



---

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ  
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

---

---

**ΣΧΕΔΙΑΣΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

---

**ΣΠΥΡΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ ΜΑΡΙΑ**



**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΕΣ**

**ΜΠΟΝΩΤΗ ΦΩΤΕΙΝΗ**

**ΧΡΗΣΤΙΔΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΑ**

**ΒΟΛΟΣ 2016**

*Στον παππού,  
στη γιαγιά*

### **Εξώφυλλο**

Σχεδιαστικές αναπαραστάσεις της υγείας και της ασθένειας κοριτσιού 9 ετών.

Αριστερά, σχέδιο υγείας: Ένα κορίτσι που τρώει φρούτα και δεν χρειάζεται τα φάρμακα.

Δεξιά, σχέδιο ασθένειας: Ένα αγόρι που έχει πυρετό και πονοκέφαλο. Παίρνει φάρμακα για να γίνει καλά.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>5</b>
<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>6</b>
<b>1. ΠΑΙΔΙ, ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....</b>	<b>8</b>
1.1. Αντιλήψεις των παιδιών για την υγεία και την ασθένεια.....	8
1.2. Παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιλήψεις των παιδιών.....	12
1.2.1. Ηλικία.....	12
1.2.1.1. Αισθησιοκινητικό Στάδιο.....	13
1.2.1.2. Προλογικό Στάδιο.....	13
1.2.1.3. Στάδιο Συγκεκριμένης Λογικής Σκέψης.....	14
1.2.1.4. Στάδιο Τυπικής Λογικής Σκέψης.....	16
1.2.2. Βιώματα.....	17
1.2.3. Φύλο.....	20
<b>2. ΣΧΕΔΙΟ, ΤΟ ΜΕΣΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΥΣΗΣ ΤΩΝ</b>	
<b>    ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ.....</b>	<b>22</b>
2.1. Έκφραση συναισθημάτων στα σχέδια των παιδιών.....	22
2.2. Εκφραστικές στρατηγικές.....	23
2.2.1. Κυριολεκτικές στρατηγικές.....	24
2.2.2. Μεταφορικές στρατηγικές.....	24
2.2.2.1. Μεταφορική περιεχομένου.....	25
2.2.2.2. Μεταφορική αφηρημένη.....	25
2.3. Παράγοντες που επηρεάζουν τα σχέδια των παιδιών.....	26
2.3.1. Φύλο.....	26
2.3.2. Ηλικία.....	28
2.3.3. Συναισθήματα.....	29
<b>3. Η ΕΡΕΥΝΑ.....</b>	<b>31</b>
3.1. Σκοπός της έρευνας.....	31
3.2. Η Μέθοδος.....	32
3.2.1. Το δείγμα της έρευνας.....	32
3.2.2. Ερευνητικά εργαλεία.....	33

3.2.3.	Κωδικοποίηση των σχεδίων.....	34
3.2.3.1.	Υγεία.....	34
3.2.3.1.1.	Άξονας 1: Εκφραστικές στρατηγικές.....	34
3.2.3.1.2.	Άξονας 2: Γραφικοί δείκτες.....	35
3.2.3.1.3.	Άξονας 3: Προσεγγίσεις.....	37
3.2.3.2.	Ασθένεια.....	37
3.2.3.2.1.	Άξονας 1: Εκφραστικές στρατηγικές.....	37
3.2.3.2.2.	Άξονας 2: Γραφικοί Δείκτες.....	38
3.2.3.2.3.	Άξονας 3: Προσεγγίσεις.....	39
<b>4.</b>	<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>41</b>
4.1.	Χρήση εκφραστικών στρατηγικών για την απεικόνιση των εννοιών της υγείας και της ασθένειας.....	41
4.2.	Η επίδραση της ηλικίας στη συνολική χρήση εκφραστικών Στρατηγικών.....	43
4.3.	Χρήση γραφικών δεικτών για την απεικόνιση των εννοιών της υγείας και της ασθένειας ανά ηλικιακή ομάδα.....	45
4.4.	Η επίδραση της ηλικίας στη συνολική χρήση των γραφικών δεικτών για την απεικόνιση της υγείας και της ασθένειας.....	48
4.5.	Χρήση λεκτικών επεξηγήσεων προσδιορισμού των εννοιών της υγείας και της ασθένειας.....	49
<b>5.</b>	<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....</b>	<b>52</b>
5.1.	Εκφραστικές στρατηγικές.....	52
5.1.1.	Απεικόνιση υγείας.....	52
5.1.2.	Απεικόνιση ασθένειας.....	53
5.1.3.	Η επίδραση της ηλικίας.....	54
5.2.	Γραφικοί δείκτες.....	55
5.2.1.	Απεικόνιση υγείας.....	55
5.2.2.	Απεικόνιση ασθένειας.....	56
5.2.3.	Η επίδραση της ηλικίας.....	56
5.3.	Προσεγγίσεις.....	57
5.3.1.	Προσδιορισμός υγείας.....	57
5.3.2.	Προσδιορισμός ασθένειας.....	58
5.3.3.	Συγκλίσεις και διαφορές.....	59

5.4. Περιορισμοί έρευνας.....	60
5.5. Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.....	60
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....</b>	<b>62</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>71</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας, ήταν να διερευνηθούν οι εκφραστικές στρατηγικές και οι γραφικοί δείκτες που χρησιμοποιούν τα παιδιά για να αναπαραστήσουν σχεδιαστικά τις έννοιες της υγείας και της ασθένειας. Επιπλέον, επιχειρήθηκε να διερευνηθεί η επίδραση της ηλικίας στη δημιουργία αυτών των αναπαραστάσεων. Για την υλοποίηση της μελέτης, συλλέχθηκε δείγμα από παιδιά (αγόρια και κορίτσια) ηλικίας 5 έως 12 ετών ( $N = 200$ ) από διάφορες περιοχές της Ελλάδας, καθώς επίσης και ένα δείγμα από ενήλικες φοιτητές ( $N = 50$ ). Από τους συμμετέχοντες, ζητήθηκε σε πρώτη φάση, να ζωγραφίσουν έναν άνθρωπο ο οποίος δεν αισθάνεται τίποτα (σχέδιο αναφοράς). Κατόπιν, ζητήθηκε να δώσουν ένα ορισμό για την έννοια της υγείας, να σχεδιάσουν έναν υγιή άνθρωπο και τέλος, να εξηγήσουν το περιεχόμενο της ζωγραφιάς τους. Η ίδια ακριβώς διαδικασία ακολουθήθηκε και με την έννοια της ασθένειας. Τα σχέδια του δείγματος κωδικοποιήθηκαν ως προς τη συχνότητα χρήσης εκφραστικών στρατηγικών και συγκεκριμένων γραφικών δεικτών, ενώ τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τις ημιδομημένες συνεντεύξεις, αναλύθηκαν βάσει των θεωρητικών προσεγγίσεων του βιοϊατρικού, του ψυχοκοινωνικού και του μοντέλου του τρόπου ζωής. Τα αποτελέσματα της προκείμενης έρευνας δείχνουν τις κυριολεκτικές εκφραστικές στρατηγικές να υπερισχύουν έναντι των άλλων δυο, περιεχομένου και αφηρημένων, και στις δυο έννοιες σε όλο τον πληθυσμό του δείγματος, ανεξαρτήτου ηλικίας. Στη συνέχεια, βρέθηκε ότι οι δύο συχνότεροι γραφικοί δείκτες που χρησιμοποιούν τα παιδιά για να απεικονίσουν την υγεία, αποτελούν η διαφορετική στάση του σώματος του εικονιζόμενου ανθρώπου, καθώς και η ενδείξεις κάποιας αθλητικής δραστηριότητας ή παιχνιδιού. Όσον αφορά την απόδοση της ασθένειας, οι γραφικοί δείκτες που υπερτερούν έναντι των άλλων είναι η στάση του σώματος και τα σχεδιαστικά στοιχεία που υποδηλώνουν εσωτερικό χώρο. Κατόπιν, στη διερεύνηση των λεκτικών επεξηγήσεων παρατηρήθηκε πως, οι συμμετέχοντες, έκαναν περισσότερο χρήση του βιοϊατρικού μοντέλου, είτε για να προσδιορίσουν την έννοια της υγείας, είτε αυτή της ασθένειας. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η ηλικία δεν είχε την αναμενόμενη επίδραση, καθώς τα προαναφερθέντα ευρήματα υπερίσχυαν, στην πλειοψηφία τους, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στην παρούσα ερευνητική εργασία, γίνεται μια προσπάθεια διερεύνησης των εκφραστικών στρατηγικών και των γραφικών δεικτών που χειρίζονται τα παιδιά (ηλικίας 5 – 12 ετών) με στόχο να απεικονίσουν τις έννοιες της υγείας και της ασθένειας. Επιπρόσθετα, επιχειρήθηκε να μελετηθεί η επίδραση της ηλικίας στην παραγωγή των παραπάνω παραγόντων, καθώς και η σύγκριση με τις αντίστοιχες πεποιθήσεις των ενηλίκων στο θέμα αυτό. Η έρευνα, χρησιμοποιεί ως ερευνητικό εργαλείο το σχέδιο σε συνδυασμό με λεκτικές επεξηγήσεις των παραπάνω εννοιών με στόχο την πληρέστερη συλλογή έγκυρων δεδομένων. Αυτό το ερευνητικό εργαλείο κρίθηκε κατάλληλο για τις συγκεκριμένες ηλικίες, καθώς η εικονική αναπαράσταση των αντιλήψεων των παιδιών στο χαρτί, αποτελεί ιδανική τακτική διερεύνησης και κατανόησης του εσωτερικού τους κόσμου, ιδιαίτερα στις πιο μικρές ηλικίες όπου η γλωσσική ανάπτυξη δεν έχει ολοκληρωθεί πλήρως (Jorgenson & Sullivan, 2009. MacDonald, 2013. Pridmore & Lansdown, 1997). Παράλληλα με το σχέδιο, συλλέχθηκε και μια μικρή ημιδομημένη συνέντευξη με στόχο την κάλυψη ή αποτροπή κενών, ασαφειών και υποκειμενικών θεωρήσεων που πιθανόν να παρήγαγε το πρώτο (Pridmore & Bendelow, 1995).

Η εργασία περιλαμβάνει 5 κεφάλαια στο σύνολό της με επιμέρους υποενότητες. Το πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζει το θεωρητικό πλαίσιο, στο οποίο βασίζεται η παρούσα έρευνα. Πιο αναλυτικά, στην ενότητα αυτή αναπτύσσονται απόψεις και ιδέες για τις αντιλήψεις των παιδιών όσον αφορά τις έννοιες της υγείας και της ασθένειας και παρουσιάζονται εμπειρικά και ερευνητικά δεδομένα επιστημόνων που ασχολήθηκαν με το συγκεκριμένο θέμα. Στο πρώτο τμήμα, τονίζεται η σημαντικότητα διερεύνησης ενός τέτοιου θέματος, ενώ στη συνέχεια παρατίθενται στοιχεία από τη διεθνή βιβλιογραφία που υποστηρίζουν θεωρήσεις και αναδεικνύουν διαφορετικές πτυχές των πεποιθήσεων των παιδιών για την υγεία και την ασθένεια. Τέλος, εξετάζονται οι παράμετροι που επηρεάζουν και διαφοροποιούν αυτές τις αντιλήψεις. Αυτοί αντιστοιχούν στην ηλικία, τα βιώματα και το φύλο.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά και ανάλυση του ερευνητικού εργαλείου του σχεδίου, ενώ τονίζεται η σημαντικότητα του ρόλου του ιδιαίτερα στις μικρές ηλικίες. Στη συνέχεια, καταγράφονται και επεξηγούνται οι εκφραστικές

στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την απόδοση συναισθημάτων στις εικονικές αναπαραστάσεις, μαζί με τις υποκατηγορίες τους. Τέλος, αναφέρονται οι παράγοντες που επηρεάζουν το συγκεκριμένο ερευνητικό εργαλείο και αναλύονται οι τρεις βασικότεροι: η ηλικία, το φύλο και το συναίσθημα.

Στο τρίτο κεφάλαιο, ξεκινά το ερευνητικό τμήμα της εργασίας. Σε αυτό το σημείο, αναφέρονται ο στόχος της έρευνας και η μεθοδολογία της. Η μέθοδος χωρίζεται σε επιπλέον ενότητες, στις οποίες καταγράφονται δεδομένα όπως το δείγμα, τα ερευνητικά εργαλεία, αλλά και η κωδικοποίηση των σχεδίων και των ημιδομημένων συνεντεύξεων. Η κωδικοποίηση των σχεδίων χωρίζεται και αυτή σε δύο κατηγορίες, αυτή μέσα από τη σκοπιά των εκφραστικών στρατηγικών και αυτή της συχνότητας συγκεκριμένων γραφικών δεικτών που προέκυψαν από την πλειοψηφία των σχεδίων. Οι ημιδομημένες συνεντεύξεις, αναλύονται και κατηγοριοποιούνται βάσει του θεωρητικού μοντέλου που προσεγγίζουν είτε αυτό είναι το βιοϊατρικό είτε το ψυχοκοινωνικό είτε αυτό του υγιεινού ή ανθυγιεινού τρόπου ζωής.

Το τέταρτο κεφάλαιο είναι αυτό των αποτελεσμάτων. Στη συγκεκριμένη ενότητα, γίνεται στατιστική ανάλυση της κωδικοποίησης σχεδίων και συνεντεύξεων. Τα αποτελέσματα της έρευνας περιλαμβάνουν συγκρίσεις και συσχετισμούς με τον παράγοντα της ηλικίας και τις αντίστοιχες αντιλήψεις των ενηλίκων.

Το πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο περιλαμβάνει τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας. Γίνεται προσπάθεια να συζητηθούν τα αποτελέσματα της προκείμενης μελέτης σε σχέση με τα αποτελέσματα παλαιότερων ερευνών της διεθνούς βιβλιογραφίας. Επιπρόσθετα, αναφέρονται οι περιορισμοί της συγκεκριμένης ερευνητικής διαδικασίας, ενώ τέλος, παρατίθενται προτάσεις με στόχο τη δημιουργία νέων μελετών που αφορούν το θέμα των αντιλήψεων των παιδιών για τις έννοιες της υγείας και της ασθένειας.

Τέλος, αισθάνομαι την υποχρέωση και την ανάγκη να ευχαριστήσω την κυρία Φωτεινή Μπονώτη, που παρά τον φόρτο εργασίας της ήταν πάντα δεκτική και πρόθυμη να με βοηθήσει καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της συγκεκριμένης μελέτης. Με υπομονή, συνέπεια και αμεσότητα ήταν ένας αξιόλογος δάσκαλος και βοηθός, που κοντά της έμαθα πολλά. Επίσης, ευχαριστίες απευθύνω και στην κυρία Βασιλεία Χρηστίδου για τις πολύτιμες συμβουλές και τη στήριξή της.



# 1. ΠΑΙΔΙ, ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

## 1.1 Αντιλήψεις των παιδιών για την υγεία και την ασθένεια

Η κοινωνία, στις μέρες μας, ασχολείται όλο και περισσότερο με το θέμα της υγείας, το οποίο αποτελεί ένα φλέγον και πάντα επίκαιρο θέμα. Κάθε άνθρωπος, ανεξαρτήτου φύλου, εθνικότητας, κοινωνικού επιπέδου, θρησκείας και ηλικίας σε ολόκληρο τον κόσμο θεωρεί την υγεία ως το ύψιστο και απαραίτητο αγαθό προς επιβίωση. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), την ορίζει ως μια κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι μια κατάσταση από την οποία εκλείπουν η ασθένεια και η όποια αδυναμία (World Health Organisation, 1946). Το 1984, διαμορφώνει τον ορισμό της υγείας μέσα από την οικολογική οπτική και τη χαρακτηρίζει ως μια κατάσταση ισορροπίας και αρμονίας ανάμεσα σε περιβάλλοντα που εμπλέκουν το σωματικό, βιολογικό και κοινωνικό παράγοντα (Piko, 1999. World Health Organization, 1984). Από μια πιο φιλοσοφική σκοπιά, ο όρος υγεία, θεωρείται πως περικλείει εκτός από την ομαλή λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού, μια πιο υποκειμενική διάσταση, αυτή της ικανότητας εκπλήρωσης των στόχων που θέτει το άτομο για το μέλλον του (Nordenfelt, 2007. Schramme, 2007).

Μέσα σε όλο αυτό το κλίμα ενασχόλησης με το θέμα της υγείας, εκτός από τις αρμόδιες εταιρίες και οργανισμούς, αλλά και τον κάθε ενήλικο και δραστήριο πολίτη, η κοινή γνώμη έχει στρέψει τα φώτα της και στην εκπαίδευση. Απόρροια αυτού του φαινομένου είναι η ανάγκη για ενημέρωση όσον αφορά τα θέματα υγείας, με στόχο την πρόληψη και την έγκαιρη αντιμετώπιση. Πηγή του δυναμικού της κοινωνίας του μέλλοντος είναι τα παιδιά, με αποτέλεσμα οι περισσότεροι φορείς να χρησιμοποιούν στρατευμένες μεθόδους για την ενημέρωση και εκπαίδευσή τους. Για την υλοποίηση της παραπάνω στρατηγικής, απαραίτητη είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των παιδιών για την υγεία και την ασθένεια, έτσι ώστε ο ρυθμός μάθησης και τα ερεθίσματα της καθημερινότητάς τους να αντιστοιχούν στο επίπεδο του διδασκόμενου θέματος για μια αποτελεσματική μάθηση (Black & William, 1998. Karasimopoulou, Derri & Zervoudaki, 2012).

Έρευνες έχουν δείξει πως οι αντιλήψεις των παιδιών για την υγεία και την ασθένεια πηγάζουν από διάφορες οπτικές. Μια οπτική, συμφωνεί με την άποψη ότι οι

αντιλήψεις των παιδιών για την υγεία αντιστοιχούν κατά ένα μεγάλο μέρος στην απουσία ασθένειας, αλλά κατά ένα ακόμη μεγαλύτερο, στο να αισθάνεται κάποιος καλά ή και να καταφέρνει να ανταπεξέρχεται στις προσδοκώμενες καθημερινές δραστηριότητες (Nataroff, 1978). Μια άλλη θεμελιώδης οπτική, ανάλογα με τον τρόπο προσέγγισης της, διαχωρίζεται σε τρεις βασικές κατηγορίες: α) την βιοϊατρική, β) την ψυχοκοινωνική και γ) την ολιστική, η οποία αποτελεί συνδυασμό των δυο πρώτων (Campbell, 1975. Nataroff, 1978. Piko & Bak, 2006. Zaloudikova, 2010).

Η πρώτη, η **βιοϊατρική**, αντιστοιχεί στην ύπαρξη ή μη κάποιας ασθένειας και κατ' επέκταση στις δυνατότητες του σώματος να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της καθημερινότητας (Campbell, 1975. Nataroff, 1978. Piko & Bak, 2006. Reeve & Bell, 2009. Zaloudikova, 2010). Παραδείγματα ορισμών της υγείας που έδωσαν τα παιδιά και που αντανακλούν αυτή την άποψη, είναι: «Δεν έχω πονοκέφαλο», «Δεν χρειάζεται να πάω στο γιατρό», «Δεν είμαι άρρωστος και δεν πονάω καθόλου», «Μπορώ να αρρωστήσω όταν πιάω κάτι παγωμένο», «Από τα βακτήρια που δεν μπορούν να τα πιάσουν τα λευκά κύτταρα στο αίμα μας και μπορούν να έρθουν στον οργανισμό μας» (Piko & Bak, 2006, σελ. 646, 648).

Η δεύτερη προσέγγιση, η **ψυχοκοινωνική**, επικεντρώνεται στα συναισθήματα που προκαλούν η υγεία και η ασθένεια σε κάποιον, αλλά και τον αντίκτυπό τους στις ομάδες κοινωνικοποίησης που περιβάλλουν τα παιδιά. Όταν υπάρχει υγεία, υπάρχουν και άτομα γεμάτα ενέργεια και χαρά που είναι έτοιμα να ανταπεξέλθουν σε ευχάριστες δραστηριότητες της καθημερινότητας (Mouratidi, Bonoti & Leondari, 2015. Nataroff, 1978. Piko and Bak, 2006. Zaloudikova, 2010). Παραδείγματα αυτής της προσέγγισης αποτελούν: «Όταν είμαι υγιής, σημαίνει ότι είμαι χαρούμενη», «Υγεία σημαίνει για μένα ευημερία, ευτυχία και χαρά. Υγεία σημαίνει ατομική δύναμη», «Αν είμαι υγιής, πάω στο σχολείο και χαίρομαι την παρέα των φίλων και των συμμαθητών μου» (Piko & Bak, 2006, σελ. 647).

