



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Προαγωγή και Αγωγή
Υγείας για μαθητές πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης με
Αναπηρία ή/και Ειδικές Εκπαιδευτικές
Ανάγκες»

Ασπασία Παπαζήση

Ειδική Παιδαγωγός

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια : Νησιώτου Ιουλία - Επίκουρη καθηγήτρια, Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Κατσιάνα Αικατερίνη – Ακαδημαϊκή Υπότροφος, Τμήμα Εργοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας

Μάλλη Φωτεινή - Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

**«Health Promotion and Health Education for
primary students with disabilities and/or
special educational needs»**

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT	6
A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:	9
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	9
1.1 Προαγωγή και Αγωγή Υγείας.....	9
1.2 Αγωγή Υγείας και Εκπαίδευση.....	10
B. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 :	12
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	12
2.1 Η σημασία ένταξης της Αγωγής Υγείας στην Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση.....	12
2.2 Ο ρόλος και η συνεργασία των Εκπαιδευτικών, του ΕΕΠ/ΕΒΠ και των γονέων για την διδασκαλία των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.....	14
2.3 Μέθοδοι και πρακτικές διδασκαλίας για την εκμάθηση των δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 :	22
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΚΤΗΣΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	22
3.1 Νευρομυϊκές Διαταραχές.....	22
3.2 Κοινωνικό-οικονομική κατάσταση οικογένειας.....	24
3.3 Παράγοντας Covid-19.....	26
Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	28
4.1 Σκοπός.....	28
4.2 Μεθοδολογία έρευνας.....	29
4.3 Διαδικασία και Συλλογή Δεδομένων.....	30
4.4 Δείγμα Μελέτης.....	32
4.5 Συζήτηση.....	58
4.6 Συμπεράσματα.....	61
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	62
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	70

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω στο σημείο αυτό τις ειλικρινείς και θερμές ευχαριστίες μου σε όσα άτομα συνέβαλαν με κάθε τρόπο στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

Ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα, κα Νησιώτου Ιουλία, επίκουρη καθηγήτρια του Παιδαγωγικού Τμήματος Ειδικής Αγωγής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για τη συνεργασία μας και τις σημαντικές υποδείξεις που συνέβαλαν στη διαμόρφωση του περιεχομένου αυτής της εργασίας και την ενθάρρυνσή της καθ' όλη τη διάρκεια της εργασίας.

Από την καρδιά μου ευχαριστώ την κα Κατσιάνα Αικατερίνη, ακαδημαϊκή υπότροφο του Τμήματος Εργοθεραπείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας, για την καθοδήγηση και βοήθειά της και για τις πολύτιμες συμβουλές της καθώς και την κα Μάλλη Φωτεινή, αναπληρώτρια καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συμμετέχοντες που συνέβαλαν στη διεξαγωγή της έρευνας. Τους Εκπαιδευτικούς και το Ειδικό Εκπαιδευτικό και Βοηθητικό Προσωπικό από τα Ειδικά Νηπιαγωγεία και Δημοτικά της Λάρισας και τα Κέντρα Θεραπείας καθώς και τους γονείς των παιδιών που πρόθυμα δέχτηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια της έρευνας.

Παπαζήση Ασπασία

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας συνδέουν το σχολείο με την υγεία των μαθητών μέσα από τη διδασκαλία καθημερινών συμπεριφορών και πρακτικών. Απαραίτητο μέσο βελτίωσης των επιδόσεων των παιδιών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής ευημερίας στην Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση αποτελούν τα συντονισμένα Προγράμματα Αγωγής.

Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνηθεί σε τι βαθμό παρέχουν οι Εκπαιδευτικοί και το Ειδικό Εκπαιδευτικό και Βοηθητικό Προσωπικό (ΕΕΠ-ΕΒΠ) συμβουλές προσωπικής υγιεινής στους μαθητές με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και ποιο είναι το επίπεδο ανεξαρτησίας των παιδιών όσον αφορά τον τομέα των καθημερινών δεξιοτήτων διαβίωσης. Παράλληλα, τίθενται και άλλα ερευνητικά ερωτήματα που αφορούν την συνεργασία των Εκπαιδευτικών και του Ειδικού Εκπαιδευτικού και Βοηθητικού Προσωπικού με τους γονείς των παιδιών στον τομέα της προαγωγής της υγείας, το βαθμό επιρροής της κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης της οικογένειας στην απόκτηση δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής, τις γνώσεις και τις μεθόδους των εκπαιδευτικών σχετικά με την προαγωγή υγείας και εάν ο παράγοντας της πανδημίας του Covid-19 έχει αλλάξει τις συνήθειες προσωπικής υγιεινής των παιδιών αυτών.

Στην παρούσα έρευνα συλλέχθηκαν ερωτηματολόγια τα οποία συμπληρώθηκαν από τους Εκπαιδευτικούς και το Ειδικό Εκπαιδευτικό και Βοηθητικό Προσωπικό που εργάζονταν στα ειδικά Νηπιαγωγεία και Δημοτικά της Λάρισας και στα Κέντρα Θεραπείας καθώς και από τους γονείς των παιδιών αυτών που η ηλικία τους κυμαίνονταν από 4-7 ετών. Το δείγμα των γονέων αποτελείται από 86 άτομα (46,5 % Γυναίκες, 53,5 % Άνδρες) και το δείγμα των Εκπαιδευτικών και του ΕΕΠ και ΕΒΠ από 81 άτομα (90,1% Γυναίκες, 9,9% Άνδρες).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι Εκπαιδευτικοί και το Ειδικό Εκπαιδευτικό και Βοηθητικό Προσωπικό παρείχαν σε μαθητές 4-7 ετών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες συμβουλές και διδακτικές πρακτικές για θέματα που αφορούν την προσωπική τους υγιεινή σε ποσοστό 83,3 %. Επιπλέον, ο βαθμός αυτοεξυπηρέτησης και παροχής βοήθειας των μαθητών φάνηκε να επηρεάζεται ανάλογα με την ηλικία αλλά και την διάγνωση του κάθε παιδιού.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ : Αγωγή Υγείας, Προαγωγή Υγείας, εκπαίδευση προσωπικής υγιεινής, Covid-19 και προσωπική υγιεινή, ρόλος των γονέων και προσωπική υγιεινή.

ABSTRACT

Health Education programs connect schools with students' health through teaching of everyday behaviours and practices. Health Education Programs in Special Education Schools could be an important mean of improving the performance of children with disabilities and /or special educational needs in the field of health and social welfare.

The purpose of this study is to investigate the extent to which Teachers and Special Education-Assistant Staff provide personal hygiene advice to students with disabilities and / or special educational needs and what is their level of independence in the field of daily living skills. At the same time, there are other research questions concerning the cooperation of teachers and Special Educators-Assistants with parents in the field of health promotion, the degree of influence of the socio-economic situation of the family in the acquisition of personal hygiene skills, knowledge and teachers' methods of health promotion and lastly whether the pandemic factor of Covid-19 has changed the personal hygiene habits of these children.

The research was conducted in the Region of Larissa and the questionnaires were completed not only by the Teachers and the Special Teaching and Supporting Staff who work at special Kindergartens of Larissa and at Treatment Centers but also by the parents of these children whose age ranged from 4-7 years. The sample of parents consists of 86 people (46.5% Women, 53.5% Men) and the sample of Teachers and the Special Education-Assistant Staff of 81 people (90.1% Women, 9.9% Men).

According to our results, Teachers and the Support Staff provided advice and teaching practices on issues related to personal hygiene at a rate of 83.3%. In addition, the degree of self-care and support of students seemed to depend on the age and diagnosis of each child.

KEY WORDS: Health Education, Health Promotion, teaching personal hygiene, Covid-19 and personal hygiene, role of parents.

A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία αποτελεί μια πολύ σημαντική παράμετρο για την ποιότητα ζωής των παιδιών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Σύμφωνα με τους Downie, Fyffe & Tannahill (1990), η Προαγωγή Υγείας προωθεί μια σειρά από μέτρα ενίσχυσης και βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ατόμων με την ενεργό συμμετοχή τους.

Τα παιδιά με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες συχνά παρουσιάζουν γνωστικά, αισθητηριακά, κινητικά, επικοινωνιακά ή και συμπεριφοριστικά ελλείμματα λόγω δυσκολιών που προκύπτουν από κινητικές αναπηρίες, διαταραχές όρασης (τύφλωση, αμβλυωπία, χαμηλή όραση), διαταραχές ακοής (κώφωση, βαρηκοΐα), χρόνια μη ιάσιμα νοσήματα, διαταραχές ομιλίας-λόγου, διαταραχή αυτιστικού φάσματος, σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα, ψυχικές διαταραχές και πολλαπλές αναπηρίες. Οι δυσκολίες αυτές οδηγούν στην έλλειψη αυτονομίας και στην αδυναμία διατήρησης της υγείας. Αν ένα παιδί δεν περιποιείται το δέρμα του μπορεί να παρουσιαστούν δερματοπάθειες όπως ξηρό δέρμα, κνησμός, μυκητιασικές λοιμώξεις και έκζεμα. Αντίστοιχα, η παραμέληση του στόματος και η κακή διατροφή προκαλούν οδοντική τερηδόνα και νόσους του περιοδοντίου. Παράλληλα, πολλά παιδιά παρουσιάζουν δυσφαγία και σιελόρροια με αποτέλεσμα δυσκολία στην κατάποση φαγητού, εισροφήσεις τροφής, ή γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Διατροφικές διαταραχές (δυσκολίες στη σίτιση, εμμονική/στερεοτυπική διατροφή) και κακές διατροφικές συνήθειες προκαλούν παχυσαρκία, δυσκολίες στη μάσηση και κατάποση της τροφής, δυσκοιλιότητα, υποσιτισμό ή προβλήματα στα οστά όταν υπάρχει ανεπάρκεια σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία (American Psychiatric Association, DSM-5, 2013).

Για να επιτευχθεί η ποιότητα ζωής όσον αφορά την υγεία απαιτείται η διδασκαλία καλών πρακτικών και η ανάπτυξη προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την εκπαίδευση για την περιποίηση του δέρματος (μπάνιο, πλύσιμο χεριών, τουαλέτα), την περιποίηση του στόματος (πλύσιμο δοντιών), τη διατροφή (ποιότητα τροφής, τρόπος σίτισης) και την κατάκτηση της δεξιότητας ένδυσης-απόδυσης (Saron-Shevin M, 2007).

Η Αγωγή Υγείας αποτελεί «μία παράλληλη εκπαιδευτική δραστηριότητα, άρρηκτα συνδεδεμένη με το σχολείο, το μαθητή, τον εκπαιδευτικό, τους γονείς και την κοινωνία στο σύνολό της» (Παπάνης 2009).

Διδακτικές πρακτικές που εφαρμόζει ο Ειδικός Παιδαγωγός στο σχολείο και βοηθούν στην κατάκτηση συνηθειών προσωπικής υγιεινής αποτελούν η Βίντεο Μοντελοποίηση, το σύστημα

ανταλλαγής εικόνων PECS, οι κοινωνικές ιστορίες, η χρήση προτροπών και η χρήση τεχνολογικών μέσων και συσκευών υποστήριξης με λογισμικά προσαρμοσμένα στις ανάγκες των μαθητών. Οι Σχολικοί Νοσηλευτές/τριες, οι Εργοθεραπευτές/τριες και το υπόλοιπο Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό (Φυσικοθεραπευτές/τριες, Λογοθεραπευτές/τριες) συνεργάζονται με τους εκπαιδευτικούς της τάξης ευαισθητοποιώντας, ενημερώνοντας και προτείνοντας ειδικούς χειρισμούς στα θέματα ατομικής υγιεινής. Στο σπίτι, οι γονείς εκπαιδεύονται κατάλληλα και παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη στα παιδιά τους με θετικές ενισχύσεις (λεκτική προτροπή) και υλική βοήθεια.

Το μοντέλο ο «Υγιής Μαθητής» (Healthy Learner Model) για τη διαχείριση χρόνιων παθήσεων (Erickson, Splet, Mullett, & Heiman 2006) είναι ένα παράδειγμα ολοκληρωμένου ενταξιακού μοντέλου που συνδέει σχολεία, μαθητές, γονείς και άλλους παρόχους με την υγειονομική περίθαλψη. Το Εξατομικευμένο Πρόγραμμα Εκπαίδευσης ΕΠΕ αποτελεί συλλογική προσπάθεια της διεπιστημονικής ομάδας και εστιάζει στις ανάγκες του μαθητή, προτρέπει οι δραστηριότητες παρέμβασης να συνεχίζονται στο οικογενειακό πλαίσιο, συνδέει και προσαρμόζει τους εκπαιδευτικούς στόχους με τους στόχους του αναλυτικού προγράμματος και καταλήγει σε ολιστική βελτίωση όχι μόνο της σχολικής επίδοσης αλλά και του ευρύτερου περιβάλλοντος του μαθητή (ΙΕΠ, 2015. Οδηγοί για ΣΔΕΥ/ΕΔΕΑΥ & ΕΕΠ).

Ένα σημαντικό παράγοντα για την απόκτηση καθημερινών δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής αποτελεί το εισόδημα ενός νοικοκυριού. Σύμφωνα με τους Del Cole CG et al, (2017), η συμπεριφορά των γονέων απέναντι στα παιδιά τους μπορεί να επηρεαστεί από την κοινωνικό-οικονομική τους κατάσταση.

Τέλος, η πανδημία του Covid-19 έχει επηρεάσει την σωματική και ψυχική υγεία των ανθρώπων παγκοσμίως. Οι νέοι κανόνες που συμπεριλαμβάνουν συχνότερο πλύσιμο των χεριών, χρήση αντισηπτικού, μάσκας και κοινωνική απόσταση επιφέρουν αλλαγές και στις καθημερινές συνήθειες των μαθητών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες που προσπαθούν να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα. (Juneja, M., & Gupta, A, 2020)

Κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει σε τι βαθμό παρέχουν οι Εκπαιδευτικοί και το Ειδικό Εκπαιδευτικό και Βοηθητικό Προσωπικό συμβουλές προσωπικής υγιεινής στους μαθητές με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και ποιο είναι το επίπεδο ανεξαρτησίας των παιδιών όσον αφορά τους τομείς των καθημερινών δεξιοτήτων διαβίωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 :

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Προαγωγή και Αγωγή Υγείας

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτουν διαφορετικοί ορισμοί ανάμεσα στην Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας. Σύμφωνα με τους Draijer και Williams (1991), «Αγωγή Υγείας είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης που δίνουν την δυνατότητα στους ανθρώπους να αποφασίζουν και να ενεργούν συνειδητά για θέματα που αφορούν την υγεία τους». Παράλληλα, έχει ως στόχο την ευαισθητοποίηση του ατόμου, την παροχή γνώσεων, την αλλαγή στάσεων και λήψη αποφάσεων, την τροποποίηση της συμπεριφοράς και την αλλαγή περιβάλλοντος με τη χρήση εκπαιδευτικών μεθόδων στο ατομικό επίπεδο ή τη χρήση μέσων επικοινωνίας που στοχεύουν σε ομάδες του πληθυσμού χρησιμοποιώντας κυρίως τις επιστήμες της ψυχολογίας και της παιδαγωγικής (Σουρτζή, 1999).

Οι δυο βασικοί στόχοι της Προαγωγής Υγείας είναι η αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και η υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, WHO, 1986), αποτελεί τη διαδικασία με την οποία τα άτομα προσπαθούν να γίνουν ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν. Η άποψη αυτή, ταυτίζει την υγεία με τη δυνατότητα που έχει ένα άτομο να ικανοποιεί τις ανάγκες του και να αλλάζει το περιβάλλον ή να προσαρμόζεται σ' αυτό. Η Προαγωγή Υγείας αποτελεί βασικό στόχο κάθε εθνικής πολιτικής για την υγεία. Στο πλαίσιο της θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται η βοήθεια των ατόμων, κυρίως των παιδιών και των εφήβων, η ανάπτυξη ταυτότητας και δεξιοτήτων, η απόκτηση ανεξαρτησίας, η διευκόλυνση της διαπροσωπικής επικοινωνίας και η κοινωνική προσαρμογή (Parquet, 1998).

Η Προαγωγή Υγείας βασίζεται στην ενεργό συμμετοχή ενός ενημερωμένου κοινού για την αλλαγή συμπεριφοράς, με εργαλείο την Αγωγή Υγείας. Όπως αναφέρθηκε, η Αγωγή Υγείας είναι μια εκπαιδευτική διαδικασία που στοχεύει στην προαγωγή της υγείας και πραγματοποιείται μέσα από τα σχετικά προγράμματα. Επακόλουθα, η Αγωγή Υγείας και κατ' επέκταση η Προαγωγή Υγείας είναι μια συνεχής και επαναλαμβανόμενη διαδικασία η οποία διατρέχει τη ζωή του κάθε ατόμου, ως προϋπόθεση σε κάθε στάδιο ανάπτυξης και εξέλιξης του. Ο σχεδιασμός, η αξιολόγηση και η εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας περιλαμβάνουν τα παρακάτω στάδια (Ewles & Simnett, 1995) :

- Εκτίμηση αναγκών και προτεραιοτήτων
- Καθορισμός στόχων και σκοπών
- Επιλογή της καλύτερης μεθόδου για την επίτευξη στόχων
- Αναγνώριση και εξεύρεση πόρων
- Επιλογή ή σχεδιασμός μεθόδων αξιολόγησης
- Καθορισμός σχεδίου δράσης για την διενέργεια του προγράμματος
- Εφαρμογή και αξιολόγηση του προγράμματος

Για την προστασία των παιδιών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, χρειάζεται να εφαρμόζονται ειδικά σχεδιασμένα προγράμματα παρέμβασης, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες της συγκεκριμένης ομάδας. Οι επιλεκτικές παρεμβάσεις απευθύνονται στο κάθε άτομο που ανήκει σε μια ομάδα και αποσκοπούν στην ενδυνάμωση του ατόμου μέσω της ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και της καλλιέργειας δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής. Η επιτυχία ενός στοχοθετημένου προγράμματος στηρίζεται στην καλή σύνδεση Αγωγής και Προαγωγής Υγείας στο σχολικό περιβάλλον. (Στάππα-Μουρτζίνη, 2010).

1.2 Αγωγή Υγείας και Εκπαίδευση

Το σχολείο αποτελεί σημαντική εστία προώθησης της υγείας. Οι ανθυγιεινές συνήθειες και συμπεριφορές έχουν τη βάση τους στα πρώτα βήματα της ζωής ενός ανθρώπου και συνεχίζονται κατά την εφηβεία του. Κατά τη διάρκεια της φοίτησής τους στα σχολεία, τα παιδιά αναπτύσσονται και μπορούν να αποκτήσουν υγιείς συνήθειες και γνώσεις. Σκοπός των σχολείων, κατά την διάρκεια της φοίτησης των μαθητών σε αυτό, θα πρέπει να είναι ο εφοδιασμός τους με γνώσεις προώθησης του τομέα της υγείας και η κατεύθυνση τους στην επιλογή υγιών συμπεριφορών (Sapon-Shevin, 2007).

Σύμφωνα με το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων προγράμματα Αγωγής Υγείας υλοποιούνται στα σχολεία και στοχεύουν στην Πρόληψη και στην Προαγωγή Υγείας των μαθητών. Οι υπεύθυνοι εφαρμογής των προγραμμάτων αυτών μπορεί να είναι ιατροί, επαγγελματίες υγείας και εκπαιδευτικοί. Η υλοποίηση των προγραμμάτων αυτών λαμβάνει χώρα τουλάχιστον ένα μήνα μετά την έναρξη του σχολικού έτους, έπειτα από ενημερώσεις των εκπαιδευτικών από τον Υπεύθυνο Αγωγής Υγείας και από τον Υπεύθυνο Συμβουλευτικού Σταθμού Νέων (Σ.Σ.Ν) της κάθε διεύθυνσης. Ανάλογα με τις ανάγκες των μαθητών του σχολείου συγκροτούνται ομάδες και αποφασίζεται η υλοποίηση του προγράμματος.

Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας συνδέουν το σχολείο με την υγεία των μαθητών μέσα από τη διδασκαλία καθημερινών συμπεριφορών και πρακτικών. Βασικό ρόλο σε αυτό το κομμάτι έχουν οι εκπαιδευτικοί και η διδασκαλία προγραμμάτων αγωγής υγείας σε καθημερινή βάση. Η προγραμματισμένη Αγωγή Υγείας θα πρέπει να εμπεριέχεται στο καθημερινό ωρολόγιο πρόγραμμα των μαθημάτων και να πραγματοποιείται έπειτα από συνεννόηση με το διδακτικό προσωπικό του σχολείου σε τακτές ημέρες και ώρες. Σε αυτό το πρόγραμμα διδασκαλίας περιλαμβάνονται διάφορα θέματα που αφορούν και ενδιαφέρουν το σχολικό πληθυσμό και ο χαρακτήρας τους είναι κυρίως προληπτικός, διασκεδαστικός και εκπαιδευτικός. (Κυριακίδου, 2007).

B. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 :

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Η σημασία ένταξης της Αγωγής Υγείας στην Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση

Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας μπορούν να χωριστούν σε τέσσερις βασικές κατηγορίες που περιλαμβάνουν όλο το πλαίσιο των γνώσεων ή των στάσεων που μπορούν οι μαθητές να επιδείξουν κατά την διάρκεια του μαθήματος. Όπως αναφέρονται από τον Δράκο (2002) αυτά είναι :

– **Η ανάπτυξη και ενδυνάμωση του εαυτού :**

Ενίσχυση του μαθητή με σκοπό την αυτογνωσία και την ανάπτυξη δεξιοτήτων ώστε να επέλθει η βελτίωση της δυναμικότητας και της ατομικής προσαρμογή του.

– **Η ανάπτυξη ασφαλούς και υγιεινού τρόπου ζωής :**

Παροχή βοήθειας στον μαθητή ώστε να αποκτήσει γνώσεις και δεξιότητες για να μπορεί να επιλέξει τρόπους και να δράσει προκειμένου να βελτιωθεί η υγεία του.

– **Η δημιουργία και βελτίωση του κοινωνικού εαυτού :**

Δημιουργία στάσεων, συμπεριφορών και σχέσεων του ατόμου στο οικογενειακό, σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον για την προώθηση προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων.

– **Η διαμόρφωση ενεργού ατόμου :**

Ενεργοποίηση, ευαισθητοποίηση και βοήθεια για την ανάμειξη του ατόμου σε θέματα υγείας τόσο για τον ίδιο όσο και για την κοινωνία. Παράλληλα, βοηθά στην αντίληψη δικαιωμάτων και υποχρεώσεων ώστε να βελτιώνονται οι ικανότητες του ατόμου. Επακόλουθο αυτού είναι να μπορεί να προβαίνει σε υγιείς επιλογές όσον αφορά διάφορα αγαθά κατανάλωσης, ως και επαγγέλματα και τελικά να προσπαθεί να αναβαθμίσει την κοινωνία προκειμένου να επιτύχει μια καλύτερη διαβίωση (Δράκος, 2002).

Η διδασκαλία της Αγωγής Υγείας δίνει την δυνατότητα στους μαθητές με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες να βελτιώσουν την ψυχολογική, σωματική και κοινωνική τους ζωή ενισχύοντας από τη μια τη μία την προώθηση της κοινωνικής και προσωπικής δραστηριότητά τους και

από την άλλη τη συνεισφορά στις συλλογικές δράσεις προκειμένου να υπάρξει βελτίωση στο κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον μέσα στο οποίο ζουν (Στάππα-Μουρτζίνη, 2010).

Για να είναι επιτυχής η διδασκαλία της Αγωγής Υγείας θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του κάθε μαθητή και μαθήτριας. Οι Ireys, Grason και Guyer (1996), εντόπισαν έξι κρίσιμους τομείς ανησυχίας κατά την αξιολόγηση της επάρκειας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης για παιδιά με αναπηρίες ή χρόνιες παθήσεις: την πρόσβαση στην περίθαλψη, την καταλληλότητα των υπηρεσιών, την πληρότητα, το συντονισμό, τη συνέχεια, τη σχέση με την κοινότητα και το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες και το σύστημα υπηρεσιών είναι επικεντρωμένα στο οικογενειακό πλαίσιο.

