



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΘΕΜΑ

Εγγραμματισμός υγείας σε μαθητές Δημοτικού και Γυμνασίου:
Επίπεδα, συνιστώσες και σχετιζόμενοι παράγοντες

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΜΠΕΧΡΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

Αθήνα, 2020



HELLENIC REPUBLIC

**National and Kapodistrian
University of Athens**

EST. 1837

FACULTY OF PRIMARY EDUCATION

**Health Literacy in primary and lower secondary school students:
Levels, dimensions and correlations**

DISSERTATION THESIS

BECHRAKI ELENI

Athens, 2020

Διατριβή η οποία υποβλήθηκε προς απόκτηση διδακτορικού τίτλου σπουδών στο
Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης του Εθνικού και Καποδιστριακού
Πανεπιστημίου Αθηνών

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή

Μαυρικάκη Ευαγγελία (Επιβλέπουσα- Αναπλ. Καθηγήτρια, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής
Εκπαίδευσης, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών)

Γαλανάκη Ευαγγελία (Καθηγήτρια, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης, Εθνικό
και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών)

Χαλκιά Κρυσταλλία (Καθηγήτρια, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης, Εθνικό και
Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών)

Εξεταστική Επιτροπή (αλφαβητικά):

κα Γαλανάκη Ευαγγελία, Καθηγήτρια Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης, Εθνικό
και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

κ. Βανταράκης Απόστολος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών

κα Μαυρικάκη Ευαγγελία, Αναπλ. Καθηγήτρια Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής
Εκπαίδευσης, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

κα Τσακίριδου Ελένη, Καθηγήτρια, Τμήμα Περιφερειακής και Διασυνοριακής Ανάπτυξης,
Παν/μιο Δυτικής Μακεδονίας

κα Παπασιδέρη Ισιδώρα, Καθηγήτρια, Τμήμα Βιολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών

κ. Γιαλαμάς Βασίλειος, Καθηγητής, Τμήμα Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική
Ηλικία, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

κ. Χαλκιά Κρυσταλλία, Ομότιμη Καθηγήτρια Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης,
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία, με τίτλο «Εγγραμματισμός υγείας σε μαθητές αποφοίτους Δημοτικού και Γυμνασίου: Επίπεδα, διαστάσεις και σχετιζόμενοι παράγοντες» αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή/ και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο, με την κατάλληλη παραπομπή, και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευτεί ότι εκφράζουν τις επίσημες θέσεις του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ευχαριστίες

Μοιάζει παράδοξο ότι το κείμενο αυτής της σελίδας αποτελεί το τέλος ενός πονήματος και ταυτόχρονα την αρχή του. Πιθανός συμβολισμός μιας φαινομενικά κυκλικής και αέναης πορείας πορείας συμβάντων, αναστοχασμού και αλληλεξάρτησης στιγμών.

Το κείμενο αυτής της σελίδας υποδηλοί παράλληλα την άφιξη στην –προσωρινή- επιστημονική μου Ιθάκη. Η εκπόνηση ενός διδακτορικού είναι μάλλον μια πορεία με Ιάνεια χαρακτηριστικά, με αντιθέσεις και μεταπτώσεις. Πορεία που δε σχετίζεται μόνο με επιστημονικά ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις, παρά με μια ταυτόχρονη διαμόρφωση εαυτού. Στη διάρκειά της μαθαίνεις να αναρωτάσαι, να αμφισβητείς- πρωτίστως τον εαυτό σου- σεβόμενος τη δύναμη και αντιπαλεύοντας την αδυναμία, να εικάζεις ή να δημιουργείς φως εκεί που μοιάζει σκοτάδι, να αισθάνεσαι τη ματαιοδοξία και το αδιέξοδο της απολυτότητας. Είναι δαπάνη εαυτού που ωστόσο επιστρέφει τα πολλαπλάσια σε αυτόν που ξοδεύεται. Κυρίως, όταν η γνώση που αποκτάται κατευθύνεται και συντελεί στην κοινωνική βελτίωση.

Ωστόσο, η πορεία αυτή δε θα μπορούσε να ολοκληρωθεί χωρίς τη συμβολή μιας πλειάδας αξιόλογων ανθρώπων. Μέσα από αυτές τις γραμμές, θα ήθελα να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Ευαγγελία Μαυρικάκη. Καθηγήτρια, η οποία ενσαρκώνει τον ορισμό του μέντορα. Άνθρωπος με ιδιαίτερα θετικό πνεύμα και θετική πρόθεση, αμέριστη ανθρώπινη συμπαράσταση αλλά και επιστημονική υποστήριξη, παρούσα δίχως ωράριο.

Ένα ιδιαίτερο ευχαριστώ χρωστώ στην καθηγήτρια κ. Ευαγγελία Γαλανάκη για τις καίριες, οξυδερκείς, γενναιόδωρες επιστημονικές υποδείξεις της, οι οποίες συνέβαλαν αποφασιστικά στην τελική μορφή της έρευνας. Θεωρώ τιμή μου που υπήρξε αρωγός στην επιστημονική μου διαδρομή και σπουδαία παρακαταθήκη τη γνωριμία μου μαζί της.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια κ. Κρυσταλλία Χαλκιά. Η ενθαρρυντική της παρουσία και συμπεριφορά υπήρξε ιδιαίτερα καθοριστική στη διαμόρφωση της οπτικής μου από τα πρώτα βήματα της εργασίας αυτής.

Επιπλέον, ευχαριστώ οφείλω και στον καθηγητή κ.Βασίλειο Γιαλαμά, ο οποίος γενναιόδωρα προσέφερε τον χρόνο του στην επίλυση στατιστικών προβλημάτων που ανέκυψαν.

Θα επιθυμούσα ξεχωριστά να ευχαριστήσω τους συναδέλφους, τους οποίους γνώρισα το διάστημα αυτό στο εργαστήριο Διδακτικής και Επιστημολογίας Φυσικών Επιστημών και Εκπαιδευτικής Τεχνολογίας. Συγκεκριμένα τη Μάρθα Γεωργίου, τη Ναυσικά Καψαλά, την Παναγιώτα Κυριαζή, την Κωνσταντίνα Πλεξίδα η οποία με ακολούθησε αγόγγυστα σε πολλές διαδρομές, τον Ασημάκη Ταλαμάγκα. Η ηθική υποστήριξη και η πρακτική συμβολή τους υπήρξε ουσιαστικότερη.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στους εκπαιδευτικούς και μαθητές από όλη την Ελλάδα που συμμετείχαν στην έρευνα αυτή και εξέφρασαν την άποψή τους για τη σημαντικότητα και την επικαιρότητά της ως θεματική.

Απεριόριστη η ευγνωμοσύνη μου για την οικογένειά μου, για την Αγγέλικα και τη Ρωμίνα για τον χρόνο και τη συντροφιά που τους στέρησα, απορροφημένη σε ερωτηματολόγια και πληκτρολόγια, για την κατανόησή τους, την υπομονή τους και το χαμόγελό τους. Για τον Κωνσταντίνο, που αφενός στάθηκε στη θέση μου αυτά τα χρόνια, αφετέρου ξόδεψε αφειδώς τον χρόνο του στο διαδικαστικό και αισθητικό μέρος της διατριβής.

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη	2
Abstract	3
Εισαγωγή	4
1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ - ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	7
1.1 Η έννοια του εγγραμματισμού υγείας (Health literacy)	7
1.2 Αναπτυξιακά χαρακτηριστικά των μαθητών κατά την εφηβική ηλικία.....	15
1.2.1 Βιολογικές Μεταβολές	16
1.2.2. Ψυχοκοινωνικές Μεταβολές.....	18
1.2.3. Σύγχρονες περιβαλλοντικές παράμετροι	19
1.2.4 Ιδιαιτερότητες Υγειονομικών Προβλημάτων και Συμπεριφορών	20
1.2.5 Αναγνώριση της αναγκαιότητας του εγγραμματισμού υγείας.....	22
1.3. Η έννοια του εγγραμματισμού υγείας σε παιδιά και εφήβους	25
1.3.1 Ορισμοί εγγραμματισμού υγείας	25
1.3.2 Μοντέλα εγγραμματισμού υγείας.....	34
1.3.3 Συνιστώσες του εγγραμματισμού υγείας.....	47
1.3.3.1 Γνωστικές Δεξιότητες.....	48
1.3.3.2 Συμπεριφορικές– Λειτουργικές Δεξιότητες	56
1.3.3.3 Συναισθηματικές– Βουλητικές δεξιότητες	61
1.3.3.4 Άλλες συνιστώσες	63
1.4 Τυπολογία του εγγραμματισμού υγείας - Μεταφορά στο εκπαιδευτικό πλαίσιο.....	65
1.4.1 Λειτουργικός Εγγραμματισμός.....	65
1.4.2 Αλληλεπιδραστικός/Επικοινωνιακός εγγραμματισμός υγείας	68
1.4.3 Κριτικός εγγραμματισμός υγείας.....	71
1.4.4 Αγωγή Υγείας- Εγγραμματισμός Υγείας– Ο ρόλος της τυπικής εκπαίδευσης.....	79
1.5 Οικοσυστημική Προσέγγιση του Εγγραμματισμού Υγείας.....	86
1.5.1 Το άτομο	86
1.5.2 Η οικογένεια	87
1.5.3 Οι φίλοι και οι ομάδες- Κοινωνικά Δίκτυα	90
1.5.4 Ευρύτερα Περιβάλλοντα	96
1.6 Κοινωνικές Προεκτάσεις του Εγγραμματισμού Υγείας.....	99
1.7 Αξιολόγηση του εγγραμματισμού υγείας.....	110
1.8 Στόχος της παρούσας έρευνας	136

2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	140
2.1 Επιλογή ερευνητικής μεθοδολογίας	140
2.2 Το δείγμα της έρευνας	141
2.3 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας	146
2.4 Μέσα Συλλογής δεδομένων	147
2.4.1 Σχεδιασμός ερευνητικού εργαλείου	147
2.4.1.1 Εννοιολογικό πλαίσιο του ερωτηματολογίου.....	148
2.4.1.2 Δημιουργία δεξαμενής ερωτήσεων ερωτηματολογίου	151
2.4.1.3 Πιλοτική εφαρμογή και αναθεώρηση του εργαλείου μέτρησης.....	152
2.5 Διαδικασία Συλλογής δεδομένων	159
2.6 Έλεγχος εγκυρότητας και αξιοπιστίας	160
2.7 Διαδικασία Στατιστικής Ανάλυσης Δεδομένων	161
2.7.1 Περιγραφή Δεδομένων	162
2.8 Παραγοντική Ανάλυση – Ορισμός Παραγόντων	164
2.8.1 Περιγραφή των Παραγόντων.....	171
2.9 Κατηγοριοποίηση του επιπέδου εγγραμματισμού υγείας των μαθητών	172
3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	175
3.1 Αποτελέσματα επαναληπτικής δοκιμασίας αξιοπιστίας	175
3.2 Χαρακτηριστικά του δείγματος	175
3.3 Κατανομές συχνότητας των επιμέρους παραγόντων	181
3.4 Το επίπεδο εγγραμματισμού υγείας των μαθητών	187
3.5 Μοντέλα Λογιστικής παλινδρόμησης (Logistic Regression models)	190
3.5.1 Περί της Αυτοαποτελεσματικότητας (Factor 1).....	192
3.5.1.1 Μοντέλο Παλινδρόμησης Factor1 (Αυτοαποτελεσματικότητας) <i>βάσει του Διαχωρισμού Β (70%,30%)</i>	192
3.5.1.2 Μοντέλο Παλινδρόμησης Factor1 (Αυτοαποτελεσματικότητας) <i>βάσει του Διαχωρισμού Γ (30%,70%)</i>	194
3.5.2 Περί της Κατανόησης Πληροφορίας (Factor 2).....	196
3.5.2.1 Μοντέλο Παλινδρόμησης Factor2 (Κατανόηση πληροφορίας) <i>βάσει του Διαχωρισμού Α (20%,60%,20%)</i>	196
3.5.2.2 Μοντέλο Παλινδρόμησης Factor2 (Κατανόηση πληροφορίας) <i>βάσει του Διαχωρισμού Β (70%,30%)</i>	198
3.5.2.3 Μοντέλο Παλινδρόμησης Factor2 (Κατανόηση πληροφορίας) <i>βάσει του Διαχωρισμού Β (30%,70%)</i>	199

3.5.3 Περί της Εύρεσης Πληροφορίας (Factor 3)	201
3.5.3.1 Μοντέλο Παλινδρόμησης Factor3 (Εύρεση πληροφορίας) <i>βάσει του Διαχωρισμού Α (20%,60%,20%)</i>	202
3.5.3.2 Μοντέλο Παλινδρόμησης Factor3 (Εύρεση πληροφορίας) <i>βάσει του Διαχωρισμού Β (70%,30%)</i>	204
3.5.3.3 Μοντέλο Παλινδρόμησης Factor3 (Εύρεση πληροφορίας) <i>βάσει του Διαχωρισμού Γ (30%,70%)</i>	206
3.5.4 Περί της Πρόθεσης Ενεργούς Πολιτειακής Συμμετοχής (Factor 4)	208
3.5.4.1 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor4 (Πρόθεση Ενεργούς Πολιτειακής Συμμετοχής) <i>βάσει του Διαχωρισμού Α (20%,60%,20%)</i>	208
3.5.4.2 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor4 (Πρόθεση Ενεργούς Πολιτειακής Συμμετοχής) <i>βάσει του Διαχωρισμού Β (70%,30%)</i>	210
3.5.4.3 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor4 (Πρόθεση Ενεργούς Πολιτειακής Συμμετοχής) <i>βάσει του Διαχωρισμού Γ (30%,70%)</i>	213
3.5.5 Περί της Αξιοποίησης της πληροφορίας (Factor 5).....	215
3.5.5.1 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor5 (Αξιοποίηση της πληροφορίας) <i>βάσει του Διαχωρισμού Α (20%,60%,20%)</i>	215
3.5.5.2 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor5 (Αξιοποίηση της πληροφορίας) <i>βάσει του Διαχωρισμού Β (70%,30%)</i>	217
3.5.5.3 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor5 (Αξιοποίηση της πληροφορίας) <i>βάσει του Διαχωρισμού Γ (30%,70%)</i>	220
3.5.5.4 Έλεγχοι Chi-Square μεταβλητών του Factor 5 (Αξιοποίηση της πληροφορίας) <i>ως προς την ύπαρξη χρόνιου προσωπικού προβλήματος υγείας</i>	221
3.5.6 Περί της Αποτίμησης της Πληροφορίας (Factor 6).....	223
3.5.6.1 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor6 (Αποτίμηση της πληροφορίας) <i>βάσει του Διαχωρισμού Α (20%,60%,20%)</i>	224
3.5.6.2 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor6 (Αποτίμηση της πληροφορίας) <i>βάσει του Διαχωρισμού Β (70%,30%)</i>	226
3.5.6.3 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor6 (Αποτίμηση της πληροφορίας) <i>βάσει του Διαχωρισμού Γ (30%,70%)</i>	228
3.5.6.4 Έλεγχοι Chi-Square μεταβλητών του Factor6 (Αποτίμηση της πληροφορίας) <i>ως προς την προτίμηση στην βιολογία</i>	230
3.5.7 Περί της Λειτουργικής Επικοινωνίας (Factor 7).....	232
3.5.7.1 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor7 (Λειτουργική Επικοινωνία) <i>βάσει του Διαχωρισμού Α (20%,60%,20%)</i>	233
3.5.7.2 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor7 (Λειτουργική Επικοινωνία) <i>βάσει του Διαχωρισμού Β (70%,30%)</i>	234

3.5.8 Περί της Αλληλεπιδραστικής Επικοινωνίας (Factor 8).....	236
3.5.8.1 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor8 (Αλληλεπιδραστική Επικοινωνία) <i>βάσει του Διαχωρισμού Α (20%,60%,20%)</i>	236
3.5.8.2 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor8 (Αλληλεπιδραστική Επικοινωνία) <i>βάσει του Διαχωρισμού Β(70%,30%)</i>	238
3.5.8.3 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor 8 (Αλληλεπιδραστική Επικοινωνία) <i>βάσει του Διαχωρισμού Γ (30%,70%)</i>	239
3.5.9 Περί της Κριτικής Επικοινωνίας 2 (Factor 9)	241
3.5.9.1 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor9 (Κριτική Επικοινωνία) <i>βάσει του Διαχωρισμού Α (20%,60%,20%)</i>	241
3.5.9.2 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor9 (Κριτική Επικοινωνία) <i>βάσει του Διαχωρισμού Β (70%,30%)</i>	243
3.5.9.3 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor9 (Κριτική Επικοινωνία) <i>βάσει του Διαχωρισμού Γ (30%,70%)</i>	246
3.5.9.4 <i>Συσχέτιση παραγόντων επικοινωνίας</i>	247
3.5.10 Περί του Mean Factor	250
3.5.10.1 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Mean Factor <i>βάσει του Διαχωρισμού Α (20%,60%,20%)</i>	251
3.5.10.2 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Mean Factor <i>βάσει του Διαχωρισμού Β (70%,30%)</i>	253
3.5.10.3 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Mean Factor <i>βάσει του Διαχωρισμού Γ (30%,70%)</i>	256
4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ	259
4.1 Ορισμός εγγραμματισμού υγείας	260
4.2 Επισκόπηση-Ερμηνεία των αποτελεσμάτων	263
4.3 Σχόλια περί των διαστάσεων.....	292
4.4 Προτεινόμενες εκπαιδευτικές πρακτικές και παρεμβάσεις.....	303
4.5 Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.....	307
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	310
Ελληνόγλωσση.....	310
Ξενόγλωσση	319
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	379

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.1	<i>Ορισμοί του εγγραμματισμού υγείας</i>	27
Πίνακας 1.2	<i>Μοντέλα Εγγραμματισμού Υγείας</i>	34
Πίνακας 1.3	<i>Εργαλεία αξιολόγησης ειδικών τύπων εγγραμματισμού υγείας</i>	114
Πίνακας 1.4	<i>Περιγραφικά Στοιχεία των Εργαλείων Αξιολόγησης Εγγραμματισμού Υγείας Γενικού Περιεχομένου</i>	116
Πίνακας 1.5	<i>Ψυχομετρικά Χαρακτηριστικά των εργαλείων και εξεταζόμενες συνιστώσες</i>	122
Πίνακας 1.6	<i>Παρουσίαση περιλαμβανόμενων συνιστωσών στα εργαλεία μέτρησης (Η σύντομη μορφή των εργαλείων δεν περιλαμβάνεται)</i>	129
Πίνακας 2.1	<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που αντιστοιχεί σε Γυμνάσια και Λύκεια ανά περιφέρεια</i>	144
Πίνακας 2.2	<i>Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος</i>	146
Πίνακας 2.3	<i>Έρευνες που συνέβαλαν στην ανάπτυξη του ερωτηματολογίου</i>	157
Πίνακας 2.4	<i>Γενικές κατηγορίες ανεξάρτητων μεταβλητών</i>	163
Πίνακας 2.5	<i>“Πολυμεταβλητοί” έλεγχοι συσχετίσεων και σφαιρικότητας</i>	164
Πίνακας 2.6	<i>Ποσοστά επεξηγηματικότητας της μεταβλητότητας από τους “σημαντικούς” Παράγοντες</i>	165
Πίνακας 2.7	<i>Επιβαρύνσεις μεταβλητών ανά παράγοντα</i>	167
Πίνακας 2.8	<i>Ονομασία παραγόντων και συντελεστές εγκυρότητας των μεταβλητών που εντάσσονται σε κάθε παράγοντα</i>	170
Πίνακας 2.9	<i>Περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς για κάθε έναν από τους Παράγοντες</i>	171
Πίνακας 3.1	<i>Δείκτες ενδοσυσχέτισης χορήγησης- επαναχορήγησης για κάθε παράγοντα και το συνολικό</i>	175
Πίνακας 3.2	<i>Επίπεδο μόρφωσης γονέων</i>	176
Πίνακας 3.3	<i>Μητρική γλώσσα των γονέων</i>	176
Πίνακας 3.4	<i>Σχολική επίδοση βάσει της δήλωσης των ατόμων του δείγματος</i>	176
Πίνακας 3.5	<i>Ύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών</i>	177
Πίνακας 3.6	<i>Βαθμός προτίμησης σε Βιολογία/Πληροφορική</i>	177
Πίνακας 3.7	<i>Κύρια πηγή πληροφόρησης σχετικά με θέματα υγείας</i>	178
Πίνακας 3.8	<i>Βαθμός ενδιαφέροντος απόκτησης νέων γνώσεων</i>	178
Πίνακας 3.9	<i>Βαθμός δυνατής θετικής επιρροής και υποστήριξης του περιβάλλοντος του μαθητή στην απόκτηση υγιεινών συμπεριφορών</i>	179
Πίνακας 3.10	<i>Ύπαρξη προβλημάτων υγείας και οικονομικών δυσχερειών στην οικογένεια</i>	179
Πίνακας 3.11	<i>Προσωπική πεποίθηση σχετικά με την υγεία</i>	180
Πίνακας 3.12	<i>Μέση τιμή, τυπική απόκλιση, δείκτες ασυμμετρίας και ενιαίος δείκτης</i>	187

Πίνακας 3.13 <i>Περιγραφικά Στατιστικά Ενιαίου Δείκτη στο σύνολο και ανα συνιστώσα</i> <i>(n=2749)</i>	187
Πίνακας 3.14 <i>Ποσοστιαία Κατανομή του συνόλου των μαθητών ως προς τα Επίπεδα</i> <i>Εγγραμματισμού</i>	189

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

<i>Σχήμα 1.1.</i> Αναπαράσταση της επίδρασης της εκπαίδευσης στην υγεία του ατόμου	80
<i>Σχήμα 1.2.</i> Εννοιολογικό μοντέλο του εγγραμματισμού υγείας ως πλεονέκτημα.....	100
<i>Σχήμα 3.1.</i> Κατανομή μαθητών ως προς κάθε υποκλίμακα και συνολικό σκορ	188
<i>Σχήμα 3.2.</i> Κατανομή του ενιαίου δείκτη συνολικού εγγραμματισμού υγείας ως προς το σύνολο	189

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

<i>Εικόνα 1.1.</i> Επίπεδα και παράγοντες επίδρασης στην οικοδόμηση του εγγραμματισμού υγείας σε μαθητές εφηβικής ηλικίας.....	98
<i>Εικόνα. 2.1.</i> Στοιχεία απογραφής 2011 για το εκπαιδευτικό επίπεδο από την εφαρμογή «Πανόραμα»	144
<i>Εικόνα. 2.2.</i> Στοιχεία απογραφής 2011 για το οικονομικό επίπεδο από την εφαρμογή «Πανόραμα»	145
<i>Εικόνα 4.1</i> Εννοιολογικό Μοντέλο εγγραμματισμού υγείας στους μαθητές εφηβικής ηλικίας	262

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

<i>Γράφημα 2.1.</i> Κατανομή μαθητικού πληθυσμού γυμνασίων ανά περιφέρεια το σχολικό έτος 2014-15)	143
<i>Γράφημα 2.2.</i> Κατανομή μαθητικού πληθυσμού λυκείων ανά περιφέρεια το σχολικό έτος 2014-15	143
<i>Γράφημα 3.1.</i> Κατανομή των απαντήσεων των μαθητών ως προς τον παράγοντα Εύρεση Πληροφορίας	182
<i>Γράφημα 3.2.</i> Κατανομή των απαντήσεων των μαθητών ως προς τον παράγοντα Κατανόηση Πληροφορίας.....	182
<i>Γράφημα 3.3.</i> Κατανομή των απαντήσεων των μαθητών ως προς τον παράγοντα Αποτίμηση Πληροφορίας.....	183
<i>Γράφημα 3.4.</i> Κατανομή των απαντήσεων των μαθητών ως προς τον παράγοντα Λειτουργική Επικοινωνία	183
<i>Γράφημα 3.5.</i> Κατανομή των απαντήσεων των μαθητών ως προς τον παράγοντα Αλληλεπιδραστική Επικοινωνία	184
<i>Γράφημα 3.6.</i> Κατανομή των απαντήσεων των μαθητών ως προς τον παράγοντα Κριτική Επικοινωνία	184
<i>Γράφημα 3.7.</i> Κατανομή των απαντήσεων των μαθητών ως προς τον παράγοντα Αξιοποίηση Πληροφορίας	185
<i>Γράφημα 3.8.</i> Κατανομή των απαντήσεων των μαθητών ως προς τον παράγοντα Αυτο-αποτελεσματικότητα	185
<i>Γράφημα 3.9.</i> Κατανομή των απαντήσεων των μαθητών ως προς τον παράγοντα Πρόθεση Ενεργούς Πολιτειακής Συμμετοχής	186

Περίληψη

Ένα από τα είδη του εγγραμματισμού που θεωρούνται αναγκαία για τη δημιουργική ανάπτυξη του δρώντος ατόμου στις σύγχρονες κοινωνίες είναι αυτός που θεμελιώνεται στα θέματα υγείας. Ο εγγραμματισμός υγείας έχει εξεταστεί σε εύρος όσον αφορά στους ενήλικες. Υπολείπεται ωστόσο σε ανάλυση και έρευνα στο πεδίο των μαθητών εφηβικής ηλικίας. Η έρευνα αυτή αποτελεί την πρώτη προσπάθεια αξιολόγησης του επιπέδου του εγγραμματισμού υγείας των μαθητών που φοιτούν στο ελληνικό σχολείο.

Μέθοδος: Αρχικά διεξήχθη βιβλιογραφική ανασκόπηση και καθορίστηκε το εννοιολογικό πλαίσιο δημιουργίας του ερωτηματολογίου. Η τελική διαμόρφωση του εργαλείου πραγματοποιήθηκε μετά από τρεις πιλοτικές εφαρμογές. Ακολούθησε δοκιμασία επαναχορήγησης και στη συνέχεια πανελλαδική έρευνα σε μαθητές της Α΄, Γ΄ Γυμνασίου και Α΄ Λυκείου (n= 2800).

Αποτελέσματα: Το εργαλείο 37 ερωτήσεων με την επωνυμία HeLiASeSS (Health Literacy Assessment for Secondary School Students) περιγράφει 9 υποκλίμακες εγγραμματισμού υγείας και συγκεκριμένα την εύρεση, κατανόηση, αποτίμηση, επικοινωνία η οποία διαχωρίστηκε σε τρεις μορφές, την λειτουργική, αλληλεπιδραστική και κριτική, την αξιοποίηση της πληροφορίας υγείας, την αυτοαποτελεσματικότητα και την πρόθεση ενεργούς πολιτειακής συμμετοχής. Το εργαλείο εμφανίζει ικανοποιητική σταθερότητα (ICC=0,943) και εγκυρότητα ($\alpha=0,903$). Οι δεξιότητες των μαθητών εντάσσονται στο Επίπεδο 2, το οποίο υποδηλώνει βασικά ελλείμματα δεξιοτήτων τα οποία φαίνεται να καθιστούν τον πληθυσμό αυτό ευάλωτο στη διαχείριση ζητημάτων υγείας. Προβλεπτικοί παράγοντες εγγραμματισμού υγείας αναδείχθηκαν ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας, γνωστικοί δείκτες όπως η ύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών, η τάξη, η προτίμηση σε μαθήματα όπως η βιολογία. Σημαντικό ρόλο φαίνεται να κατέχει η αλληλεπίδραση και η υποστήριξη του περιβάλλοντος του μαθητή και κυρίως το προσωπικό ενδιαφέρον απόκτησης γνώσεων υγείας.

Συμπερασματικά, θεωρείται αναγκαία η ανάπτυξη των δεξιοτήτων εγγραμματισμού υγείας των μαθητών μέσω της παροχής στους μαθητές ποιοτικής, συντονισμένης και αποτελεσματικής αγωγής υγείας βασισμένης σε δεξιότητες.

Λέξεις-κλειδιά: Εγγραμματισμός υγείας, επιστημονικός εγγραμματισμός, Αγωγή Υγείας.

Abstract

One of the types of literacy which is considered necessary for the creative development in contemporary societies is the one which is established on health issues. Health literacy has been widely considered in adults. However, research regarding students' health literacy is lacking. This research is the first attempt to assess the level of health literacy of students attending the Greek school.

Method: Initially, a literature review was conducted and the conceptual framework for creating the questionnaire was defined. The final configuration of the tool took place after three pilot researches following by a test-retest administration and then a nationwide survey of students from grades 7 to 10 ($n = 2800$).

Results: The 37-question tool named HeLiASeSS (Health Literacy Assessment for Secondary School Students) describes 9 subscales of health literacy. Specifically “find”, “understand”, “evaluate”, communicate which was divided into three forms, “functional, interactive and critical”, “apply” health information, “self-efficacy” and the “intention of active citizenship”. The instrument shows satisfactory stability ($ICC = 0.943$) and validity $\alpha = 0.903$. Students' skills are classified at Level 2, which indicates key skills deficits that appear to make this population vulnerable in the management of health issues. Predictive factors of health literacy emerged indicating certain demographic characteristics, such as gender, mother's level of education, cognitive indicators such as learning difficulties, grade, preference of subjects like biology. Environmental support and interaction and mainly the personal interest in acquiring health knowledge seems to play an important role.

In conclusion, it is considered necessary to develop students' health literacy skills by providing them with quality, coordinated and effective skills-based health education.

Keywords: Health literacy, scientific literacy, Health education

Εισαγωγή

...Η απόλαυση του μέγιστου, εφικτού επιπέδου υγείας είναι ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ανθρώπινης ύπαρξης...
(Διακήρυξη Alma-Ata, 1978)

Κατά κοινή ομολογία, η υγεία αποτελεί υπέρτατο ατομικό και κοινωνικό αγαθό. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) την αναγνωρίζει ως θεμελιακό δικαίωμα και τελικό σκοπό της κοινωνικής και πνευματικής ανάπτυξης, καλώντας σε συλλογικές, συντονισμένες προσπάθειες παραγωγής πολιτικών σε τοπικό, εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο, με στόχο την επίτευξη του οράματος για καθολική υγεία, έτσι όπως αυτό εκφράστηκε στη Διακήρυξη της Alma-Ata, και επικυρώθηκε από την 32η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας το 1979 (Unknown author, 1988·World Health Organization [WHO], 1980).

Το σύγχρονο τοπίο υγείας πλαισιώνεται από μία σειρά θαυμαστών βιοϊατρικών επιτευγμάτων, αλλά ταυτόχρονα, κυριαρχείται από πολλαπλές και πολύμορφες προκλήσεις. Περιβαλλοντικοί, συμπεριφορικοί και οικονομικοί παράγοντες αποτελούν σημαντικές μεταβλητές στην εξίσωση της υγείας. Προβλήματα, όπως η κακή ποιότητα του ατμοσφαιρικού αέρα, η επίδραση οξέων και βαρέων μετάλλων στην τροφική αλυσίδα σε συνδυασμό με την έλλειψη ασφαλούς πόσιμου νερού, αλλά και η αύξηση των μη μεταδοτικών νοσημάτων που σχετίζονται με τον ταχύ εκσυγχρονισμό και την εξάρτηση του τρόπου ζωής από την τεχνολογική πρόοδο (Δημολιάτης, 2002), είναι ζητήματα υγείας που αφορούν τον σύγχρονο πολίτη. Ταυτόχρονα, αποτελεί πλέον συνείδηση ότι η υγεία των πολιτών του κόσμου είναι άρρηκτα διασυνδεδεμένη, και τα προβλήματα που ανακύπτουν ξεπερνούν τα όρια και τις γεωγραφικές συντεταγμένες των χωρών. Αυτό συνεπάγεται ότι η ύπαρξη ευάλωτων περιβαλλόντων και ευπαθών ομάδων καθώς και οι παρατεταμένες κρίσεις που οφείλονται σε φυσικούς ή εξωτερικούς παράγοντες, αλλά και η επανεμφάνιση μολυσματικών ασθενειών επηρεάζει δυνητικά την παγκόσμια υγεία. Επιπρόσθετα, η ανισοκατανομή του πλούτου, είτε σε επίπεδο χωρών είτε σε επίπεδο κοινωνιών, ευνοεί την περιθωριοποίηση και αποδυναμώνει τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, δημιουργώντας προβλήματα στην επαρκή κάλυψη των αναγκών (WHO, 2019).¹ Γίνεται συνεπώς εύκολα αντιληπτό αυτό που καταδεικνύουν τα επιστημονικά δεδομένα, ότι στην

¹ <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019> ..

πραγματικότητα πολλοί από τους παράγοντες επικινδυνότητας, οι οποίοι ευθύνονται για ένα ευρύ φάσμα ασθενειών και φέρουν βαρύ φορτίο νοσηρότητας, είναι αποτέλεσμα ανθρώπινων ενεργειών και μπορούν να ελεγχθούν από τον ίδιο τον άνθρωπο.

Αυτό σημαίνει ότι αντιμετωπίζοντας έναν ορισμένο αριθμό παραγόντων που δύναται να ελέγξει το άτομο, καθώς και τους περιβαλλοντικούς κινδύνους που μπορούν να ελεγχθούν μέσω παρέμβασης των κοινοτήτων, το ποσοστό των ασθενειών θα μπορούσε σημαντικά να μειωθεί (WHO, 1998β). Για το λόγο αυτό, η προσήλωση στη δέσμευση για διασφάλιση ζωής με υγεία για όλους και σε όλες τις ηλικίες εμπεριέχεται στο θεματολόγιο του 2030, ως ένας από τους στόχους βιώσιμης ανάπτυξης (“Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης” [Agenda 2030], 2016). Προϋπόθεση βέβαια για την υλοποίηση του οράματος αποτελεί η ορθή και αποτελεσματική εμπλοκή σ’ αυτήν τη διαδικασία ανθρώπων και κοινοτήτων, που διαθέτουν τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την επίτευξη των στόχων αυτών. Πράγματι, η ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων αυξάνει τις επιλογές που διαθέτουν τα άτομα, επιτρέποντάς τους να ασκούν μεγαλύτερο έλεγχο στην υγεία τους, και να προβαίνουν σε αποφάσεις ευνοϊκές για αυτή. Ως διαδικασία, συμβαδίζει με την απαραίτητη ενίσχυση της κοινοτικής δράσης για τον καθορισμό προτεραιοτήτων, τη λήψη και υλοποίηση αποφάσεων. Η άποψη αυτή εκφράστηκε αρχικά στον Καταστατικό χάρτη της Οττάβα (WHO, 1986), βάσει του οποίου θεσμοθετήθηκε ουσιαστικά η προαγωγή υγείας, μετατοπίζοντας την έμφαση από το βιοϊατρικό μοντέλο στην επιρροή των φυσικών περιβαλλοντικών και ευρύτερων κοινωνικών παραγόντων (Ζήση & Στυλιανίδης, 2004). Υιοθετείται συνεπώς, η οικολογική προσέγγιση της υγείας, σύμφωνα με την οποία οι άνθρωποι δεν μπορούν να επιτύχουν το μέγιστο δυναμικό υγείας, παρά μόνο, εάν καταφέρουν να ασκήσουν έλεγχο στους παράγοντες που καθορίζουν την υγεία τους.

Αδιαμφισβήτητα, στα πλαίσια ένα τόσο περίπλοκου περιβάλλοντος, η διαχείριση της υγείας στην καθημερινότητα, δεν αποτελεί απλή υπόθεση. Στις σύγχρονες κοινωνίες, το κάθε άτομο γίνεται αποδέκτης πληθώρας πληροφοριών σχετικών με ζητήματα υγείας. Εφημερίδες και άλλα μέσα μαζικής ενημέρωσης, το διαδίκτυο, ο στενός κύκλος του κάθε ανθρώπου αλλά και διάφοροι οργανισμοί, πάροχοι υπηρεσιών υγείας, ασφαλιστικές εταιρίες πληροφορούν το κοινό. Ενδεικτικά, ο αριθμός των ιστοσελίδων οι οποίες πραγματεύονται θέματα υγείας ξεπερνά τις 70.000 (Marks, 2012). Οι πληροφορίες πολλές φορές, μπορεί να μεταβάλλονται σύμφωνα με τα νέα δεδομένα ή να είναι αντιφατικές. Εκτός αυτού, ο ιατρικός λόγος περιλαμβάνει άγνωστο στο ευρύ κοινό λεξιλόγιο, και αντιστοιχεί σε υψηλό βαθμό εγγραμματισμού. Επιπροσθέτως, στην κατεύθυνση αυτή δεν ξεκινούν όλοι από την ίδια αφετηρία. Βαρύνουσας σημασίας είναι ωστόσο τα παιδιά και νέοι, οι οποίοι χτίζουν την

υγεία και την ποιότητα του μέλλοντός τους, καθώς ταυτόχρονα γίνονται στόχος ενός επιθετικού μάρκετινγκ σε κάθε διαδικασία επιλογής που πραγματοποιούν μέσα στην καθημερινότητα.

Η ικανότητα λήψης ορθών αποφάσεων από τα άτομα, τις οικογένειες και τις ευρύτερες κοινότητες, σε κάθε έκφανση της καθημερινότητάς τους, με σκοπό την επίτευξη του μέγιστου δυνατού επιπέδου υγείας απαιτεί να είναι εγγράμματοι σε θέματα υγείας. Ο εγγραμματισμός υγείας αποτελεί εργαλείο προαγωγής υγείας, κρίσιμη στρατηγική ενδυνάμωσης στην κατεύθυνση ανάληψης ελέγχου της υγείας τους, στο πλαίσιο μίας ατομοκεντρικής και ισότιμης παροχής υγείας, μέσω της δυνατότητας να εντοπίζουν πληροφορίες, να εκφράζονται, και εν τέλει να αναλαμβάνουν ευθύνη (Rowlands et al., 2018). Στη συνδιάσκεψη της Σαγκάη (WHO, 2016·2017), όπου η προαγωγή υγείας επιβεβαιώνεται ως μετασχηματιστική στρατηγική της ανθρώπινης ανάπτυξης, ο εγγραμματισμός υγείας αναγνωρίζεται ότι αποτελεί ένα από τα κρίσιμα πεδία – αφετηρίες για μια συνολική και διαφορετική προσέγγιση, τόσο στο περιβάλλον της καθημερινότητας του ατόμου και στη δυνατότητα να αυξήσει τον έλεγχο του στην υγεία και στις αιτίες της, όσο και σε κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο. Διεθνώς αναγνωρίσιμη έννοια πλέον, θεωρείται επίσης μία από τις οδούς εκπλήρωσης των στόχων βιώσιμης ανάπτυξης, αποτελώντας ως εκ τούτου, σημείο εστίασης για όλους όσοι εμπλέκονται στην προαγωγή και αγωγή υγείας, στην πρόληψη ασθενειών και διατήρησης υγείας καθώς και στην νομοθέτηση σχετικών πολιτικών και πρακτικών.

Η φροντίδα ανάπτυξης του εγγραμματισμού υγείας μεταξύ των άλλων δεξιοτήτων, όπως επί παραδείγματι των πληροφοριακών, αποτελεί υποχρέωση των κρατών και των κυβερνήσεων, ώστε να θεμελιώνεται η δυνατότητα των ατόμων να προβαίνουν σε επιλογές υγείας. Παράλληλα, ως συστατικό στοιχείο κοινωνικής ένταξης, ουσιαστική δεξιότητα ζωής και θεμέλιο λίθο του οικοδομήματος της υγείας οφείλει να αποτελεί μέλημα του καθένα, τόσο ως άτομο όσο και ως πολίτη (Kickbusch, 2008). Είναι εξάλλου αδιαμφισβήτητο ότι η ικανότητα διαχείρισης της υγείας και της προσωπικής ευημερίας αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο στη διαμόρφωση του πολίτη των κοινωνιών της μεταβιομηχανικής εποχής, και αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο όταν τα άτομα είναι επαρκώς εγγράμματα, ώστε να αντιλαμβάνονται τα μηνύματα υγείας, και την ωφελιμότητά τους για τη ζωή τους, καθώς και το πώς πρέπει να δράσουν απέναντι σ' αυτά (Green, Lo Bianco & Wyn, 2007).

1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ – ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

1.1. Η έννοια του εγγραμματισμού υγείας (Health literacy)

Ο όρος «literacy» ο οποίος είναι σχετικά σύγχρονος στο αγγλικό λεξιλόγιο έχει αποδοθεί στη γλώσσα μας με τους όρους εγγραμματοσύνη (Παραδέλλης, 1997), αλφαβητισμός (Χατζηγεωργίου, 2006 όπως αναφέρεται στο Ματσαγγούρας, 2007), γραμματισμός (Παπούλια-Τζελέπη, 2000 όπως αναφέρεται στο Ματσαγγούρας, 2007) και εγγραμματισμός (Τσελφές, 2004, όπως αναφέρεται στο Ματσαγγούρας, 2007).

Η Μητσκοπούλου, πραγματευόμενη τον όρο αναφέρει ότι ο «ο γραμματισμός εμπεριέχει τον αλφαβητισμό αλλά είναι ευρύτερος από αυτόν. Πρόκειται για μετάφραση του αγγλικού όρου *literacy*, που έχει επίσης αποδοθεί στην ελληνική γλώσσα ως «εγγραμματοσύνη» και «γραμματισμός»» (Μητσκοπούλου χ.χ., σ. 1). Ο Ματσαγγούρας (2007, σ. 20), επιχειρηματολογώντας υπέρ της χρήσης του όρου γραμματισμός ή εγγραμματισμός συγκριτικά με τη λέξη αλφαβητισμός τονίζει ότι «..αντί του αλφαβητισμού χρησιμοποιείται ευρέως ο όρος γραμματισμός ή εγγραμματισμός. Προσωπικά προτιμούμε τον τελευταίο διότι υπάρχουν στο λεξιλόγιό μας αντίστοιχες λέξεις όπως εγγράμματος και εγγραμματοσύνη και διότι έχει ως πρώτο συνθετικό την πρόθεση εν που τονίζει το νόημα του δεύτερου συνθετικού. Βεβαίως θεωρούμε δόκιμο και τον όρο γραμματισμός που συναντάται άλλωστε συχνότερα στην ελληνική βιβλιογραφία από ότι ο όρος εγγραμματισμός».

Στον Παραδέλλη, ο οποίος εισάγει τον όρο εγγραμματοσύνη διαβάζουμε: «... Ο νεολογισμός αυτός παράγεται με την προσθήκη του επίθηματος -οσύνη στο επίθετο εγγράμματος. Από αυτή την άποψη δεν διαφέρει από την παραγωγή του, κοινού πλέον, όρου προφορικότητα, ο οποίος σχηματίζεται με την προσθήκη του αντίστοιχου επίθηματος -ητα στο επίθετο προφορικός. Έτσι και οι δύο όροι αποτελούν άφηρημένες έννοιες που δηλώνουν μία δεδομένη κατάσταση ή ποιότητα» (Παραδέλλης, 1997 σ. x). Η εγγραμματοσύνη (*literacy*) ωστόσο, διαφέρει από την «εγγράμματη κατάσταση» (Παραδέλλης, 1997 σ. xi), δηλαδή την «άτομική δεξιότητα» που αφορά στην κατάκτηση ενός «αδρανούς εργαλείου επικοινωνίας»... «αποτελεί έναν κατεξοχήν κοινωνικό θεσμό, ένα περίπλοκο φαινόμενο που συνδέει και συνδυάζει πολλαπλές πολιτισμικές, κοινωνικές, ιστορικές και γνωστικές πλευρές (Παραδέλλης, 1997 σ. xi).

Επιπλέον, στη μετάφραση του βιβλίου του David Barton «*Literacy, An Introduction to the Ecology of written Language*» αναφέρεται:

Στη μετάφραση μάς προβληματίσει, τον μεταφραστή Ι. Βλαχόπουλο και εμένα, η απόδοση του αγγλικού όρου literacy. Ο αγγλικός όρος αναφέρεται αδιακρίτως τόσο σε ενέργεια όσο και σε κατάσταση. Αν θέλαμε να αποδώσουμε τη δεύτερη σημασία σε γραμματικά ορθά ελληνικά, θα έπρεπε να χρησιμοποιήσουμε τον νεολογισμό «εγγραμματοσύνη» κατ' αναλογία προς το υπαρκτό «αγραμματοσύνη». Τελικά καταλήξαμε στην ενιαία απόδοση της σημασίας με τον όρο «εγγραμματισμός», καθώς ο όρος αυτός έχει χρησιμοποιηθεί ήδη αρκετά στην ελληνική για την απόδοση και των δύο σημασιών (Βαρνάβα- Σκούρα, 2009, σ. 15).

Η Παπά (2015, σ. 3) γράφει ότι «...ο εγγραμματισμός από το ρήμα γραμματίζω-ουσιαστικά παραπέμπει στην πνευματική καταξίωση του ατόμου, ως εγγραμμάτου, δηλαδή ως κεκτημένου αυτές τις δεξιότητες...». Συνεχίζοντας, επισημαίνει ότι: «Η προβολή και οικειοποίηση παρόμοιων όρων, που έχουν παρεισφρήσει από τον ευρύτερο διεθνή χώρο αποτελεί δίλημμα για τους συγγραφείς επιστημονικών εργασιών, αφού η έλλειψη αναφοράς στις συγκεκριμένες πηγές μπορεί να εκληφθεί και ως άγνοια της βιβλιογραφικής ενημέρωσης ή ακόμα ως απόρριψη, που δημιουργεί άγονες αντιπαράθεσεις».

Από τα παραπάνω, συνάγεται ότι στην επιλογή του όρου «εγγραμματισμός» μας οδήγησε η ευρεία πλέον χρήση της έννοιας σε διάφορους τομείς, όπως ο πολιτιστικός, ο τεχνολογικός, ο ψηφιακός, ο περιβαλλοντικός, σε μία κατεύθυνση χρήσης κοινής ορολογίας, η οποία μπορεί να συνδράμει περαιτέρω στην επίτευξη κοινών προσπαθειών διερεύνησης και συνεργασίας. Στην ελληνική βιβλιογραφία, ο όρος έχει μεταφραστεί επίσης, ως «Εγγραμματισμός υγείας» ή «Εγγραμματισμός στην υγεία» αλλά και ως «Εγγραμματισμός σε θέματα υγείας». Ωστόσο, κάνουμε την παραδοχή ότι η χρήση της γενικής της αναφοράς αντί της αιτιατικής, δημιουργεί όρους συνώνυμους και επιλέγουμε τη μορφή «Εγγραμματισμός Υγείας» για λόγους ευχρηστίας.

Επιπροσθέτως, κατά τη συγγραφή της εργασίας αυτής και στην προσπάθεια εύρεσης κοινά νοούμενων όρων, ανασύραμε την πρόσφατη εργασία του καθ. Δημολιάτη (2015α· 2015β) με τίτλο «Λεξικό όρων υγιεινής και επιδημιολογίας». Στο συγκεκριμένο λεξικό, συναντάμε το επίθετο «υγειακός». Για τον σχηματισμό της συγκεκριμένης λέξης, παρά το γεγονός ότι είναι αδόκιμη, χρησιμοποιείται η κατάληξη –ακός, η οποία και αποτελεί παραγωγική κατάληξη σύμφωνα με τη νεοελληνική γραμματική. Συνεπώς, θα θέλαμε να θέσουμε υπό σκέψη και μελλοντική συζήτηση, την πιθανή χρήση του συγκεκριμένου επιθέτου στη μετάφραση του “health literacy” και την απόδοσή της ως «υγειακός εγγραμματισμός», δεδομένης τόσο της ευχρηστίας της ως απλουστευμένη και συντομότερη

μορφή όσο και λόγω της συμφωνίας που παρουσιάζει με τα υπόλοιπα είδη εγγραμματισμού όπως αυτά αναφέρθηκαν παραπάνω.

Όσον αφορά στη διεθνή βιβλιογραφία, ο όρος «εγγραμματισμός υγείας» εμφανίζεται πρώτη φορά το 1974 στο άρθρο του Simonds με τίτλο «Health Education as Social Policy», στο οποίο πραγματεύεται την αγωγή υγείας ως ζήτημα πολιτικής η οποία λαμβάνει χώρα σε τρία επίπεδα, της εκπαίδευσης, της υγείας και της μαζικής επικοινωνίας. Μετά την πρώτη αυτή αναφορά, απαντάται εννοιολογικά συγκεχυμένα σε ελάχιστα άρθρα ως το 1985 οπότε και αναγράφεται σε τίτλο άρθρου (Bee, 1985), χωρίς ωστόσο να εννοιοδοτείται με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, ενώ μεσολαβεί στη συνέχεια περίπου μια δεκαετία, οπότε και επακολουθεί έκρηξη ενδιαφέροντος από τους ερευνητές, με αποτέλεσμα να προσεγγίζεται ως πεδίο έρευνας από διάφορες ειδικότητες.

Βασίζεται στην ιδέα ότι τόσο η υγεία όσο και ο εγγραμματισμός είναι σημαντικότερα για την καθημερινότητα του ατόμου, υποδηλώνοντας την ανάγκη πρόσκτησης εκ μέρους των πολιτών, δεξιοτήτων κατανόησης και διαχείρισης των σημειωτικών πόρων που παρέχονται στον τομέα της υγείας. Ειδικότερα, μέσω των δεξιοτήτων εγγραμματισμού, τα άτομα είναι ικανά να συμμετέχουν πιο ολοκληρωμένα στην κοινωνία και στην οικονομία. Ακόμα και χαμηλό επίπεδο δεξιοτήτων εγγραμματισμού επιτρέπει στο άτομο να αναπτύξει τη γνώση του και να αυξήσει τη δυναμική του (Nutbeam, 2015). Όσον αφορά στην υγεία, η σημαντικότητά της διακρίνεται μέσα από τους διάφορους θεωρητικούς προσανατολισμούς της, σύμφωνα με τους οποίους επιτρέπει στα άτομα να επιτελέσουν αποτελεσματικά τους ρόλους και τα καθήκοντα για τα οποία κοινωνικοποιούνται, επιτρέποντάς τους να μεγιστοποιήσουν το δυναμικό τους (Simmons, 1989).

Πρόκειται για έννοιες οι οποίες έχουν υποστεί μία σειρά εξελικτικών, νοηματικών μετασχηματισμών στην πάροδο του χρόνου.² Παράλληλα, βρίσκονται και σε διαλεκτική

² Ως έννοια η υγεία αρχικά, οριζόταν μέσα από την απουσία της ασθένειας, αντίληψη κυρίως μηχανιστική η οποία εστίαζε στην ασθένεια ως κατάσταση που διέκοπτε την υγεία και περιόριζε δύο καταστάσεις στο βαθμό της ακεραιότητας της λειτουργικής ικανότητας του ατόμου (Stokes, Noren & Shindell, 1982 στο <https://phprimer.afmc.ca/en/part-i/chapter-1/>). Ο ορισμός που δόθηκε από τον ΠΟΥ το 1946 ανασκευάζει την αντίληψη της υγείας, ενσωματώνοντας το στοιχείο της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας (WHO, 1958) δίνοντας έμφαση όχι σε αμιγώς ιατρικούς παράγοντες, αλλά και σε κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς. Θεωρήθηκε καινοτόμος, αλλά δέχθηκε και επικρίσεις ως μη εύχρηστος και μη μετρήσιμος. Με την ανάπτυξη του κινήματος της προαγωγής υγείας ο ορισμός ανασκευάστηκε και πλέον, η υγεία θεωρείται πόρος ζωής στην καθημερινότητα και όχι στόχος. Ταυτόχρονα, δίνεται έμφαση στους κοινωνικούς, προσωπικούς πόρους και στις φυσικές ικανότητες (WHO, 1984).

σχέση. Αποτελούν δείκτες ευημερίας και ανάπτυξης και ποιότητας ζωής των πολιτών μιας χώρας. Οι σύγχρονες αντιλήψεις των εννοιών υπογραμμίζουν τη σημαντικότητα και τη βαθιά επίδραση τόσο του εγγραμματισμού όσο και της υγείας στο εύρος της κοινωνικής συμμετοχής, την έκταση της χρήσης των κοινοτικών πόρων και την ποιότητα ζωής που μπορούν να επιτύχουν οι πολίτες (Green, Lo Bianco & Wyn, 2007). Ο χαμηλός εγγραμματισμός είναι πιθανό να αποβεί επιζήμιος για την υγεία, κυρίως, επειδή εντοπίζεται σε συνθήκες κοινωνικού μειονεκτήματος, θέτοντας τελικά σε κίνδυνο τη δυνατότητα των ανθρώπων να υιοθετήσουν πρακτικές διατήρησης της υγείας (National Center for Health Statistics, 2010).

Στη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα, ως δείκτης εγγραμματισμού συνηθίζεται να χρησιμοποιείται το εκπαιδευτικό επίπεδο, το οποίο θεωρείται ως βολική μεταβλητή μέτρησης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε επιδημιολογικές μελέτες (Winkleby, Jatulis, Frank & Fortmann, 1992). Γεγονός είναι ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση, η οποία έχει επανειλημμένως τεκμηριωθεί ερευνητικά, μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και της υγείας των ατόμων (Rudd, Moeykens & Colton, 1999), καθώς η εκπαίδευση αποτελεί σημαντική κοινωνική συνιστώσα υγείας (Albert & Davia, 2010), η οποία παραμένει ισχυρή ακόμα και

Όσον αφορά στον εγγραμματισμό, έννοια η οποία στα τέλη του 19ου αιώνα υποδήλωνε τόσο τη γενική μόρφωση όσο και τον αλφαριθμητισμό, ήταν κυρίως στατικού χαρακτήρα και «εκτός κοινωνικών και επικοινωνιακών συμφραζόμενων» (Χατζησαββίδης, 2007, σ. 28.) Μετά τον Β΄Π.Π. ορίστηκε ως σύνολο τεχνικών δεξιοτήτων ανάγνωσης, γραφής και υπολογισμών (Unesco, 2004). Ωστόσο, συνδεδεμένος με την αναπτυξιακή πορεία των κρατών μεταβάλλεται σε λειτουργικό εγγραμματισμό, οπότε λειτουργικά εγγράμματο άτομο ήταν το ικανό να συμμετέχει σε δραστηριότητες εγγραμματισμού: να γράφει, να διαβάζει και να κάνει υπολογισμούς προς όφελος τόσο της προσωπικής του ανάπτυξης καθώς και αυτής του κοινωνικού συνόλου στο οποίο ανήκει. Σύμφωνα με άλλη οπτική, ο εγγραμματισμός αφορά μία συνεχή μαθησιακή διαδικασία, παρά ένα προϊόν μιας περιορισμένης εκπαιδευτικής παρέμβασης (UNESCO, 2006). Η Soares (1992) εντοπίζει δύο κύριες διαστάσεις εγγραμματισμού, η μία ατομική και αφορά την κατοχή δεξιοτήτων γραφής και ανάγνωσης και η άλλη κοινωνική, ένα σύνολο κοινωνικών δραστηριοτήτων στις οποίες εμπλέκονται δεξιότητες μαζί με τις κοινωνικές απαιτήσεις που τη συνοδεύουν. Από αυτή την άποψη, ο εγγραμματισμός είναι τόσο μια διαδικασία, όσο και προϊόν πολιτιστικής δραστηριότητας (Green, Dixon, Pearson, Quint & Alvermann, 1996). Πρόκειται ως εκ τούτου για έναν κοινωνικό θεσμό, ένα περίπλοκο φαινόμενο, που συνδυάζει πολλαπλές πολιτισμικές, κοινωνικές, ιστορικές και γνωστικές πλευρές (Χατζησαββίδης, χ.χ.). Μπορεί να αλλάζει από τη μία ιστορική στιγμή στην άλλη εφόσον αλλάζουν και οι συνιστώσες της επικοινωνίας. Να σημαίνει διαφορετικά πράγματα στις διαφορετικές γενιές αλλά και διαφορετικά πράγματα σε άτομα της ίδιας γενιάς (Χαραλαμπίδης, 2006). Σύμφωνα με τον Nutbeam (2009), για να μπορέσουμε να κατανοήσουμε τον εγγραμματισμό υγείας πρέπει πρώτα να κατανοήσουμε την έννοια του εγγραμματισμού.

όταν συνυπολογισθούν και άλλες επίσης σημαντικές παράμετροι όπως το εισόδημα (Feinstein, Sabates, Tashweka, Sorhaindo & Hammond, 2006·Higgins, Lavin, & Metcalfe, 2008). Βεβαίως, σε πολλές περιπτώσεις, ίσα χρόνια εκπαίδευσης δεν αντιστοιχούν στην απόκτηση ίδιου συνόλου δεξιοτήτων (Kutner, Greenberg, Jin, Boyle, Hsu & Dunleavy, 2007·U.S. Department of Education, 1999), με αποτέλεσμα άτομα του ίδιου εκπαιδευτικού επιπέδου να κατέχουν σε διαφορετικό βαθμό τις δεξιότητες γενικού εγγραμματισμού. Φαίνεται ότι ο εγγραμματισμός αποτελεί έναν από τους κρίκους σύνδεσης μεταξύ υγείας και εκπαίδευσης (Albert & Davia, 2011) και, πιθανά, ένας συμπαράγοντας στις ευρείες διακρίσεις που έχουν παρατηρηθεί στην ποιότητα της ιατρικής φροντίδας που προσλαμβάνουν τα άτομα (Rudd, Kirsch & Yamamoto, 2004α, 2004b), αλλά και γενικότερα στην υγεία τους (Weiss, 2007).

Ο ιατρικός κλάδος ηγήθηκε εν πολλοίς της διερεύνησης, κατά την πρώιμη περίοδο εμφάνισης του όρου. Ο εγγραμματισμός υγείας στην περίπτωση αυτή, προσεγγίζεται μέσα στα πλαίσια της αντίληψης της μορφής λειτουργικού εγγραμματισμού ο οποίος αναπτύσσεται λόγω ανάγκης, συγκυριών και εμπειρίας στο πλαίσιο της ιατρικής φροντίδας (Calderon & Smith, i.p.). Ως τέτοιος, αφορά σε ένα σύνολο τεχνικών δεξιοτήτων, τις οποίες πρέπει να διαθέτει το άτομο για να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στη επαφή του με το ιατρικό περιβάλλον, σε συνθήκες ασθένειας (Parker et al., 1999) ή για να ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες θεραπείας, και να αποφασίζει ορθά για την υγεία του (Weiss, 2003).

Η διεύρυνση της έννοιας, όπως αυτή διατυπώθηκε από την επιτροπή εμπειρογνομόνων του Αμερικανικού Ινστιτούτου Ιατρικής (IOM Expert Panel) και αναγνώριζε ότι ο εγγραμματισμός υγείας είναι αποτέλεσμα συνέργειας διαφορετικών συστημάτων (Institute of Medicine[IOM], 2004·Nielsen-Bohlman, Panzer & Kindig, 2004), ενθάρρυνε ερευνητές και ακαδημαϊκούς να μετατοπίσουν το ενδιαφέρον τους πέρα από την αμιγώς ιατρική, σε μια πιο ολοκληρωμένη επισκόπηση της έννοιας (Australian Bureau of Statistics, 2006). Στη βιβλιογραφία, εμφανίζεται ορισμός λειτουργικού εγγραμματισμού υγείας στον οποίο αναφέρεται ότι πρόκειται για την *«ικανότητα να διαβάζει, να κατανοεί και να δρα σε πληροφορίες υγείας...»* συμπληρώνεται ωστόσο *«...μέσα στις ανάγκες που συναντά κάποιος στο πλαίσιο της καθημερινότητάς του»* (Rudd, 2006, σ. 12). Η αντίληψη του εγγραμματισμού υγείας ως κατάσταση, η οποία εμφανίζεται μέσα σε διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια με τα οποία το άτομο αλληλεπιδρά, καθώς και οι ποικίλοι και διαφορετικοί τρόποι οικοδόμησής του, αποτέλεσαν την αφορμή μιας διαφορετικής οπτικής του εγγραμματισμού υγείας μέσα από την προαγωγή υγείας. Ο ΠΟΥ τονίζει τον εγγραμματισμό υγείας ως στοιχείο ενδυνάμωσης του ατόμου, επισημαίνοντας ότι συνεπάγεται την επίτευξη ενός

επιπέδου γνώσεων, προσωπικών δεξιοτήτων και αυτοπεποίθησης, ικανού να οδηγήσει στην ανάληψη δράσης, με στόχο τη βελτίωση του προσωπικού τρόπου ζωής και των συνθηκών διαβίωσης (WHO, 1998α). Μέσω του ορισμού που υιοθετεί, αντιλαμβάνεται την έννοια όχι μόνο ως σύνολο τεχνικών ικανοτήτων, παρά ως συστοιχία δεξιοτήτων, οι οποίες επιτρέπουν στο άτομο να συμμετέχει πληρέστερα στην κοινωνία και να ασκεί ευρύτερο έλεγχο στην καθημερινότητά του. Σύμφωνα με την αντίληψη αυτή, η γραφή και η ανάγνωση ως ικανότητες αποτελούν μόνο τη βάση πάνω στην οποία μπορούν να οικοδομηθούν μία σειρά δεξιότητες, οι οποίες μπορούν να διδαχθούν τόσο μέσω της τυπικής εκπαίδευσης όσο και άτυπα μέσω προσωπικών εμπειριών (Nutbeam, 2008·2010). Με αυτόν τον τρόπο, το άτομο παύει να είναι παθητικό υποκείμενο και αποκτά ενεργό ρόλο τόσο στην απόκτηση πρόσβασης στην υγεία, όσο και στη συμμετοχή του στα θέματα της υγείας του (Mika, Kelly, Price, Franquiz & Villarreal, 2005).

Η διαφορετική οπτική στη νοσηματοδότηση του όρου, η οποία προφανώς αντανακλά και διαφορετικές ανάγκες εφαρμογής του, οδήγησε σε δύο διαφορετικές κατηγοριοποιήσεις. Σύμφωνα με την πρώτη, ο εγγραμματισμός είναι στοιχείο του οποίου η έλλειψη αποτελεί «παράγοντα επικινδυνότητας» για την υγεία του ατόμου (Nutbeam, 2008). Συνεπώς, ενεργεί ως διαμεσολαβητικός - διευκολυντικός παράγοντας μεταξύ του συστήματος υγείας και της λήψης προσωπικών ιατρικών αποφάσεων (Baker, 2006). Η οπτική αυτή περιορίζεται σε δραστηριότητες φροντίδας υγείας σε αμιγώς ιατρικό περιβάλλον. Αναφέρεται ως κλινικός ή ιατρικός εγγραμματισμός υγείας (Nutbeam, 2008·Pleasant & Kuruvilla, 2008). Στη θεώρηση αυτή έχει βασισθεί μεγάλο μέρος της ερευνητικής και συγγραφικής δραστηριότητας, με προεξάρχουσα την Αμερική, αλλά στη συνέχεια και σε πολλές περιοχές ανά την υφήλιο, και η οποία σχετίζεται με σειρά ζητημάτων όπως η σχέση του εγγραμματισμού στην υγεία με τον βαθμό συμμόρφωσης στη συνταγογραφούμενη θεραπεία και την έλλογη χρήση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (IOM, 2015·National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2017), με το ζήτημα των εντύπων πληροφορημένης συγκατάθεσης για αναγκαίες θεραπείες και επεμβάσεις και τη συμμετοχή σε έρευνες (IOM, 2015). Η προσέγγιση αυτή υπήρξε κυρίαρχη στην ανάπτυξη του μοντέλου, το οποίο αρχικά αξιοποιήθηκε για τη μέτρηση του εγγραμματισμού υγείας, στην πρώτη κατά σειρά έρευνα (NAAL, 2003) η οποία πραγματοποιήθηκε στην Αμερική. Στην περίπτωση αυτή, η έννοια διερευνάται μέσα από την εφαρμογή ικανοτήτων γενικού εγγραμματισμού σε ενέργειες σχετικές με τρεις τομείς υγείας: τον κλινικό, τον τομέα πρόληψης και τον τομέα διαχείρισης της γραφειοκρατίας του συστήματος, σε τρεις διαφορετικούς τύπους κειμενικών περιστάσεων: εγγράφων, εντύπων, αριθμών, και στα περιβάλλοντα: της κοινότητας, του

συστήματος υγείας του εργασιακού και οικιακού (Kutner, Greenberg, Jin & Paulsen, 2006). Αυτή η οπτική χαρακτηρίζεται από τους μελετητές του εγγραμματισμού υγείας ως η «*πρώτη γενιά ανάπτυξης του εγγραμματισμού υγείας*» (de Leeuw, 2012, σ.1), και συμπυκνώνει την επικέντρωση των ειδικών στην ανάπτυξη εργαλείων και μηχανισμών που θα εκπαιδεύουν τους ασθενείς στην απόκτηση διακριτών γνώσεων, ώστε να επαναφέρουν την υγεία τους (Nutbeam, 2008 όπως αναφέρεται στο de Leeuw, 2012).

Η δεύτερη προσέγγιση, προέρχεται από την κατανόηση του ρόλου της αγωγής υγείας και αφορά τη σφαίρα της δημόσιας υγείας και της σύγχρονης προαγωγής υγείας. Στην προκειμένη περίπτωση ο εγγραμματισμός υγείας αποτελεί «*πλεονέκτημα*» (Nutbeam, 2008, 2010, 2015), ένα προσόν για το άτομο, το οποίο οφείλει να οικοδομηθεί μέσω της αγωγής υγείας, και της οποίας είναι άμεσο αποτέλεσμα. Υποστηρίζει δε ρητά, την ενδυνάμωση στη λήψη αποφάσεων, εφόσον το σύνολο αυτών των ικανοτήτων του επιτρέπει να ασκήσει μεγαλύτερο έλεγχο τόσο στην υγεία του όσο και σε ένα φάσμα προσωπικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Αυτή η οπτική έρχεται σε πλήρη συμμόρφωση με τις αρχές του Καταστατικού Χάρτη της Οτάβα (WHO, 1986). Επικεντρώνει στις δεξιότητες και γνώσεις που πρέπει να κατέχουν άτομα, ομάδες και κοινότητες, όχι μόνο για να διαχειριστούν το σύστημα υγείας αλλά και για να ανακτήσουν τον έλεγχο επί των προσδιοριστών της υγείας τους (de Leeuw, 2012). Έχει εξάλλου παρατηρηθεί ότι σε κοινωνικά περιβάλλοντα τα οποία είναι βεβαρυσμένα και μειονεκτούντα οικονομικά, ακόμη και τα πλέον εγγράμματα άτομα εμφανίζουν σε μεγάλο ποσοστό νοσήματα τα οποία μπορούν να προληφθούν (Kickbusch, 2001). Επί της αντιλήψεως αυτής, ο εγγραμματισμός υγείας συνεξετάζεται μέσα στο πλαίσιο ολοένα και πιο εξελιγμένων παιδαγωγικών θεωριών, ως σύνολο κοινωνικών πρακτικών, στις οποίες ο κειμενικός λόγος διαμεσολαβεί έχοντας ουσιώση θέση (Papen, 2009), μέσα σε ευρείες κοινωνικές και πολιτισμικές επιταγές και επηρεάζομενος από συναισθήματα (Papen, 2005, 2009), κατεύθυνση που σηματοδοτεί το «*δεύτερο κύμα*» (Chinn, 2011, σ. 61) και καθώς διευρύνεται περαιτέρω προς στον πολιτικό και κοινωνικό λόγο μιλάμε για το «*τρίτο κύμα*» (de Leeuw, 2012, σ. 2) εγγραμματισμού υγείας. Συμπεραίνεται από τα παραπάνω ότι ο εγγραμματισμός υγείας, ως σχετικά νέα έννοια, είναι δυναμικός και εξελισσόμενος. Ωστόσο, πάντα αφορά σε μία συστοιχία δεξιοτήτων, οι οποίες τελικά για το άτομο καταλήγουν να αποτελούν με τον έναν ή τον άλλο τρόπο «*προσωπικό κεφάλαιο*».

Υποστηρίζεται ότι η προσέγγιση του εγγραμματισμού υγείας, αμιγώς μέσα από το πρίσμα της λειτουργικότητας με έμφαση στις προσωπικές δεξιότητες, οδηγεί σε μία πόλωση εξαιτίας του γεγονότος ότι δίνει έμφαση στην αντίθεση και στα προβλήματα ή στα οφέλη

που παρουσιάζονται, εξετάζοντας τις δύο ακραίες τιμές, και περιορίζει την προοπτική της αφενός επειδή επικεντρώνει σε περιορισμένες μορφές πληροφορίας αφετέρου επειδή, μεταθέτει την ευθύνη στο άτομο. Αντίθετα, αντιμετωπίζοντας την έννοια ως σύνθετο φαινόμενο αναγνωρίζεται η πολυπλοκότητά της, τονίζεται η σημασία της κριτικής ικανότητας, αλλά και της αλληλεπίδρασης, αναδεικνύοντας με τον τρόπο αυτό την συνυπευθυνότητα ατόμου και πλαισίου (Mårtensson & Hensing, 2012). Επιπλέον, η αναγνώριση της πολυπλοκότητας και της εξάρτησης μεταξύ αυτών των τομέων η οποία συνεπάγεται και την κοινή τους ευθύνη εμπεριέχει αφενός τη σημαντικότητα των περιβαλλόντων αφετέρου, έστω και άρρητα, την ανάγκη της ενδυνάμωσης του ατόμου για συμμετοχή. Αυτό θεωρείται μάλλον αναμενόμενο σε μία εποχή όπου η ανάληψη προσωπικής ευθύνης, όχι μόνο για την υγεία αλλά και γενικότερα, έχει γίνει βασική πρακτική (Green et al., 2007) και η προσωπική διαχείριση αναφέρεται πλέον με τον όρο «εξατομίκευση», η οποία και εδραιώνεται ως προσωπική ευθύνη όσο οι δομές και οι μορφές των παραδοσιακών συστημάτων κατακερματίζονται, και νέες απαιτήσεις, έλεγχοι και περιορισμοί εισάγονται μέσα από τα θεσμικά όργανα (Beck & Beck-Gernsheim, 2002).

Σήμερα, το ενδιαφέρον για τον εγγραμματισμό υγείας σε διεθνές επίπεδο βαίνει αυξανόμενο (Pleasant, 2012). Η έννοια προσεγγίζεται από πολλές διαφορετικές οπτικές και αναλύεται μέσω πληθώρας κριτηρίων στις μορφές που παρουσιάζεται στα διάφορα περιβάλλοντα που κινείται το κάθε άτομο. Ο εγγραμματισμός υγείας μπορεί να οργανωθεί και να βελτιωθεί, είτε μέσω της τροποποίησης του περιβάλλοντος, το οποίο θα λειτουργεί επικοινωνιακά και πρακτικά με τέτοιο τρόπο ώστε να διευκολύνει τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, είτε μέσα από εκπαίδευση σε θέματα αγωγής υγείας.³ Ως έννοια

³ Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (1979), η αγωγή υγείας είναι εκπαιδευτική διαδικασία με πολλές παραμέτρους (πνευματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές) που εμπεριέχει δραστηριότητες οι οποίες οδηγούν στην κατανόηση των προβλημάτων υγείας και στην ενίσχυση της υπευθυνότητας και της ικανότητας του ατόμου για τη λήψη σωστών αποφάσεων σε ότι αφορά στην προσωπική του ευημερία αλλά και ευημερία της οικογένειάς του και της κοινωνίας που ανήκει (WHO, 1979, όπως αναφέρεται στο Γκούβρα κ.α.,2005). Σε πιο πρόσφατη επεξήγηση όρων αναφέρεται ως αγωγή υγείας «οποιοσδήποτε συνδυασμός προγραμματισμένης μαθησιακής εμπειρίας που χρησιμοποιεί πρακτικές βασισμένες σε ενδείξεις ή / και σωστές θεωρίες που παρέχουν την ευκαιρία απόκτησης γνώσεων, στάσεων και δεξιοτήτων που απαιτούνται για την υιοθέτηση και διατήρηση υγιών συμπεριφορών» (Report of the 2011 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology, 2012).

Σε μία συνολική επισκόπηση ορισμών όπως καταγράφονται από τις Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου και Σουρτζή (2009), η προαγωγή υγείας αποτελεί δραστηριότητα ή στρατηγική υγείας, που συμπεριλαμβάνει τη βελτίωση στο επίπεδο της συμπεριφοράς του ατόμου, καθώς και την κοινωνική περιβαλλοντική αλλαγή και

επιπλέον, καταδεικνύει τον τρόπο με τον οποίο η εκπαίδευση και η υγεία μπορούν να συνεργαστούν ώστε να επιτύχουν, και οι δύο, στόχους που αφορούν τόσο την υγεία όσο και την παροχή υψηλού επιπέδου γνώσεων και δεξιοτήτων (St.Leger, 2001). Συνδυαστικά με - και χωρίς να παραγνωρίζονται- άτυπες μορφές μάθησης, ο εγγραμματισμός υγείας μπορεί να οικοδομηθεί αποτελεσματικά μέσω της αγωγής υγείας της οποίας μπορεί να θεωρηθεί προϊόν. Αυτό για τον τελικό αποδέκτη που είναι οι μαθητές και κατ' επέκταση η προς διαμόρφωση κοινωνία είναι ιδιαίτερος σημαντικό, επειδή προσφέρεται καθολικά, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικού υποβάθρου και σε κατάλληλο αναπτυξιακό στάδιο (Γκούβρα, Κυρίδης & Μαυρικάκη, 2005), κατά συνέπεια δύναται να λειτουργήσει καθοριστικά, αποτελεσματικά και δυναμικά μετασχηματιστικά.

1.2. Αναπτυξιακά χαρακτηριστικά των μαθητών κατά την εφηβική ηλικία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το ηλικιακό διάστημα από το 11ο έως το 19ο έτος της ζωής του ατόμου, στο οποίο και εντάσσονται οι μαθητές που αποτελούν το επίκεντρο της ανά χείρας μελέτης, αποτελεί την περίοδο της εφηβείας⁴. Κατά τη διάρκειά

είναι η διαδικασία που βοηθάει τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις που προασπίζουν και προάγουν τη σωματική, ψυχική και κοινωνική τους ευεξία.

Η πιο πρόσφατη αναφορά από την Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology (2012), αναφέρει ως προαγωγή υγείας «κάθε προγραμματισμένο συνδυασμό εκπαιδευτικών, πολιτικών, περιβαλλοντικών, ρυθμιστικών ή οργανωτικών μηχανισμών που υποστηρίζουν δράσεις και συνθήκες διαβίωσης οι οποίες συμβάλλουν στην υγεία των ατόμων, των ομάδων και των κοινοτήτων».

⁴ Η εφηβεία είναι δύσκολο να οριοθετηθεί χρονικά με σαφή τρόπο. Κάθε άτομο βιώνει τις αλλαγές σε διαφορετικό χρόνο. Η εμφάνιση της ήβης που θα μπορούσε να αποτελέσει κριτήριο επίσης παρουσιάζει διαφοροποίηση. Τα αγόρια βιώνουν τις αλλαγές αργότερα συγκριτικά με τα κορίτσια. Παράλληλα, νομοθετικές ρυθμίσεις διαφορετικές ανά κράτος, προδιαγράφουν το κατώτατο όριο ενηλικίωσης το οποίο συνεπάγεται και τη νόμιμη συμμετοχή σε δραστηριότητες όπως ιδιοκτησία, εργασία, στράτευση, γάμος. Μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα διακρίνονται τρεις υποπερίοδοι: την πρόωμη εφηβεία από 11 ως 14 ετών, την μέση η οποία διαρκεί ως τα 17 έτη περίπου και την όψιμη η οποία ξεκινά μετά την ηλικία των 17 ετών (Τσίτσικα-Παπαγεωργίου, χ.χ.). Η Unicef αναφέρει ως εφηβεία το διάστημα 10-19 ετών, το οποίο το διαχωρίζει σε πρόωμη εφηβεία όταν αναφέρεται σε ηλικίες 10-14 ετών και σε όψιμη από 14-19 ετών (UNICEF, 2011). Η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία οριοθετεί την εφηβεία ανάμεσα στα 11 και 21 έτη (<https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/adolescent-sexual-health/Pages/Stages->

της πραγματοποιείται η οντογενετική ανάπτυξη της ταυτότητας του εφήβου, όταν και προσπαθεί με τον μοναδικό προσωπικό του τρόπο να απαντήσει σε ερωτήματα που αφορούν στο ποιος είναι ο ίδιος, ποιος ο κοινωνικός του ρόλος και να διαμορφώσει τη στάση του απέναντι στο περιβάλλον (Štramová, 2010). Η εφηβεία ως εκ τούτου, αποτελεί μια σημαντική μεταβατική περίοδο στη ζωή του ατόμου, στη διάρκεια της οποίας λαμβάνουν χώρα δυναμικές, πολυοργανικές, αλληλεξαρτώμενες μεταβολές μέσω των οποίων το άτομο μεταβαίνει στην ενηλικίωση, οπότε και αποκτά σταθερό και ανεξάρτητο κοινωνικό ρόλο. Οι μεταβολές αυτές πραγματοποιούνται τόσο σε φυσικό, σωματικό, γνωστικό όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο.

1.2.1. Βιολογικές Μεταβολές

Η εφηβεία αρχίζει βιολογικά με τη σταδιακή εμφάνιση της ήβης. Οι βιολογικές μεταβολές της ενήβωσης στις οποίες περιλαμβάνεται η αύξηση των γοναδοτροπινών, των στεροειδών του φύλου (οιστρογόνων-τεστοστερόνης), των σωματομεδινών και της αυξητικής ορμόνης καθώς και των επινεφριδιακών ανδρογόνων, έχουν ως αποτέλεσμα την εφηβική επιτάχυνση της αύξησης, με εμφανή τη ραγδαία μεταβολή στο μυοσκελετικό σύστημα του ατόμου. Το παιδικό σώμα μετασχηματίζεται σε σώμα ενήλικα, το ύψος και το βάρος αυξάνεται. Ταυτόχρονα, επηρεάζεται και το γεννητικό σύστημα. Αναπτύσσονται τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου και αποκτάται η ικανότητα αναπαραγωγής.

Υπό το πρίσμα των νευροεπισημών, η εφηβεία μπορεί να κατανοηθεί ως μια έντονη, δυναμική, αναπτυξιακή περίοδος του εγκεφάλου η οποία διαφέρει από τα προηγούμενα αναπτυξιακά στάδια τόσο στη μορφή ανάπτυξης όσο και στις εγκεφαλικές περιοχές που δραστηριοποιούνται. Στη διάρκεια αυτού του εφηβικού προγραμματισμού και επαναπρογραμματισμού (Χατζηευθυμίου, 2018) ο όγκος της φαιάς ουσίας φτάνει στην κορύφωσή του, ο σχηματισμός νευρωνικών δικτύων συνεχίζεται, ενώ ταυτόχρονα, παρατηρείται κατάργηση των νευρωνικών κυκλωμάτων που είχαν υπερπαραχθεί κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, διαδικασία η οποία οδηγεί στην ενδυνάμωση των

of_Adolescent_Development.aspx). Δύσκολο επιπλέον, είναι να καθοριστεί και το χρονολογικό τέλος της εφηβείας, αφού πολλάκις εξαιτίας κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων η περίοδος αυτή επεκτείνεται και παράλληλα παρατείνεται και η ψυχολογική και οικονομική εξάρτηση του εφήβου (Αναγνωστόπουλος & Γιαννακόπουλος, 2016).

εναπομεινουσών συνάψεων και, κατά συνέπεια, στη γνωστική ωρίμαση και στην εναρμόνιση του εγκεφάλου με το περιβάλλον (Blakemore, 2012·Galván, 2013). Οι αλλαγές αυτές, οι οποίες πραγματοποιούνται υπό την κυριαρχία των ορμονών της ήβης, είναι διμορφικού χαρακτήρα (Βενετικού, 2014) και είναι πιθανό να εξηγούν και διαφορές στις ψυχοπαθολογικές συμπεριφορές οι οποίες αναδύονται την περίοδο αυτή.

Ένα σύστημα το οποίο επαναπρογραμματίζεται την περίοδο αυτή είναι το μεταιχμιακό, το οποίο σχετίζεται με τον έλεγχο και την επεξεργασία των συναισθημάτων, το ανταποδοτικό συναίσθημα, τον έλεγχο της παρόρμησης και την ανάληψη ρίσκου. Το σύστημα αυτό, κατά τη διάρκεια της εφηβείας, παρουσιάζεται υπερδραστήριο συγκριτικά με τις άλλες περιόδους των παιδιών και των ενηλίκων. Οι έφηβοι είναι νευροβιολογικά ευαίσθητοι στις αμοιβές που είναι άμεσες και φαίνεται πως η ικανοποίηση την οποία λαμβάνουν από αυτές μπορεί να επηρεάσει τις επιλογές τους, καθώς και την άποψή τους για το είδος των επιθυμιών τους. Βαδίζοντας προς την όψιμη εφηβεία, οι ενέργειες κατευθύνονται κυρίως από τον προμετωπιαίο φλοιό ο οποίος αυτή την περίοδο ωριμάζει. Ο προμετωπιαίος φλοιός συμμετέχει στο σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων, στην εκτίμηση των συνεπειών των αποφάσεων αυτών μακροπρόθεσμα, στο σχεδιασμό και στην κατάκτηση στόχων, καθώς και στον έλεγχο των παρορμήσεων. Μέσω αυτού, ελέγχεται η δράση του μεταιχμιακού συστήματος. Η σημασία της μη ταυτόχρονης ωρίμασης του φλοιού ως κέντρο λογικής, και του μεταιχμιακού συστήματος ως κέντρο παρορμήσεων, αναδεικνύεται όταν οι έφηβοι πρέπει να πάρουν μια απόφαση γρήγορα και κυρίως σε συγκινησιακά φορτισμένες καταστάσεις. Στις περιστάσεις αυτές, η ανταπόκριση του μεταιχμιακού μπορεί να είναι άμεση και πριν ο φλοιός μπορέσει να αναδείξει τις συνέπειες των γρήγορων επιλογών. Αντίθετα, σε συνθήκες ηρεμίας όπου υπάρχει χρόνος να σταθμιστούν οι αιτίες, οι ενέργειες και οι συνέπειές τους η απόφαση του εφήβου μπορεί να είναι διαφορετική. Η ωρίμαση του προμετωπιαίου φλοιού φαίνεται ότι ολοκληρώνεται στην ηλικία των 20-24 χρόνων, όπου το άτομο αναλαμβάνει τον ρόλο του ενήλικα στην κοινωνία. Οι διεργασίες αυτές αντανακλώνται στη ωρίμαση του εφήβου στο γνωστικό επίπεδο. Η αδυναμία πραγματοποίησης υποθετικών σκέψεων και συνειδητοποίησης των επιπτώσεων των πράξεων, λόγω της προσήλωσης στον παρόντα χρόνο, μεταβάλλεται σταδιακά επιτρέποντας την εμφάνιση της υποθετικής σκέψης, άρα και της συνείδησης της επίπτωσης της πράξης αρχικά στο παρόν, και στη συνέχεια, κατά την όψιμη εφηβεία, και της συνείδησης της συνέπειας στο μέλλον. Η ωρίμαση του προμετωπιαίου φλοιού και η δυνατότητα ελέγχου της παρόρμησης δίνει τη δυνατότητα διαχείρισης δύσκολων γνωστικών και συναισθηματικών καταστάσεων. Η ωρίμαση των νευρωνικών δικτύων επιτρέπει τη πραγματοποίηση σύνθετων

διεργασιών και το χειρισμό μεγάλης ποσότητας πληροφοριών ταυτόχρονα, με τελικό σκοπό τη δυνατότητα λήψης αποφάσεων και προγραμματισμού μελλοντικών σχεδίων (Weinberger, Elvevag & Giedd, 2005).

1.2.2. Ψυχοκοινωνικές Μεταβολές

Η εφηβεία τελειώνει ψυχοκοινωνικά και συναισθηματικά με την απόκτηση ταυτότητας του εαυτού και του φύλου, την κατάκτηση της γνωσιακής λειτουργίας και της ανεξαρτησίας (Λαζαράτου, χ.χ.). Στη διάρκειά της ωστόσο, εμφανίζεται επίσης μια σειρά ψυχοσυναισθηματικών μεταπτώσεων που όπως συμπεραίνεται από τα προηγούμενα έχει και βιολογική βάση.

Ενώ κατά την παιδική ηλικία το άτομο παραμένει εγκλωβισμένο σε «υποθετικές πραγματικότητες», υποθέσεις δηλαδή που διαμορφώνει με βάση περιορισμένο αριθμό πληροφοριών και οι οποίες δεν τροποποιούνται ακόμα και παρουσία καινούριων αντιφατικών στοιχείων, η μετάβαση στην εφηβεία θέτει τον έφηβο τόσο ως υποκείμενο όσο και ως αντικείμενο σκέψης ταυτόχρονα. Η κατάκτηση του νέου τρόπου σκέψης εδραιώνει ένα εγωκεντρισμό ανώτερης τάξης, όπου ο εαυτός είναι μεν ισότιμος με τους ενήλικες, αλλά ταυτόχρονα και διαφορετικός. Ο εγωκεντρισμός με άλλα λόγια δεν αφορά τον εγωισμό αλλά αναφέρεται σε «φυσιολογικό, αναπτυξιακό φαινόμενο» (Γαλανάκη, 2002 σ. 549) μέσω του οποίου, ο έφηβος ανταπεξέρχεται στη στρεσογόνο διαδικασία της ανάπτυξης (Galanaki, i.p). Ο εγωκεντρισμός εκδηλώνεται με δύο μορφές, του προσωπικού μύθου και του φανταστικού ακροατηρίου. Η υπερδιαφοροποίηση και η αίσθηση της σημαντικότητας συντηρείται μέσα από τον προσωπικό μύθο και την πεποίθηση της παντοδυναμίας και της ατροφότητας. Ο έφηβος θεωρεί ότι παρά το γεγονός ότι κάποιες ενέργειες είναι επικίνδυνες, δεν μπορούν να βλάψουν τον ίδιο (Γαλανάκη, 2001, 2003). Εξαιτίας της αντίληψης αυτής, δε διεκδικούν το δικαίωμα στην προστασία, με αποτέλεσμα να είναι ευάλωτη ομάδα αναφορικά με τις επιλογές και την έκφρασή τους (Τσίτσικα, 2014).

Παράλληλα, ο έφηβος έχει την αίσθηση του πρωταγωνιστικού ρόλου σε κάθε έκφραση της καθημερινότητας, κατασκευάζοντας για τον εαυτό του ένα φανταστικό ακροατήριο. Η μεγάλη ισχύς της ομάδας των συνομηλίκων είναι μια έκφραση του φανταστικού ακροατηρίου. Ο έφηβος ενδιαφέρεται σε τέτοιο βαθμό για τις αντιδράσεις των συνομηλίκων του απέναντι στον ίδιο, με αποτέλεσμα να δρα αντίθετα με τα συμφέροντά του προκειμένου να συμμορφωθεί με την ομάδα (Γαλανάκη, 2003). Έρευνες φανερώνουν ότι

πολλές ριψοκίνδυνες συμπεριφορές και λανθασμένες αποφάσεις πραγματοποιούνται παρουσία φίλων (Gardner & Steinberg, 2005) και η υιοθέτηση συμπεριφορών συνδέεται έντονα με την ανάγκη διατήρησής τους (La Greca, Prinstein & Fetter, 2001) καθώς και με το βαθμό δημοφιλίας τους (Helms et al., 2014). Η ανάγκη συμμετοχής στην ομάδα με την πάροδο του χρόνου, στην όψιμη εφηβεία, σταματά να είναι προτεραιότητα, όταν και προβάλλει εντονότερα η ανάγκη διαμόρφωσης της ιδιαίτερης προσωπικής ταυτότητας. Παράλληλα, κατά τη διάρκεια της εφηβείας, ο πειραματισμός και η αναζήτηση, η αυξημένη περιέργεια και η τάση για εξερεύνηση ορίων, η αντίδραση απέναντι σε κάθε εξουσία, ο ιδεαλισμός και η έλλειψη κριτικής στάσης απέναντι στην πραγματικότητα σε συνδυασμό με τη διάθεση για ανεξαρτησία και η αποκοπή από το οικογενειακό περιβάλλον, δίνουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο μπορεί να ευνοηθεί η ανάδυση συμπεριφορών υψηλού κινδύνου. Γίνεται κατανοητό από τα παραπάνω ότι η εφηβεία είναι μία συναρπαστική περίοδος η οποία ωστόσο, συνοδεύεται από άγχος και σύγχυση εξαιτίας των παρατηρούμενων ψυχοσωματικών αλλαγών (Τσίτσικα-Παπαγεωργίου, χ.χ.), έχοντας ως τελικό ζητούμενο την απόκτηση υγιούς, σταθερής αυτοεικόνας και παρουσίας μέσα στα διάφορα περιβάλλοντα που ενεργεί ο έφηβος.

1.2.3. Σύγχρονες περιβαλλοντικές παράμετροι

Για τον κάθε έφηβο, οι αλλαγές αυτές λαμβάνουν χώρα μέσα σε οικεία αλλά και ρευστά, ευρύτερα περιβάλλοντα επηρεάζοντας το μέγεθος και την κατεύθυνση των πραγματοποιούμενων αλλαγών. Στο παγκόσμιο περιβάλλον σήμερα, πραγματοποιούνται θεμελιώδεις, δομικές μεταβολές. Θεσμοί, όπως της οικογένειας, χάνουν τη σταθερότητά τους, μοιάζουν να κατακερματίζονται. Υψηλότερα ποσοστά διαζυγίου, η αυξανόμενη τάση για μονογονεϊκά νοικοκυριά, η μεγαλύτερη συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας θέτουν υπό πίεση τον κοινωνικό ιστό και τους ενήλικες στην οικογένεια, πιθανά επιφέρουν την περαιτέρω αποδυνάμωση των οικογενειακών δεσμών. Σε πολλές περιπτώσεις, συνεπάγονται μεγαλύτερο βαθμό φτώχειας (OECD, 2011), και παράλληλα ωθούν τους εφήβους σε φτωχές επιλογές ζωής, οι οποίες, στη συνέχεια, θέτουν σε κίνδυνο την υγεία τους καθώς και τη μετέπειτα ευημερία τους (IOM & NRC, 2011). Δυσλειτουργικές οικογένειες λειτουργούν σωρευτικά, πολλαπλασιάζοντας τους παράγοντες για την εμφάνιση συμπεριφορών κινδύνου (Prinstein, 2001).

Επιπλέον, οι έφηβοι στην εποχή μας καλούνται να βιώσουν ένα μεταβατικό στάδιο σε έναν εξαιρετικά μεταβαλλόμενο κόσμο, γεγονός το οποίο εκφράζεται μέσα από την κινητικότητα πληθυσμού, και τα ποικίλα μοτίβα μετανάστευσης, τις μεταβολές στις σχέσεις εργασίας και το ολοένα εκτεινόμενο φάσμα ανεργίας. Ο τόπος και ο τρόπος διαβίωσης επίσης συμβάλλει στην παρουσία ιδιαιτεροτήτων στην ανάπτυξη των εφήβων. Η ζωή στην πόλη μπορεί να συνδυάζεται με πρόσβαση σε καλύτερη εκπαίδευση και καλύτερες οικονομικές συνθήκες, όμως, συνοδεύεται από την παρουσία περισσότερων ψυχολογικών προβλημάτων, χρήση ουσιών, αδράνεια και παχυσαρκία, ενώ μπορεί να είναι καθοριστική για την επιβίωση παιδιών που ζουν μακριά από τις οικογένειές τους (Patton et al., 2016). Εκτός των παραπάνω, θα κληθούν να αντιμετωπίσουν τη δραματική χειροτέρευση του παγκόσμιου φυσικού περιβάλλοντος, καθώς και αυτά που αυτή συνεπάγεται.

Ο μεγάλος βαθμός τεχνολογικής ανάπτυξης και η χρήση των ψηφιακών μέσων επηρεάζει επίσης τους σύγχρονους εφήβους. Η σύγχρονη τεχνολογία στην οποία σήμερα οι έφηβοι αφιερώνουν ένα μεγάλο μέρος της καθημερινότητάς τους έχει τη δύναμη να μεταμορφώσει το κοινωνικό περιβάλλον τους και τα κοινωνικά τους δίκτυα, φέρνοντας κοντά τους εκπαιδευτικές δυνατότητες που δεν υπήρχαν, αλλά και οφέλη στα πλαίσια της οικονομικής ανάπτυξης, της φροντίδας υγείας, αλλά και την προαγωγή της ίδιας της δημοκρατίας, με τη δυνατότητα ακόμα της διαμόρφωσης του μέλλοντος. Από την άλλη πλευρά, τα ψηφιακά μαζί με τα υπόλοιπα μέσα, έχουν τη δυνατότητα να λειτουργήσουν και αντίστροφα, μετατρέποντας τον εφηβικό πληθυσμό σε στόχο ενός επιθετικού μάρκετινγκ με συνεπακόλουθη την υιοθέτηση ανθυγιεινού τρόπου ζωής και προβληματικών συμπεριφορών (Patton et al., 2016). Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι κατά τη διάρκεια των τηλεοπτικών εκπομπών που απευθύνονται σε ηλικίες μαθητών, οι διαφημίσεις διατροφικών προϊόντων κυμαίνονται από 10 έως 12 ανά ώρα και τα προβαλλόμενα προϊόντα ανήκουν στην κατηγορία αυτών που έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και ζάχαρη καθώς και προϊόντων fast food (Aston, Morton & Mithen 2003, όπως αναφέρεται στο Alvaro, 2006).

1.2.4. Ιδιαιτερότητες Υγειονομικών Προβλημάτων και Συμπεριφορών

Η σωματική έκφραση των μεταβολών του συγκεκριμένου αναπτυξιακού σταδίου, το ποσοστό χρόνιων νοσημάτων όσο και η παρουσία συμπεριφορών υψηλού κινδύνου καθιστούν κατανοητό ότι η εφηβεία αποτελεί περίοδο με ποικίλες και ιδιαίτερες υγειονομικές ανάγκες (Τσίτσικα-Παπαγεωργίου, χ.χ.), των οποίων η αποτελεσματικότητα

της παρακολούθησης και κάλυψής τους είναι εξαιρετικά σημαντική για την ευημερία τους. Είναι βέβαια γεγονός, ότι οι έφηβοι αποτελούν ομάδα η οποία αντιμετωπίζει λιγότερα προβλήματα υγείας και δεν έρχεται σε συχνή επαφή με το σύστημα υγείας και την πρωτοβάθμια φροντίδα (Newhacheck et al., 2003). Ωστόσο, μέσα στο σύγχρονο περιβάλλον καλούνται να αντιμετωπίσουν μία σειρά προκλήσεων υγείας, τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο όσο και στο επίπεδο της δικής μας χώρας.

Κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τίθενται τα θεμέλια, και στο στάδιο της εφηβείας εμπεδώνονται δεξιότητες και συμπεριφορές υγείας οι οποίες παραμένουν ως την ενηλικίωση. Σύμφωνα με έρευνες, οι μισοί ποσοστιαία πρόωροι θάνατοι οφείλονται σε συνήθειες που έχουν αποκτηθεί σε μικρή ηλικία (Lee, 2009), όταν πολλές ριψοκίνδυνες συμπεριφορές εμφανίζονται, ενώ θεωρείται ότι για τα δύο τρίτα των προβλημάτων της εφηβικής ηλικίας υπάρχει δυνατότητα να προληφθούν (Τσίτσικα-Παπαγεωργίου, χ.χ.). Σύμφωνα με τη μεθοδολογία κατάταξης, βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων, που πραγματοποιήθηκε από τους Patton et al. (2016) για το παγκόσμιο προφίλ υγείας των εφήβων, η χώρα μας συγκαταλέγεται μεταξύ αυτών που η πλειονότητα των προβλημάτων υγείας συνδέεται με αυτά που προκύπτουν από το σύγχρονο τρόπο ζωής. Στη χώρα μας, παρουσιάζεται μείωση κατά 15% σε θανάτους παιδιών από τροχαία (Adminaite, Jost, Stipdonk, Ward & Calinescu, 2018)⁵. Τα επίπεδα αναπηριών εξαιτίας ακούσιων τραυματισμών και βίας βρίσκονται σε επίπεδο κάτω των 2.500 ανά 100.000, ωστόσο δεν έχουμε κάνει αντίστοιχη πρόοδο στην επιβάρυνση παραγόντων που συνδέονται με τα μη μεταδοτικά νοσήματα.

Η χρήση καπνού και η κατανάλωση αλκοόλ είναι ένας από τους σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση προβλημάτων υγείας και των οποίων η έναρξη γίνεται συνήθως κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας (Patton et al., 2016). Σύμφωνα με τα στατιστικά του προγράμματος HBSC/WHO στην Ελλάδα, ένα ποσοστό της τάξης του 6,1% των 15χρονων αγοριών και του 5,3% των κοριτσιών δηλώνουν ότι καπνίζουν τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα ή σε καθημερινή βάση. Η έναρξη του καπνίσματος γίνεται συνήθως στα 13 έτη ή νωρίτερα. Ποσοστό της τάξης του 6,9% αναφέρει ότι καταναλώνει οινοπνευματώδη ποτά σε εβδομαδιαία βάση, τοποθετώντας την χώρα μας στην 5^η υψηλότερη θέση μεταξύ των χωρών της Ευρώπης, ενώ στις ηλικίες των 13 και 15 ετών, η Ελλάδα εμφανίζει σχεδόν διπλάσια ποσοστά από τα αντίστοιχα άλλων χωρών (Κοκκέβη κ.ά., 2016).

⁵ <https://www.elnplex.com/>

Επιπρόσθετα, το σύγχρονο περιβάλλον εκθέτει τα παιδιά και τους νέους σε επικίνδυνες συμπεριφορές όπως η φυσική αδράνεια, η υπερβολική συσσώρευση ενέργειας. Μείζον πρόβλημα αποτελούν τα ποσοστά των παχύσαρκων ή και υπέρβαρων παιδιών. Στην Ελλάδα καταγράφεται υψηλότερο ποσοστό παχύσαρκων/ υπέρβαρων εφήβων, κατατάσσοντάς μας στην 4^η υψηλότερη θέση κατέχοντας ταυτόχρονα και την 4^η χαμηλότερη θέση (13,4%) στο βαθμό καθημερινής φυσικής δραστηριότητας. Η παχυσαρκία στην εφηβεία συνήθως συνεπάγεται παχυσαρκία στην ενήλικη ζωή, καθώς και την ταυτόχρονη ύπαρξη ενός ή περισσότερων παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Παράλληλα, καταγράφεται το χαμηλότερο ποσοστό λήψης πρωινού καθώς και χαμηλό ποσοστό καθημερινής κατανάλωσης φρούτων. Εκτός αυτών, σε υψηλότερο ποσοστό οι 15χρονοι στην Ελλάδα αναφέρουν τουλάχιστον μια ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή (Κοκκέβη κ.ά., 2016). Επίσης, ο αριθμός των παιδιών με χρόνιες ασθένειες, όπως το άσθμα, φαίνεται να έχει αυξητική τάση (Agency for Healthcare Research and Quality, 2005).

Η σύγχρονη γενιά των εφήβων ηλικίας 10-24 ετών αναφέρεται ως η μεγαλύτερη στην ιστορία. Αποτελεί το 1/4 του παγκόσμιου πληθυσμού (Μπακοπούλου, χ.χ.). Στην Ελλάδα το ποσοστό εφήβων και νέων είναι περίπου 11%. Συνδυαστικά με την ολοένα αυξανόμενη γήρανση πληθυσμού, οι έφηβοι θα κληθούν μετέπειτα να σηκώσουν το βάρος του συστήματος υγείας (Τσίτσικα & Χρούσος, 2005), με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την περίθαλψη στην ενήλικη ζωή τους, όταν γνωρίζουμε επιπλέον ότι η υγεία αυτής της γενιάς, φτάνοντας στη μέση ηλικία θα είναι σε χειρότερη κατάσταση από αυτή των πατέρων τους⁶.

1.2.5. Αναγνώριση της αναγκαιότητας του εγγραμματισμού υγείας

Η εικόνα των βιοφυσικών, γνωστικών και χαρακτηριστικών μεταβολών καθώς και τα υπαρκτά προβλήματα καταδεικνύουν τη σημαντικότητα της ενασχόλησης με τον εγγραμματισμό υγείας σε παιδιά και εφήβους. Εκτός του αναγκαίου μετασχηματισμού των συστημάτων που επηρεάζουν τον έφηβο, ώστε να συντονιστούν με τις αλλαγές αυτές, θα πρέπει να ληφθεί μέριμνα ώστε και οι ίδιοι οι έφηβοι να είναι εγγράμματοι σε θέματα υγείας. Αναφερόμαστε εκτός των άλλων, σε μία ηλικιακή ομάδα η οποία σε μικρό χρονικό διάστημα θα κινείται και θα αλληλεπιδρά με το σύστημα υγείας χωρίς τη συνδρομή των ενηλίκων.

⁶ <https://www.cheatsheet.com/health-fitness/a-new-study-finds-millennials-are-the-first-generation-on-track-to-be-less-healthy-than-their-parents-by-middle-age.html/>

Τα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι το επίπεδο των αναγνωστικών δεξιοτήτων πολλών εφήβων είναι χαμηλότερο της ηλικίας τους (Biancarosa & Snow, 2004) καθώς και ότι πολλοί έφηβοι συναντούν ολοένα και περισσότερες δυσκολίες στην κατανόηση κειμένων (OECD, 2016). Έρευνες επίσης καταδεικνύουν ότι η δυσκολία ανάγνωσης και κατανόησης μεγεθύνεται όταν τα κείμενα περιέχουν επιστημονικές έννοιες, όπως αυτά με ιατρικό περιεχόμενο (Brown, Teufel, & Birch, 2007). Δεδομένων των αναγκών που προκύπτουν από το χαμηλό επίπεδο γραμματισμού είναι αμφίβολη η ικανότητα των εφήβων να επεξεργάζονται και να κατανοούν την ιατρική πληροφορία. Η απόκτηση δεξιοτήτων εγγραμματισμού υγείας διευκολύνει τους εφήβους στην πρόσβαση σε πληροφορίες και υπηρεσίες υγείας που τους είναι απαραίτητες, βελτιώνοντας τη δυνατότητα να προβαίνουν σε υγιεινές επιλογές και να διατηρούν καλή υγεία, η οποία για αυτούς μπορεί να μην αποτελεί φυσική συνέπεια αλλά δεδομένο (Manganello & Shone, 2013). Από την άλλη, το ποσοστό των νέων που επιθυμούν την ενεργό εμπλοκή τους σε θέματα φροντίδας της υγείας τους αυξάνεται και επίσης, φαίνονται ιδιαίτερα πρόθυμοι να πληροφορηθούν και να κατανοήσουν τέτοια ζητήματα, παρότι είναι δύσκολο για αυτούς (Manganello, 2007, 2009).

Δεδομένων των παραπάνω συνθηκών, οι οποίες σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό καταγράφονται και σε άλλες χώρες, οι νέοι τίθενται στο επίκεντρο, αποτελώντας παγκόσμια προτεραιότητα για οργανισμούς όπως η ΟΥΝΕΣΚΟ (Μπακοπούλου, χ.χ.). Επενδύοντας στην υγεία των εφήβων επιτυγχάνεται τόσο άμεσο όφελος όσο και μακροπρόθεσμο, αφού οι έφηβοι του σήμερα αποτελούν την κοινωνία του αύριο, ενώ στη συνέχεια ως γονείς θα επηρεάσουν και τις αντιλήψεις των παιδιών τους, άρα και την κοινωνία της επόμενης γενιάς. Μία σειρά παγκόσμιων στόχων υγείας διατυπώνονται προς την κατεύθυνση αυτή, όπως οι Αναπτυξιακοί Στόχοι της Χιλιετίας, μέσω των οποίων, αναγνωρίζεται ότι η εστίαση στην εφηβεία κατέχει κεντρικό ρόλο στην επιτυχία πολλών θεμάτων δημόσιας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο (Sawyer, et al., 2012). Η δημιουργία συστημάτων υγείας τα οποία να ανταποκρίνονται στις ιδιαιτερότητες των εφήβων, η πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας και ψυχοκοινωνικής στήριξης είναι οδός που οδηγεί στη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας τους, κατά συνέπεια, και στην επίτευξη των ζητούμενων αναπτυξιακών στόχων (Laski, 2015). Σήμερα, οι ανισότητες στην υγεία είναι πλέον εμφανείς στους κοινωνικά και οικονομικά περιθωριοποιημένους εφήβους, όπως είναι οι μειονότητες, οι πρόσφυγες, ή οι ΛΟΑΤ έφηβοι. Η αναδιάρθρωση των συστημάτων παροχής υπηρεσιών, προκειμένου να διασφαλιστεί η ισότιμη πρόσβαση ανεξάρτητα από το φύλο, την εθνοτική ή την κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι επίσης ουσιαστικής σημασίας. Επιπλέον, μία λογική

αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας μέσω πρόληψης και θεραπείας μπορεί να αποφέρει τεράστια κοινωνικά και οικονομικά οφέλη καθώς και σύγκλιση του επιπέδου υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο ως το 2030 (Patton et al., 2016). Η πλήρης και έγκαιρη εκπαίδευση σε ζητήματα υγείας και η παροχή των πόρων που χρειάζονται οι νέοι προς την κατεύθυνση θεωρείται από τους αρμόδιους φορείς ως πρωταρχικής σημασίας (North Carolina Institute of Medicine, 2009). Στη διαδρομή αυτή, ουσιαστική κρίνεται η αλληλεπίδραση και η αμφίδρομη ενίσχυση των συστημάτων υγείας και παιδείας (Benham-Deal & Hodges, 2009).

1.3. Η έννοια του εγγραμματισμού υγείας σε παιδιά και εφήβους

Στα προηγούμενα αναλύθηκε εκτενώς το σύγχρονο πλαίσιο υγείας και οι απαιτήσεις που αυτό δημιουργεί στα άτομα, οι αναπτυξιακές ιδιαιτερότητες παιδιών και εφήβων καθώς και οι λόγοι για τους οποίους πρέπει να δοθεί έμφαση στον εγγραμματισμό υγείας της ομάδας αυτής. Στη συνέχεια, θα προσπαθήσουμε να διερευνήσουμε βασισμένοι στην ερευνητική και ακαδημαϊκή βιβλιογραφία το νόημά της στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα.

Ως εξελισσόμενη, η έννοια του εγγραμματισμού υγείας έχει νοηματοδοτηθεί, αποδοθεί, κατανοηθεί και χρησιμοποιηθεί με ποικίλους τρόπους (Berkman et al., 2004· Berkman, Davis & McCormack, 2010· Nutbeam, 2008). Αξίζει να σημειωθεί ότι σε σύνολο 774 σχετικών άρθρων, δημοσιευμένων από το 2007-2013, τα οποία ανέλυσε στη διδακτορική της διατριβή η Malloy-Weir (2015) εντόπισε 250 διαφορετικούς ορισμούς. Ποικίλες είναι και οι αναφορές σε εννοιολογικά μοντέλα. Μέσα από τις πολυάριθμες νοηματοδοτήσεις η διερεύνηση του περιεχομένου της έννοιας προσεγγίζεται από διαφορετικές αφετηρίες και καταβολές και αποκτά διαφορετικές διαστάσεις αναλόγως του πλαισίου μέσα στο οποίο εξετάζεται.

Η εξέταση του εγγραμματισμού υγείας στο πλαίσιο των παιδιών και εφήβων, παρότι γνωρίζει ανάπτυξη, παραμένει ακόμα, συγκριτικά με των υπολοίπων ομάδων πληθυσμού, ελλιπής. Η γνώση σχετικά με το τι ακριβώς συνιστά τον εγγραμματισμό υγείας σε αυτές τις ηλικίες καθώς και η ομοφωνία στην ακαδημαϊκή κοινότητα στο πεδίο αυτό παραμένει περιορισμένη (Bröder et al., 2017). Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας η οποία αναφέρεται σε μαθητές και στην κατεύθυνση της πληρέστερης κατανόησης του ζητήματος, πραγματοποιήθηκε ενδελεχής βιβλιογραφική ανασκόπηση με σκοπό την καταγραφή σχετικών ορισμών και εννοιολογικών μοντέλων καθώς και αυτών που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην κατανόησή του και ακολούθως στη μέτρησή του. Από την ανασκόπηση συγκεντρώθηκαν 19 ορισμοί, για τους οποίους κρίθηκε ότι μπορούν να ενταχθούν στο πλαίσιο αυτό.

1.3.1. Ορισμοί εγγραμματισμού υγείας

Οι ορισμοί είτε έχουν διατυπωθεί για παιδιά και εφήβους σε ερευνητικές εργασίες, στο περιβάλλον ιατρικής φροντίδας και στα πλαίσια προγραμμάτων αγωγής υγείας, είτε ακολουθούν την ευρύτερη έννοια του εγγραμματισμού στην υγεία υπό το πρίσμα της

προαγωγής υγείας αναφερόμενοι σε διάφορα περιβάλλοντα και σε δια βίου διαδικασία. Επιπλέον, συμπεριλαμβάνεται ο ορισμός για τον εγγραμματισμό στην υγεία ο οποίος αναφέρεται σε χώρες μέσου και χαμηλού εισοδήματος (Dodson, Good & Osborne, 2015). Ο λόγος γι' αυτό είναι ότι ο πληθυσμός-στόχος της συγκεκριμένης έρευνας είναι μαθητές 12-17 ετών, που έχουν κατά συνέπεια περάσει ένα μεγάλο μέρος του βίου τους σε συνθήκες οικονομικής κρίσης, η οποία άρχισε να βιώνεται έντονα στη χώρα μας από το 2010, ήτοι τα τελευταία 9 χρόνια. Εκτός αυτών, αποφασίστηκε να συμπεριληφθεί ο ορισμός του εγγραμματισμού στη δημόσια υγεία (Freedman et al. 2009). Αυτό κρίθηκε απαραίτητο λόγω του γεγονότος ότι αναφερόμαστε σε μαθητικό πληθυσμό και οι σχολικές μονάδες πληρούν τα χαρακτηριστικά που καθορίζουν αυτό που ονομάζεται «Λειτουργική Κοινότητα» (Τούντας, χ.χ.). Ο εγγραμματισμός στη δημόσια υγεία παρότι δεν επικεντρώνεται στο άτομο, λειτουργεί συμπληρωματικά ως προς αυτό, αναφερόμενος στη γνώση, τις δεξιότητες και τη δέσμευση που θα πρέπει να διέπει μία ομάδα ατόμων για να αναδείξει θέματα υγείας που αφορούν την κοινότητά της. Ταυτόχρονα, υποδηλοί την έννοια του ενεργού πολίτη και την εμπλοκή του σε αντίστοιχες ενέργειες. Τέλος, συμπεριελήφθη ο ορισμός των Ratzan & Parker (2000) ο οποίος είναι από τους πλέον συχνά χρησιμοποιούμενους ορισμούς σε ερευνητικές εργασίες στο πλαίσιο εφήβων.

Η διατύπωση των παρακάτω ορισμών θεωρούμε ότι υπόκειται σε έλεγχο και συζήτηση. Η μεταφορά από τη μία γλώσσα και τη σημειωτική της στην άλλη ενέχει φυσικούς περιορισμούς. Η μετάφραση εξάλλου ως διαδικασία δεν περιορίζεται στη διαδικασία της φιλολογικής ενέργειας (Γραμμενίδης κ.ά., 2015). Γίνεται απόπειρα ανασύνθεσης της ακριβέστερης ισοδύναμης προσέγγισης του περιεχομένου, ωστόσο η μετάφραση οφείλει να πιστοποιείται διεπιστημονικά (Τσίγκου, χ.χ.), συνθήκη η οποία ξεπερνά τα όρια της παρούσας εργασίας. Οι μεταφραστικοί περιορισμοί και ο ρόλος των εννοιών στην ευρύτερη διάδοση, την κατανόηση της έννοιας και της καθιέρωσής της ως επικρατούσα τάση γεννούν νέες ανάγκες, όπως η πιθανή δημιουργία ενός λεξιλογικού οδηγού εγγραμματισμού υγείας (Sorensen & Brand, 2013).

Πίνακας 1.1

Ορισμοί του εγγραμματισμού υγείας

Joint Committee on Health Education Terminology, 1991·National Health Education Standards, 1995	Η ικανότητα ενός ατόμου να αποκτά, να ερμηνεύει, να κατανοεί βασικές πληροφορίες και υπηρεσίες υγείας και η δεξιότητα να τις χρησιμοποιεί με τρόπο που να ενισχύει την υγεία του. Το εγγράμματο στην υγεία άτομο έχει κριτική σκέψη, μπορεί να επιλύει προβλήματα, να επικοινωνεί αποτελεσματικά και να είναι υπεύθυνος και παραγωγικός πολίτης.
WHO, 1998α	Είναι οι γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες που καθορίζουν το κίνητρο και την ικανότητα των ατόμων να αποκτήσουν πρόσβαση, να κατανοήσουν και να χρησιμοποιήσουν πληροφορίες με τρόπους οι οποίοι προάγουν και διατηρούν καλό επίπεδο υγείας. Εγγραμματισμός υγείας σημαίνει κάτι περισσότερο από το να είναι ένα άτομο σε θέση να διαβάσει φυλλάδια και να προγραμματίσει επιτυχώς κάποιο ιατρικό ραντεβού.
Nutbeam, 2000	Οι προσωπικές, γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες που καθορίζουν την ικανότητα των ατόμων να αποκτούν πρόσβαση, να κατανοούν και να χρησιμοποιούν τις πληροφορίες για την προώθηση και διατήρηση της καλής υγείας.
Fok & Wong, 2002	Εγγραμματισμός υγείας ορίζεται ως η κατανόηση και η δράση σε σωματικές και ψυχοκοινωνικές δραστηριότητες βάσει κατάλληλων κριτηρίων, η ικανότητα αλληλεπίδρασης με άλλους ανθρώπους, η αντιμετώπιση των αναγκαίων αλλαγών και η απαίτηση ενός βαθμού λογικής αυτονομίας ώστε να επιτύχουν την πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία.
Zarcadoolas, Pleasant & Greer, 2003	Ορίζουμε τον εγγραμματισμό υγείας ως το ευρύ φάσμα δεξιοτήτων και ικανοτήτων που αναπτύσσουν οι άνθρωποι για να αναζητήσουν, να κατανοήσουν, να αξιολογήσουν και να χρησιμοποιήσουν πληροφορίες και έννοιες σχετικές με την υγεία ώστε να προβαίνουν σε ενημερωμένες επιλογές, να μειώνουν τους κινδύνους για την υγεία και να βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους.
Ratzan & Parker, 2000 ό.α. στο IOM, 2004·& στοHealthy People, 2010	Ο βαθμός στον οποίο τα άτομα έχουν την ικανότητα να αποκτήσουν, να επεξεργαστούν, και να κατανοήσουν τις βασικές πληροφορίες και υπηρεσίες υγείας που χρειάζονται για να προβούν σε ορθές, για την ενίσχυση της υγείας τους, αποφάσεις.
Kwan, Frankish, & Rootman, 2006	Ο βαθμός στον οποίο οι άνθρωποι είναι σε θέση να έχουν πρόσβαση, να κατανοούν, να αποτιμούν και να επικοινωνούν πληροφορίες ώστε να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις των διαφόρων περιβαλλόντων υγείας, με σκοπό να προωθήσουν και να διατηρήσουν την καλή υγεία σε όλη τη διάρκεια ζωής τους.
Brown Teufel & Birch, 2007	Για την συγκεκριμένη έρευνα, θεωρούμε απλουστευμένα ότι ο εγγραμματισμός υγείας αφορά στην ικανότητα να κατανοούν τις πληροφορίες υγείας, να κατανοούν ότι οι πράξεις που κάνουν στη νεότητά τους επηρεάζουν την μετέπειτα υγεία τους, καθώς και την ικανότητα εύρεσης έγκυρης πληροφορίας υγείας.

- Kickbusch & Maag, 2008
Είναι η ικανότητα λήψης ορθών αποφάσεων υγείας στο πλαίσιο της καθημερινής ζωής στο σπίτι, στην κοινότητα, στο χώρο εργασίας, στο σύστημα υγείας, στην αγορά και στον πολιτικό χώρο. Πρόκειται για μια κρίσιμη στρατηγική ενδυνάμωσης για την αύξηση του ελέγχου των ανθρώπων σχετικά με την υγεία τους, την ικανότητά τους να αναζητούν πληροφορίες και να αναλαμβάνουν ευθύνες.
- Mancuso, 2008
Αφορά μία εξελικτική διαδικασία η οποία λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου και χαρακτηρίζεται από ικανότητα, κατανόηση και επικοινωνία. Τα χαρακτηριστικά του εγγραμματισμού υγείας ενσωματώνονται σε αυτόν και έπονται της επάρκειας σε δεξιότητες, στρατηγικές και δυνατότητες, που προαπαιτείται για την επίτευξή του. Τα αποτελέσματα του εγγραμματισμού υγείας εξαρτώνται από το βαθμό επίτευξής του, και ως τέτοια έχουν τη δυναμική να επηρεάσουν άτομα και κοινωνία.
- Begoray, Wharf Higgins & MacDonald, 2009
Για το σκοπό της έρευνας αυτής, ορίζουμε τον εγγραμματισμό υγείας ως την ικανότητα εύρεσης, κατανόησης, αξιολόγησης και επικοινωνίας της πληροφορίας υγείας.
- Borzekowski, 2009
Πρόκειται για ένα σύνολο δεξιοτήτων που περιλαμβάνουν την αναγνώριση, επεξεργασία, ενσωμάτωση, και την ενέργεια σχετικά με πληροφορίες από διάφορες πηγές. Για να θεωρείται εγγράμματο στην υγεία ένα άτομο πρέπει να είναι σε θέση να αναπτύξει λειτουργικές, αλληλεπιδραστικές και ερμηνευτικές δεξιότητες. Επίσης, είναι ουσιαστικές οι δεξιότητες στα μέσα, ειδικά στο σύγχρονο, ανεπτυγμένο περιβάλλον μέσων. Στις ηλικίες μεταξύ 3 και 18 ετών μπορούν να αναζητούν, να κατανοούν, να αξιολογούν και να χρησιμοποιούν πληροφορίες για την υγεία, ειδικά εάν παρουσιάζονται με τρόπους ηλικιακά εύληπτους, πολιτισμικά κατάλληλους και κοινωνικά υποστηριζόμενους. Η ανάπτυξη του εγγραμματισμού υγείας των παιδιών και των νέων μπορεί να ενδυναμώσει αυτή την ευάλωτη και "περιθωριοποιημένη" ομάδα ώστε να είναι πιο δραστήρια, παραγωγικότερη και υγιέστερη.
- Freedman et al., 2009
Εγγραμματισμός υγείας ορίζεται ο βαθμός στον οποίο άτομα και ομάδες μπορούν να αποκτήσουν, να επεξεργαστούν, να κατανοήσουν, να αξιολογήσουν και να ενεργήσουν στις πληροφορίες που απαιτούνται για τη λήψη αποφάσεων δημόσιας υγείας που ωφελούν την κοινότητα.
- Coleman et al., 2010
(Calgary Charter)
Ο εγγραμματισμός υγείας επιτρέπει στο κοινό και στους εργαζόμενους σε όλους τους τομείς υγείας, την εύρεση, κατανόηση, αξιολόγηση, επικοινωνία και χρήση πληροφορίας. Ο εγγραμματισμός στην υγεία είναι η χρήση ενός ευρέος φάσματος δεξιοτήτων που βελτιώνουν την ικανότητα των ανθρώπων να ενεργούν σε συγκεκριμένες πληροφορίες για να ζουν υγιέστερη ζωή. Αυτές οι δεξιότητες περιλαμβάνουν την ανάγνωση, τη γραφή, την ακρόαση, την ομιλία, και κριτική ανάλυση, καθώς και δεξιότητες επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης.
- Gordon, Barry, Dunn & King, 2011
Ο εγγραμματισμός στην υγεία είναι ο βαθμός στον οποίο τα άτομα έχουν την ικανότητα να αποκτούν, να έχουν πρόσβαση, να επεξεργάζονται και να κατανοούν βασικές πληροφορίες και υπηρεσίες υγείας που απαιτούνται για τη λήψη των ενδεδειγμένων αποφάσεων υγείας και συνεπάγεται μια συνεχή διαδικασία δημιουργίας ατομικής και κοινοτικής ικανότητας για την κατανόηση των συνιστωσών της υγείας.

Massey, Prelip, Calimlim, Quiter& Glik, 2012	Ορίζεται ως ένα σύνολο δεξιοτήτων που χρησιμοποιούνται για την οργάνωση και εφαρμογή των γνώσεων, των στάσεων και των πρακτικών της υγείας που σχετίζονται με τη διαχείριση του περιβάλλοντος υγείας ενός ατόμου.
Paakkari & Paakkari, 2012	Ο εγγραμματισμός υγείας περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα γνώσεων και δεξιοτήτων, τις ικανότητες που οι άνθρωποι επιδιώκουν να περιλάβουν, να αξιολογήσουν, να δομήσουν και να χρησιμοποιήσουν. Μέσω των δεξιοτήτων στον τομέα του εγγραμματισμού στην υγεία κατανοούν τους εαυτούς τους, τους άλλους και τον κόσμο με έναν τρόπο που τους επιτρέπει να λαμβάνουν ορθές αποφάσεις υγείας, να επεξεργάζονται και να αλλάζουν τους παράγοντες που συνθέτουν τόσο τις δικές τους ευκαιρίες υγείας όσο και των άλλων.
Sørensen et al., 2013	Η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας βασίζεται στη γενικότερη εγγραμματοσύνη και περιλαμβάνει τη γνώση, τη βούληση και τις ικανότητες των ατόμων να αποκτήσουν πρόσβαση, να κατανοήσουν, να αξιολογήσουν και να εφαρμόσουν πληροφορίες πάνω σε ζητήματα υγείας, να κρίνουν και να αποφασίσουν αναφορικά με θέματα φροντίδας υγείας, πρόληψης ασθενειών και προαγωγής υγείας, να διατηρούν και να βελτιώνουν την ποιότητα ζωής καθ' όλη τη διάρκεια του βίου.
Dodson, Good & Osborne, 2015	Ο εγγραμματισμός υγείας αναφέρεται στα προσωπικά χαρακτηριστικά και στους κοινωνικούς πόρους που απαιτούνται ώστε άτομα και κοινότητες να έχουν πρόσβαση, να κατανοούν, να εκτιμούν και να χρησιμοποιούν πληροφορίες και υπηρεσίες για να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με την υγεία. Ο εγγραμματισμός υγείας συμπεριλαμβάνει την ικανότητα επικοινωνίας, επιβεβαίωσης και εφαρμογής αυτών των αποφάσεων.

Από τους ορισμούς που σταχυολογήθηκαν οι οχτώ ορίζουν την έννοια συγκεκριμένα σε παιδιά και εφήβους. Αναλυτικότερα οι δύο από αυτούς αναφέρονται σε παιδιά μικρότερων ηλικιών και μαθητές δημοτικού (Fok & Wong, 2002· Brown et al. 2007), οι τέσσερις σε παιδιά μεγαλύτερων ηλικιών και μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Begoray et al., 2009· Gordon et al., 2011· Massey et al., 2012· Paakkari & Paakkari, 2012) και οι υπόλοιποι δύο πραγματεύονται την έννοια στο ευρύτερο φάσμα ηλικιών καθ' όλη τη διάρκεια των σχολικών ετών (National Health Education Standards, 1995) όπως επίσης για ηλικίες 3-18 ετών (Borzekowski, 2009).

Το πλαίσιο μέσα από το οποίο εξετάζεται ο κάθε ορισμός παρουσιάζει διαφοροποιήσεις. Ορισμένοι ορισμοί αναφέρονται στο πλαίσιο της ιατρικής φροντίδας (Massey et al., 2012), στις συνθήκες αγωγής υγείας (National Health Education Standards, 1995· Brown et al., 2007· Begoray et al., 2009· Paakkari & Paakkari, 2012), σε απαιτητικές συνθήκες κοινότητας (Gordon et al., 2011) ή στα πλαίσια μιας δια βίου διαδικασίας (Nutbeam, 2000· Zarcadoolas et al., 2003· Kwan, et al., 2006· Kickbush & Maag, 2008), με στοιχεία ενδυνάμωσης του ατόμου (WHO, 1998· Dodson et al., 2015) και ορισμένοι κάνουν

παράλληλα ρητή αναφορά στη φροντίδα υγείας (Selden et al., 2000· Mancuso, 2008· Coleman et al., 2010· Sørensen et al., 2013). Επιπλέον ο ειδικός ορισμός του εγγραμματισμού υγείας των Freedman et.al (2009) ενδιαφέρεται γενικότερα για τη διαδικασία ανάπτυξής του μέσα στην κοινότητα.

Από την εννοιολογική προσέγγιση των ορισμών μπορούμε να αντιληφθούμε τα ακόλουθα. Αρχικά, για τους ερευνητές ο εγγραμματισμός υγείας αντικατοπτρίζει χαρακτηριστικά γνωρίσματα τα οποία είτε παρουσιάζονται γενικευμένα ως ικανότητες ή βαθμός ικανότητας, δεξιότητες, ευρύ φάσμα ή σύνολο δεξιοτήτων, ως στρατηγική, προσωπικά χαρακτηριστικά, είτε συγκεκριμενοποιούνται περαιτέρω, ως γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες ή γνώση, κίνητρο επικοινωνία ή δεξιότητα, κατανόηση και επικοινωνία.

Τα γνωρίσματα αυτά επιτρέπουν στο άτομο να προβεί σε κάποιες ενέργειες, να δράσει με συγκεκριμένους τρόπους επάνω σε πληροφορίες υγείας καθώς και σε υπηρεσίες. Η δράση δηλώνεται με ρήματα όπως τα: αποκτώ πρόσβαση στην... ή αναζητώ, εντοπίζω, αποκτώ την πληροφορία, επεξεργάζομαι, ερμηνεύω, αξιολογώ, κατανοώ, αποτιμώ, κρίνω, επικοινωνώ, χρησιμοποιώ, εφαρμόζω, επιβεβαιώνω, οργανώνω, αναγνωρίζω. Ως αποτέλεσμα η δράση αυτή επιτρέπει στο άτομο να λάβει ορθές ή ενδεδειγμένες αποφάσεις υγείας, να ασκήσει έλεγχο, να αλλάξει συμπεριφορά, να ενδυναμωθεί, να διαχειριστεί περιβάλλοντα υγείας ανταποκρινόμενος στις απαιτήσεις τους και να αντιμετωπίζει διάφορες καταστάσεις, να προάγει, να διατηρήσει να βελτιώσει, να ενισχύσει την υγεία του, να ζήσει υγιέστερη ζωή.

Επιπλέον, ο εγγραμματισμός υγείας αποκτά ποιοτικά χαρακτηριστικά επιτρέποντας στο άτομο να κατανοήσει τον εαυτό του, τους άλλους και τον κόσμο γύρω του ή ακόμα σε ευάλωτα και περιθωριοποιημένα άτομα να είναι παραγωγικά, δραστήρια και υγιή. Εντός μιας αναπτυξιακής διαδικασίας, επιτρέπει στο παιδί να δράσει με σκοπό να αποκτήσει αντίστοιχη αυτονομία, να αντλεί ικανοποίηση από τα περιβάλλοντα του που θα το οδηγήσει να κατακτήσει πλήρως σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία. Εκτός αυτού, θα τους επιτρέψει να μπορέσουν να αντιληφθούν συνέπειες πράξεων σε ύστερο χρόνο καθώς και να οικοδομήσει προσωπικές και κοινοτικές ικανότητες κατανόησης αιτιών υγείας. Οι ενέργειες αυτές πραγματοποιούνται είτε σε περιβάλλον φροντίδας υγείας, είτε σε πιο σύνθετα καθημερινά περιβάλλοντα και κυρίως είναι δια βίου διαδικασία, και επηρεάζεται από το πολιτισμικό περιβάλλον του ατόμου και τους κοινωνικούς πόρους. Ωστόσο, οι ορισμοί ως επί το πλείστον ενδιαφέρονται για την πρόσβαση/ απόκτηση, κατανόηση, αξιολόγηση και χρήση και επικοινωνία της πληροφορίας υγείας, ενέργειες που απαιτούν τη λειτουργία γνωστικών χαρακτηριστικών και συμπεριφορών και εφαρμογή πρακτικών.

Διαπιστώνεται επίσης ότι οι ορισμοί απομακρύνονται από την περιοριστική αντίληψη της έννοιας ως, επί της ουσίας, μία εκτελεστική ιδιότητα. Από τη στιγμή που η υγεία δεν καθορίζεται μόνο μέσω της ιατρικής πράξης, παρά αποτελεί εργαλείο ζωής και ευημερίας, τα άτομα αναγκάζονται να ενεργοποιήσουν δεξιότητες εγγραμματισμού υγείας στην καθημερινότητά τους. Μετασχηματίζεται κατά συνέπεια σε πρακτική, στην οποία το άτομο έχει ενεργό συμμετοχή. Παρουσιάζεται συνεπώς ως μία ικανότητα δράσης του ατόμου (Bröder et al., 2017), η οποία αναδεικνύεται ως προσωπικό λειτουργικό προσόν. Μέσω αυτού, το άτομο επιτυγχάνει την πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία (Fok & Wong, 2002).

Για την αποτύπωση του εγγραμματισμού υγείας - αυτό διαπιστώνεται κυρίως στο πεδίο των ενηλίκων - υπάρχει πληθώρα ορισμών οι οποίοι αποτυπώνουν τις δύο κύριες κατευθύνσεις και παρουσιάζουν μεγάλο βαθμό αλληλοεπικάλυψη (Malloy-Weir, Charles & Gafni, 2016). Παρά την πληθώρα ορισμών, η έλλειψη ενός κοινά αποδεκτού ορισμού είναι φανερή, τόσο στο πεδίο των ενηλίκων (Sorensen, 2013) όσο και σε αυτό των παιδιών/εφήβων. Ωστόσο, υφίσταται ισχυρή η αντίληψη της έννοιας ως δυναμική, περίπλοκη και πολυδιάστατη, η οποία ενεργοποιείται εντός συγκεκριμένων πλαισίων μέσα στα οποία δρα το άτομο. Η πολυπλοκότητα των πλαισίων επιδρά κατά συνέπεια και στα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της έννοιας, και η ανάγκη πολυδιάστατου ορισμού αναγνωρίζεται επίσης και από τους ερευνητές (Massey et al., 2012) που έχουν το σύστημα υγείας ως αφετηρία τους. Ακόμη και ο ορισμός του IOM (Nielsen-Bohlman et al., 2004), χωρίς να εκφράζει ρητά την ευρύτητα του όρου, δεν τον περιορίζει (Pleasant et al., 2013). Πράγματι, φαίνεται ότι η έννοια ως σύνολο, αφορά κάτι πολύ περισσότερο από το σύνολο των χαρακτηριστικών των δύο εννοιών που την απαρτίζουν αυτό της υγείας και του εγγραμματισμού. Επεκτείνεται πέρα από τα τεχνικά χαρακτηριστικά, για να συμπεριλάβει στοιχεία τα οποία διαθέτουν μετασχηματιστική δυναμική τόσο για το άτομο όσο και για το ευρύτερο περιβάλλον. Στην πορεία αυτή, ανοιχτή παραμένει η συζήτηση σχετικά με τον ακριβή καθορισμό της έννοιας και τις δεξιότητες από τις οποίες απαρτίζεται. Ο Baker (2006, σ.878) υποστηρίζει ότι τείνει να σημαίνει διαφορετικά πράγματα ανάλογα με το κοινό στο οποίο απευθύνεται. Παρόμοια είναι και η άποψη των Paakkari & Paakkari (2012), οι οποίοι επισημαίνουν ότι στη βιβλιογραφία ποικίλουν οι προτεινόμενες συνιστώσες της. Η ανάγκη διάκρισης και συμφωνίας των διαστάσεων της επισημαίνεται και από τους Ormshaw, Paakkari & Kannas (2013).

Κάποιες ασάφειες, και κατά ένα τρόπο αυτοαναιρέσεις, εντοπίζονται από τους Malloy-Weir et al. (2016), οι οποίοι εκφράζουν ερωτηματικά για το βαθμό στον οποίο

μπορούν να συμβιβαστούν εκφράσεις που διατυπώνονται στους ορισμούς όπως: «κατάλληλες ή ενδεδειγμένες αποφάσεις» όταν συνδυαστούν με το πολιτιστικό περιβάλλον του ατόμου και το ζητούμενο της ενίσχυσης της αυτονομίας και της ενδυνάμωσής του. Αυτό το οποίο παραμένει σταθερό ως φαινόμενο, και είναι επίσης εμφανές τόσο στους ενήλικες όσο και στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, είναι η έμφαση των ορισμών στο ατομικό δυναμικό. Η κατάκτηση δεξιοτήτων τις οποίες το υποκείμενο οφείλει να χρησιμοποιήσει, υποβαθμίζει τη βαρύτητα που αναλογεί στην επίδραση των περιβαλλόντων στο παιδί και στον έφηβο. Παράγοντες, όπως μια κακή συνθήκη υγείας με πολύ κρίσιμα προβλήματα ή διαρθρωτικά χαρακτηριστικά ενός περιβάλλοντος ή ακόμα προβλήματα όχι αμιγώς του υποκειμένου παρά των συστημάτων, φαίνεται να αγνοούνται από την έκφραση των ορισμών αυτών (Malloy-Weir et al., 2016). Αυτό είναι σημαντικότατο στην περίπτωση των παιδιών και των εφήβων οι οποίοι, πολλές φορές, έρχονται αντιμέτωποι με τον πατερναλισμό των γονέων, όταν στα πλαίσια της αντίληψης που έχουν για την προστασία των παιδιών, τα αποκλείουν από τη συμμετοχή τους τόσο από τη συζήτηση του προβλήματος με το ιατρικό προσωπικό όσο από τις αποφάσεις (Borzekowski, 2009). Ενώ θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική η σημασία των περιβαλλόντων και η αμφίδρομη σχέση τους με το άτομο στην απόκτηση του εγγραμματισμού υγείας, οι χρησιμοποιούμενοι ορισμοί φαίνεται να μην το υπογραμμίζουν αυτό, αθρώνοντας θα υποστηρίξαμε κατά ένα τρόπο τα συστήματα που είναι υπεύθυνα για την ανάπτυξή του. Οι Bröder et al. (2017) θέτουν τον προβληματισμό ότι πιθανά ο ισχυρός ατομικός προσανατολισμός των ορισμών καταλήγει να οδηγεί στην υπερεκτίμηση των ευκαιριών και των περιθωρίων δράσης των παιδιών όσον αφορά τον εγγραμματισμό υγείας και τη λήψη αποφάσεων.

Είναι πράγματι χαρακτηριστικό ότι παρά το γεγονός ότι αυξάνεται η δυναμική και η τάση διερεύνησης του εγγραμματισμού στην υγεία σε παιδιά και εφήβους, αυτό πραγματοποιείται κυρίως υπό όρους πλαισίου ενηλίκων. Δεν αποτυπώνεται με ακρίβεια και σαφήνεια η ειδοποιός διαφορά του εγγραμματισμού στην υγεία των παιδιών και των εφήβων από αυτόν των ενηλίκων. Δεν αποτυπώνεται επίσης ο βαθμός διαφοροποίησης σε συγκεκριμένες ικανότητες ο οποίος προκύπτει μέσα από τα διαδοχικά αναπτυξιακά στάδια καθώς και ο βαθμός θετικής ή αρνητικής επίδρασης στις ικανότητες αλλά και της εξάρτησης από τα διάφορα περιβάλλοντα τα οποία παισιώνουν και στα οποία δραστηριοποιείται το παιδί και ο έφηβος. Από την άλλη, είναι χαρακτηριστικό ότι οι ιδιαιτερότητες των ηλικιών αυτών λαμβάνονται υπόψη συνήθως στο πλαίσιο του «ευάλωτου» (Borzekowski, 2009, Salantera, 2016). Όπως εύστοχα σημειώνεται από τους Söderbäck, Coyne & Harder (2011, σ.100) υπάρχει διαφορά μεταξύ της «παιδικής οπτικής» και της «οπτικής του παιδιού». Η

πρώτη προσέγγιση υποδηλοί την άποψη των ενηλίκων για τα ζητήματα υγείας που σχετίζονται με το παιδί, ενώ η δεύτερη αφορά την άποψη του ίδιου του παιδιού, τις στάσεις του, τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις του. Η αξιοποίηση των παιδικών αντιλήψεων, του κόσμου και των εμπειριών τους μπορεί να εμπλουτίσει τις αντιλήψεις και τις πρακτικές με τις οποίες τα προσεγγίζουν οι ενήλικες. Η παιδική ηλικία και η εφηβική πρέπει να γίνεται αντιληπτή ως αυτό που είναι, δηλαδή μία περίοδος στην ανθρώπινη εμπειρία μέσα στο πλαίσιο του πριν και του μετά, και δε θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη αποσπασματικά (Johnson, Crosnoe & Elder, 2011), αλλά ούτε να συγκρίνεται με την ενηλικίωση (Velardo & Drummond, 2016) και να μετράται μέσω αυτής. Τα παιδιά θα πρέπει να θεωρούνται στο πλαίσιο του εγγραμματισμού υγείας ως εταίροι, εν μέσω μιας παιδοκεντρικής προσέγγισης, των οποίων οι αντιλήψεις αξίζει να μελετηθούν, επειδή μπορούν να συμβάλλουν δυναμικά στην υποστήριξη ουσιαστικών προσεγγίσεων (Velardo & Drummond, 2016). Η αντίληψη επιπλέον της δυναμικότητας, των δυνατοτήτων, των ορίων, των απαραίτητων μέσων και τρόπων προσέγγισης που επιβάλλει η διαδικασία της ανάπτυξης θα συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό στην ουσιαστική μεταφορά του όρου στα παιδιά εφήβους και κατά συνέπεια στο βαθμό κατάκτησής του.

Σε αυτή την κατεύθυνση πιθανά να αποβεί χρήσιμη η υιοθέτηση και η εισαγωγή του όρου «responsiveness» ως εγγραμματισμού υγείας των συστημάτων. Η έννοια, για την οποία στην ελληνική γλώσσα θα θεωρούσαμε εύστοχη τη χρήση της λέξης «ανταποκρισιμότητα», προτάθηκε από τον ΠΟΥ (Dodson et al., 2015: Information Sheet 1 και Information Sheet 8) και περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο τα περιβάλλοντα, οι υπηρεσίες και τα προϊόντα καθιστούν την πληροφορία υγείας και την υποστήριξη διαθέσιμη και προσβάσιμη σε άτομα διαφορετικού δυναμικού ή σε άτομα τα οποία υπόκεινται σε περιορισμούς. Η ολιστική θεώρηση, οικοδόμηση και έκφραση του εγγραμματισμού υγείας εξάλλου, υποκινεί ερωτηματικά για την ύπαρξη των σχέσεων εξουσίας μεταξύ ατόμου και συστημάτων π.χ. μεταξύ γιατρού-ασθενή (Kwan, et al,2006) και την επίδρασή τους.

1.3.2. Μοντέλα εγγραμματισμού υγείας

Στον παρακάτω πίνακα, παρουσιάζονται, όπως προέκυψαν από τη βιβλιογραφική αποδελτίωση, συγκεντρωμένα τα μοντέλα εγγραμματισμού υγείας (conceptual models, conceptual frameworks) στα οποία η έννοια αναλύεται είτε σε θεωρητικό επίπεδο είτε σε λειτουργικό, με σκοπό την ανάπτυξη εργαλείων αξιολόγησης και παρεμβάσεων βελτίωσής του σε συγκεκριμένο πληθυσμό. Τα κριτήρια με βάση τα οποία επιλέχθηκαν τα μοντέλα είναι αντίστοιχα με αυτά που αναφέρθηκαν σχετικά με τους ορισμούς. Η αποδελτίωση περιλαμβάνει δημοσιεύσεις μέχρι και το 2017.

