



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

Μονοπάτια της υγείας στο σχολείο:

**η εμπειρία των εκπαιδευτικών, η οπτική των γονέων και η συνεργασία
εκπαιδευτικών με ειδικούς από το χώρο της υγείας, στην υλοποίηση προγραμμάτων
αγωγής υγείας στο σχολείο.**

Δημητριάδης Ι. Δημήτριος

Εξεταστική Επιτροπή

1. Σαραφίδου Γιασεμή Όλγα, Καθηγήτρια ΠΤΔΕ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (Επιβλέπουσα)
2. Κουνάρη - Κωλέτση Χαριτίνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Προληπτικής και Κοινωνικής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (Μέλος Συμβουλευτικής Επιτροπής)
3. Λουμάκου Μαρία, Καθηγήτρια ΠΤΔΕ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (Μέλος Συμβουλευτικής Επιτροπής)
4. Ανδρέου Ελένη, Καθηγήτρια του Π.Τ.Δ.Ε. του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
5. Γκόβαρης Χρήστος, Καθηγητή του Π.Τ.Δ.Ε. του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
6. Κλεφτάρας Γεώργιος, Αναπλ. Καθηγητή του Π.Τ.Ε.Α. του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
7. Τσέλιου Ελευθερία, Επίκουρη Καθηγήτρια του Π.Τ.Π.Ε. του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Βόλος, 2015

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	7
Περίληψη	10
Summary	13
Εισαγωγή	16
Κεφάλαιο 1. Η έννοια της υγείας, μέσα στον χρόνο	22
Κεφάλαιο 2. Αγωγή και προαγωγή της υγείας	25
2.1 Η έννοια της αγωγής υγείας.....	25
2.2 Η έννοια της προαγωγής της υγείας	27
2.3 Κίνδυνοι για την υγεία των παιδιών και η σημασία του σχολείου	29
Κεφάλαιο 3. Αγωγή και προαγωγή της υγείας στο σχολικό περιβάλλον	32
3.1 Το σχολείο ως ιδανικό περιβάλλον για την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας	32
3.2 Περιεχόμενο της Σχολικής Αγωγής Υγείας.....	33
3.3 Πηγές έντασης και κριτική για την Σχολική Αγωγή Υγείας.	34
3.4 Από τη Σχολική Αγωγή Υγείας στα Σχολεία Προαγωγής της Υγείας	37
3.5 Στόχοι και χαρακτηριστικά των Σχολείων Προαγωγής της Υγείας	39
3.6 Αποτελεσματικότητα του θεσμού των Σχολείων Προαγωγής της Υγείας	41
3.7 Ο νέος ρόλος του σχολείου στα προγράμματα Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας	42
Κεφάλαιο 4. Εκπαιδευτικοί και Σχολική Αγωγή Υγείας.....	46
4.1 Εκπαιδευτικοί και ζητήματα υγείας στο σχολικό περιβάλλον	46
4.2 Ο ρόλος των εκπαιδευτικών στα προγράμματα Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας	48
4.3 Συμμετοχή των εκπαιδευτικών στα προγράμματα Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας	51
Κεφάλαιο 5. Συνεργασίες για την υγεία στο σχολικό περιβάλλον	58
5.1 Η αναγκαιότητα συνεργασιών για τα θέματα υγείας στο σχολείο	58
5.2 Επαγγελματίες της υγείας και σχολικό περιβάλλον	60
5.3 Γονείς και Σχολική Αγωγή Υγείας	62
Κεφάλαιο 6. Η κατάσταση στην Ελλάδα.....	66

Κεφάλαιο 7. Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα	71
Κεφάλαιο 8. Μεθοδολογία.....	75
8.1 Η επιλογή της ποιοτικής προσέγγισης	75
8.2 Μεθοδολογικές επιλογές για τα τρία, επιμέρους, ερευνητικά έργα.....	78
8.3 Φαινομενολογική Έρευνα για την εμπειρία των εκπαιδευτικών	79
8.3.1 Οι συνεντεύξεις ως εργαλείο συλλογής υλικού: τύπος συνέντευξης	81
8.4 Έρευνα-Δράση για τη συνεργασία εκπαιδευτικών και υγειονομικών.....	83
8.4.1 Η χρήση των ημερολογίων ως ερευνητικών εργαλείων	86
8.5 Συμμετοχική Αφηγηματική Διερεύνηση για την έρευνα με τους γονείς.....	87
8.5.1 Οι αφηγήσεις ως ερευνητικό εργαλείο	92
8.5.2 Οι Κύκλοι Αφηγήσεων	93
Κεφάλαιο 9. Οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας	96
9.1 Σχεδιασμός της έρευνας.....	96
9.1.1 Επιλογή δείγματος	96
9.1.2 Οδηγός και βασικές ερωτήσεις για τις συνεντεύξεις.....	97
9.1.3 Διαδικασία προσπέλασης των εκπαιδευτικών και πρωτόκολλο επικοινωνίας	98
9.2 Αποτελέσματα.....	100
9.2.1 Κινητοποίηση των εκπαιδευτικών για εμπλοκή τους στα Προγράμματα Σχολικής Αγωγής Υγείας.....	101
9.2.1.1 Παράγοντες παρακίνησης.....	102
9.2.1.1.1. Προϊστάμενες Αρχές.....	102
9.2.1.1.2. Επιμόρφωση.....	103
9.2.1.1.3. Οικονομικές απολαβές.....	105
9.2.1.1.4. Χαρακτήρας / Προσωπικότητα.....	105
9.2.1.1.5. Προσωπικά βιώματα.....	106
9.2.1.1.6. Χρησιμότητα των προγραμμάτων για τα παιδιά.....	107
9.2.1.1.7. Εναλλακτικοί τρόποι διδασκαλίας / μη τυπική μάθηση	108
9.2.1.2 Ανασταλτικοί παράγοντες	109
9.2.1.2.1. Έλλειψη χρόνου	110
9.2.1.2.2. Επιπλέον φόρτος.....	111

9.2.1.2.3. Η σημασία της αγωγής υγείας και ο ρόλος του δασκάλου	112
9.2.2 Τρόποι αντιμετώπισης των δυσκολιών κατά την εφαρμογή των προγραμμάτων	114
9.2.2.1. Αποτελεσματική διαχείριση του χρόνου απέναντι στην «πίεση της ύλης»	114
9.2.2.2. Η εκπαίδευση και η εμπειρία στην αγωγή υγείας απέναντι στις απαιτήσεις των προγραμμάτων	115
9.2.2.3. Το «μεράκι» απέναντι στην απουσία στήριξης και ανατροφοδότησης από τις αρμόδιες αρχές	119
9.2.3 Οφέλη και αποτελέσματα από την εφαρμογή των προγραμμάτων	124
9.2.3.1. Βελτίωση και προσωπική ανάπτυξη	124
9.2.3.2. Καλύτερη εκπαιδευτική διαδικασία	125
9.2.3.3. Θετική ανταπόκριση των μαθητών	125
9.2.3.4. Ικανοποίηση των εκπαιδευτικών	126
9.2.3.5. Παραδοσιακή διδασκαλία και σχολική αγωγή υγείας	127
9.2.3.6. Η απουσία συνέχειας	128
9.2.3.7. Αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων	128
9.2.4 Σχολικό κλίμα και προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας	129
9.2.4.1. Οι σχέσεις με τους άλλους εκπαιδευτικούς	129
9.2.4.2. Οι σχέσεις με τους γονείς	130
9.2.4.3. Ο ρόλος της διεύθυνσης	132
9.3 Σύνοψη	135
9.4 Περιορισμοί της έρευνας	138
Κεφάλαιο 10. Συνεργασία εκπαιδευτικών και υγειονομικών: μια Έρευνα-Δράση	140
10.1 Η επιλογή της μεθόδου Έρευνα-Δράση	140
10.2 Πρώτο Στάδιο: Σχεδιασμός	142
10.2.1 Εντοπισμός μιας προβληματικής όψης και προσδιορισμός ερευνητικού ερωτήματος	142
10.2.2 Αναδρομή στη βιβλιογραφία	144
10.2.3 Συλλογή δεδομένων - Επιτόπια έρευνα στα δημοτικά σχολεία Λοκρίδας ..	145

10.2.3.1 Αποτελέσματα από την επιτόπια έρευνα στα δημοτικά σχολεία Λοκρίδας.....	146
10.3 Δεύτερο στάδιο: Εφαρμογή της Δράσης	151
10.3.1 Προσδιορισμός και οργάνωση της Δράσης	151
10.3.1.1 Η επιλογή της εφαρμογής προγράμματος αγωγής στοματικής υγείας σε μαθητές της Α΄ Δημοτικού και η συγκρότηση της Ομάδας για το Πρόγραμμα (ΟΠ).....	151
10.3.1.2 Οι στόχοι του προγράμματος και της Δράσης.....	152
10.3.1.3 Σχεδιασμός δράσεων.....	153
10.3.1.4 Τα εργαλεία συλλογής δεδομένων από την εφαρμογή της Δράσης .	154
10.3.1.5 Λίγα λόγια για το 15ο Δημοτικό Σχολείο Αθηνών και την Α΄ τάξη	155
10.3.2 Υλοποίηση του προγράμματος	155
10.3.3 Αποτελέσματα από την εφαρμογή της Δράσης.....	159
10.3.3.1. Η δημιουργία της βάσης για συνεργασία.....	159
10.3.3.2. Η διαχείριση της τάξης	162
10.3.3.3. Ο εμπλουτισμός του εκπαιδευτικού έργου	166
10.3.3.4. Η επίδραση της παρέμβασης σε γονείς και παιδιά	170
10.4 Τρίτο Στάδιο: Αναστοχασμός.....	175
Κεφάλαιο 11. Γονείς και ζητήματα υγείας στο σχολικό περιβάλλον.....	182
11.1 Σχεδιασμός της έρευνας.....	182
11.2 Εφαρμογή της έρευνας.....	183
11.2.1 1 ^ο Στάδιο: Επιλογή των γονέων και πρωτόκολλο επικοινωνίας για τον Κύκλο Αφηγήσεων	184
11.2.2 2ο Στάδιο: Ο Κύκλος Αφηγήσεων (Συλλογή).....	184
11.2.3 3ο Στάδιο: Επεξεργασία των αφηγήσεων (Συλλογή)	185
11.2.4 4ο Στάδιο: Επιλογή των γονέων και πρωτόκολλο επικοινωνίας για την άσκηση νοσηματοδότησης των αφηγήσεων	186
11.2.5 5ο Στάδιο: Πραγματοποίηση της άσκησης «Συστατικά των Ιστοριών» (Νοσηματοδότηση).....	187
11.2.6 6ο Στάδιο: Συλλογή δεδομένων από τη Μήτρα Δεδομένων (Επιστροφή) ..	189
11.3 Αποτελέσματα.....	191

11.3.1. Σφαιρική αντίληψη για την υγεία και προστασία της αξιοπρέπειας.....	191
11.3.2. Πηγές προβλημάτων σε σχέση με τα ζητήματα υγείας	192
11.3.3. Οι «διαφορετικές φωνές» και η στρατηγική διαχείρισης των προβλημάτων	196
11.4 Συζήτηση.....	200
11.5 Περιορισμοί της έρευνας	204
Κεφάλαιο 12. Γενικά συμπεράσματα και προτάσεις.....	206
12.1 Σύνθεση.....	206
12.2 Προτάσεις	213
Βιβλιογραφία	219
Παράρτημα Α. Πρόσκληση σε εκπαιδευτικούς για συνέντευξη	238
Παράρτημα Β. Αρίθμηση και κωδικοποίηση των συνεντεύξεων, σύμφωνα με τη χρονική σειρά που πραγματοποιήθηκαν	239
Παράρτημα Γ. Φωτογραφίες από τις επισκέψεις στα σχολεία της Λοκρίδας	240
Παράρτημα Δ. Προαύλιος χώρος 15 ^{ου} Δημοτικού Σχολείου Αθηνών.	244
Παράρτημα Ε. Χρονοδιάγραμμα δράσεων για το Πρόγραμμα Αγωγής Στοματικής Υγείας στην Πρώτη Δημοτικού.	245
Παράρτημα ΣΤ. Φωτογραφίες και υλικό από το πρόγραμμα αγωγής στοματικής υγείας στην Α΄ δημοτικού.....	246
Παράρτημα Ζ. Ενημερωτικό φυλλάδιο γονέων για το πρόγραμμα αγωγής στοματικής υγείας	256
Παράρτημα Η. Εκπαιδευτικό υλικό για το πρόγραμμα αγωγής στοματικής υγείας	258
Παράρτημα Θ. Ερωτηματολόγιο γονέων.....	267
Παράρτημα Ι. Πρόσκληση σε γονείς για τον Κύκλο Αφηγήσεων	269
Παράρτημα ΙΑ. Αδρή κατηγοριοποίηση των ευρημάτων, από των Κύκλο Αφηγήσεων.	270
Παράρτημα ΙΒ. Πρόσκληση σε γονείς για την άσκηση νοηματοδότησης, Συστατικά των Ιστοριών.....	273
Παράρτημα ΙΓ. Φωτογραφίες από την άσκηση νοηματοδότησης των αφηγήσεων	274
Παράρτημα ΙΔ. Οι αφηγήσεις για την άσκηση νοηματοδότησης.....	280

Ευχαριστίες

Η διδακτορική διατριβή «Μονοπάτια της Υγείας στο Σχολείο» αποτέλεσε ταξίδι μάθησης και δοκιμασία πειθαρχίας και υπομονής. Στη διαδρομή αυτή, στάθηκαν δίπλα μου πολλοί συνοδοιπόροι, δίχως την παρουσία των οποίων η εργασία αυτή δεν θα είχε ολοκληρωθεί. Χωρίς υπερβολή, οι «φωνές» όλων βρίσκονται -με τον έναν ή τον άλλο τρόπο- μέσα στο κείμενο και, κυρίως, στην καρδιά μου.

Από την πρώτη ημέρα, που μοιράστηκα μαζί της την επιθυμία να ξεκινήσω το διδακτορικό, η καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και επιβλέπουσα την διατριβή, Γιασεμή-Όλγα Σαραφίδου, στήριξε, με όλους τους δυνατούς τρόπους, την προσπάθειά μου: έδωσε απαντήσεις στις απορίες και με κατεύθυνε στα επόμενα βήματα με επιστημονική σαφήνεια, παρέχοντας, ταυτόχρονα, σιγουριά και ασφάλεια. Η υποστήριξη και η εμπιστοσύνη με τις οποίες με περιέβαλε αποτέλεσαν τη σημαντικότερη βοήθεια, ειδικά στα δύστροπα και απαιτητικά σημεία της διαδικασίας. Ήμουν αληθινά τυχερός που οδηγός στη διαδρομή ήταν η κ. Σαραφίδου και την ευχαριστώ απεριόριστα για αυτό.

Στη συνέχεια, θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών, Χαριτίνη Κουνάρη, η οποία, για πολλά χρόνια, στηρίζει, με πραγματικό ενδιαφέρον, την προσπάθεια που καταβάλλω στο πεδίο της Δημόσιας Οδοντιατρικής Υγείας. Οι παρατηρήσεις της, σε σχέση με την οργάνωση και παρουσίαση της διατριβής, ήταν πολύτιμες.

Η συμβολή της Καθηγήτριας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μαρίας Λουμάκου, στην ολοκλήρωση της διατριβής ήταν εξαιρετικά σημαντική, καθώς σε κρίσιμα σημεία παρείχε απλόχερα τη γνώση και την εμπειρία της για την ομαλή εξέλιξη του έργου. Την ευχαριστώ ειλικρινά.

Ευχαριστώ, επίσης τα μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής κ. Ελένη Ανδρέου, Καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, κ. Χρήστο Γκόβαρη, Καθηγητή του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, κ. Γεώργιο Κλεφτάρα, Αναπλ. Καθηγητή του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και την κ. Ελευθερία Τσέλιου, Επίκουρη Καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας για το γνήσιο ενδιαφέρον τους στο ερευνητικό αυτό εγχείρημα.

Ένα μεγάλο, άχαρο και απαιτητικό μέρος της εργασίας, που αφορούσε την απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων αλλά και την επεξεργασία του τελικού κειμένου, πραγματοποιήθηκε από τη Βάσω Δημητριάδη και της οφείλω απεριόριστη ευγνωμοσύνη, για την άψογη και εξαιρετικά ποιοτική εργασία που παρέδωσε.

Η σχολική κοινότητα είναι ο βασικός πρωταγωνιστής της διατριβής και πολλά μέλη της βοήθησαν στην πραγματοποίηση του ερευνητικού έργου. Οι δύο δασκάλες, με τις οποίες είχα την τύχη να συνεργαστώ, η Λία Γαλάνη και η Σωτηρία Δρούγα, παρέδωσαν μαθήματα συνέπειας, δημιουργικότητας και ουσιαστικής δέσμευσης, σε μια περίοδο σημαντικής πίεσης και υψηλών απαιτήσεων. Σας ευχαριστώ και τις δύο για την άψογη συνεργασία και την υπομονή σας.

Ευχαριστώ, ακόμη, θερμά τον εκπαιδευτικό και πρώην διευθυντή του 15ου Δ.Σ. Αθηνών, Νίκο Ζούκη, για την εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπό μου και τις αληθινά διαφωτιστικές συζητήσεις που είχα την ευκαιρία να κάνω μαζί του.

Η συμμετοχή των γονέων της Α΄ δημοτικού του 15ου Δ.Σ. ήταν ανεκτίμητη και τους ευχαριστώ όλους για την υποστήριξη που έδειξαν σε εμένα, αλλά και στην προσπάθεια που κάναμε όλοι εκείνη τη χρονιά. Ένα μεγάλο ευχαριστώ, ακόμη, στους γονείς του σχολείου που συμμετείχαν, με θετική διάθεση και πραγματικό ενδιαφέρον, στις συναντήσεις για την ανταλλαγή ιστοριών και αφηγήσεων: ήταν από τις πιο ενδιαφέρουσες στιγμές της εργασίας μου.

Ευχαριστώ, ειλικρινά, όλους τους εκπαιδευτικούς που αφιέρωσαν τον χρόνο τους για να μου παραχωρήσουν συνέντευξη, σχετικά με την εμπειρία τους από την εφαρμογή των προγραμμάτων στα σχολεία. Οι απόψεις και οι αφηγήσεις τους ήταν η ατραπός που οδήγησε, σε μεγάλο βαθμό, την εργασία στην τελική της μορφή.

Μεγάλο μέρος από τις αγωνίες και ανησυχίες που αναδύθηκαν κατά τη διάρκεια της πραγματοποίησης του ερευνητικού έργου εκφράστηκαν και εκτονώθηκαν σε συζητήσεις με φίλους, η γνώμη και οι παρατηρήσεις των οποίων βοήθησαν στην αντιμετώπιση των δυσκολιών με δημιουργικό και ωφέλιμο τρόπο. Ευχαριστώ τον Ρήγα Κωνσταντινίδη, οδοντίατρο, τον Μιλτιάδη Τσέρη, οδοντίατρο, τον Γιώργο Μποζιονέλο, ψυχολόγο και τον Στέφανο Μιχιώτη, οργανωσιακό σύμβουλο, για την ευκαιρία που μου έδωσαν να

διευρύνω τους ορίζοντες μου και να γίνω κατά τι σοφότερος, μαθαίνοντας από τα λάθη μου.

Το μαρτύριο της σταγόνας που επέβαλα στην οικογένειά μου, καθ' όλη τη διάρκεια συγγραφής της εργασίας, φαίνεται ότι έφτασε στο τέλος του. Πλέον, η καθημερινότητα επιστρέφει σε κανονικούς ρυθμούς, για την Πετρούλα, τη σύζυγό μου, τον Κύρο και τη Ναυσικά, τα παιδιά μου. Χωρίς την υπομονή, την υποστήριξη και τη χαρούμενη διάθεσή σας, δεν θα τα είχα καταφέρει.

Η διδακτορική διατριβή «Μονοπάτια της υγείας στο σχολείο» αφιερώνεται σε όσους, στα μάτια των παιδιών, βλέπουν ευκαιρίες δημιουργικής παραβατικότητας και την απαρχή ενός νέου μονοπατιού.

Περίληψη

Η εξασφάλιση της υγείας και της ικανότητας μάθησης των παιδιών είναι θεμελιώδες μέρος ενός αποτελεσματικού εκπαιδευτικού συστήματος, ενώ η εκπαίδευση και η υγεία είναι διαδικασίες αλληλένδετες και αδιαχώριστες. Η πλέον χρησιμοποιούμενη μέθοδος για την προσέγγιση των θεμάτων υγείας, στο σχολικό περιβάλλον, είναι η αγωγή υγείας, που πραγματοποιείται, συνήθως, με την εφαρμογή αντίστοιχων προγραμμάτων στο σχολεία. Η επιτυχημένη και ευρεία εφαρμογή προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας εμφανίζει σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα σε διαφορετικές χώρες και συστήματα εκπαίδευσης. Εκτός από την απαιτούμενη οργάνωση δομών και υπηρεσιών, η αποτελεσματική σχολική αγωγή υγείας σχετίζεται με τον βαθμό συμμετοχής των εκπαιδευτικών, με το είδος της συνεργασίας που αναπτύσσεται ανάμεσα στους εκπαιδευτικούς και τους επαγγελματίες υγείας και το είδος της εμπλοκής των γονέων στις διαδικασίες των παρεμβάσεων.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν η διερεύνηση του τρόπου που η σχολική αγωγή υγείας επιδρά και επηρεάζει τη σχολική κοινότητα και, πιο συγκεκριμένα, τις σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στους εμπλεκόμενους στην υλοποίηση προγραμμάτων.

Για τον σκοπό αυτό, το ερευνητικό έργο πραγματοποιήθηκε σε τρεις διακριτές αλλά αλληλοσυνδεόμενες φάσεις, καθώς οι πληροφορίες και τα δεδομένα που συλλέγονταν από την κάθε φάση τροφοδοτούσαν την επόμενη και ανατροφοδοτούσαν τις προηγούμενες. Αρχικά, προκειμένου να διερευνηθούν οι απόψεις και τα κίνητρα των εκπαιδευτικών, αναφορικά με τη συμμετοχή τους στα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας, αξιοποιήθηκε η προσέγγιση της Φαινομενολογικής Έρευνας, με την πραγματοποίηση ημι-δομημένων συνεντεύξεων με δασκάλους που υλοποιούν προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας. Στη συνέχεια, για τη διερεύνηση των ζητημάτων που σχετίζονται με τη συνεργασία εκπαιδευτικών και επαγγελματιών υγείας, επιλέχθηκε η προσέγγιση της Έρευνας-Δράσης, με την εφαρμογή προγράμματος αγωγής στοματικής υγείας σε μαθητές της Α΄ Δημοτικού. Για τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι γονείς τα ζητήματα υγείας στο σχολικό περιβάλλον, επιλέχθηκε η

προσέγγιση της Συμμετοχικής Αφηγηματικής Διερεύνησης, με την πραγματοποίηση Κύκλου Αφηγήσεων και τη νοηματοδότηση ιστοριών από γονείς.

Οι εκπαιδευτικοί εκτιμούν ότι τα σημαντικότερα οφέλη από την εφαρμογή προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας σχετίζονται με την βελτίωση των ίδιων των δασκάλων, διαμέσου των δεξιοτήτων που απέκτησαν και των ικανοτήτων που ανέπτυξαν, αλλά και των μαθητών, ιδιαίτερα μέσα από τη βιωματική μάθηση και την ομαδική εργασία. Οι δυσκολίες, στην εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων, σχετίζονται με τον περιορισμένο χρόνο και τον φόρτο εργασίας, τις απαιτήσεις του αντικειμένου και την απουσία υποστήριξης από τις υπηρεσίες ή τη διεύθυνση του σχολείου. Η συμμετοχή των εκπαιδευτικών στη σχολική αγωγή υγείας ευνοείται από την κατάρτιση-εκπαίδευση και την εμπειρία στο αντικείμενο, την παρακίνηση από τη διεύθυνση ή τους υπεύθυνους αγωγής υγείας, ενώ ως σημαντικότερα κίνητρα για την εμπλοκή στην υλοποίηση προγραμμάτων αναφέρονται η προσφορά στους μαθητές και η ανταπόκριση στο καθήκον και τον ρόλο τους ως εκπαιδευτικών. Από την εφαρμογή της Έρευνας-Δράσης, αναδείχθηκε η σημασία της συμμετοχής, εκπαιδευτικών και υγειονομικών, στον σχεδιασμό, την οργάνωση και την παρακολούθηση των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας και τονίστηκε η ανάγκη ανοικτής και διαρκούς επικοινωνίας ανάμεσα σε όλους τους εμπλεκόμενους. Υπογραμμίστηκε η σπουδαιότητα εξεύρεσης κοινού τόπου μεταξύ εκπαιδευτικών, γονέων και επαγγελματιών υγείας και η καλλιέργεια κλίματος συνεργασίας και συμμετοχής στη διαδικασία και τις δραστηριότητες του προγράμματος. Η συμμετοχή των γονέων στη Συμμετοχική Αφηγηματική Διερεύνηση ήταν δημιουργική και εξαιρετικά θετική, ενώ φάνηκε ότι έχουν μια ολιστική αντίληψη για την υγεία των παιδιών. Θέματα υπευθυνότητας, αξιοπρέπειας και σωστής ενημέρωσης σχετίζονται στενά με τον τρόπο που ενσωματώνονται και διαχειρίζονται από τη σχολική κοινότητα τα ζητήματα της υγείας, ενώ ο ανοικτός διάλογος, που βοηθά στην κατανόηση της ανθρώπινης πλευράς των περιστατικών υγείας στα σχολεία, αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την εκτόνωση και τον μετασχηματισμό δυσάρεστων καταστάσεων.

Τα προγράμματα σχολικής αγωγής και προαγωγής της υγείας θέτουν σημαντικές, θετικές, προκλήσεις στη σχολική κοινότητα και, σε αυτό το πλαίσιο, η ενθάρρυνση των εκπαιδευτικών, έτσι ώστε να συμμετάσχουν πιο δυναμικά στα προγράμματα, η υιοθέτηση τεχνικών και προσεγγίσεων, που αξιοποιούν και προάγουν τον διάλογο στον

σχολικό οργανισμό και η εμπλοκή των γονέων, σε παρεμβάσεις τέτοιου περιεχομένου, μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στη δημιουργική διαχείριση αυτών των προκλήσεων.

Λέξεις-κλειδιά: σχολεία, αγωγή υγείας, προαγωγή υγείας, προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας, εκπαιδευτικοί, αντιλήψεις εκπαιδευτικών, επαγγελματίες υγείας, συνεργασίες, γονείς, ζητήματα υγείας, συμμετοχή, ποιοτικές μέθοδοι, φαινομενολογία, έρευνα δράση, συμμετοχική αφηγηματική διερεύνηση, διάλογος, αφηγήσεις, περιστατικά.

Summary

Ensuring the health and learning capacity of children, is a fundamental part of an effective education system, while education and health are interrelated and inseparable processes. The most used method, for addressing health issues in the school environment, is health education, which takes place, usually, with the implementation of specific programs in schools. The successful and widespread implementation of school health education programs varies widely between different countries and education systems. Apart from the necessary organization structures and services, effective school health education is related to the contribution of teachers, the type of cooperation developed between teachers and health professionals and the type of parental involvement in the processes of interventions.

The purpose of this study was to investigate the way school health education influence and affect the school community and, more specifically, the relationships that develop between those involved in program implementation. For this purpose, the research project was carried out in three distinct but interrelated phases.

Initially, in order to explore the views and motivation of teachers implementing school health education programs, the approach of Phenomenological Research was used, with the realization of semi-structured interviews. Then, to investigate issues related to the cooperation of teachers and health professionals, the Action-Research method was chosen, with the implementation of an oral health education program, in the first grade of a primary school. To investigate how parents perceive health issues in schools, the Participatory Narrative Investigation approach was chosen, by holding Anecdote Circles and stories sense-making exercises, for parents.

Teachers believe that the most important benefits of implementing school health education programs are related to self-improvement, through acquired skills and competences developed, and pupils' improvement, particularly through experiential learning and teamwork. The difficulties in implementing these programs are related to the limited time and workload, the requirements of the subject and the lack of support from the authorities or the principal of the school. The involvement of teachers in school health education is favored by the training/education and experience in the field and the

solicitation by the management or the health education officers. Important motives, for engaging in the implementation of programs, include both the role of the teacher and the good of pupils. The findings from the Action-Research part of the study, highlighted the importance of teachers' and health professionals' participation, in the planning, organization and monitoring of school health education programs. The need for open and continuous communication, among all stakeholders, was also emphasized. The importance of finding common ground between teachers, parents and health professionals was stressed along with the cultivation of a climate of cooperation and participation, in the process and program activities. Parents' involvement in Participatory Narrative Inquiry was creative and extremely positive and they seemed to have a holistic approach to children's health. Issues of accountability, dignity and miss-information, are closely related to the way health issues are incorporated and managed by the school community. Open dialogue, which fosters understanding of the human properties of health incidents occurring in schools, is an important tool for defusing and transforming, unpleasant or demanding situations in school settings.

School health education and health promotion programs, are posing significant and positive challenges for the school community. In this context, encouraging teachers so as to participate more actively in the school health education programs, the adoption of new techniques and approaches, that builds and promotes dialogue in the school organization and the involvement of parents, in interventions of such content, can help significantly in the creative management of these challenges.

Key Words: schools, health education, health promotion, school health education programs, teachers, teachers' perceptions, health professionals, collaborations, parents, health issues, participation, qualitative methods, phenomenology, action research, participatory narrative inquiry, dialogue, narratives, anecdotes

*Δίχως παρέκκλιση από την κανονικότητα
δεν υπάρχει πρόοδος.*

Frank Zappa

*Θα βρεις την απόσταση που σε χωρίζει από αυτούς,
με το να ενωθείς με αυτούς.*

Antonio Porchia, *Φωνές* (§ 44)

Εισαγωγή

Για κάθε κοινότητα των ανθρώπων και για κάθε χώρα, τα παιδιά αποτελούν τον σπουδαιότερο «φυσικό πλούτο», καθώς η ευημερία, οι ικανότητες, οι γνώσεις και η ενέργειά τους θα καθορίσουν το μέλλον των χωριών, των πόλεων και των εθνών, σε όλο τον κόσμο. Όπως όλοι οι εκπαιδευτικοί γνωρίζουν, η ζωτικότητα, η περιέργεια και η ετοιμότητα για νέες εμπειρίες ενός υγιούς παιδιού είναι απεριόριστες και για αυτό τον λόγο χρειάζεται να βρίσκονται στο επίκεντρο αυτού που ονομάζουμε «ανάπτυξη» (World Health Organization [WHO], 1997b).

Οι εμπειρίες των ανθρώπων στην παιδική τους ηλικία έχουν μακροχρόνιες επιπτώσεις στη υγεία και τη ζωή που θα απολαμβάνουν ως ενήλικες, αφού, σε αυτή την ηλικία, θεμελιώνονται τα χαρακτηριστικά που θα εμφανίσουν στη μετέπειτα ζωή τους. Είναι μια περίοδος κατά την οποία εγκαθιδρύονται στάσεις, αξίες και συμπεριφορές, όπου τα παιδιά αποκτούν γνώσεις και ικανότητες και βρίσκονται αντιμέτωπα με κοινωνικά περιβάλλοντα που προσφέρουν ή περιορίζουν προοπτικές και ευκαιρίες. Όλα αυτά διαμορφώνουν το τι θα συμβεί αργότερα στη ζωή των ανθρώπων -το είδος των σχέσεων που θα αναπτύσσουν, τη δουλειά που θα κάνουν και πώς θα θεωρούν τους εαυτούς τους- και, συνεπώς, σε μεγάλο βαθμό, την υγεία που θα έχουν (WHO, 2013).

Καθώς όλο και περισσότερα παιδιά απολαμβάνουν τα οφέλη ενός οργανωμένου εκπαιδευτικού συστήματος, τα σχολεία αποτελούν ιδανικό μέσο προσέγγισης μαθητών και οικογένειας, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ομαλή ανάπτυξη των μελών της κοινότητας (WHO, 1999). Τα σχολεία είναι το περιβάλλον όπου οι άνθρωποι συμμετέχουν σε διαδικασίες μάθησης, απασχολούνται και εργάζονται, φροντίζουν και σέβονται ο ένας τον άλλον, είναι ο χώρος στον οποίο παιδιά και εκπαιδευτικοί περνούν ένα μεγάλο μέρος του χρόνου τους μαζί (WHO, 1997b). Σε όλο τον κόσμο, εκπαίδευση και υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες. Με απλά λόγια, παιδιά που είναι υγιή είναι πιθανότερο να μαθαίνουν σωστά και αποδοτικά, ενώ παιδιά που αισθάνονται καλά για το σχολείο και αναπτύσσουν καλές σχέσεις με σημαντικούς ενήλικες στη ζωή τους έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπεριφορές υψηλού κινδύνου και, συνήθως, έχουν καλύτερες μαθησιακές επιδόσεις. Παρ' όλο που οι πολύπλοκοι τρόποι με τους οποίους αλληλεπιδρούν η εκπαίδευση και η υγεία δεν είναι απολύτως κατανοητοί, είναι

βέβαιο πως η προαγωγή της υγείας των νέων ανθρώπων βελτιώνει τις μαθησιακές επιδόσεις και την υγεία τους γενικότερα. Τα σχολεία φαίνεται ότι μπορούν να προάγουν την υγεία των μαθητών, όπως, επίσης, του προσωπικού που απασχολείται σε αυτά, των οικογενειών και των μελών της κοινότητας γενικότερα (IUHPE, 2010).

Η επίτευξη καλής υγείας και ικανοποιητικής εκπαίδευσης των παιδιών φαίνεται να αποτελεί βασικό στόχο μιας καλά οργανωμένης κοινωνίας και μπορεί να θεωρηθεί ως επένδυση για το αύριο της κοινότητας. Αυτό, όμως, δεν είναι πάντοτε εφικτό, καθώς σημαντικές δυσκολίες δεν επιτρέπουν την ανάπτυξη των δυναμικού των νέων ανθρώπων, γεγονός που δημιουργεί σημαντικές ανισότητες μέσα σε μια χώρα ή ανάμεσα σε διαφορετικές χώρες του πλανήτη. Οι γονεϊκές πρακτικές συγκαταλέγονται στις πιο διαδεδομένες και ισχυρές περιβαλλοντικές επιδράσεις στα παιδιά. Πολλά είναι γνωστά, σήμερα, σχετικά με τη σημασία του οικιακού περιβάλλοντος και του πώς οι γονείς αλληλεπιδρούν με τα μωρά και τα μικρά παιδιά από τη γέννησή τους. Το είδος της φροντίδας που λαμβάνουν τα παιδιά, ο βαθμός ασφάλειας που αισθάνονται, οι σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και οι οικονομικές δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίζει η οικογένεια είναι μερικοί από τους παράγοντες που προσδιορίζουν την ανάπτυξη των παιδιών νοητικά, συναισθηματικά και κοινωνικά (WHO, 2013). Εξίσου σημαντικές είναι οι κοινωνικές και οικονομικές επιρροές στην ανάπτυξη των νέων ανθρώπων: οι φτωχότεροι των φτωχών έχουν χειρότερη υγεία, εμφανίζουν πρόωρη θνησιμότητα, έχουν χαμηλές σχολικές επιδόσεις ή μηδαμινή παρουσία στο εκπαιδευτικό σύστημα. Η κακή υγεία, όμως, δεν περιορίζεται σε εκείνους που βρίσκονται στη χειρίστη θέση. Σε όλες τις χώρες και για όλα τα επίπεδα εισοδήματος, η υγεία και η ασθένεια ακολουθούν μια κοινωνική διαβάθμιση: όσο χαμηλότερη είναι η κοινωνικοοικονομική θέση τόσο χειρότερη είναι η υγεία (Commission on Social Determinants of Health, 2008). Με δεδομένες τις παραπάνω διαπιστώσεις, δεν είναι περίεργο που αναζητούνται, διαρκώς, τρόποι να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή υγεία, για όσο το δυνατόν περισσότερα παιδιά, μέσα από διαδικασίες και πρακτικές, που εφαρμόζονται στο σχολικό περιβάλλον.

Παραδοσιακά, η πλέον χρησιμοποιούμενη μέθοδος για την προσέγγιση των θεμάτων υγείας στο σχολικό περιβάλλον ήταν η αγωγή υγείας. Αυτή αποτελεί μια επικοινωνιακή δραστηριότητα που περιλαμβάνει την εκμάθηση και τη διδασκαλία για τις

γνώσεις, τις πεποιθήσεις, τις στάσεις, τις αξίες, τις δεξιότητες και τις ικανότητες που σχετίζονται με την υγεία. Συχνά επικεντρώνεται σε συγκεκριμένα θέματα, όπως ο καπνός, το αλκοόλ, η διατροφή, ή μπορεί να περιλαμβάνει έναν ευρύτερο προβληματισμό για την υγεία, με έναν πιο ολιστικό τρόπο. Η εφαρμογή προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας, συνήθως μέσα στην τάξη από τον εκπαιδευτικό, είχε σημαντικά αποτελέσματα, κυρίως στις γνώσεις που αποκτούσαν οι μαθητές για κάποιο ζήτημα υγείας. Όμως η επιλογή της ανάπτυξης μιας θεματικής ενότητας -από τις πολλές που εμφανίζει το πεδίο της υγείας- και ο διαχωρισμός της υγείας σε διαφορετικά αντικείμενα και πεδία ανέδειξε ορισμένες παρανοήσεις σχετικά με την ανθρώπινη συμπεριφορά, αλλά και τις προσδοκίες που μπορεί να υφίστανται από την εφαρμογή των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας (IUHPE, 2010).

Αρχικά, οι διαφορετικές θεματικές ενότητες αλληλεπιδρούν και δεν διαχωρίζονται σε επίπεδο συμπεριφοράς. Ακόμη, υπάρχει ο κίνδυνος η υγεία να περιορίζεται στο επίπεδο του ατόμου και της σχέσης που αναπτύσσει με την όποια θεματική ενότητα, ενώ, στην πραγματικότητα, το κοινωνικό περιβάλλον είναι, πολύ συχνά, η βασική επιρροή για τη συμπεριφορά του. Επιπλέον, στο πλαίσιο της μονοθεματικής προσέγγισης, υπάρχει η τάση να θεωρείται η ανθρώπινη συμπεριφορά ως μια διαδικασία βασισμένη στη γνώση και τη λογική και η σημαντική διάσταση των συναισθημάτων να αντιμετωπίζεται ως ένα ξεχωριστό θέμα, τη στιγμή που οι ψυχικές και συναισθηματικές πτυχές είναι ενσωματωμένες σε όλα τα θέματα υγείας (IUHPE, 2010).

Οι παραπάνω παρατηρήσεις -οι οποίες δεν υποβαθμίζουν τη σημασία της σχολικής αγωγής υγείας για την προστασία της υγείας των μαθητών- σε συνδυασμό με την ανάδειξη των κοινωνικών και άλλων επιρροών στην υγεία των παιδιών όπως και η διαπίστωση της σπουδαιότητας του σχολικού περιβάλλοντος, ως πεδίου ανάπτυξης δημιουργικών σχέσεων ανάμεσα στη σχολική κοινότητα, την οικογένεια και την ευρύτερη κοινότητα, οδήγησαν σε μια πιο σφαιρική προσέγγιση των θεμάτων της υγείας. Αναζητήθηκαν μέθοδοι και προσεγγίσεις, μέσω των οποίων θα αξιοποιούνταν α) η διδακτική διαδικασία στις τάξεις, για την απόκτηση δεξιοτήτων, β) το σχολικό περιβάλλον, για τους κανόνες σε θέματα υγείας και γ) οι σχέσεις του σχολείου με την ευρύτερη κοινότητα. Η νέα έννοια που αναδύθηκε ήταν αυτή της προαγωγής της υγείας

στο σχολείο, που ορίστηκε ως κάθε δραστηριότητα η οποία πραγματοποιείται με σκοπό τη βελτίωση και την προστασία της υγείας όλων των μελών της σχολικής κοινότητας (Deschesnes, Martin, & Hill, 2003).

Η προαγωγή της υγείας στα σχολεία προϋποθέτει μια σειρά από διαδικασίες, οι οποίες υποστηρίζουν και ενδυναμώνουν τους θεσμούς και τα άτομα που εμπλέκονται στην εφαρμογή της. Σε αυτές τις διαδικασίες περιλαμβάνονται: η ανάπτυξη μιας δημοκρατικής και συμμετοχικής σχολικής κοινότητας, η αξιοποίηση ποικίλων μαθησιακών και διδακτικών τεχνικών, η διερεύνηση των ζητημάτων υγείας στο πλαίσιο της καθημερινής ζωής των μαθητών εντός και εκτός σχολείου, η εξασφάλιση μιας αίσθησης κυριότητας της ζωής του σχολείου για γονείς και μαθητές, η δημιουργία ενός κοινωνικού περιβάλλοντος που θα ευνοεί τις ανοικτές και ειλικρινείς σχέσεις στο εσωτερικό της σχολικής κοινότητας, η ανάπτυξη τόσο μιας αίσθησης προσανατολισμού στους στόχους του σχολείου όσο και μιας ξεκάθαρης και σαφούς ηγεσίας και διοικητικής υποστήριξης κ.ά. (IUHPE, 2009). Φαίνεται, λοιπόν, να πραγματοποιείται μια σταδιακή μετάβαση, μακριά από τις επιστημονικές έννοιες της υγείας, σε ιδέες που είναι περισσότερο επικεντρωμένες στην έννοια της ευημερίας και στους τρόπους που οι άνθρωποι ζουν τη ζωή τους, με ιδιαίτερη έμφαση στη σημασία της γνήσιας συμμετοχής (Barnekow et al., 2006).

Η βασική λειτουργία του σχολείου, φυσικά, είναι η εκπαίδευση και όχι απαραίτητα η βελτίωση της υγείας των παιδιών. Οι διαφορές που παρατηρούνται στα εκπαιδευτικά συστήματα, παγκοσμίως, σε σχέση με την προτεραιότητα που δίνουν για τα ζητήματα της υγείας στις εκπαιδευτικές τους πολιτικές υποδηλώνουν τις ιδιαιτερότητες του σχολικού περιβάλλοντος. Κάθε προσπάθεια υλοποίησης προγραμμάτων σχολικής αγωγής και προαγωγής της υγείας εντάσσεται στο ιδιαίτερο πλαίσιο της σχολικής κοινότητας και επηρεάζεται από μια σειρά παραγόντων, μεταξύ των οποίων είναι η πολιτική βούληση για την εμπράγματη υποστήριξη της προαγωγής υγείας στα σχολεία, ο υποστηρικτικός ρόλος της διεύθυνσης των σχολείων, ο τρόπος που οι εκπαιδευτικοί αντιλαμβάνονται τον ρόλο τους στα προγράμματα, η οργάνωση και οι στόχοι των εκπαιδευτικών μονάδων κ.ά. (Jourdan, Samdal, Diagne, & Carvalho, 2008).

Έτσι, εάν και τα οφέλη από την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας στα σχολεία φαίνεται να είναι πολλά και σημαντικά, τόσο για τους μαθητές όσο και για την ευρύτερη σχολική κοινότητα, η υιοθέτησή τους από τους εκπαιδευτικούς φορείς είναι περιορισμένη και, σε πολλές περιπτώσεις, προβληματική (Jourdan, 2011). Τι μπορεί να είναι αυτό που εμπόδισε τους εκπαιδευτικούς και την ηγεσία της εκπαίδευσης από το να ενσωματώσουν την υγεία και την ευημερία στα σχολεία και τις εκπαιδευτικές δομές; Η απάντηση είναι μάλλον διττή: από τη μια πλευρά υπάρχουν σχολεία που εκτιμούν ότι η ύπαρξή τους συνδέεται αποκλειστικά με την ακαδημαϊκή εκπαίδευση των παιδιών. Η άποψη αυτή, ωστόσο, έχει τρωθεί σημαντικά από τα συντριπτικά ευρήματα που δείχνουν ότι η σωματική, ψυχική, κοινωνική και συναισθηματική υγεία των μαθητών συνδέεται άμεσα με την ικανότητά τους να μαθαίνουν αποτελεσματικά. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν σχολεία τα οποία έχουν εκτιμήσει τη σημασία της καλής υγείας για την ανάπτυξη και εκπαίδευση των μαθητών, αλλά δεν έχουν καταφέρει να ευθυγραμμίσουν πλήρως τα θέματα υγείας και μάθησης, στο σχολικό περιβάλλον. Μια βασική αιτία για αυτή την έλλειψη ευθυγράμμισης μπορεί να είναι ο παραδοσιακός τρόπος με τον οποίο σχεδιάζονται και πραγματοποιούνται τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας, τα οποία, προσπαθώντας να καλύψουν τις ανάγκες υγείας των μαθητών, επέτρεψαν στην εκπαίδευση να αγνοήσει ή να παραγκωνίσει την υγεία, διαιωνίζοντας τον διαχωρισμό των δύο (ASCD, 2011).

Η αγωγή και η προαγωγή της υγείας δεν είναι σε καμιά περίπτωση «ουδέτερες» διαδικασίες. Βρίσκονται στο σημείο τομής της ιδιωτικής και δημόσιας σφαίρας και συνδέονται με ζητήματα συμπεριφοράς, που επηρεάζονται από πολιτισμικούς παράγοντες και αφορούν τις πλέον ιδιαίτερες, προσωπικές, αποφάσεις. Στο πεδίο της υγείας, τα τελευταία έτη, έχουν γίνει πολλές συστάσεις για αλλαγές, εξαιτίας της σημαντικής προόδου στη γνώση και τη δημιουργία νέων επιστημονικών θεωριών. Οι κοινωνίες βιώνουν ραγδαίες πολιτιστικές αλλαγές, σε σχέση με μοντέλα και τρόπους συμπεριφοράς, αναφορικά με το τι είναι ηθικό ή ανήθικο και επιτρεπτό ή ανεπιτρεπτό. Οι κοινωνίες αλλάζουν ταχύτατα, εξαιτίας της παγκοσμιοποιημένης οικονομίας και της τεχνολογίας της πληροφορίας. Παρατηρείται, επίσης, αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και μείωση των γεννήσεων, σε πάρα πολλές χώρες. Οι αλλαγές αυτές έχουν προκαλέσει πολλές εξελίξεις σε διάφορα πεδία, συμπεριλαμβανομένων των συστημάτων

της υγείας και της εκπαίδευσης και η αναφορά στα θέματα αγωγής και προαγωγής της υγείας στο σχολείο χρειάζεται να λαμβάνει υπόψη όλες τις παραπάνω διαπιστώσεις, που περιγράφουν έναν πολύπλοκο και σύνθετο κόσμο, με προκλήσεις που μπορεί να αφορούν το τοπικό, το διεθνές ή το παγκόσμιο περιβάλλον (Jourdan, 2011).

Το παρόν ερευνητικό έργο έχει στόχο να διερευνήσει τις διαφορετικές όψεις και τους πρωταγωνιστές των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας, προκειμένου να περιγράψει, τελικά, τη σημασία που μπορεί να έχουν αυτά τα προγράμματα, σήμερα, σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον. Για τον σκοπό αυτό, διερευνήθηκαν οι απόψεις εκπαιδευτικών για τη σχολική αγωγή υγείας, οι τρόποι αποτελεσματικής συνεργασίας ανάμεσα σε εκπαιδευτικούς και υγειονομικούς και οι αντιλήψεις γονέων για τα ζητήματα υγείας στο σχολικό περιβάλλον.

Στο πρώτο μέρος της εργασίας (Θεωρητικό Μέρος), αναλύονται οι έννοιες της υγείας και της αγωγής και προαγωγής της υγείας (Κεφάλαια 1 & 2), περιγράφεται ο ρόλος και η σημασία των προγραμμάτων σχολικής αγωγής και προαγωγής της υγείας (Κεφάλαιο 3), παρουσιάζεται ο ρόλος των εκπαιδευτικών και η σημασία των συνεργασιών στα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας (Κεφάλαια 4 & 5), ενώ, στο Κεφάλαιο 6, περιγράφεται η κατάσταση στην Ελλάδα αναφορικά με τη σχολική αγωγή υγείας. Στο τελευταίο κεφάλαιο του Θεωρητικού Μέρους, παρουσιάζονται οι στόχοι και τα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας (Κεφάλαιο 7).

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας (Εμπειρική Έρευνα), αναλύονται οι θεωρητικές και μεθοδολογικές προσεγγίσεις που επιλέχθηκαν για τη διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων (Κεφάλαιο 8) και στα επόμενα τρία κεφάλαια (Κεφάλαια 9, 10 & 11), περιγράφεται η ανάπτυξη των τριών φάσεων του ερευνητικού έργου και παρουσιάζονται τα ευρήματα από την εφαρμογή τους. Στο τελευταίο κεφάλαιο (Κεφάλαιο 12), γίνεται η σύνοψη και η σύνθεση των ευρημάτων και κατατίθενται οι προτάσεις για τη βελτίωση της παρούσας κατάστασης.

Κεφάλαιο 1. Η έννοια της υγείας, μέσα στον χρόνο

Η προσπάθεια να δοθεί ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός για την υγεία αποτέλεσε ένα ιδιαίτερα πολύπλοκο και, πολλές φορές, αντιφατικό ζήτημα. Κάθε άνθρωπος είναι μία ξεχωριστή οντότητα, με διαφορετική συνείδηση της ύπαρξής του, με τελείως ιδιαίτερη βιολογική και ψυχική ιδιοσυγκρασία, γεγονός που επηρεάζει, μέσα από ένα πρίσμα αναρίθμητων υποκειμενικών διαφοροποιήσεων, την πρόσληψη της έννοιας της υγείας από το άτομο. Επιπλέον, η υγεία, ως σύνθετο φαινόμενο, επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, οι περισσότεροι από τους οποίους σχετίζονται με τη βιολογία, τη συμπεριφορά, το περιβάλλον, αλλά και τον εκάστοτε πολιτισμό, κοινωνία και εποχή: η χρονική περίοδος, για παράδειγμα, που διανύουν τώρα οι αναπτυγμένες κοινωνίες χαρακτηρίζεται από τη μετάβαση στον πολιτισμό της επικοινωνίας και της υψηλής τεχνολογίας, με αναδυόμενα ζητήματα που αφορούν την έννοια της υγείας, μεταξύ άλλων, τη βιοτεχνολογία, τη μετεξέλιξη των συστημάτων περίθαλψης, τον νέο χαρακτήρα της ιατρικής επιστήμης, την επικράτηση των χρόνιων νοσημάτων και την ανάπτυξη της κοινωνίας των πολιτών (Τούντας, 2001).

Συνηθίζεται να γίνεται διάκριση τόσο ανάμεσα σε *θετικούς* και *αρνητικούς* ορισμούς για την υγεία όσο και ανάμεσα σε *λειτουργικούς* και *βιωματικούς* ορισμούς, όπως αυτοί διατυπώνονται από την επιστημονική κοινότητα. Ο ορισμός της υγείας ως απουσίας νόσου είναι, σαφώς, αρνητικός. Αντίθετα, παράδειγμα θετικού ορισμού είναι ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), δηλαδή «...η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (WHO, 1946). Ένας λειτουργικός ορισμός αναφέρεται στη δυνατότητα συμμετοχής στους συνήθεις κοινωνικούς ρόλους και μπορεί να συγκριθεί με έναν βιωματικό ορισμό, ο οποίος λαμβάνει υπόψη του την αίσθηση του εαυτού (Nettleton, 2002). Σύμφωνα με την κοινωνική διάσταση της υγείας, οι αντιλήψεις για την υγεία διαμορφώνονται και επηρεάζονται από τις κοινωνικές, πολιτισμικές, οικονομικές, περιβαλλοντικές και άλλες παραμέτρους, του χώρου που ζει το άτομο. Σημαντική απήχηση είχε, τέλος, η άποψη πως η υγεία δεν είναι μια απόλυτη κατάσταση, αλλά μια διαδικασία προσαρμογής στις αλλαγές που απαιτεί η ζωή και στις νέες αντιλήψεις που διαμορφώνονται για τη ζωή. Η υγεία και η ασθένεια δεν μπορούν να ορισθούν μόνο με

όρους ανατομίας, φυσιολογίας ή με ψυχικά χαρακτηριστικά, καθώς πραγματικό κριτήριο είναι η ικανότητα του ανθρώπου να λειτουργεί με τρόπο αποδεκτό από τον ίδιο και από την ομάδα που ανήκει και αποτελεί μέρος της (Σώκου, 1994).

Μια άλλη προσέγγιση για τον ορισμό της υγείας είναι μέσω της εξέτασης της πρόσληψης που έχουν οι άνθρωποι για τη συγκεκριμένη έννοια. Σε αυτό το πλαίσιο, περιγράφηκαν τρία διαφορετικά πεδία: εκείνο της «υγείας στο κενό» (αναφέρεται στην έλλειψη της νόσου), του «αποθέματος της υγείας» (μιας βιολογικής ικανότητας αντίστασης απέναντι στην ασθένεια ή επιτυχούς αντιμετώπισής της) και της «ισορροπίας» (η οποία είναι η φυσιολογική υγεία, που επιτυγχάνεται σπάνια) (Nettleton, 2002).

Η μετάβαση από το βιοϊατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο για την υγεία αποτέλεσε σημαντική εξέλιξη στον τρόπο περιγραφής, κατανόησης και προσέγγισης των θεμάτων της υγείας και της ασθένειας. Το βιοϊατρικό μοντέλο για την υγεία έχει τις ρίζες του στον Γαληνό και στον καρτεσιανό διαχωρισμό μεταξύ «σώματος και ψυχής». Σύμφωνα με τον γραμμικό και μηχανιστικό τρόπο σκέψης του συγκεκριμένου μοντέλου, κάθε παρεκτροπή από το «φυσιολογικό» (νόσος, σύμπτωμα) έχει μια συγκεκριμένη αιτία, η οποία συνήθως είναι η παρουσία στο σώμα κάποιου παθογόνου μικροοργανισμού. Το βιοϊατρικό μοντέλο, κυρίαρχο στη δυτική ιατρική έως και τα τέλη του 19ου αιώνα, ενισχύθηκε ιδιαίτερα από τις επιστημονικές ανακαλύψεις και τα επιτεύγματα της εποχής (παρατήρηση των μικροβίων στο μικροσκόπιο, δημιουργία των αντιβιοτικών φαρμάκων κ.ά). Η παρουσία, όμως, ασθενειών χωρίς ξεκάθαρη αιτιολογία, όπως ο καρκίνος, η εμφάνιση άλλων χρόνιων νοσημάτων, όπως οι καρδιοπάθειες και τα αυτοάνοσα, οι δραματικές αλλαγές στον τρόπο ζωής εκατομμυρίων ανθρώπων στις μεγαλουπόλεις και η εξέλιξη των κοινωνικών επιστημών και των επιστημών του ανθρώπου οδήγησαν στην αμφισβήτηση του συγκεκριμένου μοντέλου. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, λαμβάνοντας υπόψη τη σημασία του περιβάλλοντος, με την ευρεία έννοια του όρου, και τη σπουδαιότητα του ίδιου του ατόμου στην εμφάνιση ή όχι της ασθένειας, αντιλαμβάνεται την υγεία και την αρρώστια ως τις δύο αλληλοσυμπληρούμενες όψεις ενός συνεχούς ενιαίου συστήματος. Η υγεία δεν αποτελεί μια κατάσταση την οποία το άτομο «αποκτά» ή «χάνει» και η αρρώστια δεν θεωρείται ως γεγονός που «εισβάλλει» στον οργανισμό. Κάθε άτομο είναι περισσότερο ή λιγότερο

υγιές ή άρρωστο σε μια δεδομένη στιγμή. Η κατάσταση της υγείας του εξαρτάται από το φυσικό και ψυχοκοινωνικό περιβάλλον, το οποίο, με τη σειρά του, διαρκώς μεταβάλλεται. Εν ολίγοις, η υγεία ορίζεται ως μια ολότητα όπου η σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπόσταση του ατόμου λειτουργούν συνολικά, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και παράλληλα βρίσκονται σε δυναμική ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Σε αυτό το πλαίσιο, ο ΠΟΥ έδωσε έναν εκτενέστερο ορισμό για την υγεία, σύμφωνα με τον οποίο *«...η υγεία είναι το πεδίο στο οποίο ένα άτομο ή μια ομάδα μπορεί, αφενός, να διαπιστώνει/πραγματώνει τους στόχους και να ικανοποιεί τις ανάγκες του και, αφετέρου, να προσαρμόζεται στο περιβάλλον και τις, εντός ορίων, αλλαγές του. Η υγεία, λοιπόν, είναι ένα εφόδιο για την καθημερινή ζωή και όχι στόχος ζωής. Είναι μια θετική κατάσταση η οποία τονίζει τις προσωπικές και κοινωνικές δυνατότητες, καθώς και τις φυσικές/σωματικές ικανότητες»* (Naidoo & Wills, 2000).

Κεφάλαιο 2. Αγωγή και προαγωγή της υγείας

2.1 Η έννοια της αγωγής υγείας

Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δεκαετιών, η εκπαίδευση των ανθρώπων για θέματα υγείας αποτέλεσε βασική στρατηγική για την πρόληψη ασθενειών και τραυματισμών. Η προσέγγιση αυτή έχει βασιστεί στα επιστημονικά πεδία της δημόσιας υγείας, των κοινωνικών επιστημών, της επικοινωνίας και της εκπαίδευσης. Οι πρώτες προσπάθειες στον χώρο της εκπαίδευσης βασίστηκαν εξ ολοκλήρου στη μετάδοση πληροφορίας και δεδομένων. Σταδιακά, οι εκπαιδευτικές προσεγγίσεις προσανατολίστηκαν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων και την κάλυψη όλων των πτυχών της υγείας –δηλαδή τη φυσική, κοινωνική και ψυχική ευεξία. Η αγωγή υγείας και η εμπλουτισμένη μετεξέλιξή της σε προαγωγής της υγείας αποτέλεσαν και αποτελούν τα βασικά εργαλεία για την επίτευξη των παραπάνω στόχων.

Η αγωγή υγείας είναι μία διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης, οι οποίες δίνουν τις δυνατότητες στους ανθρώπους, ως άτομα ή ως σύνολο, να βελτιώσουν τις γνώσεις τους για τα θέματα της υγείας και να αποκτήσουν εκείνες τις δεξιότητες που θα τους βοηθήσουν να αποφασίζουν και να ενεργούν συνειδητά για θέματα που επηρεάζουν την υγεία τους. Η αγωγή υγείας δεν αφορά μόνο την ανταλλαγή πληροφοριών, αλλά περιλαμβάνει την ενδυνάμωση κινήτρων, δεξιοτήτων και εμπιστοσύνης στον εαυτό, στοιχεία απαραίτητα για την ανάληψη δράσης προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της υγείας (WHO, 1998a).

Η αγωγή υγείας καλύπτει ένα συνεχές από την πρόληψη της ασθένειας και την προαγωγή της υγείας έως την πρόωμη διάγνωση και θεραπεία των νόσων, την αποκατάσταση και τη φροντίδα χρόνιων νοσημάτων. Περιλαμβάνει την επικοινωνία πληροφοριών σχετικά με τους κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία, όπως επίσης τους παράγοντες και τις συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία του ατόμου, αλλά και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Μπορεί να λάβει χώρα σε κάθε πιθανό περιβάλλον – πανεπιστήμια, σχολεία, νοσοκομεία, φαρμακεία, εμπορικά κέντρα, δημοτικούς οργανισμούς, εθελοντικές οργανώσεις υγείας, εκκλησίες, εργασιακά περιβάλλοντα, φυλακές, κέντρα αποτοξίνωσης, διαφημιστικές εταιρείες, στέκια οικονομικών μεταναστών και στα

τμήματα υγείας όλων των βαθμίδων της κυβέρνησης (Glanz, Rimer, & Viswanath, 1998).

Γενικά, η αγωγή υγείας μπορεί να διακριθεί σε δύο τύπους: την τυποποιημένη και την άτυπη. Η πρώτη αναφέρεται σε προγραμματισμένη επιστημονική διαδικασία ενημέρωσης και εκπαίδευσης σε επιλεγμένα συνήθως θέματα υγείας. Η δεύτερη περιλαμβάνει την διαπαιδαγώγηση στην οποία υπόκειται ο άνθρωπος από την στιγμή της γέννησής του και η οποία αντιστοιχεί στο περιβάλλον που ανατρέφεται. Οι συνθήκες ζωής, οι κοινωνικές αξίες και αρχές, το συναισθηματικό περιβάλλον και οι σχέσεις στην οικογένεια, είναι τα πρώτα ουσιαστικά στοιχεία εκκοινωνισμού και αγωγής υγείας του ανθρώπου. Η άτυπη μορφή αγωγής υγείας διαφέρει από περιβάλλον σε περιβάλλον, επηρεάζεται από πολλούς πολιτισμικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς και άλλους παράγοντες, είναι δε κύριο συστατικό της κοινωνικοποίησης του ανθρώπου, χωρίς όμως να στηρίζεται σε επιστημονικά δεδομένα (Σώκου, 1994).

Στις ανεπτυγμένες χώρες, τις δεκαετίες του '60 και '70, τα προγράμματα αγωγής υγείας ήταν προσανατολισμένα στην πρόληψη των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων, μέσω της προαγωγής του υγιεινού τρόπου ζωής. Πολλές από αυτές τις προσπάθειες στηρίχθηκαν στη μετάδοση πληροφορίας και βασίστηκαν σε σχετικά απλοϊκές προσεγγίσεις για τη σχέση μεταξύ επικοινωνίας και αλλαγής συμπεριφοράς. Με την πάροδο του χρόνου, τα αποτελέσματα αυτών των προσπαθειών δεν ήταν τα αναμενόμενα και σε πολλές περιπτώσεις οι πλέον ωφελημένοι ήταν τα εύπορα και πιο μορφωμένα τμήματα του πληθυσμού (Nutbeam, 2000). Ως εργαλείο για την πρόληψη ασθενειών, η αγωγή υγείας ενδυναμώθηκε ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80, οπότε και μια νέα γενιά εξελιγμένων προγραμμάτων, με θεωρητικό υπόβαθρο, άρχισαν να υλοποιούνται. Τα προγράμματα αυτά εστίασαν στο κοινωνικό πλαίσιο λήψης των αποφάσεων για την υγεία και στόχευσαν στην ανάπτυξη προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, προκειμένου τα άτομα να πραγματοποιούν θετικές επιλογές για υγεία τους (Glanz et al., 2008). Πολλές θεωρίες αναπτύχθηκαν εκείνη την περίοδο, ως οδηγοί για τα εκπαιδευτικά προγράμματα, οι οποίες βοήθησαν στην αναγνώριση και την ερμηνεία των σύνθετων σχέσεων ανάμεσα στη γνώση, τις πεποιθήσεις και τις προσλαμβανόμενες κοινωνικές νόρμες (Nutbeam, 2000). Τέτοιες θεωρίες ήταν το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία, η θεωρία της κοινωνικής μάθησης, η θεωρία της προσχεδιασμένης

συμπεριφοράς, η θεωρία της έλλογης δράσης και η θεωρία της κινητοποίησης για την υγεία και άλλες που ακολούθησαν τα επόμενα χρόνια (Γκούβρα, Κυρίδης, & Μαυρικάκη, 2005· WHO, 2012). Την ίδια, περίπου, περίοδο άρχισε να αναγνωρίζεται η σημασία της επίδρασης των οικονομικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στην υγεία των ανθρώπων, καθώς και το γεγονός πως η αγωγή υγείας θα μπορούσε να αξιοποιηθεί πλήρως, μόνο εάν λάμβανε υπόψη και αξιοποιούσε τους ευρύτερους προσδιοριστές της υγείας. Για αυτό και υποστηρίζεται ότι η προαγωγή της υγείας αναδύθηκε από το πεδίο της αγωγής υγείας (WHO, 2012).

2.2 Η έννοια της προαγωγής της υγείας

Προαγωγή της υγείας είναι η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους (WHO, 1986). Ο όρος πρωτοδιατυπώθηκε στον Καναδά το 1974 από περιβαλλοντολόγους και υιοθετήθηκε, στην συνέχεια, από τον υγειονομικό και ιατρικό χώρο. Ο ορισμός αυτός δημοσιεύθηκε το 1986 στον καταστατικό Χάρτη της Οτάβα, στο Διεθνές Συνέδριο για την Προαγωγή της Υγείας. Σύμφωνα με τον «Χάρτη της Οτάβα» βασικές προϋποθέσεις για την προαγωγή της υγείας είναι: η ειρήνη, η στέγη, η εκπαίδευση, η τροφή, το εισόδημα, η εξασφάλιση των βασικών πόρων, η σταθερότητα του περιβάλλοντος, η κοινωνική δικαιοσύνη και η ισότητα. Στόχοι της προαγωγής της υγείας είναι: η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, η εξασφάλιση ίσων ευκαιριών στους ανθρώπους για την ανάπτυξη όλου του δυναμικού της υγείας τους, η προστασία ανθρώπων και περιβάλλοντος από καθετί που τα απειλεί και η συντονισμένη δράση κάθε υπεύθυνου φορέα, τομέα και ομάδας ανθρώπων, προκειμένου να προστατευθεί η υγεία από τα διάφορα συμφέροντα που την απειλούν (Σώκου, 1994).

Οι στόχοι αυτοί υποστηρίζονται από πέντε τομείς δράσης (WHO, 1998a· Σώκου, 1994):

- Δημιουργία υγιούς δημόσιας πολιτικής. Όλοι οι τομείς και οι υπηρεσίες συνεργάζονται για τη λήψη συντονισμένων νομικών, οικονομικών, διοικητικών και άλλων μέτρων, που προστατεύουν και βελτιώνουν την υγεία.
- Δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Η προαγωγή της υγείας προωθείται στο φυσικό και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, στην οικογένεια, στους χώρους απασχόλησης και αναψυχής. Υποστηρίζεται δε από μέτρα που ενισχύουν την ασφάλεια,

την ικανοποίηση, την ευχαρίστηση και τις καλές σχέσεις σε έναν κόσμο που αλλάζει γρήγορα.

- Ενδυνάμωση της κοινοτικής δράσης. Η προαγωγή της υγείας υποστηρίζει την εξουσιοδότηση των κοινοτήτων, ώστε να μπορούν να θέτουν προτεραιότητες, να αποφασίζουν, να σχεδιάζουν στρατηγικές και να εφαρμόζουν προγράμματα που στοχεύουν στη βελτίωση της υγείας.

- Ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων. Υποστηρίζεται η προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη με την εξασφάλιση σύγχρονης και σωστής ενημέρωσης, την αγωγή υγείας και την εκμάθηση δεξιοτήτων. Με τον τρόπο αυτό, τα άτομα αναπτύσσουν ικανότητες για αποτελεσματικότερο έλεγχο και βελτίωση της υγείας τους και μαθαίνουν να προετοιμάζονται για τα διάφορα στάδια της ζωής.

- Επαναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας. Ο τομέας της υγείας και όλες οι υπηρεσίες του χρειάζεται να δραστηριοποιηθούν και να αντιμετωπίσουν με σεβασμό τις διαφορετικές πολιτισμικές ανάγκες, να συνεργαστούν με άλλες υπηρεσίες και φορείς, επαναπροσδιορίζοντας τις υπηρεσίες που προσφέρουν.

Ο ΠΟΥ, μέσα από τη Διακήρυξη της Τζακάρτα (WHO, 2009), προσδιορίζει πέντε προτεραιότητες για την προαγωγή της υγείας τον 21ο αιώνα:

- Προώθηση της κοινωνικής ευθύνης για την υγεία
- Αυξημένες επενδύσεις για τη βελτίωση της υγείας
- Διεύρυνση των συνεργασιών για την προαγωγή της υγείας
- Διεύρυνση των κοινοτικών αρμοδιοτήτων και ενδυνάμωση του ατόμου
- Εξασφάλιση της διατομεακότητας της προαγωγής της υγείας.

Ως αποτέλεσμα των αδυναμιών που παρουσίασαν τα εκπαιδευτικά προγράμματα αγωγής υγείας στο παρελθόν, ο ρόλος της αγωγής υγείας σαν εργαλείο της «νέας δημόσιας υγείας», όπως αυτή προωθήθηκε από τον «Χάρτη της Οτάβα», περιορίστηκε. Η αγωγή υγείας θεωρήθηκε μια πεπερασμένη μέθοδος, που συμβάλλει στη βελτίωση των γνώσεων και των πεποιθήσεων για τους παράγοντες κινδύνου των ασθενειών και έχει περιορισμένη σημασία στην προώθηση της αλλαγής συμπεριφοράς σε σχέση με αυτούς τους κινδύνους. Αυτό μπορεί να είχε ως ανεπιθύμητο αποτέλεσμα την υποβάθμιση του ρόλου της αγωγής υγείας και την αδυναμία κατανόησης των δυνατοτήτων της ως εργαλείου υποστήριξης σύγχρονων παρεμβάσεων δημόσιας υγείας (Nutbeam, 2000).

Ταυτόχρονα είχε μια ακόμη επίδραση στα προγράμματα πρόληψης της υγείας στο σχολικό περιβάλλον, καθώς, όπως θα φανεί στο επόμενο κεφάλαιο, από την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας στο περιβάλλον της τάξης υπήρξε σταδιακή μετάβαση στην πιο σύνθετη έννοια των Σχολείων Προαγωγής της Υγείας.

Η προστασία της υγείας του παιδικού πληθυσμού και η πρόληψη ασθενειών και κινδύνων που την απειλούν οφείλουν να είναι βασικές προτεραιότητες κάθε οργανωμένης κοινωνίας. Η σπουδαιότητα της εφαρμογής οργανωμένων προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας στο σχολικό περιβάλλον αποτελεί, εκτός των άλλων, σημαντική πρόκληση, καθώς ετερόκλητοι παράγοντες καλούνται να συνεργαστούν με έναν κοινό στόχο.

2.3 Κίνδυνοι για την υγεία των παιδιών και η σημασία του σχολείου

Η εξασφάλιση της υγείας και της ικανότητας μάθησης των παιδιών είναι θεμελιώδες μέρος ενός αποτελεσματικού εκπαιδευτικού συστήματος, ενώ η εκπαίδευση και η υγεία είναι διαδικασίες αλληλένδετες και αδιαχώριστες: τα παιδιά δεν μπορούν να παρακολουθήσουν μαθήματα ή να είναι συγκεντρωμένα, εάν είναι συναισθηματικά ευάλωτα, φοβούνται για τη σωματική τους ακεραιότητα ή νοσούν από κάποια σοβαρή ασθένεια. Από την άλλη πλευρά, παιδιά που ολοκληρώνουν περισσότερα χρόνια σπουδών απολαμβάνουν καλύτερη υγεία και έχουν περισσότερες ευκαιρίες στη ζωή τους (WHO, 2003). Το ίδιο το σχολείο -μέσα από την οργανωσιακή του κουλτούρα, την ποιότητα του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, τις μεθόδους μάθησης και τον τρόπο αξιολόγησης προόδου των μαθητών- έχει άμεση επίδραση στην αυτοεκτίμηση, τις εκπαιδευτικές επιδόσεις και, κατά συνέπεια, στην υγεία των μαθητών και του προσωπικού (WHO, 1997a). Καθώς όλο και περισσότερα παιδιά απολαμβάνουν τα οφέλη ενός οργανωμένου εκπαιδευτικού συστήματος, τα σχολεία αποτελούν ιδανικό μέσο προσέγγισης παιδιών και οικογένειας, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ομαλή ανάπτυξη των μελών μιας οργανωμένης κοινωνίας (WHO, 1999).

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 60 ετών, η υγεία των περισσότερων παιδιών και των νέων, ηλικίας μεταξύ 5 και 19, έχει βελτιωθεί, τουλάχιστον σε κάποια σημεία. Το βιοτικό τους επίπεδο είναι γενικά υψηλότερο, βρίσκονται σε χαμηλότερο κίνδυνο για μολυσματικές ασθένειες και είναι καλύτερα μορφωμένοι. Από όλες τις ηλικιακές ομάδες,

η δική τους έχει τα θεμέλια για μεγάλης διάρκειας ζωή, γεμάτη υγεία: υγιή παιδιά που μεγαλώνουν ως υγιείς έφηβοι είναι πιθανότερο να ωριμάσουν σε υγιείς ενήλικες (WHO, 1999). Σε παγκόσμια κλίμακα, οι συνθήκες και οι συμπεριφορές που επηρεάζουν την υγεία παιδιών και νέων (5-19 ετών) είναι: οι τραυματισμοί, η κατάθλιψη και οι αυτοκτονίες, η χρήση καπνού/ ψυχοτρόπων/ αλκοόλ, η διατροφή, η ανθυγιεινή σεξουαλικότητα και οι συνέπειές της. Στην Ελλάδα, για την ηλικιακή ομάδα 0-14 ετών, η κύρια αιτία θανάτου είναι οι συγγενείς καταστάσεις και οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες, οι οποίες όμως αφορούν κυρίως τα βρέφη (ηλικία ως ενός έτους). Για παιδιά μεγαλύτερα του έτους, κύρια αιτία θνησιμότητας είναι οι τραυματισμοί, από εξωτερικές αιτίες, συνήθως από ατυχήματα και οι δηλητηριάσεις (UNISEF, 2013). Η χρήση ουσιών και αλκοόλ, σε νεαρές ηλικίες, μπορεί να συνδέεται με τα ατυχήματα (τροχαία κ.ά.), ενώ οι απόπειρες αυτοκτονίας δηλώνονται πολλές φορές ως ατυχήματα ή θάνατοι αγνώστου αιτιολογίας. Παράλληλα, οι διατροφικές συνήθειες επηρεάζουν την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων, μπορεί να οδηγήσουν στην παχυσαρκία, ενώ η συνήθεια του καπνίσματος συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση νεοπλασιών, αλλά και νοσημάτων του κυκλοφορικού.

Γίνεται κατανοητό ότι συμπεριφορές και επιλογές σε σχέση με την υγεία, στην παιδική και νεανική ηλικία, μπορούν να επηρεάσουν άμεσα ή/και μακροπρόθεσμα την υγεία ενός ατόμου, προκαλώντας σοβαρά νοσήματα, που χρειάζονται απαιτητικές θεραπείες ή μπορεί να είναι μοιραία για τη ζωή του. Είτε συμβάλλουν στην εμφάνιση νεοπλασιών, καρδιαγγειακών νοσημάτων, σακχαρώδη διαβήτη, κίρρωσης του ήπατος, είτε οδηγούν σε περισσότερους θανάτους από ατυχήματα και τραυματισμούς, οι συμπεριφορές αυτές μπορεί να προληφθούν (WHO, 2013). Ταυτόχρονα, όμως, η υγεία των παιδιών απειλείται από κοινωνικοοικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, που αφορούν τις συνθήκες διαβίωσης, τη δυνατότητα της οικογένειας να έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ή σε ικανοποιητική διατροφή κ.ά. Όλες αυτές οι διαδικασίες δεν λαμβάνουν χώρα στο κενό: οι κοινωνίες αλλάζουν ταχύτατα και σε πολλές χώρες - οικονομικά αναπτυσσόμενες και ανεπτυγμένες- παραδοσιακές οικογενειακές και κοινωνικές δομές έχουν εγκαταλειφθεί ή αλλάξει ριζικά. Η φτώχεια στερεί από εκατομμύρια παιδιά σε όλο τον κόσμο τη στέγαση, την τροφή, την ιατρική περίθαλψη και την εκπαίδευση (WHO, 1997a). Καθώς αλλάζουν οι κοινωνίες, το ίδιο συμβαίνει και

στα σχολεία. Τα καθήκοντα που καλούνται τώρα να αναλάβουν έχουν επεκταθεί και σε πολλές περιπτώσεις έχουν γίνει ο βασικός φορέας, υπεύθυνος για την κοινωνικοποίηση των παιδιών. Παρ' όλα αυτά, η χρήση των υφιστάμενων πόρων είναι συχνά ελλιπής, στον βαθμό που οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας των μαθητών οδηγούν σε χαμηλή προσέλευση, πρόωρη εγκατάλειψη και επανάληψη των τάξεων. Επιπλέον, σε ορισμένες περιπτώσεις, υπάρχει διαμάχη σχετικά με τον κατάλληλο ρόλο που πρέπει να υιοθετήσει το σχολείο για την αντιμετώπιση της υγείας των παιδιών. Όσον αφορά τα παιδιά, οι επιλογές και η συμπεριφορά τους επηρεάζονται από διαφορετικούς και κάποιες φορές αντιφατικούς παράγοντες, σε διαφορετικά πλαίσια. Για παράδειγμα, παρ' όλο που οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να εξηγήσουν αναλυτικά τους κινδύνους από τη χρήση αλκοόλ, ο χώρος της διαφήμισης και άλλα μέσα επικοινωνίας προβάλλουν ψυχολογικά σαηνευτικά μηνύματα, τα οποία επισκιάζουν τον κίνδυνο (WHO, 1997a). Τόσο στις αναπτυγμένες όσο και τις αναπτυσσόμενες χώρες, νέες απειλές για την υγεία και την εκπαίδευση των νέων αποτελούν σημαντική πρόκληση για τη βελτίωση της υγείας, αλλά και την ευημερία των νέων. Η αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων μπορεί να είναι μια εξαιρετικά σύνθετη και απαιτητική διαδικασία, η οποία αφορά την οικογένεια, το σχολικό περιβάλλον, τις υπηρεσίες υγείας και την πολιτική ηγεσία. Κατά συνέπεια, ο ρόλος του σχολείου όσον αφορά την προστασία και την προαγωγή της υγείας των παιδιών είναι ευρύς, πολυδιάστατος και, ενδεχομένως, κομβικής σημασίας (Jamal et al., 2013• APHA, 2011).

Κεφάλαιο 3. Αγωγή και προαγωγή της υγείας στο σχολικό περιβάλλον

3.1 Το σχολείο ως ιδανικό περιβάλλον για την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας

Η αγωγή υγείας, ως κοινωνική επιστήμη, στηρίζεται σε άλλα επιστημονικά πεδία -όπως της βιολογίας, του περιβάλλοντος, της ψυχολογίας, των φυσικών επιστημών και της ιατρικής-, προκειμένου να προάγει την υγεία και να προλάβει την ασθένεια, την αναπηρία και τον πρόωρο θάνατο, διαμέσου εκπαιδευτικών τεχνικών που στοχεύουν στην εθελοντική αλλαγή συμπεριφοράς του ατόμου. Με την ανάπτυξη ατομικών, ομαδικών, οργανωσιακών, κοινοτικών και συστημικών στρατηγικών στοχεύει στην αναζήτηση τρόπων, ούτως ώστε να βελτιώσει τις γνώσεις, τις στάσεις, τις δεξιότητες και τη συμπεριφορά, αξιοποιώντας διαφορετικές τεχνικές, συμπεριλαμβανομένης και της προσέγγισης για ένα υγιές περιβάλλον (WHO, 2012). *Περιβάλλον για την υγεία* είναι το μέρος ή το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο οι άνθρωποι εμπλέκονται σε καθημερινές δραστηριότητες και όπου περιβαλλοντικοί, οργανωσιακοί και προσωπικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν, επηρεάζοντας την υγεία και την ευημερία του ανθρώπου (WHO, 1998a). Ιδανικό περιβάλλον για την ανάπτυξη προγραμμάτων υγείας και αγωγής υγείας αποτέλεσε, παραδοσιακά, το σχολείο.

Η σχολική ηλικία αποτελεί μια κρίσιμη περίοδο στην ανάπτυξη του ανθρώπου και το σχολικό περιβάλλον παρέχει ένα στρατηγικό σημείο εισόδου για τη βελτίωση της υγείας, της αυτοεκτίμησης, τις δεξιότητες ζωής και τη συμπεριφορά των παιδιών (WHO, 1996a). Από τα μέσα του 19ου αιώνα, πρωτοξεκίνησε η ιατρική εξέταση στο σχολείο, η παρακολούθηση της υγείας των μαθητών και οι οδηγίες υγιεινής και φροντίδας του σώματος. Αυτό συνέβη, αρχικά, στη Γαλλία, τη Σουηδία και τη Νορβηγία και αργότερα επεκτάθηκε στις υπόλοιπες κεντροευρωπαϊκές και άλλες χώρες στον κόσμο, όπου στις μέρες μας η ιατρική εξέταση και παρακολούθηση των μαθητών είναι υποχρεωτική διαδικασία, για τις ανεπτυγμένες και για τις, περισσότερες, υπό ανάπτυξη χώρες (Cubberley, 2003). Παράλληλα, τα σχολεία αποτέλεσαν ιδανικό περιβάλλον για την ανάπτυξη προγραμμάτων υγείας, τα οποία αφορούσαν, αρχικά, ζητήματα ατομικής υγιεινής (πλύσιμο χεριών κ.λπ.). Το πρώτο μισό του 20ού αιώνα, θέματα όπως οι

κίνδυνοι από τη χρήση του αλκοόλ και η ανάγκη φυσικής άσκησης (φυσική αγωγή) εντάχθηκαν ως ενότητες στην εκπαίδευση για την υγεία και, προοδευτικά, ζητήματα στοματικής υγείας, διατροφής, σεξουαλικότητας, χρήσης ουσιών, ψυχικής υγείας, πρόληψης ατυχημάτων και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων εισήχθησαν στο ευρύτατο, πλέον, πεδίο της αγωγής υγείας στο σχολικό περιβάλλον. Οι χρησιμοποιούμενες τεχνικές αλλά και το υλικό για την ευαισθητοποίηση του μαθητικού πληθυσμού στα ζητήματα της υγείας είχαν ως αφετηρία την αντίληψη πως η παροχή πληροφορίας και γνώσης θα οδηγούσε στην επιθυμητή αλλαγή συμπεριφοράς. Η έρευνα στις επιστήμες συμπεριφοράς τα τελευταία 20 έτη έδειξε ότι η προσέγγιση αυτή ήταν εξαιρετικά απλουστευτική και με σχετικά μικρή αποτελεσματικότητα (St Leger, 2004). Η εκπαίδευση, σε θέματα υγείας, παιδιών και εφήβων μπορεί, πράγματι, να ενσταλάξει, σε πρώιμα στάδια της ζωής, θετικές συμπεριφορές υγείας και να προλάβει κινδύνους και πρόωρους θανάτους. Χρειάζεται, όμως, να δημιουργεί ταυτόχρονα ενημερωμένους πολίτες, οι οποίοι θα είναι σε θέση να αξιοποιούν τις υπηρεσίες υγείας και να διεκδικούν πολιτικές και πλαίσια που θα βελτιώνουν την υγεία τους (WHO, 2003)

3.2 Περιεχόμενο της Σχολικής Αγωγής Υγείας

Πλέον, η αγωγή υγείας στα σχολεία περιλαμβάνει εκπαίδευση μέσα στην τάξη, εκπαίδευση/ κατάρτιση των εκπαιδευτικών και αλλαγές στο περιβάλλον του σχολείου, οι οποίες προάγουν θετικές συμπεριφορές υγείας (Parcel, Simons-Morton, & Kolbe, 1998). Αφορά τη διαμόρφωση συγκεκριμένων διαδικασιών και δομών, οι οποίες, στο πλαίσιο των σχολικών δομικών και λειτουργικών προδιαγραφών, θέτουν και προσπαθούν να επιτύχουν συγκεκριμένους στόχους. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η σχολική αγωγή υγείας αποτελεί το σύνολο των προγραμματισμένων και επιστημονικών διαδικασιών που επιστρατεύονται από το σχολείο, για να είναι σε θέση οι μαθητές να συνδυάζουν τις γνωστικές και εμπειρικές παραμέτρους που το σχολείο τους παρέχει, ώστε να αποφασίζουν υπεύθυνα και συνειδητά για θέματα που αφορούν την υγεία τους (Γκούβρα και συν., 2005). Μπορεί να προσφέρεται ως ξεχωριστό εκπαιδευτικό αντικείμενο, ως μέρος άλλων μαθημάτων ή σε συνδυασμό των δύο. Ιδανικά θα έχει θέση, στο σχολικό πρόγραμμα, ως ξεχωριστό μάθημα και θα ενσωματώνεται σε άλλα αντικείμενα, εφόσον και όταν απαιτείται (WHO, 1997a).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (WHO, 1997a), η σχολική αγωγή υγείας χρειάζεται να εστιάζει: στις συμπεριφορές και τις συνθήκες που προάγουν την υγεία• στις δεξιότητες που απαιτούνται για την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών• στη γνώση, τις στάσεις, τις πεποιθήσεις και τις αξίες που σχετίζονται με την ανάπτυξη υγιών συμπεριφορών και στην προσφορά εκπαιδευτικών εμπειριών, οι οποίες επιτρέπουν στους μαθητές να αξιοποιήσουν τις δεξιότητές τους και να δημιουργήσουν ένα πρότυπο συμπεριφοράς. Για να είναι ολοκληρωμένη, πρέπει να: θεωρεί την υγεία κάτι περισσότερο από την απουσία της ασθένειας• αξιοποιεί όλες τις υπάρχουσες ευκαιρίες για αγωγή υγείας (τυπικές και άτυπες, παραδοσιακές και εναλλακτικές, εντός ή εκτός σχολείου)• ενεργοποιεί τους μαθητές έτσι ώστε να προάγουν υποστηρικτικές συνθήκες για την υγεία• προωθεί αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στο σχολείο, την κοινότητα, τους γονείς και τις τοπικές υπηρεσίες υγείας• ενθαρρύνει τη δημιουργία και διατήρηση ενός υγιούς περιβάλλοντος στο σχολείο.

Η σχολική αγωγή υγείας ως διδακτική διαδικασία αξιοποιεί διδακτικά εργαλεία και μεθοδολογίες, που διαφοροποιούνται σημαντικά σε σχέση με αυτά που εφαρμόζονται στα παραδοσιακά σχολικά μαθήματα. Οι μέθοδοι αυτές είναι, τις περισσότερες φορές, άγνωστες τόσο στους μαθητές όσο και στους εκπαιδευτικούς, παρουσιάζοντας διαφορές τόσο στη φιλοσοφία όσο και στις διαδικασίες τους, σε σχέση με τις πιο παραδοσιακές εκπαιδευτικές μεθόδους. Στα μάτια των μαθητών μπορεί να μοιάζουν πιο χαλαρές, λιγότερο τυπικές και ίσως «εξωσχολικές» (Γκούβρα και συν., 2005).

3.3 Πηγές ένταξης και κριτική για την Σχολική Αγωγή Υγείας.

Ο St Leger (2000a) περιγράφει ότι υπάρχουν πολλοί εμπλεκόμενοι στα ζητήματα της υγείας στο σχολικό περιβάλλον και μπορούν να ομαδοποιηθούν ανάλογα με τον τομέα (υγεία - εκπαίδευση) και σε σχέση με το σχολικό περιβάλλον. Στις ομάδες αυτές περιλαμβάνονται οι μαθητές, οι εκπαιδευτικοί, οι γονείς, οι κυβερνητικές υπηρεσίες, οι τοπικές υπηρεσίες υγείας, ερευνητές από τον χώρο της εκπαίδευσης και της υγείας κ.ά. Η κατηγοριοποίηση αυτή προσφέρει τη δυνατότητα προσδιορισμού της αφετηρίας των δύο κλάδων, που συναντώνται στο σχολικό περιβάλλον. Για παράδειγμα, η κύρια δραστηριότητα του σχολείου είναι να μεγιστοποιήσει τις ευκαιρίες μάθησης και την αποτελεσματικότητα της εκπαιδευτικής διαδικασίας, για όλους τους μαθητές, και να

αναπτύξει τις ικανότητές τους στην ανάγνωση, τους μαθηματικούς υπολογισμούς, την επίλυση προβλημάτων και συγκρούσεων και την απόκτηση τεχνικών δεξιοτήτων. Είναι, επίσης, επιφορτισμένο με την ευθύνη να αναπτύξει τις ικανότητες των νέων στη λήψη αποφάσεων, την κατανόηση της δικαιοσύνης, της ισότητας και της ειλικρίνειας. Σε αυτό το πλαίσιο, ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι περίπλοκος, δύσκολος και απαιτητικός (St Leger, 2000a). Επιπλέον, τα σχολεία έχουν περιορισμένη επιρροή στην υγεία και τη συμπεριφορά των μαθητών -σε σχέση με άλλους παράγοντες όπως είναι η οικογένεια, τα μέσα μαζικής επικοινωνίας κ.ά.- και η κύρια αιτία, για την οποία ασχολούνται με τα θέματα υγείας, είναι η επίτευξη των εκπαιδευτικών στόχων (Basch, 2010· West, Sweeting, & Leyland, 2004· Powney, Malcom, & Lowden, 2000). Ο χώρος της υγείας, από την άλλη πλευρά, στοχεύει στη βελτίωση των δεικτών υγείας και στη μείωση των δεικτών της νοσηρότητας, αγνοώντας τις ιδιαιτερότητες του χώρου της εκπαίδευσης, της οργάνωσης των σχολικών δομών, των εκπαιδευτικών μεθόδων και πρακτικών κ.ά. Και παρ' όλο που είναι αναγκαία η στενότερη σχέση ανάμεσα στους δύο τομείς, για αποτελεσματικότερη εφαρμογή των προγραμμάτων υγείας, αυτή δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένη ούτε απλή στην εφαρμογή της, αλλά μάλλον ως πηγή έντασης (St Leger, 1999).

Μια επιπλέον πηγή έντασης για τη σχολική αγωγή υγείας αποτελεί το γεγονός ότι αναδεικνύει ως εκπαιδευτικούς στόχους τη γνώση, την κριτική σκέψη και την ενδυνάμωση, ενώ ταυτόχρονα αναμένει την αλλαγή συμπεριφοράς, ως αποτέλεσμα των παραπάνω εκπαιδευτικών στόχων (Fitzpatrick & Tinning, 2013). Αυτού του τύπου οι μορφές εκπαίδευσης, σύμφωνα με τον Jourdan (2011), λειτουργούν σε ένα πλαίσιο αβεβαιότητας, το οποίο είναι σύνηθες στον τομέα της δημόσιας υγείας, αλλά δεν είναι στο εκπαιδευτικό σύστημα, καθώς το τελευταίο βασίζεται σε ένα σαφώς καθορισμένο σώμα γνώσης. Για αυτό και είναι δύσκολο να βρει τη θέση της στο σχολικό πρόγραμμα. Το ζήτημα, λοιπόν, δεν αφορά την «υγεία» -καθώς κανείς δεν αμφισβητεί τον ρόλο του σχολείου σε αυτό τον τομέα-, αλλά περισσότερο στον προσδιορισμό της αποστολής του σχολείου, σε σχέση με την υγεία και τη συμβολή που μπορεί να έχει το προσωπικό των σχολείων. Κατ' αυτόν τον τρόπο, η αγωγή υγείας δεν αποτελεί την επικράτεια των ειδικών, αλλά μέρος των καθημερινών καθηκόντων που έχουν οι ενήλικες -κυρίως γονείς και εκπαιδευτικοί- ως υπεύθυνοι της εκπαίδευσης των παιδιών. Οι ειδικοί, κυρίως αυτοί

που προέρχονται από τον χώρο της υγείας, ακολουθούν την εκπαιδευτική διαδικασία, η οποία καθοδηγείται από τους γονείς και τους δασκάλους (Jourdan, 2011).

Η Jensen (1997) αναφέρει ότι υπάρχουν δύο διαφορετικές προσεγγίσεις για τη σχολική αγωγή υγείας: η ηθικολογική και η δημοκρατική. Οι δύο αυτές προσεγγίσεις διαφέρουν σε τέτοιο βαθμό ώστε μπορούμε να μιλήσουμε για διαφορετικά παραδείγματα στην αγωγή υγείας. Η λέξη «παράδειγμα» έχει επιλεγεί εσκεμμένα, αφού οι δύο προσεγγίσεις αναφέρονται σε δύο ασύμβατες και θεμελιωδώς διαφορετικές αντιλήψεις για τα παιδιά, την υγεία και τις παιδαγωγικές βάσεις της μάθησης. Οι διαφορές αυτές περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τη διάκριση ανάμεσα στην εκπαίδευση και την πληροφορία, όπου η εκπαίδευση δίνει έμφαση στην ενεργητική συμμετοχή των μαθητών, για τη δημιουργία των δικών τους γνώσεων και ικανοτήτων δράσης, σε αντίθεση με την παθητική αντίληψη για τον μαθητή, στα προγράμματα που βασίζονται στη μεταφορά γνώσης και πληροφορίας (Jensen, 1997).

Ορισμένοι συγγραφείς παρατηρούν, επίσης, ότι η διδασκαλία της αγωγής υγείας στην τάξη αποτελεί σημαντικό και αμφιλεγόμενο πεδίο άσκησης πολιτικής για την υγεία, ιδιαίτερα σε θέματα που αφορούν την εικόνα του σώματος, την παχυσαρκία ή τη διατροφή. Η συζήτηση θεμάτων, εντός της παιδαγωγικής διαδικασίας, όπως η ανάληψη της ατομικής ευθύνης για την υγεία και η ηθικολογία για τις συμπεριφορές κινδύνου, συνοδευόμενη από τις εντάσεις που προκαλούν συναισθήματα όπως η ντροπή και η αηδία δημιουργούν ένα ισχυρότατο σύνολο διαδικασιών που, εκτός των άλλων, έχει σημαντικές επιπτώσεις στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο εκπαιδεύουμε τους νέους ανθρώπους για το σώμα και την υγεία τους (Leahy, 2013). Η εμπλοκή επιχειρηματικών εταιρειών στη χρηματοδότηση και την εφαρμογή προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας αναδεικνύει ένα ακόμη σοβαρό ζήτημα για το περιεχόμενο και τις μεθόδους των προγραμμάτων αυτών. Τέτοιου είδους προσπάθειες αντιπροσωπεύουν τα οικονομικά συμφέροντα του ιδιωτικού τομέα, αποπροσανατολίζουν για την επιρροή που μπορεί να έχουν τα προϊόντα των εταιρειών στην υγεία των μαθητών, προάγουν την άκριτη κατανάλωση εταιρικών προϊόντων, ενώ, ταυτόχρονα, περιορίζεται η ευθύνη του κράτους στην εξασφάλιση της υγείας και της εκπαίδευσης των παιδιών (Powel, 2013). Οι Fitzpatrick και Tinning (2013) επιχειρηματολογούν για το πώς η σχολική αγωγή υγείας, με τις καλύτερες των προθέσεων για τη βελτίωση της υγείας των παιδιών, μπορεί να γίνει

εύκολα ένας χώρος φιλικός του φασισμού της υγείας (friendly health fascism site), ιδιαίτερα εάν εκείνοι που εφαρμόζουν τα προγράμματα απορρίπτουν όσα λέει η θεωρία για την αγωγή υγείας και επιλέγουν της πειθαρχία και τον έλεγχο του σώματος για την εγκαθίδρυση «σωστών» και υγιών συμπεριφορών. Λαμβάνοντας υπόψη πως η αγωγή υγείας θα μπορούσε να γίνει μια μορφή φασισμού της υγείας, μπορεί να ανοίξει ένας ευρύς διάλογος σχετικά με τις πιθανές καταπιεστικές συνέπειες της σχολικής αγωγής υγείας (Fitzpatrick & Tinning, 2013).

