



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ: ΤΥΠΙΚΗ, ΑΤΥΠΗ ΚΑΙ**  
**ΑΠΟ ΑΠΟΣΤΑΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ΣΥΜΒΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ Ε-ΜΟΡΦΕΣ)**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Μελέτη των απόψεων εκπαιδευτικών, σχολείων της Αττικής για τα  
προγράμματα Αγωγής Υγείας στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση**

**Μεταπτυχιακή φοιτήτρια : Σταματάκη Ιουλία (ΑΜ: 3032201601118)**

**Επιβλέπων Καθηγητής: Τζιμογιάννης Αθανάσιος**

**Τριμελής εξεταστική επιτροπή:**

Τζιμογιάννης Αθανάσιος, Καθηγητής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Δημόπουλος Κωνσταντίνος, Καθηγητής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Μπαγάκης Γεώργιος, Καθηγητής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Κόρινθος, 2018

**Ο ιδανικός δάσκαλος είναι εκείνος που γίνεται γέφυρα για να περάσει αντίπερα ο μαθητής του. Κι όταν πια του διευκολύνει το πέρασμα, αφήνεται χαρούμενα να γκρεμιστεί, ενθαρρύνοντας τον μαθητή να φτιάξει δικές του γέφυρες.**

Νίκος Καζαντζάκης

**Στον αγαπημένο μου σύντροφο Κώστα**

## Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη .....	8
Abstract .....	10
1 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο .....	11
Εισαγωγή.....	11
2 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο .....	14
Θεωρητικό πλαίσιο.....	14
2.1. Προαγωγή υγείας.....	14
2.1.1. Δημόσια Υγεία και Προαγωγή υγείας.....	14
2.1.2. Ιστορική αναδρομή της Προαγωγής Υγείας .....	17
2.1.3. Αγωγή Υγείας.....	18
2.1.4. Η σχέση της Αγωγής Υγείας με την Προαγωγή Υγείας.....	20
2.2. Η Προαγωγή υγείας στο σχολείο .....	21
2.2.1. Τα σχολεία προαγωγής υγείας.....	21
2.2.2. Χαρακτηριστικά σχολείων προαγωγής υγείας.....	23
2.2.3. Τα οφέλη του σχολείου προαγωγής υγείας .....	25
2.2.4. Το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Σχολείων Προαγωγής Υγείας .....	26
2.2.5. Οι δραστηριότητες της ΑΥ στα σχολεία Προαγωγής Υγείας .....	28
2.3. Σχολική Αγωγή Υγείας .....	30
2.3.1. Το σχολείο κατάλληλο περιβάλλον για ΑΥ.....	30
2.3.2. Προγράμματα Αγωγής Υγείας .....	32
2.3.3. Μέθοδοι διδασκαλίας Αγωγής Υγείας .....	34
2.3.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την υλοποίηση των προγραμμάτων ΑΥ.....	36
2.3.5. ΤΠΕ και Αγωγή Υγείας στο σχολείο .....	38
2.4. Εκπαιδευτικοί και ΑΥ .....	45
2.4.1. Ο ρόλος των εκπαιδευτικών στην ΑΥ.....	45
2.4.2. Προσόντα εκπαιδευτικών που υλοποιούν προγράμματα ΑΥ .....	47
2.4.3. Η ανάγκη επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών στην ΑΥ.....	49
2.5. Η Αγωγή Υγείας στην Ελληνική Εκπαίδευση .....	50
2.5.1. Η εξέλιξη της ΑΥ στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση .....	50
2.5.2. Σχεδιασμός και υλοποίηση ΠΑΥ στην Π/βάθμια Εκπαίδευση.....	53

2.5.3.Θεματολογία προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.....	57
2.5.4.Προβλήματα για την ανάπτυξη ΑΥ στην Ελλάδα .....	60
2.5.5.Η ετοιμότητα-κατάρτιση των εκπαιδευτικών.....	64
3 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο .....	67
Βιβλιογραφική επισκόπηση .....	67
3.1.Εισαγωγή.....	67
3.2.Έρευνες για τις απόψεις Διευθυντών σχολείων για τα προγράμματα ΑΥ.....	68
3.3.Έρευνες για τις απόψεις εκπαιδευτικών για το ρόλο τους στην ΑΥ.....	71
3.4.Έρευνες για την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών-ανάγκη επιμόρφωσης.....	74
3.5.Έρευνες για τις μεθόδους διδασκαλίας ΑΥ .....	75
3.6.Έρευνες για τους παράγοντες που επηρεάζουν την υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ .....	77
4 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο.....	83
Μεθοδολογία της έρευνας .....	83
4.1.Αναγκαιότητα της έρευνας.....	83
4.2.Σκοπός της έρευνας.....	84
4.3.Ερευνητικά ερωτήματα .....	84
4.4.Μέθοδος έρευνας-Ποσοτική .....	85
4.5.Εργαλεία έρευνας-Σχεδιασμός ερωτηματολογίου .....	85
4.6.Μέθοδος δειγματοληψίας και διαδικασία συλλογής και ανάλυσης δεδομένων	88
4.7.Πληθυσμός Μελέτης-Δημογραφικά χαρακτηριστικά .....	89
5 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο .....	92
Αποτελέσματα.....	92
5.1.Περιγραφική παρουσίαση-ανάλυση αποτελεσμάτων .....	92
5.1.1.Υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ και επιμόρφωση στον πληθυσμό του δείγματος .....	92
5.1.2.Απόψεις των εκπαιδευτικών για την ΑΥ στα σχολεία .....	94
5.2.Διαφοροποιήσεις των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους.....	102
5.2.1.Σπουδαιότητα ΑΥ στα σχολεία .....	102
5.2.2.Αντιλήψεις για τα παιδαγωγικά χαρακτηριστικά των προγραμμάτων ΑΥ	102
5.2.3.Εμπόδια υλοποίησης προγραμμάτων ΑΥ .....	104
5.2.4.Προϋποθέσεις υλοποίησης προγραμμάτων ΑΥ .....	116

5.2.5.Κίνητρα υλοποίησης προγραμμάτων ΑΥ .....	116
6 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο.....	119
Συμπεράσματα-προτάσεις.....	119
6.1.Συμπεράσματα-συζήτηση .....	119
6.2.Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για περαιτέρω μελέτη .....	125
Βιβλιογραφία .....	126
Παράρτημα.....	138

## **Πίνακας Συντομογραφιών**

**ΠΟΥ:** Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

**WHO:** World Health Organization

**ΔΕΠΠΣ:** Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών

**ΑΠΣ :** Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών

**ΑΥ:** Αγωγή Υγείας

**ΥΠ.ΠΕΘ:** Υπουργείο Παιδείας Έρευνας και Θρησκευμάτων

**HP :** Health Promotion

**HE:** Health Education

**IUHPE:** International Union for Health Promotion and Education

**HPS:** Health Promoting Schools (Ευρώπη)

**CSH :** Comprehensive School Health ( ΗΠΑ)

**ΣΠΥ:** Σχολεία Προαγωγής Υγείας

**ENHPS:** European Network of Health Promoting Schools

**Unesco:** United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

**ΟΗΕ:** Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

**ΤΠΕ:** Τεχνολογίες Πληροφορίας και Επικοινωνιών

**Η/Υ:** Ηλεκτρονικός Υπολογιστής

**ISHN:** International School Health Network

**SHE:** Schools for Health in Europe

**Π.Τ.Δ.Ε:** Παιδαγωγικά Τμήματα Δημοτικής Εκπαίδευσης

**ΠΑΥ :** Προγράμματα Αγωγής Υγείας

## Περίληψη

Τα προγράμματα ΑΥ στο σχολείο, έχουν στόχο την πρόληψη και τη δημιουργία θετικών συμπεριφορών και κριτικής σκέψης πάνω σε θέματα που αφορούν την υγεία των μαθητών. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι απόψεις των δασκάλων και των εκπαιδευτικών ειδικοτήτων, για τα προγράμματα Αγωγής Υγείας στα Δημοτικά σχολεία της Αττικής, μέσω ποσοτικής έρευνας με ερωτηματολόγιο σε δείγμα 217 εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης όλων των ειδικοτήτων. Έγινε περαιτέρω στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων με βάση τα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά (ειδικότητα, προϋπηρεσία, επίπεδο σπουδών) των εκπαιδευτικών. Στο δείγμα των εκπαιδευτικών που μελετήθηκε διαπιστώθηκε θετική στάση και πρόθεση στην υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ η οποία σχετίζεται με προηγούμενη επιμόρφωσή τους στο συγκεκριμένο αντικείμενο. Θεωρούν ιδιαίτερα σημαντικό για τους μαθητές την απόκτηση γνώσεων και θετικών στάσεων και συμπεριφορών όσον αφορά την υγεία και δηλώνουν ότι η προσφορά στους μαθητές και το προσωπικό τους ενδιαφέρον αποτελούν τα κυριότερα κίνητρα για την εμπλοκή τους σε προγράμματα ΑΥ. Σημαντική μερίδα των εκπαιδευτικών αναγνωρίζει την ανάγκη διαθεματικής προσέγγισης των προγραμμάτων ΑΥ και την διασύνδεσή τους με την κοινότητα και την οικογένεια. Επίσης αναγνωρίζουν τη χρησιμότητα των νεότερων διδακτικών μεθόδων και ΤΠΕ στη διαδικασία μάθησης ΑΥ, παρά την έλλειψη κατάρτισής τους σε αυτές. Οι εκπαιδευτικοί, ιδιαίτερα οι νεότεροι, σε σημαντικό ποσοστό δηλώνουν ότι δεν έχουν επαρκείς γνώσεις και εμπειρία για να υλοποιήσουν προγράμματα ΑΥ, θεωρώντας απαραίτητο την προετοιμασία τους με επιμορφωτικά σεμινάρια. Η έλλειψη υλικοτεχνικών υποδομών του σχολείου και η γραφειοκρατική διαδικασία που απαιτείται για την υλοποίηση ενός προγράμματος ΑΥ αναγνωρίζονται ως σημαντικά εμπόδια. Επίσης απαραίτητη προϋπόθεση για την υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ θεωρούνται, η υποστήριξη από τον Υπεύθυνο ΑΥ, από τον Διευθυντή του σχολείου και η ύπαρξη κατάλληλης πολιτικής του σχολείου. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων με βάση τα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά ανάδειξαν μια σχετική διαφοροποίηση των απόψεων, η οποία αφορούσε τους νεότερους εκπαιδευτικούς (στην πλειοψηφία αναπληρωτές - εκπαιδευτικοί ειδικοτήτων), οι οποίοι δηλώνουν σε υψηλότερο ποσοστό, ελλείψεις στην κατάρτισή



τους και δυσκολίες λόγω γραφειοκρατικών διαδικασιών- ελλείψεις υποδομής σχολείων, αλλά συγχρόνως προθυμία για χρήση νεότερων παιδαγωγικών μεθόδων και ΤΠΕ.

**Λέξεις κλειδιά:** Αγωγή Υγείας, Προαγωγή υγείας, προγράμματα Αγωγής Υγείας, ρόλος εκπαιδευτικών.

## **Abstract**

School Health Education (HE) programs aim at preventing and creating positive attitudes and critical thinking on issues related to student health. The purpose of this research was to investigate the perceptions of teachers and educational specialists on health education programs in primary schools in Attica through a quantitative survey with a sample of 217 teachers of all specialties. Further statistical analysis of the results was made on the basis of the demographic and other characteristics (specialty, years of past service, level of education) of teachers. In the sample of teachers studied, there was a positive attitude and intent in the implementation of HE programs related to their prior training in that particular subject. They consider it particularly important for students to acquire knowledge and positive attitudes and behaviors regarding health and state that offering to pupils and their personal interest are the principal incentives for them to engage in HE programs. An important part of teachers recognizes the need for a interdisciplinary approach to HE programs and their interconnection with the community and the family. They also recognize the usefulness of newer teaching methods and information and communication technology (ICT) in the learning process, despite their training shortcomings in these subjects. Teachers, especially the younger ones, in a significant percentage state that they do not have sufficient knowledge and experience to implement HE programs, considering it necessary to prepare them through training seminars. The lack of school's logistical infrastructure and the bureaucratic process required to implement an HE program are recognized as the main obstacles. They also consider that the support of the HE Manager and the school Principals, as also as the appropriate school policy are necessary preconditions for the implementation of school HE programs. Analysis of results based on demographic and other characteristics showed a relative diversity of views, which concerned younger educators (mostly substitutes - educational specialists), who stated in a higher percentage, shortcomings in their training and difficulties due to bureaucratic procedures - school shortages, but at the same time willingness to use newer pedagogical methods and ICT.

**Key words:** Health Education, Health Promotion, Health Education Programs, Teacher Role.

## 1<sup>ο</sup> Κεφάλαιο

### Εισαγωγή

Τις τελευταίες δεκαετίες ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην Αγωγή και Προαγωγή Υγείας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ανθρώπου. Διεθνείς οργανισμοί όπως ο ΠΟΥ, το Συμβούλιο της Ευρώπης και η Ευρωπαϊκή Κοινότητα αναγνωρίζουν την συμβολή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας για την βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και του περιβάλλοντος. Τα προγράμματα αυτά δεν περιορίζονται στην απλή μετάδοση γνώσεων αλλά συμβάλλουν στην ενίσχυση της προσωπικότητας του ατόμου και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για τη λήψη αποφάσεων που αφορούν θέματα υγείας.

Σκοπός της Αγωγής Υγείας στα σχολεία είναι η προάσπιση, η βελτίωση και η προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας και της κοινωνικής ευεξίας των μαθητών, αφενός με την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων και της κριτικής τους σκέψης, αφετέρου με την αναβάθμιση του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντός τους. Επίσης συμβάλλει στην μείωση της σχολικής αποτυχίας και της πρόωρης εγκατάλειψης της υποχρεωτικής εκπαίδευσης και στην πρόληψη του αποκλεισμού των νεαρών ατόμων από την κοινωνία και την αγορά εργασίας (όπως αναφέρεται στο [ΦΕΚ 304B/13-3-2003](#) ΔΕΠΠΣ-ΑΠΣ για την Αγωγή Υγείας).

Η παιδική και η εφηβική ηλικία θεωρείται η πλέον κατάλληλη ηλικία για την υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών και στάσεων. Για το λόγο αυτό τα σχολεία αποτελούν προνομιακό χώρο για την εμπέδωση και εφαρμογή της Αγωγής Υγείας και της Προαγωγής Υγείας με στόχο τη βελτίωση και την προστασία της υγείας των πολιτών. Τα τελευταία χρόνια οι διεθνείς οργανισμοί και οι κυβερνήσεις προτρέπουν τις χώρες να αναπτύξουν δράσεις με προγράμματα ΑΥ στα σχολεία, υπογραμμίζοντας τον σημαντικό τους ρόλο. Το σχολείο και η οικογένεια αποτελούν τους σημαντικότερους φορείς διαπαιδαγώγησης για την υιοθέτηση θετικών στάσεων, οι οποίες θα τους επηρεάσουν στην μετέπειτα ζωή.

Παράλληλα η Αγωγή Υγείας στα σχολεία είναι μία κατεξοχήν διαθεματική δραστηριότητα, η οποία συμβάλλει στην αναβάθμιση της σχολικής ζωής και στη

σύνδεση του σχολείου με την κοινωνική πραγματικότητα. Για την επιτυχία των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας εφαρμόζονται μέθοδοι ενεργητικής και βιωματικής μάθησης με αποτέλεσμα την αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς των μαθητών που σκοπό έχει την ενίσχυση της υπευθυνότητας, της αυτοεκτίμησης, της αυτοπεποίθησης, της προσωπικότητας και της ικανότητας του μαθητή για την υιοθέτηση θετικών στάσεων και συμπεριφορών.

Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων ΑΥ στα σχολεία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως η διασύνδεση με κοινωνικούς φορείς (υγειονομικούς, πανεπιστήμια κ.α.), η συνεργασία με την οικογένεια, η οργανωτική και υλικοτεχνική υποστήριξη από το υπουργείο . Καθοριστικότερος όμως όλων θεωρείται ο ρόλος των εκπαιδευτικών ως κύριος φορέας διαπαιδαγώγησης στη σχολική ηλικία. Ειδικότερα στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα όπου δεν υπάρχει καθορισμένο πλαίσιο μέσα στο ωρολόγιο πρόγραμμα η υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ είναι περιορισμένη και εξαρτάται από την πρωτοβουλία των εκπαιδευτικών.

Το ΥΠ.ΠΕΘ σε συνεργασία με εξωτερικούς φορείς οργανώνει προγράμματα Αγωγής Υγείας με σκοπό την πρόληψη και Προαγωγή της Υγείας μαθητών. Επίσης οι εκπαιδευτικοί σε συνεργασία με τους υπεύθυνους Αγωγής Υγείας των εκάστοτε διευθύνσεων οργανώνουν κάθε χρόνο προγράμματα Αγωγής Υγείας.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιάσει τις απόψεις των εκπαιδευτικών δημοτικών σχολείων της Αττικής για την σπουδαιότητα και συνεισφορά των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στην εκπαιδευτική διαδικασία στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, τις προϋποθέσεις και τα εμπόδια υλοποίησης αυτών των προγραμμάτων, όπως και τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τα επιθυμητά παιδαγωγικά χαρακτηριστικά αυτών. Επίσης η περεταίρω ανάλυση των χαρακτηριστικών των εκπαιδευτικών τα οποία διαφοροποιούν τις παραπάνω αντιλήψεις τους σε σχέση με τα προγράμματα Αγωγής Υγείας.

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη το θεωρητικό μέρος και το ειδικό-ερευνητικό μέρος.

Αρχικά στο θεωρητικό μέρος αποσαφηνίζονται οι όροι της αγωγής υγείας και της προαγωγής υγείας και της σχέσης μεταξύ τους. Στη συνέχεια γίνεται μια

ιστορική αναδρομή της Προαγωγής Υγείας γενικά και ειδικά στον Ελλαδικό χώρο. Έπειτα παρουσιάζεται ο ρόλος που έχουν τα προγράμματα Αγωγής Υγείας στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, ο ρόλος των εκπαιδευτικών και η ανάγκη ένταξης της ΑΥ στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση. Το θεωρητικό μέρος ολοκληρώνεται με την παρουσίαση των δεδομένων από την βιβλιογραφική επισκόπηση.

Στο ερευνητικό μέρος αρχικά παρουσιάζεται η ταυτότητα της έρευνας και τα μεθοδολογικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν. Στην συνέχεια αναφέρονται τα αποτελέσματα σε δύο μέρη. Στο πρώτο γίνεται περιγραφικά παρουσίαση-ανάλυση και στο δεύτερο στατιστική ανάλυση των κυριότερων ευρημάτων της έρευνας. Στη συνέχεια αναφέρονται κριτικά τα αποτελέσματα της μελέτης συγκρινόμενα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Τέλος στο παράρτημα παρατίθενται το ερωτηματολόγιο και ορισμένα διαγράμματα.

## 2<sup>ο</sup> Κεφάλαιο

### Θεωρητικό πλαίσιο

#### 2.1. Προαγωγή υγείας

##### 2.1.1 Δημόσια Υγεία και Προαγωγή υγείας

Ένα από τα πολυτιμότερα αγαθά του ανθρώπου είναι η υγεία. Ο ΠΟΥ κατά την ίδρυσή του το 1948, όρισε την υγεία ως « η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (WHO, 1948:16). Με τον ορισμό αυτό ο ΠΟΥ προσδιορίζει την υγεία με όρους ολιστικούς, αναγνωρίζοντας εκτός από τη σωματική, την ψυχική και κοινωνική διάσταση της. Προσπάθησε να αποσαφηνίσει τις έννοιες αυτές, εκτιμώντας ότι η αρνητική υγεία μπορεί να εκδηλωθεί με διαταραχές παροδικές ή στατικές οι οποίες αφορούν όχι μόνο το οργανικό επίπεδο αλλά το λειτουργικό και το κοινωνικό επίπεδο.

Η ζωή και η υγεία δεν είναι έννοιες στατικές αλλά μεταβαλλόμενες μέσα στο χρόνο, ανάλογα με πολιτισμικές, περιβαλλοντικές, βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πνευματικές προεκτάσεις. Υπό αυτήν την έννοια και ο άνθρωπος δεν μπορεί να βρίσκεται σε συνεχή πλήρη ευεξία, άρα η υγεία του μεταβάλλεται επηρεασμένη από διάφορους παράγοντες.

Με την πρόοδο της επιστημονικής έρευνας αναγνωρίστηκαν οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν , θετικά ή αρνητικά, αλληλεπιδρώντας μεταξύ τους , την υγεία και για να κατανοηθούν ευκολότερα μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

- 1.Τρόπος ζωής: η διατροφή, η φυσική άσκηση, η κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση καπνού και ναρκωτικών.
- 2.Βιολογικοί παράγοντες: το φύλο, η ηλικία ,τα κληρονομικά χαρακτηριστικά.
- 3.Περιβαλλοντικοί παράγοντες : που σχετίζονται με το οικοσύστημα.
- 4.Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες : η εκπαίδευση, η φτώχεια, η εργασία, οι οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες, ο κοινωνικός αποκλεισμός, οι συνθήκες διαβίωσης ( WHO,2002).

Στη σημερινή εποχή τα περισσότερα προβλήματα υγείας σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον π.χ. τα καρδιαγγειακά νοσήματα

και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 έχουν προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου την κακή διατροφή, την παχυσαρκία, την έλλειψη σωματικής άσκησης, το κάπνισμα, παράγοντες που είναι συνδεδεμένοι με καθημερινές συνήθειες. Τις τελευταίες δεκαετίες τα συστήματα υγείας άρχισαν να υιοθετούν πολιτικές υγείας όπως η πρόληψη, η προαγωγή υγείας, η προστασία της υγείας και η ορθή διαχείριση των παραγόντων κινδύνου.

Στενά συνδεδεμένη έννοια με την ανάπτυξη και την προαγωγή υγείας είναι η έννοια της Δημόσιας υγείας. Το 1998 στην Αγγλία ο Acheson επαναδιατύπωσε τον ορισμό της Δημόσιας Υγείας ως εξής: *«Δημόσια Υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη να προλαμβάνεται η νόσος, να προάγεται η υγεία και να επιμηκύνεται η ζωή μέσα από οργανωμένη προσπάθεια της κοινωνίας»* ( Acheson, 1998).

Οι ειδικοί που ασχολούνται με την Δημόσια υγεία, στηριζόμενοι σε γνώσεις από έρευνες, κυρίως της ιατρικής, της επιδημιολογίας και των κοινωνικών επιστημών αξιολογούν και προτείνουν μέτρα, ένα από τα σημαντικότερα εκ των οποίων θεωρείται η αγωγή υγείας, με σκοπό την προάσπιση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

Με βάση την ανάπτυξη του ολιστικού μοντέλου, εμφανίζεται μια νέα αντίληψη για την υγεία, η έννοια της προαγωγής υγείας. Η ισορροπία μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία, αποτελεί τη βασική ιδέα της προαγωγής υγείας, δεδομένου ότι οι παράγοντες της υγείας που ενεργούν ως εξωτερικές δυνάμεις συνιστούν έναν από τους κύριους τομείς παρεμβάσεων της προαγωγής υγείας (Tountas,2009). Στο ολιστικό μοντέλο της υγείας, διαρθρωτικοί παράγοντες (οικονομικοί, κοινωνικοί και πολιτικοί), περιβαλλοντικοί και οικολογικοί είναι ικανοί να αλλοιώσουν τη συνολική κατάσταση της ευεξίας (φυσική, διανοητική και κοινωνική).

Διεθνείς οργανισμοί όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η Ευρωπαϊκή Ένωση και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, συνέβαλαν ουσιαστικά στην ανάπτυξη της Προαγωγής Υγείας και έθεσαν πολιτικό στόχο την ανάδειξή της.

Ο όρος "Προαγωγή Υγείας" χρησιμοποιήθηκε επίσημα στην Ευρώπη το 1981 από τον ΠΟΥ που έθεσε σαν στρατηγική επιδίωξη το «Υγεία για όλους» (Health For All by the year 2000-HFA 2000). Βασικός στόχος για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ήταν ο αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας, η πρόληψη

και αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, καθώς και η διαμόρφωση υγιών στάσεων και συμπεριφορών.

Προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι αυτοί ο ΠΟΥ θεσμοθέτησε με την διακήρυξη της Οττάβα το 1986 την πολιτική της Προαγωγής Υγείας (Health Promotion).

Στον χάρτη της Οττάβα καθορίστηκε η έννοια της Προαγωγής Υγείας ως η διαδικασία με την οποία τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο της υγείας τους και να την βελτιώσουν δρώντας προληπτικά (WHO, 1986).

Οι στόχοι που τέθηκαν ήταν οι εξής:

Η αναβάθμιση των οικονομικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία.

Η υιοθέτηση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών.

Η προστασία της υγείας του ανθρώπου και του περιβάλλοντος από καθετί που το απειλεί.

Η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία.

Η εξασφάλιση καθολικής πρόσβασης του συνόλου του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας (WHO,1986).

Ο ορισμός που δόθηκε από τον ΠΟΥ για την Προαγωγή Υγείας κινείται πέρα από το ατομικό σε ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών και περιβαλλοντολογικών παρεμβάσεων. Διαπιστώνουμε ότι η Προαγωγή Υγείας έχει σκοπό να ενισχύσει τις ικανότητες των ατόμων αλλά στοχεύει επίσης στην αλλαγή της κοινωνικής, περιβαλλοντικής και οικονομικής κατάστασης παίρνοντας μέτρα ώστε να μειωθούν τα αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία των ατόμων και στη δημόσια υγεία. Η αναβάθμιση των οικονομικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία προϋποθέτει μια σειρά δράσεων με την συνεργασία των υπηρεσιών υγείας αλλά και άλλων φορέων. Η προαγωγή υγείας αποτελεί ευρύτερη δραστηριότητα στο χώρο της υγείας και της κοινωνίας, όπου όλοι οι επαγγελματίες υγείας, οι κοινωνικοί επιστήμονες, οι περιβαλλοντολόγοι, οι εκπαιδευτικοί διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξή της (Τούντας,2001).



### 2.1.2. Ιστορική αναδρομή της Προαγωγής Υγείας

Οι ρίζες της Προαγωγής Υγείας τοποθετούνται στο 19<sup>ο</sup> αιώνα όταν η εμφάνιση των επιδημιών πίεζε για μια μεταρρύθμιση της υγείας στις βιομηχανικές πόλεις (Naidoo & Wills, 2000) οπ. αναφ. στο Φρουντά 2014α.

Ο Καναδάς έχει παίξει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της προαγωγής υγείας. Ο όρος προαγωγή υγείας αναφέρθηκε επίσημα για πρώτη φορά από το Υπουργείο Υγείας του Καναδά το 1974 σε έκθεση, γνωστή ως έκθεση Lalonde, με τίτλο «Μια νέα αντίληψη της υγείας των Καναδών». Στην έκθεση αυτήν η οποία αποτελεί ορόσημο για την προαγωγή υγείας η Κυβέρνηση του Καναδά προτίθετο να πάρει μέτρα για να επιτύχει τους εξής στόχους: α) τη μείωση των κινδύνων ψυχικής και σωματικής υγείας και β) τη βελτίωση της προσβασιμότητας στην καλή ψυχική και σωματική υγεία. Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων πρότεινε πέντε στρατηγικές:

Η πρώτη είναι «η στρατηγική για την προαγωγή υγείας με στόχο την ενημέρωση η οποία θα επηρεάσει και θα βοηθήσει τα άτομα και τους οργανισμούς να αναλάβουν περισσότερη ευθύνη και δράση σε θέματα που επιδρούν στη ψυχική και σωματική υγεία » ([Εκθεση lalonde](#): “A New Prespective on the Health of Canadians” Ottawa, April 1974, page 6 και 18).

Για την στρατηγική αυτή, αναφέρονται στην έκθεση 74 στρατηγικές δράσης

Αυτές που αφορούν την εκπαίδευση είναι οι εξής :

(3) «Εκπαιδευτικές εκστρατείες για μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση ως προς τη σοβαρότητα και τα βαθύτερα αίτια των τροχαίων ατυχημάτων , των θανάτων και των τραυματισμών.

(7) Ενημερωτικές εκστρατείες για την αύξηση της ευαισθητοποίησης του κοινού σε προβλήματα υγείας που οφείλονται στην κατάχρηση του αλκοόλ, τα ναρκωτικά, τον καπνό και τα αφροδίσια νοσήματα.

(10) Προώθηση και συντονισμό του σχολείου και της εκπαίδευσης των ενηλίκων για προγράμματα υγείας ιδιαίτερα από τους επαγγελματίες υγείας και τους εκπαιδευτικούς του σχολείου.

(13) Στήριξη του εκπαιδευτικού συστήματος για αύξηση των ευκαιριών που παρέχονται στην πλειονότητα της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας

εκπαίδευσης, στα κολλέγια και τα πανεπιστήμια» ([Εκθεση Lalonde](#): “A New Perspective on the Health of Canadians” Ottawa, April 1974, page 67- 70) .

Στην πορεία του χρόνου διαπιστώνουμε ότι την δεκαετία του '70 η έμφαση για την υγεία δόθηκε στον τρόπο ζωής και στην πρόληψη, την δεκαετία του '80 η υγεία καθορίστηκε μέσα σε ένα δίκτυο πλαισίων που συμπεριλαμβάνουν το χώρο της εργασίας, του σχολείου, την κοινότητα, την οικογένεια, την κοινωνία και την αλληλεπίδρασή τους (Φρουντά, 2014β).

Το 1981 ο όρος χρησιμοποιήθηκε επίσημα για πρώτη φορά στην Ευρώπη, όπου οι Ευρωπαίοι Υπουργοί Υγείας συζήτησαν την ανάγκη επαναπροσδιορισμού της Δημόσιας Υγείας, ώστε να περιλαμβάνει περισσότερους παράγοντες που συμβάλλουν στη βελτίωση της υγείας. Τον Ιανουάριο του 1984 το γραφείο του ΠΟΥ στην Ευρώπη καθιέρωσε ένα νέο πρόγραμμα προαγωγής της υγείας με την υποστήριξη των κρατών-μελών. Στο πρόγραμμα αυτό οι ομάδες εργασίας συζήτησαν την ανάγκη αλλαγής του τρόπου ζωής και των συνθηκών διαβίωσης προκειμένου να προωθηθεί η υγεία. Η έννοια της υγείας συνδέθηκε με το περιβάλλον του ανθρώπου.

Το 1986 διατυπώθηκε μια έκθεση ορόσημο από το Υπουργείο Υγείας του Καναδά με τίτλο «Υγεία για όλους: Ένα πλαίσιο για την προαγωγή της υγείας». Στην έκθεση αυτή γνωστή ως χάρτης της Οττάβα καθορίστηκε η έννοια της προαγωγής υγείας ως «η διαδικασία με την οποία τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο της υγείας τους και να την βελτιώσουν δρώντας προληπτικά» (WHO, 1986).

### **2.1.3. Αγωγή Υγείας**

Ο ορισμός που έγινε αποδεκτός από τα κράτη- μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι ότι η Αγωγή Υγείας είναι μια διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης, που δίνουν τη δυνατότητα στους ανθρώπους, όταν λειτουργούν ως άτομα ή ως σύνολα, να αποφασίζουν και να ενεργούν συνειδητά για θέματα που επηρεάζουν την υγεία τους<sup>1</sup> (Σώκου,1999).

Το επίσημο γλωσσάρι του ΠΟΥ περιλαμβάνει τον αναθεωρημένο από το 1998 ορισμό της Αγωγής Υγείας, σύμφωνα με τον οποίο «η αγωγή υγείας περιλαμβάνει τις

---

<sup>1</sup> Ευρωπαϊκή Ένωση, Συμπόσιο στο Λουξεμβούργο, 1986

*συνειδητά κατασκευασμένες ευκαιρίες για μάθηση μέσα από κάποια μορφή επικοινωνίας με σκοπό να βελτιώσει τη βασική εκπαίδευση για την υγεία συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης ,της γνώσης και της ανάπτυξης των δεξιοτήτων ζωής, οι οποίες συμβάλλουν στην προσωπική και κοινοτική υγεία» (WHO,1998a :4).*

Διαπιστώνουμε ότι η αγωγή υγείας αποτελεί συγκροτημένη εκπαιδευτική δραστηριότητα που δεν περιορίζεται μόνο στη μετάδοση πληροφοριών αλλά στοχεύει στη καλλιέργεια κινήτρων και δεξιοτήτων, προκειμένου να βελτιωθεί η υγεία. Η αγωγή υγείας απευθύνεται σε ευρύτερο κοινό και οργανώνεται από κυβερνητικούς οργανισμούς, επιστημονικές οργανώσεις και μέσα μαζικής ενημέρωσης. Τα πεδία που καλύπτει είναι η περιβαλλοντική υγεία ,η φυσική υγεία, η κοινωνική υγεία, η συναισθηματική υγεία, η διανοητική υγεία και η πνευματική υγεία. Θα μπορούσε να εφαρμοστεί σε οποιοδήποτε χώρο, εργοστάσια, νοσοκομεία, σχολεία κλπ.

Η Αγωγή Υγείας περιλαμβάνει ένα πρόγραμμα που επιτρέπει στους πολίτες να αποκτήσουν αυτονομία για την υγεία τους και παράλληλα τους δίνει κατευθύνσεις για να κάνουν ελεύθερες και υπεύθυνες επιλογές σε θέματα που σχετίζονται με την υγεία. Γενικά μπορούν να χωριστούν σε δύο ομάδες: 1) η πρώτη αφορά την πρόληψη της συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου και 2) η δεύτερη περιλαμβάνει τη φροντίδα του εαυτού του και των άλλων.

1) Στην πρώτη ομάδα περιλαμβάνονται η αποφυγή χρήσης νόμιμων ή παράνομων ψυχοτρόπων ουσιών (αλκοόλ, ναρκωτικά, κάπνισμα κ.α.), επικίνδυνης συμπεριφοράς στα σπορ ή/και στον δρόμο, άσκησης βίας έναντι του ίδιου του εαυτού ή άλλων, υψηλού κινδύνου σεξουαλικής συμπεριφοράς.

2) Στην δεύτερη περιλαμβάνονται η διατροφή, η φυσική άσκηση, η υγιεινή, οι κανόνες ασφάλειας στο περιβάλλον, η εκμάθηση πρώτων βοηθειών , η χρήση του υγειονομικού συστήματος και η τήρηση προληπτικών μεθόδων-εξετάσεων για συγκεκριμένα νοσήματα (Jourdan,2011a).

#### 2.1.4. Η σχέση της αγωγής υγείας με την προαγωγή υγείας

Στην καθημερινή ζωή διαπιστώνουμε ότι όπως αναφέρεται και στην ιστοσελίδα του ΠΟΥ ο όρος προαγωγή υγείας ([HP-Health promotion](#)) ήταν, και εξακολουθεί και σήμερα μερικές φορές να χρησιμοποιείται ως ισοδύναμος με την αγωγή υγείας (HE-Health Education).

Σύμφωνα με τη Διεθνή Ένωση για την Προαγωγή Υγείας και την Εκπαίδευση ([IUHPE](#)) η ΑΥ αποτελεί ένα μέρος εκ των τριών παραμέτρων της Προαγωγής Υγείας η οποία περιλαμβάνει επίσης τις πολιτικές υγείας που έχουν δεσμευτεί να βελτιώσουν την υγεία και την ευημερία των ανθρώπων μέσω της εκπαίδευσης και τις κοινοτικές δράσεις και την ανάπτυξη υγιούς δημόσιας πολιτικής.

Η αγωγή υγείας στο πλαίσιο αυτό έχει να διαδραματίσει ένα σημαντικό ρόλο, ως μέρος μιας ευρύτερης στρατηγικής για την προαγωγή της υγείας.

Η ΑΥ στοχεύει στο άτομο ή και στο περιβάλλον ή και στην κοινωνία με στόχο την ανάπτυξη και την υπευθυνότητα του ανθρώπου, τη τροποποίηση συμπεριφορών, τη χρησιμοποίηση των υγειονομικών υπηρεσιών, την κοινωνική και πολιτική αλλαγή. Αποτελεί συγχρόνως μια συνιστώσα των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, της προαγωγής της υγείας, βάζοντας τα θεμέλια της πρόληψης.

Η αγωγή υγείας και η προαγωγή υγείας συνδέονται στενά. Η προαγωγή υγείας βασίζεται στην ενεργό συμμετοχή των ανθρώπων με στόχο την αλλαγή και η Αγωγή Υγείας αποτελεί το εργαλείο σε αυτή τη διαδικασία. Η σχέση της Αγωγής Υγείας με την Προαγωγή Υγείας θα μπορούσε να εκφραστεί με τον παρακάτω τύπο:

Προαγωγή υγείας = αγωγή υγείας × «υγιή» δημόσια πολιτική (Weare, 2002).

Η αποτελεσματική αγωγή υγείας μπορεί, επομένως, να παράγει αλλαγές στη γνώση και την κατανόηση ή στους τρόπους σκέψης, να επηρεάσει αξίες, να επιφέρει κάποια μετατόπιση στην πεποίθηση ή τη στάση, να διευκολύνει την απόκτηση δεξιοτήτων, να πραγματοποιήσει τις αλλαγές στη συμπεριφορά ή τον τρόπο ζωής.

Συνεπώς η αγωγή υγείας και κατ' επέκταση η προαγωγή της υγείας είναι μια συνεχής και επαναλαμβανόμενη διαδικασία που διαρκεί μέσα στο χρόνο, σε κάθε στάδιο ανάπτυξης και εξέλιξης του ανθρώπου. Συμβάλλει στη διαμόρφωση της ανθρώπινης προσωπικότητας, την ομαλή κοινωνικοποίηση, την πλήρη ένταξη στο φυσικό περιβάλλον και γενικώς στη διατήρηση μιας ζωής γεμάτης υγεία.

## **2.2 Η προαγωγή υγείας στο σχολείο**

### **2.2.1. Τα σχολεία προαγωγής υγείας**

Ο χώρος του σχολείου θεωρείται από τη δεκαετία του '50 ως ένας από τους πλέον ενδεδειγμένους χώρους για την εφαρμογή των αρχών της Προαγωγής Υγείας, αφενός γιατί επιτρέπει την προσέγγιση ενός πολύ σημαντικού πληθυσμού όπως τα παιδιά και οι έφηβοι και αφετέρου λόγω του μεγάλου χρονικού διαστήματος που ο πληθυσμός αυτός περνά στο σχολείο (Parsons, Stears & Thomas, 2000).

Ο όρος Σχολεία Προαγωγής Υγείας αναδύθηκε ταυτόχρονα στην Ευρώπη και στη Βόρειο Αμερική και πρωτοαναφέρθηκε στον Χάρτη της Οττάβα για την Προαγωγή της Υγείας, το 1986. Κάτω από τον τίτλο Health Promoting Schools (HPS) στην Ευρώπη και Comprehensive School Health (CSH) στις ΗΠΑ, δημιουργήθηκε σε πολλές χώρες ένα νέο πλαίσιο για την υγεία στο σχολικό περιβάλλον. Η νέα προσέγγιση αποσκοπούσε στη βελτιστοποίηση των γνώσεων και ικανοτήτων των μαθητών, με τη μεταφορά της έννοιας της υγείας προς ένα πολιτικό περιβάλλον που σκοπό έχει να παρέχει στους νέους τη δυνατότητα να αναπτύξουν δεξιότητες και αυτοπεποίθηση ώστε να λειτουργούν αυτόνομα (St Leger, 2001).

Το σχολείο άρχισε να αντιμετωπίζεται συνολικά ως περιβάλλον μέσα στο οποίο διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν την υγεία των μαθητών και των εκπαιδευτικών. Αυτοί οι παράγοντες είναι η κουλτούρα και η οργάνωση του σχολείου, το ήθος, η διδασκαλία σε θέματα υγείας και η παροχή ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών. Σχολείο Προαγωγής Υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ένα σχολείο το οποίο, συνεχώς και με συνέπεια ενδυναμώνει τις προοπτικές και δυνατότητες του, ως ενός υγιούς περιβάλλοντος για μάθηση, εργασία και κοινωνικοποίηση (WHO, 1998a).

**Σκοπός** του σχολείου Προαγωγής Υγείας είναι η πρόληψη της νόσου, η δημιουργία υγιεινών συμπεριφορών υγείας, η εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και η ανάπτυξη σχέσεων με την ευρύτερη κοινότητα.

Στα σχολεία Προαγωγής Υγείας τα μέλη της σχολικής κοινότητας, οι μαθητές, οι δάσκαλοι, το προσωπικό του σχολείου, οι γονείς αλλά και άλλοι φορείς συνεργάζονται με σκοπό οι μαθητές να γίνουν υπεύθυνοι και να φροντίζουν για τον έλεγχο της υγείας τους και ως ενήλικες. Βασικό χαρακτηριστικό των σχολείων αυτών είναι ο σεβασμός στη διαφορετικότητα. Στόχος του σχολείου είναι να προσφέρει σε όλους τους μαθητές τις κατάλληλες μαθησιακές εμπειρίες με βάση τις γνωστικές τους ικανότητες, την γνωστική και κοινωνική ανάπτυξή τους και το επίπεδο ωριμότητάς τους. Παράλληλα δίνεται έμφαση στην αυτοεκτίμηση των μαθητών ενώ γίνεται προσπάθεια οι σχέσεις να βασίζονται στην αμοιβαία κατανόηση και να παρέχονται ίσες ευκαιρίες στους μαθητές προάγοντας την ευαισθητοποίηση της σχολικής κοινότητας και όλων των εμπλεκομένων σε θέματα διαφορετικότητας (Τούντας, 2001).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το σχολείο Προαγωγής Υγείας ορίζεται ως « ο τόπος όπου όλα τα μέλη της σχολικής κοινότητας συνεργάζονται ώστε να παράσχουν στους μαθητές κάθε μέσο για προστασία και προαγωγή της υγείας τους. Αυτές περιλαμβάνουν τόσο το επίσημο όσο και το ανεπίσημο πρόγραμμα, τη δημιουργία ασφαλούς και υγιούς σχολικού περιβάλλοντος, την παροχή κατάλληλων υπηρεσιών υγείας και τη συμμετοχή της οικογένειας και της ευρύτερης κοινότητας, στην προσπάθεια να προαχθεί η υγεία» (WHO, 1998a : 11).