Παράλληλα, στην Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση η κατάρτιση των εκπαιδευτικών είναι σημαντική. Στους μαθητές, που η εκπαίδευσή τους μπορεί να είναι ελλιπής έως και ανύπαρκτη, οι εκπαιδευτικοί φέρουν την ευθύνη επιτέλεσης ενός πολύτιμου και ουσιαστικού κοινωνικού έργου και παράλληλα αντιμετώπισης ενός περιβάλλοντος που συχνά δεν είναι κατάλληλο για μάθηση. Οι εκπαιδευτικοί με την καθημερινή τους επαφή με μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, με αδιαφορία στο μαθησιακό τομέα, αλλά και μαθητές με έλλειψη ανάπτυξης του λόγου ή ακόμα και με προσωπικά θέματα που δυσχεραίνουν την εκπαίδευσή τους, μπορούν και καλούνται να προσφέρουν στους μαθητές τους σωστή και ουσιαστική μάθηση. Για να καταφέρουν τους παραπάνω στόχους και την κατάλληλη εκπαιδευτική παρέμβαση είναι απαραίτητη η συνεχής επιμόρφωση όσον αφορά τα θέματα και τις ιδιαιτερότητες των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και η κατάρτιση των εκπαιδευτικών (Courau, 2000).

Ο σωστός προγραμματισμός είναι πολύ σημαντικός καθώς διαφορετικά, μια παρέμβαση μπορεί να αποτύχει, ενώ δεν είναι απόλυτο πως ένα πρόγραμμα παρέμβασης που έχει γίνει από οργανισμούς και ιδιωτικούς φορείς θα είναι επιτυχημένο. Για να εφαρμοστούν σωστά οι παρεμβάσεις και να είναι επιτυχείς θα πρέπει να είναι σαφείς, να υπάρχει όφελος από την πραγματοποίησή τους και να μη προκύπτουν επιβαρύνσεις με υψηλές χρηματοδοτήσεις για τη βελτίωσή τους (Σώκου, 2004).

Μια από τις αιτίες που ένα πρόγραμμα μπορεί να αποδειχθεί αναποτελεσματικό αποτελεί το γεγονός ότι οι ανάγκες και οι γνώσεις των μαθητών αλλάζουν και για να βελτιωθούν, πρέπει να δημιουργηθούν νέα προγράμματα. Επίσης, παράγοντες που ασκούν μεγάλη επιρροή στους μαθητές, αποτελούν η επίδραση ενός προγράμματος που μπορεί να δέχονται από το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο από το οποίο προέρχονται ή ακόμη και από τα μέσα ενημέρωσης. Άλλος λόγος είναι ότι τα άτομα στα οποία απευθύνονται τα προγράμματα πρέπει να έχουν τη βούληση και τη διάθεση να συμμετέχουν σε αυτά (Dawson & Guare, 2010).

Σημαντικό ρόλο, διαδραματίζουν τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας, με τις υπηρεσίες που δύνανται να παρέχουν στα άτομα με αναπηρίες. Το βασικό σύστημα παροχής υπηρεσιών των παιδιών

με αναπηρία αποτελεί το εκπαιδευτικό σύστημα σε συνδυασμό με τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι εκπαιδευτικοί συχνά καλούν τους επαγγελματίες της δημόσιας υγείας να συνεισφέρουν στη διαδικασία σχεδιασμού μιας έγκαιρης παρέμβασης ή ενός εκπαιδευτικού προγράμματος που θα υποστηρίξει, θα αξιολογεί και θα παραπέμπει ανάλογα τα παιδιά αυτά. Εντούτοις, επαγγελματίες υγείας έχουν ελλιπή ή και ανύπαρκτη γνώση σε θέματα που αφορούν τις δημόσιες πολιτικές που έχουν σχέση με τα παιδιά με αναπηρία (Saron-Shevin, 2007).

Κύριο μέσο για τη βελτίωση των επιδόσεων των παιδιών με αναπηρία στον τομέα της εκπαίδευσης και της κοινωνικής ευημερίας στην Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση αποτελούν τα συντονισμένα Προγράμματα Αγωγής της Υγείας. Αυτά γίνονται πιο αποτελεσματικά και πιο αποδοτικά με τη βοήθεια οργανωμένων προσεγγίσεων, στις προσπάθειες και τους πόρους της υγείας, της εκπαίδευσης και των κοινωνικών υπηρεσιών (Σούλης, 2008).

2.2 Ο ρόλος και η συνεργασία των Εκπαιδευτικών, του ΕΕΠ/ΕΒΠ και των γονέων για την διδασκαλία των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Ένα διεπιστημονικό μοντέλο δίνει έμφαση στη συνεργασία, την επικοινωνία, το συντονισμό μεταξύ των μελών της ομάδας, συμπεριλαμβανομένης της οικογένειας, και στη διαδικασία αξιολόγησης, ανάπτυξης προγραμμάτων και παροχής υπηρεσιών (Kilgo, 2006). Μέσα σε αυτό το μοντέλο, οι επαγγελματίες δεσμεύονται αμοιβαία για την ανάπτυξη επαγγελματικών σχέσεων, ανταλλάσσουν ρόλους, μοιράζονται εμπειρογνωμοσύνη και εργάζονται στους κλάδους τους για να λειτουργήσουν ως μια αποτελεσματική ομάδα.

Ένας από τους βασικούς παράγοντες που εμπλέκεται στην Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση είναι ο/η Ειδικός Παιδαγωγός. Οι Ειδικοί Παιδαγωγοί με εξατομικευμένα προγράμματα και χρήση τεχνικών όπως είναι η Βίντεο Μοντελοποίηση (Video Modeling), οι κοινωνικές ιστορίες, η χρήση οπτικής επικοινωνίας (Pecs) καθώς και η χρήση εφαρμογών υποστηρικτικής τεχνολογίας στοχεύουν στην προώθηση της υγείας των παιδιών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Ειδικότερα, οι Ειδικοί Παιδαγωγοί θα πρέπει να προβαίνουν στη διαφοροποίηση και την αναδόμηση τόσο του περιεχομένου της διδασκαλίας όσο και του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο συντελείται η διαδικασία της μάθησης. Η διαφοροποιημένη πρόσβαση στη μάθηση εξυπηρετεί όλους τους μαθητές. Οι βασικές αρχές είναι τα πολλαπλά μέσα παρουσίασης και έκφρασης καθώς επίσης, οι πολλαπλοί τρόποι συμμετοχής (Παντελιάδου, 2013). Ένα από τα βασικότερα πλεονεκτήματα που συνοδεύουν τη διαφοροποιημένη διδασκαλία σχετίζεται με τις διαφορετικές στρατηγικές που μπορούν να

αξιοποιηθούν, δηλαδή με τη δυνατότητα των Ειδικών Παιδαγωγών να σχεδιάσουν διαφοροποιημένες μαθησιακές ευκαιρίες, να ομαδοποιήσουν τους μαθητές με εναλλακτικούς και πολλαπλούς τρόπους αλλά και να μεγιστοποιήσουν το διδακτικό χρόνο που χρειάζεται ο κάθε μαθητής για να ολοκληρώσει με επιτυχία το έργο που έχει αναλάβει (Μουταβέλης, 2017; Νάνου, 2013).

Το Νοσηλευτικό Προσωπικό έχει έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο, τόσο στην καθημερινή διαχείριση της φροντίδας όσο και στην επικοινωνία με τους γονείς και τους άλλους εκπαιδευτές. Ο Σχολικός Νοσηλευτής ασκεί το καθήκον του παράλληλα με το διδακτικό έργο των εκπαιδευτικών σε προγραμματισμένη συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς της τάξης, χωρίς όμως να τους υποκαθιστά. Ενημερώνει συστηματικά τον ατομικό φάκελο του κάθε μαθητή και σε προγραμματισμένες συνεργασίες ανταλλάσσει απόψεις με το υπόλοιπο εκπαιδευτικό και ειδικό εκπαιδευτικό προσωπικό του σχολείου ώστε να δημιουργήσουν την κατάλληλη παρέμβαση ευαισθητοποιώντας, ενημερώνοντας και προτείνοντας ειδικούς χειρισμούς στα θέματα ατομικής υγιεινής. Ακόμα, παρέχει πρώτες βοήθειες στα παιδιά και αντιμετωπίζει απρόοπτες ασθένειες, αδιαθεσίες και ατυχήματα. Οι Lightfoot & Bines (2000) σε περιγραφική μελέτη τους σχετικά με σχολικούς νοσηλευτές, γονείς και εκπαιδευτικούς προσδιόρισαν και περιέγραψαν τον ξεχωριστό ρόλο των Σχολικών Νοσηλευτών ο οποίος στοχεύει στην διαφύλαξη της υγείας των παιδιών, στην προαγωγή της υγείας τους, στη διαφύλαξη της εμπιστοσύνης τους και στην υποστήριξη των οικογενειών τους. Η αρμονική συνεργασία των Σχολικών Νοσηλευτών με το Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό και την ευρύτερη κοινότητά του σχολείου έχει ως στόχο την εξασφάλιση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος.

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο της Σχολικής Υγείας: «Πολιτική και Πρακτική της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιατρικής (AAP)» (1993), οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες έχουν μοναδικό ρόλο στην παροχή σχολικών υπηρεσιών υγείας για τα παιδιά με αναπηρία, χρόνιες παθήσεις, ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Επίσης, αναμένεται να λειτουργούν ως συντονιστές της διεπιστημονικής ομάδας για τα θέματα προσωπικής υγιεινής των παιδιών στο σχολείο, να αξιολογούν και να συλλέγουν σημαντικές πληροφορίες για αυτά, να αναπτύσσουν ατομικά σχέδια και να παρακολουθούν την εφαρμογή των κανόνων προσωπικής υγιεινής των παιδιών στη σχολική κοινότητα.

Οι Εργοθεραπευτές/τριες προσπαθούν μέσα από το παιχνίδι να ενδυναμώσουν τη λεπτή και αδρή κινητικότητα του παιδιού. Ενισχύουν τις δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης με Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (ΔΚΖ) και το συντονισμό των κινήσεων με απώτερο σκοπό το παιδί να γίνει πιο λειτουργικό και ανεξάρτητο στις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής του. Οι σχολικοί Εργοθεραπευτές/τριες συνεργάζονται με τους Εκπαιδευτικούς και τη σχολική ομάδα και έχουν σημαντικό ρόλο στη στελέχωση της διεπιστημονικής ομάδας προκειμένου να αποφευχθούν οι αρνητικές συνέπειες της ασθένειας και της αναπηρίας ενός παιδιού και να προωθηθεί ο θετικός αντίκτυπος της εργοθεραπείας στην υγεία και την ευημερία του (Kristensen & Petersen, 2016). Το

κέντρο ενδιαφέροντος τους δεν είναι μόνο η λειτουργικότητα του παιδιού αλλά επικεντρώνονται σε ένα ευρύ φάσμα τομέων και έργων όπως αυτό της εκπαίδευσης, της κοινωνικής συμμετοχής, του παιχνιδιού, του ελεύθερου χρόνου, των δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής και την επιτυχή συμμετοχή των παιδιών σε αυτά (Jackson, 2007). Παραδείγματα για την ανάπτυξη δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης και προσωπικής υγιεινής που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι οι κοινωνικές ιστορίες, οι κάρτες με βήματα εκτέλεσης πράξης στόχου (π.χ πλύσιμο χεριών) και η κοινή χρήση οθόνης για την υποστήριξη δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης (Katsiana & Galanakis, 2021).

Στο σπίτι, η υποστήριξη της οικογένειας, ιδίως των γονέων, είναι απαραίτητη για να βοηθήσουν τα παιδιά να είναι ανεξάρτητα. Η οικογενειακή υποστήριξη αποτελείται από τις πληροφορίες που λαμβάνουν οι γονείς από τους Ειδικούς Παιδαγωγούς και το Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό (Σχολικοί Νοσηλευτές/τριες, Εργοθεραπευτές/τριες, κ.ο.κ) όσον αφορά τον τρόπο διαχείρισης της σωστής υγιεινής και έκτακτων προβλημάτων που μπορούν να προκύψουν. Οι γονείς παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη στα παιδιά τους με θετικές ενισχύσεις (λεκτική προτροπή) και υλική βοήθεια, όπως για παράδειγμα παροχή βοηθητικών συσκευών για το λούσιμο των παιδιών με κινητικές αναπηρίες ή ειδικά ποτήρια και κουτάλια για τη διευκόλυνση της σίτισης. Επίσης, οι γονείς με παιδιά στο φάσμα του αυτισμού διδάσκονται πώς να εκπαιδεύσουν τα παιδιά τους τη χρήση της τουαλέτας, αυξάνοντας την πρόσληψη υγρών, ενισχύοντας θετικά τη σωστή χρήση της τουαλέτας, καθοδηγώντας τα και δίνοντας αρνητική ενίσχυση όταν αποτυγχάνουν. Ακόμα η οπτική παιδαγωγική είναι ένα μέρος της έννοιας TEACCH (Treatment and Education of Autistic and other Communication Handicapped Children) και αποτελεί μια αποτελεσματική τεχνική για τη διδασκαλία των παιδιών με διαταραχή αυτιστικού φάσματος τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο. Μελέτη, αποκάλυψε ότι οι γονείς δεν είχαν ποτέ επικοινωνία με φροντιστές Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης σχετικά με την εκπαίδευση δεξιοτήτων αυτοφροντίδας και ούτε οι γονείς ούτε οι δάσκαλοι είχαν αρκετές γνώσεις ή εμπειρία για τη διδασκαλία αυτών (Sirin & Tekin-Iftar, 2016).

Στοιχείο του προγράμματος που πρέπει να αξιολογηθεί όσον αφορά τις σχέσεις μεταξύ των μελών της ομάδας, αποτελεί ο βαθμός ιεραρχίας, ο βαθμός ορίων μεταξύ των επιστημονικών κλάδων, η φύση του σχεδιασμού θεραπείας και η συμμετοχή της οικογένειας στη λήψη αποφάσεων. Επίσης, θα πρέπει να αξιολογηθεί η κατανομή της εργασίας και της ευθύνης σε όλους τους κλάδους της ομάδας. Τα παραδοσιακά εργαλεία αξιολόγησης για τις ρυθμίσεις υγειονομικής περίθαλψης επικεντρώνονται γενικά σε έναν μόνο πάροχο, οπότε οι αξιολογητές ίσως χρειαστεί να αναπτύξουν νέα μέτρα με επαρκή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Τα εργαλεία αξιολόγησης πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στις ανησυχίες όλων των κλάδων που εμπλέκονται. Ως αποτέλεσμα, μια διεπιστημονική ομάδα αξιολόγησης μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική για την αξιολόγηση της συνεργασίας προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης (Naar-King, S., et. al, 2000).

Το μοντέλο ο «Υγιής Μαθητής» (Healthy Learner Model) για τη διαχείριση χρόνιων παθήσεων (Erickson et. al, 2006) είναι ένα παράδειγμα ολοκληρωμένου ενταξιακού μοντέλου που συνδέει σχολεία, μαθητές, γονείς και άλλους παρόχους με την πρόληψη της υγείας. Το Εξατομικευμένο Πρόγραμμα Εκπαίδευσης (ΕΠΕ) αποτελεί συλλογική προσπάθεια της διεπιστημονικής ομάδας και εστιάζει στις ανάγκες του μαθητή, προτρέπει οι δραστηριότητες παρέμβασης να συνεχίζονται στο οικογενειακό πλαίσιο, συνδέει και προσαρμόζει τους εκπαιδευτικούς στόχους με τους στόχους του αναλυτικού προγράμματος και καταλήγει σε ολιστική βελτίωση όχι μόνο της σχολικής επίδοσης αλλά και του ευρύτερου περιβάλλοντος του μαθητή.

2.3 Μέθοδοι και πρακτικές διδασκαλίας για την εκμάθηση των δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής

Οι σύγχρονες εκπαιδευτικές προσεγγίσεις βασίζονται στις αρχές της ενταξιακής εκπαίδευσης που προωθούν τις ίσες ευκαιρίες μάθησης και συμμετοχής για όλους τους μαθητές συμπεριλαμβανομένων και αυτών με αναπηρία (Booth & Ainscow, 2011. UNESCO, 2007). Στο πλαίσιο αυτό, τα εκπαιδευτικά συστήματα σχεδιάζουν και αναπτύσσουν πολιτικές και πρακτικές, εκπαιδευτικά περιβάλλοντα και μέσα προσβάσιμα από όλους τους μαθητές αξιοποιώντας τις αρχές του καθολικού σχεδιασμού για τη μάθηση (Universal Design for Learning - UDL) και της διαφοροποιημένης διδασκαλίας που επιτρέπουν στον κάθε μαθητή να χρησιμοποιεί τους δικούς του τρόπους και τις στρατηγικές για την κατάκτηση της γνώσης (Tomlinson, 2001. Izzo & Bauer, 2015).

Η διαφοροποιημένη διδασκαλία αποτελεί μια από τις εναλλακτικές μορφές διδασκαλίας που βασίζεται στη θεωρία του εποικοδομητισμού. Η διαφοροποίηση της διδασκαλίας υπονοεί ότι κάθε εκπαιδευτικός καλείται να προσαρμόσει τη διδασκαλία του/της, με τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνεται στις διαφορετικές ανάγκες όλων των μαθητών (Tomlinson, 2007). Είναι σημαντικό οι εκπαιδευτικοί να ξεκινούν από αυτό που ήδη γνωρίζουν οι μαθητές και επηρεάζει τη μάθησή τους, αφού, με βάση τη γνωστική θεωρία του εποικοδομισμού, η μάθηση αποτελεί διαδικασία οικοδόμησης προσωπικού νοήματος, και εξαρτάται από τις προηγούμενες γνώσεις και εμπειρίες των μαθητών (Κουτσελίνη, 2009). Ανάλογα με την ετοιμότητα, το ενδιαφέρον ή το μαθησιακό προφίλ των μαθητών η διαφοροποίηση εφαρμόζεται σε τέσσερις τομείς της εκπαιδευτικής διαδικασίας (Tomlinson, 1995):

- α. **Περιεχόμενο** : τί χρειάζεται να μάθουν οι μαθητές; ,
- β. **Διαδικασία** : δραστηριότητες στις οποίες συμμετέχουν οι μαθητές ώστε να κατακτήσουν την καινούργια γνώση,

- γ. **Προϊόντα μάθησης** : εργασίες διαβαθμισμένης δυσκολίας, που απαιτούν από τους μαθητές να εφαρμόσουν και να επεκτείνουν αυτό που έχουν μάθει σε μια ενότητα, και
- δ. **Μαθησιακό περιβάλλον** : πώς ανταποκρίνονται οι μαθητές και πώς νιώθουν;

Για την εκπαίδευση στην προσωπική υγιεινή χρησιμοποιούνται διάφορες τεχνικές όπως:

Βίντεο Μοντελοποίηση

Η Βίντεο Μοντελοποίηση (BM) έχει θεωρηθεί αποτελεσματική τεχνική καθώς το παιδί παρατηρεί ένα βίντεο με μια συμπεριφορά-στόχο και στη συνέχεια την μιμείται. Η BM συνίσταται στην παρουσίαση ενός βίντεο στο οποίο ένα άτομο εκτελεί μια συμπεριφορά στόχου ή μια συγκεκριμένη εργασία, την οποία στη συνέχεια ο συμμετέχοντας πρέπει να εκτελέσει. (Shukla-Mehta et al., 2010)

Έχουν αναπτυχθεί δύο εκδόσεις της BM:

- Το βίντεο Self Modeling (VSM), στο οποίο το βίντεο δείχνει το ίδιο το άτομο ως «μοντέλο» να εκτελεί την συμπεριφορά στόχου.
- Το βίντεο Modeling Point of View (VPOV), όπου ο μαθητής παρακολουθεί κάποιο άλλο πρόσωπο να εκτελεί την πράξη στόχου.

Τα πλεονεκτήματα αυτών των στρατηγικών περιλαμβάνουν:

- (i) τη χρήση οπτικών πληροφοριών, τις οποίες αντιλαμβάνονται καλύτερα τα παιδιά με διαταραχή αυτιστικού φάσματος
- (ii) την προσέλκυση της προσοχής τους
- (iii) τη διαδικασία που εξαλείφει οπτικές και ακουστικές παρεμβάσεις
- (iv) την αποφυγή οπτικής επαφής με άλλο άτομο (Cottini, 2016)

Σύμφωνα με μελέτες των Piccin, S., et al. (2017) βρέθηκαν θετικά αποτελέσματα με την BM στην ενίσχυση προσωπικών δεξιοτήτων υγιεινής, με ορισμένα οφέλη σε επιλεγμένους τομείς. Τρεις μελέτες διερεύνησαν τη χρήση της BM στη στοματική υγιεινή σε παιδιά με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ). Οι Charlop-Christy et al. (2000) χρησιμοποίησαν την τεχνική αυτή για να διδάξουν σε παιδιά να βουρτσίζουν τα δόντια του και τη σύγκριναν με την τεχνική της κλασικής διδασκαλίας (in vivo) για να διδάξουν στο ίδιο άτομο το πλύσιμο του προσώπου του (το μοντέλο στο βίντεο ήταν ένας οικείος ενήλικας). Σε αυτήν την περίπτωση, η BM επέτρεψε ταχύτερη επίτευξη του στόχου, που ήταν το βούρτσισμα των δοντιών. Δεν βρέθηκαν μελέτες με αρνητικές επιδράσεις και υπήρξε ενδιαφέρον στο γεγονός ότι οι παρεμβάσεις που είχαν γίνει με την BM σε συμμετέχοντες με ΔΑΦ είχαν ως

αποτελεσμα την διατήρηση των συμπεριφορών-στόχων που επιτεύχθηκαν. Οι παρεμβάσεις που απεικονίζουν βίντεο με γνωστά πρόσωπα ως μοντέλα φάνηκε να είναι πιο αποτελεσματικές.

Χρήση οπτικής επικοινωνίας (PECS)

Σύμφωνα με τους Lindsay et al. (2013) τα παιδιά που έχουν προβλήματα με την μίμηση πολλαπλών ενεργειών πιθανότατα θα δυσκολεύονται και με την μίμηση εκτεταμένων βίντεο. Σε αυτήν την περίπτωση το σύστημα επικοινωνίας μέσω ανταλλαγής εικόνων (PECS) έχει αναδειχθεί ως αποτελεσματική τεχνική καθώς αποτελεί λειτουργικό μέσο επικοινωνίας (Lerna et al., 2014) χωρίς να απαιτείται η χρήση της δεξιότητας της μίμησης (Charlop Christy et al., 2002). Με βάση αυτό, η προώθηση της προσωπικής υγιεινής μπορεί να επιτευχθεί με τα PECS δεδομένου ότι μπορούν να δοθούν οδηγίες, υποδείξεις και απαντήσεις στο πως, τι, πού, γιατί και τότε, βοηθώντας το άτομο να διδαχθεί τη σημασία των συνηθειών προσωπικής υγιεινής (Al-Batayneh et al., 2019).

Χρήση κοινωνικών ιστοριών

Αντίστοιχα, η τεχνική της χρήσης των κοινωνικών ιστοριών εξυπηρετεί την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων και την διδασκαλία νέων ρουτινών καθημερινής διαβίωσης. Οι κοινωνικές ιστορίες και οι οδηγίες για τη συγγραφή αυτών εισάγονται από τον Gray. Αυτές οι ιστορίες γράφονται με τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνονται στην οπτική αντίληψη ενός παιδιού και παραδίδονται για να παρέχουν ακριβείς πληροφορίες για μια συγκεκριμένη έννοια, δεξιότητα ή κατάσταση με έναν καθησυχαστικό τρόπο. Η μορφή μιας κοινωνικής ιστορίας τροποποιείται με βάση την ηλικία ή την ικανότητα ενός ατόμου και μια τυπική κοινωνική ιστορία θα πρέπει να περιλαμβάνει έναν τίτλο, μια εισαγωγή που προσδιορίζει με σαφήνεια το θέμα, το κυρίως θέμα που προσθέτει λεπτομέρεια και ένα συμπέρασμα που ενισχύει και συνοψίζει τις πληροφορίες (Gray, 2013). Οι κοινωνικές ιστορίες σχεδιάστηκαν αρχικά για να βελτιώσουν τις κοινωνικές συμπεριφορές των παιδιών με αυτισμό, καθώς είναι πιθανό να έχουν περιορισμένη ικανότητα κατανόησης των κοινωνικών καταστάσεων (Gray & Garand, 1993). Διαβάζοντας τις κοινωνικές ιστορίες, τα παιδιά θα μπορούσαν να έχουν καλύτερη κατανόηση μιας κατάστασης, η οποία μπορεί να οδηγήσει στις κατάλληλες απαντήσεις σε μια δεδομένη κατάσταση.

