



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

«Παράγοντες που διευκολύνουν και παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης του Ν. Αχαΐας»

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ
ΝΙΚΟΛΑΟΣ Κ. ΧΟΛΕΒΑΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Α. ΛΟΥΚΑΪΔΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2010

Σύνθεση Επιτροπής Κρίσης

Πρόεδρος: Λέκτορας Μαρία Γραβάνη – Πρόγραμμα ΕΠΑ,
ΑΠΚΥ:.....

Επιβλέπων: Δρ. Κωνσταντίνος Λουκαΐδης – Μέλος ΣΕΠ,
ΑΠΚΥ:.....

3^ο Μέλος: Δρ. Εμμανουήλ Αποστολάκης – Μέλος ΣΕΠ, ΑΠΚΥ:



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε εφαρμογή της απόφασης των Υπουργών Παιδείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης που υπογράφηκε από το 1988, η Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας θεσμοθετήθηκε στην Ελλάδα το έτος 2001 στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, ως εκπαιδευτική διαδικασία εντός των ωρών διδασκαλίας και σε εθελοντική βάση από εκπαιδευτικούς και μαθητές.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των παραγόντων που διευκολύνουν και των παραγόντων που εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης του Ν. Αχαΐας

Μεθοδολογία: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 141 εκπαιδευτικοί από ένα συνολικό πληθυσμό 218 εκπαιδευτικών που ασχολήθηκαν με την υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στο νομό Αχαΐας κατά τη σχολική περίοδο 2009-10. Για την υλοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της επισκόπησης με εργαλείο συλλογής των δεδομένων το ανώνυμο ερωτηματολόγιο ερωτήσεων κλειστού τύπου και με ερώτηση σύντομης απάντησης ανοιχτού τύπου. Επίσης, στην αρχή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η ημιδομημένη συνέντευξη ως μια διερευνητική εργασία, πριν την κατασκευή του ερωτηματολογίου, έτσι ώστε να εντοπιστούν επιπλέον μεταβλητές που δεν καταγράφηκαν μέσα από τη διερεύνηση των σχετικών ερευνών για το θέμα. Έγιναν δύο παραγοντικές αναλύσεις μία για τους παράγοντες που διευκολύνουν και μία για τους παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, ο σημαντικότερος για τους εκπαιδευτικούς παράγοντας, που διευκολύνει την εφαρμογή καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας είναι: «Οι γνώσεις και δεξιότητες του υπευθύνου Αγωγής Υγείας και των δασκάλων», που αναφέρεται στις επιστημονικές γνώσεις, στις οργανωτικές δεξιότητες, πρωτοβουλίες, και στην επικοινωνιακή δεξιότητα του υπευθύνου Αγωγής Υγείας καθώς επίσης στις γνώσεις των εκπαιδευτικών σε θέματα Αγωγής Υγείας και στην αυτονομία τους στην επιλογή μεθόδων και εκπαιδευτικού υλικού. Αντίθετα από τους παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων βασικότερος θεωρείται η «Περιορισμένη εμπειρία και διάθεση εκπαιδευτικών», που αναφέρεται τόσο στην έλλειψη εκπαίδευσης σε βιωματικές μεθόδους και στην περιορισμένη εμπειρία των εκπαιδευτικών σε θέματα Αγωγής Υγείας όσο και στην επαγγελματική κόπωση και την πιθανή επιφυλακτική στάση των υπόλοιπων εκπαιδευτικών του σχολείου για τα καινοτόμα προγράμματα. Στατιστικά σημαντικές διαφορές προέκυψαν για τους εκπαιδευτικούς με περισσότερα τυπικά προσόντα (διδασκαλείο-μεταπτυχιακές σπουδές), για τους εκπαιδευτικούς με μεγαλύτερη

εμπειρία στην εφαρμογή των προγραμμάτων, για τους εκπαιδευτικούς με περισσότερες ώρες συμμετοχής σε σεμινάρια καινοτόμων δράσεων και για όσους έχουν εισηγηθεί σε σεμινάρια καινοτόμων δράσεων καθώς και με εμπειρία στην εκπαίδευση. Επίσης, βρέθηκε να υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των ωρών συμμετοχής σε σεμινάρια και του παράγοντα της ηθικής και υλικής ενίσχυσης των εκπαιδευτικών.

Συμπεράσματα: Ο υπεύθυνος Αγωγής Υγείας έχει σημαντικό ρόλο στο συντονισμό των προγραμμάτων, στη συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς και στη στήριξή τους σε επιμορφωτικό υλικό, σεμινάρια, και ομαδικές συμβουλευτικές συναντήσεις (Ο.Σ.Σ.) ανατροφοδότησης για την πορεία του προγράμματος. Ο ρόλος του Διευθυντή/τριας του σχολείου είναι καθοριστικός στην εφαρμογή των προγραμμάτων εφόσον μπορεί να διασφαλίζει συνεργατικό κλίμα στο σχολείο μεταξύ των εκπαιδευτικών, να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες και να συνεργάζεται με τους γονείς και τους διάφορους φορείς. Ο εκπαιδευτικός χρειάζεται να έχει γνώσεις για τα θέματα αγωγής υγείας και εκπαίδευση κυρίως στις βιωματικές μεθόδους προσέγγισης των θεμάτων της Αγωγής Υγείας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας, Καινοτόμα Προγράμματα, Παράγοντες που διευκολύνουν, Παράγοντες που εμποδίζουν

ABSTRACT

Under the enforcement of the decision of the European Union Ministers of Education which has been signed since 1988, Health Education and Promotion was legislated in Greece in the year 2001 in Primary Education, as an educational procedure included in teaching hours and on a voluntary basis by both educators and students.

Aim: The purpose of this study was to explore the factors which facilitate and barriers towards the implementation of the health educational programmes in Primary Education schools of the prefecture of Achaia.

Methods: The sample of the study included 141 educators from a total population of 218 educators who dealt with the implementation of Health Education Programmes in Achaia prefecture during the school period of 2009-10. The survey method was used to collect data by means of an anonymous questionnaire. Furthermore, at the beginning of the research process a semi-structured interview was carried out with four teachers to help in the development of the questionnaire items. Two factor analyses were conducted, one for the factors which facilitate and another one for the barrier towards the implementation of Health Educations Programmes.

Results: Findings indicated that the most significant factors that facilitates the implementation of innovative Health Education Programmes is: "Knowledge and skills of the Health Education Officer and the teachers", which refers to the scientific knowledge, organizational skills, initiatives and the communicative skills of the Health Education Officer as well as to the teachers' autonomy to select teaching methods and educational materials. On the other hand, the most important barrier in implementing Health Education Programmes is "Limited experience and attitudes of teachers", which refers to limited teaching experience in health education issues as well as to professional burnout and the negative attitudes towards these innovative programmes. Statistically significant differences have been found for teachers who have higher qualifications (teacher college – postgraduate studies) for teachers with greater experience in implementing these programmes, for teachers with higher participation in health education seminars and for those who have taught in seminars and who had more teaching experience. Moreover, a positive correlation has been found between hours of participation in seminars and the factor of intrinsic and extrinsic motives.

Conclusions: The Health Education Officer plays an important role in programme coordination by supporting, counseling, giving feedback and providing training /educational materials to teachers. The role of the Head Teacher of the school is also important for the implementation of such programmes provided that she / he promotes good relationships among teachers and takes initiatives to cooperate with parents, several local authorities and other external partners. An educator/teacher should have knowledge of health education issues and have training in "life – skills training workshops".

KEY WORDS

Health Education and Promotion, Innovative Programs, Barriers and Facilitating Factors

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αυτή η διπλωματική εργασία είναι σταθμός ενός ταξιδιού γνώσης στον χώρο της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο της Κύπρου. Μέσα από αυτό το ταξίδι πήρα πολλά πράγματα και επιθυμώ να ευχαριστήσω:

Όλους τους καθηγητές/τριες των Θεματικών Ενοτήτων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Επιστήμες της Αγωγής» με κατεύθυνση τη «Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση», για την υποστήριξή τους στη διάρκεια των σπουδών μου.

Τους Διευθυντές/τριες και τους εκπαιδευτικούς των σχολείων, που συμμετείχαν κατά τη σχολική χρονιά 2009-10 στην εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, και που με προθυμία αλλά και ενδιαφέρον ανταποκρίθηκαν στην κλήση μου για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Ιδιαίτερα τον Επιβλέποντα Καθηγητή – ΣΕΠ του ΑΠΚΥ κ. Κωνσταντίνο Λουκάϊδη για τη διαρκή υποστήριξη, ανατροφοδότηση και ενθάρρυνση που έδειξε στη διάρκεια αυτής της προσπάθειας. Η άψογη συνεργασία και η ουσιαστική του συμπαράσταση ήταν καθοριστική στην επιτυχή περάτωση αυτής της εργασίας.

Στα παιδιά μου Κωνσταντίνο και Θανάση
και στα παιδιά όλου του κόσμου

| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ | |
|---|-----------|
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 1 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 | |
| ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ..... | 2 |
| 1.1 Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας: Μια πρόκληση σε Παγκόσμιο Επίπεδο..... | 2 |
| 1.2 Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας – Ο Ρόλος του Σχολείου..... | 4 |
| 1.3 Το θεσμικό πλαίσιο της Αγωγής Υγείας..... | 7 |
| 1.4 Η Θεματολογία και η Μεθοδολογία των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας..... | 8 |
| 1.5 Ανάγκη διερεύνησης των παραγόντων που διευκολύνουν και των παραγόντων που εμποδίζουν την υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας..... | 10 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 | |
| ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ..... | 14 |
| 2.1 Παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας..... | 14 |
| 2.1.1 Επικοινωνία – Αλληλεπίδραση..... | 14 |
| 2.1.2 Η επιμόρφωση – εκπαίδευση των δασκάλων..... | 15 |
| 2.1.3 Η επαγγελματική αυτονομία..... | 16 |
| 2.1.4 Συνεργασία με φορείς – εξωσχολικούς παράγοντες..... | 17 |
| 2.1.5 Ο Διευθυντής του Σχολείου..... | 19 |
| 2.1.6 Τα χαρακτηριστικά του Εκπαιδευτικού..... | 20 |
| 2.1.7 Ενδογενή Κίνητρα - Η πεποίθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας των δασκάλων, της αυτο-αποφασιστικότητας και της προσδοκίας στην επίτευξη των στόχων..... | 20 |
| 2.1.8 Τα οργανωτικά και δομικά χαρακτηριστικά του προγράμματος - Εξωτερικοί παράγοντες..... | 22 |
| 2.2 Παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας..... | 23 |

| | |
|---|-----------|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 | 27 |
| Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ..... | |
| 3.1 Ερευνητικός Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα..... | 27 |
| 3.2 Στρατηγική ερευνητικής διαδικασίας..... | 28 |
| 3.3 Συμμετέχοντες..... | 29 |
| 3.4 Εργαλείο Συλλογής Δεδομένων..... | 31 |
| 3.4.1 Ερωτηματολόγιο..... | 31 |
| 3.4.1.1 Σκοπός του Ερωτηματολογίου..... | 31 |
| 3.4.1.2 Κατασκευή του Ερωτηματολογίου..... | 31 |
| 3.4.1.3 Δομή του Ερωτηματολογίου..... | 33 |
| 3.5 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων..... | 33 |
| 3.6 Ηθικά Διλήμματα | 34 |
| 3.7 Ανάλυση Δεδομένων..... | 35 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 | 37 |
| ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ..... | |
| 4.1 Το δείγμα της έρευνας..... | 37 |
| 4.2 Παραγοντική Ανάλυση..... | 39 |
| 4.2.1 Παραγοντική ανάλυση δηλώσεων που διευκολύνουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας..... | 39 |
| 4.2.2 Παραγοντική ανάλυση δηλώσεων που εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας | 42 |
| 4.2.3 Σύνοψη παραγοντικών αναλύσεων..... | 43 |
| 4.2.4 Παρουσίαση και κατάταξη των παραγόντων που διευκολύνουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας..... | 44 |
| 4.2.5 Παρουσίαση και κατάταξη των παραγόντων που εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας..... | 48 |
| 4.3 Η επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στους παράγοντες που επηρεάζουν τις καινοτόμες μεθόδους Αγωγής Υγείας | 50 |
| 4.3.1 Διαφορές στους Μ.Ο. των παραγόντων ανά Σπουδές | 50 |
| 4.3.2 Διαφορές στους Μ.Ο. των παραγόντων ανά Έτη ενασχόλησης με την εφαρμογή των προγραμμάτων..... | 51 |

| | | |
|--|---|-----------|
| 4.3.3 | Διαφορές στους Μ.Ο. των παραγόντων ανά Ώρες συμμετοχής σε Σεμινάρια Καινοτόμων Δράσεων..... | 52 |
| 4.3.4 | Διαφορές στους Μ.Ο. των παραγόντων ανά Εισηγητή/τρια σε Σεμινάρια Καινοτόμων Δράσεων | 53 |
| 4.3.5 | Διαφορές στους Μ.Ο. των παραγόντων ανά Έτη Υπηρεσίας..... | 54 |
| 4.4 | Ανάλυση ερώτησης ανοιχτού τύπου | 54 |
| 4.5 | Σύνοψη των αποτελεσμάτων της έρευνας | 58 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 | | |
| ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ | | 60 |
| 5.1 | Συζήτηση..... | 60 |
| 5.2 | Περιορισμοί της έρευνας..... | 67 |
| 5.3 | Εισηγήσεις για μελλοντική έρευνα | 68 |
| 5.4 | Συμπεράσματα – Προτάσεις..... | 69 |
| 5.5 | Επίλογος..... | 73 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | | 74 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι..... | | 83 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ | | 93 |

| ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ | | |
|--------------------------|--|----|
| Πίνακας 2.1 | Επισκόπηση ερευνών για τους παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας | 23 |
| Πίνακας 2.2 | Επισκόπηση ερευνών για τους παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας | 24 |
| Πίνακας 4.1 | Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων | 37 |
| Πίνακας 4.2 | Προσωπικά στοιχεία συμμετεχόντων σε σχέση με τη συμμετοχή τους σε προγράμματα Αγωγής Υγείας | 38 |
| Πίνακας 4.3 | Σχηματισμός παραγοντικών φορτίσεων των 24 παραγόντων που διευκολύνουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας | 40 |
| Πίνακας 4.4 | Περιγραφικά χαρακτηριστικά που αφορούν στους παράγοντες που διευκολύνουν (1-6) την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας | 41 |
| Πίνακας 4.5 | Σχηματισμός παραγοντικών φορτίσεων των 8 παραγόντων που εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας | 42 |
| Πίνακας 4.6 | Περιγραφικά χαρακτηριστικά που αφορούν στους παράγοντες που εμποδίζουν (1-2) την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας | 43 |
| Πίνακας 4.7 | Έλεγχος t-test ανά Ωρες συμμετοχής σε Σεμινάρια Καινοτόμων Δράσεων | 52 |
| Πίνακας 4.8 | Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων και των Ωρών συμμετοχής σε σεμινάρια | 53 |
| Πίνακας 4.9 | Κατηγορίες θεμάτων από την ανάλυση της ερώτησης ανοιχτού τύπου | 54 |
| Πίνακας 4.10 | Συνοπτική παρουσίαση των δεδομένων της έρευνας | 59 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα προγράμματα Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας εισήχθησαν στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση το έτος 2001, ως εκπαιδευτική διαδικασία που υλοποιείται εντός των ωρών διδασκαλίας σε εθελοντική βάση από εκπαιδευτικούς και μαθητές, ενώ παράλληλα ορίστηκαν υπεύθυνοι Αγωγής Υγείας με στόχο το συντονισμό και την προώθηση των σχολικών προγραμμάτων στον ευαίσθητο τομέα της Αγωγής Υγείας.

Στο πλαίσιο αυτό, στην Ελλάδα, στο χώρο του σχολείου εφαρμόζονται την τελευταία δεκαετία αρκετά καινοτόμα προγράμματα με σημαντικές δράσεις. Βασικό στόχο έχουν την ψυχική, σωματική και κοινωνική υγεία του μαθητή, έτσι ώστε με τη συμμετοχή του στην ομάδα Αγωγής Υγείας να αναπτύξει δεξιότητες ζωής (αυτοεκτίμηση, αυτοπεποίθηση, επικοινωνία), ώστε να εξελιχτεί σε ενεργός πολίτης που θα λαμβάνει σύντομα αποφάσεις για τη ζωή του. Στην πραγματικότητα, ο βαθμός επίτευξης των στόχων που θέτουν οι εκπαιδευτικοί με την εφαρμογή των προγραμμάτων διαφοροποιείται ανάλογα με τους παράγοντες που διευκολύνουν και τους παράγοντες που εμποδίζουν τους εκπαιδευτικούς στην υλοποίηση των καινοτόμων προγραμμάτων και στη συνεργασία τους με τους φορείς (Buston et al, 2002).

Στην Ελλάδα έχουν γίνει λίγες έρευνες, για τους παράγοντες που διευκολύνουν και τους παράγοντες που εμποδίζουν τους εκπαιδευτικούς στην υλοποίηση των καινοτόμων προγραμμάτων. Είναι, επομένως, ιδιαίτερα σημαντικό να διερευνηθεί περαιτέρω το θέμα, μιας και θα συμπληρώσει προηγούμενα στοιχεία ερευνών. Επίσης, πιθανόν, να προκαλέσει παρόμοιο ερευνητικό ενδιαφέρον και σε άλλους νομούς της χώρας, ενόψει μάλιστα της εκπαιδευτικής μεταρρύθμισης για το "νέο καινοτόμο σχολείο".

Η ερευνητική εργασία δομείται σε κεφάλαια, όπως σύντομα αναφέρονται στη συνέχεια: Στο *πρώτο κεφάλαιο* παρουσιάζεται το γενικό πλαίσιο ανάπτυξης της Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας. Το *δεύτερο κεφάλαιο* περιλαμβάνει την επισκόπηση της βιβλιογραφίας για την καταγραφή των αποτελεσμάτων των ερευνών σχετικά με το θέμα που εξετάζεται και διαπιστώθηκαν επαρκή ερευνητικά δεδομένα κυρίως στο διεθνή χώρο. Το *τρίτο κεφάλαιο* αναφέρεται στη μεθοδολογία της έρευνας. Στο *τέταρτο κεφάλαιο* παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Στο *πέμπτο κεφάλαιο* ολοκληρώνεται η μελέτη αυτή με συζήτηση των ερευνητικών ερωτημάτων σε αντιπαραβολή με τα ευρεθέντα στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία, οι περιορισμοί της έρευνας, οι προτάσεις για μελλοντική έρευνα και τέλος ακολουθεί η καταγραφή των συμπερασμάτων και ο επίλογος της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σήμερα η Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας αποτελεί μια πρόκληση σε παγκόσμιο και εθνικό επίπεδο. Λαμβάνοντας υπόψη το ρόλο του κράτους και της πολιτικής στην υπόθεση της εκπαίδευσης και των επιδράσεών τους στη λειτουργία του σχολείου, θα γίνει αναφορά στην υπάρχουσα πραγματικότητα τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες, προκειμένου να δοθεί μια ενδεικτική εικόνα του συστήματος Προαγωγής της Υγείας. Η ανάληψη δράσης σε θέματα Προαγωγής της Υγείας αποτελεί προτεραιότητα για πολλές χώρες, με διαφορετικά συστήματα εκπαίδευσης και διαφορετικά μοντέλα προαγωγής της υγείας.

Η πολιτική του εκσυγχρονισμού έχει κυρίαρχη σημασία για το ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα. Τις τελευταίες δεκαετίες μια σειρά εκπαιδευτικών μεταρρυθμίσεων έχουν προταθεί, με κύριο στόχο να ενισχυθεί το παραδοσιακό, τυπικό ελληνικό σχολείο, ώστε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις μιας ανταγωνιστικής παγκόσμιας αγοράς (Soultatou, 2007).

Η εισαγωγή του θεσμού της Αγωγής Υγείας στα σχολεία της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης το σχολικό έτος 2000-2001 αποτέλεσε μια προσπάθεια προς αυτήν την κατεύθυνση. Γι αυτόν το λόγο θα γίνει αναφορά στο θεσμικό πλαίσιο της Αγωγής Υγείας, στη μεθοδολογία και θεματολογία της, καθώς αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά στοιχεία της ποιοτικής αλλαγής που επιχειρήθηκε στην εκπαίδευση. Μετά από δέκα χρόνια λειτουργίας του θεσμού κρίνεται σήμερα σημαντικό να καταγραφούν οι απόψεις των εκπαιδευτικών που εφαρμόζουν καινοτόμα¹ προγράμματα Αγωγής Υγείας για τους παράγοντες εκείνους που διευκολύνουν, καθώς και αυτούς που εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων. Το εγχείρημα αυτό άλλωστε αποτέλεσε και αντικείμενο πρόσφατης έρευνας σχετικά με τα εμπόδια στην ενθάρρυνση της άτυπης συμβουλευτικής υγείας στα σχολεία (Soultatou et al, 2009).

1.1 Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας: Μια πρόκληση σε Παγκόσμιο Επίπεδο

Η Αγωγή και Προαγωγής της Υγείας αποτέλεσε και αποτελεί μια πρόκληση σε παγκόσμιο επίπεδο, όπως αυτό φαίνεται από μια σειρά συνεδρίων και διεθνών συμποσίων. Το 1948

¹ Η Εκπαιδευτική καινοτομία εστιάζεται σε ενέργειες που εμπεριέχουν και προωθούν νέες αντιλήψεις για την εκπαίδευση σχετικά με την αλλαγή αρχών - πεποιθήσεων και την εφαρμογή νέων διδακτικών προσεγγίσεων (Fullan, 1991). Τα καινοτόμα προγράμματα που έχουν την ευρύτερη εφαρμογή στα σχολεία είναι: Τα Διεπιστημονικά Προγράμματα/Σχολικές Δραστηριότητες, όπως η Αγωγή Υγείας, η Περιβαλλοντική Εκπαίδευση, τα Πολιτιστικά Θέματα και οι Πανελλήνιοι Μαθητικοί Καλλιτεχνικοί Αγώνες, τα Ευρωπαϊκά Εκπαιδευτικά Προγράμματα και η Ευέλικτη Ζώνη.

με την ίδρυση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (W.H.O.), η υγεία ορίστηκε ως κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο απουσίας ασθένειας ή αναπηρίας (Anderson, 1984). Το 1978 στην ΕΣΣΔ πραγματοποιήθηκε η Διεθνής Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Alma-Ata, με βασικό στόχο την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, καθώς και τη μείωση του κενού στα επίπεδα υγείας μεταξύ των αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών (Lawn, et al, 2008). Το 1986 στην Οτάβα του Καναδά έλαβε χώρα η πρώτη Διεθνής Διάσκεψη για την Προαγωγή της Υγείας, με την πεποίθηση ότι αυτή θα επιτευχθεί με τη δημιουργία υποστηρικτικών πλαισίων, την ενίσχυση των κοινοτικών δράσεων, την ανάπτυξη των προσωπικών δεξιοτήτων, τονίζοντας παράλληλα το ρόλο του σχολείου και τις εμπειρίες ζωής που θα δώσει στους νέους ανθρώπους (Grange, 2001), ενώ το έτος 1988 υπήρξε απόφαση της Συνόδου των Υπουργών Παιδείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την εισαγωγή της Προαγωγής της Υγείας στο σχολείο (Αθανασίου, 2000).

Παρόλα αυτά, το 1998 στο Porto Rico επισημάνθηκε η έλλειψη συνεργασίας σε διεθνές επίπεδο και δόθηκε έμφαση στην τάση οπισθοδρόμησης στην εκπαίδευση με τη διαπίστωση της ανάγκης για συλλογική δουλειά σε νέους ορίζοντες για τη νέα χιλιετία (Arroyo, 1999). Η αναγκαιότητα της συλλογικότητας, όπως είχε ήδη εκφραστεί από τα μέσα της δεκαετίας του '80 με το κατασκεύασμα του «κοινωνικού κεφαλαίου» (Gillis, 1998), βοήθησε στη μετατόπιση προς την ανάπτυξη θεωρητικών πλαισίων για συλλογικότητα, συνεργασία και ανάπτυξη δράσεων σε θέματα Προαγωγής της Υγείας (Gillis, 1998 · Stephen, 2008).

Ενδεικτικά, μερικά από τα σύγχρονα προβλήματα που συζητούνται σε διεθνή συνέδρια αφορούν στην πρόληψη της παχυσαρκίας και των διατροφικών διαταραχών (Haines & Deumark-Sztainer, 2006 · Sharma, 2008 · Graham, et al, 2008), το κάπνισμα (Novak et al, 2006), την ασφάλεια και την πρόληψη των ατυχημάτων (Petridou et al, 2005), την αντιμετώπιση του άγχους και τη σημασία της ψυχικής υγείας (La Montagne et al, 2007).

Μεγάλο, επίσης, είναι το ερευνητικό ενδιαφέρον σε εθνικό επίπεδο. Σε μελέτη της κλινικής Προληπτικής Ιατρικής και Διατροφής του Πανεπιστημίου Κρήτης, βρέθηκε ότι ένα στα δύο παιδιά ηλικίας 4-7 ετών έχει υψηλά ποσοστά χοληστερόλης, ενώ ένα στα τέσσερα παιδιά εμφανίζει υπέρταση (Σκρέκας, 2006). Επίσης, σε έρευνα που έγινε σε δείγμα 94 παιδιών ηλικίας 5 ετών, διαπιστώθηκε μη ισορροπημένη διατροφή και τάση παχυσαρκίας (υπέρβαρα - παχύσαρκα) σε υψηλό ποσοστό (Παπαδέλης κ.ά., 2007). Εκτός των άλλων, σε έρευνα που διενεργήθηκε στη Σύρο σε δείγμα 189 μαθητών της Γ'

Δημοτικού, 63 παιδιά (33,3%) ήταν υπέρβαρα και παχύσαρκα (Ουζουνίδου κ.ά., 2008). Το Κέντρο Έρευνας Πρόληψης Ατυχημάτων (Κ.Ε.Π.Α.) της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Αθήνας, σε έρευνα που διενεργήθηκε σε παιδιά ηλικίας έως 14 ετών σχετικά με τα παιδικά ατυχήματα, γνωστοποιεί ότι για τα έτη 1992-2004, η χώρα μας καταλαμβάνει ενδιάμεση θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σχετικά με τη θνησιμότητα εξ αιτίας των παιδικών ατυχημάτων (ΚΕΠΑ, 2009). Ενδιαφέρον, επίσης, παρουσιάζουν και σύγχρονα θέματα όπως: (α) η ασφάλεια στο Διαδίκτυο - σε έρευνα της μονάδας Εφηβικής Υγείας του Πανεπιστημίου της Αθήνας σε δείγμα εφήβων ηλικίας 15 ετών από την ευρύτερη περιοχή της Αττικής - παρατηρήθηκαν θετικές συσχετίσεις μεταξύ της χρήσης του Διαδικτύου και της παραβατικότητας, καθώς και της ανάπτυξης δυσλειτουργικών σχέσεων με τους συνομηλίκους (Μ.Ε.Υ., 2009), (β) ο εκφοβισμός και η θυματοποίηση - σε δείγμα 791 μαθητών σε Αθήνα και Πειραιά παρατηρήθηκε ότι 304 μαθητές (38,4%) είχαν δεχτεί εκφοβισμό στο χώρο του σχολείου, με το 18,8% αυτών να δηλώνει ότι δέχεται επιθετική συμπεριφορά τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα (Ανδρεαδάκης κ.ά., 2007). Επιπροσθέτως, σε έρευνα που διενεργήθηκε σε δείγμα 120 ατόμων του αστικού εφηβικού πληθυσμού της Θεσσαλίας διαπιστώθηκε ότι το 17,5% των συμμετεχόντων δέχτηκαν βία έστω και μία φορά, ενώ το 49,17% πιστεύει ότι κάποιος που φέρεται βίαια μπορεί να πάρει αυτό που θέλει από τους άλλους (Αναστασίου κ.ά., 2007)

Όπως φαίνεται από τις ανωτέρω αναφορές, οι αρνητικοί δείκτες επηρεάζουν την ψυχική και σωματική υγεία των μαθητών. Για το λόγο αυτό ο ρόλος του Σχολείου και της Προαγωγής της Υγείας σήμερα έχει ιδιαίτερη βαρύτητα και σημασία (Σώκου, 1999 Αθανασίου, 2000 · Γκούβρα κ.ά., 2003 · Στάπα – Μουρτζίνη, 2004).

1.2 Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας – Ο Ρόλος του Σχολείου

Στο παρελθόν υπήρχε η εντύπωση ότι η έννοια « Αγωγή Υγείας » ορίζεται ως ενημέρωση "ειδικών" για θέματα υγείας. Υπήρχε μια λαϊκή αντίληψη της υγείας (Σώκου, 1999), που οριζόταν ως κατάσταση αντίθετη της ασθένειας. Γι' αυτό, αντί του όρου « Αγωγή Υγείας » χρησιμοποιήθηκε ο όρος «υγειονομική διαφώτιση» (Αθανασίου, 2000). Ο όρος αυτός αναφερόταν κυρίως στην ενημέρωση για ιατρικά θέματα, με στόχο να πληροφορήσει το άτομο, χωρίς όμως να επιδιώκει την ενεργητική συμμετοχή του, για την αλλαγή της συμπεριφοράς του.

Σήμερα, η αναφορά στον όρο «Αγωγή Υγείας» υποδηλώνει «μια διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης που δίνουν στους ανθρώπους τη δυνατότητα, όταν λειτουργούν ως άτομα ή ως

σύνολα, να αποφασίζουν και να ενεργούν συνειδητά (ενημερωμένα) για θέματα που επηρεάζουν την υγεία τους» (Σώκου, 1999, σ.18). Ο προαναφερθείς ορισμός αναφέρεται στην τυποποιημένη μορφή της Αγωγής Υγείας. Πέρα όμως απ' αυτήν, υπάρχει και η άτυπη μορφή Αγωγής Υγείας, όπως καθορίζεται από πολιτισμικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς και άλλους παράγοντες, διαφορετικούς από περιβάλλον σε περιβάλλον, και η οποία αποτελεί βασικό συστατικό της κοινωνικοποίησης του ανθρώπου. Απ' όλους αυτούς τους παράγοντες καθορίζεται το σύνολο των επιρροών που διαμορφώνουν γνώσεις, πεποιθήσεις και συμπεριφορές σε σχέση με την υγεία (Σώκου, 1999).

Η ταυτόχρονη αναφορά στους όρους της Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας οδηγεί στη λανθασμένη εντύπωση ότι πρόκειται για ταυτόσημες έννοιες. Στην πραγματικότητα, ο όρος «Προαγωγή της Υγείας», όπως δημοσιεύτηκε το 1986 στον καταστατικό χάρτη της Οτάβα, υποδηλώνει τη «διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους» (W.H.O., 1984). Οι Guldbrandson & Bremberg (2005) αναφέρουν ότι σύμφωνα με την Προαγωγή της Υγείας, η Αγωγή Υγείας στο σχολείο συνδυάζεται με την τροποποίηση του σχολικού περιβάλλοντος για την ανάπτυξη συμπεριφορών Προαγωγής Υγείας.

Στο μοντέλο Προαγωγής Υγείας, που προτείνεται απ' τον Nutbeam (2000) ως στόχος για τη δημόσια υγεία και την εκπαίδευση σε θέματα υγείας στον 21ο αιώνα, βασικά σημεία είναι: (α) η επίδραση των μέτρων παρέμβασης (υποστηρικτικές οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες, απαγόρευση της χρήσης καπνού και της κατανάλωσης οινοπνεύματος, συμμετοχή στην κοινότητα), (β) υγειονομικά και κοινωνικά αποτελέσματα (μειωμένη νοσηρότητα, αποφυγή θνησιμότητας, ποιότητα ζωής, δικαιοσύνη).

Οι αποτελεσματικές πολιτικές υγείας μπορούν να δημιουργήσουν ευκαιρίες που επιτρέπουν σε άτομα και κοινότητες να αυξήσουν τον έλεγχο πάνω σε καθοριστικούς παράγοντες της υγείας (Rütten et al, 2000), δίνοντάς τους ταυτόχρονα την αίσθηση της αποτελεσματικότητάς τους στην ανάληψη δράσης σε θέματα Προαγωγής της Υγείας. Η ικανότητα επιτρέπει τη συμμετοχή και η συμμετοχή βελτιώνει την ικανότητα (Rütten et al, 2000), ιδίως όταν αυτό μαθαίνεται από μικρή ηλικία στα πλαίσια του σχολείου. Γι' αυτό και η ανάληψη πρωτοβουλιών δράσης μέσα από συμμετοχικές διαδικασίες μπορεί να αποτελέσει προτεραιότητα στους στόχους του σχολείου (Γκούβρα, κ.ά., 2003). Ο μαθητής θα πρέπει να έχει προηγουμένως εκπαιδευτεί μέσα από το σχολείο με μεθόδους και τεχνικές που ευνοούν την ανάπτυξη της προσωπικότητας, της αυτοεκτίμησης, των κοινωνικών δεξιοτήτων και των διαπροσωπικών σχέσεων (Σώκου, 2000). Τα Διαθεματικά

Ενιαία Πλαίσια Προγραμμάτων Σπουδών και τα Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών αναφέρονται σε δεξιότητες που πρέπει να καλλιεργηθούν στο μαθητή μέσα στο σύγχρονο σχολείο, όπως είναι η ικανότητα αξιοποίησης γνώσεων και δεξιοτήτων για την προστασία της υγείας σε κοινωνικό και ατομικό επίπεδο, καθώς και η ικανότητα συνεργασίας με άλλα άτομα σε ομαδικές εργασίες μέσα από την κοινωνική αλληλεπίδραση (Μακρή-Μπότσαρη, 2005). Η εκπαίδευση στην υγεία παρέχεται από δασκάλους που μπορεί να έχουν μια άμεση επίδραση στους μαθητές και πιθανόν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά τους σε θέματα Προαγωγής της Υγείας κατά την ενηλικίωσή τους (McGimmiss, 1992 · Nutbeam, 1992).

Πρωταρχικής σημασίας θέμα για την Αγωγή Υγείας είναι να αποκτήσουν τα παιδιά τη δυνατότητα κριτικής μάθησης (Γκούβρα, κ.ά., 2003Στάππα – Μουρτζίνη, 2004), να έρθουν αντιμέτωπα με καταστάσεις για τις οποίες θα πρέπει να πάρουν αποφάσεις, αντιλαμβανόμενα και τις συνέπειες των αποφάσεών τους (Αθανασίου, 2000). Σύμφωνα με την προσέγγιση της Προαγωγής Υγείας, η Αγωγή Υγείας στο σχολείο συνδυάζεται με την τροποποίηση του σχολικού περιβάλλοντος και την ανάπτυξη συμπεριφορών προαγωγής της υγείας (Demman et al., 2002 · Guldbrandson & Bremberg, 2005). Μαθητές με χαμηλές σχολικές επιδόσεις συνδέονται θετικά με αρνητικές συμπεριφορές υγείας, όπως το κάπνισμα (Bryant et al., 2000) και τη φυσική αδράνεια (Tammelin et al., 2003).

Η συνεργασία της πολιτείας, του σχολείου και των φορέων είναι σημαντική. Οι Tones και Green (2004) αναφέρονται στη σημασία της συνεργατικής αλληλεπίδρασης μεταξύ των φορέων και τονίζουν την ανάγκη χάραξης μιας πολιτικής δημόσιας υγείας που, μέσα από την εκπαίδευση, θα οδηγήσει στην πολιτική και κοινωνική αλλαγή.

Ένα συνεργατικό μοντέλο σχολείου, σύμφωνα με το γερμανικό πρότυπο που εφαρμόζεται στην Ολλανδία, περιλαμβάνει τέσσερα επίπεδα (Leurs et al., 2005) δομών που αποτελούνται από (α) τους υπεύθυνους για τη λήψη αποφάσεων (Decision makers) (σχολικό συμβούλιο – Δήμοι – επαρχίες – εθνική κυβέρνηση), (β) το πρόγραμμα πολιτικής (Policies) (στην εκπαίδευση – ευημερία – Υγεία – Νεολαία), (γ) τις σχολικές υπηρεσίες (School services) που περιλαμβάνει την εθνική καμπάνια, τη φροντίδα νέων, την προώθηση υγείας στον εργασιακό χώρο, την υγεία, την ευημερία, την ασφάλεια, τη φροντίδα των παιδιών, και (δ) το Σχολείο (School) στο ανώτερο επίπεδο. Ένα τέτοιο συνεργατικό μοντέλο συμβάλλει στο "Σχολείο Προαγωγής της Υγείας", έστω και με κάθετη επικοινωνία, αλλά με περιθώρια βελτίωσης προς το επιθυμητό οργανωτικό μοντέλο αμφίδρομης επικοινωνίας.

Η ελληνική πολιτεία, στοχεύοντας προς την κατεύθυνση Προαγωγής της Υγείας στο σχολείο με την υπουργική απόφαση Φ11.3/1067/Γ1/954/24-10-2001 η οποία στάλθηκε στις Διευθύνσεις με την υπ' αριθμόν Φ11.3/1070/Γ1/956/26-10-2001 εγκύκλιο του Υπ.Ε.Π.Θ., όρισε Υπεύθυνους Αγωγής Υγείας στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση, με στόχο το συντονισμό και την προώθηση των καινοτόμων σχολικών προγραμμάτων στον ευαίσθητο τομέα της Αγωγής Υγείας.

1.3 Το θεσμικό πλαίσιο της Αγωγής Υγείας

Βάσει του θεσμικού πλαισίου της Αγωγής Υγείας καθορίζονται τα καθήκοντα, οι αρμοδιότητες και οι ρόλοι των υπευθύνων Αγωγής Υγείας. Στο ΦΕΚ 277, τεύχος Β', σύμφωνα με την Φ11.2/272/Γ1/217/13-3-2001, απόφαση του Υπουργού Παιδείας καθορίστηκε η διαδικασία κάλυψης των θέσεων Υπευθύνων Σχολικών Δραστηριοτήτων Αγωγής Υγείας Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Επίσης, με το Φ11.2/273/Γ1/218/13-3-2001, ΦΕΚ 277, τεύχος Β', απόφαση του Υπουργού Παιδείας και με την υπ' αριθμόν 106137/Γ7/30-09-2003 εγκύκλιο του Υπ.Ε.Π.Θ. ορίστηκαν με σαφήνεια και λεπτομέρεια τα καθήκοντα, οι αρμοδιότητες και το έργο των υπευθύνων. Ενδεικτικά αναφέρεται: (α) η συνεργασία με τα στελέχη της εκπαίδευσης (Σχολικούς Συμβούλους κ.ά.) (β) η παρακολούθηση και ο συντονισμός των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας (γ) η παρότρυνση και δημιουργία προϋποθέσεων για την εφαρμογή όλο και περισσότερων προγραμμάτων (δ) η οργάνωση ενημερωτικών συναντήσεων για τους εκπαιδευτικούς στις οποίες μπορούν να συμμετέχουν και ως επιμορφωτές (ε) η οργάνωση εκδήλωσης παρουσίασης εργασιών των σχολείων στο τέλος της χρονιάς έτσι ώστε να υπάρξει Διάχυση² της δουλειάς των μαθητών και (στ) η συμβολή τους, ως συνδεδετικών κρίκων, μεταξύ του νομού και της Διεύθυνσης Σπουδών Α/θμιας Εκπαίδευσης του Υπ.Ε.Π.Θ.

