

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ-ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ» ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΟΥΣ

της
Ζερβουδάκη Ελένης

Μεταπτυχιακή διατριβή που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα, για τη μερική ολοκλήρωση των απαιτήσεων για την απόκτηση του μεταπτυχιακού τίτλου του διατμηματικού μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών των Τμημάτων Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης και του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας στην κατεύθυνση «Παιδαγωγική και Δημιουργική Μάθηση»

Κομοτηνή
2011

Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα:

1^η Επιβλέπουσα : Βασιλική Δέρρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

2^{ος} Επιβλέπων: Ευάγγελος Αλμπανίδης, Επίκουρος Καθηγητής

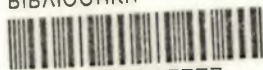
3^{ος} Επιβλέπων : Θωμάς Κουρτέσης, Επίκουρος Καθηγητής



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ & ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ «ΓΚΡΙΖΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ»

Αριθ. Εισ.:	10085/1
Ημερ. Εισ.:	25/11/2011
Δωρεά:	Συγγραφέα
Ταξιθετικός Κωδικός:	Δ
	372.37
	ZEP

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ



004000107777

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ελένη Ζερβουδάκη: Η επίδραση του προγράμματος «Αγωγή Υγείας-Δεξιότητες για παιδιά Δημοτικού» στην αντίληψη των γονέων για διαστάσεις της, σχετιζόμενης με την υγεία, ποιότητας ζωής των παιδιών τους

(Με την επίβλεψη της κας Βασιλικής Δέρρη, Αναπλ. Καθηγήτριας)

Η αντίληψη για την ποιότητα ζωής του ατόμου περιλαμβάνει τόσο υποκειμενικές κρίσεις (πώς το ίδιο το άτομο την αντιλαμβάνεται) όσο και αντικειμενικές (από τις εκτιμήσεις των εξωτερικών συνθηκών). Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του σχολικού προγράμματος Αγωγής Υγείας «Δεξιότητες για παιδιά Δημοτικού» στις αντιλήψεις των γονέων για τη, σχετιζόμενη με την υγεία, ποιότητα ζωής παιδιών ηλικίας 10-12 ετών. Έλαβαν μέρος 219 γονείς παιδιών Ε΄ και Στ΄ τάξης, δημοτικών σχολείων της Νότιας και Βόρειας Ελλάδας. Εκατόν εννέα από αυτούς (n=109) που είχαν παιδιά που συμμετείχαν στο πρόγραμμα, διάρκειας 5 μηνών (45 λεπτο / εβδομαδιαία για 20 εβδομάδες), αποτέλεσαν την πειραματική ομάδα, ενώ εκατόν δέκα από αυτούς (n=110) είχαν παιδιά που δε συμμετείχαν σ' αυτό (ομάδα ελέγχου). Για την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, χρησιμοποιήθηκε το Kidscreen (Ravens-Sieberer, Schmidt, Gosch, Erhart, Petersen, & Bullinger, 2007), το οποίο έχει δέκα διαστάσεις: (1)Σωματική Ευεξία, (2)Ψυχολογική Ευεξία, (3)Διάθεση και Συναισθήματα, (4)Αντίληψη Εαυτού, (5)Αυτονομία, (6)Οικογενειακή Ζωή, (7)Οικονομικοί Πόροι, (8)Συνομήλικοι, (9)Σχολικό Περιβάλλον και (10)Κοινωνική Αποδοχή. Κάθε διάσταση περιλαμβάνει 3 έως 7 ερωτήσεις οι οποίες απαντώνται σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert. Οι υψηλότερες τιμές αντανακλούν και υψηλότερη ικανοποίηση. Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (Repeated Measures ANOVA). Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση των αντιλήψεων των γονέων της πειραματικής ομάδας στις διαστάσεις 1,2,5,6,8,9,10 του ερωτηματολογίου. Στις ίδιες διαστάσεις διαπιστώθηκε σημαντική βελτίωση και της αντίληψης των γονέων της ομάδας ελέγχου, αν και μικρότερη. Επίσης, από την ανάλυση συνδιακύμανσης φάνηκε ότι στις διαστάσεις 4 και 7 η πειραματική ομάδα είχε σημαντικά καλύτερες αντιλήψεις, στην τελική αξιολόγηση, από ότι οι γονείς της ομάδας ελέγχου ενώ οι δύο ομάδες δεν διέφεραν στη διάσταση 3. Επομένως, ένα ανάλογο πρόγραμμα μπορεί να επηρεάσει θετικά τις αντιλήψεις των γονέων για την ποιότητα ζωής των παιδιών τους.

Λέξεις Κλειδιά: ποιότητα ζωής, αντιλήψεις γονέων, πρωτοβάθμια εκπαίδευση, Kidscreen.

ABSTRACT

Eleni Zervoudaki: Perceptions of Primary school children's parents after the educational program for social efficiencies on dimensions of their health related quality of life

(Under the supervision of Derri Vassiliki, Associate Professor)

The perception about one's quality of life includes both subjective and objective judgments (how the person himself perceives it and by the estimates of external parameters). The purpose of this study was to investigate the effect of the school health education program "Skills for elementary school children" on the perceptions of their parents for, health-related, quality of life of their children aged 10-12. The sample was 219 parents of fifth and sixth class primary school children in southern and northern Greece. One hundred and nine of them (n=109) were parents of children who participated in the program that lasted five months (a lesson of 45 min/week for 20 weeks) and constituted the experimental group, while one hundred and ten (n=110) were parents of children who did not participate in it (control group). For the evaluation of health-related quality of life, the Kidscreen 52 (Ravens-Sieberer, Schmidt, Gosch, Erhart, Petersen, & Bullinger, 2007) was applied. This instrument has ten dimensions: (1)Physical well being, (2)Psychological well being, (3)Moods and Emotions, (4)Self-Perception, (5)Autonomy, (6)Parent Relation and Homelife, (7)Financial Resources, (8)Peers and Social Support (friends), (9)School Environment and (10) Social acceptance/Bullying. Three to seven questions are related to each dimension which were answered with a five-point Likert scale. The highest scores reflected the bigger satisfaction. Data were analyzed with analysis of variance for repeated measures. The results showed a statistically significant effect of the program on perceptions of parents in the experimental group in the dimensions 1,2,5,6,8,9,10 of the questionnaire. The same dimensions were found improved in the control group, although less than the experimental group. Also, analysis of covariance showed that parents in the experimental group had significantly better perceptions than those in the control group in the final assessment for dimensions 4 and 7, whereas their perceptions were similar for dimension 3. It seems that such a program can affect positively parents' perceptions about their children's quality of life.

Key words : Health related quality of life, parents perception, primary education, Kidscreen

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	ii
ABSTRACT.....	iii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	iv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	vi
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	vii
 I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	 8
Σκοπός.....	11
Έκθεση του προβλήματος.....	11
Υποθέσεις της έρευνας.....	12
Οριοθετήσεις της έρευνας.....	12
Περιορισμοί της έρευνας.....	13
Λειτουργικοί ορισμοί	13
 II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	 14
Ποιότητα Ζωής	14
Αντιλήψεις γονέων για την Ποιότητα Ζωής των παιδιών τους.....	15
Αγωγή Υγείας και σχολικό περιβάλλον	17
Αγωγή Υγείας – Κοινωνικές Δεξιότητες	22
Αγωγή Υγείας – Κοινωνικές Δεξιότητες - Αντιλήψεις γονέων	32
Παράγοντες επιρροής της καλλιέργειας των Κοινωνικών δεξιοτήτων	35
 III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	 38
Δείγμα.....	38
Εργαλείο μέτρησης.....	38
Το Πρόγραμμα «Δεξιότητες για Παιδιά Δημοτικού».....	41
Διαδικασία.....	42
Στατιστική ανάλυση.....	43
 IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	 44
 V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	 47

Βελτίωση της αντίληψης των γονιών ως προς τη διάσταση Σωματική Ευεξία (1).....	47
Βελτίωση της αντίληψης των γονιών ως προς τη διάσταση Ψυχική Ευεξία (2).....	48
Βελτίωση της αντίληψης των γονιών ως προς τη διάσταση Ελεύθερος Χρόνος-Αυτονομία (5).....	49
Βελτίωση της αντίληψης των γονιών ως προς τη διάσταση Οικογενειακή Ζωή (6).....	49
Βελτίωση της αντίληψης των γονιών ως προς τη διάσταση Φίλοι(8).....	50
Βελτίωση της αντίληψης των γονιών ως προς τη διάσταση Σχολείο και Μάθηση (9).....	50
Βελτίωση της αντίληψης των γονιών ως προς τη διάσταση Κοινωνική Αποδοχή (10).....	51
Βελτίωση της αντίληψης των γονιών ως προς τη διάσταση Αυτοαντίληψη (4).....	51
Σύγκριση των αντιλήψεων των γονιών και των δύο ομάδων ως προς τη διάσταση Οικονομικοί Πόροι (7).....	52
VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	53
Γενικά συμπεράσματα.....	53
Προτάσεις.....	56
VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	57
VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	75

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Μέγιστες τιμές ανά διάσταση Ερωτηματολογίου Kidscreen.....	40
Πίνακας 2. Ερωτήσεις προς επανακωδικοποίηση.....	43
Πίνακας 3. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των δύο ομάδων στις δύο Μετρήσεις.....	44

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΥΠΔΒΜΘ	Υπουργείο Παιδείας Διά Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων
ΕΠΕΑΕΚ	Επιχειρησιακό Πρόγραμμα για την Εκπαίδευση και την Αρχική Επαγγελματική Κατάρτιση
ΚΕΘΕΑ	Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
WHO	World Health Organization
HPSs	Health Promotion Schools
TACADE.	The Advisory Council on Alcohol and Drugs Education
IUHPE.	International Union for Health Promotion and Education

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ-ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ» ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΟΥΣ

Η ποιότητα ζωής, σύμφωνα με τον ορισμό που δίνουν οι Παπάνης και Ρουμελιώτου (2007) ορίζεται, σε θεωρητική βάση, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά, τις συνθήκες ή τους τομείς της ζωής που θεωρούνται απαραίτητες για τη λειτουργία των ατόμων, ως ανεξάρτητων και αυτόνομων όντων. Πρόκειται, για την ελευθερία δράσης, τη νοηματοδότηση πράξεων, την επαγγελματική και οικογενειακή καταξίωση, την ακεραιότητα και εκπλήρωση βιολογικών και ψυχοκοινωνικών λειτουργιών στην καθημερινή τους ζωή και τη διατήρηση της υγείας. Γενικά, η ποιότητα ζωής θεωρείται το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων (υγεία, κοινωνία, οικονομική κατάσταση, περιβάλλον), που επηρεάζουν την ανάπτυξη και εξέλιξη των ατόμων καθώς και των κοινωνιών, συχνά όμως με τρόπους άγνωστους και ανεξερευνήτους.

Η ανάπτυξη συναισθηματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, όπως για παράδειγμα η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, η ανάπτυξη του ομαδικού πνεύματος και της ενσυναίσθησης, η επίλυση διαφωνιών με ηρεμία, η αποδοχή των συναισθημάτων των άλλων, η φροντίδα του σώματος, η αντιμετώπιση των φόβων και των δυσκολιών, η αίσθηση της ασφάλειας, η ικανότητα διατήρησης της ασφάλειας του ατόμου, αποτελούν προϋπόθεση για την καλή ποιότητα ζωής των παιδιών. Η κοινωνικότητα του παιδιού θα καθορίσει τελικά σε μεγάλο βαθμό την αυτοπεποίθησή του, τις φιλίες του, και την προσαρμογή του στη σχολική ζωή. Το πιο σημαντικό όμως είναι ότι οι κοινωνικές δεξιότητες του παιδιού θα καθορίσουν την επιτυχία του και την προσαρμογή του στη ενήλικη ζωή του. Η έρευνα, ξεκάθαρα, υποστηρίζει την άποψη ότι, η ποιότητα της ζωής ενηλίκων με μαθησιακές δυσκολίες εξαρτάται πρώτα από όλα από τον βαθμό, στον οποίο κατάφεραν να αναπτύξουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες, κι όχι από τις ακαδημαϊκές τους επιδόσεις (Βασιλειάδης, 2004).

Η καθημερινή επαφή των γονέων με τα παιδιά τους θεωρείται ευρέως ότι αποτελεί το θεμελιώδη λίθο στην ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων των παιδιών (Cohn, Patterson, & Christopoulous, 1991). Κυρίως, η ανταπόκριση των γονέων στις ανάγκες των

παιδιών και η ανατροφή θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες στην ανάπτυξη της κοινωνικής ικανότητας των παιδιών (Maccoby & Martin, 1983). Η αγάπη και η ενσυναίσθηση των γονέων προς τα παιδιά τους είναι παράγοντες που βοηθούν τα παιδιά να αναπτύξουν θετική στάση για τη ζωή.

Τα τελευταία χρόνια οι ψυχικές διαταραχές και τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών απασχολούν έντονα γονείς και εκπαιδευτικούς. Κατά συνέπεια, το έργο του σχολείου δυσκολεύει, αφού και η σχολική επίδοση των παιδιών δεν εξαρτάται μόνο από την τυπική τους νοημοσύνη αλλά και από την συναισθηματική τους ανάπτυξη (Τσακίρακης & Παπαρούνας, 2001).

Η σχολική Αγωγή Υγείας θεωρείται ως εφελκυστήριό για την προστασία της υγείας των κατοίκων μιας χώρας και βασικό επενδυτικό συστατικό ανθρώπινου κεφαλαίου για αύξηση της αποδοτικότητας της εργασίας (Schultz, 1968). Τα παιδιά, σύμφωνα με έρευνα των Kandel, Kessler και Margulies (1978), έχει αποδειχθεί ότι, μπορούν να ενημερώνονται από μικρή, κιόλας, ηλικία για θέματα που θεωρούνται ότι είναι κατ' εξοχήν για ενήλικες (ναρκωτικά, τσιγάρο, αλκοόλ κλπ).

Για το σκοπό αυτό έχουν σχεδιαστεί προγράμματα τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα, με σκοπό την ανάπτυξη και καλλιέργεια των κοινωνικών δεξιοτήτων των παιδιών, αλλά παράλληλα και των γονέων τους. Τα προγράμματα αυτά έχει αποδειχθεί ότι, επιδρούν θετικά στην ποιότητα της σχέσης γονέων-παιδιών (Openshaw, Mills, Adams, & Durso, 1992). Αναφέρονται, κυρίως, σε πληθυσμούς που, είτε παρουσιάζουν παθογένεια, είτε εμφανίζουν προβλήματα ή ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου να εμφανίσουν κοινωνικά προβλήματα, όπως, συμπεριφοράς, παχυσαρκίας, χρήσης ουσιών, αλκοόλ, στρες κλπ. Ουσιαστικά, πρόκειται για προγράμματα που σκοπό έχουν, την πρόληψη, αλλά κυρίως, την αντιμετώπιση των προβλημάτων. Η εφαρμογή τους δεν εστιάζεται τόσο στον πρωτογενή τομέα πρόληψης εντός ή εκτός του σχολείου.

Τα παρεμβατικά αυτά προγράμματα, στην Αμερική, αλλά και στην Ευρώπη, πραγματοποιούνται, κυρίως, εκτός ωρολογίου προγράμματος (After School Programs) και έχουν τρεις βασικούς άξονες. Είναι προγράμματα που σκοπό έχουν τη βελτίωση της επίδοσης των παιδιών στο σχολείο. Είναι συνυφασμένα με την γενικότερη αντίληψη για την παιδεία για την ενίσχυση των αδύναμων, κατά κύριο, λόγο μαθητών στο μάθημα της Γλώσσας και των Μαθηματικών. Ο δεύτερος άξονας κινείται γύρω από την πρόληψη και παρέμβαση σε παιδιά με προβλήματα υγείας (βαρνηκοΐα, καρκίνος, αυτισμός κ.ά), ενώ ο τρίτος άξονας στοχεύει στην κοινωνικοσυναισθηματική καλλιέργεια (αυτοαντίληψη, βία

στο σχολείο, παραβατική συμπεριφορά, πρόωρη εγκατάλειψη του σχολείου κλπ.) (Palmer, 2010).

Τα προγράμματα αυτά στο εξωτερικό, που κατά την πλειοψηφία τους αναφέρονται σε παιδιά και γονείς ταυτόχρονα, αναπτύσσουν και αξιολογούν διαφορετικές κατά περίπτωση δεξιότητες, ανάλογα με το σκοπό και το στόχο της κάθε κοινωνίας και της κάθε χώρας. Τα αποτελέσματα για τους γονείς δείχνουν, γενικά ότι, οι γονείς γίνονται πιο φιλικοί με τα παιδιά τους, χρησιμοποιούν όλο και λιγότερο την κάθε μορφής βία και καταναγκασμού (Dodge, Bates, & Pettit, 1990), επιλύουν ευκολότερα τις συγκρούσεις (Engels, Finkenauer, Meeus, & Dekovic, 2001) και αντιμετωπίζουν καλύτερα τις δυσκολίες που παρουσιάζονται με τα παιδιά τους (Κουτσοσίμου & Σαλούστρου, 2005). Σημαντική θεωρείται η συνεισφορά των παρεμβατικών προγραμμάτων στους γονείς, αφού βελτιώνεται η παραβατική συμπεριφορά των εφήβων και μειώνεται η χρήση ουσιών (Alpert, 2005). Τα προγράμματα για γονείς, ενισχύουν την αυτοαντίληψη της σχέσης γονέων-εφήβων και βελτιώνουν την επίδοσή τους (Demo, Small, & Savin-Williams, 1987).

Στον ελλαδικό χώρο, για την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων των παιδιών έχει σχεδιαστεί και εφαρμόζεται ως ενδοσχολικό πρόγραμμα, σε ορισμένα μόνο σχολεία, από το 2001, το Πρόγραμμα πρωτογενούς πρόληψης Αγωγής Υγείας. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα εντάσσεται και υλοποιείται στα πλαίσια του επιχειρησιακού Προγράμματος Εκπαίδευσης και Αρχικής Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ε.Π.Ε.Α.Ε.Κ.), που έχει αναλάβει το Εθνικό Ίδρυμα Νεότητας. Πρόκειται για Πρόγραμμα ενίσχυσης πρωτοβουλιών σε θέματα Υγείας στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Υ.Π.Δ.Β.Μ.Θ., 2004). Η υλοποίησή του όμως επαφίεται στην καλή πίστη των εκπαιδευτικών και την ανησυχία και ευαισθησία τους πάνω σε θέματα που χρίζουν λεπτών χειρισμών και θεωρούνται καίρια για την ολοκλήρωση της προσωπικότητας των παιδιών. Ωστόσο, ελάχιστες είναι οι αξιολογήσεις για την αποτελεσματικότητά του (Κυρίτση & Τσιώτρα, 2000; Χατζηχρήστου, 2003; Κούτσικου, Κυριακίδου, Πορτσέλη, & Στογιαννίδου, 2005), η οποία, κατά κύριο λόγο, βασίζεται στην άτυπη καταγραφή των αντιλήψεων των παιδιών και των εκπαιδευτικών και καθόλου των γονέων τους, παρότι έχει τονιστεί ότι η σύμπραξη σχολείου-οικογένειας συμβάλλει στην προσωπική και κοινωνική ευημερία των παιδιών (Moon, 1998).

Από την άλλη πλευρά, οι σχολές γονέων που λειτουργούν έχουν ως σκοπό την ενδυνάμωση των γονέων στο γνωστικό επίπεδο, προκειμένου να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες στην οικογένεια.

Η εφαρμογή ενός οργανωμένου προγράμματος είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και η αξιολόγηση είναι απαραίτητη για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητά του. Η απουσία αξιολόγησης αυτών των προγραμμάτων έχει ως αποτέλεσμα να μην υπάρχουν ικανοποιητικά στοιχεία, πέραν από τις άτυπες αξιολογήσεις των παιδιών και των εκπαιδευτικών, για τη χρησιμότητά τους στον πληθυσμό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να είναι δύσκαμπτες τυχόν αναγκαίες διορθωτικές παρεμβάσεις. Επίσης, η έλλειψη των απόψεων των γονέων, δημιουργεί κενό στην πληροφόρηση, για το πώς εκείνοι αντιλαμβάνονται την ποιότητα ζωής των παιδιών, προκειμένου να οργανώσουν τη ζωή τους αλλά και του παιδιού τους καλύτερα. Τέλος, οι έρευνες έχουν αποδείξει ότι οι αντιλήψεις των παιδιών, αρκετά συχνά δεν βρίσκονται σε ταύτιση με τις αντιλήψεις των γονέων τους παρόλο που θεωρούνται σημαντική πηγή πληροφόρησης, για όλους και ιδιαίτερα για τους γονείς, καθώς και χάραξης στρατηγικής για το καλύτερο των παιδιών τους.

Βάσει των προαναφερθέντων, αποφασίστηκε η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας ώστε να αξιολογηθεί για πρώτη φορά επίσημα την αποτελεσματικότητα του μοναδικού ενδοσχολικού προγράμματος Αγωγής Υγείας που αναφέρεται στις «Δεξιότητες για παιδιά Δημοτικού», μέσω των αντιλήψεων των γονέων για, τη σχετιζόμενη με την υγεία, ποιότητα ζωής των παιδιών τους.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του προγράμματος Αγωγής Υγείας «Δεξιότητες για παιδιά Δημοτικού» στις αντιλήψεις των γονέων τους για την ποιότητα ζωής των παιδιών που σχετίζεται με την υγεία. Συγκεκριμένα, διερευνήθηκε η επίδραση του ανωτέρω προγράμματος στις απόψεις των γονέων αναφορικά με τις εξής κοινωνικές δεξιότητες: αυτοεκτίμηση, διαχείριση συγκρούσεων, αντιμετώπιση πίεσης, πρόληψη εξαρτήσεων, ομαδικότητα και συνεργασία. Τα πεδία από τα οποία προέκυψε η ποιότητα ζωής ήταν: η Σωματική Ευεξία, η Ψυχολογική Ευεξία, η Διάθεση και τα Συναισθήματα, η Αντίληψη Εαυτού, η Αυτονομία, η Οικογενειακή Ζωή, οι Οικονομικοί Πόροι, οι Συνομήλικοι, το Σχολικό Περιβάλλον και η Κοινωνική Αποδοχή.

Έκθεση του προβλήματος

Από την εισαγωγή έγινε ήδη γνωστό ότι σήμερα η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων που αναφέρονται στην αυτοεκτίμηση, στην αντιμετώπιση συγκρούσεων,

πίεσης, εξαρτήσεων, στη συνεργασία και στο πνεύμα ομαδικότητας είναι απαραίτητες τεχνικές για την ομαλή ένταξη του παιδιού στο κοινωνικό γίγνεσθαι.

Οι δύο ομάδες, η οικογένεια και το σχολείο είναι σημαίνοντες στην ανάπτυξη και εξέλιξη των παιδιών (Berger, 1996; Bronfenbrenner, 1979; Henderson, 1988; Kagan, Moore, & Bredekamp, 1995). Ως επί το πλείστον διδακτικό προσωπικό και οικογένεια έχουν κοινούς στόχους για τα παιδιά με το να τα θέλουν ευτυχισμένα, ανεξάρτητα, μορφωμένα, υπεύθυνα και άτομα που νοιάζονται για το συνάνθρωπο (Epstein, 1988, 1995). Προγράμματα που άρχισαν να υλοποιούνται με σκοπό την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων πρέπει να αξιολογούνται πολύπλευρα και από πολλές πηγές (π.χ. εκπαιδευτικούς, μαθητές, γονείς) ώστε να παρέχεται ανατροφοδότηση που αφορά στην αποδοτικότητα του έργου των εκπαιδευτικών, για να προβληματιστούν, να αναδιοργανώσουν ή ακόμα και να επαναδημιουργήσουν, όπου χρειαστεί, τις συνθήκες εκείνες, οι οποίες θα βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των μαθητών.

Υποθέσεις έρευνας

H0: Η αντίληψη των γονέων για τις διαστάσεις της, σχετιζόμενης με την υγεία, ποιότητας ζωής των παιδιών που θα συμμετέχουν στο πρόγραμμα δε θα διαφοροποιηθεί στατιστικά σημαντικά από την αντίληψη των γονέων των οποίων τα παιδιά δε θα συμμετέχουν στο πρόγραμμα.

H1: Η αντίληψη των γονέων για τις διαστάσεις της, σχετιζόμενης με την υγεία, ποιότητας ζωής των παιδιών που θα συμμετέχουν στο πρόγραμμα θα είναι στατιστικά σημαντικά καλύτερη από την αντίληψη των γονέων των οποίων τα παιδιά δε θα συμμετέχουν στο πρόγραμμα.

Οριοθετήσεις της έρευνας

1. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 219 γονείς παιδιών ηλικίας 10-12 ετών, μαθητών της Ε' και Στ' τάξης του Δημοτικού Σχολείου.
2. Οι μαθητές προέρχονταν από αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές των νομών.
3. Η ποιότητα ζωής των παιδιών αφορούσε στα εξής πεδία: Σωματική ευεξία, Ψυχολογική ευεξία, Διάθεση και Συναισθήματα, Αντίληψη Εαυτού, Αυτονομία, Οικογενειακή Ζωή, Οικονομικοί Πόροι, Συνομήλικοι, Σχολικό Περιβάλλον και Κοινωνική αποδοχή.

4. Η άποψη των γονέων για την ποιότητα ζωής των παιδιών εξετάστηκε με το Ερωτηματολόγιο Kidscreen52–για γονείς (The KIDSCREEN Group, 2004).

Περιορισμοί της έρευνας

1. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε γονείς των οποίων τα παιδιά φοιτούσαν σε δημοτικά σχολεία των νομών Χανίων, Ξάνθης και Αλεξανδρούπολης.
2. Ορισμένα από τα παιδιά αυτά είχαν παρακολουθήσει προγράμματα Αγωγής Υγείας στο παρελθόν αλλά όχι το συγκεκριμένο εκπαιδευτικό πακέτο.

Λειτουργικοί Ορισμοί

1. Κοινωνικές δεξιότητες: Η ανάπτυξη σε ικανοποιητικό βαθμό της αυτοεκτίμησης, της διαχείρισης συγκρούσεων, της αντιμετώπιση πίεσης, της πρόληψης εξαρτήσεων, της ομαδικότητας και συνεργασίας.
2. Ποιότητα Ζωής: Η Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία ορίζεται ως η υποκειμενική απεικόνιση της λειτουργικότητας και της ευημερίας ενός ατόμου, ως προς τη σωματική και ψυχολογική ευεξία, τη διάθεση και τα συναισθήματα, την αντίληψη του εαυτού, την αυτονομία, τις σχέσεις με τους γονείς και τη ζωή στο σπίτι, τους συνομήλικους και την κοινωνική υποστήριξη, το σχολικό περιβάλλον, την κοινωνική αποδοχή και τους οικονομικούς πόρους.
3. Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας: Το σχολικό πρόγραμμα που μέσα από την ενεργητική και βιωματική μάθηση στοχεύει στην αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς των γονέων, ενισχύοντας την υπευθυνότητα, την αυτοεκτίμηση, την αυτοπεποίθηση, την προσωπικότητα και την ικανότητα του μαθητή για την υιοθέτηση θετικών τρόπων και στάσεων ζωής.
4. Kidscreen: το ερωτηματολόγιο για γονείς που δημιουργήθηκε σε συνεργασία 12 ευρωπαϊκών χωρών (με την Ελλάδα μία απ' αυτές) και αποτελεί ένα από τα πιο φερέγγυα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής, των παιδιών, των ερωτώμενων.

