ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ, ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΗΓΕΣΙΑ

του

ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του
μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης
στις Επιστήμες της Εκπαίδευσης και της Δια Βίου Μάθησης
(με ειδίκευση στην Εκπαιδευτική Διοίκηση και Ηγεσία)

Δεκέμβριος 2019

© ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ, 2019

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία (ΜΔΕ), η οποία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών: Επιστήμες της Εκπαίδευσης και της Διά Βίου Μάθησης, (στην Κατεύθυνση: Εκπαιδευτική Διοίκηση και Ηγεσία), και τα λοιπά αποτελέσματα αυτής αποτελούν συνιδιοκτησία του Πανεπιστημίου Μακεδονίας και του φοιτητή, ο καθένας από τους οποίους έχει το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης και αναπαραγωγής τους (στο σύνολο ή τμηματικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, σε κάθε περίπτωση αναφέροντας τον τίτλο και το συγγραφέα και το Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, όπου εκπονήθηκε η ΜΔΕ καθώς και τον Επιβλέποντα Καθηγητή και την Επιτροπή Αξιολόγησης.

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ, ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΗΓΕΣΙΑ

του

ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:	Καραβάκου Βασιλική - Μπουτσιούκη Σοφία
Μέλη:	Παπαβασιλείου - Αλεξίου Ιωάννα
	Μακρής Σπυρίδων

Δεκέμβριος 2019

Πρόλογος

Στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «*Επιστήμες της Εκπαίδευσης και της Διά Βίου Μάθησης*» του τμήματος Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Μακεδονίας και με κατεύθυνση την Εκπαιδευτική Διοίκηση και Ηγεσία, πραγματοποιείται η παρακάτω εργασία με τίτλο: «*Η φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση: προκλήσεις δεοντολογίας για τη σύγχρονη εκπαιδευτική διοίκηση και ηγεσία*».

Η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος προέκυψε μέσα από το ενδιαφέρον μου για τον τομέα της υγείας και της ενασχόλησής μου με αυτόν. Τόσο οι προηγούμενες σπουδές μου σε Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας, όσο και η εργασιακή μου εμπειρία σε Διαγνωστικά Κέντρα, έδωσε την κεντρική ιδέα για την επιλογή του θέματος αυτού και τον συνδυασμό του πεδίου της υγείας με αυτό της εκπαίδευσης. Μετά την αρχική ιδέα, ακολούθησε μια σύντομη αναζήτηση σχετικά με το πλήθος των ερευνών πάνω στο συγκεκριμένο θέμα. Η συνειδητοποίηση του περιορισμένου πλήθους ερευνών και βιβλιογραφικών δεδομένων γύρω από το θέμα αυτό, συνέβαλε καθοριστικά στην επιλογή του, καθώς οδήγησε στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για ένα θέμα πρωτότυπο και η διερεύνησή του θα μπορούσε να αποτελέσει την απαρχή και άλλων ερευνών γύρω από τη φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση.

Ανέκαθεν ο άνθρωπος ασχολούταν με την μακροζωία και την ποιότητα ζωής. Η ανάγκη αυτή έγινε ακόμη πιο επιτακτική τα τελευταία χρόνια, καθώς οι απειλές για τον σύγχρονο άνθρωπο είναι περισσότερες. Για το λόγο αυτό, οι σύγχρονες κοινωνίες οφείλουν να έχουν ως βασικό μέλημά τους την προστασία και την προαγωγή της υγείας. Η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας για θέματα που σχετίζονται με την υγεία γίνεται μέσα από την προώθηση και υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών που προάγουν την υγεία. Το σχολείο ως φορέας κοινωνικοποίησης, όπου τα παιδιά διαμορφώνουν σε μεγάλο βαθμό την προσωπικότητά τους, μπορεί να αποτελέσει πεδίο απόκτησης γνώσεων και δεξιοτήτων που σχετίζονται με την υγεία και την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Η υγεία δεν είναι θέμα τύχης, αλλά εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις επιλογές, τις γνώσεις και τις αποφάσεις που λαμβάνουμε. Οι πρακτικές που ακολουθούν τα ηγετικά στελέχη κατά την άσκηση του έργου τους πάνω σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας, επηρεάζει καθοριστικά τη μετέπειτα πορεία των παιδιών, όσον αφορά τόσο τη σωματική και ψυχική τους υγεία όσο και τις υγιεινές ή μη συνήθειες που ακολουθούν στον τρόπο ζωής τους.

Ευχαριστίες

Η εκπόνηση μιας μεταπτυχιακής εργασίας είναι ένα έργο δύσκολο και απαιτητικό, το οποίο απαιτεί χρόνο και θυσίες, με αποτέλεσμα οποιαδήποτε βοήθεια παρέχεται, να είναι εξίσου σημαντική και άξια ευχαριστιών.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, τους φίλους και συναδέλφους που με ενθάρρυναν και με στήριξαν κατά την πραγματοποίηση αυτής της εργασίας, τους συμμετέχοντες στην έρευνα, καθώς και την επόπτρια της εργασίας, κα Καραβάκου Βασιλική, η οποία με βοήθησε τόσο κατά την επιλογή του θέματος όσο και με την καθοριστική της καθοδήγηση, σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης αυτής της εργασίας.

* Το παραπάνω κείμενο αποτελεί το αρχικό κείμενο ευχαριστιών. Κάποιες φορές, όμως, η ζωή μας εκπλήσσει δυσάρεστα.

Θα ήθελα να αφιερώσω την παρούσα εργασία στη μνήμη της κας Καραβάκου Βασιλικής, η οποία με καθοδήγησε και βοήθησε κατά τη συγγραφή της, αλλά ο ξαφνικός και αδόκητος χαμός της, δεν της επέτρεψε να είναι παρούσα κατά την υποστήριξη της εργασίας. Το ρόλο αυτό ανέλαβε η κα Μπουτσιούκη Σοφία, την οποία ευχαριστώ, επίσης, πολύ.

Η φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση: προκλήσεις δεοντολογίας για τη σύγχρονη εκπαιδευτική διοίκηση και ηγεσία

Περίληψη

Η φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση αποτελεί για τη σύγχρονη εκπαιδευτική διοίκηση και ηγεσία μία πρόκληση, καθώς κατά την εφαρμογή της απορρέουν διάφορα ζητήματα, τα οποία ο σχολικός ηγέτης καλείται να αντιμετωπίσει. Το ζητούμενο είναι η προαγωγή τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας των παιδιών του σχολείου.

Η παρούσα εργασία έχει ως βασικό σκοπό να διερευνήσει τις πρακτικές που ακολουθούν οι σχολικοί ηγέτες σε θέματα που σχετίζονται με την φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση και να μελετήσει τις προκλήσεις δεοντολογίας που απορρέουν από τις πρακτικές αυτές για τους ίδιους. Η έρευνα που υλοποιήθηκε βασίστηκε σε τρία ερευνητικά ερωτήματα: α) Ποιες πρακτικές ακολουθούν οι διευθυντές/-τριες προκειμένου να συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας εντός της σχολικής μονάδας; β) Ποιες προκλήσεις δεοντολογίας έχει να αντιμετωπίσει η σύγχρονη εκπαιδευτική ηγεσία κατά την φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση και με ποιους τρόπους τις αντιμετωπίζει; και γ) Ποιο μοντέλο εκπαιδευτικής ηγεσίας είναι πιο αποτελεσματικό σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας; Προκειμένου να απαντηθούν τα συγκεκριμένα ερωτήματα, πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα με ημιδομημένες συνεντεύξεις σε δείγμα 13 διευθυντικών στελεχών, που ασκούν τα καθήκοντά τους σε ειδικά και γενικά σχολεία της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης της Θεσσαλονίκης.

Όσον αφορά τα ευρήματα της έρευνας, επισημαίνεται η έλλειψη της κατάλληλης κατάρτισης των σχολικών ηγετών σε θέματα που αφορούν την υγεία των παιδιών στο χώρο του σχολείου και η ανάγκη επιμόρφωσή τους. Παράλληλα, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των διαφόρων ζητημάτων υγείας εντός του σχολείου, καθοριστική είναι η ύπαρξη συνεργασίας τόσο μεταξύ των μελών του σχολείου όσο και μεταξύ του σχολείου με τις οικογένειες των παιδιών.

Λέξεις κλειδιά: Φροντίδα της υγείας, προαγωγή υγείας, αγωγή υγείας, σωματική υγεία, ψυχική υγεία, προκλήσεις δεοντολογίας, εκπαιδευτική ηγεσία.

Healthcare in education: ethics challenges for contemporary educational administration and leadership

Abstract

Healthcare in education poses a challenge to contemporary educational administration and leadership, since its implementation gives rise to various issues, which the leader of the school is called on to deal with. The issue is to promote the physical and mental health of school children.

The main objective of this paper is to explore the practices followed by school leaders in matters related to healthcare in education, and to study the ethics challenges that arise from these practices for the leaders themselves. The research conducted was based on three survey questions: a) Which practices are followed by principals in order to contribute to the promotion of health within the school? b) Which ethics challenges are faced by contemporary educational leadership in relation to healthcare in education and how are these challenges addressed? c) Which educational leadership model is most effective in the promotion of health and health education? In order to find answers to these questions, a qualitative survey with semi-structured interviews was conducted on a sample of 13 principals performing their duties at special and general primary schools in Thessaloniki.

The research findings indicated a lack of suitable training on the part of school leaders in issues related to children's health on school grounds, as well as the need for further education in this area. Moreover, in order to effectively deal with various health issues within the school, it is necessary to achieve cooperation both between school members and between the school and the children's families.

Key words: Healthcare, health promotion, health education, physical health, mental health, ethics challenges, educational leadership.

Πίνακας Περιεχομένων

Πρόλογος ..... **iiv**

Ευχαριστίες ..... Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Περίληψη ..... Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Abstract ..... **vii**

Κατάλογος πινάκων ..... **xi**

Εισαγωγή **1**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. Υγεία και ευζωία: Κριτήρια ανθρώπινης αξιοπρέπειας **8**

1.1 Εισαγωγή 8

1.2 Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια 8

1.3 Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας «*υγεία*» 14

1.4 Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας «*ευζωία*» 19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2. Η προαγωγή και αγωγή της υγείας στη σύγχρονη ελληνική εκπαίδευση **24**

2.1 Εισαγωγή 24

2.2 Η προαγωγή της υγείας 24

2.3 Η σημασία της βασικής εκπαίδευσης για την υγεία 29

2.4 Θεωρητική προσέγγιση της αγωγής της υγείας 32

2.5 Σχολεία αγωγής και προαγωγής της υγείας: ο ρόλος του εκπαιδευτικού 36

2.6 Ανάπτυξη και υλοποίηση παρεμβάσεων ευαισθητοποίησης του μαθητικού πληθυσμού, στα πλαίσια της αγωγής της υγείας, στην Ελλάδα 43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3. Υγεία και εκπαίδευση: διαστάσεις και προκλήσεις για τη σύγχρονη εκπαιδευτική διοίκηση και ηγεσία **51**

3.1 Εισαγωγή 51

3.2 Η πρόκληση της διαπολιτισμικότητας και της πολυπολιτισμικότητας στο ελληνικό σχολείο 51

3.2.1 Εννοιολογική αποσαφήνιση 53

3.2.2 Διαπολιτισμικό περιβάλλον και ψυχική υγεία: ο ρόλος του διευθυντή του σχολείου 56

3.3 Ειδική αγωγή και εκπαίδευση 61

3.3.1 Η ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες στο σύγχρονο σχολείο: ο ρόλος της σχολικής ηγεσίας 65

3.4 Η πρόκληση του σχολικού εκφοβισμού 69

3.4.1 Ο ρόλος της σχολικής ηγεσίας στην αντιμετώπιση του σχολικού εκφοβισμού 74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4. Εκπαιδευτική διοίκηση και ηγεσία 77

4.1 Εισαγωγή 77

4.2 Έννοια και φύση της ηγεσίας: Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα ενός ηγέτη 77

4.3 Σχέση ηγεσίας και διοίκησης 79

4.4 Κριτήρια αποτελεσματικής ηγεσίας 81

4.5 Στυλ και μοντέλα εκπαιδευτικής ηγεσίας 84

4.6 Αναζήτηση του αποτελεσματικότερου μοντέλου εκπαιδευτικής ηγεσίας, σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας 90

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5. Μεθοδολογικό πλαίσιο 94

5.1 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα 94

5.2 Μέθοδος και εργαλεία έρευνας 95

5.3 Δείγμα της έρευνας 96

5.4 Διαδικασία της έρευνας 96

5.5 Δεοντολογία της έρευνας: εγκυρότητα και αξιοπιστία 98

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6. Παρουσίαση αποτελεσμάτων της έρευνας 99

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7. Συμπερασματικές παρατηρήσεις - Προτάσεις 134

7.1 Συμπεράσματα και ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας 134

7.2 Προτάσεις 146

7.3 Περιορισμοί της έρευνας 148

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 150

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ 171

Α.1 Εγκύκλιος «Παρεμβάσεις» 171

Α.2 Οδηγός συνέντευξης 175

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία **99**

Πίνακας 2α: Απαντήσεις πρώτης ερώτησης **100**

Πίνακας 2β: Απαντήσεις πρώτης ερώτησης **101**

Πίνακας 3: Απαντήσεις δεύτερης ερώτησης **103**

Πίνακας 4: Απαντήσεις τρίτης ερώτησης **104**

Πίνακας 5: Απαντησεις τέταρτης ερώτησης **105**

Πίνακας 6: Απαντήσεις πέμπτης ερώτησης **109**

Πίνακας 7: Απαντήσεις έκτης ερώτησης **111**

Πίνακας 8: Απαντήσεις έβδομης ερώτησης **113**

Πίνακας 9: Απαντήσεις όγδοης ερώτησης **115**

Πίνακας 10: Απαντήσεις ένατης ερώτησης **116**

Πίνακας 11α: Απαντήσεις δέκατης ερώτησης **118**

Πίνακας 11β: Απαντησεις δέκατης ερώτησης **120**

Πίνακας 11γ: Απαντήσεις δέκατης ερώτησης **121**

Πίνακας 12: Απαντήσεις ενδέκατης ερώτησης **122**

Πίνακας 13: Απαντήσεις δωδέκατης ερώτησης **124**

Πίνακας 14: Απαντήσεις δέκατης τρίτης ερώτησης **126**

Πίνακας 15: Απαντήσεις δέκατης τέταρτης ερώτησης **128**

Πίνακας 16: Απαντησεις δέκατης πέμπτης ερώτησης **130**

Πίνακας 17α: Απαντήσεις δέκατης έκτης ερώτησης **131**

Πίνακας 17β: Απαντησεις δέκατης έκτης ερώτησης **132**

Εισαγωγή

Η υγεία αποτελεί για τον κάθε άνθρωπο ένα από τα πολυτιμότερα αγαθά της ζωής. Η επί σειρά ετών οικονομική κρίση που ταλαιπωρεί τη χώρα μας έχει σοβαρές συνέπειες στην υγεία των πολιτών, οι οποίοι λόγω οικονομικών δυσχερειών είτε αμελούν τους τακτικούς ιατρικούς ελέγχους είτε επηρεάζονται συναισθηματικά σε τέτοιο βαθμό, ώστε η ψυχική τους υγεία να διατρέχει κίνδυνο.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία ορίζεται ως *«μία κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς ως απουσία νόσου ή αναπηρίας»* (Ιωαννίδη, 2006, σ. 80). Παράλληλα, υποστηρίζεται ότι αποτελεί ένα από τα βασικότερα δικαιώματα του κάθε πολίτη και σχετίζεται με την κοινωνική και οικονομική πρόοδο κάθε χώρας (WHO, 1983). Σύμφωνα με τους Cooper και Culer (1973), η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και το κάθε κράτος οφείλει να διατηρεί θεσμούς και δομές μέσω των οποίων υποστηρίζεται η Δημόσια Υγεία, χωρίς βέβαια να αποκλείεται η ιδιωτική πρωτοβουλία, για όλους τους πολίτες, είτε πρόκειται για τους γηγενείς είτε τους αλλοδαπούς κατοίκους της κάθε χώρας. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες της υγείας και στην πληροφόρηση σχετικά με την έγκαιρη διάγνωση ασθενειών, την πρόληψη, τη θεραπεία και γενικότερα, την προαγωγή της υγείας αφορά όλους τους ανθρώπους και είναι απαραίτητο να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη κατά τον σχεδιασμό της κοινωνικής πολιτικής της κάθε χώρας. Με τον τρόπο αυτό, το κράτος μεριμνά με σκοπό να παρέχει στο άτομο ένα περιβάλλον, το οποίο θα σέβεται τα δικαιώματα του και τοποθετεί τον άνθρωπο στο κέντρο του κοινωνικού κόσμου, μέσα από την προστασία και τον σεβασμό της αξιοπρέπειας του, η οποία αποτελεί, βάσει του συντάγματος, πρωταρχική υποχρέωση της πολιτείας (Πιερράκος, 2008, σ. 17 - 18).

Θα λέγαμε ότι τα προϊόντα και οι υπηρεσίες που χρησιμοποιούνται προκειμένου τα άτομα να διατηρούν την υγεία τους και να είναι σε θέση να αποκαθιστούν διάφορα προβλήματα υγείας που τους ταλαιπωρούν, ότι περιλαμβάνονται μέσα σε αυτό που αποκαλούμε φροντίδα υγείας. Η φροντίδα της υγείας σχετίζεται κυρίως με ό,τι έχει να κάνει με την πρόληψη, τη θεραπεία και αποκατάσταση ασθενειών και για το λόγο αυτό, είναι αναγκαίο να υπάρχει επαρκής πληροφόρηση και ιατρική γνώση για τα θέματα αυτά από την παιδική ηλικία, ώστε οι πολίτες της κάθε χώρας να λαμβάνουν τα απαραίτητα μέτρα για τη διατήρηση της υγείας τους (Κορνάρου – Ρουμελιώτη, 2007, σ. 372 – 373).

Η διαδικασία αυτή που χρησιμοποιεί επιστημονικές αρχές και προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης που δίνουν την ευκαιρία στα άτομα να αποφασίζουν ενεργά και συνειδητά για τα θέματα που επηρεάζουν την υγεία τους ορίζεται ως αγωγή υγείας. Η αγωγή υγείας στοχεύει στην ενημέρωση των ατόμων με σκοπό τον έλεγχο και τη βελτίωση της υγείας τους, μέσα από τη διαφοροποίηση του εκάστοτε τρόπου ζωής τους και περιλαμβάνει την αλλαγή στάσεων, πεποιθήσεων και αξιών, όπως και την αλλαγή της συμπεριφοράς σε θέματα που σχετίζονται με την υγεία (Τούντας, 2002). Ωστόσο, η γνώση πάνω στα ζητήματα αυτά δεν είναι ικανή από μόνη της να επηρεάσει τα άτομα ως προς την υιοθέτηση μιας υγιούς συμπεριφοράς. Για αυτό το λόγο, η αγωγή υγείας προϋποθέτει την ενεργητική συμμετοχή του ατόμου, όπου μέσα από τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής που του δίνεται, μπορεί να αποφασίσει και να πράξει τόσο για το καλό του ίδιου όσο και του κοινωνικού συνόλου, συμβάλλοντας στη γενικότερη προαγωγή της υγείας (Gotsch & Pearson, 1987).

Ο χώρος της εκπαίδευσης θα μπορούσε να αποτελεί τον κυριότερο κλάδο, όπου η αγωγή υγείας θα λαμβάνει χώρα και θα οδηγεί στη διαπαιδαγώγηση των ατόμων από μικρή ηλικία πάνω σε επιλεγμένα θέματα υγείας. Ωστόσο, μια προγραμματισμένη αγωγή υγείας θα πρέπει να είναι σχεδιασμένη και προσανατολισμένη σύμφωνα με τις διάφορες ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται και τις συνθήκες που διαμορφώνουν αυτές τις ανάγκες (Αναγνωστόπουλος, 1995). Για να είναι σε θέση το εκπαιδευτικό σύστημα να συμπεριλάβει την αγωγή υγείας στο αναλυτικό του πρόγραμμα, θα πρέπει να εκπροσωπείται από ευαισθητοποιημένους εκπαιδευτικούς σε διάφορα θέματα υγείας και ικανούς να συμμετάσχουν στο σχεδιασμό προγραμμάτων προαγωγής και αγωγής της υγείας, που θα περιλαμβάνουν τόσο την αναγνώριση των διάφορων ασθενειών στο χώρο του σχολείου, όσο και την πρόληψη αυτών. Για να επιτευχθούν όλα αυτά, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η γενικότερη στάση των εμπλεκόμενων στην εκπαίδευση ατόμων πάνω στα θέματα υγείας και ο τρόπος διαχείρισής τους από τους εκπαιδευτικούς και τα στελέχη της εκπαίδευσης στο χώρο του σχολείου (Κυρίτση & Τσιμπουκλή, 2001).

Η σύγχρονη εκπαιδευτική διοίκηση και ηγεσία μέσα από την αγωγή της υγείας και τη συμβολή της στη διαμόρφωση επιθυμητών προτύπων συμπεριφοράς στους μαθητές, μπορεί να συμβάλλει και στην προετοιμασία των εκπαιδευτικών, όχι μόνο για την διδακτική και παιδαγωγική επάρκεια πάνω στα θέματα υγείας, αλλά και στην δυνατότητα άσκησης μια αυτόνομης εκπαιδευτικής λειτουργίας που στόχο έχει να προβληματίσει και να ενεργοποιήσει τη δημιουργική σκέψη των νεανικών πληθυσμών να ακολουθήσουν υγιεινούς τρόπους ζωής και συμπεριφοράς (Ιωαννίδη, 2006, σ. 82).

Η παρούσα εργασία έχει ως αντικείμενο της την φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση, όπως αυτή απορρέει μέσα από τους τρόπους άσκησης της αγωγής υγείας στο χώρο του σχολείου και των πρακτικών που οδηγούν στην προαγωγή και προστασία της υγείας. Μέσα τόσο από το θεωρητικό όσο και από το ερευνητικό της πλαίσιο, ενδιαφέρεται να καταδείξει τις προκλήσεις δεοντολογίας για τη σύγχρονη εκπαιδευτική διοίκηση και ηγεσία, σε ζητήματα που αφορούν την υγεία των μαθητών στο σχολικό περιβάλλον. Είναι σαφές ότι όταν αναφερόμαστε σε ζητήματα υγείας, αυτά μπορούν να αφορούν και διάφορες ψυχολογικές διαταραχές, όπως το άγχος και η κατάθλιψη και να μην περιορίζονται μόνο σε προβλήματα σωματικής ακεραιότητας.

Όσον αφορά τις προκλήσεις δεοντολογίας, αυτές μπορεί να σχετίζονται με τους διάφορους ηθικούς προβληματισμούς των ηγετών εκπαίδευσης για θέματα που άπτονται των προβλημάτων υγείας στο χώρο του σχολείου και έρχονται σε αντίθεση με τα προσωπικά τους πιστεύω, όσον αφορά την αντιμετώπισή τους από τους ίδιους και τις πρακτικές που πρέπει να ακολουθήσουν. Παράλληλα, μπορούν να αφορούν προβληματισμούς για το κατά πόσο οι πράξεις τους και η συμπεριφορά τους είναι ηθικά αποδεκτές και κατά πόσο ασκούν το καθήκον τους, ηθικά και ανεξάρτητα από τις πιθανές συνέπειες που αυτό μπορεί να επιφέρει.

Στις προκλήσεις δεοντολογίας συμπεριλαμβάνονται και οι πρακτικές που πρέπει να ακολουθήσει η εκπαιδευτική ηγεσία, προκειμένου να προάγει την υγεία των μαθητών στο χώρο του σχολείου μέσα από την πρόληψη των διάφορων ασθενειών. Αξίζει να αναφέρουμε στο σημείο αυτό ότι η πρόληψη εξαρτάται από τη σχέση τριών παραγόντων: ατόμου, αιτίου και περιβάλλοντος. Η ισορροπία μεταξύ αυτών διασφαλίζει ότι σε περίπτωση εμφάνισης κάποιας ασθένειας, αυτή θα ανασταλεί ή θα περιοριστούν οι διάφορες δυσμενείς συνέπειές της. Επομένως, κατά τον σχεδιασμό των προγραμμάτων πρόληψης, θα πρέπει να μελετάται η αιτία της νόσου και η συμμετοχή των τριών παραπάνω παραγόντων στην ανάπτυξή της (Κορνάρου – Ρουμελιώτη, 2007, σ. 255 – 256).

Μία άλλη πτυχή δεοντολογικής πρόκλησης αποτελεί η ένταξη των μαθητών με διάφορα προβλήματα υγείας στην εκπαίδευση και τα μέτρα που λαμβάνει η εκπαιδευτική διοίκηση προκειμένου αυτή η ενσωμάτωση να γίνει με τέτοιο τρόπο, ώστε η αποδοχή της διαφορετικότητας και η αξιοπρέπεια των μαθητών αυτών να αποτελεί το επιστέγασμα για τη συνύπαρξη όλων των παιδιών στο χώρο του σχολείου, καθιστώντας τα αυτενεργά μέλη της σχολικής, αλλά και της ευρύτερης κοινότητας (Λιαράκου, 2002). Τέτοια παραδείγματα δεοντολογικής πρόκλησης μπορεί να αποτελέσουν η ένταξη μαθητών με αναπηρίες, καθώς

και μαθητών με διαφορετικό γλωσσικό και πολιτισμικό υπόβαθρο στο σύγχρονο ελληνικό σχολείο. Παράλληλα, η αντιμετώπιση φαινομένων σχολικού εκφοβισμού αποτελεί, επίσης, μια διαδικασία υψηλής πρόκλησης για τα μέλη της εκπαιδευτικής κοινότητας, εξαιτίας της λεπτότητας του θέματος και της ανάγκης διατήρησης της ισορροπίας τόσο μεταξύ των μαθητών – θυτών με τους μαθητές – θύματα όσο και μεταξύ της οικογένειας με το σχολείο.

Μελετώντας τη σχετική βιβλιογραφία, παρατηρούμε ότι υπάρχει έλλειψη ερευνητικών μελετών γύρω από τη φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση και τις προκλήσεις που αυτή επιφέρει για τη σύγχρονη εκπαιδευτική ηγεσία. Σε μια περίοδο κρίσης για την Ελλάδα και συνεχών προσφυγικών εισροών, ο ευαίσθητος χώρος του σχολείου έχει εμφανώς επηρεαστεί, καθώς χαρακτηρίζεται περισσότερο από ποτέ από μεγάλη ανομοιογένεια και ποικιλομορφία μεταξύ του μαθητικού πληθυσμού, ενώ οι διάφορες ελλείψεις που αντιμετωπίζει, έχουν επίπτωση και στην υγεία των μαθητών. Η παρούσα εργασία στοχεύει στο να μελετήσει όλα αυτά τα ζητήματα και να καταλήξει μέσα από την διεξαγωγή της έρευνας, σε όσο το δυνατόν πιο ασφαλή συμπεράσματα που άπτονται των στόχων της έρευνας.

Αρχικά, σκοπός της εργασίας είναι να διερευνήσει το περιεχόμενο που δίνεται στην έννοια της φροντίδας της υγείας στην εκπαίδευση, όπως αυτή γίνεται κατανοητή μέσα από τις πρακτικές που προάγουν την υγεία και τις μεθόδους διδασκαλίας που στόχο έχουν την αλλαγή της νοοτροπίας των μαθητών στην κοινωνική τους ζωή, τα οποία θα ενδιαφέρονται για την υγεία τους και θα ακολουθούν έναν υγιή τρόπο ζωής. Για το λόγο αυτό, θα μελετηθεί το πεδίο δράσης της αγωγής της υγείας στο σχολικό περιβάλλον και η σημασία της για τη μετέπειτα ζωή των μαθητών. Παράλληλα, θα μελετηθεί ο ρόλος των προγραμμάτων προαγωγής και αγωγής της υγείας στο χώρο του σχολείου και η αποτελεσματικότητά τους, η οποία βρίσκεται σε πλήρη αντιστοιχία τόσο με το ενδιαφέρον των μελών της εκπαιδευτικής κοινότητας για τα ζητήματα υγείας, όσο και με την κατάλληλη επιμόρφωσή τους πάνω στα θέματα αυτά. Στη συνέχεια, σκοπός της έρευνας είναι να προσδιορίσει τη στάση των ηγετών εκπαίδευσης απέναντι στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, τις προκλήσεις που απορρέουν από την άσκηση των διευθυντικών καθηκόντων τους κατά την φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση και να προσδιορίσει τους τρόπους με τους οποίους η σύγχρονη εκπαιδευτική διοίκηση και ηγεσία αντιμετωπίζει αυτές τις προκλήσεις. Στην παρούσα εργασία θα μελετηθούν ζητήματα που αφορούν την ένταξη μαθητών που προέρχονται από άλλες χώρες στο ελληνικό σχολείο, καθώς και μαθητών με αναπηρίες, ενώ παράλληλα, θα αναφερθούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του σχολικού εκφοβισμού (bullying). Για όλες αυτές τις περιπτώσεις, θα γίνει εκτενής αναφορά στον ιδιαίτερο ρόλο της εκπαιδευτικής ηγεσίας,

καθώς και στις δυσκολίες και προκλήσεις που αυτή έχει να αντιμετωπίσει, στοχεύοντας στην προαγωγή τόσο της σωματικής όσο και ψυχικής υγείας των μαθητών. Τέλος, σκοπός της παρούσας έρευνας είναι, αφού μελετήσει τα χαρακτηριστικά της αποτελεσματικής ηγεσίας και τα ιδιαίτερα γνωρίσματα που οφείλει να φέρει ο σύγχρονος ηγέτης, μέσα από την ανάλυση των μοντέλων εκπαιδευτικής ηγεσίας, να προσδιορίσει ποιο μοντέλο εκπαιδευτικής ηγεσίας είναι περισσότερο προσανατολισμένο σε πρακτικές που προάγουν την φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση.

Η εργασία αναπτύσσεται σε επτά κεφάλαια. Τα τέσσερα πρώτα κεφάλαια αποτελούν το θεωρητικό μέρος, ενώ τα τρία τελευταία αποτελούν το ερευνητικό μέρος της παρούσας εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η έννοια της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και η ανάγκη για την προστασία και τον σεβασμό απέναντι σε αύτη. Παρουσιάζονται διάφορες προσεγγίσεις της έννοιας, μέσα από την έρευνα παλαιότερων μελετητών και δίνεται ιδιαίτερη βάση στην προσέγγιση των κριτηρίων που καθιστούν τον άνθρωπο ως πρόσωπο με αυτονομία και βούληση. Στη συνέχεια, αναλύεται η έννοια της υγείας, μέσα από μια ιστορική αναδρομή του όρου «*υγεία*», όπως αυτή διαμορφώθηκε από τον 5^{ο} αιώνα π.Χ., μέσα από την ολιστική αντίληψη του Ιπποκράτη μέχρι και σήμερα, βάσει τον τελευταίο ορισμό που δόθηκε στην έννοια από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Παράλληλα, παρουσιάζεται η ερμηνεία της υγείας και κατ' επέκταση της ασθένειας, με βάση το βιοϊατρικό και βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο και αναλύεται η σύνδεση της ύπαρξης τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας με την ευζωία των ανθρώπων. Παρουσιάζονται οι παράγοντες που δίνουν νόημα στη ζωή των ανθρώπων και ορίζουν την «*καλή ζωή*» και προσδιορίζεται ο τρόπος με τον οποίο η ποιότητα ζωής σχετίζεται με την έννοια της υποκειμενικής ευζωίας.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναλύει το πεδίο δράσης και τους στόχους της προαγωγής της υγείας, καθώς και την ανάγκη συνεργασίας όλων των φορέων της κοινωνίας, προκειμένου να παρέχονται ίσες ευκαιρίες για όλους σε θέματα που σχετίζονται με την υγεία. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η σημασία της βασικής εκπαίδευσης για την υγεία και ο ρόλος της στην υιοθέτηση υγιεινών τρόπων συμπεριφοράς. Προς την κατεύθυνση αυτή προσανατολίζεται και το πεδίο δράσης της αγωγής υγείας, η οποία παρουσιάζεται στη συνέχεια του κεφαλαίου, καθώς και της καθοριστικής σημασίας για την μετέπειτα ζωή των μαθητών και την προστασία της υγείας τους ως ενήλικες. Μετά την ανάλυση του ορισμού της αγωγής της υγείας, γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στο ρόλο τόσο των εκπαιδευτικών όσο και της σχολικής ηγεσίας στην αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων προαγωγής και αγωγής της

υγείας που εφαρμόζονται στο σχολείο, καθώς και των παραγόντων που οδηγούν στην επιτυχία αυτών των προγραμμάτων. Στην τελευταία υποενότητα αυτού του κεφαλαίου, παρουσιάζεται η διαδικασία σχεδιασμού των προγραμμάτων αγωγής υγείας και η ανάγκη υλοποίησης τέτοιων προγραμμάτων, ενώ αναλύεται και ένα σύνολο παρεμβάσεων της ελληνικής εκπαιδευτικής πολιτικής στο πλαίσιο της αγωγής της υγείας, όπως αυτό έλαβε χώρα κατά το προηγούμενο σχολικό έτος.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται ζητήματα που αφορούν την ένταξη παιδιών που προέρχονται από διαφορετικές χώρες, καθώς και παιδιών που φέρουν αναπηρίες στο σύγχρονο ελληνικό σχολείο, οι ιδιαίτερες εκπαιδευτικές ανάγκες τους, καθώς και η ανάγκη σεβασμού και παροχής ίσων ευκαιριών μάθησης. Στο κεφάλαιο αυτό, η ανάλυση ξεφεύγει από τα όρια της σωματικής υγείας και ασχολείται, κυρίως, με τις επιπτώσεις αυτής της ένταξης στην ψυχική υγεία των παιδιών και στον καθοριστικό ρόλο της εκπαιδευτικής ηγεσίας στην αντιμετώπιση των διαφόρων δυσκολιών. Μετά την ανάλυση των παραγόντων που ορίζουν την διαπολιτισμικότητα και πολυπολιτισμικότητα και το πεδίο δράσης της αντίστοιχης εκπαίδευσης, καθώς και του πεδίου δράσης της ειδικής αγωγής, παρουσιάζονται οι πρακτικές που οφείλει να ακολουθεί ο σύγχρονος ηγέτης, οι οποίες προάγουν και προστατεύουν την υγεία των παιδιών. Παράλληλα, παρουσιάζεται το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού (bullying), τα ιδιαίτερα γνωρίσματά του, καθώς και των ατόμων που εμπλέκονται σε αυτό (θύτης, θύμα, παρατηρητής), οι μορφές του, καθώς και οι προκλήσεις που επιφέρει για τη σύγχρονη εκπαιδευτική ηγεσία και οι πρακτικές αντιμετώπισής του.

Το τέταρτο κεφάλαιο αναλύει την έννοια της ηγεσίας, όπως αυτή παρουσιάζεται μέσα από έρευνες προηγούμενων μελετητών και προσδιορίζει τα ιδιαίτερα γνωρίσματα του ηγέτη. Στη συνέχεια, αναλύεται η σχέση μεταξύ της διοίκησης και της ηγεσίας και παρουσιάζονται τα κριτήρια που συνιστούν μια ηγεσία αποτελεσματική. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στην παρουσίαση των διαφόρων στυλ και μοντέλων εκπαιδευτικής ηγεσίας, βάσει της ταξινόμησης των Leithwood, Jantzi & Steinbach (1999), στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε μοντέλου, καθώς και στις διαφοροποιήσεις του τρόπο διοίκησης που ακολουθεί ο σχολικός ηγέτης, ανάλογα με το κάθε μοντέλο. Στο τελευταίο μέρος αυτού του κεφαλαίου, γίνεται προσπάθεια να προσδιοριστεί το πιο αποτελεσματικό μοντέλο εκπαιδευτικής ηγεσίας σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας και να αποσαφηνιστούν τα χαρακτηριστικά που πρέπει να φέρει.

Το πέμπτο κεφάλαιο αποτελεί το εισαγωγικό μέρος του ερευνητικού μέρους της παρούσας εργασίας και αναλύει τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, πα-

ρουσιάζονται τα ερευνητικά ερωτήματα και ο σκοπός της έρευνας, η μέθοδος που ακολουθήθηκε, καθώς και τα εργαλεία της έρευνας. Γίνεται αναφορά στο δείγμα της έρευνας, τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων και τον τρόπο ανάλυσης των αποτελεσμάτων της. Παράλληλα, αναφέρονται τα κριτήρια αξιοπιστίας και εγκυρότητας της έρευνας, μέσα στα πλαίσια της δεοντολογίας. Κατά την πραγματοποίηση της έρευνας ακολουθήθηκε η διαδικασία της ημιδομημένης συνέντευξης, μέσω της οποίας καταγράφηκαν τα δεδομένα, τα οποία αφορούν τη φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση και τις προκλήσεις δεοντολογίας που προκύπτουν για τη σύγχρονη εκπαιδευτική διοίκηση και ηγεσία από τη φροντίδα αυτή. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 13 διευθυντικά στελέχη της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, τα οποία ασκούν τα καθήκοντά τους σε γενικά και ειδικά σχολεία της Θεσσαλονίκης. Δύο άτομα του δείγματος ανήκουν στην ιδιωτική εκπαίδευση. Η ημιδομημένη συνέντευξη αποτελείται στο σύνολό της από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελούν τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων, ενώ το δεύτερο αποτελείται από 4 ερευνητικούς άξονες, με 16 ερωτήσεις. Πιο συγκεκριμένα, ο πρώτος θεματικός άξονας αποτελείται από ερωτήσεις που αφορούν την εμπειρία των ηγετικών στελεχών πάνω σε θέματα υγείας στο χώρο του σχολείου. Ο δεύτερος άξονας αποτελείται από ερωτήσεις σχετικά με τις πρακτικές που ακολουθούν οι διευθυντές και αφορούν την προαγωγή και αγωγή της υγείας στο χώρο του σχολείου. Ο τρίτος άξονας περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν τις προκλήσεις δεοντολογίας για τη σύγχρονη εκπαιδευτική διοίκηση και ηγεσία, σχετικά με τη φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση, ενώ ο τέταρτος θεματικός άξονας αποτελείται από ερωτήσεις που αφορούν τη σύγχρονη ηγεσία μέσα από προτάσεις βελτίωσης της φροντίδας της υγείας στο χώρο της εκπαίδευσης.

Το έκτο κεφάλαιο παρουσιάζει τα αποτελέσματα της έρευνας, μέσα από μια ομαδοποιημένη κατά άξονα και συνοπτική παρουσίαση σε πίνακες, η οποία συνοδεύεται από σχόλια και αναφορές, τα οποία συμβάλλουν στην καλύτερη εξαγωγή και ερμηνεία των συμπερασμάτων.

Το έβδομο κεφάλαιο παρουσιάζει τα συμπεράσματα της έρευνας και ερμηνεύει τα αποτελέσματα αυτής. Πραγματοποιείται κριτική ανάλυση, με βάση τα δεδομένα από τη σύγχρονη βιβλιογραφία και τα ερευνητικά ερωτήματα, ενώ τα συμπεράσματα εξάγονται με βάση τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις του κάθε θεματικού άξονα. Μετά τη συμπερασματική παρουσίαση, παρατίθενται προτάσεις για μελλοντική έρευνα, καθώς και οι περιορισμοί της έρευνας. Η εργασία ολοκληρώνεται με τη βιβλιογραφία και τα παραρτήματα αυτής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1
ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΥΖΩΙΑ: ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑΣ

1.1 Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια η αξιοπρέπεια του ανθρώπου ολοένα και περισσότερο προσβάλλεται, καθώς αυξάνονται τα περιστατικά κοινωνικού αποκλεισμού και οι περιπτώσεις παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η υγεία αποτελεί ένα αναπόσπαστο ανθρώπινο δικαίωμα, το οποίο οι σύγχρονες κοινωνίες οφείλουν να σέβονται και να φροντίζουν για την προάσπιση και προαγωγή του, μέσα από τη λήψη μέτρων που συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την ευζωία των μελών της κοινωνίας.

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα μελετηθούν οι παράγοντες που συνιστούν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και οι διάφορες προσεγγίσεις που ορίζουν την έννοια αυτή. Η υγεία ως έννοια δέχτηκε αρκετούς ορισμούς στο πέρασμα του χρόνου και μελετήθηκε στη βάση πολλών προσεγγίσεων και θεωριών. Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι να αναδείξει τα κριτήρια που ορίζουν την έννοια της υγείας και το πώς αυτή σχετίζεται με την ευζωία των ανθρώπων. Η ευζωία ως έννοια σχετίζεται με την ευτυχία και την ικανοποίηση που νιώθουν τα άτομα από τη ζωή τους. Μία καλής ποιότητας ζωή επιδρά καθοριστικά στην υποκειμενική ευζωία των ανθρώπων. Ο τρόπος επίδρασης και η σύνδεση της ποιότητας ζωής με την ευζωία αναλύεται, επίσης, στο συγκεκριμένο κεφάλαιο.

1.2 Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια

Η έννοια της ανθρώπινης αξιοπρέπειας έχει έντονο κοινωνικό περιεχόμενο και είναι συνυφασμένη με τα ανθρώπινα δικαιώματα και τους τρόπους προστασίας τους. Πρόκειται για μια πολυσήμαντη έννοια, που έχει απασχολήσει τους μελετητές από την αρχαιότητα και κατέχει κεντρικό ρόλο στη φιλοσοφία και στο δίκαιο. Αναφέρεται στην αξία του ανθρώπου, όπως αυτή νοείται από τον τρόπο που βλέπει ο καθένας τον εαυτό του, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρονται οι άλλοι ως προς αυτόν. Η αντίληψη και τα αισθήματα του κάθε ανθρώπου για τον εαυτό του επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες. Ένας παράγοντας που επηρεάζει την άποψη του ανθρώπου για την προσωπική του αξία στην καθημερινή ζωή, είναι ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζουν και συμπεριφέρονται οι άλλοι ως

προς αυτόν (Κιβρακίδου, 2017, σ. 12). Στα πλαίσια αυτής της προσέγγισης, διατυπώθηκε ένας ορισμός για την έννοια της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, κατά τον οποίο, χαρακτηρίζεται ως η απόδοση της αξίας που του πρέπει στον άνθρωπο, όπως αυτή διαμορφώθηκε ως υποκειμένου της ιστορίας και η αποφυγή χρησιμοποίησής του ως αντικειμένου, προκειμένου να εξυπηρετηθεί οποιαδήποτε σκοπιμότητα. Ουσιαστικά, η ανθρώπινη αξιοπρέπεια συνίσταται στην αντιμετώπιση του ανθρώπου ως πρόσωπο με αυτονομία και βούληση και ποτέ ως μέσου επίτευξης κάποιου σκοπού (Μανωλεδάκης, 1998 σ. 245 ˙ Χρυσόγονος, 2006, σ. 110).

Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια αποτελεί ιδιότητα του ατόμου και συνίσταται στην αποφυγή υποβιβασμού της ιδιότητας αυτής στον άνθρωπο. Μια πιθανή προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, ακόμη και αν αφορά ένα πρόσωπο, θεωρείται ότι πλήττει και αφορά όλους, καθώς το πρόσωπο αυτό αποτελεί εκπρόσωπο του ανθρώπινου γένους. Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια αποτελεί θεμέλιο και ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία της προσωπικότητας του ατόμου. Παράλληλα, η αξιοπρέπεια της προσωπικότητας αναφέρεται στο σύνολό της στην κοινωνική υπόσταση του ανθρώπου και εμπεριέχει μια ηθική σημασία, η οποία απορρέει από την ανάγκη ένταξης του ατόμου ως πρόσωπο στην πολυσύνθετη πραγματικότητα και ολότητα της μεταβιομηχανικής περιόδου, η οποία χαρακτηρίστηκε από πολιτικό και κοινωνικό πλουραλισμό (Βλάχος, 1979, σ. 134).

Κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, παρατηρούμε πλήθος προσεγγίσεων της έννοιας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Έτσι, σύμφωνα με τον Μπιτζιλέκη (1997, σ. 99), η ικανότητα του κάθε ανθρώπου να διαμορφώνει τη μοναδικότητά του, αυτό που χαρακτηρίζεται ως προσωπική ιδιαιτερότητα και αποτελεί το ίδιο του το είναι, χαρακτηρίζεται ως αξιοπρέπεια. Μελετώντας παλαιότερους ορισμούς, παρατηρούμε ότι η αξιοπρέπεια προσεγγίζεται ως η αξία που αποδίδεται στον άνθρωπο ως πρόσωπο, έλλογο και συνειδητό (Μάνεσης, 1982, σ. 109). Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, ο άνθρωπος αποτελεί τον μοναδικό πραγματικό φορέα συνειδήσεως, ο οποίος έχει και την αποκλειστική ευθύνη και αξίωση να αποφασίζει συνειδητά για τις πράξεις του, ενώ προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας υπάρχει όταν ο άνθρωπος χρησιμοποιείται ως απλό μέσο επίτευξης στόχων. Σύμφωνα με τον Ράικο (2002), η ανθρώπινη φύση στον άνθρωπο οφείλεται στο πνεύμα του, το οποίο τον καθιστά ικανό να συναισθάνεται και να διαμορφώνει το περιβάλλον και τον εαυτό του, ενώ ταυτόχρονα, είναι αυτό που τον διαφοροποιεί από την απρόσωπη φύση. Στηριζόμενος στην άποψη αυτή, ο Ράικος δίνει στην έννοια της αξιοπρέπειας την ικανότητα του ανθρώπου να αυτοκαθορίζεται. Σε παρόμοιο ορισμό είχε καταλήξει και ο Κωνσταντινίδης (1987,

σ. 42), σύμφωνα με τον οποίο η αξιοπρέπεια ορίζεται ως το αδιαφιλονίκητο δικαίωμα του ανθρώπου να είναι ο εαυτός του, αυτό που είναι πραγματικά.

Υπάρχει μια παραδοχή κατά την οποία οι έννοιες «*ανθρώπινη αξιοπρέπεια*» και «*ανθρώπινη αξία*» θεωρούνται ταυτόσημες. Την αντίθεσή του στην άποψη αυτή εξέφρασε ο Ανδρουλάκης το 1976, σύμφωνα με τον οποίο η αξιοπρέπεια είναι μια έννοια πιο δυναμική σε σχέση με την αξία, στην προσπάθεια να αποδοθεί στον άνθρωπο η εγγενής αξία του. Κατά τον Σπινέλλη (1976), οι δύο έννοιες είναι διαφορετικές. Με την έννοια της αξίας περιγράφει το βαθμό της πνευματικής και ηθικής υπεροχής του προσώπου, ενώ με την αξιοπρέπεια την ιδιότητα του ατόμου να είναι αξιοπρεπές. Κατά την προσέγγιση αυτή, η αξία δηλώνει το αξιολογικό περιεχόμενο του αντικειμένου, ενώ η αξιοπρέπεια είναι το αποτέλεσμα της αξίας, όπως αυτό διαμορφώνεται από την συμπεριφορά του ίδιου του προσώπου ή της στάσης των άλλων ως προς αυτό. Στο σημείο που φαίνεται να συμφωνούν και οι δύο μελετητές είναι αυτό του σεβασμού και της προστασίας τόσο της ανθρώπινης αξίας όσο και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Σύμφωνα με τον Clapham (2006, σ. 540), η ανθρώπινη αξιοπρέπεια εντοπίζεται σε δύο αντιφατικές ιδιότητες του ατόμου: την εσωτερική αξία και την αντικειμενική αξία. Την εσωτερική αξία την έχει κάθε άτομο και με βάση αυτή ορίζει τον εαυτό του, ενώ η αντικειμενική αξία αποδίδεται σε όλα ανεξαιρέτως τα άτομα, εξαιτίας της ανθρώπινης φύσης τους. Την εσωτερική αξία ο κάθε άνθρωπος την αντιλαμβάνεται διαφορετικά και ο τρόπος που επιθυμεί να την εξυπηρετήσει ίσως έρχεται σε αντίθεση με τις κοινωνικές προσταγές περί προστασίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Σε μια προσπάθεια βιβλιογραφικής ανασκόπησης, παρατηρούμε την άρρηκτη σύνδεση της έννοιας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας με τη θεωρία του Καντ. Ωστόσο, με την έννοια αυτή είχαν ασχοληθεί προγενέστερα και άλλοι μελετητές. Στηριζόμενος στη θεωρία του Αριστοτέλη, ο John Finnis υποστήριξε ως βασικό συστατικό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας την ψυχή. Ο Αριστοτέλης θεωρεί ως ηθικά σημαντικό χαρακτηριστικό του ανθρώπινου γένους τη δυνατότητα να ζει ο κάθε άνθρωπος με βάση μια λογική αρχή. Τη λογική αυτή αρχή την αναγνωρίζει ως προϋπόθεση για μια ολοκληρωμένη ζωή και προαπαιτούμενη της ευτυχίας του ανθρώπου. Συχνά τη χαρακτήριζε ως «*ενέργεια της ψυχής*» και έδινε σε αυτή μεγαλύτερο νόημα, σε σχέση με τον πλούτο, την τιμή και την ευχαρίστηση (Wright, 2000). Στο έργο του Κικέρωνα συναντάμε την ιδέα της ηθικής αξιοπρέπειας, σύμφωνα με τον οποίο ο κάθε άνθρωπος οφείλει να επιζητά στις πράξεις του το ατομικό του συμφέρον, χωρίς όμως, να βλάπτει τους γύρω του (Πανταζόπουλος, 1978, σ. 11).

Όσον αφορά την προσέγγιση της ιδέας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας από τον Ιμάνουελ Καντ, που χρονολογικά τοποθετείται στο κίνημα του Διαφωτισμού, ο άνθρωπος υπάρχει, όπως και κάθε έλλογο ον, ως αυτοσκοπός των πράξεών του, οι οποίες είτε αφορούν τον ίδιο είτε άλλα έλλογα όντα και όχι απλά ως μέσο αυθαίρετης επίτευξης στόχων άλλων. Για τον Καντ, ο άνθρωπος κατέχει αξιοπρέπεια, η οποία τον καθιστά άξιο σεβασμού και ίσο με τα υπόλοιπα κοσμικά όντα, βάσει της οποίας μπορεί να συγκρίνεται μαζί τους ως ίσος προς ίσους (Kant, 2013, σ. 291). Παρατηρούμε και πάλι στο σημείο αυτό, τη διαφοροποίηση της εγγενής αξίας του ανθρώπου σε σχέση με τα υλικά αγαθά, τα οποία αποτελούν απλά μέσα επίτευξης σκοπών, χωρίς κάποια συγκεκριμένη αξία. Η αναγνώριση της αξιοπρέπειας του άνθρωπου έγκειται στο σεβασμό που οφείλει να επιδεικνύει ο κάθε άνθρωπος προς τον συνάνθρωπό του. Πρόκειται, ουσιαστικά, για ένα καθήκον του ανθρώπου απέναντι στου άλλους, αλλά και στον ίδιο του τον εαυτό. Ως ηθικό ον οφείλει να λειτουργεί με βάση την εσωτερική του ελευθερία και να βασίζεται σε αρχές, αποφεύγοντας με τον τρόπο αυτό να καταστεί ένα απλό παιχνίδι θελήσεων (Kant, 2013, σ. 272). Η αυτονομία των υποκειμένων συλλαμβάνεται σε όλη την έκταση της φιλοσοφίας του Καντ και θεωρείται απαραίτητο στοιχείο της ανθρώπινης υπόστασης. Η αυτονομία αυτή αποτελεί θεμέλιο της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, όπου ο άνθρωπος είναι υπεύθυνος για τις πράξεις του, ενεργεί αυτόνομα και είναι φορέας ηθικής αξίας. Η αξία αυτή συνίσταται στην ελευθερία του ανθρώπου να αυτοκαθορίζεται τόσο προσωπικά όσο και σε σχέση με τους άλλους, χωρίς την ύπαρξη εξουσιαστικών παραγόντων ή εις βάρος κάποιων άλλων. Στηρίζεται στην ελεύθερη βούληση, σύμφωνα με την οποία ο κάθε άνθρωπος πράττει με τέτοιο τρόπο, ώστε η συμπεριφορά αυτή θα μπορούσε να καταστεί καθολικός νόμος. Εξάλλου, η ίδια η αυτονομία στηρίζεται στην ελευθερία του ανθρώπου, η οποία τον καθιστά ηθικά και κοινωνικά υπεύθυνο άτομο (Σταμάτης, 2011, σ. 301 - 302, 315).

Στηριζόμενος στη φιλοσοφία του Καντ, ο γερμανός φιλόσοφος Johann Gottlieb Fichte υποστήριξε ότι ο άνθρωπος μπορεί να θεωρηθεί λογικό ον, μόνο όταν αναγνωρίζεται από τους άλλους ως τέτοιο και συμπεριφέρεται με ανάλογο τρόπο ως προς τους ίδιους, θεωρώντας τους ισότιμα λογικά όντα. Ως απαραίτητα στοιχεία του λογικού ανθρώπου, ξεχώρισε την αυτοδιάθεση του ατόμου, την ελευθερία της βούλησης και τον αυτοπροσδιορισμό, παράγοντες που καθορίζουν την εσωτερική σχέση που έχει ο καθένας με τον εαυτό του, αλλά και τη σχέση που αναπτύσσει με τους άλλους ανθρώπους γύρω του. Κατά τον ίδιο, ένα λογικό ον οφείλει, όμως, να περιορίζει την ελευθερία του, όταν αυτή παραβιάζει την ελευθερία των υπολοίπων λογικών όντων (Λογοθέτης, 1958, σ. 47, 54).

Με την έννοια της ανθρώπινης αξιοπρέπειας ασχολήθηκαν και άλλοι μελετητές, μετά τον Καντ. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη του ωφελιμιστή John Stuart Mill, σύμφωνα με τον οποίο, η εξουσία μπορεί να ασκηθεί αυθαίρετα σε κάποιο άτομο μιας πολιτισμένης κοινωνίας, μόνο στην περίπτωση που αποσκοπεί στην πρόληψη της βλάβης που μπορεί να προκληθεί στα άλλα μέλη της κοινωνίας. Το άτομο έχει υποχρέωση να σέβεται τον εαυτό του και να προσπαθεί για την αυτοανάπτυξή του, καθώς με τον τρόπο αυτό συντηρεί την προσωπική του αξιοπρέπεια και αποφεύγει την περιφρόνηση, τον οίκτο και τη αδιαφορία των άλλων. Στην περίπτωση που δεν λειτουργεί βάσει αυτών, δεν γίνεται δέκτης κάποιας τιμωρίας ή άσκησης αυθαίρετης εξουσίας, εκτός από την περίπτωση που η ασεβής συμπεριφορά του ατόμου προς τον ίδιο του τον εαυτό, επηρεάζει αρνητικά και τη ζωή άλλων ανθρώπων. Για το λόγο αυτό, ο άνθρωπος οφείλει να ενεργεί μέσα από τις πράξεις του για το γενικό καλό, που αφορά όλους, παραμερίζοντας το ατομικό καλό του, είτε αυτό είναι σωματικό είτε ηθικό. Ακόμα όμως και στην περίπτωση αυτή, συνεχίζει να παραμένει ένα άτομο κυρίαρχο στον εαυτό του και το σώμα του, διατηρώντας την ανεξαρτησία του (Mill, 2003, σ. 94 – 95, 150 - 151).

Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια έχει εξέχουσα θέση σε ό,τι αφορά τα ανθρώπινα δικαιώματα και αποτελεί τον λόγο ύπαρξής τους (Clapham, 2006, σ. 533). Σύμφωνα με τον Καντ, τα άτομα που έχουν την ικανότητα να σκέφτονται και να αποφασίζουν, φέρουν και την ικανότητα της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Με τον ορισμό αυτό, όμως, δημιουργείται ένας προβληματισμός σχετικά με το τι συμβαίνει με άτομα με νοητική στέρηση ή άτομα εξαρτημένα από ουσίες, ανήλικα άτομα ή μικρά παιδιά, τα οποία δεν φέρουν τις ανωτέρω ικανότητες ή δεν τις έχουν αναπτύξει στον επιθυμητό βαθμό, ώστε να μπορούν να λάβουν μόνα τους ορθές αποφάσεις. Δεν μπορεί, βέβαια, να υποστηριχτεί ότι αυτά τα άτομα δεν έχουν αξιοπρέπεια, για το λόγο ότι η ανθρώπινη αξιοπρέπεια υπάρχει σε κάθε άτομο, σε όλα τα ανθρώπινα όντα, από το γεγονός και μόνο ότι είναι άνθρωποι, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, εθνικότητας και αν είναι ή όχι υγιείς (Κιβρακίδου, 2017, σ. 31). Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια έχει τη θέση της απόλυτης αξίας σε κάθε ανθρώπινη ζωή και χρήζει προστασίας και σεβασμού στα άτομα με έστω και στοιχειώδη ικανότητα δημιουργίας ψυχικών και πνευματικών βιωμάτων (Ράικος, 2002).

Η έννοια της ανθρώπινης αξιοπρέπειας θέτει τον άνθρωπο στο κέντρο του κοινωνικού κόσμου. Χαρακτηριστική είναι η εμφάνιση της έννοιας στο ελληνικό Σύνταγμα: στο Αρ. 2, παρ. 1: «*Ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας*», στο αρ. 7, παρ. 2: «*Τα βασανιστήρια, οποιαδήποτε σω-*

ματική κάκωση, βλάβη υγείας ή άσκηση ψυχολογικής βίας, καθώς και κάθε άλλη προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, απαγορεύονται και τιμωρούνται, όπως ο νόμος ορίζει», στο Αρ. 106, παρ. 2: «*Η ιδιωτική οικονομική πρωτοβουλία δεν επιτρέπεται να αναπτύσσεται σε βάρος της ελευθερίας και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας ή προς βλάβη της εθνικής οικονομίας*» (Κιβρακίδου, 2017, σ. 24 – 25). Όπως παρατηρούμε, το άτομο κατέχει κεντρική θέση στο Σύνταγμα, ενώ το κράτος μεριμνά προκειμένου να τηρούνται όλα εκείνα τα μέτρα, τα οποία εξασφαλίζουν στο άτομο ένα περιβάλλον, όπου μπορεί να απολαμβάνει τα δικαιώματά του. Σε ένα κοινωνικό κράτος δικαίου, η προστασία και ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αποτελούν τους βασικότερους παράγοντες που ορίζουν την ελευθερία των ατόμων και είναι κριτήριο του πολιτισμού μιας κοινωνίας και του βαθμού δημοκρατικότητας του κράτους. Καταστάσεις στις οποίες θεωρείται ότι η αξιοπρέπεια των ατόμων στερείται αποτελούν ο αποκλεισμός, η φτώχεια και η σοβαρή ασθένεια. Βασικό καθήκον της πολιτείας αποτελεί η τήρηση της κοινωνικής δικαιοσύνης, μέσα από την θέσπιση νόμων, οι οποίοι δημιουργούν τις κατάλληλες συνθήκες, προκειμένου να τηρούνται τα ανθρώπινα δικαιώματα και να εξασφαλίζεται η αξιοπρεπής διαβίωση των ατόμων, όπως αυτή ορίζεται μέσα από την ικανοποίηση των βασικών αναγκών τους. Για το λόγο αυτό, το κράτος οφείλει να προωθεί την κοινωνική ένταξη όλων των ατόμων την κοινωνίας και να καταπολεμά τις διακρίσεις. Βασικό παράγοντα μιας δημοκρατικής κοινωνίας αποτελεί η εξάλειψη κάθε είδους αποκλεισμού των ατόμων, είτε αυτός είναι οικονομικός είτε κοινωνικός. Τα μέτρα που λαμβάνονται θα πρέπει να αποσκοπούν στην ένταξη των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στην κοινωνία, όπως αποτελούν τα άτομα με αναπηρίες και οι διάφορες εθνοτικές μειονότητες, καθώς οποιαδήποτε μορφή αποκλεισμού αποτελεί παραβίαση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (Τσεβρένης, 2012, σ. 130).

Σε μια προσπάθεια να οριστούν όλα εκείνα τα δικαιώματα, τα οποία πρέπει να τηρούνται προκειμένου όλα τα άτομα μιας κοινωνίας να ζουν με αξιοπρέπεια, θα λέγαμε ότι αυτά προσδιορίζονται από το δικαίωμα των ατόμων στην κοινωνική προστασία και ασφάλεια, το δικαίωμα στην εκπαίδευση και την υγεία, το δικαίωμα στην εργασία, το δικαίωμα συμμετοχής στα κοινά και στην πνευματική ζωή της κοινωνίας, το δικαίωμα της προσωπικής ανάπτυξης του καθενός, την ελευθερία σκέψης και έκφρασης της βούλησης, την ειρηνική συνάθροιση στην κοινωνία και την ύπαρξη ενός κατάλληλου βιοτικού επιπέδου, το οποίο θα εξασφαλίζει την υγεία και την ευημερία στη ζωή των ατόμων (Τσεβρένης, 2012, σ. 131).

1.3 Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας «*υγεία*»

Σύμφωνα με τον Πλάτωνα, δεν υπάρχει πιο ευχάριστο πράγμα από το να είσαι καλά, αλλά αυτό δεν το συνειδητοποιείς μέχρι να αρρωστήσεις (Φρούντα, 2014, σ. 17) και ενώ ο τρόπος που αντιλαμβάνεται κανείς τον όρο «*υγεία*» μπορεί να διαφέρει, ανάλογα με το πολιτισμικό και κοινωνικό περιβάλλον των ατόμων, η υγεία θεωρείται από όλους ως το σημαντικότερο αγαθό της ζωής και μία από τις βασικές παραμέτρους που καθορίζουν την ευτυχία των ανθρώπων (Σουρτζή, 1998). Η υγεία των ατόμων αποτελεί τη βάση για την προσωπική τους ευημερία, αλλά και την απαραίτητη προϋπόθεση για την οικονομική ανάπτυξη και την παραγωγικότητα μιας κοινωνίας (Τούντας, 2000).

Έγιναν αρκετές προσπάθειες στο παρελθόν προκειμένου να οριστεί η έννοια της υγείας και η ολιστική αντίληψη του Ιπποκράτη κατά τον $5^{ο}$ αιώνα π.Χ. για αυτήν, αποτελεί μία από τις βασικότερες και ίσως πιο καθοριστικές αντιλήψεις για αυτό που σήμερα ορίζουμε ως υγεία. Ο Ιπποκράτης θεωρούσε τον άνθρωπο ως μια ενιαία ψυχοσωματική οντότητα και υποστήριζε ότι η ισορροπία ανάμεσα στα συστατικά του ανθρώπου, του τρόπου ζωής του και τις περιβαλλοντικές συνθήκες, αποτελεί τη βασική προϋπόθεση για την εξασφάλιση της υγείας. Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη, τα συστατικά αυτά, τα οποία περιέγραφε ως χυμούς και πάθη, αποτελούν οι ορμόνες και τα συναισθήματα των ανθρώπων, τα οποία κατά τον ίδιο, πρέπει να βρίσκονται σε ισορροπία μεταξύ τους και να αλληλεπιδρούν αρμονικά, σε μια κατάσταση που ο ίδιος χαρακτήριζε ως «*ευκρασία*» (Πανούσης, 1998, σ. 223 – 224).

Επομένως, ο Ιπποκράτης θεωρεί ότι η ασθένεια σχετίζεται με το σύνολο του οργανισμού και δεν αποτελεί μεμονωμένη τοπική πάθηση, αντιθέτως επηρεάζεται και εξαρτάται τόσο από τον τρόπο ζωής, όσο και από επιδράσεις που σχετίζονται με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Με βάση αυτό, ανέπτυξε την πεποίθηση ότι ο άνθρωπος και όλοι γενικά οι ζωντανοί οργανισμοί έχουν φυσική αυτοθεραπευτική δύναμη και αυτό που χρειάζεται είναι ένας γιατρός, ο οποίος θα υποβοηθά αυτή τη θεραπευτική δύναμη και θα διευκολύνει την αυτοθεραπευτική διαδικασία, μέσα από τη λήψη ιατρικού ιστορικού τόσο από τον ίδιο τον άρρωστο και το περιβάλλον του, όσο και με τη εξέταση του τρόπου ζωής και τη διερεύνηση των περιβαλλοντικών συνθηκών. Ο κύριος θεραπευτής, κατά τον Ιπποκράτη, είναι η ίδια η φύση του ασθενούς μέσα από την φυσική και ψυχική του ενέργεια (Πανούσης, 1998, σ. 224).

Αργότερα, ο γερμανοελβετός ιατροφιλόσοφος Θεόφραστος Παράκελσος, στην ίδια γραμμή με τον Ιπποκράτη, υποστήριζε ότι η υγεία διασφαλίζεται μέσα από την ισορροπία και αρμονία πολλών παραγόντων, στο σύνολό τους και η διατάραξη αυτής της ισορροπίας, τόσο σε επίπεδο ψυχοσωματικό όσο και περιβαλλοντικό, οδηγεί στην εκδήλωση μιας ασθένειας. Ο Παράκελσος είχε αναγνωρίσει την ύπαρξη του ανοσοποιητικού συστήματος στον άνθρωπο και τον καθοριστικό ρόλο αυτού στην εξουδετέρωση και αποβολή των επιβλαβών δηλητηρίων από τον οργανισμό και χαρακτήριζε ως «*αλχημιστές*» τους ανοσοποιητικούς παράγοντες που ήταν υπεύθυνοι για την εξισορροπητική αυτή αποστολή. Όταν οι «*αλχημιστές*» δεν καταφέρνουν να φέρουν την ισορροπία στο σώμα, τότε αυτό κατά τον ίδιο, ασθενεί (Πανούσης, 1998, σ. 232 - 233).

Η θεώρηση αυτή του Παράκελσου είναι βαθιά ολιστική και στηρίζεται στην άποψη ότι μία ευρύτερη πραγματικότητα, η οποία αποτελείται από οντότητες, σφαίρες επιρροής, φύσεις ή ουσίες, όπως τις χαρακτηρίζει ο ίδιος, παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διατήρηση της υγείας και στην εκδήλωση μιας ασθένειας στον άνθρωπο. Ο Παράκελσος προσδιορίζει πέντε τέτοιες οντότητες: α) την επίδραση της ακτινοβολίας που εκπέμπουν τα ουράνια σώματα, δίνοντας της και ψυχοσωματική υπόσταση, β) τα διάφορα δηλητήρια που ανευρίσκονται στο περιβάλλον και στις τροφές και είναι επιβλαβή για τον άνθρωπο. Με τον ίδιο χαρακτηρισμό, ως δηλητήρια χαρακτήριζε και τα διάφορα φάρμακα που χρησιμοποιούνταν σε μικρές δόσεις προς όφελος του ανθρώπου. Στο έργο του ασχολήθηκε ιδιαίτερα με τη χρησιμοποίηση των δηλητηρίων ως φάρμακα και δικαίως, χαρακτηρίστηκε ως θεμελιωτής της ιατροχημείας. Ο ίδιος είναι αυτός που εμπνεύστηκε και την ομοιοπαθητική θεραπευτική μέθοδο, διακηρύσσοντας ότι οτιδήποτε μπορεί να προκαλέσει μια ασθένεια στον άνθρωπο, αυτό μπορεί και να την θεραπεύσει. γ) Η σωματική φύση του ανθρώπου, η οποία κατά τον Παράκελσο, φέρει ένα ενεργειακό πεδίο που περιβάλλει το ζωτικό σώμα του ανθρώπου και είναι υπεύθυνο για τη συνεκτικότητά του. Το πεδίο αυτό έρχεται σε αλληλεπίδραση με τη ζωτική δύναμη, το παγκόσμιο πεδίο, όπως το χαρακτηρίζει, του σύμπαντος και όταν για κάποιο λόγο, είτε ψυχοσωματικό των ανθρώπων είτε λόγω αρνητικών επιδράσεών τους στους νόμους της φύσεως, η ισορροπία αυτή διαταραχθεί, το ζωτικό τους σώμα ασθενεί. Η επανενεργοποίηση του ζωτικού σώματος των ανθρώπων μπορεί να επιτευχθεί στο σημείο αυτό με την επαφή του με το ζωτικό σώμα του θεραπευτή, που φέρει επάρκεια ζωτικής δύναμης και μπορεί μαγνητικά να τη μεταφέρει στο ενεργειακό πεδίο του ασθενούς. δ) Η Φύση. Με την έννοια αυτή, ο Παράκελσος εννοεί τη θεία εκδήλωση της ζωής όλων των όντων και τη σημαντικότητα της ύπαρξης αρμονίας μέσα σε αυτή για την απο-

φυγή της ασθένειας. ε) Η ψυχοπνευματική οντότητα των ανθρώπων. Στην ολιστική του θεώρηση ο Παράκελσος νοεί τον άνθρωπο ως ένα ενιαίο ψυχοσωματικό σύνολο και δεν περιορίζεται μόνο στη σωματική του φύση, αλλά δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην αλληλεπίδραση των συναισθημάτων και του νου με το σώμα των ανθρώπων και γενικότερα, στην επίδραση του ψυχισμού τους για την ορθή λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού και την αποφυγή της ασθένειας (Πανούσης, 1998, σ. 233 – 237).

Μελετώντας το βιοϊατρικό και βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο για την ερμηνεία της υγείας και κατ' επέκταση της ασθένειας, παρατηρούμε ότι στο βιοϊατρικό μοντέλο επικρατεί μια ιατροκεντρική αντίληψη, κατά την οποία το σώμα αντιμετωπίζεται ως μηχανή, η υγεία ορίζεται ως η απουσία ασθένειας και η ιατρική θεωρείται ως θεματοφύλακας της υγείας. Το συγκεκριμένο μοντέλο στηρίχθηκε στην καρτεσιανή μηχανιστική θεώρηση, κατά την οποία υπάρχει διαχωρισμός μεταξύ του σώματος και της ψυχής και ο ανθρώπινος οργανισμός δεν αντιμετωπίζεται ολιστικά ως ενότητα, αλλά δίνεται ιδιαίτερη βάση στη θεραπεία με τη χρησιμοποίηση τεχνολογικών επιτευγμάτων και αγνοώντας τους ευρύτερους περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι έχουν καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση και πορεία μιας ασθένειας. Το βιοϊατρικό μοντέλο ορίζει την υγεία ως τη φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Οτιδήποτε παρεκκλίνει από αυτή τη φυσιολογική λειτουργία, θεωρείται παθολογικό και υπεύθυνο για την εκδήλωση της ασθένειας. Η παρεκτροπή αυτή μετράται με βάση μετρήσιμων βιολογικών παραμέτρων και περιλαμβάνει τις ενοχλήσεις και τα συμπτώματα της ασθένειας, καθώς και τον εντοπισμό της βλάβης στο σώμα του ανθρώπου. Από τη στιγμή που ο ανθρώπινος οργανισμός αντιμετωπίζεται ως μηχανή, η ασθένεια αποτελεί μια μηχανική βλάβη που χρήζει διόρθωσης (Τούντας, 2000).