Με την υπ' αριθμόν Φ11.3/1129/Γ1/1001/12-11-2001 εγκύκλιο του Υπ.Ε.Π.Θ., η Αγωγή Υγείας δεν αποτελεί ιδιαίτερο μάθημα με δικό του γνωστικό αντικείμενο, δικές του μεθόδους και εξειδικευμένους εκπαιδευτικούς. Χαρακτηρίζεται ως εκπαιδευτική διαδικασία, στην οποία η διάρκεια, ο χρόνος και τα όρια δεν είναι αυστηρά καθορισμένα, σε αντίθεση με τα παλαιότερα χρόνια, όπου αναπτυσσόταν στα στενά όρια της σχολικής

² Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας, οι στόχοι τους, οι τρόποι εφαρμογής και τα αποτελέσματά τους κρίνεται αναγκαίο να γίνονται γνωστά και να διαχέονται αφενός μεταξύ των σχολείων, αφετέρου στην τοπική και ευρύτερη κοινωνία με την οργάνωση ημερίδων, σεμιναρίων και εκθέσεων, έτσι ώστε να δίνεται η δυνατότητα σε εκπαιδευτικούς και μαθητές/τριες να ανταλλάξουν απόψεις και εμπειρίες, να συζητήσουν ακόμα και τα εμπόδια και τις δυσκολίες εφαρμογής των προγραμμάτων (Στάππα-Μουρτζίνη, 2004)

τάξης, χωρίς την επιδίωξη της ενεργής συμμετοχής των μαθητών με τη χρήση ενεργητικών - βιωματικών μεθόδων μάθησης (Αθανασίου, 2000 · Γκούβρα κ.ά, 2003).

Η εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας γίνεται εκτός ωρών διδασκαλίας ή μέσα στην Ευέλικτη Ζώνη³, μπορεί όμως να διαχυθεί και σε όλα τα μαθήματα. Η Αγωγή Υγείας περιλαμβάνει απλές και σύνθετες δραστηριότητες, ενώ δεν δεσμεύεται από προγράμματα σπουδών (χωρίς, ωστόσο, να τα καταργεί ή να τα παραβιάζει). Απαιτεί την ενεργητική συμμετοχή των μαθητών (ατομική, εταιρική, ομαδική εργασία), λαμβάνοντας υπ' όψη τα ενδιαφέροντα, τις σχετικές εμπειρίες και γνώσεις, αλλά και τις δραστηριότητες που προσφέρονται για έρευνα μέσα και έξω απ' το σχολείο. Επειδή τα θέματα υγείας και οι παράμετροί τους δεν είναι αποκλειστικά αντικείμενα κανενός απ' τα μαθήματα του προγράμματος σπουδών, απαιτείται η διεπιστημονική προσέγγιση σε όσο το δυνατόν περισσότερα γνωστικά αντικείμενα (Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, 2001).

Μελετώντας τις προαναφερθείσες εγκυκλίους του Υπ.Ε.Π.Θ., είναι εμφανές ότι δημιουργήθηκαν οι προοπτικές και το πλαίσιο έτσι, ώστε με την Αγωγή Υγείας να μπορούν οι μαθητές και οι εκπαιδευτικοί να ανακαλύψουν νέους τρόπους μάθησης και δραστηριοποίησης σε ένα σχολείο με παραδοσιακές δομές και μεθοδολογίες (Γκούβρα, κ. ά., 2003).

1.4 Η Θεματολογία και η Μεθοδολογία των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Στο Υπ.Ε.Π.Θ. και στη Διεύθυνση Συμβουλευτικού Επαγγελματικού Προσανατολισμού και Εκπαιδευτικών Δραστηριοτήτων (Σ.Ε.Π.Ε.Δ.) αρμόδιο για τα θέματα Αγωγής Υγείας είναι το Τμήμα Β' (Αγωγής Υγείας και Περιβαλλοντικής Εκπαίδευσης). Στην αρχή κάθε χρονιάς, με εγκύκλιο που αποστέλλεται στις Διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης όλης της χώρας, καθορίζεται η θεματολογία της Αγωγής Υγείας, καθώς και το πλαίσιο της εκπαίδευσης για την Αειφόρο Ανάπτυξη μιας και το Υπ.Ε.Π.Θ., συμβαδίζοντας και με τους στόχους των Ηνωμένων Εθνών και της UNESCO, έχει διαμορφώσει δράσεις για τη δεκαετία 2005-14, με στόχο το άνοιγμα του σχολείου στην κοινωνία, μέσω της από κοινού

3. Η «ευέλικτη ζώνη» ή «ζώνη δημιουργικών δραστηριοτήτων», όπως λέγεται, αποτελεί ομπρέλα στην οποία εντάσσονται όλες οι σχολικές δραστηριότητες και τα προαιρετικά προγράμματα (Αλαχιώτης, 2002· Πατσάλης, 2009). Οι δραστηριότητες που αναπτύσσονται στοχεύουν στην ολιστική προσέγγιση της γνώσης καθώς και στην απόκτηση δεξιοτήτων μέσα από βιωματικές και ομαδοσυνεργατικές διαδικασίες μάθησης με κύριο μεθοδολογικό εργαλείο τα Σχέδια Εργασίας (Ματσαγγούρας, 2002) Ο διατιθέμενος χρόνος για την Ευέλικτη Ζώνη στο ωρολόγιο πρόγραμμα των Δημοτικών Σχολείων ανά εβδομάδα είναι: 4 ώρες στις τάξεις Α' και Β' - 3 ώρες στη Γ' και Δ' τάξη και 2 ώρες στην Ε' και Στ' τάξη Δημοτικού (Υπ.Ε.Π.Θ., 2005)

υλοποίησης δράσεων με κοινωνικούς φορείς (Εγκ. Υπ.Ε.Π.Θ., 105087/Γ7/5-10-2005 & Εγκ. Υπ.Ε.Π.Θ., 81687/Γ7/9-07-2009).

Οι βασικότερες κατηγορίες της θεματολογίας των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας για το σχολικό έτος 2009-10, όπως έχουν καθοριστεί με την Πράξη 17/2001 του Π.Ι. και έχουν αποσταλεί στα σχολεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης με σχετικές εγκυκλίους, είναι:

- *Διαπροσωπικές Σχέσεις - Ψυχική Υγεία* (Ο εαυτός μου - η σχέση μου με τους άλλους, αυτοεκτίμηση, συναισθήματα, επικοινωνία, κοινωνικός αποκλεισμός)
- *Ισότητα των δύο φύλων* (ρατσισμός, βία, αντιμετώπιση πένθους, αντιμετώπιση άγχους)
- *Πρόληψη Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών* (Ναρκωτικά, αλκοόλ, τσιγάρο)
- *Κατανάλωση και υγεία* (Διατροφή και διατροφικές συνήθειες, παχυσαρκία, καρδιαγγειακά νοσήματα, στοματική υγιεινή, γενετικά τροποποιημένα προϊόντα)
- *Σεξουαλική Αγωγή – Διαφυλικές Σχέσεις* (Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα Aids, Ηπατίτιδα Β – Πρόληψη παιδικής κακοποίησης)
- *Φυσική άσκηση και Υγεία* (Ελεύθερος Χρόνος)
- *Κυκλοφοριακή Αγωγή – Ατυχήματα* (Οδική συμπεριφορά των μαθητών-πεζών, κράνος και ζώνη ασφαλείας, αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ πριν και κατά την οδήγηση, παιδιά στο αυτοκίνητο-τι πρέπει να γνωρίζουν οι μαθητές ως οδηγοί μοτοποδηλάτων, ως επιβάτες σχολικών λεωφορείων και άλλων μέσων)
- *Περιβάλλον και Υγεία* (έκθεση σε τοξικές ουσίες και στην υπερβολική ηλιακή ακτινοβολία- μόλυνση του περιβάλλοντος και συνέπειες π.χ. καρκίνος)
- *Εθελοντισμός* (Εθελοντική αιμοδοσία, προσφορά ιστών και οργάνων, πρώτες βοήθειες, εθελοντής σχολικός τροχονόμος)
- *Αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων-ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση του άγχους, του φόβου κ.ά.* (Σεισμοί, πλημμύρες, πυρκαγιές)

Σημαντική είναι και η μέθοδος προσέγγισης των θεμάτων, αφού η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου καθορίζει την αποτελεσματικότητα της διδασκαλίας. Μολονότι η μετωπική

διδασκαλία είναι δύσκολο να αποφευχθεί εξ ολοκλήρου (Γκούβρα, κ.ά., 2003), η μεθοδολογία ανάπτυξης της Αγωγής Υγείας μπορεί να περιλαμβάνει συζήτηση σε μικρές ομάδες, συνεντεύξεις, συμμετοχή της κοινότητας, πρόσκληση ομιλητών, επίκαιρες αφορμήσεις, ήχο και εικόνα, καταγισμό ιδεών, τέχνη, παιχνίδι ρόλων, γραπτές εργασίες, μελέτη περίπτωσης, προγράμματα, παροχή πληροφοριών, διαπραγμάτευση (Γκούβρα, κ.ά., 2003 · Μπακιρτζής, 2002).

Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται σήμερα στις βιωματικές μεθόδους Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας οι οποίες περιλαμβάνουν προσεγγίσεις συναισθηματικού τύπου (Σώκου, 1999 · Χρυσάφιδης, 2003 · Αθανασίου, 2000 · Frey, 2005). Μερικές απ' τις τεχνικές που αξιοποιούνται είναι οι δραστηριότητες γνωριμίας, οι δραστηριότητες προθέρμανσης, οι τεχνικές χωρισμού σε υποομάδες, οι δραστηριότητες που δημιουργούν κλίμα εμπιστοσύνης (Γκούβρα, κ.ά., 2003· Στάππα – Μουρτζίνη, 2004). Μέσα από τέτοιες τεχνικές ο μαθητής συνειδητοποιεί τις διάφορες πλευρές του, βιώνει συναισθήματα, εκφράζει απόψεις, εγκαθιστά σχέση επικοινωνίας με τμήματα του εαυτού του και με τους άλλους (Μπακιρτζής, 2002).

1.5 Ανάγκη διερεύνησης των παραγόντων που διευκολύνουν και των παραγόντων που εμποδίζουν την υλοποίηση καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Η εισαγωγή των καινοτόμων προγραμμάτων στην εκπαίδευση θεωρείται σήμερα ως η σημαντικότερη παράμετρος για την ανάπτυξη του εκπαιδευτικού μας συστήματος, γι αυτό η σκοποθεσία και οι μεθοδολογικές προσεγγίσεις τους αποτελούν ένα από τα βασικά θέματα επιμόρφωσης των νεοδιόριστων εκπαιδευτικών (Μακρή-Μπότσαρη, 2007).

Στόχος κάθε καινοτόμου προσπάθειας είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ανθρώπων, ο ευέλικτος προγραμματισμός, η επίλυση προβλημάτων και η ανάπτυξη θετικής πρωτοβουλίας εκ μέρους του προσωπικού (Μπελαδάκης, 2009). Η εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία στοχεύει πρωταρχικά στο «Σχολείο Προαγωγής της Υγείας». Αυτό είναι ένα ανοιχτό σχολείο, που θα πρέπει να συνεργάζεται με τους γονείς και την τοπική κοινωνία (Στάππα – Μουρτζίνη, 2004 · Σώκου, 1999). Οι γονείς θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τις δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα στο σχολείο, να συμμετέχουν και να βοηθούν. Επίσης η τοπική κοινωνία, ο Δήμος, οι φορείς θα πρέπει να συμμετέχουν, προκειμένου το σχολείο να γίνει κέντρο μάθησης και πολιτισμού.

Οι Soulatou & Duncan (2009), σχετικά με το θέμα των συνεργασιών που αποτελεί βασική αρχή των προγραμμάτων κάθε καινοτόμου δράσης, αναφέρουν ότι σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε σχολείο Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, διαπιστώθηκε πως η έννοια της συνεργασίας, όπως προωθείται από το Υπ.Ε.Π.Θ. μέσω των εγκυκλίων στα σχολεία, έχει κυρίως έναν ιδεαλιστικό χαρακτήρα που δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Επιπλέον, οι εγκύκλιοι τονίζουν τη σημασία των συνεργασιών ανάμεσα στις υπηρεσίες και στα ιδρύματα, χωρίς όμως να περιγράφουν τη διαδικασία της συνεργασίας. Ως εκ τούτου, η εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση βρίσκεται σε μια φάση "ασταθούς ισορροπίας" μεταξύ προόδου και αποτυχίας (Soulatou, 2007).

Στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση η εισαγωγή του θεσμού της Αγωγής Υγείας έγινε το έτος 2001 και, σε αντίθεση με τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, εφαρμόζεται κατά τη διάρκεια του επίσημου προγράμματος των σχολείων. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ολιστική προσέγγιση των θεμάτων Αγωγής Υγείας με τη συμμετοχή όχι μόνο των μαθητών του σχολείου, αλλά και της οικογένειας, φορέων της ευρύτερης κοινότητας, καθώς και προσωπικού υπηρεσιών υγείας (Γκούβρα, κ. ά., 2003 Στάππα – Μουρτζίνη, 2004). Τα Συντονισμένα Προγράμματα Σχολικής Υγείας συμβάλλουν σημαντικά στην Προαγωγή της Υγείας στα παιδιά σχολικής ηλικίας. Αυτά τα προγράμματα συνδυάζουν την αγωγή υγείας, την ενίσχυση της υγείας για το προσωπικό, τις υπηρεσίες υγείας, τη συμβουλευτική, τις ψυχολογικές και κοινωνικές υπηρεσίες, τη γυμναστική, ένα υγιές σχολικό περιβάλλον και την εμπλοκή της οικογένειας ή/και της κοινότητας σε ένα αλληλένδετο μοντέλο συστηματικής προώθησης της υγείας του παιδιού (McCullun-Gomez et al, 2006). Ωστόσο, σήμερα η θεσμοθετημένη παρουσία προσωπικού υπηρεσιών υγείας στα ελληνικά σχολεία δεν υφίσταται, σε αντίθεση με άλλες χώρες, όπου υπάρχει συντονισμένη δράση υπηρεσιών υγείας.

Στην πραγματικότητα, οι στόχοι δεν είναι πάντα επιτεύξιμοι ή υπάρχει διαφοροποίηση στο βαθμό επίτευξής τους, ανάλογα με τους παράγοντες που διευκολύνουν και τους παράγοντες που εμποδίζουν τους εκπαιδευτικούς στην υλοποίηση των καινοτόμων δράσεων και στη συνεργασία τους με τους φορείς (Dee et al, 2002 · Buston et al, 2002 · Waggie et al, 2004 · Mathews et al, 2006 · Sebasto, 2007 · Soulatou, 2007 · Soulatou et al, 2009 · Soulatou & Duncan, 2009).

Με την καταγραφή των απόψεων των εκπαιδευτικών που ασχολούνται με την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία του Ν. Αχαΐας, σχετικά με τους

παράγοντες που διευκολύνουν και τους παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή τους, θα γίνει μια προσπάθεια να φωτιστούν σημαντικές πτυχές του θέματος με αποδέκτες τους υπεύθυνους Αγωγής Υγείας, τους εκπαιδευτικούς των σχολείων, το Διευθυντή του Σχολείου, την πολιτεία και κάθε αρμόδιο φορέα χάραξης εκπαιδευτικής πολιτικής.

Η μελέτη του εν λόγω θέματος μπορεί να θεωρηθεί σημαντική για:

(α) *τον Υπεύθυνο Αγωγής Υγείας*

Από τη διερεύνηση του θέματος και τα ευρήματα της έρευνας, ο Υπεύθυνος Αγωγής Υγείας θα ενημερωθεί για τα θετικά και αρνητικά σημεία της υλοποίησης των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, προκειμένου αυτός με τη σειρά του να προτείνει αλλαγές στους αρμόδιους του τομέα της Συμβουλευτικής και του Επαγγελματικού Προσανατολισμού του Υπ.Ε.Π.Θ., στα πλαίσια της ετήσιας έκθεσης για τη λειτουργία των προγραμμάτων (αξιολόγηση των ποιοτικών και ποσοτικών στοιχείων). Τέτοιες αλλαγές μπορεί να σχετίζονται με προτάσεις αναφορικά με τρόπους διαμόρφωσης καλύτερης συνεργασίας των εκπαιδευτικών (Dee et al, 2002 · Sebasto, 2007), τρόπους κινητοποίησης των συλλόγων γονέων και των εκπροσώπων τους (Soultatou et al, 2009), τη χρηματοδότηση των προγραμμάτων (Waggie et al, 2004). Εκτός των άλλων, γνωρίζοντας την κατηγορία κινήτρων που ενεργοποιούν τον εκπαιδευτικό, ο υπεύθυνος Αγωγή Υγείας θα έχει μια εκτίμηση των προσδοκιών και των στόχων που αυτός θέτει (Schuhmann, et al, 2006).

(β) *το Διευθυντή του Σχολείου*

Στο ευρύ φάσμα των αρμοδιοτήτων του Διευθυντή είναι κι αυτή της διευκόλυνσης των εκπαιδευτικών στην εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας (Ματσαγγούρας, 2000). Ο ρόλος του Διευθυντή στην εφαρμογή της καινοτομίας είναι ουσιαστικός, γιατί αυτός θα ενημερώσει τους υπόλοιπους εκπαιδευτικούς για τις αλλαγές που θα ακολουθήσουν και θα φροντίσει για την εφαρμογή τους. Λειτουργεί ως διαμεσολαβητής ανάμεσα στον εσωτερικό κόσμο του σχολείου και στους εξωσχολικούς εκπαιδευτικούς φορείς. Είναι αυτός που θα διαχειριστεί τις συγκρούσεις και τη διαδικασία της αλλαγής (Μπελαδάκης, 2009).

γ) *τον Εκπαιδευτικό του Σχολείου*

Ο εκπαιδευτικός θα ενημερωθεί για τις έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες του κόσμου και επομένως θα αποκτήσει μια πληρέστερη εικόνα τόσο των

παραγόντων που διευκολύνουν την εφαρμογή των προγραμμάτων, όσο και εκείνων που εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων.

(δ) την Πολιτεία

Οι φορείς της πολιτείας, αξιοποιώντας δεδομένα σχετικών μελετών, θα προχωρήσουν σε εκπαιδευτικές μεταρρυθμίσεις ως προς το σχεδιασμό των προγραμμάτων επιμόρφωσης, έτσι ώστε να δημιουργηθούν οι κατάλληλες ευκαιρίες και να καλυφθούν οι διάφορες ανάγκες, ενόψει μάλιστα του αειφόρου σχολείου του παρόντος και του μέλλοντος (Wals, 2009). Η πολιτεία μπορεί να αναλάβει την ανάπτυξη σχεδίων δράσης, με στόχο την υποστήριξη των πρωτοβουλιών της σχολικής κοινότητας (Austin et al, 2006), μειώνοντας τους παράγοντες που δυσκολεύουν την εφαρμογή των προγραμμάτων με την παροχή κινήτρων (Waggie et al, 2004). Όπως αναφέρουν οι Neves de Jesus & Lens (2005), τα κίνητρα των δασκάλων είναι σημαντικά για την απόδοση και πρόοδο των εκπαιδευτικών μεταρρυθμίσεων. Οι παρακινήμενοι δάσκαλοι είναι πιθανότερο να εργαστούν για την εκπαιδευτική μεταρρύθμιση και την προοδευτική νομοθεσία (Jesus & Lens, 2005), ιδίως όταν συνεπικουρούνται από τη συντονισμένη δράση υπηρεσιών υγείας, όπως στο πρόγραμμα CATCH- Coordinated Approach to Child Health (McCullun-Gomez et al, 2006) και στο πρόγραμμα CATCH- Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (Lytle et al, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Από την επισκόπηση της βιβλιογραφίας για την καταγραφή αποτελεσμάτων ερευνών για τους παράγοντες που διευκολύνουν και τους παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας από τους εκπαιδευτικούς που ασχολούνται με την υλοποίησή τους, διαπιστώθηκαν επαρκή ερευνητικά δεδομένα. Στον διεθνή χώρο έχουν εντοπιστεί έρευνες που αφορούν στην εφαρμογή προγραμμάτων τόσο σε θέματα αγωγής υγείας (Buston et al, 2002· Lytle et al, 2003· Dwyer et al, 2003· Dake et al, 2004· Waggie et al, 2004· Cho & Nadow, 2004· Han & Weis, 2005· Austin et al, 2006· Mathews et al, 2006· Bauer et al, 2006· McCullun-Gomez et al, 2006· Kincaid et al, 2007· Sy & Glanz, 2008· Soulatou et al, 2009· Soulatou & Duncan, 2009) όσο και σε έρευνες που εμπεριέχουν το σύνολο των καινοτόμων προγραμμάτων στην εκπαίδευση (Davis & Wilson, 2000· Dee et al, 2002· Kelley et al, 2002· Abrami et al, 2004· Neves de Jesus & Lens , 2005· Pearson & Moomaw, 2006· Sebasto, 2007).

Στην ενότητα που ακολουθεί θα γίνει κατηγοριοποίηση αρχικά των σημαντικότερων παραγόντων που διευκολύνουν και στη συνέχεια των παραγόντων που εμποδίζουν την υλοποίηση καινοτόμων προγραμμάτων, όπως προκύπτουν από την ερευνητική ανασκόπηση.

2.1 Παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που έχουν διερευνηθεί για τη διευκόλυνση της εφαρμογής των καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, όπως προκύπτουν από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, είναι η επικοινωνία και η αλληλεπίδραση μεταξύ των δασκάλων και των μαθητών αλλά και μεταξύ των μαθητών, η επιμόρφωση - εκπαίδευση των δασκάλων, τα χαρακτηριστικά του εκπαιδευτικού, η συνεργασία με φορείς και εξωσχολικούς παράγοντες, ο Διευθυντής του Σχολείου, τα ενδογενή κίνητρα των εκπαιδευτικών, τα οργανωτικά και δομικά χαρακτηριστικά των προγραμμάτων, καθώς και κάποιοι εξωτερικοί παράγοντες, όπως το μέγεθος και η υποδομή σχολείου.

2.1.1 Επικοινωνία – Αλληλεπίδραση

Η υποστήριξη της καινοτομίας στο σχολείο μελετήθηκε σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Dee et al (2002) σε 517 δασκάλους 11 μεγάλων αστικών σχολείων στις Η.Π.Α. Σκοπός της εργασίας ήταν να αναγνωριστούν οι παράγοντες/παράμετροι που σχετίζονται με την αντίληψη των δασκάλων ότι υποστηρίζουν την καινοτομία στη βασική εκπαίδευση.

Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις για την καινοτομία, την ανοιχτή επικοινωνία, την αυτονομία στην εργασία (αναφέρεται στη δυνατότητα που έχουν οι δάσκαλοι να καθορίσουν τις διαδικασίες, τις μεθόδους και το πρόγραμμα της εργασίας) και για την τυπικότητα (αναφέρεται στους κανόνες και την διαδικασία). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι άντρες και γυναίκες δεν διέφεραν στο πώς αντιλαμβάνονταν την καινοτομία. Οι εκπαιδευτικοί που υποστήριζαν την καινοτομία στο σχολείο τους, είχαν ανοιχτή επικοινωνία με τους συνεργάτες τους και ελευθερία βούλησης για το τι θα διδάξουν στην τάξη. Αντίθετα, οι εκπαιδευτικοί που δεν προωθούσαν ένθερμα τέτοιου είδους δράσεις στο σχολείο, δεν γνώριζαν τα όρια των αρμοδιοτήτων τους και την ευθύνη τους, είχαν περιορισμένη επικοινωνία, αισθάνονταν πίεση στην ύλη και στο περιεχόμενο που πρέπει να διδάξουν και ήταν λιγότερο πιθανό να αισθάνονται ότι το σχολείο τους υποστηρίζει δημιουργικές δραστηριότητες σχετικές με την καινοτομία (Dee et al, 2002). Η σημασία της επικοινωνίας και της αλληλεπίδρασης μεταξύ των δασκάλων και των μαθητών, αλλά και μεταξύ των μαθητών, αναφέρθηκε ως η πιο ευχάριστη διάσταση και του προγράμματος Περιβαλλοντικής Εκπαίδευσης απ' το 48% των συντονιστών (απ' το συνολικό δείγμα των 60 συντονιστών), που συμμετείχαν στην ποιοτική έρευνα στο συντηρητικό σχολείο του Νιου Τζέρσεϊ με την αξιοποίηση συνεντεύξεων (Sebasto, 2007).

2.1.2 Η επιμόρφωση- εκπαίδευση των δασκάλων

Ποικίλες μελέτες πραγματεύονται τον καθοριστικό ρόλο της επιμόρφωσης – εκπαίδευσης των δασκάλων (Buston et al, 2002 · Mathews et al, 2006 · Soultatou et al, 2009 · Han & Weis, 2005 · Dake et al, 2004). Στην έρευνα για την εφαρμογή του προγράμματος της Σεξουαλικής Αγωγής από εκπαιδευτικούς, οι Buston et al (2002) διερεύνησαν κατά πόσο εφαρμόζεται ολοκληρωμένα αυτή η παρέμβαση από όλους τους εμπλεκόμενους εκπαιδευτικούς ή από όλα τα εμπλεκόμενα σχολεία. Το πρόγραμμα διοχετεύτηκε σε 13 σχολεία στη Σκωτία. Για τον έλεγχο της διοχέτευσης του SHARE (Sexual Health and Relationships: Safe, Happy and Responsible) αξιοποιήθηκαν σε βάθος συνεντεύξεις με τους εκπαιδευτικούς και τους συντονιστές και διάφορα άλλα εργαλεία συλλογής δεδομένων, όπως ερωτηματολόγια, παρατήρηση, συζητήσεις με μαθητές. Στα περισσότερα από τα σχολεία που συμμετείχαν στο πρόγραμμα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης το κυρίαρχο κίνητρο των εκπαιδευτικών για τη συμμετοχή τους ήταν η δυνατότητα να παρεμβαίνουν δραστικά και να λαμβάνουν εκπαίδευση και καινούριο υλικό, παρά να λαμβάνουν το αντίστοιχο χρηματικό ποσό. Οι εκπαιδευτικοί ήταν ιδιαίτερος θετικοί ως προς την ανάγκη εκπαίδευσής τους για την εφαρμογή του προγράμματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι παράγοντες όπως η εκπαίδευση του εκπαιδευτικού, η συμφωνία

με την υπάρχουσα Ατομική και Κοινωνική Αγωγή και η στήριξη των υπευθύνων - συντονιστών, ενίσχυναν την αφοσίωση και τη συνέπεια στο πρόγραμμα. Σε παρόμοια συμπεράσματα ως προς τη σημασία της εκπαίδευσης – επιμόρφωσης του εκπαιδευτικού κατέληξαν και οι Mathews et al (2006) με έρευνά τους, με την οποία εξέτασαν τους παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή ή μη του προγράμματος αγωγής για τον ίο του Έιτς από καθηγητές λυκείων.

Επιβεβαίωση του σημαντικού ρόλου της επιμόρφωσης - εκπαίδευσης των δασκάλων αποτελεί και η έρευνα για τη διερεύνηση των εμποδίων στην εφαρμογή της άτυπης συμβουλευτικής υγείας στα σχολεία. Η Soulatou et al (2009), αναφέρει, ότι σε έρευνα που έγινε σε 240 δασκάλους (78 άντρες και 162 γυναίκες) από 15 σχολεία αστικών κέντρων στην Ελλάδα, οι υποκειμενικές δυσκολίες και η έλλειψη προηγούμενης εκπαίδευσης σε θέματα που σχετίζονται με την υγεία ανακόπτουν την διάθεση των δασκάλων να αναλάβουν πρόγραμμα άτυπης συμβουλευτικής υγείας. Ωστόσο οι δάσκαλοι, στην πλειοψηφία τους, ήταν πρόθυμοι να υιοθετήσουν ένα ρόλο συμβούλου υγείας, παρά τα αναφερθέντα εμπόδια.

Ο σημαντικός παράγοντας της κατάρτισης των εκπαιδευτικών έχει επισημανθεί και στη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Han & Weis (2005), σύμφωνα με τους οποίους οι δάσκαλοι, μετά από τη λήψη κατάρτισης σε ένα σχολικό πρόγραμμα πρόληψης του καπνίσματος, είναι πιθανότερο να εφαρμόσουν το πρόγραμμα, σε σύγκριση με τους ανεκπαιδευτους δασκάλους. Επιπλέον, οι εκπαιδευμένοι δάσκαλοι είναι πιθανότερο να συνεχίσουν την υλοποίηση του προγράμματος ένα έτος αργότερα, σε σύγκριση με τους δασκάλους που μπορεί να έλαβαν το εκπαιδευτικό υλικό, αλλά δεν εκπαιδεύτηκαν για την εφαρμογή του, ιδίως όταν συνεπικουρούνται στο έργο τους από διευθυντές/προϊσταμένους που έχουν εκπαιδευτεί σε σχετικά προγράμματα, όπως κατέδειξαν οι Dake et al (2004) σε έρευνά τους σε σχολεία για την πρόληψη της αντικοινωνικής συμπεριφοράς.

2.1.3 Η επαγγελματική αυτονομία

Η σημασία της αυτονομίας, ως παράγον που επηρεάζει την εφαρμογή καινοτόμων προγραμμάτων, επισημάνθηκε από τους Pearson & Moomaw (2006), σε έρευνα που έγινε για τη μέτρηση/μελέτη της αυτονομίας των δασκάλων με σχετική κλίμακα μέτρησης της διδασκαλίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 300 εκπαιδευτικούς που δούλευαν σε σχολεία της Φλόριντας. Μελετήθηκε η αυτονομία στη διδακτέα ύλη (πόσο αυτόνομοι είναι οι δάσκαλοι να επιλέξουν τις δραστηριότητες και το διδακτικό υλικό) και η γενική αυτονομία στη διδασκαλία (ποιότητα της αίθουσας, κανόνες συμπεριφοράς και λήψη

προσωπικών αποφάσεων κατά τη διδασκαλία). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η αυτονομία στη διδασκαλία συνδέεται με την ανάγκη των δασκάλων να έχουν τον έλεγχο της τάξης, να έχουν κίνητρα και να παραμένουν δραστήριοι.

Αξίζει, ωστόσο, να αναφερθεί και η μελέτη των Buston et al (2002) σχετικά με το πρόγραμμα Σεξουαλικής Αγωγής « SHARE », μια μελέτη που δίνει μια άλλη διάσταση της έννοιας της αυτονομίας του εκπαιδευτικού. Αν και υπήρχε η καθολική εκτίμηση από τους εκπαιδευτικούς αυτής της παρέμβασης, κάποιοι ήταν περισσότερο αφοσιωμένοι και τυπικοί απέναντι στο συγκεκριμένο εγχείρημα από κάποιους άλλους. Έτσι, σε μερικά σχολεία οι εκπαιδευτικοί παρέμειναν πιστοί στο πρόγραμμα χωρίς να προβούν σε τροποποιήσεις. Αν κάποιοι ήθελαν να τροποποιήσουν ως ένα βαθμό το πρόγραμμα, απευθύνονταν συμβουλευτικά στους υπεύθυνους του προγράμματος. Αντίθετα, κάποιοι άλλοι πίστευαν ότι η επαγγελματική τους αυτονομία τους επέτρεπε να υιοθετήσουν το πρόγραμμα χωρίς τέτοιου είδους συμβουλευτική.

2.1.4 Συνεργασία με φορείς – εξωσχολικούς παράγοντες

Στο πρόσφατο παρελθόν πραγματοποιήθηκαν σημαντικές μελέτες που τονίζουν την αξία της συνεργασίας των εκπαιδευτικών με φορείς και εξωσχολικούς παράγοντες (Soultatou & Duncan, 2009 · Austin et al, 2006 · Waggle et al, 2004 · Cho & Nadow, 2004 · Soultatou et al, 2009). Οι Soultatou & Duncan (2009) πραγματοποίησαν μελέτη περίπτωσης σε πρότυπο σχολείο εφαρμογής καινοτόμων προγραμμάτων στην Ελλάδα από τον Ιούλιο του 2004 έως τον Απρίλιο του 2005 σε δύο φάσεις. Η δεδομένη έρευνα στόχευε στην καλύτερη κατανόηση της πραγματικότητας σχετικά με την έννοια των συνεργασιών. Στα συμπεράσματα της έρευνας κατεγράφη η απομόνωση της υπεύθυνης Αγωγής Υγείας, μιας και πέραν της προώθησης των στόχων του προγράμματος, του προγραμματισμού των συναντήσεων και των επισκέψεων στα σχολεία, πρέπει να διεκπεραιώνει και διαδικαστικά, γραφειοκρατικά θέματα χωρίς διοικητική υποστήριξη. Το κενό αυτό σε ανθρώπινους πόρους έρχονται να καλύψουν εθελοντικές συμμαχίες, όπως, στην προκειμένη περίπτωση, η στήριξη της υπεύθυνης Αγωγής Υγείας από συνάδελφο της πληροφορικής, παρακινούμενο από την αλληλεγγύη και την πίστη στα προγράμματα, παρά από οικονομικά κίνητρα. Επίσης, αν και σύμφωνα με την επίσημη πολιτική του Υπ.Ε.Π.Θ. οι γονείς θα πρέπει να έχουν ενεργό ρόλο και συμμετοχή στην εφαρμογή των προγραμμάτων, εντούτοις ήταν παρόντες μόνο στο τελευταίο στάδιο του προγράμματος, όταν παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα της δράσης των μαθητών.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Austin et al (2006) σχετικά με τις εμπειρίες του προσωπικού σε σχολεία και των μελών της κοινότητας που συνεργάζονται με τα Κέντρα για το Δείκτη Σχολικής Υγείας Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών, τα ευρήματα έδειξαν ότι οι εμπειρίες στο σχολείο διέφεραν σημαντικά, ανάλογα με το εάν αυτά λάμβαναν βοήθεια από εξωσχολικό παράγοντα που διευκόλυνε την εργασία με το Δείκτη Σχολικής Υγείας. Σε αντίθεση με το προσωπικό σχολείων που δούλευε από μόνο του, το προσωπικό των σχολείων που συνεργάζονταν με εξωσχολικούς παράγοντες, που διευκόλυναν το πρόγραμμα, έκανε λόγο για συμπλήρωση του συγκεκριμένου δείκτη σε κλίμα συνεργασίας, δημιουργίας σχεδίων δράσης, εργασίας ως ομάδα για να υλοποιηθούν πρωτοβουλίες προαγωγής υγείας. Επιπλέον, η εμπλοκή ενός εξωσχολικού παράγοντα ενθάρρυνε τα σχολεία να αναλάβουν περισσότερο πολύπλοκες εργασίες με μεγαλύτερο βαθμό συνεργασίας του σχολείου με τις τοπικές κοινότητες, προκειμένου να επιτύχουν τους στόχους.

Επιβεβαίωση του σημαντικού ρόλου της συνεργασίας με φορείς και εξωσχολικούς παράγοντες αποτέλεσαν και ευρήματα ερευνών σχετικά με τα εμπόδια για την εφαρμογή των προγραμμάτων (Waggie et al, 2004 · Soultatou et al, 2009). Τα ευρήματα κατέδειξαν ότι η συνεργασία με φορείς και πρόσωπα, όπως νοσοκόμες δημόσιας υγείας, φοιτητές πανεπιστημίου και φαρμακευτικές εταιρείες, μπορεί να προσφέρει πρόσθετες ευκαιρίες προαγωγής της υγείας.

Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν και οι Cho & Nadow (2004), οι οποίοι μελέτησαν τα εμπόδια κατά την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής ποιοτικού γεύματος και διατροφής, όπως έγιναν αντιληπτά από επόπτες, προϊστάμενους, διευθυντές υπηρεσιών παροχής τροφής, νοσοκόμους και εκπαιδευτές υγείας στη Μασαχουσέτη. Η έλλειψη ευκαιριών για επικοινωνία ανάμεσα στο προσωπικό παροχής φαγητού, τους εκπαιδευτές υγείας και τους εκπαιδευτικούς φάνηκε να αποτελεί εμπόδιο στο συντονισμό που απαιτείται προκειμένου να προωθηθεί το μεσημεριανό στο σχολείο και γενικότερα η αγωγή γύρω από τη διατροφή. Διαπιστώθηκε, επίσης, ότι για την επιτυχημένη εφαρμογή προγραμμάτων προώθησης του ποιοτικού μεσημεριανού και της διατροφικής αγωγής απαιτούνται όχι μόνο οι συντονισμένες προσπάθειες της διοίκησης του σχολείου και του προσωπικού, αλλά και η στήριξη από τους γονείς, την κοινότητα και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Αξίζει, ωστόσο, να σημειωθεί ότι, στη Μασαχουσέτη, τέτοιου είδους προγράμματα στα σχολεία ενισχύονται οικονομικά από κυβερνητικούς ή μη οργανισμούς, άρα η εύρεση οικονομικών πόρων δεν τίθεται ως εμπόδιο στην υλοποίηση σχετικών προγραμμάτων. Επομένως η χρηματοδότηση, αν και όπως υποστηρίζουν οι εκπαιδευτικοί, βοηθά τα

σχολεία ιδίως σε πρώτη φάση να παρέχουν προγράμματα αγωγής σχετικά με τη διατροφή, εντούτοις δεν είναι και ο σημαντικότερος παράγοντας.