Πίνακας 1.2

Μοντέλα Εγγραμματισμού Υγείας

Συγγραφέας	Nutbeam 2000
Θεώρηση	Ο εγγραμματισμός υγείας εκλαμβάνεται ως αποτέλεσμα της αγωγής υγείας και μέσο ενδυνάμωσης του ατόμου, με έμφαση σε πιο προσωπικές μορφές επικοινωνίας, κοινοτικό εκ/κό προσανατολισμό και στο πολιτικό περιεχόμενο της αγωγής υγείας.
Ορισμός	WHO (Nutbeam 1998)
Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	Γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες, κίνητρο και ικανότητα απόκτησης, κατανόησης, χρήσης των πληροφοριών υγείας σε τρία επίπεδα εγγραμματισμού <ul style="list-style-type: none"> • Λειτουργικό • Αλληλεπιδραστικό/ Επικοινωνιακό • Κριτικό
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	Ενέργειες προαγωγής υγείας: <ul style="list-style-type: none"> • Εκπαίδευση (π.χ. στο σχολείο, εκ/ση ασθενούς, ΜΜΕ) • Κοινωνική κινητοποίηση (ανάπτυξη κοινότητας, διευκόλυνση ομάδων, στοχευμένη μαζική επικοινωνία) • Προάσπιση (π.χ. άσκηση πίεσης, πολιτική οργάνωση, ακτιβισμός, υπέρβαση γραφειοκρατικής αδράνειας)
Αποτελέσματα	Μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα υγείας: <ul style="list-style-type: none"> • Τροποποιήσιμοι προσδιοριστές υγείας <ul style="list-style-type: none"> ο Τρόπος ζωής (αξιολόγηση περιλαμβάνει: κάπνισμα, διατροφικές επιλογές, άσκηση, κατανάλωση αλκοόλ, χρήση ουσιών) ο Αποτελεσματικές υπηρεσίες (παροχή προληπτικών υπηρεσιών, πρόσβαση και καταλληλότητα των υπηρεσιών υγείας) ο Υγιή περιβάλλοντα (ασφαλές φυσικό περιβάλλον, υποστηρικτικές οικονομικές, κοινωνικές συνθήκες, διαθεσιμότητα κατάλληλης τροφής, περιορισμένη πρόσβαση σε αλκοόλ, καπνό) • Έκβαση υγείας: (χαμηλοί δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας) Κοινωνικά αποτελέσματα (π.χ. ποιότητα ζωής, λειτουργική

ανεξαρτησία, ισότητα)

Συγγραφέας Θεώρηση	IOM 2004 (επιμ.Nielsen-Bohlman et al., 2004) Η έννοια αναγνωρίζεται ως διευρυμένη. Αναφέρονται 3 σημεία παρέμβασης:
Ορισμός Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	Ratzan & Parker 2000 <ul style="list-style-type: none"> • Ικανότητα γραφής, ανάγνωσης • Αριθμητικές δεξιότητες • Ακουστικότητα • Προφορικότητα • Πολιτισμική και εννοιολογική γνώση
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	<ul style="list-style-type: none"> • Εκπαίδευση, γλώσσα και κουλτούρα • Επικοινωνιακή και αξιολογική ικανότητα των προσώπων με τα οποία αλληλεπιδρούν τα άτομα σχετικά με θέματα υγείας • Ικανότητα των μέσων, της αγοράς, των θεσμών να παρέχουν την πληροφορία με κατάλληλο τρόπο
Αποτελέσματα	<ul style="list-style-type: none"> • Έκβαση υγείας • Οικονομικά κόστη
Συγγραφέας Θεώρηση	Zarcadoolas et al. 2005 Πλαίσιο Δημόσιας Υγείας Πολυδιάστατο μοντέλο για κατανόηση και βελτίωση του εγγραμματισμού υγείας του κοινού
Ορισμός Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	Πρωτογενής ορισμός (Zarcadoolas et al.,2003) <ul style="list-style-type: none"> • Βασικός - θεμελιώδης εγγραμματισμός (ανάγνωση, γραφή, προφορικότητα, ερμηνεία μαθηματικών συμβόλων, όρων) • Επιστημονικός – Τεχνολογικός εγγραμματισμός (γνώση θεμελιωδών εννοιών υγείας/επιστήμης, κατανόηση τεχνικής πολυπλοκότητας και κοινής τεχνολογίας, και αντίληψη της επιστημονικής αβεβαιότητας και της μεταβαλλόμενη γνώση ως αναμενόμενη) • Κοινοτικός– πολιτειακός εγγραμματισμός (εγγραμματισμός στα μέσα, γνώση πηγών πληροφόρησης ερμηνεία διατάξεων, γνώση πολιτειακών –κυβερνητικών διαδικασιών, επίγνωση ότι οι ατομικές αποφάσεις επηρεάζουν το σύνολο) • Πολιτισμικός εγγραμματισμός (αναγνώριση συλλογικών πεποιθήσεων, συνηθειών και οπτικών και χρήση τους για ερμηνεία & δράση πάνω στην πληροφορία
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	Κατάσταση υγείας, δημογραφικοί, κοινωνικοπολιτικοί, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες
Αποτελέσματα	<ul style="list-style-type: none"> • Ικανότητα εφαρμογής της πληροφορίας σε νέες καταστάσεις • Ικανότητα συμμετοχής σε ιδιωτικούς και δημόσιους διαλόγους σχετικά με την υγεία, την ιατρική, την επιστημονική γνώση και τις πολιτισμικές πεποιθήσεις. Ο διάλογος με τη σειρά του βελτιώνει τον εγγραμματισμό υγείας
Συγγραφέας Θεώρηση Ορισμός Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	Baker, 2006 Σχεδιάστηκε για να συμπληρώσει το μοντέλο του IOM Institute of Medicine (IOM, 2004) και Healthy People (2010) <ul style="list-style-type: none"> • Εγγραμματισμός υγείας στο γραπτό λόγο <ul style="list-style-type: none"> ο Κατανόηση γραπτής πληροφορίας • Εγγραμματισμός υγείας στον προφορικό λόγο <ul style="list-style-type: none"> ο Προφορική επικοινωνία για θέματα υγείας

Προϋφιστάμενες Συνθήκες	<ul style="list-style-type: none"> • Ικανότητα του ατόμου (αναγνωστική ευχέρεια σε κάθε είδος κειμένου και ποσοτικό) • Προτέρα γνώση (λεξιλόγιο και εννοιολογική γνώση) • Πολυπλοκότητα και δυσκολία προφορικών και γραπτών μηνυμάτων
Αποτελέσματα	<ul style="list-style-type: none"> • Μεσοπρόθεσμο Αποτέλεσμα <p>Νέα γνώση, θετική στάση, μεγαλύτερη αυτο-αποτελεσματικότητα, αλλαγή συμπεριφοράς</p> <ul style="list-style-type: none"> • Τελικό αποτέλεσμα <p>Έκβαση υγείας</p>
Συγγραφέας Θεώρηση	Kwan, Frankish & Rootman 2006 Ο εγγραμματισμός υγείας σε διαφορετικούς πληθυσμούς, ως μη στατικός εντός μη στατικού περιβάλλοντος όπου οι στόχοι υγείας μετατρέπονται σε εμπειρίες ανατροφοδότησής τους
Ορισμός Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	<p>Πρωτογενής ορισμός (Kwan et al., 2006)</p> <p>Οι σχετικοί με υγεία στόχοι (προαγωγής υγείας, δημόσιας υγείας, ιατρικής φροντίδας) οδηγούν σε:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Εύρεση ή έκθεση στην πληροφορία υγείας • Κατανόηση πληροφορίας • Εκτίμηση εγκυρότητάς της • Επικοινωνία της πληροφορίας • Εγγραμματισμός
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	<ul style="list-style-type: none"> ο Γενικός (γραφή, ανάγνωση, προφορικότητα, ακουστικότητα, αριθμητισμός) ο Άλλοι (επιστημονικός, τεχνολογικός, μέσων επικοινωνίας, πολιτισμικός) • Περιβάλλον Πληροφορίας (παράγοντες σχετικοί με την πληροφορία και την πηγή της) • Περιφερικοί παράγοντες (επηρεάζουν και την έκβαση υγείας) <ul style="list-style-type: none"> ο Προσωπικοί ο Εξωτερικοί (Τρίτοι)
Αποτελέσματα	<ul style="list-style-type: none"> • Μεσοπρόθεσμο • Γνώση σχετική με την υγεία οδηγεί σε Αποφάσεις υγείας και Δράσεις υγείας και συνδυαστικά ως τελικό αποτέλεσμα σε: • Έκβαση υγείας <p>Τα παραπάνω επηρεάζουν κυκλικά τους σχετικούς με την υγεία στόχους</p>
Συγγραφέας Θεώρηση	National Health Education Standards, 2007 Ο εγγραμματισμός υγείας ως συνισταμένη επιδόσεων σε συγκεκριμένα κριτήρια) και ως έκβαση της σχολικής αγωγής υγείας
Ορισμός Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	<p>-</p> <ul style="list-style-type: none"> • Γνώση βασικών εννοιών πρόληψης και προαγωγής υγείας • Πρόσβαση σε αξιόπιστα προϊόντα υπηρεσίες/πληροφορίες • Ανάλυση της επίδρασης του περιβάλλοντος στις συμπεριφορές υγείας -Χρήση Διαπροσωπικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων για βελτίωση υγείας • Προάσπιση προσωπικής/οικογενειακής/κοινωνικής υγείας • Στοχοθεσία για συμπεριφορές βελτίωσης υγείας • Λήψη απόφασης • Εφαρμογή συμπεριφορικών πρακτικών ενίσχυσης υγείας
Προϋφιστάμενες	-

Συνθήκες Αποτελέσματα	-
Συγγραφέας Θεώρηση	Kickbusch & Maag 2008 Πλαίσιο Δημόσιας Υγείας Ο εγγραμματισμός υγείας ως στοιχείο ενδυνάμωσης και η εγγράμματη στην υγεία κοινωνία.
Ορισμός Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	WHO 1998 Βασίζεται στο μοντέλο Nutbeam (2000) <ul style="list-style-type: none"> • Λειτουργικός • Αλληλεπιδραστικός • Κριτικός εγγραμματισμός <p>Ικανότητα εύρεσης και κατανόησης πληροφορίας, ανάληψη ευθύνης και άσκησης ελέγχου στους τομείς:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Συστήματος υγείας ○ Οικίας και κοινότητας ○ Αγορά προϊόντων ○ Εργασιακό ○ Πολιτική
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	Υπεύθυνα: το εκπαιδευτικό σύστημα, το σύστημα υγείας, η κουλτούρα (σπίτι/ κοινωνία), ο εργασιακός τομέας, η πολιτική, ο τομέας εμπορίου
Αποτελέσματα	<ul style="list-style-type: none"> • Έκβαση υγείας • Οικονομικά κόστη
Συγγραφέας Θεώρηση	<u>Manganello 2008</u> Προσέγγιση του εγγραμματισμού υγείας σε εφήβους μέσα από τη θεώρηση του Nutbeam (2000) και σε συνδυασμό με τον εγγραμματισμό στα μέσα
Ορισμός	Selden, Zorn, Ratzan & Parker, 2000 Διευκρινίζοντας ότι περιλαμβάνει την πρόσκτηση ικανοτήτων στις οποίες επιτρέπουν στο άτομο να κάνει ενημερωμένες επιλογές για την υγεία του και τη συμπεριφορά υγείας
Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	<ul style="list-style-type: none"> • Λειτουργικός εγγραμματισμός • Επικοινωνιακός/αλληλεπιδραστικός εγγραμματισμός (ικανότητα συμμετοχής σε καθημερινές δραστηριότητες και επικοινωνίας) • Κριτικός εγγραμματισμός (ικανότητα αξιολόγησης πληροφορίας από το άτομο) • Εγγραμματισμός στα μέσα (ικανότητα κριτικής αξιολόγησης των μηνυμάτων στα μέσα)
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	<ul style="list-style-type: none"> • Προσωπικά χαρακτηριστικά (ηλικία, εθνότητα, γένος, πολιτισμικό υπόβαθρο, φυσικές ικανότητες, κοινωνικές δεξιότητες) • Χρήση των μέσων • Επιρροές από οικογένεια και φίλους • Συστήματα (μέσα μαζικής ενημέρωσης, εκπαίδευσης υγείας)
Αποτελέσματα	<ul style="list-style-type: none"> • Συμπεριφορές υγείας • Χρήση υπηρεσιών υγείας • Οικονομικό κόστος
Συγγραφέας Θεώρηση	Mancuso, 2008 Παρουσίαση της έννοιας σε πλαίσιο: <ul style="list-style-type: none"> • Εκπαιδευτικό • Βιβλιοθηκονομικό/ Πληροφοριακό • Δημόσιας υγείας • Ψυχικής υγείας

Ορισμός	• Συστήματος υγείας
Κύρια Σημεία	Πρωτογενής ορισμός
- Συνιστώσες	• Δεξιότητες
	• Κατανόηση
	• Επικοινωνία
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	Έξι διαστάσεις ικανοτήτων
	• Λειτουργική (αναγκαίες δεξιότητες & στρατηγικές για την ικανοποίηση καθημερινών αναγκών υγείας)
	• Αλληλεπιδραστική (συνεργασία με άλλους για προσωπική βελτίωση μέσω αυτοδιαχείρισης)
	• Αυτονομία: αναφέρεται στην προσωπική ενδυνάμωση
	• Πληροφοριακή: ικανότητα καθορισμού εγκυρότητας και γενικής αποδοχής της πληροφορίας υγείας
	• Ικανότητα διαχείρισης του περιβάλλοντος υγείας
	• Ικανότητα πολιτισμικής ερμηνείας των κοινωνικών πρακτικών
Αποτελέσματα	Εξαρτώνται από το βαθμό κατάκτησης των προηγούμενων Αφορούν:
	• Την έκβαση υγείας (Συμμόρφωση, Ελλιπή γνώση για θεραπείες, Λιγότερη γνώση, Ανεπαρκή χειρισμό χρόνιων παθήσεων, Λάθη ιατρικά-φαρμακευτικά, Ελλιπή διαχείριση συστήματος υγείας
	• Ελλιπή πρόληψη
	• Αυξημένα Κόστη
	• Διαχείριση εαυτού
	• Ανισότητα
Συγγραφέας	Borzekowski, 2009
Θεώρηση	Ο εγγραμματισμός στην υγεία των παιδιών και εφήβων σε συνδυασμό με θεωρίες ανάπτυξης Freire, Piaget, Vygotsky
Ορισμός	Πρωτογενής ορισμός: Borzekowski 2009
Κύρια Σημεία	• Αναζήτηση
- Συνιστώσες	• Κατανόηση
	• Αξιολόγηση
	• Χρήση πληροφοριών
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	• Προσωπικά χαρακτηριστικά
	ο Χαμηλός εγγραμματισμός (ελλιπής εκπαίδευση)
	ο Υπολειπόμενη οικογενειακή υποστήριξη
	ο Μαθησιακές, γνωστικές δυσκολίες
	• Κοινωνικοί και κοινοτικοί παράγοντες (πολύπλοκα συστήματα υγείας, περιβαλλοντικοί παράγοντες)
	• Παρουσίαση πληροφοριών με τρόπο που δε συνάδει με την κουλτούρα και το γνωστικό επίπεδό του
Αποτελέσματα	Ενδυνάμωση των παιδιών ώστε να εμπλέκονται σε μεγαλύτερο βαθμό με θέματα υγείας, να είναι παραγωγικότεροι και υγιέστεροι
Συγγραφέας	Freedman et al., 2009
Θεώρηση	Ο εγγραμματισμός στη δημόσια υγεία ως συμπληρωματική έννοια σ' αυτή του ατόμου
Ορισμός	Πρωτογενής ορισμός
Κύρια Σημεία	• Γνώση θεμελιωδών εννοιών
- Συνιστώσες	• Κριτικές δεξιότητες
	• Κοινωνικός πολιτικός προσανατολισμός
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	Πολύπλευρη σύνδεση κοινωνικών, περιβαλλοντικών και συστημικών δυνάμεων
	Τρόποι ανάπτυξης:

Αποτελέσματα	<ul style="list-style-type: none"> • Εκπαιδευτικό σύστημα (προσπάθεια) • Αναφορά στα ΜΜΕ • Επικεντρωμένη εκπαίδευση • Ανακούφιση κοινωνικών ανισοτήτων • Επίλυση βασικών κοινωνικών ζητημάτων δημόσιας υγείας
Συγγραφέας Θεώρηση Ορισμός	<p><u>Marks & Wharf Higgins, 2012 (προσαρμοσμένο από Marks, 2009)</u> Ο εγγραμματισμός υγείας μέσα από τη σχολική αγωγή υγείας Σύνολο δεξιοτήτων που αντιπροσωπεύουν την ικανότητα του ατόμου να αποκτήσει να επεξεργαστεί και να δράσει σχετικά με βασικές πληροφορίες υγείας</p>
Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	<ul style="list-style-type: none"> • Βασικός εγγραμματισμός υγείας Αναγνωστική ικανότητα <ul style="list-style-type: none"> ο Ικανότητα ερμηνείας αριθμών και οδηγιών ο Ικανότητα αντίληψης της πληροφορίας υγείας • Αλληλεπιδραστικός /Συμμετοχικός εγγραμματισμός <ul style="list-style-type: none"> ο Συμμετοχή σε συζητήσεις ο Δράση στην πληροφορία • Κριτικός εγγραμματισμός <ul style="list-style-type: none"> ο Κρίση – αξιολόγηση μεταξύ επιστημονικών γεγονότων ο Εύρεση ανταγωνιστικών λύσεων
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	-
Αποτελέσματα	Συμπεριφορές, Έκβαση, Κόστη υγείας
Συγγραφέας Θεώρηση	<p>Sanders et al., 2009a Ο εγγραμματισμός υγείας του παιδιού σε συνάρτηση με την προαγωγή υγείας</p>
Ορισμός	Δευτερογενής (Ratzan & Parker, 2000)
Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	<ul style="list-style-type: none"> • Ικανότητες κοινού εγγραμματισμού (ικανότητα κατανόησης γραπτής πληροφορίας, συμπλήρωση φορμών/εντύπων, κατανόηση και χρήση αριθμών) • Πρόσβαση στην ιατρική πληροφορία • Επικοινωνία με τους παρόχους υγείας • Πλοήγηση στο σύστημα υγείας
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	<ul style="list-style-type: none"> • Οικογενειακοί παράγοντες (εισόδημα, εκπαίδευση, γλώσσα, κουλτούρα, κοινωνική υποστήριξη) • Κοινωνικοί παράγοντες (γεωγραφία εκπαιδευτικοί πόροι, υποστήριξη από δημόσια υγεία, περιβαλλοντική υγεία) • Συστήματα (Τυπική Σχολική εκπαίδευση, εκπαίδευση ενηλίκων, εκπαίδευση από κοινοτικούς φορείς, Περιβάλλον φροντίδας υγείας- Δεξιότητες των παρόχων υγείας
Αποτελέσματα	<ul style="list-style-type: none"> • Έκβαση της υγείας του παιδιού (πρόληψη ατυχημάτων, διατροφή και παχυσαρκία, εφηβικές συμπεριφορές υγείας, έκθεση σε καπνό από το περιβάλλον του) • Ψυχική υγεία μητέρας (καθοριστική για την υγεία του παιδιού)
Συγγραφέας Θεώρηση	<p><u>Steckelberg Hülfenhaus, Kasper & Mühlhauser, 2009</u> Ανάλυση, κατά την αντίληψη των ερευνητών, του κριτικού εγγραμματισμού υγείας στο πλαίσιο της ιατρικής βασισμένης σε ενδείξεις με σκοπό τη δημιουργία αναλυτικού προγράμματος</p>
Ορισμός	-
Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	<p>Αρχές κριτικού εγγραμματισμού</p> <ul style="list-style-type: none"> • Κατανόηση των ιατρικών εννοιών • Δεξιότητες βιβλιογραφικής αναζήτησης • Βασική στατιστική

Προϋφιστάμενες Συνθήκες Αποτελέσματα	<ul style="list-style-type: none"> • Σχεδιασμός πειραμάτων υγείας και δειγματοληψίας • Κατανόηση συστηματικών μελετών <p>-</p> <p>-</p>
Συγγραφέας Θεώρηση	<p><u>Wharf Higgins et. al (2009)</u> Δημιουργία μοντέλου εγγραμματισμού υγείας με κοινωνικές επιρροές για χρήση εφαρμογής και αξιολόγησης αναλυτικού προγράμματος αγωγής υγείας σε σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης</p>
Ορισμός	<p>WHO, 1998 Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008</p>
Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	<ul style="list-style-type: none"> • Πρόσβαση • Κατανόηση • Επικοινωνίας πληροφοριών, πόρων και υπηρεσιών υγείας <p>Η υφιστάμενη γνώση και οι στάσεις βρίσκονται σε αλληλεπίδραση με τον εγγραμματισμό υγείας</p>
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	<p>Οι επιρροές δρουν σε τρία συστήματα; Μικροσύστημα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Προσωπικές επιρροές (ηλικία, φύλο, πεποιθήσεις, αξίες, εμπειρίες, κοινωνικοοικονομική κατάσταση) • Εγγύτεροι παράγοντες (γενικός εγγραμματισμός, χρήση μέσων) <p>Μεσοσύστημα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οικογενειακοί, φιλικοί, σχολικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία • Σχολικό πρόγραμμα υγείας (Α.Π.) <p>Μακροσύστημα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Πολιτική, ΜΜΕ, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες
Αποτελέσματα	<p>Δημιουργία (ύπαρξη) και διατήρηση προσωπικών στόχων συμπεριφοράς υγείας</p>
Συγγραφέας Θεώρηση	<p>Wolf et al., 2009 Η διερεύνηση της δεξιότητας της κατανόησης του εγγραμματισμού υγείας από την οπτική της νευροφυσιολογίας</p>
Ορισμός	-
Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	<p>Δυναμικό ικανότητας μάθησης για την υγεία <i>απαρτίζεται</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σύνολο γνωστικών δεξιοτήτων (ταχύτητα επεξεργασίας της πληροφορίας, μνήμη εργασίας, δυνατότητα εστίασης/προσοχής, κωδικοποίηση, αποθήκευση, ανάκληση προϋπαρχουσών γνώσεων) • Σύνολο ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων για την πρόσληψη/επεξεργασία της πληροφορίας-Συνεργάζεται με το προηγούμενο σύνολο (αυτο-αποτελεσματικότητα, Προτέρα εμπειρία, Επικοινωνία)
Προϋφιστάμενες Συνθήκες Αποτελέσματα	<p>Η εμπλοκή του παιδιού/εφήβου με τον τομέα υγείας κατά διαστήματα αυξάνει το δυναμικό ικανότητας μάθησης για την υγεία</p> <p>Γνώση υγείας, συμπεριφορά, έκβαση υγείας</p>
Συγγραφέας Θεώρηση	<p>Zeyer & Odermatt, 2009 Προσαρμοσμένο μοντέλο από περιβαλλοντικό εγγραμματισμό /Λειτουργική ανάλυση δραστηριοτήτων υγείας</p>
Ορισμός	HCC-Lab 2005:5 στο Zeyer Kyburz-Graber, 2012
Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	<ul style="list-style-type: none"> • Εννοιολογική γνώση (κατανόηση αρχών, γεγονότων, όρων) • Διαδικαστική γνώση (σύνολο κατάλληλων δράσεων σε συγκεκριμένες καταστάσεις και πρακτική γνώση σε θέματα υγείας) • Γνώση επί των συνθηκών (γνώση για τα χαρακτηριστικά

	συγκεκριμένων συνθηκών π.χ. υγεία, ασθένεια)
	<ul style="list-style-type: none"> • Αξιολόγηση των συνεπειών σε προσωπικό επίπεδο • Αξιολόγηση της ευκολίας εφαρμογής • Αξιολόγηση της αυτο-αποτελεσματικότητας
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	-
Αποτελέσματα	-
Συγγραφέας	<u>Fetro, 2010</u>
Θεώρηση	Ο εγγραμματισμός υγείας στα πλαίσια της αγωγής υγείας
Ορισμός	NHES, 1995
Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	<ul style="list-style-type: none"> • Δεξιότητες του ατόμου για: • Προαγωγή/προστασία υγείας/Πρόληψη ασθενειών • Κατανόηση/Ερμηνεία/Ανάλυση πληροφορίας υγείας • Εφαρμογή της πληροφορίας σε διάφορες συνθήκες/καταστάσεις ζωής • Διαχείριση συστήματος υγείας • Ενεργή συμμετοχή κατά την ιατρική επίσκεψη • Αντίληψη/Συναίνεση/συγκατάθεση • Κατανόηση/Προάσπιση δικαιωμάτων <p>Σε 3 τομείς: Πρόληψης, Ιατρικό (φροντίδα υγείας), Πλοήγηση στο σύστημα υγείας (ασφαλιστικά προγράμματα, προγράμματα δημόσιας βοήθειας)/ Έμφαση σε όλες τις διαστάσεις της υγείας</p>
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	-
Αποτελέσματα	-
Συγγραφέας	<u>Schmidt et al.2010/ Franze et al., 2011(στο πρόγραμμα GeKoKids)</u>
Θεώρηση	Η λειτουργική μετάφραση του ορισμού του Nutbeam (2000)
Ορισμός	σύμφωνα με την αντίληψη του ερευνητών
Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	Nutbeam (2000) <ul style="list-style-type: none"> • Γνώση σχετική με υγεία • Στάσεις • Επικοινωνία • Συμπεριφορά
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	-
Αποτελέσματα	Χαμηλός εγγραμματισμός υγείας συνδέεται με μεγαλύτερο κίνδυνο προβλημάτων υγείας και αυξημένα κόστη υγείας
Συγγραφέας	<u>Wu et al., 2010</u>
Θεώρηση	Διερεύνηση των εννοιών των δεξιοτήτων κατανόησης και αξιολόγησης στα πλαίσια ανάπτυξης ερευνητικού εργαλείου
Ορισμός	Kwan, Frankish, & Rootman, 2006
Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	<ul style="list-style-type: none"> • Κατανόηση των διαφορετικών ειδών πληροφορίας (κείμενο, έγγραφο, μαθηματικές έννοιες) με διαφορετικά επίπεδα δυσκολίας • Η αξιολόγηση της πληροφορίας είναι η κρίση ή το συμπέρασμα σχετικά με τις πληροφορίες που παρουσιάζονται βασισμένη στα κριτήρια: ακρίβειας, αμεροληψίας, συνάφειας, πληρότητας, εσωτερικής συνοχής
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	-
Αποτελέσματα	-
Συγγραφέας	<u>Paek, Reber & Lariscy, 2011</u>

Θεώρηση	Ενσωμάτωση στοιχείων από μοντέλα κοινωνικοποίησης της υγείας και οικολογικών μοντέλων τη δημιουργία ενός μοντέλου κοινωνικοποίησης της υγείας στους εφήβους
Ορισμός	WHO, 1998
Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	Χρήση διαστάσεων από Brown et al. (2007) <ul style="list-style-type: none"> • Ενδιαφέρον για γνώση σε θέματα υγείας • Κατανόηση θεμάτων υγείας • Κίνητρα να δράσουν πάνω σε αυτό που έμαθαν
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	<ul style="list-style-type: none"> • Δημογραφικοί, περιβαλλοντικοί παράγοντες. Διαδικασία κοινωνικοποίησης • Διαπροσωπική επικοινωνία με οικογένεια και φίλους σχετικά με θέματα υγείας • Χρήση συμβατικών και μη συμβατικών μέσων ενημέρωσης (συμπεριφορές υγείας, συχνή επαφή με πληροφορίες υγείας, πηγές πληροφοριών)
Αποτελέσματα	Αποτελέσματα που σχετίζονται με συμπεριφορές υγείας
Συγγραφέας	<u>Massey et al. 2012</u>
Θεώρηση	Ο εγγραμματισμός υγείας των εφήβων μέσα στο σύστημα υγείας και κατόπιν συμμετοχής τους
Ορισμός	Πρωτογενής ορισμός
Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	<ul style="list-style-type: none"> • Πλοήγηση στο σύστημα (Αναγνώριση του θεράποντα γιατρού ως στόχο πρόσβασης Κατανόηση του επείγοντος ή μη, Προγραμματισμός ραντεβού, συμπλήρωση συνταγών • Δικαιώματα-υποχρεώσεις (Αντίληψη για την προσωπική φροντίδα, Πραγματοποίηση ερωτήσεων κατά την επίσκεψη, Γνώση δικαιωμάτων σε ευαίσθητους τομείς) • Προληπτική φροντίδα (Επισκέψεις τσεκ-απ, Πραγματοποίηση εξετάσεων, Αντίληψη για επίσκεψη στο γιατρό απουσία, ασθένειας) • Αναζήτηση πληροφορίας (Ενεργητική ή παθητική, Αξιολόγηση και συσχέτισή της με την πληροφορία από τον θεράποντα • Σχέση παρόχου-ασθενή (Εμπιστοσύνη, Άνεση, Επικοινωνία, Συνέχεια στη συνεργασία)
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	-
Αποτελέσματα	<ul style="list-style-type: none"> • Πληροφορημένα άτομα κατά τη χρήση περιβαλλόντων υγείας και εξασκημένοι καταναλωτές • Υπέρβαση περιβαλλοντικών και προσωπικών εμποδίων κατά τη χρήση του συστήματος υγείας μέσω της διερεύνησης γνώσεων, στάσεων, πρακτικών εντός του συστήματος υγείας και πρόληψης
Συγγραφέας	<u>Ormshaw & Kannas, 2012</u>
Θεώρηση	Αντίληψη του εγγραμματισμού υγείας των εφήβων μαθητών στο πλαίσιο της αγωγής υγείας στο θέμα άσκησης και διατροφής
Ορισμός	WHO, 1998
Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	<p>Τρεις βασικές διαστάσεις:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Λειτουργικός • Αλληλεπιδραστικός/Επικοινωνιακός • Κριτικός <p>Και υποσυνιστώσες του</p> <ul style="list-style-type: none"> • Τρεις μορφές εγγραμματισμού (σε κείμενο, σε έγγραφο, αριθμητισμός) • Δεξιότητες (πρόσβαση/αναζήτηση, κατανόηση, επικοινωνία, αξιολόγηση)
Προϋφιστάμενες	-

Συνθήκες Αποτελέσματα	Ο εγγραμματισμός υγείας ως στοιχείο ενδυνάμωσης στην κατεύθυνση υγιούς ζωής. Δεξιότητα-κλειδί για τη ζωή
Συγγραφέας Θεώρηση	<u>Raakkari & Raakkari, 2012</u> Θεωρητική προσέγγιση συνδεδεμένη με την αγωγή υγείας ως γνωστικό αντικείμενο, δίνοντας έμφαση στην προαγωγή υγείας και στην ενδυνάμωση
Ορισμός Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	Πρωτογενής ορισμός Raakkari & Raakkari 2012 <ul style="list-style-type: none"> • Θεωρητική γνώση (δηλωτική) • Διαδικαστική γνώση • Κριτική σκέψη • Επίγνωση εαυτού • Ιδιότητα ενεργού πολίτη
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	<ul style="list-style-type: none"> • Μαθησιακή διαδικασία • Μαθησιακά περιβάλλοντα • Τεχνικές διδασκαλίας σύμφωνες με τις ηλικιακές ανάγκες
Αποτελέσματα	<ul style="list-style-type: none"> • Κατανόηση του εαυτού, του άλλου και του κόσμου • Λήψη ορθών αποφάσεων • Αλλαγή δρώντων επί της υγείας παραγόντων
Συγγραφέας Θεώρηση	Schultz & Nakamoto (στο Zeyer Kyburz-Graber, 2012) Η θεώρηση του εγγραμματισμού υγείας ως σύνολο πολύπλοκων δεξιοτήτων
Ορισμός Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	WHO, 1998 <ul style="list-style-type: none"> • Δεξιότητες ανάγνωσης, αριθμητικές • Βασική κατανόηση/δηλωτική γνώση • Επιπλοκές και σχεδιασμός/διαδικαστική γνώση • Ενσωμάτωση σε μοντέλα/συνεκτική θεωρία βασισμένη σε γνώση • Εκμάθηση νέων μοντέλων/ προσαρμογή σε αλλαγές
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	-
Αποτελέσματα	<ul style="list-style-type: none"> • Συμμορφούμενος ασθενής θέτει υπό σκέψη τα λεγόμενα του θεράποντός του • Αναγνώριση ανάγκης συμβουλής
Συγγραφέας Θεώρηση	Squiers, Peinado, Berkman, Boudewyns & McCormack, 2012 Η περιγραφική παραγόντων επίδρασης στην ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων εγγραμματισμού υγείας, η επίδραση του εγγραμματισμού στην κατανόηση και η επίδραση της κατανόησης σε άλλες μεταβλητές που σχετίζονται με την έκβαση της υγείας.
Ορισμός	Διαφοροποιημένος ορισμός των Ratzan και Parker (στο Berkman, Davis, McCormack, 2010)
Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	<ul style="list-style-type: none"> • Εγγραμματισμός στον έντυπο λόγο (αναγνωστική ικανότητα, αριθμητισμός, γραφή) • Επικοινωνιακές δεξιότητες • Αναζήτηση πληροφορίας και ψηφιακή υγεία (πλοήγηση)
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	<ul style="list-style-type: none"> • Δημογραφικά χαρακτηριστικά • Προσωπικοί πόροι • Ικανότητες • Προτέρα γνώση • Οικολογικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τις συνιστώσες του μοντέλου με ποικίλους τρόπους
Αποτελέσματα	<ul style="list-style-type: none"> • Συμπεριφορές υγείας (π.χ. κάπνισμα, άσκηση, συμμόρφωση με θεραπεία)

- Έκβαση υγείας (π.χ. νοσηρότητα, θνησιμότητα, κατάσταση ασθένειας, χρήση υπηρεσιών υγείας, ποιότητα ζωής, ευημερία) μέσω διαμεσολαβητών όπως κατάσταση, υγείας, στάσεις, συναισθήματα, κίνητρα, αυτο-αποτελεσματικότητα. (Οι παράγοντες διαφοροποιούνται αναλόγως της εκάστοτε προσδοκώμενης συμπεριφοράς)

Συγγραφέας Θεώρηση	Rask, Uusiautti & Määttä, 2013 Διερεύνηση διαστάσεων εγγραμματισμού υγείας μέσα από τις απαντήσεις σε εθνικό τεστ στα πλαίσια του γνωστικού αντικειμένου της αγωγής υγείας
Ορισμός Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	WHO, 1998 <ul style="list-style-type: none"> • Βασικός εγγραμματισμός υγείας • Επικοινωνιακός/Αλληλεπιδραστικός εγγραμματισμός υγείας • Κριτικός εγγραμματισμός υγείας • Ολιστικός εγγραμματισμός υγείας: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ανοχή (αποδοχή διαφορετικότητας, φύλο, πολιτισμικές διαφορές, επίπεδο εκπαιδευτικό, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, φτώχεια) ○ Πολιτισμική επίγνωση (ως ευρύ και πολυδιάστατο φαινόμενο) ○ Περιβαλλοντική συνείδηση και τη σημαντικότητα της επίδρασης του στην υγεία ○ Ενδιαφέρον για τον κόσμο (σχετικά με τις διαφορές μεταξύ χωρών)
Προϋφιστάμενες Συνθήκες Αποτελέσματα	Συνθήκες φτώχειας, φύλο, πολιτισμικές διαφορές, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, επίπεδο εκπαίδευσης <ul style="list-style-type: none"> • Θέληση για παγκόσμια υγεία • Αντίληψη προστασίας περιβάλλοντος • Αναγνώριση πολιτισμικών διαφορών και την επίδραση τους σε θέματα υγείας • Άσκηση κριτικής στον τρόπο ζωής των σύγχρονων κοινωνιών • Εκτίμηση του κοινωνικού κεφαλαίου • Γνώση-δεξιότητες διατήρησης προσωπικής υγείας
Συγγραφέας Θεώρηση	Sorensen, 2013 Προσπάθεια ενσωμάτωσης και ενοποίησης προηγούμενων ορισμών και μοντέλων
Ορισμός Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	Πρωτογενής ορισμός (Sorensen 2012) Διαστάσεις: <ul style="list-style-type: none"> • Πρόσβαση (αναζήτηση, εύρεση, απόκτηση πληροφορίας) • Κατανόηση της ευρεθείσας πληροφορίας • Αποτίμηση της πληροφορίας (ερμηνεία, αξιολόγηση, κρίση) • Εφαρμογή (επικοινωνία ή χρήση της πληροφορίας για διατήρηση και προαγωγή της υγείας) Εφαρμογή στους τομείς: σύστημα υγείας, πρόληψη ασθενειών, προαγωγή υγείας Διάμεσοι παράγοντες: γνώση, ικανότητα, κίνητρο
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	<ul style="list-style-type: none"> • Εγγύτεροι παράγοντες <ul style="list-style-type: none"> ○ Προσωπικοί προσδιοριστές (ηλικία, φύλο, εθνότητα, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, μόρφωση, απασχόληση, εισόδημα, γραμματισμός) ○ Προσδιοριστές πλαισίου (κοινωνική υποστήριξη, επιρροές από συγγενείς, φίλους, χρήση μέσων, φυσικό περιβάλλον) • Περιφερειακοί παράγοντες

Αποτελέσματα	<ul style="list-style-type: none"> • Κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί προσδιοριστές (δημογραφικά, κουλτούρα, γλώσσα, πολιτικές δυνάμεις, κοινωνικά συστήματα) • Χρήση υπηρεσιών υγείας • Κόστη • Έκβαση υγείας • Συμπεριφορές υγείας • Συμμετοχή • Ενδυνάμωση • Ισότητα • Βιωσιμότητα
Συγγραφέας Θεώρηση	Dodson, Good & Osborne, 2015 Συνεργατική προσέγγιση πολλών διαφορετικών μελών μίας κοινότητας ηγέτες και εργαζόμενους για την ανάπτυξη παρεμβάσεων βασισμένων στις ανάγκες της κοινότητας
Ορισμός Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	Πρωτογενής ορισμός <ul style="list-style-type: none"> • Η πρόσβαση, κατανόηση, αποτίμηση, απόφαση ως στοιχεία λήψης αποφάσεων μαζί με: • Ικανότητα και επιθυμία να εμπλακούν με διαθέσιμες πληροφορίες, περιβάλλοντα, πόρους και υποστηρικτικές δομές • Ικανότητα και θέληση να επικοινωνήσουν τις αποφάσεις • Ικανότητα και θέληση να δράσουν και να λύσουν προβλήματα
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	Η ανταποκρισιμότητα των συστημάτων έχει ως μέτρο την διαθεσιμότητα και την πρόσβαση όπως προσφέρονται σε Πληροφορίες, Περιβάλλοντα, Πόρους, Υποστήριξη
Αποτελέσματα	Οι αποφάσεις υγείας οδηγούν σε δράσεις υγείας και αντίθετα
Συγγραφέας Θεώρηση	<u>Subramaniam et al. 2015</u> Βιβλιογραφική ανασκόπηση για την ταυτοποίηση των δεξιοτήτων εγγραμματισμού υγείας με σκοπό την ενσωμάτωσή τους σε πρόγραμμα για εφήβους
Ορισμός Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	- 2 θεμελιώδη στοιχεία: <ul style="list-style-type: none"> • 1.Γενικές δεξιότητες και χαρακτηριστικά • 2.Πρόσβαση στην πληροφορία και <ul style="list-style-type: none"> • Αναγνώριση της ανάγκης πληροφόρησης-Διατύπωση ερωτήσεων • Αναζήτηση πληροφοριών- Κατανόηση πληροφορίας • Αξιολόγηση της πληροφορίας • Διαχείριση πληροφορίας • Χρήση πληροφορίας
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	-
Αποτελέσματα	-
Συγγραφέας Θεώρηση	<u>Fairbrother, Curtis & Goyder, 2016</u> Προσέγγιση των δεξιοτήτων πρόσβασης και κατανόησης του εγγραμματισμού υγείας μέσα στην καθημερινότητα υπό την οπτική των Νέων Σπουδών Εγγραμματισμού (New Literacy Studies)
Ορισμός Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	Nutbeam (2000) Πρόσβαση στην πληροφορία <ul style="list-style-type: none"> • Πλήθος Πηγών • Ανταγωνιστικότητα των πηγών • Κατανόηση πληροφορίας

	<ul style="list-style-type: none"> • Έλεγχος της πληροφορίας (κριτικός εγγραμματισμός) βάσει των κάτωθι κριτηρίων: Προσωπικά βιώματα (επίδραση περιβάλλοντος/ αλληλεπιδραστικός εγγραμματισμός) Απλουστευμένη διχοτόμηση/Αίσθηση ισορροπίας
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	-
Αποτελέσματα	Επιπτώσεις στην οικοδόμηση αέριου νοήματος για το τι συνιστά υγιή επιλογή Διαφορετική προσέγγιση τρόπου μετάδοσης των μηνυμάτων υγείας
Συγγραφέας	<u>Kostenius & Bergmark, 2016</u>
Θεώρηση	Εξέταση του εγγραμματισμού υγείας μέσα από την υπαρξιακή διάσταση της υγείας
Ορισμός	Nutbeam 2000, Fetro 2010, WHO, 1986
Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	<ul style="list-style-type: none"> • Αίσθημα του ανήκειν στην κοινότητα και της συνύπαρξης • Να λαμβάνεις φροντίδα από τους άλλους (δημιουργία δεσμών, ύπαρξη κοινού χρόνου) • Να λαμβάνεις σεβασμό/ να σε ακούν (για τις δεξιότητες, τη γνώση, τις ικανότητες, τη φυσική εμφάνιση) • Να νιώθεις πολύτιμος/επιβεβαιωμένος για αυτά που νιώθεις/έχεις κάνει
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	-
Αποτελέσματα	-
Συγγραφέας	<u>Rowling, Samdal, Hipkins & Dudley, 2017</u>
Θεώρηση	Προσέγγιση των αναγκαίων συνιστωσών για την ανάπτυξη του εγγραμματισμού υγείας των εφήβων σε σχολικές συνθήκες
Ορισμός	IOM, 2004, Nutbeam 1996, 2000, 2008
Κύρια Σημεία - Συνιστώσες	<ul style="list-style-type: none"> • Μόρφωση των εφήβων: ανάπτυξη δεξιοτήτων, γνώσεων, στάσεων, αξιών, κριτικό πνεύμα, δημιουργία συλλογικού νοήματος • Κριτικός εγγραμματισμός υγείας: κατανόηση και δράση στα πολλαπλά μηνύματα υγείας σε κείμενα αλλά και σε περιβάλλοντα υγείας και κοινότητας • Εγγραμματισμός υγείας Οργανισμού: ενσωμάτωσή του στη δομή, λειτουργία και όραμα του οργανισμού <ul style="list-style-type: none"> ο Στον σχεδιασμό και αξιολόγηση ο Υποστήριξη ο Συμμετοχή των εταίρων στο σχεδιασμό, πραγματοποίηση, αξιολόγηση πληροφοριών και υπηρεσιών υγείας ο Εκπλήρωση αναγκών μέσω πολλαπλών δεξιοτήτων εγγραμματισμού χωρίς στιγματισμό
Προϋφιστάμενες Συνθήκες	-
Αποτελέσματα	Ενεργή συμμετοχή στη διαμόρφωση πολιτικών και πρακτικών που επηρεάζουν την υγεία τους και την υγεία του περιβάλλοντός τους

Υπογραμμισμένα τα μοντέλα τα οποία έχουν σημείο αναφοράς παιδιά και εφήβους

Τα 33 μοντέλα που συγκαταλέχθηκαν στην παραπάνω περιγραφή εξετάζουν τον εγγραμματισμό υγείας μέσα από διαφορετικές οπτικές. Δεν αναφέρονται όλα σε παιδιά και εφήβους, πολλά από αυτά εξετάζουν την έννοια σε δια βίου πλαίσιο. Η ένταξή τους στη συγκεκριμένη εργασία θεωρήθηκε αναγκαία, εξαιτίας του γεγονότος ότι η συζήτηση της έννοιας σχετικά με τις ηλικίες αυτές βρίσκεται ακόμη σε πρώιμο στάδιο και η συλλογή γενικότερων στοιχείων μπορεί να αποβεί ωφέλιμη εφόσον η εννοιολογική ανάλυση αποτελεί το πρώτο βήμα προς την κατεύθυνση μέτρησής της. Επιχειρηματολογώντας επ' αυτού, μπορούμε να αναφέρουμε την ανάδειξη της επικοινωνιακής συνιστώσας, η οποία λαμβάνεται υπόψη σε μεγαλύτερο βαθμό στα δια βίου μοντέλα, ωστόσο οι ποιοτικές μελέτες καταδεικνύουν τη σημαντικότητά της στο πλαίσιο τόσο των μικρότερων (Fairbrother et al., 2016) αλλά και των μεγαλύτερων παιδιών, των εφήβων (Wharf-Higgins et al., 2009), κατά τη διάρκεια της οικοδόμησης του εγγραμματισμού υγείας. Συνολικά, από τα παραπάνω αυτά που εξετάζουν τον όρο επικεντρώνοντας σε παιδιά/εφήβους είναι 13 μοντέλα. Το πλαίσιο ποικίλλει. Εξετάζεται κυρίως μέσα από την οπτική της δημιουργίας κάποιου προγράμματος, είτε αναλυτικού είτε όχι (Schmidt et al. 2010·Franze et al., 2011, GeKoKids πρόγραμμα·Steckelberg et al., 2009·Subramaniam et al. 2015· Wharf Higgins et. al(2009) ή στα πλαίσια της αγωγής υγείας (Ormshaw, & Kannas, 2012 Paaakari & Paakari 2012·Rask et al.,2013) ή σε συνεργασία με άλλα γνωστικά αντικείμενα, όπως αυτό της βιολογίας (Zeyer, Schultz & Nakamoto,2012) στην ανάλυση μέσα από την οπτική ολόκληρου του σχολικού οργανισμού (Peralta et al., 2017), ως ανάλυση διαμεσολαβητικών παραγόντων κοινωνικοποίησης (Paek et.al, 2011), ή στο πεδίο της ιατρικής φροντίδας (Massey et al., 2012) ή με ποιοτική μελέτη στα πλαίσια των πολλαπλών εγγραμματισμών των Νέων Σπουδών Εγγραμματισμού (Fairbrother, et al., 2016). Τα μοντέλα είναι κυρίως θεωρητικά, ωστόσο κάποια αναφέρονται σε λειτουργική προσέγγιση του όρου, στην προοπτική ανάπτυξης εργαλείων μέτρησης (Massey et al., 2012·Ormshaw, & Kannas, 2012·Schmidt et al.,2010 ·Wu et al. 2010)

1.3.3. Συνιστώσες του εγγραμματισμού υγείας

Οι συνιστώσες του εγγραμματισμού υγείας ταξινομήθηκαν σε κατηγορίες από τους Bröder et al. (2017). Παρά το γεγονός ότι η ταξινόμηση δημοσιεύτηκε κατόπιν της επεξεργασίας της έννοιας για την παρούσα θέση, θα χρησιμοποιηθεί στην παρουσίαση και ανάλυση των συνιστωσών λόγω του γεγονότος ότι αποτελεί την πρώτη συγκροτημένη προσπάθεια ταξινόμησης που συντονίζεται με την έντονη έμφαση που δίνεται μέχρι τώρα από τους

ερευνητές στις προσωπικές δεξιότητες του ατόμου, κατά συνέπεια διευκολύνει την ανάλυση. Επιπλέον, δανείζεται κάποια στοιχεία από τις μεθόδους κατηγοριοποίησης άλλων τύπων εγγραμματισμού όπως του περιβαλλοντικού/οικολογικού καθώς και του επιστημονικού, γεγονός το οποίο στο μέλλον μπορεί να αποτελέσει βάση για περαιτέρω συνεργασίες στην κατεύθυνση της επίτευξης της οικοδόμησης αυτών των μορφών εγγραμματισμού από τους μαθητές. Η κατηγοριοποίηση των συνιστωσών πραγματοποιείται σε τρία επίπεδα, το γνωστικό (πνευματικές ικανότητες και ενέργειες οι οποίες λαμβάνουν χώρα στη σκέψη, μάθηση και επεξεργασία της πληροφορίας), το συμπεριφορικό (διαστάσεις οι οποίες λαμβάνουν χώρα έξω από το υποκείμενο) και το συναισθηματικό (affective)/ βουλητικό (conative) (διαστάσεις οι οποίες αναπτύσσονται γύρω από εμπειρίες συναισθημάτων ή περιγράφουν χαρακτηριστικά προσωπικότητας και ψυχικά στάδια τα οποία επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα δρουν και καταβάλλουν προσπάθεια (Bröder et al., 2017).

1.3.3.1. Γνωστικές Δεξιότητες

Δεξιότητες Βασικού Λειτουργικού Εγγραμματισμού

Ο βασικός λειτουργικός εγγραμματισμός αντιπροσωπεύει το σύνολο γνωστικών δεξιοτήτων, κυρίως γραφής και ανάγνωσης, τα οποία θεωρούνται απαραίτητα σε περιβάλλον υγείας. Η συμπλήρωση φορμών ή εντύπων καθώς και η κατανόηση βασικών κειμένων, όπως οδηγιών, απαιτεί αναγνωστική ευχέρεια. Επιπλέον, τα ζητήματα υγείας μπορεί να συμπεριλαμβάνουν και ένα μεγάλο αριθμό αριθμητικών πληροφοριών, είτε εκπεφρασμένα είτε άρρητα, όπως αφηρημένες έννοιες, πιθανότητες, διαγράμματα, χάρτες, επεξεργασία δεδομένων ή άλλα, πιθανά απλούστερα, όπως δοσολογίες φαρμάκων, συμμετοχή σε ασφαλιστικά προγράμματα. Ακόμα, καθίστανται αναγκαία και η κατανόηση κάποιων μαθηματικών εννοιών και η εκτέλεση απλών μαθηματικών υπολογισμών (IOM, 2014). Οι δεξιότητες οι οποίες είναι αναγκαίες για την κατανόηση ποσοτικών μεγεθών στην ιατρική πληροφορία ορίζονται ως αριθμητισμός (numeracy) (Ancker & Kaufman, 2007:713). Ως δεξιότητα, φαίνεται να μην υπάρχει σε μία σημαντική μερίδα, τουλάχιστον όσον αφορά τον ενήλικο πληθυσμό παγκοσμίως, ενώ τα παραπάνω μπορεί να γίνουν ιδιαίτερος πολύπλοκα σε στρεσογόνες συνθήκες ασθένειας (IOM, 2014). Ο χαμηλός αριθμητισμός, μεταξύ άλλων, μπορεί να συμβάλλει και στη δημιουργία στρεβλών αντιλήψεων όσον αφορά τους κινδύνους και τα οφέλη των διαγνωστικών εξετάσεων, να μειώσει τη συμμόρφωση στη θεραπεία ή να σταθεί εμπόδιο στην πρόληψη ή και στην πρόσβαση στις θεραπείες (Reyna, Nelson, Han & Dieckmann, 2009). Η αναγνωστική ευχέρεια,

επιπροσθέτως, αποτελεί μέρος της προσωπικής ικανότητας του ατόμου καθώς και προαπαιτούμενο του εγγραμματισμού στην υγεία (Baker, 2006). Ο ανεπαρκής εγγραμματισμός θεωρείται ως η «καρδιά» του ζητήματος του εγγραμματισμού υγείας (Flaherty, 2011, σ. 4). Κατά τον Wolf (2008), η αναγνωστική ικανότητα, η προφορικότητα και ο αριθμητισμός αποτελούν συνέργεια των γνωστικών και ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων του ατόμου. Υποστηρίζει ότι οι γνωστικές δεξιότητες εξηγούν κατά 50% την επίδραση του εγγραμματισμού υγείας επί του ποσοστού θνησιμότητας. Οι γνωστικές δεξιότητες επηρεάζουν το επίπεδο γνώσεων υγείας του ατόμου (Beier & Ackerman, 2003) και συνεργούν στην έκβαση υγείας του (Baker, Wolf, Feinglass & Thompson, 2008). Σύμφωνα με τη Rudd (2006), ο εγγραμματισμός επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου για πρόσβαση στην πληροφορία και χρήση έντυπου υλικού, στην κοινωνική συμμετοχή καθώς και στην επικοινωνία γιατρού-ασθενή. Η εφαρμογή βασικών δεξιοτήτων εγγραμματισμού, τεχνικών κυρίως, στα πλαίσια υγείας ονομάζεται από τον Nutbeam (2000) λειτουργικός εγγραμματισμός υγείας. Υπ' αυτή την έννοια, θεωρείται ότι αποτελεί ένα στατικό χαρακτηριστικό του ατόμου. Για αρκετούς ερευνητές, αποτελεί βασική συνιστώσα του εγγραμματισμού υγείας. Κατά τους Ormshaw & Kannas (2012), ο εγγραμματισμός αναφέρεται στη μεταφορά μηνυμάτων μέσω του γραπτού λόγου, την άντληση νοήματος μέσα από προτάσεις και παραγράφους αλλά και την ανάγνωση κειμένων που περιέχουν όχι μόνο κείμενα, αλλά και πίνακες ή και διαγράμματα. Ωστόσο, ένα μείζον θέμα στη συζήτηση αυτή, το οποίο σχετίζεται τόσο με τη συγκεκριμένη δεξιότητα όσο και με τη δεξιότητα της κατανόησης, αποτελεί και ο βαθμός αναγνωσιμότητας των κειμένων. Σύμφωνα με τις κατευθύνσεις, τα έντυπα για να μπορούν να αναγνωσθούν από άτομα με χαμηλές δεξιότητες εγγραμματισμού δε θα πρέπει να υπερβαίνουν το επίπεδο της 8^{ης} εκπαιδευτικής βαθμίδας, η απαίτηση αυτή ωστόσο δεν καλύπτεται και το επίπεδο γραφής είναι υψηλότερο (Olliffe et al., 2019· Williams, Muir & Rosdahl, 2016). Ο Baker (2006) επιπλέον επισημαίνει ότι κάποια άτομα μπορεί να παρουσιάζουν μεγαλύτερη αναγνωστική ευχέρεια σε γενικού περιεχομένου έντυπα, συγκριτικά με τα αυτά που πραγματεύονται θέματα υγείας. Στην Αμερική επί παραδείγματι, όπου ο μέσος πολίτης έχει αναγνωστικές δεξιότητες οι οποίες αντιστοιχούν στην 7^η-8^η βαθμίδα, συστήνεται η αναγνωστική δυσκολία των εντύπων ενημέρωσης των ασθενών, να κυμαίνεται μεταξύ 4^{ης}-6^{ης} βαθμίδας. Ωστόσο, το επίπεδο της γραφής των εντύπων ενημέρωσης των ασθενών, σε όλες τις ειδικότητες, έχει μορφολογικά χαρακτηριστικά μεταξύ 10^{ης} και 15^{ης} τάξης (Hansberry et al., 2013). Τέλος, παρά το γεγονός, ότι οι επαρκείς δεξιότητες εγγραμματισμού θεωρούνται από τους ερευνητές αναγκαίες, η θέση τους στα εννοιολογικά μοντέλα είναι ρευστή, καθώς σε κάποια από αυτά αναγνωρίζονται ως βασική συνιστώσα, ενώ σε άλλα ως προαπαιτούμενο στην οικοδόμηση του εγγραμματισμού υγείας (βλ. πίνακα 1.2)

Γνώση

Η έννοια της γνώσης αναφέρεται πολύ συχνά στα μοντέλα και γενικότερα στη βιβλιογραφία του εγγραμματισμού υγείας και συχνά ερωτήσεις γνώσεων έχουν χρησιμοποιηθεί στην προσπάθεια μέτρησής του. Η γνώση όσον αφορά την υγεία περιλαμβάνει τα δεδομένα, τις πληροφορίες και τις δεξιότητες που αποκτώνται μέσω της εμπειρίας και της μόρφωσης, καθώς και τη θεωρητική ή πρακτική κατανόηση θεμάτων που σχετίζονται με την υγεία και τη φροντίδα της (Chinn et al., 2011). Μέσω του εγγραμματισμού υγείας, τα σύμβολα της πληροφορίας, γραπτά ή προφορικά αποκωδικοποιούνται και μετασχηματίζονται σε γνώση (Pleasant & Kuruvilla, 2008). Κατά τον Nutbeam (2000·2008·2015), η μετάβαση από το ένα στο άλλο στάδιο του εγγραμματισμού υγείας βασίζεται στην ποσοτική και ποιοτική μεταβολή του αρχικού σώματος της γνώσης του ατόμου. Οι von Wagner, Septoe & Wolf (2009) αναφέρουν ότι η γνώση μπορεί να δημιουργήσει πεποιθήσεις σχετικά με τις συνέπειες που μπορεί να επιφέρει η δράση πάνω σε κάποια πληροφορία υγείας, πεποιθήσεις, οι οποίες στη συνέχεια μπορούν να δημιουργήσουν πρόθεση, ενώ ο Baker (2006) θεωρεί ότι η υπάρχουσα γνώση, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει είτε λεξιλόγιο είτε έννοιες υγείας και φροντίδας της, μπορεί να οδηγήσει σε νέα γνώση, θετική στάση, αυτο-αποτελεσματικότητα και κατά συνέπεια σε αλλαγή συμπεριφοράς. Είναι πόρος που διευκολύνει, ωστόσο κατά τον ίδιο, δε συνιστά τον εγγραμματισμό υγείας. Η προϋπάρχουσα γνώση θα καθορίσει τον βαθμό στον οποίο θα χρησιμοποιηθούν οι δεξιότητες του εγγραμματισμού, κατά συνέπεια θα επηρεάσει την ικανότητα του ατόμου για ανάπτυξη και χρήση δεξιοτήτων εγγραμματισμού υγείας ώστε να αποκωδικοποιήσει, να αποθηκεύσει και να ανακαλέσει πληροφορίες (Squieters et al., 2012).

Στα μοντέλα αναφέρονται ποικίλες μορφές γνώσεων. Η γνώση μπορεί να είναι θεωρητική, έκδηλη, ρητή σχετικά με ένα θέμα. Είναι γνώση η οποία μπορεί να εκφραστεί προφορικά, μπορεί να προσληφθεί από ποικίλες πηγές, γραπτές ή προφορικές. Το είδος αυτό βοηθά το άτομο να εντοπίσει διαφορές ή ομοιότητες μεταξύ των πληροφοριών, καθώς και να επιτρέψει την αναγνώριση του τρόπου προσέγγισης ενός ζητήματος υγείας. Συμπληρώνεται από τη διαδικαστική, το είδος της γνώσης το οποίο θα επιτρέψει στο άτομο να λάβει πληροφορημένες αποφάσεις (Schultz & Nakamoto, 2012). Πρόκειται για γνώση βασισμένη σε δεξιότητες, πιο συγκεκριμένα μπορεί να θεωρηθεί η ενεργοποίηση και εφαρμογή της θεωρητικής γνώσης σε πρακτικά πλαίσια και επιτρέπει στο άτομο να φέρεται να αλλάζει συνήθειες, να αναλαμβάνει δράση και να συμπεριφέρεται με τρόπους προαγωγής υγείας (Paakkari & Paakkari, 2012). Ο Abel (2007) εξάλλου, θεωρεί ότι ο εγγραμματισμός υγείας είναι μια δεξιότητα γνώσης η οποία έχει ως στόχο συμπεριφορές που προάγουν την υγεία πραγματοποιώντας με αυτόν τον τρόπο διάκριση μεταξύ κοινής και επιστημονικής γνώσης. Η

μετατροπή της δηλωτικής γνώσης σε διαδικαστική πρέπει να γίνεται αντιληπτή μέσα στα πλαίσια και ως συνθήκη της ενδυνάμωσης του ατόμου. Περαιτέρω, η δυνατότητα ενσωμάτωσης των μεταβολών και του νέου στην υπάρχουσα γνώση δίνει τη δυνατότητα ανάπτυξης μιας συνεκτικής θεωρίας βασισμένης στη γνώση, η οποία αποτελεί το πρώτο βήμα κριτικής σκέψης. Ωστόσο, μέσα στα πλαίσια αυτά πρέπει να αναγνωρίζονται τα όρια της γνώσης, υπό την έννοια της διάκρισης μεταξύ του ατόμου που μαθαίνει και προσλαμβάνει γνώση και του ειδήμονος ο οποίος δημιουργεί μοντέλα μέσα από την ειδική γνώση (Schultz & Nakamoto, 2012). Η γνώση βασικών θεωρητικών εννοιών πρόληψης ασθενειών και προαγωγής υγείας αποτελεί το πρώτο από τα οκτώ κριτήρια των National Health Education Standards, (Joint Committee on National Health Education Standards, 2007) ενώ, ως συνιστώσα του εγγραμματισμού υγείας αναγνωρίζεται και στο μοντέλο του IOM (2004). Μία επιπλέον μορφή γνώσης, στο μοντέλο αυτό, είναι η πολιτισμική γνώση, η οποία συνεργεί μαζί με άλλους παράγοντες στην οικοδόμηση του εγγραμματισμού υγείας. Η παράμετρος αυτή συνάδει με τη συνιστώσα της πολιτισμικής γνώσης, ως αναγνώριση και χρήση των συλλογικών πεποιθήσεων για την ερμηνεία της πληροφορίας υγείας όπως περιλαμβάνεται στην αντίληψη του εγγραμματισμού υγείας από τους Zarcadoolas et al.(2003). Στο μοντέλο τους ωστόσο, αναφέρεται μία επιπλέον συνιστώσα, ο επιστημονικός εγγραμματισμός, ως γνώση θεμελιωδών εννοιών που σχετίζονται με την υγεία και την επιστήμη.

Αναφερόμενοι στη δημόσια υγεία, η εννοιολογική γνώση, ως συνιστώσα του εγγραμματισμού υγείας, συμπεριλαμβάνει στοιχεία οποιασδήποτε μορφής γνώσης προερχόμενης από διάφορες πηγές σχολικές, τεχνικής φύσεως και όχι μόνο, που μπορούν να συνδράμουν στην βελτίωση του επιπέδου εγγραμματισμού υγείας του ατόμου ώστε να μπορεί να ορίσει και να συζητήσει έννοιες πρόληψης ασθενειών, προαγωγής υγείας καθώς και έννοιες όπως ο επιπολασμός, οι παράγοντες επικινδυνότητας, νοσηρότητα ή θνησιμότητα (Freedman et al., 2009). Μία ακόμη μορφή γνώσης είναι αυτή των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων από την πλευρά του ασθενούς-εφήβου, όταν έρχεται σε επαφή με το ιατρικό προσωπικό (Massey et al., 2012).

Ωστόσο, αναφέρεται ότι η γνώση και ο εγγραμματισμός στην υγεία μπορεί να μην έχουν γραμμική σύνδεση. Ο εγγραμματισμός υγείας (όπως μετράται με το εργαλείο REALM των Davis et.al, 1991) φαίνεται να μη συσχετίζεται με τη γνώση για ζητήματα που αφορούν την υγεία του προστάτη όπως μετρώνται με εργαλείο μέτρησης που αφορά τη γνώση (Kim et al., 2001), ή η βελτίωση της γνώσης μετά από ανάγνωση ειδικών εντύπων αγωγής υγείας δε συνεπάγεται βελτίωση στο επίπεδο του εγγραμματισμού σε γονείς που συνόδευαν τα παιδιά τους για εμβολιασμό έναντι στην πολιομυελίτιδα (Davis et al. 1998), όπως αναφέρεται στους

Kwan et al.(2006), οι οποίοι, βάσει της εκτεταμένης έρευνάς τους, συμπεραίνουν ότι τα ερευνητικά αποτελέσματα είναι ανάμεικτα. Οι τελευταίοι, θεωρούν ότι η γνώση δεν αποτελεί συνιστώσα, δεξιότητα δηλαδή του εγγραμματισμού υγείας αλλά διάμεσο αποτέλεσμα του, το οποίο οδηγεί σε καλύτερη κατάσταση υγείας, διαδικασία η οποία, οδηγεί στη συνέχεια σε βελτιωμένες δεξιότητες.

Παρά το γεγονός ότι σε άλλους τύπους εγγραμματισμού, η γνώση αναφέρεται ως μία από τις συχνότερες συνιστώσες (Frisch, Camerini, Diviani & Schulz, 2012), δε συμβαίνει το ίδιο και στον εγγραμματισμό υγείας όπου σε κάποια μοντέλα αναγνωρίζεται ως συνιστώσα και σε άλλα είτε ως προϋπόθεση είτε ως αποτέλεσμα. Οι θεωρίες, οι οποίες επικεντρώνουν σε μία στενότερη, λειτουργική αντίληψη της έννοιας, θέτουν τη γνώση ως αποτέλεσμα του εγγραμματισμού υγείας, και ενδιαφέρονται για τις συνέπειες της έλλειψής της, η οποία συνεπάγεται και το χαμηλό επίπεδό του (Gellert & Tille, 2015). Οι διαφορετικές οπτικές, συνθήκες και απαιτήσεις του κλινικού τομέα από αυτόν της δημόσιας υγείας οδηγούν σε διαφορετική αντιμετώπιση του ζητήματος της γνώσης, με αποτέλεσμα για τον μεν να έχει ενδιαφέρον η απόκτησή της, για τον δε η διάδοση (Pleasant & Kuruvilla, 2008). Τα μοντέλα τα οποία ακολουθούν πιο ευρύτερη προσέγγιση της προαγωγής υγείας την εντάσσουν είτε στις συνιστώσες είτε ως αλληλοδιασταυρούμενο με τις συνιστώσες παράγοντα. Σε μοντέλα επεξεργασίας, όπως αυτά των Baker (2006) ή των Wolf et al. (2009), διαφαίνεται η ύπαρξη μίας αιτιακής αλυσίδας όπου η γνώση είναι τόσο προϋπόθεση όσο και αποτέλεσμα, ενώ παράλληλα, επηρεάζει και πεποιθήσεις και στάσεις. Συμπερασματικά, αναφέρεται ότι η θέση της γνώσης θα πρέπει περαιτέρω να αποσαφηνιστεί (Gellert & Tille, 2015).

Αντίληψη και Κατανόηση

Αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να εξάγει νόημα από δεδομένη κειμενική πληροφορία, προκειμένου να κατανοήσει τη σημασία του κειμένου και του μηνύματος που ανακοινώνεται (Ormsaw & Kannas, 2012). Κατά τους Wu et al. (2010), η κατανόηση σχετίζεται με τη μορφή με την οποία παρουσιάζεται κάθε φορά η πληροφορία. Για την Mancuso (2008), αποτελεί κύρια συνιστώσα του εγγραμματισμού υγείας και αφορά σύνθετη διαδικασία βασισμένη στη γλώσσα, στην εμπειρία και στη λογική. Η κατανόηση θεωρείται σημαντική για την ακριβή ερμηνεία της πληθώρας των πληροφοριών που παρέχονται. Έχει ως αποτέλεσμα τη σύλληψη του νοήματος της πληροφορίας που δίνεται, και είναι αυτή που θα δώσει τη δυνατότητα στη συνέχεια να εξελιχθεί η κριτική σκέψη που θα οδηγήσει στην επίλυση προβλήματος. Στην αντίληψη του εγγραμματισμού υγείας ως αποτέλεσμα αγωγής υγείας, η κατανόηση εννοείται εκτός των άλλων και στο πλαίσιο των ανθρώπινων σχέσεων υπό την

έννοια της αντίληψης και της ανάλυσης των επιρροών που δέχεται το άτομο από άλλα άτομα του περιβάλλοντός του, όπως φίλοι ή γονείς (Joint Committee on National Health Education Standards, 2007). Υπ' αυτή την έννοια, σχετίζεται κατά πολύ με την έννοια του κριτικού στοχασμού.

Διάφοροι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την αντίληψη και την κατανόηση της πληροφορίας. Ένας από αυτούς είναι το περιεχόμενο της, δηλαδή οι λέξεις και οι προτάσεις που χρησιμοποιούνται, ο βαθμός λεπτομέρειας ή ασυνέχειας που παρουσιάζει η πληροφορία (Kwan et al, 2006). Κατά τους Subramaniam et al. (2015), η αντίληψη της πληροφορίας καταγράφεται ως η ικανότητα ανάγνωσης, κατανόησης, ανάκλησης της πληροφορίας, η ικανότητα εκτέλεσης μαθηματικών λογισμών, η κατανόηση απλών χαρτών και ο εντοπισμός της πληροφορίας ανάμεσα σε άλλες. Ωστόσο, λόγω της αποδοχής της άποψης ότι ο εγγραμματισμός υγείας αναπτύσσεται μέσα από μια αμοιβαία διεργασία των απαιτήσεων του συστήματος και των δυνατοτήτων του ατόμου, θεωρείται αναγκαίος ένας βαθμός προσέγγισης απαιτήσεων και δυνατοτήτων. Αυτό συνεπάγεται ότι το υλικό, το οποίο καλείται κατά περίπτωση το άτομο να αποκωδικοποιήσει, θα πρέπει να είναι σε τέτοια μορφή ώστε να γίνεται αντιληπτό από τον μέσο όρο.

Αποτίμηση – αξιολόγηση της πληροφορίας

Η ικανότητα της κρίσης, της αποτίμησης, της ερμηνείας, της αξιολόγησης της πληροφορίας υγείας αποτελεί μία από τις βασικές συνιστώσες του εγγραμματισμού στην υγεία. Οι Ormshaw & Kannas (2012) τη θεωρούν μία από τις δέκα υποσυνιστώσες των τριών επιπέδων εγγραμματισμού στην υγεία όπως αυτά προτείνονται από τον Nutbeam (2000). Την περιγράφουν ως την κριτική ανάλυση και αποτίμηση του δεδομένου μηνύματος, η οποία δεν αφορά μόνο το κείμενο αλλά επιπλέον, τη συνάφειά του, την αξιοπιστία του, την ευκρίνειά του και τη χρησιμότητά του. Η Mancuso (2008), στις ικανότητες που θεωρεί ως προαπαιτούμενες του εγγραμματισμού υγείας, συγκαταλέγει την πληροφοριακή ικανότητα, την οποία αντιλαμβάνεται ως την ικανότητα καθορισμού της αυθεντίας και της γενικής αποδοχής της πληροφορίας υγείας. Επίσης, συμπεριλαμβάνει την αναγνώριση της αναγκαίας πληροφορίας, την αναγνώριση πιθανών πληροφοριακών πηγών και τη χρήση τους για την εύρεση πληροφοριών. Οι Wu et al.(2010) αναφέρουν ότι η αξιολόγηση αφορά μια κρίση ή ένα συμπέρασμα σχετικά με την παρουσιαζόμενη πληροφορία, η οποία προκύπτει επί τη βάσει ενός ή περισσότερων κριτηρίων, χωρίς η παρουσία του ενός να αποκλείει το άλλο όπως: 1) η ακρίβεια της πληροφορίας 2) η αμεροληψία της 3) η συνάφεια 4) η πλήρης κάλυψη του θέματος και 5) η εσωτερική της συνοχή δηλαδή η λογική σχέση μεταξύ των πληροφοριών και των εννοιών. Κατά τους Subramaniam et

al. (2015), η έννοια της αξιολόγησης της πληροφορίας αφορά: 1) την ακρίβειά της, την αξιοπιστία και την καταλληλότητά της 2) την αξιολόγηση της πηγής 3) τη συχνότητα ενημέρωσης και το επίκαιρο της πληροφορίας 4) την ενημέρωση γενικευμένων αντιλήψεων αξιοπιστίας ανάλογα με την περίπτωση 5) την εγκυρότητα του μέσου 6) την αξιολόγηση των απόψεων των άλλων σχετικά με την εγκυρότητα 7) τη συγκέντρωση πληροφοριών από διαφορετικές πηγές και την άντληση νοήματος 8) την άντληση συμπερασμάτων σχετικά με την αξιοπιστία και εγκυρότητα βάσει συνειδητών μεθόδων και επιχειρημάτων ή και η πραγματοποίηση επανάληψης έρευνας.

Στην ψηφιακή εποχή, η αξιολόγηση του πλήθους της πληροφορίας αποτελεί πρόκληση. Στην εποχή του διαδικτύου, οι καταναλωτές των πληροφοριών υγείας θα πρέπει να αξιολογούν τη σχέση μεταξύ της πληροφορίας που τους παρέχεται και της πληροφορίας που είναι αναγκαία για αυτούς (Eysenbach & Kohler, 2002). Τα μέσα γενικότερα αποτελούν βασική πηγή πληροφόρησης και αλληλεπίδρασης, και αυτός είναι ο λόγος που ορισμένοι ερευνητές προτείνουν τον ψηφιακό εγγραμματισμό ως βασική συνιστώσα του εγγραμματισμού στην υγεία (Manganello, 2007). Η σύνδεση του εγγραμματισμού στα ΜΜΕ και του εγγραμματισμού υγείας περιγράφηκε ως εγγραμματισμός υγείας στα ΜΜΕ (Media Health Literacy- Levin-Zamir, 2010), έννοια, η οποία οικοδομείται στη βάση των συνιστωσών που προτείνονται από τον Nutbeam με πλαίσιο εφαρμογής το περιβάλλον των μέσων. Οι προκλήσεις που αναδύονται, όταν αναφερόμαστε στο διαδικτυακό περιβάλλον, αποτελούν ένα βασικό λόγο εξαιτίας του οποίου η έρευνα σχετικά με την αξιολόγηση των πληροφοριών πραγματοποιείται κυρίως στο ψηφιακό περιβάλλον.

Για τους εφήβους, η εγκυρότητα της πληροφορίας στο διαδίκτυο φαίνεται να βασίζεται στην αναγνωρισιμότητα του παρόχου. Εάν στη χώρα υπάρχει δημοφιλής, αναγνωρισμένος, κεντρικός φορέας υγείας (π.χ. το NHS στο Ηνωμένο Βασίλειο) τότε οι νέοι λαμβάνουν την παρεχόμενη από αυτόν πληροφορία ως έγκυρη (Gray, 2005a). Αν αυτό δε συμβαίνει, στρέφονται σε άλλες πηγές, οπότε η αξιολόγηση της εγκυρότητας της πληροφορίας συσχετίζεται με την «εμπειρογνωμοσύνη» του κατόχου της ιστοσελίδας σύμφωνα πάντα με τη γνώση και γνώμη του ατόμου που πραγματοποιεί την έρευνα. Οπότε, η αξιολόγηση επηρεάζεται από τα πόσα γνωρίζει κάποιος για το θέμα που αναζητά (Kwan et al., 2006). Τέλος, ο εγγραμματισμός υγείας περιλαμβάνει την αξιολόγηση των προσωπικών συνεπειών μιας πράξης και την εκτίμηση εάν η προτιθέμενη δράση είναι εφαρμόσιμη (Bröder et al., 2017).

Σύμφωνα με την ανάλυση των Riva, Iannello, Pravettoni & Alessandro (2015), η διαμόρφωση γνώμης, βασισμένης σε κρίση, είναι πολυδιάστατο φαινόμενο. Οι ψυχολογικές μεταβλητές και οι προτεραιότητες του κάθε ατόμου δεν μπορεί να μην προσμετρηθούν στη

διαδικασία των ποικίλων, εξειδικευμένων διεργασιών, οι οποίες κινούνται σε επίπεδο γνωστικό, αυτορρυθμιστικό, συναισθηματικό, λογικό και κοινωνικής αντίληψης. Κατά τους ερευνητές, σε γνωστικό επίπεδο η αντίληψη της πληροφορίας σχετίζεται με τον τρόπο παρουσίασης της πληροφορίας, δηλαδή εάν είναι λεκτικός ή αριθμητικός, το πώς συνδυάζεται με τα συμφραζόμενα, το συγκεκριμένο εάν είναι θετικό ή αρνητικό επηρεάζοντας τις προτιμήσεις του ατόμου. Επίσης, επηρεάζεται από τον τρόπο που πλαισιώνεται η πληροφορία, ο οποίος μπορεί να δημιουργήσει προκαταλήψεις και να παρεκκλίνει την κρίση του ατόμου. Ευρετικές τεχνικές όπως η απλοποίηση αρχών, ώστε να μειωθεί η πολυπλοκότητα του καθήκοντος της πληροφορίας, και κατά συνέπεια, να απλοποιηθεί και η διαδικασία αξιολόγησης των πιθανοτήτων και η επιλογή του σημαντικότερου καθώς και η συγκέντρωση και κατηγοριοποίηση των υπέρ και κατά, είναι επίσης τεχνική που ενεργοποιείται κατά την κρίση, αξιολόγηση και λήψη απόφασης. Διαφορετικοί τύποι συλλογιστικής διεργασίας, η ενεργοποίηση των οποίων εξαρτάται από το άτομο, ή άλλες φορές απαιτούν επεξήγηση και τη συνδρομή ειδικού με σκοπό την περαιτέρω οργάνωση και ανάλυση των στοιχείων. Ένα επιπλέον παράγοντα δυσχέρειας αποτελεί η πληθώρα των πληροφοριών σε συνδυασμό με την έλλειψη των γνώσεων που απαιτούνται για να κρίνουν την πληροφορία (Kwan et al., 2006).

Κριτική Σκέψη

Οι δεξιότητες κριτικής σκέψης θεωρούνται βασική συνιστώσα του εγγραμματισμού στην υγεία. Αντιπροσωπεύουν την ικανότητα του ατόμου να σκέπτεται καθαρά και αιτιολογημένα, να δημιουργεί διασυνδέσεις ανάμεσα σε διαφορετικές απόψεις, να διαχειρίζεται τον όγκο των πληροφοριών που λαμβάνει από διάφορες πηγές και να ενοποιεί τις αποσπασματικές πληροφορίες αλλά και να προσαρμόζεται στις συνθήκες της νέας γνώσης (Paakkari & Paakkari, 2012). Σε μεγάλο μέρος της αρθρογραφίας, η κριτική σκέψη και η αξιολόγηση της πληροφορίας υγείας παρουσιάζουν μεγάλο βαθμό αλληλοεπικάλυψης. Όπως αναφέρεται, η κριτική σκέψη είναι η τέχνη της ανάλυσης και της αξιολόγησης της σκέψης με στόχο τη βελτίωσή της (Paul & Elder, 2006). Η δημιουργία κριτικά σκεπτόμενου ατόμου σε θέματα υγείας θεωρείται αποτέλεσμα, μαζί με τον εγγραμματισμό υγείας, για την ίδια την αγωγή υγείας (NHES, 2007). Οι Paakkari και Paakkari (2012), νοώντας τον εγγραμματισμό στην υγεία ως αποτέλεσμα της εφαρμογής σχολικής αγωγής υγείας, επικεντρώνουν στην ανάπτυξη της κριτικής σκέψης ως συνιστώσα του εγγραμματισμού. Οι Peralta et al. (2017) τη συσχετίζουν με την κριτική προσέγγιση του Freire ως μέσο συνείδησης και συνειδητοποίησης της θέσης τους στον κόσμο.

Σε άλλες έρευνες, ο κριτικός εγγραμματισμός στην υγεία ερμηνεύεται ως κριτική εκτίμηση της πληροφορίας. Οι Steckelberg et al. (2009) με γνώμονα την Ιατρική επί τη βάση

ενδείξεων (Μουντοκαλάκης, 2015), παρήγαγαν για τους μαθητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης μαθησιακές ενότητες, οι οποίες πραγματεύονται μεταξύ άλλων τις πλάνες και τις παρερμηνείες των πληροφοριών σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες, την κριτική εκτίμηση αυτών, την πληροφορημένη συγκατάθεση σε διαγνωστικά τεστ και την κατανόηση και τα κριτήρια κριτικής ανάλυσης συστημικών ερευνών.

Στη συνιστώσα της κριτικής σκέψης φαίνεται να διαχέεται η κατά Nutbeam έννοια του κριτικού εγγραμματισμού υγείας. Ενώ, η λειτουργική και επικοινωνιακή μορφή είναι συστατικά στοιχεία του, είναι αυτή η δυνατότητα ερμηνείας των πληροφοριών που βελτιστοποιεί τη συμπεριφορά πρόληψης και διαχείρισης των ασθενειών (Peerson & Saunders, 2009). Τέλος, στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας, η κριτική σκέψη εντάσσεται στο πλαίσιο της προώθησης της δημόσιας υγείας μέσω μεταξύ άλλων της απόκτησης, αξιολόγησης, και χρήσης, στην κατανόηση των προβλημάτων της κοινότητας από την οπτική της δημόσιας υγείας (Freedman et al., 2009).

1.3.3.2. Συμπεριφορικές – Λειτουργικές Δεξιότητες

Πρόσβαση - Αναζήτηση πληροφορίας

Η έννοια της πρόσβασης αναφέρεται στην ικανότητα αναζήτησης/ εύρεσης/ απόκτησης πληροφοριών υγείας (Sorensen, 2013). Οι Squiers et al.(2012) τη θεωρούν ως συνιστώσα την αναζήτησης πληροφορίας μαζί με την εύρεση πληροφοριών στον τομέα της ηλεκτρονικής/ψηφιακής υγείας υπό την έννοια της ανάγκης πλοήγησης. Οι Tardy & Hale (1998) θεωρούν ότι αναζήτηση πληροφοριών για την υγεία σημαίνει την έρευνα και τη λήψη μηνυμάτων, τα οποία βοηθούν στη μείωση της αβεβαιότητας και στην οικοδόμηση προσωπικής κοινωνικογνωστικής αίσθησης υγείας. Οι Ormshaw & Kannas (2012) προσθέτουν ότι η εύρεση της πληροφορίας σημαίνει τη χρήση των σωστών πηγών πληροφοριών καθώς και την ικανότητα εντοπισμού της απαραίτητης και χρήσιμης πληροφορίας μέσα από ένα κείμενο. Σύμφωνα με τους Rootman και Gordon El- Bihbety (2008), η πρόσβαση είναι ιδιαίτερα σύνθετη έννοια. Αφορά πολύ περισσότερα από τη διαθεσιμότητα της πληροφορίας και των υπηρεσιών και διαμεσολαβείται από τη μόρφωση, την κουλτούρα, τη γλώσσα και τις επικοινωνιακές δεξιότητες των παρόχων υγείας αλλά και από το είδος των μέσων και των μηνυμάτων καθώς και από το περιβάλλον μέσα στο οποίο λαμβάνει χώρα αυτή η διεργασία.

Οι Kwan et al (2006) αναφέρονται σε δύο μορφές εύρεσης πληροφορίες, την πρόσβαση η οποία αφορά στη συνειδητή προσπάθεια εύρεσης πληροφορίας και την έκθεση η οποία είναι συγκυριακή εύρεση πληροφορίας. Παρεμφερή διαχωρισμό κάνουν και οι Massey et al.(2012)

όταν αναφέρονται σε ενεργητική εύρεση, η οποία αφορά την πληροφορία που αναζητά ο ίδιος ο χρήστης, και σε παθητική, η οποία προσφέρεται στον ενδιαφερόμενο, παραδείγματος χάριν μέσω ενημερωτικών εντύπων. Ωστόσο, οι συγγραφείς συμπεριλαμβάνουν στην έννοια της πρόσβασης και την κρίση της ποιότητας της πληροφορίας. Ενώ, κατά τους Paek et al.(2011) η πρόσβαση στην πληροφορία αποτελεί προϋπόθεση στη διαδικασία κοινωνικοποίησης της υγείας, σύμφωνα με τους Dodson et al. (2015) αποτελεί και παράμετρο στη λήψη απόφασης σε θέματα υγείας.

Για να επιτευχθεί ωστόσο η πρόσβαση, είναι απαραίτητες δεξιότητες γενικού εγγραμματισμού, αριθμητικές δεξιότητες και ιδιαίτερες δεξιότητες εγγραμματισμού υγείας, χαρακτηριστικά τα οποία με τη σειρά τους εξαρτώνται από γνωστικές και ψυχοκοινωνικές παραμέτρους καθώς και από την πρότερη εμπειρία (Sorensen et al., 2013). Άλλες παράμετροι οι οποίες μπορούν να αναφερθούν είναι η σημαντικότητα της πληροφορίας για το άτομο, η προηγούμενη εμπειρία σχετικά με πηγές και η πιστότητα της πληροφορίας η οποία προέκυψε από προηγούμενες έρευνες (Gray, Klein, Noyce, Sesselberg & Cantrill, 2005a).

Στη σύγχρονη εποχή σημαντική πηγή εύρεσης πληροφοριών αποτελεί το διαδίκτυο. Είναι εναλλακτική πηγή πληροφόρησης με τη βοήθεια της οποίας μπορούν να αποφύγουν ιατρική επίσκεψη (Gray, Klein, Noyce, Sesselberg & Cantrill, 2005b). Αποτελεί επίσης χώρο εύκολα προσβάσιμο, ο οποίος δίνει τη δυνατότητα ανωνυμίας για εύρεση ευαίσθητων πληροφοριών αλλά και υποστήριξη σε άτομα τα οποία δεν έχουν άλλο τρόπο πληροφόρησης (Borzekowski, 2006) ή επειδή δεν τους είναι εύκολο να συζητήσουν ανοιχτά με τον γιατρό τους. Οι σύγχρονοι νέοι φαίνεται να έχουν ανάγκη για ιδιαίτερες πληροφορίες υγείας, και είναι πολύ δεκτικοί απέναντι σε καινοτόμες και διαδραστικές μεθόδους εύρεσης πληροφοριών. Χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για να αναζητήσουν πληροφορίες για αυτούς και την οικογένειά τους, ενώ, μπορεί να είναι χρήσιμο για αυτούς που είναι μετανάστες και μπορούν να αναζητήσουν πληροφορίες στη μητρική τους γλώσσα. Επίσης, έχουν άριστη σχέση με την τεχνολογία, αν και μπορεί να είναι ελλειμματικοί σε κάποιες πλευρές της όπως η γνώση και οι ερευνητικές δεξιότητές τους (Skopelja, Whipple & Richwine, 2008). Σύμφωνα με τους Subramaniam et al. (2015), η πρόσβαση στην πληροφορία έχει ως βασικά συστατικά στοιχεία τη δυνατότητα προσαρμογής στις νέες τεχνολογίες, τη γνώση πηγών για την έναρξη αναζήτησης και τη γνώση σχετικά με τις δυνατότητες των μηχανών αναζήτησης, την επαφή με τους υπολογιστές στην καθημερινότητα και την εύρεση έγκυρων πηγών μέσω της χρήσης σωστών λέξεων κλειδιών που θα περιορίσουν και τα αποτελέσματα, σωστό συλλαβισμό των όρων, την κριτική αντιμετώπιση της πληροφορίας και την εύρεση της πληροφορίας σύμφωνα με τις συμβουλές/οδηγίες των ειδικών.

Επικοινωνία - Αλληλεπίδραση

Η δεξιότητα της επικοινωνίας αναφέρεται σε κάποια μοντέλα ρητά ως συνιστώσα του εγγραμματισμού υγείας. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες δηλώνουν ανώτερο επίπεδο γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, οι οποίες επιτρέπουν στο άτομο να αλληλεπιδρά, να συμμετέχει να αντλεί πληροφορίες και να τις ανταλλάσσει ώστε να μπορεί να τις εφαρμόζει στις διάφορες εναλλασσόμενες μεταβαλλόμενες συνθήκες και περιστάσεις. Στην τυπολογία του Nutbeam (2000) την οποία υιοθετούν αρκετοί ακαδημαϊκοί, αναφέρεται η επικοινωνιακή/αλληλεπιδραστική μορφή τού εγγραμματισμού υγείας, ως ανώτερη μορφή γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, που επιτρέπουν στο άτομο να αντλεί νόημα από διάφορες μορφές επικοινωνίας, να αναλύει κριτικά, να μεταφέρει νοήματα σε νέες καταστάσεις και να αποβεί ωφέλιμο τόσο στον εαυτό του συμμετέχοντας στις καθημερινές δραστηριότητες στο μέγιστο βαθμό, όσο και στον κύκλο του όσον αφορά ζητήματα υγείας. Οι προφορικές δεξιότητες μαζί με τις κοινωνικές δεξιότητες, στα πλαίσια του αλληλεπιδραστικού και κριτικού εγγραμματισμού, σχετίζονται με ζητήματα που αφορούν τη διαπραγμάτευση και την προάσπιση υγείας.

Στο ίδιο μήκος κύματος και η Marks (2009) θεωρεί βασικό πυρήνα του εγγραμματισμού υγείας τον αλληλεπιδραστικό ή συμμετοχικό εγγραμματισμό, ο οποίος, όπως αναφέρεται, αποτελεί την ικανότητα κάποιου να συμμετέχει σε συζητήσεις που αφορούν την υγεία και να δρα σε σχέση με την πληροφορία. Σύμφωνα τους Ormshaw & Kannas (2012), η επικοινωνιακή δεξιότητα εκφράζει την επιτυχή μεταφορά ενός μηνύματος ή μιας πληροφορίας, με κατάλληλο και κατανοητό τρόπο. Αυτό ωστόσο, συνεπάγεται την επιλογή της κατάλληλης πληροφορίας σε σχέση με το ζητούμενο και τη μεταβίβασή της στους άλλους με το σωστό τρόπο. Η Mancuso (2008) θεωρεί ότι η επικοινωνιακή δεξιότητα υποδηλώνει τον τρόπο με τον οποίο ανταλλάσσονται οι σκέψεις, οι πληροφορίες και τα μηνύματα γραπτού, προφορικού, νοηματικού ή συμπεριφορικού σωματικού λόγου. Η επικοινωνία πληροφοριών υγείας περιλαμβάνει στρατηγικές πληροφόρησης και επηρεασμού αποφάσεων για βελτίωση της υγείας. Η επικοινωνία με το γιατρό είναι η πιο ουσιαστική όψη της σχέσης αυτής, επειδή θέτει τις βάσεις για μάθηση. Από την άλλη πλευρά, οι επαγγελματίες υγείας βασίζονται στις προφορικές ικανότητες του ατόμου, αναμένουν από αυτούς να τους περιγράψουν συμπτώματα και να δώσουν περαιτέρω στοιχεία τα οποία θα διευκολύνουν τη διάγνωση. Επιπλέον, παρουσιάζουν στοιχεία, ενημερώνουν, συμβουλεύουν κατά συνέπεια η διάδραση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της εμπειρίας των ατόμων (Rudd et al., 2004). Η αποτελεσματική επικοινωνία συνεπάγεται μεταξύ άλλων την ακρίβεια, τη διαθεσιμότητα, την ισορροπία, την αξιοπιστία, την επανάληψη και κατανόηση (US Department of Health & Human Services, 2000 όπως αναφέρεται στο Mancuso, 2008). Το IOM (2004) αναφέρεται διακριτά σε στοιχεία επικοινωνίας,

όπως η ακοή και η ομιλία, χωρίς ωστόσο να αναφέρεται ρητά η ιδιότητα αυτή. Οι Dodson et al. (2015) θεωρούν επίσης ότι ο εγγραμματισμός υγείας εμπεριέχει την ικανότητα της επικοινωνίας και της υποστήριξης των αποφάσεων υγείας. Κατά τη Sorensen (2013), η επικοινωνία σχετίζεται με την εφαρμογή της πληροφορίας. Οι Squiers et al. (2012) θεωρούν ότι εφόσον οι πληροφορίες υγείας μεταβιβάζονται συχνά προφορικά, ιδιαίτερα κατά την επαφή με τους ιατρούς, οι επικοινωνιακές δεξιότητες είναι σημαντικές στην απόκτηση και στη μεταβίβαση της πληροφορίας. Αυτό βέβαια συμπεριλαμβάνει και φυσικές δεξιότητες, όπως προφορικότητα και ακουστικότητα, αλλά και κοινωνικές, όπως η επιχειρηματολογία. Αυτή την οπτική υιοθετούν και οι Massey et al. (2012), σύμφωνα με τους οποίους, η επικοινωνία έχει σημασία στη σχέση γιατρού με ασθενή, στην πραγματοποίηση ερωτήσεων και την επίτευξη συνεργασίας και στο ίδιο μήκος κύματος κινούνται και οι Sanders et al. (2009). Οι Wharf Higgins et al (2009), για το περιβάλλον των εφήβων, υπογραμμίζουν τη σημαντικότητα της επικοινωνίας, λαμβάνοντάς τη ως κύρια διάστασή του και το ίδιο ισχύει και για τους Schmidt et al. (2010). Παράλληλα, οι Kwan et al (2006) θεωρούν επίσης βασική συνιστώσα του εγγραμματισμού υγείας την επικοινωνία, υποστηρίζοντας ότι η επικοινωνία είναι ικανότητα ενημέρωσης των άλλων για κάποια ιατρική πληροφορία, όπως τα συμπτώματα μιας ασθένειας ή τα συστατικά μιας τροφής. Θα μπορούσε να έχει ως απώτερο σκοπό την απόκτηση πληροφορίας ή το μοίρασμά της με στόχο την υποστήριξη άλλων ατόμων. Επιπλέον, των ικανοτήτων ανταπόκρισης σε πληροφορίες υγείας που δίνονται σε έντυπη ή προφορική μορφή κειμενικού ή αριθμητικών δεδομένων περιεχομένου, το άτομο θα πρέπει να διαθέτει και την ικανότητα διαχείρισης ενός πιθανότατα διδαλώδους συστήματος υγείας (Schillinger, 2002), του οποίου επιπλέον, οι επικοινωνιακές απαιτήσεις συνήθως είναι υψηλότερες των δυνατοτήτων του ασθενούς με αποτέλεσμα να σημειώνονται κενά κατανόησης (Schillinger et al., 2003). Η διαφορά μεταξύ απαιτήσεων και δυνατοτήτων καλλιεργεί ένα κλίμα ντροπής στο οποίο τα άτομα έχοντας γνώση του ελλείμματός τους ντρέπονται να θέσουν ερωτήσεις αλλά ούτε ενθαρρύνονται προς αυτή την κατεύθυνση (Schillinger & Keller, 2006 στο Roundtable on Health Literacy; Board on Population Health and Public Health Practice; Institute of Medicine, 2012).

Η επικοινωνιακή συνιστώσα συμπεριλαμβάνεται επιπλέον σε αρκετούς ορισμούς. Οι Paakari & Paakari (2012) παρότι τη θεωρούν σημαντικό στοιχείο δεν τη συμπεριλαμβάνουν στον ορισμό τους ή στο μοντέλο τους θεωρώντας ότι δεν πρέπει να συμπεριληφθεί σε εργαλείο μέτρησης.

Εφαρμογή/Χρήση Πληροφορίας Υγείας

Η χρήση της πληροφορίας υγείας αποτελεί επίσης μία συνιστώσα του εγγραμματισμού υγείας. Ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιείται κάθε φορά η πληροφορία υγείας εξαρτάται από το πλαίσιο στο οποίο θα χρησιμοποιηθεί ή από το λόγο που οδήγησε στην αναζήτησή της. Η ενέργεια της χρήσης προϋποθέτει την εξαγωγή συμπερασμάτων, αφού ανασυντεθούν οι πληροφορίες που συγκεντρώνει κάποιος από τις διάφορες πηγές και διατυπωθούν αντίστοιχα ερωτήματα. Μπορεί να λάβει χώρα στο πλαίσιο της επικοινωνίας και της συνεργασίας για τη δημιουργία πληροφοριών προς ενημέρωση κάποιου κοινού ή στα πλαίσια της προώπισης ζητημάτων ατομικής, οικογενειακής και κοινοτικής υγείας (Subramaniam et al. 2015). Η Sorensen (2013) αντιλαμβάνεται την εφαρμογή της πληροφορίας ως ικανότητα χρήσης και επικοινωνίας της πληροφορίας. Για τους Massey et al. (2012), στο πλαίσιο της φροντίδας υγείας, εφαρμογή σημαίνει τακτικούς προληπτικούς ελέγχους από τους εφήβους καθώς και τη στάση που τηρούν σχετικά με τις επισκέψεις σε γιατρούς, ενώ σε επίπεδο έρευνας και της ιατρικής βασισμένης σε ενδείξεις σχετίζεται με την ανασύνθεση ερευνητικών σταδίων, όταν αυτό κριθεί απαραίτητο, την διεξαγωγή πειραμάτων, τη χρήση των τεχνολογικών εργαλείων και εφαρμογών καθώς και τη χρήση κριτηρίων ηθικής κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής μιας έρευνας (Steckelberg et al., 2008). Σε ατομικό επίπεδο, συνδυάζεται με την εφαρμογή δεξιοτήτων στοχοθεσίας και λήψης απόφασης (NHES, 2007) με σκοπό την υγεία, και με την έννοια της εφαρμογής συγκεκριμένων πρακτικών προαγωγής υγείας και αποφυγής των κινδύνων (Schmidt et al., 2010), ενώ σε επίπεδο συνεργατικής προσέγγισης στην κοινότητα, εμπεριέχει τη δράση για την επίλυση κοινοτικών προβλημάτων (Dodson et al., 2015)

Λόγω των διαφορετικών αφετηριών εξέτασης του εγγραμματισμού υγείας, προκύπτουν ιδιαίτερες συνιστώσες οι οποίες είναι δύσκολο να ενταχθούν σε ομάδα. Τέτοια είναι η ικανότητα πλοήγησης στο σύστημα υγείας, η οποία σύμφωνα με τους Massey et al. (2012) αναφέρεται στην πρόσβαση στο γιατρό και στη δυνατότητα τακτοποίησης ραντεβού ή της συμπλήρωσης φορμών.

Ενεργός Πολιτειότητα

Η έννοια του ενεργού πολίτη περιλαμβάνει τα ενδιαφέροντα, τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορικές προθέσεις του ατόμου, στοιχεία τα οποία επηρεάζονται τόσο από την ύπαρξη ή μη της σχετικής γνώσης και δεξιοτήτων και τα οποία δρουν ως διευκολυντικοί παράγοντες ανάμειξης, όσο και από την αυτο-αποτελεσματικότητα του ατόμου η οποία προκύπτει ως αποτέλεσμα της αξιολόγησης των προσωπικών ικανοτήτων του (Gerosa, 2013). Αποτελεί μία από τις βασικές συνιστώσες του εγγραμματισμού στην υγεία των μαθητών κατά τους Paakarri

και Paakarî (2012), οι οποίοι αντιλαμβάνονται τον όρο ως την ικανότητα να δρα κάποιος με ηθικά υπεύθυνο τρόπο καθώς και την ικανότητα να αναλαμβάνει κοινωνική ευθύνη για τις πράξεις του, να επιχειρηματολογεί για ένα θέμα, επεκτείνοντας τη σκέψη του πέρα από τα όρια του εαυτού του, αντανακλώντας και αξιολογώντας τα αποτελέσματα των πράξεων του στους άλλους ανθρώπους. Την έννοια της πολιτειότητας ως συνιστώσα του εγγραμματισμού υγείας αναφέρουν και οι Zarcadoolas, Pleasant & Green (2003) ως γνώση πολιτειακών πηγών και ικανότητα ερμηνείας διατάξεων, αλλά και ως επίγνωση ότι οι ατομικές αποφάσεις επηρεάζουν το σύνολο. Στην ιδιότητα του πολίτη, αλλά επιπλέον και του καταναλωτή, αναφέρονται και οι Kickbusch & Maag (2008) στην αντίληψη της δημιουργίας μιας εγγράμματης στην υγεία κοινωνίας. Τα άτομα ως πολίτες-μέλη μιας κοινότητας, με γνώση σε θέματα υγείας, θα πρέπει να αναλαμβάνουν δράση και να συμμετέχουν σε πολιτικές συζητήσεις για θέματα που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία, όπως για παράδειγμα, την απαγόρευση του επιθετικού μάρκετινγκ σε παιδιά, ενώ ως καταναλωτές θα πρέπει να κάνουν συνειδητά υγιεινές επιλογές, και να δρουν βασισμένοι στα δικαιώματα των καταναλωτών όταν αυτό απαιτείται. Το στοιχείο του ενεργού πολίτη με αυτό τον τρόπο προβάλλει ως μορφή ή ως τελικό αποτέλεσμα ενδυνάμωσης. Κατά τους Rask, Uusiautti και Maata (2013), ενσωματώνεται στο στοιχείο της τέταρτης διάστασης του όρου, τον ολιστικό εγγραμματισμό υγείας, ο οποίος ταυτίζεται, μεταξύ άλλων, με την ανοχή στη διαφορετικότητα, την περιβαλλοντική συνείδηση και το ενδιαφέρον για τον κόσμο και την ανάλυσή του μέσα από διάφορες οπτικές. Ο κοινωνικός πολιτικός προσανατολισμός, ως μορφή ενεργούς πολιτειότητας, συναντάται στο μοντέλο εγγραμματισμού δημόσιας υγείας (Freedman et al., 2009). Μέσω του κοινωνικού προσανατολισμού, επιβεβαιώνεται η κεντρική θέση του δημόσιου στοιχείου, περιλαμβάνει δε, τις δεξιότητες και τους απαραίτητους πόρους για την αναγνώριση ζητημάτων υγείας μέσω της εμπλοκής στα κοινά, καθιστώντας το άτομο ικανό να αναγνωρίσει ποιος ωφελείται κάθε φορά από την εφαρμογή ή μη παρεμβάσεων, να ασχοληθεί με προβλήματα δημόσιας υγείας μέσω δράσεων, διαλόγου και να αφυπνισθεί προς την κατεύθυνση υπεράσπισης της δημόσιας υγείας.

1.3.3.3. Συναισθηματικές (Affective) – Βουλευτικές (Conative) δεξιότητες

Αυτεπίγνωση/Αναστοχασμός

Η έννοια της αυτεπίγνωσης ως κύρια συνιστώσα του εγγραμματισμού υγείας συναντάται στη θεώρηση των Paakarî & Paakarî (2012). Οι συγγραφείς αντιλαμβάνονται τον όρο ως την επίγνωση του πότε το άτομο (και συγκεκριμένα στην προσέγγισή τους ο μαθητής)

συμπεριφέρεται με τρόπους που προάγουν την υγεία, καθώς και το πώς αντιλαμβανόμαστε τα ζητήματα υγείας. Μέσω αυτών, μπορεί κάποιος να εμπλαισιώσει ζητήματα στο προσωπικό του πλαίσιο, να τα εντάξει στους δικούς του στόχους, να εξετάσει προσωπικές πρακτικές και τρόπους σκέψης. Σημαίνει επίσης και την ικανότητα διερεύνησης αξιολόγησης και επίγνωσης των σκέψεων, αναγκών, συναισθημάτων, συμπεριφορών, εμπειριών, στάσεων και αξιών και η συσχέτισή τους με την καθημερινή πρακτική του ατόμου και κατά συνέπεια στο ζητούμενο της αλλαγής συμπεριφοράς. Ταυτόχρονα, οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι συνιστά και μία διαδικασία δια βίου μάθησης, με άλλα λόγια, στην εστίαση του ατόμου ως μαθητή που αυτοδιαχειρίζεται τη γνώση του. Αυτή η αντίληψη της ενεργούς μάθησης συγχρονίζεται με αυτό που εκφράζεται ως διακοπή από τις καθημερινές συνήθειες με στόχο το σχεδιασμό ανάληψης δράσης (Zeyer & Odermatt, 2009, όπως αναφέρεται στους Zeyer & Kyburz Graber, 2012) καθώς και με την έννοια της εκμάθησης νέων μοτίβων γνώσης και την προσαρμογή σε μία ασυνεχή μεταβολή ώστε να καθίσταται το άτομο ικανό να διαχειρίζεται τις νέες καταστάσεις που προκύπτουν στην καθημερινότητα (Schultz & Nakamoto, 2012).

Αυτο-αποτελεσματικότητα

Η αυτο-αποτελεσματικότητα αναφέρεται στην πεποίθηση που έχει το άτομο σχετικά με την προσωπική του ικανότητα να ολοκληρώσει καθήκοντα σχετικά με την υγεία και να επιτύχει προκαθορισμένους στόχους (Bröder et al., 2017). Καταγράφεται ως θεμελιώδες χαρακτηριστικό στα πλαίσια των γενικών ικανοτήτων και χαρακτηριστικών καταγράφεται ως συνιστώσα επιπλέον στη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε από τους Ormshaw, Paakkari & Kannas (2013). Αναφέρεται ως συνιστώσα από τους Schmidt et al. (2010) και καταγράφεται παράλληλα ως σημαντικός τομέας του εγγραμματισμού από τον Nutbeam (1999·2000) ο οποίος τομέας, δύναται να επηρεαστεί ταχύτερα από τις δράσεις προαγωγής υγείας.

Ενδιαφέρον/Κίνητρο/Πρόθεση

Στο μοντέλο των Paek et al.(2011), στα πλαίσια της κοινωνικοποίησης της υγείας, το ενδιαφέρον των παιδιών όσον αφορά τα ζητήματα υγείας χαρακτηρίζεται ως κύρια συνιστώσα του εγγραμματισμού, ενώ το κίνητρο θεωρείται ένας από τους παράγοντες ο οποίος θα επηρεάσει τις δεξιότητες του εγγραμματισμού υγείας (Sorensen 2013). Στην κατηγοριοποίηση των Bröder et al. (2017), θεωρήσαμε σκόπιμο να εντάξουμε ρητά την έννοια της πρόθεσης. Θεωρείται ότι τα κίνητρα αφορούν ιδιοσυγκρασιακές προδιαθέσεις προς πράγματα που κατά το άτομο έχουν αξία. Η δράση των κινήτρων οδηγεί στη διαμόρφωση των προθέσεων, προσφέροντας ώθηση στη σχηματοποίησή τους (Παρούτσας, χ.χ.). Οι Dodson et al. (2015)

συμπεριλαμβάνουν την πρόθεση ως χαρακτηριστικό του εγγραμματισμού υγείας και τη συγκεκριμενοποιούν αναφερόμενοι στην ικανότητα και πρόθεση του ατόμου στο να εμπλακεί, να επικοινωνήσει και να δράσει σχετικά με ζητήματα υγείας.

Άλλες δεξιότητες συναισθηματικού/βουλητικού χαρακτήρα

Στοιχεία όπως αυτά του αλληλοσεβασμού, η ανάπτυξη σχέσεων οι οποίες διευκολύνουν την ενσωμάτωση σε κοινωνικό πλαίσιο καλύπτουν τις υπαρξιακές ανάγκες του ατόμου και τα στοιχεία αυτά μπορεί να αφορούν διαφορετικές ομάδες είτε την κύρια είτε κάποια δευτερεύουσα ή ακόμα και συνολικά την κοινωνία, είναι ωστόσο αναγκαία για την οικοδόμηση της υπαρξιακής υγείας και τη προαγωγή του εγγραμματισμού υγείας σύμφωνα με τους Kostenius & Bergmark (2016). Την αντίληψη της ισορροπημένης αλληλεπίδρασης με τους άλλους ανθρώπους και την έμφαση στη ψυχοκοινωνική ευημερία στον ίδιο βαθμό με τη σωματική συναντάμε στον ορισμό των Fok & Wong (2002) καθώς και κατά ένα βαθμό, στο επίπεδο του ολιστικού εγγραμματισμού υγείας στο μοντέλο των Rask, Uusiautti & Maata (2013), ως έννοια η οποία ακουμπά στην αποδοχή της διαφορετικότητας και στην κατανόηση της κουλτούρας των ατόμων ως ευρύ και πολυδιάστατο φαινόμενο.

1.3.3.4. Άλλες συνιστώσες

Λόγω των διαφορετικών αφετηριών εξέτασης του εγγραμματισμού υγείας, προκύπτουν ιδιαίτερες συνιστώσες οι οποίες είναι δύσκολο να ενταχθούν σε ομάδα.

Πλοήγηση στο σύστημα

Η πλοήγηση στο σύστημα αποτελεί μία επιπλέον συνιστώσα του εγγραμματισμού υγείας. Επικεντρώνει κυρίως στη λειτουργική μορφή του εγγραμματισμού καθώς αναφέρεται στην ικανότητα πραγματοποίησης ραντεβού ή συμπλήρωσης φορμών (Massey et al., 2012) και κατ' επέκταση στην πρόσβαση της πληροφορίας. Παραδείγματα σχετικά με τη μεταφορά αυτής της ικανότητας σε μικρότερες ηλικίες δίνονται από τους Sanders et al. (2009), οι οποίοι για την ηλικία που επικεντρώνεται η εργασία θεωρούν ένδειξη της ικανότητας αυτής την εύρεση συμβουλευτικών υπηρεσιών.⁷

⁷ Θεωρούμε ωστόσο ότι η δεξιότητα πλοήγησης στο σύστημα δύναται να συμπεριληφθεί στην πρόσβαση - εύρεση πληροφορίας της οποίας και θεωρούμε ότι αποτελεί μέρος της.

Ενσωμάτωση του Εγγραμματισμού υγείας στο σχολικό περιβάλλον

Το μοντέλο των Peralta et al. (2017) είναι το μοναδικό το οποίο προσμετρά ως παράγοντα επίδρασης και κύρια συνιστώσα της έννοιας τον εγγραμματισμού υγείας του σχολικού περιβάλλοντος. Ένα περιβάλλον μπορεί να θεωρηθεί εγγράμματο στην υγεία, όταν διαθέτει μια γκάμα χαρακτηριστικών τα οποία μπορούν να συμβάλλουν στην οικοδόμηση νέων αντιλήψεων στους μαθητές, και κατά συνέπεια, ένα διαφοροποιημένο τρόπο δράσης. Οι συγγραφείς παραθέτουν το μοντέλο των Brach et al. (2012), σύμφωνα με το οποίο για την επίτευξη του εγγράμματος στην υγεία οργανισμού, όπως στην προκειμένη περίπτωση το σχολείο, αναγκαία είναι εκτός από τις διευθυντικές ικανότητες ενσωμάτωσης του εγγραμματισμού υγείας στην αποστολή και στη λειτουργική δομή της μονάδας, την ανάπτυξη βάση προγραμματισμού και αξιολόγησης με τη συμμετοχή του προσωπικού αλλά και όλων των ενδιαφερομένων και την ικανοποίηση των αναγκών χωρίς τον ταυτόχρονο στιγματισμό ατόμων.⁸

⁸ Οι Bröder, et.al. (2017) στην ανάλυσή τους, η οποία βασίζεται στην αποδελτίωση της βιβλιογραφίας που συγκέντρωσαν, καταγράφουν μία επιπλέον συνιστώσα την αυτο-ρύθμιση/αυτοέλεγχο. Η έννοια της αυτο-ρύθμισης περιέχει την ικανότητα του ατόμου να θέτει στόχους υγείας βασισμένους στις προσωπικές του ανάγκες και ενδιαφέροντα. Η έννοια του αυτοελέγχου αναφέρεται στην ικανότητα ελέγχου του εαυτού προκειμένου να επιτύχει τους στόχους του.

1.4. Τυπολογία του εγγραμματισμού υγείας - Μεταφορά στο εκπαιδευτικό πλαίσιο

Κομβικό σημείο για την κατανόηση του εγγραμματισμού υγείας υπήρξε η κατηγοριοποίησή του από τον Nutbeam (2000), ο οποίος, όπως αναφέρει, με αφετηρία τη συλλογιστική των Freebody & Luke (1990) για τον εγγραμματισμό, προτείνει μία επίσης τριών επιπέδων διαβαθμιστικού τύπου προσέγγιση για τον εγγραμματισμό υγείας. Σύμφωνα με την πρόταση αυτή, η έννοια διαφοροποιείται στον Λειτουργικό, τον Αλληλεπιδραστικό ή Επικοινωνιακό και στον Κριτικό εγγραμματισμό υγείας. Τα διαφορετικά επίπεδα ανταποκρίνονται το καθένα σε αντίστοιχα διαβαθμισμένου επιπέδου δεξιότητες, σχετικά με την απόκτηση, κατανόηση και χρήση της πληροφορίας υγείας. Η βαθμιαία κατηγοριοποίηση δείχνει επίσης την προοδευτική αύξηση της προσωπικής ενδυνάμωσης και του βαθμού αυτονομίας στη λήψη απόφασης.

Η πρόοδος κατά τον Nutbeam (2015) δεν εξαρτάται μόνο από τη βελτίωση των γνωστικών ικανοτήτων, αλλά και από την έκθεση σε διαφορετικές μορφές πληροφόρησης τόσο όσον αφορά στο περιεχόμενο όσο και στο μέσο παρουσίασής τους. Επιπλέον, εξαρτάται από την πεποίθηση του ατόμου για το βαθμό στον οποίο μπορεί να ανταποκριθεί σε καταστάσεις που απαιτείται οποιαδήποτε μορφή επικοινωνίας για θέματα υγείας. Ο εγγραμματισμός υγείας εξαρτάται τόσο από το περιεχόμενο όσο και από το πλαίσιο στο οποίο λαμβάνει χώρα.

Στη συνέχεια, παράλληλα με μία βασική περιγραφή της κάθε μορφής θα προσπαθήσουμε να συσχετίσουμε την τυπολογία του εγγραμματισμού υγείας και να τη μεταφέρουμε στο σχολικό πλαίσιο. Οι ακόλουθες παρατηρήσεις αφορούν μία πρώτη προσέγγιση της διαδικασίας της επίτευξης του εγγραμματισμού στην υγεία ως μαθησιακό στόχο βασισμένη στα πρότυπα του μοντέλου του Nutbeam. Είναι απολύτως ενδεικτικές και δεν φιλοδοξούν να αποτελέσουν εργαλεία διδακτικής της αγωγής υγείας, αφού αυτό δεν ανήκει στα πλαίσια της συγκεκριμένης εργασίας.

1.4.1. Λειτουργικός Εγγραμματισμός

Ο λειτουργικός εγγραμματισμός εμπερικλείει βασικές δεξιότητες ανάγνωσης και γραφής και την ικανότητα εφαρμογής αυτών σε συγκεκριμένες καταστάσεις της καθημερινότητας. Το άτομο ανταποκρίνεται με επιτυχία στην ανακοίνωση πληροφοριών σχετικά με την υγεία, τους κινδύνους, τον τρόπο διαχείρισης του συστήματος υγείας (π.χ. τηλεφωνικά ραντεβού, κίνηση στο νοσοκομειακό περιβάλλον), ενώ μπορεί να ανακαλεί βασικές γνώσεις και πληροφορίες ώστε

να συμμορφώνεται με προκαθορισμένες δράσεις (π.χ. τρόπος χρήσης φαρμάκων, συμμετοχή σε προγράμματα εμβολιασμών). Ο λειτουργικός εγγραμματισμός φαίνεται ότι μπορεί να περιγραφεί ως έννοια πιο περιορισμένη και παθητική. Ο ενδιαφερόμενος ακολουθεί την οδηγία που δίνεται με περιορισμένη πρωτοβουλιακή πράξη, κυρίως κατευθυντικά, και πιθανά για όσο διαρκεί η οδηγία αυτή. Η δυνατότητα αλληλεπίδρασης στο επίπεδο αυτό είναι περιορισμένη και ευκαιριακή. Αυτή την προσέγγιση αναφέρουν οι Mitchell και Begoray (2010), σημειώνοντας ότι είναι το πιο χαμηλό επίπεδο γραμματισμού, που συναντάται σε κλινικές συνθήκες, όταν πληροφορίες μεταδίδονται στους ασθενείς. Παρομοίως, η Sorensen (2013) εξετάζοντας τον λειτουργικό εγγραμματισμό μέσα σε ένα συνεχές υγείας θεωρεί ότι καλύπτει εννοιολογικά τον «ιατρικό» εγγραμματισμό, δηλαδή τη φροντίδα υγείας όταν υφίσταται ασθένεια. Οι ασθενείς που έχουν χαμηλό λειτουργικό εγγραμματισμό υγείας δεν είναι σε θέση να ακολουθήσουν επαρκώς τις κατευθύνσεις για τη φροντίδα τους, είτε γραπτές είτε προφορικές.

Στο σχολικό περιβάλλον, ο λειτουργικός εγγραμματισμός αποτελεί το θεμέλιο λίθο του εγγραμματισμού στην υγεία. Ο εγγραμματισμός αναφέρεται στην ικανότητα ανάγνωσης, γραφής, προφορικότητας καθώς και βασικών μαθηματικών και υπολογιστικών δεξιοτήτων. Ο λειτουργικός εγγραμματισμός, ως γλωσσική συσκευασία της γνώσης (Halliday & Martin, 2004:263, όπως αναφέρεται στο Ματσαγγούρας, 2007) που θέλουμε να μεταδώσουμε, αποτελεί αναγκαία και ικανή συνθήκη και ως εκ τούτου αποτελεί προτεραιότητα. Οι δεξιότητες χρήσης της γλώσσας σχετίζονται με τον αναφορικό ή κατευθυντικό λόγο, ποικίλους τύπους κειμένων με συνεχή ή ασυνεχή μορφή, που επιτελούν διαφορετικές λειτουργίες και διαθέτουν διαφορετικά λεξικογραμματικά στοιχεία. Στη σύγχρονη εποχή, στα κείμενα ενσωματώνονται γραπτές, οπτικές, ηχητικές, εκφραστικές και χωρικές πληροφορίες (Cope & Kalantzis, 2000) και η διαχείριση πολυτροπικών κειμένων είναι κομβική απαίτηση από τους σύγχρονους εγγράμματους ανθρώπους.

Στα ζητήματα υγείας, το πρώτο επίπεδο εγγραμματισμού κατά τον St. Leger (2001), μπορεί να αφορά τη μετάδοση βασικών γνώσεων σε θέματα αγωγής υγείας. Αυτό μπορεί να γίνει αντιληπτό ως ένα επίπεδο επιστημονικού εγγραμματισμού. Ο επιστημονικός εγγραμματισμός θεωρείται συνιστώσα του εγγραμματισμού υγείας (Zarcadoolas, et al., 2005). Τα κειμενογλωσσικά χαρακτηριστικά του διαφοροποιούνται από αυτά του καθημερινού λόγου. Τα κείμενα που αναφέρονται σε θέματα υγείας ακολουθούν πρότυπα γλωσσικών χαρακτηριστικών τα οποία διαμορφώθηκαν από την επιστημονική κοινότητα, ως εκ τούτου, χρησιμοποιούν ειδική ορολογία, ενσωματώνουν πλήθος πληροφοριών σε σύντομα κείμενα, χρησιμοποιούν ονοματοποιήσεις και παθητική φωνή τα οποία αποτελούν χαρακτηριστικά του τυπικού λόγου (Ματσαγγούρας, 2007). Η σχολική διδακτική του προσέγγιση απαιτεί συνεπώς,

μία αρχική εννοιολογική οργάνωση. Ο λειτουργικός γραμματισμός εμπεριέχει την εννοιολογική διάσταση του εγγραμματισμού.

Εξάλλου, ο Vygotsky (1993, σ. 209 όπως αναφέρεται στο Σταμάτης, 2006) χαρακτηρίζει την εννοιολογική μάθηση ως κλειδί για τη γνωστική εξέλιξη του παιδιού, καθώς οι έννοιες αποτελούν τις βασικές μονάδες σκέψης και γνώσης, οι οποίες επιτρέπουν την οργάνωση των εμπειριών μας (Donald, 2002, σ. 11, ό.α. στο Σταμάτης, 2006). Αναγκαίες θεωρούνται έννοιες οι οποίες βασίζονται σε θεμελιωμένες θεωρίες συμπεριφορών υγείας και μοντέλα καθώς και προαγωγής υγείας και πρόληψης. Οι βασικές λειτουργικές γνώσεις υγείας και οι έννοιες που τις εκφράζουν είναι αναγκαίες, επειδή προσφέρουν τη βάση για την προαγωγή συμπεριφορών που βελτιώνουν την υγεία. Μπορούν να έχουν αντίληψη για την ποιότητα των συμπεριφορών τους, να γνωρίζουν τις επικίνδυνες καταστάσεις, να αντιλαμβάνονται λανθασμένες κοινωνικά αντιλήψεις. Η λειτουργική γνώση εννοιών αποτελεί το πρώτο από τα οκτώ κριτήρια των National Health Education Standards (NHES, 2007).

Η αναγκαιότητα της ύπαρξης ενός θεμελιώδους ακαδημαϊκού λεξιλογίου είναι προφανής, αφού θα επιτρέψει στο παιδί να πραγματοποιήσει την πρώτη επαφή με κείμενα που άπτονται θεμάτων υγείας, να οικοδομήσει περαιτέρω γνώση σε θέματα προαγωγής υγείας, ελέγχου ανθυγιεινών συμπεριφορών και κατανόησης βασικών πληροφοριών που παρουσιάζονται σε εκλαϊκευμένα ιατρικά κείμενα, φυλλάδια ή άλλες πηγές πληροφορίας. Στα αναλυτικά προγράμματα η γνώση βασικών εννοιών είτε εμφανίζεται ως ένας στόχος για συγκεκριμένα θεματικά πεδία, είτε ως εξειδικευμένη λεξιλογική τράπεζα, την οποία θα πρέπει να γνωρίσουν και να χειρίζονται οι μαθητές με το πέρας κάθε τάξης. Η δόμηση θεμελιώδους λεξιλογίου αναγνωρίζεται ως βασική στα αναλυτικά προγράμματα στα αμερικανικά σχολεία πολλών πολιτειών (Emberley, Van Kleeck, Middleton & Thacker, 2010, Georgia Department of Education, 2009, Rhode Island Department of Education, 2015), σύμφωνα με τα εθνικά πρότυπα προαγωγής υγείας. Εκτός ωστόσο, από την εννοιολογική γνώση, η οποία αποτελεί βάση για τις υπόλοιπες δεξιότητες εγγραμματισμού, και άλλες χαμηλότερου τύπου γνωστικές δεξιότητες αναγνωρίζονται ότι ανήκουν στην κατηγορία αυτή οι οποίες αφορούν την ανάκληση της γνώσης, την κατηγοριοποίηση, την περιγραφή ή την ονομασία, αφού η γνώση και η εμπειρία της γνώσης δεν μπορούν να διαχωριστούν (Paakkari & Paakkari, 2012).

Εν τούτοις, η μετάδοση της εννοιολογικής γνώσης με δασκαλοκεντρική μορφή μπορεί να αποδειχθεί ανεπιτυχής και ξένη για τον μαθητή. Παιδαγωγοί όπως ο Freire (2009), παρότι είχαν την επιστημονική εποπτεία και δημιουργούσαν το υλικό της γνώσης, ενέπλεκαν τους μαθητευόμενους στη διαδικασία καθορισμού του περιεχομένου του, ώστε να εμπίπτει στα ενδιαφέροντά τους. Κατά συνέπεια, ένα πρόγραμμα σπουδών το οποίο βασίζεται αποκλειστικά ή

κατά κύριο λόγο στη διάδοση πληροφοριών με μοναδικό σκοπό την αύξηση της γνώσης κρίνεται ανεπαρκές και ελλιπές (NHES, 2007). Σπάνια μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους να αναλάβουν δράσεις για αλλαγή συνηθειών και προαγωγή της υγείας τους (Paakkari & Paakkari, 2012).

Μία σειρά δεξιοτήτων είναι αναγκαία ώστε να εκφραστεί ο εγγραμματισμός στην υγεία. Οι δεξιότητες εστιάζουν στις προσωπικές συμπεριφορές, στην πραγματικότητα της αλληλεπίδρασης των μαθητών σε καθημερινές συνθήκες, μέσα κι έξω από το σχολείο. Δεξιότητες πρόσβασης και απόκτησης της γνώσης, επίλυσης προβλήματος, λήψης αποφάσεων, στοχοθεσία, διαπροσωπική επικοινωνία, κατανόηση της επίπτωσης των αποφάσεων οδηγούν τη μετάβαση στα επόμενα στάδια (Emberley et al., 2010).

1.4.2. Αλληλεπιδραστικός/ Επικοινωνιακός εγγραμματισμός υγείας

Ο αλληλεπιδραστικός/ επικοινωνιακός εγγραμματισμός αφορά πιο προηγμένες γνωστικές δεξιότητες αλφαριθμητισμού. Το άτομο, αυτόνομα, λαμβάνει σχετικές με την υγεία πληροφορίες αντλώντας νόημα από αυτές, και τις εφαρμόζει σε κάθε διαφορετική περίπτωση σε προσωπικό ή οικογενειακό επίπεδο. Αποβλέπει στη βελτίωση της προσωπικής ικανότητας να δρα ανεξάρτητα πάνω στην γνώση, στην ανάπτυξη του κινήτρου και της αυτοπεποίθησης να ενεργεί σύμφωνα με τις συμβουλές που έλαβε και λειτουργεί ανατροφοδοτικά. Αφορά βελτίωση δεξιοτήτων όταν ζει σε υποστηρικτικό περιβάλλον. Παραδείγματα τέτοιου επιπέδου μπορούμε να θεωρήσουμε στον τομέα του συστήματος υγείας εκτός από την αποτελεσματική πλοήγηση μέσα στο σύστημα, η οποία είναι επίσης απαιτούμενη (Fetro, 2010) όμως εντάσσεται στα πλαίσια της λειτουργικής μορφής, και την ενεργή συμμετοχή και τη γνώση των υποχρεώσεων και των δικαιωμάτων στις συναντήσεις με τους παρόχους υγείας. Παραδείγματα αυτού του τύπου είναι επίσης τα προγράμματα αγωγής υγείας, όταν αυτά είναι στοχευμένα στην ανάπτυξη προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων καθώς και στην πρόσκτηση προσωπικών αλλαγών συμπεριφοράς. Τα οφέλη κατευθύνονται κυρίως σε προσωπικό επίπεδο (Nutbeam, 2000). Μπορεί να χαρακτηριστεί ως εφελτήριο θετικής ευαισθητοποίησης απέναντι στην πληροφορία υγείας που δίνεται, απαιτεί ευρύτερες δεξιότητες, αυξημένη πρωτοβουλία και διάθεση για περαιτέρω γνώση. Στο επίπεδο αυτό, οι πολίτες εκκινούν να δρουν και να αναμειγνύονται σε καθημερινές δραστηριότητες εφαρμόζοντας τη νέα πληροφορία σε διαφορετικές περιστάσεις (McCuaig, 2012).

Για τον μαθητή, ο αλληλεπιδραστικός εγγραμματισμός συνίσταται τόσο σε γνώση όσο και σε δεξιότητες. Η γνώση σε αυτό το στάδιο δεν εστιάζει τόσο στη μετάδοση βασικών εννοιών, αλλά στην εφαρμογή της θεωρίας στην πράξη, είναι διαδικαστική γνώση, η οποία έχει ως στόχο ο μαθητής να αποκτήσει, μέσα από υποθετικές καταστάσεις, βασικές δεξιότητες υγείας και πρακτικών υγιεινών συμπεριφορών. Στην προκειμένη περίπτωση, η εφαρμογή στην πράξη αφορά υποθετικά σενάρια και καταστάσεις αφού η σχολική εκπαίδευση προετοιμάζει τους μαθητές για το μέλλον που δεν έχουν δει ακόμα. Η προσφορά της γνώσης πρέπει να γίνεται μέσω επίκαιρων παραδειγμάτων καθημερινότητας (Paakkari, Tynjälä & Kannas, 2010α). Η συμμετοχή των μαθητών θα πρέπει να επιδιώκεται μέσα από ένα υποστηρικτικό για αυτούς μοντέλο διδασκαλίας, στη λογική της οικοδόμησης μιας μαθησιακής κοινότητας. Το παιδί στα πλαίσια αυτής της παιδαγωγικής αντίληψης δε θεωρείται κενό δοχείο το οποίο ο εκπαιδευτικός γεμίζει με γνώση, ούτε ως ευάλωτο άτομο το οποίο χρήζει προστασίας, αλλά ενεργός συμμετέχων με τις δικές του προσωπικές πρότερες εμπειρίες, τα βιώματα, τα οποία έχουν προέλθει μέσα από τη δική του κοινωνικοποιητική διαδικασία (James & Prout, 1997) και τα οποία οφείλουν να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη. Η επίτευξη αυτού, προϋποθέτει επίσης η γνώση να γίνεται αντιληπτή ως εξελισσόμενη, σχετική και συγκεκριμένη, η οποία συνεχώς οικοδομείται και όχι ως ξεχωριστής αλήθειας προερχόμενης από μια ανώτερη εξωτερική αρχή (Paakkari, Tynjälä & Kannas, 2010β). Επιπλέον, το εγγράμματο στην υγεία άτομο θα πρέπει να διαθέτει δεξιότητες κριτικής σκέψης και να κάνει επιλογές επίλυσης των προβλημάτων του προς την κατεύθυνση της υγείας. Εκτός των άλλων, να διαθέτει υπευθυνότητα, και οι επιλογές του να ωφελούν τόσο τον εαυτό του όσο και τους άλλους καθώς και να έχει την ικανότητα να αυτοενημερώνεται μέσα από μία διαδικασία δια βίου μάθησης. Θα πρέπει επιπροσθέτως, να χρησιμοποιεί τις επικοινωνιακές του δεξιότητες με ευκρινή και σωστό τρόπο (Emberley et al., 2010· NHES, 2007).

Αναλυτικότερα, στον αλληλεπιδραστικό εγγραμματισμό αρχικά, περιλαμβάνεται η δυνατότητα πρόσβασης σε αξιόπιστη και έγκυρη πηγή πληροφόρησης από το σημείο που ο μαθητής ξεκινά να δρα μόνος του σε θέματα υγείας τα οποία τον απασχολούν, και αναζητά πληροφορίες γι' αυτά. Η ικανότητα πρόσβασης σε αξιόπιστη πηγή πληροφοριών ενθαρρύνει την ανάπτυξη του εγγραμματισμού υγείας των μαθητών. Είναι κομβικής σημασίας για την επίτευξη πρόληψης ή έγκαιρου εντοπισμού ασθενειών. Βέβαια, η ορθή επιλογή πηγών απαιτεί δυνατότητες ανάλυσης, σύγκρισης και αξιολόγησης εκ μέρους του εφήβου (NHES, 2007). Ο αλληλεπιδραστικός εγγραμματισμός περιλαμβάνει ευκαιρίες ανάπτυξης προσωπικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων (St. Leger, 2001). Η επικοινωνιακή δεξιότητα είναι επίσης σημαντική συνιστώσα αφού υποστηρίζει την ανάπτυξη προσωπικών επιλογών και

συμπεριφορών καθώς και τη δυνατότητα δημιουργίας αλληλεπίδρασης με την οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Ο μαθητής ο οποίος έχει αναπτύξει επικοινωνιακές ικανότητες, μπορεί να αναλύσει, να συγκρίνει και να αξιολογήσει τις πληροφορίες καθώς και να τις οργανώσει μεταφέροντάς τες από το ένα πλαίσιο στο άλλο και να επιχειρηματολογήσει εξασφαλίζοντας συνεργασία από τα σωστά πρόσωπα, με αποτέλεσμα να μπορεί να λαμβάνει ορθές αποφάσεις για την υγεία του μέσα στην καθημερινότητά του. Οι ευκαιρίες αυτού του τύπου μάθησης δίνουν τη δυνατότητα ενίσχυσης της κριτικής ικανότητας, η οποία αποτελεί και εργαλείο διαχείρισης του τεράστιου όγκου πληροφοριών που υπάρχουν, αλλά και της ενδυνάμωσης, της αυτοπεποίθησης και του συναισθήματος της προσωπικής ευθύνης. Ταυτόχρονα, σηματοδοτεί και την ενίσχυση των συνεργατικών δράσεων μεταξύ του εφήβου και του περιβάλλοντός του. Είναι αποδεκτό ότι πολλές επιλογές υγείας είναι στην πραγματικότητα επιλογές ομάδων και ότι πολλές θεσμικές αλλαγές απαιτούν συνεχή συλλογική προσπάθεια (Antonovsky, 1992). Επιπλέον, παράμετρος είναι η ικανότητα και η προθυμία να δράσει πάνω στη γνώση που έλαβε, να κινητοποιηθεί και η αυτοπεποίθησή του ότι μπορεί να το κάνει αυτό. Μέσω του αλληλεπιδραστικού εγγραμματισμού και κατά τη λήψη προσωπικών αποφάσεων προαγωγής υγείας κινητοποιούνται στοιχεία αντίληψης εαυτού, και κατά συνέπεια αυτογνωσίας, αποφάσεων αυτορρύθμισης καθώς η μέχρι τώρα εννοιολογική γνώση προσωποποιείται.

Χρήσιμο στην κατεύθυνση της οικοδόμησης του εγγραμματισμού στην υγεία θεωρείται και προτείνεται (Zeyer, 2012 Ryan, Iisahunter, Macdonald & McCuaig, 2012) το μοντέλο του Antonovsky (1996) σύμφωνα με το οποίο, η υγεία και η ασθένεια δεν αποτελούν διχοτομικές έννοιες, παρά τα άκρα ενός πολυδιάστατου συνεχούς, του οποίου η ισορροπία υπόκειται σε ατομικούς και κοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες επιρροής. Εστιάζει στην πρόσβαση στους πόρους του ατόμου και στη χρήση τους κατά την προσπάθεια δημιουργίας και διατήρησης υγιούς διαβίωσης στο πλαίσιο των κοινωνικών περιβαλλόντων του. Παράλληλα, η φιλοσοφία της υγιούς διαβίωσης του Antonovsky καθιστά δυνατή μια περιεκτική και πιο απαιτητική άποψη για τον εγγραμματισμό υγείας στη σύγχρονη κοινωνία, συγκριτικά με την προσέγγιση της υγείας μέσα από την ασθένεια όπως αυτή θεωρείται στο βιοϊατρικό μοντέλο. Αυτή η οπτική αναγνωρίζει την απαίτηση της ύπαρξης διασυνδεδεμένων πόρων σε όλους τους χώρους άσκησης παιδαγωγικής της υγείας, ώστε να μπορούν τα άτομα και οι ομάδες να εμπλέκονται ουσιαστικά στα διαφορετικά περιβάλλοντα υγείας, άρα να αποκτήσουν εγγραμματισμό υγείας.

Για να καταστούν τα άτομα και οι ομάδες ικανοί και ενεργοί συμμετέχοντες στη διαδικασία δημιουργίας υγείας οφείλουν να διαθέτουν ένα ρεπερτόριο δεξιοτήτων πάνω στο οποίο θα βασίζονται. Αυτό θα τους επιτρέψει εκτός από την αρχική αποκωδικοποίηση των κειμένων και των περιβαλλόντων υγείας (όπως ικανότητα ερμηνείας διατροφικών πληροφοριών,

συνταγών, ετικετών, εκμάθηση σχετικής ορολογίας και αναζήτηση περαιτέρω πληροφοριών), να δημιουργούν νόημα καθώς θα συνδέουν τις νέες πληροφορίες που λαμβάνουν με τις προηγούμενες γνώσεις τους, θα τις εντάσσουν μέσα στην προσωπική τους συνθήκη, συμπεριλαμβανομένου και του πολιτισμικού τους πλαισίου, ως βάση απόφασης (όπως επί παραδείγματι, τι μπορούν να αντέξουν οικονομικά ή να διαχειριστούν από πλευράς υγειονομικής περίθαλψης, να εξισορροπούν κόστη και οφέλη και να προβληματιστούν από τις εμπειρίες του παρελθόντος) καθώς και να εφαρμόζουν δεξιότητες και γνώσεις μέσα στην καθημερινότητα (όπως ο τρόπος που μαγειρεύουν, ασκούνται και ζουν). Συμπληρωματικά, αναγκαίο στοιχείο δεξιότητας αποτελεί η κριτική ανάλυση του ποιος παρέχει συμβουλές για την υγεία και για ποιον λόγο ή σκοπό, το πώς επηρεάζονται οι άλλοι από τις επιλογές της υγείας του ατόμου, τη βιωσιμότητα αυτών των επιλογών ή και πιθανές εναλλακτικές λύσεις (Ryan et al., 2012). Διαχέεται, κατά συνέπεια και ως ένα βαθμό, στον κριτικό εγγραμματισμό.

1.4.3. Κριτικός εγγραμματισμός υγείας

Ο κριτικός εγγραμματισμός υγείας ως η τρίτη βαθμίδα του, αποτελεί το ανώτερο στάδιο ολοκλήρωσής του. Σύμφωνα με την ανάλυση του Nutbeam (2000, σ. 265), η μορφή αυτή αντικατοπτρίζει την έκβαση των γνωστικών και την ανάπτυξη των δεξιοτήτων, η οποία προσανατολίζεται τόσο προς την υποστήριξη ατομικής όσο και της αποτελεσματικής κοινωνικής και πολιτικής δράσης. Η υποστήριξη και η εκπαίδευση που παρέχεται για την επίτευξή του μπορεί να αφορά την επικοινωνία πληροφοριών και την ανάπτυξη δεξιοτήτων, τη διερεύνηση πολιτικών σκοπιμοτήτων και δυνατότητες οργάνωσης διαφόρων μορφών δράσης για την αντιμετώπιση των κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων καθοριστικών για την υγεία. Κατά τον ίδιο συγγραφέα, ο κριτικός εγγραμματισμός στην υγεία προσδιορίζεται ως εξής: 1) ικανότητα εφαρμογής ανώτερων γνωστικών δεξιοτήτων και εγγραμματισμού για την κριτική ανάλυση της πληροφορίας και 2) ως ικανότητα χρήσης της πληροφορίας για την άσκηση μεγαλύτερου ελέγχου πάνω σε ένα ευρύ φάσμα ατομικών και κοινωνικών προσδιοριστών υγείας (health determinants) (Nutbeam, 2010).

Είναι προφανές ότι μετά την αρχική βιβλιογραφική παρουσία της, η έννοια αποκτά διττή σημασία. Η πρώτη επικεντρώνεται στην κριτική ικανότητα αντίληψης των πληροφοριών. Σύμφωνα με τη δεύτερη, ο κριτικός εγγραμματισμός υγείας αποτελεί στοιχείο και μορφή ενδυνάμωσης του ατόμου για ανάληψη δράσης, η οποία λειτουργώντας αφενός σε προσωπικό επίπεδο προσφέρει ανθεκτικότητα απέναντι στις κοινωνικές και οικονομικές αντιξοότητες,

αφετέρου, σε επίπεδο κοινότητας, δίνει τη δυνατότητα δράσης για τη βελτίωση καθοριστικών παραγόντων υγείας. Η εναλλαγή σημασιολογίας είναι εμφανής τόσο στο ερευνητικό και ακαδημαϊκό πεδίο όσο και σε επίπεδο σχεδιασμού πολιτικών. Η νοηματοδότηση που επιλέγεται φαίνεται να εξαρτάται από την κατεύθυνση αντίληψης του ερευνητή, το πλαίσιο μέσα από το οποίο εξετάζεται και τις δεξιότητες τις οποίες απαιτεί το πλαίσιο αυτό από το άτομο.

Υποστηρίζεται ότι παρά το γεγονός της σπουδαιότητάς της ως έννοια έχει ελλιπώς διερευνηθεί, καθώς πολλοί ασχολούνται κυρίως με τις δύο άλλες μορφές και επιπλέον η προσέγγιση τείνει να γίνεται μόνο ως προς τη θεώρησή της ως κριτική ικανότητα (Chinn, 2013) και αυτό ισχύει τόσο σε ενήλικες όσο και σε εφήβους.

Η Chinn (2011) μελετώντας την έννοια εντοπίζει τρεις βασικές δομικές και αλληλοσυνδεόμενες -μέσω γνώσεων και δεξιοτήτων- συνιστώσες α) κριτική ανάλυση της πληροφορίας β) αντίληψη και κατανόηση των κοινωνικών προσδιοριστών υγείας και γ) τη συλλογική δράση και, παρά το γεγονός, ότι εντοπίζει τη διαφοροποίηση είτε σε ερευνητές από συγκεκριμένες χώρες είτε στο διαχωρισμό μεταξύ ιατρικού εγγραμματισμού και δημόσιας υγείας κάτι τέτοιο δε φαίνεται να ισχύει πάντα. Έτσι, όσον αφορά στην επικοινωνία πληροφοριών μεταξύ ιατρού και ασθενούς ή σχετικά με τη διαχείριση των θεμάτων υγείας σε διαβητικούς ασθενείς ως κριτικός εγγραμματισμός νοείται η δυνατότητα κρίσης της εφαρμοσιμότητας μιας πληροφορίας, της εγκυρότητάς της, της αξιοπιστίας της καθώς και της δυνατότητας συλλογής δεδομένων προκειμένου να ληφθεί απόφαση, αναγνωρίζοντας ωστόσο ότι υψηλές δεξιότητες τέτοιου τύπου συντελούν στην αυξημένη συμμετοχή των ασθενών (Ishikawa, Takeuchi & Yano, 2008). Αναφερόμενοι επίσης στη διαχείριση του διαβήτη από τους ίδιους τους ασθενείς, οι Levin-Zamir και Peterburg (2001) θεωρούν την ικανότητα κρίσης της ποιότητας της πληροφορίας και την κατανόηση των ποικίλων συνθηκών ως αντιστοιχία των χαρακτηριστικών του κριτικού εγγραμματισμού υγείας. Αναφερόμενη η Wang (2004) στη συμβολή του εγγραμματισμού υγείας στον έλεγχο του αυξημένου αριθμού περιστατικών σχιστοσωμιάσης, σε επαρχία της Κίνας, θεωρεί ότι ο κριτικός εγγραμματισμός μεταφράζεται ως βοήθεια στα μέλη της κοινότητας να αντιληφθούν τη σημαντικότητα της υγείας, και να αναδείξουν τους κοινωνικούς παράγοντες που επιδρούν σε αυτή στο δικό τους περιβάλλον.

Οι Abel et al. (2014), εξετάζοντας τις τρεις μορφές εγγραμματισμού υγείας στο επίπεδο της ιδιωτικής ζωής υγιών ατόμων, αντιλαμβάνονται αυτή τη μορφή εγγραμματισμού ως κρίση της καταλληλότητας της πληροφορίας ανά περίπτωση και ως σωστή επιλογή πηγών. Οι Steckelberg et al. (2007), απευθυνόμενοι σε μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, δημιουργούν αναλυτικό πρόγραμμα στο οποίο ο κριτικός εγγραμματισμός στην υγεία προσεγγίζεται μέσα από την οπτική της ιατρικής επί τη βάση ενδείξεων. Στο σχολικό επίπεδο επίσης, οι Marks και

Wharf Higgins (2012) θεωρούν ότι καλύπτει την ικανότητα των μαθητών να σταθμίζουν τα επιστημονικά γεγονότα, να τα αξιολογούν και να βρίσκουν ανταγωνιστικές εναλλακτικές. Οι Ormshaw & Kannas (2012), επικεντρώνοντας επίσης στο σχολικό πλαίσιο, θεωρούν ότι ο κριτικός εγγραμματισμός υγείας αντιπροσωπεύει την ικανότητα αξιολόγησης και κριτικής ανάλυσης της πληροφορίας τη γνώση και την εφαρμογή σε προσωπικές συνθήκες και τρόπο ζωής ή σε συνθήκες άλλων καθώς και την ικανότητα μεταφοράς και επικοινωνίας της πληροφορίας από το ένα πλαίσιο στο άλλο. Επιπλέον, θεωρούν ότι περιέχει και ένα βαθμό αυτοπεποίθησης και αυτο-αποτελεσματικότητας που δύναται να επηρεάζει τα άλλα άτομα. Παράλληλα, υψηλό επίπεδο αυτού του τύπου επιτρέπει την κατανόηση και αξιολόγηση και χρήση πολύπλοκων κειμένων. Τέλος, κατά τον ίδιο συγγραφέα περιλαμβάνει την κατανόηση ευρύτερων κοινωνικοοικονομικών επιδράσεων της υγείας και ασθένειας καθώς και αυξημένη κινητοποίηση σχετικά με θέματα υγείας.

Ιδιαίτερα εμφανής η προσέγγιση της έννοιας ως κριτική ανάλυση της πληροφορίας είναι στη διερεύνηση του εγγραμματισμού στην υγεία σε συνδυασμό με τον εγγραμματισμό στα μέσα και το διαδίκτυο (Gray et al., 2005b Jain & Bickham, 2014). Οι Levin-Zamir, Lemish & Gofin (2011) διερευνούν τον εγγραμματισμό υγείας των μαθητών στα μέσα, εν προκειμένω σε τηλεοπτικές εκπομπές, και θεωρούν την κριτική ανάλυση της πληροφορίας του περιεχομένου αντίστοιχη της μορφής του κριτικού εγγραμματισμού υγείας. Ωστόσο, οι Higgins Wharf και Begoray (2012) προεκτείνοντας αποπειρώνται να συνδυάσουν τον κριτικό εγγραμματισμό υγείας με τον μιντιακό και εισάγουν την έννοια του «κριτικού εγγραμματισμού υγείας στα μέσα» (Critical media Health Literacy) θεωρώντας ότι η μορφή αυτή αποτελεί στοιχείο ενδυνάμωσης και δικαίωμα ατόμων και ομάδων σε μια καταναλωτικά ριψοκίνδυνη κοινωνία. Μέσω αυτού, δίνεται η δυνατότητα για κριτική ερμηνεία της πληροφορίας και της εικόνας καθώς και τη χρήση τους στην κατεύθυνση λήψης απόφασης του ελέγχου υγείας στο πλαίσιο της καθημερινότητας ως μέσο υγιών αλλαγών για τα άτομα και τις κοινότητες.

Σύμφωνα με την αντίληψη των Sykes et al. (2013), εκτός από τα στοιχεία των ανώτερων γνωστικών ατομικών δεξιοτήτων, των πληροφοριακών δεξιοτήτων, των γνώσεων υγείας, την αποτελεσματική αλληλεπίδραση μεταξύ παρόχων υγείας και χρηστών, τη λήψη ενημερωμένων αποφάσεων βάσει πληροφοριών συμπεριλαμβάνονται ως χαρακτηριστικά του κριτικού εγγραμματισμού υγείας η έννοια της ενδυνάμωσης και της πολιτικής δράσης. Η ερευνήτρια υποστηρίζει επιπλέον ότι η έννοια του κριτικού εγγραμματισμού παραμένει κλειδί, αφού μπορεί να αποτελέσει εργαλείο αλλαγής και μέσο ανάδειξης και άμβλυνσης των ανισοτήτων υγείας. Αυτή η άποψη εξάλλου αποτελεί παράλληλα και οπτική του ΠΟΥ, σύμφωνα με τον οποίο η σημασία του εγγραμματισμού θα πρέπει να διευρυνθεί και να συμπεριλάβει δεξιότητες

πρόσβασης, κατανόησης, επικοινωνίας της πληροφορίας σχετικά με τους κοινωνικούς προσδιοριστές υγείας. Η σημασία αυτή έχει επιβεβαιωθεί από τον Nutbeam, ο οποίος υποστηρίζει ότι υπάρχει κίνδυνος ο πλούτος που συνεπάγεται ο ορισμός του ΠΟΥ για τον εγγραμματισμό στην υγεία να χαθεί στις προσεγγίσεις προώθησης της λειτουργικής πλευράς του (Nutbeam, 2000 σ.264).

Δεδομένης αυτής της προβληματικής, ο Nutbeam συντονίζεται με τη θεωρία του παιδαγωγού Paulo Freire (1974) και την αναγκαιότητα της απόκτησης κριτικής συνείδησης μέσω της κατανόησης του κοινωνικού και ιδεολογικού πλαισίου και των αιτιών που διαμορφώνουν τις ζωές των ατόμων με απώτερο σκοπό την κριτική κατανόηση του κόσμου και την ανάληψη δράσης για την ανατροπή του. *«Στο πρώτο στάδιο οι καταπιεζόμενοι ξεσκεπάζουν τον κόσμο της καταπίεσης και με τη δράση τους αναλαμβάνουν να τον αλλάξουν»* (Freire 1974, σ.54 ό.α. στο Τσιάμη, 2013). Οι δομικοί και υλικοί παράγοντες που καθορίζουν την υγεία κάποιες φορές μπορεί να παραγνωρίζονται από τα άτομα, τα οποία τείνουν να θεωρούν ότι οι ατομικές συμπεριφορές έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στην κατάσταση της υγείας κάποιου, αναγνωρίζοντας ως διάμεσο παράγοντα το στρες (Chinn, 2011). Ο όρος του κριτικού εγγραμματισμού στην υγεία θεωρείται παρόμοιος με τις έννοιες της αυτο-αποτελεσματικότητας ή της ενδυνάμωσης (Sykes et al., 2013). Κριτική έχει ασκηθεί αναφορικά με τη στενή νοηματική σύνδεση αυτών και αρχικά εκφράστηκε αμφισβήτηση σχετικά με το κατά πόσο είναι αναγκαίο να δημιουργηθεί ένας νέος όρος που παρομοιάζει με κεντρικές έννοιες της προαγωγής υγείας, όταν οι υπάρχοντες είναι ήδη επαρκείς, ή ακόμα για το τι μπορούν να προσθέσουν νεολογισμοί όταν υπάρχει δομημένη συνεκτική βιβλιογραφία σε θέματα ατομικής και κοινωνικής χειραφέτησης (Tones, 2002). Αναγνωρίζεται ωστόσο ότι ο γενικός εγγραμματισμός δεν επαρκεί ως έννοια για να αναδείξει τα μέγιστα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι κοινωνίες σήμερα, καθιστώντας τις τρεις πλευρές εγγραμματισμού υγείας ως ουσιαστική δεξιότητα των πολιτών του 21^{ου} αιώνα (Kickbush, 2008). Η αναγνώριση των κοινωνικών προσδιοριστών υγείας δύναται και είναι επιθυμητό να επιφέρει μορφές συλλογικών δράσεων.

Ως συγγενείς με τον κριτικό εγγραμματισμό υγείας μπορούν να θεωρηθούν και ορισμένες έννοιες που έχουν παρατεθεί από άλλους ερευνητές. Οι Zarcadoolas et al. (2003) αναφέρουν τον πολιτειακό εγγραμματισμό (ή εγγραμματισμό του πολίτη) ως δυνατότητα αφύπνισης σε θέματα υγείας και τη συμμετοχή σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Οι Kickbush Wait & Maag, (2005) συζητούν περί πολιτειακών δεξιοτήτων/ δεξιοτήτων του πολίτη (citizen competencies), οι οποίες εκφράζονται μέσω της ενημερωμένης, συνειδητής ψήφου, της γνώσης δικαιωμάτων και ευθυνών και την προάσπιση θεμάτων υγείας. Οι Paakari & Paakari (2012) αναφέρουν την ιδιότητα του ενεργού πολίτη, η οποία προσεγγίζει την κοινωνική ηθική

υποχρέωση που εκφύεται λόγω της συνύπαρξης του ατόμου μέσα στην κοινωνία. Ο κοινωνικός προσανατολισμός αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του εγγραμματισμού στη δημόσια υγεία, η οποία μπορεί να πάρει μορφή είτε μέσω της συμμετοχής σε εκλογικές διαδικασίες, είτε οργανώνοντας δράσεις για πολιτικές και δομές υγείας μέσω των οποίων, το άτομο μπορεί να αρθρώσει τις ανισότητες στη διανομή πόρων και ωφελειών, να αντιληφθεί ποιος ωφελείται και ποιος όχι, ότι τα δημόσια προβλήματα μπορούν να αλλάξουν με την αλλαγή πολιτικών και να δράσουν για την ανάδειξή τους (Freedman et al., 2009).

Μεταφέροντας τα παραπάνω στο μαθητικό πλαίσιο, κατανοούμε ότι αναφερόμαστε σε ένα ευρύ και περίπλοκο φάσμα δεξιοτήτων που περιλαμβάνει προαγωγή, προστασία υγείας και πρόληψη ασθενειών, αντίληψη, ανάλυση, ερμηνεία της πληροφορίας, εφαρμογή σε διάφορα περιβάλλοντα και ενεργό συμμετοχή στις επαφές με παρόχους υγείας.

Οι Peralta et al. (2017) αναφέρονται στην κριτική διάσταση με διττό τρόπο, τόσο ως μαθησιακό δείκτη αλλά και ως ιδιότητα του κριτικού εγγραμματισμού στην υγεία. Μέσα στη μαθησιακή διαδικασία, και λαμβάνοντας ως παράμετρο τις ιδιαιτερότητες του συγκεκριμένου αναπτυξιακού σταδίου, συμπεριλαμβάνει μαζί με τη γνώση, τις στάσεις και τις αξίες, τις δεξιότητες οι οποίες θα επιτρέψουν στους εφήβους να είναι κριτικοί, ευέλικτοι στη σκέψη ώστε να οικοδομήσουν οι ίδιοι τη ζωή τους. Ως ιδιότητα, ο κριτικός εγγραμματισμός υγείας αναφέρεται στις ικανότητες αντίληψης και δράσης σε πολλαπλά μηνύματα υγείας τόσο σε περιβάλλοντα υγείας όσο και στις κοινότητες που διαβιούν ώστε να δύνανται να κρίνουν τις ευρύτερες κοινωνικοοικονομικές επιρροές στην παραγωγή τους. Το βιοϊατρικό μοντέλο αντίληψης της υγείας, και τα κείμενα τα οποία βασίζονται σε αυτό, συνηθίζουν να αναφέρονται σε κάποια μορφή ελλείμματος ως αιτία ανάπτυξης της ασθένειας με μια επίφαση ηθικού πανικού. Δεν επιτρέπουν στον επιθυμητό βαθμό την κατανόηση των κοινωνικών προσδιοριστών υγείας, τον τρόπο με τον οποίο δομούνται και στη συνέχεια επιβάλλονται. Η ασθένεια και η κακή υγεία γενικότερα δε βασίζονται σε βιολογική προδιάθεση, όταν αναφερόμαστε σε άτομα με χαμηλό εισόδημα τα οποία δεν έχουν πρόσβαση σε υποδομές, στέγαση και ποιοτική τροφή (Marmot, 2010). Η ουμανιστική χροιά που χαρακτηρίζει την προαγωγή υγείας (Eriksson & Lindström, 2008) καθώς και η θεώρηση της υγείας ως αναφαίρετο ανθρώπινο δικαίωμα το οποίο συνδέεται τόσο με την σκέψη όσο και με τη δράση ως αναγκαία απελευθερωτική συνθήκη ενδύει τον κριτικό εγγραμματισμό στην υγεία. Αντίθετα, με τον βιοϊατρικό προσανατολισμό περιορίζεται η αντίληψη της δυνατότητας μετασχηματιστικής δράσης. Η επιμονή σε αυτού του είδους την αντίληψη μειώνει την αποτελεσματικότητα της προσέγγισης του μαθητικού πληθυσμού, ο οποίος μέσα στη σχολική αίθουσα στις πλείστες των περιπτώσεων αντιμετωπίζεται ως ο «άλλος» (Renwick, 2014, σ. 1) από τον οποίο ζητείται να αφομοιώσει

συγκεκριμένες και περιορισμένες γνώσεις υγείας χωρίς να έχει δυνατότητα ανάπτυξης λόγου και αναγνώρισης της διαφορετικότητάς του (Renwick, 2014).

Διευρύνοντας την έννοια ως προς τη διάσταση του ενεργού πολίτη ή πολίτη του κόσμου θα προσεγγίσουμε και την έννοια του ολιστικού εγγραμματισμού στην υγεία, η οποία αναφέρεται ως το τέταρτο επίπεδο του εγγραμματισμού (Rask et al., 2013). Αφορά τη σχέση και θέση του ανθρώπου μέσα στον Κόσμο και, όπως αναλύεται από τους συγγραφείς, περιλαμβάνει την ανοχή στη διαφορετικότητα του άλλου, αναγνωρίζοντας την εγγενή ανάγκη για αποδοχή, την κατανόηση της κουλτούρας ως ευρύ και πολυδιάστατο φαινόμενο το οποίο συνοδεύεται με διαφορετικές αντιλήψεις υγείας, τη γνώση ιστορικών γεγονότων και τη σχέση τους με τη διανομή αγαθών και υγείας στις περιοχές του πλανήτη μας, την περιβαλλοντική συνείδηση και σύνδεση με θέματα αειφορίας και διανομής αγαθών, το ενδιαφέρον για την Κατάσταση του Κόσμου, δηλαδή την ανάγνωση και ανάλυση των παγκόσμιων ζητημάτων μέσα από τις διάφορες οπτικές της φτώχειας και του πλούτου, του καταναλωτισμού, τις συνθήκες και το βαθμό ανάπτυξης των διαφόρων κρατών.

Η ανάπτυξη του κριτικού εγγραμματισμού υγείας έχει απασχολήσει την ακαδημαϊκή κοινότητα η οποία έχει δώσει δείγματα σχεδιασμού και εφαρμογής προγραμμάτων σε σχολικό επίπεδο με έμφαση στον κριτικό εγγραμματισμό. Οι Mogford et al. (2010) σχεδίασαν ένα εναλλακτικό πρόγραμμα το οποίο αποσκοπούσε στη διδασκαλία του κριτικού εγγραμματισμού υγείας ως βήμα ενδυνάμωσης προς την επίτευξη ισότητας στην υγεία. Το πρόγραμμα κατευθυνόταν στην παροχή γνώσεων σχετικά με τους κοινωνικούς προσδιοριστές υγείας και συνεπακόλουθα την υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα, μέσα από δραστηριότητες ενεργοποίησης της κοινωνικής διαμεσολάβησης από τους μαθητές με τρόπο που να πηγάζει από τα βιώματα και τις δεξιότητές τους και τέλος στη διδασκαλία εργαλείων συνηγορίας καθώς και στρατηγικών και τέλος στην ανάπτυξη και εφαρμογή μιας δράσης με στόχο τη βελτίωση της ισότητας στην υγεία καταδεικνύοντας τους κοινωνικούς προσδιοριστές. Η αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε με τεστ - λόγω έλλειψης κατάλληλων εργαλείων μέτρησης- που διεξήχθη πριν και μετά το πρόγραμμα το οποίο κατέδειξε βελτίωση των επιδόσεων. Οι ερευνήτριες καταλήγουν ότι η επιτυχής διδασκαλία του κριτικού εγγραμματισμού στην υγεία προσφέρει τη δυνατότητα ανάπτυξης ενδυναμωμένων ατόμων, υποστηρικτών υγείας που θα δύνανται να συμμετέχουν αποτελεσματικά σε ατομικές και κοινοτικές ενέργειες για τη μείωση των ανισοτήτων υγείας.

Η συσχέτιση και η συμβολή του κριτικού εγγραμματισμού σε συνδυασμό με τους πολλαπλούς εγγραμματισμούς στην επεξεργασία της αντίληψης του ωραίου αποτελεί επίσης θέμα το οποίο συζητείται με τους μαθητές. Η επίγνωση των λανθασμένων αναγνώσεων του αποδεκτού επιθυμητού σώματος, οι οποίες προβάλλονται κατ' επανάληψη στα κοινωνικά δίκτυα

και σε άλλα μέσα δημιουργώντας εσφαλμένα και κάποτε επικίνδυνα πρότυπα μεταβάλλονται. Η ανασκευή των εικόνων σε νεανικό ικανό υγιές σώμα πραγματοποιείται μέσα από παιδαγωγικές πρακτικές οι οποίες θα παρέχουν ευκαιρίες προώθησης κριτικής σκέψης και λήψης αποφάσεων (Wrench & Garrett, 2014). Οι McCuaig et al. (2012·2014) αναφέρουν ένα πρόγραμμα το οποίο συνδυάζει τη διδασκαλία του κριτικού εγγραμματισμού στην υγεία με την τεχνολογία, καταδεικνύοντας την ικανότητα των σχολείων να παρέχουν εκπαίδευση και εκμάθηση αυτής της μορφής εγγραμματισμού και η οποία αξιολογήθηκε από τους μαθητές ως σύγχρονη, σχετική με την καθημερινότητά τους και ενδιαφέρουσα ειδικότερα επειδή εμπλέκονταν νέες τεχνολογίες και οι οποίες αποτελούσαν την αφορμή για μία μορφή κοινοτικού ακτιβισμού. Οι Wilmot, Begoray & Banister (2013), βασιζόμενοι στο συνδυασμό των εγγραμματισμών υγείας και μέσων, (Critical Media Health Literacy) δημιουργούν διεπιστημονικά ένα πολιτισμικά ευαίσθητο υλικό μορφής graphic novel το οποίο αντιπροσωπεύει την ταυτότητα Αβοριγίνων εφήβων που πλήττεται από τα μέσα ενημέρωσης στον 21ο αιώνα. Κάθε συμμετέχουσα ομάδα αναλύει το θέμα μέσα από τη δική της εμπειρία και αλήθεια, ενώ παράλληλα, εξασκείται στη χρήση οπτικών και γλωσσικών σημειωτικών συστημάτων. Ως κριτικά εγγράμματοι, τους δίνεται η δυνατότητα να αμφισβητήσουν με κριτικό πνεύμα αυτά τα μηνύματα που διαγωνίζονται στα μέσα ενημέρωσης και να λάβουν συνειδητά αποφάσεις υγείας.

Στοιχεία που προέρχονται από άτυπες μορφές μάθησης σε ομάδες ενηλίκων, δείχνουν ότι στρατηγικές όπως η συμμετοχική μάθηση, η υποστηρικτική και ατομική αξιολόγηση θεμάτων υγείας, η αξιολόγηση της πληροφορίας, η εξοικείωση με το σύστημα υγείας και η κοινωνική υποστήριξη επιτρέπει την ανάδειξη των κοινών εμπειριών και τη συμμετοχή στο διάλογο για συλλογική συνειδητοποίηση, έχει τελικό αποτέλεσμα τη βελτίωση των δεξιοτήτων της κριτικής σκέψης και τη συνακόλουθη αύξηση της αυτοπεποίθησης των ατόμων (Morony et al., 2017). Η πολιτική δράση με τη μορφή των κοινωνικών ενεργειών ωστόσο φαίνεται να υπολείπεται, προφανώς διότι αυτού του τύπου τα αποτελέσματα απαιτούν εκτός των άλλων αλλαγή της κουλτούρας εξάρτησης, η οποία δεν είναι εύκολα υλοποιήσιμη συμπεραίνουν οι Sykes & Wills (2018), οι οποίες εφάρμοσαν ένα ανάλογο πρόγραμμα, με σκοπό τη βελτίωση του λειτουργικού, αλληλεπιδραστικού και κριτικού εγγραμματισμού υγείας, σε γονείς χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου. Οι συγγραφείς επισημαίνουν επιπλέον κάποιες παιδαγωγικές προκλήσεις στην κατεύθυνση της οικοδόμησης του κριτικού εγγραμματισμού υγείας. Μία τέτοια προσέγγιση σχετίζεται με αυτό που αναφέρεται ως «μάθηση βασισμένη στην τοποθεσία» (place-based learning) και επιτρέπει στους συμμετέχοντες να ανακαλύψουν κοινά στοιχεία να εμπλακούν σε διαλόγους που θα οδηγήσουν στην επίγνωση των συνθηκών τους συνειδητοποιώντας με βάση κοινές ιδιότητες (στην προκειμένη περίπτωση ως γονείς, ως ασθενείς, ως φτωχοί) και εν τέλει,

θα τους επιτρέψει να εξετάσουν προσδιοριστές, όπως η ανισότητα και η ύπαρξη καταπιεστικών σχέσεων μέσα στην κοινότητά τους.

Είναι βέβαια γεγονός ότι τα άτομα ακολουθούν μια σειρά σταδίων και προσωπικών ανακατατάξεων στο δρόμο για την αλλαγή συμπεριφοράς. Σε κάθε στάδιο οι ανάγκες ενημέρωσής τους και ο απαιτούμενος βαθμός υποστήριξης είναι διαφορετικός. Αυτό συνεπάγεται πιθανά δυσκολίες κατά το σχεδιασμό και την εκτέλεση προγραμμάτων. Επίσης, υπάρχει έλλειψη στοιχείων για την ακριβή κατανόηση όταν παράλληλα υφίστανται πιέσεις για συγκεκριμένες συμπεριφορές (Hagel, Rigby & Perrow, 2015). Επιπλέον, όταν αναφερόμαστε σε εφήβους, γνωρίζουμε ότι πρόκειται για μία γενιά με τα δικά της ιδιαίτερα χαρακτηριστικά η οποία αντιμετωπίζει περισσότερα προβλήματα υγείας, έχει τεχνολογικές δεξιότητες περισσότερες σε σχέση με τους ενήλικες, προσδοκά ίση αντιμετώπιση χωρίς προκατάληψη, και ζει σε ένα σύστημα που δε δαπανά χρήματα για την εκπαίδευση, σε έναν κόσμο όπου οι αξίες που ευρέως προβάλλονται είναι μάλλον ευκαιριακές.

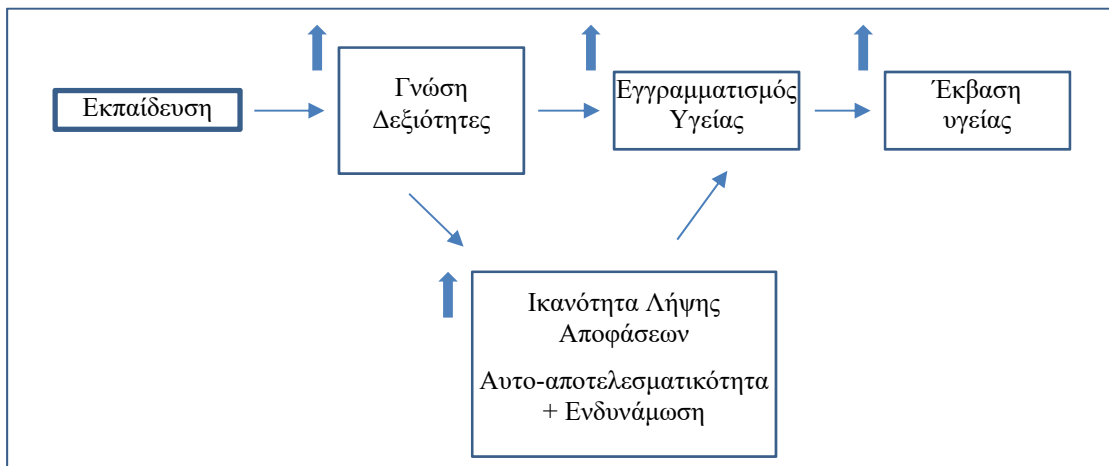
Ένσταση εκφράζεται σχετικά με τη γραμμικότητα και τον αποκλεισμό της ταυτόχρονης ύπαρξης και των τριών μορφών εγγραμματισμού στην υγεία από την Renwick (2017). Η ακαδημαϊκός βασίζεται στη θεωρία του Green (2012b) όπως αναφέρεται στο Renwick 2017, σ. 4) σύμφωνα με την οποία ο εγγραμματισμός είναι μια κοινωνικά εμπλαισιωμένη ενέργεια (socially situated act). Σε αυτή εμπλέκονται σχέσεις εξουσίας, οι οποίες όταν δεν αντικατοπτρίζονται στην εκπαίδευση δεν οδηγούν στον κοινωνικό μετασχηματισμό. Προτείνει ένα τριών συνιστωσών μοντέλο (3D) -λειτουργικής, κριτικής και πολιτισμικής- το οποίο καταδεικνύει την ύπαρξη και τον τρόπο αλληλεπίδρασης μεταξύ αυτών των τριών και εξίσου σημαντικών διαστάσεων. Η ανάδειξη της αλληλεξάρτησης μεταξύ των τριών πτυχών δημιουργεί δυνατότητες διερεύνησης και προβληματισμού και αποτελεί ένα αποτελεσματικότερο παράγοντα για τη ανάπτυξη ικανοτήτων και ενδυνάμωσης, κατά συνέπεια ατομικής και κοινοτικής εμπλοκής σε θέματα υγείας (Renwick, 2013). Είναι γεγονός, ότι ο τρόπος διερεύνησης εξαρτάται από την οντολογική αντίληψη του ερευνητή και πολλές φορές η προτίμηση για αναγωγικά και ατομικά μοντέλα δεν ταιριάζουν με την ετερογενή φύση του κριτικού εγγραμματισμού στην υγεία. (Corcoran & Renwick, 2014). Ο κριτικός εγγραμματισμός υγείας ωστόσο, θεωρείται ότι πρέπει να παρακολουθεί την πολιτισμική διαφοροποίηση και τις ενδεχόμενες ανισότητες εμπειριών της ζωής που διαμορφώνουν την υγεία και της αναγκαίας «ενδυνάμωσης που απαιτείται για να δράσουμε στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας» (Chinn, 2011, σ. 65)

1.4.4. Αγωγή Υγείας - Εγγραμματισμός Υγείας– Ο ρόλος της τυπικής εκπαίδευσης

Τα παραπάνω πιθανά γεννούν το ερώτημα του ρόλου και του βαθμού σύνδεσης της τυπικής εκπαίδευσης με την αγωγή υγείας και τον εγγραμματισμό υγείας. Διαφορετικά, εάν και κατά πόσο, η τυπική εκπαίδευση, το σχολείο, οφείλει να υποστηρίξει την οικοδόμηση του εγγραμματισμού υγείας των μαθητών του και ποιοι πόροι είναι αναγκαίοι για αυτό.

Το σχολείο αποτελεί θεμελιώδη οργανισμό με κομβικό ρόλο στην οικοδόμηση της υγείας και της ευημερίας των πολιτών μιας χώρας. Εξάλλου, αποδεχόμενοι το δικαίωμα στην εκπαίδευση ως βάση της ισότητας σε ίσες ευκαιρίες, και το γεγονός της άρρηκτης σύνδεσης μεταξύ εκπαίδευσης και προσωπικής ευημερίας συμπεραίνουμε ότι ένα από τα μέσα *«προς την πληρέστερη δυνατή ανάπτυξη των χαρισμάτων και των σωματικών και προσωπικών ικανοτήτων των παιδιών»* (Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού, Άρθρο 29) είναι ο εγγραμματισμός στην υγεία. Επιπλέον, αποτελεί σημαντικό στοιχείο ενδυνάμωσης το οποίο επιτρέπει την αυτονομία και την ελευθερία, οπότε ταυτόχρονα συνδέεται με την ηθική υποχρέωση της κοινωνίας να παρέχει σε παιδιά και εφήβους τη γνώση και να τα εξασκεί στις δεξιότητες που είναι αναγκαίες για την οικοδόμησή του. Στη σύγχρονη εποχή, τα θέματα υγείας που αντιμετωπίζουμε είναι διαφορετικά από αυτά των προηγούμενων δεκαετιών και σχετίζονται άμεσα με τον τρόπο ζωής μας. Συνεπώς, το σχολείο οφείλει να αναλάβει το σημαντικό τρόπο που του αναλογεί στην ανάπτυξη του εγγραμματισμού στην υγεία των μαθητών του (Turner et al., 2009).

Το εκπαιδευτικό σύστημα μπορεί να διασφαλίσει την ανάπτυξη των δυνατοτήτων και δεξιοτήτων υγείας από πολύ μικρή ηλικία, ώστε να ενδυναμώσει τα άτομα να κάνουν επιλογές οι οποίες επιδρούν θετικά στην υγεία και να λειτουργήσουν αποτελεσματικά ως πολίτες σε ένα σύστημα υγείας το οποίο θα απαιτεί την ουσιαστική συμμετοχή τους. Επιπροσθέτως, αναγνωρίζεται ότι όντας αναπόσπαστο χαρακτηριστικό της ιδιότητας του ατόμου ως ενεργού πολίτη, αποτελεί βασικό στοιχείο κοινωνικής ένταξης, και το επίσημο κράτος σε αυτό πρέπει να έχει κομβικό ρόλο (Kickbusch, 2008). Η επίδραση της εκπαίδευσης στην ανάπτυξη γνώσης και στη βελτίωση των δεξιοτήτων εγγραμματισμού υγείας και κατά συνέπεια στην έκβασή της αναπαρίσταται σχηματικά από την Marks (2012) με τον ακόλουθο τρόπο:



Σχήμα 1.1. Αναπαράσταση της επίδρασης της εκπαίδευσης στην υγεία του ατόμου (μεταφ. από Marks, 2012)

Αναγνωρίζεται εξάλλου, ότι το πιο αποτελεσματικό μέσο για την ανάπτυξη του εγγραμματισμού υγείας είναι να εξασφαλιστεί ότι η εκπαίδευση για την υγεία θα αποτελεί μέρος του προγράμματος σπουδών σε όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες με έναρξη το νωρίτερο δυνατό (IOM, 2004). Σε παγκόσμιο επίπεδο, η αγωγή υγείας στο σχολείο θεωρείται ότι συμβάλλει σημαντικά στην υποστήριξη και ενίσχυση της υγείας και ευημερίας των παιδιών και των νέων (WHO, 1997·1999· 2003).

Ζητούμενο αποτελεί η διασφάλιση σύγχρονης, ουσιαστικής και αποτελεσματικής αγωγής υγείας, η οποία, εξαρτάται εκτός από την πολιτική βούληση, από την ύπαρξη και διαθεσιμότητα ποιοτικών και ποσοτικών πόρων. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η συνεργασία επαγγελματιών και μη κερδοσκοπικών οργανισμών οδήγησε στη συγγραφή Εθνικών Προτύπων Αγωγής Υγείας (National Health Education Standards), τα οποία περιγράφουν τη γνώση και τις δεξιότητες που θα πρέπει να έχουν κατακτήσει οι μαθητές στο τέλος κάθε τάξης και προτείνουν θεματικές περιοχές γνώσεων καθώς και αντίστοιχες προσδοκώμενες συμπεριφορές αποτελώντας μια υποδειγματική διαδικασία και ένα σύνολο αρχών για την ανάπτυξη προγραμμάτων σπουδών. Ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα σπουδών παρέχει στους μαθητές έγκυρη, αξιόπιστη, σύγχρονη γνώση έτσι ώστε να μπορούν να εκτιμούν τον κίνδυνο, να διασαφηνίζουν συμπεριφορές και πεποιθήσεις, να διορθώνουν εσφαλμένες αντιλήψεις οι οποίες προκύπτουν από τους κοινωνικούς κανόνες, να εντοπίζουν τρόπους αποφυγής ή ελαχιστοποίησης επικίνδυνων καταστάσεων, να αξιολογούν εσωτερικές και εξωτερικές επιδράσεις και να οικοδομούν προσωπικές και κοινωνικές ικανότητες. Παράλληλα, αναδεικνύει τους καθοριστικούς προσδιοριστές υγείας, τους κοινωνικούς παράγοντες, στάσεις, αξίες, κανόνες και δεξιότητες που

επιηρεάζουν συγκεκριμένες συμπεριφορές. Οι στρατηγικές διδασκαλίας και οι μαθησιακές εμπειρίες πρέπει να βασίζονται και να καθοδηγούνται από θεωρίες που θεωρούνται αποτελεσματικές, προτρέποντας τους μαθητές να εξετάσουν νοοτροπίες και αξίες, τις προσωπικές προοπτικές, να αναλύουν τις προσωπικές και κοινωνικές πιέσεις για συμμετοχή σε επικίνδυνες συμπεριφορές, να δημιουργήσουν θετικές αντιλήψεις για προστατευτικές συμπεριφορές και αρνητικές σχετικά με τις συμπεριφορές κινδύνου, μέσα από μία εντατική και συνεχή προσπάθεια προώθησης κατανόησης και πρακτικής άσκησης δεξιοτήτων. Με τον τρόπο αυτό, δημιουργούνται προσωπικές και κοινωνικές ικανότητες και αυτο-αποτελεσματικότητα. Τέλος, πρέπει να οικοδομεί δεξιότητες επικοινωνίας, άρνησης, αξιολόγησης της ακρίβειας των πληροφοριών, λήψης αποφάσεων, προγραμματισμού και καθορισμού στόχων, αυτοελέγχου και αυτοδιαχείρισης – ώστε οι μαθητές να μπορούν να οικοδομήσουν την απαιτούμενη αυτοπεποίθηση (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2016).