Με το πέρασμα του χρόνου και την εμφάνιση ασθενειών χωρίς ξεκάθαρη αιτιολογία και με την εξέλιξη των κοινωνικών επιστημών, το βιοϊατρικό μοντέλο αμφισβητήθηκε και αναζητήθηκε ένα νέο μοντέλο, το οποίο θα λάμβανε υπόψη, εκτός από τη σωματική διάσταση της υγείας και την ψυχική και κοινωνική της διάσταση. Στη βάση αυτών στηρίχθηκε το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, το οποίο έδωσε έναν ολιστικό προσδιορισμό στην έννοια της υγείας. Με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο το σώμα και η ψύχη παύουν να είναι κάτι ξεχωριστό, ενώ ο ανθρώπινος οργανισμός αντιμετωπίζεται ολιστικά ως μια ενότητα, στην οποία η δυναμική ισορροπία μεταξύ του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος είναι αυτή που ορίζει την έννοια της υγείας και επιτρέπει στο άτομο να ζει δημιουργικά. Το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου συνεχώς μεταβάλλεται. Η ύπαρξη, όμως, αυτής της δυναμικής ισορροπίας επιτρέπει στο άτομο να προσαρμόζεται και να ανταποκρί-

νεται στις διάφορες περιβαλλοντικές αλλαγές, διατηρώντας με τον τρόπο αυτό την αρμονία με το περιβάλλον του. Όταν η αρμονία αυτή διαταραχθεί, τότε εμφανίζεται η ασθένεια (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Αρκετά κοντά στις παραπάνω θεωρήσεις, που προσπάθησαν να ορίσουν την υγεία, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 1948 εισήγαγε μια κοινωνική διάσταση του όρου, κατά τον οποίο «*η υγεία ορίζεται ως μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας*». Ωστόσο, με τον ορισμό αυτό η θεώρηση ότι η υγεία αποτελεί ένα αγαθό το οποίο έχει από τη φύση του ο άνθρωπος και προσπαθεί να το διατηρήσει, μεταβάλλεται ως προς ένα αγαθό για το οποίο ο άνθρωπος πρέπει να αγωνιστεί για να το κατακτήσει. Μέχρι και σήμερα, ο ορισμός της υγείας εξακολουθεί να επιδέχεται διαφοροποιήσεις, καθώς αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, που δέχεται επιδράσεις τόσο από τα ατομικά χαρακτηριστικά και τον τρόπο ζωής των διάφορων ατόμων, όσο και από βιολογικούς, περιβαλλοντικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (Pender, 1996 ˙ WHO, 2002).

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η υγεία δεν αποτελεί μια σταθερή κατάσταση, αλλά μεταβάλλεται μέσα στο χρόνο, ανάλογα με την αλληλεπίδραση των παραπάνω παραγόντων, μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι μπορεί να φέρει και αρκετούς ορισμούς. Θα λέγαμε ότι ο ορισμός της υγείας «*ως μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας*» του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ότι αποτελεί έναν θετικό για την έννοια ορισμό. Αντίθετα, η απουσία συμπτωμάτων ή ασθένειας, είναι αρνητικός για την έννοια της υγείας ορισμός, ενώ η σωματική ικανότητα και η ικανότητα άσκησης ρόλων, αποτελούν τον λειτουργικό ορισμό της έννοιας (Σαρρής, 2001). Οι διαφορετικές αυτές προσεγγίσεις δίνουν στο φαινόμενο της έννοιας «*υγεία*» κοινωνικοοικονομικές, αλλά και πολιτισμικές προεκτάσεις, καθώς η υγεία ή η ασθένεια ενός ατόμου δεν επηρεάζει μόνο το ίδιο το άτομο, αλλά και τις σχέσεις του με την κοινωνία (Saracci, 1997).

Είναι αξιοσημείωτο ότι στον Δυτικό πολιτισμό, όπου η εργασία και η παραγωγικότητα είχαν κυρίαρχο ρόλο στην ανάπτυξη της κοινωνίας, η ικανότητα ή μη των ατόμων για εργασία ήταν αυτή που διαχώριζε το φυσιολογικό από το παθολογικό. Κατά τον $20^{ο}$ αιώνα, όταν η εργασία έγινε περισσότερο νοητική και λιγότερο χειρωνακτική, τότε δόθηκε μεγαλύτερη βάση στις πνευματικές και ψυχικές διαταραχές, που θεωρούνταν πλέον ως παθολογικές (Τούντας, 2000).

Από την άλλη, υπάρχει στενή και αλληλένδετη σχέση μεταξύ της υγείας και της οικονομίας μιας κοινωνίας. Υπάρχει μια γενική παραδοχή ότι οι αρρώστιες γεννιούνται

από τη φτώχεια, σε αντίθεση με την υγεία η οποία προάγεται με τον πλούτο. Ένα καλό εισόδημα παρέχει τη δυνατότητα βελτίωσης του τρόπου ζωής και των συνθηκών διαβίωσης των ατόμων. Αυτό συμβάλλει με τη σειρά του και στην ανάπτυξη της οικονομίας της κοινωνίας, καθώς τα υγιή άτομα αποδίδουν καλύτερα και είναι πιο παραγωγικά, σε σχέση με τα άτομα που στερούνται τα παραπάνω προνόμια (Τούντας, 2000).

Όσον αφορά την πολιτισμική προσέγγιση του όρου της υγείας, κατά τον Πλάτων, οι διάφορες ασθένειες προκλήθηκαν από τον πολιτισμό κι όπως υποστήριζε ο ίδιος, ο άνθρωπος ήταν υγιής, χωρίς καμία ανάγκη ιατρικής φροντίδας, όσο μεγάλωνε και ζούσε κοντά στη φύση, ενώ ανάλογα με τον πολιτισμό της κάθε κοινωνίας, μία ασθένεια μπορούσε να θεωρηθεί ως τιμωρία ή χάρισμα ή ως αποτέλεσμα αμαρτίας ή ιερότητα (Τούντας, 2000).

Αργότερα, με την προσθήκη της κοινωνικής και ψυχολογικής διάστασης στον ορισμό της υγείας, παρατηρήθηκε μια σύγκλιση στις απόψεις που θεωρούσαν την υγεία ως τη δυνατότητα του ατόμου να επιτελεί τις βασικές του λειτουργίες και να ανταπεξέρχεται στις διάφορες απαιτήσεις της ζωής. Από τη στιγμή, μάλιστα, που ο άνθρωπος αντιμετωπίζεται ως μια ολότητα και η ολότητα αυτή ασκεί επιρροή και στην κοινωνία στην οποία ανήκει, κατά την εκδήλωση μιας ασθένειας, πρέπει να ακολουθούνται όλες εκείνες οι πρακτικές που θα αντιμετωπίζουν, όχι μόνο τη σωματική και ψυχική διάσταση του ανθρώπου, αλλά και την κοινωνική, δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στον τρόπο με τον οποίο αυτές αλληλεπιδρούν μεταξύ τους (Khushf, 2007).

Λαμβάνοντας υπόψη όλες τις παραπάνω θεωρήσεις για τον ορισμό της υγείας, θα λέγαμε ότι δεν αποτελεί απλά αντώνυμο της λέξης «*ασθένεια*», αντιθέτως από τη στιγμή που στον ορισμό της περιλαμβάνονται έννοιες, όπως η ποιότητα ζωής και η ευεξία, ξεφεύγει από ατομικό ζήτημα και γίνεται πολιτισμικό ζητούμενο, το οποίο καθορίζει το βαθμό πληρότητας των ατόμων που απαρτίζουν μία κοινωνία, ενώ ο βαθμός αυτός εξαρτάται από τις κοινωνικές αξίες και τις πεποιθήσεις του κάθε ατόμου (Καραδήμας, 2005).

Ο ορισμός της υγείας «*ως μια κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας*» συνδέεται πολλές φορές και με την ευτυχία που νιώθουν τα άτομα για τη ζωή, ωστόσο κάτι τέτοιο είναι αυστηρά υποκειμενικό και το πώς τα άτομα αντιλαμβάνονται την ποιότητα της ζωής και την ευεξία, εξαρτάται από την ίδια την αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή και το πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο ζουν και σε σχέση με τους προσωπικούς στόχους και τις προσδοκίες που έχουν για τη ζωή τους (Power, 2003, σ. 431). Η ευτυχία, από την άλλη, είναι μια έννοια που δέχεται επίσης πολλαπλές ερμηνείες από τον κάθε άνθρωπο και αυτές μπορεί να έχουν να κάνουν με το τι θεωρεί ο ίδιος ως κα-

λή ζωή ή και την ικανοποίηση που νιώθει ο καθένας από τη ζωή του. Θα ήταν ενδιαφέρον, επομένως, να αναζητήσουμε τους παράγοντες που συντελούν στην ευζωία, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της, καθώς και τη σχέση της ποιότητας ζωής με την υποκειμενική ευζωία.

1.4 Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας «*ευζωία*»

Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση παρατηρούμε ότι πολλές φορές η έννοια της ευζωίας συνδέεται με έννοιες, όπως η ευτυχία, η ικανοποίηση από τους διάφορους τομείς της ζωής και γενικότερα, όλα αυτά που ορίζουν μία καλής ποιότητας ζωή (Diener, 2000). Αξίζει να αναφερθεί, ότι η έννοια της ποιότητας ζωής είναι ευρύτατη και πολυδιάστατη και χαρακτηρίζει διάφορες πτυχές της ζωής του ανθρώπου, οι οποίες μπορεί να σχετίζονται με το περιβάλλον, την απασχόληση, την κατοικία, τη διασκέδαση, τη διατροφή και γενικά, την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών. Η ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί ως το προϊόν των φυσικών γνωρισμάτων του κάθε ατόμου, σε συνδυασμό με την επιρροή που ασκεί σε αυτή τη διαδικασία η οικογένεια και η κοινωνία. Ένας άλλος ορισμός που θα μπορούσε να δοθεί στην έννοια αυτή, είναι η προσωπική δήλωση όλων εκείνων των χαρακτηριστικών, θετικών και αρνητικών, τα οποία προσδιορίζουν τη ζωή ενός ατόμου. Ως τέτοια χαρακτηριστικά μπορούν να αναφερθούν οι διάφορες εμπειρίες του ατόμου, οι αντιλήψεις, οι προσωπικές προτιμήσεις και η στάση του απέναντι στις διάφορες διαστάσεις της καθημερινής ζωής, που σχετίζονται με την ψυχολογία, την οικονομία, την πολιτική, τις διαπροσωπικές σχέσεις και τον πολιτισμό (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Είναι φανερό, επομένως, ότι η σημασία και τα χαρακτηριστικά που ορίζουν μία καλή ζωή, διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο. Πρόκειται, ουσιαστικά, για μια έννοια καθαρά υποκειμενική και για αυτό τον λόγο στη συνέχεια, η αναφορά στην έννοια της ευζωίας θα έχει να κάνει με την υποκειμενική ευζωία, ενώ θα γίνει προσπάθεια να αναζητηθούν οι παράγοντες που την καθορίζουν, αλλά και την επηρεάζουν.

Ο κλάδος που ασχολήθηκε πρώτος με την έννοια της ευζωίας είναι αυτός της Θετικής Ψυχολογίας, δίνοντας μεγάλη έμφαση στους παράγοντες που συμβάλλουν στην ευημερία των ανθρώπων και στην απόλαυση της ζωής με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, προάγοντας τα θετικά συναισθήματα και τις δυνατότητές τους, μέσα από τη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων, οι οποίες θεωρούνται ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες ευζωίας (Lyubomirsky, 2001). Με αυτό φάνηκε να συμφωνεί πολύ νωρίτερα κι ο Αριστοτέλης, καθώς για τον ίδιο, ο άνθρωπος είναι «*κοινωνικό ον*» και διακατέχεται από την «*αίσθηση του*

ανήκειν», δηλαδή έχει από τη φύση του την τάση να αλληλεπιδρά και να έρχεται σε επαφή με ομάδες ανθρώπων (Myers, 1999).

Ένα άλλο πεδίο με το οποίο ασχολήθηκε η θετική ψυχολογία και συνέβαλε στην προσέγγιση του όρου της ευζωίας, είναι η μελέτη των χαρακτηριστικών που δίνουν νόημα και σκοπό στη ζωή και κατ' επέκταση, των παραγόντων που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ανθρώπων από τη ζωή. Σύμφωνα με τον Seligman (2002), το νόημα της ζωής αποτελεί μία μεταβλητή που συνδέεται με την ευτυχία των ανθρώπων, την ψυχική ανθεκτικότητα, την ύπαρξη θετικών χαρακτηριστικών και τη βίωση ουσιαστικών σχέσεων με τους άλλους συνανθρώπους, αποφεύγοντας την υπερβολή σε όλες της πτυχές της ζωής. Είναι ένας τρόπος ζωής, κατά τον οποίο το άτομο αξιοποιεί τις ικανότητές του προκειμένου να εξελιχθεί, όχι μόνο γνωστικά, αλλά κυρίως ψυχολογικά και κοινωνικά (Γαλανάκης, Μερτίκα & Σεργιάννη, 2011, σ. 25).

Ο Frankl (1967) προσδιόρισε τρία συστήματα που δίνουν νόημα στη ζωή των ανθρώπων: α) το βιωματικό, εννοώντας τις εμπειρίες των ανθρώπων μέσα από τη μεταξύ τους επαφή, β) το δημιουργικό, τον τρόπο δηλαδή που ο καθένας συνεισφέρει στην κοινωνία και γ) η στάση ζωής, που αναδεικνύεται μέσα από τον τρόπο ζωής του καθενός. Κατά τον Seligman (2002), η συνεισφορά αυτή του κάθε ανθρώπου προς το γενικό καλό της κοινωνίας, είναι κάτι το οποίο ουσιαστικά αποτελεί την υπέρβαση του ατομικού νοήματος και σκοπού της ζωής προς έναν ανώτερο σκοπό, ο οποίος μπορεί να εντοπιστεί στην απρόβλεπτη καθημερινότητα του ατόμου και μπορεί να αφορά την κοινωνία συνολικά.

Ο Maslow το 1971 δημιούργησε μία πυραμίδα, στην οποία απεικόνισε ιεραρχικά τις βασικές ανθρώπινες ανάγκες. Στη βάση της πυραμίδας ανευρίσκουμε τις ανάγκες διαβίωσης, όπως είναι η τροφή, το νερό και ο ύπνος, ενώ λίγο πιο πάνω τις ανάγκες ασφάλειας, όπως η κατοικία και η προστασία από ατυχήματα. Ακολουθούν οι κοινωνικές ανάγκες, στις οποίες περιλαμβάνονται η ανάγκη για σύναψη κοινωνικών σχέσεων και η ανάγκη αποδοχής από την κοινωνία. Στη συνέχεια, ανευρίσκουμε τις ανάγκες της αυτοεκτίμησης, σύμφωνα με τις οποίες ο άνθρωπος επιθυμεί να έχει πρωταγωνιστικό ρόλο στη ζωή, μέσα από τη φήμη, την επιρροή που ασκεί και τον σεβασμό που δέχεται από τους γύρω του. Τέλος, στην κορυφή της πυραμίδας είναι η ανάγκη της αυτοπραγμάτωσης, μέσα από την οποία ο άνθρωπος επιτυγχάνει την υποκειμενική ευτυχία του και βιώνει την έννοια της ευζωίας, μέσα από την υλοποίηση όσων έχει ονειρευτεί και την αίσθηση πληρότητας που νιώθει.

Η ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων και η προσωπικότητα του κάθε ατόμου θεωρούνται από τους βασικότερους παράγοντες που διαμορφώνουν την υποκειμενική ευζωία. Οι στόχοι που θέτει το κάθε άτομο για τη ζωή του, οι προσδοκίες που έχει για αυτήν, καθώς και η προσπάθεια που κάνει για την επίτευξη αυτών των στόχων, αποτελούν μερικούς ακόμη παράγοντες που καθορίζουν την υποκειμενική ευζωία (Ryan & Deci, 2000). Όσον αφορά τις κοινωνικές σχέσεις, υποστηρίζεται ότι δημιουργούν ένα αίσθημα ασφάλειας στους ανθρώπους, ενώ η ένταξη τους σε ομάδες και οι κοινές αξίες, επηρεάζουν θετικά τις ατομικές τους δυνατότητες και τους παρέχουν ένα αίσθημα ηρεμίας, χαρακτηριστικά της υποκειμενικής τους ευζωίας (Berkman, Glass, Brissette & Seeman, 2000).

Για τους Diener, Suh και Oishi (1997) η υποκειμενική ευζωία αποτελεί έναν συνδυασμό γνωστικών και θυμικών στοιχείων. Για παράδειγμα, η εργασιακή και οικογενειακή κατάσταση, οι πεποιθήσεις, η στάση ζωής και ο ελεύθερος χρόνος, αποτελούν για τον άνθρωπο τα γνωστικά στοιχεία και σχετίζονται με τις συνειδητές κρίσεις του ατόμου για τη ζωή και την ικανοποίησή του από αυτή. Από την άλλη, οι ευχάριστες ή δυσάρεστες εμπειρίες που έχει ζήσει ένα άτομο και τα συναισθήματα που τις συνοδεύουν, αποτελούν τα θυμικά στοιχεία. Και τα δύο επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αξιολογούν την ποιότητα της ζωής τους, πιθανώς σε σχέση με μια ιδανική εικόνα που φέρουν στο μυαλό τους για αυτή (Lyubomirsky & Dickerhoof, 2005).

Η ποιότητα ζωής σχετίζεται με την εκπλήρωση των αναγκών των ανθρώπων και τον βαθμό ικανοποίησής τους από αυτές. Η ικανοποίηση των ατόμων σε βασικούς τομείς της ζωής, όπως η διατήρηση της υγείας τους, η ελευθερία να πράττουν αυτό που επιθυμούν και η επαγγελματική και οικονομική καταξίωσή τους, αποτελούν παράγοντες που επιδρούν στην ευζωία του κάθε ατόμου. Σύμφωνα με έρευνες, οι οποίες συμφωνούν με τις πρότερες φιλοσοφικές θεωρήσεις του Αριστοτέλη, η ευζωία βασίζεται σε δύο προσεγγίσεις: α) την ηδονιστική προσέγγιση, που αναφέρεται στην ευχαρίστηση και στην αποφυγή του πόνου, ως τα κύρια χαρακτηριστικά της ευτυχίας και β) η προσέγγιση της ευδαιμονίας, που σχετίζεται με το βαθμό λειτουργικότητας του ατόμου και εστιάζει σε πτυχές, όπως η πραγματοποίηση των πνευματικών, ψυχικών και σωματικών δυνατοτήτων του ανθρώπου και γενικότερα, η αίσθηση της πληρότητας που νιώθει το άτομο από τη ζωή (Waterman, 1993).

Αν και πρόκειται για έννοια καθαρά υποκειμενική, πολλές έρευνες ασχολήθηκαν με τα χαρακτηριστικά που ορίζουν την «*καλή ζωή*», επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον τους σε παράγοντες, όπως η ευχαρίστηση, η αγάπη για τους άλλους και η ενδοσκόπηση. Μία καλή ζωή μπορεί να θεωρηθεί από κάποιους ότι είναι η ζωή στην οποία τα ευχάριστα συναισθή-

ματα υπερτερούν έναντι των δυσάρεστων, όταν οι ευχαριστήσεις παραμερίζουν τον πόνο ή όταν οι ίδιοι οι άνθρωποι εμπλέκονται σε δραστηριότητες που τους ευχαριστούν και προσελκύουν το ενδιαφέρον τους. Σύμφωνα με τον Diener (2000), η υποκειμενική ευτυχία ενός ατόμου επηρεάζεται τόσο από την προσωπικότητά του όσο και από τις διάφορες συγκυρίες της ζωής του. Στο συμπέρασμα αυτό κατέληξε με βάση τρεις θεωρίες: α) την θεωρία της προσωπικότητας, βάσει της οποίας τα άτομα φέρουν γενετική προδιάθεση στο να είναι ευτυχισμένα ή δυστυχισμένα κατά τη διάρκεια της ζωής τους, β) την bottom-up προσέγγιση, κατά την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται την ευτυχία με βάση τις ευχάριστες και δυσάρεστες εμπειρίες που έχει βιώσει και επομένως, βιώνει την ευτυχία ως απόρροια της εκάστοτε κατάστασης και γ) την top-down προσέγγιση, κατά την οποία υπάρχει μια προδιάθεση του ατόμου στον τρόπο που αντιδρά στα διάφορα ερεθίσματα και αυτή η υποκειμενική αντίληψη για τα πράγματα, επηρεάζει και τον τρόπο που αλληλεπιδρά με τον κόσμο. Δηλαδή, οι ευχάριστες στιγμές δεν είναι προϋπόθεση για να νιώσει το άτομο ευτυχισμένο, αντιθέτως βιώνει ευχάριστες εμπειρίες, επειδή νιώθει ήδη ευτυχισμένο και μέσω αυτής της διάθεσης, ερμηνεύει και τις περισσότερες εμπειρίες ως θετικές.

Σύμφωνα με τον Freud (1930), δεν υπάρχει μια κοινή συμβουλή – συνταγή που να ταιριάζει σε όλους, προκειμένου να είναι ευτυχισμένοι. Υπάρχει, ωστόσο, η κοινή παραδοχή βάσει της οποίας, όταν ικανοποιούνται οι ανάγκες των ατόμων και εκπληρώνονται οι στόχοι που θέτουν για τη ζωή, τότε τα άτομα νιώθουν ευτυχισμένα και επιδιώκουν τη διατήρηση αυτής της ευτυχίας (Diener, 1984). Ο Rogers (1947) υποστηρίζει ότι οι στόχοι που θέτει το κάθε άτομο, μπορούν να επηρεάσουν την υποκειμενική του ευτυχία, καθώς είναι δυνατόν βραχυπρόθεσμα να προκαλούν την ευχαρίστηση στο άτομο, αλλά μακροπρόθεσμα να έρχονται σε σύγκρουση με μελλοντικές του ανάγκες και να του προκαλούν αρνητικά συναισθήματα. Επιπλέον, αυτοί οι στόχοι μπορεί είναι υψηλότεροι των δυνατοτήτων των ατόμων που τις θέτουν και να μην μπορούν να επιτευχθούν, λόγω έλλειψης των απαραίτητων εφοδίων. Η ασυμφωνία αυτή μεταξύ της αντίληψης που φέρουν τα άτομα για τις δυνατότητές τους και της πραγματικότητας, προκαλεί άγχος και αίσθηση δυστυχίας. Από την άλλη, στην επίτευξη της υποκειμενικής ευτυχίας σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει και η κοινωνική σύγκριση μεταξύ των ατόμων μιας κοινωνίας, η οποία προκαλεί δυσφορία στα άτομα που δεν μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους, ενώ κάποιοι άλλοι άνθρωποι μπορούν με εύκολο τρόπο να ικανοποιήσουν τις ίδιες ανάγκες (Easterlin, 2001).

Όσον αφορά την ικανοποίηση που νιώθουν οι μαθητές από τη σχολική ζωή τους, θα λέγαμε ότι αποτελεί συνιστώσα περίπλοκων διεργασιών, που δεν σχετίζονται μόνο με την

ακαδημαϊκή επιτυχία. Αν και υπάρχει η πεποίθηση ότι το σχολικό περιβάλλον δίνει μεγαλύτερη βάση στην επιτυχία, παραμελώντας τους υπόλοιπους παράγοντες που συντελούν στην προσωπική ευημερία των μαθητών, σύμφωνα με ερευνητικά ευρήματα, η ακαδημαϊκή επιτυχία αποτελεί αποτέλεσμα της ικανοποίησης των μαθητών από τη σχολική ζωή και όχι προϋπόθεση αυτής (Gietz & McIntosh, 2014). Το αίσθημα τη σχολικής ευζωίας των μαθητών επηρεάζεται από πλήθος παραγόντων, όπως οι αντιλήψεις που φέρουν οι ίδιοι για το περιβάλλον του σχολείου, η σχέση με τους εκπαιδευτικούς του σχολείου, οι υποδομές των σχολικών εγκαταστάσεων, το ποσοστό εμπλοκής στις δραστηριότητες του σχολείου και γενικότερα, η ατμόσφαιρα του σχολείου (Engels, Aelterman, Petegem & Schepens, 2004). Η εισαγωγή των εννοιών της προαγωγής και αγωγής της υγείας πραγματοποιήθηκε στη βάση των ανωτέρω ζητημάτων που καθορίζουν την ευζωία των μαθητών στο χώρο του σχολείου και έθεσε τις απαραίτητες προϋποθέσεις και τα αναγκαία κριτήρια για το αίσθημα ικανοποίησης των μαθητών από το σχολείο, που εκτός από την ακαδημαϊκή τους επιτυχία, ασκεί επιρροή και στην υγεία τους, καθορίζοντας την πορεία της κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2
Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

2.1 Εισαγωγή

Μετά τη διαπίστωση ότι η υγεία αποτελεί τον βασικό παράγοντα για την προσωπική ευημερία και ευζωία των ανθρώπων, αξίζει να μελετηθεί ο ρόλος της εκπαίδευσης στην υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών και τη βελτίωση του τρόπου ζωής των μαθητών. Το σχολείο αποτελεί ιδανικό χώρο για την προαγωγή της υγείας, καθώς η σχολική ηλικία είναι ιδανική για την υιοθέτηση υγιεινών προτύπων και συμπεριφορών, αφού οι μαθητές κατά την ηλικία αυτή διαμορφώνουν το χαρακτήρα τους και υιοθετούν στάσεις που καθορίζουν τη μετέπειτα ενήλικη ζωή τους.

Στόχος αυτού του κεφαλαίου είναι να μελετήσει το πεδίο δράσης της προαγωγής και αγωγής της υγείας και να προσεγγίσει τα απαραίτητα προληπτικά μέτρα που απαιτούνται για την προστασία της υγείας. Η προαγωγή της υγείας στοχεύει στην παροχή κινήτρων για μια καλύτερη υγεία και αποσκοπεί στη βελτίωση της δημόσιας υγείας. Η αγωγή υγείας στο χώρο του σχολείου αποτελεί μια παρέμβαση, που στόχο έχει οι μαθητές να αποκτούν υγιεινές συνήθειες και μέσα από αυτές να βελτιώνουν την ποιότητα της ζωής τους. Παράλληλα, στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα αναλυθεί ο ρόλος της βασικής εκπαίδευσης για την υγεία και η διαφοροποίηση της από την τυπική εκπαίδευση, καθώς και ο ρόλος των εκπαιδευτικών στα διάφορα προγράμματα προαγωγής και αγωγής της υγείας που εφαρμόζονται στο σχολείο. Τέλος, θα μελετηθεί ο τρόπος σχεδιασμού ενός προγράμματος αγωγής υγείας, καθώς και οι παρεμβάσεις της ελληνικής εκπαιδευτικής πολιτικής που εφαρμόζονται τα τελευταία χρόνια στα σχολεία.

2.2 Η προαγωγή της υγείας

Όπως έχει αναφερθεί, η υγεία αποτελεί το πολυτιμότερο αγαθό της ζωής και για αυτό το λόγο, είναι σημαντικό να βρίσκεται στο επίκεντρο των ενδιαφερόντων του κάθε ανθρώπου, προκειμένου να ακολουθούνται πρακτικές οι οποίες συμβάλλουν στην προστασία της υγείας του καθενός και να αναζητούνται οι καλύτεροι τρόποι πρόληψης των διάφορων ασθε-

νειών. Το σχολείο ως φορέας διαπαιδαγώγησης μπορεί να αποτελέσει αρωγό εκπαίδευσης πάνω σε θέματα που σχετίζονται με την υγεία και να συμβάλλει στην υιοθέτηση θετικών συνηθειών που προάγουν την υγεία.

Η προαγωγή της υγείας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αναφέρεται στην διαδικασία κατά την οποία τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους, μέσα από την αλλαγή της στάσης και του τρόπου ζωής τους (WHO, 1986). Την ίδια περίοδο, ο Π.Ο.Υ. κατέληξε στο συμπέρασμα ότι στα πλαίσια της προαγωγής της υγείας, πέρα από το σχολείο, το οποίο μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, απαιτείται και η συνεργασία όλων των φορέων της κοινωνίας, προκειμένου να επιτευχθεί η ισότητα και οι ίδιες ευκαιρίες σε θέματα που άπτονται της υγείας και σχετίζονται με την ευημερία του κάθε ατόμου. Η προαγωγή της υγείας στηρίζεται στο ολιστικό μοντέλο, κατά το οποίο η υγεία αποτελεί μια κατάσταση πλήρους ισορροπίας μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών δυνάμεων, χαρακτηρίζοντας ως εξωτερικές δυνάμεις τους παράγοντες που καθορίζουν την υγεία και ουσιαστικά αποτελούν το πεδίο παρέμβασης της προαγωγής της υγείας (Tountas, 2009).

Η *«προαγωγή της υγείας»* πρωτοεμφανίστηκε ως όρος από το υπουργείο Υγείας του Καναδά το 1974, στα πλαίσια μιας έκθεσης με αντικείμενο τη μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, στην οποία η Κυβέρνηση της χώρας παρουσίασε την πρόθεσή της να λάβει μέτρα, προκειμένου να αυξήσει το επίπεδο υγείας των πολιτών της και να μειώσει τους παράγοντες κινδύνου της υγείας τους. Όπως αποδείχθηκε στο μέλλον, με την εισαγωγή αυτή του όρου, τέθηκαν οι πρώτοι πυλώνες της προαγωγής της υγείας, οι οποίοι σχετίζονταν με την πρόληψη και την προστασία της υγείας, ενώ η έννοια της υγείας άρχισε να καθορίζεται από ένα σύμπλεγμα αλληλένδετων πλαισίων, όπως το περιβάλλον διαβίωσης, η οικογένεια, το σχολείο και η κοινωνία γενικότερα, και μέσα από τη μεταξύ τους αλληλεπίδραση (Σώκου, 1999, σ. 20). Στην Ευρώπη, ο όρος της «*προαγωγής της υγείας*» εμφανίστηκε στη δεκαετία του 1980, στα πλαίσια αναθεώρησης της Δημόσιας Υγείας όλων των μελών – κρατών της, μέσα από τον επαναπροσδιορισμό των παραγόντων που οδηγούν στη βελτίωση της υγεία. Το 1984, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας της Ευρώπης ξεκίνησε μια προσπάθεια, προκειμένου να οριστούν οι αρχές που διέπουν την προαγωγή της υγείας. Μέσα από το πρόγραμμα αυτό και με τη συμβολή αντιπροσώπων από τις διάφορες χώρες – μέλη της Ευρώπης, κατέληξαν και αυτοί στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μια αλληλένδετη σχέση μεταξύ των ατόμων και του περιβάλλοντος στο οποίο ζουν, δίνοντας με αυτό τον τρόπο μια

κοινωνική, αλλά και οικολογική διάσταση στον προσδιορισμό της υγείας (Health promotion: concepts and principles, 1984, στο Φρούντα, 2014, σ. 21).

Με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, κατά τα πρώτα χρόνια εμφάνισης του όρου «*προαγωγή της υγείας*», υπήρξε μια συσχέτιση με τον ορισμό της πρόληψης. Ωστόσο, αυτή η συσχέτιση δεν δέχθηκε την αποδοχή όλων, καθώς ο ορισμός της πρόληψης αναφερόταν κυρίως στα μέτρα που έπρεπε να ληφθούν για τη μείωση του αριθμού ή την αποφυγή εκδήλωσης ασθενειών ή ατυχημάτων. Πρόκειται, ουσιαστικά, για μια έννοια που στόχο έχει να προάγει την υγεία, τόσο ατομικά όσο και συλλογικά και να εξασφαλίσει ακέραια τα φυσικά και διανοητικά χαρακτηριστικά του κάθε ανθρώπου, τα οποία θα τον βοηθήσουν να αναπτύξει τη δημιουργικότητά του και την επιθυμία του για ενεργό δράση με το περιβάλλον του. Μέσω αυτής της αλληλεπίδρασης, ο κάθε άνθρωπος αντλεί ευχαρίστηση, μια κατάσταση ζωτικής σημασίας, η οποία συμβάλλει στη διατήρηση τόσο της ψυχολογικής όσο και της σωματικής του υγείας. Από την άλλη, η προαγωγή της υγείας στοχεύει στη δημιουργία ενός καλύτερου φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, το οποίο θα συμβάλλει στη βελτίωση των πρακτικών πρόληψης, με στόχο τη μείωση των μη υγιεινών συνηθειών. Ο ορισμός αυτός, πέρα από την ατομική συμπεριφορά, δίνει έμφαση και σε μια σειρά κοινωνικών παρεμβάσεων, οι οποίες προκειμένου να μειώσουν τις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων, έχουν ως στόχο την αλλαγή τόσο της περιβαλλοντικής όσο και της οικονομικής κατάστασης της κοινωνίας. Με αυτό τον τρόπο, η προαγωγή της υγείας πέρα από την κοινωνική διάστασή της, η οποία στοχεύει στην ενίσχυση των ικανοτήτων του κάθε ατόμου, αποκτά κι έναν πολιτικό χαρακτήρα, ο οποίος έχει ως στόχο τη βελτίωση και προαγωγή της δημόσιας υγείας συνολικά (Health promotion: concepts and principles, 1984, στο Φρούντα, 2014, σ. 22).

Όσον αφορά τη δημόσια υγεία, σύμφωνα με τον Illich (1976) είναι αναγκαία η ατομική ευθύνη του καθενός, μέσα από την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, καθώς τα θετικά χαρακτηριστικά ενός περιβάλλοντος δεν αρκούν από μόνα τους να βελτιώσουν τα επίπεδα υγείας μιας κοινωνίας. Η προαγωγή της υγείας παρέχει κίνητρα στους ανθρώπους που επιθυμούν να αγωνιστούν για μια καλύτερη υγεία και δημιουργεί περιβάλλοντα, στα οποία προβάλλονται οι ορθές πρακτικές του υγιεινού τρόπου ζωής, με σκοπό την ευαισθητοποίηση των ατόμων και τη βελτίωση της δημόσιας υγείας (O'Donnell, 2009). Με αυτόν τον τρόπο, το κάθε άτομο συμμετέχει ως ενεργό μέλος στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του και είναι υπεύθυνο μέσα από την κοινωνική του δραστηριότητα για τις διάφορες επιπτώσεις στην υγεία του, αλλά και της κοινωνίας γενικότερα. Το κάθε άτομο παρουσιάζει

αυτονομία στον τρόπο δράσης του στην κοινωνική ζωή κι αυτός ο τρόπος απορρέει από κάποιες αξίες τις οποίες ενστερνίζεται. Ωστόσο, αν το ίδιο άτομο ακολουθεί έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής, μπορεί να θεωρηθεί ότι δεν είναι αποτέλεσμα της ατομικής του αυτονομίας, αλλά των αξιών και των αντιλήψεων της κοινωνίας στην οποία ανήκει. Σε αυτή την περίπτωση, η προαγωγή της υγείας είναι αναγκαίο να οριοθετήσει τον ιδανικό τρόπο ζωής προς τον οποίο είναι αναγκαίο να κινηθεί η κοινωνία, προκειμένου να βελτιωθεί η δημόσια υγεία (Downie, Fyfe & Tannahill, 1990).

Σύμφωνα με τη Σώκου (1999), η προαγωγή της υγείας αποτελείται από ένα σύνολο προληπτικών μέτρων που στοχεύουν στην προστασία της υγείας. Στα μέτρα αυτά περιλαμβάνεται και η συνεργασία φορέων, που ξεφεύγουν από τα όρια των υγειονομικών υπηρεσιών, όπως είναι οι τοπικές αρχές, η κυβέρνηση μιας χώρας και το σχολείο, τα οποία μπορούν να προστατεύσουν και να επηρεάσουν το επίπεδο της υγείας μίας κοινωνίας. Είναι αναγκαίο να ληφθούν αποφάσεις, τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο, προκειμένου οι πολίτες μιας κοινωνίας να έχουν ίσες ευκαιρίες στην υγεία και το περιβάλλον στο οποίο ζουν, να είναι απαλλαγμένο από οτιδήποτε μπορεί να το επηρεάσει αρνητικά. Για να επιτευχθούν όλα τα αυτά, απαιτείται η δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, στο οποίο θα είναι δυνατή η ανάπτυξη των προσωπικών δεξιοτήτων του κάθε άτομου και της κοινοτικής δράσης, προκειμένου να επαναπροσδιοριστούν οι στόχοι των υπηρεσιών υγείας, με απώτερο σκοπό την πρόληψη και βελτίωση της δημόσιας υγείας.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και ανάλογα με τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνονται, τα είδη των στρατηγικών πρόληψης της υγείας είναι δύο, η επικεντρωμένη πρόληψη και η καθολική. Η επικεντρωμένη πρόληψη έχει ως στόχο την αποτροπή μιας νόσου, μέσω της ενίσχυσης προστατευτικών πρακτικών, όπως είναι η αξιολόγηση του κινδύνου μιας κατάστασης, η διαχείριση κρίσεων και η παροχή βοήθειας για την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνων και την επίλυση προβλημάτων. Αποτελεί μια στρατηγική που στοχεύει σε συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων, οι οποίες είναι πιο ευάλωτες συγκριτικά με άλλες, ωστόσο στοχεύει συνολικά στην ομάδα, ανεξάρτητα από τον ατομικό βαθμό κινδύνου που διατρέχει το κάθε μέλος της ομάδας. Από την άλλη, η καθολική πρόληψη αποτελεί μια στρατηγική που απευθύνεται στο σύνολο της κοινότητας ή του σχολικού πληθυσμού, έχοντας ως στόχο την πρόληψη μιας ασθένειας (Καδδά, Μάινα & Αγραφιώτης, 2005).

Η πρόληψη, γενικά, έχει ως στόχο να διατηρεί τη φυσική ισορροπία του οργανισμού για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, τα αποτελέσματά της δεν είναι

άμεσα ορατά και δεν περιορίζεται στην απλή ανακούφιση του ατόμου από τα διάφορα συμπτώματα. Αυτή αποτελεί και τη βασική διαφορά της πρόληψης σε σχέση με τη θεραπεία. Από την άλλη, μια θεραπευτική πρακτική στοχεύει στο ατομικό επίπεδο της υγείας, σε αντίθεση με την πρόληψη που εκφράζει το συλλογικό επίπεδο της υγείας και τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες του γενικού πληθυσμού, στηριζόμενη στα χαρακτηριστικά της επιδημιολογίας της εκάστοτε ασθένειας. Ωστόσο, για να διατηρηθούν οι ορθές πρακτικές υγείας που ακολουθούν τα άτομα μιας κοινωνίας, είναι σημαντικό να ενισχύονται από το περιβάλλον στο οποίο ζουν (Σώκου, 1999).

Στη σύγχρονη θεωρία της προαγωγής της υγείας υποστηρίζεται ότι η ευημερία και η υγεία μιας κοινωνίας διαμορφώνονται σε μεγάλο βαθμό μέσα από κοινωνικές, οργανωτικές, οικονομικές και πολιτικές δυνάμεις, στις οποίες τα άτομα δεν έχουν τα ίδια τον έλεγχο. Στηριζόμενη στην παραπάνω άποψη, ήρθε στο προσκήνιο η έννοια της κοινοτικής ενδυνάμωσης, η οποία αναφέρεται σε ένα είδος διανομής της εξουσίας και αποτελεί βασική στρατηγική στην προαγωγή της υγείας. Οι κοινότητες αποτελούνται από ομάδες ανθρώπων, οι οποίες αν και μπορεί να μην ταυτίζονται απόλυτα, μοιράζονται κοινές ανησυχίες και συμφέροντα. Το αίτημα για ενδυνάμωση των κοινοτήτων έρχεται μετά από την ανάγκη να καταστούν αυτόνομες, προκειμένου να αντιμετωπίζουν τα διάφορα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα που προκύπτουν και να λαμβάνουν αποφάσεις, οι οποίες αποσκοπούν σε ένα καλύτερο μέλλον για τα μέλη τους. Από τη μεριά τους τα μέλη, είναι σημαντικό να συμμετέχουν στον σχεδιασμό των δράσεων και στη χάραξη της πολιτικής, ενώ η αλληλεπίδρασή τους με τα μέλη άλλων κοινοτήτων, θα συμβάλλει στην ανταλλαγή εμπειριών και γνώσεων πάνω σε θέματα προαγωγής της υγείας (WHO, 2002).

Ο Werner (1988) αποδίδει στην έννοια της κοινοτικής ενδυνάμωσης μια θετική αξία, καθώς συμβάλλει στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των μελών της, μέσα από την οποία άνθρωποι που στερούνται αγαθά, εργάζονται συλλογικά προκειμένου να αποκτήσουν έναν μεγαλύτερο έλεγχο σε καταστάσεις που καθορίζουν τη ζωή τους. Πρόκειται για μια προσωπική κατάκτηση του κάθε ατόμου ξεχωριστά που συμμετέχει στην προσπάθεια αυτή και περιλαμβάνει τόσο την ψυχολογική ενδυνάμωση των ατόμων όσο και την οργανωτική και τις ευρύτερες στρατηγικές που πρέπει να ακολουθηθούν. Μέσω της κοινοτικής ενδυνάμωσης τα άτομα ξεφεύγουν από την ατομική τους δράση και εργάζονται συλλογικά, ενώ τα αποτελέσματα αυτής της δράσης και ενδυνάμωσης είναι ορατά μακροπρόθεσμα. Βασικές αρχές της κοινοτικής ενδυνάμωσης αποτελούν η ισότητα και η δημοκρατία

και περιλαμβάνει τόσο την προσωπική δράση των ατόμων, όσο και την κοινωνική και πολιτική, τις κοινοτικές οργανώσεις και τις μεταξύ αυτών συνεργασίες (Labonte, 1990).

Στα πλαίσια της κοινοτικής ενδυνάμωσης περιλαμβάνεται και ο έλεγχος όλων εκείνων των παραγόντων που σχετίζονται με την οικονομία, την κοινωνία, τον πολιτισμό και τον πολιτικό χώρο και ασκούν μεγάλη επίδραση στην υγεία των ατόμων. Οι άνθρωποι μέσω της κοινοτικής ενδυνάμωσης έχουν καλύτερο έλεγχο στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους, ενώ μέσω των προγραμμάτων της προαγωγής της υγείας, αυξάνεται ο προσωπικός έλεγχος σε ό,τι σχετίζεται με την υιοθέτηση μιας υγιεινής συμπεριφοράς και τη σχέση με τους παράγοντες που καθορίζουν την υγεία, όπως είναι οι περιβαλλοντικές απειλές και η φτώχεια. Σε ό,τι αφορά την προαγωγή της υγείας, πέρα από την κοινοτική ενδυνάμωση, εξίσου σημαντική είναι και η ατομική ενδυνάμωση, η οποία περιλαμβάνεται στην κοινοτική και σχετίζεται με τη συμπεριφορά των ατόμων πάνω στα διάφορα θέματα υγείας και το ρόλο της βασικής εκπαίδευσης στην υγεία του κάθε ατόμου και της δημόσιας υγείας, γενικότερα (Laverack & Labonte, 2000, σ. 256).

2.3 Η σημασία της βασικής εκπαίδευσης για την υγεία

Σε μια προσπάθεια να προσδιορίσουμε τον ορισμό της βασικής εκπαίδευσης, θα λέγαμε ότι αποτελεί μια διαδικασία συνεχιζόμενης μάθησης, που καθιστά τα άτομα ικανά να αναπτύσσουν τις ικανότητές τους και τις γνώσεις τους, να επιτυγχάνουν τους στόχους τους και να έχουν ενεργό ρόλο και δράση στην κοινωνία στην οποία ανήκουν. Ο όρος της βασικής εκπαίδευσης χαρακτηρίζεται από μεγάλη ποικιλομορφία και πολυπλοκότητα και συνδέεται με ένα πλήθος θεμάτων της ζωής του κάθε ατόμου, έχοντας με τον τρόπο αυτό και κοινωνικές διαστάσεις, οι οποίες σχετίζονται τόσο με την απόκτηση της βασικής εκπαίδευσης όσο και με την εφαρμογή της. Η βασική εκπαίδευση δεν χαρακτηρίζεται από ομοιομορφία, καθώς ανάλογα με τον πολιτισμό, τη γλώσσα και την χρονική περίοδο στην οποία λαμβάνει χώρα, προσεγγίζεται από το κάθε άτομο διαφορετικά. Η διαφορετική αυτή προσέγγιση γίνεται κατανοητή και από το γεγονός ότι ο κάθε άνθρωπος χρησιμοποιεί τη βασική εκπαίδευση με διαφορετικούς τρόπους και για διαφορετικούς λόγους, που εξαρτώνται από την κουλτούρα και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της κάθε κοινωνίας (UNESCO, 2004, σ. 13).

Σε αντίθεση με τη βασική εκπαίδευση, η οποία ασχολείται με τις βασικές ικανότητες που πρέπει να έχει κάποιος προκειμένου να επιτύχει στην κοινωνία, η βασική εκπαί-

δευση για την υγεία έχει ως στόχο να καθιστά τα άτομα ικανά να αναζητούν, να αξιολογούν και να αξιοποιούν τις διάφορες πληροφορίες για την υγεία και να γνωρίζουν την ιστορία και τον πολιτισμό του συστήματος υγείας και της σχετικής ορολογίας που συνδέεται με αυτή. Αρχή της βασικής εκπαίδευσης για την υγεία αποτελεί το γεγονός ότι η υγεία και η παιδεία κατέχουν ρόλο ζωτικής σημασίας στην καθημερινότητα των ατόμων και για αυτό το λόγο, συμβάλλει στην καλύτερη πρόσβασή τους στις διάφορες πληροφορίες που αφορούν την υγεία και την πιο αποτελεσματική αξιοποίησή αυτών. Παράλληλα, συμβάλλει στην υιοθέτηση υγιεινών τρόπων συμπεριφοράς και κινητοποιεί τα άτομα να δρουν σύμφωνα τους παράγοντες που καθορίζουν την καλή υγεία (Kickbusch, 2001).

Έχει παρατηρηθεί ότι το γενικό επίπεδο μόρφωσης ενός ατόμου επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη βασική εκπαίδευση για την υγεία, καθώς αυτή προϋποθέτει την ύπαρξη ατομικών ικανοτήτων και την απόκτηση νέων γνώσεων και δεξιοτήτων, προκειμένου να ακολουθούνται μέτρα που προάγουν την ατομική και κοινοτική υγεία και βελτιώνουν τις συνθήκες διαβίωσης και τον τρόπο ζωής του κάθε ατόμου. Θα λέγαμε ότι υπάρχει μια περίπλοκη σχέση μεταξύ της βασικής εκπαίδευσης και της υγείας, με αποτέλεσμα η βασική εκπαίδευση να έχει επιπτώσεις τόσο σε ό,τι αφορά την υγεία των ατόμων ως κατάσταση όσο και τη δυνατότητα αυτών να έχουν πρόσβαση στις διάφορες υπηρεσίες υγείας. Έχει, μάλιστα, παρατηρηθεί ότι άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο τείνουν να παρουσιάζουν και μειωμένα επίπεδα υγείας και ευημερίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους, δείχνοντας με τον τρόπο αυτό την αναγκαιότητα πρόσβασης όλων των ατόμων στην εκπαίδευση και το ρόλο αυτής στην υιοθέτηση υγιεινών τρόπων συμπεριφοράς (Nutbeam, 1998).

Ένας τρόπος να αντιμετωπιστούν οι ανισότητες στην υγεία, είναι η βελτίωση της εκπαίδευσης για όλους. Αυτό γίνεται κατανοητό μέσα από την αλληλεπίδραση που υπάρχει μεταξύ των γνώσεων και της προσωπικής ανάπτυξης του κάθε ατόμου σε όλα τα επίπεδα. Οι ελλιπείς γνώσεις επηρεάζουν αρνητικά την υγεία των ατόμων και δεν τους επιτρέπουν να αναπτύξουν πιο ειδικά τις γνώσεις τους για την υγεία. Με τον ίδιο τρόπο και η βασική εκπαίδευση για την υγεία επηρεάζει θετικά τις μεθόδους εκπαίδευσης και συμβάλλει στην καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των ατόμων, καθώς από κοινού αναζητούν πληροφορίες για θέματα και υπηρεσίες υγείας και έρχονται σε επαφή με άλλα άτομα, τα οποία παρέχουν αυτές τις πληροφορίες (Ratzan, 2001).

Το σχολείο αποτελεί έναν χώρο στον οποίο τα άτομα περνούν μεγάλο μέρος της ζωής τους, συμβάλλοντας εκτός από την ακαδημαϊκή κατάρτισή τους και στην προσωπική και κοινωνική ευημερία. Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των παιδιών, αλλά και στην ποιό-

τητα ζωής που θα έχουν μελώνοντας, παίζει η κατάσταση της υγείας τους κατά τα έτη της σχολικής ηλικίας. Το σχολείο ως μια κοινότητα ανθρώπων που αποσκοπεί στη σφαιρική ανάπτυξη του κάθε μαθητή, πνευματικά και σωματικά, αποτελεί χώρο προαγωγής της υγείας. Για να επιτευχθεί, όμως, αυτή η βελτίωση της υγείας, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί το σχολείο να μην περιορίζεται μόνο στη μετάδοση γνώσεων σχετικά με τον τρόπο που οι μαθητές θα διατηρούν και θα φροντίζουν την υγεία τους μεγαλώνοντας, αλλά να αποτελεί αρωγό εκπαίδευσης, προσφέροντας τα απαραίτητα εφόδια και τις γνώσεις που απαιτούνται προκειμένου οι ίδιοι οι μαθητές να αναλαμβάνουν την ευθύνη και μέσα από τις πράξεις τους, να αποσκοπούν στην συνολική προαγωγή της υγείας της κοινωνίας, στην οποία ζουν (Parsons, Stears & Thomas, 2000).

Σύμφωνα με διεθνείς οργανισμούς, όπως η Ευρωπαϊκή κοινότητα και το Συμβούλιο της Ευρώπης, η υγεία αποτελεί έννοια αλληλένδετη με την έννοια της εκπαίδευσης, ενώ τα προγράμματα αγωγής της υγείας αποτελούν τον καλύτερο τρόπο πρόληψης, βελτίωσης και προαγωγής της υγείας του πληθυσμού. Όλα τα μέλη της εκπαιδευτικής κοινότητας, μέσα από το επίσημο και ανεπίσημο πρόγραμμα του σχολείου, τη δημιουργία ασφαλούς κλίματος και κλίματος συνεργασίας, τόσο μέσα στο σχολικό περιβάλλον όσο και μεταξύ του σχολείου με την οικογένεια του κάθε μαθητή και την ευρύτερη κοινωνία και μέσω της παροχής ενδεδειγμένων υπηρεσιών υγείας, συμβάλλουν στη δημιουργία και διατήρηση της υγείας. Σημαντικό σύμμαχο σε όλη αυτή την προσπάθεια αποτελούν, επίσης, τα ολιστικά προγράμματα αγωγής της υγείας, που ακολουθούνται και εφαρμόζονται από τους εκπαιδευτικούς, ως αναγκαίο μέρος του σχολικού προγράμματος (WHO, 1998).

Η αλληλεπίδραση του επίσημου ή φανερού προγράμματος του σχολείου με το ανεπίσημο ή κρυφό πρόγραμμά του και η ανατροφοδότηση που παρέχει το ένα πρόγραμμα στο άλλο, συμβάλλουν στην καλύτερη εφαρμογή της αγωγής υγείας στο σχολικό περιβάλλον. Όσον αφορά το επίσημο πρόγραμμα, θα λέγαμε ότι σχετίζεται περισσότερο με την ευρύτερη πολιτική του σχολείου και περιλαμβάνει τους επίσημους κανονισμούς του σχολείου και τις τυποποιημένες δραστηριότητες που ακολουθούνται στην σχολική τάξη. Από την άλλη, το ανεπίσημο πρόγραμμα σχετίζεται με το ήθος του σχολείου, όπως αυτό διαμορφώνεται μέσα από την εκπαιδευτική διαδικασία, τον τρόπο λειτουργίας του σχολείου και τις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των μελών της σχολικής μονάδας. Περιλαμβάνει περισσότερο αξίες και αντιλήψεις που διαμορφώνονται μέσα από τα μοντέλα συμπεριφοράς που ακολουθούνται στο χώρο του σχολείου και αναφέρεται στην γενικότερη ατμόσφαιρα του σχολικού περιβάλλοντος. Το κλίμα συνεργασίας στο χώρο του σχολείου, η ενθάρρυνση των

μαθητών να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, όπως, επίσης, και ο τρόπος με τον οποίο οι εκπαιδευτικοί στηρίζουν τους μαθητές, είναι μέρος του κρυφού προγράμματος του σχολείου (Δαρβίρη, 2007).

Ανεξάρτητα από το ποιο από τα δύο παραπάνω προγράμματα ασκεί μεγαλύτερη επιρροή, το σχολείο διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην υγεία των μαθητών και στην εξέλιξή τους ως ενήλικες. Για το λόγο αυτό, διεθνείς οργανισμοί, όπως η UNESCO, ο ΟΗΕ και το Συμβούλιο της Ευρώπης, προωθούν και ενισχύουν προγράμματα αγωγής υγείας στο χώρο της εκπαίδευσης, καθώς συμβάλλουν σημαντικά στην αντιμετώπιση πλήθος προβλημάτων, όπως είναι το κάπνισμα, τα ναρκωτικά, το αλκοόλ, η παραβατικότητα, ο σχολικός εκφοβισμός, ο ρατσισμός και οι κοινωνικες ανισότητες, γενικότερα. Ο τρόπος ζωής και οι συνήθειες υιοθετούνται κυρίως από τα παιδικά και εφηβικά χρόνια και για το λόγο αυτό το σχολείο είναι ο καταλληλότερος χώρος εκπαίδευσης σε θέματα που άπτονται της υγείας (Lobstein & Frelut, 2003). Η αγωγή της υγείας, επομένως, δεν αφορά μια συγκεκριμένη βαθμίδα ή τάξη του σχολείου, αλλά ολόκληρο το εκπαιδευτικό σύστημα και αποτελείται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και συνιστώσες.

2.4 Θεωρητική προσέγγιση της αγωγής της υγείας

Η αγωγή της υγείας ως όρος φαίνεται να εφαρμόζεται για πρώτη φορά στο ελληνικό σχολείο στη δεκαετία του 1950 μέσα από την επιβολή της ιδιαίτερης ενδυμασίας των μαθητών, έχοντας ως σκοπό την αντιμετώπιση των φαινομένων κοινωνικής ανισότητας, όπως της φτώχειας και της καθαριότητας και μέσω του μαζικού εμβολιασμού για την πρόληψη των διάφορων ασθενειών της εποχής. Κατά τη δεκαετία του 1960, παρατηρείται η εφαρμογή της αγωγής της υγείας μέσα από τα συσσίτια, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα φαινόμενα πείνας και περιορισμένης διατροφής των μαθητών (Nutbeam, 2000). Με το πέρασμα του χρόνου, όμως, παρατηρήθηκε μια μεταβολή ως προς το περιεχόμενο της αγωγής υγείας που ίσχυε μέχρι τότε και από την έμφαση που δινόταν στην καθαριότητα και την υγιεινή, τη θρέψη και τους προληπτικούς εμβολιασμούς, υπήρξε μια μετατόπιση, δίνοντας έμφαση στην ασφάλεια, την πρόληψη των ατυχημάτων, τη σωστή διατροφή και τις επιδράσεις του περιβάλλοντος στην υγεία του πληθυσμού (Αθανασίου, 2007, σ. 15-16).

Το 1972 ο Π.Ο.Υ. στην προσπάθειά του να ορίσει την αγωγή της υγείας, καταλήγει σε έναν ορισμό με σαφές περιεχόμενο, κατά τον οποίο η αγωγή της υγείας αποτελεί μια διαδικασία που στόχο έχει τη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ των πληροφοριών που ανα-

φέρονται στην υγεία και των πρακτικών που ακολουθούνται για την υγεία (Περάκη, 1994, σελ. 24). Λίγο αργότερα, το 1979 ο Π.Ο.Υ. και το Συμβούλιο της Ευρώπης δίνουν έναν πιο λεπτομερή ορισμό, κατά τον οποίο η αγωγή της υγείας βασίζεται σε ένα σύνολο κοινωνικών, ψυχολογικών και πνευματικών παραμέτρων, αποτελώντας μια πολυδιάστατη εκπαιδευτική διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει δραστηριότητες οι οποίες έχουν ως στόχο την ενίσχυση της ικανότητας του ατόμου, προκειμένου να κατανοεί τα διάφορα προβλήματα της υγείας και υπεύθυνα να λαμβάνει τις σωστές αποφάσεις, οι οποίες αποσκοπούν τόσο στην προσωπική του ευημερία όσο και της κοινωνίας στην οποία ζει (Γκούβρα, Κυρίδης & Μαυρικάκη, 2005, σ. 30). Το 1984, ο Π.Ο.Υ. μέσα από μια διακήρυξη όρισε την αγωγή της υγείας ως την εκπαιδευτική διαδικασία που στοχεύει στην διαμόρφωση και υιοθέτηση των κατάλληλων προτύπων συμπεριφοράς, προκειμένου να βελτιώσουν και να προάγουν το επίπεδο της υγείας (Αθανασίου, 1995, σ. 16).

Η αγωγή της υγείας βασίζεται σε επιστημονικές αρχές, αποτελώντας ένα ιδιαίτερο γνωστικό αντικείμενο, το οποίο απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους και εκτός από την εφαρμογή της στο χώρο του σχολείου, ακολουθεί τα άτομα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Αντιμετωπίζει το άτομο ως ολότητα και αποβλέπει στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων και της κρίσης του, ώστε μέσα από τις σωστές επιλογές να επέλθει η προσωπική υγεία του καθενός και κατ' επέκταση, η ευημερία της κοινότητας στην οποία ανήκει. Η αγωγή της υγείας αποσκοπεί στην αλλαγή της νοοτροπίας και του τρόπου δράσης των ατόμων στην κοινωνική τους ζωή, ενώ γενικότερος στόχος της είναι να κινητοποιεί τα άτομα να επιθυμούν να είναι υγιή, να γνωρίζουν τον τρόπο για να διατηρούν την υγεία τους, κάνοντας το καλύτερο δυνατό τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο και σε περίπτωση δυσκολίας, να έχουν το θάρρος να επιζητούν τη βοήθεια των άλλων. Για να το πετύχει αυτό, η αγωγή της υγείας χρησιμοποιεί ποικίλες μεθόδους και στηρίζεται τόσο στην επίσημη διδασκαλία και μάθηση όσο και στην ανεπίσημη. Και στις δύο περιπτώσεις, στόχος είναι τα ίδια τα άτομα να ανακαλύπτουν μόνα τους τις πληροφορίες που σχετίζονται με την υγεία τους και να είναι σε θέση να κάνουν τις σωστές επιλογές. Αντίθετα, ο ρόλος των εκπαιδευτικών πρέπει να περιορίζεται στην απλή παροχή πληροφοριών και στην εκμάθηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα θα το επιτύχουν αυτό (Φρούντα, 2014, σ. 60 - 61).

Όσον αφορά τους δύο τύπους της αγωγής της υγείας, την τυποποιημένη ή επίσημη και την άτυπη ή ανεπίσημη αγωγή υγείας, θα λέγαμε ότι η πρώτη αναφέρεται στην εκπαιδευτική διαδικασία που είναι προγραμματισμένη να συμβεί και αφορά συγκεκριμένα συνήθως θέματα υγείας, τα οποία έχουν εξαρχής επιλεχθεί, ενώ αντίθετα, η άτυπη αγωγή υ-

γείας σχετίζεται με την διαπαιδαγώγηση που λαμβάνει το άτομο από τη στιγμή της γέννησής του, όπως αυτή διαμορφώνεται μέσα στο περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει. Η άτυπη μορφή αγωγής της υγείας δεν στηρίζεται σε επιστημονικά δεδομένα, αποτελεί, όμως, ένα από τα σημαντικότερα συστατικά κοινωνικοποίησης του κάθε ατόμου και διαφέρει από περιβάλλον σε περιβάλλον, καθώς επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, τόσο κοινωνικούς όσο και οικονομικούς και πολιτισμικούς (Σώκου, 1999).

Σε μια προσπάθεια να αποσαφηνίσουμε τον όρο «*αγωγή της υγείας*», θα λέγαμε ότι έχει ως επίκεντρο τον άνθρωπο, το περιβάλλον στο οποίο διαβιώνει και κατ' επέκταση, την κοινωνία στην οποία ανήκει. Στόχος της αγωγής της υγείας είναι η τροποποίηση των συμπεριφορών του κάθε ατόμου, η ανάπτυξη της υπευθυνότητάς του και η πολιτική, οργανωτική και κοινωνική αλλαγή, η οποία στοχεύει στην ανάπτυξη του ανθρώπου και την επιβίωσή του. Πολλές φορές, παρατηρείται συσχετισμός της αγωγής της υγείας με την έννοια της προαγωγής της υγείας. Σύμφωνα με τους Green και Kreuter (1999), πρόκειται για δύο έννοιες επικαλυπτόμενες, όπου η προαγωγή της υγείας βασίζεται στην ενεργό συμμετοχή των ατόμων στη διαδικασία της αλλαγής και στην υιοθέτηση του υγιεινού τρόπου ζωής, ενώ η αγωγή της υγείας θεωρείται ότι αποτελεί βασικό εργαλείο της προαγωγής της υγείας και θεμέλιο λίθο στην πρόληψη της υγείας. Οι διαφορές εντοπίζονται, επομένως, σε επίπεδο παρέμβασης και λιγότερο σε επίπεδο ιδεολογίας (Nutbeam, 2000).

Σύμφωνα με την Δαρβίρη (2007, σ. 54), η προαγωγή της υγείας δεν έχει ως βασικό στόχο την πρόληψη, αλλά την αυτο-ενδυνάμωση του ατόμου, η οποία μπορεί να καταστήσει το άτομο ικανό να έχει έλεγχο πάνω σε ό,τι αφορά την υγεία του. Η αυτο-ενδυνάμωση αυτή μπορεί να επιτευχθεί μέσω της αγωγής της υγείας, η οποία στοχεύει στην αλλαγή της διάθεσης του άτομου και της ικανότητάς του να λαμβάνει σωστές αποφάσεις, οι οποίες θα οδηγήσουν σε αλλαγές στην συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής του. Απαραίτητη προϋπόθεση για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο είναι η απόκτηση των κατάλληλων γνώσεων. Η σωστή γνώση συνίσταται στην αλληλεπίδραση μεταξύ της προσωπικής συμπεριφοράς, των περιβαλλοντικών συνθηκών που επικρατούν και των επικίνδυνων συμπεριφορών που ακολουθούνται. Λαμβάνοντας υπόψη όλα αυτά, η αγωγή της υγείας στοχεύει στην εκμάθηση του τρόπου αλλαγής των επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών και την ενίσχυση του υγιεινού τρόπου ζωής, που συντηρεί την υγεία του κάθε ατόμου και συμβάλλει σε μια γενικότερη αλλαγή και βελτίωση της δημόσιας υγείας.

Για να γίνει περισσότερο κατανοητός ο ορισμός της αγωγής της υγείας και η συμβολή της στη διαμόρφωση των συνηθειών του κάθε ατόμου, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα

παράδειγμα: στην περίπτωση της παρακολούθησης μιας ασθένειας, η αγωγή της υγείας θα ασχοληθεί αρχικά με το τι γνωρίζουν οι άνθρωποι για την συγκεκριμένη ασθένεια. Έπειτα, θα αξιολογήσει τις συνήθειες και τις στάσεις του πληθυσμού, οι οποίες σχετίζονται με την εκδήλωση της υπό μελέτης ασθένειας και τέλος, θα παρουσιάσει τους τρόπους, με τους οποίους μπορεί αποφευχθεί η συγκεκριμένη ασθένεια και να αποκατασταθούν οι βλαβερές για την υγεία συνήθειες. Παρατηρείται, ουσιαστικά, μια εκμάθηση ενός τρόπου συμπεριφοράς που αποβλέπει στην αποκατάσταση και την προαγωγή της υγείας (Φρούντα, 2014, σ. 63).

Σύμφωνα με την Γκούβρα κ.συν. (2001), η αγωγή της υγείας, παρόλο που έχει τις ρίζες της σε πλήθος επιστημονικών κλάδων, όπως είναι η ψυχολογία, η κοινωνιολογία, η δημόσια υγεία και η εκπαίδευση, αποτελεί έναν ιδιαίτερο κλάδο, που προσεγγίζει με ποικίλους τρόπους τα διάφορα προβλήματα υγείας και συμβάλλει στην ανάπτυξη τόσο της φυσικής και πνευματικής υγείας του κάθε ατόμου όσο και της κοινωνικής και συναισθηματικής του ευημερίας, μέσα από την παροχή πολλαπλών μαθησιακών εμπειριών. Η αγωγή της υγείας στο χώρο του σχολείου παρέχει στους μαθητές ένα σύνολο γνωστικών και εμπειρικών παραμέτρων, που τους επιτρέπει να ενδυναμώνουν την εσωτερική τους αντίληψη σε θέματα που αφορούν την υγεία και να κατανοούν τους μηχανισμούς υγείας στο σώμα τους, δίνοντάς τους, έτσι, την ευκαιρία να αποφασίζουν οι ίδιοι για το μέλλον της υγείας τους. Απώτερο στόχο της αγωγής της υγείας, αποτελεί η δημιουργία ενημερωμένων και ευαισθητοποιημένων πολιτών, οι οποίοι θα κατανοούν τη σημασία της υγείας και αποφασιστικά θα συμμετέχουν ενεργά, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους, μέσα από την αποφυγή βλαβερών παραγόντων και συμμετέχοντας σε προσπάθειες πρόληψης, για μια πιο υγιή και ανθρώπινη κοινωνία (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2006).

Στο σημείο αυτό να αναφερθεί, ότι τα σχολεία δεν είναι δυνατό να γίνουν αρωγοί αγωγή της υγείας μέσα σε ένα βράδυ. Απαιτείται χρόνος και συνεχής προσπάθεια, προκειμένου να γίνουν οι απαραίτητες αναπροσαρμογές και αλλαγές, οι οποίες θα οδηγήσουν στη βελτίωση του τρόπου λειτουργίας του σχολείου και θα συμβάλλουν στην περαιτέρω προάσπιση και προαγωγή της υγείας. Σημαντικό στοιχείο σε αυτή την προσπάθεια, αποτελεί η συνεργασία του σχολείου με την οικογένεια των μαθητών και την κοινότητα στην οποία ανήκουν. Η αγωγή της υγείας δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στο πλαίσια του σχολείου, καθώς με τον τρόπο αυτό υπάρχει διαχωρισμός μεταξύ της ζωής των μαθητών στο χώρο του σχολείου και της ζωής τους εκτός αυτού. Το σχολείο μαζί με την οικογένεια και την ευρύτερη κοινότητα μπορούν να συνεργαστούν κατάλληλα και να αποτελέσουν μια ενιαία

συμμαχία στην αντιμετώπιση σοβαρών θεμάτων υγείας, που θα στηρίζουν και θα προάγουν την υγεία των παιδιών (Deschesnes, Martin & Hill, 2003).

Η αγωγή της υγείας στηρίζεται στα ενδιαφέροντα των ανθρώπων, τα οποία ανεξάρτητα από τις διαφορές που παρουσιάζουν, μπορούν να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να βελτιώσουν τις συνθήκες διαβίωσής τους. Το σχολείο αποτελεί ένα προνομιακό πεδίο εφαρμογής της αγωγής της υγείας, καθώς εκεί μπαίνουν τα πρώτα θεμέλια που θα τους καθορίσουν ως αυριανούς πολίτες. Μετά την οικογένεια, που αποτελεί αναμφίβολα την πρώτη κοινωνική αρχή και την ίδια την κοινωνία ως σύνολο, το σχολείο παίζει καθοριστικό ρόλο στην εισαγωγή των παιδιών στα πρότυπα ζωής που θα ακολουθήσουν μεγαλώνοντας, βάζοντάς τα στη διαδικασία να αναπτύσσουν ανάλογες στάσεις ζωής και οράματα για το μέλλον τους. Για το λόγο αυτό, τα θέματα της υγείας είναι απαραίτητο να λαμβάνουν μεγάλο μέρος της καθημερινότητας της σχολικής μονάδας, ενώ η ανάπτυξη προγραμμάτων και υπηρεσιών υγείας στο χώρο του σχολείου, μπορεί να θεωρηθεί ως η σημαντικότερη επένδυση για την υγεία μιας οργανωμένης κοινωνίας.

2.5 Σχολεία αγωγής και προαγωγής της υγείας: ο ρόλος του εκπαιδευτικού

Για να χαρακτηριστεί ένα εκπαιδευτικό σύστημα ως αποτελεσματικό, προϋποθέτει την εξασφάλιση της υγείας των παιδιών και της ικανότητας μάθησής τους. Η εκπαίδευση και η υγεία αποτελούν έννοιες αλληλένδετες και η αλληλεπίδρασή τους παίζει καθοριστικό ρόλο τόσο στην εξέλιξη της εκπαιδευτικής πορείας των παιδιών όσο και της υγείας τους. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα παιδιά δυσκολεύονται να αποδώσουν στις υποχρεώσεις τους όταν είναι άρρωστα, νιώθουν ότι κινδυνεύουν σωματικά ή χαρακτηρίζονται από συναισθηματική ανασφάλεια. Από την άλλη μεριά, έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει σύνδεση ανάμεσα στα έτη σπουδών και την καλή υγεία, καθώς τα παιδιά που είναι υγιή, ολοκληρώνουν περισσότερα έτη σπουδών και παρουσιάζουν καλύτερη εξέλιξη στη ζωή τους, διατηρώντας την καλή τους υγεία (WHO, 2002).

Μετά την οικογένεια, το σχολείο αποτελεί τον σπουδαιότερο φορέα κοινωνικοποίησης του παιδιού και το προσφορότερο έδαφος μετάδοσης μηνυμάτων και υιοθέτησης συμπεριφορών που προάγουν την υγεία. Το σχολείο ασκεί πολυεπίπεδη επιρροή, η οποία μπορεί να ξεκινά από την καταπολέμηση των ανισοτήτων και να επηρεάζει μέχρι και τη γενική δημόσια υγεία. Για τον λόγο αυτό, τα προγράμματα αγωγής της υγείας στο χώρο του σχολείου είναι σημαντικό να συνδέονται με την καθημερινότητα των μαθητών, ώστε οι

πρακτικές που προτείνονται να εστιάζουν στη συμπεριφορά των παιδιών και τη στάση τους απέναντι στο περιβάλλον τους, βελτιώνοντας την προσωπική τους υγεία και ασκώντας επιρροή στη δημόσια υγεία. Με τον τρόπο αυτό, διαφαίνεται ότι ο ρόλος του σχολείου είναι πολυδιάστατος και κομβικής σημασίας για την προστασία και προαγωγή της υγείας (Jamal et al., 2013).

Η σχολική αγωγή υγείας συνδυάζει προγραμματισμένες και επιστημονικές διαδικασίες, μέσω των οποίων οι μαθητές είναι δυνατό να υιοθετούν τις γνωστικές και εμπειρικές παραμέτρους που αποκτούν μέσα στο σχολείο και να αποφασίζουν συνειδητά για θέματα που άπτονται της υγείας τους. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελούν η κατάλληλη κατάρτιση των εκπαιδευτικών και η διαμόρφωση του σχολικού περιβάλλοντος με τέτοιον τρόπο, ώστε να προωθούνται οι συμπεριφορές εκείνες που προάγουν την υγεία. Για να δημιουργηθεί το κατάλληλο πρότυπο συμπεριφοράς στους μαθητές, η σχολική αγωγή της υγείας είναι σημαντικό να ξεφεύγει από τη θεώρηση ότι η υγεία είναι απλά η απουσία κάποιας ασθένειας και να τη θεωρεί κάτι πολύ περισσότερο, αξιοποιώντας τις δεξιότητες των μαθητών και κάθε ευκαιρία μάθησης, προκειμένου να δημιουργηθεί και να διατηρηθεί ένα υγιές περιβάλλον στο σχολείο. Το περιβάλλον αυτό θα αποτελεί ένα κοινωνικό πλαίσιο, το οποίο θα εμπλέκει στις καθημερινές του δραστηριότητες και θα δέχεται επιρροές από τις οικογένειες των μαθητών, της κοινότητας και τις τοπικές υπηρεσίες υγείας (Γκούβρα κ.συν., 2005).