Τα σχολεία έχουν διαφορετικές ανάγκες και δυνατότητες ανάλογα την χώρα και την διαφορετική κοινότητα μέσα στην ίδια χώρα. Στον πυρήνα της διαδικασίας μετατροπής ενός σχολείου σε ΣΠΥ βρίσκονται οι ξεχωριστές δυνατότητες κάθε σχολείου και η δημιουργική φαντασία των μαθητών, εκπαιδευτικών, γονέων και της διοίκησης και η επένδυση σε αυτές (WHO, 2000). Σύμφωνα με το School for Health in Europe τη σχολική χρονιά 2012-2013 τουλάχιστον 34000 σχολεία, από όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες ήταν ΣΠΥ, όμως ο αριθμός και τα ποσοστά των ΣΠΥ διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα. Για να μπορέσει ένα ΣΠΥ να αντιμετωπίσει ζητήματα υγείας στο σχολικό περιβάλλον χρειάζεται ουσιαστική αλλαγή. Το εκπαιδευτικό προσωπικό θα πρέπει να υιοθετήσει μια ανοικτή αντίληψη για την ΑΥ,

η οποία θα πρέπει να εστιάσει τόσο στις συμπεριφορές και τις αντιλήψεις των μαθητών για την υγεία, όσο και στο περιβάλλον που ζουν και κοινωνικοποιούνται. Σημαντική προϋπόθεση για την ανάπτυξη ενός ΣΠΥ θεωρείται η συμμετοχή βασισμένη σε δημοκρατικές διαδικασίες. Οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να επενδύσουν σε χρόνο, προκειμένου να παρακολουθούν τις αλλαγές, ενώ παράλληλα η ισχυρή ηγεσία από τα ανώτερα διοικητικά στελέχη του σχολείου και η επαγγελματική ανάπτυξη του προσωπικού αποτελούν σημαντικά στοιχεία για την επιτυχία του μοντέλου ΣΠΥ. Με αυτό τον τρόπο τα σχολεία και οι εργαζόμενοι σε αυτά χρειάζεται να είναι έτοιμοι για μια μακροχρόνια δέσμευση σε αυτόν τον στόχο (Senior, 2012).

### **2.2.2. Χαρακτηριστικά σχολείων Προαγωγής υγείας**

Στο επίκεντρο του σχολείου Προαγωγής υγείας βρίσκεται ο μαθητής. Καθότι οι αξίες, οι στάσεις, η συμπεριφορά και οι πράξεις του επηρεάζονται από το σχολικό περιβάλλον, το σχολείο θα πρέπει να προσεγγίσει **τρεις βασικούς θεματικούς άξονες** : την Αγωγή Υγείας ως αναπόσπαστο μέρος του επίσημου σχολικού προγράμματος, το σχολικό ήθος, τις πολιτικές και τις εκτός επίσημου προγράμματος δραστηριότητες, καθώς και τις σχέσεις που αναπτύσσονται με την ευρύτερη κοινότητα.

Ένα από τα βασικά στοιχεία ανάπτυξης ενός σχολείου Προαγωγής Υγείας, είναι η κατανόηση ότι **οι δραστηριότητες της αγωγής υγείας** που αναπτύσσονται στο σχολείο περιλαμβάνονται τόσο στο επίσημο ή φανερό πρόγραμμα του σχολείου, όσο και στο ανεπίσημο ή κρυφό πρόγραμμα του. Τα δύο αυτά προγράμματα αλληλεπιδρούν και ανατροφοδοτούνται και οδηγούν τελικά στην καλύτερη εφαρμογή της αγωγής και της προαγωγής υγείας στο σχολικό περιβάλλον. Το φανερό πρόγραμμα περιλαμβάνει τις επίσημες και τυποποιημένες δραστηριότητες του σχολείου, δηλαδή την διδασκόμενη ύλη, το δεδομένο σχολικό ωράριο κτλ. Αντίθετα, το ανεπίσημο ή κρυφό πρόγραμμα του σχολείου, έχει οριστεί ως το σύνολο του ήθους, το οποίο δημιουργείται από τις συνθήκες του σχολείου, τους κώδικες αρχών, τα κυρίαρχα μοντέλα συμπεριφοράς, τις στάσεις που υιοθετούνται από το προσωπικό σε σχέση με τους μαθητές, και τις αξίες που σιωπηλά επιβάλλονται από τον τρόπο λειτουργίας του σχολείου ( Lister-Sharp et al.,1999).

Οι μαθητές μέσα από την ενεργό συμμετοχή τους στα δύο προγράμματα αποκτούν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες, οι οποίες θα τους επιτρέψουν να βελτιώσουν ή να προστατεύσουν την υγεία τους.

Επίσης ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δίνεται στα βασικά χαρακτηριστικά του προγράμματος μαθημάτων, τα οποία θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις αρχές της Προαγωγής Υγείας, ώστε οι μαθητές να αποκτούν τις κατάλληλες μαθησιακές εμπειρίες κατά τρόπο που να συμφωνεί με την κοινωνική και γνωστική ανάπτυξή τους, ενώ προτιμάται η σπειροειδής ανάπτυξη μαθημάτων (Naidoo & Wills, 2000) οπ. αναφ. στο Φρουντά, 2014α. Δηλαδή η σταδιακή ανάπτυξη μαθημάτων, ακολουθώντας τις γνωστικές ικανότητες και ωριμότητα των μαθητών, αξιοποιώντας προσεγγίσεις από διαφορετικά γνωστικά αντικείμενα όπως η φιλοσοφία, η βιολογία, η θεολογία κτλ. επαναπροσεγγίζοντας το ίδιο θέμα. Είναι σημαντικό τα θέματα προαγωγής υγείας να ενσωματώνονται στο σχολικό πρόγραμμα ως μέρος της σχολικής ζωής και όχι ένα αποκομμένο και στείο μάθημα.

Ένα δεύτερο χαρακτηριστικό του σχολείου προαγωγής της υγείας είναι το **ήθος του σχολείου, το οποίο διαμορφώνεται από το πρόγραμμα, τις αξίες του σχολείου, την ποιότητα των σχέσεων μεταξύ των μελών της σχολικής κοινότητας.** Αποτυπώνει την γενική ατμόσφαιρα του σχολείου και φαίνεται ότι επιδρά θετικά στην υγεία και ευεξία, στοιχεία που συνάδουν με τις αρχές προαγωγής υγείας.

Στα σχολεία αυτά που λειτουργούν σύμφωνα με τις αρχές προαγωγής υγείας και προάγει το ήθος θα πρέπει να συμβάλλει στην αυτοεκτίμηση των μελών της σχολικής κοινότητας, να προωθεί τις καλές διαπροσωπικές σχέσεις που βασίζονται στην αμοιβαία κατανόηση και να προσπαθεί συνεχώς για αποτελεσματική μάθηση και όχι απλώς την «εκπαίδευση» αλλά την καταβολή καλύτερης προσπάθειας εφαρμογής διαδικασιών μάθησης οι οποίες ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τις ικανότητες των μαθητών (Naidoo & Wills ,2000) οπ. αναφ. στο Φρουντά, 2014α.

Οι πολιτικές του σχολείου ακολουθούν τον ηθικό χαρακτήρα του παρέχοντας ίσες ευκαιρίες στους μαθητές του, σέβεται την διαφορετικότητα, προάγει την ασφάλεια της σχολικής κοινότητας, είναι ευαισθητοποιημένο σε θέματα υγείας και προάγει την συμμετοχή των μαθητών στην λήψη αποφάσεων.

Επίσης σημαντικό είναι και το φυσικό περιβάλλον του σχολείου το οποίο αποτελεί αισθητικά και ουσιαστικά ένα χώρο που ευνοεί την μάθηση και κάνει την



εργασία ευχάριστη και δημιουργική τόσο για τους μαθητές όσο και για το προσωπικό του σχολείου. Τα μέλη της σχολικής κοινότητας μαθαίνουν να σέβονται το περιβάλλον μέσα στο οποίο περνούν καθημερινά πολλές ώρες εφόσον και αυτό σέβεται τις δικές τους ανάγκες. Επίσης ένα περιβάλλον που σέβεται τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας προάγει την οικολογική συνείδηση.

Τέλος , βασικό χαρακτηριστικό του σχολείου Προαγωγής Υγείας είναι η **ικανότητά του να δημιουργεί δεσμούς και συνεργασίες με την κοινότητα** εφόσον αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της. Είναι σημαντικό για την καλύτερη λειτουργία να συνεργάζονται οι γονείς, με τη συμμετοχή τους σε προγράμματα αγωγής υγείας ή και σε δραστηριότητες του σχολείου όπως π.χ. η συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων για τα τρόφιμα που θα διαθέτει το κυλικείο ή συμμετέχοντας σε προγράμματα Αγωγής Υγείας που προωθούν μηνύματα υγιεινής διατροφής ή φυσικής άσκησης. Επίσης το σχολείο μπορεί να συνεργαστεί με εξειδικευμένα άτομα και οργανισμούς για την διενέργεια μαθημάτων που αφορούν την υγεία και την ασφάλεια.

Οι συνεργασίες με επαγγελματίες υγείας επίσης αποτελούν σημαντική δραστηριότητα καθότι μπορούν να οργανώσουν σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς και την σύμφωνη γνώμη των γονέων σειρά δραστηριοτήτων π.χ. ανίχνευση προβλημάτων σκολίωσης, οπτικής και ακουστικής οξύτητας, φθειρίασης ή να κάνουν παρουσιάσεις με θέματα που αφορούν την υγεία. Οι συνεργασίες του σχολείου με την ευρύτερη κοινότητα λειτουργούν επικοδομητικά και αποδεικνύουν ότι υπό το πρίσμα της Προαγωγής Υγείας, η υγεία είναι συλλογική ευθύνη.

### **2.2.3. Τα οφέλη του σχολείου Προαγωγής υγείας**

Τα οφέλη ενός σχολείου Προαγωγής Υγείας απολαμβάνουν τόσο οι μαθητές όσο και τα υπόλοιπα μέλη της σχολικής κοινότητας καθώς επίσης έχουν αντίκτυπο στην ευρύτερη κοινότητα εφόσον το σχολείο αποτελεί βασικό κοινωνικό θεσμό (Lister-Sharp et al., 1999 •WHO, 1998b).

Οι εργαζόμενοι σε ένα τέτοιο σχολείο έχουν την ευκαιρία να απολαμβάνουν ένα ποιοτικό εργασιακό περιβάλλον, όπου τους δίνεται η ευκαιρία να αυξήσουν τις γνώσεις τους σε θέματα υγείας, ενθαρρύνοντας την ατομική και επαγγελματική τους ανάπτυξη. Η ικανοποίηση από την εργασία και η αναγνώριση της σημασίας της καλής υγείας και ασφάλειας τους προσφέρει κίνητρα για επαγγελματική ανάπτυξη.

Οι μαθητές έχουν την ευκαιρία να φοιτούν σε ένα σχολείο που προάγει την υγεία και τους βοηθάει να αναπτύξουν δεξιότητες και να αποκτήσουν γνώσεις ώστε να γίνουν υπεύθυνοι πολίτες , ικανοί να λαμβάνουν υπεύθυνες- θετικές αποφάσεις για την υγεία τους, να συμμετέχουν ενεργά στην λήψη αποφάσεων που αφορούν την ευρύτερη κοινότητα.

Εξίσου σημαντικά είναι και τα οφέλη για την ευρύτερη κοινότητα, καθώς γονείς και άλλες κοινοτικές υπηρεσίες συνεργάζονται με το σχολείο για να προάγουν την υγεία των μαθητών και όλης της σχολικής κοινότητας αναβαθμίζοντας ουσιαστικά την ποιότητα ζωής τους (Γκούβρα, Κυρίδης & Μαυρικάκη, 2005 · Δαρβίρη, 2007).

Τέλος η ανάπτυξη σχολείων Προαγωγής υγείας ωφελεί και στην χάραξη πολιτικών υγείας από τις κυβερνήσεις καθώς προσφέρει ένα πλαίσιο ανάπτυξης πολιτικής που βοηθάει να επιτευχθούν οι στόχοι που έχουν θέσει οι κυβερνήσεις για την προστασία και βελτίωση της υγείας των πολιτών της. Επιπροσθέτως αναβαθμίζεται ο ρόλος του σχολείου αφού αποτελεί θεμελιώδη κοινωνικό θεσμό, ο οποίος αναγνωρίζει ότι υγεία και εκπαίδευση αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν ο ένας τον άλλον.

#### **2.2.4. Το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Σχολείων Προαγωγής Υγείας**

Για την επίτευξη των στόχων της Προαγωγής Υγείας στο σχολείο ο ΠΟΥ προώθησε στο χώρο της εκπαίδευσης την ανάπτυξη δραστηριότητας μέσα από τη δημιουργία του Ευρωπαϊκού δικτύου Σχολείων Προαγωγής Υγείας (ENHPS).

Το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Σχολείων Προαγωγής Υγείας είναι ένα πρόγραμμα το οποίο άρχισε να αναπτύσσεται από το 1992 μέσα από τη συνεργασία τριών οργανισμών, του ΠΟΥ, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και του Συμβουλίου της Ευρώπης.

Ξεκίνησε ως ένα πιλοτικό πρόγραμμα στο οποίο συνεργάζονταν αρχικά τέσσερις χώρες- μέλη της Ε.Ε. η Ουγγαρία, η Δημοκρατία της Τσεχίας, η Σλοβενία και η Πολωνία (Burgher, Rasmussen & Rivett , 1999).

Η Ελλάδα συμμετέχει στο Ευρωπαϊκό Δίκτυο Σχολείων Προαγωγής Υγείας από το 1992 και το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού έχει οριστεί ως το συντονιστικό κέντρο του προγράμματος, το οποίο ξεκίνησε να λειτουργεί το 1994 σε συνεργασία

με εκπαιδευτικές αρχές της χώρας και έναν περιορισμένο αριθμό σχολείων κάθε βαθμίδας (Σώκου,1999).

Σήμερα το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Σχολείων Προαγωγής Υγείας (ENPHS) έχει μετονομαστεί σε SHE (Schools for health in Europe) και στηρίζεται σε δέκα βασικές αξίες που αποτελούν βάση για την εξέλιξη των σχολείων Προαγωγής Υγείας. Οι αξίες είναι :

- **Δημοκρατία:** Το σχολείο προαγωγής της υγείας βασίζεται σε δημοκρατικές αρχές που ευνοούν την προώθηση της μάθησης, την προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη και την υγεία.

- **Ισότητα:** Το σχολείο προαγωγής υγείας εξασφαλίζει την αρχή της ισότητας παρέχοντας ίσες ευκαιρίες μάθησης σε όλους. Στόχος του ΣΠΥ είναι να προωθεί τη συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη του κάθε ατόμου, επιτρέποντας στον καθένα να επιτύχει το πλήρες δυναμικό του απαλλαγμένο από διακρίσεις.

- **Ενδυνάμωση και ικανότητα για ορθή δράση:** Το σχολείο προαγωγής υγείας βελτιώνει τις ικανότητες των νέων να αναλάβουν δράση και να δημιουργήσουν αλλαγές που επηρεάζουν τη ζωή τους και τις συνθήκες διαβίωσης. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω ποιοτικών εκπαιδευτικών πολιτικών και πρακτικών, οι οποίες παρέχουν ευκαιρίες συμμετοχής σε κρίσιμες αποφάσεις.

- **Σχολικό περιβάλλον :** Το σχολείο που προωθεί την υγεία δίνει έμφαση στο σχολικό περιβάλλον, τόσο στο φυσικό όσο και στο κοινωνικό, ως καθοριστικό παράγοντα για την προαγωγή και τη διατήρηση της υγείας. Το περιβάλλον γίνεται ανεκτίμητος πόρος για την αποτελεσματική προαγωγή υγείας, μέσω της καλλιέργειας πολιτικών οι οποίες προάγουν την ευημερία. Αυτό περιλαμβάνει, τη διαμόρφωση και την παρακολούθηση της υγείας τα μέτρα ασφάλειας και την εισαγωγή κατάλληλων διαχειριστικών δομών.

- **Πρόγραμμα σπουδών :** Το πρόγραμμα σπουδών των ΣΠΥ παρέχει ευκαιρίες στους νέους να αποκτήσουν γνώση και ικανότητες για τις βασικές δεξιότητες ζωής. Το πρόγραμμα σπουδών πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των νέων, ενθαρρύνοντας τη δημιουργικότητά τους να μάθουν και να τους παρέχουν απαραίτητες δεξιότητες μάθησης. Το πρόγραμμα σπουδών ενός σχολείου προώθησης της υγείας είναι επίσης έμπνευση για τους δασκάλους και τους άλλους που εργάζονται στο σχολείο. Λειτουργεί επίσης ως κίνητρο για προσωπική και επαγγελματική τους ανάπτυξη.

- Εκπαίδευση – επιμόρφωση εκπαιδευτικών: Η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών, εκτός από εκπαίδευση, αποτελεί και επένδυση στην υγεία. Η νομοθεσία, παράλληλα με τις κατάλληλες πρωτοβουλίες, πρέπει να καθοδηγήσουν τις δομές επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών, χρησιμοποιώντας το εννοιολογικό πλαίσιο των ΣΠΥ.

- Μέτρηση της επιτυχίας: Τα σχολεία προαγωγής υγείας αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των δράσεων τους στο σχολείο και την κοινότητα. Η μέτρηση της επιτυχίας θεωρείται μέσο υποστήριξης και ενδυνάμωσης, και μια διαδικασία μέσω της οποίας οι αρχές του ΣΠΥ μπορούν να εφαρμοστούν επιτυγχάνοντας αποτελεσματικότερα τους στόχους .

- Συνεργασία: Η κοινή ευθύνη και η στενή συνεργασία μεταξύ των υπουργείων ιδίως του υπουργείου Παιδείας και του υπουργείου υγείας, είναι σημαντική απαίτηση στο στρατηγικό σχεδιασμό για το σχολείο προώθησης της υγείας.

- Κοινότητες: Οι γονείς και η σχολική κοινότητα έχουν να διαδραματίσουν ζωτικό ρόλο στην καθοδήγηση, την υποστήριξη και την ενίσχυση της έννοιας του σχολείου προαγωγής υγείας. Οι ίδιοι οι νέοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν ενεργοί πολίτες στις τοπικές κοινότητες δραστηριοποιούμενοι σε συνεργασία με τους γονείς, τα σχολεία, ΜΚΟ<sup>2</sup> και φορείς της κοινότητας.

- Βιωσιμότητα: Όλα τα επίπεδα διακυβέρνησης πρέπει να αφιερώσουν πόρους για την προαγωγή υγείας στα σχολεία. Η επένδυση αυτή θα συμβάλει στην μακροπρόθεσμη βιώσιμη ανάπτυξη της ευρύτερης κοινότητας. Σε αντάλλαγμα, οι κοινότητες θα γίνουν όλο και περισσότερο πηγή πόρων για τα σχολεία τους (Burgher, Rasmussen & Rivett , 1999).

### **2.2.5. Οι δραστηριότητες της ΑΥ στα Σχολεία Προαγωγής Υγείας**

---

<sup>2</sup> Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις

Οι στόχοι που έχουν τεθεί από το Δίκτυο Σχολείων που προάγουν την υγεία είναι ξεκάθαρο ότι δίνουν έμφαση στην υγεία των πληθυσμών και στην εμπέδωση των παραμέτρων που προστατεύουν και προάγουν την υγεία εκ μέρους των πολιτών από τα σχολικά ακόμα χρόνια τους. Με την ανάπτυξη προγραμμάτων και ενεργειών που εμπλέκουν με δυναμικό τρόπο εκπαιδευτικούς και μαθητές γίνεται μια προσπάθεια ενδυνάμωσης της σχολικής Αγωγής Υγείας.

Στα σχολεία που προάγουν την υγεία η ανάπτυξη των προγραμμάτων μπορεί να εφαρμοστεί :

1. Μέσω του επίσημου προγράμματος : με την εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας από τους εκπαιδευτικούς ή/και σε συνεργασία με εξωτερικούς φορείς ως ανεξάρτητη δραστηριότητα ή μέσω των διδασκόμενων μαθημάτων με διαθεματική προσέγγιση. Η Α.Υ αποκτά συγκεκριμένες υποχρεωτικές ώρες στο σχολικό πρόγραμμα , εκμεταλλεζόμενη ως προς την αφόρμηση θεματικές περιοχές άλλων μαθημάτων (Γκούβρα, Κυρίδης & Μαυρικάκη, 2005). Το επίσημο πρόγραμμα του σχολείου περιλαμβάνει τις επίσημες δραστηριότητες του σχολείου, εντός της διδασκόμενης ύλης και του σχολικού ωραρίου και αφορά τους κανονισμούς, τους κανόνες, τις αποδεκτές πρακτικές, τις πολιτική του σχολείου που συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας των μαθητών, τις ιατρικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στα πλαίσια του σχολείου. Επίσης τις επίσημες και ανεπίσημες συνεργασίες μεταξύ του σχολείου και των γονιών, του τομέα υγείας και της τοπικής κοινότητας.

2. Μέσω του κρυφού προγράμματος με τις αξίες και συμπεριφορές που διαμορφώνονται με την εκπαιδευτική διαδικασία και την αλληλεπίδραση των μελών της σχολικής κοινότητας, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη συγκεκριμένων προτύπων συμπεριφοράς και τρόπου ζωής που επηρεάζουν την υγεία.

Το κρυφό πρόγραμμα είναι το σύνολο του ήθους, το οποίο δημιουργείται από τις συνθήκες του σχολείου, περιλαμβάνει τους κώδικες αρχών, τα κυρίαρχα μοντέλα συμπεριφοράς, τις στάσεις που υιοθετούνται από το προσωπικό σε σχέση με τους μαθητές και τις αξίες που σιωπηλά επιβάλλονται από τον τρόπο λειτουργίας του σχολείου (Lister-Sharp et al., 1999). Η παρουσία της ΑΥ στο κρυφό αναλυτικό πρόγραμμα αναδεικνύεται και συστηματοποιείται μέσα από πρακτικές που στοχεύουν στην ενδυνάμωση των σχέσεων σχολείου και οικογένειας, στη δημιουργία και προστασία ενός υγιεινού περιβάλλοντος (Γκούβρα, Κυρίδης & Μαυρικάκη, 2005).

Με την αλληλεπίδραση των δύο αυτών προγραμμάτων δημιουργείται το κατάλληλο σχολικό περιβάλλον ώστε να προαχθεί η υγεία και να αυξηθεί η ικανότητα των μαθητών να παίρνουν αποφάσεις θετικές για την υγεία τους ως αυτόνομοι μελλοντικοί πολίτες.

## **2.3. Σχολική Αγωγή Υγείας**

### **2.3.1. Το σχολείο κατάλληλο περιβάλλον για ΑΥ**

Το σχολείο μαζί με την οικογένεια αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για την διαμόρφωση στάσεων και συμπεριφορών που καθορίζουν τις επιλογές που θα κάνουν τα παιδιά ως ενήλικες. Η αγωγή αποτελεί μια κοινωνική δράση και μια διαδικασία πολυσχιδή που είναι παρούσα σε κάθε φάση της ζωής του ανθρώπου. Έτσι οι φορείς της Αγωγής μπορούν να είναι όλα τα άτομα που συναναστρεφόμαστε και μπορούν να μεταλαμπαδεύσουν γνώσεις, στάσεις, αντιλήψεις, δεξιότητες και αξίες που επιτρέπουν την ολόπλευρη ανάπτυξη και ένταξη στο κοινωνικό σύνολο.

Μπορούμε να διακρίνουμε τρεις κατηγορίες φορέων της αγωγής: το σχολείο, την οικογένεια και το «παράλληλο σχολείο». Η οικογένεια αναλαμβάνει τη διαπαιδαγώγηση κατά τα πρώτα χρόνια ζωής του ανθρώπου και ο ρόλος της περιορίζεται καθώς το παιδί μεγαλώνοντας εντάσσεται σε πιο οργανωμένα και περίπλοκα σχήματα, όπως το σχολείο, η εργασία κ.λπ. Το σχολείο αναλαμβάνει τη διαπαιδαγώγηση, την κοινωνικοποίηση, τη μόρφωση και την εκπαίδευση του νεαρού ατόμου. Το παράλληλο σχολείο συνίσταται στο σύνολο την κοινωνικής ζωής και των εμπειριών που αποκτούν τα άτομα μέσα από την αλληλεπίδραση με άλλα άτομα-μέλη της κοινωνίας. Με βάση τα παραπάνω κατανοούμε ότι η ΑΥ ως δραστηριότητα που αποβλέπει στην ενημέρωση και προστασία των κοινωνιών, αναπτύσσεται μέσα και από τους τρεις παράγοντες της αγωγής.

Ωστόσο το σχολείο βρίσκεται σε στενή συνάφεια με την διαδικασία ΑΥ για 3 βασικούς λόγους: 1. Τα παιδιά βρίσκονται σε ηλικία διαμόρφωσης της προσωπικότητας που είναι κρίσιμη για την απόκτηση «ισορροπίας» για την υγεία. Βιώνουν τις σχέσεις τους με το περιβάλλον και μαθαίνουν να το αντιμετωπίζουν

σωματικά και νοητικά. Η ΑΥ πρέπει να βοηθήσει το παιδί να αποκτήσει αντίληψη και γνώση του εαυτού του και του σώματος του και να αντιμετωπίσει τους κανόνες και τις επιδράσεις του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος. 2. Αυτή η ηλικία είναι επίσης κρίσιμη για την διαμόρφωση στάσεων που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία. Η εκπαίδευση μπορεί να βοηθήσει το παιδί να αισθάνεται ευχάριστα αποκτώντας θετικές για την υγεία συνήθειες ή να αντιμετωπίζει κριτικά αρνητικές επιδράσεις. 3. Η σχολική περίοδος χαρακτηρίζεται από την χρήση μεθόδων μάθησης που θα βοηθήσουν τους μαθητές να αντιμετωπίσουν διάφορα προβλήματα κατά την κοινωνικοποίηση τους (Γκούβρα, Κυρίδης & Μαυρικάκη, 2005).

Όπως επισημαίνει η Περάκη (1994) οπ. αναφ. στο Γκούβρα, Κυρίδης & Μαυρικάκη, 2005, μεγάλο βάρος θα πρέπει να δίνεται στα πρώτα και μεσαία χρόνια της υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Η αγωγή των μικρών μαθητών σε θέματα που έχουν σχέση με την υγεία είναι αυτό που θα δυναμώσει την αντίστασή τους σε αρνητικές επιδράσεις κατά τη διάρκεια της εφηβείας και θα τους βοηθήσει να αποφύγουν αρνητικές συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η κατάχρηση αλκοόλ, η χρήση φαρμακευτικών ουσιών, η επιπόλαια κυκλοφορία στο δρόμο κ.α. Φυσικά τα προγράμματα που έχουν σχέση με την αγωγή υγείας θα πρέπει να σχεδιάζονται έχοντας πάντα υπόψη τις πνευματικές και φυσικές δυνατότητες των μαθητών με βάση την ηλικία και το γνωστικό τους επίπεδο ( Γκούβρα, Κυρίδης & Μαυρικάκη , 2005).

Η άποψη ότι οι θετικές συμπεριφορές υγείας αποκτώνται από την παιδική ηλικία οδήγησε εδώ και πολλά χρόνια τις εκπαιδευτικές αρχές να εισάγουν στα σχολεία τον στόχο της πρόληψης (Jourdan, 2011a). Οι διεθνείς οργανισμοί, ο ΠΟΥ, η Unesco, το Συμβούλιο της Ευρώπης και ο ΟΗΕ, αναγνωρίζοντας ότι το σχολείο έχει ουσιαστικό ρόλο στην υγεία των μαθητών ενισχύουν την ανάπτυξη προγραμμάτων που αφορούν την υγεία στο χώρο της εκπαίδευσης (St Leger et al., 2009). Επίσης έχουν χαρακτηρίσει την υγεία και την εκπαίδευση ως έννοιες αλληλένδετες, συμφωνώντας ότι η ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας είναι η πλέον ενδεδειγμένη μέθοδος για την πρόληψη και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (WHO, 1986). Το Μάρτιο του 1990 στη Διεθνή Διάσκεψη για την «Εκπαίδευση για όλους» επιβεβαιώθηκε ότι η υγεία αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη διαδικασία της μάθησης και στην επιτυχία του μαθητή (World Conference on Education for All, 1990).

### 2.3.2 Προγράμματα Αγωγής Υγείας

Η πρόληψη και η Προαγωγή υγείας στο σχολείο επιτυγχάνεται με την εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. Από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα είχε αναγνωριστεί από τον ΠΟΥ, την Unesco και την IUHPE ότι τα σχολεία υπήρξαν προνομιακός χώρος ανάπτυξης προληπτικών προγραμμάτων ΑΥ σε βασικά θέματα υγιεινής, λοιμωδών νοσημάτων (όπως η φυματίωση παλαιότερα) ή/και αλκοολισμού. Σταδιακά τα προγράμματα αυτά εντάχθηκαν και μετεξελίχθηκαν στην έννοια της προαγωγής Υγείας με την προώθηση θετικών συμπεριφορών-συνηθειών σωματικής και ψυχικής υγείας. Η σύγχρονη άποψη τον 21<sup>ο</sup> αιώνα για τον ρόλο της ΑΥ στο σχολείο δεν περιλαμβάνει μόνο την μετάδοση στους μαθητές πληροφοριών-γνώσεων σε θέματα υγείας, αλλά κυρίως την ανάπτυξη στους μαθητές της δυνατότητας να ελέγχουν την συμπεριφορά τους σε σχέση με θέματα υγείας, συνηθειών και κινδύνων (κάπνισμα, ατυχήματα, εξαρτησιογόνες ουσίες, βία κλπ) και να μάθουν να υιοθετούν υπεύθυνες στάσεις και επιλογές κοινωνικής συμπεριφοράς (Jourdan ,2011a).

Η σχολική Αγωγή Υγείας μπορεί να έχει είτε μια άτυπη μορφή με την ενσωμάτωση στοιχείων της στα ήδη υπάρχοντα μαθήματα (πολυεπιστημονικό μοντέλο) ή μια πιο συγκεκριμένη δραστηριότητα με στόχους, περιεχόμενα, μεθόδους και μέσα (διεπιστημονικό μοντέλο). Έρευνες ωστόσο έχουν δείξει ότι η σκόπιμη διαπραγμάτευση θεμάτων στο πλαίσιο μιας σειράς μαθημάτων Αγωγής Υγείας, είχαν καλύτερα αποτελέσματα στο γνωστικό και μεταγνωστικό επίπεδο των μαθητών σε σχέση με τη διαπραγμάτευση των ίδιων αντικειμένων, ενταγμένων όμως στην καθημερινή πρακτική των εκάστοτε σχολικών μαθημάτων. Τα αποτελέσματα της αφομοίωσης των πληροφοριών είναι καλύτερα όταν οι μαθητές εργάζονται σε ένα συγκεκριμένο θέμα, γνωρίζοντας τον στόχο που έχουν θέσει με την υπόλοιπη παιδαγωγική ομάδα από την αρχή του προγράμματος (Brooks, 1988).

Στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες η ευθύνη της ΑΥ ανήκει στο Υπουργείο Παιδείας και είναι ενταγμένη υποχρεωτικά στο σχολικό πρόγραμμα, αλλά σε ορισμένες χώρες όπως η Φινλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Γαλλία το



σύστημα είναι πιο ευέλικτο και αποκεντρωμένο δίνοντας πρωτοβουλίες στα αυτόνομα σχολεία να προωθούν προγράμματα ΑΥ. Επίσης αν και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες η ΑΥ είναι ενσωματωμένη σε άλλα μαθήματα, σε χώρες όπως η Γαλλία, η Πορτογαλία και άλλες προωθούνται παράλληλες δραστηριότητες σε θέματα υγείας (πράσινες τάξεις, δίκτυο σχολείων προαγωγής υγείας).

Στόχος των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας είναι να βοηθήσουν τους μαθητές ώστε να θεωρήσουν ότι η υγεία είναι ένα προσόν τόσο κοινωνικό όσο και ατομικό για ποιοτική διαβίωση και όχι μόνο για να αποφύγει ασθένειες. Επίσης επιτρέπει στους μαθητές να διεκδικούν τα δικαιώματά τους, να εισακούονται και να ενεργούν ατομικά ή συνολικά για θέματα υγείας (St Leger et al.,2009).

Οι εκπαιδευτικοί στο πρόγραμμα αγωγής υγείας ενθαρρύνουν και υποστηρίζουν τους μαθητές προκειμένου να επιδρούν αυτοί με ουσιαστικό τρόπο στη ζωή τους τόσο στο στενό όσο και στο ευρύτερο περιβάλλον με αποτέλεσμα να έχουν θετική έκβαση στην υγεία τους (Jensen & Simowska, 2002).

Συνολικά η εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας αποσκοπεί στο να συμβάλλει το σχολείο στην αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς των μαθητών με σκοπό την ενίσχυση της υπευθυνότητας ,της αυτοπεποίθησης και της ικανότητάς τους να υιοθετούν θετικές επιλογές και στάσεις ζωής (WHO, 2005).

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την υλοποίησή τους περιλαμβάνουν μεθόδους ενεργητικής και βιωματικής μάθησης ενθαρρύνοντας την ενεργητική συμμετοχή των μαθητών και ενισχύοντας δεξιότητες όπως η λήψη αποφάσεων και η αξιολόγηση των συνεπειών από την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς (WHO, 2005).

Επιπροσθέτως η εφαρμογή συγχρόνων καινοτόμων μεθόδων διδασκαλίας προωθεί το διδακτικό έργο των εκπαιδευτικών, αλλά και από την άλλη πλευρά κεντρίζουν το ενδιαφέρον των μαθητών και των εκπαιδευτών ώστε να προσανατολιστούν σε σοβαρά θέματα που απασχολούν την διεθνή κοινότητα και που προσπαθούν να αναβαθμίσουν την ποιότητα της ζωής.

Στο δημοτικό σχολείο, οι δραστηριότητες για την εκπαίδευση στον τομέα της υγείας μπορούν να υλοποιηθούν χρησιμοποιώντας μια πολυεπιστημονική προσέγγιση, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει φυσιολογικές πτυχές (τρόπος λειτουργίας του σώματος), αυτογνωσία (σε συνδυασμό με τις γλωσσικές δεξιότητες και τις φυσικές και καλλιτεχνικές δραστηριότητες ) και σεβασμό για τον εαυτό του

και για τους άλλους (σε όλες τις περιπτώσεις στην καθημερινή ζωή ή χρησιμοποιώντας μια πιο συγκεκριμένη προσέγγιση) ( Jourdan, 2011a).

Τα αποτελέσματα από πολλά διαφορετικά προγράμματα ΑΥ σε σχολεία ανέδειξαν τον σημαντικό ρόλο τους τόσο στη βελτίωση της υγείας όσο και στη βοήθεια στους μαθητές στην επιτυχία τους στην εκπαίδευση. Άλλωστε τα προγράμματα ΑΥ δίνουν μία ευκαιρία να προωθηθούν οι σύγχρονες αντιλήψεις για την εκπαιδευτική διαδικασία στα σχολεία με ανάπτυξη της συνεργατικότητας και ομαδικής δουλειάς των δασκάλων με άλλους δασκάλους ή/και σχολεία, με τους γονείς, τους επαγγελματίες υγείας και συνολικότερα με την τοπική κοινωνία, δράσεις που ωφελούν όχι μόνο την ανάπτυξη προσωπικότητας των μαθητών αλλά και την θέση των ίδιων των δασκάλων και έχουν θετικό αντίκτυπο στο γενικότερο σχολικό κλίμα (Jourdan, 2011a).

### **2.3.3. Μέθοδοι διδασκαλίας ΑΥ**

Για την επίτευξη των στόχων του μαθήματος της ΑΥ χρειάζεται εκτός από την καλή οργάνωση και σωστή χρήση μεθόδων διδασκαλίας. Επιπλέον με δεδομένο ότι η ΑΥ δεν περιορίζεται μόνο στην απλή μετάδοση γνώσεων, αλλά στοχεύει στην ανάπτυξη και μετάδοση αξιών, στάσεων και αντιλήψεων είναι κατανοητό ότι η επιλογή των κατάλληλων μεθόδων διδασκαλίας για το σκοπό αυτό είναι σημαντική (Μαυρικάκη κ.α., 2005). Οι μέθοδοι και οι τεχνικές που εφαρμόζονται στα προγράμματα ΑΥ μπορούν να διακριθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες: Στις μεθόδους παθητικής ενημέρωσης, στις εκπαιδευτικές μεθόδους ενεργητικής ενημέρωσης και στις βιωματικές μεθόδους ενεργητικής ενημέρωσης.

Α) Παθητικές μέθοδοι ΑΥ: Στην κατηγορία αυτή κατατάσσονται η διάλεξη, η προβολή ταινίας, οι διαφάνειες, οι αφίσες, τα ενημερωτικά φυλλάδια και τα άρθρα. Σε αυτές τις μεθόδους το κοινό είναι παθητικοί ακροατές και δεν επιζητείται η ενεργητική συμμετοχή τους. Φαίνεται πως η αποτελεσματικότητα των μεθόδων αυτών στα προγράμματα ΑΥ δεν είναι η αναμενόμενη καθότι η απλή μετάδοση πληροφοριών δεν είναι ικανή να αλλάξει στάσεις και συμπεριφορές. Χρειάζεται πολυετής διαδικασία που αρχίζει από τα πρώτα χρόνια της ζωής και είναι αποτέλεσμα

του βιοκοινωνικού περιβάλλοντος, αξιών και συνηθειών. Δεν είναι δυνατόν να αλλάξουν με μια απλή ενημέρωση από κάποιο ενημερωτικό φυλλάδιο που πολλές φορές δεν είναι προσαρμοσμένο στο επίπεδο της ομάδας που απευθύνεται.

Β) Εκπαιδευτικές μέθοδοι ΑΥ: Σε αυτές κατατάσσονται μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για εκπαιδευτικούς σκοπούς σε ανάλογα περιβάλλοντα και περιλαμβάνουν μεθόδους τόσο ενεργητικής όσο και παθητικής συμμετοχής. Οι μέθοδοι αυτές είναι η έρευνα, τα ερωτηματολόγια, συνεντεύξεις, ανάλυση περιεχομένου, η παρατήρηση, η επίσκεψη, το γράψιμο ιστορίας, το θεατρικό παιχνίδι, η δραματοποίηση, η ομαδική παρουσίαση του θέματος, η αλληλοδιδασκαλία κ.α. Είναι αποτελεσματικότερες από τις παθητικές μεθόδους διότι απαιτείται η συμμετοχή του πληθυσμού που παρακολουθεί το πρόγραμμα με στόχο την απόκτηση γνώσεων, την ανάπτυξη και ωριμότητα του.

Γ) Βιωματικές μέθοδοι ΑΥ: Πρόκειται για προσεγγίσεις συναισθηματικού τύπου. Οι βιωματικές μέθοδοι έχουν στόχο να ενισχύσουν την αυτοεκτίμηση του ατόμου, να αναπτύξουν τις κοινωνικές και προσωπικές δεξιότητες ώστε ο εκπαιδευόμενος να αποκτήσει κριτική σκέψη για να παίρνει τις σωστές αποφάσεις. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται μέθοδοι που ήδη έχουν αναφερθεί στις εκπαιδευτικές όπως είναι η δραματοποίηση, το θεατρικό παιχνίδι το γράψιμο δοκιμίου και επιπλέον η συμβουλευτική, η δημιουργική έκφραση μέσω της ζωγραφικής και της φωτογραφίας. το διάγραμμα βιωματικών εμπειριών, ο «καθρέφτης» κ.α. (Ρούπα & Μυλωνά, 2006).

Ένα καλά οργανωμένο πρόγραμμα ΑΥ μπορεί να υλοποιηθεί με τεχνικές και μεθόδους από όλες τις κατηγορίες ώστε να ανταποκρίνεται στα ενδιαφέροντα περισσότερων εκπαιδευομένων. Συνοπτικά αυτές περιγράφονται από την Health Education Authority (1988) οπ. αναφ. στο Μαυρικάκη κ.α., 2005 : 1. Συζήτηση σε μικρές ομάδες, 2. Διαπραγμάτευση, 3. Παροχή πληροφοριών, 4. Συνεντεύξεις, 5. Συμμετοχή της κοινότητας, 6. Μελέτες περιπτώσεων, 7. Προγράμματα (projects), 8. Πρόσκληση ομιλητών, 9. Παιχνίδια ρόλων, 10. Γραπτές εργασίες, 11. Επίκαιρες αφορμίσεις, 12. Ήχο και εικόνα, 13. Τέχνη ( Μαυρικάκη κ.α., 2005).

#### **2.3.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την υλοποίηση των προγραμμάτων ΑΥ**

Αν και τα οφέλη από την εφαρμογή των προγραμμάτων ΑΥ είναι πολλά και σημαντικά, τόσο για τους μαθητές όσο και την ευρύτερη σχολική κοινότητα, η υιοθέτησή τους από τους εκπαιδευτικούς φορείς είναι περιορισμένη και σε πολλές περιπτώσεις προβληματική (Jourdan, 2011a). Προϋπόθεση για την επιτυχία των προγραμμάτων αυτών είναι η καλή πρόθεση για συμμετοχή των εμπλεκομένων ατόμων (Dawson & Guare, 2010).

Η ΑΥ χαρακτηρίζεται από διεπιστημονικότητα και αυξημένες διδακτικές απαιτήσεις για τους εκπαιδευτικούς. Για να μπορέσει να επιτύχει τους στόχους της θα πρέπει να προσεγγιστεί διδακτικά με τις κατάλληλες μεθόδους. Πολλές φορές τα προγράμματα αυτά σχεδιάζονται και πραγματοποιούνται με παραδοσιακό τρόπο χωρίς την αξιοποίηση καινοτόμων εκπαιδευτικών τεχνικών, οι οποίες ευνοούν τη συμμετοχή των μαθητών στα προγράμματα. Επιπλέον ο κύκλος των γνώσεων και οι ανάγκες των μαθητών τροποποιούνται με αποτέλεσμα να προκύπτει η ανάγκη δημιουργίας νέων βελτιωμένων προγραμμάτων, προσαρμοσμένα στο επίπεδο των μαθητών.

Επίσης η αποτελεσματικότητά των προγραμμάτων εξαρτάται από το χρόνο που αφιερώνεται για το πρόγραμμα, από την υποστήριξη της σχολικής Διεύθυνσης και από το πόσο οι εκπαιδευτικοί αισθάνονται έτοιμοι και κινητοποιούνται για την υλοποίηση του προγράμματος (WHO, 1996). Οι εκπαιδευτικοί πολλές φορές αναλαμβάνουν διδασκαλίες που απέχουν του κύκλου των σπουδών τους όπως συμβαίνει με τα προγράμματα ΑΥ με αποτέλεσμα να αισθάνονται ανασφάλεια. Η αναγκαιότητα της προπτυχιακής εκπαίδευσης τους και της επιμόρφωσής τους είναι επιτακτική προκειμένου να είναι εφοδιασμένοι με τα απαραίτητα προσόντα ώστε να αισθάνονται ασφαλείς και έτοιμοι να υλοποιούν αυτά τα προγράμματα (Μαυρικάκη κ.α., 2005).

Άλλοι παράγοντες είναι το θετικό κλίμα μέσα στην τάξη και επιπλέον να μπορούν οι μαθητές να μετέχουν ουσιαστικά και ενεργά στη διαδικασία μάθησης. Ο τρόπος που οι μαθητές θα επηρεαστούν και θα αφομοιώσουν τα θέματα του προγράμματος ΑΥ δεν είναι μόνο αποτέλεσμα του επιπέδου γνώσεων και της ειδίκευσης των εκπαιδευτικών αλλά εξαρτάται και από τις αξίες, την αντίληψη, και την προσωπική πρόοδο του ίδιου.

Η ουσιαστική σχέση μαθητή εκπαιδευτικού και οικογένειας είναι σημαντική στο χώρο του σχολείου. Ο θαυμασμός των παιδιών απευθύνεται στα πρόσωπα της οικογένειάς τους (γονείς, παππούδες, συγγενείς) αλλά και στους φίλους τους, τους δασκάλους τους ακόμη και σε καλλιτέχνες ή αθλητές. Παράγοντες του περιβάλλοντος οι οποίοι ωθούν στην επιλογή συμπεριφοράς είναι οι γονείς, το σχολείο και οι δραστηριότητες εκτός σχολείου (Zimmer, Hill & Sonnad, 2003).