2.1.5 Ο Διευθυντής του Σχολείου

Διάφορες μελέτες αναφέρονται στο σημαντικό ρόλο που παίζει ο Διευθυντής του σχολείου στην εφαρμογή των προγραμμάτων (Davis & Wilson, 2000· Han & Weis, 2005· Sebasto, 2007). Σε πρόγραμμα περιβαλλοντικής εκπαίδευσης στο Συντηρητικό Σχολείο του Νιου Τζέρσεϋ το 60% των συντονιστών που έλαβαν μέρος στην έρευνα (N=35) δήλωσαν ως σημαντική την υποστήριξη που είχαν από το Διευθυντή του σχολείου, ο οποίος ήταν παράλληλα και διευθυντής του προγράμματος, καθώς και από όλους τους υπευθύνους του προγράμματος (Sebasto, 2007). Σχετικά ευρήματα παρουσίασε και η έρευνα των Davis & Wilson (2000), που έγινε σε 44 Δημοτικά σχολεία στην ανατολική Ουάσιγκτον. Σκοπός της έρευνας ήταν να μελετηθούν τα αποτελέσματα που είχαν οι προσπάθειες των Προϊσταμένων – Διευθυντών των σχολείων για την ενδυνάμωση των εκπαιδευτικών. Το δείγμα της έρευνας ήταν 660 δάσκαλοι (το 77% γυναίκες) και 44 προϊστάμενοι – διευθυντές (το 37% ήταν γυναίκες). Απ’ τα ευρήματα διαφάνηκε μια σημαντική σχέση ανάμεσα στις δράσεις ενδυνάμωσης των επικεφαλής και στην κινητοποίηση (διαμόρφωση των κινήτρων) των εκπαιδευτικών. Όσο περισσότερο οι επικεφαλής επιστρατεύουν δράσεις ενδυνάμωσης, τόσο περισσότερο οι εκπαιδευτικοί αισθάνονται ότι έχουν την ικανότητα να επιδρούν αποτελεσματικά πραγματώνοντας εργασίες που σχετίζονται με το επάγγελμα και τόσο πιθανότερο είναι ν’ αντιληφθούν ότι έχουν την δυνατότητα επιλογών συμπεριφορών που θα τους οδηγήσουν σε θετικά αποτελέσματα. Αντίθετα, όπως διαπίστωσαν οι Soulatou & Duncan (2009), ο προσκολλημένος στις τυπικές απαιτήσεις του επίσημου αναλυτικού προγράμματος Διευθυντής, δε διευκόλυνε την ενθάρρυνση, συνεργασία και ενδυνάμωση των εκπαιδευτικών. Ο σημαντικός ρόλος του Διευθυντή επιβεβαιώνεται, επίσης, από τη βιβλιογραφική επισκόπηση των Han & Weis (2005), σύμφωνα με τους οποίους ο έμπειρος και υποστηρικτικός διευθυντής μπορεί να δώσει προτεραιότητα εφαρμογής σε καινοτόμα προγράμματα βοηθώντας τους δασκάλους με την εξεύρεση πόρων και την παροχή κινήτρων. Αλλά και οι Skemp-Arlt & Toupenca (2007) σε έρευνά τους επισήμαναν τη σπουδαιότητα της συμβολής του Διευθυντή του σχολείου. Συγκεκριμένα, ο ρόλος του Διευθυντή/προϊσταμένου του Σχολείου είναι σημαντικός στη δημιουργία ευνοϊκού κλίματος εργασίας. Είναι αυτός που ενθαρρύνει και ενισχύει τους στόχους του σχολείου και των δασκάλων μέσα από χαρακτηριστικά που ο ίδιος διαθέτει, όπως ο προσωπικός σεβασμός, η επικοινωνία και η συμμετοχή στις δράσεις του σχολείου.

2.1.6. Τα χαρακτηριστικά του Εκπαιδευτικού

Σε αυτή την κατηγορία παραγόντων σημαντικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα σχετικά με την εφαρμογή από τους εκπαιδευτικούς ενός καινοτόμου προγράμματος πρόληψης για το κάπνισμα (Sy & Glanz, 2008). Σκοπός της έρευνας ήταν να εντοπιστούν οι παράγοντες οργάνωσης και οι ατομικοί παράγοντες που σχετίζονται με την εφαρμογή από τους εκπαιδευτικούς ενός καινοτόμου προγράμματος πρόληψης του καπνίσματος που στοχεύει στους νέους στη Χαβάη. Το δείγμα της έρευνας συγκροτείτο από 62 εκπαιδευτικούς και η συλλογή των δεδομένων (ποιοτικών και ποσοτικών) έγινε με ερωτηματολόγια που δόθηκαν σε εκπαιδευτικούς, με συνεντεύξεις εκπαιδευτικών και ερωτηματολόγια για την πορεία της εκπαίδευσης. Τα ευρήματα έδειξαν ότι τα χαρακτηριστικά του εκπαιδευτικού (διδασκτική εμπειρία, εμπειρία στον τομέα της υγείας, πιστοποιητικά διδασκαλίας) σχετίζονταν σημαντικά με το ποσοστό εφαρμογής του προγράμματος που ανέφεραν οι ίδιοι οι εκπαιδευτικοί. Επίσης, φάνηκε ότι η υλοποίηση του προγράμματος καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου και τα υψηλά ποσοστά αυτο-αποτελεσματικότητας του εκπαιδευτικού ενίσχυαν την εφαρμογή του, ενώ όσο περισσότερο πολύπλοκο αντιλαμβανόταν ο εκπαιδευτικός το πρόγραμμα, τόσο λιγότερο το εφάρμοζε ολοκληρωμένα.

Σύμφωνα με έρευνα των Mathews et al (2006), τα χαρακτηριστικά του εκπαιδευτικού που σχετίζονταν με την εφαρμογή του προγράμματος αγωγής για τον ιό του Έιτς ήταν η προηγούμενη εκπαίδευση, η αυτο-αποτελεσματικότητα, η έμφαση στο μαθητή, οι πεποιθήσεις για τη δυνατότητα ελέγχου κι επιρροής, οι αντιλήψεις για τα αποτελέσματα αυτής της αγωγής και η ευθύνη που έχει. Η ύπαρξη πολιτικής για τον ιό του Έιτς στο σχολείο, καθώς και οι καλές σχέσεις ανάμεσα στο σχολείο και την κοινότητα ήταν τα χαρακτηριστικά του σχολείου που σχετίζονταν με την υλοποίηση αυτού του προγράμματος.

Επίσης, σχετικά με το φύλο, στην έρευνα των Dee et al (2002) για την καινοτομία στο σχολείο τα αποτελέσματα έδειξαν ότι άντρες και γυναίκες δεν διέφεραν στο πώς αντιλαμβάνονταν την καινοτομία.

2.1.7 Ενδογενή Κίνητρα - Η πεποίθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας των δασκάλων (Teacher Self-Efficacy Beliefs), της αυτο-αποφασιστικότητας (Teacher Self-Determination) και της προσδοκίας στην επίτευξη των στόχων

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική επισκόπηση των Han & Weiss (2005), οι πεποιθήσεις των δασκάλων για την αποτελεσματικότητα της διδασκαλίας τους είναι μια σημαντική μορφή εγγενούς κινήτρου, που εμφανίζεται για να επηρεάσει έντονα τουλάχιστον το αρχικό τους

ενδιαφέρον για την εφαρμογή ενός νέου εκπαιδευτικού προγράμματος. Τέτοιες πεποιθήσεις αποτελεσματικότητας αντιπροσωπεύουν μια αυτοκριτική της ικανότητάς τους να επηρεάζουν την απόδοση των μαθητών και να έχουν μια ισχυρή επιρροή στη συμπεριφορά τους. Οι προσδοκίες της προσωπικής αποτελεσματικότητας σε ένα συγκεκριμένο στόχο καθορίζουν την προσπάθεια επίτευξης του στόχου και την εμμονή στο στόχο παρά τις οπισθοδρομήσεις. Οι δάσκαλοι με ισχυρή την αίσθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας εμφανίζονται περισσότερο ανοιχτοί σε νέες ιδέες και πιο πρόθυμοι να πειραματιστούν με νέες μεθόδους, για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των μαθητών τους.

Η αξία των ενδογενών κινήτρων και της αίσθησης της αυτο-αποτελεσματικότητας από την πλευρά του εκπαιδευτικού διαφάνηκε και στην έρευνα των McCullun-Gomez (2006) που έγινε στα πλαίσια ενός προγράμματος διατροφής. Σκοπός της έρευνας ήταν να γίνει εκτίμηση των παραγόντων που επηρεάζουν την εφαρμογή του προγράμματος "Φάε έξυπνα στο σχολείο" στα πλαίσια του ευρύτερου προγράμματος Συντονισμένης Προσέγγισης για την Υγεία του Παιδιού (CATCH) στο Τέξας.

Σε έρευνά τους ο Abrami et al (2004), επιχειρούν να συμπληρώσουν τις ποικίλες ερμηνείες που ερευνητές και εκπαιδευτές έχουν προτείνει για να αξιολογήσουν την άρνηση των εκπαιδευτικών να χρησιμοποιήσουν τη συνεργατική μάθηση ως εκπαιδευτική καινοτομία. Στην έρευνα συμμετείχαν 933 εκπαιδευτικοί. Το ερωτηματολόγιο που αξιοποιήθηκε για το σκοπό της έρευνας ανέδειξε τρεις κατηγορίες κινήτρων: η εκτιμημένη αξία της καινοτομίας (δηλαδή ο βαθμός που οι εκπαιδευτικοί απέδιδαν αξία στην καινοτομία ή τα αντίστοιχα αποτελέσματά της), η προσδοκία της επιτυχίας (δηλαδή οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την εφαρμογή της στρατηγικής και τα επιθυμητά αποτελέσματα καθώς και για τους παράγοντες που επηρεάζουν αυτές τις αντιλήψεις), το εκτιμημένο κόστος (δηλαδή οι σωματικές και ψυχολογικές απαιτήσεις ενός τέτοιου εγχειρήματος, όπως η τάξη, ο χρόνος προετοιμασίας, η προσπάθεια και τα εξειδικευμένα υλικά). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, μια εκπαιδευτική καινοτομία είναι περισσότερο πιθανό να αξιοποιηθεί εάν η αξιολογούμενη αξία της καινοτομίας και η πιθανότητα της επιτυχίας βρίσκονται σε υψηλό επίπεδο, και αν αυτά τα οφέλη υπερέρχουν του κόστους της εφαρμογής της καινοτομίας. Η προσδοκία της επιτυχίας φάνηκε να είναι πιο σημαντική από την αξία και το κόστος όσον αφορά στη διαφοροποίηση αυτών που χρησιμοποιούν τη συνεργατική μάθηση από αυτούς που δεν τη χρησιμοποιούν.

Παράλληλα, οι ερευνητές Han & Weis (2005), στη βιβλιογραφική τους επισκόπηση κατέδειξαν, ότι η ανατροφοδότηση που παρέχεται από ένα σύμβουλο μπορεί να αυξήσει

την εφαρμογή των στόχων του προγράμματος παρέμβασης, οδηγώντας στην παραγωγή καλύτερων αποτελεσμάτων για τους μαθητές.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας των Neves de Jesus & Lens (2005) σε 258 Πορτογάλους εκπαιδευτικούς με 1-30 χρόνια προϋπηρεσίας, διαπιστώθηκε αξιοσημείωτη επιρροή της αξίας στόχου στην επαγγελματική δέσμευση (υποχρέωση). Όταν κάποιος αισθάνεται ότι έχει επαγγελματική δέσμευση, έχει και κίνητρα να δραστηριοποιείται. Οι αντιλήψεις του για τα αποτελέσματα της δουλειάς του και τα γνωρίσματα της προσωπικότητάς του επηρεάζουν την προσδοκία του να ελέγξει την τάξη και την προσδοκία του για το πόσο αποτελεσματικός είναι ως εκπαιδευτικός. Η προσδοκία για τον έλεγχο της τάξης επηρεάζει την προσδοκία της επιτυχίας (αν ελέγχει την τάξη θα έχει καλά αποτελέσματα). Οι προσδοκίες επιτυχίας τού δίνουν ενδογενή κίνητρα. Παρόμοια έρευνα αφορούσε στη μελέτη κινήτρων των δασκάλων σε δύο σχολεία στο Kentucky και στο Charlotte-Mecklenburg στη Βόρεια Καρολίνα (Kelley et al, 2002). Οι εκπαιδευτικοί, και κατ' επέκταση τα σχολεία τους, συμμετείχαν σε ένα πρόγραμμα αμοιβών (bonus) ύστερα από υψηλή επίδοση. Οι προσδοκίες επίτευξης των στόχων από τους εκπαιδευτικούς ήταν αυξημένες σχετικά με τη δυνατότητα για επαγγελματική ανέλιξη, με το να μαθαίνουν οι μαθητές καινούργια πράγματα και με την ύπαρξη συνεργασίας μεταξύ των δασκάλων (Kelley et al, 2002).

2.1.8 Τα οργανωτικά και δομικά χαρακτηριστικά του προγράμματος – Εξωτερικοί παράγοντες

Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Sy & Glanz (2008) σχετικά με την υλοποίηση από τους εκπαιδευτικούς ενός καινοτόμου προγράμματος πρόληψης για το κάπνισμα και τους παράγοντες που επιδρούν στην εφαρμογή του, πέραν κάποιων συμπερασμάτων που σημειώθηκαν σε προηγούμενη ενότητα, αναφέρθηκαν και κάποιοι εξωτερικοί παράγοντες που διευκολύνουν, αλλά μπορεί να αποτελέσουν και εμπόδια. Ενδεικτικά αναφέρονται παράγοντες, όπως η πολυπλοκότητα του προγράμματος, η υποδομή και το μέγεθος του σχολείου, η τοποθεσία του σχολείου και το ωριαίο πρόγραμμα μαθημάτων.

Στη συνέχεια θα γίνει συνοπτική παράθεση των αξιολογότερων ευρημάτων μερικών από αυτές, όπως φαίνεται στον πίνακα 2.1

Πίνακας 2.1: Επισκόπηση ερευνών για τους παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

| Συγγραφείς | Δείγμα | Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων | Παράγοντες που διευκολύνουν |
|------------------------|--|------------------------------------|---|
| Dee et al, 2002 | 517 δάσκαλοι | • Ερωτηματολόγιο | • Επικοινωνία-Αλληλεπίδραση |
| Sebasto, 2007 | 60 Συντονιστές προγραμμάτων | • Συνεντεύξεις • Συνεντεύξεις | • Επικοινωνία-Αλληλεπίδραση • Ο Διευθυντής του Σχολείου |
| Buston et al, 2002 | 69 Δάσκαλοι | • Ερωτηματολόγια • Παρατήρηση | • Επιμόρφωση-εκπαίδευση |
| Pearson & Moomaw, 2006 | 300 εκπαιδευτικοί | • Ερωτηματολόγιο | • Αυτονομία |
| Dake et al, 2004 | 700 Διευθυντές | • Ερωτηματολόγιο | • Επιμόρφωση-εκπαίδευση |
| Austin et al, 2006 | 9 Δημόσια Σχολεία | • Συνεντεύξεις | • Συνεργασία με φορείς, εξωσχολικούς παράγοντες |
| Sy & Glanz, 2008 | 62 εκπαιδευτικοί | • Ερωτηματολόγια • Συνεντεύξεις | • Χαρακτηριστικά εκπαιδευτικού |
| Abrami et al, 2004 | 933 εκπαιδευτικοί | • Ερωτηματολόγιο | • Η προσδοκία της επιτυχίας |
| McCullun-Gomez, 2006 | 213 σχολεία προσωπικό υπηρεσιών υγείας | • Ερωτηματολόγιο | • Ενδογενή κίνητρα |
| Mathews et al, 2006 | 324 εκπαιδευτικοί | • Ερωτηματολόγια-κλίμακες μέτρησης | • Αυτό-αποτελεσματικότητα • Προηγούμενη εκπαίδευση • Χαρακτηριστικά του εκπαιδευτικού |
| Davis & Wilson, 2000 | 44 Δημοτικά Σχολεία (660 Εκπ/κοί) | • Ερωτηματολόγιο | • Ο Διευθυντής του Σχολείου |

2.2 Παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Στην παρούσα ενότητα θα γίνει παρουσίαση σημαντικών ερευνών που μελέτησαν τους παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή τους, όπως φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί. Από την παράθεση των ερευνητικών πηγών μπορεί εύκολα να διαφανεί ότι τα εμπόδια που αναφέρονται με μεγαλύτερη συχνότητα είναι η υποδομή του σχολείου, ο περιορισμός του χρόνου, η ανεπαρκής επιμόρφωση – εκπαίδευση των εκπαιδευτικών και η δυσκολία επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ φορέων, σχολικής κοινότητας και γονέων.

Στη συνέχεια θα γίνει αναλυτικότερη παράθεση των αξιολογότερων ευρημάτων μερικών από αυτές, όπως φαίνεται στον πίνακα 2.2

Πίνακας 2.2: Επισκόπηση ερευνών για τους παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

| Συγγραφείς | Δείγμα | Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων | Εμπόδια |
|--------------------------|--|---|---|
| Soultatou et al, 2009 | 240 Δάσκαλοι | <ul style="list-style-type: none"> • Ημιδομημένες συνεντεύξεις (πιλοτικό στάδιο) • Ερωτηματολόγια | <ul style="list-style-type: none"> • Υποδομή Σχολείου • Περιορισμός χρόνου • Ανεπαρκής επιμόρφωση • Έλλειψη κινήτρων |
| Waggie et al, 2004 | 80 Δάσκαλοι 3 Διευθυντές | <ul style="list-style-type: none"> • Δομημένο Ερωτηματολόγιο | <ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμός χρόνου • Ανεπαρκής επιμόρφωση • Ανεπαρκής χρηματοδότηση • Φόρτος εργασίας δασκάλων |
| Dwyer et al, 2003 | 45 Δάσκαλοι | <ul style="list-style-type: none"> • Συνεντεύξεις | <ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμός χρόνου • Υποδομή Σχολείου |
| Lytle et al, 2003 | 199 άτομα (εκπαιδευτικοί & προσωπικό σχολείου) | <ul style="list-style-type: none"> • Συνεντεύξεις | <ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμός χρόνου • Ανεπαρκής εκπαίδευση • Υποδομή και εξοπλισμός του σχολείου |
| Kincaid et al, 2007 | 70 Δάσκαλοι | (Μελέτη Περίπτωσης) <ul style="list-style-type: none"> • Ερωτηματολόγια | <ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμός χρόνου • Απουσία αμοιβών • Ανεπαρκής επιμόρφωση |
| Buston et al, 2002 | 69 Δάσκαλοι | <ul style="list-style-type: none"> • Συνεντεύξεις • Ερωτηματολόγια • Παρατήρηση • Συζήτηση με μαθητές | <ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμός χρόνου • Περιορισμένη εμπειρία των εκπαιδευτικών |
| Soultatou & Duncan, 2009 | 12 εκπαιδευτικοί πρότυπου σχολείου εφαρμογής καινοτόμων προγραμμάτων | (Μελέτη Περίπτωσης) <ul style="list-style-type: none"> • Συνεντεύξεις Ομάδες εστίασης- Ανάλυση Εγγράφων | <ul style="list-style-type: none"> • Δυσκολίες στην επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ φορέων, σχολικής κοινότητας και γονέων |
| Cho & Nadow, 2004 | 217 διευθυντές-υποστηρικτικό προσωπικό | <ul style="list-style-type: none"> • Συνεντεύξεις | <ul style="list-style-type: none"> • Η δυσκολία επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ εκπαιδευτικών και υποστηρικτικού προσωπικού στο σχολείο |

Σε άρθρο της η Soultatou (2007) αναφέρεται στα εμπόδια ως προς την εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας επισημαίνοντας ως βασικότερα τα ακόλουθα: (α) η αντίσταση του ελληνικού σχολείου στην αλλαγή, καθώς η Αγωγή Υγείας αποτέλεσε μέρος μιας δευτερεύουσας αντανάκλασης της ευρύτερης πολιτικής του εκσυγχρονισμού, και (β) οι ιδιαιτερότητες των σχολείων της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, που επικεντρώνονται στο φαινόμενο των φροντιστηρίων, στους δασκάλους μερικής απασχόλησης και στην απουσία του ολοήμερου σχολείου.

Σε μετέπειτα έρευνα, η Soultatou et al (2009) αναφέρει ότι στόχος τους, εκτός των άλλων, ήταν η διερεύνηση των εμποδίων που συναντούν οι δάσκαλοι στην προσπάθειά τους να προωθήσουν την άτυπου κι εθελοντικού χαρακτήρα συμβουλευτική υγείας στα πλαίσια των καθημερινών τους πρακτικών σε δημόσια σχολεία της Ελλάδας. Η έννοια των «εμποδίων – περιορισμών» διακρίνεται από (α) τα οργανωτικά και δομικά χαρακτηριστικά (μέγεθος και υποδομή σχολείου, επίσημο αναλυτικό πρόγραμμα, περιορισμός χρόνου), (β) τον επαγγελματικό προσανατολισμό, που περιλαμβάνει αυτοαναφορές των δασκάλων σε σχέση με τον άτυπο εθελοντικό ρόλο συμβούλου υγείας (για παράδειγμα, στην εν λόγω έρευνα, εξετάστηκε εάν οι δάσκαλοι επιμορφώνονται πριν την εφαρμογή ή κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του προγράμματος πάνω σε ζητήματα υγείας, εάν μπορούν να ταυτιστούν με έναν σύμβουλο) και (γ) τους εξωτερικούς, μη οργανωτικούς παράγοντες, όπως οι μαθητές και οι γονείς, ως κοινωνικοί παράγοντες που επιδρούν στη διάθεση και απόφασή τους να αναλάβουν εθελοντική συμβουλευτική υγείας. Σε έρευνα που έγινε σε σχολεία της πόλης Ντελφ στο Δυτικό Ακρωτήριο, οι Waggie et al (2004) ανέφεραν ως σημαντικότερα εμπόδια την έλλειψη χρηματοδότησης των προγραμμάτων, την ανεπαρκή κατάρτιση του προσωπικού, τον φόρτο εργασίας των δασκάλων και την έλλειψη χρόνου, λόγω και του μεγάλου αριθμού μαθητών σε κάθε τάξη. Πέραν τούτων, επισήμαναν την έλλειψη δέσμευσης για συνεργασία μεταξύ της κοινότητας και των δασκάλων, όπως επίσης και την ελλιπή παροχή κινήτρων.

Στο διετές πρόγραμμα Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης, το ονομαζόμενο SHARE (Sexual Health and Relationships : Safe, Happy and Responsible), οι Buston et al (2002) αναφέρουν ότι, όσον αφορά στον παράγοντα «χρόνο», φάνηκε ότι η αφιέρωση περισσότερου χρόνου στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση σε βάρος κάποιων μαθημάτων δεν απέτρεψε τους εκπαιδευτικούς από το να συμφωνήσουν να συμμετέχουν στο πρόγραμμα. Ωστόσο, κατά την εφαρμογή του προγράμματος και όσο προχωρούσε η διαδικασία, οι εκπαιδευτικοί θεωρούσαν περισσότερο δύσκολο να παραμερίσουν 20 μαθήματα, ενώ αναφέρθηκαν και σε κατεπείγουσες ανάγκες, όπως διαγωνίσματα, ασθένεια προσωπικού,

διακοπές για γιορτές ή μέρες αθλητικών διαγωνισμών, που τους δυσκόλευαν ώστε να συνδυάσουν τις συνεδρίες του προγράμματος και τα σχολικά μαθήματα. Ένα άλλο πρόβλημα που ανέκυψε λόγω χρόνου, ήταν η διάρκεια της κάθε συνεδρίας που προβλεπόταν από το πρόγραμμα (40' λεπτά).

Σημαντικό ενδιαφέρον παρουσιάζει και η βιβλιογραφική επισκόπηση των Han & Weis (2005) οι οποίοι αναφέρονται σε ένα πρόσθετο εμπόδιο. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι η συχνότητα εφαρμογής των καινοτόμων προγραμμάτων σχετίζεται αρνητικά με την επαγγελματική κόπωση των δασκάλων (συναισθηματική εξάντληση, αρνητική συμπεριφορά και προσωπική χαμηλή αίσθηση εκπλήρωσης καθηκόντων).

Συνοψίζοντας, μέσα από την ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας, παρατηρείται ότι οι σημαντικότερες έρευνες έχουν γίνει σε χώρες και σχολεία του εξωτερικού και πολύ λίγες στην Ελλάδα, μιας και τα θέματα υγείας ενσωματώθηκαν στις δομές του επίσημου εκπαιδευτικού συστήματος των ξένων χωρών πολύ νωρίτερα από ότι στην Ελλάδα (Nutbeam, 2000). Ένα βασικό χαρακτηριστικό των ερευνών είναι η πολυμορφία των παραγόντων που διευκολύνουν τα θέματα υγείας, καθώς και η πολυμορφία των παραγόντων που εμποδίζουν, με κύρια ή δευτερεύουσα αναφορά στον περιορισμό του χρόνου στο σχολικό πρόγραμμα. Στην Ελλάδα έχουν γίνει δύο σημαντικές έρευνες μία σε πρότυπο σχολείο καινοτόμων δράσεων στη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Soultatou & Duncan, 2009) και μία σε εκπαιδευτικούς της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης για την άτυπη συμβουλευτική υγείας (Soultatou et al, 2009). Στην προαναφερθείσα έρευνα δεν έχουν ερευνηθεί απόψεις των εκπαιδευτικών, που συμμετείχαν σε εγκεκριμένα προγράμματα Αγωγής Υγείας από την Επιτροπή Σχολικών Δραστηριοτήτων της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, όπως προβλέπεται από τις εγκυκλίους του Υπ.Ε.Π.Θ. Για το λόγο αυτό, η συγκεκριμένη έρευνα αποκτά ιδιαίτερη σημασία, μιας και έρχεται να διερευνήσει περαιτέρω το θέμα, λαμβάνοντας υπόψη την άποψη των εκπαιδευτικών που εφαρμόζουν εθελοντικά εγκεκριμένα προγράμματα Αγωγής Υγείας, ενόψει μάλιστα της εξαγγελίας της Υπουργού Παιδείας Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων για την πιλοτική εφαρμογή του «καινοτόμου σχολείου» μέσω των προγραμμάτων του νέου σχολείου από τη σχολική χρονιά 2010-11 (Υπ.Π.Δ.Β.Μ.Θ., 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε και πραγματοποιήθηκε μετά από τη διεξοδική μελέτη της βιβλιογραφίας σχετικά με τη διερεύνηση των παραγόντων που διευκολύνουν και των παραγόντων που εμποδίζουν την υλοποίηση καινοτόμων προγραμμάτων γενικότερα, καθώς και την υλοποίηση καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας ειδικότερα. Στη συνέχεια προσδιορίστηκε ο σκοπός, τέθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα, επελέγη η προσφορότερη μεθοδολογία και καταβλήθηκε κάθε δυνατή προσπάθεια ακριβούς τήρησης όλων των κανόνων δεοντολογίας που διέπουν τη διαδικασία της έρευνας.

3.1 Ερευνητικός Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα

Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνήσει τους παράγοντες που διευκολύνουν και τους παράγοντες που εμποδίζουν την υλοποίηση καινοτόμων προγραμμάτων αγωγής υγείας των εκπαιδευτικών στα σχολεία της Π.Ε. του Ν. Αχαΐας.

Τα ερευνητικά ερωτήματα (Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2005) που τίθενται στην παρούσα μελέτη είναι:

1. Ποιοι είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες για τους εκπαιδευτικούς, που διευκολύνουν την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας;
2. Ποιοι είναι οι παράγοντες για τους εκπαιδευτικούς, που εμποδίζουν την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας;
3. Υπάρχει διαφοροποίηση στους παράγοντες των εκπαιδευτικών, που διευκολύνουν ή εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων σύμφωνα:
 - Με το φύλο (Δασκάλα, Νηπιαγωγός - Δασκάλα ειδικότητας / Δάσκαλος, Νηπιαγωγός – Δάσκαλος ειδικότητας)
 - Με τα χρόνια υπηρεσίας (1-5 έτη / 6-10 έτη / 11-15 έτη / 16 – 20 έτη / 21 – 25 έτη / 25+ έτη)
 - Με τα προσόντα (Βασικό πτυχίο, περιοδικές επιμορφώσεις / Διδακταλείο ή Μεταπτυχιακό)
 - Με τα έτη ενασχόλησης με τα προγράμματα Αγωγής Υγείας (1-2 έτη / 3-10 έτη)
 - Με τις ώρες συμμετοχής σε σεμινάρια καινοτόμων δράσεων (0-2 ώρες / 3-300 ώρες)

- Με τη συμμετοχή τους ως εισηγητές σε σεμινάρια καινοτόμων δράσεων (Εισηγητής- Όχι εισηγητής)
4. Ποιοι παράγοντες συσχετίζονται με τα έτη ενασχόλησης των εκπαιδευτικών με τα προγράμματα Αγωγής Υγείας
 5. Ποιοι παράγοντες συσχετίζονται με τις ώρες συμμετοχής των εκπαιδευτικών σε σεμινάρια καινοτόμων δράσεων

3.2 Στρατηγική ερευνητικής διαδικασίας

Για την υλοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της επισκόπησης (Δημητρόπουλος, 1995 · Cohen & Manion, 1997· Mertens, 1998· Σαχίνη-Καρδάση, 2000 · Bell, 2005· Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2005 · Robson, 2007) και τούτο γιατί είναι η ενδεδειγμένη μέθοδος μιας και χρησιμοποιείται ευρύτατα στην παιδαγωγική έρευνα (Cohen & Manion, 1997) και εξετάζει προβλήματα που σχετίζονται με τις συνθήκες μάθησης - εκπαιδευτικής διαδικασίας (οργάνωση και διοίκηση του σχολείου, θέματα υλικοτεχνικής υποδομής, μεθοδολογική προσέγγιση διδακτέας ύλης, αλλαγής θεσμικού πλαισίου), με τα χαρακτηριστικά των δασκάλων (συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με το φύλο, τα προσόντα, την εμπειρία, τα έτη ενασχόλησης με προγράμματα, τις ώρες συμμετοχής και τις εισηγήσεις σε σεμινάρια) και με τα χαρακτηριστικά των μαθητών (παιδοκεντρική αρχή, εξωσχολικές δραστηριότητες, συνεργασίες και κοινωνικές σχέσεις των μαθητών) (Παντελής, 1988).

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να περιγράψει τους παράγοντες που διευκολύνουν και τους παράγοντες που εμποδίζουν την υλοποίηση καινοτόμων προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία της Π.Ε. του Ν. Αχαΐας, με τη συλλογή δεδομένων. Τα δεδομένα αφορούσαν τον πληθυσμό – στόχο (εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης Αχαΐας, που εφαρμόζουν προγράμματα Αγωγής Υγείας), ο οποίος εξετάστηκε με βάση ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα με προοπτική γενίκευσης.

Ένα σημαντικό πλεονέκτημα της επισκόπησης είναι το γεγονός ότι ο ερευνητής μπορεί να μελετήσει τις μεταβλητές που συνθέτουν το προς διερεύνηση θέμα στο φυσικό τους πλαίσιο, καθώς και το ότι είναι ο οικονομικότερος τρόπος από άποψη χρόνου, χρήματος και συλλογής πληροφοριών, ιδιαίτερα όταν υπάρχει η δυνατότητα χρησιμοποίησης των στοιχείων που είναι ήδη διαθέσιμα (Παντελής, 1988). Για παράδειγμα, μπορεί ο υπεύθυνος Αγωγής Υγείας να καταφύγει στο αρχείο του τμήματος Αγωγής Υγείας για τη συλλογή πληροφοριών, που αφορούν σε ορισμένα χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών. Υπάρχουν, όμως, και μειονεκτήματα στη χρησιμοποίηση της επισκόπησης (Παντελής, 1988), όπως:

(α) πολλές φορές μπορεί να υπάρξει πρόβλημα, ως προς την ακρίβεια των πληροφοριών, αν τα υποκείμενα, που θα κληθούν να τις παράσχουν, δε γνωρίζουν ή δεν επιθυμούν να συνεργαστούν για την επίτευξη των στόχων της έρευνας (β) οι στατιστικές μέθοδοι, οι οποίες χρησιμοποιούνται στην ανάλυση των δεδομένων δεν είναι πάντα ευαίσθητες στην επισήμανση των συνεπειών πολλών ανεξάρτητων μεταβλητών, που ενδεχομένως συμβάλλουν στην από κοινού δημιουργία μιας κατάστασης (γ) το χαμηλό ποσοστό ανταπόκρισης. Αυτό το μειονέκτημα ξεπεράστηκε στη δική μας έρευνα λόγω του ότι τα ερωτηματολόγια παραδόθηκαν στους συμμετέχοντες ιδιοχείρως έχοντας και υψηλότερο ποσοστό ανταπόκρισης, απ' τα ταχυδρομικά ερωτηματολόγια (Faulkner et al., 1999). Επίσης, στην παρούσα φάση ο ερευνητής μπορούσε να αξιοποιήσει προς όφελός του την παράλληλη ιδιότητά του ως υπευθύνου Αγωγής Υγείας κι επομένως το πλεονέκτημα της προσωπικής επαφής που είχε αναπτύξει με εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, προκειμένου να εξασφαλίσει επαρκή αριθμό συμμετεχόντων για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Η ερευνητική διαδικασία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την καλή θέληση και διάθεση των ερωτώμενων (Bell, 2005).

Στην επισκόπηση ο ερευνητής έχει στη διάθεσή του μια ποικιλία εργαλείων για τη συλλογή των απαραίτητων στοιχείων. Λαμβάνοντας υπόψη τη συγκεκριμένη περίπτωση της έρευνας, επιλέχτηκε ως βασικό εργαλείο συλλογής δεδομένων το ανώνυμο ερωτηματολόγιο ερωτήσεων κλειστού τύπου, μιας και αποτελεί ένα πολύ δημοφιλές και αξιόπιστο μέσο συλλογής δεδομένων (Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2005). Επίσης, χρησιμοποιήθηκε και η ημιδομημένη συνέντευξη (Cohen & Manion, 1997), η οποία χρησιμοποιήθηκε στην αρχή της έρευνας ως μια διερευνητική εργασία (Robson, 2007), δηλαδή ως επιπρόσθετο εργαλείο για τη διερεύνηση των απόψεων των εκπαιδευτικών, έτσι ώστε να εντοπιστούν επιπλέον μεταβλητές που δεν καταγράφηκαν μέσα από τη διερεύνηση των σχετικών ερευνών για το θέμα. Με την ημιδομημένη συνέντευξη, χρησιμοποιήθηκαν κάποιες βασικές ερωτήσεις ως "χαλαρό πρωτόκολλο", επιτρέποντας ταυτόχρονα και στον συνεντευξιαζόμενο να αναπτύξει ελεύθερα τις απόψεις για το θέμα.

3.3 Συμμετέχοντες

Στην έρευνα συμμετείχαν 150 εκπαιδευτικοί (δάσκαλοι, νηπιαγωγοί, εκπαιδευτικοί ειδικοτήτων), που αποτελούν το **δείγμα** από ένα συνολικό πληθυσμό 218 εκπαιδευτικών που ασχολούνται με την υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στο νομό Αχαΐας κατά τη σχολική περίοδο 2009-10. Υπολογίστηκε ότι τα 150 ερωτηματολόγια είναι ένας ικανοποιητικός αριθμός ερωτηματολογίων μιας και για κάθε παραγοντική ανάλυση

χρειάζονται περίπου πέντε ερωτηματολόγια ανά πρόταση - δήλωση στο ερωτηματολόγιο (Σιώμκος & Βασιλικοπούλου, 2005).

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την επιλογή του δείγματος (Cohen & Manion, 1997) ήταν αυτή της απλής τυχαίας δειγματοληψίας (Cohen & Marion, 1997 · Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2005). Η μέθοδος της απλής τυχαίας δειγματοληψίας είναι η αποτελεσματικότερη και η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος επιλογής δείγματος καθώς εξασφαλίζει με βάση το νόμο των πιθανοτήτων, την επιλογή αντιπροσωπευτικού δείγματος (Cohen & Marion, 1997 · Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2005 · Bell, 2005 · Robson, 2007). Στη σύγχρονη πρακτική έχει καθιερωθεί η εφαρμογή της τυχαίας δειγματοληψίας η οποία καλείται και δειγματοληψία πιθανότητας. Στη τυχαία δειγματοληψία κάθε μονάδα του πληθυσμού έχει την ίδια πιθανότητα να επιλεγεί στο δείγμα (Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2005 · Σιώμκος & Βασιλικοπούλου, 2005).

Η ιδιότητα αυτή προσδίδει ένα σημαντικό πλεονέκτημα στη μέθοδο έτσι ώστε να δίνει περισσότερο αντικειμενικά (μη μεροληπτικά αποτελέσματα) (Σιώμκος & Βασιλικοπούλου, 2005) και επομένως συμβάλλει στην εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας. Στα μειονεκτήματα της μεθόδου περιλαμβάνεται η ανάγκη για ενημερωμένους καταλόγους – πλαίσια που η κατάρτισή τους είναι δαπανηρή και γενικότερα το αυξημένο κόστος το οποίο απαιτούν έναντι των άλλων μεθόδων (Σιώμκος & Βασιλικοπούλου, 2005).

Ένας από τους τρόπους λήψης του δείγματος είναι η μέθοδος των τυχαίων αριθμών, η οποία χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα. Με τη συγκεκριμένη μέθοδο χρησιμοποιούνται οι πίνακες των τυχαίων αριθμών (Φαρμάκης, 1992· Σαχίνη-Καρδάση, 2000 · Χαλικιάς, 2003 · Παπαναστασίου, 2005 · Ρόντος & Παπάνης, χ.χ). Αποφασίστηκε εκ των προτέρων ο τρόπος λήψης των μονάδων (π.χ. να επιλέγονται οι αριθμοί της πρώτης στήλης για κάθε δεύτερη σελίδα) και στη συνέχεια επιλέχθηκαν τόσοι αριθμοί όσο είναι και το μέγεθος του δείγματος. Οι αριθμοί επιλέγονται με τόσα ψηφία, όσα έχει ο τελευταίος αριθμός του πληθυσμού. (Ρόντος & Παπάνης, χ.χ). Αν ο πληθικός αριθμός του πληθυσμού είναι τριψήφιος, όπως στην περίπτωση της έρευνάς μας (218 εκπαιδευτικοί), τότε το δείγμα επιλέγεται διαβάζοντας τριψήφιους κάθε φορά αριθμούς, ενώ παραλείπονται οι αριθμοί που είναι μεγαλύτεροι από τον πληθικό αριθμό (Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2005). Στην έρευνά μας υπήρξε ένα αλφαβητικός κατάλογος με τα ονόματα των εκπαιδευτικών που είχαν αριθμηθεί κατά αύξοντα αριθμό στον κατάλογο. Εξαιτίας της πιθανότητας και της τύχης, το δείγμα αναμενόταν να περιλαμβάνει υποκείμενα με χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά του πληθυσμού στο σύνολό του (Cohen & Manion, 1997), όπως: μερικούς με μεγάλη εμπειρία στη διδασκαλία και στην εφαρμογή

των προγραμμάτων, μερικούς με μικρή εμπειρία κ.ο.κ. Σύμφωνα με τους Cohen & Manion (1997), ένα πρόβλημα με τη συγκεκριμένη μέθοδο δειγματοληψίας είναι ότι χρειάζεται ένας πλήρης κατάλογος του πληθυσμού, πράγμα που στην υπό εξέταση έρευνα δεν ισχύει, μιας και ένας τέτοιος κατάλογος ήταν διαθέσιμος.