Η περιγραφή της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας, αποκλείοντας τους υπόλοιπους πιθανούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά, αποτελεί μια εξαιρετικά δύσκολη διαδικασία (Naidoo & Wills, 1998). Με εξαίρεση, ίσως, τη βελτίωση της στοματικής υγείας, τα αποτελέσματα προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας σε άλλους τομείς είναι αμφίβολα ή περιορισμένης εμβέλειας, επηρεάζονται από διαφορετικούς παράγοντες και χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση (Dobbins, Husson, DeCorby, & LaRocca, 2013• Katz et al., 2013• Cauwenberghe et al., 2010• Welham, 2007• Kwan, Petersen, Pine, & Borutta, 2005• St Leger, 1999• Foxcroft, Lister-Sharp, & Lowe, 1997).

3.4 Από τη Σχολική Αγωγή Υγείας στα Σχολεία Προαγωγής της Υγείας

Από τη δεκαετία του '90, ο ΠΟΥ διαπίστωσε πως η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων σχολικής αγωγή υγείας εξαρτάται από τον χρόνο που αφιερώνεται στην τάξη για το πρόγραμμα, από την υποστήριξη της σχολικής διεύθυνσης στο πρόγραμμα και από το κατά πόσο οι εκπαιδευτικοί αισθάνονται έτοιμοι και κινητοποιούνται για την υλοποίηση του προγράμματος (WHO, 1996a). Επιπλέον, έγινε σαφές πως η «από τα άνω προς τα κάτω» παραδοσιακή αντίληψη εφαρμογής των προγραμμάτων οδήγησε σε περιορισμένες αλλαγές και δεν προσέγγισε, εκτός των άλλων, τις παρατηρούμενες διαφορές μεταξύ ανώτερων και κατώτερων κοινωνικό-οικονομικά ομάδων όσον αφορά την κατάσταση, τη φροντίδα και την περίθαλψη της υγείας (St Leger, 2001• Kopu & Rimpela, 2002). Επιπλέον, προσδιορίστηκαν πέντε εμπόδια -κοινά σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο- στην ανάπτυξη σχολικών προγραμμάτων υγείας: ανεπαρκές όραμα και στρατηγικός σχεδιασμός• ανεπαρκής κατανόηση και αποδοχή των προγραμμάτων• έλλειψη ευθύνης και λογοδοσίας• ανεπαρκής συνεργασία και

συντονισμός μεταξύ των ατόμων που παρουσιάζουν τα θέματα υγείας στα σχολεία· έλλειψη υποδομών, συμπεριλαμβανομένων οικονομικών, ανθρώπινων και υλικών πόρων, καθώς και απουσία οργανωτικών μηχανισμών (WHO, 1998b· WHO, 1996b). Παρ' όλα αυτά, η επιπλέον ανάπτυξη αυτών των προγραμμάτων κρίθηκε πολύ σημαντική, καθώς θα μπορούσαν να περιορίσουν απλά προβλήματα υγείας, να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού συστήματος και να προαγάγουν τη δημόσια υγεία και την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη των κρατών.

Τα παραπάνω ανέδειξαν και ορισμένα άλλα ζητήματα, όπως η ανάγκη αναγνώρισης της αμφίδρομης σχέσης ανάμεσα στους τομείς της υγείας και της εκπαίδευσης, η αντιστοίχιση των προγραμμάτων αγωγής υγείας με τις ανάγκες και τα προβλήματα σε τοπικό επίπεδο, η ενίσχυση του ρόλου του σχολείου στις τοπικές κοινότητες, διαμέσου της δημιουργίας στενότερων σχέσεων ανάμεσα στα παιδιά, τους εκπαιδευτικούς, τους γονείς και τα άλλα μέλη της κοινότητας, της βασικής και διεπιστημονικής εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στην αγωγή υγείας και η αξιοποίηση καινοτόμων εκπαιδευτικών τεχνικών, οι οποίες θα περιλαμβάνουν τη συμμετοχή των μαθητών στα προγράμματα (St Leger, 1999).

Ο όρος Σχολεία Προαγωγής της Υγείας αναδύθηκε ταυτόχρονα στην ευρωπαϊκή ήπειρο και στη Βόρεια Αμερική και πρωτοαναφέρθηκε στον Χάρτη για την Προαγωγή της Υγείας της Οτάβα, το 1986. Κάτω από τον τίτλο Health Promoting Schools (HPS) στην Ευρώπη και Comprehensive School Health (CSH) στις ΗΠΑ, δημιουργήθηκε σε πολλές χώρες ένα νέο πλαίσιο για την υγεία στο σχολικό περιβάλλον. Η νέα προσέγγιση ήταν προσανατολισμένη στη βελτιστοποίηση των γνώσεων και ικανοτήτων των μαθητών, με τη μεταφορά της έννοιας της υγείας προς ένα δυναμικό και πολιτικό περιβάλλον, παρέχοντας στους νέους ανθρώπους τη δυνατότητα να αναπτύξουν τις δεξιότητές τους και την αίσθηση αυτονομίας και αυτοπεποίθησης (St Leger, 2001).

Σχολείο Προαγωγής της Υγείας (ΣΠΥ), λοιπόν, μπορεί να χαρακτηριστεί ένα σχολείο το οποίο, συνεχώς και με συνέπεια, ενδυναμώνει τις προοπτικές και δυνατότητές του ως ένα υγιούς περιβάλλοντος για μάθηση, εργασία και κοινωνικοποίηση (WHO, 1998a).

3.5 Στόχοι και χαρακτηριστικά των Σχολείων Προαγωγής της Υγείας

Το Ευρωπαϊκό Γραφείο του ΠΟΥ δημιούργησε, το 1992, το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Σχολείων Προαγωγής της Υγείας [The European Network of Health Promoting School (ENHPS)]. Το 1997, 37 ευρωπαϊκές χώρες συμμετείχαν στο δίκτυο, ενώ αντίστοιχες κινήσεις πραγματοποιήθηκαν και στον υπόλοιπο κόσμο (Könu & Rimpelä, 2002). Κυβερνητικοί οργανισμοί, μη κυβερνητικές οργανώσεις και επιστήμονες από όλο τον κόσμο υποστήριξαν τη νέα προσέγγιση για την υγεία στο σχολείο, προσφέροντας εμπειρία, ηγεσία και δημιουργικές ιδέες (St Leger, 2004). Στο συνέδριο του ENHPS, που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα το 1997, αναδείχθηκαν 10 βασικά σημεία για τη δημιουργία των ΣΠΥ: δημοκρατία, ισότητα, ενδυνάμωση και ικανότητα για δράση, λειτουργικό σχολικό περιβάλλον, πρόγραμμα σπουδών, εκπαίδευση/ κατάρτιση εκπαιδευτικών, αποτίμηση επιτυχίας, συνεργασία, κοινότητα και συνέχεια/διάρκεια (Könu & Rimpelä, 2002).

Τα ΣΠΥ απαιτούν ουσιαστική αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο το σχολικό περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένου του εκπαιδευτικού προσωπικού, αντιμετωπίζει τα ζητήματα υγείας στο σχολείο. Αυτό, πιθανώς, σημαίνει την απομάκρυνση από την παραδοσιακή αντίληψη για την αγωγή υγείας και την υιοθέτηση μίας πιο περιεκτικής και ανοικτής αντίληψης για την προαγωγή της υγείας, η οποία επικεντρώνεται τόσο στις συμπεριφορές και τις αντιλήψεις των μαθητών για την υγεία όσο και στο περιβάλλον που ζουν και κοινωνικοποιούνται. Ειδικότερα, η προσέγγιση των ΣΠΥ χαρακτηρίζεται από τρεις βασικούς τομείς δράσης: *α.* ένα οργανωμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα υγείας, το οποίο θα παρέχει στον παιδικό πληθυσμό τις γνώσεις και τις κοινωνικές δεξιότητες που θα επιτρέψουν τις ενσυνείδητες επιλογές σχετικά με τη φυσική και ψυχοκοινωνική υγεία, *β.* το σχολικό περιβάλλον, το οποίο αναφέρεται στην ποιότητα του φυσικού χώρου, στις υπηρεσίες υγείας και στην πολιτική υγείας του σχολείου και *γ.* τις διαδραστικές σχέσεις σχολείου και κοινότητας. Όσον αφορά την προσέγγιση των ΣΠΥ στις ΗΠΑ, παρατηρούνται οκτώ βασικοί τομείς δράσης: *α.* προγραμματισμένη και συνεχής αγωγή υγείας, που διαπερνά το πρόγραμμα σπουδών, μέχρι και την ηλικία των 15 ετών, *β.* υπηρεσίες υγείας, οι οποίες θα καλύπτουν τις ανάγκες του σχολείου, *γ.* ικανό σχολικό περιβάλλον, *δ.* φυσική αγωγή, *ε.* υπηρεσίες σχετικές με ζητήματα διατροφής, *στ.*

υπηρεσίες συμβουλευτικής, ζ. προαγωγή της υγείας στο εκπαιδευτικό προσωπικό και η. συνδυασμένες προσπάθειες σχολείου και κοινότητας προς την κατεύθυνση της προαγωγής της υγείας (Deschesnes, Martin, & Hill, 2003).

Σημαντικά εφόδια για την ανάπτυξη ενός ΣΠΥ θεωρούνται η συμμετοχή, η αίσθηση κυριότητας και η προσέγγιση που βασίζεται σε δημοκρατικές διαδικασίες. Οι εκπαιδευτικοί που θα επενδύσουν σε χρόνο και δέσμευση, προκειμένου να παρακολουθούν τις εφαρμοσμένες αλλαγές, η ισχυρή ηγεσία από τα ανώτερα διοικητικά στελέχη του σχολείου και η επαγγελματική ανάπτυξη του προσωπικού αποτελούν αναπόσπαστα στοιχεία για την επιτυχία του μοντέλου ΣΠΥ. Με αυτό τον τρόπο, τα σχολεία και εκείνοι που εργάζονται σε αυτά χρειάζεται να είναι έτοιμοι για μία μακροχρόνια δέσμευση (Senior, 2012). Από χώρα σε χώρα, ακόμη και σε διαφορετικές περιοχές και κοινότητες στην ίδια χώρα, τα σχολεία έχουν διαφορετικές ανάγκες, αλλά και δυνατότητες. Στον πυρήνα της διαδικασίας μετατροπής ενός σχολείου σε ΣΠΥ βρίσκονται οι ξεχωριστές δυνατότητες του κάθε σχολείου και η δημιουργική φαντασία μαθητών, εκπαιδευτικών, γονέων και της διοίκησης – και η επένδυση σε αυτές (WHO, 1997b). Σύμφωνα με τα Schools for Health in Europe, τη σχολική χρονιά 2012-13 τουλάχιστον 34.000 σχολεία, από όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες, ήταν ΣΠΥ, όμως ο αριθμός και τα ποσοστά των ΣΠΥ διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα (SHE, 2013).

Η ανταπόκριση του σχολικού περιβάλλοντος στο θεσμό των ΣΠΥ σχετίζεται άμεσα με το σχολικό κλίμα κάθε σχολικής μονάδας και τον τρόπο που προσεγγίζονται τα θέματα υγείας, φροντίδας και πρόληψης. Σαφής και καθολικά αποδεκτός ορισμός για το τι είναι σχολικό κλίμα δεν φαίνεται να υπάρχει, καθώς ερευνητές και εκπαιδευτικοί χρησιμοποιούν ένα ευρύ φάσμα εκφράσεων, όπως ατμόσφαιρα, αίσθηση, πλαίσιο κ.ά. (Cohen, McCabe, Michelli, & Pickeral, 2009). Το National School Climate Council (2007) προτείνει τον ακόλουθο ορισμό: το σχολικό κλίμα θεμελιώνεται στα μοτίβα της ανθρώπινης εμπειρίας από τη σχολική ζωή και καθρεφτίζει νόρμες, στόχους, αξίες, διαπροσωπικές σχέσεις, οργανωσιακές δομές και εκπαιδευτικές και μαθησιακές πρακτικές. Υπάρχουν τέσσερις όψεις της σχολικής καθημερινότητας, οι οποίες επηρεάζουν στο σχολικό κλίμα και αυτές είναι η ασφάλεια (φυσική και κοινωνικο-συναισθηματική), η εκπαίδευση-μάθηση, οι σχέσεις και το περιβάλλον (δομές) (Cohen et al., 2009). Το θετικό σχολικό κλίμα, έχοντας ως βασικά χαρακτηριστικά την ασφάλεια,

τη φροντίδα, τη συμμετοχή και την ανταποκρισιμότητα, συνδέεται με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων προαγωγής της υγείας στα σχολεία (Thara, D'Alessandro, & Guffey, 2012• Cohen et al., 2009).

Συχνά, τέλος, παρατηρείται κάποια σύγχυση σε σχέση με τον όρο ΣΠΥ: πρόκειται για ένα αποτέλεσμα («υγιές» σχολείο), μια προσέγγιση (με έμφαση στη συνεργασία διαφορετικών υπηρεσιών), ένα σύνολο αξιών (βασισμένων στην ολιστική αντίληψη της υγείας και ευημερίας), ένα πρόγραμμα με ειδική θεματολογία (συντονισμένες προσπάθειες για την πρόληψη κάποιου προβλήματος) ή ένα συντονισμένο σύνολο προγραμμάτων και υπηρεσιών (για την αντιμετώπιση διαφορετικών προβλημάτων υγείας ή την προαγωγή της υγείας γενικά); Προφανώς, καθεμία από αυτές τις προοπτικές οδηγεί και σε διαφορετικούς τρόπους μέτρησης της αποτελεσματικότητας (St Leger et al., 2007).

3.6 Αποτελεσματικότητα του θεσμού των Σχολείων Προαγωγής της Υγείας

Πρόσφατα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των ΣΠΥ δείχνουν ότι ο τρόπος με τον οποίον διοικείται το σχολείο, οι εμπειρίες διαμέσου των οποίων οι μαθητές χρειάζεται να συμμετάσχουν και να αναλάβουν την ευθύνη για τη διαμόρφωση πολιτικών, πρακτικών και διαδικασιών, ο τρόπος που οι εκπαιδευτικοί σχετίζονται και συμπεριφέρονται στους μαθητές και ο τρόπος που το σχολείο συνδέεται με την τοπική κοινότητα (συμπεριλαμβανομένων των γονέων), όλα τα παραπάνω, λοιπόν, δημιουργούν προστατευτικούς παράγοντες και μειώνουν τις συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία (WHO, 2006• St Leger et al., 2007• Bowker & Tudor-Smith, 2000• Tununen, Tossavainen, Jakonen, Salimaki, & Vertio, 2000). Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν σοβαρές μεθοδολογικές δυσκολίες στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των ΣΠΥ, οι οποίες σχετίζονται, κυρίως, με το ευρύ πεδίο εφαρμογής των προγραμμάτων (διαφορετικά περιβάλλοντα/ σχολεία, διαφορετικές θεματολογίες, τεχνικές κ.λπ.). Ως εκ τούτου, η παραδοσιακή μέθοδος των Τυχαιοποιημένων Κλινικών Δοκιμών (RCT), σε αυτή την περίπτωση, εμφανίζει ορισμένα μειονεκτήματα στην εφαρμογή της, που σχετίζονται με το κόστος, τον χρόνο, τη δεοντολογία και την ανάλυση των δεδομένων και η εφαρμογή της συναντά εγγενή εμπόδια. Η Αξιολόγηση της Διεργασίας (Process

Evaluation), που έχει τον χαρακτήρα της καταγραφής και περιγραφής τού τι υλοποιήθηκε, γιατί και με ποιον τρόπο, προσφέρει δεδομένα για τις δραστηριότητες που πραγματοποιήθηκαν και φαίνεται να βοηθά, με αυτόν τον τρόπο, στην αποτίμηση των αποτελεσμάτων, καθώς σπάνια τα προγράμματα υγείας υλοποιούνται όπως ακριβώς οργανώθηκαν και σχεδιάστηκαν (WHO, 2006• Mukoma & Flisher, 2004• Lister-Sharp, Charman, Stewart-Brown, & Sowden, 1999).

Σε αυτό το πλαίσιο, η International Union for Health Promotion and Education προσδιορίζει ορισμένα ζητήματα, τα οποία, εάν δεν αντιμετωπιστούν με συστηματικό τρόπο, μπορεί να περιορίσουν ή να αναστείλουν την εφαρμογή και τη βιωσιμότητα της προαγωγής υγείας στα σχολεία. Πιο συγκεκριμένα:

i. Οι παρεμβάσεις σε πολλές περιπτώσεις ήταν περιορισμένης διάρκειας, περιελάμβαναν μη ρεαλιστικούς στόχους ή/και δεν αφορούσαν όλο το σχολείο.

ii. Τα αποτελέσματα των σχολικών προγραμμάτων προαγωγής της υγείας φαίνονται μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, ενώ η αξιολόγησή τους είναι περίπλοκη και απαιτητική.

iii. Η συμμετοχή του υγειονομικού τομέα ενέχει συχνά τον κίνδυνο της στρέβλωσης των προγραμμάτων, σε παραδοσιακές παρεμβάσεις δημόσιας υγείας, που έχουν στόχο τη μείωση των δεικτών νοσηρότητας.

iv. Ο τομέας της εκπαίδευσης έχει συγκεκριμένη γλώσσα και έννοιες, οι οποίες έχουν διαφορετική σημασία στον τομέα της υγείας και αντιστρόφως. Άρα απαιτείται χρόνος, συνεργασία και αμοιβαίος σεβασμός για την απόκτηση κοινής αντίληψης και κατανόησης (IUHPE, 2009).

Τα παραπάνω περιλαμβάνουν, λίγο έως πολύ, και τους λόγους για τους οποίους η προσέγγιση των ΣΠΥ δεν έχει ακόμη καταφέρει να καθιερωθεί σε ευρεία κλίμακα και υπολείπεται των στόχων του ΠΟΥ (Mohammadi, Rowling, & Nutbeam, 2010).

3.7 Ο νέος ρόλος του σχολείου στα προγράμματα Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας

Η σχέση και οι διαφορές ανάμεσα στη σχολική αγωγή υγείας και στην προαγωγή υγείας στο σχολείο περιγράφονται διεξοδικά στους Γκούβρα και συν. (2005, σελ. 45,

πίνακας 2) και, σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν προηγούμενα, η προαγωγή υγείας στα σχολεία αποτελεί τη μετεξέλιξη της σχολικής αγωγής υγείας, ως απάντηση στις ανάγκες και τις διαπιστώσεις που προέκυψαν τόσο από τον χώρο της υγείας όσο και από το πεδίο της εκπαίδευσης. Φαινομενικά, η προσέγγιση των ΣΠΥ είναι πιο περίπλοκη, απαιτεί περισσότερους πόρους και ενδεχομένως είναι πιο δύσκολη στην εφαρμογή της: από τον εκπαιδευτικό ή τον εκπαιδευτή υγείας, που «διδάσκει» σε μια τάξη ένα συγκεκριμένο θέμα υγείας («κάθετη» προσέγγιση), υπήρξε μετάβαση σε ένα σχολείο που προσπαθεί να εμπλέξει την κοινότητα για τα θέματα εκείνα (υγείας και περιβάλλοντος) που αφορούν όλους εξίσου («οριζόντια» προσέγγιση). Βέβαια, η δημιουργική συνεργασία του τομέα της εκπαίδευσης με εκείνον της υγείας, ο ρόλος του εκπαιδευτικού στα σχολικά προγράμματα πρόληψης, η σημασία της ενεργητικής συμμετοχής των μαθητών στις παρεμβάσεις και η ανάγκη συνεργασίας ανάμεσα στο σχολείο και την κοινότητα αποτελούν κοινό παρανομαστή και για τις δύο προσεγγίσεις. Η έννοια, όμως, των ΣΠΥ αναδεικνύει τη συμπλοκότητα των σχέσεων ανάμεσα σε διαφορετικούς τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας (οικογένεια, σχολείο, υπηρεσίες υγείας, επιστημονική έρευνα) και υπηρετεί την ολιστική αντίληψη για την υγεία (άτομο, κοινότητα, περιβάλλον), την εκπαίδευση και τη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον που ζει και αναπτύσσεται.

Τα σχολεία βρίσκονται σε μια συνεχή πίεση να αντεπεξέλθουν σε μια σειρά κοινωνικών ζητημάτων, όπως είναι το περιβάλλον, η τεχνολογία, η αποξένωση, η βία και η διάλυση της οικογένειας. Η υγεία, είναι ένα από αυτά τα ζητήματα. Ταυτόχρονα, υπάρχει μεγάλη ανάγκη βελτίωσης παραδοσιακών πεδίων, όπως είναι η ανάγνωση, η αριθμητική και οι φυσικές επιστήμες, και από αυτή την πλευρά η προαγωγή της υγείας στο σχολείο ανταγωνίζεται εξίσου σημαντικές παρεμβάσεις και δραστηριότητες. Αντί να προβάλλεται ως η λύση για την προστασία της υγείας των μαθητών και τη βελτίωση της συμπεριφοράς τους, η προαγωγή υγείας καλό είναι να αξιοποιηθεί ως το μέσο που θα βοηθήσει το σχολείο να ανταποκριθεί στις ευρύτερες προκλήσεις που έχουν τεθεί, προσφέροντας το οργανωτικό πλαίσιο γι' αυτό τον σκοπό (St Leger, 1998). Όπως υποστηρίζει ο Tones, η προαγωγή της υγείας είναι εγγενώς πολιτική διαδικασία και τα σχολεία θα χρειαστεί να αποφύγουν τα «κάθετα» προγράμματα (που αφορούν συγκεκριμένα ζητήματα υγείας) και να υιοθετήσουν «οριζόντια» προγράμματα, που

αντιμετωπίζουν τις υποκείμενες αιτίες και ευνοούν τις συνεργασίες και τη διεπιστημονική προσέγγιση. Το κύριο μέλημα των ΣΠΥ χρειάζεται να είναι οι ριζοσπαστικές - πολιτικές δραστηριότητες, οι οποίες βασίζονται στη στρατηγική της δημοκρατικής ενδυνάμωσης (Tonnes, 2005).

Έχει υποστηριχθεί ότι τα σχολεία, προκειμένου να προάγουν περισσότερο την υγεία, θα χρειαστεί να διαφοροποιηθούν δραστικά σε τρεις τομείς (St Leger, 2001). Συγκεκριμένα, στον τρόπο με την οποίο πραγματοποιούνται οι διαδικασίες της διδασκαλίας και της μάθησης, στα ζητήματα οργάνωσης και εσωτερικής δομής των σχολικών μονάδων και στον τρόπο διάχυσης της ισχύος μεταξύ του σχολείου και των μαθητών. Προφανώς, οι αλλαγές αυτές δεν είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν άμεσα και, παρ' όλο που υπάρχουν ενδείξεις για υιοθέτηση κάποιων από τα παραπάνω χαρακτηριστικά, εν τούτοις η πρόοδος είναι εξαιρετικά αργή.

Προς αυτή την κατεύθυνση, η Simonska θέτει ως βασικό στοιχείο για την επιτυχία των προγραμμάτων προαγωγής της υγείας τη συμμετοχή των μαθητών όχι μόνο στη διαδικασία της μάθησης ή των δράσεων κάποιας παρέμβασης, αλλά της γενικότερης εμπλοκής τους σε διεργασίες λήψης αποφάσεων σχετικά με ζητήματα του σχολείου ακόμη και για το περιεχόμενο των σπουδών (Simonska, 2007). Η συμμετοχή μαθαίνεται μόνο όταν τα σχολεία και οι εκπαιδευτικοί δημιουργούν δημοκρατικές τάξεις και σχολικές κοινότητες οι οποίες δεν αποκλείουν, αλλά εντάσσουν και ενσωματώνουν με ουσιαστικούς τρόπους, ενώ η ισχύς και ο έλεγχος διαχέονται και μοιράζονται (Simonska, 2012a). Διευρύνοντας το μονοπάτι του δημοκρατικού σχολείου προαγωγής της υγείας, όπως το περιγράφει η Jensen (2000), αναφέρει παραδείγματα προγραμμάτων που ευνοούν τη συμμετοχή και τη δράση των μαθητών ως παράγοντες προαγωγής για ζητήματα υγείας στο σχολείο και την τοπική κοινότητα, αλλά αναδεικνύει και τα εμπόδια που συναντούν αυτές οι προσπάθειες, εμπόδια που προκύπτουν από την απουσία ευελιξίας για τροποποιήσεις στο σχολικό πρόγραμμα και από τη χαμηλή ανταπόκριση του ευρύτερου πλαισίου στα παιδιά ως φορέων αλλαγής (Simonska & Carlsson, 2012· Jensen, 2000).

Σε αυτό το πλαίσιο, ο διαφοροποιημένος και πιο απαιτητικός ρόλος των εκπαιδευτικών στο πολυδιάστατο πεδίο της αγωγής και προαγωγής της υγείας και η ανάγκη δημιουργίας ικανών και αποτελεσματικών συνεργασιών, ανάμεσα στο σχολείο

και την κοινότητα (γονείς, τομέας της υγείας κ.ά.) είναι σημαντικά στοιχεία, που χρειάζονται περισσότερη προσοχή και αποτελούν το βασικό αντικείμενο του παρόντος ερευνητικού έργου.

Κεφάλαιο 4. Εκπαιδευτικοί και Σχολική Αγωγή Υγείας

4.1 Εκπαιδευτικοί και ζητήματα υγείας στο σχολικό περιβάλλον

Από όλους τους παράγοντες που εμπλέκονται στα ζητήματα σχολικής υγείας, όπως αναφέρθηκε προηγούμενα, ο πλέον σημαντικός ίσως είναι αυτός των εκπαιδευτικών. Στη σχολική καθημερινότητα, ο εκπαιδευτικός βρίσκεται διαρκώς δίπλα στους μαθητές, παρατηρώντας αλλαγές που μπορεί να συμβαίνουν στην υγεία και ζωτικότητα τους. Καθώς είναι επιφορτισμένος με την εκπαίδευση των μαθητών, σε μια σειρά από γνωστικά αντικείμενα, χρειάζεται, παράλληλα, να μεριμνά για την υγεία τους, αλλά και την υγιεινή του σχολικού περιβάλλοντος (WHO, 1960).

Σε αυτή την καθημερινότητα, ο εκπαιδευτικός βρίσκεται αντιμέτωπος με πολλά και διαφορετικής βαρύτητας ζητήματα υγείας, που αφορούν μεμονωμένους μαθητές ή/και τη σχολική κοινότητα. Από απλούς τραυματισμούς, στο παιχνίδι του διαλείμματος, έως περιστατικά σχολικής βίας και χρήσης ουσιών, ο εκπαιδευτικός χρειάζεται να μπορεί να διαχειριστεί όλες τις εκφάνσεις κάθε προβλήματος, σε συνθήκες πιεστικές και, ορισμένες φορές, επείγουσες και να δημιουργήσει τις αρχικές επαφές με τις υπηρεσίες υγείας (Graham, Phelps, Maddison, & Fitzgerald, 2011).

Ορισμένα ζητήματα που ανακύπτουν σε αυτές τις περιπτώσεις είναι οι γνώσεις που απαιτείται να έχουν οι εκπαιδευτικοί για την «ιατρική» αντιμετώπιση του περιστατικού, η ετοιμότητα για τη θετική διαχείρισή τους -άμεσα ή και σε αώτερο χρόνο-, η συνεργασία με τις υπηρεσίες υγείας, η ενημέρωση των γονέων κ.ά. Όλα αυτά επιβαρύνουν ιδιαίτερα το έργο των εκπαιδευτικών, καθώς απαιτούν τη διαρκή ετοιμότητα και επαγρύπνησή τους, συνήθως δίχως την απαιτούμενη βοήθεια εξειδικευμένου προσωπικού (Graham et al., 2011).

Έτσι, αναφορικά με συγκεκριμένα νοσήματα και καταστάσεις που μπορεί να συμβούν στο σχολικό περιβάλλον, οι γνώσεις των εκπαιδευτικών για τον διαβήτη τύπου β, το οδοντικό τραύμα και το άσθμα φαίνεται να είναι περιορισμένες και η ετοιμότητά τους να αντιμετωπίσουν τέτοια περιστατικά συνδέεται, κυρίως, με την προηγούμενη εμπειρία. Η αδυναμία ανταπόκρισης, σε παρόμοιες περιπτώσεις, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ταλαιπωρία του μαθητή, την ανησυχία της οικογένειας και τη διατάραξη

του σχολικού κλίματος (Lucas, Anderson, & Hill, 2012• Feldens et al., 2010• Nichols & Norris, 2002)

Πολλές φορές οι εκπαιδευτικοί βρίσκονται αντιμέτωποι με σύμπλοκα προβλήματα, όπως είναι αυτό της σχολικής βίας, όπου μπορεί να αποτελέσουν θύματα σε κάποιο περιστατικό και όχι απλώς ενδιάμεσοι για την επίλυσή του (Fisher & Kettle, 2003). Ζητήματα χρήσης ουσιών στο σχολικό περιβάλλον, εκφοβισμού και συγκρούσεων μεταξύ των μαθητών ή αναγνώρισης και διαχείρισης περιπτώσεων με διαταραχή συμπεριφοράς αποτελούν σύνθετες διεργασίες και ο ρόλος του εκπαιδευτικού ξεφεύγει από το διδακτικό έργο, απαιτώντας γνώσεις και ικανότητες που δεν περιλαμβάνονται στο αντικείμενο εργασίας και σπουδών. Ο εκπαιδευτικός μπορεί να αισθάνεται δυσφορία, απομόνωση και αδυναμία στην προσπάθειά του να διαχειριστεί τέτοιου τύπου διαδικασίες (Ahtola, Haataja, Kärnä, Poskiparta, & Salmivalli, 2013• Kauppi & Pörhölä, 2012• Graham et al., 2011• Rothi, Leavy, & Best, 2008• O’Keeffe & McDowell, 2004• McBride, 2003).

Ο εκπαιδευτικός αποτελεί πρότυπο για τους μαθητές και το γεγονός αυτό επηρεάζει τη συμπεριφορά του στο σχολικό περιβάλλον, ενδεχομένως και εκτός αυτού: όπως παρατηρούν οι Schee & Gard (2013), υπάρχουν προτροπές σε εκπαιδευτικούς για προσέχουν τη φυσική τους κατάσταση, τη διαίτα και τις καπνιστικές συνήθειες, προκειμένου να αποτελούν θετικό πρότυπο για τους μαθητές τους (Schee & Gard, 2013). Η υιοθέτηση, όμως, θετικών προς την υγεία συμπεριφορών από τους εκπαιδευτικούς και η εμπλοκή τους σε ευρύτερες δραστηριότητες, πέραν του παραδοσιακού περιεχομένου της διδασκαλίας, εμφανίζει μία σειρά από δυσκολίες και εμπόδια. Για παράδειγμα, ζητήματα όπως ο φόρτος εργασίας, η πρόσβαση στις εγκαταστάσεις και η εργασία κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων αποτρέπουν τους εκπαιδευτικούς από την υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών για την υγεία κατά την παρουσία τους στο σχολείο. Η αίσθηση ότι η υγεία των εκπαιδευτικών δεν αποτιμάται ως ένα ζήτημα κεντρικής σημασίας, όπως επίσης το γεγονός πως η υγεία τους μπορεί να επηρεάζεται από το ευρύτερο πολιτικό και εκπαιδευτικό πλαίσιο, αδυνατίζουν επιπλέον τα θεμέλια για την ανάδειξη μιας θετικής συμπεριφοράς για την υγεία. Τέλος, είναι πιθανόν η υιοθέτηση μιας θετικής, σε σχέση με την υγεία, συμπεριφοράς από τους εκπαιδευτικούς να μην εκτιμηθεί ως τέτοια από τους μαθητές (Gordon, & Turner, 2001).

Επιπλέον, η προσέγγιση ορισμένων θεμάτων υγείας στην τάξη -όπως η προφύλαξη από HIV μόλυνση, ζητήματα σεξουαλικής υγείας, κάπνισμα κ.ά.- μπορεί να είναι απαιτητική, ωστόσο η εμπειρία από την ανάπτυξη αυτών των ενοτήτων και η εκπαίδευση στο αντικείμενο αποτελούν παράγοντες που τονίζουν την αυτοπεποίθηση των εκπαιδευτικών στην ανάληψη παρόμοιων θεματικών ενοτήτων ή προγραμμάτων αγωγής υγείας στην τάξη (Cohen, Byers, & Sears, 2012• Helleve et al., 2009• Lynagh, Schofield, & Fisher, 1997). Μέσα σε αυτό το σύνθετο και διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, οι εκπαιδευτικοί που υλοποιούν προγράμματα αγωγής υγείας καλούνται να αναλάβουν επιπλέον ευθύνες, να αναπτύξουν νέες ικανότητες και να ανταποκριθούν σε έναν πιο απαιτητικό ρόλο.

4.2 Ο ρόλος των εκπαιδευτικών στα προγράμματα Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας

Η πολυπλοκότητα των θεμάτων της αγωγής υγείας, τόσο σε σχέση με την ποικιλία όσο και με τη φύση των ζητημάτων που πραγματεύεται, δυσκολεύει σε σημαντικό βαθμό τον ρόλο του εκπαιδευτικού. Απαιτούνται υψηλού επίπεδου πληροφόρηση και γνώσεις που, ορισμένες φορές, ξεπερνούν τα όρια του γνωστικού του αντικειμένου. Ταυτόχρονα, ο εκπαιδευτικός χρειάζεται να μπορεί να κατανοήσει αντιλήψεις και στάσεις των μαθητών σχετικά με ζητήματα-κλειδιά που αφορούν την υγεία τους και να προάγει την υιοθέτηση κατάλληλων στάσεων και δεξιοτήτων. Πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζει τρόπους, μέσα από τους οποίους τα παραδοσιακά μαθήματα θα καταστούν πιο σχετικά με τη ζωή των μαθητών, ενσωματώνοντας σε αυτά θέματα σχετικά με την υγεία, χρησιμοποιώντας διδακτικές μεθόδους οι οποίες θα εμπλέκουν τους μαθητές αποτελεσματικότερα στη διαδικασία της μάθησης (Γκούβρα και συν., 2005).

Εκτός από τις προφανείς διαπιστώσεις σχετικά με τον κεντρικό ρόλο που έχουν οι εκπαιδευτικοί στην ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής ή προαγωγής υγείας στο σχολείο (μπορεί να σχεδιάζουν ή/και να υλοποιούν ή/και να αξιολογούν παρεμβάσεις), οφείλουν να αντεπεξέρχονται σε μία σειρά άλλους ρόλους, όπως είναι αυτοί του καθοδηγητή, του οργανωτή, του εμπνευστή, του ερευνητή, του μεταρρυθμιστή, του γίλου των μαθητών και

του ισότιμου μέλους της ευρύτερης ομάδας για τη σχολική υγεία. Η συμπεριφορά τους αναδεικνύεται σε κεντρικό άξονα για τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς των μαθητών και την υιοθέτηση αξιών, στάσεων και συμπεριφορών. Στη διαδικασία αυτή, οι εκπαιδευτικοί στέκονται αρωγοί και ισότιμοι συμμετοχοί, εμπνυχώνοντας τους μαθητές να σκεφτούν κριτικά πάνω σε απαιτητικά προβλήματα (Γκούβρα και συν., 2005).

Ήδη από το 1960, ο ΠΟΥ αναφέρει πως η εκπαίδευση για την υγεία των μαθητών στηρίζεται στις υπάρχουσες πολιτικές υγείας της κάθε χώρας, στις στάσεις και το ενδιαφέρον του εκπαιδευτικού για την υγεία των μαθητών του και στην ικανότητά του να αξιοποιεί ευκαιρίες μάθησης για την υγεία. Το τελευταίο ευνοείται όταν ο εκπαιδευτικός διδάσκει σε ένα σχολικό περιβάλλον που υιοθετεί θετικές για την υγεία πρακτικές, όταν συσχετίζει την εκπαίδευση για την υγεία, με τις ανάγκες των παιδιών και της κοινότητας και όταν αξιοποιεί τη βοήθεια των υπαρχουσών υποδομών υγείας (WHO, 1960)

Τα προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας και ο τρόπος με τον οποίο εξελίχθηκαν από τότε έως σήμερα απαιτούν πλέον από τους εκπαιδευτικούς να λειτουργούν σε μια σειρά από πεδία, πέραν της παρουσίας τους στην αίθουσα διδασκαλίας που προϋποθέτει το εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Σε αυτά τα πεδία μπορεί να περιλαμβάνονται, εκτός των άλλων, η ανάπτυξη ικανών πολιτικών υγείας για το σχολικό περιβάλλον, η ενίσχυση των κοινωνικών δικτύων και η δημιουργία δεσμών μεταξύ κοινωνικών φορέων σχετικών με τα θέματα της σχολικής υγείας (St Leger, 1998). Αναμένεται από τους εκπαιδευτικούς, να συνεργαστούν με μαθητές, οικογένειες, το προσωπικό του σχολείου και επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να αναπτύξουν, να εφαρμόσουν και να εποπτεύσουν παρεμβάσεις -στην τάξη αλλά και για μεμονωμένες περιπτώσεις- παρέχοντας συνεχή υποστήριξη για τους μαθητές και τις οικογένειές τους (Flaschberger, Nitsch, & Waldherr, 2012• Graham, Phelps, Maddison, & Fitzgerald, 2011• Lahiff, 2000). Είναι αυτοί που έχουν τον κεντρικό ρόλο στην εφαρμογή και τη βιωσιμότητα των προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας, καθώς αποτελούν τη γέφυρα ανάμεσα στο σχολικό πρόγραμμα της τάξης, το σχολείο και την κοινότητα γενικότερα (Jourdan, Pironom, Berger, & Carvalho, 2012). Οι εκπαιδευτικοί θεωρούνται «φορείς αλλαγής» και «θεμελιώδεις παράγοντες» για τα προγράμματα σχολικής υγείας. Δίχως πρόθυμους και ενδιαφερόμενους εκπαιδευτικούς, νέες ιδέες και τεχνικές είναι

δύσκολο να εφαρμοστούν νέες, βιώσιμες πρακτικές στο σχολικό περιβάλλον (St Leger, 2000b).

Σύμφωνα με τους Mohammadi et al. (2010), υπάρχουν στοιχεία που υποδεικνύουν ότι η ενεργός συμμετοχή των εκπαιδευτικών στα προγράμματα υγείας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των στάσεων, των κινήτρων, των προθέσεων, των πεποιθήσεων και των προσδοκιών των εκπαιδευτικών από την προαγωγή της υγείας και των θεσμών των ΣΠΥ. Η σχέση μεταξύ αντιλήψεων και δράσεων, σε ατομικό όσο και σε οργανωσιακό επίπεδο, έχει περιγραφεί εδώ και καιρό: οι αντιλήψεις όχι μόνο ελέγχουν και κατευθύνουν τις δράσεις μας, αλλά επίσης επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο τα αντικείμενα και τα γεγονότα αναγνωρίζονται και κατανοούνται (Mohammadi et al., 2010). Οι εκπαιδευτικοί που έχουν κίνητρα και προσδοκούν θετικά αποτελέσματα από τις δράσεις προαγωγής της υγείας θα συμμετάσχουν ενεργητικά σε ένα τέτοιο πρόγραμμα. Επιπλέον, είναι πιθανό ότι όσο περισσότερο οι εκπαιδευτικοί επενδύουν σε ένα πρόγραμμα τόσο περισσότερο επιδιώκουν την επιτυχία αυτού του προγράμματος και η αναφορά, για την αποτελεσματικότητά του, μπορεί να είναι περισσότερο θετική.

Παρά τις θετικές στάσεις και τις υψηλές προσδοκίες, οι εκπαιδευτικοί μπορεί να μη συμμετάσχουν σε ένα πρόγραμμα προαγωγής της υγείας, ειδικά εάν θεωρούν ότι υπάρχει σύγκρουση μεταξύ των στόχων της εκπαίδευσης και εκείνων της προαγωγής της υγείας. Μπορεί να σκέφτονται ότι οι δραστηριότητες που σχετίζονται με την προαγωγή της υγείας ανταγωνίζονται τις βασικές δραστηριότητες του προγράμματος σπουδών στη γλώσσα, την επιστήμη και τα μαθηματικά, καθιστώντας έτσι δύσκολη γι' αυτούς την εμπλοκή τους με τα προγράμματα. Εκτός από τις πιθανές συγκρούσεις μεταξύ των στόχων της εκπαίδευσης και της υγείας, η εισαγωγή νέου διδακτικού υλικού και μεθόδων μπορεί επίσης να καταστήσει πιο δύσκολη τη συμμετοχή τους σε ένα νέο πρόγραμμα. (Mohammadi et al., 2010)

Σε αυτό το πλαίσιο, ο εκπαιδευτικός μπορεί να κρίνεται και να αξιολογείται διαρκώς, σε διάφορα επίπεδα, ενώ οι απαιτήσεις δεν είναι πάντοτε σαφείς και ξεκάθαρες (Schee & Gard, 2013). Έτσι, ενώ φαίνεται πως ο ρόλος του εκπαιδευτικού στην αγωγή υγείας εξαρτάται από τις γνώσεις του, τις απόψεις του σχετικά με την ατομική ευθύνη για την υγεία και τις αντιλήψεις του για την επιρροή που ασκεί ο ίδιος στους μαθητές του

(Vamos & Zhou, 2007), είναι σαφές πως υπάρχουν, ταυτόχρονα, ευρύτερες και εξίσου σημαντικές διαδικασίες, που προσδιορίζουν το είδος και τα χαρακτηριστικά της συμμετοχής ενός εκπαιδευτικού σε προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας. Σε αυτά, θα μπορούσαν να περιληφθούν η υποστήριξη από τη διεύθυνση του σχολείου, οι πολιτικές για την υγεία και την εκπαίδευση και ο τρόπος που υλοποιούνται μέσα από θεσμούς και κανόνες στο σχολικό περιβάλλον, η ύπαρξη ικανών πόρων (οικονομικών και ανθρώπινων) κ.ά. (WHO, 1997a).

Είναι πολύ σημαντικό, λοιπόν, να διευκρινιστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την εμπλοκή των εκπαιδευτικών στα προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας και να προσδιοριστεί ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται το αντικείμενο και τη σχέση τους με αυτό, καθώς με αυτόν τον τρόπο θα ενισχυθεί ένας από τους σημαντικούς πυλώνες επιτυχίας αυτών των προγραμμάτων στο σχολικό περιβάλλον.

4.3 Συμμετοχή των εκπαιδευτικών στα προγράμματα Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας

Παρ' όλο το ενδιαφέρον και τη σημασία των προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας -τόσο για τους μαθητές όσο και για τη σχολική κοινότητα και την οικογένεια-, η συμμετοχή των εκπαιδευτικών σε αυτά παραμένει περιορισμένη. Για τη συντριπτική πλειοψηφία όσων εργάζονται στα σχολεία, η αγωγή υγείας παραμένει μια δραστηριότητα που δεν είναι στην καρδιά εκείνων που πρέπει να κάνουν και σε αυτό συμβάλλει το γεγονός της απουσίας εκπαίδευσης στο αντικείμενο, αλλά και οι συνθήκες εργασίας, εν γένει, στο σχολείο (Jourdan, 2011). Επιπλέον, είναι αξιοσημείωτο πως η ομάδα η οποία βρίσκεται σε τόσο στενή σχέση με τους μαθητές -επιφορτισμένη με την εκπαίδευση, αλλά και τη μέριμνα για την υγεία τους στο σχολείο- έχει μελετηθεί περιορισμένα, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά την εμπλοκή με την αγωγή και προαγωγή της υγείας (Vamos & Zhou, 2007). Η αποτίμηση των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας αφορούσε κυρίως την επίδραση στους μαθητές -σε επίπεδο αλλαγής συμπεριφορά ή/και απόκτησης γνώσεων- και στη σχολική κοινότητα. Οι εκπαιδευτικοί εμφανίζονταν να έχουν έναν ρόλο ενδιάμεσου, ο οποίος υλοποιεί το πρόγραμμα και παρουσιάζει τα αποτελέσματα. Σε αυτό συνέβαλε, έως έναν βαθμό, το γεγονός πως η οργάνωση και η

αξιολόγηση των προγραμμάτων εκπορεύτηκε, για πολλά χρόνια, από τον χώρο της υγείας, ο οποίος αναζητούσε συγκεκριμένους δείκτες για την αποτελεσματικότητά τους και οι συστάσεις για βελτίωση είχαν τον χαρακτήρα οδηγιών και κανόνων, μη λαμβάνοντας υπόψη ενδεχόμενες ιδιαιτερότητες (St Leger, 2000a· Mohammadi et al., 2010).

Με την έναρξη του θεσμού των ΣΠΥ, έγινε σαφές ότι ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι πολύ σημαντικός για την επιτυχία των προγραμμάτων και ξεκίνησε μια προσπάθεια καταγραφής των απόψεών τους για τη διαδικασία της αγωγής και προαγωγής της υγείας. Όπως αναφέρει ο St Leger (1998), η επιτυχία της εξάπλωσης των ΣΠΥ θα εξαρτηθεί κυρίως από την κατανόηση, εκ μέρους των εκπαιδευτικών, όλων των δομικών στοιχείων που συνθέτουν τα ΣΠΥ και την ικανότητά τους να τα εφαρμόσουν στην πράξη. Στην εργασία του, με δασκάλους από σχολεία συγκεκριμένης πόλης στην Αυστραλία, ανέδειξε ότι οι εκπαιδευτικοί ενδιαφέρονται για τον θεσμό των ΣΠΥ, αλλά τόσο αυτοί όσο και το σχολείο γενικότερα έχουν ανάγκη για μεγαλύτερη υποστήριξη, σε οικονομικό και συμβουλευτικό επίπεδο. Επίσης, τονίστηκε η σημασία των κανόνων και των αποφάσεων για τα ζητήματα υγείας μέσα στο σχολείο, ο ρόλος του κοινωνικού περιβάλλοντος και των ευρύτερων συνεργασιών για την επιτυχημένη εφαρμογή του θεσμού (St Leger, 1998).

Σε μια προσπάθεια να διερευνηθούν τα κίνητρα για τη συμμετοχή εκπαιδευτικών σε δραστηριότητες προαγωγής υγείας, πραγματοποιήθηκε έρευνα, από τους Tjomasland et al, σε σχολεία της Νορβηγίας που συμμετείχαν στο δίκτυο Σχολείων Προαγωγής της Υγείας, τα έτη 1994-97. Οι δάσκαλοι, στη μελέτη αυτή, ανέφεραν ότι το πρόγραμμα είχε θετικά αποτελέσματα σε διάφορους τομείς, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά αλλαγές που σχετίζονται με βελτιώσεις στο πρόγραμμα σπουδών και στις σχέσεις μεταξύ των μαθητών. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, τα ευρήματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με την άποψη ότι οι εκπαιδευτικοί ενδιαφέρονται πρωτίστως για τη διδασκαλία θεμάτων, όπως η γλώσσα και τα μαθηματικά. Ερμηνεύοντας, αναφέρουν πως τα σχολεία του νορβηγικού δικτύου υλοποιούσαν δραστηριότητες που στόχευαν στη βελτίωση του ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος των μαθητών πριν από τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα προαγωγής της υγείας. Ως εκ τούτου, οι εκπαιδευτικοί ήταν, πιθανώς, ήδη εξοικειωμένοι με αυτές τις δραστηριότητες, πράγμα που κατέστησε ευκολότερη τη

συμμετοχή τους στο πρόγραμμα (Tjomsland, Iversen, & Wold, 2009). Τονίστηκε, επίσης, ο υποστηρικτικός ρόλος της διεύθυνσης του σχολείου στην εφαρμογή του προγράμματος και υπογραμμίζεται η σημασία της αξιοποίησης των πόρων, σε σχέση με τον χρόνο και τα χρήματα. Ωστόσο, οι εκπαιδευτικοί που ερωτήθηκαν επεσήμαναν και άλλους παράγοντες που στήριξαν τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα. Για παράδειγμα, ανέφεραν τη σπουδαιότητα ύπαρξης ενός ικανού ηγέτη για το πρόγραμμα, ενός προσώπου που εμπιστεύονταν και το οποίο οι ίδιοι είχαν ορίσει. Επιπλέον, είχαν θετικές εμπειρίες από την εργασία σε ομάδα και τις διαδικασίες δικτύωσης, τόσο στο εσωτερικό της δικής τους σχολικής κοινότητας όσο και με άλλα συμμετέχοντα σχολεία (Viig & Wold, 2005).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δημοτικά σχολεία της Β. Ιρλανδίας, οι εκπαιδευτικοί αξιολόγησαν θετικά τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας και βρέθηκε ότι, στα σχολεία που εφαρμοζόταν συγκεκριμένη πολιτική για την αγωγή υγείας, οι εκπαιδευτικοί είχαν σαφέστερα καλύτερη αντίληψη για το αντικείμενο (αγωγή και προαγωγή της υγείας) σε σχέση τα σχολεία που δεν είχαν πολιτική (Adamson, Mcleavey, Donegan, & Shevlin, 2006).

Ο Jourdan (2011), σε μια προσπάθεια να αναδείξει τη σημασία της κατάρτισης/εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στο αντικείμενο της αγωγής και προαγωγής της υγείας, αναφέρει ότι στο γαλλικό εκπαιδευτικό σύστημα η αγωγή υγείας περιλαμβάνει πολλαπλά πεδία -με αντικείμενα όπως η διατροφή, ο τρόπος ζωής, η υγιεινή, η σεξουαλικότητα, η χρήση ουσιών, η κυκλοφοριακή αγωγή, η ανάπτυξη μιας θετικής εικόνας για το σώμα και τον σεβασμό για τους άλλους-, γεγονός που κάνει δύσκολη την ανάπτυξη τόσο διαφορετικών εκπαιδευτικών τεχνικών από τους εκπαιδευτικούς (Jourdan, 2011). Επιπλέον, επισημαίνει τις μεγάλες διαφορές που υπάρχουν, σε σχέση με την πολιτική για την αγωγή και προαγωγή της υγείας και στην υλοποίηση αντίστοιχων προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας, ανάμεσα σε σχολεία διαφορετικών χωρών. Για αυτούς τους λόγους, τονίζει την ανάγκη διερεύνησης των απόψεων και των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών σχετικά με το αντικείμενο της σχολικής αγωγής υγείας, έτσι ώστε να γίνει εφικτή η καλύτερη προετοιμασία τους, σε προπτυχιακό ή /και μεταπτυχιακό επίπεδο, για να ανταποκριθούν θετικά στις υψηλές απαιτήσεις που θέτουν τα προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας (Jourdan, Samdal, Diagne, & Carvalho, 2008).

Σε μια έρευνα που πραγματοποίησε σε δασκάλους -από δύο περιοχές της Γαλλίας- προκειμένου να διερευνήσει τις πρακτικές και τις αντιλήψεις τους για τη σχολική αγωγή υγείας, διαπίστωσε δύο διακριτές κατηγορίες απόψεων για το αντικείμενο: εκείνη που υποστήριζε ότι είναι ευθύνη του δασκάλου να συμβάλλει στα προγράμματα αγωγής υγείας και η άλλη που υποστήριζε το αντίθετο. Εκπαιδευτικοί που είχαν συμμετάσχει σε προγράμματα στο παρελθόν, καθώς και όσοι είχαν καταρτιστεί στο αντικείμενο της αγωγής υγείας ήταν πιο θετικοί να αναπτύξουν ένα πρόγραμμα σχολικής αγωγής υγείας. Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί δήλωσαν ότι αναπτύσσουν μόνοι τους τα προγράμματα, ενώ οι γονείς συμμετείχαν σε πολύ μικρό ποσοστό. Για εκείνους τους εκπαιδευτικούς που δεν ασχολούνταν με τη σχολική αγωγή υγείας, τα σημαντικότερα εμπόδια ήταν η έλλειψη χρόνου, εκπαίδευσης, πόρων, πληροφόρησης και ανθρώπων που θα μπορούσαν να τους συνδράμουν (Jourdan, Pommier, & Quidu, 2010). Οι κύριοι παράγοντες που οι εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι διαμορφώνουν τις επαγγελματικές τους προοπτικές (και κατά συνέπεια τη δέσμευσή τους) για τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας ήταν οι πεποιθήσεις τους σχετικά με το πρόγραμμα (συμπεριλαμβανομένης της συνοχής του με τις καθημερινές πρακτικές και την αντίληψή τους για τον ρόλο τους στη σχολική αγωγή υγείας), οι αντιλήψεις του σχολείου σχετικά με τη συμπεριφορά των μαθητών, η ποιότητα των σχέσεων με τους γονείς και η γενικότερη δυναμική του σχολείου. Από τα αποτελέσματα της έρευνας, όμως, έγινε σαφές ότι εάν ένα σχολείο συμμετέχει σε πρόγραμμα αγωγής υγείας, δεν σημαίνει απαραίτητα ότι όλοι οι εκπαιδευτικοί του σχολείου λαμβάνουν μέρος σε αυτό. Αυτή η στάση ορισμένων εκπαιδευτικών δεν πρέπει να υποτιμηθεί: η εφαρμογή ενός προγράμματος αγωγής υγείας δεν είναι μια ουδέτερη διαδικασία, διότι απαιτεί ένα υψηλότερο επίπεδο συλλογικής συμμετοχής απ' ό,τι οι συνήθεις πρακτικές των εκπαιδευτικών. Κάτι τέτοιο μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο για τους εκπαιδευτικούς και οι προκλήσεις που θέτουν τα προγράμματα αγωγής υγείας, μέσω της συνεργασίας, της συλλογικής συμμετοχής και της αλλαγής στον τρόπο εργασίας, θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη. Οι δυσκολίες υλοποίησης ενός προγράμματος και η απουσία συμμετοχής δεν αποτελούν απλώς θετικές ή αρνητικές στάσεις απέναντι στην αλλαγή, αλλά, πιθανότερα, μπορεί να συνδέονται με τη δυνατότητα των εκπαιδευτικών και του προσωπικού του σχολείου να αντεπεξέλθουν

στις απαιτήσεις της όποιας αλλαγής, ιδιαίτερα σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, όπως είναι το σημερινό (σε πολλές χώρες, της Γαλλίας συμπεριλαμβανομένης, τα σχολεία έχουν ένα σημαντικό αριθμό προγραμμάτων τα οποία περιμένουν να υλοποιηθούν) (Jourdan, Stirling, Mcanamara, & Pommier, 2011).

Σε μια μεγάλη έρευνα, που πραγματοποιήθηκε σε έξι ομάδες εκπαιδευτικών από 15 χώρες, έγινε προσπάθεια να διερευνηθούν οι αναπαραστάσεις και το πλαίσιο αναφορών, σχετικά με την υγεία και τη σχολική αγωγή υγείας. Προσδιορίστηκαν δύο βασικές έννοιες για την υγεία, η θετική και η αρνητική: η πρώτη σχετίζεται με την ευημερία και την καλή φυσική κατάσταση, ενώ η δεύτερη με την ασθένεια. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι γυναίκες, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, όσοι έχουν υψηλότερη εκπαίδευση, οι δάσκαλοι (σε αντίθεση με τους καθηγητές) και οι καθηγητές γλώσσας (σε αντίθεση με εκείνους της βιολογίας) φαίνεται να έχουν θετικότερες απόψεις για την υγεία. Βόρειες χώρες (όπως η Φινλανδία και η Εσθονία), καθώς και η Κύπρος εμφανίζουν υψηλότερους βαθμούς στη θετική υγεία, ενώ η Γαλλία, η Ρουμανία και η Τυνησία χαμηλότερους. Εκείνοι που έχουν αρνητικές απόψεις για την υγεία πιστεύουν ότι η αγωγή υγείας στο σχολείο πρέπει να γίνεται από υγειονομικούς και μεταφέρει επιστημονικές πληροφορίες, ενώ δίνουν μεγάλη σημασία στον ρόλο της οικογένειας και στην εκπαίδευση υγείας του παιδιού. Είναι σαφές ότι το νόημα της υγείας, της ασθένειας και της ευημερίας διαφέρει από χώρα σε χώρα και το σημαντικό στοιχείο, για τη διδακτική δραστηριότητα, δεν είναι τόσο το κοινωνικοοικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών, όσο ο τρόπος που προσλαμβάνουν τον ρόλο τους: οι κοινωνικές επιρροές οικειοποιούνται, ανακατασκευάζονται και αφομοιώνονται. Μέσα από αυτή τη διαδικασία, ο εκπαιδευτικός αρχίζει να αντιλαμβάνεται τον ρόλο του, τον ρόλο του σχολείου, τις ανάγκες που υπάρχουν και ξεκινά να δρα σε σχέση με αυτές (Jourdan et al., 2012).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε πανεπιστήμια της Μεγ. Βρετανίας, αναφορικά με την εκπαίδευση των εκπαιδευτικών στην προαγωγή της υγείας των μαθητών στο σχολείο, φάνηκε ότι ενώ ορισμένες πτυχές των θεμάτων της υγείας περιλαμβάνονται στην κατάρτιση, εν τούτοις ο τρόπος με τον οποίο γίνεται αυτό είναι αποσπασματικός και στερείται συνοχής. Ως συνέπεια, οι εκπαιδευόμενοι βρίσκουν δύσκολο να κάνουν τις βασικές συνδέσεις ανάμεσα στην υγεία και την εκπαίδευση και

άρα και της σημασίας που μπορεί να έχει αυτό στον κατοπινό τους ρόλο στην προαγωγή της υγείας στο σχολείο (Speller et al. 2010).

Αντίστοιχη έρευνα, στη Φινλανδία, σε φοιτητές φυσικής αγωγής ανέδειξε πέντε ποιοτικά διαφορετικούς τρόπους προσέγγισης της διδασκαλίας αγωγής υγείας. Αυτοί αφορούσαν: (1) τη μετάδοση γνώσεων και δεξιοτήτων, (2) την υποστήριξη της δυναμικής διαδικασίας μάθησης, (3) την υποστήριξη του μετασχηματισμού των αντιλήψεων, (4) την υποστήριξη της ολιστικής προσωπικής ανάπτυξης και (5) τη δημιουργία μαθησιακής κοινότητας με τους μαθητές. Οι πέντε διαφορετικά ποιοτικοί τρόποι κατανόησης της διδασκαλίας της αγωγής υγείας αντικατοπτρίστηκαν σε πέντε ενότητες ευρύτερου ενδιαφέροντος: τη φύση της γνώσης, την πηγή της γνώσης, τον ρόλο του δασκάλου, τον ρόλο του μαθητή και την κατεύθυνση της αλληλεπίδρασης (Paakari, Tynjala, & Kannas, 2010a). Η μοναδικότητα της αγωγής υγείας ως διδακτικού αντικείμενου έγκειται στο ότι το βασικό της στοιχείο, *η υγεία*, χρησιμεύει όχι μόνο ως συγκεκριμένο περιεχόμενο διδασκαλίας ή ως προοπτική για θέματα που αφορούν την υγεία· λειτουργεί επίσης ως πλαίσιο και ως στόχος της διδασκαλίας, αλλά και ως βασικό στοιχείο για την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στη διάρκεια των μαθημάτων. Αυτό παρατηρήθηκε, ιδιαίτερα, όταν ο στόχος της εκπαίδευσης για την υγεία εμβάθυνε, μετακινούμενος από την απλή μετάδοση γνώσης προς τον αναστοχασμό των μαθητών, την ανεξάρτητη σκέψη και την προσωπική ανάπτυξη. Οι φοιτητές στοχάστηκαν στη σημασία του τρόπου με τον οποίο ο δάσκαλος κοιτάζει τους μαθητές, όταν διδάσκει θέματα που απαιτούν κριτική και συνειδητή σκέψη για τη ζωή ενός ατόμου. Ταυτόχρονα, αναφέρθηκε η σημασία της ατμόσφαιρας κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας θεμάτων προσωπικού χαρακτήρα, ευαίσθητα και συναισθηματικά φορτισμένα. Κατά συνέπεια, κατά τη διάρκεια των μαθημάτων, η υγεία θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως διδακτικό αντικείμενο αλλά και ως βίωμα (Paakari, Tynjala, & Kannas, 2010b).

Συνοψίζοντας, η εμπειρία των εκπαιδευτικών από τη συμμετοχή τους σε προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας, οι προσδοκίες τους για την επιτυχία αυτών των προγραμμάτων και η αντίληψη για τον ρόλο που μπορεί να τους αναλογεί στην εκπαίδευση των μαθητών στα ζητήματα της υγείας είναι μερικοί από τους σημαντικούς παράγοντες που προσδιορίζουν την εμπλοκή τους στις πρωτοβουλίες σχολικής αγωγής και προαγωγής της υγείας. Εξίσου σημαντικά στοιχεία, από το ευρύτερο πλαίσιο, που

μπορεί να επηρεάσουν τη συμμετοχή εκπαιδευτικών σε παρόμοια προγράμματα είναι η υποστήριξη από τη διεύθυνση του σχολείου, η πολιτική για τα θέματα υγείας στο σχολικό περιβάλλον, η κατάρτιση στο αντικείμενο της αγωγής και προαγωγής της υγείας και φυσικά η ύπαρξη πόρων και χρόνου. Ποια, όμως, μπορεί να είναι τα κίνητρα ενός εκπαιδευτικού για να λάβει μέρος σε ένα πρόγραμμα σχολικής αγωγής υγείας, με ποιον τρόπο εκδηλώνεται ο ρόλος της διεύθυνσης στις αποφάσεις του εκπαιδευτικού, ποιες είναι οι σχέσεις ανάμεσα σε εκείνους που υλοποιούν προγράμματα και εκείνους που δεν επιθυμούν κάτι τέτοιο και πόσο εύκολο είναι να αναπτυχθούν συνεργασίες εντός και εκτός σχολικού περιβάλλοντος είναι μερικά ερωτήματα που χρειάζεται να διερευνηθούν, προκειμένου να υπάρξει πληρέστερη εικόνα για το είδος των διεργασιών που επηρεάζουν την ανάπτυξη προγραμμάτων σχολικής αγωγής και προαγωγής υγείας.

Κεφάλαιο 5. Συνεργασίες για την υγεία στο σχολικό περιβάλλον

5.1 Η αναγκαιότητα συνεργασιών για τα θέματα υγείας στο σχολείο

Επιστρέφοντας στην αφετηρία των προγραμμάτων υγείας στο σχολικό περιβάλλον, στις αρχές του προηγούμενου αιώνα, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι η αρχική τους εφαρμογή αφορούσε τις επισκέψεις των «ειδικών» στα σχολεία, όπου η ιατρική εξέταση των μαθητών, οι εμβολιασμοί και οι βασικές οδηγίες υγιεινής αποτελούσαν το αντικείμενο αυτών των προγραμμάτων. Με την πάροδο των ετών, η «εκπαίδευση στην υγεία» άρχισε να πραγματοποιείται από τους δασκάλους στην τάξη, με τη μορφή μαθημάτων σε σχέση με το σώμα ή/και τις αναγκαίες οδηγίες για τη φροντίδα του σώματος. Από τη δεκαετία του '60 και έπειτα, άρχισε να γίνεται σαφές ότι δεν αρκούσε η απλή μεταφορά γνώσεων και συμβουλών για την αλλαγή ή την υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών για την υγεία από τους μαθητές: νέα, σύνθετα ζητήματα υγείας αναδύονταν και καινούργιες προσεγγίσεις χρειάστηκε να σχεδιαστούν για να αντιμετωπιστούν επιτυχημένα οι καινοφανείς προκλήσεις. Σε αυτή την περίοδο, άρχισε να διαφαίνεται η σημασία την εμπλοκής των μαθητών στα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας, αρχικά διερευνώντας τις αντιλήψεις, τις συνήθειες και τις πεποιθήσεις τους, για διάφορα θέματα και συμπεριφορές σχετικά με την υγεία και, κατόπιν, με την ενεργητική συμμετοχή στον σχεδιασμό και την υλοποίηση των στόχων και των δράσεων των προγραμμάτων. Πολύ πρόσφατα, τέλος, η σημασία της συνεργασίας όλων όσων εμπλέκονται στα θέματα υγείας στο σχολικό περιβάλλον έγινε ξεκάθαρη και γονείς, εκπαιδευτικοί, μαθητές, ιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, δημοτικές υπηρεσίες κ.ά. καλούνται να βρουν τρόπους συμμετοχής στα προγράμματα προαγωγής και αγωγής της υγείας, προκειμένου να επιτευχθεί το μέγιστο θετικό αποτέλεσμα για τη μαθητική, τη σχολική και την κοινότητα εν γένει.

Σε αυτό το συνεχές, μπορούμε να διαπιστώσουμε μια αλλαγή στο είδος των σχέσεων ανάμεσα στις εμπλεκόμενες ομάδες και μια διαφοροποίηση στην κατανομή και εφαρμογή της ισχύος, σε ό,τι αφορά τα προγράμματα σχολικής αγωγής και προαγωγής της υγείας. Σε σχέση με τους μαθητές, για παράδειγμα, παρατηρούμε πως, από παθητικοί δέκτες πληροφοριών, κανόνων και οδηγιών, έγιναν συμμετοχοί και ερευνητές σε δραστηριότητες σχετικές με την υγεία τους. Οι γονείς εμπλέκονται όλο και περισσότερο

σε προγράμματα υγείας, ενώ οι εκπαιδευτικοί βρίσκουν τρόπους να συνδράμουν και να συντονίσουν όλους τους πιθανούς φορείς, προς την κατεύθυνση της βελτίωσης των συνθηκών υγείας στο σχολικό περιβάλλον (Testa, 2012). Επιπλέον, η γνώμη του «ειδικού», στην περίπτωση αυτή κυρίως του ιατρικού σώματος αλλά και του εκπαιδευτικού μέσα στην τάξη, φαίνεται να χάνει την ισχύ της όχι επειδή είναι λανθασμένη, αλλά μάλλον γιατί αρχίζουν να ακούγονται οι «φωνές και γνώμες» των μη ειδικών, που μεταφέρουν μια άλλη πτυχή της αλήθειας και της πραγματικότητας σε σχέση με τα ζητήματα της υγείας. Έτσι λοιπόν, από την «από πάνω προς τα κάτω» μεταφορά γνώσης ή επιβολή αντιλήψεων και συμπεριφορών, πιο συγκεκριμένα από τους ιατρούς στη σχολική κοινότητα και τους δασκάλους στην τάξη, φαίνεται ότι έχουμε περάσει στην περισσότερο ισότιμη, «οριζόντια», δημοκρατική και διερευνητική αλληλεπίδραση όλων των εμπλεκόμενων ομάδων που συμβιώνουν στην ευρύτερη σχολική κοινότητα.

Είναι σε αυτό το πλαίσιο που οι συνεργασίες αποτελούν σημαντικότατο στοιχείο για την επιτυχία των προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας στο σχολικό περιβάλλον και στην κοινότητα. Οι συμμετέχοντες χρειάζεται να εμπλακούν σε όλες τις φάσεις ανάπτυξης ενός προγράμματος, από την αναγνώριση των αναγκών, στον σχεδιασμό και την εφαρμογή των δράσεων έως την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (WHO, 2012). Η ευρεία και ολοκληρωμένη εκπροσώπηση των εμπλεκόμενων στον σχεδιασμό των προγραμμάτων σχολικής υγείας προσδίδει ενδυνάμωση και αίσθηση κυριότητας, στοιχεία που θα ενισχύσουν τον αντίκτυπο των δράσεων. Η σαφής και διεξοδική ενημέρωση των εμπλεκόμενων για τους στόχους των προγραμμάτων και η δέσμευσή τους σε αυτούς καλλιεργούν σχέσεις εμπιστοσύνης και βοηθούν στη δημιουργία μακροχρόνιων δεσμών ανάμεσα στα μέλη των διαφορετικών ομάδων της ευρύτερης σχολικής κοινότητας (ASCD, 2011).

Εάν και υπάρχει ευρεία συμφωνία για τη σημασία των συνεργασιών στις αποτελεσματικές παρεμβάσεις αγωγής και προαγωγής της υγείας, η ίδια η έννοια της συνεργασίας είναι ασαφής και αμφισβητούμενη, γεγονός που καθρεφτίζεται στους διαφορετικούς ορισμούς με τους οποίους περιγράφεται. Ακόμη, οι συνεργασίες επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό από το πολιτιστικό πλαίσιο στο οποίο

πραγματοποιούνται, ενώ ανακύπτουν σημαντικά ηθικά ζητήματα σε σχέση με τους στόχους και τις αξίες που πιθανόν τις διέπουν (Soulatou & Duncan, 2009).

Έτσι, παρ' όλα τα σημαντικά προσδοκώμενα οφέλη από την ανάπτυξη των συνεργασιών, η πραγματοποίησή τους συνεχίζει να αποτελεί ζητούμενο, καθώς σημαντικά εμπόδια και δυσκολίες δεν φαίνεται να τις ευνοούν. Ορισμένες από αυτές τις δυσκολίες παρουσιάζονται στις δύο επόμενες ενότητες.

5.2 Επαγγελματίες της υγείας και σχολικό περιβάλλον

Τα προγράμματα αγωγής υγείας στο σχολικό περιβάλλον, ήταν μια πρωτοβουλία του ευρύτερου χώρου των επιστημών της υγείας, προκειμένου να ελέγξει και να προλάβει την εμφάνιση νοσημάτων που απειλούν την υγεία, κατά την παιδική ηλικία. Παραδοσιακά, ο χώρος της υγείας θεωρούσε τα σχολεία ως το πλαίσιο μέσω του οποίου θα είχε πρόσβαση σε μια σημαντική ομάδα του πληθυσμού (ηλικιακά, από τα 5 έως τα 17 έτη), στην οποία θα παρείχε πληροφορίες για την υγεία και την σωστή συμπεριφορά, με στόχο την βελτίωση και την διατήρηση της υγείας. Με την πάροδο του χρόνου, η άποψη αυτή βελτιώθηκε, εξειδικεύθηκε, με αποτέλεσμα την εμφάνιση της έννοιας των σχολείων προαγωγής της υγείας και της ολιστικής αντίληψης για την υγεία (St Leger & Nutbeam, 2000). Ο τομέας της υγείας επιθυμεί να μειωθούν διάφοροι δείκτες υγείας και αυτό το επιδιώκει με την υλοποίηση παρεμβάσεων (έννοιες που, σε γενικές γραμμές, είναι ξένες για τον τομέα της εκπαίδευσης) και μετρά την αποτελεσματικότητά τους με ειδικούς δείκτες, που σχετίζονται με τη μέθοδο και τη φιλοσοφία αυτών των προγραμμάτων (St Leger et al., 2007).

Βέβαια, όλα αυτά λαμβάνουν χώρα σε ένα διαφορετικό πεδίο από αυτό της υγείας, με ιδιαιτερότητες και χαρακτηριστικά λίγο έως πολύ άγνωστα για τους επαγγελματίες της υγείας. Ο τομέας της εκπαίδευσης και τα σχολεία, πιο συγκεκριμένα, έχουν αναπτύξει τις δικές τους προσεγγίσεις σε σχέση με την μάθηση και την διδασκαλία και έχουν ως βασικό στόχο την ενδυνάμωση των νέων έτσι ώστε να ενταχθούν στον κόσμο των ενηλίκων με δημιουργικό τρόπο, αξιοποιώντας τις δυνατότητες και ικανότητές τους. Σπάνια ο εκπαιδευτικός τομέας αξιολογεί και αποτιμά τα διάφορα προγράμματα στα σχολεία καταγράφοντας, για παράδειγμα, βιομετρικά στοιχεία ή την συχνότητα χρήσης ουσιών. Βασικός στόχος είναι η βελτίωση των γνωστικών δεξιοτήτων,

αναφορικά με τα ζητήματα υγείας των μαθητών και της σχολικής κοινότητας (St Leger & Nutbeam, 2000). Οι εκπαιδευτικοί αξιοποιούν, συνήθως, υποστηρικτικό υλικό, που στοχεύει, απλώς, στην απόκτηση γνώσεων για συγκεκριμένα ζητήματα υγείας, γεγονός που έχει αποδειχθεί ότι είναι περιορισμένης αποτελεσματικότητας (St Leger, 2004). Σε αυτές τις διεργασίες, έρχεται να προστεθεί η έλλειψη χρόνου στο σχολικό πρόγραμμα, για την ανάπτυξη προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας, καθώς τα διδακτικά αντικείμενα είναι τόσο πολλά και απαιτητικά, που σπάνια είναι εύκολο να επιτευχθούν οι εκπαιδευτικοί στόχοι που θέτουν αυτά τα προγράμματα (Jourdan, 2011).

Και βέβαια, η διαφορετική αφετηρία των δύο κλάδων τονίζει την εύθραυστη σχέση που υπάρχει μεταξύ τους -η οποία πραγματώνεται στο πεδίο της αγωγής και προαγωγής της υγείας-, καθώς οι στόχοι και οι μέθοδοι του τομέα της υγείας αφορούν «θεραπείες», «βελτίωση συνθηκών», «φάρμακα» και «εμβολιασμούς», ενώ, αντίστοιχα, ο τομέας της εκπαίδευσης αναλαμβάνει μια θετική προσέγγιση για την ανατροφή και την ενθάρρυνση των παιδιών, με τρόπους που αντιστοιχούν στην ηλικία και την ψυχολογική τους ανάπτυξη, μέσα από το πρόγραμμα σπουδών. Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν, με τον έναν ή τον άλλο τρόπο, στη δυσαρμονική συνεργασία εκπαιδευτικών και επαγγελματιών από τον τομέα της υγείας (IUHPE, 2012).

Ο αριθμός των εργασιών που αναφέρονται στη συνεργασία υγειονομικών και εκπαιδευτικών είναι περιορισμένος (O’Keeffe & McDowell, 2004). Οι Beck *et al* (1976, όπ. αναφ. στον O’Keeffe, 2004) διερεύνησαν τις απόψεις των δύο ομάδων επαγγελματιών και διαπίστωσαν ότι η κάθε ομάδα κατηγορούσε την άλλη για υπεροψία, έλλειψη συνεννόησης και έλλειψη κατανόησης του εργασιακού της αντικείμενου. Μια αιτία για την οποία δεν έχει διερευνηθεί αρκετά αυτή η σχέση, ιδιαίτερα στο αντικείμενο της σχολικής αγωγής υγείας, είναι τα διαφορετικά εκπαιδευτικά και υγειονομικά συστήματα ανά τον κόσμο και ο τρόπος με τον οποίο έχει θεσπιστεί η υλοποίηση των προγραμμάτων στα σχολεία. Οι διαφορετικές κουλτούρες και προτεραιότητες της κάθε χώρας, όπως επίσης οι παρεχόμενοι πόροι και οι πολιτικές σε σχέση με την υγεία και την εκπαίδευση, δημιουργούν ένα ευρύτατο φάσμα διαφορετικών συστημάτων. Σε ορισμένες περιπτώσεις στα σχολεία υπάρχει ιατρικό προσωπικό που παρακολουθεί τα παιδιά και υλοποιεί προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας και σε άλλες δεν υφίστανται καν οι υποδομές για ένα ασφαλές σχολικό περιβάλλον (IUHPE, 2012).

Από τα παραπάνω συνάγεται πως η ανάγκη διερεύνησης των σχέσεων μεταξύ εκπαιδευτικών και υγειονομικών, όταν υλοποιούνται προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας, είναι μεγάλη, καθώς θα προσφέρει δεδομένα που θα βοηθήσουν στην αλληλοκατανόηση των δύο τομέων, με αμοιβαία οφέλη. Οι εκπαιδευτικοί μπορεί να αποκτήσουν καλύτερη κατανόηση των προτεραιοτήτων της δημόσιας υγείας και θα μπορέσουν να τις εντάξουν στις δικές τους εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Ταυτόχρονα, οι υγειονομικοί θα αντιληφθούν τις ιδιαιτερότητες του σχολικού περιβάλλοντος και θα προσαρμόσουν ανάλογα τις τεχνικές και τις μεθόδους των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τις χώρες που βρίσκονται σε πρώιμο στάδιο όσον αφορά την ανάπτυξη των προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας στο σχολικό περιβάλλον και, παρ' όλο που αποτελεί σύσταση του ΠΟΥ, συχνά παραβλέπεται ως συνιστώσα του σχεδιασμού (Mohammadi et al, 2010).

5.3 Γονείς και Σχολική Αγωγή Υγείας

Η οικογένεια, το σχολείο και η κοινότητα, είναι οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν, άμεσα, την ανάπτυξη και την εκπαίδευση των μαθητών. Οι εκπαιδευτικοί χρειάζονται τις θετικές συνεργασίες με την οικογένεια, προκειμένου να πετύχουν τους εκπαιδευτικούς στόχους, ενώ η οικογένεια προσδοκά υψηλής ποιότητας εκπαίδευση από τα σχολεία και καλή επικοινωνία με τους εκπαιδευτικούς, έτσι ώστε τα παιδιά να τα καταφέρουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στο σχολείο. Η ομαλή συνεργασία ανάμεσα στην οικογένεια, το σχολείο και την κοινότητα, βοηθά το έργο των εκπαιδευτικών, ενδυναμώνει τις δεξιότητες των γονέων, διασυνδέει τις οικογένειες με την κοινότητα και βελτιώνει στο κλίμα στο σχολικό περιβάλλον. Από την στιγμή που οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί, οι μαθητές και τα άλλα μέλη της κοινότητας, αντιλαμβάνονται ο ένας τον άλλον ως συνεργάτες στην εκπαίδευση, τότε δημιουργείται ένα πλαίσιο φροντίδας γύρω από τους μαθητές, το οποίο επιτελεί, άμεσα, το θετικό του έργο. Η συνεργασία, όμως, αυτή δεν είναι πάντοτε εφικτή ούτε εύκολα πραγματοποιήσιμη (Epstein et al., 2002).

Ο ρόλος των γονέων στην προστασία της υγείας των παιδιών, αλλά και στην καθοδήγηση που προσφέρουν, αναφορικά με τις εκπαιδευτικές διαδικασίες στο σχολείο, είναι προφανής και εξαιρετικά σημαντικός (CDC, 2012). Η οικογένεια αποτελεί το πρότυπο αλλά και το μέσο, από όπου τα παιδιά υιοθετούν συμπεριφορές και αποκτούν

γνώσεις σχετικά με την υγεία τους. Αυτό συμβαίνει μέσα από ένα πολύπλοκο δίκτυο σχέσεων, επιρροών και πρακτικών, ορισμένες από τις οποίες είναι προφανείς, ενώ οι περισσότερες είναι άδηλες και αφανείς. Ζητήματα χρήσης των υπηρεσιών υγείας, οι διατροφικές συνήθειες, οι συνθήκες διαβίωσης, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και η πολιτική/κοινωνική δραστηριότητα, είναι μερικοί μόνο από τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τα μέλη της οικογένειας και τις αποφάσεις τους, αναφορικά με τα θέματα υγείας (Patino-Fernandez, Hernandez, Villa, & Delamater, 2013• Shucksmith & Wood, 1998). Μέσα σε ένα ταχύτατα διαφοροποιούμενο κοινωνικό περιβάλλον, οι επιλογές και οι συμπεριφορές για την υγεία, ο τρόπος ζωής και οι μεταβαλλόμενες αξίες, αλληλοεπηρεάζονται διαρκώς, με αδιευκρίνιστους πολλές φορές τρόπους (Sormunen, Tossavainen, & Turunen, 2012).

Οι γονείς, πολύ συχνά, είναι συν-εκπαιδευτές με τα σχολεία και μπορεί να συμμετέχουν ενεργά σε προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας. Ως συμμετοχή των γονέων στο σχολείο μπορεί να οριστεί η από κοινού εργασία γονέων και εκπαιδευτικού προσωπικού, για την ενίσχυση και βελτίωση της ανάπτυξης, της εκπαίδευσης και της υγείας των παιδιών (CDC, 2012) και είναι καθοριστική για την επιτυχία των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας. Σύμφωνα με τους Γκούβρα και συν. (2005) «... για να σχηματιστεί μια αποτελεσματική διαδικασία αγωγής υγείας, θα πρέπει να υπάρξει συνεργασία μεταξύ των δύο βασικών φορέων παροχής αγωγής υγείας στα παιδιά: του σχολείου και την οικογένειας και, με δεδομένο τον πρωταρχικό ρόλο της οικογένειας, η συνεργασία αυτή θα πρέπει να είναι ομαλή και να μην αποτελεί τροχοπέδη για το σύνολο της διαδικασίας» (σελ. 103). Παρ' όλα, όμως, τα προσδοκώμενα οφέλη από την αρμονική συνεργασία και συμμετοχή των γονέων στη σχολική κοινότητα και στα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας ιδιαιτέρως, οι προσπάθειες εμπλοκής των γονέων σε αυτά προγράμματα είχαν μικρή επιτυχία (Jarvis & Stark, 2005• Michael, Dittus, & Epstein, 2007). Η έλλειψη χρόνου και πόρων, οι πολιτισμικές διαφορές και η απουσία καταρτισμένου προσωπικού στα σχολεία, αποτελούν τις προκλήσεις που σχετίζονται με την περιορισμένη εμπλοκή γονέων και κοινότητας, στα σχολικά προγράμματα αγωγής υγείας (Michael et al, 2007). Ο περιορισμένος χρόνος, είναι ένα πολύ σοβαρό θέμα, που έχει να κάνει, εκτός των άλλων, με τις κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες που βιώνει η οικογένεια: για παράδειγμα, γονείς με χαμηλά εισοδήματα υποχρεώνονται να

απασχολούνται περισσότερες ώρες, προκειμένου να αντεπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους, με αποτέλεσμα να παραγκωνίζουν ζητήματα λιγότερο επείγοντα, όπως είναι η συμμετοχή σε σχολικές δραστηριότητες (Radu, 2011). Άλλα σημαντικά εμπόδια, στη συμμετοχή των γονέων στα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας είναι οι αντιλήψεις ότι το σχολείο δεν επιθυμεί τη συμμετοχή τους και ότι το πρόγραμμα αγωγής υγείας δεν επιτρέπει την εμπλοκή τους σε αυτό, οι πεποιθήσεις πως τα παιδιά θα ντρέπονται από την παρουσία τους και η ανεπαρκής γνώση σχετικά με τα οφέλη από τη συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα σχολικής αγωγής υγείας (Winnail, Geiger, & Nagy, 2002). Ορισμένες φορές, η διστακτικότητα των γονέων να «μπουν στα χωράφια» του εκπαιδευτικού, λόγω έλλειψης γνώσης του αντικειμένου ή της αδυναμίας ανάληψης ευθύνης, συνοδεύεται από την απροθυμία των εκπαιδευτικών να μοιραστούν μέρος της εκπαιδευτικής διαδικασίας με τους γονείς, προκειμένου να διατηρήσουν μια επαγγελματική απόσταση από αυτούς (Shucksmith, Wood, 1998). Δύο σημαντικοί δείκτες για τη συμμετοχή των γονέων στα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας είναι η αίσθηση επάρκειας των γονέων και οι προσπάθειες που κάνει το σχολείο για να προάγει τη συμμετοχή τους. Το πρώτο, φαίνεται να σχετίζεται με την εκπαίδευση και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, αλλά μπορεί να ενδυναμωθεί με την εμπειρία και την επάρκεια χρόνου. Οι προσπάθειες, όμως, της σχολικής κοινότητας να δημιουργήσει και να υποστηρίξει, με συνέπεια και μακροπρόθεσμα, τις δομές και το πλαίσιο που θα ευνοούν τη συνεργασία και τη συμμετοχή των γονέων στις σχολικές δραστηριότητες είναι ίσως ο πιο σημαντικός παράγοντας, καθώς οι γονείς θα ωφεληθούν και θα νιώσουν περισσότερο επαρκείς και ικανοί να εμπλακούν σε παρόμοιες δραστηριότητες στο μέλλον (Winnail et al., 2002).

Η ανάγκη να ανταποκριθεί η σχολική κοινότητα στην πρόκληση που αφορά τη συμμετοχή των γονέων στα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας, αλλά και στις σχολικές δραστηριότητες γενικότερα, είχε σαν αποτέλεσμα την παραγωγή πολύτιμων οδηγών, με κατευθύνσεις και συστάσεις που μπορούν να βοηθήσουν όλους τους εμπλεκόμενους παράγοντες (CDC, 2012• Australian Government, 2013). Η πραγματοποίηση, όμως, αυτών των συνεργασιών στο σχολικό περιβάλλον αποτελεί ακόμη μεγαλύτερη πρόκληση και σε αυτή την κατεύθυνση η διερεύνηση των βαθύτερων πεποιθήσεων και αντιλήψεων των γονέων, αναφορικά με τα ζητήματα υγείας στο

σχολείο, αλλά και της σχέσης τους με την εκπαιδευτική κοινότητα μπορεί να προσφέρει σημαντική βοήθεια.

Κεφάλαιο 6. Η κατάσταση στην Ελλάδα

Θεωρείται δεδομένο πως, παγκοσμίως, παρατηρούνται τεράστιες διαφορές στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των εκπαιδευτικών συστημάτων. Όπως προαναφέρθηκε, σε ορισμένες περιοχές του πλανήτη πολλά παιδιά δεν έχουν τη δυνατότητα φοίτησης σε κάποιο σχολείο, ενώ το περιεχόμενο των σπουδών κάθε χώρας μπορεί να επηρεάζεται από πολιτικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς ή άλλους παράγοντες (IUHPE, 2012). Στην Ελλάδα, έχουμε μια περίπτωση ισχυρού κρατικού ελέγχου, κοινού σε όλα τα δημόσια σχολεία, ανεξάρτητα του αναλυτικού προγράμματος που εφαρμόζεται. Μέσω του υπουργείου Παιδείας, αποφασίζονται τα προγράμματα σπουδών που προσφέρονται, τα αντικείμενα που θα διδάσκονται σε κάθε πρόγραμμα σπουδών, ο αριθμός των ωρών, ανά πρόγραμμα σπουδών και αντικείμενο, καθώς και οι όροι πρόσβασης στο σχολείο και οι εξετάσεις προόδου (Soultatou, Dunkan, Athanasiou, & Papadopoulou, 2011).

Η Ελλάδα ήταν μία από τις επτά πρωτοπόρες ευρωπαϊκές χώρες που συμμετείχε στο δίκτυο σχολείων προαγωγής της υγείας, το 1992 (Ifanti, Argyriou, & Kalofonos 2011). Ο θεσμός, όμως, της αγωγής υγείας ξεκίνησε στον χώρο της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης το 1995, ενώ στην πρωτοβάθμια το 2001 (υπουργείο Υγείας, 2008). Στα σχολεία, πλέον, εφαρμόζονται προγράμματα αγωγής υγείας που αποτελούν τμήμα των αναλυτικών προγραμμάτων, περιλαμβάνουν τη διδασκόμενη αναλυτική ύλη και τις σχετικές δραστηριότητες, ενώ έχουν εγκριθεί από τα αντίστοιχα τμήματα του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου (Στάπα-Μουρτζίνη, 2013). Για το υπουργείο Παιδείας η αγωγή υγείας στα σχολεία είναι μια καινοτόμος δράση, η οποία συμβάλλει στην αναβάθμιση της εκπαίδευσης και στη σύνδεσή της με την κοινωνική πραγματικότητα. Αποτελεί την πρώτη προσέγγιση για τον περιορισμό των φαινομένων εκείνων που απειλούν τη σωματική και ψυχική υγεία των νεαρών ατόμων και συντελούν στον κοινωνικό τους αποκλεισμό και στον αποκλεισμό από την αγορά εργασίας. Προκειμένου να στηριχθεί το έργο των εκπαιδευτικών, έχουν θεσμοθετηθεί, σε κάθε τοπική Διεύθυνση Εκπαίδευσης, θέσεις υπεύθυνων Αγωγής Υγείας, καθώς και Περιβαλλοντικής Αγωγής. Οι υπεύθυνοι αυτοί λειτουργούν ως πολλαπλασιαστές του έργου των εκπαιδευτικών, βοηθούν και ενημερώνουν τους τελευταίους αναφορικά με εκπαιδευτικά προγράμματα

και τον σχεδιασμό δράσεων και συντονίζουν την παρουσίαση εργασιών στο τέλος της χρονιάς (υπουργείο Υγείας, 2008).

Η εισαγωγή της αγωγής υγείας στο σχολικό πρόγραμμα συνέπεσε με την εφαρμογή της «ευέλικτης ζώνης διαθεματικών και δημιουργικών δραστηριοτήτων». Η τελευταία ήταν μία καινοτομία που βασίστηκε στην αναμόρφωση του σχολικού χρόνου, στην καλλιέργεια της συνεργατικής και διαθεματικής προσέγγισης της μάθησης, αλλά και στην ανάπτυξη της κριτικής σκέψης, της συλλογικής προσπάθειας και της βιωματικής δράσης του μαθητή, καθιστώντας τη διαδικασία της μάθησης πιο χαλαρή και λιγότερο τυπική (υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων (ΥΕΠΘ, 2001). Τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας που εντάχθηκαν στην ευέλικτη ζώνη χρηματοδοτήθηκαν, σε σημαντικό βαθμό, από ευρωπαϊκά κονδύλια (Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Στήριξης) (Soulatou et al. 2011• Zambeta, 2001).

Ο σχεδιασμός ενός προγράμματος σχολικής αγωγής υγείας, χρειάζεται να εγκριθεί από τον διευθυντή και τον σύλλογο διδασκόντων της σχολικής μονάδας και στη συνέχεια να υποβληθεί στον υπεύθυνο Αγωγής Υγείας της Τοπικής Διεύθυνσης Εκπαίδευσης, για την τελική έγκριση και χρηματοδότησή του. Η διάρκεια ενός προγράμματος, μπορεί να είναι από δύο έως έξι μήνες και υλοποιείται εντός ή εκτός ωρολογίου προγράμματος, ανάλογα με το αν εντάσσεται ή όχι στο πλαίσιο της ευέλικτης ζώνης. Οι συνεργασίες με κυβερνητικούς ή μη φορείς, δημόσιους οργανισμούς, φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης κ.ά. επιτρέπονται στο πλαίσιο της στήριξης και υλοποίησης των προγραμμάτων και, φυσικά, με τις ανάλογες εγκρίσεις (ΥΕΠΘ, 2001).

Εν μέρει επειδή η χρηματοδότηση από τα ευρωπαϊκά προγράμματα σταμάτησε, εν μέρει επειδή τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας υλοποιούνται σε προαιρετική βάση τα τελευταία έτη, η πραγματοποίηση αυτών των προγραμμάτων έχει ατονήσει. Το γεγονός ότι δεν υφίσταται κατάλληλα διαμορφωμένο πλαίσιο για τη διδασκαλία της αγωγής υγείας στο σχολείο έχει σαν αποτέλεσμα η προσέγγιση της ύλης και η διδακτική μεθοδολογία να μετατοπίζονται στην ευθύνη του εκπαιδευτικού, ο οποίος θα πρέπει να είναι επιμορφωμένος προκειμένου να πετύχει τη μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα (Γκούβρα και συν. 2005). Απόρροια αυτού του γεγονότος είναι ότι εκπαιδευτικοί, σε εθελοντική βάση, επιμένουν στην υλοποίηση αυτών των προγραμμάτων, αναλαμβάνοντας ένα επιπλέον φορτίο στις εκπαιδευτικές τους υποχρεώσεις. Είναι

σημαντικό να διερευνηθούν τα κίνητρα και οι προσδοκίες αυτής της ομάδας, ιδιαίτερα για τα πιθανά οφέλη της σχολικής αγωγής υγείας στους μαθητές και στην εκπαιδευτική διαδικασία.

Ένα, όμως, ακόμη πιο σημαντικό ζήτημα αναδύεται από αυτή την κατάσταση. Καθώς η επιλογή των ενοτήτων της σχολικής αγωγής υγείας είναι προαιρετική, αυτό σημαίνει ότι για κάθε έναν εκπαιδευτικό που επιλέγει να υλοποιήσει ένα πρόγραμμα υπάρχει (τουλάχιστον) ένας ακόμη ο οποίος δεν το κάνει. Αυτό δημιουργεί ένα σοβαρό θέμα ανισοτήτων σε σχέση με τα παιδιά: ανάλογα με τον δάσκαλο που θα έχουν στην τάξη, ορισμένα από αυτά θα έχουν την τύχη να μάθουν νέα πράγματα ή να διερευνήσουν διαφορετικές καταστάσεις. Η διαδικασία αυτή μπορεί να αφορά διαφορετικές τάξεις στο ίδιο σχολείο, διαφορετικά σχολεία στην ίδια περιοχή κ.ο.κ. Το δικαίωμα και η ανάγκη για αγωγή υγείας είναι καθολικά και δεν θα πρέπει να περιορίζεται σε εκείνα τα παιδιά των οποίων ο δάσκαλος είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένος για τα θέματα της υγείας (Gerouki, 2009).

Η έννοια της προαγωγής της υγείας και ιδιαίτερα των σχολείων προαγωγής της υγείας είναι πολύ λίγο ανεπτυγμένη, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, καθώς τα περισσότερα σχολεία επικεντρώνονται στη μέθοδο της αγωγής υγείας. Επιπλέον, η επίσημη καταγραφή και αξιολόγηση προγραμμάτων αγωγής υγείας είναι, μάλλον, περιορισμένη (Αλεξανδροπούλου, 2013).

Σε σχέση με τις γνώσεις που απέκτησαν οι μαθητές μετά την εφαρμογή προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας, τα αποτελέσματα ήταν πολύ θετικά. Οι Panou et al. (2013) διαπίστωσαν, μετά την εφαρμογή ενός προγράμματος για την γρίπη σε παιδιά δημοτικού 8-13 ετών, την επιθυμία των μαθητών να μάθουν πέρα από το αναλυτικό πρόγραμμα, συμμετέχοντας ενεργητικά στο πρόγραμμα αγωγής υγείας, ενώ παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στις σωστές απαντήσεις μετά το τέλος του προγράμματος (Panou et al., 2013). Η αξιολόγηση προγράμματος αγωγής υγείας και διατροφής σε μαθητές δημοτικών σχολείων από την περιοχή της Κρήτης, 3 και 10 έτη μετά την εφαρμογή του, κατέγραψε πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα, τόσο σε ζητήματα γνώσεων και συμπεριφοράς όσο και σε άλλους δείκτες σωματικής υγείας (Δείκτης μάζας σώματος, αιματολογικές εξετάσεις κ.ά.) (Manios, Moschandreas, Hatzis, & Kafatos, 1999• Hatzis, Papandreou, & Kafatos, 2010).

Η καταγραφή της εμπειρίας των εκπαιδευτικών από τη συμμετοχή τους σε προγράμματα, εάν και εξαιρετικά σημαντική, δεν είναι πάντοτε εφικτή (Hatzis et al., 2010). Οι Cholevas & Loucaides διερεύνησαν, σε ομάδα εκπαιδευτικών που υλοποιούν προγράμματα αγωγής υγείας στην περιοχή της Αχαΐας, τους παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη και τα εμπόδια που περιορίζουν την εφαρμογή αυτών των παρεμβάσεων. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, τονίστηκε ιδιαίτερα ο θετικός ρόλος του υπεύθυνου Αγωγής Υγείας στην επιτυχημένη εφαρμογή του προγράμματος, επίσης η δυνατότητα των εκπαιδευτικών να επιλέγουν οι ίδιοι τις μεθόδους και τις εκπαιδευτικές τεχνικές για το πρόγραμμα και, τέλος, η υποστήριξη από τη διεύθυνση του σχολείου στη δημιουργία συνεργατικού και υποστηρικτικού κλίματος. Ένα ενδιαφέρον στοιχείο είναι η σημασία που δόθηκε από τους εκπαιδευτικούς στα προσωπικά κίνητρα για τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, σε αντιδιαστολή με τον περιορισμένο ρόλο που είχαν άλλου τύπου κίνητρα. Ως εμπόδια αναγνωρίστηκαν η απουσία εκπαίδευσης και εμπειρίας των εκπαιδευτικών σε προγράμματα αγωγής υγείας και τα χαρακτηριστικά των μαθητών στην τάξη (Cholevas & Loucaides, 2012).