II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ποιότητα Ζωής

Η έννοια της ποιότητας ζωής αναπτύχθηκε κυρίως στις Κοινωνικές Επιστήμες. Εξαπλώθηκε όμως η εφαρμογή της και σε άλλα επιστημονικά πεδία όπως την Ιατρική και το χώρο της υγείας γενικότερα. Ο Αριστοτέλης, ο μεγαλύτερος στοχαστής, φιλόσοφος και θεμελιωτής πολλών επιστημών της Αρχαιότητας, με τη λέξη «ευδαιμονία», όπως την ανέλυσε στις φιλοσοφικές του μελέτες, απέδιδε προφανώς ό,τι και ο όρος «ποιότητα ζωής» (Παναγιωτάκη-Δαυίδ, 2007).

Ο όρος ποιότητα ζωής πρωτοεμφανίστηκε μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Η οικονομική άνθηση που άρχισε να εκδηλώνεται, η διακίνηση του χρήματος και η πληθώρα καταναλωτικών αγαθών ταύτισαν το υψηλό βιοτικό επίπεδο με τον όρο ποιότητα ζωής. Στις αρχές της δεκαετίας του '60, το περιεχόμενο του όρου διευρύνεται και συμπεριλαμβάνει την εκπαίδευση, την υγεία καθώς και τη διάθεση ελεύθερου χρόνου για δραστηριότητες και ανάπαυση. Στη δεκαετία του '70 υπερθεματίζεται η έννοια της προσωπικής ελευθερίας, της συναισθηματικής και ψυχοκοινωνικής ισορροπίας και ευεξίας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θέλοντας να ξεκαθαρίσει την έννοια του όρου «ποιότητα ζωής», έδωσε έμφαση σε τρεις διαστάσεις: τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική ποιότητα ζωής (Σαρρής, 2001; Παπάνης & Ρουμελιώτου, 2007).

Παλαιότερες έρευνες (McCall, 1975) υποστήριζαν ότι η ποιότητα ζωής είναι συνυφασμένη με την κατανομή των πόρων που αφορούν το γενικό «ευ ζην» της κοινωνίας. Αυτού του είδους οι ορισμοί θεωρούν ενιαίες τις υποκειμενικές και τις αντικειμενικές παραμέτρους. Αργότερα, επιστήμονες υποστήριξαν την ανάγκη συνδυασμού των υποκειμενικών και αντικειμενικών κριτηρίων για τον ορισμό της ποιότητας ζωής (Lehman, 1988).

Παρόλο που, η έννοια «ποιότητα ζωής» δεν έχει ακόμα, πλήρως, αποσαφηνιστεί, η αντίληψη για αυτήν μπορεί να είναι υποκειμενική, όπως το ίδιο το άτομο με κριτήρια υποκειμενικά, την αξιολογεί, αλλά και αντικειμενική, όπως αυτή καθορίζεται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών. Τα παραδοσιακά θεωρητικά μοντέλα ποιότητας

ζωής βασίζονται κυρίως σε αντικειμενικούς και υποκειμενικούς δείκτες, αλλά και στο μεταξύ τους συνδυασμό (Παναγιωτάκη-Δαυΐδ, 2007).

Πρόσφατα, ο Dickinson και οι συνεργάτες του (2007) όρισαν την ποιότητα ζωής, ως υποκειμενική αντίληψη. Θεωρούν λοιπόν ότι είναι η αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο της κοινωνίας και του συστήματος αξιών στο οποίο ζει, καθώς και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες του. Χρειάζεται, όμως, επιπλέον, να διερευνηθούν και οι εσωτερικές ψυχολογικές διεργασίες του ατόμου, που επενεργούν ως διαμεσολαβητικοί μηχανισμοί για την υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής (Παναγιωτάκη-Δαυΐδ, 2007).

Η καλή ποιότητα ζωής είναι το ζητούμενο αποτέλεσμα για κάθε ένα παιδί και είναι αυτό που η κοινωνία θέλει για όλα τα παιδιά (Dickinson et al., 2007). Σύμφωνα με τον Ασβεστά (2007), η ποιότητα ζωής εξασφαλίζεται όταν συνυπάρχουν: καλό βιοτικό επίπεδο, σωματική υγεία, εργασία, καλό θεσμικό πλαίσιο, όταν έχουν αναπτυχθεί οι κοινωνικές σχέσεις, η ψυχοσυναισθηματική έκφραση και έχει διασφαλιστεί η ισορροπία φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος.

Ποιότητα ζωής είναι «η αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο των πολιτισμικών αξιών στο οποίο αυτό ζει, και σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του» (WHO, 1995). Το παιδί διαμορφώνει την αντίληψη αυτή βάσει του φυσικού, πολιτισμικού και κοινωνικού περιβάλλοντός του (Ravens-Sieberer, Beckers, & Bullinger, 1999).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής βρίσκεται κάτω από την ομπρέλα του γενικότερου όρου ποιότητα ζωής (Juniper, Guyatt, Feeny, Ferrie, Griffith, Townsend, 1996). Καθώς η βία και η ανισότητα αυξάνονται καθημερινά, είναι πράγματι πιο αναγκαίο από ποτέ να βοηθηθούν τα παιδιά να εξερευνήσουν και να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες. Έρευνες έχουν αποδείξει πως, ένα σχολικό και οικογενειακό περιβάλλον βασισμένο στις βασικές και διαχρονικές αξίες βοηθάει και στη γνωστική και στη συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού (Lumsden, 1994).

Αντιλήψεις γονέων για την Ποιότητα Ζωής των παιδιών τους

Η οικογένεια είναι ο πρωτογενής πυρήνας μέσα στον οποίο το παιδί μαθαίνει να μιμείται, αποκτά τα πρώτα του βιώματα για να μπορέσει αργότερα να δημιουργήσει μια αυτοτελή υπόσταση, η οποία κατά βάση περικλείει το σύνολο των επιδράσεων οικογενειακών – ευρύτερων περιβαλλοντικών – κληρονομικών (Toshiyuki, Toru, Maho, Sui, & Saburo, 2000). Η θέση των γονέων κατά την ανατροφή των παιδιών θεωρείται ότι

ασκεί δυνατή επιρροή στη νοητική ανάπτυξη του παιδιού. Τα παιδιά μαθαίνουν να έχουν επιτυχή προσαρμογή στο σχολείο – σε κοινωνικούς και γνωστικούς στόχους – μέσα από τη διάδραση με τους γονείς τους (Morrison, Rimm-Kauffman, Pianta, 2003). Από την έρευνα των Hair, Jager και Garrett (2002) διαπιστώθηκε ότι η ποιότητα της σχέσης των εφήβων με τους γονείς τους είναι το κλειδί στην ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων. Ποιοτικά κοινωνικές σχέσεις και καλές κοινωνικές δεξιότητες παίζουν σημαντικό ρόλο στην υγιή ψυχολογική ανάπτυξη, στη μετέπειτα ζωή του εφήβου, όπως στο γάμο και στην ανάληψη του γονεϊκού ρόλου αλλά και στην ακαδημαϊκή επιτυχία. Οι Henderson και Berla (1994) ανασκόπησαν μελέτες για τον τρόπο με τον οποίο οι μαθητές πετυχαίνουν στο σχολείο, όταν εμπλέκονται οι γονείς τους στη μόρφωσή τους με τα ακόλουθα αποτελέσματα:

- υψηλότερη επιμέρους και γενική βαθμολογία
- καλύτερη παρακολούθηση και ολοκλήρωση των εργασιών
- πιο θετική στάση και συμπεριφορά στο σχολείο
- υψηλότερη βαθμολογία κατά την αποφοίτηση
- περισσότερες εγγραφές στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση

Οι γονείς, επομένως, παίζουν σημαντικό ρόλο εφόσον η σχέση τους με τα παιδιά τους και κατ' επέκταση, ο βαθμός στον οποίο αποδέχονται και εκτιμούν τα συναισθήματά τους, ορίζει και μέρος της ποιότητας ζωής των παιδιών (Thompson, 1994).

Έρευνες δείχνουν ότι, διάφοροι παράγοντες είναι εκείνοι, που επηρεάζουν την αντίληψη των γονιών, αναφορικά με την ποιότητα ζωής των παιδιών τους. Οι έρευνες αυτές είναι διευρυμένες και αφορούν τόσο σε υγιή παιδιά όσο και σε παιδιά που νοσούν. Τα εργαλεία που μετράνε την ποιότητα ζωής είναι, συνεπώς, δύο ειδών: αυτά που αναφέρονται στο γενικότερο πληθυσμό και αυτά που αναφέρονται σε άτομα με ασθένεια (Bjornson & McLaughlin, 2001). Όταν όμως αναφερόμαστε στην Ποιότητα Ζωής, που σχετίζεται με την υγεία, τότε οι περισσότερες, έρευνες αναφέρονται σε πληθυσμό που αντιμετωπίζει προβλήματα παθολογικά.

Παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη των γονιών για την ποιότητα ζωής των παιδιών με χρόνια προβλήματα είναι η ηλικία, το φύλο, η σοβαρότητα της νόσου και ο πόνος. Οι κοινωνικές συναναστροφές και οι δραστηριότητες με τους φίλους φαίνεται να μειώνονται όσο ο πόνος αυξάνεται. Επίσης, η αντίληψη των γονιών για την ποιότητα ζωής των παιδιών τους φαίνεται να επηρεάζεται από το βάρος της φροντίδας και της δικής τους ψυχικής διάθεσης και ευεξίας. Επιπρόσθετα, το είδος της βλάβης που είχαν τα παιδιά με

χρόνια προβλήματα επηρεάζει διαφορετικά την ποιότητα ζωής τους, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των γονέων (Arnaud et al., 2008).

Οι Williams, Wake, Hesketh, Maher και Waters (2005) διεξήγαγαν, στην Βικτώρια της Αυστραλίας, έρευνα σε 1.493 υπέρβαρα και μη παιδιά και στους γονείς τους για να ελέγξουν την ποιότητα ζωής των παιδιών αυτών. Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι, τόσο τα υπέρβαρα παιδιά, όσο και οι γονείς τους, είχαν την αντίληψη ότι, το υπερβολικό βάρος επηρεάζει τη φυσική και την κοινωνική τους λειτουργία, σε αντίθεση με την αντίληψη των μη υπέρβαρων παιδιών και των γονιών τους.

Από την έρευνα των Joussef, Murphy, Langseder και Rosh (2003) σε 209 παιδιά για την αντίληψη των γονιών και των παιδιών τους, για την ποιότητα ζωής των παιδιών τους με χρόνια λειτουργικά κοιλιακά προβλήματα, διαπιστώθηκε ότι, οι γονείς είχαν χαμηλότερη αντίληψη για την ποιότητα ζωής των παιδιών τους από ότι τα ίδια τα παιδιά. Επίσης τα παιδιά, που δεν υπέφεραν από τη χρόνια αυτή ασθένεια, είχαν καλύτερη αντίληψη για την ποιότητα ζωής τους, από ότι τα παιδιά που έπασχαν από αυτή τη νόσο.

Η ποιότητα, αντίστοιχα, ζωής των γονέων που έχουν παιδιά με σύνδρομο Asperger ή έντονου αυτισμού είναι πολύ χαμηλότερη συγκριτικά με τους γονείς των φυσιολογικών παιδιών. Ιδιαίτερα, η μητέρα, φαίνεται να επηρεάζεται περισσότερο από τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του παιδιού με Asperger ή αυτισμό από ότι ο πατέρας (Allik, Larsson, & Smedje, 2006).

Η ποιότητα ζωής του παιδιού αποκτάται μέσα στο ευρύ πλαίσιο που αυτό κινείται. Το πρωτογενές περιβάλλον της οικογένειας το διαδέχεται το σχολείο και στη συνέχεια η κοινωνία. Οι δύο πιο σημαντικοί εταίροι, οικογένεια και σχολείο, καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής του παιδιού. Το σχολείο οφείλει να αναπτύξει δράσεις, που σκοπό θα έχουν την προαγωγή και προάσπιση της υγείας των παιδιών. Η Epstein (1995) δήλωσε ότι η εμπλοκή και των δύο ομάδων – γονέων και σχολείου – ενισχύει τα προγράμματα του σχολείου, παρέχει βοήθεια και στήριξη και συνδέει το σχολείο με την κοινωνία.

Αγωγή Υγείας και σχολικό περιβάλλον

Το σχολείο παίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία των μαθητών (Stewart-Brown, 2001; 2006; Leger & Nutbeam, 2000). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ), η ΟΥΝΕΣΚΟ, το Συμβούλιο της Ευρώπης και ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών, πιστοποιούν την ανάγκη αυτή, γι' αυτό έχουν αναπτύξει προγράμματα και έχουν ενισχύσει

άλλα, προκειμένου να προωθήσουν την Αγωγή Υγείας στο χώρο της εκπαίδευσης (IUHPE, 2008, 2009).

Ο Π.Ο.Υ δημιουργήθηκε το 1984, με κύριο πρωτεργάτη τον Kickbush, για την προαγωγή της Αγωγής Υγείας στο σχολείο (Young, 2005). Με βάση τις κατευθυντήριες αρχές του Χάρτη της Οτάβας για την Προαγωγή της Υγείας, καθώς και των συστάσεων της επιτροπής εμπειρογνομόνων του Π.Ο.Υ., ξεκίνησε το 1995 η πρωτοβουλία για την υγεία των σχολείων παγκοσμίως, υπό την αιγίδα του. Ο Οργανισμός αυτός έχει ως σκοπό την ενίσχυση της ιδιότητας του σχολείου, ως περιβάλλον παροχής υγιούς διαβίωσης, μάθησης και εργασίας των μαθητών. Προσπαθεί να κινητοποιήσει και να ενισχύσει την προαγωγή της υγείας και της εκπαίδευσης, μέσω των σχολείων, για τη βελτίωση της υγείας των μαθητών, του προσωπικού του σχολείου, των οικογενειών και του κοινωνικού συνόλου. Η πρωτοβουλία περιλαμβάνει τέσσερις βασικές στρατηγικές. Συγκεκριμένα: 1) την ανάπτυξη ικανοτήτων για να υποστηρίξει τη βελτίωση των προγραμμάτων υγείας στο σχολείο, 2) τη δημιουργία δικτύων και συνεργασιών για την ανάπτυξη της Προώθησης της Υγείας στα Σχολεία (HPSs), 3) την ενίσχυση των ικανοτήτων των κρατών στο θέμα της προώθησης της υγείας στα σχολεία και 4) την έρευνα για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων υγείας στο σχολείο. Η Πρωτοβουλία αυτή βοηθά τις χώρες να αναπτύξουν στρατηγικές και συνεργασία μεταξύ των οργανισμών υγείας και της εκπαίδευσης, καθώς και να αναπτυχθούν προγράμματα για τη βελτίωση της υγείας μέσω των σχολείων. Παγκόσμια, περιφερειακά και τοπικά δίκτυα έχουν αναπτυχθεί για να επιτρέπουν σε σχολεία να μοιραστούν τις εμπειρίες τους. Πολλές τεχνικές εκθέσεις έχουν δημοσιευθεί από τον Π.Ο.Υ, από το 1995 για να βοηθήσουν τα σχολεία να μουν στο δίκτυο Προώθησης της Υγείας (Kwan, Petersen, Pine, & Borutta, 2005).

Στον Καναδά καταρτίστηκε ένα ρηξικέλευθο υπόδειγμα υγείας, το οποίο προσανατολιζόταν, τόσο στην υγειονομική περίθαλψη και καταπολέμηση των ασθενειών, όσο και σε ένα ευρύτερα κοινωνικό μοντέλο. 125 χρόνια νωρίτερα, το 1848 ο Rudolf Virchow, στη Γερμανία και ο Edwin Chadwick στην Αγγλία, ήταν οι πρωτοπόροι στην Ευρώπη, οι οποίοι κατάρτισαν ένα μοντέλο υγείας και αναφέρθηκαν στο ρόλο του κράτους για την προώθησή της (Young, 2005).

Η έννοια της προαγωγής υγείας στα σχολεία, όπως ειπώθηκε και παραπάνω, από τις αρχές του 19ου αιώνα εντάσσεται στο εκπαιδευτικό πλαίσιο σπουδών κάθε χώρας και ενισχύεται από το περιβάλλον και το ήθος του κάθε σχολείου (Parsons, Stears, & Thomas, 1996). Στο Χονγκ Κονγκ γίνονται προσπάθειες αξιολόγησης για το τι συμβαίνει στο χώρο του σχολείου με το πρόγραμμα Αγωγής Υγείας και ποια είναι τα αποτελέσματα από τις

πρωτοβουλίες του σχολείου για την προώθηση της υγείας. Μέχρι τώρα έχουν αξιοποιηθεί οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας του πληθυσμού, δεν έχει, όμως, ληφθεί υπόψη η μεγάλη βιβλιογραφία αναφορικά με την οργάνωση και τη βελτίωση των σχολείων, τη διδασκαλία και τη μάθηση καθώς και την επαγγελματική εξέλιξη.

Η έρευνα οφείλει να καταγράψει τον καίριο ρόλο των εκπαιδευτικών στο σχολείο με βάση την καινοτομία και την αλλαγή στο πρόγραμμα σπουδών, αλλά και πώς θα αντιμετωπίσουν τη γνώση και την ευαισθητοποίηση σε θέματα υγείας στο πλαίσιο της τοπικής κοινότητας του σχολείου τους, προκειμένου να δημιουργηθεί ένα ποιοτικό πρόγραμμα υγείας για το σχολείο (St Leger & Nutbeam, 2000a; St Leger & Nutbeam, 2000b).

Στην πράξη, σε αρκετές χώρες, το ενδιαφέρον για τη διασφάλιση της ψυχικής και κοινωνικής υγείας των παιδιών αντανακλάται στο περιεχόμενο των εθνικών αναλυτικών προγραμμάτων. Η αλλαγή που παρατηρείται στηρίζεται στην άποψη ότι, η διασφάλιση της ψυχικής και κοινωνικής υγείας των παιδιών δεν μπορεί να επαφίεται σε τυχαίους παράγοντες που οδηγούν στη λεγόμενη άτυπη μάθηση. Αντίθετα, χρειάζεται να αποτελέσει και «αντικείμενο μεθοδευμένης και σκόπιμης αγωγής» (Μπίκος, 2004). Οι διαπροσωπικές σχέσεις, ως αντικείμενο διδασκαλίας, στηρίζονται στην θεώρηση των κοινωνικών σχέσεων ως ενός «αντικειμένου μάθησης», ως μιας ικανότητας, η οποία μπορεί να καλλιεργηθεί μέσα από μαθησιακές διαδικασίες (Dunn, 1999).

Από μελέτες για τη διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου και των παραγόντων προστασίας, που ενυπάρχουν στο σχολικό πλαίσιο φάνηκε ότι, η έλλειψη συνδέσμου με το σχολείο και το αρνητικό ψυχολογικό κλίμα συνδέονται με τη χρήση ουσιών (Resnick, Harris, & Blum, 1993). Σύμφωνα με τους Jessor και Jessor (1995) η θετική σύνδεση με το σχολείο αποτελεί προστατευτικό παράγοντα ενάντια στην εμφάνιση προβληματικών συμπεριφορών, καθώς συνδέεται με τη θετική ενασχόληση με ένα συμβατικό κοινωνικό πλαίσιο και αποδοχή των στόχων του. Ένα συνεργατικό περιβάλλον επηρεάζει τη συμπεριφορά των μαθητών προς την κατεύθυνση της συνεργασίας, αυξάνοντας τα συναισθήματα κατανόησης και ενσυναίσθησης, μειώνοντας την ένταση μεταξύ των ομάδων και αναπτύσσοντας θετικά αισθήματα απέναντι στους άλλους και στα άτομα που προέρχονται από διαφορετικές «εθνικές» ομάδες (Joyce, Showers, & Rotheiser-Bennett, 1987). Ο Bowlby (στην Bretherton, 1992) σημείωσε πως οι άνθρωποι φαίνονται πιο χαρούμενοι και ικανοί να ξεδιπλώσουν τα ταλέντα τους με τον καλύτερο τρόπο, όταν νιώθουν αυτοπεποίθηση και σιγουριά πως πίσω τους υπάρχουν κάποια άτομα εμπιστοσύνης που θα προστρέξουν στη δύσκολη στιγμή. Η συναισθηματική ανάπτυξη των

παιδιών συνδέεται άρρηκτα με τις δοκιμασίες που βιώνουν και το πώς τις διαχειρίζονται. Όσο απομακρύνεται ο κίνδυνος των επικίνδυνων καταστάσεων (της κατάθλιψης, των εξαρτήσεων ή της παχυσαρκίας), η πορεία αυτής της εξέλιξης μπορεί να χαρακτηριστεί θετική.

Η σχολική Αγωγή Υγείας αποτελεί «το σύνολο των προγραμματισμένων και εκπαιδευτικών διαδικασιών που επιστρατεύονται από το σχολείο, για να είναι σε θέση οι μαθητές να συνδυάζουν τις γνωστικές και εμπειρικές παραμέτρους που το σχολείο τούς παρέχει, ώστε να αποφασίζουν υπεύθυνα και συνειδητά για θέματα που αφορούν στην υγεία τους» (Γκούβρα, Κυρίδης, & Μαυρικάκη, 2001). Συμβάλει δε στην αναβάθμιση της σχολικής ζωής και στη σύνδεση του σχολείου με την κοινωνική πραγματικότητα. Σκοπός της είναι, η προάσπιση, η βελτίωση και η προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας και της κοινωνικής ευεξίας των μαθητών/τριών, με την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων τους και της κριτικής τους σκέψης και με την αναβάθμιση του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντός τους (1^ο ΕΠΑΛ. Άνω Λιοσίων, 2008). Ένα σχολείο μέσα στο οποίο οι μαθητές νιώθουν αποδοχή, επιδρά θετικά στην υγείας τους και στην αποφυγή κοινωνικών ανισοτήτων. Έτσι, οι μαθητές βιώνουν θετικά συναισθήματα γι' αυτό και έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν αποκλίνουσα συμπεριφορά και οι επιδόσεις τους είναι επίσης υψηλότερες (Patton et. al., 2006; Paulus, 2009).

Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας στο σχολείο συμβάλουν στην εκπλήρωση των εκπαιδευτικών, παιδαγωγικών και κοινωνικών στόχων του σχολείου (Paulus, 2009). Μέσω αυτών των προγραμμάτων οι μαθητές ενδυναμώνονται και συμμετέχουν έτσι πιο ενεργά στη σχολική διαδικασία, καλλιεργώντας τους τις δεξιότητες ικανότητες και στάσεις που είναι απαραίτητες για να γίνουν ολοκληρωμένοι μαθητές και πολίτες (ΥΠ.Π.Δ.Μ.Θ., 2011; Jensen, 2000).

Ενώ όμως στόχος της Αγωγής Υγείας είναι λάβουν οι μαθητές τις απαραίτητες πληροφορίες και να αποκτήσουν τις κατάλληλες ικανότητες, ώστε να γίνουν υγιείς ενήλικες, προκειμένου να μάθουν να επιλέγουν ή να μην επιλέγουν συγκεκριμένες μορφές συμπεριφοράς, στο σύγχρονο ελληνικό σχολείο δεν έχει λάβει μια σαφή και ξεκάθαρη θέση, σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει στα υπόλοιπα ευρωπαϊκά κράτη (Γκούβρα, Κυρίδης, & Μαυρικάκη, 2001). Ως διδακτική διαδικασία, δεν επιτρέπει την ανάπτυξη κλασικών αξιολογικών πρακτικών που να στοχεύουν στη διαπίστωση της επίδρασής της στις γνώσεις (Γκούβρα κ.ά, 2001) ή τη συμπεριφορά των μαθητών. Έχουν τη μορφή σχολικών δραστηριοτήτων, την ευθύνη των οποίων έχει το Εθνικό Εκπαιδευτικό Δίκτυο Αγωγής Υγείας (Υ.Π.Δ.Β.Μ.Θ, 2004).

Τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας του Υ.Π.Δ.Β.Μ.Θ, τόσο της Πρωτοβάθμιας, όσο και της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, βρίσκονται υπό την αιγίδα του το Εθνικού Εκπαιδευτικού Δικτύου Αγωγής Υγείας (Υ.Π.Δ.Β.Μ.Θ, 2004). Περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα θεματολογίας, πέραν της πρόληψης και της χρήσης παράνομων ουσιών, όπως για παράδειγμα, διατροφή, σεξουαλική αγωγή, περιβαλλοντική αγωγή, διαπροσωπικές σχέσεις/ψυχική υγεία, εθελοντισμός κ.ά. και έχουν διάρκεια από 2 έως 6 μήνες. Πραγματοποιούνται από εκπαιδευτικούς σε συνεργασία με τους 70 υπεύθυνους Αγωγής Υγείας για την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση και τους 70 υπεύθυνους για τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, που υπηρετούν στις 58 διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας και στις 58 διευθύνσεις Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, αντίστοιχα. Επιπλέον, για τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, υλοποιούνται εκτός ωρολογίου προγράμματος, ενώ στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση πραγματοποιούνται είτε στο πλαίσιο της Ευέλικτης Ζώνης (5-10% του συνολικού χρόνου), είτε στις δραστηριότητες της απογευματινής ζώνης του Ολοήμερου σχολείου (Μπάφης, Γιακουμάτου, & Σπυροπούλου, 2005).

Το υλικό, που προτείνεται από το Π.Ι. και το Υπουργείο για την υλοποίηση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στον άξονα Διαπροσωπικές Σχέσεις – Ψυχική Υγεία, αποτελείται κυρίως από το εγχειρίδιο με τίτλο «Δεξιότητες για Παιδιά του Δημοτικού» (εκδ. ΚΕ.Θ.Ε.Α.). Το Πρόγραμμα στηρίζεται στο εκπαιδευτικό υλικό πρόληψης «Δεξιότητες για Παιδιά του Δημοτικού» και είναι αποτέλεσμα της συνεργασίας του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (Κ.Ε.Θ.Ε.Α.) και των ιδρυμάτων The Advisory on Alcohol and Drug Education (TACADE) και The Society for the Prevention of Solvent and Volatile Substance Abuse (RE- SOLV). Τόσο ο σχεδιασμός, το περιεχόμενο όσο και η μεθοδολογία του υλικού είναι βασισμένες στα προγράμματα εκπαίδευσης των μαθητών στις κοινωνικές δεξιότητες και στην τόνωση της αυτοεκτίμησής τους.