Η τρίτη προσέγγιση, η **ολιστική**, αποτελεί μια πιο σφαιρική οπτική υγείας που περιλαμβάνει ένα συνδυασμό των δυο πρώτων, καθώς και την προσθήκη άλλων όπως τον παράγοντα του υγιεινού **τρόπου ζωής**, αλλά και την επίδραση του περιβάλλοντος σε αυτή ( Piko & Bak, 2006. Pluhar, Piko, Kovacs, & Uzzoli, 2009. Youssef, Salah, Salem & Megahed, 2010. Zaloudikova, 2010). Παραδείγματα του πρώτου της σκέλους είναι τα εξής: «Σωματική και ψυχική ευημερία», «Η υγεία είναι ένα προσόν, είναι πηγή ζωής», «Η υγεία είναι η πιο σημαντική πλευρά της ζωής για κάθε άνθρωπο και αν δεν

κάνεις το καλύτερό σου για να τη διατηρήσεις, η ζωή μπορεί να αλλάξει προς το χειρότερο» (Piko & Bak, 2006, σελ. 647). Όσον αφορά τον παράγοντα του υγιεινού τρόπου ζωής, τα παιδιά θεωρούν πως βασικά συστατικά του στοιχεία αποτελούν η διατροφή και η άσκηση (Piko & Bak, 2006. Youssef et al., 2010. Zaloudikova, 2010). Τέτοιες αντιλήψεις των παιδιών είναι οι παρακάτω: «Υγεία... όταν κάποιος κάνει συχνά αθλητικές δραστηριότητες, τρώει υγιεινά και αισθάνεται καλά», «Υγεία... κάποιος που δεν είναι άρρωστος, συμμετέχει σε σπορ, συχνά, και τρώει πολλά φρούτα», «Υγεία σημαίνει πολλά λαχανικά, φρούτα, ξεκούραση, άθληση και προσωπική υγιεινή» (Piko & Bak, 2006, σελ. 647). Τέλος, τα παιδιά θεωρούν πως μεγάλο ρόλο στη διατήρηση ή χειροτέρευση της υγείας παίζει και η επίδραση του περιβάλλοντος σε αυτή (Piko & Bak, 2006. Pluhar, Piko, Kovacs, & Uzzoli, 2009). Τα παιδιά φαίνεται να είναι πιο συνειδητοποιημένα και ανήσυχα σε σχέση με τους ενήλικες, όσον αφορά την ατμοσφαιρική ρύπανση και την αποψίλωση των δασών, αλλά και τον αντίκτυπο που έχουν αυτές στην υγεία (Kasma - Ronkainenand & Virokannas,1996). Γνωρίζουν ακόμη πως ο μολυσμένος ατμοσφαιρικός αέρας, ακόμη και όταν ευθύνεται η όποια ποσότητα από τον καπνό τσιγάρων για το φαινόμενο αυτό, έχει το δικό της μερίδιο ευθύνης για την πρόκληση ασθενειών (Bak & Piko, 2007. Piko & Bak, 2006). Ακούν για μολυσματικές και χρόνιες παθήσεις που προκαλούνται από περιβαλλοντικούς παράγοντες και διαμορφώνουν τις απόψεις τους έτσι ώστε να συμφωνούν με τα ερεθίσματα που δέχονται από τους γύρω τους (Solomon & Cassimatis, 1999). Έτσι τα παιδιά αντιλαμβάνονται από νωρίς τους βλαβερούς παράγοντες του να μένεις έξω στο κρύο (Myant & Williams, 2005), το συσχετισμό του περιβάλλοντος με την πρόκληση χρόνιων παθήσεων όπως αυτή του καρκίνου (Oakleyetal.,1995), αλλά και το πόσο σημαντική είναι η προσωπική υγιεινή στη διατήρηση της υγείας (Onyango - Oumaetal, 2004). Παραδείγματα αντιλήψεων των παιδιών που συμφωνούν με τα παραπάνω δεδομένα παρατίθενται εδώ, όπως: «Υγεία είναι όταν περπατάω κάτω από τον καθαρό αέρα», «Υγεία σημαίνει κάτι σαν το φυσικό περιβάλλον», και για την ευθύνη του περιβάλλοντος στην πρόκληση ασθενειών: «Από τις εξατμίσεις ή το μολυσμένο αέρα... από τις καμινάδες. Ούτε εγώ δεν αντέχω τον καπνό των τσιγάρων», «Όταν ο αέρας είναι πολύ κρύος και όταν το φαγητό που τρώω είναι πολύ κρύο. Επίσης και ο καπνός με κάνει άρρωστο», «Η ξαφνική αλλαγή του κλίματος», «Βενζίνη και μολυσμένος αέρας», «Μπορεί να αρρωστήσουμε από το

μολυσμένο περιβάλλον και από τα βακτήρια όταν ένα μέρος είναι βρώμικο. Όταν ξεριζώνουμε τα φυτά» (Piko & Bak, 2006, σελ. 648).

Έρευνες σε παιδιά που νοσηλεύονται, έχουν δείξει πως θεωρούν την κατάσταση της υγείας τους ως απότοκο κάποιας μη προσδοκώμενης συμπεριφοράς, ως την επερχόμενη τιμωρία μετά από κάτι που δεν έπρεπε να κάνουν (Brewster, 1982). Φαίνεται, πως όταν τα παιδιά δεν καταλαβαίνουν επακριβώς τις ιατρικές διαδικασίες στις οποίες υποβάλλονται όταν είναι ασθενείς, διαμορφώνουν μια πιο αρνητική και αποκρουστική εικόνα γι' αυτές, θεωρώντας την υλοποίησή τους ανούσια (Piko & Bak, 2006).

Ενδιαφέρουσα οπτική είναι αυτή του Mareš (2003, όπ. αναφ. στο Zaloudikova, 2010), η οποία μέσα από έρευνα σε 120 παιδιά κατέταξε τις αντιλήψεις τους για την υγεία με τον εξής τρόπο: α) 'άγνοια' – δεν ξέρω τι είναι υγεία, β) 'ταυτολογία' - υγεία είναι όταν κάποιος είναι υγιής, γ) 'η απουσία ασθένειας' – το αντίθετο της υγείας, δ) 'κάτι πολύτιμο και ανεκτίμητο', ε) 'κάτι φυσικό και ευχάριστο' – σωματική, πνευματική και κοινωνική ευημερία, στ) 'ως αποτέλεσμα φιλότιμης προσπάθειας' - κάποιος πρέπει να προσέχει τον εαυτό του.

Από την παραπάνω ανάλυση, προκύπτει η διαπίστωση πως τα παιδιά αντιλαμβάνονται την υγεία και την ασθένεια με πολλαπλούς τρόπους. Θεωρούν πως η ασθένεια και η υγεία είναι δυο μορφές που αλληλεπιδρούν η μια με την άλλη έχοντας μια αντιστρόφως ανάλογη φορά, με τη μια να υπερισχύει έναντι της άλλης εξαρτώμενη από τις συνθήκες της εκάστοτε κατάστασης. Άλλοτε οι έννοιες της υγείας και της ασθένειας προσδιορίζονται με την εισβολή μικροοργανισμών στο ανθρώπινο σώμα, άλλοτε ως μια συνθήκη που μπορεί να αποφευχθεί με συγκεκριμένες συμπεριφορές, ψυχολογικές ή σωματικές, η βιολογική και πνευματική ευημερία, η δυνατότητα επιτέλεσης των καθημερινών ασχολιών, ενώ υπάρχει και ο παράγοντας της ευαισθησίας ατόμων σε διάφορες μορφές ασθένειας, πράγμα που επηρεάζει τις προσωπικές τους απόψεις. Σημαντικός είναι ο τρόπος ζωής, πόσο υγιεινός ή ανθυγιεινός είναι, αλλά και μεγάλο μερίδιο κατέχει και ο ρόλος του περιβάλλοντος, φυσικού και κοινωνικού (Bibace & Walsh, 1981. Mouratidi, Bonoti & Leondari, 2015. Piko & Bak, 2006).

## 1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιλήψεις των παιδιών

Οι απόψεις των παιδιών για την υγεία και την ασθένεια αν και έχουν αρκετές ομοιότητες, διαφέρουν βάσει αξιοσημείωτων παραγόντων. Έρευνες έχουν δείξει πως η ηλικία με την ολόπλευρη – και, κυρίως, γνωστική – ανάπτυξη των παιδιών, τα βιώματα (κουλτούρα, παραδόσεις) του καθενός από αυτά, αλλά και το φύλο, έχουν μερίδιο ευθύνης για την ανομοιογένεια που προκύπτει στις αντιλήψεις των παιδιών (Bibace & Walsh, 1981. Brassai, Piko & Steger, 2015. Koopman, Baars, Chaplin & Zwinderman, 2004. Perrin & Gerrity, 1981. Piko, 2007. Zaloudikova, 2010). Μολονότι αναφέρονται και αναλύονται στην πορεία οι προαναφερόμενοι βασικοί παράγοντες, στη διεθνή έρευνα εξετάζονται και άλλοι που αποτελούν υποκατηγορία ή και ανεξάρτητη κατηγορία των παραπάνω, παραδείγματα των οποίων είναι η εθνικότητα, οι αντιλήψεις των παιδιών για συγκεκριμένες ασθένειες όπως το AIDS και ο καρκίνος, οι απόψεις παιδιών – προσφύγων, καθώς και παιδιών με αναπηρίες, αλλά και ο ρόλος της ενημέρωσης και της εκπαίδευσης για την υγεία και την ασθένεια μέσα από συγκεκριμένες στρατηγικές, σε συγκεκριμένα, υπό μελέτη σχολεία (Boruchovitch & Mednick, 2000. Fernandez, Liamputtong, & Wollersheim, 2015. Karasimopoulou et al., 2012. Legare & Gelman, 2009. McIsaac, Storey, Veugelers & Kirk, 2014. Michielutte & Diseker, 1982. Nataroff, & Essoka, 1989. Youssef, et al. 2010). Οι βασικοί παράγοντες που προαναφέρθηκαν, αναπτύσσονται αναλυτικά στη συνέχεια.

### 1.2.1 Ηλικία

Η ηλικία είναι ένας από τους βασικότερους παράγοντες ανομοιογένειας στις αντιλήψεις των παιδιών για την υγεία και την ασθένεια, στην περίπτωση που ο πληθυσμός του δείγματος ανήκει σε ένα ευρύ ηλικιακό φάσμα. Οι έρευνες που έχουν ασχοληθεί με τον παράγοντα αυτό, φαίνεται πως βρίσκονται σε συμφωνία με την πρόταση του Piaget για τα τέσσερα βασικά στάδια γνωστικής ανάπτυξης των παιδιών, το αισθησιοκινητικό, το προλογικό, της συγκεκριμένης λογικής σκέψης και της τυπικής λογικής σκέψης (Bibace & Walsh, 1978, 1980, 1981. Koopman, et al., 2004). Οι αντιλήψεις και οι απόψεις των παιδιών, φαίνεται πως είναι ανάλογες της γνωστικής

ανάπτυξής τους. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η θεωρία του Piaget, προβλέπει μια σχετική σταθερότητα των σταδίων γνωστικής ανάπτυξης. Αυτό σημαίνει πως η διαδοχή των σταδίων είναι αμετάβλητη και συγκεκριμένη, αλλά η ηλικία στην οποία εισχωρούν τα παιδιά σε κάθε στάδιο, ποικίλλει (Elliot, Kratochwill, Littlefield Cook & Travers, 2008).

### **1.2.1.1 Αισθησιοκινητικό Στάδιο**

Η πρώτη περίοδος, η αισθησιοκινητική, περικλείει το εύρος από τη στιγμή της γέννησης μέχρι και το 2 έτος. Τα παιδιά αυτού του σταδίου, ανακαλύπτουν τον κόσμο μέσω των αισθήσεων τους και των κινήσεων του σώματός τους. Χαρακτηριστικά της περιόδου είναι η μονιμότητα του αντικειμένου (κάτι εξακολουθεί να υπάρχει ακόμη κι όταν δεν είναι στο οπτικό πεδίο), αλλά και η αιτιότητα (διακρίνουν τις δικές τους πράξεις ως αιτίες) (Elliot, et al. 2008).

Αυτό το στάδιο χαρακτηρίζεται από το *‘αόρατο’*. Τα παιδιά δυσκολεύονται να δώσουν εξηγήσεις για το Τι, το Γιατί και το Πώς των διάφορων πλευρών της ασθένειας, γι’ αυτό, συνήθως, καταφεύγουν σε συσχετισμούς για να απαντήσουν στα παραπάνω ερωτήματα (Koopman, et al., 2004). Επειδή αυτό το ηλικιακό φάσμα, δεν φαίνεται να έχει εξεταστεί σε μεγάλο εύρος από τους ερευνητές, λόγω της αρκετά πρώιμης διάστασής του, όσον αφορά τις αντιλήψεις των παιδιών για την υγεία και την ασθένεια, παρακάτω θα αναλυθούν πιο λεπτομερειακά οι τρεις επόμενοι περίοδοι.

### **1.2.1.2 Προλογικό Στάδιο**

Το προλογικό στάδιο, περιλαμβάνει κατά βάση τις ηλικίες από 2 έως και 7 ετών, στο οποίο, τα παιδιά, αντιλαμβάνονται την ύπαρξη ενός κόσμου «έξω» από αυτά. Χαρακτηριστικά αυτού του σταδίου είναι ο ανιμισμός (τα αντικείμενα είναι έμβια και με συνείδηση), η ανάπτυξη του ρεαλισμού (σταδιακή αποδοχή του πραγματικού κόσμου), η τεχνητοποίηση (όλα είναι προϊόντα ανθρώπινης δημιουργίας) και ο μεταγωγικός συλλογισμός (από ειδικό σε ειδικό, χωρίς λογική συνάφεια). Από την άλλη πλευρά, οι περιορισμοί της προλογικής περιόδου είναι η επικέντρωση (εστίαση

σε μια πλευρά ενός αντικειμένου ή δραστηριότητας), ο εγωκεντρισμός (οπτική των πραγμάτων όπως τα παιδιά θέλουν να είναι) και η μη αντιστρεψιμότητα (αδυναμία αντιστροφής της σκέψης) (Elliot, et al. 2008. Feldman, 2011).

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία, οι πεποιθήσεις των ατόμων αυτού του σταδίου για την υγεία και την ασθένεια έχουν τους ανάλογους περιορισμούς και στοιχεία. Χαρακτηριστικά τους γνώρισμα είναι η *‘απόσταση’* και η *‘εγγύτητα’*. Η ασθένεια, σε αυτό το σημείο, καθορίζεται, συνήθως, από εξωτερικούς παράγοντες που μπορεί να αναγνωρίσει το παιδί (Koopman, et al., 2004). Στο στάδιο διακρίνονται 2 επιμέρους κατηγορίες που κατατάσσουν τις αντιλήψεις των παιδιών, στον *Φαινομενισμό* και τη *Μετάδοση*. Ο *Φαινομενισμός* αποτελεί την πιο πρόωμη, αναπτυξιακά, πεποίθηση των ατόμων αυτής της ηλικίας. Πιο αναλυτικά, οι απόψεις που κατατάσσονται εδώ έχουν ως κύριο γνώρισμα ότι η αιτία της ασθένειας είναι ένα εξωτερικό από φαινόμενο που μπορεί να συμπίπτει με την ίδια την ασθένεια, αλλά όντας, συνήθως, πιο απομακρυσμένο από αυτή. Τις απόψεις τους αυτές δεν μπορούν να τις επεξηγήσουν (Bibace & Walsh, 1981. Zaloudikova, 2010). Παράδειγμα αποτελεί το εξής: «Πώς αρρωσταίνουν οι άνθρωποι;» ‘Από τον ήλιο.’, «Πώς ο ήλιος τους δίνει το κρύωμα;» ‘Απλά το κάνει, αυτό.’ (Bibace & Walsh, 1981, σελ. 36). Η *Μετάδοση* χαρακτηρίζει τις περισσότερες απαντήσεις των παιδιών, αυτού του σταδίου, τα οποία θεωρούν ότι η αιτία της ασθένειας βρίσκεται σε κάποιο άλλο άτομο ή ακόμη και σε κάποιο αντικείμενο που βρίσκεται κοντά στο παιδί, χωρίς, όμως, να το αγγίζει. Το παιδί, αρρωσταίνει είτε μέσω της εγγύτητας είτε με τρόπο ανεξήγητο, η ασθένεια προκαλείται ως διά μαγείας (Bibace & Walsh, 1981. Zaloudikova, 2010). Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι το: «Πώς ένας άνθρωπος μπορεί να αρπάξει ένα κρυολόγημα;» ‘Από έξω.’, «Και πώς γίνεται από έξω;» ‘Απλά έτσι γίνεται. Όταν ο άλλος έρχεται κοντά σου.’, «Πώς γίνεται;» ‘Δεν ξέρω. Νομίζω με τρόπο μαγικό.’ (Bibace & Walsh, 1981, σελ. 36).

### **1.2.1.3 Στάδιο Συγκεκριμένης Λογικής Σκέψης**

Το αμέσως επόμενο στάδιο, αυτό της συγκεκριμένης λογικής σκέψης κυμαίνεται ανάμεσα στις ηλικίες των 7 έως και 11 - 12 ετών. Στην παρούσα περίοδο, φαίνεται πως τα παιδιά ξεπερνούν τους περιορισμούς και τα γνωστικά «εμπόδια» του

προηγούμενου σταδίου και επιτυγχάνουν πραγματικές νοητικές λειτουργίες, κάνοντας πραξιακή χρήση της λογικής σκέψης. Χαρακτηριστικά της περιόδου αποτελούν η αποκέντρωση (αντιλαμβάνεται τις ποικίλες πλευρές ενός φαινομένου ή γεγονότος), η διατήρηση (μια ουσία παραμένει σταθερή ακόμη κι αν αλλάξουν τα επιφανειακά χαρακτηριστικά της), η αντιστρεψιμότητα (συνειδητοποίηση ότι ένα αντικείμενο – ουσία, μπορεί να επιστρέψει στην αρχική του κατάσταση και πάλι πίσω, όντας το ίδιο πράγμα), η σειροθέτηση (τοποθέτηση αντικειμένων με αυξανόμενο ή μειούμενο μέγεθος), αλλά και η ταξινόμηση (τοποθέτηση αντικειμένων, σύμφωνα με συγκεκριμένες κοινές ιδιότητες, σε μια κατηγορία). Ωστόσο, όλες αυτές τις λειτουργίες μπορούν, τα παιδιά αυτού του ηλικιακού φάσματος, να τις χρησιμοποιήσουν σε απτά παραδείγματα, σε συγκεκριμένα αντικείμενα, γεγονότα ή προβλήματα και όχι σε λεκτικές δηλώσεις. Σε αυτή, λοιπόν, την προεγνωσιολογική περίοδο, τα παιδιά, δεν έχουν την ικανότητα να χρησιμοποιούν τυπικές, λογικές νοητικές διεργασίες (Elliot, et al. 2008. Feldman, 2011).

Οι περιορισμοί της περιόδου της συγκεκριμένης λογικής σκέψης, αντανακλώνονται στις αντιλήψεις των παιδιών για την ασθένεια, καθώς αυτή προσδιορίζεται από την ‘επαφή’ και την ‘εσωτερίκευση’ (Koopman, et al., 2004). Κατ’ επέκταση οι φάσεις του σταδίου αυτού αντιστοιχούν στη *Μόλυνση* και την *Εσωτερίκευση*. Η *Μόλυνση*, είναι η κατηγορία αντιλήψεων στην οποία το παιδί πια, μπορεί να διακρίνει τη διαφορά μεταξύ της αιτίας και της ίδιας της ασθένειας, καθώς επίσης και από τους τρόπους συμπεριφοράς (επικίνδυνες δραστηριότητες) που μπορούν να την επηρεάσουν. Τη μορφή της αιτίας παίρνει ένας άνθρωπος, ένα αντικείμενο ή μια πράξη η οποία βρίσκεται έξω από τον ξενιστή και έχει επιβλαβείς ή απειλητικές συνέπειες για τη σωματική του υγεία (Bibace & Walsh, 1981. Zaloudikova, 2010). Παράδειγμα αποτελεί: ‘Λοιπόν, όταν βήχεις δυνατά, μετά τα σταγονίδια προσγειώνονται στο πρόσωπό σου, υπάρχουν μικρόβια εκεί που σε κάνουν άρρωστο.’ (Koopman, et al., 2004, σελ. 367). Η *Εσωτερίκευση*, είναι η άλλη κατηγορία που αντιστοιχεί στην ομάδα αντιλήψεων που θέλει την ασθένεια να βρίσκεται στο εσωτερικό του ανθρώπινου οργανισμού, μολονότι η αιτία βρίσκεται έξω από αυτόν. Το άτομο ή αντικείμενο που προκαλεί την αιτία, σχετίζεται με το εσωτερικό του οργανισμού του ξενιστή, μέσα από μια διαδικασία εσωτερίκευσης, όπως είναι η κατάποση ή η εισπνοή. Τέτοιο παράδειγμα αποτελεί: ‘Όταν βήχεις, εκείνα τα μικρόβια



μπαίνουν μέσα στον αέρα και κάποιος άλλος μπορεί να τα εισπνεύσει και μετά νομίζω μπαίνουν μέσα στο αίμα. Μετά αρρωσταίνεις.’ (Koopman, et al., 2004, σελ. 367).

#### 1.2.1.4 Στάδιο Τυπικής Λογικής Σκέψης

Το τέταρτο και τελευταίο στάδιο γνωστικής ανάπτυξης της θεωρίας του Piaget, το οποίο προσδιορίζεται ως το στάδιο της **τυπικής λογικής σκέψης**, ξεκινά περίπου από τα 11 ή 12 χρόνια. Χαρακτηριστικό του γνώρισμα είναι ότι το άτομο, κατακτά την ικανότητα του να σκέφτεται αφαιρετικά. Οι νέες του δυνατότητες στην περίοδο αυτή, είναι ο διαχωρισμός του πραγματικού από το πιθανό, ο έλεγχος υποθέσεων και η νοερή επίλυση προβλημάτων. Η διαφορά με τα προηγούμενα στάδια, έγκειται στο γεγονός ότι το παιδί - έφηβος, αναπτύσσει τη δεξιότητα να ξεκινά από αφηρημένες έννοιες και να καταλήγει σε συγκεκριμένες (Elliot, et al. 2008. Feldman, 2011).

Λαμβάνοντας υπόψη τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης περιόδου οι Koopman, et al. (2004), την προσδιορίζουν ως περίοδο των ‘*σωματικών διεργασιών*’, αλλά και του ‘*σώματος και πνεύματος*’. Η φάση αυτή, σύμφωνα με τους Bibace και Walsh (1981) και Zaloudikova (2010) χωρίζεται στις κατηγορίες της *Φυσιολογίας* και της *Ψυχοφυσιολογίας*. Στην πρώτη, αυτή, δηλαδή, της *Φυσιολογίας*, το παιδί έχει την ικανότητα να κατασκευάζει υποθέσεις για την αλληλεπίδραση του περιβάλλοντος με το εσωτερικό του ανθρώπινου οργανισμού. Πιο συγκεκριμένα, το παιδί έχει επίγνωση πως μολοντί η ασθένεια μπορεί να προκαλείται από εξωτερικούς παράγοντες, η πηγή και η φύση της, ωστόσο, έγκεινται σε συγκεκριμένες εσωτερικές δομές και λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού, ο οποίος μπορεί να υπέρ-, υπό- ή δυσλειτουργεί. Λόγου χάρη: ‘Τα μικρόβια μπαίνουν μέσα στο αίμα σου και τα λευκά αιμοσφαίρια θα παλέψουν μαζί τους, αν, όμως, χάσουν τότε αρρωσταίνεις.’ (Koopman, et al., 2004, σελ. 368). Η τελευταία φάση, είναι αυτή της *Ψυχοφυσιολογίας*, στην οποία προστίθεται και ο ρόλος του εγκεφάλου στην πορεία εξέλιξης μιας ασθένειας. Τα άτομα σε αυτή τη φάση, είναι ικανά να κατανοήσουν το γεγονός ότι εκτός από τα συστατικά στοιχεία της φυσιολογίας του ανθρώπινου οργανισμού, σημαντικός είναι και ο παράγοντας εγκέφαλος, καθώς εκτός από τις λοιπές του λειτουργίες, μέσω της νόησης και των συναισθημάτων μπορεί να επηρεάσει την πορεία εξέλιξης της προκειμένης ασθένειας. Εκτός, δηλαδή, από την πλευρά της φυσιολογίας είναι σπουδαία και η πλευρά της

ψυχολογίας (Bibace & Walsh, 1981. Koopman, et al., 2004. Zaloudikova, 2010). Για την καλύτερη κατανόηση, αξιόλογο παράδειγμα αποτελεί: ‘Αυτό μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους. Κάποιες φορές το κρυολόγημα δεν είναι τόσο κακό. Εξαρτάται από το πώς αισθάνεσαι.’ (Koopman, et al., 2004, σελ. 368).