Επίσης η ενίσχυση του ρόλου του σχολείου σε σχέση με την ευρύτερη κοινότητα στην οποία ανήκει, δια μέσου της δημιουργίας στενότερων σχέσεων ανάμεσα στα παιδιά, τους εκπαιδευτικούς, τους γονείς και τα άλλα μέλη της κοινότητας αλλά και με την αντιστοίχιση των προγραμμάτων ΑΥ με τα προβλήματα της τοπικής κοινωνίας φαίνεται να επηρεάζει την αποτελεσματικότητά τους (St. Leger, 1999).

Η έλλειψη υποδομών, συμπεριλαμβανομένων οικονομικών, ανθρώπινων και υλικών πόρων, η απουσία οργανωτικών μηχανισμών, ανεπαρκές όραμα και στρατηγικός σχεδιασμός, ανεπαρκής κατανόηση και αποδοχή των προγραμμάτων, ανεπαρκής συνεργασία και συντονισμός μεταξύ των ατόμων που παρουσιάζουν τα θέματα υγείας στο σχολείο είναι εμπόδια που έχουν προσδιοριστεί από τον ΠΟΥ σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο στην ανάπτυξη σχολικών προγραμμάτων υγείας (WHO, 1996 · WHO, 1998b).

Οι παραπάνω αναφερόμενοι παράγοντες εμπλέκονται μεταξύ τους και πολλές φορές η πολιτική βούληση για υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ προσκρούει σε δυσκολίες εφαρμογής λόγω ακατάλληλου σχολικού περιβάλλοντος, υλικοτεχνικών υποδομών ή/και έλλειψης ετοιμότητας των εκπαιδευτικών. Αντίθετα σε άλλες περιπτώσεις ενώ υπάρχει επιθυμία και θετικές αντιλήψεις από την πλευρά των εκπαιδευτικών η αποτελεσματική υλοποίηση τέτοιων προγραμμάτων δεν

υποστηρίζεται από την ανώτερη διοίκηση (γραφειοκρατία ή/και αδιαφορία) και το κατάλληλο σχολικό περιβάλλον-διεύθυνση του σχολείου.

Τέλος προκύπτουν δυσκολίες όσον αφορά τον τρόπο αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων ΑΥ οι οποίες σχετίζονται κυρίως με το ευρύ φάσμα εφαρμογής των προγραμμάτων π.χ. διαφορετικά περιβάλλοντα-σχολεία, διαφορετική θεματολογία, διαφορετικές τεχνικές κλπ. Η αξιολόγηση της διεργασίας (Process Evaluation) που έχει το χαρακτήρα της καταγραφής και περιγραφής του τι υλοποιήθηκε, γιατί και με ποιόν τρόπο, προσφέρει δεδομένα για τις δραστηριότητες που πραγματοποιήθηκαν και φαίνεται να βοηθά, με αυτόν τον τρόπο στην αποτίμηση των αποτελεσμάτων, καθώς τα προγράμματα υγείας σπάνια υλοποιούνται όπως ακριβώς οργανώθηκαν και σχεδιάστηκαν (WHO, 2006).

### **2.3.5. ΤΠΕ και Αγωγή Υγείας στο σχολείο**

Με τον όρο Τεχνολογίες της Πληροφορίας και της Επικοινωνίας (ΤΠΕ) εννοείται το σύνολο των τεχνολογιών για τη συλλογή, την αποθήκευση, την επεξεργασία και τη μετάδοση πληροφοριών, που προέκυψε από τη σύγκλιση της πληροφορικής, των τηλεπικοινωνιών και των οπτικοακουστικών μέσων.

Οι νέες τεχνολογίες συμβάλλουν στην αναμόρφωση της σχολικής εκπαίδευσης επιφέροντας ουσιαστικές αλλαγές στο ψυχοκοινωνικό κλίμα της μαθησιακής διαδικασίας, στην παραδοσιακή διδασκαλία, στο ρόλο του σχολείου και του δασκάλου (Hambiaouris, Raptis & Rapti, 2009). Επιπλέον η χρήση των ΤΠΕ στην εκπαιδευτική διαδικασία μπορεί να λειτουργήσει ως κίνητρο για την ενεργό εμπλοκή των μαθητών στην μαθησιακή διαδικασία, λόγω της έλξης που ασκούν οι νέες τεχνολογίες στον μαθητικό πληθυσμό.

Η ενσωμάτωση ψηφιακών παιχνιδιών διδακτικού περιεχομένου στην εκπαιδευτική διαδικασία, μπορεί να δημιουργήσει ευχάριστα περιβάλλοντα μάθησης δίνοντας τη δυνατότητα στους μαθητές να αλλάξουν στάσεις, συμπεριφορές και να αποκτήσουν γνώσεις, αξίες και δεξιότητες (Papastergiou 2009). Η χρήση των ΤΠΕ αποτελεί πλέον διδακτική πρακτική πολλών εκπαιδευτικών και ο τομέας της ΑΥ δεν θα μπορούσε να μείνει ανέπαφος από αυτή την καινοτομία.

Εφόσον απώτερος στόχος ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας είναι η ανάπτυξη στους μαθητές της δυνατότητας να ελέγχουν την συμπεριφορά τους σε σχέση με θέματα υγείας, και η παρότρυνση τους να αναλάβουν υπεύθυνα και από μόνοι τους αποφάσεις για την προσωπική τους υγεία, η χρήση των ΤΠΕ στη σχεδίαση και την ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας παρέχουν πρόσφορο έδαφος για την εφαρμογή θεωριών αλλαγής της συμπεριφοράς. Επιπλέον οι ΤΠΕ προσφέρονται ιδιαίτερα για χρήση σε προγράμματα αγωγής υγείας που απευθύνονται σε νέους λόγω της έλξης που ασκούν σε αυτούς και της εξοικείωσης των νέων με τις ΤΠΕ.

Τα προγράμματα αγωγής υγείας βασιζόμενα στις ΤΠΕ που απευθύνονται σε νέους πρέπει να είναι καινοτομικά, ενδιαφέροντα και ψυχαγωγικά και να εναρμονίζονται με τους τρόπους που μαθαίνουν οι νέοι σήμερα, ώστε να αυξάνονται, σε σύγκριση με παραδοσιακές διδακτικές παρεμβάσεις, οι πιθανότητες θετικής επίδρασής τους. Ένα είδος εφαρμογών ΤΠΕ που ενδείκνυνται για προγράμματα αυτού του τύπου είναι τα ηλεκτρονικά παιχνίδια. Κατάλληλα σχεδιασμένα ηλεκτρονικά παιχνίδια μπορούν να αποτελέσουν ελκυστικά και αποτελεσματικά περιβάλλοντα για την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων, αλλά και τη διαμόρφωση στάσεων και συμπεριφορών σχετιζόμενων με την υγεία, (Papastergiou, 2009 · Tinggen et al., 1997 ) δεδομένου ότι (α) είναι ιδιαίτερα διαδραστικά, (β) επιτυγχάνουν την επαναλαμβανόμενη έκθεση του χρήστη σε μηνύματα υγείας, (γ) προσφέρουν απεριόριστες δυνατότητες δοκιμής νέων δεξιοτήτων στο εικονικό περιβάλλον τους, (δ) παρέχουν εξατομικευμένη ανατροφοδότηση με βάση τις σχετιζόμενες με την υγεία επιλογές του χρήστη και (ε) επιτρέπουν τη δημιουργία δικτύων κοινωνικής υποστήριξης (στην περίπτωση παιχνιδιών για πολλούς παίκτες) (Παπαστεργίου & Θηραίος, 2010). Επομένως οι ΤΠΕ μπορούν να επιφέρουν επαναστατικές αλλαγές στα προγράμματα αγωγής υγείας.

Ωστόσο, η ενσωμάτωση των ΤΠΕ στα προγράμματα ΑΥ προκειμένου να είναι αποτελεσματικά και να επιτελούν τους στόχους της ΑΥ θα πρέπει να βασίζονται σε θεωρητικές αρχές προερχόμενες τόσο από το χώρο της αγωγής υγείας όσο και από το χώρο των τεχνολογιών της εκπαίδευσης. Είναι επίσης κατανοητό ότι η ενσωμάτωση των ΤΠΕ στον ευαίσθητο τομέα της ΑΥ δεν έχει τίποτα να προσφέρει εάν χρησιμοποιηθεί ως απλό εποπτικό εργαλείο στα πλαίσια της παραδοσιακής δασκαλοκεντρικής διδασκαλίας. Κανένα εργαλείο δεν μπορεί από μόνο του να

επιφέρει την κινητοποίηση ανώτερων γνωστικών λειτουργιών και να συνεισφέρει στην αναβάθμιση της ποιότητας του μαθήματος. Συνολικά το θέμα της εισαγωγής και αξιοποίησης των Τεχνολογιών Πληροφορίας και Επικοινωνιών (ΤΠΕ) στην εκπαιδευτική πράξη, έχει αποτελέσει πεδίο έντονων συζητήσεων και αντιπαραθέσεων τα τελευταία χρόνια. Παρόλο που η κοινωνία δείχνει να πιέζει προς την άμεση ένταξή τους και η Πολιτεία δείχνει να έχει τη βούληση να το κάνει, οι εκπαιδευτικοί είτε δεν έχουν τις κατάλληλες γνώσεις ή διστάζουν να αποδεχθούν μια τέτοια καινοτομία (Δόβρος,2012).

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια τάση στην εκπαίδευση αναδόμησης των παραδοσιακών μαθησιακών περιβαλλόντων βασισμένες στη θεωρία του κονστρουκτιβισμού (constructivism). Αν και οι κονστρουκτιβιστικές προσεγγίσεις δεν είναι πρόσφατες, η αναποτελεσματικότητα του δασκαλοκεντρικού μοντέλου διδασκαλίας που εστιάζει στην απλή μετάδοση γνώσεων και οι πρόσφατες τεχνολογικές εξελίξεις οδήγησαν στην υλοποίηση αυτών των προσεγγίσεων με σκοπό την βελτίωση της αποτελεσματικότητας της μάθησης (Gross, 2002 ·Fetherston,2001). Ο Piaget με την θεωρία του γνωστικού κονστρουκτιβισμού (cognitive constructivism) υποστηρίζει ότι η μάθηση είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του ατόμου που ανακαλύπτει μέσα από τις εμπειρίες του και του αντικειμένου της μάθησης. Συγκεκριμένα, όταν η πληροφορία που δέχεται το άτομο αλληλεπιδρά με την πρότερη γνώση του μέσω μιας διαδικασίας αφομοίωσης και προσαρμογής, έχει σαν αποτέλεσμα την τροποποίηση των νοητικών δομών του ατόμου- μάθηση. Ο Vigotsky με την θεωρία του κοινωνικού κονστρουκτιβισμού ( social constructivism) προσέθεσε στοιχεία που παίζουν σημαντικό ρόλο στη μάθηση. Σύμφωνα με την θεωρία του το άτομο με την εμπλοκή του σε κοινωνικά πλαίσια, δραστηριότητες οικειοποιείται εργαλεία και σύμβολα που ανήκουν στην κοινωνία και η οικειοποίηση αυτή οδηγεί σε γνωστικές αναπαραστάσεις που το άτομο ενσωματώνει στις νοητικές του δομές. Επίσης επισήμανε την συμβολή της συνεργασίας και του διαλόγου στη διαδικασία της μάθησης.

Οι εξελίξεις στο χώρο των ΤΠΕ και ιδιαίτερα στους τομείς των πολυμέσων και των δικτύων πρόσφεραν την απαραίτητη τεχνολογική υποστήριξη για την εφαρμογή των κονστρουκτιβιστικών θεωριών στη σχεδίαση και την ανάπτυξη ελκυστικών και αποτελεσματικών μαθησιακών περιβαλλόντων. Επιπλέον μέσω του διαδικτύου και του παγκόσμιου ιστού προσφέρεται εύκολη πρόσβαση σε



επικαιροποιημένες πληροφορίες, επεκτείνει την δυνατότητα μάθησης, καθώς επίσης προσφέρει εργαλεία για επικοινωνία και διαμοίραση δεδομένων, τα οποία προσφέρουν νέα ώθηση στη μάθηση μέσω της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και στη συνεργατική κατασκευή της γνώσης (Gross,2002 ·McMahon,1997).

Η βασισόμενη σε παιχνίδια μάθηση (game-based learning) είναι ένα από τα καινοτόμα μοντέλα μάθησης που εμπνέεται από τις κονστρουκτιβιστικές θεωρίες (Gross,2002). Ειδικότερα τα ηλεκτρονικά παιχνίδια πιστεύεται ότι, αν σχεδιαστούν κατάλληλα και ενσωματωθούν σε αυτά μαθησιακά περιεχόμενα μπορούν να αποτελέσουν ισχυρά μαθησιακά περιβάλλοντα (Oblinger, 2004).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η χρήση του διαδικτύου στην εκπαίδευση και πολλοί ερευνητές έχουν μελετήσει τα οφέλη και τις πιθανές αδυναμίες της ενσωμάτωσης τους στην σχολική εκπαίδευση. Το διαδίκτυο στηρίζεται στην αμφίδρομη επικοινωνία και χαρακτηρίζεται από τα δυναμικά οφέλη της τεχνολογίας των πολυμέσων: τη δυνατότητα σύνδεσης, την αποτελεσματικότητα, τη διαδραστικότητα και την ευελιξία. Προσφέρει τη δυνατότητα να εφαρμοσθούν σύγχρονες και ασύγχρονες μορφές αλληλεπίδρασης στη διδασκαλία, να καταργηθούν τα φυσικά όρια της τάξης και να επεκταθούν οι εμπειρίες των παιδιών (Passerini & Granger, 2000). Τα οφέλη που αναφέρονται απ' τη χρήση του διαδικτύου στη τάξη συμπεριλαμβάνουν την ανάπτυξη της περιέργειας και των αναλυτικών δεξιοτήτων των παιδιών καθώς και την επέκταση των εμπειριών τους μέσω των τεχνολογιών της εικόνας (White, 1997).

Οι Τζιμογιάννης & Κόμης (2004) στην μελέτη τους προσδιορίζουν συγκεκριμένους παράγοντες που επιδρούν ανασταλτικά στους εκπαιδευτικούς για την ενσωμάτωση των ΤΠΕ στην εκπαιδευτική πρακτική. Τέτοιοι παράγοντες είναι η ανασφάλεια για τις δεξιότητες τους και της δυνατότητας χρήσης ΤΠΕ καθώς και ο φόβος σύγκρισης με τους μαθητές στον συγκεκριμένο τομέα. Επιπλέον σε αυτήν την εργασία, σε σχολεία Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στο νομό Ιωαννίνων, διαφαίνεται ότι η επιφυλακτικότητα στην χρήση ΤΠΕ καθορίζεται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών όπως το γυναικείο φύλο, η θεωρητική κατεύθυνση, η έλλειψη εξοικείωσης με δικό τους υπολογιστή και η έλλειψη επιμόρφωσης. Αντίθετα σημειώνεται ότι θετική στάση στην χρήση ΤΠΕ έχουν οι εκπαιδευτικοί με μέση διάρκεια προϋπηρεσίας (20 έτη) και όσοι δεν είναι ικανοποιημένοι από τον παραδοσιακό τρόπο διδασκαλίας. Συμπερασματικά παρόλο

ότι στην συγκεκριμένη μελέτη παρατηρήθηκε μία αύξηση της αποδοχής χρήσης ΤΠΕ σε σχέση με παλαιότερη μελέτη, επιβεβαιώνεται ότι καθοριστικός παράγοντας για την ενσωμάτωση τους στην εκπαιδευτική διαδικασία, εκτός από την επιμόρφωση και την ανάπτυξη δεξιοτήτων των εκπαιδευτικών, είναι η αλλαγή των παιδαγωγικών αντιλήψεων και η συνειδητοποίηση από τους εκπαιδευτικούς των πλεονεκτημάτων της χρήσης των ΤΠΕ (Τζιμογιάννης & Κόμης, 2004).

Συγκεκριμένα για την χρήση του διαδικτύου στην Αγωγή Υγείας έχουν διατυπωθεί ορισμένες αμφιβολίες σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους. Σκοπός της Αγωγής Υγείας είναι η προσωπική ενδυνάμωση των μαθητών έτσι ώστε να μπορέσουν να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους και να ελέγξουν τις συμπεριφορές τους, μέσα σε ένα πολύπλοκο και αντιφατικό περιβάλλον, όπως είναι αυτό που βιώνουν οι μαθητές σήμερα. Μερικοί εκπαιδευτικοί αμφισβητούν εάν αυτό μπορεί να γίνει μέσα από την απρόσωπη διαπραγμάτευση τέτοιων θεματικών με τη χρήση των νέων τεχνολογιών. Υποστηρίζουν ότι παιχνίδια ρόλων, ανάπτυξης διαπροσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων καθώς επίσης και συναισθηματικής κατανόησης δεν μπορούν να γίνουν παρά μόνον μέσα από την πρόσωπο με πρόσωπο διδασκαλία, την ενεργή συναισθηματική εμπλοκή των μελών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα συναισθηματικής στήριξης. Σύμφωνα με αυτούς ο Η/Υ έχει μόνο επικουρικό ρόλο στην Αγωγή Υγείας, με την παροχή δυνατοτήτων αναζήτησης πληροφοριών, με την δυνατότητα πολλαπλών μορφών αναπαράστασης του φυσικού περιβάλλοντος και με την προσομοίωση φαινομένων και την, με τεχνητό τρόπο, εμπλοκή των μαθητών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Ακόμη κι αν δεχθούμε ως αληθή όλα αυτά, γιατί θα πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι δε στερείται λογικής, το υποστηρικτικό πλαίσιο των Η/Υ, η παροχή υποστήριξης και ο αυξημένος βαθμός ενεργού εμπλοκής των μαθητών δεν είναι κάτι που αξίζει να αγνοηθεί. Από την άλλη, κάθε μορφή αγωγής και εκπαίδευσης δεν μπορεί να αγνοήσει το περιβάλλον που αναπτύσσεται και που πρόκειται να δράσει ο μελλοντικός πολίτης (Δόβρος, 2012).

Η μέθοδος της μεικτής μάθησης, που επιλέχθηκε από τον Δόβρο (2012), φαίνεται ότι αξιοποιεί τα πλεονεκτήματα της πρόσωπο με πρόσωπο και της διαδικτυακής επικοινωνίας και συνεργασίας με την χρήση της διαδικτυακής πλατφόρμας LAMS. Η συγκεκριμένη διδακτική πρόταση, της μεικτής μάθησης, δίνει τη δυνατότητα στο μαθητή και τον εκπαιδευτικό να αλληλεπιδράσουν ψηφιακά, αναβαθμίζοντας το ρόλο της επικοινωνίας, ενσωματώνοντας πολλαπλές μορφές

ανταλλαγής απόψεων και προβληματισμών και συνεργασίας. Οι χωροχρονικές διαστάσεις του σημερινού μαθήματος διευρύνονται, η συνεργασία, η αλληλεπίδραση και η διαπραγμάτευση εννοιών μπορεί να πραγματοποιηθεί έξω από τους τέσσερις τοίχους της τάξης. Αυτό δίνει χώρο για περισσότερη συζήτηση στην τάξη. Ο εκπαιδευτικός, έχοντας υπόψη τις εκφορές λόγου και τις εργασίες των μαθητών, έχει ένα καλύτερο σημείο αφετηρίας για να συντονίσει το διάλογο μέσα στην τάξη. Μπορεί πλέον, εάν το επιθυμεί, να εμπλέξει το οικογενειακό περιβάλλον, ειδικούς του επιστημονικού χώρου που άπτονται του αντικειμένου που διαπραγματεύεται και μέσα από τα πολλαπλά κανάλια επικοινωνίας να αναβαθμίσει το μάθημα, εισάγοντας δεξιότητες αναστοχασμού και αξιολόγησης των δεδομένων.

Στην έρευνα αυτή οι εκπαιδευτικοί διστάζουν να ενσωματώσουν τις διαδικτυακές τεχνολογίες και οι κύριοι λόγοι είναι η ανασφάλεια και η έλλειψη επαρκούς κατάρτισης. Θα μπορούσε κάποιος να υποθέσει ότι η διστακτικότητα αυτή οφείλεται στην άγνοια των εκπαιδευτικών αυτών σχετικά με τις διαδικτυακές μαθησιακές προσεγγίσεις και στην δυσκολία ανάπτυξης συνεργασιών (Δόβρος,2012).

Παράδειγμα επιτυχημένης εφαρμογής χρήσης διαδικτύου στην Αγωγή Υγείας είναι η αξιοποίηση των ιστοσελίδων CoodFoodPlanet και ο Παιδικός Κόσμος (Ίδρυμα Αριστείδης Δασκαλόπουλος) από τους Περρίκου κ.α. (2009) σε παιδιά Τρίτης Δημοτικού σχολείων της Κύπρου. Οι ιστοσελίδες αυτές αποτελούν μια συγκεκριμένη διδακτική πρόταση, η οποία, παρέχει τόσο πληροφορίες και γνώσεις όσο και μια ποικιλία διαδραστικών παιχνιδιών γύρω από τις διατροφικές συνήθειες και τη φυσική δραστηριότητα. Κατά τη διάρκεια της χρήσης της ιστοσελίδας διαπιστώθηκε ότι οι μαθητές ενεπλάκησαν ενεργά και ζητούσαν ολοένα και περισσότερο να ασχοληθούν με τα παιχνίδια. Τα παιδιά συνεργάστηκαν με σκοπό να ερευνήσουν, να ανακαλύψουν, να φτιάξουν εργασίες. Αυτό που έδειξε η εμπειρία είναι ότι τα παιδιά κατάφεραν να καλλιεργήσουν και να αναπτύξουν θετικές στάσεις γύρω από θέματα που άπτονται της ισορροπημένης διατροφής και της φυσικής δραστηριότητας.

Τα πρώτα αποτελέσματα από την αξιοποίηση του διαδικτύου υποδεικνύουν ότι η συγκεκριμένη ιστοσελίδα για την εκπαίδευση πάνω σε θέματα διατροφής και άσκησης είναι ιδιαίτερα ευχάριστη στα παιδιά. Απαιτείται, ωστόσο, περαιτέρω έρευνα για να αξιολογήσει με αντικειμενικούς δείκτες την επίδρασή των εφαρμογών αυτών τόσο στη γνώση όσο και στη συμπεριφορά των παιδιών (Περίκου κ.α., 2009).

Η Papastergiou (2009) σε ανασκόπηση 34 άρθρων είχε σκοπό να παρουσιάσει την αποτελεσματικότητα της ένταξης ηλεκτρονικών παιχνιδιών σαν εργαλεία εκπαίδευσης στα προγράμματα ΑΥ και Φυσικής Αγωγής. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης παρουσίασαν δυνητικά οφέλη της χρήσης ηλεκτρονικών παιχνιδιών σαν εκπαιδευτικά εργαλεία για ΑΥ και Φυσική Αγωγή και την δυνατότητα βελτίωσης των γνώσεων, δεξιοτήτων, συμπεριφορών και στάσεων των μαθητών σε σχέση με την υγεία και την φυσική άσκηση. Παρόλο ότι τα εμπειρικά δεδομένα είναι περιορισμένα, υπάρχει συνολικά θετική εικόνα ( Papastergiou, 2009).

Οι νέες τεχνολογίες και ειδικότερα οι διαδικτυακές, έχουν καταλάβει ένα σημαντικό κομμάτι της κοινωνικής αλληλεπίδρασης της σημερινής κοινωνίας. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων αξιολόγησης κάθε μορφής αλληλεπίδρασης, μέσα από τις νέες τεχνολογίες, είτε αυτή γίνεται με εργαλεία κοινωνικής διαδικτύωσης (facebook, twitter κλπ) είτε με τεχνολογίες άμεσης επικοινωνίας (κινητά τηλέφωνα, skype κλπ) είτε έμμεσης επικοινωνίας (φόρουμ) και η καλλιέργεια δεξιοτήτων επικοινωνίας, οφείλει να αποτελέσει αντικείμενο διαπραγμάτευσης της εκπαίδευσης, πριν ακόμη αρχίσουν να ασκούν επιρροή όλα τα υπόλοιπα μέσα επικοινωνίας και ενημέρωσης, τα οποία το πιο πιθανό είναι να διαστρεβλώσουν την πραγματικότητα προς όφελος της καταναλωτικής αγοράς. Μεγάλη συζήτηση γίνεται σήμερα για το πόσο επηρεάζουν οι διαφημίσεις και τα ΜΜΕ τον νεαρότερο ειδικά πληθυσμό και ωθούν σε καταναλωτικές συνήθειες που τις περισσότερες φορές αποδεικνύονται βλαβερές.

Επιπλέον, η έκδηλη έλξη που δείχνουν να ασκούν οι τεχνολογίες αιχμής στους μαθητές, αποτελεί ένα πρώτης τάξης εφόδιο για την ενεργό εμπλοκή των μαθητών σε τέτοιες δραστηριότητες, καθιστώντας εφικτή μια αυθεντική μάθηση, μέσα σε πραγματικά γεγονότα και καταστάσεις που βιώνει ο μαθητής στην καθημερινότητά του. Τέλος, οι διαδικτυακές τεχνολογίες μπορούν να εντάξουν και το κομμάτι οικογένεια μέσα στο παιχνίδι της κοινωνικοποίησης. Η μάθηση έξω από τα χωροχρονικά όρια της τάξης, επιτρέπει στον εκπαιδευτικό, εφόσον το επιθυμεί και το κρίνει σωστό, να καλέσει σε συμμετοχή και το οικογενειακό περιβάλλον του μαθητή, πάνω σε θεματικές που, απαιτούν και την εμπλοκή των γονέων (Δόβρος, 2012).

## **2.4. Εκπαιδευτικοί και Αγωγή Υγείας**

### **2.4.1. Ο ρόλος των εκπαιδευτικών στην ΑΥ**

Ο ρόλος των εκπαιδευτικών, από όλους όσους εμπλέκονται στην σχολική αγωγή υγείας, αναγνωρίζεται ως ο σημαντικότερος. Οι εκπαιδευτικοί θεωρούνται θεμελιώδεις παράγοντες για την εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων , καθώς δίχως πρόθυμους και ενδιαφερόμενους εκπαιδευτικούς, νέες ιδέες, τεχνικές και βιώσιμες πρακτικές είναι δύσκολο έως αδύνατο να υλοποιηθούν στο σχολείο. Έχει διαπιστωθεί όμως ότι αν και τα οφέλη από την εφαρμογή προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας είναι πολλά και σημαντικά τόσο για τους μαθητές όσο και για την ευρύτερη σχολική κοινότητα, η υιοθέτηση τους από τους εκπαιδευτικούς είναι περιορισμένη και συχνά προβληματική (Jourdan, 2011a).

Βασικός παράγων επιτυχούς συμμετοχής των εκπαιδευτικών σε προγράμματα ΑΥ είναι η αντίληψη που έχουν οι ίδιοι για τον ρόλο τους στο σχολείο, για τον ρόλο τους στην ΑΥ και τις αρμοδιότητες της εκπαιδευτικής δραστηριότητας . Συγκεκριμένα η αντίληψη ότι η ΑΥ δεν αποτελεί σημαντικό μέρος για τις αρμοδιότητες τους, καθώς δεν έχουν ειδική εκπαίδευση στον τομέα αυτόν, πολλές φορές επηρεάζει αρνητικά τη συμμετοχή τους σε προγράμματα Αγωγής Υγείας. Από την άλλη η αντίληψη ότι η γενικότερη στάση τους στο σχολείο και στη καθημερινή ζωή επηρεάζει τους μαθητές με μια συνολικότερη αντίληψη της θέσης τους στην εκπαίδευση των μαθητών (ολιστική προσέγγιση) ευνοεί τη συμμετοχή τους σε προγράμματα ΑΥ (Jourdan, 2011a).

Οι εκπαιδευτικοί αποτελούν πρότυπο συμπεριφοράς για τους μαθητές τους, όπως διαπιστώνουμε από τις υπάρχουσες θεωρίες. Έχουν μεγάλη επιρροή στη συμπεριφορά και στις συνήθειες υγείας των μαθητών. Αποτελούν έναν ενήλικα που επηρεάζει τη συμπεριφορά των νέων είτε δρώντας ως πρότυπο, είτε προσφέροντας σε

αυτούς κανόνες πρακτικής ή κοινωνικής υποστήριξης (Γκούβρα, Κυρίδης & Μαυρικάκη, 2005).

Μέσα στο σχολικό περιβάλλον οι εκπαιδευτικοί είναι αυτοί που έχουν τον σπουδαιότερο ρόλο στη βελτίωση της θέσης και της λειτουργίας του σχολείου. Αυτοί είναι που θα δώσουν τις σωστές κατευθύνσεις και την βοήθειά τους ώστε τα παιδιά να αποκτήσουν θετικές στάσεις που αφορούν την υγεία τους. Χρειάζεται όμως η στήριξη και η συμπαράσταση του σχολείου και των απασχολούμενων με την υγεία ώστε να εφαρμοστούν επιτυχώς τα προγράμματα Αγωγής Υγείας (Χατζηπαναγιώτου, 2001).

Οι απαιτήσεις της υλοποίησης ενός προγράμματος ΑΥ καταδεικνύουν τον δύσκολο ρόλο του εκπαιδευτικού. Η πολυπλοκότητα των θεμάτων της ΑΥ απαιτούν υψηλού επιπέδου πληροφόρηση και γνώσεις που πολλές φορές ξεπερνούν το γνωστικό τους αντικείμενο. Ο εκπαιδευτικός προκειμένου να ανταποκριθεί στις εκπαιδευτικές διαδικασίες διδασκαλίας της ΑΥ θα πρέπει να είναι εφοδιασμένος με επιστημονικές γνώσεις, οι οποίες πολλές φορές δεν άπτονται της ειδικότητάς του. Το πολυεπίπεδο φάσμα της υγείας και της προστασίας της απαιτεί από τον εκπαιδευτικό να επιστρατεύσει την επιστημονική του κουλτούρα. Για παράδειγμα θέματα που σχετίζονται με τη διατροφή, τη βουλιμία και την παχυσαρκία δεν είναι μόνο βιολογικά θέματα αλλά έχουν και ψυχολογικές προεκτάσεις, τα ναρκωτικά και ο αλκοολισμός είναι προβλήματα που σχετίζονται με κοινωνικές προεκτάσεις (Μαυρικάκη κ.α., 2005).

Παράλληλα ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να ξεδιπλώσει και την ανθρωπιστική του κουλτούρα αντιμετωπίζοντας με ήθος και ευαισθησία τους προβληματισμούς και κοινωνικά θέματα που απασχολούν τους μαθητές του. Οι λεπτοί χειρισμοί ζητημάτων που καλείται πολλές φορές να αντιμετωπίσει απαιτεί την ανάλογη ικανότητα. Όπως επισημαίνει και ο Κ. Δεληκωσταντής (1998) οπ. αναφ. στο Γκούβρα, Κυρίδης & Μαυρικάκη, 2005, ο εκπαιδευτικός εκτός από την παραδοσιακή αποκτά την επιστημονική και την ανθρωπιστική κουλτούρα.

Η Αγωγή Υγείας είναι μια σχολική δραστηριότητα που αποσκοπεί στην αναβάθμιση της σχολικής ζωής και δίνει στους εκπαιδευτικούς, μετά από σχετική

επιμόρφωση, την ευκαιρία να διευρύνουν τον τυπικό ρόλο τους ως διδασκόντων και να γίνουν συνοδοιπόροι των μαθητών στην πορεία τους προς την ενηλικίωση.

#### **2.4.2. Προσόντα εκπαιδευτικών που υλοποιούν προγράμματα ΑΥ**

Οι εκπαιδευτικοί για να είναι σε θέση να ασχοληθούν αποτελεσματικά με την ΑΥ στο σχολείο και να πετύχουν τους στόχους της πρέπει να διαθέτουν συγκεκριμένες γνώσεις και δεξιότητες. Καταρχάς θα πρέπει να αντιλαμβάνονται το πλέγμα των φυσικών και κοινωνικών συνιστωσών του σχολείου, και την διασύνδεση με την οικογένεια και την κοινότητα. Επίσης πρέπει να αξιολογούν και να ιεραρχούν τα ζητήματα υγείας που θα συμπεριληφθούν στη διδασκαλία της ΑΥ ανάλογα με τις ανάγκες. Σημαντικό είναι να προάγουν την υιοθέτηση κατάλληλων στάσεων και δεξιοτήτων σε σχέση με τα ζητήματα υγείας, ξεκινώντας από το σημείο στο οποίο βρίσκονται οι μαθητές σε ότι αφορά τις αντιλήψεις τους, τις γνώσεις και τις στάσεις τους σχετικά με ζητήματα κλειδιά που αφορούν την υγεία. Τέλος στόχος είναι να μπορούν να χρησιμοποιούν διδακτικές μεθόδους, οι οποίες να εμπλέκουν τους μαθητές αποτελεσματικότερα με τη διαδικασία μάθησης, βρίσκοντας τρόπους μέσα από τους οποίους τα παραδοσιακά διδακτικά αντικείμενα επανεκτιμώνται ώστε να μπορούν να ενσωματώσουν θέματα που αφορούν την υγεία (Αθανασίου, 1994) οπ. αναφ. στο Μαυρικάκη κ.α., 2005.

Στην έρευνα των Moynihan et al., (2015) αποτυπώθηκαν οι απόψεις ειδικών εκπαιδευτικών της ΑΥ οι οποίοι ανήκαν στο Διεθνές δίκτυο σχολείων υγείας (ISHN) και στο δίκτυο σχολείων για την υγεία στην Ευρώπη (SHE) για ποιες θεωρούν πιο σημαντικές ικανότητες που πρέπει να έχει ένας εκπαιδευτής ΑΥ όσον αφορά γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες.

Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι οι πιο σημαντικές ικανότητες για έναν εκπαιδευτή αγωγής υγείας είναι :

1. Γνώση των καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία.

- 2.Επικοινωνιακή ικανότητα.
- 3.Ερευνητική ικανότητα.
- 4.Γνώσεις παιδαγωγικών στο περιεχόμενο της υγείας.
- 5.Γενικές γνώσεις σε θέματα υγείας.
- 6.Γενικές παιδαγωγικές γνώσεις.
- 7.Γνώση θεωριών και μοντέλων προαγωγής υγείας.
- 8.Δεξιότητες σχεδιασμού και εγκατάσταση-υλοποίηση πρωτοβουλιών προαγωγής υγείας στο σχολείο.
- 9.Γνώση προγραμμάτων σπουδών αγωγής υγείας.
- 10.Γνώση των μαθητών και των χαρακτηριστικών τους.
- 11.Ικανότητα ηθικής σκέψης.
- 12.Προθυμία να εμπλακούν σε σχολικές και κοινοτικές δραστηριότητες αγωγής υγείας (Moynihan et al., 2015).

Σύμφωνα με τους Μαυρικάκη κ.α. (2005) ο εκπαιδευτικός που ασχολείται με την ΑΥ θα πρέπει να κατέχει έναν πολυποίκιλο ρόλο. Θα πρέπει να είναι:

- Παιδαγωγός**, καθόσον βασική αποστολή του εκπαιδευτικού είναι να παιδαγωγήσει και όχι μόνο να μεταφέρει γνώσεις στους μαθητές του.
- Καθοδηγητής**, γιατί αποτελεί πρότυπο για τους μαθητές του και θα πρέπει να τους καθοδηγεί με προσοχή τόσο στον κόσμο της γνώσης όσο και στον κοινωνικό κόσμο.
- Οργανωτής**, έχοντας το ρόλο του οργανωτή της εκπαιδευτικής διαδικασίας, αλλά και του οργανωτή της κοινωνικής ένταξης των μαθητών μέσα από την ανάπτυξη κοινωνικών και εκπαιδευτικών διαδικασιών.
- Ισότιμο μέλος της ομάδας**, εφόσον για την αποτελεσματική υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ, ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να πλησιάσει τους μαθητές ως ισότιμο μέλος προκειμένου να τους προσεγγίσει.
- Εμπυχωτής**, για τους μαθητές του ώστε να τους βοηθήσει να εδραιώσουν νέες στάσεις που θα προστατέψουν και θα βελτιώσουν όχι μόνο τη δική τους υγεία, αλλά και την υγεία των γύρω τους.
- Ερευνητής**, καθόσον η θεματική της ΑΥ απαιτεί την συλλογή, ανάλυση και αξιολόγηση των κατάλληλων πληροφοριών και γνώσεων, καθώς και των κατάλληλων διδακτικών μεθόδων που ενδείκνυνται για την υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ.
- Φίλος**, με τους μαθητές του ώστε να μπορέσει να τους πλησιάσει, να τον εμπιστευθούν για να συμμετάσχουν άνετα στην εκπαιδευτική διαδικασία.



•**Μεταρρυθμιστής**, για να μπορέσει να αλλάξει πράγματα τόσο στην εκπαιδευτική διαδικασία, όσο και σε κοινωνικά θέματα που θα τον βοηθήσουν να κάνει καλύτερα τη δουλειά του.

Πολλές από τις παραπάνω ιδιότητες θα πρέπει να τις διαθέτουν όλοι οι εκπαιδευτικοί, πολύ περισσότερο όσοι εμπλέκονται με προγράμματα ΑΥ, όπου η φύση των θεμάτων αυτών απαιτεί ευαίσθητη προσέγγιση (Μαυρικάκη κ.α.,2005).

#### **2.4.3. Η ανάγκη επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών**

Η έλλειψη σωστά καταρτισμένων διδασκόντων σε θέματα Αγωγής Υγείας και η έλλειψη «διδασκτικού» υλικού είναι οι σπουδαιότεροι ανασταλτικοί παράγοντες στην προώθηση θεμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία (Jourdan, 2011a). Οι εκπαιδευτικοί πολλές φορές αναλαμβάνουν διδασκαλίες που απέχουν του κύκλου των σπουδών τους όπως συμβαίνει με τα προγράμματα που αφορούν την αγωγή υγείας με αποτέλεσμα να αισθάνονται ανασφάλεια. Επιπλέον οι εξελίξεις στο χώρο της υγείας και των διδακτικών τεχνικών, απαιτούν την συνεχή πληροφόρηση και ενημέρωση των εκπαιδευτικών. Η περεταίρω κατάρτιση και επιμόρφωση στον τομέα της ΑΥ θα δώσει στους εκπαιδευτικούς την ικανότητα να αντιμετωπίσουν με θετικό τρόπο αυτόν. Η τοποθέτηση της ΑΥ στα σχολεία σε ένα συνολικότερο πλαίσιο ατομικής αλλά και συλλογικής προσπάθειας ανάπτυξης υγιεινών μοντέλων συμπεριφοράς, και όχι μόνο μετάδοσης πληροφοριών-γνώσεων σε θέματα υγείας, φαίνεται από την υπάρχουσα βιβλιογραφία ότι ευνοεί και ευνοείται από την επιμόρφωση των εκπαιδευτικών σε θέματα ΑΥ (Jourdan et al., 2010b).

Επιπροσθέτως το σύγχρονο σχολείο απαιτεί έναν διαφορετικό από τον παραδοσιακό ρόλο για τους εκπαιδευτικούς. Η παραδοσιακή εικόνα του εκπαιδευτικού με τις γενικές γνώσεις και το ταλέντο τείνει να αντικατασταθεί από τον εκπαιδευτικό με υψηλού επιπέδου γνώσεις τόσο στο επιστημονικό πεδίο όσο και την παιδαγωγική του κατάρτιση. Για το λόγο αυτό κρίνεται αναγκαία η συνεχής επιμόρφωσή του προκειμένου να βελτιώσει την επιστημονική και διδακτική του ικανότητα. Από μελέτες έχει δειχθεί ότι τόσο η προθυμία των δασκάλων όσο και η συνολική αντίληψή τους για την ΑΥ και τα κίνητρά τους για συμμετοχή σε προγράμματα ΑΥ επηρεάζουν καθοριστικά την συμμετοχή τους σε επιμόρφωση ΑΥ (Jourdan , Pommier & Quidu , 2010a).

Συμπερασματικά η εκπαίδευση και η μετεκπαίδευση των εκπαιδευτικών στη θεματική και τη μεθοδολογία της Α.Υ. κατέχει κομβικό ρόλο στην σχολική ΑΥ για τους εξής λόγους:

1. Η Α.Υ. σαν γνωστικό αντικείμενο συναντάται σε όλα σχεδόν τα σχολικά μαθήματα κάθε τάξης και κάθε σχολικής βαθμίδας. Για να είναι αποτελεσματική, απαιτεί τη χρήση συγκεκριμένων τρόπων διδακτικής προσέγγισης, που πολλές φορές οι εκπαιδευτικοί δεν γνωρίζουν. Επίσης απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση, την οποία τις περισσότερες φορές οι εκπαιδευτικοί δεν είναι σε θέση να εφαρμόσουν.

2. Η θεματική της ΑΥ θίγει κοινωνικά θέματα και κάποιες φορές υπεισέρχεται σε προσωπικά θέματα των μαθητών και απαιτεί ειδικούς και προσεκτικούς χειρισμούς.

3. Οι εξελίξεις, τόσο στο επίπεδο των επιστημών της υγείας όσο και στο επίπεδο της διδακτικής μεθοδολογίας, είναι ταχύτατες. Κρίνεται απαραίτητο η πληροφόρηση των εκπαιδευτικών σε θέματα ΑΥ να είναι ακριβής και επιστημονική ώστε να μη δημιουργούνται παρερμηνείες και συγχύσεις.

7. Η σχολική τάξη αποτελεί μια κοινωνική ομάδα η οποία κατά την εφαρμογή προγραμμάτων ΑΥ μορφοποιείται με διαφορετικούς τρόπους που απαιτούν την αυξημένη προσοχή και την παρέμβαση του εκπαιδευτικού (Μαυρικάκη κ.α., 2005).

## **2.5. Η Αγωγή υγείας στην Ελληνική εκπαίδευση**

### **2.5.1. Η εξέλιξη της ΑΥ στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση**

Πριν από τη δεκαετία του 1980 το εκπαιδευτικό σύστημα στην Ελλάδα είχε αυστηρά καθορισμένο πλαίσιο το οποίο καθοριζόταν από το εκάστοτε Υπουργείο Παιδείας. Οι εκπαιδευτικοί ήταν υποχρεωμένοι να ακολουθούν το συγκεκριμένο πρόγραμμα χωρίς να έχουν το περιθώριο πρωτοβουλίας και δημιουργικότητας.

Στη συνέχεια οι αλλαγές των διεθνών συνθηκών επέφεραν αλλαγές και στα εκπαιδευτικά συστήματα. Άρχισαν να γίνονται μεταρρυθμίσεις στην εκπαίδευση με την εισαγωγή καινοτομιών και αλλαγών οι οποίες σκοπό είχαν την διαμόρφωση ενεργών και υπεύθυνων πολιτών με κριτική σκέψη. Παράλληλα και το ελληνικό σχολείο προσπαθώντας να ανταποκριθεί στις διεθνείς συνθήκες προχώρησε σε

αλλαγές στο εκπαιδευτικό της σύστημα. Μία από τις καινοτόμες δράσεις που εισήχθησαν ήταν τα προγράμματα σχολικών δραστηριοτήτων στα οποία εντάσσεται η Αγωγή Υγείας. Οι παιδαγωγικές ανησυχίες των εκπαιδευτικών ήταν αυτές που τους οδήγησαν να εντάξουν τα προγράμματα δραστηριοτήτων στα σχολεία έστω και σε άτυπη μορφή. Χαρακτηριστικά ο Μπαγάκης (2000) αναφέρει ότι στη δεκαετία του 1980 κάποιοι εκπαιδευτικοί επιχειρούσαν να κάνουν κάτι πέρα από το αναλυτικό πρόγραμμα χωρίς κανένα θεσμικό πλαίσιο ή χρηματική ενίσχυση (Μπαγάκης, 2000).