Υπάρχουν πολλές μελέτες σύμφωνα με τις οποίες παρεμβάσεις σε θέματα υγείας φαίνονται να είναι αποτελεσματικές, εφόσον πληρούν ορισμένα χαρακτηριστικά. Τα σύγχρονα σχολικά προγράμματα υγείας ενσωματώνουν με σαφήνεια τη συμμετοχή και τους πόρους των εκπαιδευτικών, και των υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών. Τέτοια συντονισμένα προγράμματα υγείας συνδυάζουν συνήθως οκτώ στοιχεία. Αυτά είναι οι υπηρεσίες σχολικής υγείας, η αγωγή υγείας, οι προσπάθειες για τη διασφάλιση υγιών φυσικών και κοινωνικών συνθηκών, οι υπηρεσίες εστίασης, η φυσική αγωγή και άλλες σωματικές δραστηριότητες, καθώς και συμβουλευτικές, ψυχολογικές και κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα υγείας για το προσωπικό και τους εκπαιδευτικούς και τέλος τις συνεργατικές προσπάθειες σχολείων, οικογενειών και κοινοτήτων για τη βελτίωση της υγείας των σπουδαστών, των διδασκόντων και του προσωπικού. Στους στόχους σχεδιασμού μπορεί να συμπεριλαμβάνονται η βελτίωση των γνώσεων, στάσεων δεξιοτήτων, η βελτίωση των συμπεριφορών υγείας, η βελτίωση των εκπαιδευτικών επιδόσεων καθώς και κοινωνικοί στόχοι, όπως η ψυχολογική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη των μαθητών (Kolbe, 2002). Η συμμετοχική κοινοτική υποστήριξη θεωρείται επιθυμητή διότι θα συντείνει στην αντίληψη της ανάγκης της αγωγής υγείας από την πολύ μικρή ηλικία, και παράλληλα, θα συμβάλει στην επικαιροποίηση των θεματικών περιοχών ώστε να καλύπτονται πραγματικές ανάγκες (World Health Organization, 2003). Εκτός από τη συμμετοχή των εκπαιδευτικών, τα προγράμματα αγωγής υγείας πρέπει να εμπλέκουν ή να συμπληρώνονται από τις προσπάθειες των γονέων, ακόμα και αν δεν παρουσιάζεται ταύτιση απόψεων μεταξύ αυτών και των εκπαιδευτικών (Γκούβρα κ.ά., 2005). Σημαντικό στοιχείο αποτελεσματικότητας και αλληλοσυμπλήρωσης είναι η διεπιστημονική προσέγγιση η οποία μπορεί να καλύψει τα κενά των παραδοσιακών μεθόδων. Χρησιμοποιώντας φαινομενικά

διαφορετικές προσεγγίσεις, μπορεί να είναι δυνατή η αξιοποίηση των αντίστοιχων δυνατοτήτων τους, με τρόπο που να ανταποκρίνεται προσφορότερα στον περίπλοκο, αναδυόμενο χαρακτήρα της ανάπτυξης των παιδιών, καθώς και να συμβάλλει στη διόρθωση των ανισοτήτων (Ο'Toole, 2017). Επιπροσθέτως, για να είναι αποτελεσματική η σχολική εκπαίδευση στον τομέα αυτό θα πρέπει να είναι ολοκληρωμένη, συνεχής και να παρέχει επαρκή κατάρτιση των εκπαιδευτικών και διαθέσιμο χρόνο για διδασκαλία (Marks, 2008). Τα διαδοχικά εκπαιδευτικά προγράμματα καθ' όλη τη διάρκεια της τυπικής εκπαίδευσης έχουν βρεθεί ότι είναι πιο αποτελεσματικά στην αλλαγή συμπεριφορών υγείας από τα περιστασιακά (Kolbe, 1993). Πράγματι, η διάχυση ζητημάτων υγείας σε άλλα γνωστικά αντικείμενα, χωρίς τη στέρεα βάση ανάπτυξης ενός γνωστικού αντικειμένου, θεωρείται εμπόδιο στην αποτελεσματικότητα της αγωγής υγείας. Τα προγράμματα μικρής διάρκειας ή «μίας βολής» είναι γενικά ανεπαρκή για να την υιοθέτηση και διατήρηση υγιεινών συμπεριφορών (WHO, 2003). Παρά το γεγονός ότι από κάποιους θεωρείται επιθυμητή η ενσωμάτωση σε άλλα βασικά μαθήματα, αυτού του τύπου η εφαρμογή εξαρτάται από τρίτους παράγοντες όπως ο χρόνος που κάθε εκπαιδευτικός θεωρεί ότι μπορεί να διαθέσει μέσα στα πλαίσια μιας ασφυκτικής ύλης. Η συζήτηση θεμάτων υγείας μέσα στο ωρολόγιο πρόγραμμα αποτελεί πρόκληση για τους εκπαιδευτικούς. Ωστόσο, σύμφωνα με τους Kilgour, Matthews, Christian & Shire (2013) φαίνεται ότι οι μαθητές γίνεται να έχουν κάποια αντίληψη υγείας και ικανότητες εγγραμματοσμού ακόμα και σε μη θεσμοθετημένη εκπαίδευση αγωγής υγείας, αλλά μέσα στο διδακτικό πλαίσιο συναφών μαθημάτων, αν και υπάρχουν επικρίσεις γι' αυτό (Adams, 2003 όπως αναφέρεται στο Kilgour et al., 2013). Κατά τον Zeyer (2012) επίσης, θα ήταν ωφέλιμη η διδασκαλία του εγγραμματοσμού στην υγεία στα πλαίσια της διδασκαλίας των μαθημάτων των φυσικών επιστημών, δίνοντας έμφαση ωστόσο στην ταυτόχρονη απόκτηση επιστημονικών γνώσεων και υγείας. Οι Bruselius-Jensen, Bonde & Christensen (2016) εφάρμοσαν ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα αγωγής υγείας με στόχο την ανάπτυξη εγγραμματοσμού υγείας στη θεματική της φυσικής δραστηριότητας. Το πρόγραμμα ενσωματώθηκε στη διδασκαλία των υπόλοιπων γνωστικών αντικειμένων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι εκπαιδευτικοί ενσωμάτωσαν επιτυχώς την ανάπτυξη του εγγραμματοσμού στην υγεία στην τάξη και αυτό είχε θετικές επιδράσεις. Οι ερευνητές θεωρούν ότι η ένταξη κάποιων θεματικών υγείας στο πρόγραμμα άλλων μαθημάτων θα μπορούσε να είναι ωφέλιμη, και θα πρέπει να αποτελέσει κεντρικό θέμα στην κατεύθυνση της βιωσιμότητας της προαγωγής υγείας στα σχολεία. Ωστόσο, επισημαίνουν ότι η διδασκαλία εστίασε στις γνωστικές δεξιότητες και μόνο εν μέρει υποστήριξε την ανάπτυξη πιο σημαντικών δεξιοτήτων γραμματοσμού υγείας, περιορίζοντας και την έννοια της κριτικής μορφής του στο επίπεδο των γνωστικών δεξιοτήτων. Ο στόχος για βελτίωση γνώσεων, αλλαγής στάσεων και συμπεριφορών

και απόκτησης δεξιοτήτων απαιτεί χρόνο, συντονισμένες και επαναλαμβανόμενες προσπάθειες. Υποστηρίζεται ωστόσο ότι για την επιτυχία των προγραμμάτων, αναγκαία συνθήκη είναι η ταυτόχρονη ύπαρξη των τριών ακόλουθων παραγόντων: η ένταξη στο πρόγραμμα σπουδών, η αλλαγή σε παραμέτρους του σχολικού κλίματος (school ethos) και η εμπλοκή οικογενειών και κοινοτήτων (Hagel et al., 2015). Για τον St.Leger (2001), η ανάπτυξη του κριτικού εγγραμματισμού ξεπερνά τις δυνατότητες του σχολείου. Πιθανοί λόγοι για αυτό είναι η παραδοσιακή δομή του σχολείου, οι πρακτικές και οι δεξιότητες των εκπαιδευτικών, ο χρόνος και οι απαιτούμενοι πόροι.

Η υπερπληροφόρηση επισημαίνεται ως θέμα που χρήζει ενδιαφέροντος (WHO, 2003). Η διδασκαλία πρακτικών γνώσεων θεωρείται σημαντικότερη (Marks, 2012). Παρεμβάσεις οι οποίες βασίζονται στην παροχή γνώσεων, παρότι βοηθητικές, φαίνονται να μην είναι αποτελεσματικές. Οι εκπαιδευτικοί επισημαίνουν ότι υπερβολικά περίπλοκες εννοιολογικές προσεγγίσεις, η έλλειψη λεπτομερών περιγραφών στρατηγικών εφαρμογής καθώς και ανεπαρκής υποστήριξη από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικών αποτελούν βασικά εμπόδια απρόσκοπτης εφαρμογής της αγωγής υγείας (McDermott et al., 2011).

Ζήτημα αποτελεί επίσης η επαρκής εκπαίδευση των ατόμων που διδάσκουν. Οι εκπαιδευτικοί μπορεί να θεωρηθεί κατά μία έννοια, ότι ανήκουν στο ευρύτερο εργατικό δυναμικό της δημόσιας υγείας μέσα στο οποίο καταλαμβάνουν ολοένα και πιο σημαντικό ρόλο, εργαζόμενοι σε ένα χώρο του οποίου η σημασία στην υγεία των παιδιών υπογραμμίζεται από τις πολιτικές στρατηγικές τα τελευταία χρόνια (Shepherd, Dewhirst, Pickett, et al., 2013). Η διδασκαλία του εγγραμματισμού υγείας είναι μία ιδιαιτέρως απαιτητική διαδικασία. Απαιτεί σημαντικό εξωσχολικό χρόνο και δεξιότητες για τη δημιουργία κατάλληλου υλικού. Οι εκπαιδευτικοί πρέπει αρχικά οι ίδιοι να κατανοήσουν τι είναι και τι δεν είναι, εν ολίγοις τι ακριβώς σημαίνει η έννοια του εγγραμματισμού στην υγεία, της οποίας η διδασκαλία μπορεί να αποτελέσει πρόκληση για αυτούς. Η κατανόηση της έννοιας ως κάτι ευρύτερο από τη γνώση, η μεταφορά της ερμηνείας της στο μαθητή, η εφαρμογή της γνώσης αφενός σε προσωπικό επίπεδο, αφετέρου στο μαθητή, η αντίληψη των διαφορετικών όψεων της έννοιας, αλλά και η ενσυναίσθηση απέναντι στους μαθητές οι οποίοι μεταφέρουν τα δικά τους βιώματα των δύσκολων συνθηκών, μέσα σε μία εποχή περίπλοκων συνθηκών, αλλά και ζητήματα αυτογνωσίας είναι θέματα που πρέπει να απασχολήσουν τους εκπαιδευτικούς (Fetro, 2010). Εάν ο εγγραμματισμός υγείας είναι επιθυμητός στόχος της ενσωματωμένης στα μαθήματα αγωγής υγείας, τότε η διδασκαλία του καθώς και οι αξιολογητικές πρακτικές θα είναι εκ των ων ουκ άνευ, για αυτούς που αναλαμβάνουν να τον διδάξουν (Benham-Deal, 2009).

Η επιστημονική κατάρτιση των εκπαιδευτικών πραγματοποιείται τόσο κατά τη διάρκεια των σπουδών τους (βλ. Γκούβρα κ.ά., 2005, σ. 101), όσο και στη συνέχεια, κατά τη διάρκεια του εργασιακού τους βίου. Η Benham Deal (2009, σ. 6) υποστηρίζει ότι στην ανάπτυξη του εγγραμματισμού υγείας μπορεί να διαδραματίσει ρόλο-κλειδί, το ευρύτερο εκπαιδευτικό σύστημα, πέραν των ειδικοτήτων της αγωγής υγείας και της φυσικής αγωγής καθώς και αυτοί που ασχολούνται με την υγεία μέσα στο σχολείο και στις περιφέρειες, υπό την προϋπόθεση, ότι τα ίδια τα συστήματα και τα μέλη του είναι εγγράμματα στην υγεία. Οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες μπορούν να είναι αποτελεσματικές όταν πραγματοποιούνται από επιστημονικά αλλά και ταυτόχρονα παιδαγωγικά και διδακτικά καταρτισμένους εκπαιδευτικούς, οι οποίοι διαθέτουν όχι μόνο γνώση αλλά και κίνητρο για αυτό τον σκοπό, και όχι από άτομα τα οποία διαθέτουν μόνο το ένα ή μόνο το άλλο προσόν (Barwood, Cunningham & Penney, 2016) Προσέγγιση, υποστηριζόμενη από τις παιδαγωγικές πρακτικές, η οποία θα βασίζεται στην απόκτηση δεξιοτήτων μέσα από προγραμματισμένες δραστηριότητες ανακαλυπτικής μάθησης κοντά στα βιώματα των μαθητών, όπως το πρόγραμμα των Brey, Clark, Wantz (2007), και όχι στα προβλήματα που προκαλούν οι ανθυγιεινές συμπεριφορές μπορεί να αποβούν ωφελιμότερες στην οικοδόμηση του εγγραμματισμού στην υγεία.

Η γνώση και η χρήση καινοτόμων μεθόδων στα χέρια καταρτισμένων επί του θέματος εκπαιδευτικών αποδίδει οφέλη. Πρόγραμμα το οποίο εκπονήθηκε σε μαθητές της 9^{ης} βαθμίδας, σε σχολείο χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, και περιελάμβανε τη χρήση αποσπασμάτων τηλεοπτικών προγραμμάτων είχε ως αποτέλεσμα την αυξημένη ικανότητα των μαθητών να χρησιμοποιούν ιατρικούς όρους και όρους υγείας σε περιγραφές που τους ζητήθηκε να κάνουν, να δύνανται να συσχετίσουν τα προφίλ συμπεριφοράς που παρουσιάζονταν με τη συμπεριφορά προσφιλών τους ατόμων, προσφέροντας με αυτό τον τρόπο την αφορμή συζητήσεων (Primack et al., 2013). Στη βιβλιογραφία, όπως ήδη έχει συζητηθεί, υπάρχουν και φαίνεται ότι πληθαίνουν τα παραδείγματα διδασκαλίας δεξιοτήτων και ανάπτυξης διδακτικών τεχνικών.

Τα δεδομένα των ερευνών καταδεικνύουν ότι στις σχολικές παρεμβάσεις προαγωγής υγείας χρειάζεται να δοθεί προσοχή στην ποιότητα των σχολικών εμπειριών των μαθητών που είναι άμεσα εξαρτώμενες από το κλίμα του σχολείου καθώς και στην ποιότητα των σχέσεων τους με τους εκπαιδευτικούς (Samdal, Nutbeam Wold & Kannas, 1998). Χρήσιμο προς αυτή την κατεύθυνση είναι να αφουγκραστεί κάποιος τις απόψεις των μαθητών, οι οποίοι σχολιάζουν τον παθητικό χαρακτήρα που τους ζητείται να έχουν κατά τη διάρκεια του μαθήματος, την ανάγκη για επικαιροποίηση των θεματικών κατηγοριών και την έλλειψη συσχέτισης με την πραγματικότητά τους, την επαναλαμβανόμενη διδασκαλία θεμάτων αλλά και την ανάγκη

ενημερωμένων και εμπνευσμένων εκπαιδευτικών (Begoray et al., 2009). Η επιθυμία για υψηλής ποιότητας εκπαίδευση αγωγής υγείας, η παροχή σχετικών με αυτούς πληροφοριών και η ανάγκη να νιώσουν ότι εμπιστεύονται τα άτομα που τους διδάσκουν αποτελούν βασικά αιτήματα των μαθητών (Smart, Parker, Lampert & Sulo, 2012). Αυτές οι ανάγκες αντανακλώνται και στις απόψεις διοικητικών και εκπαιδευτικών οι οποίοι θεωρούν ότι πρέπει να αυξηθεί η αξία και η προτεραιότητα της αγωγής υγείας στο σχολικό πρόγραμμα και παράλληλα τα άτομα που διδάσκουν να είναι επαγγελματικά πιστοποιημένα, οι θεματικές ενότητες επίκαιρες, να υπάρχει αξιολόγηση των μαθητών και ταυτόχρονα να αυξηθούν οι διαθέσιμοι υλικοί πόροι και οι συνεργασίες (Pateman, Grunbaum & Kann, 2009).

Μη απτοί παράγοντες όπως η κυρίαρχη κουλτούρα στην καθημερινότητα του σχολείου μπορούν να είναι περιοριστικοί για την υγεία. Είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται κανείς σε ποιο βαθμό η κουλτούρα κάνει δυσκολότερη τη λήψη υγιεινών αποφάσεων σε ποιο βαθμό προωθεί ανθυγιεινές πολιτικές και πρακτικές γιατί επιλέγει να ορίζει την υγεία σε στενά πλαίσια και όχι σε σχέση με την ευημερία των ατόμων. Βασιζόμενοι στη συλλογιστική που παρουσιάζεται στο Weil (2016) και παραμετροποιώντας τη στο σχολικό πλαίσιο, θα μπορούσαμε να πούμε ότι επεκτείνοντας τα στενά όρια της παραδοσιακής διδασκαλίας, η οικοδόμηση κουλτούρας υγείας στο σχολείο είναι αναγκαία συνθήκη για την προώθηση και επίτευξη του εγγραμματισμού στην υγεία των μαθητών. Για να μπορεί αυτή να είναι εφικτή πρέπει η προσπάθεια του σχολείου να κατευθυνθεί στο να γίνει η υγεία, με την ευρύτερη έννοιά της κοινή αξία, η οποία στηρίζεται στη συμμετοχή όλου του προσωπικού της σχολικής μονάδας και αυτό περιλαμβάνει από τη διεύθυνση, εκπαιδευτικούς, μαθητές ως την υπεύθυνη καθαριότητας ή τον υπεύθυνο κυλικείου. Πρέπει αδιαμφισβήτητα, εκτός των άλλων, να αναγνωρισθεί η σημαντικότητα τόσο του δομημένου όσο και του φυσικού περιβάλλοντος μέσα και γύρω από το σχολείο, το οποίο καλλιεργεί άμεσα και έμμεσα την κουλτούρα υγείας των μαθητών.

Εκ των ων ουκ άνευ θεωρείται η διατομεακή συνεργασία, αφού οι γενικότερες παρεμβάσεις απαιτούν διατομεακή συλλογική σκέψη. Επιπλέον, στο επίπεδο της σχολικής μονάδας η ενσωμάτωση των υπηρεσιών υγείας είναι απολύτως απαραίτητη. Ωστόσο, για να είναι αποτελεσματική πρέπει να είναι και ουσιαστική. Αγωγή υγείας και εγγραμματισμός υγείας δεν οικοδομείται με τη συμμετοχή και διεξαγωγή από τις μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας οδοντιατρικής εξέτασης μία φορά το χρόνο, χωρίς βέβαια να υπονοείται ότι είναι περιττή ή με κάποια παρουσίαση στο σχολείο από το νοσηλευτικό προσωπικό όπου και όταν αυτό υπάρχει. Οι σχολικοί νοσηλευτές για να μπορούν να συνδράμουν αποτελεσματικά στη διαδικασία συνεργασίας με την εκπαιδευτική κοινότητα στην οικοδόμηση εγγραμματισμού υγείας πρέπει να είναι εφοδιασμένοι με παιδαγωγική γνώση. Με το βλέμμα στο παρόν και τη σκέψη στο μέλλον η

σχολική μονάδα πρέπει να αναζητά σωστές συνεργασίες, να θέτει βάσεις, να υπενθυμίζει, να επιδιώκει την ουσία, να εντάσσει, να υποστηρίζει. Η πολιτειακή ηγεσία επίσης, θα πρέπει να αντιληφθεί ότι η επιβίωση των σύγχρονων κρατών βασίζεται στην ουσιαστική εκπαίδευση των μαθητών της και η εκπαίδευση αυτή δεν μπορεί να περιορίζεται και να μη λαμβάνει υπόψη της τη βασική προϋπόθεση για όλα τα υπόλοιπα, η οποία είναι η οικοδόμηση δεξιοτήτων υγείας.

1.5. Οικοσυστημική προσέγγιση του εγγραμματισμού υγείας

Σύμφωνα με το βιο-οικολογικό μοντέλο ανάπτυξης, το άτομο είναι στοιχείο ενός ευρύτερου, σύνθετου συστήματος, και οι εμπειρίες του, η προσωπικότητα του αποτελούν μια συνισταμένη του όλου «συστήματος» μέσα στο οποίο εντάσσεται και του οποίου αποτελεί τμήμα. Όταν ένα στοιχείο του συστήματος μεταβάλλεται αυτό θα επιφέρει μεταβολή σε όλα τα στοιχεία του συστήματος (Πετρογιάννης, 2001). Όσον αφορά στα θέματα υγείας η οικολογική αντίληψη προσδίδει έμφαση τόσο στο προσωπικό όσο και στα συγκείμενα συστήματα και κατανοεί τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους για τις οποίες θεωρεί ότι βρίσκονται σε αμοιβαία και αιτιώδη συνάφεια (McLaren & Hawe, 2004). Κατά συνέπεια, ο εγγραμματισμός υγείας δεν μπορεί να διερευνηθεί και να κατανοηθεί πλήρως αν δε μελετηθεί μέσα στα περιβάλλοντα στα οποία το άτομο αναπτύσσεται, συμμετέχει και έρχεται σε διαλεκτική επαφή.

1.5.1. Το άτομο

Η αλληλεπίδραση βασίζεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου. Η ηλικία, το φύλο, ο βαθμός ανάπτυξης των γνωστικών, φυσικών και ψυχοκοινωνικών του δεξιοτήτων, το κοινωνικοπολιτισμικό του υπόβαθρο διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία αυτή. Οι γνωστικές του μεταβολές συμβάλλουν στην εξέλιξη των βασικών δεξιοτήτων εγγραμματισμού αλλά και στην ικανότητα της σταδιακής αντίληψης του υποθετικού όσο και του πραγματικού. Μέσω αυτών επηρεάζεται η ικανότητά του για επεξεργασία και μάθηση, η γνώση του σε διάφορα θέματα, η ικανότητα εφαρμογής της γνώσης αυτής σε νέες καταστάσεις (Jacquelynne, 1999), ιδιότητες οι οποίες επηρεάζουν τον εγγραμματισμό υγείας τους.

Διαφορές αλληλεπίδρασης με τα περιβάλλοντα, όπως αυτό της φροντίδας υγείας συναντώνται ανάμεσα και στα άτομα του ίδιου ηλικιακού φάσματος (DeWalt & Hink, 2007), αλλά και ανάμεσα στα δύο φύλα. Η ηλικία το φύλο, η φυλή, οι κοινωνικές, γνωστικές και

φυσικές δεξιότητες του ατόμου αναγνωρίζεται ότι επηρεάζουν τον εγγραμματισμό υγείας του (IOM, 2004·Manganello, 2009). Ταυτόχρονα, κατά την επαφή του με τα άτομα μέσα στα περιβάλλοντα στα οποία κινείται, και η προσπάθεια κατάκτησης δεξιοτήτων και ένταξης σε αυτά διαμορφώνουν τις αξίες, τις πεποιθήσεις του και τις στάσεις του και απέναντι στην υγεία. Στοιχεία όπως το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο θα επηρεάσουν το βαθμό επαφής του με νέες εμπειρίες και την κατάκτηση νέων γνώσεων και δεξιοτήτων. Οι νέες δεξιότητες θα του επιτρέψουν να κατακτήσει περαιτέρω γνώση, στοιχεία που επίσης επηρεάζουν τον εγγραμματισμό υγείας του (Wharf-Higgins et al., 2009). Εκτός αυτού οι ιδιαίτερες συνθήκες στις οποίες αναπτύσσεται ένα παιδί, τα προβλήματα υγείας που πιθανά αντιμετωπίζει σε χρόνια βάση, η γνώση που κατέχει σχετικά με αυτή μπορεί να επηρεάσει τον εγγραμματισμό υγείας του. Ως δυναμικό χαρακτηριστικό μπορεί να επηρεαστεί από την κακή διάθεση, από ανοίκεια περιβάλλοντα και στρεσογόνες καταστάσεις (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2014).

1.5.2. Η οικογένεια

Το πρωταρχικό σύστημα με το οποίο αλληλεπιδρά το άτομο είναι η οικογένεια. Εντός του οικογενειακού πλαισίου λαμβάνουν χώρα καθημερινά λειτουργικές αποφάσεις και πρακτικές σε ζητήματα υγείας που αφορούν είτε την προαγωγή της, όπως η επιλογή τρόπου ζωής, άσκησης, διατροφικών προτύπων και υιοθέτηση ή μη συνηθειών είτε θέματα πρόληψης ασθενειών όπως συμμετοχή σε εμβολιασμό, ή ακόμα ο τρόπος χρήσης των φαρμάκων, η διαχείριση της ασθένειας ενός μέλους της ή των χρόνιων προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα άτομα της οικογένειας. Μέσα από πλήθος δραστηριοτήτων, συζητήσεων, συμβουλών δίνεται η δυνατότητα να δημιουργηθούν αναπαραστάσεις υγείας, να οικοδομηθεί άτυπα η γνώση και οι διάφορες κανονιστικές αντιλήψεις, να αναπτυχθούν δεξιότητες και να εφαρμοσθούν συμπεριφορές.

Εξάλλου, τα παιδιά στην πορεία της βιοψυχοκοινωνικής τους εξέλιξης εξαρτώνται από τους γονείς όσον αφορά στον έλεγχο του φυσικού και κοινωνικού τους περιβάλλοντος. Από τον έλεγχο αυτόν εξαρτάται κατ' επέκταση η ποιότητα και ο χρόνος απόκτησης των εμπειριών τους. Η κοινωνία επίσης αναμένει από τους γονείς να καλύπτουν τις υλικές (παροχή τροφής, στέγης, ρουχισμού), οργανικές (πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη και εκπαίδευση), γνωστικές και συναισθηματικές ανάγκες (υποστήριξη και κοινωνικοποίηση των παιδιών, διδασκαλία δεξιοτήτων) κατέχοντας κεντρική θέση στον καθορισμό της υγείας των παιδιών. Ο συνδυασμός

και η αλληλεπίδραση των εγγενών χαρακτηριστικών του παιδιού με τα χαρακτηριστικά της οικογένειας, τον χρόνο και τον τρόπο κάλυψης των αναγκών αυτών από τους γονείς, μπορεί να είναι ο κύριος καθοριστικός παράγοντας για τη σωματική, κοινωνική, συναισθηματική και ακαδημαϊκή εξέλιξη καθώς και για τις συμπεριφορές υγείας των παιδιών (Szilagyi & Schor, 1998). Έννοιες όπως η υγεία και η ασθένεια αναπαριστώνται από τα παιδιά μέσω της αναπαραγωγής εννοιών και εικόνων του πολιτιστικού τους πλαισίου (Moscovici, 1998, Mouratidi et al., 2016· Ντάβου & Χρηστάκης, 1994). Οι αντιλήψεις της μητέρας επί παραδείγματι φαίνεται να έχουν ιδιαίτερη επίδραση κυρίως σε παιδιά γνωστικά ωριμότερα, μεγαλύτερων ηλικιών σε θέματα αντίληψης της ασθένειας (Campell, 1975). Η κρίσιμη θέση της οικογένειας και η σχέση εξάρτησης του παιδιού οδήγησαν τους ερευνητές στη διερεύνηση εμπειριών υγείας παιδιών όπως αυτές εκφράζονται από τους γονείς (Jan, Lee & Cheng, 2014), στη μέτρηση του εγγραμματισμού στην υγεία των γονέων (Bennett, Robbins, Al-Shamali & Haecker, 2003· Morrison, Schapira, Hoffmann & Brousseau., 2014· Sanders et al., 2004) και τη συσχέτισή του με την υγεία των παιδιών καθώς και σε παρεμβάσεις σε επίπεδο εγγραμματισμού υγείας γονέων με σκοπό τη βελτίωση συμπεριφορών υγείας παιδιών και εφήβων (Fleary et al., 2013). Ο τρόπος με τον οποίο αλληλεπιδρούν οι γονείς με χαμηλό εγγραμματισμό υγείας επηρεάζει τα παιδιά τόσο άμεσα όσο και έμμεσα. Γονείς ανεπαρκώς εγγράμματοι σε θέματα υγείας επιδεικνύουν αναποτελεσματική διαχείριση χρόνιων ασθενειών. Σε περιπτώσεις παιδιών που πάσχουν από άσθμα, οι γονείς με επαρκή εγγραμματισμό υγείας διαθέτουν καλύτερη γνώση σχετικά με την ασθένεια και μπορούν να ελέγξουν σε μεγαλύτερο βαθμό το νόσημα (Harrington, et al., 2015), ενώ χαμηλός εγγραμματισμός υγείας συνδέεται με την εμφάνιση εντονότερων συμπτωμάτων και συχνότερης νοσηλείας σε συνδυασμό με συχνότερες σχολικές απουσίες (DeWalt, et al., 2007· Tzeng et al., 2018). Σε παιδιά τα οποία πάσχουν από νεφρωσικό σύνδρομο, ασθένεια η οποία παρουσιάζεται στην παιδική ηλικία και απαιτεί υψηλό βαθμό γονικής φροντίδας, η συχνότητα των υποτροπών της ασθένειας είναι αντιστρόφως ανάλογη του βαθμού εγγραμματισμού υγείας των γονέων τους και χαμηλότερο ποσοστό ίασης (Borges. et al., 2017). Επιπλέον, 1 στους 3 γονείς οι οποίοι κάνουν χρήση της μονάδας επειγόντων περιστατικών έχει ανεπαρκή εγγραμματισμό υγείας και αυτό αποτελεί σημαντικότατο εμπόδιο όταν απαιτείται να δώσουν αναγκαίες πληροφορίες, να πάρουν αποφάσεις θεραπείας και συνέχειας της παρακολούθησης (Morrison et al., 2013). Γονείς με ανεπαρκή εγγραμματισμό υγείας εκφράζουν τη δυσκολία τους να κατανοήσουν τις ετικέτες στα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (Ubanić, et al., 2018· Yin et al., 2008). Γενικότερα, οι συμπεριφορές και αποφάσεις των γονέων με χαμηλότερο βαθμό εγγραμματισμού υγείας δεν είναι προς όφελος της υγείας των παιδιών τους, τα οποία παρουσιάζουν χειρότερη κατάσταση υγείας συγκριτικά με τα παιδιά γονέων με

μεγαλύτερο βαθμό (DeWalt & Hink, 2009). Η συχνότητα εμφάνισης αρνητικών συμπεριφορών υγείας φαίνεται να είναι 1,2 με 4 φορές μεγαλύτερη συγκριτικά με των γονέων με επαρκείς δεξιότητες (Sanders, Zacur, Haecker, Klass, 2009). Παράλληλα, φαίνεται ότι δεν μπορούν να προβούν σε πλήρη εκμετάλλευση των πόρων υγείας που διαθέτουν και λαμβάνουν ανθυγιεινές αποφάσεις (Shin, Braun, & Inglehart, 2014). Τα παιδιά των γονέων με υψηλότερες δεξιότητες γραμματισμού είναι πιο πιθανό να παρουσιάζουν καλύτερη εικόνα και αποτελέσματα και στον τομέα της προαγωγής υγείας και της πρόληψης ασθενειών. Πολλοί γονείς παρουσιάζουν δυσκολίες στην πρόσβαση, την κατανόηση και τη χρήση των απαραίτητων πληροφοριών σε θέματα που σχετίζονται με τη σύνθεση και την αξία των τροφών και αντίληψης διατροφικών ετικετών και τον υπολογισμό των απαραίτητων μερίδων (Velardo & Drummond, 2013), ενώ άλλοι μπορεί να μην αντιλαμβάνονται έννοιες όπως ο Δείκτης Μάζας Σώματος ή να μην μπορούν να αντιληφθούν την παρουσία παχυσαρκίας στα παιδιά τους και να δράσουν προς τη κατεύθυνση βελτίωσής της (Marks, 2015). Οι πιθανότητες για ένα παιδί να είναι παχύσαρκο μειώνονται όσο αυξάνεται ο εγγραμματισμός υγείας των γονέων του (Chari et al., 2014). Χαμηλού εγγραμματισμού υγείας γονείς επιτρέπουν την πολύωρη παρακολούθηση τηλεόρασης και εμφανίζουν συμπεριφορές που συνδέονται με τον τραυματισμό των παιδιών (Cheng et al., 2016). Συμπερασματικά, χαμηλό επίπεδο εγγραμματισμού στην υγεία των γονέων φαίνεται να θέτει εμπόδια στη λήψη ενημερωμένων αποφάσεων υγείας από αυτούς και να συντηρεί τις ήδη υπάρχουσες ανισότητες υγείας (Yin et al., 2008).

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων διαδραματίζει βασικό ρόλο. Χαμηλός εγγραμματισμός συνδέεται με πολλά αρνητικά αποτελέσματα σε ζητήματα υγείας (DeWalt et al., 2004). Η συσχέτιση μεταξύ γενικού εγγραμματισμού και εγγραμματισμού υγείας φαίνεται να είναι ισχυρή και ο εγγραμματισμός στην υγεία φαίνεται να παίζει ρόλο στην εξήγηση του βασικού μηχανισμού που συσχετίζει το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης με την κακή κατάσταση υγείας (van der Heide, 2013). Πολλοί ενήλικες με χαμηλό εγγραμματισμό υγείας μπορεί να έχουν υψηλό επίπεδο, αλλά χαμηλός εγγραμματισμός υγείας είναι συνηθέστερος μεταξύ αυτών που έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης (Sanders et al., 2009). Η συσχέτιση μεταξύ εγγραμματισμού υγείας των γονέων με τον εγγραμματισμό υγείας των παιδιών φαίνεται να είναι σημαντική (Lowery, 2016) παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει δημοσιευμένος μεγάλος αριθμός ερευνών στο πεδίο αυτό.

Εκτός αυτού, μια σειρά συναισθηματικών διεργασιών του γονέα προβάλλεται και δημιουργεί εικόνες στο παιδί, κατά την επεξεργασία θεμάτων υγείας και οικοδόμησης των γνώσεων και δεξιοτήτων του εγγραμματισμού του. Παράδειγμα τέτοιων ζητημάτων αποτελεί το αίσθημα της αυτο-αποτελεσματικότητας του γονέα, το οποίο φαίνεται να είναι εντονότερο σε

γονείς με υψηλότερο επίπεδο εγγραμματισμού στην υγεία οι οποίοι θεωρούν ότι μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα τα προβλήματα που ανακύπτουν (Tzeng, Chiang, Chen & Gau, 2018). Η πιθανή έλλειψη κινήτρου για να προσεγγίσουν επαγγελματίες υγείας ή η ύπαρξη δυσκολιών στη συνδιαλλαγή τους με το σύστημα μπορεί να είναι ένα επιπλέον πρόβλημα γονέων με χαμηλό εγγραμματισμό (Borges. et al., 2017). Παράλληλα, φαίνεται να βιώνουν αρνητικά συναισθήματα και στρες απέναντι στην ιατρική φροντίδα (Shin, Braun, & Inglehart, 2014).

Η επιρροή και η υποστήριξη των γονέων μπορεί να λάβει μορφή και στα τρία επίπεδα του εγγραμματισμού στην υγεία. Αναφέρουμε ως παράδειγμα τη συλλογιστική των Velardo, Elliott, Shaun & Drummond (2010) οι οποίοι ερμηνεύουν την τυπολογία του Nutbeam στο πεδίο του αθλητισμού και συσχετίζουν τη συμμετοχή των παιδιών τους σε αθλητικές δραστηριότητες και συλλόγους με τον εγγραμματισμό υγείας των γονέων. Όπως θεωρούν, στο λειτουργικό επίπεδο οι γονείς πρέπει να κατέχουν τα σωματικά ψυχολογικά και κοινωνικά οφέλη του αθλητισμού αναγνωρίζοντας τα προβλήματα που δημιουργεί η πίεση για τη νίκη. Σε αλληλεπιδραστικό επίπεδο, οι γονείς θα πρέπει να επικοινωνήσουν τα θέματα αυτά και τις γνώσεις τους στα παιδιά γινόμενοι οι ίδιοι θετικά πρότυπα. Στον κριτικό εγγραμματισμό, οι γονείς ως άτομα θα πρέπει αρχικά να κατανοήσουν τα ευρύτερα οφέλη του αθλητισμού και τα προβλήματα που συνδέονται με την επιμονή για τη νίκη, ενώ σε επίπεδο πλέον συλλόγων και φορέων θα πρέπει να αναπτύξουν συντονισμένη προσπάθεια και να διευκολύνουν την αλλαγή, πιέζοντας τις αθλητικές οργανώσεις να μετατοπίσουν την αντίληψή τους και την ιδεολογία τους από επαγγελματική σε αναπτυξιακή προοπτική.

1.5.3. Οι φίλοι και οι ομάδες- Κοινωνικά Δίκτυα

Εκτός από το οικογενειακό περιβάλλον του οποίου η ένταση επιρροής εξασθενεί κατά τη διαδικασία της εφηβείας, ιδιαίτερα σημαντικό είναι το σύστημα των φίλων, οι οποίοι την περίοδο αυτή ανήκουν στους σημαντικούς άλλους και επηρεάζουν εντονότατα την ανάπτυξη του εφήβου. Η ομάδα των συνομηλίκων έχει ιδιαίτερης σπουδαιότητας πρόσημο για τους εφήβους, διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην απόκτηση ταυτότητας, καθώς ο έφηβος επανακαθορίζει το κοινωνικό του περιβάλλον, και στην πορεία της αυτονόμησής του από τους γονείς βιώνει το συναίσθημα της ανάγκης του «ανήκειν» κυρίως στο δίκτυο φίλων, στο οποίο συχνά δίνει προτεραιότητα σε σχέση με αυτό της οικογένειας (Παπάζογλου, 2014). Παρότι, μπορεί οι σχέσεις και φιλίες αναλόγως της σημαντικότητάς τους να έχουν διαφορετικού βαθμού αναπτυξιακή επίδραση σε κάθε παιδί δεν παύουν να χρησιμοποιούνται από τα παιδιά ως

γνωστικοί και κοινωνικοί πόροι. Αναλόγως της ταυτότητας των φίλων και της ποιότητας της φιλίας, αυτοί μπορεί να είναι υποστηρικτικοί και να ενισχύουν τη σωστή ανάπτυξη. Η ύπαρξη τους είναι εξισορροπιστική από άποψη συναισθηματικής ασφάλειας στην περίπτωση απουσίας στοργικών γονέων (Hay, Payne & Chadwick, 2004) και είναι επίσης, σημαντική ιδιαίτερος σε περιόδους μετάβασης, δίνοντας δυνατότητα καλύτερης διαπραγμάτευσης με αγχωτικά θέματα της ζωής τους (Hartup, 1996).

Η ομάδα των συνομηλίκων κατά τη διάρκεια της εφηβείας αποτελεί πεδίο και πηγή έντονων αλληλεπιδράσεων, των οποίων η δυνητικά ισχυρή επιρροή δεν μπορεί να παραβλεφθεί όταν αναφερόμαστε στις επιλογές υγείας και στον τρόπο έκφρασης αυτών. Η επιρροή μπορεί να είναι εμφανής στον τρόπο και στο βαθμό επικοινωνίας τους αναφορικά με προβλήματα υγείας που μπορεί να εμφανίζουν. Έχει παρατηρηθεί ότι η συμπεριφορά τους όσον αφορά την έκφραση αλλά και την ανοχή στα συμπτώματα του επαναλαμβανόμενου πόνου, ένα πρόβλημα που θεωρείται συχνό μεταξύ των εφήβων εξαρτάται από την ομάδα των συνομηλίκων. Υπάρχει εμφανής διαφορά στον τρόπο έκφρασης του πόνου μπροστά στους γονείς συγκριτικά με την παρουσία των φίλων. Μπορεί να αποκρύψουν την ένταση του συμπτώματος για να παραμείνουν στην παρέα τους ή ελαχιστοποιούν τον πόνο εάν προέρχεται εξαιτίας δικού τους λάθους. Επιπλέον, οι έφηβοι δεν μπορούν να ανταποκριθούν και να ανεχτούν τις εκδηλώσεις των συμπτωμάτων του πόνου σε άλλους όταν πιστεύουν ότι η αιτία του δεν είναι σοβαρή. Το είδος της ανατροφοδότησης που λαμβάνουν οι έφηβοι από τους συνομηλίκους τους έχει μεγάλη σημασία και μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο των επόμενων εκφράσεων συμπεριφορών και την επικοινωνία των προβλημάτων τους. Σε μία ομάδα μπορεί να εκφράσουν την άποψή τους για τη διαχείριση του πόνου και την υπερβολική χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων σχολιάζοντας αρνητικά την ευκολία πρόσβασης σε αυτά (Hatchette, McGrath, Murray & Finley, 2008). Η ύπαρξη και η συναναστροφή με ομηλίκους είναι παράγοντας ευημερίας στους εφήβους και μπορεί να διαδραματίσει καίριο ρόλο και στη ζωή αυτών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, όπως ο διαβήτης, και οι οποίες απαιτούν περίπλοκη καθημερινή θεραπεία. Εκτός της συναισθηματικής στήριξης, η αποδοχή και η ενθάρρυνση των συνομηλίκων είναι καθοριστικοί παράγοντες ενσωμάτωσης των συνηθειών αυτοφροντίδας στην καθημερινότητα. Οι διαβητικοί έφηβοι θεωρούν ότι οι φίλοι τους διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη συμπεριφορά τους ως διαβητικοί και μπορούν να βοηθήσουν πιο ενεργά μέσω λεκτικών υπενθυμίσεων, ή μέσω του ελέγχου των συμπτωμάτων της υπο- ή υπεργλυκαιμίας ως πηγή πόρων και κοινωνικού ελέγχου αλλά και με την ίδια τους τη συμπεριφορά η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της αυτοεκτίμησής τους (Palladino & Helgeson, 2012).

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, η ύπαρξη και η ποιότητα των σχέσεων με φίλους –όπως και με τους γονείς- συνοδεύεται με λιγότερα ψυχολογικά και ψυχοσωματικά προβλήματα κατά τη διάρκεια της εφηβείας (Brolin Låftman & Östberg, 2006). Η ύπαρξη ή μη των δεσμών αυτών έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες στη ζωή του ατόμου. Σύμφωνα με μία μελέτη, η έλλειψη φίλων και καλών κοινωνικών σχέσεων την περίοδο αυτή συσχετίζεται με την εμφάνιση μεταβολικού συνδρόμου μετέπειτα, στη μέση ηλικία (Gustafsson, Janlert, Theorell, Westerlund & Hammarström, 2012).

Γονείς και φίλοι αποτελούν σημαντικό τμήμα από το κοινωνικό κεφάλαιο παιδιών και εφήβων. Το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να αντικατοπτρίζει τα πλεονεκτήματα και τις δυνατότητες που αποκομίζουν τα άτομα που ανήκουν σε κοινωνικά δίκτυα ή ομάδες και θεωρείται σύμφωνα με τον Bourdieu ατομικό χαρακτηριστικό. Ο Putnam αντίθετα θεωρεί ότι αφορά συλλογικό χαρακτηριστικό και διακρίνεται από ένα σύνολο χαρακτηριστικών που αφορούν στην ύπαρξη δικτύων στην κοινότητα, στην κοινοτική συμμετοχή των πολιτών, στην ανάπτυξη τοπικής ταυτότητας καθώς και στην καλλιέργεια εμπιστοσύνης και ανταποδοτικότητας ανάμεσα στα μέλη μιας ομάδας ή της κοινότητας. Δεδομένων αυτών των στοιχείων, δύναται να προαχθεί η συλλογική αποτελεσματικότητα, εφόσον τα μέλη της κοινότητας μπορούν να χρησιμοποιήσουν όχι μόνο τους ατομικούς, αλλά τους συλλογικούς πόρους για να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις μιας κατάστασης. Το κοινωνικό κεφάλαιο διακρίνεται σε δεσμευτικό και αναφέρεται στους στενούς δεσμούς μεταξύ μελών ομογενών ομάδων, όπως η οικογένεια, σε συνδετικό μεταξύ μελών ετερογενών ομάδων και ενωτικό το οποίο αφορά διαμεσολαβητικές σχέσεις ιεραρχικής ή εξουσιαστικής δομής (Τσουνής & Σαράφης, 2016).

Σε ενήλικο πληθυσμό, διαπιστώνεται σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ ενωτικού κοινωνικού κεφαλαίου και των δεξιοτήτων εγγραμματισμού υγείας όσον αφορά στην πρόσβαση σε πληροφορίες υγείας και στην κατανόησή τους (Waverijn, Heijmans, Spreuwenberg, Groenewegen, 2016). Επίσης, η έρευνα των Kim, Lim & Park (2015) συμπεραίνει ότι υφίσταται σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ κοινωνικού κεφαλαίου και εγγραμματισμού υγείας όσον αφορά τις μεταβλητές που σχετίζονται με το είδος των πηγών πληροφόρησης, την πρόθεση αναζήτησης πληροφορίας καθώς και της αντίληψης αυτο-αποτελεσματικότητας σχετικά με την εκτέλεση καθηκόντων υγείας. Συγκεκριμένα, το κοινωνικό κεφάλαιο λειτουργεί κομβικά και ανεξάρτητα από το επίπεδο εγγραμματισμού στην υγεία στο είδος των πηγών πληροφόρησης, την αυτο-αποτελεσματικότητα και την πρόθεση συμπεριφοράς. Τα άτομα με πλούσιο κοινωνικό κεφάλαιο έχουν μεγαλύτερη πρόθεση εύρεσης πληροφοριών υγείας, συνδέονται σε ευρύτερα δίκτυα για την εύρεσή τους και έχουν αντίληψη υψηλής αυτοαποτελεσματικότητας. Η διαφορά

στην πρόθεση εύρεσης πληροφορίας μεταξύ ατόμων με διαφορετικό επίπεδο εγγραμματισμού στην υγεία μειώνεται όταν ληφθεί υπόψη το δεσμευτικό κοινωνικό κεφάλαιο. Το συνδεδεμένο κοινωνικό κεφάλαιο φαίνεται να εξισορροπεί τη διαφορά που σημειώνεται μεταξύ των δύο κατηγοριών όσον αφορά την αντίληψη της αυτο-αποτελεσματικότητας. Στην περίπτωση αυτή φαίνεται ότι δεν έχει τόση σημασία το πραγματικό επίπεδο δεξιοτήτων, εφόσον υπάρχει δυνατότητα πρόσβασης στις γνώσεις, πηγές και δεξιότητες των άλλων για την εύρεση, την κατανόηση και τη χρήση των πληροφοριών (Kim et al., 2015).

Η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία φαίνεται να αντανακλάται στο περιβάλλον των νεότερων. Ευρύτερο κοινωνικό κεφάλαιο σε παιδιά και εφήβους φαίνεται ότι συνδυάζεται με πιο υγιείς συμπεριφορές και καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά την ανάπτυξη, τη ψυχική και γενική υγεία, τις συμπεριφορές υψηλού κινδύνου καθώς και συμπεριφορές προαγωγής υγείας (McPherson et al, 2013α) και επίσης σε συμπεριφορές υγείας όπως άσκηση διατροφή και χρήση ουσιών (McPherson et al., 2013β). Επίσης, οι συνεκτικοί δεσμοί μεταξύ των εφήβων και του γονικού πλαισίου από τη μία πλευρά και των φίλων από την άλλη συμμετέχουν σε μεγάλο ποσοστό στον βαθμό του εγγραμματισμού υγείας που διαθέτουν οι έφηβοι (Hamzah, Ismail & Mohd Nor, 2018).

Η σημαντικότητα των φίλων στην εφηβική ηλικία υποδεικνύει ότι οι φίλοι μπορεί να έχουν και αυξημένη επιρροή στα κοινωνικά πρότυπα και στον εγγραμματισμό υγείας των συνομηλίκων. Ούτως ή άλλως, η απόκτηση πληροφοριών υγείας και η κοινωνικοποίησή τους στα θέματα αυτά πραγματοποιείται μέσω ποικίλων διαμεσολαβητικών παραγόντων όπως η οικογένεια, οι φίλοι αλλά και η ψηφιακή τεχνολογία (Paek, et al., 2011). Οι αλληλεπιδράσεις των εφήβων λαμβάνουν χώρα και στη σφαίρα του ψηφιακού κόσμου. Το on line ψηφιακό κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί μέρος του ευρύτερου κοινωνικού κεφαλαίου των παιδιών και εφήβων.

Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης παρέχουν τη δυνατότητα σύνδεσης ατόμων με κοινά ενδιαφέροντα. Τα κοινωνικά δίκτυα είναι εργαλεία επικοινωνίας, το περιεχόμενο των οποίων δημιουργείται και από τους χρήστες. Μέσω αυτών ένας έφηβος μπορεί να ενταχθεί σε ομάδες, να βρει φίλους, να συνομιλεί συνεχώς μαζί τους, συντηρώντας ή και αυξάνοντας το κοινωνικό του δίκτυο και κοινωνικό κεφάλαιο. Θετικές εμπειρίες στα κοινωνικά δίκτυα αυξάνουν το κοινωνικό κεφάλαιο των νέων. Οι δυνατές επιδράσεις στο πεδίο αυτό μπορεί να προέρχονται από τις νέες πληροφορίες και συνδέσεις μεταξύ των ετερογενών μελών του ενωτικού κεφαλαίου, στη σύνδεση των οποίων δαπανούν πολύ χρόνο, ενώ οι συμπεριφορές αναζήτησης πληροφοριών συνδέονται με τους ήδη υπάρχοντες δεσμούς μεταξύ μελών δεσμευτικού κεφαλαίου (Ahn, 2012). Μετά την ηλικία των δέκα-έντεκα χρόνων, τα παιδιά χρησιμοποιούν τις

τεχνολογίες με τέτοιο τρόπο που τους επιτρέπει διευρυμένες συνδέσεις (Swist, Collin, McCormack & Third, 2015). Μέσω των διαφόρων εφαρμογών μπορούν να αλληλεπιδρούν με ποικίλους και πολυδιάστατους τρόπους με περιεχόμενο που φτιάχνουν οι ίδιοι ανταλλάσσοντας πληροφορίες οι οποίες θεωρούν ότι είναι σχετικές με αυτούς. Δεδομένου ότι η ομάδα των συνομηλίκων μπορεί να χρησιμεύει ως πρότυπο, επηρεάζοντας την υιοθέτηση κάποιες φορές αρνητικών συμπεριφορών και στάσεων (Glaser, Shelton & van den Bree, 2010), προσφέροντας εύκολη πρόσβαση, ενθάρρυνση και κατάλληλο κοινωνικό περιβάλλον για κατανάλωση (Tomé, Matos, Simões, Diniz & Camacho, 2012) τα ψηφιακά κοινωνικά δίκτυα και ομάδες είναι επίσης εύκολα εφικτό να λειτουργήσουν σαν ένα σουπερμάρκετ πληροφοριών, κουλτούρας και συμπεριφορών. Οι συχνές αναφορές στα προφίλ των χρηστών/φίλων σχετικά με την ελεύθερη και συχνή χρήση κατανάλωσης αλκοόλ μπορεί να λειτουργήσει ως πρότυπο ή ακόμα ως μορφή πίεσης για την άσκηση ίδιας συμπεριφοράς πίεση η οποία μπορεί επιπλέον να ενισχυθεί και μέσα από τις προβαλλόμενες εικόνες των συμβατικών μέσων (Moreno, Briner, Williams, Walker & Christakis, 2009). Παράλληλα, είναι ένας «δημόσιος ιδιωτικός χώρος» (Quennerstedt, 2018, σ. 78) ελεύθερης έκφρασης και για κάποιους βασική και άμεση πηγή πληροφοριών και γνώσης (Quennerstedt, 2018). Τα κοινωνικά μέσα μπορούν να λειτουργήσουν ως πηγές γνωστικών και κοινωνικών πόρων για τα παιδιά και τους εφήβους που θεωρούνται «ιθαγενείς» (Prensky, 2001) στον ψηφιακό κόσμο. Επίσης, η χρήση ιστοσελίδων κοινωνικής δικτύωσης κατά κάποιους θεωρείται ότι έχει ωφέλιμες επιδράσεις. Το ευρύ διαδικτυακό περιβάλλον και ο μεγάλος αριθμός φίλων στο Facebook φαίνεται ότι μπορεί να ωφελήσει άμεσα τη ψυχοσωματική υγεία των νέων μέσω διαδικασιών που εμπλέκουν την αντιλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη (Nabi, Prestin & So, 2013). Επιπροσθέτως, χρησιμοποιούνται για παρεμβάσεις σε ζητήματα υγείας. Μπορούν να προσεγγίσουν μεγάλο αριθμό ατόμων, οι οποίοι μπορούν να εμπλακούν ενεργά, ενώ τα διαφημιστικά τους αποτελέσματα είναι μακράν αποδοτικότερα από τις στρατηγικές του σύγχρονου μάρκετινγκ (Yang, 2017). Πολλοί γιατροί έχουν πλέον το δικό τους κανάλι στο You Tube (Yang, 2017). Πλατφόρμες κοινωνικής δικτύωσης και κυρίως φόρα συζήτησης και συνεργατικά πρότζεκτ φαίνονται πολλά υποσχόμενα για την προσφορά συμβουλών διαχείρισης χρόνιων νόσων από επαγγελματίες υγείας στους ασθενείς τους (De Angelis et al., 2018) ενώ επιπλέον, πολλοί γιατροί διάκειται θετικά στη χρήση των δυνατοτήτων της νέας γενιάς του διαδικτύου (Nordqvist, Hanberger, Timpka & Nordfeldt, 2009). Σε επίπεδο σύγκρισης, για τους νέους, οι οποίοι κατόπιν της εμφάνισης του Web.2 διαμόρφωσαν την «πολιτισμική νοοτροπία» (boyd, 2014, σ. 6) προς την ποικιλομορφία της παραγωγής και χρήσης των ψηφιακών μέσων, ο παραδοσιακός τρόπος παροχής πληροφοριών ή γνώσης μοιάζει γερασμένος, αδιάφορος ή τουλάχιστον μη πρόσφορος. Με τον νέο τρόπο,

πληθώρα πληροφοριών προερχόμενη από προφανώς διαβαθμισμένης εγκυρότητας πηγές, διαδίδεται ταχύτατα. Αυτό μπορεί να έχει μη επιθυμητά αποτελέσματα, εάν συνδεθεί με την αδυναμία κρίσης κυρίως των ατόμων που δεν έχουν εξασκηθεί στα απαραίτητα κριτήρια αναγνώρισης της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας των πληροφοριών. Ακόμη η πολυπλοκότητα του τρόπου λειτουργίας των μέσων δικτύωσης και οι αλγόριθμοι με τους οποίους κινούνται είναι δύσκολο να γίνουν αντιληπτοί από αυτές τις ηλικίες. Από την άλλη πλευρά, εάν οι φίλοι είναι εγγράμματοι στην υγεία πιθανά να μπορούν να αντισταθμίσουν την αρνητική έκθεση των άλλων στα μέσα. Μπορούν να αναγνωρίσουν υφιστάμενα προβλήματα υγείας νωρίτερα και να προτρέψουν σε αναζήτηση κατάλληλης βοήθειας (Dudley, Van Bergen, McMaugh & Mackenz., 2018).

Παρότι υπάρχουν έρευνες οι οποίες αναφέρονται σε φοιτητικό πληθυσμό και υποστηρίζουν ότι παρά το γεγονός της εξοικείωσης και άνεσης των νέων με τον ψηφιακό κόσμο αυτοί δε διαθέτουν τις απαιτούμενες δεξιότητες ηλεκτρονικού εγγραμματισμού υγείας (Stellefson et al., 2011), η έρευνα των Paige et al. (2017) υποστηρίζει ότι η εντατική χρήση του Instagram από φοιτητές συνδέεται με υψηλότερου βαθμού ψηφιακό εγγραμματισμό υγείας. Αυτό φαίνεται να συνηγορεί τόσο τις δυνατότητες που προσφέρουν τα οπτικοακουστικά ερεθίσματα μέσα στα πολυτροπικά κείμενα, όσο και στη δύναμη της αλληλεπίδρασης και της εμπλοκής που αυτή συνεπάγεται. Πιλοτική έρευνα καταγράφει την αυξημένη δυνατότητα που προσφέρει το Facebook και το You Tube, συγκριτικά με το Twitter, στη βελτίωση του εγγραμματισμού υγείας μαθητών ηλικίας 14 -16 ετών (Tse et al., 2015). Σύμφωνα με την Kamel Boulos (2013), τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ποικίλους ωφέλιμους τρόπους στην αγωγή προαγωγή και επικοινωνία προγραμμάτων υγείας όπως είναι οι κοινότητες υποστήριξης διαφόρων ομάδων με κοινά προβλήματα υγείας, η εκμετάλλευση των δυνατοτήτων των εφαρμογών και της συμβουλευτικής ενημέρωσης που μπορούν να έχουν άμεσα από διάφορους οργανισμούς.

Η ενσωμάτωση των κοινωνικών δικτύων σε προγράμματα εγγραμματισμού υγείας μέσω αποτελεσματικών τεχνικών, όπως η χρήση απλής κατανοητής γλώσσας, είναι ζητούμενο αφού μεγάλο μέρος πληθυσμού βασίζεται σ αυτά για ζητήματα υγείας (Roberts M, Callahan L, O'Leary C., 2017) και μέσω αυτών, παρέχεται δυνατότητα επικοινωνίας με οποιονδήποτε ανά τον κόσμο που μπορεί είτε να παρέχει, είτε να αναζητά βοήθεια. Σε πλατφόρμες κοινωνικής δικτύωσης ατόμων με συναφή προβλήματα υγείας, τα άτομα παράγουν το δικό τους υλικό, ενημερώνοντας για πτυχές της ασθένειάς τους δημιουργώντας έτσι υποστηρικτικές κοινότητες όπου υπάρχει ανταλλαγή πληροφοριών (Fergie, Hunt & Hilton, 2013). Η μέθοδος αυτή θα μπορούσε να συμβάλλει στην ανάπτυξη του αλληλεπιδραστικού εγγραμματισμού υγείας. Εκτός

αυτού, τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης έχουν πολλαπλώς χρησιμοποιηθεί και στην ιατρική εκπαίδευση όπου και θεωρείται ζητούμενο η πλήρης εκμετάλλευση των δυνατοτήτων και ευκαιριών που προσφέρουν όπως η εμπλοκή στη δημιουργία περιεχομένου και η κατά συνέπεια ενεργή μάθηση, η διευκόλυνση επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης που παρέχουν καθώς και η ανατροφοδότηση, η πρόσβαση σε πόρους (Cheston, Flickinger & Chisolm, 2013). Παρά το γεγονός, ότι τα κοινωνικά δίκτυα θεωρούνται «*δίκτυο μαχαίρι*» (Dudley et al., 2019, σ. 155) η χρήση τους μπορεί να αποβεί τελικά ωφέλιμη στην κατεύθυνση βελτίωσης του εγγραμματισμού στην υγεία των εφήβων εάν πραγματοποιηθεί με γνώμονα συγκεκριμένα κριτήρια όπως κάθε εργαλείο-επινόημα του ανθρώπου.

Αξίζει ακόμα να υπογραμμισθεί ότι ο εγγραμματισμός υγείας αποτελεί από τη φύση του επίσης μία μορφή κοινωνικού κεφαλαίου. Είναι πολιτιστικό κεφάλαιο στο οποίο εμπεριέχονται γνώσεις, αξίες, κανόνες και δεξιότητες και το οποίο επιτρέπει στα μέλη μιας κοινότητας να αντλούν από τους πόρους της και ταυτόχρονα να τους αναπληρώνουν μέσω του εγγραμματισμού υγείας των μελών της, οδηγώντας τα στην εφαρμογή δράσεων για την υγεία και στην επίτευξη του βέλτιστου επιπέδου της (Abel, 2013).

Γεγονός αποτελεί ωστόσο, ότι η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου ως εναλλακτική ρομαντική λύση, η οποία ευνοεί μια ψυχολογία ιδεατών κοινωνιών χωρίς συγκρούσεις έχει δεχτεί επικρίσεις (Muntaner, Lynch & Smith, 2000). Αυτό αναδεικνύει τη σημαντικότητα των πολιτικών επιλογών και των κρατικών στρατηγικών σχεδιασμών στα ζητήματα υγείας, και την ευθύνη του μακροσυστήματος όσον αφορά την καθολική ισότιμη παροχή υγείας και τη βελτίωση ή και την αναδόμηση του τρόπου παροχής υπηρεσιών στην κατεύθυνση της μείωσης των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία.

1.5.4. Ευρύτερα Περιβάλλοντα

Η υποχρέωση του ατόμου να εξασκεί τις δεξιότητες εγγραμματισμού υγείας οφείλει να συμπορεύεται με προσφορά ευκαιριών πρόσβασης και διασφάλιση ενός περιβάλλοντος μέσα στο οποίο να απαιτήσουν περαιτέρω πολιτικές ενέργειες βελτίωσης της υγείας τους (WHO, 2019). Η διαμόρφωση αυτών των πολιτικών θα πρέπει να ακολουθεί και να αντικατοπτρίζει τις μεταβαλλόμενες ανάγκες ατόμων και κοινοτήτων⁹. Ο χάρτης της Οττάβα εξακολουθεί να θεωρείται σημείο αναφοράς και πρότυπο για όσους προωθούν την υγεία και επιθυμούν να

⁹ <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html>

μειώσουν τις ανισότητες (Thompson et al., 2017). Τα σημεία παρέμβασης είναι πολλαπλά και πολυεπίπεδα, αρχής γενομένης του εκπαιδευτικού συστήματος. Στην πολιτική επιλογή της θεμελίωσης και της ενίσχυσης του εγγραμματισμού υγείας παιδιών και εφήβων, το εκπαιδευτικό σύστημα διαδραματίζει κεντρικό και ζωτικότατο ρόλο. Ακολουθώντας τη συλλογιστική της οικολογικής αντίληψης, είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη τα αλληλεπιδρώντα στοιχεία. Οι πολιτικές δράσεις στα πλαίσια του εκπαιδευτικού συστήματος σκοπεύουν στην ανάπτυξη σύγχρονων προγραμμάτων σπουδών, με στόχο τόσο την παροχή γνώσεων όσο και πολυεπίπεδων δεξιοτήτων και την επένδυση σε σύγχρονα διδακτικά μέσα και τεχνικές, στην παισίωσή τους με υποστηρικτική σχολική πολιτισμική κουλτούρα και φυσικό περιβάλλον, καθώς και την επίτευξη καίριων και αποτελεσματικών συνεργασιών (WHO, 2013).

Η ανάγκη δημιουργίας εγγραμματισμού στην υγεία αφορά και το ίδιο το σύστημα υγείας. Η δυνατότητα διαχείρισης χρήσης του από τα άτομα με απλούστερο και διευκολυντικό για το χρήστη τρόπο, ο σχεδιασμός προσέγγισης των παιδιών και των εφήβων με χρήση φιλικών για αυτά μέσων και η δαπάνη πόρων για συνεργασίες και εκπόνηση προγραμμάτων προς αυτή την κατεύθυνση, καθώς και η παροχή πληροφοριών με απλό και κατανοητό τρόπο emπίπτουν στα πλαίσια των πολιτικών επιλογών και σχεδιασμών. Η περαιτέρω υποστήριξη ατόμων με χαμηλό εγγραμματισμό υγείας στην κατεύθυνση λήψης αποφάσεων είναι συνήθως αναγκαία (McCaffery et al., 2013) και οφείλει κατά περίπτωση να προσφέρεται. Παραδείγματα υποστηρικτικής προσέγγισης αντίστοιχων φορέων με φιλικό, κατανοητό και ελκυστικό τρόπο αναφέρονται στη βιβλιογραφία (NHS, 2009· NHS, 2011, ό.α. στο Fergie, Hunt & Hilton, 2013).

Ένα επιπλέον ζήτημα πολιτικών επιλογών αφορά την προστασία των αγορών η οποία συχνά γίνεται σημαντικότερη από την προστασία της υγείας (Kickbush, 2013). Εδώ emπίπτει η προστασία του δικαιώματος του καταναλωτή να γνωρίζει την προέλευση και τη σύνθεση αυτών που καταναλώνει, την πραγματικότητα του αέρα που αναπνέει με τρόπο απλό, κατανοητό και εύκολα προσβάσιμο από τον ευρύ πληθυσμό καθώς και τις πολιτικές προστασίας των νεότερων από το επιθετικό μάρκετινγκ.

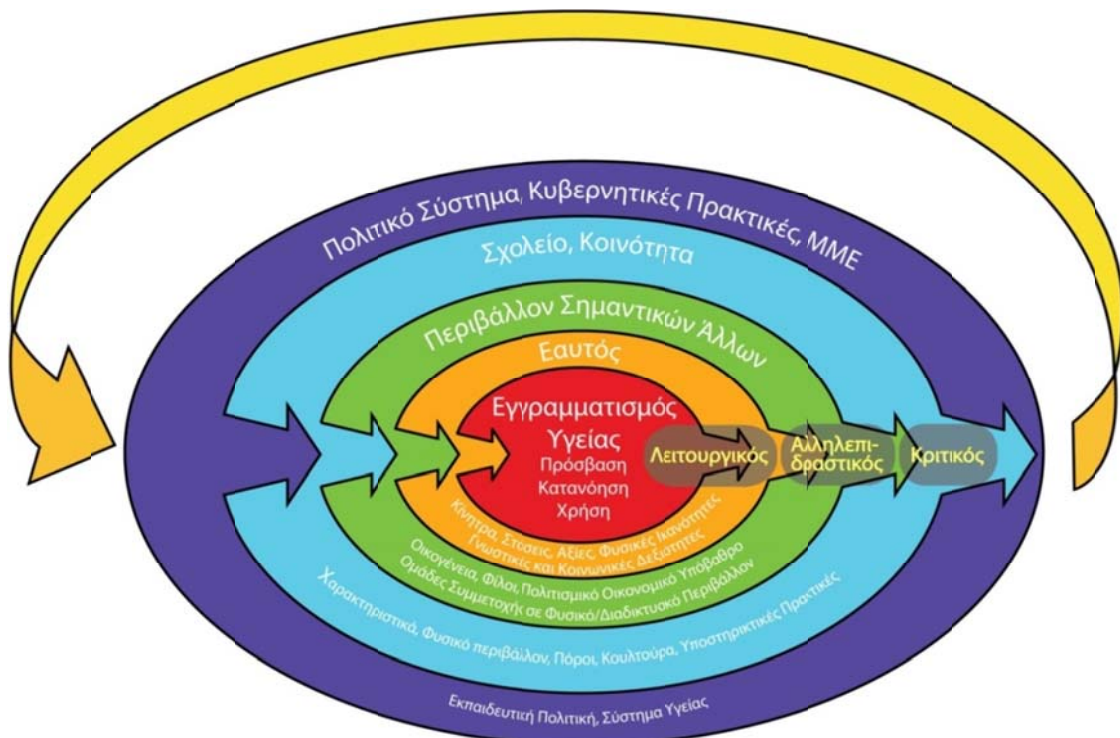
Σε κοινοτικό επίπεδο, η υποστήριξη μέσω πολιτικών σχεδιασμών παροχής βοηθητικών υπηρεσιών ατόμων, οικογενειών και εύκολης πρόσβασης σε αξιόπιστες πηγές μπορεί να βελτιώσει τον λειτουργικό εγγραμματισμό υγείας τους (WHO, 2013).

Οι πόλεις θεωρείται ότι διαδραματίζουν καίριο ρόλο στην προαγωγή της υγείας. Ισχυρή ηγεσία και δέσμευση σε επίπεδο δήμων αποτελούν απαραίτητα στοιχεία για τον υγιή πολεοδομικό σχεδιασμό, την ανάπτυξη προληπτικών μέτρων εντός των κοινοτήτων και στις εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι υγιείς πόλεις οδηγούν σε υγιείς χώρες και τελικά σε υγιέστερο σύνολο (WHO, 2016). Η Αθηναϊκή Διακήρυξη Υγιών Πόλεων αναφέρει ότι

η έννοια του σχεδιασμού πόλεων με γνώμονα την υγεία παραμένει έγκυρη και επιθυμητή αναγνωρίζεται ότι η έννοια του πολεοδομικού σχεδιασμού για την υγεία παραμένει έγκυρη και επιθυμητή καθώς και ότι είναι αναγκαία η προώθηση εστίασης στην οικοδόμηση της ανθεκτικότητας και της ανάπτυξης του εγγραμματισμού υγείας. Η διακήρυξη αυτή συντονίζεται με την αντίληψη και τον στόχο του ΠΟΥ: "Μια πόλη για όλους τους πολίτες της, χωρίς αποκλεισμούς, υποστηρικτική, ευαίσθητη και ανταποκρινόμενη στις διαφορετικές ανάγκες και προσδοκίες τους" (WHO, 2014 σ.12).

Τέλος, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης έχουν ισχυρότατη κοινωνικοπολιτισμική ισχύ με ιδιαίτερα μεγάλη επίδραση στην υγεία και ευημερία των εφήβων. Μολονότι το διαδίκτυο έχει διευκολύνει την πρόσβαση σε πληροφορίες υγείας συγκριτικά με τα ΜΜΕ, τα τελευταία λόγω του κερδοσκοπικού χαρακτήρα τους, της καθολικής παρουσίας τους και της, χωρίς προϋποθέσεις, χρήση τους καθίστανται τελικά ως μέσα με ισχυρότερη επίδραση (Begoray et al.,2014). Ωστόσο, μπορούν να χρησιμεύσουν στην ανάπτυξη του εγγραμματισμού στην υγεία ως πλατφόρμα διαφάνειας, ενημέρωσης, ανταλλαγής ιδεών και πληροφοριών ανταποκρινόμενα σε ένα κατώτατο ηθικό όριο στήριξης και σεβασμού του δικαιώματος των ανθρώπων στην υγεία, παρουσιάζοντας σχετικά γεγονότα και δεδομένα ή περιπτώσεις για τις οποίες ο εγγραμματισμός υγείας στάθηκε ζωτικής σημασίας ή συνεισέφερε σε προβλήματα ισότητας υγείας (Sorensen, 2016).

Η απεικόνιση των παραπάνω σε ένα εννοιολογικό πλαίσιο μπορεί να είναι η ακόλουθη:

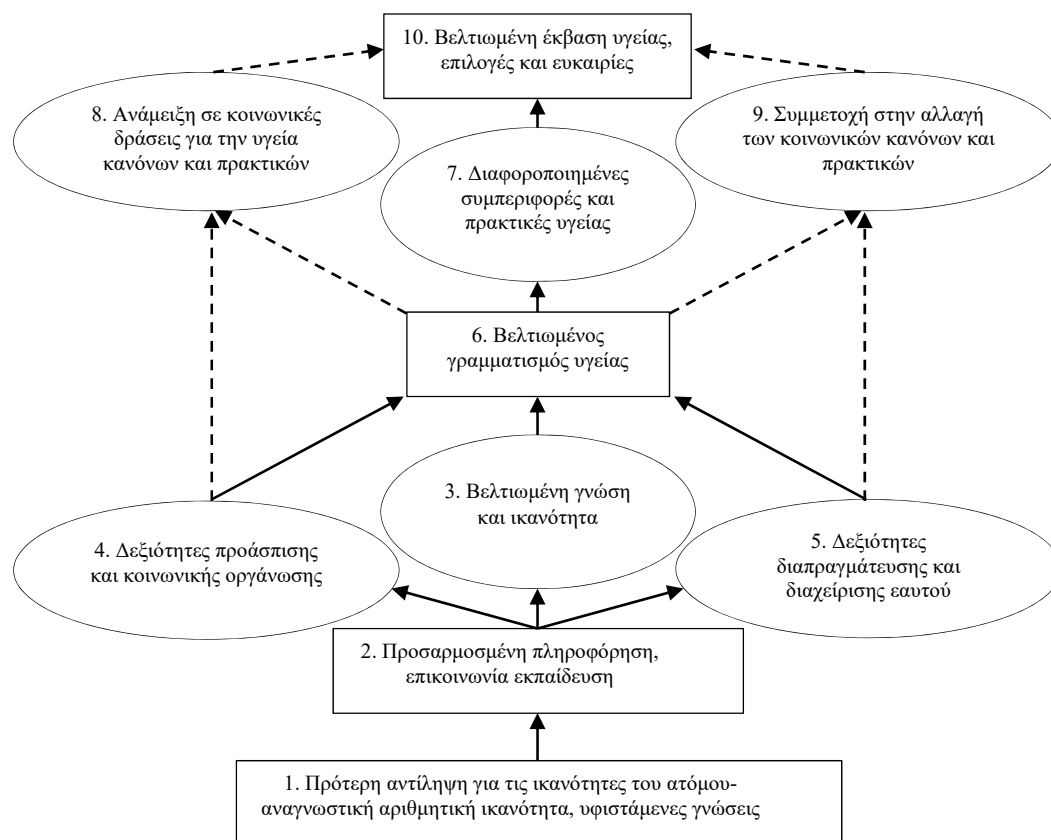


Εικόνα 1.1. Επίπεδα και παράγοντες επίδρασης στην οικοδόμηση του εγγραμματισμού υγείας των μαθητών εφηβικής ηλικίας

Η πολυπλοκότητα του εγγραμματισμού υγείας στους εφήβους είναι συνεπώς προφανής. Οι παρεμβάσεις ανάπτυξης και βελτίωσής του για να είναι ουσιαστικές και αποτελεσματικές οφείλουν να βασίζονται σε συνεργασίες των εμπλεκόμενων τομέων. Αναγκαίες θεωρούνται ενέργειες από τους τομείς της εκπαίδευσης, της υγείας, της χάραξης πολιτικών, καθώς και της έρευνας για την καταγραφή προβλημάτων αλλά και ευκαιριών που σχετίζονται με την υγεία και τον εγγραμματισμό υγείας των παιδιών. Δημόσιοι και ιδιωτικοί οργανισμοί, οι οποίοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στα ζητήματα υγείας και ειδικότερα υγείας των παιδιών και εφήβων, δημόσιας υγείας και εκπαίδευσης, οφείλουν να προβάλλουν τη σημαντικότητα του εγγραμματισμού υγείας. Η βελτίωση των συστημάτων υγείας και των εφαρμοζόμενων επικοινωνιακών τακτικών συνδυαστικά με την κατανόηση της δυνατότητας άσκησης ποιοτικού μετασχηματιστικού ρόλου από τους παρόχους υγείας, η ενσωμάτωση του εγγραμματισμού υγείας στην ανάπτυξη πρακτικών που στοχεύουν στη βελτίωση ποιότητας, η ένταξή του στη διεξαγωγή εθνικών ερευνών και η διερεύνηση πρακτικών σε επίπεδο οικογένειας για την κατανόηση των παραγόντων που δρουν ανασταλτικά στην οικοδόμησή του και στην πλήρη εξέλιξή του, αποτελούν ουσιαστικά πεδία δράσης (Abrams, Klass & Dreyer, 2009β).

1.6. Κοινωνικές Προεκτάσεις του Εγγραμματισμού Υγείας

Η τεκμηρίωση της σημαντικότητας του εγγραμματισμού υγείας έχει επαναλαμβανόμενα και μέσω διαφορετικών οδών πραγματοποιηθεί. Στατιστικά, φαίνεται να δρα ως ανεξάρτητος παράγοντας επίδρασης στην υγεία του ατόμου. Είναι εντυπωσιακό, εάν αναλογιστούμε ότι από επιδημιολογική άποψη ο κίνδυνος θνησιμότητας λόγω χαμηλού εγγραμματισμού υγείας είναι σχεδόν ίδιος με την επίδραση των χρόνιων ασθενειών ακόμα και όταν ελεγχθεί η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση, το εισόδημα, η κατάσταση και οι συμπεριφορές υγείας (PwC, 2011). Στη βιβλιογραφία, η επίδραση του εγγραμματισμού υγείας παρατηρείται και διερευνάται σε πολλαπλά επίπεδα. Ιδιαίτερα χρήσιμο προς την κατανόηση της συσχέτισης αυτής είναι το μοντέλο του Nutbeam, 2008), το οποίο περιγράφει τον εγγραμματισμό υγείας ως χρησιμότητα, χαρακτηριστικό και πλεονέκτημα του ατόμου.



Σχήμα 1.2. Εννοιολογικό μοντέλο του εγγραμματισμού υγείας ως πλεονέκτημα (Nutbeam, 2008)

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η βελτίωση του εγγραμματισμού υγείας συνεπάγεται αλλαγές σε τρία επίπεδα. Το πρώτο αφορά στο άτομο και αναφέρεται σε αλλαγές συμπεριφορών και πρακτικών υγείας. Η διερεύνηση της ύπαρξης ή μη επίδρασης του εγγραμματισμού υγείας στις αποφάσεις και πρακτικές υγείας των ατόμων έχει πραγματοποιηθεί κυρίως σε ενήλικο πληθυσμό. Για τις ανάγκες της αποτύπωσης πληρέστερης εικόνας θα αναφερθούν συνοπτικά κάποια δεδομένα ερευνών και βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων.

Σε βιβλιογραφική ανασκόπηση, η οποία δημοσιεύτηκε το 2004 (Berkman et al., 2004), διερευνάται η συσχέτιση του γενικού εγγραμματισμού με παραμέτρους υγείας. Ωστόσο, εντάσσεται στο παρόν κεφάλαιο διότι οι έρευνες που συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση πραγματοποιήθηκαν και με εργαλεία αξιολόγησης εγγραμματισμού υγείας, μολονότι αυτά επικεντρώνουν κυρίως στην αξιολόγηση της αναγνωστικής ικανότητας των ατόμων. Ο βαθμός εγγραμματισμού σχετίζεται με θέματα γνώσεων για την υγεία καθώς και με τη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Ενδεικτικά, αναφέρονται η εκτέλεση μαστογραφιών,

εξετάσεις για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, θέματα παιδικής υγείας και φροντίδας και δηλώσεων συγκατάθεσης. Υψηλά επίπεδα εγγραμματισμού συνδέονται με καλύτερη γνώση επί των θεμάτων που σχετίζονται με τη χρήση αυτών των υπηρεσιών, άτομα με χαμηλό εγγραμματισμό είναι πιθανότερο να υπολείπονται σε πρακτικές προληπτικού ελέγχου όπως η μαστογραφία, το τεστ Παπανικολάου και η συμμετοχή σε αντιγριπικό εμβολιασμό (Scott, Gazmararian, Williams & Baker, 2002). Επίσης, φάνηκε ότι ο εγγραμματισμός συνδέεται θετικά με τη γνώση όσον αφορά το κάπνισμα, την αντισύλληψη, τον HIV, τον σακχαρώδη διαβήτη. Περισσότερες είναι επίσης οι πιθανότητες εισαγωγής και νοσηλείας στα άτομα χαμηλού εγγραμματισμού καθώς, και η ύπαρξη δυσκολιών σχετικά με τη συμμόρφωση στη θεραπεία και τη σωστή χορήγηση των απαιτούμενων φαρμάκων (Dewalt et al., 2004). Σύμφωνα με την IALSS (Canadian Council on Learning, 2007), όσο μεγαλύτερος ο βαθμός εγγραμματισμού υγείας τόσο καλύτερη η κατάσταση υγείας του ατόμου. Άτομα με χαμηλό εγγραμματισμό είναι 2,5 φορές πιθανότερο να έχουν φτωχή σωματική ή ψυχική κατάσταση υγείας. Έλεγχος προβλημάτων όπως αντιπηκτική αγωγή, συμμόρφωση με πρωτόκολλα, ό έλεγχος του διαβήτη φαίνεται ότι είναι παρουσιάζουν δυσκολίες για άτομα με χαμηλές δεξιότητες εγγραμματισμού υγείας, ενώ παράλληλα, τίθεται ζήτημα του εγγραμματισμού υγείας ως συνδεδετικού κρίκου μεταξύ της εμφάνισης χρόνιων ασθενειών και αλλαγής τρόπου ζωής. Τόσο η εκπαίδευση όσο και ο εγγραμματισμός υγείας σχετίζονται και με άλλα αποτελέσματα τα οποία επηρεάζουν την υγεία με έμμεσο τρόπο. Η εισοδηματική κοινωνική υποστήριξη είναι συχνότερη στα άτομα αυτά, γεγονός το οποίο μπορεί να σημαίνει ότι χαμηλό επίπεδο εγγραμματισμού υγείας μπορεί να περιορίσει την ικανότητα των ανθρώπων να εξασφαλίζουν απασχόληση και επαρκές εισόδημα. Ωστόσο, και μετά την κατάργηση των μεταβλητών αυτών ήταν επίσης 2,5 φορές λιγότερο πιθανό να έχουν συμμετάσχει σε ζητήματα κοινότητας ή να έχουν κάποιου είδους εθελοντική δραστηριότητα αν και αναγνωρίζεται ότι η ενασχόληση με τα ζητήματα της κοινότητας που ανήκει το άτομο αποτελεί έναν ακόμη καθοριστικό παράγοντα υγείας (Canadian Council on Learning, 2008 ·Galabuzi, 2004 ·Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008).

Η επικαιροποίηση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης του 2004, η οποία αναφέρθηκε παραπάνω, καταδεικνύει επίσης διαφοροποίηση στη χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, όπως η χρήση της μονάδας επειγόντων, η συχνότερη νοσηλεία, αλλά και η εκτέλεση προληπτικών εξετάσεων, όπως η μαστογραφία και ο αντιγριπικός εμβολιασμός (Berkman et al., 2011). Η συσχέτιση του χαμηλού επιπέδου εγγραμματισμού υγείας με την εκτέλεση μαστογραφιών από τις γυναίκες καθώς και το βαθμό σωματικής άσκησης και τη χρήση καπνού αλλά και με τις αντιλήψεις σχετικά με τη συσχέτιση της κοινωνικής θέσης με το βαθμό του ελέγχου που ασκείται σε ζητήματα υγείας τεκμηριώνεται ερευνητικά και σε μεταγενέστερες

έρευνες (Fernandez, Larson & Zikmund-Fisher, 2016). Ένα επιπλέον ζήτημα που συσχετίζεται σημαντικά με τον εγγραμματισμό υγείας είναι η κατανόηση του σωστού τρόπου χρήσης των σκευασμάτων, τόσο όσον αφορά τη δοσολογία όσο και την οδό χορήγησης. Επιπροσθέτως, παρουσιάζουν αδυναμία ερμηνείας των ετικετών των φαρμάκων καθώς και των μηνυμάτων υγείας. Η χρήση ακατάλληλων δοσομετρητών και η αδυναμία κατανόησης του σωστού τρόπου προετοιμασίας των σκευασμάτων αποτελεί πρόβλημα και μεταξύ των γονέων. Μεταξύ των ηλικιωμένων, αυτά τα προβλήματα αντικατοπτρίζονται στην κακή κατάσταση υγείας και στα ποσοστά θνησιμότητας, αν και σε μεγάλης ηλικίας άτομα δεν παρατηρούνται συσχετισμοί μεταξύ εγγραμματισμού υγείας και συνηθειών όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση ζώνης στην οδήγηση ή ο δείκτης μάζας σώματος (Wolf, Gazmararian & Baker, 2007).

Με βάση τα υπάρχοντα στοιχεία, ο χαμηλός εγγραμματισμός υγείας μπορεί να εξηγήσει επαρκώς ή εν μέρει θέματα φυλετικών ανισοτήτων όσον αφορά την έκβαση υγείας (Berkman Sheridan, Donahue, Halpern & Crotty, 2011). Σε πρώτες μελέτες επίσης υπάρχει συσχετισμός με αυξημένα κόστη υγείας και άλλες διακρίσεις, μολονότι, κατά τους συγγραφείς δε θεωρείται επαρκώς τεκμηριωμένο, λόγω του ελάχιστου αριθμού ερευνών στο πεδίο αυτό. Ωστόσο, κατά τους Eichler, Wieser & Brügger (2009) ο χαμηλός εγγραμματισμός υγείας επιφέρει, σε επίπεδο συστήματος, ένα πρόσθετο κόστος της τάξεως του 3-5%. Αναγνωρίζεται ότι η οικονομική επίπτωση μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι μειονεκτούσες ομάδες ατόμων λόγω του χαμηλού εγγραμματισμού υγείας τους καθίστανται ευάλωτες σε μια σειρά αρνητικών επιπτώσεων υγείας. Η οικονομική επιβάρυνση λόγω της αναποτελεσματικής χρήσης των υπηρεσιών υγείας ή η μη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές, οι χρόνιες νόσοι, τα ατυχήματα ή και νόσοι που μπορούν να αποφευχθούν μέσω πρόληψης επιφέρουν οικονομική επιβάρυνση τόσο άμεσα όσο και έμμεσα μέσω των χαμένων παραγωγικών ωρών (Canadian Council on Learning 2008·PwC, 2011).

Αλλά και σε επίπεδο ατόμου παρουσιάζεται αύξηση στα έξοδα που αφορούν την υγεία σε σχέση με τον εγγραμματισμό υγείας τους. Ακόμα ο αυτοαναφερόμενος ως χαμηλός εγγραμματισμός υγείας, παρουσιάζει σημαντική και ανεξάρτητη συσχέτιση με προβληματική ψυχική και σωματική κατάσταση υγείας σε Ιάπωνες ενήλικες, αφού ελεγχθούν παράγοντες όπως ηλικία, φύλο εισόδημα, μόρφωση, κάπνισμα και χρήση αλκοόλ και χρόνια νοσήματα (Tokuda et al., 2009). Οι von Wagner et al.(2007) σε έρευνα που διεξήγαν μεταξύ Βρετανών, συμπέραναν ότι μετά τον έλεγχο των δημογραφικών στοιχείων, ο υψηλότερος εγγραμματισμός υγείας συνδέεται με θετική άποψη του ατόμου σχετικά με την υγεία του καθώς και με θετικές συμπεριφορές προαγωγής όπως η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και τη μη χρήση καπνού, ενώ ο χαμηλότερος εγγραμματισμός υγείας συνδέεται επίσης με αυτοαναφερόμενη

χαμηλή σωματική και ψυχική λειτουργικότητα από άτομα γενικού πληθυσμού αφού έχουν ελεγχθεί τα αποτελέσματα με βάση τα κοινωνικοδημογραφικά, τις ριψοκίνδυνες συμπεριφορές και την ύπαρξη ή μη χρόνιων νοσημάτων (Wolf, Gazmararian, Baker, 2005). Ο ανεπαρκής εγγραμματισμός υγείας μπορεί να λειτουργήσει ως ανάχωμα στη συμμετοχή των ατόμων στη φροντίδα υγείας τους. Φαίνεται ότι μπορεί να επηρεάσει τη συμμετοχή τους σε αποφάσεις υγείας, την εύρεση πληροφοριών υγείας την κατανόηση και την επικοινωνία με τον θεράποντα καθώς και την επιθυμία συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα υγείας τους και την προεγχειρητική φροντίδα (Ishikawa & Yano, 2008).

Ακόμη, χαμηλός εγγραμματισμός υγείας συνδέεται με διαφορές στην έκβαση του άσθματος σε διαχρονική επισκόπηση. Η συσχέτιση είναι άμεση αλλά και έμμεση μέσω επιδράσεων σε άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές όπως η γνώση για την ασθένεια και η αυτοδιαχείρισή της (Mancuso & Rincon, 2006). Αναφέρεται επίσης ότι ο εγγραμματισμός υγείας αποτελεί διαμεσολαβητικό παράγοντα μεταξύ της ηλικίας και της κατάστασης υγείας σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Με υψηλότερο εγγραμματισμό υγείας η κατάσταση υγείας παρουσιάζεται βελτιωμένη κατά 41%. Ο βαθμός του εγγραμματισμού υγείας έχει επιπλέον μετρήσιμα αποτελέσματα σε επίπεδο πληθυσμού, εφόσον φαίνεται ότι σχετίζεται με την εμφάνιση αρθρίτιδας, διαβήτη υπέρταση υπερκατανάλωσης αλκοόλ στρες και άσθμα όπως διαπιστώνεται στην κατανομή των ασθενειών αυτών σε συγκεκριμένες επαρχίες του Καναδά (Canadian Council on Learning). Σε μεταγενέστερη βιβλιογραφική ανασκόπηση, διαπιστώνεται σταθερή συσχέτιση μεταξύ χαμηλού εγγραμματισμού υγείας και ελλιπούς γνώσης σχετικά με ασθένειες όπως αναπνευστικά νοσήματα, διαβήτη καθώς και συσχέτιση με την χαμηλή αυτο-αποτελεσματικότητα σε σχέση με τα καρδιολογικά νοσήματα όπως ανεπάρκεια, υπέρταση, εγκεφαλικά επεισόδια, διαβήτη όπως και με ανασταλτικές πεποιθήσεις και συναισθήματα όπως είναι φόβος στην περίπτωση αναπνευστικών, καρδιολογικών και μυοσκελετικών ασθενειών (Mackey et al., 2016). Παρεμβάσεις υπό μορφή προγραμμάτων σε νέους με προδιαβήτη διαπιστώνουν σημαντική βελτίωση της διατροφικής συμπεριφοράς και μείωση της παχυσαρκίας και αύξηση της σωματικής άσκησης (Cha et al., 2014). Κάποιες μελέτες δεν καταλήγουν σε σημαντικό συσχετισμό μεταξύ επίπεδου εγγραμματισμού υγείας και ανθυγιεινών συμπεριφορών όπως κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, χρήση ζώνης κατά την οδήγηση (Wolf, Gazmararian & Baker, 2007). Όπως αναφέρεται, η ανεπάρκεια του αριθμού των ερευνών, η διαφορά στη μεθοδολογική προσέγγιση η οποία μπορεί να μην είναι στον απαιτούμενο βαθμό επαρκής, είτε να είναι πολύ αυστηρή, καθώς και ο διαφορετικός τρόπος μέτρησης του εγγραμματισμού υγείας μπορεί να δημιουργεί διαφορές και πρόβλημα, στην ακριβή και πιθανά περισσότερο εκτεταμένη συσχέτιση, μειώνοντας πιθανά την ρεαλιστική αποτύπωση του ρόλου του εγγραμματισμού

υγείας (Berkman et al., 2004· Berkman et al., 2011). Η έλλειψη δημοσιευμένων μελετών και οι διαφορές στις έρευνες όσον αφορά τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση και οι πληθυσμοί-στόχοι και ο τρόπος εκτίμησης των αποτελεσμάτων αναγνωρίζεται ως πρόβλημα και σε νεότερες μελέτες (Lorini et al., 2018).

Η διερεύνηση σε πληθυσμούς συγκεκριμένων ηλικιακών ομάδων δεν επιτρέπει να συναχθούν ασφαλή συμπεράσματα για άλλες ομάδες, όπως είναι οι έφηβοι. Εγγύτερα στην ηλικιακή ομάδα που αναφερόμαστε, και σε επίπεδο Ελλάδας, θεωρούμε ότι είναι η έρευνα των Vozikis, Drivas & Milioris (2014) σύμφωνα με την οποία η «εγγραμματοσύνη υγείας» των συμμετεχόντων στην έρευνα φοιτητών σε ελληνικά πανεπιστήμια έδειξε συσχέτιση με τις συμπεριφορές υγείας τους όπως κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ και σωματική άσκηση. Μία επιπλέον έρευνα, η οποία συσχετίζει το επίπεδο της «εγγραμματοσύνης υγείας» με τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας ατόμων ηλικίας 18-25 ετών δεν καταγράφει συσχέτιση (Γλεντή, 2017).

Σε θεωρητικό επίπεδο και βασιζόμενοι στα εννοιολογικά μοντέλα που παρατέθηκαν μπορούν να γίνουν οι παρακάτω παρατηρήσεις. Ο εγγραμματισμός υγείας επιτρέπει στα άτομα να είναι πληροφορημένα, να μπορούν να λειτουργούν σε διαφορετικά περιβάλλοντα υγείας ως εξασκημένοι καταναλωτές. Τους επιτρέπει επιπλέον να έχουν κριτική σκέψη, να συμμορφώνονται ως ασθενείς, να διαθέτουν γνώση, και δεξιότητες διατήρησης της προσωπικής τους υγείας. Τους δίνει τη δυνατότητα να μπορούν να μεταφέρουν την πληροφορία σε διαφορετικό πλαίσιο όταν χρειαστεί και να λάβουν τις αποφάσεις τους και κατά συνέπεια να δημιουργήσουν τους δικούς τους στόχους υγείας όπως η υπεύθυνη συμπεριφορά απέναντι στο αλκοόλ ή η συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες ή επιπροσθέτως να χειριστούν με καλύτερο και αποτελεσματικότερο τρόπο πιθανές χρόνιες παθήσεις.

Υπάρχουν ακόμα έρευνες οι οποίες συσχετίζουν τον εγγραμματισμό και τον εγγραμματισμό υγείας των παιδιών αλλά και των γονέων τους με συμπεριφορές. Οι DeWalt και Hink (2009) πραγματοποιούν βιβλιογραφική ανασκόπηση με θέμα τον εγγραμματισμό υγείας σε παιδιά και γονείς ή κηδεμόνες και τη συσχέτισή του με αποτελέσματα υγείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους, ο εγγραμματισμός υγείας έχει σημαντική συσχέτιση με τη γνώση που αφορά τις συμπεριφορές, τη χρήση υπηρεσιών και τα αποτελέσματα υγείας τους. Ενδεικτικά, αναφέρουμε τη γνώση σχετικά με τον τρόπο υπολογισμού δοσολογίας υγρών φαρμάκων, τις δηλώσεις συγκατάθεσης σχετικά με συμμετοχές σε ερευνητικές μελέτες, το άσθμα και την κατανόηση εντύπων που αφορούν θέματα εμβολιασμού για την πολιομυελίτιδα. Παράλληλα, παιδιά που υποφέρουν από άσθμα έχουν μεγαλύτερες

πιθανότητες να νοσηλεύονται πιο συχνά συγκριτικά με αυτά των οποίων οι γονείς έχουν υψηλότερο επίπεδο εγγραμματισμού υγείας, ενώ τα διαβητικά παιδιά με χαμηλό εγγραμματισμού μητέρες δεν παρουσιάζουν καλό έλεγχο σακχάρου. Οι Sanders et al. (2009) διαπιστώνουν συσχέτιση με την πρόσβαση σε πρωτοβάθμια παιδιατρική φροντίδα και την κάλυψη των ασφαλιστικών αναγκών του παιδιού τους, όχι πλήρη κάλυψη των αναγκών υγείας του και συχνότερη επίσκεψη σε επείγοντα. Αναφέρουν επίσης τη συσχέτιση με την πρόληψη ατυχημάτων και τη διαβίωση σε μη πλήρως ελεγχόμενες για την ασφάλειά τους οικίες ή για την ανεπάρκεια στη διαχείριση συνηθισμένων επειγόντων περιστατικών. Επιπλέον, ζητήματα σωστής διατροφής, λανθασμένης αντίληψης για το υγιές σωματικό βάρος, η χρήση καπνού παρουσία παιδιών, σχετίζονται με τον εγγραμματισμό των γονέων. Τέλος, όσον αφορά τις συμπεριφορές των εφήβων, αναφέρουν συσχέτιση με τη χρήση ουσιών και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Προβλήματα συμπεριφοράς και η χρήση ουσιών συσχετίζονται με θέματα εγγραμματισμού των παιδιών. Νέοι προερχόμενοι από υποβαθμισμένες εισοδηματικά περιοχές, με χαμηλότερο από το αναμενόμενο επίπεδο ανάγνωσης τουλάχιστον κατά δύο βαθμούς, φέρονται ως περισσότερο πιθανό να φέρουν όπλο στο σχολείο, να απουσιάσουν από αυτό επειδή δεν το θεωρούν ασφαλές ή να εμπλακούν σε διαμάχη εξαιτίας της οποίας θα χρειαστούν ιατρική φροντίδα, συγκριτικά με παιδιά τα οποία είναι στο αναμενόμενο επίπεδο (Davis et al., 1999). Γενικότερα, συμπεραίνεται ότι εγγραμματισμός χαμηλότερος του μέσου συσχετίζεται με περισσότερο ριψοκίνδυνες ή και επιθετικές συμπεριφορές (DeWalt και Hink, 2009). Σε πρόσφατη μελέτη των Park et al. (2017), διερευνήθηκε η ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ εγγραμματισμού υγείας και συμπεριφορών υγείας σε 250 μαθητές με μέσο όρο ηλικίας τα 14 έτη. Για τη μέτρηση του εγγραμματισμού χρησιμοποιήθηκαν τρία εργαλεία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας ο χαμηλότερος εγγραμματισμός υγείας συσχετίστηκε με αυτοαναφερόμενα χαμηλό επίπεδο γενικής υγείας, κακής ποιότητας διατροφή και κατανάλωση ενεργειακών ροφημάτων, αυξημένο βάρος καθώς και μεγαλύτερου βαθμού σεξουαλική δραστηριότητα και προβληματική συμπεριφορά όπως συχνότητα αδικαιολόγητων απουσιών ή προβλήματα με τη διεύθυνση του σχολείου. Οι περισσότερες από αυτές τις συσχετίσεις παρέμειναν και μετά τη διόρθωση και τον έλεγχο των δημογραφικών. Σε άλλη μελέτη, διερευνάται η συσχέτιση του εγγραμματισμού υγείας με την κατάσταση υγείας και έκφραση συμπεριφορών προαγωγής υγείας σε δείγμα 1601 μαθητών. Τα συμπεράσματα από την έρευνα αναφέρουν σημαντική συσχέτιση του επιπέδου του εγγραμματισμού υγείας με την ποιότητα της υγείας που αναφέρουν οι μαθητές. Τα παιδιά με χαμηλό επίπεδο εγγραμματισμού υγείας θεωρούν ότι δεν έχουν καλή υγεία. Επιπλέον, αναφέρουν κακές διατροφικές συνήθειες και

προβληματικές διαπροσωπικές σχέσεις (Chang, 2010). Για κάποιες ομάδες νέων όπως αυτοί που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, ο εγγραμματισμός υγείας είναι σημαντικός επειδή ο βαθμός του παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση με τη γνώση και τις απαιτούμενες πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια, γεγονός το οποίο μπορεί να επηρεάσει θετικά τη λήψη σχετικών αποφάσεων (Trout, Hoffman, Epstein, Nelson & Thompson, 2014). Η λήψη σωστών αποφάσεων, η σωστή χρήση του συστήματος υγείας και η αποτελεσματική, ανεμπόδιστη εξαιτίας προσωπικών ελλείψεων επικοινωνία με τους παρόχους υγείας επισημαίνεται ως όφελος και αποτέλεσμα του εγγραμματισμού υγείας σε εφήβους (Prelip et.al, 2012). Μέσω του εγγραμματισμού υγείας, οι έφηβοι αυξάνουν την ικανότητά τους να θέσουν και να υποστηρίξουν προσωπικούς στόχους υγείας, όπως η υπεύθυνη συμπεριφορά απέναντι στο αλκοόλ ή η συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες (Wharf Higgins, Begoray & Macdonald, 2009).

Ενδεικτικότερα, φαίνεται να είναι τα αποτελέσματα παρεμβάσεων που έχουν πραγματοποιηθεί σε εφήβους στις συμπεριφορές υγείας τους. Πρόγραμμα παρέμβασης σε παιδιά μειονοτήτων ηλικίας 6-14 ετών, με τη μορφή σχολείου του Σαββάτου, σχετικά με το άσθμα κατέδειξε ότι βελτιωμένος γραμματισμός μπορεί να επιφέρει βελτίωση του βαθμού αυτο-αποτελεσματικότητας και αυτοπεποίθησης στη διαχείριση θεμάτων υγείας, με χαμηλότερης συχνότητας νοσηλεία και επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων, το οποίο στη συνέχεια, μπορεί να οδηγήσει όχι μόνο σε βελτίωση της υγείας του ατόμου αλλά και στη βελτίωση της ακαδημαϊκής του επίδοσης. Οι ερευνητές εκφράζουν την άποψη ότι η επίδραση συνδυαστικών προγραμμάτων εγγραμματισμού και αγωγής υγείας αξίζει να μελετηθεί ως προς τα οφέλη που μπορεί να επιφέρει (Robinson et al., 2008). Το πρόγραμμα σπουδών των Diamond, Saintonge, August & Azrack (2011) *BuildingWellness*TM το οποίο απευθύνθηκε σε μαθητές χαμηλού κοινωνικοοικονομικού εισοδήματος 3ης-8ης βαθμίδας σχολείου διάρκειας 6 ετών, σκοπό είχε να προετοιμάσει τα παιδιά ώστε να είναι ενεργοί και μορφωμένοι συμμετέχοντες στα ζητήματα υγείας τους. Θεματικές του προγράμματος αφορούσαν το άσθμα, την παχυσαρκία, τα ατυχήματα και τη χρήση ουσιών των οποίων το περιεχόμενο λάμβανε υπόψη τις ανάγκες του πληθυσμού. Σύμφωνα με τη δημοσίευση, τα άμεσα αποτελέσματα, μετά την εφαρμογή μέρους των προγραμμάτων έδειξαν μεγαλύτερο βαθμό γνώσης, βελτίωση στις συμπεριφορές υγείας καθώς και αυξημένο ενδιαφέρον για θέματα υγείας ενώ οι μαθητές εμφάνιζαν μεγαλύτερη αυτο-αποτελεσματικότητα και αυτοπεποίθηση όταν έπρεπε να χειριστούν θέματα υγείας. Όπως ανέφεραν οι εκπαιδευτές και όπως δήλωναν οι συμμετέχοντες πραγματοποιούσαν έλεγχο των ετικετών διατροφής, πλύσιμο χεριών πριν το φαγητό και μεγαλύτερη αλληλεπίδραση με το γιατρό στα ιατρικά ραντεβού (Diamond et al., 2011). Πρόσφατη μελέτη παρουσιάζει τα αποτελέσματα διαιτητικής παρέμβασης σε παιδιά ηλικίας 12-14 ετών, με θέμα τη γνώση, την

επίγνωση και τη συμπεριφορά σχετικά με τη χρήση αλκοόλ και στην οποία πραγματοποιείται σύγκριση συμπεριφορών μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ελέγχου. Μετά τη διεξαγωγή τριών ενδιάμεσων ερευνών που σκοπό είχαν τη διερεύνηση της αλλαγής με την πάροδο του χρόνου και για χρονικό διάστημα 16-18 μηνών, καταδείχθηκε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική καθυστέρηση στην έναρξη κατανάλωσης αλκοόλ, στη συχνότητα για αυτούς που ήδη κατανάλωναν αλλά και στη γνώση σχετικά με το αλκοόλ και τις επιπτώσεις του (Lynch, Dawson & Worth, 2014). Αποτελεσματικό υπήρξε και πρόγραμμα στο οποίο με τη συνδρομή των νέων τεχνολογιών αναπτύχθηκε εφαρμογή ειδικά για άτομα σε στάδιο προδιαβήτη και τα οποία βελτίωσαν τις διατροφικές συμπεριφορές τους και τη στάση τους σχετικά με την προσπάθεια επίτευξης χαμηλού Δείκτη Μάζας Σώματος (Cha et al., 2014a). Γενικότερα, φαίνεται ενός διττού τύπου αποτέλεσμα, τόσο στην εκτίμηση κατάστασης υγείας στο σήμερα του εφήβου, όσο και ένα μακροπρόθεσμο που σχετίζεται με τις συμπεριφορές προαγωγής υγείας του και των οποίων η εμφάνιση των αποτελεσμάτων έπεται.

Σύμφωνα με το μοντέλο του Nutbeam, όπως αυτό παρατέθηκε παραπάνω, ο εγγραμματισμός υγείας ξεπερνά τα όρια του ατόμου και διευκολύνει την ανάμειξη σε κοινωνικές δράσεις που αφορούν την υγεία καθώς και τη συμμετοχή στην αλλαγή των κοινωνικών πρακτικών και πεποιθήσεων. Αφορά την κατανόηση του εαυτού αλλά και την κατανόηση του κόσμου (Paakkari & Paakkari, 2012). Ο εγγραμματισμός υγείας έχει ως αποτέλεσμα την ματιά στον κόσμο μέσα από το σωστό πρίσμα. Ανεπαρκής γνώση και δεξιότητες εγγραμματισμού μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την εδραίωση διακρίσεων απέναντι σε κάποιες κοινωνικές ομάδες επί παραδείγματι τα άτομα που φέρουν τον HIV. Μυθικές διαστάσεις φαίνεται να δίνουν στον ιό μαθητές στην Κιργιζία, γεγονός το οποίο δεν τους επιτρέπει, παρά τη συμπάθεια που εκφράζουν, να ξεπεράσουν το φόβο τους απέναντι στα οροθετικά άτομα με αποτέλεσμα το στίγμα και τον κοινωνικό αποκλεισμό τους (Government of the Kyrgyz Republic & UNICEF, 2009).

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται επιπλέον περιπτώσεις, κυρίως με τη μορφή της αφήγησης ιστοριών, σύμφωνα με τις οποίες οι επιπτώσεις του χαμηλού γραμματισμού υγείας υποδεικνύουν ότι η εστίαση στη βελτίωσή του μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην κοινωνική ένταξη των ατόμων και την ορθή χρησιμοποίηση του συστήματος υγείας όπως επίσης να αποδειχθεί και παράγοντας δέσμευσης σε ευρύτερα ωφέλιμες κοινωνικά συμπεριφορές (Medibank, 2011). Το ζήτημα των κοινωνικών διακρίσεων και των ανισοτήτων στην υγεία συνδέεται στενά με τον εγγραμματισμό στην υγεία. Κάποια μοντέλα, τα οποία προέρχονται κυρίως από τον ιατρικό τομέα, εστιάζουν στην περιγραφή και διασύνδεση πιθανών οδών μέσω των οποίων ο εγγραμματισμός υγείας οδηγεί σε ανισότητες. Θεωρείται ότι λειτουργεί διαμεσολαβητικά

μεταξύ κοινωνικοδημογραφικών και βιολογικών (νευροφυσιολογικών) χαρακτηριστικών από τη μία πλευρά και χαρακτηριστικών παραγόντων υγείας από την άλλη. Ως παράγοντες υγείας θεωρούνται πεδία τα οποία αφορούν τη χρήση του συστήματος υγείας και είναι η πρόσβαση και η χρήση υπηρεσιών υγείας, την επικοινωνία μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς και τέλος, ζητήματα που σχετίζονται με τη δυνατότητα προσωπικής φροντίδας υγείας. Οι παράγοντες αυτοί αποτελούν προϊόν συνεπίδρασης προσωπικών και συστηματικών παραγόντων (Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

Κατά τους Rootman & Ronson (2005), ο εγγραμματισμός υγείας λειτουργεί ως ενδιάμεσος παράγοντας μαζί με τον γενικό εγγραμματισμό, μεταξύ των ενεργειών και των προσδιοριστών υγείας από τη μια πλευρά και της κατάστασης υγείας και ποιότητας ζωής από την άλλη. Ατομικοί και κοινωνικοί παράγοντες δρουν ως μεταβλητές ελέγχου του εγγραμματισμού στην υγεία, ο οποίος στη συνέχεια, επηρεάζοντας το βαθμό της γνώσης όσον αφορά τη φροντίδα του εαυτού, τις πρακτικές ανθυγιεινών συμπεριφορών, το βαθμό πρόληψης και τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή θα επιδράσει στα αποτελέσματα υγείας και στη συχνότητα χρήσης ακριβών υπηρεσιών υγείας (Lee, Arozullah & Cho, 2004). Σύμφωνα με το μοντέλο της Pawlak (2005) τα προσωπικά χαρακτηριστικά, σε συνδυασμό με τα χαρακτηριστικά του συστήματος, διαμορφώνουν τον εγγραμματισμό υγείας του ατόμου, ο οποίος στη συνέχεια επηρεάζει αποτελέσματα υγείας όπως την προσβάσιμη και κατάλληλη φροντίδα υγείας, τις γενικές προφυλάξεις, την επικοινωνία μεταξύ επαγγελματία υγείας και ατόμου, την ενημερωμένη κατανάλωση και τη συμμόρφωση με τη θεραπεία και μέσω αυτών τις ανισότητες στον τομέα της υγείας (Ferguson & Pawlak, 2011), καταδεικνύοντας με αυτό και σημεία παρέμβασης.

Η ισότιμη ποιότητα και η σύμφωνη με τις ανάγκες και την κατάσταση του ατόμου, παροχή υγείας ανεξαρτήτως χαρακτηριστικών φύλου, φυλής, εισοδήματος, μόρφωσης, γεωγραφικής θέσης διαβίωσης και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου αποτελεί επίκεντρο των διακρίσεων και είναι ζητούμενο των σύγχρονων κοινωνιών. Σε πολλές περιπτώσεις, το σύστημα υγείας δε δίνει την απαιτούμενη σημασία στα άτομα με χαμηλό εγγραμματισμό υγείας όντας άνευ λόγου δομημένο με τέτοιο τρόπο ώστε να θέτει περιπλοκότητες, ενώ οι φορείς χάραξης πολιτικών δε λαμβάνουν υπόψη αυτούς που έχουν περισσότερο ανάγκη να ευνοηθούν, συνθήκη η οποία αποτελεί θεμελιώδη αδικία του συστήματος (Vollandes & Paasche-Orlow, 2007). Παράλληλα, και παρότι οι παράγοντες που καθορίζουν την κοινωνικοοικονομική θέση του ατόμου βελτιώνονται σταθερά με μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού του δυτικού κόσμου να έχει πρόσβαση στην εκπαίδευση και οι χειρωνακτικές εργασίες να έχουν μειωθεί άρα και κατά συνέπεια είναι αναμενόμενη και η βελτίωση του οικονομικού επιπέδου. Εν τούτοις, αυτό δεν ισχύει και οι κοινωνικές ανισότητες και οι επιπτώσεις τους στην υγεία διερύνονται (Graham &

Kelly, 2004). Ο εγγραμματισμός υγείας συνδέεται εγγενώς με το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο του ατόμου και είναι σημαντικός διαμεσολαβητικός παράγοντας των κοινωνικών προσδιοριστών υγείας. Υπ' αυτή την έννοια, παρεμβάσεις και πρακτικές στον τομέα του εγγραμματισμού υγείας συμβάλλουν στη μείωση των ανισοτήτων, γεγονός που προάγει την ισότητα και την κοινωνική δικαιοσύνη (Logan et al., 2015).

Η συσχέτιση του εγγραμματισμού υγείας με ζητήματα περιορισμού των ανισοτήτων υγείας δε σταματά εδώ. Αναφέρεται επιπλέον ότι αυτού του τύπου ο εγγραμματισμός αφορά τα δικαιώματα, την πρόσβαση και τη διαφάνεια. Είναι ένας τρόπος άσκησης της ιδιότητας του πολίτη σε θέματα υγείας, όπου οι πολίτες αναλαμβάνουν προσωπική ευθύνη για την υγεία τους ενώ ταυτόχρονα, συμμετέχουν σε κοινωνικοπολιτικές διαδικασίες για να αντιμετωπίσουν τις ανισότητες στην υγεία και στην πρόσβαση (Kickbush, 2009). Κατά συνέπεια, οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση του εγγραμματισμού υγείας αποτελούν βιώσιμες εναλλακτικές λύσεις, μεταξύ άλλων τεκμηριωμένων με ενδείξεις στρατηγικών, για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αντιξοοτήτων και των περιβαλλοντικών προσδιοριστών υγείας και θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στην αξιολόγηση των δράσεων αντιμετώπισης των ανισοτήτων υγείας. Ερευνητικό ενδιαφέρον υπάρχει για τον τρόπο με τον οποίο τα λιγότερο ευνοημένα άτομα, με τις λιγότερο ανεπτυγμένες δεξιότητες εγγραμματισμού, συναλλάσσονται με τις πληροφορίες υγείας και για το είδος των παρεμβάσεων που προτείνουν σε μία κατεύθυνση αλλαγών (Quigley & Doris, 2002).

Η συνείδηση όμως της πραγματικότητας της συσχέτισης συναντά την ιδιαίτερη αποτύπωσή της στην ανά τον κόσμο διαδικτυακή κοινότητα επαγγελματιών οι οποίοι σθεναρά υποστηρίζουν την ανάγκη συστημικής και κοινωνικής αλλαγής προς την καλυτέρευση των συνθηκών για τη διατήρηση και προαγωγή υγείας. Ενδιαφέρονται να προκαλέσουν αλλαγή στην εμπειρία από- και στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης, στη βελτίωση των εμπειριών από ασθένειες και αναπηρίες στην αλλαγή του τρόπου ζωής, στην αντιμετώπιση ανισοτήτων και στη διασπορά της γνώσης στην αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών υγείας στην πρόταση καινοτόμων παρεμβάσεων και σχεδιασμού πολιτικών (Sørensen, et al., 2018).

Γίνεται κατανοητό, πως ένα κοινό όφελος του εγγραμματισμού υγείας αφορά την κοινωνική ένταξη και την ανάγκη θεσμοθέτησης οικονομικών και κοινωνικών πολιτικών προς αυτή την κατεύθυνση, οι οποίες θα προσφέρουν τη δυνατότητα στα άτομα να γίνουν ενεργοί συμμετέχοντες στα ζητήματα υγείας τους και μέσα από τη διαδικασία αυτή τελικά θα αποδοθεί ως όφελος σε εθνικό επίπεδο. Η κατεύθυνση της βελτίωσης του εγγραμματισμού υγείας πρέπει να κινείται τόσο με την προοπτική της βελτίωσης των δεξιοτήτων του ατόμου όσο και με το να καθίστανται προσιτά τα συστήματα και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ατόμων (Parker &

Ratzan, 2010). Η ανάγκη ανταπόκρισης του συστήματος είναι σημαντική σε συνθήκες όπως αυτές των παιδιών των μεταναστών, τα οποία επιβαρύνονται επιπλέον από τα συστημικά οικονομικά προβλήματα, μπορεί είτε να μην έχουν πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, είτε να εξυπηρετούνται από άλλες δομές με πιθανή έκπτωση στην ποιότητα περίθαλψης λόγω έλλειψης πόρων, είτε να αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατανόησης λόγω της διαφοράς γλώσσας αλλά και των πολιτισμικών διαφορών (Mendoza, 2009).

Το ζήτημα του εγγραμματισμού υγείας και των επιδράσεών του αποκτά διαχρονική χροιά, όπως φαίνεται μέσα από την οπτική των Martin & Chen (2014), ως χαρακτηριστικό δηλαδή, το οποίο δομείται και κατά έναν τρόπο μεταβιβάζεται στη διάρκεια του βίου από γονέα σε παιδί. Αυτό κάποιες φορές μπορεί να λειτουργεί εξισοροποιητικά απέναντι σε άλλους παράγοντες επικινδυνότητας, όπως στην περίπτωση παιδιών μεταναστών τα οποία παρότι διαβιών σε συνθήκες φτώχειας, η υποστήριξη και οι θετικές συμπεριφορές υγείας της οικογένειας καθώς και αυτές του πολιτισμικού τους περιβάλλοντος έχουν ως αποτέλεσμα καλύτερη από την αναμενόμενη εκ των συνθηκών υγεία τους (Mendoza, 2009).

Συμπεραίνεται ότι ο εγγραμματισμός υγείας ως ένα ατομικό σύνολο ικανοτήτων επιτρέπει στο άτομο να αναζητήσει και να χρησιμοποιήσει πληροφορίες υγείας καθώς και ότι τα άτομα με υψηλό επίπεδο γνωρίζουν πώς να εμπλέκονται σε συμπεριφορές προαγωγής υγείας (Chang, 2010· Wagner et al., 2007).

1.7. Αξιολόγηση του εγγραμματισμού υγείας

Στους ενήλικες, το ενδιαφέρον για το βαθμό γνώσης και κατανόησης ιατρικών όρων και η προσπάθεια μέτρησής του προϋπήρξε της εισαγωγής της έννοιας του εγγραμματισμού υγείας στη βιβλιογραφία. Το ερευνητικό εργαλείο των Samora, Saunders & Larson (1961) μετρά το βαθμό κατανόησης κοινά χρησιμοποιούμενων ιατρικών όρων μέσα από τις προφορικές και ακουστικές δεξιότητες του ατόμου. Τριάντα χρόνια μετά, εμφανίζεται το πρώτο δημοφιλές εργαλείο μέτρησης το REALM (Davis et al., 1991), το οποίο επικεντρώνεται στην αναγνώριση και εκφορά 66 ιατρικών λέξεων σε καθορισμένο χρονικό διάστημα. Ακολούθησε μερικά χρόνια αργότερα (1995) το δεύτερο δημοφιλές εργαλείο TOFHLA, από τον Parker και τους συνεργάτες του, το οποίο μετρά δεξιότητες αναγνωστικής κατανόησης κειμένου με ιατρικό περιεχόμενο μέσω της συμπλήρωσης κενών καθώς και απλές υπολογιστικές δεξιότητες. Στην εθνικής εμβέλειας έρευνα για τον εγγραμματισμό που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική NAAL (2003) και αποτέλεσε σημείο αναφοράς (Kutner et al., 2006) ενσωματώθηκαν 28 ερευνητικά στοιχεία

που αφορούσαν την υγεία ενώ την επόμενη χρονιά χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα HALS (Rudd, Kirsch & Yamamoto, 2004α) που αποτελείται από 191 στοιχεία με σκοπό να αξιολογήσει αναγνωστικές και αριθμητικές δεξιότητες σε κείμενα και έγγραφα δραστηριότητες προαγωγής υγείας (60 στοιχεία) προστασίας υγείας 65, πρόληψης ασθενειών 18, φροντίδα υγείας και διατήρηση της 16, πλοήγηση στο σύστημα 32. Η ανάγκη αξιολόγησης του εγγραμματισμού υγείας στην κλινική πράξη όπου υπάρχει πίεση χρόνου οδήγησε τόσο στη δημιουργία σύντομων εκδοχών προηγούμενων εργαλείων όπως το REALM-R (Bass, Wilson & Griffith, 2003) και s-TOFHLA (Baker et al, 1999) όσο και στο σχεδιασμό νέων όπως των Chew, Bradley & Boyko (2004) το οποίο περιλαμβάνει τρεις ερωτήσεις και το Single Item Literacy Screener (Morris et al. 2006) με μία ερώτηση.

Η θεωρητική επέκταση της έννοιας και κατ' επέκταση η πληθώρα των λειτουργικών ορισμών και προσεγγίσεων είχε ως αποτέλεσμα το σχεδιασμό περαιτέρω εργαλείων. Οι Haun, Valerio, McCormack, Sørensen & Paasche-Orlow (2014) στην περιγραφική τους ανασκόπηση αναφέρουν τη δημιουργία 51 εργαλείων αξιολόγησης εγγραμματισμού υγείας στο χρονικό διάστημα 1999-2013. Πολλά καλύπτουν διαφορετικές ανάγκες μέτρησης, επί παραδείγματι στον αλλόγλωσσο πληθυσμό μιας χώρας, όπως το SALSHA για τους ισπανόφωνους (Lee, et al., 2006) και τις μεταφράσεις εργαλείων για αυτό τον σκοπό (Sarkar Schillinger, López & Sudore, 2011) ή τις ανάγκες πασχόντων από διάφορες ασθένειες όπως το LAD για τους διαβητικούς (Nath, Sylvester, Yasek et al., 2001), το ANQ (Apter et al., 2006) για την αξιολόγηση πασχόντων από άσθμα, το BEHKA-HIV αναφορικά με την αξιολόγηση γνώσεων σχετικά με τον HIV (Osborn et al., 2018), ή το SIRACT για τους καρκινοπαθείς (Agre, Stieglitz & Milstein, 2006). Οι Altin et al. (2014) πραγματοποιούν συστηματική ανασκόπηση γενικών εργαλείων μέτρησης από το 2009 και μετά, καταγράφοντας και αναλύοντας 17 εργαλεία. Στην ανασκόπησή τους οι Liu, et al. (2018) επικεντρώνονται στα εργαλεία αξιολόγησης του εγγραμματισμού υγείας στον γενικό πληθυσμό τα οποία περιορίζουν σε 10. Ένα εργαλείο το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στις μετρήσεις είναι το Newest Vital Sign [NVS](Weiss et al., 2005), το οποίο διερευνά τον εγγραμματισμό υγείας μέσα από τις πληροφορίες που παρουσιάζονται σε διατροφική ετικέτα παγωτού (Weiss, 2003). Τα εργαλεία αυτά διαφέρουν μεταξύ τους, αρχικά στον τρόπο που κατανοούν τον εγγραμματισμό υγείας, καθώς και στο λόγο για τον οποίο μετρούν τον εγγραμματισμό υγείας και κατά συνέπεια, στον τρόπο μέτρησης και στο πεδίο εφαρμογής τους.

Το ερευνητικό ενδιαφέρον που εκφράστηκε σχετικά με τον εγγραμματισμό υγείας διάφορων πληθυσμιακών ομάδων, οπότε και για τα παιδιά και τους εφήβους, οδήγησε στην προσπάθεια αξιολόγησης του επιπέδου του εγγραμματισμού υγείας τους. Η πρώτη δημοσιευμένη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση και ανάλυση σχετικά με την ύπαρξη

εργαλείων μέτρησης για παιδιά και εφήβους πραγματοποιήθηκε από τους Ormshaw et al. (2013). Διερευνήθηκε η βιβλιογραφία για το διάστημα 1980-2011, με σκοπό την καταγραφή δημοσιευμένων ερευνών οι οποίες είχαν ως στόχο τη μέτρηση του εγγραμματισμού υγείας εφήβων ως και 18 ετών, είτε αυτό υποδεικνυόταν μέσα από τη χρήση του όρου είτε μέσα από την εννοιολογική χρήση του. Η ανασκόπηση αυτή οδήγησε στην καταγραφή δεκαέξι ερευνών με χρονολογική αφετηρία το 2007 και με μεγάλη αύξηση το 2010 σε διαφορετικές χώρες. Από τις έρευνες αυτές οι δύο είχαν ως θεματική την ψυχική υγεία, τρεις είχαν ως στόχο την κατασκευή εργαλείων αξιολόγησης εγγραμματισμού υγείας ή τον έλεγχο εγκυρότητας εργαλείων για ενήλικες σε εφήβους για αυτές τις ηλικίες ενώ οι υπόλοιπες χρησιμοποιούσαν εργαλεία για ενήλικες όπως το TOFHLA. Η ανασκόπηση της Perry (2014) συμπεριέλαβε 10 άρθρα για τελική ανασκόπηση από τα οποία αναδείχθηκαν 5 εργαλεία μέτρησης, αποκλείοντας άρθρα τα οποία εστίαζαν στον εγγραμματισμό υγείας των γονέων ή περιέγραφαν πρόγραμμα σπουδών το οποίο δε συνοδευόταν από έρευνα ή υπερέβαιναν το 19^ο έτος ηλικίας οι συμμετέχοντες.

Στα πλαίσια των αναγκών της παρούσας εργασίας, διενεργήθηκε από την ερευνήτρια βιβλιογραφική ανασκόπηση η οποία κάλυπτε το χρονικό διάστημα από το 1985 (χρονιά στην οποία εμφανίζεται ο όρος σε τίτλο άρθρου στο SCOPUS) ως τον Αύγουστο του 2016 (Μπεχράκη & Μαυρικάκη, 2017). Η ανασκόπηση καταλήγει σε 19 εργαλεία στα οποία συμπεριλαμβάνονται και εργαλεία αξιολόγησης του εγγραμματισμού υγείας ειδικών ομάδων και από αυτά, τα 10 είναι εργαλεία μέτρησης με γενικό περιεχόμενο. Από την παρουσίαση της καταγραφής είχαν εξαιρεθεί εργαλεία αξιολόγησης προγραμμάτων αγωγής υγείας, ενώ ένα εργαλείο καταγραφόταν μία φορά και όχι ξεχωριστά για την κανονική και τη σύντομη μορφή του. Τέλος, η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των Okan et al. (2018) για το χρονικό διάστημα ως το 2015 καταγράφει 15 γενικά εργαλεία μέτρησης (συμπεριλαμβάνεται και η γερμανική βιβλιογραφία) για παιδιά και εφήβους ως και 18 ετών, τα οποία καταμερίζονται σε οχτώ διαφορετικές χώρες, κυρίως όμως στις ΗΠΑ.

Δεδομένου ότι ο εγγραμματισμός υγείας θεωρείται εξαρτώμενος του περιεχομένου και του περιβάλλοντος, η διερεύνηση και η αξιολόγησή του επεκτάθηκε όπως συνέβη και στους ενήλικες σε ποικίλους τομείς. Η τελευταία δημοσιευμένη ανασκόπηση και ποιοτική ανάλυση εργαλείων των Guo et al. (2018), η οποία διερευνά τη βιβλιογραφία ως και τον Ιανουάριο του 2018 για ηλικίες 7-25 ετών και καταγράφει 29 έρευνες, οι οποίες αναφέρουν και αντίστοιχα εργαλεία γενικού και ειδικού περιεχομένου. Η ιστοσελίδα του πανεπιστημίου της Βοστώνης¹⁰ στην οποία καταγράφονται κλίμακες που έχουν δημιουργηθεί, παρουσιάζει 35 εργαλεία

¹⁰ <https://healthliteracy.bu.edu/all>

μέτρησης για παιδιά 0-9 ετών και εφήβους 10-17 ετών ποικίλου περιεχομένου και γλωσσών (Ιούλιος 2019) αν και για κάποια από αυτά δεν αναφέρεται ξεκάθαρα στη δημοσίευση, η χρήση τους στην αξιολόγηση του εγγραμματισμού υγείας των εφήβων.

Διερευνώντας την αρθρογραφία υπάρχουν δημοσιεύσεις για εργαλεία αξιολόγησής του, τα οποία αφορούν κλίμακες μέτρησης για την ψυχική υγεία όπως η QuALiSMental (de Jesus Loureiro, 2015) και την κατάθλιψη (Hart et al, 2014), η VOHL για την στοματική υγεία (Ueno et al, 2014), το εργαλείο FCCHL-AYAC για παιδιά και εφήβους πάσχοντες από καρκίνο (McDonald et al., 2016), το DNT-39 και η σύντομη μορφή DNT-14 για τους εφήβους με διαβήτη (Mulvaney et al, 2013) ή η κλίμακα MaHeLi για τις έγκυες εφήβους (Guttersrud, Naigaga & Pettersen, 2015·Naigaga et al., 2015), καθώς και η ICHL για εφήβους με ειδικές ανάγκες όπως οι βαρήκοοι και κωφοί (Smith & Samar, 2016). Εκτός των παραπάνω, υπάρχουν δημοσιεύσεις οι οποίες αφορούν στον εγγραμματισμό υγείας σχετικά με ζητήματα διατροφής FNLIT (Doustmohammadian, 2018), κλίμακα σχετικά με τον εγγραμματισμό στη χρήση καπνού SML (Primack et al., 2006). Στις πρώτες διερευνητικές προσπάθειες εντάσσεται επίσης η μέτρηση του ηλεκτρονικού εγγραμματισμού υγείας e-HEALS, η οποία διερευνά δεξιότητες εύρεσης, αξιολόγησης και χρήσης της πληροφορίας (Norman & Skinner, 2006). Ένα επιπλέον πρώιμο εργαλείο το οποίο αφορά τον εγγραμματισμό υγείας των εφήβων στα μέσα είναι η κλίμακα MHL [Media Health Literacy] (Levin-Zamir, Lemish & Gofin, 2011). Απευθύνεται σε μαθητές 7^{ης}, 9^{ης} και 11^{ης} βαθμίδας που αντιστοιχεί σε ηλικία 13, 15 και 17 ετών περίπου. Διερευνά τη γνώση των μαθητών σε θέματα υγείας μέσα από δημοφιλή για τα παιδιά τηλεοπτικά προγράμματα, την αντιλαμβανόμενη από αυτά επίδρασή τους, την κριτική τους ανάλυση και την πρόθεση για δράση και αντίδραση στο περιεχόμενο. Στη συνέχεια και στον Πίνακα 1.3 ακολουθεί μια συνοπτική παράθεσή τους.

Μετά την αναφορά στα ειδικά εργαλεία παρουσιάζονται στη συνέχεια στους Πίνακες 1.4 και 1.5 τα εργαλεία αξιολόγησης του γενικού εγγραμματισμού υγείας τα οποία απευθύνονται σε παιδιά και εφήβους και ηλικίες ή με μέσο όρο ηλικίας έως 18 ετών. Αναφέρονται περιγραφικά και ψυχομετρικά χαρακτηριστικά τους καθώς και χαρακτηριστικά εγκυρότητας, αξιοπιστίας και αντιλαμβανόμενων συνιστωσών της έννοιας. Περιλαμβάνεται επιπλέον το εργαλείο μέτρησης HLS-EU-Q47 (Sorensen et al., 2013). Το συγκεκριμένο εργαλείο, το οποίο επηρέασε την κατασκευή του εργαλείου αυτής της εργασίας, αναπτύχθηκε στα πλαίσια μιας συνεργατικής διαδικασίας, η οποία είχε σκοπό να φέρει στο προσκήνιο τον εγγραμματισμό υγείας στην Ευρώπη (HLS-EU Consortium, 2008). Εφαρμόστηκε πρώτη φορά σε ευρωπαϊκό επίπεδο με τη συμμετοχή οχτώ χωρών, μεταξύ των οποίων και η χώρα μας, σε πληθυσμό ενηλίκων (HLS-EU Consortium, 2012a). Στην πλήρη μορφή του περιλαμβάνει 47 ερωτήματα, ωστόσο θεωρείται

έγκυρη και η σύντομη μορφή των 16 ερωτήσεων και πρόσφατα διερευνήθηκε η εγκυρότητα συντομότερης μορφής των 12 ερωτήσεων (Finbråten et al., 2018). Βιβλιογραφικά αναφέρεται η χρήση του από ερευνητές σε σχολικό πληθυσμό στην Αυστρία και Γερμανία (Röthlin et al., 2013 όπως αναφέρεται στο Okan et al., 2018) τόσο στην κανονική όσο και στη σύντομη μορφή των 16 ερωτήσεων (όπως αναφέρεται επίσης από τους Brandt et al., 2019).

Πίνακας 1.3

Εργαλεία αξιολόγησης ειδικών τύπων εγγραμματος υγείας

Norman & Skinner, 2006	
Χώρα	Καναδάς
Όνομα Εργαλείου	eHEALS
Ηλικία Πληθυσμού	13-21 ετών
Μέγεθος Δείγματος	N=664
Πεδίο Έρευνας	Σχολεία δευτεροβάθμιας
Τύπος Εργαλείου	Αυτοαναφοράς
Ερευνητική Περιοχή	Ηλεκτρονικός εγγραμματος Υγείας
Primack et al., 2006	
Χώρα	Αμερική
Όνομα Εργαλείου	SML
Ηλικία Πληθυσμού	14-18 ετών
Μέγεθος Δείγματος	N=1211
Πεδίο Έρευνας	Λύκειο
Τύπος Εργαλείου	Αυτοαναφοράς
Ερευνητική Περιοχή	Εγγραμματος υγείας σχετικά με το κάπνισμα και τα MME
Leighton S., 2010	
Χώρα	Ην. Βασίλειο
Όνομα Εργαλείου	
Ηλικία Πληθυσμού	12-15 ετών
Μέγεθος Δείγματος	
Πεδίο Έρευνας	Δείγμα από σχολεία
Τύπος Εργαλείου	Ερωτηματολόγιο βασισμένο σε βινιέτες
Ερευνητική Περιοχή	Διερεύνηση εγγραμματος ψυχικής υγείας
Levin-Zamir et al., 2011	
Χώρα	Ισραήλ
Όνομα Εργαλείου	MHL
Ηλικία Πληθυσμού	13-17 ετών
Μέγεθος Δείγματος	N=1316
Πεδίο Έρευνας	Δημόσια σχολεία
Τύπος Εργαλείου	Επιτέλεσης εργασίας, Ερωτήσεις ανοιχτού τύπου και πολλαπλών επιλογών
Ερευνητική Περιοχή	Εγγραμματος Υγείας στα MME μέσα από την παρουσίαση αποσπασμάτων δημοφιλών τηλεοπτικών εκπομπών
Mulvaney, Lilley, Cavanaugh, Pittel & Rothman, 2013	
Χώρα	Αμερική
Όνομα Εργαλείου	DNT-39 και σύντομο DNT-14
Ηλικία Πληθυσμού	12-17 ετών
Μέγεθος Δείγματος	N=133

Πεδίο Έρευνας Τύπος Εργαλείου Ερευνητική Περιοχή	Διαβητολογικά ιατρεία Επιτέλεσης εργασίας –Ανοιχτού τύπου Λειτουργικός εγγραμματισμός υγείας με έμφαση στον αριθμητισμό σε διαβητικούς εφήβους
<hr/>	
Hart et al., 2014	
Χώρα	Αμερική
Όνομα Εργαλείου	ADKQ
Ηλικία Πληθυσμού	Μαθητές 9 ^{ης} τάξης
Μέγεθος Δείγματος	N=8216
Πεδίο Έρευνας	Τάξεις αγωγής υγείας σε σχολεία δευτεροβάθμιας εκ/σης
Τύπος Εργαλείου	Μικτή προσέγγιση
Ερευνητική Περιοχή	Εγγραμματισμός ψυχικής υγείας (γνώσεις για την κατάθλιψη και στάση σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας)
<hr/>	
Guttersrud, Naigaga, & Pettersen, 2015	
Χώρα	Ουγκάντα
Όνομα Εργαλείου	MaHeLi
Ηλικία Πληθυσμού	15–19 ετών
Μέγεθος Δείγματος	N=384
Πεδίο Έρευνας	Κέντρα Υγείας
Τύπος Εργαλείου	Αυτοαναφοράς
Ερευνητική Περιοχή	Εγγραμματισμός υγείας εγκύων εφήβων συμμετεχόντων σε μαθήματα για εγκύους
<hr/>	
de Jesus Loureiro, 2015	
Χώρα	Πορτογαλία
Όνομα Εργαλείου	QuALiSMental
Ηλικία Πληθυσμού	14-24 ετών Μ.Ο. περίπου 17 ετών
Μέγεθος Δείγματος	N=4938
Πεδίο Έρευνας	Σχολεία
Τύπος Εργαλείου	Επιτέλεσης εργασίας
Ερευνητική Περιοχή	Εγγραμματισμός υγείας (γνώση, αλληλεπίδραση, πρώτες βοήθειες, πρόληψη) στον τομέα της ψυχικής υγείας
<hr/>	
McDonald, Patterson, Costa, et al., 2016	
Χώρα	Αυστραλία
Όνομα Εργαλείου	FCCHL-AYAC
Ηλικία Πληθυσμού	12-24 ετών
Μέγεθος Δείγματος	N= 105
Πεδίο Έρευνας	Δείγμα από υποστηρικτικούς οργανισμούς
Τύπος Εργαλείου	Αυτοαναφοράς
Ερευνητική Περιοχή	Διερεύνηση εγγραμματισμού υγείας σε εφήβους και νέους με καρκίνο σχετικά με θέματα καθημερινότητας
<hr/>	
Smith & Samar, 2016	
Χώρα	Αμερική
Όνομα Εργαλείου	ICHL
Ηλικία Πληθυσμού	Μ.Ο.=15,8 και 17 ετών
Μέγεθος Δείγματος	N=243
Πεδίο Έρευνας	Καλοκαιρινά προγράμματα κέντρων υγείας
Τύπος Εργαλείου	Αυτοαναφοράς
Ερευνητική Περιοχή	Διερεύνηση εγγραμματισμού υγείας σε επίπεδο αλληλεπίδρασης και κρίσης σε βαρήκοους και κωφούς εφήβους
<hr/>	
Bradley-Klug, Shaffer-Hudkins, Lynn, Jeffries DeLoatche, & Montgomery, 2017	

Χώρα	Αμερική
Όνομα Εργαλείου	HLRS-Y
Ηλικία Πληθυσμού	13-21 ετών M.O.=17,6
Μέγεθος Δείγματος	N=204
Πεδίο Έρευνας	Δείγμα από εθνικό επίπεδο
Τύπος Εργαλείου	Αυτοαναφοράς
Ερευνητική Περιοχή	Διερεύνηση εγγραμματισμού υγείας σε νέους πάσχοντες από χρόνιες ασθένειες

Doustmohammadian et al., 2018

Χώρα	Ιράν
Όνομα Εργαλείου	FNLIT
Ηλικία Πληθυσμού	10-12 ετών
Μέγεθος Δείγματος	N=400
Πεδίο Έρευνας	Σχολεία
Τύπος Εργαλείου	Αυτοαναφοράς
Ερευνητική Περιοχή	Εγγραμματισμός υγείας (Λειτουργικός, Αλληλεπιδραστικός, Κριτικός) σε θέματα διατροφής

Πίνακας 1.4

Περιγραφικά Στοιχεία των Εργαλείων Αξιολόγησης Εγγραμματισμού Υγείας Γενικού Περιεχομένου

Davis et al., 2006

Χώρα	Αμερική
Όνομα Εργαλείου	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – Teen (REALM-teen)
Ηλικία Πληθυσμού	10–19 ετών
Μέγεθος Δείγματος	N = 1533
Πεδίο Έρευνας	Σχολεία Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης – ιατρική κλινική - καλοκαιρινά προγράμματα
Τύπος Εργαλείου	Επιτέλεση Εργασίας-Αντικειμενικό
Φιλοσοφία Εργαλείου	Εργαλείο μέτρησης εγγραμματισμού σε κλινικές συνθήκες. Ο συμμετέχων αναγνωρίζει και διαβάζει ιατρικές λέξεις και όρους αυξανόμενης δυσκολίας, παρουσία ερευνητή σε καθορισμένο χρόνο.
Μέγεθος Κατηγοριοποίηση	66 λέξεις αυξανόμενων συλλαβών Εύρος σκορ: 0–66 αντιστοιχεί: 0–37: $\leq 3^{\text{η}}$ 38–47= $4^{\text{η}}$ – $5^{\text{η}}$ 48–58= $6^{\text{η}}$ – $7^{\text{η}}$ 59–62= $8^{\text{η}}$ – $9^{\text{η}}$ 63–66: $\geq 10^{\text{η}}$ εκ/κή βαθμίδα
Απαιτούμενος Χρόνος Δοκιμασίας	2’-3’

Brown et al., 2007

Χώρα	Αμερική
Όνομα Εργαλείου	KidsHealth KidsPoll
Ηλικία Πληθυσμού	9-13 ετών
Μέγεθος Δείγματος	N = 1178

Πεδίο Έρευνας	Συμμετέχοντες μαθητές σχολείων σε προγράμματα 11 κέντρων αγωγής υγείας
Τύπος Εργαλείου Φιλοσοφία Εργαλείου	Αυτοαναφοράς-Υποκειμενικό Διερευνά τον εγγραμματισμό υγείας με ερωτήσεις βασισμένες στο 1 ^ο , 2 ^ο , 7 ^ο από τα Εθνικά Πρότυπα Αγωγής Υγείας (NHES) και τη συσχέτισή τους με το κίνητρο για πρακτικές υγιεινών συμπεριφορών-
Μέγεθος	8 ερωτήσεις κλειστού τύπου σε 4βαθμη και 5βαθμη κλίμακα
Κατηγοριοποίηση Απαιτούμενος Χρόνος Δοκιμασίας	Δεν αναφέρεται Δεν αναφέρεται
<hr/>	
Chisolm & Buchanan, 2007	
Χώρα	Αμερική
Όνομα Εργαλείου	Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) σε εφήβους (TOFHLAAd)
Ηλικία Πληθυσμού	13-17 ετών
Μέγεθος Δείγματος	N=50
Πεδίο Έρευνας Τύπος Εργαλείου Φιλοσοφία Εργαλείου	Περιβάλλον φροντίδας υγείας Επιτέλεση Εργασίας-Αντικειμενικό Συμπλήρωση κενών (τύπου Cloze) σε κείμενα υγειονομικής περιθαλψης- έντυπα πληροφορημένης συγκατάθεσης, ασφαλιστικά έντυπα (TOFHLA-R) και εκτέλεση πρακτικών αριθμητικών υπολογισμών (TOFHLA-N)
Μέγεθος	67 στοιχεία: 50 αναγνωστικής ικανότητας και 17 πρακτικών υπολογισμών
Κατηγοριοποίηση	Εύρος σκορ: 0-100 0-59=Ανεπαρκής 60-74= Οριακή 75-100= επαρκής
Απαιτούμενος Χρόνος Δοκιμασίας	10'-20'
<hr/>	
Hubbard & Rainey,2007	
Χώρα	Αμερική
Όνομα Εργαλείου	Μέρος του Health Education Assessment Project (HEAP)
Ηλικία Πληθυσμού	Μαθητές 6ης τάξης (Μ.Ο.=11,8 ετών), 8ης τάξης (Μ.Ο.=13,82 ετών) και Λυκείου (Μ.Ο.=14,75 ετών)
Μέγεθος Δείγματος	N= 17.459
Πεδίο Έρευνας Τύπος Εργαλείου Φιλοσοφία Εργαλείου	Σχολεία Επιτέλεση Εργασίας-Αντικειμενικό Αξιολόγηση της αγωγής υγείας - Επιλογή από τη βάση αξιολόγησης (HEAP). Καλύπτει αξιολόγηση γνώσεων, δεξιοτήτων, πρακτικών μέσω διαφορετικών τύπων ασκήσεων
Μέγεθος	Για όλες τις τάξεις: 8 στοιχεία για 4 πεδία (διατροφή, φυσική δραστηριότητα, κάπνισμα) και 4 στοιχεία για χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών Για την 8η τάξη: 6 στοιχεία πρόληψης ατυχημάτων, ανάπτυξη Για την 8η και λύκειο: 4 στοιχεία σχετικά με

Κατηγοριοποίηση Απαιτούμενος Χρόνος Δοκιμασίας	ψυχική υγεία και 8 για ανάπτυξη Δεν αναφέρεται Ως 45'
<hr/>	
Steckelberg et al., 2009	
Χώρα	Γερμανία
Όνομα Εργαλείου	Critical Health Competence Test (CHC)
Ηλικία Πληθυσμού	Μαθητές Λυκείου 10-11 ^{ης} τάξης και φοιτητές
Μέγεθος Δείγματος	Πρώτη φάση: N= 322 (255 μαθητές δευτεροβάθμιας και 67 φοιτητές) Δεύτερη φάση N=107
Πεδίο Έρευνας	Σχολεία Δευτεροβάθμιας και Πανεπιστήμιο
Τύπος Εργαλείου	Επιτέλεση Εργασίας-Αντικειμενικό
Φιλοσοφία Εργαλείου	4 σενάρια διερεύνησης κριτικού εγγραμματισμού υγείας, βασισμένα σε θεματικές υψηλού ενδιαφέροντος για τους συμμετέχοντες (έννοιες, αναζήτηση, στατιστικά δεδομένα, σχεδιασμός πειραμάτων, δειγματοληψία)
Μέγεθος	72 στοιχεία με ανοιχτές απαντήσεις και πολλαπλών επιλογών: Ιατρικές έννοιες=15 Βιβλιογραφία=22 Βασικά Στατιστικά=18 Σχεδιασμός πειραμάτων δειγματοληψία=17
Κατηγοριοποίηση Απαιτούμενος Χρόνος Δοκιμασίας	Δεν αναφέρεται Ως 90'
<hr/>	
Schmidt et al., 2010	
Χώρα	Γερμανία
Όνομα Εργαλείου	GeKoKids (επωνυμία προγράμματος στο οποίο εντάχθηκε)
Ηλικία Πληθυσμού	9-13 ετών
Μέγεθος Δείγματος	N=852
Πεδίο Έρευνας	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση
Τύπος Εργαλείου	Μικτή προσέγγιση: Ερωτήσεις θεωρητικών γνώσεων και αυτοαναφοράς
Φιλοσοφία Εργαλείου	Ερωτήσεις διερεύνησης γνώσης, στάσεων, επικοινωνίας, αυτοπεποίθησης σε συγκεκριμένες θεματικές (διατροφής, γενικής υγείας φυσικής δραστηριότητας στοματικής υγείας) για δημιουργία σύντομων κλιμάκων αξιολόγησης εγγραμματισμού υγείας και η διερεύνηση της μεταξύ τους συσχέτισης
Μέγεθος	Διχοτομική κλίμακα γνώσεων, 5βαθμη επικοινωνίας, Διχοτομική για 2 από τα στοιχεία σχετικά με στάσεις, 4βαθμη για αυτο- αποτελεσματικότητα
Κατηγοριοποίηση Απαιτούμενος Χρόνος Δοκιμασίας	- Δεν αναφέρεται
<hr/>	
Wu et al., 2010	
Χώρα	Καναδάς
Όνομα Εργαλείου	-
Ηλικία Πληθυσμού	8 ^η -12 ^η βαθμίδα
Μέγεθος Δείγματος	N=275
Πεδίο Έρευνας	Δευτεροβάθμια εκ/ση: Λύκειο

Τύπος Εργαλείου Φιλοσοφία Εργαλείου	Επιτέλεση εργασίας-Αντικειμενικό Παράθεση παραγράφων από κείμενα υγείας (διαδίκτυο, έντυπα κέντρων υγείας και από ΜΜΕ) τα οποία συνοδεύονταν από ερωτήσεις διαβαθμισμένης δυσκολίας σχετικές με το κείμενο
Μέγεθος	Φυλλάδιο 1 ^ο : 5 παρ/φοι-23 στοιχεία Φυλλάδιο 2 ^ο : 6 παρ/φοι- 24 στοιχεία Σύνολο:47 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου (30 Κατανόησης -17 Αξιολόγησης)
Κατηγοριοποίηση	0-105 Συνεχές σκορ. Το μέγιστο κατανόησης= 60 και μέγιστο Αξιολόγησης=45
Απαιτούμενος Χρόνος Δοκιμασίας	Δεν αναφέρεται
<hr/>	
Chang et al. ,2012	
Χώρα	Ταϊβάν
Όνομα Εργαλείου	c-sTOFHLA
Ηλικία Πληθυσμού	M.O.=16 ετών
Μέγεθος Δείγματος	N=300
Πεδίο Έρευνας	Μαθητές σε Λύκεια
Τύπος Εργαλείου Φιλοσοφία Εργαλείου	Επιτέλεση εργασίας-Αντικειμενικό Βλ. TOFHLA
Μέγεθος	36 στοιχεία αναγνωστικής κατανόησης σε 2 παραγράφους
Κατηγοριοποίηση	Διχοτομική κατηγοριοποίηση 0 για το λάθος και 1 για το σωστό έως το 36 3 Επίπεδα:0-16, 17-22, 23-36
Απαιτούμενος Χρόνος Δοκιμασίας	Εύρος χρόνου 7,9'-15,3' M.O.= 10,9
<hr/>	
Yu et al., 2012	
Χώρα	Κίνα
Όνομα Εργαλείου	-
Ηλικία Πληθυσμού	3 ^η -4 ^η βαθμίδα δημοτικού και 8 ^η βαθμίδα γυμνασίου
Μέγεθος Δείγματος	N=8.008 (4.011 μαθητές δημοτικού και 3.997 γυμνασίου)
Πεδίο Έρευνας	77 δημοτικά και 76 γυμνάσια σε 24 επαρχίες
Τύπος Εργαλείου Φιλοσοφία Εργαλείου	Μικτή προσέγγιση Βασισμένο στις απαιτήσεις των China National Committee of Education (NCE) και Ministry of Health (MOH) και στα National Standards on School Health Education (NSSHE) για αξιολόγηση αναλυτικού προγράμματος αγωγής υγείας. Αξιολογεί το επίπεδο γνώσεων, στάσεων, πρακτικών
Μέγεθος	37 ερωτήσεις γνώσεων, στάσεων, πρακτικών ανοιχτού και κλειστού τύπου κλίμακα τριών βαθμίδων
Κατηγοριοποίηση	0 για το λάθος και 1 για το σωστό σχετικά με γνώση, ακολούθως ποσοστοποίηση και βαθμολογία με 3 για επάρκεια, 2 και 1 για το χαμηλότερο αναφορικά με συμπεριφορά και στάσεις
Απαιτούμενος Χρόνος	Δεν αναφέρεται

Δοκιμασίας

Massey et al., 2013	
Χώρα	Αμερική
Όνομα Εργαλείου	Multidimensional Measure for Adolescents Health Literacy (MMAHL)
Ηλικία Πληθυσμού	13-17 ετών
Μέγεθος Δείγματος	N = 1208
Πεδίο Έρευνας	Δείγμα από δημόσιο ασφαλιστικό δίκτυο
Τύπος Εργαλείου	Αυτοαναφοράς-Υποκειμενικό
Φιλοσοφία Εργαλείου	Ανάπτυξη πολυδιάστατου εργαλείου σε περιβάλλον υγείας. Διερεύνηση δεξιοτήτων χειρισμού του περιβάλλοντος υγείας μέσα από εμπειρίες υγειονομικής φροντίδας και ασφάλισης
Μέγεθος	24 στοιχεία 5βάθμης κλίμακας Likert και Χρήση στοιχείων από HINTS, eHEALS
Κατηγοριοποίηση	-
Απαιτούμενος Χρόνος	-
Δοκιμασίας	
Sorensen et al., 2013	
Χώρα	Ευρώπη
Όνομα Εργαλείου	HLS-EU-Q47
Ηλικία Πληθυσμού	Ενήλικο πληθυσμό άνω των 15 ετών
Μέγεθος Δείγματος	7795
Πεδίο Έρευνας	Τυχαίο ενηλίκων
Τύπος Εργαλείου	Αυτοαναφοράς-Υποκειμενικό
Φιλοσοφία Εργαλείου	Διερεύνηση δεξιοτήτων εγ/μού υγείας στα πεδία φροντίδας υγείας, πρόληψης ασθενειών, προαγωγής υγείας
Μέγεθος	47 στοιχεία στην κανονική μορφή του και επιπλέον δύο συντομότερες εκδοχές
Κατηγοριοποίηση	4 επίπεδα: Ανεπαρκής 0-25 Προβληματικός 25-33 Επαρκής 33-42 Εξαιρετικός 42-50
Απαιτούμενος Χρόνος	-
Δοκιμασίας	
Warsh, Chari, Badaczewski, Hossain & Sharif, 2013	
Χώρα	Αμερική
Όνομα Εργαλείου	Newest Vital Sign NVS
Ηλικία Πληθυσμού	7-17 ετών
Μέγεθος Δείγματος	N=97
Πεδίο Έρευνας	Παιδιατρικές Κλινικές
Τύπος Εργαλείου	Επιτέλεση εργασίας: Αντικειμενικό
Φιλοσοφία Εργαλείου	Ανάγνωση και κατανόηση πληροφοριών αναγραφόμενων σε διατροφική ετικέτα παγωτού και ανοιχτού τύπου ερωτήσεις.
Μέγεθος	-
Κατηγοριοποίηση	Σκορ 0-6 0-1:μεγάλη πιθανότητα ανεπαρκούς εγγραμματος υγείας 2-3: πιθανότητα ανεπαρκούς εγγραμματος υγείας 4-6: επαρκής

Απαιτούμενος Χρόνος Δοκιμασίας	-
<hr/>	
Manganello, DeVellis, Davis & Schottler-Thal, 2015	
Χώρα	Αμερική
Όνομα Εργαλείου	Health Literacy Assessment Scale for Adolescents HAS-A
Ηλικία Πληθυσμού	12-19 ετών
Μέγεθος Δείγματος	N=272
Πεδίο Έρευνας	Παιδιατρική κλινική και κοινότητα με βολικό δείγμα
Τύπος Εργαλείου	Αυτοαναφοράς-Υποκειμενικό
Φιλοσοφία Εργαλείου	Στοιχεία για την αξιολόγηση απόκτησης, επεξεργασίας, κατανόησης, επικοινωνίας της ιατρικής πληροφορίας
Μέγεθος Κατηγοριοποίηση	15 στοιχεία 5βάθμης κλίμακας Likert Χαμηλός εγγραμματισμός υγείας (X.E.Y.)- (Υψηλός.E.Y.) όταν: Επικοινωνία: 0-14=X.E.Y., 15-20=Y.E.Y Σύγχυση:8-16=X.E.Y., 0-7=Y.E.Y. Λειτουργικός εγγραμματισμός:12-24=X.E.Y. 0-11=Y.E.Y.
Απαιτούμενος Χρόνος Δοκιμασίας	Δεν αναφέρεται
<hr/>	
Nagy, Korom, Hódi & Németh, 2015	
Χώρα	Ουγγαρία
Όνομα Εργαλείου	-
Ηλικία Πληθυσμού	Μαθητές 3 ^{ης} , 5 ^{ης} , 7 ^{ης} βαθμίδας
Μέγεθος Δείγματος	Σύνολο N= 268 3 ^η βαθ. N=89 5 ^η βαθ. N=95 7 ^η βαθ. N=84
Πεδίο Έρευνας	Σχολεία
Τύπος Εργαλείου	Επιτέλεση εργασίας-Αντικειμενικό
Φιλοσοφία Εργαλείου	Ανάπτυξη εργαλείου μέτρησης λειτουργικού εγγραμματισμού για χρήση online με δύο παραλλαγές ερωτήσεων για κάθε τάξη
Μέγεθος	3 ^η βαθ.=78 στοιχεία 5 ^η βαθ.=95 στοιχεία 7 ^η βαθμ.=115 στοιχεία Σωστό-Λάθος και Πολλαπλής επιλογής
Κατηγοριοποίηση	-
Απαιτούμενος Χρόνος Δοκιμασίας	-
<hr/>	
Ghanbari, Ramezankhani, Montazeri & Mehrabi, 2016	
Χώρα	Ιράν
Όνομα Εργαλείου	Health Literacy Measure for Adolescents HELMA
Ηλικία Πληθυσμού	15-18 ετών
Μέγεθος Δείγματος	N=582
Πεδίο Έρευνας	Δευτεροβάθμια εκ/ση: Λύκειο
Τύπος Εργαλείου	Μικτή προσέγγιση: 3ερωτήματα υπολογισμού και τα υπόλοιπα αυτοαναφοράς
Φιλοσοφία Εργαλείου	Ανάπτυξη εργαλείου μέτρησης με βάση προηγούμενη ποιοτική έρευνα
Μέγεθος	44 στοιχεία μεταξύ των οποίων 3 υπολογιστικά

Κατηγοριοποίηση	5βαθμη κλίμακα Likert Εύρος σκορ 0–100 0–50: ανεπαρκής 50.1–66: προβληματική 66.1–84: ικανοποιητική 84.1–100: άριστη
Απαιτούμενος Χρόνος Δοκιμασίας	15΄
<hr/>	
Paakkari, Torppa, Kannas & Paakkari, 2016	
Χώρα	Φινλανδία
Όνομα Εργαλείου	HLSAC
Ηλικία Πληθυσμού	13-15 ετών
Μέγεθος Δείγματος	Σύνολο: N= 3853 (7 ^η βαθμ. n=1918 και 9 ^η βαθμ. n=1935)
Πεδίο Έρευνας	Σχολεία δευτεροβάθμιας 7 ^{ης} και 9 ^{ης} βαθμίδας
Τύπος Εργαλείου	Υποκειμενικό
Φιλοσοφία Εργαλείου	Ανάπτυξη εργαλείου αξιολόγησης εγγραμματισμού υγείας
Μέγεθος	10 στοιχεία 4βαθμη κλίμακα Likert
Κατηγοριοποίηση	-
Απαιτούμενος Χρόνος Δοκιμασίας	Συμπεριελήφθη σε άλλη έρευνα
<hr/>	
Guo et al., 2017	
Χώρα	Κίνα
Όνομα Εργαλείου	c-HLAT-8
Ηλικία Πληθυσμού	M.O.=13,42 Μαθητές 7ης, 8ης, 9ης βαθμίδας
Μέγεθος Δείγματος	N=650 7η: n=232 8η: n=215 9η: n=203
Πεδίο Έρευνας	Σχολεία Δευτεροβάθμιας εκ/σης
Τύπος Εργαλείου	Υποκειμενικό
Φιλοσοφία Εργαλείου	Μετάφραση και εφαρμογή του ελβετικής προέλευσης εργαλείου μέτρησης του λειτουργικού, αλληλεπιδραστικού, κριτικού εγγραμματισμού HLAT8
Μέγεθος	8 στοιχεία
Κατηγοριοποίηση	Εύρος σκορ 0-37
Απαιτούμενος Χρόνος Δοκιμασίας	3΄

Πίνακας 1.5

Ψυχομετρικά Χαρακτηριστικά των εργαλείων και εξεταζόμενες συνιστώσες

Davis et al.	
Όνομα Εργαλείου	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – Teen (REALM-teen)
Τύποι Εγγραμματισμού Υγείας	Λειτουργικός

Εγκυρότητα Περιεχομένου	Όροι από ενημερωτικά έντυπα υγείας της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιατρική <i>American Academy of Pediatrics</i>
Αξιοπιστία Εργαλείου	Cronbach's alpha=0,94
Εγκυρότητα	Επαναχορήγηση Test-retest: 0,98 Συντρέχουσα εγκυρότητα SORT-R (r=0,93) WRAT-3 (r=0,83)
Ορισμός Εγγ/μού Υγείας	Αποδέχεται τον ορισμό του IOM, διευκρινίζοντας ότι το εργαλείο μετρά εγγραμματισμό και όχι εγγραμματισμό υγείας
Συνιστώσες (οι οποίες προέκυψαν ή υπήρχαν εξ ορισμού)	Αναγνωστική ικανότητα και προφορικότητα των όρων σε καθορισμένο χρόνο
<hr/>	
Brown et al.	
Όνομα Εργαλείου	KidsHealth KidsPoll
Τύποι Εγγραμματισμού Υγείας	-
Εγκυρότητα Περιεχομένου	Φαινομενική εγκυρότητα και εγκυρότητα περιεχομένου διασφαλίζεται από εμπειρογνώμονες επί του θέματος
Αξιοπιστία Εργαλείου	-
Εγκυρότητα	-
Ορισμός Εγγ/μού Υγείας	Αναφέρεται ο ορισμός Healthy People 2010-Οι ερωτήσεις σχεδιάστηκαν για να μετρήσουν το βαθμό κατανόησης, ενδιαφέροντος και εφαρμογής της πληροφορίας υγείας
Συνιστώσες (οι οποίες προέκυψαν ή υπήρχαν εξ ορισμού)	Ικανότητες: πρόσβαση σε έγκυρη πληροφορία, κατανόηση εννοιών σχετικών με προαγωγή υγείας και προάσπισης υγείας μέσω μοιράσματος της πληροφορίας, Συσχετίζεται με συμπεριφορά -Ενδιαφέρον για θέματα υγείας- Πεποιθήσεις- Στάσεις
<hr/>	
Chisolm and Buchanan	
Όνομα Εργαλείου	Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) σε εφήβους (TOFHLLAAd)
Τύποι Εγγραμματισμού Υγείας	Λειτουργικός εγγραμματισμός
Εγκυρότητα Περιεχομένου	Χρήση πραγματικών νοσοκομειακών εντύπων με ιατρικά κείμενα για την αναγνωστική κατανόηση και για τους υπολογισμούς (πληροφορία από τη δημοσίευση του 1995)
Αξιοπιστία Εργαλείου	Εύρος αξιοπιστίας από 0,90 ως 0,92
Εγκυρότητα	Αξιοπιστία επαναχορήγησης από 0,91-0,98 Συσχέτιση του TOFHLA-R με REALM =0,60 και WRAT=0,59 και του TOFHLA-N με REALM =0,84 και WRAT=0,73
Ορισμός Εγγ/μού Υγείας	Το εργαλείο μετρά τον λειτουργικό εγγ/μό υγείας (εφαρμογή δεξιοτήτων γραμματισμού σε ιατρικά κείμενα) Parker,1995
Συνιστώσες	Αναγνωστική αντίληψη, Δυνατότητες εκτέλεσης αριθμητικών πράξεων
<hr/>	
Hubbard & Rainey	
Όνομα Εργαλείου	HEAP
Τύποι Εγγραμματισμού	Λειτουργικός, Αλληλεπιδραστικός, Κριτικός

Υγείας	
Εγκυρότητα Περιεχομένου	-
Αξιοπιστία Εργαλείου	Υποκλίμακα γνώσεων στο γυμνάσιο $\alpha=0,76$ για το λύκειο $\alpha=0,72$ Υποκλίμακα δεξιοτήτων στο γυμνάσιο $\alpha=0,75$ στο λύκειο $\alpha=0,76$
Εγκυρότητα	Θεωρείται δεδομένη
Ορισμός Εγγ/μού Υγείας	Το εργαλείο βασίζεται στα NHES
Συνιστώσες	Κατανόηση Δεξιότητες πρόσβασης Δεξιότητες διαπροσωπικής επικοινωνίας Λήψης Απόφασης Στοχοθεσία Διαχείριση εαυτού
<hr/>	
Steckelberg et al.	
Όνομα Εργαλείου	Critical Health Competence Test (CHC)
Τύποι Εγγραμματοςμού Υγείας	Κριτικός Εγγραμματισμός
Εγκυρότητα Περιεχομένου	Συλλογή ποιοτικών δεδομένων και ποιοτική έρευνα πρώτης φάσης για επεξεργασία ερωτήσεων και δεύτερη έρευνα για έλεγχο του βελτιωμένου εργαλείου
Αξιοπιστία Εργαλείου	Εγκυρότητα Δομής Cohen's $d = 4,33$ (95% CI 3,51–5,16) 1° σενάριο=0,71 2° σενάριο=0,78 3° σενάριο=0,75 4° σενάριο=0,80
Εγκυρότητα	Rasch ανάλυση: Mean Pearson S1: 394,90 S2: 496,67 S3: 635,04 S4: 473,39 μοντέλο Rasch WINMIRA ANOVA=0,91
Ορισμός Εγγ/μού Υγείας	Δεν αναφέρει αποδεκτό ορισμό. Θεωρεί του Π.Ο.Υ. πιο εξελιγμένο, αλλά πατερναλιστικό
Συνιστώσες	Κατηγορίες κριτικού εγγραμματοςμού: Αντίληψη ιατρικών εννοιών, Δεξιότητες βιβλιογραφικής έρευνας, βασικά στατιστικά, σχεδιασμός πειραμάτων και δειγματοληψία
<hr/>	
Schmidt et al.	
Όνομα Εργαλείου	-
Τύποι Εγγραμματοςμού Υγείας	-
Εγκυρότητα Περιεχομένου	Τα στοιχεία είχαν συμπεριληφθεί σε προηγούμενη έρευνα υγείας GeKoKids, επιλέχθηκαν λόγω περιεχομένου σε συνδυασμό με επερχόμενο πρόγραμμα αγωγής υγείας και σύμφωνα με υποδείξεις ειδικών
Αξιοπιστία Εργαλείου	Επικοινωνία: $\alpha = 0,73$ Στάσεις $\alpha = 0,57$ Rasch ανάλυση

		Γνώση: $\chi^2 = 6,45, df=4, P = 0,17$ Συμπεριφορά: $\chi^2 = 15,48, df=10, P = 0,12$
	Εγκυρότητα Ορισμός Εγγ/μού Υγείας που Χρησιμοποιήθηκε Συνιστώσες	- Βασίζεται στο μοντέλο Nutbeam για την προαγωγή υγείας Γνώση, στάσεις, επικοινωνία αυτο- αποτελεσματικότητα, συμπεριφορές για θέματα υγείας
Wu et al.	Όνομα Εργαλείου Τύποι Εγγραμματοσμού Υγείας Εγκυρότητα Περιεχομένου Αξιοπιστία Εργαλείου Εγκυρότητα Ορισμός Εγγ/μού Υγείας που Χρησιμοποιήθηκε Συνιστώσες	- Λειτουργικός Κριτικός Κείμενα υγείας από διάφορες πηγές $\alpha=0,92$ Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία Πρόσβαση, κατανόηση, αποτίμηση, επικοινωνία της πληροφορίας για την ανταπόκριση στις απαιτήσεις διαφόρων συνθηκών υγείας Κατανόηση, Αξιολόγηση πληροφορίας
Chang et al.	Όνομα Εργαλείου Τύποι Εγγραμματοσμού Υγείας Εγκυρότητα Περιεχομένου Αξιοπιστία Εργαλείου Εγκυρότητα Ορισμός Εγγ/μού Υγείας Συνιστώσες	c-sTOFHLA Λειτουργικός Βλ. TOFHLA $\alpha =0,85$ Συσχέτιση c-sTOFHLA με REALM was 0,74, $p<0,001$ - Αναγνωστική ικανότητα και Κατανόηση
Yu, et al.	Όνομα Εργαλείου Τύποι Εγγραμματοσμού Υγείας Εγκυρότητα Περιεχομένου Αξιοπιστία Εργαλείου Εγκυρότητα Ορισμός Εγγ/μού Υγείας Συνιστώσες	- Λειτουργικός, Αλληλεπιδραστικός Πάνελ με συμμετοχή ειδικών επιδημιολόγων, ψυχολόγων, ειδικών εκπαιδευτικών αγωγής υγείας $\alpha=0,73$ και Spearman-Brown coefficient=0,75 - - Γνώση, Στάσεις, Πρακτικές υγείας
Massey et al.	Όνομα Εργαλείου Τύποι Εγγραμματοσμού Υγείας Εγκυρότητα Περιεχομένου Αξιοπιστία Εργαλείου	MMAHL Multidimensional Measure for Adolescents Health Literacy Λειτουργικός Αλληλεπιδραστικός Κριτικός - Internal consistency: $\alpha = ,834$ Παράγοντες σχετικοί με τις συνιστώσες 1: $\alpha =0,815$ 2: $\alpha =0,803$ 3: $\alpha =0,827$ 4: $\alpha =0,638$

	5: $\alpha = 0,834$ 6: $\alpha = 0,709$
Εγκυρότητα	-
Ορισμός Εγγ/μού Υγείας	-
Συνιστώσες	Αλληλεπίδραση με το σύστημα υγείας, Συνάντηση γιατρού ασθενούς, Δικαιώματα και υποχρεώσεις Αυτοπεποίθηση στη χρήση πληροφορίας από προσωπική πηγή, Αυτοπεποίθηση στη χρήση πληροφορίας από τα ΜΜΕ, δυνατότητα άντλησης πληροφορίας από το διαδίκτυο
<hr/>	
Sorensen 2013 (ό.α. στο Pelikan, Röthlin, Ganahl, Boltzmann, 2014)	
Όνομα Εργαλείου	HLS-EU-Q47
Τύποι Εγγραμματοσμού Υγείας	Λειτουργικός, Αλληλεπιδραστικός, Κριτικός
Εγκυρότητα Περιεχομένου	Φαινομενική εγκυρότητα και Περιεχομένου: έλεγχος από ειδικούς
Αξιοπιστία Εργαλείου	Αξιοπιστία υψηλή εκτός συγκεκριμένων περιπτώσεων Μέσος Όρος $\alpha = ,83$ (διακύμανση από 0,90 -0,68)
Εγκυρότητα	Συντρέχουσα εγκυρότητα: συσχέτιση με το NVS: $r = 0.25$ Εξωτερική εγκυρότητα: Συσχετίσεις με τους προσδιοριστές υγείας και τα αποτελέσματα του εγγ/μού υγείας
Ορισμός Εγγ/μού Υγείας	Πρωτογενής ορισμός
Συνιστώσες	Πρόσβαση, Κατανόηση, Αποτίμηση, Εφαρμογή της πληροφορίας στα πεδία Φροντίδας υγείας, Πρόληψη, Προαγωγή
<hr/>	
Warsh et al., 2013	
Όνομα Εργαλείου	Newest Vital Sign NVS
Τύποι Εγγραμματοσμού Υγείας	Λειτουργικός
Εγκυρότητα Περιεχομένου	Εγκυρ. Κριτηρίου $r = 0.59$ με TOFHLA (ενήλικες)
Αξιοπιστία Εργαλείου	$\alpha = 0,76$ (στοιχεία από ενήλικες)
Εγκυρότητα	Συσχέτιση με GSRT σκορ ($\rho = 0,71, P < ,0001$)
Ορισμός Εγγ/μού Υγείας	Δεξιότητες γνωστές ως εγγ/μός υγείας ορίζονται η κατανόηση και λειτουργικότητα (εφαρμογή) σε λέξεις , αριθμούς και έγγραφα
Συνιστώσες	Αναγνωστική ικανότητα, υπολογισμοί
<hr/>	
Manganello et al., 2016	
Όνομα Εργαλείου	HAS-A Health Literacy Assessment Scale for Adolescents
Τύποι Εγγραμματοσμού Υγείας	Λειτουργικός Αλληλεπιδραστικός Κριτικός
Εγκυρότητα Περιεχομένου	Χρήση στοιχείων άλλων εργαλείων αντίστοιχων με τις υπό διερεύνηση διαστάσεις
Αξιοπιστία Εργαλείου	$\alpha = 0,77$ (επικοινωνία) $\alpha = 0,73$ (σύγχυση) $\alpha = 0,76$ (λειτουργικός εγγραμματοσμός)
Εγκυρότητα	Εγκυρότητα κριτηρίου και προβλεπτική εγκυρότητα Σύγκριση με REALM-Teen και NVS, έλεγχος Spearman's και Pearson's και

	συσχέτιση με μία «gold standard» ερώτηση (παρουσιάζεται αντίστοιχος πίνακας στο άρθρο)
Ορισμός Εγγ/μού Υγείας Συνιστώσες οι οποίες	Δευτερογενής (IOM) Κατανόηση πληροφορίας, Επικοινωνία και Σύγχυση επί της πληροφορίας
<hr/>	
Nagy et al., 2015	
Όνομα Εργαλείου	-
Τύποι Εγγραμματοςμού Υγείας	Λειτουργικός
Εγκυρότητα Περιεχομένου Αξιοπιστία Εργαλείου	Σύμφωνο με το αναλυτικό πρόγραμμα Cronbach-α μεταξύ 0,70 - 0,84 (δίνεται ξεχωριστά για κάθε τάξη και παραλλαγή ερωτήσεων
Εγκυρότητα Ορισμός Εγγ/μού Υγείας Συνιστώσες	- Εξετάζει τον λειτουργικό εγγραμματοςμό Θεωρητική και Πρακτική Γνώση
<hr/>	
Ghanbari et al., 2016	
Όνομα Εργαλείου	HELMA
Τύποι Εγγραμματοςμού Υγείας	Λειτουργικός, Αλληλεπιδραστικός, Κριτικός Εγγραμματοςμός
Εγκυρότητα Περιεχομένου	Εγκυρότητα περιεχομένου: Αξιολόγηση από ειδικούς
Αξιοπιστία Εργαλείου	$\alpha = 0,93$
Εγκυρότητα	Επαναχορήγηση (ICC) = 0,93 Εγκυρότητα κατασκευής KMO = 0,917 Bartlett's Test $\chi^2 = 11239,38$ $p < 0,0001$
Ορισμός Εγγ/μού Υγείας	Αναφέρεται στις προσωπικές δεξιότητες πρόσβασης κατανόησης αποτίμησης και εφαρμογής της πληροφορίας με σκοπό τη λήψη ορθών αποφάσεων στην καθημερινότητα
Συνιστώσες	Πρόσβαση στην πληροφορία, Αναγνωστική ικανότητα, Κατανόηση, Χρήση, Επικοινωνία, Αυτοαποτελεσματικότητα, Υπολογιστικές δεξιότητες
<hr/>	
Paakkari et al., 2016	
Όνομα Εργαλείου	HLSAC
Τύποι Εγγραμματοςμού Υγείας	Λειτουργικός Αλληλεπιδραστικός Κριτικός
Εγκυρότητα Περιεχομένου	Εγκυρότητα περιεχομένου: δημιουργία από εμπειρογνώμονες και συμμετοχή των εφήβων στην έκφραση
Αξιοπιστία Εργαλείου	$\alpha = 0,93$
Εγκυρότητα	Επαναχορήγηση = 0,83 $\chi^2 (35) = 948,64, p < ,001,$ RMSEA = 0,08 · CFI = 0,94 · TLI = 0,92 · SRMR = 0,04
Ορισμός Εγγ/μού Υγείας που Χρησιμοποιήθηκε Συνιστώσες οι οποίες προέκυψαν ή υπήρχαν εξ ορισμού	Ορισμός που έχει δοθεί από τους ερευνητές Θεωρητική γνώση, Πρακτική Γνώση, Κριτική σκέψη, Αυτεπίγνωση, Ιδιότητα ενεργού πολίτη
<hr/>	
Guo et al., 2018	

Όνομα Εργαλείου	Health Literacy Assessment Tool c-HLAT-8
Τύποι Εγγραμματοσμού	Λειτουργικός,
Υγείας	Αλληλεπιδραστικός/Επικοινωνιακός, Κριτικός
Εγκυρότητα Περιεχομένου	Εγκυρότητα περιεχομένου Translation validity index (TVI) $\geq 0,95$; $\chi^2/df = 3,388$, $p < 0,001$
Αξιοπιστία Εργαλείου	$\alpha = 0,79$
Εγκυρότητα	Επαναχορήγηση- ICC=0,72 Εγκυρότητα κατασκευής: Για 3 παράγοντες ($\chi^2/df = 7,365$ · $p < 0,001$ · CFI = 0,922 · NFI = 0,911 · RMSEA = 0,099 Παράγοντας λειτουργικού εγ/μού: (TLI = 0,854 < 0,90) c-HLAT-8 και NVS: $r = 0,18$, $p < 0,001$ c-HLAT-8 και HLS-Taiwan $r = 0,53$, $p < 0,001$
Ορισμός Εγγ/μού Υγείας	Ορισμός που έχει δοθεί από τους ερευνητές
Συνιστώσες	Λειτουργικός εγγραμματοσμός (Κατανόηση και Εύρεση ιατρικής πληροφορίας) Επικοινωνιακός Εγγραμματοσμός Κριτικός εγγραμματοσμός

Είναι προφανές ότι η επιστημονική συζήτηση των τελευταίων ετών έχει θέσει στο επίκεντρο τον εγγραμματισμό υγείας παιδιών και εφήβων. Αυτό επιβεβαιώνεται από τις αυξανόμενες προσπάθειες λειτουργικής επεξεργασίας και μέτρησης, οι οποίες παρατηρούμε ότι αρχικά ακολουθούν τις δύο διακριτές διαδρομές του εγγραμματισμού υγείας στην κλινική πράξη και στην προαγωγή υγείας. Η δεύτερη επίσης διευρύνεται για να συμπεριλάβει επιμέρους τομείς, όπως η προαγωγή ψυχικής υγείας, η στοματική υγεία, η διατροφή, τα μέσα ή ειδικές ομάδες όπως οι έγκυες έφηβοι ή άτομα με ειδικές ανάγκες. Αν και η χώρα που ηγήθηκε των ερευνητικών προσπαθειών είναι η Αμερική, ο τομέας ταχύτατα διευρύνθηκε και η έρευνα επεκτάθηκε σε άλλες χώρες και ηπείρους (Pleasant, 2012). Χώρες όπως ο Καναδάς και η Αυστραλία, οι οποίες έχουν διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στον εγγραμματισμό υγείας ενηλίκων, μελετούν κυρίως την εφαρμογή προγραμμάτων και τη σχέση του εγγραμματισμού με την εκπαιδευτική διαδικασία. Στην κατεύθυνση εφαρμογής ποσοτικών μεθοδολογιών έρευνας καταγράφονται διαφορετικές τακτικές ανάπτυξης εργαλείων μέτρησης. Η αφετηρία μέτρησης δηλαδή του τι ακριβώς πρέπει να μετρηθεί και για ποιο σκοπό καθορίζει τη μέθοδο προσέγγισης και τις ικανότητες που θα αξιολογηθούν (Abel, 2008). Μία από αυτές αποτελεί η χρήση υπάρχοντων εργαλείων που έχουν χρησιμοποιηθεί για ενήλικες. Εργαλεία όπως το TOFHLA και το Newest Vital Sign (NVS) έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στις ερευνητικές προσπάθειες, τόσο ως εργαλεία μέτρησης όσο και ως μέσα ελέγχου εγκυρότητας άλλων εργαλείων. Ωστόσο, κάποιου βαθμού προβληματισμός αναφέρεται όσον αφορά τη χρήση εργαλείων ενηλίκων, πρωτίστως υποκειμενικής μέτρησης, σε εφήβους. Η διατύπωση των ερωτήσεων με όρους πολλές φορές αρκετά αφηρημένους ή ανοίκειους στους εφήβους ή ερωτήσεις οι οποίες ξεφεύγουν από το πλαίσιο των εμπειριών τους, τουλάχιστον όσον αφορά τομείς φροντίδας υγείας και πρόληψης ασθενειών, μπορεί να δοκιμάσει την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου (Domanska et al., 2018).