3.4 Εργαλείο Συλλογής Δεδομένων

Το βασικό εργαλείο συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα ήταν το ερωτηματολόγιο.

3.4.1 Ερωτηματολόγιο

3.4.1.1 Σκοπός του ερωτηματολογίου

Σκοπός του ερωτηματολογίου ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που διευκολύνουν και των παραγόντων που εμποδίζουν την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.

3.4.1.2 Κατασκευή του ερωτηματολογίου

Στο αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο οι μεταβλητές προέκυψαν:

- Από την ανασκόπηση των σχετικών με το θέμα ερευνών.
- Από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από μικρό δείγμα 10 δασκάλων. Ζητήθηκε η άποψή τους για το ερωτηματολόγιο, ενώ ακολούθως βελτιώθηκε με βάση τις εισηγήσεις, εξασφαλίζοντας τη **φαινομενική εγκυρότητα** (Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2005).
- Από τη γνώμη των ειδικών για τα ερωτήματα που περιλάμβανε το ερωτηματολόγιο. Πρόκειται, για τον προσδιορισμό της **εγκυρότητας του περιεχομένου** (Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2005). Ως ειδικοί στη συγκεκριμένη περίπτωση θεωρήθηκαν οι υπεύθυνοι Αγωγής Υγείας άλλων νομών καθώς και ειδικοί επιστήμονες ψυχολόγοι –υπεύθυνοι Συμβουλευτικών Σταθμών, με τους οποίους το τμήμα Αγωγής Υγείας συνεργάζεται.

Ακολουθώντας τη διαδικασία που προαναφέρθηκε, επισημάνθηκαν ως βασικοί παράγοντες που διευκολύνουν και βασικοί παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων, όλα όσα στη βιβλιογραφική ανασκόπηση σε μεγάλο ή μικρό βαθμό καταγράφηκαν καθώς και όσα προέκυψαν από τη διερεύνηση της άποψης των ειδικών. Παράλληλα κάποια ερωτήματα διατυπώθηκαν με τρόπο που να αποφεύγονται οι διπλές ερωτήσεις (Cohen & Manion, 1997· Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2005) καθώς και οι καθοδηγητικές ή συμπερασματικές ερωτήσεις (Bell, 2005), που θα δέσμευαν τους

ερωτώμενους σε δεδομένες απαντήσεις. Η απάντηση των ερωτώμενων δε στηρίζεται στη μνήμη τους, ενώ δεν υπάρχουν ασαφείς ή τεχνικοί όροι (Ρόντος & Παπάνης, χ.χ). Η εμφάνιση του ερωτηματολογίου είναι εύκολη στη συμπλήρωσή του και υπάρχει κατάταξη των ερωτήσεων με σαφείς οδηγίες συμπλήρωσης (Φαρμάκης, 1992 · Cohen & Manion, 1997 · Χαλικιάς, 2003· Robson, 2007), ενώ για όλες τις ερωτήσεις που είχαν τεθεί οι αποκρινόμενοι είχαν την απαραίτητη γνώση για να τις απαντήσουν (Robson, 2007), μιας και όλοι συμμετέχουν στα προγράμματα Αγωγής Υγείας.

- Από τις δομημένες συνεντεύξεις.

Σκοπός των συνεντεύξεων (4 δομημένες συνεντεύξεις) ήταν η επιπρόσθετη διερεύνηση των απόψεων των εκπαιδευτικών για τους παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, για αυτό και χρησιμοποιήθηκαν ως συμπληρωματικό μέσο συλλογής δεδομένων. Τα ερωτήματα της συνέντευξης προέκυψαν, κυρίως, από τις επιστημόσεις των ειδικών για τα ερωτήματα που περιλάμβανε το ερωτηματολόγιο και για τα οποία, παράγοντες για την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, καταγράφηκαν σε μικρό βαθμό ή και καθόλου από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Στις συνεντεύξεις πήραν μέρος 4 εκπαιδευτικοί και πραγματοποιήθηκαν το χρονικό διάστημα από 20 Ιανουαρίου 2010 έως 22 Ιανουαρίου 2010. Οι δύο από αυτές έγιναν στο γραφείο Αγωγής Υγείας κατόπιν τηλεφωνικής πρόσκλησης των εκπαιδευτικών και οι άλλες δύο στο χώρο των σχολείων (δύο 12/Θέσια Δημοτικά, ένα 1/Θέσιο και ένα 2/Θέσιο Δημοτικό), ύστερα από ενημέρωση των Διευθυντών των σχολείων. Από τους συνεντευξιαζόμενους εκπαιδευτικούς οι δύο ήταν δασκάλες που εφάρμοζαν προγράμματα Αγωγής Υγείας ένα και πέντε χρόνια αντίστοιχα, έχοντας συνολικά χρόνια υπηρεσίας δύο και επτά, ενώ οι άλλοι δύο δάσκαλοι εφάρμοζαν προγράμματα τέσσερα και πέντε χρόνια έχοντας συνολικά χρόνια υπηρεσίας δεκαπέντε και δεκαοχτώ αντίστοιχα. Αρχικά ζητήθηκε από τους εκπαιδευτικούς άδεια για την ηχογράφηση της συνέντευξης μιας και κάτι τέτοιο θα βοηθούσε στο να αξιοποιηθούν καλύτερα οι χρήσιμες πληροφορίες που θα έδιναν. Η συνέντευξη περιλάμβανε 8 προκαθορισμένες ερωτήσεις (Βλέπε Παράρτημα Ι). Η διάταξή τους τροποποιήθηκε ανάλογα με την αντίληψη του συνεντευκτή σχετικά με το τι φαίνεται καταλληλότερο (Robson, 2007). Κάποιες ερωτήσεις που απαντήθηκαν στο ερώτημα: "Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι διευκολύνουν την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία" παραλείφθηκαν ή τροποποιήθηκαν δίνοντας συνέχεια σε ενδιαφέρουσες αποκρίσεις (Robson, 2007). Για τις ερωτήσεις 3,4,5,6 και 7 του πρωτόκολλου της συνέντευξης ζητήσαμε με βάση τους αριθμούς 1-2-3 να εκτιμηθεί ο βαθμός διευκόλυνσης και ο βαθμός δυσκολίας για τους παράγοντες που η πρόταση

εκφράζει, έτσι ώστε ο ερευνητής να έχει μια εικόνα για τη σημαντικότητα του παράγοντα που αναφέρεται. Για την επεξεργασία των ποιοτικών δεδομένων έγινε προσεκτική ακρόαση για αρκετές φορές για να εντοπίσουμε κατηγορίες (Bell, 2005). Στις ερωτήσεις 1, 2 και 8 πρώτα συγγράψαμε μια περίληψη για κάθε ατομική συνέντευξη και έπειτα ταξινομήσαμε τις απαντήσεις των ερωτώμενων με βάση τα "κοινά τους στοιχεία". Κάνοντας μια γενική επισκόπηση - μελέτη των απαντήσεων τις ταξινομήσαμε στους 6 παράγοντες που προέκυψαν από την πρώτη παραγοντική ανάλυση και στους 2 παράγοντες που προέκυψαν από τη δεύτερη παραγοντική ανάλυση, αφού πρώτα απαλείψαμε τυχόν πλεονασμούς, όπως παρουσιάζονται στη συνέχεια στο κεφάλαιο 4.2.4

3.4.1.3 Δομή του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο αρχικά εξηγεί από ποιον γίνεται η έρευνα, σε ποιους απευθύνεται και για ποιο σκοπό γίνεται. Περιλαμβάνει τρία μέρη: Το Πρώτο Μέρος αφορά τα προσωπικά – δημογραφικά στοιχεία του εκπαιδευτικού που είναι: το φύλο, τα έτη υπηρεσίας, οι σπουδές, τα έτη ενασχόλησης με τα προγράμματα Αγωγής Υγείας, οι ώρες συμμετοχής σε σεμινάρια καινοτόμων δράσεων και η συμμετοχή ως εισηγητή/τριας σε σεμινάρια καινοτόμων δράσεων. Στο Δεύτερο Μέρος περιλαμβάνονται τριάντα τρία ερωτήματα – τύπου Likert. Από αυτά τα ερωτήματα τα είκοσι πέντε αφορούν τους παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, όπως για παράδειγμα: «Η δυνατότητα της εφαρμογής των προγραμμάτων στα πλαίσια της «ευέλικτης ζώνης». Τα υπόλοιπα οχτώ αφορούν τους παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων, όπως για παράδειγμα: «Ο περιορισμένος χρόνος στο επίσημο αναλυτικό πρόγραμμα για την εφαρμογή καινοτόμων δράσεων». Στο Τρίτο Μέρος περιλαμβάνεται ερώτηση ανοιχτού τύπου, έτσι ώστε να δοθεί η δυνατότητα στους ερωτώμενους εκπαιδευτικούς να γράψουν κάποιες εισηγήσεις για την καλύτερη εφαρμογή των προγραμμάτων. Χρησιμοποιήθηκε η διατακτική κλίμακα (Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2005), με πέντε κατηγορίες ή διαβαθμίσεις για την κάθε μεταβλητή «καθόλου – λίγο – αρκετά – πολύ – πάρα πολύ».

3.5 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Η έρευνα διεξήχθη κατά το μήνα Φεβρουάριο του έτους 2010 σε σχολεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης του Ν. Αχαΐας. Στο πρώτο στάδιο ο ερευνητής επικοινωνήσε με τους Διευθυντές/τριες των Δημοτικών Σχολείων /Νηπιαγωγείων και τους ενημέρωσε για το σκοπό της έρευνας και την ημέρα που θα επισκεπτόταν τα σχολεία για τη χορήγηση των ερωτηματολογίων, ενώ παράλληλα τους έστειλε με fax ή μέσω ηλεκτρονικού

ταχυδρομείου την «Ενημερωτική επιστολή προς το Διευθυντή/ντρια του Σχολείου και το Διδακτικό Προσωπικό του Σχολείου» (Βλέπε Παράρτημα Ι).

Ο παραπάνω μεθοδολογικός χειρισμός στόχευε στο να υπάρχει χρόνος να ενημερωθούν οι παραλήπτες της ενημερωτικής επιστολής αλλά και για να μην προγραμματιστεί κάποια εκδήλωση του σχολείου, που θα δυσκόλευε τον ερευνητή στο χρονοδιάγραμμα της έρευνάς του. Επίσης θεωρήθηκε σωστό η ενημερωτική επιστολή ν' απευθύνεται και να ενημερώνει και το σύλλογο διδασκόντων, γιατί σε διαφορετική περίπτωση μιας και τα προγράμματα γίνονται σε εθελοντική βάση, θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μεροληπτική στάση του υπευθύνου τμήματος Αγωγής Υγείας και ερευνητή, με επιλεκτικό ενδιαφέρον μόνο για ορισμένους εκπαιδευτικούς.

Στο δεύτερο στάδιο, της κατ' ιδίαν επίσκεψης στα σχολεία δόθηκε το ερωτηματολόγιο με την ενημερωτική επιστολή και με την επιθυμία του ερευνητή να συμπληρωθούν σε δεύτερο χρόνο αφού το μελετούσαν καλύτερα. Επίσης γινόταν συμφωνία ν' αποσταλούν ταχυδρομικά στο γραφείο του ερευνητή σε χρονικό διάστημα είκοσι ημερών. Γι' αυτό το λόγο μαζί με το ερωτηματολόγιο είχαν επισυναφθεί και φάκελοι καλής ποιότητας, δαχτυλογραφημένοι με το όνομα και την ιδιότητα του παραλήπτη και με γραμματόσημα για την επιστροφή του ερωτηματολογίου. Μεθοδολογικός σχεδιασμός που φυσικά απέβλεπε στη διασφάλιση της ανωνυμίας έτσι ώστε ο ίδιος ο ερευνητής να μη γνωρίζει σε ποιον εκπαιδευτικό αντιστοιχεί το κάθε ένα ερωτηματολόγιο.

3.6 Ηθικά Διλήμματα

Συχνά οι όροι δεοντολογία και ηθική ταυτίζονται αν και σύμφωνα με τον Robson «η δεοντολογία αναφέρεται σε γενικές αρχές περί του πρέπει κάποιος να κάνει, ενώ η ηθική θεωρείται συνήθως ότι αναφέρεται στο εάν μια συγκεκριμένη πράξη είναι συνεπής με την αποδεκτή έννοια του σωστού ή του λάθους ή όχι» (Robson, 2007, σελ. 78).

Για τη συγκεκριμένη έρευνα τέθηκαν υπόψη οι πιο κάτω αρχές δεοντολογίας:

- Στην ενημερωτική επιστολή προς τους Διευθυντές και το Σύλλογο Διδασκόντων αναφέρονται οι όροι «εχεμύθεια» και «ανωνυμία», δηλαδή η υπόσχεση ότι δεν μπορεί ν' αποκαλυφθεί η ταυτότητα των συμμετεχόντων και ότι ούτε ο ίδιος ο ερευνητής δεν θα μπορεί να ξέρει ποιος έδωσε ποιες απαντήσεις (Bell, 2005), γι' αυτό και μαζί με το ερωτηματολόγιο και την ενημερωτική επιστολή εσωκλείσαμε ένα φάκελο με συμπληρωμένα τα στοιχεία του παραλήπτη, χωρίς τα στοιχεία του αποστολέα.

- Στις δομημένες συνεντεύξεις, με την υπόσχεση της «εμπιστευτικότητας» που αποτελεί τρόπο προστασίας του δικαιώματος της προσωπικής ζωής του συμμετέχοντα στην έρευνα. Με τον όρο εμπιστευτικότητα εννοούμε ότι αν και ο ερευνητής γνωρίζει ποιος παρέχει τις πληροφορίες ή αν και μπορεί να γνωρίσει τους συμμετέχοντες απ' τα στοιχεία που δίνονται, σε καμία περίπτωση δε θα κάνει δημοσίως γνωστή τη συσχέτιση (Cohen & Manion, 1997).
- Η συμμετοχή στην έρευνα όλων των εκπαιδευτικών λόγω και της προσωπικής σχέσης τους με τον ερευνητή Υπεύθυνο Αγωγής Υγείας γίνεται με τη γνώση και συγκατάθεσή τους χωρίς κανένα στοιχείο καταναγκασμού σε συμμετοχή, με γνώση του οφέλους που θα προκύψει απ' τα ερευνητικά συμπεράσματα, αλλά και χωρίς καμία έκθεση των συμμετεχόντων σε φυσικό ή ψυχολογικό άγχος, με επιστημονική εντιμότητα, ειλικρίνεια και αμεροληψία (Δημητρόπουλος, 1999· Robson, 2007· Bera, n.d.). Ως βασικότερο στοιχείο ηθικής θεωρούμε τη «συνειδητή τους συναίνεση». Σύμφωνα με τους Diener & Crandal, ως συνειδητή συναίνεση έχει ορισθεί «οι διαδικασίες με τις οποίες τ' άτομα επιλέγουν εάν θα συμμετέχουν σε μια έρευνα, αφού ενημερωθούν για τα γεγονότα, τα οποία είναι πιθανόν να επηρεάσουν τις αποφάσεις τους» (Cohen & Manion, 1997, σ. 476).
- Στην δομημένη Συνέντευξη ζητήθηκε η συγκατάθεση απ' τους εκπαιδευτικούς για τη δυνατότητα μαγνητοφώνησης της συζήτησης, έτσι ώστε να υπάρχει η δυνατότητα αποκωδικοποίησης με την παράλληλη διαβεβαίωση απ' τον ερευνητή ότι το υλικό θα κρατηθεί στα αρχεία του τμήματος Αγωγής Υγείας και θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά και μόνο απ' τους συμμετέχοντες για το σκοπό της έρευνας.

3.7 Ανάλυση Δεδομένων

Για την ανάλυση των στοιχείων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 16.0 (Statistical Package for Social Sciences). Η προετοιμασία των στοιχείων προς ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε τέσσερα στάδια – με τον αρχικό έλεγχο των ερωτηματολογίων (μετά τον οποίο απορρίφθηκαν τα ερωτηματολόγια που δεν είχαν συμπληρωθεί σωστά ή παρουσίαζαν μεγάλο αριθμό αναπάντητων ερωτήσεων), την αρίθμηση των (αξιοποιήσιμων) ερωτηματολογίων, τον (εκ νέου) έλεγχό τους και την κωδικοποίησή τους. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε η στατιστική ανάλυση που οδήγησε στα αντίστοιχα ευρήματα και στην εξαγωγή των συμπερασμάτων. Συγκεκριμένα υπολογίστηκαν οι συχνότητες και τα ποσοστά για τα δημογραφικά στοιχεία, οι

συχνότητες, τα ποσοστά, οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για καθεμιά δήλωση. Επίσης, διεξήχθησαν δύο παραγοντικές αναλύσεις, μια για τους παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή των προγραμμάτων και μία για τους παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή τους. Έγιναν συγκρίσεις μέσω των όρων με το κριτήριο t για την επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στους παράγοντες που επηρεάζουν τις καινοτόμους μεθόδους Αγωγής Υγείας, μονόδρομη ανάλυση διακύμανσης ως προς ένα παράγοντα (έτη υπηρεσίας) καθώς και συσχετίσεις με το δείκτη Pearson's r για τους παράγοντες που συσχετίζονται με τα έτη ενασχόλησης των εκπαιδευτικών με τα προγράμματα Αγωγής Υγείας και με τις ώρες συμμετοχής τους σε σεμινάρια καινοτόμων δράσεων.

Για την ανάλυση της ανοιχτής ερώτησης του ερωτηματολογίου, μελετήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια, εντοπίστηκαν κατηγορίες θεμάτων και έγινε κατηγοριοποίησή τους ανάλογα με το θέμα. Μετρήθηκε πόσες φορές αντιστοιχεί η κάθε απάντηση στις κατηγορίες θεμάτων και κατασκευάστηκε πίνακας με τις κατηγορίες των θεμάτων, τον αριθμό των απαντήσεων που αντιστοιχεί σε κάθε ερώτηση καθώς και τα αντίστοιχα ποσοστά. Από την επεξεργασία των ανοιχτών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου προέκυψαν τα αναγκαία ποιοτικά στοιχεία της έρευνας που σε συνδυασμό με τα ποιοτικά στοιχεία των συνεντεύξεων και τα ποσοτικά στοιχεία από την ανάλυση των ερωτηματολογίων διευκόλυναν την επίτευξη των στόχων της έρευνας για πιο έγκυρα αποτελέσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος και τα αποτελέσματα των δύο παραγοντικών αναλύσεων. Τέλος, γίνεται παρουσίαση της επίδρασης των δημογραφικών – προσωπικών στοιχείων στους παράγοντες που επηρεάζουν τις καινοτόμες μεθόδους Αγωγής Υγείας (έλεγχοι t-test & Anova) και ανάλυση της ερώτησης ανοιχτού τύπου του ερωτηματολογίου.

4.1 Το δείγμα της έρευνας

Προκειμένου να περιγραφεί το δείγμα των ερωτώμενων από τα δημογραφικά του χαρακτηριστικά υπολογίστηκαν οι συχνότητες και τα ποσοστά. Στην ανάλυση που ακολουθεί θα περιγραφεί η ταυτότητα του δείγματος όπως αυτή προέκυψε από την επεξεργασία των αντίστοιχων απαντήσεων.

Στον Πίνακα 4.1 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος. Συνολικά το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από 141 εκπαιδευτικούς (ποσοστό ανταπόκρισης 94%), 105 γυναίκες και 36 άνδρες, εκ των οποίων το 70,9% έχει εκπονήσει βασικές σπουδές, ενώ το 29,1% έχει προχωρήσει την επιμόρφωσή του σε επίπεδο μεταπτυχιακού διπλώματος ή διδασκαλείου.

Πίνακας 4.1: Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

| | Συχνότητα (N) | Ποσοστό (%) |
|--|---------------|-------------|
| Φύλο | | |
| Δασκάλα / Νηπιαγωγός - Δασκάλα Ειδικότητας | 105 | 74,5 |
| Δάσκαλος / Νηπιαγωγός - Δάσκαλος Ειδικότητας | 36 | 25,0 |
| Έτη υπηρεσίας | | |
| 1 – 5 έτη | 19 | 13,5 |
| 6 – 10 έτη | 34 | 24,1 |
| 11 – 15 έτη | 25 | 17,7 |
| 16 – 20 έτη | 27 | 19,1 |
| 21 – 25έτη | 21 | 14,9 |

| | | |
|---|-----|------|
| 25 + έτη | 15 | 10,6 |
| Σπουδές | | |
| Βασικές σπουδές (Βασικό πτυχίο / περιοδικές επιμορφώσεις-Π.Ε.Κ.) | 100 | 70,9 |
| Διδασκαλείο ή Μεταπτυχιακό | 41 | 29,1 |

Από τους ερωτηθέντες δασκάλους (Πίνακας 4.2), σχεδόν οι μισοί (52,50%) έχουν ασχοληθεί με την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας από ένα έως δύο έτη ενώ το 47,50% από 3 έως 10 έτη. Οι 69 (48,90%) από αυτούς έχουν συμμετάσχει καθόλου έως και 2 ώρες σε σεμινάρια Καινοτόμων Δράσεων, ενώ οι υπόλοιποι 72, από 3 έως 300 ώρες. Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι μόλις το 11,3% των εκπαιδευτικών έχει εισηγηθεί σε σεμινάρια καινοτόμων δράσεων.

Πίνακας 4.2: Προσωπικά στοιχεία συμμετεχόντων σε σχέση με τη συμμετοχή τους σε προγράμματα Αγωγής Υγείας.

| | Συχνότητα (N) | Ποσοστό (%) |
|--|---------------|-------------|
| Έτη ενασχόλησης με την εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας (συμπεριλαμβανομένου και του φετινού) | | |
| 1 – 2 έτη | 74 | 52,50 |
| 3 – 10 έτη | 67 | 47,50 |
| Ώρες συμμετοχής σε Σεμινάρια Καινοτόμων Δράσεων (τα τελευταία δύο έτη) | | |
| 0 – 2 ώρες | 69 | 48,90 |
| 3 – 300 ώρες | 72 | 51,10 |
| Εισηγητής σε σεμινάρια καινοτόμων δράσεων | | |
| ΝΑΙ | 16 | 11,30 |
| ΟΧΙ | 125 | 88,70 |

4.2 Παραγοντική Ανάλυση

Λόγω του μεγάλου πλήθους των εξαρτημένων μεταβλητών του ερωτηματολογίου, κρίθηκε απαραίτητο να χρησιμοποιηθεί η μέθοδος της ανάλυσης παραγόντων και πιο συγκεκριμένα να γίνουν δύο παραγοντικές αναλύσεις μία για τους παράγοντες που διευκολύνουν και μία για τους παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. Από τις παραγοντικές αναλύσεις πριν από όλα προκύπτουν τα communalities, τα οποία μετρούν το ποσοστό διακύμανσης της κάθε μεταβλητής. Όσο μεγαλύτερες είναι οι τιμές των communalities τόσο αποδεικνύεται ότι η κάθε μεταβλητή έχει αρκετά κοινά χαρακτηριστικά με τις υπόλοιπες μεταβλητές και επομένως μπορεί να συνεισφέρει στην περαιτέρω ανάλυση (Σιώμκος & Βασιλικοπούλου, 2005). Αντίστροφα, αν μια μεταβλητή έχει πολύ χαμηλό communality (π.χ. <0.3) τότε δεν έχει τίποτα κοινό με τις υπόλοιπες μεταβλητές και ουσιαστικά δεν αποτελεί κομμάτι που μπορεί να αποδώσει συμπεράσματα στην ανάλυση (Σιώμκος & Βασιλικοπούλου, 2005). Από την έρευνα, και όπως παρουσιάζεται στους πίνακες (Βλέπε Παράρτημα II) κανένα communality δεν είναι χαμηλό (όλα >0.3) και συνεπώς και οι 33 μεταβλητές συσχετίζονται με κάποιο παράγοντα και άρα αποτελούν στοιχεία από τα οποία κάποιος μπορεί να κάνει παραγοντική ανάλυση και να εξάγει συμπεράσματα.

4.2.1 Παραγοντική ανάλυση δηλώσεων που διευκολύνουν την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Για την παραγοντική ανάλυση επιλέχθηκε η μέθοδος της περιστροφής, μιας και είναι ο απλούστερος τρόπος να διανεμηθούν τα factor loadings με τέτοιο τρόπο ώστε η ερμηνεία των παραγόντων να είναι ευκολότερη, και να φανεί ότι η κάθε μεταβλητή ερμηνεύεται από ένα παράγοντα (Σιώμκος – Βασιλικοπούλου, 2005). Με τη μέθοδο περιστροφής Varimax προέκυψε το τελικό παραγοντικό μοντέλο, στο οποίο οι παράγοντες οριοθετήθηκαν ως εξής:

Στην πρώτη παραγοντική ανάλυση, για 25 μεταβλητές, προέκυψαν έξι (6) ομάδες ερωτήσεων, που αποτέλεσαν τους έξι παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. Η ανάλυση έδειξε ότι έξι παράγοντες είχαν ιδιοτιμές μεγαλύτερες από 1.0 (υψηλές eigenvalues) και ότι μετά την περιστροφή, οι παράγοντες αυτοί ερμηνεύουν το 63,1% της διακύμανσης ($KMO = 0.831$, Bartlett's test of Sphericity = 1522.254, $p < 0.001$). Ένα ποσοστό άνω του 50% θεωρείται ικανό για τους εξαγόμενους παράγοντες (Σιώμκος – Βασιλικοπούλου, 2005). Για τις φορτίσεις των παραγόντων σε κάθε παράγοντα, βλέπε πίνακα 4.3

Πίνακας 4.3: Σχηματισμός παραγοντικών φορτίσεων των 24 παραγόντων που διευκολύνουν την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

| | ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ | Π1 | Π2 | Π3 | Π4 | Π5 | Π6 |
|------------|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Q30 | Η ομαλή συνεργασία με το σύλλογο γονέων σε κάθε φάση της διαδικασίας εφαρμογής του προγράμματος | .813 | | | | | |
| Q29 | Η δυνατότητα συνεργασίας με τους γονείς των μαθητών | .794 | | | | | |
| Q31 | Το ενδιαφέρον των μαθητών για τα θέματα της Αγωγής Υγείας | .700 | | | | | |
| Q28 | Η δυνατότητα συνεργασίας με τους φορείς και τις τοπικές αρχές (Δήμο, Νομαρχία, εθελοντικές μη-κερδοσκοπικές ενώσεις, πολιτιστικούς συλλόγους κ.ά.) | .628 | | | | | |
| Q32 | Η αναγνώριση από κοινωνικούς παράγοντες (γονείς, ευρύτερη κοινότητα) της δυνατότητας του σχολείου να προάγει θέματα Αγωγής Υγείας | .624 | | | | | |
| Q25 | Η συνεργασία με εκπαιδευτικούς ειδικοτήτων (μουσικής, εικαστικών, θεατρικής αγωγής) | .473 | | | | | |
| Q18 | Οι οργανωτικές δεξιότητες και οι πρωτοβουλίες που παίρνει ο υπεύθυνος Αγωγής Υγείας | | .828 | | | | |
| Q19 | Η επικοινωνιακή ικανότητα/δεξιότητα του υπεύθυνου Αγωγής Υγείας | | .784 | | | | |
| Q17 | Οι επιστημονικές γνώσεις του υπεύθυνου Αγωγής Υγείας | | .684 | | | | |
| Q14 | Η αυτονομία των δασκάλων στην επιλογή του εκπαιδευτικού υλικού και των μεθόδων αγωγής υγείας | | .585 | | | | |
| Q13 | Οι γνώσεις των εκπαιδευτικών, που εφαρμόζουν τα προγράμματα, σε θέματα Αγωγής Υγείας | | .557 | | | | |
| Q16 | Η ανάληψη πρωτοβουλιών από το Διευθυντή του σχολείου | | | .763 | | | |
| Q15 | Η διασφάλιση από το Διευθυντή συνεργατικού κλίματος στο σχολείο | | | .707 | | | |
| Q04 | Ειδικοί χώροι με κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή | | | .491 | | | |
| Q12 | Η επιμόρφωση – εκπαίδευση των δασκάλων σε νέες ενεργητικές – βιωματικές μεθόδους | | | .484 | | | |
| Q09 | Η οικονομική επιχορήγηση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας (αγορά εκπαιδευτικού υλικού, μετακινήσεις λεωφορείων για εκδηλώσεις) | | | | .825 | | |
| Q10 | Η Δημοσιοποίηση, διάχυση των αποτελεσμάτων του προγράμματος (διανομή τελικού προϊόντος - συμμετοχή σε δράσεις και παρουσίασή τους σε διαδικτυακούς κόμβους) | | | | .652 | | |
| Q11 | Η καλή επικοινωνία και αλληλεπίδραση μεταξύ των δασκάλων και των μαθητών | | | | .510 | | |
| Q21 | Η εξοικείωση των μαθητών με την ομαδοσυνεργατική διδασκαλία (δυναμική ομάδων) | | | | .461 | | |
| Q23 | Ενδογενή Κίνητρα - Η πεποίθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας των δασκάλων, της αυτο-αποφασιστικότητας και της προσδοκίας στην επίτευξη των στόχων | | | | .456 | | |
| Q02 | Οι Ομαδικές Συμβουλευτικές Συναντήσεις (Ο.Σ.Σ.) / Συνεδρίες για την ανταλλαγή πληροφοριών | | | | | .813 | |
| Q03 | Οι Ο.Σ.Σ. / Συνεδρίες για την παρακολούθηση της πορείας του προγράμματος | | | | | .763 | |
| Q01 | Η δυνατότητα της εφαρμογής των προγραμμάτων στα πλαίσια της «ευέλικτης ζώνης» | | | | | .659 | |
| Q20 | Κίνητρα επαγγελματικής ανέλιξης (επίτευξη επαγγελματικού στόχου, η μοριοδότηση υλοποίησης των προγραμμάτων, η απόχτηση κύρους) | | | | | | .841 |
| Q22 | Εξωγενή κίνητρα (χρηματικό ποσό, μείωση ωραρίου, έπαινοι – διακρίσεις –βραβεία) | | | | | | .819 |

Με βάση τις δηλώσεις που φόρτωναν σε κάθε παράγοντα δόθηκαν τα πιο κάτω ονόματα στους παράγοντες:

Π1: Συνεργασία δασκάλων, γονέων και φορέων - ενδιαφέρον των μαθητών

Π2: Γνώσεις και Δεξιότητες υπευθύνου Αγωγής Υγείας

Π3: Συνεργατικό και Υποστηρικτικό περιβάλλον ανάπτυξης προγραμμάτων Α.Υ.

Π4: Ψυχική και Ηθική ενίσχυση δασκάλων

Π5: Ο.Σ.Σ./Συνεδρίες των εκπαιδευτικών και η δυνατότητα εφαρμογής προγραμμάτων στην «ευέλικτη ζώνη»

Π6: Εξωγενή κίνητρα δασκάλων

Μετά την παραγοντική ανάλυση υπολογίστηκαν οι δείκτες εσωτερικής αξιοπιστίας (Cronbach α) για κάθε κλίμακα. Ακολούθως υπολογίστηκε ο συνθετικός μέσος όρος για κάθε παράγοντα, βλέπε πίνακα 4.4

Πίνακας 4.4: Περιγραφικά χαρακτηριστικά που αφορούν στους παράγοντες που διευκολύνουν (1-6) την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

| | | M.O* | Τυπική Απόκλιση | Ποσοστό Διασποράς που ερμηνεύει (%) | Δείκτης α |
|-----------|---|------|-----------------|-------------------------------------|------------------|
| Π1 | Συνεργασία δασκάλων, γονέων και φορέων - ενδιαφέρον των μαθητών | 3.9 | 0.6 | 14.1 | 0.81 |
| Π2 | Γνώσεις και Δεξιότητες υπευθύνου Αγωγής Υγείας | 4.4 | 0.5 | 13.2 | 0.60 |
| Π3 | Συνεργατικό και Υποστηρικτικό περιβάλλον ανάπτυξης προγραμμάτων Α.Υ. | 4.3 | 0.6 | 9.9 | 0.83 |
| Π4 | Ψυχική και Ηθική ενίσχυση δασκάλων | 4.2 | 0.6 | 9.8 | 0.81 |
| Π5 | Ο.Σ.Σ./Συνεδρίες των εκπαιδευτικών και η δυνατότητα εφαρμογής προγραμμάτων στην «ευέλικτη ζώνη» | 3.9 | 0.7 | 8.9 | 0.71 |
| Π6 | Εξωγενή κίνητρα δασκάλων | 3.2 | 1.1 | 7.4 | 0.74 |

*Πιθανές απαντήσεις σε πενταβάθμια κλίμακα

Βάσει της βιβλιογραφίας (Σιώμκος & Βασιλικοπούλου, 2005) τιμές μεγαλύτερες του 0,70 αποδεικνύουν ότι η κλίμακα είναι αξιόπιστη. Στα παραπάνω αποτελέσματα παρατηρούμε ότι οι συντελεστές α του Cronbach για κάθε παράγοντα είναι >0.7 , με εξαίρεση τον παράγοντα 2 που είναι 0.6

Σύμφωνα με τους μέσους όρους ο πιο ψηλός παράγοντας είναι ο Π2 «Γνώσεις και Δεξιότητες υπευθύνου Αγωγής Υγείας» με τον υψηλότερο μέσο όρο 4.4 και ακολουθούν ο Π3 «Συνεργατικό και Υποστηρικτικό περιβάλλον ανάπτυξης προγραμμάτων Α.Υ.» με μέσο όρο 4.3 και ο Π4 «Υλική και Ηθική ενίσχυση δασκάλων» με μέσο όρο 4.2

4.2.2 Παραγοντική ανάλυση δηλώσεων που εμποδίζουν την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Στην δεύτερη παραγοντική ανάλυση, για 8 μεταβλητές, προέκυψαν δύο (2) ομάδες ερωτήσεων, που αποτέλεσαν τους δύο παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. Η ανάλυση έδειξε ότι δύο παράγοντες είχαν ιδιοτιμές μεγαλύτερες από 1.0 (υψηλές eigenvalues) και ότι μετά την περιστροφή, οι παράγοντες αυτοί ερμηνεύουν το 59,00% της διακύμανσης όπου ($KMO = 0.718$, Bartlett's test of Sphericity = 343.355, $p < 0.001$). Για τις φορτίσεις των παραγόντων, βλέπε πίνακα 4.5

Πίνακας 4.5: Σχηματισμός παραγοντικών φορτίσεων των 8 παραγόντων που εμποδίζουν την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

| ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ | | Π1 | Π2 |
|------------|---|------|------|
| Q26 | Η έλλειψη εκπαίδευσης σε βιωματικές μεθόδους όπως το «παιχνίδι ρόλων». | .887 | |
| Q27 | Η περιορισμένη εμπειρία των εκπαιδευτικών σε θέματα Αγωγής Υγείας | .867 | |
| Q33 | Η πιθανή επιφυλακτική στάση των υπόλοιπων εκπαιδευτικών του σχολείου για τα καινοτόμα προγράμματα | .842 | |
| Q24 | Η επαγγελματική κόπωση (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, μείωση προσωπικών επιτευγμάτων) | .511 | |
| Q07 | Η ύπαρξη μαθητών στο ίδιο τμήμα με μαθησιακές δυσκολίες | | .773 |
| Q08 | Η ύπαρξη μαθητών στο ίδιο τμήμα από διαφορετικά εθνικά και πολιτιστικά περιβάλλοντα | | .676 |
| Q06 | Ο περιορισμένος χρόνος στο επίσημο αναλυτικό πρόγραμμα για την εφαρμογή καινοτόμων δράσεων | | .622 |
| Q05 | Ο μεγάλος αριθμός μαθητών στην τάξη | | .580 |

Με βάση τις δηλώσεις που φόρτωναν σε κάθε παράγοντα δόθηκαν τα πιο κάτω ονόματα στους παράγοντες:

Π1: Περιορισμένη εμπειρία και διάθεση εκπαιδευτικών,

Π2: Ιδιαίτερες μαθησιακές συνθήκες στην τάξη

Μετά την παραγοντική ανάλυση υπολογίστηκαν οι δείκτες εσωτερικής αξιοπιστίας (Cronbach α) για κάθε κλίμακα. Ακολούθως υπολογίστηκε ο συνθετικός μέσος όρος για κάθε παράγοντα, βλέπε πίνακα 4.6

Πίνακας 4.6: Περιγραφικά χαρακτηριστικά που αφορούν στους παράγοντες που εμποδίζουν (1-2) την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

| | | M.O* | Τυπική Απόκλιση | Ποσοστό Διασποράς που ερμηνεύει (%) | Δείκτης α |
|-----------|---|------|-----------------|-------------------------------------|------------------|
| Π1 | Περιορισμένη εμπειρία και διάθεση εκπαιδευτικών | 2.0 | 0.8 | 35.1 | 0.73 |
| Π2 | Ιδιαίτερες μαθησιακές συνθήκες στην τάξη | 2.3 | 0.7 | 23.9 | 0.72 |

Στα παραπάνω αποτελέσματα παρατηρούμε ότι οι συντελεστές α του Cronbach για κάθε παράγοντα είναι >0.7 . Επομένως οι κλίμακες που εκπροσωπούν κρίνονται ως αξιόπιστες. Σύμφωνα με τους μέσους όρους ο πιο χαμηλός παράγοντας είναι ο Π1 «Περιορισμένη εμπειρία και διάθεση εκπαιδευτικών» με το χαμηλότερο μέσο όρο 2.0

4.2.3 Σύνοψη παραγοντικών αναλύσεων

Στα προηγούμενα υποκεφάλαια έγινε αναλυτική παρουσίαση των δύο παραγοντικών αναλύσεων, μία για τους παράγοντες που διευκολύνουν και μία για τους παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. Ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας για όλες τις κλίμακες ήταν ικανοποιητικός.