Ωστόσο παρ' όλο που οι εκπαιδευτικοί είχαν συνειδητοποιήσει την ανάγκη εισαγωγής καινοτόμων προγραμμάτων απαγκιστρωμένα από τη μετάδοση στεγνών γνωστικών πληροφοριών, το περιβάλλον και οι συνθήκες ήταν δυσμενείς, δεδομένου τόσο της νοοτροπίας όσο και του κόστους υλοποίησής τους.

Τα προγράμματα σχολικών δραστηριοτήτων-ΑΥ υφίστατο πριν τη δεκαετία του 1990 στο σχολικό περιβάλλον έστω και υπό άτυπη μορφή. Η οργάνωση και το θεσμικό πλαίσιο τους χρονολογείται το 1992. Συγκεκριμένα με υπουργική απόφαση στις 28-08-1992 ορίζονται για πρώτη φορά ο θεσμός, οι κατηγορίες, το περιεχόμενο και ο τρόπος υλοποίησης των σχολικών δραστηριοτήτων (Σπυροπούλου κ.α., 2008). Μετά το 1992 προστέθηκε μια πέμπτη κατηγορία σχολικών δραστηριοτήτων, τα Ευρωπαϊκά προγράμματα Comenius, Erasmus, e- twinning κ.α. τα οποία έχουν σχέση με την ένταξη της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Τα προγράμματα αυτά δεν υπαγορεύονταν από το επίσημο αναλυτικό πρόγραμμα και η υλοποίησή τους εξαρτιόταν από την ευαισθητοποίηση και πρωτοβουλία του κάθε εκπαιδευτικού, γεγονός που ισχύει μέχρι σήμερα. Αρχικά πραγματοποιούνταν εκτός σχολικού ωραρίου και η συμμετοχή των μαθητών ήταν προαιρετική. Ωστόσο παρ' όλο που η εμπειρία και η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών ήταν περιορισμένη μια νέα πραγματικότητα άρχισε να διαμορφώνεται. Το σχολείο άρχισε να αναμορφώνεται και να βρίσκεται πιο κοντά στις ανάγκες της σύγχρονης εποχής και παράλληλα ο ρόλος των εκπαιδευτικών που από απλός μεταδότης γνώσεων γίνεται πολυδιάστατος, ικανός να προωθήσει την πρωτοβουλία και την μοναδικότητα του κάθε παιδιού.

Σύμφωνα με το ΦΕΚ. 577, της Υπουργικής Απόφασης στις 23 Σεπτεμβρίου του 1992 τα προγράμματα δραστηριοτήτων - Αγωγής Υγείας - εντάσσονται στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση και μπορούν να πραγματοποιηθούν εντός ή εκτός του σχολικού χώρου. Προβλεπόταν επίσης μείωση του εβδομαδιαίου διδακτικού ωραρίου

για τους εκπαιδευτικούς που αναλάμβαναν την εκπόνηση τέτοιων προγραμμάτων ή υπερωριακή αποζημίωση. Εκτός από τον καθορισμό του τρόπου οικονομικής επιχορήγησης που θα καταβάλλεται στα σχολεία που εκπονούν προγράμματα θεσμοθετείται επίσης η διαδικασία σχεδιασμού και λειτουργίας τους.

Η υπουργική αυτή απόφαση αποτελεί ορόσημο στο χώρο της εκπαίδευσης εφόσον σηματοδοτεί την έναρξη μιας νέας περιόδου στην εκπαιδευτική διαδικασία η οποία βασίζεται στη βιωματική μάθηση και στην ενεργό συμμετοχή του μαθητή, αποδεσμεύοντας τον εκπαιδευτικό από τον πρωταγωνιστικό ρόλο.

Στην αρχή της λειτουργίας των προγραμμάτων προέκυψαν διάφορα διαδικαστικά προβλήματα, κυρίως όσον αφορά τον χρόνο που θα υλοποιούνταν. Εντός σχολικού ωραρίου υπήρχε το πρόβλημα κάποιοι εκπαιδευτικοί να μην συμφωνούν να αποδεσμεύουν τους μαθητές τους για να παρακολουθούν τα προγράμματα, ενώ όταν υλοποιούνταν εκτός σχολικού ωραρίου η συμμετοχή των μαθητών μειωνόταν λόγω του επιβαρυσμένου προγράμματος τους με εξωσχολικές δραστηριότητες.

Μετά από πολλές συζητήσεις και προτάσεις κατέληξαν ότι πρέπει να ενταχθούν στο αναλυτικό πρόγραμμα χωρίς να χάσουν τη μοναδικότητα που τους δίνει η προαιρετικότητα. Στο πλαίσιο αυτό διαμορφώθηκε ένα καινοτόμο πρόγραμμα το οποίο ενσωματώθηκε στο ωρολόγιο πρόγραμμα του σχολείου και ονομάστηκε Ευέλικτη Ζώνη. Η Ευέλικτη Ζώνη εφαρμόστηκε πιλοτικά ύστερα από πρόταση του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου το σχ. Έτος 2001-2002 σε 230 σχολεία, ενώ ακριβώς την επόμενη χρονιά η εφαρμογή επεκτάθηκε σε 900 περίπου σχολεία (Ματσαγγούρας, 2001). Στις 13 Σεπτεμβρίου 2005 με απόφαση του υπουργού Παιδείας και Θρησκευμάτων ανακοινώθηκε η γενίκευση της Ευέλικτης Ζώνης σε όλα τα σχολεία της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης.

Το πλεονέκτημα που προσέφερε η Ευέλικτη Ζώνη ήταν ένα πιο λειτουργικό πλαίσιο εκπόνησης των προγραμμάτων ΑΥ το οποίο δίνει μεγαλύτερη αυτονομία στον εκπαιδευτικό να εφαρμόσει ιδέες και προγράμματα τα οποία ήταν δύσκολο να υλοποιηθούν στις ώρες του συμβατού σχολικού προγράμματος. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα συνέβαλε στην εφαρμογή της διαθεματικότητας και της βιωματικής μάθησης και στη σύνδεση της σχολικής γνώσης με την κοινωνία και τη φυσική πραγματικότητα συμβάλλοντας στον εκπαιδευτικό στόχο που είναι η διαμόρφωση προσωπικοτήτων με κριτική σκέψη.

Σημαντικό ρόλο στην κινητοποίηση των μαθητών για να συμμετάσχει ενεργά στις δραστηριότητες διαδραματίζει ο δάσκαλος. Ο δάσκαλος έχει την κατάλληλη κατάρτιση στις σύγχρονες μεθόδους προκειμένου να παρακινήσει το ενδιαφέρον των μαθητών ώστε να συμμετάσχει στα προγράμματα της ευέλικτης Ζώνης. Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί όμως αντέδρασαν και υποστήριζαν πως δεν έχουν την κατάλληλη επιμόρφωση ούτε την ανάλογη υποστήριξη για την εφαρμογή του συγκεκριμένου πλαισίου. Μάλιστα πολλοί από αυτούς εκμεταλλεύονταν τις ώρες της Ευέλικτης Ζώνης για την διδασκαλία βασικών μαθημάτων, όπως τα μαθηματικά, η γλώσσα κ. α. (Πατσάλης & Παπουτσάκη, 2010).

Η Ευέλικτη Ζώνη δεν αποτελεί το μοναδικό πλαίσιο εφαρμογής των προγραμμάτων ΑΥ. Σύμφωνα με υπουργική εγκύκλιο που ισχύει μέχρι σήμερα, τα προγράμματα αυτά μπορούν να υλοποιηθούν με διάχυση σε όλα τα μαθήματα, στα μαθήματα ειδικοτήτων και στα ολοήμερα σχολεία με την προϋπόθεση πως δεν αποτελούν προέκταση του σχολείου, αλλά ένα διαφορετικό τύπο σχολείου, ανοιχτό σε νέες δράσεις και εμπειρίες, που προσφέρει εναλλακτικές μορφές διδασκαλίας (Χανιωτάκης & Θωμαΐδης, 2002).

### **2.5.2. Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ στην Π/βάθμια Εκπαίδευση**

Η ΑΥ ως καινοτόμος δράση συμβάλλει «στην αναβάθμιση της εκπαίδευσης και στη σύνδεσή της με την κοινωνική πραγματικότητα» (ΥΠ.Ε.Π.Θ- Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, 2002). Στο Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών τίθενται οι στόχοι της ΑΥ: η προάσπιση και η προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας και της κοινωνικής ευεξίας των μαθητών, η πρόληψη του αποκλεισμού των νέων από την κοινωνία και κατ' επέκταση από την αγορά εργασίας, διαμορφώνοντας άτομα με ολοκληρωμένη προσωπικότητα που διαθέτουν ανεπτυγμένη κριτική σκέψη, η μείωση της σχολικής αποτυχίας και πρόωρης εγκατάλειψης της υποχρεωτικής εκπαίδευσης αναδεικνύοντας την ανάγκη ισότιμης συμμετοχής όλων των παιδιών ανεξαιρέτως στην εκπαιδευτική διαδικασία ([ΦΕΚ 304B/13-3-2003](#)).

Τα προγράμματα ΑΥ στο Δημοτικό σχολείο μπορούν να υλοποιηθούν είτε σε συνεργασία με κυβερνητικούς ή μη φορείς, δημόσιους οργανισμούς, φορείς της

Τοπικής Αυτοδιοίκησης κ.α. μετά από την έγκρισή τους (ΥΠΕΠΘ, 2001), είτε από τους εκπαιδευτικούς στα πλαίσια της Ευέλικτης Ζώνης ή με διαθεματική προσέγγιση στη διδασκαλία των μαθημάτων.

Στις εκάστοτε Διευθύνσεις Εκπαίδευσης υπάρχει ο Υπεύθυνος ΑΥ με τον οποίο συνεργάζονται οι εκπαιδευτικοί που ενδιαφέρονται να υλοποιήσουν ένα πρόγραμμα ΑΥ. Τα προγράμματα ΑΥ στις τάξεις Α'-Δ' υλοποιούνται είτε στα πλαίσια της Ευέλικτης Ζώνης, (προβλέπεται σύμφωνα με το Ωρολόγιο Πρόγραμμα διακριτός χρόνος για την Ευέλικτη Ζώνη) είτε στο πλαίσιο της διδασκαλίας των γνωστικών αντικειμένων, σε συμφωνία με τους στόχους του Προγράμματος Σπουδών προεκτείνοντας το περιεχόμενο συγκεκριμένων θεματικών ενοτήτων ή συνδυάζοντας περισσότερα από ένα γνωστικά αντικείμενα, προκειμένου να διερευνηθούν όλες οι πτυχές που πραγματεύεται το πρόγραμμα ΑΥ.

Στις τάξεις Ε'-ΣΤ' το μάθημα της ευέλικτης ζώνης έχει καταργηθεί και τα προγράμματα ΑΥ αναπτύσσονται στο πλαίσιο της διδασκαλίας των γνωστικών αντικειμένων, σε συμφωνία με τους στόχους του Προγράμματος Σπουδών, προεκτείνοντας το περιεχόμενο συγκεκριμένων θεματικών ενοτήτων ή συνδυάζοντας περισσότερα από ένα γνωστικά αντικείμενα, προκειμένου να διερευνηθούν όλες οι πτυχές που πραγματεύεται το Πρόγραμμα ΑΥ ή εντάσσονται στις δραστηριότητες του Ολοήμερου Σχολείου.

Κάθε πρόγραμμα διαρκεί από δύο έως έξι μήνες, ενώ η συχνότητα υλοποίησης των προγραμμάτων είναι δύο διδακτικές ώρες σε εβδομαδιαία βάση. Τα Προγράμματα υλοποιούνται από τους εκπαιδευτικούς εθελοντικά στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση εντός ωρολογίου προγράμματος, σύμφωνα με το Π.Δ. 79/2017 (Α' 109)

Α) Κάθε εκπαιδευτικός που ενδιαφέρεται να υλοποιήσει πρόγραμμα ΑΥ συγκροτεί την μαθητική ομάδα η οποία μπορεί να αποτελείται:

- Από το σύνολο των μαθητών/τριών ενός σχολικού τμήματος
- Με διατμηματική συνεργασία (π.χ. Γ1'-Γ2')
- Με συνεργασία περισσότερων τάξεων
- Με συνεργασία διασχολικών ομάδων, προωθώντας έτσι περαιτέρω την έννοια της δικτύωσης

Β) Μετά τη συγκρότηση της μαθητικής ομάδας:

ο/η εκπαιδευτικός επιλέγει σε συνεργασία με τους μαθητές/τριες το θέμα του προγράμματος.

Σχετικά με την επιλογή του θέματος επισημαίνεται ότι καλό είναι το θέμα να πληροί τις περισσότερες από τις παρακάτω προϋποθέσεις:

- Να ενδιαφέρει τους μαθητές/τριες. Η παράμετρος αυτή είναι σημαντική προκειμένου να εξασφαλιστεί το ενεργό ενδιαφέρον και η συνοχή της παιδαγωγικής ομάδας μέχρι την ολοκλήρωση του προγράμματος.

- . - Να προέρχεται από το άμεσο περιβάλλον των μαθητών/τριών προκειμένου να δίνεται η δυνατότητα άντλησης πρωτογενών στοιχείων κατά την επεξεργασία του.

- Να είναι επίκαιρο.

- Να έχει πολλές πτυχές, οι οποίες θα αναλύονται και θα συνεξετάζονται σε κάθε φάση του προγράμματος.

- Να μπορεί να εκπονηθεί μέσα στα συγκεκριμένα χρονικά περιθώρια που ορίζονται από την παιδαγωγική ομάδα.

- Να δίνει όσο το δυνατό περισσότερες δυνατότητες θεματικής προσέγγισης.

Τα προγράμματα περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα θεματολογίας, όπως η πρόληψη χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, η διατροφική αγωγή, οι διαφυλικές σχέσεις, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η ψυχική υγεία, η κυκλοφοριακή αγωγή, η στοματική υγιεινή, η βία, ο ρατσισμός, η ξενοφοβία, ο κοινωνικός αποκλεισμός, ο εθελοντισμός, το περιβάλλον κ.α.(ΥΠ.Ε.Π.Θ-Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, 2002).

Σε ότι αφορά την επεξεργασία των θεμάτων του προγράμματος ΑΥ , θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι βασικές αρχές που εφαρμόζονται στα προγράμματα των Σχολικών Δραστηριοτήτων με στόχο τη διαμόρφωση ενεργών και κριτικά σκεπτόμενων πολιτών:

- Η μαθητοκεντρική διαδικασία** (ενθάρρυνση της πρωτοβουλίας των μαθητών/τριών, χρήση συμμετοχικών και ενεργών διδακτικών τεχνικών, δημοκρατικός διάλογος).

- Η συνεργατική μάθηση** μέσα από την ανάπτυξη κλίματος ενεργούς συμμετοχής και αλληλοϋποστήριξης των μελών των ομάδων εργασίας, αλλά και των ομάδων μεταξύ τους.

- Η βιωματική και ανακαλυπτική μάθηση** μέσα από την χρήση πρωτογενών πηγών (διεξαγωγή έρευνας, μελέτη πεδίου κ.λ.π.).

-Η **διεπιστημονική προσέγγιση** των θεμάτων και η διαθεματικότητα.

-Η **δημιουργική και ελεύθερη έκφραση**.

Επισημαίνεται ότι σε όλα τα προγράμματα θα πρέπει να επιδιώκεται η εμπλοκή όλης της σχολικής, αλλά και της ευρύτερης κοινότητας τόσο κατά την εκπόνησή του όσο και κατά την παρουσίασή του όταν ολοκληρωθεί.

Γ) Μετά την επιλογή του θέματος, ακολουθεί ο σχεδιασμός του προγράμματος που περιλαμβάνει τον τίτλο, τις θεματικές ενότητες, τους στόχους, τη μεθοδολογία, το χρονοδιάγραμμα ανάπτυξης, τις ενδεχόμενες συνεργασίες, τα πεδία σύνδεσης με τα αναλυτικά προγράμματα, το ημερολόγιο προγραμματισμού δραστηριοτήτων, τα ονοματεπώνυμα των εκπαιδευτικών και την συμπλήρωση του εντύπου «Σχέδιο υποβολής προγράμματος Σχολικών Δραστηριοτήτων».

Τα συμπληρωμένα σχέδια εγκρίνονται από τον Σύλλογο Διδασκόντων της σχολικής μονάδας ή τους Συλλόγους Διδασκόντων των σχολικών μονάδων, σε περίπτωση συνεργασίας σχολείων, και στη συνέχεια υποβάλλονται στους/στις Υπευθύνους/ες των οικείων Διευθύνσεων Εκπαίδευσης, προκειμένου οι τελευταίοι να δώσουν τεκμηριωμένη εισήγηση έγκρισής τους στην Επιτροπή Σχολικών Δραστηριοτήτων του Υπουργείου Παιδείας.

Οι εκπαιδευτικοί που υλοποιούν προγράμματα σύμφωνα με το παραπάνω πλαίσιο, μπορούν προαιρετικά να τα υποβάλουν για έγκριση ως προγράμματα Σχολικών Δραστηριοτήτων στον/ην αντίστοιχο/η Υπεύθυνο/η της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης με σκοπό να υποστηρίζονται καθ' όλη τη διάρκεια της υλοποίησής τους, να ενημερώνονται για επιπρόσθετο υλικό, φορείς συνεργασίας, σεμινάρια - ημερίδες και θεματικές επιμορφωτικές εκδηλώσεις.

Δ) Αμέσως μετά την ολοκλήρωση των προγραμμάτων κάθε σχολικής μονάδας, η παιδαγωγική ομάδα κάθε προγράμματος παρουσιάζει σε ειδική συνεδρίαση του Συλλόγου Διδασκόντων τον απολογισμό της, ώστε να διαχέονται οι καλές πρακτικές εντός της σχολικής μονάδας. Επίσης, ο/η συντονιστής/στρια κάθε προγράμματος καταθέτει μια έκθεση απολογισμού στον/στην αντίστοιχο/η Υπεύθυνο/η και ο/η Διευθυντής/ντρια του Σχολείου ενημερώνει εγγράφως τον/τους Υπεύθυνο/ους Σχολικών Δραστηριοτήτων για την ολοκλήρωση ή μη των προγραμμάτων του σχολείου, σύμφωνα με το Σχέδιο Υποβολής Προγράμματος που είχε υποβληθεί στην αρχή του σχολικού έτους.



Στη συνέχεια λαμβάνοντας υπόψη την παραπάνω ενημέρωση χορηγείται Βεβαίωση Υλοποίησης Προγράμματος με τις υπογραφές του/της Διευθυντή/ντριας Εκπ/σης και του/της Υπευθύνου/ης ΑΥ/Σχολικών Δραστηριοτήτων.

Στο τέλος της σχολικής χρονιάς για όλες τις Σχολικές Δραστηριότητες ορίζεται ημέρα ή διήμερο παρουσίασης-προβολής των προγραμμάτων (γιορτές μαθητικής δημιουργίας) σε τοπικό επίπεδο (Εγκύκλιος σχολικών δραστηριοτήτων του ΥΠ.ΠΕΘ, 2017/18 με Αρ.Πρωτ.188142//ΓΔ4/02-11-2017/ΥΠΠΕΘ ).

Στο πλαίσιο της ενίσχυσης των προγραμμάτων ΑΥ το υπουργείο Παιδείας για την υλοποίηση των προγραμμάτων αλλά και για την εκπαίδευση και υποστήριξη των εκπαιδευτικών συνεργάζεται με κυβερνητικούς και μη κυβερνητικούς φορείς, δημόσιους οργανισμούς , φορείς τοπικής ή περιφερειακής αυτοδιοίκησης, ΑΕΙ κ.α

### **2.5.3. Θεματολογία προγραμμάτων Αγωγής Υγείας**

Η πολυσημία και η ποικιλία των διαστάσεων του όρου «υγεία» οδηγεί στην διαμόρφωση διαφορετικών κατηγοριών και δραστηριοτήτων που περικλείονται στα προγράμματα Αγωγής Υγείας.

Η θεματική της ΑΥ είναι ανεξάντλητη και υπό συνεχή διαμόρφωση λόγω των εξελίξεων στην επιστήμη, στην τεχνολογία και στις συνθήκες διαβίωσης του ανθρώπου. Επικεντρώνεται στην επεξεργασία των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που διαμορφώνουν την ενδεδειγμένη συμπεριφορά για τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας και αναλύεται σε τρεις υποάξονες: ο εαυτός μου, η σχέση μου με τους άλλους, η σχέση μου με το περιβάλλον. Η θεματολογία της Α.Υ θα πρέπει να προσαρμόζεται σε κάθε φάση της ζωής των μαθητών, ανάλογα με την ηλικία τους και τα πολιτιστικά και κοινωνικά τους χαρακτηριστικά. Είναι σημαντικό τα παιδιά στην ηλικιακή ομάδα των 6-12 ετών, να αποκτήσουν σταδιακή και λεπτομερειακή ανάπτυξη των γνώσεων και των δεξιοτήτων ώστε η διαδικασία να είναι αποτελεσματική. Οι λόγοι είναι:

1. Γιατί σε αυτή την ηλικία τα παιδιά οικοδομούν σταδιακά τις έννοιες περνώντας από τη φάση των συμβολικών λειτουργιών στη φάση των συγκεκριμένων νοητικών λειτουργιών.

2. Οι μαθητές για να αποκτήσουν τις κατάλληλες πληροφορίες και δεξιότητες, που τους είναι απαραίτητες ώστε να γίνουν υγιείς πολίτες, θα πρέπει να κατανοήσουν πως ο τρόπος της συμπεριφοράς τους είναι δυνατό να αυξήσει ή να μειώσει τους κινδύνους για την υγεία τους σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους (Γκούβρα, Κυρίδης & Μαυρικάκη, 2005).

Με βάση τα παραπάνω και παίρνοντας υπ' όψη τη διεθνή πραγματικότητα, η Αγωγή Υγείας, όπως αυτή ορίζεται από τα σχετικά κείμενα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, στοχεύει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων και κριτικής σκέψης των μαθητών με την υιοθέτηση υγιών στάσεων και συμπεριφορών αφενός για τη βελτίωση της ψυχικής και σωματικής υγείας και αφετέρου για την αναβάθμιση του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος. Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων τα προγράμματα ΑΥ αντλούν τη θεματολογία τους μέσα από μια ευρεία γκάμα θεμάτων, όπως:

α. Μαθαίνω για τη ζωή:

- Υγεία
- Κοινωνική -Συναισθηματική ανάπτυξη
- Η υγεία στην Ιστορία στην Τέχνη, στη Λογοτεχνία

β. Αγωγή του Ενεργού Πολίτη:

- Ανθρώπινα Δικαιώματα
- Δημοκρατία
- Ποιότητα Ζωής
- Κυκλοφοριακή Αγωγή
- Αγωγή του καταναλωτή ( Εγκύκλιος σχολικών δραστηριοτήτων 2017-18)

## **ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΘΕΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **α. Μαθαίνω για τη ζωή**

#### **Υγεία**

- Η Υγεία ως πολιτισμικό και κοινωνικό αγαθό
- Διαπολιτισμικές Προσεγγίσεις στην Υγεία και την Ασθένεια
- Εξαρτησιογόνες Ουσίες (καπνός, αλκοόλ, ναρκωτικά )

- Ασθένειες: AIDS, ηπατίτιδα Β, Μεσογειακή αναιμία, καρδιαγγειακά νοσήματα, ασθένειες στο εργασιακό περιβάλλον, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, καρκίνος

- Στοματική υγιεινή
- Υγιεινή διατροφή
- Ατυχήματα και Ασφάλεια
- Πρώτες Βοήθειες
- Εθελοντισμός και Υγεία: Αιμοδοσία, Προσφορά ιστών και Οργάνων

### **Ψυχική Υγεία**

#### **Κοινωνική Συναισθηματική ανάπτυξη:**

Συναισθηματική και Ψυχοκινητική Ανάπτυξη – Αντιμετώπιση Προβλημάτων

- Αυτοεκτίμηση, Αυτοσυναίσθημα – Ανάπτυξη Δεξιοτήτων
- Αξίες ζωής (Σεβασμός, αγάπη, ειρήνη, συνεργασία, υπευθυνότητα, ανεκτικότητα, ελευθερία, τιμιότητα, ευγένεια, προσφορά)
- Διαπροσωπικές Σχέσεις
- Διαφυλικές σχέσεις – Σεξουαλική Αγωγή
- Ανάπτυξη δεξιοτήτων για αντιμετώπιση του άγχους και του φόβου
- Αντιμετώπιση πένθους
- Εφηβεία, συμπεριφορές και αντιλήψεις
- Εξαρτήσεις (ναρκωτικά, αλκοόλ, κάπνισμα, ηλεκτρονικά μέσα, τυχερά παιχνίδια, κλπ)

#### **Υγεία, Ιστορία και Τέχνη**

- Μυθολογία, Ιστορικές Αντιλήψεις για την υγεία, Έθιμα, δοξασίες και λαογραφικά στοιχεία
- Μνημεία, Έργα και αρχαιολογικοί χώροι (π.χ. προσωποποιήσεις Υγείας, Ασκληπιεία κ.ά.)

#### **Υγεία και Λογοτεχνία**

- Ζητήματα σωματικής/ ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής στην μυθιστοριογραφία και την ποίηση

### **β. Αγωγή του Ενεργού Πολίτη**

#### **Ανθρώπινα Δικαιώματα – Δημοκρατία**

- Προβλήματα Φτώχειας, Αναλφαβητισμού κ.ά
- Δημοκρατικά δικαιώματα, δικαιώματα του πολίτη, δικαιώματα του παιδιού
- Διαφορετικότητα
- Κοινωνικός αποκλεισμός, Ισότητα ευκαιριών
- Ισότητα φύλων
- Ρατσισμός, ξενοφοβία

### **Ποιότητα Ζωής**

- Κατοικία, Υγιεινή και Ασφάλεια
- Ποιότητα ζωής στο εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον - Έκθεση σε τοξικές ουσίες
- Φυσική Ζωή, άσκηση και υγιεινός τρόπος διαβίωσης
- Διατροφικές συνήθειες και μεταλλαγμένα τρόφιμα
- Επιπτώσεις στην υγεία από την έκθεση στα φυτοφάρμακα
- Εθελοντισμός
- Πολιτική Προστασία: Πρόληψη και αντιμετώπιση έκτακτων καταστάσεων/  
Σεισμοί, πλημμύρες, πυρκαγιές

### **Κυκλοφοριακή Αγωγή**

- Οδική συμπεριφορά πεζών και οδηγών
- Οδική συμπεριφορά μαθητών/τριών: οι μαθητές/τριες ως οδηγοί και ως επιβάτες – διαμόρφωση κυκλοφοριακής συνείδησης
- Οδική Ασφάλεια

### **Αγωγή του καταναλωτή**

- Αγωγή του καταναλωτή και οικονομία
- Αγωγή του καταναλωτή και κοινωνία
- Πληθυσμιακές μετακινήσεις και κατανάλωση
- Υγεία και κατανάλωση
- Ανάλυση προτύπων κατανάλωσης κ.ά. (Εγκύκλιος σχολικών δραστηριοτήτων 2017-18 του ΥΠ.ΠΕΘ, 2017/18 με Αρ.Πρωτ.188142//ΓΔ4/02-11-2017/ΥΠΠΕΘ).

#### **2.5.4. Προβλήματα για την ανάπτυξη ΑΥ στην Ελλάδα**

Ανεξάρτητα από τη δραστηριότητα ή τη στρατηγική που σχεδιάζονται τα προγράμματα ΑΥ, στα πλαίσια της προαγωγής υγείας, υπάρχουν πολλοί παράγοντες οι οποίοι μπορούν να εμποδίσουν την επιτυχή εφαρμογή τους στο ελληνικό σχολείο.

Ένας παράγοντας που εμποδίζει την εφαρμογή της Προαγωγής και Αγωγής Υγείας στο σχολείο είναι η έλλειψη επαρκών οικονομικών και άλλων πόρων, καθώς συχνά οι κρατικοί προϋπολογισμοί είναι ανεπαρκείς, ενώ και η κατανομή των πόρων για την υγεία και την παιδεία δεν είναι πάντα επιτυχής. Τα προγράμματα ΑΥ που εντάχθηκαν στην Ευέλικτη Ζώνη αρχικά χρηματοδοτήθηκαν, σε σημαντικό βαθμό από Ευρωπαϊκά κονδύλια-Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Στήριξης (Soultatou et al, 2011· Zambeta, 2001) οπ. αναφ. στο Δημητριάδης, 2015, ενώ σήμερα όπως αναφέρεται και στις πρόσφατες εγκυκλίους των σχ. ετών 2016-17 και 2017-18 δεν προβλέπεται καμία χρηματοδότηση από το Υπουργείο Παιδείας για την υλοποίηση των προγραμμάτων με αποτέλεσμα η πραγματοποίησή τους να ατονήσει.

Ένας επιπλέον παράγοντας είναι η ανυπαρξία κατάλληλου Αναλυτικού Προγράμματος, το οποίο να ανταποκρίνεται στις γνωστικές δεξιότητες και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των μαθητών κάθε εκπαιδευτικής βαθμίδας και τάξης, ώστε να μην παρατηρούνται φαινόμενα σύγχυσης πληροφοριών και αμηχανίας των εκπαιδευτικών. Επίσης, η μορφή του Ωρολογίου Προγράμματος στο ελληνικό σχολείο λειτουργεί ανασταλτικά ως προς την εφαρμογή κατάλληλων διδακτικών μεθοδολογιών, όπως η μέθοδος project οι οποίες είναι σχεδιασμένες κατά τέτοιο τρόπο ώστε να επιτυγχάνονται οι στόχοι του μαθήματος (Μαυρικάκη κ.α.,2005).

Οι χρονικές απαιτήσεις του σχολικού προγράμματος δεν επιτρέπουν την υλοποίηση προγραμμάτων εκτός του καθιερωμένου σχολικού προγράμματος. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τα προγράμματα να υλοποιούνται αποσπασματικά χωρίς να έχουν μια σπειροειδή συνέχεια. Βασική αρχή του σπειροειδούς προγράμματος είναι η κλιμακωτή ανάπτυξη των περιεχομένων του στις διάφορες τάξεις και βαθμίδες του σχολείου με γνώμονα το επίπεδο της νοητικής ανάπτυξης των μαθητών και την ωριμότητα τους να ασχοληθούν με τα προτεινόμενα θέματα. Μέσα από την επανάληψη οι μαθητές κατανοούν και αφομοιώνουν τις αρχές που προτείνει το γνωστικό αντικείμενο, διαμορφώνοντας στάσεις και αντιλήψεις που θα τους ακολουθούν στη ζωή τους και μετά το πέρας του σχολείου (Γκούβρα, Κυρίδης & Μαυρικάκη, 2005).

Παράλληλα το γεγονός ότι δεν υφίσταται κατάλληλα διαμορφωμένο πλαίσιο για τη διδασκαλία της ΑΥ στο σχολείο με κατευθύνσεις από το Αναλυτικό πρόγραμμα και εγχειρίδια όπως έχουν τα σχολικά μαθήματα, προσδίδουν μια διαφορετική ταυτότητα στην ΑΥ. Το αποτέλεσμα είναι να παίρνει τη μορφή μιας παράλληλης δραστηριότητας που εξαρτάται από την πρωτοβουλία του κάθε εκπαιδευτικού, ο οποίος έχει ένα επιπλέον φορτίο στις εκπαιδευτικές του υποχρεώσεις και επιπλέον θα πρέπει να είναι επιμορφωμένος προκειμένου να πετύχει τη μέγιστη αποτελεσματικότητα (Γκούβρα, Κυρίδης & Μαυρικάκη, 2005).

Από την άλλη μεριά υπάρχουν μερικοί εκπαιδευτικοί, που ασχολούνται με προγράμματα αγωγής υγείας, οι οποίοι επισημαίνουν το γεγονός ότι η συμμετοχή των μαθητών θα μειωνόταν αν η ΑΥ μετατρέποταν σε κανονικό μάθημα και η αποτελεσματικότητα της διαδικασίας θα μετριαζόταν. Οι μαθητές θα αντιμετώπιζαν την ΑΥ σαν ένα ακόμα βαρετό μάθημα και όχι σαν μια ενδιαφέρουσα εκπαιδευτική διαδικασία αποκομμένη από τις παραδοσιακές μεθοδολογικές δομές και πρακτικές της καθημερινής σχολικής πραγματικότητας (Γκούβρα, Κυρίδης & Μαυρικάκη, 2005).

Επιπλέον καθώς η επιλογή της πραγματοποίησης ενός προγράμματος ΑΥ έγκειται στην πρωτοβουλία κάθε εκπαιδευτικού, δημιουργείται ένα σοβαρό θέμα ανισοτήτων, καθώς τα προγράμματα αυτά δεν προσφέρονται σε όλους τους μαθητές παρά μόνο σε αυτούς που θα έχουν την τύχη να μάθουν νέα πράγματα από τους εκπαιδευτικούς που συμμετέχουν στην υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ (Δημητριάδης, 2015). Το δικαίωμα όμως και η ανάγκη για ΑΥ αφορά όλους τους μαθητές και όχι μόνο αυτούς που έχουν εκπαιδευτικούς ευαισθητοποιημένους σε θέματα υγείας (Gerouki, 2009) οπ. αναφ. στο Δημητριάδης, 2015.

Η έλλειψη κατάρτισης του εκπαιδευτικού προσωπικού τόσο σε θέματα ΑΥ όσο και σε κατάλληλες διδακτικές μεθοδολογίες αποτελεί σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα στην ανάπτυξη προγραμμάτων ΑΥ, **καθότι οι εκπαιδευτικοί δε νοιώθουν έτοιμοι ούτε κατάλληλα καταρτισμένοι**. Με δεδομένο ότι το γνωστικό πεδίο της ΑΥ αποτελεί σύνθεση διαφορετικών γνωστικών αντικειμένων που εξελίσσονται συνεχώς γίνεται επιτακτική η ανάγκη για επιμόρφωση των εκπαιδευτικών ώστε να αποκτήσουν δεξιότητες και ικανότητες για να ανταποκριθούν στην εκπλήρωση των στόχων ενός σχολείου που προάγει την υγεία (Μαυρικάκη κ.α., 2005).

Οι εκπαιδευτικοί έρχονται πολλές φορές αντιμέτωποι στην καθημερινότητά τους με περιπτώσεις που πρέπει να αντιμετωπίσουν χωρίς να έχουν τις απαραίτητες γνώσεις, όπως προβλήματα συμπεριφοράς, διαχείριση περιστατικών επιληψίας κ.α. Η αδυναμία αντιμετώπισης των προβλημάτων αυτών καταδεικνύουν την ανάγκη συνεργασιών με εξωσχολικούς φορείς (ιατρικός κλάδος) και την αναγκαιότητα προπτυχιακής εκπαίδευσης σε θέματα υγείας (Toli et al., 2013).

Τέλος ενώ οι γονείς φαίνεται να επιθυμούν τις σχολικές συναντήσεις για την πρόοδο των μαθητών και η εμπλοκή τους σε προγράμματα ΑΥ σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς βοηθάει στην επίλυση προβλημάτων σε ζητήματα συμπεριφοράς των παιδιών στο σχολείο (Poulou & Matsagouras, 2007), η εμπλοκή τους περιορίζεται κυρίως στην τελευταία φάση των προγραμμάτων, που αφορά τις παρουσιάσεις των μαθητών στη σχολική κοινότητα (Soultatou & Dunkan, 2009).

Παρόλο που η καταγραφή της εμπειρίας των εκπαιδευτικών από τη συμμετοχή τους σε προγράμματα δεν είναι πάντα εφικτή οι Cholevas & Loucaides (2012) διερεύνησαν, σε ομάδα εκπαιδευτικών που υλοποιούν προγράμματα ΑΥ σε σχολεία της Αχαΐας, τους παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη αυτών των προγραμμάτων και τα εμπόδια που περιορίζουν την εφαρμογή τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν τον θετικό ρόλο του Υπεύθυνου ΑΥ στην επιτυχημένη εφαρμογή του προγράμματος και τον υποστηρικτικό ρόλο της Διεύθυνσης του σχολείου στη δημιουργία συνεργατικού και υποστηρικτικού κλίματος. Σημαντικό εύρημα της έρευνας ήταν ότι θεωρούσαν πιο σημαντικό για τη εμπλοκή τους στο πρόγραμμα τα προσωπικά κίνητρα. Ως σημαντικά εμπόδια επισημάνθηκαν η απουσία εκπαίδευσης και εμπειρίας των εκπαιδευτικών (Cholevas & Loucaides, 2012).

Η επίσημη καταγραφή και αξιολόγηση προγραμμάτων αγωγής υγείας είναι μάλλον περιορισμένη. Χρειάζεται πολύ καλός σχεδιασμός του προγράμματος και να έχουν προαποφασιστεί οι στόχοι και τα κριτήρια με τα οποία θα αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητά του. Με δεδομένο ότι τα αποτελέσματα αυτών των προγραμμάτων φαίνονται στην πορεία του χρόνου, κατανοούμε ότι είναι δύσκολο να αποφανθούμε για την επιτυχία των προγραμμάτων ΑΥ σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα. Χρειάζεται επαρκής χρόνος ώστε η αλλαγή γνώσης να συμβαδίσει με την αλλαγή στάσης, συμπεριφοράς και νοοτροπίας (Αλεξανδροπούλου, 2013).

### **2.5.5. Η ετοιμότητα – κατάρτιση των εκπαιδευτικών στην ΑΥ**

Η αποτελεσματικότητα της ΑΥ στο Δημοτικό σχολείο εξαρτάται από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες. Παρόλα αυτά η ετοιμότητα των εκπαιδευτικών φαίνεται να είναι ο σημαντικότερος. Η ετοιμότητα των εκπαιδευτικών να αναπτύσσουν και να υλοποιούν προγράμματα ΑΥ εξαρτάται από την εκπαίδευση την οποία έχουν λάβει στις βασικές τους σπουδές και από την επιμόρφωσή τους σε θέματα ΑΥ αλλά και σύγχρονων μεθόδων εκπαίδευσης.

Στα Παιδαγωγικά Τμήματα Δημοτικής Εκπαίδευσης η ΑΥ εμφανίστηκε από το ακαδημαϊκό έτος 2001-2002 ως μάθημα επιλογής στα 6 από τα 9 ΠΤΔΕ της χώρας. Η κατάρτιση των φοιτητών στις Παιδαγωγικές Ακαδημίες παλαιότερα και τα Παιδαγωγικά Τμήματα Δημοτικής Εκπαίδευσης από την ίδρυσή τους το 1983 φαίνεται να μην είναι επαρκής ώστε να καλύψει τις γνωστικές και μεθοδολογικές απαιτήσεις του σχεδιασμού ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας. Το αποτέλεσμα είναι οι φοιτητές να μην εκπαιδεύονται πλήρως ώστε να είναι έτοιμοι να ανταποκριθούν επαγγελματικά (Μαυρικάκη κ.α., 2005).

Η ΑΥ είναι μια διεπιστημονική καινοτόμος δραστηριότητα που απαιτεί από τον εκπαιδευτικό ένα διαφορετικό ρόλο με απαιτήσεις τόσο στο γνωστικό αντικείμενο, όσο και σε παιδαγωγικές τεχνικές. Πολλές μελέτες έχουν καταγράψει τις ελλείψεις των εκπαιδευτικών σε θέματα τόσο βασικών γνώσεων αγωγής υγείας όσο και παιδαγωγικού σχεδιασμού προγραμμάτων αγωγής υγείας (Borzucka-Sitkiewicz et al., 2017 · Cheng & Wong, 2015 · Flaschberger, 2013 · Φρουντά, 2014β). Επίσης οι εκπαιδευτικοί συχνά δηλώνουν ότι χρειάζονται υποστήριξη ώστε να δώσουν ουσιαστικό νόημα στο ρόλο τους (Κασαπίδου & Σφήκα, 2005).

Για την παρακολούθηση και προώθηση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και την υποστήριξη των εκπαιδευτικών που τα εφαρμόζουν, έχουν θεσπιστεί θέσεις Υπευθύνων Αγωγής Υγείας, σε όλες τις Διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.



Μία σημαντική δράση των υπευθύνων Αγωγής Υγείας είναι να διοργανώνουν, σε συνεργασία με κατάλληλους φορείς και πρόσωπα, επιμορφωτικά προγράμματα. Τα επιμορφωτικά αυτά προγράμματα οφείλουν να έχουν ορισμένες προδιαγραφές. Σημαντικό είναι να σχεδιάζονται με βάση τις προσδοκίες, τις ανάγκες και τις εμπειρίες των εκπαιδευομένων. Επίσης να υπάρχει κοινή αντίληψη ότι η μάθηση είναι το αποτέλεσμα της αμοιβαίας οικοδόμησης δραστηριοτήτων στην ομάδα (Μιχαλακόπουλος, 2015). Τα επιμορφωτικά προγράμματα θα πρέπει να περιλαμβάνουν πρακτικό μέρος με βιωματικού τύπου "δια ζώσης" εκπαιδευτικές συναντήσεις (Rogers, 1999). Η διάρκεια του σεμιναρίου θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 80 ώρες, χρονικό διάστημα που μπορεί να εξασφαλίσει την απόκτηση γνώσεων αλλά και την ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων. Ο τόπος και ο χρόνος πραγματοποίησης των σεμιναρίων να εξυπηρετεί τους επιμορφούμενους (Παπαδάκης & Φραγκούλης 2005). Τέλος θα πρέπει να αντιμετωπίζονται δυσκολίες που σχετίζονται με προκαταλήψεις και αντιλήψεις των επιμορφούμενων εκπαιδευτικών αναφορικά με την εκπαίδευση και την υγεία (Τσιμπουκλή & Φύλλιπς, 2007).

Πολλές φορές ο φόρτος εργασίας και η έλλειψη χρόνου αποτελεί εμπόδιο, για τους εκπαιδευτικούς για να παρακολουθήσουν κάποιο επιμορφωτικό πρόγραμμα. Ένα μικτό μοντέλο επιμόρφωσης με συνδυασμό της δια ζώσης και της εξ αποστάσεως εκπαίδευσης που συνδυάζει εκπαιδευτικές συναντήσεις με την παράλληλη χρήση ΤΠΕ, μπορεί να ανατεθεί σε έναν Επιμορφωτικό Φορέα ο οποίος θα έχει την πλήρη ευθύνη διαχείρισης του προγράμματος. Αυτό το μικτό μαθησιακό μοντέλο υποστηρίζει τους εκπαιδευτικούς στην εφαρμογή προγραμμάτων ΑΥ δίνοντας λύση στα προβλήματα μετακινήσεων και δαπανώμενου χρόνου με την εξ αποστάσεως εκπαίδευση ενώ με την δια ζώσης εκπαίδευση προωθεί την αυτογνωσία, την αλληλεπίδραση εκπαιδευτή-εκπαιδευομένων, την κατανόηση των εμπειριών, την έκφραση συναισθημάτων, στοιχεία τα οποία στο σύνολό τους αποτελούν για τους ενήλικους προϋποθέσεις μάθησης (Κιουρτσής & Ταρπάνη, 2009).