Μία δεύτερη προσέγγιση είναι η προσαρμογή εργαλείων ενηλίκων με σκοπό τη μέτρηση στους εφήβους. Χαρακτηριστικό εργαλείο αυτής της μεθοδολογίας αποτελεί το Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – Teen (REALM-teen), το οποίο υπήρξε το πρώτο το οποίο χρησιμοποιήθηκε για να ερευνηθεί τον εγγραμματισμό στο πεδίο της υγείας σε εφήβους. Σκοπός των εργαλείων, όπως αναφέρεται από τους ερευνητές, είναι η

μέτρηση του λειτουργικού εγγραμματισμού υγείας. Υποστηρίζεται ωστόσο ότι η χρήση αυτού του τύπου εργαλείων, τα οποία εξυπηρετούν κυρίως μέτρηση λειτουργικού εγγραμματισμού υγείας παραμελούν τη συγκεκριμένη φύση και λειτουργία της ανάγνωσης και γραφής όταν αναφερόμαστε σε ιατρικό περιβάλλον (Parep, 2009), λειτουργώντας με αυτόν τον τρόπο ως εργαλεία διάγνωσης. Παράλληλα, αναπτύσσονται και νέα εργαλεία, τα οποία είτε έχουν σκοπό την αξιολόγηση εκπαιδευτικών αναλυτικών προγραμμάτων σχετικά με την υγεία, είτε άμεσα τη μέτρησή του. Κάποια από τα εργαλεία, όπως αναφέρεται από τους ερευνητές μπορούν να συμπεριληφθούν και να λειτουργήσουν ως συμπληρωματικά σε μεγαλύτερες έρευνες λόγω του μικρού αριθμού ερωτήσεων που περιλαμβάνουν (Manganello et al., 2015· Paakkari et al., 2016).

Οι σχολικές μονάδες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης αποτελούν το προτιμώμενο πεδίο έρευνας ακολουθούμενες από κλινικές. Το εύρος των ηλικιών που διερευνώνται κυμαίνεται από 7- 19 ετών. Ωστόσο, στην πλειονότητα των ποσοτικών ερευνών τα μικρά παιδιά υποεκπροσωπούνται. Ορισμένοι ερευνητές περιγράφουν τη συμμετοχή ατόμων από τον προς διερεύνηση πληθυσμό στη διαδικασία κατασκευής του εργαλείου. Ο τρόπος συμμετοχής αφορά είτε στην εκπόνηση αρχικά ποιοτικής έρευνας σε ομάδες εστίασης εφήβων Ghanbari et al. (2016) και στη συνέχεια τη δημιουργία του εργαλείου είτε στη συζήτηση του περιεχομένου και του τρόπου έκφρασης των ερωτήσεων (Massey et al., 2013· Paakkari et al., 2016). Η μέθοδος συλλογής δεδομένων πραγματοποιείται με αντικειμενικό, με υποκειμενικό ή μικτό τρόπο. Η αντικειμενική μέτρηση περιλαμβάνει υπολογισμούς, ανάκληση γνώσεων, ερωτήματα σωστού-λάθους και πολλαπλών επιλογών, απάντηση σε ερωτήσεις κατανόησης και αξιολόγησης μέσα από δοσμένα κείμενα, συμπλήρωσης κενών ή εκτέλεση και σχεδιασμό εργασιών. Η υποκειμενική μέτρηση περιλαμβάνει την αυτοαναφορά μέσα από τη συμπλήρωση υποκειμενικών απαντήσεων σε διαβαθμιστική κλίμακα Likert τετράβαθμη, πεντάβαθμη ή εξάβαθμη. Στην μικτή συλλογή δεδομένων, όταν αυτή πραγματοποιείται με ερωτηματολόγιο, περιλαμβάνονται σε αυτό ερωτήσεις γνώσεων και στοιχεία που απαιτούν την εκτέλεση υπολογισμών κυρίως σε θέματα διατροφής. Ποσοστιαία φαίνεται να προτιμάται η συλλογή δεδομένων με επιτέλεση εργασιών. Ωστόσο, τα πιο πρόσφατα εργαλεία συγκεντρώνουν υποκειμενικές απαντήσεις. Η επιλογή του κάθε τρόπου παρουσιάζει τόσο πλεονεκτήματα όσο και μειονεκτήματα. Η αντικειμενική μέτρηση

μηδενίζει τις διαστρεβλώσεις οι οποίες μπορεί να προκύψουν λόγω των ιδιαιτεροτήτων του συγκεκριμένου πληθυσμού. Είναι περισσότερο αξιόπιστες, ωστόσο είναι απαιτητικές στην πραγματοποίησή τους επειδή απαιτούν εκπαιδευμένο στο εργαλείο ερευνητικό προσωπικό. Η Wu et al. (2010) αναφέρει ότι τα άτομα τα οποία εκπόνησαν την έρευνα χρειάστηκαν εκπαίδευση μιας ημέρας. Επιπλέον, η παρουσία του ερευνητή θεωρείται ότι μπορεί να δημιουργήσει στον συμμετέχοντα δυσάρεστο συναίσθημα, όταν οι ερωτήσεις υπερβαίνουν τις γνωστικές του ικανότητες όπως επί παραδείγματι αναφέρεται στην εφαρμογή του Newest Vital Sign (Warsh et al., 2013) στις μικρότερες ηλικίες ή όταν αντιληφθεί ότι οι απαντήσεις του δεν είναι επαρκείς. Από την άλλη, η διαδικασία για ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς είναι απλούστερη και λιγότερο κοστοβόρα αφού δεν απαιτεί παρουσία και εκπαίδευση ερευνητή, ωστόσο μπορεί στις απαντήσεις να υπάρξουν διαστρεβλώσεις και προκαταλήψεις, υπερεκτίμηση ή αντίθετα μείωση των δυνατοτήτων του ατόμου. Ένα τέτοιο στοιχείο μας δίνεται από την έρευνα των Wu et al. (2010) σύμφωνα με την οποία διαπιστώθηκε αναντιστοιχία μεταξύ του αντιλαμβανόμενου από το υποκείμενο εγγραμματισμού υγείας και του πραγματικού επιπέδου όπως αυτό μετρήθηκε από το εργαλείο αντικειμενικής μέτρησης που δημιούργησαν οι ερευνητές.

Αναφορικά με το περιεχόμενο των ερωτήσεων μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι επικεντρώνεται κυρίως στην αξιολόγηση των δεξιοτήτων των υποκειμένων και δε λαμβάνει στην πλειονότητά των περιπτώσεων την αλληλεπίδραση με στοιχεία του περιβάλλοντος. Μείζον θέμα το οποίο αναφέρεται από την πλειονότητα των ερευνητών, είτε ο πληθυσμός στόχος είναι ενήλικες είτε έφηβοι, αποτελεί το ζήτημα της έλλειψης επιστημονικής συναίνεσης σχετικά με έναν λειτουργικό ορισμό και κατά συνέπεια έναν κατά σχετική ομοφωνία ορισμό των συνιστωσών τις οποίες αυτό θα μετρά. Η πληθώρα ορισμών, το πεδίο εφαρμογής της μέτρησης και ο σκοπός της έρευνας είναι οι κύριοι λόγοι γι αυτό. Όπως διαπιστώνουν οι Wang, Thombs, & Schmid (2014), ακόμη και κάτω από την ομπρέλα της ίδιας επονομασίας των συνιστωσών, αποκαλύπτεται μία ευρεία γκάμα δεξιοτήτων ορισμένες γενικής και άλλες μερικής αποδοχής. Ωστόσο, και παρά την πληθώρα των ορισμών, πολλοί ερευνητές αναφέρουν τον ορισμό τον οποίο αποδέχονται χωρίς στη συνέχεια να διευκρινίζουν εάν αποτελεί και τον ορισμό στον οποίο στηρίζεται το εργαλείο μέτρησης. Αυτό επισημαίνεται και από άλλους ερευνητές. Γενικότερα,

παρατηρούμε ότι έννοιες οι οποίες παρουσιάζονται στα εννοιολογικά μοντέλα δεν αντικατοπτρίζονται στα εργαλεία μέτρησης.

Μετά από την αποδελτίωση των ερωτηματολογίων, μία σειρά παρατηρήσεων και ερωτημάτων μπορούν να τεθούν υπό συζήτηση σχετικά με τις συνιστώσες. Αρχικά, παρατηρείται ασυμφωνία ως προς τη θέση της γνώσης. Η γνώση όταν περιλαμβάνεται μπορεί να είναι είτε εννοιολογική και να μετράται με τη μορφή ερωτήσεων επί κάποιων θεωρητικών θεμάτων είτε πρακτική και να μετράται με την γνώση σε συγκεκριμένη κατάσταση μέσα από τα σενάρια, είτε ως μέσο εύρεσης κατάλληλων για την κατάσταση πληροφοριών. Σε άλλα εργαλεία δεν λαμβάνεται υπόψη η συνιστώσα της γνώσης. Ένα δεύτερο παράδειγμα αφορά την εύρεση/απόκτηση/ανάσυρση της πληροφορίας. Η δεξιότητα αυτή, η οποία περιλαμβάνεται ως στοιχείο εγγραμματισμού υγείας στην έρευνα των Brown et al. (2007), αναφέρεται ως ερώτημα σχετικά με τη συχνότερη πηγή απόκτησης πληροφοριών υγείας καθώς ως ερώτημα σχετικά με αυτή που είναι προτιμητέα από τους μαθητές. Οι Schmidt et al. (2010), βασιζόμενοι στον ορισμό του Nutbeam (2000) τον οποίο αναλύουν κατά την αντίληψή τους και στο ερωτηματολόγιο το οποίο δημιουργούν, δεν αναφέρονται στην ικανότητα αυτή. Σύμφωνα με τον Massey et al. (2013), η απόκτηση/ανάσυρση της πληροφορίας συνιστά ικανότητα και αυτοπεποίθηση εφόσον είναι ενεργή και όχι παθητική, και αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να βρίσκει πληροφορίες από διαφορετικές πηγές. Οι Paakkari & Paakkari (2016) εντάσσουν ερώτημα απόκτησης πληροφορίας στη συνιστώσα της πρακτικής γνώσης ενώ ως θεωρητική γνώση εξετάζουν την απόκτηση ποιοτικής πληροφορίας. Κατά την έρευνα των Ghanbari et al. (2016), η εύρεση της πληροφορίας διαχωρίζεται από την αυτοπεποίθηση εύρεσης, ενώ σύμφωνα με ερευνητικά αποτελέσματα των Managanello et al. (2016) η συνιστώσα εύρεσης πληροφορίας δε φαίνεται να υφίσταται.

Η έννοια του λειτουργικού εγγραμματισμού ως αναγνωστική και υπολογιστική ικανότητα περιλαμβάνεται μεταξύ άλλων στο HELMA (Ghanbari et al., 2016) ως δύο διακριτές συνιστώσες, μολονότι στο ερωτηματολόγιο των Managanello et al. (2016) περιέχεται ενοποιημένη στη συνιστώσα της κατανόησης/ αντίληψης.

Στον επιστημονικό διάλογο έχει επίσης τεθεί η έννοια της επικοινωνίας ως συνιστώσα. Η επικοινωνία ως αμφίδρομη διαδικασία στα θέματα υγείας μπορεί να εξελίσσεται σε διαφορετικά επίπεδα αυτό της οικογένειας, μεταξύ φίλων με ανταλλαγή

απόψεων, μεταξύ ιατρού-ασθενή. Στον εφηβικό κόσμο επιπλέον η επικοινωνία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο και αποτελεί κρίσιμο στοιχείο ανάπτυξης. Παρά το γεγονός ότι η επικοινωνία δεν περιλαμβάνεται ρητά στον ορισμό του IOM (2004) ο οποίος έχει συχνότερη χρήση, εντοπίζεται στις έρευνες ως συνιστώσα. Οι Paakkari & Paakkari (2012) θεωρούν ότι οι κοινωνικές δεξιότητες μεταξύ των οποίων και η επικοινωνία είναι σημαντικές για τον εγγραμματισμό υγείας, αλλά δεν αποτελούν συνιστώσες του ως εκ τούτου δεν πρέπει να μετρηθούν. Η Managanello (2008) βασιζόμενη στον ορισμό του Nutbeam (2000) περιλαμβάνει ως συνιστώσα της έννοιας την αλληλεπιδραστική πλευρά της και συμπεριλαμβάνει την επικοινωνία στο εργαλείο που αναπτύσσει. Οι Massey et al. (2013) επικεντρώνοντας στο πεδίο της ιατρικής φροντίδας μετρούν την αλληλεπίδραση μεταξύ ιατρού και ασθενή καθώς και την μεταξύ τους επαφή, συνιστώσες οι οποίες βασίζονται στις δυνατότητες επικοινωνίας των ατόμων. Στην αντίληψη των παρεχόμενων υπηρεσιών του υπόβαθρου που επιτρέπει κάθε χώρα στους πολίτες και κάθε εκπαιδευτικό σύστημα στους μαθητές και στο πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο λαμβάνουν χώρα οι δεξιότητες του εγγραμματισμού υγείας μπορεί να αναζητηθεί επίσης η διαφορετική αντιμετώπιση των ζητημάτων αυτών.

Επιπλέον από τους Ormshaw, Paakkari & Kannas (2013) έχει τεθεί προς συζήτηση, κατά την πρώιμη περίοδο διερεύνησης του όρου, εάν και εφόσον η έννοια των στάσεων αποτελεί συνιστώσα του εγγραμματισμού υγείας. Η έννοια των στάσεων ως συνιστώσα περιλαμβάνεται στο ερωτηματολόγιο των Schmidt et.al (2010), επί παραδείγματι ως στάσεις απέναντι στην υγιεινή διατροφή, στην υγεία των δοντιών, στην έρευνα των Yu. et al. (2012), η οποία αξιολογεί πρόγραμμα σπουδών αγωγής υγείας ενώ στο ερωτηματολόγιο των Brown et al. (2007) περιλαμβάνεται ως ενδιαφέρον ενημέρωσης για θέματα υγείας. Ερώτημα αποτελεί εάν τελικά οι στάσεις αφορούν δεξιότητες του εγγραμματισμού ή η ανάπτυξη θετικών στάσεων υγείας είναι ζητούμενο και αποτέλεσμα του εγγραμματισμού υγείας μέσα σε μια ευρύτερης διαδικασίας μόρφωση.

Θέμα συζήτησης μπορεί επίσης να αποτελέσει η έννοια της χρήσης. Χρησιμοποιούμε τις πληροφορίες που λαμβάνουμε υπόψη ώστε να καταλήξουμε σε μία απόφαση ή μετασχηματίζουμε τη χρήση πληροφοριών σε πρακτική και συμπεριφορά. Η συμπεριφορά ωστόσο δεν είναι πάντα εφικτή να μετρηθεί ως συνιστώσα, δεδομένου ότι

στα παιδιά και στους εφήβους υφίσταται η εξάρτηση στην εμφάνιση συμπεριφορών από τους γονείς και το περιβάλλον σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό ανάλογα με την ηλικία και το πλαίσιο. Επιπλέον, στην εμφάνιση συμπεριφορών συνυπολογίζονται ψυχοκοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες.

Η μέτρηση της έννοιας της πολιτειότητας και του ενεργού πολίτη τίθεται επίσης υπό διερεύνηση. Ως συνιστώσα του εγγραμματισμού υγείας γίνεται δεκτή από τους Paakkari & Paakkari (2012), δεν συναντάται όμως ρητά σε άλλη έρευνα. Το ερωτηματολόγιο των Brown et al. το οποίο βασίζεται στο πρότυπο κριτήριο αρ.7 των National Health Education Standards (NHES), το οποίο αποτελεί δείκτη για την προάσπιση της υγείας, τη διακίνηση και το μοίρασμα σχετικών πληροφοριών, ωστόσο ως στοιχείο για τη μέτρηση αυτού χρησιμοποιεί την ικανότητα για συμμετοχή στην έρευνα που διεξήγαγε. Η ασυνέπεια μεταξύ της ρητορικής των αναλύσεων, οι οποίες πολύ συχνά αναφέρονται στην παιδαγωγική του Freire και των συνιστωσών που τελικά περιλαμβάνονται στα εργαλεία μέτρησης σχετικά με τη συγκεκριμένη δεξιότητα επισημαίνεται από τους ακαδημαϊκούς και ερευνητές (Pleasant & McKinney, 2011).

Αντίθετα, πιο ισχυρός βαθμός συναίνεσης φαίνεται να υπάρχει όσον αφορά άλλους τύπους δεξιοτήτων. Τέτοιες είναι οι δεξιότητες εύρεσης/απόκτησης της πληροφορίας, η κατανόηση, δεξιότητες σχετικές με αξιολόγηση, επεξεργασία και επικοινωνία των πληροφοριών, δεξιότητες χρήσης των πληροφοριών καθώς και η πραγματοποίηση ενημερωμένων επιλογών και όχι η λήψη κατάλληλων αποφάσεων όπως προτάθηκε στον ορισμό του IOM το 2004 (Pleasant & McKinney, 2011). Γενικότερα, αυτό που συνιστάται στους ερευνητές είναι να χρησιμοποιούν εργαλεία μέτρησης συμβατά με το πεδίο το οποίο κατευθύνονται να μετρήσουν, να είναι πολυδιάστατα τόσο στο περιεχόμενο όσο και στη μεθοδολογία, να επιτρέπουν συγκρίσεις τόσο σε επίπεδο πληθυσμού όσο και σε επίπεδο περιβαλλόντων και συνθηκών (Pleasant, McKinney & Rikard, 2011).

Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στη χώρα μας (Γλεντή, 2017· Kondilis, et al., 2012· Vozikis, Drivas & Miliotis, 2014) χρησιμοποιούν ως εργαλείο μέτρησης το HLS-EU-Q47 (Sorensen et al., 2013). Στις έρευνες αυτές συσχετίζεται η έννοια με μία σειρά θεμάτων υγείας όπως η διατροφή, η σεξουαλική υγεία, διάφορες χρόνιες ασθένειες.

1.8. Στόχος της παρούσας έρευνας

Ο εγγραμματισμός υγείας έχει αναδειχθεί στη σύγχρονη ερευνητική βιβλιογραφία σε μείζονος σημασίας θέμα και προτεραιότητα για την προαγωγή υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο λόγος για αυτό είναι ότι εντάσσεται μέσα στις νέες δεξιότητες οι οποίες είναι αναγκαίες για τη διασφάλιση της ανάπτυξης της ευημερίας των κοινωνιών. Οδηγεί στην ενδυνάμωση των ατόμων και επιτρέπει την εμπλοκή των πολιτών σε συλλογικές δράσεις προαγωγής υγείας. Επιπλέον, θεωρείται αναπόσπαστο τμήμα των δεξιοτήτων που πρέπει να διαθέτει ο έφηβος και οι οποίες αναπτύσσονται κυρίως μέσα από την εκπαίδευση (Rowlands et al., 2018).

Η διερεύνηση του σε εφήβους στη χώρα μας περιορίζεται στην έρευνα των Vardavas et al. η οποία πραγματοποιήθηκε το 2009 σε αστικές περιοχές της Αθήνας και της Κρήτης, σε βολικό δείγμα 369 εφήβων ηλικίας 12-18 ετών. Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε τρισκελές ερωτηματολόγιο κλειστών ερωτήσεων, το οποίο εστίασε και συνέλεξε στοιχεία σχετικά με τα θέματα υγείας στα οποία είχαν επιμορφωθεί οι έφηβοι το προηγούμενο από την έρευνα έτος, τον προσδιορισμό των πηγών από τις οποίες αντλούν τις πληροφορίες τους, καθώς και τον βαθμό ικανοποίησής τους από την επαφή με το γιατρό τους. Δεδομένου του γεγονότος ότι, όπως προαναφέρθηκε, ο εγγραμματισμός υγείας συνιστά μια πολύπλευρη έννοια, γίνεται κατανοητό ότι διερευνήθηκαν ζητήματα σχετικά με τον εγγραμματισμό υγείας αλλά όχι η έννοια ως ολότητα. Η πραγματοποίηση της διερεύνησης αυτής μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω ενός κατάλληλου ερευνητικού εργαλείου το οποίο θα δώσει τη δυνατότητα να αποτυπωθεί η συνολική εικόνα και να σκιαγραφηθεί λεπτομερώς το επίπεδο των δεξιοτήτων αυτών στους μαθητές, ώστε να αποτυπωθούν τυχόν ελλείμματα σε κάποιες διαστάσεις του εγγραμματισμού υγείας, και να γίνει προσπάθεια αυτά να καλυφθούν στο μέλλον με κατάλληλες διδακτικές πρακτικές, διαμορφώνοντας τελικά το αντίστοιχο πλαίσιο ανάπτυξης και της ίδιας της αγωγής υγείας όπως επιτάσσουν οι ανάγκες που προκύπτουν από τις σύγχρονες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Σε αυτό φιλοδοξεί να συμβάλλει η παρούσα εργασία.

Για να επιτευχθεί αυτός ο σκοπός κρίθηκε αρχικά απαραίτητο να μελετηθεί εμπειριστατωμένα και να αναλυθεί η έννοια του εγγραμματισμού υγείας, ειδικότερα όσον

αφορά τους μαθητές. Στη συνέχεια, κρίθηκε απαραίτητο να σχεδιαστεί και να δημιουργηθεί ένα σταθμισμένο εργαλείο που να αποτυπώνει τον εγγραμματισμό υγείας και να είναι κατάλληλο για μαθητές εφηβικής ηλικίας και ακολούθως να συλλεχθούν δεδομένα από ένα ικανό και αντιπροσωπευτικό δείγμα μαθητών. Αποφασίστηκε να διερευνηθεί το επίπεδο εγγραμματισμού στην αλλαγή των βαθμίδων, δηλαδή στο τέλος της πρωτοβάθμιας και υποχρεωτικής δευτεροβάθμιας, ως χρονικά σημεία που αφενός σηματοδοτούν μεταβολές σε κάθε επίπεδο οι οποίες συνοδεύουν το πέρασμα από την πρώιμη στην όψιμη εφηβεία, αφετέρου αποτελούν σημεία καμπής για τη συνέχιση ή μη των εγκύκλιων σπουδών.

Ο εγγραμματισμός υγείας δε φαίνεται να αναπτύσσεται και να λειτουργεί ως ανεξάρτητο χαρακτηριστικό του ατόμου. Αντίθετα, σύμφωνα με τα εννοιολογικά μοντέλα τα οποία παρουσιάστηκαν στον Πίνακα 1.2 υφίσταται μία σειρά προϋποθέσεων, η ύπαρξη των οποίων ευνοεί ή όχι την ανάπτυξή του. Κάποια εννοιολογικά μοντέλα, αλλά και ερευνητικά δεδομένα, υποστηρίζουν ότι ο εγγραμματισμός υγείας μεταβάλλεται ανάλογα με το βαθμό τυπικής εκπαίδευσης και της γλώσσας (IOM, 2004), το φύλο και την εθνότητα, την ηλικία (Manganello et al., 2008), την ύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών (Borzekowski, 2009), τη σχολική επίδοση (Wu et al., 2010· Levin-Zamir et al., 2011· Ghanbari et.al, 2016) τις επιρροές από οικογένεια και φίλους (Sanders, 2009α), την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου και τις εμπειρίες του (Wharf et al., 2009). Οι Sorensen et al. (2013) αναφέρονται σε αυτούς τους παράγοντες διαχωρίζοντάς τους σε προσωπικούς προσδιοριστές, οι οποίοι είναι τα εγγύτερα χαρακτηριστικά του ατόμου και σε προσδιοριστές πλαισίου, όπως η κοινωνική υποστήριξη, η χρήση μέσων. Οι Wharf et al. (2009) περιγράφουν τις προσωπικές επιρροές δηλαδή ηλικία, φύλο, αξίες και κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τους εγγύτερους παράγοντες όπως η χρήση των μέσων καθώς επίσης και στοιχεία του μεσο- και μακροσυστήματος.

Στην προκειμένη περίπτωση, θα αποτυπωθεί αρχικά το επίπεδο του εγγραμματισμού υγείας των μαθητών αποφοίτων δημοτικού και γυμνασίου και στη συνέχεια, θα διερευνηθεί μέσω της δημιουργίας μοντέλων εάν και πώς επηρεάζεται το επίπεδο αυτό με τη διαφοροποίηση των προσωπικών προσδιοριστών και των προσδιοριστών πλαισίου. Προσδιοριστές οι οποίοι ανήκουν στην πρώτη κατηγορία θεωρούνται ανεξάρτητες μεταβλητές όπως το φύλο, η ηλικία, η ύπαρξη μαθησιακών

δυσκολιών, οι πεποιθήσεις του ατόμου, οι προτιμήσεις του σε συγκεκριμένα γνωστικά αντικείμενα που άπτονται είτε της υγείας όπως η βιολογία, είτε της βελτιωμένης δυνατότητας για πρόσβαση και αξιολόγηση της πληροφορίας, όπως οι ΤΠΕ. Στους προσδιοριστές πλαισίου εντάσσονται ανεξάρτητες μεταβλητές όπως το μορφωτικό επίπεδο των γονέων και η μητρική τους γλώσσα ως ένδειξη μεταναστευτικού υποβάθρου, η οικονομική δυσπραγία, οι προσωπικές και στενά οικογενειακές εμπειρίες ασθένειας, η επιρροή και υποστήριξη του κοινωνικού περιβάλλοντος για υιοθέτηση θετικών συνηθειών. Επίσης, θα εξεταστούν και προσδιοριστές οι οποίοι δεν εντάσσονται αμιγώς στη μία ή στην άλλη κατηγορία, καθώς αλληλοεπηρεάζονται μέσα από διάφορα κανάλια. Τέτοιοι είναι η βαθμολογία του μαθητή, το προσωπικό ενδιαφέρον πληροφόρησης για θέματα υγείας καθώς και οι πηγές πληροφόρησης που χρησιμοποιεί. Κατά συνέπεια, τα ερευνητικά ερωτήματα και οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας διατριβής διατυπώνονται ως εξής:

Ερευνητικά ερωτήματα

EE1. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του εγγραμματισμού υγείας και του βαθμού προτίμησης των μαθητών σε μαθήματα που σχετίζονται με αυτόν όπως α) της βιολογίας και β) της πληροφορικής;

EE2. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του εγγραμματισμού υγείας και της ύπαρξης κάποιας μορφής χρόνιας ασθένειας των μαθητών;

EE3. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του εγγραμματισμού υγείας και της ύπαρξης οικογενειακών εμπειριών ασθένειας;

EE4. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του εγγραμματισμού υγείας και της ύπαρξης στην οικογένειά τους οικονομικών προβλημάτων στον βαθμό που επηρεάζονται οι επισκέψεις σε γιατρούς και η προμήθεια φαρμάκων;

EE5. Υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση του εγγραμματισμού υγείας των μαθητών όταν μεταβάλλεται η πηγή ενημέρωσής τους;

EE6. Υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση στον εγγραμματισμό υγείας των μαθητών όταν μεταβληθεί ο βαθμός στον οποίο εκείνοι πιστεύουν ότι το περιβάλλον έχει τη δυνατότητα να τους επηρεάσει θετικά στις συνήθειες υγείας;

EE7. Ποιες από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές (αναλυτικότερα: φύλο, τάξη, εκπαίδευση γονέων, προτίμηση σε γνωστικά αντικείμενα, βαθμολογία, μαθησιακές

δυσκολίες, ύπαρξη προβλημάτων υγείας, οικονομικοί παράγοντες, υποστήριξη από το περιβάλλον και πηγές πληροφόρησης) μπορεί να έχουν ισχυρότερη προβλεπτική αξία για την ανάπτυξη του εγγραμματισμού υγείας στους μαθητές;

Ερευνητικές υποθέσεις

H1. Ο εγγραμματισμός υγείας των αποφοίτων δημοτικού και γυμνασίου μαθητών αναμένεται να βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο.

H2α) Προβλέπεται ότι το φύλο των μαθητών επιδρά στον εγγραμματισμό υγείας με τα κορίτσια να έχουν περισσότερες πιθανότητες να εντάσσονται σε υψηλότερο επίπεδο.

H2β) Αναμένεται ότι η μεγαλύτερη τάξη φοίτησης επιδρά θετικά στο επίπεδο του εγγραμματισμού υγείας του μαθητή.

H2γ) Είναι πιθανόν ότι το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων επιδρά αρνητικά στο επίπεδο εγγραμματισμού υγείας του μαθητή.

H2δ) Είναι πιθανόν ότι όταν οι γονείς έχουν ως μητρική γλώσσα τα ελληνικά ο μαθητής να εντάσσεται σε υψηλότερο επίπεδο εγγραμματισμού υγείας.

H2ε) Προβλέπεται ότι η ύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών θα μεταβάλλει αρνητικά το επίπεδο εγγραμματισμού υγείας των μαθητών.

H2στ) Είναι πιθανόν ότι η υψηλή σχολική βαθμολογία συσχετίζεται θετικά με το επίπεδο εγγραμματισμού υγείας των μαθητών.

H3. Προβλέπεται ότι η θετική μεταβολή στο βαθμό του κινήτρου των μαθητών για την απόκτηση γνώσεων υγείας θα μεταβάλλει θετικά το επίπεδο εγγραμματισμού υγείας των μαθητών.

H4. Αναμένεται ότι η θετική μεταβολή του βαθμού στον οποίο οι μαθητές θεωρούν ότι υποστηρίζονται από το περιβάλλον τους θα μεταβάλλει θετικά το επίπεδο εγγραμματισμού υγείας των μαθητών.

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1. Επιλογή ερευνητικής μεθοδολογίας

Η ανάλυση και η ερμηνεία εννοιών που σχετίζονται με την πραγματικότητα των κοινωνικών φαινομένων μπορεί να προσεγγιστεί μέσω δύο μορφών μελέτης, της ποιοτικής και της ποσοτικής (Παπαγεωργίου, χ.χ.). Μέσω της ποιοτικής έρευνας, προσπαθούμε να κατανοήσουμε τις σχέσεις εξάρτησης μεταξύ των κοινωνικών φαινομένων βασιζόμενοι στις απόψεις των συμμετεχόντων, να διερευνήσουμε σε βάθος παραμέτρους των εμπειριών των ατόμων στον κόσμο (Shirish, 2013). Η ποσοτική έρευνα έχει αντικειμενικά χαρακτηριστικά και ενδιαφέρεται κυρίως για τον έλεγχο υποθέσεων, την ερμηνεία αίτιου και αιτιατού καθώς και την πραγματοποίηση προβλέψεων και εκτιμήσεων (Μάνια & Γάκη, χ.χ.). Η ποιοτική έρευνα είναι κυρίως διερευνητική, ενώ η ποσοτική έρευνα αναφέρεται στη συστηματική διερεύνηση φαινομένων με στατιστικές μεθόδους και αριθμητικά δεδομένα (Νομικού, 2016). Οι δύο προσεγγίσεις εκτός των άλλων διαφοροποιούνται και στη μέθοδο συλλογής δεδομένων. Στην ποιοτική έρευνα τα δεδομένα συγκεντρώνονται με τη χρήση ενός πλαισίου γενικών ερωτημάτων που επιτρέπουν στους συμμετέχοντες να διατυπώσουν απαντήσεις. Η έρευνα αυτού του τύπου δίνει έμφαση κυρίως στα λεγόμενα των συμμετεχόντων παρά στην ποσοτικοποίηση και στατιστική ανάλυση των δεδομένων (Καραγιάννης, 2017). Στην ποσοτική αντίθετα, η συγκέντρωση των δεδομένων γίνεται με τη χρήση εργαλείων προκαθορισμένων ερωτημάτων και απαντήσεων, τα οποία δίνουν τη δυνατότητα να συγκεντρωθούν δεδομένα από μεγάλο αριθμό ατόμων. Στην πράξη ωστόσο, χαρακτηριστικά από το ένα είδος έρευνας μπορεί να εντοπισθούν στο άλλο. Λόγω αυτού προτείνεται η αντιμετώπιση των ερευνών να μην παίρνει τη μορφή άκαμπτης διχοτόμησης, αλλά να γίνεται μέσα από την αντίληψη ενός συνεχούς (Creswell, 2008). Η επιλογή του είδους της ερευνητικής προσέγγισης που χρησιμοποιείται κάθε φορά εξαρτάται από το ερευνητικό πρόβλημα. Στη δημοσιευμένη αρθρογραφία σχετικά με τον εγγραμματοισμό υγείας παιδιών και εφήβων οι ποιοτικές μελέτες έχουν χρησιμοποιηθεί είτε για να φωτίσουν πλευρές της έννοιας μέσα στις πρακτικές της καθημερινότητας

(Fairbrother et al.), στο θεωρητικό πλαίσιο των πολλαπλών εγγραμματισμών, είτε στην αξιολόγηση της εφαρμογής διαφόρων εκπαιδευτικών προγραμμάτων (McCray et al.), αλλά και συνδυαστικά με τη μορφή ομάδων εστίασης πριν τη δημιουργία του εργαλείου της ποσοτικής έρευνας (Ghanbari et al., 2016). Οι έρευνες των τελευταίων ετών εστιάζουν στη δημιουργία εργαλείων μέτρησης του επιπέδου εγγραμματισμού υγείας, κυρίως ερωτηματολογίων κλειστών ερωτήσεων (Guo et al., 2018). Με αυτόν τον τρόπο συλλέγονται στοιχεία από ευρύ τμήμα πληθυσμού σε σύντομο χρονικό διάστημα, τα οποία μπορούν να τυποποιηθούν, να προσδιοριστούν σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών, δίνοντας σε ένα σημαντικό βαθμό τη δυνατότητα για γενίκευση των δεδομένων. Στην παρούσα εργασία επιλέχθηκε να πραγματοποιηθεί αρχικά η ποσοτική έρευνα, μέσω της δημιουργίας ερωτηματολογίου με σκοπό τη συλλογή μεγάλου αριθμού δεδομένων που θα επιτρέψει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων και πιθανά την πιο ταχεία αξιοποίησή τους.

2.2. Το δείγμα της έρευνας

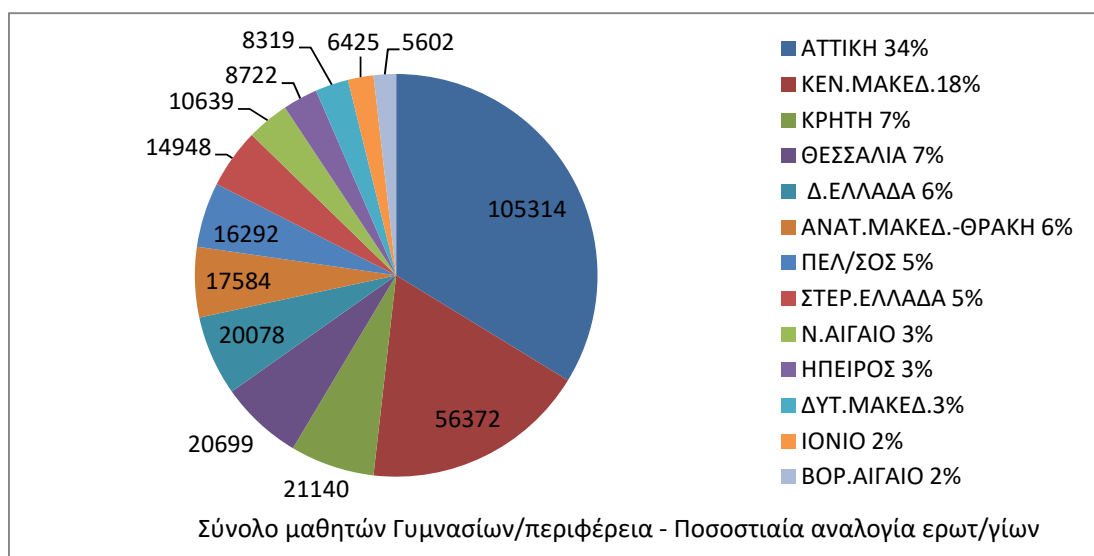
Η έρευνα αποσκοπεί στο να αξιολογήσει το επίπεδο εγγραμματισμού στην υγεία μαθητών αποφοίτων Δημοτικού και Γυμνασίου. Παρά το γεγονός ότι η πιλοτική έρευνα απευθύνθηκε σε βολικό δείγμα μαθητών ΣΤ' Δημοτικού, Α' και Γ' Γυμνασίου, η περίοδος που εγκρίθηκε η έρευνα από το Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής (ΙΕΠ) επέτρεπε την εφαρμογή της από τη νέα σχολική χρονιά 2017-18.

Εξαιτίας αυτού, αποφασίστηκε πληθυσμό-στόχο της έρευνας να αποτελέσουν πλέον οι μαθητές της Α' Γυμνασίου και της Α' Λυκείου οι οποίοι αντιστοιχούσαν σε αυτούς που είχαν μόλις ολοκληρώσει την Στ' Δημοτικού και Γ' Γυμνασίου αντίστοιχα. Δεδομένης ωστόσο της ύπαρξης σχολικής διαρροής (Παπαδοπούλου κ.ά., 2017) μετά το τέλος της υποχρεωτικής δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, αποφασίστηκε να συμπεριληφθούν και μαθητές της Γ' Γυμνασίου. Συνεπώς, το δείγμα της έρευνας επιλέχθηκε από πληθυσμό-στόχο ο οποίος αποτελείτο από μαθητές της Α', Γ' Γυμνασίου και Α' Λυκείου που φοιτούσαν σε δημόσια και ιδιωτικά γυμνάσια, σε Γενικά (μεταξύ των οποίων Μουσικά, Καλλιτεχνικά, Πρότυπα, Πειραματικά) και

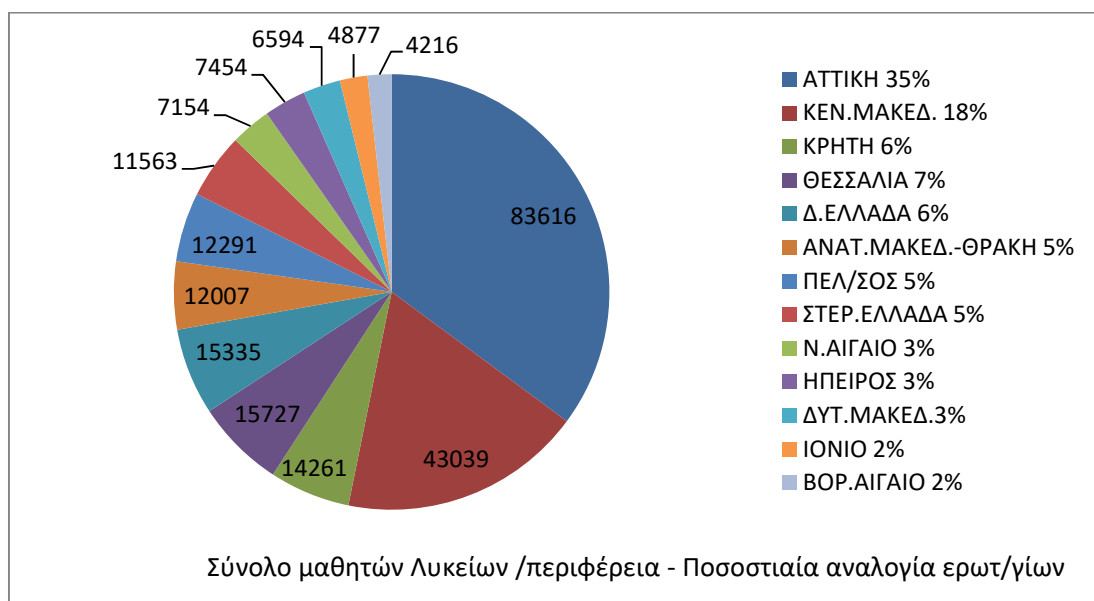
Επαγγελματικά λύκεια με σκοπό την επίτευξη κατά το δυνατόν αντιπροσωπευτικού δείγματος.

Όσον αφορά στο μέγεθος του δείγματος, ως γενικός πρακτικός κανόνας αναφέρεται η επιλογή να επιλεγθεί όσο το δυνατόν μεγαλύτερο δείγμα από τον πληθυσμό ώστε να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα σφάλματος (Creswell, 2008). Ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα για μεγάλους πληθυσμούς άνω των 150.000 υπολογίζεται με μια αναλογία 1% (Πανεπ. Θεσσαλίας, χ.χ.), ενώ για μία πανελλαδικής εμβέλειας έρευνα θεωρείται ικανοποιητικός ο αριθμός των 2.500 (Καραφέρης, 2010). Ωστόσο, κατ' άλλους θεωρείται παρανόηση ότι το μέγεθος του δείγματος πρέπει να αποτελεί ένα συγκεκριμένο ποσοστό του μεγέθους του πληθυσμού. Δημοσκοπήσεις αξιόπιστων ιδρυμάτων πραγματοποιούνται με δείγματα μεγέθους 2.500-3.000 ατόμων (Ζαφειρόπουλος, χ.χ.). Δεδομένου του γεγονότος ότι δεν υπήρχαν ακριβή, δημοσιευμένα στοιχεία για τον αριθμό του μαθητικού πληθυσμού των συγκεκριμένων τάξεων πανελλαδικά, ωστόσο σύμφωνα με τα συνολικά δεδομένα ξεπερνούσε τις 150.000 θεωρήθηκε ικανοποιητική η συλλογή 2.500 ερωτηματολογίων. Τα σχολεία από τα οποία αντλήθηκε το δείγμα επιλέχθηκαν από διάφορες περιοχές της χώρας βάσει δύο κριτηρίων: αφενός της πληθυσμιακής κατανομής του μαθητικού πληθυσμού στις περιφέρειες της χώρας όπως αυτή δίνεται από την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ, 2016·ΕΛΣΤΑΤ, 2015), αφετέρου δε βάσει του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, όπως αυτό προκύπτει από τους χάρτες της εφαρμογής «Πανόραμα» και τους διαδραστικούς χάρτες της ίδιας υπηρεσίας, οι οποίοι δίνουν τα ποσοστά ανεργίας σε κάθε περιφέρεια, λαμβάνοντας υπόψη την ανάγκη εκπροσώπησης όλων των επιπέδων.

Ως εκ τούτου, αρχικά υπολογίστηκε το ποσοστό του αριθμού των μαθητών, ξεχωριστά για γυμνάσια και λύκεια, κάθε περιφέρειας επί του συνολικού ώστε να υπάρξει αντιπροσωπευτική αναλογία κατά την επιλογή των σχολικών μονάδων (Γράφημα 2.1, Γράφημα 2.2).



Γράφημα 2.1. Κατανομή μαθητικού πληθυσμού γυμνασίων ανά περιφέρεια το σχολικό έτος 2014-15



Γράφημα 2.2. Κατανομή μαθητικού πληθυσμού λυκείων ανά περιφέρεια το σχολικό έτος 2014-15

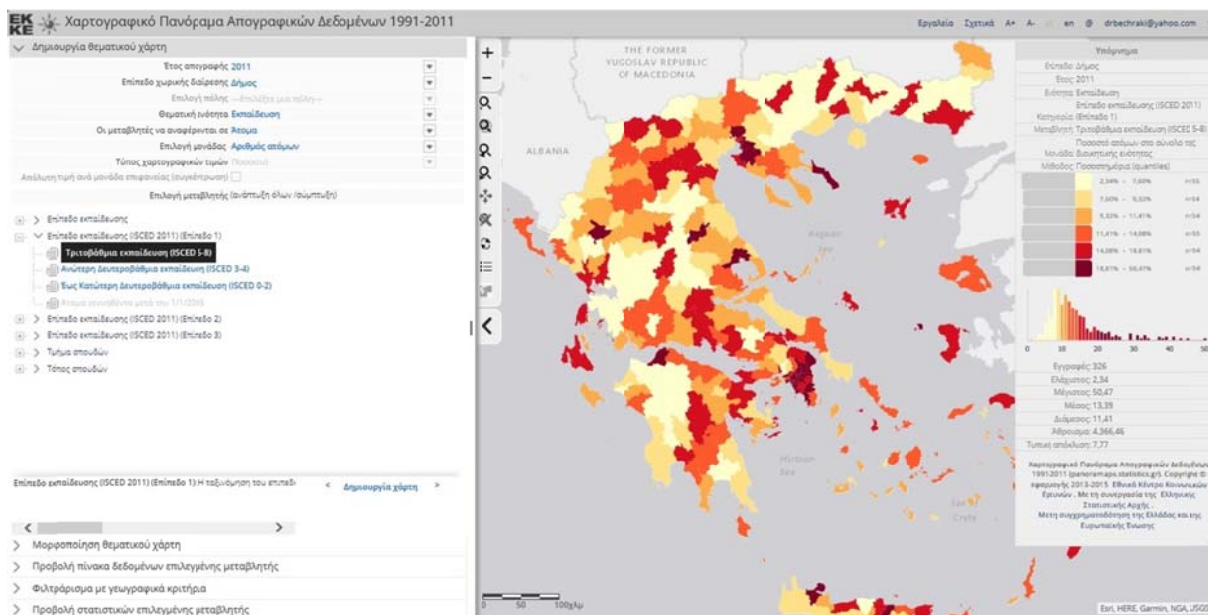
Η ποσόστωση των μαθητών αντιστοιχεί στον ακόλουθο αριθμό ερωτηματολογίων ανά περιφέρεια για γυμνάσια και λύκεια:

Πίνακας 2.1

Αριθμός ερωτηματολογίων που αντιστοιχεί σε Γυμνάσια και Λύκεια ανά περιφέρεια

	ΑΤΤΙΚΗ	ΚΕΝ.ΜΑΚΕΔ	ΚΡΗΤΗ	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΔΕΛΛΑΔΑ	ΑΝΑΤ.ΜΑΚΕΔ.-ΘΡΑΚΗ	ΠΕΛ/ΣΟΣ	ΣΤΕΡ.ΕΛΛΑΔΑ	Ν.ΑΙΓΑΙΟ	ΗΠΕΙΡΟΣ	ΔΥΤ.ΜΑΚΕΔ	ΙΟΝΙΟ	ΒΟΡ.ΑΙΓΑΙΟ
ΓΥΜΝΑΣΙΑ	425	225	87,5	87,5	75	75	62,5	62,5	37,5	37,5	37,5	25	25
ΛΥΚΕΙΑ	437,5	225	75	87,5	75	62,5	62,5	62,5	37,5	37,5	37,5	25	25

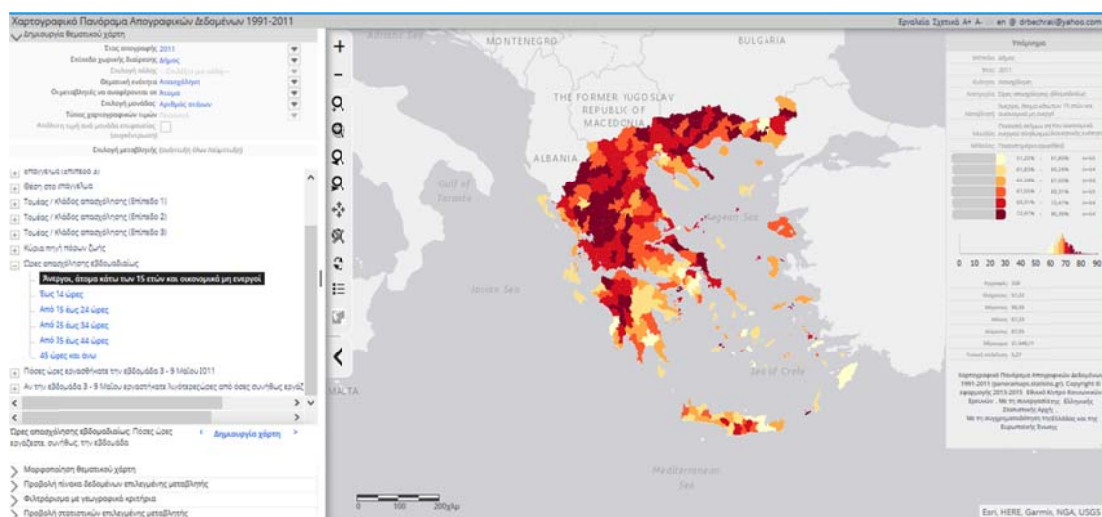
Για την επιλογή περιοχών με βάση το κοινωνικό επίπεδο ως χαρακτηριστικό των ατόμων δημιουργήθηκε θεματικός χάρτης στην εφαρμογή Πανόραμα¹¹ με κριτήριο το εκπαιδευτικό επίπεδο των κατοίκων σε επίπεδο Δήμου (Εικ 2.1).



Εικόνα. 2.1. Στοιχεία απογραφής 2011για το εκπαιδευτικό επίπεδο από την εφαρμογή «Πανόραμα»

¹¹ <http://panoramaps.statistics.gr/panorama/>

Δημιουργήθηκε επίσης θεματικός χάρτης με βάση τα ποσοστά ανεργίας ανά Δήμο για την επιλογή περιοχών με οικονομικό κριτήριο (Εικ. 2.2). Επίσης συνυπολογίστηκαν χαρακτηριστικά τύπου ώστε να συμμετέχουν μαθητές αστικών, ημιαστικών και αγροτικών περιοχών. Στοιχεία σχετικά με την πληθυσμιακή κατάσταση, ώστε να επιλεχθούν σχολεία και από μικρές κωμοπόλεις, αντλήθηκαν από τη Wikipedia.



Εικόνα. 2.2. Στοιχεία απογραφής 2011 για το οικονομικό επίπεδο από την εφαρμογή «Πανόραμα»

Σύμφωνα με τη διαδικασία αυτή επιλέχθηκαν 377 σχολικές μονάδες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης από όλη την επικράτεια.

Το δείγμα της έρευνας συνεπώς είναι πανελλαδικό και αποτελείται από 2.800 συμμετέχοντες μαθητές Α΄ και Γ΄ Γυμνασίου και Α΄ Λυκείου. Η συμμετοχή των δύο φύλων υπήρξε ποσοστιαία ανάλογη. Οι μισοί περίπου ήταν μαθητές της Α΄ Λυκείου, η οποία αντιστοιχεί σε ηλικία 15-16 ετών και οι υπόλοιποι ήταν μαθητές των Α΄ και Γ΄ Γυμνασίου ηλικίας 12-13 ετών και 14-15 ετών αντίστοιχα. Ο μέσος όρος ηλικίας υπολογίστηκε στα 14,5 έτη.

Πίνακας 2.2

Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος (N=2800)

Φύλο	Αγόρι	1299 (46,8%)
	Κορίτσι	1476 (53,2%)
	Δεν απάντησαν	25
Τάξη	Α΄ Γυμνασίου	762 (27,4%)
	Γ΄ Γυμνασίου	746 (26,8%)
	Α΄ Λυκείου	1273 (45,8%)
	Δεν απάντησαν	19

2.3. Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας

Για την κάλυψη ζητημάτων δεοντολογίας κατατέθηκε στη συνέχεια αίτημα έγκρισης και διεξαγωγής της έρευνας από το Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής (ΙΕΠ). Σύμφωνα με τις απαιτήσεις του ΙΕΠ συντάχθηκε συνοπτικό δελτίο έρευνας καθώς και επιστολές ενημέρωσης για το σκοπό και τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας τόσο προς τους Συλλόγους Διδασκόντων όσο και προς τους γονείς των μαθητών προκειμένου να συναινέσουν γραπτώς στη συμμετοχή των παιδιών τους στην ερευνητική διαδικασία. Επιστολή συντάχθηκε και απευθύνθηκε και στους συμμετέχοντες μαθητές, προκειμένου να τους ενημερώσει για το προαιρετικό της συμμετοχής τους, για το δικαίωμα τους να αποσυρθούν από τη συμπλήρωση εάν το θελήσουν αλλά ταυτόχρονα για να δοθούν διευκρινιστικές λεπτομέρειες και να ζητηθεί η ειλικρίνεια στις απαντήσεις τους. Ενημερωτικό σημείωμα γράφτηκε και στην αρχική σελίδα του ερωτηματολογίου. Τα έντυπα παρατίθενται στο Παράρτημα της εργασίας. Η έρευνα αδειοδοτήθηκε από το ΙΕΠ με την πράξη 26/2017.

2.4. Μέσα Συλλογής Δεδομένων

2.4.1. Σχεδιασμός ερευνητικού εργαλείου

Κατά την περίοδο έναρξης της διδακτορικής διατριβής η δημοσιευμένη ερευνητική αρθρογραφία σχετικά με τον εγγραμματισμό υγείας στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα ήταν εξαιρετικά περιορισμένη. Το θεματικό εύρος αφορούσε ως επί το πλείστον την ανάπτυξη δεξιοτήτων σχετικών με τον εγγραμματισμό υγείας μετά από την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Σε αρκετά από αυτά, τα εργαλεία περιγράφονταν γενικά· χωρίς να αναφέρονται οι επιμέρους ερωτήσεις ή χωρίς να περιγράφονται λεπτομερώς. Ορισμένα εξ αυτών προσέγγιζαν την αξιολόγηση του εγγραμματισμού υγείας με μακροσκελή και απαιτητικά εργαλεία ή αξιολογούσαν κυρίως την αναγνωστική ευχέρεια.

Δοθέντων των παραπάνω, επιλέχθηκε να δημιουργηθεί ένα νέο ερωτηματολόγιο. Στο δίλημμα εάν το ερωτηματολόγιο θα έπρεπε να περιλαμβάνει στοιχεία αντικειμενικής μέτρησης με σκοπό τη μέτρηση στοιχείων λειτουργικού εγγραμματισμού -επί παραδείγματι χρησιμοποιείται ο υπολογισμός θερμίδων σε δεδομένη ετικέτα ή η εύρεση του δείκτη μάζας σώματος-, ή να παραμείνουμε σε ένα αμιγώς ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς αποφασίστηκε το δεύτερο. Σύμφωνα με τους Altin et al.(2014), στα εργαλεία τα οποία στοχεύουν σε μικτό τύπο μέτρησης, αντικειμενικό και αυτοαναφοράς, παρότι συμβάλλουν στη διεύρυνση της έννοιας, πολλές φορές παρουσιάζεται έλλειψη συνοχής μεταξύ των υποκείμενων εννοιών και κατά συνέπεια ανεπαρκής συσχέτιση μεταξύ των τρόπων μέτρησης. Ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς χρησιμοποιούνται όλο και συχνότερα σε έρευνες (Braun, Woodley, Richardson & Leidner, 2012). Στην προκειμένη περίπτωση έχουν συχνά χρησιμοποιηθεί από διάφορους ερευνητές σε κοινό ενηλίκων (HLS-EU-Sorensen, 2013· HLQ –Osborne, et al., 2013· van der Heide, et al., 2013) καθώς και σε εφηβικό κοινό (Brown et al., 2007· Massey et al., 2013· AAHLS-Chinn & McCarthy, 2013·HLAT-8 –Abel, Hofmann, Ackermann, Bucher & Sakarya, 2014·e-Heals - Norman & Skinner, 2006), παρά το γεγονός ότι έχουν αποτελέσει ταυτόχρονα και αντικείμενο επίκρισης αναφορικά με το αν μετρούν το πραγματικό

επίπεδο εγγραμματισμού υγείας ή την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου σχετικά με αυτό (O'Neill, Gonçalves, Ricci-Cabello, Ziebland & Valderas, 2014) ή ακόμη την πλασματική απάντηση ατόμων τα οποία δεν επιθυμούν να στιγματιστούν αποδεχόμενα τις ελλείψεις τους (Chinn & McCarthy, 2013). Αναγνωρίζεται ωστόσο ότι μειώνουν τους περιορισμούς που τίθενται λόγω της παρουσίας ερευνητών στα αντικειμενικά ερωτηματολόγια, έχουν χαμηλότερο κόστος (O'Neill et al., 2014) και μπορούν να αποτελέσουν μια βάση αξιολόγησης για τις υποκείμενες ευρείες θεωρητικές έννοιες αναφορικά με το πώς λειτουργεί στην καθημερινότητα ο εγγραμματισμός στην υγεία (Pleasant, 2014).

2.4.1.1. Εννοιολογικό πλαίσιο του ερωτηματολογίου

Η εννοιολογική ανάλυση του όρου του εγγραμματισμού υγείας καθώς και η διαφορετικότητα των λειτουργικών μεταφράσεών της, έθεσαν τη βάση και αποτέλεσαν το πλαίσιο ανάπτυξης του ερευνητικού εργαλείου καθιστώντας ωστόσο ταυτόχρονα φανερή την ευρύτητά του και την πολυπλοκότητά του. Το γεγονός της έλλειψης ενός ορισμού κοινής αποδοχής μέσω του οποίου δύναται να πραγματοποιηθεί μία επίσης κοινής παραδοχής οριοθέτηση και ανάδειξη των απαραίτητων συνιστωσών κατ'αντιστοιχία με τις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού, αποτελεί βασικό ερευνητικό πρόσκομμα. Η έλλειψη αυτή έχει επισημανθεί και από άλλους ερευνητές (Altin et al., 2014· Haun et al., 2014).

Το εννοιολογικό πλαίσιο του ερωτηματολογίου της παρούσας εργασίας επηρεάστηκε κυρίως από το μοντέλο του Nutbeam (2008) και την οπτική του εγγραμματισμού υγείας ως προσωπικό προτέρημα όπως περιγράφεται σε αυτό (βλ. Κεφ.1.6) και τον ορισμό του ΠΟΥ (WHO, 1998/ Nutbeam, 1998) για τον εγγραμματισμό υγείας. Ο συγκεκριμένος ορισμός αναφέρεται σε γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες του ατόμου οι οποίες επιτρέπουν στο άτομο να έχει πρόσβαση, να αντιλαμβάνεται και να χρησιμοποιεί πληροφορίες υγείας. Οι κοινωνικές δεξιότητες στο συγκεκριμένο μοντέλο αφορούν την κοινωνική οργάνωση και προάσπιση καθώς επίσης ικανότητες διαχείρισης εαυτού και ικανότητες διαπραγμάτευσης. Το γεγονός ότι η έρευνα έχει ως σκοπό την

κατά το δυνατόν πληρέστερη καταγραφή των δεξιοτήτων των μαθητών/εφήβων, μας οδήγησε να συμπεριλάβουμε στο εννοιολογικό πλαίσιο επιπλέον τον ορισμό των Kwan, Frankish & Rootman (2006) ο οποίος χρησιμοποιείται ως «επίσημος» ορισμός στον Καναδά (Rootman & Gordon El-Bihbety 2008, σ. 3). Στον συγκεκριμένο ορισμό αναφέρεται ρητά η έννοια του εγγραμματισμού υγείας ως πρόσβαση, κατανόηση, αξιολόγηση και επικοινωνία της πληροφορίας. Κατά συνέπεια, είναι πιο αναλυτικός στην έννοια της κατανόησης διότι διαχωρίζει κατανόηση και αξιολόγηση. Επίσης, λαμβάνει υπόψη την επικοινωνία ως συνιστώσα, η οποία, όπως συζητήθηκε στο θεωρητικό μέρος της εργασίας, φάνηκε ότι είναι εξαιρετικά σημαντική για την ομάδα των εφήβων.

Εκτός των παραπάνω, και μετά από εκτενή μελέτη της βιβλιογραφίας, τόσο σε θεωρητικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο ανάλυσης των ερευνητικών εργαλείων κυρίως των ενηλίκων αλλά και των υπαρχόντων για παιδιά και εφήβους, καθώς και τη συνακόλουθη ταυτοποίηση των αξόνων προέκυψε μία δεξαμενή ερωτήσεων. Κατά τους Haun et al. (2014), στα εργαλεία μέτρησης ενηλίκων αποτυπώνονται δώδεκα διαστάσεις εγγραμματισμού υγείας, και στους Dodson et al. (2015) ανέρχονται σε δεκαπέντε, οι οποίες καλύπτουν τη δυνατότητα και τη διάθεση του ατόμου να εμπλακεί με την παρεχόμενη πληροφορία, το περιβάλλον και τους πόρους και τη στήριξη που του παρέχεται, να επικοινωνήσει τις ιατρικές αποφάσεις και να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων και στην επίλυση προβλημάτων. Συγκεκριμένα, οι άξονες περιλαμβάνουν τη δυνατότητα ανάγνωσης, την επικοινωνία, την κατανόηση, τον αριθμητισμό, την δυνατότητα εύρεσης πληροφορίας, την εφαρμογή, τη λήψη απόφασης, την αξιολόγηση, την υπευθυνότητα, την αυτοπεποίθηση, τη δυνατότητα κίνησης στο σύστημα υγείας, το πλέγμα της κοινωνικής υποστήριξης, τα δικαιώματα και την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, το επίπεδο εμπιστοσύνης που έχει κάποιος στο σύστημα υγείας και το κίνητρο να αναλάβει ευθύνη για να βελτιώσει την προσωπική και κοινοτική υγεία.

Σχεδόν ταυτόσημες ήταν και οι συνιστώσες του εγγραμματισμού υγείας όπως αναφέρονταν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση η οποία πραγματοποιήθηκε από τους Ormshaw et al. (2013) αναφορικά με τους εφήβους. Στη συγκεκριμένη ανασκόπηση ωστόσο, λόγω της ερευνητικής πενίας που παρατηρείτο, συμπεριελήφθησαν έρευνες από διάφορα πεδία όπως αυτό της ψυχικής υγείας, της στοματικής, της υγείας στα μέσα ενημέρωσης καθώς και μελέτες που αφορούσαν προγράμματα παρέμβασης. Σύμφωνα με

την ομαδοποίηση των ερευνητών οι συνιστώσες αντιστοιχούσαν σε θεωρητική γνώση (περιελάμβανε την **κατανόηση**, ταυτοποίηση, **πρόσκτηση**, ανάκληση της πληροφορίας), σε πρακτική γνώση (**πλοήγηση στο σύστημα**, **εφαρμογή**, στοχοθεσία, ερευνητικές δεξιότητες, **αναζήτηση πληροφορίας**), τις στάσεις, την **επικοινωνία**, την αυτοαποτελεσματικότητα, την **κριτική σκέψη και αποτίμηση**, τη **λήψη απόφασης**, την **πρόθεση-κίνητρο**, τη **διαχείριση του εαυτού** και τέλος τον **λειτουργικό εγγραμματισμό (ανάγνωση-αριθμητισμός)**¹².

Παρατηρείται ωστόσο, ορισμένες συνιστώσες να μην επιβεβαιώνονται μέσα από την ερευνητική διαδικασία. Σύμφωνα με το αποτέλεσμα της έρευνας των Manganello et al. (2016), δε διαπιστώνεται συνιστώσα εύρεσης της πληροφορίας υγείας σε εφήβους. Είναι όμως γεγονός ότι η δεξιότητα της εύρεσης της πληροφορίας, είτε αυτή αναφέρεται ως αναζήτηση, είτε ως πρόσβαση ή απόκτηση, είτε είναι ενεργητική είτε παθητική (Massey et al., 2013), περιλαμβάνεται ως βασική διάσταση σε όλους τους ορισμούς εγγραμματισμού υγείας (βλ. Πίν.1.1). Εργαλεία τα οποία ενδιαφέρονται να εξετάσουν την πολύπλευρη φύση του εγγραμματισμού υγείας περιλαμβάνουν στοιχεία που αφορούν την εύρεση της πληροφορίας. Κατά τους Haun et.al (2014), η μέτρηση του εγγραμματισμού υγείας θα εξελιχθεί όταν τα διαθέσιμα εργαλεία θα μπορούν να αξιολογούν όλες τις καθορισμένες συνιστώσες του. Επιπλέον, ως πολυδιάστατη έννοια ο εγγραμματισμός στην υγεία θα πρέπει να μετράται σε ένα αντιπροσωπευτικό σύνολο δεικτών ώστε να μπορούν να ανιχνευτούν ευκαιρίες βελτίωσης (Dodson et al., 2015). Σύμφωνα με τους Osborne et al. (2013), χρησιμοποιώντας περισσότερες διαστάσεις δίνεται δυνατότητα για πιο λεπτομερή αποτύπωση της έννοιας στον υπό εξέταση πληθυσμό. Η κατασκευή του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω δεδομένα.

¹² Με έντονα γράμματα σημειώνονται οι συνιστώσες που ταυτίζονται στις παρατιθέμενες ανασκοπήσεις.

2.4.1.2. Δημιουργία δεξαμενής ερωτήσεων ερωτηματολογίου

Στην προσπάθεια εκπλήρωσης της αποτύπωσης των πολλαπλών διαστάσεων δημιουργήθηκε μια δεξαμενή 103 ερωτήσεων. Μετά από πρώτη αξιολόγηση παρέμειναν οι 68 ερωτήσεις. Αυτές κάλυπταν τους ακόλουθους άξονες: εύρεση πληροφορίας, κατανόηση, κρίση, επικοινωνία, κριτική σκέψη-αξιολόγηση, υπευθυνότητα, αυτοπεποίθηση, κίνητρο, χρήση, υποστήριξη από το περιβάλλον. Τα παιδιά καλούνταν να συμπληρώσουν εξάβαθμη κλίμακα Likert, η οποία κυμαινόταν από «Διαφωνώ απόλυτα» ως το «Συμφωνώ απόλυτα» χωρίς ενδιάμεσο σημείο, αφού η ύπαρξή του δεν συμμετέχει στην αύξηση της αξιοπιστίας της έρευνας (Tsang, 2012). Το ερωτηματολόγιο στη συνέχεια δόθηκε σε μία ομάδα οχτώ παιδιών Στ' Δημοτικού, τα οποία συμπεριλαμβάνονταν στον πληθυσμό-στόχο της έρευνας και τα οποία ήταν διαφορετικού γνωστικού επιπέδου, όπως αναφέρθηκε από τους εκπαιδευτικούς. Σκοπός αυτού ήταν να ελεγχθεί η φαινομενική εγκυρότητα του εργαλείου. Οι μαθητές έκαναν παρατηρήσεις σχετικά με την έκφραση των ερωτημάτων, σύμφωνα με τις οποίες έγιναν και οι προτεινόμενες διορθώσεις και στη συνέχεια το ερωτηματολόγιο ξαναδιαβάστηκε, οπότε κατά ομολογία τους έγινε κατανοητό. Επιπλέον, ελέγχθηκε από δύο καθηγητές έναν ειδικό στην Αγωγή Υγείας και έναν στην κατασκευή ερωτηματολογίων, αναφορικά με την εγκυρότητα περιεχομένου.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία, βασικές ανεξάρτητες μεταβλητές με τις οποίες συσχετιζόμενες οι απαντήσεις των ερωτωμένων καταδεικνύουν την ύπαρξη ή μη κάποιας εξάρτησης από αυτές. Σε αυτό το κομμάτι συμπεριλάβαμε ερωτήσεις για την τάξη, την ηλικία (Wu et al., 2010), το φύλο (Levin-Zamir et al., 2011), τη μητρική γλώσσα των γονέων, τη σχολική επίδοση (Wu et al., 2010· Levin-Zamir et al., 2011· Ghanbari et.al, 2016), την πιθανή ύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών (παρόμοια διερεύνηση στους Manganelo et al., 2016), το βαθμό προτίμησης σε μαθήματα που σχετίζονται με τα επιστημονικά πεδία της πληροφορικής και βιολογίας και μπορούν να επηρεάσουν τις δεξιότητες εγγραμματοτισμού των υποκειμένων της έρευνας. Συμπεριλάβαμε επίσης το μορφωτικό επίπεδο των γονέων τους (Wu et al., 2010) αλλά και ερωτήσεις που σχετίζονται με το υπόβαθρό τους όπως την ύπαρξη ή μη μείωσης του οικογενειακού εισοδήματος και ερωτήματα που αφορούν

προσωπικές εμπειρίες όπως η ύπαρξη ή μη συγγενικών προσώπων με προβλήματα υγείας ή και η ύπαρξη προσωπικού προβλήματος υγείας ως προσωπική εμπειρία ζωής μεταβλητές οι οποίες πιθανά να επηρεάζουν το επίπεδο του εγγραμματισμού υγείας.

2.4.1.3. Πιλοτική εφαρμογή και αναθεώρηση του εργαλείου μέτρησης

Η πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε σε τρεις φάσεις. Το αρχικό ερωτηματολόγιο δόθηκε για πιλοτική έρευνα σε μαθητές Στ΄ Δημοτικού, Α΄, Γ΄ Γυμνασίου. Η στατιστική επεξεργασία (PCA) των δεδομένων παρείχε κάποια σημαντικά στοιχεία. Αρχικά φανέρωσε πολλαπλές αλληλοεπικαλύψεις. Φαίνεται ότι η απόπειρα δημιουργίας ερωτήσεων με σκοπό να διερευνηθεί εκτενώς μεγάλος αριθμός συνιστωσών, καταλήγει σε απαγορευτικό αριθμό αλληλοεπικαλύψεων. Η αλληλοεπικάλυψη εκ των υστέρων μοιάζει μάλλον αναμενόμενη, αφού ο διαχωρισμός των δεξιοτήτων στο άτομο είναι μάλλον ασαφής και στην επαφή του με την καινούρια πληροφορία φαίνεται να λειτουργούν πολλαπλά και αλληλένδετα στοιχεία δεξιοτήτων. Επιπλέον, ο αυξημένος αριθμός ερωτήσεων οδηγεί σε μακροσκελή ερωτηματολόγια, η συμπλήρωση των οποίων, σε συνδυασμό με τις ηλικίες στις οποίες απευθυνόμαστε, μπορεί να αποβεί δυσάρεστη ή τουλάχιστον όχι ιδιαίτερα επιθυμητή. Αυτό φάνηκε να είναι έντονο στους μαθητές με διαγνωσμένες μαθησιακές δυσκολίες. Το χρονικό διάστημα το οποίο απαιτείται για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι βασική παράμετρος, η οποία πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν απευθυνόμαστε σε αυτές τις ηλικίες και μάλιστα σε παιδιά διαφορετικών αναγνωστικών δυνατοτήτων. Το επόμενο στοιχείο είναι ότι ομαδοποίησε σε έναν άξονα ερωτήματα που αρχικά είχαν ενταχθεί σε διαφορετικούς άξονες αποκαλύπτοντας την πιθανή ύπαρξη ενός επιπλέον στοιχείου συγκεκριμένα της αυτοαποτελεσματικότητας, το οποίο αποφασίστηκε να παραμείνει και να διερευνηθεί σε έκταση για περαιτέρω διερεύνηση.

Η δημοσίευση στο μεταξύ νέων ερευνών στο συγκεκριμένο θέμα (HELMA των Ghanbari et.al, 2016· HAS-A των Manganello et al., 2016· HLSAC των Paakari & Paakari, 2016) σε συνδυασμό με το προϋπάρχον European Health Literacy Survey Questionnaire HLS-EU-Q (Sørensen et al., 2013) υπήρξε κομβική στην περαιτέρω

ανάπτυξη και διαμόρφωση του ερωτηματολογίου. Οι ερευνητές χρησιμοποιούσαν ως επί το πλείστον ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, εκτός τους Ghanbari et.al (2016), οι οποίοι περιελάμβαναν και στοιχεία αντικειμενικής μέτρησης. Τα νέα εργαλεία εξετάστηκαν ενδελεχώς και διαπιστώθηκε σε ένα μεγάλο βαθμό εννοιολογική συνάφεια στο περιεχόμενο των ερωτήσεων και στη νοηματοδότηση του όρου, όπως έγινε αντιληπτή στην παρούσα έρευνα. Η διαφοροποίηση που παρατηρήθηκε αφορούσε στον τρόπο διατύπωσης και στη χρήση ρημάτων που θα κατηγοριοποιούσαν τις δεξιότητες και αυτό, κυρίως, μεταξύ των δεξιοτήτων κατανόησης και κρίσης.

Συγκεκριμένα ερωτήματα που ανήκουν σε κοινά θεματικά πεδία αφορούσαν:

- τη διαχείριση πληροφοριών σχετικά με τα φάρμακα (HELMA/ HAS-A/ HLS-EU-Q)
- τη διαχείριση πληροφοριών από τα MME (HELMA/ HLS-EU-Q)
- τη δυνατότητα αναγνώρισης/κρίσης ή αντίθετα την πρόκληση σύγχυσης για την ποιότητα της πληροφορίας υγείας (HELMA/ HAS-A/ HLSAC)
- δυσκολία διαχείρισης διαγραμμάτων, χαρτών και αριθμών (HAS-A)
- δεξιότητες σύγκρισης πληροφοριών υγείας (HELMA/ HLSAC)
- επεξεργασία πληροφοριών που δίνονται από το γιατρό (HELMA/ HLS-EU-Q)
- περιγραφή ιατρικού προβλήματος (HAS-A)
- το διάλογο σχετικά με θέματα υγείας με άλλα πρόσωπα εκτός ιατρικού προσωπικού (HELMA/ HAS-A)
- πραγματοποίηση ερωτήσεων και διάλογο με το γιατρό (HELMA/ HAS-A)
- η ενεργητική εύρεση πληροφορίας από διάφορες πηγές (HELMA)
- δεξιότητες κοινωνικού ενδιαφέροντος και συμμετοχής στο περιβάλλον HLSAC Paakari & Paakari, 2016

Τα εργαλεία αυτά, επιπλέον συνέβαλαν αποφασιστικά σε δύο ζητήματα. Εν πρώτοις, στην απόφαση περιορισμού των δεξιοτήτων που θα διερευνούνταν, γεγονός το οποίο οδήγησε στην αφαίρεση ερωτημάτων, και στη συνέχεια λειτούργησαν συμβουλευτικά στη μορφή διατύπωσης των ερωτήσεων. Επίσης, αποφασίστηκε οι ερωτήσεις που διερευνούσαν μία συνιστώσα να συγκεντρωθούν και να ενοποιηθούν σε μία κοινή εναρκτήρια πρόταση. Επιπλέον, ενισχύθηκε η απόφαση διερεύνησης του άξονα «αυτοαποτελεσματικότητα» λόγω του ότι και η έρευνα των Manganello et al.

(2016) παρουσίαζε ως εύρημα της στατιστικής επεξεργασίας μία κλίμακα «σύγχυσης». Επιπροσθέτως, κάποιες ερωτήσεις τροποποιήθηκαν και κάποιες νέες εντάχθηκαν στο ερωτηματολόγιο. Ως παράδειγμα τροποποίησης, αναφέρουμε την αλλαγή του στοιχείου: «Είναι εύκολο για μένα να εξηγήσω σε κάποιον τις πληροφορίες που μου δίνει ένα διάγραμμα ή ένας χάρτης» σε «Δυσκολεύομαι να διαβάσω κείμενα όταν περιέχουν πολλούς αριθμούς και διαγράμματα», επηρεαζόμενη από το HAS-A (Manganello et al., 2016). Υιοθετήθηκαν επίσης οι προτάσεις #9 (εύρεση πληροφορίας), #16, #17 (κατανόηση πληροφορίας), η #35 και τροποποιημένη η #36 (επικοινωνία της πληροφορίας) από το HELMA.

Στον άξονα της χρήσης της πληροφορίας οι ερευνητές τείνουν να στοχεύουν τα ερωτήματα σε συγκεκριμένες καθημερινές συμπεριφορές, όπως εμβολιασμός, επιλογή τροφίμων, την εκτέλεση εξετάσεων ρουτίνας σε επίπεδο πρόληψης κ.λπ. Λόγω του γεγονότος ότι στο αρχικό ερωτηματολόγιο είχαν χρησιμοποιηθεί τέτοιου τύπου ερωτήματα τα οποία στατιστικά δεν απέδωσαν ξεκάθαρο άξονα αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθούν ερωτήσεις της μορφής: «Χρησιμοποιώ τις πληροφορίες που έχω συγκεντρώσει για να αποφασίσω τρόπους να προστατεύω την υγεία μου ή ...για να κάνω υγιεινές επιλογές στην καθημερινότητά μου».

Στον άξονα δυσκολιών (αυτοαποτελεσματικότητας- αυτοπεποίθησης) εντάχθηκε και το στοιχείο σχετικό με τη δυσκολία συζήτησης της πληροφορίας με άλλα άτομα με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων.

Σχετικά με τον άξονα της υπεύθυνης κοινωνικά και ατομικά συμπεριφοράς, στο πλαίσιο των δεξιοτήτων ενεργού πολίτη, πρέπει να επισημανθεί ότι παρότι στο πιλοτικό ερωτηματολόγιο τα στοιχεία τα οποία περιλαμβάνονταν, ενδιαφέρονταν για το αν οι μαθητές έχουν την ικανότητα να οργανώσουν δράσεις οι οποίες να βελτιώνουν τις συνθήκες υγείας στα διάφορα περιβάλλοντά τους (σχολείο, γειτονιά), στη συνέχεια και λόγω των προβλημάτων στατιστικής φύσης που παρουσιάζονταν εξαιτίας της αλληλοεπικάλυψης των αξόνων αποφασίστηκε να διερευνηθεί η πρόθεση δράσης.

Επιπροσθέτως, ερωτήματα τα οποία αφορούσαν το βαθμό υποστήριξης από το περιβάλλον και στάσεων, τα οποία δε σχημάτισαν συνιστώσα κατά τη διαδικασία του πιλοτικού, μειώθηκαν δραστικά σε αριθμό και πέρασαν στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου το οποίο περιελάμβανε τα δημογραφικά στοιχεία. Αποφασίστηκε να

συμπεριληφθούν στοιχεία σχετικά με την ποιότητα του επιπέδου υποστήριξης οικογενειακού περιβάλλοντος ως σημαντικός παράγοντας στην ανάπτυξη δεξιοτήτων στην εφηβεία, ενδιαφέροντος απόκτησης νέων γνώσεων, επίδραση στο επίπεδο εγγραμματισμού καθώς και στάσεων για την κοινωνική συνιστώσα της υγείας.

Αποφασίστηκε επίσης σύμφωνα με τα υπάρχοντα δεδομένα, να αλλαχθεί η κλίμακα. Ενώ αρχικά διατυπώθηκε η εξάβαθμη κλίμακα από το «Διαφωνώ απόλυτα – Συμφωνώ απόλυτα» μετατράπηκε σε εξάβαθμη κλίμακα συχνότητας από το «Ποτέ- Πάντα». Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η διατύπωση της συχνότητας φαίνεται περισσότερο οικεία στα παιδιά αυτών των ηλικιών (Mellor & Moore, 2013).

Στη συνέχεια, το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε τρεις μαθητές, έναν της Α΄ Γυμνασίου και δύο της Α΄ Λυκείου με σκοπό να γίνουν παρατηρήσεις και να ελεγχθεί εκ νέου η φαινομενική εγκυρότητα. Οι μαθητές θεώρησαν ότι δεν πρέπει να πραγματοποιηθούν αλλαγές στη διατύπωση. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 4 στοιχεία στον άξονα εύρεση-πρόσβαση στην πληροφορία, 6 στοιχεία στον άξονα κατανόηση της πληροφορίας, 5 στοιχεία στην εκτίμηση-κρίση της πληροφορίας, 7 στοιχεία αναφορικά με δεξιότητες επικοινωνίας, 4 στοιχεία χρήσης της πληροφορίας, 7 στοιχεία σχετικά με δυσκολίες ανάγνωσης, εύρεσης, κατανόησης, εκτίμησης και επικοινωνίας της πληροφορίας και τέλος 5 στοιχεία κοινωνικά υπεύθυνης συμπεριφοράς στα πλαίσια της διερεύνησης ικανοτήτων και πρόθεσης συμπεριφοράς ως ενεργού πολίτη. Το ανανεωμένο ερωτηματολόγιο δόθηκε για δεύτερη πιλοτική εφαρμογή σε βολικό δείγμα 128 μαθητών της Α΄ και Γ΄ Γυμνασίου της περιοχής του κέντρου των Αθηνών και Βορείων προαστίων. Με το πέρας της στατιστικής επεξεργασίας ακολούθησαν νέες αλλαγές. Συγκεκριμένα, μία εκ των ερωτήσεων κατανόησης αναδιατυπώθηκε και συμπεριελήφθη επίσης στον άξονα κρίση της πληροφορίας. Επιπλέον, ένα στοιχείο σχετικά με τη δυσκολία συζήτησης της πληροφορίας με άλλα άτομα με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων, τροποποιήθηκε εκφραστικά και μετακινήθηκε από τον άξονα της πιθανής παρουσίας δυσκολιών στον άξονα επικοινωνίας. Το στοιχείο που αφορούσε τη σύγκριση πληροφοριών από διαφορετικές πηγές επαναδιατυπώθηκε και αντί του «Συγκρίνω τις πληροφορίες που παίρνω από διαφορετικές πηγές» έγινε «Μπορώ να συγκρίνω τις πληροφορίες που παίρνω από διαφορετικές πηγές». Επίσης, προστέθηκε ένα ακόμα στοιχείο στον άξονα εύρεση πληροφορίας. Σχετικά χαμηλό

δείκτη alpha Cronbach παρουσίαζε ο άξονας «Χρήση της πληροφορίας», στον οποίο αλλάχθηκε 1 στοιχείο. Το τροποποιημένο ερωτηματολόγιο δόθηκε σε βολικό δείγμα 161 μαθητών για τρίτη πιλοτική εφαρμογή. Η στατιστική επεξεργασία φανέρωσε ότι παραμένει πρόβλημα στον άξονα της χρήσης της πληροφορίας και στο τελικό ερωτηματολόγιο αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί αντί της έκφρασης «χρησιμοποιώ τις πληροφορίες που έχω συγκεντρώσει όταν θέλω να...» σε «Βασίζομαι στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω...».

Πρέπει επιπλέον να σημειωθεί ότι τόσο στο αρχικό όσο και κατά τη διάρκεια των τροποποιήσεων, προσπαθήσαμε τα στοιχεία να εκφράζουν μία διαβαθμισμένη δυσκολία, ώστε να επιτυγχάνεται μία κατά ένα τρόπο ποιοτικότερη διάκριση στο επίπεδο των δεξιοτήτων. Η λογική της διαβάθμισης, η οποία τείνει να βασίζεται στην ταξινομία του Bloom, προτείνεται για ενσωμάτωση στα εργαλεία από ακαδημαϊκούς St.Leger (2012) και επιπλέον, έχει χρησιμοποιηθεί σε ερωτηματολόγια ενηλίκων (Osborne et al., 2013).

Σε αυτή την κατεύθυνση, τα πέντε στοιχεία- προτάσεις σχετικά με την εύρεση πληροφοριών εκτείνονταν στην αυτοαναφορά δεξιότητα των μαθητών για εύρεση πληροφορίας σε θέματα πρόληψης και φροντίδας υγείας καθώς και σε περίπτωση ασθένειας, για ενεργή πληροφόρηση μέσω της χρήσης διαφορετικών πηγών και συλλογή επιπλέον πληροφοριών, σχετικά με την εύρεση χρήσιμων πληροφοριών στο διαδίκτυο και τέλος σε πρακτικό επίπεδο σχετικά με την εύρεση υπηρεσιών και οργανισμών υποστήριξης σε εφήβους. Αναφορικά με την κατανόηση της πληροφορίας, οι πέντε προτάσεις- δηλώσεις σχετίζονταν με την κατανόηση των πληροφοριών που προέρχονται από τον θεράποντα, την κατανόηση πληροφοριών προερχόμενων από προσωπική αναζήτηση, την κατανόηση πληροφοριών που προέρχονται από παθητική έκθεση στην οπτική, ακουστική, έντυπη πληροφορία που συναντούν στα μέσα ενημέρωσης καθώς και τις πληροφορίες που αφορούν τη χρήση των φαρμάκων. Η ικανότητα κρίσης των πληροφοριών αναπτύχθηκε μέσα σε προτάσεις που σχετίζονταν με τη σύγκριση των πληροφοριών από διαφορετικές πηγές, την αντίληψη της επιστημονικότητας της πληροφορίας, της αξιοπιστίας, την ωφελιμότητα για το συγκεκριμένο άτομο και για την αξιολόγηση των περιπτώσεων που πρέπει κάποιος να αποταθεί σε ειδικό. Για τα ζητήματα επικοινωνίας η διαβάθμιση των ερωτημάτων σχετίστηκε με την επικοινωνία κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στο ιατρείο. Εκτός αυτού, συμπεριελήφθησαν ερωτήσεις

σχετικά με τις δεξιότητες κοινής χρήσης και διαμοίρασης της πληροφορίας με σκοπό την ανταλλαγή πληροφοριών και απόψεων για θέματα υγείας καθώς και ερωτήσεις σχετικές με την υπεύθυνη επικοινωνία όπως το να μην προσπαθούν να αντικαταστήσουν τον ειδικό όταν οι φίλοι τους εμπιστεύονται ζητήματα υγείας και να παρεμβαίνουν παρακινώντας τους όταν οι συμπεριφορές υγείας τους τους θέτουν σε κίνδυνο. Μέσω αυτής της επικοινωνιακής συμπεριφοράς θεωρήσαμε ότι η κλίμακα επικοινωνίας ανταποκρίνεται στη διαβάθμιση των δεξιοτήτων όπως παρουσιάζονται στις βαθμίδες του εγγραμματισμού υγείας, αναζητώντας μπορούμε να πούμε κατά ένα τρόπο, την ύπαρξη στοιχειωδών ενδείξεων ποιότητας στην επικοινωνία.

Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου στην πρώτη πιλοτική έρευνα κυμάνθηκε στα 35 λεπτά για τους μαθητές της Στ' Δημοτικού και περίπου 15' για τους μαθητές του Γυμνασίου και Λυκείου. Στο τελικό ερωτηματολόγιο και για τις περιπτώσεις που διαμοίραζε τα ερωτηματολόγια η ερευνήτρια ή βοηθός ερευνητής, ο μέγιστος απαιτούμενος χρόνος ήταν περίπου 20 λεπτά. Δεν υπάρχουν στοιχεία για τον απαιτούμενο χρόνο στην ηλεκτρονική συμπλήρωση.

Το εργαλείο αξιολόγησης εγγραμματισμού υγείας αποδίδεται στα αγγλικά ως HeLiASeSS (Health Literacy Assessment for Secondary School Students).

Συνοψίζοντας, παρατίθεται πίνακας (Πίν. 2.3) των ερευνών των οποίων τα ερωτηματολόγια επηρέασαν το περιεχόμενο και τη μορφή του HeLiASeSS και τα οποία χρησιμοποιήθηκαν επίσης ως πηγή ορισμένων συμπληρωματικών ερωτήσεων.

Πίνακας 2.3

Έρευνες που συνέβαλαν στην ανάπτυξη του ερωτηματολογίου

Ερευνητές	Όνομα Εργαλείου	Άξονες εργαλείου
Sørensen et al., 2013	European Health Literacy Survey Questionnaire HLS-EU-Q	Πρόσβαση, Κατανόηση, Εκτίμηση, Εφαρμογή της πληροφορίας.

Ghanbari et al., 2016	HELMA	Πρόσβαση, Αναγνωστική ικανότητα, Αριθμητισμός, Κατανόηση, Αποτίμηση, Χρήση, Επικοινωνία, Αυτο-αποτελεσματικότητα
Manganello et al., 2015	HAS-A	Κατανόηση πληροφορίας, Επικοινωνία, Σύγχυση σχετικά με την πληροφορία υγείας, Λειτουργικός εγγραμματισμός
Raakkari et al., 2016	HLSAC	Θεωρητική και Πρακτική γνώση, Κριτική σκέψη, Επίγνωση εαυτού, Πολιτειότητα

Το ερωτηματολόγιο του εγγραμματισμού υγείας που διαμοιράστηκε στο δείγμα μας αποτελείτο τελικά από 38 ερωτήσεις- δηλώσεις, οι οποίες κατανέμονταν ως ακολούθως:

Σχετικά με τις δεξιότητες αναζήτησης πληροφορίας, τα ζητήματα κατανόησης πληροφορίας, κρίσης ή αξιολόγησης των πληροφοριών και την πρόθεση δράσης προάσπισης της υγείας και της ανάληψης προσωπικής ευθύνης από πέντε προτάσεις σε καθεμία αντίστοιχα. Σχετικά με θέματα επικοινωνίας της πληροφορίας υγείας οχτώ (8) προτάσεις, ζητήματα που άπτονται της χρησιμοποίησης της πληροφορίας: τέσσερις (4) προτάσεις και τέλος, για το χειρισμό δυσκολιών στα παραπάνω ζητήματα στην καθημερινότητα: έξι (6) προτάσεις. Στα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία διατυπώθηκαν δεκαεννέα (19) προτάσεις-ερωτήσεις.

Η επιλογή της διαβάθμισης των απαντήσεων-δεξιοτήτων των μαθητών όπως προαναφέρθηκε γινόταν στα πλαίσια εξάβαθμης κλίμακας τύπου Likert. Οι επιλογές αφορούσαν συχνότητα και η αντιστοίχισή τους ήταν η ακόλουθη: 1=Ποτέ, 2=Ελάχιστες φορές, 3=Λίγες φορές, 4=Συχνά, 5= Πολύ συχνά, 6= Πάντα. Το 1=Ποτέ αντιστοιχίστηκε στο χαμηλότερο επίπεδο δεξιοτήτων και το 6=Πάντα στο υψηλότερο επίπεδο.

Για τις μεταβλητές οι οποίες εξέφραζαν δυσχέρεια επιτέλεσης εργασιών και κατά συνέπεια έλλειμμα εγγραμματισμού υγείας το «1=Ποτέ» αντιστοιχούσε σε υψηλότερο βαθμό δεξιοτήτων και αντίθετα το «6= Πάντα» σε χαμηλότερο. Ως εκ τούτου, πριν τη

διαδικασία στατιστικής ανάλυσης πραγματοποιήθηκε αντιστροφή της κλίμακας, δηλαδή το 1 αντιστοιχήθηκε στο 6.

Οι μεταβλητές αφορούν τις ακόλουθες προτάσεις του ερωτηματολογίου:

Δυσκολεύομαι:

- να διαβάσω κείμενα για την υγεία όταν περιέχουν πολλές ιατρικές λέξεις.
- να διαβάσω κείμενα για την υγεία όταν περιέχουν πολλούς αριθμούς και διαγράμματα.
- να βρω πληροφορίες που να με βοηθούν στο θέμα υγείας που ψάχνω.
- να ξεχωρίσω ποια είναι η σωστή πληροφορία όταν αυτά που βρίσκω υποστηρίζουν αντίθετα πράγματα.
- να πάρω σωστές αποφάσεις επειδή δεν έχω τις γνώσεις που χρειάζομαι.
- να διαβάσω ενημερωτικά φυλλάδια για την πρόληψη ασθενειών (π.χ. γρίπης, διαβήτη, άσθματος).

2.5. Διαδικασία Συλλογής δεδομένων

Τα εργαλεία της έρευνας διατίθετο είτε έντυπα είτε ηλεκτρονικά σε μορφή φόρμας Google. Η πρώτη επαφή με τα σχολεία και η ενημέρωσή τους πραγματοποιήθηκε από την ερευνήτρια είτε δια ζώσης, είτε τηλεφωνικά. Στην πορεία και για λόγους διασφάλισης της επίτευξης επαρκούς δείγματος αποφασίστηκε να σταλεί πρόσκληση συμμετοχής σε επιπλέον σχολικές μονάδες μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

Ο αριθμός των σχολικών μονάδων που έλαβαν τελικά μέρος ανήλθε στις 83. Συμμετείχαν μονάδες από διάφορες περιοχές, ωστόσο δεν επετεύχθη στον επιθυμητό βαθμό η αντιστοιχία στην ποσοστιαία αναλογία, όπως ακριβώς είχε αρχικά υπολογισθεί. Οι λόγοι εξαιτίας των οποίων ορισμένες σχολικές μονάδες δε στάθηκε δυνατό να συμμετάσχουν ήταν η προετοιμασία για συμμετοχή σε διαγωνισμούς, η ανησυχία για το χάσιμο του διδακτικού χρόνου, ο κορεσμός λόγω διεξαγωγής πολλών ερευνών, η έλλειψη ανατροφοδότησης και ενημέρωσης σχετικά με τα αποτελέσματα της έρευνας. Σε πολλές περιπτώσεις υπήρξε πρόβλημα με το εργαστήριο πληροφορικής και ζητήθηκε να σταλούν τα ερωτηματολόγια ταχυδρομικά, ενώ σε άλλες μονάδες υπήρξαν προβλήματα

λόγω των έντονων καιρικών φαινομένων και των πλημμυρών που προκάλεσαν εκείνη την περίοδο. Λόγοι συμμετοχής στην έρευνα από αυτούς που τους εξέφρασαν ήταν το ενδιαφέρον θέμα, η συμμετοχή των ίδιων σε μεταπτυχιακά προγράμματα και ως εκ τούτου η συνείδηση της αναγκαιότητας πραγματοποίησης ερευνών, αλλά και η έκφραση στην πράξη της εξωστρέφειας της σχολικής μονάδας.

Η συλλογή των δεδομένων υπήρξε χρονοβόρα και διήρκησε από τον Νοέμβριο του 2017 έως τον Μάιο του 2018. Στα σχολεία που δεν επιθυμούσαν ηλεκτρονική συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και βρίσκονταν στην περιοχή της Αττικής έγινε διανομή εντύπων παρουσία της ερευνήτριας και βοηθού ερευνητή.

Ο αριθμός των ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν έφθασε τα 2.873. Από αυτά σε πρώτη φάση απορρίφθηκαν τα 73 διότι στάλθηκαν συμπληρωμένα από μαθητές άλλων τάξεων καθώς από μαθητές εσπερινού λυκείου που υπερέβαιναν κατά πολύ το ηλικιακό όριο ή αφορούσαν ερωτηματολόγια τα οποία είχαν ελλιπώς συμπληρωθεί.

2.6. Έλεγχος εγκυρότητας και αξιοπιστίας

Η αξιοπιστία (reliability) ενός εργαλείου αναφέρεται στη συνέπεια των αποτελεσμάτων που επιτυγχάνονται σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις. Μία μέθοδος για τον έλεγχο της αξιοπιστίας θεωρείται το test-retest, ή μέθοδος επαναχορήγησης. Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή δίνουμε το ίδιο μέσο εν προκειμένω, το ερωτηματολόγιο δύο φορές στην ίδια ομάδα ατόμων (Καραγιώργος, 2002). Μεταξύ των δύο δοκιμασιών μεσολαβεί ένα διάστημα, θεωρείται αποδεκτό το διάστημα των δύο εβδομάδων. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, επιχειρήθηκε επαναχορήγηση του ερωτηματολογίου σε σχολική μονάδα. Συγκεκριμένα, η ερευνήτρια και η βοηθός ερευνήτρια επισκέφθηκαν μία σχολική μονάδα προκειμένου να επαναχορηγηθούν ερωτηματολόγια σε τμήματα της Α΄ και Γ΄ Γυμνασίου. Δυστυχώς, η προσπάθεια δεν στέφθηκε με επιτυχία, λόγω του γεγονότος ότι το ένα τμήμα είχε άλλη υποχρέωση και εκείνη την ημέρα δεν μπορούσε να συμμετάσχει, στο δεύτερο τμήμα ένα μέρος των μαθητών δεν θυμόταν τον χαρακτηριστικό αριθμό που αντιστοιχούσε στο ερωτηματολόγιο που συμπλήρωσαν κατά τη διάρκεια της πρώτης εφαρμογής, με αποτέλεσμα ο αριθμός των ερωτηματολογίων που

συμπληρώθηκε με σωστό τρόπο να είναι μικρότερος από τον προσδοκώμενο. Στη διαδικασία επαναχορήγησης συμμετείχαν 61 μαθητές οι οποίοι αποτελούσαν βολικό δείγμα.

Η εγκυρότητα (validity) θεωρείται ο σημαντικότερος παράγοντας που οφείλει να λαμβάνεται υπόψη κατά την κατασκευή ενός εργαλείου μέτρησης, ώστε αυτό να μπορεί να συγκεντρώνει τις πληροφορίες που εξυπηρετούν τους στόχους της έρευνας, δηλαδή μέσω αυτού να εξάγονται ορθά συμπεράσματα (Καραγεώργος, 2002). Συνεπώς η εγκυρότητα αναφέρεται στο βαθμό τον οποίο το ερωτηματολόγιο μετρά την έννοια την οποία υποστηρίζει ότι μετρά. Ο έλεγχος εγκυρότητας ενός εργαλείου διακρίνεται σε: εγκυρότητα περιεχομένου, εγκυρότητα που σχετίζεται με κριτήρια και εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, αν και υπάρχουν ειδικοί επί των μετρήσεων οι οποίοι θεωρούν την εγκυρότητα ως «ενωτική» έννοια (Thorndike, 1997b, όπως αναφέρεται στο Creswell, 2011:200). Στο εργαλείο της παρούσας ερευνητικής εργασίας πραγματοποιήθηκε εκτός του ελέγχου εγκυρότητας όψης, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, έλεγχος εγκυρότητας περιεχομένου καθώς και έλεγχος εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής¹³.

2.7. Διαδικασία Στατιστικής Ανάλυσης Δεδομένων

Με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα δημιουργήθηκαν επιμέρους δείκτες ¹⁴ που αποτελούν συνδυασμό διαφόρων χαρακτηριστικών (ερωτήσεων) που απαντήθηκαν εντός του ερωτηματολογίου και πώς αυτοί επηρεάζονται από κάποια συμπληρωματικά χαρακτηριστικά που διατίθενται.

¹³ Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής εξακριβώνεται διαπιστώνοντας εάν οι τιμές που δίνει το εργαλείο είναι σημαντικές έχουν νόημα και επιτελούν κάποιο σκοπό.

¹⁴ Από εδώ και στο εξής θα αναφερόμαστε σε αυτούς τους δείκτες με την ορολογία «Παράγοντες» (Factors/Components).

Σαν πρώτο βήμα, υπολογίστηκαν οι παράγοντες βάσει των 38 ερωτήσεων που τέθηκαν, με την μεθοδολογία της Παραγοντικής Ανάλυσης (Factor Analysis)¹⁵. Στην συνέχεια ελέγχθηκε από ποιες μεταβλητές επηρεάζονται οι παραπάνω δημιουργηθέντες παράγοντες. Τέλος, για κάθε ένα παράγοντα, εκτιμήθηκαν και παρουσιάζονται Γενικευμένα Γραμμικά Μοντέλα (Generalized Linear Models).

Για τον υπολογισμό των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 25. Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική με τη χρήση της κατανομής συχνοτήτων και της εκατοστιαίας αναλογίας. Το επίπεδο σημαντικότητας των ελέγχων υπόθεσης ορίστηκε $\alpha=5\%$ για αμφίπλευρο έλεγχο.

2.7.1. Περιγραφή Δεδομένων

Το σύνολο του δείγματος αποτελείται από 2800 παρατηρήσεις/ερωτηματολόγια κάθε ένα από τα οποία αντιστοιχεί σε 57 μεταβλητές. Διαχωρίζουμε τις παραπάνω μεταβλητές σύμφωνα με την κάτωθι κατηγοριοποίηση:

1. Μεταβλητές που λαμβάνονται στην δημιουργία των Παραγόντων (For Factors Variables)

Αποτελούν 38 κατηγορικές- διατάξιμες μεταβλητές κάθε μία έξι επιπέδων, όπως αυτές δίνονται αναλυτικά στον “ Πίνακα Α.1 Μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν για την Factor Analysis” του Παραρτήματος.

2. Ανεξάρτητες μεταβλητές

Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές διατίθενται 19 μεταβλητές, όπως δίνονται αναλυτικά στον “Πίνακα Α.2 Ερμηνευτικές μεταβλητές” του Παραρτήματος. **Σφάλμα! Το αρχείο προέλευσης της αναφοράς δεν βρέθηκε.** Παρακάτω, (Πίν. 2.4) παρατίθενται εν συντομία οι ανωτέρω αναφερόμενες μεταβλητές:

¹⁵ Η μεθοδολογία Factor Analysis αποτελεί μια ειδικευση της μεθόδου Κυρίων Συνιστωσών (Principal Component Analysis-PCA).

Πίνακας 2.4

Γενικές κατηγορίες ανεξάρτητων μεταβλητών

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	Φύλο, Ηλικία, Τάξη
Καταγωγή και γραμματικές γνώσεις των γονέων	Μητρική γλώσσα, εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων
Μαθησιακό επίπεδο του μαθητή	Βαθμολογία μαθητή, προτίμηση στην Βιολογία/Πληροφορική
Μαθησιακά προβλήματα	Γενική Μαθησιακή δυσκολία ή σε ανάγνωση/μαθηματικά
Ενδιαφέρον πληροφόρησης περί θεμάτων υγείας	Θέληση για νέες γνώσεις, νέες συνήθειες και επικοινωνία σχετικά με θέματα υγείας
Προβλήματα Υγείας	Ύπαρξη προβλήματος υγείας είτε του μαθητή είτε εντός της οικογενείας του είτε λόγω οικονομικών δυσχερειών

Βάσει των ανεξάρτητων μεταβλητών που έχουν καταγραφεί, θα σχηματιστούν κάποιες νέες μεταβλητές από τις υπάρχουσες. Ενδεικτικά, κάποιες από αυτές είναι η ηλικία, οι προτιμήσεις στα μαθήματα της Βιολογίας και της Πληροφορικής. Οι παραπάνω μεταβλητές επαναπροσδιορίζονται ως προς τα επίπεδα που λαμβάνουν, καθώς είτε δημιουργούν προβλήματα στην συνέχεια της ανάλυσης είτε με την ελάττωση των επιπέδων καθίστανται δυνατές και αναδεικνύονται περαιτέρω στατιστικά σημαντικές εξαρτήσεις-σχέσεις.

Τέλος, χρειάστηκε να γίνει ένας επανέλεγχος των απαντήσεων των ερωτηματολογίων ώστε να αποφευχθούν παρατηρήσεις όπου είτε δεν απάντησαν σε ένα σημαντικό μέρος της έρευνας είτε έχουν συμπληρώσει ψευδή/μη-έγκυρα στοιχεία. Στόχος της διαδικασίας ήταν να αφαιρεθούν στο μέγιστο δυνατό βαθμό οι παρατηρήσεις με αρκετές χαμένες τιμές ή με ανακριβή αποτελέσματα και να μη ληφθούν υπόψη στην ανάλυση καθιστώντας τα αποτελέσματα πιο εύκολα διαχειρίσιμα στην πορεία. Ως αποτέλεσμα, διαγράφηκαν από το δείγμα οι παρατηρήσεις που είχαν δηλώσει ηλικία άνω των 18 ετών, καθώς και εκείνες οι παρατηρήσεις που δεν είχαν απαντήσει σε τουλάχιστον 10% από το ερωτηματολόγιο. Τέλος, διαμορφώθηκαν οι απαντήσεις «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ» σε μία ενιαία κατηγορία με αυτή των χαμένων τιμών (missing

values), καθώς είναι πέρα του σκοπού της ανάλυσης. Βάσει του παραπάνω, το δείγμα που χρησιμοποιείται στην συνέχεια είναι 2749 παρατηρήσεων έναντι των αρχικών 2800 ερωτηματολογίων.

2.8. Παραγοντική Ανάλυση – Ορισμός Παραγόντων

Στη συνέχεια παρουσιάζεται η εφαρμογή της μεθόδου της Παραγοντικής Ανάλυσης (Factor Analysis) ως προς τις 37¹⁶ εξαρτημένες μεταβλητές όπως αυτές δίνονται στο παράρτημα «Πίνακας Α.3 Μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν για την Factor Analysis».

Η μεθοδολογία Factor Analysis έχει ως σκοπό την μείωση της διάστασης των δεδομένων, με την έννοια ότι δημιουργούνται νέες μεταβλητές-Παράγοντες οι οποίοι ερμηνεύουν κάποιο ποσοστό των αρχικών μεταβλητών. Με τον τρόπο αυτό, θα αναφερόμαστε σε ένα σύνολο μεταβλητών που αντιστοιχεί στον εκάστοτε Παράγοντα δίχως να τις διαχωρίζουμε.

Σαν πρώτο βήμα εκτιμάται ο δείκτης Kaiser-Meyer-Olkin (KMO Statistic) και έλεγχος σφαιρικότητας του Bartlett (Bartlett's Test of Sphericity), όπως φαίνεται στον κάτωθι πίνακα:

Πίνακας 2.5

“Πολυμεταβλητοί” έλεγχοι συσχετίσεων και σφαιρικότητας

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0.905
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	34616.361
	df	666

¹⁶ Αρχικά το σύνολο των μεταβλητών ήταν 38. Έπειτα από την εφαρμογή της μεθόδου στο σύνολο των 38 μεταβλητών, κρίθηκε σκόπιμο η μεταβλητή «Μπορώ να συζητήσω ένα πρόβλημα υγείας μου με άλλους (οικογένεια, φίλους ή άλλους με το ίδιο πρόβλημα) με σκοπό να ανταλλάξω πληροφορίες ή συμβουλές.» να εξαιρεθεί από την πορεία της ανάλυσης, καθώς δημιουργούσε προβλήματα στην δομή των παραγόντων (Cronbach's α , Inter Correlations Coefficients). Τέλος, η αφαίρεση της μεταβλητής δεν επηρεάζει την ερμηνευτικότητα της Factor analysis, και επίσης το μεγαλύτερο βάρος (loading) το ισομοιραζόταν στους παράγοντες 8 και 9 με τιμή 0.351 και 0.339 αντίστοιχα .

p-value 0.000

Δεδομένου ότι ο δείκτης ΚΜΟ λαμβάνει τιμές μεταξύ 0 και 1, από την παραπάνω εκτίμηση, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι εντός των δεδομένων υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Επιπροσθέτως, από τον έλεγχο σφαιρικότητας του Bartlett βλέπουμε ότι απορρίπτεται η υπόθεση μη ύπαρξης συσχετίσεων στα δεδομένα. Τα δύο παραπάνω αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η εφαρμογή της Παραγοντικής Ανάλυσης έχει νόημα. Από την εφαρμογή της μεθόδου δίνονται τα κάτωθι αποτελέσματα¹⁷ όσον αφορά τις ιδιοτιμές των Παραγόντων.

Πίνακας 2.6

Ποσοστά εξηγηματικότητας της μεταβλητότητας από τους “σημαντικούς” Παράγοντες

Factor	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	8.643	23.359	23.359	8.643	23.359	23.359	3.411	9.219	9.219
2	3.567	9.641	33.000	3.567	9.641	33.000	3.038	8.212	17.431
3	2.121	5.731	38.731	2.121	5.731	38.731	3.036	8.206	25.637
4	1.805	4.879	43.611	1.805	4.879	43.611	2.738	7.401	33.038
5	1.599	4.321	47.932	1.599	4.321	47.932	2.629	7.106	40.145
6	1.516	4.096	52.028	1.516	4.096	52.028	2.549	6.891	47.035
7	1.226	3.313	55.341	1.226	3.313	55.341	2.042	5.518	52.554
8	1.071	2.896	58.236	1.071	2.896	58.236	1.578	4.265	56.818
9	1.004	2.713	60.949	1.004	2.713	60.949	1.529	4.131	60.949

Από τον παραπάνω πίνακα, διαπιστώνουμε ότι βάσει της μεθόδου, εννέα είναι οι Παράγοντες που θεωρούνται στατιστικά σημαντικοί, οι οποίοι συνολικά αντιπροσωπεύουν το 60.95% της μεταβλητότητας των δεδομένων. Τέλος, αν κοιτάξουμε τον “βαθμό συμμετοχικότητας”¹⁸ (Communalities) των Παραγόντων στις μεταβλητές, καταλήγουμε ότι όλες οι 37 μεταβλητές ερμηνεύονται σε “επαρκές” ποσοστό (“επάρκεια” με την έννοια ότι είναι άνω του 50%, πλην τεσσάρων μεταβλητών) από τους εννέα Παράγοντες που δημιουργήθηκαν. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.7 «Επιβαρύνσεις μεταβλητών ανά παράγοντα».¹⁹

¹⁷ Αναλυτικά ο πίνακας των αποτελεσμάτων των ιδιοτιμών δίνεται στο Παράρτημα, Πίνακας Α.4

¹⁸ Για τον πλήρη πίνακα με τις τιμές των Communalities βλ. Παράρτημα, Πίνακας Α.6

¹⁹ Για τον αναλυτικό πίνακα με τις επιβαρύνσεις κάθε μεταβλητής στον εκάστοτε Παράγοντα δίνεται στο Παράρτημα, Πίνακας Α.5

Ακολούθως της Varimax Rotation²⁰ και βάσει της κατανομής των μεταβλητών ως προς την επιβάρυνση που δημιουργούν στους παράγοντες ορίζονται οι παρακάτω θεματικές ενότητες, οι οποίες αποτελούν υποκλίμακες του ερωτηματολογίου.

Ο πρώτος παράγοντας (Factor 1) περιλαμβάνει τις μεταβλητές οι οποίες σχετίζονται με την αντίληψη αναφορικά με τη δυσκολία εκτέλεσης συγκεκριμένων εργασιών, όπως ανάγνωση κειμένων λόγου και ενημερωτικών φυλλαδίων, ή κειμένων που περιέχουν αριθμούς και διαγράμματα, τη δυσκολία εύρεσης και διάκρισης σωστών πληροφοριών και τη δυσκολία λήψης λήψη απόφασης λόγω έλλειψης γνώσεων. Θεωρούμε ότι αυτές οι μεταβλητές καλύπτουν τη «Αυτοαποτελεσματικότητα».

Ο δεύτερος παράγοντας (Factor 2) αναφέρεται στην κατανόηση των επίσημων οδηγιών υγείας (συστάσεις γιατρού, χρήση φαρμάκων), του περιεχομένου των πληροφοριών που προέρχονται από διάφορες πηγές. Οι μεταβλητές αυτές καλύπτουν τη διάσταση «Κατανόηση Πληροφορίας».

Ο τρίτος παράγοντας (Factor 3) εκπροσωπεί τις μεταβλητές που σχετίζονται με τη συγκέντρωση πληροφοριών υγείας για θέματα πρόληψης, φροντίδας, καθώς και για συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας. Οι μεταβλητές αυτές καλύπτουν δεξιότητες σχετικές με την «Εύρεση πληροφορίας».

Ο τέταρτος παράγοντας (Factor 4) εκπροσωπεί μεταβλητές εκπροσωπεί τις μεταβλητές που σχετίζονται με την πρόθεση δράσης προάσπισης της υγείας και της ανάληψης προσωπικής ευθύνης. Θεωρούμε ότι οι μεταβλητές αυτές σχετίζονται με την «Πρόθεση ενεργούς Πολιτειακής συμμετοχής».

²⁰ Με την μέθοδο Varimax ικανοποιείται το κριτήριο ότι ελαχιστοποιείται ο αριθμός των μεταβλητών που επιβαρύνουν με μεγάλες επιβαρύνσεις κάθε παράγοντα.

Πίνακας 2.7

Επιβαρύνσεις μεταβλητών ανά παράγοντα

Μεταβλητές	Παράγοντες-Φορτίσεις								
	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6	Factor7	Factor8	Factor9
Όταν αντιμετωπίζω ένα πρόβλημα υγείας ή είμαι άρρωστος/η μπορώ να βρω πληροφορίες που να είναι σχετικές με αυτό.			0.741						
Όταν αντιμετωπίζω ένα πρόβλημα υγείας ή είμαι άρρωστος/η δεν αρκούμαι σε μία πληροφορία αλλά συγκεντρώνω όσες περισσότερες μπορώ γι' αυτό.			0.666						
Μπορώ να βρω χρήσιμες πληροφορίες στο διαδίκτυο για την υγεία μου.			0.707						
Μπορώ να βρω υπηρεσίες ή οργανισμούς που παρέχουν υποστήριξη στους εφήβους (για θέματα υγείας).			0.675						
Μπορώ να βρω πληροφορίες για θέματα πρόληψης και φροντίδας της υγείας μου.			0.758						
Καταλαβαίνω εύκολα τις οδηγίες και τις συστάσεις του γιατρού μου.		0.685							
Καταλαβαίνω εύκολα τα περισσότερα από αυτά που ακούω για θέματα πρόληψης ασθενειών.		0.726							
Καταλαβαίνω εύκολα το περιεχόμενο των πληροφοριών που βρίσκω για την υγεία.		0.745							
Καταλαβαίνω εύκολα τις πληροφορίες και τις συστάσεις για θέματα φροντίδας υγείας και ασθένειας στα μέσα ενημέρωσης.		0.675							
Καταλαβαίνω εύκολα τις πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο		0.62							

χρήσης των φαρμάκων και τις παρενέργειές τους.	
Μπορώ να συγκρίνω τις πληροφορίες που παίρνω από διαφορετικές πηγές (βιβλία, περιοδικά, ιστοσελίδες, άλλοι άνθρωποι) για θέματα υγείας.	0.431
Μπορώ να κρίνω ποιες πηγές πληροφοριών μπορώ να εμπιστευτώ.	0.776
Μπορώ να κρίνω ποιες από τις πληροφορίες υγείας που βρίσκω έχουν επιστημονική βάση.	0.76
Μπορώ να κρίνω ποιες είναι οι περιπτώσεις που χρειάζεται η συμβουλή ή παρέμβαση ειδικού.	0.579
Μπορώ να κρίνω εάν αυτά που ακούω ή διαβάζω για την υγεία στα ΜΜΕ (τηλεόραση, ραδιόφωνο, διαδίκτυο, περιοδικά) είναι ωφέλιμα για μένα.	0.628
Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να του δώσω όλα τα απαραίτητα προσωπικά μου στοιχεία.	0.736
Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να του δώσω τις πληροφορίες που ζητάει (π.χ. για φάρμακα που έχω πάρει στο παρελθόν, για το ιατρικό ιστορικό της οικογένειάς μου).	0.747
Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να του περιγράψω ακριβώς το πρόβλημά μου (πώς ξεκίνησε, τι νιώθω κ.λπ.).	0.587
Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να τον ρωτήσω για τις απορίες που έχω.	0.713
Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να συζητήσω μαζί του για αυτά που έχω ακούσει από άλλες πηγές και να μάθω την άποψή του.	0.753
Παρακινώ τους φίλους μου να αποφεύγουν συνήθειες που δεν είναι υγιεινές.	0.772
Παρακινώ τους φίλους μου να συμβουλευτούν ειδικό όταν μου εμπιστεύονται προβλήματα υγείας.	0.743
ΒΑΣΙΖΟΜΑΙ στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω τι να κάνω όταν υπάρχει ένα πρόβλημα υγείας.	0.713

Βασίζομαι στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω ανάμεσα σε διάφορα προϊόντα, ποια είναι αυτά που είναι ωφέλιμα για μένα.	0.729
Βασίζομαι στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω με ποιους τρόπους θα ΠΡΟΣΤΑΤΕΨΩ την υγεία μου στην καθημερινότητά μου.	0.77
Βασίζομαι στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω με ποιους τρόπους θα ΚΑΛΥΤΕΡΕΨΩ την υγεία μου στην καθημερινότητά μου.	0.77
Δυσκολεύομαι να διαβάσω κείμενα για την υγεία όταν περιέχουν πολλές ιατρικές λέξεις.	0.744
Δυσκολεύομαι να διαβάσω κείμενα για την υγεία όταν περιέχουν πολλούς αριθμούς και διαγράμματα.	0.75
Δυσκολεύομαι να βρω πληροφορίες που να με βοηθούν στο θέμα υγείας που ψάχνω.	0.701
Δυσκολεύομαι να ξεχωρίσω ποια είναι η σωστή πληροφορία όταν αυτά που βρίσκω υποστηρίζουν αντίθετα πράγματα.	0.756
Δυσκολεύομαι να πάρω σωστές αποφάσεις επειδή δεν έχω τις γνώσεις που χρειάζομαι.	0.763
Δυσκολεύομαι να διαβάσω ενημερωτικά φυλλάδια για την πρόληψη ασθενειών (π.χ. γρίπης, διαβήτη, άσθματος).	0.698
Έχω τη θέληση να οργανώσω ή να συμμετέχω σε ένα σχέδιο δράσεων (συζητήσεις, συναντήσεις με εκπροσώπους και ειδικούς, κ.α.) για να καλυτερέψω τις συνθήκες υγείας που υπάρχουν στο σχολείο μου.	0.808
Έχω τη θέληση να οργανώσω ή να συμμετέχω σε ένα σχέδιο δράσεων (συζητήσεις, συναντήσεις με εκπροσώπους και ειδικούς, κ.α.) για να καλυτερέψω τη ζωή και τις συνθήκες υγείας στη γειτονιά μου.	0.806
Είναι ευθύνη μου να αποκτώ νέες γνώσεις για την υγεία μου.	0.514
Είναι ευθύνη μου να προστατεύω την υγεία των άλλων.	0.627
Είναι ευθύνη μου να συμμετέχω στην καλύτερευση των συνθηκών ζωής και υγείας στο περιβάλλον μου.	0.648

Ο πέμπτος παράγοντας (Factor 5) συγκεντρώνει τις μεταβλητές οι οποίες αναφέρονται στον συνυπολογισμό των συγκεντρωμένων πληροφοριών κατά τη διαδικασία λήψης απόφασης και εκπροσωπών τη διάσταση «Αξιοποίηση της πληροφορίας».

Ο έκτος παράγοντας (Factor 6) περιλαμβάνει τις μεταβλητές που αναφέρονται στην ικανότητα κρίσης των πληροφοριών από τις ποικίλες πηγές. Θεωρούμε ότι εκπροσωπών τη διάσταση «Αποτίμηση της πληροφορίας».

Ο έβδομος παράγοντας (Factor 7) περιλαμβάνει τις μεταβλητές που αναφέρονται στην επικοινωνία με το γιατρό σχετικά με παροχή πληροφοριών που ζητά ο ίδιος από τον μαθητή κατά την επίσκεψή του. Θεωρούμε ότι εκπροσωπεί τη διάσταση «Λειτουργική Επικοινωνία».

Ο όγδοος παράγοντας (Factor 6) περιλαμβάνει τις μεταβλητές που αναφέρονται στην επικοινωνία με το γιατρό, σχετικά με παροχή περαιτέρω διευκρινιστικών πληροφοριών που ζητά ο μαθητής από τον γιατρό κατά την επίσκεψή του. Θεωρούμε ότι εκπροσωπεί τη διάσταση «Αλληλεπιδραστική Επικοινωνία».

Τέλος, ο ένατος παράγοντας (Factor 9) περιλαμβάνει τις μεταβλητές που αναφέρονται στην επικοινωνία του μαθητή με τρίτους σχετικά με την προτροπή υπεύθυνης συμπεριφοράς υγείας. Θεωρούμε ότι εκπροσωπεί τη διάσταση «Κριτική Επικοινωνία».

Οι θεματικές ενότητες που δημιουργούνται, η τιμή της σταθεράς alpha και ο συντελεστής ενδοσυσχέτισης (ICC) για κάθε έναν από τους παράγοντες παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.8.

Πίνακας 2.8

Ονομασία παραγόντων και συντελεστές εγκυρότητας των μεταβλητών που εντάσσονται σε κάθε παράγοντα

	Ονομασία	#ερωτήσεων	Cronbach's alpha	ICC (Average)
Factor1	Αυτο-αποτελεσματικότητα	6	0.843	0.823
Factor2	Εύρεση πληροφορίας	5	0.809	0.791
Factor3	Κατανόηση	5	0.795	0.782

Factor4	Πρόθεση ενεργούς πολιτειακής συμμετοχής	5	0.786	0.740
Factor5	Αξιοποίηση της πληροφορίας	4	0.815	0.803
Factor6	Αποτίμηση της πληροφορίας	5	0.777	0.768
Factor7	Λειτουργική Επικοινωνία (Επικοινωνία1)	3	0.714	0.703
Factor8	Αλληλεπιδραστική Επικοινωνία (Επικοινωνία 2)	2	0.697	0.624
Factor9	Κριτική Επικοινωνία (Επικοινωνία 3)	2	0.671	0.667

* p - (ICC) <0.001

2.8.1. Περιγραφή των Παραγόντων

Σε αυτή την παράγραφο παρουσιάζονται κάποια αριθμητικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν τους παράγοντες που διαμορφώθηκαν βάσει της μεθόδου Factor Analysis. Στον παρακάτω πίνακα δίνονται κάποια μέτρα θέσης και διασποράς.

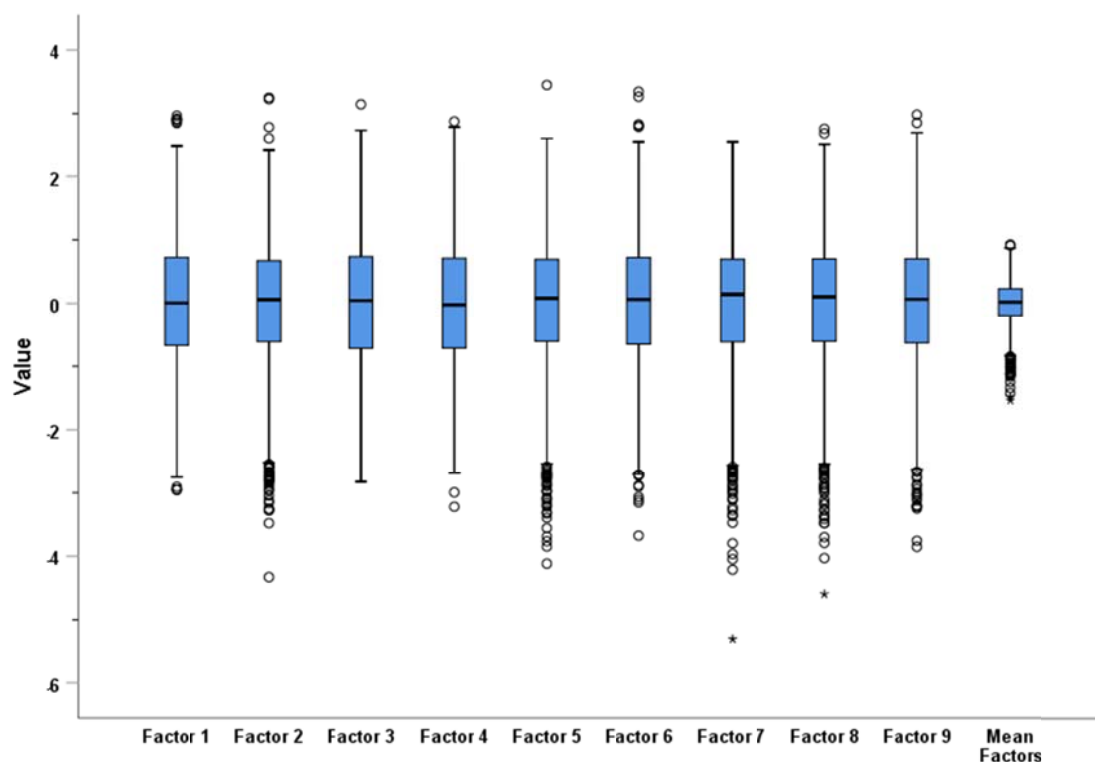
Πίνακας 2.9

Περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς για κάθε έναν από τους Παράγοντες

	Mean Αριθμητικός Μέσος	Std.Error Τυπικό Σφάλμα	Std.Dev. Τυπική Απόκλιση	Range Εύρος Τιμών	Skewness Ασυμμετρία	Kurtosis Κύρτωση
Factor1	0.0000	0.0200	1.0000	5.917431	-0.13272	-0.23037
Factor2	0.0000	0.0200	1.0000	7.580506	-0.37046	0.207294
Factor3	0.0000	0.0200	1.0000	5.971391	-0.12214	-0.48394
Factor4	0.0000	0.0200	1.0000	6.09728	-0.0037	-0.46921
Factor5	0.0000	0.0200	1.0000	7.566571	-0.48064	0.416349
Factor6	0.0000	0.0200	1.0000	7.020906	-0.23825	-0.13212
Factor7	0.0000	0.0200	1.0000	7.874122	-0.64342	0.613335
Factor8	0.0000	0.0200	1.0000	7.35485	-0.55481	0.520364
Factor9	0.0000	0.0200	1.0000	6.833013	-0.33534	0.083339

Από τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι και οι εννέα παράγοντες μοιράζονται κοινές μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις. Ασυμμετρίες παρατηρούνται στους

παράγοντες 3,5,7 και 8, δεδομένου των τιμών των διαμέσων και των εκτιμήσεων του συντελεστή ασυμμετρίας (Kurtosis). Τέλος, ουρές υπάρχουν σε όλους στους παράγοντες με σημαντικότερες εκείνες των παραγόντων 3,5,7 και 8.



2.9. Κατηγοριοποίηση του επιπέδου εγγραμματισμού υγείας των μαθητών

Για μία καλύτερη «απεικόνιση» των αποτελεσμάτων του επιπέδου εγγραμματισμού υγείας των ερωτηθέντων μαθητών προβήκαμε στην κατηγοριοποίηση της εξάβαθμης κλίμακας του εργαλείου μας, στην οποία όπως έχει προαναφερθεί, ο μαθητής ο οποίος επιλέγει την απάντηση «1=Ποτέ» συγκεντρώνει το χαμηλότερο σκορ στην ερώτηση, ενώ αυτός που επιλέγει το «6=Πάντα» συγκεντρώνει το υψηλότερο. Για την πραγματοποίηση της κατηγοριοποίησης των αποτελεσμάτων ακολουθήσαμε τη μεθοδολογία που προτείνεται από το HLS-EU CONSORTIUM (2012) και χρησιμοποιήθηκε στην πανευρωπαϊκή έρευνα εγγραμματισμού υγείας. Σύμφωνα με τη

μέθοδο αυτή, υπολογίζεται η μέση βαθμολογία των ερωτηθέντων, η οποία στη συνέχεια μετασχηματίζεται μέσω γραμμικής μετατροπής σε ενοποιημένη μέτρηση με ελάχιστο το 0 και μέγιστο το 50, όπου 0 αντιπροσωπεύει το ελάχιστο δυνατό σκορ και 50 το μέγιστο δυνατό σκορ εγγραμματος υγείας. Ο υπολογισμός και η τυποποίηση των δεικτών γίνεται βάσει του τύπου (HLS-EU Consortium, 2012, σ. 22):

Δείκτης = (μέση τιμή -1) * 50 / εύρος μέσου όρου

Όπου:

Ως Δείκτης αναφέρεται ο συγκεκριμένος δείκτης που κάθε φορά υπολογίζεται.

Η Μέση τιμή αφορά στον μέσο όρο όλων των στοιχείων για κάθε άτομο.

Το 1 αναφέρεται στην ελάχιστη δυνατή τιμή του μέσου όρου η οποία συνεπάγεται μια ελάχιστη τιμή του δείκτη.

Το 50 είναι η επιλεγμένη τιμή της νέας μέτρησης.

Το εύρος του μέσου όρου (στην προκειμένη περίπτωση της εξάβαθμης κλίμακας ισούται με 5).

Η κατηγοριοποίηση, γίνεται σε τέσσερα επίπεδα (HLS-EU Consortium, 2012a ·Sorensen et.al., 2015) τα ακόλουθα:

Το πρώτο επίπεδο αντιστοιχεί σε σκορ από 0-25, το δεύτερο επίπεδο > 25-33, το τρίτο επίπεδο > 33 -42 και το τέταρτο επίπεδο >42-50.

Αποτελεί κοινό στοιχείο των ερευνών τόσο στο πεδίο του γενικού εγγραμματος όσο και του εγγραμματος υγείας, ο αρχικός διαχωρισμός του μέγιστου του σκορ στο χαμηλότερο μισό, δηλαδή στο χαμηλότερο 50%, το οποίο εντάσσεται σε μία ενιαία κατηγορία και στη συνέχεια η κατηγοριοποίηση του άλλου 50% (Parker, 1995· Kirsch, 2001· Rudd, Kirsch & Yamamoto, 2004·Chang et al., 2012).

Οι έρευνες που αφορούν τον εγγραμματος υγείας κατηγοριοποιούν συνήθως το δεύτερο μισό του σκορ όπως παραπάνω, σε τρία επίπεδα (Parker, 1995·Ghanbari et al., 2016).

Το κάθε επίπεδο εκφράζει διαφορετικού βαθμού κατάκτηση δεξιοτήτων. Προς αποφυγή χαρακτηρισμών, οι οποίοι θα μπορούσαν να περιορίσουν την ανάλυση και να θέσουν «ετικέτες» οι οποίες στο παρελθόν έχουν αποβεί μη βοηθητικές (Pleasant, 2008), αποφασίστηκε να μη δοθούν διακριτά επωνύμια, χαρακτηριστικό το οποίο συναντάμε στις τελευταίες έρευνες για τον γενικό εγγραμματος, δηλαδή αντί για τίτλους επιπέδων

υπάρχει η περιγραφή τους (OECD, 2019). Η τακτική αυτή βρίσκεται σε συμφωνία με την προτροπή να θεωρείται ο εγγραμματισμός υγείας να θεωρείται μέσα σε ένα συνεχές και όχι κατηγορικό μέτρο (Pleasant et al., 2011), μολονότι για την καλύτερη κατανόηση των επιπέδων θα πρέπει να δοθεί μία περιγραφή τους.

Μέσα σε αυτό το συνεχές, το Επίπεδο 1 εκφράζει βασική ανεπάρκεια στο συνολικό εγγραμματισμό υγείας. Οι μαθητές σε αυτό το επίπεδο αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες σε όλες τις διαστάσεις του εγγραμματισμού. Η μεταφορά αυτού του επιπέδου στο πλαίσιο του γενικού εγγραμματισμού θα υποδήλωνε πιθανό αναλφαβητισμό ή την ύπαρξη λιγοστών δεξιοτήτων που δεν επιτρέπουν στα άτομα αυτά να ανταποκριθούν στις σύγχρονες ανάγκες εγγραμματισμού υγείας. Σύμφωνα με την ευρωπαϊκή έρευνα στο επίπεδο αυτό δίνεται ο τίτλος του ανεπαρκούς.

Στο επίπεδο 2, οι δεξιότητες αυτές εμφανίζονται συγκριτικά βελτιωμένες, στο βαθμό που δίνουν τη δυνατότητα στον μαθητή ορισμένες φορές να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων ζητημάτων υγείας. Ωστόσο, υποδηλώνει και τις αντίστοιχα ίσες πιθανότητες να μην μπορεί να ανταποκριθεί. Ο εγγραμματισμός υγείας σε αυτό το επίπεδο εμφανίζει πολλά κενά, τα οποία μπορούν να περιορίσουν τόσο την κάλυψη πρακτικών αναγκών στο επίπεδο της καθημερινότητας όσο και να λειτουργήσουν ως ένα βαθμό αποτρεπτικά στην εξέλιξή του. Αντίστοιχα, στην ευρωπαϊκή έρευνα, του δίνεται ο τίτλος ελλειμματικός. Αυτά τα δύο πρώτα επίπεδα, σύμφωνα με τους ερευνητές, μπορούν να ενοποιηθούν σε ένα, αυτό του «περιορισμένου εγγραμματισμού υγείας», ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην ανίχνευση των ευάλωτων ομάδων.

Στο επίπεδο 3, οι δεξιότητες του εγγραμματισμού εμφανίζουν επάρκεια. Επιτρέπουν τουλάχιστον τις περισσότερες φορές στο μαθητή να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις, ωστόσο επειδή αναφερόμαστε σε ζητήματα υγείας, θεωρούμε ότι παραμένει ένα επίπεδο, το οποίο παρότι ανώτερης βαθμίδας, δεν επαρκεί για να θεωρηθεί επιθυμητό. Το αντίστοιχο της ευρωπαϊκής τιλοδοτείται ως επαρκές.

Στο επίπεδο 4, ο μαθητής πλέον θεωρείται εφοδιασμένος με όλες τις δεξιότητες που του επιτρέπουν να επιλύει και να είναι αποτελεσματικός σε διάφορες καταστάσεις που μπορεί να αντιμετωπίσει ο ίδιος ή η κοινότητα που ανήκει. Θεωρείται το ανώτερο επιθυμητό επίπεδο.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1. Αποτελέσματα επαναληπτικής δοκιμασίας αξιοπιστίας

Αρχικά, στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης τα οποία αφορούν τον δείκτη αξιοπιστίας κατά τη δοκιμή της χορήγησης-επανάχορήγησης (test-retest).

Πίνακας 3.1

Δείκτες ενδοσυσχέτισης χορήγησης- επαναχορήγησης για κάθε παράγοντα και το συνολικό

Παράγοντες	#ερωτήσεων	ICC(n=61)
Factor1 Αυτοαποτελεσματικότητα	6	0,741
Factor2 Κατανόηση	5	0,915
Factor3 Εύρεση πληροφορίας	5	0,934
Factor4 Πρόθεση ενεργούς πολιτειακής συμμετοχής	5	0,842
Factor5 Αξιοποίηση της πληροφορίας	4	0,613
Factor6 Αποτίμηση της πληροφορίας	5	0,906
Factor7 Λειτουργική Επικοινωνία	3	0,873
Factor8 Αλληλεπιδραστική Επικοινωνία	2	0,922
Factor9 Κριτική Επικοινωνία	3	0,758
Συνολικό	38	0,943

Οι δείκτες θεωρούνται πολύ ικανοποιητικοί.

3.2. Χαρακτηριστικά του δείγματος

Δύο μεταβλητές με αμιγή αναφορά σε χαρακτηριστικά των γονέων των μαθητών, και συγκεκριμένα το επίπεδο μόρφωσης των γονέων και η μητρική τους γλώσσα ως δείκτης μεταναστευτικού υποβάθρου, συμπεριλήφθησαν στην έρευνα. Όπως διαπιστώνουμε, ένα μικρό ποσοστό λίγο παραπάνω από το 10% έχουν πολύ χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο. Γενικά, στο δείγμα των μαθητών περίπου το 60% των γονέων έχουν υψηλές γραμματικές γνώσεις (ΤΕΙ, πανεπιστήμιο, μεταπτυχιακό/ διδακτορικό).

Πίνακας 3.2

Επίπεδο μόρφωσης γονέων (N=2749)

	Επίπεδο μόρφωσης Μητέρας	Επίπεδο μόρφωσης Πατέρα
Δημοτικό	85(3,1%)	87 (3,3%)
Γυμνάσιο	202 (7,5%)	269 (10,1%)
Λύκειο	766 (28,4%)	752 (28,2%)
ΤΕΙ	414 (15,3%)	412(15,4%)
Πανεπιστήμιο	763 (28,3%)	726 (27,2%)
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	470 (17,4%)	421 (15,8%)
Δεν απάντησαν	49	82

Σχετικά με τη γλώσσα, η πλειοψηφία των μαθητών αναφέρει ότι οι γονείς τους έχουν ως μητρική γλώσσα την ελληνική.

Πίνακας 3.3

Μητρική γλώσσα των γονέων (N=2716)

	Ελληνική	Άλλη	Δεν απάντησαν
Μητέρας	2333 (85,9%)	383 (14,1%)	33
Πατέρα	2331(88,3%)	309 (11,7 %)	109

Στη συνέχεια παρατίθενται περιγραφικά χαρακτηριστικά που αφορούν κυρίως στους μαθητές. Ένα από αυτά αφορά στη σχολική επίδοση του δείγματός μας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των μαθητών έχει υψηλούς βαθμούς.

Πίνακας 3.4

Σχολική επίδοση βάσει της δήλωσης των ατόμων του δείγματος (N=2749)

Βαθμολογία	Όχι καλή	117 (4,3%)
	Καλή	871(31,7%)
	Πολύ καλή	1042 (37,9%)

Άριστη	686 (25,0%)
Δεν απάντησαν	33

Παρουσία μαθησιακών δυσκολιών στην ανάγνωση, στα μαθηματικά ή και στα δύο, αναφέρει περίπου το 1/3 των μαθητών του δείγματος.

Πίνακας 3.5

Υπαρξη μαθησιακών δυσκολιών (N=2749)

Μαθησιακές δυσκολίες	Ανάγνωση	156 (5,7%)
	Μαθηματικά	550 (20%)
	Και στα δύο	83 (3,0%)
	Δεν αντιμετωπίζω	1938 (70,5%)
	Δεν απάντησαν	22

Από τους συμμετέχοντες ζητήθηκε να συμπληρώσουν σε κλίμακα από το 1-5, όπου 5 το μέγιστο, τον βαθμό προτίμησής τους στα γνωστικά αντικείμενα της Βιολογίας και της Πληροφορικής. Σε ποσοστό κοντά στο 60% οι μαθητές δήλωσαν ότι ενδιαφέρονται πολύ/πάρα πολύ για τα δύο μαθήματα, δίνοντας για τον βαθμό προτίμησης 5 μικρό προβάδισμα στην πληροφορική.

Πίνακας 3.6

Βαθμός προτίμησης σε Βιολογία/Πληροφορική (N=2749)

	1	2	3	4	5	Δεν
Βιολογία	228	242	642	843	776	18
Πληροφορική	239	338	514	739	896	22

Μία επιπλέον μεταβλητή η οποία εξετάστηκε αφορούσε στις πηγές από τις οποίες οι μαθητές αντλούν πληροφορίες για τα θέματα υγείας που τους ενδιαφέρουν. Όπως φαίνεται στον πίνακα κύρια πηγή πληροφόρησης αποτελούν οι γονείς. Ίσο περίπου ποσοστό του δείγματος στρέφεται στο διαδίκτυο ή στο γιατρό του.

Πίνακας 3.7

Κύρια πηγή πληροφόρησης σχετικά με θέματα υγείας (N=2749)

Γονείς	Φίλοι	Διαδίκτυο	Γιατρός	Ενημερωτικά Φυλλάδια	Δεν απάντησαν
1469 (53,4%)	130 (4,7%)	543 (19,8%)	530 (19,3%)	64 (2,3%)	13

Από τους μαθητές ζητήθηκε επίσης να εκφράσουν το βαθμό στον οποίο τους ενδιαφέρει να αποκτούν νέες γνώσεις για θέματα υγείας. Περισσότεροι από τους μισούς μαθητές (57,3%) δήλωσαν ότι τους ενδιαφέρει πολύ ή και πάρα πολύ. Μικρό ποσοστό μαθητών απάντησε ότι τα θέματα υγείας δεν εμπίπτουν στα ενδιαφέροντά τους.

Πίνακας 3.8

Βαθμός ενδιαφέροντος απόκτησης νέων γνώσεων (N=2749)

Καθόλου	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν
187 (6,8%)	967 (35,2%)	906 (33%)	661 (24,3%)	28

Ο βαθμός στον οποίο ο μαθητής θεωρεί ότι το περιβάλλον που ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν τους εφήβους στην υιοθέτηση θετικών συνηθειών υγείας καθώς και ο βαθμός υποστήριξης που λαμβάνει ο ίδιος από το περιβάλλον και τους ανθρώπους που συναναστρέφεται, υπήρξαν δύο επιπλέον μεταβλητές. Οι μαθητές σε αυξημένο ποσοστό (58,2%) θεωρούν ότι το περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει πολύ/ πάρα πολύ τον κάθε έφηβο. Σημειώνεται παρόλα αυτά μια μικρή διαφορά ανάμεσα σε μαθητές που θεωρούν ότι το περιβάλλον επηρεάζει σε βαθμό «πάρα πολύ» και «αρκετά» τον έφηβο και στον αντίστοιχο βαθμό λαμβανόμενης υποστήριξης. Επίσης, το ίδιο ποσοστό (μόλις με διαφορά ενός υποκειμένου) που πιστεύει ότι το περιβάλλον δεν επηρεάζει τον έφηβο, αναφέρει ότι δεν υποστηρίζεται από το δικό του.

Πίνακας 3.9

Βαθμός δυνατής θετικής επιρροής και υποστήριξης του περιβάλλοντος του μαθητή στην απόκτηση υγιεινών συμπεριφορών (N=2749)

	Καθόλου	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν
Βαθμός θετικής επιρροής από το περιβάλλον	167 (6,1%)	971 (35,3%)	861 (31,3%)	730 (26,6%)	20
Βαθμός υποστήριξης από το περιβάλλον	167 (6,1%)	889 (32,3%)	1003 (36,5%)	666 (24,2%)	24

Μαζί με τις προηγούμενες μεταβλητές το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιείχε ερωτήσεις σχετικά με προσωπικές και οικογενειακές εμπειρίες υγείας καθώς και την ύπαρξη ή μη διαφοράς στην επαφή με το σύστημα υγείας, λόγω της οικονομικής κρίσης.

Οι μαθητές ρωτήθηκαν εάν οι ίδιοι αντιμετωπίζουν πρόβλημα υγείας. Ένας στους δέκα μαθητές δηλώνει ότι αντιμετωπίζει κάποιο χρόνιο πρόβλημα και περίπου στην ίδια αναλογία απάντησαν «δε γνωρίζω/δεν απαντώ». Επίσης, τρεις στους δέκα μαθητές ανέφεραν ότι υπάρχει πρόσωπο στο στενό οικογενειακό τους περιβάλλον που αντιμετωπίζει σημαντικό πρόβλημα υγείας. Εμφανή επίδραση της οικονομικής κρίσης με περιορισμό στις επισκέψεις σε γιατρούς και την προμήθεια φαρμάκων, υφίσταται περίπου ένας στους δέκα μαθητές ενώ το 1/4 περίπου των μαθητών δεν έδωσε συγκεκριμένη θετική ή αρνητική απάντηση.

Πίνακας 3.10

Ύπαρξη προβλημάτων υγείας και οικονομικών δυσχερειών στην οικογένεια

	Ναι	Όχι	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ/ Μη συμπληρωμένα
Ύπαρξη προσωπικού χρόνιου προβλήματος υγείας	308 (11,2%)	2193 (79,8%)	248 (9,0%)
Ύπαρξη σοβαρού προβλήματος υγείας στην οικογένεια	739 (26,9%)	1373 (49,9%)	637 (23,2%)

Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στις αποφάσεις υγείας	215 (7,8%)	1860 (67,7%)	674 (24,5%)
---	---------------	-----------------	----------------

Τέλος, ζητήθηκε από τους μαθητές να επιλέξουν μέσα από τρεις προτάσεις έκφρασης απόψεων για την υγεία, τη μία που τους εκφράζει περισσότερο. Περίπου έξι στους δέκα μαθητές αντιλαμβάνονται την υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα, το οποίο πρέπει να προστατεύεται από το κράτος.

Πίνακας 3.11

Προσωπική πεποίθηση σχετικά με την υγεία

Η υγεία είναι ανθρώπινο δικαίωμα και πρέπει να προστατεύεται από το κράτος	Η υγεία είναι ατομική ευθύνη του καθενός από εμάς	Η υγεία είναι μια κατάσταση που είναι κυρίως θέμα κληρονομικότητας	Δεν απάντησαν
1528 (55,6%)	1027 (37,4%)	165 (6,0%)	29

3.3. Κατανομές συχνότητας των επιμέρους παραγόντων

Από την ανάλυση παραγόντων προέκυψαν εννέα συνιστώσες. Στη συνέχεια παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ξεχωριστά για κάθε ερώτηση που περιλαμβάνεται ανά συνιστώσα. Μπορούν να διατυπωθούν οι παρακάτω παρατηρήσεις:

Σχετικά με τις απαντήσεις των μαθητών στις ερωτήσεις που συνιστούν την υποκλίμακα της Εύρεσης Πληροφορίας (Γράφημα 1) παρατηρούμε ότι μεγάλο ποσοστό μαθητών αναφέρει δυσκολία εύρεσης υποστηρικτικών προς τους εφήβους οργανισμών.