Στο σημείο αυτό να αναφέρουμε ότι υπάρχει και μία άλλη παραδοχή, η οποία θεωρεί ότι τα προγράμματα αγωγής της υγείας στο σχολείο έχουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα και επιρροή στη συμπεριφορά των μαθητών. Σύμφωνα με τις πεποιθήσεις αυτές, το σχολείο ασχολείται με θέματα υγείας για να επιτύχει, κυρίως, τους εκπαιδευτικούς στόχους του και λιγότερο για να αλλάξει τις στάσεις και τις αξίες των μαθητών. Στην αλλαγή αυτή υποστηρίζεται ότι ασκούν μεγαλύτερη επιρροή η οικογένεια ή άλλοι παράγοντες, όπως τα μέσα μαζικής επικοινωνίας (West, Sweeting & Leyland, 2004). Από την άλλη, οι υπηρεσίες υγείας στοχεύουν στη μείωση της νοσηρότητας και στη βελτίωση της υγείας, αγνοώντας τις ιδιομορφίες στο χώρο της εκπαίδευσης και τις εκπαιδευτικές μεθόδους μάθησης. Η στενότερη σχέση ανάμεσα στην εκπαίδευση και στο χώρο της υγείας, σαφώς και είναι αναγκαία, ωστόσο δεν είναι απλή στην εφαρμογή της. Σύμφωνα με τους Fitzpatrick και Tinning (2013), η σχολική αγωγή της υγείας παρουσιάζει ακόμη μία σημαντική διαφορά σε σχέση με το εκπαιδευτικό σύστημα, στοχεύει τόσο στην παροχή γνώσεων και την ανάπτυξη της κριτικής σκέψης των μαθητών, με σκοπό την ενδυνάμωσή τους όσο και στην αλλαγή της συμπεριφοράς τους, ως απώτερο εκπαιδευτικό στόχο των παραπάνω. Αυτή η μορφή

εκπαίδευσης προκαλεί μια αβεβαιότητα σχετικά με τους στόχους της και έρχεται σε αντίθεση με το εκπαιδευτικό σύστημα, το οποίο έχει σαφείς εκπαιδευτικούς στόχους και καθορισμένο πλαίσιο δράσης.

Κατά την εφαρμογή της αγωγής υγείας στο χώρο του σχολείου, έχει παρατηρηθεί μία άσκηση πολιτικής σε θέματα υγείας που αφορούν τη διατροφή, όπως είναι η παχυσαρκία και γενικότερα, σε θέματα που άπτονται την εικόνα του σώματος. Στην περίπτωση αυτή, η ανάλυση στη σχολική τάξη της ατομικής ευθύνης για τη διατήρηση της υγείας και η ηθικολογία για τους παράγοντες κινδύνου, μπορεί να προκαλέσει αισθήματα φόβου και ντροπής σε παιδιά με παραπανίσια κιλά. Για το λόγο αυτό, τα προγράμματα αγωγής της υγείας είναι σημαντικό να αποφεύγουν να μεταφέρουν απλά γνώσεις και πληροφορίες που αναφέρονται στην έλεγχο της υγείας μέσω της πειθαρχίας, ενώ θα πρέπει να δίνουν έμφαση στην ενεργητική συμμετοχή των παιδιών, αναζητώντας τα ίδια τις σωστές και υγιείς συμπεριφορές, μέσα από τη δημιουργία γνώσεων και τρόπων δράσης. Σε αυτό μπορεί να συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό το ίδιο το σχολικό περιβάλλον και οι εκπαιδευτικοί, μέσα από τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τα ζητήματα της υγείας. Ίσως απαιτείται και ένα είδος μετατόπισης, προς μια πιο ανοικτής και περιεκτικής θεώρησης για την προαγωγή της υγείας, η οποία ξεφεύγει από την παραδοσιακή αγωγή της υγείας και δίνει βάση στις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές των παιδιών πάνω σε θέματα υγείας, ενώ παράλληλα, επικεντρώνεται στο περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνουν και κοινωνικοποιούνται (Leahy, 2013).

Τα σχολεία προαγωγής της υγείας στοχεύουν σε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα, το οποίο θα παρέχει στα παιδιά τις γνώσεις και θα αξιοποιεί τις δεξιότητές τους, προκειμένου να κάνουν ενσυνείδητα τις κατάλληλες επιλογές πάνω σε θέματα που αφορούν την φυσική και ψυχοκοινωνική τους υγεία. Τα σχολεία αυτά είναι σημαντικό να χαρακτηρίζονται από οργάνωση, δίνοντας έμφαση στο σχολικό περιβάλλον, στο φυσικό χώρο του σχολείου, στο σχολικό κλίμα και στη σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ του σχολείου και της κοινότητας (Deschesnes et al., 2003).

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων που εφαρμόζονται στα σχολεία προαγωγής της υγείας, θα λέγαμε ότι εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη διάθεση των εκπαιδευτικών και το χρόνο που αφιερώνουν για αυτά στην σχολική αίθουσα, από την στήριξη τέτοιων προγραμμάτων από μέρους της σχολικής διεύθυνσης και γενικότερα, από τον τρόπο που διοικείται το σχολείο. Τόσο η ηγεσία του σχολείου όσο και οι εκπαιδευτικοί παίζουν καθοριστικό ρόλο στην επιτυχία των σχολείων προαγωγής της υγείας. Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό να στηρίζουν το έργο τους πάνω σε δημοκρατικές διαδικασίες, οι

οποίες θα επιτρέπουν στα παιδιά όχι απλά να συμμετέχουν στην εκπαιδευτική διαδικασία, αλλά να εμπλέκονται γενικότερα στα ζητήματα του σχολείου και λαμβάνουν αποφάσεις που αφορούν ακόμη και το περιεχόμενο των σπουδών τους (Simovska, 2007). Για να επιτευχθεί μια τέτοιου είδους συμμετοχής, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η δημιουργία μιας δημοκρατικής τάξης και σχολικής κοινότητας, οι οποίες θα έχουν την ικανότητα να ενσωματώνουν και να εντάσσουν και όχι να αποκλείουν, παρέχοντας τη δυνατότητα ευελιξίας για αλλαγές στο σχολικό πρόγραμμα (Jensen, 2000). Είναι σαφές ότι ένα τέτοιο δημοκρατικό σχολείο, θα μπορούσε να περιορίσει αρκετά προβλήματα υγείας και να συμβάλλει στην γενικότερη αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού συστήματος και την προαγωγή της δημόσιας υγείας. Σε μια τέτοια προσπάθεια, ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι αρκετά απαιτητικός, καθώς λειτουργεί ως πρότυπο για τα παιδιά, καθώς είναι αυτός που βρίσκεται διαρκώς δίπλα τους.

Ο τρόπος που γίνεται αντιληπτή η αγωγή της υγείας διαφέρει από εκπαιδευτικό σε εκπαιδευτικό, όπως διαφέρει κι ο τρόπος ευαισθητοποίησής τους πάνω σε αυτό το θέμα. Έτσι, για κάποιους η αγωγή της υγείας είναι ένα πλαίσιο το οποίο παρέχει θεωρητικές γνώσεις, ενώ για κάποιους άλλους αποτελεί ένα μέσο παροχής πρακτικών γνώσεων, που δίνει την ευκαιρία στους μαθητές να αναπτύσσουν τις δεξιότητές τους και να λαμβάνουν αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξή των παιδιών τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και σε ό,τι αφορά τη συμπεριφορά τους απέναντι στην κοινωνία (Paakari, Tynjala & Kannas, 2010a).

Ανεξάρτητα από τον τρόπο που αντιλαμβάνονται την αγωγή υγείας, ο κάθε εκπαιδευτικός προκειμένου να συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας των παιδιών, οφείλει να έρθει σε επαφή τόσο με τις εξειδικευμένες γνώσεις όσο και με τις κατάλληλες πρακτικές, προκειμένου να τις εμπεδώσει και να καταφέρει να τις μεταδώσει στους μαθητές. Ο ρόλος των εκπαιδευτικών είναι πολυσύνθετος και περιλαμβάνει την μεταξύ τους αποτελεσματική συνεργασία, αλλά και τη συνεργασία αυτών με την οικογένεια των μαθητών και την ευρύτερη κοινότητα στην οποία ανήκουν. Οι εκπαιδευτικοί πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα σημαντικότερα ζητήματα υγείας και να τα συμπεριλαμβάνουν στα προγράμματα αγωγής υγείας που ακολουθούν, ενώ παράλληλα, θα λαμβάνουν υπόψη τους τις πεποιθήσεις των μαθητών, τις γνώσεις τους και τις πρακτικές που ακολουθούν πάνω σε θέματα υγείας, ανταποκρινόμενοι, έτσι, στις ανάγκες τους. Με τον τρόπο αυτό, συμβάλλουν στην υιοθέτηση στάσεων που χαρακτηρίζονται από ορθότητα, σε σχέση με τα πρότυπα υγείας που προτείνονται. Ένα άλλο σημαντικό σημείο που οφείλουν να προσέξουν οι εκπαιδευτι-

κοί, προκειμένου να επιτύχει το πρόγραμμα αγωγής υγείας που ακολουθούν, είναι το κατά πόσο υπάρχει σύνδεση μεταξύ της γνώσης που παρέχεται στα πλαίσια του σχολείου με την καθημερινή ζωή των μαθητών. Σε αυτή την κατεύθυνση, μπορεί να συμβάλλει η συγκρότηση ενός ολιστικού σχολείου και η υιοθέτηση ενός σπειροειδούς προγράμματος σπουδών, που θα ενσωματώνει και θα θίγει θέματα αγωγής της υγείας μέσα από τα παραδοσιακά μαθήματα και θα χρησιμοποιεί μεθόδους μάθησης, οι οποίες θα κινητοποιούν τον κάθε μαθητή να συμμετέχει ενεργά στις δραστηριότητες του σχολείου που σχετίζονται με την αγωγή της υγείας (Puhl & Latner, 2007).

Ένα σχολείο που στοχεύει στην αγωγή και προαγωγή της υγείας οφείλει να είναι δημοκρατικό και φιλικό, να προάγει τη συμμετοχή και να θέτει προοπτικές που θα προσβλέπουν στην προστασία του περιβάλλοντος και θα διασφαλίζουν τόσο την ατομική όσο και τη δημόσια υγεία. Σε αυτό το σχολείο, ο εκπαιδευτικός θα λειτουργεί ως διαμεσολαβητής για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας των ευαίσθητων κοινωνικών ομάδων και για αυτό το λόγο, θα πρέπει να είναι κατάλληλα ενημερωμένος και προετοιμασμένος (Ιωαννίδη & Ψυχογυιού, 2001). Παράλληλα, τα μαθήματα του αναλυτικού προγράμματος θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν όσο το δυνατόν περισσότερα θέματα υγείας, ενώ η αγωγή της υγείας είναι σημαντικό να χαρακτηρίζεται από διεπιστημονικότητα, μέσω της οποίας η γνώση πάνω σε θέματα υγείας θα αποκτάται διακλαδικά, μέσα από τη συνεργασία του Υπουργείου Παιδείας και της Υγείας. Μέσα από αυτή τη συνεργασία, είναι δυνατή η ανάδειξη τόσο κοινωνικών και εκπαιδευτικών προβλημάτων όσο και στρατηγικών που αποβλέπουν σε οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, βελτιώνοντας τις συνθήκες της υγείας, της παιδείας και συνεπώς, της ίδιας της ζωής (Γκούβρα κ.συν., 2005).

Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο υγιεινός τρόπος ζωής διαμορφώνεται και επηρεάζεται από πλήθος κοινωνικοπολιτικών, περιβαλλοντικών και διαπροσωπικών παραγόντων, τα προγράμματα αγωγής της υγείας για να είναι αποτελεσματικά, πρέπει να ασκούν επιρροή σε όλους αυτούς τους παράγοντες. Σύμφωνα με τους McLeroy, Bibeau, Steckler και Glanz (1988), ο υγιεινός τρόπος ζωής διαμορφώνεται με βάση τα ατομικά γνωρίσματα του κάθε ανθρώπου, όπως είναι οι πεποιθήσεις, οι γνώσεις και η στάση ζωής που ακολουθεί και των σχέσεων του με το άμεσο περιβάλλον του, όπως είναι η οικογένεια, οι φίλοι και οι συνάδελφοι. Σημαντική επιρροή σε αυτή τη διαμόρφωση, κατέχουν οι νόμοι του κράτους και οι κανόνες, στη βάση των οποίων διαμορφώνονται οι συνιστώμενες συμπεριφορές, ενώ οι άγραφοι κανόνες της κάθε κοινότητας ατόμων, καθώς και η ευρύτερη δημόσια πολιτική, επηρεάζουν ανάλογα και υποστηρίζουν πρακτικές που προάγουν την υγεία. Σύμφωνα με

τους Θεοδωράκης και Χασάνδρα (2006), μία υγιεινή συμπεριφορά διαμορφώνεται μέσα από τις στάσεις και τις γνώσεις του κάθε ατόμου, ωστόσο οι γνώσεις αυτές αν και είναι απαραίτητες, δεν είναι πάντα αρκετές για να προάγουν την αλλαγή του τρόπου ζωής. Σε αυτό το σημείο, παίζει σημαντικό ρόλο και το κοινωνικό περιβάλλον, οι δεξιότητες του ατόμου, καθώς και η παρακίνηση που δέχεται, προκειμένου να αλλάξει τη συμπεριφορά του προς έναν πιο υγιή τρόπο ζωής. Στη βάση αυτής της παρακίνησης, χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα ενός ατόμου που επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα και τη σημαντική συμβολή που δέχεται στην προσπάθεια αυτή, όταν αποθαρρύνεται από πρακτικές, όπως η απαγόρευση του καπνίσματος στο χώρο εργασίας του ή όταν οι νόμοι του κράτους απαγορεύουν το κάπνισμα σε κλειστούς χώρους. Κατά τον ίδιο τρόπο, τα σχολεία προαγωγής της υγείας μπορούν να διαμορφώνουν το εκπαιδευτικό τους πρόγραμμα λαμβάνοντας υπόψη τους τα διάφορα επίπεδα των προβλημάτων υγείας, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν. Ένα πρόγραμμα αγωγής της υγείας οφείλει να παρέχει στήριξη τόσο στους μαθητές όσο και στους εκπαιδευτικούς, ενώ για να εφαρμοστεί αποτελεσματικά χρειάζεται την υποστήριξη τόσο της σχολικής κοινότητας όσο και όλων των εμπλεκόμενων με την υγεία φορέων (Χατζηπαναγιώτου, 2001).

Στα πλαίσια του σχολείου, οι εκπαιδευτικοί έχουν τη μεγαλύτερη επιρροή σε ό,τι αφορά τις συνήθειες των μαθητών που σχετίζονται με την υγεία τους και αυτό μπορεί να οφείλεται είτε στο ότι οι ίδιοι προσφέρουν στους μαθητές κάποιους κανόνες πρακτικής και τους υποστηρίζουν κοινωνικά είτε στο γεγονός ότι οι μαθητές βλέπουν στο πρόσωπο των εκπαιδευτικών ένα σημαντικό πρότυπο που επιθυμούν να μιμηθούν. Για το λόγο αυτό, οι εκπαιδευτικοί μέσα από τις σπουδές τους οφείλουν να αποκτήσουν γνώσεις που δεν περιορίζονται μόνο στον τρόπο εφαρμογής της αγωγής της υγείας, αλλά σχετίζονται με τη γενικότερη υγεία των ανθρώπων, όπως αυτή διαμορφώνεται μέσα από την υγιεινή του περιβάλλοντος, τη διατροφή των ατόμων, την ψυχολογική υγεία, τη δημόσια υγιεινή και την πρόληψη ασθενειών και επιβλαβών συμπεριφορών, όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ. Σημαντικό παράγοντα σε αυτή την προσπάθεια, αποτελεί η θεώρηση ότι η αγωγή της υγείας είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι της εκπαιδευτικής διαδικασίας, που εμπεριέχεται στο πρόγραμμα σπουδών του σχολείου και υποχρέωση των εκπαιδευτικών είναι η εφαρμογή μεθόδων διδασκαλίας, που διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία και το επίπεδο του κάθε μαθητή. Στόχο της αγωγής της υγείας αποτελεί η λήψη αποφάσεων από μέρους των μαθητών, οι οποίες προσβλέπουν στη βελτίωση της υγείας τους. Σε αυτή την προσπάθεια, μπορεί να συμβάλλει τόσο η οικογένεια όσο και η ευρύτερη κοινότητα, μέσα από την υιοθέτη-

ση υγιεινών συμπεριφορών. Ωστόσο, οι εκπαιδευτικοί πρέπει να είναι σε θέση να κατανοούν ότι στη λήψη αυτών των αποφάσεων, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το πολιτισμικό υπόβαθρο των μαθητών και οι προσωπικές τους αντιλήψεις πάνω στα διάφορα θέματα υγείας. Τέλος, προκειμένου οι εκπαιδευτικοί να εφαρμόζουν τις διάφορες πολιτικές που προάγουν την υγεία στο χώρο του σχολείου, είναι σημαντικό να επιδιώκουν συνεργασίες μεταξύ των συλλογικών ομάδων του σχολείου και της ευρύτερης κοινότητας στην οποία υπάγεται το σχολείο (Γκούβρα κ.συν., 2005).

Υπάρχει, όμως, μία θεώρηση που υποστηρίζει ότι ο ρόλος των εκπαιδευτικών είναι περιορισμένος, σε ό,τι αφορά τη δράση τους στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας. Σύμφωνα με τον Κατσαλή (2001), κάτι τέτοιο μπορεί να οφείλεται στις περιορισμένες γνώσεις τους σχετικά με τα διάφορα προβλήματα υγείας είτε στις πολλές υποχρεώσεις τους, ως απόρροια του συνολικού αριθμού των μαθητών μιας τάξης και των ιδιαίτερων αναγκών του καθενός. Στα πλαίσια της συγκεκριμένης θεώρησης, υπάρχει ακόμη μια παραδοχή που υποστηρίζει ότι η σχέση μεταξύ εκπαιδευτικών και μαθητών παρουσιάζει, επίσης, έναν περιορισμό και εμποδίζει το έργο των εκπαιδευτικών στην προσπάθειά τους να προάγουν την υγεία. Ο περιορισμός αυτός έγκειται στη θέση ισχύος που κατέχουν οι εκπαιδευτικοί απέναντι στα παιδιά, γεγονός που αυξάνει την έλλειψη εμπιστοσύνης και αποτρέπει τα παιδιά να εκφράζουν και να εμπιστεύονται προσωπικά θέματα της υγείας τους στους εκπαιδευτικούς. Ως προς αυτή τη θεώρηση συμβάλλει και το γεγονός ότι οι εκπαιδευτικοί στην προσπάθειά τους να στηρίξουν την οικογένεια του μαθητή, δέχονται επίθεση από την πλευρά των γονιών, οι οποίοι δεν αναγνωρίζουν την πρόθεσή τους να βοηθήσουν και πιστεύουν ότι στόχος των εκπαιδευτικών είναι να ασκήσουν κριτική. Το γεγονός αυτό αυξάνει τα επίπεδα άγχους στους εκπαιδευτικούς, οι οποίοι προσπαθούν να διατηρήσουν την ισορροπία στις σχέσεις τους με την οικογένεια των μαθητών, ενεργώντας, όμως, προς μια κατεύθυνση που προάγει τα συμφέροντα και την υγεία των παιδιών.

Τα σχολεία προαγωγής και αγωγής της υγείας είναι σχολεία αποδοχής και αλληλεγγύης, που στόχο έχουν να ενδυναμώσουν το κάθε άτομο και να το αναπτύξουν προσωπικά και κοινωνικά. Η αγωγή της υγείας στηρίζεται στην παραδοχή ότι για να προστατέψει ο κάθε άνθρωπος τον εαυτό του, θα πρέπει αρχικά να τον έχει αγαπήσει. Για το λόγο αυτό, κάθε δραστηριότητα των προγραμμάτων αγωγής της υγείας είναι σημαντικό να αποσκοπεί στην ανάπτυξη των παραγόντων που δίνουν νόημα στη ζωή των ατόμων και συμβάλλουν στη κοινωνική και προσωπική ευημερία, μέσα από την υιοθέτηση υγιεινών τρόπων συμπεριφοράς. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, στο σημείο αυτό, θα είχε η μελέτη της κατάστασης στην

Ελλάδα και των παρεμβάσεων που έχουν θεσμοθετηθεί πάνω σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας, καθώς και του τρόπου με τον οποίο αυτές οι παρεμβάσεις γίνονται πράξη από τους επαγγελματίες της εκπαίδευσης.

2.6 Ανάπτυξη και υλοποίηση παρεμβάσεων ευαισθητοποίησης του μαθητικού πληθυσμού, στα πλαίσια της αγωγής της υγείας, στην Ελλάδα

Η πρώτη αναφορά στα προγράμματα αγωγής της υγείας στο χώρο της ελληνικής εκπαίδευσης έγινε το 1991, μέσα από την αποτύπωσή τους στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την ένταξή τους στα προαιρετικά μαθήματα του σχολείου. Ένα χρόνο αργότερα, μέσω υπουργικής απόφασης, τα θέματα αγωγής της υγείας εντάχθηκαν στις σχολικές δραστηριότητες, ενώ αρκετά συχνά, αναφέρονταν κι ως προγράμματα ΕΠΕΑΕΚ. Οι ουσιώδεις διαφορές ανάμεσα σε αυτούς τους δύο χαρακτηρισμούς ήταν ότι όταν τα προγράμματα αγωγής της υγείας άνηκαν στις σχολικές δραστηριότητες, χρηματοδοτούνταν από εθνικούς πόρους, ενώ όταν υπάγονταν στα προγράμματα ΕΠΕΑΕΚ, η χρηματοδότηση γινόταν μέσω εθνικών και ευρωπαϊκών πόρων και ότι στην πρώτη περίπτωση την εποπτεία κατείχε το ΥΠΕΠΘ, ενώ στη δεύτερη, την εποπτεία είχε το ΥΠΕΠΘ σε συνεργασία με το Εθνικό Ίδρυμα Νεότητας (ΕΙΝ). Ως προς τη λειτουργία τους, όμως, ήταν ίδια και δεν παρουσίαζαν ουσιαστικές διαφορές (Φρούντα, 2014, σ. 151 - 152).

Μέσω των εγκυκλίων που στέλνονταν στα σχολεία εκείνη την περίοδο, γινόταν σαφές ότι τα προγράμματα αγωγής της υγείας πραγματοποιούνταν μέσω της ενεργητικής και βιωματικής μάθησης και είχαν ως στόχο την ενίσχυση της υπευθυνότητας των μαθητών, την ανάπτυξη της προσωπικότητάς και την τόνωση της αυτοπεποίθησής τους, προκειμένου να τους καθιστούν ικανούς να αναγνωρίζουν και να υιοθετούν υγιεινούς τρόπους και στάσεις ζωής. Στόχος των προγραμμάτων αυτών ήταν να στηρίζουν τους μαθητές τόσο ακαδημαϊκά όσο και ψυχολογικά, μέσα από την αποφυγή παροχής έτοιμων γνώσεων και ακολουθώντας ένα είδος συνεργασίας μεταξύ εκπαιδευτικών και μαθητών, όπου από κοινού θα αναπτύσσουν δραστηριότητες, που έχουν ως σκοπό την ευαισθητοποίηση των μαθητών πάνω σε διάφορα ζητήματα της υγείας. Ανεξάρτητα από το αν τα προγράμματα αγωγής της υγείας ανήκουν στις σχολικές δραστηριότητες ή αποτελούν μέρος του ΕΠΕΑΕΚ, οφείλουν να ακολουθούν τις γενικές αρχές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Επομένως, οι επαγγελματίες της εκπαίδευσης στην Ελλάδα, είτε πρόκειται για στελέχη της εκπαίδευσης είτε για εκπαιδευτικούς, προκειμένου να εφαρμόσουν προγράμματα αγωγής της υγείας, θα πρέ-

πει να έχουν γνώσεις που δεν περιορίζονται μόνο στους ελληνικούς νόμους, αλλά να γνωρίζουν και τις γενικές παραδοχές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Για το λόγο αυτό, το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο το 2009, παρέθεσε τα βασικά βήματα που πρέπει να ακολουθούνται κατά την υλοποίηση ενός προγράμματος αγωγής της υγείας στο χώρο του σχολείου, χαρακτηρίζοντάς το ως ένα σχέδιο δράσης, βασισμένο στο φυλλάδιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, με τίτλο «*Healthy School*». Τα βήματα αυτά, όπως ακριβώς παρατίθενται στο περιοδικό «*Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων*», είναι τα εξής:

Βήμα 1: Πρώτη επαφή και επικοινωνία με τα άτομα που δείχνουν ενδιαφέρον.

Βήμα 2: Διατύπωση επίσημων αποφάσεων από το προσωπικό του σχολείου, σχετικά με τους στόχους ενός προγράμματος αγωγής υγείας.

Βήμα 3: Συντονισμός των προσπαθειών, όπως με τη δημιουργία μιας επιτροπής ή τον ορισμό κάποιου συντονιστή για την επίβλεψη του σχεδίου.

Βήμα 4: Χαρτογράφηση της υπάρχουσας κατάστασης με την καταγραφή και την αξιολόγηση τυχόν προηγούμενων δραστηριοτήτων αγωγής υγείας.

Βήμα 5: Καθορισμός προτεραιοτήτων. Επιλογή ενός θέματος ή ιεράρχηση θεματικών ενοτήτων με κριτήριο τις ανάγκες της συγκεκριμένης σχολικής κοινότητας και τον βαθμό επιτακτικότητας.

Βήμα 6: Διαμόρφωση ρεαλιστικών σχεδίων για κάθε προτεραιότητα.

Βήμα 7: Έλεγχος επιμέρους σχεδίων, με συστηματική παρακολούθηση όλων των σταδίων υλοποίησης της δράσης.

Βήμα 8: Αξιολόγηση σχεδίου, καταγράφοντας τα θετικά και τα αρνητικά στοιχεία της δράσης.

Βήμα 9: Ένταξη δραστηριοτήτων στο πρόγραμμα του σχολείου. Συνέχιση της εφαρμογής των πετυχημένων δράσεων που αποτελούν «καλές πρακτικές» (good practices) στο σχολείο σε καθημερινή βάση.

Βήμα 10: Επανάληψη της κυκλικής στρατηγικής. Εκτίμηση των αποτελεσμάτων με βάση τους αρχικούς στόχους. Συνέχιση των δράσεων με πιθανές αλλαγές.

(Παπαθανασίου, 2009, σ. 57 - 58)

Όσον αφορά το σχεδιασμό των προγραμμάτων αγωγής της υγείας, κατά την έναρξη της σχολικής περιόδου, οι διευθυντές των σχολείων σε συνεργασία με τους υπευθύνους των σχολικών δραστηριοτήτων και με βάση της εγκυκλίου που ερχόταν από το υπουργείο, όριζαν τις δυνατότητες ανάπτυξης των προγραμμάτων και τη μεθοδολογία της εφαρμογής

τους, ενώ στη συνέχεια, ενημέρωναν τους εκπαιδευτικούς. Όσοι από τους εκπαιδευτικούς επιθυμούσαν να συμμετέχουν στην υλοποίηση ενός προγράμματος, συγκροτούσαν ομάδες μαθητών, οι οποίες μπορούσαν να αποτελούνται από μία ολόκληρη σχολική τάξη, από μαθητές διαφορετικών τάξεων ή τμημάτων, ακόμα και από μερικούς μαθητές του σχολείου, οι οποίοι συνεργάζονταν με μαθητές άλλων σχολείων. Σύμφωνα με την εγκύκλιο αυτή, ο εκπαιδευτικός σε συνεργασία με τους μαθητές έπρεπε να επιλέξει το θέμα του προγράμματος. Εξαιτίας, όμως, των περιορισμένων περιθωρίων στις διάφορες φάσεις της ανάπτυξης του προγράμματος, το θέμα επιλεγόταν συνήθως από τους εκπαιδευτικούς, με βάση τα ενδιαφέροντά τους και χωρίς τη συμμετοχή των μαθητών. Μετά την επιλογή του θέματος, ακολουθούσε η δημιουργία ενός προγράμματος σπουδών από τους εκπαιδευτικούς, το οποίο περιελάμβανε τον τίτλο του προγράμματος, το περιεχόμενό του, τα υποθέματα, τη μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί, τους στόχους και το χρονοδιάγραμμα ανάπτυξης του προγράμματος. Σε αυτό το πρόγραμμα σπουδών γινόταν αναφορά και στα ονόματα των μαθητών και των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν, καθώς επίσης, παρουσιάζονταν και τα σημεία σύνδεσής του με τα αναλυτικά προγράμματα σπουδών. Στη συνέχεια, χρειαζόταν η έγκριση από τον Διευθυντή του σχολείου ή των σχολείων, αν συμμετείχαν περισσότερα και αντίστοιχα, από τον Σύλλογο των Διδασκόντων. Μετά το τέλος αυτής της διαδικασίας, προωθούταν στην Τοπική Διεύθυνση Εκπαίδευσης, όπου γινόταν ο τελικός έλεγχος και εγκρινόταν η χρηματοδότηση του προγράμματος. Στο σημείο αυτό, υποχρέωση των Διευθυντών της σχολικής μονάδας και των υπευθύνων της Τοπικής Διεύθυνσης Εκπαίδευσης, ήταν η συγκρότηση μιας επιτροπής, η οποία θα παρακολουθούσε την πορεία του προγράμματος και θα διευκόλυνε και θα υποστήριζε το έργο των εκπαιδευτικών, σε όλες τις φάσεις ανάπτυξης των προγραμμάτων αγωγής της υγείας. Στο τέλος του σχολικού έτους, γινόταν παρουσίαση του προγράμματος που εφαρμόστηκε και παρουσίαση των αποτελεσμάτων του (Φρούντα, 2014, σ. 159 – 161).

Ο χρόνος εφαρμογής των προγραμμάτων αγωγής της υγείας οριζόταν από το σύλλογο των διδασκόντων και ανάλογα με την εγκύκλιο, μπορεί να είχαν διάρκεια από δύο έως έξι μήνες, ενώ η υλοποίησή τους πραγματοποιούταν εντός ή εκτός του ωρολογίου προγράμματος, συνήθως ένα δίωρο την εβδομάδα, στο πλαίσιο της ευέλικτης ώρας. Στην πραγματικότητα, όμως, η διάρκεια των προγραμμάτων αυτών ήταν πολύ μικρότερη, καθώς χανόταν πολύτιμος χρόνος μεταξύ των διάφορων εγκυκλίων και των αντίστοιχων εγκρίσεων που χρειάζονταν. Μέχρι το 2009 ο κάθε εκπαιδευτικός μπορούσε να αναλαμβάνει έως δύο προγράμματα, ενώ μετά το 2010, μπορούσε να αναλαμβάνει μόνος ένα πρόγραμμα και

να συμμετέχει συνολικά μέχρι και σε δύο προγράμματα. Το γεγονός ότι οι ώρες αυτών των προγραμμάτων χρεώνονταν ως υπερωρία και συνέβαλλαν στη συμπλήρωση του ωραρίου των εκπαιδευτικών, πολλές φορές αποτελούσε κίνητρο για τους ίδιους να συμμετέχουν σε αυτά (Φρούντα, 2014, σ. 161).

Η δυνατότητα επιλογής του θέματος των προγραμμάτων αγωγής της υγείας από τους εκπαιδευτικούς, προσδίδει σε αυτούς τη δυνατότητα πρωτοβουλίας και της αύξησης της αυτονομίας τους. Το γεγονός αυτό έρχεται σε πλήρη αντιστοιχία με τις γενικές αρχές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, σύμφωνα με τις οποίες, ανάλογα με το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο, καθώς και ανάλογα με το γεωγραφικό χώρο και την χρονική περίοδο, τα άτομα αντιλαμβάνονται με διαφορετικό τρόπο την έννοιας της υγείας. Για το λόγο αυτό, τα διάφορα προγράμματα αγωγής της υγείας πρέπει να δημιουργούνται στη βάση των ιδιαίτερων γνωρισμάτων της κάθε τοπικής κοινωνίας και ανάλογα με τα κοινωνικά, πολιτιστικά και οικονομικά χαρακτηριστικά της χώρας που εφαρμόζονται.

Θα λέγαμε ότι η παραπάνω πολιτική, που εφαρμόζεται και στην Ελλάδα, είναι καλά σχεδιασμένη και αποτελεί επίτευγμα της ελληνικής εκπαιδευτικής πραγματικότητας, ωστόσο, επιφέρει ερωτήματα σχετικά με το πόσο κατάλληλα προετοιμασμένοι και ειδικά καταρτισμένοι είναι οι εκπαιδευτικοί, οι οποίοι έχουν τον πρωταρχικό ρόλο στην επιλογή των θεμάτων των προγραμμάτων αγωγής της υγείας. Στην περίπτωση αυτή, είναι απαραίτητη η ύπαρξη της ικανότητας από την πλευρά των εκπαιδευτικών να αναγνωρίζουν κάθε φορά τις ανάγκες των μαθητών τους και να τους κινητοποιούν, προκειμένου να συμμετέχουν στην από κοινού επιλογή του θέματος που τους απασχολεί. Το γεγονός ότι τα συγκεκριμένα προγράμματα δεν αποτελούν τυπικό μάθημα και διαφοροποιούνται από την συμβατική διδασκαλία, χωρίς, όμως, να χάνουν τον παιδαγωγικό τους χαρακτήρα, από τη μία επιτρέπει στους εκπαιδευτικούς να επιλέγουν οι ίδιοι τις προδιαγραφές και να ακολουθούν μεθόδους διδασκαλίας, που οι ίδιοι κρίνουν ως καταλληλότερες. Από την άλλη, όμως, αυτή η αυτονομία απαιτεί από τους εκπαιδευτικούς κατάλληλη κατάρτιση και προετοιμασία, τόσο εκπαιδευτική και επιμορφωτική όσο και προσωπική. Κάτι τέτοιο σημαίνει, ότι ο εκπαιδευτικός γνωρίζει το θέμα με το οποίο πρόκειται να ασχοληθεί, γνωρίζει τι θα πει στους μαθητές, καθώς και μέχρι που μπορεί να φθάσει (Φρούντα, 2014, σ. 173). Σε περίπτωση, ωστόσο, που κάποιος εκπαιδευτικός τηρεί τις παραπάνω προδιαγραφές και σχεδιάζει με μη παραδοσιακά εργαλεία τη διδασκαλία του, κινητοποιώντας το ενδιαφέρον των μαθητών του και προσαρμόζοντας την διαδικασία της μάθησης, ανάλογα με το γνωστικό τους υπό-

βαθρο, την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση και τις ανάγκες τους, θα αποτελούσε την ιδανική περίπτωση εκπαιδευτικού.

Στην περίπτωση της Ελλάδας, θα λέγαμε ότι υπάρχει ένας ισχυρός κρατικός έλεγχος, ο οποίος ασκείται μέσω του υπουργείου Παιδείας, είναι κοινός για όλα τα δημόσια σχολεία και μέσω αυτού, λαμβάνονται οι αποφάσεις σχετικά με τα προγράμματα που εφαρμόζονται, το αντικείμενο σπουδών τους, τη διάρκεια του κάθε μαθήματος, ανάλογα με το αντικείμενο, το περιεχόμενο των εξετάσεων και τα κριτήρια πρόσβασης στο σχολείο (Soultatou, Dunkan, Athanasiou & Papadopoulou, 2011). Από το 1992 η Ελλάδα άρχισε να συμμετέχει σε προγράμματα προαγωγής της υγείας, αποτελώντας, για την εποχή εκείνη, μία πρωτοπόρα ευρωπαϊκή χώρα. Λίγο αργότερα, το 1995 εισήγαγε τον θεσμό της αγωγής της υγείας στο χώρο της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το 2001 στην πρωτοβάθμια. Τα προγράμματα αγωγής της υγείας αποτελούν μέρος των αναλυτικών προγραμμάτων, περιλαμβάνοντας τη διδασκόμενη ύλη και τις σχετικές δραστηριότητες, ενώ παράλληλα, συμβάλλουν στη σύνδεση της εκπαίδευσης με την κοινωνική πραγματικότητα. Αποτέλεσαν για το υπουργείο Παιδείας μία καινοτόμο δράση, η οποία επιχείρησε να περιορίσει τα φαινόμενα που απειλούν τη σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών και έχουν ως αποτέλεσμα, τον αποκλεισμό τους από τις δραστηριότητες της κοινωνίας και αργότερα, τον αποκλεισμό τους από την αγορά εργασίας (Στάπα – Μουρτζίνη, 2013).

Για να στηριχθεί το έργο των εκπαιδευτικών, θεσπίστηκαν σε κάθε τοπική Διεύθυνση Εκπαίδευσης υπεύθυνοι αγωγής της υγείας, οι οποίοι έχουν ως έργο τους τον πολλαπλασιασμό του έργου των εκπαιδευτικών, μέσα από τη βοήθεια που τους παρέχουν και την ενημέρωση σχετικά με νέα και πρωτοποριακά εκπαιδευτικά προγράμματα, ενώ παράλληλα, συμβάλλουν στο σχεδιασμό δράσεων και προτείνουν τρόπους παρουσίασης των προγραμμάτων που εφαρμόστηκαν και των αποτελεσμάτων τους, στο τέλος της σχολικής χρονιάς. Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια μείωση στην υλοποίηση των προγραμμάτων σχολικής αγωγής της υγείας, η οποία μπορεί να οφείλεται είτε στο γεγονός ότι τα προγράμματα αυτά εφαρμόζονται προαιρετικά είτε επειδή έχει μειωθεί σημαντικά η ευρωπαϊκή χρηματοδότησή τους.

Για ακόμη μία φορά, το βάρος της επιλογής για την εφαρμογή ή όχι των προγραμμάτων αυτών, μετατοπίζεται στη διάθεση του εκπαιδευτικού, ο οποίος πρέπει να διαθέτει την κατάλληλη επιμόρφωση, καθώς από τη στιγμή που δεν υπάρχει συγκεκριμένο και κατάλληλα διαμορφωμένο πλαίσιο, ο ίδιος θα αποφασίσει τον τρόπο με τον οποίο θα προσεγγίσει αποτελεσματικά την ύλη και τη διδακτική μεθοδολογία που θα ακολουθήσει, προκει-

μένου να επιτύχει τους στόχους του (Γκούβρα κ.συν., 2005). Παρατηρούμε, ουσιαστικά, μια εθελοντική προσέγγιση στην υλοποίηση των προγραμμάτων αγωγής της υγείας στο σχολείο, η οποία εξαρτάται από τις προσδοκίες και τα προσωπικά κίνητρα των εκπαιδευτικών, καθώς αποτελεί ένα επιπλέον φορτίο για τους ίδιους και την εκπαιδευτική τους δραστηριότητα. Το φαινόμενο αυτό, όμως, δημιουργεί μαθητές δύο ταχυτήτων, συμβάλλοντας στη δημιουργία ανισοτήτων στο χώρο του σχολείου. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ορισμένα παιδιά, ανάλογα με τον εκπαιδευτικό της τάξης τους, θα μάθουν νέα πράγματα σχετικά με διάφορα ζητήματα της υγείας και θα διερευνήσουν καταστάσεις με διαφορετικό τρόπο, ενώ κάποια άλλα παιδιά, πιθανότατα της ίδιας σχολικής τάξης, σε άλλη αίθουσα ή σε άλλο σχολείο της ίδιας περιοχής, δεν θα έχουν αυτή την ευκαιρία. Για το λόγο αυτό, η εφαρμογή της αγωγής της υγείας στο σχολείο δεν θα πρέπει να εξαρτάται από την ευαισθησία του κάθε εκπαιδευτικού πάνω στα θέματα της υγείας, αλλά να εφαρμόζεται καθολικά για όλα τα παιδιά, καθώς αποτελεί αναπόσπαστο δικαίωμα και καθοριστικό παράγοντα για την ανάπτυξή τους και την μετέπειτα πορεία της υγείας τους (Gerouki, 2009).

Όσον αφορά τις παρεμβάσεις της ελληνικής εκπαιδευτικής πολιτικής στο πλαίσιο της αγωγής της υγείας, αξίζει να μελετήσουμε το θεσμικό πλαίσιο που έχει εφαρμοστεί τα τελευταία χρόνια. Για το σχολικό έτος 2018 – 2019, το υπουργείο Υγείας, σε συνεργασία με το υπουργείο Παιδείας, εξέδωσε εγκύκλιο με αριθμό πρωτοκόλλου Γ1γ/ΓΦ3.3,13,18Z ΦΑΥ4,6(2018)/Γ.Π.οικ. 78038 (στο εξής θα αναφέρεται ως εγκύκλιος «*Παρεμβάσεις*»), με θέμα «*Ανάπτυξη - υλοποίηση από το Υπουργείο Υγείας δράσεων και παρεμβάσεων ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του μαθητικού πληθυσμού στο πλαίσιο της Αγωγής Υγείας σε Εθνικό Επίπεδο, για το σχολικό έτος 2018 - 2019*». Όπως ανέφερε η σχετική εγκύκλιος, οι εν λόγω δράσεις και παρεμβάσεις περιείχαν παρουσιάσεις, έντυπο και οπτικοακουστικό υλικό, το οποίο διαβιβάσθηκε αρμοδίως από το Υπουργείο Υγείας προς το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων και εγκρίθηκαν από το Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής. Πρόκειται για προγενέστερες παρεμβάσεις που επανεγκρίθηκαν, αλλά και νέες παρεμβάσεις που θεσπίστηκαν για το συγκεκριμένο σχολικό έτος.

Μελετώντας την εγκύκλιο «*Παρεμβάσεις*», παρατηρούμε ότι δίνεται έμφαση στις εξής θεματικές ενότητες: α) στην αντιμετώπιση των μικροβίων, β) στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, γ) στην προαγωγή της εθελοντικής αιμοδοσίας, δ) στην αγωγή της στοματικής υγείας, ε) στην προληψη του καπνίσματος, στ) στην προαγωγή της ψυχικής υγείας του παιδιού, ζ) στην προστασία από την ηλιακή ακτινοβολία, η) στην υγιεινή και προστασία των ματιών, θ) στην αξία και φροντίδα της τρίτης ηλικίας, ι) στην πρόληψη των

ατυχημάτων και των λοιμώξεων HIV/AIDS και ηπατίτιδων, καθώς και σε θέματα που άπτονται της υγιής στάσης του σώματος και της υγιής αναπνοής (βλ. αναλυτικά παράρτημα Α.1).

Οι ανωτέρω θεματικοί άξονες, καθώς και η διαδικασία ανάπτυξης και υλοποίησης αυτών, αναλύονται σύμφωνα με την εγκύκλιο «*Παρεμβάσεις*» και παρουσιάζονται επιγραμματικά ως εξής: α) με βάση το νόμο 4486/2017, *«Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 115τ Α/7-8-2017),* οι δομές και οι υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αναδιαμορφώνονται με στόχο την προαγωγή της υγείας, δίνοντας έμφαση τόσο στην πρόληψη όσο και στην αγωγή της υγείας, έχοντας ως απώτερο σκοπό την προάσπιση της δημόσιας υγείας, τοποθετώντας στο επίκεντρο των παρεμβάσεων τον πολίτη, την οικογένεια και τις ευάλωτες ευπαθείς ομάδες, β) στο πλαίσιο της αγωγής της υγείας, όλες οι δράσεις και παρεμβάσεις έχουν ως στόχο την εδραίωση μίας κουλτούρας συνεργασίας και αμοιβαίας εμπιστοσύνης μεταξύ του σχολείου, των μαθητών και της οικογένειάς τους, καθώς και μεταξύ των ανωτέρω και των Δημοσίων Δομών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Τ.ΟΜ.Υ, κλπ). Σκοπό όλων αυτών αποτελεί η διασφάλιση ενός υγιούς και ασφαλούς σχολικού περιβάλλοντος, μέσα από τη συμμετοχή της μαθητικής κοινότητας και των επαγγελματιών υγείας σε δράσεις που αφορούν την προαγωγή της υγείας. Παράλληλα, τα προγράμματα αυτά αξιοποιώντας τη βιωματική προσέγγιση, στοχεύουν στην ενίσχυση των αξιών που προάγουν την κοινωνική αλληλεγγύη και τον εθελοντισμό, ενώ μέσα από την ενίσχυση των γνώσεων και των δεξιοτήτων των μαθητών, αποσκοπούν στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής από τους ίδιους (βλ. αναλυτικά παράρτημα Α.1).

Μελετώντας τη συγκεκριμένη εγκύκλιο, παρατηρούμε μία πλήρης αντιστοιχία με τα δεδομένα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, σχετικά με τους στόχους των προγραμμάτων αγωγής της υγείας και την γενικότερη εκπαιδευτική πολιτική για την φροντίδα της υγείας, τόσο εντός του σχολείου όσο και σε ό,τι αφορά τη προαγωγή της δημόσιας υγείας. Πλήρης ταύτιση παρατηρείται και ως προς το ρόλο των εκπαιδευτικών και την προαιρετική εφαρμογή των ανωτέρω προγραμμάτων, η οποία καθορίζεται από την ευαισθησία και το ενδιαφέρον τους για τα διάφορα ζητήματα της υγείας, ενώ λαμβάνουν υπόψη τους τις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα και των μαθητών τους. Όπως, χαρακτηριστικά, αναφέρεται από το ΥΠ.Π.Ε.Θ./Ι.Ε.Π. για τη διενέργεια των συγκεκριμένων δράσεων/παρεμβάσεων και αφορούν τους όρους και τις προϋποθέσεις που τίθενται αναφορικά με τους εκπαιδευτικούς

και τις σχολικές μονάδες, οι ανωτέρω δράσεις και τα προγράμματα έχουν προαιρετικό χαρακτήρα για τις σχολικές μονάδες και αξιοποιούνται σύμφωνα με την κρίση των εκπαιδευτικών, είτε ως αυτόνομες δράσεις σε επίπεδο ενημέρωσης είτε ως ολοκληρωμένο πλαίσιο δράσεων. Οι ανάγκες και τα ενδιαφέροντα των μαθητών παίζουν καθοριστικό ρόλο στην επιλογή των ενημερωτικών δράσεων και οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να διασφαλίζουν τη συνάφεια των δράσεων με τον εκπαιδευτικό και διδακτικό προγραμματισμό, στα πλαίσια συνεργασίας με τους υπευθύνους της αγωγής της υγείας. Τέλος, η πρόσκληση επαγγελματιών υγείας στο χώρο του σχολείου, όταν οι εκπαιδευτικοί κρίνουν ότι τα εξεταζόμενα θέματα απαιτούν την παρουσία εξειδικευμένου επαγγελματία υγείας, θα πρέπει να γίνεται με τη σύμφωνη γνώμη του συλλόγου διδασκόντων και διασφαλίζοντας τη συνάφεια της δράσης με το πρόγραμμα σπουδών του σχολείου. Στην περίπτωση αυτή, η ενημέρωση των μαθητών από τους επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στην ηλικία και το μαθησιακό τους επίπεδο, να γίνεται παρουσία του εκπαιδευτικού της τάξης και να μην υπερβαίνει σε διάρκεια τις δύο ώρες. Η υλοποίηση των δράσεων αυτών θα πρέπει να γίνεται από εν ενεργεία επαγγελματίες του χώρου της υγείας, οι οποίοι απασχολούνται σε δημόσιες υπηρεσίες. Τα προγράμματα αυτά είναι σημαντικό να γίνονται δωρεάν, ενώ για την πραγματοποίησή τους είναι απαραίτητη η έγγραφη συγκατάθεση των γονέων – κηδεμόνων των μαθητών του σχολείου (βλ. αναλυτικά παράρτημα Α.1).

Πέρα, όμως, από τις παρεμβάσεις του Υπουργείου Παιδείας για την ευαισθητοποίηση του μαθητικού πληθυσμού στα πλαίσια της αγωγής της υγείας, αξίζει να μελετηθούν και κάποια άλλα ευαίσθητα θέματα της εκπαίδευσης, όπως είναι η διαπολιτισμικότητα και η ειδική αγωγή, καθώς και τα φαινόμενα σχολικού εκφοβισμού και να εντοπιστούν οι προκλήσεις που απορρέουν από τα ζητήματα αυτά για τη σύγχρονη εκπαιδευτική διοίκηση και ηγεσία. Σε αυτή τη μελέτη, είναι σημαντικό να προσδιοριστούν οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των μαθητών, όταν τα ζητήματα αυτά δεν λαμβάνουν την πρέπουσα σημασία από τους διάφορους φορείς της εκπαίδευσης και να αναζητηθούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις από μέρους των σχολικών ηγετών, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι αρνητικές αυτές συνέπειες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3
ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΗΓΕΣΙΑ

3.1 Εισαγωγή

Αφού προσδιορίστηκε το πεδίο δράσης της προαγωγής και αγωγής της υγείας και μελετήθηκε το θεσμικό πλαίσιο που αφορά τις παρεμβάσεις της ελληνικής εκπαιδευτικής πολιτικής για την προάσπιση της υγείας των μαθητών, αξίζει να μελετηθεί ο ρόλος της εκπαιδευτικής διοίκησης και ηγεσίας στην αντιμετώπιση των διαφόρων προκλήσεων σε θέματα εκπαίδευσης, που σχετίζονται με την υγεία των μαθητών. Τα θέματα αυτά μπορεί να επηρεάζουν τόσο τη σωματική όσο και ψυχική υγεία των παιδιών.

Το συγκεκριμένο κεφάλαιο έχει ως στόχο να θίξει ζητήματα που σχετίζονται με την ένταξη των μαθητών που προέρχονται από άλλες χώρες στο ελληνικό σχολείο, την διαπολιτισμική και πολυπολιτισμική εκπαίδευση, την ειδική αγωγή και την αντιμετώπιση φαινομένων σχολικού εκφοβισμού. Για όλες αυτές τις περιπτώσεις, βασικό μέλημα των ηγετών πρέπει να είναι η καλλιέργεια της ενσυναίσθησης και της ανθρώπινης ευαισθησίας. Οι μέθοδοι διδασκαλίας που ακολουθούνται πρέπει να παρέχουν ίσες ευκαιρίες για όλους και να είναι προσανατολισμένες στις ανάγκες του κάθε παιδιού, είτε αυτό προέρχεται από κάποια άλλη χώρα είτε φέρει κάποια αναπηρία. Η εκπαίδευση αποτελεί ένα από τα βασικότερα ανθρώπινα δικαιώματα και η διατήρηση της ψυχικής ισορροπίας των μαθητών, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό και τις σχολικές τους επιδόσεις. Στο κεφάλαιο αυτό, θα παρουσιαστεί ο τρόπος με τον οποίο διαταράσσεται η ισορροπία αυτή σε περιπτώσεις σχολικού εκφοβισμού, θα μελετηθούν οι επιπτώσεις στην υγεία των μαθητών και θα αναλυθεί το δύσκολο έργο της εκπαιδευτικής ηγεσίας για την επίλυση αυτών των ζητημάτων.

3.2 Η πρόκληση της διαπολιτισμικότητας και της πολυπολιτισμικότητας στο ελληνικό σχολείο

Σήμερα στην Ελλάδα, εξαιτίας των προσφυγικών εισροών που πραγματοποιούνται, η σύνθεση του μαθητικού πληθυσμού χαρακτηρίζεται περισσότερο από ποτέ από γλωσσική και

πολιτισμική ανομοιογένεια. Αυτή η ποικιλομορφία που εντοπίζεται στις σχολικές τάξεις και οι ιδιαίτερες ανάγκες των διαφορετικά πολιτισμικά και γλωσσικά μαθητών, καθιστούν ενδιαφέρουσα τη μελέτη του ζητήματος της ένταξης των μαθητών αυτών στην εκπαιδευτική διαδικασία και τους τρόπους κάλυψης των αναγκών τους. Οι ανάγκες αυτές δεν περιορίζονται μόνο σε εκπαιδευτικό επίπεδο, αλλά αφορούν και το ψυχολογικό επίπεδο των μαθητών. Σημαντικό στοιχείο σε αυτή την προσπάθεια αποτελεί ο ρόλος της σχολικής ηγεσίας και οι διάφορες πρακτικές που ακολουθούνται, προκειμένου το σχολείο να προσαρμοστεί στο νέο πολυπολιτισμικό περιβάλλον.

Μελετώντας τη βιβλιογραφία σχετικά με τους όρους της «*διαπολιτισμικότητας*» και «*πολυπολιτισμικότητας*», θα λέγαμε ότι συχνά αυτές οι δύο έννοιες χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, χωρίς να είναι ταυτόσημες ή συνώνυμες, με αποτέλεσμα να δημιουργείται κάποιου είδους σύγχυση. Ως πρώτο σημείο ταύτισης των δύο αυτών εννοιών, θα εντοπίζαμε τη σύνδεσή τους με την έννοια της μετανάστευσης, ενώ ως δεύτερο κοινό σημείο, θα παρατηρούσαμε ότι και οι δύο έννοιες έχουν ως δεύτερο συνθετικό τη λέξη «*πολιτισμός*». Με τη σειρά του, ο όρος «*πολιτισμός*» αναφέρεται σε γενικές γραμμές σε ό,τι έχει ανάγκη ο άνθρωπος προκειμένου να λειτουργήσει ομαλά στο φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον, ικανοποιώντας τις ανάγκες του, ενώ περιλαμβάνει, επίσης, τους κανόνες και τις αξίες ενός κοινωνικού συνόλου (Παλαιολόγου & Ευαγγέλου, 2003, σ. 69).

Χαρακτηριστικό των σύγχρονων κοινωνιών αποτελεί η πολυπολιτισμική διαφορετικότητα (πολυπολιτισμικότητα). Έχοντας υπόψη αυτό, ο όρος της «*διαπολιτισμικότητας*» χρησιμοποιείται στην αναλυτική του διάσταση για να περιγράψει αυτή την κατάσταση, ενώ στην κανονιστική διάσταση του όρου χρησιμοποιείται για να διατυπώσει τους στόχους της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης (Δαμανάκης, 1997). Σύμφωνα με τον Μάρκου (1995), πολλοί ερευνητές χρησιμοποιούν τον όρο της «*διαπολιτισμικότητας*» για να περιγράψουν ένα πραγματικό κοινωνικό φαινόμενο, αλλά και να ορίσουν παιδαγωγικούς και κοινωνικούς στόχους. Αντίθετα, κάποιοι άλλοι περιορίζουν τη χρήση του όρου σε ό,τι σχετίζεται με την εκπαίδευση και μόνο για να προσδιορίσουν τους παιδαγωγικούς και κοινωνικούς στόχους, ενώ για την περιγραφή της υπάρχουσας κατάστασης και την εξέλιξή της χρησιμοποιούν τον όρο «*πολυπολιτισμικότητα*».

Προς την παραπάνω άποψη, φαίνεται να συμφωνεί και ο Hohmann (1983, στο Δαμανάκης, 1997, σ. 39), ο οποίος υποστηρίζει ότι η πολυπολιτισμικότητα χαρακτηρίζει την κοινωνική πραγματικότητα, ορίζει δηλαδή το «*τι είναι*», ενώ η διαπολιτισμικότητα στρέφεται προς το ζητούμενο της υπόθεσης, δηλαδή το «*τι θα έπρεπε να είναι*». Επομένως, εφό-

σον η διαπολιτισμικότητα αποτελεί το ζητούμενο και η πολυπολιτισμικότητα το δεδομένο, είναι φυσικό η πρώτη έννοια να προϋποθέτει τη δεύτερη, παρόλο που δεν απορρέει αυτόματα από αυτή (Gundara, 1986).

Ο όρος της «*διαπολιτισμικότητας*» δεν περιορίζεται μόνο στην περιγραφή μιας πολιτισμικής κατάστασης, όπου άτομα από διαφορετικές εθνότητες συμβιώνουν, αλλά περισσότερο αναφέρεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών των διαφορετικών πολιτισμών και στην κοινωνικοποίηση των ατόμων σε αυτή τη νέα πολυπολιτισμική πραγματικότητα. Αυτή η νέα μορφή συμβίωσης χαρακτηρίζεται από ανεκτικότητα απέναντι σε αποκλίνουσες συμπεριφορές και συνήθειες και ενώ συνυπάρχουν διαφορετικές θρησκευτικές πεποιθήσεις, διαφορετικοί γλωσσικοί κώδικες και επικοινωνίας, γίνεται προσπάθεια επαφής των διαφορετικά πολιτισμικά ανθρώπων και προάγεται η αμοιβαιότητα και αλληλεγγύη μεταξύ τους. Όπως, μάλιστα, αναφέρει ο Μπερερής (2001), ο όρος της «*διαπολιτισμικότητας*» περιγράφει τη συνεργασία μεταξύ ατόμων που χαρακτηρίζονται από πολιτισμική ετερότητα, ενώ ο Μάρκου (1996, σ. 25) γίνεται ακόμη πιο επεξηγηματικός στην προσπάθεια περιγραφής της διαπολιτισμικότητας, αναφέροντας ότι η πρόθεση ¨δια-¨ δηλώνει αλληλεπίδραση και αμοιβαία συνεργασία για την αντιμετώπιση διάφορων εμποδίων, ενώ ο όρος ¨πολιτισμός¨ σχετίζεται με τις αξίες, τους τρόπους ζωής και τις συμβολικές εκφράσεις που προσδιορίζουν τη συσχέτιση των ατόμων μεταξύ τους.

Στο επίκεντρο της διαπολιτισμικής προσέγγισης βρίσκεται η γενική αρχή ότι δε νοείται συμβίωση μεταξύ διαφορετικών πολιτισμικά ατόμων, χωρίς να υπάρχουν αλληλεπιδράσεις. Το ζητούμενο στην περίπτωση αυτή είναι να αναζητηθεί ο καλύτερος τρόπος διαχείρισης αυτών των αλληλεπιδράσεων. Η καλύτερη απάντηση παιδαγωγικά απέναντι σε μια πολυπολιτισμική κοινωνία είναι αυτή της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης. Όπως θα δούμε και στη συνέχεια, αποτελεί μια ολοκληρωμένη εκπαιδευτική προσέγγιση που έχει ως στόχο την αμοιβαία συνεργασία και θεωρεί αναγκαία την αλληλεπίδραση μεταξύ των διαφορετικών γλωσσικά και πολιτισμικά ατόμων.

3.2.1 Εννοιολογική αποσαφήνιση

Η διαπολιτισμική εκπαίδευση δημιουργήθηκε προκειμένου να επαναπροσδιορίσει τη σχέση της εκπαίδευσης με την πολυπολιτισμική κοινωνία και συχνά παρουσιάζεται ως μοντέλο διαχείρισης του πολιτισμικού πλουραλισμού στην εκπαίδευση (Κεσίδου, 2008). Στόχος του σχολείου, εξάλλου, είναι η ενσωμάτωση και συμμετοχή όλων των μαθητών στη μάθηση,

ανεξάρτητα από τη διαφορετική γλωσσική και πολιτισμική προέλευσή τους. Προκειμένου, όμως, το σχολείο να επιτύχει την εξασφάλιση ίσων ευκαιριών σε όλα τα παιδία, είναι αναγκαία η συμμετοχή ολόκληρης της εκπαιδευτικής κοινότητας, η οποία μέσω από της προώθησης καινοτομιών στην εκπαίδευση, θα συμβάλλει στην απρόσκοπτη λειτουργία του σχολείου και στην αναγνώριση της κάθε είδους διαφορετικότητας (Μάρκου, 1996).

Σύμφωνα με το Νόμο 2.413 (ΦΕΚ 124/17-6-96), «*σκοπός της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης είναι η οργάνωση και λειτουργία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για την παροχή εκπαίδευσης σε νέους με εκπαιδευτικές, κοινωνικές, πολιτιστικές ή μορφωτικές ιδιαιτερότητες*», ενώ σύμφωνα με το Συμβούλιο της Ευρώπης, η διαπολιτισμική εκπαίδευση αποτελεί το μέσο προώθησης της ισότητας και του σεβασμού στην εκπαίδευση και την κοινωνία, γενικότερα (Μάρκου, 1996). Θα λέγαμε, ότι στόχο της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης αποτελεί η εξάλειψη των διακρίσεων και η άρση κάθε είδους αποκλεισμού από την κοινωνική ζωή των διαφορετικών πολιτισμικά ατόμων, αλλά και η προσπάθεια για αλληλεπίδραση μεταξύ αλλοδαπών και γηγενών ατόμων, με στόχο τα χαρακτηριστικά οφέλη της αποδοχής του διαφορετικού και του διαπολιτισμικού σεβασμού, που προκύπτουν από τη συνύπαρξη αυτών των διαφορετικών ομάδων ανθρώπων (Κεσίδου, 2004, σ. 78 - 79).

Η διαπολιτισμική εκπαίδευση προέκυψε ως ανάγκη απέναντι στη δυσκολία των μετακινούμενων εθνοτικών ομάδων να ενσωματωθούν στην κοινωνία της χώρας υποδοχής τους, αλλά και στην επιθυμία τους να διατηρήσουν την πολιτισμική τους ταυτότητα. Στόχος της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης είναι να υπερβεί τη λογική που αντιμετωπίζει τα παιδιά των αλλοδαπών και μειονοτικών ομάδων ως ¨πρόβλημα¨ στην σχολική τάξη και να μην ακολουθήσει την αντισταθμιστικού τύπου διδασκαλία, προκειμένου να διδάξει στα παιδιά αυτά την κυρίαρχη γλώσσα των γηγενών μαθητών, ώστε να επιλυθεί το λεγόμενο «πρόβλημα» προσαρμογής των εν λόγω παιδιών στο κυρίαρχο σχολείο. Αντίθετα, στοχεύει ως προς μια δίκαιη ισορροπία στη σχολική τάξη, όπου οι γλωσσικές και πολιτισμικές διαφορές των μειονοτικών μαθητών αξιοποιούνται προς όφελος τόσο των ίδιων όσο και των γηγενών (Παπάς, 1998).

Σύμφωνα με τους Γκότοβο (2002) και Δαμανάκη (1989), μέσω της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης επιδιώκεται η παρεμπόδιση σχηματισμού στερεοτυπών και προκαταλήψεων απέναντι σε διαφορετικούς πολιτισμούς και ανθρώπους, ενώ παράλληλα, ακολουθείται μια μαθησιακή διαδικασία που δίνει έμφαση στα ανθρώπινα δικαιώματα και τη συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών γλωσσικά και πολιτισμικά ατόμων, με απώτερο στόχο την πρόοδο των κοινωνιών και την ειρήνη.

Όσον αφορά τις βασικές αρχές της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης, υποστηρίζεται ότι πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το περιβάλλον της καθημερινής ζωής του κάθε παιδιού, αλλά και το επίπεδο μάθησής του. Τα αναλυτικά προγράμματα της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης, αλλά και οι μέθοδοι διδασκαλίας είναι σημαντικό να επικεντρώνονται στον γνωστικό και συναισθηματικό ορίζοντα του κάθε μαθητή και να προάγουν την ανταλλαγή εμπειριών και την επικοινωνία μεταξύ όλων των μαθητών του σχολείου, αλλά και με την κοινωνία, γενικότερα. Ταυτόχρονα, βασική αρχή της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης αποτελεί η καταπολέμηση κάθε είδους ρατσισμού, είτε αυτός προέρχεται μέσα από σύμβολα είτε μέσα από συμπεριφορές. Με τον τρόπο αυτό, καλλιεργείται η ανθρώπινη ευαισθησία και η ενσυναίσθηση προς τα διαφορετικά γλωσσικά και πολιτισμικά παιδιά (Πανταζής, 1999).

Με λίγα λόγια θα λέγαμε, ότι η διαπολιτισμική εκπαίδευση περιλαμβάνει όλα αυτά τα εκπαιδευτικά προγράμματα που στοχεύουν στην ανάπτυξη τόσο της «*διαπολιτισμικότητας*» όσο και της διαπολιτισμικής επικοινωνίας μεταξύ των διαφορετικών γλωσσικά και πολιτισμικά πληθυσμών, αλλά και μεταξύ της διαπολιτισμικής προσέγγισης των ομάδων αυτών από τον εθνικό πληθυσμό της χώρας υποδοχής. Είναι, επίσης, σημαντικό να αναφερθεί ότι αφετηρία της διαπολιτισμικής ιδέας αποτέλεσε η πολυπολιτισμική κατάσταση που επικρατούσε σε πολλές χώρες εξαιτίας της μετακίνησης πληθυσμών (Δαμανάκης, 1997).

Η πολυπολιτισμική εκπαίδευση ορίζεται ως μια διαδικασία εκπαιδευτικής μεταρρύθμισης, κατά την οποία το σχολείο πρέπει να εξασφαλίζει ίσες ευκαιρίες μάθησης, ανεξάρτητα από την φυλετική, πολιτισμική ή κοινωνική καταγωγή των μαθητών και οι εκπαιδευτικοί θεσμοί πρέπει να λαμβάνουν τα κατάλληλα μέτρα με τα οποία θα μετασχηματιστούν, εκτός από τα αναλυτικά προγράμματα, η γενικότερη κουλτούρα του σχολείου, οι σχέσεις εξουσίας και πεποιθήσεις, τόσο τον εκπαιδευτικών όσο και των μαθητών. Για να επιτευχθούν οι στόχοι αυτοί της πολυπολιτισμικής εκπαίδευσης απαιτείται μια συνεχής διαδικασία μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων στην εκπαίδευση (Banks & McGee - Banks, 1989).

Σύμφωνα με τον Gorski (2000), η πολυπολιτισμική εκπαίδευση αποτελεί μια προοδευτική προσέγγιση, που στόχο έχει να μεταρρυθμίσει την εκπαίδευση, βασιζόμενη στα ιδανικά της εκπαιδευτικής ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης. Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο και να κατασταλεί η αδικία και καταπίεση στην εκπαίδευση, ο Gorski υποστηρίζει ότι πρώτο είδος μεταρρύθμισης αποτελεί η απαλλαγή των εκπαιδευτικών από προκαταλήψεις και στερεότυπα, τα οποία εμποδίζουν την αποτελεσματική και αυθεντική επικοινωνία

με διαφορετικά γλωσσικά και πολιτισμικά άτομα. Κάτι τέτοιο, φυσικά, προϋποθέτει την επιμόρφωση των εκπαιδευτικών πάνω σε θέματα διαπολιτισμικής εκπαίδευσης.

Η πολυπολιτισμική εκπαίδευση έχει ως στόχο να καλύψει τις ιδιαίτερες εκπαιδευτικές ανάγκες των παιδιών που προέρχονται από μειονότητες, αλλά και να προετοιμάσει όλα τα παιδιά του σχολείου για τη ζωή εντός μιας πολυπολιτισμικής κοινωνίας (DES, 1985). Σύμφωνα με τον Grant (1977), στον ορισμό της πολυπολιτισμικής εκπαίδευσης υπάρχει μια ανθρωπιστική έννοια που στηρίζει την διαφορετικότητα και τα ανθρώπινα δικαιώματα και περιλαμβάνει πρακτικές που σέβονται την πολιτισμική διαφορά. Παράλληλα, η πολυπολιτισμική εκπαίδευση προάγει τις δημοκρατικές αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και στοχεύει στην ευαισθητοποίηση των μαθητών σχετικά με την ποικιλομορφία στο σχολικό περιβάλλον και το σεβασμό της διαφορετικότητας.

Με λίγα λόγια θα λέγαμε, ότι η αντικείμενο της πολυπολιτισμικής εκπαίδευσης είναι η διατήρηση του πολιτισμικού πλουραλισμού στα σχολεία. Στόχος της είναι οι μαθητές που προέρχονται από διαφορετικό εθνοπολιτισμικό υπόβαθρο, να μπορούν να ενταχθούν στην εκπαίδευση, διατηρώντας την πολιτισμική τους ταυτότητα. Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο, είναι απαραίτητη η παροχή ίσων ευκαιριών για όλους, μέσα από συνεχείς μεταρρυθμίσεις και παρεμβάσεις, προσανατολισμένες στις ανάγκες των γλωσσικά και πολιτισμικά διαφορετικών μαθητών.

3.2.2 Διαπολιτισμικό περιβάλλον και ψυχική υγεία: ο ρόλος του διευθυντή του σχολείου

Τα παιδιά που προέρχονται από διαφορετικούς πολιτισμούς, είτε είναι παιδιά μεταναστών είτε προσφύγων, έρχονται στην Ελλάδα επειδή αντιμετωπίζουν πόλεμο, δίωξη και οι συνθήκες στη χώρα προέλευσής τους είναι εξαιρετικά δυσμενείς. Η μετανάστευση αποτελεί για τα άτομα αυτά μια εξαναγκαστική επιλογή, η οποία απαιτεί πολλαπλές προσαρμογές, σε μικρά χρονικά διαστήματα. Τα παιδιά είναι πιο ευάλωτα στην εγκατάλειψη και την κακοποίηση και η υποδοχή που λαμβάνουν κατά την ενσωμάτωσή τους στο ελληνικό σχολείο, παίζει καθοριστικό ρόλο στην ψυχοκοινωνική τους υγεία. Παιδιά με προϋπάρχοντα προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας, μπορεί να υποστούν επιδείνωση της κατάστασής τους, αν ο τρόπος με τον οποίο παρέχεται η βοήθεια και η προστασία, υπονομεύει την ανθρώπινη αξιοπρέπειά τους, αποθαρρύνει την αμοιβαία στήριξη και δημιουργεί εξάρτηση.

Τα διαφορετικά γλωσσικά και πολιτισμικά παιδιά πέρα από τις φυσιολογικές αναπτυξιακές προκλήσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν, έρχονται αντιμέτωπα και με τις συνέπειες του επιπολιτισμού, τόσο σε ατομικό όσο και συλλογικό επίπεδο (Georgas & Papastylianoy, 1996). Σύμφωνα με τους Leavitt (2002) και Μαδιανό (2000), ο όρος του επιπολιτισμού περιγράφει μια συνεχή διαδικασία πολιτισμικής αλλαγής, κατά την οποία άτομα από διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο δέχονται την επιρροή και υιοθετούν χαρακτηριστικά του επικρατέστερου πολιτισμού. Αυτό συχνά, έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία νέων προτύπων και την αλλαγή κάποιων χαρακτηριστικών του ενός ή και των δύο πολιτισμών.

Κατά την επαφή των δύο πολιτισμών, τα μειονοτικά παιδιά είναι πιθανό να βιώνουν ενδοψυχικές συγκρούσεις και επιπολιτιστικό στρες, που οφείλονται στη συνύπαρξη των χαρακτηριστικών της χώρας προέλευσης (οικογένεια) και της χώρας υποδοχής (σχολικό περιβάλλον). Κατά την αλληλεπίδραση αυτή, συνεπάγεται μια μεταβολή της πολιτισμικής ταυτότητας των παιδιών αυτών, των αξιών και τρόπων συμπεριφοράς τους, καθώς καλούνται να προσαρμοστούν στο νέο, διαφορετικό πολιτισμικό περιβάλλον. Η διαβίωση, εξάλλου, ως μειονότητα σε μια χώρα και η απομάκρυνση τους από το οικείο και γνώριμο κοινωνικό τους περιβάλλον, με τις διακρίσεις που αυτή επιφέρει, είναι δυνατό να στρεσάρουν επιπλέον τους μαθητές αυτούς, να τους δημιουργήσουν ψυχολογικά και άλλα προβλήματα προσαρμογής στο σχολείο και την κοινωνία, γενικότερα και να οδηγήσουν στην περιθωριοποίηση τους (Μόττη – Στεφανίδη, 2005).