## 1.2.2 Βιώματα

Ένας ακόμη παράγοντας που φαίνεται να διαφοροποιεί τις πεποιθήσεις των παιδιών για την υγεία και την ασθένεια είναι τα βιώματά τους μέσα από την καθημερινότητα, αλλά και γενικότερα το οικογενειακό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσονται (Carandang, Folkins, Hines & Steward, 1979. Normandeau, Kalnins, Jutras, & Hanigan, 1998).

Οι αντιλήψεις των παιδιών για την υγεία και την ασθένεια, διαπιστώνεται, πως είναι κοινωνικά κατασκευασμένες (Germov, 2009). Παρόμοια, ο Blaxter (2010), προτείνει, πως οι πραγματικότητες κατασκευάζονται μέσα από την ανθρώπινη δράση και όχι χωριστά από αυτή. Οι κοινωνικές πραγματικότητες δημιουργούνται μέσα από τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των ανθρώπων με τους υπολοίπους. Έτσι, ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα κατασκευάζουν τις πραγματικότητες και τα νοήματα όσον αφορά την υγεία και την ασθένεια δέχεται επιρροές από διάφορες κοινωνικοπολιτισμικές πτυχές (Fernandez et al., 2014). Σε συμφωνία με την παραπάνω οπτική βρίσκεται και η άποψη του Helman (2007), που υποστηρίζει ότι οι πεποιθήσεις των παιδιών για την ασθένεια προέρχονται κατά βάση από προσωπικές εμπειρίες, καθώς και από επιρροές της οικογένειας, του σχολείου και των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα παιδιά να υιοθετούν τις ιδέες και στάσεις των γονέων και των υπόλοιπων σημαντικών προσώπων στη ζωή τους, όσον αφορά το θέμα της υγείας και της ασθένειας. Πιο συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί πως τα παιδιά μαθαίνουν περισσότερο από τις πράξεις και τις αντιδράσεις των γονέων τους πάνω σε ένα θέμα, παρά από τα λεγόμενα και τις υποδείξεις τους (Fernandez et al., 2014). Οι γονείς, λοιπόν, με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να πυροδοτούν μια διαδικασία που οδηγεί στην καλύτερη κατανόηση της έννοιας της ασθένειας από τα παιδιά (Lau, Bernard & Hartman, 1989). Επιπρόσθετα, ο γενικότερος ρόλος του

περιβάλλοντος, έχει βρεθεί πως επηρεάζει τις αντιλήψεις τους για το συγκεκριμένο θέμα, καθώς τα παιδιά που βρίσκονται σε υψηλότερα κοινωνικά στρώματα, δείχνουν μια λιγότερο παθητική στάση απέναντι στις αιτίες που οδηγούν έναν ανθρώπινο οργανισμό να ασθενήσει (Shapiro, 1983).

Τις παραπάνω πεποιθήσεις, επιβεβαιώνουν αποτελέσματα ερευνών, οι οποίες διεξάχθηκαν με στόχο να διερευνηθούν τις αντιλήψεις των παιδιών για συγκεκριμένες ασθένειες όπως το AIDS και ο καρκίνος (Legare & Gelman, 2009. Maieron, Roberts & Prentice-Dunn, 1996. Michielutte & Diseker, 1982). Στην πρώτη περίπτωση, η μελέτη αποδεικνύει πως τα παιδιά της Νοτίου Αφρικής έχουν μεγαλύτερη επίγνωση για την πρόληψη, μετάδοση, αντιμετώπιση και γενικότερη γνώση του ιού HIV σε σχέση με εκείνα που ζουν στην Αμερική. Επιπλέον, τονίζεται το γεγονός ότι ακόμη και τα μικρότερης ηλικίας παιδιά (5 ετών και άνω) που συμμετείχαν στην συγκεκριμένη έρευνα είχαν υψηλά επίπεδα γνώσεων του φαινομένου του AIDS, σε αντίθεση με τα παιδιά της Αμερικής που φοιτούν στις μεσαίες τάξεις (Legare & Gelman, 2009). Φαίνεται πως τα παιδιά της Νοτίου Αφρικής έχουν καλύτερη επίγνωση της ασθένειας του AIDS σε σχέση με αυτά της Αμερικής, διότι στο περιβάλλον που αναπτύσσονται τα πρώτα, η συγκεκριμένη νόσος βρίσκεται σε αρκετά μεγαλύτερο βαθμό (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>). Στη δεύτερη περίπτωση, αυτή της μελέτης των αντιλήψεων των παιδιών για την ασθένεια του καρκίνου, τα αποτελέσματα διαφοροποιούνται ανάμεσα στα καυκάσιας ή μη καυκάσιας προέλευσης παιδιά. Τα τελευταία, εκτός από το γεγονός ότι θεωρούν τον καρκίνο ως μια δριμύτατη νόσο και αισθάνονται απαισιοδοξία για τις πιθανότητες ανάκαμψης ή και θεραπείας της, έχουν την πεποίθηση ότι είναι πιο ευάλωτα στο να την αποκτήσουν, σε σύγκριση με τα καυκάσιας προέλευσης παιδιά. Η προαναφερθείσα αντίληψη, πιθανόν, να έχει τις ρίζες της στη μη ισότιμη πρόσβαση στα κέντρα υγείας για θεραπεία της συγκεκριμένης ασθένειας, που, συνήθως, είναι προνόμιο των λίγων και οικονομικά εύπορων (Michielutte & Diseker, 1982).

Σε μια ακόμη έρευνα που διεξήγαγαν οι Pluhar, et al. (2009), με σκοπό να προσκομίσουν δείγματα αντιλήψεων των παιδιών για την συμβολή του μολυσμένου ατμοσφαιρικού αέρα στην απορρύθμιση της ισορροπίας του ανθρώπινου οργανισμού, διαπίστωσαν πως οι απαντήσεις σχετίζονταν περισσότερο με τα καθημερινά τους βιώματα. Για παράδειγμα, τα συγκεκριμένα παιδιά από την Ουγγαρία, ανέφεραν ως πρωταρχικό βλαβερό περιβαλλοντικό παράγοντα ένα συγκεκριμένο φυτό που

αναπτύσσεται εκεί (αμβροσία), το οποίο παράγει μεγάλες ποσότητες γύρης και την αλλεργία ως την πιο κοινή ασθένεια που προκαλείται από το περιβάλλον. Αυτές τους οι απαντήσεις, μπορούν να θεωρηθούν ως απόρροια των βασικών αλλεργικών συμπτωμάτων, τα οποία αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους, καθώς συμβαίνουν με μεγάλη συχνότητα (Abramson, Turner-Henson, Anderson, Hemstreet, Bartholomew, Joseph, Tang, Tyrrell, Clarkm & Ownby ,2006). Επίσης, τα παιδιά ανέφεραν ως περιβαλλοντικά προκληθείσες ασθένειες, αυτές της γρίπης και του κρυολογήματος, οι οποίες εμφανίζονται συχνά σε αυτά (Myant & Williams, 2005. Solomon & Cassimatis, 1999). Συμπληρωματικά με τα παραπάνω, στη συγκεκριμένη έρευνα, βρέθηκε ακόμη διαχωρισμός στις απαντήσεις των παιδιών που ζουν σε μικρές πόλεις σε σχέση με εκείνα που κατοικούν σε μεγάλα αστικά κέντρα. Τα πρώτα, μέσα από τις καθημερινές τους εμπειρίες στη φύση, δήλωσαν ως ασθένειες που ‘γεννιούνται’ από το περιβάλλον, την τροφική δηλητηρίαση (κυρίως μέσα από φυτοφάρμακα και παρασιτοκτόνα), ενώ τα δεύτερα τον καρκίνο (Pluhar, et al. 2009).

Οι Fernandez et al. (2014), σε μια πρόσφατη έρευνά τους σε παιδιά προσφύγων από τη Burma της Ταϊλάνδης, συμπεριλαμβανομένων και των διαφορετικών φυλετικών ομάδων Karen, Chin και Zomi, που εγκαταστάθηκαν στην Αυστραλία, μελέτησαν τις αντιλήψεις τους για τις αιτίες που οδηγούν έναν άνθρωπο να ασθενήσει και τις πιθανές μεθόδους που θα τον βοηθήσουν να αναρρώσει. Τα παιδιά, απάντησαν στα ερωτήματα των ερευνητών, χρησιμοποιώντας πληροφορίες από τις εμπειρίες τους, από την καθημερινότητα και την κοινωνικοπολιτισμική τους παράδοση και αυτό είχε ως αποτέλεσμα κάποιες από τις απαντήσεις τους να διαφοροποιούνται σε σχέση με ευρήματα άλλων ερευνών. Πιο συγκεκριμένα, τα περισσότερα, ανεξαρτήτου ηλικίας, δήλωσαν πως η χορήγηση μιας συγκεκριμένης σούπας, αποτελεί σημαντικό παράγοντα που βοηθάει στην ανάρρωση του ασθενή. Επιπλέον, όσον αφορά τις αιτίες που προκαλούν αρρώστια αναφέρθηκαν στη συμβολή του ζεστού καιρού, κάτι το οποίο δεν είχε αναφερθεί σε κάποια προηγούμενα έρευνα. Ο καυτός ήλιος έχει κι αυτός μερίδιο ευθύνης για τη διατάραξη της ισορροπίας του ανθρώπινου οργανισμού, πράγμα το οποίο τονίζεται πια στα αυστραλιανά σχολεία (Department of Education and Early Childhood Development, 2012). Τέλος, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι κανένα παιδί αυτής της έρευνας δεν πρότεινε ως αιτία ασθένειας το τσιγάρο ή το αλκοόλ, σε αντίθεση με προηγούμενες έρευνες με διαφορετικό δείγμα παιδιών (Fernandez et al., 2014. Piko & Bak, 2006).

### 1.2.3 Φύλο

Ένας ακόμη παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει ανομοιογένεια στις αντιλήψεις των παιδιών για την υγεία και την ασθένεια, είναι το φύλο. Αν και η βιβλιογραφία έχει περιορισμένο αριθμό μελετών για τη σχέση των πεποιθήσεων του συγκεκριμένου θέματος με το φύλο, στη συνέχεια θα παρατεθούν κάποιες από τις διαφοροποιήσεις.

Έρευνες έχουν δείξει πως διαφορές υπάρχουν ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια σε σχέση με τη στάση τους απέναντι στην ασθένεια, ακόμη και στον παράγοντα της αναπηρίας. Έχει βρεθεί, πως τα αγόρια τυπικής ανάπτυξης, βλέπουν και αντιμετωπίζουν τους συνομηλίκους με αναπηρία με περισσότερο αρνητισμό από ότι τα κορίτσια (Goodman, Gottlieb & Harrison, 1972. Richardson, 1970. Rosenbaum, Armstrong & King, 1986. Rosenbaum, Armstrong & King, 1988. Voeltz, 1980). Σε μια άλλη έρευνα, βρέθηκε πως τα αγόρια παρουσίαζαν πεποιθήσεις για την υγεία, την οποία συσχέτιζαν με υψηλά επίπεδα καλής φυσικής κατάστασης. Στην πλειοψηφία, είχαν βρει το νόημα στη ζωή τους, πράγμα το οποίο δηλώνει επιμονή, στόχο, επιθυμία, προσπάθεια και σταθερότητα, χαρακτηριστικά απαραίτητα για την προσωπική εξέλιξη και ευημερία (Steger et al., 2008a. Erikson, 1968. Frankl, 1963). Επιπλέον, εμφάνισαν μια θετικότερη διάθεση για τα πράγματα, ζωντάνια και αρκετά ενδιαφέροντα (Brassai et al., 2015). Σε διαφορετική μελέτη, παρουσιάστηκε ότι τα αγόρια σχετίζονται περισσότερο με δραστηριότητες όπως το κάπνισμα, η κατάποση αλκοόλ και η χρήση παράνομων ουσιών σε σχέση με τα κορίτσια, ενώ σε αντίθεση με τα παραπάνω, τα αγόρια, φαίνεται, να ασχολούνται συχνότερα με δραστηριότητες σωματικής άσκησης (Piko, 2007).

Από την άλλη πλευρά, τα κορίτσια, φαίνεται να πιστεύουν πως η υγεία σχετίζεται με την καλή φυσική κατάσταση, την ενέργεια και την αντοχή, τη διατήρηση ιδανικού βάρους και την αντίσταση στις ασθένειες, ωστόσο βρίσκονται στην αναζήτηση βαθύτερου νοήματος στη ζωή τους, σε αντίθεση με τα αγόρια (Brassai et al., 2015). Επιπρόσθετα, έχει διαπιστωθεί ότι διαφοροποιήσεις υπάρχουν και στον ψυχολογικό τομέα, καθώς τα κορίτσια τείνουν να παρουσιάζουν περισσότερα ψυχοσωματικά συμπτώματα και στοιχεία κατάθλιψης από τα αγόρια, καθώς και

μικρότερο βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή τους. Ωστόσο, όσον αφορά την φυσική τους κατάσταση, είναι ικανότερες στο να διατηρούν και να ελέγχουν το βάρος τους, σε σχέση με τα αγόρια, καθώς δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα σε αυτόν τον τομέα της υγείας (Piko, 2007).

## **2. ΣΧΕΔΙΟ, ΤΟ ΜΕΣΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ**

### **2.1 Έκφραση συναισθημάτων στα σχέδια των παιδιών**

Το σχέδιο αποτελούσε και αποτελεί μια διαδεδομένη μέθοδο διερεύνησης των αντιλήψεων και των συναισθημάτων των παιδιών. Έχει αξιοποιηθεί σε θεραπευτικά και κλινικά πλαίσια για να προκαλέσει συζήτηση, καθώς επίσης σε ρόλους υποκατάστασης του λεκτικού τρόπου επικοινωνίας, με στόχο την ερμηνεία ή και διάγνωση των συναισθημάτων και αντιλήψεων των παιδιών για ένα θέμα (Hammer, 1997. Hunsley, Lee, & Wood, 2003. Malchiodi, 1998). Ωστόσο, στο παρελθόν, η απουσία μεταβλητών για την αξιολόγηση και την ανάλυση των σχεδίων, οδηγούσε τους ερευνητές σε ασάφεια και αοριστία όσον αφορά τα αποτελέσματα, διότι το βασικότερο κριτήριο ήταν η υποκειμενικότητα. Αυτή ήταν και είναι η μεγάλη κριτική που ασκήθηκε στη συγκεκριμένη ερευνητική μέθοδο, σε επίπεδο μεθοδολογίας και δεοντολογίας (Backett-Milburn & McKie ,1999). Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει η πεποίθηση ότι η ανάλυση της ζωγραφιάς και η αξιολόγηση των συστατικών της στοιχείων ελλοχεύει τον κίνδυνο παρερμηνείας, ενώ ανησυχία υπάρχει για παρανοήσεις των σχεδίων ως πρωτογενή δεδομένα.

Από την άλλη πλευρά, το στάδιο της γλωσσικής ανάπτυξης των παιδιών, κυρίως, των μικρών σε ηλικία, δεν είναι σε τέτοιο επίπεδο έτσι ώστε να επιχειρηματολογούν για την άποψή τους πάνω σε ένα θέμα ή να αιτιολογούν πλήρως την όποια τους πεποίθηση. Το σχέδιο στην προκείμενη περίπτωση, αποτελεί τη λύση καθώς εξωτερικεύει τις ιδέες τους, κάνοντας τις ορατές στους ερευνητές (Agbenyega, 2014), ενώ παράλληλα, είναι σε θέση μέσα από το σχέδιο, τα παιδιά, να αποδώσουν και να επεξηγήσουν ενδότερες σκέψεις τους με μεγαλύτερη σαφήνεια (McArdle, 2012). Τα παιδιά μέσα από την συγκεκριμένη τεχνική έχουν τη δυνατότητα να εκφράσουν απόψεις που θα ήταν δύσκολο να επικοινωνήσουν μόνο μέσω του λεκτικού τρόπου έκφρασης, δίνοντάς τη δυνατότητα για μια, όσο το δυνατό, πιο ολοκληρωμένη κατανόηση των αντιλήψεών τους (Jorgenson & Sullivan, 2009. MacDonald, 2013. Pridmore & Lansdown, 1997). Το σχέδιο, επιπλέον, προσφέρει την ευκαιρία για μια

πιο εμπειριστατωμένη άποψη του περιεχομένου της σκέψης των παιδιών, στα διαφορετικά επίπεδα της γνωστικής ανάπτυξης (Pridmore & Bendelow, 1995. Williams & Wetton, 1989).

Τα τελευταία χρόνια, στην προσπάθεια ανάλυσης των σχεδίων όσον αφορά την εκφραστική τους διάσταση, επισημάνθηκαν ορισμένες στρατηγικές, οι οποίες σήμερα αποτελούν θεμελιώδη γνώμονα για την όσο το δυνατόν σαφέστερη αξιολόγησή τους. Οι εκφραστικές αυτές στρατηγικές αποτελούν σημείο αναφοράς μιας πληθώρας ερευνών, και υποστηρίζεται ότι οδηγούν τους ερευνητές σε όλο και λιγότερες υποκειμενικές παρερμηνείες (Burkitt, Barrett, & Davis, 2004. Misailidi & Bonoti, 2014. Picard, Brechet & Baldy, 2007) .

## **2.2 Εκφραστικές στρατηγικές**

Η ικανότητα να ζωγραφίζει κανείς εκφραστικά, απαιτεί τη γνώση του συγκεκριμένου συναισθήματος που θα αποτυπωθεί, τη θεώρηση του απαραίτητου πλαισίου στο οποίο θα μπορούσε να εκδηλωθεί και την κατάλληλη έκφρασή του, έτσι ώστε να γίνει κατανοητό και εύκολα αποκωδικοποιήσιμο από το κοινό στο οποίο θα παρουσιαστεί (Burkitt , Watling, & Murray, 2011. Jolley, 2010. Brechet, Baldy, & Picard, 2009). Έχει υποστηριχθεί ότι κατά την διαδικασία αποτύπωσης των εκφραστικών στρατηγικών το παιδί περνάει από τρία στάδια: α) αρχική ιδέα του συναισθήματος ή διάθεσης, β) διατήρηση αρχικής ιδέας κατά τη σχεδιαστική πορεία, γ) ενώ τέλος, αξιοποίηση των σχεδιαστικών του ικανοτήτων για να εξωτερικεύσει και να μεταφέρει όσο το δυνατόν πιο ανέπαφη την ιδέα του αυτή στο χαρτί (Jolley, 2010).

Τα τελευταία χρόνια, διεξάγονται πολυάριθμες μελέτες (Jolley, Fenn, & Jones, 2004. Picard et al., 2007) που έχουν στόχο τη διερεύνηση των εκφραστικών στρατηγικών που χρησιμοποιούν τα παιδιά για να απεικονίσουν τα συναισθήματα στα σχέδια τους. Ευρεία είναι η διερεύνηση απεικόνισης βασικών συναισθημάτων, όπως η χαρά, η λύπη και ο θυμός, αλλά και σύνθετων, όπως η ζήλια, η ντροπή και η υπερηφάνεια (Bonoti & Misailidi, 2006, 2015. Brechet et al., 2009. Burkitt & Sheppard, 2014). Επιπρόσθετα, οι εκφραστικές στρατηγικές χρησιμοποιούνται και για την απεικόνιση συναισθηματικά φορτισμένων θεμάτων, όπως ο θάνατος, ο εκφοβισμός



και ο ρομαντικός έρωτας (Andreou & Bonoti, 2010. Bonoti, Leondari & Mastora 2013. Brechet, 2015.). Οι εκφραστικές στρατηγικές που εκδηλώνουν την ψυχολογική διάθεση σε ένα σχέδιο, χωρίζονται σε δυο κατηγορίες: τις κυριολεκτικές και τις μεταφορικές (Goodman, 1968), οι οποίες θα αναλυθούν στη συνέχεια.

### **2.2.1 Κυριολεκτικές στρατηγικές**

Οι κυριολεκτικές εκφραστικές στρατηγικές δηλώνονται με άμεσο και ξεκάθαρο τρόπο σε μια ζωγραφιά. Στα σχέδια, στα οποία τα παιδιά προσπαθούν να αποδώσουν κάποιο συναίσθημα ή διάθεση, οι κυριολεκτικές στρατηγικές αποδίδονται στις εκφράσεις του προσώπου. Πιο συγκεκριμένα, σε μια προσπάθεια απεικόνισης του συναισθήματος της χαράς, ο εικονιζόμενος άνθρωπος αποδίδεται με χαμόγελο ή αντίστοιχα, στη λύπη αποτυπώνεται με στεναχωρημένο στόμα (καμπυλωτό προς τα κάτω), δάκρυα ή ακόμη και συνοφρυωμένο μέτωπο και φρύδια (Jolley, 2010. Rose, Jolley, & Charman, 2012). Το ίδιο ισχύει και για τα ανθρωπόμορφα ή προσωποποιημένα αντικείμενα και ζώα.

### **2.2.2 Μεταφορικές στρατηγικές**

Οι μεταφορικές στρατηγικές έκφρασης της διάθεσης και των συναισθημάτων στις ζωγραφιές συνάγονται από την κρίση του παρατηρητή και δεν είναι συγκεκριμένες ή ξεκάθαρες, αλλά υπονοούν ή και πλαισιώνουν το εκδηλούμενο συναίσθημα. Αντιστοιχούν σε οποιοδήποτε σχεδιαστικό στοιχείο εκτός των εκφράσεων του προσώπου του εικονιζόμενου ατόμου. Αυτές χωρίζονται σε δυο υποκατηγορίες: τις μεταφορικές περιεχομένου και τις αφηρημένες στρατηγικές (Ives, 1984. Jolley et al. 2004).