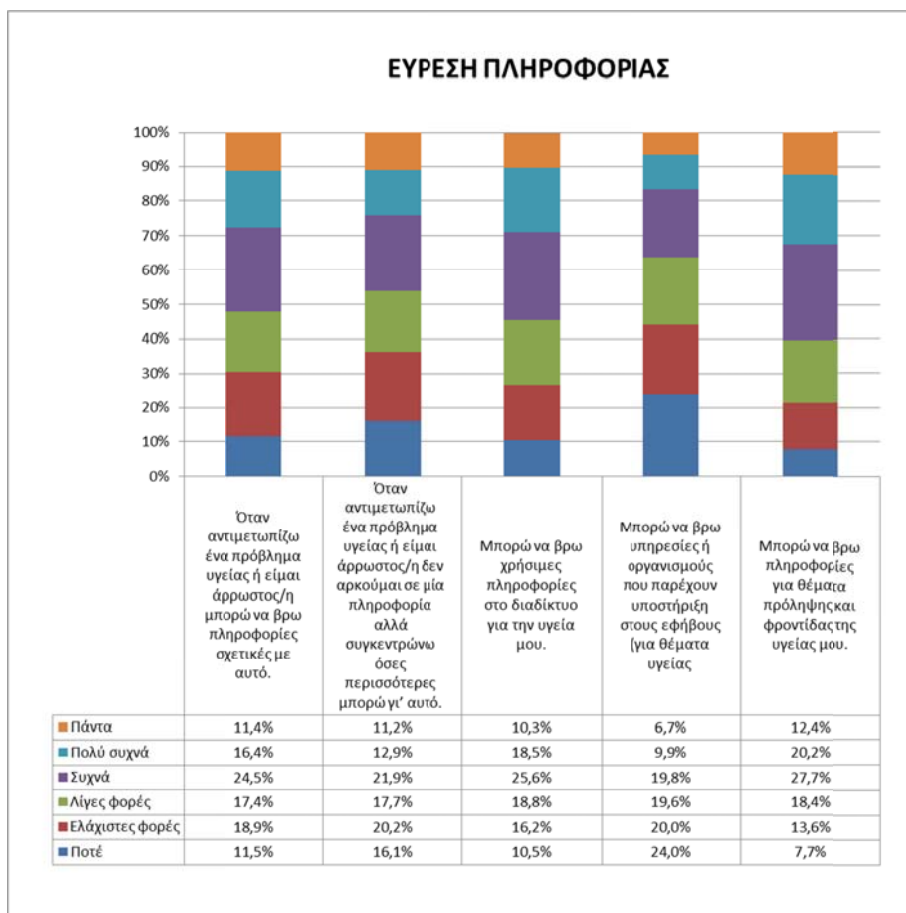
Στη συνιστώσα Κατανόηση Πληροφορίας (Γράφημα 2) οι προτάσεις οι οποίες συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων στις χαμηλές θέσεις της κλίμακας αφορούν την κατανόηση πληροφοριών από τα μέσα ενημέρωσης και το περιεχόμενο πληροφοριών που βρίσκει ο ίδιος ο μαθητής.

Όσον αφορά τον παράγοντα της Αποτίμησης (Γράφημα 4), παρατηρούμε ότι χαμηλότερα ποσοστά στις υψηλές θέσεις συγκεντρώνει τόσο η πρόταση που σχετίζεται με ικανότητα σύγκρισης πληροφορίας όσο και με την ικανότητα κρίσης της επιστημονικής βάσης της πληροφορίας.

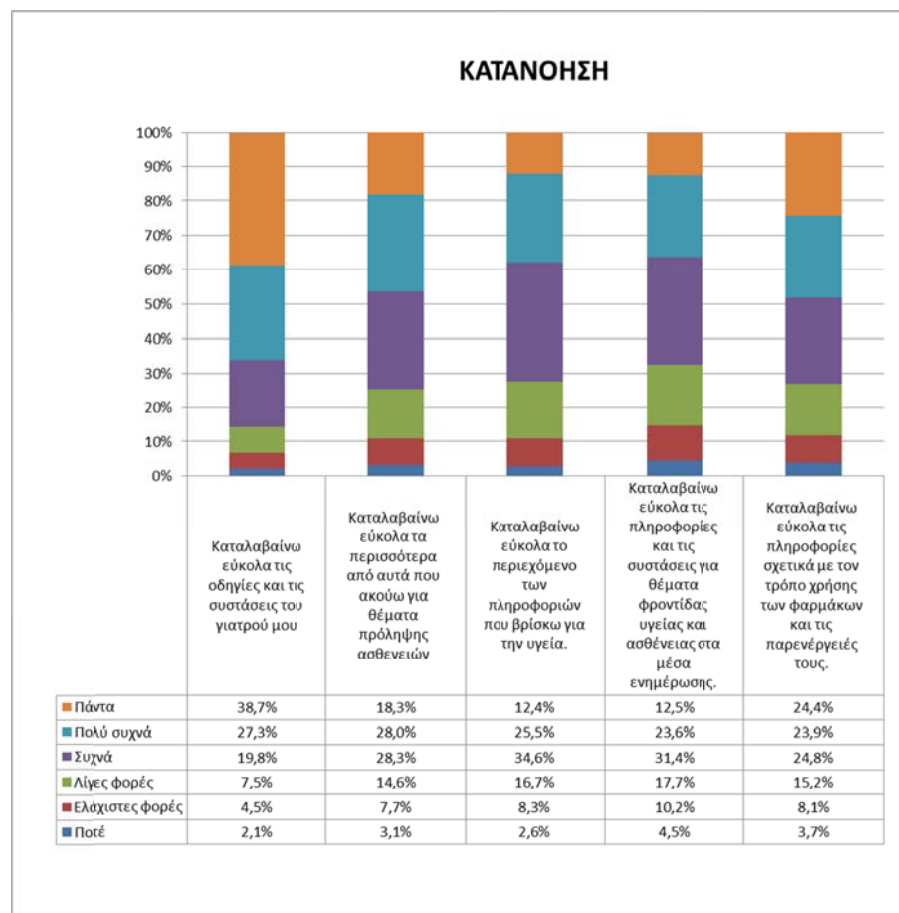
Στον παράγοντα της Λειτουργικής επικοινωνίας (Γράφημα 4), καταγράφονται υψηλά ποσοστά ισχυρά θετικών απαντήσεων και περισσότεροι από τους μισούς μαθητές αναφέρουν ότι έχουν την ικανότητα να περιγράψουν το πρόβλημα υγείας στο γιατρό τους και ελαφρά μειωμένο το ποσοστό που αναφέρεται στην παροχή πληροφοριών ιατρικού ιστορικού.

Στην Αλληλεπιδραστική επικοινωνία (Γράφημα 5), καταγράφεται διπλάσιο ποσοστό ισχυρά θετικής απάντησης, όσον αφορά την ερώτηση που σχετίζεται με τη διευκρίνιση αποριών συγκριτικά με την ενεργή συζήτηση.

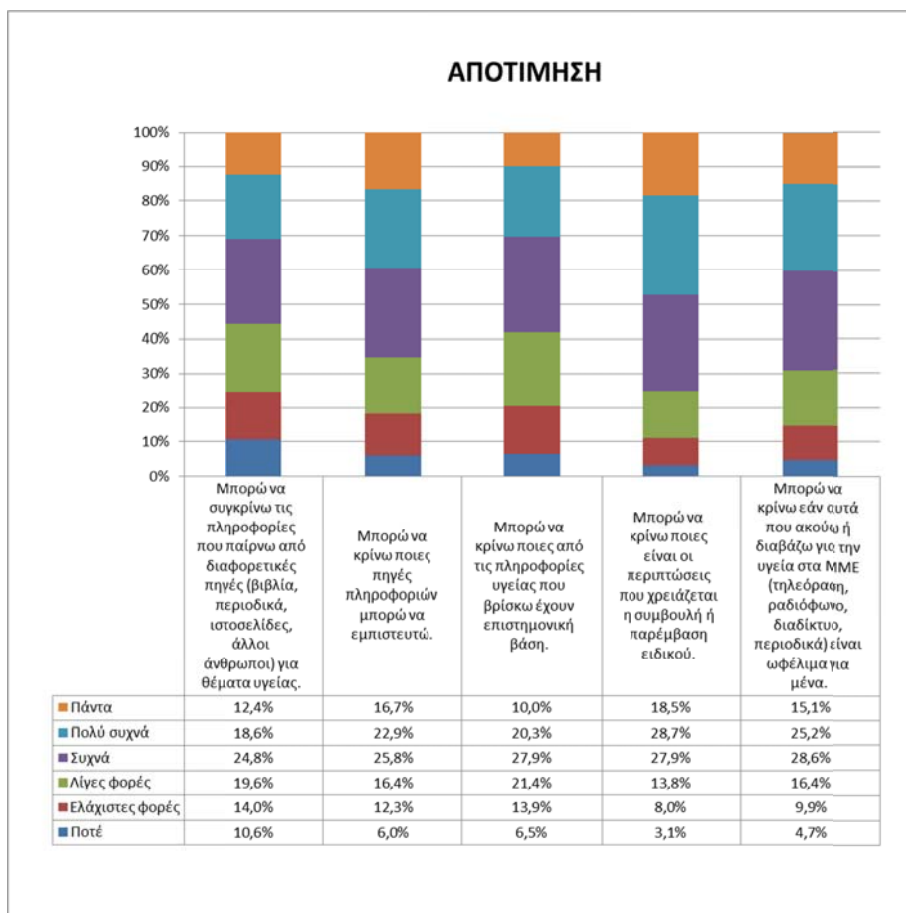
Σύμφωνα με το γράφημα στον παράγοντα της Αυτο-αποτελεσματικότητας (Γράφημα 8) οι προτάσεις που φαίνεται να συγκεντρώνουν μικρότερα ποσοστά ισχυρά θετικών απαντήσεων είναι αυτές που σχετίζονται με την εύρεση πληροφοριών, την ανάγνωση ενημερωτικών φυλλαδίων πρόληψης και την παρουσία αριθμών και διαγραμμάτων στα κείμενα.



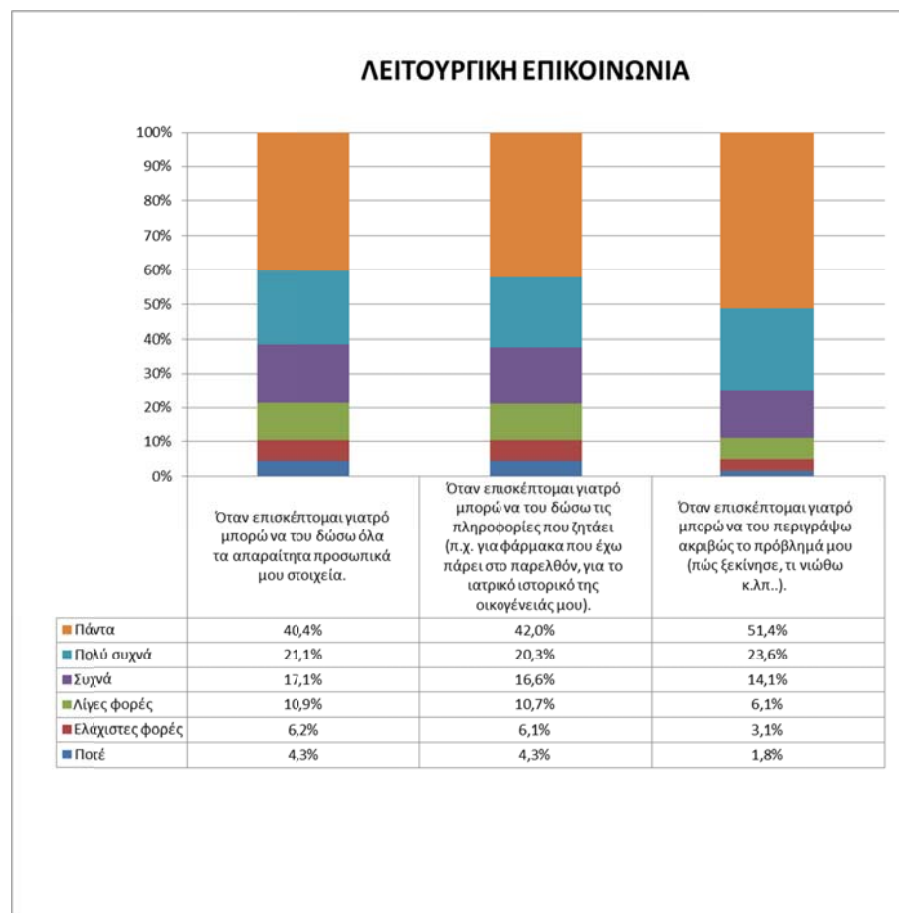
Γράφημα 3.1. Κατανομή των απαντήσεων των μαθητών ως προς τον παράγοντα Εύρεση Πληροφορίας



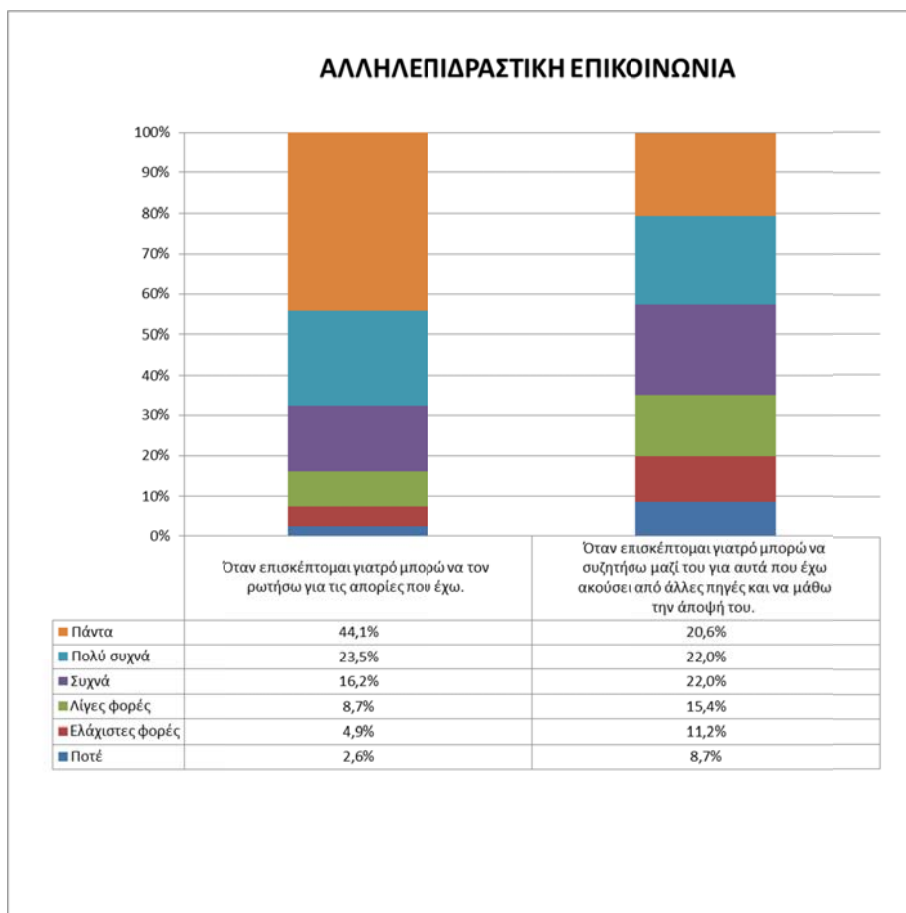
Γράφημα 3.2. Κατανομή των απαντήσεων των μαθητών ως προς τον παράγοντα Κατανόηση Πληροφορίας



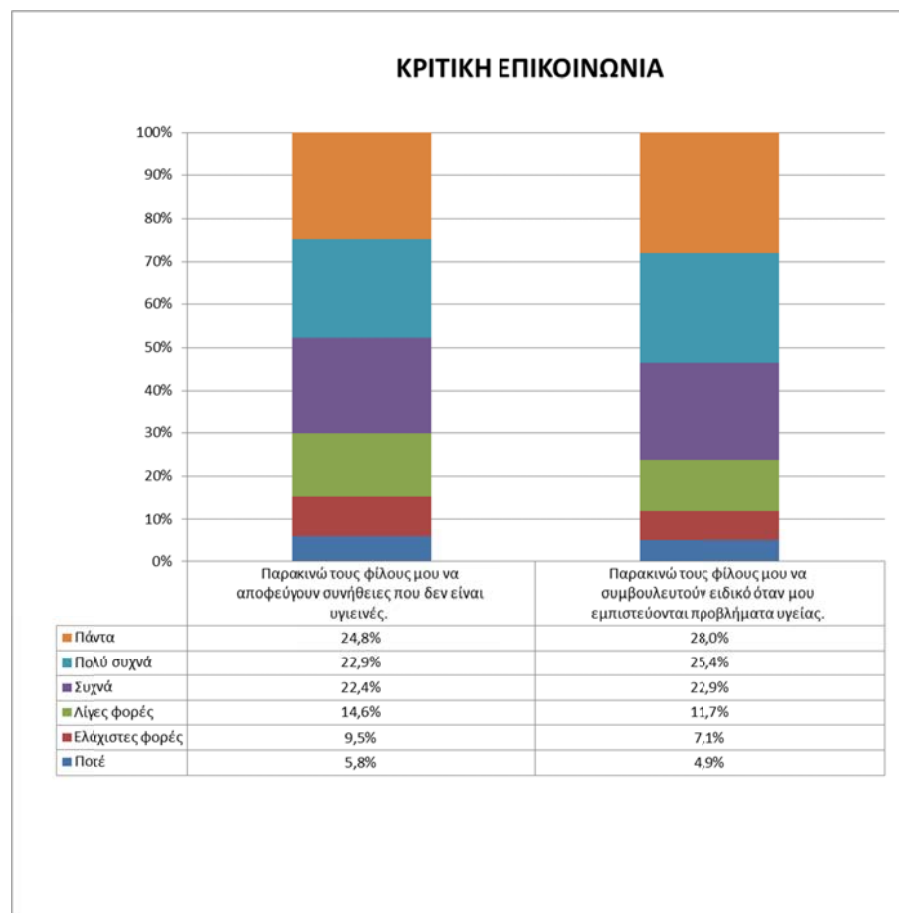
Γράφημα 3.3. Κατανομή των απαντήσεων των μαθητών ως προς τον παράγοντα Αποτίμηση Πληροφορίας



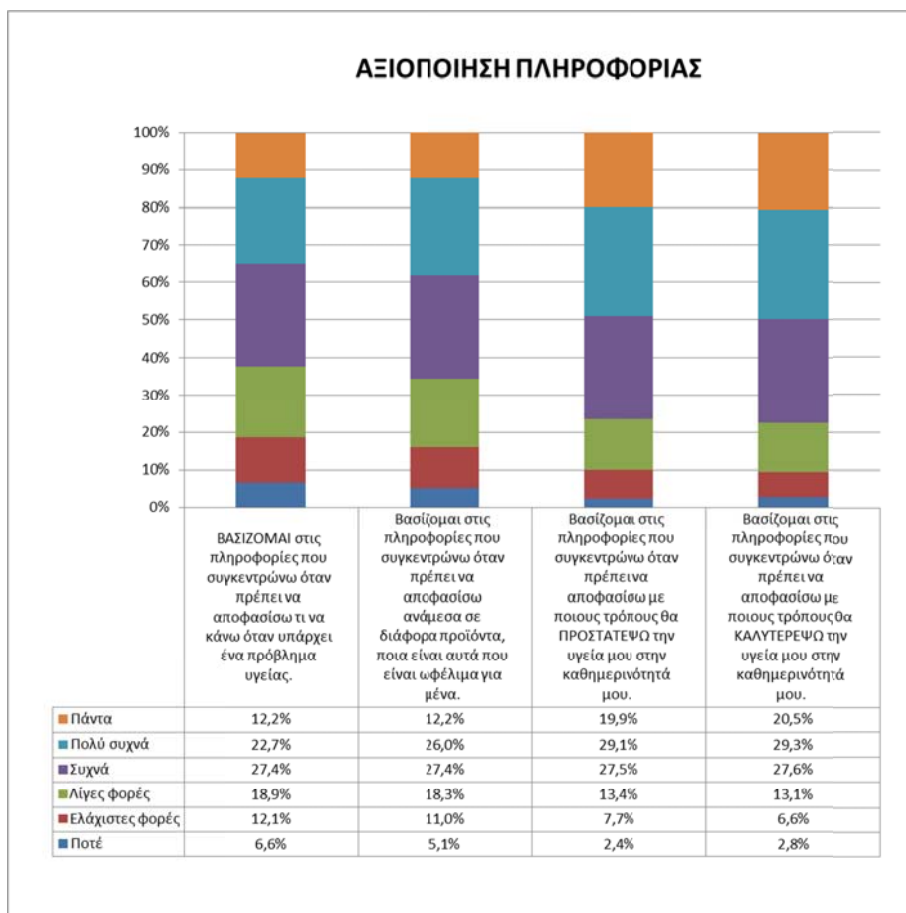
Γράφημα 3.4. Κατανομή των απαντήσεων των μαθητών ως προς τον παράγοντα Λειτουργική Επικοινωνία



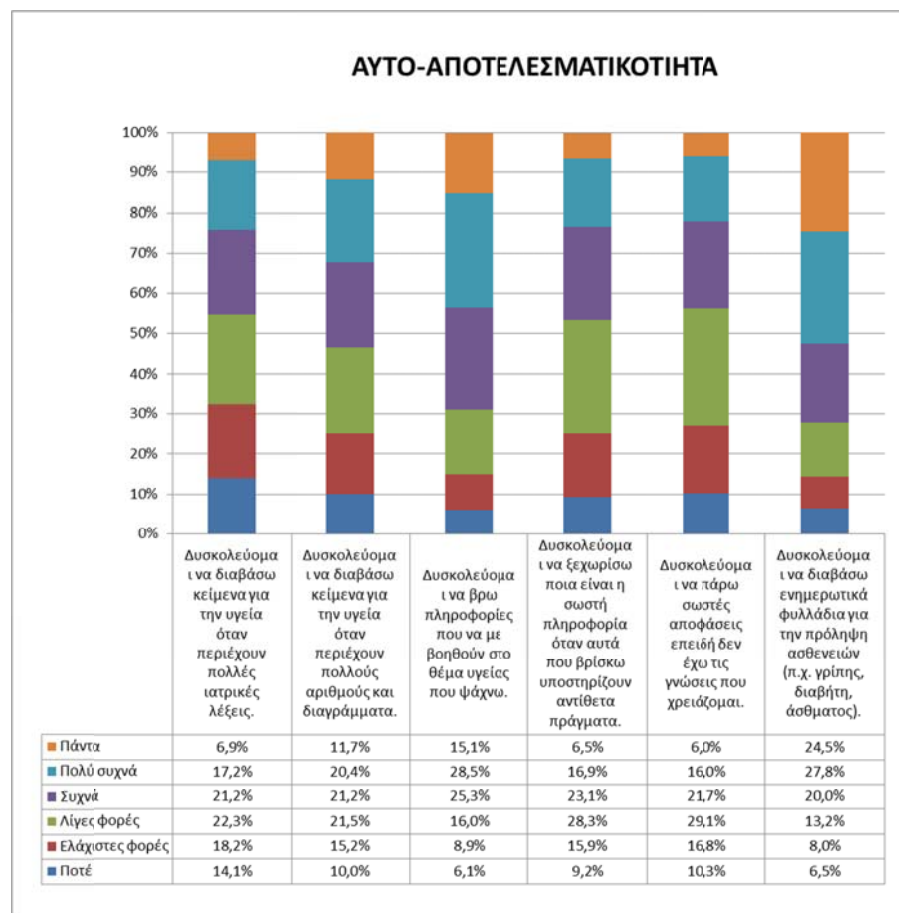
Γράφημα 3.5. Κατανομή των απαντήσεων των μαθητών ως προς τον παράγοντα Αλληλεπιδραστική Επικοινωνία



Γράφημα 3.6. Κατανομή των απαντήσεων των μαθητών ως προς τον παράγοντα Κριτική Επικοινωνία

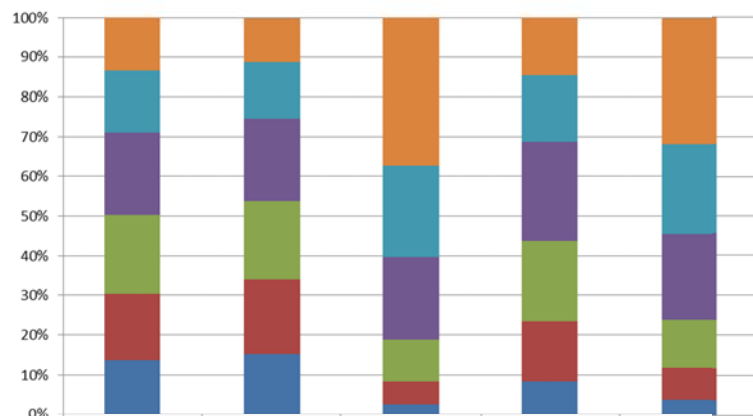


Γράφημα 3.7. Κατανομή των απαντήσεων των μαθητών ως προς τον παράγοντα Αξιοποίηση Πληροφορίας



Γράφημα 3.8. Κατανομή των απαντήσεων των μαθητών ως προς τον παράγοντα Αυτο-αποτελεσματικότητα

ΠΡΟΘΕΣΗ ΕΝΕΡΓΟΥΣ ΠΟΛΙΤΕΙΑΚΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ



	Έχω τη θέληση να οργανώσω ή να συμμετέχω σε ένα σχέδιο δράσεων για να καλύτερέψω τις συνθήκες υγείας που υπάρχουν στο σχολείο μου.	Έχω τη θέληση να οργανώσω ή να συμμετέχω σε ένα σχέδιο δράσεων για να καλύτερέψω τη ζωή και τις συνθήκες υγείας στη γειτονιά μου.	Είναι ευθύνη μου να αποκτώ νέες γνώσεις για την υγεία μου.	Είναι ευθύνη μου να προστατεύω την υγεία των άλλων.	Είναι ευθύνη μου να συμμετέχω στην καλύτερευση των συνθηκών ζωής και υγείας στο περιβάλλον μου.
Πάντα	13,4%	11,1%	37,4%	14,6%	31,8%
Πολύ συχνά	15,5%	14,2%	22,9%	16,6%	22,5%
Συχνά	20,8%	20,8%	20,9%	24,9%	21,8%
Λίγες φορές	20,0%	19,6%	10,4%	20,5%	12,0%
Ελάχιστες φορές	16,6%	18,9%	5,9%	15,0%	8,1%
Ποτέ	13,7%	15,2%	2,5%	8,4%	3,7%

Γράφημα 3.9. Κατανομή των απαντήσεων των μαθητών ως προς τον παράγοντα Πρόθεση Ενεργούς Πολιτειακής Συμμετοχής

3.4 Το επίπεδο εγγραμματισμού υγείας των μαθητών

Πίνακας 3.12

Μέση τιμή, τυπική απόκλιση, δείκτες ασυμμετρίας

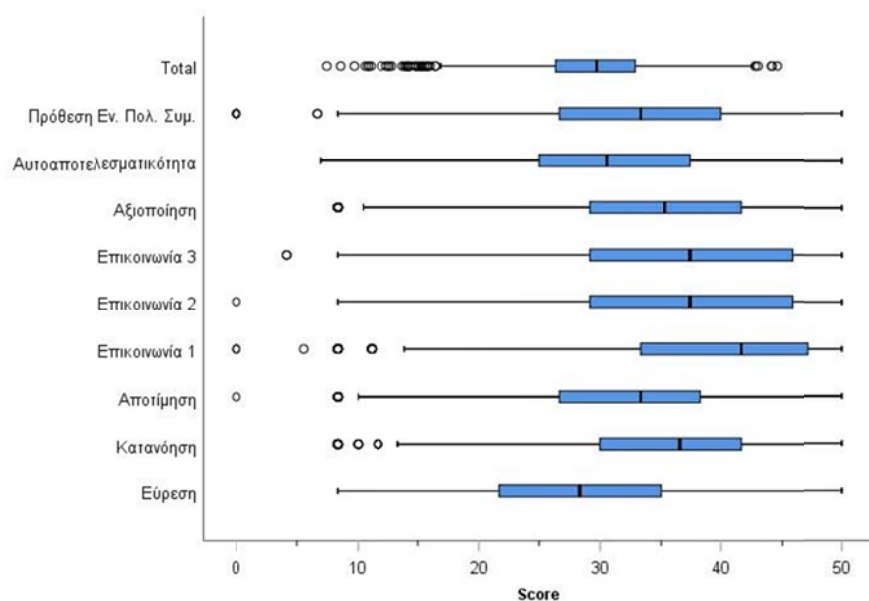
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Ασυμμετρία	Κύρτωση
Αυτο-αποτελεσματικότητα	3,67	±1,08	-0,098	-0,618
Κατανόηση	4,28	±1,00	-0,618	0,325
Εύρεση πληροφορίας	3,40	±1,13	-0,327	-0,301
Πρόθεση ενεργούς πολιτειακής συμμετοχής	3,93	±1,11	-1,070	-0,776
Αξιοποίηση της πληροφορίας	4,11	±1,08	-0,666	0,293
Αποτίμηση της πληροφορίας	3,93	±1,03	-0,585	-0,318
Λειτουργική Επικοινωνία	4,81	±1,13	-0,486	-0,036
Αλληλεπιδραστική Επικοινωνία	4,26	±1,29	-0,179	-0,319
Κριτική Επικοινωνία	4,31	±1,29	-0,191	-0,404
Συνολικό	4,05	±0,685	-0,509	0,659

Πίνακας 3.13 Περιγραφικά στατιστικά ενιαίου δείκτη στο σύνολο και ανά συνιστώσα (n=2749)

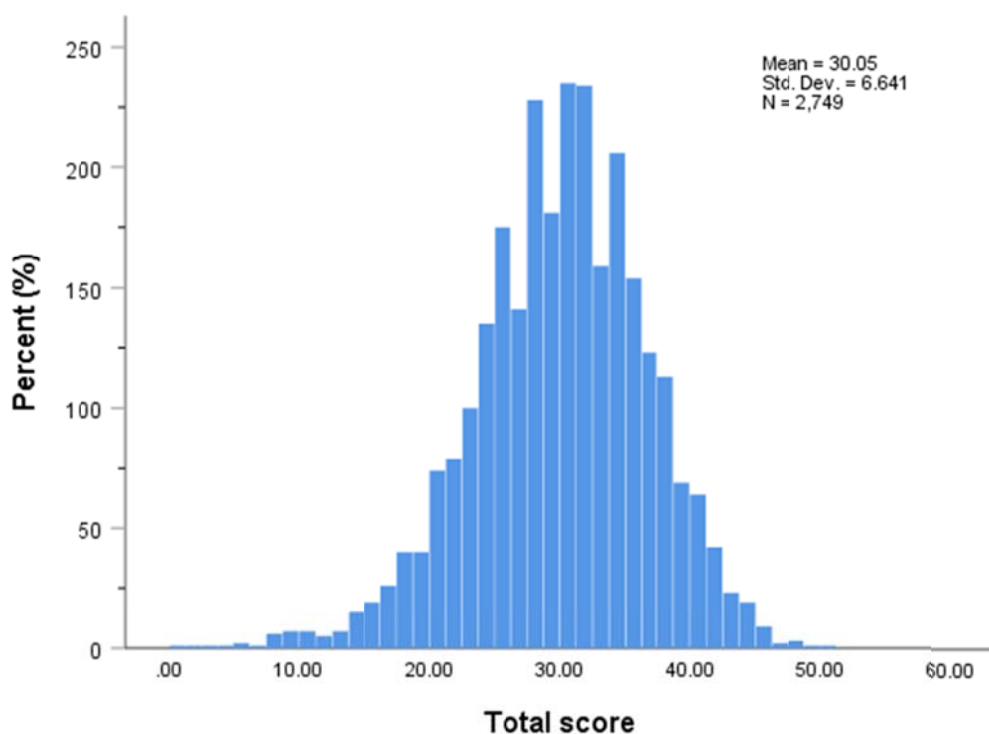
	Ελάχ.	Μέγ.	Μέση τιμή		Τυπική απόκλιση	Ασυμμετρία	Κύρτωση		
			Τυπικό σφάλμα	Τυπικό σφάλμα				Τυπικό σφάλμα	Τυπικό σφάλμα
Αυτο-αποτελεσματικότητα	0	50.0000	26.7161	0.2042	10.7087	-0.1850	0.0470	-0.3260	0.0930
Κατανόηση	0	50.0000	32.8844	0.1863	9.7674	-0.5800	0.0470	0.2450	0.0930
Εύρεση πληροφορίας	0	50.0000	24.0700	0.2144	11.2411	-0.0980	0.0470	-0.6100	0.0930
Πρόθεση ενεργούς πολιτειακής συμμετοχής	0	50.0000	29.3209	0.2093	10.9474	-0.1720	0.0470	-0.4290	0.0940
Αξιοποίηση της πληροφορίας	0	50.0000	31.1889	0.2033	10.6543	-0.4440	0.0470	-0.1150	0.0930
Αποτίμηση της πληροφορίας	0	50.0000	29.3020	0.1939	10.1638	-0.2900	0.0470	-0.3550	0.0930
Λειτουργική Επικοινωνία	0	50.0000	38.1005	0.2106	11.0435	-1.0390	0.0470	0.6960	0.0930
Αλληλεπιδραστική	0	50.0000	34.2600	0.2420	12.7130	-0.6510	0.0470	-0.3150	0.0930

Επικοινωνία									
Κριτική Επικοινωνία	0	50.0000	33.1100	0.2430	12.7110	-0.5710	0.0470	-0.3330	0.0930
Συνολικό	0	50.0000	30.0545	0.1267	6.6415	-0.4030	0.0470	0.6150	0.0930

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα, οι ερωτηθέντες μαθητές φαίνεται να παρουσιάζουν την υψηλότερη επίδοση στη διάσταση της λειτουργικής επικοινωνίας με δείκτη 38,10 και ως εκ τούτου κατατάσσονται στο Επίπεδο 3, το οποίο έχει εύρος > του 33 και ≤ 42 . Όμοια και στη διάσταση της αλληλεπιδραστικής επικοινωνίας, με τιμή δείκτη 34,26 κατατάσσονται επίσης στο Επίπεδο 3, αφού ξεπερνά κατά μία περίπου μονάδα το όριο του Επιπέδου 2. Στην κριτική επικοινωνία κατατάσσονται στο Επίπεδο 2 με τιμή δείκτη 33,11. Στο Επίπεδο 2 κατατάσσονται επιπλέον για τις δεξιότητες της κατανόησης (τιμή δείκτη: 32,88), της αποτίμησης (29,3) και αξιοποίησης της πληροφορίας (31,18) καθώς και για το επίπεδο πρόθεσης ενεργούς πολιτειακής συμμετοχής (29,32). Όσον αφορά τις δεξιότητες εύρεσης πληροφορίας εντάσσονται στο Επίπεδο 1 (24,07) το οποίο αντιστοιχεί σε εύρος 0-25. Οι δεξιότητες αυτο-αποτελεσματικότητας κατατάσσονται στο Επίπεδο 2 (26,71). Η μέση τιμή του συνολικού σκορ των μαθητών είναι 4,05 (SD= $\pm 0,69$), η οποία αντιστοιχεί σε δείκτη 30,05 βάσει του οποίου κατατάσσεται στο Επίπεδο 2 με εύρος μεταξύ 25 και 33. Η κατανομή των μαθητών ως προς την κάθε κλίμακα και το συνολικό σκορ προέκυψε ως ακολούθως:



Σχήμα 3.1. Κατανομή μαθητών ως προς κάθε υποκλίμακα και συνολικό σκορ



Σχήμα 3.2. Κατανομή του ενιαίου δείκτη συνολικού εγγραμματισμού υγείας ως προς το σύνολο

Η ποσοστιαία κατανομή στα επίπεδα όσον αφορά το συνολικό εγγραμματισμό εμφανίζεται ως εξής:

Πίνακας 3.14

Ποσοστιαία Κατανομή του συνόλου των μαθητών ως προς τα Επίπεδα Εγγραμματισμού

	Συχνότητα	Ποσοστό
Επίπεδο 1	569	20,7
Επίπεδο 2	1268	46,13
Επίπεδο 3	842	30,63
Επίπεδο 4	70	2,54
Σύνολο	2749	100.0

Συνολικά, το ποσοστό των μαθητών οι οποίοι ανήκουν στα Επίπεδα 1 και 2 ανέρχονται στο 66,83%.

3.5. Μοντέλα Λογιστικής παλινδρόμησης (Logistic Regression models)

Στόχος της εργασίας όπως αναφέρθηκε είναι η μελέτη του εγγραμματισμού υγείας των μαθητών, σε σχέση με κάποιες άλλες μεταβλητές όπως:

- Φύλο, Τάξη, Σχολική επίδοση
- Μητρική γλώσσα και εκπαιδευτική βαθμίδα των γονέων
- Προτίμηση στην Βιολογία ή και στην Πληροφορική
- Τυχόν δυσκολία στην ανάγνωση ή και στα μαθηματικά
- Οικονομικά προβλήματα που έχουν επηρεάσει αποφάσεις σε θέματα υγείας
- Τυχόν υποκείμενο πρόβλημα υγείας του μαθητή ή σε μέλος της οικογένειάς του
- Τον αντιλαμβανόμενο από τον μαθητή βαθμό δυνατής επιρροής του περιβάλλοντος στον έφηβο για θέματα υγείας (teenager_influence_health)
- Τον αντιλαμβανόμενο από τον μαθητή βαθμό υποστήριξης του προσωπικού περιβάλλοντος στην απόκτηση θετικών συνηθειών υγείας (env_influence_health)
- Βαθμός ενδιαφέροντος απόκτησης νέων γνώσεων υγείας
- Πηγές απόκτησης πληροφορίας για θέματα υγείας
- Προσωπική πεποίθηση για το αγαθό της υγείας

Το σύνολο των παραπάνω μεταβλητών, αν και παρουσιάζεται περιληπτικά, αποτελείται από 19 κατηγορικές μεταβλητές²¹. Ωστόσο, για διάφορους λόγους (αριθμητικούς κυρίως) δεν κρίνονται αναγκαία να χρησιμοποιηθούν όλα τα επίπεδα των μεταβλητών (πχ. προτίμηση σε βιολογία ή και πληροφορική, εκπαίδευση γονέων)²².

Βάσει των ανωτέρω, σε αυτό το κεφάλαιο θα κατασκευαστούν μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης για κάθε παράγοντα ξεχωριστά. Προκειμένου να δώσουμε τα αποτελέσματα, χρήζει συζήτησης ο τρόπος βάσει του οποίου θα διαχωριστούν οι παράγοντες σε ομάδες. Έπειτα από εκτενείς δοκιμές, σε κάθε ένα παράγοντα ξεχωριστά, οι καταταμίσεις που διακρίνονται ώστε να υπάρξουν βέλτιστα και ερμηνευτικά δόκιμα αποτελέσματα είναι εκείνες των:

- Διαχωρισμός A: 20%, 60% και 20%

²¹ Περισσότερα για την περιγραφή και την ποσοτική αποτύπωση κάθε μεταβλητής δίνεται στο Παράρτημα, Παρ. 7.3. Περιγραφικά μέτρα μεταβλητών.

²² Στις περιπτώσεις όπου δεν θα γίνεται χρήση της αρχικής κλίμακας, αλλά σύμπτυξης κάποιας μεταβλητής θα αναφέρεται με αντίστοιχο σχόλιο/παραπομπή στο Παράρτημα.

- Διαχωρισμός Β: 70% και 30%
- Διαχωρισμός Γ: 30% και 70%

Ερμηνεία διαχωρισμών

Ο διαχωρισμός Α δίνει τη δυνατότητα να συγκριθούν τα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τις δύο ακραίες ομάδες στις τιμές των παραγόντων, δηλαδή μεταξύ μαθητών που διακρίνονται σε χαμηλού και υψηλού επιπέδου εγγραμματισμού υγείας. Από την άλλη, ο διαχωρισμός Β βοηθά στην ερμηνεία των μεταβλητών που διαμορφώνουν το 30% των εφήβων με τον υψηλότερο εγγραμματισμό υγείας. Τέλος, με τον διαχωρισμό Γ επιχειρείται ερμηνεία των μεταβλητών που διαμορφώνουν το 30% των εφήβων με το χαμηλότερο εγγραμματισμό υγείας.

Μεθοδολογικά, ο αναφερόμενος κάθε φορά κατηγοριοποιημένος παράγοντας όπως διαμορφώνεται σύμφωνα με τον Διαχωρισμό Α, Β και Γ, και όπως περιγράφεται ανά ενότητα, λαμβάνεται ως εξαρτημένη μεταβλητή. Δημιουργούνται μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης βάσει της μεθόδου Backward Stepwise Selection, εισάγοντας μόνο τις κύριες επιδράσεις σαν μεταβλητές, δίχως να λαμβάνουμε υπόψη τυχόν αλληλεπιδράσεις μεταξύ των συμμεταβλητών. Για κάθε μοντέλο που θα παρουσιαστεί στη συνέχεια, το p-value προσαρμοστικότητας έναντι του σταθερού μοντέλου είναι σχεδόν μηδέν, γεγονός που υποδεικνύει ότι υπάρχει «νόημα» δημιουργίας του. Οι αντίστοιχοι πίνακες ελέγχου και εγκυρότητας του κάθε μοντέλου και τα κριτήρια πληροφορίας παρατίθενται στο παράρτημα Α.

Τα επίπεδα κατηγοριοποίησης των παραγόντων όσον αφορά στο διαχωρισμό Α είναι τρία: «Ανεπαρκής», «Τουλάχιστον επαρκής», «Εξαιρετικός». Για το διαχωρισμό Β τα επίπεδα είναι δύο: «Μη εξαιρετικό» και «Εξαιρετικό». Για το διαχωρισμό Γ τα επίπεδα είναι επίσης δύο: «Ανεπαρκές» και «Τουλάχιστον επαρκές».

Σε κάθε ενότητα βάσει των μεταβλητών που συμμετέχουν δημιουργείται ένα Προφίλ-Α, το οποίο λειτουργεί ως επίπεδο αναφοράς, μέσω του οποίου ερμηνεύονται τα αποτελέσματα των μοντέλων. Για το διαχωρισμό Α, σαν επίπεδο αναφοράς έχει επιλεγεί το επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκής». Στο διαχωρισμό Β το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Μη εξαιρετικό» επίπεδο. Στο διαχωρισμό Γ επίπεδο αναφοράς είναι το «Τουλάχιστον επαρκές»

3.5.1. Περί της Αυτό-αποτελεσματικότητας (Factor 1)

Στη συνέχεια παρουσιάζεται το μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για τον πρώτο παράγοντα που παράχθηκε μέσω της Ανάλυσης Παραγόντων. Αρχικά, δίνονται οι ερωτήσεις που κατανέμουν το περισσότερο βάρος τους ως προς αυτόν.

Δυσκολεύομαι να διαβάσω κείμενα για την υγεία όταν περιέχουν πολλές ιατρικές λέξεις.

Δυσκολεύομαι να διαβάσω κείμενα για την υγεία όταν περιέχουν πολλούς αριθμούς και διαγράμματα.

Δυσκολεύομαι να βρω πληροφορίες που να με βοηθούν στο θέμα υγείας που ψάχνω.

Δυσκολεύομαι να ξεχωρίσω ποια είναι η σωστή πληροφορία όταν αυτά που βρίσκω υποστηρίζουν αντίθετα πράγματα.

Δυσκολεύομαι να πάρω σωστές αποφάσεις επειδή δεν έχω τις γνώσεις που χρειάζομαι.

Δυσκολεύομαι να διαβάσω ενημερωτικά φυλλάδια για την πρόληψη ασθενειών (π.χ. γρίπης, διαβήτη, άσθματος).

3.5.1.1 Μοντέλο Παλινδρόμησης Factor1 (Αυτο-αποτελεσματικότητας) βάσει του Διαχωρισμού B (70%,30%)

Βάσει της προαναφερόμενης μεθοδολογικής διαδικασίας, οι μεταβλητές που λαμβάνονται υπόψη στο μοντέλο είναι οι εξής: τάξη, πιθανή ύπαρξη μαθησιακής δυσκολίας και οικονομικά προβλήματα που έχουν επηρεάσει αποφάσεις σε θέματα υγείας. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 69,4% (Πίνακας Α.9

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου & κριτήρια πληροφορίας).

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς (reference level), είναι οι μαθητές που έχουν «μη εξαιρετικό» επίπεδο Αυτό-αποτελεσματικότητας, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες του «Προφίλ Α»:

	Τάξη:	Α΄ Λυκείου
	Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία:	Όχι
	Λόγω της οικονομικής κρίσης το εισόδημα της οικογένειάς σου	Όχι

έχει λιγοστέψει σε βαθμό που να επηρεάζει αποφάσεις σε θέματα υγείας;

Παρακάτω, δίνονται οι πλέον σημαντικές ερμηνείες των συντελεστών του μοντέλου βάσει του «Πίνακας Α.10

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου μόνο με τα Main Effects»

- *Ερμηνεία Σταθεράς:* Αν από κάποιον μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 37% μικρότερη σε σχέση με την πιθανότητα να ανήκει στο «Μη-εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία:* Έστω ένας μαθητής/τρια με το προφίλ-Α, τότε αν ο μαθητής/τρια παρουσιάζει κάποια τουλάχιστον μαθησιακή δυσκολία (ανάγνωση ή και μαθηματικά), τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «Εξαιρετικό» μειώνεται κατά 37%.
- *Ερμηνεία Τάξη:* Έστω ένας μαθητής/τρια με το προφίλ-Α. Αν ο μαθητής/τρια ανήκει στην τάξη της Α΄ Γυμνασίου, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «Εξαιρετικό» μειώνεται κατά 36%. Αντίστοιχα, για την τάξη της Γ΄ Γυμνασίου η πιθανότητα μειώνεται κατά 26%. Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στο «Μη εξαιρετικό» εκτιμάται 57% αυξημένη σε σχέση με αυτή του να ανήκει στο «Εξαιρετικό», για την τάξη της Α΄ Γυμνασίου.
- *Ερμηνεία Λόγω της οικονομικής κρίσης το εισόδημα της οικογένειάς σου έχει λιγοστέψει σε βαθμό που να επηρεάζει αποφάσεις σε θέματα υγείας:* Έστω ένας μαθητής/τρια με το προφίλ-Α, τότε αν το εισόδημα έχει λιγοστέψει σε βαθμό που επηρεάζει τις αποφάσεις πάνω σε θέματα υγείας, η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «Εξαιρετικό» μειώνεται κατά 55%. Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στο «Μη εξαιρετικό» εκτιμάται 115% αυξημένη σε σχέση με αυτή του να ανήκει στο εξαιρετικό.

3.5.1.2 Μοντέλο Παλινδρόμησης Factor1 (Αυτο-αποτελεσματικότητας) βάσει του Διαχωρισμού Γ (30%, 70%)

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και το μοντέλο με τον διαχωρισμό 30%, 70%. Οι σημαντικές μεταβλητές του μοντέλου είναι οι εξής: τάξη, βαθμολογία, ύπαρξη μαθησιακής δυσκολίας, βαθμός επιρροής του περιβάλλοντος στον έφηβο ως προς την απόκτηση θετικών συνηθειών, οικονομικά προβλήματα που έχουν επηρεάσει αποφάσεις σε θέματα υγείας Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 72,4% (Πίνακας Α.11

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου & κριτήρια πληροφορίας).

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο Αυτο-αποτελεσματικότητας, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες του «Προφίλ Α»:

Τάξη:	Α΄ Λυκείου
Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία:	Όχι
Βαθμολογία:	Άριστη
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:	Πάρα πολύ
Λόγω της οικονομικής κρίσης το εισόδημα της οικογένειάς σου έχει λιγοστεύσει σε βαθμό που να επηρεάζει αποφάσεις σε θέματα υγείας (λιγότερες επισκέψεις σε γιατρούς ή προβλήματα στην προμήθεια φαρμάκων):	Όχι

Ακολουθώς, δίνονται οι πλέον σημαντικές ερμηνείες των συντελεστών του μοντέλου βάσει του «Πίνακας Α.12

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου μόνο με τα Main Effects».

- *Ερμηνεία Σταθεράς:* Έστω ένας μαθητής/τρια με τα χαρακτηριστικά του προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να ανήκει στην κλάση «0%-30%» του παράγοντα είναι 78% μικρότερη από αυτήν να ανήκει στην κλάση «30%-70%». Εναλλακτικά, αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στην κλάση

«30%-100%» είναι 3,6 (360%) υψηλότερη από αυτήν του να εντάσσεται στην κλάση «0%-30%»

- *Ερμηνεία Βαθμολογία:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και η βαθμολογία του είναι «Όχι καλή» ή «Καλή» τότε η πιθανότητα να ανήκει στο «0-30%» εκτιμάται 148% και 49% υψηλότερη αντίστοιχα.
- *Ερμηνεία Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία:* Έστω ένας μαθητής/τρια με το προφίλ-A, τότε αν ένας μαθητής/τρια παρουσιάζει κάποια τουλάχιστον μαθησιακή δυσκολία (ανάγνωση ή και μαθηματικά), τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «0%-30%» αυξάνεται κατά 46%. Εναλλακτικά, αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και επιπλέον παρουσιάζεται κάποιες μορφής μαθησιακή δυσκολία (μαθηματικά ή και ανάγνωση), τότε η πιθανότητα να ανήκει στην ομάδα «30%-100%» εκτιμάται κατά 32% μικρότερη από αυτή του να ανήκει στην ομάδα «0%-30%».
- *Ερμηνεία Τάξη:* Έστω ένας μαθητής/τρια με το προφίλ-A, τότε αν ο μαθητής/τρια ανήκει στην τάξη της Α΄ Γυμνασίου, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «30-100%» μειώνεται κατά 49%. Αντίστοιχα, για την τάξη της Γ΄ Γυμνασίου η πιθανότητα μειώνεται κατά 50%. Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στην ομάδα 0-30% εκτιμάται 96% και 100% μεγαλύτερη από αυτή του να ανήκει στην 0-30%, για τις τάξεις Α΄ Γυμνασίου και Γ΄ Γυμνασίου.
- *Ερμηνεία Λόγω της οικονομικής κρίσης το εισόδημα της οικογένειάς σου έχει λιγοστέψει σε βαθμό που να επηρεάζει αποφάσεις σε θέματα υγείας):* Έστω ένας μαθητής/τρια με το προφίλ-A, και το εισόδημα έχει λιγοστέψει σε βαθμό που επηρεάζει τις αποφάσεις πάνω σε θέματα υγείας, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «30-100%» μειώνεται κατά 48%. Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στην κατηγορία 0-30% εκτιμάται 91% μεγαλύτερη από αυτή του να ανήκει στην ομάδα 30-100%.

3.5.2. Περί της Κατανόησης Πληροφορίας (Factor 2)

Σε αυτή την ενότητα θα παρουσιάσουμε το μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για τον δεύτερο παράγοντα που παράχθηκε μέσω της Ανάλυσης Παραγόντων, δηλαδή εκείνον που αναφέρεται σε ερωτήσεις σχετικά με την κατανόηση πληροφορίας. Παρακάτω, δίνονται οι ερωτήσεις που κατανέμουν το περισσότερο βάρος προς ως προς αυτόν και η κατανομή του παραχθέντος παράγοντα.

Καταλαβαίνω εύκολα τις οδηγίες και τις συστάσεις του γιατρού μου.

Καταλαβαίνω εύκολα τα περισσότερα από αυτά που ακούω για θέματα πρόληψης ασθενειών.

Καταλαβαίνω εύκολα το περιεχόμενο των πληροφοριών που βρίσκω για την υγεία.

Καταλαβαίνω εύκολα τις πληροφορίες και τις συστάσεις για θέματα φροντίδας υγείας και ασθένειας στα μέσα ενημέρωσης.

Καταλαβαίνω εύκολα τις πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο χρήσης των φαρμάκων και τις παρενέργειές τους.

3.5.2.1 Μοντέλο Παλινδρόμησης Factor2 (Κατανόηση πληροφορίας) βάσει του Διαχωρισμού A (20%,60%,20%)

Έπειτα από την προαναφερόμενη διαδικασία, οι μεταβλητές που λαμβάνονται υπόψη στο μοντέλο είναι οι ακόλουθες: βαθμολογία, πιθανή ύπαρξη μαθησιακής δυσκολίας και βαθμός δυνατής επιρροής του περιβάλλοντος στον έφηβο για θέματα υγείας. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν, ανέρχεται στο 61.4%. (Πίνακας A.11

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου & κριτήρια πληροφορίας).

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς ή «Προφίλ A» είναι οι μαθητές που έχουν «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο «Κατανόηση πληροφορίας» και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες:

Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας: Πάρα πολύ

Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία: Όχι

Παρακάτω δίνονται οι πλέον σημαντικές ερμηνείες των συντελεστών του μοντέλου.

- *Ερμηνεία Σταθεράς:* Έστω ένας μαθητής/τρια με τα χαρακτηριστικά του προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Ανεπαρκές» εκτιμάται 84% μικρότερη από αυτή του να ανήκει στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές», ενώ η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «Εξαιρετικό» μειώνεται κατά 55% σε σχέση με το να ανήκει στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές».
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:* Αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον για να αποκτά θετικές συνήθειες σε θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η «πιθανότητα» να έχει «Ανεπαρκές» επίπεδο στον Παράγοντα Κατανόηση πληροφορίας είναι 238% υψηλότερη από την πιθανότητα να έχει «Τουλάχιστον επαρκές». Όμοια, για τα επίπεδα «Αρκετά» η πιθανότητα υπολογίζεται 52% υψηλότερη σε σχέση με την πιθανότητα να έχει «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο του παράγοντα «Κατανόηση πληροφορίας». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στην κατηγορία «Τουλάχιστον επαρκές» εκτιμάται 70% και 34% μικρότερη από αυτή του να ανήκει στην «Ανεπαρκές» για τις περιπτώσεις «καθόλου» και «αρκετά».
- *Ερμηνεία Βαθμολογία:* Αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και η βαθμολογία του είναι «Όχι καλή», τότε η «πιθανότητα» να έχει «Ανεπαρκές» επίπεδο στον Παράγοντα Κατανόηση πληροφορίας είναι 202% (σχεδόν διπλάσια) αυξημένη σε σχέση με την πιθανότητα να έχει «Τουλάχιστον επαρκές». Εναλλακτικά, η πιθανότητα ένταξης στο «Τουλάχιστον επαρκές» εκτιμάται 67% μικρότερη από αυτή του να ανήκει στο «Ανεπαρκές».
- *Ερμηνεία Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία:* Έστω ένας μαθητής/τρια με το προφίλ-Α, τότε αν ο μαθητής/τρια παρουσιάζει κάποια τουλάχιστον μαθησιακή δυσκολία (ανάγνωση ή και μαθηματικά), τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο

«Εξαιρετικό» μειώνεται κατά 39%. Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στο «Τουλάχιστον επαρκές» εκτιμάται 64% μεγαλύτερη από αυτή του να ανήκει στο «Εξαιρετικό».

3.5.2.2 Μοντέλο Παλινδρόμησης Factor2 (Κατανόηση πληροφορίας) βάσει του Διαχωρισμού B (70%,30%)

Οι μεταβλητές που συμμετέχουν στο μοντέλο είναι: βαθμός προτίμησης στην Βιολογία, βαθμολογία, ύπαρξη μαθησιακής δυσκολίας, η μητρική γλώσσα του πατέρα. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 66.5% (Πίνακας Α.15

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου).

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς «Προφίλ Α» είναι οι μαθητές που έχουν «μη εξαιρετικό» επίπεδο Κατανόηση πληροφορίας, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες (προφίλ):

Προτίμηση στην Βιολογία:	Τουλάχιστον 3
Βαθμολογία:	Άριστα
Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία:	Όχι
Μητρική γλώσσα του πατέρα:	Όχι ελληνική

Παρακάτω δίνονται οι πλέον σημαντικές ερμηνείες των συντελεστών του μοντέλου.

- *Ερμηνεία Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία:* Αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και αντιμετωπίζει κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο «Εξαιρετικό» επίπεδο στον Παράγοντα Κατανόηση πληροφορίας εκτιμάται 30% μικρότερη από την πιθανότητα να έχει «όχι εξαιρετικό». Εναλλακτικά η πιθανότητα να ανήκει στο «Μη εξαιρετικό» εκτιμάται 44% μεγαλύτερη από αυτή του να ανήκει στο «Εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Βιολογία:* (για επίπεδο $p\text{-value}=0.067=6.7\%>5\%$). Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και η προτίμησή του στην Βιολογία είναι το πολύ 2, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο «Εξαιρετικό» επίπεδο στον Παράγοντα Κατανόηση πληροφορίας εκτιμάται 27% μικρότερη σε σχέση με την πιθανότητα να έχει «Μη

εξαιρετικό». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στο «Μη εξαιρετικό» εκτιμάται 37% υψηλότερη σε σχέση με αυτή να ανήκει στο «Εξαιρετικό». Άρα χαμηλό επίπεδο στην Βιολογία επιδρά αρνητικά.

- *Ερμηνεία Μητρική γλώσσα του πατέρα:* Αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και η μητρική γλώσσα του πατέρα είναι ελληνική, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο «Εξαιρετικό» επίπεδο στον Παράγοντα Κατανόηση πληροφορίας εκτιμάται 53% αυξημένη σε σχέση με την πιθανότητα να έχει «Μη εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Βαθμολογία:* Έστω ένας μαθητής/τρια με το προφίλ-Α, τότε αν η βαθμολογία του/της είναι «όχι καλή», τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «Εξαιρετικό» μειώνεται κατά 56%. Αντίστοιχα, για το επίπεδο της καλής βαθμολογίας η πιθανότητα μειώνεται κατά 31%. Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στο «Μη εξαιρετικό» αυξάνεται κατά 129% και 46% σε σχέση με την πιθανότητα να ανήκει στο «Εξαιρετικό», για τα επίπεδο «όχι καλή» και «καλή» αντίστοιχα.

3.5.2.3 Μοντέλο Παλινδρόμησης Factor2 (Κατανόηση πληροφορίας) βάσει του Διαχωρισμού Γ (30%, 70%)

Οι μεταβλητές που λαμβάνουν μέρος στο μοντέλο είναι: ο βαθμός προτίμησης στην Βιολογία, το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας, ο βαθμός υποστήριξης προς τον μαθητή από το προσωπικό περιβάλλον του στην απόκτηση θετικών συνηθειών υγείας, οι πηγές απόκτησης πληροφορίας για θέματα υγείας και η προσωπική πεποίθηση για το αγαθό της υγείας. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 73.8% (Πίνακας Α.17

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου).

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς «Προφίλ Α» είναι οι μαθητές που έχουν «Ανεπαρκές (0-30%)» επίπεδο Κατανόηση πληροφορίας, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες (προφίλ):

Προτίμηση στην Βιολογία:	Τουλάχιστον 3
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας:	Τουλάχιστον Λυκείου
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι	Πάρα πολύ

που συναναστρέφεται σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου: Ενημερωτικά φυλλάδια

Όταν θέλεις να βρεις πληροφορίες για τα θέματα υγείας που σε απασχολούν, τότε τις περισσότερες φορές (διάλεξε μόνο μία απάντηση): Η υγεία είναι μια κατάσταση που είναι κυρίως θέμα κληρονομικότητας

Από τις παρακάτω τρεις προτάσεις επίλεξε αυτήν που σε εκφράζει περισσότερο από τις άλλες:

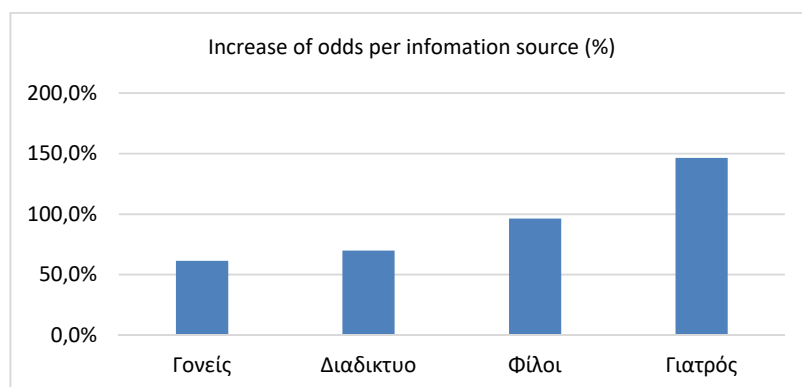
Πα

παρακάτω δίνονται οι πλέον σημαντικές ερμηνείες των συντελεστών του μοντέλου.

- *Ερμηνεία Σταθεράς:* Αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «30%-100%» εκτιμάται 67% υψηλότερη σε σχέση με την πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «0-30%».
- *Ερμηνεία Βιολογία:* Αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α, και η προτίμησή του στο μάθημα της βιολογίας είναι το πολύ 2, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «30%-100%» στον παράγοντα κατανόηση πληροφορίας εκτιμάται 42% χαμηλότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται «0-30%» επίπεδο του παράγοντα. Εναλλακτικά, αν η προτίμηση στην βιολογία είναι το πολύ 2, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «0-30%» επίπεδο είναι 73% υψηλότερη από αυτή του να ανήκει στο «30-100%» επίπεδο.
- *Ερμηνεία Εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας:* Αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας είναι Γυμνασίου και κάτω, τότε η «πιθανότητα» να ανήκει στο «30-100%» επίπεδο του παράγοντα εκτιμάται 31% μειωμένη σε σχέση με την πιθανότητα να ανήκει στο «0-30%». Εναλλακτικά, αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας είναι Γυμνασίου και κάτω, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο «0-30%» του παράγοντα Κατανόηση πληροφορίας εκτιμάται 46% αυξημένη σε σχέση με την πιθανότητα να ανήκει στο «30%-100%».
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:* Αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και ο βαθμός που πιστεύει ότι οι άνθρωποι που συναναστρέφεται τον/την βοηθούν να αποκτήσει θετικές συνήθειες για την υγεία του είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να ανήκει στο «0-30%» επίπεδο στον παράγοντα Κατανόηση πληροφορίας εκτιμάται σχεδόν 2 φορές (191%) αυξημένη σε

σχέση με την πιθανότητα να ανήκει στο «30-100%». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στο «30-100%» εκτιμάται 66% μικρότερη από αυτήν να ανήκει στο «0-30%».

- *Ερμηνεία Όταν θέλεις να βρεις πληροφορίες για τα θέματα υγείας που σε απασχολούν, τότε τις περισσότερες φορές: Αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-A και η πηγή που χρησιμοποιεί για να βρει πληροφορίες για θέματα υγείας είναι ο γιατρός, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «30%-100%» είναι σχεδόν μιάμιση φορά (147%) υψηλότερη με το αν διάβαζε ενημερωτικά φυλλάδια. Εναλλακτικά, αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-A και το μέσο που χρησιμοποιεί για να βρει πληροφορίες για θέματα υγείας είναι ο γιατρός, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «0-30%» εκτιμάται 59% χαμηλότερη με το αν διάβαζε ενημερωτικά φυλλάδια. Η μεταβολή των πιθανοτήτων ανά περίπτωση φαίνεται στο παρακάτω γράφημα, σύμφωνα με το οποίο αυτοί που ενημερώνονται από τον γιατρό έχουν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες (241%) να εντάσσονται στο «Εξαιρετικό»:*



3.5.3. Περί της Εύρεσης Πληροφορίας (Factor 3)

Σε αυτή την ενότητα θα παρουσιάσουμε τα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης για τον τρίτο παράγοντα που παράχθηκε μέσω της Παραγοντικής Ανάλυσης, δηλαδή εκείνον που αναφέρεται σε ερωτήσεις της εύρεσης της πληροφορίας. Παρακάτω, δίνονται οι ερωτήσεις που κατανέμουν το περισσότερο βάρος τους ως προς αυτόν και η κατανομή του παραχθέντος παράγοντα:

Όταν αντιμετωπίζω ένα πρόβλημα υγείας ή είμαι άρρωστος/η μπορώ να βρω πληροφορίες που να είναι σχετικές με αυτό.

Όταν αντιμετωπίζω ένα πρόβλημα υγείας ή είμαι άρρωστος/η δεν αρκούμαι σε μία πληροφορία αλλά συγκεντρώνω όσες περισσότερες μπορώ γι' αυτό.

Μπορώ να βρω χρήσιμες πληροφορίες στο διαδίκτυο για την υγεία μου.

Μπορώ να βρω υπηρεσίες ή οργανισμούς που παρέχουν υποστήριξη στους εφήβους για θέματα υγείας

Μπορώ να βρω πληροφορίες για θέματα πρόληψης και φροντίδας της υγείας μου.

3.5.3.1 Μοντέλο Παλινδρόμησης Factor3 (Εύρεση πληροφορίας) βάσει του Διαχωρισμού A (20%,60%,20%)

Βάσει της μεθόδου Backward Stepwise Selection, εισάγοντας μόνο τις κύριες επιδράσεις σαν μεταβλητές αυτές που λαμβάνονται υπόψη στο μοντέλο είναι οι ακόλουθες: τάξη, μητρική γλώσσα της μητέρας, μητρική γλώσσα του πατέρα, πηγές απόκτησης πληροφορίας για θέματα υγείας, βαθμός ενδιαφέροντος απόκτησης νέων γνώσεων υγείας, ο βαθμός υποστήριξης προς τον μαθητή από το προσωπικό του περιβάλλον στην απόκτηση θετικών συνθηκών υγείας. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 60.7% (Πίνακας A.19

(Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου).

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο Εύρεσης Πληροφορίας, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες του «Προφίλ Α»:

Τάξη:	A' Λυκείου
Μητρική γλώσσα της μητέρας:	Όχι ελληνική
Μητρική γλώσσα του πατέρα:	Όχι ελληνική
Όταν θέλεις να βρεις πληροφορίες για τα θέματα υγείας που σε απασχολούν, τότε τις περισσότερες φορές:	Ενημερωτικά φυλλάδια
Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτήσεις νέες γνώσεις για θέματα υγείας:	Πάρα πολύ
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεις σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:	Πάρα πολύ

Παρακάτω δίνονται οι πλέον σημαντικές ερμηνείες των συντελεστών του μοντέλου.

- *Ερμηνεία Σταθεράς:* Αν από έναν μαθητή υιοθετηθεί το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να ανήκει στην ομάδα του ανεπαρκούς εκτιμάται 79% μικρότερη από την πιθανότητα από αυτήν του να ανήκει στο «Τουλάχιστον επαρκές». Εναλλακτικά, αν υιοθετηθεί το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές» εκτιμάται σχεδόν 4 φορές (381%) μεγαλύτερη από αυτή του να ανήκει στο «Ανεπαρκές».
- *Ερμηνεία Τάξη:* Έστω ένας μαθητής/τρια με το προφίλ-Α, τότε αν ο μαθητής/τρια ανήκει στην τάξη της Α΄ Γυμνασίου, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «Ανεπαρκές» εκτιμάται 104% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «Τουλάχιστον επαρκές». Εναλλακτικά, αν είναι Α΄ Γυμνασίου, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο «Τουλάχιστον επαρκές» εκτιμάται 51% μικρότερη από αυτή του να ανήκει στο «Ανεπαρκές».
- *Ερμηνεία Μητρική γλώσσα μητέρας:* Αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και η μητρική γλώσσα της μητέρας είναι ελληνική, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «Ανεπαρκές» εκτιμάται 45% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο του παράγοντα. Εναλλακτικά, αν η μητρική γλώσσα της μητέρας είναι ελληνική, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές» στον παράγοντα εκτιμάται 83% υψηλότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται «Ανεπαρκές» επίπεδο του παράγοντα.
- *Ερμηνεία Μητρική γλώσσα πατέρα:* Αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και η μητρική γλώσσα του πατέρα είναι ελληνική, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «Εξαιρετικό» εκτιμάται 110% υψηλότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο του παράγοντα.
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεις σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:* Αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον για να αποκτήσει συνήθειες σε θέματα υγείας είναι έως «Αρκετά», τότε η πιθανότητα να έχει «Εξαιρετικό» επίπεδο στον παράγοντα Εύρεσης εκτιμάται 45% χαμηλότερη από την πιθανότητα να έχει «Τουλάχιστον επαρκές».
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτήσεις νέες γνώσεις για θέματα υγείας:* Αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και ο βαθμός που ενδιαφέρεται για θέματα υγείας είναι το πολύ «αρκετά», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Εξαιρετικό» εκτιμάται κατά 35% χαμηλότερη σε σχέση με το ενδιαφερόταν «πάρα

πολύ». Εναλλακτικά, αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-A και ο βαθμός που ενδιαφέρεται για θέματα υγείας είναι το πολύ «αρκετά», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές» εκτιμάται 53% μεγαλύτερη σε σχέση με το εάν ενδιαφερόταν «πάρα πολύ». Επίσης, αν ενδιαφέρεται «καθόλου» τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» εκτιμάται σχεδόν 2μισι φορές (257%) μεγαλύτερη σε σχέση με αυτή του να ανήκει στο «Τουλάχιστον επαρκές». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στο «Τουλάχιστον επαρκές» εκτιμάται 72% μικρότερη σε σχέση με το να ανήκει στο «Ανεπαρκές».

3.5.3.2 Μοντέλο Παλινδρόμησης Factor3 (Εύρεση πληροφορίας) βάσει του Διαχωρισμού B (70%,30%)

Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τον κατηγοριοποιημένο Factor 3, όπως διαμορφώνεται σύμφωνα με τον Διαχωρισμό B, βάσει της μεθόδου Backward Stepwise Selection, οι μεταβλητές που λαμβάνονται υπόψη στο μοντέλο είναι οι κάτωθι: μητρική γλώσσα του πατέρα, βαθμός ενδιαφέροντος απόκτησης νέων γνώσεων υγείας, ο βαθμός δυνατής επιρροής του περιβάλλοντος στον έφηβο για θέματα υγείας, ο βαθμός υποστήριξης του προσωπικού περιβάλλοντος προς τον μαθητή στην απόκτηση θετικών συνθηκών υγείας. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 70.7% (Πίν. Α.20).

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Μη εξαιρετικό» επίπεδο Εύρεση πληροφορίας, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες (προφίλ):

Μητρική γλώσσα του πατέρα:	Όχι ελληνική
Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτήσεις νέες γνώσεις για θέματα υγείας:	Πάρα πολύ
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:	Πάρα πολύ
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες	Πάρα πολύ

θετικές για την υγεία σου:

Στο παραπάνω προφίλ θα αναφερόμαστε εφεξής για αυτήν την ενότητα ως «Προφίλ Α».

Παρακάτω δίνονται οι πλέον σημαντικές ερμηνείες των συντελεστών του μοντέλου.

- *Ερμηνεία Μητρική γλώσσα πατέρα:* Αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και η μητρική γλώσσα του πατέρα είναι ελληνική, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «Εξαιρετικό» στον Παράγοντα Εύρεσης Πληροφορίας εκτιμάται 44% υψηλότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Μη εξαιρετικό» επίπεδο του παράγοντα. Εναλλακτικά, αν η μητρική γλώσσα του πατέρα δεν είναι ελληνική, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «Εξαιρετικό» στον παράγοντα Εύρεσης εκτιμάται 30% χαμηλότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Μη εξαιρετικό» επίπεδο του παράγοντα.
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:* Αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον για να αποκτά συνήθειες σε θέματα υγείας είναι το πολύ «Αρκετά», τότε η πιθανότητα να έχει «Εξαιρετικό» επίπεδο στον παράγοντα Κατανόηση εκτιμάται 100% υψηλότερη από την πιθανότητα να έχει «Μη εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτάς νέες γνώσεις για θέματα υγείας:* Αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και ο βαθμός που ενδιαφέρεται για θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Εξαιρετικό» εκτιμάται κατά 51% χαμηλότερη σε σχέση με το ενδιαφερόταν «πάρα πολύ». Εναλλακτικά, αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και ο βαθμός που ενδιαφέρεται για θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Μη εξαιρετικό» εκτιμάται 104% μεγαλύτερη σε σχέση με τον να ενδιαφερόταν «πάρα πολύ».

3.5.3.3 Μοντέλο Παλινδρόμησης Factor3 (Εύρεση πληροφορίας) βάσει του Διαχωρισμού Γ (30%, 70%)

Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τον κατηγοριοποιημένο Factor 3, και σύμφωνα με την ακολουθούμενη μεθοδολογία, οι σημαντικές μεταβλητές του μοντέλου είναι οι κάτωθι: τάξη, μητρική γλώσσα της μητέρας, βαθμός προτίμησης στη Βιολογία, ο βαθμός ενδιαφέροντος απόκτησης νέων γνώσεων υγείας, ο βαθμός δυνατής επιρροής του περιβάλλοντος στον έφηβο για θέματα υγείας και ο βαθμός υποστήριξης του προσωπικού περιβάλλοντος προς τον μαθητή στην απόκτηση θετικών συνηθειών υγείας. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 71.3% (Πίν. Α.22)

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο Εύρεσης Πληροφορίας, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες του αντίστοιχου «Προφίλ Α».

	Τάξη:	Α΄ Λυκείου
	Μητρική γλώσσα του πατέρα:	Όχι ελληνική
	Βιολογία:	Τουλάχιστον 3
Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτήσεις νέες γνώσεις για θέματα υγείας:		Πάρα πολύ
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:		Πάρα πολύ
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:		Πάρα πολύ

Παρακάτω δίνονται οι πλέον σημαντικές ερμηνείες των συντελεστών του μοντέλου.

- *Ερμηνεία Σταθεράς:* Αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α, τότε η «πιθανότητα» να ανήκει στο επίπεδο «30-100%» στον παράγοντα Εύρεσης Πληροφορίας εκτιμάται σχεδόν έξι φορές (570%) υψηλότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται «0-30%» επίπεδο του παράγοντα. Εναλλακτικά, αν υιοθετείται το προφίλ-Α, τότε η «πιθανότητα» να ανήκει στο επίπεδο «0-30%» στον Παράγοντα Εύρεσης Πληροφορίας

εκτιμάται 85% χαμηλότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται «30-100%» επίπεδο του παράγοντα.

- *Ερμηνεία Τάξη:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και η τάξη που παρακολουθεί είναι Α΄ Γυμνασίου, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «30-100%» προβλέπεται μειωμένη κατά 34%, σε σχέση με το αν παρακολουθούσε την Α΄ Λυκείου. Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στην ομάδα 0-30% εκτιμάται 51% μεγαλύτερη από αυτήν να ανήκει στην ομάδα 30-100%.
- *Ερμηνεία Βιολογία:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και η προτίμησή του στην Βιολογία είναι το πολύ «2», τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «30-100%» προβλέπεται μειωμένη κατά 33%, σε σχέση με το αν ενδιαφερόταν τουλάχιστον 3. Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στην ομάδα 0-30% εκτιμάται 49% μεγαλύτερη από αυτήν να ανήκει στην ομάδα 30-100%.
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον του για συνήθειες σε θέματα υγείας είναι «πολύ», τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «30-100%» εκτιμάται 35% μικρότερη με αυτήν του να ανήκει στο 0-30%. Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στο 0-30% εκτιμάται 54% πιο πιθανό από το ανήκει στο 30-100%.
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτάς νέες γνώσεις για θέματα υγείας:* Αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και ο βαθμός που ενδιαφέρεται για θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «30-100%» εκτιμάται κατά 77% χαμηλότερη σε σχέση με το εάν ενδιαφερόταν «πάρα πολύ» (αντίστοιχα χαμηλότερη για «αρκετά» και «πολύ» κατά 44%, 40%). Εναλλακτικά, αν από έναν μαθητή/μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και ο βαθμός που ενδιαφέρεται για θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «0-30%» εκτιμάται 341% μεγαλύτερη σε σχέση με το να ενδιαφερόταν «πάρα πολύ» (αντίστοιχα για «αρκετά» & «πολύ» εκτιμάται 78% & 67%).

3.5.4. Περί της Πρόθεσης Ενεργούς Πολιτειακής Συμμετοχής (Factor 4)

Παρακάτω παρουσιάζονται τα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης για τον τέταρτο παράγοντα που παράχθηκε μέσω της Ανάλυσης Παραγόντων, δηλαδή εκείνον που αναφέρεται σε ερωτήσεις πρόθεσης ενεργούς πολιτειακής συμμετοχής. Οι ερωτήσεις που κατανέμουν το περισσότερο βάρος τους ως προς αυτόν και η κατανομή του παραχθέντος παράγοντα είναι:

Έχω τη θέληση να οργανώσω ή να συμμετέχω σε ένα σχέδιο δράσεων (συζητήσεις, συναντήσεις με εκπροσώπους και ειδικούς, κ.α.) για να καλυτερέψω τις συνθήκες υγείας που υπάρχουν στο σχολείο μου.

Έχω τη θέληση να οργανώσω ή να συμμετέχω σε ένα σχέδιο δράσεων (συζητήσεις, συναντήσεις με εκπροσώπους και ειδικούς, κ.α.) για να καλυτερέψω τη ζωή και τις συνθήκες υγείας στη γειτονιά μου.

Είναι ευθύνη μου να αποκτώ νέες γνώσεις για την υγεία μου.

Είναι ευθύνη μου να προστατεύω την υγεία των άλλων.

Είναι ευθύνη μου να συμμετέχω στην καλύτερευση των συνθηκών ζωής και υγείας στο περιβάλλον μου.

3.5.4.1 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor4 (Πρόθεση Ενεργούς Πολιτειακής Συμμετοχής) βάσει του Διαχωρισμού A (20%,60%,20%)

Οι μεταβλητές που λαμβάνονται υπόψη στο συγκεκριμένο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης είναι οι: φύλο, τάξη, βαθμολογία, ο βαθμός προτίμηση στο μάθημα της Βιολογίας, τυχόν υποκείμενο πρόβλημα υγείας μέλους της οικογένειας του μαθητή, ο βαθμός ενδιαφέροντος απόκτησης νέων γνώσεων υγείας, η προσωπική πεποίθηση για το αγαθό της υγείας και ο βαθμός δυνατής επιρροής του περιβάλλοντος στον έφηβο για θέματα υγείας. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 61,4% (Πίνακας Α.25

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου).

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο Πρόθεσης Ενεργούς Πολιτειακής Συμμετοχής, και ικανοποιούν τις συνθήκες του «Προφίλ Α» της συγκεκριμένης ανάλυσης:

Φύλο: Γυναίκα

	Τάξη:	Α΄ Λυκείου
	Βαθμολογία στα μαθήματα:	Άριστα
	Βιολογίας:	Τουλάχιστον 3
Υπάρχει κάποιος στο στενό οικογενειακό σου περιβάλλον που να αντιμετωπίζει σημαντικό πρόβλημα υγείας:		Όχι
Σε ποιο βαθμό ενδιαφέρεσαι για νέες γνώσεις σε θέματα υγείας:		Πάρα πολύ
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:		Πάρα πολύ
Από τις παρακάτω τρεις προτάσεις επίλεξε αυτήν που σε εκφράζει περισσότερο από τις άλλες:		Η υγεία είναι μία κατάσταση που είναι κυρίως θέμα κληρονομικότητας

Παρακάτω δίνονται οι πλέον σημαντικές ερμηνείες των συντελεστών του μοντέλου βάσει του «Πίνακας Α.26

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου»

- *Ερμηνεία Σταθεράς (Intercept):* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» επίπεδο είναι 93% μικρότερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο. Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στο «Τουλάχιστον επαρκές» εκτιμάται 12 φορές (+1258%) μεγαλύτερη από το να ανήκει στο επίπεδο Ανεπαρκές.
- *Ερμηνεία Φύλου (Ανδρας):* Αν από έναν μαθητή το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να βρίσκεται στην ομάδα του «Ανεπαρκούς» επιπέδου Πρόθεσης Ενεργούς Πολιτειακής Συμμετοχής, είναι 54% υψηλότερη από αυτή της γυναίκας.
- *Ερμηνεία Βαθμολογία:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και η βαθμολογία του είναι «πολύ καλή» τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» επίπεδο εκτιμάται 83% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές».
- *Ερμηνεία Βιολογία:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και η προτίμηση που έχει στην βιολογία είναι το πολύ 2, τότε η πιθανότητα να βρίσκεται στην ομάδα του «Ανεπαρκούς» επιπέδου Πρόθεσης Ενεργούς Πολιτειακής Συμμετοχής, είναι κατά 63% υψηλότερη από αυτήν να ενδιαφέρεται για το μάθημα της Βιολογίας σε βαθμό 5.

- *Ερμηνεία Πρόβλημα υγείας στο στενό οικογενειακό περιβάλλον:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και υπάρχει άτομο στο στενό οικογενειακό περιβάλλον με πρόβλημα υγείας, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο του παράγοντα αυξάνεται κατά 40%.
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-A και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον για να αποκτά συνήθειες σε θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η «πιθανότητα» να έχει «Ανεπαρκές» επίπεδο στον παράγοντα εκτιμάται 214% υψηλότερη από την πιθανότητα να έχει «τουλάχιστον εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτάς νέες γνώσεις για θέματα υγείας:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-A και ο βαθμός που ενδιαφέρεται για θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Ανεπαρκές» εκτιμάται κατά 196% υψηλότερη σε σχέση με το ενδιαφερόταν «πάρα πολύ». Εναλλακτικά, αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-A και ο βαθμός που ενδιαφέρεται για θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές» εκτιμάται 66% μικρότερη σε σχέση με τον να ενδιαφερόταν «πάρα πολύ».

3.5.4.2 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor4 (Πρόθεση Ενεργούς Πολιτειακής Συμμετοχής) βάσει του Διαχωρισμού B (70%,30%)

Όπως έχει αναφερθεί, ο συγκεκριμένος διαχωρισμός έχει στόχο να δώσει έμφαση σε εκείνους τους εφήβους των οποίων ο παράγοντας Πρόθεση Ενεργούς Πολιτειακής Συμμετοχής ανήκει στο άνω 30% του δείγματος, το οποίο το θεωρούμε εξαιρετικό. Οι μεταβλητές που εν τέλει επιλέγονται βάσει της διαδικασίας είναι: φύλο, τάξη, πιθανό πρόβλημα υγείας στο στενό οικογενειακό περιβάλλον, ο βαθμός δυνατής επιρροής του περιβάλλοντος στον έφηβο για θέματα υγείας, ο βαθμός υποστήριξης του προσωπικού περιβάλλοντος προς τον μαθητή στην απόκτηση θετικών συνθηκών υγείας και ο βαθμός ενδιαφέροντος απόκτησης νέων γνώσεων υγείας. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 71.2% (Πίνακας Α.27

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου).

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Μη εξαιρετικό (0%-70%)» επίπεδο Πρόθεσης Ενεργούς Πολιτειακής Συμμετοχής, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες (προφίλ Α):

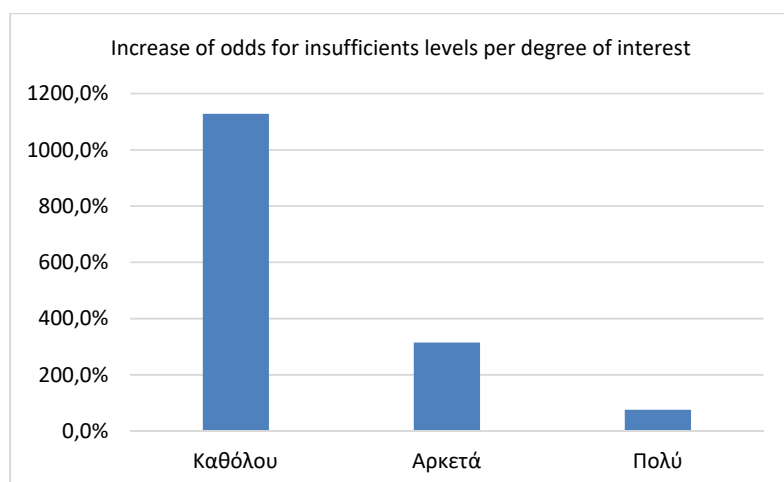
	Φύλο: Γυναίκα
	Τάξη: Α΄ Λυκείου
Πρόβλημα υγείας στο στενό οικογενειακό περιβάλλον:	Όχι
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:	Πάρα πολύ
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεσαι σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:	Πάρα πολύ
Σε ποιο βαθμό ενδιαφέρεσαι για νέες γνώσεις σε θέματα υγείας:	Πάρα πολύ

- *Ερμηνεία Φύλου (Ανδρας):* Αν από έναν μαθητή το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να βρίσκεται στην ομάδα του «70%-100%» επιπέδου του παράγοντα, είναι 24% χαμηλότερη από αυτή της γυναίκας. Εναλλακτικά, αν από έναν μαθητή το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να βρίσκεται στην ομάδα του «0%-70%» επιπέδου του παράγοντα, είναι 31% υψηλότερη από αυτή της γυναίκας.
- *Ερμηνεία Τάξη:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και παρακολουθεί την Α΄ Γυμνασίου, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «0-70%» επίπεδο εκτιμάται 34% χαμηλότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «70-100%». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να βρίσκεται στην ομάδα του «70%-100%» επιπέδου του παράγοντα, είναι 51% υψηλότερη από αυτή από την πιθανότητα να ανήκει στο «0-70%» αν είναι στην Α΄ Γυμνασίου.
- *Ερμηνεία Πρόβλημα υγείας στο στενό οικογενειακό περιβάλλον:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και υπάρχει άτομο στο στενό οικογενειακό περιβάλλον με πρόβλημα υγείας, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «70-100%» επίπεδο του παράγοντα αυξάνεται κατά 43%.
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και ο βαθμός που επηρεάζεται από

το περιβάλλον για να αποκτά συνήθειες σε θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να έχει «70-100%» επίπεδο στον παράγοντα εκτιμάται 61% χαμηλότερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «0-70%». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στο «0-70%» εκτιμάται 157% μεγαλύτερη από το να ανήκει στο «70-100%».

- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον για να αποκτά θετικές συνήθειες σε θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να έχει «70-100%» επίπεδο στον παράγοντα εκτιμάται 57% χαμηλότερη από την πιθανότητα να ενδιαφέρεται πάρα πολύ. Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στο «0-70%» εκτιμάται 135% μεγαλύτερη από το να ανήκει στο «70-100%».
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτήσεις νέες γνώσεις για θέματα υγείας:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και ο βαθμός που ενδιαφέρεται για θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «70-100%» εκτιμάται κατά 92% χαμηλότερη σε σχέση με το ενδιαφερόταν «πάρα πολύ» (αντίστοιχα -76%, -43% για τα επίπεδα «αρκετά» και «πάρα πολύ»). Εναλλακτικά, αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και ο βαθμός που ενδιαφέρεται για θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «0-70%» εκτιμάται 11 φορές (+1128%) υψηλότερη σε σχέση με το να ενδιαφερόταν «πάρα πολύ».

Στο παρακάτω γράφημα παρουσιάζεται η μεταβολή των πιθανοτήτων ανά βαθμό ενδιαφέροντος απόκτησης νέων γνώσεων.



3.5.4.3 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor4 (Πρόθεση Ενεργούς Πολιτειακής Συμμετοχής) βάσει του Διαχωρισμού Γ (30%, 70%)

Ομοίως μεθοδολογικά με τα προηγούμενα, και με έμφαση σε εκείνους τους εφήβους των οποίων ο παράγοντας «Πρόθεση Ενεργούς Πολιτειακής Συμμετοχής» ανήκει στο κάτω 30% του δείγματος, το οποίο το θεωρούμε ανεπαρκές, οι μεταβλητές που εν τέλει επιλέγονται είναι: φύλο, τάξη, εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα, βαθμός προτίμησης στη Βιολογία, ο βαθμός δυνατής επιρροής του περιβάλλοντος στον έφηβο για θέματα υγείας, ο βαθμός ενδιαφέροντος απόκτησης νέων γνώσεων υγείας και η προσωπική πεποίθηση για το αγαθό της υγείας. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 71.8% (Πίν. Α.29).

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο Πρόθεσης Ενεργούς Πολιτειακής Συμμετοχής, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες του προφίλ Α:

Φύλο:	Γυναίκα
Τάξη:	Α΄ Λυκείου
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα:	Τουλάχιστον λύκειο
Βιολογία:	Τουλάχιστον 3
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:	Πάρα πολύ
Σε ποιο βαθμό ενδιαφέρεσαι για νέες γνώσεις σε θέματα υγείας:	Πάρα πολύ
Προσωπική άποψη για θέματα υγείας:	Η υγεία είναι μία κατάσταση που είναι κυρίως θέμα κληρονομικότητας

- *Ερμηνεία Σταθερά:* Αν από μια μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο «30-100%» εκτιμάται τουλάχιστον 10φορές (+1055%) μεγαλύτερη από αυτή του να ανήκει στο «0-30%».
- *Ερμηνεία του Φύλου (Ανδρας):* Αν από έναν μαθητή με το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να βρίσκεται στην ομάδα του «30%-100%» επιπέδου του παράγοντα, είναι 43%

χαμηλότερη από αυτή της γυναίκας. Εναλλακτικά, αν από έναν μαθητή με το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να βρίσκεται στην ομάδα του «0%-30%» επιπέδου του παράγοντα, είναι 75% υψηλότερη από αυτή της γυναίκας.

- *Ερμηνεία Τάξη:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και παρακολουθεί την Α΄ Γυμνασίου, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «30-100%» επίπεδο εκτιμάται 54% υψηλότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «0-30%».
- *Ερμηνεία Βιολογία:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και η προτίμηση της στην Βιολογία είναι το πολύ 2, τότε η πιθανότητα να ανήκει στην ομάδα «30-100%» εκτιμάται 33% μικρότερη από αυτήν του να ανήκει στην ομάδα «0-30%». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στην ομάδα 0-30% εκτιμάται 48% μεγαλύτερη από αυτή του να ανήκει στο 30-100%.
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον για να αποκτά συνήθειες σε θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να έχει «30-100%» επίπεδο στον παράγοντα εκτιμάται 73% χαμηλότερη από την πιθανότητα να ενδιαφέρεται πάρα πολύ. Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στο 0-30% εκτιμάται σχεδόν 3 φορές (+272%) μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο 30-100%.
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτάς νέες γνώσεις για θέματα υγείας:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και ο βαθμός που ενδιαφέρεται για θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «30-100%» εκτιμάται κατά 100% χαμηλότερη σε σχέση με το ενδιαφερόταν «πάρα πολύ». Εναλλακτικά, αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και ο βαθμός που ενδιαφέρεται για θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «0-30%» εκτιμάται 5 φορές (+486%) σε σχέση με τον να ενδιαφερόταν «πάρα πολύ» (για το επίπεδο «αρκετά» η πιθανότητα εκτιμάται 142% μεγαλύτερη).

3.5.5. Περί της Αξιοποίησης της πληροφορίας (Factor 5)

Ακολουθεί η παρουσίαση των μοντέλων λογιστικής παλινδρόμησης για τον πέμπτο παράγοντα, δηλαδή εκείνον που αναφέρεται σε ερωτήσεις αξιοποίησης της πληροφορίας καθώς και οι ερωτήσεις που κατανέμουν το περισσότερο βάρος τους ως προς αυτόν και η κατανομή του παραχθέντος παράγοντα:

ΒΑΣΙΖΟΜΑΙ στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω τι να κάνω όταν υπάρχει ένα πρόβλημα υγείας.

Βασίζομαι στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω ανάμεσα σε διάφορα προϊόντα, ποια είναι αυτά που είναι ωφέλιμα για μένα.

Βασίζομαι στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω με ποιους τρόπους θα ΠΡΟΣΤΑΤΕΨΩ την υγεία μου στην καθημερινότητά μου.

Βασίζομαι στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω με ποιους τρόπους θα ΚΑΛΥΤΕΡΕΨΩ την υγεία μου στην καθημερινότητά μου.

3.5.5.1 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor5 βάσει του Διαχωρισμού A (20%,60%,20%)

Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τον κατηγοριοποιημένο Factor5, όπως διαμορφώνεται σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, οι μεταβλητές που λαμβάνονται υπόψη στο μοντέλο είναι οι εξής: τάξη, μητρική γλώσσα της μητέρας, πιθανή μαθησιακή δυσκολία, τυχόν προσωπικό χρόνιο πρόβλημα υγείας, ο βαθμός υποστήριξης του προσωπικού περιβάλλοντος προς τον μαθητή στην απόκτηση θετικών συνηθειών υγείας. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 59.9% (Πίν. Α.31).

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο Αξιοποίηση Πληροφορίας, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες το οποίο αναφέρεται ως «Προφίλ Α»:

Τάξη:	Α΄ Λυκείου
Μητρική γλώσσα της μητέρας:	Όχι ελληνική
Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία:	Όχι

Υπάρχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας που να σε αναγκάζει να επισκέπτεσαι πολύ συχνά γιατρό, να είσαι ιδιαίτερα προσεκτικός ή να παίρνεις για μεγάλο χρονικό διάστημα φάρμακα:	Όχι
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεσαι σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:	Πάρα πολύ

Παρακάτω δίνονται οι πλέον σημαντικές ερμηνείες των συντελεστών του μοντέλου βάσει του Πίνακα Α.32

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου του Παραρτήματος.

- *Ερμηνεία Σταθεράς (Intercept):* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» επίπεδο είναι 66% μικρότερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο. Εναλλακτικά, αν υιοθετηθεί το προφίλ-Α τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές» εκτιμάται 2 φορές (193%) μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «Ανεπαρκές».
- *Ερμηνεία Τάξη:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και η τάξη του είναι Α΄ Γυμνασίου τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 47% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές». Αντίστοιχα, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» επίπεδο είναι 23% μεγαλύτερη από το να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές».
- *Ερμηνεία Μητρική γλώσσα μητέρας:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και η μητρική γλώσσα της μητέρας είναι ελληνική, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» επίπεδο εκτιμάται 39% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές» (εναλλακτικά η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές» είναι 63% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «Ανεπαρκές»).
- *Ερμηνεία Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και αντιμετωπίζει κάποια μαθησιακή δυσκολία, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο «Εξαιρετικό» επίπεδο του παράγοντα είναι 31% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «Τουλάχιστον επαρκές».
- *Ερμηνεία Υπάρχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας που να σε αναγκάζει να επισκέπτεσαι πολύ συχνά γιατρό, να είσαι ιδιαίτερα προσεκτικός ή να παίρνεις για μεγάλο χρονικό διάστημα φάρμακα:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και υπάρχει κάποιο

χρόνιο πρόβλημα, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο «Ανεπαρκές» επίπεδο του παράγοντα είναι 65% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «Τουλάχιστον επαρκές».

- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου: Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον για θετικές συνήθειες σε θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να ανήκει στο «Ανεπαρκές» επίπεδο του παράγοντα είναι 113% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «Τουλάχιστον επαρκές».*

3.5.5.2 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor5 (Αξιοποίηση της πληροφορίας) βάσει του Διαχωρισμού B (70%,30%)

Οι μεταβλητές που συμμετέχουν στο συγκεκριμένο μοντέλο είναι οι επόμενες: τάξη, μορφωτικό επίπεδο μητέρας, οικονομικά προβλήματα που έχουν επηρεάσει αποφάσεις σε θέματα υγείας, ο βαθμός υποστήριξης του προσωπικού περιβάλλοντος προς τον μαθητή στην απόκτηση θετικών συνθηκών υγείας και ο βαθμός ενδιαφέροντος απόκτησης νέων γνώσεων υγείας. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 68.4% (Πίνακας Α.33

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου).

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Μη εξαιρετικό» επίπεδο Αξιοποίησης της πληροφορίας, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες (προφίλ):

Τάξη:	Α΄ Λυκείου
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας:	Τουλάχιστον Λύκειο
Λόγω της οικονομικής κρίσης το εισόδημα της οικογένειάς σου έχει λιγοστέψει σε βαθμό που να επηρεάζει αποφάσεις σε θέματα υγείας (λιγότερες επισκέψεις σε γιατρούς ή προβλήματα στην προμήθεια φαρμάκων):	Όχι
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:	Πάρα πολύ
Σε ποιο βαθμό ενδιαφέρεσαι για νέες γνώσεις σε θέματα υγείας:	Πάρα πολύ

- *Ερμηνεία Σταθεράς:* Έστω ένας μαθητή/τρια το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να βρίσκεται στην ομάδα του «Εξαιρετικό» επιπέδου του παράγοντα είναι 40% χαμηλότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στην ομάδα «Μη εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Τάξη:* Αν από ένα μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και παρακολουθεί την Α΄ Γυμνασίου, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 38% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Μη εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας είναι το πολύ γυμνάσιο, τότε η πιθανότητα το άτομο να εντάσσεται στο επίπεδο εξαιρετικό εκτιμάται 36% μικρότερη. Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Μη εξαιρετικό» εκτιμάται 56% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Λόγω της οικονομικής κρίσης το εισόδημα της οικογένειάς σου έχει λιγοστέψει σε βαθμό που να επηρεάζει αποφάσεις σε θέματα υγείας:* Αν υιοθετηθεί το προφίλ-Α και υπάρχουν εισοδηματικά προβλήματα λόγω οικονομικής κρίσης που επιδρούν σε αποφάσεις σε θέματα υγείας, τότε η πιθανότητα το άτομο να εντάσσεται στην ομάδα «Εξαιρετικό» μειώνεται κατά 40%. Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Μη εξαιρετικό» αυξάνεται κατά 68% σε σχέση με την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:* Αν από έναν μαθητή υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον για να αποκτά συνήθειες σε θέματα υγείας είναι το πολύ «αρκετά», τότε η «πιθανότητα» να έχει «Εξαιρετικό» επίπεδο στον παράγοντα εκτιμάται 35% χαμηλότερη από την πιθανότητα να ενδιαφέρεται τουλάχιστον «πολύ». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Μη εξαιρετικό» εκτιμάται 53% υψηλότερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «Εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτάς νέες γνώσεις για θέματα υγείας:* Αν από έναν μαθητή υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και ο βαθμός που ενδιαφέρεται για θέματα υγείας είναι το πολύ «αρκετά», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Εξαιρετικό» εκτιμάται κατά 34% χαμηλότερη σε σχέση με το ενδιαφερόταν τουλάχιστον «πολύ». Εναλλακτικά, αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το Προφίλ-Α και ο βαθμός που

ενδιαφέρεται για θέματα υγείας είναι το πολύ «αρκετά», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Μη εξαιρετικό» εκτιμάται 52% υψηλότερη σε σχέση με τον να ενδιαφερόταν τουλάχιστον «πολύ».

3.5.5.3 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor5 (Αξιοποίηση της πληροφορίας) βάσει του Διαχωρισμού Γ (30%, 70%)

Στο συγκεκριμένο μοντέλο συμμετέχουν οι μεταβλητές: πιθανή ύπαρξη προσωπικού χρόνιου προβλήματος υγείας, οικονομικό πρόβλημα που έχει επηρεάσει αποφάσεις σε θέματα υγείας και ο βαθμός υποστήριξης του προσωπικού περιβάλλοντος προς τον μαθητή στην απόκτηση θετικών συνηθειών υγείας. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 70.9% (Πίν. Α.35).

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο Αξιοποίησης της πληροφορίας, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες (προφίλ):

Υπάρχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας που να σε αναγκάζει να επισκέπτεσαι πολύ συχνά γιατρό, να είσαι ιδιαίτερα προσεκτικός ή να παίρνεις για μεγάλο χρονικό διάστημα φάρμακα:	Όχι
Λόγω της οικονομικής κρίσης το εισόδημα της οικογένειάς σου έχει λιγοστέψει σε βαθμό που να επηρεάζει αποφάσεις σε θέματα υγείας (λιγότερες επισκέψεις σε γιατρούς ή προβλήματα στην προμήθεια φαρμάκων):	Όχι
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:	Πάρα πολύ

- *Ερμηνεία Σταθεράς:* Έστω ένας μαθητή/τρια με το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να βρίσκεται στην ομάδα του «30-100%» επιπέδου του παράγοντα είναι 256% υψηλότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στην ομάδα «0-30%».
- *Ερμηνεία Υπάρχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας που να σε αναγκάζει να επισκέπτεσαι πολύ συχνά γιατρό, να είσαι ιδιαίτερα προσεκτικός ή να παίρνεις για μεγάλο χρονικό διάστημα φάρμακα:* Αν από ένα μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και υπάρχει κάποιο πρόβλημα υγείας, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «30-100%» επίπεδο εκτιμάται 38% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «0-30%». Εναλλακτικά, η

πιθανότητα να εντάσσεται στο «0-30%» είναι 61% μεγαλύτερη από το να εντάσσεται στο «30-100%».

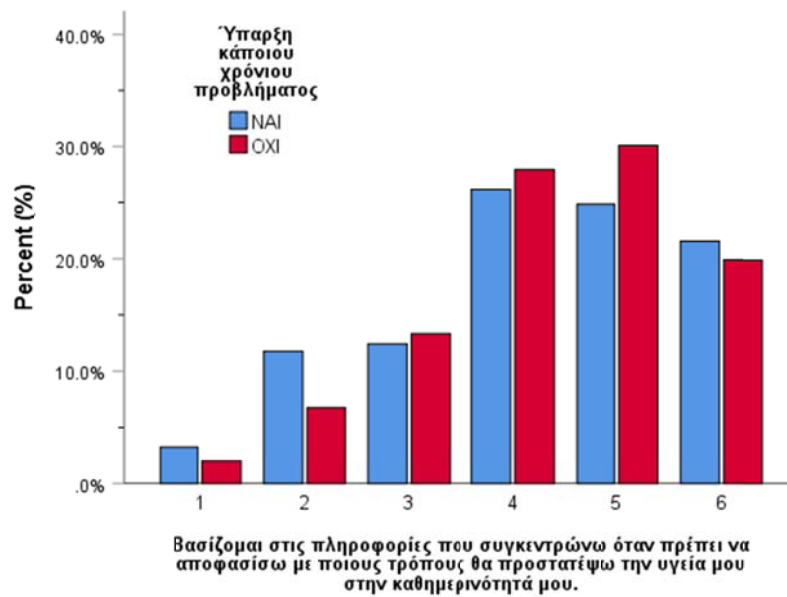
- *Ερμηνεία Λόγω της οικονομικής κρίσης το εισόδημα της οικογένειάς σου έχει λιγοστέψει σε βαθμό που να επηρεάζει αποφάσεις σε θέματα υγείας: Αν υιοθετηθεί το προφίλ-A και υπάρχουν εισοδηματικά προβλήματα λόγω οικονομικής κρίσης που επιδρούν σε αποφάσεις σε θέματα υγείας, τότε η πιθανότητα το άτομο να εντάσσεται στην ομάδα «30-100%» μειώνεται κατά 33%. Εναλλακτικά, αν η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «0-30%» αυξάνεται κατά 50% σε σχέση με την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές».*
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου: Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και ο βαθμός που επηρεάζεται από θετικές συνήθειες για θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «30-100%» εκτιμάται 64% μικρότερη από αυτήν του να ανήκει στο «0-30%». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «0-30%» εκτιμάται έως 2φορές (+181%) μεγαλύτερη από αυτή να εντάσσεται στο «30-100%»*

3.5.5.4 Έλεγχοι Chi-Square μεταβλητών του Factor5 (Αξιοποίηση της πληροφορίας) ως προς την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας

Πραγματοποιήθηκαν επίσης οι ακόλουθοι έλεγχοι με σκοπό τη διερεύνηση πιθανής συσχέτισης ορισμένων μεταβλητών του παράγοντα Αξιοποίηση της Πληροφορίας και της ύπαρξης χρόνιου προσωπικού προβλήματος υγείας του μαθητή

- 1) Βασίζομαι στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω με ποιους τρόπους θα προστατέψω την υγεία μου στην καθημερινότητα μου vs Ύπαρξη χρόνιου προβλήματος

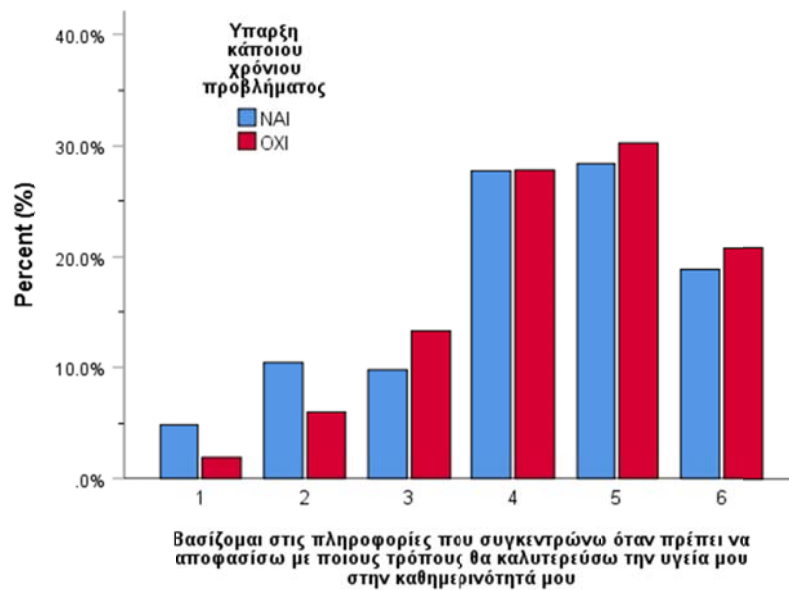
H0: Ο βαθμός στον οποίο οι μαθητές βασίζονται σε πληροφορίες που συγκεντρώνουν όταν πρέπει να αποφασίσουν με ποιους τρόπους θα προστατέψουν την υγεία μου στην καθημερινότητά τους είναι ανεξάρτητος από την ύπαρξη κάποιου χρόνιου προβλήματος.



Η υπόθεση της ανεξαρτησίας των δύο μεταβλητών απορρίπτεται σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5% ($\chi^2 = 14.451$, $df = 5$, $p = .013$). Παρατηρείται συνεπώς ότι το ποσοστό των μαθητών εκείνων που το επίπεδο που βασίζονται σε πληροφορίες για να προστατέψουν την υγεία τους είναι στο «πολύ 2» δεδομένου ότι αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας ανέρχεται στο 15.1%, σε σχέση με αυτούς που δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας το οποίο εκτιμάται 8.8%.

2) Βασίζομαι στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω με ποιους τρόπους θα ΚΑΛΥΤΕΡΕΨΩ την υγεία μου στην καθημερινότητά μου vs Υπαρξη χρόνιου προβλήματος.

H0: Το επίπεδο που οι μαθητές βασίζονται σε πληροφορίες που συγκεντρώνουν όταν πρέπει να αποφασίσουν με ποιους τρόπους θα καλυτερεύσουν την υγεία μου στην καθημερινότητα τους είναι ανεξάρτητο από την ύπαρξη κάποιου χρόνιου προβλήματος.



Η υπόθεση της ανεξαρτησίας των δύο μεταβλητών απορρίπτεται σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5% ($\chi^2 = 22.120$, $df = 5$, $p = 0.000$). Παρατηρείται ότι το ποσοστό των μαθητών εκείνων οι οποίοι βασίζονται σε πληροφορίες για να καλυτερεύσουν την υγεία τους είναι σε επίπεδο το «πολύ 2» δεδομένου ότι αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας είναι 15.3%, σε σχέση με αυτούς που δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας το οποίο εκτιμάται 8.8%.

3.5.6. Περί της Αποτίμησης της Πληροφορίας (Factor 6)

Στη συνέχεια περιγράφονται τα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης για τον έκτο παράγοντα ο οποίος αναφέρεται σε ερωτήσεις αποτίμησης της πληροφορίας. Δίνονται οι ερωτήσεις που κατανέμουν το περισσότερο βάρος τους ως προς αυτόν και η κατανομή του παραχθέντος παράγοντα:

Μπορώ να συγκρίνω τις πληροφορίες που παίρνω από διαφορετικές πηγές (βιβλία, περιοδικά, ιστοσελίδες, άλλοι άνθρωποι) για θέματα υγείας.

Μπορώ να κρίνω ποιες πηγές πληροφοριών μπορώ να εμπιστευτώ.

Μπορώ να κρίνω ποιες από τις πληροφορίες υγείας που βρίσκω έχουν επιστημονική βάση.

Μπορώ να κρίνω ποιες είναι οι περιπτώσεις που χρειάζεται η συμβουλή ή παρέμβαση ειδικού.

Μπορώ να κρίνω εάν αυτά που ακούω ή διαβάζω για την υγεία στα ΜΜΕ (τηλεόραση, ραδιόφωνο, διαδίκτυο, περιοδικά) είναι ωφέλιμα για μένα.

3.5.6.1 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor6 βάσει του Διαχωρισμού Α (20%,60%,20%)

Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τον κατηγοριοποιημένο Factor6, στο μοντέλο του διαχωρισμού Α, οι μεταβλητές που λαμβάνονται υπόψη είναι οι: εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, μητρική γλώσσα του πατέρα, πιθανή μαθησιακή δυσκολία, βαθμολογία, πιθανή ύπαρξη προσωπικού χρόνιου προβλήματος υγείας, ο βαθμός προτίμησης στην πληροφορική, ο βαθμός δυνατής επιρροής του περιβάλλοντος στον έφηβο για θέματα υγείας και η προσωπική πεποίθηση για την υγεία. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 62,2% (Πίν. Α.36).

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο του παράγοντα, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες του «Προφίλ Α». Παρακάτω, δίνονται οι πλέον σημαντικές ερμηνείες των συντελεστών του μοντέλου βάσει του Πίνακα Α.38

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας:	Τουλάχιστον λύκειο
Μητρική γλώσσα του πατέρα:	Όχι ελληνική
Βαθμολογία:	Άριστη
Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία:	Όχι
Υπάρχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας που να σε αναγκάζει να επισκέπτεσαι πολύ συχνά γιατρό, να είσαι ιδιαίτερα προσεκτικός ή να παίρνεις για μεγάλο χρονικό διάστημα φάρμακα:	Όχι
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:	Πάρα πολύ
Προσωπική άποψη για θέματα υγείας:	Η υγεία είναι κυρίως θέμα κληρονομικότητας
Προτίμηση στην πληροφορική:	Τουλάχιστον 4

- *Ερμηνεία Βαθμολογία:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και η βαθμολογία του είναι το πολύ «καλή», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» επίπεδο εκτιμάται 50% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές». Αντίστοιχα, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο είναι 28% μικρότερη από το να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές».
- *Ερμηνεία Χρόνιο πρόβλημα:* Αν από ένα μαθητή υιοθετηθεί το προφίλ-A και αντιμετωπίζει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» εκτιμάται 84% μεγαλύτερη σε σχέση με αυτή του να ανήκει στο «Τουλάχιστον επαρκές». Δηλαδή αν έχει κάποιο χρόνιο τότε αυτό βοηθά στην Αποτίμηση Πληροφορίας.
- *Ερμηνεία Μητρική γλώσσα πατέρα:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και η μητρική γλώσσα του πατέρα είναι ελληνική, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» επίπεδο εκτιμάται 52% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές». Αντίστοιχα, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο είναι 107% μεγαλύτερη από το να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές».
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον του για θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» επίπεδο εκτιμάται 126% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές».
- *Ερμηνεία Προσωπική άποψη σε θέματα υγείας:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και πιστεύει ότι «Η υγεία είναι ανθρώπινο δικαίωμα και πρέπει να προστατεύεται από το κράτος» τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 48% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές» (εναλλακτικά η πιθανότητα να ανήκει στο «Τουλάχιστον επαρκές» εκτιμάται 93% μεγαλύτερη, από αυτή να ανήκει στο «Εξαιρετικό»). Αντίστοιχα, αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και πιστεύει ότι «Η υγεία είναι ατομική ευθύνη του καθενός από εμάς» τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο

«Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 60% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές» (εναλλακτικά η πιθανότητα να ανήκει στο «Τουλάχιστον επαρκές» εκτιμάται 152% μεγαλύτερη, από αυτή να ανήκει στο «Εξαιρετικό»).

- *Ερμηνεία Πληροφορική:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και η προτίμηση του στην πληροφορική είναι το πολύ 3, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 45% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο είναι 82% μεγαλύτερη από το να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό».

3.5.6.2 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor6 (Αποτίμηση της πληροφορίας) βάσει του Διαχωρισμού Β (70%,30%)

Όπως έχει αναφερθεί, ο συγκεκριμένος διαχωρισμός δίνει έμφαση σε εκείνους τους μαθητές των οποίων ο παράγοντας Αποτίμησης της πληροφορίας ανήκει στο άνω 30% του δείγματος, το οποίο το θεωρούμε εξαιρετικό. Οι μεταβλητές που συμμετέχουν είναι οι: μορφωτικό επίπεδο και μητρική γλώσσα μητέρας, πιθανή ύπαρξη μαθησιακής δυσκολίας, πιθανή ύπαρξη χρόνιου προσωπικού προβλήματος υγείας, ο βαθμός προτίμησης στην πληροφορική και ο βαθμός υποστήριξης του προσωπικού περιβάλλοντος προς τον μαθητή στην απόκτηση θετικών συνηθειών υγείας. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 66.7% (Πίν. Α.38).

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Μη εξαιρετικό» επίπεδο Αποτίμησης της πληροφορίας, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες:

Μορφωτικό επίπεδο μητέρας:	Τουλάχιστον λύκειο
Μητρική γλώσσα μητέρας:	Όχι ελληνική
Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία:	Όχι
Υπάρχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας που να σε αναγκάζει	Όχι

να επισκέπτεσαι πολύ συχνά γιατρό, να είσαι ιδιαίτερα προσεκτικός ή να παίρνεις για μεγάλο χρονικό διάστημα φάρμακα:

Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεις σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:

Πάρα πολύ

Πληροφορική: Τουλάχιστον 4

- *Ερμηνεία Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας είναι το πολύ γυμνασίου, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 45% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Μη εξαιρετικό». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Μη εξαιρετικό» εκτιμάται αυξημένη κατά 81% σε σχέση με αυτή να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Μητρική γλώσσα μητέρας:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και η μητρική γλώσσα της μητέρας είναι ελληνική, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 48% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Μη εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία:* Αν ένας μαθητής με το προφίλ-Α αντιμετωπίζει κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο «Εξαιρετικό» εκτιμάται 33% μικρότερη σε σχέση με αυτή να ανήκει στο μη-εξαιρετικό. Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στο «Μη εξαιρετικό» εκτιμάται 50% μεγαλύτερη από αυτή να ανήκει στο «Εξαιρετικό». Δηλαδή, αν υπάρχει μαθησιακή δυσκολία αυξάνεται η πιθανότητα για το «Μη-εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Υπάρχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας που να σε αναγκάζει να επισκέπτεσαι πολύ συχνά γιατρό, να είσαι ιδιαίτερα προσεκτικός ή να παίρνεις για μεγάλο χρονικό διάστημα φάρμακα:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και υπάρχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 51% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Μη εξαιρετικό». (εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Μη εξαιρετικό» μικραίνει κατά 34%).
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεις σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και ο βαθμός που επηρεάζεται από το

περιβάλλον του για θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 48% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Μη εξαιρετικό» (εναλλακτικά η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Μη εξαιρετικό» είναι 92% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό»). Αντίστοιχα, για το επίπεδο «αρκετά» η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο είναι 25% μικρότερη από το να εντάσσεται στο «Μη εξαιρετικό» (εναλλακτικά η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Μη εξαιρετικό» είναι 33% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό»).

- *Ερμηνεία Πληροφορική:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και η προτίμησή του στην πληροφορική είναι το πολύ 3, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 25% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Μη εξαιρετικό» επίπεδο είναι 26% μεγαλύτερη από το να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό».

3.5.6.3 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor6 (Αποτίμηση της πληροφορίας) βάσει του Διαχωρισμού Γ (30%, 70%)

Ο συγκεκριμένος διαχωρισμός έχει στόχο να δώσει έμφαση σε εκείνους τους εφήβους των οποίων ο παράγοντας Αποτίμησης της πληροφορίας ανήκει στο κάτω 30% του δείγματος, το οποίο το θεωρούμε «Ανεπαρκές». Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 74.9% (Πίν. Α.41). Οι μεταβλητές και οι συνθήκες που ικανοποιούν για τη δημιουργία του «Προφίλ Α» είναι όπως παρακάτω.

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο Αποτίμησης της πληροφορίας:

Μορφωτικό επίπεδο μητέρας:	Τουλάχιστον λύκειο
Μητρική γλώσσα μητέρας:	Όχι ελληνική
Βαθμολογία:	Άριστα
Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία:	Όχι
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε	Πάρα πολύ

έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:

Πληροφορική: Τουλάχιστον 4

- *Ερμηνεία Σταθεράς:* Αν από έναν μαθητή υιοθετηθεί το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «30-100%» είναι σχεδόν 2 φορές (222%) μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «0-30%».
- *Ερμηνεία Μητρική γλώσσα μητέρας:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και η μητρική γλώσσα της μητέρας είναι ελληνική, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «30-100%» επίπεδο εκτιμάται 83,2% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «0-30%».
- *Ερμηνεία Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας είναι το πολύ γυμνασίου, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «30-100%» επίπεδο εκτιμάται 42% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «0-30%». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «0-30%» εκτιμάται 72% υψηλότερη από αυτή του να ανήκει στο «30-100%».
- *Ερμηνεία Βαθμολογία:* Αν από έναν μαθητή μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και η βαθμολογία του είναι το πολύ «καλή» τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «30-100%» μειώνεται 34%. (εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «0-30%» εκτιμάται 67% αυξημένη σε σχέση με την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «30-100%»).
- *Ερμηνεία Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και αντιμετωπίζει κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία, τότε η πιθανότητα εντάσσεται στο επίπεδο «30-100%» εκτιμάται 27% μικρότερη. Εναλλακτικά η πιθανότητα να εντάσσεται στο «0-30%» εκτιμάται 37% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «30-100%».
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον του για θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «30-100%» επίπεδο εκτιμάται 52% μικρότερη από την πιθανότητα να

εντάσσεται στο επίπεδο «0-30%» (εναλλακτικά η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «0-30%» είναι 108% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «30-100%»).

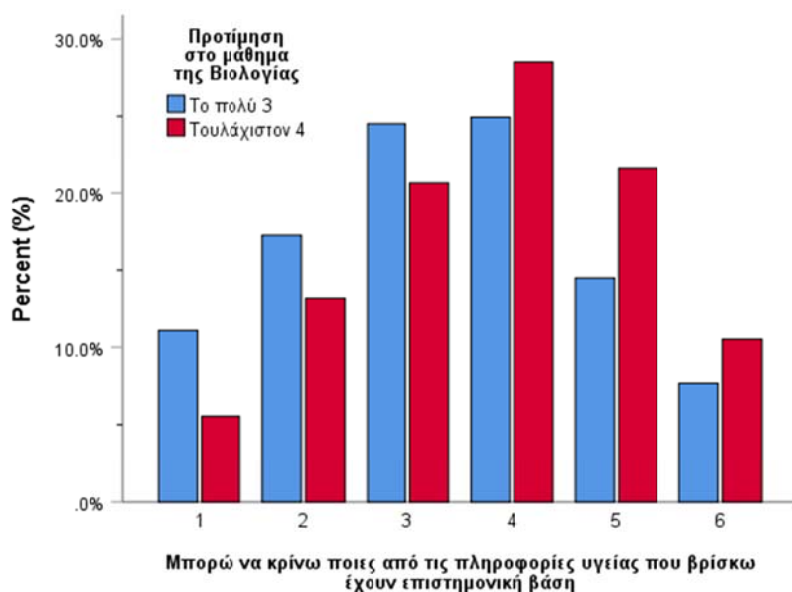
- *Ερμηνεία Πληροφορική:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και η προτίμηση του στην πληροφορική είναι το πολύ 2, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «30-100%» επίπεδο εκτιμάται 35% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «0-30%». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «0-30%» επίπεδο είναι 53% μεγαλύτερη από το να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές».

3.5.6.4 Έλεγχοι Chi-Square μεταβλητών του Factor6 (Αποτίμηση της πληροφορίας) ως προς την προτίμηση στην βιολογία

Πραγματοποιήθηκαν επίσης οι ακόλουθοι έλεγχοι με σκοπό τη διερεύνηση πιθανής συσχέτισης ορισμένων μεταβλητών του παράγοντα Αποτίμησης Πληροφορίας και του βαθμού προτίμησης στη Βιολογία.

1) Μπορώ να κρίνω ποιες από τις πληροφορίες υγείας που βρίσκω έχουν επιστημονική βάση ως προς την Βιολογία.

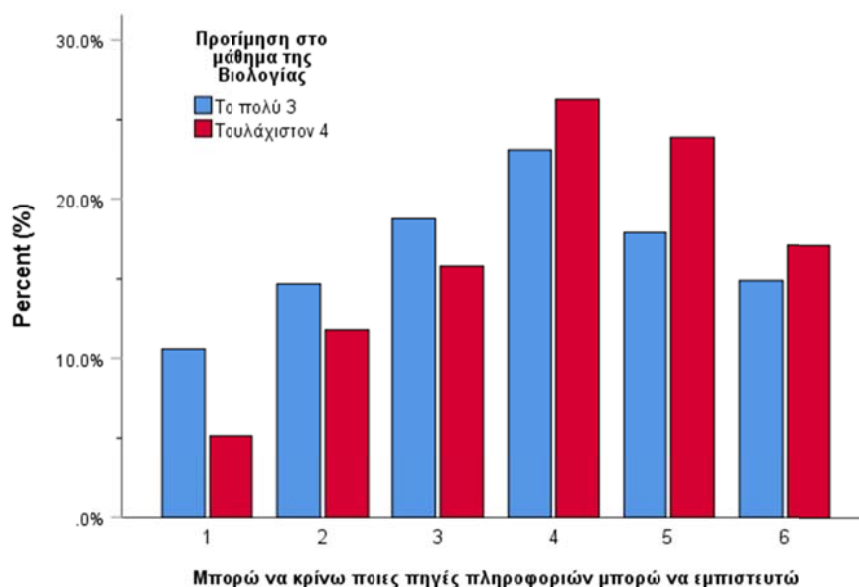
H0: Το επίπεδο της κρίσης των μαθητών για το ποιες πληροφορίες που βρίσκουν έχουν επιστημονική βάση είναι ανεξάρτητο από το επίπεδο προτίμησής τους στο μάθημα της Βιολογίας.



Η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται σε επίπεδο στατικής σημαντικότητας 5% ($\chi^2=40.257$, $df=5$, $p=.000$). Συνεπώς το επίπεδο προτίμησης στην Βιολογία στην περίπτωση που είναι τουλάχιστον 4, επηρεάζει στατιστικά σημαντικά το επίπεδο κρίσης των μαθητών για το ποιες πληροφορίες υγείας έχουν επιστημονική βάση. Από το ανωτέρω γράφημα παρατηρείται ότι εάν ο μαθητής που έχει βαθμό προτίμησης στην Βιολογία το πολύ 3, τότε η «πιθανότητα» (odd) να έχει δυνατότητα κρίσης «1» ή «2» από το να είχε «6» εκτιμάται 174% και 80% μεγαλύτερη, αντίστοιχα. Επίσης, αν προτιμά την Βιολογία «τουλάχιστον 4» τότε η πιθανότητα να εντάσσεται σε επίπεδο κρίσης «4», «5» ή «6» εκτιμάται 415% (τετραπλάσια), 290% και 90% μεγαλύτερη από αυτή εάν είχε επίπεδο κρίσης «1».

2) *Μπορώ να κρίνω ποιες πηγές πληροφοριών μπορώ να εμπιστευτώ ως προς την Βιολογία.*

H0: Το επίπεδο της κρίσης των μαθητών για το ποιες πληροφορίες που βρίσκουν μπορούν να εμπιστευτούν είναι ανεξάρτητο από το επίπεδο προτίμησης τους στο μάθημα της Βιολογίας.



Η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται σε επίπεδο στατικής σημαντικότητας 5% ($\chi^2=32,233$ $df=5$, $p=.000$). Συνεπώς, το επίπεδο προτίμησης στην Βιολογία εάν είναι τουλάχιστον 4, τότε επηρεάζει στατιστικά σημαντικά το επίπεδο κρίσης των μαθητών για το ποιες πληροφορίες υγείας μπορούν να εμπιστευτούν. Από το ανωτέρω γράφημα παρατηρείται ότι ο μαθητής που έχει βαθμό προτίμησης στην Βιολογία το πολύ 3, τότε η «πιθανότητα» (odd) να έχει δυνατότητα κρίσης «1» ή «2» από το να είχε «6» εκτιμάται 137% και 43.4% μεγαλύτερη, αντίστοιχα. Επίσης, αν προτιμά την Βιολογία «τουλάχιστον 4» τότε η πιθανότητα να εντάσσεται σε επίπεδο κρίσης «4», «5» ή «6» εκτιμάται 411% (τετραπλάσια), 366% και 234% μεγαλύτερη από αυτή να είχε επίπεδο κρίσης «1».

3.5.7. Περί της Λειτουργικής Επικοινωνίας (Επικοινωνία 1/ Factor 7)

Ακολουθούν τα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης για τον έβδομο παράγοντα ο οποίος αναφέρεται σε ερωτήσεις λειτουργικής επικοινωνίας. Οι ερωτήσεις που κατανέμουν το περισσότερο βάρος τους ως προς αυτόν και η κατανομή του παραχθέντος παράγοντα είναι:

Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να του δώσω όλα τα απαραίτητα προσωπικά μου στοιχεία.

Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να του δώσω τις πληροφορίες που ζητάει (π.χ. για φάρμακα που έχω πάρει στο παρελθόν, για το ιατρικό ιστορικό της οικογένειάς μου).

Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να του περιγράψω ακριβώς το πρόβλημά μου (πώς ξεκίνησε, τι νιώθω κ.λπ.).

3.5.7.1 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor7 (Λειτουργικής Επικοινωνίας) βάσει του Διαχωρισμού A (20%,60%,20%)

Οι μεταβλητές που λαμβάνονται υπόψη στο μοντέλο είναι οι ακόλουθες: βαθμολογία, βαθμός προτίμησης στη βιολογία και πληροφορική και ο βαθμός υποστήριξης του προσωπικού περιβάλλοντος προς τον μαθητή στην απόκτηση θετικών συνηθειών υγείας. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 63.4% (Πίν. Α. 43).

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο Επικοινωνίας 1 με τον γιατρό, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες (προφίλ):

	Βαθμολογία:	Άριστα
	Βιολογία:	Τουλάχιστον 3
	Πληροφορική:	Τουλάχιστον 4
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεις σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:		Πάρα πολύ

Παρακάτω δίνονται οι σημαντικότερες ερμηνείες των συντελεστών του μοντέλου βάσει του Πίνακα A.44

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου του Παραρτήματος.

- *Ερμηνεία Βαθμολογία:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και η βαθμολογία του είναι «όχι καλή», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» επίπεδο εκτιμάται 101% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές». Αν από έναν μαθητή υιοθετηθεί το προφίλ-A και η βαθμολογία

του είναι πολύ καλή, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο είναι 40% μεγαλύτερη από το να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές».

- *Ερμηνεία Προτίμηση στην Βιολογία:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και η προτίμηση στην Βιολογία είναι το πολύ 2, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» επίπεδο εκτιμάται 79% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές». Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και η προτίμηση στην Βιολογία είναι το πολύ 2, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 50% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές».
- *Ερμηνεία Προτίμηση στην Πληροφορική:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και η προτίμηση στην Πληροφορική είναι το πολύ 3, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 42% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές».
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεις σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον του για θετικές συνήθειες σε θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» επίπεδο εκτιμάται εφταπλάσια (726% μεγαλύτερη) από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές». (για το επίπεδο «αρκετά» η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» εκτιμάται 73% μεγαλύτερη από αυτή του να ανήκει στο «Τουλάχιστον επαρκές»). Αντίστοιχα, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο είναι 314% μεγαλύτερη από το να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές».

3.5.7.2 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor7 (Λειτουργικής Επικοινωνίας) βάσει του Διαχωρισμού Γ (30%, 70%)

Στο συγκεκριμένο μοντέλο επιλέγονται οι επόμενες μεταβλητές: φύλο, τάξη, βαθμολογία, ο βαθμός δυνατής επιρροής του περιβάλλοντος στον έφηβο για θέματα υγείας. Ο

βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 75.8%.

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο Επικοινωνίας 1, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες (προφίλ):

	Φύλο:	Γυναίκα
	Τάξη:	Α΄ Λυκείου
	Βαθμολογία:	Άριστη
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνθήκες που αποκτά σε θέματα υγείας:		Πάρα πολύ

- *Ερμηνεία Σταθεράς:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «30-100%» είναι σχεδόν 4 φορές (439%) μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «0-30%».
- *Ερμηνεία Φύλο:* Αν από έναν μαθητή υιοθετηθεί το προφίλ-Α τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «30-100%» είναι 28% μικρότερη από την πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «0-30%». Εναλλακτικά, αν από έναν μαθητή υιοθετηθεί το προφίλ-Α τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «0-30%» είναι 39% μικρότερη από την πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «30-100%».
- *Ερμηνεία Τάξη:* Αν από έναν μαθητή υιοθετηθεί το προφίλ-Α και παρακολουθεί στην Α΄ Γυμνασίου, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «30-100%» είναι 34% μικρότερη από την πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «0-30%». Εναλλακτικά, αν από έναν μαθητή υιοθετηθεί το προφίλ-Α και παρακολουθεί την Α΄ Γυμνασίου, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «0-30%» είναι 51% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «30-100%».
- *Ερμηνεία Βαθμολογία:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και η βαθμολογία της είναι «όχι καλή», τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «30-100%» είναι 54% μικρότερη από την πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «0-30%». Εναλλακτικά, αν από έναν μαθητή υιοθετηθεί το προφίλ-Α και βαθμολογία του είναι όχι καλή, τότε η

πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «0-30%» είναι 117% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «30-100%».

- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:* Αν από μία μαθήτριά υιοθετηθεί το προφίλ-Α και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον της για θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «30-100%» επίπεδο εκτιμάται 59% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «0-30%» (εναλλακτικά η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «0-30%» είναι 143% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «30-100%»).

3.5.8. Περί της Αλληλεπιδραστικής Επικοινωνίας (Επικοινωνία 2/ Factor 8)

Παρουσιάζονται στη συνέχεια τα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης για τον όγδοο παράγοντα, δηλαδή εκείνον που αναφέρεται σε ερωτήσεις της επικοινωνίας με τον γιατρό σχετικά με ερωτήσεις που αφορούν τον ασθενή, την επονομαζόμενη Αλληλεπιδραστική Επικοινωνία. Παρακάτω, δίνονται οι ερωτήσεις που κατανέμουν το περισσότερο βάρος τους ως προς αυτόν και η κατανομή του παραχθέντος παράγοντα.

Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να τον ρωτήσω για τις απορίες που έχω.

Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να συζητήσω μαζί του για αυτά που έχω ακούσει από άλλες πηγές και να μάθω την άποψή του.

3.5.8.1 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor8 βάσει του Διαχωρισμού Α (20%,60%,20%)

Οι μεταβλητές που λαμβάνονται υπόψη στο μοντέλο, βάσει του διαχωρισμού Α, είναι οι κάτωθι: εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα, βαθμός προτίμησης στην πληροφορική, πιθανό προσωπικό χρόνιο πρόβλημα υγείας, πηγές απόκτησης πληροφορίας για θέματα υγείας, ο βαθμός δυνατής επιρροής του περιβάλλοντος στον έφηβο για θέματα υγείας και ο βαθμός

ενδιαφέροντος απόκτησης νέων γνώσεων υγείας. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 61.3%.

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο Επικοινωνίας 2 με τον γιατρό, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες (προφίλ):

Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα:	Τουλάχιστον λύκειο
Προτίμηση στην πληροφορική:	Τουλάχιστον 4
Υπάρχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας που να σε αναγκάζει να επισκέπτεσαι πολύ συχνά γιατρό, να είσαι ιδιαίτερα προσεκτικός ή να παίρνεις για μεγάλο χρονικό διάστημα φάρμακα:	Όχι
Όταν θέλεις να βρεις πληροφορίες για τα θέματα υγείας που σε απασχολούν, τότε τις περισσότερες φορές:	Διαβάζω ενημερωτικά φυλλάδια
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:	Πάρα πολύ
Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτάς νέες γνώσεις για θέματα υγείας:	Πάρα πολύ

- *Ερμηνεία Σταθεράς:* Αν ένας μαθητής/μαθήτρια υιοθετήσει το προφίλ-A, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο είναι διπλάσια (+208%) από αυτή να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές».
- *Ερμηνεία Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα είναι το πολύ γυμνάσιο, τότε η πιθανότητα ο μαθητής να εντάσσεται στην ομάδα του ανεπαρκούς εκτιμάται 85% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές».
- *Ερμηνεία Προτίμηση στην Πληροφορική:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και η προτίμηση στην Πληροφορική είναι το πολύ 3, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 44% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές» εκτιμάται 78% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «Εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Υπάρχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας που να σε αναγκάζει να επισκέπτεσαι πολύ συχνά γιατρό:* Αν από έναν μαθητή υιοθετηθεί το προφίλ-A και αντιμετωπίζει κάποιο

- πρόβλημα υγείας τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο "Εξαιρετικό" εκτιμάται 65% υψηλότερη, σε σχέση με την πιθανότητα να ανήκει στο "Τουλάχιστον επαρκές».
- *Ερμηνεία Όταν θέλεις να βρεις πληροφορίες για τα θέματα υγείας που σε απασχολούν, τότε τις περισσότερες φορές:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και ο τρόπος που ενημερώνεται για θέματα υγείας είναι είτε οι γονείς του είτε ο γιατρός του, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Ανεπαρκές» εκτιμάται 53% και 71% μικρότερη σε σχέση με την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στην κατηγορία «Τουλάχιστον επαρκές» εκτιμάται 114% και 247% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές».
 - *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον του για συνήθειες σε θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 124% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές».
 - *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτάς νέες γνώσεις για θέματα υγείας:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και ο βαθμός που ενδιαφέρεται για νέες γνώσεις σε θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» επίπεδο εκτιμάται 118% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές».

3.5.8.2 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor8 (Αλληλεπιδραστικής Επικοινωνίας) βάσει του Διαχωρισμού B (70%,30%)

Συμμετέχουσες μεταβλητές στο μοντέλο είναι: ο βαθμός δυνητικής επιρροής του περιβάλλοντος στον έφηβο για θέματα υγείας και πηγή απόκτησης πληροφοριών. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 70.8%. (Πίν. Α.51).

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Μη εξαιρετικό» επίπεδο Επικοινωνίας 2, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες (προφίλ):

Όταν θέλεις να βρεις πληροφορίες για τα θέματα υγείας που σε απασχολούν, τότε τις περισσότερες φορές:	Ενημερωτικά φυλλάδια
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:	Πάρα πολύ

- *Ερμηνεία Όταν θέλεις να βρεις πληροφορίες για τα θέματα υγείας που σε απασχολούν, τότε τις περισσότερες φορές:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και ο τρόπος που ενημερώνεται για θέματα υγείας είναι είτε οι γονείς του είτε οι φίλοι είτε το διαδίκτυο, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Εξαιρετικό» εκτιμάται 61%, 65% και 63% μικρότερη σε σχέση με την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Μη εξαιρετικό». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στην κατηγορία «Μη εξαιρετικό» εκτιμάται 183%, 174% και 50% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον του για συνήθειες σε θέματα υγείας είναι το πολύ καθόλου, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 46% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Μη εξαιρετικό».

3.5.8.3 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor 8 (Αλληλεπιδραστικής Επικοινωνίας) βάσει του Διαχωρισμού Γ (30%, 70%)

Οι μεταβλητές για το μοντέλο αυτό είναι: πηγές απόκτησης πληροφορίας για θέματα υγείας, η προσωπική πεποίθηση για το αγαθό της υγείας, ο βαθμός ενδιαφέροντος απόκτησης νέων γνώσεων υγείας και ο βαθμός δυναμικής επιρροής του περιβάλλοντος στον έφηβο για

θέματα υγείας. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 70.1% (Πίν. Α.53).

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο επικοινωνίας 2, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες (προφίλ):

Όταν θέλεις να βρεις πληροφορίες για τα θέματα υγείας που σε απασχολούν, τότε τις περισσότερες φορές:	Ενημερωτικά φυλλάδια
Από τις παρακάτω τρεις προτάσεις επέλεξε αυτήν που σε εκφράζει περισσότερο από τις άλλες:	Η υγεία είναι κυρίως θέμα κληρονομικότητας
Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτήσεις νέες γνώσεις για θέματα υγείας:	Πάρα πολύ
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:	Πάρα πολύ

- *Ερμηνεία Σταθεράς:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «30-100%» είναι τουλάχιστον 3 φορές (347%) μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «0-30%».
- *Ερμηνεία Από τις παρακάτω τρεις προτάσεις επέλεξε αυτήν που σε εκφράζει περισσότερο από τις άλλες:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και πιστεύει ότι «Η υγεία είναι ανθρώπινο δικαίωμα και πρέπει να προστατεύεται από το κράτος», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο εξαιρετικό επίπεδο εκτιμάται 50% μικρότερη από αυτήν να εντάσσεται στο «0-30%». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «0-30%» εκτιμάται 100% μεγαλύτερη από αυτή να εντάσσεται στο «30-100%».
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον του για θέματα υγείας είναι «Πολύ», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «30-100%» επίπεδο εκτιμάται 24% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «0-30%» (εναλλακτικά η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «0-30%» είναι 32% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «30-100%»).

- *Ερμηνεία* Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτήεις νέες γνώσεις για θέματα υγείας: Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και ο βαθμός που ενδιαφέρεται για νέες γνώσεις σε θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «30-100%» επίπεδο εκτιμάται 62% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «0-30%».

3.5.9. Περί της Κριτικής Επικοινωνίας (Επικοινωνία 3/ Factor 9)

Τα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης για τον ένατο παράγοντα, της κριτικής επικοινωνίας και οι ερωτήσεις που κατανέμουν το περισσότερο βάρος τους ως προς αυτόν και η κατανομή του παραχθέντος παράγοντα, παρουσιάζονται παρακάτω:

Παρακινώ τους φίλους μου να αποφεύγουν συνήθειες που δεν είναι υγιεινές.

Παρακινώ τους φίλους μου να συμβουλευτούν ειδικό όταν μου εμπιστεύονται προβλήματα υγείας.

3.5.9.1 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor9 (Κριτική Επικοινωνία) βάσει του Διαχωρισμού A (20%,60%,20%)

Μεταβλητές που λαμβάνονται υπόψη στο μοντέλο είναι οι: φύλο, τάξη, μητρική γλώσσα μητέρας, πηγές απόκτησης πληροφορίας για θέματα υγείας, ο βαθμός δυνητικής επιρροής του περιβάλλοντος στον έφηβο για θέματα υγείας, ο βαθμός υποστήριξης του προσωπικού περιβάλλοντος προς τον μαθητή στην απόκτηση θετικών συνηθειών υγείας, ο βαθμός ενδιαφέροντος απόκτησης νέων γνώσεων υγείας και η προσωπική πεποίθηση για το αγαθό της υγείας. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 60.3% (Πίν. Α.57).

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο Επικοινωνίας με τον γιατρό, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες (προφίλ):

	Φύλο:	Γυναίκα
	Τάξη:	Α΄ Λυκείου
	Μητρική γλώσσα μητέρας:	Όχι ελληνική
Όταν θέλεις να βρεις πληροφορίες για τα θέματα υγείας που σε απασχολούν, τότε τις περισσότερες φορές:		Ενημερωτικά φυλλάδια
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:		Πάρα πολύ
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεσαι σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:		Πάρα πολύ
Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτήσεις νέες γνώσεις για θέματα υγείας:		Πάρα πολύ
Από τις παρακάτω τρεις προτάσεις επίλεξε αυτήν που σε εκφράζει περισσότερο από τις άλλες:		Η υγεία είναι κυρίως θέμα κληρονομικότητας

- *Ερμηνεία Σταθεράς:* Αν ένας μαθητής/μαθήτρια υιοθετήσει το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο τουλάχιστον «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο είναι διπλάσια (+195%) από αυτή να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Ανεπαρκές» εκτιμάται 66% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές».
- *Ερμηνεία Φύλο:* Αν από έναν μαθητή υιοθετηθεί το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα ο μαθητής να εντάσσεται στην ομάδα του ανεπαρκούς εκτιμάται 76% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο τουλάχιστον επαρκές. Επίσης, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» εκτιμάται 39% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές».
- *Ερμηνεία Τάξη:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και η τάξη του/της είναι Α΄ Γυμνασίου, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 37% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές». Η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Ανεπαρκές» εκτιμάται 43% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «Τουλάχιστον επαρκές».
- *Ερμηνεία Μητρική γλώσσα της μητέρας:* Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και η μητρική γλώσσα της μητέρας είναι ελληνική, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο εκτιμάται 80% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Ανεπαρκές».

- *Ερμηνεία Όταν θέλεις να βρεις πληροφορίες για τα θέματα υγείας που σε απασχολούν, τότε τις περισσότερες φορές: Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και ο τρόπος που ενημερώνεται για θέματα υγείας είναι οι φίλοι, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Εξαιρετικό» εκτιμάται διπλάσια (+206% μεγαλύτερη) σε σχέση με την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές».*
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας: Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον του για συνήθειες σε θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 45% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές».*
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεσαι σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου: Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον του για θετικές συνήθειες σε θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» επίπεδο εκτιμάται 220% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές».*
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτήεις νέες γνώσεις για θέματα υγείας: Αν από έναν μαθητή/τρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και ο βαθμός που ενδιαφέρεται για νέες γνώσεις σε θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» επίπεδο εκτιμάται 215% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές».*

3.5.9.2 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor 9 (Κριτική Επικοινωνία) βάσει του Διαχωρισμού B (70%,30%)

Οι μεταβλητές που μετέχουν είναι οι εξής: φύλο, τάξη, πηγές απόκτησης πληροφορίας για θέματα υγείας, ο βαθμός δυνητικής επιρροής του περιβάλλοντος στον έφηβο για θέματα υγείας, ο βαθμός υποστήριξης του προσωπικού περιβάλλοντος προς τον μαθητή στην απόκτηση θετικών συνηθειών υγείας, ο βαθμός ενδιαφέροντος απόκτησης νέων γνώσεων υγείας και η

προσωπική πεποίθηση για το αγαθό της υγείας. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 68.1% (Πίν. 6.55).

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Μη εξαιρετικό» επίπεδο (προφίλ):

	Φύλο:	Γυναίκα
	Τάξη:	Α΄ Λυκείου
Όταν θέλεις να βρεις πληροφορίες για τα θέματα υγείας που σε απασχολούν, τότε τις περισσότερες φορές:		Ενημερωτικά φυλλάδια
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:		Πάρα πολύ
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεσαι σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:		Πάρα πολύ
Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτάς νέες γνώσεις για θέματα υγείας:		Πάρα πολύ
Από τις παρακάτω τρεις προτάσεις επέλεξε αυτήν που σε εκφράζει περισσότερο από τις άλλες:		Η υγεία είναι κυρίως θέμα κληρονομικότητας

- *Ερμηνεία Φύλο:* Αν από έναν μαθητή υιοθετηθεί το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα ο μαθητής να εντάσσεται στην ομάδα του «Μη εξαιρετικό» εκτιμάται 103% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο εξαιρετικό. Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» εκτιμάται 51% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Μη εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Τάξη:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και η τάξη του/της είναι Α΄ Γυμνασίου, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 44% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Μη εξαιρετικό». Η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Μη εξαιρετικό» εκτιμάται 80% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «Εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Όταν θέλεις να βρεις πληροφορίες για τα θέματα υγείας που σε απασχολούν, τότε τις περισσότερες φορές:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και ο τρόπος που ενημερώνεται για θέματα υγείας είναι οι γονείς και οι φίλοι, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Εξαιρετικό» εκτιμάται διπλάσια 51% και 71% μεγαλύτερη σε σχέση με την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Μη εξαιρετικό».

- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:* Αν από μια μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον της για συνήθειες σε θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 30% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Μη εξαιρετικό». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Μη εξαιρετικό» εκτιμάται 44% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «Εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεσαι σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:* Αν από μια μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και ο βαθμός που υποστηρίζεται από το περιβάλλον της για θετικές συνήθειες σε θέματα υγείας τουλάχιστον πολύ, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 40% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Εξαιρετικό». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Μη εξαιρετικό» εκτιμάται 67% μεγαλύτερη από αυτήν του να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Από τις παρακάτω τρεις προτάσεις επέλεξε αυτήν που σε εκφράζει περισσότερο:* Αν από μια μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και πιστεύει ότι «Η υγεία είναι ατομική ευθύνη του καθενός», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 104% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Μη εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτάς νέες γνώσεις για θέματα υγείας:* Αν από μια μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και ο βαθμός που ενδιαφέρεται για νέες γνώσεις σε θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Μη εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 174% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Εξαιρετικό». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» εκτιμάται 63% μικρότερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «Μη εξαιρετικό»

3.5.9.3 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Factor 9 (Κριτική Επικοινωνία) βάσει του Διαχωρισμού Γ (30%, 70%)

Μετέχουν στη δημιουργία του μοντέλου οι ακόλουθες μεταβλητές: φύλο, μητρική γλώσσα πατέρα, ο βαθμός υποστήριξης του προσωπικού περιβάλλοντος προς τον μαθητή στην απόκτηση θετικών συνηθειών υγείας και ο βαθμός ενδιαφέροντος απόκτησης νέων γνώσεων υγείας. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 74.1% (Πίν. Α.59).

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο Επικοινωνίας 3, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες (προφίλ):

	Φύλο:	Γυναίκα
	Μητρική γλώσσα πατέρα:	Όχι ελληνική
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:		Πάρα πολύ
Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτήεις νέες γνώσεις για θέματα υγείας:		Πάρα πολύ

- *Ερμηνεία Σταθεράς:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα αν ανήκει στο επίπεδο 30-100% εκτιμάται σχεδόν τετραπλάσια (386% μεγαλύτερη) από την πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο 0-30%.
- *Ερμηνεία Φύλο:* Αν από έναν μαθητή υιοθετηθεί το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα ο μαθητής να εντάσσεται στην ομάδα του 0-30% εκτιμάται 112% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο 30-100%. Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο 30-100% εκτιμάται 53% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο 0-30%.
- *Ερμηνεία Μητρική γλώσσα πατέρα:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και η μητρική γλώσσα του πατέρα είναι ελληνική, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο 30-100% εκτιμάται 78% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στην ομάδα 0-30%.
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:* Αν από

μια μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και ο βαθμός που υποστηρίζεται από το περιβάλλον του για θετικές συνήθειες σε θέματα υγείας τουλάχιστον πολύ, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» επίπεδο εκτιμάται 40% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» εκτιμάται 67% μεγαλύτερη από αυτήν του να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές».

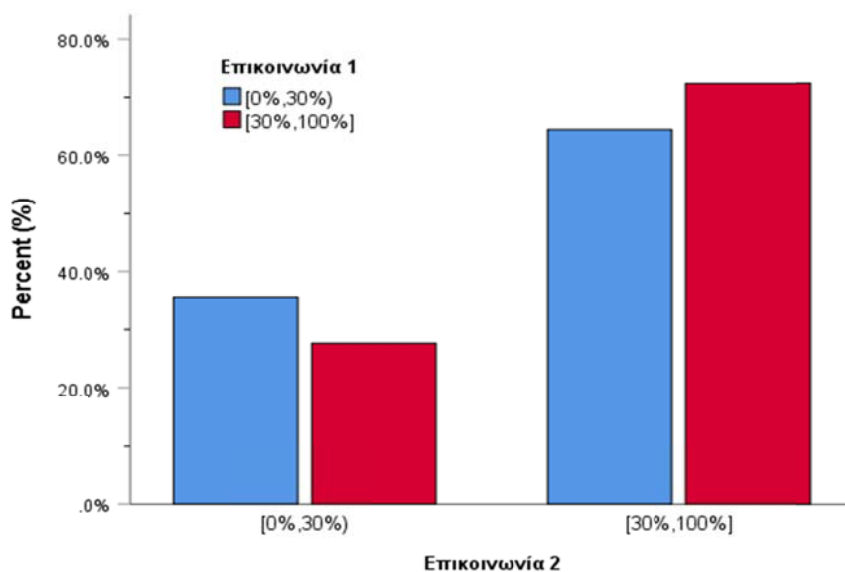
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτήεις νέες γνώσεις για θέματα υγείας:* Αν από μια μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και ο βαθμός που ενδιαφέρεται για νέες γνώσεις σε θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «30-100%» επίπεδο εκτιμάται 65% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «0-30%». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «0-30%» εκτιμάται 189% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «30-100%».

3.5.9.4 Συσχέτιση παραγόντων επικοινωνίας

Στη συνέχεια, αναζητούνται τυχόν συσχετίσεις μεταξύ των τριών παραγόντων της επικοινωνίας.

1) Μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για τον παράγοντα 8 ως προς τον Παράγοντα 7 για την διαμέριση 30%-70%

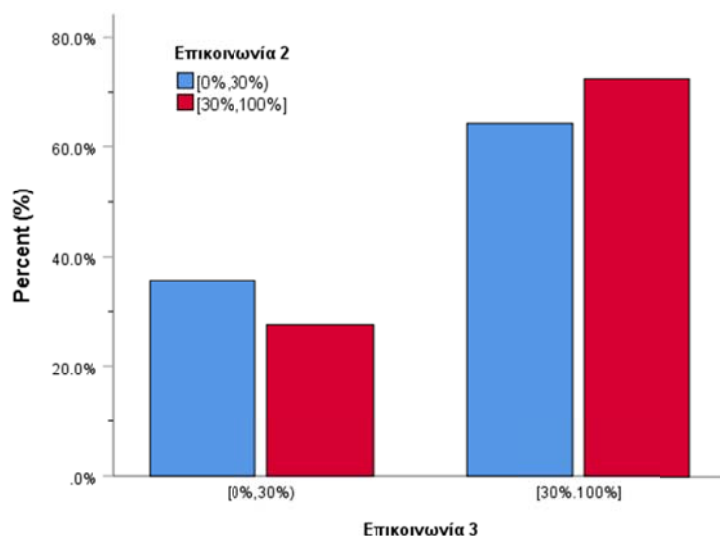
H0: Το επίπεδο επικοινωνίας των μαθητών με τον γιατρό ως προς απορίες και σχετικά με την υγεία θέματα (Παράγοντας 8) είναι ανεξάρτητο του επιπέδου της επικοινωνίας με τον γιατρό σχετικά με την παροχή πληροφοριών από πλευράς μαθητή. (Παράγοντας 7).



Σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται ($\chi^2 = 15.797$ $df=1$ $p=0.000$). Συνεπώς, αν ένας μαθητής εντάσσεται στο επίπεδο 30%-100% στον παράγοντα 7, τότε η πιθανότητα (odd) να εντάσσεται στο 30%-100% του παράγοντα 8 εκτιμάται τουλάχιστον 1.5-φορά (+162%) μεγαλύτερη από το να εντάσσεται στο 0%-30%. Επομένως, αν κάποιος μαθητής εντάσσεται στο άνω επίπεδο του παράγοντα 7, τότε αναμένεται να μπορεί να επικοινωνήσει «καλύτερα» με τον γιατρό του σχετικά με απορίες που έχει σε θέματα υγείας.

2) Μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για τον Παράγοντα 9 ως προς τον Παράγοντα 8 για την διαμέριση 30%-70%

H0: Το επίπεδο επικοινωνίας που οι μαθητές παρακινούν τους φίλους τους για θετικές συνήθειες σε θέματα υγείας (Παράγοντας 9) είναι ανεξάρτητο με το επίπεδο επικοινωνίας των μαθητών με τον γιατρό ως προς απορίες για σχετικά με την υγεία θέματα (Παράγοντας 8).



Σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται ($\chi^2 = 16.563$ $df=1$ $p=0.000$). Συνεπώς, αν ένας μαθητής εντάσσεται στο επίπεδο 30%-100% στο παράγοντα 8, τότε η πιθανότητα (odd) να εντάσσεται στο 30%-100% του παράγοντα 9 εκτιμάται τουλάχιστον 1.5-φορά (+163%) μεγαλύτερη από το να εντάσσεται στο 0%-30%.

Επομένως, αν κάποιος μαθητής εντάσσεται στο άνω επίπεδο του παράγοντα 8, τότε αναμένεται να παρακινεί τους φίλους του για θετικές συνήθειες σε θέματα υγείας.

3) Μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για τον παράγοντα 9 ως προς τους 7 και 8 για την διαμέριση 30%-70%

Σε αυτή την παράγραφο θα παρουσιάσουμε ένα μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για τον παράγοντα 9 και με ποιον τρόπο αυτός επηρεάζεται ταυτόχρονα από τους παράγοντες 7 και 8.

H0: Το επίπεδο επικοινωνίας που οι μαθητές παρακινούν τους φίλους τους για θετικές συνήθειες σε θέματα υγείας (Παράγοντας 9) είναι ανεξάρτητο με το επίπεδο επικοινωνίας των μαθητών με τον γιατρό ως προς απορίες για σχετικά με την υγεία θέματα (Παράγοντας 8) και του επιπέδου της επικοινωνίας με τον γιατρό σχετικά με τις παροχή πληροφοριών από πλευράς του μαθητή. (Παράγοντας 7).

Αποτελέσματα μοντέλου

Προφίλ-Α: Παράγοντας 8=30-100% και Παράγοντας 7=30-100%

fc9_30_70^a	B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Intercept	1.006	.060	280.715	1	.000	
[fc8_30_70=1.00]	-.367	.093	15.441	1	.000	.693
2.00 [fc8_30_70=2.00]	0 ^b	.	.	0	.	.
[fc7_30_70=1.00]	-.139	.095	2.155	1	.142	.870
[fc7_30_70=2.00]	0 ^b	.	.	0	.	.

Από τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι:

- Αν ένας μαθητής ανήκει στα άνω επίπεδα των παραγόντων 7 και 8, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο άνω επίπεδο του παράγοντα 9 εκτιμάται 173% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στο κάτω επίπεδο.
- Στην περίπτωση που ο μαθητής ανήκει στο κάτω επίπεδο του παράγοντα 8, τότε αναμένεται μείωση της πιθανότητας να ανήκει στο άνω επίπεδο του παράγοντα 9 κατά 31%.

Από τα παραπάνω, φαίνεται ότι η ταυτόχρονη ένταξη στα άνω επίπεδα των παραγόντων 7 και 8 συμβάλει στην ένταξη στον άνω επίπεδο του παράγοντα 9. Επίσης, μόνο στην περίπτωση που ο μαθητής ενταχθεί στο κάτω επίπεδο του παράγοντα 8 θα παρατηρηθεί μείωση στην πιθανότητα ένταξης στο άνω επίπεδο του παράγοντα 9. Με άλλα λόγια, ο παράγοντας 7 συμβάλει κατεξοχήν με θετικό τρόπο.

3.5.10. Περί του Mean Factor

Σε αυτή την παράγραφο θα παρουσιάσουμε τα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης ως προς την μέση τιμή όλων των παραγόντων που δημιουργήθηκαν μέσω της ανάλυσης παραγόντων.

3.5.10.1 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Mean Factor βάσει του Διαχωρισμού A (20%,60%,20%)

Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή την κατηγοριοποιημένη μέση τιμή των Factors, όπως διαμορφώνεται σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, δημιουργούμε το πρώτο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης. Ο βαθμός επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν ανέρχεται στο 66.6% (Πίνακας Α.61

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου και Πίνακας Α.62

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου)

Οι μεταβλητές που λαμβάνονται υπόψη στο μοντέλο είναι οι κάτωθι:

Φύλο:	Γυναίκα
Τάξη:	Α΄ Λυκείου
Βαθμολογία:	Άριστα
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας:	Τουλάχιστον Λύκειο
Προτίμηση στην Βιολογία:	Τουλάχιστον 3
Προτίμηση στην Πληροφορική:	5
Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία:	Όχι
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:	Πάρα πολύ
Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτήσ νέες γνώσεις για θέματα υγείας:	Πάρα πολύ

Το παραπάνω προφίλ αναφέρεται ως προφίλ-Α.

- *Ερμηνεία Σταθεράς:* Αν μία μαθήτρια υιοθετήσει το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται τουλάχιστον διπλάσια (+265%) από αυτή να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές» εκτιμάται 22-φορές μεγαλύτερη (2263%) από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Φύλο:* Αν από έναν μαθητή υιοθετηθεί το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα ο μαθητής να εντάσσεται στην ομάδα του «Εξαιρετικό» εκτιμάται 33% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές» εκτιμάται 49% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό». Αν από έναν μαθητή υιοθετηθεί το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» είναι 36% μεγαλύτερη από αυτή της γυναίκας.