Οι κοινωνικές ιστορίες έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Σε μελέτη, οι κοινωνικές ιστορίες χρησιμοποιήθηκαν για να προετοιμάσουν τα παιδιά με αυτισμό στην προσέλευση τους στα οδοντιατρικά ραντεβού (Marion et al. 2016) ενώ σε μια μελέτη περίπτωσης, οι δεξιότητες σίτισης ενός εφήβου με σύνδρομο Asperger βελτιώθηκαν μέσω της παρέμβασης των κοινωνικών ιστοριών (Bledsoe & Simpson, 2003).

Υποστηρικτική τεχνολογία

Η υποστηρικτική τεχνολογία είναι πολύτιμη για τα άτομα με αναπηρία, καθώς οι συσκευές μπορούν να τροποποιηθούν κατάλληλα, ώστε να προσφέρουν εξατομικευμένη βοήθεια (The National Center on Accessible Information Technology in Education, 2008). Η χρήση των εφαρμογών τεχνολογίας διευκολύνεται με τις κατάλληλες προσαρμογές στα εξαρτήματα και στα λογισμικά του υπολογιστή. Για παράδειγμα, μπορεί να αλλάξει η λειτουργία του ποντικιού (ποντίκι μπίλια-μοχλός), της οθόνης (μεγέθυνση της οθόνης, οθόνη αφής), του πληκτρολογίου (πληκτρολόγιο πλεγμάτων-μεγάλων πλήκτρων) ενώ υπάρχει και το λογισμικό αναγνώρισης φωνής και ηλεκτρονικές συσκευές «κατάδειξης» που αναγνωρίζουν την κίνηση του κεφαλιού.

Έρευνα δείχνει, ότι οι μαθητές με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες επωφελούνται από την εκπαιδευτική τεχνολογία, ειδικά στη διδασκαλία εννοιών και σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες πρακτικής ή ανατροφοδότησης (Carter & Center, 2005; Hall, Hughes, & Filbert, 2000; Hasselbring & Glaser, 2000). Γενικά, τεχνολογίες βασισμένες σε υπολογιστή τύπου αλληλεπίδρασης με βάση το πληκτρολόγιο ή ποντίκι έχουν χρησιμοποιηθεί σε μαθητές με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, οι οποίες έχουν πολύ περιορισμένη ικανότητα αλληλεπίδρασης και ανατροφοδότησης. Ωστόσο, οι τεχνολογίες υπολογιστών που επιτρέπουν στους μαθητές να αλληλεπιδρούν μέσω εναλλακτικών τρόπων, όπως χειρονομίες ή οθόνες αφής, έχουν τη δυνατότητα να παράγουν καλύτερα αποτελέσματα μάθησης (Hwang & Fan-Ray, 2013).

Σε διερεύνηση για τις απόψεις των εκπαιδευτικών για την χρήση της τεχνολογίας στην ειδική αγωγή και εκπαίδευση τους παρουσιάστηκε ένα βίντεο με βάση τις εκπαιδευτικές τεχνολογίες. Στη συνέχεια, ζητήθηκε από τους εκπαιδευτικούς να εξηγήσουν ποιοι τομείς μπορούν να διδαχθούν σε μαθητές με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες με τη χρήση αυτών. Η πλειονότητα των εκπαιδευτικών συμφώνησαν ότι οι τεχνολογίες αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διδασκαλία γνωστικών, ψυχοκινητικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων. Στο γνωστικό τομέα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διδασκαλία εννοιών, αριθμών, γραμμάτων και συγκρίσεων όπως ψηλός, μεγάλος, μικρός, ή κατευθύνσεων αριστερά-δεξιά, πάνω-κάτω κλπ. Στον ψυχοκινητικό τομέα, οι εκπαιδευτικοί έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στη διδασκαλία των βασικών δεξιοτήτων για την αυτοφροντίδα, όπως τον καθαρισμό προσώπου, χεριών και ποδιών. Τέλος, αυτές οι τεχνολογίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διδασκαλία δεξιοτήτων στο συναισθηματικό τομέα, όπως στο χαιρετισμό, στην εμφάνιση/απόκρυψη συναισθημάτων και στις κοινωνικές δεξιότητες (Kursat Cagiltay et al, 2019).

Χρήση επιβράβευσης

Η μέθοδος αυτή δίνει έμφαση στην θετική συμπεριφορά του παιδιού και έχει ως στόχο την εκπαίδευση του ατόμου μέσω της θετικής ενίσχυσης. Για να είναι επιτυχής η μέθοδος αυτή θα πρέπει η επιβράβευση να γίνεται άμεσα και επαναλαμβανόμενα. Επίσης, θα πρέπει το παιδί να κατανοεί για ποιο λόγο λαμβάνει την επιβράβευση και αυτή να είναι συγκεκριμένη (Copeland & Hyghes, 2002).

Όλες οι συμπεριφορές επιφέρουν συνέπειες και οι συνέπειες αυτές καθορίζονται από την επίδραση που έχουν στη συμπεριφορά. Θετική ενίσχυση έχουμε, όταν οδηγεί στην ενίσχυση της συμπεριφοράς που ακολουθεί. Έτσι, ένας θετικός ενισχυτής είναι ένας τύπος παρέμβασης ο οποίος, όταν παρουσιάζεται αμέσως μετά από μια συμπεριφορά, αυξάνει την πιθανότητα να εμφανιστεί ξανά η συμπεριφορά αυτή (Malott, Malott, & Trojan, 2000). Όταν η θετική ενίσχυση εφαρμόζεται συστηματικά για την εκμάθηση δεξιοτήτων μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ενίσχυση των υπαρχόντων συμπεριφορών ή να βοηθήσει ένα άτομο να αποκτήσει νέες συμπεριφορές.

Οι θετικές ενισχύσεις αποτελούν έναν αποτελεσματικό τρόπο διασφάλισης ότι τα παιδιά εμπλέκονται και αναπτύσσουν επιθυμητές συμπεριφορές (Adamson, 2015). Σύμφωνα με τον Hayes (2013), η προτροπή μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως στρατηγική και αποτελεί ένα αποτελεσματικό εργαλείο για την υποστήριξη παιδιών με αναπηρία για την εκμάθηση δεξιοτήτων που σχετίζονται με τις δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης και την υγεία. Οι προτροπές μπορούν να είναι σωματικές και λεκτικές και είναι πολύ χρήσιμες για την ομάδα-στόχο (Bryan & Gast, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 :

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΚΤΗΣΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ.

3.1 Νευρομυϊκές Διαταραχές

Οι Νευρομυϊκές διαταραχές είναι συνήθως γενετικά επίκτητες, μη ιάσιμες, ασθένειες που προκαλούν σοβαρή μυϊκή αδυναμία. Ο τύπος II μυϊκής ατροφίας της σπονδυλικής στήλης και η μυϊκή δυστροφία Duchenne είναι από τα πιο διαδεδομένα παραδείγματα νευρομυϊκών διαταραχών και απαιτούν την χρήση αναπηρικού αμαξιδίου κατά την πρώιμη παιδική ή εφηβική ηλικία (Katirji, Kaminski, & Ruff, 2013).

Ο όρος μυϊκή ατροφία της σπονδυλικής στήλης (SMA) αναφέρεται σε μια ομάδα γενετικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από εκφυλισμό των κυττάρων του πρόσθιου Κέρατος και έχει ως αποτέλεσμα μυϊκή ατροφία και αδυναμία. Τα παιδιά με SMA τύπου 2 κατά τη διάρκεια της ανάπτυξής τους μπορούν να καθίσουν χωρίς βοήθεια, ωστόσο δεν είναι σε θέση να περπατήσουν ανεξάρτητα. Πολλές από τις συννοσηρότητες σε αυτόν τον πληθυσμό σχετίζονται με ορθοπεδικές επιπλοκές της ανάπτυξης των οστών και των αρθρώσεων στο πλαίσιο μυϊκής αδυναμίας και προοδευτικής σκολίωσης ενώ μπορεί να συμβούν συσπάσεις αρθρώσεων και αγκύλωση της κάτω γνάθου (Kolb, S. J., & Kissel, J. T., 2015).

Στη μυϊκή δυστροφία Duchenne τα προσβεβλημένα άτομα μπορεί να έχουν ελαφρώς καθυστερημένα κινητικά ορόσημα και τα περισσότερα δεν είναι σε θέση να τρέξουν και να πηδήξουν σωστά λόγω μυϊκής αδυναμίας, γεγονός που οδηγεί επίσης σε δυσκολία άρσης από το έδαφος (σημείο Gower). Οι περισσότεροι ασθενείς διαγιγνώσκονται σε ηλικία περίπου 5 ετών, όταν η φυσική τους ικανότητα διαφέρει προφανώς από αυτή των συνομηλίκων τους. Η εξέλιξη της μυϊκής αδυναμίας και των συσπάσεων των ποδιών οδηγεί σε απώλεια βάδισης και πλήρη εξάρτηση από αναπηρικό αμαξίδιο σε μέση ηλικία 9,5 ετών (Bushby KM et al., 1994). Εκτός από τις μαθησιακές δυσκολίες οι ασθενείς με το σύνδρομο αυτό δυσκολεύονται στην καθημερινή τους ζωή και λειτουργία λόγω κακών δεξιοτήτων προσαρμοστικότητας στους τομείς της επικοινωνίας και της κοινωνικοποίησης αλλά και εξαιτίας της έλλειψης καθημερινών πρακτικών δεξιοτήτων και κινητικών δυσκολιών (Cybulnik, S et al., 2008).

Οι προσαρμοστικές δεξιότητες αντιπροσωπεύουν τον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά και οι έφηβοι ικανοποιούν τις βασικές τους ανάγκες αυτοφροντίδας, την λήψη αποφάσεων, την επικοινωνία και την εκμάθηση δεξιοτήτων για την καθημερινή τους ζωή. Έχοντας νευρομυϊκές διαταραχές δεν εμφανίζονται

μόνο προβλήματα ψυχικής υγείας, αλλά επηρεάζονται και οι δεξιότητες αυτές. Περίπου το 25% των ατόμων με μυοτονική δυστροφία έχει νοητική υστέρηση και έως και το 83-93% έχει εκπαιδευτικές μαθησιακές δυσκολίες. Λόγω της γνωστικής τους εξασθένησης έχουν επίσης κακές προσαρμοστικές δεξιότητες, και ιδιαίτερα κακές κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες. Τα περισσότερα παιδιά χρειάζονται πρόσθετη σχολική υποστήριξη ενώ παράλληλα πρέπει να αντιμετωπίσουν τις υπόλοιπες συννοσηρότητες με σωματικά συμπτώματα και κοινωνική απομόνωση (Gosar D et al., 2021).

Η ικανότητα του παιδιού στην αυτοεξυπηρέτηση έχει ως προϋπόθεση την ανάπτυξη δεξιοτήτων λεπτής κινητικότητας, τον οπτικοκινητικό συντονισμό, την αντίληψη, την επικοινωνία και την κοινωνικοποίηση του. Ο συνδυασμός αυτός γίνεται αυτόματα αφού έχει ακολουθηθεί συγκεκριμένη αναπτυξιακή πορεία κατάκτησης κάθε σταδίου. Ανάλογα με τη σοβαρότητα της κινητικής αναπηρίας επηρεάζεται η κίνηση του μαθητή και δυσχεραίνονται οι λειτουργικές δραστηριότητες όσον αφορά το επίπεδο ανεξαρτητοποίησης του ατόμου κατά την εκτέλεση των δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής. Αυτές συμπεριλαμβάνουν τις δραστηριότητες φροντίδας του εαυτού όπως είναι η σίτιση, η ένδυση-απόδυση, η προσωπική-σωματική υγιεινή, η στοματική υγιεινή, η χρήση της τουαλέτας, η φροντίδα των προσωπικών βοηθημάτων και η φροντίδα του σπιτιού (American Occupational Therapy Association, 1994).

Όταν η κινητική αναπηρία ενός παιδιού συνοδεύεται και από δυσλειτουργία στην αισθητηριακή επεξεργασία (ρύθμισης, διάκρισης, εγγραφής), Ε. Μάγκλαρη (2008), τότε οι δυσκολίες στον κινητικό προγραμματισμό και στην κινητική εκτελεστικότητα συνυπάρχουν με ορισμένες δυσκολίες στην οπτική, ακουστική και απτική αντίληψη.

Οι συννοσηρότητες όπως η σκολίωση και η αναπνευστική ανεπάρκεια σχετίζονται με προοδευτική μυϊκή αδυναμία και θέτουν σε κίνδυνο τη σωματική υγεία και το προσδόκιμο ζωής (Wang et al., 2012; Wang et al., 2007). Η έγκαιρη και κατάλληλη διαχείριση της υγείας μπορεί να περιορίσει την έναρξη και τη βαρύτητα των συννοσηροτήτων των συστημάτων του σώματος (Strehle, 2009).

Οι διακυμάνσεις στο επίπεδο εγρήγορσης, συγκέντρωσης και προσοχής δυσχεραίνουν την ικανότητα για μάθηση (Blance, Botticelli & Hallway, 1995). Σε κάθε όμως περίπτωση χρειάζεται ειδικός εξοπλισμός που επιλέγεται με βάση τις ατομικές δυσκολίες του κάθε μαθητή, ενώ απαραίτητη είναι και η συμβολή ειδικών επιστημόνων για την αντιμετώπιση των πολλαπλών προβλημάτων που παρουσιάζουν (Πολυχρονοπούλου, 2012), αφού σύμφωνα με τον Γ. Δράκο (2011): «Σήμερα θεωρείται πλέον αναγκαία η πολύπλευρη και διεπιστημονική προσέγγιση κάθε παιδαγωγικού προβλήματος.».

3.2 Κοινωνικό-οικονομική κατάσταση οικογένειας

Η οικογενειακή υποστήριξη είναι απαραίτητη για την ενίσχυση δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής των παιδιών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες καθώς συμπεριλαμβάνει την παροχή γνώσεων και την ψυχολογική και υλική υποστήριξη. Τα παιδιά που προέρχονται από οικογένειες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, από πολύ μικρή ηλικία, εμφανίζουν χαμηλού επιπέδου υγεία και μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνιση χρόνιων προβλημάτων (Paquet et al., 2001). Η φτώχεια στην παιδική ηλικία σχετίζεται επίσης με αναπτυξιακά προβλήματα και υψηλότερο κίνδυνο πολλαπλών προβλημάτων υγείας (Bradley & Corwyn, 2002). Το μηνιαίο εισόδημα ενός νοικοκυριού αποδείχθηκε ότι συνδέεται με την απόκτηση καθημερινών δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής. Διαπιστώθηκε, ότι οι οικογένειες οι οποίες προέρχονται από χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο συσχετίστηκαν με λιγότερο ανεπτυγμένες δεξιότητες ατομικής υγιεινής στα παιδιά με αυτισμό, σύνδρομο Williams και σύνδρομο Down. Και οι τρεις αυτές ομάδες είχαν βαθμολογίες περίπου 25% χαμηλότερες από τις οικογένειες με υψηλότερο εισόδημα (Del Cole et al, 2017).

Οι παροχές που προσφέρουν οι γονείς όσον αφορά την ανατροφής των παιδιών τους μπορούν να ομαδοποιηθούν σε 4 γενικές κατηγορίες (Brooks-Gunn, et al, 1997) :

- **Οικονομικοί πόροι** (οικονομική ικανότητα αγοράς υλικών αγαθών ή υπηρεσιών),
- **Χρόνος που αξιοποιείται με ή για τα παιδιά,**
- **Ψυχολογικοί παράγοντες** (σωματική και ψυχική υγεία γονέων και γονική μέριμνα),
- **Ανθρώπινη πρωτοβουλία (human capital)** (γνώσεις και δεξιότητες για λήψη αποφάσεων που αποκτήθηκαν μέσω εκπαίδευσης ή κατάρτισης, εμπειρίας ή αλληλεπίδρασης με ιατρικούς παρόχους ή άλλους εκτός της άμεσης οικογένειας).

Οικονομικοί πόροι

Περισσότερο από το 22% των παιδιών κάτω των 6 ετών στις Ηνωμένες Πολιτείες ζει σε φτωχές οικογένειες. Αυτό αποτελεί περισσότερα από πέντε εκατομμύρια βρέφη, νήπια και παιδιά προσχολικής ηλικίας (Chau, Thampi & Wight, 2011). Πολλές μελέτες έχουν τεκμηριώσει τη σχέση μεταξύ της παιδικής φτώχειας και της κακής υγείας αλλά και των αναπτυξιακών προβλημάτων (Duncan, Ziol-Guest & Kalil, 2010). Αυτό, σχετίζεται με τη διαθεσιμότητα λιγότερων πόρων για τις οικογένειες που ζουν στα όρια ή κάτω από τα όρια της φτώχειας σε σύγκριση με εκείνες με υψηλότερα εισοδήματα. Επίσης, λιγότεροι οικονομικοί πόροι ενδέχεται να περιορίζουν την ικανότητα των φροντιστών να αγοράζουν αγαθά όπως προϊόντα φροντίδας υγείας και τρόφιμα.

Χρόνος

Τα περισσότερα παιδιά ανατρέφονται σήμερα από γονείς οι οποίοι εργάζονται πολλές ώρες έχοντας σοβαρούς χρονικούς περιορισμούς. Οι λιγότερο μορφωμένοι γονείς σε θέσεις εργασίας με χαμηλό μισθό δεν επενδύουν σε χρόνο με τα παιδιά τους ενώ οι μορφωμένοι γονείς διαθέτουν περισσότερο χρόνο για τη φροντίδα των παιδιών τους. Συχνά, οι λιγότερο μορφωμένοι εργαζόμενοι γονείς δεν έχουν το ίδιο επίπεδο ευελιξίας ή πόρων για να αντιμετωπίσουν κάποιο πιθανό έλλειμμα του παιδιού τους. (Boots, Macomber & Danziger, 2008).

Μελέτη, παραθέτει ότι κάθε χρόνο οι Αμερικάνικες οικογένειες παρέχουν 1,5 δισεκατομμύρια ώρες στο σπίτι για τη φροντίδα της υγείας των παιδιών με αναπηρία. Το οικονομικό κόστος αυτής της περιθαλψης ανέρχεται σε δεκάδες δισεκατομμύρια δολάρια. Αυτό συνεπώς, μπορεί να οδηγήσει σε διακοπή της εργασίας των γονέων, οικονομική δυσχέρεια, κοινωνική απομόνωση, συζυγική δυσαρέσκεια και μειωμένη ποιότητα ζωής για τις οικογένειες αυτές (Romley, et al, 2016).

Ψυχολογικοί παράγοντες

Οι ψυχολογικοί παράγοντες της οικογένειας είναι ζωτικής σημασίας για την υγεία και την ανάπτυξη των παιδιών. Αυτοί, περιλαμβάνουν τη γονική ψυχική υγεία και γενικότερα τις δεξιότητες και τις ικανότητες που διαθέτουν οι γονείς για την αντιμετώπιση των αναγκών του παιδιού (Brooks-Gunn, et al, 1997).

Ανθρώπινη πρωτοβουλία

Πολλαπλά θεωρητικά μοντέλα περιγράφουν τη σχέση μεταξύ της εκπαίδευσης των γονέων και των αποτελεσμάτων που έχει αυτή στο παιδί (Kilburn & Wolfe, 2002). Οι μορφωμένοι γονείς είναι πιο πιθανό να διαθέτουν υψηλότερα εισοδήματα, κάτι που με τη σειρά του μπορεί να παρέχει ενισχυμένους πόρους και εμπειρίες για τα παιδιά τους.

Η παιδεία του γονέα όσον αφορά τα θέματα υγείας είναι επίσης πολύ σημαντική. Η παιδεία για την υγεία προϋποθέτει την ικανότητα απόκτησης, επεξεργασίας και κατανόησης των πληροφοριών που απαιτούνται για τη λήψη βασικών αποφάσεων που σχετίζονται με αυτή (Abrams, Klass & Dreyer, 2009). Περίπου το 30% των γονέων στις ΗΠΑ έχουν περιορισμένες δεξιότητες και γνώσεις για την υγεία (Yin et al., 2009). Το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης των γονέων σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα άλλων

προληπτικών συμπεριφορών που αφορούν την υγεία όπως ο θηλασμός του παιδιού, η παροχή κατάλληλης τροφής για το παιδί, η εκμάθηση δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής κ.ο.κ.

Τα σχολεία αποτελούν ιδανικό πλαίσιο για την προώθηση της υγείας, καθώς τα παιδιά ανεξάρτητα από το κοινωνικοοικονομικό τους περιβάλλον, περνούν πολλές ώρες στο σχολείο καθημερινά. Εκτός από την οικογένεια, τα σχολεία διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη των παιδιών (St Leger et al., 2007) και οι παρεμβάσεις που προάγουν την υγεία στο σχολείο είναι βασικό κλειδί για την προώθηση της ανάπτυξης συμπεριφορών από μικρή ηλικία (Langford et al., 2014).

3.3 Παράγοντας Covid-19

Στα πλαίσια της πανδημίας του Covid-19 έχουν εφαρμοστεί διάφορα μέτρα για τη δημόσια υγεία και την αναχαίτιση της διασποράς του ιού. Αυτά έχουν ως αποτέλεσμα την αλλαγή συνηθειών των ανθρώπων και της καθημερινής τους ζωής (Galea, Merchant & Lurie, 2020). Η ξαφνική αυτή αλλαγή ήταν ιδιαίτερα δύσκολη για τα παιδιά με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και τους γονείς τους δεδομένης της εξάρτησής τους από πολλές καθιερωμένες ρουτίνες. Το ξαφνικό κλείσιμο των σχολείων το Μάρτιο του 2020, σε συνδυασμό με τα μέτρα της κοινωνικής απομόνωσης, των κανόνων υγιεινής και της χρήσης μάσκας, προκάλεσαν μεγάλη αναστάτωση στους μαθητές.

Τα παιδιά με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις καθημερινές τους ρουτίνες και οποιαδήποτε παρέκκλιση από την καθημερινότητά, τους προκαλεί έντονο άγχος (American Psychiatric Association, 2013; Factor, Condy, Farley & Scarpa, 2016) ; van Steensel & Heeman, 2017). Παράλληλα, τα παιδιά με κινητικές αναπηρίες έχουν πλήρη ανάγκη από τον εξοπλισμό και την επαγγελματική υποστήριξη που διατίθενται στο σχολείο. Επομένως, κρίθηκε απαραίτητο τα ειδικά σχολεία να παραμείνουν ανοιχτά (Toseeb et al., 2020).

Τα παιδιά με αναπηρία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από τον Covid-19 λόγω των προκλήσεων που σχετίζονται με την υγεία και την αδυναμία τους να κατανοήσουν και να ακολουθήσουν τα απαραίτητα μέτρα προστασίας (Π.Ο.Υ, 2020). Η διδασκαλία της καλής υγιεινής αποτελεί πρωταρχικό μέλημα των εκπαιδευτικών, ιδίως στην εποχή μιας πανδημίας. Είναι επιτακτική ανάγκη για τους γονείς και τους φροντιστές να διασφαλίζουν ότι το παιδί με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές πλένει τακτικά τα χέρια του. Σε αυτήν την περίπτωση, οι ειδικοί παιδαγωγοί πρέπει να εκπαιδεύουν τα παιδιά χωρίζοντας το καθήκον του πλυσίματος των χεριών σε μικρά βήματα. Η προετοιμασία οπτικών προγραμμάτων και κοινωνικών ιστοριών μπορεί επίσης να είναι χρήσιμη στη διαδικασία εκπαίδευσης. (S.Guha, 2021).

Τα παιδιά με αναπηρίες, ιδίως εκείνα με υψηλές ανάγκες υποστήριξης, είναι επιρρεπή σε λοιμώξεις και διατρέχουν κίνδυνο για επιπλοκές στην υγεία τους λόγω της έλλειψης κατανόησης της ανάγκης για τακτικό πλύσιμο των χεριών, της συχνής εξερεύνησης διαφόρων αντικειμένων με τα χέρια και το στόμα τους, της δυσκολίας στη διατήρηση κοινωνικής απόστασης και την υποχρεωτική χρήση της μάσκας. Ως εκ τούτου, καθίσταται ακόμη πιο σημαντική η εκπαίδευση αυτών των παιδιών στο κατάλληλο πλύσιμο των χεριών και της υγιεινής των χεριών. Είναι ευθύνη των εκπαιδευτικών να εκπαιδεύσουν τόσο τα παιδιά όσο και τους γονείς τους σχετικά με τα κατάλληλα μέτρα υγιεινής που πρέπει να ακολουθούνται σε τέτοιες περιστάσεις. Ωστόσο, οι ίδιοι οι εκπαιδευτικοί αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγω έλλειψης επαρκών πόρων και κατάρτισης (Lee A, 2009).