### 2.2.2.1 Μεταφορική περιεχομένου

Η μεταφορική εκφραστική στρατηγική περιεχομένου, εκφράζεται μέσα από όλα εκείνα τα εικονιστικά στοιχεία που περιβάλλουν το βασικό χαρακτήρα του θέματος που ζητείται από τους ερευνητές. Τέτοια στοιχεία μπορεί να είναι η στάση του σώματος, η προσθήκη άλλων ατόμων ή ζώων, αντικειμένων, κτιρίων, στοιχείων του φυσικού περιβάλλοντος και γενικότερα οποιαδήποτε σχεδιαστική παρέμβαση που υποδηλώνει το ζητούμενο συναίσθημα, εκτός των εκφράσεων του προσώπου. Πιο συγκεκριμένα, στην περίπτωση που ζητηθεί η απεικόνιση της χαράς, μεταφορικές στρατηγικές περιεχομένου είναι ο λαμπερός ήλιος, τα μπαλόνια, τα λουλούδια, τα δώρα, οτιδήποτε δηλαδή υποδηλώνει το συναίσθημα της χαράς (Jolley et al., 2004. Picard et al., 2007).

### 2.2.2.2 Μεταφορική αφηρημένη

Η μεταφορική αφηρημένη στρατηγική υποδηλώνεται από μεταβλητές όπως το μέγεθος των αντικειμένων, το πάχος και την ένταση αποτύπωσης των γραμμών σχεδιασμού στο χαρτί, αλλά και τη χρήση του χρώματος. Οι Winston, Kenyon, Stewardson, και Lepine (1995), καθώς και πολυάριθμοι ακόμη ερευνητές, υποστηρίζουν ότι το χρώμα και το μέγεθος στα σχεδιαστικά στοιχεία αποτελεί σημαντικό παράγοντα ένδειξης του συναίσθηματος (Burkitt, Barrett & Davis, 2004). Ωστόσο, μεγάλη είναι και η κριτική που ασκήθηκε για τον υποκειμενικό χαρακτήρα της συγκεκριμένης εκφραστικής στρατηγικής, καθώς τα περισσότερα ευρήματα αποτελούν ανεπίσημο πειραματικό προσωπικό υλικό ειδικών της ψυχικής υγείας και επιστημών του εκπαιδευτικού κλάδου (Hammer, 1997). Παραδείγματα της αφηρημένης στρατηγικής αποτελούν τα σκοτεινά χρώματα, οι γραμμές που έχουν την τάση να «πέφτουν» και τα αντικείμενα που σχεδιάζονται σε μικρό συγκριτικά μέγεθος, όταν υπαινίσσονται, κάποιο αρνητικό συναίσθημα, όπως η λύπη (Jolley et al., 2004. Picard et al., 2007).

## **2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τα σχέδια των παιδιών**

Το σχέδιο, αποτελεί, όπως έχει προαναφερθεί, ένα κοινό, γνωστό και προσιτό σε όλους, μέσο παρουσίασης ενός θέματος (Freeman, 1980). Μολαταύτα, η παρουσίαση δεν είναι η μόνη του λειτουργία, διότι κρύβει μια πληθώρα πληροφοριών εκτός από αυτό που αναπαριστά (Ives, 1984). Είναι ένα μέσο μη λεκτικής επικοινωνίας, το οποίο μας ενημερώνει εκτός των άλλων, για τις διαθέσεις ή και τα συναισθήματα που παρατηρούνται σε ανθρώπους ή και σε άλλα θέματα, όπως τα ζώα ή και τα προσωποποιημένα αντικείμενα (Gombrich, 1972). Ωστόσο, στα σχέδια των παιδιών, διερευνώνται πέρα από ατομικές διαφορές, και διαφορές που έχουν αποδοθεί σε συγκεκριμένους παράγοντες, για την όσο το δυνατόν καλύτερη κατανόηση των αντιλήψεών τους. Ανάμεσα σε αυτούς έχουν αναφερθεί η ηλικία, το φύλο, το συναίσθημα, το κοινό που θα αποτελέσει τους θεατές των σχεδίων, τα βιώματα των παιδιών (Jolley et al., 2004. Picard & Boulhais, 2011. Sayöl, 1996. Burkitt & Watling, 2013. Misailidi & Bonoti, 2008). Παρακάτω, θα αναλυθούν οι τρεις πρώτοι παράγοντες, που αποτελούν αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνών.

### **2.3.1 Ηλικία**

Η ηλικία αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες που επηρεάζουν τις εκφραστικές στρατηγικές των παιδιών. Η αναπτυξιακή πορεία των σχεδίων, έχει μελετηθεί από πολλές έρευνες, οι οποίες ασχολήθηκαν με την σταδιακή ανέλιξη των εκφραστικών στρατηγικών με την ηλικία.

Στα πλαίσια της χρήσης των εκφραστικών στρατηγικών σε σύγκριση με την ηλικία διεξήχθησαν μελέτες με αξιοσημείωτα αποτελέσματα, τα οποία παρατίθενται στη συνέχεια. Σε μια τέτοια μελέτη, διαπιστώθηκε ότι τα μικρότερα παιδιά από την ηλικία των τεσσάρων ετών, χρησιμοποιούν κατά βάση τις μεταφορικές περιεχομένου και τις κυριολεκτικές στρατηγικές, ενώ από την ηλικία των επτά ετών και άνω, οι κυριολεκτικές στρατηγικές μειώνονται, πράγμα το οποίο λειτουργεί αντιστρόφως ανάλογα σε σχέση με τις μεταφορικές περιεχομένου (Ives, 1984). Μια δεκαετία αργότερα, ο Winston (1995) παρατήρησε ότι οι μεταφορικές στρατηγικές εξελίσσονται

και αυξάνονται με την ηλικία, ενώ ο Jolley (2004) διαπίστωσε ότι οι μεταφορικές περιεχομένου αναπτύσσονται πιο γρήγορα από τις αφηρημένες. Επιπλέον ευρήματα, έδειξαν ότι τα παιδιά ηλικίας 5 και 6 ετών, χρησιμοποιούν σε μεγάλο βαθμό τις κυριολεκτικές στρατηγικές και όσο αυτά μεγαλώνουν προσθέτουν στα σχέδιά τους και τις μεταφορικές, ενώ καθώς τα παιδιά φθάνουν στην εφηβεία (11 -15 ετών) στα σχέδιά τους κυριαρχούν οι τελευταίες (Picard, 2012). Στην παραπάνω θεώρηση, ο Jolley (2004) έρχεται να προσθέσει, ότι μεταξύ των 6 και 9 ετών, τα παιδιά, παρουσιάζουν βραδεία εξέλιξη στη σχεδιαστική τους ικανότητα, όσον αφορά τον παράγοντα της έκφρασης. Σε συμφωνία με τα προαναφερθέντα στοιχεία, αποτελεί η εμπειρικά στηριζόμενη άποψη ότι η εκφραστική ικανότητα, αναπτύσσεται με την ηλικία και ολοκληρώνεται στην ηλικία των 11 ετών (Ives 1984. Jolley et al. 2004. Picard et al., 2007. Winston et al. 1995).

Μέσα από τα αποτελέσματα πολλαπλών ερευνών, βλέπουμε πως τα μεγαλύτερα σε ηλικία παιδιά, ολοκληρώνουν με περισσότερη επιτυχία το σχεδιαστικό έργο που τους ανατίθεται στην απεικόνιση συναισθημάτων σε σχέση με τα μικρότερα. Ο Larsen (2007), σε μια του μελέτη, έδειξε ότι τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας είναι πιθανότερο να βιώσουν θετικά και αρνητικά ανάμεικτα συναισθήματα, σε σχέση με τα μικρότερης ηλικίας παιδιά. Αυτό δικαιολογεί τα αποτελέσματα των Burkitt και Seppard (2014), στα οποία βρέθηκε ότι τα μεγαλύτερα παιδιά ήταν σε θέση να αναγνωρίσουν και να κατανοήσουν καλύτερα τα πιο περίπλοκα συναισθήματα σε σχέδια άλλων, πράγμα το οποίο θεωρείται απότοκο της αναπτυξιακής τους ωρίμανσης, της μεγαλύτερης ποικιλίας των εμπειριών που είναι πιθανό να διαθέτουν σε σχέση με τα μικρότερα παιδιά, καθώς επίσης και η ενδεχόμενη άμεση εμπειρία ενός τέτοιου συναισθηματικού βιώματος.

Σε ένα γενικό πλαίσιο παρατηρούμε πως η εκφραστικότητα στα σχέδια των παιδιών αναπτύσσεται παράλληλα με την ηλικία έχοντας ως σημείο εκκίνησης τις κυριολεκτικές εκφραστικές στρατηγικές, ενώ στην πορεία εμφανίζονται οι μεταφορικές περιεχομένου και στη συνέχεια, υπάρχει σημαντική αύξηση των αφηρημένων μεταφορικών στρατηγικών.

### 2.3.2 Φύλο

Το φύλο είναι ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει τα σχέδια των παιδιών, καθώς έρευνες δείχνουν διαφορές ανάμεσα στα κορίτσια και τα αγόρια στον τρόπο απεικόνισης των εκφραστικών στρατηγικών.

Κεντρικό ρόλο στον παράγοντα αυτό παίζουν και τα στερεότυπα της εκάστοτε κοινωνίας. Για παράδειγμα, συναισθήματα όπως η λύπη, η χαρά, ο φόβος και η έκπληξη θεωρούνται «κοριτσιίστικα» συναισθήματα, ενώ ο θυμός και το αίσθημα της αηδίας «αγορίστικα» (Fischer & Manstead, 2000). Σύμφωνα με τη Brechet (2013), τα αγόρια απεικονίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό το θυμό στους ανθρώπους από τα κορίτσια, ενώ τα κορίτσια χρησιμοποιούν συχνότερα από τα αγόρια εκφραστικές στρατηγικές που απέδιδαν τη λύπη ή και την ουδετερότητα. Στην ίδια μελέτη, βρέθηκε, επίσης, ότι τα παιδιά στο σύνολό τους, αγόρια και κορίτσια, είχαν την τάση να απεικονίζουν περισσότερο το συναίσθημα του θυμού στις αντρικές φιγούρες και λιγότερο στις γυναικείες.

Οι Picard et al. (2011), διαπίστωσαν ότι τα κορίτσια είναι πιο εκφραστικά στο σχέδιό τους από ότι τα αγόρια, γεγονός που αποδίδεται στην τάση τους να ζωγραφίζουν περισσότερες λεπτομέρειες. Πιο αναλυτικά, τα κορίτσια δεν χρησιμοποιούν μόνο την κυριολεκτική ή κάποια άλλη στρατηγική, αλλά συνδυάζουν στις ζωγραφιές τους περισσότερες από μια στρατηγικές (Picard et al. 2012). Τα ευρήματα αυτά αποδόθηκαν στην ικανότητα των κοριτσιών να επικοινωνούν συχνότερα συναισθηματικές καταστάσεις, λεκτικές και μη, λόγω της φροντίδας και τρυφερότητας που καλούνται να δώσουν λόγω του βιολογικού ρόλου της μητρότητας (Babchuk, Hames, & Thompson, 1985), αλλά και στις συνέπειες της κοινωνικής εκπαίδευσης που θέλει τα αγόρια να ελέγχουν και να περιφρουρούν καλύτερα το συναισθηματικό τους κόσμο (Brody & Hall, 1993. Grossman & Woods, 1993). Ωστόσο, τα αποτελέσματα των Picard et al. (2007), έρχονται σε αντίθεση με τα παραπάνω ευρήματα, πράγμα το οποίο δείχνει ότι το συγκεκριμένο αντικείμενο επιδέχεται περεταίρω έρευνα. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί πως έχει βρεθεί, ότι οι γυναίκες είναι πιο αποτελεσματικές στο να επεξεργάζονται τις διάφορες εκφάνσεις των συναισθημάτων σε σχέση με τους άντρες και ίσως αυτό ερμηνεύει μερικώς το γεγονός ότι τα σχέδια των γυναικών υπερτερούν

σε εκφραστικότητα έναντι σε αυτά των αντρών, καθ' όλη τη διάρκεια της ανάπτυξής τους (Collignon, Girard, Saint-Amour, Lepore, & Lassonde, 2010).

### 2.3.3 Συναισθήματα

Η απεικόνιση του είδους του συναισθήματος επηρεάζει και αυτή το σχεδιαστικό αποτέλεσμα της προσπάθειας των παιδιών. Τα μικρά παιδιά, για να απεικονίσουν ένα συναίσθημα ή μια οποιαδήποτε διάθεση, θα πρέπει πρώτα να είναι σε θέση να κατανοήσουν αυτή την κατάσταση, να μπορούν να τη φανταστούν σε κάποιο πλαίσιο και να εξωτερικεύσουν με τέτοια μορφή τη σκέψη τους ώστε να είναι κατανοητή από τους θεατές της (Brechet et al., 2009. Burkitt et al., 2011. Jolley, 2010). Η διαφοροποίηση ανάμεσα στις ζωγραφιές των παιδιών αντιστοιχεί, συνήθως, στο είδος του συναισθήματος που ζητείται από τους μελετητές και το βαθμό δυσκολίας που δημιουργείται από αυτή τους την επιλογή, ως προς τους προαναφερθέντες παράγοντες.

Έρευνες έχουν δείξει ότι τα βασικά συναισθήματα εκφράζονται με περισσότερη επιτυχία, από ότι τα κοινωνικά (Bonoti & Misailidi, 2015). Συναισθήματα, όπως η χαρά και η λύπη απεικονίζονται με μεγαλύτερη ευκολία και από τα πιο μικρά παιδιά, ενώ ακολουθούν ο θυμός, ο φόβος, η έκπληξη, η αγδία και η ζήλια (Bonoti & Misailidi, 2006. Bonoti & Misailidi, 2015. Brechet et al., 2007. Sayđl, 1996, 1998. Picard et al., 2007). Μολαταύτα, αξίζει να σημειωθεί πως τα εκφραστικά στοιχεία που χρησιμοποιούνται για την απεικόνιση των αρνητικών συναισθημάτων δεν διαφέρουν μεταξύ τους σε πολλές περιπτώσεις (μονοτονία στα χρώματα, παρόμοιες εκφράσεις προσώπου), ενώ διακριτές είναι οι αλλαγές που υπάρχουν ανάμεσα στα θετικά και αρνητικά συναισθήματα (Brechet et al., 2009).

Μια ακόμη διακριτή παράμετρος, είναι αυτή που συμφωνεί με την πεποίθηση ότι τα βασικά συναισθήματα, όπως η χαρά και λύπη, εκδηλώνονται, κυρίως, μέσω των κυριολεκτικών στρατηγικών (χαμόγελο, δάκρυα κ. α.) (Ekman & Friesen, 1975. Izard, 1991). Αντίθετα, άλλα πιο σύνθετα συναισθήματα, όπως η ντροπή και η υπερηφάνεια, αποδίδονται σχεδιαστικά με συχνότερη χρήση των μεταφορικών στρατηγικών, όπως είναι οι αλλαγές στη στάση του σώματος (App, McIntosh, Reed, & Hertenstein, 2011). Καταλήγοντας, όσο πιο περίπλοκα και ανάμεικτα είναι τα συναισθήματα, τα κοινωνικά

εν προκειμένω, τόσο μικρότερη είναι και η ποικιλία των εκφραστικών στρατηγικών που τα αποτυπώνουν (Bonoti & Misailidi , 2015).

### 3. Η ΕΡΕΥΝΑ

#### 3.1 Σκοπός της έρευνας

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν καταγραφεί έρευνες οι οποίες ασχολήθηκαν με τη μελέτη των αντιλήψεων των παιδιών σχετικά με τους όρους της υγείας και της ασθένειας. Ορισμένες ήταν εκείνες που διερεύνησαν ταυτόχρονα και τις δυο έννοιες μαζί ή και αποκλειστικά τη μια από τις δυο (Bibace & Walsh, 1981. Koopman, et al., 2004. Mouratidi et al., 2015. Perrin, et al., 1980. Piko & Bak, 2006. Reeve & Bell, 2009). Σε αρκετές από αυτές τις έρευνες χρησιμοποιήθηκε ως αποκλειστικό δείγμα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας σε προεφηβεία και εφηβεία (Piko, 2007. Piko & Bak, 2006). Υπήρξαν μελέτες, οι οποίες επιδόθηκαν σε συγκεκριμένες ομάδες σε εθνικό ή φυλετικό επίπεδο, ασχολούμενες με τα βιώματα και τις εμπειρίες παιδιών της περιοχής (Boruchovitch, et al., 2000. Fernandes, et al., 2014. Pluhar, et al., 2009. Youssef, et al., 2010). Ορισμένες έρευνες, διερεύνησαν τις αντιλήψεις των παιδιών για συγκεκριμένες ασθένειες όπως το AIDS και ο καρκίνος (Legare, et al., 2009. Maieron, et al., 1996. Michielutte, et al., 1982), ενώ άλλες ασχολήθηκαν αποκλειστικά με το θέμα της αναπηρίας (Nataroff, et al., 1989). Από τη βιβλιογραφία δεν έλλειψαν και μελέτες που εμβάθυναν στις έννοιες της υγείας και της ασθένειας και την εμπλοκή της εκπαίδευσης σε αυτές (Karasimopoulou, et al., 2012. McIsaac, et al., 2014).

Στην διερεύνηση πολλών διεθνών και ελληνικών μελετών, χρησιμοποιούνται διάφορα ερευνητικά εργαλεία. Βασικό εργαλείο των μελετών που ασχολούνται με το φάσμα της παιδικής ηλικίας, αποτελεί το σχέδιο. Η συγκεκριμένη επιλογή συνίσταται ως κατάλληλη για τα παιδιά και κυρίως για τις μικρότερες ηλικίες, όπου η γλωσσική ικανότητα δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως, εξωτερικεύοντας τις ενδότρες σκέψεις τους για το υπό μελέτη θέμα (Jorgenson & Sullivan, 2009. MacDonald, 2013. Pridmore & Lansdown, 1997). Ωστόσο, στη συγκεκριμένη μέθοδο, ελλοχεύει ο κίνδυνος του υποκειμενισμού και της παρερμηνείας. Άλλοι ερευνητές χρησιμοποίησαν ως μεθοδολογικό εργαλείο, το σχέδιο σε συνδυασμό με τη συνέντευξη – draw and write technique – για να συλλέξουν πιο ολοκληρωμένες απόψεις (Piko & Bak, 2006. Zaloudikova, 2010). Μολονότι, το προαναφερθέν εργαλείο προσφέρει μια συνολική



και πληρέστερη εικόνα, δεν συνίσταται στις περιπτώσεις που ο πληθυσμός του δείγματος είναι μεγάλος σε αριθμό.

Στην προκείμενη έρευνα θα διερευνήσουμε τις αντιλήψεις των παιδιών για την υγεία και την ασθένεια, εντοπίζοντας χαρακτηριστικά στοιχεία που τις προσδιορίζουν. Συγκεκριμένα, στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των εκφραστικών στρατηγικών και των γραφικών δεικτών που τείνουν να χρησιμοποιούν τα παιδιά και οι ενήλικες για να προσδιορίσουν την υγεία και την ασθένεια. Επιπρόσθετα, επιχειρήθηκε να διερευνηθεί και η επίδραση της ηλικίας στη χρήση των εκφραστικών στρατηγικών και των γραφικών δεικτών. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ως ερευνητικό εργαλείο το σχέδιο σε συνδυασμό με λεκτικές επεξηγήσεις των παιδιών προκειμένου να προσδιορίσουν πιο ολοκληρωμένα τις υπό διερεύνηση έννοιες. Οι λεκτικές επεξηγήσεις, κατηγοριοποιήθηκαν και αναλύθηκαν βάσει των προσεγγίσεων εκ των οποίων προήλθαν (βιοϊατρικό, ψυχοκοινωνικό, μοντέλο τρόπου ζωής).

## **3.2 Η Μέθοδος**

### **3.2.1 Το δείγμα της έρευνας**

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 250 άτομα εκ των οποίων τα 200 ήταν παιδιά (124 κορίτσια και 76 αγόρια) και οι 50 ενήλικες (φοιτήτριες ηλικίας 20 ετών). Πιο αναλυτικά, τα παιδιά που συμμετείχαν στην έρευνα ταξινομήθηκαν στις εξής ηλικιακές ομάδες: 5 – 6,11 ετών ( $N = 50$ , 31 κορίτσια και 19 αγόρια), 7 – 8,11 ετών ( $N = 50$ , 32 κορίτσια και 18 αγόρια), 9 – 10,11 ετών ( $N = 50$ , 29 κορίτσια και 21 αγόρια), 11 – 12,11 ετών ( $N = 50$ , 32 κορίτσια και 18 αγόρια). Το δείγμα συλλέχθηκε από διάφορες περιοχές του ελλαδικού χώρου.

### 3.2.2 Ερευνητικά εργαλεία

Κύριο εργαλείο της παρούσας έρευνας αποτέλεσε το σχέδιο, ενώ συμπληρωματικά χρησιμοποιήθηκε η ημιδομημένη συνέντευξη. Το συμπληρωματικό σκέλος είχε τη μορφή σύντομων ερωτήσεων με συγκεκριμένη μορφή και σειρά, ωστόσο, υπήρξε η δυνατότητα τροποποίησης, εναλλαγής και εμβάθυνσης των ερωτήσεων για να γίνουν όσο το δυνατό πιο εύληπτες από τα παιδιά. Οι ερωτήσεις δίνονταν προφορικά και την καταγραφή έκανε ο συνεντευξιαστής, ενώ ενδιάμεσα από αυτές δίνονταν και η κατάλληλη εντολή για τη δημιουργία σχεδίου. Στα άτομα που έλαβαν μέρος δόθηκαν 3 λευκές κόλλες Α4 και μαρκαδόροι/ξυλοχρώματα σε διάφορα χρώματα.