Από την πρώτη παραγοντική ανάλυση προέκυψαν έξι (6) παράγοντες. Από αυτούς ο σημαντικότερος για την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας είναι ο Π2 «Γνώσεις και δεξιότητες του υπευθύνου Αγωγής Υγείας» (με τον υψηλότερο μέσο όρο 4.4). Περιλαμβάνει πέντε προτάσεις (Βλέπε Παράρτημα I), από τις οποίες οι βασικότερες αναφέρονται στις "Οργανωτικές δεξιότητες και πρωτοβουλίες του υπευθύνου Αγωγής Υγείας" (με M.O. 4.5), στις "επιστημονικές γνώσεις του υπευθύνου Αγωγής Υγείας" (με M.O. 4.5) και στην "επικοινωνιακή ικανότητα/δεξιότητα του υπευθύνου Αγωγής Υγείας" (με M.O. 4.4).

Από τη δεύτερη παραγοντική ανάλυση προέκυψαν δύο (2) παράγοντες. Από αυτούς μεγαλύτερο εμπόδιο για την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας είναι ο Π1 «Περιορισμένη εμπειρία και διάθεση εκπαιδευτικών» (με το χαμηλότερο Μ.Ο. 2.0). Περιλαμβάνει τέσσερις προτάσεις (Βλέπε Παράρτημα I), από τις οποίες ως μεγαλύτερα εμπόδια αναφέρονται η "πιθανή επιφυλακτική στάση των υπόλοιπων εκπαιδευτικών του σχολείου για τα καινοτόμα προγράμματα" (με Μ.Ο. 1.9) και η "επαγγελματική κόπωση (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, μείωση προσωπικών επιτευγμάτων)" (με Μ.Ο. 2.0).

Και στις δύο παραγοντικές αναλύσεις βασικό στοιχείο υπολογισμού αποτέλεσε ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας των ερωτήσεων, ο οποίος έδειξε ότι όλες οι κλίμακες που εκπροσωπούν είναι αξιόπιστες.

4.2.4 Παρουσίαση και κατάταξη των παραγόντων που διευκολύνουν την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Στο υποκεφάλαιο αυτό θα γίνει αναλυτική παρουσίαση όλων των παραγόντων, έτσι ώστε να δοθεί η δυνατότητα εννοιολογικής αποσαφήνισης του περιεχομένου του κάθε παράγοντα. Η σειρά παρουσίασης των παραγόντων θα γίνει με βάση την κατάταξή τους (από το μεγαλύτερο στο μικρότερο μέσο όρο) για τους παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή των προγραμμάτων, και με βάση την κατάταξή τους (από το μικρότερο στο μεγαλύτερο μέσο όρο) για τους παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.

- Γνώσεις και Δεξιότητες του υπευθύνου Αγωγής Υγείας και των δασκάλων (Ο δεύτερος παράγοντας αναφέρεται στις επιστημονικές γνώσεις, στις οργανωτικές δεξιότητες, πρωτοβουλίες, και στην επικοινωνιακή δεξιότητα του υπευθύνου Αγωγής Υγείας καθώς επίσης στις γνώσεις των εκπαιδευτικών σε θέματα Αγωγής υγείας και στην αυτονομία τους στην επιλογή μεθόδων και εκπαιδευτικού υλικού). Για το δεύτερο παράγοντα λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα του πίνακα (4.4) παρατηρούμε ότι ο Μ.Ο. είναι 4.4. Είναι ο μεγαλύτερος μέσος όρος που σημαίνει ότι στην ιεραρχική κατάταξη των παραγόντων είναι ο πρώτος και σημαντικότερος παράγοντας.

Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνονται και μέσα από τις συνεντεύξεις εκπαιδευτικών σε σχετικά ερωτήματα. Μία εκπαιδευτικός (Παράρτημα I, αρ. συνέντευξης 4) αναφέρει: «...ο υπεύθυνος Αγωγής Υγείας, ειδικά την πρώτη φορά που υλοποιεί κάποιο πρόγραμμα,

θα χρειαστεί οπωσδήποτε τη βοήθειά του για να βρει υλικό ...ο υπεύθυνος θα πρέπει να έχει οπωσδήποτε βασικές επιστημονικές γνώσεις. Επειδή η θεματολογία είναι πολύ ευρεία... θα πρέπει να σε κατευθύνει να βρεις εσύ ο ίδιος τις γνώσεις που χρειάζεσαι είτε μέσα από το διαδίκτυο είτε μέσα από έντυπο υλικό. Θα πρέπει να έχει οργανωτικές ικανότητες ... επικοινωνιακή ικανότητα ώστε να πείθει τους εκπαιδευτικούς να αναλαμβάνουν και δύσκολα θέματα..... θα πρέπει να είναι και άτομο με πρωτοβουλία και θετική διάθεση ώστε να βοηθά τον κάθε εκπαιδευτικό στο ζεπέρασμα των δυσκολιών που αντιμετωπίζει...». Δύο εκπαιδευτικοί σε μονοθέσιο και διθέσιο σχολείο αντίστοιχα (Παράρτημα I, αρ. συνέντευξης 2 & 3) αναφέρουν: « Έχω πολύ μικρή εμπειρία ... ο πρώτος που βοήθησε ήταν ο υπεύθυνος αγωγής υγείας που από την αρχή ήρθε με υλικό και με κατήυθνε στο πώς να δουλέψω» και « Ο υπεύθυνος αγωγής υγείας επηρεάζει πολύ με την προσφορά και το έργο του στην υλοποίηση των προγραμμάτων...». Στο σημαντικό ρόλο του δασκάλου, ως παράγοντα που διευκολύνει τα προγράμματα, αναφέρεται και ο εκπαιδευτικός σε πολυθέσιο σχολείο ((Παράρτημα I, αρ. συνέντευξης 1) «... καινούρια αντίληψη, η διάθεση του δασκάλου να φέρει μια καινούρια σκέψη στο σχολείο, στο πρόγραμμα, στην ύλη ... σε όσα μας δυσκολεύουν...».

- Συνεργατικό και Υποστηρικτικό περιβάλλον ανάπτυξης των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας (Ο τρίτος παράγοντας αναφέρεται στη διασφάλιση από το Διευθυντή συνεργατικού κλίματος στο σχολείο και της ανάληψης πρωτοβουλιών του, καθώς επίσης στην επιμόρφωση των δασκάλων σε βιωματικές μεθόδους και στην ύπαρξη χώρων με κατάλληλη υποδομή).

Από την παρουσίαση των μέσων όρων στον πίνακα (4.4) προκύπτει ότι ο τρίτος παράγοντας έχει μέσο όρο 4.3 πολύ κοντά στον υψηλότερο μέσο όρο. Ιεραρχικά είναι στη δεύτερη θέση κατάταξης των παραγόντων. Οι εκπαιδευτικοί φαίνεται να δίνουν μεγάλη σημασία στη συνεργασία μεταξύ τους, στην επιμόρφωση σε νέες μεθόδους και στην κατάλληλη υποδομή του σχολείου. Σε όλα αυτά ο ρόλος του Διευθυντή/τριας είναι σημαντικός, όπως επιβεβαιώνεται και από τις συνεντεύξεις. Συγκεκριμένα μία εκπαιδευτικός (Παράρτημα I, αρ. συνέντευξης 4) αναφέρει: «Θεωρώ ότι πάρα πολύ βασικός παράγοντας είναι το κλίμα που υπάρχει στο εσωτερικό του σχολείου, δηλαδή η συνεργασία και κουλτούρα ανάμεσα στους εκπαιδευτικούς, αν μπορούν να συνεργάζονται περισσότεροι δάσκαλοι για να υλοποιήσουν ένα πρόγραμμα τα αποτελέσματα θα είναι καλύτερα.... ο Διευθυντής του σχολείου έχει σημαντικό ρόλο στην προώθηση των προγραμμάτων μέσα στο σχολείο και θα πρέπει να βοηθάει οργανωτικά – οικονομικά και με όποιο τρόπο μπορεί ,ώστε να μην αντιμετωπίζουν προβλήματα οι δάσκαλοι...», ένας άλλος

εκπαιδευτικός (Παράρτημα I, αρ. συνέντευξης 1) έμμεσα τονίζει την αξία της βιωματικής μάθησης λέγοντας « ο ακαδημαϊκός χαρακτήρας του σχολείου, η αποστήθιση των μαθημάτων, η αξιολόγηση με τη μορφή "κατάταξης" ή "ιεράρχησης" των μαθητών δημιουργεί μια στάση αντίθετη στην κουλτούρα της αγωγής υγείας ».

- Υλική και Ηθική ενίσχυση των δασκάλων (Με τον όρο υλική ενίσχυση των δασκάλων είναι σημαντικό να αποσαφηνιστεί ότι γίνεται αναφορά στην οικονομική επιχορήγηση των προγραμμάτων, όπως αγορά εκπαιδευτικού υλικού - μετακινήσεις λεωφορείων για εκδηλώσεις κ.ά., και όχι στην οικονομική αμοιβή των δασκάλων για τη συμμετοχή τους σε ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας. Με τον όρο ηθική ενίσχυση γίνεται αναφορά στην ικανοποίηση του εκπαιδευτικού τόσο από την προβολή-διάχυση της δουλειάς του όσο και από το κλίμα επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης μεταξύ δασκάλων και μαθητών λόγω της δυναμικής που προκύπτει από την εφαρμογή των προγραμμάτων και των νέων μεθόδων προσέγγισης της γνώσης, με συνέπεια την αυτο-αποτελεσματικότητα και αυτο-αποφασιστικότητα για την επίτευξη των στόχων).

Ο τέταρτος παράγοντας σύμφωνα με τον πίνακα (4.4) έχει Μ.Ο. 4.2 και είναι ο τρίτος κατά σειρά κατάταξης μεταξύ των παραγόντων που διευκολύνουν την εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας, κάτι που επιβεβαιώνεται και από τα λόγια των συνεντευξιζόμενων. Πιο συγκεκριμένα η εκπαιδευτικός στο μονοθέσιο σχολείο αναφέρει (Βλέπε Παράρτημα I, αρ. συνέντευξης 2), «... είχα πολύ καλή συνεργασία με τις ειδικότητες... το πρώτο κίνητρο (για την ενασχόληση μου με την αγωγή υγείας) ήταν κάποιες εκδηλώσεις που είχα δει την περσινή χρονιά από σχολεία που είχαν πρόγραμμα αγωγής υγείας», ένας άλλος εκπαιδευτικός (Βλέπε Παράρτημα I, αρ. συνέντευξης 3) αναφέρει: « ... πρέπει να γίνεται μια χρηματοδότηση μέσα στη σχολική μονάδα για τα γραφικά, τα εποπτικά μέσα, τις εξωσχολικές δραστηριότητες ...», ενώ μία εκπαιδευτικός (Βλέπε Παράρτημα I, αρ. συνέντευξης 4) συνδέοντας την ανάγκη οικονομικής στήριξης των προγραμμάτων με τη γενίκευσή τους σε όλα τα σχολεία, αναφέρει: «Ακόμη κι αν δε γίνονται σε καθολική έκταση τα προγράμματα, θα πρέπει να επιμείνει η πολιτεία να συνεχιστεί αυτή η προσπάθεια, γιατί έχει εντυπωσιακά αποτελέσματα στα παιδιά και στην κοινωνία... θα πρέπει αυτό να γίνει έμπρακτα ... να δίνει περισσότερα χρήματα, ώστε τα σχολεία να "ανακουφιστούν" οικονομικά και να μπορούν οι εκπαιδευτικοί να δουλέψουν καλύτερα ...».

- Συνεργασία δασκάλων, γονέων και φορέων-ενδιαφέρον των μαθητών (Ο πρώτος παράγοντας αναφέρεται στη συνεργασία των δασκάλων με εκπαιδευτικούς ειδικοτήτων,

στη δυνατότητα συνεργασίας με τους φορείς, τους γονείς των μαθητών καθώς επίσης στο ενδιαφέρον των μαθητών για τα θέματα Αγωγής Υγείας) .

Από τα στοιχεία του πίνακα (4.4) ο πρώτος παράγοντας έχει Μ.Ο. 3.9 και στην ιεραρχική κατάταξη των παραγόντων είναι στην τέταρτη θέση. Κυμαίνεται κοντά στο 4.0 που σημαίνει ότι το ενδιαφέρον των μαθητών για τα θέματα Αγωγής Υγείας και η ύπαρξη συνεργασίας τόσο μεταξύ των δασκάλων, όσο και μεταξύ των δασκάλων και των γονιών αλλά και των διάφορων φορέων (εθελοντικές ενώσεις, μη κυβερνητικές οργανώσεις, δήμο, νομαρχία κ.ά.) διευκολύνει πολύ την εφαρμογή των προγραμμάτων. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τη συνέντευξη μιας εκπαιδευτικού σε μονοθέσιο Δημοτικό Σχολείο (Παράρτημα Ι, αρ. συνέντευξης 2), που αναφέρει ότι: « Θα έπρεπε να υπάρχει ενημέρωση των γονιών από φορείς σε θέματα Αγωγής Υγείας. Υπάρχει έλλειψη σε αυτό το θέμα. Ίσως να έρχονται και άλλες ειδικότητες όπως για παράδειγμα δάσκαλοι μουσικής, θεατρικής αγωγής που παίζουν σημαντικό υποστηρικτικό ρόλο». Μία άλλη εκπαιδευτικός (Παράρτημα Ι, αρ. συνέντευξης 4), επισημαίνει ότι: «...ένας άλλος παράγοντας που διευκολύνει είναι οι φορείς με τους οποίους ο εκπαιδευτικός πρέπει να έχει μια καλή συνεργασία, γιατί τα περισσότερα προγράμματα υλοποιούνται σε συνεργασία με τους φορείς ...να κανονίσει κάποια συνάντηση, να γίνουν κάποιες παρουσιάσεις στο σχολείο, στους μαθητές έτσι ώστε να μην είναι ένα "απλό" μάθημα από το δάσκαλο και για να καταλάβουν τα παιδιά ότι αυτό που κάνουν έχει κοινωνικές προεκτάσεις».

• Οι Ο.Σ.Σ./Συνεδρίες των εκπαιδευτικών & η δυνατότητα εφαρμογής των προγραμμάτων στα πλαίσια της «ευέλικτης ζώνης» (Ο πέμπτος παράγοντας αναφέρεται στη δυνατότητα εφαρμογής των προγραμμάτων στα πλαίσια της ευέλικτης ζώνης καθώς και στις Ο.Σ.Σ./Συνεδρίες των εκπαιδευτικών και του υπεύθυνου Αγωγής Υγείας για την παρακολούθηση της πορείας του προγράμματος).

Η "ευέλικτη ζώνη" αν και ξεκίνησε ως ζώνη διαθεματικών και δημιουργικών δραστηριοτήτων, στην πράξη αποδείχτηκε ότι υψηλά ποσοστά δασκάλων (79,4%) δεν την εφαρμόζουν (Πατσάλης, 2009). Εν τούτοις, στην έρευνα που εξετάζεται, φαίνεται ότι για τους εκπαιδευτικούς που εφαρμόζουν προγράμματα αγωγής υγείας τόσο η "ευέλικτη ζώνη" όσο και οι συμβουλευτικές συναντήσεις μεταξύ των δασκάλων, αποτελούν παράγοντα που διευκολύνει πολύ την εφαρμογή των προγραμμάτων. Ο Μ.Ο. είναι 3.9 και ιεραρχικά τοποθετείται στην πέμπτη κατά σειρά θέση μεταξύ των παραγόντων.

Η σημασία του παράγοντα της "ευέλικτης ζώνης" αποδεικνύεται και από τις δηλώσεις των συνεντευξιζόμενων σε σχετική ερώτηση. Συγκεκριμένα οι εκπαιδευτικοί (Βλέπε

Παράρτημα I, αρ. συνέντευξης 2 & 3), αναφέρουν: « ... ο χρόνος της ευέλικτης ζώνης διευκολύνει αρκετά ...», και η εκπαιδευτικός (Βλέπε Παράρτημα I, αρ. συνέντευξης 4), « ... θα έλεγα ότι διευκολύνει πολύ... έτσι δε χάνεται η ευέλικτη (ζώνη) ... και τα παιδιά αντιλαμβάνονται ότι υπάρχουν δύο ώρες για να συζητήσουμε ένα θέμα που μας ενδιαφέρει, να μάθουμε κάτι ουσιαστικό...».

- Εξωγενή κίνητρα δασκάλων (Με τον όρο εξωγενή κίνητρα αναφέρονται τα κίνητρα επαγγελματικής ανέλιξης όπως για παράδειγμα η επίτευξη επαγγελματικού στόχου, η μοριοδότηση υλοποίησης των προγραμμάτων καθώς και τα εξωγενή κίνητρα που είναι η χρηματική αμοιβή, η μείωση ωραρίου, οι έπαινοι, οι διακρίσεις και τα βραβεία).

Τα εξωγενή κίνητρα των δασκάλων, όπως φαίνεται από τον πίνακα (4.4), έχουν Μ.Ο. 3.2 δηλαδή το χαμηλότερο μέσο όρο από όλους τους παράγοντες, γι αυτό και ιεραρχικά κατατάσσονται στην έκτη και τελευταία θέση μεταξύ των παραγόντων. Φαίνεται ότι αν και είναι παράγοντας που διευκολύνει αρκετά, εντούτοις για τους εκπαιδευτικούς δεν αποτελούν βασική προτεραιότητα.

Ενδιαφέρον, όμως, παρουσιάζουν και οι συνεντεύξεις στη συγκεκριμένη ερώτηση, μιας και υπάρχει μια ποικιλία απόψεων. Συγκεκριμένα μία εκπαιδευτικός (Βλέπε Παράρτημα I, αρ. συνέντευξης 2), αναφέρει: «Δεν το είχα σκεφτεί καθόλου κάνοντας αυτό το πρόγραμμα. Θα απαντούσα "καθόλου" δεν είναι παράγοντας που διευκολύνει. Αν δούλευα περισσότερο ... 15 έως 20 χρόνια ίσως να ήταν ένα κίνητρο για μένα... περισσότερο κάνω ένα πρόγραμμα ως κάτι διαφορετικό στην ύλη, που αρέσει στα παιδιά και δίνει σε μένα ικανοποίηση συναισθηματική», ενώ αντίθετα άλλοι συνεντευξιζόμενοι (Βλέπε Παράρτημα I, αρ. συνέντευξης 3 & 4), αναφέρουν: «τα κίνητρα επαγγελματικής ανέλιξης διευκολύνουν πολύ, γιατί είναι αρκετά σημαντικός παράγοντας για να κάνεις καινοτόμα προγράμματα, τα οποία αυτή τη στιγμή δε μοριοδοτούνται, αλλά μελλοντικά μπορούν να "βοηθήσουν" το βιογραφικό σου», και «... θα έλεγα ότι διευκολύνουν πολύ, γιατί θεωρώ ότι δεν υπάρχουν επαρκή κίνητρα για αυτό και δεν κάνουν όλοι οι εκπαιδευτικοί προγράμματα αγωγής υγείας... η μοριοδότηση θα ήθελα σίγουρα να υπάρχει...».

4.2.5 Παρουσίαση και κατάταξη των παραγόντων που εμποδίζουν την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

- Περιορισμένη εμπειρία και διάθεση εκπαιδευτικών (Ο πρώτος παράγοντας αναφέρεται τόσο στην έλλειψη εκπαίδευσης σε βιωματικές μεθόδους και στην περιορισμένη εμπειρία των εκπαιδευτικών σε θέματα Αγωγής Υγείας όσο και στην επαγγελματική κόπωση και

την πιθανή επιφυλακτική στάση των υπόλοιπων εκπαιδευτικών του σχολείου για τα καινοτόμα προγράμματα).

Από τα στοιχεία του πίνακα (4.4) ο πρώτος παράγοντας έχει Μ.Ο. 2.0 Από αυτό προκύπτει ότι ο παράγοντας αυτός είναι από τους βασικότερους, που αν και δεν αναστέλλει την επιθυμία των εκπαιδευτικών να συμμετέχουν σε προγράμματα αγωγής υγείας, εντούτοις αποτελεί έναν περιοριστικό παράγοντα.

Πιο συγκεκριμένα, δάσκαλος σε πολυθέσιο σχολείο (Βλέπε Παράρτημα I, αρ. συνέντευξης 1), αναφέρει, « ... δεν έχω συναντήσει επιφυλακτική στάση, αλλά αν υπήρχε ίσως θα με δυσκόλευε ...». Επίσης, δάσκαλος σε διθέσιο δημοτικό σχολείο (Βλέπε Παράρτημα I, αρ. συνέντευξης 3), επισημαίνει ότι: «...αποτελεί εμπόδιο λίγο, όχι πολύ ... αν βρίσκεις αντίσταση από το σύλλογο διδασκόντων και από το διευθυντή του σχολείου ... πιστεύω ότι είναι ένας ανασταλτικός παράγοντας. Καλό είναι ο διευθυντής του σχολείου με το σύλλογο διδασκόντων να ενημερώνει όλο το προσωπικό του σχολείου για τη σημασία αυτών των καινοτόμων προγραμμάτων και χρήσιμο είναι να μη συμμετέχει μόνο ένας δάσκαλος αλλά όσο το δυνατόν περισσότεροι εκπαιδευτικοί». Ενδιαφέρουσα, επίσης, είναι η άποψη και ερμηνεία μιας εκπαιδευτικού σε πολυθέσιο σχολείο (Βλέπε παράρτημα I, αρ. συνέντευξης 4) για την πιθανή επιφυλακτική στάση των υπόλοιπων εκπαιδευτικών του σχολείου, «... δυσκολεύει τα προγράμματα αγωγής υγείας αρκετά ... θεωρώ ότι δεν είναι μόνο η αδυναμία παρέκκλισης από την παραδοσιακή μορφή διδασκαλίας, αλλά κυρίως ότι δεν μπορούν να διαχειριστούν καλά το χρόνο τους ...».

- Ιδιαίτερες μαθησιακές συνθήκες στην τάξη (Ο δεύτερος παράγοντας αναφέρεται στο μεγάλο αριθμό μαθητών στην τάξη, στον περιορισμένο χρόνο που διατίθεται για την εφαρμογή των προγραμμάτων στο αναλυτικό πρόγραμμα και στην ύπαρξη μαθητών στο ίδιο τμήμα με μαθησιακές δυσκολίες και από διαφορετικά εθνικά και πολιτιστικά περιβάλλοντα).

Από τα στοιχεία του πίνακα (4.4) ο δεύτερος παράγοντας έχει Μ.Ο. 2.3 Από αυτό προκύπτει ότι κι αυτός ο παράγοντας είναι περιοριστικός για την εφαρμογή των προγραμμάτων, όπως επιβεβαιώνεται και από τις συνεντεύξεις που διενεργήθηκαν. Δασκάλα σε μονοθέσιο σχολείο (Βλέπε Παράρτημα I, αρ. συνέντευξης 2), συνδέει το πρόβλημα έλλειψης χρόνου με την ευέλικτη ζώνη « ... το σημαντικότερο εμπόδιο είναι η έλλειψη χρόνου ... δε μας φτάνει ο χρόνος, γιατί είναι όλες οι τάξεις μαζί, η ύλη είναι πολύ πιεστική, ωστόσο έχουμε επιλέξει δύο ώρες κάθε Παρασκευή και στο πλαίσιο της ευέλικτης ζώνης κάνουμε το πρόγραμμα αγωγής υγείας... ένα άλλο εμπόδιο είναι ότι τα παιδιά εκτός

από διαφορετικές ηλικίες έχουν και διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα... όμως παρόλα αυτά συνεργάζονται σε ικανοποιητικό βαθμό». Τέλος, μία εκπαιδευτικός σε πολυθέσιο σχολείο (Βλέπε Παράρτημα I, αρ. συνέντευξης 4), αντιλαμβάνεται ως παράγοντες που δυσκολεύουν, μεταξύ άλλων, το αναλυτικό πρόγραμμα και το ωράριο, « ... το αναλυτικό πρόγραμμα είναι αυστηρά δομημένο και περιορίζει το δάσκαλο, δε σε βοηθάει να "δουλέψεις" ένα πρόγραμμα γιατί έχεις την πίεση της ύλης ».

4.3 Η επίδραση των δημογραφικών-προσωπικών στοιχείων στους παράγοντες που επηρεάζουν τις καινοτόμες μεθόδους Αγωγής Υγείας

Προκειμένου να γίνει μια καλύτερη απεικόνιση του προφίλ του εκπαιδευτικού που εμπλέκεται στα προγράμματα Αγωγής Υγείας, προχωρήσαμε σε:

- ✓ Ελέγχους t-test και Ανοβα μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων και των παραγόντων που είτε ευνοούν είτε όχι την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων Α.Υ.
- ✓ Συσχετίσεις τόσο μεταξύ των ετών ενασχόλησης με την εφαρμογή προγραμμάτων Α.Υ. με τους παράγοντες, όσο και με τις ώρες συμμετοχής σε σεμινάρια καινοτόμων δράσεων με τους παράγοντες που είτε ευνοούν είτε όχι την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων Α.Υ.

Απαραίτητη προϋπόθεση για να γίνουν οι παραπάνω έλεγχοι είναι η κατανομή του δείγματος να είναι κανονική, κάτι που θεωρούμε ότι ισχύει καθώς το σύνολο των ερωτηθέντων ξεπερνάει τον αριθμό των 100 . Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι δείγμα άνω των 100 συμμετεχόντων θεωρείται ότι ακολουθεί την κανονική κατανομή (Σιώμοκος & Βασιλικοπούλου, 2005). Επομένως, ξεκινώντας τον έλεγχο διενεργήθηκε t-test, αρχικά, για τους παράγοντες ανά **Φύλο** και δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά. Στη συνέχεια των ελέγχων t-test προέκυψαν, όμως, αρκετά σημαντικές στατιστικά διαφορές, όπως παρουσιάζονται πιο κάτω.

4.3.1 Διαφορές στους Μ.Ο. των παραγόντων ανά Σπουδές (Βασικό πτυχίο, περιοδικές επιμορφώσεις Π.Ε.Κ. / Διδασκαλείο ή Μεταπτυχιακό)

Εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους του παράγοντα που αφορά την "υλική και ηθική ενίσχυση των δασκάλων" [$t(139) = -1,998, p < 0,01$]. Οι εκπαιδευτικοί που είχαν διδασκαλείο ή μεταπτυχιακό είχαν υψηλότερους Μ.Ο. σε σύγκριση με όσους είχαν μόνο βασικές σπουδές (Μ.Ο. = 4.4 και 4.1 αντίστοιχα).

Εντοπίστηκαν επίσης, στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους του παράγοντα που αφορούσε τις "Ο.Σ.Σ. των εκπαιδευτικών και τη δυνατότητα εφαρμογής των προγραμμάτων στην «ευέλικτη ζώνη»" [$t(139) = -2,172, p < 0,01$]. Οι εκπαιδευτικοί που είχαν διδασκαλείο ή μεταπτυχιακό είχαν υψηλότερους μέσους όρους σε σύγκριση με όσους είχαν μόνο βασικές σπουδές (Μ.Ο. = 4.1 και 3.8 αντίστοιχα).

Πιο αναλυτικά από τα παραπάνω εξαγόμενα στατιστικά συμπεράσματα απορρέει ότι, οι κάτοχοι διδασκαλείου ή μεταπτυχιακού τίτλου έχουν ισχυρότερα θετική στάση απέναντι τόσο στον παράγοντα της "υλικής και ηθικής ενίσχυσης των δασκάλων", ως ευνοϊκό παράγοντα των προγραμμάτων, όσο και στον παράγοντα "Ο.Σ.Σ./Συνεδρίες των εκπαιδευτικών και δυνατότητα εφαρμογής των προγραμμάτων στην «ευέλικτη ζώνη»" σε σχέση με τους κατόχους βασικού πτυχίου, αφού οι μέσοι όροι των απόψεων των πρώτων είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτεροι σε σχέση με αυτούς των τελευταίων.

4.3.2 Διαφορές στους Μ.Ο. των παραγόντων ανά Έτη ενασχόλησης με την εφαρμογή των προγραμμάτων (1-2 έτη / 3-10 έτη)

Εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους του παράγοντα "Ο.Σ.Σ. των εκπαιδευτικών και δυνατότητα εφαρμογής των προγραμμάτων στην «ευέλικτη ζώνη»" [$t(139) = -3,073, p < 0,01$]. Οι εκπαιδευτικοί που είχαν εφαρμόσει προγράμματα 3-10 έτη είχαν υψηλότερους μέσους όρους σε σύγκριση με όσους είχαν εφαρμόσει προγράμματα 1-2 έτη (Μ.Ο. 4.1 και 3.7 αντίστοιχα). Το πιο πάνω αποτέλεσμα ενισχύεται και από τη στατιστικά σημαντική συσχέτιση που εντοπίστηκε μεταξύ της μεταβλητής "Έτη ενασχόλησης με τα προγράμματα Αγωγής Υγείας " και στον παράγοντα "Ο.Σ.Σ. των εκπαιδευτικών και δυνατότητα εφαρμογής των προγραμμάτων στην «ευέλικτη ζώνη» " ($r = 0.25, p < 0.01$).

Επίσης, εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους Μ.Ο. του παράγοντα που αφορούσε τις "ιδιαίτερες μαθησιακές συνθήκες στην τάξη" [$t(139) = -2,197, p < 0,01$]. Οι εκπαιδευτικοί που είχαν εφαρμόσει προγράμματα 1-2 έτη είχαν χαμηλότερους Μ.Ο. σε σύγκριση με όσους είχαν εφαρμόσει προγράμματα 3-10 έτη (Μ.Ο. 2.1 και 2.4 αντίστοιχα). Το πιο πάνω αποτέλεσμα ενισχύεται και από τη στατιστικά σημαντική συσχέτιση που εντοπίστηκε μεταξύ της μεταβλητής "Έτη ενασχόλησης με τα προγράμματα Αγωγής Υγείας " και στον παράγοντα " Ιδιαίτερες μαθησιακές συνθήκες στην τάξη" ($r = 0.18, p < 0.05$). Από τα προαναφερθέντα συνεπάγεται ότι οι εκπαιδευτικοί με μεγαλύτερη εμπειρία (3-10 έτη) έχουν ισχυρότερα θετική στάση στην άποψη ότι τα προγράμματα καινοτόμων δράσεων μπορούν να εφαρμοστούν στην «ευέλικτη ζώνη» σε σχέση με αυτούς με εμπειρία

στην εφαρμογή των προγραμμάτων από 1-2 έτη. Επιπλέον οι εκπαιδευτικοί με εμπειρία 1-2 έτη, θεωρούν ότι ο παράγοντας των "ιδιαίτερων μαθησιακών συνθηκών στην τάξη", αποτρέπει την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων και η άποψη τους αυτή διαφέρει στατιστικά σημαντικά από την άποψη των με μεγαλύτερη εμπειρία εκπαιδευτικών για τον παράγοντα αυτό.

4.3.3 Διαφορές στους Μ.Ο. των παραγόντων ανά Ώρες συμμετοχής σε Σεμινάρια Καινοτόμων Δράσεων.

Έγιναν συγκρίσεις μεταξύ των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν σε σεμινάρια Καινοτόμων Δράσεων και εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε παράγοντες. Ο πίνακας 4.7 παρουσιάζει τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα των ελέγχων t-test.

Πίνακας 4.7: Έλεγχος t-test ανά Ώρες συμμετοχής σε Σεμινάρια Καινοτόμων Δράσεων

| | | 0-2 Ώρες | | 3-300 Ώρες | | Τμή (t) | β.ε. (d.f.) | p | Δ.Ε. | |
|----|--|----------|------|------------|------|---------|-------------|--------|--------|--------|
| | | M.O. | T.A. | M.O. | T.A. | | | | Lower | Upper |
| Π1 | Συνεργασία δασκάλων, γονέων και φορέων – ενδιαφέρον των μαθητών | 3,8 | 0,65 | 4,1 | 0,62 | -2,46 | 139 | <0.05 | -0,475 | -0,053 |
| Π3 | Συνεργατικό και Υποστηρικτικό Περιβάλλον ανάπτυξης προγραμμάτων | 4,2 | 0,65 | 4,4 | 0,52 | -2,26 | 139 | <0.05 | -0,419 | -0,028 |
| Π4 | Υλική και Ηθική ενίσχυση δασκάλων | 4,0 | 0,66 | 4,4 | 0,51 | -4,26 | 139 | <0.001 | -0,616 | -0,226 |
| Π5 | Ο.Σ.Σ/Συνεδρίες των εκπαιδευτικών και η δυνατότητα εφαρμογής προγραμμάτων στην «ευέλικτη ζώνη» | 3,8 | 0,64 | 4,1 | 0,73 | -2,47 | 139 | <0,05 | -0,516 | -0,058 |
| Π7 | Περιορισμένη εμπειρία και διάθεση εκπαιδευτικών | 2,2 | 0,85 | 1,8 | 0,79 | 3,10 | 139 | <0.01 | 0,156 | 0,703 |

Όπως φαίνεται από τους Μ.Ο. οι εκπαιδευτικοί με 3-300 ώρες συμμετοχής σε σεμινάρια καινοτόμων δράσεων έχουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερους Μ.Ο. στους παράγοντες: "Υλική και Ηθική ενίσχυση των δασκάλων", "Συνεργασία δασκάλων, γονέων & φορέων-ενδιαφέρον των μαθητών", "Συνεργατικό και υποστηρικτικό περιβάλλον ανάπτυξης των

προγραμμάτων ", "Ο.Σ.Σ./Συνεδρίες των εκπαιδευτικών και δυνατότητα εφαρμογής των προγραμμάτων στα πλαίσια της «ευέλικτης ζώνης»". Αντίθετα, οι εκπαιδευτικοί με 0-2 ώρες συμμετοχής σε σεμινάρια καινοτόμων δράσεων είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά στον παράγοντα "Περιορισμένη εμπειρία και διάθεση των εκπαιδευτικών". Τα πιο πάνω επιβεβαιώνονται και από τις πιο κάτω στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, όπως φαίνονται στον πίνακα 4.8. Όλες οι συσχετίσεις ήταν θετικές, μία αρνητική και μια πιο ισχυρή θετική συσχέτιση.

Πίνακας 4.8: Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων και των Ωρών συμμετοχής σε σεμινάρια.

| Παράγοντες | Pearson's r |
|--|------------------|
| «Συνεργασία δασκάλων, γονέων και φορέων - ενδιαφέρον των μαθητών» | $r = 0.25^*$ |
| «Συνεργατικό και Υποστηρικτικό περιβάλλον ανάπτυξης των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας» | $r = 0.19^*$ |
| «Υλική και Ηθική ενίσχυση των δασκάλων» | $r = 0.34^*$ |
| «Οι Ο.Σ.Σ./Συνεδρίες των εκπαιδευτικών & η δυνατότητα εφαρμογής των προγραμμάτων στα πλαίσια της «ευέλικτης ζώνης» | $r = 0.20^*$ |
| «Περιορισμένη εμπειρία και διάθεση εκπαιδευτικών» | $r = -0.26^{**}$ |

* $p < 0.05$ και ** $p < 0.01$

4.3.4 Διαφορές στους Μ.Ο. των παραγόντων ανά Εισηγητής/τρια σε σεμινάρια Καινοτόμων Δράσεων (Εισηγητής / Όχι εισηγητής)

Εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους του παράγοντα που αφορούσε την "Περιορισμένη εμπειρία και διάθεση των εκπαιδευτικών" [$t(139) = -2,87$, $p < 0,01$]. Οι εκπαιδευτικοί που είχαν εισηγηθεί σε σεμινάρια είχαν χαμηλότερους Μ.Ο. σε σύγκριση με όσους δεν είχαν εισηγηθεί (Μ.Ο. 1.5 και 2.1 αντίστοιχα). Το παραπάνω συμπέρασμα συνεπάγεται ότι όσοι εκπαιδευτικοί έχουν εισηγηθεί σε σεμινάρια Καινοτόμων δράσεων θεωρούν αρνητικό παράγοντα για την ανάπτυξη των προγραμμάτων Α.Υ. την περιορισμένη εμπειρία και τη διάθεση των εκπαιδευτικών σε σχέση με όσους έχουν δεν έχουν εισηγηθεί στα αντίστοιχα προγράμματα.

4.3.5 Διαφορές στους Μ.Ο. των παραγόντων ανά Έτη Υπηρεσίας (1-5 έτη / 6-10 έτη / 11-15 έτη / 16-20 έτη / 21-25 έτη / 25+ έτη)

Για να εξεταστούν πιθανές διαφορές μεταξύ των ετών υπηρεσίας (έξι ομάδες όπως πιο πάνω) και των παραγόντων, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης ως προς ένα παράγοντα (one-way ANOVA). Η ανάλυση κατέδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων στον παράγοντα "Ο.Σ.Σ./Συνεδρίες των εκπαιδευτικών και η δυνατότητα εφαρμογής των προγραμμάτων στα πλαίσια της «ευέλικτης ζώνης»" $F(5,135)=2.32$, $p<0.05$. Για να εντοπιστεί μεταξύ ποιων ετών υπηρεσίας υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές εφαρμόστηκε η ανάλυση πολλαπλών συγκρίσεων Scheffe. Η ανάλυση έδειξε ότι, η ομάδα ετών υπηρεσίας (21-25) είχε στατιστικά σημαντικά ψηλότερο μέσο όρο από την ομάδα ετών υπηρεσίας 1-5 έτη (Μ.Ο. = 4.2 ± 0.7 και 3.5 ± 0.7 αντίστοιχα, $p<0.05$). Η ανάλυση δεν κατέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ άλλων ομάδων.

4.4 Ανάλυση ερώτησης ανοιχτού τύπου

Στο μέρος αυτό του ερωτηματολογίου ζητήθηκε από τους εκπαιδευτικούς να γράψουν κάποιες εισηγήσεις στην ερώτηση ανοιχτού τύπου: «Παρακαλώ γράψετε κάποιες εισηγήσεις για την καλύτερη εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση». Από τα 141 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια τα 107 ή 75.9% είχαν κάποια σχόλια ή εισηγήσεις. Οι απαντήσεις κατηγοριοποιήθηκαν σε εννέα θέματα. Στον πίνακα 4.9 που ακολουθεί παρουσιάζεται το κάθε θέμα που έχει προκύψει μαζί με το ποσοστό των ερωτηματολογίων που αναφέρθηκαν σε αυτό.