- *Ερμηνεία Τάξη:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και η τάξη της είναι Α' Γυμνασίου, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» επίπεδο εκτιμάται 35% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον εξαιρετικό». Η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Εξαιρετικό» εκτιμάται 67% μικρότερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «Τουλάχιστον επαρκές». Αν ένας μαθητής ανήκει στην Α' Γυμνασίου, τότε η πιθανότητα (odd) να ανήκει στο ανεπαρκές εκτιμάται 292% (τρεις φορές) μεγαλύτερη, από την πιθανότητα να ανήκει στο ανεπαρκές ένας μαθητής της Γ' Γυμνασίου.
- *Ερμηνεία Εκπαιδευτικό της μητέρας:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας είναι το πολύ γυμνασίου, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 47% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Τουλάχιστον επαρκές» εκτιμάται 89% μεγαλύτερη από αυτή του να ανήκει στο «Εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Βαθμολογία:* Αν η βαθμολογία μίας μαθήτριας είναι "όχι καλή" ή "καλή", τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο "Εξαιρετικό" επίπεδο εκτιμάται 66,4% και 42,4% μικρότερη αντίστοιχα, σε σχέση με αυτή του να έχει άριστη βαθμολογία. Επίσης, αν κάποιος έχει "όχι" καλή βαθμολογία, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο "Ανεπαρκές" εκτιμάται 144% μεγαλύτερη από αυτήν του να ανήκει στο "Τουλάχιστον επαρκές". Αν κάποιος έχει άριστη βαθμολογία τότε ευνοείται η κατάταξή του στο εξαιρετικό επίπεδο καθώς η σταθερά στο εξαιρετικό είναι θετική.
- *Ερμηνεία Προτίμηση στην Βιολογία:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και η προτίμηση στην Βιολογία είναι το πολύ 2, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» επίπεδο εκτιμάται 61% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές».
- *Ερμηνεία Προτίμηση στην Πληροφορική:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και η προτίμηση στην Πληροφορική είναι 1, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 51% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές» (Για τα επίπεδα προτίμησης της πληροφορικής 2,3,4 οι πιθανότητες εκτιμώνται -49%, -33%, -30% αντίστοιχα). Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο του «Τουλάχιστον επαρκές» εκτιμάται 106% μεγαλύτερη σε

σχέση με την πιθανότητα να ανήκει στο «Εξαιρετικό» (Για τα επίπεδα προτίμησης της πληροφορικής 2,3,4 οι πιθανότητες εκτιμώνται +97%, +49%, +42% αντίστοιχα).

- *Ερμηνεία Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετεί το προφίλ-Α και αντιμετωπίζει κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» επίπεδο εκτιμάται 71% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές».
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεσαι σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετεί το προφίλ-Α και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον του για θετικές συνήθειες σε θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» επίπεδο εκτιμάται τουλάχιστον διπλάσια (+216% μεγαλύτερη) από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Τουλάχιστον επαρκές» (αν ενδιαφέρεται αρκετά, τότε η αντίστοιχη πιθανότητα εκτιμάται 60% μεγαλύτερη).
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτήσεις νέες γνώσεις για θέματα υγείας:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετεί το προφίλ-Α και ο βαθμός που ενδιαφέρεται για νέες γνώσεις σε θέματα υγείας είναι «καθόλου» τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Ανεπαρκές» επίπεδο εκτιμάται 5μισι φορές (+558%) μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Εξαιρετικό». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στο εξαιρετικό εκτιμάται σχεδόν μηδενική (100% μικρότερη).

3.5.10.2 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Mean Factor βάσει του Διαχωρισμού B (70%,30%)

Το δεύτερο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης εμφανίζει βαθμό επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν 71,2% βάσει του Πίνακα Α.63

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου παρατίθενται οι μεταβλητές που λαμβάνονται υπόψη στο μοντέλο: φύλο, τάξη, βαθμολογία, εκ/κό επίπεδο μητέρας, βαθμός προτίμησης βιολογία και πληροφορική, τυχόν ύπαρξη μαθησιακής δυσκολίας, ο βαθμός δυνητικής επιρροής του περιβάλλοντος στον έφηβο για θέματα υγείας, ο βαθμός υποστήριξης του προσωπικού περιβάλλοντος προς τον μαθητή στην απόκτηση θετικών συνηθειών υγείας και ο βαθμός ενδιαφέροντος απόκτησης νέων γνώσεων υγείας. Άρα το προφίλ-Α έχει ως ακολούθως:

Φύλο:	Γυναίκα
Τάξη:	Α΄ Λυκείου
Βαθμολογία:	Άριστα
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας:	Τουλάχιστον Λύκειο
Προτίμηση στην Βιολογία:	Τουλάχιστον 3
Προτίμηση στην Πληροφορική:	5
Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία:	Όχι
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:	Πάρα πολύ
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:	Πάρα πολύ
Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτήσεις νέες γνώσεις για θέματα υγείας:	Πάρα πολύ

- *Ερμηνεία Σταθεράς:* Αν μία μαθήτρια υιοθετήσει το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται τουλάχιστον τετραπλάσια (+450%) από αυτή να εντάσσεται στο «Μη εξαιρετικό». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Μη εξαιρετικό» εκτιμάται 82% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Φύλο:* Αν από έναν μαθητή υιοθετηθεί το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα ο μαθητής να εντάσσεται στην ομάδα του «Μη εξαιρετικό» εκτιμάται 54% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό». Επίσης, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» εκτιμάται 35% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «Μη εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Τάξη:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και η τάξη της είναι Α΄ Γυμνασίου, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 42% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Μη εξαιρετικό». Η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Μη εξαιρετικό» εκτιμάται 73% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «Εξαιρετικό». Αν ένας μαθητής ανήκει στην Α' Γυμνασίου, τότε η πιθανότητα (odd) να μην ανήκει στο «Εξαιρετικό» εκτιμάται 152.7% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να μην ανήκει στο εξαιρετικό ένας μαθητής της Γ' Γυμνασίου.
- *Ερμηνεία Εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας είναι το πολύ γυμνασίου, τότε η πιθανότητα

να εντάσσεται στο «Μη εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 56% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Εξαιρετικό». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» εκτιμάται 36% μικρότερη από αυτή του να ανήκει στο «Μη εξαιρετικό».

- *Ερμηνεία Προτίμηση στην Βιολογία:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και η προτίμηση στην Βιολογία είναι το πολύ 2, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Μη εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 50% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Εξαιρετικό». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο του «Εξαιρετικού» εκτιμάται 33% μικρότερη σε σχέση με την πιθανότητα να ανήκει στο «Μη εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Προτίμηση στην Πληροφορική:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-A και η προτίμηση στην Πληροφορική είναι 1, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Μη εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 123% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Εξαιρετικό». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο του «Εξαιρετικού» εκτιμάται 55% μικρότερη σε σχέση με την πιθανότητα να ανήκει στο «Μη εξαιρετικό». Αν η προτίμηση γίνει 2, τότε η πιθανότητα για το «Μη εξαιρετικό» εκτιμάται 65% μεγαλύτερη από αυτή να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετεί το προφίλ-A και αντιμετωπίζει κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Μη εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 38% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Εξαιρετικό». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στο «Εξαιρετικό» εκτιμάται 27% μεγαλύτερη από αυτήν του να ανήκει στο «Μη εξαιρετικό».
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετεί το προφίλ-A και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον του για συνήθειες σε θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 52% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Μη εξαιρετικό». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στο «Μη εξαιρετικό» εκτιμάται 107% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «Εξαιρετικό».

- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου: Αν από μία μαθήτρια υιοθετεί το προφίλ-Α και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον του για θετικές συνήθειες σε θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Μη εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 73% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Εξαιρετικό». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στο «Μη εξαιρετικό» εκτιμάται 268% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «Εξαιρετικό».*
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτήεις νέες γνώσεις για θέματα υγείας: Αν από μία μαθήτρια υιοθετεί το προφίλ-Α και ο βαθμός που ενδιαφέρεται για νέες γνώσεις σε θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «Μη εξαιρετικό» επίπεδο εκτιμάται 739% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «Εξαιρετικό». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στο «Εξαιρετικό» εκτιμάται 88% μικρότερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «Μη εξαιρετικό».*

3.5.10.3 Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης Mean Factor βάσει του Διαχωρισμού Γ (30%, 70%)

Το τελευταίο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης το οποίο δίνει έμφαση στο άνω 30% του δείγματος, το οποίο το θεωρούμε εξαιρετικό παρουσιάζει βαθμό επιτυχίας κατάταξης των παρατηρήσεων στις ομάδες που όντως ανήκουν 79.7%, και περιλαμβάνει τις μεταβλητές: φύλο, τάξη, μητρική γλώσσα πατέρα, βαθμός προτίμησης στην Βιολογία, πιθανή ύπαρξη μαθησιακής δυσκολίας, πηγές απόκτησης πληροφοριών, ο βαθμός υποστήριξης του προσωπικού περιβάλλοντος προς τον μαθητή στην απόκτηση θετικών συνηθειών υγείας και ο βαθμός ενδιαφέροντος απόκτησης νέων γνώσεων υγείας.

Ερμηνεία του μοντέλου

Το επίπεδο αναφοράς είναι οι μαθητές που έχουν «Τουλάχιστον επαρκές» επίπεδο εγγραμματισμού υγείας, και ικανοποιούν τις παρακάτω συνθήκες (προφίλ):

	Φύλο:	Γυναίκα
	Τάξη:	Α΄ Λυκείου
	Μητρική γλώσσα πατέρα:	Όχι ελληνική
	Προτίμηση στην Βιολογία:	Τουλάχιστον 3
	Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία:	Όχι
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεσαι σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:		Πάρα πολύ
Όταν θέλεις να ενημερωθείς για θέματα υγείας:		Ενημερωτικά φυλλάδια
Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτήσεις νέες γνώσεις για θέματα υγείας:		Πάρα πολύ

- *Ερμηνεία Σταθεράς:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα αν ανήκει στο επίπεδο 30-100% εκτιμάται σχεδόν εξαπλάσια (594% μεγαλύτερη) από την πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο 0-30%.
- *Ερμηνεία Φύλο:* Αν από έναν μαθητή υιοθετηθεί το προφίλ-Α, τότε η πιθανότητα ο μαθητής να εντάσσεται στην ομάδα του 0-30% εκτιμάται 70% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο 30-100%. Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο 30-100% εκτιμάται 41% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο 0-30%.
- *Ερμηνεία Τάξη:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και παρακολουθεί την Α΄ Γυμνασίου, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στην ομάδα του 0-30% εκτιμάται 42% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο 30-100%, ενώ αν φοιτά στην Γ΄ Γυμνασίου η πιθανότητα είναι 48% μεγαλύτερη. Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «30-100%» εκτιμάται 30% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «0-30%», για την Α΄ Γυμνασίου.
- *Ερμηνεία Μητρική γλώσσα πατέρα:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και η μητρική γλώσσα του πατέρα είναι ελληνική, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «30-100%» εκτιμάται 67% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στην ομάδα «0-30%».

- *Ερμηνεία Βιολογία:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και η προτίμησή της στην Βιολογία είναι το πολύ 2, τότε η πιθανότητα να ανήκει στο επίπεδο «30-100%» εκτιμάται 43% μικρότερη από την πιθανότητα να ανήκει στην ομάδα «0-30%»
- *Ερμηνεία Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία:* Αν από μία μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και αντιμετωπίζει κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «30-100%» εκτιμάται 34% μικρότερη από αυτή να ανήκει στο «0-30%». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να ανήκει στο «0-30%» εκτιμάται 53% μεγαλύτερη από αυτή να ανήκει στο «30-100%».
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεσαι σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:* Αν από μια μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και ο βαθμός που επηρεάζεται από το περιβάλλον του για θετικές συνήθειες σε θέματα υγείας τουλάχιστον πολύ, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «30-100%» επίπεδο εκτιμάται 74% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «0-30%». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «0-30%» εκτιμάται 290% μεγαλύτερη από αυτήν του να εντάσσεται στο «30-100%».
- *Ερμηνεία Όταν θέλεις να ενημερωθείς για θέματα υγείας:* Αν μία μαθήτρια υιοθετήσει το προφίλ-Α και επιλέγει να ενημερώνεται για θέματα υγείας μέσω των γονιών ή του γιατρού, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «30-100%» εκτιμάται 162% και 232% αντίστοιχα μεγαλύτερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο «0-30%».
- *Ερμηνεία Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτάς νέες γνώσεις για θέματα υγείας:* Αν από μια μαθήτρια υιοθετηθεί το προφίλ-Α και ο βαθμός που ενδιαφέρεται για νέες γνώσεις σε θέματα υγείας είναι «καθόλου», τότε η πιθανότητα να εντάσσεται στο «30-100%» επίπεδο εκτιμάται 90% μικρότερη από την πιθανότητα να εντάσσεται στο επίπεδο «0-30%». Εναλλακτικά, η πιθανότητα να εντάσσεται στο «0-30%» εκτιμάται 890% μεγαλύτερη από την πιθανότητα να ανήκει στο «30-100%».

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση των διαστάσεων και των παραγόντων που σχετίζονται με τον εγγραμματισμό υγείας των μαθητών και η αποτύπωση του επιπέδου σε αποφοίτους πρωτοβάθμιας και της υποχρεωτικής δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε λεπτομερής μελέτη και κριτική ανάλυση των υπαρχόντων ορισμών καθώς και καταγραφή των ιδιαιτεροτήτων ανάπτυξης που χαρακτηρίζουν την ευρύτερη ηλικιακή ομάδα των παιδιών και εφήβων. Αυτό μας οδήγησε στη διατύπωση ορισμού και στην ανάπτυξη εννοιολογικού πλαισίου τα οποία παρατίθενται στη συνέχεια. Στην τελική μορφή του ορισμού ωστόσο, συνέβαλαν και τα αποτελέσματα των πιλοτικών ερευνών.

Για το σκοπό της αποτύπωσης των διαστάσεων και του επιπέδου, αναπτύχθηκε εργαλείο αξιολόγησης, το οποίο δόθηκε σε μαθητές των τάξεων Α΄ και Γ΄ Γυμνασίου και Α΄ Λυκείου όλων των τύπων γυμνασίων και λυκείων της χώρας. Σύμφωνα με τη διαδικασία της ανάλυσης παραγόντων, ο εγγραμματισμός υγείας των μαθητών/ριών περιλαμβάνει εννέα διαστάσεις οι οποίες εξακτινώνονται στα ακόλουθα πεδία δεξιοτήτων: εύρεση, κατανόηση, αποτίμηση, επικοινωνία και αξιοποίηση της πληροφορίας υγείας, αυτο-αποτελεσματικότητα και πρόθεση ενεργούς πολιτειακής συμμετοχής σχετικά με ζητήματα που άπτονται της υγείας. Ιδιαίτερα η διάσταση της επικοινωνίας διαχωρίζεται σε τρεις μορφές, και συγκεκριμένα στην επικοινωνία η οποία αφορά ερωτήσεις που τίθενται από το γιατρό και η οποία ονομάστηκε λειτουργική, στην επικοινωνία η οποία σχετίζεται με απορίες που εκφράζει ο ασθενής απέναντι στο γιατρό, την αλληλεπιδραστική, και τέλος, σε μία μορφή περισσότερο υπεύθυνης επικοινωνίας που σχετίζεται με τη θετική παρακίνηση απέναντι στον άλλον, την κριτική.

Προβλεπτικοί παράγοντες εγγραμματισμού υγείας αναδείχθηκαν ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η τάξη φοίτησης, το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας. Επίσης, γνωστικοί μαθησιακοί παράγοντες όπως η βαθμολογία, η ύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών και ο βαθμός προτίμησης σε σχετικά γνωστικά αντικείμενα, της βιολογίας και πληροφορικής. Εκτός των παραπάνω, σημαντικό ρυθμιστικό ρόλο διαδραματίζουν οι πηγές πληροφόρησης. Ιδιαίτερος σημαντικοί παράγοντες εμφανίζονται να είναι ο βαθμός αλληλεπίδρασης και υποστήριξης του περιβάλλοντος των μαθητών, κυρίως όμως το ενδιαφέρον των μαθητών για τα ζητήματα υγείας. Επιπλέον, ορισμένες μεταβλητές παρότι δεν αποτελούν ισχυρούς προβλεπτικούς παράγοντες για

το συνολικό εγγραμματισμό υγείας, επηρεάζουν κάποιες από τις διαστάσεις του. Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν σε ένα μεγάλο βαθμό τις αρχικές ερευνητικές υποθέσεις.

Ο εγγραμματισμός υγείας κατατμήθηκε σε τέσσερα επίπεδα με το Επίπεδο 1 να υποδεικνύει ανεπάρκεια δεξιοτήτων και το Επίπεδο 4 να αντιστοιχεί σε εξαιρετικές εγγραμματισμού υγείας. Ο δείκτης του εγγραμματισμού υγείας των μαθητών του δείγματος εμπίπτει στο Επίπεδο 2.

Στη συνέχεια ακολουθεί η διατύπωση και η συζήτηση του ορισμού καθώς και η συζήτηση των ευρημάτων.

4.1. Ορισμός εγγραμματισμού υγείας

Ο παρακάτω ορισμός πιστεύουμε ότι αντιπροσωπεύει επαρκώς την έννοια του εγγραμματισμού υγείας στο πλαίσιο των παιδιών και των εφήβων, στο οποίο συμπεριλαμβάνονται και οι μαθητές εφηβικής ηλικίας από όπου αντλήθηκε το δείγμα της έρευνας.

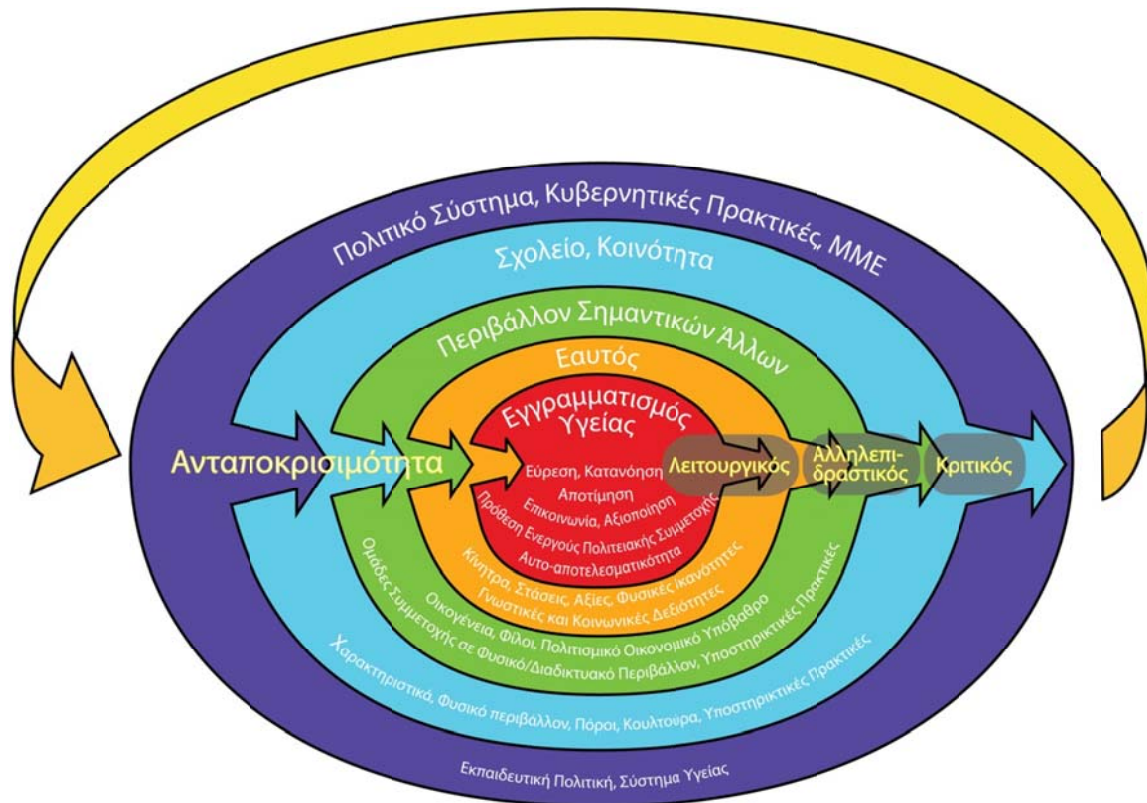
«Ο εγγραμματισμός υγείας σε παιδιά και εφήβους βασίζεται στις γνωστικές και ψυχοκοινωνικές δεξιότητές τους, αναλόγως του αναπτυξιακού τους σταδίου, και συμπεριλαμβάνει τον βαθμό δυνατότητας εύρεσης, κατανόησης, κρίσης, επικοινωνίας, αξιοποίησης πληροφοριών υγείας και το βαθμό της αντιλαμβανόμενης αυτο-αποτελεσματικότητας σε καθήκοντα υγείας ώστε σε συνδυασμό με την ανταποκρισιμότητα των συστημάτων που τους περιβάλλουν να επιτυγχάνουν το εκάστοτε ωφελιμότερο δυνατό αποτέλεσμα υγείας. Περιλαμβάνει επίσης την πρόθεση ενεργούς πολιτειακής συμμετοχής για την οικοδόμηση υγείας στο εγγύτερο αλλά και στο ευρύτερο παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον. Η δόμηση των δεξιοτήτων αυτών τροφοδοτείται από το κίνητρο του ατόμου, τις πεποιθήσεις και τη στάση του περιβάλλοντος τις οποίες και ανατροφοδοτεί».

Θεωρούμε ότι μέσα από τον ορισμό αυτό, επισημαίνεται αρχικά η συσχέτιση των δεξιοτήτων των μαθητών με το αναπτυξιακό τους στάδιο το οποίο δεν αφορά μόνο τα γνωστικά χαρακτηριστικά, αλλά και τις ιδιαιτερότητες οι οποίες σχετίζονται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους γνωρίσματα. Επίσης, έμφαση δίνεται στην ανταπόκριση των ευρύτερων συστημάτων που περιβάλλουν τον μαθητή αφού δεχόμαστε ότι ο εγγραμματισμός υγείας

αναφέρεται σε δεξιότητες που αναπτύσσονται σε αλληλεπίδραση με τα συστήματα και κατ' απαίτηση αυτών. Εκτός αυτού, εντάσσοντας τον έφηβο ως μαθητή στην κοινότητα, στον ορισμό συμπεριλαμβάνουμε επιπλέον τις δεξιότητες εγγραμματισμού υγείας που σχετίζονται με κοινοτικά αλλά και ευρύτερα προβλήματα υγείας και οι οποίες προφανώς είναι στον ίδιο βαθμό αναγκαίες και στη συνέχεια της ζωής του ως ενήλικας. Αναφορικά με τις ενέργειες, διευκρινίζεται ότι η εύρεση πληροφορίας περιλαμβάνει τόσο τη δεξιότητα αναζήτησης όσο και τη δυνατότητα πρόσβασης δηλαδή την παροχή πόρων πρόσβασης. Επίσης, η κατανόηση διαχωρίζεται από την αποτίμηση διότι αναφερόμαστε στην επεξεργασία και τη δυνατότητα αξιολόγησης της πληροφορίας, η οποία απαιτεί δεξιότητες κριτικής σκέψης. Η κριτική σκέψη ως προϊόν ανώτερων γνωστικών δεξιοτήτων διέπεται από λειτουργικότητα και αρμονία. Θεωρείται η τέχνη της ανάλυσης και της αξιολόγησης της σκέψης με σκοπό τη βελτίωσή της. Η ποιότητα της σκέψης μας καθορίζει και την ποιότητα της ζωής μας αφού χωρίς το χαρακτηριστικό της κρίσης η σκέψη παρουσιάζει παραμορφώσεις, προκαταλήψεις. Αντίθετα η κριτική σκέψη χαρακτηρίζεται από ακρίβεια, λειτουργικότητα, αρμονία και πειθαρχία και βασίζεται σε κριτήρια. Ο κριτικά σκεπτόμενος άνθρωπος έχει συνείδηση της ποιότητας της σκέψης του (Τριλιανός, 2002).

Επιπροσθέτως, αντί της λέξης χρήση επιλέχθηκε ο όρος αξιοποίηση. Ενώ η λέξη «χρήση» εμπεριέχει την έννοια της εφαρμογής, για την οποία στο συγκεκριμένο ηλικιακό φάσμα δε διαθέτει πάντα την ανεξαρτησία στην έκφραση των επιλογών, ο όρος «αξιοποιώ» έχει την έννοια του συνυπολογίζω, λαμβάνω υπόψη την πληροφορία που έλαβα, βασίζομαι σε αυτή, την εκμεταλλεύομαι με σκοπό η απόφαση που θα λάβω να μου αποφέρει όφελος. Συνεπώς, η έννοια της αξιοποίησης λαμβάνει υπόψη την εφαρμογή δεξιοτήτων του εγγραμματισμού υγείας όμως, συνδυαστικά με τις δυσκολίες οι οποίες τίθενται από το περιβάλλον και την κουλτούρα του και οι οποίες πιθανά περιορίζουν το κάθε άτομο. Τέλος, με τον χαρακτηρισμό του αποτελέσματος ως το «εκάστοτε ωφελιμότερο δυνατό» αναφερόμαστε τόσο στο προσωπικό όσο και στο συλλογικό βραχυπρόθεσμο ή μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς που κάθε φορά μπορεί να εμφανίζονται και ο μαθητής να μην δύναται να υπερκεράσει.

Συνεπώς, η σχηματική αναπαράσταση του εγγραμματισμού υγείας στους εφήβους, η οποία παρουσιάστηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, μετασχηματίζεται σύμφωνα με τα νέα δεδομένα ως ακολούθως:



Εικόνα 4.1 Εννοιολογικό Μοντέλο εγγραμματισμού υγείας σε εφήβους

Το μοντέλο χαρακτηρίζει τον εγγραμματισμό υγείας ως πολυδιάστατη έννοια, η οποία λαμβάνει χώρα μέσα στα διάφορα συστήματα και είναι διαρκώς και δια βίου εξελισσόμενη. Εμπειρίες εγγραμματισμού υγείας βελτιώνουν τις απαιτούμενες δεξιότητες και τροφοδοτούν τη δυνατότητα και πεποίθηση εμπλοκής και περαιτέρω βελτίωσης των δεξιοτήτων. Γίνεται επίσης αντιληπτό ότι το ένα πλαίσιο επηρεάζει το άλλο, και οι μεταβλητές- παράγοντες που εμφανίζονται σε κάποιο από αυτά μπορούν να διευκολύνουν ή να καθυστερήσουν την πορεία προς το επόμενο και ως εκ τούτου, να επιδράσουν αρνητικά στο συνολικό εγγραμματισμό υγείας. Επίσης, αναγνωρίζεται ότι αναλόγως του εκάστοτε ζητήματος υγείας μπορεί να επιτυγχάνεται η κατάκτηση του κριτικού εγγραμματισμού υγείας στο ένα θέμα, ενώ σε κάποιο άλλο να υφίστανται οι δεξιότητες σε άλλο χαμηλότερο επίπεδο.

4.2. Επισκόπηση-Ερμηνεία των αποτελεσμάτων

Λαμβάνοντας υπόψη την απουσία συστηματικής εκπαίδευσης σε θεματικές υγείας, διατυπώσαμε, ως υπόθεση εργασίας της έρευνας, ότι ο εγγραμματισμός υγείας των μαθητών αναμένεται να βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο. Σύμφωνα με τα στατιστικά αποτελέσματα, ο εγγραμματισμός υγείας των μαθητών του δείγματος κατατάσσεται στο Επίπεδο 2, το οποίο συνεπάγεται την ύπαρξη πολλών ελλείψεων σε δεξιότητες, με τις οποίες οι μαθητές έρχονται αντιμέτωποι κατά την επαφή τους με ζητήματα υγείας που τους απασχολούν μέσα στην καθημερινότητά τους, γεγονός που τους καθιστά ευάλωτους στις αποφάσεις υγείας. Επιπροσθέτως το 66,8% των μαθητών του δείγματος εμπίπτουν στην κατηγορία του «περιορισμένου» εγγραμματισμού υγείας, όπως προκύπτει με βάση την κατηγοριοποίηση, και κατά συνέπεια, προσδιορίζονται ως ευάλωτη ομάδα. Συνεπώς, η ερευνητική υπόθεση H1 επιβεβαιώνεται.

Όπως υποδεικνύει το προφίλ που προκύπτει από το μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης,²³ μία μαθήτρια που παρακολουθεί μεγαλύτερη τάξη, εν προκειμένω την Α΄ Λυκείου, της οποίας η μητέρα δεν είναι χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, η ίδια δεν έχει μαθησιακές δυσκολίες, είναι άριστη μαθήτρια έχοντας έναν υψηλό βαθμό προτίμησης στην πληροφορική και έναν τουλάχιστο μέσο βαθμό προτίμησης στη βιολογία, το οποίο να συνδυάζεται με ενδιαφέρον απόκτησης καινούριων γνώσεων για ζητήματα υγείας και με έντονη την πεποίθηση ότι το περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει το άτομο να αποκτήσει θετικές συνήθειες υγείας και ταυτόχρονα υποστηρίζεται από αυτό, έχει τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εντάσσεται σε εξαιρετικό επίπεδο εγγραμματισμού υγείας συγκριτικά με το μη εξαιρετικό. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι πιθανότητες μεταβολής του εγγραμματισμού υγείας βάσει των διαφορετικών μεταβλητών.

Φύλο

Αν το παραπάνω προφίλ αναφέρεται σε μαθητή, τότε η πιθανότητα να εντάσσεται σε ανεπαρκές επίπεδο εγγραμματισμού (σύμφωνα με τον διαχωρισμό 30-70) είναι κατά 70% αυξημένη. Διαφορά εμφανίζεται και στα τρία μοντέλα. Συνεπώς σύμφωνα με τα δεδομένα το

²³ Στη διαδικασία της λογιστικής παλινδρόμησης, ο τρόπος υπολογισμού των προβλέψεων βασίζεται στα odds, στο λόγο των πιθανοτήτων να ταξινομηθεί κάποιος στη μία εκ των δύο κατηγοριών.

φύλο φαίνεται να είναι, παρότι η αύξηση των πιθανοτήτων δεν είναι εντυπωσιακή, προβλεπτικός παράγοντας του επιπέδου εγγραμματισμού υγείας. Υπ' αυτήν την έννοια η ερευνητική υπόθεση H2α επιβεβαιώνεται.

Η σύνδεση φύλου και εγγραμματισμού στην υγεία δεν είναι σταθερή στην ερευνητική αρθρογραφία, τόσο στους ενήλικες όσο και στα παιδιά και εφήβους. Σχετικά με τους ενήλικες, η εθνικής εμβέλειας αμερικανική έρευνα για τον εγγραμματισμό υγείας (NAAL, 2003) φανέρωσε διαφορές στο επίπεδο εγγραμματισμού υγείας μεταξύ των δύο φύλων (Kutner et al., 2006). Η ίδια έρευνα πραγματοποιήθηκε στον Καναδά, ωστόσο τα αποτελέσματά της δεν κατέδειξαν διαφορά επιπέδου εγγραμματισμού υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών (Canadian Council on Learning, 2007). Διαφορά παρατηρήθηκε και στην Αυστραλία, τουλάχιστον για ηλικίες ως 50 ετών (ABS, 2009). Διακύμανση καταγράφεται και στην Ευρώπη. Σύμφωνα με την αναφορά των συγκριτικών αποτελεσμάτων στα πλαίσια της ευρωπαϊκής έρευνας, στατιστικά σημαντική διαφορά βαθμού εγγραμματισμού στην υγεία μεταξύ ανδρών και γυναικών καταγράφεται στην Ολλανδία (HLS-EU CONSORTIUM, 2012). Αντίθετα, στην Ελλάδα δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων (Κονδύλη, Μαγουλάς, Ιωαννίδη & Αγραφιώτης, 2012).

Σχετικά με τα παιδιά και εφήβους, οι Manganello et al. (2016) αναφέρουν ότι στη δική τους έρευνα, στην οποία συμμετείχαν αμερικανοί έφηβοι, δε σημειώθηκε διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Αντίθετα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας η οποία πραγματοποιήθηκε σε καναδούς μαθητές φάνηκε ότι τα κορίτσια σημείωσαν καλύτερα αποτελέσματα συγκριτικά με τα αγόρια (Wu et al., 2007). Άλλες έρευνες στις οποίες σημειώθηκε διαφορά στο φύλο, με τα κορίτσια να αποδίδουν καλύτερα, είναι των Davis et al. (2006), των Yu et al. (2011), στον Abel, Hofmann & Ackermann (2015) σχετικά με τη μέτρηση λειτουργικού, αλληλεπιδραστικού και κριτικού εγγραμματισμού υγείας, των Levin Zamir, Lemish & Gofin (2011) σχετικά με τη μέτρηση του εγγραμματισμού υγείας στα μέσα. Επίσης, χαμηλότερο σκορ εγγραμματισμού υγείας, σε λειτουργικό επίπεδο, σημείωσαν άνδρες φοιτητές ελληνικών πανεπιστημίων (Vozikis et al., 2014). Αντίθετα, στην έρευνα των Norman & Skinner (2006) η οποία διερευνά τον ψηφιακό/ηλεκτρονικό εγγραμματισμό υγείας (e-health literacy), τα αγόρια είχαν μεγαλύτερο μέσο όρο συγκριτικά με τα κορίτσια. Αυτή η εικόνα παρατηρήθηκε και με το ερωτηματολόγιο HLAT-8 (Abel et al., 2015), όπου τα νέα κορίτσια είχαν μικρότερο μέσο όρο συγκριτικά με τους νεαρούς, στο ερώτημα κατά πόσο πιστεύουν ότι μπορούν να διακρίνουν

τη σωστή πληροφορία στο διαδίκτυο. Επιπλέον, στην έρευνα των Guo et al. (2018) σε μαθητές στην Κίνα, στην οποία χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο (HLAT-8), τα αγόρια παρουσίασαν υψηλότερο σκορ εγγραμματισμού υγείας.

Γενικότερα, στις πλείστες των περιπτώσεων που παρουσιάζεται διαφορά, φαίνεται ότι το γυναικείο φύλο επιδεικνύει βελτιωμένες δεξιότητες εγγραμματισμού υγείας συγκριτικά με το ανδρικό. Οι Clouston, Manganello, & Richards, (2017) πραγματοποίησαν έρευνα της οποίας ο πληθυσμός αποτελείτο από άτομα μεγάλης ηλικίας, τα οποία είχαν ως κοινό στοιχείο τη χρονιά αποφοίτησής τους από το Λύκειο, προσπαθώντας να εντοπίσουν και να συσχετίσουν γνωστικούς, μη γνωστικούς, δημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες από τους οποίους μπορεί να προκύψει δυνατότητα πρόγνωσης του χαμηλού εγγραμματισμού υγείας σε μεγαλύτερες ηλικίες. Από τα ερευνητικά αποτελέσματα, φάνηκε ότι οι γυναίκες όχι μόνο τείνουν να έχουν υψηλότερο εγγραμματισμό υγείας συγκριτικά με τους άντρες, αλλά επιπλέον και οι παράγοντες επικινδυνότητας οι οποίοι σχετίζονται με τη μετέπειτα εμφάνιση χαμηλού εγγραμματισμού υγείας διαφέρουν ανάλογα με το φύλο του ατόμου. Οι άντρες και τα αγόρια φαίνεται να διαθέτουν λιγότερη γνώση συγκριτικά με τις γυναίκες και τα κορίτσια για γενικά θέματα υγείας και ασθένειας, και παράλληλα, φαίνονται λιγότερο ικανοί ή λιγότερο συχνά θα αποκτήσουν, θα ερμηνεύσουν και θα εφαρμόσουν πληροφορίες υγείας για να διατηρήσουν και να βελτιώσουν την υγεία τους, ενώ επιδεικνύουν χαμηλά επίπεδα εγγραμματισμού στην υγεία ακόμα και όταν υπάρχουν θέματα τα οποία άπτονται κυρίως του φύλου τους (Peerson, 2010).

Το φύλο διαδραματίζει, εκτός των άλλων, βασικό ρόλο στις απλές αντιλήψεις για την υγεία και τις πρακτικές υγείας. Όπως επισημαίνεται ωστόσο, αφορά ένα δυναμικό σύνολο κοινωνικά κατασκευασμένων σχέσεων ενσωματωμένων στην καθημερινή αλληλεπίδραση, είναι δηλαδή ένας συνειδητός ή ασυνείδητος μηχανισμός κατασκευής κοινωνικών διαφορών (Emslie & Hunt, 2008). Η Krieger (2003), περιλαμβάνοντας τον διαχωρισμό σε βιολογικό και κοινωνικό φύλο και εξετάζοντας τη συσχέτισή τους με ένα δεδομένο αποτέλεσμα υγείας, αναφέρει ότι πρέπει να προσεγγίζεται ως θέμα εμπειρικό και όχι ως φιλοσοφική αρχή, το οποίο κάθε φορά θα συσχετίζεται με το ερώτημα, και ανάλογα με το τελικό αποτέλεσμα της μελέτης μπορεί να δειχθεί ότι λειτουργεί πολλαπλά είτε ως σχετικός, μοναδικός, ανεξάρτητος είτε ως συνεργιστικός καθοριστικός παράγοντας.

Στην προκειμένη περίπτωση, τα δεδομένα υποδηλώνουν διαφορές στον εγγραμματισμό υγείας βάσει φύλου, ωστόσο, η διαφορά αυτή δεν εμφανίζεται σε όλες τις διαστάσεις του. Πιο

συγκεκριμένα, το φύλο φαίνεται ότι επηρεάζει την λειτουργική επικοινωνία, με τα κορίτσια να φαίνεται ότι διαθέτουν βελτιωμένες δεξιότητες επικοινωνίας με τον γιατρό. Με το πέρασμα των παιδιών στην εφηβεία μειώνονται οι συχνοί παιδιατρικοί έλεγχοι (De Sanctis, et al., 2014). Επιπροσθέτως, παρά το γεγονός ότι τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια έφηβοι τα απασχολούν ίδια ζητήματα υγείας, είναι λιγότερο πιθανό για τα αγόρια να αναζητούν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας το ίδιο συχνά. Έχει παρατηρηθεί ότι η συντριπτική πλειονότητα αυτών που ζητούν βοήθεια σε κλινικές εφηβικής υγείας είναι κορίτσια. (National Adolescent Health Information Center, 2005). Αρκετοί λόγοι όπως διαταραχές διατροφής, γυναικολογικά θέματα καθώς και προβλήματα ψυχικής υγείας όπως άγχος ή κατάθλιψη, είναι υπεύθυνοι για αυτό (Westwood & Pinzon, 2008). Κατά συνέπεια, η διαφορά αυτή πιθανά να οφείλεται στο γεγονός ότι στα αγόρια δίνονται λιγότερο συχνά οι ευκαιρίες να εξασκήσουν τέτοιου είδους δεξιότητες με αποτέλεσμα να υπολείπονται σε αυτές. Δεν μπορεί ωστόσο, να αποκλειστούν και αμιγώς ιδιαιτερότητες του φύλου. Επί παραδείγματι, έρευνα για θέματα επικοινωνίας σε ομάδα φοιτητών ιατρικής κατέληξε ότι συγκριτικά με τους άντρες, οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη θέληση να εξασκήσουν τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες (Löffler-Stastka et al., 2016). Το εύρημα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα στην έρευνα των Schmidt et al. (2010), όπου αναφέρεται διαφορά στο σκορ εγγραμματισμού υγείας, με τα αγόρια να βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο στις υποκλίμακες της γνώσης και επικοινωνίας.

Το φύλο επίσης, φαίνεται ότι επηρεάζει τις δεξιότητες της κριτικής επικοινωνίας, και εκτός αυτών και την πρόθεση της ενεργούς πολιτειακής συμμετοχής. Τα κορίτσια δείχνουν να ευαισθητοποιούνται περισσότερο προς αυτή την κατεύθυνση. Γενικότερα, οι νέες κοπέλες είναι πιθανότερο να εμπλακούν σε υπηρεσίες και δραστηριότητες της κοινότητας και να προσφέρουν εθελοντικές υπηρεσίες (Jugert et al., 2013). Η καταγραφή επίσης των προθέσεων συμπεριφοράς και τις στάσεις ενεργούς πολιτειότητας μαθητών δεκατεσσάρων ετών σε ευρωπαϊκό επίπεδο (Blasko, 2018), καταλήγει επίσης, ότι τα κορίτσια παρουσιάζουν υψηλότερο δείκτη όσον αφορά τις στάσεις.

Θα μπορούσε να υποστηριχτεί ότι η ύπαρξη διαφοράς έχει τις ρίζες της είτε στο διαφορετικό βαθμό ενδιαφέροντος για τα θέματα υγείας, ή ακόμα σε μία διαφορετική αντίληψη παραμέτρων της έννοιας της επάρκειας, η οποία στη συνέχεια αποτυπώνεται στην αξιολόγησή της. Οποιαδήποτε και αν είναι η προσέγγιση του ζητήματος, είναι προφανές ότι η διδασκαλία των δεξιοτήτων του εγγραμματισμού στην υγεία θα είναι χρήσιμο κατά τη διεξαγωγή της να

συμπεριλάβει και να προσεγγιστεί με τρόπο που να λαμβάνει υπόψη και να ανταποκρίνεται στις αντίστοιχες ανάγκες αγοριών και κοριτσιών ακόμη και αν αυτό φαίνεται να δημιουργεί κάποιες πολυπλοκότητες. Επί παραδείγματι, σχεδιάζοντας προγράμματα θα πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι στα αγόρια θα συναντήσουμε χαμηλότερη αντίληψη του κινδύνου λόγω του ότι βιώνουν πιο έντονα το προσωπικό τους μύθο, ενώ τα κορίτσια βιώνουν το φανταστικό ακροατήριο και κατά συνέπεια την αυτοεικόνα (Galanaki & Christopoulos, 2011) σε ένα κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο το οποίο πιθανά λειτουργεί ως μεγεθυντικός φακός. Ταυτόχρονα, συμφωνούμε με την άποψη ότι περαιτέρω έρευνα είναι απαραίτητη, ώστε να γίνει κατανοητός ο τρόπος με τον οποίο το φύλο σχετίζεται με την ανάπτυξη και εφαρμογή των δεξιοτήτων εγγραμματοσμού υγείας (Clouston, Manganello, & Richards, 2017) και να υπάρξει αποτελεσματικότερη προσέγγιση καθώς και η αποτύπωση των αναγκών οι οποίες μπορεί να αφορούν ένα ευρύ φάσμα.

Μορφωτικό επίπεδο και μητρική γλώσσα γονέων

Από τους δύο γονείς, το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας φαίνεται να είναι αυτό το οποίο κυρίως συμμετέχει στη κατάκτηση των δεξιοτήτων εγγραμματοσμού υγείας. Μαθήτριά της οποίας η μητέρα είναι χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου έχει περισσότερες πιθανότητες να εντάσσεται στο μη εξαιρετικό (0-70%) επίπεδο εγγραμματοσμού. Το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα συσχετίζεται με την πρόθεση ενεργούς πολιτειακής συμμετοχής καθώς και την κριτική επικοινωνία των μαθητών. Συνεπώς, η ερευνητική υπόθεση H2γ ικανοποιείται μερικώς. Το μορφωτικό επίπεδο γενικότερα, αποτελεί μία περιβαλλοντική μεταβλητή η οποία φαίνεται να διαδραματίζει ρυθμιστικό ρόλο στην αποτελεσματική διάθεση των διαθέσιμων οικογενειακών πόρων για την υγεία (Monheit & Grafona, 2018).

Η συσχέτιση του εκπαιδευτικού επιπέδου της μητέρας με την έκβαση υγείας του παιδιού είναι παρούσα σε διάφορους τύπους ερευνών, τόσο εγγραμματοσμού όσο και υγείας. Θεωρείται ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο μπορεί να συμβάλλει σε ζητήματα υγείας μέσω τριών παραγόντων: της αύξησης του οικογενειακού εισοδήματος, της δυνατότητας επεξεργασίας των πληροφοριών που προέρχονται από διάφορες πηγές και επίσης ως αποτέλεσμα της εντονότερης αλληλεπίδρασης με υπηρεσίες που υπάρχουν στην κοινότητα. (Thomas, Strauss & Henriques, 1991). Ειδικότερα, μητέρες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να διαθέτουν περισσότερη γνώση και να δεσμεύονται περισσότερο στην εφαρμογή υγιεινών πρακτικών με τα παιδιά τους (Prickett & Augustine, 2016).

Το γεγονός ότι από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώνεται ότι διαστάσεις του εγγραμματισμού υγείας, όπως η κατανόηση, η αποτίμηση και η αξιοποίηση των πληροφοριών υγείας επηρεάζονται κυρίως από το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας, έρχεται σε συμφωνία με τα παραπάνω στοιχεία. Αυξημένες κατά 50% περίπου είναι οι πιθανότητες ανεπαρκούς επιπέδου κατανόησης, όταν η μητέρα έχει χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο. Η ουσιαστική συζήτηση επί της πληροφορίας και των συσχετίσεών της με άλλα θέματα καθημερινότητας, η οποία θα βοηθήσει στην πληρέστερη κατανόηση και θα οδηγήσει σε υγιεινές συμπεριφορές υγείας, φαίνεται πιο δύσκολο να πραγματοποιηθεί σε τέτοιες περιπτώσεις, στις οποίες οι μητέρες είναι πιο επιβαρυνμένες με τα ζητήματα τρέχουσας καθημερινότητας.

Εκτός αυτού, οι διαστάσεις αυτές αφορούν δεξιότητες οι οποίες, στο βαθμό που οι γονείς συμμετέχουν στην ανάπτυξή τους, απαιτούν από αυτούς να διαθέσουν χρόνο προς συζήτηση κατά τη λήψη πληροφοριών στην επαφή τους με το γιατρό, και να εξασκήσουν υποστηρικτικές πρακτικές, χαρακτηριστικά που συνήθως συνδέονται με το μητρικό ρόλο. Η συσχέτιση του εκπαιδευτικού επιπέδου με διερευνούμενες συνιστώσες, όπως η γνώση θεμάτων υγείας, έχει καταγραφεί και στα πορίσματα άλλων, σχετικών με το θέμα, ερευνών. Οι Schmidt et al. (2010) αναφέρουν ότι οι γονείς με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, πιθανά, να μη διαθέτουν ικανοποιητικό σώμα γνώσεων σε θέματα υγείας το οποίο θα μπορούσαν να το μεταφέρουν στο παιδί τους. Επιπλέον, θεωρείται ότι το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης -όπως συζητήθηκε και στο θεωρητικό μέρος της εργασίας- επηρεάζει και τις δεξιότητες εγγραμματισμού υγείας. Παρόμοια αποτελέσματα καταγράφονται σε έρευνες σχετικά με τον γραμματισμό. Μητέρες χαμηλού μορφωτικού επιπέδου ενδιαφέρονται μόνο για την πρόσληψη της πληροφορίας και την αποστήθισή της από τα παιδιά τους, ενώ μητέρες υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου συνδέουν την πληροφορία και την εξαγωγή νοημάτων με την καθημερινότητα του παιδιού (Κωστούλη, χ.χ.). Αυτό γνωρίζουμε ότι ισχύει για τους ενήλικες στη χώρα μας (Kondilis, et al., 2012). Κατά συνέπεια, γονείς με χαμηλές δεξιότητες εγγραμματισμού θα αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες να εξασκήσουν τα παιδιά τους σε αυτές τα οποία τελικά φαίνονται ελλειμματικά στον τομέα αυτό. Έρευνα σε εφήβους με χρόνια προβλήματα συμπεραίνει ότι η δυνατότητα των γονέων να χειρίζονται τις γραπτές πληροφορίες καθώς και ο εγγραμματισμός υγείας τους έχει ισχυρή συσχέτιση με τον εγγραμματισμό υγείας του παιδιού τους. Παρά το γεγονός ότι θεωρείται ζητούμενο για τα παιδιά με χαμηλές δεξιότητες εγγραμματισμού υγείας να μπορούν να υποστηρίζονται από τους γονείς υψηλών δεξιοτήτων, φαίνεται ότι δεν είναι εφικτό.

Παράλληλα, οι γονείς δεν μπορούν να λειτουργήσουν ως πρότυπο για τα ζητήματα αυτά (Chisolm, Sarkar, Kelleher & Sanders, 2015). Η άποψη αυτή υποστηρίζεται στη σχετική με άλλα είδη εγγραμματισμών, αρθρογραφία. Για παράδειγμα χαμηλός εγγραμματισμός ψηφιακής υγείας - δηλαδή της εύρεσης κατάλληλης πληροφορίας στο διαδίκτυο - των εφήβων συνδέεται με το χαμηλό επίπεδο γονέων στον ίδιο τομέα (Chang et al., 2015).

Το εκπαιδευτικό επίπεδο της οικογένειας συσχετίζεται και με την πρόθεση της ενεργούς πολιτειακής συμμετοχής, αν και η ένδειξη σημαντικής επίδρασης αφορά τους γονείς με πολύ χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, όπου και παρουσιάζεται χαμηλότερου βαθμού. Τίθεται εύλογα το ερώτημα εάν και σε ποιο βαθμό συζητήσεις τέτοιου χαρακτήρα διαδραματίζονται μέσα στην οικογένεια. Η επίδραση της οικογένειας, ως παράγοντας κοινωνικοποίησης και ανάπτυξης της πολιτειότητας, πραγματοποιείται με τη μεταφορά δια μέσω των γενεών μέσα από λιγότερο απτές διαδικασίες, όπως το γονεϊκό στυλ ανατροφής, επιρροές που μπορούν να συνεχίζονται και στη διάρκεια της όψιμης εφηβείας, μολονότι κάποιες φορές, η μεταφορά των πεποιθήσεων των γονέων στα παιδιά, είναι πιο εμφανής όταν το φύλο είναι ίδιο (Gniewosz, Noack & Buhl, 2009). Αν και δεν έχουμε δεδομένα για την πρόθεση συμμετοχής συγκεκριμένα στο πλαίσιο της υγείας, η προαναφερθείσα έρευνα των Blasko (2018), σχετικά με την καταγραφή των προθέσεων συμπεριφοράς και οι στάσεις ενεργούς πολιτειότητας σε μαθητές 14 ετών σε ευρωπαϊκό επίπεδο 14 χωρών, καταλήγει σε ανάλογους συσχετισμούς, δηλαδή ότι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των γονέων διαδραματίζει πολύ μικρό ρόλο στα θέματα αυτά.

Η μητρική γλώσσα των γονέων των παιδιών από την άλλη, είναι παράγοντας ο οποίος φαίνεται να επηρεάζει ορισμένες από τις δεξιότητες εγγραμματισμού υγείας των μαθητών. Ο εγγραμματισμός υγείας, ως σύνολο δεξιοτήτων, φαίνεται ότι δεν εξαρτάται από αυτό το χαρακτηριστικό. Η μητρική γλώσσα του πατέρα ωστόσο εμφανίζεται ως θετικός επιδραστικός παράγοντας για την ένταξη του μαθητή σε ένα τουλάχιστον επαρκές επίπεδο για το μοντέλο Γ (30%-70%). Συνεπώς, τα δεδομένα δεν ενισχύουν την H2δ ερευνητική υπόθεση.

Σύμφωνα με άλλες έρευνες (Wu et al., 2010), ο βαθμός εγγραμματισμού υγείας των μαθητών διαφοροποιείται ανάλογα με το χρονικό διάστημα το οποίο έχει παρεμβληθεί από την περίοδο μετανάστευσης στη χώρα καθώς και με τη γλώσσα επικοινωνίας στην οικογένεια. Κατά τους Manganello et al. (2016), η μητρική γλώσσα των γονέων στην έρευνά τους διαφοροποίησε το επίπεδο εγγραμματισμού υγείας μόνο όταν μετρήθηκε με το REALM-teen, το οποίο είναι κυρίως δείκτης δεξιοτήτων ανάγνωσης. Συσχέτιση του εγγραμματισμού υγείας των παιδιών με

τη γλώσσα που χρησιμοποιούν οι γονείς εμφανίζεται στην έρευνα των (Ghaddar et al., 2011) η οποία επικεντρώνεται στον ηλεκτρονικό/ψηφιακό εγγραμματισμό υγείας. Στην παρούσα έρευνα, η μητρική γλώσσα του πατέρα αλλά και της μητέρας φαίνεται ότι επηρεάζουν θετικά τις δεξιότητες εύρεσης και αποτίμησης της πληροφορίας καθώς και την ένταξη σε ένα τουλάχιστον επαρκές επίπεδο κριτικής επικοινωνίας. Η ελληνική γλώσσα για τη μητέρα συμβάλλει ακόμα σε ένα τουλάχιστον επαρκές επίπεδο αξιοποίησης της πληροφορίας υγείας. Εάν η μητέρα έχει ως μητρική την ελληνική γλώσσα τότε ο μαθητής έχει περισσότερες πιθανότητες να μη βρίσκεται σε ανεπαρκές επίπεδο εύρεσης πληροφοριών, ενώ το ίδιο χαρακτηριστικό και για τον πατέρα ενισχύει την πιθανότητα να έχει ο μαθητής να εντάσσεται πλέον στο εξαιρετικό επίπεδο εύρεσης πληροφορίας. Ενδιαφέρουσα είναι επίσης η συσχέτιση της κατανόησης με τη μητρική γλώσσα του πατέρα. Η δυνατότητα του πατέρα να αντιλαμβάνεται πιο εύκολα γραπτές ή προφορικές πληροφορίες υγείας, πιθανά αυξάνει την αυτοπεποίθησή του και το αίσθημα της αυτο-αποτελεσματικότητάς του και οδηγεί στην περαιτέρω εμπλοκή του (Garfield & Isacco, 2011). Εκτός αυτού, οι έρευνες υποδεικνύουν ότι ο πατέρας μπορεί να κατέχει σημαντικό ρόλο σε διαδικασίες επεξεργασίας της πληροφορίας και το πρόσωπο του πατέρα τείνει να κατανοείται στις σύγχρονες ερευνητικές προσεγγίσεις μέσα από ένα διαφορετικό πρίσμα μοναδικότητας και συμπληρωματικότητας και πέρα από τα καθιερωμένα και στερεότυπα (Yogman & Garfield, 2016) καθώς η εμπλοκή του φαίνεται να λειτουργεί ως αγωγός πολλών θετικών επιδράσεων στην υγεία και ανάπτυξη των παιδιών τόσο στην παιδική όσο και στην εφηβική ηλικία (Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid, & Bremberg, 2008) παρότι, δε διαθέτουμε κάποιο σύγχρονο μοντέλο το οποίο να αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο σχετίζεται ο πατέρας με την υγεία του παιδιού (Zvara, Schoppe-Sullivan & Dush, 2013).

Η μητρική γλώσσα των γονέων ως ένας δείκτης μεταναστευτικού υποβάθρου, αποτελεί ένα παράγοντα επίδρασης στον εγγραμματισμό υγείας ο οποίος δύναται να λειτουργεί πολύπλευρα. Αρχικά, σχετίζεται με τη λειτουργική διάσταση του εγγραμματισμού και τη διεκπεραίωση αναγκών ανάγνωσης και κατανόησης της πληροφορίας στη δεύτερη μη μητρική γλώσσα. Η δυσκολία σε αυτό το επίπεδο αναμένεται να επηρεάζει τις δεξιότητες των μαθητών, κυρίως αυτών που χρησιμοποιούν τους γονείς ως βασική πηγή πληροφόρησης και επικοινωνίας της πληροφορίας υγείας. Μολονότι, κάποιος μπορεί να συνάγει το συμπέρασμα βασισμένος αποκλειστικά στη λειτουργική πλευρά της έννοιας, υποστηρίζοντας ότι κάποιοι έφηβοι, παιδιά μεταναστών, δεν προσαρμόζονται στον καλύτερο δυνατό βαθμό στο νέο κοινωνικό πλαίσιο, θα

πρέπει να δούμε το είδος και τον βαθμό των ευκαιριών που τους παρέχονται για την οικοδόμηση του εγγραμματισμού υγείας μέσα από διαδικασίες κοινωνικής πρακτικής. Εστιάζοντας σε αυτή την άποψη, μπορούμε να θεωρήσουμε ότι ο εγγραμματισμός υγείας των εφήβων με μεταναστευτικό υπόβαθρο συνδέεται άμεσα με τις ικανότητες και τις πρακτικές των ατόμων που βρίσκονται στο περιβάλλον του παιδιού και οι οποίοι έχουν την ευθύνη της ανάπτυξής του (Santos, et al., 2018).

Τάξη φοίτησης

Η αποτύπωση διαφοροποιήσεων στο επίπεδο του εγγραμματισμού υγείας μεταξύ των μαθητών της Α΄ Γυμνασίου -ως αποφοίτους του δημοτικού σχολείου- και των μαθητών της Α΄ Λυκείου -ως αποφοίτους της υποχρεωτικής δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης- υπήρξε ένας από τους ερευνητικούς σκοπούς της εργασίας. Το γεγονός ότι η διάρκεια της έρευνας για ουσιαστικούς λόγους υπήρξε μεγαλύτερη από το επιθυμητό θα μπορούσαμε να πούμε ότι «αλλοιώνει» κατά ένα τρόπο την αρχική επιδίωξη, εφόσον συμμετέχουν μαθητές οι οποίοι έχουν φοιτήσει ως το τέλος της σχολικής χρονιάς της Α Λυκείου. Ωστόσο, λόγω της συμμετοχής μαθητών της Γ΄ Γυμνασίου οι οποίοι όπως και οι υπόλοιποι συμμετείχαν στην έρευνα για όλο το διάστημα της σχολικής χρονιάς, μπορούμε να συνάγουμε ορισμένα συμπεράσματα.

Η τάξη φοίτησης των μαθητών φαίνεται ότι είναι προβλεπτικός παράγοντας για τον εγγραμματισμό υγείας. Η φοίτηση στην Α΄ Λυκείου συντελεί στην ένταξη στο 30% του δείγματος με τον υψηλότερο εγγραμματισμό υγείας. Εν τούτοις, εάν μία μαθήτρια παρακολουθεί την Α΄ Γυμνασίου εμφανίζει αυξημένη πιθανότητα (κατά 73%) να εντάσσεται σε μη εξαιρετικό επίπεδο. Συγκρίνοντας δε την Α΄ με την Γ΄ Γυμνασίου, παρατηρούμε ότι η πιθανότητα για τον μαθητή της Α΄ να μην ανήκει σε υψηλό επίπεδο είναι κατά μιάμιση φορά μεγαλύτερη από ότι για τον μαθητή της Γ΄. Σύμφωνα με αυτά τα δεδομένα, η ερευνητική υπόθεση H2β επιβεβαιώνεται.

Μικρή μεταβολή ανάλογα με την τάξη παρουσιάζεται και σε άλλες έρευνες, αν και δεν υπάρχει συμφωνία ευρημάτων προς συγκεκριμένη κατεύθυνση. Σύμφωνα με το πόρισμα των Yu et al. (2012) τα μικρότερα παιδιά, μαθητές δημοτικού, που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων υγείας αν και παρατηρήθηκαν διαφορές στις περιοχές με χαμηλό οικονομικό προφίλ. Το υψηλότερο επίπεδο γνώσεων συσχετιζόταν θετικά με πρακτικές, στάσεις και συμπεριφορές υγείας. Οι Guo et al. (2018) στην έρευνά τους καταγράφουν μικρή μείωση

όσο μεγαλώνει η ηλικία. Οι Wu et al. (2010) καταλήγουν στο ότι δεξιότητες κατανόησης και αξιολόγησης των πληροφοριών, σε επίπεδο επιτέλεσης εργασιών, δε διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά με την αλλαγή της τάξης. Οι ίδιες δεξιότητες δηλαδή της κατανόησης και της αποτίμησης της πληροφορίας στο αυτοαναφορικό επίπεδο που διερευνάται στην παρούσα έρευνα, δεν παρουσιάζουν μεταβολή λόγω τάξης.

Σύμφωνα με τις κοινωνικογνωστικές θεωρίες (Bandura, 1986) η διαμόρφωση των δεξιοτήτων των παιδιών δεν ακολουθούν γραμμικό ηλικιακό χαρακτήρα αλλά συνδέονται με το βαθμό ευκαιριών μάθησης που συναντούν στο περιβάλλον που βιώνουν οι οποίες με τη συνδρομή της φθίνουσας καθοδήγησης βοηθούν το παιδί να περάσει στο επόμενο στάδιο ανάπτυξης. Μολονότι, η απόκτηση δεξιοτήτων από τους μαθητές δε συνάδει πάντα και καθ' ολοκληρίαν με την τάξη στην οποία φοιτούν, φαίνεται ότι το συγκεκριμένο εύρημα αποτελεί σοβαρή ένδειξη της απουσίας του ρόλου του σχολείου και της αγωγής υγείας στην απόκτηση των δεξιοτήτων αυτών. Αντίθετα, φαίνεται ότι η κατάκτησή τους αποτελεί «προσωπικό ζήτημα» εφόσον επηρεάζεται από προσωπικούς παράγοντες όπως ο βαθμός προτίμησης στο γνωστικό αντικείμενο της βιολογίας το οποίο διδάσκεται στο σχολείο. Επιπλέον, οι μικρότερης τάξης μαθητές του δείγματός μας έχουν περισσότερες πιθανότητες να εντάσσονται σε χαμηλότερο επίπεδο δεξιοτήτων εύρεσης πληροφοριών, αυτοαποτελεσματικότητας καθώς και λειτουργικής επικοινωνίας. Ειδικά στις δεξιότητες εύρεσης πληροφοριών υγείας, οι μαθητές της Α΄ Γυμνασίου, μικρότεροι σε ηλικία, όχι τόσο ώριμοι γνωστικά αλλά και εφοδιασμένοι με λιγότερες μαθησιακές εμπειρίες έχουν 100% περισσότερες πιθανότητες να ανήκουν σε ανεπαρκές επίπεδο συγκριτικά με τους μαθητές της Α΄ Λυκείου.

Αντίθετα, φαίνεται ότι λειτουργεί η μεταβολή της τάξης σε δύο διαστάσεις. Αρχικά, οι μαθητές της Α΄ Γυμνασίου έχουν περισσότερες πιθανότητες να αξιοποιούν πιο συχνά τις πληροφορίες υγείας που λαμβάνουν συγκριτικά με τους μαθητές της Α΄ Λυκείου. Άλλες έρευνες σε πληθυσμούς μαθητών, καταγράφουν ασυνέπεια στη συμπεριφορά υγείας των παιδιών μεγαλύτερων τάξεων (Tompkins, Kamal & Chapman, 2005) συγκριτικά με τα μικρότερα παιδιά. Στην έρευνα των Brown et al. (2007), επίσης τα μικρότερα παιδιά φαίνεται να δείχνουν μεγαλύτερη διάθεση να ακολουθήσουν αυτά που μαθαίνουν για ζητήματα υγείας και επιπλέον φαίνεται να παρουσιάζουν αυξημένο κίνητρο σε σχέση με τα μεγαλύτερα παιδιά. Επιπροσθέτως, οι μαθητές της Α΄ Γυμνασίου είναι πιθανότερο να εντάσσονται σε υψηλότερο επίπεδο πρόθεσης ενεργούς πολιτειακής δράσης συγκριτικά με τους μαθητές της Α Λυκείου. Φαίνεται δόκιμο τα

παραπάνω ευρήματα να συνεξεταστούν λαμβάνοντας υπόψη δύο παράγοντες. Ο πρώτος αφορά το πλαίσιο της μέσης εφηβείας κατά τη διάρκεια του οποίου οι ψυχοκοινωνικές αλλαγές παρατηρούνται εντονότερα. Η ολοένα και δοκιμαζόμενη συμμόρφωση με τους κανόνες, η πίεση των συνομήλικων, η αναζήτηση της ταυτότητας και η αντίδραση στο οικογενειακό περιβάλλον πιθανά να σχετίζονται με το βαθμό αξιοποίησης των πληροφοριών που ως πηγή όπως βρέθηκε έχουν τους γονείς. Το δεύτερο όπως αναφέρθηκε αφορά τη μεταβολή στο βαθμό ή και στο είδος του κινήτρου την περίοδο αυτή. Παρά το γεγονός ότι το κίνητρο δεν αποτελεί τον μοναδικό, αλλά ένα βασικό παράγοντα για την πρόθεση και εκδήλωση δράσεων που σχετίζονται με θέματα υγείας της κοινότητας, θεωρούμε ότι η μείωση της ισχύος των εξωτερικών κινήτρων και η αύξηση των εσωτερικών χαρακτηρίζουν την περίοδο αυτή ως μεταβατική για την εδραίωση τέτοιου τύπου δεξιοτήτων.

Πηγή πληροφόρησης

Αν και δε γνωρίζουμε τους ακριβείς λόγους που οδηγούν κάθε μαθητή σε μια συγκεκριμένη πηγή πληροφόρησης, διαπιστώνουμε ότι στις πλείστες των περιπτώσεων, δηλαδή περισσότεροι από τους μισούς μαθητές απευθύνονται κυρίως στους γονείς, ενώ ένα ελαφρώς μικρότερο ποσοστό σχεδόν ισοκατανέμεται μεταξύ γιατρού και διαδικτύου. Ένας πολύ μικρός αριθμός μαθητών χρησιμοποιεί τα φυλλάδια ως πηγή ενημέρωσης. Η υπολειπόμενη χρήση των φυλλαδίων από τους εφήβους αναφέρεται και σε άλλη έρευνα (Gray et al., 2005). Επισημαίνεται από τους ερευνητές ότι στην καθημερινότητα η επαφή με ενημερωτικά φυλλάδια είναι σπανιότερη αφού αυτά διατίθενται σε συγκεκριμένους χώρους όπως κλινικές ή φαρμακεία. Οι γονείς αναφέρονται ως πηγή πληροφοριών και από τους Domanska et al. (2018), οι οποίοι επιπλέον αναφέρουν ότι σε αυτούς απευθύνονται τα παιδιά για να επιβεβαιώσουν την εγκυρότητα μιας πληροφορίας. Οι γονείς καταγράφονται επίσης ως κύρια πηγή συμβουλών για τους μαθητές στην έρευνα που διεξήχθη από τους Vardavas et al. (2009). Οι ερευνητές αποδίδουν το γεγονός στο αίσθημα συνοχής που χαρακτηρίζει την ελληνική οικογένεια. Αν και σε πιο μεγάλες ηλικίες μπορεί να νιώσουν ντροπή να συζητήσουν για κάποια θέματα, στις συζητήσεις με τους γονείς παρατηρείται αντιστοιχία φύλου, δηλαδή τα κορίτσια στρέφονται στη μητέρα και τα αγόρια στον πατέρα (Ackard, & Neumark-Sztainer, 2001). Επίσης, το κανάλι πληροφόρησης της μητέρας αποτελεί στοιχείο το οποίο μπορεί να επηρεάσει την οδό πληροφόρησης που τελικά επιλέγει το παιδί (Gray et al. 2000, ό.α. στο Gray et al. 2005).

Η μεγάλη εξάπλωση του διαδικτύου και η συνεπακόλουθη πληθώρα των ιστοσελίδων που αφορούν την υγεία θα μπορούσε να οδηγήσει στην προτίμηση των διαδικτυακών πηγών. Θεωρείται ότι αυτοί που είναι υγιείς χρησιμοποιούν και διαδικτυακές πηγές πληροφόρησης εκτός των υπολοίπων, πιθανά λόγω των διαφορετικών αναγκών τους (Cotten & Gupta, 2004). Μέσω αυτού μπορούν να αποκτήσουν τις πληροφορίες σε σύντομο χρόνο κυρίως εάν κάποιος είναι πεπειραμένος στην αναζήτηση (Eysenbach & Kohler, 2002) τις οποίες μπορεί να θεωρήσουν πιο αξιόπιστες συγκριτικά με αυτές από άλλα μέσα (Cline & Haynes, 2001). Κάποιοι επίσης μπορεί να ελέγξουν στο διαδίκτυο την πληροφορία που πήραν από φίλους ή να αναζητήσουν δεύτερη γνώμη (Gray et al. 2005a). Για άτομα τα οποία έχουν σοβαρά προβλήματα υγείας το διαδίκτυο μπορεί να προσφέρει όχι μόνο ιατρική πληροφορία (Drotar et al., 2006), αλλά πρόσβαση σε ειδικούς και ψυχολογική υποστήριξη μέσα από τη συμμετοχή σε ομάδες. Αν και παρουσιάζεται συνήθης ο συνδυασμός των τρόπων πληροφόρησης, η επιλογή των πηγών φαίνεται να οφείλεται εκτός των άλλων και σε πρακτικές δυσκολίες. Οι μαθητές φαίνεται να διαθέτουν ιδιαίτερα ελλιπείς δεξιότητες εύρεσης πληροφοριών. Όπως αναφέρθηκε, ελάχιστοι μαθητές μπορούν να βρουν πληροφορίες για θέματα που τους απασχολούν, είτε για θέματα πρόληψης και φροντίδας υγείας. Η προσπάθεια γίνεται δυσκολότερη για τους μικρότερους μαθητές. Σύμφωνα με την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων, τουλάχιστον για έναν στους δέκα μαθητές η αναζήτηση πληροφορίας για την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος θα είναι αναποτελεσματική. Κατά συνέπεια, μπορεί να υπάρξουν προβλήματα, τα οποία θα μείνουν για διάστημα ανεπίλυτα. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό στις περιπτώσεις διαταραχών ψυχικής υγείας ή άλλων προβλημάτων που δεν είναι άμεσα εμφανή.

Διαφαίνεται επιπλέον μία μορφή διαχειριστικής τακτικής και όχι τόσο ενεργού ενδιαφέροντος, αφού μόνο δύο στους δέκα μαθητές συγκεντρώνουν πολύ συχνά ή πάντα πληροφορίες από όσες περισσότερες πηγές μπορούν σχετικά με το πρόβλημά τους, στοιχείο που επεκτεινόμενο συντείνει σε περιορισμένο εύρος τελικής ωφελιμότητας. Το διαδίκτυο δε, αποτελεί πρόσφορη πηγή πληροφόρησης για μόλις έναν από τους δέκα μαθητές. Η χρήση του διαδικτύου ειδικότερα παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες, και κατά συνέπεια, αυξημένες απαιτήσεις σε μια σειρά ζητημάτων. Η σωστή επιλογή και γραφή των λέξεων-κλειδιών, οι ιστοσελίδες που επιλέγουν να επισκεφθούν και ο περιορισμός σε αυτές που εμφανίζονται στην πρώτη σελίδα, η έλλειψη μεθόδου στη διαδικτυακή έρευνά τους όπου συνήθως χρησιμοποιούν την τακτική δοκιμής-λάθους καθώς και η πιθανή έλλειψη οργάνωσης από τις ιστοσελίδες

αναφέρονται ως τα συνηθέστερα προβλήματα δυσκολίας εύρεσης πληροφορίας (Hansen et al., 2003). Ωστόσο, υπάρχει και η άλλη πλευρά του νομίσματος, η οποία σχετίζεται με το γεγονός ότι πολλοί οργανισμοί δεν κάνουν τόσο γνωστή την ύπαρξή τους, όσο θα ήταν αναγκαίο. Το γεγονός ότι υπάρχουν οργανισμοί εν είδει νησίδων, οι οποίοι αναμένουν από τον ενδιαφερόμενο να τους εντοπίσει μέσα στην υπερπληροφόρηση έχει επισημανθεί και από άλλους ερευνητές (Kamel-Boulos, 2012·2013).

Εκτός αυτού, είναι σημαντικό να μπορούν να διαχωρίζουν τους επιστημονικούς ιστότοπους από τους προσωπικούς και από τις σελίδες ομάδων κοινωνικής δικτύωσης, και να αξιολογούν την πληροφορία που λαμβάνουν από το καθένα (Fergie, Hunt & Hilton, 2013). Εν προκειμένω, μόλις ένας στους δέκα μαθητές δηλώνει ότι μπορεί να κρίνει την επιστημονικότητα μιας πηγής. Παρατηρείται η τάση, τα παιδιά να λαμβάνουν ως αξιόπιστες τις ιστοσελίδες επειδή τις χρησιμοποιούν οι γονείς, και κυρίως η μητέρα. Επίσης, μπορεί να έχουν ως κριτήριο την ποσότητα των πληροφοριών που αναρτώνται σε κάποια ιστοσελίδα σχετικά με ένα θέμα (Subramaniam et al., 2015).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, είναι αρκετά πιθανό οι πρακτικές δυσκολίες να επηρεάζουν την επιλογή των μαθητών. Η εγγύτητα, η αμεσότητα και η εύκολη πρόσβαση μπορεί είναι κάποιοι από τους λόγους για τους οποίους στρέφονται στους γονείς. Παρά το γεγονός ότι η επικοινωνία για θέματα υγείας μέσα στην οικογένεια αποτελεί ζητούμενο, η καταλληλότητα των γονέων ως κύρια πηγή πληροφόρησης είναι ζήτημα το οποίο εγείρει ερωτηματικά. Η διαθεσιμότητα των γονέων δε θεωρείται πάντα δεδομένη, ενώ στην περίπτωση στην οποία τελικά συγκεντρώνουν από τους γονείς ανακριβείς (ή τουλάχιστον ως ένα βαθμό) πληροφορίες τις οποίες χρησιμοποιούν ως βάση ανάπτυξης στάσεων και συμπεριφορών υγείας πιθανά να μην ωφελούνται από αυτό (Alberti, Benes & Miles, 2018).

Μόνο δύο στους δέκα μαθητές αναφέρουν ως πηγή συμβουλών τον γιατρό του. Η μετάβαση στην εφηβεία σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση, πιθανά καθιστούν πιο σύνηθες φαινόμενο τις λιγότερο συχνές επισκέψεις ή ακόμα και την έλλειψη οικογενειακού γιατρού. Παρότι, η παραδοσιακή αντίληψη ότι ο γιατρός είναι ο κάτοχος της γνώσης και ο πάροχος των πληροφοριών (Goldsmith, 2000) μεταβάλλεται, λόγω του σύγχρονου τεχνολογικού πλαισίου, φαίνεται ότι η άντληση πληροφοριών από άλλες μη ειδικές πηγές, οι οποίες μπορεί να είναι χαμηλής ποιότητας, επηρεάζουν κάποιες διαστάσεις του εγγραμματισμού υγείας. Αναλυτικότερα, και συγκρίνοντας με άλλες πηγές, η ενημέρωση για ζητήματα υγείας από τον

γιατρό συντελεί θετικά στη διάσταση της εύρεσης της πληροφορίας υγείας αλλά και της δεξιότητας κατανόησης, με δεδομένο ότι για τον μαθητή/τρια που έχει ως πηγή πληροφοριών τον γιατρό είναι περίπου μιάμιση φορά πιθανότερο να εντάσσεται στο 70% των μαθητών με επαρκείς δεξιότητες κατανόησης.

Στην κατεύθυνση των βελτιωμένων δεξιοτήτων κατανόησης απαιτείται η ύπαρξη πιο ουσιαστικής επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης. Σύμφωνα με τη στατιστική ανάλυση, ο μαθητής που ενημερώνεται από το γιατρό έχει δύομισι φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εντάσσεται σε ένα τουλάχιστον επαρκές επίπεδο στη διάσταση της αλληλεπιδραστικής επικοινωνίας. Παρόμοια, όταν ενημερώνεται από τους γονείς, οπότε έχει πάνω από μία φορά πιθανότητα για τουλάχιστον επαρκείς δεξιότητες αλληλεπίδρασης. Οι ζωντανές πηγές προσφέρουν αμεσότητα και δυνατότητα έκφρασης και συζήτησης των αποριών στους μαθητές που τους δίνεται η ευκαιρία ή έχουν τη δυνατότητα επιλογής ενημέρωσης από τέτοιες πηγές. Όσον αφορά στον εγγραμματισμό υγείας, φαίνεται ότι, δεδομένης της επιλογής του γιατρού ως πηγή πληροφόρησης, η πιθανότητα να εντάσσεται ο μαθητής σε εκείνους με το μεγαλύτερο 70% μέσο εγγραμματισμό, εκτιμάται σχεδόν δύομισι φορές υψηλότερη. Συνεπώς, η αξιοπιστία της πηγής πληροφόρησης οδηγεί τόσο σε βελτιωμένες επιμέρους δεξιότητες όσο και σε υψηλότερο εγγραμματισμό.

Γίνεται ωστόσο φανερό ότι μεγάλο ποσοστό των παιδιών και εφήβων λαμβάνουν πληροφορίες υγείας από μη ειδικούς. Αυτό έρχεται να υποστηρίξει την άποψη που εκφράζεται από τους Fairbrother et al. (2016), σύμφωνα με την οποία η ενημέρωση για θέματα προαγωγής υγείας δεν προέρχεται κυρίως από το πεδίο της προαγωγής υγείας. Οι διαφορετικές πηγές μπορεί τελικά να αποτελέσουν πηγή σύγχυσης λόγω των υποκειμενικών, μη εξειδικευμένων πολλές φορές εμπειρικών γνώσεων ή και συμβουλών. Τα κενά που παρουσιάζονται συμπληρώνονται από τους ίδιους τους μαθητές οι οποίοι χρησιμοποιούν διάφορες ευρετικές τεχνικές για να εξάγουν νόημα από την πληροφορία (Fairbrother et al., 2016·Riva et al., 2015). Η ποιότητα της κατανόησης επίσης διακυβεύεται με την πρακτική αυτή. Το αποτέλεσμα αυτών είναι ιδιαιτέρως σημαντικό για τις μικρότερες ηλικίες. Σε αυτή την περίπτωση τείνει να θεωρείται πιο αληθινό αυτό που είναι πιο κοντά στη δική τους πραγματικότητα (Fairbrother et al., 2016).

Τα παραπάνω συνεπάγονται ότι αφενός είναι απαραίτητη η ενίσχυση του μαθητή ώστε να αναζητεί αξιόπιστες και εξειδικευμένες πηγές πληροφόρησης, αφετέρου ότι αυτός που πληροφορεί θα πρέπει να διαθέτει επαρκείς και κατάλληλους πόρους ώστε να μην παραμείνει σε

μία επιφανειακή μετάδοση πληροφοριών, παρά ταυτόχρονα με τη μετάδοση της πληροφορίας να ανοίγει δρόμους προαγωγής και των υπόλοιπων δεξιοτήτων. Οι μαθητές οι οποίοι έρχονται σε επαφή με αξιόπιστες, εξειδικευμένες πηγές πληροφοριών υγείας και εξασκούνται στη χρήση τους παρουσιάζουν αυξημένο βαθμό αυτο-αποτελεσματικότητας, δε βασίζονται σε τεχνικές δοκιμής-λάθους και επιπλέον διαθέτουν σε πρακτικό επίπεδο ένα αριθμό ιστοσελίδων που μπορούν να εμπιστευτούν (Ghaddar et al. 2012).

Εμπειρίες ασθένειας

Προσπαθήσαμε επιπλέον να διερευνήσουμε την επίδραση των εμπειριών ασθένειας στην ανάπτυξη του εγγραμματισμού υγείας. Η έννοια των σημαντικών εμπειριών ζωής, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν πράξεις ατόμων-προτύπων ή αφορούν προσωπικά βιώματα και τα οποία λειτουργούν επιδραστικά είτε αρνητικά είτε θετικά, αναφέρεται και συσχετίζεται με το τελικό επίπεδο άλλων τύπου εγγραμματισμών όπως ο περιβαλλοντικός (Κυριαζή, 2018). Ως «εμπειρίες ασθένειας» θεωρήθηκε εν προκειμένω, η ύπαρξη σοβαρού προσωπικού προβλήματος υγείας στην οικογένεια καθώς και η ύπαρξη χρόνιου προσωπικού προβλήματος στους μαθητές. Λιγότεροι από τρεις στους δέκα μαθητές ανέφεραν ότι υπάρχει κάποιος στο στενό οικογενειακό τους περιβάλλον ο οποίος αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα υγείας και ένας στους δέκα αναφέρει ότι αντιμετωπίζει ο ίδιος κάποιο χρόνιο πρόβλημα. Η ανάπτυξη των στατιστικών μοντέλων δεν κατέδειξε πιθανότητα μεταβολής του επιπέδου του εγγραμματισμού λόγω της ύπαρξης προσωπικών ή οικογενειακών εμπειριών ασθένειας.

Επίσης και ενώ αρχικά, θεωρήσαμε ότι πιθανά να προκύψει κάποια θετική συσχέτιση σε κάποιο από τα μοντέλα όσον αφορά τις δεξιότητες αξιοποίησης των πληροφοριών υγείας και της ύπαρξης χρόνιου προσωπικού προβλήματος υγείας, διαπιστώσαμε ότι η μεταβολή που παρουσιάζεται στη διάσταση λόγω αυτής της παραμέτρου έχει αρνητικό πρόσημο. Η πιθανότητα για έναν μαθητή/ρια να βρίσκεται σε ανεπαρκές επίπεδο αξιοποίησης πληροφοριών υγείας με χρόνιο πρόβλημα είναι κατά 60% πιο αυξημένη. Περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να φωτίσει τις πρακτικές αξιοποίησης γενικών πληροφοριών από παιδιά με προβλήματα υγείας.

Αντίθετα με τη διάσταση της αξιοποίησης, οι μαθητές έχουν περισσότερες από 50% πιθανότητες να διαθέτουν εξαιρετικό επίπεδο αποτίμησης πληροφορίας ενώ συνολικά θετικό πρόσημο λαμβάνει λόγω της ύπαρξης προσωπικού προβλήματος υγείας στον μαθητή η διάσταση της αλληλεπιδραστικής επικοινωνίας. Η ύπαρξη χρόνιου προβλήματος σε έναν μαθητή αυξάνει

κατά 65% τις πιθανότητες να ανήκει στο εξαιρετικό επίπεδο της συγκεκριμένης διάστασης. Στις περιπτώσεις σοβαρών ασθενειών των εφήβων η επικοινωνία αποκτά ιδιαίτερη σημασία (Clayman, et al., 2010·Lin et al., 2017). Η συνεπακόλουθη συχνή επαφή με το γιατρό δίνει περισσότερες ευκαιρίες συζήτησης και προσωπικής σκέψης και αναζήτησης στον τομέα αυτό. Αυτού του είδους η διαπροσωπική επικοινωνία είναι θεμελιώδης, εγγυάται τη σωστή πληροφόρηση και γνώση, μπορεί επίσης να ενεργοποιήσει δράσεις ενίσχυσης συμπεριφορών, να ευαισθητοποιήσει και να θέσει ζητήματα προς σκέψη, να επηρεάσει στάσεις, πεποιθήσεις για ένα θέμα καθώς και να προσφέρει σειρά λύσεων (United States Department of Health and Human Services, χ.χ.).

Συνολικά πάντως, φαίνεται ότι τέτοιου είδους προσωπικές εμπειρίες δεν παρουσιάζουν γραμμική σχέση με την ανάπτυξη δεξιοτήτων και λειτουργούν διαφορετικά από ότι σε άλλο είδος εγγραμματισμών. Με άλλα λόγια, η ύπαρξη προβλημάτων υγείας δε συνεπάγεται την ανάπτυξη εμπειριών υγείας οι οποίες θα μπορούσαν να συμβάλλουν στη βελτίωση του εγγραμματισμού υγείας των μαθητών. Ένας ενδιαμέσος παράγοντας που θα μπορούσε να αποτελέσει τον κρίκο είναι ο βαθμός της ενεργούς εμπλοκής των παιδιών σε τέτοιες καταστάσεις, με άλλα λόγια η μεταφορά αρμοδιοτήτων και ευθυνών από τους γονείς στο παιδί. Όπως αναπτύχθηκε στο θεωρητικό μέρος της εργασίας, ο εγγραμματισμός υγείας των παιδιών περνά μέσα από, και συνδέεται με τον εγγραμματισμό υγείας των γονέων/κηδεμόνων τους. Μπορεί να θεωρηθεί ως ένα συνεχές με το ένα άκρο στο έλλειμμα εγγραμματισμού υγείας όπου και διαμεσολαβείται στο μέγιστο βαθμό από τον εγγραμματισμό υγείας των γονέων. Ο βαθμός διαμεσολάβησής τους μειώνεται όσο το παιδί ωριμάζει, κατανοεί σε μεγαλύτερο βαθμό τα θέματα υγείας του και αυξάνεται συνεπώς ο προσωπικός εγγραμματισμός υγείας (Abrams, Klass & Dreyer, 2009). Ωστόσο, υπάρχουν κάποια ερευνητικά δεδομένα σύμφωνα με τα οποία, στην περίπτωση χρόνιων ασθενειών, τα παιδιά από πολύ μικρή ηλικία έχουν την ικανότητα να γίνουν συμμετέχοντες σε ενδεικνυόμενες συμπεριφορές υγείας εάν προσεγγιστούν με κατάλληλο τρόπο, και θεωρηθούν ως ενεργοί παράγοντες και όχι ως παθητικά όντα, όμως αυτή η προσέγγιση συναντά ως «εμπόδια» τους γονείς (Alderson, Sutcliffe & Curtis, 2006). Αναφέρεται ότι οι γονείς παιδιών με χρόνια προβλήματα υγείας συνήθως μεταφέρουν τις ευθύνες της αυτοφροντίδας στο παιδί τους όταν αυτό είναι μεταξύ 11 ως 15 ετών (DeWalt & Hink, 2009). Σύμφωνα με άλλους ερευνητές, εκτιμάται ότι, μεταξύ 8-11 ετών, οι γονείς των παιδιών που πάσχουν από διαβήτη έχουν την πλήρη φροντίδα των καθημερινών αναγκών. Στην ηλικία από

11-15 ετών ένα μέρος της φροντίδας μεταβιβάζεται στα παιδιά, μολονότι η γονική επίβλεψη υφίσταται σε μεγάλο βαθμό και μπορεί να παραμένει έντονη και από τα 15 ως τα 17 χρόνια (Schilling, Knafl & Grey, 2006). Τα όρια αυτά προφανώς δεν είναι αυστηρά, παρά επηρεάζονται από παράγοντες τόσο του ίδιου του παιδιού όπως η γνωστική ωρίμασή του, η αυτο-αντίληψή του, η γνώση του για την ασθένειά του, αλλά και από τρίτους παράγοντες όπως η συμμετοχή σε δραστηριότητες εκτός σπιτιού (DeWalt & Hink, 2009) ή από την ηλικία στην οποία έγινε αντιληπτό το πρόβλημα. Επί παραδείγματι, σύμφωνα με μελέτες μεγάλη διαφοροποίηση στη μετάβαση παρουσιάζεται όταν η εμφάνιση του προβλήματος γίνεται κατά την περίοδο της μέσης εφηβείας συγκριτικά με οποιοδήποτε άλλο στάδιο (Schilling, et al., 2006). Ωστόσο ψυχολογικοί και πολιτισμικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη χρονική στιγμή και στο βαθμό μετάβασης. Ο φόβος των γονέων, η ανάγκη τους να συνεχίσουν την εμπλοκή τους (Giarelli, Bernhardt & Pyeritz, 2008), η αδυναμία τους να αναγνωρίσουν το πότε το παιδί τους είναι έτοιμο για να συμβεί αυτό, είναι κάποιοι από αυτούς, παρότι, η γονεϊκή υποστήριξη έχει τη δυνατότητα να αυξήσει την αυτοπεποίθησή τους σχετικά με τις ικανότητές τους (Lindsay, Kingsnorth & Hamdani, 2011) και κατά συνέπεια, τις δεξιότητες εγγραμματισμού υγείας τους. Παρόμοια αποτελέσματα εμφανίζονται σε άλλες έρευνες. Νέοι οι οποίοι διαμένουν με τους γονείς τους εμφανίζουν χαμηλότερο εγγραμματισμό υγείας σε θέματα διατροφικών πληροφοριών όπως μετρώνται με το NVS, συγκριτικά με αυτούς που μένουν μόνοι τους και έχουν την ευθύνη παρασκευής του φαγητού τους (Cha et al., 2014).

Από την άλλη πλευρά, φαίνεται ότι το οικογενειακό πρόβλημα υγείας επιδρά σε άλλες δεξιότητες. Συγκεκριμένα, η ύπαρξη προβλήματος υγείας στην οικογένεια επιδρά θετικά στην πρόθεση ενεργούς πολιτειακής συμμετοχής, αυξάνοντας κατά 40% την πιθανότητα μιας μαθήτριας να εντάσσεται στο εξαιρετικό επίπεδο για τη συγκεκριμένη διάσταση. Η βιωμένη πραγματικότητα της ασθένειας μέσα στην οικογένεια, με τις πρακτικές, υλικές και ψυχοσυναισθηματικά ιδιαίτερες ανάγκες της, μπορεί να επηρεάσει το άτομο, όχι παθητικά παρά αναπτύσσοντας ενσυναίσθηση, εκκινώντας διαδικασίες σκέψης, θέτοντας προβληματισμούς που επιτρέπουν την αναγνώριση της αξίας της υγείας. Μέσα από τη διαδικασία αυτή, αθροίζονται εμπειρίες με τη συνδρομή των οποίων οι μαθητές αποσαφηνίζουν συνισταμένες του κοινωνικού τους ρόλου και ευαισθητοποιούνται προς την κατεύθυνση πρόθεσης ανάληψης προσωπικής ευθύνης για το γενικότερο δημόσιο καλό.

Σχολική επίδοση- Μαθησιακές δυσκολίες

Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας ένας μαθητής με καλύτερη βαθμολογία στο σχολείο δε φαίνεται να έχει στατιστικά σημαντικά αυξημένες πιθανότητες να ανήκει σε υψηλό επίπεδο εγγραμματισμού υγείας. Δεν επιβεβαιώνεται συνεπώς η ερευνητική υπόθεση H2στ.

Το αποτέλεσμα αυτό διαφοροποιείται από την έρευνα των Manganello et al. (2016) στην οποία όσοι έφηβοι από αυτούς που συμμετείχαν είχαν χαμηλούς σχολικούς βαθμούς είχαν χαμηλότερο εγγραμματισμό υγείας όπως αυτός εξετάστηκε με το REALM-Teen και το NVS, τα οποία ωστόσο αποτελούν εργαλεία αξιολόγησης λειτουργικού εγγραμματισμού. Επίσης, τα παιδιά αυτά παρουσίαζαν διαφορές και στην υποκλίμακα σύγχυσης. Συσχέτιση με τις δεξιότητες της κατανόησης και της αποτίμησης παρουσιάζονται και στα μοντέλα της παρούσας έρευνας. Οι πιθανότητες ένταξης σε ανεπαρκές επίπεδο αυξάνονται κατά δύο περίπου φορές με την μετάβαση σε ένα χαμηλότερο επίπεδο βαθμολογίας. Αρνητική συσχέτιση εμφανίζεται και στη διάσταση της αποτίμησης των πληροφοριών, με τον μαθητή που έχει χαμηλή βαθμολογία να έχει 50% υψηλότερη πιθανότητα για ένταξη σε ανεπαρκές επίπεδο. Στο μοντέλο των Wu et al. (2010) εμφανίζεται μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ της σχολικής επίδοσης και των δεξιοτήτων κατανόησης, αξιολόγησης καθώς και συνολικού εγγραμματισμού. Οι ερευνητές αποδίδουν τη μέτρια συσχέτιση στο γεγονός ότι ο εγγραμματισμός υγείας και ο εγγραμματισμός είναι έννοιες που παρουσιάζουν μεταξύ τους διαφοροποίηση. Σε χώρες ωστόσο όπως η δική μας, όπου η αγωγή υγείας δεν αποτελεί γνωστικό αντικείμενο και έννοιες καθώς και δεξιότητες δε διδάσκονται μεθοδικά, τα όρια μεταξύ των δύο θολώνουν, με τον εγγραμματισμό υγείας των μαθητών να δανείζεται ευκολότερα παραμέτρους ανάπτυξης και επιρροής από τον γενικό εγγραμματισμό. Εκτός αυτών, η αρνητική μεταβολή που προκαλεί η χαμηλή βαθμολογία στη λειτουργική μορφή της επικοινωνίας υποδεικνύει ότι περισσότερο ευάλωτοι είναι οι χαμηλόβαθμοι μαθητές, γεγονός το οποίο ενισχύει φαινόμενα διάκρισης που δεν επιτρέπεται να υφίστανται σε ζητήματα υγείας ή και να συντηρούνται μέσα από την τυπική εκπαίδευση λόγω της έλλειψης αγωγής υγείας. Τέλος, η πρόθεση ενεργούς πολιτειακής συμμετοχής είναι μία διάσταση η οποία φαίνεται να επηρεάζεται από τη σχολική επίδοση, εύρημα το οποίο συμφωνεί με τους (Blasko, 2018), οι οποίοι αναφέρουν ότι τα κίνητρα και η πρόθεση συμπεριφοράς συσχετίζονται εκτός από το φύλο και με τη σχολική επίδοση.

Τροχοπέδη στην ανάπτυξη δεξιοτήτων εγγραμματισμού υγείας των παιδιών φαίνεται να αποτελεί η ύπαρξη κάποιας μαθησιακής δυσκολίας. Μία μαθήτρια η οποία αντιμετωπίζει

κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία, εκτιμάται ότι έχει 71% μεγαλύτερη πιθανότητα να εντάσσεται στο «ανεπαρκές» επίπεδο. Το έλλειμμα το οποίο προκαλεί η ύπαρξη μαθησιακής δυσκολίας επιβεβαιώνεται και στα τρία μοντέλα που αναπτύχθηκαν. Κατά συνέπεια, ισχύει η ερευνητική υπόθεση H2ε.

Συμφωνία υπάρχει και στο εύρημα αυτό με την έρευνα των Manganello et al.(2016) στο πόρισμα της οποίας αναφέρεται χαμηλότερο επίπεδο εγγραμματισμού υγείας σε παιδιά που παρουσιάζουν τουλάχιστο μία μαθησιακή δυσκολία επίσης όπως αυτός εξετάζεται με το REALM-Teen και το NVS.

Αρνητικές μεταβολές επισημάνθηκαν σε επιμέρους διαστάσεις. Σχεδόν κατά 50% αυξάνεται, λόγω της ύπαρξης μαθησιακών δυσκολιών, η πιθανότητα ένταξης σε μη εξαιρετικό επίπεδο αυτο-αποτελεσματικότητας και περίπου 45% η πιθανότητα να ανήκει σε μη εξαιρετικό επίπεδο δεξιοτήτων κατανόησης και αποτίμησης των πληροφοριών υγείας. Αντίθετα στον παράγοντα αξιοποίησης της πληροφορίας η ύπαρξη μαθησιακής δυσκολίας αυξάνει σε μικρό ποσοστό την πιθανότητα ένταξης στο τουλάχιστον επαρκές επίπεδο του παράγοντα. Πιθανολογείται ότι λόγω των χαμηλών δεξιοτήτων αυτο-αποτελεσματικότητας στηρίζονται περισσότερο σε προφορικές συμβουλές γονέων ή γιατρών, τις οποίες και ακολουθούν επιδεικνύοντας είτε μεγαλύτερη συμμόρφωση είτε εμπιστοσύνη.

Οι μαθητές με ιδιαίτερες μαθησιακές ανάγκες και οι δυσκολίες που πιθανά αντιμετωπίζουν στην επαφή τους με την ιατρική πληροφορία τη γραπτή ή αυτή που περιέχει μαθηματικά δεδομένα, φαίνεται να αγνοούνται στην ερευνητική αρθρογραφία. Η ίδια έλλειψη ερευνητικών δεδομένων παρατηρείται και για παιδιά με άλλες ιδιαιτερότητες (Chinn, 2014). Λόγω του ολοένα και αυξανόμενου αριθμού διαγνώσεων ατόμων που αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους ζητήματα, προτείνεται περαιτέρω έρευνα ώστε να καταγραφεί η υφή των δυσκολιών που προκύπτουν στο περιβάλλον των ιατρικών αλλά και γενικότερα των κειμένων και συνθηκών υγείας καθώς και ο βέλτιστος τρόπος επικοινωνίας της πληροφορίας.

Βαθμός προτίμησης στα γνωστικά αντικείμενα Βιολογίας και Πληροφορικής

Ένα όχημα προώθησης του εγγραμματισμού υγείας φαίνεται ότι μπορεί να αποτελέσει το μάθημα της Βιολογίας. Μαθήτρια με χαμηλή προτίμηση στο μάθημα της βιολογίας εμφανίζει 60% περισσότερες πιθανότητες για ανεπαρκές επίπεδο εγγραμματισμού. Αυτού του είδους η επίδραση εμφανίζεται και στα τρία μοντέλα. Οι Zarcadoolas, Pleasant & Green (2003) θεωρούν

τη γνώση βασικών επιστημονικών εννοιών, την αντίληψη της αβεβαιότητας της επιστήμης καθώς και την προσαρμογή σε αυτή την αντίληψη ως μέρος του επιστημονικού εγγραμματισμού που σύμφωνα με αυτούς αποτελεί βασική συνιστώσα του εγγραμματισμού υγείας. Μέσω της Βιολογίας ο μαθητής μπορεί να έρθει σε επαφή με την εννοιολογική γνώση καθώς και τη γνώση βιολογικών μηχανισμών που θα του επιτρέψουν την ανάπτυξη της κατανόησης πληροφοριών που σχετίζονται με θέματα υγείας και συνεπακόλουθα την απόρριψη μύθων π.χ. για ασθένειες όπως ο HIV (Keselman, Kaufman, & Patel, 2004·Keselman et al., 2007). Πράγματι τα δεδομένα μας έρχονται σε αντιστοιχία με την άποψη αυτή. Ένας μαθητής με προφίλ χαμηλής προτίμησης για τη βιολογία έχει 73% περισσότερες πιθανότητες να εντάσσεται σε μη εξαιρετικό επίπεδο κατανόησης πληροφοριών υγείας. Επίσης, οι χαμηλότεροι βαθμοί προτίμησης στο συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο συνδέονται με χαμηλές δεξιότητες και στη διάσταση της εύρεσης πληροφοριών, μέσω της οποίας θα μπορούσε να εμπλουτίσει το σώμα της εννοιολογικής του γνώσης.

Επιπροσθέτως, διαδραματίζει ρόλο στην αποτίμηση των πληροφοριών. Η πιθανότητα του μαθητή να κρίνει «πάντα» ή έστω «πολύ συχνά» την επιστημονικότητα των πληροφοριών υγείας εκτιμάται σχεδόν διπλάσια από το να απαντήσει «ποτέ», εάν η προτίμησή του στη Βιολογία εκκινά από ένα μέσο τουλάχιστον επίπεδο. Εκφράζοντας το ίδιο επίπεδο προτίμησης, έχει επίσης κατά μέσο όρο, μιάμιση φορά μεγαλύτερη πιθανότητα να μπορεί να κρίνει «πολύ συχνά» ή «πάντα», συγκριτικά με το «ποτέ», ποιες πηγές πληροφοριών μπορεί να εμπιστευτεί. Ειδικά για τις περιπτώσεις όπου εμπλέκεται πληροφόρηση από τα ΜΜΕ σύμφωνα με τους Keselman et al. (2015), η επιτυχής εφαρμογή καινοτόμων προγραμμάτων δείχνει αύξηση του βαθμού εννοιολογικής γνώσης, την ανάπτυξη δεξιοτήτων ερμηνείας δεδομένων και αξιολόγησης κινδύνου, και επιπλέον ανάπτυξη των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και του αισθήματος αυτο-αποτελεσματικότητας αναφορικά με τη δυνατότητα προσέγγισης νέων γνώσεων (Jacque et al., 2016).

Πράγματι, η λειτουργική μορφή επικοινωνίας επηρεάζεται από τη σχέση του μαθητή με τη βιολογία. Μαθητής με χαμηλό βαθμό προτίμησης έχει περίπου 80% μεγαλύτερη πιθανότητα να εντάσσεται σε ανεπαρκές επίπεδο. Αυτό συνεπάγεται ότι δυσκολεύεται, σε μεγαλύτερο βαθμό, να επικοινωνήσει με το γιατρό του ώστε να του δώσει τα απαραίτητα στοιχεία που αυτός χρειάζεται για τη διάγνωσή του. Χαμηλές δεξιότητες στη συγκεκριμένη μορφή επικοινωνίας ωστόσο ενισχύουν την πιθανότητα να επηρεαστεί η αλληλεπιδραστική και η κριτική μορφή της.

Τέλος, ο ανώτερος βαθμός προτίμησης φαίνεται να συνδυάζεται με αυξημένη πιθανότητα για μεγαλύτερη πρόθεση ενεργούς πολιτειακής συμμετοχικότητας.

Κατά τον Zeyer (2012), ο συνδυασμός της διδασκαλίας της επιστήμης με την υγεία μπορεί να αποτελέσει μία συνθήκη αμοιβαίου οφέλους για την οικοδόμηση γνώσεων και δεξιοτήτων τόσο σε επίπεδο επιστημονικού εγγραμματισμού όσο και σε επίπεδο εγγραμματισμού υγείας. Ενώ αδιαμφισβήτητα η βιολογική γνώση από μόνη της δε συνιστά εγγραμματισμό υγείας, ο οποίος οικοδομείται σε δια βίου διαδικασία, της οποίας η έναρξη οφείλει να τοποθετείται το νωρίτερο δυνατό, οφείλουμε να αντιληφθούμε ότι η ενίσχυση του μαθήματος θα αποβεί διπλά ωφέλιμη. Αφενός, μέσω της βελτίωσης των δεξιοτήτων επιστημονικού εγγραμματισμού θα ενδυναμώσει την κριτική άποψη των μαθητών όσον αφορά τη διάκριση μεταξύ επιστημονικών και ψευδοεπιστημονικών απόψεων, αφετέρου όπως σωστά υποστηρίζεται, η σύνδεση περιεχομένου τομέων φυσικών επιστημών, της υγείας και της συσχέτισης της με το περιβάλλον-βοηθά τους μαθητές να κατανοήσουν καλύτερα τους παράγοντες που την επηρεάζουν, προσφέρει δυνατότητα σύνδεσης του επιστημονικού, του προσωπικού και του κοινωνικού και κατά συνέπεια την υπεύθυνη κοινωνική δράση (Keselman, Hundal, & Smith, 2012).

Όσον αφορά στο βαθμό προτίμησης στην πληροφορική, παρατηρείται ότι μόνο σε πολύ υψηλό επίπεδο βαθμού προτίμησης συντελεί θετικά στην ένταξη των μαθητών σε υψηλότερο επίπεδο εγγραμματισμού. Αν ένας μαθητής δεν παρουσιάζει ενδιαφέρον για την πληροφορική έχει πάνω από μία φορά παραπάνω πιθανότητα να βρίσκεται στο μη εξαιρετικό επίπεδο αντί του εξαιρετικού. Εάν η προτίμηση ανέβει ένα βαθμό τότε η πιθανότητα αυτή μειώνεται περίπου στο μισό. Ο πληροφοριακός εγγραμματισμός σχετίζεται ως ένα βαθμό με τον εγγραμματισμό υγείας. Ορισμένοι ερευνητές θεωρούν ότι πρόκειται για βασική διάσταση του εγγραμματισμού υγείας. Οι δύο τύποι εγγραμματισμών αποτελούν μέρος ενός ευρύτερου δικτύου των γραμματισμών, παρουσιάζουν πολυπλοκότητα διαστάσεων εκ των οποίων κάποιες, όπως επί παραδείγματι ο εγγραμματισμός, η κατανόηση, η τεχνολογική δεξιότητα, η εύρεση πληροφορίας είναι κοινές (Lawless, Toronto & Grammatica, 2016).

Σύμφωνα με τα δεδομένα μας, ο υψηλότερος βαθμός προτίμησης στην πληροφορική επιδρά θετικά και στη διάσταση της αποτίμησης της πληροφορίας. Ο μέσος βαθμός προτίμησης στην κλίμακα από ένα ως πέντε αυξάνει κατά 25% τις πιθανότητες να εντάσσονται οι μαθητές σε εξαιρετικό επίπεδο δεξιοτήτων αποτίμησης. Μαθητές με υψηλό βαθμό προτίμησης, πιθανά

να έχουν εκτεθεί σε περισσότερες ευκαιρίες κριτικής σκέψης και αξιολόγησης των πληροφοριών. Ωστόσο, δεν παρουσιάζουν υψηλότερη δεξιότητα εύρεσης πληροφορίας. Από τους μαθητές που δηλώνουν τα υψηλότερα ανώτερα άκρα προτίμησης - 4 και 5- στην πληροφορική μόνο το 30% δηλώνει ότι μπορεί να βρει πολύ συχνά ή πάντα χρήσιμες πληροφορίες για την υγεία του στο διαδίκτυο και το ίδιο περίπου ποσοστό (31%) δηλώνει ότι μπορεί να βρει πληροφορίες φροντίδας και προαγωγής υγείας. Το εύρημα υποδεικνύει ότι το πεδίο της υγείας έχει αυξημένες απαιτήσεις και ιδιαιτερότητες. Σε μία περίοδο όπου κάθε πληροφορία τείνει να μεταφέρεται κυρίως με ηλεκτρονικό τρόπο οι μαθητές θα πρέπει να διαθέτουν δεξιότητες να την προσεγγίσουν αρχικά και στη συνέχεια να προβούν στην επεξεργασία αξιολόγησης και λήψης απόφασης.

Ο πληροφοριακός εγγραμματισμός δημιουργεί κριτικά σκεπτόμενα άτομα τα οποία αναλαμβάνουν την ευθύνη για τη μάθησή τους, ωστόσο εάν λείπει η επιστημονική γνώση, η ικανότητα των ατόμων να κρίνουν και να αξιολογούν την επιστημονικότητα των πληροφοριών υγείας που συναντούν επηρεάζεται. Ενδεχομένως, η λανθασμένη εκτίμηση για ένα πρόβλημα υγείας να στρέψει σε λάθος κατεύθυνση την έρευνα με αποτέλεσμα τη συλλογή λανθασμένων πληροφοριών (Keselman, Browne, & Kaufman, 2008). Βέβαια, οι ψηφιακές δεξιότητες αποτελούν επιθυμητές και αναγκαίες δεξιότητες οι οποίες δρουν συμπληρωματικά στη βελτίωση του εγγραμματισμού υγείας, ειδικά στο σύγχρονο πλαίσιο της ψηφιακής εποχής μας, όπου η αλληλεπίδραση με τα ψηφιακά συστήματα αυξάνεται τόσο σε βαθμό όσο και σε εύρος.

Οι νέες τεχνολογίες ωστόσο θα μπορούσαν να αποτελέσουν μέσο βελτίωσης του εγγραμματισμού υγείας για τα παιδιά τα οποία παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες καθώς μπορούν να συμβάλλουν στο διαφορετικό τρόπο παρουσίασης της πληροφορίας και στην υποστήριξη της περαιτέρω ανάπτυξης δεξιοτήτων εγγραμματισμού που καλύπτουν ως ένα βαθμό τις ιδιαίτερες διδακτικές ανάγκες τους, όπως επί παραδείγματι προτείνεται μέσω των «serious games» (Salanterä, 2017). Η χρήση των βιντεοπαιχνιδιών αποτελεί πλέον κοινό τόπο για τα παιδιά, τα οποία μπορούν τόσο να μάθουν όσο και να αλληλοεπιδράσουν μέσα από σενάρια καθημερινής πραγματικότητας (Hur, Lee & Schmid, 2015), σε εφαρμογές κατάλληλες για κινητό τηλέφωνο οι οποίες ενισχύουν τον εγγραμματισμό υγείας στο πεδίο της χρήσης καπνού και αναπτύσσουν δεξιότητες διακοπής καπνίσματος (Parisod, 2018). Το ενδιαφέρον των μαθητών για την απόκτηση νέων γνώσεων υγείας αποτελεί πρόσφορο έδαφος.

Επίδραση της οικονομικής κρίσης

Ανασταλτικό παράγοντα στην οικοδόμηση δεξιοτήτων του εγγραμματισμού υγείας αποτελούν οι οικονομικές αντιξοότητες. Οι μαθητές των οποίων οι οικογένειες έχουν εξαναγκασθεί, λόγω της οικονομικής κρίσης, να μειώσουν τις επισκέψεις σε γιατρούς ή δυσκολεύονται να προμηθευτούν φάρμακα, προφανώς βιώνουν σχετική φτώχεια. Ένα ποσοστό εξ αυτών το οποίο ζει σε μεγαλύτερες πόλεις πιθανά να βιώνει επιπλέον στοιχεία αστικής φτώχειας, η οποία συνδυάζεται με χρόνιους ή αιφνίδιους στρεσογόνους παράγοντες.

Η ανάπτυξη των μοντέλων υποδεικνύει ότι ο παράγοντας αυτός επιδρά σε δύο πολύ σημαντικές, για τους μαθητές, διαστάσεις του εγγραμματισμού υγείας. Μία εξ αυτών η διάσταση της αυτο-αποτελεσματικότητας. Αν ένας μαθητής/ρια βιώνει τέτοιου βαθμού μείωση εισοδήματος, η πιθανότητα να ανήκει σε «μη εξαιρετικό» επίπεδο της συγκεκριμένης διάστασης εκτιμάται αυξημένη κατά 115%. Μειωμένο αίσθημα αυτο-αποτελεσματικότητας είναι προφανές ότι θα οδηγήσει σε μειωμένη ή χαμηλότερης ποιότητας εμπλοκή με ζητήματα υγείας. Με δεδομένο ότι στην περίπτωση των εφήβων η υγεία σχετίζεται με την οικονομική κατάσταση της οικογένειας (Currie et al., 2008) και ότι η φτώχεια επηρεάζει την ευημερία του ατόμου σε πολλαπλά επίπεδα, όπως φυσικό, κοινωνικοσυναισθηματικό αλλά και γνωστικό, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι μαθητές αυτοί έχουν αυξημένες ανάγκες σωματικής αλλά και ψυχικής υγείας, τις οποίες όχι μόνο δυσκολεύονται να ικανοποιήσουν εξαιτίας του πλαισίου στο οποίο διαβιών αλλά και λόγω του χαμηλού βαθμού αυτο-αποτελεσματικότητας που θεωρούν ότι διαθέτουν. Παρόμοια, τα ευρήματα και στην έρευνα των Manganello et al. (2016), σύμφωνα με την οποία, τα παιδιά τα οποία λαμβάνουν δωρεάν γεύματα στο σχολείο έχουν χαμηλότερο επίπεδο εγγραμματισμού υγείας, σύμφωνα με τα REALM-Teen και NVS, εργαλεία αξιολόγησης της λειτουργικής διάστασης, καθώς επίσης εμφανίζουν υψηλότερο σκορ στην υποκλίμακα σύγχυσης του δικού τους εργαλείου. Περαιτέρω διερεύνηση μπορεί να πραγματοποιηθεί σε σχολεία φτωχότερων περιοχών για την καταγραφή του τρόπου με τον οποίο εμπλέκονται οι μαθητές με την πληροφορία υγείας και τις ιδιαίτερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στη διαδικασία αυτή.

Οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες λειτουργούν είτε άμεσα μέσω της οικονομικής ανέχειας η οποία οδηγεί σε ανεπάρκεια υλικών αγαθών, διαβίωση σε ανθυγιεινά περιβάλλοντα, κακή διατροφή και στρεσογόνα καθημερινότητα, είτε έμμεσα μέσω της διαφοράς στην ποιότητα εκπαίδευσης, την κατά συνέπεια προβληματική επαγγελματική αποκατάσταση, την ανεπαρκή

ιατρική κάλυψη και την υιοθέτηση ανθυγιεινών συνηθειών ως μέσο απόδρασης από την πραγματικότητα (Stewart-Brown, 2000). Συνεπώς, το άτομο δυσκολεύεται να ικανοποιήσει τις ανάγκες του, να επιτύχει τους στόχους του, να προσαρμοστεί σε φυσικά και κοινωνικά περιβάλλοντα και να ζήσει χωρίς δυστυχία και δυσφορία, δυσκολεύεται να είναι υγιές (Forrest, 2014).

Οι παράμετροι αυτοί παρουσιάζουν αιτιακή σύνδεση με τον χαμηλό εγγραμματισμό υγείας (IOM, 2004), ενώ ταυτόχρονα η συσχέτιση αυτή προεκτείνεται για να συμπεριλάβει και διαφορετικές συμπεριφορές υγείας. Θεωρείται ότι λειτουργεί ως κρίκος που συνδέει τις κοινωνικές ανισότητες και τις ανισότητες υπηρεσιών υγείας, κατά συνέπεια το επίπεδό του επηρεάζει την έκβαση υγείας των ατόμων (Mantwill, Monestel-Umaña & Schulz, 2015). Τα ερευνητικά μας δεδομένα συνδέονται και στηρίζουν την άποψη αυτή. Οι φτωχοί μαθητές του δείγματός μας έχουν λιγότερες πιθανότητες να αξιοποιήσουν σε μεγάλο βαθμό τις πληροφορίες υγείας που διαθέτουν. Συγκεκριμένα έχουν κατά 68% μειωμένες πιθανότητες να έχουν εξαιρετικό επίπεδο αξιοποίησης και αυτή είναι η δεύτερη δεξιότητα που επηρεάζεται αρνητικά από τα οικονομικά προβλήματα. Σε χώρες όπου η υγεία αντιμετωπίζεται ως ανθρώπινο δικαίωμα και θέμα κοινωνικής λειτουργίας και το κράτος προωθεί βελτιωτικές παρεμβάσεις και προγράμματα ευαισθητοποίησης, ο εγγραμματισμός υγείας φαίνεται να μη συσχετίζεται με δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το εισόδημα (Yang et al., 2013). Δικαίως λοιπόν, εγγραμματισμός υγείας θεωρείται «ζήτημα κοινωνικής δικαιοσύνης» (Hill, 2004).

Η ανάγκη ευαισθητοποίησης και παρέμβασης πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τη σχολική κοινότητα. Η διαδικασία κοινωνικοποίησης στο σχολείο επιφέρει αλλά και αυξάνει τις ιδιότυπες πιέσεις, όπως το άγχος του κινδύνου απόρριψης, που δέχονται οι φτωχότεροι μαθητές όταν συγκρίνονται με τους συμμαθητές τους που είναι σε καλύτερη οικονομική κατάσταση (Jensen, 2009) οδηγώντας τους πολλές φορές σε λανθασμένες συμπεριφορές υγείας. Η συζήτηση θεμάτων υγείας εντός τάξης και η συνολική αντιμετώπιση των ζητημάτων αυτών από τη σχολική κοινότητα θα πρέπει να διέπεται από ευαισθησία και ενσυναίσθηση των προβλημάτων που μπορεί να αντιμετωπίζουν αυτοί οι μαθητές.

Το επίπεδο υγείας και ο βαθμός στον οποίο αυτή διαχέεται με ισότιμο τρόπο στα μέλη της εξαρτώνται αφενός σε ένα ποσοστό από το σύστημα υγείας, αφετέρου από περιβαλλοντικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007 ό.α. στο Καραϊσκού, Μαλλιαρού & Σαράφης, 2012). Η θεώρηση της υγείας ως κοινωνικό αγαθό και

αποτέλεσμα δικαιοσύνης γίνεται αντιληπτή από τους συμμετέχοντες στην έρευνα μαθητές. Περισσότεροι από τους μισούς θεωρούν ότι η υγεία είναι δικαίωμα το οποίο πρέπει να προστατεύεται από το κράτος. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, CSDH 2008) , το προσδόκιμο ζωής ενός κοριτσιού της σύγχρονης εποχής κυμαίνεται από 45 έως 80 χρόνια αναλόγως της χώρας στην οποία θα γεννηθεί. Αλλά και εντός των χωρών επίσης υπάρχουν δραματικές διαφορές στην υγεία που συνδέονται στενά με το μέγεθος του κοινωνικού μειονεκτήματος. Πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές δυνάμεις διαμορφώνουν τις πολιτικές και τις συνθήκες οι οποίες έχουν *«καθοριστικό αντίκτυπο στο αν ένα παιδί μπορεί να αναπτυχθεί και να αναπτύξει πλήρως το δυναμικό του, να ζήσει μια ακμάζουσα ζωή ή αν η ζωή του θα υποστεί βλάβη..»* (WHO, CSDH 2008 σ. iii).

Προσωπικό περιβάλλον

Αυξημένο φορτίο βαρύτητας (επιρροής) στην ανάπτυξη δεξιοτήτων εγγραμματισμού υγείας φέρουν οι μεταβλητές που αναφέρονται στο περιβάλλον του μαθητή. Το επίπεδο δεξιοτήτων συσχετίστηκε αρχικά με την αντίληψη των μαθητών σχετικά με το βαθμό δυνατότητας του περιβάλλοντος να επηρεάσει τον έφηβο θετικά σε θέματα υγείας. Στη συνέχεια συσχετίστηκε με το βαθμό, της αντιλαμβανόμενης από τον μαθητή, υποστήριξης που παρέχεται στον ίδιο από το περιβάλλον του.

Η αντίληψη των μαθητών σχετικά με το βαθμό δυνητικής θετικής επιρροής του περιβάλλοντος σε έναν έφηβο συσχετίστηκε θετικά τόσο με το σύνολο όσο και με όλες τις διαστάσεις του εγγραμματισμού υγείας. Αναφερόμενοι στο συνολικό εγγραμματισμό, φαίνεται ότι εάν ένας μαθητής θεωρεί ότι το περιβάλλον και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται ένας έφηβος δεν μπορούν να τον επηρεάσουν σε θετική κατεύθυνση για θέματα υγείας, τότε ο μαθητής αυτός έχει, περισσότερες από δύο φορές, μεγαλύτερη πιθανότητα να εντάσσεται σε ανεπαρκές επίπεδο εγγραμματισμού υγείας. Ειδικότερα, ο ίδιος μαθητής έχει περίπου δύομισι φορές περισσότερες πιθανότητες να εντάσσεται σε ανεπαρκές επίπεδο κατανόησης πληροφορίας, μιάμιση περίπου φορά για ανεπαρκές επίπεδο αποτίμησης καθώς και λειτουργικής και αλληλεπιδραστικής επικοινωνίας με το γιατρό και πάνω από τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για χαμηλό επίπεδο πρόθεσης ενεργούς πολιτειακής συμμετοχής. Αυξημένες είναι οι πιθανότητες να βρίσκεται ο μαθητής σε ανεπαρκές επίπεδο δεξιοτήτων και στις υπόλοιπες διαστάσεις του εγγραμματισμού υγείας.

Ανάλογη εμφανίζεται και η επίδραση που έχει στον εγγραμματισμό υγείας του μαθητή ο βαθμός υποστήριξης που λαμβάνει από το περιβάλλον του σε θέματα υγείας. Όσον αφορά αυτή την επίδραση, ενδεικτικά αναφέρουμε ότι στην περίπτωση που ο έφηβος θεωρεί ότι δεν υποστηρίζεται έχει περίπου τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εντάσσεται στο ανεπαρκές επίπεδο εγγραμματισμού υγείας. Ειδικότερα η πιθανότητα να ανήκει στο χαμηλό επίπεδο κατανόησης και αξιοποίησης της πληροφορίας είναι δύο φορές μεγαλύτερη εάν δεν υποστηρίζεται από το περιβάλλον του, και μία φορά για τη διάσταση της αποτίμησης. Οι δεξιότητες αλληλεπιδραστικής επικοινωνίας εμφανίζουν επτά φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι ανεπαρκείς. Αυξημένη πάνω από δύο φορές παρουσιάζεται η πιθανότητα να είναι σε ανεπαρκές επίπεδο και οι δεξιότητες της κριτικής διάστασης της επικοινωνίας.

Υποστηρίζεται ότι η ιδιαίτερη κουλτούρα των παιδιών αντανακλά το περιβάλλον τους (Morrow, 2001), μέσα από τις διαφορετικές πτυχές του. Ως εξωτερικός χώρος στον οποίο κινούνται, το περιβάλλον μπορεί να τους γεννά ανάμεικτα συναισθήματα ευχαρίστησης και ανασφάλειας ταυτόχρονα (Castonguay & Jutras, 2009). Μπορεί να τους δίνει ή να τους αφαιρεί ερεθίσματα υγείας όπως τη δυνατότητα να ασκηθούν, να έχουν καθαρότερο ατμοσφαιρικό αέρα, να είναι φιλικό ή αντίθετα μη διευκολυντικό για την ανάπτυξή τους.

Ως κοινωνικό πλαίσιο, μπορεί να είναι αποτελεσματικό είτε λειτουργικά (ως κάλυψη απτών αναγκών και μείωση της αβεβαιότητας), είτε συναισθηματικά (μέσω της προώθησης της αυτοπεποίθησης) όταν αυξάνεται η συνοχή του, όταν τα άτομα που ζουν σε αυτό μπορούν να μοιραστούν κοινή κουλτούρα, να αναπτύξουν συλλογική εμπειρία. Στη βάση της λογικής του εγγραμματισμού υγείας ως πλεονέκτημα για τον άνθρωπο, βρίσκουμε στοιχεία όπως τα οικογενειακά και φιλικά δίκτυα, την αλληλεγγύη, τη συνοχή, τους περιβαλλοντικούς πόρους που αιτούνται για όλες τις μορφές υγείας (Makara, 2013). Το κοινωνικό κεφάλαιο δρα υποστηρικτικά τόσο στο άτομο, όσο και στα συστήματα που το περιβάλλουν όπως η οικογένεια, ενώ συνδέεται με μία σειρά βελτιωμένων δεικτών υγείας (Shiell, Hawe & Kavanagh, 2018) και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας με αυξημένες δεξιότητες εγγραμματισμού υγείας. Μέσα στο περιβάλλον τους τα άτομα δραστηριοποιούνται καθημερινά και οι προσωπικοί, περιβαλλοντικοί και θεσμικοί παράγοντες που αλληλεπιδρούν εντός αυτού, επηρεάζουν την υγεία του ατόμου (WHO, 1998). Πράγματι, ενώ πολλές φορές, οι συμπεριφορές υγείας φαίνεται ότι αφορούν το άτομο και αποτελούν προσωπικές επιλογές του, οι αποφάσεις αυτές λαμβάνονται μέσα στο κοινωνικό πεδίο. Το αίσθημα του ανήκειν, οι σχέσεις που

διαμορφώνει με τους ανθρώπους αλλά και η αρμονικότητα του φυσικού ή δομημένου περιβάλλοντος μέσα στο οποίο κινείται και σχηματίζει εικόνες είναι σημαντικοί προσδιοριστές τόσο των δεξιοτήτων υγείας όσο και των πεποιθήσεών του. Τα παιδιά μέσα σε μία κοινότητα σχηματίζουν δίκτυα, αποκτούν τοπική ταυτότητα, αναπτύσσουν συγκεκριμένες στάσεις απέναντι στο περιβάλλον καθώς αλληλεπιδρούν με τους φορείς της πόλης και τις δυνατότητες που τους παρέχουν.

Ο Κριτσωτάκης (2011) αναφέρεται στο «Φαινόμενο του Χαμαιλέοντα» ως ένα από τους πιθανούς μηχανισμούς εξήγησης της θετικής κυρίως επιρροής του περιβάλλοντος ως κοινωνικού κεφαλαίου στις συμπεριφορές υγείας, ο οποίος μπορεί να δράσει ανεξάρτητα από ατομικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά. Σύμφωνα με αυτόν τον μηχανισμό, τα άτομα εμφανίζουν αυξημένες πιθανότητες να εμπλακούν σε μία συμπεριφορά, εάν αυτή συνηθίζεται να συμβαίνει στον κοινωνικό περίγυρο του ατόμου, χωρίς απαραίτητα να τη συνειδητοποιούν. Το φαινόμενο αυτό βασίζεται στο γεγονός ότι, βάσει φυσιολογικών διεργασιών, ο ανθρώπινος εγκέφαλος διαχειρίζεται τα ληφθέντα εξωτερικά ερεθίσματα αυτόνομα, χωρίς απαραίτητα να συνειδητοποιεί το ερέθισμα και την αντίδραση. Ως αποτέλεσμα αναφέρεται η διαμόρφωση ενός «συνόλου αντιλήψεων» (2011, σ. 92), καθιστώντας την άποψη του τι είναι σωστό ή αποδεκτό, ως έκβαση συλλογικού κοινωνικού καθορισμού.

Αυτό συνεπάγεται ότι στην προσπάθεια αποτελεσματικής προσέγγισης βελτίωσης πρακτικών οφείλει να κατανοείται και να γίνεται αντιληπτή η συνέργεια και η προστιθέμενη αξία της προσέγγισης των περιβαλλόντων (McLeroy et al., 1988) και αυτό σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας είναι ιδιαίτερα σημαντικό όταν αναφερόμαστε σε δεξιότητες εγγραμματοσμού υγείας. Σύμφωνα με την Μοργου (2004), τα σχολεία θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους ότι ο τρόπος που τα παιδιά βιώνουν, αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν τα μηνύματα υγείας επηρεάζεται από το περιβάλλον, και να αναπτύξουν δυνατότητες σχετικά με πρακτικές αγωγής υγείας οι οποίες να ταιριάζουν με την κουλτούρα των παιδιών που εξυπηρετούν. Η άποψη αυτή, οδηγεί ταυτόχρονα στην ανάγκη διερεύνησης και παρατήρησης έκαστου περιβάλλοντος, της καταγραφής των συμπεριφορών, των αναγκών και των θεμάτων υγείας που απασχολούν την κοινότητα.

Παράλληλα, θέτει ουσιαστικά ερωτήματα, αναφορικά με τον βαθμό που επιλέγει η κάθε κοινότητα αλλά και η ευρύτερη πολιτεία να δημιουργήσει υποστηρικτικά περιβάλλοντα υγείας, τα οποία θα είναι διαθέσιμα και προσβάσιμα για πληροφορία και υποστήριξη σε μαθητές και

εφήβους διαφορετικών αναγκών. Πρόκειται για την επιβεβαίωση της σημαντικότητας, σε πρακτικό πλέον επίπεδο, της ανταποκρισιμότητας των συστημάτων που περιβάλλουν τον μαθητή/έφηβο όπως αυτή περιλαμβάνεται στον ορισμό που αναπτύχθηκε στην παρούσα εργασία. Στο βαθμό που ενδιαφερόμαστε για το σχολικό περιβάλλον και την ανταποκρισιμότητά του όσον αφορά τον εγγραμματισμό υγείας, είναι σημαντικό να διασφαλίζονται ευκαιρίες συμμετοχής των εμπλεκομένων στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων (Samdal & Rowling, 2013). Σε κεντρικό πολιτικό επίπεδο, αυτό αντιστοιχεί στη λειτουργική συνεργασία των τομέων εκπαίδευσης και υγείας καθώς και την παροχή δυνατοτήτων εκ μέρους της πολιτείας να λειτουργήσει το σχολείο ως οργανισμός εγγράμματος στην υγεία κάνοντας κτήμα του τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που θεωρητικά απαιτούνται για αυτό (Brach et al., 2012). Η συνεργασία αποτελεί ένα μέσο ώστε οι τομέας της υγείας να κατανοήσει ότι η προώθηση της υγείας για να είναι επιτυχής πρέπει να εφαρμοστεί στο πλαίσιο ενός εκπαιδευτικού οργανισμού. Η γνώση του τρόπου με τον οποίο τα σχολεία εξελίσσονται ως οργανισμοί που έχουν ως γνώμονα την υγεία, και ο τρόπος με τον οποίο το σχολικό προσωπικό που ασχολείται με την αγωγή υγείας -εφόσον αυτό υπάρχει-επιφέρει αλλαγές είναι αναγκαία τόσο για τη βελτίωση των σχολικών εμπειριών όσο και τον εγγραμματισμό υγείας (Samdal & Rowling, 2011). Λαμβάνοντας το άτομο υποστήριξη από το περιβάλλον του και αυξάνοντας τον εγγραμματισμό υγείας του, σηματοδοτείται η μετάβαση προς τον κριτικό εγγραμματισμό υγείας ο οποίος συνεπάγεται αντίστροφο όφελος προς το περιβάλλον.

Ωστόσο, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη το γεγονός ότι όπως το περιβάλλον έχει επίδραση πάνω στα άτομα, έτσι και τα ίδια άτομα έχουν τη δυνατότητα να διαμορφώσουν περιβάλλοντα με τέτοιο τρόπο που είτε να δημιουργούν είτε να επιλύουν προβλήματα. Αλλαγές στα περιβάλλοντα συνεπάγονται αλλαγές στα άτομα και αντίστροφα (Doris et al., 2007). Οι κοινωνικές/κοινωνικογνωστικές θεωρίες μάθησης επισημαίνουν ότι τα άτομα αυτορρυθμίζουν τα περιβάλλοντα και τις πράξεις τους, και δρουν πάνω σε αυτά. Δημιουργούν περιβάλλοντα και επηρεάζονται από αυτά. Το άτομο αποκτά νέες συμπεριφορές και δεξιότητες ή αλλάζει συμπεριφορά παρατηρώντας τη συμπεριφορά άλλων ανθρώπων και τις συνέπειες των πράξεων τους (Κολιάδης, 1991). Η διαδικασία της παρατήρησης δεν έχει νομοτελειακό χαρακτήρα καθώς το κάθε άτομο είναι δεσμευμένο να ακολουθεί τα βήματα εκείνων των ανθρώπων του περιβάλλοντός του οι οποίοι λειτουργούν ως μοντέλα (Ποταμιάνος, 2002). Η προσέγγιση αυτή υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά του ατόμου εξηγείται ως μια αλληλεπίδραση ανάμεσα στο

άτομο και το περιβάλλον, μια διαδικασία που ο Bandura αποκαλεί *αμοιβαίο προκαθορισμό* (Pervin & John, 2001) ή αμφίπλευρη αιτιοκρατία (Κολιάδης, 1991). Με άλλα λόγια, οι ενέργειες και πράξεις του ανθρώπου δεν κατευθύνονται ούτε μόνο από τις εσωτερικές έμφυτες δυνατότητες ούτε ελέγχονται αποκλειστικά από το περιβάλλον, από τα ερεθίσματα και από τις έκδηλες πράξεις του ατόμου. Χωρίς να είναι αυτόματη, μηχανιστική, στηρίζεται στις εσωτερικές δυνάμεις του ατόμου. Τέτοιες δυνάμεις είναι τα κίνητρα, οι συναισθηματικές καταστάσεις και οι πολύπλοκες εσωτερικές διεργασίες.

Ενδιαφέρον Απόκτησης γνώσεων

Σε πλήρη συμφωνία και σε συνέχεια των παραπάνω, τα ερευνητικά μας δεδομένα υπογραμμίζουν την εξαιρετική σημαντικότητα μίας άλλης παραμέτρου, του ενδιαφέροντος του μαθητή για την απόκτηση νέων γνώσεων υγείας. Για μία μαθήτρια που πληροί τα χαρακτηριστικά του τουλάχιστον επαρκούς προφίλ, όπως παρουσιάστηκε στο προαναφερόμενο μοντέλο Α, η πιθανότητα να εντάσσεται σε εξαιρετικό επίπεδο εάν δεν ενδιαφέρεται για την απόκτηση νέων γνώσεων είναι σχεδόν μηδενική. Ταυτόχρονα, η πιθανότητα να εντάσσεται στην υποομάδα του δείγματος με το χαμηλότερο συνολικό εγγραμματισμό υγείας είναι σχεδόν εννέα φορές μεγαλύτερη.

Η διαφορά των πιθανοτήτων είναι ιδιαίτερος σαφής. Σύμφωνα με την περίπτωση του μοντέλου Γ, βάσει του οποίου ενδιαφερόμαστε για τις παραμέτρους που ρυθμίζουν τις πιθανότητες ένταξης στο χαμηλότερο 30% του συνολικού εγγραμματισμού υγείας, διαπιστώνουμε ότι η αλλαγή στο βαθμό προτίμησης από το πάρα πολύ στο καθόλου αυξάνει κατά εννέα σχεδόν φορές την πιθανότητα η μαθήτρια να ανήκει στο επίπεδο αυτό. Η μεταβολή της προτίμησης από «αρκετά» σε «καθόλου», συνεπάγεται αύξηση της πιθανότητας να εντάσσεται στο ανεπαρκές κατά 2μιση φορές (+258%).

Το ενδιαφέρον για γνώση είναι εσωτερικό κίνητρο, συνυφασμένο με την λειτουργία του ανθρώπινου νου και την τάση του να μαθαίνει (Χριστοδούλου, 2018), εκφρασμένο ήδη στον ορθό λόγο του Αριστοτέλη (Μετά τα φυσικά 980, α 21) μέσω της φράσης του: «Πάντες άνθρωποι τοῦ εἰδέναι ὀρέγονται φύσει», η οποία αναδεικνύει την έμφυτη τάση του ανθρώπου προς τη γνώση. Η ορθότητα της αριστοτελικής ιδέας δεν έχει αμφισβητηθεί. Το κίνητρο βρίσκεται στο επίκεντρο βιολογικών γνωστικών και κοινωνικών ρυθμιστικών διαδικασιών, ωστόσο η σημαντικότητά του και κυρίως στο πλαίσιο της καθημερινότητας, έγκειται ιδιαίτερος

στην ικανότητά του να δημιουργεί. Αφορά ενέργεια, κατεύθυνση, επιμονή, όλες τις πτυχές της ενεργοποίησης και της πρόθεσης (Ryan & Deci, 2000). Τα άτομα νοηματοδοτούν τα ερεθίσματα πραγματικών ή και φαντασιακών περιβαλλόντων και αυτές οι νοηματοδοτήσεις λειτουργούν ως πρόδρομοι των ενεργειών και των πράξεών τους. Στις αλληλεπιδράσεις τους με το περιβάλλον ψάχνουν για θετική ανατροφοδότηση. Η επιτυχία στην ικανοποίηση των αναγκών και στην πραγματοποίηση των προσπαθειών για ανάπτυξη εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη διαπροσωπική δυναμική του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο συμβαίνουν οι αλληλεπιδράσεις αυτές. Η δύναμη των κοινωνικών πλαισίων είναι δραματική στο βαθμό που ενισχύουν ή παρεμποδίζουν τις εσωτερικές διαδικασίες ανάπτυξης κινήτρου. Αυτό έχει μεγάλη σημασία για τα άτομα που επιθυμούν να παρακινήσουν τους άλλους με τρόπο που να δημιουργεί αφοσίωση, προσπάθεια και απόδοση υψηλής ποιότητας (Deci & Ryan, 1990). Η εκπαίδευση βασίζεται σε αυτό το χαρακτηριστικό. Πράγματι, αναφορικά με θέματα γενικού εγγραμματισμού το εσωτερικό κίνητρο φαίνεται να αποτελεί σχετικό προγνωστικό παράγοντα σχολικής επίδοσης σε μαθητές γυμνασίου (Ferreira et al., 2011). Συνεπώς, τα ευρήματα της έρευνας που αφορούν την αλληλεπίδραση με το περιβάλλον, και του ενδιαφέροντος απόκτησης νέων γνώσεων σε συνδυασμό με τα παραπάνω αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα όταν μεταφερθούν στην οικοδόμηση του εγγραμματισμού υγείας μέσα στο πλαίσιο της σχολικής τάξης και στην ανταποκρισιμότητα του σχολείου.

4.3. Σχόλια περί των διαστάσεων

Η αυτο-αποτελεσματικότητα και η επικοινωνία αποτελούν δύο διαστάσεις οι οποίες έχουν συζητηθεί αρκετά στο θεωρητικό πεδίο.

Ως αυτο-αποτελεσματικότητα θεωρείται η πεποίθηση κάποιου ατόμου ότι μπορεί να ασκήσει έλεγχο σε θέματα υγείας, στις συνήθειές του. Ο βαθμός της καθορίζει τον τρόπο που βλέπουμε εμπόδια και δυσκολίες καθώς και την πεποίθηση κάποιου ότι αξίζει να καταπιαστεί με μία ενέργεια ή να θέσει υψηλούς στόχους (Bandura, 2004). Ο Nutbeam (2015, σ. 451) θεωρεί ότι η πεποίθηση του ατόμου να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις «επικοινωνίες» υγείας με άλλα λόγια η αυτο-αποτελεσματικότητά του είναι ένας από τους παράγοντες μετάβασης στο ανώτερο στάδιο του κριτικού εγγραμματισμού. Ωστόσο, διάσταση υπάρχει όσον αφορά το εάν η

συγκεκριμένη δεξιότητα αποτελεί βασική διάσταση του εγγραμματισμού υγείας ή αν εξετάζεται παράλληλα με την έννοια ως ανεξάρτητη μεταβλητή της.

Οι Guo et al. (2018), επί παραδείγματι, αξιολογούν με ξεχωριστά ερωτηματολόγια τη συγκεκριμένη δεξιότητα και τον εγγραμματισμό υγείας. Συμπεραίνουν ωστόσο ότι οι δύο έννοιες είναι σε μεγάλο βαθμό αλληλένδετες. Παρατηρούν ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα επιδρά ως ανεξάρτητος παράγοντας στον λειτουργικό και ως ένα βαθμό στον κριτικό εγγραμματισμό υγείας αλλά όχι στον αλληλεπιδραστικό. Οι ερευνητές εντοπίζουν την αιτία της διαφορετικής συσχέτισης στην υποστήριξη που λαμβάνουν από τις οικογένειες τους.

Κατά άλλους, η μέτρηση του υποκειμενικού εγγραμματισμού υγείας μπορεί ουσιαστικά να σημαίνει μέτρηση της αυτοαποτελεσματικότητας, ή μπορεί να αποτελεί ισχυρό διαμεσολαβητή στην αντιμετώπιση πληροφοριών για την υγεία (Fretian et al., 2020). Αναφέρεται δε, ότι η εκπαίδευση στον γραμματισμό, στην υγεία και την αυτοαποτελεσματικότητα θεωρείται ο βέλτιστος τρόπος για τη βελτίωση του εγγραμματισμού υγείας των παιδιών (Abrams, Klass & Dreyer, 2009α). Εν τούτοις, στις ερευνητικές προσπάθειες αξιολόγησης του εγγραμματισμού υγείας, προκύπτουν διαστάσεις οι οποίες είτε παραπέμπουν σε χαρακτηριστικά αυτοαποτελεσματικότητας όπως στην περίπτωση του HAS-A (Manganello et al. 2016), των Massey et al. (2013) ή των Naigaga et.al (2015) είτε τους προσδίδεται διακριτή ονομασία, όπως στο εργαλείο HELMA (Ghanbari, 2016).

Τόσο η αυτοαποτελεσματικότητα όσο και η επικοινωνία θεωρούνται σημαντικές δεξιότητες και συμμετέχουν ως συνιστώσες στην αξιολόγηση του εγγραμματισμού υγείας σχετικά με την αποδοχή διεξαγωγής εμβολιασμού απέναντι στον ιό HPV. Τέτοιου τύπου δεξιότητες που σχετίζονται με την πραγματικότητα και τις απαιτήσεις της, οι δεξιότητες λήψης πληροφοριών, η δυνατότητα να θέτουν ερωτήσεις και να πληροφορούνται, να έχουν αυτοαποτελεσματικότητα στη διατύπωση ερωτήσεων και στη χρήση των συστημάτων πρέπει να είναι το επίκεντρο σε εκπαιδευτικές παρεμβάσεις για την υγεία τονίζουν οι Helitzer et.al (2012). Θεωρείται ότι η αντίληψη της αυτοαποτελεσματικότητας λειτουργεί προτρεπτικά για το άτομο και το ενθαρρύνει να εμπλακεί σε περαιτέρω ενέργειες υγείας (Cha et al., 2014). Στην προκειμένη περίπτωση του εργαλείου μας, το αποτέλεσμα των τριών πιλοτικών εφαρμογών, καθώς και οι αρκετά υψηλές φορτίσεις των στοιχείων που την αποτελούν ενισχύει τη θέση της αυτοαποτελεσματικότητας ως διάσταση του εγγραμματισμού υγείας. Ωστόσο, δεν μπορούμε να μη λάβουμε υπόψη το γεγονός της έλλειψης εκπαίδευσης αγωγής υγείας στους μαθητές και

πιθανά την παρουσία της συγκεκριμένης υποκλίμακας ακριβώς ως αποτέλεσμα αυτού. Εκτός από μεταβλητές όπως η βαθμολογία, η ύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών και η τάξη φοίτησης, στη συγκεκριμένη διάσταση επιδρούν και τρίτοι παράγοντες, και συγκεκριμένα η οικονομική κατάσταση.

Ένα πλέον σημαντικό πρόβλημα αποτελεί ότι υπάρχει έλλειψη επιστημονικής συζήτησης και πορίσματος για το τι ακριβώς συνιστά την αυτοαποτελεσματικότητα στο πλαίσιο του εγγραμματος υγείας, με αποτέλεσμα η ως τώρα χρήση της να λειτουργεί ως ομπρέλα για μία σειρά διαφοροποιημένων ερωτήσεων, όπως παρατηρείται και σε άλλες διαστάσεις της έννοιας. Ο επιστημονικός διάλογος και ενδεχομένως η επιστημονική συμφωνία επί του θέματος θα διευκολύνει τόσο όσον αφορά τη θέση της συγκεκριμένης έννοιας γενικότερα στη διερεύνησή της, τη σχέση της με εξωγενείς επιρροές αλλά και την καταγραφή της διαφοροποίησης ανάμεσα σε μαθητές που διδάσκονται ολοκληρωμένα την αγωγή υγείας στο σχολείο και σε αυτούς που υπολείπονται στον τομέα αυτόν.

Σε επίπεδο ερευνητικών ευρημάτων αναφερόμενοι, διαπιστώνουμε ότι το επίπεδο της διάστασης της αυτο-αποτελεσματικότητας είναι από τα χαμηλότερα. Αντιλαμβανόμαστε συνεπώς ότι οι μαθητές αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες όσον αφορά την επαφή τους με προβληματισμούς υγείας. Οι δυσκολίες αυτές αφενός τους καθιστούν ευάλωτους όταν προκύπτουν ζητήματα αποφάσεων, αφετέρου μπορεί να λειτουργήσουν αποτρεπτικά στην ενασχόλησή τους με τα θέματα αυτά, υιοθετώντας είτε ψευδοεπιστημονικές απόψεις είτε στάση αδιαφορίας.

Πραγματευόμενοι τη διάσταση της επικοινωνίας, πρέπει να αναφερθεί ότι κατά τον σχεδιασμό του ερωτηματολογίου η διάσταση αυτή εννοήθηκε ως ένας παράγοντας. Η παραγοντική ανάλυση και η προκύπτουσα αύξηση της επεξηγηματικότητας μας οδήγησε στο να υιοθετήσουμε το διαχωρισμό της σε τρία είδη επικοινωνίας. Η λειτουργική μορφή επικοινωνίας αφορά θέματα που σχετίζονται με τη δυνατότητα του μαθητή να απαντήσει σε ερωτήσεις που είναι απαραίτητες κατά την επαφή του με τους επαγγελματίες υγείας.

Σύμφωνα με τα National Health Education Standards (NHES) (2007) ο μαθητής θα πρέπει να αναπτύσσει την ικανότητα να χρησιμοποιεί τις διαπροσωπικές επικοινωνιακές δεξιότητές του ώστε να βελτιώνει την υγεία του και να μειώνει τους παράγοντες κινδύνου. Η δήλωση αυτή ενισχύει την άποψη ότι οι δεξιότητες επικοινωνίας δεν είναι ανεξάρτητες του περιβάλλοντος στο οποίο διαβεί ο έφηβος, και οφείλουν να γίνονται αντικείμενο εκπαίδευσης

αγωγής υγείας. Πράγματι, η πρακτική αυτών των συμπεριφορών εξαρτάται τόσο από τις νόρμες του πολιτισμικού περιβάλλοντος όσο από τους υλικούς πόρους και δυνατότητες που διατίθενται στον έφηβο. Επιπλέον, πολλοί δεν ενδιαφέρονται τόσο να επικοινωνήσουν συμπτώματα ή ιατρικές πληροφορίες αλλά μόνο να λάβουν μία συμβουλή σχετικά με το πώς μπορούν να αντιμετωπίσουν την κατάσταση. Αυτό φαίνεται να συμφωνεί με την παρατήρηση της δυαδικότητας στο ενδιαφέρον που εκφράζεται από τα άτομα: κάποιοι ενδιαφέρονται για την πληροφορία με σκοπό τη συμμόρφωση ενώ κάποιοι άλλοι έχουν ως σκοπό την ενημερωμένη επιλογή (Ross Adkin & Corus, 2009). Παρά το γεγονός ότι το δείγμα μας διαθέτει επαρκές επίπεδο επικοινωνιακών δεξιοτήτων, η διαφοροποίηση αυτή αντανακλάται στο εύρημα της φθίνουσας πορείας που ακολουθεί η μέση τιμή περνώντας από τη λειτουργική στην αλληλεπιδραστική επικοινωνία. Εκτός αυτού, ένας στους τρεις εφήβους περίπου θεωρεί ότι τα ερωτήματά του παραμένουν αναπάντητα. Ο εγγραμματισμός υγείας του ασθενούς επηρεάζει τον βαθμό ανταλλαγής πληροφοριών κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, ενώ θεωρείται ότι η επικοινωνία που αναπτύσσει ο θεράπων με τον ασθενή εξαρτάται από τον εγγραμματισμό υγείας του τελευταίου (Ishikawa et al., 2009) πυροδοτώντας την ύπαρξη ενός φαύλου κύκλου ελλιπούς επικοινωνίας.

Η εικόνα αυτή συνεπώς, ενδέχεται να σχετίζεται με θέματα που αφορούν την ιδιότητα της ανταποκρισιμότητας. Οι Ross Adkin & Corus (2009) επισημαίνουν ότι στο σύστημα υγείας παρατηρούνται και ενισχύονται καλά οργανωμένες ιεραρχίες και το γεγονός ότι κάποιος συμπεριφέρεται με τους δικούς του κανόνες και θέτει τα δικά του όρια μπορεί να προκαλεί εμπόδια στην περαιτέρω επικοινωνία. Η παρατήρηση αυτή έρχεται σε συμφωνία με την παρατήρηση των Vardavas et al. (2009), ότι το ιατρικό προσωπικό δεν είναι εκπαιδευμένο στην ιδιαιτερότητα του πληθυσμού αυτού. Η ποιοτική παροχή υπηρεσιών σε εφήβους απαιτεί την εκπαίδευση των παρόχων υγείας σε ζητήματα πεποιθήσεων και πρακτικών, επικοινωνίας και αντίληψης της μεταβολής των δυνατοτήτων τους οι οποίες λειτουργούν αντίστοιχα με την ηλικία, κατά συνέπεια και η αυτονομία στη λήψη αποφάσεων (WHO, 2015).

Οι δεξιότητες στη λειτουργική μορφή της επικοινωνίας σύμφωνα με τα δεδομένα, συνδέονται και με τις άλλες δύο μορφές της. Καλή εικόνα στην λειτουργική επικοινωνία ευνοεί και την αλληλεπιδραστική μορφή. Ο μαθητής ο οποίος ανήκει στο τουλάχιστον επαρκές επίπεδο του παράγοντα λειτουργικής επικοινωνίας (διαχωρισμός Γ, μοντέλο 30-70) έχει πάνω από μιάμιση φορά αυξημένη πιθανότητα να ανήκει στο ίδιο επίπεδο του παράγοντα και της

αλληλεπιδραστικής επικοινωνίας. Επιπλέον, καλή εικόνα αλληλεπιδραστικής επικοινωνίας ευνοεί και την κριτική μορφή της. Τουναντίον, χαμηλό επίπεδο αλληλεπιδραστικής επικοινωνίας μειώνει την πιθανότητα για υψηλό επίπεδο κριτικής επικοινωνίας. Συνάγεται σύμφωνα με τα παραπάνω ότι βελτιώνοντας τη λειτουργική μορφή η οποία βασίζεται κυρίως στη θεωρητική γνώση, αναμένουμε να λάβουμε οφέλη και για τις άλλες δύο μορφές της. Ωστόσο, τα επικοινωνιακά πλαίσια των μαθητών όσον αφορά τα θέματα υγείας και με ποιο τρόπο ή ποιες άλλες παράμετροι συνδέουν, μεταβάλλουν και βελτιώνουν τα διαφορετικά επίπεδα επικοινωνίας χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση.

Αναφορικά με τους παράγοντες οι οποίοι επιδρούν γενικά στις δεξιότητες επικοινωνίας, έχουμε να παρατηρήσουμε τα ακόλουθα. Οι δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο και ως ένα βαθμό τις διαφορετικές μορφές της. Το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα φαίνεται να επιδρά στην αλληλεπιδραστική μορφή της επικοινωνίας, ενώ η μητρική γλώσσα της μητέρας επιδρά στην κριτική μορφή της. Οι Manganello et al. (2016) αναφέρουν ότι σύμφωνα με τα πορίσματα της έρευνάς τους δε διαπιστώνεται συσχέτιση με δημογραφικά χαρακτηριστικά. Αντίθετα, οι Schmidt et al. (2010), θεωρούν ότι υφίσταται μία μορφή επίδρασης. Υποθέτουμε ότι, άμεσα και έμμεσα συνδεδεμένα με τα συγκεκριμένα δημογραφικά, προσωπικά χαρακτηριστικά των γονέων και μοντέλα συμπεριφορών τους σχετίζονται με τις δεξιότητες των μαθητών, αντανακλώντας εμμέσως τις διαφορετικές νόρμες των πολιτισμικών περιβαλλόντων.

Επιπροσθέτως, το φύλο του μαθητή, εάν είναι αγόρι, αποτελεί αρνητικό προβλεπτικό παράγοντα για τις μορφές λειτουργικής και κριτικής επικοινωνίας, ευνοώντας την πιθανότητα ένταξης στο ανεπαρκές επίπεδο των διαστάσεων αυτών. Ωστόσο, διαπιστώνεται αναπτυξιακή χροιά, δηλαδή τα μεγαλύτερα παιδιά μπορούν να ανταποκριθούν καλύτερα, υποθέτοντας ότι τους έχει δοθεί η δυνατότητα συχνότερης εμπειρίας προσωπικής επαφής με τον γιατρό τους (Wolf, et al., 2009). Αντίθετα, οι μαθητές μικρότερης τάξης έχουν λιγότερες πιθανότητες να έχουν καλό επίπεδο υπεύθυνης κοινωνικά επικοινωνιακής συμπεριφοράς. Ο μικρότερος μαθητής δυσκολότερα θα παρακινήσει τους φίλους του.

Επιπλέον, μαθητές με χαμηλότερη βαθμολογία έχουν περισσότερες πιθανότητες να ανήκουν σε ανεπαρκές επίπεδο λειτουργικής επικοινωνίας. Η υψηλή βαθμολογία σχετίζεται με βελτίωση της αυτοεικόνας που έχει ο μαθητής, κατά συνέπεια και αυξημένη αυτοπεποίθηση, χαρακτηριστικό το οποίο βοηθά στην ένταξη σε υψηλότερο επίπεδο.

Οι δεξιότητες επικοινωνίας πιθανώς εξασκούνται και ο διάλογος ενισχύει περαιτέρω τον διάλογο. Οι μαθητές οι οποίοι πληροφορούνται από τους γονείς και από το γιατρό έχουν μιάμιση και δύομισι φορές περισσότερες πιθανότητες αντίστοιχα, να έχουν επαρκές επίπεδο στον παράγοντα της αλληλεπιδραστικής επικοινωνίας. Αν ωστόσο, πληροφορούνται από το διαδίκτυο έχουν σχεδόν μιάμιση φορά περισσότερες πιθανότητες να εντάσσονται στο μη εξαιρετικό του παράγοντα της αλληλεπιδραστικής επικοινωνίας. Επιπροσθέτως, αυτοί που έχουν ως πηγή πληροφόρησης τους φίλους είναι τουλάχιστον δύο φορές πιθανότερο να ανήκουν στο εξαιρετικό του παράγοντα της κριτικής επικοινωνίας.

Ένα επιπλέον εύρημα υποδεικνύει ότι ο βαθμός επικοινωνιακών δεξιοτήτων σχετίζεται και με τις προσωπικές τους πεποιθήσεις. Οι μαθητές οι οποίοι θεωρούν ότι η υγεία είναι κυρίως ατομική ευθύνη του καθενός, έχουν αυξημένες πιθανότητες ένταξης στο εξαιρετικό επίπεδο της κριτικής μορφής της, δηλαδή της επικοινωνιακά υπεύθυνης συμπεριφοράς και παρακίνησης. Παρατηρούμε ωστόσο ότι πιο συχνά θα προτείνουν στους φίλους να επισκεφθούν γιατρό όταν συζητούν προβλήματα υγείας παρά θα τους προτείνουν να διακόψουν συμπεριφορές ανθυγιεινές. Η συμπεριφορά αυτή καταγράφεται και σε άλλες έρευνες. Οι έφηβοι πολλές φορές τείνουν πιθανώς λόγω εσφαλμένων κοινωνικών αντιλήψεων να παραβλέπουν τις συμπεριφορές κινδύνου των φίλων τους, ιδιαίτερα δε, εάν αυτοί είναι υψηλού κοινωνικού προφίλ (Helms et al., 2014).

Σημαντικός παράγοντας αναδεικνύεται ακόμη μία φορά, ο βαθμός στον οποίο θεωρεί ο μαθητής ότι το περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει θετικά τη συμπεριφορά υγείας των εφήβων. Μαθητές οι οποίοι θεωρούν ότι το περιβάλλον έχει τέτοιου είδους δύναμη, έχουν περισσότερες πιθανότητες να ανήκουν στο εξαιρετικό επίπεδο του παράγοντα κριτικής μορφής επικοινωνίας. Αντίθετα, ο μαθητής ο οποίος απαντά αρνητικά είναι επτά φορές πιθανότερο να ανήκει στο ανεπαρκές επίπεδο της λειτουργικής μορφής. Επίσης έχει αυξημένη πιθανότητα, αν και σε μικρότερο βαθμό, να εντάσσεται στο μη εξαιρετικό επίπεδο για την κριτική επικοινωνία. Η αρνητική απάντηση στην επίδραση του περιβάλλοντος ωστόσο, σχετίζεται και με το μη εξαιρετικό επίπεδο της αλληλεπιδραστικής επικοινωνίας, εύρημα το οποίο υποδεικνύει ότι οι δεξιότητες και η ανταπόκριση των μαθητών σχετίζονται άμεσα με την πεποίθηση και την εικόνα που έχουν για αυτόν που βρίσκεται απέναντι τους.

Επιστρέφουμε συνεπώς στην ανταποκρισιμότητα των περιβαλλόντων, έννοια η οποία δεν έχει συζητηθεί σε σχέση με τον εγγραμματοισμό υγείας στο περιβάλλον των μαθητών αλλά

και των εφήβων γενικότερα μολονότι φαίνεται ότι αποτελεί μία από τις σημαντικότερες παραμέτρους συμβολής στην οικοδόμηση δεξιοτήτων εγγραμματισμού υγείας. Θεωρητικά η έννοια θα πρέπει να συγκεκριμενοποιηθεί ώστε να καλύψει τις ανάγκες του μαθητικού πληθυσμού. Η έλλειψη αυτή δύναται να αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο στην οικοδόμηση δεξιοτήτων εγγραμματισμού υγείας στους μαθητές. Για τη διάσταση της κατανόησης, επί παραδείγματι, στην οποία το δείγμα μας εντάσσεται στο Επίπεδο 2. Ο μαθητής που έχει αρνητική στάση απέναντι στο περιβάλλον έχει δύομισι φορές περισσότερες πιθανότητες να έχει ανεπαρκές επίπεδο κατανόησης. Μαθητής ο οποίος ενημερώνεται από φυλλάδια έχει λιγότερες πιθανότητες να ανήκει σε επαρκές επίπεδο κατανόησης από ότι εάν ενημερώνεται από τον γιατρό του. Η συγγραφή πρέπει να απλουστεύεται, προφανώς όχι σε βάρος της συνάφειας και της συνοχής του κειμένου αφού αυτό μπορεί να δημιουργήσει επιπλέον προβλήματα (Zarcadoolas, 2010), και η παρουσίαση να δίνει τη δυνατότητα αλληλοεπίδρασης, η κατά την αντίληψή του ύπαρξη εμποδίων εξαιτίας της γλώσσας, όπως επίσης και η αντίληψη του άλλου, εν προκειμένω του γιατρού, για το βαθμό ικανότητας του ασθενούς να αντιληφθεί. Ωστόσο, και κατά την επαφή με τον επαγγελματία υγείας, ο βαθμός κατανόησης μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά από διάφορες συγκυρίες όπως το στρες που βιώνει το άτομο την προκειμένη στιγμή ή και θετικά λόγω πρότερων εμπειριών που έχει βιώσει (McCray, 2005). Αντίστοιχα όμως, μπορεί να επηρεαστεί από την άποψη που έχει ο γιατρός για το πόσο σημαντικό είναι να πληροφορήσει τον ασθενή του καθώς και η ενίοτε εσφαλμένη πεποίθησή του ότι διαθέτει αποτελεσματικές επικοινωνιακές δεξιότητες (Lukoschek, Fazzari & Maranz, 2003).

Όσον αφορά στις υπόλοιπες διαστάσεις του εγγραμματισμού υγείας, εκτός των δεξιοτήτων εύρεσης οι οποίες ταξινομούνται στο Επίπεδο 1, το οποίο είναι και το χαμηλότερο, υποδεικνύοντας μεγάλη ανεπάρκεια, σε ελλειμματικό επίπεδο εντάσσονται και οι δεξιότητες αποτίμησης της πληροφορίας. Αυτό συνεπάγεται ότι οι μαθητές αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να αντιληφθούν εάν μπορούν να αποκομίσουν προσωπικό όφελος από τις πληροφορίες που ακούν ή διαβάζουν, δυσκολεύονται να μπουν στη διαδικασία σύγκρισης πηγών καθώς και να κρίνουν την επιστημονικότητα της πληροφορίας που λαμβάνουν. Οι οικοδόμηση δεξιοτήτων αποτίμησης των πληροφοριών υγείας είναι επιτακτική κυρίως επειδή στην εποχή μας η παραπληροφόρηση απλώνεται σαν την πυρκαγιά μέσω κοινωνικών δικτύων (Kumar, 2019, σ.1), τα βίντεο που παραπληροφορούν συγκεντρώνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον από αυτά που προσφέρουν αξιόπιστες πληροφορίες (Syed-Abdul et al., 2013) και παράλληλα πολλές

τηλεοπτικές εκπομπές φιλοξενούν μη επαγγελματίες υγείας που εκφράζουν ψευδοεπιστημονικές απόψεις (Kumar, 2019). Μεγάλη μερίδα μαθητών στην εποχή μας δηλώνει ότι πιστεύει πως είναι δυνατή η μεταφορά σκέψεων από ορισμένους ανθρώπους, στη θεωρία του πνευματισμού δηλαδή στη μεταφορά σκέψεων μεταξύ των ανθρώπων, καθώς και στη εξάρτηση και μεταβλητότητα της υγείας του ανθρώπου αναλόγως των φάσεων της σελήνης. Επιπλέον, φαίνεται να μην υπάρχει προφανής σχέση μεταξύ ψευδο-επιστημονικών πεποιθήσεων και της επιστημονικής γνώσης των μαθητών για το ανθρώπινο σώμα. (Lundström & Jakobsson, 2012). Τέτοιου είδους ευρήματα καταδεικνύουν τη σημαντικότητα της οικοδόμησης όχι αποκλειστικά γνώσεων και γεγονότων, αλλά κριτικής σκέψης και δεξιοτήτων αποτίμησης.