Συνοψίζοντας, κατά τη διάρκεια της τρέχουσας πανδημίας και ενώ η πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες είναι δύσκολη, τα παιδιά με αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και οι γονείς τους αποτελούν μια ομάδα υψηλού κινδύνου εξαιτίας των διαφόρων θεμάτων σωματικής και ψυχικής υγείας και χρειάζονται κατάλληλη καθοδήγηση και υποστήριξη (Juneja & Gupta, 2020).

Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Σκοπός

Κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνησει σε τι βαθμό παρέχουν οι Εκπαιδευτικοί και το Ειδικό Εκπαιδευτικό και Βοηθητικό Προσωπικό συμβουλές προσωπικής υγιεινής στους μαθητές με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και ποιο είναι το επίπεδο ανεξαρτησίας των παιδιών όσον αφορά τον τομέα των καθημερινών δεξιοτήτων διαβίωσης. Οι επιμέρους σκοποί της μελέτης ήταν να διερευνηθεί :

- Εάν υπάρχει συνεργασία ανάμεσα στους Εκπαιδευτικούς, το Ειδικό Εκπαιδευτικό και Βοηθητικό Προσωπικό και τους γονείς στον τομέα της προαγωγής της υγείας;
- Σε ποιο βαθμό η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση της οικογένειας επηρεάζει τα παιδιά με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στην απόκτηση καθημερινών δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής;
- Ποια μέθοδος χρησιμοποιείται πιο συχνά στη διδασκαλία των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας από τους Εκπαιδευτικούς και το Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό;
- Πώς έχει αλλάξει ο παράγοντας της πανδημίας του Covid-19 τις συνήθειες προσωπικής υγιεινής των παιδιών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες;
- Ποιες είναι οι γνώσεις των εκπαιδευτικών και του Ειδικού Εκπαιδευτικού και Βοηθητικού Προσωπικού σχετικά με τα προγράμματα Αγωγής Υγείας;

Επιπλέον σκοπός είναι να προκύψουν ενδεικτικά αποτελέσματα τα οποία θα μπορούν μελλοντικά να αξιοποιηθούν από τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς και μελλοντικούς ερευνητές που επιθυμούν να ασχοληθούν με το θέμα αυτό.

4.2 Μεθοδολογία έρευνας

Αφού τέθηκε το θέμα της μελέτης, αρχικά διενεργήθηκε εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων Pubmed και Google Scholar με λέξεις κλειδιά : Αγωγή Υγείας, Προαγωγή Υγείας, εκπαίδευση προσωπικής υγιεινής, Covid-19 και προσωπική υγιεινή, ρόλος των γονιών και προσωπική υγιεινή. Για να εξεταστούν τα ερευνητικά ερωτήματα και να εξαχθούν συμπεράσματα από την εφαρμογή της έρευνας, διεκπεραιώθηκε ποσοτική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίων. Το δείγμα αφορούσε τους Εκπαιδευτικούς και το Ειδικό Εκπαιδευτικό-Βοηθητικό Προσωπικό σε δομές της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης και Κέντρα Θεραπείας και γονείς που τα παιδιά τους είναι μαθητές ηλικίας 4-7, με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες που φοιτούν σε σχολεία της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η ολοκλήρωση της μεθοδολογίας της έρευνας ολοκληρώνεται με την ανάλυση των δεδομένων, την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και την εξαγωγή των συμπερασμάτων.

Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Δείγμα πληθυσμού

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 81 Εκπαιδευτικούς και Ειδικό Εκπαιδευτικό και Βοηθητικό Προσωπικό που εργάζονται σε Ειδικά Νηπιαγωγεία και Δημοτικά Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και Κέντρα Θεραπείας και 86 γονείς παιδιών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στο Νομό Λάρισας. Το δείγμα αποτέλεσε δείγμα ευκολίας λόγω των εμποδίων που

εμφανίστηκαν και εκεί οφείλεται και ο μικρός αριθμός συμμετεχόντων. Η μέθοδος αυτή επιλέχθηκε ως η πιο κατάλληλη δεδομένων των συνθηκών και του χρονικού πλαισίου εκπόνησης της διπλωματικής έρευνας. Με την εφαρμογή της μεθόδου αυτής μπορεί να επιτευχθεί η μείωση της μεροληψίας και του στατιστικού σφάλματος ενώ παράλληλα εγγυάται την αύξηση ακρίβειας των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από τη στατιστική ανάλυση (Kothari,2004). Κριτήριο εισαγωγής του πληθυσμού στο δείγμα της έρευνας για τους Εκπαιδευτικούς και το Ειδικό Εκπαιδευτικό και Βοηθητικό Προσωπικό ήταν να εργάζονται είτε σε Νηπιαγωγεία και Δημοτικά στη Πρωτοβάθμια εκπαίδευση είτε σε Κέντρα Θεραπείας του Νομού Λάρισας και για τους γονείς να έχουν παιδιά ηλικίας 4-7 ετών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.

4.3 Διαδικασία και Συλλογή Δεδομένων

Ως ερευνητικό εργαλείο ορίστηκαν δυο αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια με ερωτήσεις κλειστού και ανοιχτού τύπου και η Λίστα Αξιολόγησης Παιδιατρικών Δυσλειτουργιών PEDI της οποίας η μετάφραση και ο έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας έγινε στον Ελλαδικό χώρο (Besios T., et al. 2013). Στην έρευνα διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια τα οποία απευθύνονταν στους εκπαιδευτικούς και το ΕΕΠ-ΕΒΠ και 1 ερωτηματολόγιο το οποίο απευθύνονταν στους γονείς των παιδιών. Το ερωτηματολόγιο για τους γονείς αποτελούνταν από 16 ερωτήσεις συμπλήρωσης κενού, πολλαπλών επιλογών και 5-βάθμιας κλίμακας Likert που ακολουθούνταν από τις κλίμακες «Καθόλου» (1) έως «Πολύ» (5). Το πρώτο ερωτηματολόγιο για τους Εκπαιδευτικούς και το ΕΕΠ/ΕΒΠ απαρτίστηκε από 17 ερωτήσεις κλειστού τύπου πολλαπλών επιλογών και 5-βάθμιας κλίμακας Likert που ακολουθούνταν από τις κλίμακες «Καθόλου» (1) έως «Πολύ» (5). Ως δεύτερο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε η Λίστα Αξιολόγησης Παιδιατρικών Δυσλειτουργιών PEDI και πιο συγκεκριμένα το 2^ο μέρος του τομέα της αυτοεξυπηρέτησης για την κλίμακα παροχής βοήθειας με 2 ερωτήσεις συμπλήρωσης κενού που αφορούσαν την ηλικία και την διάγνωση του παιδιού και 8 ερωτήσεις βασικών καθημερινών δραστηριοτήτων με κλίμακα βοήθειας : «Ανεξάρτητο» (5), «Με επίβλεψη» (4), «Ελάχιστη» (3), « Μέτρια» (2), « Μέγιστη» (1) και «Πλήρης» (0).

Η Λίστα Αξιολόγησης Παιδιατρικών Δυσλειτουργιών PEDI είναι ένα πλήρες κλινικό όργανο αξιολόγησης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την παρακολούθηση και μέτρηση της αυτοεξυπηρέτησης, της κινητικότητας και των κοινωνικών ικανοτήτων ενός παιδιού ηλικίας 6 μηνών έως 7 ετών. Σε αυτήν την αξιολόγηση, ο γονέας ή ο φροντιστής απαντά σε ερωτήσεις σχετικά με την απόδοση του παιδιού σε αυτούς τους τομείς της ζωής του. Το PEDI είναι επίσης χρήσιμο για μεγαλύτερα παιδιά των οποίων το επίπεδο των λειτουργικών ικανοτήτων είναι χαμηλότερο από εκείνων των επτά ετών χωρίς αναπηρίες. Είναι σχεδιασμένο για να χρησιμοποιείται από φυσικοθεραπευτές/ες,

εργοθεραπεύτριες/ες, νοσηλεύτριες/ες, λογοθεραπεύτριες/ες, ειδικούς παιδαγωγούς, ψυχολόγους και άλλους επαγγελματίες που το ενδιαφέρον τους έγκειται στην μέτρηση λειτουργικών ικανοτήτων των παιδιών με αναπηρία. Το PEDI συνδυάζει στοιχεία προσαρμοστικών αναπτυξιακών μετρήσεων που χρησιμοποιούνται στην Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση και χαρακτηριστικά από λειτουργικές αξιολογήσεις που χρησιμοποιούνται σε Κέντρα Αποκατάστασης.

Τα ερωτηματολόγια είχαν τη μορφή έντυπης αλλά και ηλεκτρονικής μορφής. Επίσης, συνοδεύονταν από κείμενο στο οποίο δίνονταν οι πληροφορίες για το θέμα και το σκοπό της έρευνας. Παράλληλα, αναφερόταν η εμπιστευτικότητα και η ανωνυμία των δεδομένων που θα συλλεχθούν καθώς και ο εθελοντικός χαρακτήρας της συμμετοχής. Για οποιαδήποτε διευκρίνιση ή τυχόν ερωτήσεις για τη διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ή ως προς το σκοπό της έρευνας οι συμμετέχοντες μπορούσαν να επικοινωνήσουν μέσω ηλεκτρονικής διεύθυνσης. Η χρονική διάρκεια των ερωτηματολογίων δεν ξεπερνούσε τα 5 λεπτά. Τα ερωτηματολόγια της έρευνας παρατίθενται στο παράρτημα.

Το χρονικό διάστημα διανομής και συλλογής των ερωτηματολογίων ήταν από τον Μάρτιο μέχρι τον Ιούνιο του 2021. Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε είτε απευθείας στον χώρο εργασίας των συμμετεχόντων είτε ηλεκτρονικά. Στο πρώτο ερωτηματολόγιο των εκπαιδευτικών και του ΕΕΠ/ΕΒΠ μοιράστηκαν 110 ερωτηματολόγια τα οποία 52 ήταν σε έντυπη μορφή ενώ τα υπόλοιπα 48 σε ηλεκτρονική μορφή. Από αυτά επιστράφηκαν τα 81. Στο δεύτερο ερωτηματολόγιο της κλίμακας από το PEDI μοιράστηκαν 80 ερωτηματολόγια από τα οποία συμπληρώθηκαν τα 46. Τέλος, στο ερωτηματολόγιο που απευθυνόταν σε γονείς μοιράστηκαν 120 ερωτηματολόγια σε έντυπη μορφή και δόθηκαν πίσω τα 86. Στη συνέχεια, ακολούθησε η αποκωδικοποίηση, η καταγραφή και η ανάλυση δεδομένων με τη χρήση του SPSS 22.0.

Ηθική Δεοντολογία

Σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας διατηρήθηκε η πλήρης ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων που συμμετείχαν στην έρευνα. Οι συμμετέχοντες έλαβαν μέρος εθελοντικά χωρίς κάποια υλική ή χρηματική απολαβή. Η παρουσία της ερευνήτριας κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων από τους συμμετέχοντες και η διάθεση της για τυχόν ερωτήσεις ήταν επαρκής ενώ υπήρχε καταγεγραμμένη και ηλεκτρονική σελίδα για απορίες ή ερωτήματα. Τέλος, αν και εφόσον το επιθυμούσαν οι συμμετέχοντες μπορούσαν να αποχωρήσουν από την ερευνητική διαδικασία.

Περιορισμοί και εμπόδια

Εμπόδιο στην ολοκλήρωση της έρευνας στάθηκε το συχνό κλείσιμο των σχολείων και των υπόλοιπων δομών λόγω της πανδημίας του κορονοϊού Covid-19. Αυτό δυσκόλεψε την προσπάθεια διαμοιρασμού και συλλογής των ερωτηματολογίων αλλά και τον αριθμό των ατόμων που συμμετείχαν. Παράλληλα, δεδομένου ότι η έρευνα διεξαγόταν στο Νομό της Λάρισας ο σεισμός που συνέβη τον Μάρτιο του 2021 αποτέλεσε έναν ακόμα παράγοντα καθυστέρησης της έρευνας καθώς αποτέλεσε ένα περιστατικό που προκάλεσε ζημιές σε σχολεία και δομές αλλά και ψυχολογική αναστάτωση.

4.4 Δείγμα Μελέτης

Αποτελέσματα (Γονείς)

Το δείγμα των γονέων αποτελείται από 86 άτομα , τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των οποίων καθώς και η ηλικία-φύλο του παιδιού τους, δίνονται στον πίνακα 1 που ακολουθεί :

Πίνακας 1

Δημογραφικά χαρακτηριστικά παιδιών και γονέων

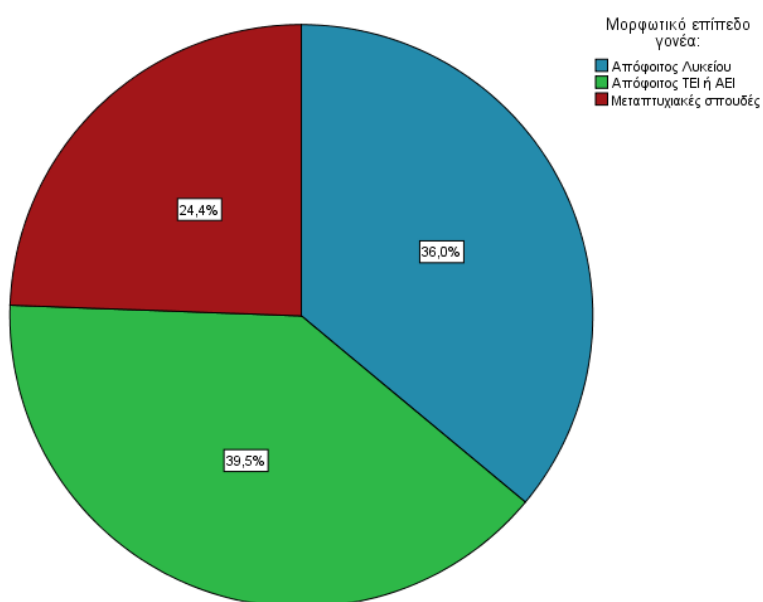
		N	%
Φύλο παιδιού	Θύλη	40	46,5
	Άρρεν	46	53,5
Ηλικία παιδιού (έτη)		6,2(1,5)	
Τόπος διαμονής	Πόλη	58	67,4
	Χωριό	28	32,6
Ετήσιο εισόδημα οικογένειας (ευρώ)	Κάτω από 8.000	20	23,8
	Μεταξύ 8.000-15.000	25	29,8
	Πάνω από 15.000	39	46,4
Μορφωτικό επίπεδο γονέα	Απόφοιτος Λυκείου	31	36
	Απόφοιτος ΤΕΙ ή ΑΕΙ	34	39,5
	Μεταπτυχιακές σπουδές	21	24,4

Το 53,5% των παιδιών των συμμετεχόντων ήταν αγόρια και η μέση ηλικία τους ήταν τα 6,2 έτη (SD=1,5 έτη). Επίσης, το 67,4% των συμμετεχόντων διέμεναν σε πόλη, το 46,4% είχαν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα πάνω από 15.000 ευρώ και το 39,5% ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ ή ΑΕΙ.

Στο γράφημα 1 που ακολουθεί δίνεται το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων :

Γράφημα 1

Μορφωτικό επίπεδο γονέων



Στον πίνακα 2 δίνονται τα στοιχεία που αφορούν το σχολείο των παιδιών των συμμετεχόντων :

Πίνακας 2

Στοιχεία σχετικά με το σχολικό πλαίσιο των παιδιών

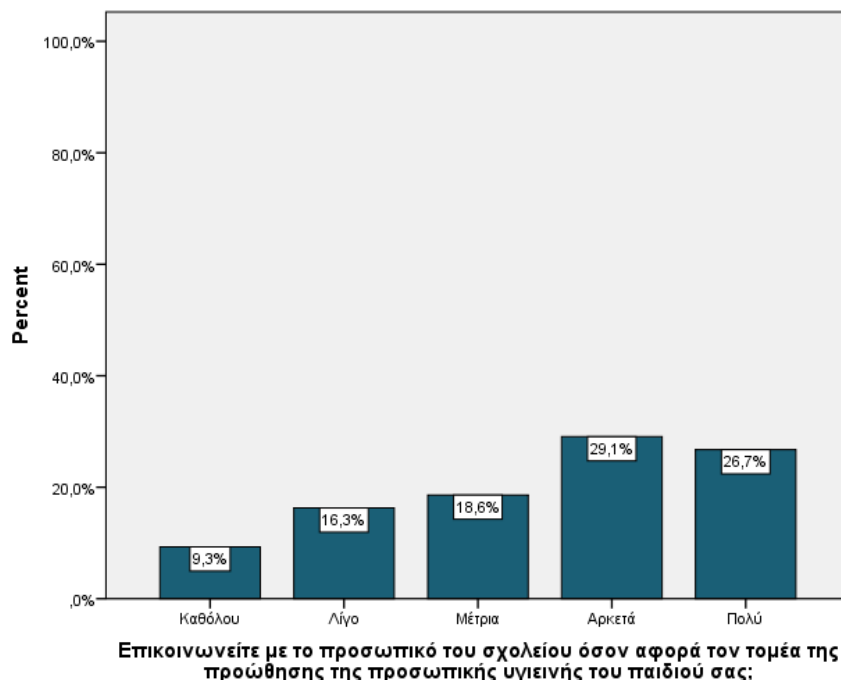
		N	%
Παρακολουθούσε το παιδί σας τα μαθήματα του σχολείου πριν την πανδημία του Covid-19;	Καθόλου	2	2,3
	Λίγο	2	2,3
	Μέτρια	11	12,8
	Αρκετά	29	33,7
	Πολύ	42	48,8
Παρακολουθεί το παιδί σας τα μαθήματα του σχολείου εν μέσω της πανδημίας του Covid-19 ;	Καθόλου	7	8,1
	Λίγο	10	11,6
	Μέτρια	13	15,1
	Αρκετά	30	34,9
	Πολύ	26	30,2
Σε τι σχολείο πηγαίνει το παιδί σας;	Τυπικό Σχολείο	65	75,6
	Ειδικό Σχολείο	21	24,4
Το σχολείο του είναι	Ιδιωτικό	24	27,9
	Δημόσιο	62	72,1
	Εργοθεραπείας	8	9,3
	Λογοθεραπείας	6	7
Το παιδί παρακολουθεί συνεδρίες	Φυσιοθεραπείας	11	12,8
	Ειδικής Αγωγής	4	4,7
	Άλλο	57	66,3
	Καθόλου	8	9,3
Επικοινωνείτε με το προσωπικό του σχολείου όσον αφορά τον τομέα της προώθησης της προσωπικής υγιεινής του παιδιού σας;	Λίγο	14	16,3
	Μέτρια	16	18,6
	Αρκετά	25	29,1
	Πολύ	23	26,7

Το 48,8% των παιδιών των συμμετεχόντων παρακολουθούσαν πολύ τα μαθήματα του σχολείου πριν την πανδημία του Covid-19, ποσοστό που εν μέσω πανδημίας έπεσε στο 30,2%. Το 24,4% των παιδιών πηγαίνουν σε ειδικό σχολείο, το 27,9% σε ιδιωτικό, ενώ το 12,8% παρακολουθούν συνεδρίες Φυσιοθεραπείας. Τέλος, το 29,1% των συμμετεχόντων επικοινωνούσαν αρκετά συχνά με το προσωπικό του σχολείου για θέματα σχετικά με την προώθηση της προσωπικής υγιεινής του παιδιού τους.

Στο γράφημα 2 που ακολουθεί δίνεται η συχνότητα επικοινωνίας των γονέων με το προσωπικό του σχολείου για θέματα σχετικά με την προώθηση της προσωπικής υγιεινής του παιδιού τους :

Γράφημα 2

Επικοινωνία γονέων με το προσωπικό του σχολείου



Στο γράφημα 3 που ακολουθεί δίνεται η συχνότητα με την οποία τα παιδιά των συμμετεχόντων παρακολουθούσαν τα μαθήματα του σχολείου πριν και εν μέσω πανδημίας :

Γράφημα 3

Συχνότητα παρακολούθησης μαθημάτων του σχολείου



Ακολουθώς, δίνεται ο πίνακας 3 με τα στοιχεία που αφορούν τις απόψεις των γονέων για τους κανόνες/πρακτικές προσωπικής υγιεινής και την εφαρμογή αυτών από τα παιδιά τους :

Πίνακας 3

Απόψεις των γονέων για τους κανόνες/πρακτικές προσωπικής υγιεινής και την εφαρμογή τους

		N	%
	Καθόλου	1	1,2
Ελέγχετε εάν το παιδί εφαρμόζει στο σπίτι τις πρακτικές προσωπικής υγιεινής που διδάχτηκε στο σχολείο;	Λίγο	7	8,1
	Μέτρια	22	25,6
	Αρκετά	31	36
	Πολύ	25	29,1
	Πλύσιμο σώματος	16	18,6
Ποια συνήθεια προσωπικής υγιεινής θεωρείτε πιο σπουδαία ώστε να την ενισχύετε και στο σπίτι	Καλό στέγνωμα όλων των περιοχών του σώματος μετά από το μπάνιο	2	2,3
	Αλλαγή σε εσώρουχα και κάλτσες	3	3,5
	Αλλαγή ρούχων μετά την επιστροφή από το σχολείο , την παιδική χαρά κλπ	16	18,6
	Πλύσιμο χεριών (πριν το φαγητό, μετά από την τουαλέτα)	39	45,3
	Πλύσιμο δοντιών	7	8,1
Ποια από τις παρακάτω μεθόδους/προσεγγίσεις θεωρείτε πιο χρήσιμη για την ενίσχυση των δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής του παιδιού σας	Φαγητό	3	3,5
	PECS(Εικόνες)	10	11,6
	Βίντεο	7	8,1
	Υλική βοήθεια	10	11,6
	Επιβράβευση	48	55,8
Έχετε παρατηρήσει αλλαγές στις συνήθειες προσωπικής υγιεινής του παιδιού σας λόγω της πανδημίας του Covid-19;	Δεν ξέρω	11	12,8
	Καθόλου	17	19,8
	Λίγο	14	16,3
	Μέτρια	17	19,8
	Αρκετά	28	32,6
Ποιον κανόνα προσωπικής υγιεινής τηρείτε με το παιδί σας περισσότερο τις μέρες της πανδημίας του Covid-19;	Πολύ	10	11,6
	Συχνό πλύσιμο χεριών	40	46,5
	Χρήση μάσκας	30	34,9
	Χρήση αντισηπτικού	16	18,6

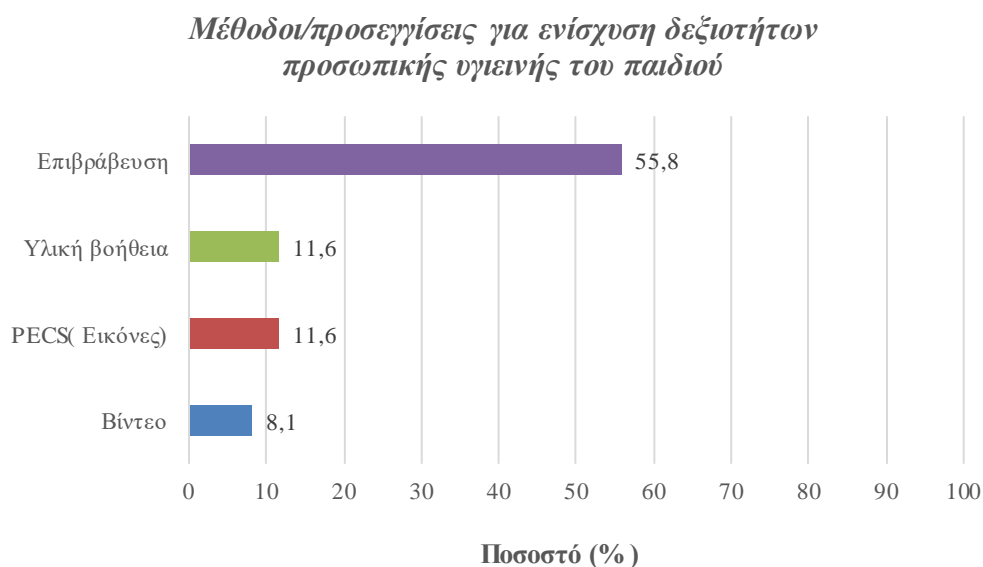
Το 36% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ελέγχει αρκετά συχνά εάν το παιδί του εφαρμόζει στο σπίτι τις πρακτικές προσωπικής υγιεινής που διδάχτηκε στο σχολείο. Επίσης, το 45,3% θεωρούν το

συχνό πλύσιμο των χεριών, ως την πιο σπουδαία συνήθεια προσωπικής υγιεινής με το 46,5% να την τηρεί περισσότερο και στο σπίτι. Τέλος, το 55,8% θεωρεί την επιβράβευση ως την πιο χρήσιμη μέθοδο για την ενίσχυση των δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής του παιδιού τους και το 32,6% έχει παρατηρήσει αρκετές αλλαγές στις συνήθειες προσωπικής υγιεινής του παιδιού του λόγω της πανδημίας του Covid-19.