Πίνακας 4.9: Κατηγορίες θεμάτων από την ανάλυση της ερώτησης ανοιχτού τύπου.

| Κατηγορία Θεμάτων | N | % |
|---|----|------|
| Συνεργασία μεταξύ των εκπαιδευτικών που εφαρμόζουν προγράμματα καθώς συνεργασία και με τον υπεύθυνο Αγωγής Υγείας, τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς ειδικοτήτων και τους φορείς | 35 | 32,7 |
| Η οργάνωση σεμιναρίων βιωματικού – συμμετοχικού χαρακτήρα | 20 | 18,7 |
| Η οικονομική ενίσχυση των προγραμμάτων και η ύπαρξη κινήτρων | 15 | 14,0 |
| Ειδικό χώρο με κατάλληλη υποδομή – Περισσότερος χρόνος στο αναλυτικό πρόγραμμα | 12 | 11,2 |
| Η περίοδος προετοιμασίας των προγραμμάτων | 10 | 9,4 |
| Η ενσωμάτωση των προγραμμάτων στο επίσημο αναλυτικό πρόγραμμα | 7 | 6,5 |

| | | |
|---|---|-----|
| Η δυνατότητα υλοποίησης προγραμμάτων Αγωγής υγείας και από τους Διευθυντές/τριες των σχολείων | 3 | 2,8 |
| Η ηλεκτρονική υποστήριξη σε εκπαιδευτικό υλικό και η επικοινωνία μεταξύ των εκπαιδευτικών | 3 | 2,8 |
| Η απελευθέρωση των εκπαιδευτικών από γραφειοκρατικές διαδικασίες | 2 | 1,9 |

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν κάποιες από τις απόψεις των εκπαιδευτικών με τη σειρά που παρατίθενται στον πιο πάνω πίνακα

Συνεργασία μεταξύ των εκπαιδευτικών που εφαρμόζουν προγράμματα καθώς και συνεργασία και με τον υπεύθυνο Αγωγής Υγείας, τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς ειδικοτήτων και τους φορείς

Για το συγκεκριμένο θέμα εισηγήσεις έγιναν από τους περισσότερους εκπαιδευτικούς: Όπως χαρακτηριστικά δήλωσε ένας εκπαιδευτικός « ... παροχή πληροφοριακού υλικού και ενημέρωση για διαδικτυακούς τόπους από τον υπεύθυνο αγωγής υγείας ... πιο συχνές ενημερωτικές συναντήσεις με άλλους εκπαιδευτικούς και με τον υπεύθυνο αγωγής υγείας για ενημέρωση σχετικά με την πορεία του προγράμματος ». Άλλοι εκπαιδευτικοί έχουν εισηγηθεί τη δυνατότητα επισκέψεων των μαθητών σε διάφορους φορείς και υπηρεσίες, τη δυνατότητα συνεργασίας με περισσότερους φορείς όπως για παράδειγμα παιδοψυχολόγους και γιατρούς.

Η οργάνωση σεμιναρίων βιωματικού – συμμετοχικού χαρακτήρα

Η ανάγκη ενημέρωσης σε νέες βιωματικές μεθόδους προσέγγισης της γνώσης αποτελεί σήμερα μια αναγκαιότητα για τους περισσότερους εκπαιδευτικούς, όπως καταγράφονται από αρκετούς εκπαιδευτικούς, και πιο συγκεκριμένα: «*Η διοργάνωση σεμιναρίων που να απευθύνονται στο σύνολο των εκπαιδευτικών της περιφέρειας, θα ευαισθητοποιήσουν, θα δώσουν κατευθύνσεις για την υλοποίηση των προγραμμάτων αγωγής υγείας και θα καταρρίψουν πιθανούς ενδοιασμούς ...*», ενώ ενδιαφέρουσα είναι και η άποψη ενός εκπαιδευτικού σχετικά με την παρακολούθηση από τους νεότερους δασκάλους ενός προγράμματος αγωγής υγείας που υλοποίησε ένας έμπειρος δάσκαλος καθώς και η βιωματική επιμόρφωση σε μικρές ομάδες εκπαιδευτικών ανάλογα με το πρόγραμμα που κάθε φορά υλοποιούν.

Η οικονομική ενίσχυση των προγραμμάτων και η ύπαρξη κινήτρων

Η οικονομική στήριξη των προγραμμάτων είναι αναγκαία προϋπόθεση για την επιτυχία τους, έτσι ώστε να μην επιβαρύνεται ο σχολικός προϋπολογισμός κάτι που πιθανόν θα δημιουργούσε προβλήματα στη λειτουργία του σχολείου. Αυτό επισημαίνεται στη συμπλήρωση των ανοιχτών ερωτήσεων από αρκετούς εκπαιδευτικούς, όπως ενδεικτικά παραθέτουμε: « ... η ύπαρξη υλικοτεχνικής υποδομής στα σχολεία, όπως και η οικονομική επιχορήγηση για αγορά εκπαιδευτικού υλικού, μετακινήσεις κ.ά. θα διευκόλυναν σε μεγάλο βαθμό την εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας ...». Άλλοι εκπαιδευτικοί αναφέρθηκαν στην οικονομική ενίσχυση για επισκέψεις σχετικές με το θέμα, στις φωτογραφήσεις και σε άλλα έξοδα του προγράμματος, έτσι ώστε να οργανωθεί μια έκθεση στο τέλος της σχολικής χρονιάς για ενημέρωση στο σχολείο και στους γονείς. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η άποψη μιας εκπαιδευτικού για την οικονομική ενίσχυση του τμήματος αγωγής υγείας, έτσι ώστε να μπορεί να οργανώνει επισκέψεις σε χώρους με εκπαιδευτική σημασία, αλλά και να έχει τη δυνατότητα παραγωγής έντυπου και ηλεκτρονικού υλικού.

Άλλοι εκπαιδευτικοί εισηγήθηκαν για την αναγκαιότητα ύπαρξης κινήτρων τόσο για τους μαθητές « ... η αναγνώριση της προσπάθειας των μαθητών (π.χ. με έπαινο) καθώς και η δυνατότητα προβολής του έργου του εκπαιδευτικού σε ένα σεμινάριο ή συνέδριο ή περιοδικό ... », όσο και για τους εκπαιδευτικούς « ... αν δοθούν περισσότερα κίνητρα και διευκολύνσεις στους εκπαιδευτικούς που εφαρμόζουν τα προγράμματα θα έχουμε και καλύτερα αποτελέσματα ... η συνεχής αξιολόγηση της πορείας των σχεδίων εργασίας και το ενδιαφέρον από τους υπευθύνους των προγραμμάτων θα δώσει τη δυνατότητα για συστηματικότερη και αποτελεσματικότερη υλοποίηση των προγραμμάτων ». Τέλος, αναφορές υπήρξαν στη σημαντική ανάγκη για δημοσιοποίηση της δουλειάς των εκπαιδευτικών με τη μορφή περιοδικού ανά θεματικές ενότητες, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα ενημέρωσης όλων των εκπαιδευτικών και ιδιαίτερα όσων δεν έχουν ασχοληθεί άλλη φορά με καινοτόμα προγράμματα .

Ειδικοί χώροι με κατάλληλη υποδομή – Περισσότερος χρόνος στο αναλυτικό πρόγραμμα

Η έλλειψη της κατάλληλης υλικοτεχνικής υποδομής, αλλά και ο περιορισμένος χρόνος στο αναλυτικό πρόγραμμα φαίνεται να αποτελούν παράγοντα που δυσχεραίνει την εφαρμογή των προγραμμάτων, όπως προκύπτει από τις δηλώσεις των εκπαιδευτικών. Συγκεκριμένα αναφέρουν ότι: « ... αν υπήρχε η δυνατότητα ευελιξίας στο αναλυτικό πρόγραμμα σχετικά με την ποσότητα της ύλης των μαθημάτων, ο δάσκαλος θα είχε περισσότερο διαθέσιμο χρόνο μέσα στην τάξη για την εφαρμογή των προγραμμάτων». Άλλοι εκπαιδευτικοί αναφέρθηκαν

στην ανάγκη ύπαρξης δανειστικής βιβλιοθήκης και εκπαιδευτικού υλικού και στη δυνατότητα χρήσης κάποιων χώρων, όπως το εικονικό εργαστήρι ή η θεατρική σκηνή, για να μπορούν τα παιδιά να πειραματίζονται πιο άνετα σε διάφορες δραστηριότητες.

Η περίοδος προετοιμασίας των προγραμμάτων

Το κύριο θέμα που προέκυψε στην κατηγορία αυτή είναι ο χρόνος ενημέρωσης και προετοιμασίας των προγραμμάτων. Όπως χαρακτηριστικά δήλωσε μία εκπαιδευτικός: «*Η προετοιμασία των προγραμμάτων θα πρέπει να γίνεται στο τέλος της σχολικής χρονιάς για την επόμενη (για το μόνιμο προσωπικό του σχολείου) και να δίνεται μια δεύτερη ευκαιρία στους εκπαιδευτικούς που τοποθετούνται το φθινόπωρο είτε με την επιλογή κάποιου προτεινόμενου προγράμματος είτε με τη διεύρυνση αυτού που ήδη έχει επιλεγεί*».

Η ενσωμάτωση των προγραμμάτων στο επίσημο αναλυτικό πρόγραμμα

Θέμα με ιδιαίτερο ενδιαφέρον που προέκυψε στην κατηγορία αυτή είναι η ενσωμάτωση των προγραμμάτων στο επίσημο αναλυτικό πρόγραμμα. Δύο εκπαιδευτικοί αναφέρουν: «*Πιστεύω ότι τα προγράμματα Αγωγής υγείας πρέπει να πάνε να είναι προαιρετικά και να ενταχθούν στο ωρολόγιο πρόγραμμα του σχολείου με λογική σειρά π.χ. στην Α' τάξη Δημοτικού πρόγραμμα κυκλοφοριακής αγωγής, στη Β' τάξη Δημοτικού πρόγραμμα στοματικής υγιεινής κ.ο.κ.*», και «*Θεωρώ ότι τα προγράμματα Αγωγής Υγείας πρέπει να ενσωματωθούν στο επίσημο αναλυτικό πρόγραμμα και το μάθημα να γίνεται από εκπαιδευτικούς που έχουν υλοποιήσει προγράμματα και έχουν επιμορφωθεί στην Αγωγή Υγείας* ».

Η δυνατότητα υλοποίησης προγραμμάτων Αγωγής υγείας και από τους Διευθυντές/τριες των σχολείων

Το κύριο θέμα που προέκυψε στην κατηγορία αυτή είναι η δυνατότητα υλοποίησης προγραμμάτων Αγωγής υγείας και από τους Διευθυντές/τριες των σχολείων. Σε απάντηση εκπαιδευτικού επισημάνθηκε ότι: «*Οι Διευθυντές των σχολικών μονάδων δε θα πρέπει να αποκλείονται από τη συμμετοχή τους στην εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, διότι σε πολλές περιπτώσεις όχι μόνο θα διευκόλυνε (προς όφελος των μαθητών) την κατανομή των ωρών διδασκαλίας, αλλά κυρίως θα αποτελούσε παράδειγμα και θα επηρέαζε θετικά τη μεγαλύτερη συμμετοχή των εκπαιδευτικών του σχολείου σε προγράμματα* ».

Η ηλεκτρονική υποστήριξη σε εκπαιδευτικό υλικό και επικοινωνία μεταξύ εκπαιδευτικών

Το κύριο θέμα που προέκυψε στην κατηγορία αυτή είναι η δυνατότητα εναλλακτικής μορφής παροχής υποστηρικτικού υλικού και επικοινωνίας των εκπαιδευτικών μέσω διαδικτύου. Μία εκπαιδευτικός δήλωσε: *«Θα βοηθούσε πολύ η ηλεκτρονική υποστήριξη με παραπομπές σε ιστοσελίδες με παρόμοιο περιεχόμενο με αυτό του προγράμματος υλοποίησης καθώς και η επικοινωνία εν μέσω διαδικτύου με άλλα σχολεία για την ανταλλαγή πληροφοριών».*

Η απελευθέρωση των εκπαιδευτικών από γραφειοκρατικές διαδικασίες

Ενδιαφέρουσα είναι και η άποψη εκπαιδευτικών για τις γραφειοκρατικές διαδικασίες που ακολουθούν την εφαρμογή των προγραμμάτων. Χαρακτηριστική είναι η άποψη ενός εκπαιδευτικού: *«Η απελευθέρωση των εκπαιδευτικών από γραφειοκρατικές διαδικασίες και από την υποχρέωση παραγωγής χειροπιαστών αποτελεσμάτων θα διευκολύνει την απόφαση του εκπαιδευτικού να συμμετέχει σε πρόγραμμα. Τα μικρά σε διάρκεια προγράμματα έχουν πολύ καλύτερα αποτελέσματα, τα οποία μπορεί να μην είναι άμεσα μετρήσιμα αλλά δημιουργούν υπόβαθρο στους μαθητές και επιβαρύνουν λιγότερο τους εκπαιδευτικούς».*

Η επισήμανση των θεμάτων της ανοιχτής ερώτησης του ερωτηματολογίου της έρευνάς μας καταδεικνύει ακόμη πέντε σημαντικούς παράγοντες για τους εκπαιδευτικούς (η περίοδος προετοιμασίας των προγραμμάτων - η ενσωμάτωση των προγραμμάτων στο επίσημο αναλυτικό πρόγραμμα - η δυνατότητα υλοποίησης προγραμμάτων Αγωγής υγείας και από τους Διευθυντές/τριες των σχολείων - η ηλεκτρονική υποστήριξη σε εκπαιδευτικό υλικό και επικοινωνία μεταξύ εκπαιδευτικών - η απελευθέρωση των εκπαιδευτικών από γραφειοκρατικές διαδικασίες), που δεν συμπεριλάβαμε στις τριάντα τρεις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της έρευνας. Θα μπορούσε εκ των πραγμάτων να συμπεριληφθούν και πέντε επιπλέον παράγοντες που διευκολύνουν την υλοποίηση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.

4.5 Σύνοψη των αποτελεσμάτων της έρευνας

Στη σύνοψη των αποτελεσμάτων παρουσιάζεται, στον πιο κάτω πίνακα 4.10, μια συνολική, "συγκεντρωτική" εικόνα των πιο βασικών στοιχείων για τους παράγοντες που διευκολύνουν και για τους παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων. Βασικό χαρακτηριστικό αποτελεί ο συνδυασμός των ποσοτικών και των ποιοτικών στοιχείων που προέκυψαν από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων και των συνεντεύξεων.

Πίνακας 4.10: Συνοπτική παρουσίαση των δεδομένων της έρευνας

| | |
|---|---|
| <p>A. Βασικότεροι παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας</p> | <ul style="list-style-type: none"> • «Γνώσεις και Δεξιότητες του υπευθύνου Αγωγής Υγείας και των δασκάλων» (μέσος όρος 4,39) <p>«...Έχοντας πρωτοβουλία και θετική διάθεση μπορεί να βοηθά τον κάθε εκπαιδευτικό στο ξεπέρασμα των δυσκολιών που αντιμετωπίζει...». Σημαντικός είναι και ο ρόλος του δασκάλου « ... Έχοντας καλή διάθεση μπορεί να φέρει μια καινούρια σκέψη στο σχολείο, στο πρόγραμμα και στην ύλη»</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Το συνεργατικό και υποστηρικτικό περιβάλλον ανάπτυξης των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας» (μέσος όρος 4,32) <p>«... ο Διευθυντής του σχολείου έχει σημαντικό ρόλο στην προώθηση των προγραμμάτων μέσα στο σχολείο και θα πρέπει να βοηθάει οργανωτικά – οικονομικά και με όποιο τρόπο μπορεί, ώστε να μην αντιμετωπίζουν προβλήματα οι δάσκαλοι...», « ... βιωματική επιμόρφωση σε μικρές ομάδες εκπαιδευτικών και ανάλογα με το πρόγραμμα που κάθε φορά υλοποιούν ... »</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Υλική και ηθική ενίσχυση των δασκάλων» (μέσος όρος 4,18) <p>«... πρέπει να γίνεται μια χρηματοδότηση μέσα στη σχολική μονάδα για τα γραφικά, τα εποπτικά μέσα, τις εξωσχολικές δραστηριότητες ... »</p> |
| <p>B. Παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας</p> | <ul style="list-style-type: none"> • «Η περιορισμένη εμπειρία και διάθεση των εκπαιδευτικών» (μέσος όρος 2,01) <p>«... η μη σωστή επιμόρφωσή τους στα παιδαγωγικά τμήματα ... η επιφυλακτική στάση των υπόλοιπων δασκάλων για τα προγράμματα είναι ένα πρόβλημα, αν βρίσκεις αντίσταση από το σύλλογο διδασκόντων και από το διευθυντή του σχολείου, πιστεύω ότι αυτό είναι ένας ανασταλτικός παράγοντας»</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Οι ιδιαίτερες μαθησιακές συνθήκες στην τάξη» (μέσος όρος 2,28) <p>«... το αναλυτικό πρόγραμμα είναι αυστηρά δομημένο και περιορίζει το δάσκαλο, δε σε βοηθάει να "δουλέψεις" ένα πρόγραμμα γιατί έχεις την πίεση της ύλης...»</p> |
| <p>Γ. Στατιστικά σημαντικές διαφορές από την επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στους παράγοντες</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Στις Σπουδές • Στα Έτη ενασχόλησης με την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας • Στις Ώρες συμμετοχής σε Σεμινάρια Καινοτόμων Δράσεων • Στους Εισηγητές/τριες σε Σεμινάρια Καινοτόμων Δράσεων • Στα Έτη υπηρεσίας |
| <p>Δ. Σημαντικότερη θετική συσχέτιση</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ώρες συμμετοχής σε σεμινάρια καινοτόμων δράσεων - «Υλική & Ηθική ενίσχυση των δασκάλων» $r= 0.340, p<0.05$ |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

5.1 Συζήτηση

Στο κεφάλαιο αυτό θα ερμηνευτούν τα αποτελέσματα με βάση την προηγούμενη βιβλιογραφία και θα γίνει αναφορά στους περιορισμούς, στις εισηγήσεις για μελλοντική έρευνα καθώς και στα συμπεράσματα και τις προτάσεις της έρευνας.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, οι σημαντικότεροι, για τους εκπαιδευτικούς, παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας είναι οι ακόλουθοι :

- Γνώσεις και δεξιότητες του υπευθύνου Αγωγής Υγείας και των δασκάλων
- Συνεργατικό και υποστηρικτικό περιβάλλον ανάπτυξης των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας
- Υλική και ηθική ενίσχυση των δασκάλων
- Συνεργασία δασκάλων, γονέων και φορέων - ενδιαφέρον των μαθητών
- Ο.Σ.Σ./Συνεδρίες των εκπαιδευτικών και δυνατότητα εφαρμογής των προγραμμάτων στα πλαίσια της «ευέλικτης ζώνης»
- Εξωγενή κίνητρα των δασκάλων

Οι παράγοντες παρατέθηκαν με τον υψηλότερο μέσο όρο.

Όσον αφορά στους παράγοντες που, σύμφωνα με τους εκπαιδευτικούς, αποτελούν εμπόδιο στην υλοποίηση ανάλογων προγραμμάτων, από την ερευνητική διαδικασία προέκυψαν οι εξής :

- Περιορισμένη εμπειρία και διάθεση των εκπαιδευτικών
- Ιδιαίτερες μαθησιακές συνθήκες στην τάξη

Τόσο οι παράγοντες που διευκολύνουν όσο και οι παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, παρατέθηκαν με σειρά δήλωσης προτίμησης από τους εκπαιδευτικούς, ξεκινώντας με αυτόν τον παράγοντα που συγκέντρωσε το μεγαλύτερο ποσοστό προτίμησης από το σύνολο των ερωτηθέντων, στη συνέχεια με το αμέσως προηγούμενο μεγαλύτερο ποσοστό προτίμησης κ. ο. κ.

Από την κατάταξη των αναδυόμενων παραγόντων γίνεται αντιληπτή η σημασία που αποδίδουν οι εκπαιδευτικοί στο ρόλο του υπευθύνου Αγωγής Υγείας καθώς επίσης στις

γνώσεις που οι ίδιοι έχουν για τα θέματα Αγωγής Υγείας και στη δυνατότητά τους να έχουν αυτονομία στην επιλογή μεθόδων και εκπαιδευτικού υλικού.

Ο υπεύθυνος Αγωγής Υγείας με τις επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες επικοινωνίας και οργάνωσης που διαθέτει, φαίνεται να δημιουργεί τις προϋποθέσεις ουσιαστικής συνεργασίας με τους εκπαιδευτικούς που αναλαμβάνουν καινοτόμα προγράμματα. Κατά συνέπεια, διασφαλίζεται ως ένα μεγάλο βαθμό η ευόδωση των στόχων αυτών των δράσεων. Επιπλέον, ο εκπαιδευτικός που νιώθει ότι γνωρίζει τα θέματα Αγωγής Υγείας και που μπορεί να έχει αυτονομία στην επιλογή του υλικού και των μεθόδων, είναι λογικό να διευκολύνεται περισσότερο στην υλοποίηση των προγραμμάτων. Άλλωστε, σύμφωνα και με την υπ. αριθμόν Φ11.3/1129/Γ1/1001/12-11-2001 εγκύκλιο του Υπ.Ε.Π.Θ. η Αγωγή Υγείας δεν είναι μάθημα, αλλά εκπαιδευτική διαδικασία στην οποία η διάρκεια, ο χρόνος και τα όρια δεν είναι αυστηρά καθορισμένα. Αν και δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα για το ρόλο του υπεύθυνου Αγωγής Υγείας, μιας και η θέσπιση της θέσης των υπευθύνων Αγωγής Υγείας ανά νομό αποτελεί μια καινοτομία που δε συναντάμε στα εκπαιδευτικά συστήματα άλλων χωρών, εντούτοις, ευρήματα επιβεβαιώνουν τη σημαντικότητα της επαγγελματικής αυτονομίας των δασκάλων, ως παράγων που επηρεάζει την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων, τόσο σε σχολεία της Φλόριντα (Pearson & Moomaw, 2006) και σε μεγάλα αστικά σχολεία στις νοτιοανατολικές Η.Π.Α. (Dee et al, 2002) όσο και στο πρόγραμμα Σεξουαλικής Αγωγής στη Σκωτία (Buston et al, 2002). Ο υπεύθυνος Αγωγής Υγείας μπορεί να βοηθήσει περισσότερο με την αναβάθμιση του ρόλου του σε σύμβουλο θεμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας μιας, και όπως προκύπτει από την ανάλυση των συνεντεύξεων και των απαντήσεων στις κλειστές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, για τους εκπαιδευτικούς είναι ιδιαίτερα σημαντική η παροχή πληροφοριακού υλικού από τον υπεύθυνο αγωγής υγείας καθώς και οι πιο συχνές ενημερωτικές συναντήσεις για ανατροφοδότηση σχετικά με την πορεία του προγράμματος.

Αξίζει, επίσης, να γίνει αναφορά στην ανάγκη που εκφράζεται από τους συμμετέχοντες για συνεχή επιμόρφωση, με στόχο την απόκτηση γνώσεων και την ανάπτυξη δεξιοτήτων απαραίτητων για την αποτελεσματική εφαρμογή προγραμμάτων προαγωγής της ψυχικής και σωματικής υγείας. Η σημασία της απόκτησης σχετικών γνώσεων και δεξιοτήτων από τους εκπαιδευτικούς επιβεβαιώνει προηγούμενες έρευνες (Buston et al, 2002 · Mathews et al, 2006 · Soulatou et al, 2009 · Han & Weis, 2005 · Dake et al, 2004). Στις έρευνες αυτές είχε βρεθεί ότι οι εκπαιδευτικοί υποστήριζαν ένθερμα την ανάγκη εκπαίδευσής τους για την εφαρμογή προγραμμάτων. Τα επιμορφωτικά σεμινάρια εντείνουν το αίσθημα επάρκειας και αυτονομίας των εκπαιδευτικών, χαρακτηριστικά που επιζητούνται από τους

ίδιους και τους οπλίζουν με περισσότερη αφοσίωση και συνέπεια, κυρίως όμως ικανοποίηση από τα αποτελέσματα των προσπαθειών τους.

Μελετώντας τα ευρήματα είναι ιδιαίτερα εμφανής η σημασία που δίδεται από τους εκπαιδευτικούς και στο κλίμα συνεργασίας που διαμορφώνεται ανάμεσα σε αυτούς και τους συναδέλφους τους, τον διευθυντή του σχολείου, τους γονείς και τους φορείς της πολιτείας. Σε προηγούμενες θεωρητικές μελέτες και έρευνες (Tones & Green, 2004 · Στάππα – Μουρτζίνη, 2004 · Σώκου, 1999 · Γκούβρα, κ. ά., 2003 · Soultatou & Duncan, 2009 · Austin et al, 2006 · Waggie et al, 2004 · Cho & Nadow, 2004) βρέθηκε ότι η στήριξη καινοτόμων δραστηριοτήτων, όχι μόνο από τους εκπαιδευτικούς, αλλά και από τους γονείς και επίσημους φορείς του κράτους (όπως σχολικοί σύμβουλοι, προϊστάμενοι γραφείων εκπαίδευσης, δήμος κ.ά.) βοηθά ουσιαστικά στην επίτευξη των στόχων που επιχειρούνται μέσα από τέτοιες πρωτοβουλίες. Αξιόλογες είναι και οι μελέτες που αφορούν στο ρόλο του διευθυντή και οι οποίες επιβεβαιώνουν την παρούσα έρευνα (Ματσαγγούρας, 2000 · Μπελαδάκης, 2009 · Davis & Wilson, 2000 · Han & Weis, 2005 · Sebasto, 2007 · Skemp-Arlt & Toupenca, 2007). Ο ρόλος του διευθυντή στην εφαρμογή της καινοτομίας φαίνεται να είναι καθοριστικός. Είναι αυτός που πιθανόν να πείσει το σύνολο του συλλόγου των εκπαιδευτικών του σχολείου του, ακόμη και των πιο δύσπιστων, για την ανάγκη προώθησης προγραμμάτων Αγωγής Υγείας κι επομένως την ανάγκη διασφάλισης κλίματος συνεργασίας. Ο υποστηρικτικός διευθυντής μπορεί να δώσει προτεραιότητα σε καινοτόμα προγράμματα πρόληψης και παρέμβασης βοηθώντας τους δασκάλους με την εξεύρεση πόρων και την παροχή κινήτρων. Οι εκπαιδευτικοί, από την ανάλυση των συνεντεύξεων, θεωρούν ως σημαντική τη δυνατότητα υλοποίησης των προγραμμάτων αγωγής υγείας και από τους Διευθυντές/τριες των σχολείων.

Σημαντική είναι και η διαπίστωση ότι οι εκπαιδευτικοί δίνουν προτεραιότητα στην αξία των ενδογενών κινήτρων όπως στην ικανοποίηση από τα αποτελέσματα της δουλειάς τους, στο κλίμα επικοινωνίας που καλλιεργείται στο σχολείο, στην αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητάς τους σύμφωνα και με ευρήματα άλλων ερευνών (Han & Weis, 2005 · McCullun-Gomez, 2006). Τα εξωγενή κίνητρα, αν και θεωρούνται ως παράγοντας που διευκολύνει, όπως για παράδειγμα η μοριοδότηση υλοποίησης των προγραμμάτων ή η χρηματική αμοιβή, εντούτοις βρίσκονται στο τέλος της κατάταξης των αναδυόμενων παραγόντων, όπως και στην έρευνα για τη συμβουλευτική υγείας σε σχολεία στην Ελλάδα, όπου το ανεπαρκές εξωγενές κίνητρο εμποδίζει την ενασχόληση σε θέματα υγείας (Soultatou et al, 2009).

Ένα αξιολογικό στοιχείο που προέκυψε από την έρευνα είναι η ανάγκη δημιουργίας συνθηκών, τόσο εντός όσο και εκτός της τάξης, που θα ευνοούν την υλοποίηση δραστηριοτήτων προς όφελος της ψυχικής ισορροπίας του μαθητή. Κάτι τέτοιο διαφάνηκε και σε προηγούμενες έρευνες, όπως αυτή των Sy & Glanz (2008). Όταν δεν υπάρχουν οι κατάλληλες συνθήκες εφαρμογής πρωτοποριακών προγραμμάτων (εποπτικά μέσα, υλικοτεχνική υποδομή, αριθμός μαθητών, πολιτισμικό υπόβαθρο μαθητών κ.ά.), δύσκολα επιτυγχάνονται οι στόχοι που θέτουν οι εκπαιδευτικοί στα πλαίσια αυτών. Στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση αν και τα δομικά-οργανωτικά χαρακτηριστικά (περιορισμένος χρόνος, αδυναμία πρόσβασης στο εκπαιδευτικό υλικό, περιορισμός χρόνου κ.ά.) αναφέρθηκαν ως μικρότερης έκτασης εμπόδια (Soultatou et al, 2009), αντίθετα σε άλλες έρευνες αναφέρθηκαν ως σημαντικότερα εμπόδια (Dwyer et al, 2003 · Kincaid et al, 2007), καθώς και η περιορισμένη εμπειρία των εκπαιδευτικών (Buston et al, 2002). Οποιαδήποτε καλοπροαίρετη δράση δε μπορεί εύκολα να υπερπηδήσει τα πρακτικά εμπόδια στην ευδόωση μιας προσπάθειας. Από την ανάλυση των ανοιχτών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου προέκυψε ότι είναι σημαντικό να υπάρξει μέριμνα για την ύπαρξη δανειστικής βιβλιοθήκης και εκπαιδευτικού υλικού έτσι ώστε να δανείζονται οι εκπαιδευτικοί. Επίσης, η δυνατότητα χρήσης κάποιων χώρων, όπως εικονικό εργαστήρι, θεατρική σκηνή, όπου τα παιδιά θα μπορούν να πειραματίζονται πιο άνετα από το χώρο της τάξης σε διάφορες δραστηριότητες. Η ηλεκτρονική υποστήριξη σε εκπαιδευτικό υλικό και επικοινωνία μεταξύ εκπαιδευτικών μέσα απ' τις γνωστές πλατφόρμες e-class για την ασύγχρονη εκπαίδευση και centra symposium για τη σύγχρονη εκπαίδευση, άποψη που αν και δεν είχε σημαντικά ποσοστά συμπλήρωσης στην ανοιχτή ερώτηση των ερωτηματολογίων, εντούτοις παρουσιάζει εξαιρετικό ενδιαφέρον.

Ακολούθως, συνεξετάζοντας κάθε έναν παράγοντα που ανέκυψε με το «φύλο» των εκπαιδευτικών, φάνηκε ότι το φύλο δεν διαφοροποιεί τις απόψεις τους σχετικά με τους παράγοντες που διευκολύνουν ή εμποδίζουν την πραγμάτωση προγραμμάτων προαγωγής της υγείας. Με λίγα λόγια, σε γενικές γραμμές, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες φαίνεται να συγκλίνουν ως προς τους παράγοντες που λειτουργούν θετικά και αυτούς που λειτουργούν αρνητικά στην ανάληψη δράσεων που στηρίζουν τους στόχους της Αγωγής Υγείας. Η ταύτιση απόψεων ανάμεσα στα δύο φύλα σχετικά με θέματα προώθησης καινοτομιών από εκπαιδευτικούς διαφάνηκε και στην έρευνα που διενέργησαν οι Dee et al (2002). Αυτή η συμφωνία αντιλήψεων ενδεχομένως αποδεικνύει το κοινό γνωστικό κι επιστημονικό υπόβαθρο των εκπαιδευτικών και την ταύτισή τους ως προς τους στόχους που θέτουν και οι οποίοι υπερπηδούν οποιαδήποτε εγγενή διαφορά. Τα παραπάνω

ευρήματα έρχονται σε αντίθεση με τις απόψεις των εκπαιδευτικών για την εφαρμογή του προγράμματος για τον ιό του Aids (Mathews et al, 2006), μιας και προέκυψαν διαφορές ως προς το φύλο, που πιθανόν να οφείλονται στα διαφορετικά κοινωνικά στερεότυπα και στη σημασία που το κάθε φύλο αποδίδει για το θέμα.

Όσον αφορά στο «επίπεδο σπουδών» (βασικό πτυχίο, διδασκαλείο, μεταπτυχιακός τίτλος) των εκπαιδευτικών και το βαθμό που αυτό επηρεάζει τις απόψεις τους για τους υπό μελέτη παράγοντες, παρατηρήθηκε ότι οι κατέχοντες μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών (29.10%) εκτιμούν ότι η υλική και ηθική ενίσχυση των εκπαιδευτικών, αλλά και η δυνατότητα να εφαρμόζουν τα προγράμματα στα πλαίσια της «ευέλικτης ζώνης» μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στην ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την προάσπιση της ψυχικής και σωματικής υγείας. Τη σημαντικότητα του επιπέδου των σπουδών επιβεβαιώνει και η έρευνα των Sy & Glanz (2008), στη Χαβάη, σχετικά με το πρόγραμμα πρόληψης του καπνίσματος και τα ποσοστά εφαρμογής του προγράμματος. Επιχειρώντας να δοθεί κάποια ερμηνεία στην δηλωμένη από τους εκπαιδευτικούς με ανώτερο επίπεδο σπουδών ανάγκη για υλική και ηθική ενίσχυση, θα μπορούσε να υποστηριχτεί ότι, για να φτάσουν σε ένα τέτοιο επίπεδο, έχουν και οι ίδιοι, ως μαθητές και μετέπειτα φοιτητές, βιώσει τη σημασία κυρίως της ηθικής ανταμοιβής ως προϋπόθεση για να κατακτήσουν στόχους που θέτουν για τον εαυτό τους τόσο προσωπικά όσο και επαγγελματικά. Επομένως, αξιολογούν ως περισσότερο σημαντική τη δραστηριοποίηση των εκπαιδευτικών με την παροχή της υλικής ενίσχυσης των προγραμμάτων και των ηθικών αμοιβών τους, ως κίνητρα για συστηματική και επίμονη προσπάθεια. Σχετικά με τη δυνατότητα εφαρμογής προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα πλαίσια της «ευέλικτης ζώνης», θα μπορούσε να διατυπωθεί η άποψη ότι οι κάτοχοι μεταπτυχιακών τίτλων, εξ αιτίας των εξειδικευμένων μαθημάτων που έχουν παρακολουθήσει κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, γνωρίζουν σε βάθος την έννοια και την αξία της «ευέλικτης ζώνης». Αποτέλεσμα αυτού είναι η προτεραιότητα που δίδεται από τους ίδιους για την υλοποίηση καινοτόμων δράσεων.

Λαμβάνοντας υπόψη τα «έτη ενασχόλησης» με ανάλογα προγράμματα, μέσα από την έρευνα διαφάνηκε ότι και οι εκπαιδευτικοί που ασχολούνται με προγράμματα Αγωγής Υγείας για περισσότερο από 3 έτη, μέχρι και 10 έτη, (47.5%) αξιολογούν ως πιο σημαντική τη δυνατότητα να τα εφαρμόζουν στα πλαίσια της «ευέλικτης ζώνης». Οι εκπαιδευτικοί που ασχολούνται με τέτοιου είδους δραστηριότητες για 1-2 χρόνια (52.5%), πιστεύουν ότι αυτό που μπορεί να αποτελέσει μεγαλύτερο εμπόδιο είναι οι ιδιαίτερες μαθησιακές συνθήκες που επικρατούν στην τάξη. Και στις δύο περιπτώσεις, αυτό που μπορεί να εξηγήσει τη στάση και των δύο ομάδων εκπαιδευτικών είναι η εμπειρία και η

συστηματική ή μη επαφή με ανάλογα προγράμματα. Οι μεν, έχοντας ασχοληθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα με καινοτόμες δράσεις, έχουν αποκτήσει γνώση των απαραίτητων για την ευόδωση σχετικών προσπαθειών συνθηκών και ευελιξία για προσαρμογή στις απαιτήσεις της ευέλικτης ζώνης. Οι δε, εξ αιτίας της ολιγόχρονης ενασχόλησης με προγράμματα Αγωγής Υγείας, εύλογα διακατέχονται από το άγχος και την αγωνία του τρόπου, με τον οποίο θα διαχειριστούν πρακτικά ζητήματα κατά την πορεία εφαρμογής τους, καθώς και στη διαχείριση των πολιτισμικών τάξεων.

Αναφορικά με τις «ώρες συμμετοχής» σε σεμινάρια καινοτόμων δράσεων, προέκυψε ότι οι εκπαιδευτικοί που έχουν καλύψει 3-300 ώρες συμμετοχής (51.1%), κρίνουν ότι η υλική και ηθική ενίσχυσή τους συμβάλλει ουσιαστικά σε πρωτοβουλίες και δράσεις για την υγεία, κάτι που επιβεβαιώνεται και από τη θετική συσχέτιση μεταξύ αυτών των δύο στοιχείων. Οι εκπαιδευτικοί, ακόμη, αναγνωρίζουν ότι η περιορισμένη εμπειρία και διάθεσή τους μπορεί να λειτουργήσει ως ανασταλτικός παράγοντας, ενώ προβάλλουν ως ιδιαίτερα σημαντικά στοιχεία την επιμόρφωση των δασκάλων σε βιωματικές μεθόδους, την ύπαρξη χώρων με κατάλληλη υποδομή και τη στήριξή τους από το διευθυντή του σχολείου, όπως και τη δυνατότητα εφαρμογής των προγραμμάτων εντός της «ευέλικτης ζώνης». Όπως στο προαναφερθέν εύρημα, έτσι και σε αυτήν την περίπτωση γίνεται αντιληπτή η σημασία της αποκτηθείσης εμπειρίας ως προσόν για τον εντοπισμό και την αξιολόγηση των παραγόντων που λειτουργούν θετικά ή αρνητικά στην προσπάθεια υλοποίησης πρωτοπόρων δραστηριοτήτων. Η σημαντική εμπειρία που αποκτιέται από τη συμμετοχή σε σεμινάρια επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Dake et al (2004), για την πρόληψη της επιθετικότητας στα σχολεία. Οι εκπαιδευτικοί με πολύωρη συμμετοχή σε σεμινάρια καινοτόμων δράσεων έχουν επίγνωση των δυσκολιών που πρέπει να ξεπεραστούν, έτσι ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι.