Σύμφωνα με μελέτες, τα διαφορετικά πολιτισμικά παιδιά υφίστανται απομόνωση από την κοινωνία της χώρας υποδοχής, ενώ η αποξένωση που βιώνουν, τους επιφέρει συναισθηματικές δυσκολίες, άγχος και κατάθλιψη, τα οποία με τη σειρά τους επηρεάζουν τις επιδόσεις τους στο σχολείο (Robert, 1995). Οι συχνότερες ψυχικές αντιδράσεις των μαθητών αυτών είναι η αίσθηση της σύγχυσης και της ψυχικής δυσφορίας, το αίσθημα του φόβου, της αγωνίας, με έντονα συναισθηματικά ξεσπάσματα θυμού και θλίψης και η βίωση προβλημάτων που σχετίζονται με τον ύπνο και τη συμπεριφορά τους προς τους άλλους. Το αίσθημα άγχους αυτών των παιδιών μπορεί να θεωρηθεί ως ένας φυσικός τρόπος με τον οποίο το σώμα και ο νους τους αντιδρούν στους διάφορους ψυχοπιεστικούς παράγοντες που βιώνουν κατά την ένταξή τους στη νέα πραγματικότητα. Υπάρχει, μάλιστα, η παραδοχή ότι αυτή η διαταραχή άγχους, η οποία πολλές φορές συνδέεται με κάποια ψυχοτραυματική εμπειρία, είναι συχνότερη στα παιδιά των προσφύγων που έχουν εκτοπισθεί βιαίως από τη χώρα προέλευσής τους και λιγότερο στα παιδιά μεταναστών ή άλλων μειονοτήτων. Η κατάσταση των παιδιών αυτών δεν είναι από μόνη της υπεύθυνη για τις ψυχικές διατα-

ραχές που βιώνουν. Αυτό που επηρεάζει περισσότερο την ψυχική τους υγεία είναι η έκθεση στους διάφορους ψυχοπιεστικούς παράγοντες και η ανασφάλεια για το μέλλον. Παράγοντες, όπως η ηλικία της μετανάστευσης των παιδιών και η χώρα υποδοχής, επηρεάζουν το βαθμό της συναισθητικής προσαρμογής τους και τη σχολική επίδοση, ενώ όσο μικρότερη είναι η ηλικία μετανάστευσης τόσο καλύτερη είναι η σχολική επίδοση των μειονοτικών παιδιών (Χατζηχρήστου, 2005).

Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι όλα τα παιδιά των μειονοτήτων δεν παρουσιάζουν την ίδια προσαρμογή σε συναισθηματικό επίπεδο, ενώ σε κοινωνικό και επίπεδο σχολικής επίδοσης δεν παρατηρούνται μεγάλες διαφορές. Αυτό αποδεικνύει ότι δεν είναι δυνατή η τοποθέτηση όλων των διαφορετικών πολιτισμικά μαθητών σε μια ομοιογενή ομάδα, που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως «*ψυχικά ευάλωτη*» (Παπαστυλιανού, 2000). Παράλληλα, σε έρευνα της Μόττη - Στεφανίδη (2005), κατά την οποία μελετήθηκε η σχέση της ψυχικής ανθεκτικότητας των μειονοτικών παιδιών με τη σχολική προσαρμογή, αποδείχθηκε ότι όσο περισσότερο οι μαθητές αυτοί πιστεύουν ότι μπορούν να τα καταφέρουν με τις απαιτήσεις του σχολείου κι όσο περισσότερο έχουν τη συμπαράσταση της οικογένειάς τους, τόσο καλύτερη είναι και η σχολική τους προσαρμογή.

Η ψυχική κατάσταση των παιδιών που προέρχονται από οικογένειες μεταναστών αρχίζει να επηρεάζεται από τη στιγμή της προετοιμασίας της μετανάστευσης, από τη διαδικασία αυτή καθεαυτή και την υποδοχή τους από την κοινωνία εγκατάστασης. Οι οικογένειες των μεταναστών, καθώς και τα ίδια τα παιδιά βιώνουν τον αποχωρισμό και την απώλεια πραγματικών και ιδεατών καταστάσεων, σχέσεων, αντικειμένων και προσώπων. Το αίσθημα αυτής της απώλειας δεν ολοκληρώνεται με την εγκατάσταση στο νέο τόπο και οι δεσμοί αναβιώνουν κάθε φορά που τα άτομα έρχονται σε επαφή με τη χαμένη πατρίδα. Η κατάσταση αυτή δημιουργεί επιπλέον θλίψη και πόνο και αν διατηρηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, παρατηρούνται φαινόμενα καταθλιπτικής διάθεσης, αύξηση των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων και γενικότερη επιδείνωση των προβλημάτων ψυχικής υγείας στα παιδιά αυτά. Καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση αυτών των φαινομένων, κατέχει η στάση των σχολικών ηγετών και του κλίματος συνεργασίας που υπάρχει στις σχολικές μονάδες.

Κύριος στόχος ενός ηγέτη πρέπει να είναι η ενδυνάμωση της πολιτισμικής ταυτότητας των μειονοτικών παιδιών και το αίσθημα του «*ανήκειν*», μέσω της αποδοχής της ετερότητας, της επικοινωνίας και της συνεργασίας στο χώρο του σχολείου. Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο, είναι σημαντική η καθιέρωση τρόπων διδασκαλίας στις σχολικές μονάδες, οι οποίες συμβάλλουν στην αλληλογνωριμία των μαθητών και την ανταλλαγή εμπειριών που

σχετίζονται με την εθνοπολιτισμική τους ετερότητα (Κεσίδου, 2008). Κύριο μέλημα της σχολικής ηγεσίας θα πρέπει να αποτελεί η εκτίμηση όλων των πολιτισμών που αντιπροσωπεύονται στο χώρο του σχολείου και ύπαρξη υψηλών προσδοκιών για υψηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις των πολιτισμικά διαφορετικών μαθητών. Η ύπαρξη χαμηλών προσδοκιών και η πεποίθηση ότι οι μαθητές αυτοί δεν έχουν τις απαραίτητες ικανότητες για να πετύχουν εκπαιδευτικά, επηρεάζει αρνητικά την αυτοπεποίθησή τους και αυξάνει τις πιθανότητες να οδηγηθούν στη σχολική αποτυχία, επιβεβαιώνοντας με τον τρόπο αυτό, την αυτοεκπληρούμενη προφητεία των εκπαιδευτικών (Irvine & Armento, 2001, σ. 15).

Προκειμένου ο σχολικός ηγέτης να καταφέρει να καλύψει τις ανάγκες των αλλοδαπών μαθητών, θα πρέπει να έχει και την ανάλογη επιμόρφωση πάνω στα θέματα της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης, καθώς η επαγγελματική ανάπτυξη του ίδιου επηρεάζει θετικά και την ανάπτυξη και βελτίωση της ποιότητας τους εκπαιδευτικού έργου στις σχολικές μονάδες (Bubb & Earley, 2007 · Παπαναούμ, 2003). Εξαιτίας των αλλαγών στη σύνθεση του μαθητικού πληθυσμού, είναι αναγκαία και η μεταβολή του τρόπου διδασκαλίας στη σχολική τάξη, όπου πλέον η ανταγωνιστική μάθηση θα πρέπει να μετατοπιστεί από τη διαπροσωπική επικοινωνία και η έμφαση στη γνώση να αντικατασταθεί από την έμφαση στη σχέση και τη συνεργασία μεταξύ των παιδιών. Ένας τρόπος για να επιτευχθεί αυτό είναι η αξιοποίηση των αναλυτικών προγραμμάτων και η διαθεματική προσέγγιση των μαθημάτων, εφαρμόζοντας προγράμματα που ενισχύουν το κλίμα συνεργασίας και την συνεκπαίδευση όλων των μαθητών. Τέτοια προγράμματα αποτελούν τα προγράμματα προαγωγής και αγωγής της υγείας, τα οποία συμβάλλουν στην εξομάλυνση των προβλημάτων ψυχικής υγείας των διαφορετικών πολιτισμικά μαθητών και θέτουν τα θεμέλια για την υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών υγείας από όλους τους μαθητές. Ένας ακόμη παράγοντας που μπορεί να συμβάλλει στην επιτυχία της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης, είναι η δημιουργία δικτύων επικοινωνίας μεταξύ των διαπολιτισμικών σχολείων και η ανταλλαγή εμπειριών και πρακτικών που αφορούν την προαγωγή της υγείας των αλλοεθνών μαθητών και την ομαλή ένταξή τους στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα (Leeman, 2007).

Οι οικογένειες των μαθητών που προέρχονται από διαφορετικές χώρες και ειδικά αυτές που προέρχονται από χώρες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, εμφανίζουν συνήθως υψηλότερα ποσοστά ασθενειών, εξαιτίας της περιορισμένης προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας και χαμηλό επίπεδο προληπτικής υγειονομικής φροντίδας, δημιουργώντας ένα κλίμα ανασφάλειας στους γονείς των γηγενών μαθητών του σχολείου. Η ανασφάλεια αυτή προκύπτει από την πεποίθηση ότι τα αλλοεθνή παιδιά θα μεταδώσουν στα γηγε-

νή ασθένειες που δύσκολα αντιμετωπίζονται και υποστηρίζεται η άποψη ότι τα παιδιά αυτά θα ήταν καλύτερο να μην φοιτούν στην ίδια σχολική μονάδα με τα γηγενή. Όταν αυτό γίνεται αντιληπτό από τους αλλοδαπούς μαθητές, υπάρχει μια επιπλέον επιδείνωση της ήδη επιβαρυμένης ψυχικής τους υγείας. Προκειμένου να αντιμετωπιστούν τέτοιου είδους φαινόμενα και να δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης εντός της σχολικής μονάδας, τόσο για τους ίδιους τους μαθητές, γηγενείς και μη, όσο και για τις οικογένειές τους, ο διευθυντής του σχολείου οφείλει από τη μία να διαβεβαιώνει τους γονείς και κηδεμόνες των αλλοδαπών μαθητών για την υποστήριξη και βοήθεια του σχολείου απέναντι σε οποιαδήποτε πρόβλημα προκύπτει, σχετικά με την ένταξη των παιδιών τους στο σχολείο και από την άλλη, να ευαισθητοποιήσει τους γονείς των γηγενών μαθητών και να τους ενημερώσει μέσω ειδικών επιστημόνων σε θέματα διαπολιτισμικής εκπαίδευσης και επικοινωνίας, για τις θετικές προοπτικές της παρουσίας του «*διαφορετικού*» μαθητή στο σχολείο και να τους διαβεβαιώσει ότι θα ληφθούν όλα εκείνα τα απαραίτητα υγειονομικά μέτρα που θα προάγουν την υγεία τόσο των γηγενών όσο και των αλλοδαπών μαθητών (Papadopoulos, Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου & Κούτα, 2011).

Ο ίδιος ο διευθυντής, καθώς και οι εκπαιδευτικοί του σχολείου οφείλουν να εκφράζουν θετικές συμπεριφορές προς όλους τους μαθητές, ανεξάρτητα από πού προέρχεται ο καθένας και να στρέφουν το ενδιαφέρον τους στα παιδιά που περιθωριοποιούνται. Για να δημιουργηθεί μια σχολική κοινότητα ανοιχτή στην κοινωνία, ο διευθυντής του σχολείου οφείλει να ακολουθεί τις κοινωνικές εξελίξεις. Σύμφωνα με τον Γεωργογιάννη (2006, σ. 101 – 102), το σχολείο αποτελεί κύτταρο της κάθε τοπικής κοινωνίας και λειτουργεί βάσει μιας αμφίδρομης σχέσης με αυτήν. Η ανομοιογένεια του μαθητικού πληθυσμού μιας σημερινής σχολικής τάξης αντικατοπτρίζει την εικόνα σύνθεσης μιας σύγχρονης κοινωνίας. Η σχολική μονάδα μπορεί να λειτουργεί αυτόνομα, ωστόσο οφείλει να ακολουθεί τις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας και τις ιδιαιτερότητες της κάθε περιοχής, καθώς μπορεί να αποτελέσει χώρο αναπαραγωγής νέων τρόπων σύλληψης του κοινωνικού γίγνεσθαι, όπως είναι η καλλιέργεια των κοινωνικών αξιών και η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Ο διευθυντής της σχολικής μονάδας είναι υπεύθυνος για το κοινωνικό και το πολιτισμικό πλαίσιό της, καθώς αποτελεί την έμψυχη έκφραση της μονάδας, αφουγκράζεται τις ανάγκες της εποχής, εφαρμόζει καινοτομίες και κάνει αλλαγές στη σχολική μονάδα, καθώς καλείται να τη συνδέσει με τις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας (Γούγα - Καμαριανός, 2006).

Στη νέα αυτή πραγματικότητα που βιώνουν τα παιδιά διαφορετικών εθνικοτήτων, ο ρόλος του διευθυντή - ηγέτη της σχολικής μονάδας είναι καθοριστικός για την ομαλή ένται-

ξή τους στην καθημερινότητα του σχολείου και την αποφυγή των επιπτώσεων στην ψυχική τους υγεία. Η ποιότητα της ηγεσίας που ακολουθείται αποτελεί βασικό παράγοντα μιας αποδοτικής παιδείας, η οποία έχει ως στόχο τον σεβασμό στο πρόσωπο του κάθε «*άλλου*» και την αφοσίωση στον καθένα μαθητή ξεχωριστά. Ο διευθυντής που διαθέτει την ικανότητα να θέτει μελλοντικούς στόχους και να μην περιορίζεται στην κατανόηση μόνο της τρέχουσας κατάστασης, που δεν ενδιαφέρεται μόνο για τα αποτελέσματα του οργανισμού, αλλά κυρίως για τις ανθρώπινες σχέσεις, είναι αυτός ο τύπος ηγέτη ο οποίος μπορεί να συμβάλλει στη διευθέτηση αυτών των κοινωνικών θεμάτων (Everard, Morris & Wilson, 2004). Ένα τέτοιο κοινωνικό θέμα αποτελεί και η ειδική αγωγή και εκπαίδευση. Θα ήταν, επομένως, ιδιαίτερα ενδιαφέρον να μελετηθούν οι παράμετροι που ορίζουν την ειδική εκπαίδευση, καθώς και ο ρόλος του διευθυντή του ειδικού σχολείου στις διάφορες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει.

3.3 Ειδική αγωγή και εκπαίδευση

Η εκπαίδευση του κάθε ατόμου αποτελεί ένα από τα βασικότερα ανθρώπινα δικαιώματα και για αυτό το λόγο πρέπει να παρέχεται ισότιμα σε όλα τα μέλη μιας δημοκρατικής κοινωνίας, προσφέροντας ίσες ευκαιρίες μόρφωσης. Η σημερινή σχολική πραγματικότητα χαρακτηρίζεται περισσότερο από ποτέ από ποικιλομορφία και ανομοιογένεια, που αφορούν τόσο τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του κάθε παιδιού, όσο και τις δυνατότητές τους, την πνευματική τους κατάσταση και τη σωματική και ψυχική τους υγεία. Στόχος της εκπαίδευσης αποτελεί η ικανοποίηση των αναγκών του κάθε ατόμου. Το σύγχρονο σχολείο διαμορφώθηκε για να καλύψει αυτές τις ανάγκες, οι οποίες βρίσκονται σε πλήρη αλληλεπίδραση με την κατάσταση της σημερινής κοινωνίας, έχοντας ως σκοπό να συμβάλλει στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του κάθε παιδιού, μέσα από τη μετάδοση των γνώσεων και την κοινωνικοποίησή τους.

Τα ειδικά σχολεία αναπτύχθηκαν για να παρέχουν επιπλέον υποστήριξη και παροχές σε άτομα με αναπηρίες και ιδιαίτερες εκπαιδευτικές ανάγκες. Σύμφωνα με το υπουργείο παιδείας, στα ειδικά σχολεία φοιτούν παιδιά με απώλεια ή προβλήματα όρασης, κωφά ή βαρήκοα παιδιά, παιδιά με νοητική ανεπάρκεια και κοινωνική δυσπροσαρμογή και παιδιά με σωματικές αναπηρίες και μαθησιακές δυσκολίες. Σε ό,τι αφορά τους επιδιωκόμενους στόχους των ειδικών σχολείων, καθώς και τις μεθόδους διδασκαλίας που ακολουθούνται, υπάρχουν αρκετές ομοιότητες με τα γενικά σχολεία, ωστόσο τα ειδικά σχολεία απορ-

ρίπτουν τις τυπικές μεθόδους μάθησης, ενώ η αγωγή που παρέχουν απαιτεί την ύπαρξη εξειδικευμένου προσωπικού, κατάλληλα καταρτισμένου, το οποίο μπορεί να καλύψει τις ειδικές ανάγκες αυτών των μαθητών (Δελλασούδας, 2005).

Ο χαρακτηρισμός των μαθητών ως άτομα με ειδικές ανάγκες αναφέρεται στις διαφορετικές σε σχέση με τις συνηθισμένες ανάγκες των μαθητών αυτών, οι οποίες μπορεί να προκλήθηκαν μετά από κάποιο ατύχημα ή ασθένεια κατά τη διάρκεια της ζωής τους είτε τις φέρουν εκ γενετής. Το συνηθισμένο σχολικό πρόγραμμα δεν μπορεί να ωφελήσει επαρκώς τα παδιά αυτά και για το λόγο αυτό, προέκυψε η ανάγκη δημιουργίας ενός νέου κλάδου της παιδαγωγικής επιστήμης, αυτός της Ειδικής Αγωγής, ο οποίος ασχολείται αποκλειστικά με τις ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες των παιδιών αυτών και τους παιδαγωγικούς και διδακτικούς προβληματισμούς που προκύπτουν κατά τη μαθησιακή διαδικασία. Η ειδική αγωγή παρέχει ένα οργανωμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, κατάλληλα προσαρμοσμένο στα άτομα με ειδικές ανάγκες, με σκοπό να αναπτύξουν στο μέγιστο βαθμό τις ικανότητές τους και μέσα από την παροχή κατάλληλων γνώσεων, να καταφέρουν να διαμορφώσουν την ατομική τους ταυτότητα, να εξελιχθούν προσωπικά και κοινωνικά και τελικά, να ενταχθούν αξιοπρεπώς στην κοινωνία (Στασινός, 1991).

Το 1929 που πρωτοεμφανίστηκε ως όρος η ειδική αγωγή, στηριζόταν στο ιατρικό μοντέλο και στη θεώρηση ότι η αναπηρία αποτελεί ασθένεια που πρέπει να θεραπευτεί. Μέχρι το 1975, μεσολάβησε μια περίοδος κατά την οποία η ειδική αγωγή λειτουργούσε με βάση δύο κατευθύνσεις, τα ιδρύματα που στόχο είχαν τη θεραπεία της αναπηρίας των ατόμων και τα ειδικά σχολεία που δέχονταν άτομα με σωματικές και νοητικές αναπηρίες (Δελλασούδας, 2005). Το 1981, με τη ψήφιση του νόμου 1143/1981, θεσμοθετήθηκε μια σημαντική εξέλιξη για την ειδική αγωγή στο ελληνικό σχολείο, καθώς το υπουργείο παιδείας ανέλαβε τη συστηματική εκπαίδευση των μαθητών με ειδικές ανάγκες. Ο νόμος αυτός με τίτλο: «*Περί ειδικής αγωγής, ειδικής επαγγελματικής εκπαιδεύσεως, απασχολήσεως και κοινωνικής μερίμνης των αποκλινόντων εκ του φυσιολογικού και άλλων τινών εκπαιδευτικών διατάξεων*» (ΦΕΚ 80, τ. Α΄, 27/3/81), προέβλεπε την παροχή της ειδικής αγωγής για όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης, καθιστώντας τη υποχρεωτική για τα άτομα με ειδικές ανάγκες, ηλικίας από έξι έως δεκαεπτά ετών, προσδιόριζε τις δομές στις οποίες θα παρέχεται η εκπαίδευση αυτή και τις κατηγορίες των ατόμων που θα φοιτήσουν εκεί, ενώ παράλληλα, θέσπισε τη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας για εκπαιδευτικούς. Το 1985, με τη ψήφιση του νόμου «*Δομή και λειτουργία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης*», η ειδική αγωγή αποτελεί μέρος της ευρύτερης πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ

για πρώτη φορά, η πολιτεία φαίνεται να προωθεί την πολιτική της ένταξης των μαθητών με αναπηρίες στα γενικά σχολεία. Το 2000, με τη ψήφιση του νόμου 2817, θεσμοθετείται η δόμηση ενός «*σχολείου για όλους*» και προωθείται η ενσωμάτωση και ένταξη των μαθητών με ειδικές ανάγκες στο γενικό σχολείο, σύμφωνα με τα ευρωπαϊκά πρότυπα (Σούλης, 2010). Με το νόμο αυτό, υπάρχει μια διαφοροποίηση στην ορολογία που αφορά την ειδική αγωγή, δίνοντας βάση στις εκπαιδευτικές ανάγκες των μαθητών και ξεφεύγοντας από τις αιτίες των δυσκολιών τους. Παράλληλα, τα ειδικά σχολεία εξοπλίζονται με σύγχρονα μέσα διδασκαλίας και δημιουργούνται εξατομικευμένα προγράμματα, ειδικά σχεδιασμένα να ικανοποιούν τις ανάγκες του κάθε παιδιού. Σημαντικά σημεία αυτού του νόμου αποτελούν, επίσης, η αναγνώριση της νοηματικής ως επίσημης γλώσσας των κωφών ατόμων και η ίδρυση των Κέντρων Διάγνωσης και Υποστήριξης (Κ.Δ.Α.Υ.), τα οποία αποτελούνταν από ομάδες επιστημόνων διαφόρων ειδικοτήτων και είχαν ως έργο τη διάγνωση των αναπηριών και την υποστήριξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Με το νόμο αυτό, περιορίστηκε η λειτουργία των ειδικών σχολείων μόνο για τα άτομα με πολύ σοβαρές ασθένειες και καθιερώθηκε η ένταξη των ατόμων με τη λειτουργία των τμημάτων ένταξης και της παράλληλης στήριξης, εντός των γενικών σχολείων. Επίσης, εισήγαγε τη λειτουργία της κατ' οίκον διδασκαλίας για εξαιρετικά δύσκολες περιπτώσεις ανάπηρων παιδιών (Δημητρίου & Ανδρούσου, 2013). Το 2008, με τη ψήφιση του νόμου 3699, με τίτλο: «*Ειδική αγωγή και εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες*», ο όρος της «*ειδικής αγωγής*» αντικαθίσταται από την «*ειδική αγωγή και εκπαίδευση*» και δίνονται περισσότερες αρμοδιότητες στα Κέντρα Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης (Κ.Δ.Α.Υ.), τα οποία μετονομάζονται σε Κέντρα Διαφοροδιάγνωσης, Διάγνωσης και Υποστήριξης (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.). Ο νόμος αυτός προέβλεπε, επίσης, τη συνεργασία της οικογένειας των ατόμων με ειδικές ανάγκες με τους εκπαιδευτικούς του σχολείου.

Σήμερα, η ειδική αγωγή και εκπαίδευση παρέχεται στην ελληνική εκπαίδευση μέσω των ειδικών σχολείων, στα οποία φοιτούν συνήθως παιδιά με νοητική ανεπάρκεια και τα οποία βρίσκονται στον ίδιο χώρο με τα γενικά σχολεία. Στις ειδικές τάξεις των γενικών σχολείων φοιτούν παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες ή ήπια νοητική ανεπάρκεια, τα οποία κάποιες ώρες της εβδομάδας αποχωρούν από τη γενική τάξη, προκειμένου να παρακολουθήσουν τα μαθήματα της ειδικής αγωγής. Άλλοι σύγχρονοι τρόποι λειτουργίας της ειδικής εκπαίδευσης αποτελούν η ύπαρξη στα ειδικά τμήματα των γενικών σχολείων βοηθητικού προσωπικού, που υποστηρίζει τη μαθησιακή διαδικασία των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Τα τμήματα αυτά τείνουν να αντικαταστήσουν τις ειδικές τάξεις. Σε εξαιρετικά σοβαρές

περιπτώσεις αναπηρίας, υπάρχει η δυνατότητα της κατ' οίκον διδασκαλίας από κατάλληλα εξειδικευμένο εκπαιδευτικό προσωπικό (Δελλασούδας, 2005).

Σε μια προσπάθεια προσέγγισης του όρου της ειδικής αγωγής, θα λέγαμε ότι είναι δύσκολος ο ακριβής προσδιορισμός της έννοιας αυτής, καθώς αποτελεί μια σύνθετη προσπάθεια, η οποία αξιολογείται και ορίζεται από ποικίλες οπτικές. Πράγματι, το εκπαιδευτικό πλαίσιο που ακολουθεί χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα και έχει πολλούς αποδέκτες, που χαρακτηρίζονται από ποικιλομορφία και ανομοιογένεια. Η ειδική αγωγή ξεφεύγει από τα όρια της τυπικής εκπαίδευσης, παρόλο που αρκετοί μαθητές με ειδικές ανάγκες συμμετέχουν στη γενική εκπαίδευση και έχει ως στόχο την εξάλειψη όλων των παραγόντων που μπορούν να σταθούν εμπόδιο στη μάθηση και τη συμμετοχή των ατόμων με ειδικές ανάγκες στο σχολείο και την κοινωνία. Αποτελεί έναν κλάδο των κοινωνικών και ανθρωπιστικών σπουδών, με αντικείμενο μελέτης τον άνθρωπο, όχι όμως ως βιολογικό ον, αλλά ως κοινωνικό. Για το λόγο αυτό, η ειδική αγωγή στοχεύει στην ολοκλήρωση της προσωπικότητας των ατόμων με ειδικές ανάγκες, μέσα από την παροχή γνώσεων και δεξιοτήτων, κατάλληλα προσαρμοσμένες στις δυνατότητές τους, προκειμένου να ενταχθούν ισότιμα στο κοινωνικό σύνολο (Στασινός, 1991).

Μελετώντας τα μοντέλα θεώρησης της αναπηρίας, παρατηρούμε ότι στην έννοια αυτή βασίζεται ο κλάδος της ειδικής αγωγής. Ωστόσο, η αναπηρία αποτελεί μια έννοια αρκετά αφηρημένη και γενική, που χαρακτηρίζεται από ετερογένεια σε ό,τι αφορά τη σοβαρότητα και τον τύπο της κάθε κατάστασης. Σύμφωνα με τις αρχές του ιατρικού – ατομικού μοντέλου, η αναπηρία αντιμετωπίζεται ως ανωμαλία ή βλάβη και το ανάπηρο άτομο προσεγγίζεται βάσει της κλινικής του εικόνας, τον βαθμό και το είδος της αναπηρίας του, παράγοντες που καθορίζουν και την εξέλιξή του (Anastasiou & Kauffman, 2011). Το μοντέλο αυτό δεν λαμβάνει υπόψη τις προσωπικές εμπειρίες και απόψεις των ανάπηρων ατόμων, σχετικά με την εκπαιδευτική και κοινωνική τους πορεία. Στηρίζεται στους επαγγελματίες της υγείας, οι οποίοι έχουν την αποκλειστική αρμοδιότητα να διαγιγνώσκουν τον τύπο της «*ανωμαλίας*» και να προτείνουν την κατάλληλη θεραπεία. Ο ρόλος τους, όμως, δεν περιορίζεται μόνο στα ιατρικά θέματα, αλλά έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν αποφάσεις που αφορούν ακόμη και την επιλογή του κατάλληλου εκπαιδευτικού πλαισίου για τα ανάπηρα άτομα, καθώς και τη μέτρηση των δυνατοτήτων τους για εργασία, καθορίζοντας σε μεγάλο βαθμό την ίδια τη ζωή των ατόμων αυτών. Το μοντέλο αυτό μπορεί εύκολα να συμβάλλει στον κοινωνικό στιγματισμό των ανάπηρων ατόμων, καθώς επιτρέπει τη γενίκευση της «*αναπηρίας*» (Barnes & Mercer, 2003).

Σε πλήρη αντίθεση με τη θεώρηση του ιατρικού μοντέλου, κινούνται οι αρχές του κοινωνικού μοντέλου. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η αναπηρία δεν ορίζεται βάσει μόνο της ατομικής παθολογίας του ατόμου και της κοινωνικής ισοτιμίας, αλλά στηρίζεται και στη διάθεση της κοινωνίας να αποδεχθεί τη διαφορετικότητα. Βασική αρχή του μοντέλου αυτού αποτελεί η θεώρηση ότι το ίδιο το κοινωνικό σύστημα, μέσα από την ιδεολογία και τις αρχές που πρεσβεύει η κυρίαρχη ομάδα, καθιστά τα άτομα με αναπηρίες ως ανάπηρα, ανεξάρτητα από τις σωματικές ή νοητικές αναπηρίες που μπορεί να φέρουν, καθώς περιορίζει τη συμμετοχή τους στην κοινωνία. Σε ό,τι αφορά τις δομές της ειδικής αγωγής, το κοινωνικό μοντέλο υποστηρίζει την ανάγκη περιορισμού του κράτους πρόνοιας, καθώς τα άτομα με αναπηρίες πρέπει να αντιμετωπίζονται ισότιμα, όπως οι υπόλοιποι άνθρωποι (Anastasiou & Kauffman, 2011). Στηριζόμενη στις αρχές του κοινωνικού μοντέλου, η ελληνική εκπαίδευση έχει ως επιδίωξη την κοινωνική ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες και την επαγγελματική τους αποκατάσταση. Πρωταρχικό ρόλο στην προσπάθεια αυτή, κατέχουν τα στελέχη της σύγχρονης εκπαιδευτικής διοίκησης και ηγεσίας.

3.3.1 Η ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες στο σύγχρονο σχολείο: ο ρόλος της σχολικής ηγεσίας

Στη σημερινή εκπαιδευτική πραγματικότητα υπάρχει η ανάγκη ύπαρξης ενός σχολείου για όλα τα παιδιά, το οποίο θα σέβεται την διαφορετικότητα και μέσα από τα προγράμματα που ακολουθεί, θα δημιουργεί τα κατάλληλα πλαίσια για την υποστήριξη και εκπαίδευση των παιδιών με ειδικές ανάγκες, έχοντας ως απώτερο στόχο την άρση της περιθωριοποίησης και την κοινωνική ένταξη των παιδιών αυτών. Στόχος είναι η δημιουργία ενός σχολείου για όλους, το οποίο θα υιοθετεί πολιτικές που ευνοούν την ενιαία εκπαίδευση, παρέχοντας ίσες ευκαιρίες για μάθηση και θα αποφεύγει πρακτικές διαχωρισμού (Συμεωνίδου & Φτιάκα, 2013). Η ένταξη των ατόμων με αναπηρία στα γενικά σχολεία και γενικότερα, η παιδαγωγική της ένταξης, όπου μαθητές με ή χωρίς αναπηρίες και δυσκολίες εκπαιδεύονται στα γενικά σχολεία, θεωρείται ο καταλληλότερος τρόπος ενσωμάτωσης των μαθητών αυτών στο σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον (Αβραμίδης, 2013).

Ο όρος της ενσωμάτωσης αναφέρεται στη συνύπαρξη ατόμων που έχουν ως στόχο τη γενικότερη εξέλιξή τους, σε ένα κοινό περιβάλλον ζωής, εργασίας ή μάθησης. Στα πλαίσια της εκπαίδευσης, η ενσωμάτωση αναφέρεται στη συνύπαρξη παιδιών με ή χωρίς αναπηρίες, που ακολουθούν το ίδιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα (Tilstone, 2004). Ωστόσο, η

ενσωμάτωση ως όρος αντικαταστάθηκε από την έννοια της ένταξης, καθώς θεωρήθηκε ότι πρόσδιδε μια υπεροχή στα παιδιά χωρίς αναπηρίες, σε σχέση με τα ανάπηρα παιδιά (Δελλασούδας, 2005). Από την άλλη, η υιοθέτηση του όρου της ένταξης πραγματοποιήθηκε από το γεγονός ότι η ειδική αγωγή αφορά και τα άτομα με διαφορετικές δεξιότητες και όχι μόνο αυτά που φέρουν κάποια αναπηρία. Παράλληλα, ο όρος της ένταξης τονίζει τις απαραίτητες αλλαγές που πρέπει να επιτευχθούν στους στόχους του εκπαιδευτικού συστήματος και τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών, προκειμένου να δημιουργηθεί ένα σχολείο ανοιχτό για όλους, που θα ξεφεύγει από την απλή τοποθέτηση ατόμων με αναπηρίες στο γενικό σχολείο (Sehrbrock, 2004).

Η ενταξιακή εκπαίδευση έχει οφέλη τόσο για τους μαθητές με αναπηρία όσο και για τους μαθητές χωρίς αναπηρία. Η παρουσία μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στο γενικό σχολείο, έχει θετική επίδραση τόσο για τους ίδιους και την κοινωνική και συναισθηματική τους ανάπτυξη όσο και για τους μαθητές χωρίς ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Μέσω την ένταξης των μαθητών με ειδικές ανάγκες, οι μαθητές του γενικού σχολείου μαθαίνουν να αποδέχονται το διαφορετικό και τις ατομικές διαφορές των άλλων και να κοινωνικοποιούνται με τους συνομήλικούς τους, βελτιώνοντας τις ακαδημαϊκές τους επιδόσεις (Snyder, Garriott & Aylor, 2001, σ. 203). Σημαντικό ρόλο σε αυτό παίζει η συνεργασία μεταξύ του ειδικού εκπαιδευτικού και των εκπαιδευτικών της γενικής τάξης. Μέσω της συνδιδασκαλίας ενισχύεται η ποιότητα του μαθήματος και από τη συνύπαρξη των δύο εκπαιδευτικών στη σχολική αίθουσα, επωφελούνται όλοι οι μαθητές. Μέσω της συνεργασίας αυτής, όλοι οι μαθητές έχουν την ευκαιρία να διαμορφώσουν την προσωπική τους ταυτότητα, μέσα από την ανάπτυξη των κοινωνικών και νοητικών δεξιοτήτων τους, ενώ η ισότιμη μεταχείριση των μαθητών και οι ίσες ευκαιρίες μάθησης στο ίδιο σχολείο, έχουν θετικές συνέπειες τόσο για τον μαθητικό πληθυσμό, όσο και για το εκπαιδευτικό προσωπικό και την κοινωνία, γενικότερα (Tilstone, 2004).

Οι εκπαιδευτικοί κατέχουν πρωταρχικό ρόλο στην ενταξιακή εκπαίδευση. Με την κατάλληλη επιμόρφωση και εξειδίκευση μπορούν να ενισχύσουν την ένταξη των ατόμων με αναπηρίες στο γενικό σχολείο και μέσω των παρεμβάσεων τους στο αναλυτικό πρόγραμμα, να τροποποιήσουν τους στόχους του, ακολουθώντας πρακτικές με βάση τις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα των μαθητών. Στα πλαίσια της ενιαίας εκπαίδευσης, οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να προσαρμόζουν τις μεθόδους διδασκαλίας σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε μαθητή και να ακολουθούν μοντέλα εκπαίδευσης που προάγουν την ένταξη (Δελλασούδας, 2005). Η διαφοροποιημένη διδασκαλία που στηρίζεται στις ανάγκες των

μαθητών, καθώς και η ομαδοσυνεργατική διδασκαλία των μαθητών σε μικρές ομάδες, θα μπορούσαν να αποτελέσουν μεθόδους διδασκαλίας προαγωγής της ένταξης (Σούλης, 2013). Η επιτυχία των ενταξιακών προγραμμάτων, εκτός από την κατάλληλη και συνεχή επιμόρφωση των εκπαιδευτικών, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από τη συνεργασία των εκπαιδευτικών με τους γονείς των μαθητών, που γνωρίζουν καλύτερα τις ανάγκες των παιδιών τους και με τους τοπικούς φορείς. Με βάση τα παραπάνω, διαφαίνεται ότι η παραδοσιακή μορφή της διδασκαλίας με τις παγιωμένες μεθόδους μάθησης, δεν μπορεί πλέον να καλύψει τις ανάγκες όλων των μαθητών του σχολείου, το οποίο χαρακτηρίζεται από ετερογένεια και ποικιλομορφία. Στην προσπάθεια κατάκτησης της ενιαίας εκπαίδευσης, σπουδαίο ρόλο κατέχει η ηγεσία της σχολικής μονάδας και οι πρακτικές που ακολουθεί (Νάνου, 2013).

Ο διευθυντής του σχολείου, είτε αυτό πρόκειται για γενικό είτε για ειδικό σχολείο, μέσα από τον ηγετικό ρόλο που ασκεί, μπορεί να ενθαρρύνει και να εμπνέει τους συναδέλφους του και μέσα στο κατάλληλο κλίμα που δημιουργεί, να τους κινητοποιεί, μεταδίδοντας το όραμά του για την ένταξη. Η σχολική ηγεσία παίζει καθοριστικό ρόλο στην ενιαία εκπαίδευση και για αυτό το λόγο, οφείλει να ενισχύει όλα τα μέλη της σχολικής μονάδας προς αυτή την κατεύθυνση. Η σωστή συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ των μελών της σχολική μονάδας, η κοινή λήψη αποφάσεων για τον εκπαιδευτικό προγραμματισμό και η κατάλληλη κατάρτιση της σχολικής ηγεσίας, συμβάλλουν καθοριστικά στην επιτυχία της ένταξης (Φακουρέλη & Ντεροπούλου - Ντέρου, 2013). Σύμφωνα με τους Attfield και Williams (2003), η συμμετοχική ηγεσία αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη διαμόρφωση της κουλτούρας των ενταξιακών σχολείων, τα οποία οφείλουν να ακολουθούν εκπαιδευτικές προσεγγίσεις από τη βάση προς την κορυφή, καθώς η διοίκηση για να είναι αποτελεσματική στα σχολεία αυτά πρέπει να στηρίζεται στις ιδιαίτερες εκπαιδευτικές ανάγκες του κάθε μαθητή (Powers, Rayner & Gunter, 2001).

Προκειμένου ο σχολικός ηγέτης να δημιουργήσει τις κατάλληλες συνθήκες ένταξης των ατόμων με αναπηρίες στο σύγχρονο σχολείο οφείλει να αναγνωρίζει τις προσπάθειες όλων των μελών της εκπαιδευτικής κοινότητας και να καλλιεργεί ένα θετικό προς την ένταξη κλίμα εντός της σχολικής μονάδας. Εκτός από την κατάλληλη επιμόρφωση πάνω στα θέματα της ειδικής αγωγής, ο διευθυντής ενός σχολείου οφείλει να συνεργάζεται με τους εκπαιδευτικούς της σχολικής μονάδας, παρέχοντάς τους αυτονομία στο πλαίσιο της τάξης και να οργανώνει επιμορφωτικά προγράμματα, προκειμένου οι εκπαιδευτικοί να βελτιώνουν τις επαγγελματικές τους δεξιότητες (Algozzine, Ysseldyke & Campbell, 1994).

Όσον αφορά τους μαθητές, οφείλει να έχει την πεποίθηση ότι όλοι είναι ικανοί να μάθουν, φροντίζοντας να εφαρμόσει προγράμματα για όλους και να δημιουργήσει ένα κατάλληλο μαθησιακό περιβάλλον, μέσα στο οποίο θα καλύπτονται όλοι οι παιδαγωγικοί στόχοι (Riehl, 2000). Η συνεργασία του διευθυντή με τους γονείς των μαθητών είναι, επίσης, ένας σημαντικός παράγοντας επιτυχίας των προγραμμάτων ένταξης και κοινωνικοποίησης των παιδιών με αναπηρίες. Η εκπαίδευση των γονέων των παιδιών αυτών συμβάλλει θετικά στη διαδικασία ένταξης, καθώς οι γονείς μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν τα ιδιαίτερα προβλήματα των παιδιών τους.

Ο διευθυντής, τόσο του ειδικού όσο και του γενικού σχολείου, συχνά χαρακτηρίζεται ως ο πυρήνας της σχολικής μονάδας και αποτελεί τον συντονιστή όλων των φορέων που εμπλέκονται στην εκπαιδευτική διαδικασία. Στην περίπτωση του ειδικού σχολείου, είναι επιτακτική η ανάγκη συνεργασίας με επαγγελματίες και εξειδικευμένους επιστήμονες, προκειμένου να διαμορφώσουν ομάδες εργασίας και να ανταλλάξουν εμπειρίες με σκοπό τον μετασχηματισμό της δομής του ειδικού σχολείου. Ο διευθυντής του ειδικού σχολείου, εκτός από τις γνώσεις που οφείλει να έχει πάνω στο διοικητικό επίπεδο, είναι σημαντικό να ενημερώνεται και να επιμορφώνεται στα νέα πρωτοποριακά προγράμματα της ειδικής αγωγής. Ο ρόλος του είναι καθοριστικός στην αλλαγή της κουλτούρας των ειδικών σχολείων και εξαιτίας της έλλειψης δομών ειδικής αγωγής στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, έχει και την ευθύνη να διαφωτίσει τους διάφορους επαγγελματικούς φορείς και να ενημερώσει την κοινή γνώμη ότι τα άτομα με ειδικές ανάγκες μπορούν να αποτελέσουν ένα αξιόπιστο εργατικό δυναμικό, δίνοντας στα άτομα αυτά την ευκαιρία να ενταχθούν στην κοινωνία με φυσικό τρόπο μετά το δημοτικό σχολείο (Συριοπούλου - Δελλή, 2003, σ. 68-69).

Στην περίπτωση του γενικού σχολείου, η ύπαρξη μαθητών με ειδικές ανάγκες καθιστά τον διευθυντή του σχολείου υπεύθυνο για την επίλυση πρακτικών ζητημάτων που σχετίζονται με την μετακίνηση των μαθητών αυτών από και προς το σχολείο, την προσβασιμότητα στους σχολικούς χώρους και τη λειτουργικότητα αυτών, αλλά και ζητημάτων που σχετίζονται με την ψυχολογία του κάθε παιδιού και της στάσης των συμμαθητών του και του εκπαιδευτικού προσωπικού απέναντί του, καθώς και της οικογένειάς του να το εμπιστευτεί σε άλλο περιβάλλον. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο διευθυντής του σχολείου οφείλει να ακολουθεί το μοντέλο της συμμετοχικής ηγεσίας, καθώς είναι αναγκαία η συνεργασία με όλους τους φορείς που εμπλέκονται στην κοινότητα του σχολείου, ακολουθώντας το όραμα για μια εκπαίδευση που απευθύνεται σε όλους. Στόχος πρέπει να είναι ένα σχολείο

χωρίς αποκλεισμό, όπου όλα τα παιδιά θα συνυπάρχουν και θα αλληλεπιδρούν αρμονικά σε ένα ρεαλιστικό περιβάλλον, που θα ικανοποιεί όλες τις ανάγκες τους και θα τους επιτρέπει να εξελίσσονται κοινωνικά (Rayner & Ribbins, 1999).

Τα παιδιά με ειδικές ανάγκες συνήθως είναι απομονωμένα, καθώς δεν μπορούν να παίξουν με τα υπόλοιπα παιδιά, δεν έρχονται σε επαφή με συνομήλικους τους και είναι πιο φτωχά σε παραστάσεις και εμπειρίες. Περιπτώσεις απομονωμένων παιδιών έχουμε και σε φαινόμενα εκφοβισμού στο χώρο του σχολείου. Ο σύγχρονος σχολικός ηγέτης, εκτός από την ένταξη των μαθητών που διαφέρουν γλωσσικά και πολιτισμικά από τους γηγενείς μαθητές και την ένταξη των ατόμων με αναπηρίες στο σύγχρονο ελληνικό σχολείο, έχει την υποχρέωση να μεριμνά κατάλληλα, ώστε τέτοια φαινόμενα να μην αναπτύσσονται στο χώρο του σχολείου. Για το λόγο αυτό, αξίζει να μελετηθεί το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού (bullying), τα χαρακτηριστικά που το ορίζουν, καθώς και ο ρόλος του διευθυντή στην αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου.

3.4 Η πρόκληση του σχολικού εκφοβισμού

Ο σχολικός εκφοβισμός αποτελεί ένα πολυσυζητημένο κοινωνικό θέμα της εποχής μας, το οποίο έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών ερευνών. Τα τελευταία χρόνια εκδηλώνεται ολοένα και πιο συχνά στο σύγχρονο σχολείο, με επιπτώσεις τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία και κοινωνική ζωή των θυμάτων. Η προσωπικότητα του θύματος και η χρονική διάρκεια των επεισοδίων αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη σοβαρότητα των επιπτώσεων αυτών (Hanish & Guerra, 2000). Το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού (bullying) μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την ομαλή εξέλιξη και κοινωνική ανάπτυξη ενός παιδιού, με συνέπειες και στη διαδικασία της μάθησης. Το φαινόμενο αυτό παρεμποδίζει την ομαλή λειτουργία του σχολείου και για το λόγο αυτό απασχολεί όλους τους εμπλεκόμενους με την εκπαίδευση φορείς (μαθητές, γονείς, εκπαιδευτικούς και διευθυντές).

Σε μια προσπάθεια αποσαφήνισης του όρου «*bullying*», θα λέγαμε ότι όταν ένας μαθητής εκφοβίζεται για μεγάλο χρονικό διάστημα και επανειλημμένα και εκτίθεται σε επιθετικές συμπεριφορές και βίαιες πράξεις άλλου ή άλλων δυνατότερων μαθητών, τότε θυματοποιείται και παρουσιάζει ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις (Τσιάντης, 2008). Ο κοινωνικός σχολιασμός, οι απειλές και η διάδοση ψευδών φημών αποτελούν ψυχολογικές μορφές του εκφοβισμού και μπορούν να επηρεάσουν το άτομο περισσότερο ακόμη και από

τις άμεσες σωματικές επιθέσεις (Oliver & Candappa, 2003). Πρώτος με το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού (bullying) ασχολήθηκε ο Olweus το 1970. Από τότε αναπτύχθηκαν αρκετοί ορισμοί για το φαινόμενο αυτό, οι οποίοι προσέγγιζαν το φαινόμενο ως μια συνεχής συμπεριφορά ενός να επιβάλλει κυριαρχία ή δύναμη έναντι κάποιου άλλου. Σύμφωνα με τον Lee (2006), ο σχολικός εκφοβισμός αποτελεί μια εσκεμμένη και συνειδητή επιθυμία ενός να καταπιέσει τον άλλο και να τον πληγώσει, είτε περιστασιακά και με μικρή διάρκεια, είτε συχνά και με μακρά διάρκεια. Ένα περιστατικό μπορεί να θεωρηθεί ως εκφοβισμός όταν επαναλαμβάνεται μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα και δύο με τρεις φορές το μήνα (Solberg & Olweus, 2003). Το bullying μπορεί να διαρκέσει ακόμη και χρόνια, αν δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως. Η αρνητική αυτή συμπεριφορά μπορεί να γίνει αντιληπτή μέσω χτυπημάτων, σπρωξίματος ή αρπαγής και καταστροφής προσωπικών αντικειμένων, ακόμη και μέσω του κοινωνικού αποκλεισμού του θύματος.

Αρκετές φορές συγχέεται το απλό «*πείραγμα*» μεταξύ των μαθητών με το bullying. Ο Olweus (2007) τονίζει ότι το λεγόμενο «*πείραγμα*» συμβαίνει συνήθως μεταξύ φίλων και δεν προκαλεί σωματικό ή ψυχικό πόνο στον άλλο. Αντίθετα, το bullying συμβαίνει σε άτομα χωρίς φιλικές σχέσεις. Εύκολα, όμως, το «*πείραγμα*» μπορεί να μετατραπεί σε εκφοβισμό, αν παρουσιάζεται για μεγάλο χρονικό διάστημα και δεν συμβαίνει μέσα στα πλαίσια του παιχνιδιού. Ο σχολικός εκφοβισμός παρουσιάζει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που τον διαφοροποιούν από το απλό «*πείραγμα*» και τα μεμονωμένα περιστατικά επιθετικότητας. Κύριο γνώρισμά του είναι η επαναληψιμότητα του φαινομένου, καθώς συντελείται παγίωση μεταξύ των ρόλου του θυτών και των θυμάτων. Δεύτερο γνώριμα αποτελεί η ανισότητα στη δύναμη μεταξύ του θύτη και του θύματος. Η ανισότητα αυτή μπορεί να πηγάζει είτε από την υπεροχή της σωματικής διάπλασης και την κοινωνική τάξη του θύτη, το φύλο, την ηλικία του είτε από την λεκτική έκφραση και το κύρος του, βάσει του οποίου επιβάλλεται στους άλλους. Άλλο χαρακτηριστικό γνώρισμα του εκφοβισμού αποτελεί η πρόθεση του θύτη να βλάψει το θύμα. Οι θύτες μέσα από τις πράξεις τους νιώθουν ευχαρίστηση, σε αντίθεση με τα καταπιεσμένα θύματα (Rigby, 2008). Οι εκφοβιστικές αυτές πράξεις μπορεί να εκδηλώνονται από έναν μαθητή προς έναν άλλο ή από ομάδα μαθητών προς έναν μαθητή. Συνήθως παρουσιάζεται σε ομάδες συνομηλίκων, οι οποίες αποτελούνται από δύο ή περισσότερα άτομα. Παράλληλα, ο σχολικός εκφοβισμός έχει και κοινωνικές διαστάσεις. Η κατάχρηση της δύναμης και της εξουσίας συνδέεται με την ιεραρχία της κοινωνικής επικράτησης του πιο δυνατού του σχολείου. Η κοινωνική φύση του εκφο-

βισμού αποτελεί ακόμη ένα στοιχείο που τον διαφοροποιεί από την απλή επιθετικότητα (Smith & Shu, 2000).

Στα περιστατικά σχολικού εκφοβισμού δεν εμπλέκονται μόνο ο θύτης και το θύμα, αλλά και τρίτα πρόσωπα του κοινωνικού πλαισίου, τα οποία αποτελούν του παρατηρητές των εκφοβιστικών επεισοδίων και η παρέμβασή τους παίζει καθοριστικό ρόλο στη συνέχισή τους. Ο εκφοβισμός θα συνεχίσει να υφίσταται όσο το κοινωνικό περιβάλλον δεν αντιδρά. Συνήθως το περιβάλλον αυτό είναι συνομήλικοι και φιλικά πρόσωπα του θύτη και του θύματος (Macklem, 2004).

Σε μια προσπάθεια να μελετηθούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του θύτη, του θύματος και των παρατηρητών, θα λέγαμε ότι ο θύτης είναι ένα άτομο το οποίο δεν ενδιαφέρεται για τη μάθηση, έχει όμως θετική αυτοεικόνα και χαμηλή ενσυναίσθηση. Τα παιδιά – θύτες δυσκολεύονται να ελέγξουν τις πράξεις τους και δεν τηρούν τους κανόνες, έχουν σωματική διάπλαση που υπερέχει έναντι των άλλων μαθητών – θυμάτων τους και συνήθως έχουν προσωπικές εμπειρίες βίας στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Ουσιαστικά μιμούνται συμπεριφορές, πιστεύοντας ότι με αυτόν τον τρόπο θα προκαλέσουν φόβο και θα εδραιώσουν μια αρχηγική συμπεριφορά (Olweus, 1993). Όσον αφορά τα παιδιά – θύματα, σύμφωνα με τον Τσιάντη (2008), πρόκειται για άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση και φοβίες, κοινωνικά απομονωμένα και μοναχικά άτομα, τα οποία έχουν αρνητική αυτοεικόνα και θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο για ό,τι τους συμβαίνει. Βασικό παράγοντα στην περίπτωση της θυματοποίησης αποτελεί η διαφορετικότητα, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή με βάση έναν κοινά αποδεκτό μέσο όρο συμπεριφορών και χαρακτηριστικών. Αρκετές φορές τα παιδιά αυτά έχουν χαμηλή σχολική επίδοση, γεγονός που οφείλεται στην άρνησή τους για το σχολείο, εξαιτίας των περιστατικών βίας που βιώνουν και των αρνητικών συναισθημάτων που τους προκαλούν. Πρόκειται για συνεσταλμένα άτομα, τα οποία δεν μιλούν για ό,τι τους συμβαίνει στην οικογένεια και τους εκπαιδευτικούς τους. Όσον αφορά τους παρατηρητές των περιστατικών εκφοβισμού, πρόκειται για άτομα που βιώνουν ανασφάλεια και μεγάλο άγχος κατά τη διάρκεια των εκφοβιστικών επεισοδίων, ωστόσο αποφεύγουν να τοποθετηθούν ή να βοηθήσουν το θύμα, φοβούμενοι ότι θα αποτελέσουν και οι ίδιοι στόχο των θυτών και θα γίνουν θύματα (Σουσαμίδου – Καραμπέρη & Βαβέτση – Τσιβίκη, 2011).

Όσον αφορά τις μορφές του σχολικού εκφοβισμού, αυτές μπορεί να είναι άμεσες και έμμεσες. Στις άμεσες μορφές περιλαμβάνεται η διαπροσωπική επαφή θύτη και θύματος, όπου ο εκφοβισμός εκδηλώνεται μέσω απειλών, χτυπημάτων, χειρονομιών και ύβρε-

ων. Στις έμμεσες μορφές, θύτης και θύμα δεν έχουν προσωπική αντιπαράθεση, ωστόσο ο εκφοβισμός εκδηλώνεται με την περιθωριοποίηση του θύματος, την απομόνωσή του και τη διάδοση άσχημων φημών ή μέσω ηλεκτρονικών μέσων (Rigby, 2008). Η συχνότερη μορφή σχολικού εκφοβισμού είναι η λεκτική βία, στην οποία περιλαμβάνονται προσβολές, βρισιές, παρατσούκλια και ρατσιστικά ή σεξουαλικά υπονοούμενα. Μέσω της λεκτικής βίας οι θύτες επιθυμούν να ντροπιάσουν και να πληγώσουν το θύμα τους. Η σωματική βία αποτελεί, επίσης, συχνή μορφή εκφοβισμού, η οποία γίνεται αντιληπτή με σκόπιμες σωματικές επιθέσεις, όπως χτυπήματα και αρπαγή ή καταστροφή προσωπικών πραγμάτων (Olweus, 1993). Ο κοινωνικός εκφοβισμός εκδηλώνεται με την κοινωνική απομόνωση του θύματος, αφήνοντάς το εκτός παρέας ή αποκλείοντάς το από τις κοινωνικές ομάδες και διαδίδοντας ψευδείς φήμες (Lee, 2006). Τα τελευταία χρόνια, έχει εμφανιστεί μία νέα μορφή εκφοβισμού, ο ηλεκτρονικός εκφοβισμός (cyber bullying). Αυτή η μορφή εκφοβισμού υλοποιείται με τη χρήση της τεχνολογίας και περιλαμβάνει διαρροή προσωπικών δεδομένων στο διαδίκτυο, διάδοση φημών και προσβλητικά μηνύματα με τη χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης (Cook, Gadalla, Daciuk & Solomon, 2010).

Σε μια προσπάθεια να μελετήσουμε τις αιτίες του σχολικού εκφοβισμού, ο Τσιάντης (2008) υποστηρίζει ότι η έλλειψη ευαισθητοποίησης και η άγνοια για το φαινόμενο αυτό από τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς των παιδιών, αποτελούν τον βασικό παράγοντα εμφάνισης του bullying στο χώρο του σχολείου. Οικογενειακά ζητήματα, όπως οικογενειακές συγκρούσεις, έλλειψη ισορροπημένης σχέσης μεταξύ γονέων και παιδιών, έλλειψη φροντίδας και υποστήριξης, καθώς και η κακοποίηση των παιδιών από τους γονείς, επιδρούν αρνητικά και συντελούν στην υιοθέτηση εκφοβιστικών συμπεριφορών στο χώρο του σχολείου. Ένας άλλος παράγοντας που καθορίζει την εμφάνιση του bullying στο χώρο του σχολείου, είναι η υπερβολική έμφαση που δίνεται από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς στην ακαδημαϊκή επιτυχία. Η σχολική επιτυχία αποτελεί από τη μία έναν σημαντικό δείκτη αυτοεκτίμησης για τον μαθητή, από την άλλη, όμως, ο μαθητής που αποτυγχάνει τείνει να νιώθει ανεπαρκής, να σχηματίζει αρνητική αυτοεικόνα και να προσχωρεί σε συμμορίες, εκδηλώνοντας συμπεριφορές επιθετικότητας και βίας απέναντι σε μαθητές με υψηλές σχολικές επιδόσεις.

Όσον αφορά τις συνέπειες του σχολικού εκφοβισμού, θα λέγαμε ότι αυτές είναι αρνητικές τόσο για τους θύτες, όσο και για τα θύματα και τους παρατηρητές των εκφοβιστικών περιστατικών. Οι συνέπειες αυτές μπορεί να είναι άμεσες ή μακροπρόθεσμες και μπορεί να έχουν επιπτώσεις τόσο σωματικές όσο ψυχολογικές και νοητικές για όσους όσοι ε-

μπλέκονται στο φαινόμενο αυτό (Rigby, 2007). Όσον αφορά τους θύτες, νιώθουν την ανάγκη να κυριαρχούν, ασκούν βία, χωρίς να κατανοούν και να τους ενδιαφέρει ο πόνος που προκαλούν στον άλλο, μια συμπεριφορά που θα υιοθετήσουν και ως ενήλικες. Οι μαθητές – θύτες δεν ενδιαφέρονται για τη σχολική τους επίδοση. Αυτό τους οδηγεί σε σχολική αποτυχία και εγκατάλειψη του σχολείου, αυξάνοντας τις πιθανότητες να ενταχθούν σε περιθωριοποιημένες ομάδες. Συχνά παρουσιάζουν εξαρτήσεις από διάφορες ουσίες και αλκοόλ και δυσκολεύονται να ενηλικιωθούν, παρουσιάζοντας υψηλά επίπεδα κατάθλιψης (Wong, 2002). Για τα μαθητή – θύμα οι συνέπειες είναι εξίσου σημαντικές και πολύπλευρες. Ως παιδί παρουσιάζει συμπτώματα αυτοκτονικού ιδεασμού και κατάθλιψης, άγχους και ανασφάλειας, τα οποία μπορεί να έχουν και ψυχοσωματικές εκδηλώσεις, όπως είναι οι κεφαλαλγίες και οι διαταραχές ύπνου. Συνήθως διακατέχεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και μειωμένη αυτοπεποίθηση, ενώ μεγαλώνοντας, στιγματίζεται και παρουσιάζει δυσκολίες κατά την ένταξή του στο κοινωνικό περιβάλλον και την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων (Trinder, 2000). Τέλος, όσον αφορά τους παρατηρητές των εκφοβιστικών επεισοδίων, θα λέγαμε ότι χαρακτηρίζονται από συναισθήματα ανασφάλειας, φόβου και ενοχών. Ο φόβος προέρχεται από την ανησυχία τους ότι αν βοηθήσουν το θύμα, θα αποτελέσουν τον επόμενο στόχο των θυτών. Αυτή η συμπεριφορά τους καθιστά ενοχικούς και τους κάνει να αισθάνονται ανίκανοι να αντιμετωπίσουν τα διάφορα προβλήματα που τους προκύπτουν, έχοντας μια λανθασμένη άποψη για την προσωπική τους ευθύνη. Οι παρατηρητές μεγαλώνοντας δυσκολεύονται να κατανοήσουν τα όρια της αποδεκτής από την μη αποδεκτή συμπεριφορά, με αποτέλεσμα να είναι επιφυλακτικοί στις κινήσεις τους (Kohut, 2007).

Αρκετές φορές, τα περιστατικά βίας εντός του σχολείου δε γίνονται εύκολα αντιληπτά, είτε το σχολικό περιβάλλον τα αγνοεί, μη δίνοντας την πρέπουσα σημασία. Οι εκπαιδευτικοί και κυρίως, ο διευθυντής της σχολικής μονάδας διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση και αντιμετώπιση αυτών των φαινομένων. Για το λόγο αυτό, θα ήταν ενδιαφέρον να μελετηθεί ο τρόπος με τον οποίο η σχολική ηγεσία μπορεί να προλάβει, αλλά και να αντιμετωπίσει τα φαινόμενα του σχολικού εκφοβισμού, προκειμένου να διατηρηθεί η ισορροπία των σχέσεων και η ψυχική ηρεμία μεταξύ των μαθητών – θυτών και των μαθητών – θυμάτων.

3.4.1 Ο ρόλος της σχολικής ηγεσίας στην αντιμετώπιση του σχολικού εκφοβισμού

Ο διευθυντής μιας σχολικής μονάδας οφείλει να είναι προσεκτικός κατά την παρατήρηση φαινομένων επιθετικότητας στο χώρο του σχολείου και κατάλληλα καταρτισμένος, προκειμένου να διακρίνει πότε πρόκειται για απλά φιλικά «*πειράγματα*» και πότε για φαινόμενα εκφοβισμού. Η παρέμβασή του σε ένα περιστατικό bullying είναι καθοριστική για την αντιμετώπισή του. Αν το περιστατικό αυτό προσπεραστεί, θα θεωρηθεί ως επιβράβευση στη συμπεριφορά του θύτη και η πράξη αυτή θα επαναληφθεί. Από την άλλη, η αδιαφορία του διευθυντή για το φαινόμενο αυτό, θα θεωρηθεί ως απόρριψη για τα θύματα, τα οποία θα αρχίσουν να αναπτύσσουν φοβίες για το σχολείο, αυξάνοντας τις πιθανότητες να οδηγηθούν σε σχολική αποτυχία. Για το λόγο αυτό, ο διευθυντής οφείλει να τονίσει τη σοβαρότητα του θέματος τόσο στους μαθητές όσο και στους εκπαιδευτικούς και να επιβάλλει τις αντίστοιχες κυρώσεις (Πετρόπουλος & Παπαστυλιανού, 2000).

Η συνεργασία του διευθυντή με τους εκπαιδευτικούς διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην αντιμετώπιση των εκφοβιστικών επεισοδίων, για το λόγο ότι οι εκπαιδευτικοί είναι αυτοί που βρίσκονται τόσο κοντά με τα παιδιά στην καθημερινότητα του σχολείου. Βασικό παράγοντα στην έγκαιρη αναγνώριση του εκφοβισμού, αποτελεί η ευαισθητοποίηση των εκπαιδευτικών και η κατάλληλη επιμόρφωσή τους για αυτά τα ζητήματα. Για το λόγο αυτό, ο διευθυντής της σχολικής μονάδας θα πρέπει να διοργανώνει σεμινάρια εκπαίδευσης, στα οποία οι εκπαιδευτικοί του σχολείου θα επιμορφώνονται για θέματα που σχετίζονται με τις σχέσεις των μαθητών, την προληψη και αντιμετώπιση του σχολικού εκφοβισμού. Τα σεμινάρια αυτά, εκτός από την επαγγελματική εξέλιξη και αναβάθμιση των γνώσεων των εκπαιδευτικών, συμβάλλουν αποτελεσματικά στην διευθέτηση των φαινομένων εκφοβισμού εντός του σχολείου. Σύμφωνα με τους Gendron, Williams και Guerra (2011), παρόλο που οι εκπαιδευτικοί παρουσιάζουν μεγάλη ευαισθητοποίηση για το φαινόμενο του bullying, η παρέμβασή τους δεν είναι τόσο αποτελεσματική, εξαιτίας της ελλιπούς επιμόρφωσης και γνώσης για αυτό το θέμα. Καταθλιπτικά συμπτώματα, αίσθημα κατωτερότητας, φόβος για το σχολείο, συχνές απουσίες και ακαδημαϊκή πτώση είναι μερικά σημάδια των θυμάτων του σχολικού εκφοβισμού, τα οποία δεν θα πρέπει να προσπερνούν οι εκπαιδευτικοί. Η ενθάρρυνση των μαθητών να μιλούν για ό,τι τους συμβαίνει και να αναφέρουν συμπεριφορές θυματοποίησης, αποτελεί ακόμη έναν σημαντικό παράγοντα για την έγκαιρη αντιμετώπιση του φαινομένου.

Σύμφωνα με τον Οδηγό Διαχείρισης Περιστατικών Σχολικής Βίας και Εκφοβισμού, όλα τα εμπλεκόμενα μέλη στην εκπαίδευση οφείλουν να ακολουθούν ένα κοινό σχέδιο δράσης για την πρόληψη και αντιμετώπιση του σχολικού εκφοβισμού (ΥΠ.Ε.Π.Θ., 2015). Ο διευθυντής του σχολείου σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς, οφείλει να δημιουργεί θετικό κλίμα εντός της σχολικής μονάδας, δίνοντας έμφαση στις ανάγκες των μαθητών και το συναισθηματικό κλίμα που επικρατεί. Το αίσθημα της ομάδας και η ανάπτυξη της ενσυναίσθησης για τους άλλους θα πρέπει να ενισχυθούν μέσα από συνεργατικές δραστηριότητες και μεθόδους μάθησης. Είναι σημαντικό τα παιδιά – θύματα να μπορούν να εκφράζουν τα συναισθήματά τους μέσα από τη χρήση εναλλακτικών τρόπων προσέγγισής τους, όπως τα θεατρικά παιχνίδια και η γραπτή έκφρασή τους μέσω ιστοριών ή ζωγραφικής. Στόχος όλων αυτών των δραστηριοτήτων θα πρέπει να είναι η τόνωση της αυτοπεποίθησης των παιδιών αυτών και το αίσθημα του «*ανήκειν*», μέσα από την ενίσχυση της φιλίας μεταξύ των μαθητών. Η οριοθέτηση των αποδεκτών συμπεριφορών εντός του σχολείου, καθώς και των απαγορεύσεων και των αντίστοιχων ποινών, επίσης, αποτελούν βασικούς παράγοντες για την πρόληψη των φαινομένων bullying (Olweus, 2007).

Ο διευθυντής του σχολείου θα πρέπει να έχει την ικανότητα της σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας, τόσο με τους εκπαιδευτικούς του σχολείου όσο και με τους μαθητές και τους γονείς τους. Η καλή συνεργασία είναι ο σημαντικότερος παράγοντας στη διαμόρφωση θετικού σχολικού κλίματος. Ένα σχολείο για να είναι αποτελεσματικό απαιτεί τη συλλογική προσπάθεια από τη μεριά όλης της εκπαιδευτικής κοινότητας. Το ίδιο συμβαίνει και στην περίπτωση του σχολικού εκφοβισμού. Η συνεργασία του διευθυντή με τους γονείς των μαθητών και την εμπλοκή αυτών στη μαθησιακή διαδικασία, συσφίγγει τις σχέσεις γονέων, εκπαιδευτικών και μαθητών και αποτελεί ακόμη έναν παράγοντα πρόληψης του σχολικού εκφοβισμού (Σαΐτης, 2007).

Όσον αφορά την αντιμετώπιση του σχολικού εκφοβισμού, να αναφέρουμε ότι ο καταλληλότερος τρόπος εξάλειψης τέτοιου είδους φαινομένων είναι η πρόληψή τους. Ο σεβασμός των δικαιωμάτων του κάθε παιδιού πρέπει να είναι το βασικό μέλημα όλης της εκπαιδευτικής κοινότητας. Κατά την αντιμετώπιση των περιστατικών βίας, τόσο ο διευθυντής όσο και οι εκπαιδευτικοί του σχολείου, πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε παιδιού, σεβόμενοι την διαφορετικότητά του. Τα παιδιά που αναπτύσσουν επιθετική συμπεριφορά έχουν υποστεί και τα ίδια ενδοοικογενειακή βία και συγκρούσεις, για αυτό αντιδρούν κατά τον ίδιο τρόπο. Ο διευθυντής του σχολείου, σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς, καλείται να επιλύσει τα προβλήματα αυτών των παιδιών και

να τους βοηθήσει να αποκτήσουν καλύτερη στάση και θετική συμπεριφορά προς τα υπόλοιπα παιδιά του σχολείου (Πετρόπουλος & Παπαστυλιανού, 2000). Λύσεις, όπως η αποβολή των μαθητών – θυτών ή η επίπληξή τους, ακόμη και η μείωση του βαθμού τους, δεν αποτελούν αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης των περιστατικών εκφοβισμού. Πρόκειται για πρακτικές που δεν συνετίζουν του μαθητές αυτούς, αντιθέτως διαιωνίζουν αρνητικές συμπεριφορές και δημιουργούν αντιπαλότητα μεταξύ των μαθητών με τους εκπαιδευτικούς και τον διευθυντή του σχολείου (Κουρκούτας, 2007). Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του σχολικού εκφοβισμού προϋποθέτει την κατάλληλη επιμόρφωση και ενημέρωση για την επίλυση τέτοιων ζητημάτων, τόσο από τον διευθυντή του σχολείου όσο και από τους εκπαιδευτικούς. Ο κατάλληλα επιμορφωμένος διευθυντής, με τις απαραίτητες γνώσεις, εμπειρία και ικανότητα είναι ικανός να αντιμετωπίσει οποιοδήποτε φαινόμενο βίας, να επιλύει συγκρούσεις και να κατανοεί τη σοβαρότητά τους, σεβόμενος το κάθε άτομο και τις ατομικά του γνωρίσματα (Πετρόπουλος & Παπαστυλιανού, 2000).

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση όλων των περιστατικών βίας και εκφοβισμού στο χώρο του σχολείου πρέπει να γίνονται υπό την καθοδήγηση του σχολικού ηγέτη της εκάστοτε εκπαιδευτικής μονάδας. Ο διευθυντής του σχολείου, σε συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της εκπαιδευτικής κοινότητας, είναι αυτός που με τις κατάλληλες πρακτικές θα αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τόσο τα φαινόμενα βίας όσο και κάθε άλλο πρόβλημα του σχολείου. Για το λόγο αυτό, απαιτείται μια ηγεσία αποτελεσματική, με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και ικανότητες, προκειμένου να ακολουθεί όλες εκείνες τις πρακτικές που συμβάλλουν στην προαγωγή και αγωγή τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας κάθε παιδιού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΗΓΕΣΙΑ

4.1 Εισαγωγή

Στο προηγούμενο κεφάλαιο παρουσιάστηκε ο ρόλος της σχολικής ηγεσίας στην ένταξη των διαφορετικών πολιτισμικά και γλωσσικά μαθητών στο σύγχρονο ελληνικό σχολείο, καθώς και των μαθητών με αναπηρίες. Σημαντικό, επίσης, αντικείμενο μελέτης του προηγούμενου κεφαλαίου ήταν το πλαίσιο δράσης που οφείλουν να ακολουθούν οι σχολικοί ηγέτες, προκειμένου να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα φαινόμενα του σχολικού εκφοβισμού (bullying) στο χώρο του σχολείου.

Στόχος αυτού του κεφαλαίου είναι να μελετηθεί η έννοια της ηγεσίας και να αναζητηθούν τα κριτήρια που την χαρακτηρίζουν ως αποτελεσματική. Στις μέρες μας έχει πραγματοποιηθεί πλήθος ερευνών που αφορούν την έννοια του ηγέτη σε έναν οργανισμό και το σημαντικό ρόλο που κατέχει σε αυτόν, μέσα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που διαθέτει. Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα αναλυθεί ο ρόλος του αποτελεσματικού ηγέτη και θα γίνει προσπάθεια να αποσαφηνιστεί η διαφορά μεταξύ των εννοιών ηγεσίας και διοίκησης. Τέλος, αφού μελετηθούν τα συνηθέστερα στυλ και μοντέλα εκπαιδευτικής ηγεσίας, με βάση την ταξινόμηση των Leithwood, Jantzi και Steinbach (1999) και αναλυθούν τα χαρακτηριστικά του κάθε μοντέλου, θα γίνει προσπάθεια να αναζητηθεί αυτό το μοντέλο εκπαιδευτικής ηγεσίας, το οποίο είναι πιο αποτελεσματικό σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας.

4.2 Έννοια και φύση της ηγεσίας: τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα ενός ηγέτη

Στη σημερινή εποχή η ηγεσία δεν έχει σχέση με τη μονομερή άσκηση εξουσίας, αλλά αντίθετα, στοχεύει στην κινητοποίηση των ανθρώπων και στην αντιμετώπιση προκλήσεων, προκειμένου να επιτευχθούν προκαθορισμένοι στόχοι. Η έννοια του όρου ηγεσία παραμένει ασαφής και η ασάφεια αυτή μπορεί να αποδοθεί τόσο στην “ασυμφωνία” των συγγραφέων για την αποδοχή ενός κοινού ορισμού, όσο και στις απρογραμμάτιστες προσεγγίσεις των ερευνητών στο θέμα αυτό (Σαΐτης, 2005, σ. 238).