Σε ελλειμματικό επίπεδο κινείται και η πρόθεση ενεργούς πολιτειακής συμμετοχής. Μολονότι τις ανθρώπινες ενέργειες χαρακτηρίζει η πολυπλοκότητα και η ερμηνεία τους χρήζει πολυεπίπεδης προσέγγισης (Ajzen, 1991), κατά τη θεωρία της Έλλογης Δράσης η πρόθεση του ανθρώπου είναι το άμεσο προηγούμενο της συμπεριφοράς του (Ajzen, 1985·Sheeran, 2002). Πράγματι, στο σύγχρονο κόσμο όπου τα περιβάλλοντα πολιτειακής συμμετοχής είναι συνεχώς μεταβαλλόμενα, και μόνο η γνώση των προβλημάτων δε διασφαλίζει τη συμμετοχή στην επίλυσή τους (Blasko, 2018), η πρόθεση των νέων ατόμων αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα για τη συμμετοχή τους στα κοινά (Jugert, et al., 2013). Ωστόσο, μόλις ένας στους δέκα μαθητές δηλώνει ισχυρή θέληση να συμμετάσχει σε δράσεις βελτίωσης των συνθηκών υγείας στο σχολείο του. Επιπροσθέτως, πλέον των τεσσάρων στους δέκα μαθητές θεωρούν ότι δεν έχουν ευθύνη στην προστασία της υγείας των άλλων.

Για τη διαμόρφωση ωστόσο ενεργών πολιτών θεωρείται απαραίτητη μεταξύ άλλων η κοινωνική και ηθική υπευθυνότητα καθώς και η συμμετοχή στην κοινότητα. Αυτό συνεπάγεται ότι τα νέα άτομα οφείλουν να έχουν επίγνωση των ευθυνών τους, απέναντι στον εαυτό τους και στους άλλους όσον αφορά τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις τους τόσο προς τους φίλους όσο και προς την οικογένεια, το σχολείο, την κοινότητα και την κοινωνία, ένα από αυτά επί παραδείγματι είναι η φροντίδα για τους άλλους (Hine, 2004). Το εύρημα σύμφωνα με το οποίο οι μαθητές που έχουν βιώσει εμπειρία ασθένειας στο οικογενειακό τους περιβάλλον έχουν υψηλότερες πιθανότητες για να ενταχθούν στο εξαιρετικό επίπεδο της διάστασης αυτής μας επιβεβαιώνει τη σημασία της ανάπτυξης ενσυναίσθησης και ευαισθητοποίησης στα κοινωνικά ζητήματα.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι μέσα από την έρευνα καταγράφεται ο εγγραμματισμός υγείας των μαθητών ως αποτέλεσμα διαδικασίας κοινωνικών πρακτικών και συμβάντων αντίστοιχα με τις πρακτικές γραμματισμού όπως αυτές εκφράστηκαν από τον Street (2003). Οι πρακτικές αυτές λαμβάνουν χώρα εντός των διαφορετικών συστημάτων που κινούνται οι μαθητές. Φορείς με άλλα λόγια, της διαδικασίας αυτής, στην οποία η τυπική εκπαίδευση είναι ουσιαστικά απύσχα, αποτελούν τόσο οι φίλοι και οι ομάδες καθώς και τα μέσα όπως το διαδίκτυο, ενώ βαρύνουσας σημασίας παράγοντας παραμένουν οι γονείς. Ποιοι παράγοντες ευνοούνται ανά περίπτωση έναντι άλλων πιθανά σχετίζεται τόσο με τις συνθήκες της στιγμής όσο και με τα ενδογενή χαρακτηριστικά του ατόμου. Η ποιότητα των συστημάτων αυτών αντανακλά εν πολλοίς το επίπεδο εγγραμματισμού υγείας.

Στη διαμόρφωση του επιπέδου των διαστάσεων υπεισέρχονται παράγοντες σχετιζόμενοι με διαφορετικά κοινωνικά χαρακτηριστικά. Μετασχηματίζονται ως εκ τούτου σε παράγοντες ανισότητας, οι οποίοι βέβαια δεν είναι νέοι ούτε ξένοι, τόσο στον γραμματισμό όσο και στον εγγραμματισμό υγείας, και κυρίως όσον αφορά στους ενήλικες οι οποίοι αξίζει να σημειωθεί ότι δεν έχουν μετάσχει σε συντονισμένες, μαθησιακές διαδικασίες αγωγής υγείας. Σε αυτά τα άτομα ο εγγραμματισμός υγείας εμφανίζει υψηλού βαθμού συσχέτιση, εκτός των άλλων κοινωνικών παραγόντων, με το εκπαιδευτικό επίπεδο, τη διαφορετική μητρική γλώσσα σε σχέση με την επίσημη ομιλούμενη και τη φτώχεια (Rowlands et al., 2017). Εμφανίζεται επίσης και στις τρεις μορφές εγγραμματισμού (Heijmans et al., 2015).

Η ένταξη του εγγραμματισμού υγείας στο κοινωνικό πλαίσιο και η διαφοροποίηση που επιφέρει το πλαίσιο αυτό αναφέρεται και από τους Faibrother et al. (2016, σ. 483) σύμφωνα με τους οποίους *"η αλληλεπίδραση των παιδιών με τα μηνύματα υγείας μπορεί να διαφέρει ανάλογα με το φύλο την κοινωνικοοικονομική θέση, την εθνικότητα, τη ψηφιοποίηση"*. Οι συνθήκες αυτές ευνοούν τη δημιουργία ενός χάσματος στην οικοδόμηση δεξιοτήτων, αντίστοιχο αυτού που παρατηρήθηκε με την εισαγωγή της ψηφιακής τεχνολογίας. Ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο θα είναι εγγράμματο εξαρτάται από τον τρόπο συνδιαλλαγής του με τους πόρους και τους κώδικες που παρέχονται από το περιβάλλον του (Heath, 1983 ό.α. στο Χατζηνικολάου, χ.χ.). Η διεύρυνση της πρόσβασης του ατόμου στην πληροφορία υγείας και η βελτίωση της ικανότητάς του να τη χρησιμοποιεί αποτελεσματικά αποτελεί βασικό στοιχείο ανάπτυξης εγγραμματισμού υγείας (Nutbeam, 2000), και υπ' αυτή την έννοια η ανάθεσή του στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον των μαθητών, όπως τώρα συμβαίνει, φαίνεται να μη διασφαλίζει την ποιότητά του.

Τα παραπάνω φυσικά αποτελούν τη μία όψη. Η εκπαίδευση έχει τη δυνατότητα να μετατρέψει το μειονέκτημα σε ουσιαστικό πλεονέκτημα για τους μαθητές. Θεμέλια για την οικοδόμηση του εγγραμματισμού υγείας των μαθητών μπορεί να αποτελέσει η παροχή του υποστηρικτικού περιβάλλοντος της σχολικής κοινότητας και το ενδιαφέρον τους για απόκτηση νέων γνώσεων σχετικά με την υγεία, συνθήκες οι οποίες σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας διαδραματίζουν τον βασικότερο ρόλο. Τα παραπάνω ωστόσο προϋποθέτουν εκ μέρους της πολιτείας την αντίληψη της αναγκαιότητας παροχής σύγχρονης αγωγής υγείας.

Κοιτώντας στο παρελθόν, διαπιστώνουμε ότι η αναγκαιότητα επιβίωσης και προόδου των κρατών υπήρξε η αιτία τροφοδότησης της ανάπτυξης των πολιτικών γραμματισμού. Αναλογιζόμενοι τις σημερινές προκλήσεις, αντιλαμβανόμαστε ότι πλέον η ανάπτυξη του εγγραμματισμού υγείας των μαθητών μέσα από την επίσημη εκπαίδευση δεν μπορεί να καθυστερήσει, τόσο για πρακτικούς όσο και για ηθικούς λόγους. Η επένδυση στην ανάπτυξη εγγραμματισμού υγείας στην πρωιμότερη ηλικία (Winkelman et al., 2016) μέσα από το αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών αφορά επένδυση στη μελλοντική υγεία του πληθυσμού (Gray et al. 2005, σ. 243), εξαιτίας της δυνατότητας που προσφέρει για συνειδητές αποφάσεις υγείας (Gazmararian et al., 2005), κατά συνέπεια στη μείωση των δαπανών για το σύστημα υγείας. Η ηθική πλευρά του ζητήματος του εγγραμματισμού υγείας μέσα από την τυπική εκπαίδευση εδράζεται στην άποψη της Unesco (2006, σ. 135) για τον εγγραμματισμό *«...ο εγγραμματισμός συνιστά ο ίδιος δικαίωμα και εργαλείο για την επίτευξη άλλων δικαιωμάτων... Εφόσον ο εγγραμματισμός αποτελεί την κύρια έκβαση της εκπαίδευσης είναι δύσκολο να διαχωριστεί το δικαίωμα στον εγγραμματισμό από το δικαίωμα στην εκπαίδευση ή τα οφέλη του εγγραμματισμού από αυτά της εκπαίδευσης».*

Ο εγγραμματισμός υγείας όπως ο γενικός εγγραμματισμός έχει οφέλη τόσο σε ανθρώπινο όσο και σε κοινωνικοοικονομικό και πολιτισμικό επίπεδο. Αφορά προσωπικό και κοινωνικό πλεονέκτημα το οποίο οδηγεί στην κατάκτηση μεγαλύτερης αυτονομίας και ελέγχου στη λήψη αποφάσεων (Mårtensson & Hensing, 2012·Nutbeam, 2008α·Pleasant & Kuruvilla, 2008). Το άτομο όπως αναφέρει ο Μορέν αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της τριάδας «άτομο-κοινωνία- είδος», όπου τα μέρη όχι μόνο είναι αδιαχώριστα αλλά το καθένα παράγεται από τα άλλα. Καθένα είναι συγχρόνως μέσο και σκοπός των άλλων. Συγκεκριμένα γράφει: *«...κάθε σύλληψη του ανθρώπινου είδους ισοδυναμεί με παράλληλη στήριξη της ατομικής αυτονομίας, της κοινοτικής συμμετοχής και του αισθήματος υπαγωγής στο ανθρώπινο είδος. Στους κόλπους αυτής*

της πολύπλοκης τριάδας αναπτύσσεται η συνείδηση» (Μορέν, 2000, σ. 141). Υπ' αυτήν την έννοια ο εγγραμματισμός υγείας αποτελεί ταυτόχρονα υποχρέωση και δικαίωμα. Επιπλέον η κατανόηση της ουσίας της βιωσιμότητας μεταφράζεται για άλλη μία φορά με τα λόγια του Μορέν (2000). «Η έννοια της διάρκειας βρίσκεται στη βάση του τρόπου ζωής μας...». Η δίκαιη πρόσβαση στην ποιοτική εκπαίδευση στον τομέα της υγείας παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος της σύγχρονης προαγωγής της υγείας (Nutbeam, 2018). Το χάσμα ωστόσο των μαθησιακών αποτελεσμάτων ανάμεσα στις φτωχές και πλούσιες χώρες ανάμεσα στον παγκόσμιο Βορρά και στον παγκόσμιο Νότο όχι μόνο υφίσταται αλλά βαθιάίνει (Paakkari & George, 2018). Ο διαχωρισμός ανάμεσα σε μητροπόλεις και περιφέρειες- δορυφόρους και η συνεπακόλουθη ανισότητα στην επένδυση κρατικών πόρων για την εκπαίδευση των μαθητών στους διάφορους γραμματισμούς μεταξύ αυτών και της υγείας τρέφει την κατηγοριοποίηση και τη διαφοροποίηση στη μεταχείριση των μαθητών συντηρώντας τον φαύλο κύκλο της ανισότητας των κοινωνιών. Είμαστε στο σημείο όπου παρακολουθούμε τις συζητήσεις της μετεξέλιξης των σχολείων προαγωγής υγείας που λειτουργούν σε χώρες της αλλοδαπής (Simonska, 2012). Στη Δανία επί παραδείγματι τα σχολεία αυτού του τύπου έχουν ήδη αφήσει πίσω το παραδοσιακό- ηθικολογικό παράδειγμα λειτουργίας κατευθυνόμενα σε ένα σχολείο το οποίο ακολουθεί το δημοκρατικό παράδειγμα και το οποίο θέτει ως στόχο την ανάπτυξη των ικανοτήτων των μαθητών να επηρεάσουν τόσο τη ζωή τους όσο και την κοινωνία μέσα από αυτό που αποκαλούν «ικανότητα δράσης» δηλαδή της συνειδητά κατευθυνόμενης προς την επίλυση ενός προβλήματος ενέργεια (Bruun-Jensen, 2000).

Οι Paakkari & George (2018, σ. 4) γράφουν:

Αυτό που προσφέρεται στα σχολεία είναι επομένως ζωτικής σημασίας, και αν ο εγγραμματισμός υγείας αποτελεί μέρος του αναλυτικού προγράμματος μόνο σε ορισμένες χώρες, κράτη ή σχολεία, σημαίνει άνισες πιθανότητες εκπαίδευσης στις δεξιότητες του, και αυτό μπορεί να αυξήσει σημαντικά το χάσμα μεταξύ μαθητών με υψηλό και χαμηλό επίπεδο εγγραμματισμού υγείας. Ακολουθώντας τη συσχέτιση του εγγραμματισμού υγείας με την έκβαση υγείας, τότε η σχολική εκπαίδευση πιθανά και παραδόξως μπορεί να προάγει τις ανισότητες υγείας. Από ηθική άποψη, σημειώνουμε ότι η άνιση εκπαίδευση πιθανά αυξάνει τις ανισότητες υγείας.

Υπ' αυτή την έννοια, ίσως να έχει φτάσει η στιγμή να αποφασίσουμε, τόσο εμείς ως κοινωνικός και εκπαιδευτικός ιστός όσο και τα όργανα που δύνανται να θεσμοθετούν, ποιο μέλλον επιθυμούμε οι μαθητές μας να βαδίσουν.

4.4. Προτεινόμενες εκπαιδευτικές πρακτικές και παρεμβάσεις

Κοινό πόρισμα των ερευνών με αναφορά στον εγγραμματισμό υγείας στην ελληνική πραγματικότητα, αποτελεί η αδήριτη ανάγκη οικοδόμησής του κυρίως στις εφηβικές ηλικίες (Vozikis et al., 2014) καθώς και η ένταξη της αγωγής υγείας στο σχολείο (Vardavas et al., 2009).

Έχοντας ως δεδομένο το επίπεδο του συνολικού εγγραμματισμού υγείας όπως καταγράφεται στα ευρήματά μας, και αναγνωρίζοντας ότι ο εγγραμματισμός υγείας αποτελεί μαθησιακό αποτέλεσμα της αγωγής υγείας μέσω της παρούσας εργασίας δεν μπορούμε παρά να συνηγορήσουμε εμφατικά στην άποψη αυτή, θεωρώντας ωστόσο ότι αυτό πρέπει να πραγματοποιηθεί μεθοδικά και με λειτουργικό τρόπο. Αναφερόμαστε με άλλα λόγια σε Αγωγή Υγείας βασισμένη σε δεξιότητες. Η Αγωγή υγείας έχει εισαχθεί στο ελληνικό σχολείο αφενός διαχεόμενη μέσα στα αναλυτικά προγράμματα άλλων μαθημάτων, χαρακτηριστικό για το οποίο «*κανείς δεν έχει προετοιμάσει τους διδάσκοντες ούτε έχει επιστήσει την προσοχή τους σε αυτό*» (Γκούβρα, κ.ά., 2005, σ. 69), αφετέρου μέσω προγραμμάτων. Όσον αφορά το τελευταίο, σύμφωνα με τα υπάρχοντα συμπεράσματα, παρουσιάζει βασικά προβλήματα, όπως την περιορισμένη διάχυση στη σχολική κοινότητα δηλαδή την περιορισμένη συμμετοχή των μαθητών, την ασυνέχεια, την έλλειψη διεπιστημονικής προσέγγισης και την επικέντρωση στο γνωστικό επίπεδο (KEMETE, 2001).

Συντασσόμενοι με την άποψη ότι η Αγωγή Υγείας θα πρέπει να αντιμετωπισθεί από το σχολείο με πιο συστηματικό και ουσιαστικό τρόπο καθώς και με το ότι αποτελεί εκπαιδευτική διαδικασία με συγκεκριμένη γνωστική ύλη και διδακτική μεθοδολογία (Γκούβρα κ.ά., 2005), θεωρούμε ότι θα πρέπει να αναμορφωθεί το αναλυτικό της πρόγραμμα με σαφή προσανατολισμό και στόχους, και επιπλέον να αποκτήσει συγκεκριμένο χρόνο στο ωρολόγιο πρόγραμμα του σχολείου σε όλες τις βαθμίδες. Αυτό συνεπάγεται ότι θα αντιμετωπιστεί, με τον τρόπο που αντιμετωπίζονται και τα υπόλοιπα μαθήματα και με επαρκή υποστήριξη, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι της προσδίδονται γνώρισμα που δεν της αντιστοιχούν (Γκούβρα κ.ά., 2005).

Όσον αφορά την Αγωγή Υγείας ως περιεχόμενο, θεωρούμε ότι, παρά το γεγονός ότι στο ΔΕΠΠΣ η υγεία θεωρείται πολυδιάστατη και γίνεται αντιληπτή ολιστικά, απουσιάζουν οι ευδιάκριτοι στόχοι και ο συντονισμένος σχεδιασμός δόμησης και κάλυψης των διαστάσεων της. Η ανάπτυξη και η μορφοποίηση του αναλυτικού προγράμματος γύρω από συγκεκριμένους άξονες και μέσα από ευρείες θεματικές ενότητες θα πρέπει να έχει συγκεκριμένο περιεχόμενο και μαθησιακούς στόχους όσον αφορά τις γνώσεις και τις δεξιότητες του μαθητή καθώς και αξιολογητικές μεθόδους όσον αφορά το βαθμό κατάκτησης των συγκεκριμένων γνώσεων και δεξιοτήτων.

Αναγκαία είναι η παράθεση συγκεκριμένων εννοιών τις οποίες αναμένεται να γνωρίζουν οι μαθητές ανά άξονα, ανά θεματική ενότητα και ανά τάξη. Σύμφωνα με τα όσα αναφέρθηκαν στις ενότητες 1.3 και 1.4, η θεωρητική γνώση αποτελεί τη βάση του οικοδομήματος του εγγραμματισμού υγείας. Κατέχοντας ο μαθητής έννοιες σχετικές με την προαγωγή υγείας, την πρόληψη ασθενειών δημιουργούνται οι προϋποθέσεις ώστε να μπορεί να έρχεται σε επαφή με μεγαλύτερη ευκολία με κείμενα και πληροφορίες προερχόμενες από τις διαφορετικές πηγές. Παρά το γεγονός ότι ερωτήσεις γνώσεων δε συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα, δεδομένου ότι ο παράγοντας γνώση δεν έχει σταθερή θέση στα μοντέλα του εγγραμματισμού υγείας καθώς και εξαιτίας του ότι δεν υφίσταται συστηματική διδασκαλία, και κατά συνέπεια δεν έχουμε σαφή εικόνα σχετικά με το επίπεδό της στους μαθητές, μπορούμε με βάση τα δεδομένα να υποθέσουμε την ως ένα μεγάλο βαθμό έλλειψή της.

Παράλληλα με την αναγκαία γνώση των επιστημονικών δεδομένων ο εγγραμματισμός υγείας βασίζεται στην οικοδόμηση των δεξιοτήτων που τον συνιστούν και οι οποίες συνδέονται με τις θεματικές ενότητες που επεξεργάζονται κάθε φορά. Κατά τη διαδικασία οικοδόμησης δεξιοτήτων η θεωρητική γνώση μετασχηματίζεται σε πρακτική. Οι μαθητές αφού έχουν κατανοήσει τις υπό μελέτη έννοιες είναι σε θέση να κατανοούν τον τρόπο με τον οποίο επιδρούν οι διάφοροι παράγοντες στην υγεία, να αναλύουν συμπεριφορές και περιεχόμενα αλλά και την επιρροή που ασκείται από τα συστήματα με τα οποία είναι σε επαφή κατά συνέπεια να έχουν τη δυνατότητα να οικοδομούν γνώση από τα ερεθίσματα που δέχονται και δυνητικά να θέτουν στόχους υγείας και συμπεριφέρονται στη συνέχεια με τρόπους προαγωγής της.

Αναγκαία είναι επιπλέον, η ενίσχυση των δεξιοτήτων είτε αυτές αφορούν την εύρεση αξιόπιστων και κατάλληλων πηγών πληροφόρησης καθώς και υπηρεσιών, την αποτίμηση των πληροφοριών που λαμβάνουν, αλλά ακόμα και των δεξιοτήτων επικοινωνίας παρότι οι

δεξιότητές τους σε αυτόν τον τομέα κατεγράφησαν υψηλότερες. Εκτός αυτού, αναγκαία φαίνεται ότι είναι η ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας των μαθητών και η ευαισθητοποίησή τους σε θέματα πολιτειακής συμμετοχής και προάσπισης της υγείας στην κοινότητά τους.

Ως θεωρητικό υπόβαθρο και δεδομένου ότι οι συμπεριφορές των μαθητών σε εφηβική ηλικία βασίζονται στην αντίληψη που σχηματίζουν για τον κόσμο γύρω τους, κατάλληλο πλαίσιο προσέγγισης θεμάτων υγείας αποτελεί αυτό το οποίο λαμβάνει υπόψη του το οικολογικό μοντέλο (Schneider & Stokols, 2000) και τη διασύνδεση ατόμων και ομάδων μέσα στα ευρεία κοινωνικά δίκτυα καθώς και τις αρχές του κοινωνικού κονστρουκτιβισμού. Μέσα στο σχολικό περιβάλλον και με τη διαμεσολάβηση ενεργητικών διαδικασιών μάθησης ενεργοποιείται το κίνητρο και το ενδιαφέρον του μαθητή για γνώση και παράλληλα καλλιεργείται η προσωπική δέσμευση του μαθητή για δια βίου διαδικασία μάθησης και ενδιαφέροντος για θέματα υγείας.

Πολλά παιδιά, παρά το γεγονός ότι θεωρούν ότι είναι νωρίς να ασχοληθούν, θέτουν υψηλά την αξία της υγείας. Η αντίληψη του εφήβου ότι μπορεί να αναγνωρίσει τον εαυτό του στη διαδικασία κατασκευής νοήματος της αγωγής υγείας στο σχολικό πλαίσιο συμβάλλει στο να δομήσει και να αναδείξει ταυτότητα η οποία θα είναι σχετική και ουσιαστική ως προς την υγεία (Grabowski & Rasmussen, 2014). Η άποψη αυτή ισχυροποιείται βάσει των ευρημάτων μας, τα οποία καταδεικνύουν τόσο την επίδραση της αντίληψης των μαθητών για το περιβάλλον του όσο και του πραγματικού βαθμού υποστήριξης στο επίπεδο εγγραμματοτισμού υγείας τους. Παράλληλα, το συγκεκριμένο εύρημα υποδεικνύει την ανάγκη της ισχυροποίησης των συνδετικών κρίκων τόσο με την κοινότητα δηλαδή τις οικογένειες και τους τοπικούς φορείς όσο και με τις υπηρεσίες υγείας είτε τοπικές είτε σχολικές είτε θεσμικές, και επιπλέον την ανάγκη ανάπτυξης κουλτούρας υγείας σε όλη τη σχολική κοινότητα.

Μεθοδολογικά, και όσον αφορά την απόκτηση της θεωρητικής γνώσης μέσα στην τάξη μπορούν να αξιοποιηθούν οι μέθοδοι και οι πρακτικές των παραδοσιακών μορφών διδασκαλίας, οι οποίες επικεντρώνονται στη μετάδοση γνώσεων, ωστόσο η αγωγή υγείας συνολικότερα επιδιώκει την αγωγή μέσα από βιώματα. Επιδιώκεται ως εκ τούτου η σύνδεση γνώσης και βιώματος αφού αναφερόμαστε σε παιδαγωγική κυρίως παρά διδακτική πράξη (Παιδαγωγικό Ινστιτούτο Κύπρου, 2010), μολονότι το βίωμα μπορεί να διαφοροποιείται επί παραδείγματι ανάμεσα στα αγόρια και στα κορίτσια. Έχοντας επιπλέον ως εύρημα το γεγονός ότι το ενδιαφέρον απόκτησης νέων γνώσεων αποτελεί, βάσει των μεταβολών που δίνει, τον σημαντικό

ρυθμιστικό παράγοντα των δεξιοτήτων εγγραμματισμού υγείας αποκτά ιδιαίτερη σημασία τόσο η παρουσίαση της γνώσης ώστε να πραγματοποιείται με μεθόδους οι οποίες θα κινητοποιούν το ενδιαφέρον τους, όσο βέβαια και το περιεχόμενο της γνώσης.

Διάφορες διδακτικές τεχνικές μπορεί να χρησιμοποιηθούν προς την κατεύθυνση αυτή. Η απόφαση για το είδος της τεχνικής που θα χρησιμοποιηθεί κάθε φορά οφείλει να είναι προϊόν επιστημονικής σκέψης και ανάλογης προετοιμασίας, να συντάσσεται με τις ιδιαιτερότητες του περιβάλλοντος εφαρμογής και να εξυπηρετεί τους μαθησιακούς στόχους. Η επιλογή θεμάτων προερχόμενων μέσα από τη βιωμένη πραγματικότητα των παιδιών είναι ουσιαστικός παράγοντας. Αυτό βέβαια συνεπάγεται ότι δίνεται ο χρόνος στην ομάδα να γνωρίσει ο ένας τον άλλον. Η μελέτη περιπτώσεων, ο καταγιγισμός ιδεών, η χρήση αρχείων καθώς και η χρήση διάφορων μορφών τέχνης θα μπορούσαν να αποτελέσουν τεχνικές παρουσίασης και εναύσματα εμπλοκής των μαθητών με τη νέα γνώση. Δραστηριότητες όπως οι εννοιολογικοί χάρτες, η μελέτη σεναρίων, η διαλογική αντιπαράθεση και οι δημόσιοι διάλογοι θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της κριτικής σκέψης των μαθητών.

Είναι ιδιαίτερος σημαντική μέσα από τις διαφορετικές θεματικές η ανάδειξη των κοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με την υγεία στην κατεύθυνση ευαισθητοποίησης και ανάπτυξης δεξιοτήτων προάσπισης του κοινοτικού καλού. Η ανάδειξη θεμάτων υγείας που απασχολούν την κοινότητα, το σχολείο ή τη γειτονιά, μέσα από παιχνίδια ρόλων, οι συζητήσεις και η εκπόνηση ερευνητικών προγραμμάτων, καθώς και η συνάντηση με φορείς και η δημιουργία δικτύων μεταξύ σχολείων μπορούν να συμβάλλουν σε αυτό.

Ένας από τους στόχους των δραστηριοτήτων στο πλαίσιο της αγωγής υγείας φαίνεται η ανάπτυξη των δεξιοτήτων αυτο-αποτελεσματικότητας. Η δημιουργία καταστάσεων μέσα από σεναρία και παιχνίδια ρόλων, η σαφής ενημέρωση, οι οποίες απαιτούν εξάσκηση των δεξιοτήτων και μέσα από τις οποίες θα έχουν θετικά αποτελέσματα, καθώς και ανατροφοδότηση, μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στη βελτίωση των δεξιοτήτων και στην αύξηση της αυτοπεποίθησής τους. Τέτοιου τύπου δραστηριότητες θα μπορούσαν να αποβούν βοηθητικές ιδιαίτερα σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες τα οποία φάνηκε ότι δυσκολεύονται ιδιαίτερα, καθώς και τους μαθητές που βιώνουν συνθήκες κοινωνικού μειονεκτήματος.

Επιπλέον, τα ευρήματα της έρευνας ισχυροποιούν την άποψη και τη γενική κατεύθυνση σύμφωνα με την οποία η διδασκαλία της Αγωγής Υγείας πρέπει να ξεκινά νωρίς, αφού φάνηκε ότι οι μαθητές των μικρότερων τάξεων δυσκολεύονται σε μεγαλύτερο βαθμό.

Αδιαμφισβήτητα, όλα τα παραπάνω, καθώς και κάθε διαδικασία στα πλαίσια της Αγωγής Υγείας προϋποθέτει υποστηρικτικό περιβάλλον μέσα στην τάξη, κλίμα εμπιστοσύνης, λειτουργία σε ομάδες και δημιουργία επικοινωνιακών διαύλων. Σε αυτή την ιδιαίτερα απαιτητική διαδικασία είναι απαραίτητη η υιοθέτηση από τη μεριά του εκπαιδευτικού ο ρόλος όχι του ειδήμονα, παρά του συνεργάτη, ως μέλους της ομάδας που δεν κατέχει τη γνώση αλλά ενδιαφέρεται και ο ίδιος για την κατάκτησή της. Μαθησιακές διαδικασίες οι οποίες διαθέτουν τέτοια χαρακτηριστικά συμβάλλουν όχι μόνο στην απόκτηση δεξιοτήτων στα πλαίσια της Αγωγής Υγείας αλλά ταυτόχρονα συντελούν στη δημιουργία πρόσφορου εκπαιδευτικού κλίματος ως βάση για κάθε άλλο γνωστικό αντικείμενο.

4.5. Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Παρά το γεγονός ότι το δείγμα που συμμετείχε στην παρούσα έρευνα ήταν μεγάλο σε αριθμό, με ένα βαθμό ετερογένειας όσον αφορά την ευρύτητα κατανομής των σχολείων, χαρακτηριστικά τα οποία θα μπορούσαν να διευκολύνουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων, η έρευνα συνεχίζει να υπόκειται σε περιορισμούς.

Ένας από αυτούς αφορά το είδος του ερωτηματολογίου που επιλέχθηκε. Τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς παρότι, όπως συζητήθηκε, αποτελούν αποδεκτή μέθοδο διερεύνησης ενέχουν τον κίνδυνο υποτίμησης ή και υπερεκτίμησης των δυνατοτήτων από τους συμμετέχοντες, εφόσον ο καθένας θα εντάξει την αντίστοιχη αξιολόγηση της δυνατότητάς του στο πλαίσιο που αυτός φαντάζεται (Braun et al., 2012). Αυτός ο βαθμός ελευθερίας επίσης μπορεί να αυξάνεται εξαιτίας της γενικής μορφής που επιλέχθηκε να δοθεί στις προτάσεις. Το γεγονός ότι δεν υπήρξε συμμετοχή των μαθητών στην ανάπτυξη της θεματοθήκης ερωτημάτων αποτελεί ένα περιορισμό. Επόμενες ποιοτικές έρευνες θα μπορούσαν να εξετάσουν την αντίληψη των ίδιων των μαθητών για τον τρόπο που κατανοούν την έννοια. Το ερωτηματολόγιο επιπλέον δεν κάλυψε τη μορφή του λειτουργικού εγγραμματισμού. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εξετάσουν το επίπεδο της λειτουργικής μορφής, του βαθμού γνώσεων των μαθητών καθώς και ξεχωριστά των δεξιοτήτων κατανόησης και αποτίμησης πληροφοριών μέσα από την επιτέλεση εργασιών.

Η επιλογή των προς διερεύνηση δεξιοτήτων αποφασίστηκε βάσει της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Ωστόσο αναγνωρίζοντας ότι ο εγγραμματισμός υγείας αφορά μη απτή έννοια η οποία συνεχίζει να υπόκειται σε συζήτηση, είναι πιθανή η μελλοντική διεύρυνσή της. Επόμενες ποιοτικές έρευνες θα μπορούσαν να φωτίσουν περαιτέρω πλευρές κοινωνικών πρακτικών εγγραμματισμού, στα διαφορετικά πλαίσια στα οποία κινούνται οι έφηβοι, όπως η οικογένεια ή και τα κοινωνικά δίκτυα. Αυτό θα μας επέτρεπε να αποκτήσουμε συνολικότερη και εμπειρισταωμένη εικόνα επικεντρώνοντας στην επίδραση πιθανών κοινωνικών αντιλήψεων και πεποιθήσεων καθώς και σε μια πιο αναλυτική κατανόηση της διαδικασίας οικοδόμησης του εγγραμματισμού υγείας όπως πραγματοποιείται μέσα στα περιβάλλοντα των μαθητών, με τις ιδιαιτερότητες που αυτά παρουσιάζουν. Στην εξέλιξη του πεδίου και στην κατανόηση της έννοιας θα μπορούσε να συμβάλει οποιαδήποτε ποιοτική έρευνα θα διαφώτιζε πλευρές συσχέτισης του εγγραμματισμού υγείας των μαθητών με παραμέτρους οι οποίες περιλαμβάνονται στο εννοιολογικό πλαίσιο και δεν ελέγχθηκαν στην παρούσα έρευνα, όπως τα ψηφιακά κοινωνικά δίκτυα. Επίσης θα μπορούσε να συσχετιστεί ο εγγραμματισμός υγείας των μαθητών με τις συμπεριφορές υγείας τους. Ενδιαφέρον θα παρουσίαζε ακόμα, ο έλεγχος πιθανής διαφοροποίησης στον εγγραμματισμό υγείας στη βάση της γεωγραφικής κατανομής και μεταξύ μαθητών που διαβιούν σε αστικό περιβάλλον και αυτών που ζουν στην επαρχία.

Ένας επιπλέον προβληματισμός ο οποίος μπορεί να λάβει τη μορφή του περιορισμού, αφορά το υψηλό ποσοστό των μαθητών με γονείς υψηλού μορφωτικού επιπέδου. Το γεγονός αυτό μπορεί να υποδηλώνει την ύπαρξη μεγαλύτερης από την επιθυμητή, συμμετοχής μαθητών από Πρότυπα και Πειραματικά σχολεία. Οι σχολικές αυτές μονάδες ανταποκρίνονται σε μεγαλύτερο βαθμό στη συμμετοχή σε ερευνητικές διαδικασίες. Εάν υποθέσουμε ότι αυτό αποτελεί πραγματικότητα τότε δεδομένων των ευρημάτων ο βαθμός εγγραμματισμού υγείας των μαθητών αναμένεται να είναι χαμηλότερος.

Η παρούσα έρευνα αποτελεί την πρώτη προσπάθεια μελέτης, δημιουργίας εργαλείου και αποτύπωσης του εγγραμματισμού υγείας μαθητών στη χώρα μας. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι πρόκειται για ένα έγκυρο εργαλείο διερεύνησης το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μαθητές αλλά και γενικότερα σε εφήβους. Παρείχε ως εκ τούτου τη δυνατότητα να καταγραφούν με σαφήνεια οι δεξιότητες των μαθητών στον τομέα αυτόν. Κατέδειξε ότι οι μαθητές είναι αντιμετώπι με πολλές δυσκολίες στη διαχείριση των ζητημάτων υγείας οι οποίες υπονομεύουν την ποιότητα της μελλοντικής ζωής τους. Τα πορίσματα της έρευνας εμφανίζουν ιδιαίτερη

σημασία για αυτούς που ασχολούνται με τη μελέτη του εγγραμματισμού υγείας και την αγωγή υγείας τόσο στη χώρα μας όσο και ευρύτερα αφού συμβάλλουν στη μεθοδολογική εξέλιξη του πεδίου. Υπογραμμίζουν δε την αναγκαιότητα εισαγωγής σύγχρονης, ολοκληρωμένης αγωγής υγείας βασισμένη σε δεξιότητες για όλους τους μαθητές και ανάπτυξης νέων αναλυτικών προγραμμάτων, δεδομένου ότι το σχολείο είναι αδιαμφισβήτητα ο κύριος χώρος που προσφέρεται για την οικοδόμηση δεξιοτήτων υγείας. Οι φορείς χάραξης πολιτικής σε θέματα παιδείας και σε συνεργασία με τον τομέα της υγείας μπορούν να επωφεληθούν των αποτελεσμάτων αυτών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Barton, D. (2009). *Εγγραμματισμός: Εισαγωγή στην οικολογία της γραπτής γλώσσας*. Μτφ. Βλαχόπουλος Φ. Ι., επ. επιμ. Βαρνάβα – Σκούρα, Τζ. (1^η έκδ.). - Αθήνα: Παπαζήση.
- Creswell, W. J. (2011). *Η Έρευνα στην Εκπαίδευση: Σχεδιασμός, Διεξαγωγή και Αξιολόγηση της Ποσοτικής και Ποιοτικής Έρευνας*. επιμ. Τσορμπατζούδης, Χ. (2^η έκδ.). Αθήνα: Ίων.
- Freire, P. (1974). *Η αγωγή του καταπιεζόμενου*, μετ. Γ. Κρητικός. Αθήνα: Ράππα
- Freire, P. (2009). *Δέκα Επιστολές προς εκείνους που τολμούν να διδάσκουν*. Επιμ. Τάσος Λιάμπας. Θεσσαλονίκη: Επίκεντρο
- Halliday, M., και Martin, J. (2004). *Η Γλώσσα της Επιστήμης*, μτφρ. Γιαννούλα Γιαννοπούλου. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Pervin, L. A. & John, O. P. (2001). «*Θεωρίες Προσωπικότητας: έρευνα και εφαρμογές*» Αθήνα: Τυπωθήτω
- Vygotsky, L. (1993). *Σκέψη και Γλώσσα*, μτφρ. Α. Ρόδη. Αθήνα: Γνώση.
- World Health Organization (1985). *Targets for health for all. Chapter 2: Prerequisites for health*. Copenhagen. Μτφρ-επιμ. Γιάνης Δημολιάτης (2002). *Υγεία 21: Υγεία για όλους τον 21ο αιώνα*, σσ.295-7. Αθήνα: Τυπωθήτω
- Αναγνωστόπουλος, Κ. Δ. και Γιαννακόπουλος, Γ. (2016). *Η Έγκαιρη Ανίχνευση και Αντιμετώπιση Προβλημάτων Ψυχικής Υγείας Εφήβων στην ΠΦΥ*. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών. *Κλινικά Φροντιστήρια: Τόμος 28(2)*
- Αριστοτέλης. *Μετά τα Φυσικά* Βιβλίο Α' (Κάλφας, Β. επιμ.). 2009. Αθήνα: Πόλις
- Γαλανάκη, Ε. (1998). Οι θεωρίες περί εφηβικού εγωκεντρισμού: Μια κριτική παρουσίαση. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 62, 100-112.

- Γαλανάκη, Ε. (2001). Το «φανταστικό ακροατήριο» και ο «προσωπικός μύθος» των εφήβων σε σχέση με τη ριψοκίνδυνη συμπεριφορά και την αντίληψη του κινδύνου. *Ψυχολογία, Το Περιοδικό της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας*, 8(4), 411-430
- Γαλανάκη, Ε. (2002). Το αναπτυξιακό φαινόμενο του γνωστικού εγωκεντρισμού: Παιδαγωγικές προεκτάσεις και εφαρμογές. Στο Α. Ε. Παπάς κ.ά. (Επιμ. Έκδ.), *Ελληνική Παιδαγωγική και Εκπαιδευτική Έρευνα. Πρακτικά του Β΄ Πανελληνίου Συνεδρίου με διεθνή συμμετοχή* (σσ. 549-558). Παιδαγωγική Εταιρεία Ελλάδος – Παιδαγωγικό Ινστιτούτο – Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα: Ατραπός.
- Γαλανάκη, Ε. (2011). *Θέματα αναπτυξιακής ψυχολογίας: Γνωστική – κοινωνική – συναισθηματική ανάπτυξη*. Αθήνα: Διάδραση. (Πρώτη έκδοση: Ατραπός 2003)
- Γενική Γραμματεία της Κυβέρνησης. *Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης: 17 Στόχοι για να αλλάξουμε τον κόσμο μας* <http://www.ggk.gov.gr/wp-content/uploads/2016/12/%CE%A3%CE%A4%CE%9F%CE%A7%CE%9F%CE%99-%CE%92%CE%99%CE%A9%CE%A3%CE%99%CE%9C%CE%97%CE%A3-%CE%91%CE%9D%CE%91%CE%A0%CE%A4%CE%A5%CE%9E%CE%97%CE%A3-EL.pdf>
- Γλεντή, Θ. (2017). «Η Εγγραμματοσύνη της Υγείας σε σχέση με τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και την εικόνα σώματος σε δείγμα νέων Ελλήνων ηλικίας 18-25 ετών» πτυχιακή εργασία: Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο :Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας <http://estia.hua.gr/file/lib/default/data/19156/theFile>
- Γραμμενίδης, Π. Σ. Δημητρούλια, Τ., Κουρδής, Ευ., Λουπάκη, Ε., Φλώρος, Γ.(2015). *Διεπιστημονικές Προσεγγίσεις της Μετάφρασης*. Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα Ανακτήθηκε στις 17/6/2017 από <https://www.kallipos.gr>
- Δημολιάτης, Ι., (μετάφραση, επιμέλεια, παραρτήματα). (2002). *Υγεία 21: Υγεία για όλους τον 21^ο αιώνα*. Τυπωθήτω: Αθήνα. σελ.442
- Δημολιάτης, Ι., Γαλάνης, Π., Γελαστοπούλου, Ε., Ευαγγέλου, Β., Καντζανού, Μ., Λάγιου, Α., Νένα, Ε., Ντζάνη, Ε., Παναγιωτόπουλος, Τ., Ραχιώτης, Γ., Σμυρνάκης, Ε., Χάιδις, Ά. (2015α). ΛΕΞΙΚΟ ΟΡΟΛΟΓΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ: ΕΙΣΑΓΩΓΗ. [Κεφάλαιο Συγγράμματος]. Στο Δημολιάτης, Ι., Γαλάνης, Π., Γελαστοπούλου, Ε.,

- Ευαγγέλου, Β., Καντζανού, Μ., Λάγιου, Α., Νένα, Ε., Ντζάνη, Ε., Παναγιωτόπουλος, Τ., Ραχιώτης, Γ., Σμυρνάκης, Ε., Χάιδιτς, Α. 2015. *Λεξικό όρων υγιεινής και επιδημιολογίας*. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα:Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. κεφ 1. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/2668>
- Δημολιάτης, Ι., Γαλάνης, Π., Γελαστοπούλου, Ε., Ευαγγέλου, Β., Καντζανού, Μ., Λάγιου, Α., Νένα, Ε., Ντζάνη, Ε., Παναγιωτόπουλος, Τ., Ραχιώτης, Γ., Σμυρνάκης, Ε., Χάιδιτς, Α. (2015β). *Λεξικό όρων υγιεινής και επιδημιολογίας*. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα:Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/2667>
- Ελληνική Δημοκρατία Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) (2015). *Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα: Εκπαίδευση* Ανακτήθηκε από: <https://www.statistics.gr/living-conditions-in-greece>
- Ελληνική Δημοκρατία Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) (2016). Δελτίο Τύπου: Έρευνες Δευτεροβάθμιας Γενικής Εκπαίδευσης (Γυμνάσια και Λύκεια) λήξης σχολικού έτους 2014/2015 (έκδοση 18-10-2016) Ανακτήθηκε από <https://www.statistics.gr/documents/20181/>
- Ελληνική Δημοκρατία. Γενική Γραμματεία Νομικών και Κοινοβουλευτικών Θεμάτων (2016). *Ατζέντα για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη “Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης [Agenda 2030]: Οι 17 Στόχοι και 169 Υποστόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης* Ανακτήθηκε από: <https://gslegal.gov.gr/wp-content/uploads/2016/12/%CE%A3%CE%A4%CE%9F%CE%A7%CE%9F%CE%99-%CE%92%CE%99%CE%A9%CE%A3%CE%99%CE%9C%CE%97%CE%A3-%CE%91%CE%9D%CE%91%CE%A0%CE%A4%CE%A5%CE%9E%CE%97%CE%A3-EL-2.pdf>
- Ζαφειρόπουλος Κ. (2017). *Εισαγωγή στη στατιστική και τις πιθανότητες 2η έκδ.* Αθήνα: Κριτική Α.Ε.
- Ζήση, Α. & Στυλιανίδης, Σ. (2004). Αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας: Αποσαφηνίσεις και Προοπτικές. *Εγκέφαλος*, 41, 27-32.
- Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., Σουρτζή Π. (2009). *Κοινωνική Νοσηλευτική* Εκδόσεις Ανατύπωση Α΄ έκδοση Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις

- Καραγεώργος, Δ. (2002) *Μεθοδολογία Έρευνας στις επιστήμες της αγωγής* Αθήνα, Σαββάλας
- Καραγιάννης Θωμάς. Ποιοτική Έρευνα Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ. Ιατρική Ερευνητική Μεθοδολογία 2017-18
http://promesi.med.auth.gr/mathimata/29_poiotiki_erevna.pdf
- Καραϊσκού, Α., Μαλλιάρου, Μ., Σαράφης, Π. (2012). Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* Τόμος 4(2), 49-54
- Καραφέρης Θωμάς (2010) *Το δείγμα της έρευνας* <http://www.karaferis.gr/>
- Κέντρο Μελετών και Τεκμηρίωσης της ΟΛΜΕ. (2001). Αγωγή υγείας στο σύγχρονο σχολείο (επιμ. Χαραμής Π.). Πρακτικά Ημερίδας Αθήνα 12 Μαΐου 2001 Αθήνα: ΚΕΜΕΤΕ
- Κοκκέβη Α., Φωτίου Α. , Καναβού Ε. , Σταύρου Μ.(2016). Οι έφηβοι στην Ελλάδα και στις 42 χώρες του προγράμματος HBSC/WHO: ομοιότητες και διαφορές. Σειρά θεματικών τευχών: *Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία*. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Αθήνα, 2016. Διαθέσιμο στο:
https://www.epipsi.gr/images/Documents/HBSC/Fylladia2014/HBSC2014GR_07_diakratica-2.pdf
- Κολιάδης, Ε. (1991). *Θεωρίες Μάθησης και Εκπαιδευτική Πράξη, Τόμος Β' Κοινωνικογνωστικές Θεωρίες*. Αθήνα: χ.ε.
- Κριτωτάκης Γ. (2011). Το φαινόμενο του χαμαιλέοντα: Πώς το κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει δείκτες και συμπεριφορές υγείας. Ενημέρωση στην εκπαίδευση, έρευνα και καινοτομία, 6, 89-93
www.elke.teicrete.gr/LinkClick.aspx?fileticket=dlbuAbz6NBc%3d&tabid=1398
- Κυριαζή Π. (2018). Η διδασκαλία της Οικολογίας ως πλαίσιο ανάπτυξης των στόχων της Περιβαλλοντικής Εκπαίδευσης / Εκπαίδευσης για την Αειφόρο Ανάπτυξη [Διδακτορική Διατριβή] Αθήνα, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης
- Κωστούλη Τ. (συνεργασία Χατζηνικολάου, Ά). (χ.χ.) Γλωσσική εκπαίδευση, γραμματισμός και πρακτικές γραμματισμού σε μικτές τάξεις <http://www.roma-ekka.gr/>
- Λαζαράτου, Ε.(χ.χ.) Από την εφηβεία στην ενήλικη Ζωή

- Μάνια, Μ. και Γάκη, Ε. (χ. χ.) Μέθοδοι Ποσοτικής Έρευνας στις Οικονομικές και Διοικητικές Επιστήμες
- Ματσαγγούρας, Η. (2007). *Ο Σχολικός Εγγραμματισμός στην Επιστήμη: Γνωστική, Κειμενογλωσσική και Κριτική Διάσταση* στο Ματσαγγούρας, Η. (επιμ.) Σχολικός Εγγραμματισμός, Αθήνα: Γρηγόρη.
- Μητσικοπούλου, Β.(χ.χ.) *Γραμματισμός*. Διαθέσιμο στο:
http://www.komvos.edu.gr/glwssa/odigos/thema_e1/thema_pdf.pdf
- Μορέν, Ε. (2000). *Οι εφτά γνώσεις κλειδιά για την παιδεία του μέλλοντος*. Αθήνα, εκδ. του Εικοστού Πρώτου
- Μουντοκαλάκης, Θ. Δ. (2015) Αποσαφηνίζοντας τον όρο «evidence based medicine» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 32(5):650-660 www.mednet.gr/archives
- Μπεχράκη, Ε. & Μαυρικάκη, Ε. (2017). «Εργαλεία μέτρησης του εγγραμματισμού στην υγεία σε εφήβους» [Ανακοίνωση] Στο *Τόμος Περιλήψεων του 43ου Ετήσιου Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου*, 10-13 Μαΐου , 2017. Αθήνα: Ιατρική Εταιρεία Αθηνών
- Νομικού, Π. (2016). *Ποιοτική έρευνα VS ποσοτική έρευνα*. Ανακτήθηκε 7 Αυγούστου 2017 από <https://cears.edu.gr/%CE%BD%CE%AD%CE%B1/posotiki-vs-poiotiki/>
- Ντάβου, Μπ. και Χρηστάκης, Ν. (1994). *Τα παιδιά μιλούν για την υγεία και την ασθένεια: Κοινωνικές αναπαραστάσεις της υγείας και της ασθένειας σε παιδιά δέκα ετών*. Αθήνα: Παπαζήση
- Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (1992).Ελλάδα. Εθνικό Νομικό Πλαίσιο. Νόμος 2101/1992 Η Διεθνής Σύμβαση για Δικαιώματα του Παιδιού: *Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού* Διαθέσιμο στο:
<https://www.keda.uoa.gr/eclass/modules/document/file.php/TED100/%CE%94%CE%B9%CE%B4%CE%B1%CE%BA%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CE%A0%CE%B1%CE%BA%CE%AD%CF%84%CE%BF/%CE%A5%CF%80%CE%BF%CF%83%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CE%BA%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CE%A5%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8C/H%20%CE%A3%CF%8D%CE%BC%CE%B2%CE%B1%CF%83%CE%B7%20%CE%B3%CE%B9%CE%B1%20%CF%84%CE%B1%20%CE%94%CE%B9%CE%BA%CE%B1%CE%B9%CF%8E>

%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%20%CF%84%CE%BF%CF%85%20%CE%A
0%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BF%CF%8D.pdf

Παπά, Α. Μ. (2010). Ο εγγραμματισμός και η διδασκαλία της πρώτης ανάγνωσης και γραφής με την αναλυτικοσυνθετική μέθοδο: Θεωρία και Πράξη. *Εφαρμοσμένη Παιδαγωγική, Περιοδική Ηλεκτρονική Έκδοση του Ελληνικού Ινστιτούτου Εφαρμοσμένης Παιδαγωγικής και Εκπαίδευσης (ΕΛΛ.Ι.Ε.Π.ΕΚ.), (1)*

http://www.elliepek.gr/gr_html/gr_ejournal/efarmpaid.html

Παπαγεωργίου, Γ.(χ.χ.). *Ποσοτική έρευνα* Ανακτήθηκε 27/11/2016 από

http://sociology.soc.uoc.gr/pegasoc/wp-content/uploads/2014/10/Microsoft-Word-Papageorgiou_DEIGMATOLHPTIKH1.pdf

Παπαδοπούλου, Ε., Καραγιάννη, Ε., Καρναβάς, Β., Κουτίδου, Ε., Καπετανάκης, Ι. (2017). *Η Μαθητική Διαρροή στην Ελληνική Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση*. Αθήνα: Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής-Παρατηρητήριο για τα θέματα καταγραφής και αντιμετώπισης της Μαθητικής Διαρροής. Ανακτήθηκε από:

http://iep.edu.gr/images/IEP/EPISTIMONIKI_YPIRESIA/Paratiritirio/2017/Mathitiki_Diarroi_Ereyna_2013-2016_Paratiritirio_Mathitikis_Diarrois.pdf

Παπάζογλου, Α. (2014).Ο ρόλος της οικογένειας και των συνομήλικων στη διαμόρφωση της ταυτότητας των εφήβων *Έρκυνα, Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών-Επιστημονικών Θεμάτων, (3), 177-193* Ανακτήθηκε από:

https://www.researchgate.net/profile/Asimina_Papazoglou/publication/314760682_O_rol_ostes_oikogeneias_kai_ton_synomelikon_ste_diamorphose_tes_tautotetas_ton_ephebon/links/58c5bceaaca272e36dda9e42/O-rol-ostes-oikogeneias-kai-ton-synomelikon-ste-diamorphose-tes-tautotetas-ton-ephebon.pdf

Παραδέλλης, Θ. (1997). Προφορικότητα και εγγραματοσύνη: από την αυτόνομη δράση στην κοινωνική πρακτική. Εισαγωγή στην ελληνική έκδοση του βιβλίου του Ong, W.

Προφορικότητα και εγγραματοσύνη. Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.

Παρούτσας, Δ. (χ.χ.). Η διαχείριση της Αλλαγής στην Εκπαίδευση: ΚΙΝΗΤΡΑ ΚΑΙ ΔΡΑΣΗ

Ανακτήθηκε 17 Αυγούστου 2018 από <https://paroutsas.jmc.gr/motivat/motiv3.htm>

- Πετρογιάννης, Κ. (2003). *Η μελέτη της ανθρώπινης ανάπτυξης: οικοσυστημική προσέγγιση Παρουσίαση της θεωρίας του Urie Bronfenbrenner με βάση ευρήματα από τη διεθνή έρευνα* (1^η έκδ.). Αθήνα: Καστανιώτης
- Ποταμιάνου Γ. (2002) *Θεωρίες Προσωπικότητας και Κλινική Πρακτική*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Σαχίνη- Καρδάση Α. (2004) *Μεθοδολογία Έρευνας Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας* Γ' έκδοση Αθήνα, ΒΗΤΑ medical arts ISBN 960-7308-80-8
- Σταμάτης, Π. (2006) Ο Σχολικός Εγγραμματισμός στην Επιστήμη: Επιστημονικός Εγγραμματισμός <https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/pdf>
- Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, Μαρία Βενετίκου 2014. Μαρία Βενετίκου. «*Νευροφυσιολογία. Ενότητα 11: Διμορφισμός του εγκεφάλου*». Έκδοση: 1.0. Αθήνα 2014. Διαθέσιμο από τη δικτυακή διεύθυνση: ocp.teiath.gr.
- Τούντας Κ. Γ.(2002) Προαγωγή Υγείας (στο Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών Ανακτήθηκε 16/2/2015 από <http://asclepieion.mpl.uoa.gr/pubaspis> Τελευταία ενημέρωση 2004 (ΤΙ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΡΑΦΩ;;;))
- Τριλιανός Θ. (2002).*Η Κριτική Σκέψη και η Διδασκαλία της*. Αθήνα: χ.ε.
- Τσιάμη, Δ. (2013). Paulo Freire, Κριτική Παιδαγωγική & Έρευνα Δράσης: Κοινές προβληματικές και απόψεις *Action Researcher in Education*, 4 σελ.20-42 http://www.actionresearch.gr/AR/ActionResearch_Vol4/i4p2.pdf
- Τσίγκου, Μ. (χ.χ.) Σύντομη Εισαγωγή στις Σχέσεις Γλωσσολογίας και Μετάφρασης με Παραδείγματα από το Ζεύγος Γαλλικής – Ελληνικής. Ανακτήθηκε 17/6/2017 από http://dfli.ionio.gr/sites/default/files/Tsigou03_0.pdf
- Τσίτσικα Α, Χρούσος Γ. Η υγεία της εφηβικής ηλικίας ως προτεραιότητα της σύγχρονης ιατρικής πραγματικότητας. *Δελτίο Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών* 2005, 52(4): 370-375. https://www.iatrikionline.gr/Deltio_52d/02.htm
- Τσιτσικά Α. Εφηβικός εγκέφαλος και συμπεριφορά <http://youth-health.gr/thematikes-enotites/genika-gia-tin-efibeia/efibikos-egkefalos-kai-sumperifora/#.Wvx6gCD7Jym>

- Τσίτσικα, Κ. Α. (2014) Η υγεία των εφήβων. Μονάδα Εφηβικής Υγείας Παίδων (Διαθέσιμο online:<http://youth-health.gr/thematikes-enotites/genika-gia-tin-efibeia/i-ugeia-ton-efibon#.Wh0J1Tf7LDc>, προσπελάστηκε στις 8/2/2017
- Τσίτσικα-Παπαγεωργίου, Α. (χ.η). ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ. Παρουσίαση <https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/PRIMEDU.pdf>
- Τσούνης Α., και Σαράφης, Π. (2016). Κοινωνικό Κεφάλαιο: μια Απόπειρα Εννοιολογικής Οριοθέτησης του Όρου ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ Τόμος ΙΖ, τεύχος 66 Καλοκαίρι 141-171
- Υπουργείο Παιδείας, Πολιτισμού, Αθλητισμού και Νεολαίας Κύπρου(2015). *Αγωγή Υγείας: Αναλυτικό Πρόγραμμα* Ανακτήθηκε από:
http://www.moec.gov.cy/dde/programs/eniaio_oloimero/analytika_programmata.html
- Φλώρα Μπακοπούλου (χ.χ.). Εφηβιατρική Φροντίδα
<http://www.socped.gr/uploads/editorfiles/files/Bacopoulou.pdf>
- Χαραλαμπόπουλος, Α. (2006). Γραμματισμός, κοινωνία και εκπαίδευση. Θεσσαλονίκη: Ινστιτούτο Νεοελληνικών Σπουδών.
- Χατζηευθυμίου Απ. (2018). Εγκέφαλος & συμπεριφορά. Γνωστική λειτουργία & φλοιός. Η εξέλιξη του εγκεφάλου και της συμπεριφοράς στη διάρκεια της ζωής. <http://eclass.uth.gr/eclass/modules/document/index.php?course=SEYA223...pdf>
- Χατζησαββίδης Σ. (2007). Ο γλωσσικός γραμματισμός και η παιδαγωγική του γραμματισμού: Θεωρητικές συνιστώσες και δεδομένα από τη διδακτική. Πρακτικά 6ου Συνεδρίου Ελληνικής Επιτροπής της ΟΜΕΡ «Η γλώσσα ως μέσο και ως αντικείμενο μάθησης στην προσχολική και πρώτη σχολική ηλικία», 27-34. Πάτρα, 1-3 Ιουνίου 2007. Αθήνα: Ελληνική Επιτροπή της ΟΜΕΡ.
- Χατζησαββίδης, Σ. (χ.χ.) Κοινωνία και γλώσσα: μια πολύ στενή σχέση. Άρθρο στο Πλαίσιο του Προγράμματος Επιμόρφωσης των Εκπαιδευτικών στα Νέα Αναλυτικά Προγράμματα. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο
http://www.pi.ac.cy/pi/files/epimorfosi/analytika/epimorf/nea_ellinika/glossa_koinonia.pdf

Χριστοδούλου, Σ.Ι. (2018). Τα εσωτερικά κίνητρα στην εκπαίδευση. Ανακτήθηκε 3/1/2020 από http://www.pi.ac.cy/pi/files/epimorfosi/meres_ekp/sep2018/christodoulou_ioannis_kinitra.pdf

Ξενόγλωσση

- Abel, T. (2007). *Cultural Capital in Health Promotion*. In: Health and Modernity. Springer, New York, NY.
- Abel, T. (2008). Measuring health literacy: moving towards a health – promotion perspective. *International Journal of Public Health*, 53(4), 169–170. doi:10.1007/s00038-008-0242-9
- Abel, T. (2013). Theoretical reflections on health literacy as personal resources and community assets (unpublished) στο World Health Organization: Health literacy *The solid facts*.
- Abel, T., Hofmann, K., Ackermann, S., Bucher, S., & Sakarya, S. (2014). Health literacy among young adults: a short survey tool for public health and health promotion research. *Health Promotion International*, 30(3), 725–735. doi:10.1093/heapro/dat096
- Abrams, M. A., Klass, P., & Dreyer, B. P. (2009α). Health literacy and children: Introduction. *Pediatrics*, 124(SUPPL. 3). <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162A>
- Abrams, M. A., Klass, P., & Dreyer, B. P. (2009β). Health Literacy and Children: Recommendations for Action. *Pediatrics*, 124(Supplement 3), S327–S331. doi:10.1542/peds.2009-1162i
- Ackard, D. M., & Neumark-Sztainer, D. (2001). Health care information sources for adolescents: age and gender differences on use, concerns, and needs. *Journal of Adolescent Health*, 29(3), 170–176. doi:10.1016/s1054-139x(01)00253-1
- Adminaite, D., Jost, G., Stipdonk, H., Ward, H., Calinescu, T. (2018). Reducing Child Deaths on European Roads PIN Flash 34 Βρυξέλλες: European Transport Safety Council (ETSC) Ανακτήθηκε 20 Φεβρουαρίου 2019 από <http://etsc.eu/reducing-child-deaths-on-european-roads-pin-flash-34/>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2005). *Selected findings on child and adolescent health care from the 2004 National Healthcare Quality/ Disparities Reports*. Fact Sheet. AHRQ Publication, 05- P011. Agency for Healthcare Research and Quality Rockville MD. Ανακτήθηκε 9 Μαΐου 2015 από <http://www.ahrq.gov/qual/nhqrchild/nhqrchild.pdf>.
- Agre, P., Stieglitz, E., and Milstein, G. (2006). The case for development of a new test of health literacy. *Oncology Nursing Forum* 33(2):283-289. doi: 10.1188/06.ONF.283-289

- Ahn, J. (2012). 'Teenagers' Experiences With Social Network Sites: Relationships to Bridging and Bonding Social Capital', *The Information Society*, 28(2) 99-109. doi: 10.1080/01972243.2011.649394
- Ajzen, I. (1985). From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In: Kuhl J., Beckmann J. (eds) *Action Control*. SSSP Springer Series in Social Psychology. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2
- Ajzen, I., (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Albert, C., Davia, M. A. (2011). Education Is a Key Determinant of Health in Europe: A Comparative Analysis of 11 Countries. *Health Promotion International*, 26(2), 163–170. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq059>
- Alberti, T. L.; Benes, S.; & Miles, D. (2018). "Experiences of health communication within the family: Parent and adolescent perspectives," *Journal of Adolescent and Family Health: 9* (1). Article 10. Ανακτήθηκε από: <https://scholar.utc.edu/jafh/vol9/iss1/10>
- Alderson, P., Sutcliffe, K., & Curtis, K. (2006). Children as partners with adults in their medical care. *Archives of disease in childhood*, 91(4), 300–303. doi:10.1136/adc.2005.079442
- Altin, S. V., Finke, I., Kautz-Freimuth, S., & Stock, S. (2014). The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. *BMC Public Health*, 14(1). doi:10.1186/1471-2458-14-1207
- Alvaro, R. (2006). Teaching health literacy through TV foods ads. *Virtually Healthy newsletter* 41 Children, Center for health promotion Youth and Women's Health Service, Volume. Government of South Australia:. Facts about TV foods ads σελ.3.
- American Medical Association Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. (1999). Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 552-557.
- Ancker, J. S., & Kaufman, D. (2007). Rethinking health numeracy: a multidisciplinary literature review. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 14(6), 713–721. doi:10.1197/jamia.M2464

- Antonovsky, A. (1992). Jan forum: Locus of control theory. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1014–1015.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Apter, A. J., Cheng, J., Small, D., Bennett, I. M., Albert, C., Fein, D. G., . . . Van Horne, S. (2006). Asthma numeracy skill and health literacy. *Journal of Asthma: Official Journal of the Association for the Care of Asthma*, 43, 705–710.
doi:10.1080/02770900600925585
- Ashton, B., Morton, H. and Mithen, J. (2003) *Children's Health or Corporate Wealth? The Case for Banning Television Food Advertising to Children*. A briefing paper by the Coalition on Food Advertising to Children, Adelaide. <http://www.chdf.org.au>
- Australian Bureau of Statistics. (2006). Health literacy Australia. Canberra, ACT: Australian Bureau of Statistics
- Australian Bureau of Statistics.(2006). Adult Literacy and Life Skills Survey, Summary Results•422 8 0 (Reissue). Health Issues Centre-Health literacy (2009) *ABS AUSTRALIAN SOCIAL TRENDS 41020* Ανακτήθηκε από:
<https://www.healthissuescentre.org.au/images/uploads/resources/Health-Literacy-the-Australian-perspective.pdf>
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2014). Health literacy: Taking action to improve safety and quality. Sydney: ACSQHC.
- Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine* 21(8): 878–883. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x
- Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*, 38(1), 33–42. doi:10.1016/s0738-3991(98)00116-5
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., & Thompson, J. A. (2008). Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *Journal of general internal medicine*, 23(6), 723–726. doi:10.1007/s11606-008-0566-4

- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior, 31*(2), 143–164. doi:10.1177/1090198104263660
- Barwood, D. M., Cunningham, C., & Penney, D. (2016). What We Know, What We Do and What We Could Do: Creating an Understanding of the Delivery of Health Education in Lower Secondary Government Schools in Western Australia. *Australian Journal of Teacher Education, 41*(11). <http://dx.doi.org/10.14221/ajte.2016v41n11>
- Bass, P. F., Wilson, J. F., & Griffith, C. H. (2003). A shortened instrument for literacy screening. *Journal of General Internal Medicine, 18*(12), 1036–1038. doi:10.1111/j.1525-1497.2003.10651.x
- Beck, U & Beck-Gernsheim, E (2002). *Individualization*, Sage, Thousand Oaks, California
- Bee, Y.S. (1985). Health literacy and food beliefs among Ibans, Sarawak. *Med J Malaysia, 40* (4), 294–300. Ανακτήθηκε από: <http://www.e-mjm.org/1985/v40n4/health-literacy.pdf>
- Begoray, D., Wharf Higgins, J. & MacDonald, M. (2009). High School Health Curriculum and Health Literacy: Canadian Student Voices. *Global Health Promotion, 16* (4), 35-42 doi: 10.1177/1757975909348101..
- Begoray, L D., Banister, M. E, Wharf Higgins, J.& Wilmot, R. (2014). Online, tuned in, turned on: multimedia approaches to fostering critical media health literacy for adolescents, *Asia-Pacific Journal of Health, Sport and Physical Education, 5*:3, 267-280, DOI: 10.1080/18377122.2014.940812
- Beier, M. E., & Ackerman, P. L. (2003). Determinants of health knowledge: An investigation of age, gender, abilities, personality, and interests. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(2), 439-448. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.439>
- Benham-Deal, T, Hodges, B. (2009). *Role of 21St Century Schools in Promoting Health Literacy*. Washington, DC: National Education Association Health Information Network.
- Benham-Deal, T. & Hodges, B., (2009). Role of 21St Century Schools in Promoting Health Literacy. Washington, DC: National Education Association Health Information Network.
- Bennett, I.M., Robbins, S., Al-Shamali, N. & Haecker, T. (2003). Screening for low literacy among adult caregivers of pediatric patients. *Fam. Med.*; 35: 585–590. PMID:12947522

- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health Literacy: What Is It? *Journal of Health Communication, 15*(sup2), 9–19. doi:10.1080/10810730.2010.499985
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine, 155*(2), 97. doi:10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005
- Berkman, N.D., DeWalt, D.A., Pignone, M.P., Sheridan, S.L., Lohr, K.N., Lux, L, Sutton, S.F., Swinson, T., Bonito, A.J. (2004). *Literacy and Health Outcomes*. Evidence Report/Technology Assessment No. 87 (RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0016). AHRQ Publication No.04-E007-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., Viera, A., Crotty, K., Holland, A., Brasure, M., Lohr, K.N., Harden, E., Tant, E., Wallace, I., Viswanathan, M. (2011). *Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review*. Evidence Report/Technology Assessment No. 199. (RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center under contract No. 290-2007-10056-I. AHRQ Publication Number 11-E006. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality.
- Biancarosa, G. & Snow, C.E. (2004). *Reading next: A vision for action and research in middle and high school literacy: A report to Carnegie Corporation of New York*. Ανακτήθηκε 9 Μαρτίου 2015 από: <http://www.all4ed.org>
- Blakemore, S.-J. (2012). *Blakemore, Sarah-Jayne: The mysterious workings of the adolescent brain* [Video TED Talk]
<https://www.youtube.com/watch?v=6zVS8HIPUng&pbjreload=10>
- Blasko, Zs., da Costa, P. Dinis, V.-Toscano, E. (2018). Civic Attitudes and Behavioural Intentions Among 14 Year Olds. How Can Education Make a Difference Toward a More Democratic and Cohesive Europe? *JRC Science for Policy Report*. Luxembourg: European Union, Joint Research Centre (Seville site). Ανακτήθηκε 10/5/2019 από http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC109180/jrc109180_iccs_science_for_policy_report_final_pubsy.pdf

- Borges, K., Sibbald, C., Hussain-Shamsy, N., Vasilevska-Ristovska, J., Banh, T., Patel, V., ... Parekh, R. S. (2017). Parental Health Literacy and Outcomes of Childhood Nephrotic Syndrome. *Pediatrics*, *139*(3), e20161961. doi:10.1542/peds.2016-1961
- Borzekowski, D. (2006). Adolescents' use of the Internet: A controversial, coming-of-age resource. *Adolescent medicine clinics*, *17*, 205-16. 10.1016/j.admecli.2005.10.006.
- Borzekowski, D. L. G. (2009). Considering Children and Health Literacy: A Theoretical Approach. *PEDIATRICS*, *124*(Supplement), S282–S288. doi:10.1542/peds.2009-1162D
- boyd, d (2014). *It's complicated: the social lives of networked teens*, New Haven, CT: Yale University Press, 2014, 281 pp.
- Brach, C., Dreyer, B., Schyve, P., et al. (2012). *Attributes of a health literate organization*. Institute of Medicine, Discussion Paper. Washington, DC: National Academies Press. Ανακτήθηκε 18 Φεβρουαρίου 2016 από: <https://www.jointcommission.org/assets/1/6/10attributes.pdf>
- Bradley-Klug, K., Shaffer-Hudkins, E., Lynn, C., Jeffries DeLoatche, K., & Montgomery, J. (2017). Initial development of the Health Literacy and Resiliency Scale: Youth version. *Journal of Communication in Healthcare*, *10*(2), 100–107. doi:10.1080/17538068.2017.1308689
- Brandt, L., Schultes, M.-T., Yanagida, T., Maier, G., Kollmayer, M., & Spiel, C. (2019). Differential associations of health literacy with Austrian adolescents' tobacco and alcohol use. *Public Health*, *174*, 74–82. doi:10.1016/j.puhe.2019.05.033
- Braun, E., Woodley, A., Richardson, J. T. E., & Leidner, B. (2012). Self-rated competences 293 questionnaires from a design perspective. *Educational Research Review*, *7*(1), 1-18. doi: 10.1016/j.edurev.2011.11.005
- Brey, R. A., Clark, S. E., & Wantz, M. S. (2008). This Is Your Future: A Case Study Approach to Foster Health Literacy. *Journal of School Health*, *78*(6), 351–355. doi:10.1111/j.1746-1561.2008.00313.x
- Britner SL & Pajares F. (2006). Sources of science self-efficacy beliefs of middle school students. *Journal of Research in Science Teaching*, *43*:485–499. doi:10.1002/tea.20131

- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., ... Pinheiro, P. (2017). *Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. BMC Public Health, 17(1)*. doi:10.1186/s12889-017-4267-y
- Brolin Låftman, S., & Östberg, V. (2006). The pros and cons of social relations: An analysis of adolescents' health complaints. *Social Science & Medicine, 63(3)*, 611–623. doi:10.1016/j.socscimed.2006.02.005
- Brown, S., Teufel, J., & Birch, D. (2007). Early adolescents' perceptions of health and health literacy. *Journal of School Health, 77(1)*, 7-15. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2007.00156.x>
- Bruselius-Jensen, M., Bonde, A. H., & Christensen, J. H. (2016). *Promoting health literacy in the classroom. Health Education Journal, 76(2)*, 156–168. doi:10.1177/0017896916653429
- Bruun Jensen, B. (2000). Health knowledge and health education in the democratic health-promoting school. *Health Education, 100(4)*, 146–154. doi:10.1108/09654280010330900
- Calderon, J.L., & Smith, S.A. (in press) Health Literacy. In: Sahler, O.J.Z., & Carr, J.E. (Eds.) *The Behavioral Sciences and Health Care* (2nd edition). Cambridge, MA: Hogrefe & Huber (Prepublication Copy). Reproduced by permission of the publisher.
- Campbell, J. D. (1975). Illness is a point of view: The development of children's concepts of illness. *Child Development, 46(1)*, 92–100. <https://doi.org/10.2307/1128837>
- Canadian Council on Learning (2007). *Health Literacy in Canada: Initial Results from the International Adult Literacy and Skills Survey* Ottawa: 2007.
- Canadian Council on Learning (2008). *Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding* Ottawa:2008
- Castonguay, G. & Jutras, S. (2009). Children's appreciation of outdoor places in a poor neighborhood. *Journal of Environmental Psychology, 29(1)*, 101–109. doi:10.1016/j.jenvp.2008.05.002

- Cha, E., Kim, K. H., Lerner, H. M., Dawkins, C. R., Bello, M. K., Umpierrez, G., & Dunbar, S. B. (2014). Health Literacy, Self-efficacy, Food Label Use, and Diet in Young Adults. *American Journal of Health Behavior, 38*(3), 331–339. doi:10.5993/ajhb.38.3.2
- Cha, E., Kim, K. H., Umpierrez, G., Dawkins, C. R., Bello, M. K., Lerner, H. M., ... Dunbar, S. B. (2014α). A Feasibility Study to Develop a Diabetes Prevention Program for Young Adults With Prediabetes by Using Digital Platforms and a Handheld Device. *The Diabetes Educator, 40*(5), 626–637. <https://doi.org/10.1177/0145721714539736>
- Chang, L.-C. (2010). Health literacy, self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing, 20*(1-2), 190–196. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03181.x
- Chang, L.-C., Hsieh, P.-L., & Liu, C.-H. (2012). Psychometric evaluation of the Chinese version of short-form Test of Functional Health Literacy in Adolescents. *Journal of Clinical Nursing, 21*(17-18), 2429–2437. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04147.x
- Chari, R., Warsh, J., Ketterer, T., Hossain, J., & Sharif, I. (2014). Association between health literacy and child and adolescent obesity. *Patient Education and Counseling, 94*(1), 61–66. doi:10.1016/j.pec.2013.09.006
- Cheng, E. R., Bauer, N. S., Downs, S. M., Sanders L. M. (2016). Parent Health Literacy, Depression, and Risk for Pediatric Injury *Pediatrics 138* (1) e20160025; doi: 10.1542/peds.2016-0025
- Chenneville, T., Machacek, M., Tan, R., Lujan-Zilberman, J., Emmanuel, P., & Rodriguez, C. (2014). Decisional Capacity Among Youth with HIV: Results from the MacArthur Competence Tool for Treatment. *AIDS Patient Care and STDs, 28*(8), 425–432. doi:10.1089/apc.2013.0374
- Chenneville, T., Sibille, K., & Bendell-Estroff, D. (2010). Decisional Capacity Among Minors With HIV: A Model for Balancing Autonomy Rights With the Need for Protection. *Ethics & Behavior, 20*(2), 83–94. doi:10.1080/10508421003595901
- Cheston, C. C., Flickinger, T. E., & Chisolm, M. S. (2013). Social Media Use in Medical Education. *Academic Medicine, 88*(6), 893–901. doi:10.1097/acm.0b013e31828ffc23

- Chew, L.D, Bradley, K.A. and Boyko EJ. (2004). Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Family Medicine* 36(8):588-594 Ανακτήθηκε 5 Μαρτίου 2016 από:
<https://fammedarchives.blob.core.windows.net/imagesandpdfs/fmhub/fm2004/September/Lisa588.pdf>.
- Chin, J., Morrow, D. G., Stine-Morrow, E. A., Conner-Garcia, T., Graumlich, J. F., & Murray, M. D. (2011). The process-knowledge model of health literacy: Evidence from a componential analysis of two commonly used measures. *Journal of Health Communication*, 16(Suppl 3), 222-241. doi:10.1080/10810730.2011.604702
- Chinn, D. & McCarthy, C. (2013). All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): Developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Education and Counseling*, 90(2), 247–253.
 doi:10.1016/j.pec.2012.10.019
- Chinn, D. (2011). Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social Science & Medicine*, 73(1), 60–67. doi:10.1016/j.socscimed.2011.04.004
- Chinn, D. (2014). Critical health literacy health promotion and people with intellectual disabilities, *Asia-Pacific Journal of Health, Sport and Physical Education*, 5:3, 249-265, doi: 10.1080/18377122.2014.940811
- Chisolm, D. J. & Buchanan, L. (2007). Measuring Adolescent Functional Health Literacy: A Pilot Validation of the Test of Functional Health Literacy in Adults. *Journal of Adolescent Health*, 41(3), 312–314. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.04.015
- Chisolm, D. J., Sarkar, M., Kelleher, K. J., & Sanders, L. M. (2015). Predictors of Health Literacy and Numeracy Concordance Among Adolescents With Special Health Care Needs and Their Parents. *Journal of health communication*, 20 Suppl 2(0 2), 43–49. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1058443>.
- Clayman, M. L., Pandit, A. U., Bergeron, A. R., Cameron, K. A., Ross, E., & Wolf, M. S. (2010). Ask, understand, remember: a brief measure of patient communication self-efficacy within clinical encounters. *Journal of health communication*, 15 (Suppl 2), 72–79. doi:10.1080/10810730.2010.500349

- Cline, R., & Haynes, K. (2001). Consumer health information seeking on the Internet: The state of the art. *Health Education Research*, 16(6), 671–692.
- Clouston, S., Manganello, J. A., & Richards, M. (2017). A life course approach to health literacy: the role of gender, educational attainment and lifetime cognitive capability. *Age and ageing*, 46(3), 493–499. doi:10.1093/ageing/afw229
- Coleman, C., Kurtz-Rossi, S., Mckinney, J., Pleasant, A., Rootman, I. Shohet, L. (2010). *Calgary charter on health literacy: Rationale and core principles for the development of health literacy curricula*. The Center for Literacy of Quebec. Ανακτήθηκε 7 Ιουλίου 2016 από:
http://www.centreforliteracy.qc.ca/sites/default/files/CFL_Calgary_Charter_2011.pdf
- Cope, B. & Kalantzis, M. (Eds). (2000). *Multiliteracies: Literacy learning and the design of social futures*. Ανακτήθηκε από <http://newlearningonline.com/files/2009/03/mlitpaper13apr08.pdf>
- Corcoran, T. & Renwick, K (2014). Critical health literacies? Introduction, *Asia-Pacific Journal of Health, Sport and Physical Education*, 5:3, 197-199, doi:
10.1080/18377122.2014.940807
- Cotten, S. R. & Gupta, S. S. (2004). Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. *Social Science & Medicine*, 59(9), 1795–1806. doi:10.1016/j.socscimed.2004.02.020
- CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. Ανακτήθηκε στις 10 Σεπτεμβρίου 2014 από http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html.
- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T. & Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1429-1436.

- Davis, T. C., Byrd, R. S., Arnold, C. L., Auinger, P., & Bocchini, J. A. (1999). Low literacy and violence among adolescents in a summer sports program. *Journal of Adolescent Health, 24*(6), 403–411. doi:10.1016/s1054-139x(98)00148-7
- Davis, T. C., Fredrickson, D. D., Arnold, C., Murphy, P. W., Herbst, M., & Bocchini, J. A. (1998). A polio immunization pamphlet with increased appeal and simplified language does not improve comprehension to an acceptable level. *Patient Education and Counseling, 33*(1), 25–37. doi:10.1016/s0738-3991(97)00053-0
- Davis, T. C., Wolf, M. S., Arnold, C. L., Byrd, R. S., Long, S. W., Springer, T., ... Bocchini, J. A. (2006). Development and Validation of the Rapid Estimate of Adolescent Literacy in Medicine (REALM-Teen): A Tool to Screen Adolescents for Below-Grade Reading in Health Care Settings. *PEDIATRICS, 118*(6), e1707–e1714. doi:10.1542/peds.2006-1139
- Davis, T.C., Crouch, M.A., Long, S.W., Jackson, R.H., Bates, P., George, R.B., & Bairnsfather, L.E. (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Fam Med, 23*(6):433-5
- De Angelis, G., Wells, G. A., Davies, B., King, J., Shallwani, S. M., McEwan, J., ... Brosseau, L. (2018). The use of social media among health professionals to facilitate chronic disease self-management with their patients: A systematic review. *DIGITAL HEALTH, 4*, 205520761877141. doi:10.1177/2055207618771416
- de Jesus Loureiro LM. (2015). Questionnaire for assessment of mental health literacy- QuALiSMental: study of psychometric properties. *Revista de Enfermagem Referência;4*:79–88. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14031>
- De Leeuw, E. (2012). The political ecosystem of health literacies. *Health Promotion International, 27*(1), 1–4. doi:10.1093/heapro/das001
- Deschesnes, M., Martin, C., Hill, A. J. (2003). Comprehensive approaches to school health promotion: how to achieve broader implementation?, *Health Promotion International, 18*(4) : 387–396, <https://doi.org/10.1093/heapro/dag410>
- Dewalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of general internal medicine, 19*(12), 1228–1239. doi:10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x

- DeWalt, D. A., Dilling, M. H., Rosenthal, M. S., & Pignone, M. P. (2007). Low Parental Literacy Is Associated With Worse Asthma Care Measures in Children. *Ambulatory Pediatrics*, 7(1), 25–31. doi:10.1016/j.ambp.2006.10.001
- DeWalt, D.A. & Hink, A. (2009). Health Literacy and Child Health Outcomes: A Systematic Review of the Literature *Pediatrics* 124 (Supplement 3) S265-S274; doi: 10.1542/peds.2009-1162B
- Diamond, C., Saintonge, S., August, P., & Azrack, A. (2011). The development of BuildingWellness™, a youth health literacy program. *Journal of Health Communication*, 16(Suppl. 3), 103–118. doi:10.1080/10810730.2011.604385
- Division of Population Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *Characteristics of an Effective Health Education Curriculum* Ανακτήθηκε 8 Νοεμβρίου 2016 από <https://www.cdc.gov/healthyschools/sher/characteristics/index.htm>
- Dodson S, Good S, & Osborne RH. (2015). Health literacy toolkit for low and middle-income countries: a series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia Ανακτήθηκε 5/4/2016 από [http://www.searo.who.int/entity/healthpromotion/documents/hl_toolkit/en/Information Sheet 1 in The Health Literacy Toolkit for Low- and Middle-Income Countries](http://www.searo.who.int/entity/healthpromotion/documents/hl_toolkit/en/InformationSheet1inTheHealthLiteracyToolkitforLowandMiddleIncomeCountries)
- Domanska, O. M., Firnges, C., Bollweg, T. M., Sørensen, K., Holmberg, C., & Jordan, S. (2018). Do adolescents understand the items of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47) – German version? Findings from cognitive interviews of the project “Measurement of Health Literacy Among Adolescents” (MOHLAA) in Germany. *Archives of Public Health*, 76(1). doi:10.1186/s13690-018-0276-2
- Donald, J. (2002): *Learning to Think: Disciplinary Perspectives*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Dooris, M., Poland, B., Kolbe, L., de Leeuw, E., McCall, D. & Wharf-Higgins, J. (2007). Healthy settings: building evidence for the effectiveness of whole system health promotion - challenges and future directions. In McQueen, David V. and Jones, Catherine M. (ed), *Global perspectives on health promotion effectiveness*, Springer, New York, N.Y. σελ.327-352.

- Doustmohammadian, A., Omidvar, N., Keshavarz-Mohammadi, N., Abdollahi, M., Amini, M. & Eini-Zinab, H. (2017). Developing and validating a scale to measure Food and Nutrition Literacy (FNLIT) in elementary school children in Iran. *PLOS ONE* 12(6), e0179196. doi: 10.1371/journal.pone.0179196.
- Drotar, D., Greenley, R., Hoff, A., Johnson, C., Lewandowski, A., Moore, M., ... Zebracki, K. (2006). Summary of Issues and Challenges in the Use of New Technologies in Clinical Care and With Children and Adolescents With Chronic Illness. *Children's Health Care*, 35(1), 91–102. doi:10.1207/s15326888chc3501_8
- Dudley, A. D., Van Bergen, P., McMaugh, A. & Mackenz, E. (2018). The role of social media in developing young people's health literacy In: Victoria Goodyear & Kathleen Armour (ed.), *Young People, Social Media and Health* σελ. 71-85. London, UK: Routledge
- Eichler, K., Wieser, S. & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International Journal of Public Health*; 54: 313 – 324 doi: 10.1007/s00038-009-0058-2
- Ekberg, J., Ericson, L., Timpka, T., Eriksson, H., Nordfeldt, S., Hanberger, L., & Ludvigsson, J. (2008). Web 2.0 Systems Supporting Childhood Chronic Disease Management: Design Guidelines Based on Information Behaviour and Social Learning Theories. *Journal of Medical Systems*, 34(2), 107–117. doi:10.1007/s10916-008-9222-0
- Emberley, A. N., Van Kleeck, A. L., Middleton K & Thacker, N. (2010). *Vermont Health Education Guidelines for Curriculum and Assessment Second Edition*. Ανακτήθηκε 10 Μαρτίου 2015 από: <https://docplayer.net/1504442-Vermont-health-education-guidelines-for-curriculum-and-assessment.html>
- Emslie, C. & Hunt, K. (2008). The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy: a qualitative study. *Social Science and Medicine*.67(5):808-816. doi:10.1016/j.socscimed.2008.05.009.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa charter. *Health Promotion International*, 23, 190–199. doi:10.1093/heapro/dan014
- Eysenbach, G., & Kohler, C. (2002). How do consumers search for and appraise health information on the World Wide Web? Qualitative study using focus groups, usability

- tests, and in-depth interviews. *British Medical Journal*, 324(7337), 573–577
<https://doi.org/10.1136/bmj.324.7337.573>.
- Fairbrother, H., Curtis, P., & Goyder, E. (2016). Making health information meaningful: Children's health literacy practices. *SSM - Population Health*, 2, 476–484.
 doi:10.1016/j.ssmph.2016.06.005
- Feinstein, L., Sabates, R., Tashweka, M.A., Sorhaindo, A. & Hammond, C. (2006). *What Are the Effects of Education on Health? Measuring the Effects of Education on Health and Civic Engagement*. Proceedings of the Copenhagen Symposium, OECD, 2006. Ανακτήθηκε 20 Μαρτίου 2017 από: www.oecd.org/education/innovation-education/37425753.pdf
- Fergie, G., Hunt, K. & Hilton, S. (2013). What young people want from health-related online resources: a focus group study. *Journal of Youth Studies*, 16(5), 579–596.
 doi:10.1080/13676261.2012.744811
- Ferguson, L. A. & Pawlak, R. (2011). Health Literacy: The Road to Improved Health Outcomes. *The Journal for Nurse Practitioners*, 7(2), 123–129. doi:10.1016/j.nurpra.2010.11.020
- Fernandez, M. D., Larson, J. & Zikmund-Fisher, J. B. (2016). Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: Findings from the health and retirement study. *BMC Public Health*. 16. doi: 10.1186/s12889-016-3267-7
- Fetro, J.V. (2010). Health literate youth: evolving challenges for health educators. *American Journal of Health Education*, 41, 258–264.
- Finbråten, H. S., Wilde-Larsson, B., Nordström, G., Pettersen, K. S., Trollvik, A., & Guttersrud, Ø. (2018). Establishing the HLS-Q12 short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire: latent trait analyses applying Rasch modelling and confirmatory factor analysis. *BMC health services research*, 18(1), 506. doi:10.1186/s12913-018-3275-7
- Flaherty, M. G. (2011). Health literacy: An overview of an emerging field. *SLIS Student Research Journal*, 1(2). Ανακτήθηκε 16 Οκτωβρίου 2016 από:
<http://scholarworks.sjsu.edu/slissrj/vol1/iss2/4>

- Fleary, S., Heffer, R. W., McKyer, E. L., & Taylor, A. (2013). A parent-focused pilot intervention to increase parent health literacy and healthy lifestyle choices for young children and families. *ISRN family medicine*, 2013, 619389. doi:10.5402/2013/619389
- Fok, M. S. M., & Wong, T. K. S. (2002). What does health literacy mean to children? . *Contemporary Nurse*, 13, 249-258.
- Forrest, C. B. (2014). A living systems perspective on health. *Medical hypotheses*, 82(2), 209–214. doi:10.1016/j.mehy.2013.11.040
- Franze, M., Fendrich, K., Schmidt, C. O., Fahland, R. A., Thyrian, J. R., Plachta-Danielzik, S., Seiberl, J., Hoffmann, W. & Splieth, C. (2011). Implementation and evaluation of the population-based programme “health literacy in school-aged children” (GeKoKidS). *Journal of Public Health*, 19(4), 339–347. doi:10.1007/s10389-011-0421-7
- Freebody, P. and Luke, A. (1990). ‘Literacies’ programs: debates and demands in cultural context. *Prospect*, 5, 7–16.
- Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M., & Wallston, K. A. (2009). Public Health Literacy Defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 446–451. doi:10.1016/j.amepre.2009.02.001
- Frisch, A. L., Camerini, L., Diviani, N., & Schulz, P. J. (2012). Defining and measuring health literacy: How can we profit from other literacy domains? *Health Promotion International*, 27(1), 117-126. doi:10.1093/heapro/dar043
- Galabuzi, G. E. (2004). Social exclusion. In D. Raphael (Ed.), *Social determinants of health: Canadian perspectives* 235–251. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Galanaki, E. P., & Christopoulos, A. (2011). The imaginary audience and the personal fable in relation to the separation-individuation process during adolescence. *Psychology, The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 18(1), 85-103.
- Galanaki, E.P. (in press). Adolescent egocentrism. Entry in the Sage Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology (A. Wenzel, Editor in chief). Thousand Oaks, CA: Sage
- Galván, A. (2013). *Adriana Galván: Insight Into the Teenage Brain [TEDxYouth@Caltech, Video]*

<https://www.youtube.com/watch?v=LWUkW4s3XxY&index=3&list=PLAcAP6QbpNyg0BWY57G5HdT8FCvU4pmGf>

- Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer Influence on Risk Taking, Risk Preference, and Risky Decision Making in Adolescence and Adulthood: An Experimental Study. *Developmental Psychology*, 41(4), 625-635. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.625>
- Gazmararian, J. A., Curran, J. W., Parker, R. M., Bernhardt, J. M., & DeBuono, B. A. (2005). Public health literacy in America: An ethical imperative. *American journal of preventive medicine*, 28(3), 317-322. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.11.004>
- Gellert, P. & Tille, F. (2015). What do we know so far: the role of health knowledge within theories of health literacy. *The European Health Psychologist*.17(6) 266-274
- Georgia Performance Standards. *Health Education* Retrieved from <https://docplayer.net/20274865-Georgia-performance-standards-health-education.html>
- Gerosa, T. (2013). *Civic-ness” at School: A Theoretical Model for the Development of Civic Attitudes Among 8th Grade Students* Poster presented at Cce Research Seminar: *Lessons learned for understanding civic and citizenship education: an international overlook* 2-4 December Rome. Retrieved from https://ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/cce2013rome_poster_tiziano_gerosa.pdf
- Ghaddar SF, Valerio MA, Garcia CM, Hansen L. (2012). Adolescent health literacy: The importance of credible sources for online health information. *J Sch Health.*; 82: 28-36.
- Ghanbari, S., Ramezankhani, A., Montazeri, A., & Mehrabi, Y. (2016). *Health Literacy Measure for Adolescents (HELMA): Development and Psychometric Properties*. *PLOS ONE*, 11(2), e0149202. doi:10.1371/journal.pone.0149202
- Giarelli, E., Bernhard, B. & Pyeritz, R. (2008). Attitudes antecedent to transition, to self-management of a chronic genetic disorder. *Clinical Genetics* 74, 325–337. doi: 10.1177/1049732308314853.
- Glaser, B., Shelton, K. H., & van den Bree, M. B. (2010). The moderating role of close friends in the relationship between conduct problems and adolescent substance use. *The Journal of*

adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine, 47(1), 35–42. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.12.022

- Gniewosz, B., Noack, P., & Buhl, M. (2009). Political alienation in adolescence: Associations with parental role models, parenting styles, and classroom climate. *International Journal of Behavioral Development*, 33(4), 337–346. <https://doi.org/10.1177/0165025409103137>
- Goldsmith, J. (2000). How will the Internet change our health system? *Health Affairs*, 19(1), 148–156.
- Gordon, S. C., Barry, C. D., Dunn, D. J., & King, B. (2011). Clarifying a Vision for Health Literacy. *Holistic Nursing Practice*, 25(3), 120–126. doi:10.1097/hnp.0b013e3182157c34
- Government of the Kyrgyz Republic. UNICEF. (2009). *Attitudes of Adolescents in relation to a Healthy Lifestyle and their Knowledge and Skills in this Area* National Research. Ανακτήθηκε 10 Ιουνίου 2016 από: https://www.unfpa.org/sites/default/files/admin-resource/Kyrgyzstan_final_0.pdf
- Grabowski, D., & Rasmussen, K. K. (2014). Adolescents' health identities: A qualitative and theoretical study of health education courses. *Social Science & Medicine*, 120, 67–75. doi:10.1016/j.socscimed.2014.09.011
- Graham, H. & Kelly, M.. (2004). *Health Inequalities: Concepts, Frameworks and Policy*. NHS Health Development Agency. Ανακτήθηκε 15 Σεπτεμβρίου 2019 από <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.634.8419&rep=rep1&type=pdf>
- Gray, J. N., Gardner, H., Cantrill, A. J., & Noyce, P. R. (2000). Mummy will make it better: influence on the product choices of young adults in the UK when buying over-the-counter medicines. *International Journal of Customer Relationship Management*, 3, 181–188.
- Gray, J. N., Klein, D. J., Noyce, R.P., Sesselberg, S T.,&. Cantrill, A. J. (2005b) The Internet: A window on adolescent health literacy. *Journal of Adolescent Health* 37 243.e1–243.e7
- Gray, J. N., Klein, D. J., Noyce, R. P., Sesselberg, S. T., Cantrill, A. J. (2005a). Health information-seeking behaviour in adolescence: the place of the internet. *Social Science & Medicine* 60 1467–1478

- Green, B. (2012b). "Into the fourth dimension," in *Literacy in 3D: An Integrated Perspective in Theory and Practice*, Chap. 11, eds B. Green and C. Beavis (Camberwell, VIC: ACER Press), 174–187.
- Green, J., Dixon, C., Pearson, P. D., Quint, S. Alvermann, D. E (1996). Language of Literacy Dialogues: Facing the Future or Reproducing the Past. *Journal of Literacy Research* 28(2):289-32
- Green, J., Lo Bianco J., & Wyn, J. 2007. 'Discourses in Interaction: The intersection of literacy and health research internationally', *Literacy and Numeracy Studies*,15(2):19-37
- Guo, S., Armstrong, R., Waters, E., Sathish, T., Alif, S. M., Browne, G. R., & Yu, X. (2018). Quality of health literacy instruments used in children and adolescents: a systematic review. *BMJ open*, 8(6), e020080. doi:10.1136/bmjopen-2017-020080
- Guo, S., Davis, E., Yu, X., Naccarella, L., Armstrong, R., Abel, T., Browne, G., Shi, Y. (2018). Measuring functional, interactive and critical health literacy of Chinese secondary school students: reliable, valid and feasible? *Global Health Promotion*, 175797591876410. doi:10.1177/1757975918764109
- Gustafsson, P.E., Janlert, U., Theorell, T., Westerlund, H., Hammarström, A. (2012). Do Peer Relations in Adolescence Influence Health in Adulthood? Peer Problems in the School Setting and the Metabolic Syndrome in Middle-Age. *PLoS ONE* 7(6): e39385. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039385>
- Guttersrud, Ø., Naigaga, M.D. & Pettersen, K.S. (2015). Measuring maternal health literacy in adolescents attending antenatal care in uganda: exploring the dimensionality of the health literacy concept studying a composite scale. *J Nurs Meas*;23:50E–66.
- Hagell, A., Rigby, E. & Perrow, F. (2015). Promoting health literacy in secondary schools: A review *British Journal of School Nursing* 10(2).
- Hamzah, S. R., Ismail, M., & Mohd Nor, Z. (2018). Does attachment to parents and peers influence health literacy among adolescents in Malaysia? *Kontakt*. doi:10.1016/j.kontakt.2018.10.006
- Hansberry, D. R., Agarwal, N., Shah, R., Schmitt, P. J., Baredes, S., Setzen, M., Carmel, P. W., Prestigiacomo, Ch. J., Liu, J. K. & Eloy, J. A. (2013). Analysis of the readability of

- patient education materials from surgical subspecialties. *The Laryngoscope*, 124(2), 405–412. doi:10.1002/lary.24261
- Hansen, L. D.; Derry, A. H., Resnick, J. P. & Richardson, R. C. (2003). Adolescents Searching for Health Information on the Internet: An Observational Study *J Med Internet Res*;5(4):e25
- Harrington, K. F., Zhang, B., Magruder, T., Bailey, W. C., & Gerald, L. B. (2015). The Impact of Parent's Health Literacy on Pediatric Asthma Outcomes. *Pediatric allergy, immunology, and pulmonology*, 28(1), 20–26. doi:10.1089/ped.2014.0379
- Hart, S. R., Kastelic, E. A., Wilcox, H. C., Beaudry, M. B., Musci, R. J., Heley, K. M., ... Swartz, K. L. (2014). Achieving Depression Literacy: The Adolescent Depression Knowledge Questionnaire (ADKQ). *School mental health*, 6(3), 213–223. doi:10.1007/s12310-014-9120-1
- Hartup, W. W. (1996). The Company They Keep: Friendships and Their Developmental Significance. *Child Development*, 67(1), 1–13. doi:10.1111/j.1467-8624.1996.tb01714.x
- Hatchette, J. E, McGrath, P. J, Murray M. & Finley G A. (2008). The role of peer communication in the socialization of adolescents'pain experiences: a qualitative investigation *BMC Pediatrics*, 8(2). doi:10.1186/1471-2431-82
<http://www.biomedcentral.com/1471-2431/8/2>
- Haun, J. N., Valerio, M. A., McCormack, L. A., Sørensen, K., & Paasche-Orlow, M. K. (2014). Health Literacy Measurement: An Inventory and Descriptive Summary of 51 Instruments. *Journal of Health Communication*, 19(sup2), 302–333. doi:10.1080/10810730.2014.936571
- Hay, D. F., Payne, A. & Chadwick, A. (2004). Peer relations in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45: 84-108. doi:10.1046/j.0021-9630.2003.00308.x
- Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., Vaart, R. & van der Rijken, M. (2015). Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling*:98(1), 41-48
- Helitzer, D., Hollis, C., Sanders, M., & Roybal, S. (2012). Addressing the “Other” Health Literacy Competencies—Knowledge, Dispositions, and Oral/Aural Communication:

- Development of TALKDOC, an Intervention Assessment Tool. *Journal of Health Communication*, 17(sup3), 160–175. doi:10.1080/10810730.2012.712613
- Helms, S. W., Choukas-Bradley, S., Widman, L., Giletta, M., Cohen, G. L., & Prinstein, M. J. (2014). Adolescents misperceive and are influenced by high-status peers' health risk, deviant, and adaptive behavior. *Developmental psychology*, 50(12), 2697–2714. doi:10.1037/a0038178
- Higgins Wharf, J. and Begoray, D. (2012) "Exploring the Borderlands between Media and Health: Conceptualizing 'Critical Media Health Literacy'," *Journal of Media Literacy Education*, 4(2).
- Higgins, C. , Lavin ,T.& Metcalfe, O. (2008). *Health Impacts of Education a review*
Ανακτήθηκε 20 Φεβρουαρίου 2016 από
<https://www.publichealth.ie/publications/healthimpactsofeducationareview>
- Hill, L. H. (2004). Health Literacy Is a Social Justice Issue That Affects Us All. *Adult Learning*, 15(1–2), 4–6. <https://doi.org/10.1177/104515950401500101>
- Hine, J. (2004). Great Britain. Home Office, corp creator. *Children and citizenship*. [Home Office online report ; 08/04] Ανακτήθηκε 9 Μαρτίου 2019 από
<https://dera.ioe.ac.uk//8474/>
- HLS-EU Consortium (2012). Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU, online publication: <http://www.health-literacy.eu>
- HLS-EU Consortium. (2012a). Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009-2012. Vienna.
- Hubbard, B. & Rainey, J. (2007). Health Literacy Instruction and Evaluation among Secondary School Students. *American Journal of Health Education*, 38(6), 332–337. doi:10.1080/19325037.2007.10598991
- Hur, I., Lee, R & Schmid, J.J. (2015). How Healthcare Technology Shapes Health Literacy
Twenty-first Americas Conference on Information Systems, Puerto Rico, 2015

- I.S. Kirsch, *The International Adult Literacy Survey: Understanding What Was Measured*. Princeton, NJ: Educational Testing Service, 2001. Retrieved from www.ets.org/research/dload/RR-01-25.pdf.
- Institute of Medicine (IOM) and National Research Council (NRC) of the National Academies. *Toward and integrated science of research on families: workshop report*. Washington, DC: National Academies Press, 2011. Διαθέσιμο στο <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56249/> doi: 10.17226/13085
- Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy, Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (Eds.). (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academies Press (US). Available at <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309091179>
- Institute of Medicine. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10883>.
- Institute of Medicine. (2015). *Informed Consent and Health Literacy: Workshop Summary*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/19019>.
- International Conference on Primary Health Care (1978 : Alma-Ata, USSR), World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (1978). Primary health care : report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 / jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>
- Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expectations*, 11(2), 113–122. doi:10.1111/j.1369-7625.2008.00497.x
- Ishikawa, H., Takeuchi, T. & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care* 31(5): 874-879. <https://doi.org/10.2337/dc07-1932>
- Ishikawa, H., Yano, E., Fujimori, S., Kinoshita, M., Yamanouchi, T., Yoshikawa, M., Yamazaki, Y. & Teramoto T. (2009). Patient health literacy and patient–physician information

exchange during a visit, *Family Practice*, 26(6), 517–523.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmp060>

Jacque, B., Koch-Weser, S., Faux, R., & Meiri, K. (2016). Addressing Health Literacy Challenges With a Cutting-Edge Infectious Disease Curriculum for the High School Biology Classroom. *Health education & behavior : the official publication of the Society for Public Health Education*, 43(1), 43–53. doi:10.1177/1090198115596163

Jacquelynn, E. (1999). *The Development of Children Ages 6 to 14. The Future of children / Center for the Future of Children*, The David and Lucile Packard Foundation. 9. 30-44.

Jain, A. V., & Bickham, D. (2014). Adolescent health literacy and the Internet. *Current Opinion in Pediatrics*, 26(4), 435–439. doi:10.1097/mop.0000000000000119

James, A., Prout, A. (1997). *Constructing and Reconstructing Childhood: Contemporary issues in the sociological study of childhood*. London: RoutledgeFalmer.

Jamner, M. S., & Stokols, D. (Eds). *Promoting Human Wellness: New Frontiers for Research, Practice, and Policy*. Berkeley: University of California Press, c2000 2000.

<http://ark.cdlib.org/ark:/13030/kt4r29q2tg/>

Jan, R.H., Lee, H.-T., S Cheng, S.C. (2014). Parents' views of self-management for children with moderate to severe persistent asthma, *Tzu Chi Medical Journal* 26(1) 34-39

Jensen, E. (2009). *Teaching with poverty in mind: what being poor does to kids' brain and what schools can do about it*. Alexandria Virginia: ASCD

Johnson, M. K., Crosnoe, R., & Elder, G. H., Jr. (2011). Insights on adolescence from a life course perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 273–280. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00728.x>.

Joint Committee on National Health Education Standards. (1995). *National Health Education Standards: Achieving Health Literacy*. Atlanta, GA: American Cancer Society.

Joint Committee on National Health Standards (2007). *National Health Education Standards: Achieving Excellence*. (2nd ed). American Cancer Society

- Jugert, P., Eckstein, K., Noack, P., Kuhn, A. & Benbow, A. (2012). Offline and Online Civic Engagement Among Adolescents and Young Adults from Three Ethnic Groups. *Journal of youth and adolescence*. 42. 10.1007/s10964-012-9805-4.
- Kamel Boulos, M. N. (2013). Using social media for improving health literacy (unpublished) In World Health Organization: Health literacy *The solid facts*
- Kamel Boulos, M.N. (2012). On Social Media in Health Literacy. *WebmedCentral Health Informatics*:3(1):WMC002936 doi: 10.9754/journal.wmc.2012.002936
- Keselman, A. & Hundal, S. & Smith, C. (2012). General and Environmental Health as the Context for Science Education. In A. Zeyer & R. Kyburz-Graber (Eds.), *Science | Environment | Health. Towards a Renewed Pedagogy for Science Education*. Dordrecht: Springer
- Keselman, A., Browne, A. C., & Kaufman, D. R. (2008). Consumer health information seeking as hypothesis testing. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 15(4), 484–495. doi:10.1197/jamia.M2449
- Keselman, A., Hundal, S., Chentsova-Dutton, Y., Bibi, R. & Edelman, J. A. (2015). The Relationship between Biology Classes and Biological Reasoning and Common Health Misconceptions. *The American Biology Teacher*, 77(3), 170–175. doi:10.1525/abt.2015.77.3.4
- Keselman, A., Kaufman, D. R., & Patel, V. L. (2004). You can exercise your way out of HIV and other stories: The role of biological knowledge in adolescents' evaluation of myths. *Science Education*, 88(4), 548–573. doi:10.1002/sce.10135
- Keselman, A., Kaufman, D. R., Kramer, S., & Patel, V. L. (2007). Fostering conceptual change and critical reasoning about HIV and AIDS. *Journal of Research in Science Teaching*, 44(6), 844–863. doi:10.1002/tea.20173
- Kickbusch I.(2013). Marketplace and community settings στο World Health Organization: *Health literacy The solid facts* επιμ.: Kickbusch, I. Pelikan M. J., Apfel,F. και Tsouros D. A
- Kickbusch, I. & Maag, D. (2008). Health Literacy. *International Encyclopedia of Public Health*, 204–211. doi:10.1016/b978-012373960-5.00584-0

- Kickbusch, I. (2008). Health literacy: an essential skill for the twenty-first century. *Health Education, 108*(2), 101–104. doi:10.1108/09654280810855559
- Kickbusch, I., Wait, S. & Maag, D. (2005). *Navigating health: The role of health literacy*. Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre, London UK.
Ανακτήθηκε 29 Δεκεμβρίου 2016 από
http://www.ilcuk.org.uk/index.php/publications/publication_details/navigating_health_the_role_of_health_literacy
- Kickbusch, S.I. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide, *Health Promotion International 16*(3)289–297. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.3.289>
- Kilgour, L., Matthews, N., Christian, P., & Shire, J. (2013). Health literacy in schools: prioritising health and well-being issues through the curriculum. *Sport, Education and Society, 20*(4), 485–500. doi:10.1080/13573322.2013.769948
- Kim, S. P., Knight, S. J., Tomori, C., Colella, K. M., Schoor, R. A., Shih, L., Kuzel, T. M., Nadler, R. B., & Bennett, C. L. (2001). Health literacy and shared decision making for prostate cancer patients with low socioeconomic status. *Cancer investigation, 19*(7), 684–691. <https://doi.org/10.1081/cnv-100106143>
- Kim, Y.-C., Lim, J. Y., & Park, K. (2015). Effects of Health Literacy and Social Capital on Health Information Behavior. *Journal of Health Communication, 20*(9), 1084–1094. doi:10.1080/10810730.2015.1018636
- Kolbe, L.J. (1993). An essential strategy to improve the health and education of Americans. *Preventive Medicine, 22*(4), 544-60
- Kolbe, L.J. (2002). Education reform and the goals of modern school health programs. *The State Education Standard 3*(4), 4–11.
- Kondilis, B., Magoulas, C., Ioannidis, E. & Agrafiotis, D. (2012). *The European Health Literacy Survey: Greece* Retrieved from http://www.esdy.edu.gr/files/006_Koinoniologias/HLS-EU%20country%20report_Greece_2012_ENG.pdf
- Kostenius, C. & Bergmark, U. (2016). The power of appreciation: promoting schoolchildren's health literacy. *Health Education, 116*(6), 611–626. doi:10.1108/he-10-2015-0031

- Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32(4), 652–657, <https://doi.org/10.1093/ije/dyg156>
- Kumar, D. (2019). Battling pseudoscience in the era of medical misinformation - rising role of health advocacy. *Journal of family & community medicine*, 26(1), 67–68. https://doi.org/10.4103/jfcm.JFCM_95_18
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). *The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy* (NCES 2006–483). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics. Ανακτήθηκε 20 Δεκεμβρίου 2014 από: <https://nces.ed.gov/NAAL/health.asp>
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., Boyle, B., Hsu, Y., and Dunleavy, E. (2007). *Literacy in Everyday Life: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy* (NCES 2007–480). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics. Ανακτήθηκε 20 Δεκεμβρίου 2014 από: <http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2007480>.
- Kwan, B., Frankish, J. & Rootman, I. (2006). The development and validation of measures of “health literacy” in different populations. *University of British Columbia, Institute of Health Promotion Research, and University of Victoria Centre for Community Health Promotion Research*, 1–204. Ανακτήθηκε 3 Απριλίου 2015 από <http://blogs.ubc.ca/frankish/files/2010/12/HLit-final-report-2006-11-24.pdf>
- La Greca, A.M., Prinstein, M.J. & Fetter, M.D. (2001). Adolescent peer crowd affiliation: linkages with health-risk behaviors and close friendships. *J Pediatr Psychol*. 26(3):131-43.
- Laski, L. (2015). Realising the health and wellbeing of adolescents. *BMJ*, h4119. doi:10.1136/bmj.h4119
- Lawless, J., Toronto, C. & Grammatica, G. (2016). "Health literacy and information literacy: a concept comparison", *Reference Services Review*, 44(2), 144-162. <https://doi.org/10.1108/RSR-02-2016-0013>

- Lee, A. (2009). Health-promoting schools: evidence for a holistic approach to promoting health and improving health literacy. *Applied Health Economic Health Policy* 7(1):11-7. doi: 10.2165/00148365-200907010-00002.
- Lee, S.Y., Arozullah, A.M. & Cho, Y.I. (2004). Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Soc Sci Med.*58(7):1309-21
- Lee, S-YD, Bender, D.E., Ruiz RE et al. (2006). Development of an easy-to-use Spanish health literacy test. *Health Services Research* 41(4p1):1392-1412. doi:10.1111/j.1475-6773.2006.00532.x
- Leighton, S. (2010), "Using a vignette-based questionnaire to explore adolescents' understanding of mental health issues", *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(2): 231-250.
- Lerner, R. M., Wang, J., Champine, R. B., Warren, D. J. A., & Erickson, K. (2014). Development of civic engagement: Theoretical and methodological issues. *International Journal of Developmental Science*, 8(3-4), 69-79.
- Levin-Zamir, D.& Peterburg, Y. (2001). Health literacy in health systems: perspectives on patient self-management in Israel, *Health Promotion International*, 16(1) 87–94. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.1.87>
- Levin-Zamir, D., Lemish, D., & Gofin, R. (2011). Media Health Literacy (MHL): development and measurement of the concept among adolescents. *Health Education Research*, 26(2):323-335.
- Lin, M., Sansom-Daly, U. M., Wakefield, C. E., McGill, B. C., & Cohn, R. J. (2017). Health Literacy in Adolescents and Young Adults: Perspectives from Australian Cancer Survivors. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 6(1), 150–158. doi:10.1089/jayao.2016.0024
- Lindsay, S., Kingsnorth, S. & Hamdani, Y. (2011). Barriers and facilitators of chronic illness self-management among adolescents: A review and future directions. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*. 3. 186 - 208. 10.1111/j.1752-9824.2011.01090.x.
- Liu, C.H., Liao, L.L., Cheng, C.C. & Chang, T.C. (2016). Development and validation of the Taiwan Children's Health Literacy Test. *Global Health Promotion*, 25(2), 34-36. doi: 10.1177/1757975916656365

- Liu, H., Zeng, H., Shen, Y., Zhang, F., Sharma, M., Lai, W., ... Zhao, Y. (2018). Assessment Tools for Health Literacy among the General Population: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1711. doi:10.3390/ijerph15081711
- Logan, R.A., W.F. Wong, M. Villaire, G. Daus, T.A. Parnell, E. Willis, and M.K. Paasche-Orlow (2015). Health literacy: A necessary element for achieving health equity. *NAM Perspectives*. Discussion Paper, National Academy of Medicine, Washington, DC. doi: 10.31478/201507a Ανακτήθηκε 10 Νοεμβρίου 2017 από: <http://www.nam.edu/perspectives/2015/Health-literacy-a-necessary-element-for-achieving-health-equity>.
- Lorini, C., Santomauro, F., Donzellini, M., Capecchi, L., Bechini, A., Boccalini, S., ... Bonaccorsi, G. (2018). Health literacy and vaccination: A systematic review. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 14(2), 478–488. doi:10.1080/21645515.2017.1392423
- Lowery, K. A. (2016). The Influence of Child and Parent Health Literacy Status on Health Outcomes from a childhood obesity treatment program [Ms Thesis Virginia Polytechnic Institute and State University] Retrieved from <https://vtechworks.lib.vt.edu/handle/10919/71372?show=full>
- Lukoschek, P., Fazzari, M., & Marantz, P. (2003). Patient and physician factors predict patients' comprehension of health information. *Patient Education and Counseling*, 50(2), 201–210. doi:10.1016/s0738-3991(02)00128-3
- Lundström, M. & Jakobsson, A. (2012). Students' Ideas Regarding Science and Pseudoscience in Relation to the Human Body and Health. *Nordic Studies in Science Education*. 5. 10.5617/nordina.279.
- Lynch, S., Dawson, A. & Worth, J. (2014). Talk about alcohol: impact of a school-based alcohol intervention on early adolescents. *International Journal of Health Promotion and Education*, 52:283-299.
- Mackey, L. M., Doody, C., Werner, E. L., & Fullen, B. (2016). *Self-Management Skills in Chronic Disease Management*. *Medical Decision Making*, 36(6), 741–759. doi:10.1177/0272989x16638330

- Makara P. (2013). Social cohesion and health literacy. Understanding the concept of social cohesion. Strasbourg: Council of Europe. Retrieved from <http://www.coe.int/t/dg3/health/Position%20Paper%20Prof%20Makara-EN.pdf>
- Malloy-Weir, L. J. (2015). Definitions of Health Literacy and Numeracy and Their Relevance for Patient-Physician Communication and Treatment Decision Making in the Medical Encounter [Ph.D. Thesis McMaster University – Health Policy] Retrieved from <https://www.semanticscholar.org/paper/DEFINITIONS-OF-HEALTH-LITERACY-AND-NUMERACY-AND-FOR-Malloy-Weir/3da0f12dac6bc9ec21d2db8b7f3ae69b304a4947>
- Malloy-Weir, L. J., Charles, C., Gafni, A., & Entwistle, V. (2016). A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. *Journal of Public Health Policy*, 37(3), 334–352. doi:10.1057/jphp.2016.18
- Mancuso, C.A., Rincon, M. (2006). Impact of health literacy on longitudinal asthma outcomes. *J Gen Intern Med*.21(8):813-817.
- Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*, 10(3), 248–255. doi:10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x
- Mancuso, J. M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing & Health Sciences*, 11(1), 77–89. doi:10.1111/j.1442-2018.2008.00408.x
- Manganello J.A., Colvin K.F., Chisolm, D.J., Arnold, C., Hancock, J., & Davis, T. (2017 online). Validation of the Rapid Estimate for Adolescent Literacy in Medicine Short Form (REALM-TeenS). *Pediatrics*, p. e20163286. doi: 10.1542/peds.2016-3286
- Manganello, J. & Shone, L. P. (2013). Health Literacy ACT for Youth Center of Excellence Research facts and Findings Ithaca, NY Ανακτήθηκε 28 Δεκεμβρίου 2016 από: http://www.actforyouth.net/resources/rf/rf_health-literacy_0513.pdf
- Manganello, J. A. (2007). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for the future research. *Health Education Research*, 23(5), 840-847 doi:10.1093/her/cym069.

- Manganello, J. A. (2009). *Health Literacy and Adolescents: An agenda for future* National education Association and Health Information Network. Ανακτήθηκε 2 Νοεμβρίου 2014 www.neahin.org/healthliteracy/Images/Manganello%20Paper.pdf.
- Manganello, J., DeVellis, R., Davis, T. & Schottler-Thal, C. (2015). Development of the Health literacy Assessment Scale for Adolescents (HAS-A). *Journal of Communication in Healthcare*, 8(3): 172-184.
- Mantwill, S., Monestel-Umaña, S., Schulz, P.J. (2015). The Relationship between Health Literacy and Health Disparities: A Systematic Review. *PLoS ONE* 10(12): e0145455. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145455>
- Marks, R. (2008). "Schools and health education" *Health Education*, 109(1), 4–8., <https://doi.org/10.1108/09654280910923345>
- Marks, R. (2009). Ethics and Patient Education: Health Literacy and Cultural Dilemmas. *Health Promotion Practice*, 10(3), 328–332. <https://doi.org/10.1177/1524839909335657>
- Marks, R. (2012). Secondary strategies for maximizing health literacy of youth. In: Marks R (ed.) *Health literacy and school-based health education* (141-187). Emerald Publishing.
- Marks, R. (2012): *Health Literacy and School-Based Health Education*. Bingley, UK: Emerald Group Publishing Limited
- Marks, R., και Wharf Higgins, J. (2012). Chapter 3: Healthy literacy skills needed by children, teachers and parents. In R. Marks (Ed.), *Health literacy and school-based health education* (pp. 63-77). Emerald Publishing.
- Marks, R.. (2015). Childhood Obesity and Parental Health Literacy. *Advances in Obesity, Weight Management & Control*. 3. 10.15406/aowmc.2015.03.00055.
- Marmot, M. (2010). Fair society, healthy lives: the Marmot Review: strategic review of health inequalities in England post-2010. ISBN 9780956487001 Ανακτήθηκε 10 Ιανουαρίου 2017 <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf>
- Mårtensson L, Hensing G. (2012). Health literacy -- a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scand J Caring Sci.*;26(1):151-60. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00900.x

- Martin, L.T., & Chen, P. (2014). Child health and school readiness: *The significance of health literacy*. In: Reynolds AJ, Rolnick AJ, Temple JA, (Eds).. *Health and Education in Early Childhood: Predictors, Interventions, and Policies*. (pp. 346–68).Cambridge: Cambridge University Press;
- Massey, P. M., Prelip, M., Calimlim, B. M., Quiter, E. S., & Glik, D. C. (2012). Contextualizing an expanded definition of health literacy among adolescents in the health care setting. *Health education research*, 27(6), 961-74. doi: 10.1093/her/cys054
- Massey, P., Prelip, M., Calimlim, B., Afifi, A., Quiter, E., Nessim, S., Wongvipat-Kalev, N., & Glik, D. (2013). Findings toward a multidimensional measure of adolescent health literacy. *American journal of health behavior*, 37(3), 342–350.
<https://doi.org/10.5993/AJHB.37.3.7>
- McCaffery, K. J., Holmes-Rovner, M., Smith, S. K., Rovner, D., Nutbeam, D., Clayman, M. L., Kelly-Blake K., Wolf M. S, ... Sheridan, S. L. (2013). Addressing health literacy in patient decision aids. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13(Suppl 2), S10. doi:10.1186/1472-6947-13-s2-s10
- McCray, A. T. (2005). Promoting health literacy. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 12(2), 152–163. doi:10.1197/jamia.M1687
- McCuaig, L. A., Carroll, K., Macdonald, D., (2014) Enacting critical health literacy in the Australian secondary school curriculum: the possibilities posed by e-health, *Asia-Pacific Journal of Health, Sport and Physical Education*, 5(3), 217-231, DOI: 10.1080/18377122.2014.940809
- McCuaig, L. A., Coore, S., Carroll, K., Macdonald, D., Rossi, A. J., Bush, R., Ostini, R., Hay, P. and Johnson, R. (2012). *Developing health literacy through school based health education : can reality match rhetoric?*. St Lucia (Qld): School of Human Movement Studies, University of Queensland Brisbane, QLD. Ανακτήθηκε από <https://eprints.qut.edu.au/82414/42/82414%28whole%29.pdf>
- McDermott, R.J., Mayer, A.B. and The School Health Education Study Fifty-Year Reflection G (2011). The school health education study + 50 years: Scholar’s reflections on its impact and legacy. *American Journal of Health Education* 42(6): 330–348.

- McDonald, F. E. J., Patterson, P., Costa, D. S. J., & Shepherd, H. L. (2016). Validation of a Health Literacy Measure for Adolescents and Young Adults Diagnosed with Cancer. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 5(1), 69–75.
doi:10.1089/jayao.2014.0043
- McLaren, L., & Hawe, P. (2005). Ecological perspectives in health research. *Journal of epidemiology and community health*, 59(1), 6–14.
<https://doi.org/10.1136/jech.2003.018044>
- McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A., Glanz, K. (1988) An ecological perspective on health promotion programs *Health Education Quarterly* 15(4), 351-77
- McPherson KE, Kerr S, Morgan A, Cheater FM, McLean J, Egan J. (2013β). The association between family and community social capital and health risk behaviours in young people: an integrative review. *BMC Public Health*.13:971. doi: 10.1186/1471-2458-13-971
https://www.gcph.co.uk/assets/0000/3818/BP38_Final.pdf
- McPherson, K., Kerr, S., McGee, E., Cheater, F., & Morgan, A. (2013α). *The role and impact of social capital on the health and wellbeing of children and adolescents: a systematic review*. Glasgow Centre for Population Health.
http://www.gcph.co.uk/publications/398_social_capital_and_the_health_and_wellbeing_of_children_and_adolescents
- Mellor, D. & Moore, A K. (2013). The Use of Likert Scales With Children *Journal of Pediatric Psychology* 39(3), 369–379 doi:10.1093/jpepsy/jst079
- Mendoza, F. S. (2009). Health Disparities and Children in Immigrant Families: A Research Agenda *Pediatrics*;124;S187 DOI: 10.1542/peds.2009-1100F
- Mika, V. S., Kelly, P. J., Price, M. A., Franquiz, M., & Villarreal, R. (2005). The ABCs of health literacy. *Family and Community Health*, 28(4): 351-357.
- Mitchell, B., & Begoray, L. D. (2010). Electronic Personal Health Records that Promote Self-management in Chronic Illness *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*
Ανακτήθηκε στις 5/5/2016 από http://www.medscape.com/viewarticle/729396_6,

- Mogford, E., Gould, L. & Devoght, A. (2010) Teaching critical health literacy in the US as a means to action on the social determinants of health *Health Promotion International*, 26 (1) 4-13. doi:10.1093/heapro/daq049
- Monheit, A. C., & Grafova, I. B. (2018). Education and family health care spending. *Southern Economic Journal*, 85(1), 71–92. doi:10.1002/soej.12300
- Moreno, M. A., Briner, L. R., Williams, A., Walker, L., & Christakis, D. A. (2009). Real Use or “Real Cool”: Adolescents Speak Out About Displayed Alcohol References on Social Networking Websites. *Journal of Adolescent Health*, 45(4), 420–422. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.04.015
- Morony, S., Lamph, E., Muscat, D., Nutbeam, D., Dhillon, H. M., Shepherd, H., ... McCaffery, K. J. (2017). Improving health literacy through adult basic education in Australia. *Health Promotion International*. doi:10.1093/heapro/dax028
- Morris, N.S., MacLean, C.D., Chew, L.D. et al. (2006). The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Family Practice* 7:21-27.
- Morrison, A. K., Myrvik, M. P., Brousseau, D. C., Hoffmann, R. G., & Stanley, R. M. (2013). The relationship between parent health literacy and pediatric emergency department utilization: a systematic review. *Academic pediatrics*, 13(5), 421–429. doi:10.1016/j.acap.2013.03.001
- Morrison, A. K., Schapira, M. M., Hoffmann, R. G., & Brousseau, D. C. (2014). Measuring health literacy in caregivers of children: a comparison of the newest vital sign and S-TOFHLA. *Clinical pediatrics*, 53(13), 1264–1270. doi:10.1177/0009922814541674
- Morrow, V. (2001). Using qualitative methods to elicit young people's perspectives on their environments: some ideas for community health initiatives, *Health Education Research*, 16 (3), 255–268, <https://doi.org/10.1093/her/16.3.255>
- Morrow, V. (2004). "Children's “social capital”: implications for health and well-being", *Health Education*, 104(4): 211-225. <https://doi.org/10.1108/09654280410546718>
- Moscovici, S (1988) Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology* 18(3), 211–250.

- Mouratidi, P.-S., Bonoti, F., & Leondari, A. (2016). Children's perceptions of illness and health: An analysis of drawings. *Health Education Journal*, 75(4), 434–447.
<https://doi.org/10.1177/0017896915599416>
- Mulvaney, S. A., Lilley, J. S., Cavanaugh, K. L., Pittel, E. J., & Rothman, R. L. (2013). Validation of the diabetes numeracy test with adolescents with type 1 diabetes. *Journal of health communication*, 18(7), 795–804. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.757394>.
- Muntaner, C., Lynch J. & Smith G.D. (2000), “Social Capital and the Third Way in *Public Health*”, *Critical public Health*, 10 (2), 107-124.
- Nabi, R. L., Prestin, A., & So, J. (2013). Facebook Friends with (Health) Benefits? Exploring Social Network Site Use and Perceptions of Social Support, Stress, and Well-Being. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(10), 721–727.
 doi:10.1089/cyber.2012.0521
- Nagy, L., Korom, E., Hódi Á. B. Németh M. (2015) Az egészségműveltség online mérése
http://publicatio.bibl.u-szeged.hu/6044/1/NagyL_Korom_Hodi_B.Nemeth_2015_Egeszsegmueveltseg_online.pdf
- Naigaga, M. D., Guttersrud, Ø., & Pettersen, K. S. (2015). Measuring maternal health literacy in adolescents attending antenatal care in a developing country - the impact of selected demographic characteristics. *Journal of clinical nursing*, 24(17-18), 2402–2409.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12796>
- Nath, C. R., Sylvester, S. T., Yasek, V., & Gunel, E. (2001). Development and validation of a literacy assessment tool for persons with diabetes. *The Diabetes educator*, 27(6), 857–864. <https://doi.org/10.1177/014572170102700611>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Population Health and Public Health Practice; Roundtable on Health Literacy. (2017). *Communicating Clearly About Medicines: Proceedings of a Workshop*. Washington (DC): National Academies Press (US). Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK453242/> doi: 10.17226/24814
- National Cancer Institute (U.S.). (2004). *Making Health Communication Programs Work: A Planner's Guide, Pink Book*. [Bethesda, Md.] :U.S. Dept. of Health and Human Services,

Public Health Service, National Institutes of Health, [Office of Cancer Communications, National Cancer Institute] Ανακτήθηκε από:

http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/pinkbook/Pink_Book.pdf

National Center for Health Statistics (U.S.). (2012). *Healthy People 2010: Final review*.

Hyattsville, Md.: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.

National Health System [NHS] (2009). *News Direct Archive* [online]. Διαθέσιμο στο:

<http://www.nhsdirect.nhs.uk/commissioners/newsdirect/newsdirectarchive/newsdirect2009/newsdirect-july2009/teamwinsinnovationaward> Ανακτήθηκε στις 22 Ιουλίου 2014.

National Health System [NHS] (2011). NHS Choices [video]. Διαθέσιμο στο:

http://www.youtube.com/user/NHSChoices?blend_1&ob_5 Ανακτήθηκε στις 22 Ιουλίου 2014.

Newacheck, P.W., Wong, S.T., Galbraith, A.A., & Hung, Y. (2003). Adolescent health care expenditures: a descriptive profile. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 32 (6 Suppl), 3-11 .

Nordqvist, C., Hanberger, L., Timpka, T., & Nordfeldt, S. (2009). Health professionals' attitudes towards using a Web 2.0 portal for child and adolescent diabetes care: qualitative study. *Journal of medical Internet research*, 11(2), e12. doi:10.2196/jmir.1152

Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of medical Internet research*, 8(4), e27. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>.

North Carolina Institute of Medicine In collaboration with the North Carolina Metamorphosis Project (2009). *Healthy Foundations for Healthy Youth: A Report of the NCIOM Task Force on Adolescent Health* Ανακτήθηκε από https://nciom.org/wp-content/uploads/2017/07/AdolescentHealth_FinalReport.pdf

Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine (1982)*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>

Nutbeam, D. (1998). Evaluating Health Promotion—Progress, Problems and solutions, *Health Promotion International*, 13(1): 27–44, <https://doi.org/10.1093/heapro/13.1.27>

- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. doi:10.1093/heapro/15.3.259
- Nutbeam, D. (2010α) The Evolving Concept of Health Literacy(Power Point Slides)
<https://pdfs.semanticscholar.org/8b0c/09f5076e7193ee538de5bc2b49386b9679cb.pdf>
- Nutbeam, D. (2010β) The Evolving Concept of Health Literacy (Slideshare)
<https://www.slideshare.net/SaxInstitute/don-nutbeam-the-evolving-concept-of-health-literacy>
 προσπελάστηκε στις 4/2/2015
- Nutbeam, D. (2015). Defining, measuring and improving health literacy *Health Evaluation and Promotion* 42(4), 450-455 doi:10.7143/JHEP.42.450
- Nutbeam, D. (2018). Health education and health promotion revisited. *Health Education Journal*, 001789691877021. doi:10.1177/0017896918770215
- O Neill, B., Gonçalves, D., Ricci-Cabello, I., Ziebland, S., & Valderas, J. (2014). An overview of self-administered health literacy instruments. *PloS one*, 9(12), e109110.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0109110>
- OECD (2016). "PISA 2015 Results in Focus", PISA in Focus, No. 67, OECD Publishing, Paris.
 (Διαθέσιμο online: <http://www.oecd.org/pisa/pisa-2015-results-in-focus.pdf>,
 προσπελάστηκε στις 6/8/2017
- OECD (2019), *PISA 2018 Results (Volume I): What Students Know and Can Do*, PISA, OECD Publishing, Paris Retrieved from <https://doi.org/10.1787/5f07c754-en>.
- OECD. (2011). *The future of families to 2030: A synthesis report*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011.
- Office of the Surgeon General (US); Office of Disease Prevention and Health Promotion (US). (2006). *Proceedings of the Surgeon General's Workshop on Improving Health Literacy*: September 7, 2006, National Institutes of Health, Bethesda, MD. Rockville (MD): Office of the Surgeon General (US). Panel 1: Health Literacy, Literacy, and Health Outcomes. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44260/>

- Okan, O. & Bauer, U. & Pinheiro, P. & Sorensen, K. & Levin, D.(2019). *International Handbook of Health Literacy: Research, Practice and Policy across the Life-span*. Retrieved from <https://pub.uni-bielefeld.de/download/2940139/2940171/2019-International%20Handbook%20of%20Health%20Literacy.pdf>
- Okan, O., Lopes, E., Bollweg, T. M., Bröder, J., Messer, M., Bruland, D., ... Pinheiro, P. (2018). Generic health literacy measurement instruments for children and adolescents: a systematic review of the literature. *BMC public health*, *18*(1), 166. doi:10.1186/s12889-018-5054-0
- Oliffe, M., Thompson, E., Johnston, J., Freeman, D., Bagga, H., & Wong, P. K. K. (2019). Assessing the readability and patient comprehension of rheumatology medicine information sheets: a cross-sectional Health Literacy Study. *BMJ Open*, *9*(2), e024582. doi:10.1136/bmjopen-2018-024582
- Ormshaw, M. (2012). Defining and measuring the health literacy of children and adolescents. [Poster presentation] in 9th European IUHPE Conference on Health Promotion "Health and Quality of Life", 27-29 September 2012, Tallinn, Estonia
<https://www.dors.it/alleg/newcms/201207/IUHPET.pdf>
- Ormshaw, M. J., Paakkari, L.T. & Kannas, L. K. (2013). "Measuring child and adolescent health literacy: a systematic review of literature", *Health Education*, *113* (5): 433 – 455
- Ormshaw, M. & Kannas, L. (2012). A Health Literacy Approach to School Health Education and Assessment: Physical Activity and Nutrition in Focus (Power Point Slides). Retrieved From <https://eera-ecer.de/ecer-programmes/conference/6/contribution/17328/>
- Osborn, C. Y., Davis, T. C., Bailey, S. C., & Wolf, M. S. (2010). Health literacy in the context of HIV treatment: introducing the Brief Estimate of Health Knowledge and Action (BEHKA)-HIV version. *AIDS and behavior*, *14*(1), 181–188.
<https://doi.org/10.1007/s10461-008-9484-z>
- Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC public health*, *13*, 658. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>

- O'Toole, C. (2017). Towards dynamic and interdisciplinary frameworks for school-based mental health promotion. *Health Education, 117*(5), 452–468. <https://doi.org/10.1108/HE-11-2016-0058>
- Paakkari, L., Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education, 112* (2), 133-152 <https://doi.org/10.1108/09654281211203411>
- Paakkari, O. & Paakkari, L. Future Directions: How to Organize Classroom Practices to Support the Development of Holistic Health Literacy In Marks R. (2012) *Health Literacy and School-Based Health Education*. 1st ed. Bingley: Emerald Group Publishing Limited, 187–203.
- Paakkari, L., & George, S. (2018). Ethical underpinnings for the development of health literacy in schools: ethical premises ('why'), orientations ('what') and tone ('how'). *BMC public health, 18*(1), 326. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5224-0>
- Paakkari, L., & Paakkari, O. (2012). *Health literacy as a learning outcome in schools. Health Education, 112*(2), 133–152. doi:10.1108/09654281211203411
- Paakkari, L., Tynjälä, P., & Kannas, L. (2010a). *Student teachers' ways of experiencing the objective of health education as a school subject: A phenomenographic study. Teaching and Teacher Education, 26*(4), 941–948. doi:10.1016/j.tate.2009.10.035
- Paakkari, L., Tynjälä, P., & Kannas, L. (2010b). *Student teachers' ways of experiencing the teaching of health education. Studies in Higher Education, 35*(8), 905–920. doi:10.1080/03075070903383229
- Paakkari, O., Torppa, M., Kannas, L., & Paakkari, L., (2016). Subjective health literacy: Development of a brief instrument for school-aged children. *Scandinavian Journal of Public Health, 44*(8), 751-757. doi: 10.1177/1403494816669639.
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American journal of health behavior, 31 Suppl 1*, S19–S26. <https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S19>
- Paek, H. J., Reber, B. H., & Lariscy, R. W. (2011). Roles of interpersonal and media socialization agents in adolescent self-reported health literacy: a health socialization

perspective. *Health education research*, 26(1), 131–149.

<https://doi.org/10.1093/her/cyq082>

Paige, S.R., Stellefson, M., Chaney, B.H., Chaney, D.J., Alber, J.M., Chappell, C., Barry, A.E. (2017). Examining the Relationship between Online Social Capital and eHealth Literacy: Implications for Instagram Use for Chronic Disease Prevention among College Students. *American Journal of Health Education*, 48(4), 264-277.

Palladino, D. K., & Helgeson V. S, (2012) Friends or Foes? A Review of Peer Influence on Self-Care and Glycemic Control in Adolescents With Type 1 Diabetes *Journal of Pediatric Psychology* 37(5), 591–603, doi:10.1093/jpepsy/jss009

Papen, U. (2005). *Adult Literacy as Social Practice: More than skills*. Routledge, London and New York.

Papen, U. (2009). Literacy, learning and health: a social practices view of health literacy. *Literacy and Numeracy Studies*, 16(2), 19-34.

Parisod, H.(2018). A Health Game as an intervention to support tobacco- related health literacy among early adolescent [Thesis University of Turku, Finland, Faculty of Medicine, Nursing Science] *Annales Universitatis Turkuensis*, Turku, 2018 Retrieved from <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/144897/AnnalesD1357Parisod.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Park, A., Eckert, T. L., Zaso, M. J., Scott-Sheldon, L. A. J., Venable, P. A., Carey, K. B., Ewart, C. K., & Carey, M. P. (2017). Association between health literacy and health behaviors among urban high school students. *Journal of School Health*, 87, 885-893

Parker, R. & Williams, MV & Weiss, BD & Baker, D. & Davis, TC & Doak, CC & Doak, LG & Hein, K & Meade, CD & Nurss, J & Schwartzberg, J. & Somers, SA & Davis, RM & Riggs, JA & Champion, HC & Howe, JP & Altman, RD & Deitchman, S. & Genel, M. & Dickinson, B. (1999). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *JAMA The Journal of the American Medical Association*. 281. 552-557.
10.1001/jama.281.6.552.

- Parker, R. & Ratzan, S.C (2010). Health Literacy: A Second Decade of Distinction for Americans, *Journal of Health Communication*, 15:S2, 20-33, DOI: 10.1080/10810730.2010.501094
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537–541. doi:10.1007/bf02640361
- Pateman, B., Grunbaum, J. A., & Kann, L. (1999). Voices from the Field - A Qualitative Analysis of Classroom, School, District, and State Health Education Policies and Programs. *Journal of School Health*, 69(7), 258–263. doi:10.1111/j.1746-1561.1999.tb06405.x
- Patton, G.C., Sawyer, S.M., Santelli, J.S., Ross, D.A., Afifi, R., Allen, N.B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A.H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., Waldfogel, J., Wickremarathne, D., Barroso, C., Bhutta, Z., Fatusi, A.O., Mattoo, A., Diers, J., Fang, J., Ferguson, J., Ssewamala, F., Viner, R.M. (2016). *Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing*. *Lancet* (London, England) 387 (10036), 2423 - 78
- Paul, R., Elder, L., & Foundation for Critical Thinking. (2003). *The miniature guide to critical thinking: Concepts & tools*. Dillon Beach, Calif: Foundation for Critical Thinking. Retrieved from https://www.criticalthinking.org/files/Concepts_Tools.pdf
- Peerson, A. (2010). Health Literacy and Gender Analysis. [Power point slides Presentation] in Darwin: Chronic Disease Network Conference.
- Peerson, A., & Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*, 24(3), 285–296. doi:10.1093/heapro/dap014
- Pelikan, M. J., Röthlin, F., Ganahl K., Boltzmann L. (2014). *Measuring comprehensive health literacy in general populations: validation of instrument, indices and scales of the HLS-EU study* 6th Annual Health Literacy Research Conference November 3-4, 2014 Bethesda, Maryland, Hyatt Regency Bethesda

- Peralta, L., Rowling, L., Samdal, O., Hipkins, R., & Dudley, D. (2017). Conceptualising a new approach to adolescent health literacy. *Health Education Journal*, 76(7), 787–801.
<https://doi.org/10.1177/0017896917714812>
- Perry, E. L. (2014). Health literacy in adolescents: an integrative review. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 19(3), 210–218. doi:10.1111/jspn.12072
- Pleasant, A. (2008). A second look at the health literacy of American adults and the national assessment of adult literacy. *Focus on Basics*, 9B, 46–52.
- Pleasant, A. (2012) Health literacy around the world – Part 1: Health literacy efforts outside of the United States. A commissioned background report to the U.S. Institute of Medicine Roundtable on Health Literacy. Available:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK202445/>
- Pleasant, A., & Kuruvilla, S. (2008). A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International*, 23(2), 152–159.
 doi:10.1093/heapro/dan001
- Pleasant, A., & McKinney, J. (2011). Coming to consensus on health literacy measurement: An online discussion and consensus-gauging process. *Nursing Outlook*, 59(2), 95–106.e1.
 doi:10.1016/j.outlook.2010.12.006
- Pleasant, A., McKinney, J., & Rikard, R. V. (2011). Health Literacy Measurement: A Proposed Research Agenda. *Journal of Health Communication*, 16(sup3), 11–21.
 doi:10.1080/10810730.2011.604392
- Prensky, M., (2001). Digital natives, digital immigrants. *On the horizon*, October 2001, 9 (5).
 Lincoln: NCB University Press.
- PricewaterhouseCoopers (PwC) (2011). *Health Literacy. Implications for. Australia Confidential Final Report Medibank Private Limited Ανακτήθηκε από:pwc.com.au/industry/healthcare*
- Prickett, K. C., & Augustine, J. M. (2016). Maternal Education and Investments in Children's Health. *Journal of marriage and the family*, 78(1), 7–25.
<https://doi.org/10.1111/jomf.12253>

- Primack, B., Gold, M.A., Switzer, G.E., Hobbs, R., Land, S.R., & Fine, M.J. (2006). Development and Validation of a Smoking Media Literacy Scale for Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160:369-374.
- Prinstein, M. J. (2001). Adolescents' and Their Friends' Health-Risk Behavior: Factors That Alter or Add to Peer Influence. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(5), 287–298. doi:10.1093/jpepsy/26.5.287
- Quennerstedt, M. (2018). Social media as a health resource: A salutogenic perspective In: Victoria Goodyear & Kathleen Armour (ed.), *Young People, Social Media and Health* (pp. 71-85). London, UK: Routledge
- Quigley, B. A. & Doris E. G.(2002). From the Personal to the Political in Health Literacy: A Two Year Study in Two Rural Nova Scotia Counties Research Project Retrieved from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED478964.pdf>
- Rask, M., Uusiautti, S., & Määttä, K. (2013). The Fourth Level of Health Literacy. *International Quarterly of Community Health Education*, 34(1), 51–71. doi:10.2190/iq.34.1.e
- Ratzan, S.C., Parker, R.M. Introduction. In: Selden CR, Zorn M, Ratzan SC, Parker RM, editors. In National Library of Medicine current bibliographies in medicine: Health literacy. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2000. (NLM Pub. No. CBM 2000–1)
- Ratzan, S.C., Parker RM. (2000). Introduction. In: *National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*. Selden CR, editor; , Zorn M, editor; , Ratzan SC, editor; , Parker RM, editor. , Editors. NLM Pub. No. CBM 2000-1. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
- Renwick, K (2017). Critical Health Literacy in 3D. *Front. Educ.* 2:40.doi: 10.3389/feduc.2017.00040
- Renwick, K. (2013). Critical reading in health literacy. *Int. J. Literacies* 19, 99–107. doi:10.18848/2327-0136/CGP/v19i02/48777
- Renwick, K. (2014). Critical health literacy: shifting textual–social practices in the health classroom *Asia-Pacific Journal of Health, Sport and Physical Education* 5(3), 201-216, doi: 10.1080/18377122.2014.940808

- Report of the 1990 Joint Committee on Health Education Terminology. (1991). *Journal of School Health*, 61(6), 251–254. doi:10.1111/j.1746-1561.1991.tb07394.x
- Report of the 2011 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology. (2012). *American Journal of Health Education*, 43(sup2), 1–19. doi:10.1080/19325037.2012.11008225
- Reyna, V. F., Nelson, W. L., Han, P. K., & Dieckmann, N. F. (2009). How numeracy influences risk comprehension and medical decision making. *Psychological bulletin*, 135(6), 943–973. doi:10.1037/a0017327
- Rimer, B. & Glanz, K. *Theory at a glance. A guide for health promotion practice*, 2nd ed. Bethesda, Maryland, US Department of Health and Human Services, 2005. Ανακτήθηκε από: <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/theory.pdf>. .
- Riva, S., Antonietti, A., Iannello, P., & Pravettoni, G. (2015). What are judgment skills in health literacy? A psycho-cognitive perspective of judgment and decision-making research. *Patient preference and adherence*, 9, 1677–1686. <https://doi.org/10.2147/PPA.S90207>
- Roberts, M., Callahan, L., & O'Leary, C. (2017). Social Media: A Path to Health Literacy. *Studies in health technology and informatics*, 240, 464–475.
- Robinson, L. D., Calmes, D. P., & Bazargan, M. n. (2008). The Impact of Literacy Enhancement on Asthma-Related Outcomes among Underserved Children. *Journal of the National Medical Association*, 100(8), 892–896. doi:10.1016/s0027-9684(15)31401-2
- Rootman, I. and Gordon-El-Bihbety, D. (2008) *A Vision for a Health Literate Canada: Report of the ExpertPanel on Health Literacy*. Canadian Public Health Association, Ottawa. www.cpha.ca
- Rootman, I., & Ronson, B. (2005). Literacy and health research in Canada: where have we been and where should we go?. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 96 Suppl 2(Suppl 2), S62–S77. <https://doi.org/10.1007/BF03403703>
- Ross Adkins, N., & Corus, C. (2009). Health Literacy for Improved Health Outcomes: Effective Capital in the Marketplace. *Journal of Consumer Affairs*, 43(2), 199–222. doi:10.1111/j.1745-6606.2009.01137.x

- Röthlin F, Pelikan JM, Ganahl K. Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV). 2013
- Roundtable on Health Literacy, Board on Population Health and Public Health Practice, & Institute of Medicine. (2014). *Implications of Health Literacy for Public Health: Workshop Summary*. National Academies Press (US).
- Roundtable on Health Literacy, Board on Population Health and Public Health Practice, & Institute of Medicine. (2012). *How Can Health Care Organizations Become More Health Literate: Workshop Summary*. National Academies Press (US).
- Roundtable on Health Literacy; Board on Population Health and Public Health Practice; Institute of Medicine. *Implications of Health Literacy for Public Health: Workshop Summary*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2014 Sep 10. Appendix C, *A Prescription Is Not Enough: Improving Public Health with Health Literacy*. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK242434/>
- Rowlands, G, Russell S, O'Donnell A, Kaner E, Trezona A, Rademakers J et al. (2018). *What is the evidence on existing policies and linked activities and their effectiveness for improving health literacy at national, regional and organizational levels in the WHO European Region?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 57).
- Rowlands, G., Shaw, A., Jaswal, S., Smith, S., & Harpham, T. (2017). Health literacy and the social determinants of health: a qualitative model from adult learners. *Health promotion international*, 32(1), 130–138. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav093>
- Rubene, Z., Stars, I., & Goba, L. (2015). Health Literate Child: Transforming Teaching in School Health Education. *SOCIETY. INTEGRATION. EDUCATION. Proceedings of the International Scientific Conference*, 1, 331-340. doi:<http://dx.doi.org/10.17770/sie2015vol1.314>

- Rudd, E. R. (2015). The evolving concept of Health literacy: New directions for health literacy studies, *Journal of Communication in Healthcare*, 8(1), 7-9, doi: 10.1179/1753806815Z.000000000105
- Rudd, R. (2006). Functional Health Literacy: Health Information in Everyday Life in *Proceedings of the Surgeon General's Workshop on Improving Health Literacy In Proceedings of the Surgeon General's Workshop on Improving Health Literacy: September 7, 2006*, National Institutes of Health, Bethesda, MD.
- Rudd, R. E., Kirsch, I., & Yamamoto, K. (2004). Literacy and health in America. Princeton, NJ: Educational Testing Service..
- Rudd, R. E., Moeykens, B. A., & Colton, T. C. (2000). Health and literacy: *A review of medical and public health literature*. In J. P. Comings, B. Garner, & C. Smith (Eds.), *The annual review of adult learning and literacy* (pp.158–199). San Francisco: Jossey-Bass. (Διαθέσιμο στο https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2012/09/litreview_volume1.pdf, προσπελάστηκε στις 7/8/2014
- Rudd, R., Kirsch, I., & Yamamoto, K. (2004α). Literacy and health in America. Policy Information Report.
- Rudd, R.; Kirsch, I. S.; Yamamoto, K. (2004β) ETS Policy Information Center Report Literacy and Health in America.
- Rudd, R.E. Renzulli, D.; Pereira, A and Daltroy L. (2004). *The Patient Perspective. Introduction to section* in Schwartzberg JG, VanGeest JB, Want CC, Gazmararian JA, Parker RM, Roter DL, Rudd RE, Schillinger D. (editors). *Understanding Health Literacy: Implications for Medicine and Public Health*. Chicago ILL: AMA Press.
- Ryan, M. E., Rossi, T., lisahunter, Macdonald, D., & McCuaig, L. (2012). Theorising a framework for contemporary health literacies in schools. *Curriculum Perspectives*, 32(3):1-10.
- Salanterä, S. (2017). Supporting Health Literacy of Vulnerable Groups –Children as an Example[Power point slides Presentation] ανακτήθηκε από: <https://www.belfasthealthycities.com/sites/default/files/SannaSalantera.pdf>

- Samdal, O. and Rowling, L. (2011). Theoretical and empirical base for implementation components of healthpromoting schools. *Health Education 111*(5): 367–390.
- Samdal, O. and Rowling, L. (2013). *The Implementation of Health Promoting Schools: Exploring the Theories of What, Why and How*. London: Routledge.
- Samdal, O., Nutbeam, D., Wold B. and Kannas, L. (1998). Achieving health and educational goals through schools—a study of the importance of the school climate and the students' satisfaction with school *HEALTH EDUCATION RESEARCH Theory & Practice 13*(3): 383-397
- Samora, J., Saunders, L., & Larson, R. F. (1961). Medical Vocabulary Knowledge Among Hospital Patients. *Journal of Health and Human Behavior, 2*(2), 83.
doi:10.2307/2948804
- Sanders, L. M., Shaw, J. S., Guez, G., Baur, C. and Rudd, R. (2009a). Health Literacy and Child Health Promotion: Implications for Research, Clinical Care, and Public Policy *Pediatrics* 2009;124;S306 DOI: 10.1542/peds. -1162G
- Sanders, L. M., Zacur, G., Haecker, T., & Klass, P. (2004). Number of children's books in the home: an indicator of parent health literacy. *Ambulatory pediatrics : the official journal of the Ambulatory Pediatric Association, 4*(5), 424–428. <https://doi.org/10.1367/A04-003R.1>
- Sanders, L.M., Federico, S., Klass, P., Abrams, M.A., Dreyer, B. (2009b). Literacy and Child Health: A Systematic Review. *Arch Pediatr Adolesc Med.*163(2):131–140.
doi:10.1001/archpediatrics.2008.539
- Santos, M. G., Gorukanti, A. L., Jurkunas, L. M., & Handley, M. A. (2018). The Health Literacy of U.S. Immigrant Adolescents: A Neglected Research Priority in a Changing World. *International journal of environmental research and public health, 15*(10), 2108.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15102108>
- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., & Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica, 97*(2), 153–158. doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00572.x

- Sarkar, U., Schillinger, D., López, A., & Sudore, R. (2011). Validation of self-reported health literacy questions among diverse English and Spanish-speaking populations. *Journal of general internal medicine*, 26(3), 265–271. doi:10.1007/s11606-010-1552-1
- Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S.-J., Dick, B., Ezeh, A. C., & Patton, G. C. (2012). *Adolescence: a foundation for future health*. *The Lancet*, 379(9826), 1630–1640. doi:10.1016/s0140-6736(12)60072-5
- Schilling, L., Knafl K & Grey M (2006) Changing patterns of selfmanagement in youth with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Nursing* 21(6),412–424. doi: 10.1016/j.pedn.2006.01.034.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., Palacios, J., Sullivan, G. D., & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*, 288(4), 475–482. <https://doi.org/10.1001/jama.288.4.475>
- Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., Leong-Grotz, K., Castro, C., & Bindman, A. B. (2003). Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of internal medicine*, 163(1), 83–90. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.1.83>
- Schmidt, C. O., Fahland, R. A., Franze, M., Splieth, C., Thyrian, J. R., Plachta-Danielzik, S., Hoffmann, W., & Kohlmann, T. (2010). Health-related behaviour, knowledge, attitudes, communication and social status in school children in Eastern Germany. *Health Education Research*, 25(4), 542–551. doi:10.1093/her/cyq011
- Schulz, PJ, Nakamoto K (2012) The concept of health literacy. In: Zeyer A, Kyburz-Graber R, editors. *Science|Environment|Health: Towards a renewed pedagogy for science education*. Dordrecht: Springer Netherlands; pp. 69–84. 10.1002/pmh.1213
- Scott, T. L., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., & Baker, D. W. (2002). Health literacy and preventive health care use among medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care*, 40(5), 395-404.<http://dx.doi.org/10.1097/00005650-200205000-00005>
- Seitz, T., Längle, A. S., Seidman, C., & Löffler-Stastka, H. (2018). Does medical students' personality have an impact on their intention to show empathic behavior?. *Archives of women's mental health*, 21(6), 611–618. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0837-y>

- Shah, L. C., West, P., Bremmeyr, K., & Savoy-Moore, R. T. (2010). Health literacy instrument in family medicine: the "newest vital sign" ease of use and correlates. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 23(2), 195–203.
<https://doi.org/10.3122/jabfm.2010.02.070278>
- Sheeran, P. (2002). Intention—Behavior Relations: A Conceptual and Empirical Review. *European Review of Social Psychology*. 12(1), 1-36. 10.1080/14792772143000003.
- Shepherd, J., Dewhirst, S., Pickett, K., et al. (2013). *Factors facilitating and constraining the delivery of effective teacher training to promote health and well-being in schools: a survey of current practice and systematic review*. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2013 Aug. (Public Health Research, No. 1.2.) Chapter 1, Background and rationale for the research. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK262791/>
- Shiell, A., Hawe, P., & Kavanagh, S. (2018). Evidence suggests a need to rethink social capital and social capital interventions. *Social Science & Medicine*.
 doi:10.1016/j.socscimed.2018.09.006
- Shin, W. K., Braun, T. M., & Inglehart, M. R. (2014). Parents' dental anxiety and oral health literacy: effects on parents' and children's oral health-related experiences. *Journal of public health dentistry*, 74(3), 195–201. <https://doi.org/10.1111/jphd.12046>
- Shirish, S. T. (2013). *Research Methodology in Education* first edition, USA Lulu Publication
- Simmons, J. S. (1989). Health: a concept analysis, *International Journal of Nursing Studies*, 26(2): 155-161
- Simonds, S. (1974). Health Education as Social Policy. *Health Education & Behavior*, 2, 1 - 10.
- Simovska, V. (2012). *What do health-promoting schools promote?* *Health Education*, 112(2), 84–88. doi:10.1108/09654281211214527
- Skopelja, E., Whipple, E.C., & Richwine, P. (2008). Reaching and Teaching Teens: Adolescent Health Literacy and the Internet. *Journal of Consumer Health on the Internet*, 12, 105 - 118.

- Smart, K. A., Parker, R. S., Lampert, J., & Sulo, S. (2012). Speaking up: teens voice their health information needs. *The Journal of school nursing : the official publication of the National Association of School Nurses*, 28(5), 379–388.
<https://doi.org/10.1177/1059840512450916>
- Smith, S. R., & Samar, V. J. (2016). Dimensions of Deaf/Hard-of-Hearing and Hearing Adolescents' Health Literacy and Health Knowledge. *Journal of health communication*, 21(sup2), 141–154. <https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1179368>
- Soares, M. B. (1992). *Literacy assessment and its implications for statistical measurement. Current surveys and research in statistics*. UNESCO, SCR-E-62 Ανακτήθηκε 25/10/2017 από <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED366779.pdf>
- Söderbäck, M., Coyne, I., & Harder, M. (2011). The importance of including both a child perspective and the child's perspective within health care settings to provide truly child-centred care. *Journal of Child Health Care*, 15(2), 99–106.
doi:10.1177/1367493510397624
- Sorensen, K. (2013). *Health literacy : a neglected European public health disparity*. [Phd thesis] Universitaire PersMaastricht
- Sorensen, K., & Brand, H. (2013). Health literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary. *Health Promotion International*, 29(4), 634–644.
doi:10.1093/heapro/dat013
- Sørensen, K., Karuranga, S., Denysiuk, E., & McLernon, L. (2018). Health literacy and social change: exploring networks and interests groups shaping the rising global health literacy movement. *Global health promotion*, 25(4), 89–92.
<https://doi.org/10.1177/1757975918798366>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H., & HLS-EU Consortium (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, *12*, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H., Brand, H., & HLS-EU Consortium (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*, *13*, 948. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>
- Sorensen, K.. (2016). *Health literacy is a political choice. A health literacy guide for politicians..* Global Health Literacy Academy Ανακτήθηκε από:
<https://www.globalhealthliteracyacademy.org/single-post/2016/12/06/Health-literacy-is-a-political-choice-A-health-literacy-guide-for-politicians>
- Squiers, L., Peinado, S., Berkman, N., Boudewyns, V. & McCormack, L. (2012). The Health Literacy Skills Framework. *Journal of Health Communication*, *17*(sup3), 30–54. doi:10.1080/10810730.2012.713442
- Šramová, B (2010). Identity, social support and attitudes toward health with adolescents στο New Trends in Technologies (2010).επιμ.. Šramová, B.
- St Leger L. (2001). Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health promotion international*, *16*(2), 197–205. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.197>
- St Leger, L. (2012). Health Literacy: Ideas for a Dynamic Future στο Marks R. (2012) *Health Literacy and School-Based Health Education*. 1^η έκδ. Bingley: Emerald Group Publishing Limited, 205-209
- Steckelberg, A., Hülfenhaus, C., Kasper, J., & Mühlhauser, I. (2009). Ebm@school – a curriculum of critical health literacy for secondary school students: results of a pilot study. *International Journal of Public Health*, *54*(3), 158–165. doi:10.1007/s00038-008-7033-1
- Steckelberg, A., Hülfenhaus, C., Kasper, J., Rost, J., & Mühlhauser, I. (2007). *How to measure critical health competences: development and validation of the Critical Health*

- Competence Test (CHC Test)*. *Advances in Health Sciences Education*, 14(1), 11–22.
doi:10.1007/s10459-007-9083-
- Stellefson, M., Hanik, B., Chaney, B., Chaney, D., Tennant, B., & Chavarria, E. A. (2011). eHealth literacy among college students: a systematic review with implications for eHealth education. *Journal of medical Internet research*, 13(4), e102.
<https://doi.org/10.2196/jmir.1703>
- Stewart-Brown, S (2000). What causes social inequalities: Why is this question taboo? *Critical Public Health*, 10(2), 233-242, DOI: 10.1080/09581590050075961
- Stokes, J.; Noren, J.; Shindell, S. (1982). "Definition of terms and concepts applicable to clinical preventive medicine". *Journal of Community Health*. 8 (1): 33–41.
doi:10.1007/bf01324395. <https://phprimer.afmc.ca/en/part-i/chapter-1/>» *AFMC Primer on Population Health A virtual text book on public health concepts for clinicians "Part 1 – Theory: Thinking About Health Chapter 1 Concepts of Health and Illness"*.
phprimer.afmc.ca. Retrieved 2016-06-22.
- Street, B. (2003). What's "new" in New Literacy Studies? Critical approaches to literacy in theory and practice *Current Issues in Comparative Education*, 5(2) 77-91
- Subramaniam, M., St Jean, B., Taylor, N. G., Kodama, C., Follman, R., & Casciotti, D. (2015). Bit by bit: using design-based research to improve the health literacy of adolescents. *JMIR research protocols*, 4(2), e62. doi:10.2196/resprot.4058
- Swist, T., Collin, P., McCormack, J. & Third, A. (2015). Social media and the wellbeing of children and young people: A literature review. Perth, WA: Prepared for the Commissioner for Children and Young People, Western Australia. Ανακτήθηκε από http://www.uws.edu.au/__data/assets/pdf_file/0019/930502/Social_media_and_children_and_young_people.pdf
- Syed-Abdul, S., Fernandez-Luque, L., Jian, W. S., Li, Y. C., Crain, S., Hsu, M. H., Wang, Y. C., Khandregzen, D., Chuluunbaatar, E., Nguyen, P. A., & Liou, D. M. (2013). Misleading health-related information promoted through video-based social media: anorexia on YouTube. *Journal of medical Internet research*, 15(2), e30.
<https://doi.org/10.2196/jmir.2237>.