Από πανελλαδική μελέτη σε ελληνικά σχολεία της Β/βάθμιας εκπαίδευσης διαπιστώνεται ότι οι εκπαιδευτικοί διατίθενται θετικά απέναντι στις ΤΠΕ, έστω κι αν θεωρούν ότι η βασική τους εκπαίδευση είναι ανεπαρκής στον συγκεκριμένο τομέα (Κασιμάτη, Φερεντίνος & Καλλιγιάς, 2002).

Επίσης η επιφυλακτικότητα ορισμένων εκπαιδευτικών στην ένταξη των ΤΠΕ θεωρείται ότι είναι αβάσιμη από τους εκπαιδευτικούς που έχουν εκπαιδευτεί στη χρήση των ΤΠΕ οι οποίοι κατανοούν ότι ο ρόλος τους όχι μόνον δεν απαξιώνεται αλλά έχει την δυνατότητα να γίνει ουσιαστικότερος (Ντάβου, Διαμαντάκη & Πανούσης, 2001).

Αναδεικνύεται λοιπόν η ανάγκη της χρήσης των Τεχνολογιών Πληροφορίας και Επικοινωνίας για τη διευθέτηση των προβλημάτων που αναδύονται κατά το σχεδιασμό της επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών σε θέματα Αγωγής Υγείας.

Ωστόσο η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών δεν αποτελεί τον μοναδικό παράγοντα ορθής εφαρμογής του προγράμματος. Χρειάζεται να γίνει ριζική αλλαγή στην νοοτροπία για το εκπαιδευτικό σύστημα. Χρειάζεται δάσκαλους με άποψη με σύγχρονες παιδαγωγικές αντιλήψεις με εμπιστοσύνη στις δυνάμεις τους και με πνεύμα συνεργασίας, προκειμένου να δημιουργηθούν περαιτέρω δυνατότητες αξιοποίησης του εκπαιδευτικού υλικού (Μητάκος, 2006).

### **3<sup>ο</sup> Κεφάλαιο**

#### **Βιβλιογραφική επισκόπηση**

##### **3.1.Εισαγωγή**

Για τη συγγραφή της βιβλιογραφικής επισκόπησης αναζητήθηκαν άρθρα από πρόσφατες έρευνες που έγιναν στην Ελλάδα και στο διεθνή χώρο.

Η αναζήτηση των άρθρων έγινε μέσω του Μελετητή Google (Google scholar) από ψηφιακά αντίγραφα των άρθρων και μέσω της βάσης δεδομένων Hellenic Academic Libraries Link (heal link) που είναι το Δίκτυο των Ελληνικών ακαδημαϊκών βιβλιοθηκών με λέξεις κλειδιά όπως teachers' opinions for health education, teachers' views for health education, health education in primary schools.

Βασική προϋπόθεση ήταν η ημερομηνία έκδοσης του άρθρου να είναι σχετικά πρόσφατη. Στη συνέχεια έγινε αξιολόγηση των άρθρων που εντοπίστηκαν διαβάζοντας τους τίτλους και τις περιλήψεις. Τελικά συγκεντρώθηκαν και αναλύθηκαν δεκαπέντε εμπειρικές έρευνες δημοσιευμένες σε ξένα περιοδικά από Κύπρο, Ελλάδα, Γαλλία, Πολωνία, Ισπανία, Σουηδία, Ιταλία, Αυστρία, Καναδά, Αυστραλία, Ταιβάν και Χονγκ Κονγκ και τρεις έρευνες που διενεργήθηκαν στα πλαίσια Διδακτορικών διατριβών στην Ελλάδα. Οι έρευνες αυτές ήταν ποσοτικές, ποιοτικές ή/και συνδυασμός των δύο με έρευνα δράσης. Ανασκοπήθηκαν εμπειρικές έρευνες δημοσιευμένες σε έγκυρα περιοδικά όπως : Health education, Computers and Education, Health Promotion International, International Journal of Educational Research, Journal of Research in Childhood Education, Health Education Journal, Journal of Educational Research.

Οι έρευνες αυτές κατατάσσονται σε μία ή περισσότερες από τις παρακάτω κατηγορίες :

1. Έρευνες για τις απόψεις Διευθυντών για τα προγράμματα Αγωγής Υγείας.
2. Έρευνες για τις απόψεις των εκπαιδευτικών για το ρόλο τους στην αγωγή υγείας.

3. Έρευνες για την ετοιμότητα εκπαιδευτικών- ανάγκη επιμόρφωσης.
4. Έρευνες για μεθόδους διδασκαλίας ΑΥ.
5. Έρευνες για τους παράγοντες που επηρεάζουν την υλοποίηση των προγραμμάτων αγωγής υγείας .

Παρακάτω παρουσιάζονται συνοπτικά τα κύρια σημεία των άρθρων:

### **3.2. Έρευνες για τις απόψεις Διευθυντών για τα προγράμματα Αγωγής Υγείας**

Σε έρευνα που έγινε το 2015 από τον Lynch, εξέφρασαν τις απόψεις τους 138 Διευθυντές σχολείων της Βικτώριας στην Αυστραλία, απαντώντας σε ερωτηματολόγια με ανοικτού και κλειστού τύπου ερωτήσεις. Η έρευνα είχε σκοπό να διερευνήσει τις αντιλήψεις των Διευθυντών για την εγκατάσταση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και Φυσικής Αγωγής στα σχολεία. Αναδείχτηκε ισχυρή η επιθυμία τους για την ύπαρξη ειδικών Αγωγής Υγείας στα σχολεία και μάλιστα οι ειδικοί αυτοί είναι προτιμότερο να είναι δάσκαλοι με μετεκπαίδευση σε θέματα αγωγής υγείας που μπορούν να διδάξουν μέσα στην τάξη (Lynch, 2015).

Η έρευνα των Persson & Haralldsson (2017) είχε στόχο να εξετάσει τις απόψεις Διευθυντών, 13 σχολείων της Σουηδίας με ποιοτική ανάλυση περιεχομένου των συνεντεύξεών τους, σχετικά με την προαγωγή υγείας στα σχολεία. Η ανάλυση στηρίχτηκε σε 3 άξονες : Α) Στον πρώτο άξονα που αφορά την οργάνωση και συνεργασία, οι Διευθυντές επισήμαναν την σημασία της οργάνωσης των προγραμμάτων προαγωγής υγείας, σύμφωνα με τις οδηγίες της πολιτείας και προσαρμοσμένες στις ανάγκες των μαθητών. Για το λόγο αυτό πριν τεθούν οι στόχοι και σχεδιαστούν τα προγράμματα διενεργούσαν μελέτες με υπεύθυνους επαγγελματίες υγείας, ώστε να αναγνωριστούν τυχόν προβλήματα και ανάγκες των μαθητών. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης και συχνά συζητώντας με το υπόλοιπο προσωπικό, κατάρτιζαν πολιτικές. Οι Διευθυντές θεωρούν πολύ σημαντικό τον ρόλο τους όσον αφορά την υποστήριξη των εκπαιδευτικών στην προσπάθειά τους να εφαρμόσουν προγράμματα Αγωγής Υγείας, ενισχύοντας μάλιστα αυτή την προσπάθεια με μισθούς, αλλά και στο πως επηρεάζει η δική τους θετική στάση τις

συμπεριφορές των μαθητών και του υπόλοιπου προσωπικού με σκοπό την προαγωγή της υγείας. Σημαντικό στοιχείο στο ρόλο των δασκάλων θεωρούν το ενδιαφέρον τους για το ευζήν των μαθητών.

Υπογραμμίζουν τη σημασία των συνεργασιών με τους γονείς, οι οποίοι εμπλεκόμενοι σε σχολικές δραστηριότητες επιλύουν προβλήματα αλλά και με την τοπική κοινότητα (αθλητικοί σύλλογοι, τοπικές επιχειρήσεις, κοινωνικές υπηρεσίες κ.α.) για να καταδείξουν στους μαθητές τη σχέση μεταξύ μάθησης και πραγματικής ζωής.

Όσον αφορά τις ικανότητες, θεωρούν ότι για να μπορούν τόσο οι ίδιοι όσο και οι εκπαιδευτικοί να έχουν πρόσβαση σε εργαλεία για να αντιμετωπίζουν προβλήματα, θα πρέπει να επιμορφώνονται και να εκπαιδεύονται συνεχώς, ώστε να εξελίσσονται σε θέματα γνώσεων και ηγεσίας στον τομέα προαγωγής υγείας,

Β) Στον δεύτερο άξονα που αφορά τη βελτιστοποίηση του πεδίου δηλ. τη σημασία του σχολείου ως χώρου για την προαγωγή της υγείας οι Διευθυντές δήλωσαν ότι επηρεάζονται από τις απόψεις των μαθητών σχετικά με το σχολικό περιβάλλον και πως νοιώθουν πιο ευχάριστα.

Θεωρούν εξαιρετικά σημαντικό να βελτιώνουν το κλίμα εργασίας έτσι ώστε οι μαθητές να νοιώθουν ασφαλείς με επιθυμία για μάθηση χωρίς ανταγωνισμούς όπου ο καθένας θα αναγνωρίζεται για τις ικανότητές του. Για το σκοπό αυτό οργανώνονται δραστηριότητες - γιορτές εκτός προγράμματος, υπάρχουν γωνιές απομόνωσης και γωνιές κοινωνικοποίησης, υπάρχει ομάδα builling για να επεμβαίνει όταν χρειάζεται και γενικά το σχολείο είναι ανοιχτό για κοινωνικές δραστηριότητες και επαφές με ενήλικες. Επίσης για τη δημιουργία ομαδικού πνεύματος και συνεργασίας μπορούν να οργανωθούν κοινωνικά δίκτυα, είτε μεταξύ των μαθητών είτε μεταξύ μαθητών και προσωπικού.

Γ) Στον τρίτο άξονα που αφορά την ένισχυση του ατόμου οι Διευθυντές πιστεύουν ότι οι δάσκαλοι θα πρέπει να αναπτύσσουν προσωπική σχέση και να ασχολούνται με κάθε μαθητή χωριστά, έτσι ώστε να επιβεβαιώνονται και να αποκτούν αυτοπεποίθηση. Θα πρέπει να χτίζουν σχέσεις εμπιστοσύνης, έτσι ώστε οι μαθητές να νοιώθουν ασφαλείς και να αποδίδουν στο σχολείο. Οι δάσκαλοι έχουν το σημαντικό

ρόλο να υποστηρίζουν τους μαθητές, όχι μόνο μαθησιακά αλλά και σε γενικά θέματα που τους απασχολούν. Για το λόγο αυτό χρειάζεται η συνεργασία μεταξύ των δασκάλων και των γονέων και η βοήθεια των έμπειρων δασκάλων και επαγγελματιών υγείας (π.χ. ψυχολόγων κ.α.). Χρειάζεται να δείχνουν ιδιαίτερη υποστήριξη στα παιδιά που παρουσιάζουν αδυναμίες ώστε να μπορούν να συμβαδίσουν με τα υπόλοιπα χωρίς να νοιώθουν μειονεκτικά.

Η αγωγή υγείας αντιμετωπίστηκε με την ευρύτερη έννοια του συνολικού σκοπού της: να μάθουν οι μαθητές να είναι καλοί πολίτες, να αναγνωρίζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και να δείχνουν αλληλεγγύη στους άλλους, να συνειδητοποιήσουν τη σχέση μεταξύ υγείας και απόδοσης στο σχολείο - όταν νοιώθεις καλά μπορείς να αποδώσεις καλά. Στα πλαίσια της αγωγή υγείας εκτός από τα μαθήματα που έκαναν οι δάσκαλοι οργανώθηκαν θεματικές εβδομάδες, ομάδες συζήτησης πάνω σε συγκεκριμένα θέματα και επισκέψεις έξω από το σχολείο.

Οι απόψεις των Διευθυντών είναι σημαντικές επειδή βοηθούν στη διαμόρφωση μιας πληρέστερης εικόνας του τρόπου με τον οποίο οι ίδιοι συνεργάζονται για την προαγωγή της υγείας και τι χρειάζεται να γίνει για να ενισχυθεί η προώθηση της υγείας ώστε να βελτιωθούν οι ευκαιρίες των μαθητών για μάθηση και καλή ζωή. Από την έρευνα φαίνεται πως οι Διευθυντές έχουν κατανοήσει τον ρόλο της προαγωγής υγείας και μπορούν να οργανώνουν προγράμματα για το σκοπό αυτό. Ωστόσο χρειάζεται παραπέρα διερεύνηση των απόψεων των δασκάλων και των γονέων για την προαγωγή υγείας. Στην μελέτη αυτή δίνεται ιδιαίτερη σημασία στις συνεργασίες μεταξύ διευθυντών, εκπαιδευτικών και επαγγελματιών υγείας. Επίσης πολύ σημαντική θεωρείται η συνεργασία των εκπαιδευτικών με τους μαθητές αλλά και με τους γονείς και την ευρύτερη κοινότητα (Persson & Haraldsson, 2017).

Το 2012 οι Downs et al. μέσα από μια ποσοτική έρευνα διερεύνησαν τα εμπόδια για την υιοθέτηση –εφαρμογή διατροφικών οδηγιών στα παιδιά των σχολείων. Το ερωτηματολόγιο με κλειστού και ανοικτού τύπου ερωτήσεις απευθύνθηκε σε 357 Διευθυντές σχολείων της Αλμπέρτας του Καναδά, σε τηλεφωνική επικοινωνία. Αναφέρθηκαν πολλά εμπόδια σχετικά με : 1) αντίσταση από τους γονείς για την αλλαγή των συνηθειών και το κόστος, 2) έλλειψη γνώσεων και προτιμήσεις των μαθητών, 3) πρακτικά προβλήματα που έχουν σχέση με την

προμήθεια των σχολείων σε υγιεινές τροφές. Για να εφαρμοστούν οι οδηγίες στο σχολείο χρειάζεται υποστήριξη από εκπαιδευτικά προγράμματα στα οποία θα συμμετέχουν οι γονείς (Downs et al., 2012).

### **3.3. Έρευνες για τις απόψεις των εκπαιδευτικών για το ρόλο τους στην ΑΥ**

Στην έρευνα των Jourdan et al. που έγινε το 2011 σε 11 σχολεία της Ωβέρνης στη Γαλλία, αποτυπώθηκαν οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τους σημαντικότερους εκπαιδευτικούς λόγους για να εμπλακούν σε προγράμματα αγωγής υγείας στο σχολείο και οι απόψεις τους για τον αντίκτυπο που έχουν αυτά τα προγράμματα στους μαθητές, στους ίδιους, στο προσωπικό του σχολείου και στις οικογένειες των μαθητών. Εφαρμόστηκε μεικτή ποιοτική και ποσοτική μέθοδος με συνεντεύξεις και ερωτηματολόγια αντίστοιχα. Από τους 54 δασκάλους απάντησαν οι 44 και παράλληλα στις συνεντεύξεις συμμετείχαν 26 δάσκαλοι. Από τα αποτελέσματα της έρευνας αποτυπώθηκαν ως σημαντικότεροι παράγοντες για την εμπλοκή τους στα προγράμματα αγωγής υγείας: η αντίληψη των ίδιων των δασκάλων ότι το πρόγραμμα συνάδει με τον δικό τους λόγο και πρακτική και τον θετικό αντίκτυπο που θα έχει συνολικά στο σχολείο. Επίσης επισήμαναν ως σημαντικό το συνολικό σχολικό περιβάλλον που περιλαμβάνει την οργάνωση του σχολείου, τη συμπεριφορά των μαθητών και την ποιότητα των σχέσεων με τους γονείς. Θεωρούν απαραίτητο ότι πρέπει να γίνονται μέσα στο σχολικό πρόγραμμα και να είναι αντιληπτό από τους δασκάλους η προοπτική αυτών των προγραμμάτων, να απαντούν στις ανάγκες των σχολείων ( Jourdan et al., 2011b).

Το 2012 έγινε μια Διεθνής μελέτη από τους Jourdan et al. για τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την αγωγή υγείας. Η έρευνα διεξήχθη σε 15 χώρες με διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Χρησιμοποιήθηκε ένα συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης ( BIOHEAD- CITIZEN) και έγινε πολυπαραγοντική ανάλυση των αποτελεσμάτων. Πήραν μέρος 6001 εκπαιδευτικοί Π/βάθμιας και Δ/βάθμιας Εκπαίδευσης με ισχυρότερη συμμετοχή των γυναικών σε ποσοστό 72%. Από τα αποτελέσματα βρέθηκαν : 1) σημαντικές διαφορές στις απόψεις για θέματα υγείας με πιο θετική στις εξής ομάδες α) γυναίκες, β) μεγαλύτερη ηλικία, γ) εκπαιδευτικοί με μεγαλύτερη Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση, δ) δάσκαλοι

Π/βάθμιας σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς Δ/βάθμιας και ειδικότερα οι δάσκαλοι γλώσσας.

2) βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στις απόψεις μεταξύ των χωρών με πιο θετική άποψη της Φιλανδίας 66%, Κύπρου, Εσθονίας, Ουγγαρίας, Ιταλίας και πιο αρνητική την Τυνησία, όπου θετική άποψη είχε μόνο το 10%.

3) Τέλος στην πολυπαραγοντική ανάλυση οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την θετική άποψη για την αγωγή υγείας ήταν : 1) η χώρα, 2) η Α/βάθμια σε σχέση με τη Β/βάθμια 3) η ηλικία >45 ετών και 5) το επίπεδο εκπαίδευσης > 5 έτη (Jourdan et al., 2012).

Οι Miglioretti et al. το 2012 διερεύνησαν τη συσχέτιση μεταξύ των απόψεων των δασκάλων για την αγωγή υγείας, τις συνθήκες εργασίας και τις δραστηριότητες της αγωγής υγείας στα σχολεία. Η έρευνα ήταν μεικτή ποσοτική με ερωτηματολόγιο και ποιοτική με ανοικτού τύπου ερωτήσεις σε 107 εκπαιδευτικούς, 86 σχολείων του Μιλάνου. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι απόψεις τους για την υγεία ήταν διαφορούμενες αλλά η επικρατέστερη ήταν : υγεία= απουσία ασθένειας.

Σχετικά με τις δραστηριότητες αγωγής υγείας στα σχολεία προτιμούσαν τις μεθόδους της Πληροφορικής. Οι απόψεις τους για την υγεία συσχετιζόντουσαν με την συμμετοχή τους στις δραστηριότητες αγωγής υγείας, ενώ οι εργασιακές συνθήκες των εκπαιδευτικών δεν συσχετιζόντουσαν με τη συμμετοχή τους στην προαγωγή υγείας (Miglioretti et al., 2012).

Οι Jourdan et al. (2016) πραγματοποίησαν ποιοτική έρευνα με ημιδομημένες συνεντεύξεις σε 41 δασκάλους σχολείων της κεντρικής Γαλλίας, (οι οποίοι είχαν ασχοληθεί 3 χρόνια με την προαγωγή υγείας) η οποία είχε σκοπό να διερευνήσει την επαγγελματική θέση των δασκάλων σε σχέση με την προαγωγή υγείας, τη συμβατότητα της προαγωγής υγείας με το σχολικό περιβάλλον και την αντίληψη των εκπαιδευτικών για το ρόλο τους στην προαγωγή υγείας στα σχολεία.

Στη Γαλλία η αγωγή υγείας είναι μέρος της αγωγής πολίτη και διδάσκεται από δασκάλους και όχι ειδικούς. Στα ευρήματα της έρευνας αποτυπώθηκαν οι απόψεις των δασκάλων οι οποίοι έχουν ευρεία θετική άποψη για το ρόλο τους στην αγωγή υγείας στα σχολεία. Πιστεύουν ότι είναι πιο επιτυχημένη όταν γίνεται μέσα στην τάξη



παρά στο σύνολο του σχολείου. Οι δάσκαλοι στη συγκεκριμένη έρευνα είχαν θετική αντίληψη για την επαγγελματική τους ταυτότητα ως εκπαιδευτές για την προαγωγή υγείας και θεωρούν συμβατή την επαγγελματική τους ταυτότητα με τις πρωτοβουλίες προαγωγής υγείας (Jourdan et al., 2016).

Στην έρευνά των Davo-Blanes & García de la Hera y Daniel La Parra (2016) αποτυπώθηκαν οι απόψεις των εκπαιδευτικών για την αγωγή υγείας σε σχολεία του Αλικάντε της Ισπανίας. Έγινε ποιοτική ανάλυση σε συνεντεύξεις 25 εκπαιδευτικών με κύρια ευρήματα : 1) Το κύριο εύρημα ήταν ότι μεταξύ των εξωτερικών και των εσωτερικών προγραμμάτων αγωγής υγείας θεωρούσαν πιο αποτελεσματικά τα εσωτερικά που γίνονταν από τους ίδιους τους δασκάλους μέσα στην τάξη . Για τα εξωτερικά θεωρούσαν μειονέκτημα ότι δεν είχαν συνέχεια και δεν ήταν προσαρμοσμένα στις ανάγκες των μαθητών. 2) Παρόλο που ήταν πρόθυμοι να κάνουν αγωγή υγείας το θεωρούσαν δευτερεύον στόχο της δουλειάς τους. 3) Οι δάσκαλοι θεωρούσαν ότι είναι πιο αποτελεσματική η αγωγή υγείας : α) όταν εμπλακούν και οι γονείς, επαγγελματίες υγείας και δημόσιοι φορείς και , β) όταν βελτιωθεί η εκπαίδευσή τους σε θέματα αγωγής υγείας (Davo-Blanes & García de la Hera y Daniel La Parra, 2016).

Σκοπός της έρευνας των Borzucka et.al. (2017) ήταν να διερευνηθούν οι απόψεις των εκπαιδευτικών Φυσικής Αγωγής στην εισαγωγή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία. Τα ερωτηματολόγια της έρευνας συμπλήρωσαν 130 εκπαιδευτικοί Φυσικής Αγωγής εκ των οποίων μόνο δύο είχαν ειδική εκπαίδευση στην αγωγή υγείας. Τα σχολεία βρίσκονταν στην Σιλεσία της Πολωνίας και επιλέχθηκαν τυχαία. Τα αποτελέσματα της περιγραφική ανάλυσης των στοιχείων έδειξαν σε σχέση με τους σκοπούς της Αγωγής Υγείας ότι οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί (75%) θεωρούσαν ότι σκοπός της είναι η διατήρηση της φυσικής κατάστασης δια βίου. Το 69% θεωρούσαν ότι ρόλος τους είναι να εγκαταστήσουν τις αρχές για υγιεινό τρόπο ζωής στην καθημερινότητα, ενώ 56% εστίασε στην πρόληψη και άλλα θέματα υγείας.

Όσον αφορά τη συμπεριφορά τους, το 69% από αυτούς ήταν πεπεισμένοι για τη χρησιμότητα της αγωγής υγείας. Πάνω από τους μισούς αφιέρωσαν περίπου 30 ώρες

το χρόνο για την αγωγή υγείας ενώ 42% λιγότερο από 30 ώρες και το 8% περισσότερο από 30 ώρες.

Η μέθοδος που ακολούθησε το 85% ήταν μάθημα – συζήτηση και λιγότεροι από 19% χρησιμοποίησαν μεθόδους οπτικοποίησης ( πόστερ, βίντεο κ.λ.π.) Όσον αφορά τα εμπόδια πάνω από 36% ανέφερε την έλλειψη χρηματοδότησης ενώ το 25% ανεπαρκείς γνώσεις ή διάθεση των δασκάλων. Το 48% των ερωτηθέντων θεωρούσαν ότι έχουν επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες πάνω σε θέματα αγωγής υγείας ενώ το 46% ανεπαρκείς. Τέλος στο ερώτημα εάν επιθυμούν τη βελτίωση των γνώσεών τους πάνω σε θέματα αγωγής υγείας, πάνω από 41% απάντησαν θετικά ενώ 3-4% αρνητικά (Borzucka et al., 2017).

### **3.4. Έρευνες για την ετοιμότητα εκπαιδευτικών-ανάγκη επιμόρφωσης**

Η κατάσταση όπως αντικατοπτρίζεται στα σχολεία της Αυστρίας έχει σχέση με την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών να εφαρμόσουν προγράμματα αγωγής υγείας. Στην ποιοτική ανάλυση των συνεντεύξεων από εκπροσώπους των Παιδαγωγικών Τμημάτων που έγινε σε Πανεπιστήμια της Αυστρίας το 2013 από τον Flaschberger, διερευνήθηκε το επίπεδο γνώσεων των δασκάλων πάνω στην προαγωγή υγείας και η δυνατότητα ανάπτυξης νέων προσεγγίσεων. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων ενώ διαπιστώνεται διάθεση συμμετοχής σε εκπαιδευτικά προγράμματα αγωγής υγείας υπάρχει περιορισμένη εκπαίδευση. Η έλλειψη προγραμμάτων εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών σε θέματα υγείας αντικατοπτρίζει τις δυσκολίες εγκατάστασης αγωγής υγείας στα σχολεία και επισημαίνει την ανάγκη εστίασης στην εκπαίδευση των δασκάλων, ώστε να αποκτήσουν γνώσεις και δεξιότητες για την εγκατάσταση προγραμμάτων προαγωγής υγείας (Flaschberger, 2013).

Την ανεπάρκεια των γνώσεων των εκπαιδευτικών σε θέματα αγωγής υγείας ανέδειξε και η έρευνα που έκαναν οι Cheng & Wong το 2015 στο Χονγκ Κονγκ. Απαντήθηκαν 184 ερωτηματολόγια από εκπαιδευτικούς που είχαν προετοιμαστεί με επιμορφωτικό σεμινάριο για την αγωγή υγείας με ερωτήσεις που αφορούσαν δημογραφικές πληροφορίες, αξιολόγηση των γνώσεών τους σε θέματα υγείας, θέματα

συμπεριφοράς και αυτοεκτίμηση πάνω στις γνώσεις τους και τη δυνατότητα να προωθήσουν υγιεινό τρόπο διαβίωσης στους μαθητές. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι γνώσεις των εκπαιδευτικών σε θέματα υγείας ήταν χαμηλού επιπέδου και δεν ήταν επαρκώς εκπαιδευμένοι. Οι εκπαιδευτικοί πιστεύουν ότι η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας θα ήταν αποτελεσματική στην προαγωγή υγείας σε θέματα υγιεινού τρόπου διαβίωσης ενώ αντίθετα θεωρούσαν ανεπαρκείς τις δικές τους γνώσεις για να συμβάλλουν στην προαγωγή υγείας των μαθητών. Συμπερασματικά χρειάζεται να βελτιωθεί το επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών πάνω σε θέματα αγωγής υγείας (Cheng & Wong, 2015).

### **3.5. Έρευνες για τις μεθόδους διδασκαλίας ΑΥ**

Η έρευνα του Δόβρου το 2012 με τίτλο «Ο Εκπαιδευτικός ως Φορέας Αλλαγής. Ανάπτυξη ενός Διαδικτυακού Περιβάλλοντος Προβληματοκεντρικής Μάθησης στην Περιοχή της Αγωγής Υγείας», σκοπό είχε τη δημιουργία ενός διαδικτυακού περιβάλλοντος παρέχοντας τα απαραίτητα διαδικτυακά εργαλεία νέας γενιάς στο σχολείο αλλά και τη δημιουργία ανοιχτής ψηφιακής τάξης, καταργώντας τους χωροχρονικούς περιορισμούς του παραδοσιακού μαθήματος στο γνωστικό αντικείμενο Αγωγής Υγείας και βιώσιμης ανάπτυξης. Διερεύνηση των προϋποθέσεων και προαπαιτούμενων για τη δημιουργία τέτοιου περιβάλλοντος στην εκπαιδευτική κοινότητα και των προβληματισμών των εκπαιδευτικών σχετικά με τη χρήση και αξιοποίηση διαδικτυακών μαθησιακών πρακτικών. Η έρευνα ήταν ποιοτική με ενσωμάτωση ποσοτικών δεδομένων μέσα από έρευνα δράσης τριών κύκλων από τον Ιανουάριο του 2008 έως τον Ιούνιο του 2011 με συμμετοχή επτά εκπαιδευτικών Δημοτικού και Προσχολικής εκπαίδευσης σε σχολεία του Νομού Χανίων.

Το θέμα που επιλέχθηκε είναι «Η διαφήμιση και η διατροφή» μέσω της διαδικτυακής πλατφόρμας LAMS . Η υλοποίηση έγινε σε δύο Νηπιαγωγεία και στην ΣΤ τάξη ενός Δημοτικού σχολείου με δεκαπέντε μαθητές ( 8 αγόρια και 7 κορίτσια) στο Νομό Χανίων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν η δημιουργία ενός διαδικτυακού περιβάλλοντος:

1. Με διαδικτυακές μαθησιακές ενότητες.
2. Παροχή στήριξης στους εκπαιδευτικούς.
3. Παροχή ανοιχτών εκπαιδευτικών πόρων προς αξιοποίηση από μαθητές και εκπαιδευτικούς.

Αποδείχθηκε ότι το όλο περιβάλλον απαιτεί την ενεργό συμμετοχή μαθητών και εκπαιδευτικών. Ανεδείχθησαν προβληματισμοί των εκπαιδευτικών που αφορά την ελλιπή κατάρτιση τους και τις ενδεχόμενες επιδράσεις στις πρακτικές τους και συνεργασίες τους με άλλους εκπαιδευτικούς (Δόβρος, 2012).

Οι Περρίκου κ.α. (2009) αξιοποίησαν τις ιστοσελίδες CoodFoodPlanet και ο Παιδικός Κόσμος (Ίδρυμα Αριστείδης Δασκαλόπουλος) με υλικό που παρέχει επιστημονικές και αξιόπιστες πληροφορίες για τα τρόφιμα και θέματα που σχετίζονται με αυτά και για θέματα υγείας (σωματικής και πνευματικής) σε νέους ανθρώπους σε μορφή κατανοητή και κατάλληλη να ενημερώσει, να εκπαιδεύσει και να χτίσει τη βάση για έναν υγιεινό τρόπο ζωής και υγιεινές συνήθειες. Η ιστοσελίδα CoodFoodPlanet δημιουργήθηκε από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Ενημέρωσης για τη Διατροφή –EUFIC- (European Food Information Council), σε συνεργασία με επαγγελματίες της υγείας και της διατροφής για τη δημιουργία εκπαιδευτικού υλικού το οποίο προβάλλεται μέσω της ιστοσελίδας του στο Διαδίκτυο και δημιουργεί επαφές με τις Διευθύνσεις των σχολείων προκειμένου να διαδώσει το υλικό και να χτίσει σχέσεις αλληλεπίδρασης μαζί τους.

Οι ερευνητές εφάρμοσαν την χρήση διαδικτύου στην Αγωγή Υγείας σε παιδιά Τρίτης Δημοτικού σχολείων της Κύπρου. Οι ιστοσελίδες αυτές αποτελούν μια συγκεκριμένη διδακτική πρόταση, η οποία, παρέχει τόσο πληροφορίες και γνώσεις όσο και μια ποικιλία διαδραστικών παιχνιδιών γύρω από τις διατροφικές συνήθειες και τη φυσική δραστηριότητα.

Την ιστοσελίδα χρησιμοποίησαν 68 μαθητές (33 αγόρια και 35 κορίτσια) ηλικίας 9 χρόνων, που είναι στην Γ΄ τάξη δημοτικών σχολείων της Κύπρου. Η αξιοποίηση των ιστοσελίδων ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2008 και ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο του 2009. Η αξιολόγηση του περιεχομένου της ιστοσελίδας έγινε μέσα από προσωπικές συνεντεύξεις και παρατηρήσεις. Η ιστοσελίδα αξιολογήθηκε από τους ίδιους τους μαθητές ως προς την ευχρηστία, το ενδιαφέρον, την ελκυστικότητα, την αισθητική

των γραφικών, το βαθμό δυσκολίας, καθώς και ως προς την ικανοποίησή τους από τη διαδικασία, τις γνώσεις που αποκόμισαν, τα συναισθήματα που ένιωσαν κατά τη διαδικασία των δραστηριοτήτων.

Τα σχόλια τους ήταν εξαιρετικά θετικά. Κατά τη διάρκεια της χρήσης της ιστοσελίδας στη Γ' τάξη διαπιστώθηκε ότι οι μαθητές ενεπλάκησαν ενεργά και ζητούσαν ολοένα και περισσότερο να ασχοληθούν με τα παιχνίδια. Τα παιδιά συνεργάστηκαν με σκοπό να ερευνήσουν, να ανακαλύψουν, να φτιάξουν εργασίες. Αυτό που έδειξε η εμπειρία είναι ότι τα παιδιά κατάφεραν να καλλιεργήσουν και να αναπτύξουν θετικές στάσεις γύρω από θέματα που άπτονται της ισορροπημένης διατροφής και της φυσικής δραστηριότητας. Τα πρώτα αποτελέσματα από την αξιοποίηση του διαδικτύου υποδεικνύουν ότι η συγκεκριμένη ιστοσελίδα για την εκπαίδευση πάνω σε θέματα διατροφής και άσκησης είναι ιδιαίτερα ευχάριστη στα παιδιά (Περρίκου κ.α., 2009).

Οι Sung, Hwang & Yen το 2015 εφάρμοσαν ένα καινούργιο ψηφιακό παιχνίδι σε δημοτικά δύο τάξεων στην Ταιβάν για τη διδασκαλία της αγωγής υγείας. Σκοπός της έρευνας δράσης ήταν η αξιολόγηση- ανάπτυξη τεχνολογικών ψηφιακών εναλλακτικών μέσων βασισμένων σε ψηφιακά παιχνίδια για αγωγή υγείας στα σχολεία. Οι μαθητές χωρίστηκαν σε δύο ομάδες από 52 άτομα η καθεμία με σκοπό την σύγκριση μεταξύ τους αφού στη μία τάξη εφαρμόστηκε και η άλλη ήταν το control group. Η έρευνα έδειξε ότι βελτιώθηκε η συμμετοχή των μαθητών στο πρόγραμμα αγωγής υγείας καθώς και οι γνώσεις τους και μάλιστα καλύτερες επιδόσεις είχαν οι μαθητές που είχαν μεγαλύτερη συμμετοχή ( Sung, Hwang & Yen, 2015).

### **3.6. Έρευνες για τους παράγοντες που επηρεάζουν την υλοποίηση των προγραμμάτων ΑΥ**

Οι Cholevas & Loucaides το 2012 διερεύνησαν τους παράγοντες που διευκολύνουν και παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Αχαΐας. Χρησιμοποιήθηκε μέθοδος επισκόπησης με ερωτηματολόγια ερωτήσεων κλειστού τύπου και ερωτήσεις σύντομης απάντησης ανοιχτού τύπου σε 141 εκπαιδευτικούς,

από συνολικό πληθυσμό 218 εκπαιδευτικών που ασχολήθηκαν με την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας κατά τη χρονική περίοδο 2009-2010. Από τα αποτελέσματα επισημάνθηκε ως ο σημαντικότερος παράγοντας που διευκολύνει την εφαρμογή καινοτόμων προγραμμάτων αγωγής υγείας οι γνώσεις και οι δεξιότητες του Υπεύθυνου Αγωγής Υγείας και των δασκάλων που αναφέρεται στις επιστημονικές γνώσεις, στις οργανωτικές δεξιότητες, πρωτοβουλίες και στην επικοινωνιακή δεξιότητα του Υπεύθυνου Αγωγής Υγείας καθώς επίσης στις γνώσεις των εκπαιδευτικών σε θέματα αγωγής υγείας και βιωματικών μεθόδων προσέγγισης των θεμάτων αγωγής υγείας και στην αυτονομία τους στην επιλογή μεθόδων και εκπαιδευτικού υλικού. Ο Υπεύθυνος Αγωγής Υγείας έχει σημαντικό ρόλο στο συντονισμό των προγραμμάτων αγωγής υγείας, στη συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς και στη στήριξη τους σε επιμορφωτικό υλικό, σεμινάρια και ομαδικές συμβουλευτικές συναντήσεις ανατροφοδότησης για την πορεία του προγράμματος. Ο ρόλος του Διευθυντή/ριας του σχολείου είναι καθοριστικός στην εφαρμογή προγραμμάτων εφόσον μπορεί να διασφαλίσει συνεργατικό κλίμα στο σχολείο μεταξύ των εκπαιδευτικών, να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες και να συνεργάζεται με τους γονείς και τους διάφορους φορείς.

Σημαντικότερος παράγοντας που εμποδίζει την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας θεωρείται η περιορισμένη εμπειρία και διάθεση των εκπαιδευτικών που αναφέρεται τόσο στην έλλειψη εκπαίδευσης σε βιωματικές μεθόδους και στην περιορισμένη εμπειρία σε θέματα αγωγής υγείας. Βρέθηκε ότι υπήρχε μεγαλύτερη συμμετοχή στα προγράμματα αγωγής υγείας από εκπαιδευτικούς με μεγαλύτερη εμπειρία στην εκπαίδευση, με μεγαλύτερη συμμετοχή σε σεμινάρια καινοτόμων δράσεων και με αυξημένα τυπικά προσόντα (διδασκαλείο, μεταπτυχιακές σπουδές κ.λ.π). Επίσης βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ωρών συμμετοχής σε σεμινάρια και του παράγοντα ηθικής και υλικής ενίσχυσης των εκπαιδευτικών. Άλλος παράγοντας που εμποδίζει την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας αναφέρεται η επαγγελματική κόπωση και η πιθανή επιφυλακτική στάση των υπόλοιπων εκπαιδευτικών του σχολείου για τα καινοτόμα προγράμματα (Cholevas & Loucaides, 2012).

Σε παρόμοια συμπεράσματα όσον αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν την συμμετοχή των εκπαιδευτικών στα προγράμματα αγωγής υγείας κατέληξε και η έρευνα του Δημητριάδη (2015). Σκοπός της τρίτης φάσης της έρευνας ήταν η

διερεύνηση των απόψεων των εκπαιδευτικών και τα κίνητρα τους αναφορικά με τη συμμετοχή τους στα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας. Μελετήθηκαν οι απόψεις και αντιλήψεις εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης που εφαρμόζουν παρόμοια προγράμματα στα Δημοτικά σχολεία όπου απασχολούνται για ικανό χρονικό διάστημα (2 τουλάχιστον χρόνια, 2006-2007 & 2007-2008). Ο ερευνητής θεωρούσε σημαντικό να διερευνηθεί ο τρόπος που αντιλαμβάνονται τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας εκείνοι οι οποίοι επιλέγουν συνειδητά να εμπλέκονται στην εφαρμογή τέτοιων δράσεων. Οι ημιδομημένες συνεντεύξεις απευθύνθηκαν σε δείγμα 14 εκπαιδευτικών από τον Βόλο, τη Λαμία, την Κατερίνη, την Θεσσαλονίκη και την Αθήνα, με τη μέθοδο της στοχοθετημένης επιλογής.

Οι ερωτώμενοι εκπαιδευτικοί ανέφεραν τις δυσκολίες στην εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων οι οποίες σχετίζονται με τον περιορισμένο χρόνο και τον φόρτο εργασίας, τις απαιτήσεις του αντικείμενου και την απουσία υποστήριξης από τις υπηρεσίες ή τη Διεύθυνση του σχολείου. Η συμμετοχή τους στη σχολική αγωγή υγείας ευνοείται από την κατάρτιση- εκπαίδευση και την εμπειρία στο αντικείμενο, την παρακίνηση από τη Διεύθυνση ή τους Υπεύθυνους Αγωγής Υγείας, ενώ ως σημαντικότερα κίνητρα για την εμπλοκή τους στην υλοποίηση προγραμμάτων αναφέρονται η προσφορά στους μαθητές και η ανταπόκριση στο καθήκον και τον ρόλο τους ως εκπαιδευτικών. Οι εκπαιδευτικοί εκτιμούν ότι τα σημαντικότερα οφέλη από την εφαρμογή προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας σχετίζονται με τη βελτίωση των ίδιων των δασκάλων, διαμέσου των δεξιοτήτων που απέκτησαν και των ικανοτήτων που ανέπτυξαν, αλλά και των μαθητών ιδιαίτερα μέσα από τη βιωματική μάθηση και την ομαδική εργασία (Δημητριάδης, 2015).

Η Φρουτά το 2014 μέσα από ποιοτική έρευνα με ημιδομημένες συνεντεύξεις σε 31 εκπαιδευτικούς που είχαν υλοποιήσει προγράμματα αγωγής υγείας στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Δυτική Ελλάδα) είχε σκοπό τη βελτίωση της υλοποίησης προγραμμάτων ΑΥ και κατ' επέκταση προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Από τις συνεντεύξεις αναδείχθηκε ότι καθοριστικό ρόλο στην υλοποίηση των προγραμμάτων αυτών διαδραματίζουν οι εκπαιδευτικοί. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι εκπαιδευτικοί που υλοποιούν

προγράμματα ΑΥ ανήκουν συνήθως στο γυναικείο φύλο, είναι μέσης ηλικίας, με πολλά χρόνια προϋπηρεσίας, πάνω από δέκα.

Οι λόγοι για τους οποίους επιλέγουν να ασχοληθούν με προγράμματα ΑΥ είναι η προσωπική ικανοποίηση και τα προσωπικά κενά/ βιώματα, η συμπλήρωση ωραρίου, η ειδικότητα, το επαγγελματικό περιβάλλον, ανάγκες μαθητών και οικονομικοί λόγοι. Οι απόψεις των συνεντευξιζόμενων για τους λόγους που πιστεύουν ότι οι άλλοι εκπαιδευτικοί δεν ασχολούνται με προγράμματα ΑΥ διαπιστώνουμε ότι αυτοί αφορούν κυρίως τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς: η έλλειψη χρόνου, η έλλειψη στήριξης από το επαγγελματικό περιβάλλον, ο φόβος, η αδιαφορία των εκπαιδευτικών, η έλλειψη αναγνώρισης της δουλειάς των εκπαιδευτικών αλλά αναφέρουν και την απαξίωση των προγραμμάτων ΑΥ, την κούραση των εκπαιδευτικών/ μαθητών και τις αντικειμενικές δυσκολίες. Επίσης επισημάνθηκαν η ελλιπής ενημέρωση και η ελλιπής επιμόρφωση ως λόγοι που οι εκπαιδευτικοί δεν ασχολούνται με αυτά τα προγράμματα.

Από την έρευνα φάνηκε ότι οι εκπαιδευτικοί δεν είναι εξοικειωμένοι με την ορολογία της ΑΥ. Ήταν έκδηλη η μη χρήση, αν όχι άγνοια, βασικών εννοιών, όπως προαγωγή υγείας και εξειδικευμένων εκφράσεων οι οποίες εμπεριέχονται στους ορισμούς της ΑΥ. Γενικά δεν φαίνεται να συνειδητοποιείται ότι η ΑΥ είναι το βασικό εργαλείο μέσω του οποίου οδηγείται κανείς στην προαγωγή υγείας. Εξαιρετικά ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι οι εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι η ΑΥ σχετίζεται άμεσα με κάποιες ειδικότητες και τα μαθήματά τους το οποίο θα μπορούσε να αποδοθεί ως ένα βαθμό στην διαθεματικότητα- διεπιστημονικότητα που διέπει την ΑΥ. Οι εκπαιδευτικοί ενώ αντιλαμβάνονται τα προγράμματα ως μια διαφορετική κυρίως βιωματική μορφή μάθησης δεν φαίνεται να γνωρίζουν την εξειδικευμένη συζήτηση περί σχολείων προαγωγής υγείας και σχετικών καλών πρακτικών. Αρκετοί εκπαιδευτικοί εάν και δεν είναι επιμορφωμένοι ασχολούνται εμπειρικά και διαισθητικά με αυτά τα προγράμματα ώστε να δημιουργήσουν συνθήκες για ένα διαφορετικό σχολείο. Θεωρούν τα καινοτόμα προγράμματα ΑΥ μια διέξοδο στη μονοδιάστατη λειτουργία του σχολείου με σκοπό τη βελτίωση της επικοινωνίας και των σχέσεων με τους μαθητές τους καθώς και της ευκολότερης έκφρασης συναισθημάτων και σκέψεων από τους μαθητές.