Στο γράφημα 4 που ακολουθεί δίνονται οι μέθοδοι/προσεγγίσεις που οι συμμετέχοντες θεωρούσαν πιο χρήσιμες, για την ενίσχυση των δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής του παιδιού τους, με φθίνουσα σειρά :

Γράφημα 4

Μέθοδοι/προσεγγίσεις για ενίσχυση δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής του παιδιού



Στους πίνακες 4,5 ακολούθως δίνεται η συχνότητα επικοινωνίας των συμμετεχόντων με το σχολείο για θέματα σχετικά:

- με την προώθηση της προσωπικής υγιεινής του παιδιού τους,
- τη συχνότητα ελέγχου εφαρμογής των πρακτικών υγιεινής από τα παιδιά τους στο σπίτι και

- τις μεθόδους που θεωρούνται πιο χρήσιμες για την ενίσχυση των δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής,

ανάλογα με το : 1) ετήσιο οικογενειακό τους εισόδημα και 2) το μορφωτικό τους επίπεδο.

Πίνακας 4

Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

	Ετήσιο εισόδημα οικογένειας				P Pearson's x2 test	
	Εως 15.000		Πάνω από 15.000			
	N	%	N	%		
Επικοινωνείτε με το προσωπικό του σχολείου όσον αφορά τον τομέα της προώθησης της προσωπικής υγιεινής του παιδιού σας;	Καθόλου/Λίγο/Μέτρια	18	40	19	48,7	0,563
	Αρκετά	15	33,3	9	23,1	
	Πολύ	12	26,7	11	28,2	
Ελέγχετε εάν το παιδί εφαρμόζει στο σπίτι τις πρακτικές προσωπικής υγιεινής που διδάχτηκε στο σχολείο	Καθόλου/Λίγο/Μέτρια	15	33,3	15	38,5	0,490
	Αρκετά	19	42,2	11	28,2	
	Πολύ	11	24,4	13	33,3	
Ποια από τις παρακάτω μεθόδους/προσεγγίσεις θεωρείτε πιο χρήσιμη για την ενίσχυση των δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής του παιδιού σας	Επιβράβευση	19	52,8	28	75,7	0,041
	PECS(Εικόνες)/Βίντεο/Υλική βοήθεια	17	47,2	9	24,3	

Τα ποσοστά αυτών που θεωρούσαν την επιβράβευση ως την πιο χρήσιμη μέθοδο/προσέγγιση για την ενίσχυση των δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής του παιδιού τους έναντι των υπόλοιπων μεθόδων ήταν σημαντικά υψηλότερα στους συμμετέχοντες με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα άνω των 15.000 ευρώ.

Πίνακας 5

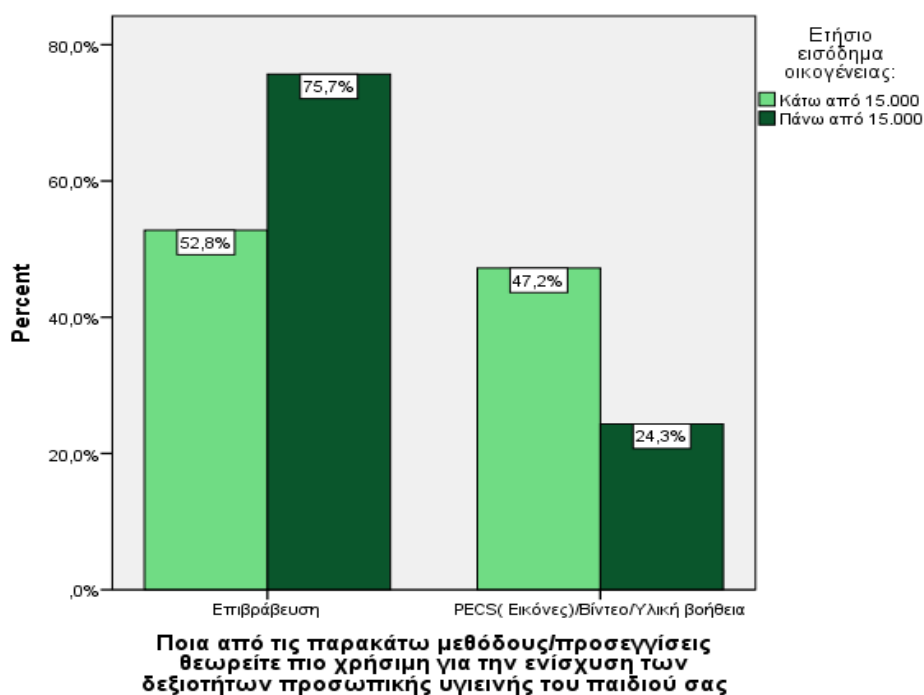
Μορφωτικό επίπεδο γονέα

		Μορφωτικό επίπεδο γονέα						P Pearson's x2 test
		Απόφοιτος Λυκείου		Απόφοιτος ΤΕΙ ή ΑΕΙ		Μεταπτυχιακές σπουδές		
		N	%	N	%	N	%	
Επικοινωνείτε με το προσωπικό του σχολείου όσον αφορά τον τομέα της προώθησης της προσωπικής υγιεινής του παιδιού σας;	Καθόλου/Λίγο/Μέτρια	14	45,2	16	47,1	8	38,1	0,378
	Αρκετά	11	35,5	10	29,4	4	19	
	Πολύ	6	19,4	8	23,5	9	42,9	
Ελέγχετε εάν το παιδί εφαρμόζει στο σπίτι τις πρακτικές προσωπικής υγιεινής που διδάχτηκε στο σχολείο;	Καθόλου/Λίγο/Μέτρια	11	35,5	14	41,2	5	23,8	0,025
	Αρκετά	14	45,2	13	38,2	4	19	
	Πολύ	6	19,4	7	20,6	12	57,1	
Ποια από τις παρακάτω μεθόδους/προσεγγίσεις θεωρείτε πιο χρήσιμη για την ενίσχυση των δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής του παιδιού σας	Επιβράβευση	14	53,8	19	65,5	15	75	0,326
	PECS(
	Εικόνες)/Βίντεο/Υλική βοήθεια	12	46,2	10	34,5	5	25	

Στο γράφημα 5 που ακολουθεί δίνονται οι μέθοδοι/προσεγγίσεις που οι συμμετέχοντες θεωρούν πιο χρήσιμες για την ενίσχυση των δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής του παιδιού τους, ανάλογα με το ετήσιο οικογενειακό τους εισόδημα :

Γράφημα 5

Μέθοδοι/προσεγγίσεις για την ενίσχυση δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής ανάλογα με το ετήσιο εισόδημα της οικογένειας

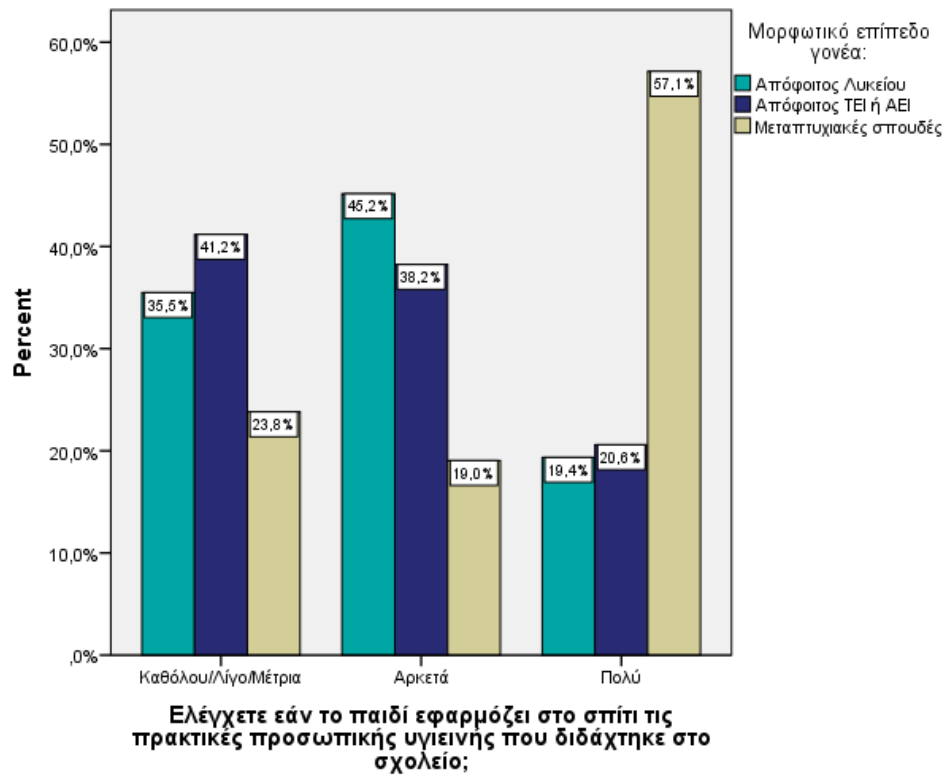


Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που έλεγξαν πολύ συχνά εάν το παιδί εφαρμόζει στο σπίτι τις πρακτικές προσωπικής υγιεινής που διδάχτηκε στο σχολείο, ήταν σημαντικά υψηλότερα στους συμμετέχοντες που ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακών σπουδών.

Ακολούθως στο γράφημα 6, δίνεται ο βαθμός στον οποίον οι συμμετέχοντες έλεγξαν εάν τα παιδιά τους εφαρμόζαν στο σπίτι τις πρακτικές προσωπικής υγιεινής που διδάχτηκαν στο σχολείο, ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο.

Γράφημα 6

Βαθμός ελέγχου πρακτικών εφαρμογής προσωπικής υγιεινής ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των γονέων



Αποτελέσματα (Εκπαιδευτικοί / ΕΕΠ και ΕΒΠ)

Το δείγμα των εκπαιδευτικών αποτελείται από 81 άτομα, των οποίων τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία δίνονται στον πίνακα 6 που ακολουθεί :

Πίνακας 6

Δημογραφικά χαρακτηριστικά Εκπαιδευτικών / ΕΕΠ και ΕΒΠ

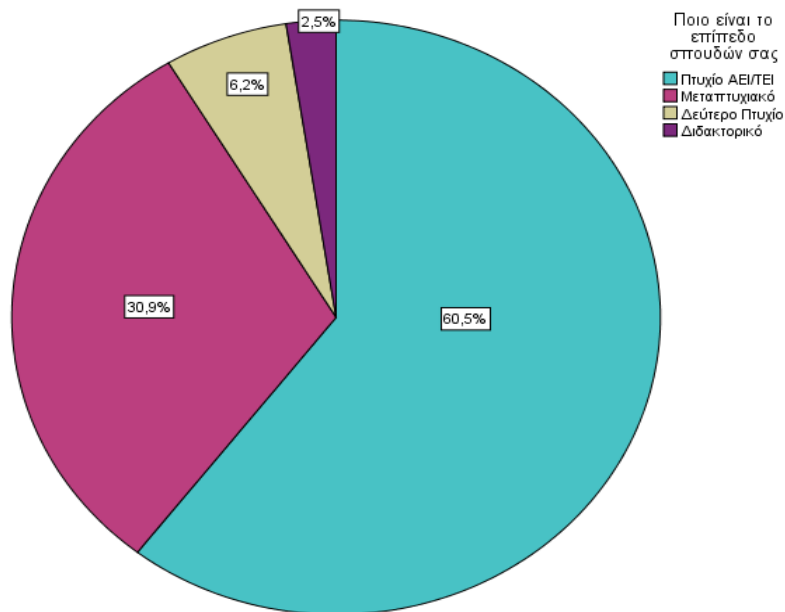
		N	%
Φύλο	Θύλη	73	90,1
	Άρρεν	8	9,9
Ηλικία (έτη)	23-35	46	56,8
	35-50	20	24,7
	Πάνω από 50	15	18,5
	Παιδαγωγός	19	23,5
Ειδικότητα	Ειδική Παιδαγωγός	23	28,4
	Νηπιαγωγός	4	4,9
	Ειδική Νηπιαγωγός	5	6,2
	Εργοθεραπευτής/τρια	10	12,3
	Λογοθεραπευτής/τρια	12	14,8
	Φυσιοθεραπευτής/τρια	6	7,4
	Σχολική Νοσηλεύτρια	2	2,5
Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας	Πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ	49	60,5
	Μεταπτυχιακό	25	30,9
	Δεύτερο Πτυχίο	5	6,2
	Διδακτορικό	2	2,5
	Τυπικό Σχολείο	16	19,8
Σε τι πλαίσιο εργάζεστε	Ειδικό Σχολείο	20	24,7
	Τμήμα Ένταξης	2	2,5
	Παράλληλη Στήριξη	19	23,5
	Κέντρο Θεραπείας	24	29,6

Το 90,1% των συμμετεχόντων εκπαιδευτικών ήταν γυναίκες και το 56,8% είχαν ηλικία 23-35 έτη. Επίσης, το 30,9% ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακών σπουδών, το 24,7% εργάζονταν σε Ειδικό σχολείο και το 28,4% είχαν ειδικότητα Ειδικού Παιδαγωγού.

Στο γράφημα 7 που ακολουθεί δίνεται το επίπεδο σπουδών των συμμετεχόντων :

Γράφημα 7

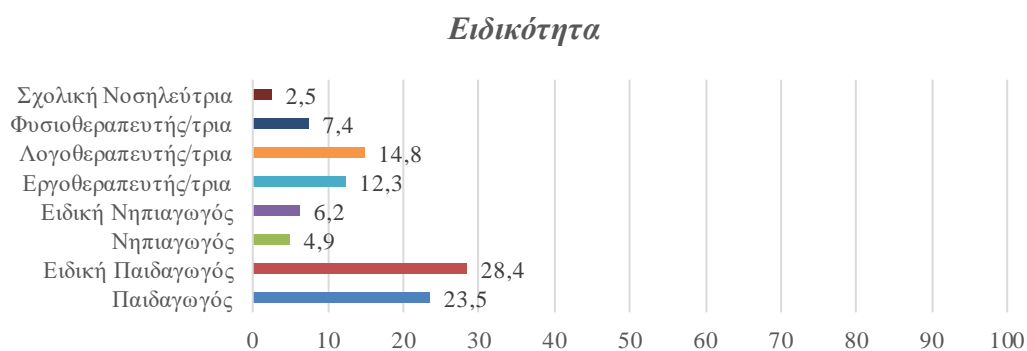
Επίπεδο σπουδών Εκπαιδευτικών/ ΕΕΠ και ΕΒΠ



Στο παρακάτω γράφημα 8 δίνεται η ειδικότητα των συμμετεχόντων :

Γράφημα 8

Ειδικότητα των Εκπαιδευτικών / ΕΕΠ και ΕΒΠ



Στον ακόλουθο πίνακα 7 δίνονται τα στοιχεία σχετικά με την κατάρτιση των συμμετεχόντων σε θέματα Αγωγής Υγείας και σχετικά με τις μεθόδους διδασκαλίας προσωπικής υγιεινής των παιδιών :

Πίνακας 7

Κατάρτιση Εκπαιδευτικών / ΕΕΠ και ΕΒΠ για θέματα Αγωγής Υγείας

		N	%
Παρακολούθησατε ποτέ σεμινάριο ή διάλεξη που το θέμα του να ήταν συναφές ή να αφορούσε την Αγωγή-Προαγωγή της Υγείας;	Ναι	56	69,1
	Όχι	25	30,9
Έχετε συμμετάσχει σε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας που πραγματοποιήθηκε στο σχολείο κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας σας;	Ναι	30	37
	Όχι	51	63
	Καθόλου	4	4,9
	Λίγο	2	2,5
Θα επιθυμούσατε μελλοντικά να συμμετάσχετε σε κάποιο οργανωμένο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας	Μέτρια	7	8,6
	Αρκετά	25	30,9
	Πολύ	43	53,1
	PECS	19	24,1
	Ποια από τις παρακάτω μεθόδους θεωρείτε πιο αποτελεσματική για την διδασκαλία της προσωπικής υγιεινής;	Κοινωνικές Ιστορίες	30
Βίντεο Μοντελοποίηση		11	13,9
Χρήση Τεχνολογικών Μέσων		19	24,1
Καθόλου		0	0
Πιστεύετε ότι οι παραπάνω μέθοδοι είναι αποτελεσματικές για την κατάκτηση της προσωπικής υγιεινής των παιδιών;	Λίγο	1	1,3
	Μέτρια	9	11,3
	Αρκετά	46	57,5
	Πολύ	24	30

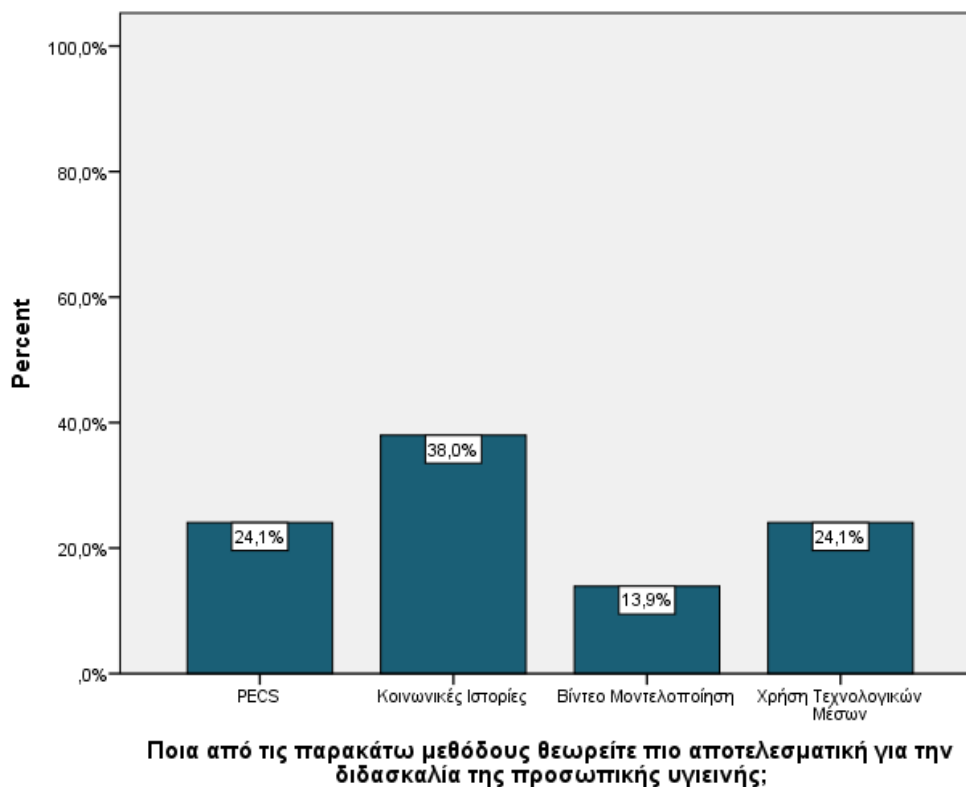
Το 69,1% των συμμετεχόντων είχε παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο ή διάλεξη που το θέμα του ήταν συναφές ή αφορούσε την Αγωγή-Προαγωγή της Υγείας και το 37% είχε συμμετάσχει σε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας που πραγματοποιήθηκε στο σχολείο κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας τους. Επίσης, το 53,1% δήλωσε ότι θα επιθυμούσε πολύ, μελλοντικά να συμμετάσχει σε κάποιο οργανωμένο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας.

Σε ποσοστό 38% οι συμμετέχοντες θεωρούσαν τις Κοινωνικές Ιστορίες ως την πιο αποτελεσματική μέθοδο για τη διδασκαλία της προσωπικής υγιεινής στους μαθητές με το 57,5% να θεωρεί όλες αυτές τις μεθόδους (PECS, Κοινωνικές Ιστορίες, Βίντεο Μοντελοποίηση, Χρήση Τεχνολογικών Μέσων) στο σύνολο τους αρκετά αποτελεσματικές.

Στο γράφημα 9 που ακολουθεί δίνονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το ποια μέθοδο θεωρούσαν πιο αποτελεσματική για τη διδασκαλία της προσωπικής υγιεινής στους μαθητές :

Γράφημα 9

Απόψεις αποτελεσματικότερης μεθόδου διδασκαλίας προσωπικής υγιεινής



Στον πίνακα 8 δίνεται ο βαθμός παροχής συμβουλών/διδακτικών πρακτικών των συμμετεχόντων στους μαθητές για θέματα προσωπικής υγιεινής και ο βαθμός συνεργασίας τους με το υπόλοιπο προσωπικό και τους γονείς για την καλύτερη προώθηση και κατάκτηση των πρακτικών αυτών:

Πίνακας 8

Βαθμός παροχής συμβουλών/διδασκικών πρακτικών των συμμετεχόντων στους μαθητές για θέματα προσωπικής υγιεινής και συνεργασία γονέων με Εκπαιδευτικούς και ΕΕΠ,ΕΒΠ

	Καθόλου N(%)	Λίγο N(%)	Μέτρια N(%)	Αρκετά N(%)	Πολύ N(%)	Αρκετά/ Πολύ (%)
Παρέχετε συμβουλές και διδακτικές πρακτικές στους μαθητές σας για θέματα που αφορούν την προσωπική τους υγιεινή;	4(4,9)	3(3,7)	14(17,3)	30(37)	30(37)	74
Συνεργάζεστε με το υπόλοιπο προσωπικό (εκπαιδευτικούς, ΕΕΠ,ΕΒΠ) στον τομέα της διδασκαλίας της προσωπικής υγιεινής των παιδιών;	7(8,6)	10(12,3)	16(19,8)	30(37)	18(22,2)	59,2
Συνεργάζεστε με τους γονείς των παιδιών για την προώθηση πρακτικών που στοχεύουν στην κατάκτηση δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής;	5(6,2)	11(13,6)	12(14,8)	27(33,3)	26(32,1)	65,4

Σε υψηλό ποσοστό 83,3% οι συμμετέχοντες παρείχαν αρκετά/πολύ, συμβουλές και διδακτικές πρακτικές στους μαθητές τους για θέματα που αφορούν την προσωπική τους υγιεινή. Επίσης, υψηλός ήταν ο βαθμός συνεργασίας των συμμετεχόντων με το υπόλοιπο προσωπικό (εκπαιδευτικούς, ΕΕΠ,ΕΒΠ) στον τομέα της διδασκαλίας της προσωπικής υγιεινής των παιδιών σε ποσοστό 65,4%.