Αρχικά ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να δημιουργήσουν ένα σχέδιο αναφοράς, δηλαδή έναν άνθρωπο που δεν νιώθει τίποτα, προκειμένου να αποτελέσει τη βάση σύγκρισης με τα σχέδια της υγείας και της αρρώστιας. Στη συνέχεια, επιχειρήθηκε να διερευνηθεί ο βαθμός στον οποίο οι συμμετέχοντες κατανοούν της έννοιες της υγείας και της αρρώστιας αντίστοιχα και στη συνέχεια να σχεδιάσουν έναν άνθρωπο που να έχει ή να μην έχει καλή υγεία. Μετά την ολοκλήρωση του κάθε σχεδίου ζητούνταν από τους συμμετέχοντες να περιγράψουν το σχέδιό τους.

Ο συνδυασμός των ερωτήσεων και της δημιουργίας σχεδίου είχε την παρακάτω μορφή. Οι ακριβείς εντολές που δόθηκαν έχουν ως εξής:

- ✧ Α. Θα ήθελα να μου ζωγραφίσεις έναν άνθρωπο (που δεν νιώθει / αισθάνεται τίποτα, δεν είναι ούτε χαρούμενος ούτε λυπημένος). (Σχέδιο αναφοράς)
- ✧ Β. Υγεία
  - B1. Ξέρεις τι σημαίνει η λέξη υγεία; Πες μου τι;
  - B2. Αναρωτιέμαι πώς δείχνει κάποιος που έχει καλή υγεία. Ζωγράφισέ μου ένα παιδί που έχει καλή υγεία. (Σχέδιο Β)
  - B3. Θέλεις να μου μιλήσεις για το σχέδιό σου; Τι ακριβώς ζωγράφισες;
- ✧ Γ. Αρρώστια
  - G1. Ξέρεις τι σημαίνει η λέξη αρρώστια; Πες μου τι;
  - G2. Εσύ έχεις αρρωστήσει κάποια φορά; →ΝΑΙ – ΟΧΙ – ΔΕΝ ΞΕΡΩ

Γ3. Αναρωτιέμαι πώς δείχνει κάποιος που δεν έχει καλή υγεία / είναι άρρωστος. Ζωγράφισέ μου ένα παιδί που δεν έχει καλή υγεία / είναι άρρωστο.

Γ4. Θέλεις να μου μιλήσεις για το σχέδιό σου; Τι ακριβώς ζωγράφισες;

### **3.2.3 Κωδικοποίηση των σχεδίων**

Τα παιδιά μέσα από τα σχέδια και τις ημιδομημένες συνεντεύξεις που συλλέχθηκαν, προσπάθησαν να προσδιορίσουν με όποιο τρόπο μπορούσαν τις έννοιες της υγείας και της ασθένειας. Για την καλύτερη επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων, αυτά κωδικοποιήθηκαν ως προς τρεις άξονες. Πιο συγκεκριμένα, οι άξονες αυτοί αντιστοιχούν στα μέσα που χρησιμοποίησαν τα παιδιά για την πιο σαφή απόδοση των παραπάνω εννοιών αξιοποιώντας ορισμένες εκφραστικές στρατηγικές (Άξονας 1) και γραφικούς δείκτες (Άξονας 2), όσον αφορά το σχέδιο, και συγκεκριμένες προσεγγίσεις που αντανακλούσαν οι απαντήσεις τους (Άξονας 3). Η κωδικοποίηση των δεδομένων ως προς τους τρεις αυτούς άξονες θα επεξηγηθούν στη συνέχεια. Τέλος, θα ήταν σημαντικό να αναφερθεί πως η συμπλήρωση των κατηγοριών είχε δυαδική μορφή, δηλαδή σε κάθε υποκατηγορία σημειώνονταν αν υπήρξε ή δεν υπήρξε κάποιο χαρακτηριστικό, αποκλείοντας οποιαδήποτε ενδιάμεση κατάσταση. Το υλικό που βοήθησε στη σύγκριση και παραγωγή των αποτελεσμάτων ήταν το σχέδιο αναφοράς το οποίο αποτέλεσε γνώμονα κάθε διαφοράς με τα σχέδια της υγείας και της ασθένειας.

#### **3.2.3.1 Υγεία**

##### **3.2.3.1.1 Άξονας 1: Εκφραστικές στρατηγικές**

Οι εκφραστικές στρατηγικές που χρησιμοποιήθηκαν από τα παιδιά και τους ενήλικες για να εκφράσουν σχεδιαστικά την έννοια της υγείας, ανήκουν στις κυριολεκτικές, τις περιεχομένου και τις αφηρημένες, τα στοιχεία των οποίων αναφέρονται στον Πίνακα 1. Κάθε αλλαγή ή μορφοποίηση σε σχέση με το σχέδιο

αναφοράς που υποδεικνυε ή υπονοούσε την κατάσταση της υγείας, υπολογίζονταν με ένα θετικό βαθμό.

### Πίνακας 1

#### Χρήση εκφραστικών στρατηγικών για την έννοια της υγείας

Κυριολεκτικές στρατηγικές	Στρατηγικές περιεχομένου	Αφηρημένες στρατηγικές
<p><b>Οποιαδήποτε μορφοποίηση του προσώπου του εικονιζόμενου ατόμου που υποδεικνύει την κατάσταση της υγείας: Χαμόγελο, γλώσσα έξω, κόκκινα μάγουλα.</b></p>	<p>Οποιαδήποτε διαφοροποίηση στα χαρακτηριστικά της ζωγραφιάς όπως: Στάση του σώματος, περιβάλλον, παρουσία άλλου ατόμου ή ζώου, παρουσία άλλου στοιχείου ή αντικειμένου.</p>	<p>Οι αλλαγές στο χρώμα ή η προσθήκη περισσότερων από 3 χρώματα (σε φωτεινές / ζωηρές αποχρώσεις) και εμφανείς διαφορές στο μέγεθος (συνήθως αύξηση μεγέθους σε σύγκριση με το σχέδιο αναφοράς).</p>

#### 3.2.3.1.2 Άξονας 2: Γραφικοί δείκτες

Τα παιδιά και οι ενήλικες με στόχο να απεικονίσουν την υγεία, φαίνεται να χρησιμοποιούν δείκτες, δηλαδή συγκεκριμένα στοιχεία που διαφοροποιούνται σε σχέση με το σχέδιο αναφοράς, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Οι γραφικοί αυτοί δείκτες ομαδοποιήθηκαν με βάση τη συνάφειά τους σε ορισμένες κατηγορίες. Τις κατηγορίες αυτές, αποτελούν η στάση του σώματος του εικονιζόμενου ατόμου, τα λεκτικά σχόλια, η υγιεινή τροφή, ενδείξεις στοιχείων γυμναστικής ή και παιχνιδιού, εξωτερικού περιβάλλοντος και ιατρικών στοιχείων. Πιο αναλυτικά, οι κατηγορίες με τις υποδιαίρεσεις τους φαίνονται στον Πίνακα 2.

## Πίνακας 2

### Χρήση γραφικών δεικτών για την απεικόνιση της υγείας

Σώμα	Λεκτικά σχόλια	Τροφή	Γυμναστική / Παιχνίδι	Περιβάλλον	Ιατρικά στοιχεία
<p>Οποιαδήποτε διαφορά στη στάση του σώματος που να υποδηλώνει την υγεία και τη χαρά:</p> <p>Χέρια πάνω, κινήσεις του σώματος, καλή φυσική κατάσταση, άθληση, περίπατος.</p>	<p>Οποιοδήποτε γλωσσικό και αριθμητικό στοιχείο ή σύμβολο.</p>	<p>Ενδείξεις υγιεινούς διατροφής: Φρούτα, λαχανικά, μείωση ή κατάργηση γλυκών και βλαβερών φαγητών.</p>	<p>Εμφάνιση οργάνων γυμναστικής ή σωματικής κίνησης ή ακόμη και παιχνιδιού που ενδέχεται να απαιτεί κινητική εμπλοκή του σώματος: Βαράκια, τραμπολίνο, ενόργανη, στίβος, τένις, τρέξιμο, ποδόσφαιρο, παιχνίδι με αυτοκινητάκια, κούκλες ή και ομαδικά όπως το κυνηγητό.</p>	<p>Εμφάνιση εξωτερικού περιβάλλοντος: Εξοχή, αυλή, πάρκο, πάρτι.</p>	<p>Ενδείξεις στοιχείων που προσδιορίζουν ιατρικά στοιχεία: Γιατρός, νοσοκόμα, εξιτήριο νοσοκομείου, καλές εξετάσεις, πράσινος σταυρός, εμφανής καρδιά μέσω διαφάνειας.</p>

### 3.2.3.1.3 Άξονας 3: Προσεγγίσεις

Οι λεκτικές επεξηγήσεις που συλλέχθηκαν από τα παιδιά του δείγματος, για τον προσδιορισμό της έννοιας της υγείας, φαίνονται να αντανακλούν τρεις επιμέρους προσεγγίσεις, την βιοϊατρική, την ψυχοκοινωνική και αυτή του υγιεινού τρόπου ζωής. Πιο συγκεκριμένα οι προσεγγίσεις αυτές, επεξηγούνται στον Πίνακα 3.

**Πίνακας 3**

**Αξιοποίηση προσεγγίσεων για τον προσδιορισμό της έννοιας της υγείας**

<b>Βιοϊατρική</b>	<b>Ψυχοκοινωνική</b>	<b>Τρόπος ζωής</b>
<b>Αναφορές που αντιστοιχούν στην εύρυθμη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού, με στοιχεία βιολογίας ή ιατροφαρμακευτικές αναφορές.</b>	Αναφορές στην ομαλή λειτουργία ψυχολογικής και πνευματικής ευημερίας του ατόμου. Παράθεση στοιχείων ικανότητας επιτέλεσης ασχολιών και συνηθειών της καθημερινότητας.	Υγιεινές συνήθειες: η βρώση υγιεινών τροφών, φρούτων και λαχανικών, η αποφυγή λιπαρών φαγητών και γλυκών, η άθληση.

### 3.2.3.2 Ασθένεια

#### 3.2.3.2.1 Άξονας 1: Εκφραστικές στρατηγικές

Οι εκφραστικές στρατηγικές που χρησιμοποίησαν τα παιδιά και οι ενήλικες του δείγματος για να εκφράσουν σχεδιαστικά την έννοια της ασθένειας, είναι όπως και στην έννοια της υγείας, οι κυριολεκτικές, οι περιεχομένου και οι αφηρημένες. Ωστόσο, σε αυτή την περίπτωση οι αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν από τους δημιουργούς των σχεδίων σε σύγκριση με το σχέδιο αναφοράς, αντιστοιχούν σε χαρακτηριστικά ενός άρρωστου ατόμου. Αναλυτικότερα, τα στοιχεία αυτά φαίνονται στον Πίνακα 4.

#### Πίνακας 4

##### Χρήση εκφραστικών στρατηγικών για την έννοια της ασθένειας

Κυριολεκτικές στρατηγικές	Στρατηγικές περιεχομένου	Αφηρημένες στρατηγικές
<p><b>Οποιαδήποτε μορφοποίηση του προσώπου του εικονιζόμενου ατόμου που υποδεικνύει την κατάσταση της ασθένειας:</b></p> <p><b>Λυπημένο / με γλώσσα έξω ή ανοιχτό (αηδία ή ναυτία) / κυματιστό στόμα , δάκρυα, κλειστά / κουρασμένα / αλλήθωρα μάτια, τοπική ή γενική αλλαγή χρώματος στο πρόσωπο που δηλώνει κάποιο σύμπτωμα, .</b></p>	<p>Αλλαγές στο ίδιο το άτομο (εκτός προσώπου) και στο περιβάλλον γύρω του στο εσωτερικό της ζωγραφιάς που αναδεικνύουν στοιχεία ασθένειας:</p> <p>Στάση του σώματος ύπαρξη χώρου - περιβάλλοντος (κυρίως εσωτερικού), ύπαρξη άλλων ατόμων, αντικειμένων και εργαλείων ιατρικού περιεχομένου.</p>	<p>Οι αλλαγές στο χρώμα, η προσθήκη - αφαίρεση περισσότερων από 3 χρώματα (σε ψυχρές / σκούρες αποχρώσεις), καθώς και η ολοκληρωτική εξάλειψή του. Εμφανείς διαφορές στο μέγεθος (συνήθως μείωση μεγέθους σε σύγκριση με το σχέδιο αναφοράς).</p>

#### 3.2.3.2.2 Άξονας 2: Γραφικοί Δείκτες

Οι γραφικοί δείκτες, όπως και στην έννοια της υγείας, αποτελούν τα συχνότερα στοιχεία που χρησιμοποίησε ο πληθυσμός του δείγματος για να απεικονίσει, στην προκείμενη περίπτωση, την ασθένεια. Οι γραφικοί δείκτες απεικόνισης της ασθένειας αποτελούν τη στάση του σώματος του σχεδιασμένου ατόμου, τα λεκτικά σχόλια, την ανθυγιεινή τροφή ή τις βλαβερές ουσίες, τα συμπτώματα της ασθένειας και τα ιατρικά στοιχεία που μπορεί να περιέχει η ζωγραφιά. Συγκεκριμένες επεξηγήσεις για την επιμέρους ανάλυσή τους παρατίθενται στον Πίνακα 5.

## Πίνακας 5

### Χρήση γραφικών δεικτών για την απεικόνιση της ασθένειας

Σώμα	Λεκτικά σχόλια	Τροφή / Ουσίες	Συμπτώματα	Περιβάλλον	Ιατρικά στοιχεία
<b>Οποιαδήποτε διαφορά στη στάση του σώματος που να υποδηλώνει ασθένεια: Καχεκτική στάση, κατάκλιση, πάχυνση, σπασμένα μέλη σώματος ή έλλειψη αυτών.</b>	Οποιοδήποτε γλωσσικό και αριθμητικό στοιχείο ή σύμβολο.	Ανθυγιεινές τροφές και βλαβερές ουσίες: Γλυκά, λιπαρά φαγητά, φαγητά ταχυφαγείων ή περιπτέρου, αλκοόλ, τσιγάρο.	Ενδείξεις συμπτωμάτων κάποιας ασθένειας: Πόνος (κατά βάσει κοιλιακή χώρα και κεφαλή), πυρετός, βήχας, κρύωμα, συνάχι, σπυράκια, ζάλη, εμετός, μικρόβια, σπασμένα μέλη, αναπηρία, τραύμα.	Ενδείξεις ύπαρξης εσωτερικού χώρου: Σπίτι, κρεβάτι, άλλα δωμάτια σπιτιού, κάποια ένδειξη εξωτερικού χώρου που αντιπαραβάλλεται με τον εσωτερικό, ιατρείο, νοσοκομείο.	Ύπαρξη στοιχείων που έχουν ιατροφαρμακευτικό περιεχόμενο: Γιατρός, νοσοκόμα, εξετάσεις, νοσοκομείο, ιατρείο, καρδιογράφημα, ορός, αίμα, θερμόμετρο, πατερίτσες, αναπηρικό καροτσάκι, ένεση, φάρμακα.

### 3.2.3.2.3 Άξονας 3: Προσεγγίσεις

Οι προσεγγίσεις, είναι η άξονας, από τον οποία προκύπτουν οι λεκτικές επεξηγήσεις των παιδιών οι οποίες έχουν στόχο να διασαφηνίσουν την έννοια της



ασθένειας. Αυτές είναι η βιοϊατρική, η ψυχοκοινωνική και αυτή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής, οι οποίες συγκεκριμενοποιούνται στον Πίνακα 6.

### Πίνακας 6

#### Αξιοποίηση προσεγγίσεων για τον προσδιορισμό της έννοιας της ασθένειας

Βιοϊατρική	Ψυχοκοινωνική	Τρόπος ζωής
Αναφορές που αντιστοιχούν στη μη ομαλή / ασθενική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού, με στοιχεία βιολογίας ή ιατροφαρμακευτικές αναφορές	Αναφορές σε μια δυσλειτουργική ψυχολογική κατάσταση με στοιχεία έκρυθμα ή κατάπτωσης. Απόδοση ανικανότητας επιτέλεσης καθημερινών ασχολιών και ρουτίνας.	Επεξήγηση ενός ανθυγιεινού τρόπου ζωής που αντιστοιχεί σε κατανάλωση βλαβερών για την υγεία φαγητών ή χρήση επιβλαβών ουσιών όπως το αλκοόλ και το κάπνισμα. Σε συμφωνία με τα παραπάνω, είναι και η καθιστική, άεργη μορφή ζωής.

## 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το υλικό που συλλέχθηκε από τον πληθυσμό του δείγματος αντιστοιχεί σε 750 σχέδια (200 παιδιά και 50 ενήλικες) εκ των οποίων τα 250 αποτελεί το σχέδιο αναφοράς, τα 250 απεικονίσεις της έννοιας της υγείας και τα υπόλοιπα 250 απεικονίσεις της έννοιας της ασθένειας. Η κωδικοποίηση των σχεδίων έγινε βάσει δύο αξόνων, αυτών των εκφραστικών στρατηγικών (κυριολεκτικές, περιεχομένου, αφηρημένες), αλλά και των γραφικών δεικτών. Οι λεκτικές επεξηγήσεις που συλλέχθηκαν για να προσδιορίσουν οι συμμετέχοντες τις δυο έννοιες, αναλύονται βάσει των προσεγγίσεων που τις διέπουν (βιοϊατρική, ψυχοκοινωνική, τρόπος ζωής). Ενδεικτικά, τα σχέδια που εντάσσονται στην παραπάνω κατηγοριοποίηση, παρατίθενται στο παράρτημα.

### 4.1 Χρήση εκφραστικών στρατηγικών για την απεικόνιση των εννοιών της υγείας και της ασθένειας

*Πίνακας 1*

*Συχνότητες και ποσοστά χρήσης στρατηγικών ανά ηλικιακή ομάδα για την απεικόνιση της υγείας*

Ηλικία	Κυριολεκτικές στρατηγικές		Στρατηγικές περιεχομένου		Αφηρημένες στρατηγικές	
	f	%	f	%	f	%
5 – 6	46	92.0%	43	86.0%	17	34.0%
7 – 8	44	88.0%	47	94.0%	11	22.0%
9 – 10	45	90.0%	45	90.0%	5	10.0%
11 – 12	48	96.0%	43	86.0%	5	10.0%
Ενήλικες	49	98.0%	41	82.0%	11	22.0%
Σύνολο	232	82.0%	219	87.6%	49	19.6%

Στον Πίνακα 1 όπου παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά αξιοποίησης των εκφραστικών στρατηγικών για την απεικόνιση της υγείας ανά ηλικιακή ομάδα, παρατηρούμε ότι οι συμμετέχοντες χρησιμοποιούν πρωτίστως κυριολεκτικές στρατηγικές ( $N = 232$ ) και στρατηγικές περιεχομένου ( $N = 219$ ), ενώ οι αφηρημένες αξιοποιούνται σε μικρότερο βαθμό ( $N = 49$ ). Προκειμένου να διερευνηθεί εάν η χρήση στρατηγικών για την απεικόνιση της υγείας διαφοροποιείται με την ηλικία, πραγματοποιήθηκε ανάλυση  $\chi^2$  η οποία έδειξε ότι μόνο η χρήση αφηρημένων στρατηγικών διαφοροποιείται στατιστικώς σημαντικά ανάλογα με την ηλικία του δείγματος,  $\chi^2(4, N = 250) = 12.79, p = .01$ . Όπως παρατηρούμε στον Πίνακα 1, όλες οι ηλικιακές ομάδες χρησιμοποιούν εξίσου τις κυριολεκτικές στρατηγικές και τις στρατηγικές περιεχομένου.

## Πίνακας 2

### Συχνότητες και ποσοστά χρήσης στρατηγικών ανά ηλικιακή ομάδα για την απεικόνιση της ασθένειας

Ηλικία	Κυριολεκτικές στρατηγικές		Στρατηγικές περιεχομένου		Αφηρημένες στρατηγικές	
	f	%	f	%	f	%
5 – 6	39	78.0%	48	96.0%	12	24.0%
7 – 8	48	96.0%	48	96.0%	8	16.0%
9 – 10	43	86.0%	46	92.0%	6	12.0%
11 – 12	46	92.0%	47	94.0%	11	22.0%
Ενήλικες	47	94.0%	42	84.0%	7	14.0%
Σύνολο	223	89.2%	231	92.4%	44	17.6%

Στον Πίνακα 2, καταγράφονται οι συχνότητες και τα ποσοστά των εκφραστικών στρατηγικών που χρησιμοποιήθηκαν για την απεικόνιση της ασθένειας. Βάσει αυτών, παρατηρείται πως παιδιά και ενήλικες στη συντριπτική τους πλειοψηφία έκαναν χρήση των στρατηγικών περιεχομένου ( $N = 231$ ), αλλά και των κυριολεκτικών ( $N = 223$ ), ενώ

λιγότερη χρήση έγινε των αφηρημένων στρατηγικών ( $N = 44$ ). Για τη διερεύνηση της πιθανής διαφοροποίησης της χρήσης στρατηγικών για την απεικόνιση της ασθένειας σε σχέση με την ηλικία, υλοποιήθηκε ανάλυση η οποία έδειξε ότι μόνο η χρήση κυριολεκτικών στρατηγικών διαφοροποιείται στατιστικώς σημαντικά ανάλογα με την ηλικία του δείγματος,  $\chi^2(4, N = 250) = 11.04, p = .03$ .

## **4.2 Η επίδραση της ηλικίας στη συνολική χρήση εκφραστικών στρατηγικών**

Στη συνέχεια επιχειρήθηκε να διαπιστωθεί εάν το σύνολο των εκφραστικών στρατηγικών που χρησιμοποιούνται για την απεικόνιση της υγείας και της ασθένειας διαφοροποιείται με βάση την ηλικία. Για το λόγο αυτό υπολογίστηκαν δυο σύνθετα σκορ τα οποία προέκυψαν από το άθροισμα των επιμέρους στρατηγικών (κυριολεξίας, περιεχόμενου και αφηρημένες) που χρησιμοποιήθηκαν για την απεικόνιση της υγείας και της ασθένειας αντίστοιχα (εύρος 0 - 3).

Προκειμένου να διαπιστωθεί η επίδραση της ηλικίας στη χρήση των εκφραστικών στρατηγικών στο σύνολό τους, όσον αφορά την απεικόνιση της υγείας και της ασθένειας, πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης με ανεξάρτητη μεταβλητή την ηλικία και εξαρτημένη το σύνολο των εκφραστικών στρατηγικών αυτών. Στους Πίνακες 3 και 4 παρουσιάζονται οι Μέσοι Όροι και οι Τυπικές Αποκλίσεις του συνόλου των εκφραστικών στρατηγικών ανά ηλικία. Η ανάλυση έδειξε ότι η επίδραση της ηλικίας δεν ήταν στατιστικά σημαντική σε καμία περίπτωση.