Όπως και σε άλλες χώρες, έτσι και στην Ελλάδα, υπάρχουν περιπτώσεις που οι εκπαιδευτικοί χρειάζεται να αντιμετωπίσουν απαιτητικά ζητήματα υγείας στο σχολικό περιβάλλον. Η αναγνώριση και διαχείριση περιστατικών επιληψίας, το Σύνδρομο Διάσπασης Προσοχής και Υπερκινητικότητας και άλλα προβλήματα συμπεριφοράς των μαθητών αποτελούν κάποιες από αυτές τις περιπτώσεις που αναδεικνύουν τις δυσκολίες που συναντούν οι εκπαιδευτικοί στο σχολείο. Η αδυναμία παροχής πρώτης βοήθειας και η απουσία πρωτοκόλλου αντιμετώπισης του επιληπτικού μαθητή, ο επαναπροσανατολισμός των συνεργασιών με εξωσχολικούς φορείς (ιατρικός κλάδος) και η αναγκαιότητα προπτυχιακής εκπαίδευσης σε διάφορα θέματα υγείας τονίζουν την πολυπλοκότητα της καθημερινότητας των εκπαιδευτικών και τα βήματα που χρειάζεται να γίνουν για τη βελτίωση της κατάστασης (Kaleyias et al., 2005· Toli, Sourtzi, Tsoumakas, & Kalokerinou-Anagnostopoulou, 2013), (Kakouros, Maniadaki, & Papeliou, 2004).

Οι συνεργασίες, στο πεδίο της σχολικής αγωγής υγείας, ενδοσχολικά και εξωσχολικά, παρ' όλο που προβλέπονται και προβάλλονται ως απαραίτητα στοιχεία για την επιτυχημένη εφαρμογή των προγραμμάτων, αποτελούν στην πραγματικότητα το πιο

αδύναμο κομμάτι της διαδικασίας. Ο ισχυρός κεντρικός έλεγχος ευνοεί ανισότητες, η έκφραση των οποίων συνδέεται με πίεση, εντάσεις και διαφορετικές νοηματοδοτήσεις, σε ένα πλαίσιο συνεχούς πολιτικής αβεβαιότητας. Η απουσία συστηματικής παρακολούθησης και αξιολόγησης υπογραμμίζει μια μη ελεγχόμενη κατάσταση, η οποία, σε ορισμένες περιπτώσεις, θέτει σε κίνδυνο την εφαρμογή των προγραμμάτων. Η συμμετοχή εξωτερικών συνεργατών αφορά συνήθως διαλέξεις «ειδικών» από τον χώρο της υγείας, ενώ οι γονείς εμπλέκονται κυρίως κατά την τελευταία φάση των προγραμμάτων, που αφορά τις παρουσιάσεις των μαθητών στη σχολική κοινότητα (Soulatou & Dunkan, 2009). Γενικότερα, οι γονείς φαίνεται να επιθυμούν τις σχολικές ενημερωτικές συναντήσεις, αναφορικά με την πρόοδο των μαθητών, και την παρουσία στην τάξη, για διάφορες εργασίες, ενώ βασικό πεδίο συνεργασίας με τους εκπαιδευτικούς αποτελούν η γονική ενημέρωση και η βοήθεια σε ζητήματα συμπεριφοράς των παιδιών στο σχολείο από την εμπλοκή τους σε προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας ή άλλες ενδοσχολικές δραστηριότητες (Poulou & Matsagouras, 2007).

Κεφάλαιο 7. Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα

Μετά την προσεκτική μελέτη των στοιχείων που σχετίζονται με την υλοποίηση των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και διεθνώς, είναι πλέον εφικτή η ανάδειξη ορισμένων καίριων ζητημάτων που διαπερνούν και χαρακτηρίζουν το αντικείμενο.

Είναι η αγωγή υγείας ένα μάθημα όπως όλα τα άλλα και εάν όχι με ποιον τρόπο εντάσσεται στο σχολικό πρόγραμμα; Η σχολική αγωγή υγείας, κατά κανόνα, δεν αποτελεί διδακτικό αντικείμενο, με την παραδοσιακή έννοια του όρου, αλλά μάλλον μια εκπαιδευτική διαδικασία και εμβόλιμη γνωστική ύλη, η οποία δηλώνει την παρουσία της μέσα από τη διάχυση των θεμάτων που πραγματεύεται στα αναλυτικά προγράμματα συγκεκριμένων μαθημάτων. Η εξέλιξη αυτής της διαδικασίας αναπτύχθηκε με την απαγκίστρωση από τις κλασικές εκπαιδευτικές τεχνικές και προσδοκίες και συνδέθηκε με ολιστικές, συμμετοχικές, βιωματικές και πιο απαιτητικές, στην αξιολόγησή τους, προσεγγίσεις. Τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας προσπαθούν να βρουν χώρο σε ένα ήδη υπερφορτωμένο σχολικό πρόγραμμα, απαιτώντας από τη σχολική κοινότητα συμμετοχή και συνεργασίες, σε ένα πεδίο που, τελικά, δεν φαίνεται να αφορά τους κεντρικούς στόχους αυτού του θεσμού που ονομάζουμε «σχολείο». Η αμφισβήτηση του παραδοσιακού μοντέλου για το σχολείο γίνεται πιο έντονη με τα Σχολεία Προαγωγής της Υγείας όχι μόνο σε σχέση με τις εκπαιδευτικές τεχνικές και τη διαδικασία της μάθησης, αλλά και σε ό,τι αφορά το γνωστικό αντικείμενο, τις σχέσεις μεταξύ εκπαιδευτικών και μαθητών και τον θεσμό του σχολείου στην κοινότητα. Ο θεσμός του σχολείου, όπως και αυτός της αγωγής υγείας βρίσκονται σε συνεχή εξέλιξη και διαφοροποίηση, ως αποτέλεσμα πολλαπλών επιρροών και κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών αλλαγών. Είναι, άραγε, η αγωγή και η προαγωγή της υγείας στα σχολεία μια πολυτέλεια σε απαιτητικούς καιρούς ή το καινούργιο που ζητάει να αναδυθεί και απαιτεί χώρο να εκφραστεί;

Αποτελεί η αγωγή υγείας ένα φορτίο που έχει «επιβληθεί» από «εξωσχολικούς» φορείς; Ήδη, από τη βιβλιογραφία αυτής της εργασίας, θα μπορούσε κάποιος να παρατηρήσει την ενασχόληση του ιατρικού κλάδου (διαμέσου του επιστημονικού πεδίου της δημόσιας υγείας και, ειδικότερα, του σημαντικότερου φορέα για την υγεία

παγκοσμίως, του ΠΟΥ) με τον σχεδιασμό, την υλοποίηση και αξιολόγηση προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας στα σχολεία, καθώς και τη συνεχή έρευνα και κατάθεση προτάσεων για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας αυτών των προγραμμάτων, που στοχεύει, τελικά, στην καλύτερη υγεία των παιδιών και αυριανών πολιτών. Ανεξάρτητα, όμως, της αφετηρίας, στην πορεία οι προσπάθειες αυτές αγκαλιάστηκαν και ενδυναμώθηκαν από τον εκπαιδευτικό κλάδο και αποτελούν, πλέον, σημαντικό μέρος των σχολικών δραστηριοτήτων. Ενώ, λοιπόν, φαίνεται ότι είναι ξεκάθαρη και αναγκαία, έως έναν βαθμό, η ενασχόληση της σχολικής κοινότητας με τα ζητήματα της υγείας, καταγράφεται μια αδυναμία κινητοποίησης προς αυτή την κατεύθυνση, γεγονός που εκδηλώνεται με την περιορισμένη εφαρμογή προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας, την περιφερειακή θέση της αγωγής υγείας στο σχολικό αναλυτικό πρόγραμμα, την ισχνή ανάπτυξη του θεσμού των Σχολείων Προαγωγής της Υγείας και την απροθυμία των εκπαιδευτικών να υλοποιήσουν προγράμματα. Είναι, πράγματι, η αγωγή υγείας μια διαδικασία εκτός σχολικού πλαισίου ή η ενσωμάτωσή της απλώς καθυστερεί, όπως είναι αναμενόμενο για καθετί καινοτόμο και διαφορετικό;

Με ποιον τρόπο διαχειρίζεται η σχολική κοινότητα τα ζητήματα υγείας; Η υγεία, όπως και η αρρώστια, αποτελούν ιδιαίτερα απαιτητικά θέματα, η προσέγγιση των οποίων γίνεται πάντοτε με προσοχή, αφού η υποκειμενική αίσθηση ευεξίας ή κακουχίας ερμηνεύεται και κατανοείται μέσα από ένα περίπλοκο δίκτυο σχέσεων και κοινωνικών αναπαραστάσεων, όπου ζητήματα επιστημονικής γνώσης, αυθεντίας και κοινωνικής ισχύος συγκρούονται με προσωπικές επιλογές και εν γένει δυνατότητες. Τα θέματα της υγείας και της αρρώστιας αναδεικνύουν σημαντικές πλευρές της ανθρώπινης φύσης, οι οποίες δεν μπορούν να περιοριστούν σε πίνακες, διαγράμματα και σχολικά εγχειρίδια. Για την ακρίβεια, η προσέγγιση και διαχείριση των ζητημάτων αυτών στο σχολικό περιβάλλον είναι μια μάλλον ανοιχτή, χαοτική διαδικασία, τα αποτελέσματα της οποίας, σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο, δεν μπορούν να προβλεφθούν ικανοποιητικά. Επιπλέον, η «γνώση» -όπως αυτή εννοείται στα σχολεία- για την υγεία και την αρρώστια έρχεται σε μεταγενέστερο χρόνο, με τρόπους, αποφάσεις και εκφάνσεις μη αντιληπτές και προσδιορίσιμες. Είναι, λοιπόν, η αγωγή υγείας το μέσον για την επιθυμητή διαχείριση αυτών των θεμάτων ή μήπως αποτελεί μια μέθοδο χειραγώγησης της συμπεριφοράς του μαθητικού πληθυσμού; Σε κάθε περίπτωση, πώς συμμετέχουν σε αυτή τη διαδικασία οι

πρωταγωνιστές της σχολικής καθημερινότητας, ιδιαίτερα οι εκπαιδευτικοί, οι μαθητές και οι γονείς τους, και με ποιον τρόπο επηρεάζονται οι σχέσεις τους;

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του τρόπου που η σχολική αγωγή υγείας επιδρά και επηρεάζει τη σχολική κοινότητα και, πιο συγκεκριμένα, τις σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στους εμπλεκόμενους στην υλοποίηση προγραμμάτων. Τα συγκεκριμένα ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται είναι τα εξής:

- Ποια είναι τα κίνητρα των εκπαιδευτικών και οι επιρροές που δέχονται για τη συμμετοχή σε προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας και ποια είναι η εμπειρία τους από την εφαρμογή τους, ιδιαίτερα στον τρόπο που επηρεάζονται οι σχέσεις με τους μαθητές, τους συναδέλφους και την ευρύτερη σχολική κοινότητα;

Η εφαρμογή προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας είναι προαιρετική και είναι προφανές ότι δεν ενδιαφέρονται όλοι οι εκπαιδευτικοί να πραγματοποιήσουν τέτοια προγράμματα. Η διερεύνηση των επιρροών που οδηγούν έναν εκπαιδευτικό να εμπλακεί στη σχολική αγωγή υγείας θα δώσει πολύτιμες πληροφορίες για την υλοποίηση των προγραμμάτων στο σχολείο. Επιπλέον, σημαντικές πτυχές θεμάτων που χρειάζεται να διερευνηθούν είναι ο ρόλος της διεύθυνσης στις αποφάσεις του εκπαιδευτικού, οι σχέσεις ανάμεσα σε εκείνους που υλοποιούν προγράμματα και εκείνους που δεν επιθυμούν κάτι τέτοιο, η δυνατότητα ανάπτυξης συνεργασιών εντός και εκτός σχολικού περιβάλλοντος και η επίδραση των προγραμμάτων στους μαθητές και την εκπαιδευτική διαδικασία.

- Πώς μπορεί να πραγματοποιηθεί η αποτελεσματική συνεργασία υγειονομικών και εκπαιδευτικών σε ένα πρόγραμμα σχολικής αγωγής υγείας;

Η συνεργασία των εκπαιδευτικών με εξωσχολικούς συνεργάτες, κατά την εφαρμογή των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας, είναι μια λιγότερο συχνή όψη αυτών των παρεμβάσεων. Συνήθως, ο δάσκαλος υλοποιεί ένα πρόγραμμα μέσα στην τάξη ή, στην καλύτερη περίπτωση, σε όλο το σχολείο και σε κάποιες περιπτώσεις φιλοξενείται ένας επισκέπτης, με τον χαρακτήρα του ειδικού, στο θέμα της παρέμβασης. Ορισμένες φορές μπορεί να υλοποιηθεί στο σχολείο ένα πρόγραμμα σχεδιασμένο από εξωσχολικό φορέα και η θεματολογία μπορεί να ποικίλει (διατροφή, στοματική υγεία, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κ.ά.). Παρ' όλο που οι συνεργασίες για την υγεία, ανάμεσα στα σχολεία και άλλους φορείς, αναφέρονται ως εξαιρετικά σημαντικές (ASCD, 2011), οι περιγραφές για το είδος των σχέσεων ανάμεσα στους συντελεστές των

προγραμμάτων που αναπτύσσονται κατά την εφαρμογή τους είναι περιορισμένες. Σε αυτό το πλαίσιο, είναι πολύ σημαντικό να διερευνηθούν οι τρόποι με τους οποίους μπορεί να επιτευχθεί αποτελεσματική και δημιουργική συνεργασία μεταξύ εκπαιδευτικών και υγειονομικών σε ένα πρόγραμμα σχολικής αγωγής υγείας.

- Πώς αντιλαμβάνονται οι γονείς τη διαχείριση των ζητημάτων υγείας στο σχολικό περιβάλλον;

Η οικογένεια αποτελεί το πρώτο και πλέον σημαντικό πλαίσιο κοινωνικοποίησης του ανθρώπου. Η γονική σχέση συνδέει τις δραστηριότητες των ενηλίκων με τα παιδιά τους, κατά κανόνα για ολόκληρη τη ζωή και των μεν και των δε. Παρ' όλο που η διαδικασία της πολιτιστικής μάθησης είναι πολύ έντονη στη βρεφική και την παιδική ηλικία, η μάθηση και η προσαρμογή εξακολουθούν σε ολόκληρο τον κύκλο της ζωής (Giddens, 2002). Η ανάπτυξη των παιδιών αποτελεί μια θεσμική ευθύνη, την οποία αναλαμβάνουν από κοινού η οικογένεια και το σχολείο. Ειδικά στην περίπτωση της αγωγής υγείας, η κοινή αντιμετώπιση αυτής της ευθύνης γίνεται ακόμη πιο έντονη, γιατί το πλαίσιο που αποκαλούμε υγεία του παιδιού και γενικότερα του ατόμου αποτελεί τη συνισταμένη ενός συνόλου επιρροών, παραμέτρων και εμπειριών, οι οποίες προέρχονται από διαφορετικούς χώρους κοινωνικής δράσης (Γκούβρα, και συν., 2005). Η ανάγκη διερεύνησης των αντιλήψεων που έχουν οι γονείς για τα ζητήματα υγείας στο σχολικό περιβάλλον προέκυψε ως αποτέλεσμα της αδιαμφισβήτητης επιρροής του οικογενειακού περιβάλλοντος στην υγεία του παιδιού (εικόνα εαυτού, αυτοφροντίδα, διατροφή κ.ά.) (Ogden, 2004), αλλά και της σπουδαιότητας εμπλοκής των γονέων στις διαδικασίες των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας (Γκούβρα, και συν., 2005).

Κεφάλαιο 8. Μεθοδολογία

8.1 Η επιλογή της ποιοτικής προσέγγισης

Στο πρώιμο στάδιο του σχεδιασμού μιας επιστημονικής έρευνας, χρειάζεται να ληφθεί η απόφαση σχετικά με την ερευνητική προσέγγιση και τις μεθόδους που πρόκειται να αξιοποιηθούν, προκειμένου να συλλεχθούν, να επεξεργαστούν και να παρουσιαστούν οι πληροφορίες και τα δεδομένα που σχετίζονται με τον σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα (Creswell, 2005).

Οι δύο κύριες ερευνητικές προσεγγίσεις είναι η ποσοτική (quantitative) και η ποιοτική (qualitative), οι οποίες εδράζονται σε διαφορετικές φιλοσοφικές αρχές και προϋποθέσεις, διαφέροντας τόσο σε επίπεδο οντολογίας, δηλαδή τις παραδοχές για τη φύση της πραγματικότητας, όσο και σε επίπεδο επιστημολογίας, δηλαδή ως προς τους τρόπους προσέγγισης της γνώσης για την πραγματικότητα. Για τους ερευνητές της ποσοτικής προσέγγισης, η κοινωνική πραγματικότητα διέπεται από καθολικούς νόμους που συνδέουν αίτια με αποτελέσματα και ο σκοπός της έρευνας είναι να τους αποκαλύψει, ενώ για εκείνους της ποιοτικής προσέγγισης η κοινωνική πραγματικότητα δομείται υποκειμενικά, δεν μπορεί να υπάρξει έξω από τα συστήματα ιδεών, αξιών και πεποιθήσεων των συμμετεχόντων και, κατά συνέπεια, δεν μπορεί να μελετηθεί αντικειμενικά (Σαραφίδου, 2011). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι ερευνητές της ποιοτικής προσέγγισης να μελετούν ένα φαινόμενο με τρόπο ανοικτό, δίχως προσδοκίες γενίκευσης και να δημιουργούν υποθέσεις και θεωρητικές αιτιολογήσεις βασισμένοι στις ερμηνείες των φαινομένων που παρατηρούν. Με αυτό τον τρόπο, μελετούν τον κόσμο σε βάθος, όπως υφίσταται στην πραγματική ζωή, διαδικασία που διαρκεί, συνήθως, μεγάλο χρονικό διάστημα (Johnson & Christensen, 2004). Σε μεθοδολογικό επίπεδο, η ποσοτική προσέγγιση ξεκινάει από μια θεωρία που υπαγορεύει τις υποθέσεις της έρευνας και ελέγχει κατά πόσο τα εμπειρικά δεδομένα τις επιβεβαιώνουν (απαγωγική λογική), ενώ η ποιοτική προσέγγιση αφορά την παρατήρηση και ερμηνεία της πραγματικότητας, με στόχο την ανάπτυξη μιας θεωρίας που μπορεί να εξηγήσει την εμπειρία (επαγωγική λογική). Κατ' αυτόν τον τρόπο, οι ερευνητές της ποιοτικής προσέγγισης χειρίζονται συμβολικό υλικό και παράγουν νέες ιδέες, αναμειγνύοντας εμπειρικές ενδείξεις με

αφηρημένες έννοιες, ενώ οι ερευνητές της ποσοτικής χειρίζονται αριθμούς, οι οποίοι αντιπροσωπεύουν τα εμπειρικά δεδομένα (Σαραφίδου, 2011).

Μια σημαντική διάσταση, ως προς την οποία διαφοροποιούνται μεθοδολογικά οι δύο προσεγγίσεις, αφορά τη θέση που κατέχει το αξιακό σύστημα του ερευνητή στη διαδικασία προσπέλασης της γνώσης. Κατά την ποσοτική προσέγγιση, οποιοσδήποτε ερευνητής μελετά ένα φαινόμενο χρειάζεται να διατηρεί την αντικειμενικότητά του σε τέτοιο βαθμό, ώστε και οποιοσδήποτε άλλος ερευνητής θα χρησιμοποιούσε την ίδια μέθοδο να καταλήξει στα ίδια συμπεράσματα. Οι ερευνητές της ποιοτικής προσέγγισης, αντίθετα, αποδέχονται ότι οι αξίες του ερευνητή αποτελούν ουσιαστικό μέρος της διαδικασίας παραγωγής γνώσης και δεν μπορεί παρά να λαμβάνονται υπόψη ως μέρος της ίδιας της μελέτης και της εικόνας που επιχειρείται να κατανοηθεί. (Σαραφίδου, 2011).

Τυπικά, στην ποιοτική έρευνα μελετώνται λίγα άτομα ή καταστάσεις, εάν και, ανάλογα με το είδος της μεθόδου, ο αριθμός μπορεί να ποικίλλει. Βασικός στόχος της ποιοτικής έρευνας είναι να παρουσιάσει την πολυπλοκότητα μιας κατάστασης ή των πληροφοριών που λαμβάνονται από συγκεκριμένα άτομα και η ανάγκη λεπτομερούς περιγραφής της κάθε περίπτωσης, μπορεί να οδηγήσει σε επισφαλή και επιπόλαια συμπεράσματα, όταν το δείγμα είναι πολύ μεγάλο. Η ικανότητα του ερευνητή να προσφέρει μια βαθιά εικόνα ενός φαινομένου ή μιας κατάστασης ελαττώνεται με τη συνεχή προσθήκη νέων περιπτώσεων, ενώ η συλλογή και επεξεργασία ποιοτικών δεδομένων απαιτεί σημαντικό χρόνο και η προσθήκη περιπτώσεων απλώς επιμηκύνει αυτό το διάστημα (Creswell, 2005).

Ο Creswell (2005), προσπαθώντας να απαντήσει στο ερώτημα *πώς επιλέγεις εάν θα χρησιμοποιήσεις την ποιοτική ή την ποσοτική προσέγγιση*, θέτει προς σκέψη τρεις παράγοντες οι οποίοι, στην επιστημονική έρευνα που αναφέρεται η παρούσα εργασία, προσδιόρισαν την επιλογή της μεθόδου.

Αντιστοίχισε την προσέγγιση που θα επιλέξεις με το υπό διερεύνηση πρόβλημα. Το ευρύτερο θέμα το οποίο πραγματεύεται η παρούσα εργασία είναι η εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας στο σχολικό περιβάλλον και η αλληλεπίδραση με τους παράγοντες που τα επηρεάζουν. Το αντικείμενο της αγωγής υγείας είναι, όπως αναφέρθηκε προηγουμένα, διεπιστημονικό και πολυεπίπεδο, βρίσκεται σε μια διαρκή

εξέλιξη και διαφοροποίηση, η οποία αποκτά ξεχωριστά χαρακτηριστικά ανάλογα με τον πληθυσμό και το πεδίο εφαρμογής των εκάστοτε προγραμμάτων. Η υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας στο σχολικό περιβάλλον αυξάνει τη συμπλοκότητα του αντικειμένου, καθώς το σχολείο αποτελεί έναν ιδιαίτερο και πολύπλοκο οργανισμό, με συγκεκριμένη δομή και χαρακτηριστικά, με πολλούς πρωταγωνιστές και επιρροές, των οποίων οι επιδράσεις είναι δύσκολο να μετρηθούν και να αξιολογηθούν επαρκώς. Καθώς ο σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας δεν ήταν η εφαρμογή και αξιολόγηση ενός συγκεκριμένου προγράμματος, ούτε η μέτρηση συγκεκριμένων απόψεων και αντιλήψεων, για κάποιους από τους παράγοντες που αναφέρθηκαν, αλλά η διερεύνηση και η κατανόηση των βαθύτερων διεργασιών που σχετίζονται με την υλοποίηση των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας, εκτιμήθηκε ότι είναι προτιμότερη η επιλογή της ποιοτικής προσέγγισης, ως της πλέον κατάλληλης για την περίπτωση.

Αντιστοίχισε την προσέγγιση με το κοινό στο οποίο απευθύνεσαι. Η παρούσα εργασία αφορά, κυρίως, εκπαιδευτικούς και το σχολικό περιβάλλον εν γένει. Κατά συνέπεια, οι πιθανότεροι αναγνώστες θα είναι όσοι απασχολούνται σε σχολικές κοινότητες, αλλά και όσοι εμπλέκονται στον σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας. Σε γενικές γραμμές, όλοι οι παραπάνω είναι, λιγότερο ή περισσότερο, εξοικειωμένοι με τη φιλοσοφία και τις μεθόδους της ποιοτικής προσέγγισης, καθώς, εδώ και αρκετές δεκαετίες, οι μέθοδοι αυτές εφαρμόζονται στο επιστημονικό πεδίο της εκπαίδευσης και αποτελούν την πρώτη επιλογή για πάρα πολλούς ερευνητές, με σημαντική παρουσία σε επιστημονικά περιοδικά του κλάδου (Creswell, 2005).

Συσχέτισε την προσέγγιση με τις εμπειρίες σου. Η εμπειρία του ερευνητή αφορά τόσο τις βασικές σπουδές όσο και την επαφή με τη σχολική αγωγή υγείας. Το αντικείμενο των προπτυχιακών (οδοντιατρική) και των μεταπτυχιακών (κοινωνική οδοντιατρική και δημόσια υγεία) σπουδών προέρχεται από το θετικιστικό επιστημονικό παράδειγμα και η οδοντιατρική πρακτική, συγκεκριμένα, αποτελεί μια χειρουργική ειδικότητα της ιατρικής επιστήμης, που έχει αναπτύξει πολλούς κλάδους, με σημαντικές διαφορές μεταξύ τους, ένας εκ των οποίων είναι η κοινωνική οδοντιατρική. Η τελευταία περιλαμβάνεται, μάλλον, στο ευρύτερο πεδίο της δημόσιας υγείας, που αποτελεί με τη

σειρά του ένα διεπιστημονικό αντικείμενο, με συνάφεια στον χώρο της εκπαίδευσης, της κοινωνιολογίας, της ψυχολογίας, των οικονομικών και, φυσικά, της ιατρικής. Από όλα τα παραπάνω, είναι σαφές ότι η βασική επιστημονική κατάρτιση του ερευνητή αφορά τις ποσοτικές μεθόδους επιστημονικής έρευνας και αυτές αξιοποιήθηκαν σε συγκεκριμένα ερευνητικά έργα (Δημητριάδης και συν., 2008). Με την εμπλοκή, όμως, σε προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας (στοματική υγεία, Σ.Μ.Ν.) σε δημοτικά και γυμνάσια σχολεία, ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του '90, διαπιστώθηκαν οι δυνατότητες και οι περιορισμοί της ποσοτικής προσέγγισης και αναδείχθηκε η ανάγκη μιας πληρέστερης κατανόησης, με διαφορετικά μεθοδολογικά εργαλεία, των διεργασιών που λάμβαναν χώρα κατά την εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων. Ήταν σαφές ότι η βαθύτερη διερεύνηση σημαντικών στοιχείων από τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας προϋπέθετε μια άλλου τύπου προσέγγιση, λιγότερο γραμμική και περισσότερο ευέλικτη. Όλα τα παραπάνω συνετέλεσαν ώστε να επιλεγεί η ποιοτική προσέγγιση για το είδος της μεθοδολογίας που επρόκειτο να ακολουθηθεί, προκειμένου να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στο Θεωρητικό Μέρος της εργασίας.

8.2 Μεθοδολογικές επιλογές για τα τρία, επιμέρους, ερευνητικά έργα

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τρεις διακριτές φάσεις και σε ένα χρονικό διάστημα τεσσάρων ετών (2009-2013) (Πίνακας 1). Οι τρεις φάσεις, που θα περιγραφούν αναλυτικά στη συνέχεια, εάν και διαφέρουν ως προς τη μέθοδο και τον υπό μελέτη πληθυσμό, αποτέλεσαν ένα συνεχές, καθώς οι πληροφορίες και τα δεδομένα που συλλέγονταν από την κάθε φάση τροφοδοτούσαν την επόμενη και ανατροφοδοτούσαν τις προηγούμενες.

Πιο συγκεκριμένα, προκειμένου να διερευνηθούν οι απόψεις και τα κίνητρα των εκπαιδευτικών, αναφορικά με τη συμμετοχή τους στα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας, αξιοποιήθηκε η προσέγγιση της Φαινομενολογικής Έρευνας. Για τη διερεύνηση των ζητημάτων που σχετίζονται με τη συνεργασία εκπαιδευτικών και υγειονομικών στα προγράμματα αγωγής υγείας, επιλέχθηκε η προσέγγιση της Έρευνας-Δράσης. Για τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι γονείς τα ζητήματα υγείας στο σχολικό περιβάλλον, επιλέχθηκε η προσέγγιση της Συμμετοχικής Αφηγηματικής

Διερεύνησης. Στις επόμενες ενότητες παρουσιάζονται οι βασικές αρχές για κάθε μία από τις παραπάνω προσεγγίσεις.

Πίνακας 1.

Οι τρεις φάσεις του ερευνητικού έργου.

Φάση	Σκοπός	Τύπος Έρευνας	Μέθοδος	Συμμετέχοντες
1η	Καταγραφή των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών, για την εμπλοκή τους στα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας.	Φαινομενολογική	Ημιδομημένες συνεντεύξεις	Εκπαιδευτικοί
2η	Διερεύνηση τρόπων για αποτελεσματικές συνεργασίες μεταξύ εκπαιδευτικών και υγειονομικών	Έρευνα-Δράση με την υλοποίηση προγράμματος αγωγής στοματικής υγείας στην Α΄ Δημοτικού	Ημερολόγια, Ερωτηματολόγιο Αποτίμησης Δράσεων, Ανεπίσημες Συζητήσεις	Εκπαιδευτικοί και οδοντίατρος
3η	Διερεύνηση των αντιλήψεων γονέων για τα ζητήματα της υγείας, στο σχολείο.	Συμμετοχική Αφηγηματική Διερεύνηση	Κύκλος Αφηγήσεων και Νοηματοδότηση Ιστοριών	Γονείς

8.3 Φαινομενολογική Έρευνα για την εμπειρία των εκπαιδευτικών

Η φιλοσοφική σχολή που είναι γνωστή ως φαινομενολογία θεμελιώθηκε, κατά γενική ομολογία, από τον Γερμανό φιλόσοφο Edmund Husserl και στην απλούστερη μορφή της παρουσιάζεται ως επιστήμη της εμπειρίας. Ασχολείται με τη σχέση ανάμεσα στην πραγματικότητα που υπάρχει εκτός του νου μας (αντικειμενική πραγματικότητα) και τις διάφορες σκέψεις που ο καθένας έχει σχετικά με την πραγματικότητα (υποκειμενικότητα). Υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι βιώνουν τα φαινόμενα του κόσμου και όχι την πραγματικότητα: κάθε φαινόμενο που βιώνεται είναι μια κατασκευή, η οποία

αποτελεί προϊόν μιας αμετάβλητης διαδικασίας, γνωστής ως προθετικότητα (Spinelli, 2009).

Ο τρόπος με τον οποίο ο κάθε άνθρωπος βιώνει τον κόσμο και τα φαινόμενα αυτού εμπεριέχει μεταβλητές κοινές για όλους τους ανθρώπους και εγγενείς βιολογικούς μηχανισμούς, προορισμός των οποίων είναι να επιτρέπουν ορισμένες μορφές αλληλεπίδρασης με τον κόσμο. Ταυτόχρονα, μια σειρά από κοινωνικο-πολιτισμικές επιδράσεις τείνουν να μας προσαρμόσουν σε διανοητικά σχήματα ή πλαίσια, τα οποία περιορίζουν και επηρεάζουν τις παραμέτρους της εμπειρίας. Χάρη, όμως, στις μοναδικές μεταβλητές των εμπειριών καθενός από εμάς, καμιά ατομική εμπειρία δεν μπορεί να είναι κοινή για δύο ανθρώπους ταυτόχρονα, με αποτέλεσμα καθένας να βιώνει μια μοναδική και ανεξάρτητη φαινομενική πραγματικότητα (Spinelli, 2009).

Αντικείμενο της φαινομενολογικής έρευνας είναι η επαρκής κατανόηση της ανθρώπινης κατάστασης, όπως αυτή εκδηλώνεται σε μία συγκεκριμένη, βιωμένη, εμπειρία και η αποκάλυψη της νοηματοδότησης αυτής της εμπειρίας. Η φαινομενολογία υιοθετεί την άποψη ότι η εμπειρία δεν είναι μια εσωτερική, ενδοψυχική διαδικασία, αλλά έχει να κάνει με τον *συσχετισμό*, έκφραση του οποίου αποτελεί. Ως εκ τούτου, η μελέτη της εμπειρίας αποτελεί αναγκαίο εγχείρημα για την επαρκή κατανόηση ενός φαινομένου, εστιάζοντας δε στην υποκειμενική εμπειρία των ατόμων που μελετώνται, επιχειρείται η περιγραφή και η κατανόηση αυτού του φαινομένου (Spinelli, 2009· Patton, 2002). Η κατανόηση αυτή, περιλαμβάνει, επίσης, την οπτική του ίδιου του ερευνητή, ο οποίος σταδιακά οικοδομεί έννοιες, επιχειρώντας να ανακατασκευάσει τις διαφορετικές πραγματικότητες των υποκειμένων, τις εμπειρίες και τις σημασίες που τα άτομα αποδίδουν σε αυτές (Σαραφίδου, 2011).

Παρά το γεγονός ότι η φαινομενολογική έρευνα εστιάζει στην καταγραφή των μοναδικών χαρακτηριστικών της εμπειρίας κάθε ατόμου, στοχεύει και επιχειρεί να κατανοήσει την ουσία του φαινομένου: η ουσία (essence) είναι η κοινή δομή της εμπειρίας, το μέρος που μοιράζονται όλοι οι συμμετέχοντες. Είναι ο πυρήνας των νοημάτων που αποκτήθηκαν από κοινού, μέσα από το βίωμα ενός φαινομένου. Το υλικό συνήθως συλλέγεται με ημιδομημένες ή σε βάθος συνεντεύξεις, όπου ο ερευνητής προσπαθεί να φτάσει σε αυτό τον πυρήνα, επιχειρώντας να κάνει τους συμμετέχοντες να

ανακαλέσουν συγκεκριμένες εμπειρίες και να τις περιγράψουν με λεπτομέρειες (Σαραφίδου, 2011).

Στο στάδιο της ανάλυσης, ο ερευνητής αναζητεί σημαντικές δηλώσεις και αναδυόμενα νοήματα που σχετίζονται με το υπό μελέτη φαινόμενο. Στην συνέχεια, αυτά κατατάσσονται και οργανώνονται σε κατηγορίες, προκειμένου να περιγραφούν κάποια κοινά θέματα, σχετικά πάντοτε με το φαινόμενο και τα αποσπάσματα λόγου των συμμετεχόντων. Είναι σε αυτή τη φάση, όπου γίνεται προσπάθεια να περιγραφεί η ουσία της κοινής εμπειρίας των συμμετεχόντων. Η τελική έκθεση περιλαμβάνει πλούσιες περιγραφές της βασικής δομής της εμπειρίας, καθώς και ερμηνεία των ευρημάτων με τρόπο αφηγηματικό, ο οποίος, ιδανικά, θα δημιουργεί στον αναγνώστη την αίσθηση του πώς θα ήταν να βίωνε ο ίδιος το συγκεκριμένο φαινόμενο (Johnson & Christensen, 2004).

8.3.1 Οι συνεντεύξεις ως εργαλείο συλλογής υλικού: τύπος συνέντευξης

Οι συνεντεύξεις αποτελούν ένα δημοφιλές εργαλείο της ποιοτικής έρευνας. Μια *ποιοτική* συνέντευξη πραγματοποιείται όταν ένας ερευνητής ρωτά, έναν ή περισσότερους συμμετέχοντες, γενικές, ανοικτού τύπου ερωτήσεις και καταγράφει (συνηθέστερα μαγνητοφωνεί) τις απαντήσεις. Στη συνέχεια, μεταγράφει τα δεδομένα και τα μεταφέρει, ως αρχείο ηλεκτρονικού υπολογιστή, προκειμένου να γίνει η αναγκαία επεξεργασία και ανάλυση (Creswell, 2005).

Ο σκοπός της συνέντευξης είναι να επιτρέψει στον ερευνητή να προσεγγίσει την *οπτική* του συνεντευξιζόμενου. Η διαδικασία της *ποιοτικής* συνέντευξης ξεκινά με την παραδοχή ότι οι απόψεις των άλλων είναι ουσιώδεις, εν δυνάμει κατανοητές και σαφείς. Με τη συνέντευξη, γίνεται προσπάθεια να αποκαλυφθεί τι και με ποιον τρόπο σκέφτεται ο άλλος και, ταυτόχρονα, να συλλεχθούν οι ιστορίες που έχει να αφηγηθεί (Patton, 2002).

Οι συνεντεύξεις, στην ποιοτική έρευνα, εμφανίζουν ορισμένα πλεονεκτήματα, αλλά και μειονεκτήματα. Στα πρώτα, θα μπορούσαν να αναφερθούν η παροχή χρήσιμων πληροφοριών, στις περιπτώσεις όπου δεν είναι δυνατή η άμεση παρατήρηση των συμμετεχόντων, όπως επίσης η δυνατότητα που δίνεται στους συμμετέχοντες να περιγράψουν με λεπτομέρειες προσωπικές πληροφορίες (Creswell, 2005). Τα

μειονεκτήματα αφορούν, κυρίως, το «φιλτράρισμα» των πληροφοριών από τον ερευνητή και τις αντιλήψεις του, όπως, επίσης, το γεγονός πως οι πληροφορίες που θα ληφθούν ίσως να είναι παραπλανητικές, καθώς ο συνεντευξιαζόμενος μπορεί να εκφράζει απόψεις που εκτιμά ότι θα ικανοποιούν τον ερευνητή (Clandinin & Connelly, 2000).

Μια βασική διάκριση που αφορά το είδος των συνεντεύξεων έχει να κάνει με τον βαθμό δόμησης τους και μια άλλη με τον βαθμό παρέμβασης του συνεντευκτή στη διαδικασία της συνέντευξης. Από τα παραπάνω, προκύπτει μια σειρά διαφορετικών τύπων συνεντεύξεων, όπως η *δομημένη* (structured interview), η *μη δομημένη* (unstructured), η *ημιδομημένη* (semi structured), η *μη κατευθυνόμενη* (non directive), η *ελεύθερη ή σε βάθος* (in-depth) και η *εστιασμένη* (focused) συνέντευξη (Σαραφίδου, 2011).

Στην παρούσα έρευνα, αξιοποιήθηκε η τεχνική της *αποκριτικής* (responsive) συνέντευξης, όπως αυτή προτείνεται από τους Rubin & Rubin (2005) και η οποία εμφανίζει τα εξής χαρακτηριστικά:

α. Η συνέντευξη έχει ως στόχο την πρόσληψη των ερμηνειών του συνεντευξιαζόμενου για τις εμπειρίες και την κατανόηση του κόσμου στον οποίο ζει και εργάζεται.

β. Η προσωπικότητα, το στιλ και οι πεποιθήσεις του συνεντευκτή έχουν μεγάλη σημασία. Η συνέντευξη αποτελεί ανταλλαγή και όχι μονόδρομο και η σχέση ανάμεσα στον συνεντευκτή και τον συνεντευξιαζόμενο, εάν και προσωρινή, είναι ουσιώδης.

γ. Επειδή η *αποκριτική* συνέντευξη στηρίζεται στην προσωπική σχέση των συμμετεχόντων, ο συνεντευκτής επιβαρύνεται με τη σοβαρή ηθική υποχρέωση να προστατέψει τον συνεντευξιαζόμενο και τις πληροφορίες που αυτός του παρέχει.

δ. Ο συνεντευκτής δεν επιβάλλει τις απόψεις του στον συνεντευξιαζόμενο, αντίθετα θέτει ανοικτές ερωτήσεις προκειμένου να μην περιορίσει το είδος των απαντήσεων που πρόκειται να λάβει και διερευνά, διαρκώς, τι ακριβώς ακούει, έτσι ώστε να μην επηρεαστεί από τις απόψεις που είχε πριν από τη συνέντευξη.

ε. Η δομή της αποκριτικής συνέντευξης είναι ευέλικτη και προσαρμοστική. Καθώς ο συνεντευκτής ακούει με προσοχή και ακολουθεί διαπιστώσεις και νέα σημεία στη συνέντευξη, χρειάζεται να μπορεί να αλλάξει πορεία, ανάλογα με το τι μαθαίνει και κατανοεί κάθε στιγμή.

Η *αποκριτική* συνέντευξη εμφανίζει κοινά σημεία με μια εκτεταμένη συζήτηση, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά το ύφος, τη συνεχή ροή, την ανάγκη για διευκρινίσεις και υποδηλώσεις κατανόησης, αλλά και την αναζήτηση ιστοριών, αφηγήσεων και παραδειγμάτων. Υφίστανται, όμως, ουσιώδεις διαφορές, καθώς οι συνεντεύξεις είναι πιο εστιασμένες, εμβαθύνουν, απαιτούν περισσότερες λεπτομέρειες για ένα ζήτημα και, βέβαια, είναι λιγότερο ισόρροπες, καθώς ένα άτομο θέτει τις ερωτήσεις, ενώ το άλλο απαντά (Rubin & Rubin, 2005).

Η δομή της *αποκριτικής* συνέντευξης στηρίζεται στον συνδυασμό Βασικών Ερωτήσεων (Main Questions), Ερωτήσεων Εμβάθυνσης (Follow Up Questions) και Παρακινήσεων (Probes). Ο τρόπος με τον οποίο συνδυάζονται οι παραπάνω ερωτήσεις και τεχνικές εξαρτάται, κατά πολύ, από τη φάση των συνεντεύξεων (αρχικό ή μεταγενέστερο στάδιο), τους συνεντευξιαζόμενους και τον ερευνητή (συνεργάσιμοι, με εμπειρία στο θέμα κ.ά.) και από τα θέματα που αναδύονται κατά της διάρκεια της συνέντευξης. Οι Βασικές Ερωτήσεις αποτελούν τον κορμό της συνέντευξης και είναι εκείνες που σχετίζονται με τα ερευνητικά ερωτήματα και τον σκοπό της έρευνας. Είναι σαφείς, γίνονται σε όλους τους συμμετέχοντες και έχουν ετοιμαστεί πριν από τις συνεντεύξεις. Παρ' όλα αυτά, μπορεί να διαφοροποιηθούν εάν, κατά τη διάρκεια των πρώτων συνεντεύξεων, ο ερευνητής διαπιστώσει νέα θέματα που σχετίζονται με την έρευνα, αλλά δεν είχαν προσεγγισθεί επαρκώς. Οι Ερωτήσεις Εμβάθυνσης σχετίζονται με τα σχόλια που γίνονται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και βοηθούν τον ερευνητή να *ακροασθεί τι ακριβώς λέει* ο συνεντευξιαζόμενος. Είναι πολύ σημαντικές για τη συλλογή λεπτομερών απαντήσεων που αναδεικνύουν λεπτοφυείς διαφορές και αποχρώσεις. Οι Παρακινήσεις, τέλος, βοηθούν στη ροή της συζήτησης, στοχεύοντας ταυτόχρονα στη διασαφήνιση και την εμβάθυνση σε κάποιο ζήτημα.

8.4 Έρευνα-Δράση για τη συνεργασία εκπαιδευτικών και υγειονομικών

Έρευνα-Δράση είναι ο τίτλος που έχει δοθεί σε έναν συγκεκριμένο τύπο έρευνας, με αντικείμενο την προσωπική διαδικασία μάθησης και κατανόησης. Είναι ένας πρακτικός τρόπος παρατήρησης της εργασιακής πρακτικής, προκειμένου να διαπιστώσει κάποιος εάν τα πράγματα είναι όπως θα επιθυμούσε να είναι (McNiff, 2002). Καθολικά αποδεκτός ορισμός για το τι είναι ακριβώς η Έρευνα-Δράση δεν υπάρχει και έτσι οι

περιγραφές ποικίλλουν, φωτίζοντας όμως διαφορετικές πλευρές της μεθόδου (Koshy et al., 2011). Συνήθως αναφέρεται ως εφαρμοσμένη έρευνα, εστιασμένη στην επίλυση προβλημάτων που αντιμετωπίζουν συγκεκριμένοι επαγγελματίες στην εργασία τους, μέσω δράσης την οποία αναλαμβάνουν οι ίδιοι (Σαραφίδου, 2011). Οι επαγγελματίες αυτοί μπορεί να προέρχονται από διαφορετικά εργασιακά περιβάλλοντα, όπως αυτό των κοινωνικών επιστημών, της εκπαίδευσης, της διοίκησης, της υγείας κ.ά. Αυτό που διαφοροποιεί τη συγκεκριμένη διαδικασία από άλλες ερευνητικές μεθόδους είναι πως ο εργαζόμενος διερευνά τη δική του εργασιακή πρακτική, σε αντίθεση με τις περισσότερες κοινωνικές επιστήμες, όπου ο επαγγελματίας ερευνητής διερευνά άλλους εργαζόμενους (McNiff & Whitehead, 2011).

Η Έρευνα-Δράση ξεκίνησε από τον κοινωνικό ψυχολόγο Kurt Lewin τη δεκαετία του '30 και, παρ' όλο που ήταν δημοφιλής για κάποια χρόνια, στη συνέχεια το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας γι' αυτήν ατόνησε. Μερικές δεκαετίες αργότερα, οι βασικές ιδέες της μεθόδου επεκτάθηκαν και σε άλλα πεδία, κυρίως σε αυτό της εκπαίδευσης, όπου, ιδιαίτερα στη Μεγάλη Βρετανία, συσχετίστηκε με την υιοθέτηση προγραμμάτων που εστίαζαν στη μελέτη των πρακτικών των εκπαιδευτικών από τους ίδιους (Creswell, 2005). Η Έρευνα-Δράση, αργότερα, αναπτύχθηκε κυρίως από ακαδημαϊκούς της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι οποίοι την εκτίμησαν ως έναν χρήσιμο τρόπο εργασίας στην επαγγελματική εκπαίδευση, κυρίως στην εκπαίδευση των εκπαιδευτικών. Προσπάθησαν να μελετήσουν και να αποσαφηνίσουν τα διαφορετικά στάδια της διαδικασίας, καθώς επίσης και τις αρχές που τη διέπουν, στις οποίες περιλαμβάνονται η ανάγκη για δημοκρατικές πρακτικές, η φροντίδα και ο σεβασμός για το άτομο, καθώς και η ανάγκη για επιστημονική έρευνα (McNiff, 2002).

Ο Lewin ανέπτυξε τη θεωρία της Έρευνας-Δράσης ως σπείρα βημάτων, τα οποία περιλαμβάνουν τον σχεδιασμό, τη συλλογή δεδομένων και την πράξη (Lewin, 1946), θεωρία η οποία αργότερα έγινε κατανοητή ως ένας κύκλος δράσης-αναστοχασμού, αποτελούμενος από τον σχεδιασμό, την πράξη, την παρατήρηση και τον αναστοχασμό. Μεταγενέστεροι ερευνητές (Kemmis, Elliot, Whitehead κ.ά) εμπλούτισαν το μοντέλο του Lewin, αναδεικνύοντας τη συνέχεια της σπείρας προς την κατεύθυνση της αυτοβελτίωσης και της διαρκούς ανατροφοδότησης (McNiff, 2002). Στις βασικές έννοιες της Έρευνας-Δράσης περιλαμβάνονται η καλύτερη κατανόηση, η συμμετοχή, η

βελτίωση, η μεταρρύθμιση, η αναγνώριση προβλημάτων, η επίλυση προβλημάτων, η βήμα προς βήμα διαδικασία, η τροποποίηση και η ανάπτυξη θεωρίας (Koshy et al., 2011). Η μοναδικότητά της έγκειται, ακριβώς, στην ταυτόχρονη προσφορά τόσο στην κοινωνική επιστήμη (γνώση) όσο και στην κοινωνική αλλαγή (πράξη/ πρακτική), στον συμμετοχικό της χαρακτήρα και στα δημοκρατικά ιδεώδη που τη διαπερνούν.

Μια βασική Έρευνα-Δράση μπορεί να περιγραφεί ως εξής:

- μελέτη της τρέχουσας πρακτικής,
- εντοπισμός μιας όψης που χρειάζεται βελτίωση,
- οραματισμός μιας πορείας προς τα εμπρός,
- δοκιμή στην πράξη,
- καταγραφή όσων συνέβησαν,
- τροποποίηση του σχεδίου υπό το πρίσμα όσων έχουν συμβεί και συνέχιση της «δράσης»,
- αξιολόγηση της τροποποιημένης δράσης,
- και ούτω καθεξής, έως ότου επέλθει ικανοποίηση από αυτή την πτυχή της εργασίας (McNiff et al., 1996). Από αυτό το πλαίσιο, ανακύπτουν μια σειρά ερωτημάτων, η απάντηση των οποίων θα προσδιορίσει τον τρόπο δράσης και εφαρμογής της μεθόδου. Ορισμένα από αυτά τα ερωτήματα είναι: με ποιον τρόπο θα συλλεχθούν οι πληροφορίες για το υπό διερεύνηση θέμα; Ποιες λύσεις μπορεί να υπάρχουν; Πώς θα συλλεχθούν τα δεδομένα; Τι τεχνικές μπορεί να χρησιμοποιηθούν; Πώς μπορεί να γίνει η παρακολούθηση της δράσης; Πώς θα αξιολογηθεί η λύση; Τι είδους πρακτικές απαιτούνται έτσι ώστε να επηρεαστούν και άλλοι από τη δράση;

Σε αδρές γραμμές, η διαδικασία εφαρμογής της Έρευνας-Δράσης γίνεται σε τρία στάδια που είναι αυτά του *σχεδιασμού*, της *εφαρμογής της Δράσης* και του *αναστοχασμού*. Το πρώτο στάδιο περιλαμβάνει τον εντοπισμό ενός προβλήματος, τη συλλογή πληροφοριών, την αναδρομή στη βιβλιογραφία και την ανάπτυξη ενός ερευνητικού σχεδίου. Η φάση της εφαρμογής της Δράσης αποτελεί διακριτό και το πλέον σημαντικό βήμα στη διαδικασία, ενώ στην τρίτη φάση περιλαμβάνονται η επεξεργασία των αποτελεσμάτων και ο αναστοχασμός πάνω στη διαδικασία (Kuhne, & Quigley, 1997). Είναι σημαντικό να τονιστεί σε αυτό το σημείο ότι η Έρευνα-Δράση δεν είναι γραμμική,

αλλά μάλλον κυκλική διαδικασία και, ενώ το σημείο αφετηρίας είναι ξεκάθαρο, δεν συμβαίνει το ίδιο με το κλείσιμό της (Mertler, 2011).

Οι τεχνικές συλλογής δεδομένων στην Έρευνα-Δράση χωρίζονται σε τρεις γενικές κατηγορίες: με *μολύβι και χαρτί* (σημειώσεις πεδίου, ημερολόγια, εκθέσεις, ερωτηματολόγια), με την παρουσία (κοινωνικο-μετρικές μέθοδοι, συνεντεύξεις και συζητήσεις), με την προβολή (διαφάνειες, εικόνες, μαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις, βιντεοσκοπήσεις) και μπορεί να επιλεγθεί μία ή συνδυασμός των παραπάνω, ανάλογα με τη δράση και το πεδίο εφαρμογής της. Η παρακολούθηση των δράσεων δεν απαιτεί μόνο την καταγραφή των επιδράσεων στον ερευνητή αλλά και στους άλλους, καθώς υφίσταται διαρκής αλληλεπίδραση και επηρεασμός. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την τήρηση αρχείων από προσωπικές σκέψεις και δράσεις του ερευνητή, που έχουν σχέση με τις αρχικές προθέσεις και τους σκοπούς, όπως επίσης την πρόσκληση στους συμμετέχοντες να κρατούν και εκείνοι κάποιου τύπου ερευνητικό ημερολόγιο (McNiff, 2002).

8.4.1 Η χρήση των ημερολογίων ως ερευνητικών εργαλείων

Ειδικότερα, τα ημερολόγια χρησιμοποιούνται, σχετικά συχνά, στην ποιοτική έρευνα. Η ίδια τους η φύση συνδέεται με τα βασικά χαρακτηριστικά αυτού του τύπου της έρευνας: είναι «φυσικά», εμπεριέχουν προσωπικές απόψεις και αντιλήψεις των ατόμων και σχετίζονται με τη διεργασία. Επίσης, προσφέρουν πρόσβαση σε προσωπικές διαπιστώσεις, οι οποίες δεν είναι εύκολα προσβάσιμες με άλλα μέσα. Βέβαια, χρειάζεται προσοχή στον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύονται τα ευρήματα αυτού του υλικού, καθώς ο ερευνητής είναι καλό να γνωρίζει την αφετηρία αλλά και τα κίνητρα, διαμέσου των οποίων έγινε η καταγραφή (Woods & Pratt, 2006). Συνήθως, η καταγραφή ημερολογίων αφορά αυτούς που συμμετέχουν στην έρευνα και όχι τους ερευνητές. Στην Έρευνα-Δράση, όμως, το ημερολόγιο μπορεί να συμπληρώνεται και από τον ερευνητή και να χρησιμοποιηθεί ως καταγραφή χρονικών συμβάντων, ως περιγραφή γενικών θεμάτων, ως πηγή δεδομένων τα οποία θα υποστούν επεξεργασία ή ως οδηγός προόδου του έργου, συμπεριλαμβανομένων πετυχημένων ή λιγότερο πετυχημένων στιγμών κ.λπ. Ημερολόγια μπορεί να κρατούνται και από τους υπόλοιπους συμμετέχοντες στην Έρευνα-Δράση και να έχουν συμπληρωματικό χαρακτήρα ή να αποτελούν επιπλέον πηγή δεδομένων, η οποία θα αξιοποιείται, αναλόγως, από τον ερευνητή. Σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι πολύ

σημαντικό να έχει εξασφαλιστεί η άδεια για τη χρήση του υλικού που θα περιέχεται στα ημερολόγια, όπως, επίσης, να ληφθεί μέριμνα προκειμένου η χρήση των δεδομένων να γίνει με τρόπο διαφανή, ανοικτό και σε συμφωνία με τους συγγραφείς για την ερμηνεία των καταγραφών τους (McNiff, 1996).

Στη συγκεκριμένη έρευνα, τα ημερολόγια που συμπληρώθηκαν είχαν ως στόχο την καταγραφή των συμβάντων από την εφαρμογή των δράσεων, αλλά και την καταγραφή των απόψεων των συμμετεχόντων αναφορικά με αυτές τις δράσεις. Ο αναστοχαστικός χαρακτήρας του ημερολογίου (reflective journal) δίνει την ευκαιρία στον ερευνητή να παρατηρήσει τον εαυτό του (self) μέσα στο πλαίσιο μιας συγκεκριμένης εμπειρίας, με σκοπό να αντιμετωπίσει, να κατανοήσει και να επιλύσει τις αντιφάσεις ανάμεσα στην προσωπική ματιά και στα γεγονότα που παρατηρεί (Johns, 2004). Ταυτόχρονα, προσφέρει πληροφορίες σχετικές με τη «ματιά» του παρατηρητή και συμμετέχοντα στο σχολικό περιβάλλον και τις διεργασίες που αναπτύσσονται μέσα από την πραγματοποίηση ενός προγράμματος αγωγής υγείας, εμπλουτίζοντας τη δεξαμενή δεδομένων για τη σημασία αυτών των προγραμμάτων, τις δυσκολίες που μπορεί να παρουσιαστούν και την πολυπλοκότητα των σχέσεων εντός και εκτός σχολείου.

Σύμφωνα με τη McNiff (2002), η Έρευνα-Δράση δεν αναφέρεται σε μια μεθοδολογία που οδηγεί σε εναρμονισμένη σκέψη και πράξη, αλλά σε μια προβληματική πρακτική του *γνωρίζειν*, μέσα από τη *δράση*. Αφορά ανθρώπους με ανησυχίες για τα ζητήματα κοινωνικής δικαιοσύνης και συμμετοχικής διαβίωσης, ικανούς να υποστηρίξουν σθεναρά τον ισχυρισμό ότι παράγουν γνώσεις που θα έχουν σημασία για την προσωπική και κοινωνική ευημερία. Είναι μια πρακτική με ηθικές δεσμεύσεις, ένα είδος *πράξης*. Πράξη προς την κατεύθυνση της κατανόησης των αντιφάσεων που *φέρουν* τα άτομα στην καθημερινότητά τους και την ανάδειξη της πολυπλοκότητας και σπουδαιότητας των ανθρώπινων σχέσεων ως αέναης διαδικασίας μετασχηματισμού της καθημερινότητας.

8.5 Συμμετοχική Αφηγηματική Διερεύνηση για την έρευνα με τους γονείς

Η Αφηγηματική Έρευνα (Narrative Research) είναι ένα σχετικά πρόσφατο και ιδιαίτερα αναπτυσσόμενο επιστημονικό πεδίο, το οποίο αξιοποιεί τις αφηγήσεις ως βασικό εργαλείο της έρευνας (Creswell, 2005). Οι ερευνητές που χρησιμοποιούν αυτή τη

μέθοδο περιγράφουν τις ζωές ανθρώπων, συλλέγουν και λένε ιστορίες για τις ζωές ανθρώπων και γράφουν αφηγήσεις προσωπικών εμπειριών. Η εμπειρία είναι ένας όρος-κλειδί και οι αφηγήσεις αποτελούν τον καλύτερο τρόπο αναπαράστασης και κατανόησής της (Connely & Glandinin, 1990).

Ο Brunner (2004) αναφέρει στο βιβλίο του «Δημιουργώντας Ιστορίες»:

Μέσω της αφήγησης κατασκευάζουμε, ανακατασκευάζουμε και με κάποιους τρόπους επινοούμε ξανά το χθες και το αύριο. Σε αυτή τη διαδικασία η μνήμη και η φαντασία αναμειγνύονται. (...). Ο ανθρώπινος νους, όσο και αν καλλιέργησε τη μνήμη του ή εκλέπτυνε τα συστήματα εγγραφής του, δεν μπορεί ποτέ να επανασυλλάβει πλήρως και πιστά το παρελθόν, ούτε και να δραπετεύσει από αυτό. Η μνήμη και η φαντασία παρέχουν και καταναλώνουν η μία την πραγματεία της άλλης (σελ. 146).

Σύμφωνα με τους Gergen et al. (2009), οποιαδήποτε έκφραση ή διατύπωση αποκτά νόημα όταν ένας άλλος (ή άλλοι) συντονίζονται με αυτή τη διατύπωση, δηλαδή όταν προσθέτουν κάποιας μορφής συμπληρωματική δράση (λεκτική ή μη λεκτική). Στην περίπτωση που οι άλλοι δεν αγκαλιάσουν τις εκφράσεις μας ως επικοινωνία, εάν αποτύχουν να συντονιστούν επαρκώς με την απάντησή τους, τότε η επικοινωνία μας μπορεί να θεωρηθεί αποκομμένη από τα συμφωνηθέντα και να μην έχει νόημα. Η ύπαρξη νοήματος δεν είναι μέσα στο άτομο, αλλά στη συνδεδεμένη πράξη. Η πράξη του ενός και η «συμπλήρωσή» της από τον άλλο χρειάζεται να συνδυαστούν προκειμένου να παραχθεί νόημα. Καθώς, όμως, παράγεται κοινό νόημα, ταυτόχρονα τίθενται όρια στο είδος και στον χαρακτήρα του παραγόμενου νοήματος. Η παραγωγή νοήματος, άρα, είναι μια συντονισμένη διαδικασία, ανάμεσα σε δύο ή περισσότερους ανθρώπους, η οποία δημιουργεί και ταυτόχρονα περιορίζει τις παραγόμενες έννοιες. Όπως εξηγεί ο Gergen (2009):

Οι λέξεις είναι πράξεις μέσα σε μια σχέση και, με αυτή την έννοια, ισοδύναμες με τις υπόλοιπο σώμα εν κινήσει – τα χείλια, τις κινήσεις των ματιών, τους μορφασμούς, τις χειρονομίες κ.ο.κ. Η ομιλούμενη γλώσσα είναι ένα μόνο μέρος της πλήρους κοινωνικής παρουσίας. Τα λόγια μας είναι σημειώσεις σε ένα ενορχηστρωμένο μοτίβο πράξης. Δίχως τον πλήρη συντονισμό λέξεων και πράξης, η σχεσιακή ζωή γίνεται παράξενη (p.73).

Σε αυτή τη συνεχή διαδικασία παραγωγής νοήματος και αντίληψης του Εαυτού, υπάρχουν δύο γενικές έννοιες που αφορούν τον τρόπο που ο άνθρωπος στρέφεται προς

την κουλτούρα και το παρελθόν. Η πρώτη είναι ο ανθρώπινος αναστοχασμός (reflexivity), η ικανότητά μας να στρεφόμεστε στο παρελθόν και να τροποποιούμε το παρόν κάτω από την επίδρασή του ή να τροποποιούμε το παρελθόν κάτω από την επίδραση του παρόντος, Ούτε το παρελθόν ούτε το παρόν μένουν σταθερά μπροστά σε αυτόν τον αναστοχασμό. Η δεύτερη έννοια είναι η διανοητική ικανότητα των ανθρώπων να οραματίζονται εναλλακτικές λύσεις, να συλλαμβάνουν άλλους τρόπους ύπαρξης και προσπάθειας. Κατά μια έννοια, λοιπόν, οι άνθρωποι είναι «πλάσματα της ιστορίας», αλλά κατά μια άλλη έννοια είναι επίσης αυτόνομοι δράστες. Ο Εαυτός, όπως κάθε άλλη πλευρά της ανθρώπινης φύσης, λειτουργεί ταυτόχρονα σαν φρουρός της μονιμότητας και σαν βαρόμετρο που ανταποκρίνεται στο τοπικό πολιτιστικό κλίμα (Brunner, 1997).

Στην Αφηγηματική Έρευνα, η προσωρινότητα (temporality) αποτελεί σημαντική έννοια και αφορά, σε πρώτο επίπεδο, το γεγονός ότι μια εμπειρία είναι προσωρινή. Σε βαθύτερο επίπεδο, όμως, υπονοεί ότι και οι συλλογικές αφηγήσεις είναι προσωρινές. Συνεπώς, δίνεται βαρύτητα όχι μόνο στο εδώ και τώρα αλλά και στη ζωή, όπως αυτή βιώνεται σε ένα χωροχρονικό συνεχές. Αυτό που λέγεται για έναν άνθρωπο, ένα σχολείο ή οτιδήποτε άλλο έχει νόημα μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο που ειπώθηκε και αυτό το νόημα θα διαφοροποιηθεί με την πάροδο του χρόνου. Η επιστημονική γνώση, όπως και τα πράγματα που μελετούμε, είναι *περαστική* (Clandinin & Connelly, 2000).

Στο πεδίο της Αφηγηματικής Έρευνας, περιλαμβάνονται μια σειρά από προσεγγίσεις που αξιοποιούν τις αφηγήσεις και τις ιστορίες ως ερευνητικό εργαλείο ή ως μέσο για την επίλυση συγκρούσεων, τη δημιουργία και εμπύχωση ομάδων, τη δημιουργία κοινής γνώσης και νοήματος σε ομάδες και οργανισμούς. Σε αυτές τις προσεγγίσεις περιλαμβάνονται οι Narrative Inquiry, Oral History, Appreciative Inquiry, Community Theatre, Most Significant Change και Participatory Narrative Inquiry. Στις περισσότερες από τις παραπάνω μεθόδους, το στοιχείο της συμμετοχής των ανθρώπων στη διαδικασία είναι κεντρικής σημασίας και συνδέεται με την αλλαγή και τον μετασχηματισμό ομάδων ή ατόμων (Kurtz, 2013b)

Η Αφηγηματική Έρευνα αφορά κυρίως τη μελέτη ανθρώπων ατομικά και λιγότερο σε επίπεδο ομάδας. Ένα νέο πεδίο, όμως, αυτής της μεθόδου αφορά τη μελέτη οργανισμών, όπου η έρευνα μπορεί να εμφανίσει τέσσερις διαφορετικούς τύπους, συγκεκριμένα την οργανωσιακή έρευνα που γράφεται με τη μορφή ιστορίας, την έρευνα

που συλλέγει ιστορίες από έναν οργανισμό, την έρευνα που αντιλαμβάνεται τη ζωή ενός οργανισμού ως δημιουργό ιστοριών και έναν εξειδικευμένο τύπο αναστοχασμού, που λαμβάνει τη μορφή αφηγηματικής κριτικής (Patton, 2002). Η ομάδα του Cognitive Edge Network (CEN) αξιοποιεί, από τα μέσα της δεκαετίας του '90, την Έρευνα-Δράση, σε συνδυασμό με αφηγηματικές μεθόδους και έννοιες από τη Θεωρία του Χάους και της Πολυπλοκότητας, προκειμένου να αντιμετωπίσει κρίσιμα ζητήματα στον κόσμο των επιχειρήσεων (Snowden, 1999). Οι τομείς στους οποίους δραστηριοποιείται είναι η Διαχείριση Γνώσης, η Δυναμική Κοινοτήτων, η Ανάπτυξη Προϊόντων και τα τελευταία χρόνια η Οργανωσιακή Αλλαγή και Στρατηγική (Kurtz & Snowden, 2003).

Η Θεωρία της Πολυπλοκότητας, που αποτελεί την αφετηρία για την ανάπτυξη των δράσεων της συγκεκριμένης ομάδας, σχηματοποιήθηκε έναν αιώνα πριν από τον Poincare και αφορά, σε πολύ αδρές γραμμές, την αυτό-οργάνωση των συστημάτων στη φύση, μέσα από μοτίβα (patterns) τα οποία δεν κατασκευάζονται από μια συγκεκριμένη οντότητα, αλλά δημιουργούνται από την αλληλεπίδραση πολλών και διαφορετικών μονάδων (Ζούκης, 2007). Απέναντι στη γραμμική προσέγγιση που θεωρεί τα ανθρώπινα συστήματα προβλέψιμα και άρα διαχειρίσιμα, η ομάδα του CEN αναδεικνύει την πολυπλοκότητα του εκάστοτε πλαισίου (Contextual Complexity) -είτε πρόκειται για οργανισμούς είτε για ομάδες ανθρώπων-, θέτοντας τρεις βασικές προτάσεις:

- *Οι άνθρωποι δεν περιορίζονται σε μία ταυτότητα. Σε ένα πολύπλοκο ανθρώπινο σύστημα, ως παράγοντας (agent) νοείται οτιδήποτε έχει ταυτότητα και οι άνθρωποι εναλλάσσουν διαρκώς την ταυτότητά τους, ατομικά και συλλογικά. Σε ατομικό επίπεδο, κάποιος μπορεί να είναι γονέας, αδελφός, σύζυγος ή παιδί και να συμπεριφέρεται διαφορετικά, ανάλογα με το πλαίσιο. Συλλογικά, θα μπορούσε να είναι μέρος μιας μειοψηφούσας κοινότητας, αλλά στο πρόσωπο μιας κοινής απειλής, θα μπορούσε να αναλάβει την ταυτότητα της ευρύτερης ομάδας.*

- *Οι άνθρωποι δεν είναι περιορισμένοι να δρουν σύμφωνα με προκαθορισμένους κανόνες. Είναι σε θέση να επιβάλουν (ή να διακόψουν) μια συγκεκριμένη δομή στις σχέσεις και τις αλληλεπιδράσεις τους, ως αποτέλεσμα συλλογικής συμφωνίας ή ατομικών πράξεων ελεύθερης βούλησης.*

- *Οι άνθρωποι δεν είναι περιορισμένοι να δρουν σύμφωνα με τοπικά (περιορισμένου πεδίου) μοτίβα. Οι άνθρωποι επιδεικνύουν τεράστιες δυνατότητες*

κατανόησης ευρύτερων μοτίβων, εξαιτίας της ικανότητας να επικοινωνούν αφηρημένες έννοιες διαμέσου της γλώσσας και της τεχνολογίας (Kurtz & Snowden, 2003).

Σε στενή σχέση με την προσέγγιση του CEN, βρίσκεται η Συμμετοχική Αφηγηματική Διερεύνηση (Participatory Narrative Inquiry, PNI), η οποία επιλέχθηκε στην παρούσα έρευνα για τη διερεύνηση των απόψεων της ομάδας των γονέων. Η αξιοποίηση των αφηγήσεων ως ερευνητικού εργαλείου, η συμμετοχή των ατόμων στη διαδικασία και η διερευνητική φύση της μεθόδου αποτελούν τα χαρακτηριστικά της PNI, την οποία η Kurtz (2013a) προσδιορίζει ως:

(...) μια προσέγγιση στην οποία συμμετέχουν ομάδες ανθρώπων στη συγκέντρωση και την επεξεργασία ιστοριών προσωπικής εμπειρίας, ώστε να νοηματοδοτηθούν πολύπλοκες καταστάσεις για την καλύτερη λήψη αποφάσεων. Η PNI εστιάζει στη θεμελιώδη διερεύνηση αξιών, πεποιθήσεων, συναισθημάτων και προοπτικών μέσα από την εξιστόρηση και την ερμηνεία του βιώματος. Στοιχεία από τα γεγονότα, την αλήθεια, τις αποδείξεις, τις απόψεις και τα επιχειρήματα μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως υλικό νοηματοδότησης, αλλά χρησιμοποιούνται πάντα από μια προοπτική και για να αποκτήσουν προοπτική. Αυτή η εστίαση καθορίζει, προσδιορίζει και περιορίζει την προσέγγιση (σελ. 84).

Η PNI εμφανίζει τρεις βασικές φάσεις, αυτές της συλλογής ιστοριών (collect), της νοηματοδότησης (sensemaking) και της επιστροφής (return) στην ομάδα ή την κοινότητα. Ως νοηματοδότηση ορίζεται η προσπάθεια δημιουργίας νοήματος, σε σχέση με μια συγκεχυμένη και ασαφή κατάσταση υψηλής πολυπλοκότητας ή αβεβαιότητας, που στοχεύει στη λήψη αποφάσεων. Πρόκειται για ενσυνείδητη και διαρκή προσπάθεια κατανόησης σχέσεων και συνδέσεων (που μπορεί να είναι ανάμεσα σε ανθρώπους, τοποθεσίες ή γεγονότα), προκειμένου να προβλεφθεί η πορεία τους και να υπάρξει αποτελεσματική ανταπόκριση (Ancona, 2012). Τα βασικά στάδια της PNI είναι ισότιμα και πολυφωνικά στη φύση τους. Περιλαμβάνουν περιορισμένο «από τα πάνω προς τα κάτω» έλεγχο και οι διαφορετικές προοπτικές των συμμετεχόντων ακούγονται και λαμβάνονται υπόψη, δίχως εξαναγκασμό ή τεχνητή συναίνεση. Η έννοια της συμμετοχής δεν αφορά μόνο τον ερευνητή, αλλά κυρίως τους ανθρώπους που αφηγούνται τις ιστορίες. Το ίδιο ισχύει και για το στοιχείο της διερεύνησης: στην προσέγγιση αυτή ο

βαθμός εμπλοκής των ατόμων στη διαδικασία είναι μεγάλος και μπορεί να περιλαμβάνει επεξεργασία, ανάλυση και νοηματοδότηση των ιστοριών (Kurtz, 2013b).

Η μέθοδος αυτή είναι εξαιρετική για την αποκάλυψη και ανάδειξη βαθύτερων πεποιθήσεων και αντιλήψεων σε ένα ζήτημα, αλλά και για την επεξεργασία τους από τους ίδιους τους συμμετέχοντες, σε ένα πλαίσιο εμπιστοσύνης, σεβασμού και κατανόησης.

8.5.1 Οι αφηγήσεις ως ερευνητικό εργαλείο

Σε μια προσπάθεια να προσδιοριστούν οι έννοιες των διαφορετικών όρων που χρησιμοποιούνται (*ιστορία, αφήγηση, περιστατικό*) στην παρούσα εργασία ακολουθούν κάποιοι ορισμοί που δίνονται για κάθε έναν από αυτούς για το ερευνητικό έργο.

Η ιστορία (story) είναι μια αφήγηση γεγονότων, κατά την οποία αναρωτιέσαι τι πρόκειται να συμβεί και στο τέλος της το διαπιστώνεις. Προκειμένου να αναρωτηθείς τι πρόκειται να συμβεί, χρειάζεται να υπάρχει μια ένταση ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα ενδεχόμενα (Kurtz, 2013a). Η αφήγηση (narrative) αποτελεί την προφορική ή γραπτή αναφορά των γεγονότων και της ιστορίας¹. Το περιστατικό (anecdote) είναι μια μικρή, ευχάριστη ή ενδιαφέρουσα ιστορία, σχετικά με ένα πραγματικό γεγονός ή άτομο².

Οι αφηγήσεις επιτρέπουν στους ανθρώπους την αποκάλυψη ευαίσθητων πληροφοριών, δίχως την απόδοση ευθυνών, καθώς η εγγενής απόσταση ανάμεσα στην πραγματικότητα και την αφήγησή της προσφέρει την ασφάλεια της αληθινής εξιστόρησης. Καθρεφτίζουν την αταξία, αποκαλύπτουν πεποιθήσεις και αξίες και, όταν λέγονται μεταξύ μιας ομάδας ανθρώπων, δημιουργούν ένα ανεπίσημο περιβάλλον διερεύνησης, που κατά κανόνα ευνοεί διορατικές παρατηρήσεις, που θα ήταν αδύνατον να προβλεφθούν εκ των προτέρων (Anecdote, 2006).

Οι αφηγήσεις είναι ο πιο κοινός και εύκολος τρόπος να προσεγγιστούν τα μοτίβα ατόμων, ομάδων, οργανισμών ή ακόμα και εθνών. Η γλώσσα τους δεν απαντά σε ερωτήσεις, αλλά κάνει συνδέσεις και αποκαλύπτει τη δυνατότητα μέσα από την εμπειρία. Οι ιστορίες παρουσιάζουν πολύπλοκες καταστάσεις με ένα τρόπο απλό, σαφή και ευκολομνημόνευτο. Εφόσον προκύπτουν αυθόρμητα, αποτυπώνουν τις αξίες,

¹ Oxford Dictionary, στο <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/narrative>

² Oxford Dictionary, στο <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/anecdote>

οργανωτικές αρχές, πεποιθήσεις και πρακτικές (δηλαδή την κουλτούρα) ενός οργανισμού ή μιας ομάδας ανθρώπων. Ως προς αυτό μια «αφήγηση» (narratives) διαφέρει από μια «ιστορία» που κάποιος κατασκευάζει και αφηγείται (storytelling) με συγκεκριμένο σκοπό: οι πρώτες χρησιμεύουν για να αποκαλύπτουν κρυμμένα μοτίβα, ενώ το δεύτερο για να πείθει και να ελκύει τους άλλους προς μια δεδομένη κατεύθυνση (Callahan, 2004).

Καθώς οι άνθρωποι επαναλαμβάνουν ιστορίες από το περιβάλλον τους, εκφράζουν τις πεποιθήσεις και τις αξίες τους μέσα από χαρακτήρες, που βαθμιαία γίνονται όλο και πιο ακραίοι, έως ότου καθένας να αναπαριστά μια πλευρά της συλλογικής κουλτούρας τους, που «κανονικά» μπορεί να παρέμενε αθέατη. Το σύνολο των ιστοριών αυτών και των χαρακτήρων τούς προσφέρει ένα πολύτιμο σύνολο βαθύτερων πολιτισμικών δεικτών. Έτσι, οι αφηγήσεις που συλλέγονται παρουσιάζουν τρία πλεονεκτήματα (Kurtz, 2013a):

- Μεταφέρουν τις αξίες των αφηγητών και μέσω αυτών τις βαθύτερες αξίες της κοινότητας που ενυπάρχουν κάτω από τη φαινομενική ποικιλομορφία των διαφορετικών λόγων.

- Μπορούν να δώσουν απαντήσεις σε ζητήματα όπου η άμεση ερώτηση αδυνατεί, αφού επιτρέπουν στους ανθρώπους να αποκαλύψουν ευαίσθητες πληροφορίες, χωρίς να υποχρεωθούν να καταλογίσουν ευθύνες.

- Έχουν την ικανότητα να μεταφέρουν σύνθετες και πολυεπίπεδες ιδέες με τρόπο απλό και ευκολομημόνευτο, και μάλιστα σε διαφορετικά από πολιτισμικής άποψης ακροατήρια.

Οι αφηγήσεις, μπορεί να συλλεχθούν με πολλούς τρόπους, στους οποίους περιλαμβάνονται οι ένας προς έναν συνεντεύξεις, οι ομαδικές συνεντεύξεις, οι ομαδικές συνεδρίες για τη συλλογή αφηγήσεων, οι έρευνες κ.ά. (Kurtz, 2013a). Για το παρόν ερευνητικό έργο, αξιοποιήθηκε η μέθοδος του Κύκλου Αφηγήσεων, η οποία περιγράφεται στη συνέχεια.

8.5.2 Οι Κύκλοι Αφηγήσεων

Ο Κύκλος Αφηγήσεων (Anecdote Circle) είναι μια συνάντηση (φυσική ή εικονική), που έχει στόχο τη δημιουργία και συλλογή αφηγήσεων πάνω σε ένα ζήτημα ή θέμα. Συνήθως, οι συλλεχθείσες αφηγήσεις θα χρησιμοποιηθούν αργότερα σε κάποιου

είδους διαδικασία νοηματοδότησης ή μπορεί να τοποθετηθούν σε μια βάση αφηγηματικών δεδομένων. Στους Κύκλους Αφηγήσεων συλλέγονται, συνήθως, μικρής διάρκειας ιστορίες ή περιστατικά (anecdotes). Αυτό που επιδιώκεται δεν είναι η συλλογή ιστοριών (stories) με συγκεκριμένο σκοπό και νόημα -οι οποίες είναι ενδεικτικές για το τι πιστεύουν οι άνθρωποι ότι αναμένεται από αυτούς-, αλλά αφηγήσεων, που είναι πιο αυθόρμητες και ειλικρινείς (Cognitive Edge, 2006).

Η ομάδα των ανθρώπων που συμμετέχουν σε ένα Κύκλο Αφηγήσεων αποτελείται από 4 έως 10 άτομα, με κοινά χαρακτηριστικά ή ρόλους (εργασιακούς, κοινωνικούς κ.ά.), τα οποία, ακούγοντας τις ιστορίες των άλλων, ανακαλούν τις δικές τους και τις μοιράζονται, σε ένα ευνοϊκό και ασφαλές περιβάλλον. Σε αντίθεση με τις Ομάδες Εστίασης, το βάρος δεν πέφτει στις γνώμες και τις κρίσεις των συμμετεχόντων, αλλά στις ιστορίες και τα περιστατικά που έχουν να διηγηθούν. Εξαιτίας αυτού, ο ρόλος του συντονιστή είναι πολύ σημαντικός: χρειάζεται να θέτει τις ερωτήσεις με τέτοιο τρόπο, ώστε οι ιστορίες να αποτείνονται στα υπόλοιπα μέλη της ομάδας και όχι σε αυτόν. Επίσης, απαιτείται προσοχή να μη μεταβληθεί ο Κύκλος σε απλή συνέντευξη ή ανταλλαγή απόψεων και κατηγοριών (Callahan, 2004).

Οι άνθρωποι που συμμετέχουν στους Κύκλους Αφηγήσεων ακούν και διηγούνται τις δικές τους ιστορίες από περιστατικά σχετικά με το περιβάλλον και τις ανθρώπινες σχέσεις, γύρω από ένα συγκεκριμένο θέμα. Μέσα από τις εμπειρίες που μοιράζονται, θίγονται θέματα που οι ίδιοι θεωρούν σημαντικά, μ' έναν τρόπο άνετο και φυσικό, που δεν καταλήγει σε μια στείρα αντιπαράθεση επιχειρημάτων. Το τελικό αποτέλεσμα είναι ένα σώμα ποικίλων αφηγήσεων, που δίνουν τη δυνατότητα στον ακροατή ή (μετέπειτα) αναγνώστη τους να καταλάβει την πραγματική κατάσταση. Σε αυτό το σημείο υπερτερούν από τις κατά μόνας συνεντεύξεις, που δεν επιτρέπουν την αλληλεπίδραση. Έτσι γνωρίζουμε πτυχές προβλημάτων που δεν είχαμε σκεφτεί ή φανταστεί, ερχόμαστε κοντά με τους άλλους και τελικά μαθαίνουμε να δημιουργούμε μαζί, αντί να αμυνόμαστε ή να προσπαθούμε να επιβάλλουμε τη γνώμη μας (Callahan, 2004).

Η αξιοποίηση των ιστοριών μπορεί να γίνει είτε από τον ερευνητή (με ανάλογη μέθοδο όπως και στην ανάλυση συνεντεύξεων) ή από τους συμμετέχοντες, μέσω της διαδικασίας νοηματοδότησης των ιστοριών σε ομάδες ή του μοιράσματος ιστοριών και αφηγήσεων στην κοινότητα (Kurtz, 2013a).

Η Kurtz (2013b), εκτός από τις ευκαιρίες που προσφέρει η αναζήτηση και αξιοποίηση των αφηγήσεων, αναφέρει ορισμένους κινδύνους, τους οποίους είναι χρήσιμο να γνωρίζει ο ερευνητής προκειμένου να αποφύγει εμπόδια ή και ματαίωση στην ολοκλήρωση της διαδικασίας. Ο πρώτος κίνδυνος αφορά την αδυναμία συλλογής αφηγήσεων (dead silence), κάτι που μπορεί να ξεπεραστεί με επιπλέον προσπάθειες. Ο δεύτερος κίνδυνος έχει να κάνει με την ποιότητα των συλλεχθεισών αφηγήσεων ή τη μη αξιοποίησή τους (self-delusion mastery). Το είδος των ερωτήσεων που τίθενται στους συμμετέχοντες, η επιλογή της ομάδας ή των ατόμων που αφηγούνται τις ιστορίες και η αδυναμία διαχείρισης των αφηγήσεων είναι δύσκολα εμπόδια, που θα χρειαστεί να ξεπεράσει ο ανυποψίαστος ερευνητής. Στην περίπτωση, όμως, που έχει συγκεντρωθεί ικανοποιητικό υλικό, είναι πιθανό η ομάδα ή ο οργανισμός που καλείται να αξιοποιήσει τις αφηγήσεις, να μην επιθυμεί να το πράξει για διάφορους λόγους – κυρίως εξαιτίας της αμεσότητας και της σπουδαιότητας των ευρημάτων (the magic mirror of truth). Ο σημαντικότερος, όμως, κίνδυνος αποτυχίας όλης της διαδικασίας έγκειται στην τρώση του βασικότερου, ίσως, χαρακτηριστικού της: της εμπιστοσύνης (breaking the machine). Ο ερευνητής, συνήθως όχι σκόπιμα, είναι πιθανό να προδώσει την εμπιστοσύνη των συμμετεχόντων ή του οργανισμού τον οποίο μελετά, με αποτέλεσμα να μην καταφέρει ποτέ να ολοκληρώσει την ερευνητική διαδικασία. Για όλα τα παραπάνω, είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει εξοικείωση με τη μέθοδο και ικανοποιητικές δεξιότητες ανάπτυξης και διαχείρισης σχέσεων, προκειμένου να αποφευχθούν δυσάρεστα ενδεχόμενα.

Ο Κύκλος Αφηγήσεων, ως μεθοδολογικό εργαλείο για την αποκάλυψη βαθύτερων πεποιθήσεων και αντιλήψεων μιας ομάδας ανθρώπων, αξιοποιείται πλέον σε πολλά και διαφορετικά πεδία της ανθρώπινης δραστηριότητας, όπως τα σχολεία, οι κοινότητες, διάφοροι οργανισμοί κ.ά. (Beattie, Smith & Kyle, 2014• Prevention Speaks, 2012).

Κεφάλαιο 9. Οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας

9.1 Σχεδιασμός της έρευνας

9.1.1 Επιλογή δείγματος

Προκειμένου να διερευνηθούν οι διαφορετικές επιρροές και επιδράσεις που σχετίζονται με την υλοποίηση προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας, επιλέχθηκε να μελετηθούν οι απόψεις και οι αντιλήψεις εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης που εφαρμόζουν παρόμοια προγράμματα στα δημοτικά σχολεία όπου απασχολούνται, για ικανό χρονικό διάστημα. Ως τέτοιο διάστημα προσδιορίστηκαν τα δύο, τουλάχιστον, τελευταία χρόνια πριν από τη σχολική χρονιά κατά την οποία πραγματοποιήθηκε η έρευνα (στην περίπτωση αυτή, τα ακαδημαϊκά έτη 2006-07 και 2007-08) εάν και έγινε προσπάθεια να προσεγγιστούν εκπαιδευτικοί με μεγάλη εμπειρία και δέσμευση στην πραγματοποίηση προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας. Πέρα από τις πληροφορίες που θα λαμβάνονταν, σχετικά με την εφαρμογή των προγραμμάτων στα σχολεία και τις προσωπικές επιλογές που προσδιόρισαν την συμμετοχή τους σε αυτά, θα δινόταν η ευκαιρία να περιγραφεί μια αφανής καθημερινότητα, που περιλαμβάνει όχι μόνο διαδικασίες, στόχους και αριθμούς, αλλά σχέσεις, συναισθήματα και βαθύτερες αντιλήψεις για το αντικείμενο της αγωγής υγείας και το σχολείο, γενικότερα. Σε αυτό το πλαίσιο, προσεγγίστηκαν άνθρωποι των οποίων η φωνή, συνήθως, 'ακούγεται' λιγότερο, από περιοχές με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ανάγκες. Ο στόχος ήταν η ανάδυση της αθέατης πλευράς των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας και, σε αυτή τη βάση, τα αποτελέσματα της έρευνας δίνουν πολύτιμες πληροφορίες. Το σκεπτικό, πίσω από την επιλογή αυτής της ομάδας των εκπαιδευτικών, ήταν δύο κατευθύνσεων:

α. Στην Ελλάδα, όπως αναφέρθηκε προηγούμενα, η εφαρμογή προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας είναι προαιρετική, πολλές φορές 'στριμώχεται' σε συγκεκριμένες ώρες στο ωρολόγιο πρόγραμμα, ενώ τα τελευταία έτη φαίνεται ότι υποσκελίζεται από τα προγράμματα περιβαλλοντικής αγωγής. Είναι ξεκάθαρο, ότι δεν ενδιαφέρονται όλοι οι εκπαιδευτικοί να πραγματοποιήσουν τέτοια προγράμματα, ενώ τα δεδομένα που συλλέγονται, σχετικά με τα προγράμματα, αφορούν κυρίως αριθμούς

σχολείων και τάξεων -που έκαναν σχολική αγωγή υγείας- και τις δραστηριότητες εκπαιδευτικών και μαθητών. Είναι σημαντικό, λοιπόν, να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας εκείνοι οι οποίοι επιλέγουν και συνειδητά εμπλέκονται στην εφαρμογή τέτοιων δράσεων, καθώς η εμπειρία τους θα προσφέρει σημαντικές πληροφορίες, σχετικά με τους στόχους της έρευνας.

β. Ως συνέπεια των παραπάνω, αναδύονται μια σειρά ερωτημάτων, ισχυρών και επί της ουσίας: γιατί κάποιιο εκπαιδευτικοί επιλέγουν να κάνουν προγράμματα ενώ κάποιιο άλλοι όχι; Ποια μπορεί να είναι τα κίνητρά τους, οι προσδοκίες ή οι φιλοδοξίες τους; Πώς εκλαμβάνουν την σχολική καθημερινότητα, ιδιαίτερα σε σχέση με τα ζητήματα υγείας που μπορεί να ανακύπτουν στην σχολική καθημερινότητα ή τις σχέσεις με τους συναδέλφους και τους μαθητές; Οι απόψεις αυτών των ανθρώπων, μπορεί να φωτίσουν πτυχές μιας καθημερινότητας λίγο έως πολύ απροσπέλαστης και ανεξερεύνητης. Για τον σκοπό αυτό, επιλέχθηκε η μέθοδος της φαινομενολογικής έρευνας, με βασικό εργαλείο τη διενέργεια συνεντεύξεων.

9.1.2 Οδηγός και βασικές ερωτήσεις για τις συνεντεύξεις

Στην παρούσα εργασία, οι Βασικές Ερωτήσεις που τέθηκαν στους συμμετέχοντες εκπαιδευτικούς -και σχηματοποιήθηκαν μετά τις τέσσερις πρώτες συνεντεύξεις- ήταν οι εξής:

1. Με ποιον τρόπο και γιατί εμπλακήκατε στα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας;
2. Σε τι τομείς σάς έχουν βοηθήσει τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας;
3. Ποια είναι η υποδοχή των προγραμμάτων από τη σχολική κοινότητα (συνάδελφοι, μαθητές, διεύθυνση);
4. Με ποιον τρόπο διαχειρίζεται η σχολική κοινότητα τα ζητήματα υγείας στο σχολείο;
5. Τι σκέψεις κάνετε όταν γνωρίζετε ότι μόνο εσείς, σε όλο το σχολείο, υλοποιείτε πρόγραμμα ή πως την επόμενη χρονιά δεν πρόκειται να γίνει κανένα πρόγραμμα;
6. Τι είδους συνεργασίες έχετε με εξωσχολικούς παράγοντες (γονείς, ιατρούς κ.ά.), σε σχέση με τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας;

7. Μπορείτε να αναφέρετε ένα περιστατικό ή να αφηγηθείτε μια ιστορία που να περιγράφει τη σημασία που έχουν για εσάς τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας;

Έχοντας ως βασικό κορμό τις παραπάνω ερωτήσεις, έγινε προσπάθεια να διερευνηθούν πολλές πτυχές των απόψεων των εκπαιδευτικών -αξιοποιώντας όσο ήταν δυνατό τις απαντήσεις που δίνονταν, μέσα από διευκρινίσεις, αναζήτηση παραδειγμάτων και διασαφηνίσεων- γεγονός που οδήγησε, ορισμένες φορές, στην αφήγηση προσωπικών ιστοριών και στην ανάδυση συναισθημάτων, κάνοντας την όλη διαδικασία ιδιαίτερη και απαιτητική για τον ερευνητή.

9.1.3 Διαδικασία προσπέλασης των εκπαιδευτικών και πρωτόκολλο επικοινωνίας

Η μέθοδος με την οποία επιλέχθηκαν οι εκπαιδευτικοί που επρόκειτο να συμμετάσχουν στην έρευνα ήταν αυτή της *στοχοθετημένης* επιλογής, καθώς -όπως αναφέρθηκε προηγούμενα- είχαν προσδιοριστεί επαρκώς τα χαρακτηριστικά τους, ενώ ο εντοπισμός τους έγινε με την τεχνική της *δικτύωσης* (Σαραφίδου, 2011). Τη διαδικασία αυτή επηρέασαν, σε μεγάλο βαθμό, δύο παράγοντες, πρώτος εκ των οποίων ήταν ο κομβικός ρόλος του Παιδαγωγικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας στον χώρο της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, στην ευρύτερη περιοχή της Κεντρικής Ελλάδας. Ο δεύτερος σχετίζεται με τον τόπο εργασίας του ερευνητή, που μεταβλήθηκε τουλάχιστον δύο φορές σε χρονικό διάστημα τεσσάρων ετών και αφορούσε τις πόλεις της Κατερίνης (Νομός Πιερίας) και της Αταλάντης (Νομός Φθιώτιδας). Καθώς δε ένα μεγάλο μέρος του ερευνητικού έργου επρόκειτο να πραγματοποιηθεί στην πόλη της Αθήνας, κρίθηκε σκόπιμο να καταγραφούν οι απόψεις εκπαιδευτικών κυρίως από την περιφέρεια. Με γνώμονα τα παραπάνω, αποφασίστηκε να αναζητηθούν εκπαιδευτικοί από διαφορετικές πόλεις της Ελλάδας, με αφετηρία την πόλη του Βόλου, κατόπιν τη Λαμία, την Κατερίνη, τη Θεσσαλονίκη και, τελευταία, την Αθήνα. Συγκεκριμένα, από τον εντοπισμό των εκπαιδευτικών έως και την πραγματοποίηση της συνέντευξης, έγιναν τα ακόλουθα βήματα:

- Αναζήτηση του υπεύθυνου για το Γραφείο Αγωγής Υγείας και Σχολικών Δραστηριοτήτων, προκειμένου να υποδείξει τους εκπαιδευτικούς που πληρούσαν τα κριτήρια να συμμετάσχουν στην έρευνα (για όλες τις πόλεις, εκτός της Αθήνας. Στην περίπτωση της Αθήνας, η επιλογή έγινε από φιλικό προς τον ερευνητή πρόσωπο, το

οποίο υπόδειξε τη συγκεκριμένη εκπαιδευτικό, η οποία είχε πολλά χρόνια εμπειρία στα προγράμματα πρόληψης και περιβαλλοντικής αγωγής). Η πρόσβαση και η εξασφάλιση της άμεσης συνεργασίας των υπευθύνων εξασφαλίστηκε, σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις, με την αρωγή του Πανεπιστημίου. Όπου αυτό δεν κατέστη δυνατό, η επαφή γινόταν απευθείας από τον ερευνητή.

- Πρώτη τηλεφωνική επικοινωνία με τους εκπαιδευτικούς, όπου δίδονταν βασικές πληροφορίες, αναφορικά με τους σκοπούς της έρευνας και τους ζητούνταν ηλεκτρονική διεύθυνση ή αριθμός φαξ, προκειμένου να αποσταλεί η επιστολή-πρόσκληση για τη συνέντευξη. Ταυτόχρονα, δινόταν ένα δεύτερο τηλεφωνικό ραντεβού, λίγες ημέρες μετά την αποστολή της επιστολής, για να οριστικοποιηθεί η συνεργασία.

- Αποστολή επιστολής-πρόσκλησης σε συνέντευξη (Παράρτημα Α).

- Δεύτερη τηλεφωνική επικοινωνία με τον εκπαιδευτικό, μία εβδομάδα μετά, όπου διερευνάται η επιθυμία του να συμμετάσχει στην έρευνα και γίνεται προσπάθεια να δοθούν απαντήσεις σε τυχόν ερωτήματα και απορίες. Σε θετική ανταπόκριση, κανονίζεται συνάντηση κάποιες ημέρες μετά, σε κάποιο μέρος όπου θα ευνοείται η διαδικασία της συνέντευξης και θα εξυπηρετεί τον εκπαιδευτικό.

Συνολικά, συμμετείχαν στις συνεντεύξεις 14 εκπαιδευτικοί, ως εξής (κατά χρονική σειρά, πόλη και τοποθεσία που έγιναν οι συνεντεύξεις):

- Ιανουάριος 2009, Βόλος, 2 άτομα, γυναίκες, χώρος το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

- Μάρτιος 2009, Λαμία, δύο άτομα, μία γυναίκα και ένας άνδρας, χώρος ένα φροντιστήριο ξένης γλώσσας στο κέντρο της πόλης,

- Σεπτέμβριος 2009, Θεσσαλονίκη, τρία άτομα, δύο γυναίκες και ένας άνδρας, χώρος η οικία εκπαιδευτικού (η οποία δεν συμμετείχε στις συνεντεύξεις, γνώριζε όμως τους υπόλοιπους συμμετέχοντες),

- Μάρτιος 2010, Κατερίνη, έξι άτομα, τέσσερις γυναίκες και δύο άνδρες, χώροι το οδοντιατρείο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Κατερίνης (δύο συνεντεύξεις), οι σχολικές μονάδες (δύο συνεντεύξεις), καφετέριες της περιοχής (δύο συνεντεύξεις),

- Μάιος 2010, Αθήνα, ένα άτομο, γυναίκα, χώρος ένα ιδιωτικό οδοντιατρείο.