Σύμφωνα με την άποψη των Koontz και O'Donnell (1982, στο Σαΐτη & Σαΐτης, 2011, σ. 143), *«η ηγεσία εκλαμβάνεται γενικά ως η επιρροή ή τέχνη ή διαδικασία επηρεασμού των ατόμων, έτσι ώστε να εργαστούν πρόθυμα για την επίτευξη ομαδικών στόχων»*. Με αυτή την έννοια, η ηγεσία έχει στόχο να επηρεάσει τη συμπεριφορά των ατόμων, ώστε να εργαστούν αποτελεσματικά. Ουσιαστικά, η ηγεσία ως όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα συνδυασμό προσωπικών ποιοτικών χαρακτηριστικών, που παροτρύνουν και ενθαρρύνουν τους άλλους να ακολουθήσουν. Η Πετρίδου (2001, σ. 244) προσδιορίζει την ηγεσία ως μια διαδικασία κατά την οποία ο ηγέτης επηρεάζει τις ενέργειες και τη συμπεριφορά των ατόμων, ώστε αυθόρμητα να συνεργαστούν για να υλοποιήσουν, αρχικά, τους στόχους της ομάδας και έπειτα, τους προσωπικούς και ατομικούς τους στόχους. Με τον τρόπο αυτό, οι στόχοι της ομάδας συνδέονται με τους ατομικούς στόχους των μελών της. Ο Πασιαρδής (2004, σ. 209 - 210) θεωρεί ότι η ηγεσία είναι το πλέγμα εκείνων των συμπεριφορών που χρησιμοποιεί κάποιος στην προσπάθειά του να επηρεάσει τη συμπεριφορά κάποιων άλλων και ορίζει τον ηγέτη ως κάποιον που έχει την ικανότητα να επηρεάσει ανθρώπους να κάνουν κάτι που αυτός επιθυμεί. Τέλος, ο Μπουραντάς (2005, σ. 197) ορίζει την ηγεσία ως τη διαδικασία επηρεασμού της σκέψης, των συναισθημάτων, των στάσεων και των συμπεριφορών μιας ομάδας ανθρώπων, με τέτοιο τρόπο, ώστε πρόθυμα και με την κατάλληλη μεταξύ τους συνεργασία να δίνουν τον καλύτερό τους εαυτό, προκειμένου να υλοποιούν τους στόχους της ομάδας, έχοντας ως στόχο την πρόοδο και ένα καλύτερο μέλλον για όλους.

Όσον αφορά τη φύση της ηγετικής ικανότητας, πολλοί πιστεύουν ότι είναι επίκτητη, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι η ηγεσία δεν διδάσκεται και ο ηγέτης γεννιέται με αυτές τις ικανότητες. Αν λάβουμε υπόψη μας την πρώτη άποψη, τα άτομα που φιλοδοξούν να αναλάβουν ηγετικούς ρόλους, μπορούν μέσω της εκπαίδευσης να αποκτήσουν τις απαραίτητες ηγετικές ικανότητες. Ο ηγέτης μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει ένα χάρισμα εκ γενετής, ωστόσο, οφείλει να έχει και γνώσεις. Θα πρέπει το ταλέντο αυτό να καλλιεργηθεί για να αναπτυχθούν οι ηγετικές ικανότητες, διαφορετικά από μόνο του το ταλέντο θα οδηγηθεί σε μια σταδιακά φθίνουσα πορεία. Έτσι, το άτομο - ηγέτης θα πρέπει να εξελίσσεται διαρκώς και να αναπτύσσει δεξιότητες που θα το κάνουν ευέλικτο και προσαρμοστικό στις διάφορες μεταβαλλόμενες συνθήκες. Σύμφωνα με τον Σαΐτη (2005, σ. 239), η ηγετική τέχνη δεν είναι στατική, αλλά δυναμική, καθώς βασίζεται σε αρχές και μηχανιστικά πρότυπα που συνεχώς μεταβάλλονται.

Όταν αναφερόμαστε σε ηγετικά χαρακτηριστικά, ουσιαστικά, αναφερόμαστε σε εκείνες τις πρακτικές που έχει διδαχθεί να εφαρμόζει ένα άτομο και τις ακολουθεί με επιτυχία. Ηγέτης είναι αυτός που έχει την ικανότητα να θέτει στόχους και να τους επιτυγχάνει, επινοώντας αποτελεσματικούς τρόπους. Σύμφωνα με τον Morgan (1996), ένα άτομο για να θεωρηθεί ηγέτης πρέπει να διαθέτει συγκριμένες ικανότητες και γνώσεις, που σχετίζονται με τη δημιουργία ενός οράματος και την εξασφάλιση των κατάλληλων συνθηκών για την επίτευξή του. Ο ηγέτης οφείλει να διαδίδει τους στόχους και τις αξίες του οργανισμού τον οποίο εκπροσωπεί, αναπτύσσοντας «*ομάδες εργασίας*» και ενθαρρύνοντας τους συνεργάτες του να κάνουν τη δουλειά τους με τον πιο υπεύθυνο τρόπο.

Είναι σαφές ότι ο ηγέτης δεν μπορεί να πετύχει τους στόχους που έχει θέσει μόνος του, ούτε μπορεί να στέκεται αμέτοχος στην προσπάθεια των συνεργατών του. Μέσα από το δικό του παράδειγμα, συμμετέχει στην εργασία της ομάδας, όχι ελεγκτικά, αλλά με υποβοηθητικό χαρακτήρα, επιλύοντας τυχόν διαφορές και διαπραγματεύοντας πιθανούς προβληματισμούς. Στόχος του είναι να αναπτύξει στα μέλη της ομάδας εκείνες τις ικανότητες, ώστε να εργάζονται αποτελεσματικά, ακόμα και όταν ο ίδιος δεν είναι παρών. Παράλληλα, είναι σημαντικό ο ηγέτης να δημιουργεί τις κατάλληλες συνθήκες, προκειμένου τα μέλη της ομάδας να μη διστάζουν να απευθύνονται σε αυτόν όταν απαιτείται, καθώς και να είναι δεκτικός στις απόψεις τους. Ένας ηγέτης οφείλει να είναι απλός, να αναγνωρίζει τα λάθη του και να χρησιμοποιεί τη θετική ενίσχυση ως κίνητρο για εργασία. Δεν θα πρέπει να παρουσιάζεται ως αυθεντία, αλλά ως οραματιστής, ο οποίος θα ενθαρρύνει τις καινοτομίες και την άσκηση πρωτοβουλίας, θα εκτιμά το προσωπικό του και θα εμπνέει αμοιβαία εμπιστοσύνη και σεβασμό, ακολουθώντας τη συμμετοχική λήψη αποφάσεων (Πασιαρδής, 2004, σ. 209 - 210).

4.3 Σχέση ηγεσίας και διοίκησης

Πολλές φορές ο όρος «*ηγεσία*» παραπέμπει σε συνώνυμα, όπως η αρχηγία, η διοίκηση, η εξουσία και η διεύθυνση και υποδηλώνει τη σχέση μεταξύ του υποκειμένου, δηλαδή του ηγέτη και του αντικειμένου της, δηλαδή των μελών της ομάδας. Έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς, διάφορες απόψεις σχετικά με την αναζήτηση της σχέσης της ηγεσίας με τους όρους διεύθυνση και διοίκηση.

Ο Σαΐτης (2005, σ. 240) θεωρεί την ηγεσία ως μια σημαντική πλευρά της διοικητικής εργασίας, που όμως δεν ταυτίζεται με τη διοίκηση, καθώς αποτελεί ένα μέρος της και

αποβλέπει, όταν οι συνθήκες το επιβάλουν, στην αναγκαιότητα της αλλαγής του τρόπου συμπεριφοράς και νοοτροπίας των ανθρώπων. Αντίθετα, η διοίκηση αναφέρεται στον κατάλληλο συνδυασμό των ανθρώπων και των υλικών πόρων για την επίτευξη συγκεκριμένων σκοπών της ομάδας. Σύμφωνα με τον Κατσαρό (2008, σ. 98), οι όροι ηγεσία και διοίκηση σε κάποιο βαθμό επικαλύπτονται και αλληλοσυμπληρώνονται, αν και αποτελούν σαφώς διακριτούς ρόλους. Με βάση την άποψη αυτή, η ηγεσία σκοπεύει στη χάραξη υψηλών στόχων και αντιμετώπισης των αλλαγών που σχετίζονται με τη βελτίωση του προσωπικού, ενώ η διοίκηση έχει ως σκοπό τη διατήρηση της λειτουργικότητας και της αποτελεσματικότητας του οργανισμού στο επίπεδο των καθημερινών λειτουργιών του.

Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2002), στις βασικές διαφορές μεταξύ ενός διοικητικού στελέχους κι ενός ηγέτη, υποστηρίζει ότι ο ηγέτης αναδεικνύεται, χρησιμοποιώντας την προσωπική του δύναμη, ενώ ένα διοικητικό στέλεχος διορίζεται και χρησιμοποιεί την εξουσία που του δίνεται. Παράλληλα, ο ηγέτης κερδίζει την εμπιστοσύνη, εμπνέει και στοχεύει σε ένα όραμα, δίνοντας έμφαση στους ανθρώπους και τα συναισθήματα. Αντίθετα, το διοικητικό στέλεχος κινείται σε προκαθορισμένα τυπικά πλαίσια, ελέγχει και δίνει σημασία κυρίως στις διαδικασίες και τα συστήματα. Ένας ηγέτης ανοίγει ορίζοντες, διευρύνει τα πλαίσια, καινοτομεί και προκαλεί το κατεστημένο, έχοντας μια μακροπρόθεσμη προοπτική για τα πράγματα. Από την άλλη, το διοικητικό στέλεχος, δέχεται και διαχειρίζεται μια κατεστημένη κατάσταση, αποδέχεται την πραγματικότητα και αποβλέπει βραχυπρόθεσμα στους σχεδιασμούς του. Οι Matthews και Crow (2003, σ. 4) υποστηρίζουν ότι κάθε διοικητικό στέλεχος δεν είναι απαραίτητα ηγέτης και παρόλο που υπάρχει συσχετισμός μεταξύ των δύο αυτών όρων, αποτελούν διαφορετικές έννοιες και υποστηρίζουν ότι οι ηγέτες κάνουν κάτι παραπάνω από το να διοικούν.

Για τον Πασιαρδή (2004 σ. 211 - 212), ο όρος διοίκηση σχετίζεται με την επαναλαμβανόμενη διοικητική διεκπεραίωση των καθημερινών εργασιών ενός οργανισμού ως μια γραφειοκρατική πράξη. Όσον αφορά τις άλλες δύο έννοιες, αναφέρει ότι ο όρος διεύθυνση συνδυάζει την καθημερινή διοίκηση του οργανισμού, αλλά και τη μεσοπρόθεσμη κατεύθυνση του μέσα σε προκαθορισμένο χρόνο, ενώ ο όρος ηγεσία αποτελεί έναν όρο ομπρέλα, όπου υπάγονται οι όροι της διοίκησης και της διεύθυνσης και τοποθετεί το όραμα και τη μακροπρόθεσμη κατεύθυνση του οργανισμού. Ανεξάρτητα από τη σχέση των όρων ηγεσία - διεύθυνση – διοίκηση, είναι σημαντικό να αποδίδεται στον κάθε όρο η πρέπουσα σημασία και να επιδιώκεται ο άριστος συνδυασμός τους, με στόχο την ικανοποίηση και αποτελεσματικότητα των μελών της ομάδας (Κατσαρός, 2008, σ. 99).

4.4 Κριτήρια αποτελεσματικής ηγεσίας

Αν επιθυμούσαμε να χαρακτηρίσουμε έναν ηγέτη ως αποτελεσματικό, θα εστιάζαμε κυρίως, στο κατά πόσο είναι ιδιαίτερα ενεργητικός, πόσο ενεργοποιεί τους γύρω του και κατά πόσο έχει σταθερές αξίες. Ένας αποτελεσματικός ηγέτης θα πρέπει να παρακινεί τους συνεργάτες του και να δημιουργεί μια κοινή αίσθηση πεπρωμένου μεταξύ τους, αλλά και να τους βοηθά να προσαρμόζονται στις μεταβαλλόμενες καταστάσεις. Αν και φαίνεται ως κάτι απλό, η εμβάθυνση στην έννοια της αποτελεσματικής ηγεσίας είναι πιο περίπλοκη διαδικασία.

Πολλές φορές, η έννοια της αποτελεσματικότητας συγχέεται με την έννοια της αποδοτικότητας ενός οργανισμού. Σύμφωνα με την Ραμματά (2005, σ. 20), η αποτελεσματικότητα αναφέρεται ως μέγεθος που χαρακτηρίζει την ικανότητα και τη δυνατότητα της ομάδας να πραγματοποιεί τους στόχους της, ενώ η αποδοτικότητα εκφράζει τις θυσίες που γίνονται για την επίτευξη ενός αποτελέσματος. Παράλληλα, οι Μπουραντάς, Βάθης, Παπακωνσταντίνου και Ρεκλείτης (2008), ορίζουν την αποτελεσματικότητα ως τον βαθμό επίτευξης των στόχων ενός οργανισμού και επισημαίνουν ότι η αποδοτικότητα συνήθως οδηγεί στην αποτελεσματικότητα.

Όσον αφορά την αποτελεσματική ηγεσία, αποτελεί ένα χώρο που εκφράστηκαν αρκετές απόψεις. Η Πετρίδου (2001, σ. 244 - 245) ορίζει ορισμένες προϋποθέσεις για την επίτευξη μιας αποτελεσματικής ηγεσίας και σε αυτές περιλαμβάνονται η δημιουργία οράματος για τα άτομα και τον οργανισμό, η πετυχημένη άσκηση εξουσίας, με την ανάπτυξη πνεύματος πρωτοβουλίας στα μέλη της ομάδας, η έγκαιρη και ορθή αντιμετώπιση των σφαλμάτων των μελών της, καθώς και η προετοιμασία της ομάδας για αντιμετώπιση τυχόν αλλαγών στο περιβάλλον εργασίας της. Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2005, σ. 214), η αποτελεσματική ηγεσία προσδιορίζεται αρχικά, από το περιεχόμενο της ηγετικής συμπεριφοράς, τι κάνει δηλαδή ο ηγέτης και από το χαρακτήρα του, πώς το κάνει δηλαδή ο ηγέτης. Ο χαρακτήρας της ηγετικής συμπεριφοράς παίζει σπουδαίο ρόλο στην αποτελεσματικότητά της, καθώς με τον τρόπο αυτό κερδίζεται η εμπιστοσύνη των μελών της ομάδας. Επίσης, ως χαρακτηριστικά αποτελεσματικής συμπεριφοράς, ο Μπουραντάς (2005, σ. 230) αναφέρει το κατάλληλο στυλ, ανάλογα με την περίπτωση, το ενδιαφέρον για τους ανθρώπους και την ταπεινότητα.

Η ηγεσία για να είναι αποτελεσματική προϋποθέτει από μέρους του ηγέτη βαθιά γνώση και εμπειρία σε θέματα διοίκησης και εκπαίδευσης και δεξιότητες, τόσο τεχνικού

και γνωστικού περιεχομένου, όσο και κοινωνικού (Κιρκιγιάννη, 2011, σ. 96). Ο αποτελεσματικός ηγέτης χειρίζεται με επιτυχία τις ανθρώπινες σχέσεις, με σκοπό την ανάπτυξη της μεταξύ τους συνεργασίας. Σύμφωνα με τον Willower (1986, στο Κιρκιγιάννη, 2011, σ. 97), οι ηγέτες - διευθυντές είναι ικανά πολιτικά άτομα, που μπορούν να αντιμετωπίζουν πολλές απαιτήσεις, ενώ καταφέρνουν να γίνονται αποδεκτοί από την ομάδα, εξασφαλίζοντας παράλληλα, την απαιτούμενη αυτονομία στην υπεύθυνη λήψη αποφάσεων. Ο Σαΐτης (2005, σ. 256 - 258) υποστηρίζει ότι η ηγεσία είναι αποτελεσματική, όταν οι προσδοκίες του διευθυντή - ηγέτη συγκλίνουν με τις επιθυμίες των μελών της ομάδας και του έργου που έχουν να επιτελέσουν. Ένας αποτελεσματικός ηγέτης έχει ανοιχτή επικοινωνία με τα μέλη της σχολικής κοινότητας, τόσο σε επίπεδο εργασίας όσο και σε ανθρώπινων σχέσεων. Αφουγκράζεται τις ανάγκες των εκπαιδευτικών και τους παρακινεί, ώστε να αναλαμβάνουν δημιουργικές πρωτοβουλίες, προκειμένου να επιτύχουν τους στόχους του σχολείου. Με την άποψη αυτή συμφωνεί και ο Duignan (1994), κατά τον οποίο, τα χαρακτηριστικά που συνιστούν μια ηγεσία ως αποτελεσματική είναι η δημιουργία ευνοϊκού κλίματος στη σχολική μονάδα, όπου κυριαρχεί η τάξη, η πειθαρχία και η ενθάρρυνση της συμμετοχικότητας, με στόχο την επίτευξη των στόχων του σχολείου. Προς την κατεύθυνση αυτή, ο Ζαβλανός (1998, σ. 24, 370) τονίζει ότι στις δεξιότητες που πρέπει να έχει ένας αποτελεσματικός ηγέτης, προσδιορίζει το όραμα και την ικανότητα να κινητοποιεί τα μέλη της ομάδας γύρω από αυτό το όραμα, καθώς και την ικανότητα να τους ενδυναμώνει και να τους ενθαρρύνει στις προσπάθειες βελτίωσης των λειτουργιών του οργανισμού, μέσα από την ανάθεση αρμοδιοτήτων. Ως πρόσθετες δεξιότητες, προσδιορίζει τη διαίσθηση του ηγέτη πάνω στη σωστή λήψη αποφάσεων και τις αξίες, όπως ο σεβασμός για τους συναδέλφους, η εμπιστοσύνη και η εντιμότητα, στοιχεία απαραίτητα για την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού.

Με βάση μία άλλη οπτική, ο Κατσαρός (2008, σ. 96) και Σαΐτης (2008, σ. 137) υποστηρίζουν ότι ενώ η έννοια της αποτελεσματικής ηγεσίας έχει απασχολήσει αρκετά την επιστημονική έρευνα, δεν έχουν προσδιοριστεί με σαφήνεια τα κριτήρια μιας έγκυρης απαρίθμησης των ικανοτήτων που πρέπει να έχει ένας αποτελεσματικός ηγέτης. Αντίθετα, κάθε μελετητής - συγγραφέας, από την προσωπική πείρα και θεώρηση του, εκφράζει τις απόψεις του.

Παρόλα αυτά, θα αναφερθούν κάποιες ακόμη θεωρήσεις μελετητών σχετικά με το πώς ορίζει καθένας τους την αποτελεσματική ηγεσία. Έτσι, κατά τον Πασιαρδή (2004, σ. 110 - 111), ο αποτελεσματικός ηγέτης μεταδίδει την αποστολή της σχολικής μονάδας, ε-

κτός από τα μέλη της, στους γονείς, στην κοινότητα όπου ανήκει, αλλά και στους μαθητές. Αυτού του τύπου τη διεύθυνση, ο Πασιαρδής τη χαρακτηρίζει ως ποιοτική. Εισάγει την έννοια της αξιολόγησης των εκπαιδευτικών ως μέσο βελτίωσης τους έργου τους και τους κατανέμει ορθά υποχρεώσεις, προωθώντας τη μεταξύ τους συνεργασία. Παράλληλα, θεωρεί ως πιο αποτελεσματικούς τους διευθυντές που συμμετέχουν σε όλες τις φάσεις ζωής του σχολείου, που είναι καινοτόμοι, επιμορφώνονται και έχουν υψηλές προσδοκίες, τόσο από τους ίδιους όσο και από τους υφισταμένους τους. Ο Στιβακτάκης (2006, σ. 37 - 38) στις δεξιότητες που χαρακτηρίζουν ένα αποτελεσματικό ηγέτη, εντοπίζει την επικέντρωση τόσο στους γονείς των μαθητών, όσο και στην κοινότητα του σχολείου, μέσω της συμμετοχής τους στις δραστηριότητές του και δίνοντας έτσι την αίσθηση ότι το σχολείο ανταποκρίνεται στις γονεϊκές και κοινοτικές ανάγκες. Παράλληλα, θεωρεί σημαντική την επικέντρωση στις ανάγκες του κάθε μαθητή, μέσα από την παροχή κινήτρων και τη δημόσια αναγνώριση, με σκοπό την ενθάρρυνση των κατάλληλων συμπεριφορών στους μαθητές του.

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα του σχολείου ως οργανισμό, ο Drucker (1998, σ. 158 - 159) επισημαίνει ότι αυτή βρίσκεται σε πλήρη αντιστοιχία με την αποτελεσματικότητα των ηγετών. Ένας αποτελεσματικός ηγέτης έχει ως στόχο να προάγει τον τρόπο σκέψης των ατόμων και να τους ενθαρρύνει να εκμεταλλευτούν τις ευκαιρίες που τους δίνονται και όχι να μένουν προσκολλημένοι σε τυχόν προβληματισμούς για την αδυναμία επίτευξης του οράματος του οργανισμού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, ο οργανισμός να γίνεται πιο ελκυστικός σε άτομα με υψηλές ικανότητες και φιλοδοξίες και να λειτουργεί προκλητικά για τους στόχους και τις επιδιώξεις τους, οδηγώντας έτσι, σε μεγαλύτερες επιδόσεις τον οργανισμό.

Οι Matthews και Crow (2003, σ. 138) αναφέρουν ότι για να είναι αποτελεσματικός ένα ηγέτης θα πρέπει να εξασφαλίζει μια αρμονική αντιστοιχία ανάμεσα στη συμπεριφορά του και τις συνθήκες που επικρατούν στον σχολικό οργανισμό. Από την άλλη, οι Mayer και Mayer (2002, σ. 250 - 253) επισημαίνουν ότι οι αποτελεσματικοί ηγέτες έχουν την ικανότητα να προσαρμόζονται στις νέες καταστάσεις και όχι να προσπαθούν να τις φέρουν στα μέτρα τους. Τη διαφωνία μεταξύ αυτών των δύο απόψεων εξισορροπεί ο Drucker (1998, σ. 93 - 94), υποστηρίζοντας ότι για να είναι αποτελεσματικός ηγέτης κάποιος, ο καλύτερος τρόπος είναι να επενδύσει σε αυτά που ήδη γνωρίζει και να τα κάνει πράξη με τον τρόπο που ο ίδιος πιστεύει ότι θα είναι ο πιο αποτελεσματικός. Είναι σημαντικό να παραμένει ο εαυτός του και να μην προσπαθεί να υποδυθεί κάποιον άλλο. Σύμφωνα με τους

Καρατζιά - Σταυλιώτη και Λαμπρόπουλο (2006), χρέος ενός αποτελεσματικού διευθυντή - ηγέτη είναι η δημιουργία καλών σχέσεων στη σχολική μονάδα, τόσο μεταξύ των εκπαιδευτικών όσο και μεταξύ των μαθητών. Μέσα στις αρμοδιότητες ενός διευθυντή είναι η δημιουργία αισθήματος ασφάλειας, μέσα από την υιοθέτηση ενδείξεων για το τι αποτελεί αποδεκτή ή όχι, συμπεριφορά στο σχολείο και ποιες πρακτικές συμβάλλουν στην προαγωγή και αγωγή της υγείας. Αυτό είναι δυνατό να επιτευχθεί, αν οι εκπαιδευτικοί ασχοληθούν περισσότερο με τους μαθητές και προσαρμόσουν το αναλυτικό πρόγραμμα πάνω στις ανάγκες των παιδιών.

Η προώθηση μια ευχάριστης ατμόσφαιρας στη σχολική κοινότητα είναι πολύ σημαντική, καθώς μέσω αυτής ο αποτελεσματικός διευθυντής θέτει τα απαραίτητα θεμέλια προκειμένου το σχολείο να είναι δημοκρατικό και προσανατολισμένο στην υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών που προάγουν την υγεία και ωθούν τους μαθητές προς έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Το μοντέλο εκπαιδευτικής ηγεσίας που ακολουθεί ο κάθε διευθυντής – ηγέτης καθορίζει την αποτελεσματικότητα αυτού του σκοπού και αποτελείται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που καθορίζουν τον τρόπο διοίκησης του ηγέτη, αλλά και τη σχέση του και συνεργασία με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς στην εκπαίδευση. Στο σημείο αυτό, θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρον αφού μελετηθούν τα διάφορα μοντέλα εκπαιδευτικής ηγεσίας, να γίνει προσπάθεια να προσδιοριστεί αυτό που είναι πιο αποτελεσματικό σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας.

4.5 Στυλ και μοντέλα εκπαιδευτικής ηγεσίας

Η προσέγγιση των προτύπων ηγετικής συμπεριφοράς μελετά τη σχέση μεταξύ των ηγετών και των ατόμων ή των ομάδων που ηγούνται. Βάσει αυτών των προσεγγίσεων, ταξινομήθηκαν τα χαρακτηριστικά της ηγετικής συμπεριφοράς και προέκυψαν τα αντίστοιχα στυλ ηγεσίας και οι τρόποι με τους οποίους συμβάλλουν στην αποτελεσματική λειτουργία των εκπαιδευτικών οργανισμών. Οι πρώτες έρευνες που ασχολήθηκαν με αυτό το αντικείμενο χρονολογούνται τη δεκαετία του 1930 και στηρίχθηκαν στη μέθοδο του κοινωνικού πειράματος, το οποίο μελετούσε τη συμπεριφορά του ηγέτη απέναντι στην ομάδα και με βάση το βαθμό συμμετοχής της ομάδας στη λήψη των αποφάσεων, αναζητήθηκε το αποτελεσματικότερο στυλ ηγεσίας. Με τον όρο «*στυλ ηγεσίας*» αναφερόμαστε, ουσιαστικά, σε πρότυπα συμπεριφοράς που ακολουθεί ο ηγέτης, με βάση τον τρόπο που τα αντιλαμβάνονται τα ά-

τομα που συνεργάζονται μαζί του και τον τρόπο που πραγματοποιούνται οι λειτουργίες της ηγεσίας (Mullins, 1991, σ. 267).

Σύμφωνα με τους Lewin, Lippit και White (1939), ορίστηκαν τρία βασικά πρότυπα ηγεσίας: α) το αυταρχικό, στο οποίο ο ηγέτης λαμβάνει μόνος του τις αποφάσεις και οι υφιστάμενοι του δεν έχουν καμιά συμμετοχή στη λήψη αυτών, ενώ επιβάλλονται με τη δύναμη της εξουσίας και τον φόβο των κυρώσεων. Το στυλ αυτό ηγεσίας χαρακτηρίζεται ως καταπιεστικό, καθώς απαιτεί άμεση υπακοή και βασίζεται σε διαταγές. Συνήθως χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις προβληματικών εργαζομένων και σε περιόδους κρίσης. β) το εξουσιοδοτικό, στο οποίο ο ηγέτης δεν εμπιστεύεται τις ικανότητές του ή αδιαφορεί και εκχωρεί τις αρμοδιότητές του στους υφιστάμενούς του, οι οποίοι λαμβάνουν τις αποφάσεις σύμφωνα με προσωπικά κριτήρια. Με μια τέτοιου τύπου ηγεσία χάνεται ο προσανατολισμός και η συνοχή του οργανισμού, με αποτέλεσμα να θεωρείται αναποτελεσματική. γ) το δημοκρατικό, στο οποίο οι αποφάσεις λαμβάνονται με συμμετοχικές – δημοκρατικές διαδικασίες και ο ηγέτης λαμβάνει υπόψη του τις απόψεις των υφισταμένων του. Το στυλ αυτό ηγεσίας χαρακτηρίζεται και ως συνεργατικό, καθώς υπάρχει θετικό κλίμα και συνεργασία μεταξύ του ηγέτη και των μελών της ομάδας. Προωθείται ο ανθρώπινος παράγοντας και τα μέλη της ομάδας έχουν υψηλό αίσθημα ευθύνης και συμβάλλουν στον εμπλουτισμό των στόχων του οργανισμού, ο οποίος χαρακτηρίζεται συνήθως από υψηλή παραγωγικότητα (Κατσαρός, 2008, σ. 100 ˙ Μπουραντάς, 2001).

Η εκπαιδευτική διοίκηση στηρίχθηκε στις αρχές της γενικής διοίκησης, με τη διαφορά ότι οι στόχοι ενός σχολείου παρουσιάζουν ουσιαστικές διαφορές σε σχέση με τους στόχους ενός οργανισμού με κερδοσκοπικό χαρακτήρα. Το σχολείο στοχεύει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων και αρχών δημοκρατικού χαρακτήρα, μέσα από την ανάπτυξη της προσωπικότητας των μαθητών. Αντίθετα, στόχος μιας επιχείρησης είναι το κέρδος και οι αποφάσεις λαμβάνονται γύρω από αυτό. Ωστόσο, η εκπαίδευση μπορεί να θεωρηθεί ως χώρος άσκησης διοίκησης και ενώ παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες με άλλους χώρους, απαιτεί την προσαρμογή των γενικών αρχών διοίκησης στις ιδιαίτερες ανάγκες της και την ανάπτυξη νέων προσεγγίσεων (Κατσαρός, 2008, σ. 16). Οι προσεγγίσεις αυτές αναπτύχθηκαν μετά τη δεκαετία του 1980 και ακολούθησαν τις γενικότερες τάσεις της διοικητικής επιστήμης. Τα μοντέλα ηγεσίας που βασίστηκαν στις προσεγγίσεις αυτές, έδιναν βάση στην παρατήρηση και την εμπειρία, όπως αυτή απορρέει από τα ίδια τα σχολεία. Με τον τρόπο αυτό, οι προσεγγίσεις που έδιναν έμφαση σε διαδικασίες και ενιαίους μετρήσιμους στόχους περιορίστηκαν, όπως επίσης και το άγχος σχετικά με τις διαδικασίες αυτές, το οποίο επηρέαζε

αρνητικά τους εκπαιδευτικούς σκοπούς (Bush, 2008). Οι εναλλακτικές αυτές προσεγγίσεις που αναπτύχθηκαν βασισμένες στις ιδιαιτερότητες της εκπαίδευσης, ταξινομήθηκαν από αρκετούς συγγραφείς σε μοντέλα εκπαιδευτικής ηγεσίας.

Η ταξινόμηση των Leithwood, Jantzi και Steinbach (1999) αποτελεί μία από τις πιο γνωστές ταξινομήσεις, η οποία βασίστηκε στην λεπτομερή ανάλυση 121 επιστημονικών άρθρων, παρέχοντας μια ταξινόμηση μοντέλων ηγεσίας με αξιόπιστες περιγραφές. Σύμφωνα με την ταξινόμηση αυτή, υπάρχουν έξι, επικαλυπτόμενα σε κάποια σημεία, μοντέλα ηγεσίας: α) η εκπαιδευτική, β) η διοικητική ή διαχειριστική, γ) η μετασχηματιστική, δ) η ηθική, ε) η συμμετοχική και στ) η ενδεχομενική ηγεσία. Θέλοντας να κατανοήσουμε τον τρόπο λειτουργίας του κάθε μοντέλου ηγεσίας, θα αναζητηθούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του καθενός.

Η εκπαιδευτική ηγεσία στηρίζεται στη θεώρηση ότι ο ρόλος της ηγεσίας και κατ' επέκταση, της διοίκησης είναι να διευκολύνουν και να στηρίζουν τη διδασκαλία και τη μάθηση. Αποτελεί ένα μοντέλο ηγεσίας εστιασμένο στο έργο των εκπαιδευτικών οργανισμών και κυρίως, στη συμπεριφορά των εκπαιδευτικών κατά τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες, οι οποίες επηρεάζουν την ανάπτυξη των μαθητών. Η δύναμη της εξουσίας και της επιρροής των ηγετών σε αυτό το μοντέλο ηγεσίας αντλείται από τις διοικητικές θέσεις και την εξειδικευμένη γνώση που κατέχουν, καθώς επιλέγονται για τη θέση αυτή βάσει των εξειδικευμένων σπουδών τους (Leithwood & Duke, 1999, σ. 47). Η εκπαιδευτική ηγεσία συνίσταται σε πρακτικές που έχουν ως στόχο να ορίζουν την αποστολή του σχολείου, να διαχειρίζονται το εκπαιδευτικό πρόγραμμα και να βελτιώνουν το σχολικό κλίμα. Παρότι η εκπαιδευτική ηγεσία αποτελεί μια σημαντική προσέγγιση, θεωρείται ότι περιορίζεται στην αίθουσα διδασκαλίας και δεν ασχολείται με άλλες οργανωτικές πτυχές, όπως τη δόμηση των εκπαιδευτικών οργανισμών (Κατσαρός, 2008, σ. 107).

Η διοικητική ή διαχειριστική ηγεσία στηρίζεται στη θεώρηση ότι οι διάφορες εκδοχές της ηγεσίας ταυτίζονται με τη διοίκηση και τις διάφορες λειτουργίες της. Το μοντέλο αυτό ηγεσίας εστιάζει στη συμπεριφορά του ηγέτη, τους στόχους του και τις πρακτικές που ακολουθεί και θεωρείται ότι όταν το έργο του ηγέτη διεκπεραιώνεται ικανοποιητικά, επηρεάζει θετικά και διευκολύνει και την εργασία των υπολοίπων μελών του οργανισμού (Leithwood & Duke, 1999, σ. 52 - 53). Η διοικητική θέση που κατέχει ο ηγέτης επηρεάζει τη δύναμη της εξουσίας και της επιρροής του και είναι ανάλογη της βαθμίδας ιεραρχίας στην οποία βρίσκεται η θέση αυτή (Κατσαρός, 2008, σ. 107). Σύμφωνα με τον Caldwell (1992, σ. 16 – 17), ο βαθμός ταύτισης της ηγεσίας με τη διοίκηση γίνεται φανερός μέσα

από μια κυκλική διαδικασία, κατά την οποία οι ηγέτες ακολουθούν συγκεκριμένες λειτουργίες, οι οποίες σχετίζονται με τον καθορισμό στόχων, τον εντοπισμό των αναγκών του εκπαιδευτικού οργανισμού, την ιεράρχηση των αναγκών αυτών και την απόδοση προτεραιοτήτων, το σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση, την εφαρμογή του σχεδίου και τέλος, την αξιολόγηση αυτού. Η διοικητική ηγεσία δεν περιλαμβάνει την έννοια του οράματος και δεν προσανατολίζεται στην καινοτομία και την αλλαγή. Αντίθετα, ασχολείται με τη διαχείριση των υφιστάμενων δραστηριοτήτων, με αποτέλεσμα να περιορίζει τον οραματισμό ενός καλύτερου σχολείου (Dressler, 2001). Ο Sergiovanni (2001) υποστηρίζει ότι το μοντέλο αυτό ηγεσίας συσχετίζει την ηγεσία με τη διαχείριση κυρίως διαδικασιών παρά ανθρώπων. Παρά το γεγονός ότι έχει χαρακτηριστεί ως περιορισμένη και τεχνοκρατική, η διοικητική ηγεσία συμβάλλει σε μια επιτυχημένη ηγεσία, καθώς ακολουθεί στρατηγικές που διασφαλίζουν την εφαρμογή του σχολικού οράματος. Όπως υποστηρίζει ο Bush (2003, στο Βιτσιλάκη & Ράπτης, 2007, σ. 39), η διοίκηση χωρίς όραμα μπορεί να οδηγηθεί σε διοικητισμό, αλλά και το όραμα χωρίς την κατάλληλη εφαρμογή, θα οδηγηθεί σε αποτυχία.

Η μετασχηματιστική ηγεσία βασίζεται στη θεώρηση ότι οι ηγέτες είναι άνθρωποι, οι οποίοι επιζητούν τη βαθιά αλλαγή του εαυτού τους. Ηγούνται, έχοντας ως στόχο την ανάπτυξη νέων ικανοτήτων και δεξιοτήτων, στις οποίες θα στηριχθούν για να αλλάξουν και τον τρόπο λειτουργίας των οργανισμών που ηγούνται. Βασικό χαρακτηριστικό της μετασχηματιστικής ηγεσίας είναι η στροφή στους ανθρώπους και η αλλαγή της κουλτούρας του οργανισμού αντί της δομής (Sergiovanni, 2001). Η δύναμη της εξουσίας και της επιρροής αντλείται από τα ίδια τα μέλη και όχι από τη διοικητική θέση των ηγετών. Η δύναμη αυτή αποδίδεται στα άτομα που διαθέτουν την ικανότητα να εμπνεύσουν τα υπόλοιπα μέλη, ως προς την επιδίωξη των κοινών στόχων, ενώ η δύναμη της επιρροής σχετίζεται και με τις δεσμεύσεις του οργανισμού (Leithwood & Duke, 1999, στο Κατσαρός, 2008, σ. 108). Στη μετασχηματιστική ηγεσία υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ των προσώπων, όπου οι ηγέτες και οι υφιστάμενοι ανυψώνουν ο ένας τον άλλο. Οι ηγέτες ανεβάζουν σε υψηλότερα επίπεδα τους υφισταμένους τους, παρέχοντας ανώτερα κίνητρα και βοηθώντας τους να εκπληρώσουν τους στόχους τους. Παρατηρείται, ουσιαστικά, μια ενοποίηση μεταξύ των κινήτρων του ηγέτη και των υφισταμένων (Βιτσιλάκη & Ράπτης, 2007, σ. 67). Στη μετασχηματιστική ηγεσία οι ηγέτες χρησιμοποιούν την εξουσία τους μαζί με άλλους και δεν αποσκοπούν στην άσκηση ελέγχου πάνω σε αυτούς. Στόχος των ηγετών είναι οι εκπαιδευτικοί να ενισχύσουν τις ικανότητές τους και να στηρίξουν το όραμα για ένα καλύτερο σχολείο. Πρόκειται για ένα μοντέλο ηγεσίας που δεν εστιάζει σε συγκεκριμένα αποτε-

λέσματα και ενδιαφέρεται κυρίως για τη διαδικασία που ακολουθείται (Bush & Glover, 2003, σ. 15). Σύμφωνα με τον Leithwood (1994, στο Κατσαρός, 2008, σ. 109), η διαμόρφωση του σχολικού οράματος είναι η κύρια διάσταση της μετασχηματιστικής ηγεσίας, ωστόσο, περιλαμβάνει και την καθιέρωση σχολικών σκοπών, την παροχή διανοητικών ερεθισμάτων και εξατομικευμένης φροντίδας, την παροχή προτύπων με σκοπό να βελτιώσουν τις πρακτικές και αξίες που ακολουθεί το σχολείο, την καλλιέργεια υψηλών προσδοκιών απόδοσης, τη διαμόρφωση γόνιμης σχολικής κουλτούρας και την ανάπτυξη δομών που προάγουν τη συμμετοχή στη λήψη των σχολικών αποφάσεων.

Η ηθική ηγεσία εστιάζει στις αξίες και τις πεποιθήσεις των ηγετών και συμπεριλαμβάνει δημοκρατικές, συμβολικές και κανονιστικές έννοιες της ηγεσίας, οι οποίες συσχετίζονται με το μετασχηματιστικό μοντέλο ηγεσίας, διαφέρουν όμως, στο γεγονός ότι η ηθική ηγεσία βασίζεται περισσότερο σε αξίες, οι οποίες μπορεί να είναι και πνευματικές. Η δύναμη της εξουσίας και της επιρροής των ηγετών αντλείται από τις ισχύουσες αντιλήψεις για το τι είναι σωστό και τι λάθος (Leithwood & Duke, 1999, σ. 50 - 51). Το σχολείο ως οργάνωση έχει διαφορετική λογική από αυτή που διέπει τις επιχειρήσεις που έχουν ως στόχο το κέρδος. Η ηθική ηγεσία βασίστηκε στο γεγονός ότι το σχολείο στοχεύει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων και αρχών και αναγνώρισε την ηθική διάστασή του, εστιάζοντας στον ηθικό σκοπό της εκπαίδευσης και τη συμπεριφορά των ηγετών που λειτουργούν εντός ενός ηθικού πεδίου (Βιτσιλάκη & Ράπτης, 2007, σ. 65). Η συμπεριφορά του ηγέτη πρέπει να είναι ηθική εντός και εκτός του σχολείου και προσανατολισμένη προς την ισότητα, τη δικαιοσύνη και τις ίσες ευκαιρίες για όλους. Οι ηθικοί ηγέτες επιδεικνύουν υψηλές προσδοκίες και δέσμευση στους στόχους, ενώ υποστηρίζουν την ομαδικότητα και τη συνεργασία (Bush & Glover, 2003). Ένα σχολείο που έχει ως στόχο την ανάπτυξη της προσωπικότητας των μαθητών οφείλει να στηρίζεται σε δημοκρατικές αρχές και πάνω σε αυτές να στηρίζονται και οι στρατηγικές λήψης αποφάσεων που ακολουθεί. Μια αποτελεσματική ηγεσία απαιτεί επαγγελματισμό, αλλά κυρίως έναν ηθικό ηγέτη, ο οποίος θα εμπλέκεται ενεργά στην καθημερινότητα της σχολικής μονάδας και δεν θα περιορίζεται μόνο στην εκτέλεση των κανονιστικών καθηκόντων (Leithwood & Duke, 1999, σ. 51). Ο Bush (2005, στο Κατσαρός, 2008, σ. 110) διακρίνει δύο προσεγγίσεις της ηθικής ηγεσίας: α) την «*πνευματική*» ηγεσία, κατά την οποία οι ηγέτες στηρίζονται σε αρχές «*υψηλής τάξης*», όπως είναι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και β) την «*ηθική αυτοπεποίθηση*», βάσει της οποίας οι ηγέτες στηρίζουν το έργο τους σε ένα διαχρονικά συνεπή ηθικό σύστημα. Οι ηθικοί ηγέτες επιδεικνύουν συνέπεια μεταξύ των αρχών που πρεσβεύουν και των πρακτικών που ακολου-

θούν, ενώ σκοπός τους είναι το όφελος των άλλων, ακόμα και αν οι ίδιοι έχουν προσωπικό κόστος (McClelland & Burnhom, 1995).

Η συμμετοχική ηγεσία στηρίζεται στη θεώρηση ότι οι ηγέτες οφείλουν να προωθούν την ομαδική – συνεργατική λήψη αποφάσεων. Πρόκειται για ένα μοντέλο βασισμένο σε κανονιστικά πρότυπα και κριτήρια, κατά τα οποία η συμμετοχή επιβάλλεται με γνώμονα τις δημοκρατικές αρχές, συμβάλλει στην αύξηση της αποτελεσματικότητας του οργανισμού και η δύναμη της εξουσίας και της επιρροής των ηγετών αντλείται από οποιοδήποτε μέλος της σχολικής κοινότητας, το οποίο είναι νομιμοποιημένο με βάση τις απαραίτητες γνώσεις και το δημοκρατικό δικαίωμα να επιλέγει, αναγνωρίζοντας ότι ο ρόλος του είναι καθοριστικός στην εφαρμογή των αποφάσεων (Leithwood & Duke, 1999, στο Κατσαρός, 2008, σ. 110). Στο μοντέλο αυτό ηγεσίας οι αποφάσεις δεν λαμβάνονται μόνο από τα άτομα που φέρουν θεσμοθετημένες θέσεις εξουσίας, αλλά η ηγεσία μπορεί να ασκηθεί από κάθε μέλος της σχολικής κοινότητας. Η συμμετοχή όλων στη λήψη των αποφάσεων και το κλίμα συνεργασίας βελτιώνουν την αποτελεσματικότητα του σχολείου, ενώ τα βάρη της ηγεσίας μειώνονται, καθώς οι λειτουργίες της και ο ρόλος της μοιράζονται (Κατσαρός, 2018, σ. 111). Οι σημερινοί εκπαιδευτικοί διαθέτουν εξειδικευμένη γνώση που τους επιτρέπει να συμμετέχουν στη λήψη των αποφάσεων. Ωστόσο, ο ηγέτης είναι αυτός που έχει την τελική ευθύνη για τη διατήρηση των αποφάσεων στα όρια των γενικά αποδεκτών κανόνων και έχει τον τελικό λόγο, όταν η διαδικασία λήψης αποφάσεων παρουσιάζει δυσλειτουργίες (Wallace, 2001). Η συμμετοχική ηγεσία διευκολύνει το έργο των ηγετών, καθώς οι αποφάσεις εφαρμόζονται από τα άτομα που έχουν συμβάλλει στη λήψη αυτών και φέρουν τις κατάλληλες δεξιότητες. Οι διαδικασίες βελτίωσης της λειτουργίας του σχολείου μπορούν να προωθηθούν καλύτερα όταν οι εκπαιδευτικοί συμμετέχουν ενεργά στη διαμόρφωση της πολιτικής και δεν είναι απλοί δέκτες μιας αυστηρά ιεραρχικής εντολής. Η συμμετοχική λήψη αποφάσεων εξασφαλίζει τη βελτίωση της ποιότητας των αποφάσεων που λαμβάνονται, την παρακίνηση και ενίσχυση των κινήτρων των εκπαιδευτικών να συμμετέχουν και παρουσιάζει υψηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας κατά την εφαρμογή των έργων (Βιτσιλάκη & Ράπτης, 2007).

Η ενδεχομενική ηγεσία βασίζεται στη θεώρηση ότι κανένα μοντέλο ηγεσίας δεν μπορεί να είναι αποτελεσματικό για όλες τις καταστάσεις και ότι οι ηγέτες μπορούν να αλλάζουν στυλ ηγεσίας, ανάλογα με τις περιστάσεις, αξιοποιώντας ηγετικές πρακτικές μέσα από μια πληθώρα επιλογών (Κατσαρός, 2008, σ. 111). Το μοντέλο αυτό ηγεσίας προέκυψε εξαιτίας της μονομέρειας των υπολοίπων μοντέλων, τα οποία είναι αποτελεσματικά για

μία μόνο διάσταση της ηγεσίας το καθένα και αποτελεί μια εναλλακτική προσέγγιση, η οποία αναγνωρίζει την ποικιλομορφία του της σχολικής μονάδας και κατανοεί την περιπλοκότητα και το στοιχείο του απρόβλεπτου που χαρακτηρίζει τη διοίκηση. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, δεν υπάρχει μια τυποποιημένη οικουμενική ηγεσία, κατάλληλη να καλύψει τις ανάγκες του συνεχώς μεταβαλλόμενου σχολικού περιβάλλοντος και για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητο ένα ευέλικτο μοντέλο ηγεσίας, το οποίο θα υιοθετεί κατά περίσταση την πιο ενδεδειγμένη συμπεριφορά (Bush & Glover, 2003, σ. 22). Η ενδεχομενική ηγεσία θεωρεί ότι για την αποτελεσματικότητα της σχολικής μονάδας απαιτούνται διαφορετικές αντιδράσεις, οι οποίες διαμορφώνονται μέσα από τις ιδιαίτερες οργανωτικές συνθήκες και τα προβλήματα που προκύπτουν από τις προτιμήσεις των μελών της ομάδας, των συνθηκών εργασίας και των στόχων που επιδιώκουν να πετύχουν οι ηγέτες (Leithwood & Duke, στο Κατσαρός, 2008, σ. 111). Η ενδεχομενική ηγεσία δεν αναφέρεται σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, αλλά παρέχει ένα γενικό πλαίσιο, κατά το οποίο ο ηγέτης έχει την ικανότητα να ανταποκρίνεται με διαφορετικό τρόπο στα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν, βάσει των στρατηγικών των επιμέρους μοντέλων ηγεσίας (Leithwood et al., 1999).

Η μελέτη των θεωρητικών προσεγγίσεων για τα διάφορα μοντέλα εκπαιδευτικής ηγεσίας καταδεικνύει το πολυσύνθετο φαινόμενο της ηγεσίας και τα απαραίτητα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των ηγετών που απαιτούνται προκειμένου να αντιμετωπίζουν τις διάφορες προκλήσεις του σχολικού περιβάλλοντος. Η προαγωγή και αγωγή της υγείας αποτελεί μία τέτοια πρόκληση για τους σχολικούς ηγέτες, καθώς το περιβάλλον του σχολείου μπορεί να αποτελέσει μια προωθητική δύναμη μετάδοσης υγιεινών τρόπων συμπεριφοράς στα παιδιά. Η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προσεγγίσεων που θα στοχεύουν στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, βρίσκεται σε αντιστοιχία με τα μοντέλα εκπαιδευτικής ηγεσίας πάνω στα οποία ο σχολικός ηγέτης στηρίζει το έργο του. Θα ήταν, επομένως, ιδιαίτερα ενδιαφέρον να μελετηθεί αυτό το εκπαιδευτικό μοντέλο, το οποίο θεωρείται το πιο αποτελεσματικό πάνω σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας.

4.6 Αναζήτηση του αποτελεσματικότερου μοντέλου εκπαιδευτικής ηγεσίας, σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας

Μελετώντας τη βιβλιογραφία, παρατηρούμε ότι καμιά θεώρηση δεν καταλήγει με σαφήνεια στον τύπο ηγεσίας, ο οποίος μπορεί να ανταποκριθεί πιο αποτελεσματικά στις απαιτήσεις των εκπαιδευτικών οργανισμών. Η άποψη ότι μια μονοδιάστατη μορφή ηγεσίας

μπορεί να αντιμετωπίσει την πολυπλοκότητα της εκπαιδευτικής πραγματικότητας, φαίνεται ότι έχει περιοριστεί και αναζητούνται εναλλακτικοί τύποι ηγεσίας, οι οποίοι θα καθιστούν τους ηγέτες ικανούς να προσαρμόζουν τη συμπεριφορά τους, ανάλογα με τις περιστάσεις και τους ανθρώπους που συναναστρέφονται. Σύμφωνα με την Αθανασούλα – Ρέππα (2008), δεν υπάρχει ένα συγκεκριμένο στυλ ηγεσίας, το οποίο είναι πιο αποτελεσματικό σε σχέση με τα υπόλοιπα. Υπάρχει, όμως, ένα ηγετικό στυλ, το οποίο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ταιριάζει περισσότερο και έχει καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με τα υπόλοιπα, αλλά μόνο για τη συγκεκριμένη περίπτωση και για όσο οι συνθήκες παραμένουν αμετάβλητες.

Ο ηγέτης που ενδιαφέρεται για την άσκηση μιας αποτελεσματικής ηγεσίας, θα πρέπει να προσαρμόζεται κάθε φορά στα χαρακτηριστικά της ομάδας του και των ατόμων που την απαρτίζουν, στα χαρακτηριστικά του οργανισμού που ηγείται, καθώς και του έργου που έχει να υλοποιήσει. Αφού αξιολογήσει τις προσωπικές διαθέσεις των μελών της ομάδας και την παιδεία τους, την πολιτική και τους διαθέσιμους πόρους του οργανισμού, ανάλογα με τις ικανότητες και την εμπειρία του, ο ηγέτης υιοθετεί το κατάλληλο στυλ ηγεσίας (Montana & Charnov, 2002, σ. 325 - 332). Σύμφωνα με τον Σαΐτη (2008, σ. 141), τα ηγετικά στελέχη συνήθως ακολουθούν μια συμπεριφορά, η οποία βρίσκεται ανάμεσα στα δύο άκρα, το απόλυτο εξουσιοδοτικό και το απόλυτο αυταρχικό στυλ ηγεσίας. Τα δυσδιάκριτα όρια μεταξύ των διαφόρων τύπων ηγεσίας, οι αλληλοεπικαλύψεις και η διαφορετική εστίασή τους, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι περισσότερο σημαντική είναι η αναζήτηση μοντέλων που προωθούν μια θετική οργανωτική αλλαγή και βελτίωση, παρά η κατηγοριοποίησή τους στον έναν ή τον άλλο τύπο ηγεσίας (Harris, 2005).

Η εκπαιδευτική ηγεσία δεν απαιτεί μόνο διοικητική ικανότητα. Περιλαμβάνει, κυρίως, την καθοδήγηση και την επιρροή που ασκεί ο ηγέτης στα μέλη της ομάδας, κατευθύνοντάς τα προς έναν αντικειμενικό σκοπό. Για το λόγο αυτό, δεν υπάρχουν σταθεροί κανόνες διοίκησης και η αποτελεσματική ηγεσία συνίσταται στην εξέλιξη και προσαρμογή στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, όπως αυτές διαμορφώνονται μέσα από διαδικασίες συνεχών αξιολογήσεων. Αυτό που κρίνεται ως αποτελεσματικότερο είναι η υιοθέτηση ενός μοντέλου ηγεσίας, κατάλληλα προσαρμοσμένο στις ιδιαιτερότητες της κάθε σχολικής μονάδας, το οποίο θα συνδυάζει προσεγγίσεις και θα ενσωματώνει στοιχεία από διάφορους τύπους ηγεσίας (Μπουραντάς, 2002).

Στην περίπτωση των προγραμμάτων προαγωγής και αγωγής της υγείας, στηριζόμενοι στη βιβλιογραφία που αναλύθηκε αναλυτικά στα προηγούμενα κεφάλαια, καταλήγου-

με στη διαπίστωση ότι σε θέματα που αφορούν την προαγωγή και αγωγή της υγείας εντός της σχολικής μονάδας, το μοντέλο εκπαιδευτικής ηγεσίας που φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικό, είναι το συμμετοχικό. Το συμπέρασμα αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι ένα δημοκρατικό σχολείο, μέσα από τη συμμετοχή όλων στη λήψη των αποφάσεων και τον αμοιβαίο σεβασμό, μπορεί να περιορίσει αρκετά προβλήματα υγείας και να συμβάλλει αποτελεσματικά στην υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών και την προαγωγή της υγείας. Ένα σχολείο που στοχεύει στην αγωγή και προαγωγή της υγείας οφείλει να είναι δημοκρατικό και φιλικό, να προάγει τη συμμετοχή και να θέτει προοπτικές που θα διασφαλίζουν τόσο την ατομική όσο και τη δημόσια υγεία (Simovska, 2007).

Ο ρόλος της ηγεσίας είναι πολυσύνθετος και περιλαμβάνει τη συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς του σχολείου, την οικογένεια των μαθητών και την ευρύτερη κοινότητα στην οποία ανήκει η σχολική μονάδα, αποτελώντας μια ενιαία συμμαχία στην αντιμετώπιση σοβαρών θεμάτων υγείας. Οι ηγέτες πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα σημαντικότερα ζητήματα υγείας και να τα συμπεριλαμβάνουν στα προγράμματα αγωγής υγείας που ακολουθούν, ενώ παράλληλα, θα λαμβάνουν υπόψη τους τις πεποιθήσεις των μαθητών, τις γνώσεις τους και τις πρακτικές που ακολουθούν πάνω σε θέματα υγείας, ανταποκρινόμενοι έτσι στις ανάγκες τους. Τα σχολεία προαγωγής της υγείας όταν διαμορφώνουν το εκπαιδευτικό τους πρόγραμμα λαμβάνοντας υπόψη τους τα διάφορα επίπεδα των προβλημάτων υγείας, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν, θέτουν ισχυρά θεμέλια, τα οποία αποβλέπουν στην ενίσχυση και βελτίωση της υγείας των μαθητών. Ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας για να είναι αποτελεσματικό, χρειάζεται την υποστήριξη και συμμετοχή όλων των μελών της σχολικής κοινότητας, όπως επίσης, και όλων των εμπλεκόμενων με την υγεία φορέων (Χατζηπαναγιώτου, 2001).

Ο διευθυντής ενός σχολείου οφείλει να συνεργάζεται με τους εκπαιδευτικούς της σχολικής μονάδας, παρέχοντάς τους αυτονομία στο πλαίσιο της τάξης και δίνοντας έμφαση στις ανάγκες των μαθητών και το συναισθηματικό κλίμα που επικρατεί, να δημιουργεί θετικό κλίμα εντός της σχολικής μονάδας. Η καλή συνεργασία είναι ο σημαντικότερος παράγοντας στη διαμόρφωση του θετικού σχολικού κλίματος. Ένα σχολείο για να είναι αποτελεσματικό, απαιτεί τη συλλογική προσπάθεια από τη μεριά όλης της εκπαιδευτικής κοινότητας, ενώ το αίσθημα της ομάδας και η ανάπτυξη της ενσυναίσθησης για τους άλλους, ενισχύονται, επίσης, μέσα από τις συνεργατικές δραστηριότητες και τις μεθόδους μάθησης (Σαΐτης, 2007). Η σωστή συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ των μελών της σχολικής μονάδας και η κοινή λήψη των αποφάσεων, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τη δια-

μόρφωση μιας κουλτούρας που προάγει τη σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών του σχολείου (Φακουρέλη & Ντεροπούλου - Ντέρου, 2013).

Προκειμένου να μελετηθεί τόσο το ζήτημα του αποτελεσματικότερου μοντέλου εκπαιδευτικής ηγεσίας σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας, αλλά και άλλων ζητημάτων που άπτονται του πεδίου αυτού, καθώς και της γενικότερης εκπαιδευτικής ηγεσίας και του έργου των ηγετών, πραγματοποιήθηκε έρευνα σε δείγμα 13 ατόμων που ηγούνται στο χώρο της εκπαίδευσης, η οποία αναλύεται στο επόμενο μέρος της παρούσας εργασίας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, καθώς και η συσχέτιση αυτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

5.1 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα

Στο θεωρητικό μέρος της παρούσας εργασίας έγινε μια προσπάθεια να αναλυθούν έννοιες, όπως η ανθρώπινη αξιοπρέπεια και να προσδιοριστούν οι παράγοντες που ορίζουν την υγεία και ευζωία των ανθρώπων. Παράλληλα, μελετήθηκε ο σκοπός της προαγωγής και αγωγής της υγείας στο χώρο του σχολείου και ο ιδιαίτερος ρόλος της βασικής εκπαίδευσης για την υγεία. Ο τρόπος σχεδιασμού των προγραμμάτων αγωγής υγείας συνέβαλε επιπλέον στην κατανόηση του ρόλου τόσο των εκπαιδευτικών όσο και της εκπαιδευτικής ηγεσίας και στη διαπίστωση ότι στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα που αφορούν την υγεία. Έπειτα, αναλύθηκαν ζητήματα που αφορούν την ένταξη μαθητών που προέρχονται από άλλες χώρες στο σύγχρονο σχολείο, όπως και μαθητών που φέρουν αναπηρίες. Δόθηκε ιδιαίτερη βάση στις ανάγκες τους και τον ιδιαίτερο ρόλο της εκπαιδευτικής ηγεσίας στην υιοθέτηση πρακτικών που προάγουν τόσο τη σωματική όσο και τη ψυχική υγεία των μαθητών αυτών. Παράλληλα, μελετήθηκε το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού (bullying) και ο καθοριστικός ρόλος της εκπαιδευτικής ηγεσίας στην αντιμετώπισή του και τη συμβολή της στη ψυχική υγεία τόσο των μαθητών – θυτών όσο και των μαθητών – θυμάτων. Τέλος, προσδιορίστηκε η έννοια της ηγεσίας και τα κριτήρια που την ορίζουν ως αποτελεσματική. Αναλύθηκαν στυλ και μοντέλα εκπαιδευτικής ηγεσίας και προσδιορίστηκε το πιο αποτελεσματικό μοντέλο σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας.

Η ίδια λογική σειρά στα υπό διερεύνηση θέματα ακολουθήθηκε και κατά την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας. Σκοπό της έρευνας αποτέλεσε η διερεύνηση των πρακτικών που ακολουθούν οι σχολικοί ηγέτες σε θέματα που σχετίζονται με την φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση και η μελέτη των προκλήσεων δεοντολογίας που απορρέουν από τις πρακτικές αυτές για τους ίδιους. Βάσει του θεωρητικού πλαισίου και του σκοπού της έρευνας, δημιουργούνται ερευνητικά ερωτήματα, για τα οποία θα γίνει προσπάθεια να απαντηθούν κατά την ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας. Τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν είναι τα εξής:

1) Ποιες πρακτικές ακολουθούν οι διευθυντές/-τριες προκειμένου να συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας εντός της σχολικής μονάδας;
2) Ποιες προκλήσεις δεοντολογίας έχει να αντιμετωπίσει η σύγχρονη εκπαιδευτική ηγεσία κατά την φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση και με ποιους τρόπους τις αντιμετωπίζει;
3) Ποιο μοντέλο εκπαιδευτικής ηγεσίας είναι πιο αποτελεσματικό σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας;
Τα ερευνητικά ερωτήματα αποτελούν μέρος των τεσσάρων θεματικών αξόνων της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα:
- Ο πρώτος θεματικός άξονας αφορά την εμπειρία των διευθυντών/-τριών σε θέματα υγείας στο χώρο του σχολείου.
- Ο δεύτερος θεματικός άξονας αποτελείται από ερωτήσεις σχετικά με τις πρακτικές που ακολουθούν οι διευθυντές/-τριες σε ό,τι σχετίζεται με την προαγωγή και αγωγή της υγείας εντός του σχολείου.
- Ο τρίτος θεματικός άξονας αφορά τις προκλήσεις δεοντολογίας για τη σύγχρονη εκπαιδευτική διοίκηση και ηγεσία, όπως αυτές απορρέουν κατά τη φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση.
- Ο τέταρτος θεματικός άξονας αφορά τις προτάσεις της σύγχρονης ηγεσίας για τη βελτίωση της φροντίδας της υγείας στο χώρο της εκπαίδευσης και αναζητά το αποτελεσματικότερο μοντέλο εκπαιδευτικής ηγεσίας σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας.

Μέσα από την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας, θα γίνει προσπάθεια να αναλυθούν όλα αυτά τα ζητήματα και να προσδιοριστούν οι αντιλήψεις, οι εμπειρίες και οι πρακτικές των διευθυντών/-τριών σε θέματα που αφορούν τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία στο χώρο του σχολείου. Για τον σκοπό αυτό, ακολουθήθηκε συγκεκριμένη μέθοδος και χρησιμοποιήθηκαν εργαλεία έρευνας, τα οποία συνέβαλαν στην επιτυχή ολοκλήρωσή της.

5.2 Μέθοδος και εργαλεία έρευνας

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ποιοτική μέθοδος, καθώς το δείγμα είναι σχετικά μικρό (13 άτομα) και για το λόγο ότι στόχος της έρευνας είναι να διαμορφώσει μια σφαιρική εικόνα για τις πρακτικές που ακολουθούν οι σχολικοί ηγέτες σχετικά με την φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση και να προσδιοριστούν οι προκλήσεις δεοντολογίας που απορρέουν από τις πρακτικές αυτές και όχι να προβεί σε γενικεύσεις και γενικευμένα συ-

μπεράσματα (Κυριαζή, 2005, σ. 51 - 52). Ένας άλλος λόγος επιλογής της ποιοτικής έρευνας σε σχέση με την ποσοτική, είναι ότι για την διερεύνηση αντιλήψεων και πρακτικών που ακολουθούνται είναι προτιμότερη η ποιοτική προσέγγιση της έρευνας, καθώς επικεντρώνεται στην ατομική κατά περίπτωση πλευρά του ατόμου και αναζητεί την υποκειμενική αλήθεια, η οποία έχει πολλαπλές επεξηγήσεις και χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα (Βεργέτη, 2008, σ. 7 ˙ Κανδυλάκη, 2010, σ. 94).

Ως ερευνητικό εργαλείο της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε η ημιδομημένη συνέντευξη με τη χρήση ερωτήσεων ανοιχτού τύπου. Οι ερωτήσεις ανοικτού τύπου δίνουν τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να διατυπώσουν ελεύθερα τη γνώμη τους, χωρίς τους περιορισμούς των προκαθορισμένων απαντήσεων που χαρακτηρίζουν τις ερωτήσεις κλειστού τύπου (Louis, Lawrence & Keith, 2007). Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν εκπαιδευτικοί της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, οι οποίοι ασκούν ρόλο διευθυντή – σχολικού ηγέτη και η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε με την κατά μέτωπο συνέντευξη.

5.3) Δείγμα της έρευνας

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 13 διευθυντικά στελέχη της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης της Θεσσαλονίκης, από τα οποία τα 11 ασκούν τα καθήκοντά τους σε γενικά σχολεία, ενώ τα 2 κατέχουν ηγετική θέση σε ειδικά σχολεία. Αξίζει να αναφερθεί ότι 2 άτομα κατέχουν ηγετική θέση σε ιδιωτικά σχολεία. Η συλλογή του δείγματος θα λέγαμε ότι έγινε τυχαία με τη χρήση μιας «*δειγματοληψίας ευκολίας*», που όπως αναφέρει ο Robson (2010, σ. 314) *«ενέχει την επιλογή των πλησιέστερων και πιο εύκαιρων ατόμων ως αποκρινόμενων».* Για το λόγο αυτό, στην αρχή προσεγγίστηκαν γνώριμα άτομα που κατείχαν ηγετική θέση στην εκπαίδευση και έπειτα, με τη βοήθειά τους, εντοπίστηκαν επιπλέον άτομα που έφεραν την ιδιότητα του ηγέτη στις σχολικές μονάδες τους, με αποτέλεσμα η διαδικασία της δειγματοληψίας να χαρακτηριστεί και ως «*δειγματοληψία χιονοστιβάδας*» (Louis et al., 2007, σ. 173).

5.4) Διαδικασία της έρευνας

Πριν από την έναρξη οποιασδήποτε ερευνητικής διαδικασίας, είναι απαραίτητος ο σχεδιασμός της διεξαγωγής της. Μετά τη διατύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων, το δεύτερο

στάδιο αποτέλεσε ο σχεδιασμός της συνέντευξης. Πριν την διεξαγωγή των συνεντεύξεων, δημιουργήθηκε ο οδηγός συνέντευξης (βλ. παράρτημα Α.2), ο οποίος περιελάμβανε τους στόχους της έρευνας, τα υπό μελέτη θέματα και επεξηγήσεις σχετικά με το περιεχόμενο της έρευνας. Αποτελείται από 16 ανοιχτού τύπου ερωτήσεις, οι οποίες είναι ίσα μοιρασμένες σε 4 θεματικούς άξονες.

Πριν την πραγματοποίηση των συνεντεύξεων, θεωρήθηκε σκόπιμο να διενεργηθούν πιλοτικά δύο συνεντεύξεις σε εκπαιδευτικούς της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, οι οποίοι ήταν σε θέση να διακρίνουν πιθανές αστοχίες κατά τον σχεδιασμό των ερωτήσεων. Καθώς δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτερες δυσκολίες και απορίες κατά τις πιλοτικές συνεντεύξεις, ξεκίνησε άμεσα η διεξαγωγή των επίσημων συνεντεύξεων. Όλες οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν τον μήνα Ιούνιο του 2019 και σε χώρο που οριζόταν από τον/την εκάστοτε διευθυντή/-τρια, συνήθως στο χώρο της σχολικής μονάδας στην οποία άνηκαν. Η διάρκεια της κάθε συνέντευξης ήταν είκοσι με τριάντα λεπτά και πριν την έναρξη της διαδικασίας, οι συνεντευξιαζόμενοι ενημερώνονταν για την σκοπό της έρευνας και δίνονταν οι απαραίτητες διευκρινίσεις, όπου απαιτούνταν. Αφού οι συμμετέχοντες απάντησαν στο πρώτο μέρος της συνέντευξης, που αφορούσε τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, σπουδές, χρόνια προϋπηρεσίας στην εκπαίδευση και χρόνια προϋπηρεσίας σε διευθυντική θέση), μετά τη συγκατάθεσή τους, ακολούθησε η ψηφιακή καταγραφή (ηχογράφηση) των απαντήσεων τους στις ερωτήσεις του δεύτερου μέρους της συνέντευξης. Μετά την ολοκλήρωση των συνεντεύξεων, ακολούθησε η απομαγνητοφώνηση των απαντήσεων και η δημιουργία ηλεκτρονικού γραπτού κειμένου, η οποία συνέβαλε καθοριστικά στην ανάλυση των δεδομένων της συνέντευξης.

Όσον αφορά την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση περιεχομένου. Η ανάλυση περιεχομένου αποτελεί μια τεχνική αντικειμενικής και συστηματικής ανάλυσης γραπτού και προφορικού λόγου, η οποία συνίσταται σε περιπτώσεις ποιοτικής έρευνας, κατά την εξαγωγή συμπερασμάτων που προέρχονται από απομαγνητοφωνήσεις συνεντεύξεων. Ουσιαστικά, αποτελεί μια τεχνική μετατροπής ενός κειμένου σε κατηγορίες περιεχομένου, οι οποίες ορίζονται από τον ερευνητή και στηρίζονται σε συγκεκριμένους κανόνες κωδικοποίησης. Η μέθοδος αυτή επιτρέπει στους ερευνητές να μελετούν μεγάλο πλήθος δεδομένων, βασισμένοι σε μια συστηματική μεθοδολογία, κατά την οποία τα στοιχεία του κειμένου ταξινομούνται σε έναν προκαθορισμένο αριθμό κατηγοριών (Berelson, 1952 ˙ Weber, 1990).

Μετά την αναζήτηση των κοινών στοιχείων μεταξύ των απαντήσεων και την ομαδοποίηση αυτών και με βάση της συχνότητας εμφάνισής τους, πραγματοποιήθηκε η κατηγοριοποίηση και η ανάλυση αυτών.

5.5 Δεοντολογία της έρευνας: εγκυρότητα και αξιοπιστία

Κατά την διεξαγωγή των συνεντεύξεων, έγινε προσπάθεια τήρησης του κώδικα δεοντολογίας, μέσα από τη δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης και σεβασμού της προσωπικότητας του κάθε συμμετέχοντα. Εξαρχής υπήρξε ενημέρωση ότι η έρευνα έχει καθαρά ακαδημαϊκό χαρακτήρα, η συμμετοχή σε αυτή είναι εθελοντική και ότι οι απαντήσεις των ερωτώμενων θα χαρακτηρίζονται από ανωνυμία και απόλυτη εχεμύθεια.

Όσον αφορά την εγκυρότητα της έρευνας, επειδή πρόκειται για μια ποιοτική έρευνα με μικρό δείγμα, υπάρχει δυσκολία κατά τον έλεγχό της. Η εγκυρότητα σε αυτή την περίπτωση μπορεί να διασφαλιστεί μέσα από την ειλικρίνεια των ερωτώμενων και την σωστή ανάλυση των απαντήσεων.

Στη διασφάλιση της αξιοπιστίας της έρευνας συνέβαλε σε μεγάλο βαθμό η ψηφιακή καταγραφή (ηχογράφηση) της κάθε συνέντευξης, καθώς με τον τρόπο αυτό οι απαντήσεις των συμμετεχόντων μένουν αναλλοίωτες, δεν παρερμηνεύονται και κατά την ανάλυσή τους, δίνεται η ευκαιρία στον ερευνητή να ανατρέξει ξανά στο σημείο που επιθυμεί, διασφαλίζοντας με τον τρόπο αυτό, τόσο την αποφυγή λαθών όσο και τη σωστή ανάλυση των δεδομένων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Προκειμένου να διατηρηθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων στην έρευνα, έχει πραγματοποιηθεί κωδικοποίηση των ονομάτων τους με τους χαρακτήρες Δ1, Δ2, κ.ο.κ.