Εκπαιδευτικοί που έχουν διατελέσει «εισηγητές ή εισηγήτριες» σε σεμινάρια Αγωγής Υγείας (11.3%) θεωρούν ότι η περιορισμένη εμπειρία και διάθεση των εκπαιδευτικών είναι περισσότερο πιθανό να δυσκολέψει την πορεία προγραμμάτων που στοχεύουν στην προαγωγή και προστασία της ψυχικής και σωματικής υγείας. Η συναναστροφή τους, με την ιδιότητα του εισηγητή, με εκπαιδευτικούς που είτε συμμετέχουν είτε όχι σε προγράμματα, τους φέρνει αντιμέτωπους με την έλλειψη εμπειρίας, κυρίως όμως με την έλλειψη διάθεσης των συναδέλφων τους να αφιερωθούν σε τέτοιου είδους δράσεις. Η συμμετοχή κάποιων από τους εκπαιδευτικούς σε αυτές τις πρωτοβουλίες, μολονότι είναι εκούσια, κρίνεται υποτονική και διεκπεραιωτική. Αρκούνται στην παρακολούθηση, πολλές φορές μη συστηματική, των σεμιναρίων, χωρίς να επιδεικνύουν συνέπεια στην

υλοποίηση των επιμέρους θεματικών ενοτήτων. Παραβλέπουν, συχνά με πρόθεση, τις υποδείξεις του υπεύθυνου Αγωγής Υγείας και δεν ακολουθούν τις οδηγίες που τους έχουν δοθεί για τον τρόπο διεξαγωγής των προγραμμάτων στην τάξη και το χρόνο που πρέπει να αφιερωθεί ανά θεματική ενότητα. Ωστόσο, οι εισηγητές εκπαιδευτικοί καλούνται να διαχειριστούν και την επιφύλαξη και μη διάθεση για συνεργασία από τους εκπαιδευτικούς που δε συμμετέχουν σε προγράμματα, αλλά συγκροτούν το σύλλογο του σχολείου. Αυτή η στάση τόσο των εκπαιδευτικών που εφαρμόζουν καινοτόμες δράσεις όσο και αυτών που δεν εφαρμόζουν, λειτουργεί ανασταλτικά και εις βάρος τέτοιων πρωτοβουλιών.

Τέλος, οι εκπαιδευτικοί με «προϋπηρεσία» 1-5 έτη (13.5%) φαίνεται να είναι λιγότερο ένθερμοι υποστηρικτές της υλοποίησης προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα πλαίσια της «ευέλικτης ζώνης». Οι εκπαιδευτικοί με προϋπηρεσία 1-5 έτη είναι προφανώς νέοι σε ηλικία που πρόσφατα αποφοίτησαν από τις σχολές τους και πρόσφατα διορίστηκαν, για να εργαστούν σε σχολείο. Οι σχολές, από τις οποίες αποφοιτούν, επικεντρώνονται πια περισσότερο, σε σύγκριση με το πιο μακρινό παρελθόν, σε παιδαγωγικού χαρακτήρα θέματα και μεθόδους, παραμερίζοντας ως ένα βαθμό την εμμονή στην εκμάθηση του γνωστικού αντικειμένου και δίνοντας προτεραιότητα στην ανάγκη ψυχικής ενδυνάμωσης και ισορροπίας του μαθητή (Μακρή-Μπότσαρη, 2007). Παρ' όλα αυτά, κι ενώ κανείς θα περίμενε αυτή η κατηγορία εκπαιδευτικών να προασπίζεται την «ευέλικτη ζώνη» ως παράγοντα που διευκολύνει την εφαρμογή προγραμμάτων, πιθανόν, η έλλειψη εμπειρίας κι, επομένως, η αίσθηση ανεπάρκειας να οριοθετούν χρονικά την ύλη που προβλέπεται από το αναλυτικό πρόγραμμα και να διασφαλίζουν χρόνο για περαιτέρω δράσεις, φαίνεται να υπερνικά τη διάθεσή τους να ενσωματώσουν στο ημερήσιο πρόγραμμα δραστηριότητες που προάγουν την ψυχική και σωματική υγεία των μαθητών τους.

Αντίθετα, οι εκπαιδευτικοί με προϋπηρεσία 21-25 έτη (14.9%) αξιολογούν τη δυνατότητα εφαρμογής καινοτόμων δράσεων εντός της «ευέλικτης ζώνης» ως παράγοντα που βοηθά σημαντικά στην ανάπτυξη τέτοιων πρωτοβουλιών. Οι εκπαιδευτικοί με προϋπηρεσία 21-25 έτη είναι προφανώς μεγάλοι σε ηλικία, με μεγάλη εμπειρία στις σχολικές μονάδες, αλλά και πιθανώς επακόλουθη ψυχική κόπωση που προέρχεται από την μακρόχρονη διδασκαλία του ιδίου γνωστικού αντικειμένου. Συνδυάζοντας το στοιχείο αυτό, το συμπέρασμα της παρούσης έρευνας θα μπορούσε να ερμηνευτεί ως ανάγκη και διάθεση των εκπαιδευτικών να ασχοληθούν με δραστηριότητες διαφορετικές, πέραν του αντικειμένου τους, ενασχόληση που θα τους δώσει τη δυνατότητα να αποκτήσουν μια άλλη οπτική του ρόλου τους και να δημιουργήσουν σχέσεις έντονης διάδρασης και αλληλεπίδρασης με τους μαθητές. Όλη αυτή η διαδικασία θα προσδώσει περισσότερη

ζωντάνια και αξία στο εκπαιδευτικό τους έργο. Εκτός των άλλων, οι εκπαιδευτικοί αυτής της κατηγορίας σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς με προϋπηρεσία 1-5 έτη, διαθέτουν ένα πολύ σημαντικό όπλο, την εμπειρία. Η πολύχρονη διδακτική πείρα τους δίνει το πλεονέκτημα της επαρκούς διαχείρισης των διδακτικών ωρών και της διδακτέας ύλης, εξασφαλίζοντας παράλληλα ώρες, όπως προβλέπονται στα πλαίσια της «ευέλικτης ζώνης», κατά τις οποίες θα μπορούν να προσεγγίζουν με τους μαθητές τους διάφορα θέματα Αγωγής Υγείας.

Συνοψίζοντας, με βάση τα ευρήματα της έρευνας στο σύνολό τους, θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει ότι η εμπειρία πάνω σε προγράμματα Αγωγής Υγείας και καινοτόμες δραστηριότητες αποτελεί σημαντικό, αν όχι το πιο σημαντικό, προσόν. Ο εκπαιδευτικός, έχοντας συστηματική τριβή με αντίστοιχες δράσεις, αποκτά γνώση, ευελιξία και προσαρμοστικότητα απέναντι σε προκλήσεις στην πορεία ανάπτυξης προγραμμάτων προαγωγής της ψυχικής υγείας. Χρειάζεται να επισημανθεί ότι η ερμηνεία κάποιων από τα ευρήματα δεν ήταν δυνατό να στηριχτεί σε προηγούμενες μελέτες και να επαληθευτεί από συμπεράσματα παλαιότερων ερευνών, όπως είθισται. Η Αγωγή Υγείας, ειδικά στην Ελλάδα, αποτελεί ένα σχετικά καινούριο πεδίο γνώσης και δράσης το οποίο έχει σε μικρό βαθμό διερευνηθεί.

Επομένως, η ανάλυση των αναδυθέντων ευρημάτων βασίστηκε, κατά κύριο λόγο, σε αυτό που πολλές φορές αποδίδεται ως «κοινή λογική». Παρ' όλα αυτά, τα δεδομένα που προκύπτουν από την παρούσα μελέτη δημιουργούν τις βάσεις για περαιτέρω διερεύνηση και απόδοση ερμηνείας με επιστημονικά και αντικειμενικά κριτήρια.

5.2 Περιορισμοί της έρευνας

Μια διάσταση της έρευνας που θα μπορούσε να λειτουργήσει περιοριστικά ως προς τα ευρήματα αυτής είναι η παράλληλη ιδιότητα του ερευνητή ως υπευθύνου Αγωγής Υγείας στα σχολεία του νομού όπου διενεργήθηκε η μελέτη. Τόσο οι ίδιοι οι εκπαιδευτικοί όσο και οι δράσεις που αναλαμβάνουν στα πλαίσια καινοτόμων προγραμμάτων βρίσκονται υπό την εποπτεία του υπευθύνου Αγωγής Υγείας. Ενδέχεται, λοιπόν, οι απαντήσεις των εκπαιδευτικών, και μόνο με την αίσθηση ότι ο ερευνητής είναι ο υπεύθυνος Αγωγής Υγείας που τους καθοδηγεί και τους διευκολύνει στο έργο τους, να μην είναι απόλυτα ειλικρινείς, αλλά υποσυνείδητα να απαντούν με βάση αυτό που θεωρούν σωστό και όχι αν πραγματικά πιστεύουν αυτά που δηλώνουν.

Η έρευνα έχει γίνει μόνο σε ένα νομό και τα αποτελέσματα μπορούν να είναι γενικεύσιμα μόνο για το συγκεκριμένο νομό και, ίσως, και σε άλλους με τα ίδια χαρακτηριστικά. Δεν μπορούν όμως, να γενικευτούν σε νομούς με διαφορετικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα είναι, τα γεωμορφολογικά δεδομένα των περιοχών της νησιωτικής Ελλάδας.

Συναφές με τα προηγούμενα στοιχεία είναι η περιορισμένη δυνατότητα γενίκευσης λόγω της επιλεκτικότητας του δείγματος και του περιορισμένου αριθμού ατόμων που συμμετείχαν στις συνεντεύξεις. Αν και όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι αποκρίθηκαν με προθυμία και απάντησαν σε όλες τις ερωτήσεις, ο συνεντευκτής λόγω τη ιδιότητάς του ως υπεύθυνος Αγωγής Υγείας, μπορεί να είχε προκαταλάβει τους εναγόμενους, με συνέπεια τα σχόλιά τους να υπερτόνισαν τον παράγοντα που αφορούσε το ρόλο του ίδιου του υπευθύνου της Αγωγής Υγείας.

Σε σχέση με το βασικό εργαλείο της έρευνας, δηλαδή το ερωτηματολόγιο, ένας βασικός περιορισμός αφορά κυρίως στο εύρος των ερωτήσεων που καλύπτει. Η διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου στηρίζεται σε τριάντα τρία ερωτήματα σχετικά με παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων με βάση τη διατακτική κλίμακα (καθόλου – λίγο – αρκετά - πολύ – πάρα πολύ). Κάτι τέτοιο περιλαμβάνει μια τυποποίηση του ερωτηματολογίου, περιορίζοντας το εύρος και το πολυσύνθετο χαρακτήρα του θέματος. Επίσης, ενώ σε προηγούμενη έρευνα για τα ενδογενή κίνητρα, όπως της αυτο-αποτελεσματικότητας και της αυτο-αποφασιστικότητας (Han & Weiss, 2005) γίνονται αναφορές σε έρευνες που χρησιμοποίησαν κλίμακες, όπως και σε αυτή των Neves de Jesus & Lens (2005), στο ερωτηματολόγιο της έρευνας που εξετάζεται χρησιμοποιήθηκε μόνο ένα ερώτημα (Q23). Παρόμοια είναι η διαπίστωση σχετικά με έρευνα για την αυτονομία των δασκάλων (Pearson & Moomaw, 2006), όπου χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα αυτονομίας της διδασκαλίας, ενώ στο ερωτηματολόγιο της έρευνας που εξετάζεται μόνο μία ερώτηση (Q14).

Για την μεγαλύτερη αξιοπιστία και εγκυρότητα ενδείκνυται ένας συνδυασμός ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων, που είναι ευρύτερα γνωστός ως τριγωνισμός καθώς και ως πολυμεθοδική προσέγγιση. Στην έρευνα που διενεργήθηκε, έγιναν μόνο τέσσερις συνεντεύξεις με σκοπό την επιπρόσθετη διερεύνηση των απόψεων των εκπαιδευτικών.

5.3 Εισηγήσεις για μελλοντική έρευνα

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, η έννοια της «Αγωγής Υγείας» αποτελεί μια καινούρια σχετικά έννοια. Αν και η εισαγωγή του θεσμού της Αγωγής Υγείας

συμπληρώνει στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση σχεδόν δέκα χρόνια παρουσίας, εντούτοις η φιλοσοφία της δεν είναι γνωστή σε όλους τους εκπαιδευτικούς κυρίως λόγω του εθελοντικού χαρακτήρα εφαρμογής των προγραμμάτων. Αυτό αυτομάτως υποδηλώνει ότι η μελέτη σχετικά με την Αγωγή Υγείας, ειδικά στην Ελλάδα, βρίσκεται ακόμα σε πρώιμο στάδιο. Με την παρούσα μελέτη τίθενται ουσιαστικές βάσεις για τη συνέχιση της έρευνας πάνω σε θέματα Αγωγής Υγείας. Δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για διερεύνηση και άλλων παραμέτρων, πέραν αυτών που εξετάστηκαν, που σχετίζονται με την προαγωγή της υγείας. Έτσι, εκτός των μεταβλητών όπως τα έτη ενασχόλησης με προγράμματα, το φύλο, τα έτη υπηρεσίας κ.ά., έμφαση θα μπορούσε να δοθεί και στη γεωγραφική περιοχή του ίδιου νομού (αστική, ημιαστική περιοχή, ύπαιθρος) που βρίσκεται το σχολείο στο οποίο διδάσκουν οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα, να διερευνηθεί αν και σε ποιο βαθμό η τοποθεσία της σχολικής μονάδας επηρεάζει τις αντιλήψεις των δασκάλων για τους παράγοντες που διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν την υλοποίηση καινοτόμων προγραμμάτων.

Εκτός των άλλων, η μελέτη των παραγόντων που προέκυψαν από την έρευνα αυτή θα μπορούσε να διευρυνθεί σε σχολεία από περισσότερους από έναν νομούς της ελληνικής επικράτειας, προκειμένου να εντοπιστούν και να ερμηνευτούν τυχόν ομοιότητες και διαφορές (π.χ. διαφοροποιούνται οι παράγοντες που διευκολύνουν την ανάπτυξη πρωτοβουλιών ανάλογα με το αν οι εκπαιδευτικοί που συμμετέχουν, υπηρετούν στην ηπειρωτική και νησιωτική Ελλάδα ή στη βόρεια και νότια Ελλάδα;)

Μία άλλη διάσταση που ενδείκνυται για μελέτη, καθότι δεν προέκυψαν επαρκή ερευνητικά δεδομένα, είναι η διερεύνηση και σε άλλους νομούς, της άποψης των εκπαιδευτικών με εμπειρία στα προγράμματα Αγωγής Υγείας, με αρκετές ώρες συμμετοχής σε σεμινάρια αλλά και αρκετά χρόνια υπηρεσίας (21-25 έτη), για τη σημαντικότητα του παράγοντα "Ο.Σ.Σ/Συνεδρίες των εκπαιδευτικών και η δυνατότητα εφαρμογής των προγραμμάτων στα πλαίσια της ευέλικτης ζώνης".

5.4 Συμπεράσματα - Προτάσεις

Στην παρούσα ερευνητική εργασία μελετήθηκαν οι παράγοντες που διευκολύνουν και οι παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης του Ν. Αχαΐας και έγινε προσπάθεια αναζήτησης στατιστικά σημαντικών διαφορών με ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών (Φύλο – έτη υπηρεσίας – σπουδές), αλλά και με ποιοτικά στοιχεία της

συμμετοχής τους στα προγράμματα (Έτη ενασχόλησης με την εφαρμογή προγραμμάτων – ώρες συμμετοχής σε σεμινάρια – εισηγητής/τρια σε σεμινάρια)

Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα:

- ✓ Ο υπεύθυνος αγωγής υγείας έχει σημαντικό ρόλο στο συντονισμό των προγραμμάτων, στη συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς και στη στήριξη τους σε επιμορφωτικό υλικό, σεμινάρια, και ομαδικές συμβουλευτικές συναντήσεις (Ο.Σ.Σ.) ανατροφοδότησης για την πορεία του προγράμματος
- ✓ Ο εκπαιδευτικός χρειάζεται να έχει γνώσεις για τα θέματα της αγωγής υγείας και περιθώρια αυτονομίας στην επιλογή του υλικού και των μεθόδων.
- ✓ Ο ρόλος του Διευθυντή/τριας του σχολείου είναι σημαντικός στην εφαρμογή των προγραμμάτων εφόσον μπορεί να διασφαλίζει συνεργατικό κλίμα στο σχολείο μεταξύ των εκπαιδευτικών, να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες και να συνεργάζεται με τους γονείς και τους διάφορους φορείς.
- ✓ Σημαντική είναι η εκπαίδευση σε μεθόδους και τεχνικές κάθε τύπου, με ιδιαίτερη βαρύτητα στις βιωματικές μεθόδους αγωγής υγείας.
- ✓ Τα προγράμματα αγωγής υγείας θα πρέπει να επιχορηγούνται έτσι ώστε να υπάρχει η δυνατότητα ο εκπαιδευτικός να αγοράζει εκπαιδευτικό υλικό, να πραγματοποιεί εκπαιδευτικές επισκέψεις στα πλαίσια του προγράμματος και να οργανώνει εκδηλώσεις για την προβολή - διάχυση του προγράμματος.
- ✓ Η αναγκαιότητα της συνεργασίας των εκπαιδευτικών με τους συλλόγους γονέων, εκπολιτιστικούς συλλόγους, δήμους, νομαρχίες, εθελοντικές ενώσεις, ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς φορείς.
- ✓ Οι εκπαιδευτικοί που εφαρμόζουν προγράμματα αγωγής υγείας εμφορούνται κυρίως από εσωγενή κίνητρα, από την ικανοποίηση επίτευξης του προγράμματος με ότι αυτό συνεπάγεται στις γνώσεις των μαθητών και στις σχέσεις μεταξύ τους, στο συνεργατικό κλίμα του σχολείου, στο άνοιγμα του σχολείου στην κοινωνία.
- ✓ Η περιορισμένη εμπειρία και διάθεση των εκπαιδευτικών του σχολείου επηρεάζει αρνητικά την εφαρμογή των προγραμμάτων, όπως και οι ιδιαίτερες μαθησιακές συνθήκες στην τάξη (μεγάλος αριθμός μαθητών στην τάξη, ύπαρξη μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες).

- ✓ Οι εκπαιδευτικοί με περισσότερους τίτλους σπουδών, με περισσότερες ώρες συμμετοχής σε σεμινάρια καινοτόμων δράσεων, με εμπειρία στην εφαρμογή προγραμμάτων καθώς και οι εκπαιδευτικοί με εμπειρία στην εκπαίδευση έχουν θετικότερη στάση στην αξιοποίηση της "ευέλικτης ζώνης" για τα προγράμματα αγωγής υγείας, δηλαδή στην αξιοποίηση μιας εκπαιδευτικής καινοτομίας του αναλυτικού προγράμματος.
- ✓ Οι εκπαιδευτικοί κάτοχοι περισσότερων τίτλων σπουδών, όπως και όσοι έχουν πολλές ώρες συμμετοχής σε σεμινάρια καινοτόμων δράσεων έχουν θετικότερη στάση για την υλική και ηθική ενίσχυση των εκπαιδευτικών.
- ✓ Οι εκπαιδευτικοί με πολλές ώρες συμμετοχής σε σεμινάρια καινοτόμων δράσεων θεωρούν περισσότερο θετικό παράγοντα το συνεργατικό και υποστηρικτικό περιβάλλον του σχολείου, ενώ αντιλαμβάνονται ως μεγαλύτερο εμπόδιο, όπως και όσοι έχουν εισηγηθεί σε σεμινάρια, την περιορισμένη εμπειρία και διάθεση των εκπαιδευτικών.
- ✓ Οι εκπαιδευτικοί με μικρότερη εμπειρία θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό εμπόδιο τις ιδιαίτερες μαθησιακές συνθήκες στην τάξη.

Ορισμένες προτάσεις που μπορούν να διατυπωθούν, βάση της παρούσας έρευνας και της βιβλιογραφίας είναι οι ακόλουθες:

- ✓ Αναβάθμιση του ρόλου του υπευθύνου αγωγής υγείας σε σύμβουλο θεμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας.
- ✓ Βασικό κριτήριο στην επιλογή των υπευθύνων αγωγής υγείας θα πρέπει να είναι εκτός από την αποδεδειγμένη επιστημονική επάρκεια και επικοινωνιακή - συμβουλευτική τους ικανότητα, η δράση τους και η ουσιαστική εφαρμογή των προγραμμάτων ανά νομό.
- ✓ Συνεχής και ουσιαστική επιμόρφωση των υπευθύνων αγωγής υγείας.
- ✓ Επιμόρφωση των Διευθυντών/τριών των σχολείων σε θέματα αγωγής υγείας, στη διαχείριση συγκρούσεων και στη συμβουλευτική.
- ✓ Οικονομική χρηματοδότηση των σχολείων ανάλογα με τον αριθμό των προγραμμάτων που υλοποιούνται σε κάθε σχολική μονάδα, έτσι ώστε να μην

επιβαρύνεται ο προϋπολογισμός του σχολείου με όλα τα εμπόδια που αυτό συνεπάγεται.

- ✓ Επιμόρφωση των εκπαιδευτικών που εφαρμόζουν προγράμματα σε βιωματικές μεθόδους και νέα εκπαιδευτικά πακέτα (Δεξιότητες για παιδιά δημοτικού, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στο δημοτικό σχολείο με τη μέθοδο project κ.ά.) έτσι ώστε να αξιοποιηθούν αποτελεσματικά στην τάξη.
- ✓ Οι εκπαιδευτικοί με εμπειρία στην εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας να έχουν ρόλο "μέντορα υγείας", με στόχο τη ενθάρρυνση των νεότερων εκπαιδευτικών του σχολείου να ασχοληθούν με προγράμματα, τη στήριξη όσων εφαρμόζουν προγράμματα για την αξιοποίηση του χρόνου της "ευέλικτης ζώνης".
- ✓ Οι εκπαιδευτικοί σε ρόλο "μέντορα υγείας" και σε συνεργασία με τον υπεύθυνο αγωγής υγείας να συγκροτούν δίκτυα όμορων σχολείων, στα οποία εφαρμόζονται προγράμματα, έτσι ώστε να είναι ευκολότερη η ανατροφοδότηση μεταξύ τους.
- ✓ Η εφαρμογή των προγραμμάτων να γίνεται ανά θεματικές και τάξεις όπως για παράδειγμα στην Α' τάξη δημοτικού πρόγραμμα στοματικής υγιεινής, στη Β' τάξη δημοτικού πρόγραμμα κυκλοφοριακής αγωγής, στη Γ' τάξη δημοτικού πρόγραμμα διατροφής, στην Δ' τάξη δημοτικού πρόγραμμα ψυχικής υγείας, στην Ε' τάξη δημοτικού πρόγραμμα αιμοδοσίας, στην ΣΤ' τάξη δημοτικού πρόγραμμα διαφυλικών σχέσεων. Το πρόγραμμα δε θα πρέπει να είναι σταθερό, αλλά να αλλάζει από έτος σε έτος, με βασικό στόχο τα θέματα να είναι κοντά στα ενδιαφέροντα των μαθητών, να δημιουργούνται ευκολότερα οι ομάδες εκπαιδευτικών και να υπάρχει συνέχεια στην εφαρμογή των προγραμμάτων από χρονιά σε χρονιά.
- ✓ Την περιοδική επιμόρφωση όλων των εκπαιδευτικών των σχολείων σε θέματα αγωγής υγείας έτσι ώστε να γνωρίσουν τη φιλοσοφία, τη θεματολογία και τη μεθοδολογία της αγωγής υγείας και να ξεπεραστούν οι όποιες επιφυλάξεις πιθανόν υπάρχουν για την εφαρμογή των προγραμμάτων.
- ✓ Σε μεγάλες σχολικές μονάδες ενσωμάτωση υπηρεσιών υγείας, όπως για παράδειγμα "υπηρεσίες φαγητού", στις δομές του σχολείου και εφαρμογή σε πιλοτικό στάδιο με προοπτική εφαρμογής σε όλα τα σχολεία.

Η εφαρμογή κάποιων από τις παραπάνω προτάσεις, σε συνδυασμό με τις σημαντικές ανακοινώσεις του Υπουργείου Παιδείας και Δια Βίου Μάθησης (εξαγγελία του "νέου σχολείου", με αναμορφωμένο αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών που θα στοχεύει στην ανάπτυξη ικανοτήτων και δεξιοτήτων έτσι ώστε να μπορεί να αναλαμβάνει δράσεις και πρωτοβουλίες – εξαγγελία επιμόρφωσης εκπαιδευτικών) (Υπ.Δ.Β.Μ.Θ., 2010), είναι βέβαιο ότι θα συνεισφέρουν στην επίτευξη των στόχων που θέτει η αγωγή και προαγωγή της υγείας σήμερα. Θα πρέπει όμως να ληφθεί υπόψη και η δημοσιοποίηση του προγράμματος σταθερότητας και ανάπτυξης, που αναφέρεται στη δραστική μείωση των δαπανών για την παιδεία με συνέπεια τη μείωση του αριθμού των εκπαιδευτικών, τη συγχώνευση σχολείων και την αύξηση του αριθμού των μαθητών ανά τάξη (Κάτσικας, 2010), γεγονός που δημιουργεί επιφυλάξεις για το μέλλον των καινοτόμων προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία.

5.5 Επίλογος

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, καταδεικνύουν την πολυμορφία των παραγόντων που διευκολύνουν και των παραγόντων που εμποδίζουν την εφαρμογή των καινοτόμων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, επιβεβαιώνοντας τα ευρήματα άλλων μελετών κυρίως σε άλλες χώρες και λιγότερο στην Ελλάδα μιας και η Αγωγή Υγείας αποτελεί σχετικά ένα καινούριο πεδίο γνώσης και δράσης.

Είναι φανερό, ότι τόσο οι παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας όσο και αυτοί που εμποδίζουν την εφαρμογή τους θα πρέπει να θεωρηθούν σημαντικές (α) για τους υπεύθυνους αγωγής υγείας, έτσι ώστε να κάνουν αυτοκριτική στις επιδιώξεις τους και να προτείνουν αλλαγές στους αρμόδιους φορείς, (β) τους διευθυντές και εκπαιδευτικούς των σχολείων, έτσι ώστε να προσδιορίσουν καλύτερα την αποτελεσματικότητα των στόχων που θέτουν και (γ) την πολιτεία και το ρόλο της στην παρακίνηση των εκπαιδευτικών και στην εκπαιδευτική μεταρρύθμιση που επιχειρείται έτσι ώστε το σχολείο προαγωγής της υγείας να ανταποκριθεί στην αποστολή του για ένα μέλλον βιώσιμο με κοινωνική συναίσθηση της ευθύνης όλων προς τις επόμενες γενιές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abrami, P., Poulsen, C., Chambers, B. (2004). Teacher Motivation to Implement an Educational Innovation: Factors differentiating users and non-users of cooperative learning. *Educational Psychology*, 24 (2), 201-216. Ανάκληση 30 Νοεμβρίου 2009, από <http://web.Ebscohost.com>
- Anderson, R. (1984). Health Promotion: An Overview. European Monographs in *Health Education Research*, 6, 1-126
- Arroyo, H. (1999). New horizons for health: from vision to practice. *Health Promotion International*, 14 (1), 5-6.
- Austin, S., Fung, T., Cohen-Bearak, A., Wardle, K., Cheng, L. (2006). Facilitating change in school health: a qualitative study of schools' experiences using the school health index. *Preventing chronic disease. Public health research, practice and policy*, 3 (2), 1-8
- Bauer, K., Patel, A., Prokop, L., Austin, B. (2006). Swimming upstream: Faculty and staff members from urban middle schools in low-income communities describe their experience implementing nutrition and physical activity initiatives. *Preventing Chronic Disease. Public Health Research, Practice and Policy*, 3 (2), 1-9
- Bell, J. (2005). Πώς να συντάξετε μια επιστημονική εργασία. Οδηγός ερευνητικής μεθοδολογίας. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Bera Ethical Guidelines for Educational Research. Ανάκληση 10 Φεβρουαρίου 2010, από www.bera.ac.uk/publications/guides.php
- Bryant, A. L., Schulenberg, J., Bachman, J. G., O'Malley, P.M., Johnston, L. D. (2000). Understanding the links among school misbehavior, academic achievement and cigarette use: a national panel study of adolescents. *Prevention Science*, 1, 71-87.
- Buston, K., Wight, D., Hart, G., Scott, S. (2002). Implementation of a teacher-delivered sex education programme: obstacles and facilitating factors. *Health Education Research*, 17 (1), 59-72
- Cho, H., Nadow, M. (2004). Understanding barriers to implementing quality lunch and nutrition education. *Journal of Community Health*, 29 (5), 421- 435
- Cohen, L., Manion, L. (1997). Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας. Αθήνα: Έκφραση.

- Dake, J., Price, J., Telljohann, S., Funk, J. (2004). Principals' perceptions and practices of school bullying prevention activities. *Health Education & Behavior*, 31 (3), 372-387
- Davis, J., Wilson, S. (2000). Principals' Efforts to Empower Teachers: Effects on Teacher Motivation and Job Satisfaction and Stress. *Clearing House*, 73 (6), 349-353. Ανάκληση 17 Νοεμβρίου 2009, από <http://web.Ebscohost.com>
- Dee, J., Henkin, A., Pell, S. (2002). Support the innovation in Site-based-managed Schools: Developing a Climate for Change. *Educational Research Quarterly*, 25 (4), 36-49. Ανάκληση 16 Νοεμβρίου 2009, από <http://web.Ebscohost.com>
- Denman, S., Moon, A., Parsons, G. and Stears, D. (2002). *The Health Promoting School. Policy, Research and Practice*. Routledge Falmer, London.
- Dwyer, J., Allison, K., Barrera, M., Hansen, B., Goldenberg, E., Boutilier, M. (2003). Teachers' perspective on barriers to implementing physical activity curriculum guidelines for school children in Toronto. *Canadian journal of public health*, 94 (6), 448-452
- Faulkner, D., Swann, J., Bird, M., Garty, J.(1999) (μετ.Α.Ραυτοπούλου). Η εξέλιξη του παιδιού στο κοινωνικό περιβάλλον. Πάτρα: Ε.Α.Π.
- Frey, K. (2005). Η «Μέθοδος Project», μια μορφή συλλογικής εργασίας στο σχολείο ως θεωρία και πράξη. Θεσσαλονίκη: εκδ. Κυριακίδη.
- Fullan, M. (1991). *The New Meaning of Educational Change*. London: Cassell.
- Gillies, P. (1998). Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promotion International*, 13 (2) 117-120.
- Graham, D., Appleton, S., Rush, E., McLennan, S., Reed, P., Simmons, D. (2008). Increasing activity and improving nutrition through a schools-based programme: Project energize, design programme randomisation and evaluation methodology. *Public Health nutrition*, 11(10), 1076-1084
- Grange, J (2001). Globalization, health sector reform and Justice. *International Review of Mission*, 90 (356/357), 160-165. Ανάκληση 12 Οκτωβρίου 2009, από: <http://web.ebscohost.com>.

- Guldbrandsson, K., Bremberg, S. (2005). Two approaches to school health promotion – a focus on health – related behaviours and general competencies. An ecological study of 25 Swedish municipalities. *Health Promotion International*, 21 (1), 37- 44
- Haines, J., Neumark-Sztainer, D.(2006). Prevention of obesity and eating disorders: A consideration of shared risk factors. *Health Education Research*, 21 (3), 770-782
- Han, S., Weiss, B. (2005). Sustainability of Teacher Implementation of School-Based Mental Health Programs. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (6), 665-679
- Jesus, S. N., & Lens, W. (2005). An integrated model for the study of teacher motivation. *Applied Psychology: An International Review*, 54 (1), 119-134. Ανάκληση 7/11/2009, από <http://w3.ualg.pt/~snjesus/docs/curriculo/pub/trabs/ppliedpsychology.Pdf>
- Kelley, C., Heneman, H., Milanowski A. (2002). Teacher Motivation and School-based Performance Awards. *Educational Administration Quarterly*, 38 (3), 372-401. Ανάκληση 18 Νοεμβρίου 2009, από <http://web.ebscohost.com>.
- Kincaid, D., Childs, K., Blasé, K., Wallace, F. (2007). Identifying barriers and facilitators in implementing schoolwide positive behavior support. *Journal of positive behavior interventions*, 9 (3), 174-184
- La Montagne, D., Keegel, T., Vallance, D. (2007). Protecting and Promoting mental health in the workplace: Developing a system approach to job stress. *Health promotion Journal of Australia*, 18 (3), 221-228
- Leurs, M., Schaalma, H., Jansen, M, Mur – Veeman, I., Leger, L., DeVries, N. (2005). Development of a collaborative model to improve school health promotion in the Netherlands. *Health Promotion International*, 15 (3), 259-267.
- Lawn, J. Rohde, J., Ritkin, S., Were, M., Chopra, M. (2008). Alma – Ata: Rebirth and Revision 1. *Lancet*, 372, (9642), 917-927. Ανάκληση 12 Οκτωβρίου 2009, από: <http://web.ebscohost.com>.
- Lytle, L., Ward, J., Nader, P., Pedersen, S., Williston, B. (2003). Maintenance of a health promotion program in elementary schools: Results from the CATCH-ON study key informant interviews. *Health Education & Behavior*, 30 (4), 503-518

- Mathews, C., Boon, H., Flisher, A., Schaalma, H. (2006). Factors associated with teachers' implementation of HIV/AIDS education in secondary schools in Cape Town, South Africa. *Medical Research Council*, 18 (4), 388-397
- McCullum-Gomez, C., Barosso, C., Hoelscher, D., Ward, J., Kelder, S. (2006). Factors influencing implementation of the coordinated approach to child health (CATCH) eat smart school nutrition program in Texas. *Journal of the American dietetic association*, 103 (12), 2039-2044
- McGinnis, J. (1992). The role of the federal government in promoting health through schools: report from the Office of Disease and Prevention and Health Promotion. *Journal of School Health*, 62, 131-134.
- Mertens, D. (1998). *Research methods in education and psychology integrating diversity with quantitative and qualitative approaches*. Usa: Sage Publications.
- Neves de Jesus, S., Lens, W. (2005). An Integrated Model for the Study of Teacher Motivation. *Applied Psychology: An International Review*, 54 (1), 119-134. Ανάκληση στις 15 Νοεμβρίου 2009, από <http://w3.ualg.pt/~snjesus/docs/curriculo/pub/trabs/appliedpsychology.pdf>
- Neves de Jesus, S., Lens, W. (2005). An Integrated Model for the Study of Teacher Motivation International Association for Applied Psychology, 54 (1), 119-134
- Novak, S., Reardon, S., Raudenbush, S., Buka, S. (2006). Retail tobacco outlet density and youth cigarette smoking: a propensity-modeling approach. *American Journal of Public Health*, 96 (4), 670-676
- Nutbeam, D. (1992). The health promoting school: closing the gap between theory and practice. *Health Promoting International*, 7, 151-153
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3), 259-267
- Pearson, C., Moomaw, W. (2006). *Continuing Validation of the teaching Autonomy Scale*. Heldref Publications. Ανάκληση 17 Νοεμβρίου 2009, από <http://web.ebscohost.com>.

- Petridou, E., Delia-Marina, A., McDaid, D., Segui-Gomez, M. (2005). Burden of Fatal Injuries in the European Union. Ανάκληση 30 Ιανουαρίου 2010, στο <http://keppa.gr>
- Robson, C. (2007). Η έρευνα του πραγματικού κόσμου. Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές. Αθήνα: Gutenberg.
- Rüten, A., Lengerke, T., Abel, T., Kannas, L., Luschen, G., Rodriguez diaz, J., Van Der Zee, J. (2000). Policy, competence and participation: empirical evidence for a multilevel health promotion model. *Health Promotion International*, 15 (1) 42-46.
- Schuhmann, G., Fischer, W., Brüggermann, E. (2006). Ήπιμέλεια Αθανασούλα – Ρέππα, Α.). Δια Βίου Εκπαίδευση και Επαγγελματική κατάρτιση. Αθήνα: Ευρωπαϊκές Τεχνολογικές εκδόσεις – Ίων.
- Sharma, M., (2008). School-based interventions for childhood and adolescent obesity. *Obesity Reviews. Journal International*, 7 (3), 261-269
- Skemp–Arlt, K, Toupençe, R. (2007). The administrators role in employee motivation, 76 (7), 28-32. Ανάκληση 30/10/2009, από <http://web.ebscohost.com>
- Smith-Sebasto N. (2007). A Reinvestigation of teacher’s Motivations Toward and Receptions of Residential Environmental Education. A Case Study of the new Jersey School of Conservation. *The Journal of Environmental Education*, 38, (4), 34-42. Ανάκληση 11 Νοεμβρίου, 2009, από www.web.ebscohost.com.
- Soulatou, P. (2007). School Health Education in Greek Secondary Schools: Searching for a place in the National Curriculum. *Education and Health*, 25 (4), 63-67
- Soulatou, P., Duncan, P. (2009). Exploring the reality of applied partnerships: The case of the Greek school health education curriculum. *Health Education Journal*, 68 (1), 34-43
- Soulatou, P., Tzamalouka, G., Markatzi, I., Kafatos, A., Chliaoutakis, J. (2009). Fostering voluntary informal health mentoring in primary school: what are the teachers’ Barriers? *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring*, 7 (1), 172-181
- Stephen, G. (2008). Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? *British Medical Journal*, 336 (7643), 536-538. Ανάκληση 12 Οκτωβρίου 2009, από: <http://web.ebscohost.com>.

- Sy, A., Glanz, K. (2008). Factor influencing teachers' implementation of an innovative prevention curriculum for multiethnic youth: Project Splash. *Journal of school health*, 78 (5), 264-273
- Tammelin, T., Nayha, S., Laitinen, J., Rintamaki, H. and Jarvelin, M. (2003) physical activity and social status in adolescence as predictor of physical inactivity in adulthood. *Preventive Medicine*, 37, 375-381.
- Tones, K., Green, J. (2004). Health Promotion: Planning and Strategies. *Health Education Research*, 20 (3).
- W.H.O. (1984), Health Promotion: A discussion document on the concept and principles. Copenhagen: World Health Organization. Ανάκληση 12 Οκτωβρίου 2009, από: <http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP-HSR-602-m01.pdf>
- Waggie, F., Gordon, N., Brijlal, P. (2004). The school, a viable educational site for interdisciplinary health promotion. *Education for health*, 17 (3), 303-312
- Wals A.(2009). Education for Sustainable development.Structures in informal and non-formal Education. Ανάκληση 1 Νοεμβρίου 2009, στο <http://www.unesco.org/education/justpublished-desd2009.pdf>
- Αθανασίου, Κ. (2000). Αγωγή Υγείας. Θεσσαλονίκη.
- Αλαχιώτης, (2002). Η Ευέλικτη Ζώνη του σχολείου. *Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων*, 6, 5-13
- Αναστασίου, Α., Κουρκούτας, Η., Μήτσιου, Γ., Κατσαρδάνης, Κ., Γεροβασίλη, Α. (2007). Οι εκδηλώσεις βίας εφήβων στη σχολική κοινότητα και η συσχέτιση αυτού με τις γονεϊκές σχέσεις. Στο *2ο Συνέδριο Επιστημόνων Φροντίδας Χρονίων Πασχόντων* (σελ. 140). Λάρισα, Ελλάδα: The Cong Travel System
- Ανδρεαδάκης, Ν., Ξανθάκου, Γ., Κατσιγιάννη, Β., Καΐλα, Μ. (2007). Εκφοβισμός και Θυματοποίηση: Μια Πραγματικότητα στο Σχολικό Περιβάλλον. *Επιστήμες της Αγωγής*, (4), 187- 195
- Γκούβρα, Μ., Κυρίδης, Α. Μαυρικάκη, Ε. (2003). Αγωγή Υγείας και Σχολείο. Αθήνα: Γ. Δάρδανος – Τυπωθήτω.