### Πίνακας 3

*Μέσοι όροι και Τυπικές Αποκλίσεις στρατηγικών που χρησιμοποιούνται ανά ηλικία για την υγεία*

Ηλικία	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
5 - 6	2.12	.62
7 - 8	2.04	.66
9 - 10	1.90	.50
11 - 12	1.92	.48
Ενήλικες	2.02	.65
Σύνολο	2.00	.59

### Πίνακας 4

*Μέσοι όροι και Τυπικές Αποκλίσεις στρατηγικών που χρησιμοποιούνται ανά ηλικία για την ασθένεια*

Ηλικία	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
5 - 6	1.98	.68
7 - 8	2.08	.48
9 - 10	1.90	.58
11 - 12	2.08	.48
Ενήλικες	1.92	.60
Σύνολο	1.99	.57

### 4.3 Χρήση γραφικών δεικτών για την απεικόνιση των εννοιών της υγείας και της ασθένειας ανά ηλικιακή ομάδα

Στη συνέχεια, επιχειρήθηκε να διερευνηθεί εάν οι γραφικοί δείκτες που αξιοποιούνται για την απεικόνιση της υγείας και της ασθένειας διαφοροποιούνται με την ηλικία. Στον Πίνακα 5 εμφανίζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά χρήσης συγκεκριμένων γραφικών δεικτών ανά ηλικιακή ομάδα. Με στόχο την απόδοση της υγείας στα σχέδιά τους (Πίνακας 5), οι συμμετέχοντες χειρίζονται δείκτες όπως τη στάση του σώματος στο εικονιζόμενο άτομο, τα λεκτικά σχόλια που μπορεί να υπάρχουν είτε αυτά είναι γλωσσικά είτε αριθμητικά ή άλλα σύμβολα, την παρουσία υγιεινής τροφής, τη γυμναστική και το παιχνίδι, το φυσικό περιβάλλον και η ένδειξη ιατρικών στοιχείων.

**Πίνακας 5**

**Συχνότητες και ποσοστά χρήσης γραφικών δεικτών ανά ηλικιακή ομάδα για την απεικόνιση της υγείας**

Ηλικία	Σώμα		Λεκτικοί σχόλια		Τροφή		Γυμναστική / Παιχνίδι		Περιβάλλον		Ιατρικά στοιχεία	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
5 – 6	22	44.0%	2	4.0%	13	26.0%	15	30.0%	26	52.0%	3	6.0%
7 – 8	37	74.0%	8	16.0%	12	24.0%	21	42.0%	24	48.0%	6	12.0%
9 – 10	30	60.0%	14	28.0%	18	32.0%	19	38.0%	23	46.0%	10	20.0%
11 – 12	33	66.0%	14	28.0%	6	12.0%	29	58.0%	22	44.0%	4	8.0%
Ενήλικες	32	64.0%	8	16.0%	2	4.0%	18	36.0%	2	4.0%	8	16.0%
<b>Σύνολο</b>	<b>154</b>	<b>61.0%</b>	<b>46</b>	<b>18.4%</b>	<b>51</b>	<b>20.4%</b>	<b>102</b>	<b>40.8%</b>	<b>97</b>	<b>38.8%</b>	<b>31</b>	<b>12.4%</b>

Στον Πίνακα 5, παρατηρείται μια ευρεία χρήση των γραφικών δεικτών της στάσης του σώματος ( $N = 154$ ) για την απεικόνιση της υγείας, καθώς επίσης, της

γυμναστικής και παιχνιδιού ( $N = 102$ ), αλλά και του περιβάλλοντος ( $N = 97$ ). Ωστόσο, γίνεται λιγότερη συχνή χρήση των δεικτών της τροφής ( $N = 51$ ), των λεκτικών σχολίων ( $N = 46$ ) και των ιατρικών στοιχείων ( $N = 31$ ). Σε ανάλυση  $\chi^2$  που πραγματοποιήθηκε στην προκείμενη περίπτωση, φαίνεται να διαφοροποιούνται στατιστικώς σημαντικά με την ηλικία οι δείκτες προσδιορισμού της στάσης του σώματος [ $\chi^2 (4, N = 250) = 10.38, p < .03$ ], των λεκτικών σχολίων [ $\chi^2 (4, N = 250) = 13.42, p < .01$ ], της υγιεινής τροφής [ $\chi^2 (4, N = 250) = 19.31, p < .00$ ] και τέλος, του φυσικού περιβάλλοντος [ $\chi^2 (4, N = 250) = 32.61, p < .00$ ].

Στον Πίνακα 6, εμφανίζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά χρήσης συγκεκριμένων γραφικών δεικτών ανά ηλικία για την απεικόνιση της ασθένειας. Οι γραφικοί δείκτες περιλαμβάνουν παραμέτρους όπως η στάση του σώματος του ατόμου που ζωγράφισαν οι συμμετέχοντες, τα λεκτικά σχόλια, η ανθυγιεινή τροφή σε συνδυασμό με ουσίες όπως αλκοόλ και τσιγάρο, τα συμπτώματα που προσδιορίζουν την ασθένεια του εικονιζόμενου ατόμου στα σχέδια των παιδιών, καθώς επίσης και το περιβάλλον που συνήθως αναλογεί σε κλειστό εσωτερικό χώρο.

**Πίνακας 6**

**Συχνότητες και ποσοστά χρήσης γραφικών δεικτών ανά ηλικιακή ομάδα για την απεικόνιση της ασθένειας**

Ηλικία	Σώμα		Λεκτικοί σχόλια		Τροφή / Ουσίες		Συμπτώματα		Περιβάλλον		Ιατρικά στοιχεία	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
5 - 6	40	80.0%	3	6.0%	2	4.0%	16	32.0%	38	76.0%	17	34.0%
7 - 8	36	72.0%	11	22.0%	3	6.0%	21	42.0%	43	86.0%	15	30.0%
9 - 10	41	82.0%	11	22.0%	4	8.0%	24	48.0%	37	74.0%	20	40.0%
11 - 12	44	88.0%	14	28.0%	6	12.0%	34	68.0%	35	70.0%	26	52.0%
Ενήλικες	31	62.0%	7	14.0%	2	4.0%	28	56.0%	25	50.0%	21	42.0%
<b>Σύνολο</b>	<b>192</b>	<b>76.8%</b>	<b>46</b>	<b>18.4%</b>	<b>17</b>	<b>6.8%</b>	<b>123</b>	<b>49.2%</b>	<b>178</b>	<b>71.2%</b>	<b>99</b>	<b>39.6%</b>

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 6, στην πλειοψηφία τους, οι συμμετέχοντες χρησιμοποιούν για να αποτυπώσουν την ασθένεια, σε μεγάλη συχνότητα τους γραφικούς δείκτες της στάσης του σώματος ( $N = 192$ ), του εσωτερικού χώρου ( $N = 178$ ), των συμπτωμάτων ( $N = 123$ ) και ιατρικών στοιχείων ( $N = 99$ ). Αντιθέτως, γίνεται λιγότερη χρήση των λεκτικών σχολίων ( $N = 46$ ) και των ανθυγιεινών τροφών ή ουσιών ( $N = 17$ ) από το σύνολο παιδιών και ενηλίκων. Στη δεδομένα αυτά, πραγματοποιήθηκε ανάλυση  $\chi^2$  με σκοπό να διαπιστωθούν οι στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις των γραφικών δεικτών με την ηλικία. Πιο συγκεκριμένα στατιστικώς σημαντικά είναι τα ευρήματα που σχετίζονται με τη στάση του σώματος [ $\chi^2 (4, N = 250) = 11.36, p < .02$ ], τα λεκτικά σχόλια [ $\chi^2 (4, N = 250) = 9.69, p < .05$ ], τα συμπτώματα [ $\chi^2 (4, N = 250) = 14.98, p < .01$ ] και τον εσωτερικό χώρο [ $\chi^2 (4, N = 250) = 17.08, p < .00$ ].



#### 4.4 Η επίδραση της ηλικίας στη συνολική χρήση των γραφικών δεικτών για την απεικόνιση της υγείας και της ασθένειας

Στη συνέχεια επιχειρήθηκε να διαπιστωθεί εάν το σύνολο των γραφικών δεικτών που χρησιμοποιούνται για την απεικόνιση της υγείας και της ασθένειας διαφοροποιείται με βάση την ηλικία. Για το λόγο αυτό υπολογίστηκαν δυο σύνθετα σκορ τα οποία προέκυψαν από το άθροισμα των επιμέρους γραφικών δεικτών που χρησιμοποιήθηκαν για την απεικόνιση της υγείας και της ασθένειας αντίστοιχα (εύρος 0 - 6).

Προκειμένου να διαπιστωθεί η επίδραση της ηλικίας στη χρήση των γραφικών δεικτών στο σύνολό τους, όσον αφορά την απεικόνιση της υγείας και της ασθένειας, πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης με ανεξάρτητη μεταβλητή την ηλικία και εξαρτημένη το σύνολο των γραφικών δεικτών. Στους Πίνακες 7 και 8 παρουσιάζονται οι Μέσοι Όροι και οι Τυπικές Αποκλίσεις του συνόλου των γραφικών δεικτών ανά ηλικία. Η ανάλυση έδειξε ότι η επίδραση της ηλικίας ήταν στατιστικά σημαντική στην απεικόνιση της υγείας,  $F(4, 249) = 6.32, p < .00$ , και της ασθένειας,  $F(4, 249) = 5.72, p < .00$ .

##### Πίνακας 7

*Μέσοι όροι και Τυπικές Αποκλίσεις συνόλου γραφικών δεικτών που χρησιμοποιούνται ανά ηλικία για την υγεία*

Ηλικία	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
5 - 6	1.62	.92
7 - 8	2.16	.93
9 - 10	2.28	1.32
11 - 12	2.16	1.20
Ενήλικες	1.40	1.01
Σύνολο	1.92	1.13

### Πίνακας 8

*Μέσοι όροι και Τυπικές Αποκλίσεις συνόλου γραφικών δεικτών που χρησιμοποιούνται ανά ηλικία για την ασθένεια*

Ηλικία	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
5 - 6	2.32	.91
7 - 8	2.58	.94
9 - 10	2.74	1.08
11 - 12	3.18	1.20
Ενήλικες	2.28	1.21
Σύνολο	2.62	1.12

Η εφαρμογή post hoc αναλύσεων έδειξε ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρούνται στην απεικόνιση της υγείας ανάμεσα (α) στα παιδιά 7- 8 ετών και τους ενήλικες ( $p = .02$ ), (β) στα παιδιά 9 – 10 και τους ενήλικες ( $p = .00$ ) και (γ) στα παιδιά 11 – 12 και τους ενήλικες ( $p = .02$ ).

Η ίδια ανάλυση χρησιμοποιήθηκε και στην απεικόνιση της ασθένειας, δείχνοντας ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές υπήρξαν μεταξύ (α) των παιδιών ηλικίας 5 – 6 ετών και 11 – 12 ετών ( $p = .00$ ), καθώς και (β) των παιδιών ηλικίας 11 – 12 ετών και των ενηλίκων ( $p = .00$ ).

#### 4.5 Χρήση λεκτικών επεξηγήσεων προσδιορισμού των εννοιών της υγείας και της ασθένειας

Στη συνέχεια επιχειρήθηκε να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των παιδιών για την υγεία και την ασθένεια, έτσι όπως καταγράφηκαν από τις λεκτικές τους επεξηγήσεις. Στους Πίνακες 9 και 10, γίνεται καταγραφή των συχνοτήτων και ποσοστών των προσεγγίσεων που χρησιμοποίησαν τα παιδιά στην προσπάθειά τους να ορίσουν τις

δυο έννοιες.. Υπενθυμίζεται ότι τόσο για την έννοια της υγείας όσο και για την έννοια της ασθένειας, οι απαντήσεις των παιδιών κατηγοριοποιήθηκαν με βάση τη βιοϊατρική προσέγγιση, τη ψυχοκοινωνική και την προσέγγιση του υγιεινού ή ανθυγιεινού τρόπου ζωής, αντίστοιχα.

### Πίνακας 9

*Συχνότητες και ποσοστά χρήσης προσεγγίσεων για τον προσδιορισμό της υγείας ανά ηλικιακή ομάδα*

Ηλικία	Βιοϊατρική προσέγγιση		Ψυχοκοινωνική προσέγγιση		Τρόπος ζωής	
	f	%	f	%	f	%
5 - 6	32	64.0%	10	20.0%	14	28.0%
7 - 8	39	78.0%	10	20.0%	17	34.0%
9 - 10	31	62.0%	13	26.0%	19	38.0%
11 - 12	42	84.0%	16	32.0%	13	26.0%
<b>Σύνολο</b>	<b>144</b>	<b>72.0%</b>	<b>49</b>	<b>24.5%</b>	<b>63</b>	<b>31.5%</b>

Στον Πίνακα 9, γίνεται φανερό πως τα παιδιά έδωσαν απαντήσεις που προσέγγιζαν σε μεγαλύτερο βαθμό το βιοϊατρικό μοντέλο ( $N = 144$ ) και σε μικρότερο βαθμό το ψυχοκοινωνικό ( $N = 49$ ) και αυτό του υγιεινού τρόπου ζωής ( $N = 63$ ). Μετά από ανάλυση  $\chi^2$ , παρατηρείται πως και οι τρεις προσεγγίσεις διαφοροποιούνται στατιστικώς σημαντικά ανάλογα με την ηλικία. Πιο αναλυτικά, τα αποτελέσματα δείχνουν διαφορές στην βιοϊατρική προσέγγιση με  $\chi^2 (4, N = 200) = 91.94, p < .00$ , στην ψυχοκοινωνική με  $\chi^2 (4, N = 200) = 18.37, p < .00$  και σε αυτή του τρόπου ζωής με  $\chi^2 (4, N = 200) = 23.47, p < .00$ .

*Πίνακας 10*

Ηλικία	Βιοϊατρική προσέγγιση		Ψυχοκοινωνική προσέγγιση		Τρόπος ζωής	
	f	%	f	%	f	%
5 - 6	44	88.0%	9	18.0%	5	10.0%
7 - 8	47	94.0%	6	12.0%	7	14.0%
9 - 10	45	90.0%	18	32.0%	10	20.0%
11 - 12	49	98.0%	14	28.0%	2	4.0%
<b>Σύνολο</b>	185	92.5%	47	23.5%	24	12.5%

*Συχνότητες και ποσοστά χρήσης προσεγγίσεων για τον προσδιορισμό της ασθένειας ανά ηλικιακή ομάδα*

Στον Πίνακα 10, φαίνεται πως στην πλειοψηφία τους τα παιδιά χρησιμοποιούν το βιοϊατρικό τρόπο προσέγγισης ( $N = 185$ ), ενώ μικρότερες συχνότητες ακολουθούν τον ψυχοκοινωνικό ( $N = 47$ ) και του ανθυγιεινού τρόπου ζωής ( $N = 24$ ). Σε αναλύσεις  $\chi^2$  που ακολούθησαν, για τη διερεύνηση της διαφοροποίησης των προσεγγίσεων αυτών με την ηλικία, παρατηρήθηκε πως στατιστικώς σημαντικά διαφοροποιούνται και οι τρεις μορφές, η βιοϊατρική με  $\chi^2 (4, N = 200) = 179.41, p < .00$ , η ψυχοκοινωνική με  $\chi^2 (4, N = 200) = 25.57, p < .00$  και αυτή του τρόπου ζωής με  $\chi^2 (4, N = 200) = 14.47, p < .01$ .

## **5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Στόχος της παρούσας έρευνας, ήταν να διερευνηθούν οι εκφραστικές στρατηγικές και οι γραφικοί δείκτες που χρησιμοποιούν τα παιδιά για να αναπαραστήσουν σχεδιαστικά τις έννοιες της υγείας και της ασθένειας. Επιπλέον, επιχειρήθηκε να διερευνηθεί η επίδραση της ηλικίας στη δημιουργία αυτών των αναπαραστάσεων. Το εργαλείο της έρευνας αποτέλεσε το σχέδιο σε συνδυασμό με λεκτικές επεξηγήσεις, οι οποίες περιείχαν τους ορισμούς που έδιναν τα παιδιά για τις δύο έννοιες και επεξηγήσεις του περιεχόμενου του σχεδίου που παρήγαγαν. Τα αποτελέσματα προέκυψαν από ανάλυση η οποία έγινε μετά την κατηγοριοποίηση του υλικού βάσει τριών αξόνων: των εκφραστικών στρατηγικών, των συχνότερων γραφικών δεικτών και των προσεγγίσεων του βιοϊατρικού, ψυχοκοινωνικού και του τρόπου ζωής μοντέλων. Στο παρόν κεφάλαιο, πραγματοποιείται μια προσπάθεια αποτίμησης των ευρημάτων της μελέτης τα οποία συγκρίνονται με τα στοιχεία του θεωρητικού πλαισίου που αναπτύχθηκε βάσει βιβλιογραφίας στο 1<sup>ο</sup> και 2<sup>ο</sup> Κεφάλαιο. Κατόπιν, γίνεται αναφορά των μεθοδολογικών περιορισμών της έρευνας και τέλος, προτάσσονται ιδέες για την υλοποίηση μελλοντικών ερευνών.

### **5.1 Εκφραστικές στρατηγικές**

#### **5.1.1 Απεικόνιση υγείας**

Οι συμμετέχοντες, με στόχο να αποδώσουν σχεδιαστικά όσο το δυνατό καλύτερα την έννοια της υγείας, έκαναν χρήση των τριών εκφραστικών στρατηγικών. Από την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν παρατηρήθηκε ότι οι περισσότερο χρησιμοποιούμενες στρατηγικές ήταν οι κυριολεκτικές, τις οποίες ακολουθούσαν οι στρατηγικές περιεχομένου, ενώ με μεγάλη διαφορά, οι στρατηγικές που χρησιμοποιήθηκαν λιγότερο ήταν οι αφηρημένες. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα έρχονται σε συμφωνία με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών των, στα οποία αποδεικνύεται ότι τα παιδιά χρησιμοποιούν κατά βάση τις κυριολεκτικές στρατηγικές και στη συνέχεια έπονται οι μεταφορικές, με τις περιεχομένου να αναπτύσσονται

νωρίτερα ηλικιακά σε σχέση με τις αφηρημένες (Jolley, 2004. Picard, 2012. Wiston, 1995).

Σε σχέση με την επίδραση της ηλικίας βρέθηκε ότι οι κυριολεκτικές και μεταφορικές περιεχομένου στρατηγικές δεν εμφανίζουν αξιοσημείωτες μεταβολές ανάμεσα στις διάφορες ηλικιακές ομάδες, αφού χρησιμοποιούνται εξίσου τόσο από τα παιδιά όσο και από τους ενήλικες του δείγματος. Η μόνη διαφορά εντοπίστηκε στη χρήση των αφηρημένων στρατηγικών που βρέθηκε ότι αυτές μειώνονταν όσο αυξάνονταν η ηλικία. Το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα ερευνών που υποστηρίζουν ότι οι κυριολεκτικές δίνουν τη θέση τους στις μεταφορικές εκφραστικές στρατηγικές όσο αναπτύσσονται ηλικιακά τα παιδιά (Ives, 1984, Picard, 2012, Winston, 1995).

Ένα, επιπλέον, σημαντικό εύρημα είναι ότι μέσα από την προσπάθεια τους να αποδώσουν σχεδιαστικά την έννοια της υγείας, οι συμμετέχοντες συσχετίζουν την τελευταία με το συναίσθημα της χαράς. Τα περισσότερα σχέδια του δείγματος, απεικονίζουν κυριολεκτικές στρατηγικές οι οποίες αντιστοιχούν στα χαμογελαστά πρόσωπα των εικονιζόμενων ατόμων των σχεδίων που ζητήθηκαν (Brechet, Picard, & Baldy, 2007. 2009. Misailidi & Bonoti, 2008. Sayöl, 1996). Τα αποτελέσματα αυτά, πιθανόν να συνδέονται με τη θεώρηση ότι η υγεία είναι σωματική και ψυχική ευημερία, γεγονός το οποίο συνδέεται άρρηκτα με το συναίσθημα της χαράς.

### **5.1.2 Απεικόνιση ασθένειας**

Στην προσπάθειά τους να απεικονίσουν την έννοια της ασθένειας, τα παιδιά και οι ενήλικες του δείγματος, φαίνεται να χρησιμοποιούν περισσότερο τις στρατηγικές περιεχομένου και έπειτα τις κυριολεκτικές, με τις πρώτες να υπερτερούν έναντι των τελευταίων ακόμη και στις πιο μικρές ηλικίες. Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι τα συγκεκριμένα αποτελέσματα δείχνουν μια μικρή μείωση των στρατηγικών περιεχομένου όσο αυξάνεται η ηλικία, ενώ οι κυριολεκτικές παραμένουν σχετικά στα ίδια επίπεδα. Η παραπάνω διαπίστωση έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα της Ives (1984), τα οποία συμφωνούν στην άποψη ότι οι κυριολεκτικές στρατηγικές μειώνονται με την ηλικία, δίνοντας τη θέση τους στις περιεχομένου. Τελευταίες σε χρήση στρατηγικές είναι οι μεταφορικές αφηρημένες στρατηγικές, οι οποίες φαίνεται να

μειώνονται όσο αυξάνεται η ηλικία με μοναδική εξαίρεση την ηλικιακή ομάδα των 11-12 ετών.

Η αυξημένη χρήση των εκφραστικών στρατηγικών περιεχομένου για την απεικόνιση της ασθένειας, μπορεί να οφείλεται στην ανάγκη των συμμετεχόντων να συμπεριλάβουν στο σχέδιό τους αρκετούς δείκτες πλαισίου, προκειμένου να αποσαφηνίσουν το νόημα της εικόνας. Με λίγα λόγια, υπήρξε δυσκολία απεικόνισης της ασθένειας με τη χρήση των κυριολεκτικών στρατηγικών, αποκλειστικά, και αυτό ίσως να συνέβη για να αποφευχθεί η πιθανότητα συγγένειας απόδοσης με άλλα συναφή συναισθήματα. Το συγκεκριμένο γεγονός, φαίνεται να ώθησε παιδιά και ενήλικες στη χρήση στρατηγικών περιεχομένου.