Από αυτές, η μία (Λαμία, άνδρας) δεν ήταν δυνατόν να επεξεργαστεί καθώς το ηχητικό μέρος ήταν πολύ κακής ποιότητας. Με το πέρας των συνεντεύξεων, δημιουργήθηκε η αίσθηση στον ερευνητή ότι τα θέματα που αναδύονταν, κατά τη

διάρκεια των συνεντεύξεων, επαναλαμβάνονταν και αποφασίστηκε να γίνει μια πρώτη ανάλυση και επεξεργασία του υλικού, έτσι ώστε, εάν χρειαστεί, να γίνουν και άλλες συνεντεύξεις. Έπειτα και από αυτή τη διαδικασία, κρίθηκε σκόπιμο να μη γίνουν άλλες συναντήσεις με εκπαιδευτικούς και το συλλεχθέν υλικό να αξιοποιηθεί στις επόμενες φάσεις του ερευνητικού έργου. Η αρίθμηση/κωδικοποίηση των συνεντεύξεων, σύμφωνα με τη σειρά που ελήφθησαν, παρουσιάζεται στο Παράρτημα Β.

Η απομαγνητοφώνηση και η μεταγραφή σε κείμενο Word, έτοιμο προς επεξεργασία, έγινε από δύο άτομα με εμπειρία στη διόρθωση και επεξεργασία κειμένων (3 και 10 συνεντεύξεις, αντίστοιχα). Οι οδηγίες από τον ερευνητή, σε σχέση με την απομαγνητοφώνηση, αφορούσαν:

- την όσο το δυνατόν πληρέστερη καταγραφή όλων όσα ειπώθηκαν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης,
- την απόδοση λεκτικών και μη λεκτικών χρωματισμών του λόγου, με τα ανάλογα σημεία στίξης, όπου αυτό ήταν δυνατό,
- τη μεταγραφή του κειμένου με τρόπο που να καθρεφτίζει τη ροή της συνέντευξης και
- την καταγραφή των παρατηρήσεων που μπορεί να προέκυψαν, έτσι ώστε κατά τον έλεγχο από τον ερευνητή, να υπήρχε μια πληρέστερη εικόνα σε σχέση με το κείμενο και τις δυσκολίες που συνάντησαν.

Έπειτα από αυτή τη διαδικασία, ο ερευνητής έλαβε το υλικό το οποίο ελέγχθηκε σε σχέση με το ηχητικό αρχείο και έγιναν διορθώσεις όπου χρειάστηκε. Για την επεξεργασία και ανάλυση των συνεντεύξεων, χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό πρόγραμμα ποιοτικής ανάλυσης συνεντεύξεων, Portable MAXQDA 2007.

9.2 Αποτελέσματα

Σκοπός της επεξεργασίας του υλικού που συλλέγεται από την ποιοτική έρευνα, στη συγκεκριμένη περίπτωση από τις συνεντεύξεις των εκπαιδευτικών, είναι η ανάδειξη των διαφοροποιήσεων, η απεικόνιση των νοηματικών αποχρώσεων και η διερεύνηση της πολυπλοκότητας. Η ανάλυση στοχεύει να καθρεφτίσει την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης αλληλεπίδρασης, αναπαριστώντας τη με τα λόγια των ερωτηθέντων, όπως

επίσης να καταστήσει την πολυπλοκότητα αυτή κατανοητή στους άλλους. Τα παραπάνω επιτυγχάνονται με την κατηγοριοποίηση του συλλεχθέντος υλικού και την ανάδειξη κοινών θεμάτων και μοτίβων, τα οποία θα σχετίζονται με τα ερευνητικά ερωτήματα, την επιστημονική έρευνα (βιβλιογραφία) ή μπορεί να είναι νέες πληροφορίες που αναδύθηκαν από την επεξεργασία των συνεντεύξεων (Rubin, 2005).

Οι κεντρικές θεματικές ενότητες που σχηματίστηκαν, μετά την ανάλυση των συνεντεύξεων, είναι τέσσερις και σχετίζονται με τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα. Συγκεκριμένα, η πρώτη ενότητα με τον τίτλο «Κινητοποίηση των εκπαιδευτικών για εμπλοκή τους στα Προγράμματα Σχολικής Αγωγής Υγείας» αφορά τους παράγοντες που διευκολύνουν και αυτούς που αναστέλλουν την εμπλοκή των δασκάλων στα προγράμματα αυτά και φωτίζουν τις αιτίες και τα κίνητρα που προσδιορίζουν τη στάση τους. Στη δεύτερη ενότητα, «Αντιμετωπίζοντας τις δυσκολίες κατά την εφαρμογή των προγραμμάτων», παρουσιάζονται τα εμπόδια στην εφαρμογή των προγραμμάτων στο σχολείο και οι τρόποι με τους οποίους τα αντιπαρέρχονται οι εκπαιδευτικοί. Στην επόμενη ενότητα, «Οφέλη και αποτελέσματα από την εφαρμογή των προγραμμάτων», περιγράφεται η επιρροή που έχει η εφαρμογή των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας στους εκπαιδευτικούς και τη σχολική κοινότητα εν γένει. Στην τέταρτη ενότητα, «Σχολικό κλίμα και προγράμματα Σχολικής Αγωγής Υγείας», παρουσιάζονται οι διαφορετικές επιδράσεις που μπορεί να έχουν οι σχέσεις, οι οποίες αναπτύσσονται ανάμεσα στους πρωταγωνιστές της σχολικής καθημερινότητας στην εφαρμογή ή μη των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας.

9.2.1 Κινητοποίηση των εκπαιδευτικών για εμπλοκή τους στα Προγράμματα Σχολικής Αγωγής Υγείας

Η ενασχόληση των εκπαιδευτικών, γενικά, με το αντικείμενο της αγωγής υγείας αποτελεί μάλλον εξαίρεση παρά τον κανόνα. Καθώς η εφαρμογή προγραμμάτων είναι προαιρετική, ένας συγκεκριμένος αριθμός δασκάλων θα κάνει κάποιο πρόγραμμα μέσα στη σχολική χρονιά και, συνήθως, αυτός ο αριθμός είναι περιορισμένος. Η συμμετοχή και η μη συμμετοχή στα προγράμματα επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες που αφορούν διεργασίες σχετιζόμενες με τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις των

εκπαιδευτικών, αλλά και διαδικασίες ή πρακτικές που σχετίζονται με το περιβάλλον, την καθημερινότητα και τις σχέσεις τους με τους συναδέλφους και την υπηρεσία (Bitan-Friedlander, Dreyfus, & Milgrom 2004). Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να ευνοούν την εμπλοκή των δασκάλων στα προγράμματα ή να τους εμποδίζουν και να τους αποθαρρύνουν. Στην παρούσα εργασία συμμετείχαν δάσκαλοι που πραγματοποιούν, με συνέπεια, προγράμματα για αρκετά έτη και οι απόψεις τους αντανακλούν το είδος των παραπάνω διεργασιών σε προσωπικό και διαπροσωπικό επίπεδο.

9.2.1.1 Παράγοντες παρακίνησης

Οι παράγοντες που παρακινούν τους δασκάλους να συμμετάσχουν σε προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας μπορούν να χωριστούν, σχηματικά, σε δύο κατηγορίες, δηλαδή σε εξωτερικούς και εσωτερικούς παράγοντες. Στην πρώτη ομάδα, περιλαμβάνονται διαδικασίες που εκπορεύονται από το περιβάλλον των εκπαιδευτικών και οι οποίες τους ενέπνευσαν και τους παρακίνησαν να εφαρμόσουν, κάποια στιγμή, προγράμματα αγωγής υγείας. Ως τέτοιες αναφέρθηκαν η ενημέρωση από τις προϊστάμενες αρχές, η επιμόρφωση στην αγωγή υγείας και οι οικονομικές απολαβές. Η δεύτερη κατηγορία αφορά εσωτερικές, τρόπον τινά, διεργασίες, που ξεκινούν από τον ίδιο τον εκπαιδευτικό και σχετίζονται με προσωπικές αντιλήψεις, βιώματα και πεποιθήσεις, οι οποίες αποτελούν, ταυτόχρονα, κίνητρα για τη συμμετοχή τους στα προγράμματα και τις δράσεις της αγωγής υγείας, στο σχολείο. Ως τέτοιες αναφέρθηκαν ο χαρακτήρας, τα προσωπικά βιώματα, η χρησιμότητα της αγωγής υγείας για τα παιδιά και οι εναλλακτικοί τρόποι διδασκαλίας.

Η κατηγοριοποίηση αυτή, ενώ βοηθά στην παρουσίαση με εύληπτο τρόπο των ευρημάτων, δεν αποτελεί, με κανένα τρόπο, πιστή αναπαράσταση αυτού που συμβαίνει, καθώς οι παράγοντες που επηρεάζουν ένα άτομο στη λήψη των αποφάσεών του αλληλεπιδρούν σε πολλαπλά επίπεδα, είναι συχνά μη αντιληπτοί και η διάκριση της επιρροής του κάθε παράγοντα ξεχωριστά είναι εξαιρετικά δύσκολη.

9.2.1.1.1. Προϊστάμενες Αρχές

Οι οδηγίες του υπουργείου και η ενημέρωση από τους υπεύθυνους των τοπικών Γραφείων Αγωγής Υγείας αποτελούν την αφετηρία των δράσεων για τους εκπαιδευτικούς που επιθυμούν να υλοποιήσουν τα προγράμματα στο σχολείο τους.

Έχουμε ενημέρωση, μια κοινή γραμμή από το υπουργείο ότι εφέτος θα γίνουν αυτά τα προγράμματα... (Σ. 7).

Υπάρχουν, ας πούμε τώρα, οι υπεύθυνοι, στο κάθε γραφείο που ανήκουμε υπάρχει υπεύθυνος αγωγής υγείας, ας πούμε, υπεύθυνος περιβαλλοντικής εκπαίδευσης, και αυτοί είτε ουσιαστικά είτε απλά και μόνο για να δικαιολογήσουν τη θέση τους, έστω εθιμοτυπικά, έρχονται κάθε χρόνο στην αρχή και φέρνουν ένα δισέλιδο που σου λένε ορίστε υπάρχουν αυτά τα θέματα, αν ενδιαφέρεται κανείς. Συνήθως δεν ενδιαφέρεται κανένας, τα παίρνουν και φεύγουν (Σ.13).

Ορισμένοι εκπαιδευτικοί δηλώνουν ότι ξεκίνησαν να υλοποιούν προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας κατόπιν παρακίνησης της διεύθυνσης του σχολείου. Φαίνεται ότι υπάρχουν διευθυντές, σχολικοί σύμβουλοι ή υπεύθυνοι αγωγής υγείας οι οποίοι εμπνέουν τους δασκάλους να συμμετάσχουν στα προγράμματα, μέσα από το προσωπικό παράδειγμα ή το μεγάλο ενδιαφέρον για το αντικείμενο.

Η πρόταση γίνεται κάθε χρόνο από τον διευθυντή. Μας προτρέπει όλους τους συναδέλφους να παίρνουμε προγράμματα που είναι και για τα παιδιά καλό και για το σχολείο να παρουσιάζει κάποιες δράσεις (Σ. 10).

Το ένα θετικό ήταν ότι όταν τα ξεκίνησα εγώ, η υπεύθυνη αγωγής υγείας η Χ.Φ., ήτανε φοβερή. Δηλαδή είχε έναν τρόπο η γυναίκα όχι πια να σε πείθει, πρώτον να σε εξιτάρει να ξεκινήσεις να δουλέψεις (Σ. 8).

9.2.1.1.2. Επιμόρφωση

Άλλη αφορμή για την εμπλοκή στην αγωγή υγείας αποτέλεσε η εκπαίδευση στο αντικείμενο ή η παρακολούθηση παρεμφερούς θεματολογίας σεμιναρίων, βιοματικού συνήθως χαρακτήρα, τα οποία υλοποιήθηκαν από φορείς όπως το υπουργείο Παιδείας, τα Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ (Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών) και το ΚΕΘΕΑ (Κέντρα Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων). Στις περισσότερες περιοχές (Θεσσαλονίκη, Βόλο, Κατερίνη), οι εκπαιδευτικές δράσεις των Κέντρων Πρόληψης και του ΚΕΘΕΑ είχαν σημαντική επίδραση σε όσους δασκάλους τις παρακολούθησαν.

Καταρχήν παρακολούθησα κάποια σεμινάρια τα οποία μας έκαναν και μας έδωσαν και υλικό. Αρκετό υλικό εκπαιδευτικό. Ήταν τρία διαφορετικά προγράμματα, που απευθύνονταν σε παιδιά μεγάλα, Τετάρτης, Πέμπτης, Έκτης δημοτικού. Ένα άλλο που ήταν για μικρότερα, για Πρώτη, Δευτέρα κι ένα άλλο που ήταν για παιδιά Τρίτης. Επίσης με αυτούς τους ανθρώπους είχαμε μια συνεργασία, δηλαδή μία φορά τον μήνα είχαμε μια εποπτεία, δηλαδή κάναμε συνάντηση όλοι οι εκπαιδευτικοί που εφαρμόζαμε τέτοια προγράμματα και συζητούσαμε τα προβλήματα που συναντούσαμε, το πώς τα αντιμετωπίσαμε, έλεγε ο καθένας την άποψή του και σε περίπτωση που είχαμε κάποιο θέμα το βάζαμε κάτω, το συζητούσαμε και προσπαθούσαμε να βρούμε λύσεις (Σ. 1)

Ήταν εξαιρετική. Δηλαδή, αποτέλεσε κινητήριο δύναμη για να ασχοληθώ, γιατί μορφώθηκα σε ένα πολύ ωραίο υλικό το «Στηρίζομαι στα πόδια μου», που στοχεύει βασικά στο να κάνει τους εφήβους να αναγνωρίσουν συναισθήματα, να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση, να κατανοήσουν επιρροές που τους πειράζουν γύρω τους, να μπορέσουν να αντισταθούν στην αρνητική επιρροή, π.χ. ναρκωτικά, τσιγάρα κ.λπ., να εκφράσουν τη γνώμη τους ελεύθερα, όλα αυτά. Και είναι μια ηλικία που τα παιδιά θέλουν πάρα πολύ να εκφραστούν και δεν έχουν τον τρόπο και δεν βρίσκουν και τον άνθρωπο για να εκφραστούν. Οπότε τα προγράμματα αυτά της αγωγής υγείας στο σχολείο είναι σημαντικά (Σ.11).

Παρ' όλο που το αντικείμενο δεν είναι πάντοτε σχετικό με την αγωγή υγείας, η θεματολογία τους διαπερνά βασικές αρχές των προγραμμάτων (δυναμική ομάδας, επικοινωνία κ.ά.), δίνοντας σημαντικά εφόδια στους εκπαιδευόμενους για να ξεκινήσουν με μεγαλύτερη ετοιμότητα κάποια δραστηριότητα. Επιπλέον, οι φορείς αυτοί αποτέλεσαν σημεία αναφοράς και για τους δασκάλους, στις περιπτώσεις που χρειάστηκαν βοήθεια ή έναν εξωτερικό συνεργάτη για το πρόγραμμα.

(...) Δηλαδή κάποιος ο οποίος επιμορφώθηκε σε κάποιο από τα κέντρα πρόληψης, τα οποία συμμετέχουν, κάνουν σημαντική δουλειά, πάρα πολύ καλή δουλειά.. Εγώ προσωπικά παρακολούθησα τρεις φορές πρόγραμμα σε κέντρο πρόληψης, όντας συνδιοργανωτής, περισσότερο για να παρακολουθήσω να δω τι ακριβώς κάνουν, και θεωρώ ότι κέρδισα, παρ' όλο που πολλές φορές άκουγα τα ίδια πράγματα. Λοιπόν, όταν κάποιος εκπαιδευτεί με έναν τέτοιο τρόπο, γίνει μέρος του εαυτού του αυτό το οποίο πρόκειται να διδάξει, θεωρώ ότι δύσκολα μετά το αφήνει. Οι περισσότεροι πάλι, από την

άλλη πλευρά, οι οποίοι δύσκολα έμπαιναν στην αγωγή υγείας, έμπαιναν δύσκολα γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο, γιατί ζητούσαμε να υπάρχει προϋπηρεσία, ας το πούμε, ή να υπάρχει πρότερη επιμόρφωση. Και σου έλεγε ο άλλος εγώ δεν μπορώ να διαθέσω τρεις βδομάδες τώρα, τα απογεύματά μου δυο τρεις φορές τη βδομάδα, για να πηγαίνω στα κέντρα πρόληψης και να κάνω βιωματικό σεμινάριο (Σ. 6).

Και με βοήθησε η Πυζίδα, η Πυζίδα ασχολείται με την πρόληψη για τα ναρκωτικά και αυτά και έκανε κάτι σχετικά προγράμματα στα οποία συμμετείχα (Σ. 4).

9.2.1.1.3. Οικονομικές απολαβές

Οι οικονομικές απολαβές, ιδιαίτερα κατά τα πρώτα χρόνια εφαρμογής των προγραμμάτων, ήταν ένα κίνητρο για τη συμμετοχή των εκπαιδευτικών σε αυτά. Με την πάροδο των χρόνων και την απουσία οικονομικών κινήτρων, το ενδιαφέρον ατόνησε και πλέον αποτελούν αντικίνητρο για την εμπλοκή σε παρόμοιες διαδικασίες.

Πριν είχαν μία παρότρυνση τότε που πληρωνόμασταν με υπερωρία. Όποιος εκπαιδευτικός έκανε πρόγραμμα πληρώνονταν (Σ. 7).

Σιγά σιγά με την πάροδο του χρόνου, βλέπω ότι κάποιοι συνάδελφοι είτε μέσω του οικονομικού, όταν είναι επιδοτούμενο, λίγοτσιμπάνε. Κάπου εκεί τους δελεάζει, σου λέει θα πάρω και 290 ευρώ. Καλό είναι, είναι μια ανταπόκριση στο κάτω κάτω (Σ. 3).

Αλλά το να έχεις και αυτό και το ένα και το άλλο όλοι το θεωρούν σαν πολύ περισσότερο χρόνο, που σου λέει, καλά πιο άμεση δικαιολογία ας πούμε, δεν πληρώνομαι εγώ γι' αυτό, δεν το κάνω (Σ. 13).

9.2.1.1.4. Χαρακτήρας / Προσωπικότητα

Κάποιοι δεν χρειάστηκαν συγκεκριμένη αφορμή, καθώς, όπως δηλώνουν, συμμετέχουν διαρκώς σε καινοτόμους δράσεις, λόγω χαρακτήρα και ενδιαφέροντος για το αντικείμενο. Φαίνεται ότι είναι έτοιμοι να υιοθετήσουν καινοτόμους τεχνικές, ιδιαίτερα εκείνες που θα τους δώσουν την ευκαιρία να βελτιώσουν τις διδακτικές πρακτικές, τη σχέση τους με τους μαθητές και να κάνουν την εκπαιδευτική διαδικασία πιο ενδιαφέρουσα. Οι δραστηριότητες αυτές, αποτελούν κάτι διαφορετικό και ενδιαφέρον, που τους προσφέρει τη δυνατότητα να επιβιώνουν στη πληκτική καθημερινότητα και να διατηρούν τη ψυχική τους ισορροπία.

Πρώτο είμαι ανήσυχος χαρακτήρας. Δεν... θέλω να κάνω κάτι καινούργιο, κάθε φορά θέλω να κάνω κάτι καινούργιο, κάτι διαφορετικό. Μου αρέσει πάρα πολύ η λεπτομέρεια. Ό,τι κάνω πρέπει να είναι σωστό κατά τη γνώμη μου. Περισσότερο είναι θέμα χαρακτήρα (Σ. 7).

Τώρα να σου πω δεν θυμάμαι ακριβώς για ποιον λόγο διάλεξα το συγκεκριμένο, γιατί γενικά μου αρέσει να κάνω διάφορα προγράμματα, γιατί αλλιώς το μάθημα μου φαινόταν πολύ πληκτικό, να ασχολείσαι μόνο με το βιβλίο, αυτό και τίποτα άλλο. (...) Αλλά σου λέω ξανά ασχολούμαι με αυτά γιατί μόνο έτσι μπορώ να επιβιώσω εγώ στην καθημερινότητα αυτή τη σχολική, κάνοντας και κάτι άλλο παράλληλα (Σ. 13).

Πάντως ψώνια δεν είναι. Είναι αυτό που είπες πριν. Έχουν βρει πρώτα απ' όλα την ψυχική τους ισορροπία, έχουν καταλάβει ότι αυτό είναι κάτι το οποίο τους βοηθάει σε όλη τους τη δουλειά (Σ. 6).

Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι οι συγκεκριμένοι εκπαιδευτικοί ανήκουν στους Καινοτόμους, στην κατά Rogers (1983) κατηγοριοποίηση, αφού επιδεικνύουν μια διάθεση πειραματισμού και αξιοποίησης νέων ιδεών. Ταυτόχρονα, διαγράφεται η ταυτότητα ενός εκπαιδευτικού (Beauchamp & Thomas, 2009) ο οποίος έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και φέρει ιδιαίτερες αντιλήψεις για την εκπαιδευτική διαδικασία.

Το να κάνεις κάτι διαφορετικό το οποίο είναι και χρήσιμο. Να ξεφύγεις λίγο από αυτά τα τετριμμένα που κάνουμε όλοι (Σ. 5).

Δεν μπορώ ρε παιδί μου να ξέρω ότι θα πάω να βάλω ασκήσεις μόνο κ.λπ. και προσπαθώ να κάνω αυτό και για μένα. Θεωρώ πως ό,τι είναι πιο ενδιαφέρον για μένα, προφανώς θα είναι πιο ενδιαφέρον και για τα παιδιά (Σ. 13).

Αυτή η αντίληψη για την επαγγελματική ταυτότητα φαίνεται ότι βρίσκεται σε αντιδιαστολή με έναν άλλο τύπο δασκάλου, που περιγράφεται μέσα από τις συνεντεύξεις ως «δημόσιος υπάλληλος» και ο οποίος δυσκολεύεται να υιοθετήσει νέες πρακτικές και προσεγγίσεις στην εκπαιδευτική διαδικασία (βλ. παρακάτω: Ανασταλτικοί Παράγοντες. Αντιλήψεις για τον ρόλο του δασκάλου).

9.2.1.1.5. Προσωπικά βιώματα

Μια ακόμη αιτία για την εμπλοκή των δασκάλων στη σχολική αγωγή υγείας αποτέλεσε η προσωπική αναμέτρηση με κάποιο ζήτημα υγείας. Οι εμπειρίες αυτές μπορεί να αφορούσαν τους ίδιους ή άτομο του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος και ήταν η αιτία να αποκτήσουν ευαισθησία σε σχέση με συγκεκριμένα ζητήματα που απειλούν την υγεία των παιδιών (χρήση ουσιών κ.ά.), να δείξουν ενδιαφέρον για μαθητές της τάξης που αντιμετώπισαν κάποιο πρόβλημα υγείας, αλλά και για ειδικές ομάδες του πληθυσμού (ΑΜΕΑ).

Είχα και γνωστά μου παιδιά που έμπλεζαν με ναρκωτικά, αυτό με ταρακούνησε και θέλησα να βοηθήσω σ' αυτό. Συμμαθητές των παιδιών μου. Και βλέποντας και στους δρόμους χρήστες ήταν πάντα κάτι που με ταρακουνούσε (Σ. 1).

Στην οικογένειά μου όχι. Αλλά στο πλησιέστερο οικογενειακό περιβάλλον... Όταν υπάρχει, εκείνο σε παρακινεί πάντα. Τα βιώματα σε επηρεάζουν πάρα πολύ. Και κυρίως τα παιδικά βιώματα. Βγαίνουν κάποια στιγμή στην επιφάνεια. Όταν βρίσκεσαι κοντά στον χώρο τότε βγαίνουν στην επιφάνεια. (Σ. 7).

Προσωπικά ζητήματα υγείας έγιναν η αφετηρία εμπλοκής των εκπαιδευτικών στην αγωγή υγείας,

Δηλαδή και από προσωπικό βίωμα ξεκίνησα. Ας πούμε, ήμουν 118 κιλά, μέσα στην τάξη. Κάποια στιγμή μου λέει αγανακτισμένος ένας μαθητής «καλά κυρία δεν σε ενοχλεί, ξέρω 'γω, ότι ο Γιάννης σε είπε χοντρή». Σταματάω το μάθημα και λέω παιδιά δεν θεωρώ ότι είπε κάτι κακό. Μα είμαι χοντρή (Σ. 8).

Ενώ, μια σχολική μονάδα μπορεί να ευαισθητοποιηθεί για τα θέματα υγείας λόγω περιβαλλοντικών συνθηκών.

Και ήταν πολύ ευαισθητοποιημένοι, ίσως γιατί ήταν και δίπλα στο εργοστάσιο της ΔΕΗ, στα φουγάρα ξέρεις... στην Ιχθυόσκαλα (Σ. 13).

9.2.1.1.6. Χρησιμότητα των προγραμμάτων για τα παιδιά

Το ενδιαφέρον των εκπαιδευτικών, για την ποιότητα και το είδος της εκπαίδευσης που προσφέρουν στους μαθητές τους, πρέπει να θεωρείται δεδομένο. Στη συγκεκριμένη έρευνα, οι δάσκαλοι εκτιμούν ότι, με τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας, προσφέρουν στους μαθητές τη δυνατότητα να υιοθετήσουν θετικές συμπεριφορές σε

σχέση με τα ζητήματα υγείας, να αναπτύξουν καλές διαπροσωπικές σχέσεις και να είναι περισσότερο χαρούμενοι στο σχολείο και στην τάξη.

Θεώρησα σωστό να τους δώσω κάποια μηνύματα, ώστε να αποκτήσουν κάποιους τρόπους συμπεριφοράς, κάποια στάση ζωής. Όχι μόνο στην ηλικία των έξι χρονών, κάτι που θα τους ακολουθούσε μετά. Και πιστεύω γι' αυτό. Ναι (Σ. 9).

... Να γίνονται πράγματα και να μπορούν τα παιδιά να λειτουργούν πιο καλά. Να 'ναι χαρούμενα, να 'ναι... να μην μπαίνουν δηλαδή με την πίεση, «τώρα έχουμε μαθηματικά. Δυο ώρες θα κάνουμε μαθηματικά. Ωχ, να βγούμε έξω γιατί κουραστήκαμε. Δεν θέλουμε να μπούμε στην τάξη». Δηλαδή, να έρχονται τα παιδιά από μόνα τους, για να κάνουμε κάποια πράγματα που θα τα ευχαριστήσουν (Σ. 2).

Το σκέφτομαι σαν ένα θετικό εφόδιο για τα παιδιά, ότι έζησαν κάποια πράγματα, ότι έμαθαν κάποια πράγματα παραπάνω, ανοίχτηκε ένας ορίζοντας άλλος (Σ. 5).

Με αυτή την έννοια δέχομαι και να κάνω προγράμματα καινοτόμα. Θεωρώ ότι προάγουν (Σ. 8).

9.2.1.1.7. Εναλλακτικοί τρόποι διδασκαλίας / μη τυπική μάθηση

Σε στενή σχέση με τα παραπάνω είναι οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τον ρόλο του δασκάλου στο σχολείο και τις δυνατότητες που τους παρέχει η σχολική αγωγή υγείας για να ανταποκριθούν σε αυτόν. Η εκπαίδευση δεν είναι απλώς μεταφορά γνώσης, αλλά μια συνεχής διαδικασία και το βιωματικό στοιχείο της αγωγής υγείας εκτιμάται ως πολύ χρήσιμο εργαλείο για την επίτευξη του παραπάνω στόχου.

Να λες στα παιδιά για ποιο λόγο το μαθαίνεις και πού, ρε αδερφέ, τώρα θα το χρησιμοποιήσεις. Τώρα (Σ. 8).

Να μην είναι δηλαδή μαθαίνω κάτι, πάω σχολείο, το λέω και φεύγω, έτσι, έχοντας παραγαλίσει κάτι, αλλά γνωρίζοντας τον εαυτό μου και ανακαλύπτοντας πώς μπορώ να μάθω καλύτερα τον εαυτό μου και πώς μπορώ να μάθω γενικά (Σ. 12).

Αφήνουμε τα παιδιά χάλαρα στα προγράμματα, δεν είναι η στείρα μετάδοση γνώσης, είναι να φτιάξουμε... να πούμε..., φτιάξαμε από πηλό τα δόντια, δεν μπορείς να φανταστείς τι ωραία περάσαμε μέσα στην τάξη όταν φέραμε τις πλαστελίνες (Σ. 3).

Καταρχήν η θεματολογία, δεύτερον το ότι είναι κάτι με το οποίο μπορείς να ξεφύγεις από τα στενά όρια του μαθήματος και να μπορέσεις να ασχοληθείς και με άλλα πράγματα, τα

οποία είναι πρακτικά, καθημερινά και τα οποία κυρίως διαμορφώνουν στάση ζωής στα παιδιά. Αυτό για μένα είναι πάρα πολύ σημαντικό (Σ. 6).

Θέλει βιωματική προσέγγιση. Δηλαδή χαιρόντουσαν όταν στύβαμε τους χυμούς. Όταν κόβαμε τα φρούτα. Όταν φτιάχναμε κουλουράκια για παράδειγμα. Συμμετείχαν κι αυτά. Τους είχα κάνει σκουφάκια. Η όλη διαδικασία (Σ. 2).

Σε αυτό το πλαίσιο, οι εκπαιδευτικοί εκτιμούν ότι το σχολικό, αναλυτικό, πρόγραμμα και οι διαδικασίες σχετικές με αυτό, έτσι όπως συνήθως πραγματοποιούνται, είναι στεγνές και στείρες και οι ίδιοι ψάχνουν, διαρκώς, τρόπους να ξεφύγουν από την πλήξη και τη ρουτίνα που βιώνουν αυτοί και οι μαθητές. Η αντίληψη αυτή έχει σχηματιστεί μετά από χρόνια παρουσίας στις τάξεις και σχετίζεται, πολύ, με την επιλογή να κάνουν προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας, καθώς αυτά αποτελούν κάτι διαφορετικό και ενδιαφέρον, που εμπλουτίζει τις μεθόδους μάθησης και βοηθά στις σχέσεις τους με τους μαθητές.

Καταρχήν εγώ θυμάμαι όλα αυτά τα χρόνια που ασχολούμαι ή και άλλοι συνάδελφοι στο σχολείο ειδικά με τις διαπροσωπικές σχέσεις περνούσες έξω από τα τμήματα και δεν καταλάβαινες ότι υπάρχει μέσα τάξη. Μια ησυχία, τα παιδιά έξω δεν τσακώνονταν (Σ. 6).

Έτσι, αναδεικνύεται ένα διαφορετικό μοντέλο για το σχολείο, τον δάσκαλο και τα μαθήματα. Είναι μια κατάσταση όπου η συμμετοχή έχει πρωταγωνιστικό ρόλο και οι κλασικές εκπαιδευτικές διαδικασίες αμφισβητούνται και μπαίνουν σε δεύτερο πλάνο, μια διαδικασία που προσεγγίζει τις θέσεις των Simonska (2012) και Jensen (2000).

Τι είναι στην ουσία τα health promoting schools; Είναι τα σχολεία εκείνα στα οποία ο στόχος είναι τα παιδιά να περνάνε καλά ψυχικά. Θα μου πεις αυτός δεν είναι και ο απώτερος στόχος των σχολείων όλων; Δηλαδή ο στόχος τους είναι τα παιδιά να είναι ευτυχισμένα στο σχολείο... Μα αυτός δεν είναι και ο σύγχρονος στόχος κάθε σχολείου; (...) Δηλαδή αυτό που στην ουσία εμείς ζητούσαμε στην αγωγή υγείας είναι το βασικό προαπαιτούμενο σε κάθε μάθημα (Σ. 6).

9.2.1.2 Ανασταλτικοί παράγοντες

Η Fuller, στην εργασία της σχετικά με τις αγωνίες (concerns) των εκπαιδευτικών, κατηγοριοποιεί αυτές τις ανησυχίες σε τρία επίπεδα: του εαυτού (self), των διαδικασιών (task) και της αποτελεσματικότητας (impact). Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται στις

ικανότητες των εκπαιδευτικών, ως δρώντων υποκειμένων, στο σχολικό περιβάλλον και τις δυνατότητές τους να αντεπεξέλθουν στις προκλήσεις. Η δεύτερη κατηγορία αφορά τις ανησυχίες των εκπαιδευτικών για την καθημερινή πρακτική και ιδιαίτερα τους περιορισμούς και την πίεση που δέχονται. Η τρίτη κατηγορία έχει να κάνει με τα οφέλη, όπως τα αντιλαμβάνονται οι εκπαιδευτικοί, που θα αποκομίσουν ή όχι οι μαθητές (Fuller, 1969). Δεν είναι περίεργο, άρα, που οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί εμφανίζονται σκεπτικοί ή και αρνητικοί να εμπλακούν στα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας, ιδιαίτερα όταν αυτό απαιτεί χρόνο, εκπαίδευση και οργανωτικές ικανότητες.

9.2.1.2.1. Έλλειψη χρόνου

Ως ένα σημαντικό εμπόδιο στην εμπλοκή των εκπαιδευτικών στα προγράμματα αναφέρεται η έλλειψη χρόνου και η πίεση, από την ανάγκη να «βγει» η ύλη. Η πίεση του χρόνου σχετίζεται, κυρίως, με τον τρόπο που είναι οργανωμένη η εκπαιδευτική διαδικασία στα σχολεία, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά το αναλυτικό πρόγραμμα και τις οδηγίες που έχουν λάβει οι δάσκαλοι για την ολοκλήρωσή του.

Ναι, λίγο ότι πρέπει να βγει αυτή η ύλη. Και παρ' όλο που μας λένε ναι, να το δεις ανοιχτά και να κάνεις επιλογές, να διαλέξεις αυτά που ταιριάζουν με την τάξη σου ας πούμε, παρ' όλα αυτά η απαίτηση είναι στο τέλος να έχεις φτάσει σε εκείνο το σημείο, γιατί στην επόμενη τάξη αυτά θα είναι απαίτηση ως προηγούμενη γνώση. Οπότε κάθε φορά μας κατατρέπει λίγο αυτό (Σ. 5).

Αυτά όμως προϋποθέτουν χρόνο, όταν εσύ τον χρόνο τον θεωρείς πολύτιμο και ότι θα πας το μάθημα παρακάτω και το υπουργείο λέει να βγάλεις τόσο και έχεις μείνει πίσω κ.λπ., ε δεν τον αφιερώνεις αυτόν τον χρόνο. Μέσα στα τρία τέταρτα εσύ θεωρείς ότι πρέπει να κάνεις το μάθημα, να το παραδώσεις να το πεις, να το εξετάσεις, να το διαβάσουν και να πας παρακάτω, δηλαδή η έκφραση γενικώς χρειάζεται χρόνο... (Σ. 13).

Το αναλυτικό πρόγραμμα περιορίζει τον χρόνο και τη διάθεση των δασκάλων και αποτελεί, με αυτό τον τρόπο, ανασταλτικό παράγοντα στην υλοποίηση των προγραμμάτων.

Λένε, παιδιά να ασχοληθούμε, να κάνουμε. Αλλά πώς θα το προλάβουμε; Και όσοι έχουν μέχρι Δ' τάξη που υπάρχει αυτή η ευέλικτη ζώνη λίγο πολύ κάτι προλαβαίνουν και κάνουν. Στην Ε' και στην ΣΤ', παρ' όλο που υπάρχει η ευέλικτη ζώνη, στην Ε' είναι δύο ώρες στην ΣΤ' μία, συνήθως χάνεται. Θα κάνουν Μαθηματικά, εκείνη την ώρα θα

κάνουν Φυσική, προσπαθούν να την κλέψουν έτσι την ώρα. Και χάνεται και μπορεί να κάνουν σποραδικά πού και πού κάποιο θέμα, όχι αναγκαστικά από κάποιο πρόγραμμα αγωγής υγείας ή οτιδήποτε, ένα θέμα το οποίο θα προκύψει λόγω του ενδιαφέροντος που θα δείξει η τάξη σε κάτι (Σ. 6).

Οι περισσότεροι κοιτούν με τον φόβο μήπως δεν τελειώσουν τη διδακτέα ύλη και ασχολούνται με την ύλη (Σ. 7).

9.2.1.2.2. Επιπλέον φόρτος

Η έλλειψη χρόνου και η πίεση από το αναλυτικό πρόγραμμα, όπως επίσης οι παρακινήσεις για ανάληψη πρωτοβουλιών σε νέα διδακτικά αντικείμενα (π.χ. αγωγή υγείας) αποτελούν βασικούς παράγοντες εντατικοποίησης της εργασιακής καθημερινότητας των δασκάλων και, ίσως, είναι ένα ακόμη εμπόδιο για τη συμμετοχή τους στην αγωγή υγείας (Easthope & Easthope, 2000• Ballet & Kelchtermans, 2009). Η εμπλοκή στα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας μπορεί να σημαίνει περισσότερες ευθύνες, επιπλέον προετοιμασία και ενασχόληση και, τελικά, περισσότερο βάρος σε μια ήδη απαιτητική καθημερινότητα.

Συνομήλικοί μου δάσκαλοι είναι ανύπαντροι ή γεννάνε τώρα, έχουν 2-3 χρονών παιδιά. Έχει τα δικά του οικογενειακά προβλήματα και θα ασχοληθεί με προβλήματα άλλα, ενώ σε παλιότερες εποχές σε αυτή την ηλικία είχαν παιδιά πιθανότατα άνεργα. (...) Και δυστυχώς το υπουργείο δεν μας προστατεύει από πουθενά. Απεναντίας μας προσθέτει κι άλλα. Γι' αυτό ίσως υπάρχει και μια αντίδραση του στυλ «άιντε και συ θες και πρόγραμμα τώρα...» (Σ. 8).

(...) Δεν θέλουν, ίσως το θεωρούν φόρτωμα, έχουν άλλα πράγματα να κάνουν, το θεωρούν άγχος, επιπλέον εργασία, θέλει κι άλλη δουλειά, προετοιμασία (Σ. 1).

Πιστεύω ότι υπάρχει κάποιος φόβος με τα προγράμματα. Θεωρούμε ότι από τη στιγμή που θα αναλάβουμε ένα πρόγραμμα ότι είναι επιπλέον θηλιά (Σ.9).

Ορισμένοι εκπαιδευτικοί δεν θέλουν να πιεστούν και επιθυμούν να κινούνται σε ένα ασφαλές και γνώριμο πεδίο.

Μου λέει καλό είναι αλλά, μετά σταματάει. Δεν θέλουν να ζοριστούν, πέραν των ορίων τους δεν θέλουν να ζοριστούν. Δεν το λέω με υποτιμητικό τρόπο ούτε με κακό, είναι μια αρχή που διέπει τη φιλοσοφία του κάθε συνάδελφου. Εμένα η φιλοσοφία μου, με τα

δεδομένα που έχω κάνει αυτόν τον καιρό και με τα σημερινά δεδομένα, είναι ότι δεν μπορώ να σταματήσω και να πω τελείωσε, τέλος το σχολείο πάω να κάνω το μάθημα μου και φεύγω (Σ. 3).

Ξέρω 'γώ, είναι άνθρωποι που φοβούνται, ρε παιδί μου, περισσότερο να ανοιχτούν οι ίδιοι στα παιδιά και να συζητήσουν και να πουν και για τον εαυτό τους. Εγώ το έχω δει αυτό δηλαδή, πολλοί δάσκαλοι φοβούνται και για αυτό προτιμούν να κρατήσουν τα πράγματα σε ένα πλαίσιο ασφαλές. Κάνω το μάθημά μου, μου το λες, ξέρεις μπράβο, δεν μου το λες, α εντάξει πάμε παρακάτω (Σ. 13).

Ο φόβος των εκπαιδευτικών εάν θα καταφέρουν να φέρουν εις πέρας τα προγράμματα -αφενός επειδή το αντικείμενο τους είναι άγνωστο, αφετέρου εξαιτίας επιπλέον φόρτου εργασίας- τους ακινητοποιεί και απομακρύνει την πιθανότητα εμπλοκής τους σε αυτά.

9.2.1.2.3. Η σημασία της αγωγής υγείας και ο ρόλος του δασκάλου

Ο αριθμός των δασκάλων που εμπλέκονται στη σχολική αγωγή υγείας είναι περιορισμένος. Οι εκπαιδευτικοί μπορεί να είναι φιλότιμοι και να έχουν καλές ιδέες αλλά, σε γενικές γραμμές, δύσκολα συμμετέχουν σε προγράμματα.

Με το κοντινότερο σχολείο που μίλησα με τη διευθύντρια, της είπα έχετε προγράμματα σχολικών δραστηριοτήτων; Και μου λέει ούτε ένα. Μιλάμε τώρα για 12θέσιο σχολείο. Λέω γιατί; Λέει δεν ήθελαν οι δάσκαλοι. Λέω ούτε ένας; Λέει ούτε ένας (Σ. 7).

Το ενδιαφέρον δεν είναι μεγάλο. Σε κάθε σχολείο, δηλαδή, μπορεί να βρεθεί ένας κι αυτός αν βρεθεί. Είτε περιβάλλον είναι είτε αγωγή υγείας, δύσκολα βρίσκουμε (Σ. 11).

Η αίσθηση ανεπάρκειας, η απουσία εκπαίδευσης και η έλλειψη ενημέρωσης, αναφορικά με την σχολική αγωγή υγείας, σχετίζονται με την απροθυμία των εκπαιδευτικών να συμμετάσχουν στην υλοποίηση αυτών των προγραμμάτων (Jourdan, 2011• St Leger, 2000b), ενώ όσοι πιστεύουν ότι η αγωγή υγείας δεν εμπίπτει στις αρμοδιότητές τους ή θεωρούν ότι η συγκεκριμένη θεματική δεν βοηθά τους μαθητές δεν επιθυμούν να εμπλακούν (Jourdan et al., 2011• Deschesnes et al., 2003).

Αυτές οι αντιλήψεις μπορεί να εκφράζονται με αδιαφορία ή και εχθρότητα σε όσους υλοποιούν τέτοιες δράσεις, δημιουργώντας επιπλέον εμπόδια στη εφαρμογή των προγραμμάτων, όπως θα φανεί στη συνέχεια.

Γιατί είναι κάποιοι που έχουν μια πάγια πεποίθηση ότι δεν χρειάζονται αυτά τα πράγματα. Ότι η δουλειά του σχολείου και η δουλειά του δασκάλου είναι αυτή, τα μαθήματά μας, τα βιβλία μας, οι βαθμολογίες μας, τα διαγωνίσματά μας και τέλος, εγώ δεν μπορώ να χάνω χρόνο (Σ. 13).

Το έχω ακούσει και αυτό: «Αντί να κάνεις τη δουλειά σου, αντί να κοιτάξεις να μάθουν τα παιδιά και να προσπαθήσεις να βγάλεις την ύλη, εσύ κάθεται και κάνεις άχρηστα πράγματα» (Σ. 13).

Θεωρώ ότι μια μεγάλη μερίδα δεν τα αποδέχεται καθόλου (τα προγράμματα αγωγής υγείας) δίχως να έχει ανοίξει καν την πρώτη σελίδα (Σ. 8).

Από τα παραπάνω διακρίνεται ένας τύπος εκπαιδευτικού ο οποίος περιγράφεται μέσα από τις συνεντεύξεις ως εκείνος που δεν θέλει να υπερβεί το ωράριο εργασίας και τα καθήκοντά του για κανένα λόγο, εκτιμά πως ο ρόλος του μέσα στην τάξη είναι να μεταφέρει πληροφορίες στους μαθητές, έχει νοοτροπία δημόσιου υπαλλήλου και δυσκολεύεται να υιοθετήσει νέες πρακτικές και προσεγγίσεις στην εκπαιδευτική διαδικασία.

Φταίει επίσης και κάτι άλλο σημαντικό, αυτό που είναι πλέον πάγια τακτική στα σχολεία, τελειώσα το διδακτικό μου ωράριο 11 η ώρα, 11 και ένα λεπτό έχω εξαφανιστεί. Δεν πάει ο νόμος να λέει ότι μέχρι τη μιάμιση οι εκπαιδευτικοί πρέπει να μένουν στο σχολείο; Που για μένα είναι πολύ βασικό. Στην Αγγλία, ας πούμε, λέει 9 – 4 άπαντες στο σχολείο. Έχεις δεν έχεις μάθημα. Μπορεί να έχεις δύο ώρες μάθημα, αλλά θα είσαι στο σχολείο. Αυτό έχει τη λογική του και έτσι πρέπει να γίνεται. Ποιος τολμάει να το εφαρμόσει; Δηλαδή κι εγώ το λέω ότι ούτε μου πέρασε ποτέ από το μυαλό να τους πω κάτι. Εδώ πέρα τυχαίνει καμιά φορά κάτι, να υπάρχει ανάγκη, να τους λέω (λείπει για παράδειγμα συνάδελφος) κάτσε λίγο να τον αντικαταστήσεις και αμέσως «ουουφφφφφφφ» (Σ. 6).

(...) «Το ωράριό μου είναι αυτό, αυτά είναι τα καθήκοντά μου, αυτές είναι οι υποχρεώσεις μου, δεν κάνω τίποτα παραπέρα» (Σ. 2).

Κοιτάζτε να δείτε, κάθε δάσκαλος σου λέει εγώ κάνω το μάθημά μου και φεύγω. Τους λες, ρε παιδιά, ας κάνουμε μια ώρα παραπάνω, ας πάρουμε τα παιδιά, ας βγούμε έξω. Άσε τώρα... Κάνω το μάθημά μου 40 λεπτά, μετά θα πω τον καφέ μου και τελειώσε. Οι περισσότεροι αυτό είναι. Γιατί η παιδεία από το κακό στο χειρότερο πάει (Σ. 11).

Η κατάταξη των εκπαιδευτικών σε κατηγορίες καλό είναι να γίνεται με προσοχή, ιδιαίτερα όταν η κάθε κατηγορία φέρει ένα πρόσημο (θετικό ή αρνητικό), νοσηματοδοτεί συμπεριφορές και χαρακτηρίζει ανθρώπους. Όμως, οι διαφορετικές τάσεις -όπως φάνηκαν μέσα από τα λόγια των εκπαιδευτικών- και ο τρόπος που εκφράζονται στη σχολική καθημερινότητα μπορεί να αποτελούν πηγή έντασης και συγκρούσεων, σε προσωπικό και διαπροσωπικό επίπεδο, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις εκείνες που δεν αξιοποιούνται δημιουργικά οι θετικές όψεις της κάθε πλευράς ή επιβάλλονται μοντέλα και διαδικασίες που απειλούν τον πυρήνα της ταυτότητας του κάθε εκπαιδευτικού (Woods & Jeffrey, 2002).

9.2.2 Τρόποι αντιμετώπισης των δυσκολιών κατά την εφαρμογή των προγραμμάτων

Η υλοποίηση ενός προγράμματος σχολικής αγωγής υγείας φαίνεται να είναι μια πολύ απαιτητική διαδικασία. Αυτό ισχύει ανεξάρτητα από τη θεματολογία της παρέμβασης και οι εκπαιδευτικοί συμφωνούν ότι υπάρχουν ορισμένες προκλήσεις, κοινές για όλους, τις οποίες, εύκολα ή δύσκολα, τις αντιμετωπίζουν με θετικό τρόπο. Οι απόψεις των εκπαιδευτικών, σε αυτό το σημείο, είναι πολύ σημαντικές καθώς καταγράφονται οι εμπειρίες τους έπειτα από πολλά χρόνια εφαρμογής προγραμμάτων στην «ελληνική πραγματικότητα», δηλαδή σε αυτό που συμβαίνει καθημερινά στα σχολεία της χώρας.

9.2.2.1. Αποτελεσματική διαχείριση του χρόνου απέναντι στην «πίεση της ύλης»

Το πρώτο εμπόδιο που χρειάζεται να περάσουν, όσοι υλοποιούν προγράμματα, είναι αυτό της διαχείρισης του χρόνου: υπάρχουν πάρα πολλές δραστηριότητες (που αφορούν τόσο το σχολικό πρόγραμμα όσο και την αγωγή υγείας) και λίγος χρόνος. Η πίεση του χρόνου είναι σημαντική δυσκολία στην εφαρμογή των προγραμμάτων για τους εκπαιδευτικούς που τα υλοποιούν.

Είναι δύσκολο. (...) Υπάρχει και το θέμα της ύλης των μαθημάτων. Οι τρεις ώρες την εβδομάδα συνήθως γίνονταν τέσσερις, ή μπορεί να ήταν πιο χαλαρά το πρώτο διάστημα και όταν βαδίζαμε προς το τέλος και βλέπαμε τι εργασίες έχουμε ακόμη να κάνουμε, τότε

σίγουρα αυξάναμε τις ώρες για να μπορέσουμε να φέρουμε σε πέρας στο τέλος το πρόγραμμα (Σ. 10).

Φαίνεται, όμως, ότι έχουν βρει τρόπους να ξεπερνούν τις δυσκολίες, με τρόπο ωφέλιμο για τους ίδιους και τους μαθητές τους, σε αντίθεση με τους συναδέλφους τους, οι οποίοι φαίνεται ότι δεν μπορούν να διαχειριστούν αυτή την πίεση. Οι εκπαιδευτικοί δηλώνουν ότι ξεκλέβουν χρόνο από το κανονικό πρόγραμμα, προκειμένου να προχωρήσουν τις δραστηριότητες της αγωγής υγείας, αξιοποιούν τον θεσμό της ευέλικτης ζώνης, εντάσσουν όψεις της αγωγής υγείας στο καθημερινό πρόγραμμα και αφιερώνουν χρόνο για τα προγράμματα εκτός του ωραρίου απασχόλησης.

Δηλαδή, αν δεν υπήρχε αυτή η ανάσα της ευέλικτης ζώνης, πολύ δύσκολα να το έβαζε κάποιος συνάδελφος (Σ. 5).

Γιατί η διδακτέα ύλη είναι πολλή. Και από ό,τι βλέπω, επειδή μπαίνω και εγώ στην τάξη και κάνω μαθήματα, δεν βγαίνει. Εγώ βέβαια άφησα στην άκρη το βιβλίο και ρυθμίζω εγώ τη διδακτέα ύλη όπως νομίζω καλύτερα για τα παιδιά. Ανάλογα τι θέλουν τα παιδιά να μάθουν. Όχι τι λέει η διδακτέα ύλη (Σ. 7).

Εγώ πάλι δεν θα το πω και Α' Τάξη να έχω. Δεν θα το πω δεν προλαβαίνω. Γιατί είναι πιο σημαντικό για μένα να κάνω αυτό το πρόγραμμα, παρά να κάνω όλες τις ασκήσεις που έχει το βιβλίο (Σ. 4).

Δεν ξέρω εγώ δεν τα καταλαβαίνω, τα βρίσκω φθηνές δικαιολογίες... Πολύ περισσότερο δε όταν έχω ακούσει με τα ίδια μου τα αυτιά ειδικά τον σύμβουλο που είχαμε, αλλά ξέρω και ότι όλοι οι σύμβουλοι είναι αυτής της άποψης, ότι τα στηρίζουν αυτά τα προγράμματα, κανένας δεν πιέζει για την ύλη, δηλαδή με τα αυτιά μου άκουσα τον σύμβουλο που τους έλεγε και να μην προλάβετε να τελειώσετε όλα τα μαθήματα, δεν χάλασε ο κόσμος, αλλά να βάλετε στόχους από την αρχή (Σ. 6).

9.2.2.2. Η εκπαίδευση και η εμπειρία στην αγωγή υγείας απέναντι στις απαιτήσεις των προγραμμάτων

Η δεύτερη πρόκληση σχετίζεται με τις απαιτήσεις που θέτει η άρτια οργάνωση και πραγματοποίηση ενός προγράμματος σχολικής αγωγής υγείας. Σε αυτές περιλαμβάνονται ο σχεδιασμός και η οργάνωση των δραστηριοτήτων, η αναζήτηση

εκπαιδευτικού υλικού, η προετοιμασία της τάξης και η εμπλοκή των μαθητών, η εξασφάλιση συνεργασιών και η αξιολόγηση του προγράμματος με τη μορφή εκθέσεων και παρουσιάσεων. Η σχέση με τους μαθητές είναι σημαντική πρόκληση, καθώς, ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και το προφίλ των παιδιών, χρειάζεται να προσαρμοστούν οι ανάλογες δραστηριότητες, με στόχο πάντοτε τη μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή και εμπλοκή της τάξης.

Οι μικρότερες τάξεις είναι πιο δύσκολο γιατί είναι περισσότερη δουλειά, στην ουσία καθοδηγείς εσύ τα παιδιά και δύσκολα θα κάνουν βήματα μόνα τους, πρέπει να έχουν την εποπτεία συνέχεια τη δική σου και βέβαια χρειάζονται τη βοήθεια των γονέων στο σπίτι όταν αναθέτουμε να βρουν κάποιο υλικό και εκεί στις μικρότερες τάξεις, στη δουλειά στο σπίτι, εντάξει θα τη βρουν τα παιδιά, ξέρουν σήμερα τα παιδιά και από Internet, ασχολούνται, υπάρχουν υπολογιστές στα σπίτια, αλλά εκεί υπάρχουν περισσότερες δυσκολίες, στις μεγαλύτερες τάξεις σίγουρα τα παιδιά μπορούν να τρέξουν και μόνα τους να βρουν υλικό, να πάρουν μια συνέντευξη από έναν επαγγελματία, ανάλογα με το τι θέμα έχεις, να κάνουν μόνοι τους ερωτήσεις (Σ. 10).

Για το εάν είναι συνεργάσιμα, για το εάν μπορούν να δουλέψουν σαν ομάδες. Γιατί τυχαίνουν χρονιές που τα παιδιά είναι πολύ αυτόνομα, που δεν θέλουν να δουλέψουν σε ομάδες, το καθένα νοιάζεται για την πάρτη του, και άλλες χρονιές που είναι τα παιδιά καλοδιάθετα ή έχουν δουλευτεί από προηγούμενες χρονιές σε ομάδες. Γιατί αυτά τα προγράμματα συνήθως σε ομάδες δουλεύονται (Σ. 5).

Μια φορά μόνο το εφάρμοσα σε παιδιά της Α' Δημοτικού κι εκεί δυσκολεύτηκα πάρα πολύ. Τα μικρά τα παιδάκια είναι αλλιώς, δηλαδή είναι λίγο δύσκολο να εκφράσουν αυτό που νιώθουν. Το δείχνουν περισσότερο με κινήσεις, με ζωγραφική, με χρώματα, με άλλα πράγματα, οπότε εκεί πέρα ήθελε περισσότερη μελέτη των σχεδίων, άλλων πραγμάτων (Σ. 1).

Το ίδιο ισχύει για το γραφειοκρατικό μέρος των προγραμμάτων, το οποίο απαιτεί συγκεκριμένη μεθοδολογία και χρονοδιάγραμμα.

Απλά θέλει πάρα πολύ χρόνο, θέλει πολύ σωστή προετοιμασία σε ό,τι αφορά τον εκπαιδευτικό και θέλει και μετά. Δηλαδή αφού τελειώσει το πρόγραμμα, πέρα από την αξιολόγηση κατά τη διάρκεια του προγράμματος και στο τέλος. Δεν είναι τόσο το αν το πέτυχα, δηλαδή στους στόχους που έθεσα, σίγουρα κάποιους πετυχαίνεις. Αλλά είχε να

κάνει με τη διαδικασία, όχι τόσο πολύ με το αποτέλεσμα. Δηλαδή στην όλη διαδικασία συνεργάστηκαν; Εκφράστηκε ο καθένας; Είχε τον χρόνο του; Γιατί υπάρχουν μαθητές που μιλάνε συνέχεια. Κάποιοι άλλοι είναι πιο συγκρατημένοι. Δηλαδή εγώ σαν συντονίστρια του προγράμματος ήμουν σωστή απέναντι σε όλους; (Σ. 9).

Και από εκεί και πέρα νομίζω χρειάζεται και περισσότερη δουλειά και από τον κάθε εκπαιδευτικό στο να ασχοληθεί λίγο περισσότερο με περισσότερα πράγματα και, ως προς την οργάνωση, ως προς τον σχεδιασμό, θα πρέπει να αφιερώσει χρόνο στο να σχεδιάσει κάποιες δραστηριότητες, να τις οργανώσει, να βρει υλικό, να βρει περισσότερα πράγματα, είτε από βιβλιογραφία είτε από οτιδήποτε, χρειάζεται σαφώς περισσότερο χρόνο από το να κάτσεις να βάλεις ένα τεστ μόνο, να το διορθώσεις και τέλος, που και αυτό έχει μια δουλειά ας πούμε (Σ. 13).

Είναι βέβαια και τα γραφειοκρατικά που είναι μεγάλη ταλαιπωρία. Σου βάζουν στόχους να κάνεις, να γράψεις, στο τέλος θέλουν αξιολόγηση, έβαλαν κι ένα ποσό, ας πούμε είπαν πέστε και τι έξοδα θα κάνετε, βάλτε 50 ευρώ μας είπαν εφέτος. Έρχονται τώρα μας λένε θέλουν και τιμολόγιο για τα 50 ευρώ. Είπα εγώ σας τα χαρίζω δεν πειράζει... Πιο καλά ήταν τα προγράμματα του ΕΠΕΑΕΚ που ήταν επιδοτούμενα, δηλαδή έπαιρνες και 100 ευρώ, έβρισκαν τρόπο δεν ξέρω πώς γινόταν, και γέμιζε το σχολείο με υλικά (Σ. 4).

Βέβαια σου είπα, το αρνητικό είναι ο χρόνος, η γραφειοκρατία και η καταγραφή. Δηλαδή ξέρεις, πρόγραμμα, μάλιστα, επωνυμία, σκοποί, μεθοδολογία... (Σ. 8).

Ήταν μεγάλο το διάστημα, πίεση θα έλεγα τουλάχιστον εκείνο το πρόγραμμα που εφάρμοσα εγώ ότι αισθάνθηκα στο τέλος όταν έπρεπε να γράψω την εργασία. Να παρουσιάσω όλα αυτά που έγιναν κατά τη διάρκεια της χρονιάς. Ήθελε να συγκεντρώσω και εγώ το υλικό, ό,τι φωτογραφίες είχαμε βγάλει, ό,τι κατασκευές είχαμε κάνει και μετά να ξεκινήσω το γράψιμο στον υπολογιστή, και αφού γίνουν τα χειρόγραφα μετά να προχωρήσουμε και στη διαδικασία με τα αντίγραφα. Δώσαμε ένα σε κάθε παιδί, κρατήσαμε στο αρχείο του σχολείου, πήραν από ένα οι εκπαιδευτικοί, ο προϊστάμενος, κάπως έτσι. Άγχος στο τέλος για να τελειώσουμε (Σ. 10).

Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας οι εκπαιδευτικοί μπορεί να νιώσουν αβοήθητοι ή ανήμποροι να τα καταφέρουν, αφενός γιατί η μεθοδολογία και ο οδηγός του κάθε προγράμματος δεν είναι πάντοτες σαφή και ξεκάθαρα, αφετέρου γιατί υπάρχει μεγάλη διαφορά ανάμεσα στη θεωρία (τι λένε τα εγχειρίδια) και στην πράξη (τι συναντάμε στο

σχολείο). Η αναζήτηση βοήθειας από συναδέλφους ή την υπηρεσία αποτελεί λύση, μερικές φορές όμως δίχως αντίκρισμα.

Εμένα δε με ενδιαφέρει να το ολοκληρώσω ή να έχω συμπέρασμα τελικό, πέτυχε δεν πέτυχε. Εμένα με ενδιαφέρει τι πήραν τα παιδιά μέχρι εδώ. Και πολλές φορές τόλμησα και είπα: Ξέρετε... Δεν ολοκληρώθηκε το πρόγραμμα, βγήκαμε εκτός schedule, το χρονοδιάγραμμα ήταν άστοχο. Γιατί; Γιατί μας προέκυψε αυτό και εκείνο και εκείνο. Και πατήσαμε με βάση αυτά (Σ. 8).

Στη θεωρία είναι πάντα πολύ πιο ωραία. Απλά, στην πράξη, η πράξη με τη θεωρία είναι τελείως διαφορετική. Διαφορετικά πράγματα (Σ. 9).

Νομίζω, δεν ξέρω αν το έχουν και αλλού σε άλλες χώρες, εμείς στη χώρα μας το έχουμε αυτό το πρόβλημα, της απόστασης δηλαδή από τη θεωρία στην πράξη. Στη θεωρία, ναι έτσι πρέπει να είναι και έτσι υποτίθεται ότι προβλέπεται να είναι από τα αναλυτικά προγράμματα κ.λπ., αλλά στην πράξη δεν είναι έτσι τις περισσότερες φορές, δεν ξέρω γιατί, πραγματικά δεν ξέρω τι φταίει ακριβώς... Είναι το ότι δεν υπάρχουν λεφτά και δεν επενδύονται πολλά λεφτά, ώστε να έχεις ως πούμε μια γκάμα με υλικό και να μπορείς να το χρησιμοποιήσεις; Από την άλλη μεριά δεν επιμορφώνονται όμως και οι εκπαιδευτικοί, δηλαδή δεν ξέρει ο άλλος. Πολλές φορές, ακόμα κι αν έχει τα υλικά, δεν ξέρει πώς να τα χρησιμοποιήσει... (Σ. 13).

Από εκεί και πέρα όμως, από τους υπεύθυνους του γραφείου, που είναι στο γραφείο αγωγής υγείας, δεν ξέρω αν θα βοηθούσαν... Γιατί αυτοί νομίζω μένουν πολύ στο θεωρητικό κομμάτι και δεν βλέπουν το τι γίνεται μες στην τάξη. Μπορεί να έρθουν για μία μέρα μια επίσκεψη, να πουν έτσι θα δώσουμε σήμερα το πρόγραμμα, από εκεί και πέρα δεν θα δουν την άλλη και την παρ' άλλη μέρα πώς προχωράει (Σ. 5).

Εκτός από αφορμή για να εμπλακούν στη σχολική αγωγή υγείας, οι εκπαιδευτικοί δηλώνουν ότι η κατάρτισή τους στο αντικείμενο τους προσφέρει την απαιτούμενη σιγουριά, προκειμένου να αντιμετωπίζουν βασικές δυσκολίες στην εφαρμογή των προγραμμάτων. Αυτό, βέβαια, είναι αναμενόμενο, καθώς γνωρίζουμε ότι εκπαιδευτικοί που έχουν εκπαιδευτεί στην αγωγή υγείας είναι πιο θετικά διακείμενοι στην υλοποίηση των προγραμμάτων, αισθάνονται περισσότερη ασφάλεια κατά την εφαρμογή τους και πιο έτοιμοι να συνεχίσουν προς αυτή την κατεύθυνση (St. Leger, 1998 & 2000b).

Κυρίως τα βιωματικά σεμινάρια. Έχουν αλλάξει πολύ τον τρόπο σκέψης. Έχω υιοθετήσει διαφορετικούς τρόπους συμπεριφοράς και σκέψης... δεν είμαι εκείνη που ήμουν. Εκεί... νομίζω ότι εκεί είναι η βάση, στα βιωματικά σεμινάρια, που έχω κάνει πάρα πολλά βιωματικά σεμινάρια. Με έμαθαν να σκέφτομαι διαφορετικά. Να παρατηρώ... Και η Ειδική Αγωγή με βοήθησε πολύ (Σ. 7).

Να σου πω κάτι; Ακόμη κι αν δε γνωρίζεις το αντικείμενο μπορείς να το μάθεις. Γίνεται κάποιο πρόγραμμα. Δήλωσε συμμετοχή. Δηλαδή μάθε κάτι. Κι ας σου είναι αχρείαστο. Τίποτα δεν είναι αχρείαστο. Δεν μπορώ να πω για τους άλλους. Δηλαδή βλέπω ότι εμένα μου κάνει καλό. Δηλαδή το θέλω αυτό, το έχω ανάγκη (Σ. 9).

Οι δάσκαλοι δηλώνουν ότι απέκτησαν γνώσεις σχετικές με την αγωγή υγείας, αλλά και δεξιότητες, που τους βοήθησαν στη διαχείριση των μαθητών και την αρτιότερη εφαρμογή των παρεμβάσεων.

Ναι, ακριβώς, πέρα από το θέμα των γνώσεων των τοπικών, βοήθησαν πάρα πολύ και στην αλλαγή στάσης απέναντι στη διδακτική πράξη - διδασκαλία (Σ. 6).

Σε ξεκλειδώνουν γιατί σου δίνουν... το project, που είναι η κλασική και σε βάζει στο παιχνίδι. Από κει και πέρα, όμως, τα άλλα τα παιδαγωγικά παιχνίδια ας πούμε, ή η καταγίδα ιδεών, το πώς θα το καταστρώσεις, το πώς θα βγάλεις στόχους-σκοπούς, το πώς θα το εισαγάγεις στα μαθήματα... Θέλει όμως δουλειά. Πρώτον θέλει χρόνο. Καλή διάθεση. Και πολύ προσωπική δουλειά (Σ. 8).

Δηλαδή δεν θα πήγαινα αμέσως να κάνω αν δεν είχα τη γνώση, τώρα που την έχω τη γνώση θα το έμαχνα να κάνω ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας. Αν δεν είχα όμως μια προηγούμενη εμπειρία, μόνη μου ό,τι καταφέρω μόνη μου ας πούμε, με βάση τις εμπειρίες που έχω ως δασκάλα και την εκπαίδευση που έχω (Σ. 5).

9.2.2.3. Το «μεράκι» απέναντι στην απουσία στήριξης και ανατροφοδότησης από τις αρμόδιες αρχές

Βαθύτερης επιρροής και βραδύτερης, χρονικά, εκδήλωσης εμπόδια αποτελούν οι σχέσεις με τις υπηρεσίες του υπουργείου και τα τοπικά γραφεία των σχολικών μονάδων. Οι αρχική παρακίνηση και οι οδηγίες παραμένουν, στην πορεία, κενό γράμμα, αφού οι

εκπαιδευτικοί μένουν χωρίς ουσιαστική βοήθεια στην υλοποίηση των προγραμμάτων. Αυτό μπορεί να σημαίνει ασαφείς οδηγίες, έλλειψη υποστήριξης ή απουσία αξιολόγησης.

Εντάξει, όχι και πάρα πολύ ουσιαστική (η συνεργασία) θα έλεγα. Δηλαδή απλά στην αρχή ξεκινάς και μετά στην πορεία αρχίζεις και ψάχνεις μόνος σου και βρίσκεις πολλά πράγματα. Είτε βιβλιογραφία, είτε υλικό, είτε πηγές, είτε μέρη να επισκερτεΐς, είτε οτιδήποτε. Εντάξει η συνεργασία είναι λίγο στο πλαίσιο του τυπικού. (...) Εντάξει και κάποιες φορές σου φέρνουν ένα στοιχειώδες υλικό το οποίο μπορεί να σε βοηθήσει. Αλλά θέλω να πω ότι εγώ νομίζω ότι έψαχνα, δεν είναι ότι με υποχρέωσαν. Έψαχνα και κάποια στιγμή κάτι πήρε το αυτί μου κάπου. Κάπως ξεκίνησα και ψάχνω συνέχεια να βρω κάτι (Σ 13).

Απλά ήθελα περισσότερη βοήθεια. Ήθελα υλικό για να μπορέσω να... να κάνω κάποια πράγματα. Άτυπα δηλαδή θα μπορούσα στο μάθημα της Μελέτης, να το κάνω εγώ. Να μιλήσω, ξέρω 'γω για τη διατροφή, για... να κάνω διάφορα πράγματα (Σ. 2).

Δηλαδή άμεσα με το γραφείο υγείας εγώ δεν είχα ποτέ επαφή. Νόμιζα ότι άμα απευθυνθώ εκεί δεν θα έχουν να μου πουν κάτι. Ή θα μου έλεγαν αυτός είναι ο οδηγός των προγραμμάτων, εκεί στοχεύει, ψάξ' τα. Νομίζω ότι είναι λίγο απόμακροι αυτοί που βγάζουν τα προγράμματα (Σ. 5).

(...) Μας λένε πρέπει να προάγουμε την υγεία, πώς όμως; Εκεί είναι το θέμα. Και στα συγκεκριμένα σεμινάρια μας μίλησαν γενικά για την υγεία, πώς γίνεται στην Αμερική, ότι πρέπει και δω να προάγουμε την υγεία. Πρέπει, αλλά δεν μας λένε πώς πρέπει (Σ. 1).

Η δυσάρεστη αίσθηση απομόνωσης γίνεται εντονότερη, καθώς οι προτάσεις, οι παρατηρήσεις και το έργο, εν γένει, των δασκάλων περνά απαρατήρητο, δίχως ανατροφοδότηση από τις αρμόδιες υπηρεσίες. Αυτό, με τη σειρά του, γεννά συναισθήματα θυμού και απογοήτευσης, τα οποία, από τη στιγμή που εκδηλώνονται, «στοιχειώνουν» τον εκπαιδευτικό, στερώντας του τη διάθεση να συνεχίσει να δημιουργεί και να προσφέρει.

Μια φορά στην αρχή και μια φορά στο τέλος της χρονιάς, που ξανάρχονται συνήθως για την αξιολόγηση της δουλειάς σου, που το κάνεις κι εσύ, αλλά εγώ μέχρι στιγμής δεν έχω δει να έχει και κάποιο συγκεκριμένο αποτέλεσμα ας πούμε. Δηλαδή κάνεις μια αξιολόγηση, την παίρνει ο άλλος, φεύγει. Σου έρχεται μια βεβαίωση ότι η τάδε εκπόνησε το τάδε πρόγραμμα, αλλά από εκεί και πέρα δεν έχω δει και κάτι άλλο ας πούμε (Σ. 13).

(...) Τρεις φορές έκανα την ερώτηση και τρεις φορές δεν πήρα απάντηση, η ερώτηση ήταν πάρα πολύ απλή: τις εκθέσεις που στέλνουμε στο τέλος του χρόνου υπάρχει κανείς να τις διαβάσει; Ξέρεις ποια ήταν η απάντηση; «Είναι τόσο μεγάλος ο όγκος που ποιος να τις διαβάσει...» (Σ. 6).

Γιατί εμείς δεν ξέρουμε ποτέ ή δεν έχουν πρόσβαση ποτέ οι προτάσεις μας, παρ' όλο που έρχονται με τη συναίνεση του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, συμπληρώστε τη φόρμα και στείλτε τη, δεν ξέρουμε εάν την έχουν επεξεργαστεί και εάν έχει ληφθεί υπόψη η άποψή μου, βρε αδερφέ, να πει ξέρεις τι; Σε αυτό που είπε η Κατερίνα συμφωνώ η διαφωνώ. Ή να το δουν (Σ. 8).

Από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εκπαιδευτικοί στην υλοποίηση των προγραμμάτων, η απουσία ανατροφοδότησης και καταξίωσης για το έργο που παράγουν είναι η πιο ιδιαίτερη, απαιτητική και ψυχοφθόρα όλων, καθώς δεν εκδηλώνεται και δεν γίνεται άμεσα αντιληπτή, δεν έχει συγκεκριμένη πηγή, που να αντιμετωπίζεται με κάποιο τρόπο και αφορά τους θεσμικούς φορείς, οι οποίοι προσδιορίζουν, κατά πολύ, το είδος και την ποιότητα της εκπαίδευσης στα σχολεία και, κατά προέκταση, το αντικείμενο εργασίας των δασκάλων. Είναι αναμενόμενο, οι τελευταίοι να νιώθουν περιθωριοποιημένοι, απογοητευμένοι και προδομένοι, αφού το έργο τους δεν αναγνωρίζεται, παρ' όλο που συνεχίζουν να εφαρμόζουν προγράμματα, σε πείσμα των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν.

Και κάναμε έλεγχο, για δύο χρονιές εφάρμοσα από μόνη μου το πρόγραμμα αυτό, βέβαια με βοήθησαν πολύ οι γιατροί του νοσοκομείου και δη της οφθαλμολογικής κλινικής και της ακουολογικής και... είχαμε αποτελέσματα στο τέλος. Σημείωσα κάθε χρονιά πόσα παιδιά είχαν πρόβλημα και υστερούσαν στην ανάγνωση και τη γραφή και έστειλα τα αποτελέσματα στο υπουργείο. Βέβαια χωρίς να τα εκτιμήσει κανένας, ούτε πήρα απάντηση, ούτε πώς πήρα την πρωτοβουλία, ούτε εάν έπρεπε να πάρω την πρωτοβουλία, ούτε τα αποτελέσματα αξιοποιήθηκαν. Γίνονται έρευνες. Από φιλότιμους, έστω ευσυνείδητους εκπαιδευτικούς... Νομίζω ότι δεν αξιοποιούνται. Δηλαδή με πολύ κόπο έγινε η έρευνα αυτή, γιατί και οι δάσκαλοι δεν ήταν πρόθυμοι να μεταφέρουν τα παιδιά στο σχολείο για εξέταση, ούτε ο διευθυντής εκπαίδευσης... Το βρήκε... ότι ήταν κάτι καινοτόμο αυτό... που ξεκίνησα. Αλλά μετά το άφησα γιατί έβλεπα ότι... Δεν ήθελα εγώ τα εύσημα για αυτό που έκανα (Σ. 7).

Οι θεσμικές αλλαγές των τελευταίων χρόνων, που είχαν ως αποτέλεσμα την υποβάθμιση του θεσμού της σχολικής αγωγής υγείας, αποτελούν επιπλέον αιτίες απογοήτευσης και αφετηρία σκέψεων απόσυρσης από το αντικείμενο.

Καταρχήν, με όλη αυτή την κίνηση που έγινε, με την αλλαγή του νόμου για τους υπεύθυνους αγωγής υγείας, έφυγαν από την αγωγή υγείας άνθρωποι, εντάξει εγώ είχα τέσσερα χρόνια ως υπεύθυνος, ο συνάδελφος με τον οποίο ήμασταν μαζί πρέπει να είχε δέκα χρόνια. Λοιπόν είναι διδάκτορας της Ιατρικής στη θέση αυτή και ξαφνικά τα παρατάει και λέει πάω διευθυντής σε ένα σχολείο για να μπορέσω να κάνω κάτι με την καριέρα μου, γιατί εδώ πέρα είμαι χαμένος, δεν πρόκειται να κερδίσω τίποτα. Λοιπόν όταν έχεις τέτοιους ανθρώπους και τους αναγκάζεις ουσιαστικά να.. αποσυρθούν, υποβαθμίζεις τον κλάδο (Σ. 6).

Επειδή έφυγα από την αγωγή υγείας, από την αγωγή υγείας δεν φεύγεις, αλλά τέλος πάντων από τη θέση που είχα εκεί πέρα ως υπεύθυνος, έφυγα με μία πίκρα. Πίκρα γιατί δεν ήθελα να φύγω, αναγκάστηκα εκ των πραγμάτων να φύγω... έτσι όπως έγιναν τα πράγματα. Γιατί κάποια στιγμή διαπίστωσα ότι έχανα παρά κέρδιζα... Και θα έμενα, θα έμενα πραγματικά, ασχέτως που στην καριέρα μου ας το πούμε δεν με συνέφερε, εάν έβλεπα άλλη στάση από την πλευρά του υπουργείου. Γιατί στην τελευταία συνάντηση που είχαμε με τους υπευθύνους του υπουργείου διαπίστωσα μία.. δηλαδή τους το είπα ευθέως... εάν θέλετε να σταματήσει ο θεσμός, πείτε το. Δεν χρειάζεται δηλαδή να μας υποτιμάτε τόσο πολύ. Πείτε το ευθέως ότι στους στόχους πλέον δεν είναι η αγωγή υγείας (Σ. 6).

Η βασική δύναμη που ωθεί τους εκπαιδευτικούς να αντιμετωπίζουν θετικά και δημιουργικά τις παραπάνω δυσκολίες και εμπόδια που συναντούν είναι το μεράκι και η αγάπη για το αντικείμενο. Οι εκπαιδευτικοί δίνουν όλο τον εαυτό τους στη διαδικασία, με καύσιμο την αγάπη τους για τα παιδιά και τα προγράμματα. Αυτό συμβαίνει γιατί είναι:

(...) Άνθρωποι οι οποίοι έχουν δώσει απαντήσεις και στον εαυτό τους μέσα από την αγωγή υγείας, είτε με επιδοτήσεις είτε χωρίς επιδοτήσεις, είτε με βοήθεια είτε χωρίς βοήθεια, και θα το κάνουν, τους έχει γίνει τρόπος δουλειάς, όπως και να έρθουν τα πράγματα θα το κάνουν... (Σ. 6).

Η υποχρεωτική εφαρμογή των προγραμμάτων δεν έχει κανένα νόημα, γιατί αν δεν το αγαπάς αυτό που κάνεις, δεν... δεν ξέρω, πιστεύω ότι σε αυτά τα προγράμματα είναι κατάθεση ψυχής εκεί μέσα. Δηλαδή, αν δεν το νιώθεις, δεν μπορείς να το κάνεις όπως πρέπει και καλό θα ήταν να καταλάβουν και οι εκπαιδευτικοί, ότι μέσα σε αυτή την ομάδα δεν δίνουμε μόνο στα παιδιά αλλά παίρνουμε και εμείς οι ίδιοι πολλά πράγματα (Σ. 1).

Πρέπει να το έχεις μέσα σου. Πρέπει να το αγαπάς αυτό που είναι να κάνεις (Σ. 11).

Σύμφωνα με το Λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής, η λέξη *μεράκι* έχει τριπλή ετυμολογία, i. την πολύ έντονη επιθυμία, ii. την έντονη αγάπη και φροντίδα για κάτι, ιδίως για ορισμένη δραστηριότητα και iii. το έντονα ευάρεστο συναίσθημα που συνήθως προέρχεται από τη διασκέδαση (Λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής, 1998). Η αναφορά της λέξης από τους εκπαιδευτικούς συνδέεται, κυρίως, με τη δεύτερη ερμηνεία και δείχνει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται το αντικείμενο της εργασίας τους, την ποιότητα της δουλειάς τους και τη σχέση που έχουν αναπτύξει με αυτό.

Αλλά όταν κάτι το κάνεις με τόσο μεράκι, σε ευχαριστεί πριν το κάνεις. Όταν το κάνεις και μετά, δηλαδή το σκέφτεσαι και λες «ήταν πάρα πολύ ωραία». Και σκέφτεσαι «αυτή τη χρονιά δεν έχω κάνει κάτι.» Δηλαδή, γιατί να μην το μοιραστείς; Έτσι δεν είναι; (Σ. 9).

Αυτή η σχέση τους εφοδιάζει με το κουράγιο και τη δύναμη να αντεπεξέρχονται στα εμπόδια που συναντούν. Τους βοηθά να βρίσκουν επιπλέον χρόνο, όταν χρειάζεται, να συνεχίζουν παρά τις αντιξοότητες και να πράττουν δίχως απαραίτητα να υπάρχει κάποιο αντάλλαγμα.

Όλα υπάρχουν, υπάρχει χώρος για όλα. Και το μάθημα γίνεται και οι εκδρομές και οτιδήποτε άλλο. Και για αυτό υπάρχει χρόνος, αρκεί να θέλεις να υπάρχει. Αν υπάρχουν μεράκι και θέληση και να μπορέσεις να βάλεις τα παιδιά, να τους εμψυχήσεις αυτό που θέλεις να κάνεις, πρώτα θα πάνε (Σ. 11).

Τελικά εμένα με ενδιαφέρει -είτε αμείβομαι είτε όχι- το πρόγραμμα θα το κάνω (Σ. 5).

Ναι... Και πιστεύω ότι είναι και πώς θα το αποφασίσεις ο ίδιος, δηλαδή αν κάτι σε ενδιαφέρει το θεωρείς σημαντικό και πραγματικά κερδίζεις πράγματα από αυτό, νομίζω ότι το κάνεις και χωράει. Όταν κάτι δεν σε ενδιαφέρει και δεν το θέλεις, ακόμα και να βλέπεις πραγματικά ότι χωράει, εσύ θα θεωρείς ότι δεν χωράει, γιατί δεν σε ενδιαφέρει εσένα, θέλεις να το αφήσεις απέξω (Σ. 13).

9.2.3 Οφέλη και αποτελέσματα από την εφαρμογή των προγραμμάτων

Είναι αρκετά όσα περιγράφηκαν προηγούμενα ώστε να ξεπεράσει κάποιος τις δυσκολίες και τις απαιτήσεις που θέτουν τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας; Πιθανώς, τα οφέλη που αποκομίζουν οι εκπαιδευτικοί αποτελούν έναν ακόμα παράγοντα που στηρίζει και ανατροφοδοτεί θετικά την εμπλοκή τους στην αγωγή υγείας (Jourdan et al. 2011), όπως θα δούμε στη συνέχεια. Η συμμετοχή στα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας έχει βοηθήσει τους εκπαιδευτικούς αλλά και τους μαθητές, με τρόπους που είναι δύσκολο να διαχωριστούν, καθώς αποτελούν περισσότερο ένα «υφαντό» που δημιουργείται, κάθε στιγμή, από τους εκπαιδευτικούς και τα παιδιά και λιγότερο μια γραμμική αλληλουχία συμβάντων που συμβάλλουν στη βελτίωση ή όχι μιας κατάστασης. Υπό αυτό το πρίσμα, οι παρακάτω αναφορές αποτελούν προσπάθεια αποτύπωσης μιας πολύπλοκης (σε σχέση με τους συντελεστές, τον χρόνο και τη διαδικασία) διεργασίας και όχι κωδικοποίηση χαρακτηριστικών και συμβάντων.

9.2.3.1. Βελτίωση και προσωπική ανάπτυξη

Οι εκπαιδευτικοί δηλώνουν ότι, με τη συμμετοχή τους στα προγράμματα, έχουν γίνει καλύτεροι. Αυτό αφορά δεξιότητες που ανέπτυξαν (καλύτερη επικοινωνία με τους μαθητές, ενσυναίσθηση), ικανότητες που απέκτησαν (σχέδια εργασίας, ομαδική εργασία, βιωματικές μέθοδοι) και εκπαιδευτικές διαδικασίες που εμπλουτίστηκαν (διάχυση της αγωγής υγείας σε άλλα μαθήματα). Γενικά, φαίνεται να δρουν πιο καλά μέσα στην τάξη, έχουν περισσότερες διεξόδους, μπαίνουν σε μια διαδικασία να ψάχνουν πράγματα και να μαθαίνουν καινοτόμους εκπαιδευτικές τεχνικές.

Προσέχω έτσι και πράγματα για να καταλαβαίνω και τα παιδιά καλύτερα, και εγώ δρω πιο λειτουργικά έχω την εντύπωση. (Σ.5)

Δηλαδή, εφέτος είχα Α' Τάξη και ξεκίνησα με αυτά τα προγράμματα. Πριν μπω δηλαδή σε βιβλία. Για να γνωρίσω τα παιδιά, να γνωριστούν μεταξύ τους. Μέσα από παιχνίδι. Όλα αυτά δηλαδή που έχω μάθει από τα προγράμματα αγωγής υγείας τα χρησιμοποίησα στην αρχή και με βοήθησαν πάρα πολύ. Πάρα πολύ (Σ. 2).

Νομίζω ότι ουσιαστικά αυτό έχει προσφέρει, σε βάζει σε μια διαδικασία και γενικότερα να ψάχνεις κάποια πράγματα, είτε σε μορφή υλικού ή σε μορφή τεχνικών, που μπορείς να χρησιμοποιήσεις και κάθε μέρα στη διαδικασία την καθημερινή (Σ. 13).

Το πιο απλό που μπορεί να μου έρθει στο μυαλό είναι ότι μαθαίνεις να χειρίζεσαι τεχνικές, μαθαίνεις να δουλεύεις με τα σχέδια εργασίας, πολύ περισσότερο απ' ό,τι σε άλλη περίπτωση. Δεν θα σου δινόταν η ευκαιρία, δεν θα έκανες δηλαδή σχέδια εργασίας για ένα μάθημα, μπορείς να το κάνεις αλλά αυτό σπάνια θα συμβεί και είναι μια καλή αφορμή για να το ξεκινήσεις για να το χρησιμοποιήσεις. Μπορείς να κάνεις πολλά πράγματα δηλαδή που βελτιώνουν και την εκπαιδευτική διαδικασία (Σ. 13).

Η εκπαίδευσή τους στο αντικείμενο, ιδιαίτερα στον τομέα των διαπροσωπικών σχέσεων, έχει προσφέρει πάρα πολλά στην προσωπική τους ανάπτυξη, καθώς,

(...) έχει βοηθήσει πάρα πολύ στο να δίνεις λύσεις μέσα στην τάξη, στο να καταφέρνεις να μειώνεις τις συγκρούσεις μεταξύ των παιδιών, στο να κάνεις τα παιδιά να είναι πιο δεμένα, στο να υπάρχει αλληλοσεβασμός (Σ. 6).

9.2.3.2. Καλύτερη εκπαιδευτική διαδικασία

Η διάχυση της θεματολογίας της αγωγής υγείας σε άλλα γνωστικά αντικείμενα έχει κάνει το μάθημα πιο ενδιαφέρον και την εκπαιδευτική διαδικασία πιο δημιουργική:

Μπαίνει παντού. Έτσι; Άρα διευκολύνει και εμένα στο να αντιμετωπίσω μια αριθμοφοβία των παιδιών. Μαθηματικά. Στο να προσεγγίσω θέματα παράδοσης στα Θρησκευτικά. Στο να το δούμε ιστορικά το κομμάτι της διατροφής. Ο ρόλος της ελιάς, τότε τώρα κ.τ.λ. Μπαίνει στη Φυσική. Μπαίνει στην ελεύθερη έκφραση και δημιουργικότητα των παιδιών. Βγάζουμε ποιημάτκια, σκετσάκια. Γλώσσα είναι όλα αυτά, εννοείται. Άρα σε ποιο μάθημα δεν μπαίνει. Δηλαδή εγώ έχω αμέσως αμέσως ένα εργαλείο, που με βοηθάει να ξεκλειδώσω όλα τα μαθήματα. Με έναν τρόπο προσέγγισης ανθρώπινο. Επικοινωνιακό. Αληθινό και πραγματικό. Και όχι το παραδίδω, εξετάζω, βαθμολογώ. (Σ. 8).

9.2.3.3. Θετική ανταπόκριση των μαθητών

Οι μαθητές ανταποκρίνονται πολύ θετικά στα προγράμματα, εξαιτίας του βιωματικού χαρακτήρα που έχουν τα τελευταία: φτιάχνουν πράγματα με τα χέρια τους, αναζητούν πληροφορίες για ζητήματα υγείας, βγαίνουν από το σχολείο και επισκέπτονται άλλους χώρους ή δέχονται επισκέπτες στην τάξη, οι οποίοι αναλύουν ένα συγκεκριμένο θέμα. Τα παιδιά χαλαρώνουν, ξεδίνουν και εκτονώνονται.

Τα παιδιά είναι ανοιχτά γιατί είναι κάτι που δεν έχει να κάνει με τυπική διαδικασία μάθησης. Σελίδα τάδε, παράγραφος εκείνη, τι λέει, αποστηθίζω... Συμμετέχουν πολύ ενεργά (Σ. 8).

Θα φύγουμε τελείως από αυτό το στερεότυπο, το να έρθουν τα παιδιά να αποκτήσουν μέσα σε τέσσερις τοίχους απλά κάποιες γνώσεις και να επιστρέψουν ξανά στο σπίτι. Και το χαίρονται αυτό τα παιδιά όταν θα βγούμε έξω (Σ. 10).

Βλέποντας όμως ότι στην ουσία είναι ένα παιχνίδι και έχει και γέλιο και τα παιδιά και θα φωνάζουν μέσα στην τάξη και θα γελάσουν και θα κάνουν φασαρία, θα σηκωθούν όρθια και θα κινηθούν στον χώρο, όπως κάνουμε στην αγωγή υγείας, είναι κάτι ωραίο. Δεν το βλέπει ως μάθημα που θα πάρει βαθμό καταρχήν, είναι ελεύθερο (Σ. 12).

Τα παιδιά φαίνεται να εμπλέκονται περισσότερο στην εκπαιδευτική διαδικασία, καθώς μαθαίνουν να συνεργάζονται και να είναι υπεύθυνα, μέσα από την ομαδική εργασία.

Επειδή για να δουλέψεις σε ένα πρόγραμμα σίγουρα οι μαθητές χωρίζονται σε ομάδες, τα πρώτα οφέλη είναι εκεί. Συνεργασία, μαθαίνουν στην ομαδική δουλειά, μαθαίνουν να συνεργάζονται (Σ. 10).

Αυτή η διαδικασία είναι εξαιρετικά σημαντική για τους πιο αδύναμους μαθητές ή για παιδιά πιο εσωστρεφή:

Υπήρχαν παιδιά δειλά και ντροπαλά και στην ομάδα ξεθάρρευαν και μιλούσαν. Αυτά τα παιδιά άλλαζαν πολύ συμπεριφορά μέσα στην τάξη, γίνονταν δημιουργικά, μιλούσαν. Επίσης παιδιά μη αποδεκτά από άλλα, είτε επειδή δεν ήταν καλοί μαθητές είτε επειδή είχαν σωματικό πρόβλημα, αποκτούσαν αυτοεκτίμηση στην ομάδα και δένονταν και η ομάδα έκανε αποδεκτή τη διαφορετικότητα μέσα στην ομάδα (Σ. 1).

9.2.3.4. Ικανοποίηση των εκπαιδευτικών

Την ικανοποίηση των παιδιών την εισπράττουν και οι εκπαιδευτικοί, οι οποίοι νιώθουν, με τη σειρά τους, επιβεβαίωση των προσπαθειών τους και ευχαρίστηση για τον κόπο που καταβάλουν:

Δηλαδή, πώς να σου πω, προσπαθείς κάποια πράγματα που έχεις στο μυαλό σου να τους τα δώσεις και χαίρεσαι όταν το βλέπεις και καμαρώνεις, έτσι δεν είναι; (Σ. 9).

Υπάρχει όμως και η προσωπική ικανοποίηση που παίρνεις από κάτι τέτοιο, όταν βλέπεις ότι αυτό που κάνεις έχει αντίκρισμα στα παιδιά (Σ. 12).

Διαπιστώνουν, ακόμη, ότι η αγωγή υγείας είναι μια ανατροφοδοτική διαδικασία αλληλεπίδρασης, ένα δούναι και λαβείν γιατί,

(...) αν εσύ θεωρείς ότι μόνο πρέπει να δώσεις, δεν είναι ολοκληρωμένη η σχέση. Γιατί σε κάθε σχέση και δίνεις και παίρνεις. Και τους μαθαίνεις -συνώμη- πώς να μαθαίνουν, αλλά κι αυτοί σε μαθαίνουν πώς να μάθεις εσύ να τους μαθαίνεις (Σ. 9).

Θεωρώ, για παράδειγμα, ότι και τεστ όταν βάζουμε ή ένα κριτήριο αξιολόγησης, δεν το βάζεις για να βάλεις τη βαθμολογία και για να καλυφθείς πίσω από το κριτήριο. Αλλά για να αναθεωρήσεις τι εσύ δεν έδωσες να καταλάβει το παιδί και να ψάξεις να βρεις άλλο τρόπο. Για μένα είναι feedback. Ένα συνεχόμενο feedback. Και τα προγράμματα σου δίνουν πολύ απλόχερα αυτή τη δυνατότητα (Σ. 8).

9.2.3.5. Παραδοσιακή διδασκαλία και σχολική αγωγή υγείας

Για άλλη μια φορά, γίνεται σαφής η διάκριση ανάμεσα στην παραδοσιακή διδασκαλία στην τάξη και στις δυνατότητες που προσφέρει η υλοποίηση των προγραμμάτων αγωγής υγείας.

(...) Την κατά μέτωπο διδασκαλία από τον δάσκαλο, το να είναι όρθιος ο δάσκαλος και να λέει το μάθημα (Σ.10),

ναι, το θέμα είναι πώς το μεταδίδεις τελικά, τι εννοούμε όταν λέμε να το μεταδώσουμε; Γιατί συνήθως, έτσι όπως το ίδιο το σύστημα λειτουργεί και σε καλεί να μεταδώσεις τα πράγματα, ε δεν μεταδίδονται έτσι όμως. Γιατί συνήθως, και από την εμπειρία που έχουμε όλοι από το σχολείο, πώς μεταδίδεται η γνώση; Συνήθως στείρα ακαδημαϊκά, διαβάζω το βιβλίο, δεν μεταδίδονται όμως έτσι και οι δεξιότητες και όλα... Οπότε υπάρχει κάπου ένα σφάλμα (Σ. 13).

Τόσο οι δάσκαλοι όσο και τα παιδιά, δείχνουν εγκλωβισμένοι και
(...) έχουν την ανάγκη να ξεφύγουν και από μαθήματα, γενικότερα, από τον φόρτο μαθημάτων ή από τις απαιτήσεις που έχουμε ή την πίεση. Γιατί η πίεση είναι φοβερή πλέον (Σ. 2).

9.2.3.6. Η απουσία συνέχειας

Η εμπειρία και τα οφέλη από την εφαρμογή των προγραμμάτων φαίνεται να αντισταθμίζουν αυτή την αίσθηση, αποτελώντας ταυτόχρονα και το κίνητρο για περαιτέρω εμπλοκή σε μελλοντικές δραστηριότητες. Και ενώ ο εκπαιδευτικός μπορεί να υλοποιήσει την επόμενη χρονιά κάποιο πρόγραμμα, δεν ισχύει το ίδιο για τα παιδιά, αφού δεν είναι βέβαιο ότι ο δάσκαλος στην επόμενη τάξη θα θελήσει να κάνει κάτι παρόμοιο. Έτσι, τα οφέλη που αποκόμισαν αλλά και τα αποτελέσματα που, πιθανώς, παράχθηκαν μπορεί να χαθούν:

Μετά, εκείνο εμένα που με στεναχωρεί είναι ότι ξέρω Πρώτη, Δευτέρα, θα πάρω προγράμματα και μετά θα σταματήσει. Αυτό με στενοχωρεί. Γιατί το έζησα. Με στεναχωρεί, γιατί βλέπω ότι δεν θυσιάζει κάποιος άλλος αυτή την μια ώρα να κάνει κάτι διαφορετικό στα παιδιά (Σ. 3).

Με ενδιαφέρει η συνέχειά του, οπωσδήποτε. Δυστυχώς η συνέχεια φαίνεται από το εάν θα πάρεις το ίδιο τμήμα την επόμενη χρονιά. Δυστυχώς τη μεθεπόμενη δεν μπορείς να το πάρεις, διότι αυτό ορίζει ο νόμος... (Σ. 8).

9.2.3.7. Αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων

Η μέτρηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία συναντά σημαντικές δυσκολίες, οι οποίες περιγράφηκαν σε προηγούμενη ενότητα (βλ. ενότητα 2.4.3 *Πηγες έντασης και κριτική για τη Σχολική Αγωγή Υγείας*) και στην Ελλάδα υπάρχει σημαντικό έλλειμμα καταγραφής και μέτρησης αποτελεσματικότητας των δράσεων στα σχολεία. Βέβαια, οι εκπαιδευτικοί παρατηρούν αλλαγές στα παιδιά, δίχως όμως να γίνεται η απαιτητική διαδικασία της αξιολόγησης των παρεμβάσεων.

Σε κάθε περίπτωση, ιδιαίτερα αποτελεσματικά φαίνεται να είναι τα προγράμματα διατροφής, καθώς τα παιδιά

(...) στα δημοτικά αλλάζουν τρόπο διατροφής. Αμέσως αλλάζουν τρόπο διατροφής και μαθαίνουν τι πρέπει να τρώνε, τι πρέπει να κάνουν. Ας πούμε λένε κύριε έφαγα αυτό, δεν πρέπει να φάμε εκείνο. Η μαμά, τους λέω, να μην κάνει εκείνο, να μην τρώμε από εκείνο. Οπότε περνάει στο σπίτι, περνάει στους γονείς, πάει στη γιαγιά, στον παππού και αρχίζει

και επιβάλλει. Δεν πρέπει να φάμε αυτό, πρέπει να φάμε εκείνο, μην τρώτε εκείνο, θα πάθουμε αυτό ή εκείνο (Σ. 11).