Ακολουθως στον πίνακα 9 δίνεται ο βαθμός στον οποίον οι συμμετέχοντες θεωρούσαν πως οι μαθητές έχουν συμμορφωθεί με τις νέες συνήθειες προσωπικής υγιεινής λόγω Covid-19 :

Πίνακας 9

Απόψεις Εκπαιδευτικών και ΕΕΠ,ΕΒΠ σχετικά με τους κανόνες υγιεινής λόγω Covid-19

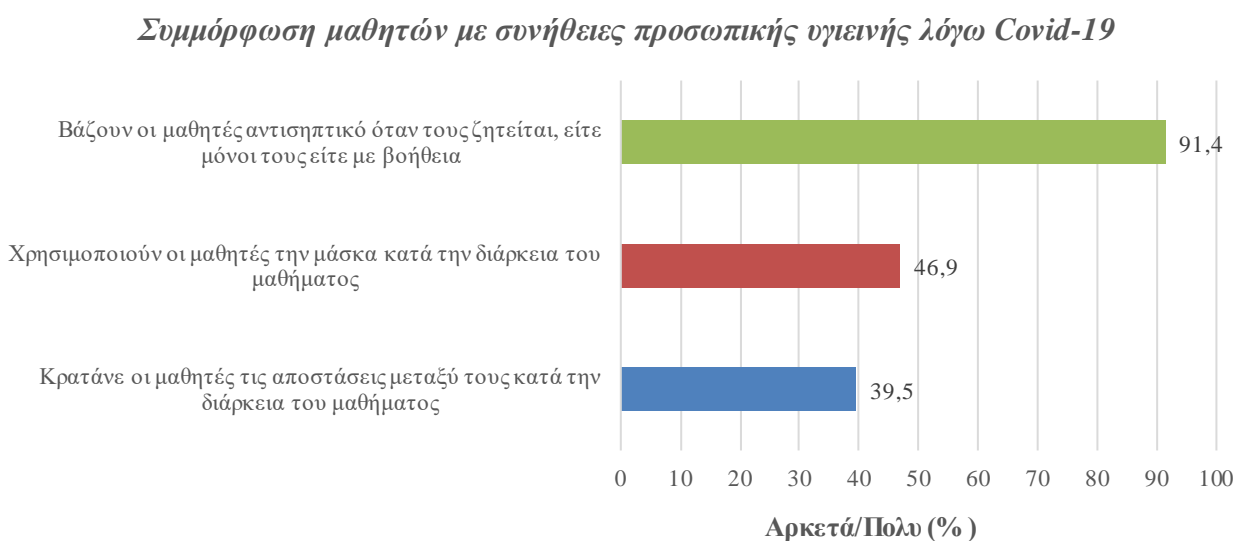
	Καθόλου N(%)	Λίγο N(%)	Μέτρια N(%)	Αρκετά N(%)	Πολύ N(%)	Αρκετά/ Πολύ (%)
Έχουν προσαρμοστεί οι μαθητές στις νέες συνήθειες προσωπικής υγιεινής λόγω Covid-19	1(1,2)	16(19,8)	19(23,5)	34(42)	11(13,6)	55,6
Χρησιμοποιούν οι μαθητές την μάσκα κατά την διάρκεια του μαθήματος	11(13,6)	9(11,1)	23(28,4)	21(25,9)	17(21)	46,9
Βάζουν οι μαθητές αντισηπτικό όταν τους ζητείται, είτε μόνοι τους είτε με βοήθεια	0(0)	3(3,7)	4(4,9)	29(35,8)	45(55,6)	91,4
Κρατάνε οι μαθητές τις αποστάσεις μεταξύ τους κατά την διάρκεια του μαθήματος	16(19,8)	10(12,3)	23(28,4)	21(25,9)	11(13,6)	39,5

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων σε ποσοστό 91,4%, θεωρούσαν ότι οι μαθητές έχουν συμμορφωθεί αρκετά/πολύ στη χρήση αντισηπτικού όταν τους ζητείται, είτε μόνοι τους είτε με βοήθεια και το 39,5% θεωρεί ότι οι μαθητές έχουν συμμορφωθεί αρκετά/πολύ με την τήρηση αποστάσεων μεταξύ τους κατά την διάρκεια του μαθήματος. Επιπλέον, το 55,6% θεωρούσε πως οι μαθητές συνολικά έχουν προσαρμοστεί αρκετά/πολύ στις νέες συνήθειες προσωπικής υγιεινής λόγω Covid-19.

Στο γράφημα 10 που ακολουθεί δίνεται με φθίνουσα σειρά ο βαθμός συμμόρφωσης των μαθητών στις νέες συνήθειες προσωπικής υγιεινής λόγω Covid-19 :

Γράφημα 10

Συμμόρφωση μαθητών με συνήθειες προσωπικής υγιεινής λόγω Covid-19



Στους πίνακες 10,11 που ακολουθούν δίνεται:

- ο βαθμός παροχής συμβουλών/διδασκικών πρακτικών των συμμετεχόντων στους μαθητές για θέματα προσωπικής υγιεινής,
- ο βαθμός συνεργασίας τους με το υπόλοιπο προσωπικό και τους γονείς για την καλύτερη προώθηση και την κατάκτηση αυτών των πρακτικών και
- οι μέθοδοι που θεωρούσαν πιο αποτελεσματικές για τη διδασκαλία της προσωπικής υγιεινής,

ανάλογα με το : 1) αν είχαν παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο ή διάλεξη που το θέμα του ήταν συναφές ή αφορούσε την Αγωγή- Προαγωγή της Υγείας και 2) αν είχαν συμμετάσχει σε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας που πραγματοποιήθηκε στο σχολείο κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας τους.

Πίνακας 10

Παρακολούθηση Σεμιναρίου ή διάλεξης σχετικό με την Αγωγή- Προαγωγή της Υγείας

		Παρακολουθήσατε ποτέ σεμινάριο ή διάλεξη που το θέμα του να ήταν συναφές ή να αφορούσε την Αγωγή- Προαγωγή της Υγείας;				P Pearson's x2 test
		Ναι		Όχι		
		N	%	N	%	
Παρέχετε συμβουλές και διδακτικές πρακτικές στους μαθητές σας για θέματα που αφορούν την προσωπική τους υγιεινή;	Καθόλου/Λίγο/Μέτρια	13	23,2	8	32	0,679
	Αρκετά	21	37,5	9	36	
	Πολύ	22	39,3	8	32	
Συνεργάζεστε με το υπόλοιπο προσωπικό (εκπαιδευτικούς, ΕΕΠ,ΕΒΠ) στον τομέα της διδασκαλίας της προσωπικής υγιεινής των παιδιών;	Καθόλου/Λίγο/Μέτρια	22	39,3	11	44	0,667
	Αρκετά	20	35,7	10	40	
	Πολύ	14	25	4	16	
Συνεργάζεστε με τους γονείς των παιδιών για την προώθηση πρακτικών που στοχεύουν στην κατάκτηση δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής;	Καθόλου/Λίγο/Μέτρια	18	32,1	10	40	0,570
	Αρκετά	18	32,1	9	36	
	Πολύ	20	35,7	6	24	
Ποια από τις παρακάτω μεθόδους θεωρείτε πιο αποτελεσματική για την διδασκαλία της προσωπικής υγιεινής;	Κοινωνικές Ιστορίες	19	35,2	11	44	0,503
	PECS/Βίντεο Μοντελοποίηση	20	37	10	40	
	Χρήση Τεχνολογικών Μέσων	15	27,8	4	16	

Εάν οι συμμετέχοντες είχαν παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο ή διάλεξη που το θέμα του να ήταν συναφές ή να αφορούσε την Αγωγή- Προαγωγή της Υγείας δε βρέθηκε να σχετίζεται με κανένα από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Πίνακας 11

Συμμετοχή σε Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας που πραγματοποιήθηκε στο σχολείο

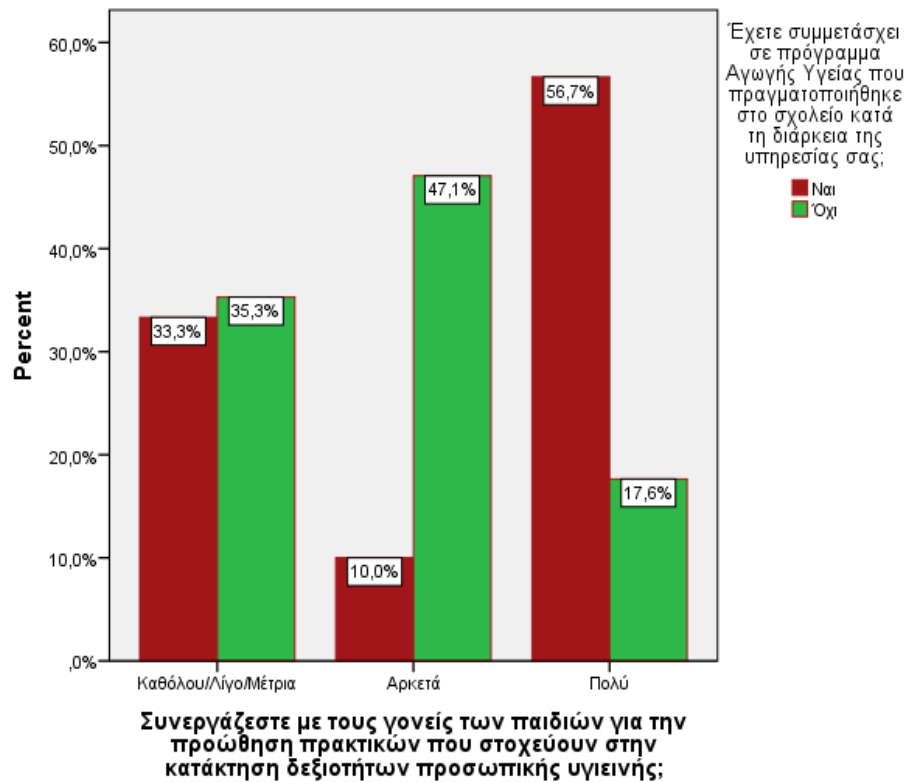
		Έχετε συμμετάσχει σε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας που πραγματοποιήθηκε στο σχολείο κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας σας				P Pearson's x2 test
		Ναι		Όχι		
		N	%	N	%	
Παρέχετε συμβουλές και διδακτικές πρακτικές στους μαθητές σας για θέματα που αφορούν την προσωπική τους υγιεινή;	Καθόλου/Λίγο/Μέτρια	6	20	15	29,4	0,066
	Αρκετά	8	26,7	22	43,1	
	Πολύ	16	53,3	14	27,5	
Συνεργάζεστε με το υπόλοιπο προσωπικό (εκπαιδευτικούς, ΕΕΠ,ΕΒΠ) στον τομέα της διδασκαλίας της προσωπικής υγιεινής των παιδιών;	Καθόλου/Λίγο/Μέτρια	9	30	24	47,1	0,013
	Αρκετά	9	30	21	41,2	
	Πολύ	12	40	6	11,8	
Συνεργάζεστε με τους γονείς των παιδιών για την προώθηση πρακτικών που στοχεύουν στην κατάκτηση δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής;	Καθόλου/Λίγο/Μέτρια	10	33,3	18	35,3	<0,001
	Αρκετά	3	10	24	47,1	
	Πολύ	17	56,7	9	17,6	
Ποια από τις παρακάτω μεθόδους θεωρείτε πιο αποτελεσματική για την διδασκαλία της προσωπικής υγιεινής;	Κοινωνικές Ιστορίες	5	17,9	25	49	0,011
	PECS/Βίντεο Μοντελοποίηση	12	42,9	18	35,3	
	Χρήση Τεχνολογικών Μέσων	11	39,3	8	15,7	

Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που συνεργάζονταν με το υπόλοιπο προσωπικό στον τομέα της διδασκαλίας της προσωπικής υγιεινής, όσων συνεργάζονταν με τους γονείς των παιδιών για την προώθηση πρακτικών που στοχεύουν στην κατάκτηση δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής και όσων θεωρούσαν τη χρήση τεχνολογικών μέσων ως την πιο αποτελεσματική μέθοδο για την διδασκαλία της προσωπικής υγιεινής, ήταν σημαντικά υψηλότερα στους συμμετέχοντες που είχαν συμμετάσχει σε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας που πραγματοποιήθηκε στο σχολείο κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας τους.

Στο γράφημα 11 που ακολουθεί δίνεται ο βαθμός συνεργασίας των συμμετεχόντων με τους γονείς των παιδιών για την προώθηση δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής, ανάλογα με το εάν είχαν συμμετάσχει ποτέ σε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας που πραγματοποιήθηκε στο σχολείο :

Γράφημα 11

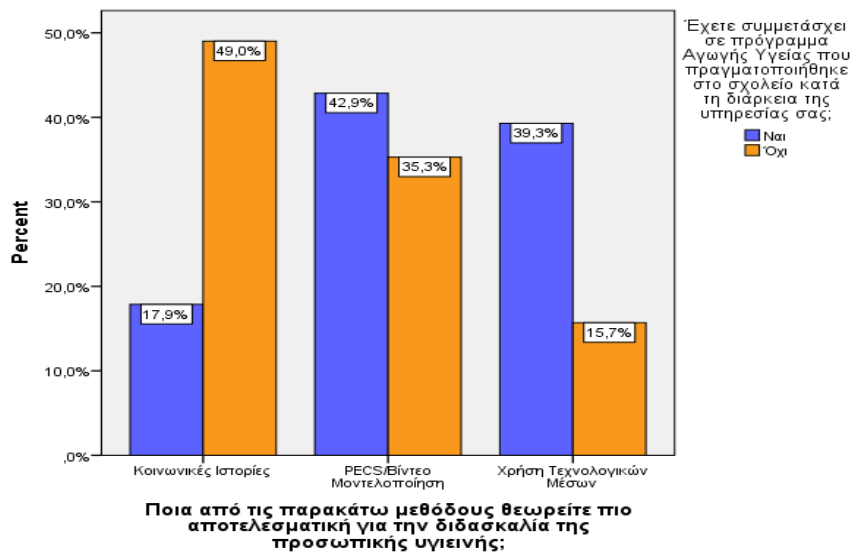
Βαθμός συνεργασίας Εκπαιδευτικών /ΕΕΠ, ΕΒΠ με γονείς και συμμετοχή τους σε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας



Στο γράφημα 12 που ακολουθεί δίνονται οι μέθοδοι που οι συμμετέχοντες θεωρούν πιο αποτελεσματικές για τη διδασκαλία της προσωπικής υγιεινής, ανάλογα με το αν είχαν συμμετάσχει ποτέ σε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας που πραγματοποιήθηκε στο σχολείο :

Γράφημα 12

Αποτελεσματικότερη μέθοδος για τη διδασκαλία προσωπικής υγιεινής ανάλογα με την συμμετοχή των Εκπαιδευτικών / ΕΕΠ και ΕΒΠ σε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας στο σχολείο.



Αποτελέσματα (Κλίμακα Παροχής Βοήθειας-Αυτοεξυπηρέτηση καθημερινών βασικών δραστηριοτήτων, PEDI)

Το δείγμα που αξιολογήθηκε σχετικά με την ανάγκη παροχής βοήθειας σε θέματα καθημερινών βασικών δραστηριοτήτων αποτελείται από 49 παιδιά, για τα οποία το φύλο, η ηλικία και η διάγνωση δίνονται στον πίνακα 12 που ακολουθεί :

Πίνακας 12

Δημογραφικά χαρακτηριστικά παιδιών

		N	%
Φύλο	Άρρεν	29	59,2
	Θύλη	20	40,8
Ηλικία (έτη)		6,2 (1,7)	
Διάγνωση	ΔΑΦ	23	46,9
	Εγκεφαλική παράλυση	5	10,2
	Τετραπληγία	5	10,2
	Νοητική στέρηση	4	8,2
	Ψυχοκινητική καθυστέρηση	2	4,1
	ΔΕΠΥ	1	2,0
	Καθυστέρηση Λόγου και Ομιλίας	1	2,0
	Κώφωση	1	2,0
	Σπαστική ημιπάρεση	1	2,0
	Σύνδρομο χρωμοσωμικής ανωμαλίας	1	2,0
	Αναπτυξιακή Διαταραχή Συντονισμού Κινήσεων	1	2,0
	Ειδική αναπτυξιακή διαταραγή λόγου και ομιλίας	1	2,0

Το 59,2% των παιδιών ήταν αγόρια και η μέση ηλικία ήταν τα 6,2 έτη ($SD=1,7$ έτη). Επίσης, το 46,9% είχαν διαγνωσθεί με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), το 10,2% με Εγκεφαλική παράλυση και το 8,2% με Νοητική στέρηση.

Στον ακόλουθο πίνακα 13 δίνεται ο βαθμός στον οποίο τα παιδιά χρειάζονταν βοήθεια σε θέματα καθημερινών βασικών δραστηριοτήτων :

Πίνακας 13

Βαθμός βοήθειας των παιδιών σε θέματα καθημερινών βασικών δραστηριοτήτων

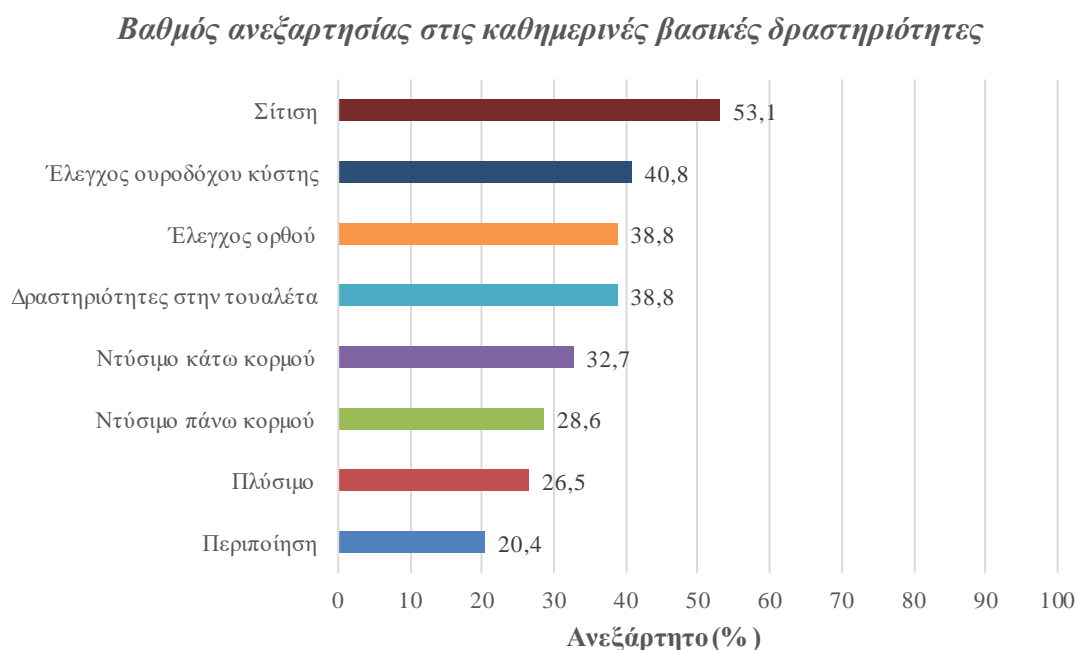
	Παροχή Βοήθειας				Με επίβλεψη N(%)	Ανεξάρτητο N(%)
	Πλήρης N(%)	Μέγιστη N(%)	Μέτρια N(%)	Ελάχιστη N(%)		
Σίτιση: Τρώει και πίνει συνηθισμένα γεύματα. Δεν περιλαμβάνεται ο τεμαχισμός μπριζόλας, το άνοιγμα κονσερβών ή το σερβίρισμα από πιατέλες.	0(0)	7(14,3)	5(10,2)	1(2)	10(20,4)	26(53,1)
Περιποίηση: Βούρτσισμα δοντιών, χτένισμα μαλλιών, φροντίδα μύτης	4(8,2)	8(16,3)	7(14,3)	5(10,2)	15(30,6)	10(20,4)
Πλύσιμο: Πλύσιμο και σκούπισμα χεριών και προσώπου, κάνει μπάνιο ή ντους . Δεν περιλαμβάνεται το να βγει ή να μπει στην ντουζιέρα, η προετοιμασία του νερού, το λούσιμο και το πλύσιμο της πλάτης.	4(8,2)	8(16,3)	6(12,2)	4(8,2)	14(28,6)	13(26,5)
Ντύσιμο πάνω κορμού: Περιλαμβάνει το ντύσιμο του άνω κορμού με ρούχα που χρησιμοποιούνται σε εσωτερικούς χώρους καθώς και τη βοήθεια που προσφέρει για να βάλει ή να βγάλει ένα νάρθηκα ή ένα τεχνητό μέλος. Δεν περιλαμβάνεται η λήψη των ρούχων από τη ντουλάπα ή τα συρτάρια καθώς και το κούμπωμα ρούχου στο πίσω μέρος του σώματος.	1(2)	7(14,3)	9(18,4)	7(14,3)	11(22,4)	14(28,6)
Ντύσιμο κάτω κορμού: Περιλαμβάνει το ντύσιμο του κάτω κορμού με ρούχα που χρησιμοποιούνται σε εσωτερικούς χώρους καθώς και τη βοήθεια που προσφέρει για να βάλει ή να βγάλει ένα νάρθηκα ή ένα τεχνητό μέλος. Δεν περιλαμβάνεται η λήψη των ρούχων από τη ντουλάπα ή τα συρτάρια καθώς και το κούμπωμα ρούχου στο πίσω μέρος του σώματος.	3(6,1)	4(8,2)	10(20,4)	6(12,2)	10(20,4)	16(32,7)
Δραστηριότητες στην τουαλέτα: Περιλαμβάνει το χειρισμό των ρούχων, και των σχετικών συσκευών για τη τήρηση των κανόνων υγιεινής. Δεν περιλαμβάνει την μεταφορά στη τουαλέτα, τη τήρηση του προγράμματος τουαλέτας και το καθάρισμα μετά από σχετικά «ατυχήματα».	6(12,2)	7(14,3)	5(10,2)	4(8,2)	8(16,3)	19(38,8)
Έλεγχος ουροδόχου κύστης: Περιλαμβάνει τον έλεγχο της ούρησης κατά τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας, τη τήρηση του προγράμματος τουαλέτας και το καθάρισμα μετά από σχετικά «ατυχήματα».	8(16,3)	6(12,2)	3(6,1)	6(12,2)	6(12,2)	20(40,8)
Έλεγχος ορθού: Περιλαμβάνει τον έλεγχο της αφόδευσης κατά τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας, τη τήρηση του προγράμματος τουαλέτας και το καθάρισμα μετά από σχετικά «ατυχήματα».	9(18,4)	4(8,2)	5(10,2)	4(8,2)	8(16,3)	19(38,8)

Περισσότερο ανεξάρτητα, σε ποσοστό 53,1%, ήταν τα παιδιά σε θέματα σίτισης και λιγότερο ανεξάρτητα, σε ποσοστό 20,4%, σε θέματα καθημερινής περιποίησης (βούρτσισμα δοντιών, χτένισμα μαλλιών, φροντίδα μύτης).

Στο γράφημα 13 που ακολουθεί δίνεται ο βαθμός αυτοεξυπηρέτησης των μαθητών σε θέματα καθημερινών βασικών δραστηριοτήτων, με φθίνουσα σειρά :

Γράφημα 13

Βαθμός ανεξαρτησίας παιδιών στις καθημερινές βασικές δραστηριότητες



Στη συνέχεια, αθροίστηκαν οι παραπάνω ερωτήσεις που βαθμολογούνταν από 0 (Πλήρης ανάγκη βοήθειας) έως 5 (Ανεξάρτητο) μονάδες και προέκυψε η βαθμολογία Παροχής βοήθειας-Αυτοεξυπηρέτηση βασικών δραστηριοτήτων. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 40 μονάδες με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν λιγότερη ανάγκη από βοήθεια, δηλαδή αυτοεξυπηρέτηση σε μεγαλύτερο βαθμό.

Πίνακας 14

Βαθμολογία Παροχής βοήθειας-Αυτοεξυπηρέτηση βασικών δραστηριοτήτων

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Βαθμολογία Παροχής Βοήθειας-Αυτοεξυπηρέτηση βασικών δραστηριοτήτων	3	40	26 (12,9)	30 (15-37)

Η βαθμολογία κυμαινόταν από 3 έως 40 μονάδες και η μέση τιμή ήταν 26 μονάδες (SD=12,9 μονάδες).

Συσχέτιση βαθμολογίας Παροχής Βοήθειας-Αυτοεξυπηρέτηση βασικών δραστηριοτήτων με φύλο, ηλικία και διάγνωση

Στον πίνακα 15 που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία Παροχής Βοήθειας-Αυτοεξυπηρέτηση βασικών δραστηριοτήτων ανάλογα με το φύλο και τη διάγνωση των συμμετεχόντων.