- Sykes, S., & Wills, J. (2018). Challenges and opportunities in building critical health literacy. *Global Health Promotion, 25*(4), 48–56. <https://doi.org/10.1177/1757975918789352>
- Sykes, S., Wills, J., Rowlands, G., & Popple, K. (2013). Understanding critical health literacy: a concept analysis. *BMC public health, 13*, 150. doi:10.1186/1471-2458-13-150
- Szilagyi, P. G., & Schor, E. L. (1998). The health of children. *Health services research, 33*(4 Pt2), 1001–1039.
- Tardy, R. W., & Hale, C. L. (1998). Getting "plugged in:" A network analysis of health-information seeking among "stay-at-home moms." *Communication Monographs, 65*(4), 336–357. <https://doi.org/10.1080/03637759809376457>
- Thomas, D., Strauss, J., & Henriques, M.-H. (1991). *How Does Mother's Education Affect Child Height? The Journal of Human Resources, 26*(2), 183. doi:10.2307/145920
- Thompson, S. R., Watson, M. C. & Tilford S. (2018). The Ottawa Charter 30 years on: still an important standard for health promotion, *International Journal of Health Promotion and Education, 56*:2, 73-84, DOI: 10.1080/14635240.2017.1415765
- Tokuda, Y., Doba, N., Butler, J. P., & Paasche-Orlow, M. K. (2009). Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Education and Counseling, 75*(3), 411–417. doi:10.1016/j.pec.2009.03.031
- Tomé, G., Matos, M., Simões, C., Diniz, J. A., & Camacho, I. (2012). How can peer group influence the behavior of adolescents: explanatory model. *Global journal of health science, 4*(2), 26–35. doi:10.5539/gjhs.v4n2p26
- Tompkins, N. O., Kamal, K. M., & Chapman, D. (2005). The West Virginia Health Education Assessment Project. *Journal of School Health, 75*(6), 193–198. doi:10.1111/j.1746-1561.2005.00024.x
- Tones, K. (Ed.). (2002). Health literacy: New wine in old bottles?[Editorial]. *Health Education Research, 17*(3), 287–290. <https://doi.org/10.1093/her/17.3.287>
- Trout, A. L., Hoffman, S., Epstein, M. H., Nelson, T. D., & Thompson, R. W. (2014). Health literacy in high-risk youth: A descriptive study of children in residential care. *Child & Youth Services, 35* (1)35-45, DOI: 10.1080/0145935X.2014.893744.

- Tsang, K.K. (2012). The use of midpoint on Likert scale: The implications for educational research. *Hong Kong Teachers Centre Journal*. (2012)11:121-130.
- Tse, C. K., Bridges, S. M., Srinivasan, D. P., & Cheng, B. S. (2015). Social media in adolescent health literacy education: a pilot study. *JMIR research protocols*, 4(1), e18.
<https://doi.org/10.2196/resprot.3285>
- Turner, T., Cull, W. L., Bayldon, B., Klass, P., Sanders, L. M., Frintner, M. P., Abrams, M. A., & Dreyer, B. (2009). Pediatricians and health literacy: descriptive results from a national survey. *Pediatrics*, 124 Suppl 3, S299–S305. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162F>
- Tzeng, Y. F., Chiang, B. L., Chen, Y. H., & Gau, B. S. (2018). Health literacy in children with asthma: Asystematic review. *Pediatrics and neonatology*, 59(5), 429–438.
<https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2017.12.001>
- U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics. (1999). *Adult Literacy and Education in America: Four Studies Based on the National Adult Literacy Survey*, NCES1999-469, by Carl F. Kaestle, Anne Campbell, Jeremy D. Finn, Sylvia T. Johnson, and LarryH. Mikulecky. Project Officer: Andrew Kolstad. Washington, DC.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy People 2010*(2nd ed.) [with Understanding and Improving Health (vol. 1) and Objectives for Improving Health (vol. 2)]. Washington, DC: U.S. Government Printing Office
- U.S. Department of Health and Human Services. National Center for Health Statistics. (2012). *Healthy People 2010 Final Review*. Hyattsville, MD. Retrieved from https://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_final_review.pdf
- Ubavić, S., Bogavac-Stanojević, N., Jović-Vraneš, A., & Krajnović, D. (2018). Understanding of Information about Medicines Use among Parents of Pre-School Children in Serbia: Parental Pharmacotherapy Literacy Questionnaire (PTHL-SR). *International journal of environmental research and public health*, 15(5), 977.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15050977>
- Ueno, M.,A Takayama, M Adiatman, Ohnuki, M., Zaitso, T. & Kawaguchi, Y. (2014). Application of visual oral health literacy instrument in health education for senior high

- school students. *International Journal of Health Promotion and Education*, 52(1), 38-46, DOI: 10.1080/14635240.2013.845412.
- UN Children's Fund (UNICEF) (2011)., *Adolescence, an Age of Opportunity: The State of the World's Children 2011*, ISBN: 978-92-806-4555-2, Ανακτήθηκε από <https://www.refworld.org/docid/4d6cfa162.html>
- UNESCO (2006). Education for All Global Monitoring Report Chapter5 Why literacy matters Retrieved from: <https://web.oas.org/childhood/EN/Lists/Recursos%20%20Bibliografia/Attachments/22/20.pdf>
- UNESCO (2006). *Education for All Global Monitoring Report* chapter6 Understandings of literacy–Retrieved from: http://www.unesco.org/education/GMR2006/full/chapt6_eng.pdf
- UNESCO Education Sector (2004). *The Plurality of Literacy and Its Implications for Policies and Programs: Position Paper*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- United States Department of Health and Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion.(χ. χ.). *Quick Guide to Health Literacy. Fact Sheets. Strategies*. Ανακτήθηκε από: <https://healthliteracycentre.eu/wp-content/uploads/2015/11/Quick-guide-to-health-literacy.pdf>
- Unknown author (1988). The declaration of Alma-Ata. *World health 1988* ; Aug-Sep : 16-17 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/52703>
- van der Heide, I., Wang, J., Droomers, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J., & Uiters, E. (2013). The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *Journal of health communication, 18 Suppl 1*(Suppl 1), 172–184. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825668>
- Vardavas, C., Kondilis, B., Patelarou, E., Akrivos, P., & Falagas, M. (2009). Health literacy and sources of health education among adolescents in Greece. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 21*(2) 179 - 186.

- Velardo, S., & Drummond, M. (2013). Understanding parental health literacy and food related parenting practices. *Health Sociology Review*, 22(2), 137–150.
doi:10.5172/hesr.2013.22.2.137
- Velardo, S., & Drummond, M. (2016). Emphasizing the child in child health literacy research. *Journal of Child Health Care*, 21(1), 5–13. doi:10.1177/1367493516643423
- Velardo, S., Elliott, S., Shaun M. F. & Drummond, M.. (2010). The role of health literacy in parents' decision making in children's sporting participation. *Journal of Student Wellbeing*. 4. 55-65. 10.21913/JSW.v4i2.725.
- Volandes, A. E., & Paasche-Orlow, M. K. (2007). Health Literacy, Health Inequality and a Just Healthcare System, *The American Journal of Bioethics*, 7(11), 5-10 DOI: 10.1080/15265160701638520
- Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., & Wardle, J. (2007). Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of epidemiology and community health*, 61(12), 1086–1090. doi:10.1136/jech.2006.053967
- von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., & Wardle, J. (2007). Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of epidemiology and community health*, 61(12), 1086–1090.
<https://doi.org/10.1136/jech.2006.053967>
- Vozikis, A., Drivas, K., & Milioris, K. (2014). Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. *Archives of public health = Archives belges de sante publique*, 72(1), 15. .
<https://doi.org/10.1186/2049-3258-72-15>
- Wang, J., Thombs, B. D., & Schmid, M. R. (2014). The Swiss Health Literacy Survey: development and psychometric properties of a multidimensional instrument to assess competencies for health. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 17(3), 396–417.
<https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2012.00766.x>
- Wang, R. (2000). Critical health literacy: a case study from China in schistosomiasis control. *Health Promotion International*, 15(3), 269–274.

- Warsh, J., Chari, R., Badaczewski, A., Hossain, J., & Sharif, I. (2013). *Can the Newest Vital Sign Be Used to Assess Health Literacy in Children and Adolescents? Clinical Pediatrics*, 53(2), 141–144. doi:10.1177/0009922813504025
- Waverijn, G., Heijmans, M., Spreeuwenberg, P., & Groenewegen, P. P. (2016). Associations Between Neighborhood Social Capital, Health Literacy, and Self-Rated Health Among People With Chronic Illness. *Journal of health communication*, 21(sup2), 36–44. <https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1179369>
- Weil, R. A. (2016). Building A Culture Of Health. *Health Affairs* 35(11),1953-1958 doi: 10.1377/hlthaff.2016.0913
- Weinberger, D., Elvevag, B., & Giedd, J. (2005). *The Adolescent Brain: A Work in Progress*. Washington, DC: The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.
- Weinberger, DR, Elvevag B, Giedd JN. (2005). The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. The adolescent brain: a work in progress. https://mdcune.psych.ucla.edu/ncamp/files-fmri/NCamp_fmRI_AdolescentBrain.pdf
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Mockbee, J., & Hale, F. A. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514–522. <https://doi.org/10.1370/afm.405>.
- Weiss, B.D. (2003). *Health Literacy: A Manual for Clinicians*. Chicago, IL: American Medical Association Foundation.
- Weiss, B.D. (2007). *Health literacy and patient safety: help patients understand. Manual for clinicians*. 2nd ed. Chicago, American Medical Association Foundation and American Medical Association
- Wharf Higgins, J., Begoray, D., & MacDonald, M. (2009). A Social Ecological Conceptual Framework for Understanding Adolescent Health Literacy in the Health Education Classroom. *American Journal of Community Psychology*, 44(3-4), 350–362. doi:10.1007/s10464-009-9270-8
- WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion (1995 : Geneva, Switzerland) & World Health Organization. (1997). Promoting health through schools : report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health

- Education and Promotion. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/41987>
- Williams, A. M., Muir, K. W., & Rosdahl, J. A. (2016). Readability of patient education materials in ophthalmology: a single-institution study and systematic review. *BMC Ophthalmology*, *16*(1). doi:10.1186/s12886-016-0315-0
- Wilmot, R., Begoray, D., & Banister, E. (2013). Aboriginal students, critical media health literacy and the creation of a graphic novel health education tool. *In Education*, *19*(2), 72-85. Ανακτήθηκε από <https://ineducation.ca/ineducation/article/view/143/600>
- Winkelman, T. N., Caldwell, M. T., Bertram, B., & Davis, M. M. (2016). Promoting Health Literacy for Children and Adolescents. *Pediatrics*, *138*(6), e20161937.
<https://doi.org/10.1542/peds.2016-1937>
- Winkleby, M. A., Jatulis, D. E., Frank, E., & Fortmann, S. P. (1992). Socioeconomic status and health: How education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*, *82*(6), 816-820.
- Wolf, M. S. (2008) “*Health Literacy: Definitions and Controversies*” [Powerpoint Presentations] In Pfizer Visiting Professor in Health Literacy / Clear Health Communication at the NYU School of Medicine / Bellevue Hospital Center 21-23 October 2008 Ανακτήθηκε από <https://med.nyu.edu/helpix/news-and-events/pfizer-visiting-professor-health-literacy>
- Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2007). *Health Literacy and Health Risk Behaviors Among Older Adults*. *American Journal of Preventive Medicine*, *32*(1), 19–24. doi:10.1016/j.amepre.2006.08.024
- Wolf, M. S., Wilson, E. A., Rapp, D. N., Waite, K. R., Bocchini, M. V., Davis, T. C., & Rudd, R. E. (2009). Literacy and learning in health care. *Pediatrics*, *124*, (Suppl 3), S275–S281. doi:10.1542/peds.2009-1162C
- World Health Organisation (2014). *Healthy cities Promoting health and equity – evidence for local policy and practice Summary evaluation of Phase V of the WHO European Healthy Cities Network* ISBN 978 92 890 5069 2 World Health Organisation Regional Office for Europe Ανακτήθηκε από

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/262492/Healthy-Cities-promoting-health-and-equity.pdf

World Health Organisation (2017). *Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. *Health Promotion International*, 32(1), 7–8. doi:10.1093/heapro/daw103

World Health Organization (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Retrieved from https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf

World Health Organization (2015). *Core competencies in adolescent health and development for primary care providers: including a tool to assess the adolescent health and development component in pre-service education of health-care providers*. ISBN 978 92 4 150831 5 Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148354/9789241508315_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization (2019). *Ten threats to global health in 2019: Ten health issues WHO will tackle this year*. <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019/html> Ανακτήθηκε 28-01-2019

World Health Organization Health and the City. (2014). *Athens Declaration for Healthy Cities Political statement and action commitments for the WHO European Healthy Cities Network and Network of European National Healthy Cities Networks in Phase VI*. International Healthy Cities Conference Health and the City: Urban Living in the 21st Century Visions and best solutions for cities committed to health and well-being Athens, Greece, 22–25 October 2014 Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/376963/athens-declaration-healthy-cities.pdf?ua=1

World Health Organization. (1958). *The First ten years of the World Health Organization*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37089>

- World Health Organization. (1980). The work of WHO 1978-1979: biennial report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204174>
- World Health Organization. (1998). The World health report : 1998 : Life in the 21st century : a vision for all : report of the Director-General. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42065>
- World Health Organization. (1999). *Improving health through schools : national and international strategies* / compiled and edited by Isolde Birdthistle. World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/school_youth_health/media/en/94.pdf
- World Health Organization. (2003). *Skills for health*. Retrieved from Geneva, Switzerland: http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_skills4health_03.pdf
- World Health Organization. (2016). *What is health promotion?* <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/en/html>
- World Health Organization. Division of Health Promotion, Education, and Communication. (1998). Health promotion glossary. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/64546>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (1984). *Health promotion : a discussion document on the concept and principles : summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion*, Copenhagen, 9-13 July 1984. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107835>.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2013). *Health literacy: the solid facts*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326432>
- World Health Organization. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Proceedings of 9th Global Conference on Health Promotion; 2016 Nov 21-24; Shanghai, China. Geneva: World Health Organization; 2016.
- Wrench, A., & Garrett, R. (2014). Health literacies: pedagogies and understandings of bodies. *Asia-Pacific Journal of Health, Sport and Physical Education*, 5(3), 233–247. doi:10.1080/18377122.2014.940810

- Wu, A.D., Begoray, D.L., MacDonald, M., Wharf Higgins, J., Frankish, J., Kwan, B., Fung, W., & Rootman, I. (2010). Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of Canadian high school students. *Health Promotion International, 25*(4):444-52.
- Yang, H., Kuo, S., Yang, H. and Yu, J. (2013) Social capital and health literacy in Taiwan. *Health, 5*, 898-902. doi: 10.4236/health.2013.55118.
- Yang, Q., (2017). Are social networking sites making health behavior change interventions more effective? A meta-analytic review. *Journal of Health Communication, 22*(3), 223–233.
- Yin, H. S., Dreyer, B. P., van Schaick, L., Foltin, G. L., Dinglas, C., & Mendelsohn, A. L. (2008). Randomized controlled trial of a pictogram-based intervention to reduce liquid medication dosing errors and improve adherence among caregivers of young children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine, 162*(9), 814–822.
<https://doi.org/10.1001/archpedi.162.9.814>
- Yin, H. S., Johnson, M., Mendelsohn, A. L., Abrams, M. A., Sanders, L. M., & Dreyer, B. P. (2009). The health literacy of parents in the United States: a nationally representative study. *Pediatrics, 124 Suppl 3*, S289–S298. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162E>
- Yogman, M., Garfield, C. F., & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2016). Fathers' roles in the care and development of their children: The role of pediatricians. *Pediatrics, 138*(1), e1–e15
- Yu, X., Yang, T., Wang, S., & Zhang, X. (2012). *Study on student health literacy gained through health education in elementary and middle schools in China. Health Education Journal, 71*(4), 452–460. doi:10.1177/0017896911430548
- Zarcadoolas, C. (2011). The simplicity complex: exploring simplified health messages in a complex world. *Health promotion international, 26* (3), 338-50 .
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2003). Elaborating a definition of health literacy: a commentary. *Journal of health communication, 8 Suppl 1*, 119–120.
<https://doi.org/10.1080/713851982>
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International, 20*(2), 195–203. doi:10.1093/heapro/dah609

- Zeyer, A & Kyburz-Graber, R. (Eds.) (2012). *Science | Environment | Health. Towards a Renewed Pedagogy for Science Education*. Dordrecht: Springer.
- Zeyer, A. (2012). A Win-Win Situation for Health and Science Education: Seeing Through the Lens of a New Framework Model of Health Literacy. In A. Zeyer & R. Kyburz-Graber (Eds.), *Science | Environment | Health=Towards a Renewed Pedagogy for Science Education*. Dordrecht: Springer 147-173.
- Zvara, B. J., Schoppe-Sullivan, S. J., & Dush, C. M. (2013). Fathers' Involvement in Child Health Care: Associations with Prenatal Involvement, Parents' Beliefs, and Maternal Gatekeeping. *Family relations*, 62(4), 649–661. <https://doi.org/10.1111/fare.12023>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Α.1 Περιγραφή Δεδομένων

Πίνακας Α.1

Μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν για την Factor Analysis

Μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν για την δημιουργία των Παραγόντων			
1	Όταν αντιμετωπίζω ένα πρόβλημα υγείας ή είμαι άρρωστος/η μπορώ να βρω πληροφορίες που να είναι σχετικές με αυτό.	20	Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να συζητήσω μαζί του για αυτά που έχω ακούσει από άλλες πηγές και να μάθω την άποψή του.
2	Όταν αντιμετωπίζω ένα πρόβλημα υγείας ή είμαι άρρωστος/η δεν αρκούμαι σε μία πληροφορία αλλά συγκεντρώνω όσες περισσότερες μπορώ γι' αυτό.	21	Μπορώ να συζητήσω ένα πρόβλημα υγείας μου με άλλους (οικογένεια, φίλους ή άλλους με το ίδιο πρόβλημα) με σκοπό να ανταλλάξω πληροφορίες ή συμβουλές.
3	Μπορώ να βρω χρήσιμες πληροφορίες στο διαδίκτυο για την υγεία μου.	22	Παρακινώ τους φίλους μου να αποφεύγουν συνήθειες που δεν είναι υγιεινές.
4	Μπορώ να βρω υπηρεσίες ή οργανισμούς που παρέχουν υποστήριξη στους εφήβους (για θέματα υγείας).	23	Παρακινώ τους φίλους μου να συμβουλευτούν ειδικό όταν μου εμπιστεύονται προβλήματα υγείας.
5	Μπορώ να βρω πληροφορίες για θέματα πρόληψης και φροντίδας της υγείας μου.	24	ΒΑΣΙΖΟΜΑΙ στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω τι να κάνω όταν υπάρχει ένα πρόβλημα υγείας.
6	Καταλαβαίνω εύκολα τις οδηγίες και τις συστάσεις του γιατρού μου.	25	Βασίζομαι στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω ανάμεσα σε διάφορα προϊόντα, ποια είναι αυτά που είναι ωφέλιμα για μένα.
7	Καταλαβαίνω εύκολα τα περισσότερα από αυτά που ακούω για θέματα πρόληψης ασθενειών.	26	Βασίζομαι στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω με ποιους τρόπους θα ΠΡΟΣΤΑΤΕΨΩ την υγεία μου στην καθημερινότητά μου.
8	Καταλαβαίνω εύκολα το περιεχόμενο των πληροφοριών που βρίσκω για την υγεία.	27	Βασίζομαι στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω με

			ποιους τρόπους θα ΚΑΛΥΤΕΡΕΨΩ την υγεία μου στην καθημερινότητά μου.
9	Καταλαβαίνω εύκολα τις πληροφορίες και τις συστάσεις για θέματα φροντίδας υγείας και ασθένειας στα μέσα ενημέρωσης.	28	Δυσκολεύομαι να διαβάσω κείμενα για την υγεία όταν περιέχουν πολλές ιατρικές λέξεις.
10	Καταλαβαίνω εύκολα τις πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο χρήσης των φαρμάκων και τις παρενέργειές τους.	29	Δυσκολεύομαι να διαβάσω κείμενα για την υγεία όταν περιέχουν πολλούς αριθμούς και διαγράμματα.
11	Μπορώ να συγκρίνω τις πληροφορίες που παίρνω από διαφορετικές πηγές (βιβλία, περιοδικά, ιστοσελίδες, άλλοι άνθρωποι) για θέματα υγείας.	30	Δυσκολεύομαι να βρω πληροφορίες που να με βοηθούν στο θέμα υγείας που ψάχνω.
12	Μπορώ να κρίνω ποιες πηγές πληροφοριών μπορώ να εμπιστευτώ.	31	Δυσκολεύομαι να ξεχωρίσω ποια είναι η σωστή πληροφορία όταν αυτά που βρίσκω υποστηρίζουν αντίθετα πράγματα.
13	Μπορώ να κρίνω ποιες από τις πληροφορίες υγείας που βρίσκω έχουν επιστημονική βάση.	32	Δυσκολεύομαι να πάρω σωστές αποφάσεις επειδή δεν έχω τις γνώσεις που χρειάζομαι.
14	Μπορώ να κρίνω ποιες είναι οι περιπτώσεις που χρειάζεται η συμβουλή ή παρέμβαση ειδικού.	33	Δυσκολεύομαι να διαβάσω ενημερωτικά φυλλάδια για την πρόληψη ασθενειών (π.χ. γρίπης, διαβήτη, άσθματος).
15	Μπορώ να κρίνω εάν αυτά που ακούω ή διαβάζω για την υγεία στα ΜΜΕ (τηλεόραση, ραδιόφωνο, διαδίκτυο, περιοδικά) είναι ωφέλιμα για μένα.	34	Έχω τη θέληση να οργανώσω ή να συμμετέχω σε ένα σχέδιο δράσεων (συζητήσεις, συναντήσεις με εκπροσώπους και ειδικούς, κ.α.) για να καλυτερέψω τις συνθήκες υγείας που υπάρχουν στο σχολείο μου.
16	Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να του δώσω όλα τα απαραίτητα προσωπικά μου στοιχεία.	35	Έχω τη θέληση να οργανώσω ή να συμμετέχω σε ένα σχέδιο δράσεων (συζητήσεις, συναντήσεις με εκπροσώπους και ειδικούς, κ.α.) για να καλυτερέψω τη ζωή και τις συνθήκες υγείας στη γειτονιά μου.
17	Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να του δώσω τις πληροφορίες που ζητάει (π.χ. για φάρμακα που έχω πάρει στο παρελθόν, για το ιατρικό ιστορικό της οικογένειάς μου).	36	Είναι ευθύνη μου να αποκτώ νέες γνώσεις για την υγεία μου.
18	Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να του περιγράψω ακριβώς το πρόβλημά μου (πώς	37	Είναι ευθύνη μου να προστατεύω την υγεία των άλλων.

	ξεκίνησε, τι νιώθω κ.λπ.).		
19	Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να τον ρωτήσω για τις απορίες που έχω.	38	Είναι ευθύνη μου να συμμετέχω στην καλύτερευση των συνθηκών ζωής και υγείας στο περιβάλλον μου.

Πίνακας Α.2

Ερμηνευτικές μεταβλητές

1	Φύλο	2	Ηλικία
3	Τάξη		
4	Κάνε κλικ στο αντίστοιχο κουτάκι τις γραμματικές γνώσεις της μητέρας σου	5	Κάνε κλικ στο αντίστοιχο κουτάκι τις γραμματικές γνώσεις του πατέρα σου
6	Η μητρική γλώσσα της μητέρας σου	7	Η μητρική γλώσσα του πατέρα σου
8	Η βαθμολογία σου στα μαθήματα του σχολείου είναι:	9	Με λιγότερο το 1 και περισσότερο το 5 σημείωσε το βαθμό προτίμησής σου στο μάθημα της Βιολογίας
10	Με λιγότερο το 1 και περισσότερο το 5 σημείωσε το βαθμό προτίμησής σου στο μάθημα της Πληροφορικής	11	Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία στην ανάγνωση ή και στα μαθηματικά
12	Λόγω της οικονομικής κρίσης το εισόδημα της οικογένειάς σου έχει λιγοστέψει σε βαθμό που να επηρεάζει αποφάσεις σε θέματα υγείας (λιγότερες επισκέψεις σε γιατρούς ή προβλήματα στην προμήθεια φαρμάκων):	13	Υπάρχει κάποιος στο στενό οικογενειακό σου περιβάλλον που να αντιμετωπίζει σημαντικό πρόβλημα υγείας:
14	Υπάρχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας που να σε αναγκάζει να επισκέπτεσαι πολύ συχνά γιατρό, να είσαι ιδιαίτερα προσεκτικός ή να παίρνεις για μεγάλο χρονικό διάστημα φάρμακα:	15	Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας:
16	Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου:	17	Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτήεις νέες γνώσεις για θέματα υγείας:
18	Όταν θέλεις να βρεις πληροφορίες για τα θέματα υγείας που σε απασχολούν, τότε τις περισσότερες φορές (διάλεξε μόνο μία απάντηση):	19	Από τις παρακάτω τρεις προτάσεις επέλεξε αυτήν που σε εκφράζει περισσότερο από τις άλλες:

Όλες οι παραπάνω μεταβλητές στους Πίνακες A.1 και A.2, είναι κατηγορικές μεταβλητές μεταβλητές, εκτός της ηλικίας που είναι ποσοτική.

Πίνακας A.3

Ονόματα μεταβλητών εντός του SPSS

Variable	Name Spss	Levels
Φύλο:	sex	1: BOY, 2: GIRL
Ηλικία:	age	
Τάξη:	school_rank	1,3 gymnasίου & 1 Likeiou
Κάνε κλικ στο αντίστοιχο κουτάκι τις γραμματικές γνώσεις: [της μητέρας σου]	educ_mom	dimotiko, gymnasio, likeio, tei, aei, bsc-phd
Κάνε κλικ στο αντίστοιχο κουτάκι τις γραμματικές γνώσεις: [του πατέρα σου]	educ_father	dimotiko, gymnasio, likeio, tei, aei, bsc-phd
Η μητρική γλώσσα των γονέων σου είναι: [της μητέρας σου]	lang_mom_generic	1: ellinki, 2: allh
Η μητρική γλώσσα των γονέων σου είναι: [του πατέρα σου]	lang_father_generic	1: ellinki, 2: allh
Η βαθμολογία σου στα μαθήματα του σχολείου είναι: [-]	grades_school	1: oxi kalh ,2,3,4,5: aristi
Με λιγότερο το 1 και περισσότερο το 5 σημείωσε το βαθμό προτίμησής σου στα παρακάτω μαθήματα: [Βιολογία]	biology	1 up to 5
Με λιγότερο το 1 και περισσότερο το 5 σημείωσε το βαθμό προτίμησής σου στα παρακάτω μαθήματα: [Πληροφορική]	it	1 up to 5
Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία σε: [-]	learn_diff_lesson	1: anagnosi, 2:mathimatika, 3:kai sta 2, 4:oxi
Λόγω της οικονομικής κρίσης το εισόδημα της οικογένειάς σου έχει λιγοστέψει σε βαθμό που να επηρεάζει αποφάσεις σε θέματα υγείας (λιγότερες επισκέψεις σε γιατρούς ή προβλήματα στην προμήθεια φαρμάκων): [-]	low_income_low_drugs	1: YES, 2:NO
Υπάρχει κάποιος στο στενό οικογενειακό σου περιβάλλον που να αντιμετωπίζει σημαντικό πρόβλημα υγείας: [-]	relative_problem	1: YES, 2:NO
Υπάρχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας που να σε αναγκάζει να επισκέπτεσαι πολύ συχνά γιατρό, να είσαι ιδιαίτερα προσεκτικός ή να παίρνεις για μεγάλο χρονικό διάστημα φάρμακα: [-]	own_problem_generally	1: YES, 2:NO

Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνήθειες που αποκτά σε θέματα υγείας: [-]	teenager_influence_health	1: Katholou, 2: arketa, 3: poly, 4: para poly
Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεσαι σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου: [-]	env_influence_health	1: Katholou, 2: arketa, 3: poly, 4: para poly
Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτάς νέες γνώσεις για θέματα υγείας: [-]	want_to_know	1: Katholou, 2: arketa, 3: poly, 4: para poly
Όταν θέλεις να βρεις πληροφορίες για τα θέματα υγείας που σε απασχολούν, τότε τις περισσότερες φορές (διάλεξε μόνο μία απάντηση):	how_get_information	1: goneis, 2: friends, 3: internet, 4: doctor, 5: read papers
Από τις παρακάτω τρεις προτάσεις επέλεξε αυτήν που σε εκφράζει περισσότερο από τις άλλες:	personal_health_believe	1: apopsi A, 2: apopsi B, 3: apopsi C

A.2 Factor Analysis

Πίνακας Α.4

Ιδιοτιμές και ποσοστό επεξηγηματικότητας ανά παράγοντα βάσει της Factor Analysis

Factor	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	8.643	23.359	23.359	8.643	23.359	23.359	3.411	9.219	9.219
2	3.567	9.641	33.000	3.567	9.641	33.000	3.038	8.212	17.431
3	2.121	5.731	38.731	2.121	5.731	38.731	3.036	8.206	25.637
4	1.805	4.879	43.611	1.805	4.879	43.611	2.738	7.401	33.038
5	1.599	4.321	47.932	1.599	4.321	47.932	2.629	7.106	40.145
6	1.516	4.096	52.028	1.516	4.096	52.028	2.549	6.891	47.035
7	1.226	3.313	55.341	1.226	3.313	55.341	2.042	5.518	52.554
8	1.071	2.896	58.236	1.071	2.896	58.236	1.578	4.265	56.818
9	1.004	2.713	60.949	1.004	2.713	60.949	1.529	4.131	60.949
10	0.878	2.374	63.323						
11	0.839	2.266	65.589						

12	0.780	2.109	67.698						
13	0.736	1.990	69.688						
14	0.672	1.815	71.503						
15	0.666	1.801	73.304						
16	0.629	1.700	75.004						
17	0.615	1.663	76.667						
18	0.586	1.583	78.251						
19	0.579	1.564	79.815						
20	0.538	1.455	81.269						
21	0.519	1.403	82.672						
22	0.509	1.376	84.049						
23	0.488	1.318	85.367						
24	0.477	1.289	86.656						
25	0.462	1.249	87.905						
26	0.459	1.239	89.144						
27	0.438	1.184	90.328						
28	0.411	1.112	91.440						
29	0.393	1.061	92.501						
30	0.392	1.059	93.560						
31	0.380	1.026	94.586						
32	0.373	1.008	95.594						
33	0.365	0.986	96.580						
34	0.349	0.943	97.522						
35	0.340	0.918	98.441						
36	0.320	0.866	99.306						
37	0.257	0.694	100.000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Πίνακας Α.5

Επιβαρύνσεις μεταβλητών ανά Παράγοντα

Μεταβλητές	Rotated Component Matrix								
	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6	Factor7	Factor8	Factor9
Όταν αντιμετωπίζω ένα πρόβλημα υγείας ή είμαι	0.035	0.078	0.741	0.077	0.134	0.115	0.092	0.022	0.027

άρρωστος/η μπορώ να βρω πληροφορίες που να είναι σχετικές με αυτό.									
Όταν αντιμετωπίζω ένα πρόβλημα υγείας ή είμαι άρρωστος/η δεν αρκούμαι σε μία πληροφορία αλλά συγκεντρώνω όσες περισσότερες μπορώ γι' αυτό.	0.036	0.095	0.666	0.152	0.133	0.073	-0.003	0.066	0.074
Μπορώ να βρω χρήσιμες πληροφορίες στο διαδίκτυο για την υγεία μου.	0.039	0.071	0.707	0.07	0.078	0.062	0.069	-0.029	0.017
Μπορώ να βρω υπηρεσίες ή οργανισμούς που παρέχουν υποστήριξη στους εφήβους (για θέματα υγείας).	0.006	0.011	0.675	0.061	0.042	0.059	-0.01	0.179	0.043
Μπορώ να βρω πληροφορίες για θέματα πρόληψης και φροντίδας της υγείας μου.	0.078	0.165	0.758	0.113	0.103	0.075	0.077	0.012	0.114
Καταλαβαίνω εύκολα τις οδηγίες και τις συστάσεις του γιατρού μου.	0.112	0.685	-0.028	0.064	0.134	0.052	0.225	0.072	0.028

Καταλαβαίνω εύκολα τα περισσότερα από αυτά που ακούω για θέματα πρόληψης ασθενειών.	0.141	0.726	3.111	0.106	0.108	0.206	0.118	0.053	0.075
Καταλαβαίνω εύκολα το περιεχόμενο των πληροφοριών που βρίσκω για την υγεία.	0.113	0.745	0.171	0.086	0.128	0.171	0.066	0.068	0.03
Καταλαβαίνω εύκολα τις πληροφορίες και τις συστάσεις για θέματα φροντίδας υγείας και ασθένειας στα μέσα ενημέρωσης.	0.069	0.675	0.182	0.124	0.105	0.181	0.077	0.028	-0.01
Καταλαβαίνω εύκολα τις πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο χρήσης των φαρμάκων και τις παρενέργειές τους.	0.162	0.62	0.071	0.003	0.049	0.256	0.069	0.13	0.126
Μπορώ να συγκρίνω τις πληροφορίες που παίρνω από διαφορετικές πηγές (βιβλία, περιοδικά,	0.074	0.234	0.346	0.159	0.131	0.431	-0.069	0.186	0.095

ιστοσελίδες, άλλοι άνθρωποι) για θέματα υγείας.									
Μπορώ να κρίνω ποιες πηγές πληροφοριών μπορώ να εμπιστευτώ.	0.119	0.134	0.064	0.056	0.17	0.776	0.084	0.101	-0.008
Μπορώ να κρίνω ποιες από τις πληροφορίες υγείας που βρίσκω έχουν επιστημονική βάση.	0.116	0.172	0.117	0.117	0.131	0.76	0.006	0.083	0.019
Μπορώ να κρίνω ποιες είναι οι περιπτώσεις που χρειάζεται η συμβουλή ή παρέμβαση ειδικού.	0.116	0.279	0.107	0.058	0.1	0.579	0.232	-0.034	0.164
Μπορώ να κρίνω εάν αυτά που ακούω ή διαβάζω για την υγεία στα ΜΜΕ (τηλεόραση, ραδιόφωνο, διαδίκτυο, περιοδικά) είναι ωφέλιμα για μένα.	0.095	0.235	0.098	0.068	0.107	0.628	0.199	-0.042	0.096
Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να	0.044	0.204	0.077	0.12	0.075	0.154	0.736	0.035	-0.017

του δώσω όλα τα απαραίτητα προσωπικά μου στοιχεία.									
Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να του δώσω τις πληροφορίες που ζητάει (π.χ. για φάρμακα που έχω πάρει στο παρελθόν, για το ιατρικό ιστορικό της οικογένειάς μου).	0.081	0.129	0.088	0.1	0.075	0.122	0.747	0.145	0.051
Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να του περιγράψω ακριβώς το πρόβλημά μου (πώς ξεκίνησε, τι νιώθω κ.λπ.).	0.067	0.166	-0.001	0.066	0.127	0.091	0.587	0.397	0.174
Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να τον ρωτήσω για τις απορίες που έχω.	0.023	0.168	0.096	0.077	0.141	0.076	0.329	0.713	0.148
Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να συζητήσω μαζί του για αυτά που έχω ακούσει από άλλες πηγές και	0.009	0.118	0.191	0.137	0.149	0.08	0.103	0.753	0.137

να μάθω την άποψή του.									
Παρακινώ τους φίλους μου να αποφεύγουν συνήθειες που δεν είναι υγιεινές.	0.004	0.063	0.111	0.21	0.158	0.1	0.039	0.146	0.772
Παρακινώ τους φίλους μου να συμβουλευτούν ειδικό όταν μου εμπιστεύονται προβλήματα υγείας.	-0.008	0.113	0.149	0.198	0.147	0.113	0.106	0.149	0.743
ΒΑΣΙΖΟΜΑΙ στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω τι να κάνω όταν υπάρχει ένα πρόβλημα υγείας.	-0.015	0.114	0.195	0.125	0.713	0.169	0.023	0.099	-0.018
Βασίζομαι στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω ανάμεσα σε διάφορα προϊόντα, ποια είναι αυτά που είναι ωφέλιμα για μένα.	0.01	0.138	0.102	0.111	0.729	0.217	0.034	0.068	0.04
Βασίζομαι στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να	0.03	0.12	0.128	0.145	0.77	0.092	0.132	0.044	0.177

αποφασίσω με ποιους τρόπους θα ΠΡΟΣΤΑΤΕΨΩ την υγεία μου στην καθημερινότητά μου.									
Βασίζομαι στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω με ποιους τρόπους θα ΚΑΛΥΤΕΡΕΨΩ την υγεία μου στην καθημερινότητά μου.	0.026	0.118	0.122	0.155	0.77	0.051	0.101	0.098	0.151
Δυσκολεύομαι να διαβάσω κείμενα για την υγεία όταν περιέχουν πολλές ιατρικές λέξεις.	0.744	0.138	-0.001	0.019	-0.022	0.057	-0.173	0.156	-0.074
Δυσκολεύομαι να διαβάσω κείμενα για την υγεία όταν περιέχουν πολλούς αριθμούς και διαγράμματα.	0.75	0.118	0.024	0.025	-0.004	0.063	-0.073	0.111	-0.045
Δυσκολεύομαι να βρω πληροφορίες που να με βοηθούν στο θέμα υγείας που	0.701	0.136	0.091	-0.08	0.049	-0.018	0.168	-0.101	0.125

ψάχνω.									
Δυσκολεύομαι να ξεχωρίσω ποια είναι η σωστή πληροφορία όταν αυτά που βρίσκω υποστηρίζουν αντίθετα πράγματα.	0.756	-0.017	-0.014	-0.043	0.046	0.166	0.078	-0.025	-0.057
Δυσκολεύομαι να πάρω σωστές αποφάσεις επειδή δεν έχω τις γνώσεις που χρειάζομαι.	0.763	0.032	0.03	-0.015	0.025	0.137	0.074	0.006	-0.053
Δυσκολεύομαι να διαβάσω ενημερωτικά φυλλάδια για την πρόληψη ασθενειών (π.χ. γρίπης, διαβήτη, άσθματος).	0.698	0.171	0.1	0.009	-0.039	0.018	0.14	-0.095	0.163
Έχω τη θέληση να οργανώσω ή να συμμετέχω σε ένα σχέδιο δράσεων (συζητήσεις, συναντήσεις με εκπροσώπους και ειδικούς, κ.α.) για να καλυτερέψω τις συνθήκες υγείας που υπάρχουν στο σχολείο μου.	-0.018	0.009	0.113	0.808	0.119	0.099	0.011	0.157	0.005

Έχω τη θέληση να οργανώσω ή να συμμετέχω σε ένα σχέδιο δράσεων (συζητήσεις, συναντήσεις με εκπροσώπους και ειδικούς, κ.α.) για να καλυτερέψω τη ζωή και τις συνθήκες υγείας στη γειτονιά μου.	-0.047	0.015	0.134	0.806	0.075	0.057	-0.069	0.196	-0.01
Είναι ευθύνη μου να αποκτήω νέες γνώσεις για την υγεία μου.	0.036	0.209	0.158	0.514	0.164	0.041	0.273	0.034	0.197
Είναι ευθύνη μου να προστατεύω την υγεία των άλλων.	-0.048	0.085	0.066	0.627	0.105	0.104	0.066	-0.094	0.201
Είναι ευθύνη μου να συμμετέχω στην καλύτερευση των συνθηκών ζωής και υγείας στο περιβάλλον μου.	0.005	0.167	0.135	0.648	0.156	0.046	0.23	-0.038	0.164

Extraction

Method: Principal

Component

Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. Rotation converged in 7 iterations.

Πίνακας Α.6

Communalities βάσει της Factor Analysis

Communalities		
Μεταβλητές	Initial	Extraction
Όταν αντιμετωπίζω ένα πρόβλημα υγείας ή είμαι άρρωστος/η μπορώ να βρω πληροφορίες που να είναι σχετικές με αυτό.	1	0.6038
Όταν αντιμετωπίζω ένα πρόβλημα υγείας ή είμαι άρρωστος/η δεν αρκούμαι σε μία πληροφορία αλλά συγκεντρώνω όσες περισσότερες μπορώ γι' αυτό.	1	0.5103
Μπορώ να βρω χρήσιμες πληροφορίες στο διαδίκτυο για την υγεία μου.	1	0.5272
Μπορώ να βρω υπηρεσίες ή οργανισμούς που παρέχουν υποστήριξη στους εφήβους (για θέματα υγείας).	1	0.4995
Μπορώ να βρω πληροφορίες για θέματα πρόληψης και φροντίδας της υγείας μου.	1	0.6566
Καταλαβαίνω εύκολα τις οδηγίες και τις συστάσεις του γιατρού μου.	1	0.5642
Καταλαβαίνω εύκολα τα περισσότερα από αυτά που ακούω για θέματα πρόληψης ασθενειών.	1	0.6463
Καταλαβαίνω εύκολα το περιεχόμενο των πληροφοριών που βρίσκω για την υγεία.	1	0.6593
Καταλαβαίνω εύκολα τις πληροφορίες και τις συστάσεις για θέματα φροντίδας υγείας και ασθένειας στα μέσα ενημέρωσης.	1	0.5594
Καταλαβαίνω εύκολα τις πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο χρήσης των φαρμάκων και τις παρενέργειές τους.	1	0.5204
Μπορώ να συγκρίνω τις πληροφορίες που παίρνω από διαφορετικές πηγές (βιβλία, περιοδικά, ιστοσελίδες, άλλοι άνθρωποι) για θέματα υγείας.	1	0.4562
Μπορώ να κρίνω ποιες πηγές πληροφοριών μπορώ να εμπιστευτώ.	1	0.6874
Μπορώ να κρίνω ποιες από τις πληροφορίες υγείας που βρίσκω έχουν επιστημονική βάση.	1	0.6729
Μπορώ να κρίνω ποιες είναι οι περιπτώσεις που χρειάζεται η συμβουλή ή παρέμβαση ειδικού.	1	0.5328
Μπορώ να κρίνω εάν αυτά που ακούω ή διαβάζω για την υγεία στα ΜΜΕ (τηλεόραση, ραδιόφωνο, διαδίκτυο, περιοδικά) είναι ωφέλιμα για μένα.	1	0.5347
Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να του δώσω όλα τα απαραίτητα προσωπικά μου στοιχεία.	1	0.6357
Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να του δώσω τις πληροφορίες που ζητάει (π.χ. για φάρμακα που έχω πάρει στο παρελθόν, για το ιατρικό ιστορικό της οικογένειάς μου).	1	0.6439
Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να του περιγράψω ακριβώς το πρόβλημά μου (πώς ξεκίνησε, τι νιώθω κ.λπ.).	1	0.5935
Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να τον ρωτήσω για τις απορίες που έχω.	1	0.7076
Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ να συζητήσω μαζί του για αυτά που έχω ακούσει από άλλες πηγές και να μάθω την άποψή του.	1	0.6940
Παρακινώ τους φίλους μου να αποφεύγουν συνήθειες που δεν είναι υγιεινές.	1	0.7135
Παρακινώ τους φίλους μου να συμβουλευτούν ειδικό όταν μου εμπιστεύονται προβλήματα	1	0.6935

υγείας.		
ΒΑΣΙΖΟΜΑΙ στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω τι να κάνω όταν υπάρχει ένα πρόβλημα υγείας.	1	0.6144
Βασίζομαι στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω ανάμεσα σε διάφορα προϊόντα, ποια είναι αυτά που είναι ωφέλιμα για μένα.	1	0.6282
Βασίζομαι στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω με ποιους τρόπους θα ΠΡΟΣΤΑΤΕΨΩ την υγεία μου στην καθημερινότητά μου.	1	0.7052
Βασίζομαι στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω με ποιους τρόπους θα ΚΑΛΥΤΕΡΕΨΩ την υγεία μου στην καθημερινότητά μου.	1	0.6919
Δυσκολεύομαι να διαβάσω κείμενα για την υγεία όταν περιέχουν πολλές ιατρικές λέξεις.	1	0.6362
Δυσκολεύομαι να διαβάσω κείμενα για την υγεία όταν περιέχουν πολλούς αριθμούς και διαγράμματα.	1	0.6012
Δυσκολεύομαι να βρω πληροφορίες που να με βοηθούν στο θέμα υγείας που ψάχνω.	1	0.5809
Δυσκολεύομαι να ξεχωρίσω ποια είναι η σωστή πληροφορία όταν αυτά που βρίσκω υποστηρίζουν αντίθετα πράγματα.	1	0.6135
Δυσκολεύομαι να πάρω σωστές αποφάσεις επειδή δεν έχω τις γνώσεις που χρειάζομαι.	1	0.6115
Δυσκολεύομαι να διαβάσω ενημερωτικά φυλλάδια για την πρόληψη ασθενειών (π.χ. γρίπης, διαβήτη, άσθματος).	1	0.5845
Έχω τη θέληση να οργανώσω ή να συμμετέχω σε ένα σχέδιο δράσεων (συζητήσεις, συναντήσεις με εκπροσώπους και ειδικούς, κ.α.) για να καλύτερέψω τις συνθήκες υγείας που υπάρχουν στο σχολείο μου.	1	0.7147
Έχω τη θέληση να οργανώσω ή να συμμετέχω σε ένα σχέδιο δράσεων (συζητήσεις, συναντήσεις με εκπροσώπους και ειδικούς, κ.α.) για να καλύτερέψω τη ζωή και τις συνθήκες υγείας στη γειτονιά μου.	1	0.7228
Είναι ευθύνη μου να αποκτήω νέες γνώσεις για την υγεία μου.	1	0.4775
Είναι ευθύνη μου να προστατεύω την υγεία των άλλων.	1	0.4824
Είναι ευθύνη μου να συμμετέχω στην καλύτερευση των συνθηκών ζωής και υγείας στο περιβάλλον μου.	1	0.5736

A.3 Αποτελέσματα εκτιμηθέντων μοντέλων λογιστικής παλινδρόμησης

A.3.1 Για τον Factor1 – Αυτο-αποτελεσματικότητα

A.3.1.1. Διαχωρισμός 20%, 60%, 20%

Πίνακας A.7

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου & κριτήρια πληροφορίας

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	2529.535	2539.956	2525.535			
Final	2501.870	2616.491	2457.870	67.666	20	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Percent %		
Pearson	2677.366	2634	0.273	61.10%		
Deviance	2445.393	2634	0.996			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	2501.870	2616.491	2457.870 ^a	0.000	0	
School_rank	2512.938	2606.719	2476.938	19.068	4	0.001
grades_school	2504.206	2587.567	2472.206	14.337	6	0.026
learn_diff_lesson_2	2502.877	2607.079	2462.877	5.008	2	0.082
low_income	2514.316	2618.517	2474.316	16.446	2	0.000

env_influence_health	2501.661	2585.022	2469.661	11.791	6	0.067
----------------------	----------	----------	----------	--------	---	-------

Πίνακας Α.8

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου μόνο με τα Main Effects

fc1_20_60_20 ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for	
								Lower	Upper
1.00	Intercept	-1.948	0.226	74.191	1	0.000			
	[School_rank=2]	0.663	0.189	12.252	1	0.000	1.941	1.339	2.814
	[School_rank=3]	0.484	0.175	7.699	1	0.006	1.623	1.153	2.285
	[School_rank=4]	0 ^b			0				
	[grades_school=1]	0.989	0.389	6.474	1	0.011	2.689	1.255	5.763
	[grades_school=2]	0.616	0.217	8.056	1	0.005	1.852	1.210	2.833
	[grades_school=3]	0.189	0.201	0.880	1	0.348	1.207	0.814	1.790
	[grades_school=4]	0 ^b			0				
	[learn_diff_lesson_2=1.00]	0.258	0.175	2.163	1	0.141	1.294	0.918	1.824
	[learn_diff_lesson_2=2.00]	0 ^b			0				
	[low_income=1.00]	0.716	0.228	9.892	1	0.002	2.046	1.310	3.196
	[low_income=2.00]	0 ^b			0				
	[env_influence_health=1]	0.457	0.351	1.700	1	0.192	1.580	0.794	3.143
	[env_influence_health=2]	-0.385	0.208	3.416	1	0.065	0.680	0.452	1.024
[env_influence_health=3]	0.131	0.188	0.483	1	0.487	1.140	0.788	1.649	
[env_influence_health=4]	0 ^b			0					
3.00	Intercept	-0.808	0.189	18.236	1	0.000			
	[School_rank=2]	-0.133	0.179	0.549	1	0.459	0.876	0.616	1.244
	[School_rank=3]	-0.197	0.168	1.368	1	0.242	0.821	0.591	1.142
	[School_rank=4]	0 ^b			0				
	[grades_school=1]	-0.112	0.463	0.058	1	0.810	0.894	0.361	2.217
	[grades_school=2]	-0.113	0.202	0.315	1	0.574	0.893	0.601	1.326
	[grades_school=3]	-0.005	0.171	0.001	1	0.978	0.995	0.713	1.390
	[grades_school=4]	0 ^b			0				
	[learn_diff_lesson_2=1.00]	-0.240	0.185	1.673	1	0.196	0.787	0.547	1.131
	[learn_diff_lesson_2=2.00]	0 ^b			0				
	[low_income=1.00]	-0.548	0.304	3.250	1	0.071	0.578	0.319	1.049

	[low_income=2.00]	0 ^b			0				
	[env_influence_health=1]	-0.087	0.391	0.050	1	0.824	0.917	0.426	1.974
	[env_influence_health=2]	-0.220	0.189	1.353	1	0.245	0.803	0.554	1.163
	[env_influence_health=3]	-0.012	0.175	0.005	1	0.945	0.988	0.701	1.392
	[env_influence_health=4]	0 ^b			0				

A.3.1.2 Διαχωρισμός 70%,30%

Πίνακας Α.9

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου & κριτήρια πληροφορίας

Model Fitting Information							
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests			Predicted Percent
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.	
Intercept Only	1657.405	1662.615	1655.405				69.40%
Final	1635.914	1661.964	1625.914	29.491	4	0.000	
Goodness-of-Fit							
	Chi-Square	df	Sig.				
Pearson	1335.401	1323	0.400				
Deviance	1614.824	1323	0.000				
Likelihood Ratio Tests							
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests			
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.	
Intercept	1635.914	1661.964	1625.914 ^a	0.000	0		
School_rank	1642.188	1657.818	1636.188	10.274	2	0.006	
learn_diff_lesson_2	1644.180	1665.021	1636.180	10.267	1	0.001	
low_income	1644.857	1665.698	1636.857	10.943	1	0.001	

Πίνακας Α.10

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου μόνο με τα *Main Effects*

Parameter Estimates

fc1_70_30 ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
								Lower	Upper
2.00	Intercept	-0.469	0.092	25.781	1	0.000			
	[School_rank=2]	-0.451	0.154	8.588	1	0.003	0.637	0.471	0.861
	[School_rank=3]	-0.303	0.141	4.604	1	0.032	0.738	0.560	0.974
	[School_rank=4]	0 ^b			0				
	[learn_diff_lesson_2=1.00]	-0.462	0.147	9.837	1	0.002	0.630	0.472	0.841
	[learn_diff_lesson_2=2.00]	0 ^b			0				
	[low_income=1.00]	-0.765	0.246	9.659	1	0.002	0.465	0.287	0.754
	[low_income=2.00]	0 ^b			0				

A.3.1.3 Διαχωρισμός 30%,70%

Πίνακας Α.11

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου & κριτήρια πληροφορίας

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1600.891	1606.101	1598.891			
Final	1556.000	1613.311	1534.000	64.890	10	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Predicted Percent		
Pearson	1338.315	1317	0.335	72.40%		
Deviance	1524.296	1317	0.000			
Likelihood Ratio Tests						

Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	1556.000	1613.311	1534.000 ^a	0.000	0	
School_rank	1581.451	1628.341	1563.451	29.451	2	0.000
grades_school	1558.749	1600.429	1542.749	8.749	3	0.033
learn_diff_lesson_2	1560.362	1612.463	1540.362	6.362	1	0.012
low_income	1563.586	1615.687	1543.586	9.586	1	0.002
teeger_influence_health	1557.527	1599.208	1541.527	7.527	3	0.057

Πίνακας Α.12

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου μόνο με τα Main Effects

Parameter Estimates									
		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
fc1_30_70 ^a								Lower	Upper
1.00	Intercept	-1.528	0.176	75.688	1	0.000			
	[School_rank=2]	0.671	0.159	17.765	1	0.000	1.956	1.432	2.672
	[School_rank=3]	0.695	0.147	22.468	1	0.000	2.004	1.503	2.671
	[School_rank=4]	0 ^b			0				
	[grades_school=1]	0.908	0.340	7.114	1	0.008	2.478	1.272	4.828
	[grades_school=2]	0.401	0.184	4.769	1	0.029	1.493	1.042	2.139
	[grades_school=3]	0.231	0.165	1.967	1	0.161	1.260	0.912	1.740
	[grades_school=4]	0 ^b			0				
	[learn_diff_lesson_2=1.00]	0.379	0.149	6.450	1	0.011	1.461	1.090	1.956
	[learn_diff_lesson_2=2.00]	0 ^b			0				
	[low_income=1.00]	0.646	0.205	9.945	1	0.002	1.908	1.277	2.850
	[low_income=2.00]	0 ^b			0				
	[teeger_influence_health=1]	-0.086	0.310	0.077	1	0.781	0.918	0.500	1.685
	[teeger_influence_health=2]	-0.188	0.157	1.433	1	0.231	0.828	0.609	1.127
	[teeger_influence_health=3]	-0.430	0.160	7.268	1	0.007	0.650	0.476	0.889
[teeger_influence_health=4]	0 ^b			0					

			Error					Exp(B)	
								Lower	Upper
1.00	Intercept	-1.827	0.209	76.280	1	0.000			
	[grades_school=1]	1.108	0.376	8.689	1	0.003	3.028	1.449	6.324
	[grades_school=2]	0.338	0.224	2.284	1	0.131	1.402	0.905	2.173
	[grades_school=3]	0.160	0.207	0.596	1	0.440	1.174	0.782	1.763
	[grades_school=4]	0 ^b			0				
	[learn_diff_lesson_2=1.00]	-0.116	0.185	0.394	1	0.530	0.890	0.619	1.280
	[learn_diff_lesson_2=2.00]	0 ^b			0				
	[teeger_influence_health=1]	1.219	0.342	12.739	1	0.000	3.385	1.733	6.612
	[teeger_influence_health=2]	0.421	0.206	4.178	1	0.041	1.524	1.017	2.282
	[teeger_influence_health=3]	0.297	0.207	2.051	1	0.152	1.345	0.896	2.020
[teeger_influence_health=4]	0 ^b			0					
3.00	Intercept	-0.796	0.156	26.115	1	0.000			
	[grades_school=1]	-0.480	0.520	0.849	1	0.357	0.619	0.223	1.717
	[grades_school=2]	-0.136	0.196	0.483	1	0.487	0.873	0.594	1.282
	[grades_school=3]	0.047	0.167	0.081	1	0.776	1.049	0.756	1.455
	[grades_school=4]	0 ^b			0				
	[learn_diff_lesson_2=1.00]	-0.494	0.184	7.201	1	0.007	0.610	0.425	0.875
	[learn_diff_lesson_2=2.00]	0 ^b			0				
	[teeger_influence_health=1]	0.335	0.354	0.895	1	0.344	1.398	0.698	2.800
	[teeger_influence_health=2]	-0.095	0.173	0.302	1	0.582	0.909	0.648	1.276
	[teeger_influence_health=3]	-0.264	0.171	2.399	1	0.121	0.768	0.550	1.073
[teeger_influence_health=4]	0 ^b			0					

A.3.2.2 Διαχωρισμός 70%,30%

Πίνακας A.15

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1710.531	1715.741	1708.531			

Final	1686.942	1723.412	1672.942	35.590	6	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Predicted Percent		
Pearson	1326.629	1321	0.451	66.50%		
Deviance	1656.306	1321	0.000			
Likelihood Ratio Tests						
	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
Effect	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	1686.942	1723.412	1672.942 ^a	0.000	0	
lang_father_generic	1688.907	1720.167	1676.907	3.965	1	0.046
grades_school	1688.848	1709.689	1680.848	7.907	3	0.048
bio_2	1688.386	1719.647	1676.386	3.445	1	0.063
learn_diff_lesson_2	1690.619	1721.880	1678.619	5.678	1	0.017

Πίνακας Α.16

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου μόνο με τα Main Effects

Parameter Estimates									
fc2_70_30 ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
								Lower	Upper
2.00	Intercept	-0.765	0.240	10.191	1	0.001			
	[lang_father_generic=1]	0.428	0.221	3.755	1	0.053	1.534	0.995	2.365
	[lang_father_generic=2]	0 ^b			0				
	[grades_school=1]	-0.826	0.418	3.910	1	0.048	0.438	0.193	0.993
	[grades_school=2]	-0.377	0.166	5.151	1	0.023	0.686	0.495	0.950
	[grades_school=3]	-	0.143	0.847	1	0.358	0.877	0.663	1.160

	0.131							
[grades_school=4]	0 ^b			0				
[bio_2=1.00]	- 0.318	0.174	3.343	1	0.067	0.728	0.517	1.023
[bio_2=2.00]	0 ^b			0				
[learn_diff_lesson_2=1.00]	- 0.363	0.154	5.546	1	0.019	0.696	0.515	0.941
[learn_diff_lesson_2=2.00]	0 ^b			0				

A.3.2.3 Διαχωρισμός 30%,70%

Πίνακας Α.17

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1565.979	1571.189	1563.979			
Final	1531.537	1594.058	1507.537	56.442	11	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Predicted %		
Pearson	1332.373	1316	0.370	73.80%		
Deviance	1497.833	1316	0.000			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	1531.537	1594.058	1507.537 ^a	0.000	0	
educ_mom_oxi_likeio	1532.522	1589.833	1510.522	2.985	1	0.084
bio_2	1540.666	1597.977	1518.666	11.128	1	0.001

env_influence_health	1547.454	1594.345	1529.454	21.917	3	0.000
how_get_information	1531.929	1573.610	1515.929	8.392	4	0.078
persol_health_believe	1532.826	1584.926	1512.826	5.288	2	0.071

Πίνακας Α.18

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
fc2_30_70 ^a								Lower	Upper
2.00	Intercept	0.512	0.492	1.083	1	0.298			
	[educ_mom_oxi_likeio=1.00]	-0.375	0.214	3.071	1	0.080	0.687	0.452	1.045
	[educ_mom_oxi_likeio=2.00]	0 ^b			0				
	[bio_2=1.00]	-0.551	0.163	11.471	1	0.001	0.576	0.419	0.793
	[bio_2=2.00]	0 ^b			0				
	[env_influence_health=1]	-1.069	0.299	12.804	1	0.000	0.343	0.191	0.617
	[env_influence_health=2]	-0.324	0.167	3.749	1	0.053	0.723	0.521	1.004
	[env_influence_health=3]	0.125	0.166	0.561	1	0.454	1.133	0.818	1.569
	[env_influence_health=4]	0 ^b			0				
	[how_get_information=1]	0.479	0.397	1.456	1	0.228	1.614	0.742	3.514
	[how_get_information=2]	0.675	0.498	1.835	1	0.176	1.963	0.740	5.210
	[how_get_information=3]	0.530	0.411	1.663	1	0.197	1.698	0.759	3.798
[how_get_information=4]	0.902	0.417	4.679	1	0.031	2.466	1.088	5.586	

[how_get_information=5]	0 ^b			0				
[persol_health_believe=1]	0.297	0.285	1.082	1	0.298	1.346	0.769	2.354
[persol_health_believe=2]	0.002	0.290	0.000	1	0.996	1.002	0.567	1.769
[persol_health_believe=3]	0 ^b			0				

A.3.3 Για τον Factor3 – Κατανόηση

A.3.3.1 Διαχωρισμός A 20%-60%- 20%

Πίνακας A.19

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	2562.115	2572.535	2558.115			
Final	2502.421	2658.724	2442.421	115.694	28	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Predicted %		
Pearson	2673.046	2626	0.256	60.70%		
Deviance	2434.104	2626	0.997			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	2502.421	2658.724	2442.421 ^a	0.000	0	
School_rank	2514.876	2650.338	2462.876	20.455	4	0.000
lang_mom_generic	2503.590	2649.472	2447.590	5.168	2	0.075

lang_father_generic	2503.900	2649.782	2447.900	5.479	2	0.065
env_influence_health	2503.415	2628.457	2455.415	12.993	6	0.043
how_get_information	2520.405	2635.027	2476.405	33.984	8	0.000
want_to_know	2517.692	2642.734	2469.692	27.271	6	0.000

Πίνακας Α.20

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
fc3_20_60_20 ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
								Lower	Upper
1.00	Intercept	-1.570	0.593	7.010	1	0.008			
	[School_rank=2]	0.712	0.176	16.339	1	0.000	2.038	1.443	2.879
	[School_rank=3]	0.009	0.180	0.003	1	0.959	1.009	0.709	1.437
	[School_rank=4]	0 ^b			0				
	[lang_mom_generic=1]	-0.606	0.278	4.761	1	0.029	0.546	0.317	0.940
	[lang_mom_generic=2]	0 ^b			0				
	[lang_father_generic=1]	0.400	0.319	1.576	1	0.209	1.492	0.799	2.787
	[lang_father_generic=2]	0 ^b			0				
	[env_influence_health=1]	0.243	0.380	0.407	1	0.524	1.275	0.605	2.686
	[env_influence_health=2]	0.214	0.204	1.101	1	0.294	1.239	0.830	1.849
	[env_influence_health=3]	0.058	0.196	0.088	1	0.767	1.060	0.721	1.557
	[env_influence_health=4]	0 ^b			0				
	[how_get_information=1]	0.170	0.526	0.104	1	0.747	1.185	0.423	3.321
	[how_get_information=2]	0.248	0.617	0.161	1	0.688	1.281	0.382	4.293
	[how_get_information=3]	-0.644	0.556	1.342	1	0.247	0.525	0.177	1.561
	[how_get_information=4]	-0.096	0.540	0.032	1	0.859	0.909	0.315	2.620
	[how_get_information=5]	0 ^b			0				
	[want_to_know=1]	1.271	0.330	14.864	1	0.000	3.565	1.868	6.804
[want_to_know=2]	0.286	0.213	1.795	1	0.180	1.331	0.876	2.023	
[want_to_know=3]	0.355	0.209	2.876	1	0.090	1.425	0.946	2.147	
[want_to_know=4]	0 ^b			0					
3.00	Intercept	-0.892	0.538	2.750	1	0.097			
	[School_rank=2]	0.049	0.191	0.066	1	0.797	1.050	0.722	1.527
	[School_rank=3]	0.127	0.165	0.595	1	0.440	1.135	0.822	1.568

[School_rank=4]	0 ^b			0					
[lang_mom_generic=1]	-0.352	0.286	1.506	1	0.220	0.704	0.401	1.234	
[lang_mom_generic=2]	0 ^b			0					
[lang_father_generic=1]	0.740	0.344	4.637	1	0.031	2.097	1.069	4.114	
[lang_father_generic=2]	0 ^b			0					
[env_influence_health=1]	-0.387	0.397	0.950	1	0.330	0.679	0.312	1.478	
[env_influence_health=2]	-0.598	0.197	9.225	1	0.002	0.550	0.374	0.809	
[env_influence_health=3]	-0.327	0.174	3.552	1	0.059	0.721	0.513	1.013	
[env_influence_health=4]	0 ^b			0					
[how_get_information=1]	-0.059	0.465	0.016	1	0.900	0.943	0.379	2.345	
[how_get_information=2]	-0.050	0.593	0.007	1	0.933	0.951	0.297	3.044	
[how_get_information=3]	0.380	0.472	0.647	1	0.421	1.462	0.579	3.689	
[how_get_information=4]	-0.393	0.484	0.659	1	0.417	0.675	0.262	1.743	
[how_get_information=5]	0 ^b			0					
[want_to_know=1]	-0.663	0.448	2.189	1	0.139	0.515	0.214	1.240	
[want_to_know=2]	-0.424	0.187	5.156	1	0.023	0.654	0.454	0.944	
[want_to_know=3]	-0.393	0.176	4.974	1	0.026	0.675	0.478	0.953	
[want_to_know=4]	0 ^b			0					

A.3.3.2 Διαχωρισμός B 70%-30%

Πίνακας A.21

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1655.232	1660.442	1653.232			
Final	1619.403	1681.924	1595.403	57.829	11	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Sq	df	Sig.	Predicted %		
Pearson	1341.918	1316	0.303	70.70%		

Deviance	1587.085	1316	0.000			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	1619.403	1681.924	1595.403 ^a	0.000	0	
lang_father_generic	1620.252	1677.563	1598.252	2.849	1	0.091
teeger_influence_health	1625.262	1672.153	1607.262	11.859	3	0.008
how_get_information	1627.783	1669.463	1611.783	16.379	4	0.003
want_to_know	1627.210	1674.101	1609.210	13.807	3	0.003

Πίνακας Α.22

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
)	Lower	Upper
fc3_70_30 ^a									
2.00	Intercept	-0.387	0.438	0.781	1	0.377			
	[lang_father_generic=1]	0.362	0.220	2.721	1	0.099	1.437	0.934	2.210
	[lang_father_generic=2]	0 ^b			0				
	[teeger_influence_health=1]	-0.279	0.312	0.799	1	0.371	0.757	0.411	1.394
	[teeger_influence_health=2]	-0.541	0.158	11.768	1	0.001	0.582	0.428	0.793
	[teeger_influence_health=3]	-0.274	0.149	3.385	1	0.066	0.760	0.567	1.018
	[teeger_influence_health=4]	0 ^b			0				
	[how_get_information=1]	-0.280	0.38	0.517	1	0.47	0.756	0.353	1.621

		9			2			
[how_get_information=2]	-0.717	0.520	1.903	1	0.168	0.488	0.176	1.352
[how_get_information=3]	0.253	0.398	0.403	1	0.525	1.287	0.590	2.807
[how_get_information=4]	-0.265	0.402	0.435	1	0.509	0.767	0.349	1.687
[how_get_information=5]	0 ^b			0				
[want_to_know=1]	-0.712	0.322	4.906	1	0.027	0.491	0.261	0.921
[want_to_know=2]	-0.559	0.161	12.037	1	0.001	0.572	0.417	0.784
[want_to_know=3]	-0.339	0.152	4.944	1	0.026	0.712	0.528	0.961
[want_to_know=4]	0 ^b			0				

A.3.3.3 Διαχωρισμός Γ 30%-70%

Πίνακας A.23

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 L.Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1612.870	1618.080	1610.870			
Final	1551.430	1629.582	1521.430	89.440	14	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Predicted %		
Pearson	1322.188	1313	0.424	71.30%		
Deviance	1508.954	1313	0.000			
Likelihood Ratio Tests						

Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	1551.430	1629.582	1521.430 ^a	0.000	0	
School_rank	1556.998	1624.729	1530.998	9.568	2	0.008
lang_mom_generic	1552.504	1625.445	1524.504	3.073	1	0.080
bio_2	1555.232	1628.173	1527.232	5.802	1	0.016
teeger_influence_health	1552.822	1615.343	1528.822	7.392	3	0.060
how_get_information	1563.989	1621.300	1541.989	20.559	4	0.000
want_to_know	1572.761	1635.282	1548.761	27.331	3	0.000

Πίνακας Α.24

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
fc3_30_70 ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
								Lower	Upper
2.00	Intercept	1.902	0.545	12.196	1	0.000			
	[School_rank=2]	-0.412	0.153	7.225	1	0.007	0.662	0.491	0.894
	[School_rank=3]	0.070	0.151	0.214	1	0.644	1.072	0.797	1.442
	[School_rank=4]	0 ^b			0				
	[lang_mom_generic=1]	0.323	0.182	3.141	1	0.076	1.381	0.966	1.973
	[lang_mom_generic=2]	0 ^b			0				
	[bio_2=1.00]	-0.401	0.165	5.913	1	0.015	0.670	0.485	0.925
	[bio_2=2.00]	0 ^b			0				
	[teeger_influence_health=1]	-0.303	0.311	0.946	1	0.331	0.739	0.401	1.360
	[teeger_influence_health=2]	-0.185	0.168	1.214	1	0.271	0.831	0.598	1.155
	[teeger_influence_health=3]	-0.433	0.164	6.981	1	0.008	0.649	0.470	0.894
	[teeger_influence_health=4]	0 ^b			0				
	[how_get_information=1]	-0.591	0.509	1.349	1	0.245	0.554	0.204	1.501
	[how_get_information=2]	-0.443	0.588	0.568	1	0.451	0.642	0.203	2.032
	[how_get_information=3]	0.179	0.526	0.115	1	0.734	1.196	0.426	3.355
[how_get_information=4]	-0.487	0.520	0.877	1	0.349	0.614	0.222	1.703	
[how_get_information=5]	0 ^b			0					

[want_to_know=1]	-1.485	0.296	25.227	1	0.000	0.226	0.127	0.404
[want_to_know=2]	-0.577	0.180	10.273	1	0.001	0.562	0.395	0.799
[want_to_know=3]	-0.514	0.177	8.435	1	0.004	0.598	0.423	0.846
[want_to_know=4]	0 ^b			0				

A.3.4 Για τον Factor4 – Πρόθεση Ενεργούς Πολιτειακής Συμμετοχής

A.3.4.1 Μοντέλο μόνο με Main Effects Διαχωρισμός A (20%-60%-20%)

Πίνακας A.25

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	2554.236	2564.656	2550.236			
Final	2360.843	2548.406	2288.843	261.393	34	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Predicted %		
Pearson	2629.619	2620	0.444	62.40%		
Deviance	2269.435	2620	1.000			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	2360.843	2548.406	2288.843 ^a	0.000	0	
sex	2368.492	2545.635	2300.492	11.649	2	0.003
grades_school	2360.741	2517.044	2300.741	11.898	6	0.064
bio_2	2371.543	2548.686	2303.543	14.700	2	0.001

relative_problem	2363.006	2540.149	2295.006	6.163	2	0.046
teeger_influence_health	2363.260	2519.562	2303.260	14.417	6	0.025
env_influence_health	2368.619	2524.922	2308.619	19.776	6	0.003
persol_health_believe	2362.707	2529.430	2298.707	9.864	4	0.043
want_to_know	2435.492	2591.795	2375.492	86.649	6	0.000

Πίνακας Α.26

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
fc4_20_60_20 ^a								Lower	Upper
1.00	Intercept	-2.609	0.472	30.497	1	0.000			
	[sex=1]	0.435	0.153	8.098	1	0.004	1.544	1.145	2.083
	[sex=2]	0 ^b			0				
	[grades_school=1]	0.252	0.409	0.379	1	0.538	1.287	0.577	2.870
	[grades_school=2]	0.182	0.229	0.634	1	0.426	1.200	0.766	1.880
	[grades_school=3]	0.606	0.209	8.366	1	0.004	1.832	1.216	2.762
	[grades_school=4]	0 ^b			0				
	[bio_2=1.00]	0.488	0.187	6.808	1	0.009	1.629	1.129	2.350
	[bio_2=2.00]	0 ^b			0				
	[relative_problem=1.00]	-0.111	0.166	0.449	1	0.503	0.895	0.646	1.239
	[relative_problem=2.00]	0 ^b			0				
	[teeger_influence_health=1]	1.144	0.339	11.378	1	0.001	3.141	1.615	6.106
	[teeger_influence_health=2]	0.218	0.216	1.017	1	0.313	1.243	0.814	1.897
	[teeger_influence_health=3]	0.149	0.213	0.491	1	0.484	1.161	0.765	1.763
	[teeger_influence_health=4]	0 ^b			0				
	[env_influence_health=1]	0.048	0.376	0.016	1	0.899	1.049	0.502	2.190
	[env_influence_health=2]	0.259	0.224	1.341	1	0.247	1.295	0.836	2.008
	[env_influence_health=3]	0.010	0.216	0.002	1	0.962	1.010	0.661	1.543
	[env_influence_health=4]	0 ^b			0				
[persol_health_believe=1]	0.316	0.374	0.717	1	0.397	1.372	0.660	2.854	

	[persol_health_believe=2]	0.669	0.377	3.138	1	0.076	1.951	0.931	4.089
	[persol_health_believe=3]	0 ^b			0				
	[want_to_know=1]	1.087	0.335	10.511	1	0.001	2.967	1.537	5.725
	[want_to_know=2]	0.199	0.221	0.812	1	0.367	1.220	0.792	1.881
	[want_to_know=3]	-0.181	0.228	0.628	1	0.428	0.835	0.534	1.305
	[want_to_know=4]	0 ^b			0				
3.00	Intercept	0.056	0.399	0.019	1	0.889			
	[sex=1]	-0.198	0.155	1.629	1	0.202	0.820	0.605	1.112
	[sex=2]	0 ^b			0				
	[grades_school=1]	0.018	0.490	0.001	1	0.971	1.018	0.390	2.658
	[grades_school=2]	-0.154	0.210	0.540	1	0.463	0.857	0.569	1.293
	[grades_school=3]	0.095	0.176	0.293	1	0.588	1.100	0.779	1.553
	[grades_school=4]	0 ^b			0				
	[bio_2=1.00]	-0.597	0.270	4.895	1	0.027	0.550	0.324	0.934
	[bio_2=2.00]	0 ^b			0				
	[relative_problem=1.00]	0.338	0.152	4.935	1	0.026	1.402	1.041	1.889
	[relative_problem=2.00]	0 ^b			0				
	[teeger_influence_health=1]	-0.185	0.492	0.142	1	0.707	0.831	0.317	2.180
	[teeger_influence_health=2]	-0.080	0.196	0.165	1	0.684	0.924	0.630	1.355
	[teeger_influence_health=3]	-0.231	0.181	1.638	1	0.201	0.794	0.557	1.131
	[teeger_influence_health=4]	0 ^b			0				
	[env_influence_health=1]	-1.305	0.565	5.345	1	0.021	0.271	0.090	0.820
	[env_influence_health=2]	-0.550	0.203	7.352	1	0.007	0.577	0.388	0.859
	[env_influence_health=3]	-0.599	0.177	11.489	1	0.001	0.549	0.389	0.777
	[env_influence_health=4]	0 ^b			0				
	[persol_health_believe=1]	0.208	0.351	0.351	1	0.553	1.231	0.618	2.452
	[persol_health_believe=2]	0.001	0.363	0.000	1	0.997	1.001	0.491	2.041
	[persol_health_believe=3]	0 ^b			0				
	[want_to_know=1]	-1.685	0.632	7.111	1	0.008	0.186	0.054	0.640
	[want_to_know=2]	-1.491	0.209	50.967	1	0.000	0.225	0.150	0.339
	[want_to_know=3]	-0.751	0.168	19.914	1	0.000	0.472	0.339	0.656

[want_to_know=4]	0 ^b			0				
------------------	----------------	--	--	---	--	--	--	--

A.3.4.2 Μοντέλο μόνο με Main Effects Διαχωρισμός B (70%-30%)

Πίνακας A.27

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1674.638	1679.848	1672.638			
Final	1532.752	1605.693	1504.752	167.885	13	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Sq	df	Sig.	Percent %		
Pearson	1340.545	1314	0.299	71.20%		
Deviance	1496.435	1314	0.000			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 L.Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	1532.752	1605.693	1504.752 ^a	0.000	0	
sex	1535.024	1602.756	1509.024	4.272	1	0.039
School_rank	1535.787	1598.308	1511.787	7.034	2	0.030
relative_problem	1538.296	1606.027	1512.296	7.544	1	0.006
teeger_influence_health	1533.826	1591.137	1511.826	7.074	3	0.070
env_influence_health	1534.412	1591.723	1512.412	7.660	3	0.054
want_to_know	1619.114	1676.425	1597.114	92.361	3	0.000

Πίνακας Α.28

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
fc4_70_30 ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
								Lower	Upper
2.00	Intercept	0.196	0.183	1.155	1	0.282			
	[sex=1]	-0.268	0.130	4.253	1	0.039	0.765	0.593	0.987
	[sex=2]	0 ^b			0				
	[School_rank=2]	0.411	0.157	6.859	1	0.009	1.509	1.109	2.053
	[School_rank=3]	0.073	0.150	0.240	1	0.624	1.076	0.802	1.444
	[School_rank=4]	0 ^b			0				
	[relative_problem=1.00]	0.360	0.131	7.581	1	0.006	1.433	1.109	1.851
	[relative_problem=2.00]	0 ^b			0				
	[teeger_influence_health=1]	-0.943	0.413	5.229	1	0.022	0.389	0.173	0.874
	[teeger_influence_health=2]	-0.252	0.166	2.288	1	0.130	0.777	0.561	1.077
	[teeger_influence_health=3]	-0.218	0.157	1.918	1	0.166	0.804	0.591	1.095
	[teeger_influence_health=4]	0 ^b			0				
	[env_influence_health=1]	-0.855	0.426	4.023	1	0.045	0.425	0.185	0.981
	[env_influence_health=2]	-0.200	0.174	1.325	1	0.250	0.819	0.582	1.151
	[env_influence_health=3]	-0.348	0.157	4.914	1	0.027	0.706	0.519	0.960
	[env_influence_health=4]	0 ^b			0				
	[want_to_know=1]	-2.508	0.537	21.847	1	0.000	0.081	0.028	0.233
	[want_to_know=2]	-1.422	0.171	69.297	1	0.000	0.241	0.173	0.337
	[want_to_know=3]	-0.566	0.149	14.362	1	0.000	0.568	0.424	0.761
[want_to_know=4]	0 ^b			0					

Α.3.4.3 Μοντέλο μόνο με Main Effects Διαχωρισμός Γ (30%-70%)

Πίνακας Α.29

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information		
Model	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests

	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1639.679	1644.889	1637.679			
Final	1506.485	1579.426	1478.485	159.194	13	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Sq	df	Sig.	Predicted %		
Pearson	1319.311	1314	0.454	71.80%		
Deviance	1471.553	1314	0.001			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	1506.485	1579.426	1478.485 ^a	0.000	0	
sex	1523.487	1591.219	1497.487	19.003	1	0.000
School_rank	1509.456	1571.976	1485.456	6.971	2	0.031
educ_father_oxi_likeio	1507.822	1575.553	1481.822	3.337	1	0.068
bio_2	1509.951	1577.682	1483.951	5.466	1	0.019
teeger_influence_health	1521.595	1578.906	1499.595	21.111	3	0.000
persol_health_believe	1513.619	1576.140	1489.619	11.134	2	0.004
want_to_know	1551.147	1608.458	1529.147	50.663	3	0.000

Πίνακας Α.30

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
fc4_30_70 ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
								Lower	Upper
2.00	Intercept	2.447	0.377	42.206	1	0.000			
	[sex=1]	-0.560	0.129	18.973	1	0.000	0.571	0.444	0.735
	[sex=2]	0 ^b			0				
	[School_rank=2]	0.433	0.166	6.784	1	0.009	1.541	1.113	2.134

[School_rank=3]	0.154	0.151	1.045	1	0.307	1.167	0.868	1.569
[School_rank=4]	0 ^b			0				
[educ_father_oxi_likeio=1.00]	0.370	0.206	3.220	1	0.073	1.448	0.966	2.169
[educ_father_oxi_likeio=2.00]	0 ^b			0				
[bio_2=1.00]	-0.395	0.168	5.553	1	0.018	0.674	0.485	0.936
[bio_2=2.00]	0 ^b			0				
[teeger_influence_health=1]	-1.314	0.309	18.027	1	0.000	0.269	0.147	0.493
[teeger_influence_health=2]	-0.479	0.170	7.941	1	0.005	0.619	0.444	0.864
[teeger_influence_health=3]	-0.252	0.171	2.165	1	0.141	0.777	0.555	1.087
[teeger_influence_health=4]	0 ^b			0				
[persol_health_believe=1]	-0.460	0.327	1.980	1	0.159	0.631	0.333	1.198
[persol_health_believe=2]	-0.823	0.332	6.156	1	0.013	0.439	0.229	0.841
[persol_health_believe=3]	0 ^b			0				
[want_to_know=1]	-1.769	0.309	32.837	1	0.000	0.171	0.093	0.312
[want_to_know=2]	-0.882	0.183	23.356	1	0.000	0.414	0.289	0.592
[want_to_know=3]	-0.293	0.185	2.516	1	0.113	0.746	0.519	1.072
[want_to_know=4]	0 ^b			0				

A.3.5 Για τον Factor5 – Αξιοποίηση της πληροφορίας

A.3.5.1 Μοντέλο μόνο με Main Effects Διαχωρισμός A (20%-60%-20%)

Πίνακας A.31

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	2569.155	2579.575	2565.155			
Final	2558.392	2652.173	2522.392	42.763	16	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Percent %		

Pearson	2661.925	2638	0.368	59.90%		
Deviance	2505.756	2638	0.967			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	2558.392	2652.173	2522.392 ^a	0.000	0	
School_rank	2559.785	2632.726	2531.785	9.393	4	0.052
lang_mom_generic	2561.153	2644.514	2529.153	6.761	2	0.034
learn_diff_lesson_2	2559.548	2642.909	2527.548	5.156	2	0.076
own_problem_generally	2559.554	2642.915	2527.554	5.162	2	0.076
env_influence_health	2564.539	2627.060	2540.539	18.147	6	0.006

Πίνακας Α.32

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
fc5_20_60_20 ^a								Lower	Upper
1.00	Intercept	-1.075	0.255	17.801	1	0.000			
	[School_rank=2]	0.207	0.185	1.256	1	0.262	1.230	0.856	1.766
	[School_rank=3]	0.367	0.165	4.966	1	0.026	1.443	1.045	1.992
	[School_rank=4]	0 ^b			0				
	[lang_mom_generic=1]	-0.489	0.205	5.678	1	0.017	0.613	0.410	0.917
	[lang_mom_generic=2]	0 ^b			0				
	[learn_diff_lesson_2=1.00]	-0.183	0.174	1.106	1	0.293	0.833	0.592	1.171
	[learn_diff_lesson_2=2.00]	0 ^b			0				
	[own_problem_generally=1.00]	0.501	0.216	5.367	1	0.021	1.651	1.080	2.523
	[own_problem_generally=2.00]	0 ^b			0				
	[env_influence_health=1]	0.758	0.337	5.056	1	0.025	2.134	1.102	4.132
	[env_influence_health=2]	0.340	0.194	3.081	1	0.079	1.406	0.961	2.055
	[env_influence_health=3]	0.198	0.191	1.079	1	0.299	1.219	0.839	1.773
[env_influence_health=4]	0 ^b			0					
3.00	Intercept	-0.985	0.250	15.575	1	0.000			

[School_rank=2]	0.385	0.175	4.827	1	0.028	1.470	1.042	2.072
[School_rank=3]	0.310	0.167	3.459	1	0.063	1.364	0.983	1.892
[School_rank=4]	0 ^b			0				
[lang_mom_generic=1]	-0.366	0.208	3.084	1	0.079	0.694	0.461	1.043
[lang_mom_generic=2]	0 ^b			0				
[learn_diff_lesson_2=1.00]	0.273	0.163	2.825	1	0.093	1.314	0.956	1.808
[learn_diff_lesson_2=2.00]	0 ^b			0				
[own_problem_generally=1.00]	0.174	0.231	0.568	1	0.451	1.191	0.756	1.874
[own_problem_generally=2.00]	0 ^b			0				
[env_influence_health=1]	-0.402	0.423	0.903	1	0.342	0.669	0.292	1.532
[env_influence_health=2]	-0.317	0.194	2.666	1	0.103	0.728	0.498	1.066
[env_influence_health=3]	0.161	0.173	0.865	1	0.352	1.175	0.837	1.649
[env_influence_health=4]	0 ^b			0				

A.3.5.2 Μοντέλο μόνο με Main Effects Διαχωρισμός B (70%-30%)

Πίνακας A.33

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1667.597	1672.808	1665.597			
Final	1638.211	1679.892	1622.211	43.387	7	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Percent %		
Pearson	1313.149	1307	0.447	68.40%		
Deviance	1601.181	1307	0.000			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		

	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	1638.211	1679.892	1622.211 ^a	0.000	0	
School_rank	1638.892	1670.153	1626.892	4.682	2	0.096
educ_mom_oxi_likeio	1639.849	1676.319	1625.849	3.638	1	0.056
low_income	1641.347	1677.818	1627.347	5.136	1	0.023
env_infl_12_3_4	1644.567	1675.827	1632.567	10.356	2	0.006
want_to_know_12_34	1647.018	1683.489	1633.018	10.807	1	0.001

Πίνακας Α.34

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
fc5_70_30 ^a								Lower	Upper
2.00	Intercept	-0.510	0.137	13.796	1	0.000			
	[School_rank=2]	0.324	0.149	4.713	1	0.030	1.383	1.032	1.852
	[School_rank=3]	0.109	0.142	0.595	1	0.441	1.115	0.845	1.472
	[School_rank=4]	0 ^b			0				
	[educ_mom_oxi_likeio=1.00]	-0.442	0.239	3.422	1	0.064	0.643	0.402	1.027
	[educ_mom_oxi_likeio=2.00]	0 ^b			0				
	[low_income=1.00]	-0.517	0.237	4.766	1	0.029	0.597	0.375	0.949
	[low_income=2.00]	0 ^b			0				
	[env_infl_12_3_4=1.00]	-0.425	0.160	7.030	1	0.008	0.654	0.478	0.895
	[env_infl_12_3_4=2.00]	-0.011	0.147	0.005	1	0.942	0.989	0.741	1.321
	[env_infl_12_3_4=3.00]	0 ^b			0				
	[want_to_know_12_34=1.00]	-0.418	0.128	10.630	1	0.001	0.658	0.512	0.846
	[want_to_know_12_34=2.00]	0 ^b			0				

A.3.5.3 Μοντέλο μόνο με Main Effects Διαχωρισμός Γ (30%-70%)

Πίνακας A.35

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1627.528	1632.738	1625.528			
Final	1605.305	1636.566	1593.305	32.223	5	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Percent %		
Pearson	1325.980	1322	0.464	70.90%		
Deviance	1579.442	1322	0.000			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	1605.305	1636.566	1593.305 ^a	0.000	0	
low_income	1607.229	1633.279	1597.229	3.923	1	0.048
own_problem_generally	1609.677	1635.727	1599.677	6.372	1	0.012
env_influence_health	1619.919	1635.549	1613.919	20.614	3	0.000

Πίνακας A.36

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
								Lower	Upper
2.00	Intercept	1.270	0.132	93.059	1	0.000			
	[low_income=1.00]	-0.403	0.201	4.032	1	0.045	0.668	0.451	0.990

[low_income=2.00]	0 ^b			0				
[own_problem_generally=1.00]	-0.478	0.187	6.564	1	0.010	0.620	0.430	0.894
[own_problem_generally=2.00]	0 ^b			0				
[env_influence_health=1]	-1.032	0.294	12.360	1	0.000	0.356	0.200	0.633
[env_influence_health=2]	-0.553	0.163	11.469	1	0.001	0.575	0.418	0.792
[env_influence_health=3]	-0.182	0.161	1.268	1	0.260	0.834	0.608	1.144
[env_influence_health=4]	0 ^b			0				

A.3.6 Για τον Factor6 – Αποτίμηση της πληροφορίας

A.3.6.1 Μοντέλο μόνο με Main Effects Διαχωρισμός A (20%-60%-20%)

Πίνακας A.37

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	2476.282	2486.702	2472.282			
Final	2442.040	2598.342	2382.040	90.242	28	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Percent %		
Pearson	2628.799	2610	0.394	62.20%		
Deviance	2356.851	2610	1.000			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	2442.040	2598.342	2382.040 ^a	0.000	0	
educ_mom_oxi_likeio	2444.841	2590.724	2388.841	6.802	2	0.033
lang_father_generic	2448.510	2594.392	2392.510	10.470	2	0.005

grades_school	2440.727	2565.769	2392.727	10.688	6	0.099
learn_diff_lesson_2	2443.345	2589.227	2387.345	5.305	2	0.070
own_problem_generally	2446.187	2592.069	2390.187	8.147	2	0.017
teeger_influence_health	2444.038	2569.080	2396.038	13.998	6	0.030
persol_health_believe	2443.677	2579.139	2391.677	9.637	4	0.047
it_12_3_45	2446.381	2581.843	2394.381	12.341	4	0.015

Πίνακας Α.38

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
fc6_20_60_20 ^a								Lower	Upper
1.00	Intercept	-0.554	0.450	1.516	1	0.218			
	[educ_mom_oxi_likeio=1.00]	0.287	0.248	1.336	1	0.248	1.332	0.819	2.166
	[educ_mom_oxi_likeio=2.00]	0 ^b			0				
	[lang_father_generic=1]	-0.730	0.225	10.480	1	0.001	0.482	0.310	0.750
	[lang_father_generic=2]	0 ^b			0				
	[grades_school=1]	-0.557	0.486	1.318	1	0.251	0.573	0.221	1.483
	[grades_school=2]	0.407	0.231	3.094	1	0.079	1.502	0.955	2.364
	[grades_school=3]	0.322	0.214	2.266	1	0.132	1.380	0.907	2.099
	[grades_school=4]	0 ^b			0				
	[learn_diff_lesson_2=1.00]	0.260	0.180	2.086	1	0.149	1.297	0.911	1.846
	[learn_diff_lesson_2=2.00]	0 ^b			0				
	[own_problem_generally=1.00]	0.110	0.260	0.179	1	0.672	1.116	0.671	1.857
	[own_problem_generally=2.00]	0 ^b			0				
	[teeger_influence_health=1]	0.815	0.336	5.886	1	0.015	2.260	1.170	4.368
	[teeger_influence_health=2]	0.000	0.195	0.000	1	1.000	1.000	0.683	1.464
	[teeger_influence_health=3]	-0.402	0.206	3.805	1	0.051	0.669	0.447	1.002
	[teeger_influence_health=4]	0 ^b			0				

	[persol_health_believe=1]	-0.449	0.342	1.726	1	0.189	0.638	0.327	1.247	
	[persol_health_believe=2]	-0.453	0.348	1.688	1	0.194	0.636	0.321	1.259	
	[persol_health_believe=3]	0 ^b			0					
	[it_12_3_45=1.00]	0.215	0.189	1.302	1	0.254	1.240	0.857	1.795	
	[it_12_3_45=2.00]	-0.137	0.201	0.466	1	0.495	0.872	0.588	1.292	
	[it_12_3_45=3.00]	0 ^b			0					
3.00	Intercept	-0.034	0.427	0.007	1	0.936				
	[educ_mom_oxi_likeio=1.00]	-0.612	0.322	3.609	1	0.057	0.542	0.288	1.020	
	[educ_mom_oxi_likeio=2.00]	0 ^b			0					
	[lang_father_generic=1]	-0.013	0.267	0.003	1	0.960	0.987	0.584	1.666	
	[lang_father_generic=2]	0 ^b			0					
	[grades_school=1]	-0.449	0.444	1.023	1	0.312	0.639	0.268	1.523	
	[grades_school=2]	-0.239	0.201	1.405	1	0.236	0.788	0.531	1.169	
	[grades_school=3]	-0.123	0.172	0.517	1	0.472	0.884	0.632	1.237	
	[grades_school=4]	0 ^b			0					
	[learn_diff_lesson_2=1.00]	-0.267	0.190	1.966	1	0.161	0.766	0.527	1.112	
	[learn_diff_lesson_2=2.00]	0 ^b			0					
	[own_problem_generally=1.00]	0.608	0.210	8.416	1	0.004	1.837	1.218	2.770	
	[own_problem_generally=2.00]	0 ^b			0					
	[teeger_influence_health=1]	0.112	0.396	0.080	1	0.777	1.119	0.515	2.431	
	[teeger_influence_health=2]	0.000	0.181	0.000	1	0.999	1.000	0.701	1.427	
	[teeger_influence_health=3]	-0.103	0.175	0.347	1	0.556	0.902	0.640	1.271	
	[teeger_influence_health=4]	0 ^b			0					
		[persol_health_believe=1]	-0.656	0.305	4.621	1	0.032	0.519	0.285	0.944
		[persol_health_believe=2]	-0.926	0.317	8.526	1	0.004	0.396	0.213	0.737
		[persol_health_believe=3]	0 ^b			0				
	[it_12_3_45=1.00]	-0.154	0.175	0.775	1	0.379	0.857	0.608	1.208	
	[it_12_3_45=2.00]	-0.599	0.193	9.646	1	0.002	0.549	0.376	0.802	
	[it_12_3_45=3.00]	0 ^b			0					

A.3.6.2 Μοντέλο μόνο με Main Effects Διαχωρισμός B (70%-30%)

Πίνακας A.39

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1700.827	1706.037	1698.827			
Final	1676.696	1728.797	1656.696	42.131	9	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Percent %		
Pearson	1319.766	1310	0.419	66.70%		
Deviance	1635.902	1310	0.000			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	1676.696	1728.797	1656.696 ^a	0.000	0	
educ_mom_oxi_likeio	1680.849	1727.740	1662.849	6.153	1	0.013
lang_mom_generic	1679.024	1725.915	1661.024	4.328	1	0.037
learn_diff_lesson_2	1682.333	1729.224	1664.333	7.637	1	0.006
own_problem_generally	1679.442	1726.333	1661.442	4.746	1	0.029
env_influence_health	1677.111	1713.581	1663.111	6.414	3	0.093
it_12_3_45	1677.554	1719.234	1661.554	4.857	2	0.088

Πίνακας A.40

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates							
	B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)
fc6_70_30 ^a							

							Lower	Upper
2.00	Intercept	-0.707	0.219	10.460	1	0.001		
	[educ_mom_oxi_likeio=1.00]	-0.591	0.248	5.668	1	0.017	0.554	0.341 0.901
	[educ_mom_oxi_likeio=2.00]	0 ^b			0			
	[lang_mom_generic=1]	0.393	0.193	4.139	1	0.042	1.482	1.015 2.165
	[lang_mom_generic=2]	0 ^b			0			
	[learn_diff_lesson_2=1.00]	-0.406	0.149	7.408	1	0.006	0.667	0.498 0.893
	[learn_diff_lesson_2=2.00]	0 ^b			0			
	[own_problem_generally=1.00]	0.409	0.186	4.842	1	0.028	1.505	1.046 2.167
	[own_problem_generally=2.00]	0 ^b			0			
	[env_influence_health=1]	-0.652	0.348	3.510	1	0.061	0.521	0.264 1.031
	[env_influence_health=2]	-0.287	0.157	3.360	1	0.067	0.750	0.552 1.020
	[env_influence_health=3]	-0.079	0.146	0.288	1	0.591	0.924	0.694 1.231
	[env_influence_health=4]	0 ^b			0			
	[it_12_3_45=1.00]	-0.244	0.149	2.687	1	0.101	0.784	0.586 1.049
	[it_12_3_45=2.00]	-0.282	0.153	3.383	1	0.066	0.754	0.558 1.019
[it_12_3_45=3.00]	0 ^b			0				

A.3.6.3 Μοντέλο μόνο με Main Effects Διαχωρισμός Γ (30%-70%)

Πίνακας A.41

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1524.898	1530.108	1522.898			
Final	1487.024	1549.545	1463.024	59.874	11	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Percent %		
Pearson	1327.779	1308	0.345	74.90%		

Deviance	1454.471	1308	0.003			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	1487.024	1549.545	1463.024 ^a	0.000	0	
educ_mom_oxi_likeio	1491.021	1548.331	1469.021	5.996	1	0.014
lang_mom_generic	1496.300	1553.611	1474.300	11.276	1	0.001
grades_school	1491.500	1538.391	1473.500	10.475	3	0.015
learn_diff_lesson_2	1489.180	1546.491	1467.180	4.155	1	0.042
teeger_influence_health	1489.733	1536.624	1471.733	8.709	3	0.033
it_12_3_45	1492.115	1544.216	1472.115	9.091	2	0.011

Πίνακας Α.42

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
fc6_30_70 ^a								Lower	Upper
2.00	Intercept	1.169	0.245	22.692	1	0.000			
	[educ_mom_oxi_likeio=1.00]	-0.542	0.218	6.193	1	0.013	0.582	0.380	0.891
	[educ_mom_oxi_likeio=2.00]	0 ^b			0				
	[lang_mom_generic=1]	0.605	0.177	11.688	1	0.001	1.832	1.295	2.592
	[lang_mom_generic=2]	0 ^b			0				
	[grades_school=1]	0.104	0.390	0.071	1	0.790	1.109	0.517	2.381
	[grades_school=2]	-0.516	0.191	7.274	1	0.007	0.597	0.410	0.869
	[grades_school=3]	-0.417	0.175	5.696	1	0.017	0.659	0.468	0.928
	[grades_school=4]	0 ^b			0				
	[learn_diff_lesson_2=1.00]	-0.316	0.154	4.215	1	0.040	0.729	0.539	0.986
	[learn_diff_lesson_2=2.00]	0 ^b			0				
	[teeger_influence_health=1]	-0.733	0.298	6.053	1	0.014	0.480	0.268	0.861
	[teeger_influence_health=2]	0.086	0.165	0.272	1	0.602	1.090	0.789	1.506
	[teeger_influence_health=3]	0.138	0.166	0.693	1	0.405	1.148	0.829	1.590

[teeger_influence_health=4]	0 ^b			0				
[it_12_3_45=1.00]	-0.424	0.159	7.146	1	0.008	0.654	0.480	0.893
[it_12_3_45=2.00]	-0.352	0.163	4.659	1	0.031	0.703	0.511	0.968
[it_12_3_45=3.00]	0 ^b			0				

A.3.7 Για τον Factor7

A.3.7.1 Μοντέλο μόνο με Main Effects Διαχωρισμός A (20%-60%-20%)

Πίνακας A.43

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	2476.364	2486.784	2472.364			
Final	2423.331	2527.533	2383.331	89.033	18	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Percent %		
Pearson	2682.060	2620	0.195	63.40%		
Deviance	2370.619	2620	1.000			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	2423.331	2527.533	2383.331 ^a	0.000	0	
grades_school	2426.814	2499.755	2398.814	15.483	6	0.017
bio_2	2429.282	2523.063	2393.282	9.951	2	0.007
env_influence_health	2454.354	2527.295	2426.354	43.023	6	0.000
it_12_3_45	2426.754	2510.115	2394.754	11.423	4	0.022

Πίνακας Α.44

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
fc7_20_60_20 ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
								Lower	Upper
1.00	Intercept	-1.920	0.238	65.158	1	0.000			
	[grades_school=1]	0.700	0.390	3.231	1	0.072	2.015	0.939	4.323
	[grades_school=2]	0.238	0.222	1.144	1	0.285	1.268	0.820	1.961
	[grades_school=3]	-0.039	0.216	0.033	1	0.855	0.961	0.630	1.468
	[grades_school=4]	0 ^b			0				
	[bio_2=1.00]	0.582	0.203	8.177	1	0.004	1.789	1.201	2.665
	[bio_2=2.00]	0 ^b			0				
	[env_influence_health=1]	2.111	0.399	27.984	1	0.000	8.257	3.777	18.053
	[env_influence_health=2]	0.549	0.232	5.619	1	0.018	1.732	1.100	2.727
	[env_influence_health=3]	0.308	0.229	1.805	1	0.179	1.360	0.868	2.131
	[env_influence_health=4]	0 ^b			0				
	[it_12_3_45=1.00]	-0.204	0.202	1.025	1	0.311	0.815	0.549	1.210
	[it_12_3_45=2.00]	-0.431	0.226	3.626	1	0.057	0.650	0.417	1.013
	[it_12_3_45=3.00]	0 ^b			0				
3.00	Intercept	-1.190	0.180	43.638	1	0.000			
	[grades_school=1]	-0.253	0.445	0.324	1	0.569	0.776	0.325	1.857
	[grades_school=2]	0.000	0.194	0.000	1	0.998	1.000	0.683	1.463
	[grades_school=3]	0.339	0.169	4.022	1	0.045	1.404	1.008	1.955
	[grades_school=4]	0 ^b			0				
	[bio_2=1.00]	0.406	0.187	4.737	1	0.030	1.501	1.041	2.165
	[bio_2=2.00]	0 ^b			0				
	[env_influence_health=1]	1.422	0.366	15.111	1	0.000	4.144	2.024	8.487
	[env_influence_health=2]	-0.221	0.181	1.487	1	0.223	0.802	0.562	1.144
	[env_influence_health=3]	-0.211	0.168	1.577	1	0.209	0.810	0.583	1.125
	[env_influence_health=4]	0 ^b			0				
	[it_12_3_45=1.00]	0.014	0.172	0.006	1	0.937	1.014	0.724	1.420
	[it_12_3_45=2.00]	0.353	0.165	4.583	1	0.032	1.424	1.030	1.968
	[it_12_3_45=3.00]	0 ^b			0				

A.3.7.2 Μοντέλο μόνο με Main Effects Διαχωρισμός B (70%-30%)

Πίνακας A.45

Έλεγχος Εγκυρότητας μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1744.407	1749.626	1742.407			
Final	1741.534	1778.072	1727.534	14.872	6	0.021
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Percent %		
Pearson	1353.370	1334	0.350	66.60%		
Deviance	1719.217	1334	0.000			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	1741.534	1778.072	1727.534 ^a	0.000	0	
grades_school	1744.001	1764.880	1736.001	8.467	3	0.037
env_influence_health	1742.306	1763.184	1734.306	6.771	3	0.080

Πίνακας A.46

Εκτιμήσεις παραμέτρων μοντέλου

Parameter Estimates									
		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
fc7_70_30 ^a								Lower	Upper
2.00	Intercept	-0.518	0.142	13.245	1	0.000			
	[grades_school=1]	-0.567	0.355	2.544	1	0.111	0.567	0.283	1.138
	[grades_school=2]	-0.162	0.161	1.021	1	0.312	0.850	0.621	1.165

[grades_school=3]	0.159	0.143	1.238	1	0.266	1.173	0.886	1.552
[grades_school=4]	0 ^b			0				
[env_influence_health=1]	0.330	0.287	1.323	1	0.250	1.391	0.793	2.442
[env_influence_health=2]	-0.217	0.154	1.980	1	0.159	0.805	0.595	1.089
[env_influence_health=3]	-0.259	0.145	3.173	1	0.075	0.772	0.581	1.026
[env_influence_health=4]	0 ^b			0				

A.3.7.3 Μοντέλο μόνο με Main Effects Διαχωρισμός Γ (30%-70%)

Πίνακας Α.47

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1501.185	1506.395	1499.185			
Final	1483.101	1535.202	1463.101	36.083	9	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Percent %		
Pearson	1336.378	1310	0.300	75.80%		
Deviance	1457.321	1310	0.003			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	1483.101	1535.202	1463.101 ^a	0.000	0	
sex	1487.470	1534.361	1469.470	6.369	1	0.012
School_rank	1485.732	1527.412	1469.732	6.630	2	0.036
grades_school	1487.108	1523.578	1473.108	10.006	3	0.019
env_influence_health	1487.374	1523.844	1473.374	10.273	3	0.016

Πίνακας Α.48

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
fc7_30_70 ^a								Lower	Upper
2.00	Intercept	1.685	0.196	74.099	1	0.000			
	[sex=1]	-0.330	0.131	6.379	1	0.012	0.719	0.556	0.929
	[sex=2]	0 ^b			0				
	[School_rank=2]	-0.414	0.162	6.522	1	0.011	0.661	0.481	0.908
	[School_rank=3]	-0.200	0.153	1.708	1	0.191	0.819	0.606	1.105
	[School_rank=4]	0 ^b			0				
	[grades_school=1]	-0.777	0.326	5.672	1	0.017	0.460	0.243	0.872
	[grades_school=2]	-0.063	0.176	0.127	1	0.722	0.939	0.665	1.327
	[grades_school=3]	0.194	0.165	1.397	1	0.237	1.215	0.880	1.677
	[grades_school=4]	0 ^b			0				
	[env_influence_health=1]	-0.889	0.309	8.298	1	0.004	0.411	0.225	0.753
	[env_influence_health=2]	-0.413	0.179	5.337	1	0.021	0.662	0.466	0.939
	[env_influence_health=3]	-0.244	0.172	2.000	1	0.157	0.784	0.559	1.099
	[env_influence_health=4]	0 ^b			0				

A.3.8 Για τον Factor8

A.3.8.1 Μοντέλο μόνο με Main Effects Διαχωρισμός A (20%-60%-20%)

Πίνακας Α.49

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	2502.480	2512.900	2498.480			

Final	2462.849	2608.731	2406.849	91.631	26	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Percent %		
Pearson	2641.570	2612	0.338	61.30%		
Deviance	2380.274	2612	1.000			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	2462.849	2608.731	2406.849 ^a	0.000	0	
educ_father_oxi_likeio	2467.133	2602.595	2415.133	8.284	2	0.016
own_problem_generally	2464.992	2600.454	2412.992	6.143	2	0.046
how_get_information	2470.559	2574.760	2430.559	23.710	8	0.003
want_to_know	2467.998	2582.620	2423.998	17.150	6	0.009
it_12_3_45	2465.628	2590.670	2417.628	10.780	4	0.029
teenger_inf_12_3_45	2481.407	2606.449	2433.407	26.558	4	0.000

Πίνακας Α.50

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
fc8_20_60_20 ^a								Lower	Upper
1.00	Intercept	-1.125	0.466	5.814	1	0.016			
	[educ_father_oxi_likeio=1.00]	0.613	0.209	8.609	1	0.003	1.846	1.226	2.779
	[educ_father_oxi_likeio=2.00]	0 ^b			0				
	[own_problem_generally=1.00]	0.403	0.231	3.047	1	0.081	1.496	0.952	2.350
	[own_problem_generally=2.00]	0 ^b			0				
	[how_get_information=1]	-0.760	0.459	2.747	1	0.097	0.467	0.190	1.149

	[how_get_information=2]	- 0.177	0.554	0.102	1	0.749	0.838	0.283	2.482
	[how_get_information=3]	- 0.541	0.469	1.333	1	0.248	0.582	0.232	1.459
	[how_get_information=4]	- 1.245	0.487	6.527	1	0.011	0.288	0.111	0.748
	[how_get_information=5]	0 ^b			0				
	[want_to_know=1]	0.780	0.332	5.503	1	0.019	2.181	1.137	4.183
	[want_to_know=2]	0.697	0.206	11.504	1	0.001	2.008	1.342	3.005
	[want_to_know=3]	0.355	0.205	2.997	1	0.083	1.426	0.954	2.131
	[want_to_know=4]	0 ^b			0				
	[it_12_3_45=1.00]	0.206	0.176	1.372	1	0.242	1.228	0.871	1.733
	[it_12_3_45=2.00]	- 0.155	0.187	0.684	1	0.408	0.856	0.593	1.237
	[it_12_3_45=3.00]	0 ^b			0				
	[teenger_inf_12_3_45=1.00]	0.125	0.188	0.443	1	0.506	1.133	0.784	1.638
	[teenger_inf_12_3_45=2.00]	0.324	0.183	3.121	1	0.077	1.382	0.965	1.980
	[teenger_inf_12_3_45=3.00]	0 ^b			0				
3.00	Intercept	- 0.943	0.487	3.753	1	0.053			
	[educ_father_oxi_likeio=1.00]	0.106	0.225	0.220	1	0.639	1.112	0.715	1.728
	[educ_father_oxi_likeio=2.00]	0 ^b			0				
	[own_problem_generally=1.00]	0.501	0.228	4.849	1	0.028	1.651	1.057	2.578
	[own_problem_generally=2.00]	0 ^b			0				
	[how_get_information=1]	- 0.634	0.483	1.723	1	0.189	0.530	0.206	1.367
	[how_get_information=2]	- 0.193	0.592	0.106	1	0.744	0.824	0.259	2.629
	[how_get_information=3]	- 0.613	0.498	1.518	1	0.218	0.542	0.204	1.437
	[how_get_information=4]	- 0.250	0.491	0.260	1	0.610	0.779	0.297	2.039
	[how_get_information=5]	0 ^b			0				
	[want_to_know=1]	- 0.434	0.393	1.220	1	0.269	0.648	0.300	1.400

[want_to_know=2]	0.003	0.195	0.000	1	0.986	1.003	0.685	1.471
[want_to_know=3]	- 0.147	0.191	0.588	1	0.443	0.863	0.593	1.257
[want_to_know=4]	0 ^b			0				
[it_12_3_45=1.00]	- 0.128	0.183	0.490	1	0.484	0.880	0.614	1.260
[it_12_3_45=2.00]	- 0.577	0.205	7.937	1	0.005	0.561	0.376	0.839
[it_12_3_45=3.00]	0 ^b			0				
[teenger_inf_12_3_45=1.00]	0.804	0.190	18.008	1	0.000	2.235	1.542	3.241
[teenger_inf_12_3_45=2.00]	0.210	0.202	1.077	1	0.299	1.234	0.830	1.834
[teenger_inf_12_3_45=3.00]	0 ^b			0				

Πίνακας Α.51

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1623.577	1628.787	1621.577			
Final	1605.566	1642.036	1591.566	30.011	6	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Percent %		
Pearson	1323.127	1313	0.417	70.80%		
Deviance	1576.081	1313	0.000			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	1605.566	1642.036	1591.566 ^a	0.000	0	
how_get_information	1617.521	1633.151	1611.521	19.955	4	0.001
teenger_inf_12_3_45	1611.562	1637.612	1601.562	9.996	2	0.007

Πίνακας Α.52

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
								Lower	Upper
fc8_70_30 ^a									
2.00	Intercept	-0.202	0.374	0.293	1	0.588			
	[how_get_information=1]	-0.943	0.378	6.202	1	0.013	0.390	0.186	0.818
	[how_get_information=2]	-1.039	0.484	4.609	1	0.032	0.354	0.137	0.914
	[how_get_information=3]	-1.006	0.392	6.572	1	0.010	0.366	0.169	0.789
	[how_get_information=4]	-0.403	0.389	1.072	1	0.301	0.668	0.312	1.433
	[how_get_information=5]	0 ^b			0				
	[teenger_inf_12_3_45=1.00]	0.377	0.150	6.360	1	0.012	1.458	1.088	1.955
	[teenger_inf_12_3_45=2.00]	-0.024	0.159	0.023	1	0.880	0.976	0.715	1.333
	[teenger_inf_12_3_45=3.00]	0 ^b			0				

Α.3.8.2 Μοντέλο μόνο με Main Effects Διαχωρισμός Γ (30%-70%)

Πίνακας Α.53

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1634.320	1639.530	1632.320			
Final	1611.673	1674.194	1587.673	44.647	11	0.000

Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Percent %		
Pearson	1317.534	1308	0.421	70.10%		
Deviance	1570.802	1308	0.000			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	1611.673	1674.194	1587.673 ^a	0.000	0	
how_get_information	1615.803	1657.484	1599.803	12.131	4	0.016
persol_health_believe	1614.991	1667.092	1594.991	7.319	2	0.026
want_to_know	1619.614	1666.504	1601.614	13.941	3	0.003
teenger_inf_12_3_45	1616.864	1668.965	1596.864	9.191	2	0.010

Πίνακας Α.54

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
fc8_30_70 ^a								Lower	Upper
2.00	Intercept	1.498	0.521	8.259	1	0.004			
	[how_get_information=1]	0.150	0.403	0.139	1	0.710	1.162	0.527	2.562
	[how_get_information=2]	-0.009	0.491	0.000	1	0.985	0.991	0.379	2.593
	[how_get_information=3]	0.121	0.413	0.086	1	0.769	1.129	0.502	2.538
	[how_get_information=4]	0.683	0.423	2.610	1	0.106	1.979	0.865	4.531
	[how_get_information=5]	0 ^b			0				

[persol_health_believe=1]	- 0.691	0.333	4.303	1	0.03 8	0.501	0.261	0.963
[persol_health_believe=2]	- 0.443	0.340	1.695	1	0.19 3	0.642	0.330	1.251
[persol_health_believe=3]	0 ^b			0				
[want_to_know=1]	- 0.980	0.282	12.045	1	0.00 1	0.375	0.216	0.653
[want_to_know=2]	- 0.386	0.167	5.342	1	0.02 1	0.680	0.490	0.943
[want_to_know=3]	- 0.184	0.164	1.255	1	0.26 3	0.832	0.603	1.148
[want_to_know=4]	0 ^b			0				
[teenger_inf_12_3_45=1.0 0]	0.154	0.157	0.959	1	0.32 7	1.167	0.857	1.588
[teenger_inf_12_3_45=2.0 0]	- 0.277	0.153	3.299	1	0.06 9	0.758	0.562	1.022
[teenger_inf_12_3_45=3.0 0]	0 ^b			0				

A.3.9 Για τον Factor9

A.3.9.1 Μοντέλο μόνο με Main Effects Διαχωρισμός B (70%-30%)

Πίνακας A.55

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1699.241	1704.451	1697.241			
Final	1625.288	1719.070	1589.288	107.952	17	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-	df	Sig.	Percent		

	Square			%
Pearson	1326.933	1302	0.309	68.10%
Deviance	1575.425	1302	0.000	

Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	1625.288	1719.070	1589.288 ^a	0.000	0	
sex	1655.306	1743.878	1621.306	32.018	1	0.000
School_rank	1638.646	1722.008	1606.646	17.358	2	0.000
how_get_information	1629.290	1702.232	1601.290	12.002	4	0.017
persol_health_believe	1629.318	1712.679	1597.318	8.030	2	0.018
want_to_know	1629.144	1707.295	1599.144	9.856	3	0.020
env_influence_health	1629.141	1707.292	1599.141	9.852	3	0.020
teenger_inf_12_3_45	1628.698	1712.059	1596.698	7.409	2	0.025

Πίνακας Α.56

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
								Lower	Upper
fc9_70_30 ^a									
2.00	Intercept	-0.500	0.530	0.890	1	0.345			
	[sex=1]	-0.709	0.127	31.086	1	0.000	0.492	0.383	0.631
	[sex=2]	0 ^b			0				
	[School_rank=2]	-0.586	0.165	12.651	1	0.000	0.557	0.403	0.769
	[School_rank=3]	0.091	0.140	0.422	1	0.516	1.095	0.832	1.442
	[School_rank=4]	0 ^b			0				
	[how_get_information=1]	0.413	0.412	1.004	1	0.316	1.511	0.674	3.391
	[how_get_information=2]	0.536	0.502	1.143	1	0.285	1.710	0.639	4.571
	[how_get_information=3]	-0.111	0.425	0.068	1	0.794	0.895	0.389	2.058
	[how_get_information=4]	0.349	0.424	0.677	1	0.411	1.418	0.617	3.258

[how_get_information=5]	0 ^b			0				
[persol_health_believe=1]	0.429	0.323	1.768	1	0.184	1.536	0.816	2.891
[persol_health_believe=2]	0.714	0.328	4.751	1	0.029	2.042	1.075	3.882
[persol_health_believe=3]	0 ^b			0				
[want_to_know=1]	-1.008	0.386	6.819	1	0.009	0.365	0.171	0.778
[want_to_know=2]	-0.212	0.165	1.649	1	0.199	0.809	0.585	1.118
[want_to_know=3]	0.005	0.155	0.001	1	0.973	1.005	0.741	1.363
[want_to_know=4]	0 ^b			0				
[env_influence_health=1]	-0.014	0.331	0.002	1	0.966	0.986	0.516	1.885
[env_influence_health=2]	-0.511	0.174	8.685	1	0.003	0.600	0.427	0.843
[env_influence_health=3]	-0.305	0.155	3.904	1	0.048	0.737	0.544	0.998
[env_influence_health=4]	0 ^b			0				
[teenger_inf_12_3_45=1.0 0]	-0.361	0.159	5.155	1	0.023	0.697	0.510	0.952
[teenger_inf_12_3_45=2.0 0]	-0.384	0.154	6.224	1	0.013	0.681	0.504	0.921
[teenger_inf_12_3_45=3.0 0]	0 ^b			0				

A.3.9.2 Μοντέλο μόνο με Main Effects Διαχωρισμός A (20%-60%-20%)

Πίνακας A.57

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	2559.670	2570.090	2555.670			
Final	2484.359	2682.342	2408.359	147.312	36	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Percent %		
Pearson	2667.756	2602	0.181	60.30%		

Deviance	2394.496	2602	0.998			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	2484.359	2682.342	2408.359 ^a	0.000	0	
sex	2512.570	2700.133	2440.570	32.212	2	0.000
School_rank	2491.035	2668.178	2423.035	14.677	4	0.005
lang_mom_generic	2487.645	2675.208	2415.645	7.286	2	0.026
how_get_information	2485.220	2641.522	2425.220	16.861	8	0.032
persol_health_believe	2486.268	2663.410	2418.268	9.909	4	0.042
want_to_know	2491.066	2657.789	2427.066	18.708	6	0.005
env_influence_health	2493.526	2660.249	2429.526	21.168	6	0.002
teenger_inf_12_3_45	2491.766	2668.908	2423.766	15.407	4	0.004

Πίνακας Α.58

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
fc9_20_60_20 ^a								Lower	Upper
1.00	Intercept	-1.081	0.674	2.575	1	0.109			
	[sex=1]	0.568	0.156	13.305	1	0.000	1.764	1.300	2.394
	[sex=2]	0 ^b			0				
	[School_rank=2]	0.359	0.190	3.564	1	0.059	1.431	0.986	2.077
	[School_rank=3]	0.090	0.187	0.232	1	0.630	1.094	0.759	1.578
	[School_rank=4]	0 ^b			0				
	[lang_mom_generic=1]	-0.587	0.213	7.615	1	0.006	0.556	0.366	0.844
	[lang_mom_generic=2]	0 ^b			0				
	[how_get_information=1]	-0.101	0.540	0.035	1	0.852	0.904	0.314	2.604
	[how_get_information=2]	0.135	0.646	0.044	1	0.834	1.145	0.323	4.059

	[how_get_information=3]	0.031	0.548	0.003	1	0.955	1.031	0.352	3.022
	[how_get_information=4]	-0.322	0.559	0.332	1	0.565	0.725	0.242	2.167
	[how_get_information=5]	0 ^b			0				
	[persol_health_believe=1]	-0.502	0.316	2.531	1	0.112	0.605	0.326	1.123
	[persol_health_believe=2]	-0.492	0.325	2.290	1	0.130	0.612	0.324	1.156
	[persol_health_believe=3]	0 ^b			0				
	[want_to_know=1]	1.149	0.337	11.623	1	0.001	3.154	1.630	6.105
	[want_to_know=2]	0.567	0.221	6.582	1	0.010	1.764	1.143	2.721
	[want_to_know=3]	0.280	0.222	1.595	1	0.207	1.323	0.857	2.044
	[want_to_know=4]	0 ^b			0				
	[env_influence_health=1]	1.163	0.373	9.707	1	0.002	3.198	1.539	6.646
	[env_influence_health=2]	0.076	0.234	0.105	1	0.746	1.079	0.682	1.707
	[env_influence_health=3]	0.479	0.212	5.129	1	0.024	1.615	1.067	2.444
	[env_influence_health=4]	0 ^b			0				
	[teenger_inf_12_3_45=1.00]	-0.311	0.208	2.247	1	0.134	0.733	0.488	1.100
	[teenger_inf_12_3_45=2.00]	-0.081	0.203	0.159	1	0.690	0.922	0.620	1.373
	[teenger_inf_12_3_45=3.00]	0 ^b			0				
3.00	Intercept	-0.961	0.675	2.027	1	0.155			
	[sex=1]	-0.486	0.147	10.879	1	0.001	0.615	0.461	0.821
	[sex=2]	0 ^b			0				
	[School_rank=2]	-0.462	0.191	5.872	1	0.015	0.630	0.433	0.915
	[School_rank=3]	0.081	0.159	0.261	1	0.610	1.085	0.794	1.483
	[School_rank=4]	0 ^b			0				

[lang_mom_generic=1]	-0.139	0.213	0.426	1	0.514	0.870	0.573	1.322
[lang_mom_generic=2]	0 ^b			0				
[how_get_information=1]	0.817	0.521	2.456	1	0.117	2.264	0.815	6.288
[how_get_information=2]	1.118	0.611	3.348	1	0.067	3.058	0.923	10.127
[how_get_information=3]	0.249	0.536	0.215	1	0.643	1.283	0.448	3.669
[how_get_information=4]	0.579	0.534	1.176	1	0.278	1.785	0.626	5.086
[how_get_information=5]	0 ^b			0				
[persol_health_believe=1]	0.172	0.376	0.209	1	0.647	1.188	0.568	2.482
[persol_health_believe=2]	0.520	0.381	1.868	1	0.172	1.682	0.798	3.547
[persol_health_believe=3]	0 ^b			0				
[want_to_know=1]	-0.545	0.458	1.411	1	0.235	0.580	0.236	1.425
[want_to_know=2]	0.017	0.188	0.008	1	0.927	1.017	0.704	1.470
[want_to_know=3]	0.003	0.176	0.000	1	0.988	1.003	0.710	1.416
[want_to_know=4]	0 ^b			0				
[env_influence_health=1]	0.312	0.391	0.640	1	0.424	1.367	0.636	2.939
[env_influence_health=2]	-0.418	0.196	4.530	1	0.033	0.658	0.448	0.967
[env_influence_health=3]	-0.193	0.175	1.218	1	0.270	0.825	0.586	1.161
[env_influence_health=4]	0 ^b			0				
[teenger_inf_12_3_45=1.00]	-0.589	0.181	10.560	1	0.001	0.555	0.389	0.791
[teenger_inf_12_3_45=2.00]	-0.563	0.175	10.384	1	0.001	0.569	0.404	0.802
[teenger_inf_12_3_45=3.00]	0 ^b			0				

A.3.9.3 Μοντέλο μόνο με Main Effects Διαχωρισμός Γ (30%-70%)

Πίνακας Α.59

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1564.223	1569.433	1562.223			
Final	1485.828	1532.718	1467.828	94.395	8	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Percent %		
Pearson	1327.588	1311	0.369	74.10%		
Deviance	1450.956	1311	0.004			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	1485.828	1532.718	1467.828 ^a	0.000	0	
sex	1518.692	1560.372	1502.692	34.864	1	0.000
lang_father_generic	1492.055	1533.736	1476.055	8.228	1	0.004
want_to_know	1493.396	1524.657	1481.396	13.569	3	0.004
env_influence_health	1497.326	1528.586	1485.326	17.498	3	0.001

Πίνακας Α.60

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
fc9_30_70 ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
								Lower	Upper
2.00	Intercept	1.582	0.255	38.543	1	0.000			
	[sex=1]	-	0.128	34.451	1	0.000	0.472	0.367	0.606

	0.751							
[sex=2]	0 ^b			0				
[lang_father_generic=1]	0.579	0.198	8.525	1	0.004	1.784	1.210	2.631
[lang_father_generic=2]	0 ^b			0				
[want_to_know=1]	- 1.007	0.297	11.469	1	0.001	0.365	0.204	0.654
[want_to_know=2]	- 0.401	0.177	5.156	1	0.023	0.669	0.473	0.947
[want_to_know=3]	- 0.178	0.178	1.006	1	0.316	0.837	0.591	1.185
[want_to_know=4]	0 ^b			0				
[env_influence_health=1]	- 1.060	0.317	11.188	1	0.001	0.346	0.186	0.645
[env_influence_health=2]	- 0.585	0.185	10.008	1	0.002	0.557	0.388	0.801
[env_influence_health=3]	- 0.582	0.176	10.869	1	0.001	0.559	0.396	0.790
[env_influence_health=4]	0 ^b			0				

A.3.10 Για το Mean Factor

A.3.10.1 Μοντέλο μόνο με Main Effects Διαχωρισμός A (20%-60%-20%)

Πίνακας A.61

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	2433.949	2444.389	2429.949			
Final	2174.630	2425.173	2078.630	351.320	46	0.000
Goodness-of-Fit						

	Chi-Square	df	Sig.	Percent %		
Pearson	2748.844	2634	0.058	66.60%		
Deviance	2067.539	2634	1.000			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	2174.630	2425.173	2078.630 ^a	0.000	0	
sex	2180.903	2421.007	2088.903	10.273	2	0.006
School_rank	2196.004	2425.668	2108.004	29.374	4	0.000
educ_mom_oxi_likeio	2177.233	2417.337	2085.233	6.604	2	0.037
grades_school	2178.316	2397.541	2094.316	15.686	6	0.016
bio_2	2176.509	2416.612	2084.509	5.879	2	0.053
IT	2172.514	2381.300	2092.514	13.885	8	0.085
learn_diff_lesson_2	2178.594	2418.698	2086.594	7.965	2	0.019
env_influence_health	2192.859	2412.084	2108.859	30.229	6	0.000
want_to_know	2274.779	2494.004	2190.779	112.150	6	0.000
how_get_information	2177.684	2386.470	2097.684	19.054	8	0.015

Πίνακας Α.62

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
								Lower	Upper
mean_20_60_20 ^a									
1.00	Intercept	-3.172	0.836	14.399	1	0.000			
	[sex=1]	0.312	0.192	2.656	1	0.103	1.366	0.939	1.989
	[sex=2]	0 ^b			0				
	[School_rank=2]	0.302	0.239	1.599	1	0.206	1.352	0.847	2.158
	[School_rank=3]	0.369	0.212	3.040	1	0.081	1.446	0.955	2.190
	[School_rank=4]	0 ^b			0				

[educ_mom_oxi_likeio=1.00]	0.120	0.303	0.157	1	0.691	1.128	0.622	2.044	
[educ_mom_oxi_likeio=2.00]	0 ^b			0					
[grades_school=1]	0.891	0.457	3.813	1	0.051	2.439	0.997	5.968	
[grades_school=2]	0.400	0.289	1.911	1	0.167	1.492	0.846	2.630	
[grades_school=3]	0.406	0.270	2.261	1	0.133	1.501	0.884	2.547	
[grades_school=4]	0 ^b			0					
[bio_2=1.00]	0.478	0.209	5.222	1	0.022	1.612	1.070	2.428	
[bio_2=2.00]	0 ^b			0					
[IT=1]	0.238	0.342	0.487	1	0.485	1.269	0.650	2.479	
[IT=2]	-0.232	0.311	0.557	1	0.456	0.793	0.431	1.459	
[IT=3]	-0.050	0.256	0.038	1	0.846	0.952	0.576	1.572	
[IT=4]	-0.282	0.235	1.448	1	0.229	0.754	0.476	1.194	
[IT=5]	0 ^b			0					
[learn_diff_lesson_2=1.00]	0.536	0.204	6.885	1	0.009	1.710	1.145	2.553	
[learn_diff_lesson_2=2.00]	0 ^b			0					
[env_influence_health=1]	1.155	0.394	8.573	1	0.003	3.173	1.465	6.872	
[env_influence_health=2]	0.476	0.279	2.914	1	0.088	1.610	0.932	2.780	
[env_influence_health=3]	0.334	0.280	1.422	1	0.233	1.396	0.807	2.415	
[env_influence_health=4]	0 ^b			0					
[want_to_know=1]	1.887	0.381	24.578	1	0.000	6.599	3.130	13.914	
[want_to_know=2]	0.961	0.291	10.916	1	0.001	2.614	1.478	4.623	
[want_to_know=3]	0.085	0.310	0.075	1	0.784	1.089	0.593	1.999	
[want_to_know=4]	0 ^b			0					
[how_get_information=1]	-0.547	0.750	0.531	1	0.466	0.579	0.133	2.518	
[how_get_information=2]	0.240	0.819	0.086	1	0.770	1.271	0.255	6.328	
[how_get_information=3]	0.234	0.756	0.096	1	0.757	1.263	0.287	5.558	
[how_get_information=4]	-0.559	0.771	0.525	1	0.469	0.572	0.126	2.593	
[how_get_information=5]	0 ^b			0					
3.00	Intercept	1.258	0.471	7.138	1	0.008			
	[sex=1]	-0.390	0.156	6.261	1	0.012	0.677	0.499	0.919
	[sex=2]	0 ^b			0				
	[School_rank=2]	-0.951	0.201	22.335	1	0.000	0.386	0.261	0.573
	[School_rank=3]	-0.269	0.168	2.576	1	0.108	0.764	0.550	1.061
	[School_rank=4]	0 ^b			0				
	[educ_mom_oxi_likeio=1.00]	-0.716	0.304	5.561	1	0.018	0.489	0.269	0.886
	[educ_mom_oxi_likeio=2.00]	0 ^b			0				

[grades_school=1]	-1.090	0.657	2.752	1	0.097	0.336	0.093	1.219
[grades_school=2]	-0.552	0.211	6.851	1	0.009	0.576	0.381	0.871
[grades_school=3]	-0.089	0.167	0.282	1	0.595	0.915	0.659	1.270
[grades_school=4]	0 ^b			0				
[bio_2=1.00]	-0.138	0.243	0.325	1	0.569	0.871	0.541	1.401
[bio_2=2.00]	0 ^b			0				
[IT=1]	-0.700	0.292	5.725	1	0.017	0.497	0.280	0.881
[IT=2]	-0.664	0.243	7.449	1	0.006	0.515	0.320	0.829
[IT=3]	-0.384	0.206	3.491	1	0.062	0.681	0.455	1.019
[IT=4]	-0.338	0.189	3.192	1	0.074	0.714	0.493	1.033
[IT=5]	0 ^b			0				
[learn_diff_lesson_2=1.00]	-0.137	0.192	0.510	1	0.475	0.872	0.599	1.270
[learn_diff_lesson_2=2.00]	0 ^b			0				
[env_influence_health=1]	-0.970	0.518	3.509	1	0.061	0.379	0.137	1.046
[env_influence_health=2]	-0.724	0.194	13.901	1	0.000	0.485	0.331	0.709
[env_influence_health=3]	-0.560	0.168	11.074	1	0.001	0.571	0.410	0.794
[env_influence_health=4]	0 ^b			0				
[want_to_know=1]	- 22.047	0.000		1		2.662E- 10	2.662E- 10	2.662E- 10
[want_to_know=2]	-1.228	0.198	38.501	1	0.000	0.293	0.199	0.432
[want_to_know=3]	-0.673	0.164	16.786	1	0.000	0.510	0.370	0.704
[want_to_know=4]	0 ^b			0				
[how_get_information=1]	-0.279	0.434	0.415	1	0.520	0.756	0.323	1.769
[how_get_information=2]	-0.149	0.581	0.066	1	0.797	0.861	0.276	2.690
[how_get_information=3]	-0.149	0.447	0.111	1	0.739	0.862	0.359	2.069
[how_get_information=4]	0.009	0.446	0.000	1	0.985	1.009	0.421	2.418
[how_get_information=5]	0 ^b			0				

A.3.10.2 Μοντέλο μόνο με Main Effects Διαχωρισμός B (70%-30%)

Πίνακας Α.63

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1752.167	1757.387	1750.167			
Final	1557.777	1677.828	1511.777	238.391	22	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Percent %		
Pearson	1359.588	1318	0.208	71.20%		
Deviance	1502.073	1318	0.000			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	1557.777	1677.828	1511.777 ^a	0.000	0	
sex	1565.866	1680.698	1521.866	10.089	1	0.001
School_rank	1565.716	1675.329	1523.716	11.940	2	0.003
educ_mom_oxi_likeio	1558.956	1673.788	1514.956	3.179	1	0.075
grades_school	1558.402	1662.795	1518.402	6.625	3	0.085
bio_2	1559.855	1674.687	1515.855	4.078	1	0.043
IT	1562.289	1661.462	1524.289	12.512	4	0.014
learn_diff_lesson_2	1559.636	1674.468	1515.636	3.859	1	0.049
teeger_influence_health	1559.324	1663.717	1519.324	7.547	3	0.056
env_influence_health	1569.342	1673.735	1529.342	17.565	3	0.001
want_to_know	1629.190	1733.583	1589.190	77.413	3	0.000

Πίνακας Α.64

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
mean_70_30 ^a								Lower	Upper
2.0 0	Intercept	1.706	0.238	51.448	1	0.000			
	[sex=1]	-0.431	0.136	10.005	1	0.002	0.650	0.498	0.849
	[sex=2]	0 ^b			0				
	[School_rank=2]	-0.545	0.167	10.679	1	0.001	0.580	0.418	0.804
	[School_rank=3]	-0.322	0.151	4.531	1	0.033	0.725	0.539	0.975
	[School_rank=4]	0 ^b			0				
	[educ_mom_oxi_likeio=1.00]	-0.443	0.252	3.080	1	0.079	0.642	0.392	1.053
	[educ_mom_oxi_likeio=2.00]	0 ^b			0				
	[grades_school=1]	-0.289	0.430	0.451	1	0.502	0.749	0.323	1.740
	[grades_school=2]	-0.470	0.185	6.477	1	0.011	0.625	0.435	0.898
	[grades_school=3]	-0.176	0.153	1.318	1	0.251	0.838	0.621	1.133
	[grades_school=4]	0 ^b			0				
	[bio_2=1.00]	-0.402	0.203	3.923	1	0.048	0.669	0.449	0.996
	[bio_2=2.00]	0 ^b			0				
	[IT=1]	-0.803	0.266	9.107	1	0.003	0.448	0.266	0.755
	[IT=2]	-0.499	0.212	5.510	1	0.019	0.607	0.401	0.921
	[IT=3]	-0.269	0.182	2.197	1	0.138	0.764	0.535	1.091
	[IT=4]	-0.115	0.166	0.482	1	0.488	0.891	0.644	1.234
	[IT=5]	0 ^b			0				
	[learn_diff_lesson_2=1.00]	-0.321	0.165	3.807	1	0.051	0.725	0.525	1.001
	[learn_diff_lesson_2=2.00]	0 ^b			0				
	[teeger_influence_health=1]	-0.726	0.369	3.867	1	0.049	0.484	0.235	0.998
	[teeger_influence_health=2]	-0.350	0.169	4.308	1	0.038	0.705	0.507	0.981
	[teeger_influence_health=3]	-0.312	0.156	4.013	1	0.045	0.732	0.540	0.993
	[teeger_influence_health=4]	0 ^b			0				
	[env_influence_health=1]	-1.302	0.444	8.586	1	0.003	0.272	0.114	0.650
[env_influence_health=2]	-0.524	0.175	8.944	1	0.003	0.592	0.420	0.835	

[env_influence_health=3]	-0.497	0.157	10.061	1	0.002	0.608	0.447	0.827
[env_influence_health=4]	0 ^b			0				
[want_to_know=1]	-2.127	0.494	18.531	1	0.000	0.119	0.045	0.314
[want_to_know=2]	-1.367	0.172	63.366	1	0.000	0.255	0.182	0.357
[want_to_know=3]	-0.631	0.152	17.181	1	0.000	0.532	0.395	0.717
[want_to_know=4]	0 ^b			0				

A.3.10.3 Μοντέλο μόνο με Main Effects Διαχωρισμός Γ (30%-70%)

Πίνακας Α.65

Έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου

Model Fitting Information						
Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1466.900	1472.120	1464.900			
Final	1283.243	1371.977	1249.243	215.658	16	0.000
Goodness-of-Fit						
	Chi-Square	df	Sig.	Percent %		
Pearson	1337.768	1324	0.390	79.70%		
Deviance	1243.697	1324	0.943			
Likelihood Ratio Tests						
Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	1283.243	1371.977	1249.243 ^a	0.000	0	
sex	1294.393	1377.907	1262.393	13.150	1	0.000
School_rank	1286.336	1364.630	1256.336	7.093	2	0.029
lang_father_generic	1285.615	1369.130	1253.615	4.373	1	0.037

bio_2	1291.299	1374.814	1259.299	10.057	1	0.002
learn_diff_lesson_2	1287.811	1371.325	1255.811	6.568	1	0.010
env_influence_health	1302.222	1375.297	1274.222	24.979	3	0.000
want_to_know	1351.874	1424.949	1323.874	74.631	3	0.000
how_get_information	1286.474	1354.329	1260.474	11.231	4	0.024

Πίνακας Α.66

Εκτιμήσεις παραμέτρων του μοντέλου

Parameter Estimates									
		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
mean_30_70 ^a								Lower	Upper
2.00	Intercept	1.969	0.536	13.493	1	0.000			
	[sex=1]	-0.521	0.144	13.077	1	0.000	0.594	0.448	0.788
	[sex=2]	0 ^b			0				
	[School_rank=2]	-0.360	0.182	3.890	1	0.049	0.698	0.488	0.998
	[School_rank=3]	-0.402	0.168	5.744	1	0.017	0.669	0.482	0.929
	[School_rank=4]	0 ^b			0				
	[lang_father_generic=1]	0.474	0.223	4.520	1	0.034	1.607	1.038	2.488
	[lang_father_generic=2]	0 ^b			0				
	[bio_2=1.00]	-0.561	0.175	10.312	1	0.001	0.571	0.405	0.804
	[bio_2=2.00]	0 ^b			0				
	[learn_diff_lesson_2=1.00]	-0.410	0.159	6.687	1	0.010	0.663	0.486	0.905
	[learn_diff_lesson_2=2.00]	0 ^b			0				
[env_influence_health=1]	-1.368	0.345	15.729	1	0.000	0.255	0.130	0.501	

[env_influence_health=2]	-0.895	0.214	17.442	1	0.00 0	0.409	0.269	0.622
[env_influence_health=3]	-0.538	0.212	6.436	1	0.01 1	0.584	0.385	0.885
[env_influence_health=4]	0 ^b			0				
[want_to_know=1]	-2.283	0.336	46.257	1	0.00 0	0.102	0.053	0.197
[want_to_know=2]	-1.248	0.219	32.396	1	0.00 0	0.287	0.187	0.441
[want_to_know=3]	-0.426	0.228	3.504	1	0.06 1	0.653	0.418	1.020
[want_to_know=4]	0 ^b			0				
[how_get_information=1]	0.952	0.469	4.113	1	0.04 3	2.590	1.033	6.499
[how_get_information=2]	0.398	0.552	0.520	1	0.47 1	1.489	0.505	4.392
[how_get_information=3]	0.717	0.480	2.230	1	0.13 5	2.048	0.799	5.248
[how_get_information=4]	1.219	0.490	6.199	1	0.01 3	3.383	1.296	8.831
[how_get_information=5]	0 ^b			0				

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικών και Καποδιστριακών
Πανεπιστημίων Αθηνών
 ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Ζητάμε τη συμμετοχή σου σε μία έρευνα που αφορά την υγεία και τη φροντίδα της. Θα χρειαστεί να συμπληρώσεις το ερωτηματολόγιο που κρατάς. Η συμπλήρωση του είναι προαιρετική ενώ μπορείς και να αποχωρήσεις αν το επιθυμείς. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Οι απαντήσεις του καθενός συνδυάζονται με τις απαντήσεις άλλων μαθητών στην Ελλάδα για να βγει το ερευνητικό αποτέλεσμα. Δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση. Οι απαντήσεις σου δεν κρίνονται και θα βοηθήσουν την έρευνα αν είναι ειλικρινείς. Θα διαβάσεις πολλές φορές τις φράσεις «θέματα και πληροφορία υγείας». **Να θυμάσαι ότι εννοούμε όχι μόνο τις περιπτώσεις που είσαι άρρωστος αλλά και όταν θες να μάθεις οτιδήποτε σχετικό με υγεία π.χ. για την φροντίδα του εαυτού σου, την εφηβεία, τη διατροφή, τις σχέσεις, για φάρμακα ή άλλες ουσίες, κ.ά.** Επίσης οι «ειδικοί» είναι γιατροί, φαρμακοποιοί ή άλλοι επαγγελματίες υγείας π.χ. νοσοκόμοι. Για οποιαδήποτε πληροφορία μπορείς να επικοινωνήσεις στην ηλεκτρονική διεύθυνση: elebech@primedu.uoa.gr. Σε ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σου!!!

Διάβασε τις επόμενες προτάσεις και βάλε ✓ σε ένα κουτάκι της κάθε σειράς από το 1 έως το 6 ανάλογα με τη συχνότητα που συμβαίνει σε εσένα αυτό που δηλώνει η κάθε μία.

	1 Ποτέ	2 Ελάχιστες φορές	3 Λίγες φορές	4 Συχνά	5 Πολύ συχνά	6 Πάντα
Όταν αντιμετωπίζω ένα πρόβλημα υγείας ή είμαι άρρωστος/η μπορώ να βρω πληροφορίες σχετικές με αυτό.						
Όταν αντιμετωπίζω ένα πρόβλημα υγείας ή είμαι άρρωστος/η δεν αρκούνται σε μία πληροφορία αλλά συγκεντρώνω όσες περισσότερες μπορώ γι' αυτό.						
Μπορώ να βρω χρήσιμες πληροφορίες στο διαδίκτυο για την υγεία μου.						
Μπορώ να βρω υπηρεσίες ή οργανισμούς που παρέχουν υποστήριξη στους εφήβους (για θέματα υγείας).						
Μπορώ να βρω πληροφορίες για θέματα πρόληψης και φροντίδας της υγείας μου.						
Καταλαβαίνω εύκολα:						
τις οδηγίες και τις συστάσεις του γιατρού μου.						
τα περισσότερα από αυτά που ακούω για θέματα πρόληψης ασθενειών.						
το περιεχόμενο των πληροφοριών που βρίσκω για την υγεία.						
τις πληροφορίες και τις συστάσεις για θέματα φροντίδας υγείας και ασθένειας στα μέσα ενημέρωσης.						
τις πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο χρήσης των φαρμάκων και τις παρενέργειές τους.						
Μπορώ να συγκρίνω τις πληροφορίες που παίρνω από διαφορετικές πηγές (βιβλία, περιοδικά, ιστοσελίδες, άλλοι άνθρωποι) για θέματα υγείας.						
Μπορώ να κρίνω:						
ποιες πηγές πληροφοριών μπορώ να εμπιστευτώ.						
ποιες από τις πληροφορίες υγείας που βρίσκω έχουν επιστημονική βάση.						
ποιες είναι οι περιπτώσεις που χρειάζεται η συμβουλή ή παρέμβαση ειδικού.						
εάν αυτά που ακούω ή διαβάζω για την υγεία στα ΜΜΕ (τηλεόραση, ραδιόφωνο, διαδίκτυο, περιοδικά) είναι ωφέλιμα για μένα.						
Όταν επισκέπτομαι γιατρό μπορώ:						
να του δώσω όλα τα απαραίτητα προσωπικά μου στοιχεία.						
να του δώσω τις πληροφορίες που ζητάει (π.χ. για φάρμακα που έχω πάρει στο παρελθόν, για το ιατρικό ιστορικό της οικογένειάς μου).						
να του περιγράψω ακριβώς το πρόβλημά μου (πώς ξεκίνησε, τι νιώθω κ.λ.π.).						
να τον ρωτήσω για τις απορίες που έχω.						
να συζητήσω μαζί του για αυτά που έχω ακούσει από άλλες πηγές και να μάθω την άποψή του.						
Παρακινώ τους φίλους μου να αποφεύγουν συνήθειες που δεν είναι υγιεινές.						
Παρακινώ τους φίλους μου να συμβουλευτούν ειδικό όταν μου εμπιστεύονται προβλήματα υγείας.						
Βασίζομαι στις πληροφορίες που συγκεντρώνω όταν πρέπει να αποφασίσω:						
τι να κάνω όταν υπάρχει ένα πρόβλημα υγείας.						
ανάμεσα σε διάφορα προϊόντα, ποια είναι αυτά που είναι ωφέλιμα για μένα.						
με ποιους τρόπους θα προστατέψω την υγεία μου στην καθημερινότητά μου.						
με ποιους τρόπους θα καλυτερέψω την υγεία μου στην καθημερινότητά μου.						
Δυσκολεύομαι:						
να διαβάσω κείμενα για την υγεία όταν περιέχουν πολλές ιατρικές λέξεις.						
να διαβάσω κείμενα για την υγεία όταν περιέχουν πολλούς αριθμούς και διαγράμματα.						
να βρω πληροφορίες που να με βοηθούν στο θέμα υγείας που ψάχνω.						
να ξεχωρίσω ποια είναι η σωστή πληροφορία όταν αυτά που βρίσκω υποστηρίζουν αντίθετα πράγματα.						
να πάρω σωστές αποφάσεις επειδή δεν έχω τις γνώσεις που χρειάζομαι.						
να διαβάσω ενημερωτικά φυλλάδια για την πρόληψη ασθενειών (π.χ. γρίπης, διαβήτη, άσθματος).						

	1 Ποτέ	2 Ελάχιστες φορές	3 Λίγες φορές	4 Συχνά	5 Πολύ συχνά	6 Πάντα
Έχω τη θέληση να οργανώσω ή να συμμετέχω σε ένα σχέδιο δράσεων (συζητήσεις, συναντήσεις με εκπροσώπους και ειδικούς, κ.α.):						
για να καλυτερέψω τις συνθήκες υγείας που υπάρχουν στο σχολείο μου.						
για να καλυτερέψω τη ζωή και τις συνθήκες υγείας στη γειτονιά μου.						
Είναι ευθύνη μου:						
να αποκτήω νέες γνώσεις για την υγεία μου.						
να προστατεύω την υγεία των άλλων.						
να συμμετέχω στην καλύτερευση των συνθηκών ζωής και υγείας στο περιβάλλον μου.						

Ας συνεχίσουμε με κάποιες πληροφορίες για σένα:

Φύλο: Αγόρι Κορίτσι Ηλικία: Τάξη:

Σημείωσε με στο αντίστοιχο κουτάκι τις γραμματικές γνώσεις:

	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΤΕΙ	Πανεπιστήμιο	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό
της μητέρας σου						
του πατέρα σου						

Η μητρική γλώσσα των γονέων σου είναι:

Μητέρας: Ελληνική Άλλη Πατέρα: Ελληνική Άλλη

Η βαθμολογία σου στα μαθήματα του σχολείου είναι:

Όχι καλή Καλή Πολύ καλή Άριστη

Με λιγότερο το 1 και περισσότερο το 5 σημείωσε το βαθμό προτίμησής σου στα παρακάτω μαθήματα:

	1	2	3	4	5
Βιολογία					
Πληροφορική					

Αντιμετωπίζεις κάποιου είδους μαθησιακή δυσκολία σε:

Ανάγνωση Μαθηματικά Και στα δύο Δεν αντιμετωπίζω

Λόγω της οικονομικής κρίσης το εισόδημα της οικογένειάς σου έχει λιγοστέψει σε βαθμό που να επηρεάζει αποφάσεις σε θέματα υγείας (λιγότερες επισκέψεις σε γιατρούς ή προβλήματα στην προμήθεια φαρμάκων);

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

Υπάρχει κάποιος στο στενό οικογενειακό σου περιβάλλον που να αντιμετωπίζει σημαντικό πρόβλημα υγείας;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

Υπάρχει κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας που να σε αναγκάζει να επισκέπτεσαι πολύ συχνά γιατρό, να είσαι ιδιαίτερα προσεκτικός ή να παίρνεις για μεγάλο χρονικό διάστημα φάρμακα;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι μπορεί να επηρεάσει τον κάθε έφηβο το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται στις συνθήκες που αποκτά σε θέματα υγείας;

ΚΑΘΟΛΟΥ ΑΡΚΕΤΑ ΠΟΛΥ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

Σε ποιο βαθμό πιστεύεις ότι το περιβάλλον σου και οι άνθρωποι που συναναστρέφεται σε βοηθούν να αποκτήσεις συνήθειες θετικές για την υγεία σου;

ΚΑΘΟΛΟΥ ΑΡΚΕΤΑ ΠΟΛΥ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

Σε ποιο βαθμό σε ενδιαφέρει να αποκτήσεις νέες γνώσεις για θέματα υγείας;

ΚΑΘΟΛΟΥ ΑΡΚΕΤΑ ΠΟΛΥ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

Όταν θέλεις να βρεις πληροφορίες για τα θέματα υγείας που σε απασχολούν, τότε τις περισσότερες φορές (διάλεξε μόνο μία απάντηση):

- Ρωτάς τους γονείς σου.
 Συζητάς με τους φίλους σου.
 Ψάχνεις στο διαδίκτυο.
 Ρωτάς το γιατρό σου.
 Διαβάζεις ενημερωτικά φυλλάδια και βιβλία.

Από τις παρακάτω τρεις προτάσεις βάλε μόνο σε μία η οποία νομίζεις ότι σε εκφράζει περισσότερο από τις άλλες:

Η υγεία είναι ανθρώπινο δικαίωμα και πρέπει να προστατεύεται από το κράτος.

Η υγεία είναι ατομική ευθύνη του καθενός από εμάς.

Η υγεία είναι μια κατάσταση που είναι κυρίως θέμα κληρονομικότητας.

ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ

Επιστολή ενημέρωσης - έντυπο συγκατάθεσης των γονέων και κηδεμόνων

Αξιότιμοι γονείς,

Με την παρακάτω επιστολή, θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε για την έρευνα η οποία διεξάγεται στη σχολική μονάδα που φοιτά το παιδί σας και για την οποία ζητούμε τη συγκατάθεσή σας προκειμένου ο μαθητής να συμμετέχει σ' αυτή.

1. ΣΚΟΠΙΜΟΤΗΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της έρευνας είναι να κατανοηθούν ζητήματα που αφορούν στην υγεία και τη φροντίδα της από τους εφήβους. Το θέμα αυτό συγκεντρώνει ολοένα αυξανόμενο ενδιαφέρον μεταξύ των ερευνητών σε πολλές χώρες αφού οι δεξιότητες που χρειάζονται τα παιδιά για να φροντίσουν την υγεία τους πρέπει να είναι καλά δομημένες και ανεπτυγμένες ειδικά στη σημερινή εποχή που οι κίνδυνοι και οι προκλήσεις είναι μεγάλες και οι γνώσεις των εφήβων φαίνονται να είναι ελλιπείς.

2. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Κατά την έρευνα τα παιδιά θα χρειαστεί να συμπληρώσουν ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο μέσα από το οποίο θα προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε με ποιον τρόπο δρουν και πώς αποφασίζουν όταν χρειάζονται μια πληροφορία για θέματα υγείας που τα απασχολούν και πώς επεξεργάζονται τις νέες πληροφορίες πάνω στα θέματα αυτά. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου υπολογίζεται ότι τα παιδιά θα δαπανήσουν δεκαπέντε λεπτά. Θα ακολουθήσει στατιστική επεξεργασία των δεδομένων που θα συλλεχθούν πανελλαδικά από τα ερωτηματολόγια.

3. ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Η έρευνα αναμένεται να έχει τεράστια οφέλη για τα παιδιά, εφόσον υπάρξει συμμετοχή η οποία είναι σημαντική για να μπορέσουν να εξαχθούν και να γενικευτούν τα συμπεράσματα, αφού αναμένεται να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο βλέπουμε την αγωγή υγείας σήμερα. Τα αποτελέσματα της έρευνας πρόκειται να συμβάλλουν στην κατανόηση του χειρισμού τέτοιων ζητημάτων από τους εφήβους και στη δημιουργία διδακτικών προτάσεων που θα είναι κατάλληλα διαμορφωμένες έτσι ώστε να εφοδιάσουν τους μαθητές με αναγκαία για τη μετέπειτα ζωή τους γνώση και δεξιότητες, αφού σύντομα θα διαχειρίζονται εξολοκλήρου μόνοι τα ζητήματα της υγείας τους.

4. ΠΙΘΑΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ / ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ:

Έχει ήδη πραγματοποιηθεί μια προέρευνα και το ερωτηματολόγιο έχει ήδη συζητηθεί με παιδιά της ΣΤ' Δημοτικού και έχουν γίνει οι απαραίτητες διορθώσεις στην έκφραση ώστε να είναι κατανοητό από αυτά. Κατά τη διάρκεια των παρατηρήσεων δε φάνηκαν να παρουσιάζονται ιδιαίτεροι κίνδυνοι ή δυσκολίες, ούτε τα παιδιά ανέφεραν κάτι τέτοιο. Όταν ζητήθηκε από τα παιδιά να εκφράσουν την άποψη τους για το μακροσκελές του ερωτηματολογίου αυτά ανέφεραν ότι "επειδή το μόνο που χρειάζεται είναι να συμπληρωθούν κουτάκια και όχι να γράψουν κάτι, γίνεται εύκολα".

5. ΑΝΩΝΥΜΙΑ / ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Το ερωτηματολόγιο θα είναι ανώνυμο και αυτό θα διευκρινιστεί και θα υπογραμμιστεί στα παιδιά. Αναφέρεται ότι σε μεγάλου εύρους έρευνες δεν ενδιαφέρει η μεμονωμένη προσωπική άποψη του κάθε παιδιού, αλλά το σύνολο των προσωπικών απόψεων σε πανελλαδικό επίπεδο, το οποίο θα είναι και αυτό που θα διαμορφώσει τη ζητούμενη εικόνα. Τα παιδιά δεν θα παραδίδουν το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο στον εκπαιδευτικό παρά θα το αφήσουν σε ένα κουτί το οποίο θα είναι και η συσκευασία αποστολής των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων. Τα ερευνητικά δεδομένα θα μεταχειριστούν ως απολύτως απόρρητα.

6. ΑΡΝΗΣΗ / ΑΠΟΣΥΡΣΗ:

Τα παιδιά έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν τη συμμετοχή τους στην έρευνα ή/και να αποσυρθούν από αυτή σε οποιοδήποτε στάδιο της. Οι μαθητές ενημερώνονται γι' αυτό καθώς και για το σκοπό της έρευνας με σχετικό ενημερωτικό σημείωμα που παρατίθεται στην αρχή του ερωτηματολογίου.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΡΕΥΝΗΤΗ / ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

7. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι τη συμμετοχή του παιδιού μου στην έρευνα. Το παιδί μου διατηρεί το δικαίωμα να αποσυρθεί από τη διαδικασία της έρευνας σε οποιοδήποτε στάδιο της διεξαγωγής της.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ Ή ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Επιστολή ενημέρωσης των συμμετεχόντων στην έρευνα εκπαιδευτικών

Αξιότιμοι συνάδελφοι,

Με την επιστολή αυτή θα θέλαμε αρχικά να σας ευχαριστήσουμε για τη συμμετοχή σας στη διεξαγωγή και διευκόλυνση της έρευνας αυτής και παράλληλα να σας ενημερώσουμε δίνοντάς σας κάποιες απαραίτητες πληροφορίες:

1. ΣΚΟΠΙΜΟΤΗΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ:

Σκοπός της έρευνας είναι να κατανοηθούν ζητήματα που αφορούν στην υγεία και τη φροντίδα της από τους εφήβους. Το θέμα αυτό συγκεντρώνει ολοένα αυξανόμενο ενδιαφέρον μεταξύ των ερευνητών σε πολλές χώρες αφού οι δεξιότητες που χρειάζονται τα παιδιά για να φροντίσουν την υγεία τους πρέπει να είναι καλά δομημένες και ανεπτυγμένες ειδικά στη σημερινή εποχή που οι κίνδυνοι και οι προκλήσεις είναι μεγάλες και οι γνώσεις των εφήβων φαίνονται να είναι ελλιπείς.

2. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Κατά την έρευνα τα παιδιά θα χρειαστεί να συμπληρώσουν ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο μέσα από το οποίο θα προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε με ποιον τρόπο δρουν και πώς αποφασίζουν όταν χρειάζονται μια πληροφορία για θέματα υγείας που τα απασχολούν και πώς επεξεργάζονται τις νέες πληροφορίες πάνω στα θέματα αυτά. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου υπολογίζεται ότι τα παιδιά θα δαπανήσουν δεκαπέντε λεπτά. Θα ακολουθήσει στατιστική επεξεργασία των δεδομένων που θα συλλεχθούν πανελλαδικά από τα ερωτηματολόγια.

3. ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Η έρευνα αναμένεται να έχει τεράστια οφέλη για τα παιδιά, εφόσον υπάρξει συμμετοχή η οποία είναι σημαντική για να μπορέσουν να εξαχθούν και να γενικευτούν τα συμπεράσματα, αφού αναμένεται να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο βλέπουμε την αγωγή υγείας σήμερα. Τα αποτελέσματα της έρευνας πρόκειται να συμβάλλουν στην κατανόηση του χειρισμού τέτοιων ζητημάτων από τους εφήβους και στη δημιουργία διδακτικών προτάσεων που θα είναι κατάλληλα διαμορφωμένες έτσι ώστε να εφοδιάσουν τους μαθητές με αναγκαία για τη μετέπειτα ζωή τους γνώση και δεξιότητες, αφού σύντομα θα διαχειρίζονται εξολοκλήρου μόνοι τα ζητήματα της υγείας τους.

4. ΠΙΘΑΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ / ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ:

Έχει ήδη πραγματοποιηθεί μια προέρευνα και το ερωτηματολόγιο έχει ήδη συζητηθεί με παιδιά της ΣΤ΄ Δημοτικού και έχουν γίνει οι απαραίτητες διορθώσεις στην έκφραση ώστε να είναι κατανοητό από αυτά. Κατά τη διάρκεια των παρατηρήσεων δε φάνηκαν να παρουσιάζονται ιδιαίτεροι κίνδυνοι ή δυσκολίες, ούτε τα παιδιά ανέφεραν κάτι τέτοιο. Όταν ζητήθηκε από τα παιδιά να εκφράσουν την άποψη τους για το μακροσκελές του ερωτηματολογίου αυτά ανέφεραν ότι "επειδή το μόνο που χρειάζεται είναι να συμπληρωθούν κουτάκια και όχι να γράψουν κάτι, γίνεται εύκολα".

5. ΑΝΩΝΥΜΙΑ / ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Το ερωτηματολόγιο θα είναι ανώνυμο και αυτό θα διευκρινιστεί και θα υπογραμμιστεί στα παιδιά. Αναφέρεται ότι σε μεγάλου εύρους έρευνες δεν ενδιαφέρει η μεμονωμένη προσωπική άποψη του κάθε παιδιού, αλλά το σύνολο των προσωπικών απόψεων σε πανελλαδικό επίπεδο, το οποίο θα είναι και αυτό που θα διαμορφώσει τη ζητούμενη εικόνα. Τα παιδιά δεν θα παραδίδουν το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο στον εκπαιδευτικό παρά θα το αφήσουν σε ένα κουτί το οποίο θα είναι και η συσκευασία αποστολής των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων. Τα ερευνητικά δεδομένα θα μεταχειριστούν ως απολύτως απόρρητα.

6. ΑΡΝΗΣΗ/ ΑΠΟΣΥΡΣΗ:

Τα παιδιά έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν τη συμμετοχή τους στην έρευνα ή/και να αποσυρθούν από αυτή σε οποιοδήποτε στάδιό της. Παρακαλούμε βεβαιωθείτε ότι έχουν διαβάσει ή διαβάστε τους το ενημερωτικό σημείωμα που παρατίθεται στην αρχή του ερωτηματολογίου πριν την έναρξη συμπλήρωσής του.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΡΕΥΝΗΤΗ / ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