Αρχικά, παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των υποκειμένων της έρευνας.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία

Δείγμα	**Φύλο**	**Ηλικία**	**Σπουδές**	**Χρόνια προϋπηρεσίας στην εκπαίδευση**	**Χρόνια προϋπηρεσίας σε διευθυντική θέση**
Δ1	Θήλυ	55	Διδακτορικό	29	13
Δ2	Θήλυ	48	Δεύτερο πτυχίο	24	14
Δ3	Θήλυ	56	Βασικό πτυχίο	28	2
Δ4	Άρρεν	54	Μεταπτυχιακό	30	6
Δ5	Θήλυ	52	Βασικό πτυχίο	19	6
Δ6	Θήλυ	53	Διδακτορικό	28	4
Δ7	Θήλυ	58	Μεταπτυχιακό	35	7
Δ8	Θήλυ	60	Μεταπτυχιακό	36	8
Δ9	Θήλυ	55	Μεταπτυχιακό	31	10
Δ10	Άρρεν	60	Βασικό πτυχίο	36	16
Δ11	Θήλυ	59	Μεταπτυχιακό	36	7
Δ12	Θήλυ	32	Μεταπτυχιακό	10	6
Δ13	Θήλυ	59	Δεύτερο πτυχίο	31	22

Με βάση τα παραπάνω δημογραφικά στοιχεία, συμπεραίνουμε ότι η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες, καθώς από τα 13 άτομα, μόνο 2 ήταν άντρες, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν τα 54 έτη. Όσον αφορά τις σπουδές των υποκειμένων της έρευνας, 2 άτομα είναι κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος, 6 άτομα έχουν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές, 2 άτομα διαθέτουν εκτός από το βασικό πτυχίο και δεύτερο πτυχίο στις ανθρωπιστικές επιστήμες, ενώ 3 άτομα του δείγματος έχουν ολοκληρώσει τις βασικές σπουδές του πτυχίου τους.

Όσον άφορα τα έτη προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων της έρευνας στην εκπαίδευση, ο μέσος όρος βρίσκεται στα 29 έτη. Παράλληλα, τα έτη προϋπηρεσίας τους σε διευθυντική θέση έχουν μέσο όρο τα 9 έτη. Παρατηρούμε ότι το δείγμα της έρευνας διαθέτει μεγάλη εμπειρία τόσο στο χώρο της εκπαίδευσης γενικότερα όσο και κατέχοντας μια θέση διευθυντικού στελέχους. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με το υψηλό επίπεδο σπουδών των συμμετεχόντων στην έρευνα, συμβάλλει αποτελεσματικά στην ποιότητα των απαντήσεων που δόθηκαν κατά τη διαδικασία των συνεντεύξεων, με αποτέλεσμα τα συμπεράσματα της έρευνας να χαρακτηρίζονται από αξιοπιστία και αντικειμενικότητα.

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ερωτήσεων της έρευνας με βάση τους τέσσερις θεματικούς άξονες. Προκειμένου να γίνει πιο κατανοητή η θέση του κάθε ερωτώμενου στα υπό διερεύνηση θέματα, παραθέτονται αναφορές, δηλαδή αυτούσια αποσπάσματα των απαντήσεων που δόθηκαν από τους συμμετέχοντες, καθώς και ένα σύντομος σχολιασμός αυτών των απαντήσεων. Στο τελευταίο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, θα παρουσιαστούν πιο αναλυτικά οι συμπερασματικές παρατηρήσεις της έρευνας.

1ος θεματικός άξονας: Εμπειρία πάνω σε θέματα υγείας στο χώρο του σχολείου.

Ερώτηση 1: Ποιο είναι το σημαντικότερο πρόβλημα υγείας που έχετε αντιμετωπίσει σε παιδιά του σχολείου ως διευθυντής/-τρια; Πώς το αντιμετωπίσατε;

Πίνακας 2α: Απαντήσεις πρώτης ερώτησης

Απαντήσεις	**Αριθμοί δείγματος με τις ίδιες απαντήσεις**
Ατυχήματα στο χώρο του σχολείου	Δ1, Δ10, Δ11, Δ12, Δ13
Επιληπτική κρίση	Δ3, Δ7, Δ8, Δ10, Δ12
Αυτισμός	Δ2, Δ5
Κινητική αναπηρία	Δ9, Δ10
Σακχαρώδης διαβήτης	Δ6, Δ11
Κρίσεις πανικού	Δ4
Πυρετικοί σπασμοί	Δ2

Σχόλια:

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα απάντησαν πως τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας που έχουν αντιμετωπίσει κατέχοντας διευθυντική θέση είναι ατυχήματα

που σημειώθηκαν στο χώρο του σχολείου και οι επιληπτικές κρίσεις. Ακολουθεί ο σακχαρώδης διαβήτης, ο αυτισμός και θέματα υγείας που σχετίζονται με την κίνηση των μαθητών/-τριών. Οι κρίσεις πανικού και οι πυρετικοί σπασμοί είναι ακόμα δύο περιστατικά που αναφέρθηκαν ως δύσκολες περιπτώσεις αντιμετώπισης από τους/τις διευθυντές/-τριες.

Αναφορές:

Δ1: «*Πρόκειται για ένα ατύχημα που συνέβη στο χώρο του σχολείου. Δεν ήταν κάτι που έφερε το παιδί από τη γέννησή του... Κόπηκε η αρτηρία, γιατί το παιδί δοκίμασε να κάνει το batman σε ένα παράθυρο… έβαλε με δύναμη το χέρι του στο τζάμι στην αίθουσα και προσπαθώντας να το τραβήξει έξω, έσπασε το τζάμι… Είχαμε έναν πίδακα από αίμα*».

Δ3: «*Στο σχολείο είχαμε μαθήτρια, η οποία παρουσιάζει επιληψία και κάποια στιγμή, τη χρονιά εκείνη θυμάμαι ότι δεν είχαμε στο σχολείο νοσηλευτή και αυτό ήταν πολύ αγχωτικό για όλους μας και για εμένα και για τους συναδέλφους, διότι παρουσίασε μία επιληπτική κρίση στο σχολείο. Ήταν πάρα πολύ δύσκολο*».

Δ9: «*Το σημαντικότερο πρόβλημα, στη διαχείρισή του, όχι ως πρόβλημα υγείας, ήταν ένα παιδί με κινητική αναπηρία, το οποίο με πολύ μεγάλη δυσκολία μπορούσε να μετακινηθεί. Οι γονείς δε μπορούσαν να δεχτούν να προμηθευτούν αναπηρικό αμαξίδιο. Είχαμε σχολικό νοσηλευτή, ο οποίος δυσκολευόταν να βοηθήσει το παιδί στη μετακίνηση. Και όλη αυτή η διαχείριση προκάλεσε μια αναστάτωση σε όλη τη σχολική μονάδα*».

Πίνακας 2β: Απαντήσεις πρώτης ερώτησης

Απαντήσεις	**Αριθμοί δείγματος με τις ίδιες απαντήσεις**
Συνεργασία με τους γονείς	Δ2, Δ4, Δ5, Δ6, Δ7, Δ8, Δ9, Δ10, Δ11, Δ12, Δ13
Κάλεσμα άμεσης βοήθειας (166)	Δ1, Δ3, Δ4, Δ7, Δ8, Δ10, Δ11, Δ12, Δ13
Παροχή βοήθειας από το νοσηλευτικό προσωπικό του σχολείου	Δ4, Δ6, Δ9, Δ11
Παροχή πρώτων βοηθειών από τους εκπαιδευτικούς του σχολείου	Δ1, Δ8, Δ13
Επιμόρφωση των μελών της σχολικής μονάδας	Δ12

Σχόλια:

Ως προς τον τρόπο με τον οποίο αντιμετώπισαν τα προβλήματα υγείας που σημάδεψαν τη θητεία τους, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων απάντησε πως καθοριστικό ρόλο διαδραμάτισε η συνεργασία με τους γονείς των παιδιών, ενώ συχνά το κάλεσμα της άμεσης βοήθειας ήταν ο δεύτερος επικρατέστερος χειρισμός τους. Παράλληλα, η ύπαρξη νοσηλευτικού προσωπικού στο σχολείο βοήθησε αρκετά τους συμμετέχοντες στην έρευνα να αντιμετωπίσουν τα δύσκολα προβλήματα υγείας, καθώς και η παροχή των πρώτων βοηθειών από τους εκπαιδευτικούς του σχολείου. Ένα άτομο του δείγματος ανέφερε πως η επιμόρφωση όλων των μελών της σχολικής μονάδας σχετικά με το πρόβλημα υγείας ενός παιδιού, συνέβαλε καθοριστικά στην επιτυχή αντιμετώπισή του.

Αναφορές:

Δ1: «*Ευτυχώς λειτούργησε πολύ γρήγορα η δασκάλα που ήταν εκείνη την ώρα και του έκανε μια γρήγορη επίδεση και πίεση… Λειτουργήσαμε ψύχραιμα, ήρθε και το 166. Παρείχαν τις πρώτες βοήθειες, καθάρισαν τα γυαλιά, είχαν μπει μέσα, αλλά έκανε πολύ σοβαρό χειρουργείο*».

Δ3: «*Από τα λίγα που γνωρίζαμε… μέχρι να καλέσουμε βοήθεια, να καλέσουμε δηλαδή ένα ασθενοφόρο… βάλαμε το παιδί στη σωστή στάση, να ξαπλώσει, να είναι πιο άνετη. Αυτό ήταν πάρα πολύ δύσκολο, γιατί μας άγχωσε όλους, καθώς δε γνωρίζαμε πως ακριβώς πρέπει να αντιμετωπίσουμε την επιληπτική κρίση*».

Δ4: «*Αμέσως φώναξα τον νοσοκόμο, του έφερε μάσκα οξυγόνου, το σηκώσαμε σιγά - σιγά το παιδί… Μετά ειδοποίησα τους γονείς του. Κατευθείαν, ειδοποιήσαμε και το ΕΚΑΒ να έρθει ταυτόχρονα, αλλά την περισσότερη βοήθεια την πρόσφερε ο νοσοκόμος και το πρόβλημα λύθηκε αμέσως*».

Δ9: «*Είναι πολύ σημαντική η ύπαρξη του σχολικού νοσηλευτή και το πόσο καλές σχέσεις θα αναπτύξει με την οικογένεια και αν αυτή η σχέση, είναι σχέση εμπιστοσύνης. Η παρουσία του βοήθησε πάρα πολύ, λόγω και των γνώσεων του γύρω από ιατρικά θέματα, στο να πείσει τους γονείς ότι θα είναι εκεί για ό,τι χρειάζεται*».

Δ11: «*Ένα κοριτσάκι είχε στο σπίτι του ένα βράδυ επιληπτική κρίση και έπρεπε μετά να πάρουμε όλοι οδηγίες, όλοι οι συνάδελφοι και οδηγοί, συνοδοί, όλοι όσοι έρχονται σε επαφή με το παιδί, για το πώς θα το διαχειριστούμε σε περίπτωση κρίσης. Είχαμε εφοδιαστεί φάρμακα ειδικά, μας τα είχε φέρει η μητέρα φυσικά, μας είχε πει και πώς να τα χρησιμοποιούμε, μας*

είχε δώσει ειδικό βίντεο και είχαμε κάνει όλοι μίνι εκπαίδευση μεταξύ μας για το συγκεκριμένο περιστατικό».

Ερώτηση 2: Έχετε επιμορφωθεί πάνω σε θέματα που αφορούν την υγεία στο χώρο του σχολείου;

Πίνακας 3: Απαντήσεις δεύτερης ερώτησης

Απαντήσεις	**Αριθμοί δείγματος με τις ίδιες απαντήσεις**
Όχι	Δ3, Δ4, Δ5, Δ6, Δ7, Δ8, Δ9, Δ10, Δ12, Δ13
Ναι	Δ1, Δ2, Δ11

Σχόλια:

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα δεν έχει επιμορφωθεί πάνω σε θέματα που αφορούν την υγεία στο χώρο του σχολείου. Από τα 13 άτομα του δείγματος, μόνο τα 3 έχουν παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα επιμόρφωσης.

Αναφορές:

Δ3: «*Οχι, δεν έγινε ούτε από την πλευρά της διεύθυνσης, αλλά ούτε και με δική μου πρωτοβουλία. Το σκέφτομαι όμως… Καλά θα ήταν βέβαια, να υπάρχει σε μόνιμη βάση ένας νοσηλευτής - μία νοσηλεύτρια, για να είναι πιο εύκολο έτσι να αντιμετωπιστούν τέτοια περιστατικά*».

Δ9: «*Εκτός από αποσπασματικά σεμινάρια για παροχή πρώτων βοηθειών που παρακολούθησα, εγώ η ίδια οργάνωσα στο σχολείο… τη μέθοδο ΚΑΡΠΑ… για τους γονείς, τα παιδιά και για τους εκπαιδευτικούς. Κάτι άλλο πιο οργανωμένο, όχι*».

Δ11: «*Ναι, εθελοντικά όμως. Τώρα γίνονται, βέβαια, κάποιες ενέργειες πάνω στα προγράμματα υγείας. Γίνονται κάποια σεμινάρια, αλλά είναι σεμινάρια που δε γίνονται σε τακτική μορφή. Δηλαδή, αν εκείνη την ημέρα που γίνονται τα σεμινάρια δε μπορεί κάποιος εκπαιδευτικός να πάει, δε θα μπορέσει να τα παρακολουθήσει. Και για εμένα, είναι πάρα πολύ σημαντικά. Για εμένα το πιο σημαντικό, είναι να έρχονται ομάδες μέσα στο σχολείο και υποχρεωτικά όλοι οι εκπαιδευτικοί να συμμετέχουμε σε αυτά τα προγράμματα*».

Ερώτηση 3: Ως διευθυντής/-τρια παρατηρείτε διαφορές στην αντιμετώπιση θεμάτων που αφορούν την υγεία των μαθητών, σε σχέση με παλαιότερα που δεν κατείχατε ηγετική θέση; Προσδιορίστε αυτές τις διαφορές.

Πίνακας 4: Απαντήσεις τρίτης ερώτησης

Απαντήσεις	**Αριθμοί δείγματος με τις ίδιες απαντήσεις**
Δεν υπάρχουν διαφορές	Δ4, Δ5, Δ6, Δ7, Δ11, Δ12, Δ13
Αίσθημα μεγαλύτερης ευθύνης	Δ3, Δ8, Δ9, Δ10, Δ11
Γνώση ιατρικού ιστορικού κάθε παιδιού	Δ10, Δ11
Υιοθέτηση πρακτικών που στόχο έχουν την πρόληψη των προβλημάτων υγείας	Δ1, Δ9
Ανάπτυξη δεξιοτήτων στο πλαίσιο της υγείας	Δ1
Απόκτηση μεγαλύτερης ψυχραιμίας	Δ2

Σχόλια:

Η πλειοψηφία των διευθυντών/-τριών απάντησε ότι δεν παρατηρεί ιδιαίτερες διαφορές στην αντιμετώπιση θεμάτων που αφορούν την υγεία των μαθητών, σε σχέση με παλαιότερα που δεν κατείχαν ηγετική θέση. Οι διαφορές που επισημαίνουν εντοπίζονται στο αίσθημα ευθύνης, το οποίο είναι μεγαλύτερο κατέχοντας μία ηγετική θέση σε σχέση με τη θέση του εκπαιδευτικού, ενώ μια άλλη διαφορά που επισημαίνουν, είναι ότι ως διευθυντές/-τριες οφείλουν να μεριμνούν περισσότερο για την υιοθέτηση πρακτικών που στόχο έχουν την πρόληψη των προβλημάτων υγείας στο χώρο του σχολείου. Παράλληλα, σημειώνουν ότι οφείλουν να γνωρίζουν το ιατρικό ιστορικό του κάθε παιδιού του σχολείου και να ακολουθούν προγράμματα που στόχο έχουν τα παιδιά να αναπτύσσουν δεξιότητες που σχετίζονται με την υγεία. Ένα άτομο του δείγματος ανέφερε ότι η ψυχραιμία στη διευθυντική θέση πρέπει να είναι μεγαλύτερη, ίσως και λόγω της μεγαλύτερης εμπειρίας των διευθυντικών στελεχών, όπως επισημαίνει.

Αναφορές:

Δ1: «*Ως διεύθυνση, το βλέπεις πολύ πιο γενικά. Το σκέφτεσαι πολύ σοβαρά και από την πρόληψη, τα θέματα πρόληψης πρέπει να τα περάσεις, γιατί είναι ό,τι πιο σημαντικό μπορεί να εκλάβει το παιδί ως βάση από το δημοτικό σχολείο και μπορεί να περιλαμβάνει θέματα που αφορούν την υγεία του. Είναι πολύ σοβαρό αυτό, δεξιότητες της υγείας να αναπτύξει*».

Δ2: «*Ναι, παρατηρώ διαφορές, γιατί με το πέρασμα των ετών, έχω μεγαλύτερη ψυχραιμία και λόγω εμπειρίας… οπότε, όσο περνάνε τα χρόνια τα αντιμετωπίζουμε και πιο καλά και πιο ψύχραιμα*».

Δ3: «*Ως διευθύντρια αισθάνομαι ότι έχω μεγαλύτερο άγχος ως προς αυτό, αλλά σίγουρα και πριν υπήρχε το άγχος. Έτσι, για το πώς θα αντιμετωπίσουμε μία κατάσταση. Τώρα, αισθάνομαι ότι είναι λίγο περισσότερο, μεγαλύτερη ευθύνη*».

Δ4: «*Όχι και παλιότερα, όταν συνέβαινε κάτι και ως δάσκαλος που ήμουν στο σχολείο, πάντα έτρεχα να βοηθήσω μαζί με τους άλλους συναδέλφους τα παιδιά. Ό,τι συνέβαινε ας πούμε, δεν ήμασταν αδιάφοροι*».

Δ11: «*Ως διευθύντρια, πρέπει να αντιμετωπίσω εγώ συνολικά το θέμα… Δε βρίσκω ιδιαίτερες διαφορές πάνω σε αυτό το θέμα, απλώς τώρα αντιμετωπίζω συνολικά το πρόβλημα όλων των τμημάτων και όλων των τάξεων. Δηλαδή, πρέπει να αντιμετωπίζω όλα τα προβλήματα και πρέπει να είμαι γνώστης όλων των παιδιών και το τι συμβαίνει στο καθένα πίσω από αυτά. Γι αυτό και πολλές φορές, πιέζω τους γονείς να μας λένε την αλήθεια, γιατί το πρόβλημα είναι αυτό, ότι πολλοί γονείς προσπαθούν να κρύψουν το πρόβλημα του παιδιού τους και δεν μας το αναφέρουν*».

Ερώτηση 4: Κατά τη γνώμη σας, ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας στο χώρο του σχολείου;

Πίνακας 5: Απαντήσεις τέταρτης ερώτησης

Απαντήσεις	**Αριθμοί δείγματος με τις ίδιες απαντήσεις**
Επιμόρφωση των μελών του σχολείου σε θέματα που αφορούν την υγεία (+)	Δ1, Δ2, Δ7, Δ8, Δ9, Δ11
Ενημέρωση του σχολείου από τους γονείς, σχετικά με το ιατρικό ιστορικό των παιδιών τους (+)	Δ2, Δ8, Δ10, Δ11, Δ13
Συνεργασία του σχολείου με την οικογένεια του κάθε παιδιού (+)	Δ7, Δ8, Δ10, Δ11
Συνεργασία μεταξύ των μελών του σχολείου (+)	Δ2, Δ3, Δ7, Δ8
Υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας (+)	Δ1, Δ6
Ύπαρξη συντονιστών στο σχολείο (πρώην σύμβουλοι, φορείς ειδικής αγωγής, ψυχολόγοι, λο-	Δ5, Δ8

γοθεραπευτές) (+)	
Ύπαρξη υποδομών στο σχολείο (+): - ειδικός χώρος πρώτων βοηθειών - νοσοκόμος	Δ4, Δ8
Καλλιέργεια κουλτούρας, σχετικά με την προστασία της υγείας (+)	Δ1
Πληροφόρηση των γονέων από το σχολείο, σχετικά με τους τρόπους προστασίας της υγείας των παιδιών τους (+)	Δ1
Καλή επόπτευση της σχολικής μονάδας για την αποφυγή ατυχημάτων (+)	Δ8
Ύπαρξη ατομικών δελτίων υγείας για το κάθε παιδί (+)	Δ13
Εμπειρία των μελών του σχολείου (+)	Δ7
Τήρηση κανόνων καθαριότητας και υγιεινής, από μέρους τόσο των γονέων όσο και των παιδιών (+)	Δ12
Έλλειψη ενημέρωσης του σχολείου από τους γονείς, σχετικά με την υγεία των παιδιών τους (-)	Δ6, Δ10, Δ11
Έλλειψη συνεργασίας (-)	Δ3, Δ5
Κίνημα κατά των εμβολιασμών (-)	Δ1
Κίνημα εναλλακτικών ομοιοπαθητικών μεθόδων και όχι κλασσικής ιατρικής (-)	Δ1
Έλλειψη διαθεματικών προγραμμάτων υγείας από την εκπαιδευτική διαδικασία (-)	Δ1
Άρνηση των εκπαιδευτικών να ενημερωθούν σχετικά με τα προβλήματα υγείας των μαθητών/-τριών τους (-)	Δ11

Σχόλια:

Αρχικά, να διευκρινιστεί ότι το θετικό πρόσημο (+) δίπλα από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα, υποδηλώνει τη θετική επίδραση στην αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας στο χώρο του σχολείου, ενώ το αρνητικό πρόσημο (-) την αρνητική επίδραση.

Παρατηρείται ένα πλήθος απαντήσεων στην ερώτηση αυτή, με την πλειοψηφία των συμμετεχόντων να δηλώνει ότι η επιμόρφωση των μελών του σχολείου σε θέματα που αφορούν την υγεία παίζει τον κυριότερο ρόλο στην αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας στο χώρο του σχολείου. Πολύ σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση αυτή, παίζει επίσης, η έγκαιρη ενημέρωση του σχολείου από τους γονείς, σχετικά με το ιατρικό ιστορικό των παιδιών τους και η γενικότερη συνεργασία του σχολείου με την οικογένεια του κάθε παιδιού. Η συνεργασία μεταξύ των μελών του σχολείου φαίνεται από τις απαντήσεις των ερωτώμενων ότι βοηθάει αρκετά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας στο χώρο του σχολείου, όπως επίσης και η ύπαρξη συντονιστών στο σχολείο (πρώην σύμβουλοι, φορείς ειδικής αγωγής, ψυχολόγοι και λογοθεραπευτές). Παράλληλα, η ύπαρξη υποδομών στο σχολείο, όπως ένας ειδικός χώρος πρώτων βοηθειών ή ύπαρξη ενός μόνιμου σχολικού νοσηλευτή, καθώς και η υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, συμβάλλει καθοριστικά στην επιτυχή αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας στο χώρο του σχολείου. Άλλοι παράγοντες που αναφέρθηκαν ότι επηρεάζουν θετικά την αντιμετώπιση αυτή, είναι η καλλιέργεια μιας κουλτούρας που στόχο θα έχει να προστατεύει την υγεία, η πληροφόρηση των γονέων από το σχολείο, σχετικά με τους τρόπους προστασίας της υγείας των παιδιών τους, η καλή επόπτευση της σχολικής μονάδας για την αποφυγή ατυχημάτων, η ύπαρξη ατομικών δελτίων υγείας, όπου θα υπάρχει ιατρική γνωμάτευση για το κάθε παιδί, καθώς επίσης και η εμπειρία των μελών του σχολείου πάνω σε διάφορα θέματα υγείας και η τήρηση των κανόνων καθαριότητας και υγιεινής τόσο από τους γονείς των παιδιών όσο και από τα ίδια τα παιδιά.

Όσον αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας στο χώρο του σχολείου, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων σημειώνουν ότι την πιο αρνητική επίδραση στην προσπάθεια αυτή, κατέχει η έλλειψη ενημέρωσης του σχολείου από τους γονείς, σχετικά με το ιατρικό ιστορικό των παιδιών τους. Η έλλειψη συνεργασίας τόσο μεταξύ των μελών του σχολείου όσο και μεταξύ της οικογένειας με το σχολείο, επίσης επηρεάζει αρνητικά την αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας στο χώρο του σχολείου. Άλλοι παράγοντες, είναι το σχετικά πρόσφατο κίνημα κατά τον εμβολιασμό των παιδιών, όπως και το κίνημα χρήσης εναλλακτικών μορφών ομοιοπαθητικής ιατρικής που δεν παρέχεται από ιατρούς, έναντι της κλασικής ιατρικής, για την αντιμετώπιση των διαφόρων ασθενειών των παιδιών. Τέλος, η έλλειψη διαθεματικών προγραμμάτων υγείας από την εκπαιδευτική διαδικασία, καθώς και η άρνηση των εκπαιδευτικών να ενημερώνονται σχετικά με τα προβλήματα υγείας των μαθητών/-τριών τους, φαίνεται ότι κατά την

άποψη των συμμετεχόντων, επιδρούν αρνητικά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας στο χώρο του σχολείου.

Αναφορές:

Δ1: «*Ο πρώτος παράγοντας είναι η ενημέρωση, δηλαδή κατά πόσο είμαστε ενημερωμένοι να αντιμετωπίσουμε ένα επείγον περιστατικό… Ο άλλος παράγοντας είναι η γενικότερη καλλιέργεια και κουλτούρα που έχουμε σχετικά με την προστασία… Τι ακριβώς κάνουμε ως δάσκαλοι, ως εκπαιδευτικό προσωπικό, με στόχο να ενημερώσουμε σωστά τα παιδιά και να τα προστατεύσουμε, αλλά και τους γονείς τους. Γιατί, δεν αρκεί μόνο τα παιδιά… Θα πρέπει, δηλαδή, να επεκτείνουμε το νοιάξιμο μας, την έννοια μας και για την πληροφόρηση των γονέων… Αρνητικά, μου έχει τύχει για παράδειγμα, αυτό το κύμα τώρα που υπάρχει κατά τον εμβολιασμό. Οπότε, ένας παράγοντας είναι ακριβώς η άρνηση κάποιων γονέων να ασκήσουν στα παιδιά τους απλή κλασσική ιατρική. Δηλαδή, έρχονται δύο παιδιά φέτος χωρίς εμβόλια… Αυτοί που κάνουν ας πούμε, όχι ομοιοπαθητική κατευθυνόμενη τόσο από γιατρούς, από διάφορους γύρω - γύρω που εκμεταλλεύονται αυτή ακριβώς την ευαισθησία των ανθρώπων αυτών και τους παραπλανούν με λάθος κατεύθυνση, ακόμα και σε σοβαρά προβλήματα υγείας. Για παράδειγμα, έχουμε παιδί εδώ με σοβαρές αλλεργίες που δεν παίρνει τα γνωστά φάρμακα. Πάει και του κολλάνε κάτι χαρτάκια και έχουμε το παιδί εδώ κάθε μέρα να κλαίει και να μην μπορεί να ανοίξει τα μάτια… Ένας δεύτερος είναι… Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί είναι ευαισθητοποιημένοι. Αλλά, μπορεί να υπάρχουν, ένα πολύ μικρό ποσοστό, που λίγο δεν επιμένουν σε αυτό το θέμα, παράλληλα ας πούμε με το μάθημα τους ή δεν κάνουν καθόλου προγράμματα, γιατί δεν υπάρχει και χρόνος για τα προγράμματα. Τα προγράμματα, πρέπει να τα εντάσσεις στην εκπαιδευτική διαδικασία διαθεματικά και από εκεί να δίνεις μηνύματα*».

Δ2: «*Πρώτα απ' όλα είναι η επιμόρφωση. Θα πρέπει όλοι να είμαστε ενημερωμένοι για κάποια ζητήματα, που είναι πιθανόν να προκύψουν στο σχολείο, γενικότερα. Έπειτα, πρέπει να έχουμε συνεργασία μεταξύ μας που δουλεύουμε οι συνάδελφοι, γιατί αν δεν έχουμε συνεργασία δεν έχουμε και ανταλλαγή πληροφοριών. Οπότε, αυτό είναι απαραίτητο κομμάτι σε ό,τι αφορά για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος. Και φυσικά, θα πρέπει να έχουμε και αντίστοιχη ενημέρωση από τους γονείς, έτσι ώστε να μπορούμε να επιληφθούμε του προβλήματος, όταν παρουσιαστεί*».

Δ4: «*Οι υποδομές ας πούμε. Δηλαδή, ένα σχολείο πρέπει να έχει υποδομές για όταν συμβεί κάτι σε ένα παιδί να έχει ένα ειδικό χώρο… Αυτός ο ειδικός χώρος που πρέπει το παιδί αμέσως να το δώσεις πρώτες βοήθειες. Μη σου πω ότι πρέπει να έχουμε κι έναν νοσοκόμο, κα-*

νονικά σε όλα τα σχολεία, όπως στην Ευρώπη. Αυτά, όμως, δεν υπάρχουν στα δικά μας σχολεία, είναι μεγάλο πρόβλημα αυτό».

Δ5: «*Θετικά, επηρεάζουν πάρα πολύ οι συντονιστές, πρώην σύμβουλοι, οι φορείς δηλαδή ειδικής αγωγής ειδικότερα ή κάποιος ψυχολόγος που συνεργαζόμαστε, λογοθεραπευτής. Αυτοί μας βοηθάνε πάρα πολλοί. Αρνητικά θα έλεγα, ότι δεν έχουμε πάντα πολύ καλή επαφή με γονείς που έχουν κάποιο παιδάκι με πρόβλημα υγείας. Είναι δύσκολοι στην επικοινωνία συνήθως αυτοί οι γονείς*».

Δ6: «*Αρνητικοί παράγοντες πολλές φορές, είναι το ότι οι γονείς δεν ενημερώνουν αναλυτικά το σχολείο για κάποιο πρόβλημα, είτε σωματικής, είτε ψυχικής υγείας του παιδιού. Σωματικής υγείας αρχικά, όπου πρέπει να ξέρουμε αν το παιδί θα πρέπει να έχει φαρμακευτική αγωγή, αν παθαίνει κάποιες κρίσεις… Τώρα στα θετικά, είναι ότι γίνονται προγράμματα αγωγής υγείας συχνά στα σχολεία και τουλάχιστον μπορούμε να μιλάμε στα παιδιά για κάποια πράγματα, όπως είναι η διατροφή, όπως είναι τα μικρόβια κι όλα αυτά*».

Δ13: «*Θα μου επιτρέψετε από την πείρα μου να πω, ότι είναι η μη σωστή ευαισθητοποίηση των γονέων, όσο αναφορά τα ατομικά δελτία υγείας των παιδιών και κυρίως τους εμβολιασμούς. Γι' αυτό και προσπαθούμε να ζητήσουμε από τους γονείς έστω και μια απλή ιατρική γνωμάτευση κάθε χρόνο με την εγγραφή του παιδιού και πολύ καλύτερη σχέση με τους παιδιάτρους. Γιατί ένα παιδί μπορεί ακόμα και κάτι πολύ απλό, που για το γονέα και τον παιδίατρο θα τελειώσει όταν το παιδί μεγαλώσει, για εμάς να είναι καθημερινό πρόβλημα. Παράδειγμα, θα το πω ανοιχτά, οι κενώσεις ενός παιδιού μπορούν να το έχουν απόν από την τάξη για τη μισή ώρα του μαθήματος. Αυτό, αν δεν το γνωρίζουμε και δεν ξέρουμε τι και πώς ή μια αλλεργία του παιδιού στο τσίμπημα μιας μέλισσας, στο τσίμπημα οποιουδήποτε εντόμου*».

2ος θεματικός άξονας: Πρακτικές που αφορούν την προαγωγή και αγωγή της υγείας.

Ερώτηση 5: Ποιες πρακτικές ακολουθείτε προκειμένου να συμβάλλετε στην προαγωγή της υγείας εντός της σχολικής μονάδας;

Πίνακας 6: Απαντήσεις πέμπτης ερώτησης

Απαντήσεις	**Αριθμοί δείγματος με τις ίδιες απαντήσεις**
Διοργάνωση ημερίδων και σεμιναρίων για θέματα που αφορούν την υγεία, τόσο για τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς όσο και	Δ1, Δ3, Δ4, Δ6, Δ7, Δ8, Δ9, Δ12, Δ13

για τα ίδια τα παιδιά	
Υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, που στόχο έχουν την ευαισθητοποίηση των παιδιών	Δ1, Δ3, Δ5, Δ6, Δ8, Δ9, Δ10
Ενημέρωση του σχολείου από και προς τους γονείς για θέματα υγείας των παιδιών	Δ2, Δ10, Δ12
Συνεργασία με παιδιάτρους	Δ2, Δ12, Δ13
Συχνή απολύμανση και καθαριότητα των χώρων του σχολείου	Δ2, Δ7
Συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς της κάθε τάξης, οι οποίοι γνωρίζουν τη σωματική και ψυχική κατάσταση του κάθε παιδιού	Δ1
Συμμετοχή των παιδιών σε δράσεις σχετικές με την υγεία (π.χ. αθλητισμός)	Δ1

Σχόλια:

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων απάντησαν ότι οι πρακτικές που ακολουθούν προκειμένου να συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας εντός της σχολικής μονάδας, σχετίζονται με τη διοργάνωση ημερίδων και σεμιναρίων, για θέματα που αφορούν την υγεία και στα οποία συμμετέχουν τόσο οι εκπαιδευτικοί και οι γονείς όσο και τα ίδια τα παιδιά. Παράλληλα, η υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας στο χώρο του σχολείου, που στόχο έχουν την ευαισθητοποίηση των παιδιών πάνω σε θέματα υγείας, παίζει σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της υγείας τους. Επίσης, η συνεργασία με παιδιάτρους, όπως και η ενημέρωση του σχολείου από και προς τους γονείς για θέματα που αφορούν την υγεία των παιδιών, συμβάλλει σημαντικά στην προαγωγή της υγείας. Άλλοι παράγοντες, που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες στην έρευνα και συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας εντός της σχολικής μονάδας, είναι η συχνή απολύμανση και η καθαριότητα των χώρων του σχολείου, η συνεργασία των διευθυντών/-τριών με τους εκπαιδευτικούς της κάθε τάξης, οι οποίοι γνωρίζουν τη σωματική και ψυχική κατάσταση του κάθε παιδιού, καθώς και η συμμετοχή των παιδιών σε δράσεις που σχετίζονται με την υγεία, όπως είναι ο αθλητισμός.

Αναφορές:

Δ1: «*Πρώτα απ όλα, ο καλός έλεγχος από τον κάθε συνάδελφο για το τι ακριβώς και σωματικά και ψυχικά, ποια είναι η κατάσταση του κάθε παιδιού. Γιατί, αυτός τον ζει κάθε μέρα*

και μπορεί να μας πει… Η δεύτερη πρακτική, είναι συχνές ημερίδες, είτε με την οργάνωση εδώ για πρώτες βοήθειες, για ψυχική υγεία ή και ενδοσχολικά ή διασχολικά, όπου οργανώνονται από τη διεύθυνση και συμμετέχουμε. Το τρίτο, είναι να γίνονται προγράμματα αγωγής υγείας για ευαισθητοποίηση των παιδιών. Το τέταρτο, είναι να συμμετέχουμε σε δράσεις που έχουν σχέση με την υγεία, όπως είναι ο αθλητισμός».

Δ8: «*Αρχικά, με σεμινάρια. Είχαμε κάνει ένα σεμινάριο ένα απόγευμα για πρώτες βοήθειες, οπότε κάλεσα τους εκπαιδευτικούς και τους γυμναστές και εγώ για να το παρακολουθήσουμε, προκειμένου να είμαστε σε ετοιμότητα να αντιμετωπίσουμε θέματα υγείας μέσα στο σχολείο. Το άλλο, είναι ότι παροτρύνουμε τους εκπαιδευτικούς να υιοθετήσουν προγράμματα αγωγής υγείας, που μπορεί να έχουν θέμα τη φροντίδα της υγείας πριν αρρωστήσουμε, την καλή διατροφή… Όπως και μέσα από αυτά τα προγράμματα, να αντιμετωπίσουμε και τη διαφορετικότητα που σχετίζεται με την υγεία. Δηλαδή, φέτος έχουμε ένα παιδί, το οποίο είναι τυφλό στο σχολείο μας*».

Δ9: «*Οργανώνοντας προγράμματα, επιμορφώσεις, βιωματικά κυρίως, γιατί τα θεωρητικά κουράζουνε τους εκπαιδευτικούς, με αποτέλεσμα να μην έχει καθόλου αντίκτυπο στην καθημερινότητα της σχολικής μας ζωής. Αλλά όλα αυτά, οι επιμορφώσεις γίνονται απογευματινές ώρες και δεν παρακολουθούνται από το σύνολο των εκπαιδευτικών. Επομένως, η οποιαδήποτε προτροπή και παρακίνηση, είναι καθαρά πόσο θα κερδίσεις το σύλλογο διδασκόντων για να κινητοποιηθούν. Είτε στο κομμάτι της επιμόρφωσης, είτε στο κομμάτι της υλοποίησης τέτοιων προγραμμάτων στην τάξη τους*».

Ερώτηση 6: Ακολουθείτε προγράμματα αγωγής της υγείας στο σχολείο σας; Αναφέρετε ένα παράδειγμα.

Πίνακας 7: Απαντήσεις έκτης ερώτησης

Απαντήσεις	**Αριθμοί δείγματος με τις ίδιες απαντήσεις**
Προγράμματα και projects σχετικά με τη γνωριμία των χαρακτηριστικών του εαυτού του κάθε παιδιού, το ανθρώπινο σώμα, τα δόντια, την προσωπική υγιεινή, την καθαριότητα και τη διατροφή	Δ1, Δ2, Δ3 Δ4, Δ5, Δ6, Δ9, Δ10, Δ12, Δ13
Πρόγραμμα συναισθηματικής νοημοσύνης και διαχείρισης των συναισθημάτων	Δ7, Δ8, Δ11

Προγράμματα ψυχικής υγείας	Δ1, Δ10, Δ11
Πρόγραμμα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης	Δ3, Δ7
Πρόγραμμα εθελοντικής αιμοδοσίας	Δ6

Σχόλια:

Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα ακολουθούν κατά καιρούς προγράμματα αγωγής της υγείας στο σχολείο τους. Αυτά, ως επί το πλείστον, είναι προγράμματα και projects που αντικείμενό τους έχουν τη διατροφή, την προσωπική υγιεινή, την καθαριότητα, καθώς και τη γνωριμία του ανθρώπινου σώματος και των χαρακτηριστικών του εαυτού του κάθε παιδιού. Άλλα προγράμματα που ακολουθούν οι συμμετέχοντες στην έρευνα, είναι προγράμματα ψυχικής υγείας, συναισθηματικής νοημοσύνης και διαχείρισης των συναισθημάτων, καθώς και προγράμματα εθελοντικής αιμοδοσίας.

Αναφορές:

Δ1: «*Ναι. Ένα παράδειγμα που είχαμε φέτος ήταν ότι κάναμε ένα πρόγραμμα που αφορούσε την προάσπιση της υγείας μέσα από τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης. Οπότε και συμμετείχαμε σε κάποιους δρόμους και τα παιδιά πήραν σχετικά φυλλάδια και έμαθαν για τη λειτουργία της καρδιάς τους, για το μεταβολισμό τους και μαζί συνδυάσαμε διατροφή και άσκηση… Και κάναμε και αρκετά ψυχικής υγείας, γιατί έχουμε και εκεί κάποια θέματα που είναι αρκετά σοβαρά μερικές φορές και βοηθάνε πολύ στο να εκφραστούν τα παιδιά και είναι πολύ σημαντικό αυτό. Το ψυχικό επειδή, συνήθως, δεν είναι εμφανές δεν το κυνηγάμε τόσο, ενώ πρέπει*».

Δ3: «*Υλοποιούνται διάφορα προγράμματα στο χώρο του σχολείου από τους συναδέλφους, όπως το ¨Γνωρίζω τον εαυτό μου, γνωρίζω τους άλλους¨. Μέσα από διάφορες δραστηριότητες μπορεί το κάθε παιδί να δει τις καλές του πλευρές, τις θετικές του πλευρές, να μπορεί να μιλάει για τον εαυτό του, να υπερασπίζεται τον εαυτό του και έτσι, γνωρίζοντας τον εαυτό του, γνωρίζει καλύτερα και τους άλλους. Επίσης, έτρεξε και ένα πρόγραμμα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης: ¨Γνωρίζω το σώμα μου και το προστατεύω¨*».

Δ9: «*Εμείς ακολουθούμε ένα πρόγραμμα διατροφής και εξαιτίας της ιδιαιτερότητας του σχολείου μας, γιατί έχουμε μία έκταση 10 στρεμμάτων, έχουμε θερμοκήπιο, καλλιεργούμε τα λαχανικά μας και στη σίτιση βάζουμε σαλάτα από αυτές που καλλιεργούμε για να καταναλώνουν τα παιδιά και σε αυτό το πλαίσιο έχουμε περάσει και τη διαχείριση του κυλικείου στα*

παιδιά. Οτιδήποτε, σχετίζεται με τη διατροφή. Τα παιδιά έχουν σαν έναν συνεταιρισμό και πωλούν και με αυτά τα χρήματα που συγκεντρώνουν πάνε δωρεάν εκδρομές».

Ερώτηση 7: Από τι εξαρτάται η αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος αγωγής της υγείας;

Πίνακας 8: Απαντήσεις έβδομης ερώτησης

Απαντήσεις	**Αριθμοί δείγματος με τις ίδιες απαντήσεις**
Από τη συνεργασία του σχολείου με τους εξωτερικούς φορείς (πολιτεία, τοπική κοινωνία, υπηρεσίες υγείας, παιδιάτρους, διατροφολόγους)	Δ2, Δ4, Δ5, Δ7, Δ8, Δ13
Από τη συνεργασία του σχολείου με τους γονείς των παιδιών	Δ2, Δ3, Δ10, Δ12, Δ13
Από το πόσο ενδιαφέροντα και ελκυστικά είναι τα προγράμματα αγωγής της υγείας για τα παιδιά	Δ5, Δ7, Δ8, Δ9, Δ11
Από την οργάνωση του προγράμματος (τρόπους και μεθόδους εφαρμογής)	Δ1, Δ7, Δ10, Δ13
Από τη διάθεση των εκπαιδευτικών	Δ1, Δ4, Δ11
Από τη συνεργασία μεταξύ των μελών του σχολείου	Δ3, Δ7
Από την επαναληψιμότητα του προγράμματος	Δ12
Από το πόσο εξειδικευμένοι είναι οι εκπαιδευτικοί για την υλοποίηση των προγραμμάτων αγωγής της υγείας	Δ8
Από την ανάλυση του θέματος, πριν από την εφαρμογή του προγράμματος	Δ6

Σχόλια:

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα απάντησαν ότι η αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος αγωγής της υγείας εξαρτάται από τη συνεργασία του σχολείου με τους εξωτερικούς φορείς. Στους εξωτερικούς φορείς μπορεί να περιλαμβάνονται η πολιτεία, η τοπι-

κή κοινωνία, οι διάφορες υπηρεσίες υγείας, παιδίατροι και διατροφολόγοι. Η συνεργασία του σχολείου με τους γονείς των παιδιών, επίσης παίζει σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αγωγής της υγείας. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα αυτή, είναι η οργάνωση του εκάστοτε προγράμματος αγωγής της υγείας, από τον τρόπο δηλαδή και τις μεθόδους εφαρμογής του, από τη διάθεση των εκπαιδευτικών να ακολουθήσουν με διάθεση ένα τέτοιο πρόγραμμα, καθώς και από το πόσο ενδιαφέρον και ελκυστικό είναι το πρόγραμμα αυτό για τα παιδιά. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, η αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος αγωγής της υγείας μπορεί να επηρεαστεί και από την συνεργασία μεταξύ των μελών του σχολείου, από την ανάλυση του θέματος αγωγής υγείας, πριν από την εφαρμογή του προγράμματος, την επαναληψιμότητα αυτού, καθώς και από το πόσο εξειδικευμένοι είναι οι εκπαιδευτικοί για να υλοποιήσουν ένα τέτοιο πρόγραμμα.

Αναφορές:

Δ1: «*Από την εφαρμογή, από τους τρόπους και τις μεθόδους εφαρμογής. Από τι δηλαδή, κατέχει, πώς μπορεί να τα περάσει ο δάσκαλος. Παραδοσιακός τρόπος δεν υπάρχει. Πρέπει να είναι βιωματικά… Από τον συνεχή επανέλεγχο, την αξιολόγηση, δηλαδή πώς πάει σε κάθε βήμα. Ώστε να μη μας ξεφεύγει κάτι και γενικότερα, από την όρεξη, τη διάθεση*».

Δ5: «*Εξαρτάται από το αν είναι ενδιαφέρον το εκάστοτε πρόγραμμα υγείας, η ανταπόκριση των μαθητών παίζει μεγάλο ρόλο στο αν θα ολοκληρωθεί επιτυχώς το πρόγραμμα και φυσικά, από τη συνεργασία με διάφορους φορείς εκτός του σχολείου, που ερχόμαστε σε επαφή».*

Δ6: «*Δεν αρκεί μία ενημέρωση. Θα πρέπει να προηγηθεί στην τάξη με τον/την εκπαιδευτικό δουλειά με τα παιδιά, να αναλυθεί το θέμα και μετά να έρθει ο υπεύθυνος φορέας να ενημερώσει και να συζητήσει με τα παιδιά. Το έχουμε ζήσει αυτό πολλές φορές, που έρχονται για τη διατροφή… Δηλαδή, στις ώρες του ολοήμερου που είναι και η ώρα της σίτισης να γίνεται και μάθημα διατροφικής αγωγής… Η ώρα της σίτισης να μην είναι: Απλά κάθονται και τρώνε τα παιδιά, αλλά να είναι διδακτική ώρα που να αφορά τη διατροφή*».

Δ12: «*Βασικός παράγοντας είναι η επανάληψη. Δηλαδή, το να μπω μέσα σε μια τάξη, να πω μια φορά ότι πρέπει να τρώτε αυτά για πρωινό, αυτά για μεσημεριανό και να προσέχετε, να μη τρώτε εκείνα και να μη ξανά μιλήσουμε ποτέ για αυτό το πράγμα, δε θα έχει αποτέλεσμα στα παιδιά. Πολύ σημαντικό λοιπόν, είναι να γίνεται βιωματικό, δηλαδή να γίνει η καθημερινότητα μας. Άμα δούμε μετά από ένα πρόγραμμα που έχουμε κάνει για τη διατροφή, ότι το παιδί συνεχίζει την επόμενη μέρα να πίνει τις σοκολάτες, τέλος πάντων τροφή που δεν είναι*

για πρωινό, πατατάκια ας πούμε, εκεί θα πρέπει να μιλήσουμε ξανά και ξανά. Επίσης, θεωρώ πως πάρα πολύ σημαντικός παράγοντας είναι οι γονείς, πώς συνεργάζονται οι γονείς… δεν αποφασίζουν μόνα τους τα παιδιά σε αυτή την ηλικία».

Ερώτηση 8: Με ποιο τρόπο η πολιτεία μεριμνά για θέματα που αφορούν την προαγωγή και αγωγή της υγείας εντός του σχολείου;

Πίνακας 9: Απαντήσεις όγδοης ερώτησης

Απαντήσεις	**Αριθμοί δείγματος με τις ίδιες απαντήσεις**
Με τα προγράμματα αγωγής της υγείας που προτείνει, τόσο για την ενημέρωση των παιδιών όσο και για την επιμόρφωση των εκπαιδευτικών και των γονέων	Δ1, Δ3, Δ4, Δ5, Δ7, Δ8, Δ9, Δ10, Δ12
Δεν παρέχει ιδιαίτερη βοήθεια, υπάρχει έλλειψη συνέχειας και συνέπειας	Δ2, Δ6, Δ9, Δ11, Δ12, Δ13
Με τη συνεργασία με τους τοπικούς φορείς	Δ1
Μέσω των υπηρεσιών καθαριότητας και υγιεινής που προσφέρει στα σχολεία	Δ6
Μέσα από δράσεις, όπως ο δωρεάν οδοντιατρικός έλεγχος και εμβολιασμός των παιδιών	Δ8

Σχόλια:

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα υποστήριξαν ότι η πολιτεία μεριμνά για θέματα που αφορούν την προαγωγή και αγωγής της υγείας εντός του σχολείου, μέσω την προγραμμάτων που προτείνει. Τα προγράμματα αυτά αφορούν τόσο την ενημέρωση και εκπαίδευση των παιδιών πάνω σε διάφορα θέματα υγείας όσο και την επιμόρφωση των εκπαιδευτικών και των γονέων για τα ζητήματα αυτά. Έξι από τους δεκατρείς συμμετέχοντες απάντησαν ότι δεν υπάρχει ιδιαίτερη μέριμνα και βοήθεια από τη μεριά της πολιτείας, καθώς ό,τι προτείνεται είναι περιστασιακό και λείπει η συνέχεια και συνέπεια αυτών των προτάσεων. Άλλες απόψεις που εκφράστηκαν, είναι ότι η πολιτεία μεριμνά μέσω της συνεργασίας με τους τοπικούς φορείς και την παροχή υπηρεσιών που σχετίζονται με την προαγωγή της υγείας, μέσω της καθαριότητας των χώρων του σχολείου και της τήρησης της υγιεινής, καθώς και μέσα από δράσεις, όπως ο δωρεάν οδοντιατρικός έλεγχος και ο εμβολιασμός των παιδιών.

Αναφορές:

Δ3: «Υλοποιούνται προγράμματα στα οποία μπορούν να συμμετέχουν οι εκπαιδευτικοί ή απευθύνονται στους εκπαιδευτικούς αυτά τα προγράμματα. Είναι σημαντικά και αυτά, γιατί πάντα κάτι παίρνεις, το οποίο έτσι στην συνέχεια μπορείς να το υλοποιήσεις και στο σχολείο. Ίσως, θα χρειαζόντουσαν περισσότερα τέτοια, τέτοιες πρωτοβουλίες και τέτοια προγράμματα να γίνονται και για την επιμόρφωση των συναδέλφων, των εκπαιδευτικών και σίγουρα αυτό είναι θετικό για όλες τις πλευρές. Για τα παιδιά, για εμάς, για τους γονείς».

Δ9: «*Η πολιτεία προωθεί δράσεις, βγάζει μέρες αφιερωμένες σε τέτοια θέματα αγωγής υγείας, αλλά υπάρχει έλλειψη συνέχειας και συνέπειας σε αυτά τα προγράμματα. Δηλαδή, δεν υπάρχει μια συγκροτημένη επιμόρφωση των εκπαιδευτικών γύρω από αυτά τα θέματα, μία αξιολόγηση αυτών των προγραμμάτων και το τι θα μπορούσε να βελτιωθεί».*

Δ11: *Πιστεύω, ότι δε μεριμνά. Θεωρώ, ότι αυτό που κάνει είναι μια τυπική διαδικασία, για να μπορεί να έχει μια προμετωπίδα και να λέει ότι: 'Ξέρετε, ορίστε εγώ δημιουργώ προγράμματα, αλλά αυτά τα προγράμματα δεν τα υλοποιούν οι δάσκαλοι'. Γιατί, όταν έχεις ένα ασφυκτικό αναλυτικό πρόγραμμα, μία ύλη που δε βγαίνει, ακόμα κι αν δεν χάσεις ούτε μία ώρα μάθημα. Αυτό σημαίνει, ότι δε μπορείς να υλοποιήσεις ένα πρόγραμμα με τον τρόπο και την ουσία του. Γιατί αν είναι να κάνεις τυπικά ένα πρόγραμμα, να πεις μια ώρα ότι θα φωνάξω έναν ειδικό, θα τους μιλήσει για την αγωγή υγείας, κτλ. και αυτό, τελείωσε… Είναι μία τυπική διαδικασία, την οποία πήρε από τα ξένα κράτη».*

3ος θεματικός άξονας: Προκλήσεις δεοντολογίας για τη σύγχρονη εκπαιδευτική διοίκηση και ηγεσία, σχετικά με τη φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση.

Ερώτηση 9: Σε περιπτώσεις παιδιών με διαφορετικό γλωσσικό και πολιτισμικό υπόβαθρο, υπάρχει η πιθανότητα κατά την εισαγωγή τους στο ελληνικό σχολείο να βιώσουν ενδοψυχικές συγκρούσεις και επιπολιτιστικό στρες, που επηρεάζουν τόσο το συναισθηματικό επίπεδο και την ψυχική τους υγεία, όσο και τις επιδόσεις τους στο σχολείο. Ως διευθυντής/-τρια, ποιες πρακτικές ακολουθείτε προκειμένου τα παιδιά αυτά να διατηρούν την ψυχική τους υγεία και να εντάσσονται ομαλά στο σύγχρονο ελληνικό σχολείο;

Πίνακας 10: Απαντήσεις ένατης ερώτησης

Απαντήσεις	**Αριθμοί δείγματος με τις ίδιες απαντήσεις**
Αντιρατσιστικά προγράμματα και πρακτικές	Δ1, Δ4, Δ5, Δ7, Δ9, Δ11

που κοινωνιολογικά, ψυχολογικά και παιδαγωγικά προσεγγίζουν το κάθε παιδί και συμβάλλουν στην ομαλή προσαρμογή του στο νέο περιβάλλον	
Ίση αντιμετώπιση προς όλα τα παιδιά	Δ2, Δ3, Δ4, Δ10, Δ11, Δ13
Συνεργασία του σχολείου με την οικογένεια του κάθε παιδιού	Δ6, Δ8, Δ9, Δ10, Δ13
Ενισχυτική διδασκαλία για την εκμάθηση της ελληνικής γλώσσας και την κάλυψη των εκπαιδευτικών κενών	Δ1, Δ8, Δ12, Δ13
Ομαδικά παιχνίδια αποδοχής και σεβασμού του διαφορετικού	Δ2, Δ3, Δ4, Δ5
Εξατομικευμένη μάθηση που στόχο έχει την ενίσχυση του κάθε παιδιού, ανάλογα με τις ανάγκες του	Δ1, Δ11
Συνεργασία του σχολείου με το Δήμο, με Μ.Κ.Ο. και κοινωνικούς λειτουργούς	Δ7, Δ8

Σχόλια:

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα στις πρακτικές που ακολουθούν, προκειμένου τα παιδιά με διαφορετικό γλωσσικό και πολιτισμικό υπόβαθρο να εντάσσονται ομαλά στο σύγχρονο ελληνικό σχολείο και να διατηρούν την ψυχική τους υγεία, εντάσσουν αντιρατσιστικά προγράμματα και πρακτικές εντός του σχολείου, οι οποίες κοινωνιολογικά, ψυχολογικά και παιδαγωγικά προσεγγίζουν το κάθε παιδί και συμβάλλουν στην ομαλή προσαρμογή του στο νέο περιβάλλον. Παράλληλα, η ίση αντιμετώπιση προς όλα τα παιδιά βρίσκεται στην ίδια θέση των πρακτικών που ακολουθούν οι διευθυντές/-τριες της έρευνας, ενώ η συνεργασία του σχολείου με την οικογένεια των παιδιών που προέρχονται από άλλες χώρες, επίσης παίζει καθοριστικό ρόλο στην ομαλή ένταξη των παιδιών αυτών στο σύγχρονο ελληνικό σχολείο. Άλλες πρακτικές που ακολουθούνται είναι η εκμάθηση της ελληνικής γλώσσας από τα αλλόγλωσσα παιδιά και η κάλυψη των εκπαιδευτικών κενών τους μέσω της παροχής ενισχυτικής διδασκαλίας, ενώ μέσα από τα ομαδικά παιχνίδια αποδοχής και σεβασμού του διαφορετικού, όλα τα παιδιά του σχολείου γίνονται μία ομάδα. Η εξατομικευμένη μάθηση, που είναι προσανατολισμένη στις ανάγκες του κάθε παιδιού και αποσκοπεί στην ενίσχυσή του, επίσης επιλέγεται ως πρακτική ομαλής έ-

νταξης των αλλοδαπών μαθητών στο ελληνικό σχολείο, ενώ το σχολείο μέσω της συνεργασίας του με το Δήμο, με Μ.Κ.Ο. και κοινωνικούς λειτουργούς, επίσης συμβάλλει προς την κατεύθυνση αυτή.

Αναφορές:

Δ1: «*Πολλές φορές για αυτά τα παιδιά κάνουμε μαζί κάποιο πρόγραμμα, με βάση το οποίο μπορούμε να το πιάσουμε από πολλές πλευρές. Δηλαδή και από κοινωνιολογική και από ψυχολογική και από παιδαγωγική και να αντιμετωπίσουμε, να προσπαθήσουμε να κάνουμε τη μετάβαση αυτή του παιδιού, την προσαρμογή πιο ήπια. Οι πρακτικές, είναι κυρίως με το να ενισχύουμε το παιδί, να κάνουμε εξατομικευμένη μάθηση, προσπαθώντας ο δάσκαλος, δηλαδή, να μη δίνει προς όλους όλα. Να προσεγγίσει ειδικά το παιδί και αν απαιτείται, ακόμη και με παράλληλη ενίσχυσή του σε κάποιο τμήμα ένταξης και αν έχει αδυναμίες σοβαρές και με ενισχυτική διδασκαλία. Υπάρχουν ώρες που μπορεί να φοιτήσει και να καλύψει τα κενά του*».

Δ2: «*Αυτό που φροντίζουμε είναι να έχουν ίση αντιμετώπιση σε σχέση με τα άλλα παιδιά, μέσα από ομαδικά παιχνίδια αποδοχής του παιδιού, κάνουμε παιχνίδια και ασκήσεις, ό,τι αφορά τις φυλές του κόσμου, ώστε να γνωρίζουν τα παιδιά μέσα από ένα παραμύθι, από ένα τραγούδι, από ένα παιχνίδι, ότι υπάρχουν κι άλλοι άνθρωποι που είναι διαφορετικοί από εμάς. Έχουμε και παιχνίδια, όπως κούκλες που έχουν διαφορετικό χρώμα, χαρακτηριστικά. Οπότε, τα παιδιά μέσα από το παιχνίδι τα προωθούμε κατά κάποιο τρόπο, ώστε να έχουν αυτή την ίση αντιμετώπιση και να μην τους φαίνεται κάτι διαφορετικό*».

Ερώτηση 10: Ως διευθυντής/-τρια έχετε αντιμετωπίσει ποτέ φαινόμενα κατά τα οποία οι γονείς των γηγενών μαθητών έχουν αντιδράσει στην ύπαρξη παιδιών που διαφέρουν πολιτισμικά στο ίδιο σχολείο με τα δικά τους; Σε ποιους λόγους οφειλόταν αυτή η αντίδραση; Πώς την αντιμετωπίσατε; Ποιες πρακτικές οφείλει να ακολουθεί ο σύγχρονος σχολικός ηγέτης για την αντιμετώπιση τέτοιων φαινομένων;

Πίνακας 11α: Απαντήσεις δέκατης ερώτησης

Απαντήσεις	**Αριθμοί δείγματος με τις ίδιες απαντήσεις**
Δεν έχω αντιμετωπίσει τέτοια φαινόμενα	Δ2, Δ5, Δ7, Δ8, Δ10, Δ13
Θέματα υγείας και υγιεινής, όπως οι ελλιπείς εμβολιασμοί	Δ1, Δ3, Δ6, Δ9
Φαινόμενα bullying μεταξύ γηγενών και μη	Δ4, Δ11, Δ12

παιδιών, ως απόρροια των αντιλήψεων των γονέων των γηγενών παιδιών	

Σχόλια:

Σε πρώτο στάδιο να αναφερθεί ότι από το σύνολο των συμμετεχόντων στην έρευνα, οι επτά έχουν αντιμετωπίσει φαινόμενα κατά τα όποια οι γονείς των γηγενών μαθητών έχουν αντιδράσει στην ύπαρξη παιδιών που διαφέρουν πολιτισμικά στο ίδιο σχολείο με τα δικά τους, ενώ έξι από τους ερωτηθέντες δεν έχουν αντιμετωπίσει στην ηγετική τους πορεία τέτοια φαινόμενα. Τα φαινόμενα που αναφέρθηκαν σχετίζονταν με θέματα υγείας και υγιεινής των αλλοδαπών παιδιών, κυρίως με το αν έχουν πραγματοποιηθεί σωστά όλοι οι εμβολιασμοί στα παιδιά αυτά, ενώ αναφέρθηκαν και φαινόμενα bullying μεταξύ των γηγενών και μη παιδιών, ως απόρροια των αντιλήψεων και των όσων λέγονται στο σπίτι των γηγενών παιδιών από τους γονείς τους.

Αναφορές:

Δ3: «*Δυστυχώς, έχουμε τέτοια φαινόμενα. Είχαμε και έχουμε, δυστυχώς, το τονίζω. Εντάξει, είναι οι άνθρωποι που έχουν μία άλλη αντίληψη και μία άλλη άποψη για τους ανθρώπους που δεν είναι Έλληνες και έχουμε δυστυχώς αντιδράσεις. Έχουν υπάρξει αντιδράσεις για τα παιδιά που είναι μετανάστες στη χώρα μας ή και πρόσφυγες, αλλά και αντιδράσεις για άλλα. Γιατί το σχολείο συστεγάζεται με δύο σχολεία, που φοιτούν παιδιά τυπικής ανάπτυξης, αντιδράσεις για την αναπηρία των δικών μας παιδιών, των παιδιών που φοιτούν στο ειδικό σχολείο*».

Δ5: «*Όχι, εγώ προσωπικά δεν είχα τέτοιο θέμα. Γιατί τα παιδιά και από την Αφρική και από άλλες χώρες, Αρμενία, Αλβανία, Βουλγαρία, Ρωσία, ποτέ δεν αντιμετώπισα τέτοιο πρόβλημα, αλλά νομίζω ότι παίζει ρόλο η στάση του εκπαιδευτικού απέναντι σε αυτούς τους γονείς και του διευθυντή, φυσικά*».

Δ6: «*Αυτό που κυρίως αρχικά έβαζαν και το βάζουν ως θέμα, είναι εάν τα παιδιά αυτά είναι εμβολιασμένα. Τους εξηγούμε ότι η ύπαρξη εμβολίων ή όχι αφορά την υγεία του ίδιου του παιδιού και όχι τα δικά τους τα παιδιά που είναι εμβολιασμένα, για να τους καθησυχάσουμε και αυτό είναι μια πρακτική που οφείλουμε να κάνουμε, δηλαδή να καθησυχάζουμε τους γονείς*».

Πίνακας 11β: Απαντήσεις δέκατης ερώτησης

Απαντήσεις	**Αριθμοί δείγματος με τις ίδιες απαντήσεις**
Οριοθέτηση της συμπεριφοράς και ενημέρωση των γονέων των γηγενών παιδιών σχετικά με το νομικό πλαίσιο	Δ1, Δ3, Δ4, Δ6, Δ9, Δ11, Δ12
Συνεργασία του σχολείου με τους γονείς	Δ4, Δ5
Με τη βοήθεια ειδικών (π.χ. ψυχολόγοι), τόσο για τα παιδιά όσο και για τους γονείς	Δ4, Δ12
Επίκληση στο συναίσθημα	Δ1

Σχόλια:

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα προκειμένου να αντιμετωπίσει τις διάφορες αντιδράσεις των γονέων των γηγενών παιδιών για την ύπαρξη αλλοδαπών παιδιών στο σχολείο, ακολουθεί πρακτικές που στοχεύουν στην οριοθέτηση της συμπεριφοράς αυτών των γονέων και την ενημέρωση τους, σχετικά με το νομικό πλαίσιο της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης. Άλλες πρακτικές που αναφέρθηκαν, είναι η συνεργασία του σχολείου με του γονείς τόσο των γηγενών όσο και των αλλοδαπών παιδιών και η βοήθεια που παρέχεται από ειδικούς, όπως είναι οι ψυχολόγοι, οι οποίοι μπορούν να προσφέρουν στήριξη τόσο σε όλα τα παιδιά του σχολείου όσο και στους γονείς τους. Ένας από τους συμμετέχοντες στην έρευνα προσπαθεί μέσα από την επίκληση στο συναίσθημα των γονέων των γηγενών παιδιών να κατευνάσει αυτές τις αντιδράσεις.

Αναφορές:

Δ1: «*Από τη στιγμή που η νομοθεσία λέει το κάθε παιδί οφείλει να πάει σχολείο, δεν μπορεί να μη πάει ένα παιδί σχολείο. Πέρα από το νομικό πλαίσιο, που ξεκαθαρίστηκε και είπα δεν υπάρχει περίπτωση, τα παιδιά θα είναι στο σχολείο, είναι ότι και μετά έκανα κάποια επίκληση στο συναίσθημά τους σαν γονείς. Τους έφερα στην αντίστοιχη θέση».*

Δ3: «*Εμείς αυτό που προσπαθήσαμε να κάνουμε είναι να μην ανεχτούμε αυτές τις συμπεριφορές, να οριοθετήσουμε τους γονείς και να δείξουμε ότι εμείς εδώ δε δεχόμαστε και δεν ανεχόμαστε τέτοιες συμπεριφορές. Για εμάς τα παιδιά είναι όλα ίδια, απ' όπου κι αν προέρχονται και απ' όπου και ό,τι κι αν είναι η οικογένειά τους. Και έτσι το αντιμετωπίσαμε, βάζοντας ένα όριο σε αυτούς τους γονείς. Ότι μπορούν να έχουν την άποψη τους, αλλά στο σχολείο αυτό εμάς δεν μας ενδιαφέρει*».

Πίνακας 11γ: Απαντήσεις δέκατης ερώτησης

Απαντήσεις	**Αριθμοί δείγματος με τις ίδιες απαντήσεις**
Ίση αντιμετώπιση από τα μέλη του σχολείου προς όλα τα παιδιά	Δ1, Δ2, Δ3, Δ6, Δ7, Δ8, Δ10, Δ11, Δ12, Δ13
Διάλογος και συνεργασία με τους γονείς των γηγενών παιδιών, με στόχο την ευαισθητοποίησή τους	Δ1,Δ2, Δ4, Δ6, Δ7, Δ8, Δ11, Δ12, Δ13
Συνεργασία με μη κυβερνητικές οργανώσεις για τον εμβολιασμό των παιδιών που προέρχονται από άλλες χώρες	Δ6
Προώθηση της επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των γηγενών παιδιών και των γονέων τους με τα αλλοδαπά παιδιά και τους γονείς τους	Δ7
Επισήμανση των θετικών σημείων της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης	Δ9
Εφαρμογή της νομοθεσίας για τη διαπολιτισμική εκπαίδευση	Δ1

Σχόλια:

Όσον αφορά τις πρακτικές που οφείλει να ακολουθεί ο σύγχρονος σχολικός ηγέτης για την αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων, η πλειοψηφία των ερωτώμενων ισχυρίστηκε ότι η καλύτερη πρακτική είναι η ίση αντιμετώπιση τόσο από τους εκπαιδευτικούς όσο και από τους ίδιους/-ες διευθυντές/-τριες προς όλα τα παιδιά του σχολείου. Εννιά από τους δεκατρείς συμμετέχοντες προτείνουν το διάλογο και τη συνεργασία με τους γονείς των γηγενών παιδιών, με στόχο την ευαισθητοποίησή τους σε αυτά τα ζητήματα. Άλλες πρακτικές που προτάθηκαν, είναι η επακριβής εφαρμογή της νομοθεσίας που σχετίζεται με τη διαπολιτισμική εκπαίδευση, από τα άτομα που κατέχουν ηγετική θέση, η συνεργασία με μη κυβερνητικές οργανώσεις για τον εμβολιασμό των παιδιών που προέρχονται από άλλες χώρες, η προώθηση της επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των γηγενών παιδιών και των γονέων τους με τα αλλοδαπά παιδιά και τους γονείς τους, καθώς και η επισήμανση των θετικών σημείων της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης σε όσους αντιδρούν στη συνύπαρξη αυτή.

Αναφορές:

Δ3: «*Σε ένα σχολείο χωράνε όλα τα παιδιά, είναι δικαίωμα όλων των παιδιών και με σεβασμό και με αποδοχή και με κατανόηση. Πρέπει για όλα τα παιδιά να ισχύει το ίδιο*»**.**

Δ5: «*Είναι η συνεργασία με τους γονείς, δηλαδή η ενημέρωση στους γονείς. Κάτι άλλο δεν μπορείς να κάνεις, βασικά με τους γονείς, μόνο μία απλή κουβέντα*».

Δ6: «*Οφείλουμε να συνεργαζόμαστε με τις μη κυβερνητικές οργανώσεις, που συνήθως φέρνουν αυτά τα παιδιά στο σχολείο, να φροντίσουν για τον εμβολιασμό τους*».

Δ7: «*Ευαισθητοποίηση των γηγενών γονέων να προσκαλούνται τα παιδιά που προέρχονται από αλλού στα πάρτυ και να βγαίνουν έξω με τα υπόλοιπα παιδιά. Οι γονείς έχουν, δεν ξέρω αν το γνωρίζετε, τα τελευταία χρόνια έχουν ομάδες viber, εκεί προσπαθούμε έτσι ώστε να ενταχθούν και οι αλλοδαποί γονείς, για να μπορούν να ενημερώνονται, κτλ. Να έχουν μία κοινή έξοδο και να συμμετέχουν και τα παιδιά τους σε κοινές δραστηριότητες».*

Δ9: «*Πρέπει να ξέρει ο κάθε γονιός ότι το διαφορετικό είναι αποδεκτό στο σχολείο και μάλιστα το επιδιώκουμε, γιατί είναι πλούτος σε μία τάξη. Γιατί είναι ευκαιρία να αλληλεπιδράσεις με διαφορετικούς πολιτισμούς, με διαφορετικές κουλτούρες και να μάθεις άλλα πράγματα για άλλους λαούς… Η αλληλεπίδραση και η αρμονική συνύπαρξη θα διευκολύνουν το παιδί να αναπτύξει αυτή τη διαπολιτισμική ικανότητα και δεξιότητα. Έτσι, σίγα – σιγά αρχίζουν και οι γονείς να το δέχονται*».

Ερώτηση 11: Σε περιπτώσεις σχολικού εκφοβισμού (bullying), ποιες πρακτικές οφείλει να ακολουθεί ο/η διευθυντής/-τρια, προκειμένου να διατηρηθεί η ισορροπία των σχέσεων και η ψυχική ηρεμία μεταξύ των μαθητών – θυτών και των μαθητών – θυμάτων;

Πίνακας 12: Απαντήσεις ενδέκατης ερώτησης

Απαντήσεις	**Αριθμοί δείγματος με τις ίδιες απαντήσεις**
Ενημέρωση, συνεργασία και διάλογος τόσο μεταξύ των μελών του σχολείου όσο και με τους γονείς των μαθητών	Δ1, Δ2, Δ4, Δ6, Δ7, Δ8, Δ10, Δ12, Δ13
Προγράμματα, παιχνίδια και δραστηριότητες βιωματικού τύπου (π.χ. θεατρικό παιχνίδι), που στόχο έχουν τη συναισθηματική ανάπτυξη των μαθητών	Δ1, Δ3, Δ5, Δ6, Δ9, Δ10, Δ11, Δ13
Συνεργασία με ειδικούς (π.χ. ψυχολόγους,	Δ4, Δ6, Δ7, Δ8, Δ12, Δ13

κοινωνικούς λειτουργούς, σχολικούς συμβούλους)	
Ύπαρξη εκπαιδευτικής πολιτικής και προγραμμάτων πρόληψης	Δ4, Δ7, Δ9, Δ11, Δ13
Αλλαγή του σχολικού περιβάλλοντος των μαθητών - θυτών	Δ1, Δ13

Σχόλια:

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα πιστεύουν ότι η ισορροπία των σχέσεων και η ψυχική ηρεμία μεταξύ των μαθητών – θυτών και των μαθητών – θυμάτων, μπορεί να διατηρηθεί μέσω της ενημέρωσης, της συνεργασίας και του διαλόγου τόσο μεταξύ των μελών του σχολείου όσο και με τους γονείς των μαθητών. Οκτώ από τους δεκατρείς συμμετέχοντες απάντησαν ότι η ισορροπία των σχέσεων μπορεί να διατηρηθεί μέσα από προγράμματα, παιχνίδια και δραστηριότητες βιωματικού τύπου, όπως το θεατρικό παιχνίδι, που στόχο έχουν τη συναισθηματική ανάπτυξη των μαθητών. Η συνεργασία με ειδικούς, όπως οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι σχολικοί σύμβουλοι, μπορούν να συμβάλλουν καθοριστικά στην αντιμετώπιση τέτοιων φαινομένων, όπως και η ύπαρξη εκπαιδευτικής πολιτικής και πρόληψης για τα ζητήματα αυτά. Δύο από τους συμμετέχοντες, πρότειναν ακόμη και την αλλαγή του σχολικού περιβάλλοντος των μαθητών – θυτών, ως πρακτική διατήρησης της ισορροπίας των σχέσεων και της ψυχικής ηρεμίας μεταξύ των παιδιών του σχολείου.