Περιέχει και εργαστήρια γονέων, αφού η στενή συνεργασία σχολείου-οικογένειας θεωρείται ο ακρογωνιαίος λίθος της ισορροπημένης ανάπτυξης του παιδιού. Η συναισθηματική ενίσχυση του παιδιού από το γονέα, οδηγεί στην καλλιέργεια της αυτοεκτίμησής του, σε καλύτερες επιδόσεις, στη βελτίωση της συμπεριφοράς τους, στον έλεγχο της σχολικής φοβίας (Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 2000). «Οι υγιείς οικογένειες είναι η βάση μιας υγιούς κοινωνίας. Οι οικογένειες που είναι αδύναμες να προωθήσουν την ανάπτυξη των παιδιών τους, μοιραία τοποθετούν ολόκληρη την κοινωνία σε κίνδυνο» (Ross, Zeller, Srisaeng, Yimnee, Sawatphanit, & Somchid, 2006).

Εξ αιτίας του ότι η οικογένεια εξακολουθεί να θεωρείται ο βασικότερος παράγοντας επιρροής στην κοινωνικοποίηση του παιδιού, τα προγράμματα Αγωγής Υγείας κινούνται

προς αυτή την κατεύθυνση, με σκοπό να ενισχύσουν το ρόλο της οικογένειας. Οι αρμόδιοι φορείς πρόληψης πραγματοποιούν παρεμβατικά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων με αύξοντα αριθμό συμμετοχής κάθε χρόνο (Μπάφη κ.ά., 2005). Η οικογένεια οφείλει να στέκεται κοντά στα μέλη της και να τους εξασφαλίζει τη μεγαλύτερη ηθική, ψυχολογική και υλική στήριξη και να τα καθοδηγεί (Γκούβρα κ.ά., 2001). Στην Κύπρο το πρόγραμμα «Κοινωνική και Συναισθηματική Αγωγή στο σχολείο», σημειώνει θετικές επιδράσεις στην αποδοχή των αδυναμιών ή των αρνητικών στοιχείων του εαυτού και την ενίσχυση της αυτοαντίληψης των παιδιών (Χατζηχρήστου, 2008).

Η γονεϊκή εμπλοκή, μέσα από προγράμματα ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων, στη μάθηση και την κοινωνική ζωή των παιδιών και ιδιαίτερα αυτών με προβλήματα συμπεριφοράς, έχει ως αποτέλεσμα τόσο τη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων γονέα-παιδιού όσο και τη βελτίωση της επίδοσης των παιδιών (Middleton & Cartledge, 1995). Ένα άτομο με θετική εκτίμηση για τις ικανότητες του, τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους γονείς και τους συνομηλίκους του αναμένεται να έχει υψηλότερη επίδοση (Χατζηχρήστου & Hopf, 1992).

Αγωγή Υγείας – Κοινωνικές Δεξιότητες.

Οι κοινωνικές δεξιότητες προσδιορίζονται ως ένα σύνολο πολύπλοκων διαπροσωπικών συμπεριφορών. Ο όρος δεξιότητα αναφέρεται σε ένα σύνολο συμπεριφορών οι οποίες είναι αποτέλεσμα μάθησης και όχι σε ένα σφαιρικό χαρακτηριστικό προσωπικότητας. Έχει διαπιστωθεί ότι, οι κοινωνικές δεξιότητες αποτελούν προβλεπτικό παράγοντα της λειτουργικότητας των παιδιών σε διαπροσωπικές καταστάσεις και της κοινωνικής τους επάρκειας στη σχέση με τα συνομήλικα παιδιά (Νικολάου, 2005).

Οι Rinn και Markle (1979) υποστηρίζουν ότι οι κοινωνικές δεξιότητες αποτελούν ένα σύνολο λεκτικών και μη λεκτικών συμπεριφορών δια μέσου των οποίων επηρεάζονται οι αντιδράσεις των άλλων. Αυτό το σύνολο συμπεριφορών λειτουργεί ως ένας μηχανισμός που έχει αλληλεπιδραστική ικανότητα με το κοινωνικό περιβάλλον, αποκτώντας έτσι το άτομο επιθυμητές συμπεριφορές και αποτρέποντας άλλες ανεπιθύμητες.

Ο Segrin (2000) αναφέρει ότι ο όρος κοινωνικές δεξιότητες είναι ένας πολυδιάστατος όρος που περιλαμβάνει τις διαπροσωπικές δεξιότητες, τις κοινωνικές ικανότητες και την επικοινωνιακή ικανότητα του ατόμου. Θεωρεί ότι η συμπεριφορά του ατόμου είναι αποτέλεσμα των δυνατοτήτων του. Κατά συνέπεια, η κοινωνική συμπεριφορά είναι το αντίκτυπο της γενικότερης συμπεριφορικής ικανότητας του ατόμου.

Το άτομο συχνά δε συμπεριφέρεται ή δεν ανταποκρίνεται με το σύνολο των ικανοτήτων του. Αυτό οφείλεται στην έλλειψη κινήτρων, όπου ακόμα και ένα άτομο με πολύ καλές ικανότητες μπορεί να μη χαρακτηριστεί ως πολύ ικανό.

Σύμφωνα με τους Welsch και Bierman (1998), οι κοινωνικές δεξιότητες, η κοινωνική επίγνωση και η αυτοπεποίθηση είναι παράγοντες που συνιστούν την κοινωνική επάρκεια του παιδιού. Η κοινωνική επάρκεια αναφέρεται σε κοινωνικές, γνωστικές, συναισθηματικές δεξιότητες και συμπεριφορές, οι οποίες κατά τους ερευνητές θεωρούνται απαραίτητες για την ομαλή κοινωνικοποίηση του ατόμου.

Για την ανάπτυξη των ικανοτήτων και δεξιοτήτων μίλησε ο Goleman στο βιβλίο του για τη συναισθηματική νοημοσύνη, δηλαδή, για την ικανότητα του ατόμου να ελέγχει και να ρυθμίζει τα δικά του συναισθήματα και τα συναισθήματα των άλλων, και να τα χρησιμοποιεί για να κατευθύνει τη σκέψη και τη δράση του, την οποία ορίζουν άλλα κέντρα του εγκεφάλου. Θεωρεί ότι, υπάρχουν πέντε βασικές κοινωνικές και συναισθηματικές ικανότητες που απορρέουν από τη συναισθηματική νοημοσύνη: η αυτοεπίγνωση, η αυτορρύθμιση, τα κίνητρα συμπεριφοράς, η ενσυναίσθηση και οι κοινωνικές δεξιότητες. Φυσικά, όπως αναφέρει, το υψηλό επίπεδο συναισθηματικής νοημοσύνης δε συνεπάγεται την ύπαρξη και των πέντε βασικών ικανοτήτων. Απλώς δηλώνει την έφεση του ατόμου προς μάθηση. Κατά τον Goleman η συναισθηματική νοημοσύνη μπορεί να βελτιωθεί στην πορεία της ζωής του ατόμου καθώς η ανάπτυξη των επιπέδων εξαρτάται από το βαθμό ωρίμανσης του ατόμου (Βενάκη, 2006).

Οι Welsch και Bierman (1998) υποστηρίζουν ότι τα παιδιά τα οποία έχουν καλλιεργήσει ένα μεγάλο φάσμα κοινωνικών δεξιοτήτων είναι πιθανό ότι θα είναι και κοινωνικά επαρκή. Με τούτο θέλουν να δηλώσουν την ικανότητα ενός παιδιού να διαμορφώνει αλλά και να διατηρεί κοινωνικές σχέσεις, οι οποίες του προκαλούν ικανοποίηση και αποτρέπουν τις συγκρουσιακές καταστάσεις.

Η κοινωνική επάρκεια και οι κοινωνικές δεξιότητες δεν αποτελούν ταυτόσημες έννοιες. Οι κοινωνικές δεξιότητες αναφέρονται στις συγκεκριμένες συμπεριφορές που εκδηλώνει ένα άτομο για να ανταποκριθεί επιτυχώς σε ένα κοινωνικό έργο, ενώ η κοινωνική επάρκεια αποτελεί έναν αξιολογικό όρο, ο οποίος αναφέρεται στην αποτελεσματικότητα του ατόμου να διεκπεραιώσει επιτυχώς ένα κοινωνικό έργο με συγκεκριμένα κριτήρια. Αυτή η αξιολόγηση βασίζεται στη γνώμη των σημαντικών άλλων-γονέων και δασκάλων-σε συγκρίσεις με εξωτερικά κριτήρια όπως ο αριθμός των κοινωνικών έργων που επιτεύχθηκαν με βάση πάντα συγκεκριμένα κριτήρια ή σε συγκρίσεις με νόρμες. Η κοινωνική επάρκεια διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία και

το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο κινείται το παιδί. Επηρεάζεται, επίσης, και από το βαθμό στον οποίο οι δεξιότητες, τα ενδιαφέροντα και οι ικανότητες του παιδιού συμβαδίζουν με των άλλων παιδιών του περιβάλλοντός του (Νικολάου, 2005).

Η έννοια των κοινωνικών δεξιοτήτων σύμφωνα με τον Greshman (1981) προσδιορίζεται ως μέρος μια ευρύτερης έννοιας, της κοινωνικής επάρκειας. Οι κοινωνικές δεξιότητες αναφέρονται στην υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών από το παιδί και στην αποβολή ή ελαχιστοποίηση αρνητικών συμπεριφορών (Νικολάου, 2005). Ένας από τους ορισμούς των κοινωνικών δεξιοτήτων εστιάζεται στην αποδοχή των παιδιών από τους συνομηλίκους τους. Παιδιά τα οποία χαίρουν της αποδοχής των συνομηλίκων τους ή είναι δημοφιλή στο σχολείο θεωρούνται κοινωνικά επιδέξια (Asher & Hymel, 1981; Gottman, 1983). Σύμφωνα με τον Greshman (1981), τα προβλήματα στον τομέα των κοινωνικών δεξιοτήτων κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες: ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες, ελλείμματα στην εφαρμογή των κοινωνικών δεξιοτήτων, ελλείμματα στις δεξιότητες αυτοελέγχου, ελλείμματα στην άσκηση αυτοελέγχου. Αυτή η κατηγοριοποίηση βασίζεται στο κατά πόσο το παιδί ξέρει να εφαρμόσει τις συγκεκριμένες δεξιότητες και στην παρουσία ή μη συναισθηματικής διέγερσης.

Ολοένα και περισσότερες ενδείξεις δείχνουν ότι, οι πτυχές της μάθησης που σχετίζονται με κοινωνικές δεξιότητες των παιδιών (συμπεριλαμβανομένων και των διαπροσωπικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων εκτέλεσης των εργασιών στο σχολείο) συμβάλλουν στην καλή σχολική επίδοση, από τη νηπιακή κίχλας ηλικία. Έτσι, οι McClelland, Morrison και Holmes (2000) διεξήγαγαν έρευνα σε 540 παιδιά νηπιαγωγείου, που παρουσίαζαν χαμηλή επίδοση στις δεξιότητες εκτέλεσης των εργασιών τους. Από τα αποτελέσματα της έρευνας με την Κλίμακα Cooper-Farran Behavioral Rating Scales διαπίστωσαν ότι, και η επίδοσή τους στην πρώτη τάξη του Δημοτικού, αλλά και στο τέλος της δευτέρας τάξης είναι ανάλογη των κοινωνικών τους δεξιοτήτων στον τομέα αυτό. Τα παιδιά με χαμηλότερες ικανότητες εκτέλεσης των εργασιών τους προέρχονταν από χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, είχαν χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης, παρουσίαζαν προβλήματα συμπεριφοράς και προβλήματα υγείας.

Ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων πρόληψης στο σχολείο. Η έρευνα έχει δείξει ότι τα παρεμβατικά προγράμματα που στοχεύουν στην προαγωγή της μάθησης και της ψυχικής υγείας των παιδιών στο σχολικό περιβάλλον είναι πιο αποτελεσματικά όταν η παρέμβαση στοχεύει σε πολλά επίπεδα: μαθητές, μαθησιακή διαδικασία, κλίμα της τάξης, σχέσεις μαθητών –

εκπαιδευτικών – γονέων. Εμπλέκοντας όλους όσους θεωρούνται σημαντικοί, το παρεμβατικό πρόγραμμα μπορεί να αντιστρέψει αρνητικές διαστάσεις στην ζωή των παιδιών και να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για καλύτερη Ποιότητα Ζωής (Durlac, 1998; Bernard, 1993).

Στα πλαίσια του εκπαιδευτικού προγράμματος Αγωγής Υγείας στην Αμερική, με σκοπό τη μείωση της νοσηρότητας και τη θνησιμότητας των παιδιών, πραγματοποιείται μια σειρά παρεμβατικών προγραμμάτων στο σχολείο, με συγκεκριμένες στρατηγικές. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν εκπαίδευση των παιδιών σε θέματα διατροφής, οδηγίες φυσικής δραστηριότητας και βιωματικά εργαστήρια, ανάπτυξη και καλλιέργεια δεξιοτήτων συμπεριφοράς, ψυχολογική υποστήριξη, μαθήματα σεξουαλικής αγωγής (Katz et al. 2005; Wechsler, Devereaux, Davis, & Collins, 2000; Darroch, Landry, & Singh, 2000).

Το αποτέλεσμα διευρωπαϊκής επιστημονικής μελέτης για την ποιότητα ζωής των εφήβων, που πραγματοποιήθηκε ταυτόχρονα σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, κατάδειξε ότι η ψυχική υγεία των Ελλήνων μαθητών δοκιμάζεται περισσότερο από εκείνη των παιδιών στις περισσότερες από τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Ένας στους τρεις Έλληνες μαθητές υποφέρει από άγχος, πολλοί από αυτούς παθαίνουν τελικά κατάθλιψη. Αν μάλιστα συγκριθούν οι απαντήσεις των γονέων με εκείνες των παιδιών τους για τον χρόνο που μοιράζονται και τη μεταξύ τους σχέση, θα διαπιστώσει κανείς το μέγεθος του προβλήματος, διότι οι γνώμες είναι εντελώς διαφορετικές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, οι Έλληνες έφηβοι μαθητές έχουν φτωχότερη Ποιότητα Ζωής, όσον αφορά τη σχέση τους με τους γονείς τους, σε σύγκριση, όχι μόνο με τους ευρωπαίους συνομηλίκους τους, αλλά και με όσα πιστεύουν, ή θέλουν να πιστεύουν, οι γονείς τους (Εκπαιδευτήρια Τρίγκα, 2007).

Ο λόγος ύπαρξης της Αγωγής Υγείας στα σχολεία σχετίζεται, λοιπόν, με τα αποτελέσματα της έρευνας. Πρόληψη από την παιδική, κιόλας, ηλικία, ανάπτυξη, δηλαδή, κοινωνικών δεξιοτήτων μέσα από εναλλακτικές μορφές διδασκαλίας, με απώτερο στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των παιδιών.

Το γεγονός ότι οι κοινωνικές δεξιότητες μπορεί να διδαχθούν και να έχουν αποτέλεσμα αποδεικνύεται από την έρευνα των Craig- Unkefer και Kaiser (2002). Το παρεμβατικό πρόγραμμά τους σε τρεις (3) δυάδες παιδιών ήταν απόλυτα δομημένο και δίδασκε τα παιδιά: 1) να σχεδιάζουν το παιχνίδι τους, 2) να χρησιμοποιούν επικοινωνιακές στρατηγικές κοινωνικής διάδρασης και 3) αυτοαξιολόγηση των αλληλεπιδράσεων στο παιχνίδι. Ο βαθμός της κοινωνικής επικοινωνιακής συμπεριφοράς των παιδιών αυξήθηκε

σημαντικά για τα παιδιά αυτά, καθώς επίσης και η περιγραφική τους ικανότητα, κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού. Επίσης, παρατηρήθηκε αύξηση της γλωσσικής τους ικανότητας, χρησιμοποιώντας δυσκολότερες και πιο περίπλοκες λέξεις, όπως επίσης και αυξημένες στρατηγικές ικανότητες στο παιχνίδι.

Η ποιότητα της σχέσης μητέρας – παιδιού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ακαδημαϊκή και κοινωνική εξέλιξή του, έως τα μέσα του δημοτικού. Τα παιδιά βασίζονται στη διάδραση που έχουν με τους γονείς τους για την κατάκτηση των κοινωνικών και γνωστικών στόχων, προκειμένου να έχουν αργότερα επιτυχή προσαρμογή στο σχολείο. Μέσα από την αρμονική διάδραση το παιδί μαθαίνει τη συναισθηματική αναγνώριση και αυτορρύθμιση, στοιχεία απαραίτητα για την αποδοχή από τους φίλους, την κοινωνική επιτυχία και την ακαδημαϊκή απόδοση στο σχολείο (Morrison, Rimm-Kauffman, & Pianta, 2003).

Οι Spence, Donovan και Brechman-Toussaint (2000) διεξήγαγαν έρευνα σε 50 παιδιά, που έπασχαν από το σύνδρομο της κοινωνικής φοβίας. Ύστερα από παρέμβαση με προγράμματα ενίσχυσης της γνωστικής τους συμπεριφοράς (CBT), καθώς και με την εμπλοκή των γονιών τους στο πρόγραμμα, διαπίστωσαν ότι, η κοινωνική φοβία που είχε παρατηρηθεί στα παιδιά μειώθηκε και, μάλιστα, διατηρήθηκε και τους επόμενους 12 μήνες, που έγινε επαναληπτική μέτρηση. Στο γεγονός αυτό βοήθησε και η εμπλοκή των γονέων στο πρόγραμμα.

Επιπρόσθετα, η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, όπως η αυτοαντίληψη της σχέσης γονέων-εφήβων, ενισχύει την αυτοεκτίμηση και των δύο μελών με θετικά αποτελέσματα στη μεταξύ τους σχέση, την κοινωνική συμπεριφορά, τη σχολική επίδοση (Demo, Small, & Savin-Williams, 1987), αλλά και την ακαδημαϊκή επιτυχία των εφήβων στη μετέπειτα ζωή τους (Hair, Jager, & Garrett, 2002). Οι γονείς συμφωνούν ότι, η σχολική επιτυχία οφείλεται στην ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων των παιδιών (Lane, Stanton-Chapman, Roorbach-Jamison, & Phillips, 2007). Εν συντομία, μέσα από την αρμονική διάδραση με τους γονείς, το παιδί μαθαίνει τη συναισθηματική αναγνώριση και αυτορρύθμιση, στοιχεία απαραίτητα για την αποδοχή από τους φίλους, την κοινωνική επιτυχία και την ακαδημαϊκή απόδοση στο σχολείο (Morrison, Rimm-Kauffman, & Pianta, 2003).

Ο κρίσιμος, προς αυτή την κατεύθυνση, ρόλος του εκπαιδευτικού αφορά στην προγραμματισμένη πλέον εκπαίδευση των παιδιών στις βασικές ανθρώπινες δεξιότητες όπως, η κατανόηση και ο χειρισμός των αρνητικών συναισθημάτων, ο έλεγχος των παρορμήσεων και η ενσυναίσθηση. Είναι γεγονός, όμως, πως η εκπαίδευση ασκεί πίεση

στους δασκάλους σ' όλο τον κόσμο στη γνωστική ανάπτυξη των μαθητών, βομβαρδίζοντάς τους με πληροφορίες χωρίς να δίνει ευκαιρίες για επαφή και επικοινωνία. Δεν είναι αρκετό για τα παιδιά να ακούν για αξίες. Για να τις μάθουν πρέπει να τις βιώνουν σε πολλά επίπεδα, να τις κάνουν δικές τους. Δεν είναι αρκετό να αισθανθείς, ή να σκεφτείς για τις αξίες. Διάφορες κοινωνικές δεξιότητες χρειάζεται να αναπτυχθούν και να μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια της μέρας. Η μάθηση νέων εννοιών, το να μοιράζεσαι και να σκέφτεσαι, η δημιουργία και η διδασκαλία κοινωνικών δεξιοτήτων και αξιών, συνδυάζονται με το παιχνίδι, την τέχνη, το τραγούδι, την κίνηση και τη φαντασία. Οι δραστηριότητες των δεξιοτήτων και των αξιών μπορούν να χρησιμοποιηθούν από δασκάλους του σχολείου, νηπιαγωγείου, και της προσχολικής εκπαίδευσης, γονείς, ανθρώπους που φροντίζουν παιδιά και προσωπικό κέντρων φροντίδας παιδιών. Η υπομονή, η αγάπη και το να βλέπει κανείς την ομορφιά κάθε παιδιού είναι σημαντικές και ανεκτίμητες απόψεις (Ταναΐνη, 2007).

Η μεθοδολογία που θα χρησιμοποιήσει ο εκπαιδευτικός στη διδασκαλία του θεωρείται καθοριστική για την εκμάθηση των δεξιοτήτων, καθώς, και για την όλη πορεία της διδασκαλίας. Η διδασκαλία των δεξιοτήτων ζωής απαιτεί από τους ίδιους τους μαθητές πρακτική εξάσκηση και εφαρμογή των βιωματικών ασκήσεων (Παπαχαρίσης, 2006). Οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης θεωρούν πρώτιστης αξίας τις δεξιότητες που σχετίζονται με την ικανότητα συνεργασίας και του αυτοελέγχου. Παιδιά, τα οποία έχουν την ικανότητα να συνεργάζονται με τους συμμαθητές τους, αλλά, είναι και ικανά να ελέγχουν τη συμπεριφορά τους, πετυχαίνουν, τόσο στο μαθησιακό, όσο, αργότερα, και στο ευρύτερο κοινωνικό και εργασιακό τους περιβάλλον (Meier, DiPerna, & Oster, 2004).

Από έρευνα που διεξήγαγε το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, σε 101 σχολεία της πόλης των Αθηνών σε μαθητές Ε΄ Δημοτικού, Β΄ Γυμνασίου και Β΄ Λυκείου-ΤΕΕ, αλλά και στους εκπαιδευτικούς και τους διευθυντές για την ποιότητα ζωής των μαθητών, διαπιστώθηκε ότι, ένα στα δέκα παιδιά Δημοτικού-Γυμνασίου-Λυκείου έχουν χτυπήσει συμμαθητές τους. Τέσσερα στα δέκα παιδιά Δημοτικού και ένα στα δέκα Γυμνασίου - Λυκείου έχουν υποστεί σωματική βία. Επτά στα δέκα παιδιά των σχολείων, όλων των βαθμίδων, έχουν δει παιδιά να χτυπιούνται, ενώ τέσσερα στα δέκα έχουν δει παιδιά να εκφοβίζουν άλλα παιδιά, στο χώρο του σχολείου. Πάνω από 60% των εκπαιδευτικών και των διευθυντών δηλώνουν πως, υπάρχει επιθετικότητα στο σχολείο, που εκδηλώνεται κυρίως προς μαθητές με προβλήματα προσαρμογής, καινούριους, αδύνατους ή διαφορετικούς. Επιθετικότητα, ακόμα, που εκδηλώνεται από Έλληνες προς αλλοδαπούς και αντίστροφα. Επίσης, δηλώνουν ότι υπάρχει επιθετικότητα προς

εκπαιδευτικούς, ενώ το 29% των διευθυντών και το 13% των εκπαιδευτικών αναφέρουν επιθέσεις από εξωσχολικές ομάδες. Η έρευνα αναφέρεται τέλος στα προβλήματα ένταξης στο σχολείο των αλλοδαπών μαθητών (Χαλκιαδάκης, 2007).

Για την πρόληψη, λοιπόν, και την προαγωγή της υγείας των παιδιών, η οποία επιτυγχάνεται μέσα από την καλλιέργεια και ανάπτυξη των κοινωνικών τους δεξιοτήτων, δημιουργήθηκε και η ανάγκη εφαρμογής Προγραμμάτων Υγείας στα σχολεία. Ενδεικτικά, παρατίθενται, παρακάτω, ορισμένα από τα προγράμματα αυτά, στο διεθνή και ελλαδικό χώρο.

Το Michigan 4-H Youth είναι πρόγραμμα που απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας 5-8 ετών και σκοπό έχει την ανάπτυξη των φυσικών, γνωστικών, κοινωνικών και συναισθηματικών ικανοτήτων του παιδιού. Πρωτοεμφανίστηκε στην Αϊόβα και το Οχάιο των ΗΠΑ το 1902, με σκοπό να βοηθήσει τα παιδιά των αγροτών στη διοίκηση του σπιτιού και των αγροκτημάτων. Την προσπάθεια αυτή τη συνέχισε και τη διεύρυνε, το 1908, η πολιτεία του Michigan. Με την πάροδο των χρόνων έγινε προσιτό, όχι μόνο για τα μέλη των αγροτικών περιοχών, αλλά, για ένα ευρύ μέρος του πληθυσμού. Έγινε, έτσι, το πρώτο κέντρο εθελοντισμού στην Αμερική με σκοπό την εκπαίδευση και την παροχή βοήθειας

Το πρόγραμμα Lions Quest Skills δημιουργήθηκε το 2002 στην Αυστραλία και αποτελείται από τρία διαφορετικά υποπρογράμματα. Το Skills for Growing για παιδιά 5-10 ετών, το Skills for Adolescence για εφήβους 11-14 ετών και το Skills for Action. Σκοπός των προγραμμάτων αυτών είναι να αναπτύξουν, οι νέοι, βασικές ικανότητες για τη ζωή και την έννοια του πολίτη, που θα οδηγήσουν σε θετική κοινωνική συμπεριφορά. Το πρόγραμμα βοηθά τους νέους να αναπτύξουν θετική σχέση με τις οικογένειές τους, το σχολείο, τους συνομηλίκους τους, την κοινότητα, συμπεριλαμβανομένων και των σχέσεων που απαιτούνται για να δημιουργήσουν μια υγιή ζωή και να αποφύγουν τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (Lions-Quest Skills For Adolescence, 2011).

Στη Μ. Βρετανία σύμφωνα με έρευνα, που διεξήγαγε ο Wasanga (1998), διαπιστώθηκε ότι οι μαθητές αφού είχαν παρακολουθήσει τον πρόγραμμα Lions Quest Skills παρουσίασαν βελτίωση στη συμπεριφορά τους. Αντίστοιχα, 34 σχολεία (7.426 έφηβοι) συμμετείχαν στο πρόγραμμα Skills for Adolescence με θέμα τα ναρκωτικά και την αποφυγή λήψης τους. Οι μαθητές των σχολείων, που συμμετείχαν στο πρόγραμμα, παρουσίασαν μείωση ως προς τη χρήση συγκεκριμένων ουσιών και οινόπνευματων ποτών. Παρατηρήθηκε, συνεπώς, αύξηση της ικανότητας ελέγχου των μαθητών αυτών να αρνηθούν τις ουσίες (Eisen, Zellman, & Murray, 2003).

Ανασκόπηση ερευνών στις Η.Π.Α. ανέδειξε ότι, η εφαρμογή του συγκεκριμένου προγράμματος ανάπτυξης προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων (Lions-Quest Skills) είχε ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της αυτοπεποίθησης των μαθητών, την καλύτερη μεταξύ τους επικοινωνία και την θετική αλληλεπίδραση μεταξύ μαθητών και εκπαιδευτικών (WHO, 1996). Το ίδιο σχολικό πρόγραμμα εφαρμόστηκε και στην Κένυα, όπου επιπλέον εντοπίστηκε και βελτίωση της συμπεριφοράς των μαθητών που πήραν μέρος (Wasanga, 1998).

Πρόγραμμα πρόληψης αντικοινωνικών συμπεριφορών είναι και το πρόγραμμα “Fast Track Project”, που εφαρμόστηκε στις Η.Π.Α., από ερευνητική ομάδα επιστημόνων πρόληψης προβλημάτων επικοινωνίας των νέων (Bierman, et al., 2002). Το πρόγραμμα “Fast Track project” περιλάμβανε μαθήματα για γονείς και μαθητές της πρώτης, δευτέρας και τρίτης δημοτικού. Περιλάμβανε, επίσης, επισκέψεις στο σπίτι, φροντιστηριακά μαθήματα και συμβουλευτική στο σχολείο. Τέσσερις ήταν οι τομείς των δεξιοτήτων που αναπτύχθηκαν: 1) δεξιότητες συναισθηματικής κατανόησης και επικοινωνίας (αναγνώριση και καθοδήγηση συναισθημάτων), 2) δεξιότητες φιλίας (συμμετοχή, συνεργασία, δίκαιο παιχνίδι), 3) δεξιότητες αυτοελέγχου και 4) δεξιότητες επίλυσης κοινωνικών προβλημάτων. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων της διαχρονικής αυτής μελέτης, ύστερα από τρία χρόνια, έδειξε ότι, τα παιδιά, που συμμετείχαν στο πρόγραμμα, είχαν σημαντικά λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν προβλήματα συμπεριφοράς, από ό,τι τα παιδιά της ομάδας ελέγχου (Παπαχαρίσης, 2006).

Το πρόγραμμα Social and Emotional Learning (SEL) ενισχύει και προβάλλει την κοινωνική και συναισθηματική καλλιέργεια του ατόμου. Με αυτό το πρόγραμμα τα παιδιά αναπτύσσουν τη συναισθηματική τους νοημοσύνη, δίνοντάς τους ένα μεγάλο πλεονέκτημα για την προσωπική και επαγγελματική τους επιτυχία στο μέλλον (Stern, 2011). Οι Payton et al. (2008) κατέγραψαν όλες τις αναφορές για την εφαρμογή και τα αποτελέσματα του προγράμματος Social Emotional Learning στους μαθητές, που έλαβαν μέρος. Όλα τα αποτελέσματα συγκλίνουν στην άποψη ότι, το SEL βοήθησε τους μαθητές από 5-13 ετών στις κοινωνικές και συναισθηματικές τους ικανότητες και στάσεις (αυτοαντίληψη, αλλά και στάσεις απέναντι στο σχολείο και στους άλλους), στον έλεγχο της συμπεριφοράς (θετική κοινωνική συμπεριφορά, προβλήματα συμπεριφοράς, και συναισθηματικό στρες) καθώς και στην επίδοσή τους.

Οι Kumpfer και Tait (1999) πραγματοποίησαν το παρεμβατικό πρόγραμμα για παιδιά, έφηβους και γονείς «Πρόγραμμα Ενδυνάμωσης της Οικογένειας (Strengthening Families Program) με σκοπό την πρόληψη των εφήβων από τη χρήση εξαρτησιογόνων

ουσιών. Το πρόγραμμα είχε συνεδρίες τόσο με τους γονείς και τα παιδιά χωριστά όσο και με όλη την οικογένεια. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος γονείς και παιδιά ασκήθηκαν πάνω σε συγκεκριμένες δεξιότητες.

Η αξιολόγηση είναι αναπόσπαστο μέρος των προγραμμάτων στο εξωτερικό. Πραγματοποιείται είτε με τη χρήση ερωτηματολογίων προς τους μαθητές, τους εκπαιδευτικούς, το υπόλοιπο προσωπικό των σχολικών μονάδων, τους γονείς, καθώς και με συνεντεύξεις και παρατήρηση μέσα στην πράξη. Η CASEL (Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning) αξιολογεί τέτοια προγράμματα με σκοπό να προωθηθούν σε όσο το δυνατόν περισσότερα σχολεία. Η αξιολόγηση αφορά το κόστος των υλικών που απαιτούνται, την αποτελεσματικότητά τους ως προς την αυτοεπίγνωση, την αυτορρύθμιση συναισθημάτων, τις επικοινωνιακές δεξιότητες, την κοινωνική αλληλεπίδραση, τη λήψη αποφάσεων, την εμπλοκή των γονέων και της ευρύτερης κοινότητας. Για το λόγο αυτό, έχει συσταθεί ένωση επιστημών και συνεργατών για την προώθηση της κοινωνικο-συναισθηματικής μάθησης (Durak, Weissberg, 2007).

Στην Ελλάδα, το πρόγραμμα ΚΑΛΛΙΠΑΤΕΙΡΑ, ήταν μέρος των Σχολικών Πιλοτικών Προγραμμάτων του ΥΠΕΠΘ και ειδικότερα του ΕΠΕΑΕΚ II. Σκοπό είχε την προώθηση της ισότητας στην κοινωνία, μέσω κίνησης. Ειδικότερα, το πρόγραμμα ασχολούνταν με:

- 1) την ισότητα των δύο φύλων στην Εκπαίδευση και την κοινωνία
- 2) τα ανθρώπινα δικαιώματα
- 3) την ανοχή στη διαφορετικότητα και τον πολυπολιτισμό
- 4) την αντιμετώπιση της ξеноφοβίας και του ρατσισμού και
- 5) την κοινωνική αλληλεγγύη.

Ειδικότερα, σκοπός του προγράμματος ήταν να συμβάλλει στην ενεργητική συμμετοχή των μαθητών/τριών σε προγράμματα που αναπτύσσουν την παραπάνω θεματολογία μέσα από το πρίσμα των οικουμενικών και διαχρονικών αξιών και δεξιοτήτων. Οι στόχοι του προγράμματος ήταν η αξιοποίηση της μεταολυμπιακής τεχνογνωσίας και εμπειρίας και η ενίσχυση του δημοκρατικού και ανεκτικού χαρακτήρα, που θα πρέπει να διέπει τη σύγχρονη κοινωνία, σε μια εποχή που τα κράτη-έθνη εθελουσίως εισέρχονται σε υπερεθνικές και πολυπολιτισμικές συνενώσεις και η διάχυση των ιδεών και της κουλτούρας είναι περισσότερο από ποτέ επιβεβλημένη (Τσαρούδη, 2007). Χρειάζεται λοιπόν τα παιδιά να μάθουν να αντιστέκονται στις πιέσεις. Αυτό σημαίνει ότι είναι απαραίτητο να αντιστέκονται στις αρνητικές και επιζήμιες προκλήσεις και να έχουν αυτοπεποίθηση. Οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να μεριμνήσουν να βρουν τις

μεθόδους εκείνες, τις στρατηγικές και τα προγράμματα που θα είναι ικανά να εφοδιάσουν τους νέους με τέτοιου είδους δεξιότητες ζωής (Παπαχαρίσης, 2006).

Οι Θεοδωράκης και Χανσάνδρα (2006) εκπόνησαν, επίσης πρόγραμμα Αγωγής Υγείας για όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης (Δημοτικό-Γυμνάσιο) με σκοπό την προώθηση της υγείας στο σχολείο. Διαπραγματεύεται θέματα διατροφής, καπνίσματος, ελέγχου του στρες, της άσκησης και του ντόπινγκ. Το μοντέλο αυτό περιέχει ενημερώσεις, πληροφορίες καθώς και βιωματικές δραστηριότητες.

Τα προγράμματα δεξιοτήτων ζωής (Παπαχαρίσης, 2006) που συνδέουν κινητικές δεξιότητες με δεξιότητες ζωής, δίνουν την ευκαιρία στους νέους να εφαρμόσουν με επιτυχία τις δεξιότητες ζωής, κάτω από συνθήκες παιχνιδιού, χωρίς συγκρίσεις με τους άλλους, παρά μόνο με τον ίδιο τους τον εαυτό. Η βελτίωση που παρατηρείται στους μαθητές αυτούς στα κινητικά τεστ μπορεί να συνδεθεί με τις δεξιότητες ζωής, τις οποίες τις ανακαλούν αυτόματα και τις χρησιμοποιούν άμεσα. Σκοπός είναι συνεπώς, να μάθουν οι μαθητές μακροπρόθεσμα από μόνοι τους να δουλεύουν με στόχους. Για να γίνει κάτι τέτοιο, φυσικά, θα πρέπει οι νέοι πρώτα να μπορούν να ξεχωρίζουν τη δεξιότητα αυτή και να μπορούν να την χρησιμοποιούν σε κάθε περίπτωση ανάλογα(μεταφορά μάθησης).

Σύμφωνα με τον Παπαχαρίση (2006), η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα, βοηθάει τους νέους αφού τους παρέχεται η δυνατότητα να οπλιστούν με γνώσεις και δεξιότητες, απαραίτητες για να ανταπεξέλθουν με επιτυχία σε μια δύσκολη και περίπλοκη πραγματικότητα. Ο βαθμός ικανοποίησης που βιώνουν αργότερα οι νέοι από τη ζωή τους, έγκειται σε μεγάλο βαθμό από την επιτυχία τους στο κοινωνικοοικονομικό και πολιτιστικό τους περιβάλλον.

Το πρόγραμμα διδασκαλίας των δεξιοτήτων ζωής συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των μαθητών καθώς, αυξάνοντας τον αυτοκαθορισμό για τη συμμετοχή τους στο μάθημα, οι μαθητές αισθάνονται ότι συμμετέχουν σ' αυτό ως αποτέλεσμα προσωπικής επιλογής και βούλησης. Επιπλέον οι μαθητές διδάσκονται δεξιότητες χρήσιμες και για την υπόλοιπη ζωή τους, οι οποίες συμβάλουν στην ενίσχυση της προσωπικότητάς τους και στην ευημερία τους (Κολοβελώνης, Γούδας, Δημητρίου, & Γεροδήμος, 2006).

Από την ανασκοπική έρευνα των Μαγκώτσιου και Γούδα (2007) για τη συνεργατική μάθηση, ως μέσο ανάπτυξης των κοινωνικών δεξιοτήτων στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής, διαπιστώθηκε ότι, το μάθημα της Φυσικής Αγωγής στο σχολείο, μπορεί να λειτουργήσει ως μέσο ανάπτυξης των κοινωνικών δεξιοτήτων των μαθητών, φυσικά υπό προϋποθέσεις. Από τα θεωρητικά και ερευνητικά στοιχεία που παρατέθηκαν στην

ανασκοπική τους έρευνα, καταφαίνεται η συμβολή της συνεργατικής μάθησης στην υλοποίηση αυτού του στόχου. Η συνεργατική μάθηση, αν χρησιμοποιηθεί με συγκεκριμένο θεωρητικό πλαίσιο και μεθοδολογικό σχεδιασμό, δυναμιτίζει την αλληλεπίδραση των μαθητών και προάγει διαχρονικές κοινωνικές αξίες, που είναι συνυφασμένες με την ποιοτική υπόσταση του μαθήματος της Φυσικής Αγωγής.

Η ενασχόληση από την μικρή ηλικία, με δεξιότητες που εντάσσονται στο γενικότερο πλαίσιο της Γενικής Γυμναστικής, προάγει την μάθηση κινητικών δεξιοτήτων. Παράλληλα, οικοδομείται η πεποίθηση ότι η ήπιας μορφής φυσική δραστηριότητα προάγει την υγεία και βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ανθρώπου (Πολλάτου, 2003).

Συμπερασματικά, οι ταχύρυθμες κοινωνικές εξελίξεις, που συντελούνται, απαιτούν αλλαγές στην παρεχόμενη εκπαίδευση. Οι μαθητές θα πρέπει να εξοπλιστούν με νέες δεξιότητες ώστε να μπορέσουν να αντεπεξέλθουν στα νέα κοινωνικά δεδομένα. Το σχολείο οφείλει να οπλίσει τους μαθητές του με δεξιότητες τέτοιες, που θα τους εξασφαλίσουν μια εύκολη κοινωνική προσαρμογή και καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι δεξιότητες αυτές είναι γνωστές στη βιβλιογραφία και ως δεξιότητες ζωής και αρκετές, προηγμένες εκπαιδευτικά χώρες, εφαρμόζουν προγράμματα καλλιέργειάς τους σε μαθητές όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων. Ως δεξιότητες ζωής, οι οποίες διδάσκονται στους μαθητές, θεωρούνται η αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων, η σωστή επικοινωνία, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η εκπλήρωση καθηκόντων μέσα στην ομάδα, ο καθορισμός στόχων, ο χειρισμός των συναισθημάτων και του στρες, η δημιουργική και κριτική σκέψη, η αυτογνωσία, η συναισθηματική κατανόηση και πολλές άλλες (WHO, 1999).

Αγωγή Υγείας – Κοινωνικές Δεξιότητες - Αντιλήψεις γονέων

Τα παιδιά που έχουν αναπτύξει υψηλά επίπεδα κοινωνικών δεξιοτήτων απολαμβάνουν τη σχέση τους με τους γονείς τους, που χαρακτηρίζεται από θετική και ευχάριστη αλληλεπίδραση, αποδοχή (Cohn, Patterson, & Christopoulos, 1991; Pettit & Mize, 1993; Putallaz, 1987) και ευαίσθητες ανταλλαγές συμπεριφορών, στις οποίες υπάρχει ανταπόκριση συναισθημάτων του ενός προς τον άλλο (Harrist, Pettit, Dodge, & Bates, 1994; Pettit, Harrist, Bates, & Dodge, 1991; Pettit & Harrist, 1993). Επίσης, οι γονείς των παιδιών αυτών χρησιμοποιούν πολύ σπάνια τη σωματική βία και την καταναγκαστική πειθαρχία (Dodge, Bates, & Pettit, 1990; Strassberg, Dodge, Pettit, & Bates, 1994).

Είναι γνωστό ότι η σχέση των εφήβων με τους γονείς τους σχετίζεται στενά με την υγιή κοινωνική τους ανάπτυξη. Για παράδειγμα, η σχέση γονέα-παιδιού είναι συνδεδεμένη

με την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων όπως είναι, η επίλυση συγκρούσεων και η οικειότητα (Engels, Finkenauer, Meeus, & Dekovic, 2001). Επιπρόσθετα, η καλή σχέση γονέα-παιδιού φαίνεται να επηρεάζει την ανάπτυξη άλλων κοινωνικών σχέσεων όπως, οι σχέσεις με τους φίλους και τους ερωτικούς συντρόφους (Franz, McClelland, & Weinberger, 1991). Επίσης, η δυαδική αυτή σχέση επηρεάζει την ψυχολογική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των εφήβων (Hightower, 1990).

Ιδιαίτέρως, στα Προγράμματα Αγωγής Υγείας η ανάγκη συνεργασίας γονέων-σχολείου γίνεται ακόμα μεγαλύτερη. Αν και υπάρχει η πιθανότητα αντιγνώμιών και συγκρούσεων, η συνεργασία μπορεί να λάβει χώρα, αφού και τα δύο μέλη διαπνέονται από την υποχρέωση για τη φροντίδα του παιδιού. Έτσι, για να επιτύχουν τους κοινούς σκοπούς και στόχους, θα πρέπει να πλησιάσει ο ένας τον άλλον και να συνεργαστούν (Γκούβρα και συν., 2001). Σύμφωνα με τους σκοπούς της Αγωγής Υγείας, η συμμετοχή των γονέων προσανατολίζεται προς δύο βασικές διαδικασίες:

- Στην άμεση συμμετοχή των γονέων, η οποία θα συμπεριλαμβάνει σχολική εργασία μαζί με το παιδί στο σπίτι και
- Στην έμμεση συμμετοχή των γονέων, η οποία θα περιλαμβάνει πρόσφατες και έγκαιρες πληροφορίες σχετικά με τα προγράμματα από το ίδιο το παιδί (Γκούβρα και συν., 2001).

Από την ανασκοπική έρευνα των Κουτσοσίμου και Σαλούστρου (2005), σε οικογένειες παιδιών με αυτισμό διαπιστώθηκε ότι, γονείς και κυρίως μητέρες, οι οποίες είχαν παρακολουθήσει πρόγραμμα από τις ομάδες στήριξης, ανέπτυξαν δεξιότητες για την καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων των παιδιών με απώτερο σκοπό την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους.

Στα προγράμματα ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων, που εφαρμόζονται στο εξωτερικό, κατά βάση γίνονται συναντήσεις με τους γονείς, που σκοπό έχουν την ανάπτυξη κλίματος συνεργασίας, προκειμένου να ακολουθείται μια κοινή πορεία αλλά και την προώθηση ομαλοποίησης των σχέσεων γονέων-παιδιών. Αρκετά συχνά, παρέχεται εξατομικευμένη βοήθεια, επισκέψεις στο σπίτι και προσπάθεια ανάπτυξης φιλικού κλίματος. Τα προγράμματα αυτά δε θα πρέπει να παρεκκλίνουν από το γενικό εκπαιδευτικό πνεύμα και θα πρέπει, επίσης, να συμπεριλαμβάνουν και σχέδια που αφορούν στην ευρύτερη κοινότητα (Καρασιμοπούλου, 2010, σελ. 16).

Οι Μπαρδάνης και Μπατζακάκης (2006) διεξήγαγαν έρευνα σε γονείς παιδιών πασχόντων από υποτροπιάζουσα μέση ωτίτιδα και διαπίστωσαν ότι, βασικός παράγοντας

για την καλύτερη ποιότητα ζωής των παιδιών αυτών είναι η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων στους γονείς πρωτίστως, όπως η συναισθηματική αποφόρτιση και η εξάλειψη της ανησυχίας που εκείνοι εκδηλώνουν και κατά δεύτερο λόγο το φυσικό βάσανο του παιδιού.

Υπάρχουν έρευνες, εντούτοις, που εξετάζουν τις αντιλήψεις των γονέων για μεμονωμένες διαστάσεις της ποιότητας ζωής των παιδιών τους και κυρίως για την κατάσταση της υγείας τους, μέσω τυπικών δεικτών υγείας, σύμφωνα με το βιο-ιατρικό μοντέλο (Τούντας & Τσιάντης, 2005). Επίσης, αναδεικνύουν τις θετικές επιδράσεις των αντιλήψεων των γονέων σε παιδιά που ανήκουν σε ομάδες κινδύνου, σε παιδιά που παρουσιάζουν αναπτυξιακή ανικανότητα, συμπτώματα φόβου, κατάθλιψης ή επιθετικότητας (Lau, Chow, & Lo, 2006; Erkins, 1998).

Παρόλα αυτά, η εφαρμογή υποστηρικτικών προγραμμάτων για γονείς, με σκοπό την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων των ίδιων και των παιδιών τους, τόσο σε υγιή παθολογικά πληθυσμό, όσο και σε πληθυσμό που νοσεί, έχει να επιδείξει μόνο θετικά αποτελέσματα.

Οι Solomon, Battistich, Watson, Schaps και Lewis (2000) εφάρμοσαν ένα διαχρονικό παρεμβατικό πρόγραμμα σε παιδιά στο σχολείο, με σκοπό την ανάπτυξη κοινωνικοσυναισθηματικών και πνευματικών δεξιοτήτων. Τα αποτελέσματα έδειξαν για τα παιδιά της πειραματικής ομάδας σημαντική βελτίωση σε προσωπικές και κοινωνικοσυναισθηματικές αξίες. Επίσης, σε ορισμένους μαθητές παρατηρήθηκε βελτίωση και της ακαδημαϊκής τους επίδοσης.

Διαχρονικό παρεμβατικό πρόγραμμα εφάρμοσαν και οι Bierman και συν. (2002) σε μαθητές, γονείς και σχολείο, προκειμένου να καλλιεργηθεί η επικοινωνιακή ικανότητα των μαθητών. Τα αποτελέσματα της παρέμβασης, μετά από τρία χρόνια έδειξε ότι, τα παιδιά, που συμμετείχαν στο πρόγραμμα, είχαν σημαντικά μικρότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν παραβατική συμπεριφορά, από τα παιδιά της ομάδας ελέγχου.

Αντίστοιχα, είναι και τα αποτελέσματα των παρεμβατικών προγραμμάτων σε παιδιά με ήδη υπάρχοντα προβλήματα. Ειδικότερα, η έρευνα του Alpert (2005) σε έφηβους, οι οποίοι παρουσίαζαν παραβατική συμπεριφορά και έκαναν χρήση ουσιών κλπ. έδειξε σημαντική βελτίωση στους γονείς, για τον τρόπο με τον οποίο αντιμετώπισαν τα παιδιά τους, και κατ' επέκταση και στους ίδιους τους έφηβους.

Σημαντικά ήταν τα αποτελέσματα της έρευνας των Arnaud et al. (2008), που εξέταζαν την αντίληψη των γονέων, που είχαν παιδιά με εγκεφαλική παράλυση, για την ποιότητα ζωής τους. Η έρευνα διεξήχθη το 2004-2005 σε παιδιά ηλικίας 8-12 ετών σε

εφτά χώρες της Ευρώπης με το ερωτηματολόγιο Kidscreen. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι εκτός από την κινητική ικανότητα των παιδιών, που ήταν απόλυτα συνδεδεμένη με τη γενικότερη ποιότητα της ζωής στα περισσότερα πεδία, η γενικότερη ελλειμματική ικανότητα δε σχετίζονται πάντα με φτωχή ποιότητα ζωής. Στα πεδία «Γενική Διάθεση», «Συναισθήματα», «Αυτοαντίληψη», «Κοινωνική Αποδοχή» και «Σχολικό Κλίμα» τα παιδιά με μικρότερη διαταραχή παρουσίαζαν φτωχότερη ποιότητα ζωής. Ο πόνος, για παράδειγμα, σχετιζόταν με φτωχή ποιότητα ζωής στα πεδία, «Φυσικής» και «Ψυχολογικής Ευεξίας». Οι γονείς, που είχαν αυξημένα ποσοστά άγχους, παρουσίαζαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής, γεγονός που αποδεικνύει ότι η ποιότητα ζωής, όπως την αναφέρουν οι γονείς, έχει να κάνει και με παράγοντες που σχετίζονται με τους ίδιους και όχι με την καθεαυτού ασθένεια των παιδιών.

Η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, όπως η αυτοαντίληψη της σχέσης γονέων-εφήβων, ενισχύει την αυτοεκτίμηση και των δύο μελών με θετικά αποτελέσματα τόσο στη μεταξύ τους σχέση όσο και στην κοινωνική συμπεριφορά και στη σχολική επίδοση των εφήβων (Demo, Small, & Savin-Williams, 1987). Η σχολική επιτυχία των παιδιών, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των γονέων, οφείλεται στην ανάπτυξη των κοινωνικών τους δεξιοτήτων (Lane, Shanton-Chapman, Roorbach-Jamison, & Phillips, 2007; Hartalage, & Green, 1972), οι οποίες δεν υπάρχουν από τη φύση του παιδιού, αλλά διδάσκονται και έχουν αποτέλεσμα όταν η μεθοδολογία που θα χρησιμοποιηθεί θα είναι κατάλληλη και αποδεδειγμένη (Durlak, Weissberg, 2007).

«Οι άνθρωποι δεν γεννιούνται με δεξιότητες. Οι δεξιότητες διδάσκονται». Οι κοινωνικές δεξιότητες στη σύγχρονη εποχή είναι απολύτως απαραίτητες για κάθε άτομο. Στην εκπαίδευση αλλά και σε όλους τους τομείς της εργασίας ζητούνται άτομα με πολλές δεξιότητες, όπως επικοινωνίας, ομαδικής εργασίας, αυτοπεποίθησης, κριτικής σκέψης, δημιουργικότητας, λήψης απόφασης και επίλυσης προβλημάτων κ.λπ. Οι δεξιότητες αυτές βοηθούν στις σχέσεις των ανθρώπων μεταξύ τους. Οι κοινωνικές δεξιότητες μπορούν να αναπτυχθούν και να αποκτηθούν από όλους τους ανθρώπους. «Άνθρωποι με αναπτυγμένες κοινωνικές δεξιότητες διαμορφώνουν μια αειφόρο κοινωνία!» (2ο Θερινό Πανεπιστήμιο, 2007).

Παράγοντες επιρροής της καλλιέργειας των Κοινωνικών Δεξιοτήτων

Οι φτωχές κοινωνικές δεξιότητες που παρουσιάζουν τα άτομα σχετίζονται και με αρνητικά βιώματα της ζωής τους (Segrin, 2001). Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την καλλιέργεια και ανάπτυξη των απαιτούμενων κοινωνικών δεξιοτήτων σύμφωνα με τους

Rubin, LeMare και Lollis (1986), όπως αναφέρει ο Νικολάου (2005), είναι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας, οι κοινωνικές και πολιτισμικές νόρμες, οι προσωπικές συνθήκες των γονέων και η ψυχική τους υγεία, η διαθεσιμότητα συναισθηματικής και κοινωνικής υποστήριξης, η οικογενειακή κατάσταση, οι προσωπικές πεποιθήσεις των γονέων.

Η μητρική στοργή από την πρώτη βρεφική ηλικία φαίνεται να είναι σημαντικός παράγοντας ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων. Συγκεκριμένα, από την έρευνα των Steelman, Assel, Swank, Smith και Landry (2002) φάνηκε ότι η μητρική στοργή είχε άμεση επίδραση στη μετέπειτα ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων του παιδιού τους και έμμεση επίδραση στη μετέπειτα ζωή του.

Από την έρευνα των Gillison, Standage και Skevington (2006) διαπιστώθηκε ότι τα κορίτσια έχουν πιο φτωχή ποιότητα ζωής από τα αγόρια και, επίσης, όταν τα παιδιά είναι ικανά να αυτοπροσδιορίζουν τους στόχους τους για άσκηση, επιδρούν θετικά στην ποιότητα ζωής τους. Όταν οι στόχοι είναι από εσωτερικά παρωθούμενα κίνητρα, αυτό είχε θετικά αποτελέσματα τόσο στην άσκηση κατά τον ελεύθερο χρόνο όσο και στην ποιότητα ζωής των παιδιών.

Έρευνες που έγιναν στο χώρο της κοινωνιολογίας αποκαλύπτουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα σε ό,τι αφορά στις σύγχρονες επαγγελματικές τους δεξιότητες. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες έχει αποδειχθεί εμπειρικά ότι υπερτερούν στις κοινωνικές δεξιότητες (ικανότητα για λεκτική επικοινωνία, συνεργασία, ομαδική εργασία, καλή διαχείριση του χρόνου, διαπραγμάτευση κι εξεύρεση λύσεων). Σε μια σχετική έρευνα, οι Αμερικανοί εργοδότες δήλωσαν ότι, τουλάχιστον ο ένας στους δυο άνδρες υπαλλήλους τους δυσκολεύονται να συνεργαστούν με συναδέλφους τους και γενικώς παρουσιάζουν έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων (Τσαούση, 2006).

Καταληκτικά, η Αγωγή Υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το σχολείο, το μαθητή, τον εκπαιδευτικό, τους γονείς και την κοινωνία. Ο ρόλος του εκπαιδευτικού πρέπει να είναι διαφορετικός και να επιζητείται η δημιουργία μιας διαφορετικής σχέσης με τον μαθητή, διότι τα προγράμματα αυτά στηρίζονται σε νέες μεθόδους διδακτικής προσέγγισης, που ενθαρρύνουν τη συμμετοχή του μαθητή και ενισχύουν την ανάπτυξη κάποιων ικανοτήτων, όπως η εξαγωγή συμπερασμάτων αξιολόγησης των συνεπειών και λήψη αποφάσεων. Η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών και ιδιαίτερα των στελεχών της εκπαίδευσης, οι σύγχρονες συνθήκες και απαιτήσεις της εργασίας σε κάθε τομέα, απαιτούν την ανάπτυξη νέων δυνατοτήτων και τη στήριξη των εργαζομένων με περισσότερα εφόδια, ώστε να είναι αποτελεσματικοί στο χώρο της εργασίας τους, να

συμβάλλουν στην κάλυψη των ιδιαίτερων αναγκών τους, στον εκσυγχρονισμό του οργανισμού της εκπαίδευσης και στη δημιουργία υπεύθυνων πολιτών. Για τη δημιουργία ενός σύγχρονου, λειτουργικά αποδοτικού και ανθρώπινου σχολείου, το οποίο θα αναδεικνύει την προσωπικότητα και θα αναπτύσσει τις δεξιότητες του προσωπικού και των μαθητών/τριών, απαραίτητη είναι η ανάπτυξη μιας ιδιαίτερης πολιτικής και ο προγραμματισμός ορισμένων αλλαγών (Ηλιάδη, 2011).

Η αξιολόγηση των παρεμβατικών προγραμμάτων, όπου αυτά εφαρμόζονται, συναντά μεγάλες δυσκολίες δεδομένου ότι τα στοιχεία συλλέγονται από αυτοσχέδια ερωτηματολόγια καθώς και από ιδιοπαρατηρήσεις των στελεχών, οι οποίες αναφέρονται κυρίως στην έκταση και την αποδοχή της παρέμβασης και όχι στην επίτευξη των στόχων της. Όπως, χαρακτηριστικά αναφέρουν στην έκθεσή τους οι Μπάφη και συν. (2005), «επισημαίνεται για μία ακόμα φορά η σπουδαιότητα και η αναγκαιότητα ανάπτυξης μεθόδων και εργαλείων αξιολόγησης».

Στην Ελλάδα, ελάχιστες είναι οι αξιολογήσεις των προγραμμάτων που αναφέρονται σε πρωτογενή πρόληψη στο σχολείο. Μια τέτοια αξιολόγηση επιχειρήθηκε από τους Κούτσικου, Κυριακίδου, Πορτσέλη, Στογιαννίδου (2005), σε συνεργασία με το Κέντρο Πρόληψης «Πυξίδα», προκειμένου να αξιολογήσουν το πρόγραμμα Αγωγής Υγείας «Με μια Πυξίδα στα Θρανία». Το πρόγραμμα είχε σκοπό την ανάπτυξη προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων που ενισχύουν την αυτοπροστασία του παιδιού.

Μέχρι τώρα στην Ελλάδα, εφαρμόστηκαν διάφορα προγράμματα, με σκοπό την ανάπτυξη και ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων των παιδιών και των γονέων, δεν αξιολόγησαν όμως τις αντιλήψεις των γονέων μετά την εφαρμογή τους για την ποιότητα ζωής των παιδιών τους, όπως επίσης και την αποτελεσματικότητα των συγκεκριμένων προγραμμάτων αναφορικά με το σκοπό που εξυπηρετούσαν, εκτός ελαχίστων περιπτώσεων. Η χρησιμότητα, λοιπόν, της παρούσας έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι, παραθέτει, για πρώτη φορά, τις αντιλήψεις των γονέων, με τη βοήθεια ενός έγκυρου και αξιόπιστου εργαλείου αξιολόγησης, αναφορικά με την επίδραση του ενδοσχολικού προγράμματος Αγωγή Υγείας στην ποιότητα ζωής των παιδιών τους.

III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Δείγμα

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 219 γονείς παιδιών ηλικίας 10-12 ετών των Δημοτικών σχολείων Χανίων και Ξάνθης. Τα σχολεία βρίσκονταν σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές των νομών αυτών. Ο συνολικός πληθυσμός χωρίστηκε σε δύο ισάριθμες ομάδες: την πειραματική ομάδα (n=109), γονείς που τη σχολική περίοδο 2008-2009 τα παιδιά τους έλαβαν μέρος στο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας «Δεξιότητες για παιδιά Δημοτικού», και την ομάδα ελέγχου (n=110), γονείς των οποίων τα παιδιά που δεν παρακολούθησαν το πρόγραμμα.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν κατά πλειοψηφία από τη μητέρα, ενώ κάτι τέτοιο δεν αποτελούσε προϋπόθεση. Από τους γονείς που έλαβαν μέρος στην έρευνα, το μεγαλύτερο ποσοστό, τόσο η μητέρα, όσο και ο πατέρας δήλωσαν ότι ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Επίσης, η ηλικία της μητέρας και του πατέρα, που έλαβαν μέρος στην έρευνα κυμαινόταν μεταξύ 36-47 ετών. Τέλος, οι περισσότεροι γονείς της έρευνας δήλωσαν ότι ήταν έγγαμοι.

Εργαλείο μέτρησης

Για την επίτευξη του σκοπού χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο μέτρησης της Ποιότητας Ζωής παιδιών, εφήβων και γονέων Kidscreen52 (The KIDSCREEN Group, 2004). Το Kidscreen52 είναι ένα ερωτηματολόγιο, σταθμισμένο σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, που απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας από 8-18 ετών και τους γονείς τους. Είναι κατασκευασμένο για να μετράει την ποιότητα ζωής των παιδιών και των εφήβων που σχετίζεται με την Υγεία, σύμφωνα με τις προσωπικές τους απόψεις, αλλά και σύμφωνα με τις απόψεις των γονέων τους. Το Πρόγραμμα Kidscreen52 - Έκδοση για γονείς, που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, αποτελείται από 10 διαστάσεις:

- α) Σωματική Ευεξία: αξιολογεί το επίπεδο της φυσικής κατάστασης και της σωματικής δραστηριότητας, στην οποία πιστεύουν οι γονείς ότι βρίσκεται το παιδί/έφηβος (5 ερωτήσεις).

β) Ψυχολογική Ευεξία: εξετάζει την αντίληψη των γονέων για την ψυχολογική ευεξία του παιδιού/εφήβου συμπεριλαμβάνοντας θετικές ερωτήσεις αναφορικά με τα συναισθήματα και την ικανοποίησή τους από την ζωή (6 ερωτήσεις).

γ) Διάθεση και Συναισθήματα: οι γονείς αξιολογούν στο κατά πόσο ένα παιδί/έφηβος βιώνει καταθλιπτικά και αγχογόνα συναισθήματα και διαθέσεις (7 ερωτήσεις).

δ) Αντίληψη Εαυτού: εξετάζει την αντίληψη των γονιών για την εικόνα που πιστεύουν ότι έχει το παιδί/ έφηβος για τον εαυτό του. Αξιολογούν το κατά πόσο το παιδί/έφηβος βιώνει την εικόνα του σώματος ως θετική ή αρνητική (5 ερωτήσεις).

ε) Αυτονομία: εξετάζει τις αντιλήψεις των γονέων για τις ευκαιρίες που δίνονται σε ένα παιδί/έφηβο για να δημιουργήσει το δικό του χρόνο για κοινωνικές σχέσεις και ψυχαγωγία (5 ερωτήσεις).

στ) Σχέσεις με Γονείς και Οικογενειακή Ζωή: εξετάζει τις αντιλήψεις των γονέων αναφορικά με τις σχέσεις του παιδιού/ εφήβου με τους γονείς και την ατμόσφαιρα στο σπίτι (6 ερωτήσεις).

ζ) Οικονομικοί Πόροι: αξιολογεί τις αντιλήψεις των γονέων για την ικανότητα του παιδιού/εφήβου να εκτιμά κατά πόσο η οικονομική του δυνατότητα θα του επιτρέψει να ζει μ' έναν τρόπο ζωής που είναι συγκρίσιμος με αυτόν των συνομηλίκων του (3 ερωτήσεις).

η) Συνομηλικοί και Κοινωνική Υποστήριξη: αξιολογεί την αντίληψη των γονέων για τη ποιότητα των σχέσεων, που θεωρούν τα παιδιά/έφηβοι, ότι έχουν με φίλους και συνομηλίκους. (3 ερωτήσεις)

θ) Σχολικό Περιβάλλον: αξιολογεί την αντίληψη των γονιών για την ικανότητα που διαθέτουν τα παιδιά/έφηβοι να αντιλαμβάνονται τη γνωστική ικανότητά τους ως προς τη μάθηση και τη συγκέντρωση, καθώς και την αντιληπτική τους ικανότητα απέναντι στα συναισθήματά τους για το σχολείο τους. Αξιολογεί, επίσης, την αντίληψη των γονιών για την ικανότητα που διαθέτουν τα παιδιά/έφηβοι να αντιλαμβάνονται την ικανοποίηση που παίρνουν με τις ικανότητες και τις επιδόσεις τους στο σχολείο, όπως επίσης και κατά πόσο τα παιδιά/έφηβοι αντιλαμβάνονται το χώρο του σχολείου, ως χώρο χαράς και δημιουργίας (6 ερωτήσεις).

ι) Κοινωνική Αποδοχή (Bullying): εξετάζει την αντίληψη των γονιών για τα συναισθήματα απόρριψης που βιώνουν τα παιδιά/έφηβοι από τους συνομηλίκους στο σχολείο. Εξετάζει, κατά πόσο οι γονείς αντιλαμβάνονται, τόσο το συναίσθημα των παιδιών/εφήβων όταν νιώθουν απόρριψη στο σχολείο, όσο και άγχος απέναντι στην ομάδα των συνομηλίκων (6 ερωτήσεις).

Όλες οι ερωτήσεις απαντήθηκαν με την 5/βαθμη κλίμακα Likert 5 και ικανοποιούσε τις υποθέσεις του μοντέλου Rasch (μονοδιάστατη φύση των ερωτήσεων, ομοιογένεια ερωτήσεων και ατόμων, επάρκεια της συνολικής βαθμολογίας). Η περίοδος αναφοράς είναι η τελευταία εβδομάδα πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Οι υψηλότεροι βαθμοί υποδηλώνουν καλύτερη Ποιότητα Ζωής, σχετιζόμενης με την Υγεία. Ο Πίνακας 1 παρουσιάζει τη μέγιστη τιμή, που θα μπορούσε να επιτευχθεί ανά διάσταση.

Πίνακας 1: Μέγιστες τιμές ανά διάσταση Ερωτηματολογίου Kidscreen

Διαστάσεις	Τιμές
1. Σωματική ευεξία	25
2. Ψυχολογική ευεξία	30
3. Διάθεση και Συναισθήματα	35
4. Αντίληψη Εαυτού	25
5. Αυτονομία	25
6. Οικογενειακή Ζωή	30
7. Οικονομικοί πόροι	15
8. Φίλοι	15
9. Σχολικό Περιβάλλον	30
10. Κοινωνική αποδοχή (Bullying)	30

Αθροίζοντας τις επιμέρους τιμές, το μέγιστο συνολικό άθροισμα που μπορούσε να καταγραφεί ήταν 260.

Το Πρόγραμμα «Δεξιότητες για Παιδιά Δημοτικού»

Το πακέτο του Προγράμματος Αγωγής Υγείας «Δεξιότητες για Παιδιά Δημοτικού», που εφάρμοσαν τα παιδιά με τους εκπαιδευτικούς στο σχολείο, αναφέρεται και αναπτύσσει τους παρακάτω τομείς:

1. Εγώ-Ένας ξεχωριστός άνθρωπος.
2. Ένας από τους πολλούς.
3. Συναισθήματα και αισθήματα.
4. Μαθαίνω καινούριες δεξιότητες.
5. Αντιμετωπίζω προκλήσεις.
6. Προσέχω τον εαυτό μου.

Από τις έξι ενότητες τα παιδιά εφάρμοσαν τις τέσσερις και συγκεκριμένα την 1^η, 2^η, 3^η, και 6^η. Οι ενότητες αυτές διαπραγματεύονται την αυτοεκτίμηση, την αποδοχή της διαφορετικότητας, την έκφραση συναισθημάτων και αισθημάτων και τη φροντίδα του εαυτού. Κάθε ενότητα περιλαμβάνει 5 δραστηριότητες. Οι εκπαιδευτικοί πραγματοποιούν μία δραστηριότητα, ανά βδομάδα, στο πλαίσιο του μαθήματος της Ευέλικτης Ζώνης, διάρκειας δύο διδακτικών ωρών. Το πρόγραμμα διήρκησε από τον Ιανουάριο 2008 έως τέλη Μαΐου 2008. Οι δραστηριότητες είχαν τη μορφή συζητήσεων στις ομάδες και στην ολομέλεια, παιχνίδια προσομοίωσης, παιχνίδια ρόλων, θεατρικό παιχνίδι, κινητικές ασκήσεις και καλλιτεχνική δημιουργία. Οι δραστηριότητες που εμπεριείχαν κίνηση ήταν 27.

Στις οδηγίες εφαρμογής του προγράμματος υπάρχουν κύριες και εναλλακτικές δραστηριότητες όπου προτείνονται στους εκπαιδευτικούς για να μπορούν τα αποτελέσματα να είναι σχετικά συγκρίσιμα και μετρήσιμα. Στην αρχή υπήρχαν εισαγωγικές δραστηριότητες (τρεις διδακτικές ώρες) και τέσσερις ενότητες των τεσσάρων μαθημάτων από το πακέτο. Σε ορισμένες από αυτές τις δραστηριότητες ήταν απαραίτητη και η συμβολή των γονιών. Παράδειγμα, συχνά τους ζητούνταν να γράψουν τη γνώμη τους, να κάνουν πράγματα με τα παιδιά τους, στα πλαίσια μιας δραστηριότητας, να καταγράψουν γεγονότα από τη ζωή του παιδιού τους κ.ά.

Βασικός στόχος του εκπαιδευτικού υλικού ήταν να βοηθήσει τα παιδιά να καλλιεργήσουν προσωπικές δεξιότητες, προκειμένου να κατανοήσουν την μοναδικότητά τους, να μπορέσουν να ενσυναισθανθούν και να συνυπάρξουν με τους άλλους, να αναγνωρίσουν, να εκφράσουν και να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματά τους, αλλά και να καταφέρουν να επιλύουν με ηρεμία τις διαφωνίες τους. Επίσης, σκοπός ήταν, μέσα από το πρόγραμμα, τα παιδιά να μάθουν να νοιάζονται για το σώμα τους, να νιώθουν ασφαλείς

και να κατανοούν πότε ένα μυστικό δεν είναι μυστικό, αλλά και πότε αυτά που τους φοβίζουν είναι πραγματικότητα ή φαντασίωση.

Κάθε θεματική ενότητα ενίσχυε την ενδυνάμωση της ομάδας, καλλιεργούσε πνεύμα ομαδικό, αλλά και έδινε σημασία στην ατομικότητα ως ξεχωριστή οντότητα μέσα στο σύνολο. Οι ενεργητικές τεχνικές της προσομοίωσης, το παιχνίδι ρόλων, η ισόνομη αντιμετώπιση, τα παιχνίδια κίνησης, ενεργοποιούσαν τα παιδιά και έδινε χαρά και ικανοποίηση για να είναι ειλικρινείς και να καλλιεργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης μέσα στην τάξη. Έτσι, πιο ευχάριστα και με μεγαλύτερη ευχέρεια τα παιδιά διαπραγματεύτηκαν δύσκολα θέματα, όπως αυτά της απώλειας και της θλίψης, των κρυφών σκέψεων και φόβων που τα διακατέχει αλλά και τις ανησυχίες τους για το μέλλον. Όλες οι δραστηριότητες γίνονταν δυαδικά, ομαδικά ή στην ολομέλεια. Σε κάθε δραστηριότητα οι στόχοι ήταν ξεκάθαροι και ο εκπαιδευτικός-συντονιστής προσπαθούσε να τους κάνει ξεκάθαρους στα παιδιά. Επίσης, αρμοδιότητα του εκπαιδευτικού-συντονιστή ήταν να θέσει βασικούς κανόνες συμπεριφοράς, που έπρεπε, αυστηρώς να τηρούνται.

Διαδικασία

Το ερωτηματολόγιο δόθηκαν από την ίδια την ερευνήτρια στα παιδιά. Κάθε παιδί το επέδωσε στον έναν από τους δύο γονείς να το συμπληρώσει. Στάλθηκε, επίσης, συνοδευτικό ενημερωτικό σημείωμα στους γονείς, προκειμένου να ενημερωθούν, τόσο για την εφαρμογή του προγράμματος από τα παιδιά τους, όσο και για τη δική τους συμμετοχή μέσα από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Τονίστηκε, φυσικά, η δεοντολογική αρχή της εμπιστευτικότητας των δεδομένων, καθώς και ο εθελοντισμός που διέπει την έρευνα. Έγινε γνωστό στα παιδιά, ότι η συλλογή των ερωτηματολογίων θα γίνει μετά από τρεις μέρες, τόσο κατά την αρχική όσο και κατά την τελική φάση του προγράμματος.

Στη συνέχεια, εφαρμόστηκε το πρόγραμμα Αγωγής Υγείας για την ανάπτυξη των Κοινωνικών Δεξιοτήτων, από τους εκπαιδευτικούς της Πρωτοβάθμιας, των οποίων τα τμήματα επιλέγηκαν να λάβουν μέρος στην έρευνα. Οι δάσκαλοι, που εφάρμοσαν το πρόγραμμα «Κοινωνικές Δεξιότητες για Παιδιά Δημοτικού», είχαν παρακολουθήσει την επιμόρφωση πάνω στη χρήση του πακέτου προαγωγής των κοινωνικών δεξιοτήτων. Στο τέλος της εφαρμογής του προγράμματος, μετά δηλαδή την πάροδο τεσσάρων μηνών, τέλος Μαΐου, έγινε επαναληπτικός έλεγχος για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα ή μη του προγράμματος στις απόψεις των γονέων.

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS 18. Αρχικά επανακωδικοποιήθηκαν οι αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις που υπάρχουν στον παραπάνω πίνακα, ώστε να υπάρχουν βαθμολογίες από το 1 ως το 5, με τις υψηλότερες τιμές να αντιστοιχούν σε υψηλότερη Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία (Πίνακας 2). Για να εξεταστεί η επίδραση του προγράμματος στις απόψεις των γονέων, των οποίων τα παιδιά εφάρμοσαν το πρόγραμμα κοινωνικών δεξιοτήτων, εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις στο 2^ο παράγοντα {2 (ομάδες) Χ 2 (μετρήσεις)}, με εξαρτημένη μεταβλητή την επίδοση των γονέων στις διαστάσεις της, σχετιζόμενης με την υγεία, ποιότητας ζωής των παιδιών τους. Στις περιπτώσεις στις οποίες βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στην αρχική μέτρηση (διαστάσεις 3,4,7) εφαρμόστηκε ανάλυση συνδιακύμανσης.

Πίνακας 2. Ερωτήσεις προς Επανακωδικοποίηση

Σωματική ευεξία	Γενικά πώς θα αξιολογούσε το παιδί σας την υγεία του;
Διάθεση &	Ένιωθε το παιδί σας ότι τα κάνει όλα στραβά;
Συναισθήματα	Ένιωθε το παιδί σας λυπημένο;
	Ένιωθε το παιδί σας τόσο άσχημα που να μην θέλει να κάνει τίποτα;
	Ένιωθε το παιδί σας ότι όλα στη ζωή του πάνε λάθος;
	Ένιωθε το παιδί σας μπουχτισμένο;
	Ένιωθε το παιδί σας μοναξιά;
	Ένιωθε το παιδί σας πιεσμένο;
Αντίληψη Εαυτού	Ανησυχούσε το παιδί σας για την εμφάνιση του;
	Ένιωθε το παιδί σας ζήλια για την εμφάνιση άλλων αγοριών και κοριτσιών;
	Θα ήθελε το παιδί σας να αλλάξει κάτι στο σώμα του;
Κοινωνική αποδοχή	Φοβόταν το παιδί σας τα άλλα κορίτσια και αγόρια;
	Κορόιδευαν το παιδί σας τα άλλα κορίτσια και αγόρια;
	Φοβέριζαν το παιδί σας τα άλλα κορίτσια και αγόρια;

IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον Πίνακα 3 φαίνονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των αρχικών και των τελικών μετρήσεων της πειραματικής και της ομάδας ελέγχου. Εντός παρενθέσεως στις κατηγορίες φαίνεται η μέγιστη τιμή ανά διάσταση.

Πίνακας 3. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των δύο ομάδων στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής και στις δύο μετρήσεις

Διαστάσεις	Αρχική μέτρηση				Τελική μέτρηση			
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου	
	M.O	TA	M.O	TA	M.O	TA	M.O	TA
1. Σωματική δραστηριότητα & υγεία (25)	17,2	2,4	17,3	2,0	22,4	1,8	20,5	2,4
2. Συναισθήματα-Ψυχική Ευεξία (30)	21,3	6,0	21,5	2,4	25,7	2,4	24,0	3,6
3. Γενική διάθεση (35)	26,0	3,9	27,2	3,1	29,2	4,5	29,0	4,7
4. Αυτοαντίληψη (25)	16,7	2,8	17,9	2,6	21,0	2,7	20,2	3,2
5. Ελεύθερος χρόνος-Αυτονομία (25)	14,4	3,3	14,6	3,3	19,2	3,3	17,4	3,7
6. Οικογένεια & ζωή στο σπίτι (30)	20,9	3,2	21,5	3,1	25,3	2,6	23,7	4,0
7. Οικονομικοί Πόροι (15)	8,6	2,2	9,3	2,0	12,3	1,9	11,2	4,6
8. Φίλοι (30)	18,4	3,8	18,6	6,4	23,7	2,6	20,2	4,2
9. Σχολείο & Μάθηση (30)	20,9	2,6	21,4	2,8	25,9	2,7	23,7	3,3
10. Κοινωνική Αποδοχή (15)	10,5	1,3	10,7	1,4	13,9	1,5	13,3	2,3

M. O. = Μέσος Όρος T.A. = Τυπική Απόκλιση

Η ανάλυση διακύμανσης με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις έδειξε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων «ομάδα» και «μέτρηση» στις διαστάσεις (1) Σωματική Ευεξία ($F_{1,217}=21.6, p<.01$), Ψυχολογική Ευεξία (2) ($F_{1,217}=7.46, p<.01$), Αυτονομία (5) ($F_{1,217}=9.98, p<.01$), Οικογενειακή Ζωή (6) ($F_{1,217}=15.2, p<.01$), Σχέση με Συνομηλίκους (8) ($F_{1,217}=21.5, p<.01$), Σχολικό Περιβάλλον (9) ($F_{1,217}=24.2, p<.01$) και Αποδοχή από τους Συμμαθητές (10) ($F_{1,217}=5.8, p<.05$). Οι αντιλήψεις των γονέων της πειραματικής ομάδας βελτιώθηκαν στατιστικά σημαντικά σε

όλες τις παραπάνω διαστάσεις ($p < .001$). Ειδικότερα, ως προς τη Σωματική Ευεξία των παιδιών τους, οι γονείς της πειραματικής ομάδας, θεωρούν ότι, μετά την παρέμβαση του προγράμματος, τα παιδιά τους έχουν καλύτερη αντίληψη για τη φυσική τους κατάσταση και τη σωματική τους ευεξία. Πιστεύουν, επίσης, ότι τα παιδιά τους έχουν καλύτερη ψυχική ευεξία και είναι περισσότερο ικανοποιημένα από τη ζωή τους και τις δραστηριότητές τους. Αντιλαμβάνονται ότι, τα παιδιά τους έχουν καλύτερη εκτίμηση του χρόνου τους αφού μπορούν να κάνουν περισσότερα πράγματα τον ελεύθερό τους χρόνο ή να βρίσκονται πιο συχνά έξω με τους φίλους τους. Οι γονείς πιστεύουν ότι, τα παιδιά τους μετά το παρεμβατικό πρόγραμμα, κατανοούν περισσότερο την αγάπη που τους προσφέρουν, αισθάνονται ότι τα αγαπούν και είναι ευτυχισμένα στο σπίτι. Επίσης, πιστεύουν ότι οι σχέσεις των παιδιών τους με τους συνομηλίκους τους βελτιώθηκαν, αφού τα παιδιά έπαιζαν περισσότερο μαζί, βοηθούσε ο ένας τον άλλον περισσότερο ή μιλούσαν περισσότερο. Επιπρόσθετα, θεωρούσαν ότι τα παιδιά τους ήταν περισσότερο χαρούμενα στο σχολείο τους, η σχέση τους με τους δασκάλους τους είχε βελτιωθεί και τα πήγαιναν καλύτερα με τα μαθήματά τους. Τέλος, οι γονείς πίστευαν, ακόμα πιο έντονα, ότι τα παιδιά τους δεν ήταν τόσο πολύ εκτεθειμένα σε χλευασμούς και αντιδικίες με άλλους συμμαθητές τους.

Στατιστικά σημαντική βελτίωση, όμως παρουσιάστηκε και στις αντιλήψεις των γονέων της ομάδας ελέγχου, για τις ίδιες διαστάσεις της Κλίμακας Kidscreen52 ($p < .05$ έως $p < .01$), με τους γονείς της πειραματικής ομάδας. Συγκεκριμένα, βελτιώθηκαν οι αντιλήψεις των γονέων της ομάδας ελέγχου στις διαστάσεις: Σωματική Ευεξία των παιδιών τους (1), Ψυχολογική Ευεξία (2), Αυτονομία (5), Οικογενειακή ζωή (6), Σχέση με τους Συνομηλίκους (8), Σχολικό Περιβάλλον (9) και Αποδοχή από τους Συμμαθητές (10). Η βελτίωση που παρουσίασαν οι γονείς της ομάδας ελέγχου είναι μικρότερη από αυτή που παρουσίασε η πειραματική ομάδα.

Η κύρια επίδραση του παράγοντα «μέτρηση» βρέθηκε επίσης να είναι στατιστικά σημαντική για όλες τις παραπάνω διαστάσεις ($F_{1,217}=410, 91, 31, 123, 71, 171, 343, p < .001$), αντίστοιχα, ενώ επίδραση του παράγοντα «ομάδα» ήταν στατιστικά σημαντική για τις διαστάσεις 1,5,8 και 9 ($F_{1,217}=16.7, 6.4, 12.5, 11.5, p < .001$), αντίστοιχα.

Η ανάλυση συνδιακύμανσης, η οποία εφαρμόστηκε λόγω στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των ομάδων στην αρχική μέτρηση, στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής 3,4,7, έδειξε ότι οι γονείς της πειραματικής ομάδας είχαν σημαντικά καλύτερες αντιλήψεις από τους γονείς της ομάδας ελέγχου στις διαστάσεις Αυτοαντίληψη (4) ($F_{1,215} = 4.6$, $p < .05$) και Οικονομικοί Πόροι (7) ($F_{1,215} = 5.85$, $p < .05$). Οι γονείς των παιδιών που έλαβαν μέρος στο πρόγραμμα Κοινωνικές Δεξιότητες για παιδιά Δημοτικού, βελτίωσαν τις αντιλήψεις τους, συγκριτικά με τους γονείς των παιδιών που δεν έλαβαν μέρος στο πρόγραμμα, ως προς την εικόνα που είχαν τα παιδιά τους για την εμφάνισή τους, το σώμα τους ακόμα και τα ρούχα τους. Επίσης, βελτίωσαν την αντίληψή τους ως προς την οικονομική ευχέρεια που θεωρούσαν τα παιδιά τους ότι είχαν. Πιστεύουν, δηλαδή, ότι, τα παιδιά τους είναι περισσότερο ικανοποιημένα από τους οικονομικούς πόρους που τους παρέχονται και μπορούν συνεπώς να κάνουν αρκετά πράγματα με τους φίλους τους. Τέλος, στη διάσταση Γενική Διάθεση (3) δεν παρουσιάστηκε σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο ομάδων ($F_{1,215} = .46$, $p > .05$).

V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του προγράμματος Αγωγής Υγείας «Δεξιότητες για παιδιά Δημοτικού» στις αντιλήψεις των γονέων για την ποιότητα ζωής των παιδιών τους που σχετίζεται με την υγεία. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση αναφέρεται στις θετικές επιδράσεις, όλων των προγραμμάτων που σχετίζονται με την ανάπτυξη και την καλλιέργεια των κοινωνικών δεξιοτήτων, στις αντιλήψεις των γονέων. Οι έρευνες όμως εστιάζονται κατά κύριο λόγο στην ποιότητα ζωής των παιδιών που παρουσιάζουν προβλήματα υγείας. Ο υπό έρευνα πληθυσμός είναι δηλαδή γονείς, που στην πλειοψηφία τους έχουν παιδιά, τα οποία νοσούν (Lau, Chow, & Lo, 2006; Janse, Uiterwaal, Gemke, Kimpfen, & Sinnema, 2005; Panepinto, O'Mahar, DeBaun, Loberiza, & Scott, 2005).

Γενικά, από τα ευρήματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι το πρόγραμμα που εφαρμόστηκε βελτίωσε σημαντικά τις αντιλήψεις των γονέων της πειραματικής ομάδας στις εξής διαστάσεις της ποιότητας ζωής των παιδιών τους: «Σωματική Ευεξία», «Ψυχολογική Ευεξία», «Αυτονομία», «Οικογενειακή ζωή», «Σχέση με τους Συνομηλίκους», «Σχολικό Περιβάλλον» και «Αποδοχή από τους Συμμαθητές». Στις ίδιες διαστάσεις διαπιστώθηκε σημαντική βελτίωση και των γονέων της ομάδας ελέγχου, αλλά ήταν μικρότερη συγκριτικά με της πειραματικής ομάδας. Επίσης, οι αντιλήψεις της πειραματικής ομάδας ήταν σημαντικά καλύτερες από τις αντιλήψεις της ομάδας ελέγχου στο τέλος του προγράμματος στα πεδία «Αυτοαντίληψη» και «Οικονομικοί Πόροι» ενώ οι δύο ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά στο πεδίο «Διάθεση και συναισθήματα».

Βελτίωση της αντίληψης των γονιών ως προς τη διάσταση Σωματική Ευεξία (1). Οι γονείς της πειραματικής ομάδας βελτίωσαν τις αντιλήψεις τους αναφορικά με το πρώτο πεδίο της Κλίμακας Kidscreen52 που αφορούσε στις σωματικές δραστηριότητες και την υγεία των παιδιών τους. Ο μέσος όρος των απαντήσεων των γονέων της πειραματικής ομάδας, στην αρχική μέτρηση, ήταν 17.2, ενώ μετά την εφαρμογή του προγράμματος ο μέσος όρος των απαντήσεων των γονέων ήταν 22.4. Φάνηκε ότι η εφαρμογή του προγράμματος επηρέασε θετικά τις αντιλήψεις των γονέων, των οποίων τα

παιδιά έλαβαν μέρος στο πρόγραμμα. Αντίστοιχα είναι και τα συμπεράσματα ερευνών που αναφέρουν ότι οι αντιλήψεις των γονέων βελτιώνονται, για την ποιότητα ζωής των παιδιών τους, όταν η υγεία τους βελτιωθεί μέσω παρεμβατικών προγραμμάτων (Mugno, Ruta, D'Arrigo, & Mazzone, 2007; Nousi & Christou, 2010).

Παράλληλα, βελτιώθηκαν και οι αντιλήψεις των γονέων της ομάδας ελέγχου (αρχική μέτρηση M.O.=17.3, τελική μέτρηση M.O.=20.5). Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στη γενικότερη αλλαγή που παρατηρήθηκε από την εφαρμογή του προγράμματος στα παιδιά και κατ' επέκταση και στους γονείς τους, καθώς, επίσης και από τις αρχές που διέπουν τα περισσότερα σχολεία της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, όπως επίσης, και από την εποχή που εφαρμόστηκε το πρόγραμμα, την περίοδο δηλαδή της Άνοιξης, ως επί τω πλείστον. Επίσης, και οι δύο ομάδες παρακολουθούσαν το μάθημα της Φυσικής Αγωγής και επομένως, η ομάδα ελέγχου ήταν και αυτή σε καλή φυσική κατάσταση.

Βελτίωση της αντίληψης των γονιών ως προς τη διάσταση Ψυχική Ευεξία (2). Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι οι γονείς των παιδιών της πειραματικής ομάδας βελτίωσαν τις αντιλήψεις τους και για το πεδίο «Ψυχική Ευεξία» των παιδιών τους μετά την εφαρμογή του παρεμβατικού προγράμματος. Έτσι, ενώ η αρχική μέτρηση των γονιών ήταν 21.3, με μέγιστη βαθμολογία 30, μετά το πρόγραμμα ο μέσος όρος ήταν 25.7. Όπως και με το προηγούμενο πεδίο, έτσι και σε αυτό παρουσιάστηκε βελτίωση και στις αντιλήψεις των γονέων της ομάδας ελέγχου. Ενώ ο αρχικός μέσος όρος ήταν 21.5, στο τέλος του προγράμματος κατά τη δεύτερη μέτρηση ο μέσος όρος ήταν 24.0. Οι καιρικές συνθήκες και σε αυτή την περίπτωση, που έδιναν την ευκαιρία στους μαθητές να παίζουν περισσότερο με τους φίλους τους, πιθανά να βοήθησε στη βελτίωση των αντιλήψεων των γονέων μέσω της βελτίωσης των αντιλήψεων των παιδιών τους και σε αυτό το πεδίο.

Η έρευνα στο διεθνές πεδίο για την ψυχολογική ευεξία αναφέρει ότι, όταν οι γονείς είναι δυσαρεστημένοι από την καθημερινότητά τους, την οικονομική τους κατάσταση, την υγεία των παιδιών τους, και συνεπώς, βιώνουν καταπίεση, η ποιότητα ζωής, τόσο των ίδιων, όσο και των παιδιών τους, μειώνεται (Butler, Rickel, Thomas, & Hendren, 1993; Dunst, Leet, & Trivette, 1988; Carlson-Green, Morris, & Prince, 1995).

Βελτίωση της αντίληψης των γονιών ως προς τη διάσταση Ελεύθερος Χρόνος-Αυτονομία (5). Η αντίληψη που είχαν οι γονείς της πειραματικής ομάδας στην αρχική μέτρηση (Μ.Ο.=14.4) για το διαθέσιμο χρόνο των παιδιών τους, φαίνεται ότι βελτιώθηκε μετά την εφαρμογή του παρεμβατικού προγράμματος (Μ.Ο.=19.2). Οι γονείς διαφοροποίησαν, συνεπώς, την αρχική τους αντίληψη για τον ελεύθερο χρόνο των παιδιών τους. Πιστεύουν ότι τα παιδιά τους έχουν περισσότερο χρόνο διαθέσιμο για να βγαίνουν έξω, να παίζουν με τους φίλους τους και να κάνουν πράγματα που τα ευχαριστούν. Αντιστοίχως, και η ομάδα ελέγχου βελτίωσε τις αντιλήψεις της αναφορικά με την αυτονομία των παιδιών τους (αρχική μέτρηση 14.6, τελική μέτρηση 17.4). Όπως αποδεικνύεται και από έρευνες ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς περνάνε το χρόνο τους με τα παιδιά τους, ο τρόπος εμπλοκής τους στη μαθησιακή διαδικασία του παιδιού είναι παράγοντες που μπορούν να συμβάλλουν στην εξοικονόμηση χρόνου για τα παιδιά (Pomerantz, Moorman, & Litwack, 2007).

Βελτίωση της αντίληψης των γονιών ως προς τη διάσταση Οικογενειακή Ζωή (6). Σημαντική ήταν η βελτίωση που παρουσίασαν οι γονείς και στις αντιλήψεις τους για το πώς αντιλαμβάνονταν τα παιδιά τη ζωή τους στο σπίτι. Έτσι, ενώ η αρχική μέτρηση έδειξε Μ.Ο. = 20.9, κατά την τελική μέτρηση ο Μ.Ο. ήταν 25.3. Οι γονείς θεωρούν ότι τα παιδιά τους νιώθουν περισσότερο ικανοποιημένα μετά το πρόγραμμα από την οικογενειακή τους ζωή τους, θεωρούν, επίσης, ότι τα παιδιά τους αντιλαμβάνονται ότι η σχέση τους έχει γίνει πιο δίκαιη και ότι μπορούν πιο εύκολα να συζητήσουν θέματα που τα απασχολούν. Βελτίωσε, όμως, παρουσίαση στο ίδιο πεδίο και η ομάδα ελέγχου (αρχική μέτρηση 21.5, τελική μέτρηση 23.7), αν και μικρότερης έκτασης. Αντίστοιχα, ήταν και τα αποτελέσματα της έρευνας των Northouse, Kershaw, Mood και Schafenacker (2005) παρότι σε άτομα με καρκίνο, όπου μετά το παρεμβατικό πρόγραμμα οι γονείς και οι κηδεμόνες τους δήλωσαν ότι, η ποιότητα ζωής των ασθενών είχε βελτιωθεί και οι ίδιοι δεν ένιωθαν πίεση από τη συνύπαρξη.

Βελτίωση της αντίληψης των γονιών ως προς τη διάσταση Φίλοι (8). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι γονείς βελτίωσαν τις αντιλήψεις και στο πεδίο «Φίλοι». Η αρχική μέτρηση έδωσε τιμή 18.4 με μέγιστη βαθμολογία το 30, ενώ κατά την τελική μέτρηση η τιμή ήταν 23.7. Φαίνεται, οι γονείς να αντιλαμβάνονται ότι η σχέση των παιδιών τους με τους συνομηλίκους τους έχει βελτιωθεί, ότι τα παιδιά τους περνάνε περισσότερο χρόνο με τους φίλους τους και μπορούν να κάνουν αρκετά όμορφα πράγματα μαζί, καθώς και ότι μπορούν να βασιστούν σε αυτούς, αφού τους εμπιστεύονται περισσότερο και μιλάνε και για τα μυστικά τους. Βελτίωση, αν και μικρότερη, παρουσιάστηκε και στην ομάδα ελέγχου των γονέων όπου ενώ η αρχική μέτρηση ήταν 18.6 κατά την τελική η βαθμολογία ήταν 20.2. Πολλές έρευνες έχουν κάνει αναφορά για τις θετικές επιδράσεις των προγραμμάτων ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων σε παιδιά με επιθετική κυρίως συμπεριφορά αναφορικά με την ομάδα των συνομηλίκων τους. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι τα παιδιά που ακολουθούν πρόγραμμα κοινωνικών δεξιοτήτων βελτιώνουν τη σχέση τους με τους συνομηλίκους τους, εξαιτίας της βελτίωσης της συμπεριφοράς τους, που επιτεύχθηκε μέσα από το πρόγραμμα (Peppler & Craig, 1995; Parker & Asher, 1997; Dodge, Coie, Pettit, & Price, 1990)

Βελτίωση της αντίληψης των γονιών ως προς τη διάσταση Σχολείο και Μάθηση (9). Βελτίωση παρουσίασαν οι γονείς και στο πεδίο «Σχολείο και Μάθηση». Αρχικά η μέτρηση έδωσε βαθμολογία 20.9, για το πεδίο αυτό, η τελική όμως μέτρηση ήταν βελτιωμένη και έφτασε στο 25.9 με μέγιστη τιμή το 30. Και σε αυτό το πεδίο οι γονείς της ομάδας ελέγχου (αρχική μέτρηση 21.4) παρουσίασαν βελτίωση των αντιλήψεών τους (τελική μέτρηση 23.7), αν και πάλι μικρότερη από αυτή της πειραματικής ομάδας. Έτσι, οι γονείς, μετά την εφαρμογή του προγράμματος κοινωνικών δεξιοτήτων, θεωρούσαν ότι τα παιδιά τους βίωναν θετικότερα συναισθήματα για το σχολείο και τους δασκάλους τους, ήταν περισσότερο χαρούμενα όταν πήγαιναν σχολείο και τα κατάφερναν καλύτερα με τα μαθήματά τους.

Σύστοιχα ήταν τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας και με τα αποτελέσματα πλήθους άλλων ερευνών, σύμφωνα με τις οποίες, η εμπλοκή των γονέων στη ζωή των παιδιών (μελέτη στο σπίτι, ενασχόληση σε κοινές δραστηριότητες, εθελοντισμός στο σχολείο, συμμετοχή στα συμβούλια γονέων κλπ.) επηρεάζει θετικά την επίδοσή τους, τη σχέση γονέων-παιδιών με το σχολείο, καθώς και τη σχέση με τους εκπαιδευτικούς (Barnard, 2004; Wagner & Sconyers, 1996; Khan, 1996; Brian, 1994).

Βελτίωση της αντίληψης των γονιών ως προς τη διάσταση Κοινωνική Αποδοχή (10). Τέλος, βελτίωση των αντιλήψεων των γονέων και των δύο ομάδων παρουσιάστηκε και στο τελευταίο πεδίο της Κλίμακας Kidscreen52, που αφορούσε στην Κοινωνική Αποδοχή. Οι γονείς και των δύο ομάδων θεωρούν ότι τα παιδιά τους δε δέχονται, στον ίδιο βαθμό, απειλές από άλλα παιδιά στο σχολείο και ο φόβος τους είχε μειωθεί. Η πειραματική ομάδα είχε αρχική μέτρηση 10,5 και μετά τη λήξη του προγράμματος ήταν 13,9. Αντίστοιχα, η ομάδα ελέγχου, ενώ στην αρχική μέτρηση είχε βαθμολογία 10,7 στην τελική μέτρηση μετακινήθηκε στο 13,3.

Η βία στο σχολείο είναι ένα γενικότερο κοινωνικό φαινόμενο. Το φαινόμενο της βίας συναντάται σε σχολεία, στα οποία δεν υπάρχει συνεργασία γονέων και εκπαιδευτικών και επίσης όπου υπάρχει ελλιπής εκπαίδευση σε τέτοια θέματα. Όπου εφαρμόστηκαν παρεμβατικά προγράμματα σε γονείς και παιδιά τα αποτελέσματα ήταν θετικά αναφορικά με την παραβατική συμπεριφορά των παιδιών. Μέσα από αυτά τα προγράμματα οι γονείς έγιναν αρωγοί και προασπιστές τέτοιων διαδικασιών και οι σχέσεις γονέων-παιδιών, γονέων-εκπαιδευτικών καθώς και παιδιών-εκπαιδευτικών βελτιώθηκαν (Banks, 1997; Smith & Sharp, 1994).

Σύγκριση των αντιλήψεων των γονιών και των δύο ομάδων ως προς τη διάσταση Αυτοαντίληψη (4). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι γονείς της πειραματικής ομάδας διαφοροποιήθηκαν σημαντικά, από τους γονείς της ομάδας ελέγχου αναφορικά με τις αντιλήψεις τους στο πεδίο «Αυτοαντίληψη» στην τελική μέτρηση. Οι γονείς της πειραματικής ομάδας πιστεύουν, περισσότερο από τους γονείς της ομάδας ελέγχου, ότι, τα παιδιά τους μετά τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα Κοινωνικές Δεξιότητες για παιδιά Δημοτικού, είχαν καλύτερη εικόνα για το σώμα τους, για το ντύσιμό τους, για τα ρούχα που φοράνε, καθώς και για τη γενικότερη εξωτερική τους εμφάνιση. Οι γονείς της πειραματικής ομάδας στην αρχική τους μέτρηση είχαν βαθμολογία 16.7, ενώ οι γονείς της ομάδας ελέγχου 17.9. Φαίνεται σε αυτό το πεδίο ότι ενώ η πειραματική ομάδα είχε αρχική μέτρηση (Μ.Ο. = 8.6) μικρότερη συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (Μ.Ο. = 9.3), κατάφερε με το παρεμβατικό πρόγραμμα να παρουσιάσει σημαντικά καλύτερες αντιλήψεις (Μ.Ο. = 12.3) από την ομάδα ελέγχου (Μ.Ο. = 11.2). Έρευνες έχουν αποδείξει ότι η αυτοαντίληψη του παιδιού είναι στενά συνδεδεμένη με την επίδοσή του στο σχολείο

(Hansford & Hattie, 1982; Verna, 1996. Φλουρής, 1989), συμβάλλει στη θετική αλλαγή της συμπεριφοράς του παιδιού και ενισχύει την εμπιστοσύνη του (Desforges, 2003).

Σύγκριση των αντιλήψεων των γονιών και των δύο ομάδων ως προς τη διάσταση Οικονομικοί Πόροι (7). Οι γονείς της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου διαφοροποιήθηκαν, επίσης σημαντικά και ως προς την έβδομη διάσταση της Κλίμακας, τους «Οικονομικούς Πόρους». Αν και σε αυτή την περίπτωση, οι γονείς της πειραματικής ομάδας είχαν χαμηλότερη επίδοση κατά την αρχική μέτρηση (Μ.Ο. = 8.6) από τους γονείς της ομάδας ελέγχου (Μ.Ο.=9.3), εντούτοις, το παρεμβατικό πρόγραμμα ενίσχυσε μάλλον την επίδοσή τους, με αποτέλεσμα οι αντιλήψεις τους να παρουσιάσουν σημαντική βελτίωση (Μ.Ο.=12.3) έναντι των αντιλήψεων των γονέων της ομάδας ελέγχου (Μ.Ο.=11.2). Οι γονείς θεωρούν, λοιπόν, ότι τα παιδιά τους είναι περισσότερο ικανοποιημένα από τα χρήματα που παίρνουν από το σπίτι και ότι με αυτά μπορούν να κάνουν αρκετά πράγματα με τους φίλους τους. Σύστοιχα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας των Dunst, Leet και Trivette (1998), οι οποίοι εφάρμοσαν παρεμβατικό πρόγραμμα σε 45 μητέρες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επάρκεια των οικονομικών πόρων βελτιώνει τόσο την ποιότητα ζωής των παιδιών και των οικογενειών τους όσο και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

Γενικότερα, από τα αποτελέσματα της έρευνας αποδείχθηκε ότι το παρεμβατικό πρόγραμμα επέδρασε σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις της ζωής των παιδιών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να βελτιώνεται και η αντίληψη των γονιών τους για την ποιότητα ζωής τους. Η επισκόπηση 77 παρεμβατικών προγραμμάτων σε γονείς που πραγματοποίησαν οι Wyatt Kaminski, Valle, Filene και Boyle (2009) έδειξε μεγάλες επιδράσεις αντίστοιχων προγραμμάτων κυρίως στη διάδραση γονέα-παιδιού και στις συναισθηματικές ικανότητες επικοινωνίας. Παρόμοια προγράμματα, σε γονείς και παιδιά, έδειξαν τη μεγάλη συμβολή τους στην πρόληψη της παιδικής εγκληματικότητας και της παραβατικής συμπεριφοράς (Piquero, Farrington, Brandon, Tremblay, & Wesley, 2010).

VI: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Γενικά συμπεράσματα

Συμπερασματικά, το συγκεκριμένο πρόγραμμα επέφερε θετικές επιδράσεις στις αντιλήψεις των γονέων της πειραματικής ομάδας για την ποιότητα ζωής των παιδιών τους. Οι βελτιώσεις παρατηρήθηκαν στα περισσότερα, υπό εξέταση πεδία. Φαίνεται, λοιπόν, ότι το πρόγραμμα «Δεξιότητες για Παιδιά Δημοτικού» είχε θετική επίδραση σε όλα τα πεδία της Κλίμακας, εκτός από το πεδίο «Γενική Διάθεση», όπου δεν παρατηρήθηκε καμιά μεταβολή σε καμία από τις δύο ομάδες. Αξιοσημείωτο, είναι το γεγονός ότι στα πεδία Αυτοαντίληψη και Οικονομικοί Πόροι, ενώ οι γονείς της ομάδας ελέγχου, ξεκίνησαν με καλύτερες επιδόσεις από την πειραματική ομάδα, μετά το πρόγραμμα υπήρξε σημαντική βελτίωση της πειραματικής ομάδας έναντι της ομάδας ελέγχου. Οι γονείς επομένως βελτίωσαν τις αντιλήψεις τους αναφορικά με τη Συναισθηματική και Ψυχολογική Ευεξία των παιδιών τους, την Αυτοαντίληψη που είχαν τα παιδιά τους για τον ίδιο τους το εαυτό, τον Ελεύθερο Χρόνο των παιδιών τους, την Οικογενειακή τους Ζωή και τους Φίλους τους, τους Οικονομικούς Πόρους που αυτά διέθεταν, καθώς και για την αντίληψη που είχαν τα παιδιά για το Σχολείο τους και την Κοινωνική Αποδοχή τους από τους συμμαθητές τους.

Η ταυτόχρονη βελτίωση των αντιλήψεων των γονέων της και της ομάδας ελέγχου, δηλώνει πιθανά ότι, εκτός του προγράμματος, που επηρέασε προφανώς, την πειραματική ομάδα, αλλά, ενδεχομένως, έμμεσα και την ομάδα ελέγχου, μέσα από τη γενικότερη βελτίωση του κλίματος, υπήρξαν και άλλοι παράγοντες που λειτούργησαν θετικά στο αποτέλεσμα της έρευνας. Η βελτίωση που παρουσιάστηκε σε ορισμένα από τα πεδία της Κλίμακας σε αυτή την ομάδα, αν και μικρότερη της πειραματικής ομάδας, μπορεί να οφείλεται στην επίδραση και άλλων παραγόντων όπως η συμπτωματική βελτίωση των οικογενειακών σχέσεων εκείνη την περίοδο και η μεγαλύτερη διαθεσιμότητα του χρόνου των γονέων προς τα παιδιά τους. Οι καιρικές συνθήκες αποτελούν ίσως έναν ακόμη παράγοντα αφού το πρόγραμμα, στον κορμό του διεξάχθηκε κατά την περίοδο της Άνοιξης και προς το κλείσιμο των σχολείων. Η γενικότερη διάθεση εκείνη την εποχή είναι καλύτερη. Η συμμετοχή ορισμένων από τα παιδιά και σε άλλα προγράμματα, που ήταν

στην ομάδα ελέγχου, μπορεί να συντέλεσε στη γενικότερη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, συνεπώς να επηρέασε και τις αντιλήψεις των γονέων.

Η ικανότητα διαχείρισης προβληματικών καταστάσεων, από την πλευρά των παιδιών, λειτουργεί ως ενισχυτικός παράγοντας της προσωπικότητάς τους και αυτό κατ' επέκταση έχει αντίκτυπο και στις αντιλήψεις των γονέων για την ποιότητα ζωής των παιδιών τους. Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας, εφαρμόζονται με επιτυχία σε πολλές χώρες, εδώ και δεκαετίες και τα αποτελέσματά, τους είναι φανερά στις εμπλεκόμενες ομάδες. Το πρόγραμμα Αγωγής Υγείας «Δεξιότητες για Παιδιά Δημοτικού» είναι, σχετικά, πρόσφατο στην Ελλάδα και δεν έχουν αξιολογηθεί, πλην των άτυπων θετικών, εκτιμήσεων των παιδιών και των εκπαιδευτικών, εντούτοις τα αποτελέσματά του είναι θετικά στα περισσότερα, από τα υπό εξέταση, πεδία (Κυρίτση & Τσιότρα, 2004).

Το γεγονός ότι στην παρούσα έρευνα αξιολογήθηκε μέρος του προγράμματος αυτού εφόσον στην πραγματικότητα δεν εφαρμόζεται ολόκληρο κατά τη διάρκεια μίας σχολικής χρονιάς, λόγω λειτουργικών παραγόντων (πχ εκπαίδευση εκπαιδευτικών) ίσως να επηρέασε την απόδοση της πειραματικής ομάδας η οποία ενδεχομένως να ήταν ακόμη υψηλότερη εάν ολοκληρωνόταν το σχεδιασμένο πρόγραμμα.

Επίσης, αν οι αντιλήψεις των γονέων για την ποιότητα ζωής των παιδιών τους βελτιώθηκαν έμμεσα, μέσα από το πρόγραμμα Αγωγής Υγείας πρωτογενούς πρόληψης, «Κοινωνικές Δεξιότητες για Παιδιά Δημοτικού», τα εργαστήρια γονέων του ίδιου προγράμματος φαίνεται να αποτελούν αναγκαιότητα, που θα ενισχύσει ακόμα περισσότερο τους γονείς. Έως τώρα, τα προγράμματα που έχουν εφαρμοστεί στο εξωτερικό, είτε αναφέρονται σε κλινικές περιπτώσεις, είτε σε υγιείς πληθυσμούς, εμπλέκουν, και τους γονείς. Υπάρχουν λοιπόν προγράμματα ειδικά για γονείς, που λειτουργούν προληπτικά, προκειμένου να είναι ικανοί να προλάβουν, να αξιολογήσουν και να παρέμβουν, εάν χρειαστεί, σε τυχόν δύσκολες καταστάσεις των παιδιών τους. Στον ελλαδικό χώρο, υπάρχουν Σχολές Γονέων, στις οποίες γίνονται συζητήσεις, διαλέξεις σε θέματα που αφορούν στην οικογένεια. Στο σχολείο, όμως αν και το Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας «Κοινωνικές Δεξιότητες για Παιδιά Δημοτικού» περιέχει εργαστήρια για Γονείς, μέχρι τώρα δεν έχουν εφαρμοστεί. Είναι η πρώτη φορά που επιχειρείται μια πρώτη αξιολόγηση του συγκεκριμένου Προγράμματος γενικότερα, αλλά και σε γονείς πιο ειδικά, και που ο πληθυσμός που λαμβάνει μέρος στο Πρόγραμμα είναι υγιής και δε νοσεί.

Μέσα από τα εργαστήρια, που μπορούν να πραγματοποιηθούν στους κόλπους του σχολείου, οι γονείς θα μπορέσουν σε ένα πρώτο επίπεδο, να αντιληφθούν τους κινδύνους, που μπορεί να διατρέχουν τα παιδιά τους, να γνωρίσουν τις ανάγκες τους και να

λειτουργήσουν προληπτικά, αποφεύγοντας, κατά ένα μεγάλο μέρος, τους κινδύνους που πιθανά να διατρέχουν τα παιδιά τους. Επίσης, τα προγράμματα αυτά, συνδέουν την οικογένεια με το σχολείο, οι εμπλεκόμενοι γονείς και εκπαιδευτικοί ανακαλύπτουν περισσότερους κοινούς στόχους και δημιουργούν μια σχέση αगाστή, με σκοπό την προαγωγή του παιδιού. Οι δάσκαλοι αναπροσαρμόζουν το ρόλο τους μέσα στην τάξη και οι γονείς γίνονται αρωγοί της προσπάθειάς τους.

Η προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού είναι θέμα που αφορά το τρίπτυχο οικογένεια-σχολείο-κοινωνία. Μέσα από την κοινή δράση επιτυγχάνονται θετικά αποτελέσματα για το παιδί, που εντοπίζονται στην καλλιέργεια και ανάπτυξη των προσωπικών, γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων τους. Τα σχολεία μέσα από τη συνεργασία με τους γονείς σε προγράμματα πρόληψης έχουν τη δυνατότητα ανταλλαγής εμπειριών και συνειδητοποιούν την ανάγκη συνεργασίας στην πρόληψη και τι αυτή συνεπάγεται. Τα προγράμματα που πραγματοποιούνται για τους μαθητές, τους γονείς και το σχολείο, ενισχύουν την ασφάλεια των παιδιών, ενδυναμώνουν τη σχέση των παιδιών με τους γονείς τους, καθώς και τη σχέση τους με το σχολείο. Όταν μαθητές, γονείς και κοινότητα συμμετέχουν ενεργά σε προγράμματα πρόληψης που οργανώνει το σχολείο, τότε ενδυναμώνεται η αλυσίδα που στηρίζει την ασφάλεια και την ευημερία των παιδιών.

Οι μέχρι τώρα αξιολογήσεις του προγράμματος ήταν ιδιαίτερα θετικές, παραμένοντας, όμως, σε ένα επίπεδο πρώτης παρατήρησης και όχι έγκυρης και αξιόπιστης μελέτης. Η αξιολόγηση ενός παρεμβατικού προγράμματος, που αναφέρεται στην Αγωγή Υγείας δεν μπορεί εύκολα να πραγματοποιηθεί. Αυτό έγκειται στο γεγονός ότι κάθε πρόγραμμα αναθεωρείται και αναπροσαρμόζεται με βάση τις ανάγκες της κάθε κοινωνίας σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους, καθώς, επίσης, διότι άλλοι παράγοντες, που αναφέρθηκαν παραπάνω, είναι ικανοί να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης.

Μέχρι τώρα, η αξιολόγηση τέτοιων προγραμμάτων περιορίζεται, κυρίως, στην αυτοαξιολόγηση των εμπλεκόμενων, για την πορεία της κάθε ενότητας ή όλου του πακέτου. Αυτό που συνήθως απουσιάζει είναι η γενικότερη αξιολόγησή τους, με ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για το εάν το πρόγραμμα είχε αποτελέσματα στον πληθυσμό που εφαρμόστηκε. Χρειάζονται, συνεπώς, παραπέρα προσπάθειες αξιολόγησης της συνεισφοράς τέτοιων προγραμμάτων, προκειμένου να ελεγχθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία τους σε υγιείς πληθυσμούς. Η ανασκόπηση έχει δείξει ότι ανάλογα προγράμματα στο εξωτερικό, για να μπορέσουν να θεωρηθούν αξιόπιστα έχουν αξιολογηθεί και τα αποτελέσματά τους έχουν κοινοποιηθεί.

Προτάσεις

Το πρόγραμμα Αγωγής Υγείας μπορεί να αποτελέσει κεντρική εναλλακτική δραστηριότητα της εκπαίδευσης, αφού δίνεται η ευκαιρία μέσα από αυτό να γνωρίσουν οι μαθητές καλύτερα ένα άλλο είδος σχολικής δραστηριότητας περισσότερο δημιουργικής και ευχάριστης και να καλλιεργήσουν κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες που θα είναι εφόδιο για τη ζωή τους. Η μορφή των πολυεπίπεδων αυτών προγραμμάτων θα μπορούσε να είναι ενιαία, ξεκινώντας από την αρχή του σχολικού έτους και με προγραμματισμό για όλες τις τάξεις και τις βαθμίδες εκπαίδευσης. Αυτό συνεπάγεται επανασχεδιασμό του σχολικού προγράμματος προκειμένου να επιτευχθούν οι ανάλογοι στόχοι.

Παράλληλα, όμως, θα ενεργοποιηθούν και τα εργαστήρια για τους γονείς και το σχολείο, προκειμένου να υπάρχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Στο γενικότερο πλαίσιο, κρίνεται απαραίτητη και η συμμετοχή της κοινότητας, αφού το άτομο νοείται ως μέλος αυτής. Ιδιαίτερα τα εργαστήρια γονέων, προϋποθέτουν κατάλληλα εκπαιδευμένο διδακτικό προσωπικό, το οποίο θα συνεπικουρείται και από άτομα που εργάζονται στο χώρο της Ψυχικής Υγείας. Οι εκπαιδευτικοί αυτοί θεωρείται σκόπιμο να έχουν παράλληλα και γνώσεις συμβουλευτικής. Πρόκειται για ενήλικες, οι οποίοι έχουν διαφορετικές απαιτήσεις και ανάγκες από το καθαρά στενό πλαίσιο των προγραμμάτων πρόληψης των παιδιών. Για το λόγο αυτό, οι εκπαιδευτικοί που θα αναλάβουν τα προγράμματα αυτά πρέπει να διαθέτουν την απαιτούμενη ευαισθησία, ψυχική καλλιέργεια και να έχουν και γενικότερες γνώσεις πάνω σε θέματα διαχείρισης ψυχικής υγείας.

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να μελετήσουν τη σχέση ανάμεσα στις αντιλήψεις των γονιών για την ποιότητα ζωής των παιδιών τους με τις αντιλήψεις των ίδιων των παιδιών. Θα ήταν σκόπιμο να πραγματοποιηθεί μια τέτοια συγκριτική μελέτη προκειμένου να προγραμματιστεί ο κοινός στόχος που θα οδηγήσει στην πρόληψη και πρώιμη παρέμβαση ανάλογα με τις ανάγκες.

Τέλος, προκειμένου να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών θα μπορούσαν να συμπληρώνονται ειδικά ερωτηματολόγια, πριν, κατά τη διάρκεια εφαρμογής, αλλά και μετά το πέρας της εφαρμογής τους τόσο εντός και εκτός τάξης, στα πλαίσια του σχολείου όσο και στην εξωσχολική ζωή των παιδιών με την αρωγή, βεβαίως των γονιών.

VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Allik, H., Larsson, J. O., & Smedje, H. (2006). Health –related quality of life in parents of school-age children with Asperger Syndrome or High-Functioning Autism. *Health and Quality of Life Outcomes* 4(1). Ημερομηνία ανάκτησης: 1-3-2011. <http://www.hqlo.com/content/4/1/1>.
- Alpert, L. T. (2005). Research Review: Parents' service experience – a missing element in research on foster care case outcomes. *Child & Family Social Work*, 10(4), 361-366.
- Arnaud, C., White-Koning, M., Michelsen, S. I., Parkes, J., Parkinson, K., Ute Thyen, Beckung, E., O. Dickinson, H., Fauconnier, J., Marcelli, M., McManus, V., & Colver, A. (2008). Parent-Reported Quality of Life of Children With Cerebral Palsy in Europe. *Pediatrics*, 121, 54-64.
- Asher, S.R., & Hymel, S. (1981). Children' s social competence in peer relations: Sociometric and behavioural assessment. In: J.D. Wine & M.D. Smye (Eds.), *Social Competence* (pp. 125-157). New York: Guilford.
- Banks, R. (1997). Bulling in Schools. *Elementary and Early Childhood Education*.
- Βασιλειάδης, Γ. (2004). Αναπτύξτε στα παιδιά σας τις κοινωνικές τους δεξιότητες. Ημερομηνία ανάκτησης: 11-2-2011. <http://www.netschoolbook.gr/synerg.html>.
- Βασιλειάδου, Σ., & Ιωαννίδη, Β. (2007). Η Αγωγή Υγείας ως Διαμεσολαβητική Πρόταση άμβλυνσης ανισοτήτων μέσα στη Σχολική Τάξη. Πρακτικά ΕΛΛ.Ι.Ε.Π.ΕΚ 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο με θέμα: «Σχολείο Ίσο για Παιδιά Άνισα». Αθήνα.
- Barnard, W. M. (2004). Parent involvement in elementary school and educational attainment. *Children and Youth Services Review*, 26(1), 39-62.

- Berger, E. H. (1996). Communication: The key to parent involvement. *Early Childhood Education Journal*, 23(3).
- Bisegger, C., Von Bisegger, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U., & the European Kidscreen group. Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Sozial - und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine*, 50(5), 281-291.
- Bjornson, K. F., & McLaughlin, J. F. (2001). The measurement of health-related quality of life (HRQL) in children with cerebral palsy. *European Journal of Neurology*, 8, 183-193.
- Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic Status and Child Development. *Annual Review of Psychology*, 53, 371-399.
- Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 759-775.
- Brian, D. J. G. (1994). Parental involvement in high schools. *Annual Meeting of the American Educational Research Association*: New Orleans: LA.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bruil, J. & Detmar B. S. (2005). Measuring health-related quality of life in children: difficulties and challenges. *Expert Review Pharmacoeconomics Outcomes Research*, 5(5), 511-514.
- Brunner, J. (1960). *The Process of Education*. New York: Vintage Books.
- Carlson-Green, B., Morris, R. D., & Prince, E. (1995). Family illness predictors of outcomes in pediatric brain tumors. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 769-784.

Γκούβρα, Μ., Κυρίδης, Α., Μαυρικάκη, Ε. (2001). *Αγωγή Υγείας και Σχολείο. Παιδαγωγική και Βιολογική Προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω – Γ. Δαρδανός.

Cohn, D., Patterson, C., & Christopoulos, C. (1991). The family and children's peer relations. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 315-346.

Craig-Unkefer, L. A. & Kaiser, A. P. (2002). Improving the Social Communication Skills of At-Risk Preschool Children in a Play Context. *Topics in Early Childhood Special Education*, 22(1), 3-13.

Daggett, J., O'Brien, M., Zanolli, K., & Peyton, V. (2000). Parents' attitudes about children: Associations with parental life histories and child-rearing quality. *Journal of Family Psychology*, 14(2), 187-199.

Danielson, C. K. & Roecker Phelps, C. (2003). The Assessment of Children's Social Skills through Self-Report: A Potential Screening Instrument for Classroom Use. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 35, 218-229.

Demo, D. H., Small, S. A. & Savin-Williams, R. C. (1987). Family Relations and the Self-Esteem of Adolescents and Their Parents. *Journal of Marriage and the Family*, 49(4), 705-715.

Darroch, J. E., Landry, D. J., & Singh, S. (2000). Changing emphases in sexuality education in U.S. public schools, 1988-1999. *Family Planning Perspectives* 32(5), 204-211.

Desforges, C., Abouchaar, A. (2003). *The Impact of Parental Involvement, Parental Support and Family Education on Pupil Achievement: A Literature Review*. Nottingham: DfES Publications.

Στυλιανάκη, Μ. (2010). Πρόγραμμα ΟΙΚΑΔΕ. Ημερομηνία ανάκτησης: 13-2-2011.
www.schools.ac.cy/latsia-d-dim.

Dickinson, H.O., Parkinson, K.N., Ravens-Sieberer, U., Schirripa, G., Thyen, U., Arnaud,

C., Beckung, E., Fauconnier, J., McManus, V., Michelson, S.I., Parkes, J., & Colver, A. (2007). Self-reported quality of life of 8-12 year old children with cerebral palsy: a cross-sectional European Study. *The Lancet*, 369, 2171-2178.

Dodge, K. A., Coie, J. D., Pettit, G. S., & Price, J. M. (1990). Peer status and aggression in boys' groups: Development and contextual analyses. *Child Development*, 61, 1289-1309.

Dunst, C. J., Leet, H. E., & Trivette, C. M. (1988). Family Resources, Personal Well-Being, and Early Intervention. *Journal of Special Education*, 22(1), 108-116.

Durlac J. (1998). *Program Implementation in Preventive Trials*. London: Haworth Press.

Durlak, J. A., Weissberg, R. P. (2007). *The Impact of After-School Programs That Promote Personal and Social Skills*. Collaborating for Academic, Social, and Emotional Learning. Chicago: CASEL.

Eisen M, Zellman G. L., & Murray D. M. (2003). Evaluating the Lions-Quest "Skills for Adolescence" drug education program. Second-year behavior outcomes. *Addictive Behaviors*, 28(5), 883-897.

Engels, R. C., Finkenauer, C., Meeus, W., & Dekovic, M. (2001). Parental attachment and adolescents' emotional adjustment: The associations with social skills and relational competence. *Journal of Counselling Psychology*, 48(4), 428-439.

1^ο ΕΠΑΛ. Άνω Λιοσίων. (2008). Τι είναι η Αγωγή Υγείας. Ημερομηνία ανάκτησης: 13-2-2011. <http://1epal-an-liosion.att.sch.gr/>.

Epkins, C. C. (1998). Parent ratings of children's depression, anxiety, and aggression: A cross-sample analysis of agreement and differences with child and teacher ratings. *Journal of Clinical Psychology*, 52(6), 599-608.

Epstein, J. L. (1995). School/family/community partnerships: caring for the children we

share. *Phi Delta Kappan*, 76(9), 701-712.

Epstein, J. L. (1988). How Do We Improve Programs for Parent Involvement? *Educational Horizons*, 66(2), 58-59.

Epstein, J.L, (1985). Home and school connections in schools of the future: Implications of research on parent involvement. *Peabody Journal of Education*, 62(2), 18-41.

Fauconnier, J., McManus, V., Michelsen, I.S., Parkes, J. & Colver, F.A. (2007). Self-reported quality of life of 8–12-year-old children with cerebral palsy: a cross-sectional European study. *Lancet*, 369, 2171-2178.

Franz, C. E., McClelland, D. C., & Weinberger, J. (1991). Childhood antecedents of conventional social accomplishment in midlife adults: A 36-year prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 586-595.

Gillison, F. B, Standage, M. & SM Skevington (2006). Relationships among adolescents' weight perceptions, exercise goals, exercise motivation, quality of life and leisure-time exercise behaviour: a self-determination theory approach. *Health Education Research*, 21(6), 836-847.

Goleman, D. (1998). *Η συναισθηματική νοημοσύνη. Γιατί το «EQ» είναι πιο σημαντικό από το «IQ»*; . Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Gottman, J.M. (1983). How children become friends. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 43, 2328-2338.

Greshman, F.M. (1981). Social skills training with handicapped children. A Review of *Educational Research*, 51, 139-176.

Hansford, B.C. & Hattie, J.A. (1982). The relationship between self and achievement performance measures. *Review of Educational Research*, 52 (1), 123-142.

Ηλιάδη, Α. (2011). Οι Τέχνες ως παράγοντας διατήρησης και ανάκτησης της

Ψυχικής υγείας του ανθρώπου - Art Therapy, χοροθεραπεία, μουσικοθεραπεία, δραματοθεραπεία». <http://e-psychology.gr/educational-psychology/158>.

Janse, Uiterwaal, Gemke, (2005). Quality of live in chronic illness: perceptions of parents and Paediatricians. *Archives of Disease in Childhood*, 90(5), 486-491.

Jensen, B. B. (2000). Health Knowledge and health education in the democratic health promoting school. *Health Education Journal*, 100(4), 146-153.

Jessor, R. & Jessor, S.L. (1974). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.

Joussef, N. N., Murphy T. G., Langseder A. L., & Rosh, J. R. (2006). Quality of Life for Children With Functional Abdominal Pain: A Comparison Study of Patients' and Parents' Perceptions. *Pediatrics* 117, 54-59.

Joyce, B., Showers, B. & Rolheiser-Bennett, C. (1987). Staff development and student learning: A synthesis of research on models and teaching. *Educational Leadership*, 45, 86-97.

Juniper, E. F., Guyatt, G. H., Feeny, D., Ferrie, P. J., Griffith, L. E., & Townsend, M. (1996). Measuring Quality of Life in Children with Asthma. *Quality of Life Research*, 5, 35-46.

Hair, E. C., Jager, J., & Garrett, S. B. (2002). Helping Teens Develop Healthy Social Skills and Relationships: What the Research Shows about Navigating Adolescence. Ημερομηνία ανάκτησης: 27-10-2010.
<http://www.childtrends.org/Files/K3Brief.pdf>.

Harrist, A, W., Pettit, G. S., Dodge, F, A. & Bates, J. E. (1994). Dyadic synchrony in mother-child interaction: Relation with children's subsequent kindergarten adjustment. *Family Relations*, 43, 417-424.

- Hartalage, L. C. & Green, J. B. (1972). The Relation of Parental Attitudes to Academic and Social Achievement in Epileptic Children. *The Journal of the International League Against Epilepsy*, 13 (1), 21-26.
- Henderson, A. (1988). Parents Are a School's Best Friends. *The Phi Delta Kappan*, 70(2), 148-153.
- Hightower, E. (1990). Adolescent interpersonal and familial precursors of positive mental health at midlife. *Journal of Youth & Adolescence*, 19(3), 257-275.
- 2ο Θερινό Πανεπιστήμιο: Εκπαίδευση και Αειφορία, Ιθάκη, 2007. Ημερομηνία ανάκτησης: 10-2-2011.
http://www.ecocrete.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=3546&Itemid=82.
- Θεοδωράκης, Γ., Χασάνδρα, Μ. (2006). *Σχεδιασμός Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας*. Θεσσαλονίκη: Χριστοδουλίδη.
- IUHPE (International Union for Health Promotion and Education) (2000). The evidence of Health promotion effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe. A report for the European Commission. Paris: Jouve Composition & Impression.
- Kagan, S. L., Moore, E., & Bredekamp, S. (1995). *Reconsidering children's early development and learning: toward common views and vocabulary*. Washington D.C.: National Education Goals Panel.
- Kaminski, J., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2009). A Meta-analytic Review of Components Associated with Parent Training Program Effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 567-589.

Kandel, D. B., Kessler, R. C., & Margulies, R. Z. (1978). Antecedents of Adolescent Initiation into Stages of Drug Use: A Developmental Analysis. *Journal of Young and Adolescence*, 7, 13-40.

Καρασιμοπούλου, Σ. (2010). *Η Επίδραση του Προγράμματος «Αγωγή Υγείας:*

Δεξιότητες για Παιδιά Δημοτικού» στην Αντίληψη των Παιδιών για διαστάσεις της σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής τους. Αδημοσίευτη Μεταπτυχιακή Διατριβή.

Katz, D. L., O'Connell, M., Yeh, M. C., Nawaz, H., Njike, V., Anderson, L. M., Cory, S., & Dietz, W. (2005). Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR Recommendations and Reports*. 54(10), 1-12.

Khan, M. B. (1996). Parental involvement in education: Possibilities and limitations. *School Community Journal*, 6(1), 57-68.

KIDSCREEN: Εκτίμηση και προαγωγή της ποιότητας ζωής σε παιδιά και εφήβους- μια διευρωπαϊκή προσέγγιση της δημόσιας υγείας.

www.neahygeia.gr/downloads/THE_KIDSCREEN_PROGRAMME.pdf.

Κολοβελώνης, Α., Γούδας, Μ., Δημητρίου, Ε., & Γεροδήμος, Β. (2006). Η Επίδραση Ενός Προγράμματος Διδασκαλίας Δεξιοτήτων Ζωής στον Αυτοκαθορισμό των Μαθητών. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 4 (3), 379 – 389.

Κούτσικου, Β., Κυριακίδου, Μ., Πορτσέλη, Α., & Στογιαννίδου, Α.(2005). Η αποτελεσματικότητα προγράμματος πρόληψης σε παιδιά Δημοτικού. *Πρακτικά 10^{ου} Ευρωπαϊκού Συνεδρίου*. Ηράκλειο.

Κουτσοσίμου Μ. - Σαλούστρου Ξ. (2005). Ερευνητικές Προσεγγίσεις και Υποθέσεις

εργασίας για τη διερεύνηση της διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής και του προφίλ της οικογένειας. Ημερομηνία ανάκτησης: 18-10-2010.
www.specialeducation.gr/print.php?sid=283.

Kumpfer, K. L. & Tait, C. M. (2000). Family Skills. Training for Parents and Children. *Juvenile Justice Bulletin*.

Κυρίτση, Ι. & Τσιότρα, Σ. (2004). Ένα μοντέλο ολιστικής προσέγγισης πρωτογενούς πρόληψης στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Η εφαρμογή του σε δημοτικό σχολείο της Αθήνας. *Εξαρτήσεις*, 6, 20-35.

Kwan, S. Y. L., Petersen, P. E., Pine, C. M., & Borutta, A. (2005). Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 677-685.

Lane, K. L., Stanton-Chapman, T., Roorbach Jamison, K., & Phillips, A. (2007). Teacher and Parent Expectations of Preschoolers' Behavior. *Early Childhood Special Education*, 27(2), 86-97.

Lau, K. M., Chow, S. M. K. & Lo, S. K. (2006) Parents' perception of the quality of life of preschool children at risk or having developmental disabilities. *Quality of Life Research*, 15(7), 1133-1141.

Lee, A., Cheng, F. F. K. & Leger, L. St. (2005). Evaluating health-promoting schools in Hong Kong: development of a framework. *Health Promotion International*, 20(2), 177-186.

Leger, St. L. & Nutbeam, D. (2000). Health promotion in schools. In: International Union for Health Promotion and Education (Eds), *The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in Europe* (p. 110-122). Brussels: European Commission.

- Lehman, AF. (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill (QOLI). *Evaluation and Program Planning*, 11, 51-62.
- Lions-Quest Skills for Adolescence. (2011). Ημερομηνία ανάκτησης: 17-2-2011.
<http://www.lionsclubs.org.au/lions-quest/skills%20for%20adolescence.htm>.
- Locklear, E. L., & Mustian, R. D. (1998). Extension-Supported School-Age Care Programs Benefit Youth. *Journal of Extension*, 36(3).
<http://www.joe.org/joe/1998june/rb4.txt>.
- Lumsden, Linda. (1994). Student Motivation to Learn. *Emergency Librarian*, 22 (2), 31-32.
- Moon, A. (1998). *Δεξιότητες για παιδιά Δημοτικού. Εργαστήρια για γονείς*. Αθήνα: ΚΕ.ΘΕ.Α. Π.Ι.
- Morrison, E.F., Kauffman-Rimm S., Pianta R.C, (2003). A longitudinal study of mother-child interactions at school entry and social and academic outcomes in middle school. *Journal of Psychology*, 41(3), 185-200.
- Μπαρδάνης, Ι. & Μπατζακάκης, Δ. (2006). Ποιότητα ζωής παιδιών πασχόντων από υποτροπιάζουσα μέση ωτίτιδα. *Ωτορινολαρυγγολογία - Χειρουργική Κεφαλής & Τραχήλου*: 26, 36-41.
- Μπάφη, Ι., Γιακουμάτου, Ε., Σπυροπούλου, Μ. (2005). Πρόληψη-Εξελίξεις και Παρεμβάσεις. *Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την Κατάσταση των Ναρκατικών και των Οικογενειακών στην Ελλάδα*.
- Μπίκος, Κ. (2004): *Αλληλεπίδραση και κοινωνικές σχέσεις στη σχολική τάξη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Mugno, D., Ruta, L., D' Arrigo, V. G., & Mazzone, L. (2007). Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 22-31.

Νικολάου, Ε. (2005). *Η κοινωνική λειτουργικότητα των παιδιών της μέσης παιδικής ηλικίας στη σχέση τους με τα συνομήλικα παιδιά*. Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Αιγαίου. Ρόδος, Ελλάδα.

Northouse, L., Kershaw, T., Mood, D., & Schafenacker, A. (2005). Effects of a family intervention on the quality of life of women with recurrent breast cancer and their family caregivers. *Psycho-Oncology*, 14(6), 478-491.

Nousi, D., & Christou, A. (2010). Factors affecting the quality of life in children with congenital heart disease. *Health Science Journal*, 4(2), 94-100.

Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., & Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 239-253. <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/239.pdf>.

Openshaw, D. K., Mills, T. A., Adams, G. R., & Durso, D. D. (1992). Conflict resolution in parent-adolescent dyads: The influence of social skills training. *Journal of Adolescent Research*, 7(4), 457-468.

Palmer, B. W. (2010). After School Intervention Programs. Ημερομηνία ανάκτησης: 18-2-2011. http://www.ehow.com/list_6499092_after-school_intervention-progrmas.html.

Παναγιωτάκη-Δαυίδ Κ. (2007). Ποιότητα ζωής σε ασθενείς τελικού σταδίου. Ηθικά διλήμματα στον πόνο και την παρηγορητική ιατρική. Ημερομηνία Ανάκτησης: 27-10-2010. <http://www.grpalliative.org/pdf/quality.pdf>.

Panepinto, J. A., O' Mahar, K., DeBaun, R., Loberiza, F. R., & Scott, P. (2005). Health related quality of life in children with sickle cell disease: child and parent perception. *British Journal of Haematology*, 130(3), 437-444.

Παπάνης, Ε., & Ρουμελιώτου, (2007). Ποιότητα Ζωής. Ημερομηνία ανάκτησης: 3-10-2010. http://epapanis.blogspot.com/2007/09blog_post_5311.html.