Πολλά παιδιά αλλάζουν συμπεριφορά (...) και προσέχουν την εμφάνισή τους, γιατί κάποια έρχονταν με σκισμένα, λερωμένα ρούχα κ.λπ. Ή άλλαζαν τις συνήθειες υγιεινής, ως πούμε, στο σπίτι πρόσεχαν πόσο καθαρά να είναι. Ε, όταν τελείωσε το πρόγραμμα αυτό είχαμε ένα πισωγύρισμα (Σ. 5).

Με την πάροδο, όμως, του προγράμματος και κυρίως με την αδυναμία επαναληψιμότητας, η όποια θετική επιρροή ξεθωριάζει. Είναι, λοιπόν, καταδικασμένα τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας να έχουν οφέλη περιορισμένα σε μια τάξη ή σε κάποιους εκπαιδευτικούς που τα υλοποιούν; Πόσο κρίσιμη μπορεί να είναι η αντιμετώπιση των προγραμμάτων από τη σχολική κοινότητα και ποιος ο ρόλος της διεύθυνσης, των άλλων εκπαιδευτικών και των γονέων στη βιωσιμότητα αυτών των προσπαθειών;

9.2.4 Σχολικό κλίμα και προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας

9.2.4.1. Οι σχέσεις με τους άλλους εκπαιδευτικούς

Η υποδοχή των προγραμμάτων αγωγής υγείας από τη σχολική κοινότητα και, κυρίως, τους εκπαιδευτικούς δεν είναι ενθαρρυντική. Οι αιτίες, σε γενικές γραμμές, αναφέρθηκαν προηγούμενα, αξίζει, όμως, να σημειωθεί ότι για ένα ικανοποιητικό χρονικό διάστημα περίπου μιας δεκαετίας (1995-2005), τα προγράμματα αυτά έτυχαν ευρείας εφαρμογής και η υλοποίησή τους στηρίχθηκε, κυρίως, από το υπουργείο Υγείας και τα Τμήματα Αγωγής Υγείας στα κατά τόπους Γραφεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Μέσα σε αυτά τα χρόνια, δημιουργήθηκε ένας σημαντικός αριθμός δασκάλων που εκπαιδεύτηκαν στο αντικείμενο της αγωγής υγείας και απέκτησαν εμπειρία από την εφαρμογή των προγραμμάτων. Σιγά σιγά, ατόνησε ο θεσμός και νέες θεματικές ενότητες ήρθαν στο προσκήνιο, κυρίως η περιβαλλοντική αγωγή. Η αγωγή υγείας πέρασε σε δεύτερο πλάνο και εμφανίστηκε ένας κορεσμός, στη σχολική κοινότητα, σε σχέση με τα θέματα υγείας. Πολλοί δάσκαλοι συνεχίζουν να κάνουν προγράμματα, όμως οι συνθήκες δεν είναι το ίδιο υποστηρικτικές όσο στο παρελθόν.

Οι εκπαιδευτικοί γίνονται αποδέκτες αυτού του κλίματος μέσα από τις παρατηρήσεις συναδέλφων τους.

Α, δηλαδή τι εισπράττεις από συναδέλφους; Από μία μερίδα εισπράττεις το ΟΚ αφού σου αρέσει μια χαρά. Από άλλους εισπράττεις το πώς προλαβαίνεις; Ή με την ύλη, πώς είσαι; Πονηρά... Και από άλλους αδιαφορία εντελώς (Σ. 8).

Οι υπόλοιποι αντιμετωπίζουν αυτούς τους συναδέλφους από αδιάφορα έως και ειρωνικά, του στιλ «έλα μωρέ τώρα, τι θες κι ασχολείσαι...», «ε, εντάξει αυτός είναι ψώνιο, κάνει τα δικά του» ή «πού βρίσκει το κουράγιο και τα κάνει αυτά» (Σ. 6).

Ναι αλλά είμαστε και γραφικοί τύποι. Εμένα μου λένε ότι είσαι παλαβή. Εσύ είσαι τρελή... Επειδή μας χαρακτηρίζουν γραφικούς. Εγώ για πολλούς είμαι γραφική. Και ειδικά οι γυναίκες διευθύντριες; Είναι γραφικές. Όλες έχουν κάποιο πρόβλημα και βρίσκονται σε αυτό τον χώρο (Σ. 7).

Ναι, έχουμε και τη βλαμμένη (γέλια), δηλαδή ξέρεις μπορεί να σε βλέπουν και έτσι. Ότι έχεις την πετριά, αντί να κάνεις τη δουλειά σου ας πούμε... (Σ. 13).

Σε ένα τέτοιο κλίμα, οι συνεργασίες δεν ευνοούνται, ακόμη και στις περιπτώσεις που δύο εκπαιδευτικοί υλοποιούν προγράμματα στο σχολείο. Οι δάσκαλοι εργάζονται κατά βάση μόνοι τους, έχοντας ένα πρόγραμμα το οποίο χρειάζεται να «βγει» και δεν είναι πάντοτε εύκολο να βρεθούν κοινές ώρες.

Γιατί μπορεί, με τη σύνταξη του προγράμματος στην αρχή της χρονιάς, η ευέλικτη ζώνη που θα έχει ο καθένας να μην είναι κοινή ώρα και στα δύο τμήματα. Οπότε θα πρέπει να κάνουμε μικροαλλαγές στο πρόγραμμα ή τέλος πάντων όταν έχει ο ένας να κάνει και ο άλλος και να χάσει εκείνη την ώρα το μάθημά του και να το βάλει κάποια άλλη στιγμή (Σ. 10).

(...) Δεν είναι διαδεδομένη η διάθεση να συνεργάζεσαι και να μοιράζεσαι στον κλάδο μας. Υπάρχει λίγο αυτό το ο καθένας μόνος του ας πούμε, στην τάξη του και ό,τι κάνει να το κάνει μόνος του... Μπορεί και να υπάρχει αλλά είναι κάτι που δεν είναι πολύ διαδεδομένο όμως... Δηλαδή υπάρχει, γίνονται πράγματα, αλλά η μεγάλη πλειοψηφία δεν έχει τη διάθεση να συνεργαστεί, να κάνει πράγματα ομαδικά... μαζί... (Σ. 13).

9.2.4.2. Οι σχέσεις με τους γονείς

Όταν ζητήθηκε η συμμετοχή των γονέων σε κάποιο πρόγραμμα αγωγής υγείας, ήταν θετικά προδιατεθειμένοι και με διάθεση να βοηθήσουν. Η καλή ενημέρωση για το πρόγραμμα και τη συμβολή που μπορεί να έχουν οι γονείς σε αυτό διευκόλυνε πάρα πολύ τη συμμετοχή τους, πολύ δε περισσότερο όταν οι εκπαιδευτικοί φρόντιζαν να εμπλέξουν όσους γονείς είχαν επιπλέον γνώσεις ή εξειδίκευση σε ένα συγκεκριμένο θέμα (σχετικό με το πρόγραμμα). Γενικά, οι γονείς δεν εμφανίζονται στο σχολείο και είναι ευθύνη του εκπαιδευτικού να τους ενεργοποιήσει:

Οι γονείς των παιδιών. Εκεί μπαίνουμε στη διαδικασία να τους ενημερώσουμε τι κάνουμε... δεν τους θέλουμε αμέτοχους, έτσι; (Σ. 8).

Υπάρχουν πράγματι πολλές δυσκολίες τώρα, από δω και πέρα θα υπάρξουν πολλές περισσότερες με τους γονιούς. Τι γίνεται, όμως, αν δεν τους δεις και τους πεις ότι εδώ έχουμε αυτό, εκείνο, το άλλο;.. Το πρόγραμμα αυτό θα γίνει γι' αυτό τον σκοπό, το πρόγραμμα αυτό θα γίνει για τον άλλο σκοπό; Αν δεν τους έχεις στο μυαλό σου δεν θα εμφανιστούν... (Σ. 3).

Δυσκολίες στη σχέση εκπαιδευτικού και γονέα ανακύπτουν και στις περιπτώσεις στις οποίες υφίσταται ένα ζήτημα υγείας με κάποιο παιδί (τραυματισμός, πρόβλημα υγείας, συμπεριφορά κ.ά). Οι δάσκαλοι, από τη μια πλευρά, δεν μπορούν πάντοτε να διαχειριστούν καταστάσεις.

Αφού δεν είμαι και ψυχολόγος. Ίσως δεν είμαι και εγώ σε θέση να διαχειριστώ κάποια πράγματα και νιώθω ότι πιέζομαι κάποιες φορές (Σ. 1).

Δηλαδή, κάπου κι εμείς πια έχουμε αρχίσει να συγχέουμε τους ρόλους μας. Δηλαδή τι είμαστε; Ψυχολόγοι, παιδοψυχίατροι, γιατροί, νομικοί; Αστυνομικοί; Τι απ' όλα; Κοινωνικός λειτουργός; Οποσδήποτε (Σ. 8).

Οι γονείς, από την άλλη πλευρά, εμφανίζονται στο σχολείο συνήθως όταν υπάρχει κάποιο πρόβλημα. Η επικοινωνία σε αυτές τις περιπτώσεις είναι δυσχερής, καθώς οι μεν αναζητούν, ρητά ή άρρητα, ευθύνες από τους δε, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα πολύ δυσάρεστο κλίμα και οι εκπαιδευτικοί, συνήθως, υποχωρούν στις απαιτήσεις των γονέων για το καλό των παιδιών.

Ξέρετε πότε θα έρθουν; Και είναι πολύ σκληρό αυτό. Όταν το παιδί τους θα πάθει κάτι (Σ. 12).

Και συνήθως υποχωρούμε εμείς οι εκπαιδευτικοί και όχι οι γονείς. Για να έχουμε καλή συνεργασία. Εάν είναι για το καλό των παιδιών και του σχολείου, αυτό λέω και στους δασκάλους. Θα υποχωρήσουμε εμείς, θα δείξουμε κατανόηση, υποτίθεται ότι είμαστε και μορφωμένοι (Σ. 7).

9.2.4.3. Ο ρόλος της διεύθυνσης

Σε αυτό το πλαίσιο, ο ρόλος των διευθυντών μπορεί να είναι καταλυτικός. Με τη δική τους παρακίνηση και ενεργό υποστήριξη, οι δάσκαλοι νιώθουν την απαιτούμενη ασφάλεια να προχωρήσουν τις δραστηριότητες της αγωγής υγείας και τη διάθεση να επαναλάβουν το πρόγραμμα και την επόμενη χρονιά.

Ήταν πάρα πολύ καλό. Δηλαδή εγώ ήμουν πάρα πολύ ευχαριστημένη, γιατί με βοηθούσε και με τις φωτοτυπίες και με υλικό που ήθελα να αγοράσω. Έπρεπε να κάνω κάποια πράγματα μόνη μου. Εκείνη με είχε αφήσει να κάνω κάποια πράγματα εν λευκώ. Μου έλεγα πάρε εσύ και θα πληρώσει το σχολείο. Δηλ. μπορούσα να κάνω αυτό που ήθελα. Να παρουσιάσω αυτό που ήθελα με τον τρόπο που ήθελα. Ή, σε περίπτωση που θέλαμε να παρουσιάσουμε... δηλαδή, μάλλον για να κάνω κάποια πράγματα. Ενώ τώρα είχα αμέριστη συμπαράσταση και βοήθεια. Και περισσότερο ήταν η ηθική στήριξη, δηλαδή να ξέρεις ότι είναι και κάποιος άλλος που επικροτεί αυτό που κάνεις, που το βλέπει καλό που θέλει να σε βοηθήσει. Είναι πάρα πολύ σημαντικό (Σ. 1).

Η διεύθυνση κινητοποιεί, πολλές φορές, με το προσωπικό παράδειγμα, δίνοντας το στίγμα και την κατεύθυνση στους δασκάλους. Ο διευθυντής σπρώχνει, προωθεί, ενθαρρύνει και στηρίζει τους εκπαιδευτικούς στην προσπάθειά τους και μπορεί να εμπλέξει όλο το σχολείο σε αυτή τη διαδικασία, ακόμη και εκείνους που δεν είναι ιδιαίτερα «ζεστοί» με το αντικείμενο. Βέβαια, στην τελευταία περίπτωση, συναντά δυσκολίες, καθώς δεν είναι ευχάριστο να υποχρεώνεται ένας δάσκαλος να ασχοληθεί με κάτι που δεν τον ενδιαφέρει.

Αλλά τελικά τους μίλησα (από τη θέση της διευθύντριας), είπα ότι εγώ θα κάνω τα σχέδια, εγώ θα κάνω όλα τα projects, αρκεί να με βοηθήσετε. Και έτσι ξεκινήσαμε την πρώτη χρονιά και τώρα γίνονται κάθε χρόνο, χωρίς φόβο (Σ. 7).

Να σου απαντήσω από τη θέση του διευθυντή, δεδομένης της ευαισθησίας που έχω σε τέτοια θέματα, δεδομένου ότι οι συνάδελφοι στο σχολείο γνωρίζουν και την ιδιότητά μου την προηγούμενη, γνωρίζουν ότι χρόνια ασχολούμαι με αυτό το θέμα, από την αρχή της χρονιάς κυριολεκτικά τους πιπιλίζω το μυαλό... κάντε κάτι με την αγωγή υγείας κ.λπ., πέρυσι και ειδικά με αφορμή κάποια έντυπα που μας έστειλε το υπουργείο σχετικά με την κυκλοφοριακή αγωγή και δειλάζοντάς τους με τα πάρκα κυκλοφοριακής αγωγής, ότι μπορείτε να πάτε στα πάρκα κ.λπ., τους έπεισα να δηλώσουν ότι θα κάνουν ένα πρόγραμμα κυκλοφοριακής αγωγής. Από τα εννέα τμήματα του σχολείου, τα οποία είχαν δηλώσει και τα εννέα ότι θα κάνουν, μόνο δύο αφιέρωσαν τέσσερις διδακτικές ώρες στην κυκλοφοριακή αγωγή. Οι υπόλοιποι, με πρόσχημα ότι δεν προλαβαίνουμε, δεν το κάνανε... Εδώ πέρα βέβαια πρέπει να ξεκαθαρίσουμε κάτι έτσι... Όποιος δεν θέλει να ζυμώσει, λέει ο λαός, 40 μέρες κοσκινίζει... (Σ. 6).

Πιστεύω ότι δεν θέλουν να εμπλακούν, αλλά όσο και να συζητήσει, όσο και να προτείνει ένας διευθυντής, να ζητήσει τη συνεργασία όλων, εάν κάποιος δε θέλει, δεν μπορεί να του το επιβάλει. Πώς να του το επιβάλει δηλαδή; Θα το κάνεις με το ζόρι; Δεν γίνεται (Σ. 9). Όσο δε για να τους αναγκάσεις, σε αυτό το σχολείο, υπήρχαν δάσκαλοι που ένιωθαν δυσφορία, γιατί θεωρούσαν ότι έχει πάρει αυτή τη γραμμή το σχολείο και ότι τους εξαναγκάζουν και αυτοί δεν θέλουν... Θεωρούσαν ότι αν κάποιος θέλει να κάνει, εντάξει, αλλά αν κάποιος δεν θέλει, όχι. Και υπήρχε μια τέτοια άποψη, ας πούμε, ότι τους αναγκάζει η διευθύντρια και υπήρχαν κάποιες συγκρούσεις, μικρές όμως (Σ. 13).

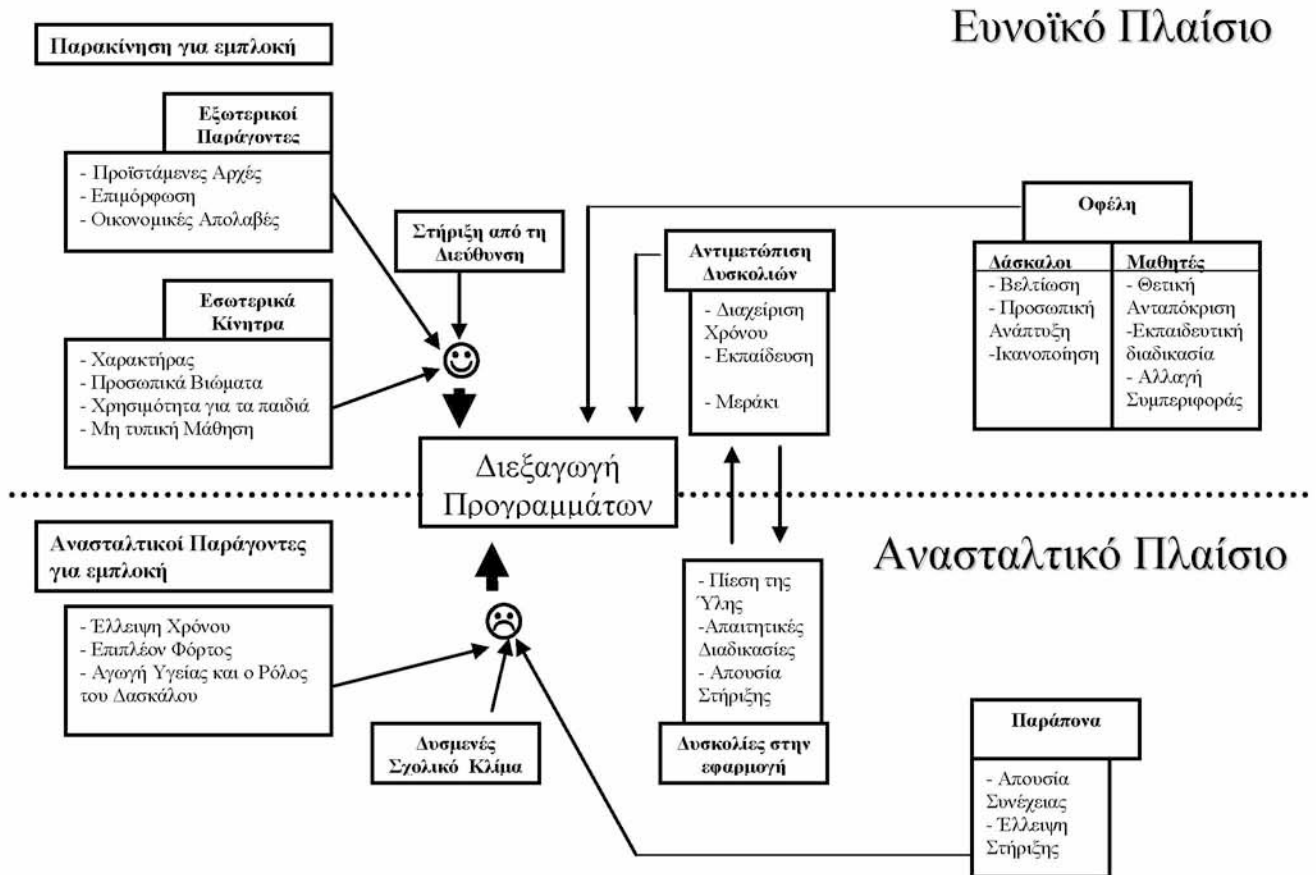
Ο διευθυντής, στο σημερινό σχολείο, δικαίως αναγνωρίζεται ως ηγέτης: έμμεσα ή άμεσα, μπορεί να επηρεάσει τις επιδόσεις των μαθητών και να κατευθύνει τις εσωτερικές σχολικές διαδικασίες, το σχολικό κλίμα, τις σχέσεις και τους πόρους του οργανισμού (Finnigan, 2010). Η ηγεσία στο σχολικό περιβάλλον και οι εκφάνσεις της έχουν μελετηθεί εκτενώς τις τελευταίες δεκαετίες και έχει τονιστεί ο ρόλος των εκπαιδευτικών με ηγετικές ικανότητες στην επιτυχία και τη βελτίωση των στόχων και του κλίματος ενός σχολείου (Vennebo & Ottesen, 2012). Τα λεγόμενα των εκπαιδευτικών, στην παρούσα έρευνα, επιβεβαιώνουν τον ρόλο που μπορεί να παίξει η διεύθυνση ενός σχολείου στην εφαρμογή ή μη εφαρμογή δράσεων και προγραμμάτων στη σχολική κοινότητα. Φαίνεται, πράγματι, ότι με τη συμπαράσταση της διεύθυνσης μπορεί να γίνουν θαύματα. Είναι πιθανό, όμως, οι διευθυντές να μην ενδιαφέρονται και να

(...) είναι τυπολάτρες και ανούσιοι. Πεθαίνουν για να νιώθουν ότι τους φωνάζουν διευθυντές, είναι αδιάφοροι οι περισσότεροι. Και ναι μεν είναι αδιάφοροι οι ίδιοι να ασχοληθούν, αλλά δεν βοηθάνε και σένα που μπορεί να θέλεις (Σ. 13).

Σε αυτές τις περιπτώσεις, εκπαιδευτικοί με όραμα και απόψεις για το εκπαιδευτικό έργο και τις καινοτόμους δραστηριότητες, μένουν αναξιοποίητοι, μόνοι και απογοητευμένοι, ιδιαίτερα όταν οι προσπάθειές τους δεν αναγνωρίζονται από τη σχολική κοινότητα και την προϊστάμενη αρχή. Μέσα από τις αφηγήσεις των δασκάλων, μπορεί κάποιος να αναρωτηθεί με ποιον τρόπο παίρνονται οι αποφάσεις σε ένα σχολείο, ποιος αποφασίζει τι θα γίνει και με ποιον τρόπο, πώς αξιοποιείται το ανθρώπινο δυναμικό και οι δυνατότητες που αυτό έχει για την καλύτερευση του σχολικού κλίματος και των μαθητικών επιδόσεων....

Η διεύθυνση αποτελεί τον ενδιάμεσο, μεταξύ των αποφάσεων και επιλογών της πολιτικής ηγεσίας και της σχολικής καθημερινότητας, όπως αυτή συμβαίνει στο σχολικό περιβάλλον (Finnigan, 2010). Η ηγεσία που θέλει τον διευθυντή έξω από την απομόνωση και την παντοδυναμία του ρόλου του, να αναζητά συνεργασίες, να επιδιώκει κοινούς σκοπούς και στόχους, να μοιράζεται την ευθύνη των αποφάσεων, να επενδύει στον σεβασμό και την υπευθυνότητα και να αναδεικνύει τους χαρισματικούς ηγέτες που μπορεί να υπάρχουν ανάμεσα στους συνεργάτες, έχει ανάγκη την ελάχιστη υποστήριξη των κεντρικών υπηρεσιών, μέσα από οδηγίες που θα στοχεύουν προς αυτή τη κατεύθυνση (Hughes & Pickeral, 2013). Αυτής της μορφής η ηγεσία, που θα διαχέεται και θα αλληλεπιδρά με όλες τις πτυχές της σχολικής καθημερινότητας, είναι το απαιτούμενο συστατικό για την επιτυχία και την αειφορία των καινοτόμων προγραμμάτων, όπως είναι η αγωγή υγείας. Είναι το δομικό στοιχείο του δημοκρατικού σχολείου, του σχολείου της προαγωγής της υγείας, του σχολείου της συμμετοχής και των συνεργασιών.

9.3 Σύνοψη



Σχεδιάγραμμα 1: Ευρήματα από τις συνεντεύξεις των εκπαιδευτικών

Διαμέσου της διαδικασίας συλλογής και επεξεργασίας των συνεντεύξεων με τους εκπαιδευτικούς, εξάχθηκαν μια σειρά ευρημάτων τα οποία παρουσιάζονται, συνοπτικά, στο Σχεδιάγραμμα 1. Σε αυτόν παρατηρούμε την ύπαρξη παραγόντων που δρουν ευνοϊκά ή ανασταλτικά στη διεξαγωγή προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας. Οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρούν και, με ανατροφοδοτικές διαδικασίες, επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την υλοποίηση προγραμμάτων στο σχολείο. Τα ευρήματα αυτά δίνουν μια λεπτομερή και επαρκή περιγραφή πολύπλοκων διεργασιών που αφορούν την εμπλοκή των εκπαιδευτικών στην αγωγή υγείας, τις σχέσεις τους με τους συναδέλφους και τις προϊστάμενες αρχές όπως, επίσης, την επίδραση των προγραμμάτων αγωγής υγείας στη σχολική καθημερινότητα. Τα συμπεράσματα, από αυτή τη φάση της έρευνας,

απαντούν στα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί στο στάδιο του σχεδιασμού και αξιοποιούνται στις επόμενες φάσεις του ερευνητικού έργου.

Αρχικά, επιβεβαιώθηκαν ευρήματα από άλλες ερευνητικές εργασίες, ιδιαίτερα σε σχέση με τη σημασία της εκπαίδευσης των δασκάλων στην αγωγή υγείας αλλά και τις δυσκολίες που συναντούν οι εκπαιδευτικοί κατά την εφαρμογή των προγραμμάτων. Πολύ νωρίς, ο St Leger (1998), είχε περιγράψει τη σημασία της κατάρτισης των εκπαιδευτικών στο αντικείμενο της αγωγής υγείας, προκειμένου να εξοικειωθούν με αυτό και να ενδυναμωθεί η συμμετοχή τους. Η εκπαίδευση είναι εφόδιο και κίνητρο στην εμπλοκή των δασκάλων στα προγράμματα, καθώς τους παρέχει δεξιότητες, τους βοηθά να κατανοήσουν καλύτερα το περιεχόμενο και τη φιλοσοφία των παρεμβάσεων, κινητοποιώντας τους, με αυτό τον τρόπο, ώστε να συνεχίσουν να τα υλοποιούν (Jourdan, 2011• Jourdan et al., 2008).

Ο περιορισμένος χρόνος αποτελεί κοινό εμπόδιο, για όλους τους εκπαιδευτικούς, στην εφαρμογή δράσεων αγωγής υγείας στο σχολείο και άλλων καινοτόμων δράσεων, γεγονός που επιτείνεται από την πίεση που ασκούν το αναλυτικό πρόγραμμα και άλλες δραστηριότητες (Ballet & Kelchtermans, 2009• Easthope & Easthope, 2000). Οι δάσκαλοι, στην παρούσα έρευνα, αναγνωρίζουν τον φόρτο της καθημερινότητας, βρίσκουν, όμως, τρόπους να αντιπαρέλθουν τις δυσκολίες και να παραμείνουν δραστήριοι και δημιουργικοί. Όπως αναφέρουν οι Ballet & Kelchtermans (2008), εάν οι εκπαιδευτικοί επιθυμούν να παραμείνουν «καλοί δάσκαλοι», υπεύθυνοι και δεσμευμένοι επαγγελματίες, είναι πολύ δύσκολο να απορρίψουν την εφαρμογή καινοτόμων δράσεων οι οποίες υπόσχονται την βελτίωση των μαθητών τους, κάτι που ισχύει και για τους εκπαιδευτικούς στη δική μας περίπτωση. Αυτό, πιθανώς, αποτελεί επιπλέον παράγοντα πίεσης, εσωτερικής και προσωπικής φύσεως, που σχετίζεται με την εικόνα και το κύρος που επιθυμεί ο εκπαιδευτικός για τον ίδιο. Βέβαια, η διαδικασία επηρεάζεται από πολλούς ενδιάμεσους παράγοντες, τόσο προσωπικούς (αντιλήψεις και νοσηματοδοτήσεις) όσο και του ευρύτερου σχολικού περιβάλλοντος (η αλληλεγγύη μεταξύ των δασκάλων, η προσωπικότητα του διευθυντή, η κουλτούρα εφαρμογής καινοτόμων δράσεων στο σχολείο κ.ά.) (Ballet & Kelchtermans, 2008).

Η βελτίωση του μαθησιακού κλίματος στην τάξη, από την εφαρμογή των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας, αποτελεί σημαντικό εύρημα, που αναφέρεται

και από τους Tjomasland et al.. Οι θετικές επιρροές των προγραμμάτων αποτελούν κίνητρο για τους εκπαιδευτικούς ώστε να συνεχίσουν την εφαρμογή των παρεμβάσεων, ενώ η ενδεχόμενη αποτυχία των προγραμμάτων ή η εκτίμηση των εκπαιδευτικών ότι οι παρεμβάσεις δεν θα είναι αποτελεσματικές μπορεί να έχουν το αντίθετο αποτέλεσμα. Η συμμετοχή, άρα, των εκπαιδευτικών σε αυτά τα προγράμματα μπορεί να ενδυναμωθεί με την αναγνώριση και διαχείριση των προσδοκιών και πεποιθήσεών τους, με τέτοιο τρόπο ώστε να μη δημιουργείται ένταση ανάμεσα στο πρόγραμμα και την καθημερινή πρακτική (Tjomasland et al., 2009). Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων, σχετικά με τη βελτίωση της υγείας ή την αλλαγή συμπεριφοράς των μαθητών, αναφέρεται μόνο ως παρατήρηση μέσα στη σχολική καθημερινότητα και όχι με συγκεκριμένες μετρήσεις ή δείκτες. Αυτό μπορεί να είναι αναμενόμενο, αφού οι εκπαιδευτικοί ίσως να μη γνωρίζουν τις μεθόδους και τις διαδικασίες αξιολόγησης των προγραμμάτων, όπως τις απαιτεί η ιατρική μεθοδολογία, αλλά δεν είναι και επιθυμητό, καθώς χρειάζεται η καταγραφή της επίδρασης των παρεμβάσεων στον μαθητικό πληθυσμό, αφού αυτός είναι ένας από τους βασικούς σκοπούς πραγματοποίησής τους. Η διαδικασία αυτή μπορεί να είναι δύσκολη και απαιτητική, για γιατρούς, άλλους επαγγελματίες υγείας και εκπαιδευτικούς, αλλά αποτελεί, επίσης, το σημείο συνάντησης και συνεργασιών για βελτιωμένες και δημιουργικότερες προσπάθειες.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η γενικότερη εικόνα που περιγράφουν οι εκπαιδευτικοί για τη σχολική αγωγή υγείας. Οι αντίξοες συνθήκες, που χαρακτηρίζονται από αλλαγές και αβεβαιότητα στις εργασιακές σχέσεις, και η απαιτητική καθημερινότητα, γεμάτη ευθύνες απέναντι στους γονείς, τους μαθητές αλλά και την υπηρεσία, δημιουργούν ένα αφιλόξενο περιβάλλον για την ενασχόληση με τα προγράμματα αγωγής υγείας. Η κατάσταση επιδεινώνεται, όταν το γενικότερο σχολικό κλίμα είναι αδιάφορο ή εχθρικό σε σχέση με καινοτόμα προγράμματα και ειδικότερα τη σχολική αγωγή υγείας, κάτι που γίνεται αντιληπτό από τη στάση της διεύθυνσης, την ειρωνεία των συναδέλφων και την απουσία υποστήριξης και ανταπόκρισης από τις προϊστάμενες υπηρεσίες. Η εφαρμογή των προγραμμάτων σε προαιρετική βάση, αποκτά χαρακτηριστικά ιδιαίτερης ενασχόλησης και όσοι εμπλέκονται σε αυτά, το κάνουν με μεράκι, φιλότητα και αγάπη για τα παιδιά και το αντικείμενο. Φαίνεται, επίσης, να βρίσκονται σε βουβή αντιπαράθεση, με τους συναδέλφους που δεν ενδιαφέρονται να προσφέρουν περισσότερο

σε μαθητές και σχολείο και χρησιμοποιούν την πίεση των μαθημάτων ως δικαιολογία για να μην ασχολούνται. Σε ένα τέτοιο πλαίσιο, οι εκπαιδευτικοί μπορεί να νιώθουν απογοητευμένοι και απομονωμένοι, ενώ, αντίθετα, όταν υπάρχει υποστήριξη από την διεύθυνση και αρμονικές συνεργασίες με συναδέλφους και γονείς, τότε η όλη διαδικασία έχει μόνο θετικά αποτελέσματα.

Συμπερασματικά, οι εκπαιδευτικοί εκτιμούν ότι τα σημαντικότερα οφέλη από την εφαρμογή προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας σχετίζονται με τη βελτίωση:

- του μαθησιακού κλίματος,
- των δασκάλων, διαμέσου των δεξιοτήτων που απέκτησαν και των ικανοτήτων που ανέπτυξαν,

- των μαθητών, ιδιαίτερα μέσα από τη βιωματική μάθηση και την ομαδική εργασία.

Οι δυσκολίες στην εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων σχετίζονται με:

- τον περιορισμένο χρόνο και τον φόρτο εργασίας, εξαιτίας του αναλυτικού προγράμματος,

- τις απαιτήσεις του αντικείμενου (οργάνωση, συντονισμός, παρουσίαση, αξιολόγηση),

- την απουσία υποστήριξης από τις υπηρεσίες ή τη διεύθυνση του σχολείου.

Η συμμετοχή των εκπαιδευτικών στη σχολική αγωγή υγείας, ευνοείται από την κατάρτιση-εκπαίδευση και την εμπειρία στο αντικείμενο, την παρακίνηση από τη διεύθυνση ή τους υπεύθυνους αγωγής υγείας, ενώ ως σημαντικότερα κίνητρα για την εμπλοκή στην υλοποίηση προγραμμάτων αναφέρονται η προσφορά στους μαθητές και η ανταπόκριση στο καθήκον και στον ρόλο τους ως εκπαιδευτικών.

Ο ηγετικός ρόλος της διεύθυνσης των σχολείων συσχετίζεται άμεσα με την εφαρμογή και την επιτυχία των προγραμμάτων, ενώ οι σχέσεις με τους συναδέλφους και τους γονείς, προκειμένου να είναι δημιουργικές και συνεργατικές, απαιτούν την κινητοποίηση και την εγρήγορση των εκπαιδευτικών.

9.4 Περιορισμοί της έρευνας

Στην πρώτη φάση της έρευνας, έγινε προσπάθεια να καταγραφούν οι απόψεις εκπαιδευτικών για ζητήματα σχετικά με την υλοποίηση προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας. Όπως ήδη ειπώθηκε, η ποιοτική έρευνα έχει στόχο να παρουσιάσει την

πολυπλοκότητα μιας κατάστασης και να προσφέρει μια βαθιά εικόνα ενός φαινομένου. Προκειμένου, όμως, να εξαχθούν ασφαλείς διαπιστώσεις και συμπεράσματα, είναι σημαντικό τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των συνεντεύξεων να προσεγγιστούν με προσοχή. Η αιτία για αυτό είναι πως η έρευνα έχει συγκεκριμένους περιορισμούς, οι οποίοι προσδιορίζουν την ανάγνωση των αποτελεσμάτων.

Ο πρώτος περιορισμός, σχετίζεται με την επιλογή του δείγματος των εκπαιδευτικών, σε σχέση με τον τόπο εργασίας. Περισσότεροι από τους μισούς δασκάλους της χώρας απασχολούνται στο λεκανοπέδιο της Αττικής, το οποίο αντιπροσωπεύτηκε ελάχιστα στην έρευνα. Σχεδόν όλοι οι εκπαιδευτικοί που συμμετείχαν ήταν από την περιφέρεια και, κατά συνέπεια, η εικόνα που παρουσιάζεται μπορεί να αφορά την πραγματικότητα των σχολείων αυτής της περιοχής της χώρας και όχι της πρωτεύουσας.

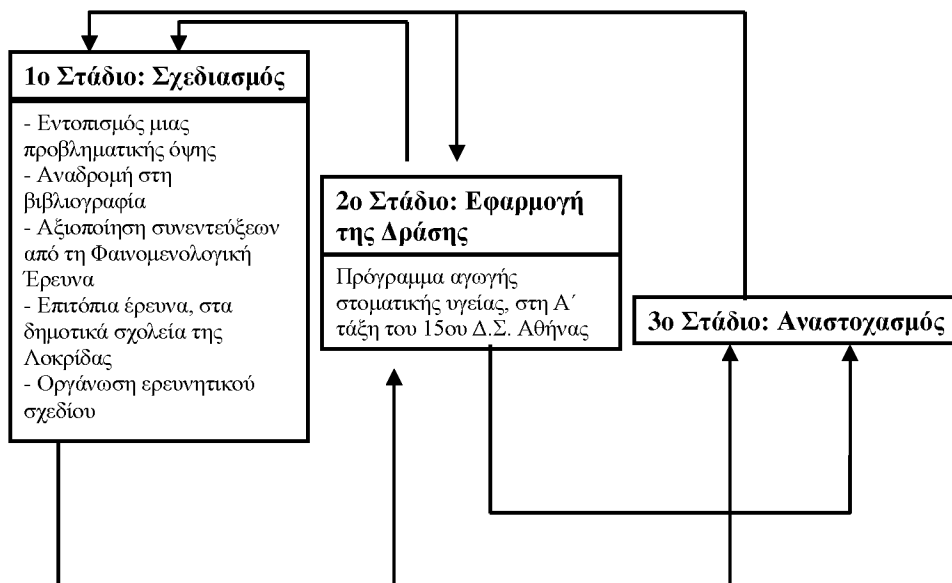
Η επιλογή των δασκάλων, σε σχέση με την ενασχόλησή τους με την σχολική αγωγή υγείας, αφήνει την ομάδα των εκπαιδευτικών που δεν έχουν υλοποιήσει προγράμματα ή έχουν ασχοληθεί σε περιορισμένο βαθμό εκτός του πεδίου της έρευνας. Οι απόψεις τους για το αντικείμενο δεν καταγράφονται, αντίθετα οι θέσεις και οι πεποιθήσεις τους περιγράφονται από εκείνους τους συναδέλφους που ασχολούνται με την αγωγή υγείας, με αποτέλεσμα η εικόνα που εμφανίζεται να είναι πιθανόν μονομερής και αρνητικά φορτισμένη.

Στην έρευνα δεν συμμετείχαν εκπαιδευτικοί που έχουν θέση υπεύθυνου αγωγής υγείας ή σχολικών δραστηριοτήτων, στα κατά τόπους γραφεία της πρωτοβάθμιας, όπως επίσης θέσεις σχολικών συμβούλων ή μπορεί να είναι μέλη διοικητικού συμβουλίου κάποιου συλλογικού οργάνου, σχετικού με την αγωγή υγείας (π.χ. Πανελλήνιος Σύλλογος Εκπαιδευτικών Αγωγής Υγείας). Είναι πιθανό, οι απόψεις αυτών των εκπαιδευτικών να συνέβαλλαν σε μια περισσότερο ολοκληρωμένη εικόνα, αναφορικά με τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας και τα θεσμικά ή/και οργανωτικά ζητήματα που ανακύπτουν κατά την υλοποίησή τους.

Κεφάλαιο 10. Συνεργασία εκπαιδευτικών και υγειονομικών: μια Έρευνα-Δράση

10.1 Η επιλογή της μεθόδου Έρευνα-Δράση

Στο παρόν ερευνητικό έργο, η κατανόηση των τρόπων συνεργασίας, μεταξύ υγειονομικών και εκπαιδευτικών, σε ένα πρόγραμμα σχολικής αγωγής υγείας, αποτέλεσε βασικό ερευνητικό ερώτημα και η προσέγγιση που επιλέχθηκε για την διερεύνησή του ήταν αυτή της Έρευνας-Δράσης. Ο συμμετοχικός χαρακτήρας της μεθόδου και ο προσανατολισμός της στη βελτίωση μιας πρακτικής, κάνουν την Έρευνα-Δράση ιδεατή μέθοδο για τη μελέτη του συγκεκριμένου θέματος. Επιλέχθηκε να πραγματοποιηθεί ένας κύκλος δράσεων, όπως αναφέρεται συνήθως η διαδικασία της μεθόδου, ο οποίος μπορεί, αδρά, να χωριστεί σε τέσσερις φάσεις, οι οποίες διαδέχονται η μία την άλλη, δίχως όμως να αποτελούν διακριτές ενότητες. Τα τρία στάδια, όπως περιγράφηκαν προηγούμενα (σελ. 85) είναι αυτά του Σχεδιασμού, της Εφαρμογής της Δράσης και του Αναστοχασμού, η υλοποίηση των οποίων παρουσιάζεται, αναλυτικά, στη συνέχεια.



Σχεδιάγραμμα 2. Οι τρεις φάσεις της Έρευνας-Δράσης

Ο ρόλος του ερευνητή στην Έρευνα-Δράση δεν είναι αυτός του αντικειμενικού παρατηρητή, αλλά του δρώντος υποκειμένου. Συμμετέχει σε όλες τις φάσεις της διαδικασίας και αναζητά την αλληλεπίδραση και τη συνεργασία, προκειμένου να βελτιώσει μια κατάσταση ή μια προσωπική πρακτική. Εμπλέκεται δυναμικά, έχοντας της δική του ιστορία και εμπειρία ζωής, πάνω στην οποία αναστοχάζεται, τη μετασηματίζει ή την αναπτύσσει. Όλα τα παραπάνω επηρεάζουν όχι μόνο τις διαδικασίες που ακολουθούνται, αλλά και τον τρόπο παρουσίασης των ευρημάτων και των διαπιστώσεων που έπονται. Έτσι, η συχνή χρησιμοποίηση του α' ενικού προσώπου, στην καταγραφή των συμβάντων και της διεργασίας, εξυπηρετεί την αμεσότητα στην περιγραφή μιας κατάστασης και υποδηλώνει την ενεργητική συμμετοχή των συντελεστών σε όλη τη διαδικασία (McNiff, 1996).

Σε αυτό το πλαίσιο, γίνεται μια μικρή αναφορά στην εμπειρία του ερευνητή σχετικά με τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας, η οποία έχει ως αφετηρία τα πρώτα χρόνια της αποφοίτησης από το Πανεπιστήμιο (1990). Οι πρώτες επισκέψεις σε σχολεία έγιναν στα μέσα της δεκαετίας του '90 (1995-96), όταν συμμετείχε σε προγράμματα πρόληψης, τα οποία διοργανώθηκαν από τον δήμο του Αιγάλεω. Τα επόμενα χρόνια, έλαβε μέρος σε διαφορετικά προγράμματα, στο ίδιο πάντοτε αντικείμενο, με διοργανωτές την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία (ΕΟΟ, 2013), τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Αττικής (όπου υπήρξε μέλος της Επιτροπής Πρόληψης), την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Dimitriadis et al. 2002• Δημητριάδης και συν. 1998), ενώ τα τελευταία χρόνια, από τη θέση του επιμελητή στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, υλοποιεί προγράμματα αγωγής της στοματικής υγείας στα σχολεία και στην κοινότητα³ (2010 έως σήμερα). Η νομοθεσία περιγράφει σαφώς το αντικείμενο εργασίας των οδοντιάτρων που εργάζονται σε μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (κυρίως τα Κέντρα Υγείας) (Υπουργείο Υγείας, 1988) και διαμέσου των χρόνων (από το 1987 έως και τα τέλη της δεκαετίας του '90) έγιναν πολλές προσπάθειες να προσδιοριστεί το περιεχόμενο αυτών των δραστηριοτήτων (Λαμπαδάκης, Φανδρίδης, & Δαμασκηνού, 1999• Υπουργείο Υγείας, 1995). Παρ' όλα αυτά, οι επισκέψεις των οδοντιάτρων του ΕΣΥ σε σχολικές μονάδες,

³ Η άσκηση της οδοντιατρικής στα Κέντρα Υγείας ανήκει στο επιστημονικό πεδίο της Δημόσιας Οδοντιατρικής Υγείας. Η Δημόσια Οδοντιατρική Υγεία (Dental Public Health) είναι η επιστήμη που ειδικεύεται στην πρόληψη και τον έλεγχο των νοσημάτων του στόματος, όπως, επίσης στην προαγωγή της στοματικής υγείας, διαμέσου οργανωμένων προσπαθειών της κοινότητας. Είναι το είδος της οδοντιατρικής όπου ως ασθενής νοείται λιγότερο το άτομο και περισσότερο η κοινότητα (Burt & Eklund, 1992).

όπως και η πλειονότητα των οδοντιατρικών προγραμμάτων στη χώρα, βασίστηκε περισσότερο στη διάθεση συγκεκριμένων ατόμων (ή φορέων) να προσφέρουν ανάλογα με τις δυνατότητές τους και λιγότερο στη μεθοδευμένη εφαρμογή των παρεμβάσεων (Δημητριάδης, Κωνσταντινίδης, & Ντόκος, 2009· Τσομπανίκου, 1994).

10.2 Πρώτο Στάδιο: Σχεδιασμός

10.2.1 Εντοπισμός μιας προβληματικής όψης και προσδιορισμός ερευνητικού ερωτήματος

Η επιδίωξη συνεργασιών στα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας και προαγωγής της υγείας βρίσκεται στον πυρήνα αυτών των προσπαθειών. Είτε πρόκειται για τη συμμετοχή των μαθητών (ομαδοσυνεργατική προσέγγιση), για το σχολείο, τους γονείς ή και εξωσχολικούς φορείς, η καλή συνεργασία ανάμεσα στους εμπλεκόμενους αποτελεί ταυτόχρονα δομικό υλικό και ευκαταίο αποτέλεσμα. Οι αρμονικές συνεργασίες ευνοούν τη διάχυση των δράσεων στη σχολική κοινότητα, ενδυναμώνουν την αποτελεσματικότητά τους και βοηθούν στην ευρύτερη εφαρμογή τους.

Οι συνεργασίες ανάμεσα σε εκπαιδευτικούς και υγειονομικούς, όπως συζητήθηκε σε προηγούμενες ενότητες, εμφανίζουν συγκεκριμένη δυναμική, η οποία μάλλον αποτρέπει παρά υποστηρίζει την ανάπτυξή τους (St Leger, 1999). Η μελέτη αυτής της σχέσης αποτελεί μέρος του παρόντος ερευνητικού έργου και το ερώτημα που προσδιορίστηκε σχετικά με τους στόχους της Έρευνας-Δράσης είναι: *τι εννοεί την αρμονική συνεργασία εκπαιδευτικών και υγειονομικών στην υλοποίηση προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας;*

Προκειμένου να διερευνηθεί διεξοδικότερα η προβληματική όψη και να εφαρμοστούν οι απαιτούμενες δράσεις, για τις ανάγκες της έρευνας, επιλέχθηκε ένα συγκεκριμένο πεδίο των προγραμμάτων της σχολικής αγωγής υγείας και πιο συγκεκριμένα η υλοποίηση δράσεων με θέμα τη στοματική υγεία. Οι βασικοί λόγοι που οδήγησαν στην επιλογή του συγκεκριμένου αντικείμενου (στοματική υγεία) ήταν οι εξής:

- Τα προγράμματα αγωγής στοματικής υγείας εφαρμόζονται για πολλές δεκαετίες στα σχολεία της χώρας, με πρωτοβουλία είτε εκπαιδευτικών είτε οδοντιατρικών φορέων. Οι δάσκαλοι είναι αρκετά εξοικειωμένοι με το αντικείμενο, η σπουδαιότητα των

παρεμβάσεων για την υγεία των παιδιών δεν αμφισβητείται από τη σχολική κοινότητα και τους γονείς, ενώ είναι πιθανό πολλοί εκπαιδευτικοί να έχουν συνεργαστεί στο παρελθόν με οδοντίατρους στην υλοποίηση παρόμοιων δράσεων.

- Στη θεματολογία της στοματικής υγείας υπάρχει πλούσιο εκπαιδευτικό υλικό για μαθητές, εκπαιδευτικούς και οδοντίατρους εξίσου, γεγονός που δίνει τη δυνατότητα επιλογής συγκεκριμένων μεθόδων και τεχνικών, που θα ταιριάζουν με την ηλικία των μαθητών και τις συνθήκες της σχολικής καθημερινότητας (ADA, 2005).

- Το αντικείμενο επαγγελματικής απασχόλησης του ερευνητή είναι αυτό της οδοντιατρικής στην κοινότητα, μέσα από τη θέση που κατέχω ως Οδοντίατρος, Επιμελητής Κέντρου Υγείας, από το 2008 έως σήμερα. Βασικό καθήκον και ευθύνη των οδοντιάτρων που απασχολούνται στα Κέντρα Υγείας είναι η παρακολούθηση, η πρόληψη και η βελτίωση της στοματικής υγείας του μαθητικού πληθυσμού μιας περιοχής. Με αυτό τον τρόπο, θεωρητικά τουλάχιστον, δίνεται η ευκαιρία να οργανώνονται προγράμματα, να παρέχονται υπηρεσίες και να γίνονται οι ανάλογες παρεμβάσεις, σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού. Οι οδοντιατρικές μονάδες των Κέντρων Υγείας (σχεδόν αποκλειστικά στην περιφέρεια της χώρας) εγκατέστησαν σχέσεις με τις σχολικές μονάδες της κάθε περιοχής και πραγματοποίησαν, για αρκετά χρόνια, σημαντικό έργο στον τομέα της πρόληψης και της περίθαλψης. Ο οδοντίατρος έγινε συχνός και ευπρόσδεκτος επισκέπτης στα σχολεία και η παρουσία του αποτέλεσε υπενθύμιση, στη σχολική κοινότητα, για τη σημασία της φροντίδα του στόματος (Λαμπαδάκης και συν., 1999• Τσομπανίκου, 1994).

Η επιλογή του συγκεκριμένου αντικειμένου θα έδινε τη δυνατότητα να μελετηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συνεργασία ανάμεσα σε εκπαιδευτικούς και υγειονομικούς και, παράλληλα, να βελτιωθούν πλευρές της πρακτικής που εφαρμόζεται από τον ερευνητή, αναφορικά με την υλοποίηση αυτών των δράσεων στα σχολεία.

Έτσι, μετά τον εντοπισμό της προβληματικής όψης και τον προσδιορισμό του ερευνητικού ερωτήματος, ξεκίνησε η συλλογή πληροφοριών και ο σχεδιασμός της έρευνας.

10.2.2 Αναδρομή στη βιβλιογραφία

Τα ζητήματα συνεργασίας εκπαιδευτικών και υγειονομικών, όπως αναφέρθηκε, δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς και η αναφορά σε αυτά γίνεται κυρίως στο επίπεδο των οδηγιών (WHO, 1996b & 1997a) και των παρατηρήσεων, αναφορικά με την επίδραση που μπορεί να έχουν στην επέκταση της εφαρμογής των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας (St Leger, 1999) (σελ. 60-62).

Κατά βάση, τα προγράμματα αγωγής στοματικής υγείας σε σχολεία περιλαμβάνουν οδοντοστοματολογική εξέταση των μαθητών, εφαρμογή φθοριούχων (προαιρετικά) και διαλέξεις στις τάξεις για τη φροντίδα της στοματικής υγείας και τα σημαντικότερα νοσήματα του στόματος. Παρ' όλο που σε ορισμένες χώρες η οδοντιατρική ομάδα βρίσκεται μέσα στο σχολικό περιβάλλον (π.χ Δανία) (Δημητριάδης & Petersen, 2002) και η συνεργασία των δύο ευνοείται και υποστηρίζεται θεσμικά, στις περισσότερες περιπτώσεις η ισότιμη συμμετοχή εκπαιδευτικών και οδοντιάτρων, σε όλα τα στάδια πραγματοποίησης ενός προγράμματος αγωγής στοματικής υγείας, είναι μάλλον σπάνιο φαινόμενο.

Τα προγράμματα σχεδιάζονται και υλοποιούνται, συνήθως, από εξωσχολικούς φορείς και, σε κάποιες περιπτώσεις, σε συνεργασία με εταιρείες που δραστηριοποιούνται στον χώρο των προϊόντων φροντίδας της στοματικής υγείας (Ουλής και συν., 2007). Τις περισσότερες φορές, οι εκπαιδευτικοί, οι μαθητές και η διεύθυνση του σχολείου χρειάζεται να συνεργαστούν σε ένα πρόγραμμα, στο οποίο έχουν περιορισμένη ή και καθόλου εμπλοκή όσον αφορά τον σχεδιασμό και την οργάνωσή του. Η συνεργασία αυτή μπορεί να περιλαμβάνει τις επισκέψεις οδοντιάτρων σε σχολεία, την εξέταση των μαθητών σε κινητές οδοντιατρικές μονάδες, την ενημέρωση γονέων πριν από την εξέταση, την παρουσία κάποιου οδοντίατρου στην τάξη, τη συγκέντρωση των μαθητών σε μια μεγάλη αίθουσα για να «τους μιλήσουν οι γιατροί» και, φυσικά, τη διαχείριση όλων των ζητημάτων που σχετίζονται με αυτές τις επισκέψεις (συμμετοχή των μαθητών, διατάραξη του σχολικού προγράμματος, ενημέρωση γονέων, αδειοδότηση κ.λπ.). Η εκστρατεία των ειδικών στα σχολεία δεν στέφεται πάντοτε με επιτυχία, καθώς αναδύονται πολλά και διαφορετικά ζητήματα τα οποία, συνήθως, διευθετούνται επιτόπου, σε ένα πλαίσιο αμοιβαίας υποχώρησης. Το μοντέλο αυτό είναι πολύ κοντά

στην κατάσταση που περιγράφει ο St Leger (1999), όταν αναφέρεται στις σχέσεις του χώρου της υγείας με εκείνον της εκπαίδευσης.

Εκτός από την επαγγελματική εμπειρία του ερευνητή και τα ερευνητικά ή άλλα δεδομένα της βιβλιογραφίας, κρίθηκε σκόπιμο να συλλεχθούν επιπλέον πληροφορίες, μέσα από την εφαρμογή προγράμματος στοματικής υγείας σε δημοτικά σχολεία της Λοκρίδας, προκειμένου να υπάρξει πληρέστερη εικόνα της κατάστασης στα σχολεία, που θα βοηθούσε στον αρτιότερο σχεδιασμό της Δράσης.

10.2.3 Συλλογή δεδομένων - Επιτόπια έρευνα στα δημοτικά σχολεία Λοκρίδας

Αναλαμβάνοντας καθήκοντα ως οδοντίατρος-επιμελητής, στο Κέντρο Υγείας της Αταλάντης (2010), χρειάστηκε να οργανωθούν, από τον ερευνητή, παρεμβάσεις στα σχολεία της περιοχής. Έως και λίγα χρόνια πριν, ο οδοντίατρος που υπηρετούσε στη συγκεκριμένη θέση είχε πραγματοποιήσει σημαντικό έργο στον τομέα της πρόληψης, με επαναλαμβανόμενες ετήσιες επισκέψεις στα σχολεία, εξέταση του μαθητικού πληθυσμού, φθοριώσεις και ενημέρωση γονέων και παιδιών.

Η ανάγκη πραγματοποίησης επισκέψεων στις σχολικές μονάδες, στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του οδοντιατρείου, αποτέλεσε εξαιρετική ευκαιρία έτσι ώστε να διερευνηθούν τα ζητήματα συνεργασίας με τη σχολική κοινότητα, όπως είχαν τεθεί σε προηγούμενο στάδιο. Έτσι, υλοποιήθηκε, από τον Σεπτέμβριο έως και τον Δεκέμβριο του 2010, ένα πρόγραμμα αγωγής στοματικής υγείας στα δημοτικά σχολεία της περιοχής, με κεντρικούς στόχους την καταγραφή της στοματικής υγείας του μαθητικού πληθυσμού (6-12 ετών) και την ευαισθητοποίηση μαθητών και σχολικής κοινότητας στη φροντίδα της στοματικής υγείας. Οι δράσεις θα αφορούσαν:

- την οδοντοστοματολογική εξέταση των μαθητών,
- την ενημέρωση των γονέων (με επιστολή για τα ευρήματα της εξέτασης) και
- την αγωγή στοματικής υγείας στην τάξη.

Αναφορικά με τους στόχους της έρευνας, δόθηκε βαρύτητα στα θέματα συνεργασίας με τη σχολική κοινότητα και, πιο συγκεκριμένα, χρειάστηκε να διερευνηθούν τα παρακάτω ερωτήματα:

- Με ποιες διαδικασίες εξασφαλίζεται η καλύτερη συνεργασία της σχολικής κοινότητας;

- Ποια είναι η ανταπόκριση των εμπλεκόμενων (διεύθυνση του σχολείου, δάσκαλοι, μαθητές) στις επισκέψεις του οδοντίατρου στα σχολεία και τις τάξεις;

- Ποιες όψεις της διαδικασίας χρειάζονται ενδυνάμωση και ποιες μπορεί να αξιοποιηθούν για τη βελτίωση της κατάστασης;

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων, κρατήθηκε ένα ημερολόγιο δράσεων, το οποίο, εκτός από την καταγραφή των συμβάντων, είχε και αναστοχαστικό χαρακτήρα σχετικά με τη διαδικασία, το πλαίσιο και τις σχέσεις που αναπτύχθηκαν.

Συνολικά έγιναν επισκέψεις σε όλες τις σχολικές μονάδες (12) της περιοχής ευθύνης του Κέντρου Υγείας Αταλάντης, το οποίο βρίσκεται στην επαρχία Λοκρίδας, του Νομού Φθιώτιδας. Στα σχολεία περιλαμβάνονται μονάδες που βρίσκονται μέσα στις πόλεις (Αταλάνη, Μαλεσίνα κ.ά.) και σε απομακρυσμένα χωριά (Ζέλι, Κυρτώνη). Τα περισσότερα σχολεία ήταν εξαθέσια, ενώ τα πιο απομακρυσμένα διθέσια ή τριθέσια (σχολικό έτος 2010-11). Συνολικά εξετάστηκαν και δόθηκαν οδηγίες σε περίπου 1.000 παιδιά (Παράρτημα Γ).

10.2.3.1 Αποτελέσματα από την επιτόπια έρευνα στα δημοτικά σχολεία Λοκρίδας

Τα αποτελέσματα της παρέμβασης στα σχολεία, όπως καταγράφηκαν στο ημερολόγιο, μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε δύο ενότητες: η πρώτη αφορά *διαδικαστικά* ζητήματα και η δεύτερη *ζητήματα σχέσεων* με τη σχολική κοινότητα.

1. Ζητήματα διαδικασίας

Σε αυτά περιλαμβάνονται όλες οι ενέργειες που απαιτούνται έτσι ώστε να είναι δυνατή η πρόσβαση ενός οδοντίατρου και η εφαρμογή του προγράμματος στις σχολικές μονάδες. Η αποστολή ενημερωτικής αλληλογραφίας στο Γραφείο Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης Φθιώτιδας για τη χορήγηση άδειας, η ενημέρωση των διευθυντών των σχολικών μονάδων για το καθορισμό της ημερομηνίας επίσκεψης στα σχολεία και η ενημέρωση των γονέων για τα ευρήματα από την εξέταση των παιδιών ήταν οι πιο βασικές διαδικασίες που χρειάστηκε να πραγματοποιηθούν για την ομαλή ροή του προγράμματος. Στο τέλος της σχολικής χρονιάς, έκθεση με τον τίτλο «Η κατάσταση της

στοματικής υγείας του παιδικού πληθυσμού της περιοχής της Λοκρίδας: τερηδονική προσβολή και δείκτες αναγκών»⁴, στάλθηκε στις σχολικές μονάδες και στην 5η Υγειονομική Περιφέρεια, προκειμένου να ενημερωθούν για το πρόγραμμα και τα αποτελέσματά του η τοπική εκπαιδευτική κοινότητα και οι αρμόδιες υπηρεσίες υγείας.

Οι παραπάνω διαδικασίες, αν και απαιτητικές και χρονοβόρες, κρίνονται πολύ σημαντικές για την ομαλή εφαρμογή του προγράμματος καθώς:

α. Η τήρηση και εφαρμογή των απαιτούμενων ενεργειών, η οποία αποδεικνύεται συνήθως μέσα από σφραγίδες και αριθμούς πρωτοκόλλου, δείχνει σοβαρότητα και σεβασμό απέναντι στον τρόπο που είναι οργανωμένη η σχολική κοινότητα. Πολλοί διευθυντές και εκπαιδευτικοί, αισθάνονται περισσότερο ασφαλείς όταν επιδεικνύεται η σχετική άδεια από την υπηρεσία, καθώς φεύγει ένα μεγάλο μέρος ευθύνης από πάνω τους, ευθύνη που αφορά τόσο την προϊστάμενη αρχή όσο και τους γονείς των παιδιών. β. Η λεπτομερής, γραπτή και τυποποιημένη ενημέρωση της σχολικής κοινότητας (διευθυντές, εκπαιδευτικοί, γονείς και μαθητές) για το πρόγραμμα αποτελεί το προοίμιο για τις επόμενες δραστηριότητες και διευκολύνει την παρουσία του οδοντίατρου στο σχολείο. Στην περίπτωση που ο οδοντίατρος/επισκέπτης είναι άγνωστος, είναι απαραίτητο να δίνει όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για το ποιος είναι, τι θέλει να κάνει και με ποιον τρόπο θα επηρεαστεί η σχολική καθημερινότητα από τις δράσεις του προγράμματος.

2. Ζητήματα σχέσεων με τη σχολική κοινότητα

Οι σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στους συντελεστές και τους εμπλεκόμενους σε ένα πρόγραμμα σχολικής αγωγής υγείας, παρ' όλο που αποτελούν σημαντική παράμετρο για την επιτυχία ή όχι της παρέμβασης, σπάνια γίνονται αντικείμενο μελέτης ή παρατήρησης. Στην παρούσα εργασία, η επαφή με τη σχολική κοινότητα έφερε στην επιφάνεια αρκετά ζητήματα συμπεριφοράς, επικοινωνίας και συνεργασίας, όπως αυτά εκφράστηκαν κατά τη διάρκεια των επισκέψεων στα σχολεία.

α. Ο ρόλος της διεύθυνσης

Η διεύθυνση κάθε σχολείου ήταν ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την αποδοχή μου από παιδιά και εκπαιδευτικούς και τη δημιουργική παρουσία στις τάξεις. Γενικά, όσο πιο θετικά προδιατεθειμένη ήταν η διεύθυνση στο πρόγραμμα, τόσο πιο

⁴ Διαθέσιμο στο <https://drive.google.com/file/d/0B92Q9TQ0hAmFRmgzcWNJX2ZIOE0/edit?usp=sharing>

εύκολη, με λιγότερα προβλήματα και δημιουργική ήταν η επίσκεψη στο σχολείο. Ο διευθυντής (ή η διευθύντρια) έδινε τον τόνο και τον ρυθμό και ο τρόπος με τον οποίο με υποδεχόταν ή μιλούσε στα παιδιά και στους δασκάλους για την επίσκεψή μου προσδιόριζε, σε μεγάλο βαθμό, την ατμόσφαιρα και το σχολικό κλίμα. Υπήρξαν περιπτώσεις πολύ θερμής υποδοχής, όπου η διεύθυνση, για παράδειγμα, μίλησε στο προαύλιο για τη σημασία της στοματικής υγείας και τη σπουδαιότητα της επίσκεψης του οδοντίατρου, ζητώντας τη συνεργασία και τη θετική ανταπόκριση όλων. Στα διαλείμματα, εκδηλωνόταν έντονο ενδιαφέρον για την προσπάθεια που καταβάλλω και υπήρχε ένα υποστηρικτικό κλίμα, που διευκόλυνε πάρα πολύ το έργο μου. Σε άλλες περιπτώσεις, η υποδοχή ήταν παγερή έως και εχθρική, γεγονός που εκδηλωνόταν με παρατηρήσεις όπως «είμαστε πολύ πιεσμένοι αυτό τον καιρό και ελπίζω να μην πάρει πολύ χρόνο η όλη διαδικασία» ή «πού να βρούμε αίθουσα τώρα για εξέταση...». Σε αυτές τις συνθήκες, η επίσκεψη ήταν μια δυσάρεστη εμπειρία και, συνήθως, η συνεργασία με τα παιδιά και τους δασκάλους ήταν πολύ απαιτητική.

β. Η διαχείριση της τάξης

Οι σχέσεις με τα παιδιά, αποδείχτηκαν εξίσου απαιτητικές, αλλά με διαφορετικό τρόπο. Μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις που χρειάστηκε να αντιμετωπίσω ήταν η αδιαφορία και η διαρκής αταξία μέσα στην τάξη όταν γινόταν η συζήτηση. Μερικές φορές, ήταν αδύνατον για τα παιδιά να συνεργαστούν, αφού κορόιδευαν και διέκοπταν συνέχεια. Αυτό ήταν απογοητευτικό, άδικο για όσους μαθητές ήθελαν να παρακολουθήσουν και πολύ κουραστικό. Όταν όλη η τάξη ήταν εκτός ελέγχου, τότε ήταν σαφές πως ένα μέρος της ευθύνης για τον τρόπο που αξιοποιείται το δυναμικό των μαθητών ανήκε στον εκπαιδευτικό. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η παρέμβασή μου ήταν πολύ περιορισμένη και η παρουσία μου στην τάξη δυσχερής και ελάχιστα δημιουργική. Η σημαντικότερη διαπίστωση ήταν πως η έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων από μέρους μου, αναφορικά με τους διαφορετικούς τρόπους χειρισμού των μαθητών, αλλά και οι περιορισμένες εναλλακτικές δράσης που μου επιτρέπονταν δυσχέραιναν, σε ορισμένες περιπτώσεις, την επικοινωνία μου με τους μαθητές και το κλίμα της τάξης.

γ. Η στάση των εκπαιδευτικών

Κεντρικής σημασίας όσον αφορά την έκβαση των επισκέψεων ήταν η στάση των εκπαιδευτικών κατά τη διάρκεια της παρουσίας μου στο σχολείο. Οι αντιδράσεις των

δασκάλων, όταν έμπαινα στην τάξη, θα μπορούσαν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες: απόλυτη συμμετοχή και συνεργασία, αδιαφορία, αρνητισμός και απουσία. Στην πρώτη περίπτωση, οι εκπαιδευτικοί ήταν παρόντες στην τάξη και εξηγούσαν στους μαθητές τι επρόκειτο να γίνει. Συμμετείχαν στη διαδικασία κάνοντας και αυτοί ερωτήσεις και, καθώς γνώριζαν καλύτερα τα παιδιά, ανέφεραν συχνά παραδείγματα και ιστορίες με περιεχόμενο τα δόντια ή τη διατροφή και πρωταγωνιστές τους μαθητές. Πολλοί από αυτούς είχαν υλοποιήσει κάποιο πρόγραμμα αγωγής υγείας στο παρελθόν και τότε όλη η συζήτηση είχε μεγάλο ενδιαφέρον, ανεξάρτητα από την των παιδιών. Στη δεύτερη περίπτωση, ο εκπαιδευτικός παρέμενε σιωπηλός στην τάξη, συνήθως διορθώνοντας κάποια γραπτά ή διαβάζοντας ένα βιβλίο, παρεμβαίνοντας μονάχα όταν γινόταν φασαρία ή συνεχείς διακοπές. Στην τελευταία περίπτωση, ο εκπαιδευτικός εξέφραζε, με διάφορους τρόπους, τη δυσφορία του για την είσοδό μου στην τάξη, μπορεί να μη με καλωσόριζε καθόλου και έφευγε αμέσως. Ο βαθμός δυσκολίας, στην επαφή και την επικοινωνία με τους μαθητές, αυξανόταν γεωμετρικά από την πρώτη στην τρίτη κατηγορία. Όλα ήταν δύσκολα, υπήρχε μια αίσθηση ματαιότητας και απουσίας νοήματος, όταν ο δάσκαλος δεν συμμετείχε στη διαδικασία. Φυσικά, κανένας εκπαιδευτικός δεν ήταν υποχρεωμένος να εμπλακεί, πολύ περισσότερο να συνδράμει στο πρόγραμμα. Σε πολλά σχολεία, η σύνθεση του μαθητικού πληθυσμού ήταν προβληματική (παιδιά διαφορετικών εθνοτήτων, τάξεις με λιγοστούς μαθητές και τάξεις υπερπλήρεις), ενώ και το σχολικό περιβάλλον μπορεί να διέφερε σημαντικά (απομακρυσμένα χωριά ή μεγάλα συγκροτήματα σε μικρές πόλεις). Το έργο των εκπαιδευτικών δεν είναι εύκολο και υπάρχει μια απαιτητική σχολική καθημερινότητα, λίγο έως πολύ άγνωστη για τον επισκέπτη. Όμως, η παρουσία του δασκάλου στην τάξη, κατά την επίσκεψή μου στα σχολεία, καθρέφτιζε κάτι περισσότερο από την αντίληψή του για τα προγράμματα αγωγής υγείας ή τον φόρτο εργασίας που μπορεί να βιώνει: σχετιζόταν με το ενδιαφέρον του για την τάξη του και τα παιδιά, αφού με τη συμμετοχή του στη διαδικασία αξιοποιούσε μια επιπλέον ευκαιρία μάθησης αλλά και δημιουργούσε μια ασπίδα προστασίας για το μαθησιακό κλίμα της τάξης, στο ενδεχόμενο που ο επισκέπτης μπορεί να μη διαθέτει τις απαιτούμενες ικανότητες διαχείρισης της τάξης. Ο ρόλος του ολοκληρωνόταν με τη συμμετοχή του, ενώ έμενε ημιτελής με την αδιαφορία ή την απουσία του.

Με την ολοκλήρωση του σταδίου της Συλλογής των Δεδομένων, εξήχθησαν ορισμένα συμπεράσματα, τα οποία επρόκειτο να αποτελέσουν το υλικό για τον σχεδιασμό και την υλοποίηση του επόμενου σταδίου, δηλαδή της Ανάπτυξης της Δράσης:

- Η συνεργασία της εκπαιδευτικής κοινότητας δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένη και η εξασφάλισή της σχετίζεται με την τήρηση των διαδικασιών, την άρτια πληροφόρηση και την κινητοποίηση της διεύθυνσης του σχολείου.

- Όσο πιο θετικά προδιατεθειμένη ήταν η διεύθυνση της σχολικής μονάδας στο πρόγραμμα, τόσο πιο εύκολη, με λιγότερα προβλήματα και δημιουργική ήταν η επίσκεψη στο σχολείο.

- Η παρουσία και ο ρόλος του οδοντίατρου στο σχολείο έχουν συγκεκριμένες δυνατότητες και περιορισμούς, που σχετίζονται με την κατανόηση των κανόνων και των χαρακτηριστικών του σχολικού περιβάλλοντος, αλλά και με την έλλειψη δεξιοτήτων για τη διαχείριση μαθητών και εκπαιδευτικών.

- Οι εκπαιδευτικοί μπορούν, με τη στάση τους, να επιδράσουν καταλυτικά στην έκβαση αυτών των προγραμμάτων, γεγονός που επηρεάζεται από το ενδιαφέρον που εκδηλώνουν για τη διαδικασία, την εμπειρία τους από προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας, αλλά και τις απαιτήσεις της σχολικής καθημερινότητας.

- Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από αυτό το στάδιο επιβεβαιώνουν σε μεγάλο βαθμό τις περιγραφές και παρατηρήσεις των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στο πρώτο μέρος του ερευνητικού έργου. Ειδικότερα, οι απόψεις των εκπαιδευτικών -που έλαβαν μέρος στις συνεντεύξεις- για τον ρόλο της διεύθυνσης του σχολείου στην υλοποίηση των προγραμμάτων, όπως, επίσης, για την υποδοχή αυτών των προσπαθειών από συναδέλφους τους που αδιαφορούν ή δεν επιθυμούν να εμπλακούν, περιγράφηκαν, εξίσου, σε αυτή τη φάση της έρευνας, ισχυροποιώντας με αυτό τον τρόπο τα ευρήματα και από τις δύο έρευνες.

10.3 Δεύτερο στάδιο: Εφαρμογή της Δράσης

10.3.1 Προσδιορισμός και οργάνωση της Δράσης

Με την επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν στο στάδιο του Σχεδιασμού, το επόμενο βήμα στην Έρευνα-Δράση αποτελεί η Εφαρμογή της Δράσης. Το στάδιο αυτό είναι ο απόλυτος στόχος κάθε Έρευνας-Δράσης, είναι το μέρος της έρευνας που περιλαμβάνει τη «Δράση». Το βασικό αποτέλεσμα από την εφαρμογή της Δράσης είναι η ύπαρξη συγκεκριμένων και απτών προσεγγίσεων, μέσα από τη δοκιμή νέων ιδεών, ως μέσο επίλυσης του αρχικού προβλήματος (Creswell, 2005).

Σε αυτό το πλαίσιο, αποφασίστηκε η υλοποίηση προγράμματος αγωγής στοματικής υγείας σε μαθητές δημοτικού σχολείου, καθώς με αυτό τον τρόπο θα δινόταν η ευκαιρία να καταγραφούν οι διεργασίες, οι δυσκολίες και οι ιδιαιτερότητες στην εφαρμογή παρόμοιων δράσεων στο σχολικό περιβάλλον, με την ενεργητική συμμετοχή και συνεργασία εκπαιδευτικών και ατόμων εκτός σχολείου (στην περίπτωση αυτή ενός οδοντίατρου-ερευνητή).

10.3.1.1 Η επιλογή της εφαρμογής προγράμματος αγωγής στοματικής υγείας σε μαθητές της Α΄ Δημοτικού και η συγκρότηση της Ομάδας για το Πρόγραμμα (ΟΠ)

Η ιδέα για την εφαρμογή του προγράμματος στην Α΄ τάξη του 15ου Δημοτικού Σχολείου Αθηνών, προέκυψε σχεδόν ταυτόχρονα από τις δύο δασκάλες της Α΄ τάξης του σχολείου και τον οδοντίατρο. Πιο συγκεκριμένα, οι δύο εκπαιδευτικοί επιθυμούσαν να εμπλέξουν γονείς των μαθητών στις σχολικές δραστηριότητες και με προσέγγισαν, ως γονέα μαθητή στην τάξη, την ίδια χρονική περίοδο, Δεκέμβριος, 2011, κατά την οποία διερευνούσα πιθανούς χώρους και περιβάλλοντα για την ανάπτυξη της Δράσης στο ερευνητικό έργο. Πολύ γρήγορα, διαπιστώσαμε την επιθυμία να συνεργαστούμε σε ένα πρόγραμμα για τη στοματική υγεία και προσδιορίστηκε μια συνάντηση, στις αρχές του έτους, για να συζητηθούν οι βασικές πτυχές της συνεργασίας.

Στην πρώτη «επίσημη» συνάντηση, Ιανουάριος του 2012, συζητήθηκε αναλυτικά η προσέγγιση της Έρευνας-Δράσης, η οποία θα αποτελούσε το πλαίσιο εφαρμογής του προγράμματος και τονίστηκε η σημασία της αρμονικής συνεργασίας όλων των συντελεστών, τόσο για την επιτυχία του προγράμματος στο σχολείο όσο και για τους

στόχους της έρευνας. Οι δύο εκπαιδευτικοί, συμφώνησαν να ενταχθεί το πρόγραμμα στο ερευνητικό έργο και εκδήλωσαν την επιθυμία να συνεργαστούν με κάθε δυνατό τρόπο προς αυτή την κατεύθυνση. Σε αυτή τη συνάντηση, κατατέθηκαν οι ιδέες και οι προτάσεις σχετικά με το είδος της παρέμβασης, έγινε προσπάθεια να προσδιοριστούν οι αρμοδιότητες για τα μέλη της ομάδας και ορίστηκε νέα συνάντηση, προκειμένου να συναποφασιστεί το είδος των δράσεων του προγράμματος. Οι δύο δασκάλες και ο οδοντίατρος αποτέλεσαν, εφεξής, την Ομάδα για το Πρόγραμμα (ΟΠ), η οποία ανέλαβε να σχεδιάσει, να οργανώσει και να υλοποιήσει όλες τις δράσεις.

Στην επόμενη προγραμματισμένη συνάντηση, Φεβρουάριος του 2012, συναποφασίστηκε ο βασικός κορμός του προγράμματος και συζητήθηκε η ανάγκη για συχνή επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της ομάδας, προκειμένου να παρακολουθείται διαρκώς το πρόγραμμα, να υπάρχει αλληλοϋποστήριξη και να αντιμετωπίζονται, έγκαιρα, τυχόν δυσκολίες και εμπόδια που θα παρουσιαστούν. Τονίστηκε, ακόμη, η ανάγκη να γίνουν όλες οι απαραίτητες τυπικές διαδικασίες και να υπάρχει αναλυτική ενημέρωση των γονέων και της σχολικής κοινότητας αναφορικά με την παρέμβαση και τους στόχους της.

Κατά τη διάρκεια υλοποίησης του προγράμματος αγωγής στοματικής υγείας, Μάρτιος-Μάιος 2012, πραγματοποιήθηκαν τέσσερις συναντήσεις της ΟΠ και υπήρχε τακτική επικοινωνία, μέσω διαδικτύου και τηλεφώνου, για οποιοδήποτε ζήτημα χρειαζόταν άμεση αντιμετώπιση. Οι συναντήσεις πραγματοποιήθηκαν παράλληλα με τις επισκέψεις μου στο σχολείο (για τις δραστηριότητες του προγράμματος), ενώ η τελευταία έλαβε χώρα περίπου στο τέλος της σχολικής χρονιάς.

10.3.1.2 Οι στόχοι του προγράμματος και της Δράσης

Το πρόγραμμα αγωγής στοματικής υγείας, όπως κάθε πρόγραμμα «σχολικής αγωγής υγείας, είχε τον δικό του «παιδαγωγικό» στόχο, που ήταν η υιοθέτηση θετικών στάσεων και συμπεριφορών από τους μαθητές, σχετικά με τη φροντίδα της στοματικής υγείας

Οι βασικοί στόχοι της Δράσης, αφορούσαν:

- Την καταγραφή της συνεργασίας οδοντίατρο και εκπαιδευτικών, όπως αυτή επρόκειτο να αναπτυχθεί μέσα από την εφαρμογή του προγράμματος, και τον εντοπισμό πιο αποδοτικών τρόπων συνεργασίας μεταξύ των δύο.

- Την εμπλοκή των γονέων στη διαδικασία της φροντίδας της στοματικής υγείας των παιδιών (βούρτσισμα δοντιών, διατροφή, επισκέψεις στο οδοντιατρείο), αλλά και τις δραστηριότητες του προγράμματος γενικότερα.

10.3.1.3 Σχεδιασμός δράσεων

Για να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι, σχεδιάστηκαν μια σειρά από δραστηριότητες, οι οποίες αφορούσαν:

- Δράσεις για τους μαθητές, από τον οδοντίατρο. Αυτές θα υλοποιούνταν με τις επισκέψεις του οδοντίατρο στην τάξη (συνολικά δύο) και με την επίσκεψη της τάξης σε ειδικό οδοντιατρείο για παιδιά. Πιο συγκεκριμένα, σχεδιάστηκαν δύο επισκέψεις του οδοντίατρο στο σχολείο: στην πρώτη ο οδοντίατρος θα εξηγούσε στα παιδιά βασικά ζητήματα σχετικά με τη στοματική κοιλότητα και τη στοματική υγεία, με την προβολή εικόνων και ταινίας μικρής διάρκειας, με θέμα τη φροντίδα των δοντιών. Η δεύτερη επίσκεψη ήταν αφιερωμένη στο βούρτσισμα των δοντιών, όπου θα γινόταν εργασία σε μικρές ομάδες (χρώση δοντιών) και βιωματικές δραστηριότητες (βούρτσισμα δοντιών με επίβλεψη στο προαύλιο). Η επόμενη δραστηριότητα αφορούσε επίσκεψη, εκτός σχολείου, σε ειδικό οδοντιατρείο για παιδιά και θα περιελάμβανε εξέταση των μαθητών και συζήτηση-παιχνίδι με τον ειδικό οδοντίατρο. Η επιτυχία των παραπάνω δράσεων επρόκειτο να στηριχθεί στον καλό σχεδιασμό της προσπάθειας και την αρμονική συνεργασία της ΟΠ, κατά τη διάρκεια των επισκέψεων.

- Δράσεις συνέχειας του προγράμματος, από τους εκπαιδευτικούς. Οι δύο δασκάλες επέλεξαν, με παιδαγωγικά κριτήρια, μια σειρά δραστηριοτήτων, τις οποίες θα εφάρμοζαν καθόλη τη διάρκεια του προγράμματος, με στόχο την υπενθύμιση της σημασίας του βουρτσίσματος των δοντιών και της σωστής διατροφής. Η διάχυση των δράσεων έγινε μέσα από ποικίλα μαθήματα που διδάσκονται οι μαθητές στην τάξη αυτή, αναδεικνύοντας με αυτό τον τρόπο τον διαθεματικό χαρακτήρα της προσέγγισης. Για τον σκοπό αυτό αξιοποιήθηκαν τεχνικές, όπως η αφήγηση παραμυθιών, η ζωγραφική με

θέμα τα δόντια και τη διατροφή, οι περιγραφές δοντιών ζώων και οι πασχαλινές δραστηριότητες, μέσα από το ημερολόγιο που δόθηκε σε παιδιά και γονείς. Η επιτυχημένη εφαρμογή αυτών των δράσεων στην τάξη, ιδιαίτερα όταν ο «ειδικός» απουσιάζει από την τάξη, σχετίζεται άμεσα με την έμπρακτη δέσμευση των εκπαιδευτικών στους στόχους του προγράμματος και την κατανόηση, εκ μέρους τους, της σπουδαιότητας του ρόλου που έχουν στην υλοποίηση παρόμοιων προγραμμάτων.

- Δράσεις για τους γονείς. Σε αυτές περιλαμβάνονται η ενημέρωση των γονέων για τους σκοπούς και τις δράσεις του προγράμματος και την κατάσταση της στοματικής υγείας των παιδιών, η συμπλήρωση του ημερολογίου πασχαλινών διακοπών, η διάλεξη στη Σχολή Γονέων του σχολείου, με θέμα την πρόληψη εμφάνισης των νοσημάτων του στόματος, η πρόσκληση για καταγραφή ιστοριών σχετικά με τη στοματική υγεία των παιδιών και η αποστολή ερωτηματολογίου αποτίμησης της παρέμβασης. Οι περισσότερες δραστηριότητες, ήταν αποτέλεσμα συνεργασίας της ΟΠ και η έκβασή τους θα αναδείκνυε την επιτυχία ή μη αυτής της προσπάθειας.

10.3.1.4 Τα εργαλεία συλλογής δεδομένων από την εφαρμογή της Δράσης

Οι πληροφορίες και τα δεδομένα, σχετικά με την υλοποίηση του προγράμματος, επρόκειτο να συλλεχθούν με διαφορετικά εργαλεία, τα οποία ήταν:

- Η τήρηση ημερολογίου από όλα τα μέλη της ομάδας, ανάλογου με εκείνου που κρατήθηκε από τον ερευνητή στο στάδιο της Εφαρμογής της Έρευνας-Δράσης, με σκοπό την καταγραφή γεγονότων, διαπιστώσεων και σκέψεων, κάτι που θα αποτελούσε υλικό για την ανταλλαγή απόψεων μεταξύ τους και τη διαρκή επανεξέταση των δράσεων και της εξέλιξης του προγράμματος.

- Το ερωτηματολόγιο αποτίμησης του προγράμματος, το οποίο επρόκειτο να συμπληρωθεί από τους γονείς των μαθητών της τάξης, με το πέρας της παρέμβασης.

- Οι άτυπες προφορικές ή άλλες συζητήσεις (συναντήσεις, ανταλλαγή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου κ.ά.) ανάμεσα στα μέλη της ΟΠ, οι οποίες σχετίζονται με την περιγραφή του κλίματος της τάξης, των αντιδράσεων των γονέων, αλλά και της σχολικής κοινότητας, από την εφαρμογή του προγράμματος.

10.3.1.5 Λίγα λόγια για το 15ο Δημοτικό Σχολείο Αθηνών και την Α΄ τάξη

Το 15ο Ολοήμερο Δημοτικό Σχολείο Αθηνών ιδρύθηκε το 1895 και είναι ένα από τα πλέον ιστορικά σχολεία της πόλης των Αθηναίων. Από τα πρώτα έτη της ίδρυσής του αντιμετωπίζει στεγαστικό πρόβλημα και κατά καιρούς έχει λειτουργήσει και σε χώρους παλαιών σπιτιών και πολυκατοικιών. Από το 1963 λειτουργεί στον μαρμασλειακό χώρο και σήμερα στεγάζεται σε λυόμενες αίθουσες στον αύλειο χώρο του Μαρμασλείου, αντιμετωπίζοντας σημαντικά προβλήματα (15ο Δημοτικό Σχολείο Αθηνών, 2005) (Παράρτημα Δ).

Ο συνολικός αριθμός των μαθητών της Α΄ τάξης ήταν 36 παιδιά, χωρισμένα ισάριθμα σε δύο τάξεις, οι οποίες στεγαζόταν σε δύο προκατασκευασμένες αίθουσες (container), στο προαύλιο του σχολείου (σχολικό έτος 2011-12).

10.3.2 Υλοποίηση του προγράμματος

Το πρόγραμμα αγωγής στοματικής υγείας στο 15ο Δημοτικό Σχολείο πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο έως τον Ιούνιο του, 2012 και στο Παράρτημα Ε παρουσιάζεται αναλυτικά το χρονοδιάγραμμα των δραστηριοτήτων για το πρόγραμμα. Καθόλη τη διάρκεια ανάπτυξης της Δράσης, πραγματοποιήθηκε σειρά διαδικασιών, με στόχο την αρτιότερη εφαρμογή του προγράμματος στη σχολική κοινότητα και την καλύτερη συνεργασία ανάμεσα στους συντελεστές της παρέμβασης (Παράρτημα ΣΤ).

Αξιοποιώντας την εμπειρία από τα προηγούμενα στάδια της έρευνας, δόθηκε βαρύτητα στην εξασφάλιση της άδειας για την υλοποίηση του προγράμματος, από το γραφείο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, στη δημιουργία συνεργατικού κλίματος με τη σχολική κοινότητα και ιδιαίτερα με τη διεύθυνση του σχολείου και στην εκτενή και λεπτομερή ενημέρωση των γονέων της Α΄ τάξης για τον σκοπό και τους στόχους του προγράμματος.

Καταρχήν, έγιναν οι απαραίτητες συνεννοήσεις με το Γραφείο Αγωγής Υγείας της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης και τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Αττικής, έτσι ώστε να δώσουν την άδεια και τη συγκατάθεσή τους, αντίστοιχα, για την εφαρμογή του προγράμματος.

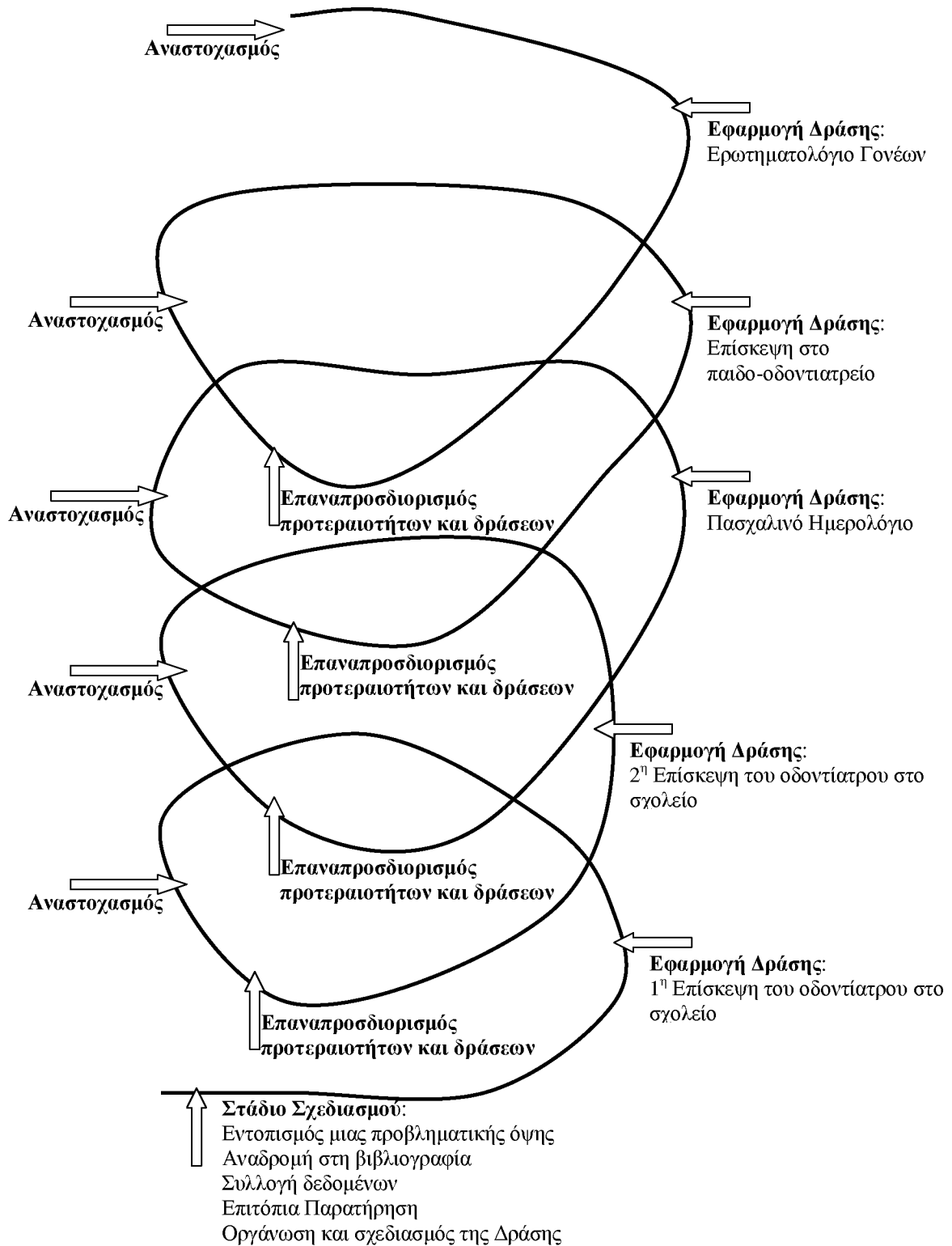
Κατόπιν, ενημερώθηκε και ζητήθηκε η στήριξη από τον διευθυντή του σχολείου, για την ομαλότερη πραγματοποίηση των δράσεων στο σχολείο. Ο διευθυντής ρωτήθηκε εάν υλοποιείται άλλο πρόγραμμα αγωγής υγείας στο σχολείο ή εάν προβλέπονται άλλες δράσεις σε σχέση με τα ζητήματα υγείας το υπόλοιπο της σχολικής χρονιάς. Τέλος, η ΟΠ κάλεσε τον διευθυντή να καταθέσει τις προτάσεις ή τις παρατηρήσεις του σχετικά με την εφαρμογή του προγράμματος, ιδιαίτερα για τις δραστηριότητες που θα γίνονταν εκτός τάξης (βούρτσισμα δοντιών στο προαύλιο, επίσκεψη στο ειδικό οδοντιατρείο). Ο διευθυντής, εξ αρχής, εξέφρασε την πλήρη στήριξή του στην προσπάθεια και παρατήρησε ότι, εάν γίνει καλός προγραμματισμός των δράσεων και έγκαιρη ενημέρωση της σχολικής κοινότητας, δεν πρόκειται να υπάρξει πρόβλημα με την εφαρμογή του προγράμματος. Επιπλέον, πρότεινε την ένταξη στο πρόγραμμα της Σχολής Γονέων του σχολείου μιας εισήγησης με θέμα τη στοματική υγεία, η οποία θα βοηθούσε στη διάχυση των δράσεων του προγράμματος στην ευρύτερη σχολική κοινότητα.

Λίγο πριν από την έναρξη του προγράμματος, έγινε αναλυτική ενημέρωση των γονέων της τάξης για τον σκοπό και τους στόχους της προσπάθειας, με την ηλεκτρονική αποστολή Ενημερωτικού Φυλλαδίου (Παράρτημα Ζ). Όλοι οι γονείς ενημερώθηκαν και προφορικά για το πρόγραμμα που θα ξεκινούσε στην τάξη, από τις δύο δασκάλες, οι οποίες έλυσαν τυχόν απορίες και ζήτησαν τη συμμετοχή και συμπαράστασή τους. Αργότερα στο πρόγραμμα, οι γονείς έδωσαν τη συγκατάθεσή τους για την οδοντιατρική εξέταση των παιδιών και τη μετακίνηση των μαθητών, εκτός σχολείου, στο ειδικό οδοντιατρείο.

Τα ζητήματα της στοματικής υγείας μπορεί να είναι γνώριμα στους εκπαιδευτικούς, όμως δεν είναι αναμενόμενο να γνωρίζουν λεπτομέρειες σχετικά με αυτά, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για την εφαρμογή ενός προγράμματος αγωγής υγείας στην τάξη. Προς αυτή την κατεύθυνση, δόθηκε στις δασκάλες, ως ένα πρώτο βοήθημα για τις δραστηριότητες μέσα στην τάξη, εκπαιδευτικό υλικό, βασισμένο στα βιβλία των Αθανασούλη (1996) και Petersen (1995), το οποίο αποτελείται από εικόνες και ζωγραφιές, με θέμα το στόμα και τα δόντια (για να δοθούν στα παιδιά) (Παράρτημα Η), όπως επίσης το βιβλίο *Αγωγή Υγείας: Βασικές αρχές - Σχεδιασμός προγράμματος* (Στάππα, 2013), στο οποίο αναλύεται βήμα-βήμα η εφαρμογή προγράμματος αγωγής στοματικής υγείας σε μαθητές δημοτικού σχολείου. Παράλληλα, οι δύο δασκάλες,

αναζήτησαν και βρήκαν πλούσιο υλικό και βοήθεια από την υπεύθυνη πολιτισμικών δράσεων στο τοπικό Γραφείο Α/βάθμιας εκπαίδευσης.

Η εφαρμογή του προγράμματος κύλησε δίχως ιδιαίτερα προβλήματα, οι επισκέψεις του οδοντίατρου στο σχολείο και των μαθητών στο ιατρείο έγιναν σύμφωνα με τον αρχικό σχεδιασμό και δεν χρειάστηκαν σημαντικές παρεμβάσεις για την ολοκλήρωση της διαδικασίας. Αυτό επιτεύχθηκε με την απαραίτητη συνεννόηση ανάμεσα στα μέλη της ΟΠ, τα οποία φρόντιζαν για τις όποιες προσαρμογές στο πρόγραμμα, μετά την πραγματοποίηση κάθε δραστηριότητας. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της Δράσης, σύμφωνα με τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από την ανάπτυξή της, τα οποία εντάσσονται στις εξής θεματικές ενότητες: *η δημιουργία της βάσης για συνεργασία, οι επισκέψεις του οδοντίατρου στο σχολείο, οι εκπαιδευτικοί υλοποιούν τις δράσεις στην τάξη και η επίδραση της παρέμβασης σε παιδιά και γονείς.*



Σχεδιάγραμμα 3. Η σπειροειδής εφαρμογή των δράσεων, στο Δεύτερο Στάδιο της Έρευνας-Δράσης

10.3.3 Αποτελέσματα από την εφαρμογή της Δράσης

Σε αντίθεση με την πρακτική που θέλει τα προγράμματα αγωγής υγείας να είναι αποκλειστική ευθύνη είτε των υγειονομικών είτε των εκπαιδευτικών, στη συγκεκριμένη περίπτωση οι προσπάθειες επικεντρώθηκαν, εξ αρχής, στην από κοινού οργάνωση της όλης διαδικασίας, έτσι ώστε να ακουστούν όλες οι απόψεις και οι ιδέες για την αποτελεσματικότερη εφαρμογή της παρέμβασης. Η ανάγκη υιοθέτησης αυτής της μεθόδου, προήλθε από το προφανές γεγονός ότι οι δυνατότητες των μελών της ΟΠ εκτείνονταν (και περιορίζονταν) στο επιστημονικό πεδίο της αφετηρίας τους, δηλαδή αυτό της εκπαίδευσης και της οδοντιατρικής, αντίστοιχα. Η σχολική καθημερινότητα και οι απαιτήσεις της ήταν άγνωστες για τον οδοντίατρο, ενώ το περιεχόμενο και οι επιστημονικές λεπτομέρειες των θεμάτων της στοματικής υγείας ήταν ανοίκειες για τις εκπαιδευτικούς.

10.3.3.1. Η δημιουργία της βάσης για συνεργασία

Αρχικά, χρειάστηκε να προσδιοριστεί και να οργανωθεί το κοινό πεδίο δράσης, όπου το περιεχόμενο το προγράμματος θα ήταν κοινά αποφασισμένο και τα μέλη της ΟΠ συνυπεύθυνα για την εφαρμογή του. Σε αυτή την κατεύθυνση, έγιναν μια σειρά από βήματα που διευκόλυναν την ομαλή εφαρμογή της παρέμβασης.

α. Ανάπτυξη κοινού κώδικα συνεννόησης. Στις πρώτες συναντήσεις της ΟΠ, δόθηκε αρκετός χρόνος να ακουστούν οι ιδέες, οι προτάσεις και οι ανησυχίες του κάθε μέλους και να διασαφηνιστούν απορίες και τυχόν παρερμηνείες. Με αυτό τον τρόπο, δημιουργήθηκε ένας κοινός κώδικας, σχετικά με όλες τις όψεις του προγράμματος, ο οποίος αποτέλεσε το πλαίσιο συνεννόησης και αναφοράς.

Στην κουβέντα μας αυτή καταθέσαμε τις εμπειρίες μας από άλλα προγράμματα που συμμετείχαμε στο παρελθόν και υπήρξαν κοινές διαπιστώσεις και απόψεις για τους παράγοντες που συμβάλλουν στο να πετύχει ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα τους στόχους του. Κοινή παραδοχή ήταν ότι η καλή οργάνωσή του και η διαθεσιμότητα – αφιέρωση των εκπαιδευτικών και των συνεργαζόμενων ειδικών σε αυτό είναι καταρχήν αυτονόητη προϋπόθεση για να δουλέψει καλά ένα πρόγραμμα κατά τον εκτιμώμενο χρόνο της εφαρμογής του, αλλά ωστόσο αυτό δεν αρκεί (Δασκάλα Α2).

β. Αναγνώριση των διαφορετικών προσεγγίσεων και εμπλουτισμός. Σε αυτό το πλαίσιο, η αναλυτική παρουσίαση του σχεδίου για τις επισκέψεις του οδοντίατρου στο σχολείο (χρονική διάρκεια δράσεων, περιεχόμενο εικόνων και ταινίας μικρού μήκους, πληροφορίες για τη χρώση των δοντιών, λεπτομέρειες για την επίσκεψη στο παιδοδοντιατρείο) βοήθησε πάρα πολύ στην κατανόηση, εκ μέρους των εκπαιδευτικών, της προσέγγισης που πρότεινα να ακολουθήσω στο πρόγραμμα. Οι προτάσεις αυτές έγιναν δεκτές πολύ θετικά και, επιπλέον, υποστηρίχθηκαν από δραστηριότητες μέσα στην τάξη, τις οποίες θα αναλάμβαναν εξ ολοκλήρου οι δασκάλες, οι οποίες, ταυτόχρονα με το προληπτικό οδοντιατρικό πρόγραμμα, υλοποιούσαν στην Α΄ τάξη ένα πρόγραμμα ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων, σε συνεργασία με ειδική ψυχολόγο, με τον τίτλο «Όλοι για έναν και ένα για όλους: οι περιπέτειες της ομάδας των Πέντε στο σχολείο Μάγια Μαγεία».

Το γεγονός ότι ο ίδιος ανέλαβε τον σχεδιασμό της διάστασης της αγωγής υγείας του προγράμματος, λόγω της ειδικότητάς του αλλά και της εμπειρίας του, μας ανακούφισε ιδιαίτερα, γιατί πέρα από το σχολικό πρόγραμμα και την καθημερινή προετοιμασία που αυτό συνεπάγεται, και οι δυο δασκάλες «τρέχουμε» και άλλο πρόγραμμα στις τάξεις μας, που επίσης προϋποθέτει προετοιμασία και χρόνο εντός και εκτός σχολικού ωραρίου (Δασκάλα Α2).

Η πίεση του χρόνου και οι απαιτήσεις των προγραμμάτων αγωγής υγείας, όπως περιγράφηκαν από τις συνεντεύξεις των εκπαιδευτικών σε προηγούμενο στάδιο της έρευνας (Φαινομενολογική Έρευνα), αναδείχθηκαν και στην παρούσα φάση, ως σημαντικές δυσκολίες που χρειάστηκε να διαχειριστούν οι δύο δασκάλες, στη σχολική καθημερινότητα. Παράλληλα, όμως, η δέσμευσή τους για ταυτόχρονη υλοποίηση των δύο προγραμμάτων ήταν μεγαλύτερη από αυτές τις δυσκολίες, γεγονός που τις βοήθησε να βρουν δημιουργικούς τρόπους να προωθήσουν τις δράσεις μέσα στην τάξη, όπως θα φανεί και στη συνέχεια.

Παρ' όλο που ο διδακτικός χρόνος είναι πάντα λίγος και ήδη είχαμε με τη Α. προγραμματίσει για τη σχολική χρονιά και άλλα μικρά και μεγάλα, δε γινόταν ν' αρνηθούμε μια τέτοια συνεργασία, γιατί ήταν πάνω από αυτονόητη η χρησιμότητα αυτού του προγράμματος (Δασκάλα Α2).

γ. Σύνθεση απόψεων και οι προοπτικές επέκτασης. Η τελική σύνθεση απόψεων και αντιλήψεων, αναφορικά με τον τρόπο που τα μέλη της ΟΠ επιθυμούσαν να πραγματοποιηθεί το πρόγραμμα, αποτέλεσε το θεμέλιο όπου στηρίχθηκε η προσπάθεια και αναπτύχθηκαν οι σχέσεις μεταξύ μας. Όπως αναφέρει η δασκάλα του Α2,

(...) συμφωνήσαμε ότι προγράμματα που στοχεύουν σε αλλαγή στάσεων και συνθηθειών δεν μπορεί να έχουν ημερομηνία λήξης. Αντιθέτως θα πρέπει να δουλεύονται συστηματικά και το αντικείμενό τους να επανέρχεται με κάθε αφορμή και σε όποια μορφή κατά τη διάρκεια της σχολικής ζωής. Η συνέχειά τους και η δοκιμασία τους στον χρόνο είναι ο κρίσιμος παράγοντας της επιτυχίας τους όπως και η διάχυσή τους στο σύνολο του μαθητικού πληθυσμού, γεγονός που προϋποθέτει ένα σχολικό περιβάλλον που λειτουργεί στη βάση διαδραστικών και εναλλακτικών μορφών εκπαίδευσης.

*Θυμάμαι τη συζήτηση αυτή με μεγάλη χαρά, γιατί είχα αγωνία πώς θα ακουστούν οι προτάσεις μου, με ποιο τρόπο θα μπορούσαμε να τις πραγματοποιήσουμε και άλλα τέτοια. Με αυτά στο μυαλό μου ένιωσα για άλλη μια φορά την ανακούφιση της θετικής ανταπόκρισης, όχι απλώς στο πεδίο της εφαρμογής, αλλά σε ένα βαθύτερο επίπεδο κοινού τόπου και αλληλοκατανόησης. **Πρώτη διαπίστωση: δίχως αυτό, δύσκολα προχωράς παρακάτω** (τονισμένα στο ημερολόγιο) (Οδοντίατρος).*

Σημαντικό παράγοντα για την αρμονική συνεργασία της ΟΠ αποτέλεσε η διαρκής επικοινωνία των μελών, η οποία δεν περιορίστηκε στις συναντήσεις, αλλά επεκτάθηκε στην αποστολή email, σε τηλεφωνικές επικοινωνίες, σε λιγότερο επίσημες συναντήσεις και στην τήρηση του ημερολογίου. Όλα τα παραπάνω, βοήθησαν έτσι ώστε να υπάρχει συνεχής παρακολούθηση της παρέμβασης, σαφής εικόνα για το «πού βρισκόμαστε», διαρκής εποπτεία για τις αντιδράσεις παιδιών και γονέων, προκειμένου να γίνουν οι ενδεδειγμένες τροποποιήσεις, κάτι που τελικά δεν κρίθηκε απαραίτητο.

Η κινητοποίηση των εκπαιδευτικών, για την υλοποίηση του προγράμματος, προήλθε από την κατανόηση της σπουδαιότητας της σχολικής αγωγής υγείας ως απάντηση στις ανάγκες των μαθητών αλλά και από την προσωπική εμπειρία. Γράφει η δασκάλα του Α1:

Αφορμή για την ανακίνηση του θέματος στάθηκε ο πόνος που βίωσα από την εξαγωγή ενός έγκλειστου φρονιμίτη, και η εμμονή μου με τα δόντια και ό,τι συνεπάγεται

(φροντίδα, λεύκανση κ.τ.λ.). Πρέπει να το ομολογήσω... Το πρώτο πράγμα που κοιτάω σε κάποιον είναι το χαμόγελο και τα δόντια!!!

και συνεχίζει:

Όσο για το βούρτσισμα (των παιδιών) το βράδυ... Βατερλό!! «Μα πώς; Δεν θα κοιμηθούμε,» «ναι, αλλά νυστάζουμε» κ.ά. Το θέμα κατά την άποψή μου χρειαζόταν δραστική παρέμβαση. Οι μαθητές θα έπρεπε να αποκτήσουν θετικές συνήθειες για τα δόντια και να αντιμετωπίζουν το βούρτσισμα σαν καθημερινή ανάγκη τους και όχι σαν επιβεβλημένη στάση. Επιπλέον οι γονείς θα έπρεπε να αποκτήσουν την κατάλληλη επιχειρηματολογία, π.χ. «το είπε η δασκάλα σου(!!!)», προκειμένου να επιβάλλουν θετικές συνήθειες στο παιδί.

Η δασκάλα του Α2 παρατηρεί πως

...σε αυτήν την περίοδο ύφεσης που διανέει η χώρα μας με τη φτώχεια και την ανεργία να παίρνουν ολοένα και πιο τρομακτικές διαστάσεις, είναι περισσότερο κρίσιμες και ουσιαστικές, από ποτέ, οι δράσεις αλληλεγγύης που οργανώνονται στο πλαίσιο κοινοτήτων, όπως οι σχολικές, οργανώσεων αλλά και επιτροπών γειτονιών, ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες των συνανθρώπων μας που πλήττονται περισσότερο.

Οι παραπάνω παρατηρήσεις επιβεβαιώνουν τα ευρήματα από την προηγούμενη φάση του ερευνητικού έργου (σελ. 102-110), όπου η σπουδαιότητα της αγωγής υγείας, όπως την αντιλαμβάνονται οι εκπαιδευτικοί και τα προσωπικά τους βιώματα, σχετίζονται πολύ με την εμπλοκή τους ή μη στα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας. Το κάθε μέλος της ΟΠ, λοιπόν, συμμετείχε στο πρόγραμμα με τις διαφοροποιήσεις και τις εκτιμήσεις του -για το «πώς χρειάζεται να γίνονται τα πράγματα»- και οι διαφορετικές ματιές στο αντικείμενο προσδιόρισαν την ταυτότητα και επιτυχία της παρέμβασης. Φαίνεται ότι επιτελέστηκε η δημιουργική αξιοποίηση της μοναδικότητας δασκάλων και οδοντίατρου, μέσα από την αλληλεπίδραση σε ένα κλίμα συνεργασίας, αποδοχής και αλληλοκατανόησης.

10.3.3.2. Η διαχείριση της τάξης

Οι επισκέψεις του οδοντίατρου στο σχολείο, αποτέλεσαν κεντρική δραστηριότητα του προγράμματος. Κατά την πραγματοποίησή τους, όπως και στην

επίσκεψη στο ειδικό οδοντιατρείο για παιδιά, έγιναν σημαντικές παρατηρήσεις και βγήκαν χρήσιμα συμπεράσματα.

α. Η διαχείριση του χρόνου. Καταρχήν, η διάρκεια της κάθε επίσκεψης στο σχολείο ήταν περίπου μία ώρα. Σε αυτό τον χρόνο, έπρεπε, για παράδειγμα, να οργανωθεί ο χώρος (μια τάξη με όλα τα παιδιά), να στηθεί το εποπτικό υλικό (laptop και προβολέας) και να γίνουν τα προβλεπόμενα για κάθε συνάντηση. Για την επίσκεψη στο ιατρείο, η οργάνωση ήταν ακόμη πιο δύσκολη, καθώς όλη η τάξη έπρεπε να μετακινηθεί σε ικανή απόσταση από το σχολείο, μέσα στην Αθήνα, γεγονός πολύ απαιτητικό και χρονοβόρο. Η διαχείριση του χρόνου, στο σχολικό περιβάλλον, είναι σημαντικό ζήτημα, καθώς το σχολικό πρόγραμμα, με τις ώρες διδασκαλίας και τα διαλείμματα, ορίζει το πλαίσιο που μπορεί να γίνουν ή να μη γίνουν διάφορες δραστηριότητες. Επιπλέον, υπάρχουν πάντοτε πολλές διαδικασίες που «τρέχουν» παράλληλα με το σχολικό πρόγραμμα, ενώ η εφαρμογή κάποιου άλλου προγράμματος χρειάζεται να λάβει υπόψη τη διατάραξη της σχολικής καθημερινότητας όχι μόνο για τις τάξεις που εφαρμόζεται η παρέμβαση, αλλά και για όλο το σχολείο.

Τα παιδιά μαζεύτηκαν στο πρώτο τμήμα και όλη την ώρα που προσπαθούσαμε να συνδέσουμε το laptop με τον προβολέα εύρισκαν τη θέση τους στην αίθουσα, έτσι ώστε να μπορούν να βλέπουν την προβολή, αλλά να μιλάνε και μεταξύ τους. Η Α. και η Σ. είχαν όλη τους τη προσοχή στραμμένη σε ό,τι συνέβαινε στην τάξη εκείνη τη στιγμή: είτε προερχόταν από τα παιδιά είτε από εμένα (Οδοντίατρος).

β. Η διαχείριση των μαθητών. Αυτό αποτέλεσε δύσκολο έργο για τον οδοντίατρο, καθώς ήταν μικρής ηλικίας και μαζεμένοι όλοι σε μια αίθουσα. Δίχως την επαγρύπνηση και βοήθεια από τις δύο δασκάλους, θα ήταν αδύνατον να ολοκληρωθεί θετικά η πρώτη επίσκεψη. Κατά τη διάρκεια της πρώτης επίσκεψης, παρ' όλο που υπήρχε προβολή εικόνων και διαρκής προσπάθεια να συμμετέχουν τα παιδιά, με ερωτήσεις ή παρατηρήσεις πάνω στις εικόνες, η προσοχή τους διαρκούσε λίγο και συνήθως τα αποσπούσαν εξωτερικοί θόρυβοι, κουβέντες από κάποιον διπλανό τους κ.ά.

Κάθισαν στα μαξιλάρια τους και περίμεναν με υπομονή. Ήταν καλή ευκαιρία να υποδεχθούν και να συνυπάρξουν με την άλλη πρώτη. Ο κ. Δημητριάδης ήρθε κεφάλτος, άνετος και με πλατύ χαμόγελο. Τα παιδιά τον κοίταζαν με θαυμασμό και απορία

περιμένοντας το επόμενο βήμα. Διατύπωσαν ερωτήσεις και όταν έφυγε όλο για εκείνον μίλαγαν.... Το πρώτο βήμα με τον οδοντογιάτρο είχε γίνει (Δασκάλα Α1).

Γενικά, αυτή δεν είναι δουλειά για οδοντίατρος... Ειδικά οι μικρότερες ηλικίες είναι ασυμμάζευτες: κάποια στιγμή ρωτάω για τους κονόδοντες. Χαμός. Από τα σκυλόδοντα φτάσαμε στους βρικόλακες, οι οποίοι ζουν στην Αφρική (!) και τρώνε ό,τι κινείται. Αυτός ο κόσμος έχει πολύ λίγο χώρο για δομημένες πληροφορίες και τεράστιο πεδίο για αφηγήσεις, ιστορίες, αναπαραστάσεις κ.λπ. Είναι μια άλλη θάλασσα και χρειάζεται να μάθουμε να κολυμπάμε σε αυτήν (Οδοντίατρος).

Βέβαια, οι δασκάλες είχαν φροντίσει να προετοιμάσουν τα παιδιά πριν από την επίσκεψη και να τα καθησυχάσουν, όταν χρειάστηκε.

Το ίδιο και τα παιδιά που τον δέχθηκαν ευχάριστα αλλά και λίγο «μουδιασμένα». «Τι θα μας κάνει κυρία;» «Θα μας βγάλει τα δόντια;» «Θα μας πονέσει;» Οι απαντήσεις ήταν καθησυχαστικές (Δασκάλα Α1).

γ. Οι Βιωματικές Δραστηριότητες. Αντίθετα, στην επόμενη επίσκεψη, τα παιδιά χωρίστηκαν σε ομάδες, όπου έγινε χρώση των δοντιών και αποκάλυψη της Οδοντικής Μικροβιακής Πλάκας και βούρτσισμα των δοντιών στις βρύσες στον προαύλιο χώρο του σχολείου. Ακόμη, πραγματοποιήθηκε μια προσομοίωση επίσκεψης στο οδοντιατρείο, με πρωταγωνιστές στους ρόλο του γονέα, του μαθητή και του οδοντίατρο τα παιδιά. Η συμμετοχή των μαθητών ήταν πολύ πιο θετική και η διαδικασία κύλησε εύκολα και δίχως ιδιαίτερες δυσκολίες. Μεγάλη προσοχή δόθηκε στην επίδειξη του βουρτσίσματος, αλλά και στην επίβλεψη των παιδιών στις βρύσες, προκειμένου όλα να τα καταφέρουν σωστά και χωρίς προβλήματα.

Τα παιδιά ήταν πια χαλαρά. Περίμεναν με ανυπομονησία τα «μαγικά» που τους είχα υποσχεθεί πως θα τους έκανε. Πόσο αστεία ήταν όταν έβαψαν τα δοντάκια τους κι όταν παρατηρούσαν τα δόντια τους βγάζοντας τη γλώσσα έξω!!!! Το βούρτσισμα στις βρύσες απολαυστικό (Δασκάλα Α1).

Ήταν η τελευταία μέρα πριν από τις διακοπές και επικρατούσε ένα κομψούζιο -από μέρους μου επίσης, αφού είχα διάφορα διαδικαστικά για εκείνο το πρωινό που με έβαλαν να τρέχω να προλάβω...-, αλλά τελικά με τη βοήθεια της Α. και της Σ. όλα πήγαν ρολόι. Στην αρχή λίγη κουβέντα με τα παιδιά, κάποιες διαφάνειες και μετά μια μικρή ταινία, αρκετά αστεία αλλά αλήθεια μικρή, αφού τα παιδιά την είδαν δύο φορές και περίμεναν

και άλλο. Μετά χωρίστηκαν σε ομάδες, τους έβαλα αποκαλυπτικό διάλυμα και μετά στις βρύσες για βούρτσισμα. Πολύ καλό. Και μας πήρε κάτι παραπάνω από μια ώρα (Οδοντίατρος).

Το αποκαλυπτικό της τερηδόνας διάλυμα τα ξετρέλανε, τα οδοντικά εργαλεία και τα καθρεφτάκια, όπως και η δραματοποίηση μιας επίσκεψης στον οδοντίατρο έδειχνε να τα εξοικειώνει με τη διαδικασία, να τα χαλάρωνε στην ιδέα αυτής της ομολογουμένως για πολλούς στρεσογόνου κατάστασης (Δασκάλα Α2).

δ. Η επίσκεψη των μαθητών σε χώρο εκτός σχολείου. Η τελευταία επίσκεψη στο παιδοδοντιατρείο βοήθησε στην εξοικείωση των μαθητών με τον χώρο του οδοντιατρείου και η συνεργασία τους με τον ειδικό ήταν πολύ καλή, τόσο στην εξέταση όσο και στις οδηγίες στοματικής υγιεινής που τους δόθηκαν. Όπως αναφέρει η δασκάλα του Α1,

η τελευταία επίσκεψη συνδύαστηκε με έναν μεγάλο περίπατο στη γειτονιά. Στα παιδιά άρεσε το οδοντιατρείο, αλλά και ο γιατρός. Ήταν φιλικός και ο «φίλος» του ο Μανόλης, με την τεράστια μασέλα, ήταν ιδανικός παρουσιαστής του καλού βουρτσίσματος των δοντιών. Το παιχνίδι των τροφών ήταν πολύ διασκεδαστικό. Όλοι θέλανε να αγγίξουν τις τροφές και να πιάσουν τα δύο τεράστια δόντια. Η καρέκλα ήταν «μαγική». «Σαν διαστημικό λεωφορείο» δήλωσαν στη συνέχεια στο σχολείο. Όλα τα παιδιά πρόθυμα άνοιξαν το στόμα τους και ανταποκρίθηκαν θετικά στην εξέταση και η οδοντόβουρτσα αποδείχθηκε σπουδαίο δώρο.

Τα πρακτικά ζητήματα της μεταφοράς των μαθητών από και προς το ιατρείο αλλά και της συμμετοχής τους στη διαδικασία αντιμετωπίστηκαν με τη σωστή οργάνωση και την καλή ενημέρωση των μαθητών.

Η παρότρυνση και οι συμβουλές για τακτικό βούρτσισμα συνεχίστηκαν. Τώρα το κίνητρο ήταν η επίσκεψη στον οδοντογιατρό. Θα έπρεπε να βρει τα δοντάκια μας απόλυτα καθαρά. Τα παιδιά διαβεβαίωναν ότι βούρτσιζαν τα δόντια τους. Δεν ξέρω κατά πόσο έλεγαν την αλήθεια ... (Δασκάλα Α1).

Από την επαφή των μαθητών με τους οδοντίατρος, όπως αυτή πραγματοποιήθηκε στο πρόγραμμα αγωγής στοματικής υγείας, αναδείχθηκαν τρία σημαντικά ζητήματα:

- Η σημασία της στάσης των δασκάλων. Όπως είχε υπογραμμιστεί, ήδη από τη φάση του Σχεδιασμού (σελ. 148-149), οι εκπαιδευτικοί με τη στάση τους μπορεί να βοηθήσουν ή να αποθαρρύνουν τον οδοντίατρο, στην επαφή του με τους μαθητές. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, οι δασκάλες ήταν παρούσες, διαρκώς, στη διαδικασία και βοηθούσαν, με όλους τους δυνατούς τρόπους, τα παιδιά και τους οδοντιάτρους (εμφύχωση, καθησύχαση, κινητοποίηση κ.ά.).

- Οι συμμετοχικές δραστηριότητες. Όπως φάνηκε και από τις συνεντεύξεις των εκπαιδευτικών (σελ. 125-126), τα προγράμματα αγωγής υγείας διακρίνονται για τις βιωματικές μεθόδους που αξιοποιούν, οι οποίες δίνουν την ευκαιρία σε μαθητές και δασκάλους να εμπλακούν στη διαδικασία με δημιουργικούς και λιγότερο τυπικούς και συνηθισμένους τρόπους. Στο πρόγραμμα αυτό, οι δραστηριότητες που περιελάμβαναν τη συμμετοχή των μαθητών (αναπαράσταση της επίσκεψης στο ιατρείο, βούρτσισμα δοντιών κ.ά.) έγιναν δεκτές με ενθουσιασμό και ανέδειξαν τη δημιουργική φαντασία των παιδιών.

- Η πίεση του χρόνου. Όπως ειπώθηκε προηγούμενα, ο χρόνος στο σχολείο είναι πολύτιμος, οι εκπαιδευτικοί έχουν να φέρουν εις πέρας πολλές διαδικασίες και η εφαρμογή ενός προγράμματος (πολύ περισσότερο δύο ταυτοχρόνως) επιδεινώνει την κατάσταση. Αυτό έγινε αντιληπτό και στον οδοντίατρο, αφού οι επισκέψεις πραγματοποιήθηκαν σε ένα «σφιχτό», χρονικά, πλαίσιο και εντάχθηκαν, εύκολα ή δύσκολα, στη σχολική καθημερινότητα της τάξης. Η άρτια προετοιμασία και η πρόνοια για την αντιμετώπιση τυχόν δυσκολιών ήταν τα βασικά στοιχεία που διευκόλυναν τη παρουσία του οδοντίατρου στο σχολείο.

10.3.3.3. Ο εμπλουτισμός του εκπαιδευτικού έργου

Μια εξίσου σημαντική, αλλά λιγότερο προφανής, πτυχή της συνεργασίας ήταν η υλοποίηση των δραστηριοτήτων από τις εκπαιδευτικούς στην τάξη. Καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος, οι δασκάλες ανέλαβαν να πραγματοποιήσουν μια σειρά από δραστηριότητες, με σκοπό την ευαισθητοποίηση των μαθητών στη φροντίδα της στοματικής υγείας, την ανάδειξη των ζητημάτων διατροφής και την εμπλοκή των γονέων σε διάφορες εργασίες των μαθητών.

α. Αναζήτηση στήριξης από τις προϊστάμενες υπηρεσίες. Από πολύ νωρίς, οι δύο δασκάλες διαπίστωσαν τις δυνατότητες που τους προσφέρει η ανάπτυξη του προγράμματος και αναζήτησαν την αρωγή της υπεύθυνου Πολιτιστικών Θεμάτων του τοπικού γραφείου Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Με αυτό τον τρόπο, ενέταξαν την παρέμβαση στις δραστηριότητες της τάξης.

Στο μεταξύ, σκεφτήκαμε με τη Α. ότι θα είχε ενδιαφέρον να δούμε και άλλες διαστάσεις «περί οδόντων» πέρα από αυτήν της υγείας. Απευθυνθήκαμε λοιπόν στην Π. Κ., υπεύθυνη πολιτισμικών θεμάτων του Α' Γραφείου Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, η οποία και μας έδωσε ωραίες ιδέες και υλικό για την αξία του δοντιού σε άλλους πολιτισμούς, για μύθους, παραμύθια και δοξασίες. Έτσι, υποβάλαμε και επισήμως το πρόγραμμα στην Α' Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης με τίτλο «Ποντικέ πάρε το δόντι μου» περιγράφοντας και τις δύο του διαστάσεις (Δασκάλα Α2).

β. Εκτίμηση αναγκών και διερεύνηση γνώσεων. Οι δύο δασκάλες προσπάθησαν να διερευνήσουν τις γνώσεις των μαθητών για τη στοματική υγεία και τις συνήθειές τους σε σχέση με το βούρτσισμα των δοντιών. Τα αποτελέσματα τις βοήθησαν να κατανοήσουν τις ανάγκες των μαθητών και να στοχεύσουν τις προσπάθειές τους στη βελτίωση της κατάστασης, όπου αυτό απαιτούνταν, ενώ παρατήρησαν διαφορές ανάμεσα στα δύο τμήματα, κυρίως σε ό,τι αφορά τη συχνότητα του βουρτσίσματος.

Από την αρχή κιόλας του σχολικού έτους παρατήρησα πως αρκετοί από τους μαθητές είχαν κίτρινες ή λεκέδες στα δόντια. Στην ερώτησή μου αν βούρτσιζαν τα δόντια, οι απαντήσεις ήταν αφοπλιστικές «Δεν προλαβαίνουμε», «Μα αν βουρτσίζουμε τα δόντια το πρωί δεν θα ερχόμασταν σχολείο» «Η μαμά λέει μόνο κάθε Σαββατοκύριακο που πηγαίνουμε στο εξοχικό μας θα πρέπει να τα βουρτσίζουμε» κ.ά. Σοκαρισμένη από τα επιχειρήματα των παιδιών συζήτησα το θέμα με τη Σ. Μου ανέφερε ότι δεν είχε εντοπίσει τόσο ακραίες στάσεις στο τμήμα της, εντούτοις με μεγάλη χαρά δέχθηκε να κάνουμε ένα πρόγραμμα για τα παιδιά (Δασκάλα Α1).

Οι δασκάλες εντόπισαν περιπτώσεις πλημμελούς φροντίδας της στοματικής υγείας και διαπίστωσαν τις γνώσεις των μαθητών για διάφορα θέματα σχετικά με τη στοματική τους υγεία.

Κατά την ανάγνωση γίνονταν σκόπιμες διακοπές για λόγους τόσο λογοτεχνικής απόλαυσης (πχ. για την κορύφωση του ενδιαφέροντος ζητούσα να προβλέψουν τη

συνέχεια), όσο και διερευνητικούς, για να διαπιστώσω τι ξέρουν για τα δόντια τους, τι φαντάζονται, αν θεωρούν σημαντικό να τα προσέχουν κ.λπ. Μια πρώτη εκτίμηση από την καταγραφή των αντιδράσεών τους ήταν ότι η πλειοψηφία των παιδιών γνώριζε πολλά πράγματα για τη χρησιμότητα των δοντιών, νεογιλών και μόνιμων, τους λόγους που τα βουρτσίζουμε, την επίσκεψη στον οδοντίατρο. Κατάλαβα ότι υπάρχει ενδιαφέρον και ενασχόληση στο σπίτι και ότι το βούρτσισμα για τα περισσότερα παιδιά είναι μια καθημερινή πρακτική (Δασκάλα Α2).

Δεν ήταν δύσκολο να εντοπίσουμε τα παιδιά που το βούρτσισμα δεν ήταν ως πρακτική στην ημερήσια διάταξη της οικογένειας. Η εικόνα των δοντιών τους ήταν αποκαλυπτική. Εξάλλου δεν δίστασαν να το παραδεχτούν. Δύο από αυτά είπαν ότι φοβόντουσαν πολύ την επίσκεψη και ότι είχαν σταματήσει να βουρτσίζουν τα δόντια τους γιατί η μαμά τους τους έλεγε πως θα βγάλουν καινούργια και επομένως δεν πειράζει που χαλάνε τα μωρουδιακά! (Δασκάλα Α2).

γ. Παρακίνηση των μαθητών για το βούρτσισμα των δοντιών. Η υπενθύμιση της σημασίας του βουρτσίσματος των δοντιών, με παιδαγωγικά ορθό τρόπο, καθόλη τη διάρκεια του προγράμματος, βοήθησε να αξιοποιηθούν πολλές από τις πληροφορίες που πήραν οι μαθητές στις συναντήσεις με τους οδοντίατρους και αποτέλεσαν την νοητή συνέχεια των οδοντιατρικών επισκέψεων. Οι εκπαιδευτικοί παρατήρησαν αλλαγές στη συμπεριφορά των μαθητών.

Η στάση των μαθητών άρχισε να αλλάζει. Κάποια από τα παιδιά του ολοήμερου έφεραν οδοντόβουρτσες για να βουρτσίζουν τα δόντια τους μετά το μεσημεριανό φαγητό (Δασκάλα Α1).

Ο ενθουσιασμός μεγάλωσε όταν πήραν και το κουτάκι δώρο με οδοντόβουρτσα και πάστα. Συμφωνήσαμε να τα έχουν στην τσάντα ώστε να τα πλένουν και στο σχολείο αν θέλουν, αφού οι περισσότεροι έμεναν και στο ολοήμερο. Εννοείται πως δεσμεύτηκαν αμέσως χωρίς προτροπή ότι θα τα πλένουν ΣΥΝΕΧΕΙΑ. Εννοείται επίσης πως οι περισσότεροι το ξέχασαν τις επόμενες μέρες εκτός από δυο τρεις που έδειξαν μια εντυπωσιακή συνέπεια (Δασκάλα Α2).

Καθημερινά ρωτούσα τα παιδιά αν βούρτσιζαν τα δόντια τους. (...) Οι μέρες πέρασαν και το σχολικό έτος πλησίαζε στο τέλος του. Η παρότρυνση και οι συμβουλές για τακτικό βούρτσισμα συνεχίστηκαν (Δασκάλα Α1).

δ. Σύνδεση με το αναλυτικό πρόγραμμα και αξιοποίηση διαφορετικών τεχνικών. Οι δασκάλες κατάφεραν να εντάξουν το πρόγραμμα στην καθημερινή ροή της τάξης, αξιοποιώντας την αφήγηση παραμυθιών, ιστοριών και προσωπικών εμπειριών από τους μαθητές.

Μέσα Φλεβάρη σκέφτηκα να δουλέψουμε μια ιστορία που να μας εισάγει με διασκεδαστικό τρόπο στο θέμα της φροντίδας των δοντιών. Η Δόνα Τερηδόνα και το μυστικό της γαμήλιας τούρτας του Ευγένιου Τριβιζά ήταν μια ενδιαφέρουσα επιλογή, καθώς πρόκειται για μια ιστορία εξαιρετικά διασκεδαστική και περιπετειώδη, με πλούτο περιγραφών και λεπτομερειών σχετικά με τις βλαβερές συνέπειες της κατανάλωσης ζάχαρης, που δίνει πολλές αφορμές για συζητήσεις και ανταλλαγή εμπειριών. Την ιστορία διάβαζα τμηματικά στα παιδιά σε χρόνους που αποζητούσαμε χαλάρωση και ηρεμία. Κατά την ανάγνωση γίνονταν σκόπιμες διακοπές για λόγους τόσο λογοτεχνικής απόλαυσης (πχ. για την κορύφωση του ενδιαφέροντος ζητούσα να προβλέψουν τη συνέχεια), όσο και διερευνητικούς, για να διαπιστώσω τι ξέρουν για τα δόντια τους, τι φαντάζονται, αν θεωρούν σημαντικό να τα προσέχουν κ.λπ. (Δασκάλα Α2)

Είναι εκπληκτικό πόσο το θέμα «δόντια» μπορεί να απογειωθεί όταν συζητιέται από λιλιπούτειους «ειδικούς». Ο καθένας/καθεμιά είχε κάθε φορά να διηγηθεί ένα σωρό σχετικές ιστορίες προσωπικές, οικογενειακές, φανταστικές με δόντια που έβγαλαν θριαμβευτικά, που έχασαν, που κράτησαν, που τα κατάπιαν, που τα πέταζαν στις σκεπές σπιτιών, που έγιναν μέρος συλλογής σε μυστικά κουτιά κλπ. (Δασκάλα Α2)

Επίσης, συνέδεσαν τις δραστηριότητες του προγράμματος με το παράλληλο πρόγραμμα που υλοποιούσαν ή κάποιο άλλο μάθημα, διαφορετικής θεματολογίας.

Δραστηριότητες με αφορμή πληροφοριακά είδη κειμένων για τις ονομασίες και τον αριθμό των δοντιών, άλλα με περιγραφές δοντιών ζώων, καθώς και αυτοσχεδιαστικά που αφορούσαν είτε διασκευή κάποιων στίχων, π.χ για μια αράχνη που έτρωγε ζάχαρη άχνη και έχασε τους τραπεζίτες της, είτε ιστορίες και ήρωες που τους γνωρίζουμε μέσω του δεύτερου προγράμματος που εφαρμόζουμε στην τάξη και αφορά τη διαχείριση συναισθημάτων. Για παράδειγμα η Πόσκα, ένας χαρακτήρας που βοηθάει σε δύσκολες καταστάσεις προτείνοντας λύσεις φιλίας, έχει και κάποιες αδυναμίες, όπως να μασάει τσίχλες με ζάχαρη! (Δασκάλα Α2).

Ο συνάδελφος Γ., στο πλαίσιο του μαθήματος «Μελέτη του Περιβάλλοντος» ασχολήθηκε περαιτέρω με τα δόντια και την υγιεινή τους, επιλέγοντας δραστηριότητες από το υλικό που μας έδωσε ο οδοντογιατρός, το σχολικό βιβλίο αλλά και το υλικό που μας παραχώρησε η κ. Κ., υπεύθυνη πολιτισμικών δράσεων στο γραφείο Α/βάθμιας Εκπαίδευσης. Τα παιδιά διερεύνησαν την συμβολή της καλής διατροφής στη υγιεινή των δοντιών (Δασκάλα Α1).

Οι δασκάλες επέδειξαν ευελιξία, σχετικά με τον τρόπο που χειρίστηκαν τις δράσεις μέσα στην τάξη, φρόντισαν να υπάρξει διάχυσή τους και στα μαθήματα του αναλυτικού προγράμματος και ευαισθητοποιούσαν διαρκώς τα παιδιά στη φροντίδα του στόματος. Με αυτό τον τρόπο, προώθησαν τους στόχους του προγράμματος και στήριξαν τη συνεργασία με τον οδοντίατρο, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

10.3.3.4. Η επίδραση της παρέμβασης σε γονείς και παιδιά

Η εμπλοκή των γονέων στη διαδικασία του προγράμματος ήταν σημαντική παράμετρος και ένας από τους βασικούς στόχους της παρέμβασης. Οι προσπάθειες της ΟΠ επικεντρώθηκαν στην ευαισθητοποίηση των γονέων να στηρίζουν και να συμμετέχουν στις δραστηριότητες και, σε αυτή τη κατεύθυνση, αξιοποιήθηκαν διαφορετικοί τρόποι.

α. Ενημερωτικό Φυλλάδιο Γονέων. Αρχικά, οι γονείς ενημερώθηκαν, πολύ νωρίς και αναλυτικά, για τους στόχους του προγράμματος και τους ζητήθηκε να καταθέσουν οικογενειακές ιστορίες, σχετικά με τη φροντίδα της στοματικής υγείας. Σε αυτό το κάλεσμα, ανταποκρίθηκαν τέσσερις οικογένειες, αναφέροντας κυρίως ιστορίες σχετικές με την εμπειρία των παιδιών στο οδοντιατρείο ή κάποια χαλασμένα δόντια κ.ά.

β. Εισήγηση στη Σχολή Γονέων του σχολείου. Στα μέσα Μαρτίου, έγινε εισήγηση στη Σχολή Γονέων του σχολείου, με θέμα τις αιτίες εμφάνισης των νοσημάτων του στόματος και τίτλο «Τερηδόνα: κάτι περισσότερο από ένα σφράγισμα»⁵. Στην εκδήλωση αυτή, δόθηκε η ευκαιρία να παρουσιαστούν ορισμένα επιστημονικά δεδομένα (από τον χώρο της οδοντιατρικής αλλά και των ανθρωπιστικών επιστημών), με σκοπό την ανάδειξη της πολυπλοκότητας των ζητημάτων της υγείας και της σημασία τους, ιδιαίτερα

⁵ Διαθέσιμο στο <https://www.youtube.com/watch?v=3r9bmidLIhA&list=UUzU4juFtNVFibz1gXZMOpaA>

για την παιδική ηλικία. Τη διάλεξη παρακολούθησαν 15 γονείς, δέκα από τους οποίους ήταν από την Α΄ δημοτικού. Παρούσα ήταν, επίσης, η δασκάλα του Α2 και ο διευθυντής του σχολείου, ο οποίος είχε την ευθύνη για το περιεχόμενο των μαθημάτων της Σχολής και στήριξε δυναμικά το προληπτικό πρόγραμμα, στην Α΄ τάξη, από την έναρξη έως το τέλος του.

Η συμμετοχή ήταν μικρή, αλλά ήρθαν αρκετοί γονείς των δικών μας παιδιών, γεγονός ευχάριστο και ενδεικτικό του ενδιαφέροντός τους για τη στήριξη του προγράμματός μας. Η ομιλία και η συζήτηση που ακολούθησε ήταν πολύ ενδιαφέρουσες και διαφωτιστικές τόσο από καθαρά ιατρική άποψη όσο και από τη σκοπιά των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που επιδρούν στην υγεία. Για μια ακόμα φορά διαπιστώθηκε ότι τα πιο χαμηλά κοινωνικά στρώματα είναι αυτά που έχουν τα μεγαλύτερα προβλήματα με τη στοματική τους υγεία, έχουν άγνοια ή ελλιπή ενημέρωση σε θέματα διατροφής, δυσκολίες στην πρόσβαση σε δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες (λόγω ανεπαρκούς ασφαλιστικής κάλυψης), αδυναμία πρόσβασης στον ιδιωτικό τομέα λόγω υψηλού κόστους (Δασκάλα Α2).

γ. Η συνεισφορά των εκπαιδευτικών. Σημαντική ήταν η συνεισφορά των εκπαιδευτικών, στην ενημέρωση των γονέων της τάξης, για το πρόγραμμα και τους στόχους του. Με την έναρξη της παρέμβασης, στάλθηκαν ενημερωτικές επιστολές, ενώ κατά τη διάρκεια του προγράμματος έγιναν επιπλέον ενημερώσεις και διερευνητικές συζητήσεις.

Αγαπητοί γονείς, σας στέλνω δύο επιστολές ενημέρωσης, για δύο προγράμματα που ξεκινήσαμε να εφαρμόζουμε στην τάξη. Το ένα είναι πρόγραμμα στοματικής υγιεινής, την επιστημονική επιμέλεια του οποίου έχει ο οδοντίατρος Δ. Δημητριάδης, πατέρας μαθητή της τάξης μας. Το δεύτερο αφορά τη διαχείριση των συναισθημάτων των παιδιών και σχεδιάστηκε από την ψυχολόγο και συνεργάτιδα του σχολείου μας, Σ. Κ. Και τα δύο προγράμματα για να έχουν θετικά αποτελέσματα προϋποθέτουν τη δική σας συμβολή και στήριξη. Περισσότερα θα μάθετε στα συνημμένα αρχεία και στην επικοινωνία που ούτως ή άλλως θα έχουμε. Να σας υπενθυμίσω ότι αυτήν την Τετάρτη 14/03 μιλάει στη σχολή γονέων ο κ. Δημητριάδης και την Τετάρτη 21/03 η κ. Κ. Το περιεχόμενο των εισηγήσεών τους θα είναι απολύτως σχετικό με τα προγράμματα που υλοποιούμε στην τάξη μας.

Προσπαθήστε να είστε εκεί! (Δασκάλα Α2, ηλεκτρονικό ταχυδρομείο στους γονείς της τάξης).

Κατά τις πασχαλινές διακοπές, δόθηκε ένα Πασχαλινό Ημερολόγιο (7 ημερών) στους μαθητές, για να το συμπληρώσουν με την επίβλεψη και βοήθεια των γονέων. Σε αυτό υπήρχε ειδική ενότητα για το βούρτσισμα των δοντιών και μια ξεχωριστή ημέρα ήταν αφιερωμένη στη στοματική υγεία.

Ο ρόλος τώρα ήταν στους γονείς οι οποίοι θα έπρεπε να παρακολουθήσουν μέσα στις διακοπές του Πάσχα τη συνέπεια των παιδιών στο βούρτσισμα των δοντιών. Τις παρατηρήσεις τους θα τις σημείωναν στο ειδικό φυλλάδιο που μας δόθηκε (Δασκάλα Α1).

Μετά το Πάσχα τα περισσότερα παιδιά ήρθαν κρατώντας περήφανα το φυλλάδιο και δηλώνοντας ότι είχαν προσπαθήσει πολύ με τα δόντια. Κάποιοι γονείς μάλιστα το σκάναραν για να συνεχίσουν τη χρήση του στο σπίτι. Θετικό σκέφτηκα (!!!) (Δασκάλα Α1).

δ. Αποτελέσματα, για την επίδραση του προγράμματος, από το Ερωτηματολόγιο Γονέων. Προκειμένου να υπάρξει αδρή καταγραφή της επίδρασης του προγράμματος σε μαθητές και γονείς, σχεδιάστηκε ερωτηματολόγιο για γονείς το οποίο περιελάμβανε 6 ερωτήσεις (Παράρτημα Θ). Η πρώτη ερώτηση αφορούσε τι γνώριζαν οι γονείς για το πρόγραμμα και τις δράσεις του, η επόμενη εάν παρατήρησαν αλλαγές στις συνήθειες στοματικής υγιεινής του παιδιού, η τρίτη ερώτηση διερευνούσε τις συνήθειες βουρτσίσματος, η επόμενη την επισκεψιμότητα στο οδοντιατρείο, η προτελευταία ερώτηση αφορούσε συζητήσεις μέσα στην οικογένεια, σχετικά με τη φροντίδα των δοντιών, κατά τη χρονική διάρκεια του προγράμματος και η τελευταία, διερευνούσε την εκτίμηση των γονέων για πιθανή εμπλοκή τους σε μελλοντικά προγράμματα. Συνολικά επιστράφηκαν 31 ερωτηματολόγια (σύνολο μαθητών 36, συμμετοχή 85%) και τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου, παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2			
Απαντήσεις γονέων, στο ερωτηματολόγιο για το Πρόγραμμα Αγωγής Στοματικής Υγείας στην Α΄ Δημοτικού.			
Σύνολο μαθητών: 36	Σύνολο συμπληρωμένων ερωτ.: 31 (85%)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Γνωρίζετε ότι πραγματοποιήθηκε πρόγραμμα στην Α΄ τάξη;		31	0
Παρατηρήσατε αλλαγή στις συνήθειες στοματικής υγιεινής;		22	9
Βουρτσίζετε μαζί με το παιδί τα δόντια σας;		24	7
Επισκεφθήκατε το τελευταίο έτος τον οδοντίατρο;		26	5
Έγινε κάποια συζήτηση στο σπίτι με θέμα τη στοματική υγιεινή;		29	2
Με ποιους τρόπους πιστεύετε ότι μπορείτε να συμμετέχετε;		12	19

- Γνώσεις των γονέων για το πρόγραμμα. Όλοι οι γονείς γνώριζαν για το πρόγραμμα, ενώ η εξέταση των μαθητών (30), οι ομιλίες στην τάξη (27), η επίσκεψη σε οδοντιατρείο (25) και η επίδειξη βουρτσίσματος στην τάξη (21), ήταν οι πιο αναγνωρίσιμες δραστηριότητες της παρέμβασης.

- Αλλαγές στις συνήθειες βουρτσίσματος των παιδιών. Εικοσιδύο γονείς παρατήρησαν αλλαγές στις συνήθειες βουρτσίσματος των δοντιών στα παιδιά, που αφορούσαν κυρίως συχνότερο (10), σωστότερο (5) και συνεπέστερο (5) βούρτσισμα. Η αλλαγή αυτή οφείλεται, μάλλον, στην εφαρμογή του προγράμματος, κάτι που επιβεβαιώνεται από τα λεγόμενα των εκπαιδευτικών, κατά τις παρατηρήσεις τους στην τάξη και τις άτυπες συζητήσεις με τους γονείς.

- Συνήθειες στοματικής υγιεινής και επισκέψεις στο οδοντιατρείο. Εικοσιτέσσερις γονείς δηλώνουν ότι βουρτσίζουν μαζί με το παιδί τα δόντια τους, προκειμένου να ελέγχουν τη διαδικασία (7 γονείς) και να δώσουν το καλό παράδειγμα (12 γονείς) στα παιδιά τους. Το στοιχείο αυτό είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό, καθώς οι γονείς φαίνεται να αντιλαμβάνονται τον ρόλο τους τόσο ως προτύπων συμπεριφοράς όσο και ως φροντιστών της στοματικής υγείας των παιδιών. Αυτή η διαπίστωση, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι 84% των μαθητών επισκέφθηκαν τον προηγούμενο χρόνο το οδοντιατρείο, για απλή εξέταση /καθαρισμό (15) ή οδοντιατρικές εργασίες (8), μπορεί να

αποτελέσουν κίνητρα αλλά και σημείο αφετηρίας για την εμπλοκή των γονέων σε μελλοντικά προγράμματα στο σχολικό περιβάλλον.

Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα μιας μαμάς που κάποια στιγμή με πλησίασε ενοχικά, θέλοντας να μου ομολογήσει το σφάλμα της στην απουσία φροντίδας των δοντιών των παιδιών της λόγω του δικού της φόβου επίσκεψης στον οδοντίατρο (Δασκάλα Α2).

Η γιαγιά του που είχε και έχει θέματα με τα δόντια της γιατί από μικρή φοβόταν τον οδοντίατρο είναι ένα πολύ καλό παράδειγμα προς αποφυγή!! Γελάμε μεν, με τον Β. αλλά έχει καταλάβει πως, αν δεν τα φροντίσουμε, θα χαλάσουν, θα πονάμε και θα μας πέσουν! (Μητέρα μαθητή Α1).

Η φροντίδα των δοντιών της Ανατολής έχει ξεκινήσει από 2 χρονών. Παρακολουθώντας εμάς να βουρτσίζουμε τα δόντια μας, της ήρθε η επιθυμία να δοκιμάσει και εκείνη. Μετά συζητήσαμε για τη σημασία που έχει για την υγεία μας και της περιγράψαμε τις δικές μας οδοντηρές εμπειρίες από τον οδοντίατρο!! (Μητέρα μαθήτριας Α1).

- Διεισδυτικότητα της παρέμβασης. Ιδιαίτερα ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι όλοι, σχεδόν, οι γονείς (29) δήλωσαν πως, κατά τη διάρκεια του προγράμματος, έγινε κάποια συζήτηση στο σπίτι με θέμα τη στοματική υγεία. Αφορμή για αυτές τις συζητήσεις ήταν το προληπτικό πρόγραμμα (10), ζητήματα διατροφής και ιδιαίτερα η κατανάλωση γλυκισμάτων (5), το βούρτσισμα των δοντιών (4), καθώς και κάποιο οδοντιατρικό πρόβλημα του παιδιού, του γονέα ή κάποιου φίλου (4). Παρ' όλο που είναι σαφές πως συζητήσεις για τα θέματα στις στοματικής υγείας γίνονται καθ' όλη της διάρκεια του έτους και για μια σειρά από διαφορετικές αιτίες, οι γονείς παρατήρησαν ότι η βασική αφορμή συζητήσεων, για το συγκεκριμένο διάστημα, ήταν το πρόγραμμα και οι δράσεις του. Φαίνεται ότι α. η παρέμβαση διείσδυσε μέσα στην καθημερινότητα της οικογένειας και αποτέλεσε θέμα συζήτησης, επιπλέον όμως β. προσεγγίστηκαν και άλλα ζητήματα (διατροφή, επισκέψεις στο οδοντιατρείο) μέσα από τις πληροφορίες που διαχύθηκαν από την εφαρμογή του προγράμματος.

- Συμμετοχή των γονέων στα προγράμματα αγωγής υγείας. Η τελευταία ερώτηση καθρεφτίζει τη διάθεση των γονέων να εμπλακούν σε αντίστοιχες δραστηριότητες στο μέλλον και δίνει τη δυνατότητα να περιγράψουν με ποιον τρόπο θα μπορούσε να συμβεί αυτό. Η ερώτηση απαντήθηκε από 12 γονείς, τέσσερις από τους οποίους δήλωσαν ότι θα συμμετείχαν

με οποιοδήποτε τρόπο

και ότι

είναι ανοικτοί σε κάθε συνεργασία.

Οι υπόλοιποι ανέφεραν ότι μπορούν να βοηθήσουν επεκτείνοντας το πρόγραμμα στο σπίτι, με την παραγωγή υλικού ή με τη συνοδεία των παιδιών σε επισκέψεις εκτός σχολείου.

Γενικά, αντιλαμβάνονται τη συμμετοχή τους κυρίως στο σπίτι, αλλά είναι πρόθυμοι να συνεργαστούν και σε άλλες δραστηριότητες, οι οποίες όμως δεν περιγράφονται επαρκώς. Αυτό είναι μάλλον αναμενόμενο, καθώς η ισχύς του γονέα ασκείται περισσότερο μέσα στο σπίτι και άρα η βοήθειά του θα είναι μεγαλύτερη σε αυτό το περιβάλλον, ενώ τα προγράμματα στο σχολείο αποτελούν ένα διαφορετικό και άγνωστο πλαίσιο, όπου δεν είναι πάντοτε σαφές τι απαιτείται από αυτόν. Ο αριθμός των γονέων που απάντησαν στην ερώτηση δείχνει ότι υπάρχει ένα πυρήνας ανθρώπων, στην ευρύτερη ομάδα των γονέων, οι οποίοι είναι διατεθειμένοι να εμπλακούν δημιουργικά σε δράσεις που θα βοηθήσουν τα παιδιά, θα είναι για το καλό τους ή θα συμβάλουν στη βελτίωση της υγείας και καθημερινότητάς τους. Αυτός ο αριθμός αθροίζεται με εκείνον των εκπαιδευτικών που δηλώνουν έτοιμοι να εφαρμόσουν προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας και, πιθανώς, η ενδεχόμενη συνέργια των δύο ομάδων να αποδώσει σημαντικούς καρπούς, σε αυτό το πεδίο.

10.4 Τρίτο Στάδιο: Αναστοχασμός

Η McNiff (2002), αναφέρει:

Χρειάζεται να είμαστε ενήμεροι πως, διαμέσου της δημιουργικής διαδικασίας που ακολουθούμε, αλλάζουμε τη δική μας σημερινή πραγματικότητα έτσι ώστε το όραμά μας, για το πού θέλουμε να πάμε, να αλλάζει και αυτό. Στον βαθμό που το μέλλον ενυπάρχει στο παρόν, δημιουργούμε το μέλλον καθώς αλλάζουμε το παρόν. Δεν στοχεύουμε σε μια πετυχημένη κατάληξη (happy ending) όσο σε ένα βελτιωμένο «σήμερα».

Η αίσθηση που αποκόμισαν οι συντελεστές της Δράσης, με την ολοκλήρωση του προγράμματος, ήταν η ανάγκη για συνέχιση της προσπάθειας και την επόμενη χρονιά, καθώς ένα μέρος όσων σχεδιάστηκαν δεν ολοκληρώθηκαν.

α. Περισσότερες δράσεις και συνέχιση του προγράμματος. Περισσότερες δραστηριότητες στην τάξη, διάχυση του προγράμματος στη σχολική κοινότητα, επιπλέον εμπλοκή της οικογένειας, είναι μερικά από όσα θα μπορούσαν να είχαν επιτευχθεί. Η κοινή διαπίστωση, πως για να έχουν συνέχεια τα θετικά αποτελέσματα της προσπάθειας (π.χ. η αλλαγή στις συνήθειες βουρτσίσματος των δοντιών από τους μαθητές) είναι απαραίτητη η επανάληψη του προγράμματος στο νέο σχολικό έτος, εκφράζει την κατανόηση των εκπαιδευτικών για τον τρόπο που λειτουργεί η σχολική αγωγής υγείας. Η συνέχιση του προγράμματος, όμως, δεν κατέστη δυνατή, καθώς η δασκάλα του Α1 μετακινήθηκε σε άλλη θέση εργασίας, εκτός σχολείου, ενώ οι δασκάλες της τάξης επέλεξαν, την επόμενη σχολική χρονιά, άλλες δραστηριότητες και προγράμματα.

Το πρόγραμμα μου άφησε μια γλυκιά γεύση. Χάρηκα με τη χαρά των παιδιών και γέμισα με την ελπίδα ότι ίσως γλιτώσαμε κάποια παιδικά στόματα από σφραγίσματα... Ταυτόχρονα όμως και η αίσθηση του ανικανοποίητου. Θα ήθελα να κάνουμε περισσότερα – όπως το είχαμε σχεδιάσει.... Λίγη τέχνη, όπως είχαμε συμφωνήσαμε με τη Σ. στην αρχή.... Κάποια παιχνίδια για τη διάχυση της πληροφορίας στην υπόλοιπη σχολική κοινότητα... Τελικά μας πρόλαβε το τέλος της σχολικής χρονιάς.... Ελπίζω τη νέα χρονιά το πρόγραμμα να συνεχιστεί και να λάβει τις διαστάσεις που δεν προλάβαμε να δώσουμε εφέτος (Δασκάλα Α1).

Οι εκπαιδευτικοί φαίνεται να αντιλαμβάνονται τον ρόλο των παιδιών στα προγράμματα αγωγής υγείας και τον τρόπο που διαχέεται η πληροφορία στην τάξη, το σχολείο και την οικογένεια και τονίζουν τη σημασία της αξιολόγησης αποτελεσματικότητας της παρέμβασης.

Προφανώς και θα μπορούσαν να είχαν γίνει και άλλα πολλά πράγματα που είχαμε κατά νου, ώστε τα παιδιά να λειτουργήσουν και ως πολλαπλασιαστές τόσο στην οικογένειά τους όσο και στα παιδιά όλου του σχολείου. Αν ήταν δυνατό να συνεχιστεί και την επόμενη χρονιά, θα μπορούσαμε ενδεχομένως να μετρήσουμε στατιστικά κάποιους δείκτες της αποτελεσματικότητάς του. Όπως και να 'χει, είναι βέβαιο πως τίποτα δεν πάει χαμένο στον σχολικό χωροχρόνο, όταν γίνεται με γνώση, σχεδιασμό, σοβαρότητα και νοιάξιμο. Και νομίζω ότι τα φωτεινά χαμόγελα που τα παιδιά μας χάρισαν ήταν και ένα σπουδαίο μέρος της ανταμοιβής μας (Δασκάλα Α2).

Όπως φαίνεται από τις παρατηρήσεις των δύο δασκάλων, η ικανοποίηση που εισπράττουν από την ανταπόκριση των παιδιών στο πρόγραμμα είναι ένα σημαντικό κίνητρο για τη συνέχιση της προσπάθειας την επόμενη χρονιά, κάτι που είχε καταγραφεί και στις συνεντεύξεις των εκπαιδευτικών (σελ. 126-127).

Προκειμένου να επιτευχθεί μια ευκρινέστερη εικόνα, σχετικά με την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης, σε επίπεδο αλλαγής συμπεριφοράς και υιοθέτησης νέων συνηθειών από τους μαθητές της τάξης, θα είχε ενδιαφέρον να καταγραφούν οι συνήθειες στοματικής υγείας, από το νέο σχολικό έτος, κάτι που δεν κατέστη δυνατό στη συγκεκριμένη έρευνα. Γενικά, η επίδραση παρόμοιων προγραμμάτων στις συνήθειες του βουρτσίσματος των δοντιών είναι περιορισμένης διάρκειας και η συνέχισή τους, με την ίδια ή διαφοροποιημένη μορφή, μπορεί να έχει επιδράσεις μεγαλύτερης χρονικής εμβέλειας. Σε κάθε περίπτωση, η επιρροή των παρεμβάσεων αυτών είναι πολυδιάστατη και δεν περιορίζεται, πάντοτε, σε συγκεκριμένα χρονικά πλαίσια ή επιρροές (Nakre & Harikiran, 2013· Kay & Locker, 1996).

β. Η ανάπτυξη και η σημασία της συνεργασίας. Εάν, πράγματι, αλλάζοντας το σήμερα πλάθουμε την εικόνα του αύριο, σίγουρα τα μέλη της ΟΠ επιθυμούν να δουν τους καρπούς της προσπάθειάς τους τον επόμενο χρόνο. Η διαδικασία εφαρμογής της Δράσης, εάν και φαίνεται ότι ολοκληρώθηκε στο τέλος του σχολικού έτους, ανέπτυξε ισχυρές σχέσεις και δεσμούς μεταξύ των συντελεστών της παρέμβασης, καθιστώντας τους ικανούς να ξεκινήσουν μια νέα, πιο ενήμερη και βελτιωμένη προσπάθεια. Οι σχέσεις αυτές, όπως εκφράστηκαν διαμέσου της υλοποίησης του προγράμματος, δεν πρέπει να θεωρούνται τυχαίες, αλλά μάλλον αποτέλεσμα συντονισμένων προσπαθειών και συνεννοήσεων.

Η αναγνώριση κοινών στόχων και αξιών, σε σχέση με τη σημασία της αγωγής υγείας για τους μαθητές και το σχολικό περιβάλλον, αποτέλεσε το θεμέλιο όπου στηρίχθηκαν οι μετέπειτα προσπάθειες οργάνωσης του προγράμματος. Η κοινή διαπίστωση, κατά τη διάρκεια των συναντήσεων της ΟΠ, ότι δεν μπορούν όλοι να τα κάνουν όλα, αλλά το κάθε μέλος θα προσέφερε από τη μεριά του εκείνο που μπορούσε καλύτερα, λειτούργησε ανακουφιστικά για όλους, αφού έτσι μπόρεσαν να αξιοποιήσουν το δυναμικό τους, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Η αδιάλειπτη δέσμευση, στα συμφωνηθέντα, η οποία επιβεβαιωνόταν στις συναντήσεις της ΟΠ, ανατροφοδοτούσε

θετικά τα μέλη ώστε να συνεχίσουν την προσπάθειά τους, παρά τις πιθανές δυσκολίες ή εμπόδια (πίεση χρόνου, άλλες υποχρεώσεις).

Η εμπλοκή δασκάλων και οδοντίατρον στον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την παρακολούθηση του προγράμματος βοήθησε στη δέσμευση όλων για την επιτυχία της προσπάθειας, αφού ο κάθε ένας είχε προσθέσει τη δική του ματιά και προτάσεις, σε κάθε στάδιο. Με αυτό τον τρόπο, έγινε συν-μέτοχος/η στη διαδικασία, αναλαμβάνοντας την ευθύνη να φέρει εις πέρας το μέρος που του/της αναλογούσε.

Οι εκπαιδευτικοί χρειάζεται και θα χρειαστεί να συνεργαστούν με άτομα και φορείς εκτός σχολικής κοινότητας για την εφαρμογή παρεμβάσεων που αφορούν την υγεία (IUHPE, 2010). Στους πιθανούς συνεργάτες περιλαμβάνονται οι δημοτικές υπηρεσίες (π.χ. κοινωνικές υπηρεσίες, δημοτικά ιατρεία κ.ά.), υπηρεσίες υγείας (Κέντρα Υγείας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Νοσοκομεία κ.ά.), Κέντρα Πρόληψης (ΟΚΑΝΑ, ΚΕΘΕΑ κ.ά.) μη κυβερνητικές οργανώσεις (π.χ. Γιατροί του Κόσμου, το Χαμόγελο του Παιδιού κ.ά.) και άλλοι φορείς. Η ποικιλότητα των ζητημάτων υγείας και η διαφορετικότητα προσέγγισης για καθένα από αυτά, καλό είναι να αποτελέσουν πρόκληση για την σχολική κοινότητα, έτσι ώστε να αναπτυχθούν ικανές και δημιουργικές συνεργασίες και όχι εμπόδιο, που οδηγεί σε στείρα εφαρμογή δράσεων με περιορισμένα αποτελέσματα.

γ. Ανοικτή επικοινωνία και θετικός λόγος. Η σημασία της καλής επικοινωνίας ανάμεσα στους συντελεστές των προγραμμάτων, θεωρείται βασικό στοιχείο για την επιτυχία των συνεργασιών, στο σχολικό περιβάλλον. Καλή επικοινωνία μπορεί να σημαίνει, εκτός των άλλων, τακτικές συναντήσεις των συντελεστών, ανταλλαγή υλικού (σημειώσεις, παρατηρήσεις, σχόλια), διαθεσιμότητα κ.ά. (Australian Government, 2013• The Scottish Government, 2010). Λιγότερο εύκολο να περιγραφεί, αλλά εξίσου μεγάλης σημασίας, είναι η χρήση της γλώσσας και του λόγου ανάμεσα στους εμπλεκόμενους, σε μια διαδικασία ή πρόγραμμα: αφορά τις λέξεις που χρησιμοποιούνται, το περιεχόμενο που νοηματοδοτούν αλλά και τα μη λεκτικά στοιχεία της επικοινωνίας, όπως ο τόνος και η ένταση της φωνής κ.ά. (Dickson, Hargie, & Morrow, 1997). Ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιείται η γλώσσα είναι ένας ευαίσθητος δείκτης για το είδος των σχέσεων που έχουν οι άνθρωποι μεταξύ τους. Ζητήματα ισχύος, ιδεολογίας και δέσμευσης στη

διαδικασία επηρεάζουν και επηρεάζονται από τη χρήση της γλώσσας ανάμεσα στους ανθρώπους (Elliot, 1999). Όπως αναφέρουν οι Cooperrider et al. (2013),

(...) οι λέξεις δεν είναι μια αναπαράσταση εικόνων, αλλά εργαλεία τα οποία χρησιμοποιούνται για να επιτευχθεί κάτι, είναι μηχανισμοί πλοήγησης που επιτρέπουν στα μέλη μιας κουλτούρας να μετακινούν και να συντονίζουν τις υπάρχουσες σχέσεις (p. 165).

Στη Δράση, τα μέλη της ΟΠ χρησιμοποίησαν μια γλώσσα καταφατική και περιεκτική, η οποία επιβεβαίωνε την αποδοχή όλων από όλους και την ισότιμη συμμετοχή. Η επικοινωνία ήταν προσανατολισμένη στην αναζήτηση λύσεων και τη διερεύνηση κοινού τόπου και συνεννόησης. Αυτή η προσπάθεια επεκτάθηκε, όσο αυτό ήταν δυνατό, στις σχέσεις με τους γονείς και τα παιδιά: οι απορίες ήταν καλοδεχούμενες, οι απαντήσεις αναλυτικές, οι προτροπές και οι παρακινήσεις για το βούρτσισμα των δοντιών γινόταν με θετικό τρόπο και οι προσκλήσεις για συμμετοχή σε δραστηριότητες δίνονταν με σεβασμό και κατανόηση. Παρ' όλο που είναι δύσκολο να αποτυπωθεί και να περιγραφεί αυτού του τύπου η επικοινωνία, περισσότερο δε ακόμα να αποδειχθεί η χρήση της σε κάποια περίπτωση, κατά τη διάρκεια της Δράσης και στις σχέσεις που αναπτύχθηκαν, ανάμεσα στους συντελεστές και τους εμπλεκόμενους, ο ρόλος της ήταν πολύ κρίσιμος, συνδεδετικός και δημιουργικός.

δ. Η συμμετοχή των γονέων. Η εμπλοκή των γονέων στις δράσεις του προγράμματος μπορεί να χαρακτηριστεί ικανοποιητική. Το συμπέρασμα προκύπτει από τη συλλογή του υλικού (πασχαλινά ημερολόγια, ερωτηματολόγια, ιστορίες για δόντια) αλλά και τις συζητήσεις ανάμεσα σε γονείς, εκπαιδευτικούς και τον οδοντίατρο. Η αναλυτική ενημέρωση για τους σκοπούς και τους στόχους του προγράμματος, ο αριθμός και η ποικιλία των δραστηριοτήτων και η προτροπή στους γονείς να συμμετέχουν σε κάποιες από αυτές, οδήγησαν σε διάχυση των δράσεων μέσα στην οικογένεια, κυρίως σε σχέση με το βούρτσισμα των δοντιών στο σπίτι. Η συνεργασία γονέων και εκπαιδευτικών, όχι αποκλειστικά σε προγράμματα σχολικής υγείας, παρόλα τα προφανή οφέλη που μπορεί να αποδώσει, συναντά σημαντικά εμπόδια που προκύπτουν όταν οικογένειες δέχονται σημαντικές πιέσεις (οικονομικές, κοινωνικές ή άλλες), αισθάνονται μη αποδοχή ή απόρριψη από το σχολικό περιβάλλον, δεν γνωρίζουν πώς να προσφέρουν ή εμφανίζουν σημαντικές διαφορές κουλτούρας και γλώσσας (Christenson, Palan, &

Scullin, 2009). Η παράκαμψη των δυσκολιών περιλαμβάνει την από κοινού ανάληψη της ευθύνης για τις δράσεις, τη στόχευση στη συνεργασία και τις θετικές της όψεις, την επιλογή διαδικασιών ενσωμάτωσης και τον προσανατολισμό στη διαρκή βελτίωση (National Education Association, 2011).

Η εφαρμογή της Έρευνας-Δράσης έδωσε την ευκαιρία να καταγραφούν ορισμένοι παράγοντες που επηρεάζουν τη συνεργασία εκπαιδευτικών και υγειονομικών αλλά και ενδιαφέροντα στοιχεία που επηρεάζουν την υλοποίηση των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας. Οι πιο σημαντικές παρατηρήσεις αφορούν:

- Τη σημασία της συμμετοχής, εκπαιδευτικών και υγειονομικών, στον σχεδιασμό, την οργάνωση και την παρακολούθηση του προγράμματος.

- Την ανάγκη ανοικτής και διαρκούς επικοινωνίας, ανάμεσα σε όλους τους εμπλεκόμενους, η οποία δεν πρέπει να περιορίζεται σε ενημερώσεις και πληροφορίες, αλλά να εμπεριέχει τη δυναμική χρήση της γλώσσας που θα ευνοεί ισότιμες σχέσεις και θετικές προοπτικές.

- Τη σπουδαιότητα εξεύρεσης κοινού τόπου μεταξύ εκπαιδευτικών, γονέων και υγειονομικών και την καλλιέργεια κλίματος συνεργασίας και συμμετοχής στη διαδικασία και τις δραστηριότητες του προγράμματος και

- την επιλογή μεθόδων βιωματικού και ομαδοσυνεργατικού χαρακτήρα, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η δημιουργική συμμετοχή των μαθητών και να επιτευχθεί η επιθυμητή αλλαγή συμπεριφοράς για τα ζητήματα υγείας.

Ταυτόχρονα αναδύθηκαν μια σειρά από ερωτήματα, τα οποία αποτελούν ουσιαστικά τον οδηγό για μελλοντικές κατευθύνσεις. Πόσο εφικτή μπορεί να είναι, για παράδειγμα, η εμπλοκή των γονέων σε όλες τις φάσεις κάποιου προγράμματος, ειδικότερα σχολικής αγωγής υγείας; Με ποιον τρόπο θα μπορούσαν να συμμετάσχουν στον σχεδιασμό και την οργάνωση δράσεων, πόσο σχετικοί και ενήμεροι μπορεί να αισθάνονται για τα θέματα υγείας ή της εκπαίδευσης, έτσι ώστε να καταθέσουν ιδέες και προτάσεις, τις οποίες θα χρειαστεί να υλοποιήσουν; Πώς πραγματοποιείται μια παρόμοια συνεργασία, δίχως την κατανόηση της διαφορετικής οπτικής που μπορεί να «φέρνουν» μαζί τους οι μελλοντικοί συνεργάτες; Η κατανόηση και η αποδοχή των διαφορετικών ρόλων και δυνατοτήτων των μελών της ΟΠ ήταν ο πυρήνας και η καρδιά της Δράσης

στο παρόν πρόγραμμα. Μπορεί, άραγε, κάποιος να περιμένει αντίστοιχες διαδικασίες όταν πρόκειται για μια ολόκληρη τάξη ή ένα σχολείο;

Κεφάλαιο 11. Γονείς και ζητήματα υγείας στο σχολικό περιβάλλον

11.1 Σχεδιασμός της έρευνας

Η ανάγκη διερεύνησης των αντιλήψεων που έχουν οι γονείς για τα ζητήματα υγείας στο σχολικό περιβάλλον προέκυψε ως αποτέλεσμα της αδιαμφισβήτητης επιρροής του οικογενειακού περιβάλλοντος στην υγεία του παιδιού, αλλά και της σπουδαιότητας εμπλοκής των γονέων στις διαδικασίες των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας. Για τον σκοπό αυτό, διερευνήθηκε, σε πρώτη φάση, η δυνατότητα πραγματοποίησης *Ομάδων Εστίασης*, που στόχο θα είχαν να συλλεχθούν στοιχεία και δεδομένα των γονέων, για τις απόψεις και τις εμπειρίες τους πάνω στα θέματα που προαναφέρθηκαν. Οι ομάδες αυτές είναι μια μέθοδος συλλογής υλικού, διαφορετικής από τις ομαδικές συνεντεύξεις, καθώς σε αυτήν τα δεδομένα παράγονται μέσα από την αλληλεπίδραση των συμμετεχόντων, δηλαδή από τη δυνατότητα να μοιραστούν, να συγκρίνουν και να συζητήσουν τις οπτικές τους πάνω στο θέμα. Με αυτό τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα να υπάρξει πλούσια πληροφόρηση για την κατανόηση του θέματος, μέσα από την ανταλλαγή ιδεών και τον διάλογο που αναπτύσσεται μέσα στις συνθήκες της ομαδικής συζήτησης (Σαραφίδου, 2011).

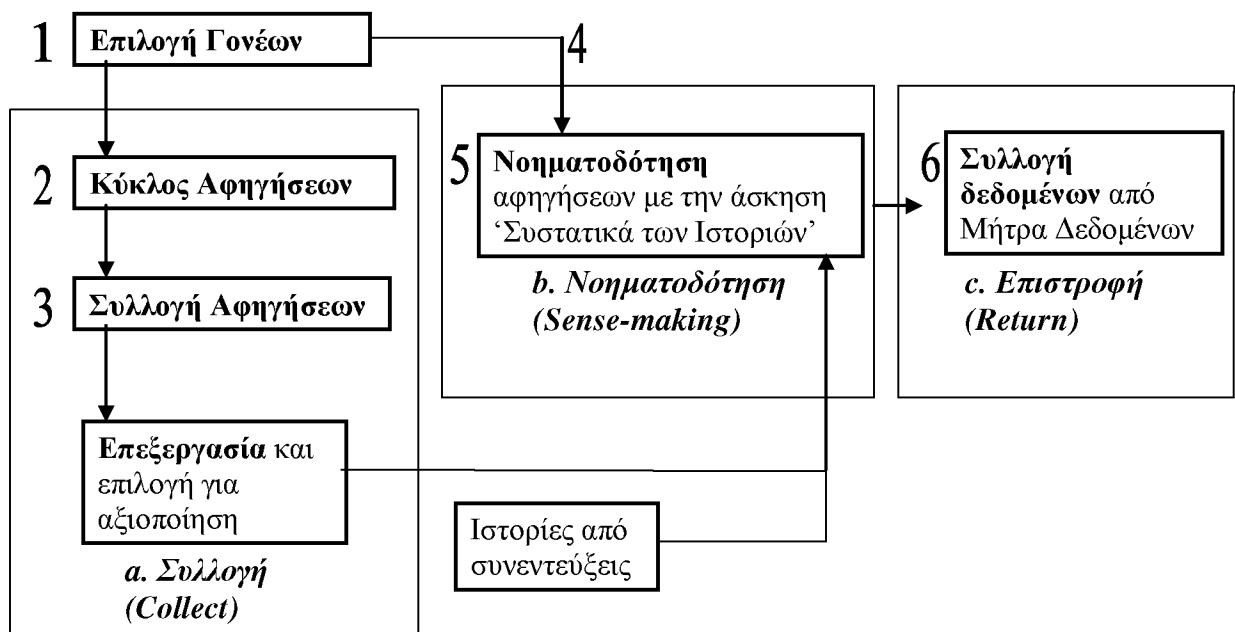
Μέσα, όμως, από τη διαδικασία των συνεντεύξεων που πραγματοποιήθηκαν με τους εκπαιδευτικούς, αλλά και από την Έρευνα-Δράση, αναδύθηκε η σημασία της αφήγησης προσωπικών ιστοριών και περιστατικών, ιστοριών που συνδέονταν, άμεσα, με τη εμπειρία και τις βαθύτερες αντιλήψεις των συμμετεχόντων, για τα θέματα της υγείας και της πρόληψής της στο σχολικό περιβάλλον. Η Συμμετοχική Αφηγηματική Διερεύνηση είναι μία από τις μεθόδους που αξιοποιεί αφηγήσεις και ιστορίες ως ερευνητικό εργαλείο (Kurtz, 2013a) και επιλέχθηκε, στην παρούσα έρευνα, για τη διερεύνηση των απόψεων της ομάδας των γονέων.

Η έρευνα υλοποιήθηκε σε έξι στάδια, τα οποία προσδιόρισαν τις τρεις φάσεις της μεθόδου (σελ. 91). Πιο συγκεκριμένα, τα στάδια ήταν:

1. Επιλογή γονέων, επικοινωνία και εξασφάλιση συμμετοχής για τον Κύκλο Αφηγήσεων.
2. Συλλογή αφηγήσεων με τη διαδικασία του Κύκλου Αφηγήσεων.

3. Αδρή επεξεργασία των αφηγήσεων που συλλέχθηκαν από τον Κύκλο Αφηγήσεων.
4. Επιλογή γονέων, επικοινωνία και εξασφάλιση συμμετοχής για τη νοηματοδότηση των αφηγήσεων, με την άσκηση Συστατικά των Ιστοριών.
5. Πραγματοποίηση της άσκησης Συστατικά των Ιστοριών.
6. Συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων από την εφαρμογή της άσκησης.

Αξιοποιήσιμα στοιχεία (Αποτελέσματα) από αυτή τη διαδικασία, για το ερευνητικό έργο, αποτελούν οι αφηγήσεις των γονέων, όπως συλλέχθηκαν στον Κύκλο Αφηγήσεων και, κυρίως, τα δεδομένα της ΜΔ, έτσι όπως συλλέχθηκαν στο τέλος της άσκησης νοηματοδότησης των ιστοριών. Τα τελευταία, είναι λέξεις, προτάσεις και εκφράσεις, όπως προέκυψαν και συνδέθηκαν νοηματικά κατά τη διαδικασία, αλλά και οι ερμηνείες των γονέων για θέματα που προέκυψαν μέσα από τη συζήτηση και τον διάλογο, στην άσκηση.



Σχεδιάγραμμα 3. Οι τρεις φάσεις και τα έξι στάδια της Συμμετοχικής Αφηγηματικής Διερεύνησης

11.2 Εφαρμογή της έρευνας

11.2.1 1^ο Στάδιο: Επιλογή των γονέων και πρωτόκολλο επικοινωνίας για τον Κύκλο Αφηγήσεων

Η επιλογή των γονέων για τη συμμετοχή τους στο τρίτο μέρος της έρευνας έγινε από το σύνολο των γονέων του 15ου Δημοτικού Σχολείου Αθηνών. Αυτό συνέβη αφενός γιατί μέσα από την Έρευνα-Δράση είχαν ήδη δημιουργηθεί σχέσεις εμπιστοσύνης με ένα σημαντικό αριθμό γονέων του σχολείου και, αφετέρου, για λόγους ευκολίας στην πρόσβαση στους γονείς και τη δυνατότητα εξασφάλιση της συμμετοχής τους.

Τον Ιούνιο του 2013, έγινε προσπάθεια διερεύνησης, ανάμεσα σε γονείς του σχολείου, της επιθυμίας να συμμετάσχουν στη διαδικασία του Κύκλου Αφηγήσεων. Μετά από προφορική ενημέρωση για το τι είναι ο Κύκλος Αφηγήσεων και ποιος είναι ο στόχος του ερευνητικού έργου, σε όσους από τους γονείς εκδήλωναν ενδιαφέρον, αποστέλλονταν πρόσκληση για τη συνάντηση (Παράρτημα Ι). Κατόπιν, γινόταν μια επιπλέον τηλεφωνική ή διά ζώσης επικοινωνία, προκειμένου να οριστικοποιηθεί η συμμετοχή του γονέα. Πολλοί γονείς δυσκολεύτηκαν να συμμετάσχουν, εξαιτίας περιορισμένου χρόνου, ενώ κάποιοι ήταν επιφυλακτικοί ως προς το περιεχόμενο της δραστηριότητας. Όταν συγκεντρώθηκε ο απαιτούμενος αριθμός (έξι), χρειάστηκαν επιπλέον συνεννοήσεις, για την ημέρα και ώρα που θα ήταν βολική για όλους.

11.2.2 2ο Στάδιο: Ο Κύκλος Αφηγήσεων (Συλλογή)

Η συνάντηση πραγματοποιήθηκε στα γραφεία της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδος, προκειμένου να εξασφαλιστούν οι αναγκαίες συνθήκες (επάρκεια χώρου, ησυχία) για την πραγματοποίηση του Κύκλου. Η ομάδα αποτελείτο από έξι γονείς του σχολείου, όλες γυναίκες. Η συνάντηση διήρκεσε 90' και συλλέχθηκαν 23 αφηγήσεις.

Στον Κύκλο Αφηγήσεων, ο συντονιστής ευχαρίστησε, αρχικά, τις μητέρες για τη συμμετοχή τους στη συνάντηση και εξήγησε, με περισσότερες λεπτομέρειες, τη φιλοσοφία και τη δομή της διαδικασίας. Στη συνέχεια δόθηκαν απαντήσεις σε διάφορα ερωτήματα σχετικά με τη θεματολογία, τον τρόπο ή τη διάρκεια των αφηγήσεων. Κατόπιν, υπογραμμίστηκαν δύο σημαντικά ζητήματα, σε σχέση με τη διαδικασία, δηλαδή το γεγονός ότι δεν υπάρχει σχολιασμός των αφηγήσεων που ακούγονται και ότι η συνάντηση μαγνητοφωνείται και ό,τι ειπωθεί κατά τη διάρκειά της θα είναι εμπιστευτικό

και ανώνυμο. Τέλος, ζητήθηκε από τις συμμετέχουσες να αφηγηθούν μια ιστορία ή ένα περιστατικό, το οποίο πιστεύουν ότι σχετίζεται, με οποιοδήποτε τρόπο, με το κεντρικό θέμα της συνάντησης που ήταν τα *Ζητήματα Υγείας στο Σχολικό Περιβάλλον*. Το θέμα επιλέχθηκε να είναι ασαφές, ευρύ και χωρίς εννοιολογικούς ή άλλους περιορισμούς, προκειμένου να δοθεί η ευκαιρία στις μητέρες να προσεγγίσουν, μέσα από τις ιστορίες τους, γενικότερα τα ζητήματα της υγείας στο σχολείο και όχι ένα συγκεκριμένο τομέα. Επίσης, θα δινόταν η ευκαιρία, να αναδυθούν από τις ίδιες οι διαφορετικές πτυχές αυτών των ζητημάτων, προσδιορίζοντας, με αυτό τον τρόπο, τα πεδία που τις αφορούν και που μπορεί να σχετίζονται με τις βαθύτερες αντιλήψεις ή πεποιθήσεις τους, αναφορικά με το κεντρικό θέμα.

11.2.3 3ο Στάδιο: Επεξεργασία των αφηγήσεων (Συλλογή)

Μετά την πραγματοποίηση του Κύκλου Αφηγήσεων, συλλέχθηκαν 23 ιστορίες. Μια αδρή κατηγοριοποίηση των ευρημάτων, παρουσιάζεται στο Παράρτημα ΙΑ. Οι κατηγορίες που έχουν επιλεγεί είναι: αύξων αριθμός της ιστορίας, αύξων αριθμός μητέρας-αφηγήτριας, ηλικία παιδιού της μητέρας, πλαίσιο που εκτυλίσσεται η ιστορία, κεντρικό θέμα, βασικός πρωταγωνιστής, ύπαρξη αντιπαράθεσης/ σύγκρουσης στο περιστατικό, έκβαση της ιστορίας.

Ο αριθμός της κάθε αφηγήτριας, σχετίζεται με τον αριθμό των ιστοριών που αφηγήθηκε. Έτσι, μια μητέρα (η 4), αφηγήθηκε έξι περιστατικά, μια άλλη (η 5) πέντε περιστατικά, δύο μητέρες (οι 1 και 2) αφηγήθηκαν από τέσσερις ιστορίες ενώ άλλες δύο (οι 3 και 6) από δύο. Οι μητέρες είχαν παιδιά που πήγαιναν στις Β', Γ', Δ' και Ε' τάξεις του σχολείου, ενώ κάποιες από αυτές είχαν παιδιά μικρότερης ηλικίας, που δεν είχαν ξεκινήσει ακόμη το σχολείο (πληροφορία που συλλέχθηκε κατά διάρκεια της συνάντησης) και κάποιες άλλες ήταν εκπαιδευτικοί στο επάγγελμα (οι 2,4 και 5).

Οι περισσότερες ιστορίες αφορούσαν περιστατικά που έγιναν στο 15ο Δ.Σ. σχολείο (13 ιστορίες) ή κοντά σε αυτό (ιστορία 17) ή σχετίζονταν άμεσα με το σχολείο (ιστορία 21). Αυτό είναι αρκετά σημαντικό, καθώς μέσα από τις αφηγήσεις μπορεί να καθρεφτίζονται όψεις της καθημερινότητας του σχολείου, όπως τις αντιλαμβάνονται οι γονείς. Αρκετά από τα αναφερόμενα περιστατικά έγιναν σε νηπιαγωγεία, γεγονός που

υπογραμμίζει ότι τα θέματα υγείας απασχολούν τους γονείς όχι μόνο αναφορικά με το τωρινό σχολείο, αλλά και από προηγούμενα χρόνια, κάτι που είναι μάλλον αναμενόμενο.

Σχεδόν όλες οι ιστορίες είχαν ως πρωταγωνιστές τους ίδιους τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς και τα παιδιά, πάντοτε με ένα περιστατικό ή πρόβλημα το οποίο προέκυψε στο σχολείο (ή το νηπιαγωγείο) ή στο χώρο εργασίας (ιστορίες 3 και 19). Θεματολογικά, αναδείχθηκαν τέσσερις κατηγορίες ζητημάτων και η σειρά της αφήγησης των περιστατικών φανερώνει τον τρόπο με τον οποίο εξελίσσεται η διαδικασία του Κύκλου Αφηγήσεων: αρχικά ακούστηκαν ιστορίες για θέματα *καθαριότητας και υγιεινής* (ιστορίες 1,2,4,5 και 7), κατόπιν για *ατυχήματα και τραυματισμούς* (ιστορίες 3,8,10,11,16,17) και στο τέλος για *διατροφή* (ιστορίες 18-23), ενώ ιστορίες με θέμα την *αγωγή υγείας* ακούστηκαν καθόλη τη διάρκεια της συνάντησης και συνήθως είχαν κάποια σχέση με τις παραπάνω κατηγορίες θεμάτων (ιστορίες 4,6,9,19).

Οι ιστορίες που συλλέχθηκαν, αποτέλεσαν τη βασική δεξαμενή αφηγήσεων για την άσκηση νοηματοδότησης, που επρόκειτο να ακολουθήσει. Σημαντικό κριτήριο για την επιλογή των ιστοριών ήταν η εκπροσώπηση όλων των θεματικών ενοτήτων που αναδύθηκαν από τις αφηγήσεις που είχαν συλλεχθεί. Έτσι, από τις ιστορίες που είπαν οι μητέρες επιλέχθηκαν οι 1,11,13,14,16 και 21, ενώ επιλέχθηκαν και δύο περιστατικά, όπως τα αφηγήθηκαν εκπαιδευτικοί (Σ7 και Σ13) που συμμετείχαν στην πρώτη φάση του ερευνητικού έργου, αφενός για να υπάρχει και η «φωνή» των δασκάλων στις ιστορίες, αφετέρου γιατί, σαν ιστορίες, είχαν μεγάλο ενδιαφέρον, θεματολογικά (ζήτημα υγείας ενός παιδιού και πρόγραμμα αγωγής υγείας στη τάξη) και νοηματικά. Ο αριθμός των ιστοριών επιλέχθηκε έτσι ώστε να υπάρξει ικανός χρόνος να διαβαστούν οι αφηγήσεις, να μην υφίσταται επανάληψη και επικάλυψη ανάμεσα στις ιστορίες, για να είναι ευκολότερη η επιλογή τους από τους γονείς και να δοθεί μια γενική ιδέα για το ύφος και το είδος των αφηγήσεων που συλλέχθηκαν σε προηγούμενο χρόνο.

11.2.4 4ο Στάδιο: Επιλογή των γονέων και πρωτόκολλο επικοινωνίας για την άσκηση νοηματοδότησης των αφηγήσεων

Η διαδικασία που ακολουθήθηκε για τη συγκρότηση της ομάδας των γονέων, που θα έκανε τη νοηματοδότηση των ιστοριών, ήταν παρόμοια με εκείνη για τον Κύκλο

Αφηγήσεων (αρχική επικοινωνία, διερεύνηση ενδιαφέροντος, αποστολή πρόσκλησης (Παράρτημα IB), δεύτερη επικοινωνία, εξασφάλιση συμμετοχής, προσδιορισμός ημερομηνίας και ώρας), με τη διαφορά ότι έγινε προσπάθεια να συμμετέχουν ισάριθμα άνδρες και γυναίκες (από τέσσερις, σύνολο οκτώ).

11.2.5 5ο Στάδιο: Πραγματοποίηση της άσκησης «Συστατικά των Ιστοριών» (Νοηματοδότηση)

Η συνάντηση, για την πραγματοποίηση της άσκησης έγινε σε αίθουσα του 15ου Δ.Σ. Αθηνών, με τη σύμφωνη γνώμη της διεύθυνσης και διήρκησε 2,5 ώρες. Συνολικά συμμετείχαν οκτώ γονείς, ισάριθμα για κάθε φύλο.

Η νοηματοδότηση των αφηγήσεων αποτελεί μια διαδικασία η οποία επιτυγχάνεται διαμέσου τεσσάρων βημάτων: της *επαφής* (όπου οι γονείς έρχονται σε επαφή με τις ιστορίες και τους στόχους της έρευνας), της *ανάδευσης* (όπου τα στοιχεία της κάθε ιστορίας και οι προσωπικές οπτικές, ανακατεύονται παράγοντας νοήματα και ιδέες), της *σύγκλισης* (όπου πραγματοποιείται μια πιο στενή επαφή των συμμετεχόντων μεταξύ των, με τις ιστορίες και με τους σκοπούς της έρευνας) και της *αλλαγής* (ως αποτέλεσμα μιας επιτυχημένης διαδικασίας, αλλαγή που θα αφορά, όπως και η σύγκλιση, τις σχέσεις των συμμετεχόντων και μπορεί να συμβεί σε μια συνάντηση ή σε μεταγενέστερο χρόνο) (Kurtz, 2013a). Η άσκηση που επρόκειτο να αξιοποιηθεί θα ήταν τα Συστατικά των Ιστοριών (Story Elements), όπου μέσα από την ανάδειξη πρωταγωνιστών στις ιστορίες, τον προσδιορισμό του διακυβεύματος και των σχέσεων ανάμεσα στους πρωταγωνιστές και τον προσδιορισμό των εφοδίων για την θετική κατάληξη της ιστορίας.

Η άσκηση χωρίζεται σε τρία στάδια που είναι:

- α. η μελέτη και επεξεργασία των ιστοριών από τους γονείς,
- β. η συγκέντρωση των δεδομένων σε μια Μήτρα-Δεδομένων (ΜΔ) και
- γ. η νοηματοδότησή τους από τους συμμετέχοντες.

Αξιοποιήσιμα στοιχεία αποτελούν τα δεδομένα της ΜΔ, έτσι όπως συλλέχθηκαν στο τέλος της συνάντησης. Είναι λέξεις, προτάσεις και εκφράσεις, όπως προέκυψαν και συνδέθηκαν νοηματικά κατά τη διαδικασία. Φυσικά, σημαντικό μέρος της συνάντησης -

ίσως το σπουδαιότερο- ήταν η αλληλεπίδραση των γονέων κατά τη διαδικασία της νοηματοδότησης των ιστοριών, γεγονός που συμβάλλει στη φάση της *αλλαγής*, όπως αυτή αναμένεται σε παρόμοιες διαδικασίες.

Στην αίθουσα του σχολείου, που επιλέχθηκε να γίνει η συνάντηση, αναρτήθηκαν στους τοίχους οι οκτώ ιστορίες (έξι από τον Κύκλο Αφηγήσεων και δύο από τις συνεντεύξεις των εκπαιδευτικών), έτσι ώστε να μπορούν να τις διαβάσουν οι συμμετέχοντες (Παράρτημα ΙΓ).

Στην αρχή της συνάντησης, ο συντονιστής παρουσίασε τον σκοπό και τα βασικά βήματα της διαδικασίας και εξήγησε ότι αυτή αποτελεί τη συνέχεια του Κύκλου Αφηγήσεων. Κατόπιν, ζήτησε από τους γονείς να σχηματίσουν τέσσερις δυάδες, να διαβάσουν τις ιστορίες και να επιλέξουν μία, με την οποία θα εργαστούν στη συνέχεια. Ταυτόχρονα αναρτήθηκε η ΜΔ, που είχε δημιουργηθεί για τη συγκεκριμένη άσκηση και επρόκειτο να υποδεχθεί τα δεδομένα από την επεξεργασία των ιστοριών. Από τους γονείς, ανά δυάδα, ζητήθηκε να αναγνωρίσουν *ποιοι* δρουν στην ιστορία που επέλεξαν (πρωταγωνιστές), *γιατί* δρουν έτσι όπως δρουν (κίνητρα), *ποιο* είναι το *διακύβευμα* της ιστορίας και *ποια* είναι τα *εφόδια* που χρειάζονται (ή αξιοποίησαν) οι πρωταγωνιστές, για να έχει η ιστορία θετική κατάληξη. Επίσης, ζητήθηκε να δώσουν έναν τίτλο στην ιστορία τους και να κάνουν μια ζωγραφιά που να την περιγράφει.

Μετά την επεξεργασία των ιστοριών ανά δυάδα, κάθε ομάδα άρχισε να δίνει απαντήσεις στα ερωτήματα που είχαν τεθεί. Με αυτές τις απαντήσεις, συμπληρώθηκε η ΜΔ και έτσι ο κάθε ένας και κάθε μία είχαν τη δυνατότητα να παρατηρήσουν και να συγκρίνουν τα δεδομένα, για ιστορίες που ήδη γνώριζαν και ήταν εξοικειωμένοι με αυτές. Κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης της ΜΔ, ξεκίνησε και η διαδικασία παραγωγής κοινού νόηματος: οι απαντήσεις των συμμετεχόντων, μέσα από μια σειρά διευκρινιστικών ερωτήσεων από τον συντονιστή αλλά και τους ίδιους τους γονείς, άρχισαν σιγά σιγά να αποτελούν κτήμα όλης της ομάδας, καθώς κάθε έννοια, όρος ή προσδιορισμός, χρειαζόταν διασαφήνιση και, όσο το δυνατόν, μια ξεκάθαρη σημασία. Με αυτό τον τρόπο, οι γονείς άρχισαν να κατανοούν το νόημα και τις απαιτήσεις της άσκησης, ταυτόχρονα όμως, μέσα από τον διάλογο και τη συζήτηση, χρειάστηκε να παρουσιάσουν και να υποστηρίξουν τις επιλογές τους, ενδεχομένως να τις εμπλουτίσουν, προκειμένου να είναι αρκετά σαφές, σε όλους, *για τι πράγμα μιλάμε τώρα*.

Στο επόμενο στάδιο, έγινε προσπάθεια, ομαδικά, να οργανωθούν τα δεδομένα σε κατηγορίες και να αναδειχθούν μοτίβα ή κοινά χαρακτηριστικά. Με την πρόοδο της διαδικασίας, η κάθε ιστορία πέρασε σε δεύτερο πλάνο και πλέον μια γενικότερη εικόνα άρχισε να σχηματίζεται, μέσα από κοινές λέξεις, εκφράσεις και νοήματα που είχαν αναδυθεί. Σε αυτό το στάδιο, έγινε ξεκάθαρο ότι οι διαφορετικές ιδιότητες και χαρακτηριστικά που είχαν αποδοθεί σε συγκεκριμένους πρωταγωνιστές, αφορούσαν - λίγο έως πολύ- όλους τους εμπλεκόμενους στο ευρύτερο θέμα της υγείας στο σχολείο και έγινε προσπάθεια περιγραφής του πλαισίου όπου όλα αυτά συμβαίνουν, λαμβάνοντας υπόψη τις νέες πληροφορίες που είχαν συλλεχθεί, σε ένα κλίμα διαλόγου και δημιουργικής ανταλλαγής σκέψεων και απόψεων. Σε αυτή τη φάση της νοηματοδότησης, η ελεύθερη ερμηνεία μετασχηματίστηκε σε συνειδητοποίηση και κατανόηση των συμφωνηθέντων, της διαφορετικότητας και της ασυμφωνίας.