Πίνακας 15

Βαθμολογία Παροχής Βοήθειας-Αυτοεξυπηρέτηση βασικών δραστηριοτήτων ανάλογα με το φύλο και τη διάγνωση των συμμετεχόντων

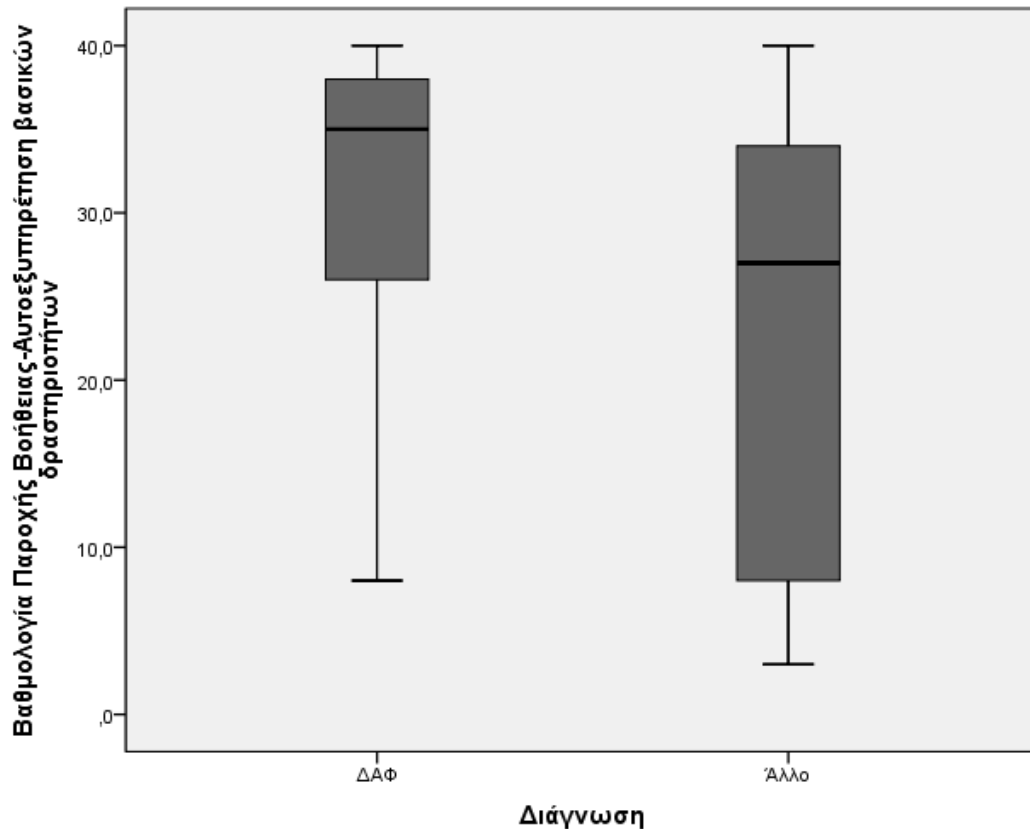
		Βαθμολογία Παροχής Βοήθειας-Αυτοεξυπηρέτηση βασικών δραστηριοτήτων		
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	P Mann Whitney
Φύλο	Άρρεν	26,7 (12.9)	34 (15-37)	0,547
	Θύλη	25,1 (13.2)	29 (13-36,5)	
Διάγνωση	ΔΑΦ	30,3 (10,4)	35 (25-38)	0,030
	Άλλο	22,9 (13,4)	27 (8-34)	

Η βαθμολογία Παροχής Βοήθειας-Αυτοεξυπηρέτηση ήταν σημαντικά υψηλότερη στα παιδιά που είχαν διαγνωσθεί με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ). Χρειαζόντουσαν δηλαδή λιγότερη βοήθεια σε θέματα καθημερινών βασικών δραστηριοτήτων, σε σχέση με εκείνα που η διάγνωση τους ήταν οτιδήποτε άλλο εκτός από ΔΑΦ.

Στο γράφημα 14 δίνεται η βαθμολογία Παροχής Βοήθειας-Αυτοεξυπηρέτηση βασικών δραστηριοτήτων ανάλογα με τη διάγνωση των συμμετεχόντων :

Γράφημα 14

Βαθμολογία Παροχής Βοήθειας-Αυτοεξυπηρέτηση βασικών δραστηριοτήτων ανάλογα με τη διάγνωση των συμμετεχόντων



Στον πίνακα 16 δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman της βαθμολογίας Παροχής Βοήθειας-Αυτοεξυπηρέτηση βασικών δραστηριοτήτων ανάλογα με την ηλικία των συμμετεχόντων:

Πίνακας 16

Συντελεστής συσχέτισης του Spearman της βαθμολογίας Παροχής Βοήθειας-Αυτοεξυπηρέτηση βασικών δραστηριοτήτων ανάλογα με την ηλικία των συμμετεχόντων

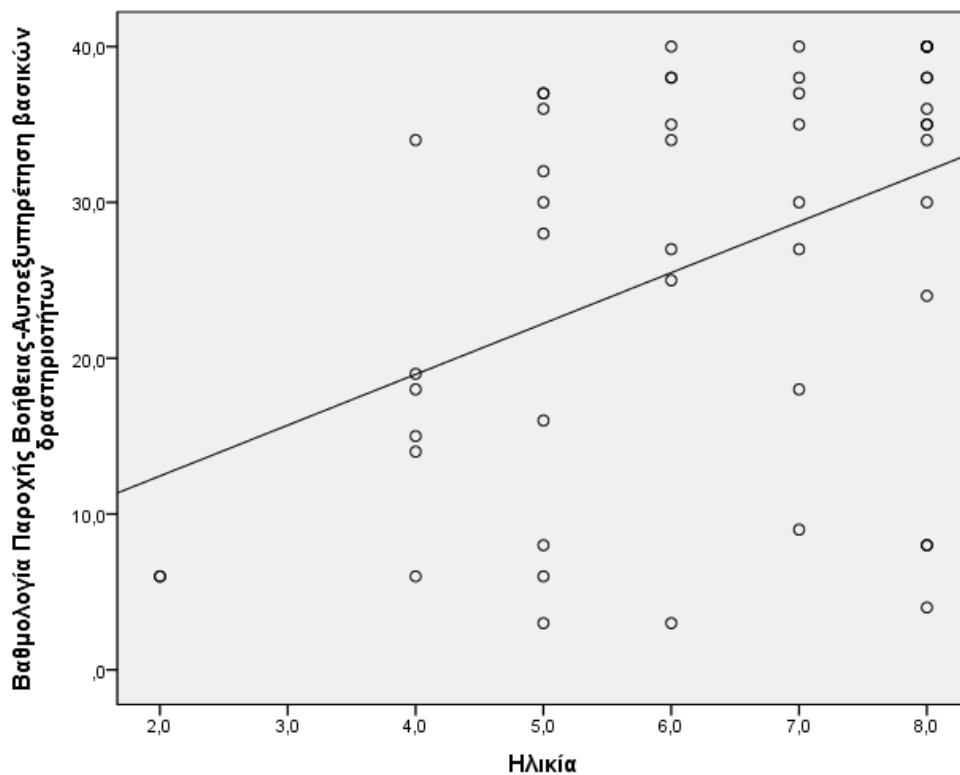
	Βαθμολογία Παροχής Αυτοεξυπηρέτηση δραστηριοτήτων	Βοήθειας-βασικών
Ηλικία	R 0,42	
	P 0,003	

Όσο μεγαλύτερα σε ηλικία ήταν τα παιδιά τόσο λιγότερη βοήθεια χρειάζονταν σε θέματα καθημερινών βασικών δραστηριοτήτων.

Στο γράφημα 15 που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία Παροχής Βοήθειας-Αυτοεξυπηρέτηση βασικών δραστηριοτήτων ανάλογα με την ηλικία των συμμετεχόντων :

Γράφημα 15

Βαθμολογία Παροχής Βοήθειας-Αυτοεξυπηρέτηση βασικών δραστηριοτήτων ανάλογα με την ηλικία των συμμετεχόντων



4.5 Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη είχε σαν στόχο να διερευνήσει, αν και σε τι βαθμό παρέχουν οι Εκπαιδευτικοί και το Ειδικό Εκπαιδευτικό και Βοηθητικό Προσωπικό συμβουλές προσωπικής υγιεινής στους μαθητές με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και ποιο είναι το επίπεδο ανεξαρτησίας των παιδιών αυτών όσον αφορά τους τομείς καθημερινών δεξιοτήτων διαβίωσης. Από τα αποτελέσματά της παρούσας μελέτης φαίνεται, ότι οι Εκπαιδευτικοί και το Ειδικό Εκπαιδευτικό-Βοηθητικό Προσωπικό, σε ποσοστό 83,3%, παρέχουν σε μαθητές 4-7 ετών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες συμβουλές και διδακτικές πρακτικές για θέματα που αφορούν την προσωπική τους υγιεινή. Τα αποτελέσματα που βρέθηκαν όσον αφορά το επίπεδο ανεξαρτησίας και αυτοεξυπηρέτησης των παιδιών με αναπηρία με την κλίμακα του PEDI έδειξε ότι οι τομείς καθημερινών δραστηριοτήτων στους οποίους τα παιδιά είναι περισσότερο ανεξάρτητα, σε ποσοστό 53,1%, είναι σε θέματα σίτισης και λιγότερο ανεξάρτητα, σε ποσοστό 20,4%, σε θέματα καθημερινής περιποίησης (βούρτσισμα δοντιών, χτένισμα μαλλιών, φροντίδα μύτης). Η βαθμολογία παροχής βοήθειας-Αυτοεξυπηρέτηση βασικών δραστηριοτήτων κυμαινόταν από 3 έως 40 μονάδες και η μέση τιμή ήταν 26 μονάδες (SD=12,9 μονάδες). Ο βαθμός αυτοεξυπηρέτησης και παροχής βοήθειας των μαθητών φάνηκε ότι επηρεάζεται ανάλογα με την ηλικία, αλλά και την διάγνωση του κάθε παιδιού, καθώς η βαθμολογία παροχής Βοήθειας-Αυτοεξυπηρέτησης ήταν σημαντικά υψηλότερη στα παιδιά που είχαν διαγνωσθεί με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ). Χρειάζοντουσαν δηλαδή λιγότερη βοήθεια σε θέματα καθημερινών βασικών δραστηριοτήτων, σε σχέση με τα παιδιά με άλλου είδους αναπηρία (Μέση τιμή (SD), 30,3 (10,4)). Παράλληλα, όσο μεγαλύτερα ήταν τα παιδιά ηλικιακά τόσο λιγότερη βοήθεια χρειάζονταν σε θέματα καθημερινών βασικών δραστηριοτήτων, με συντελεστή συσχέτισης Spearman 0,003.

Όσον αφορά το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, εάν υπάρχει συνεργασία ανάμεσα στον Ειδικό Παιδαγωγό, το Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό και τους γονείς στον τομέα της προαγωγής της υγείας, σύμφωνα με τα στοιχεία της παρούσας έρευνας, το 29,1% των γονέων επικοινωνούσαν αρκετά συχνά με το προσωπικό του σχολείου για θέματα σχετικά με την προώθηση της προσωπικής υγιεινής του παιδιού τους. Επίσης, υψηλός ήταν ο βαθμός συνεργασίας των εκπαιδευτικών με το υπόλοιπο προσωπικό (ΕΕΠ,ΕΒΠ) στον τομέα της διδασκαλίας της προσωπικής υγιεινής των παιδιών, σε ποσοστό 65,4%. Τα αποτελέσματα συμφωνούν με τις μέχρι τώρα έρευνες που δείχνουν ότι η συνεργασία, η επικοινωνία και ο συντονισμός μεταξύ των μελών μιας ομάδας, συμπεριλαμβανομένης της οικογένειας συμβάλλουν στη διαδικασία αξιολόγησης, ανάπτυξης προγραμμάτων και παροχής υπηρεσιών (Kilgo, 2006). Με την βοήθεια ενός ολοκληρωμένου ενταξιακού μοντέλου μπορούν να συνδεθούν σχολεία, μαθητές, γονείς αλλά και άλλοι πάροχοι με την πρόληψη της υγείας (Erickson et. al, 2006).

Σχετικά με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση της οικογένειας επηρεάζει τα παιδιά με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στην απόκτηση καθημερινών δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι γονείς ανάλογα με το ετήσιο οικογενειακό τους εισόδημα και το μορφωτικό τους επίπεδο ελέγχουν την εφαρμογή των πρακτικών υγιεινής των παιδιών τους στο σπίτι και τις μεθόδους που θεωρούν πιο χρήσιμες για την ενίσχυση των δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής. Το ποσοστό των γονέων που ελέγχουν εάν το παιδί εφαρμόζει στο σπίτι τις πρακτικές προσωπικής υγιεινής που διδάχτηκε στο σχολείο, είναι σημαντικά υψηλότερο στους συμμετέχοντες που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακών σπουδών σε ποσοστό 57,1 %. Επίσης, το ποσοστό αυτών που θεωρούσαν την επιβράβευση ως την πιο χρήσιμη μέθοδο/προσέγγιση για την ενίσχυση των δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής του παιδιού τους έναντι των υπόλοιπων μεθόδων ήταν σημαντικά υψηλότερο με 75,7% στους γονείς με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα άνω των 15.000 ευρώ. Τα αποτελέσματα δεν έρχονται σε αντίθεση με τις έρευνες της βιβλιογραφίας καθώς σύμφωνα με τους Paquet et al., το 2001 τα παιδιά που προέρχονται από οικογένειες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου εμφανίζουν χαμηλού επιπέδου υγεία και μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνιση χρόνιων προβλημάτων ενώ σύμφωνα με τους Bradley & Corwyn, το 2002 η φτώχεια στην παιδική ηλικία σχετίζεται επίσης με αναπτυξιακά προβλήματα και υψηλότερο κίνδυνο πολλαπλών προβλημάτων υγείας. Το μηνιαίο εισόδημα ενός νοικοκυριού αποδείχθηκε ότι συνδέεται με την απόκτηση καθημερινών δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής (Del Cole et al, 2017).

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα εξετάζει ποια μέθοδος χρησιμοποιείται πιο συχνά στη διδασκαλία των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας από τους Εκπαιδευτικούς και το Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό. Σε ποσοστό 38% οι συμμετέχοντες θεωρούσαν τις Κοινωνικές Ιστορίες ως την πιο αποτελεσματική μέθοδο για την διδασκαλία της προσωπικής υγιεινής στους μαθητές με το 57,5% να θεωρεί όλες αυτές τις μεθόδους (PECS, Κοινωνικές Ιστορίες, Βίντεο Μοντελοποίηση, Χρήση Τεχνολογικών Μέσων) στο σύνολο τους αρκετά αποτελεσματικές. Με βάση τους Marion et al. 2016 οι κοινωνικές ιστορίες έχουν χρησιμοποιηθεί επίσης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης ενώ σε μελέτη περίπτωσης από τους Bledsoe & Simpson, 2003 οι δεξιότητες σίτισης μαθητή με σύνδρομο Asperger βελτιώθηκαν μέσω της παρέμβασης των κοινωνικών ιστοριών. Επιπλέον, το ποσοστό των συμμετεχόντων οι οποίοι θεωρούσαν τη χρήση τεχνολογικών μέσων ως την πιο αποτελεσματική μέθοδο για τη διδασκαλία της προσωπικής υγιεινής, ήταν σημαντικό (39,3%) στους ερωτώμενους οι οποίοι είχαν ήδη συμμετάσχει σε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας τους.

Το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα που αναπτύχθηκε αφορά τον τρόπο με τον οποίο έχει αλλάξει ο παράγοντας της πανδημίας του Covid-19 τις συνήθειες προσωπικής υγιεινής των παιδιών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Το 32,6% των γονέων δηλώνει πως έχει παρατηρήσει αρκετές

αλλαγές στις συνήθειες προσωπικής υγιεινής του παιδιού τους λόγω της πανδημίας του Covid-19 και η πλειονότητα των εκπαιδευτικών και του ΕΕΠ και ΕΒΠ, σε ποσοστό 91,4%, θεωρούσαν ότι οι μαθητές έχουν συμμορφωθεί αρκετά/πολύ με το να βάζουν αντισηπτικό όταν τους ζητείται, είτε μόνοι τους είτε με βοήθεια και το 39,5% ότι οι μαθητές έχουν συμμορφωθεί αρκετά/πολύ με την τήρηση των αποστάσεων μεταξύ τους κατά την διάρκεια του μαθήματος. Επίσης το 55,6% θεωρούσε πως οι μαθητές συνολικά έχουν προσαρμοστεί αρκετά/πολύ στις νέες συνήθειες προσωπικής υγιεινής λόγω Covid-19. Εντούτοις, με βάση τους Galea, Merchant & Lurie, (2020) η ξαφνική αλλαγή στις καθημερινές συνήθειες ήταν αρκετά δύσκολη για τα παιδιά με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και τους γονείς τους δεδομένης της εξάρτησής τους από πολλές καθιερωμένες ρουτίνες. Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας οι μαθητές συνήθισαν και προσαρμόστηκαν στα νέα δεδομένα της πανδημίας. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως σύμφωνα με τους γονείς, το 48,8% των παιδιών με αναπηρία παρακολουθούσαν συχνά τα μαθήματα του σχολείου πριν την πανδημία του Covid-19, ποσοστό που εν μέσω πανδημίας έπεσε στο 30,2%.

Το τελευταίο ερευνητικό ερώτημα αφορά τις γνώσεις των Εκπαιδευτικών και του Ειδικού Εκπαιδευτικού και Βοηθητικού Προσωπικού σχετικά με τα προγράμματα Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας. Το 69,1% των συμμετεχόντων είχε παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο ή διάλεξη που το θέμα του ήταν συναφές ή αφορούσε την Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας και το 37% είχε συμμετάσχει σε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας που πραγματοποιήθηκε στο σχολείο κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας τους. Επίσης, το 53,1% δήλωσε ότι θα επιθυμούσε πολύ, να συμμετάσχει στο μέλλον σε κάποιο οργανωμένο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας. Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που θεωρούσαν τη χρήση τεχνολογικών μέσων ως την πιο αποτελεσματική μέθοδο για την διδασκαλία της προσωπικής υγιεινής, ήταν σημαντικά υψηλότερα σε εκείνους που είχαν συμμετάσχει σε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας. Αυτό αποδεικνύεται και σε έρευνα των Kursat Cagitlay et al, 2019 καθώς οι εκπαιδευτικοί υποστήριζαν πως η χρήση υποστηρικτικών τεχνολογιών δίνει έμφαση στη διδασκαλία των βασικών δεξιοτήτων για την αυτοφροντίδα όπως τον καθαρισμό προσώπου, χεριών και ποδιών. Σύμφωνα με τους Jourdan et al. το 2008 οι εκπαιδευτικοί που είχαν επιμόρφωση και κατάρτιση στον τομέα της Προαγωγής της υγείας συμμετείχαν περισσότερο στην υλοποίηση προγραμμάτων και είχαν μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση στην εκπαίδευση σε θέματα που αφορούσαν την υγεία.

4.6 Συμπεράσματα

Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση και την εμπειρική μελέτη φαίνεται ότι οι Εκπαιδευτικοί και το Ειδικό Εκπαιδευτικό και Βοηθητικό Προσωπικό παρέχουν συχνά συμβουλές για θέματα που αφορούν την Αγωγή Υγείας έτσι ώστε το παιδί με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες να μπορέσει να είναι λειτουργικό και να μάθει να αυτοεξυπηρετείται. Θα πρέπει όμως να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση όχι μόνο στη συνεργασία των Εκπαιδευτικών με το Ειδικό Εκπαιδευτικό και Βοηθητικό Προσωπικό αλλά και με τους φροντιστές του κάθε μαθητή καθώς η οικογενειακή υποστήριξη είναι απαραίτητη και αποτελεί σημαντικό παράγοντα προώθησης και εξάσκησης των στρατηγικών προσωπικής υγιεινής. Η συνεργασία αυτή μπορεί να επιτευχθεί είτε με την απευθείας ενημέρωσή τους για το πόσο σημαντική είναι η Αγωγή Υγείας για τη λειτουργικότητα του παιδιού, είτε με την οργάνωση εκδηλώσεων ή ημερίδων στα σχολεία. Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην προσέγγιση των γονέων από το προσωπικό του σχολείου και να τους εξηγηθούν τα οφέλη και η σημασία της αυτοεξυπηρέτησης και της προαγωγής της υγείας ώστε να συνεχίσουν και στο σπίτι την προσπάθεια παροχής πρακτικών σε θέματα προσωπικής υγιεινής ανεξαρτήτως κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου .

Οι ερωτηθέντες φαίνεται να είναι πρόθυμοι σε μεγάλο βαθμό να συμμετάσχουν σε κάποιο οργανωμένο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας. Για να γίνει αυτό θα πρέπει να καταρτίζονται κατάλληλα και να παρέχεται επιμόρφωση όχι μόνο στο υγειονομικό προσωπικό αλλά και σε όλους τους εκπαιδευτικούς ώστε να γνωρίσουν το αντικείμενο περισσότερο και να εφαρμόσουν νέες πρακτικές και μέσα διδασκαλίας. Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα σημαντικό ποσοστό συμμετεχόντων θεωρούν τη χρήση τεχνολογικών μέσων αποτελεσματική μέθοδο για τη διδασκαλία της προσωπικής υγιεινής, κάτι που ενισχύει την ανάγκη σύγχρονων εκπαιδευτικών προσεγγίσεων και εμπλουτισμού των γνώσεων των εκπαιδευτικών και εξοπλισμού των σχολείων.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, οι περιορισμοί και τα εμπόδια που προέκυψαν κατά την διάρκεια της έρευνας λόγω της πανδημίας του Covid-19 και του σεισμού που συνέβη στην περιοχή της Λάρισας δυσκόλεψαν τη συλλογή στοιχείων και την συμμετοχή περισσότερων συμμετεχόντων. Χρειάζονται περαιτέρω έρευνες με μεγαλύτερο δείγμα και προτείνεται να δημιουργηθούν εργαλεία και προγράμματα με βάση τις εμπειρίες των Ειδικών Παιδαγωγών όσον αφορά τους μαθητές με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Ο ρόλος του Ειδικού Παιδαγωγού και του Ειδικού Εκπαιδευτικού και Βοηθητικού Προσωπικού είναι καθοριστικός καθώς μπορούν να συνεργαστούν και να σχεδιαστούν Προγράμματα Αγωγής Υγείας και δραστηριότητες παρέμβασης ώστε να ενισχυθεί η διδασκαλία της Αγωγής Υγείας στους μαθητές και να ενταχθεί στο ωρολόγιο πρόγραμμα των σχολείων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abrams MA, Klass P, Dreyer BP. (2009) *Health literacy and children: recommendations for action*. Pediatrics. 124(Supplement 3), S327–S331.
2. Adamson R.M (2015). *Understanding Positive Reinforcement and Replacement Behaviors Within the Classroom*. Council For Learning Disabilities.
3. Al-Batayneh OB, Nazer TS, Khader YS, Owais AI. (2020). *Effectiveness of a tooth-brushing programme using the picture exchange communication system (PECS) on gingival health of children with autism spectrum disorders*. European Archives of Paediatric Dentistry. Apr;21(2):277-283.
4. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders . DSM-5*. United States : American Phychiatric Association.
5. Boots, Macomber & Danziger, (2008). *Family Security: Supporting Parent's Employment and Children's Development*. Urban Institute.
6. Blance, Botticelli & Hallway, (1995). *Combining Neuro-Developmental Treatment and Sensory Integration Principles: An Approach to Pediatric Therapy*. Therapy Skill Builders; Spiral edition.
7. Bledsoe R, Myles BS, Simpson RL. (2003). *Use of a Social Story intervention to improve mealtime skills of an adolescent with Asperger syndrome*. Autism. The International Journal of Research and Practice, 7(3), 289–295.
8. Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2002). *Socioeconomic Status and Child Development*. Annual Review of Psychology. 53(1), 371–399.
9. Brooks-Gunn, J., & Duncan, G. J. (1997). *The Effects of Poverty on Children. The Future of Children*. pp. 55-71, Published By: Princeton University.
10. Bryan, L.C., Gast, D.L. (2000) *Teaching On-Task and On- Schedule Behaviors to High-Functioning Children with Autism Via Picture Activity Schedules*. Journal of Autism and Developmental Disorder. 30, 553-567

11. Bushby K , Bourkeb J, Bullockc R, Eaglea M, Gibsond M, Quinbyd J. The multidisciplinary management of Duchenne muscular dystrophy. *Current Paediatric Journal*. 2005;15(4): 292-300.
12. Cagiltay, K, Cakir H, Karasu, N , Islim, O, Cicek F. (2019). *Use of Educational Technology in Special Education : Perceptions of Teachers*. *Participatory Educational Research*. 6 (2), 189-205.
13. Charlop-Christy, M. H., Carpenter, M., Le, L., LeBlanc, L. A., & Kellet, K. (2002). *Using the picture exchange communication system (PECS) with children with autism: assessment of PECS acquisition, speech, social-communicative behavior, and problem behavior*. *Journal of applied behavior analysis*, 35(3), 213–231.
14. Chau, Thampi & Wight, (2011). *Poor Children by Parents' Nativity What Do We Know*. National Center for Children in Poverty.
15. Courau S. (2000) *Τα βασικά εργαλεία του εκπαιδευτή ενηλίκων*, Αθήνα: Μεταίχμιο.
16. Copeland & Hyghes, (2002). *Effects of Goal Setting on Task Performance of Persons with Mental Retardation*. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*.
17. Cyrulnik SE, Fee RJ, Batchelder A, Kiefel J, Goldstein E, Hinton VJ. (2008). *Cognitive and adaptive deficits in young children with Duchenne muscular dystrophy (DMD)*. *J Int Neuropsychol Soc*, 14(5):853-61.
18. Δράκος, Γ. (2002). *Σύγχρονα θέματα της ειδικής παιδαγωγικής. Προβληματισμοί, αναζητήσεις και προοπτικές*. Αθήνα: Ατραπός.
19. Dawson, P., & Guare, R. (2010). *Executive Skills in Children and Adolescent: A Practical Guide to Assessment and Intervention* (2th ed.). New York, NY: The Guilford Press.
20. Del Cole, C. G., Caetano, S. C., Ribeiro, W., Kümmer, A., & Jackowski, A. P. (2017). *Adolescent adaptive behavior profiles in Williams-Beuren syndrome, Down syndrome, and autism spectrum disorder*. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 11, 40.
21. Downie, R.S., Fyfe, C.E. and Tannahill, A.J. (1990) *Health Promotion—Models and Values*. Oxford Medical Publications, Oxford University Press, Oxford.

22. Draijer, J., & Williams, T. (1991). *School Health and Education and Promotion in the Member States of the European Community*. The Commission of the European Communities. Journal of School Health.
23. Duncan GJ, Ziol-Guest KM, Kalil A. (2010). *Early-childhood poverty and adult attainment, behavior, and health*. Child Development.
24. Erickson, C. D., Splett, P. L., Mullett, S. S., & Heiman, M. B. (2006). *The healthy learner model for student chronic condition management--part I*. The Journal of school nursing : the official publication of the National Association of School Nurses, 22(6), 310–318.
25. Ewles & Simnett. (1995). *Promoting Health: A Practical Guide* - E-Book. London, United Kingdom : Elsevier Health Science.
26. Factor, R.S., Condy, E.E., Farley, J.P. et al. (2016) *Brief Report: Insistence on Sameness, Anxiety, and Social Motivation in Children with Autism Spectrum Disorder*. Journal of Autism Dev Disord 46, 2548–2554.
27. Galea S, Merchant RM, Lurie N. (2020). *The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention*. JAMA Internal Medicine. 180(6):817–818.
28. Gosar D, Košmrlj L, Lešnik Musek P, Meško T, Stropnik S, Krkoč V, Golli T, Butenko T, Loboda T, Osredkar D, (2021). *Adaptive skills and mental health in children and adolescents with neuromuscular diseases*, European Journal of Paediatric Neurology.
29. Gray, C. A., & Garand, J. D. (1993). *Social Stories: Improving Responses of Students with Autism with Accurate Social Information*. Focus on Autistic Behavior, 8(1), 1–10.
30. Gray D, (2013). *Doing research in the real world*. Sage Publishing.
31. Hasselbring TS, Glaser CH. (2000) *Use of computer technology to help students with special needs*. The Future of Children. Vol. 10, No. 2, Children and Computer Technology (Autumn - Winter, 2000) Published By: Princeton University, pp. 102-122.

32. Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Press.
33. Hwang, G.-J., Wu, C.-H., & Kuo, F.-R. (2013). *Effects of Touch Technology-based Concept Mapping on Students' Learning Attitudes and Perceptions*. *Journal of Educational Technology & Society*, 16 (3), 274-285.
34. Ireys, H. T., Grason, H. A., & Guyer, B. (1996). *Assuring quality of care for children with special needs in managed care organizations: roles for pediatricians*. *Pediatrics*, 98(2 Pt 1), 178–185.
35. Izzo, M. V., & Bauer, W. M. (2015). *Universal design for learning: Enhancing achievement and employment of STEM students with disabilities*. *Universal Access in the Information Society*, 14(1), 17-27.
36. Jackson, L. L. (Ed.) (2007). *Occupational Therapy Services for Children and Youth under IDEA* (3rd ed.). Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.
37. Jourdan D, Samdal O, Diagne F, Carvalho GS. *The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level*. *Promotion of Education*. 2008 Sep;15(3):36-8.
38. Juneja M, Gupta A. (2020). *Managing Children with Special Needs in COVID-19 Times*. *Indian Pediatrics*. 57(10), 971.
39. Katirji, Kaminski, & Ruff, (2013). *Neuromuscular Disorders in Clinical Practice*, Springer.
40. Katsiana, A., & Galanakis, M. (2021). *School-Based Occupational Therapy during COVID-19 Pandemic*. *Psychology*, 12, 121-131.
41. Kilgo, J. L. (2006a). *Transdisciplinary teaming from a higher education perspective*. In J. L. Kilgo (Ed.), *Transdisciplinary teaming in early intervention/early childhood special education: Navigating together with families and children*. Association for Childhood Education International.
42. Κουτσελίνη, Μ. (2009) *Διαφοροποίηση διδασκαλίας/μάθησης σε τάξεις μεικτής ικανότητας και η αντιμετώπιση της σχολικής αποτυχίας*. Πανεπιστήμιο Αθηνών: 2009, Τόμος προς τιμή Ευγενείας Κουτσοβάνου.

43. Κυριακίδου, Ε. (2007). *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα : Ταβιθά.
44. Kolb, S. J., & Kissel, J. T. (2015). *Spinal Muscular Atrophy*. *Neurologic clinics*, 33(4), 831–846.
45. Kothari, C.R. (2004) *Research Methodology: Methods and Techniques*. 2nd Edition, New Age International Publishers, New Delhi.
46. Kristensen, H. K., & Petersen, K. S. (2016). *Occupational Science: An Important Contributor to Occupational Therapists' Clinical Reasoning*. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23, 240-243.
47. Kursat Cagiltay et al, (2019). *Use of Educational Technology in Special Education : Perceptions of Teachers*. *Participatory Educational Research*.
48. Langford R, Bonell CP, Jones HE, Poulidou T, Murphy SM, Waters E, Komro KA, Gibbs LF, Magnus D, Campbell R. (2014) *The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement*. *Cochrane Database Systematic Reviews*. Issue 4. Art. No.: CD008958.
49. Lee A, (2009). *Health-promoting schools: evidence for a holistic approach to promoting health and improving health literacy*. *Applied Health Economics and Health Policy*. p 11–17.
50. Lerna A, Esposito D, Conson M, Massagli A. (2014). *Long-term effects of PECS on social-communicative skills of children with autism spectrum disorders: a follow-up study*. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(4), 478–485.
51. Lightfoot J, Bines W. (2000) *Working to keep school children healthy: the complementary roles of school staff and school nurses*. *Journal of Public Health*. 22(1), pp. 74–80.
52. Lindsay, S., Proulx, M., Thomson, N., & Scott, H. (2013). *Educators' Challenges of Including Children with Autism Spectrum Disorder in Mainstream Classrooms*. *International Journal of Disability, Development and Education*. pp. 347-352.
53. Παντελιάδου. Σ. (2013). *Διαφοροποιημένη διδασκαλία, Θεωρητικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Πεδίο.

54. Παπάνης Ε, Γιαβρίμης Π, Αγνή Β. (2009). *Καινοτόμες Προσεγγίσεις στην Ειδική Αγωγή*. Αθήνα : Ι Σιδέρης.
55. Πολυχρονοπούλου, (2012). *Παιδιά και έφηβοι με Ειδικές Ανάγκες και Ιδιαιτερότητες*. Αθήνα : Διάδραση.
56. Μάγκλαρη Ε.,(2008). Παιδιατρικό Ινστιτούτο ΕΠΕ.
57. Marion IW, Nelson TM, Sheller B, McKinney CM, Scott JM. (2016). *Dental stories for children with autism*. *Special Care in Dentistry*. 36(4), 181–186.
58. Malott.R.W, Malott. M. E & Trojan E.A., (2000). *Elementary principles of behavior* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
59. Μουταβέλης, Α. (2017). *Εφαρμογή των αρχών της διαφοροποιημένης Παιδαγωγικής προσέγγισης στη σχολική τάξη*. Αθήνα: Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής.
60. Νάνου, Α. (2013). *Η διαφοροποίηση της διδασκαλίας στην υπηρεσία της συμπεριληπτικής εκπαίδευσης*. Αθήνα: Γράφημα.
61. Naar-King, S., Siegel, P. T., Smyth, M., & Simpson, P. (2000). *A model for evaluating collaborative health care programs for children with special needs*. *Children's Services: Social Policy, Research, & Practice*.3(4), pp. 233–245.
62. Parquet, P. J. (1998). *Pour une prevention de l'usage des substances psychoactives*. Dossiers techniques. Editions CFES.
63. Piccin S, Crippa A, Nobile M, Hardan AY, Brambilla P. (2018). *Video modeling for the development of personal hygiene skills in youth with autism spectrum disorder*. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(02), pp. 127–132.
64. Romley JA, Shah AK, Chung PJ, Elliott MN, Vestal KD, Schuster MA. (2017). *Family-Provided Health Care for Children With Special Health Care Needs*. *Pediatrics*. p. 139.
65. Sapon-Shevin, M. (2007). *Widening the Circle: The Power of Inclusive Classrooms*. Beacon Press.

66. Sirin, N., Tekin-Iftar, E. (2016) *Opinions of Turkish Parents and Teachers About Safety Skills Instruction to Children with Autism Spectrum Disorders: A Preliminary Investigation*. Journal of Autism and Developmental Disorders. 46, pp. 2653-2665.
67. Σούλης, Σ. (2008). *Ένα Σχολείο για Όλους*. Αθήνα: Gutenberg.
68. Σουρτζή, Π. (1999). *Προαγωγή της υγείας στην κοινότητα*. Αθήνα: Στο: Κοινωνική Νοσηλευτική Καλοκαιρινού– Αναγνωστοπούλου. Πανεπιστημιακές Παραδόσεις
69. Στάπα-Μουρτζίνη Μ. (2010). *Αγωγή Υγείας Βασικές Αρχές- Σχεδιασμός Προγράμματος*. ΥΠΕΠΘ. Αθήνα : Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων.
70. Σώκου, Κ. (2004). *Η Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας στην Σχολική Κοινότητα*. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού: Αθήνα.
71. Shiffman, C. D. (2012). *The Juggling Act*. Educational Policy, 27(1), pp 64-91.
72. Shukla-Mehta, S., Miller, T., & Callahan, K. J. (2009). *Evaluating the Effectiveness of Video Instruction on Social and Communication Skills Training for Children With Autism Spectrum Disorders: A Review of the Literature. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. A Review of the Literature. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 25(1), 23-36.
73. Strehle EM. (2009). *Long-term management of children with neuromuscular disorders*. Journal of Pediatrics.
74. The National Center on Accessible Information Technology in Education, 2008.
75. Thomas Besios, Aggeloussis Nikolaos, Gourgoulis Vassilios, Batsiou Sophia (2013). *Comparative reliability of the PEDI, GMFM and TUG tests in children with cerebral palsy*. Journal of Physical Therapy Science 25 :73-76.
76. Tomlinson, M. (2007). *Graduate employability and student attitudes and orientations to the labour market*. Journal of Education and Work, 20 (4), pp 285-304.
77. Tomlinson, C. A. (2001). *How to differentiate instruction in mixed-ability classrooms*. (2nd Ed.). Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development (ASCD).

78. Tomlinson, C. (1995). *Deciding to differentiate instruction in middle school: One school's journey*. *Gifted Child Quarterly*, 39, 77–87.
79. Toseeb, U., Asbury, K., Code, A., Fox, L., & Deniz, E. (2020). *Supporting Families with Children with Special Educational Needs and Disabilities During COVID-19*. PsyArXiv.
80. Wang, Chunling Yu, Yujie Wei, (2012) *Social Media Peer Communication and Impacts on Purchase Intentions: A Consumer Socialization Framework*, *Journal of Interactive Marketing*.
81. Wang, Z. ; Cerrate, S. ; Coto, C. ; Yan, F. ; Waldroup, P. W., (2007). *Use of constant or increasing levels of distillers dried grains with solubles (DDGS) in broiler diets*. *International Journal. Poultry. Science.*, 6 (7): 501-507
82. Williams, T., & Jones, H. (1993). *School health education in the European Community*. *The Journal of school health*, 63(3), pp. 133–135.
83. Yin HS, Johnson M, Mendelsohn AL, Abrams MA, Sanders LM, Dreyer BP. (2009). *The health literacy of parents in the United States: a nationally representative study*. *A Nationally Representative Study. Pediatrics*, 124(Supplement 3), S289–S298.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο για τους Εκπαιδευτικούς και το Ειδικό Εκπαιδευτικό/Βοηθητικό προσωπικό.

Αγαπητοί/ές συμμετέχοντες/ουσες,

Ονομάζομαι Παπαζήση Ασπασία, είμαι Ειδική Παιδαγωγός και φοιτώ στο ΠΜΣ του τμήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Με την συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου σας καλώ να συμμετάσχετε στην έρευνα της διπλωματικής μου εργασίας με τίτλο «Προαγωγή και Αγωγή Υγείας των μαθητών Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης με Αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες». Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να διερευνήσει με ποιο τρόπο διδάσκονται τα προγράμματα Αγωγής Υγείας στους μαθητές με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και πώς αυτά επηρεάζουν την αλλαγή στην συμπεριφορά τους στον τομέα της προσωπικής τους υγιεινής.

Η συμμετοχή σας είναι μη δεσμευτική, προαιρετική και διασφαλίζεται πλήρως η ανωνυμία των απαντήσεων. Ο μέσος εκτιμώμενος χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν υπερβαίνει τα 5 λεπτά. Όλα τα στοιχεία που θα συλλεχθούν είναι εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Για οποιαδήποτε διευκρίνιση, μπορείτε να επικοινωνήσετε στην ηλεκτρονική μου διεύθυνση: aspapazi@gmail.com

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την ανταπόκρισή σας!

1. Φύλο:

- Θήλυ
 Άρρεν

2. Ηλικία:

- 23-35
 35-50
 Πάνω από 50

3. Ειδικότητα:

- Παιδαγωγός
 Ειδική Παιδαγωγός
 Νηπιαγωγός
 Ειδική Νηπιαγωγός
 Εργοθεραπευτής/τρια
 Λογοθεραπευτής/τρια
 Φυσιοθεραπευτής/τρια
 Σχολική Νοσηλεύτρια
 Ψυχολόγος

Άλλη ειδικότητα:

Να αναφέρετε:.....

4. Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας;

- Πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ
 Μεταπτυχιακό
 Δεύτερο Πτυχίο

Διδακτορικό

5. Σε τι πλαίσιο εργάζεστε;

- Τυπικό Σχολείο
- Ειδικό Σχολείο
- Τμήμα Ένταξης
- Παράλληλη Στήριξη
- Κέντρο Θεραπείας

6. Παρακολουθήσατε ποτέ σεμινάριο ή διάλεξη που το θέμα του να ήταν συναφές ή να αφορούσε την Αγωγή- Προαγωγή της Υγείας;

- Ναι
- Όχι

7. Έχετε συμμετάσχει σε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας που πραγματοποιήθηκε στο σχολείο κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας σας;

- Ναι
- Όχι

8. Θα επιθυμούσατε μελλοντικά να συμμετάσχετε σε κάποιο οργανωμένο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

9. Παρέχετε συμβουλές και διδακτικές πρακτικές στους μαθητές σας για θέματα που αφορούν την προσωπική τους υγιεινή;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

10. Συνεργάζεστε με το υπόλοιπο προσωπικό (εκπαιδευτικούς, ΕΕΠ,ΕΒΠ) στον τομέα της διδασκαλίας της προσωπικής υγιεινής των παιδιών;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

11. Συνεργάζεστε με τους γονείς των παιδιών για την προώθηση πρακτικών που στοχεύουν στην κατάκτηση δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια

- Αρκετά
- Πολύ

12. Ποια από τις παρακάτω μεθόδους θεωρείτε πιο αποτελεσματική για την διδασκαλία της προσωπικής υγιεινής;

- PECS
- Κοινωνικές Ιστορίες
- Βίντεο Μοντελοποίηση
- Χρήση Τεχνολογικών Μέσων

13. Πιστεύετε ότι οι παραπάνω μέθοδοι είναι αποτελεσματικές για την κατάκτηση της προσωπικής υγιεινής των παιδιών;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

14. Έχουν προσαρμοστεί οι μαθητές στις νέες συνήθειες προσωπικής υγιεινής λόγω Covid-19 ;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

15. Χρησιμοποιούν οι μαθητές την μάσκα κατά την διάρκεια του μαθήματος;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

16. Βάζουν οι μαθητές αντισηπτικό όταν τους ζητείται, είτε μόνοι τους είτε με βοήθεια;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

17. Κρατάνε οι μαθητές τις αποστάσεις μεταξύ τους κατά την διάρκεια του μαθήματος;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

Ερωτηματολόγιο για τους γονείς

Αγαπητοί γονείς,

Ονομάζομαι Παπαζήση Ασπασία, είμαι Ειδική Παιδαγωγός και φοιτώ στο ΠΜΣ του τμήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Με την συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου σας καλώ να συμμετάσχετε στην έρευνα της διπλωματικής μου εργασίας με τίτλο «Προαγωγή και Αγωγή Υγείας των μαθητών Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης με Αναπηρίες ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες». Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να διερευνήσει με ποιο τρόπο διδάσκονται τα προγράμματα Αγωγής Υγείας στους μαθητές με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και πώς αυτά επηρεάζουν την αλλαγή στην συμπεριφορά τους στον τομέα της προσωπικής τους υγιεινής.

Η συμμετοχή σας είναι μη δεσμευτική, προαιρετική και διασφαλίζεται πλήρως η ανωνυμία των απαντήσεων. Ο μέσος εκτιμώμενος χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν υπερβαίνει τα 5 λεπτά. Όλα τα στοιχεία που θα συλλεχθούν είναι εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Για οποιαδήποτε διευκρίνιση, μπορείτε να επικοινωνήσετε στην ηλεκτρονική μου διεύθυνση: aspapapazi@gmail.com

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την ανταπόκρισή σας!

1. Ηλικία παιδιού:

2. Φύλο παιδιού:

- Θήλυ
- Άρρεν

3. Τόπος διαμονής:

- Πόλη
- Χωριό

4. Ετήσιο εισόδημα οικογένειας:

- Κάτω από 8.000
- Μεταξύ 8.000-15.000
- Πάνω από 15.000

5. Μορφωτικό επίπεδο γονέα:

- Απόφοιτος Λυκείου
- Απόφοιτος ΤΕΙ ή ΑΕΙ
- Μεταπτυχιακές σπουδές

6. Παρακολουθούσε το παιδί σας τα μαθήματα του σχολείου πριν την πανδημία του Covid-19;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

7. Παρακολουθεί το παιδί σας τα μαθήματα του σχολείου εν μέσω της πανδημίας του Covid-19 ;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

8. Σε τι σχολείο πηγαίνει το παιδί σας;

- Τυπικό Σχολείο
- Ειδικό Σχολείο

9. Το σχολείο του είναι:

- Ιδιωτικό
- Δημόσιο

10. Το παιδί παρακολουθεί συνεδρίες:

- Εργοθεραπείας
- Λογοθεραπείας
- Φυσιοθεραπείας
- Ειδικής Αγωγής

Άλλο:.....

11. Επικοινωνείτε με το προσωπικό του σχολείου όσον αφορά τον τομέα της προώθησης της προσωπικής υγιεινής του παιδιού σας;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

12. Ελέγχετε εάν το παιδί εφαρμόζει στο σπίτι τις πρακτικές προσωπικής υγιεινής που διδάχτηκε στο σχολείο;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

13. Ποια συνήθεια προσωπικής υγιεινής θεωρείτε πιο σπουδαία ώστε να την ενισχύετε και στο σπίτι;

- Πλύσιμο σώματος
- Καλό στέγνωμα όλων των περιοχών του σώματος μετά από το μπάνιο
- Αλλαγή σε εσώρουχα και κάλτσες
- Αλλαγή ρούχων μετά την επιστροφή από το σχολείο , την παιδική χαρά κλπ
- Πλύσιμο χεριών (πριν το φαγητό, μετά από την τουαλέτα)
- Πλύσιμο δοντιών
- Φαγητό

14. Ποια από τις παρακάτω μεθόδους/προσεγγίσεις θεωρείτε πιο χρήσιμη για την ενίσχυση των δεξιοτήτων προσωπικής υγιεινής του παιδιού σας;

- PECS(Εικόνες)
- Βίντεο
- Γλική βοήθεια
- Επιβράβευση
- Δεν ξέρω

15. Έχετε παρατηρήσει αλλαγές στις συνήθειες προσωπικής υγιεινής του παιδιού σας λόγω της πανδημίας του Covid-19;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

16. Ποιον κανόνα προσωπικής υγιεινής τηρείτε με το παιδί σας περισσότερο τις μέρες της πανδημίας του Covid-19;

- Συχνό πλύσιμο χεριών
- Χρήση μάσκας
- Χρήση αντισηπτικού

Λίστα Αξιολόγησης Παιδιατρικών Δυσλειτουργιών PEDI

2ο και 3ο ΜΕΡΟΣ : ΠΑΡΟΧΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ - ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΕΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙΣ

ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ

Κυκλώστε την κατάλληλη απάντηση σε κάθε περίπτωση .

ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ	Κλίμακα παροχής βοήθειας						Κλίμακα προσαρμογών και τροποποιήσεων				
	Ανεξάρτητο	Με επίβλεψη	Ελάχιστη	Μέτρια	Μέγιστη	Πλήρης	Καμία	Παυδικές	Ειδικές	Εκτεταμένες	
A. Σίτιση: Τρώει και πίνει συνηθισμένα γεύματα. Δεν περιλαμβάνεται ο τεμαχισμός μπριζόλας, το άνοιγμα κονσερβών ή το σερβίρισμα από πιατέλας.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
B. Περιποίηση: Βουρτσισμα δοντιών, χτένισμα μαλλιών, φροντίδα μύτης	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
Γ. Πλύσιμο: Πλύσιμο και σκούπισμα χεριών και προσώπου, κάνει μπάνιο ή ντους . Δεν περιλαμβάνεται το να βγει ή να μπει στην ντουζιέρα, η προετοιμασία του νερού, το λούσιμο και το πλύσιμο της πλάτης.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
Δ. Ντύσιμο πάνω κορμού: Περιλαμβάνει το ντύσιμο του άνω κορμού με ρούχα που χρησιμοποιούνται σε εσωτερικούς χώρους καθώς και τη βοήθεια που προσφέρει για να βάλει ή να βγάλει ένα νάρθηκα ή ένα τεχνητό μέλος. Δεν περιλαμβάνεται η λήψη των ρούχων από τη ντουλάπα ή τα συρτάρια καθώς και το κούμπωμα ρούχου στο πίσω μέρος του σώματος.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
Ε. Ντύσιμο κάτω κορμού: Περιλαμβάνει το ντύσιμο του κάτω κορμού με ρούχα που χρησιμοποιούνται σε εσωτερικούς χώρους καθώς και τη βοήθεια που προσφέρει για να βάλει ή να βγάλει ένα νάρθηκα ή ένα τεχνητό μέλος. Δεν περιλαμβάνεται η λήψη των ρούχων από τη ντουλάπα ή τα συρτάρια καθώς και το κούμπωμα ρούχου στο πίσω μέρος του σώματος.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
ΣΤ. Δραστηριότητες στην τουαλέτα: Περιλαμβάνει το χειρισμό των ρούχων, και των σχετικών συσκευών για τη τήρηση των κανόνων υγιεινής. Δεν περιλαμβάνει την μεταφορά στη τουαλέτα, τη τήρηση του προγράμματος τουαλέτας και το καθάρισμα μετά από σχετικά «ατυχήματα».	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
Ζ. Έλεγχος ουροδόχου κύστης: Περιλαμβάνει τον έλεγχο της ούρησης κατά τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας, τη τήρηση του προγράμματος τουαλέτας και το καθάρισμα μετά από σχετικά «ατυχήματα».	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
Η. Έλεγχος ορθού: Περιλαμβάνει τον έλεγχο της αφόδευσης κατά τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας, τη τήρηση του προγράμματος τουαλέτας και το καθάρισμα μετά από σχετικά «ατυχήματα».	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
Αποτελέσματα αυτοεξυπηρέτησης	Γενικό σύνολο:										