- Παπαχαρίσης, Β. (2006). Ο Ρόλος της Σχολικής Φυσικής Αγωγής στη Διδασκαλία Δεξιοτήτων Ζωής. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 4 (2), 198 – 210.
- Parker, J. G., & Asher, S. R., (1997). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102-103.
- Parsons, C., Stears, D., & Thomas, C. (1996). The health promoting school in Europe: conceptualising and evaluating the change. *Health Education Journal*, 55, 311–321.
- Patton, G., Bond, L., Carlin, J., Thomas, L., Butler, H., Glover, S., Catalano, R., & Bowes, G. (2006). Promoting social inclusion in schools: A group-randomized trial on student health risk behavior and well-being. *American Journal of Public Health*, 96(9), 1582-1587.
- Payton, J., Weissberg, R. P., Durlak, J. A., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., Schellinger, K. B., & Pachan, M. (2008). *The Positive Impact of Social and Emotional Learning for Kindergarten to Eighth-Grade Students. Findings from Three Scientific Reviews*. Chicago, IL: Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL).
- Paulus, P. (2009). Alliance for Sustainable SchoolHealth and Education. In hitman C.V & Aldiner, C. E. (Eds), *Case Studies in Global School Health Promotion*. Newton: Springer.
- Peppler, D. J., Craig, W. M., & Roberts, W. L. (1995). Social skills training and aggression in the peer group. In: J. McCord (Eds), *Coercion and Punishment in Longterm Perspective* (pp. 213-228). New York: Cambridge University Press.
- Pettit, G. S., & Harrist, A. W. (1993). Children's possessive and socially unsaved playground behavior with peers: Origins in early family relations. In C. H. Hart (Eds), *Children on playgrounds: Research perspectives and*

applications, (pp. 240-270). Albany: State University of New York Press.

Pettit, G. S., Harrist, A. W., Bates, J. E., & Dodge, K. A. (1991). Family interaction, social cognition, and children's subsequent relations with peers at kindergarten. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 383-402.

Pettit, G. S., & Mize, J. (1993). Substance and style: Understanding the ways in which parents teach children about social relationships. In S. Duck (Eds), *Understanding relationship processes* (pp. 118-151). Learning about relationships. Newbury Park, CA: Sage.

Piquero, A. R., Farrington, D. P., Brandon, W. C., Tremblay, R., & Wesley, G. J. (2010). Effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. *Journal of Experimental Criminology*, 5(2), 83-120.

Πολλάτου, Ε. (2003). Βασικά Στοιχεία Προγραμμάτων Γενικής Γυμναστικής με Στόχο την Πολύπλευρη Ανάπτυξη Κινητικών και Κοινωνικών Δεξιοτήτων σε Παιδιά Ηλικίας 4-8 Ετών. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 1(3), 238-243.

Pomarentz, E. M., & Mooreman, E. A. (2007). The How, Whom, and Why of Parents' Involvement in Children's Academic Lives: More Is Not Always Better. *Review of Educational Research*, 77(3), 373-410.

Putallaz, M. (1987). Maternal behavior and children's sociometric status. *Child Development*, 58, 324-340.

Ravens-Sieberer, U., Beckers, M., & Bullinger, M. (1999). Health Related Quality of Life (HRQOL) and Health Behaviour in Schoolchildren - An epidemiological survey. The 6th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research (ISOQOL). *Quality of Life Research*, 5 (7), 563.

- Resnick, M, Harris, L., & Blum, R. (1993). The impact of caring and connectedness on adolescent health and well-being. *Journal of Pediatric Child Health*, 29(1), 3-9.
- Rinn, R. C., & Markle, A. (1979). Modification of social skill deficits in children. In: *Research and practice in social skill training* (pp. 107-129). New York: Plenum Press.
- Robitail, S., Simeoni, M. C., Ravens-Sieberer, U., Bruil, J., Auquier, P. (2007). Children proxies' quality-of-life agreement depended on the country using the European KIDSCREEN-52 questionnaire. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(5), 469.
- Ross, R., Zeller, R., Srisaeng, P., Yimmee, S., Sawatphanit, W. & Somchid, S. (2006). Self-Esteem, Parent-Child Interaction, Emotional Support, and Self-Perception among Thai Undergraduate Nursing Students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 3(1), 120-126.
- Rubin, K.H., LeMare, L.J. & Lollis, S. (1990). Social withdrawal in childhood: developmental pathways to peer rejection. In: S. R. Asher, & L.D. Coice (Eds.) *Peer rejection in childhood* (pp. 217-252). Cambridge: Cambridge University Press.
- Σαππής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογίας της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Segrin, C. (2000). Social Skills Deficits associated with Depression. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 379-403.
- Segrin, C. (2001). Social Skills Social Skills and Negative Life Events: Testing the Deficit Stress Generation Hypothesis. *Current Psychology*, 20(1), 19-35.
- Schultz, Th. (1968). *Capital Human*. International Encyclopedia of Human Sciences. New York: Free Press.
- Smith, P.K., & Sharp, S. (1994). *School bullying: Insights and perspectives*. London:

Routledge.

Solomon, D., Battistich, V., Watson, M., Scaps, E., & Lewis, C. (2000). A six-district study of educational change: Direct and mediated effects of the child development project. *Social Psychology of Education*, 4, 3-51.

Spence, S. H., Donovan, C. & Brechman-Toussaint, M. (2000). The Treatment of Childhood Social Phobia: The Effectiveness of a Social Skills Training-based, Cognitive-behavioural Intervention, with and without Parental Involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41, 713-726.

Steelman, L. M., Assel, M. A., Swank, P. R., Smith, K. E. & Landry, S. H. (2002). Early maternal warm responsiveness as a predictor of child social skills: Direct and indirect paths of influence over time. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 23(2), 135-156.

Stern, R. (2011). Social and Emotional Learning: What is it? How can we use it to help our children? Ημερομηνία ανάκτησης: 13-2-2011.
http://www.aboutourkids.org/articles/social_emotional_learning_what_it_how_can_we_use_it_help_our_children.

Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting school approach?* Copenhagen: WHO.

Stewart-Brown, S. (2001). Evaluating health promotion in schools. In: International Union for Health Promotion and education (Eds), *The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in Europe* (pp. 110-122). Brussels: European Commission.

St Leger, L. H. & Nutbeam, D. (2000a). Research in health promoting schools. *Journal of School Health*, 70, 257-259.

St Leger, L. H. & Nutbeam, D. (2000b) A model for mapping linkages between

health and education agencies to improve school health. *Journal of School Health*, 70, 45–50.

Strassberg, Z., Dodge, F. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1994). Spanking in the home and children's subsequent aggression toward kindergarten peers. *Development and Psychopathology*, 6, 445-462.

Ταναΐνη, Σ., (2007). Τι σημαίνει να διδάσκεις α ξ ί ε ς σήμερα. Εφημερίδα του Ομίλου Επιμόρφωσης Γονέων (Βροντάδος Χίου) «Τα παιδιά μας κι εμείς» φ. 110. Ημερομηνία ανάκτησης: 14-11-2010.
<http://www.cpe.gr/periodiko/axies.pdf>.

Τσαούση, Α. (2006). Εργασία και απασχόληση: Διαφορές και ομοιότητες των δύο φύλων. Ημερομηνία ανάκτησης: 19-1-2011. www.phs.uoa.gr/~ahatzis/SGH15.pdf.

Τσαρούδη, Χ. 2007. Πρόγραμμα «Καλλιπάτειρα». Ημερομηνία ανάκτησης: 12-2-2011.
<http://dim-sapon.rod.sch.gr>.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. In N. Fox (Eds.). *The Development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 23-32.

Το Εκπαιδευτικό Σύστημα / Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση / Αγωγή Υγείας. Ημερομηνία ανάκτησης: 13-2-2011. http://www.ypepth.gr/el_ec_page413.htm.

Toshiyuki, S., Toru, U., Maho, K., Sui, W. T., Saburo, T. (200). Effects of gender difference and birth order on perceived parenting styles, measured by the EMBU scale, in Japanese two-sibling subjects. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54 (1), 77.

Τούντας, Γ., & Τσιαντής, Γ. (2005). Εγχειρίδιο Ερωτηματολογίων Kidscreen για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία των παιδιών και των εφήβων. Η διευρωπαϊκή προσέγγιση του προγράμματος KIDSCREEN.

Υγεία και Ασθένεια. Ψυχολογικές Διεργασίες. Αθήνα: Λιβάνη.

Τρίγκα, Ν. (2007). Παιδεία σε νευρική κρίση. Ημερομηνία ανάκτησης: 13-2-2011.

<http://www.kantas.gr/author/antystein/page/3/>.

Τσακιράκης, Ν. & Παπαρούνας, Η. (2001). Οικογενειακές και κοινωνικές πηγές σχολικής αποτυχίας. *Επιστήμες Αγωγής*, 2-3, 139-148.

Young, I. (2005). Health promotion in schools – a historical perspective. *Promotion Education*, 12(3-4), 112-117.

Φλουρής Γ. (1989). *Αυτοαντίληψη σχολική επίδοση και επίδραση των γονέων*.
Αθήνα: Γρηγόρη.

Verna, M.A., (1996). *The relationship between the home environment and the academic self-conception and involvement of gifted high school students*.
Unpublished Doctoral Dissertation, St. John's University. New York.

Von Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L., Bisegger, C., Ravens-Sieberer, U., & the European KIDSCREEN group. (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *Journal of Epidemiology Community Health* 60(2), 130-135.

Χαλκιαδάκης, Γ. (2007). Αυτοδιοίκηση και ποιότητα ζωής παιδιών και εφήβων.
Ημερομηνία ανάκτησης: 16-2-2011. <http://www.filopolis.gr/texts/via.pdf>.

Χατζηχρήστου, Χ., & Hopf, D. (2008). Εκτίμηση της συμπεριφοράς μαθητών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης από τους συνομηλίκους τους. Ημερομηνία ανάκτησης: 16-2-2011. <http://openarchives.gr/view/228525>.

Χατζηχρήστου, Χ. (2003). *Κοινωνική και Συναισθηματική Αγωγή στο Σχολείο*.
Αθήνα: Χορηγός Ίδρυμα Λεβέντη.

- Χατζηχρήστου, Χ., & Hopf, D. (1992). Αυτοαντίληψη μαθητών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, 17, 253-277.
- Wagner, T. & Sconyers, N. (1996). *"Seeing" the school reform elephant: Connecting policy makers, parents, practitioners, and students*. Office of Educational Research and Improvement: Washington, DC.
- Wasanga, P.M. (1998). Case study 1: Parent's and pupils' knowledge and expectations. Ημερομηνία ανάκτησης: 16-2-2011.
<http://siteresources.worldbank.org/INTLM/214578-1103217503703/20295555/VETKenya.pdf>.
- Wechsler, H., Devereaux, R. S., Davis, M., & Collins, J. (2000). Using the school environment to promote physical activity and healthy eating. *Preventive Medicine*, 31(2), 121-137.
- Welsch, A. J., & Bierman, L.K. (1998). *Social Competence*. Gale Encyclopedia of Childhood and Adolescence.
- WHO (2007). Constitution of the World Health Organization. Ημερομηνία ανάκτησης: 25-11-2010. <http://www.who.int/world-health-day/previous/2007/en/index.html>.
- Williams, J., Wake, M., Hesketh, K., Maher, E., & Waters, E. (2005). Health-Related Quality of Life of Overweight and Obese Children. *Journal of the American Medical Association*, 293(1), 70-76.
- World Health Organization. (1999). Partners in life skills education. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Department of Mental Health. Wyatt.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Αρ. Ερωτηματολογίου □ □ □

ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ
& ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
με τίτλο “Άσκηση και Ποιότητα Ζωής” των
ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ & ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
Ζερβουδάκη Ελένη

Υπεύθυνη καθηγήτρια: Δέρρη, Βασιλική (Επ. Καθηγήτρια)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ (ανώνυμο)

Αγαπητοί γονείς!

Στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής μου διατριβής πραγματοποιώ μια έρευνα, με αφορμή το εκπαιδευτικό πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, «Δεξιότητες για παιδιά δημοτικού», που πραγματοποιείται στο σχολείο σας, με θέμα **«Κοινωνικές δεξιότητες-Ποιότητα ζωής: Στάσεις και αντιλήψεις γονέων ως προς την ποιότητα ζωής των παιδιών τους»**. Για τη σωστή διεξαγωγή της έρευνας, θεωρούμε ότι πιο αρμόδια άτομα είναι οι ίδιοι οι γονείς, αφού η έρευνά μας μελετά τις αντιλήψεις των γονέων. Πήραμε, λοιπόν, το θάρρος να ζητήσουμε τη γνώμη σας.

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας στοχεύει στη συλλογή πληροφοριών, από εσάς τους γονείς, για την αντίληψη που έχετε και τις πρακτικές που εφαρμόζετε πάνω στην ποιότητα ζωής των παιδιών σας.

Η έρευνα αυτή δεν είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί χωρίς τη δική σας συμβολή. Για να έχουν, όμως, εγκυρότητα και αξιοπιστία τα συμπεράσματα που θα προκύψουν, θα σας παρακαλούσαμε να απαντήσετε με **ειλικρίνεια** και **υπευθυνότητα** στις διάφορες ερωτήσεις που ακολουθούν. Θα σας παρακαλούσαμε, ακόμη **να μην αφήσετε ερωτήσεις αναπάντητες**. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Σημειώστε με ένα ✓ αυτό που σας εκφράζει καλύτερα.

Σας υπενθυμίζουμε, τέλος, ότι το ερωτηματολόγιο είναι **εμπιστευτικό** και **ανώνυμο** και γι' αυτό δε θα πρέπει να έχετε κανένα δισταγμό να γράψετε αυτό που πραγματικά πιστεύετε. Προορίζετε αποκλειστικά για ερευνητική χρήση. Αφού συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο, όσο το δυνατόν συντομότερα, σας παρακαλούμε να το δώσετε στα παιδιά σας για να το παραλάβουμε εμείς από αυτά.

Σας ευχαριστώ πολύ εκ των προτέρων, για το χρόνο που αφιερώσατε να απαντήσετε στο ερωτηματολόγιο. Σας εύχομαι οι προσπάθειες που καταβάλλετε για την ολοκλήρωση της προσωπικότητας του παιδιού σας να αποδώσουν τους επιθυμητούς, για σας καρπούς.

*Με εκτίμηση
Ζερβουδάκη Ελένη*

Ημερομηνία: _____ Μήνας Χρόνος

Αγαπητοί Γονείς,

Πώς είναι το παιδί σας; Πως νιώθει; Αυτά είναι τα πράγματα που θα θέλαμε να μάθουμε από σας.

Παρακαλούμε απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις με βάση ότι γνωρίζετε. Προσέξτε να είστε βέβαιοι ότι οι απαντήσεις σας αντανακλούν τις απόψεις του παιδιού σας. Σας παρακαλούμε προσπαθήστε να θυμηθείτε τις εμπειρίες του παιδιού σας κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας...

Ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο;

1.

☐ Μητέρα

☐ Πατέρας

☐ Θετή Μητέρα / σύντροφος του Πατέρα

☐ Θετός Πατέρας / σύντροφος της Μητέρας

☐ Άλλος Ποιος/α; _____

Πόσο χρονών είναι το παιδί σας; (το παιδί για το οποίο γίνεται η συνέντευξη)

2.

_____ χρονών

Το παιδί σας (το παιδί για το οποίο γίνεται η συνέντευξη) είναι κορίτσι ή αγόρι;

3.

☐ κορίτσι

☐ αγόρι

Πόσο ψηλό είναι το παιδί σας; (χωρίς παπούτσια)

4.

_____ εκατοστά

5.

Πόσο ζυγίζει το παιδί σας; (χωρίς ρούχα)

_____ κιλά

6.

Ποιο είναι το μορφωτικό επίπεδο και των δύο γονέων;

☐ Μητέρα

☐ Γνώσεις Δημοτικού

☐ Γνώσεις Γυμνασίου

☐ Γνώσεις Λυκείου

☐ Τεχνολογική Σχολή

☐ Πανεπιστημιακή Σχολή

☐ Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό δίπλωμα

☐ Πατέρας

☐ Γνώσεις Δημοτικού

☐ Γνώσεις Γυμνασίου

☐ Γνώσεις Λυκείου

☐ Τεχνολογική Σχολή

☐ Πανεπιστημιακή Σχολή

☐ Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό δίπλωμα

7.

Ποιο είναι το επάγγελμα και των δύο γονέων;

☐ Μητέρα

☐ Ελεύθερο επάγγελμα

☐ Πατέρας

☐ Ελεύθερο επάγγελμα

- | | |
|--|--|
| ☐ Δημόσιος Υπάλληλος | ☐ Δημόσιος Υπάλληλος |
| ☐ Απασχόληση στο σπίτι | ☐ Απασχόληση στο σπίτι |
| ☐ Ιδιωτικός Υπάλληλος | ☐ Ιδιωτικός Υπάλληλος |
| ☐ Γεωργική Απασχόληση | ☐ Γεωργική Απασχόληση |
| ☐ Βιομηχανικός εργάτης/τρια | ☐ Βιομηχανικός εργάτης/τρια |
| ☐ Άνεργος/η αυτή την περίοδο | ☐ Άνεργος/η αυτή την περίοδο |

8.

Ποια είναι η καταγωγή και των δύο γονέων:

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Μητέρα | ☐ Πατέρας |
| ☐ Ελληνική | ☐ Ελληνική |
| ☐ Αλβανική | ☐ Αλβανική |
| ☐ Βουλγαρική | ☐ Βουλγαρική |
| ☐ Γερμανική | ☐ Γερμανική |
| ☐ Αγγλική | ☐ Αγγλική |
| ☐ Σκανδιναβική | ☐ Σκανδιναβική |
| ☐ Άλλη | ☐ Άλλη |

9.

Ποια ήταν η επίδοση του παιδιού σας την προηγούμενη χρονιά;

- ☐ Μόνο «δέκα»
- ☐ Περισσότερα «δέκα» και 1-3 «εννιά»
- ☐ Περισσότερα «εννιά»
- ☐ Περισσότερα «οκτώ»

☐ Χαμηλότερη βαθμολογία

Ποια η οικογενειακή σας κατάσταση;

10.

☐ Έγγαμος-η

☐ Διαζευγμένος-η

☐ Σε διάσταση

☐ 2^{ος} γάμος

☐ Χήρος-α

Ποια η θέση του παιδιού σας στη σειρά γέννησης των παιδιών σας;

11.

☐ Είναι το 1^ο παιδί

☐ Είναι το 2^ο παιδί

☐ Είναι το 3^ο παιδί

☐ Είναι σε ύστερη σειρά

☐ Είναι δίδυμος-η.

Πόσο χρονών είναι ο κάθε γονέας;

12.

☐ Μητέρα

☐ Πατέρας

☐ 20-25

☐ 20-25

☐ 26-35

☐ 26-35

☐ 36-47

☐ 36-47

☐ 48 και άνω

☐ 48 και άνω

1. Σωματικές Δραστηριότητες και Υγεία

Σε γενικές γραμμές, πώς θα αξιολογούσε το παιδί σας την υγεία του;

1.

☐ άριστη

☐ πολύ καλή

☐ καλή

☐ μέτρια

☐ κακή

Έχοντας στο μυαλό σας την περασμένη εβδομάδα ...

καθόλου λίγο μέτρια πολύ υπερβολικά

Ένιωθε το παιδί σας σε φόρμα κ' υγιές;

υπερβολικά

2.

καθόλου λίγο μέτρια πολύ υπερβολικά

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ήταν το παιδί σας σωματικά δραστήριο

υπερβολικά

3. (π.χ. τρέξιμο, σκαρφάλωμα, ποδηλασία);

καθόλου λίγο μέτρια πολύ υπερβολικά

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Μπορούσε το παιδί σας να τρέχει καλά;

υπερβολ

4.

καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	ικά
☐	☐	☐	☐	☐

Έχοντας στο μυαλό σας την περασμένη εβδομάδα ...

ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
------	--------	-----------------	---------------	-------

5. Ένιωθε το παιδί σας γεμάτο από ενέργεια;

ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
☐	☐	☐	☐	☐

2. Συναισθήματα

Έχοντας στο μυαλό σας την περασμένη εβδομάδα ...

καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολ ικά
---------	------	--------	------	----------------

Ήταν η ζωή του παιδιού σας ευχάριστη;

υπερβολ

1.

καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	ικά
☐	☐	☐	☐	☐

Ένιωθε ευχαριστημένο το παιδί σας που

υπερβολ

2. ζούσε;

καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	ικά
☐	☐	☐	☐	☐

Ένιωθε το παιδί σας ικανοποιημένο από

υπερβολ

3. τη ζωή του;

καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	ικά
☐	☐	☐	☐	☐

Έχοντας στο μυαλό σας την περασμένη εβδομάδα ...

ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
------	--------	-----------------	---------------	-------

	Είχε το παιδί σας καλή διάθεση;	ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
4.		☐	☐	☐	☐	☐
	Ήταν το παιδί σας κεφάτο;	ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
5.		☐	☐	☐	☐	☐
	Διασκεδάζε το παιδί σας;	ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
6.		☐	☐	☐	☐	☐

3. Γενική Διάθεση

Έχοντας στο μυαλό σας την περασμένη εβδομάδα ...

		ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
1.	Ένωθε το παιδί σας ότι τα κάνει όλα στραβά;	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Ένωθε το παιδί σας λυπημένο;	☐	☐	☐	☐	☐
3.	Ένωθε το παιδί σας τόσο άσχημα που να μην θέλει να κάνει τίποτα;	☐	☐	☐	☐	☐
4.	Ένωθε το παιδί σας ότι όλα στη ζωή του πάνε λάθος;	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Ένωθε το παιδί σας μπουχτισμένο;	☐	☐	☐	☐	☐

6.	Ένωθε το παιδί σας μοναξιά;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
7.	Ένωθε το παιδί σας πιεσμένο;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐

4. Τα Συναισθήματα του Παιδιού σας

Έχοντας στο μυαλό σας την περασμένη εβδομάδα ...

		ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
1.	Ένωθε το παιδί σας ευχαριστημένο από το πως είναι;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
2.	Ήταν το παιδί σας ευχαριστημένο με τα ρούχα του;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
3.	Ανησυχούσε το παιδί σας για την εμφάνιση του;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
4.	Ένωθε το παιδί σας ζήλια για την εμφάνιση άλλων αγοριών και κοριτσιών;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
5.	Ήθελε το παιδί σας να αλλάξει κάτι στο σώμα του;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐

5. Ελεύθερος Χρόνος

Έχοντας στο μυαλό σας την περασμένη εβδομάδα ...

	ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
1. Είχε το παιδί σας αρκετό χρόνο για τον εαυτό του;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
2. Μπορούσε το παιδί σας να κάνει τα πράγματα που θέλει να κάνει τον ελεύθερο του χρόνο;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
3. Είχε το παιδί σας αρκετές ευκαιρίες να βρίσκεται έξω;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
4. Είχε το παιδί σας αρκετό χρόνο για να συναντά φίλους;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
5. Μπορούσε το παιδί σας να επιλέγει τι θα κάνει τον ελεύθερο του χρόνο;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐

6. Οικογένεια και Ζωή στο Σπίτι

Έχοντας στο μυαλό σας την
παρασυσμένη εβδομάδα ...

	καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά
1. Το παιδί σας ένιωθε ότι οι γονείς/ός του το καταλάβαιναν;	καθόλου ☐	λίγο ☐	μέτρια ☐	πολύ ☐	υπερβολικά ☐

2.	Το παιδί σας ένιωθε ότι οι γονείς/ός του το αγαπάνε;	υπερβολ				
		καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	ικά
		☐	☐	☐	☐	☐

Έχοντας στο μυαλό σας την περασμένη εβδομάδα ...

		ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
3.	Το παιδί σας ήταν ευτυχισμένο στο σπίτι;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
4.	Το παιδί σας ένιωθε ότι οι γονείς/ός είχαν αρκετό χρόνο γι' αυτό;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
5.	Το παιδί σας ένιωθε ότι οι γονείς/ός του φέρονταν δίκαια;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
6.	Το παιδί σας μπορούσε να μιλήσει στους γονείς/ό του όταν το ήθελε;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐

7. Οικονομικά Θέματα

Έχοντας στο μυαλό σας την περασμένη εβδομάδα ...

		ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
1.	Είχε το παιδί σας αρκετά χρήματα να κάνει τα ίδια πράγματα με τους φίλους του;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐

2.	Ένωσε το παιδί σας ότι είχε αρκετά χρήματα για τα έξοδα του;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
----	--	-------------------------------	---------------------------------	--	--	--------------------------------

Έχοντας στο μυαλό σας την περασμένη εβδομάδα ...

		καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά
3.	Νιώθει το παιδί σας ότι έχει αρκετά χρήματα για να κάνει πράγματα με τους φίλους του;	καθόλου ☐	λίγο ☐	μέτρια ☐	πολύ ☐	υπερβολικά ☐

8. Φίλοι

Έχοντας στο μυαλό σας την περασμένη εβδομάδα ...

		ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
1.	Περνούσε το παιδί σας χρόνο με τους φίλους του;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
2.	Έκανε το παιδί σας πράγματα με άλλα κορίτσια και αγόρια;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
3.	Διασκεδάζε το παιδί σας με τους φίλους του;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
4.	Το παιδί σας και οι φίλοι του βοηθούσαν ο ένας τον άλλον;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
5.	Μπορούσε το παιδί σας να μιλήσει για τα	ποτέ	σπάνια	αρκετά	πολύ	πάντα

πάντα με τους φίλους του;

☐ ☐ συχνά συχνά ☐
☐ ☐

Μπορούσε το παιδί σας να βασιστεί στους
6. φίλους του;

ποτέ σπάνια αρκετά πολύ πάντα
☐ ☐ συχνά συχνά ☐
☐ ☐

9. Σχολείο και Μάθηση

Έχοντας στο μυαλό σας την περασμένη
εβδομάδα ...

- | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | υπερβολικά |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Ήταν το παιδί σας χαρούμενο στο σχολείο; | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Τα πήγαινε το παιδί σας καλά στο σχολείο; | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Ήταν το παιδί σας ικανοποιημένο από τους καθηγητές του; | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Έχοντας στο μυαλό σας την περασμένη
εβδομάδα ...

- | | ποτέ | σπάνια | αρκετά συχνά | πολύ συχνά | πάντα |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4. Μπορούσε το παιδί σας να προσέχει στο μάθημα; | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Άρεσε στο παιδί σας που πήγαινε στο σχολείο; | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

			☐	☐	
6.	Τα πήγαινε το παιδί σας καλά με τους καθηγητές του;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐
					πάντα ☐

10. Το Παιδί σας και οι Άλλοι

Έχοντας στο μυαλό σας την περασμένη
εβδομάδα ...

		ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
1.	Φοβόταν το παιδί σας τα άλλα κορίτσια και αγόρια;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
2.	Κορόϊδευαν το παιδί σας τα άλλα κορίτσια και αγόρια;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
3.	Φοβέριζαν το παιδί σας τα άλλα κορίτσια και αγόρια;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