Από τα ευρήματα της έρευνας αναδείχθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί δεν γνώριζαν τη θεωρία για το σχεδιασμό της προαγωγής υγείας. Ως προς την επιλογή του θεματικού άξονα ενώ φαίνεται να γνωρίζουν ότι η επιλογή θα πρέπει να γίνεται με βάση τις ανάγκες των μαθητών στην πραγματικότητα γίνεται φανερό ότι τα προγράμματα γίνονται για να καλύψουν προσωπικές ανάγκες και ενδιαφέροντα των εκπαιδευτικών καθώς και θέματα που νοιώθουν ασφαλείς να πραγματοποιήσουν. Όσον αφορά το σχεδιασμό φαίνεται ότι λειτουργεί ανεξάρτητα από την εφαρμογή. Η σύνταξη μιας πρότασης αντιμετωπίζεται ως μια γραφειοκρατική διαδικασία που είναι εντελώς ανεξάρτητη από την υλοποίηση της πρότασης. Είναι εμφανές από τις απαντήσεις των συνεντευξιζόμενων ότι τα προγράμματα είναι πρωτίστως σημαντικά για τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς. Ως θετικά αναφέρθηκαν η βελτίωση των ίδιων των εκπαιδευτικών, είτε σε προσωπικό είτε σε επαγγελματικό επίπεδο, η ουσιαστική επικοινωνία με τους μαθητές, η αναγνώριση του έργου τους από τους μαθητές και οι νέες γνώσεις. Αρνητικά στοιχεία αναφέρθηκαν η αδιαφορία και η απαξίωση από τους συναδέλφους και το σύστημα γενικότερα, η δυσκολία στην οργάνωση και στη συγκέντρωση των μαθητών και η απουσία υποδομών.

Από τις συνεντεύξεις φαίνεται πως οι εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι η μη προετοιμασία παίζει σημαντικό ρόλο στην αποφυγή εμπλοκής με τέτοιου είδους προγράμματα. Θεωρούν ότι οι γνώσεις τους είναι ελλιπείς τόσο ως προς τη θεματολογία της ΑΥ όσο και ως προς τις νέες μεθόδους διδασκαλίας για την υλοποίηση των προγραμμάτων και τονίζουν την ανάγκη επιμόρφωσής τους παρόλο που αρκετοί υλοποιούν τέτοιου είδους προγράμματα χωρίς καμία απολύτως επιμόρφωση.

Τέλος οι συνεντευξιζόμενοι με βάση την εμπειρία τους και λαμβάνοντας υπόψη αρνητικές εμπειρίες και λόγους αποφυγής για την υλοποίηση αυτών των προγραμμάτων έκαναν μερικές προτάσεις όπως σεμινάρια επιμόρφωσης, στήριξη π.χ. από ένα εξειδικευμένο άτομο, υλικοτεχνική υποδομή και οικονομική ενίσχυση, αξιολόγηση, αλλαγή στο ρόλο του σχολείου, συνέχεια και διάρκεια των προγραμμάτων, διαθεματική ένταξη των προγραμμάτων, συμμετοχή όλων των μαθητών (Φρουντά, 2014β).

Στην έρευνα των Perrikou et al. το 2015 για την «ετοιμότητα των εκπαιδευτικών να εφαρμόσουν προγράμματα εκπαίδευσης για τη διατροφή:

πεποιθήσεις, στάσεις και εμπόδια», επισημάνθηκαν σημαντικά εμπόδια που δρουν ανασταλτικά στην εφαρμογή προγραμμάτων που έχουν σχέση με την υγεία. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας συμπλήρωσαν 1436 εν υπηρεσία εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης της Κύπρου με σκοπό να διερευνηθούν οι στάσεις και πεποιθήσεις τους καθώς επίσης και οι φραγμοί τους για την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων στον τομέα της υγείας.

Σημαντικά εκπαιδευτικά εμπόδια, όπως η έλλειψη χρόνου και πληροφοριών λειτουργούν ανασταλτικά στην εφαρμογή προγραμμάτων διατροφής και υγείας. Η διδακτική εμπειρία, η ηλικία, η προσωπική άποψη για την υγεία, η έλλειψη χρόνου και πληροφοριών είναι παράγοντες που σχετίζονται με την ετοιμότητα του δασκάλου να ασχοληθεί ενεργά με οποιαδήποτε μορφή εκπαιδευτικού προγράμματος διατροφής ( Perikkou et al., 2015).

## **4ο Κεφάλαιο**

### **Μεθοδολογία της έρευνας**

#### **4.1. Αναγκαιότητα της έρευνας**

Η αγωγή υγείας στο σχολείο μέσω της διαπαιδαγώγησης και της εκπαίδευσης αποδεικνύεται η αποτελεσματικότερη μέθοδος για τη διαμόρφωση ή την αλλαγή συμπεριφοράς σε θέματα υγείας. Τα προγράμματα αγωγής υγείας παρέχουν στους μαθητές την ευκαιρία να αποκτήσουν γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες που απαιτούνται για τη λήψη αποφάσεων που προάγουν την υγεία και την προαγωγή υγείας των άλλων.

Όπως διαφάνηκε από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, η προαγωγή υγείας στο σχολείο προϋποθέτει μια σειρά από διαδικασίες στις οποίες εμπλέκονται διαφορετικοί σημαντικοί παράγοντες όπως: η συμβολή του Υπουργείου Παιδείας, του Υπεύθυνου Αγωγής Υγείας, η ηγεσία του σχολείου και το σχολικό περιβάλλον-κλίμα, η διοικητική υποστήριξη, οι ικανότητες-δεξιότητες αλλά και η επιθυμία των εκπαιδευτικών, η συμμετοχή-συγκατάθεση των γονέων, και η συμβολή επαγγελματιών υγείας (Cholevas & Loucaides, 2012 · Downs et al., 2012· Persson & Haralldsson, 2017).

Σημαντικότερος παράγοντας για την επιτυχή υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στο σχολείο αναγνωρίζεται ο ρόλος των εκπαιδευτικών. Η συμμετοχή και η επιτυχία των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας εξαρτάται από την προθυμία τους, από την αντίληψή των ίδιων για την ΑΥ, από την ετοιμότητά τους, από τις γνώσεις τους τόσο στο γνωστικό αντικείμενο, όσο και στο μεθοδολογικό πλαίσιο (Jourdan et al., 2011b · Jourdan et al., 2016 · Lynch, 2015). Παρόλο που τα οφέλη από την εφαρμογή προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας είναι πολλά και σημαντικά τόσο για τους μαθητές όσο και για την ευρύτερη σχολική κοινότητα, υπάρχουν προβλήματα που περιορίζουν την υιοθέτηση τους από τους εκπαιδευτικούς.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και την διερεύνηση των αιτίων αυτής της περιορισμένης συμμετοχής των εκπαιδευτικών στα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας προκύπτουν διαφορετικές απόψεις σχετικά με τον ρόλο πολλών παραγόντων που επιδρούν αρνητικά ως ανασταλτικοί παράγοντες ή θετικά ως κίνητρα για τους εκπαιδευτικούς (Jourdan et al., 2011b · Davó-Blanes & García de la Hera y Daniel La Parra, 2016 · Δημητριάδης, 2015 · Φρουντά, 2014β). Αυτό καθιστά την μελέτη και τη γνώση για τις αντιλήψεις των ίδιων των εκπαιδευτικών για τα προγράμματα αγωγής υγείας στα σχολεία σημαντική προκειμένου να εντοπιστούν τα κυριότερα εμπόδια ώστε να σχεδιαστούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις για την επίλυση των προβλημάτων που υπάρχουν.

#### **4.2. Σκοπός της έρευνας**

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων και αντιλήψεων των εκπαιδευτικών σχετικά με τα ενδοσχολικά προγράμματα Αγωγής Υγείας. Αναλυτικότερα, η διερεύνηση των πιθανών κινήτρων αλλά και των ανασταλτικών παραγόντων που καθορίζουν τη συμμετοχή-συμπεριφορά των εκπαιδευτικών στην εφαρμογή προγραμμάτων ΑΥ στον Ελληνικό χώρο και πιο συγκεκριμένα σε σχολεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης της Αττικής.

#### **4.3. Ερευνητικά ερωτήματα**

Συγκεκριμένα **τα ερευνητικά ερωτήματα** που τίθενται είναι τα εξής:

- Ποιες είναι οι απόψεις των εκπαιδευτικών Α/θμιας εκπαίδευσης για το ρόλο και τη σημασία της Προαγωγής Υγείας και των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα δημοτικά σχολεία;
- Ποιες είναι οι απόψεις των εκπαιδευτικών για τα παιδαγωγικά χαρακτηριστικά που πρέπει να έχουν τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας στα δημοτικά σχολεία;
- Ποιοι παράγοντες δρουν ανασταλτικά (αποτελούν εμπόδια) για την υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ στα δημοτικά σχολεία;

•Ποιοι παράγοντες συμβάλλουν στην ενίσχυση των εκπαιδευτικών και των πρωτοβουλιών τους για την υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας;

#### **4.4. Μέθοδος έρευνας- Ποσοτική**

Επιλέχθηκε η ποσοτική μέθοδος διότι στόχος της έρευνας ήταν ο έλεγχος συγκεκριμένων υποθέσεων και ερωτημάτων που τέθηκαν αρχικά και αφορούσαν την αγωγή υγείας στα σχολεία. Πολλοί ερευνητές έχουν προσεγγίσει τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την σχολική αγωγή υγείας, τα κίνητρα, τα εμπόδια και τους παράγοντες που επηρεάζουν την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία, χρησιμοποιώντας κυρίως ποσοτική μέθοδο για την μέτρηση και την ποσοτικοποίηση αυτών. Στον χώρο της εκπαίδευσης στην Ελλάδα από τις πέντε μελέτες που εντοπίστηκαν σχετικές με αυτό το αντικείμενο, οι περισσότερες ακολουθούν προσέγγιση με ερωτηματολόγιο-ποσοτική μέθοδο. Επιπλέον επιλέχθηκε η ποσοτική έρευνα ως η πλέον κατάλληλη για την συγκεκριμένη μελέτη ως αντικειμενική και αξιόπιστη ερευνητική μέθοδος, λόγω του ότι στην ανάλυσή της δεν εμπλέκεται η υποκειμενική άποψη των ερευνητών. Παράλληλα η τυποποίηση των στοιχείων που συλλέγονται, η δυνατότητα προσέγγισης μεγάλου μέρους του πληθυσμού και η επιδεκτικότητα των στοιχείων σε στατιστικές μεθόδους ανάλυσης καθιστούν την ποσοτική ως την πιο διαδεδομένη μορφή εμπειρικής έρευνας. Συλλέχθηκαν τα δεδομένα μέσω ερωτηματολογίου και αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS. Έγινε μετατροπή των μεταβλητών σε αριθμητικά δεδομένα, ταξινομήθηκαν τα χαρακτηριστικά σε κατηγορίες και έγινε στατιστική σύγκριση προκειμένου να εξαχθούν αιτιατές σχέσεις μεταξύ των απόψεων και των χαρακτηριστικών των εκπαιδευτικών.

#### **4.5. Εργαλείο έρευνας -Σχεδιασμός ερωτηματολογίου**

Από τη στιγμή που προσδιορίστηκε ο στόχος της έρευνας και τέθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα, έγινε επιλογή της μεθόδου συλλογής δεδομένων με τον σχεδιασμό του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει κλειστού τύπου ερωτήσεις και μερικές ανοικτού τύπου. Διαμορφώθηκε βάσει των πληροφοριών που προέκυψαν από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση αφού τέθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τυποποιημένες ερωτήσεις και απαντήσεις πεντάβαθμης κλίμακας Likert, 1. ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ, 2. ΔΙΑΦΩΝΩ, 3. ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ, 4. ΣΥΜΦΩΝΩ, 5. ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ, στις οποίες θα πρέπει να απαντήσουν οι συμμετέχοντες επιλέγοντας μία από τις παραπάνω επιλογές. Οι λόγοι για τους οποίους επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο ως μέθοδος συλλογής δεδομένων είναι ότι η ανάλυση των δεδομένων είναι απλή, αρκετές απαντήσεις μπορούν να διατυπωθούν σε σύντομο χρονικό διάστημα και να συγκριθούν άμεσα.

Επίσης παρόλο που ο ερευνητής δεν είναι σε θέση να αποσαφηνίσει τις ερωτήσεις ανοικτού τύπου και παράλληλα υποχρεώνει τον ερωτηθέντα να απαντήσει με έναν συγκεκριμένο τρόπο τα κυριότερα πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου είναι ότι είναι οικονομικότερο, μπορούν να αποσταλούν σε μεγάλο αριθμό ανθρώπων, οι ερωτώμενοι μπορούν να εκφραστούν ελεύθερα χωρίς ο ερευνητής να επηρεάσει τις απαντήσεις, είναι η λιγότερο χρονοβόρα μέθοδος.

Με τα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν επεξηγηματικά και περιγραφικά δεδομένα για απόψεις, συμπεριφορές, χαρακτηριστικά, στάσεις κ.λ.π. των εκπαιδευτικών.

Αρχικά στάλθηκε πιλοτικά σε 3 εκπαιδευτικούς-δασκάλους Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης οι οποίοι είχαν υλοποιήσει προγράμματα ΑΥ για να διευκρινιστούν τυχόν λάθη, παρανοήσεις και ελλείψεις που μπορεί να υπήρχαν ώστε να διορθωθούν. Οι παρατηρήσεις των συναδέλφων ήταν πολύτιμες και με βάση αυτές έγιναν οι απαραίτητες διορθώσεις, ώστε να φτάσει το ερωτηματολόγιο στην τελική του μορφή. Οι εκπαιδευτικοί που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο σε αυτή τη φάση δεν συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα της έρευνας.

Το ειδικά διαμορφωμένο για τη μελέτη ερωτηματολόγιο είχε στόχο να διερευνήσει τις απόψεις και τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τα προγράμματα Αγωγής Υγείας στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση. Χωρίστηκε σε δύο μέρη : στο πρώτο

μέρος του ερωτηματολογίου διερευνήθηκε το profile των εκπαιδευτικών. Οι εκπαιδευτικοί έχουν κληθεί να συμπληρώσουν δημογραφικά στοιχεία όπως φύλο, ηλικία, χρόνια προϋπηρεσίας, θέση που κατέχουν στο σχολείο (αναπληρωτής, μόνιμος).

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου τίθενται ερωτήσεις οι οποίες περιστρέφονται γύρω από 4 άξονες οι οποίοι αντιστοιχούν με τα ερευνητικά ερωτήματα :

Ο πρώτος άξονας συνδέεται με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα το οποίο διερευνά τις απόψεις των εκπαιδευτικών για την σημαντικότητα του ρόλου των προγραμμάτων ΑΥ στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση. Συγκεκριμένα μελετώνται οι παρακάτω παράγοντες: οι απόψεις των εκπαιδευτικών για την Προαγωγή Υγείας και τη συμβολή της στην ολοκληρωμένη ανάπτυξη της προσωπικότητάς των μαθητών. Η δυνατότητα που δίνεται στους μαθητές να αυξήσουν τις γνώσεις τους σε θέματα υγείας συμμετέχοντας σε προγράμματα ΑΥ καθώς επίσης το ενδιαφέρον και η ετοιμότητα των εκπαιδευτικών για να υλοποιήσουν προγράμματα ΑΥ, είτε με γνώσεις που έχουν αποκτήσει στις βασικές τους σπουδές είτε μετά από κατάλληλη επιμόρφωση. Επίσης μελετάται η συχνότητα συμβουλών και γνώσεων που παρέχουν οι δάσκαλοι στους μαθητές και αφορούν θέματα υγείας, εκτός προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.

Στον δεύτερο άξονα ο οποίος συνδέεται με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα που διερευνά τις απόψεις των εκπαιδευτικών για τα παιδαγωγικά χαρακτηριστικά τα οποία θεωρούν ότι πρέπει να έχουν τα προγράμματα ΑΥ, μελετώνται οι παρακάτω παράγοντες: η συμβολή στην επιτυχία ενός προγράμματος ΑΥ που έχει η συμμετοχή των γονέων ή και εξωτερικών φορέων-επαγγελματιών υγείας, κατά πόσο θεωρούν ότι τα προγράμματα ΑΥ πρέπει να γίνονται μέσα στην τάξη από τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς, η ανάγκη ένταξης της ΑΥ στο ωρολόγιο πρόγραμμα του σχολείου και οι μέθοδοι που χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί προκειμένου να υλοποιήσουν αυτά τα προγράμματα, η ύπαρξη συνεργασιών με εκπαιδευτικούς άλλων τάξεων ή και άλλων σχολείων, ή με εκπαιδευτικούς ειδικοτήτων για τη διαθεματική προσέγγιση του θέματος.

Στον τρίτο άξονα που συνδέεται με το τρίτο ερευνητικό ερώτημα το οποίο διερευνά τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι εκπαιδευτικοί προκειμένου να υλοποιήσουν ένα πρόγραμμα ΑΥ μελετώνται οι παρακάτω παράγοντες: η έλλειψη γνώσεων πάνω σε θέματα υγείας και μεθόδων υλοποίησης τέτοιων προγραμμάτων, η έλλειψη χρόνου, η έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής καθώς και η γραφειοκρατική προετοιμασία και καταγραφή της πορείας και των αποτελεσμάτων του προγράμματος, η οποία απαιτείται.

Στον τέταρτο άξονα που συνδέεται με το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα διερευνώνται οι απόψεις των εκπαιδευτικών για τις προϋποθέσεις που πρέπει να υπάρχουν για την υλοποίηση των προγραμμάτων ΑΥ όπως η υποστήριξη από την Διεύθυνση του σχολείου και τον Υπεύθυνο Αγωγής Υγείας καθώς και τους παράγοντες που συμβάλλουν στην ενίσχυση των πρωτοβουλιών τους προκειμένου να υλοποιήσουν ένα πρόγραμμα ΑΥ. Συγκεκριμένα μελετώνται οι παρακάτω παράγοντες: τα οφέλη που αποκομίζουν οι μαθητές από τα προγράμματα ΑΥ όπως η αύξηση των γνώσεων τους σε θέματα υγείας και η συμβολή τους στην ολοκληρωμένη ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους. Τα κίνητρα των εκπαιδευτικών που υλοποιούν ΠΑΥ όπως η ηθική ενίσχυση που λαμβάνουν από την συμμετοχή των μαθητών στο πρόγραμμα καθώς επίσης και οι παράγοντες οι οποίοι θα μπορούσαν να δράσουν ενισχυτικά προκειμένου οι εκπαιδευτικοί να ασχοληθούν με την υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ, όπως τα οικονομικά και επαγγελματικά οφέλη.

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας διανεμήθηκε σε όλα τα σχολεία των Διευθύνσεων Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης της Αττικής, σε ηλεκτρονική μορφή μέσω της πλατφόρμας LimeSurvey του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.<sup>3</sup> Αρχικά στάλθηκε πιλοτικά σε 3 εκπαιδευτικούς για να δοκιμαστεί η λειτουργικότητα του συστήματος της ηλεκτρονικής πλατφόρμας, οι οποίοι δεν συμπεριλήφθηκαν στο τελικό δείγμα της έρευνας.

#### **4.6. Μέθοδος δειγματοληψίας και διαδικασία συλλογής και ανάλυσης δεδομένων**

---

<sup>3</sup> Βλέπε Ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα σελ.141



Μεταξύ των τεχνικών δειγματοληψίας με πιθανότητα στις οποίες περιλαμβάνονται οι εξής τεχνικές: α) απλή τυχαία δειγματοληψία, β) δειγματοληψία κατά στρώματα, γ) κατά ομάδες κ.λπ. επιλέχθηκε η απλή τυχαία δειγματοληψία καθώς δεν υπήρχε δυνατότητα ανάλυσης κατά στρώματα ή ομάδες από πίνακα. Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσε το σύνολο των εκπαιδευτικών των σχολείων Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης της Αττικής. Αναζητήθηκαν μέσω της λίστας των ηλεκτρονικών διευθύνσεων των σχολείων.

Αρχικά στάλθηκε με μια συνοδευτική επιστολή στα e-mail των σχολείων όλων των Διευθύνσεων Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης της Αττικής. Η επιστολή απευθυνόταν στους Διευθυντές των σχολείων και περιλάμβανε στοιχεία της ερευνήτριας και e-mail επικοινωνίας, την ταυτότητα και τους στόχους της έρευνας και εγγύηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων. Τέλος το ερωτηματολόγιο προωθούνταν στους εκπαιδευτικούς των σχολείων ευχαριστώντας τους εκ των προτέρων για την συνεργασία και την πολύτιμη βοήθεια για την διεξαγωγή της έρευνας. Επίσης αναρτήθηκε και στο μέσο κοινωνικής δικτύωσης facebook σε ομάδες εκπαιδευτικών. Τα αποτελέσματα συλλεχθήκαν σε πίνακα excel και στη συνέχεια καταχωρήθηκαν στα δεδομένα του SPSS.

Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS for Windows Version 23. Υπολογίστηκαν οι κατανομές συχνοτήτων για τα δημογραφικά και εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά των 217 εκπαιδευτικών, καθώς και οι διατυπωμένες απόψεις στο σύνολο των ερωτηθέντων. Επίσης έγινε στατιστική ανάλυση των σημαντικών διαφορών στις απαντήσεις ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών με τη μέθοδο chi square ( $\chi^2$ ).

#### **4.7. Πληθυσμός Μελέτης- δημογραφικά χαρακτηριστικά**

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 217 εκπαιδευτικοί σχολείων των 7 Διευθύνσεων Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης της Αττικής (Α' Αθήνας, Β' Αθήνας, Γ' Αθήνας, Δ' Αθήνας, Ανατολικής Αττικής, Δυτικής Αττικής, Πειραιά). Οι εκπαιδευτικοί που

συμμετείχαν στην έρευνα ήταν μόνιμοι και αναπληρωτές, δάσκαλοι ΠΕ70 και εκπαιδευτικοί ειδικοτήτων (Φυσικής Αγωγής, Εικαστικών, Ξένων Γλωσσών, Πληροφορικής κ.α.).

Η απλή τυχαία δειγματοληψία ( simple random sampling) που χρησιμοποιήθηκε στην συγκεκριμένη έρευνα εξασφάλιζε σε κάθε μέλος του πληθυσμού την ίδια πιθανότητα να συμπεριληφθεί στο δείγμα και παρουσίαζε σχετική ευκολία στη χρήση της.

Στο ερωτηματολόγιο απάντησαν εντός συγκεκριμένης ημερομηνίας (20/1/18 έως 12/2/18) , **217 εκπαιδευτικοί, 43 άνδρες (19,8%) και 174 γυναίκες (80,2%)**, εκ των οποίων 157 (72,4%) έγγαμοι.

Η αναλογία μονίμων/αναπληρωτών ήταν 177/40 (**81,65 % μόνιμοι**).

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες **44,7% ήταν στην μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα (>50 ετών)** και μόνο 26,7% ήταν κάτω των 40 ετών (πίνακας 1), το οποίο καταδεικνύει την προχωρημένη μέση ηλικία των εκπαιδευτικών στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Το εύρημα αυτό σχετίζεται και με την απουσία προσλήψεων μονίμων εκπαιδευτικών τα τελευταία 8-9 έτη και φαίνεται από το γεγονός ότι μεταξύ των μονίμων δεν υπήρχε κανείς <30 ετών και το 53,7% ήταν άνω των 50 ετών, ενώ αντίθετα στους **αναπληρωτές οι περισσότεροι 57,5% ήταν <30 ετών (23/40)<sup>4</sup>**.

**Πίνακας 1 :** Κατανομή ερωτηθέντων κατά ηλικία

Ηλικιακή ομάδα	Αριθμός	Ποσοστό %
<30	23	10,6
31-39	35	16,1
40-49	62	28,6
50+	97	44,7

<sup>4</sup> Βλέπε Παράρτημα Διάγραμμα 1(σελ.139)

Η πλειονότητα των εκπαιδευτικών (**69,6%**) ήταν **δάσκαλοι-απόφοιτοι παιδαγωγικής σχολής /ακαδημίας (ΠΕ70)**, και από τις άλλες ειδικότητες οι περισσότεροι μεταξύ των ερωτηθέντων ήταν Φυσικής Αγωγής (7,8%) και Πληροφορικής (5,5%) (πίνακας 2).

**Πίνακας 2 :** Κατανομή ερωτηθέντων κατά ειδικότητα-κλάδο

Ειδικότητα	Αριθμός	Ποσοστό %	
Δάσκαλοι (ΠΕ70)	151	69,6	
Φυσικής Αγωγής	17	7,8	30,4
Πληροφορικής	12	5,5	
Ξένων Γλωσσών	10	4,6	
Μουσικής	4	1,8	
Καλλιτεχνικών	3	1,4	
Άλλη ειδικότητα	20	9,2	

## 5<sup>ο</sup> Κεφάλαιο

### Αποτελέσματα

#### 5.1.1 Υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ και επιμόρφωση στον πληθυσμό του δείγματος

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες 133/217 (**61,3%**) δήλωσαν ότι έχουν υλοποιήσει πρόγραμμα Αγωγής Υγείας<sup>5</sup> και μάλιστα **η πλειονότητα εξ'αυτών 68% (90/133) πάνω από μία φορά** (πίνακας 3).

**Πίνακας 3 :** Πόσες φορές υλοποιήσατε πρόγραμμα ΑΥ (>1 φορά 68%)

Αριθμός ΠΑΥ	Αριθμός εκπαιδευτικών	Ποσοστό %
1	38	28,6
2	35	68
3	21	
4	13	
5	17	
6	4	
Δεν απάντησαν	5	3,7
ΣΥΝΟΛΟ	133	

Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί 66,8% (145/217) είχαν συμμετάσχει σε **επιμορφωτικά σεμινάρια** σχετικά με θέματα αγωγής υγείας.

<sup>5</sup> Βλέπε Παράρτημα Διάγραμμα 2(σελ.139)

Σημαντικό εύρημα ήταν ότι η συμμετοχή σε υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ σχετιζόταν άμεσα με την υπάρχουσα επιμόρφωση σε θέματα αγωγής υγείας 106/145 (73%) (πίνακας 4) και μάλιστα η συσχέτιση ήταν πολύ ισχυρή στατιστικά  $\chi^2 25,7$   $p < 0,001$  υποδηλώνοντας την ευαισθητοποίηση συγκεκριμένης μερίδας των εκπαιδευτικών πάνω στο αντικείμενο της ΑΥ συμμετέχοντας τόσο σε επιμορφωτικά σεμινάρια, αλλά και στην υλοποίηση ΠΑΥ.

**Πίνακας 4 :** Υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ σε σχέση με επιμόρφωση εκπαιδευτικών

**ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ \* ΥΛΟΠΠΑΥ Crosstabulation**

		ΥΛΟΠΠΑΥ		Total
		1=ΝΑΙ	2=ΟΧΙ	
ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ	1=ΝΑΙ	106 73,1%	39 26,9%	145 100,0%
	2=ΟΧΙ	27 37,5%	45 62,5%	72 100,0%
		133 61,3%	84 38,7%	217 100,0%

$\chi^2 25,7$   $p < 0,001$

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι η θετική απάντηση σε 54% των εκπαιδευτικών στο ερώτημα «πιστεύω ότι έχω τις απαραίτητες γνώσεις από τις βασικές μου σπουδές για να υλοποιήσω ΠΑΥ» βρέθηκε να σχετίζεται τόσο με την υπάρχουσα επιμόρφωση 106/145<sup>6</sup>  $\chi^2 11,7$   $p < 0,001$ , όσο και με την υλοποίηση ΠΑΥ 83/133 (71% )<sup>7</sup>  $\chi^2 10,4$   $p < 0,006$ . Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει την ιδιαίτερη ευαισθητοποίηση των εκπαιδευτικών πάνω σε θέματα ΑΥ κατά την διάρκεια των πανεπιστημιακών σπουδών τους.

<sup>6</sup> Βλέπε Παράρτημα Διάγραμμα 3(σελ.139)

<sup>7</sup> Βλέπε Παράρτημα Διάγραμμα 4(σελ.140)

### **5.1.2. Απόψεις των εκπαιδευτικών για την Αγωγή Υγείας στα σχολεία**

**Ο πρώτος άξονας ερωτήσεων** αφορά τις απόψεις των εκπαιδευτικών για την σημαντικότητα που αποδίδουν στην ΑΥ στα σχολεία και ειδικότερα την αξιολόγηση του ρόλου των προγραμμάτων ΑΥ στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση.

Στον **πίνακα 5** διαφαίνεται σαφώς ότι η συντριπτική πλειοψηφία των εκπαιδευτικών θεωρεί ιδιαίτερα σημαντικό τον ρόλο της ΑΥ τόσο για την «ολοκληρωμένη ανάπτυξη των μαθητών» 93,5%, όσο και για την «ενίσχυση των γνώσεων τους σε θέματα υγείας» 94,5% και «απόκτηση στάσεων και συμπεριφορών θετικών για την υγεία» 91,7%, δηλώνοντας παράλληλα το ενδιαφέρον τους για τα προγράμματα ΑΥ (94%), διάθεση για επιμόρφωση σε σχεδιασμό προγραμμάτων ΑΥ (78,8%) και ότι «τα προγράμματα ΑΥ αποτελούν σημαντική εκπαιδευτική δράση» (91,7%) . Επίσης οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι τα ΠΑΥ συμβάλλουν στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων των μαθητών (91,2%), προσφέρουν ουσιαστικά στους μαθητές (95,9%) και στην διάχυση θετικών συμπεριφορών υγείας στην κοινότητα (86,2%), ενώ λιγότεροι (50,7%) θεωρούν ότι τα προγράμματα ΑΥ «συμβάλλουν στην καλλίτερη συνεργασία εκπαιδευτικών-γονέων». Τέλος ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των εκπαιδευτικών (93%) παρέχει συμβουλές σε θέματα υγείας στους μαθητές εκτός προγραμμάτων ΑΥ.

**Πίνακας 5 : Απόψεις εκπαιδευτικών για σημαντικότητα ΑΥ και ρόλου των προγραμμάτων ΑΥ στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση**

Απόψεις εκπαιδευτικών για ΑΥ και προγράμματα ΑΥ	Διαφωνώ (Διαφωνώ απολύτως) %	Δεν έχω αποφασίσει %	Συμφωνώ (Συμφωνώ απολύτως) %
Τα ΠΑΥ συμβάλλουν στην ολοκληρωμένη ανάπτυξη των μαθητών.	1,4	5,1	93,5
Με την υλοποίηση ΠΑΥ δίνεται η δυνατότητα στους μαθητές να ενισχύσουν τις γνώσεις τους σε θέματα υγείας.	1,8	5,1	94,5
Τα ΠΑΥ έχουν ως αποτέλεσμα οι μαθητές να αποκτούν στάσεις και συμπεριφορές που έχουν άμεσα θετική επίδραση στην υγεία τους.	1,4	6,9	91,7
Τα προγράμματα ΑΥ με ενδιαφέρουν	1,8	4,1	94
Ενδιαφέρομαι να επιμορφωθώ σε θέματα σχεδιασμού ΠΑΥ ώστε να αναλάβω πρωτοβουλίες υλοποίησης στο σχολείο μου.	6	15,2	78,8
Τα ΠΑΥ αποτελούν σημαντική εκπαιδευτική δράση για τα δημοτικά σχολεία.	5,5	2,8	91,7
Τα ΠΑΥ συμβάλλουν στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων που ωθούν τους μαθητές να κάνουν θετικές επιλογές για την υγεία τους.	1,8	6,9	91,2
Τα ΠΑΥ προσφέρουν ουσιαστικά στους μαθητές.	2,8	1,3	95,9
Η υλοποίηση των ΠΑΥ στο δημοτικό σχολείο συμβάλλει στη διάχυση θετικών συμπεριφορών υγείας στην ευρύτερη κοινότητα.	3,7	10,1	86,2
Η υλοποίηση ΠΑΥ στο δημοτικό σχολείο συμβάλλει στην καλύτερη συνεργασία εκπαιδευτικών-γονέων.	8,8	40,6	50,7
Συνηθίζω να παρέχω στους μαθητές μου συμβουλές που να αφορούν θέματα υγείας(διατροφή, πρώτες βοήθειες, ψυχική και συναισθηματική υγεία κ.α.)	3,2	3,8	93

Τα αποτελέσματα που αφορούν τον **δεύτερο άξονα** ο οποίος διερευνά τις απόψεις των εκπαιδευτικών για τα παιδαγωγικά χαρακτηριστικά τα οποία θεωρούν ότι πρέπει να έχουν τα προγράμματα ΑΥ συγκεντρώνονται στον **πίνακα 6**. Σημαντικό εύρημα είναι ότι οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί αξιολογούν ως αποτελεσματικότερα τα προγράμματα ΑΥ σε σχέση με το παραδοσιακό μάθημα ΑΥ (64,5%), η μεγάλη πλειοψηφία των εκπαιδευτικών (80,2%) δηλώνουν ότι τα προγράμματα ΑΥ «πρέπει να ενταχθούν στο ωρολόγιο πρόγραμμα του δημοτικού», και περίπου οι μισοί (50%) θεωρούν ότι τα προγράμματα ΑΥ «πρέπει να γίνονται στην τάξη στο πλαίσιο του ισχύοντος προγράμματος σπουδών». Επίσης οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί συμφωνούν ότι η σύνδεση των προγραμμάτων ΑΥ τόσο «με τα προβλήματα της καθημερινής ζωής» (97,7%) όσο και «με τα προβλήματα της τοπικής κοινωνίας» (88%) συμβάλλει στην ενεργό συμμετοχή των μαθητών. Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί θεωρούν θετικό τα προγράμματα ΑΥ να γίνονται «διαθεματικά με συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων» (91,2%) και «σε συνεργασία με επαγγελματίες υγείας» (88,9%). Ενώ οι περισσότεροι θεωρούν αποτελεσματικότερο να γίνονται τα προγράμματα ΑΥ «με την εμπλοκή των γονέων στην υλοποίηση των προγραμμάτων ΑΥ» (66,4%) και «σε συνεργασία με συναδέλφους του σχολείου» (82,9%), είναι επιφυλακτικοί σχετικά με την «συνεργασία με συναδέλφους άλλων σχολείων» (47,5%). Επίσης θετικά αντιμετωπίζουν οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί την χρήση Τεχνολογιών Πληροφορίας και Επικοινωνιών (77,4%) και την χρήση μεθόδου project (74,7%) στην υλοποίηση των προγραμμάτων ΑΥ.

**Πίνακας 6 : Απόψεις των εκπαιδευτικών για τα παιδαγωγικά χαρακτηριστικά των προγραμμάτων ΑΥ**



Απόψεις εκπαιδευτικών για τα προγράμματα ΑΥ	Διαφωνώ (Διαφωνώ απολύτως) %	Δεν έχω αποφασίσει %	Συμφωνώ (Συμφωνώ απολύτως) %
Τα παιδιά μαθαίνουν περισσότερο για την ΑΥ με το παραδοσιακό μάθημα σε σχέση με τα ΠΑΥ	64,5	21,7	13,8
Τα ΠΑΥ πρέπει να ενταχθούν στο ωρολόγιο πρόγραμμα του δημοτικού σχολείου	5,1	14,7	80,2
Πιστεύω ότι τα ΠΑΥ πρέπει να γίνονται στην τάξη στο πλαίσιο του ισχύοντος προγράμματος σπουδών και όχι ως ξεχωριστή δράση.	21,2	28,6	50,2
Η σύνδεση των ΠΑΥ με προβλήματα της καθημερινής ζωής συμβάλλει στην ενεργό συμμετοχή των μαθητών.	1,4	0,9	97,7
Η σύνδεση των ΠΑΥ με προβλήματα της τοπικής κοινωνίας συμβάλλει στην ενεργό συμμετοχή των μαθητών.	5,1	6,9	88
Πιστεύω ότι τα ΠΑΥ πρέπει να γίνονται με διαθεματική προσέγγιση σε συνεργασία με εκπαιδευτικούς διαφόρων ειδικοτήτων.	2,3	6,5	91,2
Πιστεύω ότι τα ΠΑΥ είναι περισσότερο αποτελεσματικά όταν γίνονται σε συνεργασία με φορείς και επαγγελματίες υγείας.	1,8	9,2	88,9
Πιστεύω ότι τα ΠΑΥ είναι περισσότερο αποτελεσματικά όταν γίνονται σε συνεργασία με άλλους συναδέλφους του σχολείου	2,3	14,7	82,9
Πιστεύω ότι τα ΠΑΥ είναι περισσότερο αποτελεσματικά όταν γίνονται σε συνεργασία με συναδέλφους άλλων σχολείων.	10,6	41,9	47,5
Η εμπλοκή των γονέων στην υλοποίηση των ΠΑΥ συμβάλλει στην επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων για τους μαθητές.	9,7	24	66,4
Είναι πιο αποτελεσματικά όταν γίνονται με την χρήση Τεχνολογιών Πληροφορίας και Επικοινωνιών	3,2	19,4	77,4

Πιστεύω ότι τα ΠΑΥ είναι περισσότερο αποτελεσματικά όταν υλοποιούνται με την μέθοδο project.	5,1	20,3	74,7
--	-----	------	------

Η ενότητα ερωτημάτων του **τρίτου άξονα** διερευνά τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν για να υλοποιήσουν προγράμματα ΑΥ. Στον **πίνακα 7** αποτυπώνεται το διαφορετικό βάρος που έχουν διάφοροι παράγοντες οι οποίοι μπορούν να διαχωριστούν σε υποκειμενικούς που αφορούν τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς και εξωτερικούς-αντικειμενικούς παράγοντες. Στην πρώτη κατηγορία των υποκειμενικών ως σημαντικότερο εμπόδιο ξεχωρίζεται η έλλειψη χρόνου (47,9%), ενώ η έλλειψη γνώσεων από τις βασικές σπουδές (31%), η έλλειψη γνώσεων σχεδιασμού προγραμμάτων ΑΥ (29%), γνώσεων σε θέματα υγείας (28,6%), παιδαγωγικού σχεδιασμού (23%) και γνώσεων ΤΠΕ (18,9%) είναι λιγότερο σημαντικοί παράγοντες. Στην δεύτερη κατηγορία «η γραφειοκρατική διαδικασία προετοιμασίας και αποτίμησης των ΠΑΥ» (41%) και η έλλειψη επαρκούς υλικοτεχνικής υποδομής στο σχολείο (36,4%) αναδεικνύονται ως σημαντικά εμπόδια, σύμφωνα με την γνώμη των εκπαιδευτικών.

**Πίνακας 7: Τα εμπόδια υλοποίησης των προγραμμάτων ΑΥ**

Απόψεις εκπαιδευτικών για τα εμπόδια	Διαφωνώ (Διαφωνώ απολύτως) %	Δεν έχω αποφασίσει %	Συμφωνώ (Συμφωνώ απολύτως) %
Θα ήθελα να υλοποιήσω ένα ΠΑΥ αλλά δεν διαθέτω τον απαιτούμενο χρόνο.	39,2	12,9	47,9
Πιστεύω ότι έχω τις απαραίτητες γνώσεις από τις βασικές σπουδές για να υλοποιήσω ένα ΠΑΥ	31	15	54
Ενδιαφέρομαι να υλοποιήσω ΠΑΥ αλλά δεν γνωρίζω πώς πρέπει να σχεδιάσω τις	50,7	20,3	29

δραστηριότητες των μαθητών.

Θα ήθελα να υλοποιήσω ένα ΠΑΥ αλλά δεν έχω επαρκείς γνώσεις σε θέματα υγείας	56,7	14,7	28,6
Θα ήθελα να υλοποιήσω ένα ΠΑΥ αλλά δεν έχω επαρκείς γνώσεις παιδαγωγικού σχεδιασμού προγραμμάτων	61,8	15,2	23
Θα ήθελα να υλοποιήσω ένα ΠΑΥ αλλά δεν έχω επαρκείς γνώσεις στις ΤΠΕ	75	6	18,9
Η γραφειοκρατική διαδικασία που απαιτείται για την προετοιμασία και αποτίμηση ενός ΠΑΥ λειτουργεί αρνητικά προκειμένου να υλοποιήσω το πρόγραμμα.	41,9	17,1	41
Θα ήθελα να υλοποιήσω ένα ΠΑΥ αλλά δεν υπάρχει επαρκής υλικοτεχνική υποδομή στο σχολείο μου.	47,9	15,7	36,4

**Ο τέταρτος άξονας** ερωτημάτων διερευνά τις απόψεις των εκπαιδευτικών για τις προϋποθέσεις τις οποίες θεωρούν απαραίτητες και τους παράγοντες-κίνητρα που θεωρούν ότι ενισχύουν τις πρωτοβουλίες τους για υλοποίηση των προγραμμάτων ΑΥ στα δημοτικά σχολεία. Όπως φαίνεται στον **πίνακα 8**, σημαντικές κατά τους εκπαιδευτικούς προϋποθέσεις για επιτυχή υλοποίηση ΠΑΥ στα δημοτικά είναι η υποστήριξη από τον Υπεύθυνο Αγωγής Υγείας (79,7%), η υποστήριξη από την Διεύθυνση του σχολείου (79,3%) και η ύπαρξη πολιτικής στο σχολείο προώθησης καινοτόμων προγραμμάτων (71%). Σημαντικότερα κίνητρα για τους εκπαιδευτικούς αναγνωρίζονται η ανατροφοδότηση (ηθική ενίσχυση) από τους μαθητές (89,9%), το προσωπικό ενδιαφέρον του ίδιου του εκπαιδευτικού (86,6%), τα αναμενόμενα αποτελέσματα για τις στάσεις-συμπεριφορές των μαθητών (82,9%) και το ενδιαφέρον των μαθητών (71%). Λιγότερο σημαντικά ως κίνητρα θεωρούνται η αναγνώριση της υλοποίησης προγραμμάτων ΑΥ ως πρόσθετο επαγγελματικό προσόν εξέλιξης (60%), η αναγνώριση από τους συναδέλφους στο σχολείο (48,8%) και η οικονομική ενίσχυση των εκπαιδευτικών για υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ (50,2%).