11.2.6 6ο Στάδιο: Συλλογή δεδομένων από τη Μήτρα Δεδομένων (Επιστροφή)

Πίνακας 3	
Δεδομένα νοηματοδότησης από τη Μήτρα Δεδομένων	
Πρωταγωνιστές	- Παιδιά (Ανίδια, Περίεργα, Με πρόβλημα) - Γονείς (Αδιάφοροι, Ευθυνόφοβοι, Ευαισθητοποιημένοι, Αγχωμένοι) - Δάσκαλοι (Επαγγελματίες, Ευσυνείδητοι, Ευθυνόφοβοι) - Άλλοι
Κίνητρα	- Η ανάγκη για ασφάλεια - Υγεία και σωστή ανάπτυξη του παιδιού - Ο φόβος και οι προκαταλήψεις - Η απροθυμία ανάληψης πρωτοβουλίας
Διακύβευμα	- Η προστασία της υγείας των παιδιών - Η αξιοπρέπεια όλων
Εφόδια	- Η πρόληψη - Η ενημέρωση - Ο διάλογος - Η συμμετοχή - Η τήρηση των κανόνων

Οι τέσσερις ιστορίες που επιλέχθηκαν από τους γονείς, ήταν οι 1, 3,4 και 5 (Παράρτημα ΙΔ) και οι τίτλοι που δόθηκαν, αντίστοιχα, ήταν: *Ξαφνικά Αίμα*, *Μπόχαλο στα Κυλικεία*, *Μια Δασκάλα Κάνει Ένεση* και *Το Κυνήγι: Η Γάτα και το Ποντίκι*. Στον Πίνακα 3, παρουσιάζονται τα δεδομένα της νοσηματοδότησης, όπως καταγράφηκαν και συλλέχθηκαν από τη ΜΔ.

Οι γονείς αναγνώρισαν τους Πρωταγωνιστές στις ιστορίες, οι οποίοι ήταν μαθητές/ παιδιά, γονείς, εκπαιδευτικοί και άλλοι (συγγενείς, ο ιδιοκτήτης του κυλικείου). Οι μαθητές μπορεί να ήταν κεντρικοί πρωταγωνιστές των ιστοριών ή απλώς φίλοι και συμμαθητές, γενικότερα (η διάκριση αφορούσε τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να συμπεριφερθούν οι φίλοι, σε μια δεδομένη κατάσταση, σε αντιδιαστολή με τους συμμαθητές). Στην πρώτη περίπτωση, ειπώθηκε ότι τα παιδιά έχουν άγνοια των ζητημάτων υγείας (*ανίδεια*), έχουν περιέργεια και θέλουν να μάθουν (*περίεργα*) και κάποιες φορές μπορεί να αντιμετωπίζουν πρόβλημα υγείας (*με πρόβλημα*). Οι γονείς διακρίθηκαν και αυτοί σε δύο κατηγορίες: σε εκείνους που είναι βασικοί πρωταγωνιστές και τους άλλους, που με κάποιο τρόπο εμπλέκονται στο περιστατικό. Για την ομάδα των πρώτων ειπώθηκε ότι μπορεί να ήταν αδιάφοροι για το τι συμβαίνει στο παιδί τους (*αδιάφοροι*), να μην ήθελαν να αναλάβουν τις ευθύνες που τους αναλογούν για τη διαπαιδαγώγηση του παιδιού τους (*ευθυνόφοβοι*), να επιδεικνύουν ευαισθησία απέναντι στα παιδιά, τους άλλους γονείς και το σχολείο εν γένει (*ευαισθητοποιημένοι*) και με μεγάλοι αγωνία για την υγεία και τη συμπεριφορά των παιδιών τους (*αγχωμένοι*). Οι εκπαιδευτικοί είχαν, συνήθως, κεντρικό ρόλο στις ιστορίες και περιγράφηκαν από τους συμμετέχοντες ως συνεπείς στο αντικείμενο της εργασίας τους και τη σχέση τους με τους μαθητές (*επαγγελματίες*), έτοιμοι να αναλάβουν περισσότερες αρμοδιότητες από όσες τους αναλογούν, προκειμένου να βοηθήσουν έναν μαθητή τους (*ευσυνείδητοι*) και ικανοί να αποποιηθούν τις ευθύνες τους για την φροντίδα και τη σωστή προσέγγιση μαθητών με ζητήματα υγείας (*ευθυνόφοβοι*).

Ως Κίνητρα που κινητοποιούν τους πρωταγωνιστές αναφέρθηκαν η *ανάγκη για ασφάλεια, υγεία και σωστή ανάπτυξη του παιδιού, ο φόβος και οι προκαταλήψεις*, σε σχέση με την παρουσία κάποιου προβλήματος υγείας στα παιδιά και η *απροθυμία ανάληψης πρωτοβουλίας και ευθύνης* για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων.

Το βασικό Διακύβευμα, στις ιστορίες που επεξεργάστηκαν οι γονείς, ήταν η *προστασία της υγείας των παιδιών* και η *αξιοπρέπεια* των πρωταγωνιστών ενώ τα Εφόδια που απαιτήθηκαν (ή απαιτούνται) για την θετική κατάληξη των ιστοριών ήταν η *πρόληψη, η ενημέρωση, ο διάλογος, η συμμετοχή και η τήρηση των κανόνων*.

11.3 Αποτελέσματα

Η περιγραφή των ευρημάτων που ακολουθεί αποτελεί σύνθεση της αδρής ανάλυσης που πραγματοποίησε ο ερευνητής στις αφηγήσεις από τον Κύκλο Αφηγήσεων και της νοηματοδότησης των αφηγήσεων, όπως πραγματοποιήθηκε από τους γονείς στην άσκηση «Συστατικά των Ιστοριών». Η ερμηνεία των αφηγήσεων εμπεριέχει την υποκειμενική ματιά του ερευνητή, ενώ η κατηγοριοποίηση αφηγήσεων και ιστοριών έχει πάντοτε τον κίνδυνο να περιοριστεί ο πλούτος της πληροφορίας σε μικρές θεματικές ενότητες, σε αντίθεση με την ελεύθερη ερμηνεία και τους συνειρμούς που μπορεί να αναδυθούν μέσα από τη διαδικασία της νοηματοδότησης, από ομάδες ανθρώπων. Τα ευρήματα από την άσκηση «Συστατικά των Ιστοριών» επιδέχονται, επίσης, εμπλουτισμό και ενδεχομένως διαφορετικές ερμηνείες, ιδιαίτερα όταν οι λέξεις και οι εκφράσεις φέρουν μεγάλο βαθμό ασάφειας και απροσδιοριστίας (π.χ. τι ακριβώς εννοείται με τις λέξεις *ενημέρωση, διάλογος και συμμετοχή*). Κατά τη διαδικασία της άσκησης, έγινε προσπάθεια να αποσαφηνιστούν έννοιες και λέξεις, έτσι ώστε να δημιουργηθεί κοινός τόπος και νόημα, σε σχέση με το υπό διερεύνηση θέμα. Πάντοτε, όμως, υπάρχει, περισσότερος χώρος για ερμηνείες και νοηματοδοτήσεις, γεγονός που συμβάλλει στη δυναμική της Συμμετοχικής Αφηγηματικής Διερεύνησης.

11.3.1. Σφαιρική αντίληψη για την υγεία και προστασία της αξιοπρέπειας

Βασική αγωνία των γονιών αποτελεί η προστασία της υγείας των παιδιών, στο σχολείο αλλά και γενικά. Αυτό ήταν μάλλον αναμενόμενο και αναδύθηκε, ως εύρημα, τόσο μέσα από τις αφηγήσεις όσο και από τη νοηματοδότησή τους. Η προστασία της υγείας, για τους γονείς, δεν αφορά μόνο την απουσία της ασθένειας και την αποφυγή ή την αντιμετώπιση τραυματισμών στο σχολείο, αλλά και την *ψυχική και συναισθηματική ισορροπία* των παιδιών. Ένας μαθητής ή μαθήτρια μπορεί να είναι ευάλωτοι απέναντι σε

απαιτητικές καταστάσεις, που περιλαμβάνουν αντιπαραθέσεις και συγκρούσεις ανάμεσα σε γονείς και εκπαιδευτικούς. Η παρουσία ασθένειας ή κάποιας ιδιαίτερης κατάστασης, σε σχέση με την υγεία και το σώμα, μπορεί να οδηγήσει το παιδί σε απομόνωση ή να το κάνει αντικείμενο ειρωνείας από το σχολικό περιβάλλον. Η διαχείριση της κατάστασης από τους εμπλεκόμενους είναι εκείνη που θα καθορίσει εάν το αποτέλεσμα θα είναι θετικό ή αρνητικό, για όλους και όχι μόνο για τα παιδιά.

Η αξιοπρέπεια μαθητών, δασκάλων και γονέων μπορεί να τρωθεί από λανθασμένους χειρισμούς ή από την απουσία προσοχής και φροντίδας. Η αίσθηση περιθωριοποίησης, η απογοήτευση και η ενοχοποίηση αποτελούν διαφορετικές όψεις της δυσάρεστης κατάστασης, στην οποία μπορεί να βρεθεί κάποιος, όταν δεν επιτευχθεί δημιουργική αντιμετώπιση των ζητημάτων υγείας, στο σχολείο.

11.3.2. Πηγές προβλημάτων σε σχέση με τα ζητήματα υγείας

α. Σπίτι και σχολείο: δύο κόσμοι σε αντιπαράθεση

Η αναγνώριση, μέσα στην ιστορία, κάποιας αντιπαράθεσης ή σύγκρουσης μεταξύ των πρωταγωνιστών είναι σημαντική και ενδιαφέρουσα, καθώς μπορεί να αποκαλύψει αξίες, πεποιθήσεις, πρακτικές ή αντιλήψεις οι οποίες θίγονται από τις καταστάσεις. Φαίνεται να υπάρχει μια καθημερινή πρακτική (στην οικογένεια, στην εργασία κ.λπ.) που αγκαλιάζει όλες τις όψεις της καθημερινότητας και σχετίζεται με το πώς γίνονται ή πώς πρέπει να γίνονται τα πράγματα και αυτή η πρακτική, σε ορισμένες περιπτώσεις, συγκρούεται με αυτό που συμβαίνει σε ένα διαφορετικό πλαίσιο, στην περίπτωση αυτή το σχολικό περιβάλλον. Έτσι, ορισμένες μητέρες μπορεί να αφιερώνουν πολύ χρόνο στην καθαριότητα του σπιτιού:

Οπότε, κάθε φορά που γυρίζαμε στο σπίτι, έβγαζα τα ρούχα των παιδιών, σφουγγάριζα στο σπίτι, με παπούτσια δεν πατάμε κ.λπ... Έπαιρνα από τη χώρα μου απορρυπαντικά που εδώ δεν υπάρχουν, που βάζεις και στα πατώματα και στο πλυντήριο ρούχων, παντού, για τα βακτήρια... (ιστορία 1),

(...) όπου και εγώ -ίσως επειδή είναι και μοναχοπαιδί να έχω και μια υπερβολή- όλη μέρα καθάριζα, σφουγγάριζα, μάζευα, έπλενα, άπλωνα πανάκια, αποστειρώνω, ξε-

αποστειρώνω, φοβόμουν τους δρόμους, την είχα στο μάρσιπο μέχρι 3 χρονών γιατί σιχαινόμουν τα καρότσια και τα πεζοδρόμια... (ιστορία 2).

αλλά να εντυπωσιάζονται, καθώς συναντούν μια διαφορετική εικόνα στον παιδικό σταθμό και το νηπιαγωγείο.

Μια μέρα πάω στον παιδικό σταθμό, βλέπω εκεί που είναι οι τουαλέτες, την τάξη... πληρώνω... και λέω: τι θα χρειαστεί το παιδί πρώτη μέρα στο σχολείο; Μια τσαντούλα... Σαπούνι, λέω; Όχι, μια πετσετούλα να σκουπίζουν τα χέρια... Ρωτάω: οδοντόβουρτσα και οδοντόκρεμα; γιατί ο γιος μου έχει πολλά προβλήματα με τα δόντια του. Μου λέει: όχι κυρία μου. Μα εγώ θυμάμαι μικρή πλέναμε τα δόντια μας στο διάλειμμα και μετά το φαγητό! Κυρία μου σήμερα έχουμε άλλες αρρώστιες, πιο σοβαρές σαν το AIDS κ.λπ. (ιστορία 1),

Τέλος πάντων, κάποτε το παιδί πηγαίνει στον παιδικό σταθμό, τον δημοτικό παιδικό σταθμό της γειτονιάς μας, όπου βεβαίως τίποτα δεν είναι όπως ήταν στο σπίτι μας... οπωσδήποτε το προσωπικό και οι κοπέλες κάνανε ό,τι καλύτερο μπορούσαν, με τα πολύ μικρά μέσα που διέθεταν. Και από άποψη προσωπικού και από άποψη υποδομών και τα πάντα. Φυσικά δεν υπήρχαν ούτε οδοντόβουρτσες, ούτε πετσέτες... αυτό το γνωστό υγρό που καθαρίζουμε τα χέρια... (ιστορία 2).

Το ίδιο μπορεί να συμβαίνει σε σχέση με το τι συζητείται στο σπίτι, τις απόψεις για την υγιεινή διατροφή ή τις οικονομικές δυνατότητες της οικογένειας. Οι εντάσεις αυτές μπορεί να εκδηλώνονται ανάμεσα σε γονείς και εκπαιδευτικούς ή μέσα στην οικογένεια και επιλύονται με συμβιβασμούς ή άλλους τρόπους:

Και έρχεται το παιδί στο σπίτι έξαλλο ότι του λέμε ψέματα. Ότι μισώ το μπαμπά, μισώ τη μαμά, μισώ τη δασκάλα γιατί μου λέτε ψέματα. Είναι πάρα πολύ άσχημο για ένα παιδί, σε τόσο μικρή ηλικία, να μπερδεύεται τόσο πολύ, για τόσο βασικά ζητήματα (ιστορία 13). Αφενός δεν έχω τα χρήματα να παίρνει το παιδί κάθε μέρα φαγητό από το κυλικείο και να τα είχα όμως ακόμα, δεν θα το έκανα γιατί δεν το θεωρώ υγιεινό και σωστό. Και κάνουμε ιστορικούς συμβιβασμούς, ότι μια φορά την εβδομάδα θα της δώσω χρήματα να πάρει τυρόπιτα, που δεν θέλω να το κάνω και το κάνω για να μη νιώθει περίεργα σε σχέση με τα άλλα παιδιά (ιστορία 21).

β. Ανησυχία των γονέων για τους κινδύνους στο σχολείο

Το σχολικό περιβάλλον μοιάζει να αποτελεί διαρκή πηγή κινδύνου: το προαύλιο, τα πεζοδρόμια, οι τουαλέτες, η σχολική τάξη, οι σχέσεις με τους εκπαιδευτικούς και το παιχνίδι με τους συμμαθητές, μπορεί να επηρεάσουν την υγεία του παιδιού, όχι μόνο τη σωματική αλλά και την ψυχοσυναισθηματική. Σαν να υπάρχει συνεχής επαγρύπνηση για την παρουσία του παιδιού στο σχολείο και την απειλή που μπορεί να υφίσταται.

Όταν ο γιος μου ξεκίνησε πέρσι στην Α' δημοτικού, πέρασε κάνας μήνας για να μου πει ότι δεν έχει πάει ούτε μια μέρα στην τουαλέτα και ο λόγος ήταν ότι φοβόταν ότι μπορεί να κλειδωθεί μέσα στην τουαλέτα (ιστορία 5).

Όπου εκεί άρχισαν να προκύπτουν και μια σειρά από άλλα ζητήματα, που μέχρι τότε δεν είχαν βγει στην επιφάνεια. Όπως, ας πούμε, ότι υπάρχει ένα παιδί στην τάξη το οποίο έχει διαβήτη. Και η μητέρα του άρχισε να ανησυχεί για την υγεία του παιδιού της και να εκδηλώνεται σε σχέση με το πρόβλημα υγείας που έχει. Αυτό δεν το είχε μοιραστεί μέχρι τότε στην τάξη, αλλά μόνο με τον δάσκαλο και άρχισε σιγά σιγά να το μοιράζεται και με τους υπόλοιπους (ιστορία 14).

Η αναμενόμενη αγωνία των γονέων, για το τι μπορεί να συμβεί στο σχολείο, μπορεί να μετριαστεί ή να ενταθεί ανάλογα με το είδος της σχέσης που αυτοί αναπτύσσουν με τους εκπαιδευτικούς, τους άλλους γονείς και τα παιδιά.

Μου είπε ότι όταν έφτασε στο δικό μας το σχολείο, της είπε η δασκάλα πως θα κάνω ό,τι χρειάζεται για αυτό το παιδί, θα συμμετέχει στις εκδρομές, τα δρώμενα, τους αθλητισμούς, θα είμαι εγώ από κοντά και θα μου δείξεις πώς θα βάζω ένεση. Το οποίο βέβαια την έκανε αλοιοφή. Συγκινήθηκε πάρα πολύ (ιστορία 14).

Θυμάμαι, όμως, στον παιδικό σταθμό, η διευθύντρια τα τάιζε ένα ένα τα παιδιά και ήξερε, χωρίς να ρωτήσεις, σε κάθε παιδί τι ζελέ ήθελε το ένα, το άλλο προτιμούσε γιαούρτι, το άλλο γάλα πράσινο, το άλλο γάλα μπλε. Κάθε μαμά δεν χρειαζόταν να ρωτήσει και αυτή η κυρία είχε περισσότερα από 40 παιδάκια. Πηγαίναμε ο καθένας να πάρει το παιδί και μας σταματούσε: σήμερα δεν έφαγε, πρόσεξέ το λιγάκι. Και μου έκανε μεγάλη εντύπωση. Φανταστικός άνθρωπος πριν από παιδαγωγός (ιστορία 20).

Και μια μέρα διαπληκτίζεται με το αγοράκι της άλλης μαμάς. Και τον πιάνει από τον λαιμό. Και του λέει θα σε σκοτώσω. Και την κλοτσάει στο πόδι. Και έρχεται η μαμά και λέει εάν μου ζαναπειράξεις το παιδί θα σε σφάζω (ιστορία 16).

γ. Αντιμετώπιση κρίσεων ή η αναμέτρηση με το μη αναμενόμενο

Γίνεται σαφές πως οι αφηγήσεις αποτελούν μια συμπυκνωμένη εμπειρία ζωής, η επεξεργασία της οποίας έχει οδηγήσει σε ορισμένα συμπεράσματα, αντιληπτά ή μη, τα οποία δίνουν στον αφηγητή τη δυνατότητα να εκφράσει μια θέση ή να κάνει κάποια παρατήρηση, σχετικά με ένα ζήτημα. Πίσω από κάθε ιστορία υπάρχουν σκέψεις, συσχετισμοί, αναφορές και διαπιστώσεις, που ξεκινούν από την *αναμέτρηση* με κάτι μη αναμενόμενο, λανθάνον, ανοίκειο ή διαφορετικό. Σε όλες τις αφηγήσεις, συμβαίνει *κάτι* και ο πρωταγωνιστής βρίσκεται αντιμέτωπος με μια ιδιαίτερη κατάσταση, όπου καλείται να αντεπεξέλθει (Gergen, 2009). Στις συγκεκριμένες αφηγήσεις αυτό το *κάτι* μπορεί να ήταν το πέσιμο ενός δέντρου στο προαύλιο, η διαχείριση ενός τραυματία μαθητή, η πληροφορία πως κάποιος μαθητής στην τάξη έχει αρρωστήσει σοβαρά ή πάσχει από χρόνιο νόσημα, ο εκπαιδευτικός που δεν αναλαμβάνει ευθύνες και ο γονέας που δεν φαίνεται να κατανοεί το πρόβλημα του παιδιού του. Η αναμέτρηση αυτή, διαμέσου της απο-ισορρόπησης που προκλήθηκε, αποτέλεσε το έναυσμα για βαθύτερη κατανόηση μιας κατάστασης, την επιβεβαίωση προϋπαρχουσών πεποιθήσεων ή την πράξη προκειμένου να επέλθει μια νέα ισορροπία.

Και κάποια στιγμή έπεσε το δέντρο της αυλής. Μπροστά μου. Έκανε ένα βρουμ και έπεσε όλο κάτω. Τρελάθηκα. Σκέφτηκα ότι μισή ώρα πριν θα ήτανε γεμάτη η αυλή και έπεσε όλο, σχίστηκε στα δύο. Η επόμενη εικόνα είναι ότι όλα τα παιδιά ήτανε στα κλαδιά μέσα και μαζεύανε μπιλάκια από το δέντρο. Που είναι η ζωή δηλαδή (ιστορία 11).

Πάλι έκλεισα το στόμα και λέω: και εγώ τι προσέχω σπίτι; Τι κάνω; Και από εκείνη την ημέρα χαλάρωσα λιγάκι και λέω, εντάξει, είναι θέμα τύχης στο τέλος, τι να προσέχεις... Μου έφυγε το άγχος και δεν σφουγγαρίζω πια δυο φορές την ημέρα (ιστορία 2).

Το περιστατικό -η απόκλιση από το συνηθισμένο, η απειλή ή η τρώση της συνέχειας (είτε πρόκειται για τη συνέχεια του δέρματος μέσα από ένα τραύμα είτε για τη συνέχεια της καθημερινότητας)- αποτελεί μια ματιά στον κόσμο και ταυτόχρονα προβολή του εσωτερικού/προσωπικού κόσμου. Τα στοιχεία που απαρτίζουν τον κόσμο *εκεί έξω* και το είδος των σχέσεων που αναπτύσσει το άτομο με τους ανθρώπους γύρω του, αποτελούν μέρος της πολυπλοκότητας που χαρακτηρίζει τα ανθρώπινα συστήματα και στην προκειμένη περίπτωση το περιβάλλον του σχολείου.

11.3.3. Οι «διαφορετικές φωνές» και η στρατηγική διαχείρισης των προβλημάτων

Μέσα από τη συνεργασία των γονέων στην άσκηση, αναδύθηκε μια σειρά από διαφορετικές τάσεις, που σχετίζονται με τα ζητήματα της υγείας στο σχολείο αλλά μπορεί να εκληφθούν και ως στάση ζωής, γενικότερα. Αυτές οι «πολικές» απόψεις συνδέονται με συμπεριφορές που εμφανίστηκαν στις ιστορίες και νοηματοδοτήθηκαν από τους συμμετέχοντες. Μοιάζουν με διαφορετικές φωνές, που ζητάνε να ακουστούν, να επιβληθούν ή να επηρεάσουν, είναι αναγνωρίσιμες, οικείες και δεν έχουν τον χαρακτήρα καλού ή κακού. Ανάμεσα στις δύο φωνές, υπάρχει τουλάχιστον μία που μπορεί να γεφυρώσει την απόσταση, να εξομαλύνει τις διαφορές και να εκτονώσει την ένταση που χωρίζει τα δύο άκρα. Από τους γονείς ζητήθηκε να καταθέσουν τις δικές τους φωνές-προτάσεις, έτσι ώστε να υπάρξει ένας τρίτος πόλος, ικανός να δώσει μία λύση στο δίλλημα.

α. «Αναλαμβάνω την ευθύνη»

Το δίπολο αυτό περιγράφεται με τις δύο προτάσεις:

- *Κάνω αυτό που προβλέπεται.*
- *Αναλαμβάνω την ευθύνη, πέρα από κανόνες.*

Το πρώτο άκρο αναφέρεται στις περιπτώσεις που κάποιος περιορίζεται αυστηρά σε αυτό που προβλέπει ο κανονισμός και αρνείται να αναλάβει δράση για κάτι που δεν είναι στις αρμοδιότητές του ή στο αντικείμενό του. Η θετική όψη αυτής της θέσης δίνει τη δυνατότητα σε κάποιον να κάνει αυτό που γνωρίζει καλύτερα, μέσα σε ένα πλαίσιο κανόνων που προστατεύει τον ίδιο και τους άλλους. Η αρνητική όψη σχετίζεται με την κάλυψη που μπορεί να δίνει το ίδιο πλαίσιο σε κάποιον που δεν επιθυμεί να εμπλακεί, για οποιοδήποτε λόγο, σε διαδικασίες σημαντικές αλλά πέραν των αρμοδιοτήτων του. Το άλλο άκρο αναφέρεται στις περιπτώσεις που κάποιος αναλαμβάνει δράση, πέρα από αυτό που προβλέπει ο κανονισμός, προκειμένου να βοηθήσει εκεί που εκτιμά ότι υπάρχει ανάγκη. Η θετική όψη αυτής της θέσης δίνει τη δυνατότητα στους εμπλεκόμενους να ξεπεράσουν διάφορα εμπόδια (γραφειοκρατικά, τυπικά κ.ά.), προκειμένου να ανταποκριθούν σε μια απαιτητική κατάσταση. Η αρνητική όψη αυτής της θέσης μπορεί να εκθέσει ανεπανόρθωτα όσους την ακολουθήσουν, καθώς, εάν κάτι πάει στραβά, ίσως τεθούν σε κίνδυνο σημαντικά ζητήματα σχέσεων, με δυσάρεστες επιπτώσεις.

Η ευσυνειδησία και η ύπαρξη κανονιστικού πλαισίου φαίνεται να αποτελούν τις απαντήσεις σε αυτό το δίπολο. Η ευσυνειδησία είναι η πράξη που λαμβάνει υπόψη τους άλλους και τις ανάγκες τους. Καθώς τα ζητήματα υγείας στο σχολείο δεν είναι μια προσωπική υπόθεση, αλλά εμπλέκουν ομάδες ανθρώπων ή ακόμη και όλη τη σχολική κοινότητα, ο τρόπος που ο κάθε εμπλεκόμενος αντιλαμβάνεται το καθήκον και την πράξη που του αναλογεί επηρεάζει και τις αποφάσεις του. Το κανονιστικό πλαίσιο αφορά την ύπαρξη κοινά συμφωνημένων κανόνων, που αρμόδια για την τήρησή τους είναι, συνήθως, η πολιτεία. Στα ζητήματα υγείας μέσα στο σχολείο, τα παραπάνω στοιχεία έχουν τον χαρακτήρα του αναγκαίου πλαισίου που θα προάγει την υγεία και που όλοι θα μπορούν να βασίζονται, για να προλάβουν ή να αντιμετωπίσουν δύσκολες και απαιτητικές καταστάσεις. Οι γονείς τονίζουν την *ανθρώπινη πλευρά* κάθε διαδικασίας και πως οι κανόνες είναι σημαντικό να τηρούνται και όταν χρειαστεί, με *συνεννόηση* και *κατά περίπτωση*, μπορούμε να είμαστε *άνθρωποι*, όχι όμως *υπεράνθρωποι*.

β. «Μας αφορά όλους»

Το δίπολο αυτό περιγράφεται με τις δύο προτάσεις:

- *Δεν είναι δική μου δουλειά.*
- *Μας αφορά όλους.*

Το πρώτο άκρο αναφέρεται στις περιπτώσεις που κάποιος διαχωρίζει τη θέση του σε μια κατάσταση, με το επιχείρημα ότι η εμπλοκή του σε αυτή είναι περιορισμένη και άρα δεν απαιτείται η συμμετοχή του. Η θετική όψη αυτής της θέσης, δίνει τη δυνατότητα στους εμπλεκόμενους να διερευνήσουν τον τρόπο με τον οποίο ο κάθε ένας εμπλέκεται στην κατάσταση, έτσι ώστε να οριστούν προτεραιότητες και να αποδοθούν ευθύνες. Η αρνητική όψη αποτελεί ικανή δικαιολογία να μη συμμετέχει κάποιος σε σημαντικές διαδικασίες, για διάφορους λόγους, βασιζόμενος στην πεποίθηση ότι, στις ανθρώπινες σχέσεις, τα πράγματα μπορούν να περιγραφούν με ξεκάθαρους και σαφείς τρόπους, που δεν εμπεριέχουν *γκρίζες ζώνες*. Το άλλο άκρο αναφέρεται στις περιπτώσεις που κάποιος εμπλέκεται στη διαδικασία επίλυσης μιας σοβαρής κατάστασης, ανεξάρτητα εάν τον αφορά άμεσα ή όχι, προκειμένου να βελτιωθούν τα πράγματα για όλους. Η θετική όψη αυτής της θέσης εξασφαλίζει τη συμμετοχή των ανθρώπων σε σημαντικές διαδικασίες που αφορούν την ομάδα, δίχως επιφυλάξεις και αναστολές. Η αρνητική όψη μπορεί να αποτελέσει ευκαιρία για κάποιους να μην εκτεθούν στις απαιτήσεις επίλυσης μιας

δύσκολης κατάστασης, ενώ το θέμα τους αφορά άμεσα, καθώς άλλοι θα έχουν αναλάβει δράση αντί για αυτούς.

Η συμμετοχή και το προσωπικό παράδειγμα αποτελούν την απάντηση σε αυτό το δίπολο. Η ανάληψη της ευθύνης και η εμπλοκή στις διαδικασίες διαχείρισης των απαιτητικών καταστάσεων -για τα θέματα υγείας- στο σχολείο κάνει τα άτομα να είναι μέρος της λύσης και, με το προσωπικό τους παράδειγμα, καταλύτες προς το θετικό αποτέλεσμα. Οι γονείς τονίζουν ότι *η συμμετοχή* σε θέματα που αφορούν την ομάδα, την κοινότητα και την κοινωνία *είναι υπόθεση όλων*, πάντοτε όμως μέσα στις *δυνατότητές* μας, ενώ η *αδιαφορία* δεν αποτελεί επιλογή.

γ. «Μη γίνει η στραβή»

Το δίπολο αυτό περιγράφεται με τις δύο προτάσεις:

- *Φοβάμαι μη γίνει η στραβή.*
- *Όλα αντιμετωπίζονται.*

Το πρώτο άκρο αναφέρεται στις περιπτώσεις που υπάρχει έντονο ενδιαφέρον, από το άτομο ή την ομάδα, να προλάβουν δυσάρεστες καταστάσεις για τους ίδιους ή το περιβάλλον τους. Η θετική όψη αυτής της θέσης οδηγεί τα άτομα να σχεδιάζουν και να οργανώνουν τις δομές και τις διαδικασίες, με γνώμονα το κοινό καλό και την προστασία της ομάδας. Η αρνητική όψη μπορεί να καθηλώσει κάποιους ανθρώπους από το να αναλάβουν δράση, εάν πιστεύουν ότι το αποτέλεσμα των πράξεών τους μπορεί να έχει αμφίβολα ή δυσάρεστα αποτελέσματα. Το άλλο άκρο αναφέρεται στις περιπτώσεις που ένα άτομο ή μια ομάδα αντιμετωπίζουν τα πράγματα και τις δυσκολίες όπως έρχονται, δείχνοντας εμπιστοσύνη στις δυνάμεις τους. Η θετική όψη αυτής της θέσης προσφέρει τη δυνατότητα να συμμετέχει κάποιος στην αντιμετώπιση προβλημάτων, με δημιουργικό τρόπο και ανοικτό μυαλό. Η αρνητική όψη μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα σοβαρές επιπτώσεις στο άτομο ή την ομάδα, εξαιτίας λανθασμένης εκτίμησης ή υποτίμησης του κινδύνου.

Η θετική διαχείριση αυτού του δίπολου μπορεί να γίνει με την πρόληψη και την ενημέρωση. Η πρώτη αφορά όλες τις διαδικασίες και ενέργειες που χρειάζεται να γίνουν ή να ληφθούν υπόψη, προκειμένου να μειωθούν οι πιθανότητες να παρουσιαστεί κάποιο σοβαρό ζήτημα υγείας στο σχολείο, αλλά και να εξασφαλιστεί η επιτυχής αντιμετώπισή του. Η ενημέρωση δεν αποτελεί μόνο έργο των ειδικών για τις αρρώστιες ή τις

διαφορετικές θεραπείες. Είναι διαδικασία που σχετίζεται με τη μετάδοση πληροφορίας από όλους προς όλους, με έναν ανοικτό τρόπο, που θα βοηθά στη διασαφήνιση και την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων. Οι γονείς τονίζουν ότι είμαστε *άνθρωποι* και *όσο και να προσέχουμε* η στραβή μπορεί να γίνει και τότε απαιτείται *σύνεση* και *ψυχραιμία* για την αντιμετώπιση της κατάστασης.

δ. Χρειάζομαι προσοχή

Το δίπολο αυτό περιγράφεται με τις δύο προτάσεις:

- *Χρειάζομαι προσοχή και φροντίδα.*
- *Μπορώ και μόνος μου.*

Το πρώτο άκρο αναφέρεται στις περιπτώσεις που κάποιος δηλώνει ότι έχει ανάγκη ιδιαίτερης μεταχείρισης και φροντίδας, καθώς, για κάποιο λόγο, δεν μπορεί να τα καταφέρει μόνος του. Η θετική όψη αυτής της θέσης δίνει στο άτομο τη δυνατότητα να εκτεθεί στους άλλους και να ζητήσει βοήθεια, καθώς δεν μπορεί να χειριστεί από μόνο του μια δύσκολη κατάσταση. Η αρνητική όψη μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην ακινησία και την αδυναμία να αναπτύξει τις δυνατότητές του, αναζητώντας διαρκώς στήριξη από τρίτους. Το άλλο άκρο αφορά άτομα που δηλώνουν έτοιμα να αντιμετωπίσουν τη ζωή με τις δικές τους δυνάμεις, δίχως την αρωγή τρίτων. Η θετική όψη αυτής της θέσης δίνει στους ανθρώπους τη δύναμη και το κουράγιο να αξιοποιήσουν ό,τι δυνατότητες έχουν, προκειμένου να ξεπεράσουν δύσκολες καταστάσεις. Η αρνητική όψη μπορεί να τους στερεί σημαντική βοήθεια από τρίτους, που ενδεχομένως θα διευκόλυνε τη δημιουργική αντιμετώπιση απαιτητικών καταστάσεων.

Το δίπολο αυτό αντιμετωπίζεται με διάλογο και ειλικρίνεια. Ο διάλογος αφορά την ανταλλαγή απόψεων και ιδεών, μέσα σε ένα πλαίσιο εμπιστοσύνης και ειλικρίνειας, με σκοπό τη βελτίωση ή την αντιμετώπιση μιας απαιτητικής κατάστασης. Καθώς, όταν ανακύπτουν θέματα υγείας στο σχολείο, εμφανίζεται μια μορφή απο-ισορρόπησης, αναδύονται αισθήματα φόβου και ανησυχίας και η δυνατότητα εξεύρεσης λύσεων επικαλύπτεται από δυσάρεστες συμπεριφορές, ο διάλογος αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την αποκλιμάκωση και τον μετασχηματισμό της κατάστασης. Ο διάλογος είναι καλό να ξεκινά από το σπίτι, όπου οι γονείς χρειάζεται να *ακούν* με προσοχή όσα λέει το παιδί τους, και καλό είναι να επεκτείνεται σε όλα τα επίπεδα και τις σχέσεις των εμπλεκόμενων στο σχολείο, με βασικό στοιχείο τη διάθεση κατανόησης και αποδοχής

του άλλου, προς την κατεύθυνση της εξεύρεσης κοινής λύσης, ακόμη και εάν υφίστανται σημαντικές διαφωνίες. Σε αυτό το επίπεδο, η απόδοση ευθυνών και ο προσδιορισμός του «φταίχτη», χρειάζεται να γίνεται με σύνεση και πάντοτε στη βάση της αλληλοαποδοχής. Η ανταλλαγή όλων των απαιτούμενων πληροφοριών πρέπει να γίνεται με ειλικρίνεια και σαφήνεια, έτσι ώστε να περιορίζεται η πιθανότητα παρεξηγήσεων, που θα επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο την ήδη δυσάρεστη κατάσταση. Οι γονείς τονίζουν ότι είμαστε *άνθρωποι με ανάγκες, που μπορεί να χρειαζόμαστε προσοχή και φροντίδα* προκειμένου να έχουμε *καλύτερο αποτέλεσμα και να μάθουμε να τα καταφέρνουμε και μόνοι μας*.

11.4 Συζήτηση

Η αξιοποίηση ιστοριών και αφηγήσεων, ως διαδικασία διερεύνησης ενός ζητήματος, δίνει την ευκαιρία να προσεγγιστούν αφανείς όψεις και να εκφραστεί η πολυπλοκότητα που μπορεί να χαρακτηρίζει αυτό το θέμα. Χρησιμοποιώντας πηγαία συμμετοχικές μεθόδους, βοηθά να αναδυθούν οι λιγότερο αντιληπτές πλευρές ενός ζητήματος, συμβάλλοντας, με αυτό τον τρόπο, στην καλύτερη κατανόησή του και στην εξεύρεση δρόμων για την βελτίωση μιας κατάστασης.

Αρχικά, φαίνεται ότι τα ζητήματα υγείας, που χρειάζεται να αντιμετωπίσει το σχολείο, δεν περιορίζονται στο σχολικό περιβάλλον, ακόμη και όταν συμβαίνουν εκεί. Οι γονείς συζητάνε διαρκώς για αυτά τα θέματα στο σπίτι και οι ανησυχίες τους δεν σταματούν στο τι θα συμβεί στο σχολείο, αλλά επεκτείνονται στο πώς θα αντιμετωπίσει, το εκάστοτε πρόβλημα, η οικογένεια, οι άλλοι γονείς, οι εκπαιδευτικοί κλπ. Έτσι, το σχολικό πλαίσιο αποτελεί ένα μόνο από τα περιβάλλοντα όπου θέματα υγείας προκύπτουν, διαρκώς, ενώ η αντιμετώπισή τους αφορά ένα ευρύτερο δίκτυο σχέσεων και θεσμών, που εκτείνεται πέραν των ορίων του σχολικού κτιρίου. Για παράδειγμα, η μητέρα του μαθητή με ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας χρειάζεται να διαχειριστεί μια σειρά ζητημάτων με τους άλλους γονείς, μέσα στην τάξη, ενώ το φαγητό στα κυλικεία γίνεται θέμα αντιπαράθεσης ανάμεσα σε γονείς και παιδιά μέσα στο σπίτι. Η διάχυση των πληροφοριών και των θεμάτων που προκύπτουν είναι αμφίδρομη, γεγονός που δείχνει ότι το σχολείο είναι λιγότερο ένας χώρος προστατευμένος από «ό,τι συμβαίνει εκεί έξω»

και περισσότερο ένας οργανισμός με εξαιρετική δυναμική που επηρεάζει και επηρεάζεται από γεγονότα και διαδικασίες εντός και εκτός των ορίων του.

Οι γονείς φαίνεται να έχουν μια ολιστική αντίληψη για την υγεία των παιδιών, δηλαδή δεν περιορίζουν το ενδιαφέρον τους σε τυχόν σωματικά συμπτώματα ή τραυματισμούς, αλλά ενσωματώνουν τη συναισθηματική και την κοινωνική πλευρά της υγείας και της ασθένειας. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας αναφέρεται με αφορμή την ιατρική περίθαλψη και την ανάγκη για αξιόπιστες πληροφορίες και ενημέρωση, ενώ οι δάσκαλοι καλούνται να αντιμετωπίσουν περίπλοκες καταστάσεις που βρίσκονται εκτός του αντικειμένου εργασίας τους και απαιτούν από αυτούς να υπερβούν τον παραδοσιακό τους ρόλο. Η αξιοπρέπεια όλων -παιδιών, γονέων και εκπαιδευτικών- μπορεί να τρωθεί, όταν υπάρξουν λανθασμένοι χειρισμοί μιας απαιτητικής κατάστασης.

Οι περιγραφές και νοηματοδοτήσεις των γονέων, για τα ζητήματα υγείας στο σχολείο, σκιαγραφούν ένα περιβάλλον πολυπλοκότητας, όπου οι γνώσεις, οι πεποιθήσεις και οι απόψεις των πρωταγωνιστών (γονείς, μαθητές, εκπαιδευτικοί κ.ά) αλληλεπιδρούν με τρόπους που είναι δύσκολο να προβλεφθούν ή ακόμη και να καταγραφούν επαρκώς, σε όλο τους το φάσμα. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις προσδιορίζουν την ανταπόκριση του εκάστοτε συστήματος, στην περίπτωση αυτή της σχολικής κοινότητας, σε μια νέα κατάσταση ή πληροφορία, είτε πρόκειται για τον τραυματισμό ενός μαθητή στο προαύλιο ή ακόμη και για ένα πρόγραμμα σχολικής αγωγής υγείας (Resnicow & Vaughn, 2006). Η απουσία γραμμικότητας, που αναδύεται σε συνθήκες αναταραχής μπορεί να χαρακτηρίζει, εξίσου, την προοπτική αλλαγής συμπεριφοράς ενός ατόμου, σε σχέση με την υγεία του, γεγονός που σχετίζεται με την υλοποίηση των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας (Resnicow & Page, 2008). Η διαδικασία της αλλαγής είναι λιγότερο γραμμική ή εύκολα προσδιορίσιμη, από ό,τι πιστευόταν έως και πριν από μερικές δεκαετίες. Τα διαφορετικά μοντέλα πρόβλεψης της αλλαγής συμπεριφοράς υγείας προσπαθούν να περιγράψουν μια διεργασία εξαιρετικά πολύπλοκη, που εξελίσσεται σε μεγάλο χρονικό διάστημα, με πάρα πολλούς παράγοντες επιρροής (Ogden, 2004• Watt, 2002).

Η προσέγγιση των επιστημών της Πολυπλοκότητας και του Χάους εκτιμά ότι η αλλαγή συμπεριφοράς περιλαμβάνει πολλαπλά και ποικίλα επίπεδα αλληλεπίδρασης, ανάμεσα σε άτομα ή και ομάδες ατόμων. Μεμονωμένα περιστατικά, όπως οι συζητήσεις,

μια ανακοίνωση στα μέσα επικοινωνίας ή η πληροφορία για τον θάνατο κάποιου οικείου ατόμου μπορεί να αποτελέσουν την αφετηρία για αλλαγή. Ακόμη, απόντος εξωτερικού ερεθίσματος, εσωτερικευμένα κομμάτια γνώσεων ή στάσεων μπορεί να συνδυαστούν με τρόπο που, επίσης, θα οδηγήσει σε κάποια αλλαγή συμπεριφοράς. Από αυτή την οπτική, η τακτική επανάληψη των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας, η εμπλοκή των γονέων στη διαδικασία εφαρμογής τους και η επιλογή βιωματικών μεθόδων μάθησης μπορεί να ειπωθούν ως προσπάθειες που σχετίζονται με την επίμονη αποστολή θετικών μηνυμάτων για την υγεία (μέσα από δραστηριότητες, εργασίες, διαλέξεις κ.λπ.), σε μαθητές και γονείς, με στόχο, κάποια στιγμή, να επέλθει η επιθυμητή αλλαγή συμπεριφοράς, μέσα από διεργασίες λίγο πολύ άγνωστες και μη προβλέψιμες (Resnicow & Vaughn, 2006). Σε αυτό το πλαίσιο, η συμμετοχή ή ο τρόπος εμπλοκής των γονέων, σε διάφορα ζητήματα που ανακύπτουν μέσα στη σχολική κοινότητα, απαιτεί τεχνικές και μεθόδους, οι οποίες λαμβάνουν υπόψη τις παραπάνω διαπιστώσεις και το ίδιο ισχύει και για την αποτίμηση και αξιολόγηση των προγραμμάτων αγωγής υγείας. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι παραδοσιακές προσεγγίσεις για τη σχολική αγωγή υγείας δεν είναι αποτελεσματικές ή χρήσιμες: μάλλον χρειάζεται να ενσωματωθεί σε αυτές η φρέσκια ματιά των επιστημών του Χάους και της Πολυπλοκότητας, που μελετούν τα ανθρώπινα συστήματα, οι οποίες μπορεί να προσφέρουν ένα επιπλέον εργαλείο για την αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων (Resnicow & Page, 2008).

Το σχολείο, όπως και κάθε χώρος συνεύρεσης ανθρώπων, αποτελεί ένα πεδίο εκδήλωσης διαφορετικών απόψεων και στάσεων, για ποικίλα ζητήματα, κυμαινόμενης σπουδαιότητας. Αυτό συμβαίνει γιατί ο κάθε άνθρωπος έχει τις δικές του παραδοχές και απόψεις, αναφορικά με ένα θέμα ή για τη ζωή και τον κόσμο γενικά. Όπως αναφέρει ο Bohm (2004),

οι απόψεις αυτές είναι αποτέλεσμα προηγούμενης σκέψης: όλες οι εμπειρίες, ό,τι έχει ειπωθεί από τους άλλους και εκείνα που δεν ειπώθηκαν. (...) Οι απόψεις, λοιπόν, συνηθίζεται να βιώνονται ως «αλήθειες», παρ' όλο που μπορεί να είναι απλώς οι παραδοχές σου και οι εμπειρίες σου. Τις έχεις αποκτήσει από τους δασκάλους σου, την οικογένεια, τα διαβάσματα ή με κάποιο άλλο τρόπο. Κατόπιν, για τον ένα ή τον άλλο λόγο, ταυτίζεσαι με αυτές και τις υποστηρίζεις (p 10).

Οι απόψεις αυτές, οι *φωνές* όπως περιγράφηκαν προηγούμενα, μπορεί να διαφέρουν μερικώς και να οδηγηθούν, μετά από συνεννόηση, σε κάποιου τύπου συμφωνία ή να είναι ριζικά διαφορετικές και να βρίσκονται σε συνεχή αντιπαράθεση. Οι φορείς αυτών των *φωνών* μπορεί να είναι όλοι: οι γονείς, οι μαθητές, οι εκπαιδευτικοί, οι διευθυντές κλπ. Η αδυναμία κατανόησης και αποδοχής της διαφορετικότητας γνώμης και συμπεριφοράς, μπορεί να οδηγήσει σε περιθωριοποιήσεις, παρεξηγήσεις και, τελικά, σε ανοικτές συγκρούσεις. Οι γονείς, στη συγκεκριμένη έρευνα, πιστεύουν ότι η σωστή ενημέρωση, η ευσυνειδησία και ο ανοικτός διάλογος, αποτελούν σημαντικά εργαλεία για την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων, που μπορεί να προκύψουν στο σχολικό περιβάλλον, είτε αυτό αφορά θέματα υγείας είτε όχι. Η συμμετοχή και η εμπλοκή όλων στις διαδικασίες απόφασης και διαλόγου, η κατανόηση της ανθρώπινης πλευράς των περιστατικών που συμβαίνουν στα σχολεία και η απαιτούμενη σύνεση και ψυχραιμία, αποτελούν διαδικασίες κρίσιμες για την δημιουργική εκτόνωση αντίρροπων τάσεων και πολικών αντιλήψεων, στη σχολική και όχι μόνο πραγματικότητα.

Διάλογος μπορεί να υπάρξει ανάμεσα σε δύο ή περισσότερους ανθρώπους και, είτε έχει επίσημη είτε ανεπίσημη μορφή, δεν αποτελεί μια απλή και συνηθισμένη διαδικασία. Ο ουσιαστικός διάλογος, καθιστά εφικτή μια ροή νοήματος μεταξύ των ανθρώπων, μέσα από την οποία αναδύεται νέα κατανόηση. Είναι κάτι δημιουργικό, το οποίο δίνει ζωή σε κάτι που δεν υπήρχε εξ αρχής αλλά παράχθηκε μέσα από τη διεργασία. Δεν είναι ανταλλαγή επιχειρημάτων ή μια συζήτηση και απλή κουβέντα, αν και μπορεί να τα εμπεριέχει όλα αυτά. Στον διάλογο δεν χρειάζεται να επιβάλλει κάποιος την άποψή του ή να κερδίσει σημεία και πόντους αλλά είναι μια κατάσταση όπου όλοι κερδίζουν. Αμφισβητεί και θέτει σε δοκιμασία τις απόψεις και παραδοχές του ατόμου, σε ένα πλαίσιο εμπιστοσύνης και ανταλλαγής ιδεών και εμπειριών. Αποτελεί, όμως, μια δοκιμασία, όπως αναδείχθηκε και από την άσκηση νοηματοδότησης, όπου απαιτείται υπομονή και η ικανότητα να ακούει ο ένας τον άλλον, δίχως να κρίνει αλλά με διάθεση να κατανοήσει. Η έκθεση σε γνώμες και απόψεις βαθιά διαφορετικές και ανοίκειες, μπορεί να είναι κουραστική και να προκαλεί δυσάρεστα συναισθήματα θυμού ή αγωνίας (Bohm, 2004).

Η έννοια και η χρήση του διαλόγου έχει συνδεθεί, κυρίως, με τη διαχείριση συγκρούσεων, την αντιμετώπιση κρίσεων και την επίλυση προβλημάτων, ενώ ο ίδιος ο

όρος είναι δύσκολο να προσδιοριστεί και φαίνεται να εξαρτάται από το πεδίο εφαρμογής του (Isaacs, 2001). Εντούτοις, η χρήση του έχει αξιοποιηθεί σε θέματα οργανωσιακής αλλαγής και ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού (Brown & Isaacs, 2005• Cooperrider & Srivastva, 1987), αλλά και στο χώρο της υγείας (Moore & Charvat, 2007• The Valeo Initiative, 2002). Ο διάλογος, με τα χαρακτηριστικά που περιγράφηκαν στην προηγούμενη παράγραφο, μπορεί να προσφέρει πάρα πολλά στη δημιουργική εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας και στη διαχείριση ζητημάτων υγείας στο σχολικό περιβάλλον. Βρίσκεται στον πυρήνα αυτού που ορίζουμε ως αγωγή και προαγωγή της υγείας και η ροή νοήματος που τον χαρακτηρίζει είναι αναγκαία για την εμπνευσμένη και ουσιαστικά αποτελεσματική υλοποίηση παρεμβάσεων, σε πολύπλοκα περιβάλλοντα, όπως είναι τα σχολεία αλλά και πολλοί άλλοι οργανισμοί της ανθρώπινης δραστηριότητας, σήμερα.

Συμπερασματικά:

- Η συμμετοχή των γονέων και στις δύο φάσεις της διαδικασίας ήταν δημιουργική και εξαιρετικά θετική, ενώ φάνηκε ότι έχουν μια ολιστική αντίληψη για την υγεία των παιδιών.
- Θέματα υπευθυνότητας, αξιοπρέπειας και σωστής ενημέρωσης σχετίζονται στενά με τον τρόπο που ενσωματώνονται και διαχειρίζονται, από τη σχολική κοινότητα, τα ζητήματα της υγείας.
- Ο ανοικτός διάλογος, που βοηθά στην κατανόηση της ανθρώπινης πλευράς των περιστατικών υγείας που συμβαίνουν στα σχολεία, αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την εκτόνωση και τον μετασχηματισμό, δυσάρεστων καταστάσεων.

11.5 Περιορισμοί της έρευνας

Όπως φάνηκε στην παρούσα εργασία, η Συμμετοχική Αφηγηματική Διερεύνηση απαιτεί πολλά από τους συμμετέχοντες, μέσα από διαδικασίες όπου η διεργασία μπορεί να «γλιστρήσει» σε άγονα και μη δημιουργικά πεδία. Λέξεις, έννοιες και καταστάσεις είναι εύκολο να παρερμηνευθούν, με αποτέλεσμα μια στείρα συνέντευξη ανθρώπων, δίχως ουσιαστικά αποτελέσματα. Οι ίδιες οι ιστορίες είναι αμφίσημες και φαινομενικά

εκτός θέματος, ενώ, μάλλον εύκολα, μπορεί κάποιος να αναρωτηθεί, εάν οτιδήποτε σε αυτή τη διαδικασία είναι, ουσιαστικά, αξιοποιήσιμο (Kurtz, 2013b).

Παρ' όλες τις δυσκολίες που έπρεπε να αντιμετωπιστούν στην πραγματοποίηση αυτού του μέρους της έρευνας (δυσκολίες όπως η εξασφάλιση της συμμετοχής των γονέων, ο συντονισμός των συναντήσεων, ο περιορισμένος χρόνος και η απουσία εξοικείωσης των συμμετεχόντων σε παρόμοιες διαδικασίες), είναι βέβαιο ότι οι παραπάνω διαπιστώσεις αποτελούν, με έναν τρόπο, τα δυνατά σημεία της συγκεκριμένης μεθόδου: η απουσία ενός αυστηρά προκαθορισμένου πλαισίου, σχετικά με το «τι ψάχνουμε να βρούμε», η «αθωότητα» της αφήγησης των ιστοριών, καθώς και η αίσθηση ελευθερίας που διαπερνούσε και τις δύο διαδικασίες -συλλογής και επεξεργασίας των αφηγήσεων- έδωσαν τον απαιτούμενο χώρο στους γονείς να εμπλακούν και να διερευνήσουν, με πολύ δημιουργικό τρόπο, τα ζητήματα της υγείας στο σχολικό περιβάλλον. Η συλλογή μεγαλύτερου αριθμού ιστοριών και η αξιοποίησή τους από περισσότερους γονείς θα παρείχαν, πιθανώς, πιο πολλές πληροφορίες, τα δεδομένα, όμως, που συλλέχθηκαν, ήδη από αυτή τη φάση, αναδεικνύουν ορισμένες σοβαρές πτυχές, του υπό διερεύνηση θέματος.

Κεφάλαιο 12. Γενικά συμπεράσματα και προτάσεις

12.1 Σύνοψη

Κάθε παιδί έχει το ανθρώπινο δικαίωμα για εκπαίδευση, υγεία και ασφάλεια. Ο βασικός σκοπός του σχολείου είναι η διδασκαλία και η μάθηση, ταυτόχρονα όμως αποτελεί μοναδικό κοινωνικό πλαίσιο, για την ανάπτυξη και την προαγωγή της υγείας των παιδιών, της οικογένειας και των εκπαιδευτικών. Οι χώροι της εκπαίδευσης, της υγείας αλλά και άλλοι τομείς χρειάζεται να εργαστούν από κοινού για την πλήρη αξιοποίηση των δυναμικών των νέων ανθρώπων, περιορίζοντας τον αντίκτυπο της οικονομικής και κοινωνικής αδυναμίας (Tang et al., 2008).

Το απόσπασμα από τη διακήρυξη του ΠΟΥ, για την υγεία, την εκπαίδευση και την ανάπτυξη των παιδιών, περιγράφει ξεκάθαρα το πλαίσιο στο οποίο αναπτύσσονται οι προσπάθειες, τα προγράμματα και οι δραστηριότητες, που αφορούν την αγωγή και προαγωγή υγείας στα σχολεία. Η αναγνώριση του σχολείου ως ενός περιβάλλοντος που προσδιορίζει όχι μόνο τα μαθησιακά επιτεύγματα των παιδιών, αλλά εξασφαλίζει, επίσης, την ομαλή ανάπτυξή τους, θέτει το πλαίσιο όπου εκπαιδευτικοί, γονείς, μαθητές και εξωσχολικοί συνεργάτες (επαγγελματίες υγείας, κοινωνικοί επιστήμονες κ.ά.) καλούνται να συνεργαστούν, για την καλύτερη υγεία των μαθητών και εντέλει της κοινότητας. Σκοπός του σχολείου δεν είναι αποκλειστικά η μετάδοση γνώσεων και η προστασία της υγείας, αλλά και η αντιμετώπιση σύνθετων προβλημάτων, όπως είναι ο κοινωνικός αποκλεισμός ή η οικονομική δυσπραγία και οι συνέπειες που έχουν οι καταστάσεις αυτές, στην υγεία των νέων ανθρώπων (Simovska, 2012b).

Η αναγκαιότητα συνεργασιών ανάμεσα στους χώρους της εκπαίδευσης και της υγείας προβάλλει ως απάντηση στις απειλές για την υγεία των μαθητών, σε ένα σύνθετο και ασταθές κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον. Οι δυσκολίες προς αυτή τη κατεύθυνση είναι σημαντικές και διαχρονικές, εάν όμως οι προσδοκίες είναι ρεαλιστικές και οι προσπάθειες εκταθούν σε βάθος χρόνων, τότε το εγχείρημα της συνεργασίας μπορεί να στεφθεί με επιτυχία (IUHPE, 2012). Το «σχολείο» χρειάζεται να κατανοήσει τη σημασία της καλής υγείας των μαθητών και του προσωπικού για την επίτευξη των στόχων της εκπαίδευσης. Ο χώρος της υγείας, αντίστοιχα, χρειάζεται να κατανοήσει τα ιδιαίτερα

χαρακτηριστικά του σχολικού περιβάλλοντος και να ανταποκριθεί στις ανάγκες με δημιουργικό και συνεργατικό τρόπο (ASCD, 2011). Διακηρύξεις έχουν κοινοποιηθεί, οδηγίες και συστάσεις έχουν δοθεί, προκειμένου να ευαισθητοποιηθούν οι εμπλεκόμενοι φορείς, διατομεακά και σε όλες της βαθμίδες της ιεραρχίας, στη σημασία της επιδίωξης των συνεργασιών για την προστασία της υγείας των μαθητών στο σχολικό περιβάλλον, οι προσπάθειες, όμως, αυτές απέχουν αρκετά από το να είναι αποτελεσματικές.

Το επιστημονικό πεδίο της αγωγής και προαγωγής υγείας είναι πολυδιάστατο, διαθεματικό και απαιτητικό, ιδιαίτερα ως προς την εφαρμογή του στα διαφορετικά περιβάλλοντα και πληθυσμούς. Έχει συγκεκριμένη ισχύ και δυναμική, που σχετίζεται με την ιστορία του και τις προοπτικές του, τις σχέσεις με άλλα επιστημονικά πεδία. Αποτελεί, επίσης, πεδίο αντιπαραθέσεων ανάμεσα σε διαφορετικούς παράγοντες, που εμπλέκονται στην πραγματοποίηση παρεμβάσεων ή προγραμμάτων, διαφορές που μπορεί να αφορούν θεωρητικές προσεγγίσεις, πρακτικές εφαρμογές και θέματα αξιολόγησης και αποτελεσματικότητας (Glanz et al., 2008). Υπό αυτό το πρίσμα, η εφαρμογή προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας δεν είναι μια απλή και άχρωμη διαδικασία, με σαφώς προκαθορισμένους στόχους και επιδιώξεις, αλλά ένα δυναμικό πεδίο συνάντησης διαφορετικών προσεγγίσεων για την υγεία και την εκπαίδευση των μαθητών. Θέματα ισχύος που πηγάζουν από το επιστημονικό κύρος ή την κοινωνική θέση που απολαμβάνει, για παράδειγμα, το επάγγελμα του ιατρού ή του δασκάλου, μπορεί να εκδηλώνονται με σαφή ή λιγότερο προφανή τρόπο, στη σχολική αγωγή υγείας και οι άνθρωποι που συμμετέχουν σε αυτές τις προσπάθειες είναι φορείς, συνειδητά ή όχι, απόψεων και αντιλήψεων ενός κλάδου ή μιας προσέγγισης για την αγωγή και προαγωγή της υγείας, οι οποίες μπορεί να διαφέρουν σε σημαντικό βαθμό.

Το παρόν ερευνητικό έργο, αξιοποιώντας ποιοτικές μεθόδους έρευνας, προσπάθησε να προσεγγίσει «σφαιρικά» τη σχολική αγωγή υγείας, δηλαδή να διερευνήσει τις διαφορετικές όψεις και τους πρωταγωνιστές των προγραμμάτων, προκειμένου να περιγράψει, τελικά, τη μορφή που μπορεί να έχουν αυτά τα προγράμματα, σήμερα, σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον. Καταγράφηκαν οι εμπειρίες εκπαιδευτικών και υγειονομικών από την εφαρμογή προγραμμάτων και ανιχνεύθηκαν οι βαθύτερες αντιλήψεις και πεποιθήσεις γονέων για τα ζητήματα υγείας στο σχολείο. Τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν

αναλυτικά σε προηγούμενα κεφάλαια, καθώς, όμως, η έρευνα εφαρμόστηκε σε τρία ξεχωριστά στάδια, είναι αναγκαία η σύνθεση των ευρημάτων, έτσι ώστε να εξαχθούν τα συμπεράσματα και να κατατεθούν οι προτάσεις, σχετικά με το θέμα.

Ένα πολύ σημαντικό εύρημα, της έρευνας συνολικά, είναι η προσήλωση των εκπαιδευτικών στα οφέλη που αποκομίζουν οι μαθητές από την εφαρμογή κάποιου προγράμματος σχολικής αγωγής υγείας. Τα οφέλη αυτά δεν αφορούν μόνο αλλαγές στη συμπεριφορά και τις συνήθειες των μαθητών, που είναι πιο δύσκολο να καταγραφούν, αλλά αφορούν, επίσης, εκπαιδευτικές διαδικασίες, όπως η συμμετοχή στο μάθημα, αλλά και τις σχέσεις των μαθητών μεταξύ τους ή με τον δάσκαλο. Η οπτική των εκπαιδευτικών για τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας είναι αναμενόμενη και χρειάζεται να γίνει κατανοητή, από όσους βρίσκονται εκτός σχολικού πλαισίου, αφού ο τρόπος που αντιλαμβάνονται οι δάσκαλοι τα προγράμματα σχετίζεται με τον βαθμό συμμετοχής και τις προσδοκίες τους από αυτά (Jourdan, 2011). Τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας βελτιώνουν πολλές όψεις της σχολικής καθημερινότητας στην τάξη, τα προσδοκώμενα, όμως, οφέλη, όπως μπορεί να τα επιθυμεί ο χώρος της υγείας, δεν είναι πάντοτε εφικτό να καταγραφούν και σε αυτό παίζει ρόλο η αποσπασματικότητα της υλοποίησης των παρεμβάσεων, αλλά και η απουσία εργαλείων ή σχετικών γνώσεων. Σε αυτή τη κατεύθυνση, χρειάζεται η εξοικείωση των εκπαιδευτικών με τα εργαλεία αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας προγραμμάτων, που διαθέτουν και χρησιμοποιούν οι υγειονομικοί, οι τελευταίοι, όμως, είναι απαραίτητο να λάβουν υπόψη τους τις πολυδιάστατες επιδράσεις που έχει η σχολική αγωγής υγείας στη σχολική κοινότητα, επιρροές που ίσως εκτιμώνται ως πιο σημαντικές από τους δασκάλους και το σχολείο γενικότερα.

Τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας περιγράφονται, από τους εκπαιδευτικούς, ως απαιτητικά, κυρίως λόγω γραφειοκρατικών ζητημάτων, περιορισμένου χρόνου και δημιουργικής ανταπόκρισης στις προκλήσεις μιας «δύσκολης» τάξης. Ανεξάρτητα από τη θεματολογία της παρέμβασης, κάθε πρόγραμμα απαιτεί ικανή προετοιμασία, σωστό σχεδιασμό, διαρκή παρακολούθηση και την αναγκαία αξιολόγησή του. Στην περίπτωση συνεργασιών, όπως ήταν η Έρευνα-Δράση στους μαθητές της Α΄ δημοτικού, χρειάζεται επιπλέον χρόνος, ικανοποιητικός συντονισμός, άρτια συνεργασία και καλή επικοινωνία. Όλες οι παραπάνω διαδικασίες,

πραγματοποιούνται, λίγο έως πολύ, σε ένα αρκετά επιβαρημένο σχολικό πρόγραμμα ή ανάμεσα σε παράλληλες δραστηριότητες, για τους εκπαιδευτικούς ή τους άλλους συντελεστές. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η εφαρμογή ενός προγράμματος σχολικής αγωγής υγείας, σε αντίθεση με την καθημερινή πρακτική, είναι μια διαδικασία που ωθεί εκείνους που την υλοποιούν, έξω από τη Ζώνη Άνεσης⁶ που συνήθως χρειάζεται να λειτουργούν. Όμως, η εικόνα του δασκάλου που κάνει ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας, μόνος με τους μαθητές στην τάξη, αρχίζει να αντικαθίσταται από εκείνη του εκπαιδευτικού που αναζητεί συνεργάτες, εντός και εκτός σχολικής κοινότητας, επιλέγει δράσεις που εμπλέκουν μαθητές και γονείς στους στόχους της παρέμβασης, αντιλαμβάνεται τον ρόλο του στο σχολικό περιβάλλον και προσπαθεί να συνδράμει, όσο είναι εφικτό, στη διαχείριση απαιτητικών καταστάσεων, αναλαμβάνοντας, τυπικά ή άτυπα, έναν ηγετικό ρόλο. Εάν αυτός ο νέος ρόλος μοιάζει πιο απαιτητικός, οι εκπαιδευτικοί που συμμετείχαν στο ερευνητικό έργο, δείχνουν έτοιμοι να αναλάβουν τις ευθύνες που τους αναλογούν, καθώς ήδη ανταποκρίνονται θετικά, σε σημαντικά αντίξοες συνθήκες. Η απεμπλοκή αυτών των εκπαιδευτικών, με εμπειρία στα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας, από το σχολικό πρόγραμμα και η αξιοποίησή τους ως Εκπαιδευτών Υγείας Σχολικής Μονάδας, για να υλοποιούν, κάθε σχολική χρονιά, δράσεις σε όλες τις τάξεις, μπορεί να συμβάλει στην ουσιαστική αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, μαθητών και δασκάλων, στα σχολεία.

Ανεξάρτητα, όμως, από το τι μέλλει γενέσθαι με την οργάνωση των υπηρεσιών αγωγής υγείας στα σχολεία, ένας σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με την ποιοτική εφαρμογή των προγραμμάτων είναι η επικοινωνία και το είδος των σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ των εμπλεκόμενων σε αυτά. Όπως φάνηκε από την έρευνα, ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας οι εκπαιδευτικοί και η διεύθυνση του σχολείου προσδιορίζει τη στάση της σχολικής κοινότητας απέναντι σε αυτά. Έτσι, στην περίπτωση που η διεύθυνση του σχολείου πιστεύει ότι η σχολική αγωγή υγείας προσφέρει στους μαθητές σημαντικά εφόδια για την

⁶ Ως Ζώνη Άνεσης νοείται η συμπεριφορική κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο λειτουργεί δίχως άγχος, χρησιμοποιώντας ένα περιορισμένο αριθμό συμπεριφορών, προκειμένου να έχει ένα σταθερό επίπεδο απόδοσης, συνήθως δίχως την αίσθηση του κινδύνου. Μια απαιτητική κατάσταση ή έργο, μπορεί να ωθήσει το άτομο έξω από τη Ζώνη Άνεσης στη Ζώνη Βέλτιστης Απόδοσης, όπου επιτελείται βελτίωση των ικανοτήτων του, εξοικείωση, έως ένα βαθμό, σε συνθήκες αυξημένου άγχους και, τελικά, επέκταση της Ζώνης Άνεσης σε νέα πιο αποδοτικά πεδία (White, 2009).

υγεία και ανάπτυξή τους, τότε παρακινεί, εμπνυχώνει και βοηθά τους δασκάλους να υλοποιήσουν προγράμματα. Οι δάσκαλοι συμμετέχουν και αφιερώνουν χρόνο και διάθεση, όταν εκτιμούν ότι μέσα από τα προγράμματα θα ωφεληθούν η τάξη και το σχολείο. Στην αντίθετη περίπτωση, όμως, κατά την οποία οι δάσκαλοι και η διεύθυνση δεν έχουν πειστεί για τη σπουδαιότητα της αγωγής υγείας ή έχουν άλλες προτεραιότητες, η υλοποίηση δράσεων είναι δυσχερής έως και αδύνατη. Και στις δύο περιπτώσεις, οι διαφορετικές εκτιμήσεις εκφράζονται με συγκεκριμένη γλώσσα η οποία, ανάλογα με τις απόψεις του ατόμου, μπορεί να είναι θετική και συνεργατική ή αρνητική και αποτρεπτική. Τελικά, σε κάθε σχολείο δημιουργείται μία κατάσταση και ένα «μικροκλίμα», σχετικά με τα προγράμματα αγωγής υγείας -και ενδεχομένως με κάθε καινοτομία που εισάγεται στη σχολική καθημερινότητα-, στα οποία η αίσθηση για το τι είναι θεμιτό και τι όχι εκδηλώνεται μέσα από τις λεκτικές ή μη εκφράσεις που χρησιμοποιούνται, την οργάνωση της σχολικής καθημερινότητας που έχει συμφωνηθεί και άλλες παρόμοιες διεργασίες, που με τη σειρά τους προσδιορίζουν και αντανακλούν το είδος των σχέσεων ανάμεσα στα μέλη της εκπαιδευτικής κοινότητας αλλά και την ταυτότητα του σχολείου. Ο εκπαιδευτικός που υλοποιεί προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας, είναι συνήθως ενήμερος για αυτές τις σχέσεις και γνωρίζει τη στήριξη που έχει από τη διεύθυνση του σχολείου και τους συναδέλφους.

Η σημασία της επικοινωνίας γίνεται περισσότερο έκδηλη στις περιπτώσεις συμμετοχής των γονέων ή εξωσχολικών συνεργατών, σε προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας. Όπως φάνηκε από την έρευνα, η ανοικτή και ισότιμη επικοινωνία, όπως πραγματοποιείται μέσα από τη χρήση μιας γλώσσας που αναζητά να βρει λύσεις και να αποκτήσει κατανόηση και όχι να επιβάλλει απόψεις και να διαχειριστεί απλώς τη διαφωνία, αυτή η επικοινωνία δημιουργεί χώρο για να αναπτυχθούν οι αναγκαίες συνεργατικές και συμμετοχικές σχέσεις, που βοηθούν την αρμονική εφαρμογή των παρεμβάσεων. Η επικοινωνία αυτού του τύπου, η οποία βέβαια δεν περιορίζεται στη διαπροσωπική επαφή αλλά καλύπτει όλο το φάσμα της ανθρώπινης αλληλεπίδρασης, είναι μια δύσκολη διαδικασία, που απαιτεί την αξιοποίηση δεξιοτήτων ακρόασης, ανταπόκρισης και ενσυναίσθησης, έτσι ώστε οι εμπλεκόμενοι, να νιώσουν εμπιστοσύνη και ασφάλεια, προκειμένου να εμπλακούν δημιουργικά και με ειλικρίνεια σε ό,τι έχει συμφωνηθεί. Ο ρόλος των εκπαιδευτικών σε αυτό το σημείο είναι καταλυτικός: όντας

παιδαγωγοί, έχουν μάθει να ακούν και να νιώθουν όσα λέει ο άλλος και με τη θετική ανατροφοδότηση, που μπορούν να προσφέρουν, δημιουργούν το κατάλληλο συνεργατικό κλίμα. Οι γονείς, συνήθως, αισθάνονται άβολα και εκτός ρόλου όταν χρειάζεται να συμμετάσχουν σε κάποια σχολική δραστηριότητα και η σωστή καθοδήγηση από τους δασκάλους, θα τους βοηθήσει να εμπλακούν δίχως φόβο, όταν και όποτε χρειαστεί (NCCA, 2009). Οι υγειονομικοί, προερχόμενοι από ένα αυστηρό και ορθολογικό επιστημονικό πεδίο, δεν διαθέτουν πάντοτε τις απαραίτητες δεξιότητες, που θα βοηθήσουν στη δημιουργία του συνεργατικού κλίματος (Dickson et al., 1997). Η ισχύς του ρόλου τους, η άγνοια για τις ιδιαιτερότητες του σχολικού περιβάλλοντος και η σημασία που δίνουν στη μεταφορά γνώσεων και πληροφοριών αποτελούν μάλλον εμπόδια παρά διευκόλυνση για αυτό τον σκοπό (IUHPE, 2012). Έτσι, το βάρος πέφτει στη πλευρά των εκπαιδευτικών, οι οποίοι είναι οι ενδιάμεσοι αλλά και οι ειδικοί, μεταξύ των συντελεστών, αναφορικά με τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες της τάξης ή του σχολείου. Πλέον, η αγωγή και προαγωγή της υγείας στο σχολικό περιβάλλον χρειάζεται τη βιωματική συμμετοχή όχι μόνο των μαθητών αλλά και των άλλων πρωταγωνιστών της σχολικής καθημερινότητας, είτε προέρχονται από το σχολείο είτε από την ευρύτερη κοινότητα. Το είδος των σχέσεων και η επικοινωνία που θα συντελεσθεί ανάμεσά τους, θα είναι το οξυγόνο και ο συνδετικός ιστός των προγραμμάτων. Οι εκπαιδευτικοί βρίσκονται στην πρώτη γραμμή αυτών των διεργασιών και η εγρήγορση και η διάθεσή τους θα προσδιορίσουν την έκβαση της προσπάθειας.

Μέσα στην τάξη πραγματοποιείται το μεγαλύτερο μέρος των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας. Δάσκαλοι και μαθητές «συναντώνται» και ανταλλάσσουν πληροφορίες, σκέψεις και συναισθήματα σχετικά με το βασικό θέμα της παρέμβασης. Στα σημαντικά ευρήματα της έρευνας ανήκουν οι επιρροές που έχουν μαθητές και εκπαιδευτικοί σχετικά με την υγεία, επιρροές που εκτείνονται σε περιβάλλοντα εκτός σχολείου και χρονικά πλαίσια, που αφορούν, όχι αποκλειστικά, τις παρούσες συνθήκες αλλά και το παρελθόν. Η σχέση των μαθητών (και των δασκάλων) με το σώμα τους, τους γονείς, τους φίλους και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, προσδιορίζουν τον τρόπο που γίνονται αντιληπτές οι πληροφορίες για την υγεία, όπως επίσης την έκφραση συναισθημάτων και τη συμπεριφορά σχετικά με ένα θέμα υγείας (Gergen, 2009). Στη «συνάντηση», λοιπόν, μαθητών και εκπαιδευτικών παρευρίσκονται, επίσης, όλες οι

σχέσεις που τους επηρέασαν ή τους επηρεάζουν και ο εκπαιδευτικός χρειάζεται α. να είναι ενήμερος για τους παράγοντες που επηρεάζουν τον ίδιο και τις επιλογές του και β. να μπορεί να αναγνωρίσει και να διαχειριστεί, με δημιουργικό τρόπο, τις αντίστοιχες επιρροές για τους μαθητές του. Σε αυτές τις σχέσεις αναφέρονται, επί της ουσίας, τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας, από αυτές τροφοδοτούνται και τις τροφοδοτούν και η διαχείρισή τους θα προσδιορίσει τη διεισδυτικότητα μιας παρέμβασης. Υπό αυτό το πρίσμα, δεν υπάρχει μια σωστή πρακτική ή συμπεριφορά για την υγεία, αλλά μια συνισταμένη, που προκύπτει από τις προσωπικές επιρροές, την προσλαμβανόμενη πληροφορία και τις σχέσεις που αναπτύσσονται, κατά τη διαδικασία εφαρμογής μιας παρέμβασης. Αυτός είναι ο λόγος που τονίζεται επανειλημμένα η σημασία του διαλόγου, εντός και εκτός τάξης, ως βασικού εργαλείου στην αγωγή υγείας. Πρόκειται, όμως, για μια διαδικασία που θα προωθήσει τη συμμετοχή όλων των μαθητών στις συζητήσεις για κάποιο θέμα υγείας και θα αποτρέψει τη μονοπώλησή τους από έναν συγκεκριμένο αριθμό παιδιών με ισχυρή γνώμη. Θα αφήνει περιθώρια στους μαθητές να καθορίσουν εκείνοι την πορεία της συζήτησης, έτσι ώστε να τους είναι πιο εύκολο να ορίσουν το περιεχόμενό της και θα αντικαταστήσει τον στόχο για την κατάκτηση της μοναδικής Αλήθειας, με εκείνον της διεύρυνσης του εύρους των κοινά κατανοητών πραγματικοτήτων (Gergen, 2009). Οι παραπάνω διαπιστώσεις τέθηκαν από τους εκπαιδευτικούς κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, όταν περιέγραφαν την επίδραση των προγραμμάτων στην τάξη και ιδιαίτερα στους αδύναμους μαθητές. Επίσης, εφαρμόστηκαν καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος αγωγής στοματικής υγείας από τις εκπαιδευτικούς, σε συνεργασία με τον οδοντίατρο-ερευνητή.

Όπως φάνηκε στην άσκηση επεξεργασίας των αφηγήσεων, από τους γονείς, το πιο απαιτητικό αλλά και το πιο ενδιαφέρον μέρος της διαδικασίας ήταν η φάση της νοηματοδότησης, όπου οι συμμετέχοντες ενεπλάκησαν σε έναν ανοικτό διάλογο και χρειάστηκε να ακούσουν προσεκτικά τις απόψεις των άλλων, να εκφράσουν με σαφήνεια τις δικές τους, να βρουν κοινό τόπο και να καταλήξουν σε βασικές διαπιστώσεις. Εάν, πράγματι, η προσδοκία από τα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας είναι κάτι περισσότερο από τη μεταφορά πληροφοριών και γνώσεων, τότε οι εκπαιδευτικοί, οι γονείς και όσοι επιθυμούν να συμμετέχουν σε τέτοιες προσπάθειες χρειάζεται να είναι

προετοιμασμένοι να περιπλανηθούν σε άγνωστες διαδρομές, όπου το μονοπάτι φτιάχνεται καθώς το περπατάς⁷.

12.2 Προτάσεις

Στην πορεία μετάβασης προς ένα ανοικτό και δημοκρατικό σχολείο, που φροντίζει για την υγεία και την αξιοποίηση του δυναμικού όλης της σχολικής κοινότητας, θα μπορούσε να προταθεί μια σειρά κινήσεων, ικανών να θεμελιώσουν νέες σχέσεις και ικανές συνεργασίες, για την επίτευξη αυτού του στόχου.

1. Ενθάρρυνση των εκπαιδευτικών στην οργάνωση προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας

Είναι σημαντικό όσοι υλοποιούν προγράμματα αγωγής υγείας στα σχολεία να συνεχίσουν να το κάνουν και όσοι επιθυμούν να λάβουν μέρος σε τέτοιες προσπάθειες, αλλά για διάφορους λόγους δεν το έχουν επιδιώξει ακόμη, να ενθαρρυνθούν στην κατεύθυνση της οργάνωσης αυτών των προγραμμάτων.

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί, αρχικά, με την ανάληψη πρωτοβουλιών από τις αρμόδιες εκπαιδευτικές αρχές και, πιο συγκεκριμένα, τους υπεύθυνους σχολικών δραστηριοτήτων στα Γραφεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης και τους σχολικούς συμβούλους. Οι πρωτοβουλίες, μπορεί να αφορούν τακτικές ενημερώσεις για τα προγράμματα που μπορούν να αναπτύξουν οι εκπαιδευτικοί, την παρακίνηση παρακολούθησης εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων για την αγωγή υγείας, την υποστήριξη με εκπαιδευτικό ή άλλο υλικό όσων εκπαιδευτικών υλοποιούν προγράμματα και την προώθηση των δράσεων και των αποτελεσμάτων τους στην ευρύτερη εκπαιδευτική κοινότητα, αλλά και άλλους φορείς.

Η παροχή κινήτρων, στους εκπαιδευτικούς, έτσι ώστε να εμπλακούν στην εφαρμογή προγραμμάτων στο σχολείο είναι απαραίτητη και μπορεί να περιλαμβάνει διευκολύνσεις στο καθημερινό σχολικό πρόγραμμα, εξασφάλιση πόρων και χρόνου για την αποτελεσματική εφαρμογή των δράσεων, παροχή βεβαιώσεων ή άλλων

⁷ *Οδοιπόρε, τα βήματά σου είναι ο δρόμος και τίποτε περισσότερο • οδοιπόρε, δεν υπάρχει δρόμος, ο δρόμος φτιάχνεται καθώς τον περπατάς. Περπατώντας, ο κάθε ένας δημιουργεί το δρόμο και κοιτώντας πίσω του βλέπει το μονοπάτι που δεν θα διαβεί ξανά. Antonio Machado, Campos de Castilla (1912)*

πιστοποιητικών, που θα εμπλουτίσουν το βιογραφικό τους, ευκαιρίες παρακολούθησης σεμιναρίων ή άλλων εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων, οικονομικές απολαβές κ.ά.

Το ζήτημα της εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στο αντικείμενο της αγωγής υγείας έχει τονιστεί και περιγραφεί διεξοδικά. Όπως φάνηκε και στο παρόν ερευνητικό έργο, αποτελεί σημαντικό παράγοντα παρακίνησης του εκπαιδευτικού για να εμπλακεί στην εφαρμογή προγραμμάτων. Η εκπαίδευση στην αγωγή υγείας παρέχει στους εκπαιδευτικούς τη δυνατότητα να αναπτύξουν τις εκπαιδευτικές τεχνικές που διαθέτουν ή/και να μάθουν νέες, να εξοικειωθούν με διαφορετικές τεχνικές ανάπτυξης προγραμμάτων (π.χ. μέθοδος project κ.ά), να αντιληφθούν, πιο σφαιρικά, τη σημασία της προαγωγής και αγωγής της υγείας για την ανάπτυξη των μαθητών και να έρθουν σε επαφή, με ένα επιστημονικό πεδίο που είναι συνεχώς εξελισσόμενο και διεπιστημονικό.

Πέρα, όμως, από την κατάρτιση στις διαδικασίες υλοποίησης ενός προγράμματος σχολικής αγωγής υγείας, οι εκπαιδευτικοί είναι σημαντικό να κατανοήσουν τον τρόπο που προσεγγίζει ο χώρος της υγείας αυτά τα προγράμματα, ειδικότερα σε σχέση με τη μέτρηση της αποτελεσματικότητάς τους. Έννοιες όπως δείκτες υγείας και ασθένειας, εργαλεία όπως είναι τα ερωτηματολόγια και οι καταγραφές υγείας, βασικές μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων και η σημασία της επιλογής των παραπάνω, ανάλογα με τον πληθυσμό και τους στόχους της παρέμβασης, είναι βασικές γνώσεις και πληροφορίες που θα βοηθήσουν τους εκπαιδευτικούς να οργανώσουν τις προσπάθειές τους με τρόπο που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες αξιολόγησης των προγραμμάτων αλλά και προβολής των επιτευγμάτων τους.

Όσοι από τον χώρο της υγείας εμπλέκονται στα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας είναι χρήσιμο να κατανοήσουν την πολυπλοκότητα που χαρακτηρίζει το σχολικό περιβάλλον, τις αξίες που το διαπερνούν και την οπτική της σχολικής κοινότητας στα θέματα υγείας και πρόληψης. Επιπλέον, η εκπαίδευση στη σημασία της επικοινωνίας για τις ανθρώπινες σχέσεις όπως επίσης σε ζητήματα λειτουργίας ομάδων ή διαχείρισης κρίσεων και επίλυσης προβλημάτων, είναι απαραίτητη για την αρμονική συνεργασία των υγειονομικών με τη σχολική κοινότητα.

Οι παραπάνω εκπαιδευτικές δραστηριότητες μπορεί να οργανωθούν από κοινού με τα κατά τόπους γραφεία εκπαίδευσης και τις υγειονομικές υπηρεσίες, είναι σημαντικό να έχουν κεντρικό σχεδιασμό και να αξιοποιούν όλες τις απαραίτητες

εκπαιδευτικές τεχνικές, για την μέγιστη απόδοση. Οι προσπάθειες αυτές θα στοχεύουν στη σύμπλευση, την αρμονική και αποδοτική συνεργασία, τον αμοιβαίο σεβασμό και κατανόηση, προκειμένου να ευοδωθεί η κοινή επιδίωξη όλων, δηλαδή η προστασία και η φροντίδα της υγείας των παιδιών.

2. Υιοθέτηση, από τη σχολική κοινότητα, τεχνικών και προσεγγίσεων που αξιοποιούν και προάγουν τον διάλογο σε ομάδες ανθρώπων ή στον σχολικό οργανισμό

Τείνουμε να θεωρούμε το σχολείο ως ένα σχετικά κλειστό και ασφαλές περιβάλλον, στο οποίο δημιουργούνται οι συνθήκες που ευνοούν τη μάθηση και την ομαλή ανάπτυξη των παιδιών. Η άποψη αυτή, ίσως χρειαστεί να αλλάξει στο εγγύς μέλλον.

Οι σημαντικότερες προκλήσεις που αντιμετωπίζει η υγεία των παιδιών σήμερα, τουλάχιστον στις περισσότερες χώρες του Δυτικού Κόσμου, αφορούν σύνθετα προβλήματα, δύσκολα στην προσέγγιση, με διάφορες εκφάνσεις, τα οποία δεν μπορεί να τα διαχειριστεί μόνη της η σχολική κοινότητα. Ζητήματα βίας, χρήσης ουσιών, ρατσισμού και ξеноφοβίας, κοινωνικού στιγματισμού, ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, διατροφικών διαταραχών κ.ά. ξεφεύγουν από την παραδοσιακή ιατρική προσέγγιση, τύπου αίτιο-αιτιατό (μόλυνση από μικρόβιο, εμφάνιση συμπτωμάτων και θεραπεία) και απαιτούν την ευαισθητοποίηση και ενεργητική συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων για την αντιμετώπισή τους. Το σχολείο θα χρειαστεί να βρει τρόπους για να απαντήσει σε αυτές τις προκλήσεις, οι τρόποι, όμως, αυτοί δεν μπορεί να είναι οι ίδιοι με εκείνους που αξιοποιήθηκαν στο παρελθόν.

Οι διαδικασίες που αξιοποιούν τις τεχνικές διαλόγου, για τη λήψη αποφάσεων, την εξεύρεση λύσεων και την αντιμετώπιση προβλημάτων, από ομάδες ανθρώπων ή οργανισμούς, μπορούν να εφαρμοστούν στο σχολικό περιβάλλον, με την απαιτούμενη προσοχή και επιλογή της κατάλληλης προσέγγισης. Είναι τεχνικές που εμπλέκουν όλο τον σχολικό οργανισμό αλλά και τα μέλη της ευρύτερης κοινότητας, καθώς τα ζητήματα που χρειάζονται διαχείριση δεν είναι μόνο θέμα του σχολείου. Οι σύνθετες προκλήσεις για την υγεία των παιδιών, που περιγράφηκαν προηγούμενα, έχουν την τάση να δημιουργούν καταστάσεις πόλωσης, έλλειψης καλού επικοινωνιακού κλίματος, στοχοποίησης συγκεκριμένων ατόμων και, τελικά, εγκαθίδρυσης ενός δυσάρεστου περιβάλλοντος. Ως απάντηση σε αυτό το αδιέξοδο, είναι η προσφορά της δυνατότητας

στους ανθρώπους να εκφράσουν τη σκέψη τους, σε ένα πλαίσιο εμπιστοσύνης και ασφάλειας, όπου το κάθε πρόβλημα θα είναι μια πρόκληση για όλους και όχι ζήτημα του ενός. Το σχολείο χρειάζεται να υποδεχθεί αυτές τις νέες προσεγγίσεις και να βρει τρόπους να τις εντάξει μεθοδικά, με υπομονή και επιμονή, στις επιλογές που θα έχει, για τη διαχείριση απαιτητικών και σύνθετων προβλημάτων, όπως είναι αυτά της υγείας σήμερα.

3. Εμπλοκή των γονέων στα προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας

Ανεξάρτητα από τη θεματολογία ενός προγράμματος σχολικής αγωγής υγείας, είναι σημαντικό ο σχεδιασμός του να περιλαμβάνει τη συμμετοχή των γονέων σε αυτό, μέσα από δραστηριότητες στο σχολείο ή το σπίτι. Η εξασφάλιση της συνεργασίας των γονέων στην οργάνωση της παρέμβασης (κατάθεση ιδεών, ανάληψη συγκεκριμένων καθηκόντων κ.ά.) και στην υλοποίηση των δράσεων μπορεί να προσφέρει σημαντική βοήθεια στον εκπαιδευτικό, ανοίγοντας δρόμους δημιουργικής επικοινωνίας και λειτουργικών σχέσεων, ανάμεσα στους μαθητές, τους γονείς και τους δασκάλους, ενδυναμώνοντας, με αυτό τον τρόπο, τα μηνύματα και τους στόχους της αγωγής υγείας. Παρέχει, ακόμη, μια μοναδική ευκαιρία συνεργασίας του γονέα με το σχολείο, πέρα από την παρακολούθηση και τον έλεγχο της μαθησιακής πορείας του μαθητή.

Η αναλυτική ενημέρωση των γονέων (προφορική ή και γραπτή) για τους στόχους και τις επιδιώξεις του προγράμματος, αλλά και τον ρόλο που μπορεί να αναλάβουν σε αυτό, είναι βασική προϋπόθεση για την εξασφάλιση της συμμετοχής τους. Ο καλά ενημερωμένος γονέας είναι ένας δυνάμει συνεργάτης στις προσπάθειες του δασκάλου. Η επιλογή δράσεων (εκπαιδευτικών ή άλλων), στις οποίες η συμμετοχή τους θα είναι ουσιώδης και απαραίτητη, μπορεί να τους κινητοποιήσει να εμπλακούν σε αυτές και να συνεργαστούν με τα παιδιά, τους δασκάλους ή άλλους γονείς, για τους σκοπούς της παρέμβασης.

Οι προσκλήσεις εθελοντικής συμμετοχής σε δράσεις του σχολείου, με θέμα την υγεία, η πληροφόρηση και ενημέρωση για ζητήματα υγείας που σχετίζονται με την εφαρμογή κάποιου προγράμματος αλλά και η δυνατότητα συμμετοχής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, αναφορικά με κάποιο πρόβλημα ή απαιτητική διαδικασία που έχει προκύψει στο σχολείο, είναι μερικοί τρόποι να εμπλακούν οι γονείς στα προγράμματα

σχολικής αγωγής υγείας αλλά και στη διαχείριση των θεμάτων της υγείας στο σχολείο, γενικότερα.

4. Μελλοντική έρευνα

Τα ευρήματα της έρευνας, όπως παρουσιάστηκαν αναλυτικά σε προηγούμενες ενότητες της εργασίας, ανέδειξαν κρίσιμα θέματα και πτυχές της υλοποίησης προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας αλλά και της διαχείρισης των ζητημάτων υγείας, στο σχολείο. Η περαιτέρω διερεύνηση αυτών των θεμάτων, στον ευρύτερο πληθυσμό των εκπαιδευτικών, μπορεί να αποτελέσει τη βάση για την ανάπτυξη πολιτικών που θα στοχεύουν στην αποτελεσματικότερη και ευρύτερη εφαρμογή των προγραμμάτων σχολικής αγωγής υγείας, την ένταξή τους στη σχολική κουλτούρα και τη δημιουργική συμμετοχή, σε αυτά, όλων των εμπλεκομένων.

Σε αυτό το πλαίσιο, η δημιουργία ποσοτικών εργαλείων, με σκοπό τη διερεύνηση των αντιλήψεων και της διαθεσιμότητας των εκπαιδευτικών, για τη συμμετοχή τους σε προγράμματα σχολικής αγωγής υγείας, είναι ένα πρώτο βήμα προς αυτή την κατεύθυνση. Αντίστοιχα εργαλεία, που θα καταγράψουν τις απόψεις, την επάρκεια και τις προσδοκίες των εκπαιδευτικών, αναφορικά με καινοτόμα προγράμματα και δραστηριότητες στο σχολικό περιβάλλον, κρίνονται απαραίτητα, καθώς η οποιαδήποτε υιοθέτηση νέων τεχνικών και προσεγγίσεων στο σχολείο (όπως είναι, για παράδειγμα, η αξιοποίηση των αφηγήσεων και οι διαδικασίες νοηματοδότησης), εξαρτάται απόλυτα από την κατανόηση και την αποδοχή που θα έχουν από τους εκπαιδευτικούς.

Τα ζητήματα επικοινωνίας ανάμεσα σε εκπαιδευτικούς, γονείς και υγειονομικούς ή άλλους συνεργάτες είναι σημαντικό να μελετηθούν εις βάθος με την αξιοποίηση μεθόδων Ανάλυσης Λόγου, λαμβάνοντας υπόψη, εκτός των στοιχείων που αφορούν την αμφίδρομη μετάδοση πληροφοριών και γνώσης, τα χαρακτηριστικά εκείνα που προσδιορίζουν τον αποτελεσματικό διάλογο και την ποιότητα στην επικοινωνία, όπως είναι τα λεκτικά στοιχεία (λεξιλόγιο, γραμματο-συντακτικές δομές κ.ά.) και τα στοιχεία μη λεκτικής επικοινωνίας (στάση του σώματος, βλέμμα κ.λπ.).

Πολλές σχολικές μονάδες βρίσκονται σε επιβαρυνμένες, περιβαλλοντικά, περιοχές (π.χ. Οινόφυτα, Κερατσίνι κ.ά.), ενώ συχνά ανακύπτουν σοβαρά θέματα υγείας, τα οποία αφορούν και τον παιδικό πληθυσμό (π.χ. εποχική γρίπη, νόσος των πτηνών κ.ά.). Είναι εξαιρετικά ενδιαφέρον να καταγραφούν οι τρόποι αντίδρασης της σχολικής κοινότητας,

απέναντι σε κάποια έκτακτη κατάσταση σχετική με την υγεία, όπως, επίσης, οι διαδικασίες οργάνωσης και δράσης για την αντιμετώπιση μιας απειλής για την υγεία μαθητών και δασκάλων, ιδιαίτερα από τα σχολεία που μπορεί να είναι περισσότερο εκτεθειμένα σε τέτοιους κινδύνους.

Βιβλιογραφία

- 15^ο Δημοτικό Σχολείο Αθηνών (2005). *15^ο Δημοτικό Σχολείο Αθηνών: 117 χρόνια χωρίς σχολική στέγη αλλά με διαρκή δημιουργία και αγώνα για επιβίωση*. Αθήνα: Σύλλογος Γονέων 15^{ου} Δημοτικού Σχολείου και Διεύθυνσης του Σχολείου.
- Adamson, G., Mcaleavey, G., Donegan, T., & Shevlin, M. (2006). Teachers' perceptions of health education practice in Northern Ireland: reported differences between policy and non policy holding schools. *Health Promotion International*, 21, 113-120
- Ahtola, A., Haataja, A., Kärnä, A., Poskiparta, E., & Salmivalli, C. (2013). Implementation of anti-bullying lessons in primary classrooms: how important is head teacher support? *Educational Research*, 55, 376-392
- American Dental Association (ADA) (2005). *Smile Smarts! An oral health curriculum for preschool to grade 8*. USA: American Dental Association
- American Public Health Association (APHA) (2011). *School Climate, Student Success and the Role of Center for School-Based Health Care*. Διαθέσιμο στο http://www.schoolbasedhealthcare.org/wp-content/uploads/2011/09/APHA4_article_SchoolClimate_9_14_FINALlores.pdf
- Anecdote (2006). *The ultimate guide to Anecdote Circles. A practical guide to facilitate storytelling and story listening*. Australia: Anecdote Pty Ltd
- Ancona, D. (2012). Sensemaking. Framing and acting in the unknown. In Snook, S., Nohria, N., Khurana, R. (Eds), *The handbook for teaching leadership. Knowing, Doing and Being* (pp 3-19). USA: Sage Publications
- ASCD (2011). *The Healthy School Communities Model: aligning health and education in the school setting*. VA – Canada: ASCD
- Australian Government (2013). *Family -School Partnerships Framework: a guide for schools and families*. Australian Government, Department of Education, Employment and Workplace Relations. Διαθέσιμο στο http://www.familyschool.org.au/index.php/download_file/216/486/,
- Ballet, K., & Kelchtermans, G. (2008). Workload and willingness to change: disentangling the experience of intensification. *Journal of Curriculum Studies*, 40, 47-67

- Ballet, K., & Kelchtermans, G. (2009). Struggling with workload: Primary teachers' experience of intensification. *Teaching and Teacher Education*, 25,1150–1157
- Barnekow, V., Buijs, G., Clift, S., Jensen, B.B., Paulus, P., Rivett, D., & Young, I. (2006). *Health Promoting Schools: A resource for developing indicators*. Copenhagen: WHO.
- Basch, C.E. (2010). *Healthier students are better learners: a missing link in school reforms to close the achievement gap*. Teachers College, Columbia University.
 Διαθέσιμο στο http://www.equitycampaign.org/i/a/document/12557_EquityMattersVol6_Web03082010.pdf
- Beattie, M., Smith, A., & Kyle, R.G. (2014). Sadness, socialization and shifted perceptions: school pupil's stories of a pre-nursing scholarship. *Nurse Education Today*, 34, 894-898
- Beauchamp, B., & Thomas, L. (2009) Understanding teacher identity: an overview of issues in the literature and implications for teacher education. *Cambridge Journal of Education*, 39, 175-189
- Bitan-Friedlander, N., Dreyfus, A., & Milgrom, Z. (2004). Types of 'teachers training': the reaction of primary school science teachers when confronted with the task of implementing an innovation. *Teaching and Teacher Education*, 20, 607-619
- Bohm, D. (2004). *On Dialogue*. Great Britain: Routledge Classic Editions
- Bowker, S., & Tudor-Smith, C. (2000). The health promoting school in Wales: an overview. *Health Education*, 4, 154-160
- Brown, J., & Isaacs, D. (2005). The World Café. *Shaping our futures through conversations that matter*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, Inc.
- Brunner, J. (1997). *Πράξεις νοήματος*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Brunner, J. (2004). *Δημιουργώντας ιστορίες. Νόμος, λογοτεχνία, ζωή* (2^η έκδοση). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Burt, B.A., & Eklund, S.A. (1992). *Dentistry, dental practice and the community* (4th Ed.). USA: W.B. Saunders Company
- Callahan, S. (2004). How to use stories to size up a situation. *Anecdote Whitepaper*, 1, 1-

- Cauwenberghe, E.V., Maes, L., Spittaels, H., van Lenthe, F.J., Brug, J., Oppert, JM., & Bourdaudhui, I. (2010). Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and 'grey' literature. *British Journal of Nutrition*, *103*, 781-797
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2012). *Parent Engagement: Strategies for Involving Parents in School Health*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services. Διαθέσιμο στο http://www.cdc.gov/healthyyouth/adolescenthealth/pdf/parent_engagement_strategies.pdf
- Cholevas, N.K., & Loucaides, C.A. (2012). Factors that facilitate and barriers towards the implementation of health educational programs in primary education schools of the prefecture of Achaia, Greece. *Health Education Journal*, *71*, 365-375
- Clandinin, D.J., & Connelly, F.M. (2000). *Narrative Inquiry. Experience and story in qualitative research*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publication
- Cognitive Edge (2006). *The Anecdote Circle*. USA: Cognitive Edge Pte. Ltd.
- Cohen, J.N., Byers, S.E., & Sears, H.A. (2012). Factors affecting Canadian teachers' willingness to teach sexual health education, Sex Education: sexuality. *Society and Learning*, *12*, 299-316
- Cohen, J., McCabe, E.M., Michelli, N.M., & Pickerall, T. (2009). School climate: research, policy, practice and teacher education. *Teachers College Record*, *111*, 180-213
- Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization
- Connelly, F.M., & Glandinin, D.J. (1990). Stories of experience and narrative inquiry. *Educational Researcher*, *19*, 2-14
- Cooperrider, D., & Srivastva, S. (1987). Appreciative Inquiry in organizational life. *Research in Organizational Change and Development*, *1*, 129-169
- Cooperrider, D., Barret, F., & Srivastva, S. (2013). Social construction and appreciative inquiry: a journey in organizational theory. In Hosking, D.M., Dachler, H.P, Gergen,

- K. (Eds), *Management and organization: relational alternatives to individualism* (pp 157-200). USA: Taos Institute
- Creswell, J.W. (2005). *Educational Research: Planning, Conducting and Evaluating Quantitative and Qualitative Research* (2nd Ed.). New Jersey: Pearson Education Ltd
- Christenson, S., Palan, R., & Sculin, S. (2009). Family School Partnerships: an essential component of student achievement. *Principal Leadership, 10*, 10-16
- Deschesnes, M., Martin, C., & Jomphe Hill, A. (2003). Comprehensive approaches to school health promotion – How to achieve broader implementation? *Health Promotion International, 18*, 387-396
- Dickson, D., Hargie, O., & Morrow, N. (1997). *Communication skills training for health professionals* (2nd Ed.). Great Britain: Nelson Thornes
- Didaskalou, E.S., & Millward A.J. (2001). Greek teachers' perspectives on behavior problems: implications for policy-makers and practitioners. *European Journal of Special Needs Education, 16*, 289-299
- Dimitriadis, D., Konstandinidis, R., Petersen, P.E., & Tselepi, H. (2002). Evaluation of an AIDS education program, in a Greek High School. *Oral Presentation in the 7th Annual Congress of the European Association of Dental Public Health, Athens, Greece*. European Association of Dental Public Health, London, UK.
- Dobbins, M., Husson, H., DeCorby, K., & LaRocca, RL. (2013). School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1-260
- Easthope, C., & Easthope, G. (2000). Intensification, Extension and Complexity of Teachers' Workload. *British Journal of Sociology of Education, 21*, 43-58
- Elliot, C. (1999). *Locating the energy for change: an introduction to appreciative inquiry*. Canada: International Institute for Sustainable Development
- Epstein, J.L., Sanders, M.G., Simon, B.S., Salinas, K.C., Jansorn, N.R., & Van Voorhis, F.L. (2002). *School, Family, and Community Partnerships: Your Handbook for Action* (2nd Ed.). California: Sage Publications
- Feldens, EG., Feldens, CA., Kramer, PF., da Silva, KG., Munari, CC., & Brei, VA. (2010). Understanding school teacher's knowledge regarding dental trauma: a basis for future interventions. *Dental Traumatology, 26*, 158–163

- Finnigan, K. (2010). Principal leadership and teacher motivation under high stakes accountability policies. *Leadership and Policy in Schools, 9*, 161-189
- Fisher, K., & Kettle, P. (2003). Teachers' perceptions of school violence. *Journal of Pediatric Health Care, 17*, 79-83
- Fitzpatrick, K., & Tinning, R. (2013). Health education's fascist tendencies: a cautionary exposition. *Critical Public Health, 1-11*. Διαθέσιμο στο <http://dx.doi.org/10.1080/09581596.2013.836590>
- Flaschberger, E., Nitsch, M., & Waldherr, K. (2012). Implementing school health promotion in Austria: experiences from a pilot raining course. *Health Promotion Practice, 13*, 364-369
- Foxcroft, DR., Lister-Sharp, D., & Lowe, G. (1997). Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction, 92*, 531-537
- Fuller, F.F. (1969). Concerns of Teachers: A developmental conceptualization. *American Educational Research Journal, 6*, 207-226
- Gergen, K.J. (2009). *An invitation to social construction* (2nd Ed.). London: Sage Publications
- Gergen, K.J. (2009). *Relational Being: beyond self and community*. Oxford & New York: Oxford University Press
- Gergen, K.J., Schrader, S.M., & Gergen, M. (2009). *Constructing worlds together. Interpersonal communication as relational process*. USA: Pearson Education, Inc.
- Gerouki, M. (2009). Innovations on hold: sex education in the Greek primary schools. *Health Education, 109*, 49-65
- Giddens, A. (2002). *Κοινωνιολογία*. Αθήνα: εκδ. Gutenberg
- Glanz, K., Rimer, BK., & Viswanath, K. (Eds.) (2008). *Health behavior and health education: theory, research and practice*, (4th Ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Gordon, J., & Turner, K. (2001). School staff as exemplars – where is the potential? *Health Education, 101*, 283 - 291
- Graham, A., Phelps, R., Maddison, C., & Fitzgerald, R. (2011). Supporting children's mental health in schools: teacher views. *Teachers and Teaching, 17*, 479-496

- Hatzis, MH, Papandreou, C., & Kafatos, GA. (2010). School health education programs in Crete: Evaluation of behavioural and health indices a decade after initiation. *Preventive Medicine, 51*, 262–267
- Helleve, A., Flisher, AJ., Onya, H., Kaaya, S., Mukoma, W., Swai, C., & Klepp, I. (2009). Teachers' confidence in teaching HIV/AIDS and sexuality in South African and Tanzanian schools. *Scandinavian Journal of Public Health, 37*, 55-64
- Hughes, W.H., & Pickeral, T. (2013). School climate and shared leadership. In Dary, T., Pickeral, T. (ed) (2013) *School Climate Practices for Implementation and Sustainability*. A School Climate Practice Brief, Number 1, New York, NY: National School Climate Center
- Ifanti, AA., Argyriou, AA., & Kalofonos HP. (2011). Health promotion education politics and schooling: The Greek case. *Educational Research and Reviews, 6*, 671-678
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) (2009). *Achieving Health Promoting Schools. Guidelines for promoting health in schools*. France: IUHPE. Διαθέσιμο στο http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/HPSGuidelines_ENG.pdf
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) (2010). *Promoting health in schools. From evidence to action*. France: IUHPE. Διαθέσιμο στο http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/Evidence-Action_ENG.pdf
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) (2012). *Facilitating Dialogue between the Health and Education Sectors to advance School Health Promotion and Education*. France: IUHPE. Διαθέσιμο στο http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/SCHOOL/FacilitatingDialogueHE_EN.pdf
- Isaacs, W.N. (2001). Toward an action theory of dialogue. *International Journal of Public Administration, 24*, 709-748

- Jamal, F., Fletcher, A., Harden, A., Wells, H., Thomas, J., & Bonell, C. (2013). The school environment and student health: a systematic review and meta-ethnography of qualitative research. *BMC Public Health, 13*, 798-810
- Jarvis, J., & Stark, S. (2005). Partnership working and the involvement of parents in the health education of 7-11 year-olds. *Primary Health Care Research and Development, 6*, 208-216
- Jensen, B.B. (1997). A case of two paradigms in health education. *Health Education Research, 12*, 419-428
- Jensen, B.B. (2000). Health knowledge and health education in the democratic health-promoting school. *Health Education, 100*, 146 - 154
- Johns, C. (2004). *Becoming a reflective practitioner* (2nd Ed.). Oxford, UK: Wiley-Blackwell Publications
- Johnson, B., & Christensen, L. (2004). *Educational research: Quantitative, qualitative, and mixed approaches* (2nd Ed.). Boston, MA: Pearson Education Inc
- Jourdan, D., Samdal, O., Diagne, F., & Carvalho, GS. (2008). The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level. *Promotion and Education, 15*, 36-38
- Jourdan, D., Pommier, J., & Quidu, F. (2010). Practices and representations of health education among primary school teachers. *Scandinavian Journal of Public Health, 38*, 86-94
- Jourdan, D. (2011). *Health education in schools: The challenge of teacher training*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action
- Jourdan, D., Stirling, J., Mcnamara, PM., & Pommier, J. (2011). The influence of professional factors in determining primary school teachers' commitment to health promotion. *Health Promotion International, 26*, 302-310
- Jourdan, D., Pironom, J., Berger, D., & Carvalho, G.S. (2012). Factors influencing teachers' views of health and health education: a study in 15 countries. *Health Education Journal, 0*, 1-13
- Kakouros, A., Maniadaki, K., & Papeliou, C. (2004). How Greek teachers perceive school functioning of pupils with ADHD. *Emotional and Behavioural Difficulties, 9*, 41-53

- Kaleyias, J., Tzoufi, M., Kotsalis, C., Papavasiliou, A., & Diamantopoulos, N. (2005). Knowledge and attitude of the Greek educational community toward epilepsy and the epileptic student. *Epilepsy and Behavior*, *6*, 179-186
- Katz, C., Bolton, S.L., Katz Y.L., Isaak, C., Tilston-Jones, T., & Sareen, J. (2013). A systematic review of school-based, suicide prevention programs. *Depression and Anxiety*, *30*, 1030-1045
- Kauppi, T., & Pörhölä, M. (2012) Teachers Bullied by Students: Forms of Bullying and Perpetrator Characteristics. *Violence and Victims*, *27*, 396-413
- Kay, E.J., & Locker, D. (1996). Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *24*, 231–235
- Konu, A., & Rimpela, M. (2002). Well-being in schools: a conceptual model. *Health Promotion International*, *17*, 79-87
- Koshy, E., Koshy, V., & Waterman, H. (2011). *Action Research in health care*. London: Sage Publication
- Kuhne, G., & Quigley, A. (1997). Understanding and using action research in practice settings. *New Directions for Adult and Continuing Education*, *73*, 23-40.
- Kurtz, C.F. (2013a). *Working with stories in your community or organization* (3rd Ed.). Pre Publication copy, downloaded from <http://www.workingwithstories.org/WWSPrePubCompleteDec2013.pdf>
- Kurtz, C.F. (2013b). *More work with stories: advanced topics in Participatory Narrative Inquiry* (3rd Ed.). Pre Publication copy, downloaded from <http://www.workingwithstories.org/MoreWWSPrePubFeb2014.pdf>
- Kurtz, C.F., & Snowden, D.J. (2003). The new dynamics of strategy: sense making in a complex and complicated world. *IBM Systems Journal*, *42*, 462-483
- 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
- Lahiff, J. (2000). The development of the Irish Network of Health Promoting Schools. *Health Education*, *100*, 11-116

- Leahy, D. (2013). Assembling a health[y] subject: risky and shameful pedagogies in health education. *Critical Public Health*, 1-12. Διαθέσιμο στο <http://dx.doi.org/10.1080/09581596.2013.871504>
- Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2, 34–46
- Lister-Sharp, D., Chapman, S., Stewart-Brown, S., & Sowden, A. (1999). Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. *Health Technology Assessment*, 3, 1-207
- Lucas, T., Anderson, M.A., & Hill, P.D. (2012). What level of knowledge do elementary school teachers possess concerning the care of children with asthma? A pilot study. *Journal of Pediatric Nursing*, 27, 523–527
- Lynagh, M., Schofield, M.J., & Sanson-Fisher, R.W. (1997). School health promotion programs over the past decade: a review of the smoking, alcohol and solar protection literature. *Health promotion International*, 12, 43-60
- Manios, Y., Moschandreas, J., Hatzis, C., & Kafatos, A. (1999). Evaluation of a Health and Nutrition Education Program in Primary School Children of Crete over a Three-Year Period. *Preventive Medicine*, 28, 149–159
- McBride, N. (2003). A systematic review of school drug education. *Health Education Research*, 18, 729-742
- McNiff, J., Lomax, P., & Whitehead, J. (1996). *You and Your Action Research Project*. London: Routledge Publications
- McNiff, J. (2002). *Action Research. Principles and Practice* (2nd Ed.). London: RoutledgeFalmer Publications
- McNiff, L., & Whitehead, J. (2011). *All you need to know about Action Research* (2nd Ed.). London: Sage Publications
- Mertler, C.A. (2011). *Action Research: improving schools and empowering educators* (3rd Ed.). London: Sage Publications
- Michael, S., Dittus, P., & Epstein, J. (2007). Family and community involvement in schools: results from school health policies and programs study 2006. *Journal of School Health*, 77, 567-587

- Mohammadi, N.K., Rowling, L., & Nutbeam, D. (2010). Acknowledging educational perspectives on health promoting schools. *Health Education, 110*, 240-251
- Moore, S.M., & Charvat, J. (2007). Promoting health behavior change using Appreciative Inquiry. Moving from deficit models to affirmation models of care. *Family Community Health, Supplement 1, 30*, S64-S74
- Mukoma, W., & Flisher, A. (2004). Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health Promotion International, 19*, 357-368
- Naidoo, J., & Wills, J. (1998). *Practicing Health promotion: Dilemmas and challenges*. Edinburgh : Baillière Tindall
- Naidoo, J., & Wills, J. (2000). *Health Promotion: foundations for practice* (2nd Ed.). Edinburgh : Baillière Tindall
- Nakre, P.D., & Harikiran, A.G. (2013). Effectiveness of oral health education programs: A systematic review. *J Int Soc Prevent Community Dentistry, 3*:103-15
- National Council for Curriculum and Assessment (NCCA) (2009). *Guidelines for good practice*. Dublin: NCCA
- National Education Association (2011). *Priority Schools Campaign. Family-School-Community Partnerships 2.0. Collaborative strategies to advance student learning*. Washington DC: NEA publications. Διαθέσιμο στο <http://www.nea.org/assets/docs/Family-School-Community-Partnerships-2.0.pdf>
- National School Climate Council (2007). *The School Climate Challenge: Narrowing the gap between school climate research and school climate policy, practice guidelines and teacher education policy*. Διαθέσιμο στο <http://www.schoolclimate.org/climate/documents/policy/school-climate-challenge-web.pdf>
- Nettleton, S. (2002). *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*. Αθήνα: Τυπωθήτω - Γ. Δαρδανός
- Nichols, P.J., & Norris, S.L. (2002). A Systematic Literature Review of the Effectiveness of Diabetes Education of School Personnel. *The Diabetes Educator, 28*, 405-414
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion International, 15*, 259-267

- Ogden, J. (2004). *Ψυχολογία της Υγείας* (2^η έκδοση). Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου
- O'Keeffe, M.J., & McDowell, M. (2004). Bridging the gap between health and education: words are not enough. *Journal of Pediatric Child Health*, 40, 252-257
- Paakari, L., Tynjala, P., & Kannas, L., (2010a). Student teachers' ways of experiencing the teaching of health education. *Studies in Higher Education*, 35, 905-920
- Paakari, L., Tynjala, P., & Kannas, L., (2010b). Student teachers' ways of experiencing the teaching of health education as a school subject: a phenomenographic study. *Teaching and Teacher Education*, 26, 941-948
- Panou, E., Souglis, A., Zachos, D., Sotiropoulos, A., & Hatziharistos, D. (2013). Evaluation of an educational program on the influenza in elementary schools. *Journal of Physical Education and Sports*, 13, 570-577
- Parcel, G.S, Simons-Morton, B., & Kolbe, L.G. (1998). Health Promotion: integrating organizational change and student learning strategies. *Health Education Quarterly*, 15, 435-450
- Patino-Fernandez, A.M., Hernandez, J., Villa, M., & Delamater, A. (2013). School-based health promotion intervention: parent and school staff perspectives. *Journal of School Health*, 83, 763-770
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3rd Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage
- Petersen, P.E., & Christensen, L.B. (1995). *Oral Health Promotion. Health promoting Schools Project*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe
- Poulou, M., Matsagouras, E. (2007). School – family relations: Greek parents' perceptions of parental involvement. *International Journal about Parents in Education*, 1, 83-89
- Powel, D. (2013). Childhood obesity, corporate philanthropy and the creeping privatisation of health education. *Critical Public Health*, 1-14. Διαθέσιμο στο <http://dx.doi.org/10.1080/09581596.2013.846465>
- Powney, J., Malcom, H., Lowden, K. (2000). *Health and attainment-a brief review of recent literature*. Glasgow: The Scottish Council for Research in Education

- Prevention Speaks (2012). *Storytelling Toolkit*. Wisconsin: Prevention Speaks Org (<http://preventionspeaks.org>)
- Radu, B.M. (2011). Parental involvement in schools. A study of resources, mobilization and inherent inequality. *Journal of comparative research in anthropology and sociology*, 2, 103-115
- Rogers, M.E. (1983). *Diffusion of innovations* (3rd Ed.). USA: Macmillan Publishing
- Resnicow, K., & Vaugh, R. (2006). A chaotic view of behavior change: a quantum leap for health promotion. *International Journal of behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3, 25
- Resnicow, K., & Page, S.E. (2008). Embracing chaos and complexity: a quantum change for public health. *American Journal of Public Health*, 98, 1382-1389
- Rothi, D.M., Leavy, G., & Best, R. (2008). On the front line: teachers as active observers of pupils' mental health. *Teaching and Teacher Education*, 24, 1217-1231
- Rubin, H.J., & Rubin, I.S. (2005). *Qualitative Interviewing. The art of hearing the data* (2nd Ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Schools for Health in Europe (2013). *State of the art: Health promoting schools in Europe*. Utrecht: SHE
- Senior, E. (2012). Becoming a health promoting school: key components of planning. *Global Health Promotion*, 19, 23-31
- Schee, C.V., & Gard, M. (2013): Healthy, happy and ready to teach, or why kids can't learn from fat teachers: the discursive politics of school reform and teacher health, *Critical Public Health*, 1-16. Διαθέσιμο στο <http://dx.doi.org/10.1080/09581596.2013.828152>
- Shucksmith, J., & Wood, S. (1998). Keeping a cool head: drug education in primary schools. *Health education*, 98, 191-199
- Simovska, V. (2007). The changing meanings of participation in school based health education and health promotion: the participants' voices. *Health Education Research*, 22, 864-878
- Simovska, V. (2012a). Case study of a participatory Health Promotion intervention in school. *Democracy & Education*, 20, 1-10

- Simovska, V. (2012b). What do health-promoting schools promote? Processes and outcomes in school health promotion. *Health Education, 122*, 84-87
- Simovska, V., & Carlsson, M. (2012). Health promoting changes with children as agents: findings from a multiple case study research. *Health Education, 112*, 292-304
- Snowden, D. (1999). The Paradox of Story: Simplicity and Complexity in Strategy. *Scenario and Strategy Planning, 1*, 16-20.
- Sormunen, M., Tossavainen, K., & Turunen, H. (2012). Parental perceptions of the roles of home and school in health education for elementary school children in Finland. *Health Promotion International, 28*, 244-256
- Soulatou, P., & Dunkan, P. (2009). Exploring the reality of applied partnerships: the case of the Greek school health. *Health Education Journal, 68*, 34-43
- Soulatou, P., Dunkan, P., Athanasiou, K., & Papadopoulou, I. (2011). Health needs: policy plan and school practice in Greece. *Health Education, 111*, 266-282
- Speller, V., Byrne, J., Dewhirst, S., Almond, P., Mohebati, L., Norman, M., Polack, S., Memon, A., Grace, M., Margetts, B., & Roderick, P. (2010). Developing trainee school teachers' expertise as health promoters. *Health Education, 110*, 490 - 507
- Spinelli, E. (2009). *Ερμηνεύοντας τον κόσμο. Η φαινομενολογία στον υπαρξισμό και στην ψυχολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Άσπρη Λέξη
- St Leger, L. (1998). Australian teachers' understandings of the health promoting school concept and the implications for the development of school health. *Health Promotion International, 13*, 223-235
- St Leger, L. (1999). The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health-a review of the claims and evidence. *Health Education Research, 14*, 51-69
- St Leger, L. (2000a). Developing indicators to enhance school health. *Health Education Research, 15*, 719-728
- St Leger, L. (2000b). Reducing the barriers to the expansion of health promoting schools by focusing on teachers. *Health Education, 100*, 81-87
- St Leger, L. (2001). Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health Promotion International, 16*, 197-205

- St Leger, L. (2004). What's the place of schools in promoting health: are we too optimistic? *Health Promotion International*, *19*, 405-408
- St Leger, L., & Nutbeam, D. (2000). A model for mapping linkages between health and education agencies to improve school health. *Journal of School Health*, *70*, 45-50
- St Leger, L., Kolbe, L., Lee, A., McCall, D.S., & Young, IM. (2007) School health promotion: Achievements, challenges and priorities. In McQueen, D.V. & Jones, C. (Eds.), *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* (pp. 108-124). Atlanta, USA: Springer Pub
- Tang, K.C., Nutbeam, D., Aldinger, C., St Leger, L., Bundy, D., Hoffman, A.M., Yankah, E., McCall, D., Buijs, G., Arnaoud, S., Morales, S., Robinson, F., Torranin, C., Drake, L., Abolfotouh, M., Whitman, C.V., Meresman, S., Odete, C., Joukhadar, A., Avison, C., Wright, C., Huerta, F., Munodawafa, D., Nyamwaya, D., & Heckert, K. (2008). Schools for health, education and development. A call for action. *Health Promotion International*, *24*, 68-77
- Testa, D. (2012). Cross-disciplinary collaboration and health promotion in schools. *Australian Social Work*, *65*, 535-551
- Thapa, A., Cohen, J., D'Alessandro, A.H., & Guffey, S. (2012). School climate research summary. *School Climate Brief*, *3*, 1-21
- The Scottish Government (2010). *Guidance on partnership working between allied health professions and education*. Edinburgh: The Scottish Government
- The Valeo Initiative (2002). *Living dialogue on health and care. A pilot study report*. CA: The Valeo Initiative
- Tjomsland, H.E., Iversen, A.C., & Wold, B. (2009). The Norwegian Network of Health Promoting Schools: A Three-Year Follow-Up Study of Teacher Motivation, Participation and Perceived outcomes. *Scandinavian Journal of Educational Research*, *53*, 89-102
- Toli, T., Sourtzi, P., Tsoumakas, K., & Kalokerinou-Anagnostopoulou, A. (2013). Association between knowledge and attitudes of educators towards epilepsy and the risk of accidents in Greek schools. *Epilepsy and Behavior*, *27*, 200-203
- Tones, K. (2005). Health promotion in schools: the radical imperative. In Clift, S., Jensen, B.B. (Eds.), *The health promoting school: international advances in theory*,

- evaluation and practice* (p. 23-42). Copenhagen: Danish University of Education Press
- Tununen, H., Tossavainen, K., Jakonen, S., Salimaki, U., & Vertio, H. (2000). Improving health in the European Network of health Promoting Schools in Finland. *Health Education, 100*, 252-260
- UNISEF (2013). *Η κατάσταση των παιδιών στην Ελλάδα, 2013*. Αθήνα: Ελληνική Επιτροπή UNICEF
- Vamos, S., & Zhou, M. (2007). Educator preparedness to teach health education in British Columbia. *American Journal of Health Education, 38*, 284-292
- Vennebo, K.F., & Ottesen, E. (2012). School leadership: constitution and distribution. *International Journal of Leadership in Education, 15*, 255-270
- Viig, N.G., & Wold, B. (2005). Facilitating Teachers' Participation in School-Based Health Promotion—A Qualitative Study'. *Scandinavian Journal of Educational Research, 49*, 83-109
- Watt, R.G. (2002). Emerging theories into the social determinants of health: implication for oral health promotion. *Community Dent Oral Epidemiol, 30*, 241-247
- Welham, C.A. (2007). A Study of the Effectiveness of a Healthy Lifestyles Approach to Drugs Education with Children between 7 and 11 years of Age. *International Journal of Adolescence and Youth, 13*, 149-173
- West, P., Sweeting, H., & Leyland, A. (2004). School effects on pupils school behaviors: evidence in support of the health promoting school. *Research Papers in Education, 19*, 261-291
- White, A. (2009). *From comfort zone to performance management*. USA: White & MacLean Publishing
- Winnail, S.D., Geiger, B.F., & Nagy, S. (2002). Why don't parents participate in school health education? *American Journal of Health Education, 33*, 10-14
- Woods, P., & Jeffrey, B. (2002). The Reconstruction of Primary Teachers' Identities. *British Journal of Sociology of Education, 23*, 89-106
- Woods, P., & Pratt, N. (2006). *Qualitative Research*. Faculty of Education, University of Plymouth. Διαθέσιμο στο

<http://www.edu.plymouth.ac.uk/resined/qualitative%20methods%20202/qualrshm.htm#2.%20METHODS%20OF%20QUALITATIVE%20RESEARCH>

World Health Organization (1946). *WHO definition of health*. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948

World Health Organization (1960). *Teacher preparation for health education*. Geneva: WHO

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

World Health Organization (1996a). *The status of school health*. Geneva: WHO

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

World Health Organization (1997a). *Promoting Health Through Schools*. Geneva: WHO

World Health Organization (1997b). *Local Action. Creating Health Promoting Schools*. Geneva: WHO

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

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

World Health Organization (1999). *Improving Health Through Schools*. Geneva: WHO

World Health Organization (2003). *Skills for Health*. The World Health Organization's information series on school health. Διαθέσιμο στο http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_skills4health_03.pdf

World Health Organization (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of health promoting schools approach?* Copenhagen: WHO. Διαθέσιμο στο http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf

World Health Organization (2009). *Milestones in health promotion: statements from global conferences*. Geneva: WHO

World Health Organization (2012). *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies*. Cairo: WHO

- World Health Organization (2013). *Early years, family and education task group: report*. Copenhagen: WHO
- Zambeta, E. (2001). Greece and Europe: reflections from educational policy. *Paper presented at Traveling Policy/Local Spaces: Globalisation, Identities and Education Policy in Europe, Keele University*. Διαθέσιμο στο: www.keele.ac.uk/depts/ed/events/conf-pdf/cPaperZambeta.pdf
- Αθανασούλη, Θ. (1996). *Αγωγή για τη στοματική υγεία. Πρόγραμμα για παιδιά του Δημοτικού Σχολείου. Οδηγός για δασκάλους*. Αθήνα: Οδοντιατρικός Σύλλογος Αττικής
- Αλεξανδροπούλου, Μ. (2013). Αξιολόγηση προγραμμάτων προαγωγής υγείας: η περίπτωση του σχολείου ως φορέα προαγωγής υγείας. *Νοσηλευτική*, 52, 43-56
- Γκούβρα, Μ., Κυρίδης, Α., & Μαυρικάκη, Ε. (2005). *Αγωγή υγείας και σχολείο: παιδαγωγική και βιολογική προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω - Γ. Δαρδανός
- Δημητριάδης, Δ., Κωνσταντινίδης, Ρ., & Ντόκος, Ε. (2009). Προσεγγίζοντας τη Δημόσια οδοντιατρική Υγεία. *Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική*, 1, 13-18
- Δημητριάδης, Δ., Κωνσταντινίδης, Ρ., Σαραφίδου, Γ., Κοντός, Δ., Αγραφιώτης, Δ., & Petersen, P.E. (2008). Σχέση οδοντιάτρου-ασθενούς: απόψεις και αντιλήψεις ασθενών ιδιωτικών οδοντιατρείων, ενός Δήμου της Αθήνας. *Στοματολογία*, 65, 46-54
- Δημητριάδης, Δ., & Petersen, P.E. (2002). Το σύστημα της πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας στην Δανία: Δημοτική Υπηρεσία Οδοντιατρικής Φροντίδας. *Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά*, 46: 74-79
- Δημητριάδης, Δ., Κωνσταντινίδης, Ρ., Τσελέπη, Χ., Πάντζου, Π., & Αγραφιώτης, Δ. (1998). Ευαισθητοποίηση-ενημέρωση μαθητών λυκείου σχετικά με το AIDS: συμμετοχή και αυτενέργεια. Περίπτωση Λιβαδειάς. *Ανακοίνωση στο 10^ο Πανελλήνιο Συνέδριο για το AIDS, Αθήνα*. Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, Αθήνα.
- Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία (2013). *Πρόγραμμα Προαγωγής και Καταγραφής στις Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού: Αγωγή Στοματικής Υγείας*. Διαθέσιμο στο <http://www.oral-health.gr/index.php?cid=oralhealth>
- Ζούκης, Ν. (2007). *Ανθρώπινα Συστήματα και Θεωρία του Χάους: Διασυνδέσεις και Αναδύσεις*. Αθήνα: Ατραπός

- Λαμπαδάκης, Ι., Φανδρίδης, Ι., & Δαμασκηνού, Π. (1999). Η παροχή πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας: ο ρόλος, η σημασία, οι προοπτικές της. *Στοματολογία*, 56, 78-89
- Λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής (1998). Θεσσαλονίκη: Ινστιτούτο Νεοελληνικών Σπουδών του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Ίδρυμα Μανόλη Τριανταφυλλίδη. Διαθέσιμο στο http://www.greek-language.gr/greekLang/modern_greek/tools/lexica/triantafyllides/search.html?lq=%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%AC%CE%BA%CE%B9&dq
- Ουλής, Κ., Θεοδώρου, Μ., Μαστρογιαννάκης, Τ., Μαμάη-Χωματά, Χ., Πολυχρονοπούλου, Α., & Αθανασούλη, Θ. (2009). Η επιδημιολογική κατάσταση της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Προτάσεις για τη βελτίωσή της. *Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά*, 53, 97-120
- Σαραφίδου, Γ. (2011). *Συνάρθρωση ποσοτικών και ποιοτικών προσεγγίσεων. Η εμπειρική έρευνα*. Αθήνα: Gutenberg
- Σώκου, Κ. (1994). *Οδηγός αγωγής και προαγωγής της υγείας: Πρότυπο πρόγραμμα "αλκοόλ και απόχημα"*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Στάπα-Μουρτζίνη, Μ. (2013). *Αγωγή Υγείας: Βασικές αρχές - Σχεδιασμός προγράμματος*. Αθήνα: Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων
- Τούντας, Γ. (2001). *Κοινωνία και υγεία*. Αθήνα: Οδυσσέας, Νέα Υγεία
- Τσομπανίκου, Μ.Χ. (1994). Πρακτική, προβλήματα και υπάρχουσα κατάσταση στα Κέντρα Υγείας. *Στοματολογία*, 51, 162-168
- Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων (ΥΕΠΘ) (2001). *Οδηγός για την εφαρμογή της Ευέλικτης Ζώνης - Βιβλίο για τον δάσκαλο*. Αθήνα: ΥΕΠΘ, Παιδαγωγικό Ινστιτούτο
- Υπουργείο Υγείας (1988). *Υπουργική Απόφαση Α3β/οικ./15-3-88, περί «Παροχής οδοντιατρικής φροντίδας στα Κέντρα Υγείας μη αντικών περιοχών»*.
- Υπουργείο Υγείας (1995). *Παροχή οδοντιατρικών φροντίδων από τα Κέντρα Υγείας*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας, Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Αριθ. Πρωτ. Υ3δ/οικ. 1216

Υπουργείο Υγείας (2008). *Μελέτη κατάρτισης εθνικού σχεδίου δράσης για την αγωγή υγείας, σε μαθητές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης*. Διαθέσιμο στο: http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/meletes/agwgh_ygeias_prwtovatmias.pdf

Παράρτημα Α. Πρόσκληση σε εκπαιδευτικούς για συνέντευξη

Αγαπητοί φίλοι

Με την επιστολή αυτή, επικοινωνώ μαζί σας προκειμένου να σας ενημερώσω για το ερευνητικό έργο «Εκπαιδευτικοί και αγωγή υγείας», το οποίο αποτελεί μέρος της διδακτορικής διατριβής, που εκπονώ στο Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου της Θεσσαλίας.

Η μεγάλη σημασία της ανάπτυξης προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας στο σχολείο, είναι δεδομένη και επιστημονικά τεκμηριωμένη. Αδιαμφισβήτητος είναι και ο ρόλος των εκπαιδευτικών, πλην όμως δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς η εμπειρία τους από την εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων.

Ο σκοπός του πρώτου μέρους της έρευνας είναι η διερεύνηση και καταγραφή των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, για την αγωγή και προαγωγή της υγείας στο σχολικό περιβάλλον. Για το σκοπό αυτό, πρόκειται να πραγματοποιηθούν μία σειρά από συνεντεύξεις με άτομα που δραστηριοποιούνται στην εφαρμογή παρόμοιων προγραμμάτων στο σχολείο.

Σε αυτό το πλαίσιο, η συμμετοχή σας στο ερευνητικό έργο εκτός από αναγκαία είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς η εμπειρία και οι απόψεις σας -αναφορικά με τη σχέση των ζητημάτων της υγείας και του σχολικού περιβάλλοντος- είναι πολύτιμες.

Την επιστολή αυτή θα ακολουθήσει τηλεφωνική επικοινωνία, προκειμένου να απαντήσω σε τυχόν απορίες και να συμφωνήσουμε στις λεπτομέρειες της συνάντησής μας, σε περίπτωση που θα συμφωνήσετε. Είμαι στη διάθεσή σας για κάθε διευκρίνιση.

Με εκτίμηση

Δημήτρης Δημητριάδης

Παράρτημα Β. Αρίθμηση και κωδικοποίηση των συνεντεύξεων, σύμφωνα με τη χρονική σειρά που πραγματοποιήθηκαν.

A/a	Περιοχή	Φύλο	Ηλικία	Θέση
1	Βόλος	Γυναίκα	37	Εκπαιδευτικός
2	Βόλος	Γυναίκα	38	Εκπαιδευτικός
3	Λαμία	Γυναίκα	35	Εκπαιδευτικός
4	Θεσσαλονίκη	Γυναίκα	40	Εκπαιδευτικός
5	Θεσσαλονίκη	Γυναίκα	45	Εκπαιδευτικός
6	Θεσσαλονίκη	Άνδρας	48	Διευθυντής
7	Κατερίνη	Γυναίκα	55	Διευθύντρια
8	Κατερίνη	Γυναίκα	43	Εκπαιδευτικός
9	Κατερίνη	Γυναίκα	41	Εκπαιδευτικός
10	Κατερίνη	Άνδρας	48	Εκπαιδευτικός
11	Κατερίνη	Άνδρας	62	Διευθυντής
12	Κατερίνη	Γυναίκα	33	Εκπαιδευτικός
13	Αθήνα	Γυναίκα	42	Εκπαιδευτικός

Παράρτημα Γ. Φωτογραφίες από τις επισκέψεις στα σχολεία της Λοκρίδας
Εικόνα 1. 1^ο 12θέσιο Δημοτικό Σχολείο Αταλάντης



Εικόνα 2. Διθέσιο Δημοτικό Σχολείο και Νηπιαγωγείο Κυρτώνης.



Εικόνα 3. Εξέταση παιδιών στο Δημοτικό Σχολείο Κυρτώνης.



Εικόνα 4. Συζήτηση στην τάξη με τους μαθητές, στο μονοθέσιο Δημοτικό Σχολείο Ζελίου.



Παράρτημα Δ. Προαύλιος χώρος 15^{ου} Δημοτικού Σχολείου Αθηνών.

(Η φωτογραφία βρίσκεται αναρτημένη στον διαδικτυακό τόπο του 15^{ου} ΔΣ, στην ηλ. διεύθυνση <http://15odimotiko.blogspot.gr/2012/04/blog-post.html>)



**Παράρτημα Ε. Χρονοδιάγραμμα δράσεων για το Πρόγραμμα Αγωγής Στοματικής
Υγείας στην Πρώτη Δημοτικού.**

	Ιανουάριος	Φεβρουάριος	Μάρτιος	Απρίλιος	Μάιος	Ιούνιος
Συναντήσεις ΟΠ						
Εξασφάλιση άδειας						
Ενημέρωση Γονέων						
1 ^η Επίσκεψη						
Ομιλία στη Σχολή Γονέων						
2 ^η Επίσκεψη						
Παιδοδοντίατρος						
Πασχαλινό Ημερολόγιο						
Ιστορίες για τα δόντια						
Δραστηριότητες Τάξης						
Ζωγραφιές Μαθητών						
Ερωτηματολόγιο Γονέων						
Ημερολόγια ΟΠ						

Παράρτημα ΣΤ. Φωτογραφίες και υλικό από το πρόγραμμα αγωγής στοματικής υγείας στην Α' δημοτικού

(Οι φωτογραφίες των μαθητών, παρατίθενται με την συναίνεση των γονέων τους)

Εικόνα 1. Πρώτη επίσκεψη του οδοντίατρου στη τάξη.



Εικόνα 2. Δεύτερη επίσκεψη του οδοντίατρου στη τάξη. Τα παιδιά χρωματίζουν τα δόντια τους.



Εικόνα 3. Δεύτερη επίσκεψη του οδοντίατρου στη τάξη. Τα παιδιά χρωματίζουν τα δόντια τους.



Εικόνα 4. Δεύτερη επίσκεψη του οδοντίατρου στη τάξη. Τα παιδιά μαθαίνουν να βουρτσίζουν τα δόντια τους στο εκμαγείο.



Εικόνα 5. Δεύτερη επίσκεψη του οδοντίατρου στη τάξη. Τα παιδιά βουρτσίζουν τα δόντια τους στις βρύσες.



Εικόνα 6. Επίσκεψη στο ειδικό οδοντιατρείο για παιδιά. Επίδειξη βουρτσίσματος.



Εικόνα 7. Επίσκεψη στο ειδικό οδοντιατρείο για παιδιά. Το παιχνίδι ‘Χαρούμενο και Λυπημένο Δόντι’.



Εικόνα 8. Επίσκεψη στο ειδικό οδοντιατρείο για παιδιά. Εξέταση στην οδοντιατρική καρέκλα.



Εικόνα 9. Ζωγραφιές των μαθητών με θέμα τη στοματική υγεία

Τα δόντια μας χαίτουμε γιατί εφάρμε πολλά γλυκά και άιν
τα πλένομε και εφχοναι μικροβια. Τα μικροβια τα κάνουν εφ
μα.



Τα δόντια χαλάμε γιατί είναι κάποιε περατάκια.

Μεσα στο στόμα κάνουν τρέπες.



Εικόνα 10. Απόσπασμα από το Πασχαλινό Ημερολόγιο μαθήτριας

Ημερομηνία: 11/4/12

Αγαπημένο μου ημερολόγιο,

Σήμερα δε πέρασα και τόσο καλά
 επειδή ήμουν και στην παύση να κάνουμε
 μείματα και σε όλα κινεμάμε

Βούρτσισα τα δόντια μου:

Πρωί /

Βράδυ /


Άλλη φορά /

Η Δόνα Τερηδόνα έμαθε ότι εσύ έχεις το ωραιότερο χαμόγελο του κόσμου και θέλει να σου χαλάσει τα δόντια. Γράψε με ποιους τρόπους θα αντισταθείς στο καταστροφικό της έργο

Μπορεί κάποιος στιγμή να με
 κηρύξω φίλη ή φίλο κρυφτό,
 Η μάσκα στο στόμα θα μπει στη σπινθη-
 και θα τη χαλάσω τα δόντια
 και δε θα με φανεί εικόνα

Γράψε τις τροφές που βοηθούν τα δόντια σου να είναι γερά Τα φρούτα. Η τσιγαρές χωρίς να βάζω σουσάμι. Το γαλά. Τα σοκολάτα για γαλά χωρίς γάλα.

Ζωγράφισε το πάρτυ των μικροβίων στα δόντια σου όταν τρως γλυκά



Παράρτημα Ζ. Ενημερωτικό φυλλάδιο γονέων για το πρόγραμμα αγωγής στοματικής υγείας

Αγαπητοί γονείς

Το επόμενο διάστημα, από τον Μάρτιο έως και τον Μάιο, θα πραγματοποιηθεί στην τάξη μας ένα πρόγραμμα αγωγής στοματικής υγείας, με στόχο την εξοικείωση των μαθητών σε βασικές έννοιες που αφορούν τα δόντια και τη φροντίδα του στόματος.

Ο σχεδιασμός της παρέμβασης έχει βασιστεί στις αρχές της βιωματικής μάθησης και της συμμετοχικής εκπαιδευτικής διαδικασίας. Η υλοποίηση του προγράμματος γίνεται με την άδεια της Διεύθυνσης του σχολείου, του Γραφείου Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης και της επιτροπής πρόληψης του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής.

Στο πλαίσιο των δράσεων θα γίνουν:

- 2 επισκέψεις του υπεύθυνου οδοντίατρου στο σχολείο, όπου θα παρουσιαστούν βασικά στοιχεία για τα δόντια, θα γίνει επίδειξη βουρτσίσματος και συζήτηση με τους μαθητές,
- μια επίσκεψη των μαθητών, σε οδοντιατρείο κοντά στο σχολείο, με τη συνοδεία των εκπαιδευτικών και του οδοντίατρου, όπου ειδικός παιδοδοντίατρος θα εξοικειώσει τους μαθητές στο περιβάλλον του οδοντιατρείου και θα τους ευαισθητοποιήσει στη σημασία του βουρτσίσματος,
- εργασίες και συζητήσεις στην τάξη, με θέμα τη φροντίδα των δοντιών και τη σημασία της διατροφής για καλή στοματική υγεία.

Γνωρίζουμε ότι η επιτυχία παρόμοιων προγραμμάτων εξαρτάται από την αρμονική συνεργασία εκπαιδευτικών, μαθητών, αλλά και γονέων. Η συμβολή των τελευταίων στη δημιουργική αξιοποίηση των δράσεων είναι πολύ μεγάλη και συμβαίνει μέσα στην καθημερινότητα, με τρόπους που δεν είναι πάντοτε μετρήσιμοι και εύκολα προσβάσιμοι. Έτσι, σας προτρέπουμε, για το χρονικό διάστημα που θα υλοποιείται το πρόγραμμα, να παρατηρήσετε και να καταγράψτε περιστατικά που ίσως προκύψουν στο σπίτι και μπορεί να αφορούν απορίες των παιδιών για ζητήματα στοματικής υγείας (π.χ. χαλασμένα δόντια, βούρτσισμα, επίσκεψη στον οδοντίατρο κ.λπ.), εμπειρίες σε σχέση με τα δόντια (π.χ. απώλεια δοντιών, πόνος ή ενόχληση κ.λπ.) ή οτιδήποτε άλλο εκτιμάτε ότι μπορεί να σχετίζεται με το πρόγραμμα (π.χ. εκπομπή στην τηλεόραση, διάβασμα παραμυθιού ή ιστορίας κ.λπ.). Η καταγραφή μπορεί να γίνει με τη μορφή ελεύθερου κειμένου, που θα

περιγράφει το περιστατικό ως προφορική αφήγηση στη δασκάλα ή οποιονδήποτε άλλο τρόπο θεωρείτε δόκιμο (π.χ. ζωγραφιά με το παιδί, φωτογραφία, ηχογράφηση κ.λπ.). **Για τους σκοπούς του προγράμματος, είναι σημαντικό να έχουμε τις ιστορίες σας έως τις αρχές Απριλίου.**

Γνωρίζοντας τις δυσκολίες που μπορεί να συναντήσετε στην προσπάθεια αυτή, ζητάμε τη συνεργασία σας, έτσι ώστε να βελτιώσουμε τις δράσεις μας και να αποτιμήσουμε το έργο μας στο τέλος της παρέμβασης.

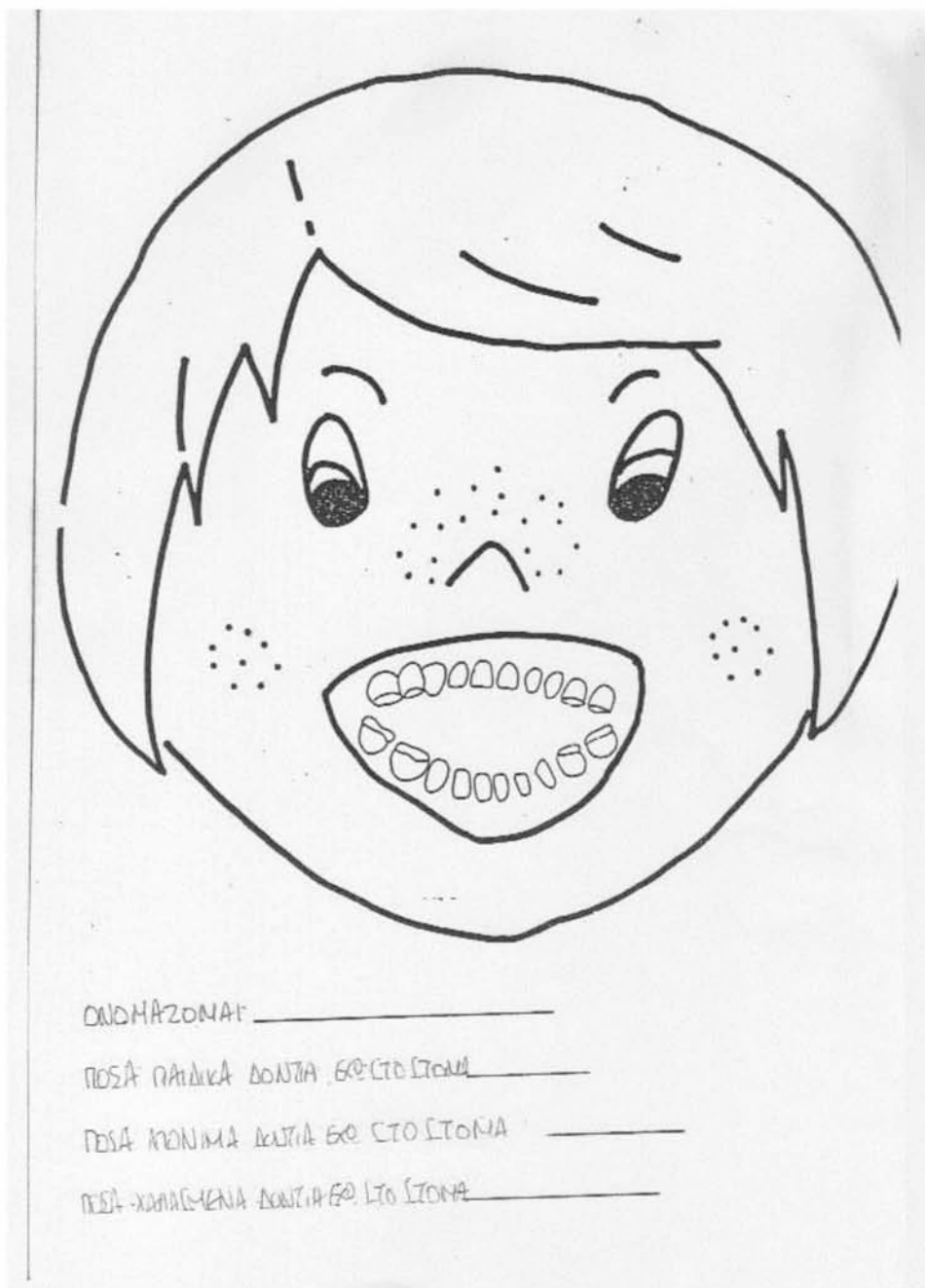
Στόχος μας είναι να δοθεί σε όλους τους γονείς εκπαιδευτικό υλικό, καθώς και ηλεκτρονικές διευθύνσεις, με σημαντικές πληροφορίες σε σχέση με τη φροντίδα της στοματικής υγείας. Είμαστε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε απορία και παρατήρηση.

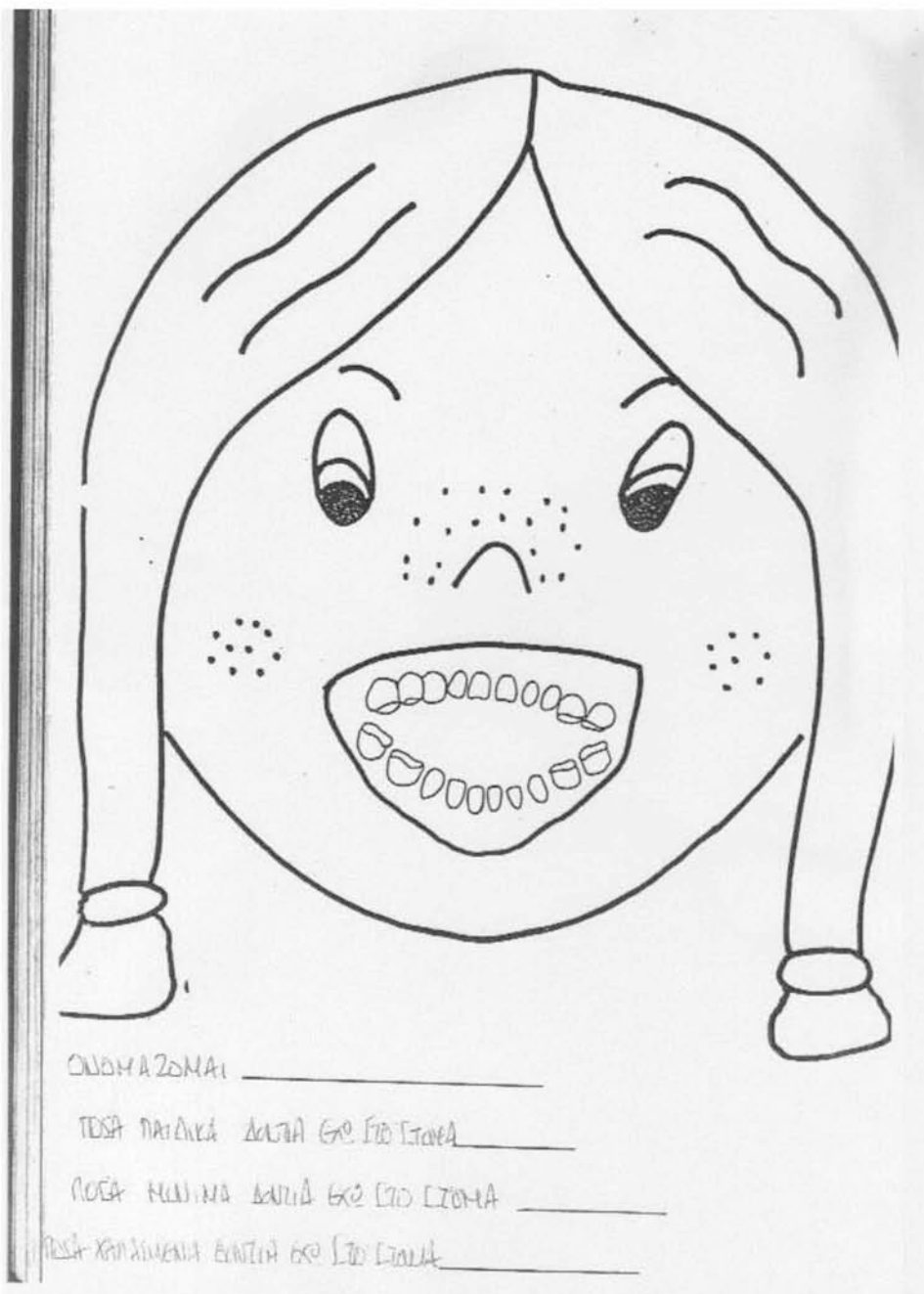
Γαλάνη Λία (Εκπαιδευτικός)

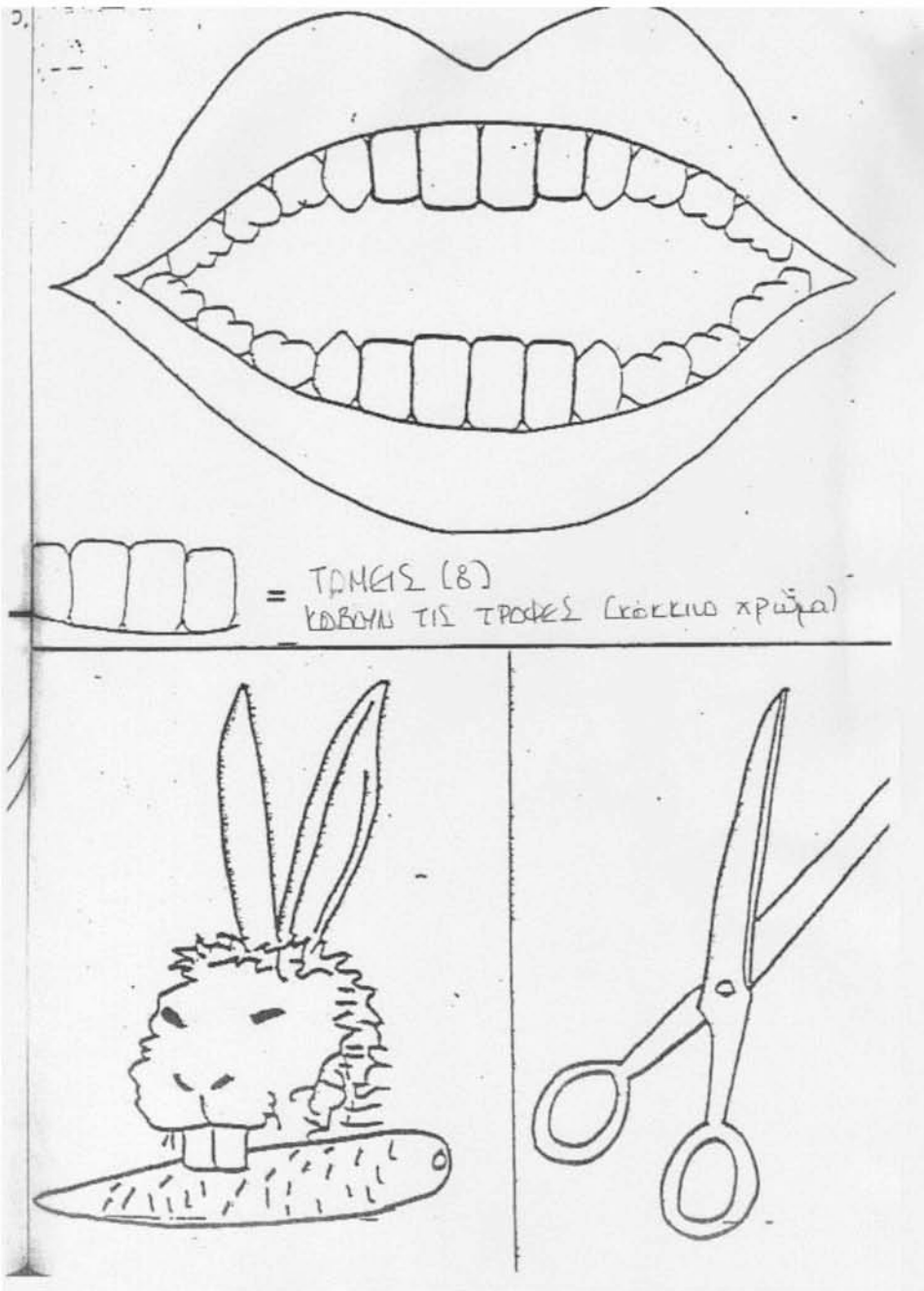
Δημητριάδης Δ. (Οδοντίατρος Δημόσιας Υγείας) 6944646435

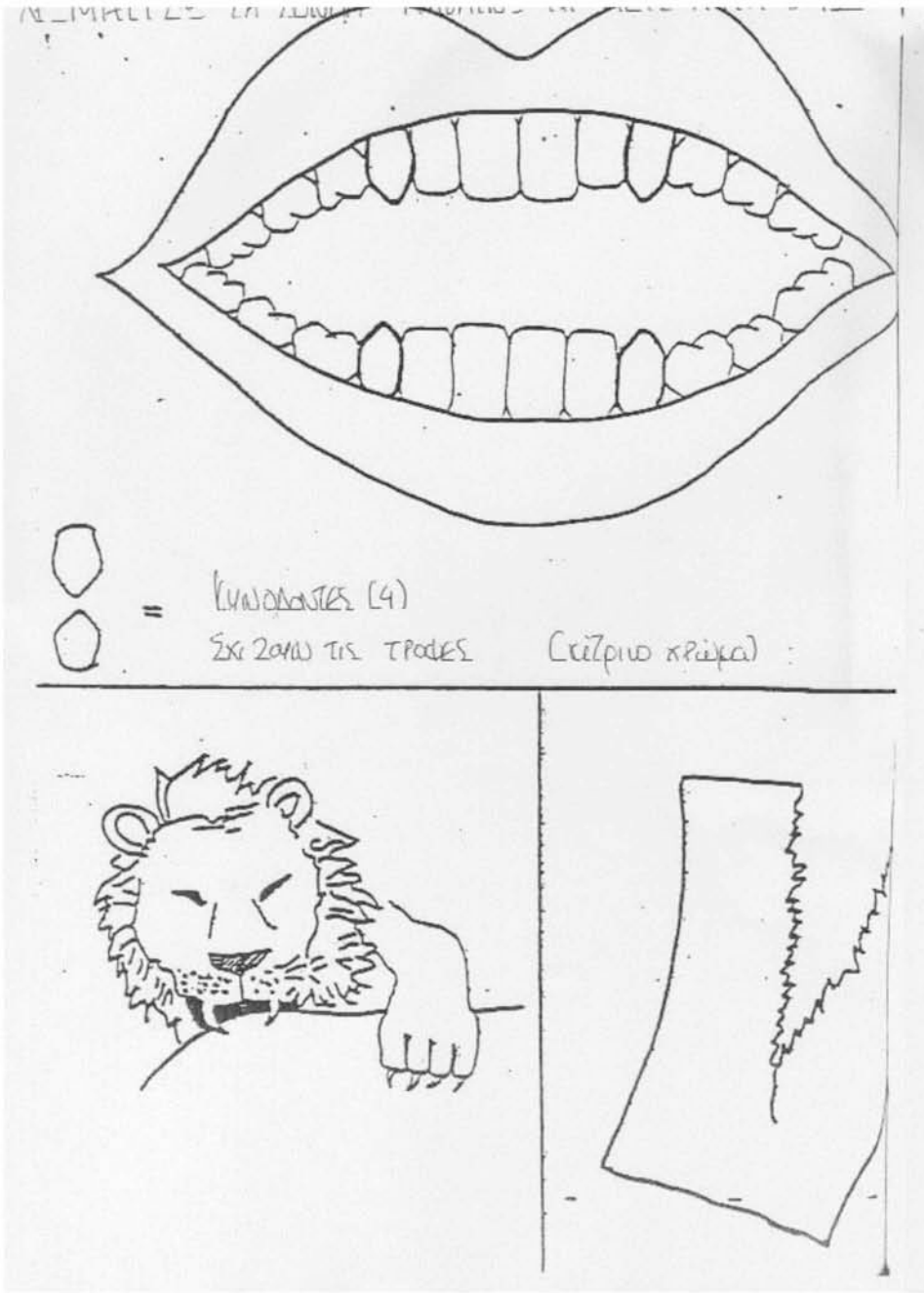
Δρούγα Σωτηρία (Εκπαιδευτικός)

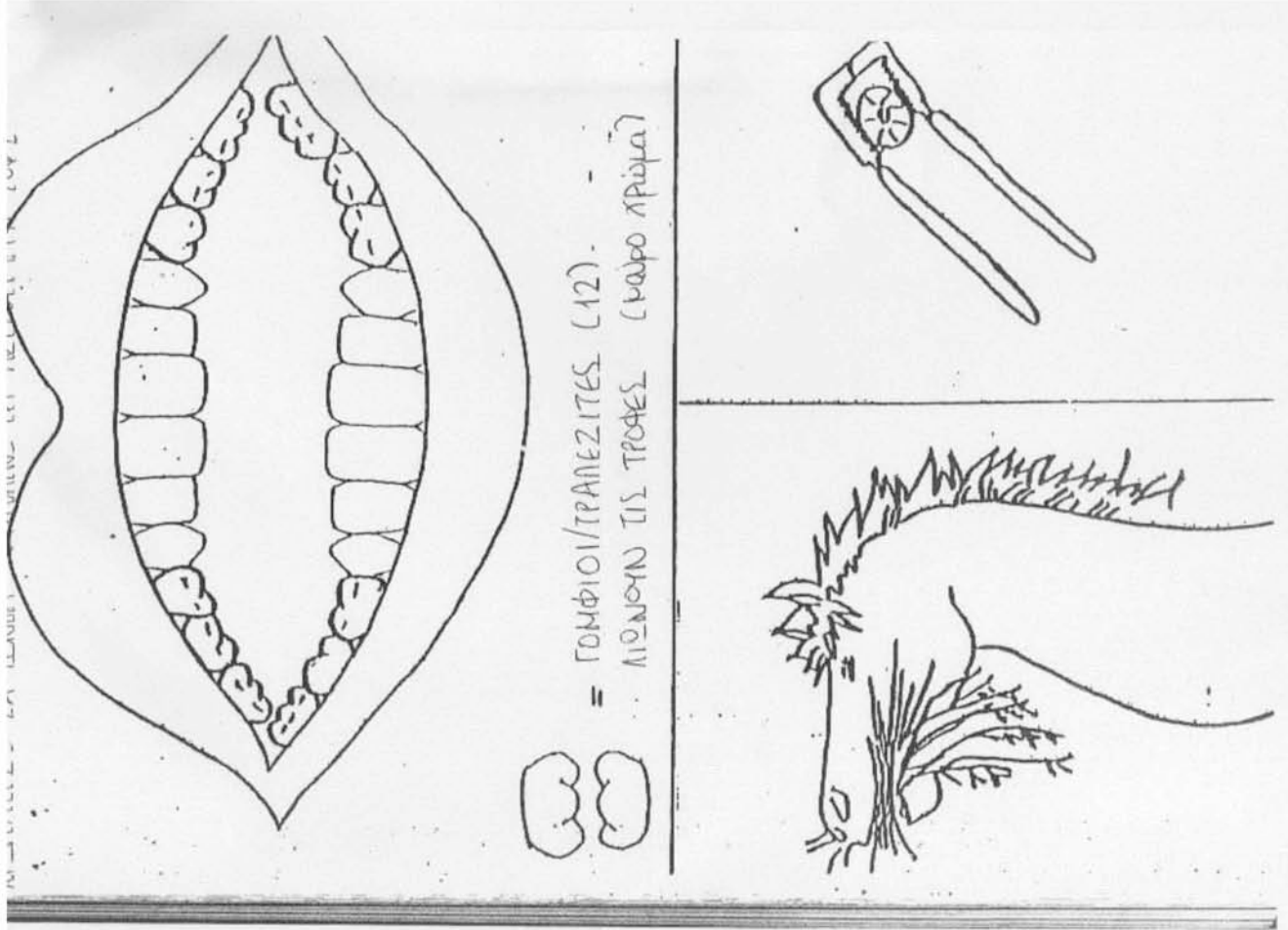
Παράρτημα Η. Εκπαιδευτικό υλικό για το πρόγραμμα αγωγής στοματικής υγείας



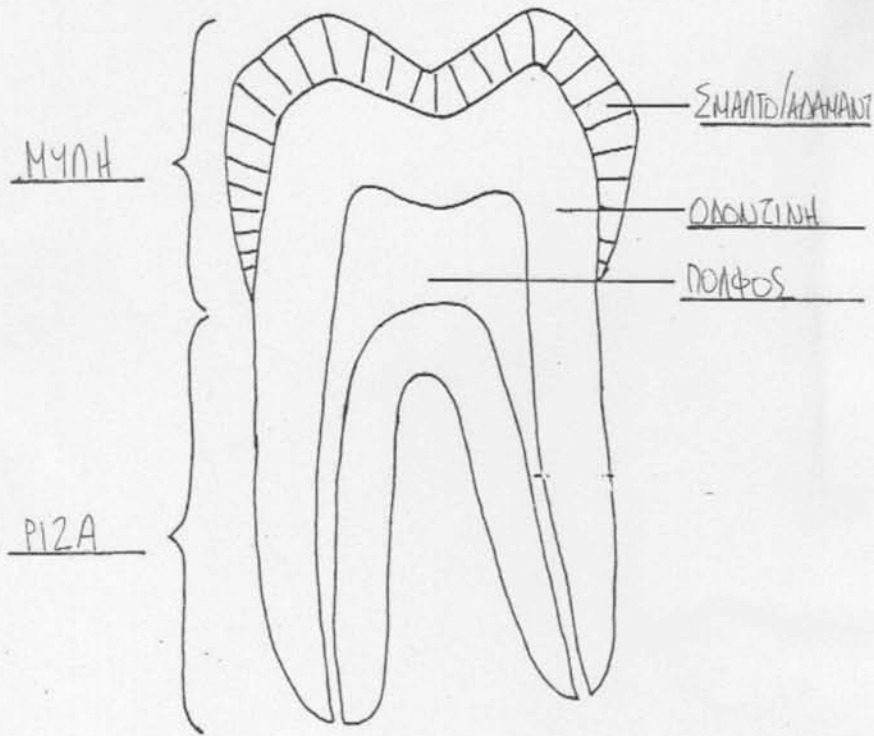








ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΑ ΜΕΡΗ ΤΟΥ ΔΟΝΤΙΟΥ



Τρώς υγιεινές τροφές;



Επισκέφτηκες τον οδοντίατρο;



Βουρτσίζεις τα δόντια σου;



Παράρτημα Θ. Ερωτηματολόγιο γονέων

Ερωτηματολόγιο αποτίμησης του Προγράμματος Αγωγής Στοματικής Υγείας, στην Α΄ Δημοτικού για τους γονείς.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟ

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ Α΄ ΤΑΞΗΣ

Στο πλαίσιο του οδοντιατρικού προληπτικού προγράμματος «Μαθαίνω για τα δόντια, φροντίζω το χαμόγελό μου», σας ζητάμε να συμπληρώσετε το ανώνυμο ερωτηματολόγιο που ακολουθεί, προκειμένου να καταγράψουμε τη γνώμη σας για τις δράσεις και τα αποτελέσματα της παρέμβασης. Οι απόψεις σας είναι πολύ σημαντικές, για τον σχεδιασμό και τη βελτίωση μελλοντικών προγραμμάτων. Θα σας παρακαλούσαμε, μετά τη συμπλήρωσή του, να το παραδώσετε στη δασκάλα, έως την Τρίτη 12/06.

☺ Γνωρίζετε ότι πραγματοποιήθηκε πρόγραμμα προληπτικής οδοντιατρικής στην Α΄ τάξη του σχολείου; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, γνωρίζετε ποιες δραστηριότητες πραγματοποιήθηκαν (επιλέξτε από τα παρακάτω);

- οδοντιατρικός έλεγχος των παιδιών
- ομιλίες στην τάξη από οδοντίατρο
- προβολή βίντεο στην τάξη
- βούρτσισμα στο σχολείο με επίβλεψη
- θεατρικό παιχνίδι με θέμα: όταν πονάει ένα δόντι
- επίσκεψη σε οδοντιατρείο
- ασκήσεις για το σπίτι με θέμα τη φροντίδα των δοντιών
- επίδειξη βουρτσίσματος στην τάξη
- παιχνίδι ζωγραφικής με θέμα τα δόντια
- δημιουργία επιτραπέζιου παιχνιδιού με θέμα: ο Γκρινιάρης στο οδοντιατρείο

☺ Τους τελευταίους τρεις μήνες, παρατηρήσατε κάποια αλλαγή στις συνήθειες στοματικής υγιεινής του παιδιού σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, τι αφορούσε;

.....
.....
☺ Βουρτσίζετε, μαζί με το παιδί σας, τα δόντια σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, για ποιο λόγο;
.....
.....

☺ Επισκεφθήκατε το τελευταίο έτος τον οδοντίατρο; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, ποια ήταν η αιτία (επιλέξτε μία κατηγορία);

απλή εξέταση, καθαρισμός δοντιών

οδοντιατρικές εργασίες

πονόδοντος

άλλο

☺ Τους τελευταίους τρεις μήνες, έγινε κάποια συζήτηση στο σπίτι με θέμα τη φροντίδα των δοντιών και τη στοματική υγεία γενικότερα; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, με ποια αφορμή;
.....
.....

☺ Με ποιους τρόπους πιστεύετε ότι θα μπορούσατε να συμμετέχετε, ενεργητικά, στην πραγματοποίηση παρόμοιων προγραμμάτων στο μέλλον;
.....
.....

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΥ ΤΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΑΤΕ!

Γαλάνη Λία

Δημητριάδης Δημήτρης

Δρούγα Σωτηρία

Παράρτημα Ι. Πρόσκληση σε γονείς για τον Κύκλο Αφηγήσεων

Αγαπητή/έ φίλη/ε

Στο πλαίσιο της διδακτορικής μου διατριβής, που εκπονώ στο Παιδαγωγικό Τμήμα του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, θα ήθελα να σας προσκαλέσω να συμμετάσχετε σε ένα Κύκλο Αφηγήσεων, η οποία θα πραγματοποιηθεί την Τετάρτη, 19 Ιουνίου, τις ώρες 6.15-8μμ, στα γραφεία της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδος, με θέμα: *Ζητήματα Υγείας και Σχολικό Περιβάλλον*. Κατά τη διάρκεια της συνάντησης, θα έχετε την ευκαιρία να μοιραστείτε ιστορίες και περιστατικά με τους άλλους συμμετέχοντες-γονείς, σχετικά με το βασικό θέμα του Κύκλου.

Ο Κύκλος Αφηγήσεων είναι η συνέντευξη μιας μικρής ομάδας ανθρώπων με κοινά χαρακτηριστικά, σε ένα πλαίσιο χαλαρής και ανεπίσημης συζήτησης. Ο στόχος είναι η ανταλλαγή εμπειριών και ιστοριών, γύρω από ένα ορισμένο θέμα, προκειμένου να αναδυθεί η κοινή γνώση και εμπειρία, που σε κανονικές συνθήκες είναι δύσκολα προσβάσιμες.

Οι δικές σας εμπειρίες και αντιλήψεις, για το συγκεκριμένο θέμα, είναι πολύτιμες, αφού συμμετέχετε ενεργά στις διεργασίες της σχολικής κοινότητας και κατανοείτε τα γεγονότα με τρόπο ουσιώδη και σημαντικό.

Οι εμπειρίες που πρόκειται να μοιραστείτε σαν ομάδα θα είναι εμπιστευτικές: η συζήτηση θα ηχογραφηθεί και κατά την απομαγνητοφώνηση θα αφαιρεθούν όλα τα στοιχεία που μπορεί να συνδέονται με ζητήματα ταυτότητας, προκειμένου να διαφυλαχθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων.

Με μεγάλη μου χαρά θα απαντήσω σε οποιαδήποτε απορία μπορεί να έχετε, για αυτό μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου στον αριθμό 6944646435.

Θα χαρώ να σας δω και να σας ακούσω στη συνάντησή μας!

Διεύθυνση: Καλλιρόης 17, 1ος όροφος, Αθήνα

Παράρτημα ΙΑ. Δομή κατηγοριοποίηση των ευρημάτων, από τον Κώδικο Αφηγήσεων.

15	16	17	18	19	20	21	22	23
2	6	4	5	2	1	3	1	2
7	10	7	10	7	9	8	9	7
Δημοτικό Σχολείο	Δημοτικό Σχολείο	Εκτός σχολείου	Δημοτικό Σχολείο	Γυμνάσιο	Νηπιαγωγείο	Σπίτι	Σπίτι	Δημοτικό Σχολείο
Συνεργασίες για το	Τραυματισμός	Τραυματισμός	Διατροφή	Αγωγή Υγείας	Διατροφή	Διατροφή	Διατροφή	Διατροφή
Γονέας	Γονέας	Γονέας	Γονέας	Μαθητής	Γονέας	Γονέας-Παιδί	Γονέας	Δάσκαλος
Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι
Θετική	Αρνητική	Αρνητική	Αρνητική	Θετική	Αρνητική	Αμφίβολη	Αρνητική	Θετική

6	7	8	9	10	11	12	13	14
4	4	5	5	5	6	4	4	5
7	7	10	10	10	10	7	7	10
Δημοτικό Σχολείο	Δημοτικό Σχολείο	Δημοτικό Σχολείο	Δημοτικό σχολείο	Δημοτικό σχολείο	Δημοτικό Σχολείο	Δημοτικό Σχολείο	Δημοτικό Σχολείο	Δημοτικό Σχολείο
Αγωγή Υγείας (τα	Χρήση Τουαλέτας	Τραυματισ μός	Αγωγή Υγείας (το	Τραυματισ μός	Ατύχημα στο	Μαθητής το σκάει	Ρωτώντας πώς	Σοβαρό θέμα
Μαθητής	Μαθητής	Μαθητής	Μαθητής	Μαθητής	Γονέας	Μαθητής	Μαθητής	Δάσκαλος
Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι
Θετική	Θετική	Θετική	Θετική	Αμφίβολη	Αμφίβολη	Θετική	Αρνητική	Θετική

Αύξων αριθμός	1	2	3	4	5
Αύξων αριθμός	1	1	2	3	4
Ηλικία παιδιού	9	9	7	8	7
Πλαίσιο	Παιδικός Σταθμός	Νηπιαγωγείο	Γυμνάσιο	Νηπιαγωγείο	Νηπιαγωγείο
Κεντρικό θέμα	Ατομική Υγιεινή	Ατομική Καθαριότητα	Τραυματισμός	Αγωγή Υγείας (το	Υγιεινή/Χρήση
Πρωταγωνιστής	Γονέας	Γονέας	Μαθητής	Γονέας	Μαθητής
Αντιπαράθεση	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι	Όχι
Έκβαση	Αρνητική	Θετική	Θετική	Αρνητική	Θετική

Παράρτημα ΙΒ. Πρόσκληση σε γονείς για την άσκηση νοηματοδότησης, Συστατικά των Ιστοριών

Αγαπητοί φίλοι,

Στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής που εκπονώ στο Παιδαγωγικό Τμήμα του Πανεπιστημίου της Θεσσαλίας, διοργανώνω ένα εργαστήριο με τίτλο «Ιστορίες Υγείας στο Σχολικό Περιβάλλον».

Σκοπός του εργαστηρίου είναι η επεξεργασία ιστοριών και αφηγήσεων, σχετικών με τα θέματα υγείας στο σχολείο, προκειμένου να αναδειχθούν κοινές νοηματοδοτήσεις και αντιλήψεις που αφορούν τη συγκεκριμένη θεματολογία.

Οι συμμετέχοντες χρειάζεται να είναι γονείς από το σχολείο μας, στο σύνολο οκτώ, τέσσερις από κάθε φύλο, και η διάρκεια της εκδήλωσης δεν θα ξεπεράσει τις δύο ώρες. Η διαδικασία, η οποία θα πραγματοποιηθεί σε τρία στάδια, θα περιλαμβάνει συζήτηση σε δυάδες, διάλογο στην ομάδα, εργασία ανά δυάδες και ομαδική εργασία.

Οι δικές σας εμπειρίες και απόψεις είναι πολύτιμες, αφού συμμετέχετε ενεργά στις διεργασίες της σχολικής κοινότητας και κατανοείτε τα γεγονότα με τρόπο ουσιώδη και σημαντικό.

Η ημερομηνία πραγματοποίησης της εκδήλωσης είναι Πέμπτη 15 ή 22 Μαΐου, απογευματινή ώρα (υπό συζήτηση), στον χώρο του σχολείου μας.

Θα ήταν μεγάλη μου χαρά να λάβετε μέρος στο εργαστήριο και να συμβάλλετε στην ολοκλήρωση του ερευνητικού μέρους της διατριβής μου. Είμαι στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση.

Με εκτίμηση

Δημητριάδης Δημήτριος

Παράρτημα Γ. Φωτογραφίες από την άσκηση νοηματοδότησης των αφηγήσεων

Εικόνα 1. Άσκηση νοηματοδότησης αφηγήσεων. Η αίθουσα όπου έγινε η συνάντηση με τους γονείς



Εικόνα 2. Άσκηση νοηματοδότησης αφηγήσεων. Οι αφηγήσεις τοποθετημένες στον τοίχο και τυπωμένα αντίτυπα πάνω στα θρανία.



Εικόνα 3. Άσκηση νοηματοδότησης αφηγήσεων. Οι γονείς συνεργάζονται σε ομάδες για τον σκοπό της άσκησης



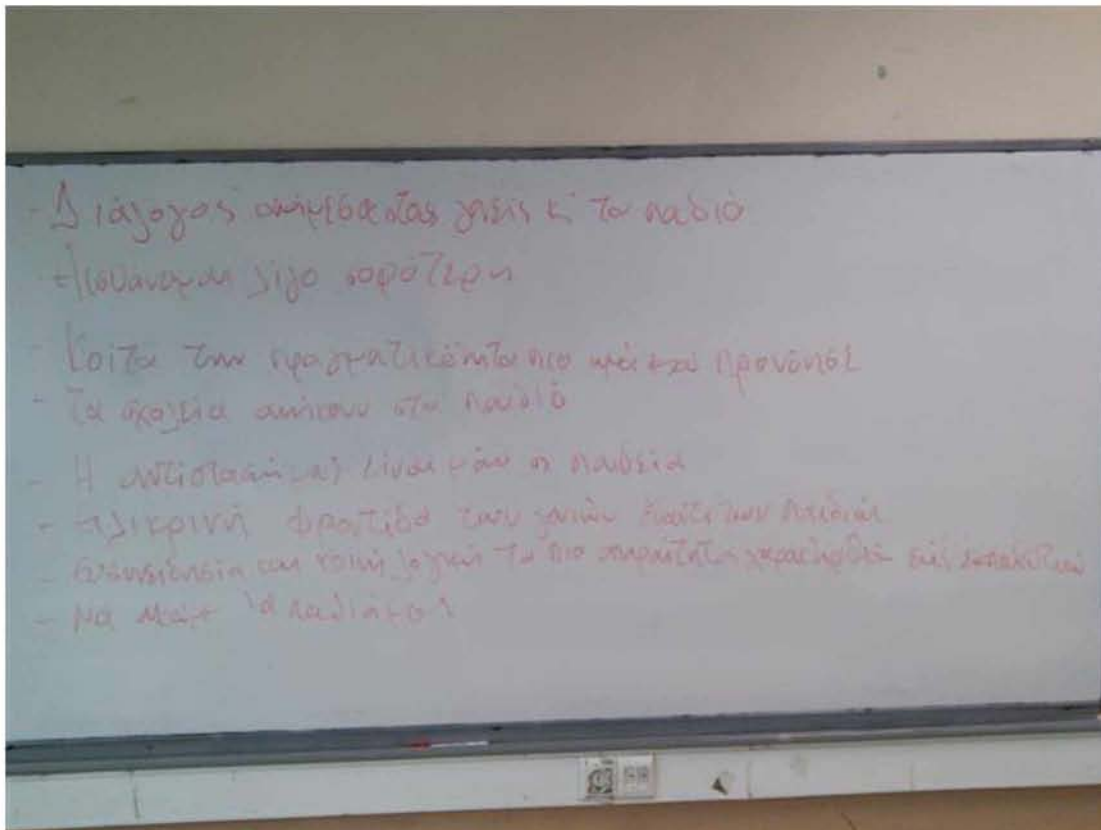
Εικόνα 4. Άσκηση νοηματοδότησης αφηγήσεων. Οι γονείς συνεργάζονται σε δυάδες για τον σκοπό της άσκησης



Εικόνα 5. Άσκηση νοηματοδότησης αφηγήσεων. Η Μήτρα Δεδομένων συμπληρωμένη, μετά την εργασία των γονέων

ΤΙΤΛΟΣ	ΞΕΦΕΡΤΙΚΑ... ΑΙΜΑ!!!	ΜΠΑΡΑΚΟ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ	ΑΡΑ ΕΛΕΓΧΟΝ ΤΗΝ ΕΥΚΕΙΑ	ΤΟ ΚΑΜΠΙ: Η ΠΡΟΤΑΣΗ Ο ΚΟΣΤΟΣ
<p>Ιρυσίδωνοι</p> <p>Παράδειγμα: (από τον κ. Καραγιάννη)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Αυτίδα (αυτίδα) Σταυροί (Αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα) 	<ul style="list-style-type: none"> Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα) 	<ul style="list-style-type: none"> Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα) 	<ul style="list-style-type: none"> Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα)
<p>Καυθόβλαστα</p> <p>Το κ. Καραγιάννη (από τον κ. Καραγιάννη)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα) 	<ul style="list-style-type: none"> Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα) 	<ul style="list-style-type: none"> Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα) 	<ul style="list-style-type: none"> Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα)
<p>Κινέζοι</p> <p>Παράδειγμα: (από τον κ. Καραγιάννη)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα) 	<ul style="list-style-type: none"> Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα) 	<ul style="list-style-type: none"> Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα) 	<ul style="list-style-type: none"> Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα)
<p>Κίτρινο Κίτρινο</p> <p>Παράδειγμα: (από τον κ. Καραγιάννη)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα) 	<ul style="list-style-type: none"> Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα) 	<ul style="list-style-type: none"> Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα) 	<ul style="list-style-type: none"> Αυτίδα (αυτίδα) Αυτίδα (αυτίδα)

Εικόνα 6. Άσκηση νοηματοδότησης αφηγήσεων. Οι προτάσεις που κατέθεσαν οι γονείς στο τέλος της συνάντησης



Παράρτημα ΙΑ. Οι αφηγήσεις για την άσκηση νοηματοδότησης

1η ιστορία. Αφήγηση εκπαιδευτικού, Σ7

Ήμουνα στο σχολείο. Στο Κ. Και έρχεται μία μαθήτριά μου και μου λέει κυρία δεν είμαι καλά. Λέω τι έχεις; Έχω αίμα. Είναι στην ΣΤ΄ Δημοτικού το παιδάκι και να μη γνωρίζει για την έμμηνο ρύση; Πήρα τη μάνα τηλέφωνο. «Τέτοια πράματα θα πω στο παιδί μου;», μου λέει. «Αυτό έπρεπε να το μάθει από τις φίλες». Η μάνα δεν ενημέρωσε το παιδί ότι αυτό και αυτό θα σου συμβεί στην ΣΤ΄ Δημοτικού. Και περίμενε από τις φίλες ή από τη δασκάλα να την ενημερώσω εγώ... Δεν ήταν ότι είχε αίμα. Μαζεύτηκαν όλα τα παιδάκια γύρω. Και κυρία έχει αίμα και κυρία... Δεν έπρεπε εγώ να εξηγήσω στο κοριτσάκι γιατί έχει αίμα. Έπρεπε να απολογηθώ σε όλα τα παιδιά γιατί έχει αίμα το κοριτσάκι.

2η ιστορία. Αφήγηση εκπαιδευτικού, Σ12

Εγώ, ας πούμε, είχα ένα παράδειγμα χειροπιαστό... Μαθητής ο οποίος δεν άνοιγε ποτέ του βιβλίο, ένα παιδάκι που έκανε φασαρία μέσα στην τάξη κ.λπ., καταλαβαίνεις ότι αυτό το παιδί κάτι κρύβει για να έχει τέτοια συμπεριφορά. Η τόση αδιαφορία και η τόσο προκλητική συμπεριφορά λένε προσέξτε με. Κάποια στιγμή, κάνοντας αγωγή υγείας, μιλούσαμε γενικά για την απώλεια στη ζωή, όχι μόνο για τον θάνατο, για έναν χωρισμό ή οτιδήποτε, και αυτό το παιδάκι ξαφνικά, ενώ ήταν μες στην τρελή χαρά κάθε μέρα, σηκώνει το χέρι και λέει κυρία χώρισαν οι γονείς μου πριν από λίγους μήνες και αρχίζει να κλαίει, αγοράκι να κλαίει, και μαζί άλλα πέντε παιδιά και μένα χώρισαν οι γονείς μου, κλάμα... Δηλαδή να έχω εγώ τώρα έξι παιδιά να κλαίνε μέσα σε ένα τμήμα δεκαπέντε ατόμων από διαζύγια γονιών. Έκλαψα κι εγώ μαζί τους, δεν μπορούσα, δηλαδή και πάνω σε αυτό μιλήσαμε, όσο βέβαια μπορούσα κι εγώ να τους μιλήσω εκείνη την ώρα, για την απώλεια στη ζωή. Ήταν η πιο συγκλονιστική εμπειρία σε μάθημα αγωγής υγείας που είχα τα επτά χρόνια που δουλεύω στο σχολείο.

3η ιστορία. Αφήγηση 21 από τον Κύκλο Αφηγήσεων

Έχω μια πάγια, σταθερή διαφωνία με το φαγητό στα κυλικεία των σχολείων. Με την τυποποίηση, αυτά που πουλάνε... Δηλαδή δεν μπορεί να προπαγανδίζεις, ως σχολείο, την υγιεινή διατροφή και να έχεις αυτά τα κυλικεία με αυτά τα προϊόντα. Ο γονιός προσπαθεί να κάνει το καλύτερο, να βάλει το υγιεινό κολατσιό, το φρούτο... Όσο μεγαλώνουν, όμως, θέτουν θέματα τα ίδια τα παιδιά. Γιατί εγώ φρούτο και η τάδε κρουασάν; Γιατί εγώ μόνο υγιεινά; Γιατί ο μπαμπάς της τάδε -που είναι και πραγματικό περιστατικό και μου το έχει θέσει η κόρη μου- της δίνει ο μπαμπάς της χρήματα να παίρνει όλη την εβδομάδα από το κυλικείο ό,τι θέλει. Σε αυτό το πράγμα, εγώ σαν μητέρα, δεν μπορώ να αντιπαρατεθώ με κάτι... Δηλαδή όταν βλέπω ότι υπάρχει ένας γονιός που θεωρεί σκόπιμο να παίρνει το παιδί του, ήδη από την Γ' Δημοτικού, ό,τι θέλει από το κυλικείο και αυτός να πληρώνει στο τέλος της εβδομάδας, εγώ σε αυτό το πράγμα... δεν μπορώ κάτι να κάνω. Αφενός δεν έχω τα χρήματα να παίρνει το παιδί κάθε μέρα φαγητό από το κυλικείο. Και να τα είχα όμως ακόμα, δεν θα το έκανα γιατί δεν το θεωρώ υγιεινό και σωστό. Και κάνουμε ιστορικούς συμβιβασμούς, ότι μια φορά την εβδομάδα θα της δώσω χρήματα να πάρει τυρόπιτα, που δεν θέλω να το κάνω και το κάνω για να μη νιώθει περίεργα σε σχέση με τα άλλα παιδιά.

4η ιστορία. Αφήγηση 14 από τον Κύκλο Αφηγήσεων

Κάποια στιγμή ένα παιδάκι στο σχολείο αρρώστησε. Βήχας, πυρετός κ.λπ. και πέρασε ένα βράδυ στο Παίδων. Η μαμά μάλλον αγχώθηκε πάρα πολύ και έκρινε σωστό, προ εξετάσεων σχετικά με τη σοβαρότητα της κατάστασης, να θέσει το ζήτημα και στο σχολείο. Όπου εκεί άρχισαν να προκύπτουν και μια σειρά από άλλα ζητήματα, που μέχρι τότε δεν είχαν βγει στην επιφάνεια. Όπως, ας πούμε, ότι υπάρχει ένα παιδί στην τάξη το οποίο έχει διαβήτη. Και η μητέρα του άρχισε να ανησυχεί για την υγεία του παιδιού της και να εκδηλώνεται σε σχέση με το πρόβλημα υγείας που έχει. Αυτό δεν το είχε μοιραστεί μέχρι τότε στην τάξη, αλλά μόνο με τον δάσκαλο και άρχισε σιγά σιγά να το μοιράζεται και με τους υπόλοιπους. Η συγκεκριμένη μητέρα μου είπε ότι πήρε το παιδί της από ιδιωτικό νηπιαγωγείο, το οποίο είχε και παιδίατρο, γιατί κάποια στιγμή γύρισαν οι δάσκαλοι και της είπαν ότι φοβούνται μήπως το παιδί πάθει κάτι και δεν θα μπορέσουν να το χειριστούν, παρ' όλο που υπήρχε παιδίατρος μέσα στο σχολείο. Μου είπε ότι, όταν έφτασε στο δικό μας το σχολείο, της είπε η δασκάλα πως *θα κάνω ό,τι χρειάζεται για αυτό το παιδί, θα συμμετέχει στις εκδρομές, τα δρώμενα, τους αθλητισμούς, θα είμαι εγώ από κοντά και θα μου δείξεις πώς θα βάζω ένεση*. Το οποίο βέβαια την έκανε αλοιφή. Συγκινήθηκε πάρα πολύ.

5η ιστορία. Αφήγηση 13 από τον Κύκλο Αφηγήσεων

Πέρυσι μας ρώτησε το παιδί μας πώς γίνονται τα παιδιά. Είναι μία ερώτηση που λίγο πολύ τα παιδάκια σε αυτή την ηλικία την κάνουν. Οι παππουδογιαγιάδες αποφάσισαν, στο σπίτι, να πούνε *παιδί μου θα ρωτήσεις τη δασκάλα σου*. Οπότε την άλλη μέρα το πρωί πάει στο σχολείο, ρωτάει την εμπνευσμένη εκπαιδευτικό της τάξης και η γυναίκα δίνει μια πολύ ωραία εξήγηση, η οποία δίνει και σε μας την αφορμή να αγοράσουμε ένα βιβλίο με αυτό το θέμα. Την επόμενη ημέρα πάει στο σχολείο και επειδή το θέμα αυτό τον απασχολούσε προφανώς, το συζητάγαν με τα άλλα παιδάκια, πάει και ρωτάει μια άλλη δασκάλα. Η οποία, επειδή είχε άλλες απόψεις, αρχίζει να του λέει την ιστορία με τον Αδάμ και την Εύα. Και έρχεται το παιδί στο σπίτι έξαλλο ότι του λέμε ψέματα. *Ότι μισώ τον μπαμπά, μισώ τη μαμά, μισώ τη δασκάλα, γιατί μου λέτε ψέματα*. Είναι πάρα πολύ άσχημο για ένα παιδί, σε τόσο μικρή ηλικία, να μπερδεύεται τόσο πολύ, για τόσο βασικά ζητήματα.

6η ιστορία. Αφήγηση 16 από τον Κύκλο Αφηγήσεων

Δύο μαμάδες από το σχολείο ήταν πολύ καλές φίλες για πολλά χρόνια. Τα παιδιά τους είναι στο σχολείο. Στην αρχή της χρονιάς έγινε κάτι πάρα πολύ τραγικό. Το κοριτσάκι με τη μαμά του ήταν έξω από το σχολείο. Η μαμά κοιτούσε μια βιτρίνα και το κοριτσάκι ήταν καθισμένο στο παγκάκι της στάσης του λεωφορείου. Σε μια από τις καθétους του δρόμου στον οποίο βρισκόταν, έχει πάει και παρκάρει μια κυρία για να αγοράσει κάτι, χωρίς να τραβήξει χειρόφρενο. Και έτσι όπως κάθεται το κορίτσι στη στάση του λεωφορείου, της έρχεται όλο το αυτοκίνητο πάνω της. Και κάνει το παιδάκι πάνω... και τελικά της τρώει μόνο το πόδι. Έμεινε πολύ καιρό εκτός σχολείου. Ακόμα κάνει θεραπείες. Το πόδι είναι ακόμα... εν πάση περιπτώσει. Το κοριτσάκι γύρισε στο σχολείο. Και μια μέρα διαπληκτίζεται με το αγοράκι της άλλης μαμάς. Και τον πιάνει από τον λαιμό. Και του λέει θα σε σκοτώσω. Και την κλοτσάει στο πόδι. Και έρχεται η μαμά και λέει εάν μου ξαναπειράξεις το παιδί θα σε σφάζω.

7η ιστορία. Αφήγηση 1 από τον Κύκλο Αφηγήσεων.

Σαν μαμά, με το πρώτο παιδί, μόνη στην Ελλάδα, οι δρόμοι βρόμικοι, είχα τρέλα. Οπότε, κάθε φορά που γυρίζαμε στο σπίτι, έβγαζα τα ρούχα των παιδιών, σφουγγάριζα στο σπίτι, με παπούτσια δεν πατάμε κ.λπ... Έπαιρνα από τη χώρα μου απορρυπαντικά που εδώ δεν υπάρχουν, που βάζεις και στα πατώματα και στο πλυντήριο ρούχων, παντού, για τα βακτήρια. Τους γράφουμε κάποια στιγμή στο σχολείο. Μια μέρα πάω στον παιδικό σταθμό, βλέπω εκεί που είναι οι τουαλέτες, την τάξη... πληρώνω... και λέω: τι θα χρειαστεί το παιδί πρώτη μέρα στο σχολείο; Μια τσαντούλα... Σαπούνι, λέω; Όχι, μια πετσετούλα να σκουπίζουν τα χέρια... Ρωτάω: οδοντόβουρτσα και οδοντόκρεμα; γιατί ο γιος μου έχει πολλά προβλήματα με τα δόντια του. Μου λέει: όχι κυρία μου. Μα εγώ θυμάμαι μικρή, πλέναμε τα δόντια μας στο διάλειμμα και μετά το φαγητό! Κυρία μου σήμερα έχουμε άλλες αρρώστιες, πιο σοβαρές σαν το AIDS κ.λπ. Εκείνη την ώρα, κλείνω το στόμα μου, λέω σας ευχαριστώ πολύ, δεν πειράζει για τα δόντια τελικά, και έφυγα.

8η ιστορία. Αφήγηση 11 από τον Κύκλο Αφηγήσεων

Περίμενα 4 η ώρα το μεσημέρι να σχολάσουν τα παιδιά από το σχολείο, ευτυχώς ήταν όλα μέσα. Και κάποια στιγμή έπεσε το δέντρο της αυλής. Μπροστά μου. Έκανε ένα βρουμ και έπεσε όλο κάτω. Τρελάθηκα. Σκέφτηκα ότι μισή ώρα πριν θα ήταν γεμάτη η αυλή και έπεσε όλο, σχίστηκε στα δύο. Η επόμενη εικόνα είναι ότι όλα τα παιδιά ήτανε στα κλαδιά μέσα και μαζεύανε μπιλάκια από το δέντρο. Που είναι η ζωή δηλαδή. Συμπληρωματικά να πω, ότι η επόμενη σκηνή από όλα αυτά -δηλαδή το μάζεμα των μπιλακίων και ότι τα παιδιά ήταν ανάμεσα στα κλαδιά, ήταν πολύ έντονο αυτό μετά την πτώση του δέντρου- το επόμενο επεισόδιο ήταν ότι κόπηκε το δέντρο. Δηλαδή πονάει πόδι, κόβει πόδι...