Αξιοσημείωτο εύρημα αποτελεί, ο συσχετισμός της έννοιας της ασθένειας με το συναίσθημα της λύπης. Οι συμμετέχοντες, στην πλειοψηφία τους, χρησιμοποίησαν παρόμοιες κυριολεκτικές στρατηγικές τις οποίες εκφράζουν για να αποτυπώσουν τη λύπη, με το λυπημένο στόμα να κυριαρχεί (Brechet et al., 2007, 2009. Misailidi & Bonoti, 2008. Sayđl, 1996). Το προαναφερθέν εύρημα, πιθανόν να επηρεάζεται από τον τρόπο με τον οποίο προσδιορίζεται η ασθένεια, ο οποίος αντιστοιχεί στη διατάραξη της ομαλής λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού, πράγμα το οποίο επηρεάζει εκτός από το βιολογικό τομέα και τον ψυχολογικό δημιουργώντας δυσάρεστα συναισθήματα. Σύμφωνα με τα δεδομένα της προκείμενης έρευνας, τα παιδιά αποτύπωναν και στη συνέχεια επεξηγούσαν τη λύπη των νοσούντων ατόμων που σχεδίαζαν, ορίζοντας ως αιτίες την ίδια την ασθένεια ή την απομόνωση/ εγκλεισμό του ατόμου στο σπίτι τη στιγμή που τα υπόλοιπα παιδιά βρίσκονταν έξω για παιχνίδι.

### **5.1.3 Η επίδραση της ηλικίας**

Ύστερα από τις αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν χωριστά για τη χρήση των εκφραστικών στρατηγικών που είχαν ως στόχο τους την απεικόνιση της υγείας και της ασθένειας, διερευνήθηκε και η επίδραση της ηλικίας στο σύνολο των στρατηγικών αυτών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι από όλες τις ηλικιακές ομάδες γίνεται χρήση, σε γενικές γραμμές, του ίδιου αριθμού στρατηγικών. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε

πως, οι συμμετέχοντες αξιοποίησαν κατά μέσο όρο 2 στρατηγικές, σε κάθε τους σχέδιο είτε αυτό ήταν για τον προσδιορισμό της υγείας είτε για αυτόν της ασθένειας. Το εύρημα αυτό ενδεχομένως να υποδηλώνει την ανάγκη των συμμετεχόντων να αξιοποιήσουν περισσότερες από μια εκφραστικές στρατηγικές, προκειμένου να αποσαφηνίσουν το περιεχόμενο της σχεδιαζόμενης εικόνας.

## 5.2 Γραφικοί δείκτες

### 5.2.1 Απεικόνιση υγείας

Με στόχο την απεικόνιση της υγείας, ο πληθυσμός του δείγματος, χρησιμοποίησε γραφικούς δείκτες, δηλαδή επαναλαμβανόμενα σχεδιαστικά στοιχεία για την απόδοσή της. Οι γραφικοί δείκτες που προέκυψαν θα παρατεθούν στη συνέχεια, με σειρά συχνότερης χρήσης. Αρχικά, τον πρώτο σε χρήση δείκτη αποτέλεσε η στάση του σώματος στο εικονιζόμενο άτομο, δεύτερη η γυμναστική και το παιχνίδι ως ασχολίες του πρωταγωνιστή του σχεδίου, ενώ στη συνέχεια, αποτυπώνονται στοιχεία του φυσικού περιβάλλοντος στο ύπαιθρο, σε αυλή ή ακόμη και σε πάρκο. Οι κατηγορίες δεικτών που είχαν το λιγότερο χειρισμό από τους συμμετέχοντες αποτελούσαν οι ενδείξεις υγιεινής τροφής, τα λεκτικά σχόλια είτε αυτά ήταν γλωσσικά είτε αριθμητικά ή άλλα σύμβολα, και η ένδειξη ιατρικών στοιχείων.

Όσον αφορά τις συγκεκριμένες κατηγορίες δεικτών ξεχωριστά, παρουσιάζονται ορισμένες διαφοροποιήσεις. Στο δείκτη της στάσης του σώματος, τα παιδιά όλων των ηλικιών, καθώς και οι ενήλικες, φαίνεται να το χρησιμοποιούν εξίσου, με σημαντική διαφορά τις ηλικίες 7 – 8 ετών όπου υπάρχει σημαντική αύξηση. Όσον αφορά, το φυσικό περιβάλλον, παρουσιάζεται μια σχετικά σταθερή χρήση του στα σχέδια των συμμετεχόντων, με μια έκδηλη πτώση να σημειώνεται στους ενήλικες. Στην κατηγορία της τροφής, παρατηρείται αυξητική πορεία ανάλογη της ηλικίας μέχρι και τα 10 ετών παιδιά, ενώ ύστερα φθίνει μέχρι και την ηλικιακή ομάδα των ενηλίκων. Τέλος, τα λεκτικά σχόλια, σημειώνουν αύξηση της παρουσίας τους μέχρι και τις ηλικίες 11 – 12 ετών, ενώ υπάρχει σημαντική πτώση στους ενήλικες.



### 5.2.2 Απεικόνιση ασθένειας

Στην προσπάθειά τους να αποδώσουν την έννοια της ασθένειας, παιδιά και ενήλικες, χρησιμοποίησαν συγκεκριμένα γραφικά στοιχεία τα οποία κατηγοριοποιήθηκαν στους εξής δείκτες, βάσει συχνότερης χρήσης: η στάση του σώματος του ατόμου που ζωγράρισαν οι συμμετέχοντες, το περιβάλλον που συνήθως αναλογεί σε κλειστό εσωτερικό χώρο, τα συμπτώματα που προσδιορίζουν την ασθένεια του εικονιζόμενου ατόμου, τα ιατρικά στοιχεία, τα λεκτικά σχόλια, η ανθυγιεινή τροφή σε συνδυασμό με ουσίες όπως αλκοόλ και τσιγάρο. Τα τρία τελευταία στοιχεία είχαν μειωμένη χρήση από τους συμμετέχοντες, με το τελευταίο να φθίνει κατά πολύ.

Αναλύοντας ξεχωριστά, κάποια από αυτά τα στοιχεία, παρατηρούνται σημαντικές διακρίσεις ανά κατηγορία. Ξεκινώντας, έκδηλη είναι η σταθερότητα που δηλώνει ο γραφικός δείκτης της στάσης του σώματος, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, με μια ελαφρά μείωση στους ενήλικες. Στους γραφικούς δείκτες που δηλώνουν στοιχεία του περιβάλλοντα χώρου του απεικονιζόμενου ανθρώπου στα σχέδια, δηλώνεται μια αυξητική τάση μέχρι την ηλικία των 8 ετών, μετά την οποία παρατηρείται σταδιακή πτώση ακόμη μέχρι και την ηλικιακή ομάδα των ενηλίκων. Συνεχίζοντας, τα ευρήματα των δεικτών που αντιστοιχούν στα συμπτώματα, αλλά και αυτά των λεκτικών σχολίων, δείχνουν μια αυξητική τάση μέχρι και την ηλικία των 11 – 12 ετών, ενώ υπάρχει πτώση στους ενήλικες.

### 5.2.3 Η επίδραση της ηλικίας

Εκτός από την επιμέρους ανάλυση της χρήσης των γραφικών δεικτών και το διαχωρισμό τους βάσει των εννοιών υγείας και ασθένειας, έγινε και μια προσπάθεια εντοπισμού της επίδρασης της ηλικίας στο σύνολό τους. Πιο αναλυτικά, φαίνεται να χρησιμοποιούνται ελαφρώς περισσότεροι γραφικοί δείκτες για την απεικόνιση της ασθένειας σε σχέση με τους αντίστοιχους που χειρίζονται οι συμμετέχοντες για να απεικονίσουν την υγεία. Αυτό ενδεχομένως υποδηλώνει μια μεγαλύτερη ευκολία των συμμετεχόντων να εντοπίσουν και να αξιοποιήσουν γραφικούς δείκτες που σηματοδοτούν την ασθένεια, παρά δείκτες που αντικατοπτρίζουν την υγεία. Το παραπάνω εύρημα, ενισχύει την άποψη ότι η ασθένεια εκδηλώνεται με πιο απτά στοιχεία, όπως η εμφάνιση μιας πληθώρας συμπτωμάτων, στοιχείο το οποίο

προσδιορίζεται με περισσότερη ευκολία από τα παιδιά. Αντίθετα, η υγεία είναι μια πιο αφηρημένη έννοια και λόγω του σταθερού της χαρακτήρα, σε γενικά πλαίσια, στη ζωή των παιδιών, είναι μια έννοια δύσκολα προσδιορίσιμη. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με της Zaloudikova (2010), η οποία έδειξε ότι η έννοια της ασθένειας αποδίδεται πιο εύκολα σε σχέση με αυτή της υγείας από τα παιδιά (Mouratidi, 2015). Μια δεύτερη παράμετρος, που προκύπτει από τις συγκεκριμένες αναλύσεις, υποστηρίζει ότι δεν υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των παιδιών, αλλά η διαφοροποίηση έγκειται στη χρήση γραφικών δεικτών μεταξύ παιδιών και ενηλίκων.

## 5.3 Προσεγγίσεις

### 5.3.1 Προσδιορισμός υγείας

Με στόχο να ορίσουν την έννοια της υγείας τα παιδιά του δείγματος, έκαναν μια προσπάθεια χρησιμοποιώντας λεκτικές επεξηγήσεις απαντώντας σε ερωτήματα όπως «Ξέρεις τι σημαίνει η λέξη υγεία;». Οι ιδέες των παιδιών, φάνηκε να αντανακλούν τρεις βασικές προσεγγίσεις, τη βιοϊατρική, την ψυχοκοινωνική και αυτή του υγιεινού τρόπου ζωής. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης δηλώνουν ότι στη συντριπτική τους πλειοψηφία γίνεται χρήση της βιοϊατρικής προσέγγισης, ενώ στη συνέχεια ακολουθούν με αρκετά πιο μειωμένη χρήση, ο υγιεινός τρόπος ζωής και το ψυχοκοινωνικό μοντέλο. Τα προαναφερθέντα ευρήματα συμφωνούν με τα αποτελέσματα ερευνών που θέλουν τη βιοϊατρική προσέγγιση ως την πιο χρησιμοποιούμενη και στη συνέχεια να ακολουθούν οι υπόλοιπες όσο αυξάνεται η ηλικία (Bibace & Walsh, 1981. Koopman, et al., 2004, Mouratidi et al., 2015, Zaloudikova, 2010). Η συγκεκριμένη λογική ακολουθεί τα εξελικτικά στάδια του Piaget, για τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τα παιδιά την έννοια της υγείας. Τα παιδιά μικρότερης ηλικίας ξεκινούν να ορίζουν την παραπάνω έννοια μέσα από το ‘Φαινομενισμό’ και τη ‘Μετάδοση’, ενώ σε μεγαλύτερη ηλικία μέσα από τα πλαίσια της ‘Μόλυνσης και της ‘Εσωτερίκευσης’. Στο τελευταίο στάδιο, τα παιδιά ορίζουν την υγεία μέσα από τις προσεγγίσεις της ‘Φυσιολογίας’ και της ‘Ψυχοφυσιολογίας’,

δίνοντας την ψυχολογική πλευρά της υγείας σε μεγαλύτερες ηλικίες (Bibace & Walsh, 1981. Koopman, et al., 2004).

Την ίδια οπτική δίνουν τα αποτελέσματα στην περίπτωση που αναλυθούν ξεχωριστά. Συγκεκριμένα, η βιοϊατρική προσέγγιση φαίνεται να μην δέχεται κάποια διαφοροποίηση, καθώς αυξάνεται η ηλικία, διατηρώντας ένα σταθερό επίπεδο χρήσης της. Αντίθετα, παρατηρείται μια σταδιακή αύξηση του ψυχοκοινωνικού μοντέλου, ανάλογο με την ηλικία, εύρημα που συμφωνεί με τις παραπάνω θεωρίες. Τέλος, το μοντέλο του υγιεινού τρόπου ζωής εμφανίζει αυξητική πορεία μέχρι και την ηλικία των 9 - 10 ετών, όπου σημειώνεται σχετική πτώση. Τα παιδιά φαίνεται να αντιλαμβάνονται την υγεία ως την έλλειψη βλαβερών παραγόντων που διαταράσσουν την ομαλή βιολογική λειτουργία του οργανισμού τους. Στην πορεία βλέπουμε πως όσο αναπτύσσονται ηλικιακά, προσθέτουν στις επεξηγήσεις τους στοιχεία για την εύρυθμη λειτουργία του ψυχικού και πνευματικού τμήματος της οντότητάς τους ή ακόμη και τη δυνατότητα να ανταπεξέρχονται στις ασχολίες της καθημερινότητας.

### 5.3.2 Προσδιορισμός ασθένειας

Στο επίπεδο προσδιορισμού της έννοιας της ασθένειας, υποστηρίζεται το ίδιο θεωρητικό πλαίσιο με αυτό της υγείας, καθώς ομοιότητες εμφανίζονται στο βιοϊατρικό μοντέλο, το οποίο κυριαρχεί και εδώ. Ωστόσο, στην προκείμενη περίπτωση ακολουθεί η ψυχοκοινωνική προσέγγιση και τέλος έπεται ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής. Τα αποτελέσματα, φαίνεται να συμφωνούν και στη έννοια της ασθένειας με τα ευρήματα των Bibace και Walsh (1981) και Koopman, et al. (2004), που θέλουν τη βιοϊατρική προσέγγιση να κυριαρχεί σε όλες τις ηλικιακές ομάδες.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης φανερώνουν ορισμένα χαρακτηριστικά για κάθε προσέγγιση αποκλειστικά. Αρχικά, έκδηλη είναι η σταθερότητα στη χρήση της κυριαρχούσας προσέγγισης, της βιοϊατρικής, ανεξαρτήτου ηλικίας, η οποία δείχνει ότι τα παιδιά αντιλαμβάνονται την ασθένεια περισσότερο μέσα από βιολογικά και ιατροφαρμακευτικά στοιχεία.. Επιπρόσθετα, η ψυχοκοινωνική πτυχή εμφανίζει μια ελαφριά αύξηση, ανάλογη της ηλικιακής ανάπτυξης που συμφωνεί με την νοητική ανάπτυξη των σταδίων του Piaget (Elliot, et al. 2008). Την πτυχή την οποία χειρίστηκαν τα παιδιά σε μικρότερο βαθμό αποτελεί ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής.

Τα συγκεκριμένα ευρήματα συμφωνούν με τα αποτελέσματα της Mouratidi et al. (2015), η οποία βρήκε πως τα παιδιά στην πλειοψηφία τους χρησιμοποιούν τη βιοϊατρική πτυχή με στόχο να ορίσουν την έννοια της ασθένειας, δεύτερο σε χρήση είναι το ψυχοκοινωνικό μοντέλο, ενώ ελάχιστα είναι τα παιδιά τα οποία επιλέγουν να ορίσουν την ασθένεια με στοιχεία που δημιουργούν ένα βλαβερό τρόπο ζωής. Η συγκεκριμένη πτυχή φανερώνει αύξηση μέχρι και την ηλικιακή ομάδα των 9 – 10 ετών, ενώ έχει πτωτική τάση στη συνέχεια.

### 5.3.3 Συγκλίσεις και διαφορές

Στα αποτελέσματα που παρατέθηκαν παραπάνω, φαίνεται το βιοϊατρικό μοντέλο να κυριαρχεί σε κάθε ηλικία, προσδιορίζοντας είτε την έννοια της υγείας είτε την έννοια της ασθένειας. Ένα ακόμη στοιχείο το οποίο είναι όμοιο και στις δυο έννοιες, αποτελεί η αυξητική χρήση της ψυχοκοινωνικής πτυχής η οποία είναι ανάλογη της ηλικιακής ανάπτυξης. Τέλος, όσον αφορά τον τρόπο ζωής, είτε αυτός είναι υγιεινός είτε βλαβερός, παρατηρείται μια δυναμική ενίσχυσή του μέχρι και την ηλικία των 10 ετών, ενώ στη συνέχεια μειώνεται σημαντικά, δίνοντας τη θέση του στη βιοϊατρική και την ψυχοκοινωνική προσέγγιση.

Εύρημα το οποίο διαφέρει μεταξύ των δύο εννοιών, είναι η συνολική χρήση του βιοϊατρικού μοντέλου, το οποίο φαίνεται να χρησιμοποιείται στο σύνολό του, περισσότερο για να προσδιορίσει την έννοια της ασθένειας. Το ακριβώς αντίθετο συμβαίνει με την πτυχή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής ο οποίος χρησιμοποιείται σημαντικά πιο μειωμένα σε σχέση με του υγιεινού. Η ψυχοκοινωνική προσέγγιση κυμαίνεται στους ίδιους αριθμούς χρήσης από τους συμμετέχοντες του δείγματος. Τα παραπάνω ευρήματα, δηλώνουν πως τα παιδιά ορίζουν την ασθένεια μέσα από κάποια πάθηση ή μέσα από την παρουσία διάφορων ιατροφαρμακευτικών στοιχείων, όπως γιατρών, νοσοκομείων ή και εξετάσεων. Αντίθετα, στην υγεία γίνεται μεγαλύτερη αναφορά υγιεινών συνηθειών όπως η βρώση φρούτων και λαχανικών ή η ενασχόληση με τον αθλητισμό, σε αντίθεση με των βλαβερών συνηθειών που προσδιορίζουν την ασθένεια. Αξίζει να σημειωθεί πως τα συγκεκριμένα αποτελέσματα, αντανακλούν πως τα παιδιά δεν λαμβάνουν, ιδιαίτερα, υπόψιν τον σπουδαίο τομέα της πρόληψης (Mouratidi et al., 2015).

## 5.4 Περιορισμοί έρευνας

Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο της να διερευνήσει τις αντιλήψεις των παιδιών για τις έννοιες της υγείας και της ασθένειας, χρησιμοποιώντας ως ερευνητικό εργαλείο το σχέδιο. Το σχέδιο είναι ένα εργαλείο, το οποίο υποβοηθά έρευνες οι οποίες περιλαμβάνουν στον πληθυσμό του δείγματός τους παιδιά μικρής ηλικίας, τα οποία δεν έχουν αναπτύξει πλήρως τη γλωσσική τους ικανότητα. Το μέσο αυτό είναι κατάλληλο για να εξωτερικεύσει τις πεποιθήσεις των ατόμων αυτών με μεγαλύτερη ευκολία (Jorgenson & Sullivan, 2009. MacDonald, 2013. Pridmore & Lansdown, 1997). Ωστόσο, το σχέδιο αποτελεί ένα αμφίλογο και αμφίσημο ερευνητικό εργαλείο, καθώς στα θετικά που του καταμερίζονται, αντιτίθενται οι παράγοντες της υποκειμενικότητας και της παρερμηνείας του περιεχομένου του συλλεχθέντος δείγματος. Αν και στην προκειμένη διερεύνηση συλλέχθηκαν και λεκτικές επεξηγήσεις για την αποφυγή των παρανοήσεων, το υλικό δεν ήταν αρκετό για την πλήρη ανάλυση και κατανόηση των ορισθέντων εννοιών. Ίσως ένας συνδυασμός σχεδίου και συνέντευξης να είχε προσοδοφόρα αποτελέσματα.

## 5.5 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Στη συγκεκριμένη μελέτη διερευνήθηκαν οι αντιλήψεις των παιδιών για την υγεία και την ασθένεια, καθώς και η επίδραση της ηλικίας στη διαμόρφωση των εννοιών αυτών. Στο μέλλον θα μπορούσαν να υλοποιηθούν έρευνες οι οποίες θα μελετούσαν την επίδραση επιπλέον παραμέτρων όπως το φύλο και η συμβολή των βιωματικών εμπειριών των παιδιών στην απόδοση των παραπάνω όρων. Όσον αφορά την πρώτη παράμετρο μια λύση για πιο έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα θα ήταν η συμμετοχή μεγάλου αριθμού ατόμων σε ισότιμη προσέλευση αγοριών και κοριτσιών. Ενδιαφέρουσα διερεύνηση θα αποτελούσε η προσπάθεια να εξεταστεί η επίδραση των εμπειριών των παιδιών στη διαμόρφωση των αντιλήψεων τους για την υγεία και την ασθένεια, κάνοντας χρήση των ερευνητικών εργαλείων του σχεδίου και της συνέντευξης για μια πληρέστερη μελέτη. Τέλος, ακόμη μια ιδέα που θα μπορούσε να υλοποιηθεί στα πλαίσια μιας ερευνητικής διαδικασίας, θα ήταν η ανίχνευση των αντιλήψεων και των γνώσεων των παιδιών για ασθένειες που αφορούν την παιδική ηλικία, όπως η παχυσαρκία και ο διαβήτης. Τα αποτελέσματα της παραπάνω μελέτης

θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν από ειδικούς της σωματικής και ψυχικής υγείας, με στόχο τη δημιουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων ενημέρωσης για αντιμετώπιση και πρόληψη τους.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Abramson, S. L., Turner-Henson, A., Anderson, L., Hemstreet, M. P., Bartholomew, L. K., Joseph, C. L., Tang, S., Tyrrell, S., Clarkm, N. M. & Ownby, D. (2006). Allergens in school settings: results of environmental assessments in 3 city school systems. *Journal of School Health*, 76, 246–249.
- Agbenyega, J. S. (2014). Beyond alienation: unpacking the methodological issues in visual research with children. *Visual Methodologies and Digital Tools for Researching with Children*, 10, 89–110.
- Andreou, E., Bonoti, F. (2009). Children’s Bullying Experiences Expressed Through Drawings and Self-Reports. *School Psychology International*. 31(2), 164-177
- App, B., McIntosh, D. N., Reed, C. L., & Hertenstein, M. J. (2011). Nonverbal channel use in communication of emotion: How may depend on why. *Emotion*, 11(3), 603-617.
- Art 8.
- Babchuk, W. A., Hames, R. B., & Thompson, R. A. (1985). Sex differences in the recognition of infant facial expressions of emotion: The primary caretaker hypothesis. *Ethology and Sociobiology*, 6, 89–101.
- Backett-Milburn, K., & McKie, L., (1999). A critical appraisal of the draw and write technique. *Health Education Research*, 14, 387–398.
- Bak, J. & Piko, B. (2007). Smoke-free world for children’s welfare: perceptions of smoking in preadolescence. *Child & Youth Services Review*, 29, 283–293.
- Baldy, R. (2002). Dessine-moi un bonhomme. Dessins d’enfants et développement cognitif [Draw me a human figure. Children’s drawings and cognitive development]. *Gradhiva*, 9, 132-151.
- Bibace, R. & Walsh, M. E. (1978). Developmental stages in children’s conceptions of illness. In: Stone, G., Cohen, F. & Alder, N. (editors). *Health psychology: a handbook* (pp. 285 – 301). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bibace, R. & Walsh, M. E. (1980). Development of children’s concepts of illness. *Pediatrics*, 66, 912–7.

- Bibace, R. & Walsh, M. E. (1981). Children's conceptions of illness. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 1981(14), 31–48.
- Black, P. & William, D. (1998). *Inside the black box: Raising standards through classroom assessment*. London: King's College.
- Blaxter, M. (2010). *Health* (2nd Edition). London: Polity Press.
- Bonoti, F. and Misalidi, P. (2015). Social Emotions in Children's Human Figure Drawings: Drawing Shame, Pride and Jealousy. *Infant and Child Development*, 24(6), 661–672.
- Bonoti, F., Leondari, A., & Mastora, A. (2013): Exploring Children's Understanding of Death: Through Drawings and the Death Concept Questionnaire, *Death Studies*, 37(1), 47-60
- Bonoti, F., & Misailidi, P. (2006). Children's developing ability to depict emotions in their drawings. *Perceptual and Motor Skills*, 103, 495–502.
- Boruchovitch, E. & Mednick, B. R. (2000). Causal attributions in Brazilian children's reasoning about health and illness. *Journal of Public Research*, 34(5), 484 – 490.
- Brassai, L., Piko, B. F. & Steger, M. F. (2015). A reason to stay healthy: The role of meaning in life in relation to physical activity and healthy eating among adolescents. *Journal of Health Psychology*, 20(5), 473 – 482.
- Brechet, C. (2013). Children's gender stereotypes through drawings of emotional faces: Do boys draw angrier faces than girls? *Sex Roles*, 68(5-6), 378–389.
- Brechet, C. (2015). Representation of Romantic Love in Children's Drawings: Age and Gender Differences. *Social Development*, 24(3), 640–658
- Brechet, C., Baldy, R., & Picard, D. (2009). How does Sam feel?: Children's labeling and drawing of basic emotions. *British Journal of Developmental Psychology*, 27, 587–606.
- Brechet, C., Picard, D., & Baldy, R. (2007). Expression des e'motions dans le dessin d'un hommechez l'enfant de 5 a` 11 ans. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 61(2), 142–153.
- Brewster, A. B. (1982). Chronically ill hospitalized children's concepts of their illness. *Pediatrics*, 69, 351–63.



- Brody, L. R., & Hall, J. A. (1993). Gender and emotion. *Handbook of emotions*, 447-460.
- Burkitt, E. & Sheppard, L. (2014). Children's colour use to portray themselves and others with happy, sad and mixed emotion, *Educational Psychology: An International Journal of Experimental Educational Psychology*, 34(2), 231-251,
- Burkitt, E. & Watling, D. (2013). The impact of audience age and familiarity on children's drawings of themselves in contrasting affective states. *International Journal of Behavioral Development*, 37(3), 222-234.
- Burkitt, E., Barrett, M., & Davis, A. (2004). The effect of affective characterizations on the use of size and colour in drawings produced by children in the absence of a model. *Educational Psychology*, 3(24), 315–345.
- Burkitt, E., Watling, D., & Murray, L. (2011). Children's drawings of significant figures for a peer or an adult audience. *Infant and Child Development*, 20, 466–473.
- Campbell, J. D. (1975). Illness is a point of view: The development of children's concepts of illness. *Child Development*, 46(1), 92–100.
- Carandang, M. R., Folkins, C. H., Hines, P. A. & Steward, M. S. (1979). The role of cognitive level and sibling illness in children's conceptualizations of illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 474–481.
- Collignon, O., Girard, S., Gosselin, F., Saint-Amour, D., Lepore, F., & Lassonde, M. (2010). Women process multisensory emotion expressions more efficiently than men. *Neuropsychologia*, 48, 220–225
- Cox, M. V. (1993). *Children's drawings of the human figure*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Department of Education and Early Childhood Development. (2012). *School Policy and Advisory Guide: Student Health—Sun and UV Protection*. <http://www.education.vic.gov.au/management/governance/spag/health/prevention/sun.htm#H2N1002E>
- Ekman P., & Friesen, W. V. (1975). *Unmasking the face: A guide to recognizing emotions from facial clues*. Englewood Cliffs.

- Elliot, S. N., Kratochwill, T. R., Cook, J. L., & Travers, J. F. (2000/2008, μετ.) *Εκπαιδευτική Ψυχολογία: Αποτελεσματική διδασκαλία, αποτελεσματική μάθηση*. (Επιμ. Μετ. Α. Λεονταρή & Ε. Συγκολλίτου). Αθήνα: Gutenberg.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: W. W. Norton & Co.
- Feldman, R. S. (2008/2011, μετ.). *Εξελικτική Ψυχολογία: Δια βίου ανάπτυξη*. (Επιμ. Μετ. Η. Γ. Μπεζεβέγκης). Αθήνα: Gutenberg.
- Fernandes, S., Liamputtong, P. & Wollersheim, D. (2015). What makes people sick? Burmese refugee children's perceptions of health and illness. *Health Promotion International*. 30(1), 151 – 161.
- Fischer, A. H., & Manstead, A. (2000). The relation of gender between gender and emotions in different cultures. *Gender and emotion: Social psychological perspectives*, 71-94.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy*. New York: Square Press; Pocket Books.
- Freeman, N. H. (1980). *Strategies of representation in young children*. London: Academic Press.
- Germov, J. (2009) *Second Opinion: An Introduction to Health Sociology*, 4th Edition. Melbourne: Oxford University Press.
- Gombrich, E. H. (1972). The visual image. *Scientific American*, 227, 82–96.
- Goodman, H., Gottlieb, J. & Harrison, R. N. (1972). Social acceptance of EMRs integrated into a non-graded elementary school. *American Journal of Mental Deficiency*, 76, 412 - 417.
- Goodman, N. (1968). *Language of art: An approach to a theory of symbols*. Indianapolis, IN: Bobbs-Merril.
- Hammer, E. F. (1997). *Advances in projective drawing interpretation*. Springfield: Thomas.
- Helman, G. C. (2007) *Culture, Health and Illness*, 5th Edition. London: Hodder Arnold.
- Hunsley, J., Lee, C. M., & Wood, J. (2003). Controversial and questionable assessment techniques. *Science and pseudoscience in clinical psychology*, 39 – 76.

- Ives, S. W. (1984). The development of expressivity in drawing. *British Journal of Educational Psychology*, *54*, 152–159.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York, NY: Plenum Press.
- Jolley, R. P. (2010). *Children and pictures: drawing and understanding*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Jolley, R. P., Fenn, K., & Jones, L. (2004). The development of children's expressive drawing. *British Journal of Developmental Psychology*, *22*, 545–567.
- Jorgenson, J. and Sullivan, T. (2009) Accessing children's perspectives through participatory photo interviews. *Forum: Qualitative Social Research*, *11*(1),
- Karasimopoulou, S., Derri, V. & Zervoudaki, E. (2012). Children's perceptions about their health-related quality of life: effects of a health education–social skills program. *Health Education Research*. *27*(5), 780–793.
- Kasma-Ronkainen, L. & Virokannas, H. (1996). Concern about the environment among medical students. *Scandinavian Journal of Social Science*, *24*, 121–123.
- Kiritsis, I. & Tsiotra, S. (2000). Intervention of first grade prevention in elementary education. *Psychiatric Textbooks*, *72*, 119–127.
- Koopman, H. M., Baars, R. M., Chaplin, J. & Zwinderman, K. H. (2004). Illness through the eyes of the child: the development of children's understanding of the causes of illness. *Patient Education and Counseling*, *55*(3), 363 - 370.
- Larsen, J. T., To, Y., & Fireman, G. (2007). Children's understanding and experience of mixed emotions. *Psychological Science*, *18*, 186–191.
- Lau, R. R., Bernard, T. M. & Hartman, K. A. (1989). Further explorations of commonsense representations of common illnesses. *Health Psychology*, *8*(2), 195–219.
- Legare, C. H. & Gelman, S. A. (2009). South African Children's Understanding of AIDS and Flu: Investigating Conceptual Understanding of Cause, Treatment and Prevention. *Journal of Cognition and Culture*, *9*, 333–346.
- MacDonald, A. (2013) Using children's representations to investigate meaning making in mathematics. *Australasian Journal of Early Childhood*, *38*, 65–73.

- Maieron, M. J., Roberts, M. C. & Prentice-Dunn, S. (1996). Children's Perceptions of Peers with AIDS: Assessing the Impact of Contagion Information, Perceived Similarity, and Illness Conceptualization. *Journal of Pediatric Psychology, 21*(3), 321-333.
- Malchiodi, C. A. (1998). *Understanding children's drawings*. New York: Guilford Press.
- McArdle, F. (2012). The visual arts: ways of seeing. *Children, Meaning-Making and the Arts, 30–56*.
- McIsaac, J. L., Storey, K., Veugelers, P. J. & Kirk, S. F. L. (2014). Applying theoretical components to the implementation of health promoting schools. *Health Research Journal, 74*(2), 131 – 143.
- Michielutte, R. & Diseker, R. A. (1982). Children's perceptions of cancer in comparison to other chronic illnesses. *Journal of Chronic Diseases, 35*(11), 843-852.
- Misailidi, P., & Bonoti, F. (2008). Emotion in children's art. *Journal of Early Childhood Research, 6*, 189-200
- Misailidi, P., & Bonoti, F., (2014). Children's expressive drawing strategies: the effects of mood, age and topic. *Early Child Development and Care, 184*, 882-896.
- Misailidi, P., Bonoti, F., Savva, G. (2011). Representations of loneliness in children's drawings. *Childhood, 19*(4) 523–538
- Mouratidi, P. S., Bonoti, F., & Leondari, A. (2015). Children's perceptions of illness and health: An analysis of drawings. *Health Education Journal*. First published online as DOI: 10.1177/0017896915599416.
- Myant, K. A. & Williams, J. M. (2005). Children's concepts of health and illness: understanding of contagious illnesses, non-contagious illnesses and injuries. *Journal of Health Psychology, 10*, 805–819.
- Natapoff, J. N & Essoka, G. C. (1989). Handicapped and Able-bodied Children's Ideas of Health. *Journal of School Health, 59*(10), 436 – 440.
- Natapoff, J. N. (1978). Children's views of health: A developmental study. *American Journal of Public Health, 68*(10), 995–1000.

- Nordenfelt, L. (2007). The concepts of health and illness revisited. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 10, 5–10.
- Normandeau, S., Kalnins, I., Jutras, S. & Hanigan, D., (1998). A description of 5 to 12 year old children's conception of health within the context of their daily life. *Psychology & Health*, 13, 883–896.
- Oakley, A., Bendelow, G., Barnes, J., Buchanan, M. & Nasseem Husain, O. A. (1995). Health and cancer prevention: knowledge and beliefs of children and young people. *British Medical Journal*, 310, 1029–1033.
- Onyango-Ouma, W., Aargaard-Hansen, J. & Jensen, B. B. (2004). Changing concepts of health and illness among children of primary school age in Western Kenya. *Health Education Research*, 19, 326–339.
- Perrin, E. C. & Gerrity, S. P. (1981). There's a Demon in Your Belly: Children's Understanding of Illness. *Pediatrics*, 67(6), 841-849.
- Picard, D., & Boulhais, M. (2011). Sex differences in expressive drawing. *Personality and Individual Differences*, 51, 850–855.
- Picard, D., & Gauthier, C. (2012). The development of expressive drawing abilities during childhood and into adolescence. *Child Development Research*, Article ID 925063.
- Picard, D., Brechet, C., & Baldy, R. (2007). Expressive strategies in drawing are related to age and topic. *Journal of Nonverbal Behavior*, 31, 243–257.
- Piko, B. F. & Bak, J. (2006). Children's perceptions of health and illness: images and lay concepts in preadolescence. *Health Education Research*, 21, 643–653.
- Piko, B. F. (1999). Teaching the mental and social aspects of medicine in Eastern Europe: role of the WHO definition of health. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 26(6), 435–438.
- Piko, B. F. (2007). Self-perceived health among adolescents: the role of gender and psychosocial factors. *European Journal of Pediatric*, 166(7), 701-708.
- Pluhar, Z. F., Piko, B. F., Kovacs, S. & Uzzoli, A. (2009). 'Air pollution is bad for my health': Hungarian children's knowledge of the role of environment in health and disease. *Health & Place*, 15, 239–246.
- Pridmore, P., Bendelow, G. (1995). Images of health: exploring beliefs of children using the 'draw-and-write' technique. *Health Education Journal*, 54, 473–488.

- Pridmore, P. and Lansdown, R. G. (1997) Exploring children's perceptions of health: does drawing really break down barriers? *Health Education Journal*, 56, 219-230.
- Reeve, S. & Bell, P. (2009). Children's self-documentation and understanding of the concepts 'healthy' and 'unhealthy'. *International Journal of Science Education*, 31(14), 1953- 1974.
- Reeve, S. & Bell, P. (2015). Children's Self-documentation and Understanding of the Concepts 'Healthy' and 'Unhealthy'. *International Journal of Science Education*, 31(14), 1953 - 1974.
- Richardson SA (1970): Age and sex differences in values toward physical handicaps. *Journal of Health & Social Behavior*, 11, 207-214.
- Rose, S. E., Jolley, R. P., & Charman, A. (2012). An investigation of the expressive and representational drawing development in National Curriculum, Steiner and Montessori schools. *Psychology of Aesthetics, Creativity and the Arts*, 6, 85–93.
- Rosenbaum, P. L., Armstrong, R. W. & King, S. M. (1986). Children's attitudes toward disabled peers: A self-report measure. *Journal of Pediatric Psychology*, 11, 517-530.
- Rosenbaum, P. L., Armstrong, R. W. & King, S. M. (1988). Determinants of children's attitudes toward disability: A review of evidence. *Children's Health Care*, 17, 32-39.
- Sayöl, M. (1996). Preschool children's understanding and drawing of facial expressions of emotions. *Türk Psikoloji Dergisi (Turkish Journal of Psychology)*, 11, 61–71.
- Sayöl, M. (1998). The development of emotional facial drawings in children. *C, ocuk ve Ergen Ruh Sagligi Dergisi (Journal of Child and Adolescence Mental Health)*, 4, 129–133.
- Shapiro, J. (1983). Family reactions and coping strategies in response to the physically ill of handicapped child: a review. *Social Science & Medicine*, 7(14), 913–31.
- Solomon, G. E. A. & Cassimatis, N. L. (1999). On facts and conceptual systems: young children's integration of their understandings of germs and contagion. *Developmental Psychology*, 35, 113–126.

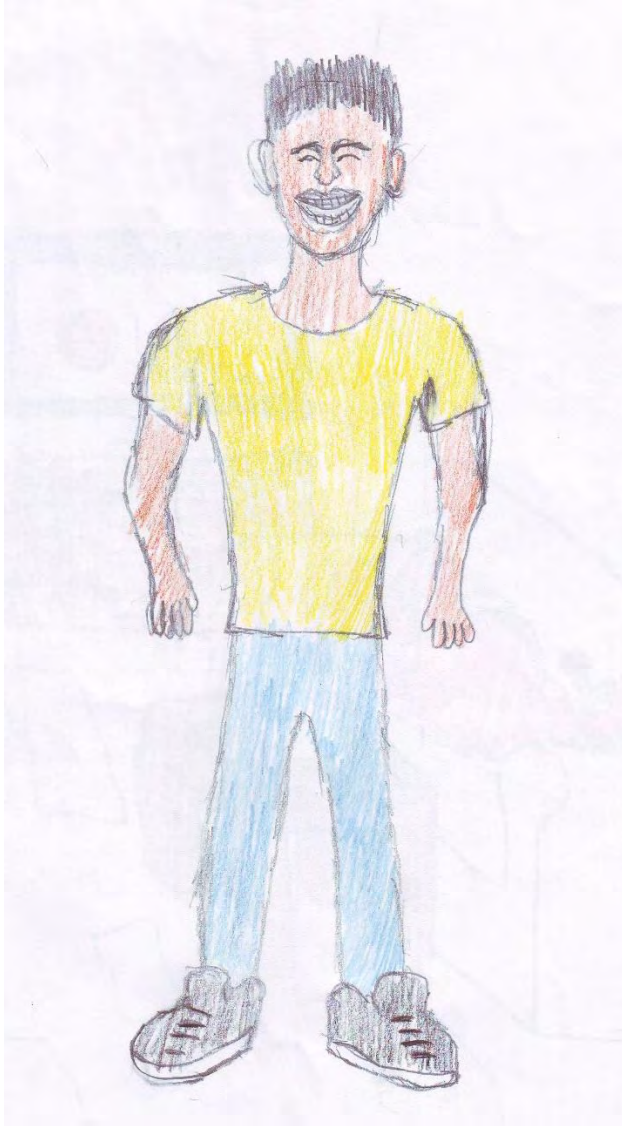
- Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A, Lorentz, D., (2008a). Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28, 199–228.
- Voeltz, I. M. (1980). Effects of structured interactions with severely handicapped peers on children's attitudes. *American Journal of Mental Deficiency*, 84, 455 - 464.
- Wieder, A., & Noller, P. A. (1950). Objective studies of children's drawings of human figures. *Part 1: Sex awareness and socioeconomic level. Journal of Clinical Psychology*, 6, 319–325.
- Williams, D. T., Wetton, N., & Moon, A. (1989). *A Way in: Five Key Areas of Health Education*. London: Health Education Authority.
- Winston, A. S., Kenyon, B., Stewardson, J., & Lepine, T. (1995). Children's sensitivity to expression of emotion in drawings. *Visual Art Research*, 21, 1–15.
- World Health Organisation (1946). Constitution. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organisation (1984). Health Promotion: A WHO Discussion on the Concept and Principles. Geneva: World Health Organisation.
- Youssef, M. M., Salah, E. M., Salem, S. M. E., et al. (2010). Concepts of health and illness in Egyptian children. *The Medical Journal of Cairo University*, 78(1), 77–84.
- Zaloudikova, I. (2010). Children's conceptions about health, illness, death and the anatomy of human body. *School and Health*, 21, 123–140.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**



## ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΣΧΕΔΙΩΝ

☞ Κυριολεκτικές εκφραστικές στρατηγικές (πρόσωπο)



Σχέδιο 1. Υγεία (Α 11,10)<sup>1</sup>



Σχέδιο 2. Ασθένεια (Κ 8,9)<sup>2</sup>

Σημείωση<sup>1,2</sup>: Στις παρενθέσεις με «Α», συμβολίζονται τα αγόρια και με «Κ», τα κορίτσια, ενώ δίπλα από αυτά καταγράφεται η ηλικία σε έτη και μήνες. Με «Ε», συμβολίζονται οι ενήλικες.

φ Εκφραστικές στρατηγικές περιεχομένου (πλαίσιο)



Σχέδιο 3. Υγεία (A 11,3)



Σχέδιο 4. Ασθένεια (E)

ϑ Αφηρημένες εκφραστικές στρατηγικές (χρώμα και γραμμή)



Σχέδιο 5,6,7. Σχέδιο αναφοράς, Υγεία και Ασθένεια (Κ 7,11)

φ Γραφικός δείκτης στάσης του σώματος



Σχέδιο 8. Υγεία (Κ 9)



Σχέδιο 9. Ασθένεια (Α 11,10)

ϑ Γραφικός δείκτης λεκτικών σχολίων



Σχέδιο 10. Υγεία (Κ 12,11)



Σχέδιο 11. Ασθένεια (Α 12,2)

⊗ Γραφικός δείκτης υγιεινούς / ανθυγιεινούς τροφής ή ουσιών



Σχέδιο 12. Υγεία (Κ 8,11)



Σχέδιο 13. Ασθένεια (Α 9,11)

φ Γραφικός δείκτης περιβάλλοντος

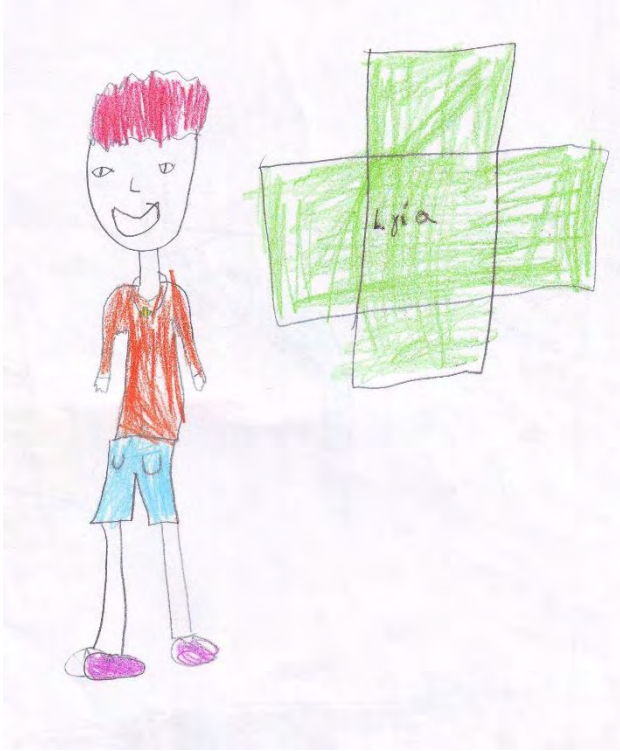


Σχέδιο 14. Υγεία (Α 6,9)



Σχέδιο 15. Ασθένεια (Α 9,1)

φ Γραφικός δείκτης ιατρικών στοιχείων



Σχέδιο 16. Υγεία (Κ 6,7)



Σχέδιο 17. Ασθένεια (Κ 5,8)



φ Γραφικός δείκτης γυμναστικής / παιχνιδιού



Σχέδιο 18. Υγεία (Α 11,8)



Σχέδιο 19. Υγεία (Α 9,1)

φ Γραφικός δείκτης συμπτωμάτων



Σχέδιο 20. Ασθένεια (Α 11,3)



Σχέδιο 21. Ασθένεια (Ε)



Σχέδιο 22. Ασθένεια (Κ 11,3)