Αναφορές:

Δ3: «*Σε όλες τις δυσκολίες, χρησιμοποιούμε δραστηριότητες βιωματικού τύπου… Για να μπορούν να καταλάβουν τα παιδιά, να προάγουμε δηλαδή τη φιλία, την αλληλοϋποστήριξη, τη βοήθεια ο ένας προς τον άλλον. Έτσι, μέσα από παιχνίδια, μέσα από δραστηριότητες ότι είμαστε μια ομάδα, ότι κανείς δεν πρέπει να μένει έξω από την ομάδα, ότι συμμετέχουμε όλοι ισότιμα, βγαίνει αυτό στα παιδιά*».

Δ9: «*Να υπάρχει μια πολιτική για τον εκφοβισμό ώστε, όταν έχουμε να αντιμετωπίσουμε κάτι, να μην ψαχνόμαστε εκείνη την ώρα και μάλιστα, σε αυτή την πολιτική να υπάρχει και πρόγραμμα πρόληψης τέτοιων φαινομένων ή διάγνωσης αυτών των φαινομένων… Το να βάλουμε τα παιδιά να συζητούν μεταξύ τους τα ζητήματα που έχουν ή το τι ένιωσαν ότι δέχονται από το συμμαθητή τους και να τους ακούνε κάποια άλλα παιδιά και να τα μοιράζονται. Θεω-*

ρώ, ότι είναι ένα πρώτο βήμα για να ακούν τον άλλον και να σεβόμαστε και τη γνώμη του, ακόμη και όταν διαφωνούν».

Δ13: «*Ενημέρωση των γονέων. Στην έσχατη περίπτωση, απομάκρυνση του μαθητή από το σχολείο, όταν έχεις εξαντλήσει όλα τα άλλα περιθώρια και του νόμου και της ευαισθησίας και της εκπαιδευτικής ζωής. Σεμινάρια, συνεδρίες, ομιλίες με όλους τους υπεύθυνους. Τα ίδια τα παιδιά, τα βάζουμε στη διαδικασία μέσα από δράσεις να γευτούν ως ρόλο το bullying, ώστε να καταλάβουν αυτό που διέπει όλες μας τις τάξεις: Μην κάνεις στον άλλον, αυτό που δε θέλεις να σου κάνει και εκείνος».*

Ερώτηση 12: Ποιες είναι οι δυσκολίες για τη σύγχρονη εκπαιδευτική διοίκηση και ηγεσία στη συνολική αντιμετώπιση τέτοιων φαινομένων;

Πίνακας 13: Απαντήσεις δωδέκατης ερώτησης

Απαντήσεις	**Αριθμοί δείγματος με τις ίδιες απαντήσεις**
Αδιαφορία και δυσπιστία των γονέων	Δ2, Δ5, Δ6, Δ7, Δ12, Δ13
Έλλειψη συστηματικής επιμόρφωσης τόσο των εκπαιδευτικών όσο και των διευθυντών/-τριών	Δ3, Δ4, Δ5, Δ8, Δ9,
Έλλειψη χρόνου, εξαιτίας των πολλών αρμοδιοτήτων	Δ1, Δ6, Δ8, Δ10
Έλλειψη δομών (προσωπικό, σχολικοί ψυχολόγοι, κέντρα πρόληψης, κέντρα ψυχικής υγείας, τμήματα εκμάθησης της ελληνικής γλώσσας)	Δ1, Δ6, Δ8, Δ11
Διαφορετικές στάσεις και αντιλήψεις, όσον αφορά τη διαχείριση τέτοιων φαινομένων από τα μέλη της εκπαιδευτικής κοινότητας	Δ3, Δ12
Αδυναμία προσαρμογής των αναλυτικών προγραμμάτων στις ανάγκες της κάθε σχολικής μονάδας	Δ6, Δ9
Ιδεολογίες γονέων, τοπικής κοινωνίας και πολιτικών ομάδων που ανήκουν στο φάσμα του ρατσισμού	Δ11, Δ13

Σχόλια:

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα θεωρεί ότι η σημαντικότερη δυσκολία για τη σύγχρονη εκπαιδευτική διοίκηση και ηγεσία στη συνολική αντιμετώπιση των φαινομένων που αναλύθηκαν παραπάνω, είναι η αδιαφορία και δυσπιστία των γονέων, οι οποίοι δεν ενδιαφέρονται για αυτά τα ζητήματα και αδυνατούν να πιστέψουν ότι τα παιδιά τους έχουν παραβατική συμπεριφορά. Άλλος σημαντικός παράγοντας που λειτουργεί ανασταλτικά σε αυτή την προσπάθεια, είναι η έλλειψη της συστηματικής επιμόρφωσης τόσο του εκπαιδευτικού προσωπικού όσο και των ίδιων διευθυντών/-τριών, καθώς και η έλλειψη χρόνου, εξαιτίας των πολλών αρμοδιοτήτων και δομών, όπως η έλλειψη προσωπικού, σχολικών ψυχολόγων, κέντρων πρόληψης της ψυχικής υγείας και τμημάτων εκμάθησης της ελληνικής γλώσσας. Στους παράγοντες που δυσκολεύουν το έργο της εκπαιδευτικής διοίκησης και ηγεσίας, οι συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν, επίσης, τις διαφορετικές στάσεις και αντιλήψεις, όσον αφορά τη διαχείριση των φαινομένων αυτών, από τα μέλη της εκπαιδευτικής κοινότητας, την αδυναμία προσαρμογής των αναλυτικών προγραμμάτων στις ανάγκες της κάθε σχολικής μονάδας, καθώς και τις ιδεολογίες των γονέων, της τοπικής κοινωνίας και πολιτικών ομάδων που ανήκουν στο φάσμα του ρατσισμού και δυσκολεύουν το έργο τους.

Αναφορές:

Δ1: «*Μία από τις σοβαρότερες δυσκολίες αυτή τη στιγμή για τη διοίκηση - διεύθυνση, είναι η έλλειψη χρόνου και δομών με πολύ συγκεκριμένο χαρακτήρα, ακόμα και μέσα στο σχολείο, δηλαδή να δοθούν αρμοδιότητες σε μία ομάδα να κάνει αυτό. Οπότε, είναι όλοι για πολλά και κάπου δηλαδή στο τέλος, έρχονται πάρα πολλά πράγματα, τεράστιος όγκος στο διευθυντή ή και ακόμα και στους υποδιευθυντές».*

Δ2: «*Οι ίδιοι οι γονείς αδιαφορούν, δεν ακούν, κλείνουν τα αυτιά τους. Όχι δεν το κάνουν επίτηδες, απλά επειδή έχουν σαν θέμα την οικονομική επιβίωση, δεν ασχολούνται τόσο όσο παλιότερα με τον ψυχισμό των παιδιών, με τη σχέση των παιδιών μεταξύ τους, με την κοινωνικοποίηση. Πιο πολύ τους ενδιαφέρει η επιβίωση και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μας δυσκολεύει αρκετά*».

Δ9: «*Η έλλειψη συστηματικής επιμόρφωσης. Επιμόρφωσης που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των εκπαιδευτικών και να υπάρχει μία συνέχεια. Όχι μία επιμόρφωση, μιας ημέρας, τεσσάρων ωρών και την επόμενη φορά πάμε σε ένα άλλο θέμα, τελείως διαφορετικό. Και ε-*

πίσης, η δυνατότητα τα αναλυτικά προγράμματα να προσαρμόζονται στις ανάγκες και στα δεδομένα της κάθε σχολικής μονάδας και να υπάρχει αυτονομία».

Δ11: «*Οι γονείς, η τοπική κοινωνία και οι ομάδες πολιτικών ιδεολογιών που ανήκουν στο φάσμα του ρατσισμού. Είναι αυτές οι ομάδες, οι οποίες πραγματικά μπαίνουν εμπόδιο στο έργο μας, μας απειλούν, μας δημιουργούν πολλή ένταση. Θα πρέπει να έχεις πολλή δύναμη εσωτερική, ψυχική, να νιώθεις ότι αυτό που κάνεις είναι ένα έργο, όχι μόνο μιας ιδεολογίας, αλλά είναι μια ανθρωπιά. Να συνειδητοποιείς το δράμα όλων αυτών των ανθρώπων, είτε προέρχονται από άλλες χώρες είτε γίνεται εσωτερικός σχολικός εκφοβισμός*».

4ος θεματικός άξονας: Η σύγχρονη ηγεσία μέσα από προτάσεις βελτίωσης της φροντίδας της υγείας στο χώρο της εκπαίδευσης.

Ερώτηση 13: Πώς κρίνετε τις υπάρχουσες παρεμβάσεις του υπουργείου Παιδείας, που αφορούν την αγωγή της υγείας στο σχολείο και τα αντίστοιχα προγράμματα που προτείνει;

Πίνακας 14: Απαντήσεις δέκατης τρίτης ερώτησης

Απαντήσεις	**Αριθμοί δείγματος με τις ίδιες απαντήσεις**
Λίγες και αποσπασματικές, που δεν επαρκούν	Δ2, Δ3, Δ4, Δ6, Δ8, Δ10, Δ11, Δ12, Δ13
Θετικά. Τα προγράμματα είναι οργανωμένα και προς τη σωστή κατεύθυνση	Δ1, Δ5, Δ7
Θα μπορούσε να υπάρχει προληπτικός έλεγχος σε συστηματική βάση από οδοντιάτρους, παιδιάτρους, ψυχολόγους και ύπαρξη νοσοκόμων στο σχολείο	Δ1, Δ6, Δ8
Θα έπρεπε η επιμόρφωση των εκπαιδευτικων και των στελεχών σε θέματα υγείας να ήταν υποχρεωτική	Δ3, Δ6, Δ13
Υπάρχει έλλειψη αξιοπιστίας όσον αφορά το εκπαιδευτικό υλικό και τους τρόπους εφαρμογής που προτείνει το υπουργείο και έλλειψη κινήτρων για τους εκπαιδευτικούς να υλοποιήσουν αυτά τα προγράμματα	Δ9, Δ11

Σχόλια:

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα απάντησαν ότι οι παρεμβάσεις του υπουργείου Παιδείας είναι λίγες και αποσπασματικές και τα προγράμματα που προτείνει δεν επαρκούν. Τρεις από τους δεκατρείς συμμετέχοντες κρίνουν τις παρεμβάσεις ως θετικές και ότι τα προγράμματα που προτείνει είναι προς τη σωστή κατεύθυνση, ενώ για άλλους τρεις από τους συμμετέχοντες, θα μπορούσε να υπάρχει προληπτικός έλεγχος σε συστηματική βάση από οδοντιάτρους, παιδιάτρους, ψυχολόγους και ύπαρξη νοσοκόμων στο σχολείο, οι οποίοι θα συνέβαλλαν στην αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων. Μια άλλη άποψη που υποστηρίχθηκε, είναι ότι η υποχρεωτική επιμόρφωση των εκπαιδευτικών και των ηγετικών στελεχών σε θέματα υγείας, θα συνέβαλλε καθοριστικά στην επιτυχία των προγραμμάτων αγωγής της υγείας. Δύο από τους δεκατρείς συμμετέχοντες σημείωσαν την έλλειψη αξιοπιστίας, όσον αφορά το εκπαιδευτικό υλικό και τον τρόπο εφαρμογής αυτών των προγραμμάτων που προτείνει το υπουργείο Παιδείας, καθώς και την έλλειψη κινήτρων για τους εκπαιδευτικούς να υλοποιήσουν αυτά τα προγράμματα.

Αναφορές:

Δ1: «*Θετικά, τα κρίνω. Είναι σε θετική κατεύθυνση, δηλαδή ασχολείται αρκετά. Αυτό που ίσως δεν κάνει, είναι η έλλειψη του παλιού σχολιάτρου που υπήρχε, που περνούσε και έβλεπε κάποια πολύ σοβαρά πράγματα… Σε σχέση με τα χρόνια που ξεκίνησα να δουλεύω, δεν έχει καμία σχέση. Είναι πολύ πιο οργανωμένες. Αυτό που λείπει όπως είπα, είναι κάποιοι έλεγχοι, όπως οι οδοντίατροι*».

Δ3: «*Υπάρχουν παρεμβάσεις, αλλά θεωρώ ότι δεν επαρκούν. Χρειάζονται περισσότερες, σε μια μόνιμη και πιο προγραμματισμένη βάση και να γίνονται επιμορφώσεις για όλα τα στελέχη της εκπαίδευσης*».

Δ9: «*Το υπουργείο προτείνει προγράμματα, αλλά υπάρχει έλλειψη αξιοπιστίας όσον αφορά το εκπαιδευτικό υλικό με το οποίο εξοπλίζει και εφοδιάζει τα σχολεία. Αυτό είναι ένα μεγάλο μείον, σε ό,τι δράσεις γίνονται. Απλά τις κοινοποιεί και ζητά να εφαρμοστούν. Από εκεί και πέρα, είναι θέμα του κάθε εκπαιδευτικού να βρει το υλικό κι αν αυτό είναι το κατάλληλο και πώς θα το εφαρμόσει στην τάξη. Είναι θέμα σε ποια ώρα θα εφαρμοστεί… Επίσης, υπάρχει έλλειψη κινήτρων στους εκπαιδευτικούς να εφαρμόσουν συστηματικά αυτά τα προγράμματα, τα οποία προτείνει το υπουργείο Παιδείας, αλλά χωρίς να στηρίζει τον εκπαιδευτικό… Θα πρέπει να στηρίζεται το κάθε σχολείο στην εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων και να υπάρχει συνέχεια. Όχι τη μία χρονιά το ένα και την επόμενη κάποιο άλλο*».

Ερώτηση 14: Κατέχοντας μια ηγετική θέση στο χώρο της εκπαίδευσης, ποιες παρεμβάσεις πιστεύετε ότι θα συντελούσαν στην προαγωγή της υγείας των παιδιών του σχολείου;

Πίνακας 15: Απαντήσεις δέκατης τέταρτης ερώτησης

Απαντήσεις	**Αριθμοί δείγματος με τις ίδιες απαντήσεις**
Υποχρεωτική επιμόρφωση τόσο των μελών του σχολείου όσο και των γονέων για θέματα που σχετίζονται με την υγεία (π.χ. πρώτες βοήθειες, διατροφή, καθαριότητα, ατομική φροντίδα, κάπνισμα, ατυχήματα)	Δ1, Δ2, Δ4, Δ6, Δ7, Δ10, Δ12, Δ13
Συνεργασία του σχολείου τόσο μεταξύ των μελών του όσο και με τους γονείς και τους φορείς της τοπικής κοινότητας	Δ1, Δ3, Δ6, Δ10
Ευαισθητοποίηση και ενθάρρυνση των εκπαιδευτικών να ακολουθούν προγράμματα αγωγής της υγείας	Δ5, Δ10, Δ11
Καλύτερος σχεδιασμός των προγραμμάτων προαγωγής της υγείας	Δ9, Δ11, Δ13
Ύπαρξη καλύτερων δομών στα σχολεία (περισσότερο προσωπικό – μικρότερος αριθμός παιδιών σε κάθε αίθουσα, μικρότερες σχολικές μονάδες – καλύτερη αντιληπτικότητα των θεμάτων ψυχικής υγείας)	Δ8

Σχόλια:

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα πιστεύει ότι η υποχρεωτική επιμόρφωση τόσο των μελών του σχολείου όσο και των γονέων για θέματα που σχετίζονται με την υγεία, όπως είναι οι πρώτες βοήθειες, η διατροφή, η καθαριότητα, η ατομική φροντίδα, το κάπνισμα και τα ατυχήματα, μπορεί να συντελέσει στην προαγωγή της υγείας των παιδιών του σχολείου. Παράλληλα, προς αυτή την κατεύθυνση φαίνεται ότι κινείται και η συνεργασία του σχολείου τόσο μεταξύ των μελών του όσο και με τους γονείς και τους φορείς της τοπικής κοινότητας, για την από κοινού επίλυση των ζητημάτων που σχετίζονται με την υγεία. Άλλες παρεμβάσεις που συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας των παιδιών είναι η ευαισθητοποίηση και ενθάρρυνση των εκπαιδευτικών από τα ηγετικά στελέχη να ακολου-

θούν προγράμματα αγωγής της υγείας, καθώς και ο καλύτερος σχεδιασμός των προγραμμάτων αυτών. Ένας από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, εξέφρασε την άποψη ότι η ύπαρξη καλύτερων δομών στα σχολεία, μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στην προαγωγή της υγείας των παιδιών. Δηλαδή, όταν υπάρχει περισσότερο προσωπικό, ο αριθμός των παιδιών σε κάθε αίθουσα είναι μικρότερος, ενώ η δημιουργία μικρότερων σχολικών μονάδων θα βοηθούσε στην καλύτερη αντιληπτικότητα των θεμάτων ψυχικής υγείας των παιδιών και στην άμεση αντιμετώπισή τους.

Αναφορές:

Δ2: «*Θα πρέπει να έχουμε περισσότερη ενημέρωση, επιμόρφωση. Δηλαδή, θα πρέπει όλοι οι εκπαιδευτικοί να εκπαιδεύονται πάνω στα ζητήματα που αφορούν την υγεία των παιδιών*».

Δ8: «*Η αποσπασματικότητα δε βοηθάει. Θεωρώ ότι θα πρέπει να υπάρχει προσωπικό, περισσότεροι διορισμοί, έτσι ώστε να είναι λιγότερα τα παιδιά μέσα στις τάξεις… Θα πρέπει να υπάρχει ένας κεντρικός σχεδιασμός, να γίνουν και ακόμη περισσότερα σχολεία, με σωστές προδιαγραφές και να διοριστεί κόσμος, ώστε να μικρύνει ο αριθμός των παιδιών. Οι σχολικές μονάδες θα πρέπει να είναι μικρότερες. Μέσα σε μικρότερες σχολικές μονάδες, γίνονται καλύτερα αντιληπτά τα θέματα ψυχικής υγείας*».

Δ10: «*Η ευαισθητοποίηση όλων, η ενημέρωση όλων, η πρόληψη που πρέπει όλοι να φροντίζουμε, όπως είπα η καθαριότητα, η επικινδυνότητα των σημείων. Η εφαρμογή κάποιων πολύ βασικών θεμάτων για την καθαριότητα του σώματος και η πολύ καλή συνεργασία εκπαιδευτικών - γονέων - μαθητών και όλων των εμπλεκόμενων, που έχουν σχέση με την υγεία των μαθητών, με το υπουργείο Υγείας, οδοντιάτρους, ψυχολόγους και με το γραφείο αγωγής της υγείας*».

Δ12: «*Πρέπει να γίνει ουσιαστική παρέμβαση προς τους γονείς, την οποία θα οργανώνει το σχολείο με ειδικούς ομιλητές και θα τους επιμορφώνουν σε πράγματα… Η υγεία των παιδιών, πέρα από εμάς τους εκπαιδευτικούς που οφείλουμε να την διασφαλίζουμε στο χώρο του σχολείου, εξαρτάται κατά βάση από τους γονείς. Δεν είμαστε υπεύθυνοι, πέρα από το χώρο του σχολείου για την υγεία τους. Οπότε, αν θέλουμε υγιή παιδιά, πρέπει να επιμορφώσουμε και να συμβουλέψουμε τους γονείς που τα επιμελούνται*».

Ερώτηση 15: Μια ηγεσία για να θεωρηθεί αποτελεσματική σε θέματα που σχετίζονται με την υγεία, ποια χαρακτηριστικά οφείλει να έχει;

Πίνακας 16: Απαντήσεις δέκατης πέμπτης ερώτησης

Απαντήσεις	**Αριθμοί δείγματος με τις ίδιες απαντήσεις**
Κατάλληλη επιμόρφωση	Δ1, Δ2, Δ3, Δ4, Δ5, Δ10, Δ12
Συνεργασία με το σύλλογο διδασκόντων, τους φορείς και τους γονείς των παιδιών	Δ4, Δ6, Δ7, Δ8, Δ9, Δ12, Δ13
Σχεδιασμός προληπτικών μέτρων, όπως δράσεις που θα απευθύνονται τόσο στους μαθητές όσο και στους γονείς τους	Δ1, Δ6, Δ8, Δ10, Δ12
Ενδιαφέρον για τη σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών	Δ1, Δ4, Δ6, Δ7
Δημοκρατική συμπεριφορά, όραμα και ξεκάθαρους στόχους, καθορισμένους ανάλογα με τις ανάγκες των μαθητών/-τριών	Δ9, Δ11, Δ13
Δεξιότητες επικοινωνίας, συνεργασίας, ενσυναίσθησης και επίλυσης προβλημάτων	Δ3, Δ8
Παρακίνηση και κίνητρα στους εκπαιδευτικούς να επιμορφωθούν πάνω σε θέματα υγείας	Δ1, Δ2

Σχόλια:

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν ότι μια ηγεσία για να θεωρηθεί αποτελεσματική σε θέματα που σχετίζονται με την υγεία οφείλει αρχικά, να έχει την κατάλληλη επιμόρφωση για αυτά τα ζητήματα και δεύτερον, να συνεργάζεται με τους εκπαιδευτικούς του σχολείου, τους διάφορους εξωτερικούς φορείς και τους γονείς των παιδιών, για την από κοινού αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων. Παράλληλα, οφείλει να δείχνει ενδιαφέρον για τη σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών, να σχεδιάζει προληπτικά μέτρα αντιμετώπισης, όπως δράσεις που θα απευθύνονται τόσο στα παιδιά όσο και στους γονείς τους και να έχει δημοκρατική συμπεριφορά, όραμα και ξεκάθαρους στόχους, καθορισμένους και προσαρμοσμένους στις ανάγκες των μαθητών/-τριών. Άλλες δεξιότητες που πρέπει να έχει ο αποτελεσματικός ηγέτης, είναι αυτές της επικοινωνίας, της συνεργασίας, της ενσυναίσθησης και της επίλυσης των προβλημάτων. Επίσης, η παρακίνηση και τα κίνητρα που παρέχουν οι ηγέτες στους εκπαιδευτικούς, προκειμένου να υλοποιούν προγράμματα αγωγής της υγείας, καθορίζει αποτελεσματικά την πρόληψη των προβλημάτων υγείας εντός της σχολικής μονάδας.

Αναφορές:

Δ1: «*Θα πρέπει η ηγεσία να ενημερώνεται, αλλά και να φροντίζει για την ενημέρωση του προσωπικού. Θα πρέπει, επίσης, να νοιάζεται, να έχει πραγματικό ενδιαφέρον και για τη σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών… Να εμπνέει τους εκπαιδευτικούς συνεχώς και να τους δίνει κίνητρα να μη σταματάνε να εφαρμόζουν τέτοια προγράμματα, όχι μόνο να ενημερώνονται*».

Δ3: «*Να έχει σίγουρα γνώσεις, αλλά και δεξιότητες επικοινωνίας. Να έχει δεξιότητες, που να βοηθούν στην επίλυση προβλημάτων και συγκρούσεων*».

Δ9: «*Ξεκάθαρο όραμα, ξεκάθαρους στόχους από κοινού προσδιορισμένους και καθορισμένους με βάση τις ανάγκες του μαθητικού δυναμικού της περιοχής, γενικότερα της εκπαιδευτικής κοινότητας στην οποία θα εφαρμοστεί. Επικοινωνία αυτού του προγράμματος και στα άλλα μέλη της εκπαιδευτικής κοινότητας, γονείς, τοπική αυτοδιοίκηση και συνεργασίες*».

Ερώτηση 16: Ποιο μοντέλο εκπαιδευτικής ηγεσίας θεωρείτε ότι είναι το πιο αποτελεσματικό σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας; Εσείς ποιο ακολουθείτε και γιατί;

Πίνακας 17α: Απαντήσεις δέκατης έκτης ερώτησης

Απαντήσεις	**Αριθμοί δείγματος με τις ίδιες απαντήσεις**
Δημοκρατικό στυλ – συμμετοχική ηγεσία	Δ1, Δ2, Δ3, Δ4, Δ5, Δ7, Δ8, Δ9, Δ10, Δ11
Συνδυασμός μοντέλων εκπαιδευτικής ηγεσίας, ανάλογα με τις περιστάσεις	Δ12, Δ13
Κατανεμημένη ηγεσία	Δ6

Σχόλια:

Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα πιστεύει ότι το πιο αποτελεσματικό μοντέλο εκπαιδευτικής ηγεσίας σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας, είναι το δημοκρατικό στυλ ηγεσίας, η συμμετοχική δηλαδή ηγεσία, η οποία λαμβάνει υπόψη τη γνώμη και τις προτάσεις τόσο των εκπαιδευτικών όσο και των παιδιών και των γονέων τους για την από κοινού αντιμετώπιση και πρόληψη των διαφόρων προβλημάτων υγείας εντός της σχολικής μονάδας. Δύο από τους συμμετέχοντες απάντησαν ότι δεν υπάρχει ένα μοντέλο κατάλληλο για όλες τις περιστάσεις. Ακόμη και για τα θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας και ανάλογα με την περίπτωση και την περίσταση, ο ηγέτης οφείλει να

ακολουθεί ένα συνδυαστικό μοντέλο, που θα φέρει χαρακτηριστικά από όλα τα μοντέλα εκπαιδευτικής ηγεσίας. Ένα άτομο του δείγματος ανέφερε πως το καταλληλότερο μοντέλο εκπαιδευτικής ηγεσίας σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας, είναι η κατανεμημένη ηγεσία, κατά την οποία όλα τα μέλη της εκπαιδευτικής κοινότητας, ακόμη και οι γονείς των παιδιών, αναλαμβάνουν να υλοποιήσουν ξεχωριστά κάποιες αρμοδιότητες και έπειτα, όλοι μαζί αξιολογούν τα αποτελέσματα αυτών των ενεργειών.

Αναφορές:

Δ4: «*Ένα μοντέλο που πρέπει να υπάρχει σε όλα τα σχολεία, είναι όλα τα θέματα υγείας να αντιμετωπίζονται συλλογικά, δηλαδή συλλογική διοίκηση θα έλεγα. Πώς θα γίνει αυτό; Να παροτρύνουμε το εκπαιδευτικό προσωπικό να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες, να κάνουμε ομάδα εργασίας, ώστε ο καθένας να ξέρει το ρόλο του σε ένα τέτοιο θέμα, ώστε να συμβάλλει αποτελεσματικά*».

Δ5: «*Η κατανεμημένη ηγεσία θα έλεγα, ώστε να υπάρχουν μοιρασμένες ευθύνες στα μέλη της εκπαιδευτικής μας κοινότητας, αλλά και στους γονείς και τους μαθητές. Όχι μόνο οι εκπαιδευτικοί. Ο καθένας να αναλάβει έναν τομέα και να τον φέρει σε πέρας και όλοι μαζί μετά να συναντιόνται και να συζητούν για τα αποτελέσματα… Γιατί και οι γονείς πολλές φορές έχουν γνώσεις ιατρικές, που θα μπορούσαν να τις φέρουν στο σχολείο και να αποτελέσουν και αυτοί ένα κομμάτι της δουλειάς πάνω σε θέματα υγείας, που θα γίνει μέσα από αυτούς*».

Πίνακας 17β: Απαντήσεις δέκατης έκτης ερώτησης

Απαντήσεις	**Αριθμοί δείγματος με τις ίδιες απαντήσεις**
Δημοκρατικό μοντέλο – συμμετοχική ηγεσία	Δ1, Δ2, Δ3, Δ4, Δ5, Δ7, Δ8, Δ9, Δ10, Δ11
Συνδυασμός μοντέλων εκπαιδευτικής ηγεσίας, ανάλογα με τις περιστάσεις	Δ12, Δ13
Κατανεμημένη ηγεσία	Δ6

Σχόλια:

Παρατηρείται μια απόλυτη σύμπνοια στις απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα, σχετικά τόσο με το ποιο μοντέλο εκπαιδευτικής ηγεσίας θεωρούν το πιο αποτελεσματικό σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας όσο και ως προς το ποιο μοντέλο ακολουθούν οι ίδιοι κατά την άσκηση των διευθυντικών τους καθηκόντων.

Αναφορές:

Δ1: «*Το δημοκρατικό μοντέλο ή αλλιώς συμμετοχική ηγεσία, όπου όλοι συμμετέχουν και λένε τις απόψεις τους. Βέβαια, ο διευθυντής είναι ο ηγέτης και ο οραματιστής, αυτός που βάζει πιο πάνω έναν στόχο και ακούει τους άλλους και συνθέτει… Αυτό, είναι γενικότερος κανόνας και για θέματα προαγωγής της υγείας, φυσικά*».

Δ3: «*Το συμμετοχικό ακολουθώ, γιατί είμαι πεπεισμένη ότι μόνο μέσα από τη συμμετοχή όλων μπορούμε να έχουμε αποτελέσματα σε όλα τα επίπεδα στο χώρο του σχολείου*».

Δ12: «Δε πιστεύω ότι υπάρχει ένα μοντέλο. Υπάρχουν συμπεριφορές, τις οποίες μπορείς να αντλήσεις κατά περίπτωση για να μπορείς να προσαρμοστείς στο να λύσεις το θέμα που θέλεις. Δηλαδή, υπάρχουν στιγμές που θα πρέπει να είσαι πιο διαλεκτικός, πιο συνεργάσιμος και καμία φορά να ακούσεις και τη γνώμη των άλλων. Οπότε, να έχεις ένα πιο συνεργατικό προφίλ. Υπάρχουν στιγμές που θα πρέπει να είσαι απόλυτος, γιατί έτσι είναι, έχω περισσότερη εμπειρία ή έτσι λέει ο νόμος, οπότε προχωράμε έτσι. Άρα, μιλάμε για πιο συναλλακτικό στυλ. Οπότε, δε θεωρώ πως είναι μία η λύση. Είναι συμπεριφορές από τα διάφορα μοντέλα, που τελικά δημιουργούν έναν ηγέτη που μπορεί να ελίσσεται ανάλογα με την περίσταση».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

7.1 Συμπεράσματα και ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας

Μετά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας, στην παρούσα ενότητα θα αναλυθούν τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη διαδικασία των συνεντεύξεων. Τα συμπεράσματα αυτά, καθώς και οι προτάσεις της παρούσας μελέτης, είναι απόρροια του κύριου σκοπού της έρευνας, των επιμέρους στόχων και των ερευνητικών ερωτημάτων της, σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα αυτής και το θεωρητικό υπόβαθρο. Κύριος σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση των πρακτικών που ακολουθούν οι σχολικοί ηγέτες σε θέματα που σχετίζονται με την φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση και η μελέτη των προκλήσεων δεοντολογίας που απορρέουν από τις πρακτικές αυτές για τους ίδιους. Τα δεδομένα που προέκυψαν μέσα από τη διεξαγωγή της έρευνας, αναλύονται παρακάτω βάσει της δομής των ερωτήσεων της συνέντευξης, ανά θεματικό άξονα.

Ο πρώτος θεματικός άξονας αφορούσε την εμπειρία των διευθυντών/-τριών σε θέματα υγείας στο χώρο του σχολείου. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με το σημαντικότερό πρόβλημα υγείας που έχουν αντιμετωπίσει ως διευθυντές/-τριες στο χώρο του σχολείου, πώς το αντιμετώπισαν, αν έχουν επιμορφωθεί πάνω σε θέματα υγείας στο χώρο του σχολείου, αν παρατηρούν διαφορές στην αντιμετώπιση των θεμάτων αυτών, σε σχέση με παλαιότερα που δεν κατείχαν ηγετική θέση, να προσδιορίσουν αυτές τις διαφορές και να αναφέρουν τους παράγοντες που επηρεάζουν θετική ή αρνητικά την αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας στο χώρο του σχολείου.

Η έννοια της υγείας στο χώρο του σχολείου, εκτός από ένα υγιεινό σχολικό περιβάλλον, περιλαμβάνει υπηρεσίες που σχετίζονται με τη σχολική υγεία, δραστηριότητες που στοχεύουν στην προαγωγή της υγείας, την επιμόρφωση όλων των μελών του σχολείου πάνω σε θέματα υγείας, καθώς και τον σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής της υγείας, που στόχο έχουν την προαγωγή της σωματικής και ψυχικής υγείας του μαθητικού πληθυσμού. Οι διευθυντές/-τριες που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν ως σημαντικότερα προβλήματα υγείας που έχουν αντιμετωπίσει στο χώρο του σχολείου, τα ατυχήματα σε αυτό και τις επιληπτικές κρίσεις. Όσον αφορά τα ατυχήματα, υπάρχει συσχέτιση με προηγούμενες

μελέτες, βάσει των οποίων τα ατυχήματα στο χώρο του σχολείου αποτελούν τη δεύτερη αιτία παιδικής νοσηρότητας, με σημαντικό κόστος για τις υπηρεσίες υγείας και τη ψυχοσύνθεση των παιδιών. Μάλιστα, σε παιδιά ηλικίας 0 – 14 ετών αποτελούν την κύρια αιτία αναπηρίας και ευθύνονται για τους περισσότερους θανάτους (Σύρου, 2014, σ. 11 - 12). Όσον αφορά τις επιληπτικές κρίσεις, αποτελούν μία χρόνια νόσο, η οποία όμως, δεν μπορεί να σταθεί εμπόδιο στη διατήρηση και συνέχιση της εκπαίδευσης αυτών των παιδιών, ούτε να αποτελέσει τροχοπέδη για τη σωματική και ψυχολογική τους εξέλιξη. Εξάλλου, στο χώρο του σχολείου το κάθε παιδί θεωρείται και αντιμετωπίζεται περισσότερο ως μαθητής και όχι ως ασθενής (Hochu, 2013).

Το σχολείο έχει ρόλο αυξημένης ευθύνης σε ό,τι σχετίζεται με την προαγωγή της υγείας των παιδιών και την πρόληψη των προβλημάτων υγείας. Στην προσπάθεια αυτή, καθοριστικός είναι ο ρόλος της σχολικής ηγεσίας, η οποία προκειμένου να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στην αποστολή του σχολείου, πρέπει να διαθέτει επιστημονικές γνώσεις, εμπειρία και ικανότητες. Η επιμόρφωση των διευθυντών/-τριών πάνω σε θέματα που αφορούν την υγεία στο χώρο του σχολείου, αποτελεί σύμφωνα με έρευνες, επιτακτική ανάγκη στα πλαίσια εκσυγχρονισμού της λειτουργίας των σχολικών μονάδων, προκειμένου να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις και προκλήσεις της σύγχρονης εποχής. Ο ηγέτης και οι εκπαιδευτικοί της σχολικής μονάδας ασκούν τη μεγαλύτερη επιρροή στην απόκτηση υγιεινών συνηθειών και αποτελούν πρότυπα για τους μαθητές του σχολείου (Hogg, Rowan, Russell, Geneau & Muldoon, 2007).

Σύμφωνα με έρευνα της Κουγιουρούκη (2003), η επιμόρφωση συμπληρώνει και βελτιώνει τη βασική εκπαίδευση του εκπαιδευτικού προσωπικού του σχολείου, παρέχοντας την απαιτούμενη επάρκεια, προκειμένου να ανταποκρίνεται με αποτελεσματικότητα στις σύγχρονες απαιτήσεις του σχολείου. Ωστόσο, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν έχει επιμορφωθεί πάνω σε θέματα που αφορούν την υγεία στο χώρο του σχολείου. Όπως ανέφεραν, ένας από τους λόγους της ελλιπούς επιμόρφωσής τους αποτελεί το γεγονός ότι δεν έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα και το υπουργείο Παιδείας προαιρετικά προτείνει κάποια προγράμματα επιμόρφωσης. Αρκετοί από τους συμμετέχοντες προτείνουν την αναγκαιότητα της υποχρεωτικής παρακολούθησης τέτοιων προγραμμάτων και επισημαίνουν την αναγκαιότητα να συμμετέχουν σε αυτά, εκτός από τους ίδιους και τους εκπαιδευτικούς της σχολικής μονάδας και οι γονείς των παιδιών του σχολείου.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα επισήμαναν τη συμβολή των γονέων στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που έχουν αντιμετωπίσει στο χώρο του σχολείου, ως καθοριστική για την επιτυχή επίλυσή τους. Στην ελληνική εκπαίδευση, η επικοινωνία και συνεργασία του σχολείου με την οικογένεια των παιδιών ορίζεται σε ένα πλαίσιο τυπικών σχέσεων, το οποίο δεν περιλαμβάνει την άμεση συμμετοχή των γονέων στη λειτουργία της σχολικής ζωής (Φραγκουδάκη, 1985). Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α., το 66% των γονέων δηλώνουν ότι δεν έχουν αρκετό χρόνο για να ασχοληθούν με τη σχολική ζωή των παιδιών τους, ενώ πολλοί από αυτούς δεν γνωρίζουν και τους τρόπους με τους οποίους θα μπορούσαν να εμπλακούν (Otterbourg, 1998).

Ωστόσο, σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα, η συνεργασία του σχολείου με την οικογένεια του κάθε παιδιού, αποτελεί, μετά την επιμόρφωση των μελών του σχολείου σε θέματα που σχετίζονται με την υγεία, τον σημαντικότερο παράγοντα που επηρεάζει θετικά την αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας. Η συνεργασία αυτή μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στην έγκαιρη παρέμβαση των μελών του σχολείου σε θέματα υγείας των παιδιών, καθώς μέσω αυτής της επικοινωνίας οι γονείς μπορούν να ενημερώσουν το προσωπικό του σχολείου για το ιατρικό ιστορικό των παιδιών τους. Ως κυριότερο παράγοντα που επηρεάζει αρνητικά την αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας στο χώρο του σχολείου, οι συμμετέχοντες στην έρευνα επισήμαναν την έλλειψη αυτής της ενημέρωσης από τους γονείς, σχετικά με την υγεία των παιδιών τους.

Ο δεύτερος θεματικός άξονας είχε ως αντικείμενο μελέτης τις πρακτικές που ακολουθούν οι διευθυντές/-τριες σε ό,τι σχετίζεται με την προαγωγή και αγωγή της υγείας εντός του σχολείου. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με τις πρακτικές που ακολουθούν προκειμένου να συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας εντός της σχολικής μονάδας, αν ακολουθούν προγράμματα αγωγής της υγείας στο σχολείο τους και να προσδιορίσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα ενός τέτοιου προγράμματος, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο η πολιτεία μεριμνά για θέματα που αφορούν την προαγωγή και αγωγή της υγείας εντός του σχολείου. Ουσιαστικά, τα αποτελέσματα των ερωτήσεων του συγκεκριμένου άξονα απαντούν στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα της έρευνας, σχετικά με το ποιες είναι οι πρακτικές που ακολουθούν οι διευθυντές/-τριες, προκειμένου να συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας εντός της σχολικής μονάδας.

Όπως έχει αναφερθεί και στο θεωρητικό μέρος της παρούσας έρευνας, η προαγωγή της υγείας στο χώρο του σχολείου αποτελεί μια διαδικασία, η οποία στοχεύει στην αλλαγή

της στάσης και του τρόπου ζωής των παιδιών, προκειμένου να υιοθετήσουν υγιεινές συνήθειες και να βελτιώσουν την υγείας τους. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα, προκειμένου να συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας των παιδιών, ακολουθούν πρακτικές που σχετίζονται κυρίως με την διοργάνωση ημερίδων και σεμιναρίων για θέματα που αφορούν την υγεία, τόσο για τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς όσο και για τα ίδια τα παιδιά, υλοποιούν προγράμματα αγωγής υγείας που στόχο έχουν την ευαισθητοποίηση των παιδιών, καθώς επίσης, επιδιώκουν την ενημέρωση του σχολείου από και προς τους γονείς για θέματα υγείας των μαθητών. Μια άλλη πρακτική που αναφέρθηκε, είναι η συνεργασία με επιστήμονες υγείας, όπως οι παιδίατροι. Παρατηρούμε, ουσιαστικά, πρακτικές που βασίζονται τόσο στην επιμόρφωση και ενημέρωση για θέματα που αφορούν την υγεία όσο και στις συνεργασίες για την υγεία στο σχολικό περιβάλλον.

Η συμμετοχή των παιδιών στις διάφορες εκδηλώσεις ενημέρωσης σχετικά με τα θέματα που αφορούν την υγεία στο χώρο του σχολείου, αποδεικνύει τη συσχέτιση με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, στα πλαίσια των οποίων, η προαγωγή της υγείας βασίζεται στην ενεργό συμμετοχή των ίδιων των ατόμων στη διαδικασία της αλλαγής και στην υιοθέτηση του υγιεινού τρόπου ζωής (Nutbeam, 2000). Ένα σχολείο προαγωγής της υγείας επιζητά την αλληλεπίδραση με τα μέλη της κοινότητάς του και αξιοποιεί τις δεξιότητές τους, προκειμένου να αναπτύξουν τις γνώσεις τους για την υγεία. Στο σημείο αυτό, διαφαίνεται και ο σπουδαίος ρόλος της βασικής εκπαίδευσης για την υγεία, η οποία συμβάλλει στην καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των ατόμων, με αποτέλεσμα την από κοινού αποτελεσματική αναζήτηση πληροφοριών για τα θέματα και τις υπηρεσίες υγείας (Ratzan, 2001).

Όσον αφορά τα προγράμματα αγωγής της υγείας, το σχολείο αποτελεί ιδανικό περιβάλλον για την υλοποίησή τους, καθώς στην σχολική ηλικία μπαίνουν τα πρώτα θεμέλια που καθορίζουν τα άτομα ως αυριανούς πολίτες, ενώ η ανάπτυξη προγραμμάτων και υπηρεσιών υγείας στο χώρο του σχολείου, μπορεί να θεωρηθεί ως η σημαντικότερη επένδυση για την υγεία μιας οργανωμένης κοινωνίας. Τη σημαντικότητα των προγραμμάτων αγωγής της υγείας φαίνεται ότι αναγνωρίζουν όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα, καθώς μέσα από τις απαντήσεις τους διαπιστώθηκε ότι ακολουθούν τέτοια προγράμματα στο σχολείο τους. Αυτά σχετίζονται συνήθως με θέματα διατροφής, προσωπικής υγιεινής και αναγνώρισης των συναισθημάτων.

Ως προς τους παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αγωγής της υγείας, οι διευθυντές/-τριες που συμμετείχαν στην έρευνα επισημαίνουν, για ακόμη μια φόρα, τη συνεργασία του σχολείου με τους εξωτερικούς φορείς, όπως

την πολιτεία και τις υπηρεσίες υγείας και την ανάγκη συμμετοχής τους στα προγράμματα αυτά. Βασικό παράγοντα επιτυχίας των προγραμμάτων αυτών, αποτελεί και το πόσο ελκυστικά και ενδιαφέροντα είναι για τα ίδια τα παιδιά, ενώ επισημαίνουν ότι η διάθεση των εκπαιδευτικών να υλοποιήσουν ένα τέτοιο πρόγραμμα, επηρεάζει καθοριστικά την αποτελεσματικότητά του. Το συμπέρασμα αυτό έρχεται σε αντιστοιχία με τα βιβλιογραφικά δεδομένα της παρούσας έρευνας, καθώς τόσο οι εκπαιδευτικοί όσο και η ηγεσία του σχολείου ασκούν μεγάλη επιρροή στην επιτυχία των προγραμμάτων αγωγής της υγείας, ανάλογα από τη διάθεση και το χρόνο που αφιερώνουν στην σχολική αίθουσα (Simovska, 2007). Σύμφωνα με έρευνα των Mohammadi, Rowling και Nutbeam (2010), η διάθεση των εκπαιδευτικών να συμμετέχουν σε ένα πρόγραμμα αγωγής της υγείας εξαρτάται από παράγοντες, που σχετίζονται με τις πεποιθήσεις, τις στάσεις, τα κίνητρα και τις προσδοκίες τους από τις δράσεις της προαγωγής της υγείας. Δηλαδή, όταν προσδοκούν θετικά αποτελέσματα από τις δράσεις αυτές και έχουν κίνητρα, θα υλοποιήσουν πιο ενεργά ένα πρόγραμμα αγωγής της υγείας και όσο περισσότερο οι εκπαιδευτικοί δείχνουν ενδιαφέρον για ένα τέτοιο πρόγραμμα τόσο περισσότερο επιδιώκουν την επιτυχία του και αυξάνουν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος αυτού.

Από τη μεριά της πολιτείας, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες στην έρευνα, υπάρχει μέριμνα για τα θέματα που αφορούν την προαγωγή και αγωγή της υγείας εντός του σχολείου, κυρίως μέσω των προγραμμάτων αγωγής της υγείας που προτείνει, τόσο για την ενημέρωση των παιδιών όσο και για την επιμόρφωση των εκπαιδευτικών και των γονέων. Ωστόσο, ένα μεγάλο ποσοστό από αυτούς, θεωρεί ότι δεν παρέχεται ιδιαίτερη βοήθεια από την πολιτεία και ότι υπάρχει έλλειψη συνέχειας και συνέπειας στα προγράμματα που προτείνει. Δηλαδή, δεν υπάρχει μια συγκροτημένη επιμόρφωση των μελών του σχολείου γύρω από αυτά τα θέματα και μια αξιολόγηση αυτών των προγραμμάτων. Για κάποιους από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, αποτελεί μια τυπική διαδικασία, η οποία είναι αδύνατο να ολοκληρωθεί επιτυχώς, εξαιτίας του ασφυκτικού αναλυτικού προγράμματος που έχουν να ακολουθήσουν. Η παραδοχή αυτή συμφωνεί με αντίστοιχη έρευνα που διενεργήθηκε σε πανεπιστήμια της Μεγάλης Βρετανίας, σχετικά με την επιμόρφωση των εκπαιδευτικών και φάνηκε ότι ενώ κάποιες πτυχές που άπτονται των θεμάτων υγείας περιλαμβάνονται στα προγράμματα που προτείνει η πολιτεία, ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η κατάρτισής τους, στερείται συνοχής και είναι αποσπασματικός. Το γεγονός αυτό αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα και για τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς, καθώς δυσκολεύονται να συνδυάσουν

την υγεία με την εκπαίδευση, έχοντας αρνητικά αποτελέσματα και στον μετέπειτα ρόλο τους στην προαγωγή της υγείας εντός του σχολείου (Speller et al., 2010).

Ο τρίτος θεματικός άξονας δομήθηκε βασισμένος στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, σχετικά με το ποιες είναι οι προκλήσεις δεοντολογίας που έχει να αντιμετωπίσει η σύγχρονη εκπαιδευτική ηγεσία κατά την φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση και με ποιους τρόπους τις αντιμετωπίζει. Σε αυτόν τον άξονα, αντικείμενο μελέτης ήταν, κυρίως, η ψυχική υγεία των παιδιών του σχολείου και αναζητήθηκαν οι πρακτικές που ακολουθούν οι σχολικοί ηγέτες σε περιπτώσεις ένταξης παιδιών με διαφορετικό γλωσσικό και πολιτισμικό υπόβαθρο, προκειμένου τα παιδιά αυτά να διατηρούν την ψυχική τους υγεία και να εντάσσονται ομαλά στο σύγχρονο ελληνικό σχολείο. Μια σημαντική πρόκληση δεοντολογίας για τους σχολικούς ηγέτες αποτελεί η αντίδραση των γονέων των γηγενών παιδιών στην ύπαρξη αλλοδαπών μαθητών στο ίδιο σχολείο με τα δικά τους. Σε αυτή την περίπτωση, καλούνται να ισορροπήσουν τόσο τη σχέση του σχολείου με την οικογένεια των γηγενών μαθητών όσο και τη σχέση μεταξύ των γονέων των γηγενών και μη μαθητών. Ένα άλλο ζήτημα που μελετήθηκε στον συγκεκριμένο άξονα είναι το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού (bullying), το οποίο σχετίζεται και αυτό με την ψυχική υγεία τόσο των μαθητών – θυτών όσο και των μαθητών – θυμάτων. Και στην περίπτωση αυτή, ο ρόλος και οι πρακτικές του σχολικού ηγέτη αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για την αποτελεσματική αντιμετώπισή του. Επιπλέον, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες στην έρευνα να προσδιορίσουν τις δυσκολίες της σύγχρονης εκπαιδευτικής διοίκησης και ηγεσίας στη συνολική αντιμετώπιση όλων των παραπάνω φαινομένων.

Η ποιότητα της ηγεσίας που ακολουθείται αποτελεί βασικό παράγοντα μιας αποδοτικής παιδείας, η οποία έχει ως στόχο τον σεβασμό του κάθε μαθητή και την παροχή ίσων ευκαιριών σε όλους. Εξάλλου, στόχος του σχολείου είναι η ενσωμάτωση και συμμετοχή όλων των μαθητών στη μάθηση, ανεξάρτητα από τη διαφορετική γλωσσική και πολιτισμική προέλευσή τους ή την πιθανή ύπαρξη κάποιας χρόνιας ασθένειας ή αναπηρίας (Μάρκου, 1996). Όσον αφορά τη διαπολιτισμική εκπαίδευση, κύριος στόχος ενός ηγέτη είναι η ενδυνάμωση της πολιτισμικής ταυτότητας των μειονοτικών παιδιών και το αίσθημα του «*ανήκειν*», μέσω της αποδοχής της ετερότητας, της επικοινωνίας και της συνεργασίας στο χώρο του σχολείου.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα φαίνεται ότι στηρίζουν το έργο τους στις αρχές της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης, καθώς στόχος τους είναι μέσα από αντιρατσιστικά προγράμματα και πρακτικές που ακολουθούν, να προσεγγίσουν τα παιδιά που προέρχονται από άλ-

λες χώρες και να συμβάλλουν στην ομαλή προσαρμογή τους στο νέο περιβάλλον. Μια από τις πιο βασικές πρακτικές που ακολουθούν, είναι η ίση αντιμετώπιση προς όλα τα παιδιά του σχολείου. Η ενδυνάμωση του αισθήματος του «*ανήκειν*» είναι πολύ σημαντική για τα μειονοτικά παιδιά και συμβάλλει καθοριστικά στις σχολικές τους επιδόσεις. Η σχολική επίδοση, βέβαια, επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό και από τη γνώση της ελληνικής γλώσσας από τα παιδιά αυτά, καθώς σε αντίθετη περίπτωση, αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για τα ίδια τόσο για μια επιτυχημένη σχολική πορεία όσο και για τη συμμετοχή τους στις κοινές δραστηριότητες με τα γηγενή παδιά. Για το λόγο αυτό, αρκετοί από τους συμμετέχοντες προτείνουν την ενισχυτική διδασκαλία για την εκμάθηση της ελληνικής γλώσσας και την κάλυψη των εκπαιδευτικών κενών των μαθητών αυτών. Παράλληλα, η συνεργασία του σχολείου με την οικογένεια του κάθε παιδιού, φαίνεται ότι και στην περίπτωση αυτή, αποτελεί μια σημαντική πρακτική, η οποία συμβάλλει στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των παιδιών με διαφορετικό γλωσσικό και πολιτισμικό υπόβαθρο.

Στο επίκεντρο της διαπολιτισμικής προσέγγισης βρίσκεται η γενική αρχή ότι δε νοείται συμβίωση μεταξύ διαφορετικών πολιτισμικά ατόμων, χωρίς να υπάρχουν αλληλεπιδράσεις. Στα πλαίσια αυτού, αν και αρκετοί από τους συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν ότι δεν έχουν αντιμετωπίσει αντιδράσεις από τις οικογένειες των γηγενών μαθητών, σχετικά με την ύπαρξη αλλοδαπών παιδιών στο σχολείο, κάποιοι άλλοι επισήμαναν παραδείγματα αντιδράσεων, καθώς και τους τρόπους με τους οποίους τα αντιμετώπισαν. Το ζητούμενο στις περιπτώσεις αυτές είναι ο καλύτερος τρόπος διαχείρισης αυτών των αντιδράσεων.

Ως συχνότερο θέμα αντιδράσεων, επισημάνθηκαν τα θέματα που σχετίζονται με την υγιεινή των μειονοτικών παιδιών και κυρίως, την πιθανότητα έλλειψης εμβολιασμών. Στην περίπτωση αυτή, η οριοθέτηση της συμπεριφοράς των γονέων των γηγενών παιδιών και η ενημέρωσή τους σχετικά με το νομικό πλαίσιο, αποτελεί σύμφωνα με τους συμμετέχοντες στην έρευνα, τον καλύτερο τρόπο ανάσχεσης τέτοιων συμπεριφορών. Από την άλλη, οι διευθυντές/-τριες οφείλουν να ευαισθητοποιούν τους γονείς των γηγενών μαθητών και να τους ενημερώνουν με τη βοήθεια ειδικών επιστημόνων για τις θετικές προοπτικές της παρουσίας του «*διαφορετικού*» μαθητή στο σχολείο, καθώς και να τους διαβεβαιώνουν για τη λήψη όλων εκείνων των απαραίτητων υγειονομικών μέτρων, που προάγουν την υγεία τόσο των γηγενών όσο και των αλλοδαπών μαθητών.

Όσον αφορά το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού, έχει αρνητικές συνέπειες για όλα τα εμπλεκόμενα σε αυτόν άτομα. Οι συνέπειες αυτές μπορεί να είναι ψυχολογικές, νο-

ητικές και σωματικές τόσο για τα θύματα, όσο και για τους θύτες και τους παρατηρητές του περιστατικού και μπορεί να εμφανιστούν άμεσα ή μακροπρόθεσμα (Rigby, 2007). Οι συμμετέχοντες στην έρευνα, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα διάφορα φαινόμενα βίας και να ισορροπήσουν τις σχέσεις μεταξύ όλων των μαθητών, ακολουθούν πρακτικές που σχετίζονται με την ενημέρωση, τη συνεργασία και τον διάλογο μεταξύ των μελών του σχολείου, αλλά και του σχολείου με την οικογένεια του κάθε παιδιού, ενώ μέσα από προγράμματα, δραστηριότητες και παιχνίδια βιωματικού τύπου, όπως το θεατρικό παιχνίδι, στοχεύουν στη συναισθητική ανάπτυξη των μαθητών. Για κάποιους, η ύπαρξη εκπαιδευτικής πολιτικής και προγραμμάτων πρόληψης αποτελεί τη σημαντικότερη πρακτική αντιμετώπισης του σχολικού εκφοβισμού. Η τελευταία διαπίστωση συμφωνεί με αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών, οι οποίες επισημαίνουν ότι η ύπαρξη μιας πολιτικής που στόχο έχει την επιμόρφωση και θεσμική δικτύωση των εκπαιδευτικών σε θέματα διαχείρισης περιστατικών σχολικής βίας, έχει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη και αντιμετώπισή τους (Carney & Merrell, 2001 ˙ Craig, Pepler & Blais, 2007).

Σύμφωνα με έρευνα που διενεργήθηκε σε δείγμα 625 εκπαιδευτικών στην Αυστρία και τη Γερμανία, σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης του σχολικού εκφοβισμού, το μεγαλύτερο ποσοστό εκπαιδευτικών (82%) καταφεύγει σε παρεμβάσεις που στηρίζονται στην επιβολή ελέγχου και την άσκηση εξουσίας, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό επιλέγει μη τιμωρητικές πρακτικές, όπως η συνεργασία τόσο με τους θύτες όσο και τα θύματα και η εμπλοκή άλλων ενηλίκων, όπως η οικογένεια και οι διάφοροι φορείς για την αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου (Burger, Strohmeier, Sprober, Bauman & Rigby, 2015). Προς αυτή την κατεύθυνση κινήθηκε και μια άλλη έρευνα, κατά την οποία αποδείχθηκε ότι η επιβολή πειθαρχικών μέτρων για τους θύτες του σχολικού εκφοβισμού, αποτελεί τη πιο συχνή τακτική αντιμετώπισης, αλλά όχι και την πιο αποτελεσματική. Αντίθετα, άλλου είδους πρακτικές που στηρίζονται στην ενεργή συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων μελών του σχολείου, φαίνεται ότι οδηγούν σε πιο μακροπρόθεσμες και αποτελεσματικές λύσεις (Rigby, 2014).

Λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα των παραπάνω ερευνών και συγκρίνοντάς τα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, παρατηρείται μια σύγκλιση απόψεων ως προς τις πρακτικές συνεργασίας που ακολουθούνται και στοχεύουν στην αρμονική συνύπαρξη και την ισορροπία των σχέσεων μεταξύ όλων των μαθητών του σχολείου. Ως προς την επιβολή περιοριστικών μέτρων και άσκησης ελέγχου στους μαθητές - θύτες, συνηγορούν οι απαντήσεις δύο ατόμων από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, οι οποίοι προτείνουν την απο-

μάκρυνση των μαθητών αυτών από το σχολικό περιβάλλον, όταν οι συγκρούσεις δεν επιλύονται και επηρεάζουν την εύρυθμη λειτουργία του σχολείου.

Όσον αφορά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει η σύγχρονη εκπαιδευτική διοίκηση και ηγεσία για την αντιμετώπιση τόσο του σχολικού εκφοβισμού όσο και της ένταξης των μαθητών που διαφέρουν γλωσσικά και πολιτισμικά ή που φέρουν κάποια αναπηρία, η αδιαφορία και δυσπιστία των γονέων αποτελεί για τους συμμετέχοντες στην έρευνα τη μεγαλύτερη δυσκολία. Οι γονείς δυσκολεύονται να πιστέψουν ότι τα παιδιά τους έχουν παραβατική συμπεριφορά και αυτό δυσχεραίνει την επικοινωνία τους με το σχολείο. Σύμφωνα με προηγούμενη μελέτη, η επικοινωνία μεταξύ του σχολείου και των γονέων είναι επιφανειακή και απουσιάζει η ύπαρξη ουσιαστικής συνεργασίας (Γκότοβος, 1990). Παράλληλα, η έλλειψη συστηματικών επιμορφωτικών προγραμμάτων τόσο για τους εκπαιδευτικούς όσο και για τους σχολικούς ηγέτες, καθώς και η έλλειψη δομών, όπως η ύπαρξη περισσότερου προσωπικού στα σχολεία, σχολικών ψυχολόγων, κέντρων πρόληψης, κ.ά., αποτελούν, επίσης, παράγοντες που δυσκολεύουν την αντιμετώπιση αυτών των φαινομένων. Σημαντικό δεδομένο που επισήμαναν δύο από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, αποτελεί η αδυναμία προσαρμογής των αναλυτικών προγραμμάτων στις ανάγκες της κάθε σχολικής μονάδας. Αυτό σε συνδυασμό με την έλλειψη χρόνου, εξαιτίας των πολλών αρμοδιοτήτων, επισημαίνει τον έντονο συγκεντρωτικό χαρακτήρα του ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος και την αδυναμία λήψης πρωτοβουλιών από μέρους της εκπαιδευτικής κοινότητας, ως απόρροια της πίεσης να καλυφθεί η προκαθορισμένη ύλη των μαθημάτων σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Ο τέταρτος θεματικός άξονας δημιουργήθηκε με βάση το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, σχετικά με την αναζήτηση του μοντέλου εκπαιδευτικής ηγεσίας που είναι πιο αποτελεσματικό σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας και περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τις προτάσεις της σύγχρονης ηγεσίας για τη βελτίωση της φροντίδας της υγείας στο χώρο της εκπαίδευσης. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα κλήθηκαν να ασκήσουν κριτική στις υπάρχουσες παρεμβάσεις του υπουργείου Παιδείας, που αφορούν την αγωγή της υγείας στο σχολείο και τα αντίστοιχα προγράμματα που προτείνει. Παράλληλα, ζητήθηκε να προτείνουν οι ίδιοι παρεμβάσεις που πιστεύουν ότι θα συντελούσαν στην προαγωγή της υγείας των παιδιών και να προσδιορίσουν τα χαρακτηριστικά που οφείλει να έχει μια ηγεσία για να θεωρείται αποτελεσματική. Τέλος, κλήθηκαν να εκφράσουν τη γνώμη τους για το ποιο μοντέλο εκπαιδευτικής ηγεσίας θεωρούν ότι είναι το πιο αποτελεσματικό σε θέματα προα-

γωγής και αγωγής της υγείας, να αναφέρουν αυτό που ακολουθούν οι ίδιοι και να δικαιολογήσουν την απάντησή τους.

Η πλειοψηφία από τους συμμετέχοντες πιστεύει ότι οι υπάρχουσες παρεμβάσεις είναι λίγες και αποσπασματικές, τονίζοντας για άλλη μια φορά, ότι τα προγράμματα που προτείνει το υπουργείο Παιδείας δεν χαρακτηρίζονται από συνέχεια και συνέπεια και δεν υπόκεινται σε καμία αξιολόγηση για τη βελτίωση και εξέλιξή τους. Τρία μόνο άτομα από τα δεκατρία θεωρούν ότι οι παρεμβάσεις αυτές είναι αποτελεσματικές και ότι τα προγράμματα είναι κατάλληλα προσανατολισμένα για τον σκοπό που έχουν δημιουργηθεί. Οι ίδιοι θεωρούν ότι η υποχρεωτική επιμόρφωση τόσο των μελών του σχολείου όσο και των γονέων για θέματα που σχετίζονται με την υγεία, ότι αποτελεί την καταλληλότερη παρέμβαση για την προαγωγή και αγωγή της υγείας των παιδιών. Για ακόμη μια φορά, η συνεργασία μεταξύ του σχολείου με την οικογένεια των παιδιών και τους φορείς της τοπικής κοινωνίας προτείνεται ως αποτελεσματική παρέμβαση, με θετικά αποτελέσματα για την προαγωγή της υγείας των παιδιών του σχολείου, ενώ η ευαισθητοποίηση και ενθάρρυνση των διευθυντών/-τριών ως προς τους εκπαιδευτικούς να ακολουθούν προγράμματα αγωγής της υγείας, αποτελεί ακόμη μια πρόταση παρέμβασης.

Σύμφωνα με έρευνα των Jourdan, Stirling, Mcanamara και Pommier (2011), ακόμη και αν ένα σχολείο συμμετέχει σε πρόγραμμα αγωγής της υγείας, αυτό δε σημαίνει ότι και όλοι οι εκπαιδευτικοί του σχολείου συμμετέχουν σε αυτό. Ένα πρόγραμμα αγωγής της υγείας απαιτεί ένα μεγαλύτερο επίπεδο συλλογικής συμμετοχής, που ξεφεύγει από τις συνήθεις πρακτικές των εκπαιδευτικών. Για το λόγο αυτό, απαιτείται ενθάρρυνση από μέρους της σχολικής ηγεσίας και μέριμνα για την συσχέτιση των προγραμμάτων αγωγής της υγείας με τις καθημερινές πρακτικές τους, έχοντας ως στόχο την αλλαγή της αντίληψής τους για τα προγράμματα αυτά και την κατανόηση του σημαντικού ρόλου τους σε αυτά. Επίσης, σύμφωνα με άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε εκπαιδευτικούς στη Γαλλία, διαπιστώθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί που είχαν συμμετάσχει στο παρελθόν σε προγράμματα αγωγής της υγείας και είχαν επιμορφωθεί κατάλληλα σε αυτά, ήταν πιο θετικοί στο να αναπτύξουν ένα πρόγραμμα αγωγής της υγείας. Αντίθετα, οι λόγοι που οφείλονται για την άρνησή τους να ακολουθήσουν τέτοια προγράμματα, σχετίζονται με την έλλειψη χρόνου, πόρων, κατάρτισης και ανθρώπων που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην προσπάθεια αυτή (Jourdan, Pommier & Quidu, 2010). Τα ευρήματα των ερευνών αυτών έρχονται σε αντιστοιχία με την προσέγγιση και τη γενικότερη άποψη του δείγματος της παρούσας έρευνας, σχετικά με τα προγράμματα αγωγής της υγείας.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, τα κριτήρια μιας αποτελεσματικής ηγεσίας σχετίζονται με τη βαθιά γνώση και εμπειρία του ηγέτη τόσο σε θέματα διοίκησης και εκπαίδευσης όσο και σε θέματα γενικότερου περιεχομένου, που είναι στα πλαίσια των καθηκόντων του (Κιρκιγιάννη, 2011). Ένα τέτοιο θέμα αποτελεί και η φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση. Ένα άλλο χαρακτηριστικό ενός αποτελεσματικού ηγέτη είναι η ικανότητα να χειρίζεται με επιτυχία τις ανθρώπινες σχέσεις, με σκοπό τη μεταξύ τους συνεργασία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι διευθυντές/-τριες που συμμετείχαν σε αυτή, θεωρούν ότι μια ηγεσία είναι αποτελεσματική σε θέματα υγείας όταν είναι κατάλληλα επιμορφωμένη και έχει την ικανότητα να συνεργάζεται τόσο με τα μέλη της εκπαιδευτικής κοινότητας όσο και με τους γονείς των μαθητών και τους τοπικούς φορείς. Παράλληλα, ο σχεδιασμός προληπτικών μέτρων, μέσα από δράσεις για τα παιδιά, καθώς και μια δημοκρατική συμπεριφορά, με όραμα και ξεκάθαρους στόχους, καθορισμένους ανάλογα με τις ανάγκες των μαθητών/-τριών, αποτελούν επίσης, κριτήρια μιας αποτελεσματικής ηγεσίας. Όπως ανέφεραν κάποιοι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, ένας σχολικός ηγέτης οφείλει να παρέχει κίνητρα στους εκπαιδευτικούς, προκειμένου να επιμορφωθούν πάνω σε θέματα υγείας.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ενώ οι διευθυντές/-τριες της παρούσας έρευνας, τονίζουν την κατάλληλη και υποχρεωτική επιμόρφωση τόσο των ίδιων όσο και των εκπαιδευτικών ως μια αποτελεσματική πρακτική αντιμετώπισης όλων των θεμάτων που σχετίζονται με την υγεία στο χώρο του σχολείου, σύμφωνα με τις απαντήσεις τους στην ερώτηση 2, η συντριπτική πλειοψηφία αυτών δεν έχει επιμορφωθεί ποτέ σε θέματα που αφορούν την υγεία στο χώρο του σχολείου. Ωστόσο, όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, η κατάλληλη κατάρτιση στο αντικείμενο της προαγωγής και αγωγής της υγείας και η συνεργασία μεταξύ της σχολικής κοινότητας, σε συνδυασμό με την ύπαρξη πολιτικής στο σχολείο για τα θέματα υγείας και ενός υποστηρικτικού και κατάλληλα επιμορφωμένου ηγέτη για την υλοποίηση των προγραμμάτων αγωγής της υγείας, αποτελούν σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες και τα δεδομένα της παρούσας έρευνας, τους καλύτερους τρόπους αντιμετώπισης των θεμάτων που αφορούν την υγεία στο χώρο του σχολείου (Viig & Wold, 2005).

Όπως έχει αναφερθεί, η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων προαγωγής της υγείας στο χώρο του σχολείου εξαρτάται από την ύπαρξη θετικού κλίματος σε αυτό, το οποίο δημιουργείται μέσα από τη συμμετοχή όλων των μελών στη λήψη των αποφάσεων και τη μεταξύ τους συνεργασία (Thapa, Cohen, D'Alessandro & Guffey, 2012). Από την άλλη, ένα σχολείο προαγωγής και αγωγής της υγείας το οποίο είναι δημοκρατικό και στηρίζεται

στον αμοιβαίο σεβασμό, μπορεί να θέτει προοπτικές που θα διασφαλίζουν την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και μέσα από τη συμμετοχή να διασφαλίζει τόσο την ατομική όσο και τη δημόσια υγεία (Simovska, 2007). Προς την κατεύθυνση αυτή, φαίνεται ότι κινούνται και οι πεποιθήσεις των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα, καθώς η συντριπτική πλειοψηφία αυτών ακολουθούν και θεωρούν ως πιο αποτελεσματικό μοντέλο εκπαιδευτικής ηγεσίας σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας, το συμμετοχικό μοντέλο. Σύμφωνα με τη μελέτη της Somech (2010), η συμμετοχική λήψη αποφάσεων ενισχύει τη συνεργασία μεταξύ των μελών του σχολείου, αυξάνει τα κίνητρα των εκπαιδευτικών να ακολουθούν διάφορα προγράμματα και την αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων και βελτιώνει την ποιότητα των αποφάσεων. Ένα σχολείο για να είναι αποτελεσματικό, απαιτεί τη συλλογική προσπάθεια από τη μεριά όλης της εκπαιδευτικής κοινότητας, ενώ η κοινή λήψη των αποφάσεων, αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη διαμόρφωση μιας κουλτούρας που προάγει τη σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών του σχολείου (Φακουρέλη & Ντεροπούλου - Ντέρου, 2013).

Αξίζει να αναφερθεί, ότι δύο άτομα από το δείγμα της παρούσας έρευνας, υποστήριξαν ότι δεν υπάρχει ένα μοντέλο εκπαιδευτικής ηγεσίας, κατάλληλο για όλες τις περιστάσεις και ότι ο ηγέτης οφείλει να ακολουθεί ένα συνδυαστικό μοντέλο, που θα φέρει χαρακτηριστικά από όλα τα μοντέλα εκπαιδευτικής ηγεσίας. Η άποψη αυτή συμφωνεί με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, κατά τα οποία δεν υπάρχει ένα συγκεκριμένο στυλ ηγεσίας, το οποίο είναι πιο αποτελεσματικό σε σχέση με τα υπόλοιπα. Υπάρχει, όμως, ένα ηγετικό στυλ, το οποίο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ταιριάζει περισσότερο και έχει καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με τα υπόλοιπα, αλλά μόνο για τη συγκεκριμένη περίπτωση και για όσο οι συνθήκες παραμένουν αμετάβλητες (Αθανασούλα – Ρέππα, 2008). Η ενδεχομενική ηγεσία, που αναλύθηκε στο θεωρητικό μέρος της παρούσας εργασίας, φέρει τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και υποστηρίζει ότι κανένα μοντέλο ηγεσίας δεν μπορεί να είναι αποτελεσματικό για όλες τις καταστάσεις και ότι οι ηγέτες μπορούν να αλλάζουν στυλ ηγεσίας, ανάλογα με τις περιστάσεις, αξιοποιώντας ηγετικές πρακτικές μέσα από μια πληθώρα επιλογών (Κατσαρός, 2008, σ. 111).

Ένα άτομο του δείγματος ανέφερε πως το καταλληλότερο μοντέλο εκπαιδευτικής ηγεσίας σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας, είναι η κατανεμημένη ηγεσία, κατά την οποία όλα τα μέλη της εκπαιδευτικής κοινότητας, ακόμη και οι γονείς των παιδιών, αναλαμβάνουν να υλοποιήσουν ξεχωριστά κάποιες αρμοδιότητες και έπειτα, όλοι μαζί αξιολογούν τα αποτελέσματα αυτών των ενεργειών. Ο διευθυντής εξακολουθεί να είναι ο ηγέ-

της του σχολείου, αλλά λειτουργεί με έναν διαφορετικό τρόπο, ως πρώτος μεταξύ ίσων. Δίνει την ευκαιρία στους εκπαιδευτικούς και τους γονείς των μαθητών που διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις και ικανότητες να τις θέτουν στη διάθεση του σχολείου και μέσω της συνεργασίας τους, ακολουθούν πρακτικές που συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας των παιδιών (Kezar, 2012).