**Πίνακας 8 : Προϋποθέσεις και κίνητρα υλοποίησης των προγραμμάτων ΑΥ**

Απόψεις εκπαιδευτικών για προϋποθέσεις υλοποίησης προγραμμάτων ΑΥ	Διαφωνώ (Διαφωνώ απολύτως) %	Δεν έχω αποφασίσει %	Συμφωνώ (Συμφωνώ απολύτως) %
Η υποστήριξη από τον Υπεύθυνο Αγωγής Υγείας με επηρεάζει θετικά προκειμένου να υλοποιήσω ένα ΠΑΥ.	8,3	12	79,7
Η υποστήριξη από την Διεύθυνση του σχολείου με επηρεάζει θετικά προκειμένου να υλοποιήσω ένα ΠΑΥ.	9,2	11,5	79,3
Η ύπαρξη πολιτικής στο σχολείο για την προώθηση καινοτόμων προγραμμάτων αποτελεί για μένα σημαντικό παράγοντα προκειμένου να υλοποιήσω ένα ΠΑΥ.	15,2	13,8	71
Απόψεις εκπαιδευτικών για κίνητρα υλοποίησης προγραμμάτων ΑΥ	Διαφωνώ (Διαφωνώ απολύτως) %	Δεν έχω αποφασίσει %	Συμφωνώ (Συμφωνώ απολύτως) %
Η ανατροφοδότηση (ηθική ενίσχυση) που λαμβάνω από τους μαθητές μου με επηρεάζει θετικά προκειμένου να υλοποιήσω ένα ΠΑΥ.	2,8	7,3	89,9
Το προσωπικό μου ενδιαφέρον για θέματα υγείας αποτελεί σημαντικό παράγοντα προκειμένου να υλοποιήσω ένα ΠΑΥ.	6,9	6,5	86,6

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα (γνώσεις- στάσεις) των ΠΑΥ για τους μαθητές αποτελούν σημαντικό λόγο προκειμένου να υλοποιήσω ένα ΠΑΥ.	4,1	13	82,9
Το ενδιαφέρον των μαθητών για θέματα και προγράμματα υγείας με επηρεάζει θετικά προκειμένου να υλοποιήσω ένα ΠΑΥ.	15,2	13,8	71
Η αναγνώριση (αξιολόγηση) της υλοποίησης ΠΑΥ ως πρόσθετο προσόν επαγγελματικής εξέλιξης θα μπορούσε να λειτουργήσει θετικά προκειμένου να υλοποιήσω το πρόγραμμα.	22,6	16,6	60
Η αναγνώριση (ηθική ενίσχυση) που λαμβάνω από τους συναδέλφους μου στο σχολείο με επηρεάζει θετικά προκειμένου να υλοποιήσω ένα ΠΑΥ.	25,5	27,6	48,8
Η οικονομική ενίσχυση των εκπαιδευτικών που υλοποιούν ΠΑΥ θα λειτουργήσει θετικά για μένα προκειμένου να υλοποιήσω τέτοια προγράμματα.	29	20,7	50,2

Στην αυθόρμητη απάντηση στην ερώτηση « αναφέρετε άλλους λόγους που είναι σημαντικοί για σας προκειμένου να υλοποιήσετε ένα ΠΑΥ» οι συχνότερα αναφερθέντες λόγοι αφορούσαν την προώθηση της υγείας των μαθητών, την σημασία του ενδιαφέροντος των μαθητών και την αναμενόμενη αλλαγή στάσης και συμπεριφορών από την πλευρά τους. Επίσης αναφέρθηκαν στη ευαισθητοποίηση των μαθητών για κοινωνικά θέματα, στην δημιουργία ολοκληρωμένης προσωπικότητας, στην ικανότητα διαχείρισης κρίσεων και στην συναισθηματική υγεία-κοινωνικοποίηση των μαθητών. Τέλος ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε από ορισμένους

δασκάλους στην σημασία της έλλειψης χρόνου ιδιαίτερα μετά την κατάργηση της ευέλικτης ζώνης (στις τάξεις Πέμπτη και Έκτη Δημοτικού).

## **5.2. Διαφοροποιήσεις των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών, ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους.**

### **5.2.1. Σπουδαιότητα ΑΥ στα σχολεία**

Στον άξονα που αφορούσε το ερευνητικό ερώτημα της σπουδαιότητας της Αγωγής Υγείας στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση δεν διαπιστώθηκαν διαφορετικές αντιλήψεις μεταξύ των εκπαιδευτικών ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους (ηλικία, προϋπηρεσία, φύλο, ειδικότητα, θέση). Άλλωστε όπως φαίνεται και στον πίνακα 6 σχεδόν σε όλα τα ερωτήματα υπήρχε σχεδόν ομόφωνη υποστήριξη της σημασίας των προγραμμάτων ΑΥ για τους μαθητές, και η μόνη «αμφιβολία» ήταν κατά πόσον αυτά συμβάλλουν στην συνεργασία εκπαιδευτικών-γονέων, αλλά και σε αυτό το ερώτημα η στατιστική ανάλυση δεν ανέδειξε διαφοροποιήσεις μεταξύ των εκπαιδευτικών με διαφορετικά δημογραφικά ή άλλα χαρακτηριστικά.

### **5.2.2. Αντιλήψεις για τα παιδαγωγικά χαρακτηριστικά των προγραμμάτων ΑΥ**

Στον δεύτερο άξονα που αφορά τις αντιλήψεις για τα παιδαγωγικά χαρακτηριστικά των προγραμμάτων ΑΥ, φάνηκε μία διαφοροποίηση των εκπαιδευτικών ανάλογα με την θέση τους (μόνιμοι –αναπληρωτές) σχετικά με την θετική αξιολόγηση της χρήσης ΤΠΕ. Συγκεκριμένα η στατιστική ανάλυση ανέδειξε σημαντική υψηλότερη αξιολόγηση της σημασίας των ΤΠΕ από τους αναπληρωτές 37/40 (92,8%),έναντι των μονίμων 131/177 (74%)  $\chi^2$  6,6 p 0,001 (πίνακας 9).

**Πίνακας 9**

ΘΕΣΗ	ΧΡΗΣΗ ΤΠΕ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ- ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ- ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΥΤΩΣ	
ΜΟΝΙΜΟΣ	7 (4%)	39 (22%)	131 (74%)	177
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ	0 (0%)	3 (7,5%)	37 (92,5%)	40
ΣΥΝΟΛΟ	7 (3,2%)	42 (19,4%)	168 (77,4%)	217

$\chi^2$  6,6 p 0,001

Επίσης από την στατιστική ανάλυση διαφαίνεται ότι **οι αναπληρωτές** και οι **νεότεροι εκπαιδευτικοί** (<30 ετών) είναι αυτοί που προτιμούν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό τα προγράμματα ΑΥ από το παραδοσιακό μάθημα ΑΥ (διαφωνώντας με τον παραδοσιακό τρόπο 30/40 (75%) και 21/23 (91,3%) αντίστοιχα.  $\chi^2$  18,35 p<0,001 (πίνακες 10 και 11)'

**Πίνακας 10**

ΘΕΣΗ	ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟΥ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ ΑΥ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ- ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ- ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	
ΜΟΝΙΜΟΣ	110 (62,1%)	38 (21,5%)	29 (16,4%)	177

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ	30 (75%)	9 (22.5%)	1 (2,5%)	40
ΣΥΝΟΛΟ	140 64,5%	47 21,7%	30 13,8%	217

$\chi^2 5,4$   $p=0,067$

### Πίνακας 11

ΗΛΙΚΙΑ	ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟΥ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ ΑΥ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ-ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ-ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	
<30	21 (91,3%)	2 (8,7%)	0	23
31-49	49 (50,5%)	29 (29,9%)	19 (19,6%)	97
50+	70 (72,2%)	16 (16,5%)	11 (11,3%)	97
ΣΥΝΟΛΟ	140 64,5%	47 21,7%	30 13,8%	217

$\chi^2 18,35$   $p<0,001$

### 5.2.3. Εμπόδια υλοποίησης προγραμμάτων ΑΥ

Στον τρίτο άξονα που αφορά τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι δάσκαλοι στην υλοποίηση των ΠΑΥ διαπιστώθηκαν **σημαντικές διαφοροποιήσεις** στις απόψεις των εκπαιδευτικών ανάλογα με την ηλικία και τα χρόνια προϋπηρεσίας κυρίως, αλλά και ανάλογα με την θέση και την ειδικότητα.

Όπως φαίνεται στις παρακάτω στατιστικές συσχετίσεις **η έλλειψη χρόνου**, αναγνωρίζεται ως το σημαντικότερο εμπόδιο υλοποίησης προγραμμάτων ΑΥ κυρίως



από τους εκπαιδευτικούς μέσης ηλικίας (31-49 ετών) 56/97 (57,7%) ενώ τόσο στους νεότερους 8/23, όσο και στους >50 ετών 40/97 αυτό το εμπόδιο αναφέρθηκε σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό  $\chi^2 15$   $p < 0,005$  (πίνακας 12).

**Πίνακας 12**

ΗΛΙΚΙΑ	ΈΛΛΕΙΨΗ ΧΡΟΝΟΥ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ-ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ-ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	
<30	8 (34,8%)	7 (30,4%)	8 (34,8%)	23
31-49	29(29,9%)	12 (12,4%)	56 ( <b>57,7%</b> )	97
50+	48 (49,5%)	9 (9,3%)	40 (41,2%)	97
ΣΥΝΟΛΟ	85	28	104	217

$\chi^2 15$   $p < 0,005$

**Η γραφειοκρατική διαδικασία προετοιμασίας και αποτίμησης των προγραμμάτων ΑΥ αποτελεί σημαντικό εμπόδιο κυρίως για τους αναπληρωτές 26/40 (65%),  $\chi^2 11,9$   $p < 0,003$  και τους δάσκαλους με μικρότερη προϋπηρεσία (<15 έτη) 46/87 (53%)  $\chi^2 13,7$   $p < 0,033$  (πίνακες 13 και 14).**

**Πίνακας 13**

ΘΕΣΗ	ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΑ ΩΣ ΕΜΠΟΔΙΟ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ-ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ-ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	
ΜΟΝΙΜΟΣ	82 (46,3%)	32 (18,1%)	63 (35,6%)	177

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ	9 (22,5%)	5 (12,5%)	26 ( <b>65%</b> )	40
ΣΥΝΟΛΟ	91 (41,9%)	37 (17,1%)	89 (41%)	217

$\chi^2$  11,9 p<0,003

**Πίνακας 14**

ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΑ ΩΣ ΕΜΠΟΔΙΟ			ΣΥΝΟΛΟ	
	ΔΙΑΦΩΝΩ- ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ- ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ		
<5	3 (15,8%)	3 (15,8%)	13 <b>(68,4%)</b>	<b>46/87 (53%)</b>	19
6-15	23 (33,8%)	12 (17,6%)	33 (48,5%)		68
16-25	36 (52,2%)	13 (18,8%)	20 (29%)		69
>25	29 (47,5%)	9 (14,8%)	23 (37,7%)		61
ΣΥΝΟΛΟ	91	37	89		217

$\chi^2$  13,7 p<0,033

**Η έλλειψη επαρκούς υλικοτεχνικής υποδομής στο σχολείο** ως εμπόδιο υλοποίησης προγραμμάτων ΑΥ επισημαίνεται ως σημαντικός παράγον μεταξύ των νεότερων δασκάλων (<50 ετών) 57/120 (47,5%), των αναπληρωτών 23/40 (57,5%), των εκπαιδευτικών με προϋπηρεσία <15 ετών 48/87 (55,2%) και των εκπαιδευτικών ειδικοτήτων 32/66 (48,5%). (πίνακες 15, 16, 17 και 18).

**Πίνακας 15**

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΥΠΟΔΟΜΗ ΣΧΟΛΕΙΟΥ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ- ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ- ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	
<30	3 (13%)	7 (30,4%)	13 (56,5%)	23
31-49	44 (45,4%)	9 (9,3%)	44 (45,4%)	
50+	57 (58,8%)	18 (18,6%)	22 (45,4%)	97
ΣΥΝΟΛΟ	104	34	79	217

$\chi^2$  24,3 p<0,001

**Πίνακας 16**

ΘΕΣΗ	ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΥΠΟΔΟΜΗ ΣΧΟΛΕΙΟΥ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ- ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ- ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	
ΜΟΝΙΜΟΣ	96 (54,2%)	25 (14,1%)	56 (31,6%)	177
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ	8 (20%)	9 (22,5%)	23 (57,5%)	40

ΣΥΝΟΛΟ	104 (47,9%)	34 (15,7%)	79 (36,4%)	217
--------	-------------	------------	------------	-----

$\chi^2$  15,43

$p < 0,001$

**Πίνακας 17**

ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΥΠΟΔΟΜΗ ΣΧΟΛΕΙΟΥ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ- ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ-- ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	
<5	1 (5,3%)	5 (26,3%)	13 (68,4%)	19
6-15	25 (36,8%)	8 (11,8%)	35 (51,5%)	68
16-25	41(59,4%)	10 (14,5%)	18 (26,1%)	69
>25	37 (60,7%)	11 (18%)	13 (21,3%)	61
ΣΥΝΟΛΟ	104	34	79	217

$\chi^2$  30,7

$p < 0,001$

**Πίνακας 18**

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΥΠΟΔΟΜΗ ΣΧΟΛΕΙΟΥ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ- ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕ Ι	ΣΥΜΦΩΝΩ- ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	
ΔΑΣΚΑΛΟΙ ΠΕ70	77 (51%)	27 (17,9%)	47 (31,1%)	151
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	27 (40,9%)	7 (10,6%)	32 ( <b>48,5%</b> )	66
ΣΥΝΟΛΟ	104 (47,9%)	34 (15,7%)	79 (36,4%)	217

$\chi^2$  6,32  $p < 0,042$

Στην πολυπαραγοντική ανάλυση (multiple logistic regression ) ως πλέον καθοριστικό χαρακτηριστικό είναι τα λίγα έτη προϋπηρεσίας (πίνακας 19).

### Πίνακας 19

Coefficients<sup>a</sup>

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	2,149	,649		3,310	,001
ΦΥΛΟ	,084	,157	,037	,533	,594
ΗΛΙΚΙΑ	,009	,159	,007	,059	,953
<b><u>ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ</u></b>	<b><u>-,261</u></b>	<b><u>,113</u></b>	<b><u>-,272</u></b>	<b><u>-2,312</u></b>	<b><u>,022</u></b>
ΘΕΣΗ	,198	,201	,084	,988	,324
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	,044	,140	,022	,313	,755

a. Dependent Variable: **ΥΠΟΔΟΜΗ ΣΧΟΛΕΙΟΥ**

Η **άγνοια σχεδιασμού προγραμμάτων ΑΥ** ως εμπόδιο υλοποίησης τους είναι σημαντικά υψηλότερη στους νεότερους εκπαιδευτικούς (<30 ετών) 14/23 (60,9%), με μικρότερη προϋπηρεσία (5< ετών) 12/19 (63,2%), και τους αναπληρωτές 21/40 (52,5%) (πίνακες 20, 21 και 22).

**Πίνακας 20**

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΓΝΟΙΑ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΠΑΥ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ- ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ- ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	
<30	5 (21,7%)	4 (17,4%)	14 ( <b>60,9%</b> )	23
31-49	41 (42,3%)	25 (25,8%)	31 (32%)	97
50+	64 (66%)	15 (15,5%)	18 (18,6%)	97
ΣΥΝΟΛΟ	110	44	63	217

$\chi^2$  24,3       $p < 0,001$

**Πίνακας 21**

ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΑΓΝΟΙΑ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΠΑΥ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ- ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ- ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	
<5	4 (21,1%)	3 (15,8%)	12 ( <b>63,2%</b> )	19
6-15	25 (36,8%)	20 (29,4%)	23 (33,8%)	68
16-25	42 (60,9%)	12 (17,4%)	15 (21,7%)	69
>25	39 (63,9%)	9 (14,8%)	13 (21,3%)	61
ΣΥΝΟΛΟ	110	44	63	217

$\chi^2$  24,3       $p < 0,001$

**Πίνακας 22**

ΘΕΣΗ	ΑΓΝΟΙΑ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΠΑΥ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ- ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕ Ι	ΣΥΜΦΩΝΩ- ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	
ΜΟΝΙΜΟΣ	101 (57,1%)	34 (19,2%)	42 (23,7%)	177
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ	9 (22,5%)	10 (25%)	21 ( <b>52,5%</b> )	40
ΣΥΝΟΛΟ	110	44	63	217

$\chi^2$  17,5       $p < 0,001$

Στην πολυπαραγοντική ανάλυση (multiple logistic regression ) ως πλέον καθοριστικό χαρακτηριστικό με την ισχυρότερη συσχέτιση με την «άγνοια σχεδιασμού ΠΑΥ» είναι η μικρή ηλικία.

**Πίνακας 23**

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,125	,442		4,813	,000
	<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	<b>-,261</b>	<b>,146</b>	<b>-,199</b>	<b>-1,789</b>	<b>,075</b>
	ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ	-,033	,100	-,037	-,334	,739
	ΘΕΣΗ	,306	,190	,137	1,612	,109

a. Dependent Variable: **ΑΓΝΟΙΑ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΠΑΥ**

Επίσης οι **ανεπαρκείς γνώσεις σε θέματα υγείας** αναφέρεται συχνότερα ως εμπόδιο υλοποίησης προγραμμάτων ΑΥ από τους νεότερους εκπαιδευτικούς (<30 ετών) 12/23 (52,2%), με μικρότερη προϋπηρεσία (<5 ετών) 10/19 (52,6%) και από τους αναπληρωτές 19/40 (47,5%) (πίνακες 24, 25 και 26).

**Πίνακας 24**

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ-ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ-ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	
<30	8 (34,8%)	3 (13%)	12 ( <b>52,2%</b> )	23
31-49	53 (54,6%)	25 (12,4%)	32 (33%)	97
50+	62 (63,9%)	17 (17,5%)	18 (18,6%)	97
ΣΥΝΟΛΟ	123 56,7%	32 14,7%	62 28,6%	217

$\chi^2$  12,4       $p < 0,015$

**Πίνακας 25**

ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ-ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ-ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	
<5	9 (47,4%)	0	10 ( <b>52,6%</b> )	19
6-15	36 (52,9%)	8 (11,8%)	24 (35,3%)	68
16-25	43 (62,3%)	12 (17,4%)	14 (20,3%)	69
>25	35 (57,4%)	12 (19,7%)	14 (23%)	61
ΣΥΝΟΛΟ	123 56,7%	32 14,7%	62 28,6%	217

$\chi^2$  12,65       $p < 0,049$



**Πίνακας 26**

ΘΕΣΗ	ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ- ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕ Ι	ΣΥΜΦΩΝΩ- ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	
ΜΟΝΙΜΟΣ	107 (60,5%)	27 (15,3%)	43 (24,3%)	177
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ	16 (40%)	5 (12,5%)	19 ( <b>47,5%</b> )	40
ΣΥΝΟΛΟ	123 56,7%	32 14,7%	62 28,6%	217

$\chi^2$  8,72       $p < 0,013$

Στην πολυπαραγοντική ανάλυση (multiple logistic regression ) ως πλέον καθοριστικό χαρακτηριστικό για αναφερόμενο εμπόδιο «ανεπαρκείς γνώσεις αγωγής υγείας» είναι η νεαρή ηλικία (πίνακας 27).

**Πίνακας 27**

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,806	,461		3,915	,000
	<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	<b>-,344</b>	<b>,152</b>	<b>-,259</b>	<b>-2,258</b>	<b>,025</b>
	ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙ Α	,139	,105	,150	1,329	,185
	ΘΕΣΗ	,279	,198	,123	1,405	,161

a. Dependent Variable: **ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Οι **ανεπαρκείς γνώσεις παιδαγωγικού σχεδιασμού** αναφέρεται συχνότερα ως εμπόδιο υλοποίησης προγραμμάτων ΑΥ από τους νεότερους εκπαιδευτικούς (<30 ετών) 11/23 (47,8%) , με μικρότερη προϋπηρεσία (<5 ετών) 9/19 (47,4 %) και από τους αναπληρωτές 21/40 (52,5%) (πίνακες 28, 29 και 30).

**Πίνακας 28**

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ-ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ-ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	
<30	10 (43,5%)	2 (8,7%)	11 ( <b>47,8%</b> )	23
31-49	57 (58,8%)	13 (13,4%)	27 (27,8%)	97
50+	67 (69,1%)	18 (18,6%)	12 (12,4%)	97
ΣΥΝΟΛΟ	134 61,8%	33 15,2%	50 23,0%	217

$\chi^2$  15,7       $p < 0,003$

**Πίνακας 29**

ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ-ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ-ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	
<5	9 (47,4%)	1 (5,3%)	9 ( <b>47,4%</b> )	19
6-15	36 (52,9%)	6 (8,8%)	26 (38,2%)	68
16-25	50 (72,5%)	11 (15,9%)	8 (11,6%)	69

>25	39 (63,9%)	15 (24,6%)	7 (11,5%)	61
ΣΥΝΟΛΟ	134 61,8%	33 15,2%	50 23,0%	217

$\chi^2_{29} p < 0,001$

**Πίνακας 30**

ΘΕΣΗ	ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ-ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕ I	ΣΥΜΦΩΝΩ-ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	
ΜΟΝΙΜΟΣ	118 (66,7%)	30 (16,9%)	29 (16,4%)	177
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ	16 (40%)	3 (7,5%)	21 ( <b>52,5%</b> )	40
ΣΥΝΟΛΟ	134 61,8%	33 15,2%	50 23,0%	217

$\chi^2_{24} p < 0,001$

Στην πολυπαραγοντική ανάλυση (multiple logistic regression) ως πλέον καθοριστικό χαρακτηριστικό για αναφερόμενο εμπόδιο «ανεπαρκείς γνώσεις παιδαγωγικού σχεδιασμού» είναι η θέση αναπληρωτού (πίνακας 31).

**Πίνακας 31**

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,269	,431		2,944	,004
	ΗΛΙΚΙΑ	-,048	,142	-,038	-,338	,736
	ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ	-,050	,098	-,057	-,508	,612

ΘΕΣΗ	,502	,186	,233	2,708	,007
------	------	------	------	-------	------

a. Dependent Variable: ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ

#### 5.2.4. Προϋποθέσεις υλοποίησης προγραμμάτων ΑΥ

Στον τέταρτο άξονα όπου εξετάζονται οι απόψεις των εκπαιδευτικών για τις απαραίτητες **προϋποθέσεις υλοποίησης προγραμμάτων ΑΥ** δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των εκπαιδευτικών.

#### 5.2.5 Κίνητρα υλοποίησης προγραμμάτων ΑΥ

Διαφοροποιήσεις ανάλογα με την ειδικότητα, την προϋπηρεσία η/και την ηλικία των εκπαιδευτικών διαπιστώθηκαν κατά την στατιστική ανάλυση των απόψεων σχετικά με τα **κίνητρα για υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ**.

Συγκεκριμένα οι εκπαιδευτικοί ειδικοτήτων ανέφεραν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό 63,6% (42/66) την **αναγνώριση από τους συναδέλφους στο σχολείο** ως κίνητρο υλοποίησης προγραμμάτων ΑΥ (πίνακας 32).

#### Πίνακας 32

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΑΠΟ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ-ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕ I	ΣΥΜΦΩΝΩ-ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	
ΔΑΣΚΑΛΟΙ ΠΕ70	43 (28,5%)	44 (29,1%)	64 (42,4%)	151
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	8 (12,1%)	16 (24,2%)	42 ( <b>63,6%</b> )	66
ΣΥΝΟΛΟ	51 23,5%	60 27,6%	106 48,8%	217

$X^2$  9,87  $p < 0,007$

Η αναγνώριση της υλοποίησης προγραμμάτων ΑΥ ως πρόσθετο προσόν επαγγελματικής εξέλιξης αναφέρεται ως κίνητρο σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό από τους εκπαιδευτικούς μέσης ηλικίας (31-49 ετών) 70/97 (72,2%), με λιγότερα χρόνια προϋπηρεσίας (<15 έτη) 60/87 (69%) και οι εκπαιδευτικοί ειδικοτήτων 49/66 (74,2%) (πίνακες 33, 34 και 35).

**Πίνακας 33**

ΗΛΙΚΙΑ	ΠΡΟΣΘΕΤΟ ΠΡΟΣΟΝ ΕΞΕΛΙΞΗΣ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ-ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ-ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	
<30	3 (13%)	8 (34,8%)	12 (52,2%)	23
31-49	14 (14,4%)	13 (13,4%)	70 (72,2%)	97
50+	32 (33%)	15 (15,5%)	50 (51,5%)	97
ΣΥΝΟΛΟ	49 (22,6%)	36 (16,6%)	132 (60,8%)	217

$\chi^2 17,4p<0,002$

**Πίνακας 34**

ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΠΡΟΣΘΕΤΟ ΠΡΟΣΟΝ ΕΞΕΛΙΞΗΣ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ-ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ-ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	
<5	2 (10,5%)	5 (26,3%)	12 (63,2%)	60/87 (69%)
6-15	8 (11,8%)	12 (17,6%)	48 (70,6%)	68

16-25	17 (24,6%)	11 (15,9%)	41 (59,4%)		69
>25	22 (36,1%)	8 (13,1%)	31 (50,8%)		61
ΣΥΝΟΛΟ	49 22,6%	36 16,6%	132 60,8%		217

$\chi^2$  13,5       $p < 0,036$

### Πίνακας 35

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΠΡΟΣΘΕΤΟ ΠΡΟΣΩΝ ΕΞΕΛΙΞΗΣ			ΣΥΝΟΛΟ
	ΔΙΑΦΩΝΩ- ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕ I	ΣΥΜΦΩΝΩ- ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΩΣ	
ΔΑΣΚΑΛΟΙ ΠΕ70	38 (25,2%)	30 (19,9%)	83 (55%)	151
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	11 (16,7%)	6 (9,1%)	49 ( <b>74,2%</b> )	66
ΣΥΝΟΛΟ	49 22,6%	36 16,6%	132 60,8%	217

$\chi^2$  7,5       $p < 0,024$

## **6ο Κεφάλαιο**

### **Συμπεράσματα-προτάσεις**

#### **6.1. Συμπεράσματα- συζήτηση**

Ο ρόλος των σχολείων και των εκπαιδευτικών είναι καθοριστικός για την αγωγή υγείας γενικότερα και στην υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Η λειτουργικότητα και η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων ΑΥ στην ελληνική Πρωτοβάθμια εκπαίδευση βασίστηκε στην διάθεση των εκπαιδευτικών να ασχοληθούν με αυτόν τον τομέα χωρίς να υπάρχει ισχυρός υποστηρικτικός μηχανισμός από την πλευρά της πολιτείας-υπουργείου τόσο σε επίπεδο γνωστικό, όσο και επίπεδο θεσμικό-λειτουργικό, καθώς τα προγράμματα αυτά υλοποιούνται μόνο σε εθελοντική βάση και με πρωτοβουλία των ίδιων των εκπαιδευτικών.

Το ενδιαφέρον συνεπώς που επιδεικνύουν οι εκπαιδευτικοί για την αγωγή υγείας στο σχολείο γενικά, αλλά και ειδικότερα οι αντιλήψεις-απόψεις των εκπαιδευτικών για την σημασία, για τις προϋποθέσεις, τα εμπόδια και τα κίνητρα για την υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ έχουν κομβική σημασία για την επιτυχία αυτών των προγραμμάτων.

Τα αποτελέσματα αυτής της εργασίας σε εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σε σχολεία της Αττικής αναδεικνύουν το ιδιαίτερο ενδιαφέρον που έχουν για την ΑΥ και την υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ στο σύνολο τους οι εκπαιδευτικοί (>88%) ανεξάρτητα ηλικίας, φύλου, θέσης ή ειδικότητας. Ένας

σημαντικός αριθμός αυτών έχει ήδη συμμετάσχει σε υλοποίηση ΠΑΥ, με σημαντικά υψηλότερο ποσοστό αυτών που έχουν συμμετάσχει σε επιμόρφωση ΑΥ ή έχουν αποκτήσει γνώσεις ΑΥ στις βασικές σπουδές. Το εύρημα της θετικής συμβολής της επιμόρφωσης στην υλοποίηση ΠΑΥ αναφέρεται και σε άλλες μελέτες ( Davo-Blanes & García de la Hera y Daniel La Parra, 2016 · Jourdan et al.,2016).

Η γενικότερη στάση τους στο θέμα της συμβολής της ΑΥ στην ανάπτυξη της προσωπικότητας αλλά και τη βελτίωση του γνωστικού επιπέδου των μαθητών αποτυπώνεται ως ιδιαίτερα θετική (σε ποσοστό > 85%) σε όλες τις απαντήσεις τους. Επίσης θετική αποτυπώνεται συνολικά η στάση των εκπαιδευτικών στο θέμα της κοινωνικής διάστασης της ΑΥ τόσο στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων , όσο και στην συμβολή της στην διάχυση θετικών συμπεριφορών στην κοινότητα (86-92%).

Σημαντικό εύρημα της μελέτης είναι η σαφής διάθεση από την πλευρά των εκπαιδευτικών για προσφορά στους μαθητές παρέχοντας αυτοβούλως συμβουλές σε θέματα υγείας και η διάθεση που εκφράζουν για συμμετοχή σε προγράμματα ΑΥ (σε ποσοστό 93-94%). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον εύρημα επίσης θετικής στάσης στις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τα κίνητρα υλοποίησης προγραμμάτων ΑΥ είναι ότι ως τέτοια σημαντικότερα θεωρούν την ανατροφοδότηση (ηθική ενίσχυση) από τους μαθητές (σε ποσοστό 90%), το προσωπικό τους ενδιαφέρον (87%) και την βελτίωση των συμπεριφορών-στάσεων σε θέματα υγείας των μαθητών (83%). Επίσης περίπου οι μισοί αναφέρουν ως σημαντικό κίνητρο την αναγνώριση από τους άλλους συναδέλφους (ειδικότερα οι εκπαιδευτικοί ειδικοτήτων 64% έναντι 42% των δασκάλων) και η οικονομική τους ενίσχυση (50,2%). Η «αναγνώριση της υλοποίησης προγραμμάτων ΑΥ ως πρόσθετο επαγγελματικό προσόν εξέλιξης» αξιολογείται θετικά ως κίνητρο ιδιαίτερα από τους εκπαιδευτικούς μέσης ηλικίας.

Τα ευρήματα αυτά συγκρινόμενα με τις υπάρχουσες μελέτες σε άλλες χώρες της Ευρώπης ( Borzucka et al., 2017· Jourdan et al., 2011b · Jourdan et al.,2012 · Jourdan et al., 2016 · Miglioretti et al., 2012) στις οποίες διαπιστώθηκε θετική στάση για συμμετοχή σε 66-69% των εκπαιδευτικών, υποδηλώνουν ότι οι εκπαιδευτικοί της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στην Αττική, οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα είναι σε υψηλό βαθμό ευαισθητοποιημένοι σε θέματα ΑΥ και πρόθυμοι για συμμετοχή σε προγράμματα Αγωγής Υγείας.



**Ως πρώτο συμπέρασμα** λοιπόν διαπιστώθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στα σχολεία της Αττικής δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ΑΥ, αξιολογούν ως ιδιαίτερα σημαντικό το πεδίο αυτό για τις γνώσεις και τις στάσεις-συμπεριφορές των μαθητών και δηλώνουν σαφή προθυμία για την εμπλοκή τους σε προγράμματα ΑΥ, με κυριότερα κίνητρα την προσφορά στους μαθητές αλλά και το προσωπικό τους ενδιαφέρον. Σημαντικό ρόλο στην συμμετοχή των εκπαιδευτικών στην υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ φαίνεται ότι έχει η απόκτηση γνώσεων ΑΥ στις βασικές σπουδές και κυριότερα η επιμόρφωση σε αυτόν τον τομέα.

Όσον αφορά στα παιδαγωγικά χαρακτηριστικά και στην μεθοδολογία των προγραμμάτων ΑΥ από τα αποτελέσματα της εργασίας φαίνεται ότι οι απόψεις των εκπαιδευτικών Π/βάθμιας εκπαίδευσης είναι εναρμονισμένες με τις σύγχρονες τάσεις ολιστικής προσέγγισης της εκπαιδευτικής διαδικασίας με διασύνδεση με τα προβλήματα της καθημερινής ζωής, της τοπικής κοινωνίας και την εμπλοκή της οικογένειας. Η έμφαση στην συνεργασία με τους γονείς επισημαίνεται και στις απόψεις τόσο των Διευθυντών (Downs et al., 2012·Persson & Haralldsson, 2017), όσο και των εκπαιδευτικών σε άλλες χώρες (Davo-Blanes & García de la Hera y Daniel La Parra, 2016 · Jourdan et al., 2011b · Miglioretti et al., 2012). Επίσης στο ίδιο πλαίσιο οι εκπαιδευτικοί στα σχολεία της Αττικής φαίνεται, από τα αποτελέσματα της εργασίας, ότι υιοθετούν την διαθεματική προσέγγιση της ΑΥ σε συνεργασία με συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων η/και επαγγελματιών υγείας, όπως διαπιστώνεται και από άλλες μελέτες (Davo-Blanes & García de la Hera y Daniel La Parra, 2016 · Lynch, 2015 · Persson & Haralldsson, 2017).

Η χρήση ΤΠΕ και νεότερων διδακτικών μεθόδων π.χ. μέθοδος project αξιολογείται θετικά από την πλειοψηφία των εκπαιδευτικών, ιδιαίτερα από τους νεότερους αναπληρωτές (92,5%), παρόλο ότι ένα σημαντικό ποσοστό (19%) δηλώνει ότι «δεν διαθέτω επαρκείς γνώσεις ΤΠΕ» ποσοστό παρόμοιο με αυτό σε εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής στην Πολωνία (Borzucka et al., 2017). Αν και η σημασία χρήσης ΤΠΕ επισημαίνεται και σε άλλες μελέτες (Miglioretti et al., 2012 · Περρικού κ.α., 2009 · Sung, Hwang & Yen, 2015), από προηγούμενες μελέτες στον Ελλαδικό χώρο επιβεβαιώνεται αφενός η ελλιπής κατάρτιση των εκπαιδευτικών και αφετέρου η ανάγκη αλλαγής των παιδαγωγικών αντιλήψεων και η συνειδητοποίηση

από τους εκπαιδευτικούς των πλεονεκτημάτων της χρήσης των ΤΠΕ (Τζιμογιάννης & Κόμης 2004 · Δόβρος, 2012).

Επιπλέον οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί προτιμούν να ενταχθούν τα προγράμματα ΑΥ εντός του ωρολογίου προγράμματος και του ισχύοντος προγράμματος σπουδών, χωρίς όμως να διατηρηθεί ο παραδοσιακός χαρακτήρας του μαθήματος, απόψεις που διατυπώνονται συχνότερα από τους νεότερους σε ηλικία εκπαιδευτικούς και τους αναπληρωτές. Τα ευρήματα αυτά είναι σε συμφωνία με τις απόψεις εκπαιδευτικών στην Γαλλία (Jourdan et al., 2011b · Jourdan et al., 2016) και στην Ισπανία (Davo-Blanes & García de la Hera y Daniel La Parra, 2016).

Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι διαπιστώθηκε επιφυλακτικότητα των εκπαιδευτικών στην συνεργασία με συναδέλφους άλλων σχολείων, άποψη που πιθανά σχετίζεται με την έλλειψη εμπειρίας τέτοιων συνεργασιών και την σχετική απομόνωση και έλλειψη συντονισμού των σχολικών μονάδων Π/βάθμιας εκπαίδευσης μεταξύ τους στον ελληνικό χώρο, όπως επισημαίνεται και από τον Δόβρο (2012).

**Το συμπέρασμα που προκύπτει** είναι ότι σημαντική μερίδα των εκπαιδευτικών Π/βάθμιας εκπαίδευσης στην Αττική έχει μία θετική προσέγγιση της απαραίτητης διασύνδεσης του σχολείου με την κοινότητα και την οικογένεια καθώς και της χρήσης νεότερων διδακτικών μεθόδων εμπλέκοντας αποτελεσματικότερα τους μαθητές στην διαδικασία μάθησης θεμάτων ΑΥ και υιοθέτησης θετικών συμπεριφορών και στάσεων σε θέματα υγείας, παρόλο ότι υπάρχουν ελλείψεις στην κατάρτιση τους, ειδικότερα στις ΤΠΕ.

Σχετικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών για τις αντικειμενικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ διαπιστώθηκε ότι σημαντική μερίδα αυτών θεωρεί σοβαρό εμπόδιο την γραφειοκρατική διαδικασία προετοιμασίας και αποτίμησης των προγραμμάτων ΑΥ (41%) και την έλλειψη επαρκούς υλικοτεχνικής υποδομής στο σχολείο (36,4%), προβλήματα που αναφέρονται σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους νεότερους με μικρότερη προϋπηρεσία εκπαιδευτικούς ή/και τους αναπληρωτές. Αξίζει να σημειωθεί ότι αυτή είναι η πρώτη μελέτη όπου αναφέρεται η γραφειοκρατική διαδικασία ως σημαντικό πρόβλημα από τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς.

Σημαντικό εύρημα της μελέτης είναι ότι συνολικά μόνο 54% των εκπαιδευτικών θεωρούν ότι έχουν τις απαραίτητες γνώσεις από τις βασικές σπουδές για να υλοποιήσουν προγράμματα ΑΥ, ενώ επίσης αρκετοί δηλώνουν ότι δεν διαθέτουν επαρκείς γνώσεις σε θέματα υγείας ή σχεδιασμού προγραμμάτων ΑΥ (30%) αλλά και γενικότερα σε θέματα παιδαγωγικού σχεδιασμού. Ανησυχητικό δε είναι το γεγονός ότι αυτά τα εμπόδια αναφέρονται συχνότερα από τους νεότερους εκπαιδευτικούς, με μικρότερη προϋπηρεσία επίσης. Αντίθετα οι εκπαιδευτικοί μέσης ηλικίας αναφέρουν συχνότερα ως εμπόδιο την έλλειψη χρόνου (48%) , γεγονός που σχετίζεται πιθανά με επιβάρυνση τους από οικογενειακές και κοινωνικές υποχρεώσεις. Η έλλειψη χρόνου - φόρτος εργασίας αναφέρεται ως σημαντικό εμπόδιο στις περισσότερες εργασίες στον ελληνικό χώρο (Δημητριάδης, 2015· Perrikou et al, 2015 · Φρουντά, 2014β), ενώ αντίθετα δεν αναφέρεται από τους εκπαιδευτικούς άλλων χωρών. Αντίθετα η ανεπάρκεια γνώσεων – ελλιπής επιμόρφωση επισημαίνεται τόσο από ερευνητές σε άλλες χώρες (Borzucka et al., 2017<sup>8</sup>· Cheng & Wong, 2015<sup>9</sup>· Flaschberger 2013<sup>10</sup>) όσο και στον ελληνικό χώρο (Cholevas & Loucaides, 2012 · Δημητριάδης, 2015· Δόβρος, 2012 · Perrikou et al, 2015· Φρουντά 2014β).

Συνολικά φαίνεται ότι οι εκπαιδευτικοί, ιδιαίτερα οι νεότεροι και οι αναπληρωτές, θεωρούν σε σημαντικό ποσοστό ότι είναι ανέτοιμοι χωρίς την απαραίτητη εκπαιδευτική-επιμορφωτική προετοιμασία και δεν έχουν την απαραίτητη εμπειρία για να υλοποιήσουν προγράμματα ΑΥ. Επίσης οι ελλείψεις στην υποδομή των σχολείων και οι γραφειοκρατικές δομές που επιβάλλονται από το Υπουργείο-Διευθύνσεις Εκπαίδευσης για την υλοποίηση τέτοιων προγραμμάτων δεν διευκολύνουν τους εκπαιδευτικούς, εμπόδια που ίσως αναδεικνύουν την αναγκαιότητα μεγαλύτερης ευελιξίας και υποστήριξης των εκπαιδευτικών από τους αρμόδιους φορείς. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε η ιδιαίτερη σημασία που αποδίδουν οι εκπαιδευτικοί στην μελέτη μας τόσο στην υποστήριξη από τον υπεύθυνο ΑΥ και τον Διευθυντή του σχολείου (>79%) καθώς και στην ύπαρξη πολιτικής προώθησης τέτοιων προγραμμάτων από το ίδιο το σχολείο (71%). Η σπουδαιότητα αυτών των παραγόντων στην υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ επισημαίνεται βέβαια σχεδόν σε

---

<sup>8</sup> Πολωνία

<sup>9</sup> Χονγκ Κονγκ

<sup>10</sup> Αυστρία

όλες τις μελέτες της βιβλιογραφίας. Αντίθετα το εμπόδιο «έλλειψη χρόνου-φόρτος εργασίας» το οποίο απασχολεί τους εκπαιδευτικούς στην παρούσα μελέτη όπως και σε άλλες στον ελληνικό χώρο δεν αναφέρεται σε μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Η περαιτέρω ανάλυση των απόψεων των εκπαιδευτικών ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους αποκαλύπτει έναν σημαντικό διαχωρισμό που αφορούν μία συνολικά διαφοροποιημένη εικόνα για την υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ. Συγκεκριμένα οι νεότεροι εκπαιδευτικοί με λιγότερα χρόνια προϋπηρεσίας, πολλοί εκ των οποίων είναι και αναπληρωτές ή/και εκπαιδευτικοί ειδικοτήτων, αφενός επισημαίνουν σε διπλάσιο σχεδόν ποσοστό τις ανεπάρκειες σε γνώσεις παιδαγωγικού σχεδιασμού και ΑΥ, τις ελλείψεις σε υποδομή των σχολείων, και το εμπόδιο της γραφειοκρατίας και αφετέρου δηλώνουν σαφώς σε υψηλότερο ποσοστό την προτίμησή τους σε καινοτόμες ιδέες και νέες παιδαγωγικές μεθόδους. Επίσης από την ίδια ομάδα εκπαιδευτικών αναφέρεται συχνότερα (>70%) ως κίνητρο «η αναγνώριση της υλοποίησης προγραμμάτων ΑΥ ως πρόσθετο προσόν επαγγελματικής εξέλιξης».

Από τις απόψεις των εκπαιδευτικών οι οποίοι συμμετείχαν σε αυτή την μελέτη προκύπτουν συνολικά συγκεκριμένες διαπιστώσεις οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε ορισμένες προτάσεις για την βελτίωση της συμμετοχής των εκπαιδευτικών και της αποτελεσματικότερης υλοποίησης των ΠΑΥ στα σχολεία της Π/βάθμιας εκπαίδευσης :

- 1) Εστίαση στην εκμάθηση βασικών γνώσεων ΑΥ στα Παιδαγωγικά τμήματα των Πανεπιστημίων.
- 2) Βελτίωση του επιπέδου των γνώσεων παιδαγωγικού σχεδιασμού και χρήσης νέων τεχνολογιών ΤΠΕ των εκπαιδευτικών στο Πανεπιστήμιο.
- 3) Οργάνωση επιμορφωτικών σεμιναρίων ΑΥ - χρήσης ΤΠΕ και κίνητρα για συμμετοχή των εκπαιδευτικών σε αυτά.
- 4) Μείωση των γραφειοκρατικών διαδικασιών οργάνωσης προγραμμάτων ΑΥ και ενίσχυση της υποστήριξης των εκπαιδευτικών από τους Υπεύθυνους ΑΥ.

- 5) Ευαισθητοποίηση των Διευθυντών των σχολείων και κίνητρα για ανάπτυξη θετικού σχολικού κλίματος για υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ και προαγωγή υγείας γενικότερα με διαθεματική προσέγγιση και κλίμα συνεργασίας με τους γονείς, επαγγελματίες υγείας και την τοπική κοινωνία.
- 6) Παροχή κινήτρων για συμμετοχή και υλοποίηση προγραμμάτων ΑΥ στους εκπαιδευτικούς όπως η αναγνώριση τους ως πρόσθετο προσόν εξέλιξης.

## **6.2. Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για περαιτέρω μελέτη**

Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που γίνεται σε μεγάλο δείγμα εκπαιδευτικών στην περιοχή της Αττικής με αντικείμενο τις απόψεις αυτών για την ΑΥ. Οι περιορισμοί της μελέτης σχετίζονται αφενός με την μη δυνατότητα επιλογής απόλυτα αντιπροσωπευτικού δείγματος, λόγω αδυναμίας συνεργασίας με τις περιφερειακές διευθύνσεις και αφετέρου με την μέθοδο συλλογής των απαντήσεων των ερωτηματολογίων, καθώς η διαδικτυακή μέθοδος πιθανά απέκλειε μία ομάδα εκπαιδευτικών μη εξοικειωμένων με αυτό το μέσο.

Μία μελλοντική μελέτη, σε συνεργασία με τους Υπεύθυνους αγωγής υγείας των περιφερειακών διευθύνσεων, στην οποία θα υπάρχει δυνατότητα επιλογής αντιπροσωπευτικού δείγματος εκπαιδευτικών τόσο μεταξύ αυτών που έχουν ήδη υλοποιήσει προγράμματα Αγωγής Υγείας, όσο και των υπολοίπων, με σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ αυτών των ομάδων, αλλά και με αυτά της παρούσας μελέτης πιστεύω ότι θα λειτουργήσει εποικοδομητικά στην περαιτέρω ανάπτυξη και βελτίωση των προγραμμάτων ΑΥ στην Π/βάθμια εκπαίδευση. Επίσης η άμεση συλλογή των απαντήσεων από ειδικά εκπαιδευμένους ερευνητές θα βοηθήσει στην αποτελεσματικότερη και πληρέστερη συλλογή των απαντήσεων από το σύνολο του δείγματος και πιθανά θα διευκόλυνε την ανάλυση των ευρημάτων χωριστά για τους Διευθυντές των σχολείων, για τις απόψεις των οποίων θα ήταν πολύτιμη και η παράλληλη ποιοτική έρευνα.

Επιπρόσθετα μία έρευνα η οποία θα διερευνήσει τις απόψεις γονέων ή/και μαθητών για την Αγωγή Υγείας θα ήταν πολύτιμη για σύγκριση με τα ευρήματα των

προηγούμενων μελετών και αξιοποίηση στη χάραξη κατευθύνσεων για ανάπτυξη των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στην Π/βάθμια εκπαίδευση.

## **Βιβλιογραφία**

### **Ξενόγλωσση**

Acheson,D.(1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. London:The Stationery Office. Health Education Journal.

[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/265503/ih.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265503/ih.pdf)

Borzucka-Sitkiewicz,K.,Kowalczywska-Grabowska,K.,Gawlik,D.,& Lamczyk,D.(2017).Teachers'Opinions on Health Education Implementation in Polish Lower and Upper Secondary Schools. *The New Educational Review*, 47(1), 151-161.

Brooks, H. C. (1988). A Hierarchical Analysis of the effects of an Activity- Centered health curriculum on General Health Beliefs and Self- Reported behavior. *Journal of educational Research*, 81(3), 149-154.

Burgher,M.S., Rasmussen, V.B., & Rivett, D. (1999). *The European Network of Health Promoting Schools the alliance of education and health*. Copenhagen: International Planning Committee.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/252391/E62361.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/252391/E62361.pdf)

Cheng, N.,& Wong,M. (2015). Knowledge and Attitude of School Teachers towards Promoting Healthy Lifestyle to Students. *Health*, 7(1), 119-126.

Cholevas,N., & Loucaides,C., (2012). Factors that facilitate and barriers towards the implementation of health educational programmes in primary education schools of the prefecture of Achaia, Greece. *Health education Journal*, 71 (3),365-375.

Davó-Blanes, C., & Manuela García de la Hera y Daniel La Parra. (2016). Health education in primary school: Alicante city (Spain) teachers opinions. *Gaceta Sanitaria*, 30 (1), 31-36.

Dawson, P., & Guare, R. (2010). *Executive Skills in Children and Adolescents: A Practical Guide to Assessment and Intervention*. New York: Guilford Press.

Downs, SM., Farmer, A., Quintanilha, M., Berry, TR., Mager, DR., Willows, ND., & McCargar, LJ. (2012). From paper to practice: barriers to adopting nutrition guidelines in schools. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 44(2), 114-22.

Fetherston, T. (2001). Pedagogical challenges for the world wide web. *Educational Technology Review*, 9, 25–32.

Flaschberger, E. (2013). Initial teacher education for school health promotion in Austria: Does it support the implementation of the health-promoting school approach? *Health Education*, 113 (3), 216-231.

Zimmer, C., Hill, M., & Sonnad, S. (2003). A Scope-of-Practice Survey Leading to the Development of Standards of Practice for Health Promotion in Higher Education. *Journal of American College Health*, 51(6), 247-254.

Gross, B. (2002). Knowledge construction and technology. *Journal of Educational Multimedia and Hypermedia*, 11, 323–343.

Hambiaouris, K., Raptis, A., & Rapti, A. (2009). A pedagogical design of a complex instructional intervention with the creation of a hybrid collaborative learning environment. *Open Education - The Journal for Open and Distance Education and Educational Technology*, 5(1), 88-101.

Jensen, B., & Simowska, V. (2002). *Models of health promoting schools in Europe*. Copenhagen: International Planning Committee.

Jourdan, D., Pommier, J., & Quidu, F. (2010a). Practices and representations of health education among primary school teachers. *Scand J Public Health*, 38(1),86-94.

Jourdan, D., Mannix Mc Namara, P., Simar, C., Geary, T. & Pommier, J. (2010b). Factors Influencing Staff Contribution to Health Education in Schools. *Health Education Research*, 25 (4), 519-530.

<https://academic.oup.com/her/article/25/4/519/575821>

Jourdan, D. (2011a). *Health education in schools. The challenge of teacher training*. Saint-Denis: Inpes, coll. Santé en action.

Jourdan, D., Stirling, J., Mannix Mcnamara, P., & Pommier, J. (2011b). The influence of professional factors in determining primary school teachers' commitment to health promotion. *Health Promotion International*, 26(3), 302-310.

Jourdan, D., Pironom, J., Berger, D., & Carvalho, GS. (2012 ). Factors influencing teachers' views of health and health education: A study in 15 countries. *Health Education Journal*, 72,(6), 660–672.

Jourdan, D., Simar, C., Deasy,C., Carvalho, G., & Mannix McNamara, P. (2016). "School health promotion and teacher professional identity". *Health Education*, 116 (2), 106-122.

Lister-Sharp, D., Chapman, S., Stewart-Brown, S., & Sowden, A. (1999). Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. *Health Technology Assessment*, 3, 1-207.

Lynch, T., (2015). Health and physical education (HPE): Implementation in primary schools. *International Journal of Educational Research*,70(C), 88-100.

<https://doi.org/10.1016/j.ijer.2015.02.00>



McMahon, M. (1997). Social constructivism and the world wide web: A paradigm for learning. Paper presented at the ASCILITE Conference, Perth, Australia December 9-10-1997.

<http://www.ascilite.org/conferences/perth97/papers/Mcmahon/Mcmahon.html>

Miglioretti, M., Velasco, V., Celata, C., & Vecchio, L. (2012). Teachers' ideas about health: Implications for health promotion at school. *Health Education Journal*, 72,(6), 695–707.

Moynihan, S., Paakari, L., Välimaa, R., Jourdan, D., & Mannix-McNamara, P. (2015). Teacher Competencies in Health Education: Results of a Delphi Study. *PLoS One*. 10(12): e0143703. Published online 2015 Dec

2. doi: [10.1371/journal.pone.0143703](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143703)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4667995/>

Oblinger, D.(2004). The next generation of educational engagement. *Journal of Interactive Media in Education*, 8: 1–18.

<https://jime.open.ac.uk/articles/10.5334/2004-8-oblinger/>

Papastergiou, M. (2009). Exploring the potential of computer and video games for health and physical education: A literature review. *Computers & Education*, 53, 603–622.

Parsons, C., Stears, D., & Thomas, C. (2000). The health promotion school in Europe: conceptualizing and evaluation the change. *Health Education Journal*, 55, 11-21.

Passerini, K., & Granger, M. J. (2000). A developmental model for distance learning using the Internet. *Computers & Education*, 34(1), 1-15.

<https://www.tlu.ee/~kpata/haridustehnoloogiaTLU/elearningdesignmodels.pdf>

Perikkou, A. Kokkinou, E, Panagiotakos, D, & Yannakoulia, M.(2015). Teachers' Readiness to Implement Nutrition Education Programs: Beliefs, Attitudes, and Barriers. *Journal of Research in Childhood Education*, 29: 202–211.

Persson, L., & Haraldsson, K. (2017). Health promotion in Swedish schools: school managers' views. *Health Promotion International*, 2(32), 231–240.

Poulou, M., & Matsagouras, E. (2007). School – family relations: Greek parents' perceptions of parental involvement. *International Journal about Parents in Education*, 1, 83-89.

Senior, E. (2012). Becoming a health promoting school: key components of planning. *Global Health Promotion*, 19, 23-31.

Soulatou, P., & Dulkan, P. (2009). Exploring the reality of applied partnerships: the case of the Greek school health. *Health Education Journal*, 68, 34-43.

St Leger, L. (1999). The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health-a review of the claims and evidence. *Health Education Research*, 14, 51-69.

St Leger, L. (2001). Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health Promotion International*, 16, 197-205.

St Leger, L., Young, I., Blanchard, C., & Perry, M. (2009). *Promoting Health in Schools: from evidence to action*. Saint Denis Cedex, France : IUHPE

Sung, H, Hwang, G, & Yen, Y. (2015). Development of a contextual decision-making game for improving students' learning performance in a health education course. *Computers & Education*, 82,179-190.

Tingen , M., Grimling, L., Bennett, G., Gibson, E., & Renew, M. (1997).A pilot study of preadolescents to evaluate a video game-based smoking prevention strategy. *Journal of Addictions Nursing*, 9, 118–124.

Toli, T., Sourtzi, P., Tsoumakas, K., & Kalokerinou-Anagnostopoulou, A. (2013). Association between knowledge and attitudes of educators towards epilepsy and the risk of accidents in Greek schools. *Epilepsy and Behavior*, 27, 200-203.

Tountas, Y., (2009). The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine. *Health Promotion International Medicine & Health Oxford Journals*, 24(2), 185-192.

<http://heapro.oxfordjournals.org/content/24/2/185.full>

Weare, K. (2002). The contribution of education to health promotion. In R. Bunton & G. Macdonald (Eds.), *Health Promotion: Disciplines, diversity and developments* (pp. 102-125).2/e. London: UK. Routledge.

White, C. (1997). Technology and social studies: An introduction. *Social Education*, 61(3), 147-49

World Health Organisation. (1948). *International Health Conference, Official Records of the World Health Organisation*. ( 2), New York :WHO.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official\\_record2\\_eng.pdf;jsessionid=3A76D091749C49A52E10A9760BD8ACA9?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf;jsessionid=3A76D091749C49A52E10A9760BD8ACA9?sequence=1)

World Health Organisation. (1984). “*Health promotion: concepts and principles*”. Copenhagen: WHO.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107835/E90607.pdf;jsessionid=20E599FC26ADD1AE9B2B1870E1847F19?sequence=1>

World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa :WHO.

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

World Conference on Education for All. (1990). *Meeting Basic Learning Needs: A Vision for the 1990s*. New York: Unesco, Unicef, World Bank.

<http://unesdoc.unesco.org/images/0009/000975/097552e.pdf>

World Health Organization. (1996). *Improving School Health Programs: Barriers and Strategies*. Geneva: WHO.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63365/WHO\\_HPR\\_HEP\\_96.2.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63365/WHO_HPR_HEP_96.2.pdf?sequence=1)

World Health Organization. (1998a). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO.

<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>

World Health Organization. (1998b). *Health Promoting Schools*. Geneva: WHO.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63868/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63868/WHO_HPR_HEP_98.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

World Health Organization. (2000). *Local Action—Creating Health-Promoting Schools*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66576/WHO\\_NMH\\_HPS\\_00.3.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66576/WHO_NMH_HPS_00.3.pdf?sequence=1)

World Health Organization. (2002). *The European Health Report: The major determinants of health*. Copenhagen :WHO Regional office for Europe.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/98296/E76907.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98296/E76907.pdf)

World Health Organization (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva :WHO.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43314/9241563001\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43314/9241563001_eng.pdf?sequence=1)

World Health Organization. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of health promoting schools approach?* Copenhagen: WHO.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/74653/E88185.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf)

## **Ελληνόγλωσση**

Αλεξανδροπούλου, Μ. (2013). Αξιολόγηση προγραμμάτων προαγωγής υγείας : η περίπτωση του σχολείου ως φορέα προαγωγής υγείας. *Νοσηλευτική*, 52, 43-56.

Γκούβρα, Μ., Κυρίδης Α., & Μαυρικάκη, Ε. (2005). *Αγωγή Υγείας και σχολείο*. Αθήνα: Τυποθήτω -Δαρδάνος .

Δαρβίρη , Χ. (2007). *Προαγωγή Υγείας*. Αθήνα: Πασχαλίδη.

Δημητριάδης, Δ.(2015). Μονοπάτια της υγείας στο σχολείο: η εμπειρία των εκπαιδευτικών, η οπτική των γονέων και η συνεργασία εκπαιδευτικών με ειδικούς από το χώρο της υγείας, στην υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας στο σχολείο. (Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή) . Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος.

Δόβρος, Ν. (2012). Ο Εκπαιδευτικός ως Φορέας Αλλαγής. Ανάπτυξη ενός Διαδικτυακού Περιβάλλοντος Προβληματοκεντρικής Μάθησης στην Περιοχή της Αγωγής Υγείας. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Κρήτης, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης.

Κασαπίδου, Ζ., & Σφήκα, Δ. (2005). *Αγωγή Υγείας*. Αθήνα: Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.

Κασιμάτη, Κ., Φερεντίνος, Σ., & Καλλιγιάς, Χ. (2002). Εισαγωγή καινοτομιών στη διδακτική πρακτική. Νέες τεχνολογίες και εκπαιδευτικοί. *Μέντορας - Παιδαγωγικό Ινστιτούτο*, 6, 29-45.

Κιουρτσής, Κ., & Ταρπάνη, Σ. (2009). «Πρόταση για ένα μικτό μαθησιακό μοντέλο επιμόρφωσης εκπαιδευτικών σε θέματα Αγωγής Υγείας». 1ο Εκπαιδευτικό Συνέδριο «Ένταξη και Χρήση των ΤΠΕ στην Εκπαιδευτική Διαδικασία». Βόλος: 24-26/4/2009.

Ματσαγγούρας, Η. (2001). Ευέλικτη ζώνη Διαθεματικών προσεγγίσεων: Μια εκπαιδευτική καινοτομία που αλλάζει το σχολείο. *Επιθεώρηση εκπαιδευτικών θεμάτων*, 12(6), 15-30.

<http://www.pi->

[schools.gr/download/publications/epitheorisi/teykos6/matsagouras.PDF](http://www.pi-schools.gr/download/publications/epitheorisi/teykos6/matsagouras.PDF)

Μαυρικάκη, Ε., Κυρίδης, Α., Γκούβρα, Μ., & Γκόλια, Π. (2005). Η Αγωγή Υγείας στην εκπαίδευση των εκπαιδευτικών του ελληνικού Δημοτικού Σχολείου. *Επιστήμες Αγωγής*, 2, 137-154.

Μητάκος, Δ. (2006). Η Ευέλικτη ζώνη ως παράγοντας διαμόρφωσης της κριτικής σκέψης. Στο: *3ο Πανελλήνιο Συνέδριο για την Κριτική, Δημιουργική, Διαλεκτική Σκέψη στην Εκπαίδευση: Θεωρία και Πράξη*, Αθήνα 13-14 Μαΐου 2006 (σσ. 38-47).

Πρακτικά διαθέσιμα στο διαδίκτυο

[http://www.ellipek.gr/documents/3o\\_synedrio\\_eisigiseis/mitakos.pdf](http://www.ellipek.gr/documents/3o_synedrio_eisigiseis/mitakos.pdf)

Μιχαλακόπουλος, Γ. (2015). *Κοινωνιολογία και εκπαίδευση*. Θεσσαλονίκη: Αφοί Κυριακίδη.

Μπαγάκης, Γ. (2000). Έχουν νόημα τα προαιρετικά εκπαιδευτικά προγράμματα; Στο: Γ. Μπαγάκης, *Προαιρετικά Εκπαιδευτικά Προγράμματα στη Σχολική Εκπαίδευση*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Ντάβου, Μ., Διαμαντάκη, Κ., & Πανούσης, Γ. (2001). *Νέες τεχνολογίες και παλιοί φόβοι στο σχολείο. Αναπαραστάσεις και στάσεις των εκπαιδευτικών ως προς τη χρήση νέων τεχνολογιών στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Παπαδάκης, Σ., & Φραγκούλης, Ι. (2005). Διερεύνηση επιμορφωτικών αναγκών και στάσεων εκπαιδευτικών για την παροχή εξ αποστάσεως επιμόρφωσης σε περιβάλλον ηλεκτρονικής μάθησης. Στο: Γ. Μπαγάκης (Επιμ.), *Επιμόρφωση και επαγγελματική ανάπτυξη του εκπαιδευτικού*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Παπαστεργίου, Μ., & Θηραΐος Ε. (2010) .Θεωρητικό πλαίσιο, εμπειρικά ευρήματα και ερευνητικές προοπτικές. Τεχνολογίες της πληροφορίας και της επικοινωνίας στην αγωγή υγείας. *ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ*, 27,239-258.

Πατσάλης, Χ., & Παπουτσάκη, Κ. (2010). Ευέλικτη ζώνη, θεωρία και πράξη. *Επιθεώρηση εκπαιδευτικών θεμάτων*, 15(17), 144-154.

<http://www.pi-schools.gr/download/publications/epitheorisi/teyxos17/144-154.pdf>

Περίκκου, Α., Μαντζαρίδου, Α., Χαμπιαούρης, Κ., & Γιαννακούλια, Μ. (2009). 1ο Εκπαιδευτικό Συνέδριο «Ένταξη και Χρήση των ΤΠΕ στην Εκπαιδευτική Διαδικασία». Διατροφή και Φυσική Δραστηριότητα: Εκπαιδευτικές Δραστηριότητες με τη Χρήση του Διαδικτύου. Βόλος 24-26/4/2009

Rogers, A. (1999). *Η εκπαίδευση ενηλίκων*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Ρούπα, Ζ., & Μυλωνά, Ε. (2006). Πολιτική Ανάπτυξης Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στη Σχολική Κοινότητα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 4 (5), 361-365.

Σπυροπούλου, Δ., Αναστασάκη, Α., Δεληγιάννη, Δ., Κούτρα, Χ., & Μπούρας, Σ. (2008). Καινοτόμα προγράμματα στην Εκπαίδευση. Στο: Δ. Βλάχος, Ι. Δαγκλής, & Α. Ζουγανέλη (Επιμ.), *Η ποιότητα στην Εκπαίδευση*. Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.

Σώκου, Κ.(1999). *Οδηγός αγωγής και προαγωγής της υγείας: Πρότυπο πρόγραμμα "αλκοόλ και ατύχημα"*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Τζιμογιάννης, Α., & Κόμης, Β. (2004). Στάσεις και αντιλήψεις εκπαιδευτικών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με την εφαρμογή των ΤΠΕ στη διδασκαλία τους. 4ο Συνέδριο ΕΤΠΕ, 29/09 – 03/10/2004, Παν/μιο Αθηνών

Τούντας, Γ. (2001). *Κοινωνία και Υγεία*. Αθήνα: Οδυσσέας/ Νέα Υγεία.

Τσιμπουκλή, Α. & Φίλλιπς, Ν. (2007). *Εκπαίδευση Εκπαιδευτών Ενηλίκων*. Αθήνα: Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων του ΥΠΕΠΘ.

[https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/PPP397/ENOTHTA\\_1.pdf](https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/PPP397/ENOTHTA_1.pdf)

Φρουντά, Μ. (2014α). Διερευνώντας τη σχέση μεταξύ των εννοιών υγεία - αγωγή υγείας και προαγωγή υγείας: συνεισφορά στην αποτελεσματικότερη ανάπτυξη των προγραμμάτων αγωγής υγείας στο σχολείο. *Επιστημονική Επετηρίδα Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*, 26, 186-190

Φρουντά, Μ. (2014β) *Καινοτομικά Προγράμματα Αγωγής Υγείας στη Μέση Εκπαίδευση: Καθηγητές και Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση Εφήβων (Σ.Δ.Ε)*. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών .Φιλοσοφική Σχολή –Τμήμα Φ.Π.Ψ – Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Χανιωτάκης, Ν. & Θωμαΐδης, Ι. (2002). Διαθεματικές δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου στο Ολοήμερο Σχολείο. *Επιθεώρηση εκπαιδευτικών θεμάτων*, 12 (6), 239-270.

<http://www.pi-schools.gr/download/publications/epitheorisi/teyxos6/xaniotakis-thoidis.PDF>

Χατζηπαναγιώτου, Π. (2001). *Η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών: Ζητήματα οργάνωσης, σχεδιασμού και αξιολόγησης προγραμμάτων*. Αθήνα: Τυπωθήτω.



## Ιστοσελίδες

ΔΕΠΠΣ και ΑΠΣ ΑΥ στο δημοτικό

<http://www.pi-schools.gr/download/programs/depps/fek304.pdf>

Έκθεση Lalonde <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

ΠΟΥ <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html>

IUHPE <http://www.iuhpe.org/index.php/en/iuhpe-at-a-glance/history>

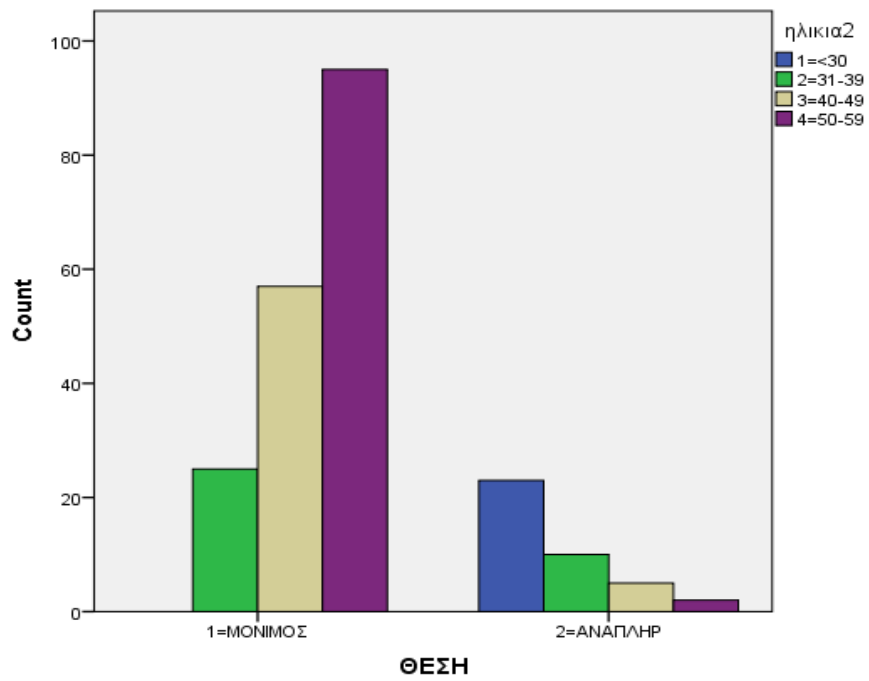
SHE <http://www.schools-for-health.eu/she-network>

ENHPS <https://pgsaudemental.files.wordpress.com/2009/04/reeps.pdf>

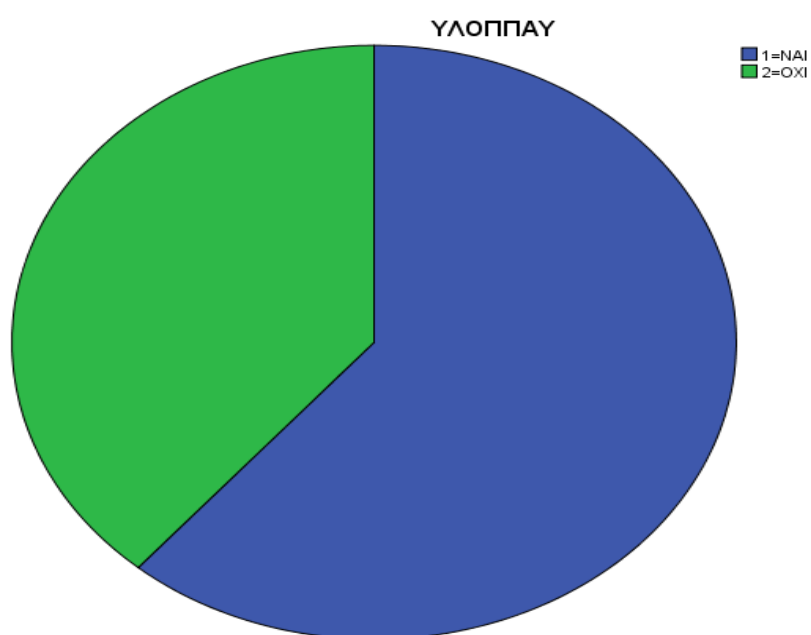
Εγκύκλιος σχολικών Δραστηριοτήτων <https://edu.klimaka.gr/scholikes-drasthriothtes/ekpaidevtika-programmata/1037-sxediasmos-ylopoihs-programmatwn-scholikwn-drasthriothtwn.html>

## Παράρτημα

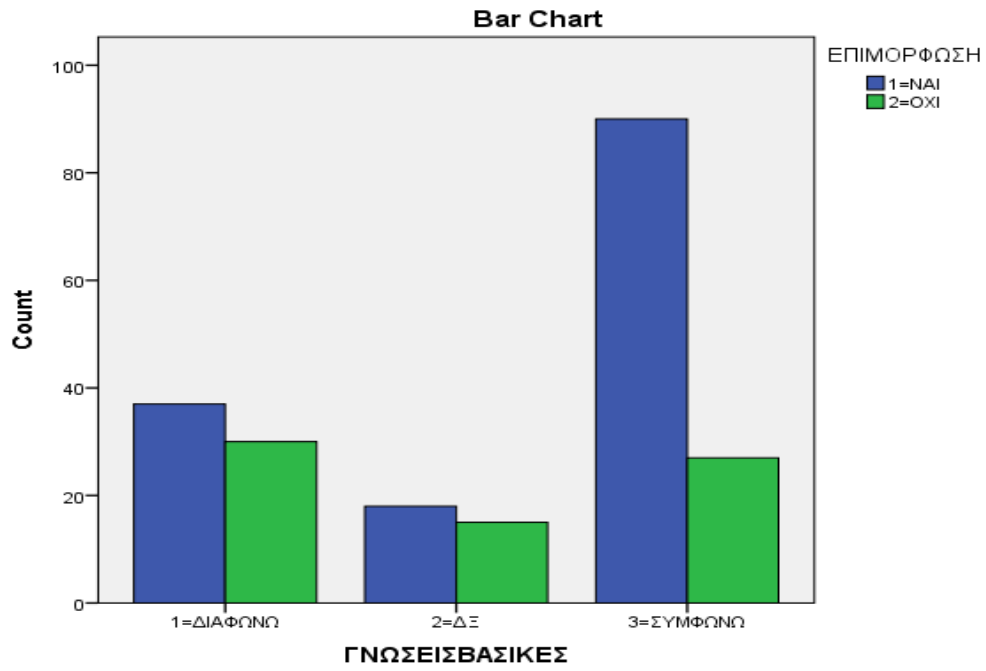
**Διάγραμμα 1 :** Ηλικιακές ομάδες ανάλογα με την θέση των εκπαιδευτικών



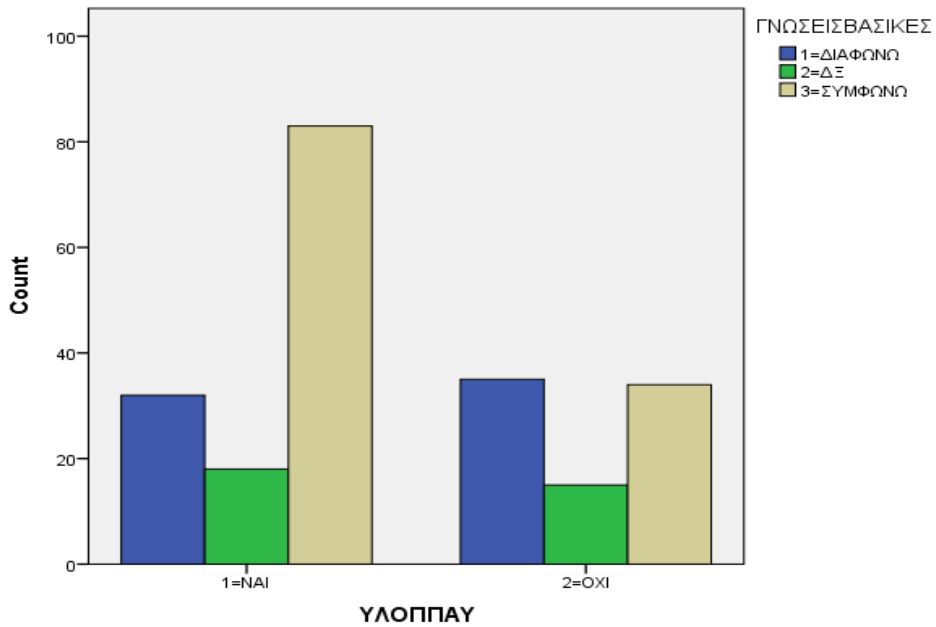
**Διάγραμμα 2 :** Συμμετοχή εκπαιδευτικών σε υλοποίηση ΠΑΥ (133/217) 61,3%



**Διάγραμμα 3 :** Συσχέτιση μεταξύ βασικών γνώσεων ΑΥ και επιμόρφωσης ΑΥ



**Διάγραμμα 4 :** Συσχέτιση μεταξύ βασικών γνώσεων ΑΥ και Υλοποίησης ΠΑΥ



## **Ερωτηματολόγιο**

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας διανεμήθηκε σε ηλεκτρονική μορφή μέσω της πλατφόρμας LimeSurvey του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://epri.korinthos.uop.gr/surveys/index.php/556394>

Ερωτηματολόγιο Αγωγής Υγείας


Εξοδος και καθαρισμός ερωτηματολογίου

## Ερωτηματολόγιο Αγωγής Υγείας

Μελέτη των απόψεων εκπαιδευτικών, σχολείων της Αττικής για τα προγράμματα Αγωγής Υγείας στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση

Select language:

ελληνικά



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ & ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Αγαπητές/οί συνάδελφοι,

Το ερωτηματολόγιο αυτό αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας που υλοποιείται στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου υπό την επίβλεψη του Καθηγητή Αθανασίου Τζιμογιάννη. Έχει στόχο να μελετήσει τις απόψεις εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας (ΠΑΥ) στο δημοτικό σχολείο.

Σας παρακαλώ πολύ να απαντήσετε σε όλα τα ερωτήματα **αυθόρμητα**, με την **πρώτη εντύπωση** που σας δημιουργείται.

**Δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις.**

Ευχαριστώ θερμά για τη συνεργασία σας!

**Ιουλία Σταματάκη**  
Εκπαιδευτικός ΠΕ18.10

**Σημείωση σχετικά με το προσωπικό απόρρητο**  
Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ανώνυμο.  
Οι εγγραφές των απαντήσεων που δίνεται στις ερωτήσεις δεν περιέχουν καμία πληροφορία ταυτοποίησης για εσάς, εκτός και αν μια συγκεκριμένη ερώτηση απαιτεί ρητά τέτοιου είδους πληροφορίες. Εάν χρησιμοποιήσατε έναν κλειδάριθμο ταυτοποίησης για να αποκτήσετε πρόσβαση σε αυτό το ερωτηματολόγιο, παρακαλώ μείνετε ήσυχοι γιατί ο κλειδάριθμος αυτός δεν θα αποθηκευτεί μαζί με τις απαντήσεις σας. Η διαχείρισή του γίνεται σε ξεχωριστή βάση δεδομένων και θα ενημερωθεί μόνον για να δείξει εάν συμπληρώσατε ή όχι αυτό το ερωτηματολόγιο. Δεν υπάρχει καμία περίπτωση αντιστοίχισης κλειδάριθμων ταυτοποίησης και απαντήσεων σε ένα ερωτηματολόγιο.

Επόμενη

Ερωτηματολόγιο Αγωγής Υγείας

Εξοδος και καθαρισμός ερωτηματολογίου

0%  
Select language:  
ελληνικά

## Ερωτηματολόγιο Αγωγής Υγείας

Μελέτη των απόψεων εκπαιδευτικών, σχολείων της Αττικής για τα προγράμματα Αγωγής Υγείας στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση

### A. Δημογραφικά στοιχεία

\* Φύλο:  
Επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις  
Παρακαλώ επιλέξτε...

\* Ηλικία:  
Επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις  
Παρακαλώ επιλέξτε...

\* Έτη προϋπηρεσίας:  
Επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις  
Παρακαλώ επιλέξτε...

\* Θέση που κατέχετε στο σχολείο:  
Επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις  
Παρακαλώ επιλέξτε...

\* Οικογενειακή κατάσταση:  
Επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις  
Παρακαλώ επιλέξτε...

\* Κλάδος- Ειδικότητα:  
Επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις  
Παρακαλώ επιλέξτε...

Σπουδές:  
Επιλέξτε καθετί που εφαρμόζει  
 Έχω και 2ο πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ  
 Μεταπτυχιακό δίπλωμα  
 Διδακτορικό δίπλωμα

\* Έχετε υλοποιήσει κάποιο Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας (ΠΑΥ) στο σχολείο σας κατά την τελευταία 5ετία;  
Επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις  
Παρακαλώ επιλέξτε...

Αν έχετε υλοποιήσει κάποιο Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας (ΠΑΥ) στο σχολείο σας κατά την τελευταία 5ετία; Αναφέρετε πόσα ΠΑΥ έχετε υλοποιήσει:

\* Έχετε παρακολουθήσει κάποιο επιμορφωτικό σεμινάριο που να αφορά θέματα Αγωγής Υγείας;  
Επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις  
Παρακαλώ επιλέξτε...

Προηγούμενη

Επόμενη

Ερωτηματολόγιο Αγωγής Υγείας

Εξοδος και καθαρισμός ερωτηματολογίου

25%

Select language:  
ελληνικά

## Ερωτηματολόγιο Αγωγής Υγείας

Μελέτη των απόψεων εκπαιδευτικών, σχολείων της Αττικής για τα προγράμματα Αγωγής Υγείας στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση

### Ενότητα Β

\* Για τις προτάσεις που ακολουθούν, παρακαλώ σημειώστε εκείνη που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

	Διαφωνώ απολύτως	Διαφωνώ	Δεν έχω αποφασίσει	Συμφωνώ	Συμφωνώ απολύτως
Τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας συμβάλλουν στην ολοκληρωμένη ανάπτυξη των μαθητών	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας δεν αποτελούν σημαντική εκπαιδευτική δράση για τα δημοτικά σχολεία	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας δεν προσφέρουν ουσιαστικά στους μαθητές του δημοτικού	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας πρέπει να ενταχθούν στο ωρολόγιο πρόγραμμα του δημοτικού σχολείου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Με την υλοποίηση Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας δίνεται η δυνατότητα στους μαθητές να ενισχύσουν τις γνώσεις τους σε θέματα υγείας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας έχουν ως αποτέλεσμα οι μαθητές να αποκτούν στάσεις και συμπεριφορές που έχουν άμεσα θετική επίδραση στην υγεία τους	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας συμβάλλουν στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων που ωθούν τους μαθητές να κάνουν θετικές επιλογές για την υγεία τους	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τα παιδιά μαθαίνουν περισσότερο για την Αγωγή Υγείας με το παραδοσιακό μάθημα σε σχέση με τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η υλοποίηση Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στο δημοτικό σχολείο συμβάλλει στην καλύτερη συνεργασία δασκάλου-γονέων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η υλοποίηση ΠΑΥ στο δημοτικό σχολείο συμβάλλει στη διάχυση θετικών συμπεριφορών υγείας στην ευρύτερη κοινότητα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας δεν με ενδιαφέρουν	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ενδιαφέρομαι να υλοποιήσω Προγράμματα Αγωγής Υγείας, αλλά δεν γνωρίζω πώς πρέπει να σχεδιάσω τις δραστηριότητες των μαθητών	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ενδιαφέρομαι να επιμορφωθώ σε θέματα σχεδιασμού Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας ώστε να αναλάβω πρωτοβουλίες υλοποίησης στο σχολείο μου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Προηγούμενη

Επόμενη



50%  
Select language:  
ελληνικά

# Ερωτηματολόγιο Αγωγής Υγείας

Μελέτη των απόψεων εκπαιδευτικών, σχολείων της Αττικής για τα προγράμματα Αγωγής Υγείας στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση

## Ενότητα Γ

\*

Σε ποιο βαθμό υλοποιείτε-προτίθεστε να υλοποιήσετε κατά το τρέχον σχολικό έτος καινοτόμες εκπαιδευτικές δράσεις;

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πρόγραμμα Περιβαλλοντικής Εκπαίδευσης	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πρόγραμμα Πολιτιστικών Θεμάτων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ευρωπαϊκό πρόγραμμα (Comenius, e-Twinning, Teachers4Europe κ.α.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Υπάρχει άλλη καινοτόμος εκπαιδευτική δράση που υλοποιείτε-προτίθεστε να υλοποιήσετε κατά το τρέχον σχολικό έτος (περιγράψτε);

\*

Για τις προτάσεις που ακολουθούν, παρακαλώ σημειώστε εκείνες που σας αντιπροσωπεύουν περισσότερο:

	Διαφωνώ απολύτως	Διαφωνώ	Δεν έχω αποφασίσει	Συμφωνώ	Συμφωνώ απολύτως
Το προσωπικό μου ενδιαφέρον για θέματα υγείας αποτελεί σημαντικό παράγοντα προκειμένου να υλοποιήσω ένα Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η ύπαρξη πολιτικής στο σχολείο μου για την προώθηση καινοτόμων Προγραμμάτων αποτελεί για μένα σημαντικό παράγοντα προκειμένου να υλοποιήσω ένα Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Το ενδιαφέρον των μαθητών για θέματα και προγράμματα υγείας με επηρεάζει θετικά προκειμένου να υλοποιήσω ένα Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τα αναμενόμενα αποτελέσματα (γνώσεις-στάσεις) των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας για τους μαθητές αποτελούν σημαντικό λόγο προκειμένου να υλοποιήσω ένα Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η ανατροφοδότηση (ηθική ενίσχυση) που λαμβάνω από τους μαθητές μου με επηρεάζει θετικά προκειμένου να υλοποιήσω ένα Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<p>Η ανατροφοδότηση (ηθική ενίσχυση) που λαμβάνω από τους μαθητές μου με επηρεάζει θετικά προκειμένου να υλοποιήσω ένα Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Η αναγνώριση (ηθική ενίσχυση) που λαμβάνω από τους συναδέλφους μου στο σχολείο με επηρεάζει θετικά προκειμένου να υλοποιήσω ένα Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Η οικονομική ενίσχυση των εκπαιδευτικών που υλοποιούν Προγράμματα Αγωγής Υγείας θα λειτουργήσει θετικά για μένα προκειμένου να υλοποιήσω τέτοια προγράμματα</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Η αναγνώριση (αξιολόγηση) της υλοποίησης Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας ως πρόσθετο προσόν επαγγελματικής εξέλιξης θα μπορούσε να λειτουργήσει θετικά προκειμένου να υλοποιήσω πρόγραμμα</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Η υποστήριξη από τη Διεύθυνση του σχολείου μου με επηρεάζει θετικά προκειμένου να υλοποιήσω ένα Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Η υποστήριξη από τον Υπεύθυνο Αγωγής Υγείας με επηρεάζει θετικά προκειμένου να υλοποιήσω ένα Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Θα ήθελα να υλοποιήσω ένα Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας αλλά δεν έχω επαρκείς γνώσεις σε θέματα υγείας</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Θα ήθελα να υλοποιήσω ένα Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας αλλά δεν έχω επαρκείς γνώσεις παιδαγωγικού σχεδιασμού προγραμμάτων</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Θα ήθελα να υλοποιήσω ένα Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας αλλά δεν διαθέτω τον απαιτούμενο χρόνο</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Θα ήθελα να υλοποιήσω ένα Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας αλλά δεν έχω επαρκείς γνώσεις στις Τεχνολογίες Πληροφορίας και Επικοινωνιών</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Θα ήθελα να υλοποιήσω ένα Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας αλλά δεν υπάρχει επαρκής υλικοτεχνική υποδομή στο σχολείο μου</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Η γραφειοκρατική διαδικασία που απαιτείται για την προετοιμασία και αποτίμηση ενός Προγράμματος Αγωγής Υγείας λειτουργεί αρνητικά προκειμένου να υλοποιήσω το Πρόγραμμα</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Αναφέρετε άλλους λόγους που είναι για σας σημαντικοί προκειμένου να υλοποιήσετε ένα Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας;

Προηγούμενη

Επόμενη

# Ερωτηματολόγιο Αγωγής Υγείας

Μελέτη των απόψεων εκπαιδευτικών, σχολείων της Αττικής για τα προγράμματα Αγωγής Υγείας στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση

## Ενότητα Δ

\* Για τις προτάσεις που ακολουθούν, παρακαλώ σημειώστε εκείνες που σας αντιπροσωπεύουν περισσότερο.

	Διαφωνώ απολύτως	Διαφωνώ	Δεν έχω αποφασίσει	Συμφωνώ	Συμφωνώ απολύτως
Πιστεύω ότι έχω τις απαραίτητες γνώσεις από τις βασικές μου σπουδές για να υλοποιήσω ένα Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συνηθίζω να παρέχω στους μαθητές μου συμβουλές που να αφορούν θέματα υγείας (όπως ατομική υγιεινή, διατροφή- σωματικό βάρους- φυσική άσκηση, πρόληψη ατυχημάτων, πρώτες βοήθειες, ψυχική και συναισθηματική υγεία)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πιστεύω ότι τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας πρέπει να γίνονται στην τάξη στο πλαίσιο του ισχύοντος Προγράμματος Σπουδών και όχι ως ξεχωριστή δράση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η σύνδεση των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας με προβλήματα της καθημερινής ζωής συμβάλλει στην ενεργό συμμετοχή των μαθητών	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η σύνδεση των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας με προβλήματα της τοπικής κοινωνίας συμβάλλει στην ενεργό συμμετοχή των μαθητών	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πιστεύω ότι τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας είναι περισσότερο αποτελεσματικά όταν γίνονται σε συνεργασία με άλλους συναδέλφους του σχολείου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πιστεύω ότι τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας είναι περισσότερο αποτελεσματικά όταν γίνονται σε συνεργασία με συναδέλφους άλλων σχολείων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πιστεύω ότι τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας πρέπει να γίνονται με διαθεματική προσέγγιση σε συνεργασία με εκπαιδευτικούς διαφόρων ειδικοτήτων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πιστεύω ότι τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας είναι περισσότερο αποτελεσματικά όταν γίνονται με την χρήση Τεχνολογιών Πληροφορίας & Επικοινωνιών	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πιστεύω ότι τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας είναι περισσότερο αποτελεσματικά όταν υλοποιούνται με την μέθοδο project	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η εμπλοκή των γονέων στην υλοποίηση των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας συμβάλλει στην επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων για τους μαθητές	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πιστεύω ότι τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας είναι περισσότερο αποτελεσματικά όταν γίνονται σε συνεργασία με φορείς και επαγγελματίες υγείας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Προηγούμενη

Υποβολή