- Δημητρόπουλος, Ε. (1995). Εισαγωγή στη Μεθοδολογία της Επιστημονικής Έρευνας. Αθήνα: Έλλην.
- Κάτσικας, Χ. (2010, 2 Φεβρουαρίου). Ψαλίδι στους εκπαιδευτικούς. Μειώνονται κατά 70% οι προσλήψεις αναπληρωτών και κατά 50% των μονίμων. *Τα Νέα*, σ. Α4
- Κ.Ε.Π.Α. (2009). Παιδικά ατυχήματα: Οι αριθμητικές συνιστώσες με βάση την πύλη στατιστικών Δεδομένων (Injury statistics portal). Ανάκληση 31 Οκτωβρίου 2009, από www.euroipn.org/cerepi/static-pages/report-on-child-injuries-CEREPI.pdf
- Μ.Ε.Υ. (2009). Μονάδα Εφηβικής Υγείας. Έρευνα για τη χρήση του διαδικτύου από μαθητές Δημοτικού. Ανάκληση 25/10/2009, από <http://www.healthview.gr>
- Μακρή – Μπότσαρη (2005). Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών και Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών. Στο: Υπ.Ε.Π.Θ. Επιμόρφωση Σχολικών Συμβούλων και Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στο ΔΕΠΠΣ και τα ΑΠΣ. (σσ. 8-13). Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.
- Μακρή – Μπότσαρη, Ε.(2007). (Επιμ.) Θέματα Εισαγωγικής Επιμόρφωσης για νεοδιόριστους Εκπαιδευτικούς. Αθήνα: Υπ.Ε.Π.Θ.- Παιδαγωγικό Ινστιτούτο
- Ματσαγγούρας, Η. (2000). Η σχολική τάξη, Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Ματσαγγούρας, Η. (2002). Ευέλικτη Ζώνη Διαθεματικών Προσεγγίσεων: Μια εκπαιδευτική καινοτομία που αλλάζει το σχολείο. *Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων*, 6, 15-30
- Μπακιρτζής, Κ. (2002). Επικοινωνία και Αγωγή. Αθήνα: Gutenberg.
- Μπελαδάκης, Ε. (2009). Διαχείριση καινοτομιών στην εκπαίδευση και ο ρόλος της εκπαιδευτικής ηγεσίας. *Επιστήμες της Αγωγής*, (1), 135-144
- Ουζουνίδου, Ζ., Δελασούδα, Α., Βαρθαλίτου, Μ., Μπαχαράκη, Σ., Γεδεών, Μ., Κότσιας, Σ. (2008). Παιδική Παχυσαρκία στη Σύρο. Στο *1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Προαγωγής της Υγείας στην Κοινότητα και στο 5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Προαγωγής και Αγωγής της Υγείας* (σελ. 30). Αθήνα, Ελλάδα: Ελληνική Εταιρεία Προαγωγής και Αγωγής της Υγείας.
- Παιδαγωγικό Ινστιτούτο (2001). Βασικοί άξονες Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. Πράξη 17/4-12-2001 των τμημάτων Α/θμιας και Β/θμιας Εκπαίδευσης του Π.Ι.

- Παντελής, Σ. (1988). Μεθοδολογία Έρευνας στις Επιστήμες της Αγωγής. Πάτρα: Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης-Πανεπιστήμιο Πατρών.
- Παπαδέλης, Α., Τσαπακίδου, Α., Παπαδέλη, Χ., Φαχαντίδου, Α. (2007). Ο τρόπος ζωής και οι διατροφικές συνήθειες παιδιών σε ολόήμερα νηπιαγωγεία. Στο *Παιδί - Οικογένεια στον 21ο αιώνα* (σελ. 44 - 45). Καρδίτσα, Ελλάδα: 19ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρίας Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας.
- Παπαναστασίου, Κ., Παπαναστασίου, Ε. (2005). Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας. Λευκωσία: Έκδοση Συγγραφέων
- Πατσάλης, Χ. (2009). Ευέλικτη ζώνη διαθεματικών και δημιουργικών δραστηριοτήτων. Μια καινοτομία υπό αμφισβήτηση; *Νέα Παιδεία*, 33 (129), 79-88
- Ρόντος, Κ., Παπάνης, Ε. (χ.χ). Στατιστική Έρευνα. Αθήνα: Σιδέρης
- Σαχίνη-Καρδάση, Α. (2000). Μεθοδολογία Έρευνας. Έκδοση Γ'. Αθήνα: Βήτα
- Σιώμος, Γ., Βασιλικοπούλου, Α. (2005). Εφαρμογή Μεθόδων Ανάλυσης στην έρευνα αγοράς. Αθήνα: Σταμούλης
- Σκρέκας, Γ. (2006). Το πρόβλημα της παιδικής παχυσαρκίας. Ανάκληση 30 Οκτωβρίου 2009, από <http://www.paxysarkia.net>
- Στάπα – Μουρτζίνη, Μ. (2004). Αγωγή Υγείας. Βασικές αρχές – Σχεδιασμός Προγράμματος. Εγχειρίδιο για Εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Αθήνα: Ο.Ε.Δ.Β.
- Σώκου, Κ. (1999). Οδηγός αγωγής και προαγωγής της υγείας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Υπ.Δ.Β.Μ.Θ. (2010). Το Νέο Σχολείο: Πρώτα ο μαθητής. Ανάκληση 26 Απριλίου 2010, από www.yperth.gr/el_ec_category12785.htm
- Υπ. Ε.Π.Θ. (2001). Εγκύκλιος υπ' αρ. Φ11.3/1070/Γ1/956/26-10-2001
- Υπ. Ε.Π.Θ. (2001). Εγκύκλιος υπ' αρ. Φ11.3/1129/Γ1/1001/12-11-2001
- Υπ. Ε.Π.Θ. (2001). Εγκύκλιος υπ' αρ. 106137/Γ7/30-09-2003

- Υπ.Ε.Π.Θ. (2003). Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων σχολικών δραστηριοτήτων. Εγκύκλιος υπ. αριθμόν 106137/Γ 7/30-09-2003
- Υπ.Ε.Π.Θ. (2005). Επιμόρφωση Σχολικών Συμβούλων και Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας και Προσχολικής Εκπαίδευσης στο ΔΕΠΠΣ και τα ΑΠΣ. Επιμορφωτικό υλικό Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, Αθήνα.
- Υπ. Ε.Π.Θ. (2005). Εγκύκλιος υπ' αρ. 105087/Γ7/05-10-2005
- Υπ.Ε.Π.Θ. (2009) Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων σχολικών δραστηριοτήτων. Εγκύκλιος υπ. αριθμόν 81687/Γ 7/9-07-2009
- Φαρμάκης, Ν. (1992). Εισαγωγή στη δειγματοληψία. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων Κ. Χριστοδουλίδη
- ΦΕΚ 277, Τ. Β', Φ11.2/272/Γ1/217/13-03-2001
- ΦΕΚ 277, Τ. Β', Φ11.2/273/Γ1/218/13-03-2001
- Χαλικιάς, Ι. (2003). Μέθοδοι ανάλυσης για επιχειρηματικές αποφάσεις. Αθήνα: Ροζίλη
- Χρυσ αφίδης, Κ. (2003). Βιωματική – Επικοινωνιακή Διδασκαλία. Η Εισαγωγή της Μεθόδου Project στο Σχολείο. Αθήνα: Gutenberg.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

- Ενημερωτική επιστολή προς το Διευθυντή/τρια του Σχολείου και το διδακτικό προσωπικό
- Ερωτηματολόγιο για τους παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης του Ν. Αχαΐας
- Πρωτόκολλο συνέντευξης για τους παράγοντες που διευκολύνουν και τους παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία Π.Ε. Αχαΐας
- Ηχητικά αρχεία Συνεντεύξεων Εκπαιδευτικών σε ηλεκτρονική μορφή CD-ROM

Μεταπτ. Φοιτητής : Νικόλαος Χολέβας, Δάσκαλος –Υπεύθυνος Αγωγής Υγείας
Π.Ε.Αχαΐας

Επιβλέπων Καθηγητής: Κων/νος Λουκαΐδης

Στοιχεία επικοινωνίας : Νικόλαος Χολέβας

Οδός : Αν. Σταυροπούλου 20, 263 32 Πάτρα

Τηλ. : 6937-701.618

**ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΤΟ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ/ΤΡΙΑ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ
ΚΑΙ ΤΟ ΔΙΔΑΚΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

Προς: Διευθυντή/τρια Δημοτικού Σχολείου Πατρών και Σύλλογο
Διδασκόντων του Σχολείου.

Θέμα: «Παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας
στα Σχολεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης του Ν. Αχαΐας».

Στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Επιστήμες της
Αγωγής» Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης του ΑΠΚΥ, σχεδιάζεται η εκπόνηση
διατριβής από το μεταπτυχιακό φοιτητή κ. Νικόλαο Χολέβα, με σκοπό του θέματος:
"Παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα
Σχολεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης του Ν. Αχαΐας.

Με την παρούσα επιστολή θα ήθελα να σας ζητήσω να μου επιτρέψετε να
συμπεριλάβω στο δείγμα της έρευνας τον/τους εκπαιδευτικό/κούς του σχολείου σας που
υλοποιεί/ούν πρόγραμμα/τα Αγωγής Υγείας. Η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων θα
γίνει με τη χρήση ερωτηματολογίου.

Τα δεδομένα θα συγκεντρωθούν με τη συγκατάθεση των εκπαιδευτικών που θα
θελήσουν να συμμετέχουν στην έρευνα, διατηρώντας την ανωνυμία τους και θα
διαφυλαχτούν απ' τον ερευνητή ως αυστηρώς εμπιστευτικά, ενώ ούτε ο ίδιος ο ερευνητής
δε θα γνωρίζει σε ποιον εκπαιδευτικό αντιστοιχεί το κάθε ερωτηματολόγιο.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων

Με εκτίμηση

Νικόλαος Χολέβας

Μεταπτυχιακός Φοιτητής του ΑΠΚΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ Π.Ε. ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΑΧΑΪΑΣ

Στα πλαίσια της έρευνας σχετικά με τους παράγοντες που διευκολύνουν την υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα Σχολεία της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης του Ν. Αχαΐας, σας παρακαλώ να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο.

Η ειλικρινής και υπεύθυνη συμπλήρωσή του από μέρος σας, πιστεύουμε ότι θα συμβάλλει αποφασιστικά στην επίτευξη των παραπάνω στόχων.

Οι απαντήσεις που θα δώσετε είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

ΜΕΡΟΣ Α΄: Προσωπικά στοιχεία

Σημειώστε ✓ στο κατάλληλο κουτί ή συμπληρώστε

| | | | |
|----|--|--|---|
| 1. | Φύλο: | Δασκάλα/Νηπιαγωγός- Δασκάλα Ειδικότητας <input type="checkbox"/> 1. | Δάσκαλος /Νηπιαγωγός Δάσκαλος Ειδικότητας <input type="checkbox"/> 2. |
| 2. | Έτη υπηρεσίας | 1-5 έτη <input type="checkbox"/> 1. 6-10 έτη <input type="checkbox"/> 2. 11-15 έτη <input type="checkbox"/> 3. | 16-20 έτη <input type="checkbox"/> 4. 21 -25έτη <input type="checkbox"/> 5. 25+ έτη <input type="checkbox"/> 6. |
| 3. | Σπουδές | Βασικές σπουδές (Βασικό πτυχίο / περιοδικές επιμορφώσεις-Π.Ε.Κ.) <input type="checkbox"/> 1. | Διδασκαλείο ή Μεταπτυχιακό <input type="checkbox"/> 2. |
| 4. | Έτη ενασχόλησης με την εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας (συμπεριλαμβανομένου και του φετινού) | | |
| 5. | Ώρες συμμετοχής σε Σεμινάρια Καινοτόμων Δράσεων (τα τελευταία δύο χρόνια) | | |
| 6. | Εισηγητής/τρια σε σεμινάρια Καινοτόμων Δράσεων | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |

ΜΕΡΟΣ Β'

Θα σας παρακαλούσα να διαβάσετε προσεκτικά τις πιο κάτω προτάσεις, και να δείξετε σε ποιο βαθμό ο καθένας από τους πιο κάτω παράγοντες, διευκολύνει την εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας κυκλώνοντας τον κατάλληλο αριθμό.

| | | Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Πολύ | Πάρα Πολύ |
|----|---|---------|------|--------|------|-----------|
| 1. | Η δυνατότητα της εφαρμογής των προγραμμάτων στα πλαίσια της «ευέλικτης ζώνης» | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Οι Ομαδικές Συμβουλευτικές Συναντήσεις (Ο.Σ.Σ.) / Συνεδρίες για την ανταλλαγή πληροφοριών | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Οι Ο.Σ.Σ. / Συνεδρίες για την παρακολούθηση της πορείας του προγράμματος | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Ειδικοί χώροι με κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Ο μεγάλος αριθμός μαθητών στην τάξη | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Ο περιορισμένος χρόνος στο επίσημο αναλυτικό πρόγραμμα για την εφαρμογή καινοτόμων δράσεων | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Η ύπαρξη μαθητών στο ίδιο τμήμα με μαθησιακές δυσκολίες | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Η ύπαρξη μαθητών στο ίδιο τμήμα από διαφορετικά εθνικά και πολιτιστικά περιβάλλοντα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Η οικονομική επιχορήγηση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας (αγορά εκπαιδευτικού υλικού, μετακινήσεις λεωφορείων για εκδηλώσεις) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Η Δημοσιοποίηση, διάχυση των αποτελεσμάτων του προγράμματος (διανομή τελικού προϊόντος - συμμετοχή σε δράσεις και παρουσίασή τους σε διαδικτυακούς κόμβους) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Πολύ | Πάρα Πολύ |
|-----|--|---------|------|--------|------|-----------|
| 11. | Η καλή επικοινωνία και αλληλεπίδραση μεταξύ των δασκάλων και των μαθητών | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Η επιμόρφωση – εκπαίδευση των δασκάλων σε νέες ενεργητικές – βιωματικές μεθόδους | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Οι γνώσεις των εκπαιδευτικών, που εφαρμόζουν τα προγράμματα, σε θέματα Αγωγής Υγείας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Η αυτονομία των δασκάλων στην επιλογή του εκπαιδευτικού υλικού και των μεθόδων αγωγής υγείας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Η διασφάλιση από το Διευθυντή συνεργατικού κλίματος στο σχολείο | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Η ανάληψη πρωτοβουλιών από το Διευθυντή του σχολείου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Οι επιστημονικές γνώσεις του υπεύθυνου Αγωγής Υγείας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Οι οργανωτικές δεξιότητες και οι πρωτοβουλίες που παίρνει ο υπεύθυνος Αγωγής Υγείας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Η επικοινωνιακή ικανότητα/δεξιότητα του υπεύθυνου Αγωγής Υγείας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Κίνητρα επαγγελματικής ανέλιξης (επίτευξη επαγγελματικού στόχου, η μοριοδότηση υλοποίησης των προγραμμάτων, η απόκτηση κύρους) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Η εξοικείωση των μαθητών με την ομαδοσυνεργατική διδασκαλία (δυναμική ομάδων) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Εξωγενή κίνητρα (χρηματικό ποσό, μείωση ωραρίου, έπαινοι – διακρίσεις –βραβεία) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Ενδογενή Κίνητρα - Η πεποίθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας των δασκάλων, της αυτο-αποφασιστικότητας και της προσδοκίας στην επίτευξη των στόχων | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Η επαγγελματική κόπωση (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, μείωση προσωπικών επιτευγμάτων) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 25 | Η συνεργασία με εκπαιδευτικούς ειδικοτήτων (μουσικής, εικαστικών, θεατρικής αγωγής) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 | Η έλλειψη εκπαίδευσης σε βιωματικές μεθόδους όπως το « παιχνίδι ρόλων ». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 | Η περιορισμένη εμπειρία των εκπαιδευτικών σε θέματα Αγωγής Υγείας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | Η δυνατότητα συνεργασίας με τους φορείς και τις τοπικές αρχές (Δήμο, Νομαρχία, εθελοντικές μη-κερδοσκοπικές ενώσεις, πολιτιστικούς συλλόγους κ.ά.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 | Η δυνατότητα συνεργασίας με τους γονείς των μαθητών | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30 | Η ομαλή συνεργασία με το σύλλογο γονέων σε κάθε φάση της διαδικασίας εφαρμογής του προγράμματος | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31 | Το ενδιαφέρον των μαθητών για τα θέματα της Αγωγής Υγείας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32 | Η αναγνώριση από κοινωνικούς παράγοντες (γονείς, ευρύτερη κοινότητα) της δυνατότητας του σχολείου να προάγει θέματα Αγωγής Υγείας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 | Η πιθανή επιφυλακτική στάση των υπόλοιπων εκπαιδευτικών του σχολείου για τα καινοτόμα προγράμματα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ΜΕΡΟΣ Γ': Ερώτηση ανοιχτού τύπου

Παρακαλώ γράψετε κάποιες εισηγήσεις για την καλύτερη εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Σας ευχαριστώ θερμά για τη συμμετοχή και τη συνεργασία σας στην έρευνα αυτή.

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΟΥΝ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΜΠΟΔΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ Π.Ε. ΑΧΑΪΑΣ

Σας ευχαριστούμε πολύ για το χρόνο σας. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν τους παράγοντες που διευκολύνουν και τους παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία Π.Ε. του Ν. Αχαΐας και η έρευνα αυτή εντάσσεται στα πλαίσια της διατριβής που διεξάγω ως μεταπτυχιακός φοιτητής του ΑΠΚΥ. Η συνέντευξη θα πάρει γύρω στα 15 – 20 λεπτά. Η μαγνητοφώνηση της συνέντευξης θα βοηθήσει στο να αξιοποιηθούν καλύτερα οι χρήσιμες πληροφορίες που θα δώσετε. Όλα τα στοιχεία που θα δώσετε θα είναι εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για το σκοπό της έρευνας.

Ημερομηνία Συνέντευξης:

Τόπος συνέντευξης:

Αριθμός ερωτώμενου:

Α ή Γ

| 1 (ΚΑΘΟΛΟΥ) | 2 (ΑΡΚΕΤΑ) | 3 (ΠΟΛΥ) |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος λόγος; | Να ζητηθούν παραδείγματα | Να ζητηθούν παραδείγματα |

1. Ποιοι και παράγοντας πιστεύετε ότι διευκολύνουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία;
.....
.....
.....
2. Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία;
.....
.....
.....
3. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η δυνατότητα της εφαρμογής των προγραμμάτων στα πλαίσια της «ευέλικτης ζώνης», διευκολύνουν την υλοποίηση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας;

| | | |
|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|

.....
.....
.....

4. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η Δημοσιοποίηση, Διάχυση των αποτελεσμάτων του προγράμματος (διανομή τελικού προϊόντος - εκδηλώσεις – συμμετοχή σε δράσεις και παρουσίασή τους σε διαδικτυακούς κόμβους) είναι σημαντικός παράγοντας για την υλοποίηση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας;

| | | |
|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|

.....
.....
.....

5. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι τα χαρακτηριστικά του υπεύθυνου Αγωγής Υγείας (επιστημονικές γνώσεις - οργανωτικές ικανότητες - οι πρωτοβουλίες που παίρνει - η επικοινωνιακή του ικανότητα) είναι σημαντικός παράγοντας για την υλοποίηση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας;

| | | |
|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|

.....
.....
.....

6. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι τα κίνητρα επαγγελματικής ανέλιξης (επίτευξη επαγγελματικού στόχου, η μοριοδότηση υλοποίησης των προγραμμάτων, η απόκτηση κύρους), είναι σημαντικοί παράγοντας για την υλοποίηση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας;

| | | |
|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|

.....
.....
.....

7. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η πιθανόν επιφυλακτική στάση των εκπαιδευτικών του σχολείου σας για τα προγράμματα Αγωγής Υγείας (αντίσταση στην αλλαγή) δυσκολεύει την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας; στα σχολεία;

| | | |
|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|

.....
.....
.....

8. Θα θέλατε να προσθέσετε κάτι άλλο σχετικά με τους παράγοντες που διευκολύνουν και τους παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας;

.....
.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

- Πίνακες με την Αναλυτική Περιγραφική Στατιστική των απαντήσεων των συμμετεχόντων για τους παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας
- Πίνακες με την Αναλυτική Περιγραφική Στατιστική των απαντήσεων των συμμετεχόντων για τους παράγοντες που εμποδίζουν την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας
- Communalities μεταβλητών για τη διενέργεια της πρώτης ανάλυσης παραγόντων (Μέθοδος: Principal Component Analysis)
- Communalities μεταβλητών για τη διενέργεια της δεύτερης ανάλυσης παραγόντων (Μέθοδος: Principal Component Analysis)

ΠΙΝΑΚΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

(Παράγοντας 1) Συνεργασία δασκάλων, γονέων και φορέων – ενδιαφέρον των μαθητών

| | Καθόλου | | Λίγο | | Αρκετά | | Πολύ | | Πάρα πολύ | | Μ.Ο. | Τ.Α. |
|--|---------|------|------|-------|--------|-------|------|-------|-----------|-------|------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Η ομαλή συνεργασία με το σύλλογο γονέων σε κάθε φάση της διαδικασίας εφαρμογής του προγράμματος (Q30) | 4 | 2,90 | 15 | 10,70 | 40 | 28,60 | 56 | 40,00 | 25 | 17,90 | 3,59 | 1,00 |
| Η δυνατότητα συνεργασίας με τους γονείς των μαθητών (Q29) | 3 | 2,10 | 7 | 5,00 | 41 | 29,10 | 52 | 36,90 | 38 | 27,00 | 3,82 | 0,96 |
| Το ενδιαφέρον των μαθητών για τα θέματα της Αγωγής Υγείας (Q31) | | | | | 20 | 14,30 | 55 | 39,30 | 65 | 46,40 | 4,32 | 0,71 |
| Η δυνατότητα συνεργασίας με τους φορείς και τις τοπικές αρχές (Δήμο, Νομαρχία, εθελοντικές μη-κερδοσκοπικές ενώσεις, πολιτιστικούς συλλόγους κ.ά.) (Q28) | 1 | 0,70 | 10 | 7,10 | 27 | 19,10 | 58 | 41,10 | 45 | 31,90 | 3,96 | 0,93 |
| Η αναγνώριση από κοινωνικούς παράγοντες (γονείς, ευρύτερη κοινότητα) της δυνατότητας του σχολείου να προάγει θέματα Αγωγής Υγείας (Q32) | | | 7 | 5,00 | 33 | 23,60 | 63 | 45,00 | 37 | 26,40 | 3,93 | 0,84 |
| Η συνεργασία με εκπαιδευτικούς ειδικοτήτων (μουσικής, εικαστικών, θεατρικής αγωγής) (Q25) | | | 6 | 4,30 | 29 | 20,60 | 56 | 39,70 | 50 | 35,50 | 4,06 | 0,86 |

(Παράγοντας 2) Γνώσεις και Δεξιότητες του υπευθύνου Αγωγής Υγείας και των δασκάλων

| | Καθόλου | | Λίγο | | Αρκετά | | Πολύ | | Πάρα πολύ | | M.O. | T.A. |
|--|---------|---|------|------|--------|-------|------|-------|-----------|-------|------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Οι οργανωτικές δεξιότητες και οι πρωτοβουλίες που παίρνει ο υπεύθυνος Αγωγής Υγείας (Q18) | | | 1 | 0,70 | 7 | 5,00 | 55 | 39,00 | 78 | 55,30 | 4,49 | 0,63 |
| Η επικοινωνιακή ικανότητα /δεξιότητα του υπευθύνου Αγωγής Υγείας (Q19) | | | 2 | 1,40 | 12 | 8,50 | 56 | 39,70 | 71 | 50,40 | 4,39 | 0,70 |
| Οι επιστημονικές γνώσεις του υπευθύνου Αγωγής Υγείας (Q17) | | | 1 | 0,70 | 11 | 7,80 | 49 | 34,80 | 80 | 56,70 | 4,48 | 0,67 |
| Η αυτονομία των δασκάλων στην επιλογή του εκπαιδευτικού υλικού και των μεθόδων αγωγής υγείας (Q14) | | | 7 | 5,00 | 14 | 9,90 | 62 | 44,00 | 58 | 41,10 | 4,21 | 0,82 |
| Οι γνώσεις των εκπαιδευτικών, που εφαρμόζουν τα προγράμματα, σε θέματα Αγωγής Υγείας (Q13) | | | 1 | 0,70 | 16 | 11,40 | 52 | 37,10 | 71 | 50,70 | 4,38 | 0,71 |

(Παράγοντας 3) Συνεργατικό και Υποστηρικτικό περιβάλλον ανάπτυξης των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

| | Καθόλου | | Λίγο | | Αρκετά | | Πολύ | | Πάρα πολύ | | M.O. | T.A. |
|--|---------|------|------|------|--------|-------|------|-------|-----------|-------|------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Η ανάληψη πρωτοβουλιών από το Διευθυντή του σχολείου (Q16) | 3 | 2,10 | 8 | 5,79 | 21 | 14,90 | 54 | 38,30 | 55 | 39,00 | 4,06 | 0,98 |
| Η διασφάλιση από το Διευθυντή συνεργατικού κλίματος στο σχολείο (Q15) | 2 | 1,40 | 3 | 2,10 | 12 | 8,50 | 40 | 28,40 | 86 | 61,00 | 4,48 | 0,74 |
| Ειδικό χώρο με κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή (Q4) | | | 3 | 2,20 | 23 | 16,50 | 51 | 36,70 | 60 | 43,20 | 4,18 | 0,89 |
| Η επιμόρφωση/εκπαίδευση των δασκάλων σε νέες ενεργητικές-βιωματικές μεθόδους (Q12) | | | | | 7 | 5,00 | 47 | 33,30 | 87 | 61,70 | 4,57 | 0,59 |

(Παράγοντας 4) Υλική και Ηθική ενίσχυση των δασκάλων

| | Καθόλου | | Λίγο | | Αρκετά | | Πολύ | | Πάρα πολύ | | Μ.Ο. | Τ.Α. |
|--|---------|------|------|------|--------|-------|------|-------|-----------|-------|------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Η οικονομική επιχορήγηση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας (Q9) | 7 | 5,00 | 6 | 4,30 | 15 | 10,60 | 38 | 27,00 | 75 | 53,20 | 4,19 | 1,11 |
| Η Δημοσιοποίηση, διάχυση των αποτελεσμάτων του προγράμματος (διανομή τελικού προϊόντος, συμμετοχή σε δράσεις και παρουσίασή τους σε διαδικτυακούς κόμβους) (Q10) | 3 | 2,10 | 13 | 9,20 | 39 | 27,70 | 46 | 32,60 | 40 | 28,40 | 3,76 | 1,03 |
| Η καλή επικοινωνία και αλληλεπίδραση μεταξύ των δασκάλων και των μαθητών (Q11) | | | | | 3 | 2,10 | 46 | 32,60 | 92 | 65,20 | 4,63 | 0,53 |
| Η εξοικείωση των μαθητών με την ομαδοσυνεργατική διδασκαλία (Q21) | | | 3 | 2,10 | 15 | 10,70 | 66 | 47,10 | 56 | 40,00 | 4,25 | 0,73 |
| Ενδογενή Κίνητρα-Η πεποίθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των δασκάλων, της αυτοαποφασιστικότητας και της προσδοκίας στην επίτευξη των στόχων (Q23) | 1 | 0,70 | 4 | 2,80 | 32 | 22,70 | 51 | 36,20 | 53 | 37,60 | 4,07 | 0,88 |

(Παράγοντας 5) Οι Ο.Σ.Σ./Συνεδρίες των εκπαιδευτικών & η δυνατότητα εφαρμογής στα πλαίσια της «ευέλικτης ζώνης»

| | Καθόλου | | Λίγο | | Αρκετά | | Πολύ | | Πάρα πολύ | | Μ.Ο. | Τ.Α. |
|--|---------|------|------|------|--------|-------|------|-------|-----------|-------|------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Οι Ομαδικές Συμβουλευτικές Συναντήσεις (Ο.Σ.Σ.) / Συνεδρίες για την ανταλλαγή πληροφοριών (Q2) | 1 | 0,70 | 4 | 2,80 | 34 | 24,10 | 61 | 43,30 | 41 | 29,10 | 3,97 | 0,84 |
| Οι Ο.Σ.Σ. / Συνεδρίες για την παρακολούθηση της πορείας του προγράμματος (Q3) | | | 13 | 9,30 | 54 | 38,60 | 40 | 28,60 | 33 | 23,60 | 3,66 | 0,94 |
| Η δυνατότητα της εφαρμογής των προγραμμάτων στα πλαίσια της «ευέλικτης ζώνης» (Q1) | | | | | 28 | 20,00 | 58 | 41,10 | 51 | 36,40 | 4,12 | 0,80 |

(Παράγοντας 6) Εξωγενή κίνητρα δασκάλων

| | Καθόλου | | Λίγο | | Αρκετά | | Πολύ | | Πάρα πολύ | | Μ.Ο. | Τ.Α. |
|--|---------|-------|------|-------|--------|-------|------|-------|-----------|-------|------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Κίνητρα επαγγελματικής ανέλιξης (επίτευξη επαγγελματικού στόχου, η μοριοδότηση υλοποίησης των προγραμμάτων, η απόκτηση κύρους) (Q20) | 19 | 13,60 | 20 | 14,30 | 38 | 27,10 | 38 | 27,10 | 25 | 17,90 | 3,21 | 1,28 |
| Εξωγενή κίνητρα (χρηματικό ποσό, Μείωση ωραρίου, έπαινοι – διακρίσεις – βραβεία) (Q22) | 14 | 10,00 | 25 | 17,90 | 44 | 31,40 | 29 | 20,70 | 28 | 20,00 | 3,23 | 1,25 |

ΠΙΝΑΚΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΜΠΟΔΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

(Παράγοντας 1) Περιορισμένη εμπειρία και διάθεση εκπαιδευτικών

| | Καθόλου | | Λίγο | | Αρκετά | | Πολύ | | Πάρα πολύ | | Μ.Ο. | Τ.Α. |
|---|---------|-------|------|-------|--------|-------|------|------|-----------|------|------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Η έλλειψη εκπαίδευσης σε βιωματικές μεθόδους όπως το «παιχνίδι ρόλων» (Q26) | 57 | 40,40 | 36 | 25,50 | 31 | 22,00 | 13 | 9,20 | 4 | 2,80 | 2,09 | 1,12 |
| Η περιορισμένη εμπειρία των εκπαιδευτικών σε θέματα Αγωγής Υγείας (Q27) | 46 | 32,60 | 52 | 36,90 | 27 | 19,10 | 14 | 9,90 | 2 | 1,40 | 2,11 | 1,02 |
| Η πιθανή επιφυλακτική στάση των υπόλοιπων εκπαιδευτικών του σχολείου για τα καινοτόμα προγράμματα(Q33) | 61 | 44,20 | 47 | 34,10 | 18 | 13,00 | 10 | 7,20 | 2 | 1,40 | 1,88 | 0,99 |
| Η επαγγελματική κόπωση (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, μείωση προσωπικών επιτευγμάτων) (Q24) | 65 | 46,80 | 32 | 23,00 | 30 | 21,60 | 6 | 4,30 | 6 | 4,30 | 1,96 | 1,12 |

(Παράγοντας 2) Ιδιαίτερες μαθησιακές συνθήκες στην τάξη

| | Καθόλου | | Λίγο | | Αρκετά | | Πολύ | | Πάρα πολύ | | Μ.Ο. | Τ.Α. |
|---|---------|-------|------|-------|--------|-------|------|-------|-----------|------|------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Η ύπαρξη μαθητών στο ίδιο τμήμα με μαθησιακές δυσκολίες (Q7) | 34 | 24,30 | 58 | 41,40 | 27 | 19,30 | 10 | 7,10 | 11 | 7,90 | 2,33 | 1,15 |
| Η ύπαρξη μαθητών στο ίδιο τμήμα από διαφορετικά εθνικά και πολιτιστικά περιβάλλοντα (Q8) | 11 | 7,90 | 37 | 26,40 | 58 | 41,40 | 25 | 17,90 | 9 | 6,40 | 2,89 | 1,00 |
| Ο περιορισμένος χρόνος στο επίσημο αναλυτικό πρόγραμμα για την εφαρμογή καινοτόμων δράσεων (Q6) | 67 | 47,50 | 54 | 38,30 | 15 | 10,60 | 3 | 2,10 | 2 | 1,40 | 1,72 | 0,85 |
| Ο μεγάλος αριθμός μαθητών στην τάξη (Q5) | 35 | 25,20 | 64 | 46,00 | 23 | 16,50 | 12 | 8,60 | 5 | 3,60 | 2,19 | 1,03 |

**Communalities μεταβλητών για τη διενέργεια της πρώτης ανάλυσης παραγόντων
(Μέθοδος: Principal Component Analysis)**

| | Initial | Extraction |
|---|---------|------------|
| Η δυνατότητα της εφαρμογής των προγραμμάτων στα πλαίσια της «ευέλικτης ζώνης» | 1,000 | .513 |
| Οι Ομαδικές Συμβουλευτικές Συναντήσεις (Ο.Σ.Σ.) / Συνεδρίες για την ανταλλαγή πληροφοριών | 1,000 | .793 |
| Οι Ο.Σ.Σ. / Συνεδρίες για την παρακολούθηση της πορείας του προγράμματος | 1,000 | .755 |
| Ειδικό χώρο με κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή | 1,000 | .472 |
| Η οικονομική επιχορήγηση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας (αγορά εκπαιδευτικού υλικού, μετακινήσεις λεωφορείων για εκδηλώσεις) | 1,000 | .747 |
| Η Δημοσιοποίηση, διάχυση των αποτελεσμάτων του προγράμματος (διανομή τελικού προϊόντος - συμμετοχή σε δράσεις και παρουσίασή τους σε διαδικτυακούς κόμβους) | 1,000 | .641 |
| Η καλή επικοινωνία και αλληλεπίδραση μεταξύ των δασκάλων και των μαθητών | 1,000 | .455 |
| Η επιμόρφωση – εκπαίδευση των δασκάλων σε νέες ενεργητικές – βιοματικές μεθόδους | 1,000 | .498 |
| Οι γνώσεις των εκπαιδευτικών, που εφαρμόζουν τα προγράμματα, σε θέματα Αγωγής Υγείας | 1,000 | .570 |
| Η αυτονομία των δασκάλων στην επιλογή του εκπαιδευτικού υλικού και των μεθόδων αγωγής υγείας | 1,000 | .574 |
| Η διασφάλιση από το Διευθυντή συνεργατικού κλίματος στο σχολείο | 1,000 | .782 |
| Η ανάληψη πρωτοβουλιών από το Διευθυντή του σχολείου | 1,000 | .653 |
| Οι επιστημονικές γνώσεις του υπεύθυνου Αγωγής Υγείας | 1,000 | .625 |
| Οι οργανωτικές δεξιότητες και οι πρωτοβουλίες που παίρνει ο υπεύθυνος Αγωγής Υγείας | 1,000 | .767 |
| Η επικοινωνιακή ικανότητα/δεξιότητα του υπεύθυνου Αγωγής Υγείας | 1,000 | .712 |
| Κίνητρα επαγγελματικής ανέλιξης (επίτευξη επαγγελματικού στόχου, η μοριοδότηση υλοποίησης των προγραμμάτων, η απόχτηση κύρους) | 1,000 | .751 |
| Η εξοικείωση των μαθητών με την ομαδοσυνεργατική διδασκαλία (δυναμική ομάδων) | 1,000 | .605 |
| Εξωγενή κίνητρα (χρηματικό ποσό, μείωση ωραρίου, έπαινοι – διακρίσεις –βραβεία) | 1,000 | .749 |
| Ενδογενή Κίνητρα - Η πεποίθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας των δασκάλων, της αυτο-αποφασιστικότητας και της προσδοκίας στην επίτευξη των στόχων | 1,000 | .575 |
| Η συνεργασία με εκπαιδευτικούς ειδικοτήτων (μουσικής, εικαστικών, θεατρικής αγωγής) | 1,000 | .519 |
| Η δυνατότητα συνεργασίας με τους φορείς και τις τοπικές αρχές (Δήμο, Νομαρχία, εθελοντικές μη-κερδοσκοπικές ενώσεις, πολιτιστικούς συλλόγους κ.ά.) | 1,000 | .568 |
| Η δυνατότητα συνεργασίας με τους γονείς των μαθητών | 1,000 | .695 |
| Η ομαλή συνεργασία με το σύλλογο γονέων σε κάθε φάση της διαδικασίας εφαρμογής του προγράμματος | 1,000 | .714 |
| Το ενδιαφέρον των μαθητών για τα θέματα της Αγωγής Υγείας | 1,000 | .563 |
| Η αναγνώριση από κοινωνικούς παράγοντες (γονείς, ευρύτερη κοινότητα) της δυνατότητας του σχολείου να προάγει θέματα Αγωγής Υγείας | 1,000 | .487 |

***Communalities μεταβλητών για τη διενέργεια της δεύτερης ανάλυσης παραγόντων
(Μέθοδος: Principal Component Analysis)***

| | Initial | Extraction |
|---|---------|------------|
| Ο μεγάλος αριθμός μαθητών στην τάξη | 1,000 | .431 |
| Ο περιορισμένος χρόνος στο επίσημο αναλυτικό πρόγραμμα για την εφαρμογή καινοτόμων δράσεων | 1,000 | .498 |
| Η ύπαρξη μαθητών στο ίδιο τμήμα με μαθησιακές δυσκολίες | 1,000 | .598 |
| Η ύπαρξη μαθητών στο ίδιο τμήμα από διαφορετικά εθνικά και πολιτιστικά περιβάλλοντα | 1,000 | .550 |
| Η επαγγελματική κόπωση (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, μείωση προσωπικών επιτευγμάτων) | 1,000 | .387 |
| Η έλλειψη εκπαίδευσης σε βιωματικές μεθόδους όπως το « παιχνίδι ρόλων ». | 1,000 | .790 |
| Η περιορισμένη εμπειρία των εκπαιδευτικών σε θέματα Αγωγής Υγείας | 1,000 | .753 |
| Η πιθανή επιφυλακτική στάση των υπόλοιπων εκπαιδευτικών του σχολείου για τα καινοτόμα προγράμματα | 1,000 | .713 |