Η εκπαιδευτική διοίκηση και ηγεσία έχει να αντιμετωπίσει αρκετές προκλήσεις κατά την άσκηση των καθηκόντων της, που αφορούν τη φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση. Όπως έχει αναφερθεί, το σχολείο αποτελεί πρόσφορο έδαφος για τη μετάδοση μηνυμάτων που στοχεύουν στην υιοθέτηση συμπεριφορών που προάγουν την υγεία των παιδιών, ενώ μέσω των προγραμμάτων αγωγής της υγείας και τη σύνδεσή τους με την καθημερινότητα των παιδιών, προσπαθεί να βελτιώσει την προσωπική τους υγεία και τον τρόπο ζωής, ασκώντας επιρροή και στη δημόσια υγεία. Σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα και τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν το έργο των σχολικών ηγετών είναι η κατάλληλη επιμόρφωσή τους σε θέματα υγείας εντός της σχολικής μονάδας και η ικανότητά τους να επιζητούν τη συνεργασία μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων φορέων στην εκπαίδευση, για την από κοινού λήψη των αποφάσεων. Παράλληλα, η καταπολέμηση των ανισοτήτων και ο σεβασμός της διαφορετικότητας εντός της σχολικής μονάδας από όλα τα μέλη της εκπαιδευτικής κοινότητας, θέτει τα βασικά θεμέλια μιας εκπαίδευσης που παρέχει ίσες ευκαιρίες σε όλους τους μαθητές και μέριμνα για την προαγωγή τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής τους υγείας.

7.2 Προτάσεις

Η φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση, μέσα από τις πρακτικές που ακολουθούν οι σχολικοί ηγέτες προκειμένου να προάγουν την υγεία των παιδιών εντός του σχολείου, επηρεάζει καθοριστικά τον τρόπο ζωής τους και ως ενήλικες, με συνέπειες ακόμη και στη δημόσια υγεία. Αυτό που απαιτείται είναι μια εκπαιδευτική πολιτική, κατάλληλη προσανατολισμένη σε θέματα που αφορούν την υγεία των παιδιών, έχοντας ως σκοπό την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών και την αλλαγή των στάσεων και των πεποιθήσεων τους, σχετικά με το τι θεωρείται υγιεινό.

Για να πραγματοποιηθεί κάτι τέτοιο, απαραίτητη είναι η κατάλληλη εκπαίδευση και επιμόρφωση των σχολικών διευθυντών σε θέματα που αφορούν την υγεία εντός του σχολείου. Η επιμόρφωση αυτή θα πρέπει να ορίζεται ως υποχρεωτική από την πολιτεία και να

αποτελεί βασικό εφόδιο για την άσκηση των διευθυντικών καθηκόντων τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι διευθυντές/-τριες δεν έχουν αποκτήσει τις κατάλληλες γνώσεις σε θέματα που σχετίζονται με την προαγωγή και αγωγή της υγείας εντός της σχολικής μονάδας, πράγμα που δυσχεραίνει το έργο τους και τη σωστή λήψη των αποφάσεων που άπτονται των θεμάτων αυτών. Παράλληλα, η έλλειψη επιμόρφωσης δεν τους επιτρέπει να κατευθύνουν και να ενημερώνουν κατάλληλα τους εκπαιδευτικούς του σχολείου, προκειμένου να ακολουθούν κατά τη διάρκεια της εκπαιδευτικής τους διαδικασίας προγράμματα αγωγής της υγείας. Από την άλλη, προτείνεται ως απαραίτητη και η υποχρεωτική επιμόρφωση των εκπαιδευτικών του κάθε σχολείου σε θέματα που αφορούν την υγεία των παιδιών. Οι εκπαιδευτικοί είναι οι πρώτοι με τους οποίους συναναστρέφονται τα παιδιά και αποτελούν πρότυπα για τα ίδια στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής.

Ένας δεύτερος παράγοντας που επηρεάζει καθοριστικά την προαγωγή της υγείας εντός του σχολείου, είναι η συνεργασία. Η συνεργασία τόσο μεταξύ των μελών του σχολείου (σχολικοί ηγέτες – εκπαιδευτικοί – μαθητές) όσο και με εξωτερικούς φορείς (οικογένεια – τοπική κοινωνία – πολιτεία – φορείς υγείας). Οι σχολικοί ηγέτες θα πρέπει να επιζητούν αυτή τη συνεργασία και να ακολουθούν όλες εκείνες τις πρακτικές, προκειμένου το σχολείο να είναι ανοιχτό προς την κοινωνία. Αυτό, βέβαια, προϋποθέτει τη στήριξη της πολιτείας. Η αδυναμία προσαρμογής των αναλυτικών προγραμμάτων στις ανάγκες της κάθε σχολικής μονάδας, δυσχεραίνει το έργο της εκπαιδευτικής κοινότητας. Για το λόγο αυτό, η πολιτεία οφείλει να λαμβάνει υπόψη της τις απόψεις των γονέων του κάθε μαθητή, της τοπικής κοινωνίας και των φορέων υγείας κατά τον σχεδιασμό της εκπαιδευτικής πολιτικής, την οποία πρέπει να προσαρμόζει στις ανάγκες του κάθε σχολείου. Από την άλλη, οφείλει να επιτρέπει την ενεργή συμμετοχή των γονέων στις πρακτικές που αφορούν την προαγωγή της υγείας εντός του σχολείου, καθώς πολλές φορές φέρουν εξειδικευμένες γνώσεις και ικανότητες, οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν στο έργο της εκπαιδευτικής διοίκησης και ηγεσίας. Παράλληλα, η ενεργή και αυθεντική συνεργασία του σχολείου με την οικογένεια του κάθε παιδιού δημιουργεί σχέσεις εμπιστοσύνης, όπου οι γονείς των μαθητών μοιράζονται τους προβληματισμούς τους για τα θέματα που αφορούν την υγεία των παιδιών τους, συμβάλλοντας έτσι, στην υιοθέτηση πρακτικών που βελτιώνουν την υγεία τους.

Όσον αφορά την οικογένεια του κάθε παιδιού, προτείνεται η κατάλληλη επιμόρφωση σε θέματα που σχετίζονται με την υγεία των παιδιών τους και η απόκτηση ιατρικών γνώσεων τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο, ως παράγοντες διευκόλυνσής

τους στην αντιμετώπιση των διαφόρων ζητημάτων υγείας και ως τρόπο βελτίωσης της συνεργασίας τους με το σχολείο. Παράλληλα, προτείνεται η ενημέρωση των γονέων για τα θέματα διαπολιτισμικής εκπαίδευσης και για τα πλεονεκτήματα που απορρέουν από την ύπαρξη πολιτισμικού πλουραλισμού εντός της κάθε σχολικής αίθουσας. Η κατάρτιση αυτή θα συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στη μείωση των αντιδράσεων της οικογένειας των γηγενών παιδιών στην ύπαρξη παιδιών από άλλες χώρες στο ίδιο σχολείο με τα δικά τους, βελτιώνοντας την ψυχική υγεία των παιδιών που διαφέρουν γλωσσικά και πολιτισμικά. Παράλληλα, η επιμόρφωση αυτή θα συμβάλλει στην εξάλειψη των ρατσιστικών και στερεοτυπικών αντιλήψεων, σχετικά με τα άτομα που προέρχονται από άλλο κοινωνικοπολιτισμικό υπόβαθρο και θα βελτιώσει τις σχέσεις επικοινωνίας τόσο μεταξύ της οικογένειας των γηγενών μαθητών με τους γονείς των παιδιών που προέρχονται από άλλες χώρες όσο και μεταξύ των ίδιων των παιδιών.

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αγωγής της υγείας, προτείνεται η διαθεματική προσέγγισή τους. Με τον τρόπο αυτό, τα προγράμματα αυτά γίνονται πιο ελκυστικά και ενδιαφέροντα για τα παιδιά, ξεφεύγοντας από τη λογική ότι η εκμάθησή τους αποτελεί ακόμη μια υποχρέωσή τους προς το σχολείο. Για παράδειγμα, η ώρα του μεσημεριανού γεύματος θα μπορούσε να αποτελέσει μια καλή ευκαιρία εκμάθησης των θρεπτικών συστατικών του κάθε φαγητού και την κατηγοριοποίηση των τροφών σε υγιεινές και ανθυγιεινές. Άλλο παράδειγμα, μπορεί να αποτελέσει η ύπαρξη ξαφνικών συγκρούσεων μεταξύ των μαθητών. Τότε ο εκπαιδευτικός πρέπει να έχει την άνεση να διακόψει αυτό που ορίζει το αναλυτικό πρόγραμμα και να εντάξει, για παράδειγμα το πρόγραμμα εκμάθησης των συναισθημάτων. Με τον τρόπο αυτό, τα προγράμματα αγωγής της υγείας ξεφεύγουν από τα πλαίσια της τυπικής γραφειοκρατικής διαδικασίας που ορίζει το υπουργείο Παιδείας και καθιστούν τους μαθητές στο επίκεντρο της γνώσης, παρέχοντας τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες, προκειμένου να οδηγηθούν από μόνοι τους στην υιοθέτηση των επιθυμητών συμπεριφορών.

7.3 Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα έρευνα εκπλήρωσε τους στόχους βάσει των οποίων σχεδιάστηκε και κατέληξε σε ενδιαφέροντα συμπεράσματα, σχετικά με τις πρακτικές που ακολουθούν οι σχολικοί ηγέτες σε θέματα που σχετίζονται με την φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση και τις προκλήσεις δεοντολογίας που έχουν να αντιμετωπίσουν, κατά την εφαρμογή αυτών των

πρακτικών. Παρουσίασε ωστόσο και κάποιους περιορισμούς. Οι περιορισμοί αυτοί σχετίζονται με το μικρό δείγμα των συμμετεχόντων στην έρευνα και τη συμμετοχή διευθυντικών στελεχών μόνο της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης από την πόλη της Θεσσαλονίκης. Η απόφαση διεξαγωγής των συνεντεύξεων τον μήνα Ιούνιο, δυσκόλεψε την ανεύρεση διαθέσιμων διευθυντών/-τριών, εξαιτίας του φόρτου εργασίας και των γραφειοκρατικών αρμοδιοτήτων τους, κατά το κλείσιμο του σχολικού έτους. Όσον αφορά το θεωρητικό μέρος της εργασίας, η ανάλυση των μοντέλων εκπαιδευτικής ηγεσίας στηρίχθηκε στην ταξινόμηση μόνο μίας μελέτης (Leithwood, Jantzi & Steinbach, 1999), η οποία αν και θεωρείται ως η πιο γνωστή και αξιόπιστη, περιόρισε την ανάλυση και άφησε εκτός κάποια άλλα μοντέλα εκπαιδευτικής ηγεσίας.

Θα παρουσίαζε ιδιαίτερο ενδιαφέρον η ανάπτυξη του συγκεκριμένου θέματος της παρούσας εργασίας σε μεγαλύτερο δείγμα ατόμων, που θα συμπεριλάμβανε διευθυντικά στελέχη και από τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση και θα μπορούσε να επεκταθεί και σε μεγαλύτερο δείγμα ατόμων από ιδιωτικά και ειδικά σχολεία και άλλων περιοχών της Ελλάδας. Παράλληλα, το συγκεκριμένο θέμα θα μπορούσε να ερευνηθεί χρησιμοποιώντας και την ποσοτική έρευνα είτε μόνη είτε συνδυαστικά με κάποια παρόμοια ποιοτική, σε μεγαλύτερο δείγμα όμως, για την εξαγωγή πιο γενικευμένων και ασφαλών συμπερασμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. Βιβλιογραφία στα Ελληνικά

Αβραμίδης, Η. (2013). Η κοινωνική ένταξη των παιδιών με ειδικές ανάγκες στο κανονικό σχολείο. Στο Νάνου Α., Πατσίδου – Ηλιάδου Μ., Γκαράνης Α. & Χαριοπολίτου Α. (επιμ.), *Από την ειδική αγωγή στη συμπεριληπτική: από το σχολείο σε μια κοινωνία για όλους* (σ. 223 - 245). Θεσσαλονίκη: Γράφημα.

Αθανασίου, Κ. (2007). *Αγωγή υγείας*. Αθήνα: Γρηγόρη.

Αθανασίου, Κ. (1995). Αγωγή Υγείας. *Η λέσχη των εκπαιδευτικών, 9*, 15 - 18.

Αθανασούλα – Ρέππα, Α. (2008). *Εκπαιδευτική Διοίκηση & Οργανωσιακή Συμπεριφορά.* Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.

Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995). Κατανόηση της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας. Στο Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ. (επιμ.), *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Βεργέτη, Α. (2008). Ποιοτική έρευνα: Μελέτη περίπτωσης στην κοινωνική εργασία. *Κοινωνική Εργασία, 90,* 7 - 20.

Βιτσιλάκη, Χ. & Ράπτης, Ν. (2007). *Ηγεσία και Διοίκηση Εκπαιδευτικών Μονάδων: Η ταυτότητα του διευθυντή της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης*. Θεσσαλονίκη: Κυριακίδη.

Βλάχος, Γ. (1979). *Κοινωνιολογία των δικαιωμάτων του ανθρώπου*. Αθήνα: Παπαζήση.

Γαλανάκης, Μ., Μερτίκα, Α. & Σεργιάννη, Χ. (2011). Εισαγωγή στη Θετική Ψυχολογία. Στο Σταλίκας Α. & Μυτσκίδου Π. (επιμ.), *Εισαγωγή στη Θετική Ψυχολογία* (σ. 21 - 45). Αθήνα: Τόπος.

Γεωργογιάννης, Π. (2006). *Διοίκηση Α/βάθμιας και Β/βάθμιας Εκπαίδευσης*, 1^{Ο} Διεθνές Συνέδριο Άρτας. Πάτρα: Κέντρο Διαπολιτισμικής εκπαίδευσης Π.Τ.Δ.Ε. Πανεπιστημίου Πατρών.

Γκότοβος, Α. (2002). *Σχολείο και Ετερότητα: Ζητήματα Διαπολιτισμικής Παιδαγωγικής.* Αθήνα: Μεταίχμιο.

Γκότοβος, Α. (1990). *Η λογική του υπαρκτού σχολείου*. Αθήνα: Gutenberg.

Γκούβρα, Κ., Κυρίδης, Α. & Μαυρικάκη, Ε. (2005). *Αγωγή υγείας και σχολείο: Παιδαγωγική και Βιολογική Προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Γούγα, Γ. & Καμαριανός, Ι. (2006). *Διοίκηση Α΄ βάθμιας Β΄ βάθμιας και Γ΄ βάθμιας Εκπαίδευσης - Ανάπτυξη, εκπαίδευση και τοπική κοινωνία: Η διεύθυνση της σχολικής μονάδας ως παράγοντας ανάπτυξης των τοπικών κοινωνιών*, 1ο Διεθνές Συνέδριο Άρτας. Πάτρα: Κέντρο Διαπολιτισμικής εκπαίδευσης Π.Τ.Δ.Ε. Πανεπιστημίου Πατρών.

Δαμανάκης, Μ. (1997). *Η Εκπαίδευση των Παλιννοστούντων και Αλλοδαπών μαθητών στην Ελλάδα.* Αθήνα: Gutenberg.

Δαμανάκης, Μ. (1989). Πολυπολιτισμική – Διαπολιτισμική Αγωγή: Αφετηρία, στόχοι, προοπτικές. *Τα Εκπαιδευτικά, 16,* 75 - 87.

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

Δελλασούδας, Λ. (2005). *Σχολική ένταξη μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες*. Αθήνα: Ατραπός.

Δημητρίου, Α. & Ανδρούσου, Α. (2013). Η ενταξιακή διάσταση στα προγράμματα εκπαίδευσης εκπαιδευτικών ειδικής αγωγής. Στο Ζώνιου – Σιδέρη Α., Ε. Ντεροπούλου – Ντέρου Ε. & Παπαδοπούλου Κ. (επιμ.), *Η έρευνα στην ειδική αγωγή, στην ενταξιακή εκπαίδευση και στην αναπηρία* (σ. 35 - 57). Αθήνα: Πεδίο.

Ζαβλανός, Μ. (1998). *Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Σταμούλη.

Θεοδωράκης, Ι. & Χασάνδρα, Μ. (2006). *Σχεδιασμός προγραμμάτων αγωγής υγείας*. Θεσσαλονίκη: Χριστοδουλίδη.

Ιωαννίδη, Β. (2006). *Εισαγωγή καινοτομιών στην ειδική αγωγή.* Αθήνα: Τυπωθήτω.

Ιωαννίδη, Β. & Ψυχογυιού, Β. (2001). *Ο θεσμός των Αναμορφωτικών Καταστημάτων/ Ιδρυμάτων Αγωγής: Παιδαγωγική θεμελίωση και πράξη*. Αθήνα: Σάκκουλα.

Καδδά, Α., Μάινα, Α. & Αγραφιώτης, Δ. (2005). Ο ρόλος του κοινωνιολόγου στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας. *Ελληνικά Αρχεία AIDS 2005, 13 (1)*, 14 - 30.

Κανδυλάκη, Α. (2010). Η ποιοτική έρευνα σε «ευαίσθητα ζητήματα» στο πεδίο της Κοινωνικής Εργασίας. Στο Καλλινικάκη, Θ. (επιμ.), *Ποιοτικές μέθοδοι στην έρευνα της Κοινωνικής Εργασίας*. Αθήνα: Τόπος.

Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Καρατζιά - Σταυλιώτη, Ε. & Λαμπρόπουλος, Χ. (2006). *Αξιολόγηση, Αποτελεσματικότητα και Ποιότητα στην Εκπαίδευση: Εκπαιδευτικός σχεδιασμός και οικονομία*. Αθήνα: Gutenberg.

Κατσαλής, Α. (2001). *Εκπαίδευση Εκπαιδευτών*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.

Κατσαρός, Ι. (2008). *Οργάνωση και Διοίκηση της Εκπαίδευσης*. Αθήνα: ΥΠ.Ε.Π.Θ. - Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.

Κεσίδου, Α. (2008). Διδακτικές προσεγγίσεις στο πολυπολιτισμικό σχολείο: αρχές της Διαπολιτισμικής Διδακτικής. Στο Ένταξη παιδιών παλιννοστούντων και αλλοδαπών στο σχολείο – Γυμνάσιο (επιμ.), *Διδασκαλία και μάθηση στο πολυπολιτισμικό σχολείο: διδακτικές προσεγγίσεις και εκπαιδευτικό υλικό*, Πρακτικά Διημερίδας, 11 - 27.

Κεσίδου, Α. (2004). Διαπολιτισμική εκπαίδευση: στόχοι και πρακτικές. Στο Εταιρεία Επιστημών Αγωγής Δράμας (επιμ.), *Προγράμματα Διδασκαλίας στην Εκπαίδευση των Βαλκανικών Χωρών*. Πρακτικά 1ου Βαλκανικού Συνεδρίου, 75 - 83.

Κιβρακίδου, Α. (2017). *Προσβολές της ανθρώπινης αξιοπρέπειας - Συγκριτική θεώρηση της ελληνικής έννομης τάξης και της ΕΣΔΑ (άρθρο 3).* Διδακτορική διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Νομικής. Θεσσαλονίκη.

Κιρκιγιάννη, Φ. (2011). Ο Αποτελεσματικός Διευθυντής του Σχολείου. *ΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ, 99 - 100,* 96 - 113.

Κορνάρου, Ε. & Ρουμελιώτη, Α. (2007). *Η Δημόσια Υγεία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Θέματα επιδημιολογίας Μεθοδολογία της Έρευνας και Στατιστική.* Αθήνα: Παπαζήση.

Κουγιουρούκη, Μ. (2003). *Ο ρόλος της μικροδιδασκαλίας στο πλαίσιο της εκπαίδευσης και της επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών*. Θεσσαλονίκη: Κυριακίδη.

Κουρκούτας, Η. (2007). *Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά: Παρεμβάσεις στο πλαίσιο της οικογένειας και του σχολείου*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κυριαζή, Ν. (2005). *Η κοινωνιολογική έρευνα: Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κυρίτση, Ι. & Τσιμπουκλή, Α. (2001). Εκπαίδευση στελεχών πρόληψης: Μακρόχρονα και βραχύχρονα πολυεπίπεδα προγράμματα εκπαίδευσης. *Κοινωνική Εργασία, 63*, 173 – 181.

Κωνσταντινίδης, Κ. (1987). *Ποινικό δίκαιο και ανθρώπινη αξιοπρέπεια*. Αθήνα: Σάκκουλα.

Λιαράκου, Γ. (2002). *Περιβαλλοντική εκπαίδευση: ένα εργαλείο για την ένταξη των παιδιών με ειδικές ανάγκες στη γενική εκπαίδευση.* Αθήνα: Σύγχρονη Εκπαίδευση.

Λογοθέτης, Κ. (1958). Η μετά Κάντιον ιδεοκρατική φιλοσοφία. Αθήνα: Οργανισμός Εκδόσεως Σχολικών Βιβλίων.

Μαδιανός, Μ. (2000). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μάνεσης, Α. (1982). *Συνταγματικά Δικαιώματα: α' ατομικές ελευθερίες*. Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα.

Μανωλεδάκης, Ι. (1998). *Το έννομο αγαθό ως βασική έννοια του ποινικού δικαίου*. Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα.

Μάρκου, Γ. (1996). *Η πολυπολιτισμικότητα της ελληνικής κοινωνίας: Η διαδικασία διεθνοποίησης και η αναγκαιότητα της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης.* Αθήνα: ΥΠ.Ε.Π.Θ. – Γ.Γ.Λ.Ε.

Μάρκου, Γ. (1995). Η εκπαίδευση σε μια πολυπολιτισμική Ελλάδα. Στο Καζαμίας, Α. & Κασσωτάκης, Μ., (επιμ.), *Ελληνική Εκπαίδευση: Προοπτικές ανασυγκρότησης και εκσυγχρονισμού* (σ. 150 - 173). Αθήνα: Σείριος.

Μόττη – Στεφανίδη, Φ. (2005). Ψυχικά ανθεκτικοί μετανάστες/παλιννοστούντες μαθητές: Προστατευτικοί παράγοντες και παράγοντες επικινδυνότητας. Στο Παπαστυλιανού, Α. (επιμ.), *Διαπολιτισμικές Διαδρομές: Παλιννόστηση και ψυχοκοινωνική προσαρμογή*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μπερερής, Π. (2001). *Για μια διαπολιτισμική εκπαίδευση σε μια πολυπολιτισμική κοινωνία.* Αθήνα: Apiroshora.

Μπιτζιλέκης, Ν. (1997). Ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τιμή. Στο *Η ποινική προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας: Ελληνογερμανικό συμπόσιο*. Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα.

Μπουραντάς, Δ., Βάθης, Α., Παπακωνσταντίνου, Χ. & Ρεκλείτης, Π. (2008). *Αρχές Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων και Υπηρεσιών*. Αθήνα: Ο.Ε.Δ.Β.

Μπουραντάς, Δ. (2005). *Ηγεσία: Ο δρόμος της διαρκούς επιτυχίας*. Αθήνα: Κριτική.

Μπουραντάς, Δ. (2002). *Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Μπένου.

Μπουραντάς, Δ. (2001). *Μάνατζμεντ: θεωρητικό υπόβαθρο, σύγχρονες πρακτικές*. Αθήνα: Μπένος.

Νάνου, Α. (2013). Η διαφοροποίηση της διδασκαλίας στην υπηρεσία της συμπεριληπτικής εκπαίδευσης. Στο Νάνου Α., Πατσίδου – Ηλιάδου Μ., Γκαράνης Α. & Χαριοπολίτου Α. (επιμ.), *Από την ειδική αγωγή στη συμπεριληπτική: από το σχολείο σε μια κοινωνία για όλους* (σ. 55 - 70). Θεσσαλονίκη: Γράφημα.

Παλαιολόγου, Ν. & Ευαγγέλου, Ο. (2003). *Διαπολιτισμική Παιδαγωγική: Εκπαιδευτικές Διδακτικές και Ψυχολογικές Προσεγγίσεις.* Αθήνα: Ατραπός.

Πανταζής, Β. (1999). Βασικές αρχές της διαπολιτισμικής αγωγής. *Τα εκπαιδευτικά, 44 - 45,* 156 - 159.

Πανταζόπουλος, Ν. (1978). *Ο Αριστοτέλης και οι σοφιστές: Ο πολιτικοκοινωνικός στοχασμός στην κλασσική Ελλάδα*. Θεσσαλονίκη: Αρμενόπουλος.

Πανούσης, Β. (1998). Η ολιστική αντίληψη περί της υγείας. Στο Βουδούρη, Κ. (επιμ.), *Φιλοσοφία και Ιατρική* (σ. 219 – 243). Αθήνα: Ιωνία.

Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παπαθανασίου, Β. (2009). Αγωγή και προαγωγή υγείας στο σχολικό περιβάλλον: Βασικές αρχές και μεθοδολογία. *Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων*, 47 - 61.

Παπαναούμ, Ζ. (2003). *Το επάγγελμα του εκπαιδευτικού.* Αθήνα: Τυπωθήτω.

Παπάς, Α. (1998). *Διαπολιτισμική Παιδαγωγική και Διδακτική*. Αθήνα: Ατραπός.

Παπαστυλιανού, Α. (2000). Ψυχοκοινωνική προσαρμογή και στρες σε αγγλόφωνους, πόντιους και βορειοηπειρώτες έφηβους μαθητές στην Ελλάδα. *Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία, 2(1),* 112 - 132.

Πασιαρδής, Π. (2004). *Εκπαιδευτική Ηγεσία: Από την περίοδο της ευμενούς αδιαφορίας στη σύγχρονη εποχή*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Περάκη, Β. (1994). Αγωγή υγείας, ένα όπλο στη μάχη για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ανθρώπου: Ο ρόλος του σχολείου. *Σύγχρονη Εκπαίδευση, 76*.

Πετρίδου, Ε. (2001). *Διοίκηση - Μάνατζμεντ: Μια Εισαγωγική Προσέγγιση*. Θεσσαλονίκη: Ζυγός.

Πετρόπουλος, Ν. & Παπαστυλιανού, Α. (2000). *Επιθετικότητα στο σχολείο: Προτάσεις για πρόληψη και αντιμετώπιση*. Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.

Πιερράκος, Γ. (2008). *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τοπική κοινωνία.* Αθήνα: Παπαζήση.

Ράικος, Α. (2002). Συνταγματικό Δίκαιο. Αθήνα: Σάκκουλα.

Ραμματά, Μ. (2005). Το νέο Δημόσιο Management με αναφορά στον Αριστοτέλη. *Διοικητική Ενημέρωση, 34*, 15 - 27.

Σαΐτη, Α. & Σαΐτης, Χ. (2011). *Εισαγωγή στη Διοίκηση της Εκπαίδευσης: Θεωρία και μελέτη περιπτώσεων.* Τόμος Α΄. Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Σαΐτης, Χ. (2008). *Ο διευθυντής στο δημόσιο σχολείο*. Αθήνα: ΥΠ.Ε.Π.Θ. - Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.

Σαΐτης, Χ. (2007). Ο Διευθυντής στο σύγχρονο σχολείο. Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Σαΐτης, Χ. (2005). *Οργάνωση και Διοίκηση της Εκπαίδευσης*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήση.

Σούλης, Σ. (2013). Ένα σχολείο για όλους: Άσκηση πολιτικής για την αναπηρία. Στο Νάνου Α., Πατσίδου – Ηλιάδου Μ., Γκαράνης Α. & Χαριοπολίτου Α. (επιμ.*), Από την ειδική αγωγή στη συμπεριληπτική: από το σχολείο σε μια κοινωνία για όλους* (σ. 41 - 54). Θεσσαλονίκη: Γράφημα.

Σούλης, Σ. (2010). *Ένα σχολείο για όλους: Από την έρευνα στην πράξη - Παιδαγωγική της ένταξης*. Τόμος Β΄. Αθήνα: Gutenberg.

Σουρτζή, Π. (1998). *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 10(4),* 179 - 185.

Σουσαμίδου - Καραμπέρη, Α. & Βαβέτση - Τσιβίκη, Σ. (2011). *Γονείς και εκπαιδευτικοί αντιμέτωποι με την επιθετικότητα των παιδιών και εφήβων*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Σπινέλλης, Δ. (1976). *Το έννομο αγαθό της τιμής και αι αξιόποινοι αυτού προσβολαί*. Αθήνα: Σάκκουλα.

Σταμάτης, Κ. (2011). *Κριτική Θεωρία δικαιοσύνης: Θεμελίωση Αρχών*. Αθήνα: Σαββάλα.

Στάπα – Μουρτζίνη, Μ. (2013). *Αγωγή υγείας: Βασικές αρχές – Σχεδιασμός προγράμματος*. Αθήνα: Ο.Ε.Δ.Β.

Στασινός, Δ. (1991). *Η Ειδική Εκπαίδευση στην Ελλάδα*. Gutenberg. Αθήνα.

Στιβακτάκης, Ε. (2006). *Ο διευθυντής του σχολείου ως φορέας και αντικείμενο αξιολόγησης: Συγκριτική μελέτη των απόψεων διευθυντών σχολείων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.* Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Τμήμα Επιστημών της Προσχολικής Αγωγής και του Εκπαιδευτικού Σχεδιασμού. Ρόδος.

Συμεωνίδου, Σ. & Φτιάκα, Ε. (2013). Και πώς θα τους διδάσκουμε τώρα; Ανάπτυξη επιμορφωτικών προγραμμάτων για την ένταξη των παιδιών με ειδικές ανάγκες στο γενικό σχολείο. Στο Νάνου Α., Πατσίδου – Ηλιάδου Μ., Γκαράνης Α. & Χαριοπολίτου Α. (επιμ.), *Από την ειδική αγωγή στη συμπεριληπτική: από το σχολείο σε μια κοινωνία για όλους* (σ. 84 - 104). Θεσσαλονίκη: Γράφημα.

Συριοπούλου - Δελλή, Χ. (2003). *Η παιδεία στη μετανεωτερική εποχή: Η περίπτωση της ειδικής αγωγής*. Αθήνα: Γρηγόρη.

Σύρου, Ν. (2014). *Ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση προγράμματος τροποποίησης παραγόντων κινδύνου για την υγεία και την ασφάλεια στα σχολεία*. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Τμήμα Νοσηλευτικής. Αθήνα.

Σώκου, Κ. (1999). *Οδηγός Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Τούντας, Γ. (2002). Ο ρόλος της προαγωγής και αγωγής υγείας στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση. Στο Μπεσμπέας, Σ. (επιμ.), *Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς*. Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.

Τούντας, Γ. (2000). *Κοινωνία και Υγεία*. Αθήνα: Οδυσσέας/Νέα Υγεία.

Τσεβρένης, Β. (2012). *Ανθρώπινη αξιοπρέπεια: Η λειτουργική αξιοποίηση της ρυθμιστικής της εμβέλειας στο νομικό συλλογισμό*. Αθήνα – Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα.

Τσιάντης, Ι. (2008). *Ενδοσχολική Βία: Εκπαίδευση λειτουργών υγείας και εκπροσώπων κοινωνικών φορέων σε θέματα προαγωγής ψυχικής υγείας και ανάπτυξης ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων*. 11ο Πρόγραμμα Προαγωγής Ψυχικής Υγείας. Αθήνα.

ΥΠ.Ε.Π.Θ. (2015). Οδηγός Διαχείρισης Περιστατικών Σχολικής Βίας και Εκφοβισμού, Έργο: «*Εκπόνηση επιμορφωτικού εκπαιδευτικού ενημερωτικού υλικού και προγράμματος σπουδών επιμόρφωσης*». Ανάδοχος - Κέντρο Ευρωπαϊκού Συνταγματικού Δικαίου (Κ.Ε.Σ.Δ), Ίδρυμα Θεμιστοκλή & Δημήτρη Τσάτσου. Αθήνα.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ (2018). Εγκύκλιος αρ. Πρωτ. Γ1γ/ΓΦ3.3,13,18Z ΦΑΥ4,6(2018)/Γ.Π.οικ. 78038, Θέμα: «*Ανάπτυξη - υλοποίηση από το Υπουργείο Υγείας δράσεων και παρεμβάσεων ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του μαθητικού πληθυσμού στο πλαίσιο της Αγωγής Υγείας σε Εθνικό Επίπεδο, για το σχολικό έτος 2018 - 2019*». Αθήνα.

Υφαντόπουλος, Γ. & Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής: Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18*, 218 - 229.

Φακουρέλη, Σ. & Ντεροπούλου-Ντέρου, Ε. (2013). Απόψεις παιδαγωγών για τις ενταξιακές συνεργατικές πρακτικές κατά την ένταξη παιδιών με αναπηρίες σε παιδικούς σταθμούς. Στο Ζώνιου – Σιδέρη, Α., Ντεροπούλου-Ντέρου, Ε. & Παπαδοπούλου, Κ. (επιμ.), *Η έρευνα στην ειδική αγωγή, στην ενταξιακή εκπαίδευση και στην αναπηρία* (σ. 97 - 122). Αθήνα: Πεδίο.

Φραγκουδάκη, Α. (1985). *Κοινωνιολογία της εκπαίδευσης: Θεωρίες για την κοινωνική ανισότητα στο σχολείο*. Αθήνα: Παπαζήση.

Φρούντα, Μ. (2014). *Καινοτομικά προγράμματα αγωγής υγείας στη μέση εκπαίδευση: Καθηγητές και σεξουαλική διαπαιδαγώγηση εφήβων (Σ.Δ.Ε.)*. Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας. Ιωάννινα.

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

Χατζηχρήστου, Χ. (2005). *Πρόγραμμα προαγωγής της ψυχικής υγείας και της μάθησης – Κοινωνική και συναισθηματική αγωγή στο σχολείο*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Χρυσόγονος, Κ. (2006). *Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα.* Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Β. Βιβλιογραφία στα Ελληνικά από μετάφραση

Drucker, P. (1998). *Το αποτελεσματικό στέλεχος*, μτφρ. Ομάδα μεταφραστών. Αθήνα: Κλειδάριθμος.

Kant, I. (2013). *Η μεταφυσική των ηθών*, μτφρ. Κ. Ανδρουλιδάκη. Αθήνα: Σμίλη.

Louis, C., Lawrence, M. & Keith, M. (2007). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας.* Αθήνα: Μεταίχμιο.

Mayer, G. & Mayer, T. (2002). *Η Κοκκινοσκουφίτσα & το Management*, μτφρ. Ν. Παπακωνσταντίνου. Αθήνα: Δίαυλος.

Montana, P. & Charnov, B. (2002). *Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.

Papadopoulos, I., Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου Α. & Κούτα, Χ. (2011). *Διαπολιτισμική νοσηλευτική και πολιτισμική επάρκεια για τους επαγγελματίες υγείας.* Αθήνα: Πασχαλίδη.

Robson, C. (2010). *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου: Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές*, (επιμ.) Κ. Μιχαλοπούλου, (επιμ. μτφρ.) Φ. Καλυβά, (μτφρ.) Β. Νταλάκου & Κ. Βασιλικού. Αθήνα: Gutenberg.

Sehrbrock, P. (2004). Ενσωμάτωση (integration) και ένταξη (inclusion): δύο όψεις του ίδιου νομίσματος. Στο Ζώνιου – Σιδέρη, Α. (επιμ.), *Σύγχρονες ενταξιακές προσεγγίσεις* (σ. 87 - 104). Τόμος Α΄. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Tilstone, C. (2004). Πρακτικές της ενταξιακής εκπαίδευσης για μαθητές με σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες. Στο Ζώνιου – Σιδέρη, Α. (επιμ.), *Σύγχρονες ενταξιακές προσεγγίσεις* (σ. 193 - 205). Τόμος Α΄. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Γ. Βιβλιογραφία στα αγγλικά

Algozzine, B., Ysseldyke, J. & Campbell, P. (1994). Strategies and tacties for effective instruction. *Teaching exceptional children, 26 (3)*, 34 - 35.

Anastasiou, D. & Kauffman, J. (2011). A social constructionist approach to disability: Implications for special education. *Exceptional Children, 77*, 367 - 384.

Attfield, R. & Williams, C. (2003). Leadership and Inclusion: A special school perspective. *British Journal of Special Education, 30 (1)*, 28 - 33.

Banks, J. & McGee - Banks, A. (1989). *Multicultural Education: Issues and Perspectives*. Hoboken: Allyn and Bacon Inc.

Barnes, C. & Mercer, G. (2003). *Disability*. Cambridge: Polity Press.

Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. New York: Free Press.

Berkman, L., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine, 51*, 843 - 857.

Bubb, S. & Earley, P. (2007). *Leading and Managing Continuing Professional Development.* London: Paul Chapman Publishing Ltd.

Burger, C., Strohmeier, D., Sprober, N., Bauman, S. & Rigby, K. (2015). How teachers respond to school bullying: An examination of self-reported intervention strategy use, moderator effects, and concurrent use of multiple strategies. *Teaching and Teacher Education, 51*, 191 - 202.

Bush, T. (2008). From Management to Leadership: Semantic or Meaningful Change? *Educational Management Administration and Leadership, 36 (2)*, 271 - 288.

Bush, T. & Glover, D. (2003). *School Leadership: Concepts & Evidence*. Nottingham: National College for School Leadership.

Caldwell, B. (1992). The principal as leader of the self-managing school in Australia. *Journal of Educational Administration, 30*, 6 - 19.

Carney, A. & Merrell, K. (2001). Bullying in Schools: Perspectives on Understanding and Preventing an International Problem. *School Psychology International*, *21*, 364 – 382.

Clapham, A. (2006). *Human Rights Obligations of Non – State Actors*. New York: Oxford University Press.

Cook, C., Gadalla, T., Daciuk, J. & Solomon, S. (2010). Cyber bullying behaviors among middle and high school students. *American Journal of Orthopsychiatry, 80(3)*, 362 - 374.

Cooper, M. & Culer, A. (1973). *Health Economics.* United States: Penguin.

Craig, W., Pepler, D. & Blais, J. (2007). Responding to bullying: What works? *International Journal of School Psychology, 28*, 15 - 24.

DES (1985). *Education for All: The Report of the Committee of Inquiry into the Education of Children From Ethnic Minority Groups*. London: HMSO.

Deschesnes, M., Martin, C. & Jomphe Hill, A. (2003). Comprehensive approaches to school health promotion: How to achieve broader implementation? *Health Promotion International, 18*, 387 – 396.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist, 55*, 35 - 43.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological bulletin, 95*, 542 - 575.

Diener, E., Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology, 24*, 25 - 41.

Downie, R., Fyfe, C. & Tannahill, A. (1990). *Health Promotion Models and Values*. Oxford: Oxford Medical Publications.

Dressler, B. (2001). Charter School Leadership. *Education & Urban Society, 33 (2)*, 170 - 185.

Duignan, P. (1994). *Reflective management: the key to quality leadership*. In Riches, C. & Morgan, C. (eds), *Human Resource Management in Education* (p. 74 - 90). London: The Open University.

Easterlin, R. (2001). Income and happiness: Towards a unified theory. *The Economic Journal, 111 (473)*, 465 - 484.

Engels, N., Aelterman, A., Petegem, K. & Schepens, A. (2004). Factors which influence the well-being of pupils in flemish secondary schools. *Educational Studies, 30 (2)*, 127 - 143.

Everard, K., Morris, G. & Wilson, I. (2004). *Effective School Management*. London: Chapman Pu.

Fitzpatrick, K. & Tinning, R. (2013). Health education's fascist tendencies: a cautionary exposition. *Critical Public Health*, 1 – 11.

Frankl, V. (1967). *Psychotherapy and Existentialism*. New York: Touchstone.

Gendron, B., Williams, K. & Guerra, N. (2011). An analysis of bullying among students within schools: Estimating the effects of individual normative beliefs, selfesteem and school climate. *Journal of School Violence, 10*, 150 – 164.

Georgas, J. & Papastylianou, A. (1996). Acculturation and ethnic identity: The remigration of ethnic Greeks to Greece. In Grand, H., Blanco, A. & Georgas, J. (eds.), *Key issues in cross – cultural psychology*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Gerouki, M. (2009). Innovations on hold: sex education in the Greek primary schools. *Health Education, 109*, 49 - 65.

Gietz, C. & McIntosh, K. (2014). Relations between student perceptions of their school environment and academic achievement. *Canadian Journal of School Psychology, 29 (3)*, 161 – 176.

Gorksi, P. (2000). *The challenge of defining a single Multicultural Education: Multicultural Philoshophy Series*. United States: McGraw Hill.

Gotsch, A. & Pearson, C. (1987). Education for health: Strategies for change. In Greenberg, M. (eds), *Public Health and the Environment: The United States Experience.* New York: The Guilford Press.

Grant, A. (1977). *Multicultural education: Commitments, issues and applications, Association for Supervision and Curriculum Development*. Washington: D.C.

Green, L. & Kreuter, M. (1999). Health promotion planning: An educational and ecological approach. *Mayfield publishing company*, 218 - 261.

Gundara, J. (1986). Education for a multicultural society. In Gundara, J., Jones, C. & Kimberley, K. (eds.), *Racism, Diversity and Education* (p. 4 – 27). London: Kent, Hodder and Stoughton Educational.

Hanish, L. & Guerra, N. (2000). The role of ethnicity and school context: Predicting children's victimisation by peers. *American Journal of Community Psychology, 28 (2)*, 201 - 223.

Harris, A. (2005). Leading from the chalk-face: an overview of school leadership. *Leadership, 1 (1)*, 73 - 87.

Hochu, J. (2003). The Role of the Child Life Specialist assisting the Pediatric Palliative Patient return to School. *Hospice News, 7*, 16.

Hogg, W., Rowan, M., Russell, G., Geneau, R. & Muldoon, L. (2007). Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *International journal for quality in health care, 20(5)*, 308 – 313.

Illich, I. (1976). *Limits to Medicine- Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London: Marion Boyars.

Irvine, J. & Armento, B. (2001). *Culturally Responsive Teaching: Lesson Planning for Elementary and Middle Grades*. New York: The McGraw Hill.

Jamal, F., Fletcher, A., Harden, A., Wells, H., Thomas, J. & Bonell, C. (2013). The school environment and student health: a systematic review and meta-ethnography of qualitative research. *BMC Public Health, 13*, 798 - 810.

Jensen, B. (2000). Health knowledge and health education in the democratic health promoting school. *Health Education, 100*, 146 – 154.

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

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

Kezar, A. (2012). Bottom-Up/Top-Down Leadership: Contradiction or Hidden Phenomεnon. *Journal of Higher Education, 83(5)*, 725 - 760.

Khushf, G. (2007). An agenda for future debate on concepts of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy, 10*, 19 - 27.

Kickbusch, I. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International, 16(3)*, 289 - 297.

Kohut, M. (2007). *The complete guide to understanding, controlling, and stopping bullies & bullying: A Complete Guide for Teachers & Parents*. Florida: Atlantic Publishing Group.

Labonte, R. (1990). Empowerment: notes on professional and community dimensions. *Canadian Review of Social Policy (26),* 64 - 75.

Laverack, G. & Labonte, R. (2000). A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy and Planning 15(3)*, 255 – 262.

Leahy, D. (2013). Assembling a health(y) subject: risky and shameful pedagogies in health education. *Critical Public Health,* 1 - 12.

Leavitt, L. (2002). Developing cultural competence in a multicultural world part I. *Magazine of Physical Therapy, 10(12)*, 36 - 48.

Lee, C. (2006). *Preventing Bullying in Schools: A Guide for Teachers and Other Professionals*. London: Paul Chapman Publishing.

Leeman, Y. (2007). School leadership and equity: Dutch experiences. In Everard, K., Morris, G. & Wilson I. (eds), *Effective School Management* (p. 53). London: Chapman.

Leithwood, K. & Duke, D. (1999). A century's quest to understand school leadership. In Murphy J. & Louis, K. (eds.), *Handbook of Research on Educational Administration: a project of the American Educational Research Association* (p. 45 - 72). San Francisco: Jossey - Bass.

Leithwood, K., Jantzi, D. & Steinbach, R. (1999). *Changing leadership for changing times*. Buckingham: Open University Press.

Lewin, K., Lippit, R. & White, R. (1939). Patterns of Aggressive Behavior in Experimentally Created Social Climates. *Journal of Social Psychology, May*.

Lobstein, T. & Frelut, M. (2003). Prevalence of overweight among children in Europe. *Obes Rev 4(4)*, 195 – 200.

Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? : The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist, 56*, 239 – 249.

Lyubomirsky, S. & Dickerhoof, R. (2005). Subjective well-being. In Worrell J. (eds.), *Handbook of girls and women psychological health: Gender and well-being across the life span* (p. 166 - 174). New York: Oxford University Press.

Macklem, G. (2004). *Bullying and teasing: Social power in children's groups*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Maslow, A. (1971). *The farther reaches of human nature*. New York: Vicking.

Matthews, J. & Crow, G. (2003). *Being and Becoming a Principal: Role Conceptions for Contemporary Principals and Assistant Principals*. Boston: Allyn & Bacon.

McClelland, D. & Burnham, D. (1995). Power is the Great Motivator. *Harvard Business Review, 73(1)*, 126 - 139.

McLeroy, K., Bibeau, D., Steckler, A. & Glanz, K. (1988). An ecological prespective on health promotion programs. *Health Education Quarterly, 15*, 351 - 377.

Mill, JS. (2003). Utilitarianism and On liberty by Mary Warnock. Berlin: Blackwell Publishing.

Mohammadi, N., Rowling, L. & Nutbeam, D. (2010). Acknowledging educational perspectives on health promoting schools. *Health Education, 110*, 240 – 251.

Morgan, G. (1996). *Empowering human resources*. In Riches, C & Morgan, C. (eds*). Human Resource Management in Education* (p. 32-37). London: The Open University.

Mullins, L. (1991). *Management and organization behavior*. New Jersey: Prentice Hall.

Myers, D. (1999). Close relationships and quality of life. In Kahneman, D., Diener, E. & Schwarz, N. (eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion International, 15*, 259 - 267.

Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International, 13*.

O' Donnell, M. (2009). Definition of Health Promotion. *American Journal of Health Promotion, 24(1)*, iv - iv.

Oliver, C. & Candappa, M. (2003). *Tackling Bullying: Listening to the Views of Children and Young People- Summary Report*. Nottingham: Department for Education and Skills.

Olweus, D. (2007). *The Olweus Bully and Victim Questionnaire*. London: Hazeldum Publishing.

Olweus, D. (1993). Bullying at school: What we Know and What we Can Do. Oxford: Blackwell Publishing.

Otterbourg, S. (1998). *Using Technology to Strengthen Employee and Family Involvement in education* (research report). USA: The Conference Board.

Paakari, L., Tynjala, P. & Kannas, L. (2010a). Student teachers' ways of experiencing the teaching of health education. *Studies in Higher Education, 35*, 905 - 920.

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

Pender, N. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. Stamford: Appleton and Lange.

Power, M. (2003). Quality of life. In Lopez, S. & Suyder, C. (eds.), *Positive psychological assessment* (p. 427 - 441). Washington: APA.

Powers, S., Rayner, S. & Gunter, H. (2001) Leadership in Inclusive Education: A professional development agenda for Special Education. *British Journal of Special Education, 28(3)*, 108 - 112.

Puhl, R. & Latner, J. (2007). Stigma, obesity and the health of the nation's children. *Psychological bulletin, 133*, 557 - 580.

Ratzan, S. (2001). Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International, 16(2)*.

Rayner, S. & Ribbins, P. (1999) Headteachers and Leadership in Special Education. In Ainscow, M., Fox, S. & Coupe O' Kane J. (eds), *Leadership and Management in Special Schools* (p. 18 - 19). United Kingdom: National College of School Leadership.

Riehl, C. (2000). The Principal's Role in Creating Inclusive Schools for Diverse Students: A review of normative, empirical and critical literature on the practice of educational administration. *Review of Educational, 1*, 55 - 81.

Rigby, K. (2014). How teachers address cases of bullying in schools: A comparison of five reactive approaches. *Educational Psychology in Practice, 30(4)*, 409 - 419.

Rigby, K. (2008). *Children and Bullying. How Parents and Educators Can Reduce Bullying at School*. Boston: Blackwell Publishing.

Rigby, K. (2007*). Bullying in schools and what to do about it*. Camberwell: ACER Press.

Robert, B. (1995). Forget culture: Replacement, transcendence, relexification. *Cultural Anthropology, 10*, 509 - 546.

Rogers, C. (1947). Some observations on the organization of personality. *American Psychologist, 2,* 358 - 368.

Ryan, R. & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist, 55(1)*, 68 - 78.

Saracci, R. (1997). The world health organisation needs to reconsider its definition of health. *Education and debate, 314*, 1409 – 1410.

Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness*. New York: Free Press.

Sergiovanni, T. (2001). *Leadership: What's in it for Schools?* London: Routledge Falmer.

Simovska, V. (2007). The changing meanings of participation in school based health education and health promotion: the participants' voices. *Health Education Research, 22*, 864 – 878.

Smith, P. & Shu S. (2000). What good schools can do about bullying: Findings from a survey in English schools after a decade of research and action. *Childhood, 7*, 193 - 212.

Snyder, L., Garriott, P. & Aylor, W. (2001). Inclusion Confusion: Putting the Pieces Together. *Teacher Education and Special Education, 24(3)*, 198 - 207.

Solberg, M. & Olweus, D. (2003). Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *Aggressive Behavior, 29*, 239 – 268.

Somech, A. (2010). Participative Decision Making in Schools: A Mediating – Moderating. *Educational Administration Quarterly, 46*, 174.

Soultatou, P., Dunkan, P., Athanasiou, K. & Papadopoulou, I. (2011). Health needs: policy plan and school practice in Greece. *Health Education, 111*, 266 – 282.

Speller, V., Byrne, J., Dewhirst, S., Almond, P., Mohebati, L., Norman, M., Polack, S., Memon, A., Grace, M., Margetts, B. & Roderick, P. (2010). Developing trainee school teachers' expertise as health promoters. *Health Education, 110*, 490 - 507.

Thapa, A., Cohen, J., D'Alessandro, A. & Guffey, S. (2012).School climate research summary. *School Climate Brief, 3*, 1 – 21.

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

Trinder, M. (2000). Bullying: A challenge for our society. *Victorian Parenting Centre News, 3*, 3 - 6.

UNESCO (2004). Education Sector Position Paper: «*The Plurality of Literacy and Its Implications for Policies and Programmes*». Published by the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, Composed and printed in the workshops of UNESCO.

Viig, N. & Wold, B. (2005). Facilitating Teachers' Participation in School – Based Health Promotion: A Qualitative Study. *Scandinavian Journal of Educational Research, 49*, 83 – 109.

Wallace, M. (2001). Sharing Leadership of Schools Through Teamwork: A Justifiable Risk? *Educational Management Administration & Leadership, 29*, 153 - 167.

Waterman, A. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (Eudaimonia) and Hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology, 64(4)*, 678 - 691.

Weber, R. (1990). *Basic content analysis*. London: Sage.

Werner, D. (1988). Empowerment and Health. *Christian Medical Commission 102*, 1 - 9.

West, P., Sweeting, H. & Leyland, A. (2004). School effects on pupils school behaviors: evidence in support of the health promoting school. *Research Papers in Education, 19*, 261 - 291.

Wong, D. (2002). *Helping pupils away from bullying. Hong Kong*: Centre for Restoration of Human Relationships.

WHO (1983). *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board 1973 – 1982.* Geneva.

WHO (2002). *The European Health Report: The major determinants of health*. Geneva.

WHO (1998). *Education for Health: A manual on health education in primary health care*. Geneva.

WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva.

Wright, R. (2000). *The principles of justice*, *in Symposium, Propter Honoris Respectum: John Finnis*, 75 NOTRE DAME L. REV. 1859.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Α.1 Εγκύκλιος «*Παρεμβάσεις*»

Εγκύκλιος «*Παρεμβάσεις*» - Μέρος της εγκυκλίου για το σχολικό έτος 2018 – 2019, την οποία εξέδωσε το υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το υπουργείο Παιδείας, με αριθμό πρωτοκόλλου Γ1γ/ΓΦ3.3,13,18Z ΦΑΥ4,6(2018)/Γ.Π.οικ. 78038.

ΘΕΜΑ: «Ανάπτυξη - υλοποίηση από το Υπουργείο Υγείας δράσεων και παρεμβάσεων ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του μαθητικού πληθυσμού στο πλαίσιο της Αγωγής Υγείας σε Εθνικό Επίπεδο, για το σχολικό έτος 2018 - 2019»

Η Δ/νση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Τμήμα Γ΄ Ανάπτυξης Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και Πρόληψης, του Υπουργείου Υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τα ως άνω σχετικά, σας ενημερώνει για τον σχεδιασμό της ανάπτυξης και υλοποίησης του δράσεων και παρεμβάσεων ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του μαθητικού πληθυσμού στο πλαίσιο της Αγωγής Υγείας σε Εθνικό Επίπεδο για το σχολικό έτος 2018-2019.

Οι εν λόγω δράσεις και παρεμβάσεις περιέχουν παρουσιάσεις, έντυπο και οπτικοακουστικό υλικό, το οποίο διαβιβάσθηκε αρμοδίως από το Υπουργείο Υγείας προς το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων και εγκρίθηκαν από το Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής (τα αρ. 37/30-8-2018 και 39/6-9-2018 Αποσπάσματα Πρακτικών του Δ.Σ. του Ι.Ε.Π.) και με τα αρ. πρωτ. α) Φ2.1/157367/Δ7/21-9-2018 και β) Φ2.1/158415/Δ7/24-9-2018 έγγραφα του ΥΠ.Π.Ε.Θ. Οι θεματικοί άξονες με το εγκεκριμένο υλικό είναι οι ακόλουθοι:

Παρεμβάσεις που επανεγκρίθηκαν:

Α. E-BUG με θέμα:

i. «Οι μαθητές στη χώρα των μικροβίων»

ii. «Γνωρίζω και αντιμετωπίζω τα μικρόβια»

Β. Σεξουαλική και Αναπαραγωγική Υγεία.

Γ. Προαγωγή της Εθελοντικής Αιμοδοσίας.

Δ. Αγωγή Στοματικής Υγείας.

Νέες παρεμβάσεις που εγκρίθηκαν:

Ε. Θεματικός άξονας: Πρόληψη και διαχείριση της χρήσης καπνού στα σχολεία.

Παρέμβαση Ε.1: «Ελλάδα ελεύθερη καπνού – Smoke free Greece»

Παρέμβαση Ε.2: «Κάπνισμα; Όχι εμείς!»

Παρέμβαση Ε.3: «Τα δυνατά όχι»

ΣΤ. Θεματικός άξονας: Προαγωγή ψυχικής υγείας παιδιού και εφήβου.

Παρέμβαση ΣΤ.1: «Η πυξίδα του εαυτού μου»

Παρέμβαση ΣΤ.2: «Η διαφορετικότητα στη σχολική κοινότητα ως ευκαιρία για προσωπική ανάπτυξη»

Παρέμβαση ΣΤ.3: «Τεχνικές χαλάρωσης για την πρόληψη και τον έλεγχο του στρες»

Ζ. Θεματικός άξονας: «Ηλιακή ακτινοβολία – Προστασία»

Η. Θεματικός άξονας: «Υγιεινή και προστασία των ματιών και της όρασης – Σ' αγαπώ… σαν τα μάτια μου»

Θ. Θεματικός άξονας: «Η αξία της τρίτης ηλικίας – Κατανοώντας και φροντίζοντας τον παππού και τη γιαγιά»

Ι. Θεματικός άξονας: «Πρόληψη ατυχημάτων»

Παρέμβαση Ι.1: «Ασφαλής κολύμβηση για πρόληψη ατυχημάτων στο νερό»

Παρέμβαση Ι.2.: «Πρόληψη ατυχημάτων»

Παρέμβαση Ι.3: « Ασφαλείς διαδρομές προς και από το σχολείο»

ΙΑ. Θεματικός άξονας: «Πρόληψη λοιμώξεων HIV/AIDS, Ηπατίτιδες»

ΙΒ. Θεματικός άξονας: «Υγιής στάση σώματος – Βάδιση»

ΙΓ. Θεματικός άξονας: «Υγιής αναπνοή – Αναπνέω καθαρό αέρα»

Οι ανωτέρω θεματικοί άξονες, καθώς και η διαδικασία ανάπτυξης και υλοποίησης αυτών, αναλύονται και παρουσιάζονται ως εξής:

α) Με το νόμο 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 115τ Α/7-8-2017), αναμορφώνεται η διάρθρωση των δομών και υπηρεσιών της ΠΦΥ σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, η οργάνωση και ο καθορισμός σχετικών διαδικασιών ανάπτυξης και παροχής φροντίδας υγείας, με προσανατολισμό στην κοινοτική υγεία και στην προαγωγή της υγείας, με έμφαση στην πρόληψη και στην αγωγή υγείας, με επίκεντρο τον πολίτη, την οικογένεια, τις ευάλωτες ευπαθείς ομάδες και γενικότερα, την προάσπιση της δημόσιας υγείας. Επιπλέον στο άρθρο 13, προβλέπεται η συγκρότηση Δικτύων Αγωγής Υγείας και Πρόληψης ανά ΥΠΕ (παρ. 2), όπου σκοπό έχουν, μεταξύ άλλων, την οργάνωση, την υποστήριξη και

τη συμμετοχή στην προτυποποίηση προγραμμάτων για την σχολική κοινότητα, για το εργασιακό περιβάλλον και για ευπαθείς ομάδες πληθυσμού στην κοινότητα (εδ.γ). Με την αρ. Γ1α/Γ.Π.οικ. 60083/2-8-2018 (ΑΔΑ: ΨΚΒ7465ΦΥΟ-7ΓΙ) εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας καθορίζονται οι περαιτέρω διαδικασίες.

β) Όλες οι ανωτέρω δράσεις και παρεμβάσεις ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης που αναφέρονται σε διάφορους θεματικούς άξονες, στο πλαίσιο της Αγωγής Υγείας για μαθητικό πληθυσμό σε Εθνικό Επίπεδο του Υπουργείου Υγείας, ως φιλοσοφία έχουν τη διαμόρφωση και την εδραίωση κουλτούρας συνεργασίας, συμμετοχής και αμοιβαίας εμπιστοσύνης μεταξύ της σχολικής – μαθητικής κοινότητας (μαθητές/τριες, εκπαιδευτικοί, γονείς) και των Δημόσιων Δομών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας στο Ε.Σ.Υ και στην Π.Φ.Υ. (Νοσοκομεία, Ειδικές Μονάδες, Κέντρα Υγείας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Τ.ΟΜ.Υ, κλπ.).

Σκοπός είναι να επιτευχθεί :

1. Η ανάπτυξη ποικίλων παρεμβάσεων στους άξονες της Αγωγής Υγείας και της Πρόληψης σε Σχολικές Μονάδες.

2. Η διασφάλιση υγιούς και ασφαλούς σχολικού και κοινοτικού περιβάλλοντος.

3. Η συμμετοχή (μαθητικής κοινότητας, επαγγελματιών υγείας και φορέων) σε κοινές δράσεις προαγωγής της υγείας στην κοινότητα.

4. Η ενίσχυση αξιών, ιδεών και αρχών που προάγουν την κοινωνική αλληλεγγύη, τον εθελοντισμό και τη συμμετοχή.

5. Η έγκαιρη διάγνωση και παραπομπή σε ποιοτικές υπηρεσίες Π.Φ.Υ.

6. Η προάσπιση και η παρακολούθηση των παιδιών – μαθητών/τριών (Βιβλιάριο Υγείας Παιδιού, Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή, Παιδιατρικά Πρωτόκολλα, κλπ.).

7. Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων και συστηματικών παρεμβάσεων που έχουν συνέχεια, συνέπεια και προοπτική, αξιοποιώντας τη βιωματική και κοινοτική προσέγγιση.

8. Η ενίσχυση στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων για την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών στο γενικό μαθητικό πληθυσμό, μέσω βασικών αρχών πρωτογενούς πρόληψης και θετικών στάσεων (χωρίς σύνδεση με νοσήματα και συμπτώματα ή με καταστάσεις νοσηρότητας).

<u>Επισημάνσεις του ΥΠ.Π.Ε.Θ./Ι.Ε.Π. για τη διενέργεια δράσεων/παρεμβάσεων:</u>

(…) επισημαίνονται οι όροι και οι προϋποθέσεις που τίθενται αναφορικά με τους εκπαιδευτικούς και τις σχολικές μονάδες και είναι οι ακόλουθοι:

i. Οι δράσεις/προγράμματα και το συνοδευτικό τους υλικό έχουν χαρακτήρα προαιρετικό για τις σχολικές μονάδες και αξιοποιούνται κατά την κρίση των εκπαιδευτικών είτε ως ολοκληρωμένο πλαίσιο δράσεων στο πλαίσιο προγράμματος αγωγής υγείας που υλοποιείται στο σχολείο, είτε ως αυτόνομες δράσεις/μεμονωμένες δραστηριότητες σε επίπεδο ενημέρωσης – ευαισθητοποίησης.

ii. Η επιλογή των ενημερωτικών δράσεων από τους εκπαιδευτικούς να γίνεται σύμφωνα με τις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα των μαθητών/τριων της τάξης, διασφαλίζοντας τη συνάφεια με τον εκπαιδευτικό και διδακτικό προγραμματισμό και σε συνεργασία με τους Υπευθύνους Αγωγής Υγείας/Σχολικών Δραστηριοτήτων της οικείας Διεύθυνσης Εκπαίδευσης.

iii. Η πρόσκληση των ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας για την υλοποίηση των ανωτέρω δράσεων στο σχολείο να λαμβάνει χώρα στις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες τα εξεταζόμενα θέματα απαιτούν κατά την κρίση των εκπαιδευτικών την παρουσία εξειδικευμένου επαγγελματία υγείας και πάντα διασφαλίζοντας τη συνάφεια της δράσης με το πρόγραμμα σπουδών και τη συνέχεια των προσφερόμενων μαθησιακών εμπειριών.

iv. Στην περίπτωση που στο πλαίσιο ενημερωτικής δράσης στους προαναφερόμενους θεματικούς άξονες πραγματοποιηθεί επίσκεψη ιατρού ή άλλου επαγγελματία υγείας, αυτή να πραγματοποιείται με τη σύμφωνη γνώμη του συλλόγου διδασκόντων και κατόπιν συνεννοήσεως ώστε να μην παρακωλύεται το σχολικό πρόγραμμα.

v. Η ενημέρωση των μαθητών/τριων από ιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας να πραγματοποιείται παρουσία των εκπαιδευτικών που θα συμμετέχουν στη δραστηριότητα, να είναι προσαρμοσμένη στην ηλικία και το μαθητικό επίπεδο των μαθητών/τριων και να μην υπερβαίνει σε διάρκεια τις δύο (2) ώρες.

vi. Η υλοποίηση των δράσεων στο σχολείο να γίνεται δωρεάν και χωρίς διανομή οποιουδήποτε διαφημιστικού υλικού.

vii. Οι Υπεύθυνοι Ιατροί ή άλλοι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι θα υποστηρίξουν την υλοποίηση ενημερωτικών δράσεων στο σχολείο θα πρέπει να είναι επαγγελματίες του χώρου υγείας οι οποίοι απασχολούνται ως προσωπικό δημόσιων υπηρεσιών υγείας.

viii. Η υλοποίηση των προαναφερθέντων προγραμμάτων, δράσεων και ενημερώσεων υλοποιούνται κατόπιν της έγγραφης βεβαίωσης – συγκατάθεσης των γονέων – κηδεμόνων των μαθητών/τριων.

(Υπουργείο Υγείας, 2018)

Α.2 Οδηγός συνέντευξης

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ, ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
"ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ"
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: *ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΗΓΕΣΙΑ*

ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας με θέμα:

Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΔΕΟΝΤΟ-ΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΗΓΕΣΙΑ

του

Βασιλείου Δημήτρη (Α.Μ. ell17005)

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Βασιλική Καραβάκου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Θεσσαλονίκη, 2019

Στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «*Επιστήμες της Εκπαίδευσης και της Διά Βίου Μάθησης*», με ειδίκευση στην Εκπαιδευτική Διοίκηση και Ηγεσία, πραγματοποιείται η παρακάτω έρευνα, η οποία αποτελεί μέρος της διπλωματικής εργασίας με τίτλο: «*Η φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση: Προκλήσεις δεοντολογίας για τη σύγχρονη εκπαιδευτική διοίκηση και ηγεσία*» και η ολοκλήρωσή της αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ολοκλήρωση του Μεταπτυχιακού Προγράμματος.

Η παρούσα έρευνα έχει ως στόχο να διερευνήσει τις πρακτικές που ακολουθούν οι σχολικοί ηγέτες σε θέματα που σχετίζονται με την φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση και να μελετήσει τις προκλήσεις δεοντολογίας που απορρέουν από τις πρακτικές αυτές για τους ίδιους. Είναι σαφές ότι όταν αναφερόμαστε σε ζητήματα υγείας, αυτά μπορούν να αφορούν και διάφορες ψυχολογικές διαταραχές, όπως το άγχος και η κατάθλιψη και να μην περιορίζονται μόνο σε προβλήματα σωματικής ακεραιότητας. Όσον αφορά τις προκλήσεις δεοντολογίας, αυτές μπορεί να σχετίζονται με τους διάφορους ηθικούς προβληματισμούς των ηγετών εκπαίδευσης για θέματα που άπτονται των προβλημάτων υγείας στο χώρο του σχολείου και έρχονται σε αντίθεση με τα προσωπικά τους πιστεύω, όσον αφορά την αντιμετώπισή τους από τους ίδιους και τις πρακτικές που πρέπει να ακολουθήσουν. Παράλληλα, μπορούν να αφορούν προβληματισμούς για το κατά πόσο οι πράξεις τους και η συμπεριφορά τους είναι ηθικά αποδεκτές και κατά πόσο ασκούν το καθήκον τους ηθικά και ανεξάρτητα από τις πιθανές συνέπειες που αυτό μπορεί να επιφέρει.

Η διάρκεια της συνέντευξης υπολογίζεται γύρω στα 20 έως 30 λεπτά. Αποτελείται στο σύνολό της από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελούν τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων, ενώ το δεύτερο αποτελείται από 4 ερευνητικούς άξονες, με 16 ερωτήσεις. Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική και έχετε το δικαίωμα να διακόψετε τη συνέντευξη, οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμείτε. Η έρευνα έχει καθαρό ακαδημαϊκό χαρακτήρα και οι απαντήσεις που θα δοθούν θα χαρακτηρίζονται από ανωνυμία και απόλυτη εχεμύθεια. Για επιπλέον πληροφορίες ή διευκρινίσεις μπορείτε να απευθυνθείτε στην επιβλέπουσα καθηγήτρια κα Καραβάκου Βασιλική, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Μακεδονίας στο τηλέφωνο 2310 891360 ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση vkm@uom.edu.gr.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας.

ΜΕΡΟΣ Α: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο: Άρρεν □ Θήλυ □

Ηλικία: .....

Σπουδές: Βασικό πτυχίο □ Δεύτερο πτυχίο □ Μεταπτυχιακό □ Διδακτορικό □

Χρόνια προϋπηρεσίας στην εκπαίδευση: …….

Χρόνια προϋπηρεσίας σε διευθυντική θέση: …….

ΜΕΡΟΣ Β: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΑΞΟΝΕΣ - ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Άξονας 1: Εμπειρία πάνω σε θέματα υγείας στο χώρο του σχολείου.

1) Ποιο είναι το σημαντικότερο πρόβλημα υγείας που έχετε αντιμετωπίσει σε παιδιά του σχολείου ως διευθυντής/-τρια; Πώς το αντιμετωπίσατε;

2) Έχετε επιμορφωθεί πάνω σε θέματα που αφορούν την υγεία στο χώρο του σχολείου;

3) Ως διευθυντής/-τρια παρατηρείτε διαφορές στην αντιμετώπιση θεμάτων που αφορούν την υγεία των μαθητών, σε σχέση με παλαιότερα που δεν κατείχατε ηγετική θέση; Προσδιορίστε αυτές τις διαφορές.

4) Κατά τη γνώμη σας, ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας στο χώρο του σχολείου;

Άξονας 2: Πρακτικές που αφορούν την προαγωγή και αγωγή της υγείας.

5) Ποιες πρακτικές ακολουθείτε προκειμένου να συμβάλλετε στην προαγωγή της υγείας εντός της σχολικής μονάδας;

6) Ακολουθείτε προγράμματα αγωγής της υγείας στο σχολείο σας; Αναφέρετε ένα παράδειγμα.

7) Από τι εξαρτάται η αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος αγωγής της υγείας;

8) Με ποιο τρόπο η πολιτεία μεριμνά για θέματα που αφορούν την προαγωγή και αγωγή της υγείας εντός του σχολείου;

Άξονας 3: Προκλήσεις δεοντολογίας για τη σύγχρονη εκπαιδευτική διοίκηση και ηγεσία, σχετικά με τη φροντίδα της υγείας στην εκπαίδευση.

9) Σε περιπτώσεις παιδιών με διαφορετικό γλωσσικό και πολιτισμικό υπόβαθρο, υπάρχει η πιθανότητα κατά την εισαγωγή τους στο ελληνικό σχολείο να βιώσουν ενδοψυχικές συγκρούσεις και επιπολιτιστικό στρες, που επηρεάζουν τόσο το συναισθηματικό επίπεδο και την ψυχική τους υγεία, όσο και τις επιδόσεις τους στο σχολείο. Ως διευθυντής/-τρια, ποιες πρακτικές ακολουθείτε προκειμένου τα παιδιά αυτά να διατηρούν την ψυχική τους υγεία και να εντάσσονται ομαλά στο σύγχρονο ελληνικό σχολείο;

10) Ως διευθυντής/-τρια έχετε αντιμετωπίσει ποτέ φαινόμενα κατά τα οποία οι γονείς των γηγενών μαθητών έχουν αντιδράσει στην ύπαρξη παιδιών που διαφέρουν πολιτισμικά στο ίδιο σχολείο με τα δικά τους; Σε ποιους λόγους οφειλόταν αυτή η αντίδραση; Πώς την αντιμετωπίσατε; Ποιες πρακτικές οφείλει να ακολουθεί ο σύγχρονος σχολικός ηγέτης για την αντιμετώπιση τέτοιων φαινομένων;

11) Σε περιπτώσεις σχολικού εκφοβισμού (bullying), ποιες πρακτικές οφείλει να ακολουθεί ο/η διευθυντής/-τρια, προκειμένου να διατηρηθεί η ισορροπία των σχέσεων και η ψυχική ηρεμία μεταξύ των μαθητών – θυτών και των μαθητών – θυμάτων;

12) Ποιες είναι οι δυσκολίες για τη σύγχρονη εκπαιδευτική διοίκηση και ηγεσία στη συνολική αντιμετώπιση τέτοιων φαινομένων;

Άξονας 4: Η σύγχρονη ηγεσία μέσα από προτάσεις βελτίωσης της φροντίδας της υγείας στο χώρο της εκπαίδευσης.

13) Πώς κρίνετε τις υπάρχουσες παρεμβάσεις του υπουργείου Παιδείας, που αφορούν την αγωγή της υγείας στο σχολείο και τα αντίστοιχα προγράμματα που προτείνει;

14) Κατέχοντας μια ηγετική θέση στο χώρο της εκπαίδευσης, ποιες παρεμβάσεις πιστεύετε ότι θα συντελούσαν στην προαγωγή της υγείας των παιδιών του σχολείου;

15) Μια ηγεσία για να θεωρηθεί αποτελεσματική σε θέματα που σχετίζονται με την υγεία, ποια χαρακτηριστικά οφείλει να έχει;

16) Ποιο μοντέλο εκπαιδευτικής ηγεσίας θεωρείτε ότι είναι το πιο αποτελεσματικό σε θέματα προαγωγής και αγωγής της υγείας; Εσείς ποιο ακολουθείτε και γιατί;

ΥΠΕΝΘΥΜΙΣΗ

Είναι υποχρεωτικό να εντάξετε στο τέλος του κειμένου της οριστικοποιημένης τελικής εκδοχής της Μ.Δ.Ε. σας και να υπογράψετε το ακόλουθο κείμενο:

«*Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.*»

Υπογραφή: