



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ - ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ**

Μεταπτυχιακή Διατριβή:

“Καταγραφή και αξιολόγηση γνώσεων, αντιλήψεων και συμπεριφορών σε θέματα διατροφής και υγείας σε εκπαιδευτικούς (προσωπικό) Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης”



Φοιτήτρια Π.Μ.Σ.: Βασταρδή Μαρία

Επιβλέπων Καθηγητής: Μανιός Ιωάννης, Επίκουρος Καθηγητής

**Μέλη Επιτροπής: Παναγιωτάκος Δημοσθένης, Λέκτορας
Μπόσκου Γεώργιος, Επίκουρος Καθηγητής**

ΑΘΗΝΑ, 2007 – 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<i>Περιεχόμενα</i>	<i>1</i>
<i>Ευρετήριο Πινάκων –Σχημάτων</i>	<i>3</i>
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ΜΕΡΟΣ Α΄ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	9
Κεφάλαιο Πρώτο	9
ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ	9-14
Κεφάλαιο Δεύτερο	15
ΠΡΟΑΓΩΓΗ - ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	15
2.1 Σύνδεση της σχολικής πολιτικής και των συμπεριφορών με τους Δείκτες Υγείας	15
2.2 Διατροφική Αγωγή	17-21
2.3 Αντικαπνιστική Αγωγή	21-22
2.4 Φυσική Αγωγή	22-23
Κεφάλαιο Τρίτο	24
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	24
3.1 Γενικά Εκπαιδευτικά Προγράμματα Διατροφής	24-26
3.2 Προγράμματα Φυσικής Αγωγής	26-28
3.3 Προγράμματα Αλλαγής Συμπεριφορών	28-29
3.3.1 Σχολικά Προγράμματα χωρίς τη συμμετοχή γονέων	29-30
3.3.2 Προγράμματα για την οικογένεια	30-37
3.4 Προγράμματα με τη συμμετοχή της ευρύτερης κοινότητας	37-41
Κεφάλαιο Τέταρτο	41
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΕΤΩΝ	
ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ	41-52

ΜΕΡΟΣ Β΄ - ΕΡΕΥΝΑ	52
1. ΣΚΟΠΟΣ – ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ	52-53
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	53
2.1 Δείγμα της μελέτης	53
2.2 Εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων	54
2.3 Στατιστική ανάλυση	54-55
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	55
3.1 Περιγραφικά Χαρακτηριστικά	55
3.1.1 Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Ερωτώμενων	55-65
3.1.2 Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Σχολικών Μονάδων	66-75
3.2 Συσχετίσεις	76-77
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ	78-86
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	87-98
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	99
1. Πίνακας 1: Θεματολογία των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας (Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών Αγωγής Υγείας)	99
2. Ερωτηματολόγιο Έρευνας	100-103
3. Ερωτηματολόγιο Β΄: French SA, 2005	104-111
4. Ερωτηματολόγιο Γ΄: Μανιός Ι. Ευρετήριο Σχολικής Υγείας	112-116

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ –ΣΧΗΜΑΤΩΝ

ΜΕΡΟΣ Α΄ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Κεφάλαιο Δεύτερο

Σχήμα 2.1: Απεικόνιση της σύνδεσης των κοινωνικών και σχολικών παραγόντων στο τελικό αποτέλεσμα μιας σχολικής πολιτικής (Boyle et al, 2004).	15
Σχήμα 2.2: Μακροχρόνια και βραχυχρόνια αποτέλεσμα μιας σχολικής πολιτικής (Boyle et al, 2004).	16
Σχήμα 2.3: Η ύπαρξη σχολικής πολιτικής επηρεάζει την κατανάλωση τροφίμων στα γυμνάσια (Vereecken et al, 2005).	20
Κεφάλαιο Τρίτο	
Πίνακας 3.3.2: Σχεδιασμός Έρευνας CATCH	36

ΜΕΡΟΣ Β΄- ΕΡΕΥΝΑ

Πίνακας 1: Οι ομάδες ερωτώμενων και τα ποσοστά συμμετοχής τους σε προγράμματα Αγωγής Υγείας.	56
Πίνακας 2: Δημογραφικά χαρακτηριστικά ανά ομάδα ερωτώμενων.	57
Πίνακας 3.1: Δείκτες υγείας και Συμπεριφορές υγείας- Δείκτης Μάζας Σώματος.	58
Πίνακας 3.2: Δείκτες υγείας και Συμπεριφορές υγείας- Κάπνισμα.	58
Πίνακας 3.3: Δείκτες υγείας και Συμπεριφορές υγείας- Ώρες σε TV/pc ημερησίως.	59
Πίνακας 4: Χαρακτηριστικά των καθηγητών Δ/μιας που συμμετέχουν και δεν συμμετέχουν σε προγράμματα Αγωγής Υγείας.	60
Πίνακας 5: Ειδικότητες εκπαιδευτικών ανά κατηγορία.	61
Πίνακας 6: Γνώσεις που παίρνουν οι μαθητές πάνω σε συγκεκριμένα αντικείμενα ανά ειδικότητα ερωτώμενων.	62
Πίνακας 7: Γνώσεις που παίρνουν οι μαθητές πάνω σε συγκεκριμένα αντικείμενα από τους εκπαιδευτικούς Δ/μιας που συμμετέχουν και δεν συμμετέχουν σε προγράμματα Αγωγής Υγείας.	64
Πίνακας 8: Γνώσεις που θεωρούν ότι έχουν οι εκπαιδευτικοί πάνω σε συγκεκριμένα αντικείμενα ανά ειδικότητα ερωτώμενων.	65
Πίνακας 9.1: Χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη σχολική μονάδα και τον τρόπο που προωθεί την Υγιεινή και την Φυσική Αγωγή.	67
Σχήμα 3.1.2.9.1: Αντιλήψεις των διευθυντών των σχολείων (σε ποσοστά) για το εάν υπάρχει αντιπροσωπευτική επιτροπή σχολικής υγείας στα σχολεία.	68
Σχήμα 3.1.2.9.2.1: Αντιλήψεις των διευθυντών των σχολείων (σε ποσοστά) για τις σχολικές τακτικές με τις οποίες απομακρύνονται οι καπνίζοντες μαθητές από το κάπνισμα.	69

Σχήμα 3.1.2.9.2.2: Αντιλήψεις των διευθυντών των σχολείων (σε ποσοστά) για την αποτελεσματικότητα των τακτικών των σχολείων με τις οποίες απομακρύνονται οι καπνίζοντες μαθητές από το κάπνισμα.	69
Πίνακας 9.2: Χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη σχολική μονάδα και τον τρόπο που προωθεί την Αντικαπνιστική Αγωγή.	70
Σχήμα 3.1.2.10.1: Η συχνότητα της διαθεσιμότητας κάποιων βασικών τροφίμων του σχολικού κυλικείου.	71
Σχήμα 3.1.2.10.2: Η πιθανότητα να είναι διαθέσιμα στο κυλικείο τρόφιμα που δεν επιτρέπονται από τον ΕΦΕΤ.	72
Πίνακας 10: Χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη λειτουργία του κυλικείου.	72
Σχήμα 3.1.2.11.1: Η πιθανότητα να είναι διαθέσιμες οι κλειστού τύπου εγκαταστάσεις και εκτός του σχολικού ωραρίου.	73
Σχήμα 3.1.2.11.2: Η πιθανότητα να είναι διαθέσιμες οι υπαίθριου τύπου εγκαταστάσεις και εκτός του σχολικού ωραρίου.	74
Πίνακας 11: Χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη λειτουργία του γυμναστηρίου και της φυσικής δραστηριότητας στο σχολικό χώρο.	75
Πίνακας 12: Προγράμματα Αγωγής Υγείας και αποτελεσματικότητα διαχείρισης των παραβάσεων κατά του καπνίσματος.	76
Πίνακας 13: Προγράμματα Αγωγής Υγείας και τρόποι με τους οποίους το σχολείο βοηθάει τους μαθητές να απομακρυνθούν από το κάπνισμα.	77

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Υγεία καί νούς εσθλά τώ βίω δύο.

(=Η υγεία και ο νους είναι δύο θαυμαστά αγαθά στη ζωή).

Μένανδρος

Για την εκπόνηση της μεταπτυχιακής διατριβής θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους βοήθησαν στην διαδικασία συλλογής των δεδομένων της έρευνας. Χωρίς την τόσο πολύτιμη βοήθεια των καθηγητών μου δεν θα είχε υλοποιηθεί η μελέτη. Η υποστήριξή τους ήταν σημαντική, όσο και η καθοδήγησή τους. Θα ήθελα να τους ευχαριστήσω, όπως και τους υπεύθυνους προγραμμάτων αγωγής υγείας, οι οποίοι δέχθηκαν να συνεργαστούν και να προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες από την εμπειρία τους. Ο κ. Ζαλαμήτσος, η κ. Παπαφιλιπποπούλου, η κ. Τζελφέ-Ανέστη, ο κ. Κιούρτσης, ο κ. Κιτσιοδήμος, η κ. Κουτσοκώστα, ο κ. Κωνσταντίνου, η κ. Φατσέα και η κ. Μανασάκη, είναι οι υπεύθυνοι που δέχθηκαν παρά το φόρτο εργασίας τους να αφιερώσουν λίγο χρόνο στις πληροφορίες που ζητούσε το ερωτηματολόγιο της έρευνας. Οι διευθυντές όλων των σχολικών μονάδων που δέχθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο της έρευνας, προσέφεραν εξίσου στην προσπάθεια ολοκλήρωσης της μελέτης, διευκολύνοντας την επικοινωνία μου και με τους υπόλοιπους εκπαιδευτικούς. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω όλους τους συναδέλφους μου εκπαιδευτικούς που συνεργάστηκαν μαζί μου σε όλη τη διάρκεια συλλογής των δεδομένων της έρευνας και θυσιάσαν αρκετό από το χρόνο τους, τη Ρεπανίδα Μαριάννα και τη Μιμόζα Μιλοβάνοβιτς.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ιδέα της έρευνας προέκυψε αβίαστα από μια απλή παρατήρηση της καθημερινότητας. Ο ρόλος του εκπαιδευτικού άραγε ποιος είναι μέσα σε μια κοινωνία που αλλάζει και παραποιεί τα πρότυπά της με βάση το κέρδος μιας μειονότητας. Πρέπει ο εκπαιδευτικός να προασπίσει την υγεία, η οποία όντας ένα αγαθό θαυμαστό υπερέχει των υπολοίπων, ή αρκεί να ακολουθήσει τις συμπεριφορές του συνόλου και να διαφύγει της σύγκρουσης. Όσο θαυμαστά και αν θεωρεί κάθε εποχή τα αγαθά της υγείας και του νου τα διαχειρίζεται ανάλογα με τις ανάγκες της. Ο εκπαιδευτικός όμως που διαμορφώνει αντιλήψεις μιας ζωτικής μερίδας του πληθυσμού, οφείλει να βρει τις ισορροπίες.

Στην Ελλάδα μέχρι και σήμερα στο αναλυτικό πρόγραμμα των δημοτικών σχολείων δεν προβλέπεται η διδασκαλία κάποιου αυτοτελούς μαθήματος Αγωγής Υγείας που να περιλαμβάνει θέματα διατροφής, σωματικής άσκησης, αποφυγής χρήσης καπνού ή άλλων ναρκωτικών ουσιών. Η Αγωγή Υγείας εντάχθηκε στα εκπαιδευτικά πλαίσια, το 1991. Το περιβάλλον του σχολείου, το οποίο καθορίζει τις συμπεριφορές των μαθητών στη διατροφή και στην φυσική δραστηριότητα, επηρεάζεται από τις αντιλήψεις, τις συμπεριφορές και τους κοινωνικούς κανόνες. Οι στόχοι της αγωγής υγείας που υλοποιείται στα σχολικά πλαίσια διαμορφώνονται με βάση τις γνώσεις, τις στάσεις και τις συμπεριφορές των καθηγητών που αναλαμβάνουν να υλοποιήσουν προγράμματα σχετικά με τα θέματα υγείας. Το προσωπικό του σχολείου αποτελεί μοντέλο δράσης για τους μαθητές και επηρεάζει τις αντιδράσεις τους. Η καταγραφή λοιπόν και η αξιολόγηση των γνώσεων, των στάσεων και των συμπεριφορών των εκπαιδευτικών και του προσωπικού των σχολικών μονάδων αναγνωρίζεται αναγκαία προκειμένου να σχεδιαστούν οι δράσεις για την προαγωγή υγείας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο στόχος της μεταπτυχιακής διατριβής ήταν η καταγραφή και αξιολόγηση των στάσεων, των γνώσεων και των συμπεριφορών των εκπαιδευτικών και του προσωπικού της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Η συλλογή των πληροφοριών έγινε μέσω της χρήσης ερωτηματολογίου κλειστού τύπου, αξιοποιώντας εργαλεία καταγραφής συμπεριφορών από προηγούμενες έρευνες («Ευρετήριο σχολικής υγείας», SHI, Rode Island Assessment Tool). Η έρευνα υλοποιήθηκε σε 22 σχολικές μονάδες, σε αστικές, ημι-αστικές, αγροτικές και ημι-αγροτικές περιοχές και λήφθηκαν δεδομένα από 331 άτομα. Από τα συμπεράσματα της έρευνας ένας στους δέκα υπευθύνους αγωγής υγείας αναφέρει ότι καπνίζει και ένας στους τρεις καθηγητές όλων των άλλων ειδικοτήτων, εκτός της ειδικότητας της φυσικής αγωγής στην οποία αναφέρθηκε μικρότερο ποσοστό καπνιστών. Ένας στους τρεις υπεύθυνους αγωγής υγείας είναι παχύσαρκος και τέσσερις καθηγητές φυσικής αγωγής στους δέκα είναι υπέρβαροι. Το ποσοστό των παχύσαρκων εκπαιδευτικών που υλοποιούν προγράμματα υγείας είναι λίγο μεγαλύτερο από αυτό των εκπαιδευτικών που δεν αναλαμβάνουν παρόμοια προγράμματα. Ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό όλων των ειδικοτήτων των εκπαιδευτικών αναφέρει ότι έχει επαρκείς γνώσεις σχετικά με το ποιες είναι οι υγιεινές επιλογές τροφίμων και ποτών.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των σχολικών μονάδων δεν διαθέτει αντιπροσωπευτική επιτροπή που να επιτηρεί τουλάχιστον 2 φορές το χρόνο την πολιτική σχολικής υγείας. Οι εκπαιδευτικοί έχουν την πεποίθηση ότι η τακτική με την οποία το σχολείο διαχειρίζεται τις παραβάσεις κατά του καπνίσματος, δεν μειώνει τον αριθμό των καπνιστών. Το ίδιο συμπέρασμα προκύπτει και από τα προγράμματα αγωγής υγείας, τα οποία δεν φαίνεται να συσχετίζονται θετικά με την διαχείριση των παραβάσεων που αφορούν το κάπνισμα. Επιπλέον στο ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων, δεν γίνονται τα μαθήματα φυσικής αγωγής όταν δεν το επιτρέπουν οι καιρικές συνθήκες και στο ένα τρίτο των περιπτώσεων οι μαθητές κινδυνεύουν να τραυματιστούν την ώρα του μαθήματος της φυσικής αγωγής. Οι δε κλειστές εγκαταστάσεις είναι διαθέσιμες για δραστηριότητες εκτός του προγράμματος της φυσικής αγωγής στο μισό των σχολικών εγκαταστάσεων. Σε ποσοστό πάνω από το μισό οι ανοικτού τύπου εγκαταστάσεις των σχολείων δεν είναι διαθέσιμες εκτός του σχολικού ωραρίου, τα απογεύματα ή εκτός των καθημερινών για την άθληση των μαθητών, όταν εκείνοι το επιθυμούν.

Κατά συνέπεια, όταν οι καθηγητές που εμπλέκονται με τις πολιτικές κατά του καπνίσματος καπνίζουν ή είναι υπέρβαροι και ταυτόχρονα προσπαθούν να προβάλλουν την ένταξη σε ψυχαγωγικού τύπου δραστηριότητες, δεν έχουν μεγάλη αποδοχή από τους μαθητές τους. Το θέμα των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών πρέπει να εξεταστεί περαιτέρω, καθώς οι αλλαγές που μένουν ακόμα να γίνουν στην πολιτική της σχολικής υγείας και διατροφής είναι αρκετά σημαντικές. Οι γνώσεις, οι αντιλήψεις και οι συμπεριφορές των φορέων θα βοηθήσουν να σχεδιαστούν πιο αποτελεσματικά οι πολιτικές σχολικής υγείας.

ΜΕΡΟΣ Α΄ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

1. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Ο όρος Αγωγή ή Εκπαίδευση Υγείας (health education) αναφέρεται στη σχεδιασμένη μαθησιακή διαδικασία που στοχεύει στη διαμόρφωση συμπεριφορών που προάγουν την υγεία σε ατομικό ή σε συλλογικό επίπεδο. Η Προαγωγή Υγείας είναι μια ολιστική προσέγγιση που περιλαμβάνει την Αγωγή Υγείας αλλά και εστιάζει και στο περιβάλλον, η αλλαγή του οποίου θα βοηθήσει στην υιοθέτηση των επιδιωκόμενων αλλαγών. Το έναυσμα προς τους επιστήμονες υγείας δόθηκε το 1979, από τη Γενική Αναφορά για την Προαγωγή Υγείας και την Πρόληψη Ασθενειών (Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention), να αντιμετωπίσουν με μεγαλύτερο σκεπτικισμό τον τρόπο ζωής του πληθυσμού και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Οι τελευταίοι παράγοντες διαπιστώθηκε ότι ευθύνονται για τους πρόωρους θανάτους σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50% (Μανιός Ι., Διατροφική Αγωγή).

Στο κεφάλαιο αυτό θα μας απασχολήσει η επιρροή φορέων που ταξινομούνται σε εθνικό επίπεδο, όχι σε τοπικό ή διεθνές, και αυτοί είναι οι καθηγητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Τίθεται το ερώτημα εάν οι καθηγητές των τάξεων του γυμνασίου ως φορείς της εκπαίδευσης τελικά διαμορφώνουν συμπεριφορές που προάγουν την υγεία.

Μέχρι και σήμερα στο αναλυτικό πρόγραμμα των δημοτικών σχολείων στην Ελλάδα δεν προβλέπεται η διδασκαλία κάποιου αυτοτελούς μαθήματος Αγωγής Υγείας που να περιλαμβάνει θέματα διατροφής, σωματικής άσκησης, αποφυγής χρήσης καπνού ή άλλων ναρκωτικών ουσιών. Παρά ταύτα η Αγωγή Υγείας αναφέρεται στο αναλυτικό πρόγραμμα των σχολείων του γυμνασίου ως μια καινοτόμος δράση η οποία συμβάλλει στην αναβάθμιση της εκπαίδευσης και στη σύνδεσή της με την κοινωνική πραγματικότητα.

Σύμφωνα με το αναλυτικό πρόγραμμα στα γυμνάσια εφαρμόζονται προγράμματα Αγωγής Υγείας, η εφαρμογή των οποίων έχει στόχο να συμβάλλει μέσα από την ενεργητική και βιωματική μάθηση, ώστε να επιτευχθεί η αλλαγή της στάσης των μαθητών/τριών και να ενισχυθεί η υπευθυνότητα, η αυτοεκτίμηση, η αυτοπεποίθηση και η προσωπικότητα τους. Η διαδικασία έγκρισης ενός προγράμματος ξεκινά κάθε Σεπτέμβριο-Οκτώβριο, μετά από σχετικές ενημερώσεις των εκπαιδευτικών από τον Υπεύθυνο Αγωγής Υγείας και από τον Υπεύθυνο του Συμβουλευτικού Σταθμού Νέων της κάθε Διεύθυνσης Δ.Ε., όπου συγκροτούνται ομάδες με βάση τις ανάγκες της μαθητικής κοινότητας και αποφασίζουν να υλοποιήσουν ένα πρόγραμμα. Υποβάλλουν κατόπιν πρόταση προς την Επιτροπή Έγκρισης των Προγραμμάτων της κάθε

Δ/νσης Δ/θμιας Εκπ/σης της χώρας για κάθε σχολικό έτος ώστε να υλοποιήσουν συγκεκριμένο πρόγραμμα. Η Επιτροπή, αφού εγκρίνει την επάρκεια του/των εκπαιδευτικών εγκρίνει το πρόγραμμα. Η θεματολογία των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας παραθέτεται στον πίνακα 1 του παραρτήματος (Γραφείο Αγωγής Υγείας).

Στην Ελλάδα η Αγωγή Υγείας εντάσσεται στα εκπαιδευτικά πλαίσια, με το προεδρικό διάταγμα 35/ΦΕΚ 11 τ.Α/4-2-91, όπου και αναγνωρίζεται ένα από τα προαιρετικά μαθήματα και στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση αναγνωρίζεται ως μέρος των σχολικών δραστηριοτήτων το 1992 με υπουργική απόφαση Γ1/377/865/ΦΕΚ577/18-9-92. Με το άρθρο 7 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165Α') έχει συσταθεί στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Δ/νση Σχολικής Υγείας, στη Δ/νση Σχολικής Υγείας κάθε περιφέρειας οργανώθηκαν στο Τμήμα Δημόσιας Υγείας αυτοτελή Γραφεία Σχολικής Υγείας. Οι κύριες αρμοδιότητες αυτών είναι η κατάρτιση, η παρακολούθηση και η υλοποίηση προγραμμάτων για την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας και για την εν γένει ψυχοκοινωνική στήριξη των μαθητών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, η εποπτεία του σχολικού περιβάλλοντος από άποψη τήρησης των κανόνων υγείας καθώς και η μέριμνα για την καταγραφή και αρχειοθέτηση των ατομικών στοιχείων κατάστασης υγείας των μαθητών (Υ.ΠΕ.Π.Θ., 2005α; Υ.ΠΕ.Π.Θ., 2005β).

Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας που πραγματοποιούνται στη χώρα μας έχουν δύο πηγές χρηματοδότησης. Στην πρώτη περίπτωση χρηματοδοτούνται εξ' ολοκλήρου από το Ελληνικό κράτος, αυτά είναι τα Νομαρχιακά προγράμματα και στη δεύτερη περίπτωση συγχρηματοδοτούνται από το Ελληνικό κράτος και την Ευρωπαϊκή Ένωση, τα επονομαζόμενα προγράμματα ΕΠΕΑΕΚ. Όλοι οι εκπαιδευτικοί που θα ασχοληθούν κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς με την υλοποίηση κάποιου προγράμματος παρακολουθούν στην αρχή της χρονιάς ένα ταχύρυθμο σεμινάριο, στο οποίο μαθαίνουν πώς να σχεδιάζουν, να υλοποιούν, να παρουσιάζουν τα αποτελέσματα ενός προγράμματος και τέλος πώς να το αξιολογούν.

Ο ρόλος του Υπεύθυνου Αγωγής Υγείας είναι εξίσου σημαντικός, καθώς αυτός είναι το άτομο που πρέπει να καθορίσει τακτικές συναντήσεις με τους εκπαιδευτικούς, να κάνει διορθωτικές παρεμβάσεις και να διοργανώσει ο ίδιος τα σεμινάρια για τη στήριξή τους. Ο Υπεύθυνος Αγωγής Υγείας προωθεί επιπλέον τη συνεργασία των σχολείων με φορείς εξειδικευμένους σε θέματα Αγωγής Υγείας (μη κυβερνητικούς φορείς, Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, Σχολικούς Συμβούλους, Ο.Τ.Α.). Τα γνωρίσματα ενός προσώπου με τόσο ευρύ ρόλο είναι πολλαπλά, όπως αυτό του παιδαγωγού, το οποίο πρέπει να χαρακτηρίζει κάθε εκπαιδευτικό, του καθοδηγητή, του οργανωτή, του ισότιμου μέλος μιας ομάδας συνεργασίας προκειμένου να προσεγγίσει τους εκπαιδευτικούς, του ερευνητή, του φίλο-τεχνοκρατικού συμβούλου,

διευκολύνοντας τους εκπαιδευτικούς και με τη συμπλήρωση των τεχνικών δελτίων και του εμψυχωτή, αφού πρέπει να εμψυχώσει πρώτα τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς να εδραιώσουν νέα στάση ζωής. Τέλος πρέπει να έχει το χαρακτήρα του μεταρρυθμιστή που νιώθει την ανάγκη να αλλάξει το κοινωνικό κατεστημένο και να ωθεί τους συνεργάτες του σε βιωματικά εργαστήρια, σεμινάρια και άλλες πηγές διαρκούς επιμόρφωσης (Μανιός Γ., 2007).

Βέβαια, ο στόχος των προγραμμάτων Προαγωγής και Αγωγής Υγείας είναι να προκαλέσουν μόνιμες αλλαγές στη συμπεριφορά του ατόμου και όχι απλά να προκαλέσουν το ενδιαφέρον για συνεργασία πάνω σε θέματα σχετικά με την υγεία. Η επίτευξη του στόχου είναι εξαιρετικά δύσκολη αν λάβουμε υπόψη μας ότι πρέπει να προσεγγίσουμε ολιστικά το σχολείο. Η εκπαίδευση υγείας θα ήταν πολύ πιο εύκολη υπόθεση εάν κάλυπτε όλες τις παραμέτρους που σχετίζονται με το σχολικό χώρο. Τα μηνύματα υγιεινής διατροφής, που μεταδίδονται για παράδειγμα μέσα στην τάξη πρέπει να υλοποιούνται και έξω από αυτήν, στο σχολικό κυλικείο, στην πολιτική της προμήθειας των υλικών του κυλικείου, και στη συμβολή των μαθητών, των γονέων και των ατόμων στο σπίτι του μαθητή. Μια ολιστική προσέγγιση της πολιτικής υγείας θα περιελάμβανε ολόκληρη τη σχολική κοινότητα (μαθητές, προσωπικό, γονείς, κυβερνητικούς φορείς και μέλη της κοινότητας) και θα την ενέπλεκε σε φυσικές, κοινωνικές και πολιτιστικές δραστηριότητες (Denman et al., 2002).

Ο τρόπος οργάνωσης των περισσότερων προγραμμάτων βασίζεται στην προσέγγιση της σχολικής κοινότητας ως μια ενότητα, βασιζόμενος στη Θεωρία Κοινωνικής Μάθησης. Σύμφωνα με την Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης το περιβάλλον προσδιορίζει το φυσικό και κοινωνικό χώρο μέσα στον οποίο λειτουργεί το άτομο, συνεπώς παρέχει τα κίνητρα και τα αντικίνητρα για την εκδήλωση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Η συμπεριφορά μπορεί να απορρέει από τα χαρακτηριστικά ενός συγκεκριμένου ατόμου ή περιβάλλοντος. Με τη σειρά τους οι υιοθετούμενες νέες συμπεριφορές μπορεί να μεταβάλλουν τα χαρακτηριστικά αυτά, ακόμα και αυτά του περιβάλλοντος, κάτι που αποκαλείται αμοιβαίος καθορισμός συμπεριφοράς. Περιβάλλον και άτομο βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση (Bandura, 1986).

Η ικανότητα συμπεριφοράς είναι μια ακόμα σημαντική παράμετρος, η οποία αναφέρεται στην αποτελεσματικότητα υιοθέτησης της συμπεριφοράς. Η ανάπτυξη της ικανότητας εξαρτάται από την συχνότητα τριβής του ατόμου με το αντικείμενο εκμάθησης, την μαθησιακή ικανότητά του και τον τρόπο εκπαίδευσης. Ο εκπαιδευτής θα πρέπει να εξασφαλίζει στον εκπαιδευόμενο την απαραίτητη γνώση για την εκμάθηση της συμπεριφοράς, ευκαιρίες για συχνές επαναλήψεις των διδασκομένων συμπεριφορών και επανατροφοδότηση (Block and Airasian, 1971). Η σιγουριά που αισθάνεται το άτομο για την εκτέλεση μιας δραστηριότητας είναι ίσως βέβαια από

τις κυριότερες παραμέτρους που σχετίζονται με την αλλαγή συμπεριφοράς και αναφέρεται ως αυτό-αποτελεσματικότητα (Ewart et al., 1983). Το αίσθημα του φόβου και η υπερβολική συναισθηματική διέγερση είναι ανασταλτικοί παράγοντες που πρέπει ο εκπαιδευτής να περιορίσει για να επιτελεστεί επιτυχώς η υιοθέτησης της συμπεριφοράς (Bandura, 1977).

Το θέμα που τίθεται είναι ποιοι είναι οι λόγοι για τους οποίους προωθείται η αγωγή υγείας στο σχολικό περιβάλλον. Οι κύριοι λόγοι άπτονται οικονομικών θεμάτων και υγείας του πληθυσμού. Η παχυσαρκία έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας σε χώρες όπως οι ΗΠΑ και το κόστος θεραπείας είναι μεγαλύτερο από το κόστος θεραπείας του καπνίσματος και των προβλημάτων αλκοολισμού μαζί (Sturm, 2002). Σύμφωνα με τα δεδομένα του NHANES παρατηρείται τετραπλασιασμός στην επικράτηση της παχυσαρκίας μεταξύ 1963-2000 στα παιδιά 6-11 ετών. Το ποσοστό της παχυσαρκίας μεταξύ εφήβων 12-19 χρόνων υπερέβη το τριπλάσιο από το 5% κατά τη διάρκεια του 1976-1980 έως το 16% μεταξύ των ετών 1999-2002 (Kann et al., 2005; Ogden et al., 2002). Περίπου 4,7 εκατομμύρια, ή 11% των νέων ηλικίας 6-17 πάσχει στις ΗΠΑ από επικίνδυνου τύπου παχυσαρκία (Troiano, 1995). Έρευνα του NSW Τμήματος υγείας του Σίδνεϋ της δεκαετίας του 1990' δείχνει ότι ένα στα 4-5 παιδιά είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο. Η πιθανότητα να παραμείνει παχύσαρκο και κατά την ενήλικη ζωή του είναι 25-50% και εάν αναφερθούμε σε έναν παχύσαρκο έφηβο η πιθανότητα αυξάνεται στο 78%. Μέσα σε χρονικό διάστημα δέκα ετών από το 1985 μέχρι το 1995 η επικράτηση της παχυσαρκίας-υπέρβαρων ατόμων στα παιδιά μεταξύ 7-15 ετών στην Αυστραλία υπερέβη το διπλάσιο (Develin, 2004).

Στην Ελλάδα τα υπέρβαρα άτομα, όπως υπολογίστηκαν σε έρευνα του 2003 του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 4299 μαθητών ηλικίας 11,5 ετών, 13,5 ετών και 15,5 ετών, ανέρχονται σε ποσοστό 9,1% για τα κορίτσια και 21,7% για τα αγόρια. Οι παχύσαρκοι μαθητές ανέρχονται σε ποσοστό 1,2% για τα κορίτσια και 2,5% για τα αγόρια (Karayiannisi et al., 2003).

Τα παχύσαρκα παιδιά παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να ασθενήσουν από παθήσεις, όπως ο διαβήτης τύπου 2, η υπέρταση, τα αυξημένα επίπεδα λιπιδίων, το άσθμα, η άπνοια κατά τον ύπνο, μικρότερες ποσότητες οξυγόνου στο αίμα, πρόωρη ωρίμανση και ορθοπεδικά προβλήματα. Η παιδική παχυσαρκία επιπλέον ακολουθείται συνήθως από παχυσαρκία και κατά την ενήλικη ζωή, η οποία συνδέεται με χρόνιες παθήσεις όπως ο διαβήτης, η υπέρταση, καρδιαγγειακά νοσήματα και κάποιοι τύποι καρκίνου. Τα παχύσαρκα παιδιά πάσχουν και από ψυχολογικά προβλήματα, στα οποία περιλαμβάνονται το χαμηλό αίσθημα αυτοπεποίθησης, η άσχημη αυτό-εικόνα και η κατάθλιψη (UCB/Cooperative Extension, 2000).

Δεν είναι μόνο όμως ο παράγοντας της παχυσαρκίας που πρέπει να καταπολεμηθεί αλλά και προβλήματα, όπως η λήψη πρωινού γεύματος, το οποίο εάν παραληφθεί λειτουργεί παρεμποδιστικά σε δραστηριότητες που σχετίζονται με τη λύση προβλημάτων, και άλλοι παράγοντες που αναφέρονται στην έκθεση του CDC για τις ΗΠΑ (Pollitt, 1995; Pollitt et al., 1982-83; Pollitt et al., 1981). Το 12% των μαθητών σε εθνική έρευνα στις ΗΠΑ είχε παραλείψει το πρωινό γεύμα και το 40% των μαθητών της 8^{ης} και 10^{ης} τάξης είχαν λάβει λιγότερες από δύο ή μέχρι και 2 φορές πρωινό γεύμα (American School Health Association, 1989). Η έλλειψη σιδήρου, η οποία συνδέεται με την ελάττωση της προσοχής και της διαλεκτικής απόδοσης φαίνεται να επηρεάζει κυρίως τα κορίτσια μεταξύ 12-19 ετών. Το κάπνισμα επιπλέον συνδέεται με την προσπάθεια των έφηβων κοριτσιών να χάσουν βάρος. Η νευρική ανορεξία ή η βουλιμία παρατηρείται στο 3% των έφηβων και ενήλικων κοριτσιών και η επίπτωσή της έχει αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες (American Psychiatric Association, 1994). Το 50,1% των νέων ηλικίας 5-17 ετών παρουσιάζει πρόβλημα με την οδοντική πέτρα όπως και το 84,4% των νέων 17 ετών (National Institute of Dental Research, 1989).

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα συνδέονται με διατροφικούς παράγοντες όπως τα αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης, η αυξημένη πίεση και η παχυσαρκία. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να περιοριστούν με την πρόσληψη λιγότερων κορεσμένων λιπαρών και χοληστερόλης και την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας (National Heart, Lung, and Blood Institute, 1990). Τα άτομα που έχουν υψηλή πίεση αίματος έχουν τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρδιαγγειακό νόσημα και επτά φορές με μεγαλύτερο κίνδυνο για καρδιακό επεισόδιο σε σχέση με τα άτομα που έχουν φυσιολογικά επίπεδα πίεσης (Dawber, 1980).

Οι διατροφικοί παράγοντες έχουν επίσης συνδεθεί και με κάποιους τύπους καρκίνου, όπως αυτούς του κόλον, του στήθους και του προστάτη (Public Health Service, 1988). Η διατήρηση σταθερών επιπέδων βάρους και η μικρή κατανάλωση λιπαρών, αλκοόλ, αλατιού ή καπνιστών τροφίμων μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, ενώ η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, ολικής αλέσεως δημητριακών και φυτικών ινών τάσσεται κατά του καρκίνου (Butrum, 1988). Ο διαβήτης είναι η έβδομη αιτία θανάτου στις ΗΠΑ (McGinnis M. and Foege H., 1993). Τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη παρουσιάζουν 2-4 φορές μεγαλύτερη συχνότητα καρδιαγγειακών νοσημάτων και 2-6 φορές μεγαλύτερη συχνότητα καρδιακού επεισοδίου σε σχέση με τα άτομα που δεν πάσχουν από διαβήτη (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 1994). Επιπρόσθετα η οστεοπόρωση που ξεκινά μετά τα 45 έτη προκειμένου να περιοριστεί χρειάζονται επαρκείς ποσότητες μετάλλων και ασβεστίου κατά την ηλικία της εφηβείας όσο και της παιδικής ηλικίας (NIH, 1994; Matkovic, 1992; Public Health

Service, 1991; Sentipal, 1991; Sandler, 1985) και ασκήσεις με αντιστάσεις (Public Health Service, 1988).

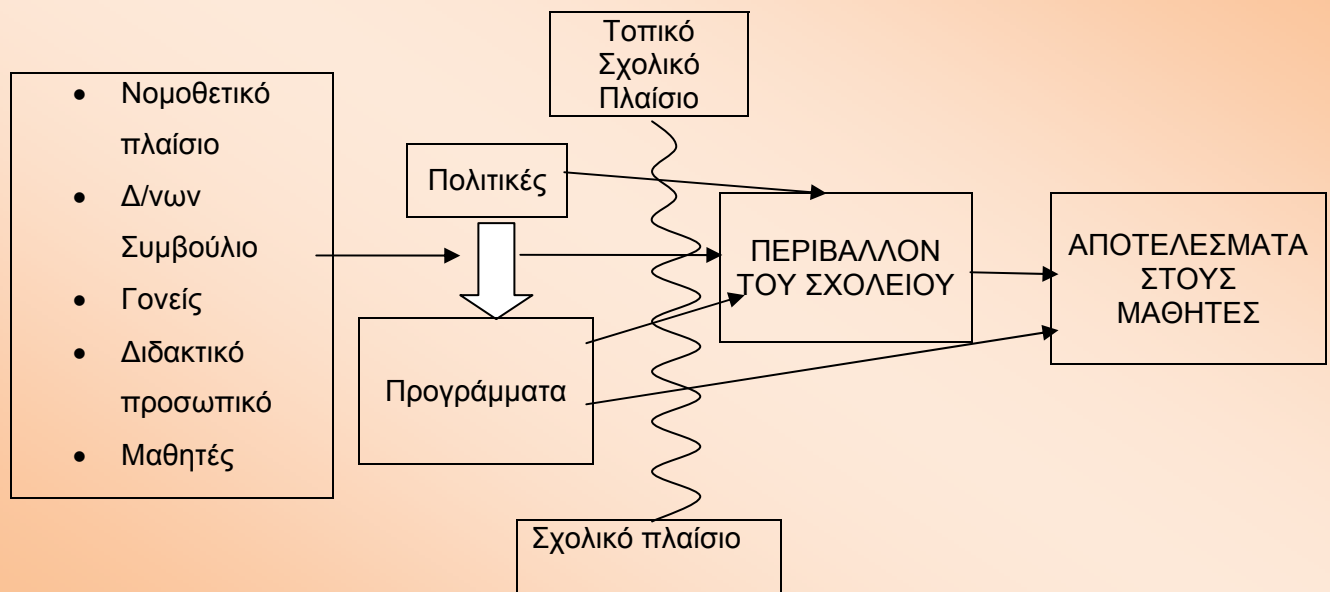
Στις ΗΠΑ καθημερινά περίπου 4400 νέοι ηλικίας 12-17 ετών δοκιμάζουν να καπνίσουν για πρώτη φορά στη ζωή τους. Το ένα τρίτο από αυτούς τους νέους καπνιστές είναι πιθανό ότι θα πεθάνει από ασθένειες που συνδέονται με το κάπνισμα. Σε έρευνα του 2000, εξετάστηκε η σχέση μεταξύ των προσπαθειών να αποτραπούν οι νέοι από το κάπνισμα στο σπίτι, στο σχολείο, σε δημόσιους χώρους. Τα αποτελέσματα ήταν ενθαρρυντικά για τη σχολική αντι-καπνιστική πολιτική, η οποία όταν εφαρμόζεται αυστηρά συνοδεύεται από σχετικά μεγάλο αριθμό συμμετοχής των μαθητών (CDC, 2006; Lee Pi-H et al., 2007).

Οι παράμετροι που πρέπει να εξασφαλιστούν προκειμένου να έχει αποτέλεσμα ένα πρόγραμμα Αγωγή Υγείας είναι οι ακόλουθοι: α) Η πολιτική η οποία εφαρμόζεται στην σχολική τάξη πρέπει να υποστηρίζεται και από το σχολικό περιβάλλον, β) Το αναλυτικό πρόγραμμα που υποστηρίζει την αγωγή υγείας στην εκπαίδευση πρέπει να εφαρμόζεται με μια συνεχή ροή από την προσχολική ηλικία μέχρι τις τελευταίες τάξεις του σχολείου, γ) Η αγωγή υγείας πρέπει να παρέχεται στους μαθητές μέσα από ευχάριστες δραστηριότητες, στις οποίες θα μπορούν να συμμετέχουν όλοι οι μαθητές και θα περιλαμβάνουν στρατηγικές κοινωνικής μάθησης, δ) Η πολιτική που εφαρμόζεται πρέπει να ενισχύεται μέσα από δραστηριότητες στη σχολική κοινότητα (φυλλάδια στο κυλικείο, παρασκευή γευμάτων από τους μαθητές), ε) Επιμόρφωση του προσωπικού του σχολείου στις πρακτικές υγείας και στις στρατηγικές συμπεριφοριστικών αλλαγών, στ) Συμμετοχή της οικογένειας και της ευρύτερης κοινότητας, ζ) Αξιολόγηση του προγράμματος έτσι ώστε να βελτιώνεται η αποτελεσματικότητά του (CDC, 1996).

2. ΠΡΟΑΓΩΓΗ - ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

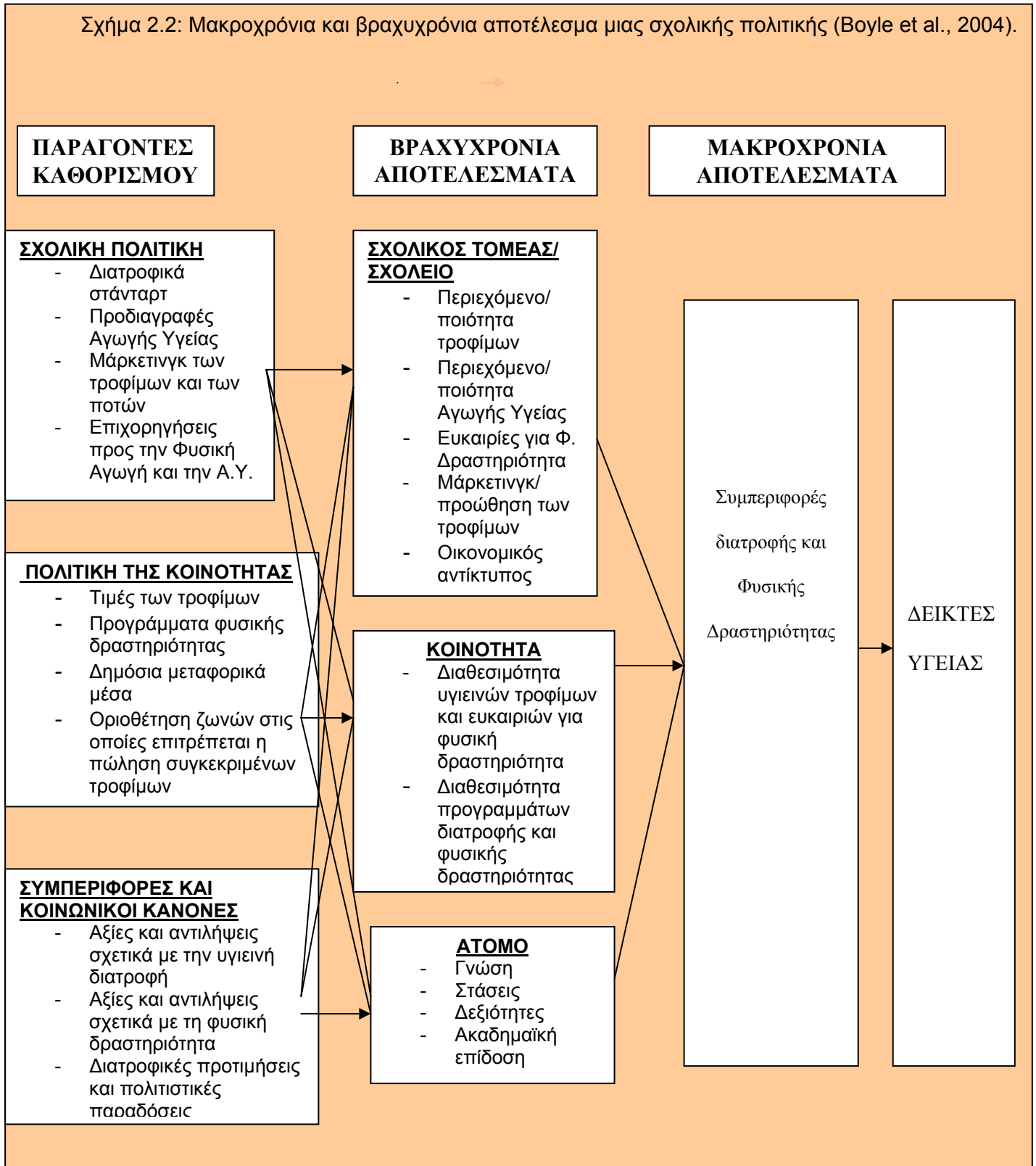
2.1 Σύνδεση της σχολικής πολιτική και των συμπεριφορών με τους Δείκτες Υγείας

Σχήμα 2.1: Απεικόνιση της σύνδεσης των κοινωνικών και σχολικών παραγόντων στο τελικό αποτέλεσμα μιας σχολικής πολιτικής (Boyle et al., 2004).



Οι πολιτικές και τα προγράμματα που υλοποιούνται μέσα στο σχολικό περιβάλλον, όπως φαίνεται από το παραπάνω διάγραμμα, διαμορφώνονται από το τοπικό και το σχολικό πλαίσιο. Το περιβάλλον του σχολείου φαίνεται να έχει με τη σειρά του αποτελέσματα στους μαθητές. Το περιβάλλον του σχολείου, όμως διαμορφώνεται όχι μόνο από τις πολιτικές και τα προγράμματα που λαμβάνουν χώρα σε αυτό, αλλά και από το νομοθετικό πλαίσιο που ρυθμίζει τις λειτουργίες του σχολείου, τις αποφάσεις της σχολικής διεύθυνσης, τους γονείς, τους μαθητές και βέβαια το διδακτικό προσωπικό. Το διδακτικό προσωπικό φαίνεται να επηρεάζει τις συμπεριφορές του μαθητικού πληθυσμού, επειδή διαμορφώνει το περιβάλλον των μαθητών, αλλά και επειδή συσχετίζεται με την εφαρμογή των προγραμμάτων και των πολιτικών του σχολείου, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται αυτές που αναφέρονται στο θέμα της υγείας και της διατροφής.

Σχήμα 2.2: Μακροχρόνια και βραχυχρόνια αποτέλεσμα μιας σχολικής πολιτικής (Boyle et al., 2004).



Από τα παραπάνω σχεδιαγράμματα συμπεραίνουμε ότι η επιτυχία μιας σχολικής πολιτικής πάνω στην Αγωγή Υγείας δεν εξαρτάται μόνο από τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της πολιτικής αυτής, αλλά από ένα πλήθος παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν τα

βραχυχρόνια και μακροχρόνια αποτελέσματά της. Το πρώτο βήμα λοιπόν που πρέπει να γίνει πριν τον σχεδιασμό της πολιτικής Αγωγής Υγείας είναι η αξιολόγηση του περιβάλλοντος. Όταν αναφερόμαστε στο περιβάλλον αυτό εννοούμε εκτός από τη σχολική κοινότητα, την ευρύτερη κοινότητα των γονέων και των φίλων και το ίδιο το άτομο. Μέρη της σχολικής κοινότητας είναι και οι εκπαιδευτικοί, με τις γνώσεις, τις στάσεις, τις συμπεριφορές τους, το μορφωτικό τους επίπεδο και τις δεξιότητές τους.

Όταν μάλιστα αναφερόμαστε σε εφήβους ηλικίας 12-16 ετών, όπως είναι τα άτομα του γυμνασίου όπου και λαμβάνουν χώρα τα προγράμματα της Αγωγής Υγείας, πρέπει να μας απασχολήσει το συγκεκριμένο ηλικιακό στάδιο, λόγω των έντονων αλλαγών που παρουσιάζει. Οι νέοι αυτής της ηλικίας διαμορφώνουν τη συμπεριφορά τους αλλάζοντας συνεχώς το μέσο επιρροής, μεταξύ των γονέων και δασκάλων από την μία πλευρά και των φίλων και των μέσων μαζικής ενημέρωσης από την άλλη. Η εξωτερική εικόνα και οι κοινωνικές ανάγκες, αποκτούν μεγαλύτερη σημασία ως προς τη λήψη αποφάσεων, όπως και τα μηνύματα του πολιτισμού της εποχής τους (Manios et al., 2006).

2.2 Διατροφική Αγωγή

Μια έρευνα που έγινε με στόχο να αξιολογηθεί το περιβάλλον και συγκεκριμένα οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών και των γονέων μαθητών γυμνασίου είναι η ακόλουθη. Πήραν μέρος 350 γονείς και 490 καθηγητές σε 16 σχολεία στην περιοχή της Μινεάπολης – Αγίου Παύλου. Οι περισσότεροι γονείς και καθηγητές συμφώνησαν ότι η διατροφική Αγωγή στο σχολείο πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα. Εντούτοις μόνο το 18% των γονέων και 31% των καθηγητών, έκρινε την προσοχή που δίνεται από το σχολείο στη διατροφική Αγωγή επαρκή. Τόσο οι γονείς, όσο και οι καθηγητές βρέθηκε να ενδιαφέρονται για την διατροφική Αγωγή στο σχολείο, αναφέροντας ότι πρέπει να διατίθενται πιο υγιεινά τρόφιμα στις αυτόματες μηχανές τροφίμων. Τα αποτελέσματα της τρέχουσας κατάστασης σχετικά με τη διαθεσιμότητα των τροφίμων στο σχολείο επιβεβαίωσαν την κριτική των γονέων και των καθηγητών, καθώς χαμηλής θρεπτικής αξίας τρόφιμα ήταν διαθέσιμα στις αυτόματες μηχανές και στο κυλικείο, ενώ οι καθηγητές χρησιμοποιούσαν γλυκά και μη-θρεπτικά σνακ για να επιβραβεύσουν τους μαθητές (Kubik et al., 2005).

Στο σχολικό περιβάλλον της διατροφικής Αγωγής αναφέρεται και η παρακάτω έρευνα που έγινε σε εφήβους 11-13 ετών σχετικά με το είδος των γευμάτων τους. Για να βρεθεί εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των σχολικών γευμάτων και της παρατηρούμενης αυξημένης

ενεργειακής πρόσληψης (κατά 300 kcal) των εφήβων τα τελευταία 10 με 12 χρόνια, εξετάστηκαν η ενέργεια των σχολικών γευμάτων και τα θρεπτικά τους συστατικά σε δύο ομάδες μαθητών. Η πρώτη ομάδα μαθητών διατρεφόταν αποκλειστικά με τρόφιμα του σχολικού γεύματος και η δεύτερη και με άλλα τρόφιμα που αγόραζε σύμφωνα με τις προτιμήσεις της. Οι 493 μαθητές που έτρωγαν μόνο τα τρόφιμα που περιείχε το σχολικό γεύμα συγκρίθηκαν με τους 250 που έτρωγαν και συμπληρωματικά τρόφιμα, όπως ανθρακούχα αναψυκτικά, ποτά που αναπληρώνουν γρήγορα την ενέργεια, γλυκά και τρόφιμα πλούσια σε λιπαρά. Η ενέργεια που προσλάμβαναν οι μαθητές που έτρωγαν και συμπληρωματικά τρόφιμα προερχόταν σε μεγαλύτερο ποσοστό από το 1/3 από τα συμπληρωματικά τρόφιμα, ενώ το ποσό της ενέργειας που προερχόταν από το κυρίως γεύμα ήταν μικρότερο, από αυτό της ενέργειας του κυρίως γεύματος που προσλάμβαναν οι μαθητές που έτρωγαν μόνο από το σχολικό γεύμα. Επιπλέον οι ποσότητες των θρεπτικών συστατικών που προσλάμβαναν οι μαθητές που έτρωγαν και συμπληρωματικά τρόφιμα ήταν μικρότερες από αυτές της άλλης μαθητικής ομάδας. Η πρόσβαση των μαθητών σε συμπληρωματικά τρόφιμα είναι ιδιαίτερα σύνηθες φαινόμενο, καθώς το 70%-90% των σχολικών μονάδων στις ΗΠΑ διαθέτουν αυτόματες μηχανές τροφίμων (Templeton et al., 2005).

Στο μεγαλύτερο μέρος των γυμνασίων αν και παρέχονται γεύματα, οι μαθητές έχουν ελεύθερη πρόσβαση για αγορά τροφίμων από τις αυτόματες μηχανές, το «σνακ μπαρ» ή τη σχολική καντίνα. Στις ΗΠΑ δεν υπάρχει νομοθετικό πλαίσιο που να ορίζει το είδος και την ποιότητα των τροφίμων που θα πωλούνται στην καντίνα, ή στο «σνακ μπαρ» ή στις αυτόματες μηχανές, παρά μόνο στα τρόφιμα που προσφέρονται κατά το σχολικό γεύμα, τα οποία δεν πρέπει να παρέχουν λιγότερο από το 5% των προτεινομένων ημερήσιων συστάσεων (USDA) ανά μερίδα για 8 συγκεκριμένα θρεπτικά συστατικά. Σε έρευνα που έγινε σε 27 πολιτείες στις ΗΠΑ το 2004, το 89,5% των σχολείων άφηναν ελεύθερη την πρόσβαση των μαθητών γυμνασίων προς την αγορά τροφίμων από τις αυτόματες μηχανές, το «σνακ μπαρ» ή τη σχολική καντίνα. Από τα παραπάνω οι μαθητές είχαν κυρίως πρόσβαση σε αναψυκτικά, αθλητικά ποτά και χυμούς οι οποίοι δεν ήταν 100% φυσικοί. Μικρότερη πρόσβαση είχαν οι μαθητές από τα παραπάνω σε φρούτα και λαχανικά. Στη Μινεσότα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2000 σε 20 γυμνάσια, βρέθηκε ότι μόνο το 35%-36% των τροφίμων που βρίσκονται στις αυτόματες συσκευές, οι οποίες λειτουργούν με κάρτα, ακολουθούν τα κριτήρια μειωμένου λίπους ($\leq 5,5$ γραμ. λίπους/ μερίδα). Στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (11,5%) αυτές οι μηχανές, που λειτουργούν με κάρτα, περιέχουν πατατάκια/ κράκερ (Kann et al., 2005; French et al., 2003).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 360 σχολικές μονάδες αποδείχθηκε ότι η σχολική πολιτική έχει αποτέλεσμα όσον αφορά την κατανάλωση μπισκότων, γλυκών και σνακς, στα

γυμνάσια, ενώ δεν φάνηκε κάτι τέτοιο στα δημοτικά σχολεία που συμμετείχαν στην έρευνα. Στο πίνακα 2.3 φαίνεται ότι η εφαρμογή διατροφικής πολιτικής στα γυμνάσια μειώνει την κατανάλωση μπισκότων, γλυκών και σνακ. Τον Ιανουάριο του 2003 στην Φλαμανδική περιοχή του Βελγίου συλλέχθηκαν στοιχεία (μέσω ερωτηματολογίων) σχετικά με την σχολική πολιτική διατροφής, σε 247 σχολεία από τους υπεύθυνους καθηγητές, σε 197 σχολεία από το μαθητικό πληθυσμό, σε 157 σχολικές μονάδες συλλέχθηκαν στοιχεία για τη διατροφική πολιτική τόσο από τους μαθητές όσο και από τους υπεύθυνους καθηγητές. Από τα 64 δημοτικά σχολεία στα οποία απάντησαν στην έρευνα οι υπεύθυνοι καθηγητές, το 9% είχε αυτόματες μηχανές αγοράς τροφίμων και από τα 183 γυμνάσια στα οποία απάντησαν στην έρευνα οι υπεύθυνοι καθηγητές, το 80% είχε αυτόματες μηχανές αγοράς τροφίμων. Τα φρούτα ήταν διαθέσιμα σε ποσοστό 14% στα δημοτικά και σε ποσοστό 26% στα γυμνάσια. Στα γυμνάσια τα αναψυκτικά ήταν διαθέσιμα σε ποσοστό 88%, τα αναψυκτικά διαίτης 73% και τα μπισκότα 56%, τα γλυκά 8% όπως και τα κρουασάν 8% (Vereecken et al., 2005).

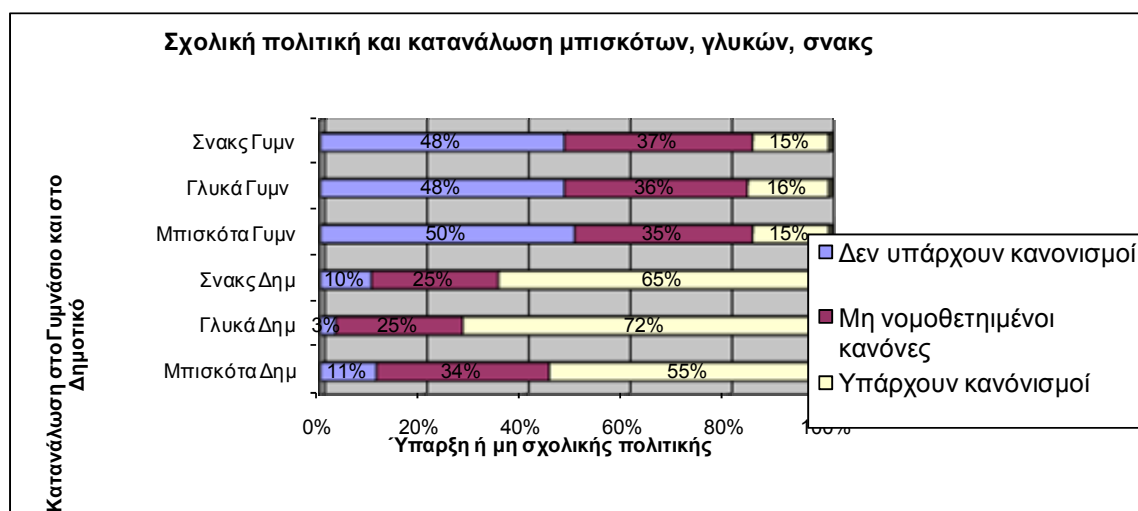
Οι έφηβοι αποκτώντας έλεγχο των τροφίμων που καταναλώνουν, του χρόνου που επιλέγουν να τα καταναλώσουν και το συγκεκριμένου χώρου, καταλήγουν να καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες φαγητού εκτός σπιτιού. Συχνάζουν σε μέρη που θα βρουν άλλους φίλους τους και σε μέρη που προσφέρεται γρήγορο φαγητό και με εύκολο τρόπο (Manios et al, 2006). Αυτός ίσως να είναι και ένας λόγος για τον οποίο οι πολιτικές του σχολείου μπορεί να βρουν εφαρμογή στους νέους, στην περίπτωση που απευθύνονται σε όλη τη σχολική κοινότητα με την οποία αλληλεπιδρούν οι νέοι μαθητές.

Η επιρροή της διαθεσιμότητας της τροφής στο σχολείο στην διατροφική Αγωγή εξετάζεται και στις ακόλουθες έρευνες. Η πρώτη υλοποιήθηκε σε δύο δημοτικά σχολεία, από τα οποία το ένα προσέφερε ήδη προετοιμασμένες μερίδες τροφίμων στους μαθητές και το άλλο είχε τραπέζι με διάφορα είδη λαχανικών και φρούτων. Οι μαθητές ήταν 294 άτομα από την πρώτη έως την πέμπτη τάξη και διάλεγαν μόνοι τους το φαγητό τους. Παρατηρήθηκε ότι η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών συσχετιζόταν θετικά με την ποικιλία και τον αριθμό των φρούτων και λαχανικών στο τραπέζι και όχι απλά με τη ύπαρξή του ή τη διαθεσιμότητα των λαχανικών/φρούτων (Adams et al., 2005).

Οι γευστικές προτιμήσεις των μαθητών ή η αποδοχή συγκεκριμένων ειδών τροφίμων μπορεί να αποτελέσει χρήσιμη πληροφορία, επειδή δεν μας ενδιαφέρει να προσφέρουμε μόνο υγιεινά τρόφιμα στους μαθητές, αλλά και τρόφιμα που αρέσουν στους μαθητές, ώστε να γίνει πιο εύκολα η προώθησή τους. Φαίνεται να προτιμούν περισσότερο τον χυμό μήλο από το φρούτο, άρα μπορούμε να προσφέρουμε το πρώτο, επίσης δεν βρέθηκαν διαφορές στις

προτιμήσεις τους σχετικά με τις λιωμένες πατάτες ή τις ζεστές τηγανισμένες πατάτες, άρα μπορούμε να τους προσφέρουμε ομοίως το πρώτο πιάτο που είναι πιο υγιεινό. Ενώ είναι εμφανές και σε αυτή την έρευνα, ότι η αγορά συμπληρωματικών τροφίμων εκτός του γεύματος από τους 250 μαθητές ελάττωσε την πρόσληψη φρούτων, φυτικών ινών και κρέατος, σε σχέση με τους υπόλοιπους από το σύνολο των 743 μαθητών της έρευνας (Marlette et al., 2005).

Στην Ελλάδα η πολιτική του κυλικείου ελέγχεται από τα μέλη της ομάδας HACCP. Σε αυτήν ανήκουν α) ένας εκπαιδευτικός (χημικός, διαιτολόγος, βιολόγος, δάσκαλος με ειδικές γνώσεις, β) ένας γονέας, μέλος του Συλλόγου Γονέων και Κηδεμόνων (χημικός, διαιτολόγος, κτηνίατρος, γεωπόνος, γιατρός και άλλα συναφή επαγγέλματα), γ) ο διαχειριστής του κυλικείου και δ) ένας εκπρόσωπος του 15μελούς συμβουλίου, στη περίπτωση που αναφερόμαστε σε γυμνάσια και λύκεια, όπου μόνο εκεί υπάρχει. Στα πλαίσια αυτά το Υπουργείο Υγείας και Θρησκευμάτων εξέδωσε την νέα υπουργική απόφαση ΔΥ1γ/Γ.Π./οικ.93828 (ΦΕΚ 1183/31-08-2006 τ.Β΄) για τα τρόφιμα που θα διατίθενται στο σχολικό κυλικείο, για τα οποία είναι υπεύθυνη η ομάδα HACCP. Σε γενικές γραμμές, η νέα υπουργική απόφαση πρόσθεσε στον κατάλογο συγκεκριμένα τρόφιμα, παραδοσιακά της ελληνικής διατροφής, όπως το παστέλι, το χαλβά, το μέλι και το ρυζόγαλο. Επιπλέον, επιτρέπεται η διάθεση μπισκότων, χωρίς γέμιση, μουστοκούλουρων και γενικά αρτοσκευασμάτων με τη ζάχαρη να μην υπερβαίνει τα 10 g στα 100 g προϊόντος, τα ολικά λιπαρά να μην υπερβαίνουν τα 10 g, τα κορεσμένα τα 5 g και το νάτριο τα 0,5 g.



Σχήμα 2.3: Η ύπαρξη σχολικής πολιτικής επηρεάζει την κατανάλωση τροφίμων στα γυμνάσια (Vereecken et al., 2005).

Στον κατάλογο των άλλων προϊόντων του κυλικείου περιέχονται τα σάντουιτς με τυρί, γαλοπούλα, λαχανικά, αλλά όχι μαγιονέζας, οι τυρόπιτες με φέτα ή κασέρι μόνο, το γιαούρτι παντός τύπου, τα φρέσκα ή ξηρά φρούτα, το γάλα και με κακάο, αλλά χωρίς προσθήκη συνθετικών γλυκαντικών, οι φυσικοί χυμοί 100% και το νερό (ΦΕΚ 1183/31-08-2006 τ.Β').

Το περιβάλλον γύρω από το σχολείο αποτελεί μέρος της ευρύτερης κοινότητας που επηρεάζει τις συνήθειες των μαθητών σχετικά με την διατροφική αγωγή. Η βιομηχανία γρήγορου-φαγητού βασίζεται σε ένα σημαντικό βαθμό στα παιδιά και στους εφήβους. Μεταξύ των νέων 12-18 ετών το ποσοστό της ενεργειακής πρόσληψης που προέρχεται από γρήγορο-φαγητό και άλλα εστιατόρια έχει αυξηθεί από 6,5% μεταξύ του 1977-1978 σε 19,3% μεταξύ του 1994-1996. Οι μερίδες και οι θερμίδες που αντιστοιχούν σε αυτές έχουν αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες και ο αυξημένος Δείκτης Μάζας Σώματος στους ενήλικες συνδέεται με τη διατροφή από εστιατόρια γρήγορου-φαγητού. Η μέση απόσταση από τα σχολεία στο Σικάγο προς το κοντινότερο εστιατόριο γρήγορου φαγητού ήταν 520 μέτρα, όπως υπολογίστηκε σε μελέτη του Austin και των συνεργατών του. Η απόσταση αυτή είναι εύκολο να διανυθεί με τα πόδια από έναν ενήλικα σε χρόνο λίγο περισσότερο από 5 λεπτά και το 78% των σχολείων έχουν τουλάχιστον ένα εστιατόριο γρήγορου φαγητού σε απόσταση 800 μέτρων. Η κατανομή των εστιατορίων είναι τέτοια που δείχνει να συσχετίζεται με την ύπαρξη των σχολείων (Austin et al., 2005).

2.3 Αντικαπνιστική Αγωγή

Το προσωπικό του σχολείου αποτελεί μοντέλο δράσης για τους μαθητές, όπως και οι δάσκαλοι που διδάσκουν αντικείμενα σχετικά με την αντικαπνιστική αγωγή, αλλά και όσοι παράγοντες εμπλέκονται στις πολιτικές κατά του καπνίσματος, επηρεάζουν τις αντιδράσεις των μαθητών σχετικά με το κάπνισμα. Σε έρευνα που υλοποιήθηκε στην Ινδία, το μεγαλύτερο ποσοστό (29%) του προσωπικού του σχολείου καπνίζει και οι πολιτικές για την απαγόρευση του καπνίσματος στα σχολεία ή τα σχετικά διδακτικά αντικείμενα αξιολογήθηκαν ως σπάνια (στο 62% των σχολείων δεν υπήρχαν τέτοια). Το προσωπικό του σχολείου είναι πρόθυμο να επιμορφωθεί πάνω στην αντικαπνιστική αγωγή και να βοηθήσει τους μαθητές να αποφύγουν το κάπνισμα (Sinha et al., 2007).

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μεταξύ του 2000 και του 2005 δείχνουν ότι το ποσοστό του προσωπικού των σχολείων που καπνίζει τσιγάρα ή χρησιμοποιεί άλλα είδη καπνού παγκοσμίως, έχει φτάσει σημαντικά ποσοστά. Το ποσοστό του προσωπικού που καπνίζει τσιγάρα σε τοπικό επίπεδο, αναφέροντας την περιοχή της Ατλάντας, κυμαινόταν μεταξύ του

15% με 19%. Ο μεγάλος αριθμός καπνιστών του προσωπικού επιδεινώνει την ανυπαρξία ή τη σπανιότητα των προγραμμάτων αντικαπνιστικής αγωγής και υποβαθμίζει ακόμη περισσότερο τις προσπάθειες που γίνονται να αποτραπούν οι νέοι από το κάπνισμα και να μειωθεί η συχνότητα εμφάνισης του καπνίσματος (The Global School Personnel Survey Collaborative Group, 2006).

Στην παρέμβαση του προγράμματος CATCH, το οποίο υλοποιήθηκε στις πολιτείες Καλιφόρνια, Μινεσότα, Λουισιάννα και Τέξας σε 96 σχολεία ακολουθήθηκαν αναλυτικά προγράμματα, τα οποία όριζαν την αντικαπνιστική πολιτική. Στην πολιτική αυτή οι εκπαιδευτικοί, όπως και το προσωπικό του σχολείου, έπρεπε να ακολουθήσουν την απαγόρευση του καπνίσματος στο σχολικό κτήριο κατά τις ώρες λειτουργίας του, εντός και εκτός του κτηρίου. Συγκεκριμένα στην πολιτεία της Μινεσότα όπου τα σχολεία επιχορηγούταν εάν πληρούσαν κάποια κριτήρια, όπως την παροχή αντικαπνιστικής εκπαίδευσης στο προσωπικό και τους καθηγητές, την παροχή συνεχούς αντικαπνιστικής αγωγής από το νηπιαγωγείο έως την 12^η τάξη του σχολείου, τα προγράμματα που απευθύνονταν σε νέους 12-14 ετών και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των προγραμμάτων, τα αποτελέσματα ήταν ενθαρρυντικά. Από 1985 έως το 1991 είχαμε πλήρη επιτυχία της αντικαπνιστικής εκστρατείας στην πολιτεία της Μινεσότα. Από τα συμπεράσματα της έρευνας, προκύπτει ότι, αν και το μεγαλύτερο ποσοστό των νέων ξεκινά το κάπνισμα επηρεαζόμενο από φίλους και δοκιμάζει τσιγάρα που βρίσκονται στο σπίτι, εντούτοις για να διατηρηθεί η επιτυχής συντήρηση των αποτελεσμάτων μιας παρέμβασης κατά του καπνίσματος, πρέπει το προσωπικό του σχολείου να μην πάψει να την υποστηρίζει (Elder et al., 1996).

2.4 Φυσική Αγωγή

Οι καθηγητές φυσικής αγωγής αποτελούν μοντέλο όσον αφορά στις αρχές της προώθησης της Αγωγής Υγείας, καθώς απασχολούνται με θέματα που άπτονται της υγείας και των σχολικών δικτύων υγείας. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 35 καθηγητές φυσικής αγωγής σε 17 σχολεία στη Βόρειο-δυτική Αγγλία εξετάστηκαν οι αντιλήψεις τους μέσω ερωτηματολογίων ανοικτού τύπου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι καθηγητές φυσικής αγωγής αντιλαμβάνονται την έννοια της υγείας ως ένα θέμα που πρέπει να αντιμετωπίζουν καθημερινά. Τα επίπεδα της φυσικής δραστηριότητας των νέων τα κρίνουν ιδιαίτερα χαμηλά σε σχέση με αυτά προηγούμενων ετών και δηλώνουν ότι αυτό είναι ενδεικτικό ότι οι φορείς φυσικής αγωγής δεν κάνουν σωστά τη δουλειά τους. Οι μαθητές δεν τρέχουν πια ή δεν τρέχουν αρκετά στο μάθημα της φυσικής αγωγής, έτσι ώστε οι χτύποι της καρδιάς τους να

μην φτάνουν τα αναμενόμενα επίπεδα μιας καλής φυσικής κατάστασης (Green and Thurston, 2002).

Ο στόχος του επαγγέλματος ενός καθηγητή φυσικής αγωγής από τη δεκαετία του '80 είναι να φροντίζει έτσι ώστε να εμπλέκει τους μαθητές σε προγράμματα που θα τους εξασφαλίσουν υγεία για όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Μεταξύ λοιπόν της δεκαετίας του '80 και '90 το μάθημα της φυσικής αγωγής χαρακτηρίστηκε ως το αντίδοτο του σύγχρονου καθιστικού τρόπου ζωής. Βέβαια ο τρόπος για την επίτευξη αυτού του στόχου δεν έχει βρεθεί ακόμα. Οι καθηγητές φυσικής αγωγής, όσον αφορά στην δική τους εκπαίδευση, δίνουν κυρίως έμφαση στην εκμάθηση τεχνικών αθλημάτων και γνώσεων και λιγότερο στο κοινωνικό πλαίσιο της εκπαίδευσής τους. Η κοινωνική οπτική της εκπαίδευσης της φυσικής αγωγής είναι αναγκαία, καθώς πρέπει να χαρακτηρίζει τους εκπαιδευτικούς το κριτικό πνεύμα και να προκαλούν το ενδιαφέρον των αθλουμένων (Capel, 2007).

Οι καθηγητές φυσικής αγωγής φαίνεται να πετυχαίνουν την ενθάρρυνση του μαθητή και την ευχάριστη προσκόλληση του στη φυσική δραστηριότητα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μέσω της δυνατότητας επιλογής δραστηριότητας. Η δυνατότητα επιλογής δραστηριότητας έχει θετικό αντίκτυπο στα ποσοστά συμμετοχής των μαθητών. Η πολιτική της επιλογής φυσικής δραστηριότητας, προϋποθέτει την οργάνωση σε μικρότερες ομάδες και την απομάκρυνση από την παραδοσιακή οπτική που θέλει τη φυσική δραστηριότητα να επικεντρώνεται σε ταλαντούχους νέους που θα φέρουν καλά αποτελέσματα σε κάποιο αγώνισμα μετά από συναγωνισμό. Η παραδοσιακή τακτική όμως όπως φαίνεται από την έρευνα στην Αγγλία δεν είναι εύκολο να αλλάξει (Green and Thurston, 2002).

Στο μάθημα λοιπόν της φυσικής αγωγής έχει νόημα μόνο η δυνατότητα του να είναι ο μαθητής καλός σε επιδόσεις, να κερδίζει μετά την επιλογή του μεταξύ των συμμαθητών του και να διακρίνεται σε ένα αγώνισμα. Η ευχαρίστηση, η χαρά και η απόλαυση της συμμετοχής σε φυσικές δραστηριότητες παρουσιάζεται σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν οι δυνατότητες και για άλλα εναλλακτικά σπορ. Έτσι η μέχρι τώρα εμπειρία δείχνει ότι η αποχή των κοριτσιών από το μάθημα της φυσικής αγωγής είναι κάτι το σύνηθες στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ γίνονται προσπάθειες να υπάρχει η δυνατότητα και για άλλες δραστηριότητες, όπως το νέτμπολ, το ποδόσφαιρο, το τένις (Garrett and Wrench, 2007).

3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μετά το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου εμφανίστηκε στις πιο αναπτυγμένες χώρες δραματική αύξηση της θνησιμότητας λόγω των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Επιδημιολογικές έρευνες συνέδεσαν την εκδήλωση της καρδιαγγειακής νόσου με συγκεκριμένες καθημερινές συνήθειες και ώθησαν στη δημιουργία προγραμμάτων εκπαίδευσης και ενημέρωσης με στόχο την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Τα πρώτα προγράμματα σχεδιάστηκαν και εφαρμόστηκαν στις Η.Π.Α. το 1970 και αργότερα και σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες. Διαφορές μεταξύ των προγραμμάτων παρατηρούνται ως προς τον τρόπο προσέγγισης του αντικειμένου. Η προσέγγιση γίνεται άλλοτε μέσω του μαθήματος της Φυσικής Αγωγής, άλλοτε μέσω προγραμμάτων διατροφής και άλλοτε μέσω της συνδυασμένης εφαρμογής των δύο αντικειμένων εμπλουτισμένης και με άλλα θέματα όπως το κάπνισμα. Διαφορές επίσης παρατηρούνται και ως προς το χώρο εφαρμογής αυτών των προγραμμάτων καθώς και τη συμμετοχή ή όχι των γονέων.

Στο κεφάλαιο αυτό θα εξεταστεί η εξέλιξη αυτών των προγραμμάτων και των αρχών που διέπουν την εφαρμογή τους. Τα προγράμματα που αναφέρονται έχουν ως στόχο παιδιά και εφήβους και εφαρμόζονται κυρίως σε σχολικό περιβάλλον, καθώς αυτός ο κλάδος θα απασχολήσει την εφαρμογή της έρευνας, που σχετίζεται με τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

3.1 Γενικά Εκπαιδευτικά Προγράμματα Διατροφής

Στις Η.Π.Α. ο φορέας που ασχολείται με προγράμματα διατροφής είναι το Υπουργείο Γεωργίας. Στα τέλη της δεκαετίας του 1930 και στις αρχές του 1940 η αγροτική παραγωγή στις Η.Π.Α. αν και αυξημένη δεν μπορούσε να εξασφαλίζει επιπλέον αγοραστικό κοινό για να προωθηθούν τα αγροτικά προϊόντα. Η κυβέρνηση για να βγάλει από το οικονομικό αδιέξοδο τους αγρότες και να βοηθήσει τους μαθητές, καθιέρωσε το 1946 τη δωρεάν παροχή μεσημεριανού φαγητού στο χώρο του σχολείου. Μάλιστα το 1977 συνδυάστηκε το γεύμα στο χώρο του σχολείου με το εκπαιδευτικό πρόγραμμα διατροφής, το οποίο καθιερώθηκε ως ένα νέο αντικείμενο διδασκαλίας του αναλυτικού προγράμματος. Σκοπός του ήταν η ενημέρωση των μαθητών πάνω σε θέματα υγείας και ορθής επιλογής τροφίμων (Contento, 1994).

Ένα από τα πρώτα και μεγαλύτερα προγράμματα, που εφαρμόστηκε σε μαθητές του δημοτικού ήταν το “Nutrition Education and Training Program” (NETP). Σκοπός του NETP ήταν οι μαθητές να παιδαγωγηθούν πάνω στην αξία μιας ισορροπημένης διαίτας, όχι μόνο μέσω της εκπαίδευσης αλλά και μέσω του προσφερόμενου γεύματος στο εστιατόριο. Το προσωπικό του εστιατορίου όσο και οι δάσκαλοι ακολούθησαν ειδική εκπαίδευση, ενώ χρησιμοποιήθηκε και εκπαιδευτικό υλικό (Maretzki, 1979). Το NETP εφαρμόστηκε όμως και με τη μορφή έρευνας μόνο σε ένα μικρό αριθμό σχολείων και ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας (μετά τα δύο χρόνια) έδειξε ότι ενώ βελτιώθηκαν οι γνώσεις υγείας των μαθητών όλων των τάξεων, δε σημειώθηκε κάποια βελτίωση στις διατροφικές συνήθειες ή στις προτιμήσεις των μαθητών σε τρόφιμα (St. Pierre and Rezinovic, 1982).

Στη Nebraska το πρόγραμμα NETP εφαρμόστηκε σε όλες τις τάξεις 98 δημοτικών σχολείων όπου εκεί η παρέμβαση στόχευε στην εξοικείωση των μαθητών με τα φρούτα και τα λαχανικά. Η εκπαιδευτική ύλη κάλυπτε θέματα όπως είναι οι λειτουργίες των θρεπτικών συστατικών, τα τρόφιμα από τα οποία προέρχονται και θέματα διαφήμισης. Τα αποτελέσματα πάλι σημείωσαν αύξηση των γνώσεων των μαθητών σε όλες τις τάξεις, ενώ μόνο οι μαθητές των τριών πρώτων τάξεων αύξησαν την κατανάλωση λαχανικών (St. Pierre et al., 1981).

Στη Νέα Υόρκη το NETP εφαρμόστηκε σε όλες τις τάξεις του δημοτικού και στο νηπιαγωγείο σε τρία σχολεία ενώ τρία άλλα σχολεία χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδα ελέγχου. Τα αποτελέσματα του προγράμματος έδειξαν αλλαγή των γνώσεων και των στάσεων των μαθητών στα σχολεία παρέμβασης και στα σχολεία ελέγχου. Οι μαθητές των σχολείων παρέμβασης σημείωσαν σημαντική βελτίωση, έναντι αυτών της ομάδας ελέγχου, σε θέματα που αφορούσαν την κατανάλωση τροφίμων στα ενδιάμεσα γεύματα (Gillespie, 1984).

Μετά τα NETP ακολούθησε το πρόγραμμα “Nutrition in the Changing World”, το οποίο εφαρμόστηκε σε μαθητές δημοτικού 21 τάξεων και 21 τάξεις χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδα ελέγχου. Η παρέμβαση διήρκεσε εννέα εβδομάδες και περιελάμβανε δραστηριότητες στην τάξη και στο εστιατόριο, όπως χειροτεχνίες, puzzles, αφίσες και παιχνίδια στα οποία οι μαθητές έπαιρναν βαθμούς καταναλώνοντας τα λαχανικά του μεσημεριανού γεύματος. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι γνώσεις των μαθητών σε όλες τις τάξεις του δημοτικού βελτιώθηκαν, ενώ οι στάσεις βελτιώθηκαν σε κάποιες από τις πρώτες τάξεις. Οι διατροφικές συνήθειες των μαθητών δεν φάνηκε να επηρεάζονται σημαντικά από το πρόγραμμα. Τα αποτελέσματα ήταν ανάλογα όταν η παρέμβαση συνεχίστηκε για τρία χρόνια (Shannon and Chen, 1988; Graves et al., 1982; Shannon et al., 1982).

Μια δεύτερη παρέμβαση που διαδέχθηκε τα NETP ήταν το “Food...Your Choice” η οποία εφαρμόστηκε στις πρώτες τάξεις του δημοτικού για ένα έτος, ενώ οι μαθητές της πέμπτης τάξης παρακολούθηθηκαν για δύο έτη. Σε αυτήν την παρέμβαση τα αποτελέσματα ήταν αρκετά ενθαρρυντικά καθώς οι διατροφικές συνήθειες των μαθητών όλων των τάξεων της ομάδας παρέμβασης έδειξαν να επηρεάζονται σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Αυξήθηκε σημαντικά η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, τροφίμων πλούσιων σε βιταμίνη Α και πρωτεΐνες και οι μαθητές χαμηλής κοινωνικοοικονομικής προέλευσης βελτίωσαν τις γνώσεις τους και αύξησαν την πρόσληψη γαλακτοκομικών προϊόντων και βιταμίνης C (McDonald et al., 1981).

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι τα Γενικά Εκπαιδευτικά Προγράμματα Διατροφής επιτυγχάνουν βελτίωση των γνώσεων των μαθητών. Όσον αφορά στις στάσεις των μαθητών τα ευρήματα είναι αντιφατικά ενώ όσον αφορά στις διατροφικές συνήθειές τους μόνο κάποιες μικρές αλλαγές παρατηρήθηκαν σε κάποιες τάξεις σε λιγότερες από τις μισές έρευνες που υπάγονται σε αυτήν την κατηγορία (Contento, 1994).

3.2 Προγράμματα Φυσικής Αγωγής

Το μάθημα της Φυσικής Αγωγής που έκανε την εμφάνισή του στο πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα στις αναπτυγμένες χώρες της Ευρώπης αποθάρρυνε τα παιδιά από οποιαδήποτε μορφή πρωτοβουλίας και το μάθημα αποσκοπούσε στο να μεταδώσει τις αρχές της πειθαρχίας στους μαθητές. Μεταξύ των δύο Παγκοσμίων πολέμων, οι αντιλήψεις προωθούν την ιδέα ότι το μάθημα με την κατάλληλη διάρθρωση μπορεί να συμβάλει στην ψυχική και σωματική υγεία των μαθητών, στην ευφυΐα τους και στη διαμόρφωση του χαρακτήρα τους. Επίσης ενθαρρύνεται η εκμάθηση ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων στις οποίες οι μαθητές θα επιδίδονται και εκτός σχολείου. Συνδέεται η Φυσική Αγωγή με την Αγωγή Υγείας, και επίσημα από το Βρετανικό Υπουργείο Παιδείας το 1930 (Board of Education, 1930).

Μέχρι το 1970 το μάθημα της Φυσικής Αγωγής είχαν επηρεάσει ο Δεύτερος Παγκόσμιος Πόλεμος και η τάση που ακολούθησε για έμφαση κυρίως στη σωστή εκτέλεση των κινήσεων και στην τεχνική κατάρτιση των αθλημάτων έτσι η έννοια της Αγωγής Υγείας είχε πάψει πλέον να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της Φυσικής Αγωγής. Στις Η.Π.Α., Καναδά και Αυστραλία γίνεται ξανά μια προσπάθεια σύνδεσης των δύο προαναφερθέντων εννοιών. Ακολουθούν με μια δεκαετία περίπου διαφορά η οι χώρες της Ευρώπης (Bray, 1991). Η σωματική άσκηση υιοθετείται ως αναπόσπαστο μέρος του εβδομαδιαίου προγράμματος και κατά την ενηλικίωση. Επιπλέον υποστηρίζεται πως κάθε επιπρόσθετη ώρα έντονης σωματικής άσκησης στο χώρο του

σχολείου συντελεί στη βελτίωση της φυσικής κατάστασης και κατ' επέκταση της υγείας των μαθητών (Sleap, 1990).

Το ερευνητικό πρόγραμμα “The Trois Rivières Study” του Καναδά στόχευσε στην απόδειξη της συσχέτισης μεταξύ της σωματικής άσκησης και της υγείας. Υλοποιήθηκε σε μαθητές ηλικίας 10 έως 12 χρονών προσθέτοντας 5 επιπλέον ώρες Φυσικής Αγωγής / εβδομάδα δίνοντας έμφαση στην καρδιοαναπνευστική και μυϊκή ανάπτυξη. Η ομάδα ελέγχου ακολουθώντας την τότε Εγκύκλιο του Υπουργείου, περιελάμβανε στο πρόγραμμά της 40 λεπτά Φυσικής Αγωγής / εβδομάδα. Μετά τα τέσσερα χρόνια εφαρμογής βρέθηκε ότι οι μαθητές της ομάδας παρέμβασης είχαν σημαντικά μεγαλύτερη καρδιοαναπνευστική αντοχή και μυϊκή δύναμη. Βρέθηκε επίσης ότι αφιέρωναν περισσότερες ώρες την ημέρα σε ήπιες και έντονες δραστηριότητες, από αυτούς της ομάδας ελέγχου (Shephard et al., 1980).

Το “Vigorous Exercise Program” εφαρμόστηκε την ίδια περίοδο στις Η.Π.Α. με ανάλογο τρόπο, επιλέγοντας από 59 μαθητές ένα τυχαίο δείγμα που συμμετείχε τέσσερις φορές την εβδομάδα σε ένα πρόγραμμα αερόβιας γυμναστικής διάρκειας 25 λεπτών. Οι μαθητές ήταν ηλικίας 6-7 χρονών. Αφού ολοκληρώθηκε η παρέμβαση δεν βρέθηκε καμία διαφορά ως προς το βάρος, το ύψος, τις δερματοπτυχώσεις και την καρδιακή συχνότητα ηρεμίας μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου. Ο μέσος χρόνος όμως που η καρδιακή συχνότητα ήταν πάνω από 160 παλμούς / λεπτό εντός και εκτός σχολείου, όσο η παρέμβαση ήταν εν εξελίξει, ήταν σημαντικά μεγαλύτερος για την ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (MacConnie et al., 1982).

Το πρόγραμμα “Daily Physical Education” περιελάμβανε ωριαίο πρόγραμμα έντονης κυρίως αερόβιας άσκησης αντί των 30 λεπτών μαθήματος Φυσικής Αγωγής που προβλεπόταν τρεις φορές την εβδομάδα. Εφαρμόστηκε στην Αυστραλία σε μαθητές ηλικίας 10 χρονών και είχε συνολική διάρκεια 14 εβδομάδες. Διαπιστώθηκε σημαντική μείωση στο ποσοστό σωματικού λίπους και αύξηση της καρδιοαναπνευστικής αντοχής για την ομάδα παρέμβασης. Όσον αφορά στην αρτηριακή πίεση και στα λιπίδια του ορού, δεν διαπιστώθηκε καμία διαφορά (Dwyer et al., 1983).

Το πρόγραμμα “Developing a total concept of Physical Education” της Σκωτίας έδινε έμφαση όχι μόνο στην παράμετρο της φυσικής κατάστασης, αλλά και στην καλλιέργεια της τεχνικής. Το πρόγραμμα, που απαιτούσε ημερήσια παρακολούθηση σε πρόγραμμα σωματικής άσκησης 40 λεπτών, διήρκεσε ένα χρόνο και συμμετείχαν σ' αυτό 500 παιδιά ηλικίας 9 έως 11

χρόνων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι παράμετροι φυσικής κατάστασης αθλητικής απόδοσης (motor fitness) ήταν υψηλότεροι για την ομάδα παρέμβασης (Pollatschek et al., 1986).

Η αύξηση των ωρών που αφιερώνονται σε εβδομαδιαία βάση στο πρόγραμμα της Φυσικής Αγωγής, όσο και η ένταση των σχετικών προγραμμάτων οδηγούν σε σημαντική βελτίωση της φυσικής κατάστασης των μαθητών. Επιπλέον από έρευνες επιβεβαιώνεται ότι η αύξηση των ωρών που αφιερώνονται εβδομαδιαίως στη Φυσική Αγωγή, αν και μειώνει τις ώρες των άλλων μαθημάτων, δεν επηρεάζει τις ακαδημαϊκές επιδόσεις των μαθητών (Dwyer et al., 1983).

Αναπάντητο μένει το ερώτημα κατά πόσο οι παρεμβάσεις μπορούν να αυξήσουν πραγματικά την εθελοντική άσκηση των μαθητών εκτός σχολείου ή ακόμα κατά την ενηλικίωση. Το κατά πόσο το μάθημα της Φυσικής Αγωγής μπορεί και πρέπει να στοχεύει και στη διαμόρφωση των κατάλληλων συμπεριφορών ώστε οι μαθητές να μπορούν και να επιδιώκουν να αθλούνται από μόνοι τους και εκτός σχολείου είναι ένα ερώτημα που πρέπει να βρει λύση.

Η συμμετοχή των παιδιών σε διάφορες μορφές σωματικών ασκήσεων συνδέεται θετικά με τη χαρά που παίρνουν αυτά από τη συμμετοχή τους (Craig et al., 1996; Petlichkoff, 1992; Wold & Kannas, 1993). Επίσης, η απόλαυση που δίνει στα παιδιά η συμμετοχή τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την αντίληψη που έχουν τα ίδια για τις ικανότητές τους (Craig et al., 1996; Roberts, 1986). Τα παιδιά που θεωρούν ότι δεν έχουν μεγάλες ικανότητες είναι πολύ πιθανό να παραιτηθούν από την προσπάθεια (Roberts, 1986). Για τους τα μαθήματα Φυσικής Αγωγής θα πρέπει να προωθούν και να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή όλων των μαθητών της τάξης και όχι μόνο των χαρισματικών μαθητών (Petal, 1978). Οι μέτριας έντασης μορφές σωματικής άσκησης αναφέρεται ότι δεν αποθαρρύνουν τα λιγότερο χαρισματικά ή παχύσαρκα παιδιά, τα οποία τελικά είναι αυτά τα οποία χρειάζονται περισσότερο αυτού του είδους την παρέμβαση (McKenzie et al., 1993; Sallis et al., 1993).

3.3 Προγράμματα Αλλαγής Συμπεριφορών

Η ιδέα της εφαρμογής προγραμμάτων Αγωγής Υγείας που θα στοχεύουν και στη διαμόρφωση των κατάλληλων συμπεριφορών γεννήθηκε μέσα από τις αδυναμίες των μέχρι τότε Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων στο χώρο του σχολείου. Το θεωρητικό πρότυπο πάνω στο οποίο βασίστηκε η πλειοψηφία των προγραμμάτων ήταν η Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης (Θ.Κ.Μ., Social Learning Theory – S.L.T.). Η Θ.Κ.Μ. παρέχει μερικές σαφείς κατευθύνσεις για

εκπαιδευτικές παρεμβάσεις ή για την αλλαγή συμπεριφοράς σε θέματα διατροφής, σωματικής άσκησης και γενικά σε θέματα υγείας καθώς προτείνει και οι τρεις προαναφερθέντες παράγοντες να λαμβάνονται υπόψη. Ακόμη παρέχει τις αρχές (concepts), μερικές από τις οποίες είναι η χρήση προτύπων, η θεσμοθέτηση στόχων, οι θετικές εμπειρίες και η αυτό- αποτελεσματικότητα του ατόμου. Επίσης παρέχει στους εκπαιδευτικούς συγκεκριμένες στρατηγικές για να διαμορφώσουν περιβαλλοντικούς παράγοντες, τέτοιους που να επικουρούν τις προσδοκώμενες αλλαγές συμπεριφοράς, αλλά ταυτόχρονα να αφήνουν και τα ίδια τα παιδιά να επιδράσουν σε αυτούς (Contento, 1994).

3.3.1 Σχολικά Προγράμματα χωρίς τη συμμετοχή γονέων

Το πρόγραμμα “Go for Health” που υλοποιήθηκε στο Texas σε παιδιά δημοτικού σχεδιάστηκε για να αναγνωριστεί η σχέση μεταξύ περιβάλλοντος και μαθησιακών επιδράσεων στη διαμόρφωση συμπεριφορών υγείας. Το περιβάλλον περιελάμβανε αλλαγές στο περιεχόμενο των μαθημάτων Φυσικής Αγωγής, αλλά και στα παρεχόμενα γεύματα από το σχολείο. Τα μαθήματα Φυσικής Αγωγής συνδύαζαν και ψυχαγωγικά παιχνίδια για την ανάπτυξη της αντοχής, μυϊκής δύναμης και δεξιοτήτων εκτός από τις συνήθειες δραστηριότητες. Αντίστοιχα άλλαξε το εβδομαδιαίο πρόγραμμα σίτισης και τα γεύματα έγιναν χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος και αλάτι (Parcel et al., 1987). Δύο χρόνια μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης βρέθηκε ότι το ποσοστό λίπους στο φαγητό μειώθηκε, όπως συνέβη και με το κορεσμένο λίπος και το αλάτι, αναφερόμενοι βέβαια πάντα σε ενδοσχολικές συνήθειες. Επίσης αυξήθηκε το ποσοστό των παιδιών που συμμετείχε σε έντονες φυσικές δραστηριότητες στα μαθήματα Φυσικής Αγωγής (Simons – Morton et al., 1991).

Παρόμοιας ιδεολογίας προγράμματα ήταν το “Slice of life” (Perry et al., 1987) “Food Service Project” και το “CV Risk Reduction” που εφαρμόστηκαν σε μαθητές γυμνασίου. Τα αποτελέσματα τους θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν γενικά ως ικανοποιητικά αφού παρατηρήθηκαν αλλαγές σε κάποιες συμπεριφορές αλλά και σε παραμέτρους όπως η χοληστερόλη και ο Δείκτης Μάζας Σώματος.

Το πρόγραμμα “Cardiovascular Health in Children” (CHIC) σχεδιάστηκε για να ελέγξει την αποτελεσματικότητά του απέναντι στην αλλαγή συμπεριφοράς σε μαθητές τρίτης και τέταρτης τάξης δημοτικού στη Βόρεια Καρολίνα. Ο σκοπός του CHIC ήταν να εξετάσει εάν η παρέμβαση στο σχολείο θα μπορούσε να βελτιώσει τα επίπεδα ολικής χοληστερόλης αίματος, αρτηριακής πίεσης, σωματικού λίπους και το δείκτη μάζας σώματος, τα επίπεδα σωματικής

άσκησης, τις συνήθειες καπνίσματος, καθώς και τις γνώσεις υγείας των συμμετεχόντων. Η παρέμβαση διήρκεσε οκτώ συνεχόμενες εβδομάδες. Γινόταν θεωρητικές παραδόσεις στην τάξη δύο φορές την εβδομάδα. Οι δάσκαλοι χρησιμοποιούσαν το “American Heart Association Lower and Upper Elementary School Site Program Kits”, το οποίο περιελάμβανε θέματα σχετικά με τη σωματική άσκηση, τη διατροφή, το κάπνισμα και τους τρόπους αντιμετώπισης ενδεχόμενης πίεσης για κάπνισμα. Ουσιαστική συμμετοχή των γονέων στο πρόγραμμα δεν υπήρχε καθώς θεωρήθηκε ότι η συμμετοχή τους θα απαιτούσε μεγάλη επένδυση χρόνου. Το μάθημα της Φυσικής Αγωγής γινόταν τρεις φορές την εβδομάδα και περιελάμβανε προθέρμανση, εικοσάλεπτη συμμετοχή σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες και αποθεραπεία (Harrell et al., 1998).

Το πρόγραμμα αποδείχθηκε επιτυχημένο, αφού η ομάδα παρέμβασης υπερέιχε σημαντικά ως προς την ομάδα ελέγχου στις γνώσεις αλλά και στα επίπεδα σωματικής άσκησης. Επίσης, στην ομάδα παρέμβασης υπήρχε μια μη-σημαντική μείωση στα επίπεδα ολικής χοληστερόλης ορού (-5,25mg/dl), αύξηση στην αερόβια ικανότητα και μείωση στο σωματικό λίπος (Harrell et al., 1996).

Τα προαναφερθέντα σχολικά προγράμματα δε λαμβάνουν υπόψη τον περιοριστικό παράγοντα της επίδραση των γονέων και γενικά της οικογένειας στη διαμόρφωση των συμπεριφορών των παιδιών. Η οικογένεια δεν είναι μόνο αυτή που καθορίζει σημαντικά το φαγητό του παιδιού, αλλά καθορίζει και τη διαμόρφωση συμπεριφορών σε θέματα διατροφής και σωματικής άσκησης μέσω των πρότυπων που προβάλλει. Η επίδρασή της είναι καθοριστική κυρίως σε παιδιά μικρής ηλικίας (Perry et al., 1988).

3.3.2 Προγράμματα για την οικογένεια

Το παιδί αντλεί τα πρώτα ερεθίσματα διαμόρφωσης συμπεριφορών από το περιβάλλον της οικογένειας. Έχουν βρεθεί σημαντικές ομοιότητες μεταξύ των μελών οικογενειών σε θέματα διαιτολογικών συνηθειών (Patterson et al., 1988), και συνηθειών σωματικής άσκησης (Sallis et al., 1988), καπνίσματος (Hunter et al., 1982), αρτηριακής πίεσης (Biron et al., 1975), χοληστερόλης ορού (Connor et al., 1984), σωματικού βάρους και λίπους (Garn et al., 1977). Η αλληλεπίδραση των συνηθειών υγείας, αλλά η επιρροή των παιδιών με τη σειρά τους στους γονείς και τα αδέρφια τους καθιερώνουν την οικογένεια ως ένα χώρο παρέμβασης.

Μια παρέμβαση, η οποία περιελάμβανε συναντήσεις σε μικρές ομάδες των γονέων και των παιδιών έγινε στη Μόσχα σε αγόρια ηλικίας 11 και 12 χρονών. Στα παιδιά με δυσλιπιδαιμίες, υψηλά επίπεδα αρτηριακής πίεσης, ή παχυσαρκία, γίνονταν και κατ’ ιδίαν

συναντήσεις. Στις συναντήσεις γονείς και παιδιά ενθαρρύνονταν να αυξήσουν την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, να λαμβάνουν πολυβιταμίνες και φρουτοχυμούς την περίοδο Οκτωβρίου – Μαΐου, να προτιμούν τα σπορέλαια και να μειώσουν την κατανάλωση λιπαρών κρεάτων και τηγανητών ψαριών. Επίσης σε μαθητές και γονείς μοιράστηκαν ενημερωτικά έντυπα για θέματα διατροφής και για τις συνέπειες του καπνίσματος.

Μετά από ένα χρόνο παρέμβασης, σημειώθηκε σημαντικά μεγαλύτερη μείωση στα επίπεδα ολικής χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων και συστολικής αρτηριακής πίεσης στην ομάδα παρέμβασης από την ομάδα ελέγχου. Τρία χρόνια μετά την αρχική εξέταση των μαθητών βρέθηκε ότι η διαφορά υπέρ της ομάδας παρέμβασης για την ολική χοληστερόλη ορού και την αρτηριακή πίεση είχαν διατηρηθεί. Μπορεί τα συγκεκριμένα αποτελέσματα να είναι ενθαρρυντικά αλλά δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για τις πιθανές διαιτολογικές αλλαγές που σημειώθηκαν (Alexandrov et al., 1992).

Το πρόγραμμα “The San Diego Family Health Project” έδωσε έμφαση στη διαμόρφωση των συμπεριφορών των ίδιων των παιδιών μέσα από τις αρχές της ΘΚΜ. Συμμετείχαν υγιή παιδιά, πέμπτης και έκτης τάξης μαζί με τις οικογένειές τους. Οι μισοί από τους συμμετέχοντες παρακολούθησαν το πρόγραμμα παρέμβασης συνολικής διάρκειας ενός έτους. Τους τρεις πρώτους μήνες οι συναντήσεις ήταν συχνότερες, μια ανά εβδομάδα ενώ τους επόμενους εννέα μήνες οι συναντήσεις γινόταν μια φορά τον μήνα ή τους δύο μήνες. Κάθε συνάντηση ήταν διάρκειας 1 – 1 ½ ωρών και συμμετείχαν σε αυτές έξι με εφτά οικογένειες μαζί, ενώ η κάθε οικογένεια συμμετείχε στο σύνολό της. Στις συναντήσεις δεν γινόταν μόνο παρέμβαση – ενημέρωση σε θέματα διατροφής, αλλά και δραστηριότητες και παιχνίδια με ανάλογα θέματα και ανταλλαγή υγιεινών συνταγών αλλά και προγράμματα αερόβιας γυμναστικής. Ένα χρόνο μετά οι οικογένειες της ομάδας παρέμβασης είχαν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό γνώσεων και είχαν βελτιώσει τις διαιτολογικές τους συνήθειες. Η κατανάλωση λίπους και αλατιού καθώς τα επίπεδα LDL-C του ορού μειώθηκαν σημαντικά στους Αγγλοαμερικανούς της ομάδας παρέμβασης. Καμία διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων δεν βρέθηκε όσον αφορά στην καρδιοαναπνευστική αντοχή και τα επίπεδα σωματικής άσκησης (Nader et al., 1989).

Δεν σημειώθηκαν αλλαγές για τα επίπεδα σωματικής άσκησης επειδή το πρόγραμμα δεν πρόσφερε ούτε πρότεινε εναλλακτικές λύσεις για σωματική άσκηση πέρα από αυτές στις καθιερωμένες συναντήσεις. Έτσι όταν η περίοδος παρέμβασης έληξε, η οικογένεια έχασε και τη μόνη ευκαιρία που είχε για σωματική άσκηση. Η οικογένεια μπορεί να αποδεικνύεται ότι έχει το ρόλο του «διαμορφωτή» προτύπων, όμως αυτή η μορφή παρέμβασης δεν επιτρέπει την εθελοντική ανεξάρτητη συμμετοχή των παιδιών σε προγράμματα σωματικής άσκησης. Οι

αλλαγές στις διαιτολογικές συνήθειες που επιτεύχθηκαν κρίνονται μάλλον μικρές σε σύγκριση με το μέγεθος της προσπάθειας που καταβλήθηκε. Λιγότερο δαπανηρές και χρονοβόρες θα ήταν οι παρεμβάσεις σε θέματα Αγωγής Υγείας στο χώρο του σχολείου.

Το “Know Your Body”, ένα από τα μεγαλύτερα προγράμματα που υπάγονται σε αυτήν την κατηγορία, σχεδιάστηκε από το American Health Foundation στη δεκαετία 1970 και εφαρμόστηκε σε μαθητές από το νηπιαγωγείο μέχρι την 6^η τάξη στην Νέα Υόρκη και το Westcheser (Walter, 1989). Ο σκοπός του προγράμματος ήταν να ωθήσει στους μαθητές στην υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών μέσω της ανάπτυξης του αισθήματος της υπευθυνότητας (Resnicow et al., 1993a).

Η σχεδίαση του “Know Your Body” είχε τρία κύρια μέρη. Περιελάμβανε την περιοδική επανεξέταση των μαθητών σε παραμέτρους όπως η αρτηριακή πίεση, οι βιοχημικές παράμετροι, η φυσική κατάσταση, οι συνήθειες και οι γνώσεις υγείας. Γινόταν ενημέρωση από τους εκπαιδευμένους δασκάλους που αφορούσε κυρίως σε θέματα διατροφής, άσκησης και χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Περιελάμβανε επίσης εξωσχολικές δραστηριότητες όπως η τροποποίηση του χώρου του κυλικείου και του φαγητού που προσφέρεται εκεί, δημιουργία βιβλίων με συνταγές, διαγωνισμών αφίσας και οργάνωση αντίστοιχων προγραμμάτων που αφορούν στους γονείς.

Οι γονείς συμμετείχαν σε ασκήσεις και δραστηριότητες από κοινού με τα παιδιά και σε σεμινάρια με σκοπό να ενημερωθούν για το πως θα μπορούσαν να στηρίζουν τα παιδιά (Williams et al., 1980). Ειδικές τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν για την επίτευξη των στόχων του προγράμματος περιλάμβαναν: εκπαίδευση ετοιμότητας, πρακτική εξάσκηση συμπεριφοράς, αποσαφήνιση αξιών, οριοθέτηση στόχων και αυτό-έλεγχο. Οι περιβαλλοντικές στρατηγικές όπως σχολικοί διαγωνισμοί και αλλαγές στο περιβάλλον του κυλικείου ήταν τεχνικές βασισμένες στη Θ.Κ.Μ.

Η αξιολόγηση περιελάμβανε ερωτηματολόγιο για την επιβεβαίωση των αλλαγών των στάσεων των παιδιών και καταγραφή ποιοτικών και ποσοτικών αλλαγών. Οι αλλαγές εστιάζθηκαν στους δασκάλους, στο εστιατόριο, στο κυλικείο, στις σχέσεις δασκάλων – μαθητών και γονέων και στην οργάνωση των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την υγεία (Resnicow et al., 1993a).

Μετά από πιλοτική μελέτη, το πρόγραμμα ξεκίνησε το 1979 με μια παρέμβαση σε 3.500 μαθητές τετάρτης τάξης στη Νέα Υόρκη. Το πρόγραμμα στην τάξη διαρκούσε 30 – 45 λεπτά και γινόταν μια φορά την εβδομάδα, μέχρι το τέλος του ακαδημαϊκού έτους. Πέντε χρόνια μετά την

εφαρμογή του προγράμματος, όπως και στις υπόλοιπες παρεμβάσεις οι γνώσεις υγείας ήταν σημαντικά καλύτερες στην ομάδα παρέμβασης, βρέθηκε ακόμη πως τα επίπεδα ολικής χοληστερόλης διέφεραν σημαντικά υπέρ της ομάδας παρέμβασης. Το ποσοστό καπνιστών επίσης ήταν μικρότερο στην ομάδα παρέμβασης, ενώ για την ίδια ομάδα παρατηρήθηκε μείωση της κατανάλωσης κορεσμένου λίπους και αύξηση της κατανάλωσης υδατανθράκων (Walter & Wynder, 1989).

Το πρόγραμμα δοκιμάστηκε ξανά ως προς την αποτελεσματικότητά του στη Νέα Υόρκη και το Houston με τη μικρότερη επίβλεψη των ερευνητών, όπου ένα 12% των δασκάλων ακολούθησε τις οδηγίες της προβλεπόμενης για παράδοση ύλης. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν συμπεράσματα για τις γνώσεις των μαθητών, το Δ.Μ.Σ. και το ερωτηματολόγιο στάσεων. Σημειώθηκαν αλλαγές στη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων υπέρ της ομάδας παρέμβασης, σημαντική μείωση της ολικής χοληστερόλης και της αρτηριακής πίεσης επίσης υπέρ της ομάδας παρέμβασης (Resnicow et al., 1992).

Το “Know Your Body” εφαρμόστηκε στο Michigan σε 1.200 μαθητές όλων των τάξεων του δημοτικού σε τέσσερα σχολεία και οι μαθητές σε άλλα τέσσερα σχολεία χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδα ελέγχου. Ένας χρόνος παρέμβασης οδήγησε σε σημαντικές διαφορές υπέρ της ομάδας παρέμβασης στις γνώσεις, στην κατανάλωση φαγητών πλούσιων σε λίπος και στη συχνότητα συμμετοχής σε προγράμματα σωματικής άσκησης, το οποίο δεν είχε επιτευχθεί σε προηγούμενες δοκιμές (Resnicow et al., 1993b).

Η εφαρμογή του προγράμματος συνεχίστηκε και σε άλλες χώρες, όπως στο Ισραήλ όπου διήρκεσε δύο χρόνια σε μαθητές της πρώτης δημοτικού. Σημαντικές αλλαγές παρατηρήθηκαν υπέρ της ομάδας παρέμβασης στην ολική χοληστερόλη, στην HDL-C, TG, αρτηριακή πίεση και Δ.Μ.Σ. (Tamir et al., 1990). Ανάλογα ήταν τα ευρήματα στη Νορβηγία όπου το πρόγραμμα ήταν διετές σε παιδιά ηλικίας 10 – 15 χρονών (Tell and Vellar, 1987).

Στην Ελλάδα η πρώτη δοκιμή έγινε το 1987. Πραγματοποιήθηκε από την Κλινική Προληπτικής Ιατρικής και Διατροφής της Ιατρικής Σχολής Κρήτης σε 95 μαθητές ηλικίας 13 – 14 χρονών, ενώ 62 μαθητές χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδα ελέγχου. Η παρέμβαση βασίστηκε στη Θ.Κ.Μ. και υλοποιήθηκε με 10 συναντήσεις θεωρητικού και πρακτικού επιπέδου σε θέματα υγείας που συμπληρώθηκαν με επιπλέον συζήτηση. Μετά από ένα χρόνο εφαρμογής του προγράμματος βρέθηκαν σημαντικές διαφορές υπέρ της ομάδας παρέμβασης για την ολική χοληστερόλη ορού, τη διαστολική αρτηριακή πίεση και το ΔΜΣ. Επίσης το ποσοστό μαθητών

που άρχισαν να καπνίζουν στην ομάδα παρέμβασης ήταν 6% έναντι 20% της ομάδας ελέγχου (Lionis et al., 1991).

Στο “Know Your Body” βασίστηκε ένα ακόμη πρόγραμμα Αγωγής Υγείας και Διατροφής του Πανεπιστημίου της Κρήτης (1992), το οποίο τροποποιήθηκε ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού της Κρήτης. Η παρακολούθηση του πληθυσμού κράτησε για έξι συνεχή χρόνια από την Α΄ μέχρι την Στ΄ τάξη Δημοτικού. Στην ομάδα παρέμβασης συμμετείχαν 602 μαθητές και στην ομάδα ελέγχου 444 μαθητές. Μετά τον έλεγχο αποτελεσματικότητας στα τρία και στα έξι χρόνια μελέτης οι αλλαγές παρατηρήθηκαν υπέρ της ομάδας παρέμβασης. Άλλαξαν οι κλινικές μεταβλητές, όπως οι ανθρωπομετρικές (ΔΜΣ και δερματοπτυχώσεις) και οι τιμές των λιπιδίων (μεγαλύτερη μείωση των ολικών λιπιδίων, μείωση TC:HDL και LDL:HDL), λόγω των συμπεριφοριστικών μεταβλητών (συνολικά προσλαμβανόμενη ενέργεια και κατανάλωση λίπους και κορεσμένου λίπους), όπως είναι οι επιθυμητές αλλαγές στη διατροφή, στα επίπεδα σωματικής άσκησης και φυσικής κατάστασης των μαθητών της ομάδας παρέμβασης. Σύμφωνα με τους Manios και Kafatos (1999) τα θετικά αποτελέσματα της παρέμβασης μπορούν να αποδοθούν σε δύο κυρίως παράγοντες: α) την υψηλή γονική συμμετοχή, και β) την αναδιοργάνωση και επέκταση των μαθημάτων φυσικής αγωγής και δραστηριοτήτων αγωγής υγείας στα σχολεία που συμμετείχαν. Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της 6χρονης παρέμβασης τονίζουν τη σημασία των προγραμμάτων που αφορούν την προαγωγή της υγείας και την αποφυγή ασθενειών (Manios et al., 2002).

Οι αρχές του “Know Your Body” χρησιμοποιήθηκαν και από το πρόγραμμα “Heart Smart” που σχεδιάστηκε για μαθητές τετάρτης και πέμπτης τάξης στις Η.Π.Α. Η εφαρμογή της παρέμβασης αναζητούσε ένα αποτελεσματικό τρόπο παρέμβασης στο σχολείο αλλά και στο σπίτι για την πρόληψη ΚΝ. Ο πληθυσμός του “Heart Smart” περιελάμβανε κυρίως παιδιά που συγκέντρωναν πολλούς παράγοντες κινδύνου των ΚΝ. Σημαντική πρωτοτυπία του προγράμματος ήταν ότι οι μαθητές είχαν τη δυνατότητα την ώρα του φαγητού να επιλέξουν εάν ήθελαν το “Heart healthy” γεύμα. Το γεύμα αυτό περιείχε 30% λιγότερο λίπος και 50% λιγότερο αλάτι και ζάχαρη (Downey et al., 1987).

Ένας χρόνος παρέμβασης αρκούσε ώστε το ποσοστό των μαθητών της ομάδας παρέμβασης που επέλεγε το “Heart healthy” γεύμα να φτάσει το 90% και η ομάδα παρέμβασης να βελτιώσει σημαντικά περισσότερο τις γνώσεις της, ενώ η μεγαλύτερη μείωση της ολικής χοληστερόλης ορού σημειώθηκε σε αυτούς που συστηματικά επέλεγαν αυτό το γεύμα. Τέλος, η HDL-C αυξήθηκε σημαντικά περισσότερο για τους μαθητές της ομάδας παρέμβασης, καθώς κατά τη διάρκεια των μαθημάτων Φυσικής Αγωγής μέσα από προγράμματα αερόβιας άσκησης

δόθηκε έμφαση στην φυσική κατάσταση, ενώ ανάλογα ήταν τα αποτελέσματα για τη δοκιμασία καρδιοαναπνευστικής αντοχής (Arbeit et al., 1992).

Οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις μας οδηγούν στην αντίληψη πως τα προγράμματα σωματικής άσκησης δεν πρέπει να αποβλέπουν στην προαγωγή της φυσικής κατάστασης των μαθητών μέσα από έντονα ή ανταγωνιστικού χαρακτήρα προγράμματα. Αντίθετα τα προγράμματα θα πρέπει να είναι ήπιας έντασης και ψυχαγωγικά ώστε να μην αποθαρρύνονται τα λιγότερο χαρισματικά ή παχύσαρκα παιδιά, τα οποία τα έχουν και μεγαλύτερη ανάγκη (McKenzie et al., 1993; Sallis et al., 1993). Παράλληλα, ένα πρόγραμμα ήπιας έντασης δεν είναι μόνο ευχάριστο για τον καθένα (Simons – Morton et al., 1988) αλλά μπορεί πιο εύκολα να υιοθετηθεί και να ακολουθηθεί και μετά την ενηλικίωση (Dishman et al., 1985) και είναι ικανό να μειώσει τους κινδύνους για ΚΝ (Rippe et al., 1988).

Το “Children and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (CATCH) ήταν ένα πανεθνικό πρόγραμμα σχολικής παρέμβασης που εφαρμόστηκε σε πολλές περιοχές. Το Εθνικό Κέντρο Καρδιάς, Πνευμόνων και Αίματος (The National Heart, Lung and Blood Institute) (NHLBI) στις ΗΠΑ χρηματοδότησε το πρόγραμμα και η εφαρμογή του διήρκεσε από το 1987 έως το 1994 (Stone et al., 1996).

Οι φάσεις της έρευνας ήταν τρεις: Η φάση I περιελάμβανε το σχεδιασμό της έρευνας, Η φάση II (μια 3χρονη έρευνα από το 1991 - 1994) περιελάμβανε το κυρίως πείραμα, το οποίο πραγματοποιήθηκε σε 96 σχολεία, από τα οποία τα 56 συμμετείχαν στην παρέμβαση και τα 40 χρησιμοποιήθηκαν ως μονάδες ελέγχου. Η υλοποίηση του προγράμματος έγινε σε τέσσερις περιοχές των ΗΠΑ: στις πολιτείες Σαν Ντιέγκο και Καλιφόρνια, Νέα Ορλεάνη και Λουϊζιάνα, Μινεάπολης και Μινεσότα, Όστιν και Τέξας. Η φάση III ήταν η τρίχρονη παρακολούθηση και μελέτη μιας ομάδας μαθητών που συμμετείχαν στο CATCH II (Hoelscher et al., 2003).

Όλα τα υλικά και οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν βασίζονταν στην Θ.Κ.Μ. (Nader et al., 1996). Οι 28 από τις 56 σχολικές μονάδες που πήραν μέρος στην έρευνα εφάρμοσαν αλλαγές στο φαγητό που σερβιρόταν στο σχολείο, στη φυσική δραστηριότητα και στο αναλυτικό πρόγραμμα σχετικά με την αγωγή υγείας. Οι υπόλοιπες 28 σχολικές μονάδες εκτός από τις παραπάνω αλλαγές που εφάρμοσαν, συμπεριέλαβαν στην παρέμβαση και την επιμόρφωση της οικογένειας. Κατά την συνδυασμένη εφαρμογή στο σχολείο και στην οικογένεια δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές, αλλά ούτε και μεταξύ των δύο φύλων, ή των περιοχών παρέμβασης (Luepker et al., 1996).

Με το πρόγραμμα CATCH έγινε προσπάθεια να εφαρμοστούν οι αρχές των προσδιοριστικών διατροφικών οδηγιών των ΗΠΑ (USDA) μέσω των οδηγιών του “Eat Smart”. Το “Eat Smart” είχε ως στόχο την προσφορά γευμάτων στο σχολείο με 30% ή και λιγότερη ενέργεια να προέρχεται από λιπαρά, 10% ή και λιγότερο της ενέργειας να προέρχεται από κορεσμένα λιπαρά και η ποσότητα νατρίου να μην υπερβαίνει τα 600 – 1.000 mg, ενώ οι ποσότητες των άλλων θρεπτικών συστατικών (σίδηρος, ασβέστιο, πρωτεΐνες, βιταμίνες Α και C) που ορίζονται από τον USDA έπρεπε να ελέγχονται (Hoelscher et al., 2003). Η φυσική κατάσταση αξιολογήθηκε σε όλες τις τάξεις, έκτη, έβδομη και όγδοη, ενώ δόθηκε λίστα τροφίμων μόνο στην έβδομη και όγδοη τάξη. Οι σωματομετρήσεις, οι μετρήσεις αρτηριακής πίεσης, οι αιματολογικές εξετάσεις και η καταγραφή της διαιτητικής πρόσληψης έγιναν σε μαθητές μόνο της όγδοης τάξης (Lytle et al., 1996).

Πίνακας 3.3.2: Σχεδιασμός Έρευνας CATCH		
	Δραστηριότητες	Τάξη
Θεωρητικό τμήμα για τρία χρόνια εφαρμογής	15 έως 24 μαθήματα ετησίως με θέματα σωματικής άσκησης, διατροφής, κάπνισμα και 19 δραστηριότητες – παιχνίδια που συμπληρώνονταν σπίτι με τη συμμετοχή της οικογένειας (Nader et al., 1996; Luepker et al., 1996).	Πέμπτη δημοτικού
Εφαρμογή CATCH στο σχολικό χώρο	Θετικές αλλαγές σε σχέση με τα σχολεία ελέγχου. Μείωση στο λίπος του γεύματος και στα κορεσμένα λίπη. Μείωση στην πρόσληψη νατρίου/ ανά μερίδα (σύμφωνα με τις συστάσεις του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ) Ο χρόνος συμμετοχής σε Φ.Δ. ήπια και έντονη κάλυπτε το 40% του χρόνου του μαθήματος (Lytle et al., 1996).	Τρίτη έως Πέμπτη δημοτικού
Αποτελέσματα μετά την ολοκλήρωση της Φάσης II	Οι θερμίδες από την πρόσληψη ολικού λίπους μειώθηκαν όπως και το ποσοστό κορεσμένου λίπους στους μαθητές των σχολείων παρέμβασης. Δεν μειώθηκε η διατροφική πρόσληψη νατρίου (Lytle et al., 1996). Ο χρόνος ημερήσιας συμμετοχής σε έντονη σωματική άσκηση ήταν μεγαλύτερος στους μαθητές παρέμβασης. Καμία διαφορά στους βιοχημικούς δείκτες, αρτηριακή πίεση και σωματομετρικούς δείκτες (Luepker et al., 1996; Stone et al., 1996).	Έκτη έως Όγδοη δημοτικού-γυμνασίου

Τα αποτελέσματα, τρία χρόνια μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης CATCH, δείχνουν ότι μια σχολική παρέμβαση σε μαθητές γυμνασίου μπορεί να βελτιώσει την ημερήσια πρόσληψη ολικού και κορεσμένου λίπους καθώς και τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας αυτών (Lytle et al., 1996). Η επανεξέταση που έγινε έδειξε ότι οι μαθητές της 6^{ης} τάξης διατήρησαν τη διαφορά στην ημερήσια πρόσληψη ενέργειας σε σχέση με τους μαθητές της ομάδας ελέγχου. Οι βελτιωμένες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές, δηλαδή οι γνώσεις, η αυτο-αποτελεσματικότητα, η κοινωνική υποστήριξη και οι προθέσεις όσον αφορά τη διατροφή σε σχέση με τους μαθητές των σχολείων ελέγχου, συνδέονται με τις υγιεινές διατροφικές επιλογές και τις αλλαγές στα επίπεδα της φυσικής δραστηριότητας. Το πρόγραμμα λοιπόν αφού μπορεί να επηρεάσει τις συγκεκριμένες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές είναι πιθανό να λειτουργήσει αποτρεπτικά στην ανάπτυξη συμπεριφορών που προκαλούν καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι σταθερές μεταβολές με το πρόγραμμα CATCH, δηλώνουν ότι οι μαθητές μπορούν να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους μέχρι το στάδιο της πρώιμης εφηβείας (Edmundson et al., 1996).

3.4 Προγράμματα με τη συμμετοχή της ευρύτερης κοινότητας

Η πρώτη προσπάθεια εμπλοκής της ευρύτερης κοινότητας σε προγράμματα προαγωγής υγείας ξεκίνησε στη Φιλανδία το 1978. Υπήρχε η υποψία ότι τα υψηλά ποσοστά καρδιαγγειακών παθήσεων συνδέονταν με τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης αίματος και κρίνοντας από τα αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης των Φιλανδών και τον υψηλό ρυθμό θνησιμότητας, η παρέμβαση εστίασε σε αυτόν κυρίως τον παράγοντα (Puska, 2000).

Το πρόγραμμα που στόχευε στη μείωση των επιπέδων ολικής χοληστερόλης ονομάστηκε “North Karelia Youth Project” και αφού λειτούργησε πιλοτικά στη Βόρεια Καρέλια για πέντε συναπτά έτη, επεκτάθηκε σε όλη την Φιλανδία. Ευρύτερος σκοπός του ήταν ο περιορισμός των νέων καπνιστών, η αλλαγή των διαιτολογικών συνηθειών, κυρίως όσον αφορά στην κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων, και η μείωση των επιπέδων αρτηριακής πίεσης. Απευθυνόταν σε νέους άνω των 13 χρονών που βρισκόταν στην 7^η τάξη. Επίσης η αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών αποτέλεσε κύριο σκοπό του προγράμματος. Για την επίτευξη των στόχων του προγράμματος συνεργάστηκαν υπηρεσίες υγείας (κυρίως Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης), σχολεία, κοινωνικές υπηρεσίες, σούπερ μάρκετ, η βιομηχανία τροφίμων, τοπικά ΜΜΕ και άλλοι οργανισμοί υγείας. Η βιομηχανία τροφίμων για παράδειγμα προσέφερε προϊόντα χαμηλά σε λιπαρά και νάτριο και ξεκίνησε ένα πρόγραμμα για την καλλιέργεια των βατόμουρων και απευθυνόταν στους γαλακτοπαραγωγούς (Puska et al., 2002).

Η παρέμβαση περιελάμβανε κατ' αρχήν αλλαγές στο σχολικό περιβάλλον, καθώς μειώθηκε η περιεκτικότητα κορεσμένου λίπους και αλατιού στα παρεχόμενα γεύματα, ενώ πραγματοποιήθηκαν 10 ώρες παρουσίας σχετικής με το κάπνισμα από μεγαλύτερους μαθητές. Οργανώθηκαν επιπλέον σεμινάρια, μοιράστηκαν ενημερωτικά έντυπα, αφίσες, περιοδικά ακόμα και τα τοπικά μέσα ενημέρωσης απηύθυναν οδηγίες σχετικά με αλλαγές του διαιτολογίου και τρόπους προετοιμασίας του φαγητού στο σπίτι. Ορίστηκαν επισκέψεις διαιτολόγων για την προσφορά βοήθειας στο σπίτι παιδιών με υψηλά επίπεδα χοληστερόλης και αρτηριακής πίεσης.

Αφού πέρασαν δύο έτη μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης, το ποσοστό καπνιστών παρατηρήθηκε σημαντικά μικρότερο στην ομάδα παρέμβασης, ενώ βρέθηκε σημαντική μείωση της ολικής χοληστερόλης ορού στα κορίτσια της ομάδας παρέμβασης, πιθανότατα λόγω της μειωμένης κατανάλωσης λίπους (Puska et al., 1982).

Τα αποτελέσματα της παρέμβασης ήταν ενθαρρυντικά για τους Φιλανδούς, σε πανεθνικό επίπεδο μειώθηκε η χοληστερόλη του πληθυσμού και τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης μεταξύ του 1972 και του 1997 (Vartainen et al., 2000). Η μείωση των παραγόντων κινδύνου οδήγησε και σε μείωση της θνησιμότητας που σχετίζεται με καρδιαγγειακές παθήσεις επιβεβαιώνοντας τη σχετική πρόβλεψη που υπήρχε. Επιτεύχθηκε επίσης λόγω της παρέμβασης μείωση της κατανάλωσης κορεσμένου λίπους, μείωση των επιπέδων καπνίσματος, χρήση κυρίως φυτικού λαδιού στο μαγείρεμα, ενώ παρατηρήθηκε μείωση της αποβολής νατρίου στα ούρα (Puska et al., 2002).

Το “Minnesota Health Youth Program” που εφαρμόστηκε στις ΗΠΑ ήταν ένα πενταετές πρόγραμμα με ανάλογους στόχους. Στην ομάδα ελέγχου συμμετείχε πληθυσμός από άλλες πόλεις. Οι παρεμβάσεις στο σχολείο περιελάμβαναν δύο προγράμματα, το “Lunch Bag Program” για τους μαθητές της 6^{ης} τάξης και το “Slice of life” για τους μαθητές της 10^{ης} τάξης. Στόχος του προγράμματος ήταν η αλλαγή των επιπέδων χοληστερόλης και αρτηριακής πίεσης και βασίστηκε στην Θεωρία Κοινωνικής Μάθησης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η γνώση, η επιλογή υγιεινών τροφίμων όπως λαχανικά και φρούτα, τα επίπεδα σωματικής άσκησης και η μειωμένη πρόσληψη νατρίου ήταν σημαντικά υψηλότερα στις κοινότητες παρέμβασης για τις περισσότερες τάξεις (Pate et al., 2000).

Στις ΗΠΑ εφαρμόστηκε επίσης το πρόγραμμα παρέμβασης “5 – A – Day for Better Health” το 1991 από τον φορέα του Εθνικού Ινστιτούτου για τον Καρκίνο (National Cancer Institute, NCI). Στόχος του προγράμματος ήταν η κατά κεφαλήν πρόσληψη πέντε μερίδων φρούτων και λαχανικών την ημέρα, μετά τα πορίσματα έρευνας που συνέδεε συγκεκριμένες

διατροφικές συνήθειες με την ανάπτυξη καρκίνων (Williams et al., 1999). Το πρόγραμμα πραγματοποιήθηκε με τη μορφή καμπάνιας από τα MME, αναρτημένων ανακοινώσεων στα σημεία πώλησης τροφίμων και παρεμβάσεων στην κοινότητα, το σχολείο, τις εκκλησίες και τους εργασιακούς χώρους (Johnson et al., 2000). Ενδεικτικά παρακάτω περιγράφονται τρία από τα εννέα προγράμματα παρέμβασης του “5 – A – Day for Better Health”. Τα υπόλοιπα αν στόχευαν σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες ακολούθησαν την ίδια τακτική, χρησιμοποιώντας το θεωρητικό μοντέλο PRECEDE-PROCEED και την ΘΚΜ.

Το 1995 εφαρμόστηκε το “5 – A – Day Power Plus” που είχε ως στόχο την αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών των παιδιών σε 20 δημοτικά σχολεία (4^η και 5^η τάξη). Η εφαρμογή του προγράμματος χωρίστηκε σε τέσσερα μέρη: μαθήματα που εστίαζαν στη συμπεριφορά, συμμετοχή των γονέων/ ενημέρωση, αλλαγές στην παροχή τροφίμων στο σχολείο και συμμετοχή των σχετικών βιομηχανιών. Η διδακτέα ύλη περιελάμβανε 16 ενότητες 40 – 45 λεπτών που πραγματοποιούνταν δύο φορές την εβδομάδα για διάστημα οκτώ εβδομάδων. Στις δραστηριότητες ήταν η ανάπτυξη δεξιοτήτων, η εκπαίδευση για επίλυση προβλημάτων, η προετοιμασία γρήγορων γευμάτων καθώς οι δοκιμές γευστικότητας. Τα αποτελέσματα της παρέμβασης έδειξαν αύξηση της κατανάλωσης φρούτων – λαχανικών από τους μαθητές, κατόπιν παρατήρησης, 24-ωρης ανάκλησης και ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην αξιολόγηση της αποδοτικότητας της παρέμβασης (Perry et al., 1998).

Το “Gimme 5: A Fresh Nutrition Concept for Students” ήταν άλλο ένα πρόγραμμα, τετραετές (1994 – 1997) και παρακολουθούσε τους μαθητές της 9^{ης} έως την 12^η τάξη αποσκοπώντας και αυτό στην αύξηση τα κατανάλωσης φρούτων – λαχανικών (Nicklas et al., 1997). Επιλέχθηκε η συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα καθώς οι έφηβοι θεωρούνται μια διατροφικά επιρρεπής υπο-ομάδα στις ΗΠΑ που μπορούσε να επηρεαστεί εύκολα από τα MME, αλλά και από την άλλη αγνοούσε την απαραίτητη γνώση περί διατροφής, παρέλειπε γεύματα και επέλεγε τρόφιμα χαμηλής διατροφικής αξίας (Perry – Hunnicutt & Newman, 1993).

Σε 19 σχολεία στο Archdiocese της New Orleans δοκιμάστηκε το πρόγραμμα. Τα επτά σχολεία χρησιμοποιήθηκαν πιλοτικά και στα υπόλοιπα δώδεκα χρησιμοποιήθηκε ζευγαρωτός σχεδιασμός που συνδύαζε το φύλο, τη φυλή, τις εγγραφές στο σχολείο και τη γεωγραφική θέση, ώστε τα 6 ζευγάρια να χωριστούν τυχαία σε συνθήκες παρέμβασης ή ελέγχου. Το πρόγραμμα ακολούθησε την τακτική της προώθησης φρούτων – λαχανικών με ενδο – σχολική καμπάνια από τα MME και ταυτόχρονα τροποποίησε τα γεύματα και τα «σνακ» στα σχολεία, αυξάνοντας τη διαθεσιμότητα ευχάριστων συνταγών με φρούτα-λαχανικά στο κυλικείο του σχολείου, στις αυτόματες μηχανές πώλησης και στα αναψυκτήρια «γρήγορου φαγητού». Πραγματοποιήθηκαν

πέντε συνολικά εργαστήρια πάνω σε θέματα σημαντικά για τους μαθητές, όπως οι προσωπικές διατροφικές τους συνήθειες, η ανάπτυξη στρατηγικών μάρκετινγκ της υγιεινής διατροφής στους συμμαθητές τους, η διατροφή και η καλύτερη αθλητική απόδοση και εμφάνιση, η αξιολόγηση καταλόγων καταστημάτων «γρήγορου φαγητού» και η προετοιμασία συνταγών με φρούτα-λαχανικά. Οι γονείς δοκίμαζαν νέες συνταγές του προσωπικού του “Gimme 5” στο σπίτι υποστηρίζοντας το στόχο του προγράμματος (Nicklas et al., 1997; O’ Neil & Nicklas, 2002).

Με τη χρήση ερωτηματολογίων παρατηρήθηκε αύξηση γνώσεων και θετικών στάσεων των μαθητών προς την κατανάλωση τουλάχιστον πέντε μερίδων φρούτων και λαχανικών την ημέρα και γενικά αύξηση της ημερήσιας κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών. Στην επανεξέταση η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών αυξήθηκε επίσης εντός της ομάδας ελέγχου, καταλήγοντας σε μη σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Αυτό το αποτέλεσμα έδειξε ότι η καμπάνια των MME στα σχολεία και η τροποποίηση των σχολικών γευμάτων που εφαρμόστηκε για όλους τους μαθητές ήταν επαρκή για να αλλάξει η συμπεριφορά των μαθητών. Διαφορές εντούτοις υπήρχαν όσον αφορά στους δείκτες ενημερότητας και γνώσεων υπέρ της ομάδας παρέμβασης (O’ Neil & Nicklas, 2002; Nicklas et al., 1998).

Με βάση τα θετικά αποτελέσματα του “Gimme 5” αποδείχθηκε ότι οι διατροφικές συνήθειες των μαθητών γυμνασίου μπορούν να επηρεαστούν από θετικά μηνύματα των MME που απευθύνονται ειδικά σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα, από αυξημένη έκθεση σε μια ποικιλία νόστιμων προϊόντων και όλα αυτά χωρίς ιδιαίτερη δραστηριότητα μέσα στην τάξη. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας πρέπει να σημειωθεί ότι αντιπροσωπεύουν τον καυκάσιο πληθυσμό μεσαίου – ανωτέρου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (Nicklas et al., 1998).

Οι O’ Neil και Nicklas (2002) σημειώνουν ότι η χρήση των MME για την προσέγγιση των εφήβων πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη κατά την ανάπτυξη προγραμμάτων παρέμβασης καθώς είναι όλο και πιο δύσκολο στην Αμερική και παγκοσμίως να εφαρμοστούν προγράμματα για την υγεία στην τάξη εφόσον οι σχολικές απαιτήσεις απορροφούν τον περισσότερο χρόνο των μαθητών. Είναι σημαντικό επιπλέον οι μαθητές που συμμετέχουν σε τέτοια προγράμματα να παρακολουθούνται και μετά την ολοκλήρωση των γυμνασιακών σπουδών, έτσι ώστε να εκτιμάται αν οι παρατηρούμενες θετικές αλλαγές διατηρούνται και μετά την ενηλικίωση. Δεν έχουμε ξεκάθαρη εικόνα για το εάν οι μαθητές που συμμετείχαν στο “Gimme 5” διατήρησαν την αλλαγή και μετά το γυμνάσιο.

Η εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης με τη συμμετοχή της ευρύτερης κοινότητας, όπως αυτά που προαναφέρθηκαν, είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική και μπορεί να χρησιμοποιηθεί

στην πρόληψη των ΚΝ και άλλων νόσων. Συγκρίνοντας όμως τα αποτελέσματα αυτών των προγραμμάτων με αυτά των προγραμμάτων αλλαγής συμπεριφορών στο χώρο του σχολείου με τη συμμετοχή των γονέων διαπιστώνουμε ότι οι αλλαγές που προέκυψαν για το μαθητικό πληθυσμό είναι αναλόγου μεγέθους, παρά το αρκετά υψηλό κόστος εφαρμογής των πρώτων. Το υψηλό κόστος εφαρμογής των πρώτων προγραμμάτων οφείλεται στο ότι ξεφεύγουν από τα όρια του σχολείου και προσπαθούν να επιφέρουν αλλαγές εκτός από τους μαθητές και τους νέους γονείς και σε ανθρώπους εκτός αυτού του πληθυσμιακού συνόλου, ανεξαρτήτου ηλικίας, με διαμορφωμένες συμπεριφορές και στάσεις σε θέματα υγείας και πιθανότατα λιγότερο πρόθυμους να αλλάξουν συμπεριφορές.

Τα προγράμματα αλλαγής συμπεριφορών στοχεύουν στη διαμόρφωση συμπεριφορών σε ένα εύπλαστο δυναμικό, τους μαθητές και στην περίπτωση που συμμετέχουν και οι γονείς, αυτοί θα φανούν πρόθυμοι για αλλαγές συμπεριφορών για χάρη των παιδιών τους. Αυτό σημαίνει χαμηλό κόστος και σημαντικές αλλαγές μετά την παρέμβαση. Επιπλέον το τμήμα του πληθυσμού θα διευρύνεται όσο εξακολουθούν να εφαρμόζονται τέτοια προγράμματα και μάλιστα θα ζητάει προϊόντα διατροφής αλλάζοντας το καθεστώς στις βιομηχανίες τροφίμων, προγράμματα σωματικής άσκησης από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, νομοθεσία για το κάπνισμα, δημιουργία χώρων αναψυχής και άθλησης. Έτσι η πολιτεία θα μπορεί να επιβάλει αυτές τις αλλαγές αντιμετωπίζοντας λιγότερη πίεση.

4. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Όσον αφορά τα ευρωπαϊκά δεδομένα, από την πρώτη Ιανουαρίου 2008 τέθηκε σε εφαρμογή το Δεύτερο Πρόγραμμα Δράσης της Κοινότητας στον τομέα της Υγείας. Το Δεύτερο Πρόγραμμα Δράσης θα διαδεχθεί το Πρώτο Πρόγραμμα αναφορικά με τη δημόσια υγεία (2003-2008) το οποίο είχε χρηματοδοτήσει 300 πρότζεκτ και άλλες δράσεις (http://ec.europa.eu/health/ph_overview/pgm2008_2013_en.htm).

Η Αυστραλία είναι μία χώρα με τα μεγαλύτερα ποσοστά καρδιαγγειακών νοσημάτων και αρτηριοσκλήρυνσης στον κόσμο (WHO, 1993). Αυτό μπορεί να οφείλεται στην αυξημένη ενεργειακή πρόσληψη, η οποία οδηγεί σε αύξηση του λιπώδους ιστού γύρο από την καρδιά. Η αύξηση του λιπώδους ιστού, αυξάνει τα επίπεδα της LDL χοληστερόλης και οδηγεί σε υπέρταση. Έρευνα έχει δείξει ότι τα άτομα που υιοθετούν ένα πιο δραστήριο τρόπο ζωής έχουν μικρότερη πιθανότητα να εκδηλώσουν καρδιαγγειακά νοσήματα, καθώς η άθληση αυξάνει τα

επίπεδα της HDL χοληστερόλης (Burnett-Fell et al., 1994). Επιπλέον τα άτομα των οποίων το βάρος ξεπερνά το 20% του ιδανικού σωματικού βάρους, έχουν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρδιαγγειακά νοσήματα.

Το τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας του Πανεπιστήμιο του Νιουκάστλε (The University of Newcastle-Department of Nutrition & Dietetics) πραγματοποίησε ένα εκπαιδευτικό διατροφικό πρόγραμμα. Σκοπός του προγράμματος ήταν η βελτίωση της καρδιαγγειακής κατάστασης έως 10% σε μαθητές μεταξύ 15-16 ετών, έως το έτος 2003. Το πρόγραμμα ονομάστηκε «Strong Hearts, Go Fast» και το δείγμα επιλέχθηκε μεταξύ των μαθητών 15-16 ετών του Λυκείου Σίνγκλετον (Singleton). Οι μαθητές χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, τα κορίτσια τα οποία παρακολούθησαν ένα διαφορετικό πρόγραμμα διατροφής και τα αγόρια τα οποία συμμετείχαν στο πρόγραμμα «Strong Hearts, Go Fast» και έτρεχαν σε κάθε ένα μάθημα σαράντα λεπτών για χρονικό διάστημα 10 εβδομάδων. Παράλληλα οι μαθητές παρακολουθούσαν θεωρητικά μαθήματα, στα οποία ενημερώνονταν για τα σημαντικότερα θέματα που σχετίζονται με την υγεία της καρδιάς και των αγγείων. Στα θεωρητικά μαθήματα περιλαμβάνονταν και ασκήσεις εμπέδωσης, όπως παιχνίδια, κατασκευές αφισών, παιχνίδια ρόλων και αντιπαράθεση των μαθητών μέσα στην τάξη. Στο προσωπικό του σχολείου διατέθηκε το απαραίτητο υλικό για την υλοποίηση τους προγράμματος.

Για να βελτιωθεί η καρδιαγγειακή κατάσταση έως 10% στους μαθητές το πρόγραμμα στόχευε στην μείωση των επιπέδων χοληστερόλης κατά 0,1mmol/L στα αγόρια που συμμετείχαν και είχαν υψηλά επίπεδα, αυξάνοντας την πρόσληψη των σύνθετων υδατανθράκων κατά 20% και προτείνοντας εναλλακτικές συνήθειες στους νέους ώστε να αποφεύγουν τα τρόφιμα που περιέχουν πολύ λίπος. Παράλληλα το πρόγραμμα στόχευε στην αύξηση της πρόσληψης νερού κατά 20% και της εβδομαδιαίας φυσικής δραστηριότητας κατά 20%.

Επιμέρους στόχοι ήταν το 70% των αγοριών μεταξύ 15-16 ετών της ευρύτερης περιοχής της πόλης του Χάντερ να ενημερωθούν για τους κινδύνους που συνδέονται με τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης και το 35% των αγοριών της ομάδας παρέμβασης να ενημερωθούν για τη σημασία της ενυδάτωσης πριν και μετά την άθληση. Προωθήθηκαν στο κυλικείο του σχολείου πιο θρεπτικά είδη διατροφής που μπορούσε να παρέχει το κυλικείο και έγιναν προσπάθειες οι μαθητές της ομάδας παρέμβασης να συνδέσουν τα χαμηλά ποσοστά φυσικής δραστηριότητας και τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης, ενώ στόχος ήταν η επιμόρφωση τόσο των καθηγητών, όσο και των γονέων σχετικά με τις σωστές πρακτικές διατροφής και άθλησης.

Τα αποτελέσματα της παρέμβασης δεν έχουν δημοσιευτεί, αλλά σύμφωνα με την έρευνα θα γίνονταν συγκρίσεις μεταξύ των μετρήσεων των επιπέδων χοληστερόλης οκτώ μήνες μετά την παρέμβαση. Επιπλέον θα συγκριθούν οι σφυγμοί 30 λεπτών ποδηλασίας στο δεύτερο επίπεδο πριν και μετά τους δέκα μήνες παρέμβασης, ενώ οι μαθητές θα υποβληθούν και σε γρήγορο τρέξιμο για 1.5km και σε άλλες μετρήσεις φυσικής κατάστασης. Το διαιτολόγιό τους θα παρακολουθηθεί με διαιτολόγιο εβδομαδιαίας ανάκλησης (The University of Newcastle-Department of Nutrition & Dietetics).

Μια άλλη προσπάθεια παρέμβασης, η οποία περιελάμβανε όμως μόνο πρόγραμμα φυσικής αγωγής, μετά από το τέλος του ημερήσιου προγράμματος, είχε ως στόχο να εξετάσει τα αποτελέσματα του μη-ανταγωνιστικού προγράμματος φυσικής δραστηριότητας στο σχολείο. Το πρόγραμμα φυσικής αγωγής πραγματοποιούνταν με τρεις συναντήσεις ανά εβδομάδα, στις οποίες οι μαθητές ηλικίας 9-10 ετών απασχολούνταν για 90 λεπτά και διήρκεσε 24 εβδομάδες. Οι μετρήσεις για την αξιολόγηση του προγράμματος ξεκίνησαν το Σεπτέμβριο του 2004 και ολοκληρώθηκαν τον Ιούνιο του 2005. Εξετάστηκε ο δείκτης μάζας σώματος και έγιναν μετρήσεις στις δερματοπτυχώσεις και στον υπολογισμό του ποσοστού λίπους, επίσης έγιναν αιματοληπτικές εξετάσεις. Ο δείκτης μάζας σώματος δεν άλλαξε στην ομάδα παρέμβασης, ενώ παρατηρήθηκαν μειωμένα αποτελέσματα στις δερματομετρήσεις τόσο στα αγόρια, όσο και στα κορίτσια που συμμετείχαν στην παρέμβαση. Παρατηρήθηκε μείωση του ποσοστού λίπους στα κορίτσια. Μειώθηκαν τα επίπεδα της από-λιποπρωτεΐνης B και αυξήθηκαν τα επίπεδα της από-λιποπρωτεΐνης A, με τα αγόρια και τα κορίτσια να έχουν παρόμοια αποτελέσματα. Δεν σημειώθηκαν αλλαγές στα επίπεδα τριγλυκεριδίων, ολικής χοληστερόλης και πίεσης του αίματος που να συνδέονται με την παρέμβαση.

Το πρόγραμμα φυσικής Αγωγής της παραπάνω παρέμβασης υλοποιήθηκε σε 20 δημοτικά σχολεία, τα 10 από αυτά τα σχολεία συμμετείχαν στην παρέμβαση και τα υπόλοιπα 10 στην ομάδα ελέγχου. Ζητήθηκε τόσο από τους γονείς των μαθητών, όσο και από τους ίδιους τους μαθητές, γραπτή συγκατάθεση για τη συμμετοχή τους. Η προπόνηση πραγματοποιήθηκε από κατάλληλα εκπαιδευμένους δασκάλους φυσικής αγωγής, οι οποίοι βρίσκονταν κάτω από την καθοδήγηση κάποιου άλλου ατόμου. Οι δραστηριότητες στις συναντήσεις των μαθητών περιελάμβαναν δημιουργικές δραστηριότητες, χορό, εναλλακτικό εξοπλισμό (όπως «φρίσμπι», μπάλες, ανεμόπτερο) και συμμετοχή των μαθητών σε πρόγραμμα αερόβιας άσκησης και μυϊκής ενδυνάμωσης.

Συμπερασματικά θα λέγαμε, ότι οι ευχάριστες δραστηριότητες όπως της παρέμβασης, όπως δήλωσαν και οι γονείς των μαθητών και τα παιδιά, ήταν σημαντικό στοιχείο επιτυχίας της

παρέμβασης. Άλλοι παράγοντες επιτυχίας ήταν η ενημέρωση που έγινε στους δασκάλους φυσικής αγωγής, στους γονείς και στους διευθυντές πάνω στο πρόβλημα της παχυσαρκίας και των καρδιαγγειακών νοσημάτων, η εκπαίδευση των δασκάλων φυσικής αγωγής, η ενημέρωση των ατόμων, που ανέλαβαν την καθοδήγηση της παρέμβασης, σχετικά με την ψυχολογία του ατόμων στην εφηβεία, η συμβατότητα του προγράμματος με τον ελεύθερο χρόνο των μαθητών, η υποστήριξη του προγράμματος από το τοπικό Τμήμα Υγείας και ο εξοπλισμός της παρέμβασης που αγοράστηκε με επιχορήγηση αποδόθηκε στα σχολεία παρέμβασης μετά την ολοκλήρωση αυτής (Vizcaino et al., 2008).

Η Ελβετική Αθλητική Ένωση αναγνωρίζοντας την ανάγκη για αλλαγή του καθιστικού προτύπου ζωής των νέων και τις ασθένειες, όπως διαβήτης, παχυσαρκία, υπέρταση, οστεοπόρωση, που συνδέονται με αυτό το πρότυπο, υποστήριξε μια παρέμβαση φυσικής αγωγής στα δημοτικά σχολεία. Η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας επηρεάζει ακόμα και τους ψυχολογικούς παράγοντες, καθώς 50% των παιδιών του δημοτικού αναφέρουν ότι αισθάνονται κούραση και δεν κοιμούνται καλά. Επιπλέον, η φυσική δραστηριότητα μπορεί να μειώσει την εξάρτηση από ουσίες, όπως το κάπνισμα. Η παρέμβαση εφαρμόστηκε, σε αντίθεση με την προαναφερθείσα, με αύξηση του χρόνου φυσικής αγωγής εντός όμως του σχολικού προγράμματος και ωραρίου.

Επιθυμούσαν να συμμετέχουν 95 σχολικές μονάδες, από τις οποίες, μετά την τυχαιοποίηση συμμετείχαν 15 δημοτικά σχολεία με 27 τάξεις, από τις οποίες 16 τάξεις (298 μαθητές) αποτέλεσαν την ομάδα παρέμβασης και 11 την ομάδα ελέγχου (204 μαθητές). Το 50% των παιδιών άνηκαν στην 1^η (6-8 ετών) και το υπόλοιπο στην 5^η τάξη (10-12 ετών), μοιρασμένο σε ίσα ποσοστά και στα δύο φύλα. Η παρέμβαση περιελάμβανε εκτός από τα 45 λεπτά φυσικής δραστηριότητας του μαθήματος γυμναστικής από τους δασκάλους φυσικής αγωγής του σχολείου, άλλα δύο εβδομαδιαία μαθήματα φυσικής αγωγής 45 λεπτών. Το περιεχόμενο του μαθήματος των δασκάλων φυσικής αγωγής καθοριζόταν από το εξειδικευμένο προσωπικό φυσικής αγωγής ης παρέμβασης. Τα δύο επιπρόσθετα 45-λεπτα μαθήματα παραδίδονταν από το εξειδικευμένο προσωπικό και μάλιστα ήταν παρόντες και οι δάσκαλοι φυσικής αγωγής του σχολείου. Η φυσικής αγωγή περιελάμβανε αερόβια άσκηση, μυϊκή ενδυνάμωση, υποστήριξη κατά άτομο κατά τη διάρκεια της φυσικής δραστηριότητας, προκειμένου να τους δημιουργηθούν θετικά συναισθήματα.

Οι μαθητές είχαν τη δυνατότητα να αθληθούν και κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων, για 2-5 λεπτά που διαρκούσαν αυτά. Οι γονείς ενθαρρύνθηκαν να ξεκινήσουν φυσική δραστηριότητα με ενημερωτικά φυλλάδια, ενώ τα παιδιά αναλάμβαναν να κάνουν και ασκήσεις

στο σπίτι, σύμφωνα με τις υποδείξεις του υπεύθυνου προσωπικού της παρέμβασης. Στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος, το οποίο έπρεπε να ενθαρρύνει τα παιδιά να αθληθούν, μοιράστηκαν φυλλάδια σε δασκάλους και γονείς και βελτιώθηκαν κατάλληλα οι αθλητικές εγκαταστάσεις. Επιπλέον, μοιράστηκαν φυλλάδια στους μαθητές να μειώσουν τις ώρες που βλέπουν τηλεόραση και έγινε ενημέρωση πάνω στις βασικές αρχές διατροφής, την πυραμίδα διατροφής, τις απαιτήσεις σε βιταμίνη D και ασβέστιο και υγιεινές προτάσεις για γεύματα στα διαλείμματα.

Μια από τις παραμέτρους που εξετάστηκαν ήταν η φυσική κατάσταση των μαθητών, που εξετάστηκε με διάφορες ασκήσεις, όπως αυτήν της αντοχής σε εναλλαγή χαμηλής και υψηλής έντασης τρέξιμο για 20 μέτρα, και η οποία παρουσίασε βελτίωση μετά τον ένα χρόνο της παρέμβασης. Το ποσοστό λιπώδους μάζας επίσης μειώθηκε στους μαθητές που συμμετείχαν στην παρέμβαση σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Μέσω ερωτηματολογίων που συμπλήρωσαν οι μαθητές μόνοι τους ή στο σχολείο, ώστε να μην επηρεασθούν από τους γονείς, μετρήθηκε η ποιότητα ζωής και παρατηρήθηκε ότι η ψυχο-κοινωνική υγεία, συμπεριλαμβάνοντας την αντιμετώπιση του στρες και της ανασφάλειας, βελτιώθηκε αυξάνοντας και την ποιότητα ζωής των μαθητών της ομάδας παρέμβασης. Διαφορές δεν σημειώθηκαν στα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, στην κατάσταση των οστών, στην πίεση του αίματος, στα επίπεδα γλυκόζης. Οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν το 2006 και τρία χρόνια μετά θα γίνει το «follow-up» ή η επανεξέταση. Τα άτομα χαμηλότερης κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης φάνηκε να είναι αυτά που βιώνουν την μεγαλύτερη μείωση στα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και τις συνέπειές της και είναι δύσκολο να εφαρμοστεί για αυτά πολιτική που να τα αποτρέψει από κάτι τέτοιο στα σχολικά πλαίσια (Zahner et al., 2006).

Στην Ελλάδα τα ποσοστά θανάτων λόγω καρδιαγγειακών νοσημάτων έχουν επίσης αυξηθεί τα τελευταία 30 χρόνια στον ενήλικο πληθυσμό. Βέβαια, οι φυσιολογικοί δείκτες που συνδέονται με τα καρδιαγγειακά νοσήματα και οι στάσεις/ συμπεριφορές που οδήγησαν στην εκδήλωση αυτών των νοσημάτων, ξεκινούν από την παιδική ηλικία. Η υιοθέτηση μίας δίαιτας χαμηλής σε κορεσμένα λιπαρά και πλούσιας σε ελαιόλαδο, φρούτα και λαχανικά, μειώνει τις πιθανότητες του κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων. Το πρόγραμμα υγείας και διατροφής που εφαρμόστηκε στην Κρήτη με την άδεια του Υπουργείου Παιδείας και ξεκίνησε το Σεπτέμβριο 1992, διήρκεσε έξι χρόνια και βασιζόταν στο «Γνώρισε το σώμα σου» ('Know your Body'), πρόγραμμα της Αμερικάνικης Ένωσης Υγείας. Εφαρμόστηκε σε 4171 μαθητές της πρώτης τάξης του δημοτικού σε διάφορα σχολεία στην πόλη του Ηρακλείου και του Ρεθύμνου και σε 1510 μαθητές της πρώτης τάξης δημοτικών σχολείων της πόλης των Χανίων, οι οποίοι αποτελούσαν

την ομάδα ελέγχου. Η παρέμβαση πέρασε από έλεγχο αποτελεσμάτων στα τρία έτη εφαρμογής, στα έξι (1997-08) έτη και στα δέκα (2001-2002).

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης μετά από δέκα χρόνια, αφού είχαν περάσει τέσσερα χρόνια μετά από την εξαετή εφαρμογή της παρέμβασης, είχε ως στόχο να συγκρίνει τις μεταβλητές της παρέμβασης στο τέλος της περιόδου εφαρμογής της και τέσσερα χρόνια μετά από την τελευταία εφαρμογή της. Εξετάστηκαν βιοχημικοί, διατροφικοί δείκτες, η συμμετοχή σε φυσική δραστηριότητα και οι συγκεντρώσεις των λιπιδίων του ορού. Το αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού των μαθητών ήταν 441 μαθητές. Η συγκέντρωση των τριγλυκεριδίων αυξήθηκε πολύ περισσότερο στα άτομα που έφυγαν από την παρέμβαση και δεν ακολούθησαν τους επαναληπτικούς τρεις ελέγχους. Τα αποτελέσματα της LDL-C(μείωση), της TC(μείωση), της HDL(μείωση) και του πηλίκου TC: HDL-C(αύξηση) ήταν πολύ καλύτερα στην ομάδα που ακολούθησε τους ελέγχους σε σχέση με τα άτομα που εγκατέλειψαν τις συναντήσεις. Οι μείωση του Δείκτη μάζας σώματος συνδέθηκε θετικά με τις αλλαγές στα επίπεδα της LDL-C, TC: HDL-C και τριγλυκεριδίων. Οι επιθυμητές αλλαγές στα επίπεδα των λιπιδίων συνδέθηκαν και με τα επίπεδα μέτριας-έντονης φυσικής δραστηριότητας που αυξήθηκε στην ομάδα που συνέχισε με τις συναντήσεις.

Παρατηρήθηκε λοιπόν ο αποτελεσματικός συνδυασμός του ελέγχου του βάρους και της φυσικής δραστηριότητας ότι μειώνει τα επίπεδα των λιπιδίων του ορού και αποτελεί έναν εφικτό στόχο για ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα υγείας και διατροφής. Δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση από τους διατροφικούς δείκτες και την φυσική κατάσταση των μαθητών και τα επίπεδα λιπιδίων. Αν και η παρέμβαση στόχευε στην υιοθέτηση και τη διατήρηση υγιεινών διατροφικών επιλογών στο περιβάλλον του σχολείου και της οικογένειας δεν φαίνεται αυτές να άλλαξαν το λιπιδαιμικό προφίλ των μαθητών (Manios and Kafatos, 2006).

Το τμήμα NSW υγείας του Σίδνεϋ ξεκίνησε στρατηγική υγιεινής διατροφής στα δημοτικά και γυμνάσια από τις αρχές του 2003. Το τμήμα NSW το 2004 ενίσχυσε οικονομικά την έρευνα SPANS (Φυσικής δραστηριότητας και διατροφής στα σχολεία), η οποία ήταν και η πρώτη με τόσο μεγάλο πληθυσμό συμμετεχόντων μαθητών από το 1997. Πήραν μέρος 8.000 μαθητές και το πρότζεκτ υλοποιήθηκε στο κέντρο παχυσαρκίας του NSW. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με ερωτηματολόγια κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών, φυσικής δραστηριότητας, καθιστικών συνηθειών, γνώσεων διατροφής, αντιλήψεων για την απώλεια βάρους, αντιλήψεων για το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον και τις ευκαιρίες που δίνει αυτό για φυσική δραστηριότητα και σωστή διατροφή. Επίσης έγιναν σωματο-μετρήσεις, βάρους, ύψους, και περιφέρειας γοφών και μέσης, ενώ μετρήθηκε η κάρδιο-αναπνευστική αντοχή. Σε

600 μαθητές 10 ετών έγιναν και μετρήσεις δείγματος αίματος, για τον υπολογισμό των επιπέδων χοληστερόλης, γλυκόζης, ινσουλίνης, λειτουργίας του συκωτιού και παραγωγής C-ενεργού πρωτεΐνης, προκειμένου να αναζητηθούν συσχετίσεις μεταξύ των σωματομετρικών χαρακτηριστικών και των παραγόντων καρδιακών παθήσεων και διαβήτη (Develin, 2004).

Το σημαντικό για την παραπάνω εκστρατεία που απευθυνόταν στην πολιτική του σχολικού κυλικείου ήταν, ότι ορίστηκαν ακριβώς τα τρόφιμα τα οποία μπορούσε ή δεν μπορούσε να πουλάει το κυλικείο. Οι ερευνητές έλαβαν υπόψη τους τις απαιτήσεις σε θρεπτικά συστατικά των νέων μαθητών και παρουσίασαν έναν οδηγό μενού για όλα τα κυλικεία, τον οποία υποστήριζαν με παρουσίαση και ενημέρωση. Επειδή όμως οι αντιδράσεις από την πλευρά των φορέων παραγωγής τροφίμων των οποίων τα προϊόντα αποκλείστηκαν από τα σχολικά κυλικεία και των σχολικών μονάδων που έχασαν ένα εν δυνάμει έσοδο από τα μη υγιεινά τρόφιμα, ήταν έντονες, στα τέλη του 2004, το έργο υποστηρίχθηκε με πρόγραμμα προώθησης των διαφορετικών μενού και εργαλεία αξιολόγησης για την καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος, ακόμα και της επιχορήγησης των σχολείων (Develin, 2004).

Σε μια διετή παρέμβαση από το 1996 έως το 1998, η οποία είχε ως στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς των μαθητών στην περιοχή Πετερμπόρου, στην Αγγλία, παρατηρήθηκε ότι είναι δύσκολο να διατηρηθούν οι αλλαγές που επιτυγχάνονται στα αρχικά στάδια της παρέμβασης ακόμα και εάν έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες. Η παρέμβαση υλοποιήθηκε σε δύο γυμνάσια στο Πετερμπόρου και ακόμα ένα γυμνάσιο συμμετείχε στην ομάδα ελέγχου της παρέμβασης. Δημιουργήθηκαν σχολικές ομάδες διατροφής και στα δύο σχολεία παρέμβασης, οι οποίες αποτελούταν από προσωπικό που ασχολούταν με τη σίτιση, εκπαιδευτικό προσωπικό και επαγγελματίες υγείας. Στα σχολεία που συμμετείχαν δημιουργήθηκε δίκτυο ενημέρωσης, μαθητική συμμετοχή, αλλαγή της διαθεσιμότητας των τροφίμων και του περιβάλλοντος σίτισης. Το σχολικό εστιατόριο γρήγορου φαγητού που έτρωγαν οι μαθητές είχαν πιο υγιεινές επιλογές, μαχαιροπίρουνα, μικρότερες ουρές αναμονής και πιο όμορφο περιβάλλον με μουσική. Οι μαθητές και οι καθηγητές συμμετείχαν σε ομάδες εργασίας, δραματικής έκφρασης, και πραγματοποιήθηκαν εκπαιδευτικά προγράμματα πάνω στην διατροφή και την υγεία, εντός και εκτός του σχολικού προγράμματος.

Η διαθεσιμότητα των τροφίμων διατηρήθηκε ίδια στο σχολείο ελέγχου, ενώ στα σχολεία παρέμβασης μόνο ο στόχος της αύξησης της διαθεσιμότητας ψωμιού ολικής άλεσης επιτεύχθηκε. Η αναλογία των μαθητών όσον αφορά στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών ήταν πολύ χαμηλή σε όλα τα σχολεία. Θετικές αλλαγές σημειώθηκαν στην κατανάλωση φρούτων και μη-τηγανισμένης πατάτας στο ένα σχολείο παρέμβασης και ψωμιού ολικής άλεσης

και «κάκες»-χωρίς κρέμα στο άλλο σχολείο παρέμβασης στο χρονικό διάστημα ενός σχολικού τριμήνου, ενώ μέχρι το τέλος της περιόδου εφαρμογής στο ένα σχολείο επιτεύχθηκε ο στόχος κατανάλωσης φρούτων/ λαχανικών. Ο μοναδικός στόχος που διατηρήθηκε μετά τα δύο έτη της παρέμβασης ήταν η κατανάλωση ψωμιού ολικής άλεσης από τους μαθητές.

Οι δυσκολίες επικεντρώνονται στο γεγονός ότι η μεμονωμένη βελτίωση των γνώσεων των μαθητών σχετικά με την υγιεινή διατροφή δεν έχει αποτέλεσμα, αλλά χρειάζεται η παρεμβολή ολόκληρης της σχολικής κοινότητας. Στην αρχή οι καθηγητές δεν ήθελαν να συνεργαστούν και σημαντικό ρόλο έπαιξε η προτροπή του διευθυντή ή του τοπικού κυβερνήτη. Επιπλέον η αλλαγές στο προσωπικό σίτισης δυσκόλεψαν το έργο της παρέμβασης, γι' αυτό θα προτεινόταν η ύπαρξη υπεύθυνων που θα αναλαμβάνουν την οργάνωση επιτροπής σίτισης. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα και οι δραστηριότητες μεταξύ των μαθητών υλοποιήθηκαν στο ένα μόνο σχολείο παρέμβασης. Παρατηρήθηκε επίσης ότι τα τρόφιμα που βρισκόταν κοντά στο ταμείο είχαν μεγαλύτερη επιρροή προς τους μαθητές από τα υπόλοιπα και η καθοδήγηση του ατόμου στο ταμείο επηρέασε τις τελικές τους επιλογές (Parker and Fox, 2001).

Σημαντική φάνηκε να είναι η προσφορά σχολικών ομάδων διατροφής, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν και στην ακόλουθη παρέμβαση. Ο σκοπός της παρέμβασης ήταν η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών των εφήβων ηλικίας 11-16 ετών, δίνοντας στους μαθητές πιο πολλές αρμοδιότητες σχετικά με τα τρόφιμα που θα προμηθευόταν το σχολείο, δημιουργώντας σχολικές ομάδες διατροφής. Έγινε σύγκριση μεταξύ του διαθέσιμου τύπου γεύματος 12 σχολείων που ακολούθησαν την οργάνωση ομάδων διατροφής και 12 σχολείων που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Παρατηρήθηκε ότι αυξήθηκαν οι πωλήσεις σχολικών γευμάτων στα σχολεία παρέμβασης, υποστηρίζοντας ότι η παρουσία των ομάδων διατροφής μπορεί να είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος αλλαγής της διατροφικής επιλογής των εφήβων στο σχολείο. Οι μαθητές εμπλέκονταν πιο πολύ στο θέμα της σίτισης, ενημερώνονταν και αγόραζαν πιο πολύ φαγητό από το σχολείο. Τα διαθέσιμα στοιχεία των ερωτηματολογίων δείχνουν ότι λόγω προτάσεων από τους ίδιους τους μαθητές, στα σχολεία πωλούταν μια ευρύτερη ποικιλία τροφίμων και γευμάτων (όπως το γεύμα στο χέρι, πρωινό, ενδιάμεσο γεύμα), ενώ οργανώθηκαν διαγωνισμοί, όπως το σάντουιτς της εβδομάδας, αφίσες (Passmore S and Harris G, 2005).

Μια παρέμβαση, η οποία με επιτυχία κατάφερε να αυξήσει την κατανάλωση φρούτων των Νορβηγών μαθητών, ονομάζεται «Free school fruit» και διήρκεσε τρία χρόνια. Στην συγκεκριμένη παρέμβαση συμμετείχαν μαθητές της 6^{ης} και 7^{ης} τάξης του δημοτικού, τα οποία παρακολούθηθηκαν μέχρι την 9^η και 10^η τάξη του γυμνασίου. Η μέση ηλικία των μαθητών που συμμετείχαν ήταν τα 11,8 έτη. Οπότε αναφερόμαστε σε μαθητές μικρότερης ηλικίας και τα

φρούτα προσφέρονταν στα παιδιά δωρεάν. Η έρευνα ξεκίνησε το Σεπτέμβριο του 2001 με ένα αρχικό ερωτηματολόγιο, το οποίο είχε ως στόχο να αποτυπώσει τις αρχικές διατροφικές συνήθειες των μαθητών και διαδοχικές επαναλήψεις έγιναν τον Μάιο του 2002 και τον Μάιο του 2005. Ως εργαλείο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο 24ωρης ανάκλησης.

Αρχικά, τον Οκτώβριο του 2001, συμμετείχαν 1950 μαθητές από εννέα σχολεία παρέμβασης και 29 ελέγχου και μετά από τρία χρόνια, τον Μάιο του 2005, 1602 μαθητές συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο του τελικού ελέγχου αξιολόγησης του προγράμματος. Η παρέμβαση αν και απευθυνόταν σε μαθητές που κατανάλωναν λίγα φρούτα και πολλά κορεσμένα λιπαρά και ζάχαρη, ενώ τα σχολεία μέχρι τότε δεν συνήθιζαν να προσφέρουν φρούτα στους μαθητές, τα αποτελέσματα της παρέμβασης ήταν ενθαρρυντικά. Τα αποτελέσματα μάλιστα διατηρήθηκαν τρία χρόνια μετά (0,38 μερίδες φρούτων για τα αγόρια και 0,44 μερίδες για τα κορίτσια ημερησίως). Το πρόγραμμα συνεχίζεται ακόμα και σήμερα και είναι διαθέσιμο σε όσα δημοτικά και γυμνάσια θέλουν να εγγραφούν σε αυτό. Υπολογίζεται ότι με μια πρόσληψη 2,5 γραμ φρούτου ημερησίως για το υπόλοιπο της ζωής τους οι μαθητές θα μπορούν να καλύψουν το κόστος μιας 10ετους παρέμβασης δωρεάν προσφοράς φρούτου από το δημοτικό μέχρι το γυμνάσιο (Bere et al., 2007).

Τα αποτελέσματα βραχυχρόνιων παρεμβάσεων οι οποίες χρησιμοποίησαν χαμηλότερες τιμές ή αύξησαν την διαθεσιμότητα, ως στρατηγικές για να αυξήσουν την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, ήταν επιτυχή. Σε μια μελέτη, στην οποία εξετάστηκε η μείωση των τιμών τροφίμων χαμηλών σε λιπαρά που πωλούνταν σε αυτόματες μηχανές σε 12 γυμνάσια, παρατηρήθηκε για μείωση των τιμών κατά 10%, 25% και 50%, αντίστοιχα, αύξηση των πωλήσεων κατά 9%, 39% και 93% στα τρόφιμα χαμηλών λιπαρών. Σε μια δεύτερη μελέτη εξετάστηκε η μείωση της τιμής κατά 50% στα φρέσκα φρούτα και καρότα σε δύο γυμνάσια. Κατά την περίοδο που είχαν μειωθεί οι τιμές παρατηρήθηκε τετραπλασιασμός των πωλήσεων των φρέσκων φρούτων και διπλασιασμός των πωλήσεων των καρότων.

Μια μέτρια μείωση στις τιμές των τροφίμων με χαμηλά λιπαρά και μια μικρή αύξηση στις τιμές των τροφίμων με αυξημένα λιπαρά θα μπορούσε να είναι μια λύση για μια μακροχρόνια πολιτική προώθησης της υγιεινής διατροφής. Όμως δεν θα είχε μεγάλη ανταπόκριση, καθώς απευθύνεται σε μικρό πληθυσμό. Μια καλύτερη πολιτική που φαίνεται να έχει και αυξανόμενα αποτελέσματα όσον αφορά στις πωλήσεις τροφίμων χαμηλών σε λιπαρά είναι αυτήν στην οποία συνδυάζεται η αύξηση της διαθεσιμότητας αυτών των τροφίμων σε

αυτόματες μηχανές φαγητού και η προώθηση των υγιεινών επιλογών από το φιλικό περιβάλλον των εφήβων (French, 2005).

Το 2003 στην πολιτεία της Καλιφόρνια πέρασαν νομοθετικές ρυθμίσεις σύμφωνα με τις οποίες περιορίστηκαν τα γλυκά ροφήματα από όλα τα δημοτικά και γυμνάσια. Επιπλέον στην Χαβάη προτάθηκε νομοθετική ρύθμιση που να απαιτεί 200 λεπτά φυσικής δραστηριότητας μέσα σε 10 σχολικές ημέρες στους μαθητές της πρώτης μέχρι και της έκτης τάξης και 400 λεπτά φυσικής δραστηριότητας μέσα σε 10 σχολικές ημέρες στους μαθητές της 7^{ης} -12^{ης} τάξης. Σε τοπικό επίπεδο σε πολιτείες όπως στο Λος Άντζελες, στο Σαν Φρανσίσκο και στο Όακλαντ, μεμονωμένες σχολικές μονάδες έχουν απαγορεύσει την κυκλοφορία ποτών όπως αυτό της σόδας (Boyle et al., 2004).

Σε έρευνα που αποτύπωσε τις πολιτικές διατροφικής Αγωγής σε 51 περιοχές με το μεγαλύτερο αριθμό μαθητικού πληθυσμού το σχολικό έτος 2004-05 στις ΗΠΑ, διαπιστώθηκε ότι καμία από τις πολιτικές δεν πληρούσε όλα τα απαιτούμενα κριτήρια. Από τις 51 περιοχές, οι 19 (39%) είχαν υιοθετήσει πολιτικές για τα τρόφιμα, τα οποία είναι συνήθως πλούσια σε ζάχαρη και λίπος, που δρουν ανταγωνιστικά με το σχολικό γεύμα. Η πλειοψηφία των πολιτικών διατροφής ξεκίνησαν την εφαρμογή τους το 2002. Το 74% των περιοχών έθεσαν κριτήρια για την σύσταση των τροφίμων και των αναψυκτικών που θα πωλούν τα σχολεία που ανήκουν σε αυτές και το 63% των περιοχών απαγόρευσε την πώληση του αναψυκτικού της σόδας σε όλες τις σχολικές μονάδες που βρίσκονται σε αυτές. Το 53% των περιοχών ελάττωσαν την ποσότητα της τροφής και το 47% των περιοχών ελάττωσαν την ποσότητα των αναψυκτικών των σχολείων τους. Σε ποσοστό 95% οι περιοχές εφάρμοσαν περιορισμούς όσον αφορά στις αυτόματες μηχανές τροφίμων. Ελάχιστες όμως περιοχές 32% εφάρμοσαν εκπαιδευτικά προγράμματα διατροφικής αγωγής ή προγράμματα σχετικά με τη διαφήμιση (26%) ή ακόμα προγράμματα για τη διδασκαλία της φυσικής Αγωγής στα σχολεία (Greves and Rivara, 2006).

Όσον αφορά στην πολιτική κατά του καπνίσματος, οι μέχρι τώρα προσπάθειες προώθησής της στο σχολείο, παρουσιάζουν αποτέλεσμα όταν οργανώνουν και απευθύνονται σε ένα ευρύ μέρος της σχολικής κοινότητας. Σε μια μελέτη που έγινε στην Αυστραλία πήραν μέρος οι εκπαιδευτικοί, οι υπεύθυνοι της σίτισης, οι μαθητές και υλοποιήθηκαν αλλαγές στο περιβάλλον και στο αναλυτικό πρόγραμμα των μαθημάτων (Bastian, 2002). Μια έρευνα με ανάλογο στόχο σχεδιάστηκε και στην Ταϊβάν. Οι 469 μαθητές της 6^{ης} -9^{ης} τάξης, τεσσάρων γυμνασίων χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες, σε κάθε μια από τις οποίες εφαρμόστηκε διαφορετικού τύπου παρέμβαση. Στην πρώτη ομάδα που εκτός από την πολιτική απαγόρευσης του καπνίσματος στο χώρο του σχολείου, παρακολούθησαν οι μαθητές και έξι αντι-καπνιστικές

ενημερωτικές συναντήσεις. Στην δεύτερη ομάδα περιλαμβάνονταν μόνο πολιτική απαγόρευσης του καπνίσματος στο χώρο του σχολείου και στην τρίτη βρισκόταν οι μαθητές της ομάδας ελέγχου.

Σε αντιδιαστολή με την ομάδα ελέγχου, οι δύο άλλες ομάδες δεν παρουσίασαν μείωση του αριθμού των καπνιζόντων, επειδή η παρέμβαση εφαρμόστηκε μόνο για ένα σχολικό έτος, από τον Νοέμβριο του 2003 έως τον Μάιο του 2004. Σημαντική παρατηρήθηκε όμως να είναι η αλλαγή στο επίπεδο των γνώσεων των μαθητών, οι οποίοι συμμετείχαν στην πρώτη ομάδα παρέμβασης, σχετικά με τους κίνδυνους που διατρέχει η υγεία τους. Επιπλέον, αυξήθηκε στην πρώτη ομάδα η αντίληψη των μαθητών ότι πρέπει να αποφύγουν το κάπνισμα, αλλά και η ικανότητά τους να αντισταθούν σε αυτό, μαθαίνοντας τεχνικές αποφυγής. Η πολιτική κατά του καπνίσματος πρέπει να απευθύνεται στο σύνολο της μαθητικής κοινότητας, επειδή οι έφηβοι επηρεάζονται από τις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές των φίλων-συμμαθητών τους (Lee Pi-H et al., 2007).

Η παρέμβαση που υλοποιήθηκε σε εφήβους μαθητές στη Μάλαγα της Ισπανίας, και είχε ως στόχο την ελάττωση των περιστατικών καπνίσματος, εφαρμόστηκε επίσης για μικρή χρονική περίοδο-μόλις έξι μηνών- και δεν είχε αποτελέσματα ελάττωσης των περιστατικών καπνίσματος. Επειδή όμως και σε αυτήν την παρέμβαση πραγματοποιήθηκε ενημέρωση των μαθητών σχετικά με την σοβαρότητα του προβλήματος του καπνίσματος και τις επιζήμιες συνέπειές του, τα συμπεράσματα και εδώ έδειξαν ότι η παρέμβαση επηρέασε τους καπνίζοντες μαθητές (σε ποσοστό 78%), ως προς τις αντιλήψεις τους σχετικά με την σοβαρότητα της κατάστασης που βρίσκονταν και το 66,8% αυτών σκόπευε να σταματήσει το κάπνισμα στο μέλλον. Η αγωγή υγείας κατά του καπνίσματος στο σχολείο μπορεί να παίζει ρόλο στην αλλαγή των συμπεριφορών των μαθητών, και να επηρεάσει τις αποφάσεις τους σχετικά με το κάπνισμα στο μέλλον, εάν βασίζεται στην βοήθεια κατανόησης της σοβαρότητας του προβλήματος από τους ίδιους τους μαθητές.

Από τους 337 μαθητές που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο το 27% δήλωσε ότι καπνίζει, 36,1% των καπνιστών ήταν κορίτσια και 18,1% ήταν αγόρια και η ηλικία στην οποία είχαν ξεκινήσει το κάπνισμα ήταν από 13 έως 14 χρονών. Το 52,2% των καπνιζόντων ξεκίνησε να καπνίζει επειδή ήθελε να δοκιμάζει κάτι διαφορετικό και ο σημαντικότερος παράγοντας που έπαιξε ρόλο, ώστε να ξεκινήσουν το κάπνισμα ήταν κάποιος καπνιστής που υπήρχε στο οικογενειακό περιβάλλον (Soria-Esojo et al., 2005).

Στην προσπάθεια εφαρμογής των παραμέτρων που αξιολογούνται από τον Δείκτη Σχολικής Υγείας, τα σχολεία επιτυγχάνουν καλύτερα αποτελέσματα εάν υπάρχει ένα άτομο το οποίο διευκολύνει το έργο της Αγωγής Υγείας. Λόγω των χαμηλών πόρων ενός σχολείου, του ελάχιστου χρόνου των καθηγητών και της πίεσης που δημιουργείται από πολιτικούς φορείς για τις επιδόσεις των μαθητών, χρειάζεται ένα άτομο να καθοδηγεί την πολιτική της σχολικής υγείας. Έτσι επιτυγχάνεται καλύτερη συνεργασία και οργάνωση μεταξύ της σχολικής κοινότητας και καλύτερος σχεδιασμός του πλαισίου δράσης, επιτυγχάνοντας και την υποστήριξη της πολιτικής ηγεσίας (Austin et al., 2006).

ΜΕΡΟΣ Β' – ΕΡΕΥΝΑ

5. ΣΚΟΠΟΣ – ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η Αγωγή Υγείας είναι πλέον ενταγμένη στο σχολικό πλαίσιο και στο Αναλυτικό πρόγραμμα των μαθημάτων ως πρόσθετο γνωστικό αντικείμενο. Οι εκπαιδευτικοί που ασχολούνται με το πρόγραμμα της Αγωγής Υγείας στη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση είναι και αυτοί που επηρεάζουν όπως είδαμε στο θεωρητικό μέρος την πολιτική της Αγωγής Υγείας στο σχολείο, εκτός από το πλήθος των κοινωνικών και πολιτικών παραμέτρων που αλληλεπιδρούν με τη σχολική κοινότητα και ασκούν καθοριστική επίδραση στη διαμόρφωση της μαθητικής αντίληψης πάνω στο αντικείμενο της υγείας.

Σκοπός της τρέχουσας μελέτης είναι η καταγραφή και η αξιολόγηση των γνώσεων, των αντιλήψεων και των συμπεριφορών των εκπαιδευτικών της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε θέματα διατροφής και υγείας. Άμεσος στόχος της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της πολιτικής κάθε σχολικής μονάδας που οργανώνει ή δεν οργανώνει προγράμματα Αγωγής Υγείας. Για τον προσδιορισμό των συμπεριφορών-γνώσεων των εκπαιδευτικών που εφαρμόζουν προγράμματα Αγωγής Υγείας εξετάστηκε το μορφωτικό τους επίπεδο, τα δημογραφικά στοιχεία τους, δείκτες υγείας όπως το κάπνισμα και ο δείκτης μάζας σώματος και το γνωστικό τους επίπεδο πάνω σε θέματα που άπτονται της Αγωγής Υγείας. Οι συμπεριφορές-γνώσεις των εκπαιδευτικών δεν ήταν οι μόνες όμως που εξετάστηκαν, αλλά αποτυπώθηκαν και οι δείκτες υγείας και άλλων ομάδων του προσωπικού που συνεργάζονται μέσα στα πλαίσια της σχολικής κοινότητας πάνω σε θέματα υγείας και διατροφής, όπως οι υπεύθυνοι Αγωγής Υγείας και οι ιδιοκτήτες κυλικείου.

Ένας δεύτερος στόχος της έρευνας ήταν να συσχετιστούν οι συμπεριφορές του εκπαιδευτικού προσωπικού ή των υπεύθυνων για τα προγράμματα Αγωγής Υγείας με τις

αντιλήψεις τους για τα χαρακτηριστικά της σχολικής τους μονάδας. Η έρευνα επικεντρώθηκε έχοντας ως αντικείμενο, το εάν υπάρχουν πολιτικές κατά του καπνίσματος, ποιες είναι και πόσο κρίνονται αποτελεσματικές από τους εκπαιδευτικούς, εάν ακολουθείται η νομοθεσία του ΕΦΕΤ για τα σχολικά κυλικεία και σε τι είδους τρόφιμα έχουν οι μαθητές πρόσβαση στο κυλικείο, επιπλέον εάν εφαρμόζονται πολιτικές Φυσικής Αγωγής που προάγουν την υγεία.

Εξετάστηκαν τα ποσοστά σχολικών μονάδων που διαθέτουν κλειστού ή ανοικτού τύπου αθλητικές εγκαταστάσεις και τα ποσοστά των σχολείων που τις διαχειρίζονται εκτός του σχολικού προγράμματος. Επιπροσθέτως, αποτυπώθηκε η θεματολογία των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας που έχουν ως στόχο την ευαισθητοποίηση των εφήβων και την αυτενέργεια τους, από τη συλλογή πληροφοριών έως την εφαρμογή των γνώσεων αυτών σε πρακτικό επίπεδο.

6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

6.1 Δείγμα της μελέτης

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη από τον Απρίλιο του 2007 μέχρι τον Ιανουάριο του 2008. Ο υπό μελέτη πληθυσμός περιελάμβανε καθηγητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης αστικών, ημιαστικών, ημι-αγροτικών και αγροτικών περιοχών. Οι σχολικές μονάδες που ερευνήθηκαν βρίσκονταν στην περιοχή της Αττικής, συγκεκριμένα στην Αθήνα και στην Αγία Παρασκευή, αλλά και στο Νομό Αργολίδας, στο Άργος, στο Ναύπλιο, στη Νέα Κίο, στο Ασκληπιείο, στο Κρανίδι και στην Ερμιόνη και στον Νομό Κορινθίας, στο Ξυλόκαστρο, στο Δερβένι και στην Γκούρα. Η συλλογή των στοιχείων των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε μεταξύ τις 9.00 π.μ. και τις 1.00 μ.μ. Συλλέχτηκαν δεδομένα από 22 σχολικές μονάδες.

Οι ερωτώμενοι ήταν 331 άτομα, από τα οποία 22 ήταν διευθυντές σχολείων, 22 ήταν ιδιοκτήτες κυλικείων, 30 ήταν καθηγητές φυσικής αγωγής και 248 ήταν καθηγητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης του γυμνασίου άλλων ειδικοτήτων, εκτός της ειδικότητας της φυσικής αγωγής. Οι υπόλοιποι 9 ερωτηθέντες ήταν Υπεύθυνοι Αγωγής Υγείας, οι οποίοι στο παρελθόν είχαν εργαστεί ως εκπαιδευτικοί δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και έχουν την εμπειρία του καθηγητή, ενώ παράλληλα μπόρεσαν να δώσουν μια εικόνα για τα άτομα που διευθύνουν και συντονίζουν τον τομέα της σχολικής Αγωγής Υγείας. Οι ιδιοκτήτες κυλικείου μας έδωσαν δεδομένα για τη λειτουργία του κυλικείου και των τροφίμων που προμηθεύει καθημερινά τους μαθητές.

2.2. Εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων

Ως μέσο συλλογής των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου ερωτήσεις. Για το σχεδιασμό του ερωτηματολογίου έγινε χρήση των στοιχείων και της δομής ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν σε παλαιότερες μελέτες σε γυμνάσια. Ένα από αυτά είναι το «Ευρετήριο σχολικής υγείας» που χρησιμοποιήθηκε σε παλαιότερη μελέτη του Τμήματος Διατροφής –Διαιτολογίας του Χαροκοπείου (Παράρτημα Μανιός Ι.). Ένα άλλο ερωτηματολόγιο το οποίο αναφερόταν σε γυμνάσια της Μινεσότα και είχε ως στόχο την αξιολόγηση της διατροφικής τους πολιτικής και πρακτικής λειτουργήσε ως βάση για το σχεδιασμό του ερωτηματολογίου της έρευνας. Το παραπάνω ερωτηματολόγιο απευθυνόταν σε διευθυντές σχολείων ή σε βοηθούς διευθυντών για έρευνα του σχολικού έτους 2000-2001 και αντίγραφό του υπάρχει στο παράρτημα (French, 2005). Επιπλέον μελετήθηκε ο Δείκτης σχολικής Υγείας για το γυμνάσιο (SHI, A self-assessment and planning guide, Middle school 2005) και κάποια άλλα εργαλεία για την Αγωγή Υγείας, όπως το ερωτηματολόγιο του προφίλ της σχολικής Αγωγής Υγείας, το οποίο απευθύνεται στον δάσκαλο που διδάσκει το αντικείμενο της Υγείας (2002 School health education profile- Lead health education teacher questionnaire) και το ερωτηματολόγιο της Αμερικάνικης Ένωσης για την Υγεία, τη φυσική αγωγή και το χορό, το οποίο απευθύνεται σε καθηγητές φυσικής αγωγής (National Association for Sport & Physical education, It's time for your physical education checkup).

Ένα τελευταίο εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το (Rode Island Needs Assessment Tool) εργαλείο αξιολόγησης, το οποίο σχεδιάστηκε για την αξιολόγηση της διατροφικής και φυσικής αγωγής 102 δημοτικών σχολείων στην περιοχή «Rhode Island». Στην παραπάνω περιοχή πραγματοποιήθηκε και παρέμβαση- Τρώγε υγιεινά και αθλήσου- σε τέσσερα δημοτικά σχολεία, στην οποία εφαρμόστηκαν τρεις από τις οκτώ παραμέτρους του Δείκτη σχολικής Υγείας (Pearlman et al, 2005).

2.3. Στατιστική ανάλυση

Οι ποιοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται με απόλυτες και σχετικές συχνότητες (%), ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές με μέση τιμή $\pm$ τυπική απόκλιση. Ο έλεγχος ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα σε δύο ποιοτικές μεταβλητές πραγματοποιήθηκε εφαρμόζοντας το κριτήριο X^2 χωρίς τη διόρθωση συνέχειας (Chi-square test). Επίσης, ο έλεγχος ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα σε μία ποσοτική μεταβλητή και μία ποιοτική με 2 κατηγορίες πραγματοποιήθηκε με τον έλεγχο Student t-test, ενώ

ο έλεγχος ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα σε μία ποσοτική μεταβλητή και μία ποιοτική με περισσότερες από 2 κατηγορίες πραγματοποιήθηκε εφαρμόζοντας ανάλυση διακύμανσης κατά έναν παράγοντα (one-way ANOVA). Όλοι οι έλεγχοι που πραγματοποιήθηκαν ήταν αμφίπλευροι και το επίπεδο σημαντικότητας που χρησιμοποιήθηκε ήταν το 5%. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το λογισμικό SPSS 13.0 (SPSS Inc, Texas, IL, U.S.A.).

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1 Περιγραφικά Χαρακτηριστικά

3.1.1 Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Ερωτώμενων

Από τον πίνακα 1 μπορούμε να πληροφορηθούμε για τις ομάδες των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα. Οι ερωτώμενοι ήταν 331 άτομα, από τα οποία 22 (6,6%) ήταν διευθυντές σχολείων, 22 (6,6%) ήταν ιδιοκτήτες κυλικείων, 30 (9,1%) ήταν καθηγητές φυσικής αγωγής και το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων 248 (74,9%) ήταν καθηγητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης του γυμνασίου εκτός της ειδικότητας της φυσικής αγωγής, ενώ μόλις 9 (2,7%) ήταν οι Υπεύθυνοι Αγωγής Υγείας στους κατά τόπους Νομούς.

Από σύνολο των ερωτηθέντων τα 300 άτομα προέρχονταν τους καθηγητές Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και σε αυτούς ανήκουν οι διευθυντές των σχολείων, οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής και όλων των άλλων ειδικοτήτων. Από τους 300 εκπαιδευτικούς μόνο το 18 % (54 άτομα) συμμετείχε σε κάποιο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας. Από το σύνολο των ομάδων των εκπαιδευτικών παρατηρούμε ότι η ομάδα των καθηγητών Φ.Α. είχε το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής (26,7%) σε προγράμματα Αγωγής Υγείας, ενώ αμέσως επόμενο ακολουθεί το ποσοστό συμμετοχής των διευθυντών των σχολείων (18,2%). Οι ιδιοκτήτες κυλικείου δεν συμμετείχαν σε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας και οι υπεύθυνοι Αγωγής Υγείας συμμετείχαν στο σύνολό τους, αφού η δραστηριότητα αυτή αποτελεί μέρος των υποχρεώσεων τους.

Από το 100% των συμμετεχόντων εκπαιδευτικών σε κάποιο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, το 7,4% προερχόταν από τους διευθυντές, το 14,8% από τους καθηγητές φυσικής αγωγής και το 77,8% από τους καθηγητές Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης όλων των άλλων ειδικοτήτων. Λόγω του μεγαλύτερου αριθμού συμμετοχής των καθηγητών είναι λογικό να έχουν και μεγαλύτερη πιθανότητα συμμετοχής σε προγράμματα Αγωγής Υγείας. Όμως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των αποτελεσμάτων και μπορούμε να βγάλουμε κάποια συμπεράσματα για τις ομάδες των συμμετεχόντων όσον αφορά στα προγράμματα Αγωγής Υγείας.

Πίνακας 1: Οι ομάδες ερωτώμενων και τα ποσοστά συμμετοχής τους σε προγράμματα Αγωγής Υγείας					
Μεταβλητή	Συχνότητα (n)	Ποσοστά(%)	Συχνότητα (n) Συμμετοχής της κάθε ομάδας σε πρόγραμμα Α. Υ.	Ποσοστό(%) Συμμετοχής της κάθε ομάδας σε πρόγραμμα Α. Υ.	P-value
Διευθυντής	22	6,6	4	18,2%	0,087
Καθηγητής άλλων ειδικοτήτων	248	74,9	42	16,9%	
Καθηγητής Φ.Α.	30	9,1	8	26,7%	
Υπεύθυνος Α.Υ.	9	2,7	9	100,0%	
Ιδιοκτήτης κυλικείου	22	6,6	0	0,0%	
Σύνολο εκπαιδευτικών	300	-	54	18 %	

Στον πίνακα 2 των δημογραφικών χαρακτηριστικών, αναφέρονται τα χαρακτηριστικά των ερωτώμενων κατά απόλυτη τιμή και κατά ποσοστό για τις ποιοτικές μεταβλητές. Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ειδικότητας και του φύλου, όπως φαίνεται στον πίνακα 2. Το 77,3% των διευθυντών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν άνδρες και για την ομάδα των καθηγητών Φ.Α. το 60% ήταν άνδρες. Μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών συμμετείχε στην έρευνα από την ομάδα των καθηγητών άλλων ειδικοτήτων που έφτασε το 67,7%. Το 59,1% των ιδιοκτητών κυλικείου που ρωτήθηκαν ήταν γυναίκες και το μεγαλύτερο ποσοστό επίσης των υπεύθυνων Αγωγής Υγείας ήταν γυναίκες (55,6%).

Το μορφωτικό επίπεδο είναι μια ακόμα ποιοτική μεταβλητή και τα αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά. Το μεγαλύτερο ποσοστό 81,8% των διευθυντών είναι απόφοιτοι ΑΕΙ-ΤΕΙ, όπως και το μεγαλύτερο ποσοστό των καθηγητών άλλων ειδικοτήτων (83,5%). Η ειδικότητα των καθηγητών Φ.Α. και η ομάδα των υπεύθυνων Αγωγής Υγείας είναι στο μεγαλύτερό τους ποσοστό απόφοιτοι ΑΕΙ-ΤΕΙ, με ποσοστά 96,7% και 55,6% αντίστοιχα, ενώ οι υπεύθυνοι Αγωγής Υγείας είναι σε ποσοστό 44,4% και κάτοχοι κάποιου Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών, με σημαντική διαφορά από τις άλλες ομάδες. Οι ιδιοκτήτες κυλικείου είναι κατά μεγάλο μέρος απόφοιτοι λυκείου, σε ποσοστό 46%.

Οι ποσοτικές μεταβλητές υπολογίζονται από τη μέση τιμή αθροίζοντας ή μειώνοντας την τυπική απόκλιση. Η ηλικία της ομάδας των διευθυντών είναι η μεγαλύτερη (τα 54,5 έτη), η

ομάδα των ιδιοκτητών κυλικείου έχει μέση τιμή ηλικίας τα 44,5 έτη όπως και η ομάδα των καθηγητών Φ.Α., η ομάδα των καθηγητών άλλων ειδικοτήτων έχει μέση τιμή ηλικίας τα 43,7 έτη και η ομάδα των Υπεύθυνων Αγωγής Υγείας έχει μέση τιμή ηλικίας τα 46,8 έτη, δηλαδή αποτελεί την ομάδα με τα πιο ηλικιωμένα άτομα μετά από την ομάδα των διευθυντών.

Πίνακας 2: Δημογραφικά χαρακτηριστικά ανά ομάδα ερωτώμενων							
Χαρακτηριστικά		Διευθυντής	Καθηγητής άλλων ειδικοτήτων	Καθηγητής Φ.Α.	Υπεύθυνος Α.Υ	Ιδιοκτήτης κυλικείου	P-value
Φύλο		n(%)					
Άνδρες		17(77,3%)	80(32,3%)	18(60,0%)	4(44,4%)	9(40,9%)	<0,001
Γυναίκες		5(22,7%)	168(67,7%)	12(40,0%)	5(55,6%)	13(59,1%)	
Μορφωτικό επίπεδο	Δημοτικό	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	3(13,6%)	<0,001
	Γυμνάσιο	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	2(9,1%)	
	Λύκειο	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	10(45,5%)	
	ΙΕΚ	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	3(13,6%)	
	ΑΕΙ-ΤΕΙ	18(81,8%)	207(83,5%)	29(96,7%)	5(55,6%)	4(18,2%)	
	Master	4(18,2%)	35(14,1%)	1(3,3%)	4(44,4%)	0(0,0%)	
	Phd	0(0,0%)	6(2,4%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	
				MT±TA			
Ηλικία		54,5±4	43,7±8,6	44,5±6,6	46,8±8,6	44,5±8,6	<0,001

Ο Δ.Μ.Σ. που δηλώνει την κατανομή του βάρους ανάλογα με το ύψος του ατόμου και υπολογίζεται από το βάρος προς το ύψος υψωμένο στο τετράγωνο είναι μια ακόμα ποσοτική μεταβλητή. Στην ομάδα των διευθυντών, όπως φαίνεται στον πίνακα 3.1 έχουμε τον υψηλότερο Δ.Μ.Σ. με μέση τιμή 27,4 και τυπική απόκλιση 6. Το 41% των διευθυντών είναι υπέρβαροι, ενώ μόνο το 36% είναι φυσιολογικού βάρους. Σε όλες τις ομάδες το ποσοστό των ατόμων φυσιολογικού βάρους είναι μεγαλύτερο από αυτό των υπέρβαρων ή των παχύσαρκων, εκτός από την ομάδα των διευθυντών. Αμέσως μετά ακολουθεί η ομάδα των Υπεύθυνων Αγωγής Υγείας με μέση τιμή Δ.Μ.Σ. 26,3 και κατόπιν η ομάδα των ιδιοκτητών κυλικείου με μέση τιμή 25,8. Οι ομάδες που προαναφέραμε, των Υπεύθυνων Αγωγής Υγείας είναι σε ποσοστό 33% παχύσαρκοι και των ιδιοκτητών υπέρβαροι σε ποσοστό 41%. Η ομάδα των καθηγητών άλλων ειδικοτήτων έχει μέση τιμή Δ.Μ.Σ. 24,9 και κατά 31% αποτελείται από υπέρβαρα άτομα. Οι καθηγητές Φ.Α. με μέσο όρο Δ.Μ.Σ. 24,4 έχουν 40% του πληθυσμού τους να αποτελείται από υπέρβαρα άτομα.

Πίνακας 3.1: Δείκτες υγείας και Συμπεριφορές υγείας- Δείκτης Μάζας Σώματος							
Χαρακτηριστικά		Διευθυντής	Καθηγητής άλλων ειδικοτήτων	Καθηγητής Φ.Α.	Υπεύθυνος Α.Υ	Ιδιοκτήτης κυλικείου	P-value
		n(%)					
Ποσοστά παχυσαρκίας	Φυσιολογικού	8 (36,4%)	144(58,1%)	17(56,7%)	5 (55,6%)	10(45,5%)	0,124
	Υπέρβαροι	9 (40,9%)	76 (30,6%)	12(40,0%)	1 (11,1%)	9 (40,9%)	
	Παχύσαρκοι	5 (22,7%)	28 (11,3%)	1(3,3%)	3 (33,3%)	3 (13,6%)	
				MT±TA			
Δ.Μ.Σ.		27,4±6	24,9±3,9	24,4±2,8	26,3±4,5	25,8±3,7	0,041

Από τον πίνακα 3.2 φαίνεται ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους είναι καπνιστές οι ιδιοκτήτες κυλικείου (54,5%) και σε μικρότερο ποσοστό αναφέρονται ως καπνιστές οι καθηγητές άλλων ειδικοτήτων (33,1%), ενώ το μικρότερο ποσοστό των καπνιστών παρατηρήθηκε στην ομάδα των Υπεύθυνων Αγωγής Υγείας (11,1%). Επιπλέον οι ιδιοκτήτες κυλικείου ανήκουν στις ομάδες που καπνίζουν αρκετά μεγάλο αριθμό τσιγάρων ημερησίως αμέσως μετά από τους διευθυντές που καπνίζουν κατά μέσο όρο 23 τσιγάρα.

Πίνακας 3.2: Δείκτες υγείας και Συμπεριφορές υγείας- Κάπνισμα						
Χαρακτηριστικά	Διευθυντής	Καθηγητής άλλων ειδικοτήτων	Καθηγητής Φ.Α.	Υπεύθυνος Α.Υ	Ιδιοκτήτης κυλικείου	P-value
	n(%)					
Καπνιστής	5(22,7%)	82(33,1%)	5(16,7%)	1(11,1%)	12(54,5%)	0,024
			MT±TA			
Αριθμός τσιγάρων/ ημέρα	23±4,5	16±9	12±2,5	1	19,8±8,5	0,076

Όσον αφορά στα δύο άλλα ποσοτικά χαρακτηριστικά που είναι οι ώρες παρακολούθησης τηλεόρασης ή οι ώρες μπροστά στον υπολογιστή τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά, όπως φαίνεται από το p-value του πίνακα 3.3. Η ομάδα με τις περισσότερες ώρες παρακολούθησης είναι η ομάδα των διευθυντών με 2,2 ώρες τις καθημερινές και 3,4 ώρες τα σαββατοκύριακα. Η ομάδα των Υπεύθυνων Αγωγής Υγείας παρουσιάζει εμφανώς τις λιγότερες ώρες παρακολούθησης με μέση τιμή 1,2 τις καθημερινές και 1,6 τα σαββατοκύριακα.

Πίνακας 3.3: Δείκτες υγείας και Συμπεριφορές υγείας- Ωρες σε TV/pc ημερησίως						
Χαρακτηριστικά	Διευθυντής	Καθηγητής άλλων ειδικοτήτων	Καθηγητής Φ.Α.	Υπεύθυνος Α.Υ	Ιδιοκτήτης κυλικείου	P-value
			MT±TA			
Ωρες ανά ημέρα μπροστά σε TV/pc	2,2±2	1,8±1,3	1,5±1,4	1,2±1,1	1,8±1,4	0,288
Ωρες ανά ημέρα μπροστά σε TV/pc Σάββ/Κυριακή	3,4±4,5	2,65±2,5	2,3±3,2	1,6±1,8	2,5±3	0,443

Τα χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών που ήταν υπεύθυνοι σε προγράμματα Αγωγής Υγείας φαίνονται στον πίνακα 4. Στο μεγαλύτερό τους ποσοστό ήταν γυναίκες (61,1%) και άτομα φυσιολογικού βάρους σε ποσοστό 53,7%. Ένα ποσοστό 31,5% από αυτούς ήταν υπέρβαροι και 14,8% παχύσαρκοι. Παρατηρούμε λοιπόν ότι το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων εκπαιδευτικών αυτής της ομάδας είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων της ομάδας των καθηγητών άλλων ειδικοτήτων του πίνακα 3.1, οποίος παρουσιάζει τη γενική εικόνα των καθηγητών. Ενώ θα περιμέναμε το αντίθετο, το ποσοστό των παχύσαρκων εκπαιδευτικών που συμμετέχουν σε σχολικά προγράμματα είναι λίγο μεγαλύτερο (14,8%) σε σχέση με το 10,8% των παχύσαρκων εκπαιδευτικών που δεν αναλαμβάνουν παρόμοια σχολικά προγράμματα.

Ο αριθμός των εκπαιδευτικών που κάπνιζαν και συμμετείχαν σε προγράμματα Αγωγής Υγείας ήταν σχετικά μικρότερος με ποσοστό να φτάνει το 27,8%, σε σχέση με τον αριθμό των καπνιζόντων καθηγητών που δεν συμμετείχαν σε προγράμματα. Επιπροσθέτως, το ποσοστό των εκπαιδευτικών που δεν καπνίζουν και συμμετέχουν σε προγράμματα είναι μεγαλύτερο σε σχέση με το ποσοστό που δεν καπνίζει και δεν συμμετέχει, κάτι που ενισχύει τη συσχέτιση μεταξύ της αποφυγής του καπνίσματος και της συμμετοχής σε σχολικά προγράμματα. Ο αριθμός των τσιγάρων που κάπνιζαν ημερησίως οι εκπαιδευτικοί που συμμετείχαν σε σχολικά προγράμματα είναι λίγο χαμηλότερος, δηλαδή 15, από αυτόν (17) που κάπνιζε η ομάδα των εκπαιδευτικών που δεν συμμετείχαν σε σχολικά προγράμματα.

Σημαντική διαφορά δεν παρατηρείται να υπάρχει ως προς το μορφωτικό επίπεδο μεταξύ των καθηγητών που συμμετέχουν ή δεν συμμετέχουν σε προγράμματα, 83,3% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ-ΤΕΙ, 11,1% είχαν μεταπτυχιακό, ενώ το ποσοστό των εκπαιδευτικών που είχαν διδακτορικό και συμμετέχουν σε σχολικά προγράμματα είναι μεγαλύτερο (5,6%) σε σχέση με αυτό των εκπαιδευτικών που έχουν διδακτορικό και δεν συμμετέχουν σε προγράμματα. Η μέση ηλικία των εκπαιδευτικών που ασχολούνται με τα προγράμματα Αγωγής Υγείας (45,9) είναι λίγο

μεγαλύτερη από αυτήν της ομάδας των καθηγητών που δεν οργανώνουν τέτοιου είδους προγράμματα (44,3 έτη).

Επιπλέον ελάχιστα μεγαλύτερος είναι ο Δ.Μ.Σ. στην ομάδα των εκπαιδευτικών που ασχολούνται με τα προγράμματα Αγωγής Υγείας σε σχέση με το ΔΜΣ των εκπαιδευτικών που δεν ασχολούνται με τέτοια προγράμματα, συγκεκριμένα είναι περίπου 25,4 έναντι του 25,1. Άρα η ομάδα των εκπαιδευτικών που ασχολούνται με τα προγράμματα Αγωγής Υγείας δεν φαίνεται να διαφοροποιείται από την ομάδα των υπόλοιπων εκπαιδευτικών που δεν αναφέρεται να αναλαμβάνουν παρόμοιες πρωτοβουλίες.

Πίνακας 4: Χαρακτηριστικά των καθηγητών Δ/μιας που συμμετέχουν και δεν συμμετέχουν σε προγράμματα Αγωγής Υγείας				
Χαρακτηριστικά		Συμμετέχοντες	Μη συμμετέχοντες	P-value
Φύλο		n(%)		
Ανδρες		21 (38,9%)	103 (38,4%)	0,950
Γυναίκες		33 (61,1%)	165 (61,6%)	
Ποσοστά παχυσαρκίας	Φυσιολογικού	29 (53,7%)	150 (56,0%)	0,703
	Υπέρβαροι	17 (31,5%)	89 (33,2%)	
	Παχύσαρκοι	8 (14,8%)	29 (10,8%)	
Καπνιστής	Ναι	15 (27,8%)	89 (33,2%)	0,436
	Όχι	39 (72,2%)	179 (66,8%)	
Μορφωτικό επίπεδο	Δημοτικό	0 (0,0%)	3 (1,1%)	0,201
	Γυμνάσιο	0 (0,0%)	2 (0,7%)	
	Λύκειο	0 (0,0%)	10 (3,7%)	
	ΙΕΚ	0 (0,0%)	3 (1,1%)	
	ΑΕΙ-ΤΕΙ	45 (83,3%)	213 (79,5%)	
	Master	6 (11,1%)	34 (12,7%)	
	Phd	3 (5,6%)	3 (1,1%)	
		MT±TA		
Ηλικία		45,9±7,9	44,3±8,8	0,400
Δ.Μ.Σ.		25,4±4,3	25,1±3,9	0,576
Αριθμός τσιγάρων/ ημέρα		15,2±7,5	16,9±9,2	0,403

Ο πίνακας 5 περιλαμβάνει όλες τις ειδικότητες των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην έρευνα και έδωσαν τα στοιχεία τους. Οι ειδικότητες έχουν κατηγοριοποιηθεί σε τέσσερις κύριες ομάδες. Στους εκπαιδευτικούς περιλαμβάνονται και οι διευθυντές, καθώς μας έδωσαν

στοιχεία για την ειδικότητά τους, οι καθηγητές Φ.Α., οι καθηγητές άλλων ειδικοτήτων και οι υπεύθυνοι Αγωγής Υγείας. Η κάθε ομάδα περιλαμβάνει προσεγγιστικά τους εκπαιδευτικούς στους οποίους διακρίνονται περισσότερες ομοιότητες στο παιδαγωγικό τους αντικείμενο. Την πρώτη ομάδα αποτελούν οι καθηγητές Φ.Α., την δεύτερη ομάδα οι ειδικοί των βιολόγων, των χημικών, των φυσικών, των μαθηματικών, της τεχνολογίας, της πληροφορικής, της μηχανολογίας και της γεωπονίας. Την τρίτη ομάδα αποτελούν οι ειδικοί των καλλιτεχνικών και της μουσικής, ενώ την τέταρτη ομάδα οι ειδικοί των φιλολόγων της ελληνικής γλώσσας και άλλων γλωσσών, των θεολόγων, των νομικών, της οικιακής οικονομίας και της κοινωνιολογίας. Το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής στο δείγμα προέρχεται από την τέταρτη ομάδα που περιλαμβάνει τις ειδικότητες των φιλολόγων, των καθηγητών κοινωνιολογίας και οικιακής οικονομίας και φτάνει το 49,4%. Αμέσως μετά ακολουθεί το ποσοστό της ομάδας των θετικών επιστημών, στο οποίο αναφέρονται οι εκπαιδευτικοί φυσικής, χημείας, βιολογίας, μαθηματικών, τεχνολογίας, πληροφορικής, μηχανολογίας και γεωπονίας που φτάνει το 31,2%.

Πίνακας 5: Ειδικότητες εκπαιδευτικών ανά κατηγορία				
	Καθηγητές Φ.Α.	Θετικές επιστήμες	Εκπαιδευτικοί καλλιτεχνικών και μουσικής	Εκπαιδευτικοί φιλολογικών – οικιακής οικ. - κοινωνιολογίας
n : απόλυτος αριθμός	40	96	21	152
Ποσοστό (%)	12,7%	31,2%	6,8%	49,4%

Τα αποτελέσματα των γνώσεων που παίρνουν οι μαθητές πάνω σε συγκεκριμένα αντικείμενα είναι στατιστικά σημαντικά. Παρατηρώντας και τις τέσσερις κατηγορίες ανά ειδικότητα του πίνακα 6 μπορούμε να συμπεράνουμε ότι γνώσεις σχετικά με τα παραπάνω αντικείμενα πιστεύουν ότι δίνουν στα παιδιά κυρίως οι κατηγορίες των καθηγητών Φ.Α. και των εκπαιδευτικών φιλολογικών, οικιακής οικονομίας και κοινωνιολογίας. Όπως φαίνεται λοιπόν από τον πίνακα για αντικείμενα όπως η αποφυγή ατυχημάτων, οι καθηγητές Φ.Α. πιστεύουν ότι μεταφέρουν γνώσεις στους μαθητές σε ποσοστό 66,7% μεγαλύτερο από τις άλλες ειδικότητες, όπως και οι ορθές επιλογές τροφίμων και ποτών όπου οι καθηγητές Φ.Α. έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό 82,1%. Όσον αφορά στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση οι καθηγητές Φ.Α. πιστεύουν ότι μεταφέρουν γνώσεις σχετικά με αυτήν στους μαθητές σε ποσοστό 48,7%, έχοντας σημαντική διαφορά από τα ποσοστά των υπόλοιπων εκπαιδευτικών που πιστεύουν ότι προσφέρουν γνώσεις, κάτι που συμβαίνει και στις πρώτες βοήθειες και στην ανάπτυξη του οργανισμού και στην ατομική υγιεινή και στο κάπνισμα και στις ασθένειες μιας μη υγιεινής διατροφής.

Οι εκπαιδευτικοί φιλολογικών, οικιακής οικονομίας και κοινωνιολογίας πιστεύουν σε ποσοστό 71,1% μεγαλύτερο από τις άλλες ειδικότητες ότι μεταδίδουν γνώσεις σχετικά με το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, ενώ σε σημαντικό ποσοστό 68,4% πιστεύουν ότι μεταδίδουν γνώσεις σχετικά με τις ορθές επιλογές τροφίμων και ποτών. Σχετικά με το κάπνισμα σε ποσοστό 71,1% και σχετικά με τις ασθένειες μιας μη υγιεινής διατροφής σε ποσοστό 63,8% έχουν επίσης υψηλά ποσοστά οι εκπαιδευτικοί φιλολογικών, οικιακής οικονομίας και κοινωνιολογίας. Όσον αφορά στην αποφυγή του ιού HIV και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα πιστεύουν ότι προσφέρουν γνώσεις σε μεγαλύτερο ποσοστό από άλλες ειδικότητες, οι εκπαιδευτικοί των θετικών επιστημών. Κάτι ανάλογο συμβαίνει και στην ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη για την οποία μεταφέρουν γνώσεις στους μαθητές σε ποσοστό 33,3% οι εκπαιδευτικοί των θετικών επιστημών, ενώ οι υπόλοιπες ειδικότητες σπάνια την σχολιάζουν, καθώς τα ποσοστά είναι 7,7% για τους καθηγητές Φ.Α., 4,8% για την ειδικότητα καλλιτεχνικών θεμάτων και 22,4% για τους φιλολόγους-οικιακής οικονομίας-κοινωνιολόγους.

Πίνακας 6: Γνώσεις που παίρνουν οι μαθητές πάνω σε συγκεκριμένα αντικείμενα ανά ειδικότητα ερωτώμενων					
Πιστεύουν ότι παίρνουν γνώσεις οι μαθητές	Καθηγητές Φ.Α. n(%)	Θετικές επιστήμες n(%)	Εκπαιδευτικοί καλλιτεχνικών και μουσικής n(%)	Εκπαιδευτικοί φιλολογικών – οικιακής οικ. - κοινωνιολογίας n(%)	P-value
Αποφυγή ατυχημάτων	26(66,7%)	38(39,6%)	5(23,8%)	74(48,7%)	0,005
Αλκοόλ-ναρκωτικά	26(66,7%)	56(58,3%)	7(33,3%)	108(71,1%)	0,004
Επιλογές τροφίμων-ποτών	32(82,1%)	52(54,2%)	4(19,0%)	104(68,4%)	<0,001
Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση	19(48,7%)	6(6,3%)	2(9,5%)	8(5,3%)	<0,001
Πρώτες βοήθειες	25(64,1%)	10(10,4%)	0(0,0%)	21(13,8%)	<0,001
Ανάπτυξη οργανισμού	28(71,8%)	40(41,7%)	3(14,3%)	43(28,3%)	<0,001
Αποφυγή HIV	8(20,5%)	42(43,8%)	1(4,8%)	50(32,9%)	0,002
Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	5(12,8%)	35(36,5%)	0(0,0%)	34(22,4%)	0,001
Ατομική υγιεινή	33(84,6%)	50(52,1%)	8(38,1%)	88(57,9%)	0,001
Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη	3(7,7%)	32(33,3%)	1(4,8%)	34(22,4%)	0,002
Κάπνισμα	35(89,7%)	65(67,7%)	6(28,6%)	108(71,1%)	<0,001
Ασθένειες μη υγιεινής διατροφής	30(76,9%)	48(50,0%)	5(23,8%)	97(63,8%)	<0,001
Προφύλαξη από τον καρκίνο δέρματος	19(48,7%)	52(54,2%)	3(14,3%)	60(39,5%)	0,004

Από τα δεδομένα του πίνακα 7 μπορεί να γίνει σύγκριση μεταξύ των εκπαιδευτικών που συμμετέχουν σε προγράμματα Αγωγής Υγείας και των εκπαιδευτικών που δεν συμμετέχουν σε τέτοιοι είδους προγράμματα, σχετικά με τις γνώσεις που πιστεύουν ότι παίρνουν οι μαθητές τους κατά την ώρα διδασκαλίας. Όσοι από τους εκπαιδευτικούς συμμετέχουν σε προγράμματα Αγωγής Υγείας, στον πίνακα αποτυπώνεται να έχουν ελάχιστη διαφορά υπέρ τους σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που δε συμμετέχουν σχετικά με τις γνώσεις που πιστεύουν ότι δίνουν στους μαθητές κατά τη διδασκαλία, όσον αφορά στην αποφυγή ατυχημάτων, στον εθισμό στο αλκοόλ και στα ναρκωτικά, στις ορθές επιλογές τροφίμων και ποτών, στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, στην αποφυγή του ιού του HIV, στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, στην ατομική υγιεινή, στην ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, στο κάπνισμα, στις ασθένειες που μπορεί να προκύψουν από μια μη υγιεινή διατροφή και στις προφυλάξεις που πρέπει να παίρνουν οι μαθητές από τον καρκίνο του δέρματος λόγω της ηλιακής έκθεσης. Γενικά οι γνώσεις που πιστεύουν πως μεταδίδουν στους μαθητές τους οι εκπαιδευτικοί που συμμετέχουν σε προγράμματα Αγωγής Υγείας δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τις γνώσεις που πιστεύουν ότι μεταδίδουν οι εκπαιδευτικοί που δεν λαμβάνουν μέρος σε τέτοιου είδους προγράμματα.

Μάλιστα οι εκπαιδευτικοί που δεν λαμβάνουν μέρος σε προγράμματα πιστεύουν σε ποσοστό 76%, έναντι του 70% για τους εκπαιδευτικούς που συμμετέχουν, ότι μεταδίδουν γνώσεις σχετικά με τον εθισμό στο αλκοόλ και στα ναρκωτικά στους μαθητές τους. Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται να υπάρχει κυρίως στις γνώσεις για τις Πρώτες βοήθειες, όπου οι εκπαιδευτικοί που συμμετέχουν σε προγράμματα Α.Υ. φαίνεται να πιστεύουν ότι μεταδίδουν στους μαθητές τους σε μεγαλύτερο ποσοστό (55,6%) από ότι οι άλλοι εκπαιδευτικοί (30,5%). Κάτι τέτοιο δηλώνει ότι οι εκπαιδευτικοί που συμμετέχουν σε προγράμματα για την υγεία ενδιαφέρονται περισσότερο για τις Πρώτες βοήθειες, κρίνοντας τις ως πιο βασικές γνώσεις για τους μαθητές από τους άλλους εκπαιδευτικούς και γι' αυτό το λόγο προσπαθούν περισσότερο να τις μεταδώσουν. Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται επιπλέον σχετικά με τη μετάδοση γνώσεων που αφορούν στην ανάπτυξη του οργανισμού, όπου $p < 0,05$ και οι εκπαιδευτικοί που συμμετέχουν σε προγράμματα για την υγεία ενδιαφέρονται περισσότερο να μεταδώσουν τις γνώσεις αυτές στους μαθητές τους, από ότι οι εκπαιδευτικοί που δε συμμετέχουν. Εμφανίζεται ποσοστό 66,7% των εκπαιδευτικών που συμμετέχουν να πιστεύει ότι μεταδίδει γνώσεις στους μαθητές σχετικά με την ανάπτυξη του οργανισμού και 46,7% των εκπαιδευτικών που δεν συμμετέχουν να πιστεύει ότι μεταδίδει γνώσεις στο ίδιο αντικείμενο.

Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται επιπλέον σχετικά με τη μετάδοση γνώσεων που αφορούν στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Οι εκπαιδευτικοί που συμμετέχουν σε

προγράμματα για την υγεία εκφράζουν την αντίληψη ότι μεταδίδουν τις γνώσεις αυτές στους μαθητές τους σε ποσοστό 33,3% έναντι του 19,1%, των εκπαιδευτικών που δε συμμετέχουν.

Πίνακας 7: Γνώσεις που παίρνουν οι μαθητές πάνω σε συγκεκριμένα αντικείμενα από τους εκπαιδευτικούς Δ/μιας που συμμετέχουν και δεν συμμετέχουν σε προγράμματα Αγωγής Υγείας			
Πιστεύουν ότι παίρνουν γνώσεις οι μαθητές	Συμμετέχοντες	Μη συμμετέχοντες	p-value
	n(%)		
Αποφυγή ατυχημάτων	36 (66,7%)	160 (65,0%)	0,820
Αλκοόλ-ναρκωτικά	38 (70,4%)	188 (76,4%)	0,350
Επιλογές τροφίμων-ποτών	43 (79,6%)	191 (77,6%)	0,750
Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση	18 (33,3%)	47 (19,1%)	0,022
Πρώτες βοήθειες	30 (55,6%)	75 (30,5%)	<0,001
Ανάπτυξη οργανισμού	36 (66,7%)	115 (46,7%)	0,008
Αποφυγή HIV	35 (64,8%)	151 (61,4%)	0,638
Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	38 (70,4%)	148 (60,2%)	0,162
Ατομική υγιεινή	46 (85,2%)	198 (80,5%)	0,422
Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη	37 (68,5%)	162 (65,9%)	0,707
Κάπνισμα	47 (87,0%)	204 (82,9%)	0,459
Ασθένειες μη υγιεινής διατροφής	46 (85,2%)	192 (78,0%)	0,241
Προφύλαξη από τον καρκίνο δέρματος	44 (81,5%)	190 (77,2%)	0,495

Από τον πίνακα 8 τα δεδομένα που είναι στατιστικά σημαντικά είναι οι επαρκείς γνώσεις που θεωρούν ότι διαθέτουν οι εκπαιδευτικοί σχετικά με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, τις πρώτες βοήθειες και την ανάπτυξη του οργανισμού. Η ειδικότητα των καθηγητών Φ.Α. πιστεύει ότι διαθέτει επαρκείς γνώσεις σχετικά με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε ποσοστό 84,6% μεγαλύτερο από όλες τις άλλες ειδικότητες, ενώ η ειδικότητα των μουσικών και των καλλιτεχνικών θεμάτων πιστεύει σε αμέσως μικρότερο ποσοστό 23,8% ότι διαθέτει επαρκείς γνώσεις σχετικά με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Το ποσοστό των καθηγητών Φ.Α. που θεωρεί ότι έχει επαρκείς γνώσεις για να διδάξει τις πρώτες βοήθειες φτάνει το 82,1% και είναι κατά πολύ μεγαλύτερο από τις υπόλοιπες ειδικότητες. Για τα θέματα της ανάπτυξης του οργανισμού, η ειδικότητα των καθηγητών Φ.Α. κρίνει ότι έχει επαρκείς γνώσεις σε ποσοστό ακόμα μεγαλύτερο 87,2%, ενώ και οι υπόλοιπες ειδικότητες θεωρούν ότι έχουν ικανοποιητικό επίπεδο ώστε να διδάξουν το συγκεκριμένο αντικείμενο, συγκεκριμένα το

58,3% των εκπαιδευτικών θετικών επιστημών, το 38,1% των εκπαιδευτικών καλλιτεχνικών θεμάτων και το 40,1% των εκπαιδευτικών φιλολογικών, οικιακής οικονομίας και κοινωνιολογίας.

Το μεγαλύτερο ποσοστό όλων των ειδικοτήτων πιστεύει ότι έχει επαρκείς γνώσεις για να διδάξει σχετικά με τις ορθές επιλογές τροφίμων και ποτών. Το 89,7% των καθηγητών Φ.Α. έχει πιθανότητα να έχει επαρκείς γνώσεις πάνω στις ορθές επιλογές τροφίμων και ποτών και το 82,2% των φιλόλογων, οικιακής οικονομίας και κοινωνιολογίας και σε ποσοστό 70,8% οι εκπαιδευτικοί θετικών επιστημών.

Πίνακας 8: Γνώσεις που θεωρούν ότι έχουν οι εκπαιδευτικοί πάνω σε συγκεκριμένα αντικείμενα ανά ειδικότητα ερωτώμενων					
Γνώσεις που θεωρούν ότι έχουν οι εκπαιδευτικοί	Καθηγητές Φ.Α. n(%)	Θετικές επιστήμες n(%)	Εκπαιδευτικοί καλλιτεχνικών και μουσικής n(%)	Εκπαιδευτικοί φιλολογικών – οικιακής οικ. - κοινωνιολογίας n(%)	P-value
Αποφυγή ατυχημάτων	30(76,9%)	63(65,6%)	13(61,9%)	98(64,5%)	0,495
Αλκοόλ-ναρκωτικά	28(71,8%)	73(76,0%)	14(66,7%)	119(78,3%)	0,611
Επιλογές τροφίμων-ποτών	35(89,7%)	68(70,8%)	14(66,7%)	125(82,2%)	0,026
Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση	33(84,6%)	16(16,7%)	5(23,8%)	19(12,5%)	<0,001
Πρώτες βοήθειες	32(82,1%)	33(34,4%)	6(28,6%)	41(27,0%)	<0,001
Ανάπτυξη οργανισμού	34(87,2%)	56(58,3%)	8(38,1%)	61(40,1%)	<0,001
Αποφυγή HIV	22(56,4%)	67(69,8%)	12(57,1%)	93(61,2%)	0,369
Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	27(69,2%)	65(67,7%)	12(57,1%)	90(59,2%)	0,422
Ατομική υγιεινή	34(87,2%)	77(80,2%)	15(71,4%)	126(82,9%)	0,464
Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη	24(61,5%)	67(69,8%)	13(61,9%)	103(67,8%)	0,765
Κάπνισμα	35(89,7%)	82(85,4%)	14(66,7%)	128(84,2%)	0,120
Ασθένειες μη υγιεινής διατροφής	33(84,6%)	76(79,2%)	15(71,4%)	122(80,3%)	0,677
Προφύλαξη από τον καρκίνο δέρματος	31(79,5%)	81(84,4%)	14(66,7%)	114(75,0%)	0,197

3.1.2 Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Σχολικών Μονάδων

Στο πίνακα 9.1 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά της σχολικής μονάδας σχετικά με την προώθηση της υγιεινής και της φυσικής αγωγής, όπως σε αυτά αναφέρθηκαν οι διευθυντές των σχολείων. Σχολιάστηκαν λοιπόν οι αντιλήψεις των διευθυντών των σχολείων σχετικά με τα θέματα υγιεινής και προώθησης της φυσικής αγωγής. Το 63,3% των σχολικών μονάδων δεν διαθέτει αντιπροσωπευτική επιτροπή που να επιτηρεί τουλάχιστον 2 φορές το χρόνο την πολιτική σχολικής υγείας, όπως φαίνεται στον πίνακα 9.1. Μόνο σε ποσοστό 18,2% αναφέρθηκε ότι υπάρχει επιτροπή σχολικής υγείας στις σχολικές μονάδες. Ως αντιπροσωπευτική επιτροπή εννοούμε αντιπροσώπους από τα μέλη της σχολικής κοινότητας, όπως γονείς, μαθητές, καθηγητές, διευθυντές, το προσωπικό υπηρεσίας τροφίμων και πιθανή νοσοκόμα.

Το 86,4% των σχολικών μονάδων συμφώνησαν ότι διαθέτουν επαρκή προαύλιο χώρο στους μαθητές τους, σύμφωνα με τον αριθμό αυτών. Το 40,9% των σχολικών μονάδων έχει πιθανότητα να μην παρέχει τη δυνατότητα κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων να διατίθενται μπάλες στους μαθητές επειδή δεν το επιτρέπουν οι κανονισμοί του σχολείου. Οι κανονισμοί απαγορεύουν τις μπάλες κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων κυρίως επειδή ο προαύλιος χώρος είναι περιορισμός και δεν είναι ασφαλές για τους μαθητές να παίζουν μπάλα την ίδια ώρα που οι υπόλοιποι μαθητές έχουν διάλειμμα. Το υπόλοιπο 40,9% των σχολικών μονάδων υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει αρκετός χρόνος κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων, καθώς το πρώτο διάλειμμα διαρκεί 5 λεπτά και τα υπόλοιπα 10 λεπτά, κάτι το οποίο δεν επιτρέπει στους μαθητές να παίζουν στα διαλείμματα. Μόνο το 9,1% των σχολείων επιτρέπουν στους μαθητές να παίρνουν μπάλες κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων και το υπόλοιπο 9,1% των σχολείων το επιτρέπουν αλλά όχι όλες τις ημέρες λειτουργίας του σχολείου.

Οι πρακτικές υγιεινής, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των διευθυντών των σχολείων, τηρούνται με ελάχιστα ποσοστά απόκλισης. Το 77,3% των σχολικών μονάδων κρίνουν ότι έχουν χωριστές και καθαρές τουαλέτες και το 22,7% αντίστοιχα, να μην έχουν χωριστές και καθαρές τουαλέτες και το 18,2% δεν διαθέτει κατάλληλο εξοπλισμό Πρώτων βοηθειών.

Πίνακας 9.1: Χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη σχολική μονάδα και τον τρόπο που προωθεί την Υγιεινή και την Φυσική Αγωγή						
	Όχι δεν διαθέτει n(%)	Υπάρχει αλλά δεν επιτηρεί 2 φορές το χρόνο n(%)	Υπάρχει αλλά δεν είναι επαρκής n(%)		Ναι διαθέτει n(%)	
Υπάρχει Αντιπροσωπευτική επιτροπή που επιτηρεί τουλάχιστον 2 φορές το χρόνο την πολιτική σχολικής υγείας	14(63,6)	2(9,1)	2(9,1)		4 (18,2)	
Παρέχει στους μαθητές επαρκή προαύλιο χώρο	3(13,6)	-	-		19(86,4)	
	Όχι δεν παρέχει λόγω των κανονισμών n(%)	Όχι επειδή ο χρόνος διαλειμμάτων δεν είναι αρκετός n(%)	Ναι αλλά δεν παρέχει κάθε μέρα n(%)		Ναι παρέχει n(%)	
Παρέχει τουλάχιστον 20 λεπτά στο σύνολο των διαλειμμάτων όπου και δίνονται μπάλες	9(40,9)	9(40,9)	2(9,1)		2(9,1)	
	Το πάτωμα δεν γλιστράει και δεν αποκολλώνται υλικά n(%)	Επικίνδυνα καθαριστικά είναι απομονωμένα n(%)	Απαραίτητος εξοπλισμός Πρώτων Βοηθειών n(%)	Καλά φωτισμένοι χώροι και μηχανισμοί πυρόσβεσης n(%)	Καλός αερισμός/ υγιεινή αιθουσών n(%)	Καθαρές/χωριστές τουαλέτες n(%)
Τηρούνται οι πρακτικές υγιεινής από τις σχολικές μονάδες	21(95,5)	21(95,5)	18(81,8)	20(90,9)	22(100,0)	17(77,3)



Σχήμα 3.1.2.9.1: Αντιλήψεις των διευθυντών των σχολείων (σε ποσοστά) για το εάν υπάρχει αντιπροσωπευτική επιτροπή σχολικής υγείας στα σχολεία.

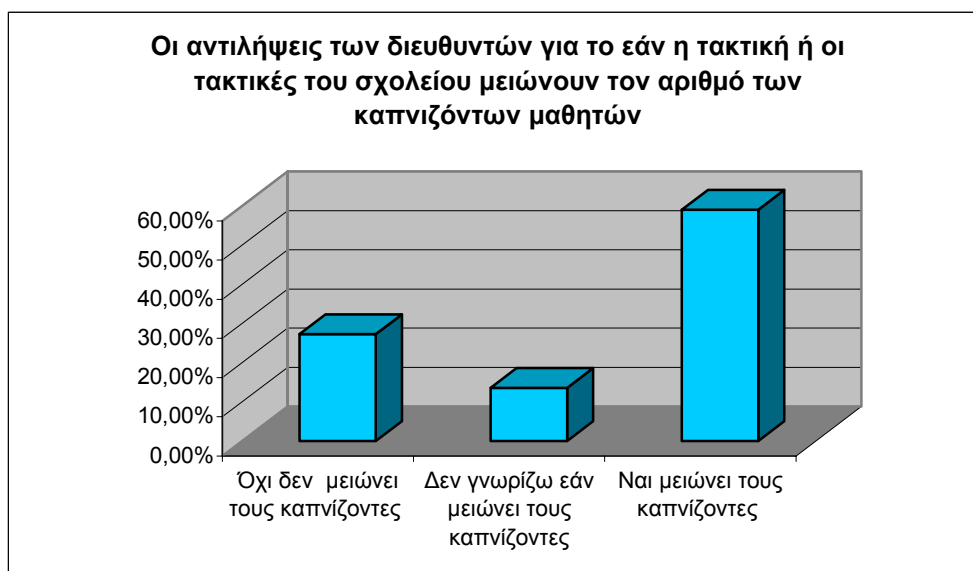
Στο πίνακα 9.2 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά της σχολικής μονάδας σχετικά με την προώθηση της αντικαπνιστικής αγωγής, όπως σε αυτά αναφέρθηκαν οι διευθυντές των σχολείων. Σχολιάστηκαν και με αυτές τις ερωτήσεις οι αντιλήψεις των διευθυντών των σχολείων σχετικά με τα θέματα που άπτονται της αντικαπνιστικής αγωγής. Στην προσπάθεια οι μαθητές να αποκτήσουν αμυντικούς μηχανισμούς που θα τους αποθαρρύνουν από το να καταφύγουν στο κάπνισμα, το σχολείο ακολουθεί τις τακτικές που ακολουθούν. Σε όλες τις σχολικές μονάδες απαγορεύεται η διαφήμιση και η παρουσίαση εμπορικών λογοτύπων καπνοβιομηχανιών. Οι παραβάσεις που αφορούν το κάπνισμα αντιμετωπίζονται κυρίως με μεμονωμένες υποδείξεις σε ποσοστό 86,4%, δηλαδή γίνεται προσέγγιση του μαθητή από τον διδάσκοντα. Σε μικρότερο ποσοστό (77,3%) ενημερώνονται οι γονείς, ώστε να αντιμετωπιστεί πιο συλλογικά το πρόβλημα το εφήβου και το 72,7% των σχολείων υπάρχει πιθανότητα σύμφωνα με το δείγμα της έρευνας να παραπέμψει τον μαθητή στο διευθυντή. Το 68,2% των σχολικών μονάδων πιστεύει ότι ο τρόπος αντιμετώπισης των παραβάσεων στη σχολική μονάδα έχει αποτέλεσμα.

Όσον αφορά στην προσπάθεια απομάκρυνσης των μαθητών από τον εθισμό που προκαλεί το τσιγάρο ο διδάσκων προσεγγίζει επίσης το μαθητή που έχει παρατηρηθεί ότι καπνίζει στο σχολικό χώρο, σε ποσοστό 81,8%. Αμέσως μετά έρχεται η πιθανότητα (68,2%) να συζητηθεί το πρόβλημα μαζί με τον ή τους κηδεμόνα/ες του μαθητή. Η πιθανότητα να επισκεφθεί νοσηλεύτρια το σχολείο ή κάποιος επισκέπτης υγείας και να μιλήσει στους μαθητές είναι πολύ σπάνια (13,6%). Η προσπάθεια που γίνεται από τη σχολική μονάδα για να απομακρυνθούν οι μαθητές από το κάπνισμα, εφαρμόζοντας τις τακτικές προαναφέρθηκαν,

πιστεύουν οι διευθυντές σε ποσοστό 59,1% ότι είναι πιθανό να φέρει κάποιο αποτέλεσμα και να μειώσει τον αριθμό των καπνίζόντων μαθητών.



Σχήμα 3.1.2.9.2.1: Αντιλήψεις των διευθυντών των σχολείων (σε ποσοστά) για τις σχολικές τακτικές με τις οποίες απομακρύνονται οι καπνίζοντες μαθητές από το κάπνισμα.



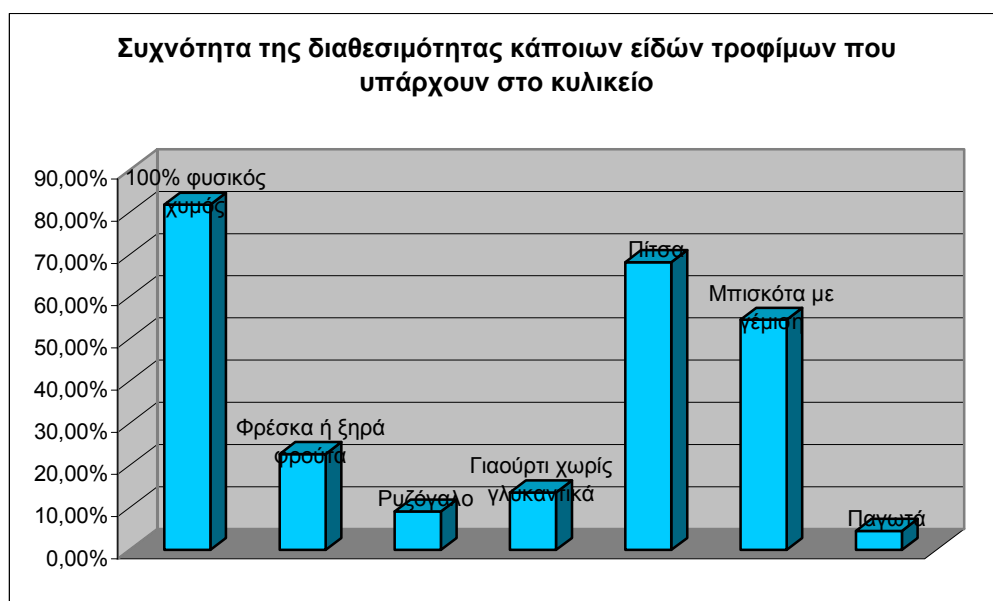
Σχήμα 3.1.2.9.2.2: Αντιλήψεις των διευθυντών των σχολείων (σε ποσοστά) για την αποτελεσματικότητα των τακτικών των σχολείων με τις οποίες απομακρύνονται οι καπνίζοντες μαθητές από το κάπνισμα.

Πίνακας 9.2: Χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη σχολική μονάδα και τον τρόπο που προωθεί την Αντικαπνιστική Αγωγή						
	Της βοήθειας νοσηλεύτριας ή επισκέπτη υγείας n(%)	Της συζήτησης με γονείς n(%)	Της εξατομικευμένης προσέγγισης από διδάσκοντα n(%)	Όχι δεν βοηθάει n(%)		
Το σχολείο βοηθάει τους μαθητές που καπνίζουν να απομακρυνθούν από το κάπνισμα μέσω:	3(13,6)	15(68,2)	18(81,8)	0(0,0)		
Η τακτική απομάκρυνσης μειώνει τον αριθμό των καπνιζόντων	Όχι δεν μειώνει τους καπνίζοντες n(%)	Δεν γνωρίζω εάν μειώνει τους καπνίζοντες n(%)		Ναι μειώνει τους καπνίζοντες n(%)		
	6(27,3)	3(13,6)		13(59,1)		
				Ναι απαγορεύει n(%)		
Απαγορεύει τη διαφήμιση και την παρουσίαση εμπορικών λογοτύπων καπνοβιομηχανιών				22(100,0)		
	Μεμονωμένη /ες υποδείξεις n(%)	Παροχή εκπαίδευσης n(%)	Παραπομπή στο διευθυντή n(%)	Παρακολούθηση και βαρύτατες συνέπειες n(%)	Ενημέρωση γονέων n(%)	
Τρόποι χειρισμού των παραβάσεων που αφορούν το κάπνισμα από το σχολείο	19(86,4)	15(68,2)	16(72,7)	7(31,8)	17(77,3)	
Η διαχείριση των παραβάσεων που αφορούν το κάπνισμα έχει αποτέλεσμα	Όχι δεν έχει n(%)	7(31,8)				
	Ναι έχει n(%)	15(68,2)				

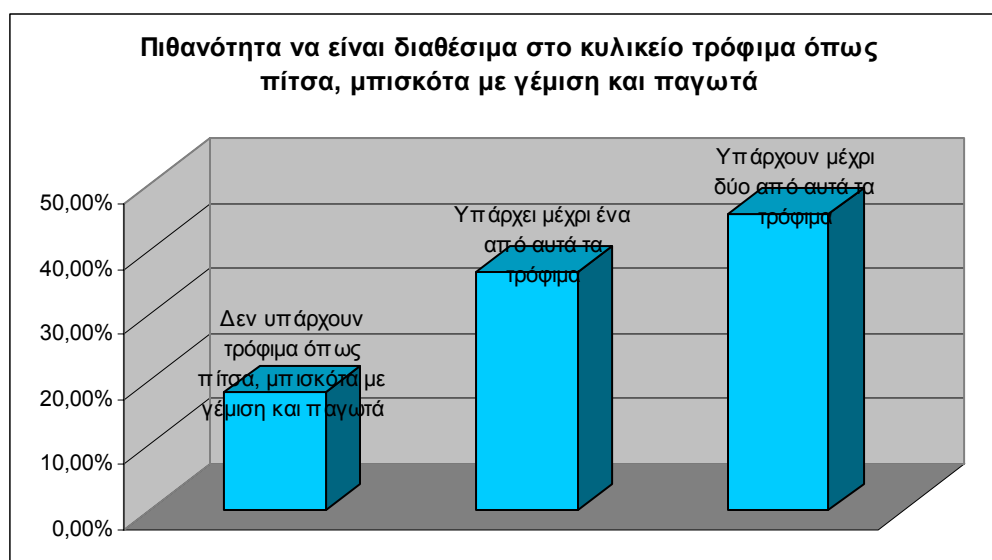
Οι πληροφορίες του πίνακα 10 συλλέχθηκαν από τους ιδιοκτήτες κυλικείων που εργάζονταν σε κάθε σχολική μονάδα. Αυτόματα μηχανήματα δεν αναφέρθηκε ότι υπάρχουν σε καμία από τις σχολικές μονάδες που ερωτήθηκαν. Τα τρόφιμα που βρέθηκε να υπάρχουν διαθέσιμα στο κυλικείο για τους μαθητές είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό (81,8%) 100% φυσικός

χυμός και με μικρότερη πιθανότητα (68,2%) πίτσα και μπισκότα με γέμιση (54,5%). Ενώ η διαπίστωση ότι σε μια σχολική μονάδα οι μαθητές μπορούσαν να αγοράσουν και παγωτό από το κυλικείο έγινε κατόπιν παρατήρησης, αφού τους είδαμε να κρατάν παγωτό μέσα στο σχολείο μετά το σχόλασμα. Σε μεγαλύτερο ποσοστό (72,7%) ο ιδιοκτήτης κυλικείου ισχυρίζεται ότι προμηθεύει το σχολείο και με λιγότερο θρεπτικά τρόφιμα. Επιπλέον το 90,9% των ιδιοκτητών κυλικείου ισχυρίστηκαν ότι γνωρίζουν τις οδηγίες του Ενιαίου Φορέα Ελέγχου Τροφίμων που ισχύουν για τα κυλικεία των σχολικών μονάδων.

Η πιθανότητα να μην υπάρχουν τρόφιμα, όπως πίτσα, μπισκότα με γέμιση και παγωτά, στα κυλικεία των σχολείων, από τα οποία πήραμε δείγμα, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ιδιοκτητών κυλικείων, είναι 18,2%. Η πιθανότητα να υπάρχει ένα από αυτά τα τρόφιμα (πίτσα, μπισκότα με γέμιση, παγωτά) είναι 36,4% και η πιθανότητα να υπάρχουν δύο από αυτά τα τρόφιμα διαθέσιμα στο κυλικείο είναι 45,5%, κάτι το οποίο δηλώνει ότι δεν ακολουθούνται οι οδηγίες του ΕΦΕΤ.



Σχήμα 3.1.2.10.1: Η συχνότητα της διαθεσιμότητας κάποιων βασικών τροφίμων του σχολικού κυλικείου.



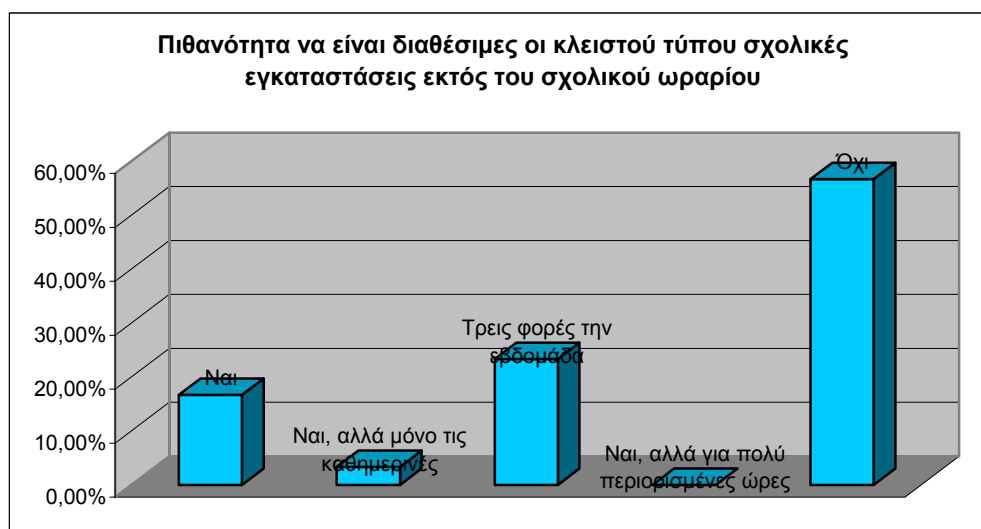
Σχήμα 3.1.2.10.2: Η πιθανότητα να είναι διαθέσιμα στο κυλικείο τρόφιμα που δεν επιτρέπονται από τον Ε.Φ.Ε.Τ .

Πίνακας 10: Χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη λειτουργία του κυλικείου							
	100% φυσικός χυμός n(%)	Φρέσκα ή ξηρά φρούτα n(%)	Ρυζόγαλο n(%)	Γιαούρτι χωρίς γλυκαντικά n(%)	Πίτσα n(%)	Μπισκότα με γέμιση n(%)	Παγωτά n(%)
Τρόφιμα που υπάρχουν στο κυλικείο	18(81,8)	5(22,7)	2(9,1)	3(13,6)	15(68,2)	12(54,5)	1(4,5)
	Ο ιδιοκτήτης κυλικείου ισχυρίζεται ότι το σχολείο παρέχει και λιγότερο θρεπτικά τρόφιμα			Ο ιδιοκτήτης κυλικείου ισχυρίζεται ότι το σχολείο παρέχει αποκλειστικά θρεπτικά τρόφιμα			
n(%)	16(72,7)			6(27,3)			
Ο ιδιοκτήτης κυλικείου γνωρίζει τον οδηγό υγιεινής του ΕΦΕΤ	Ναι, γνωρίζει τις οδηγίες του ΕΦΕΤ n(%)			Όχι, δεν γνωρίζει τις οδηγίες του ΕΦΕΤ n(%)			
	20(90,9)			2(9,1)			
Πιθανότητα να ακολουθεί ένα κυλικείο τις οδηγίες του ΕΦΕΤ	Δεν υπάρχουν τρόφιμα όπως πίτσα, μπισκότα με γέμιση και παγωτά						
	18,2						
Πιθανότητα να μην ακολουθεί ένα κυλικείο τις οδηγίες του ΕΦΕΤ	Υπάρχει μέχρι ένα τρόφιμο, όπως πίτσα, μπισκότα με γέμιση και παγωτά			Υπάρχουν μέχρι δύο τρόφιμα, όπως πίτσα, μπισκότα με γέμιση και παγωτά			
	36,4			45,5			

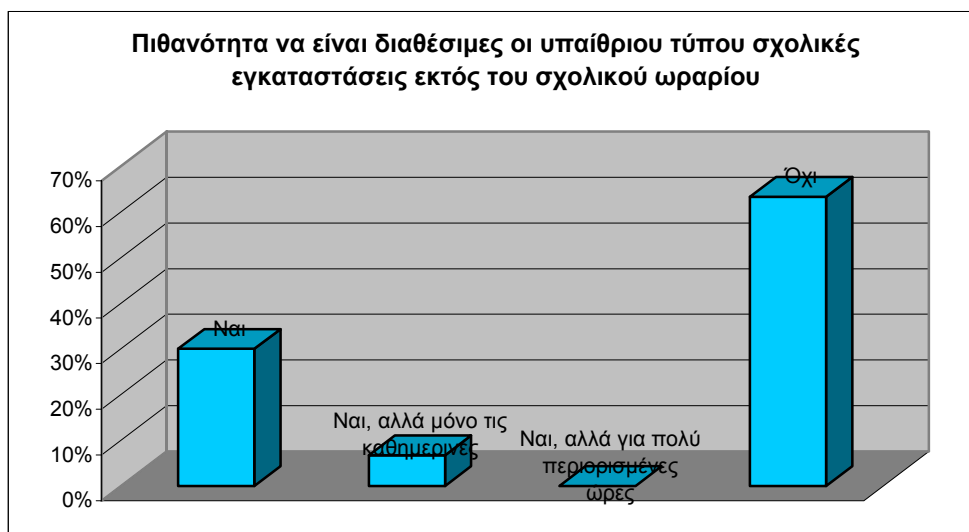
Στον μεγαλύτερο αριθμό των σχολικών μονάδων από τις οποίες πήραμε δείγμα φαίνεται, σύμφωνα με τον πίνακα 11 (σε ποσοστό 70%), ότι οι υπαίθριες υποδομές είναι διαθέσιμες για δραστηριότητες εκτός του προγράμματος φυσικής αγωγής, ενώ στις μισές από αυτές είναι

διαθέσιμες οι κλειστές υποδομές. Αναφέροντας τις δραστηριότητες εκτός προγράμματος εννοούμε την προετοιμασία των μαθητών για σχολικούς και μαθητικούς αγώνες η οποία πραγματοποιείται σε ώρες εκτός του προγράμματος της φυσικής αγωγής. Σε ποσοστό 63,3% τα μαθήματα της γυμναστικής δεν ακυρώνονται, άρα σε περίπτωση που οι καιρικές συνθήκες δεν το επιτρέπουν και στο σχολείο δεν υπάρχουν κλειστές εγκαταστάσεις, το μάθημα της γυμναστικής γίνεται μέσα στην τάξη. Ένα ποσοστό 36,7% των καθηγητών φυσικής αγωγής αναφέρει ότι υπάρχει κίνδυνος για την ασφάλεια των μαθητών την ώρα που κάνουν το μάθημα της φυσικής αγωγής, λόγω έλλειψης επαρκή χώρου στο προαύλιο.

Ένα σημαντικό ποσοστό καθηγητών φυσικής αγωγής (46,7%) αναφέρει ότι οι μαθητές δεν μπορούν να συμμετέχουν στις δραστηριότητες εκτός του προγράμματος της φυσικής αγωγής, για παράδειγμα σε διοργανώσεις αγώνων σε σχολικά πρωταθλήματα ή σε πανελλήνιους αγώνες. Για να διερευνηθεί το ποσοστό της διαθεσιμότητας των εγκαταστάσεων της σχολικής μονάδας για δραστηριότητες των μαθητών που ανήκουν σε ομάδες εντός ή και εκτός των σχολικών πλαισίων, ζητήθηκε η άποψη των καθηγητών φυσικής αγωγής για τις κλειστές και υπαίθριες εγκαταστάσεις. Διαπιστώθηκε ότι οι υπαίθριες εγκαταστάσεις δεν είναι διαθέσιμες για δραστηριότητες των μαθητών εκτός των ωρών λειτουργίας του σχολείου σε ποσοστό 63,3%. Οι κλειστές εγκαταστάσεις δεν είναι διαθέσιμες για τις δραστηριότητες εκτός των ωρών λειτουργίας του σχολείου σε ποσοστό 56,7%, ενώ σε ένα ποσοστό 23,3% είναι ανοικτές για την προπόνηση των παιδιών τρεις φορές την εβδομάδα.



Σχήμα 3.1.2.11.1: Η πιθανότητα να είναι διαθέσιμες οι κλειστού τύπου εγκαταστάσεις και εκτός του σχολικού ωραρίου.



Σχήμα 3.1.2.11.2: Η πιθανότητα να είναι διαθέσιμες οι υπαίθριου τύπου εγκαταστάσεις και εκτός του σχολικού ωραρίου.

Σε όλες τις σχολικές μονάδες που ερωτήθηκαν απαγορεύεται η χρήση της σωματικής άσκησης και του αποκλεισμού από το μάθημα της γυμναστικής ως τιμωρία, καθώς δε λειτουργεί παιδαγωγικά. Παρόλη την έλλειψη δυνατοτήτων δραστηριοποίησης των μαθητών εκτός των προγράμματος της φυσικής αγωγής, το 90-100% των μαθητών αναφέρονται, σύμφωνα με τους καθηγητές φυσικής αγωγής, να είναι δραστήριοι στο 50% των περιπτώσεων, το 70-90% των μαθητών στο 40% των περιπτώσεων και μόνο το 6,7% των περιπτώσεων αναφέρει ότι συμμετέχει ποσοστό λιγότερο του 60% των μαθητών.

Πίνακας 11: Χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη λειτουργία του γυμναστηρίου και της φυσικής δραστηριότητας στο σχολικό χώρο							
		Ναι, οι κλειστές υποδομές n(%)		Ναι, οι υπαίθριες υποδομές n(%)			
Οι υποδομές είναι διαθέσιμες και για δραστηριότητες εκτός προγράμματος		15(50,0)		21(70,0)			
Τα μαθήματα γυμναστικής δεν ακυρώνονται λόγω καιρικών συνθηκών	Ναι n(%)	19(63,3)					
	Όχι n(%)	11(36,7)					
Στις ώρες του μαθήματος γυμναστικής δεν υπάρχει κίνδυνος για την ασφάλεια των μαθητών	Ναι n(%)	19(63,3)					
	Όχι n(%)	11(36,7)					
Όλοι οι ενδιαφερόμενοι μαθητές μπορούν να συμμετέχουν σε άλλες δραστηριότητες φυσικής αγωγής	Ναι n(%)	16(53,3)					
	Όχι n(%)	14(46,7)					
Μπορούν οι μαθητές να χρησιμοποιούν τις κλειστές εγκαταστάσεις του σχολείου και εκτός των ωρών λειτουργίας του		Ναι n(%)	Ναι μόνο τις καθημερινές n(%)	Τρεις φορές την εβδομάδα n(%)	Ναι είναι διαθέσιμες αλλά για πολύ περιορισμένες ώρες n(%)	Όχι n(%)	
		5(16,7)	1(3,3)	7(23,3)	0(0,0)	17(56,7)	
Μπορούν οι μαθητές να χρησιμοποιούν τις υπαίθριες εγκαταστάσεις του σχολείου και εκτός των ωρών λειτουργίας του		Ναι n(%)	Ναι μόνο τις καθημερινές n(%)	Ναι είναι διαθέσιμες αλλά για πολύ περιορισμένες ώρες n(%)		Όχι n(%)	
		9(30,0)	2(6,7)	0(0,0)		19(63,3)	
Το ποσοστό των μαθητών που συμμετέχει στο μάθημα της φυσικής αγωγής ενεργά		90-100%		70-90%		60-70%	<60%
		15(50,0)		12(40,0)		1(3,3)	2(6,7)

3.2 Συσχετίσεις

Όπως διαπιστώνεται από τον πίνακα 12, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της συμμετοχής του σχολείου σε προγράμματα Αγωγής Υγείας και της αποτελεσματικότητας του τρόπου διαχείρισης των παραβάσεων που αφορούν το κάπνισμα. Δεν παρατηρείται λοιπόν να συσχετίζεται ο τρόπος με τον οποίο η κάθε μια από τις σχολικές μονάδες αντιμετωπίζει τα περιστατικά που σχετίζονται με την αντικαπνιστική πολιτική της και η συμμετοχή της σε προγράμματα Αγωγής Υγείας.

Παρατηρώντας ότι οι σχολικές μονάδες που είτε συμμετέχουν είτε δε συμμετέχουν σε προγράμματα Αγωγής Υγείας σημειώνουν και αποτελεσματική διαχείριση των παραβάσεων που αφορούν το κάπνισμα, δεν μπορούμε να συμπεράνουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

Πίνακας 12: Προγράμματα Αγωγής Υγείας και αποτελεσματικότητα διαχείρισης των παραβάσεων κατά του καπνίσματος				
	Η διαχείριση των παραβάσεων καπνίσματος έχει αποτέλεσμα n(%)	Η διαχείριση των παραβάσεων καπνίσματος δεν έχει αποτέλεσμα n(%)	Σύνολο	P-value
Σχολικές μονάδες που συμμετέχουν σε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας n(%)	11(68,8%)	5(31,3%)	16(72,7%)	0,926
Σχολικές μονάδες που δεν συμμετέχουν σε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας n(%)	4(66,7%)	2(33,3%)	6(27,3%)	

Στον πίνακα 13 συγκρίνεται η σχέση μεταξύ του παράγοντα της συμμετοχής μιας σχολικής μονάδας του δείγματος και κάθε μια από τις τακτικές με τις οποίες η σχολική μονάδα αντιμετωπίζει τα περιστατικά καπνίσματος των μαθητών εντός του σχολικού χώρου. Οι σχολικές μονάδες που δε συμμετέχουν σε προγράμματα Αγωγής Υγείας φαίνεται να

χρησιμοποιούν ως μεθόδους αποτροπής των μαθητών τους από το κάπνισμα, κατά κύριο λόγο τη συζήτηση με τους γονείς των μαθητών με πιθανότητα 83,3% και ως ακόλουθη τακτική αυτή της προσέγγισης του μαθητή από τον καθηγητή με πιθανότητα 83,3%, συγκριτικά με τις σχολικές μονάδες που δήλωσαν ότι συμμετέχουν σε προγράμματα Αγωγής Υγείας. Αντιθέτως, οι σχολικές μονάδες οι οποίες συμμετέχουν σε προγράμματα Αγωγής Υγείας εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα 18,8% συγκριτικά με αυτές που δε συμμετέχουν σε προγράμματα σε τακτικές απομάκρυνσης από το κάπνισμα, όπως αυτή της βοήθειας μέσω κάποιου ειδικού νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας. Αν και τα αποτελέσματα αυτής της συσχέτισης δεν είναι στατιστικά σημαντικά θα μπορούσε να βγει το συμπέρασμα ότι οι σχολικές μονάδες οι οποίες συμμετέχουν σε προγράμματα Αγωγής Υγείας εμφανίζονται πιο πρόθυμες να προσφέρουν την βοήθεια κάποιου ειδικού στα θέματα υγείας.

Πίνακας 13: Προγράμματα Αγωγής Υγείας και τρόποι με τους οποίους το σχολείο βοηθάει τους μαθητές να απομακρυνθούν από το κάπνισμα				
	Μέσω της βοήθειας νοσηλεύτη/τριας ή επισκέπτη υγείας n(%)	Μέσω της συζήτησης με γονείς n(%)	Μέσω της εξατομικευμένης προσέγγισης από διδάσκοντα n(%)	Όχι δεν βοηθάει n(%)
Σχολικές μονάδες που συμμετέχουν σε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας n(%)	3(18,8%)	10(62,5%)	13(81,3%)	0(0,0%)
Σχολικές μονάδες που δεν συμμετέχουν σε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας n(%)	0(0,0%)	5(83,3%)	5(83,3%)	0(0,0%)
P-value	0,254	0,350	0,910	-

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το έναυσμα προς τους επιστήμονες υγείας, να αντιμετωπίσουν με μεγαλύτερο σκεπτικισμό τον τρόπο ζωής του πληθυσμού και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, δόθηκε το 1979, από τη Γενική Αναφορά για την Προαγωγή Υγείας και την Πρόληψη Ασθενειών. Ορίστηκε η Αγωγή ή Εκπαίδευση Υγείας ως μια διαδικασία μάθησης που προάγει την υγεία σε ατομικό ή σε συλλογικό επίπεδο και περιλαμβάνεται μέσα στην έννοια της Προαγωγής Υγείας, ενώ η τελευταία εστιάζει και στο περιβάλλον.

Στην Ελλάδα μέχρι και σήμερα στο αναλυτικό πρόγραμμα των δημοτικών σχολείων δεν προβλέπεται η διδασκαλία κάποιου αυτοτελούς μαθήματος Αγωγής Υγείας που να περιλαμβάνει θέματα διατροφής, σωματικής άσκησης, αποφυγής χρήσης καπνού ή άλλων ναρκωτικών ουσιών. Η Αγωγή Υγείας εντάσσεται στα εκπαιδευτικά πλαίσια, το 1991, όπου και αναγνωρίζεται ένα από τα προαιρετικά μαθήματα και στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση αναγνωρίζεται ως μέρος των σχολικών δραστηριοτήτων το 1992. Οι κύριες αρμοδιότητες της σχολικής υγείας, όπως είναι η κατάρτιση, η παρακολούθηση προγραμμάτων για την παροχή υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, η ψυχοκοινωνική στήριξη των μαθητών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, η εποπτεία του σχολικού περιβάλλοντος από άποψη τήρησης των κανόνων υγείας και η μέριμνα για αρχειοθέτηση των ατομικών στοιχείων κατάστασης υγείας των μαθητών, αναλαμβάνονται σε επίπεδο περιφέρειας από τα Γραφεία Σχολικής Υγείας του Τμήματος Δημόσιας Υγείας.

Η εκπαίδευση υγείας, είναι μια δύσκολη υπόθεση, που υλοποιείται από τα περιφερειακά γραφεία και τον Υπεύθυνο Αγωγής Υγείας, ο οποίος πρέπει να έχει το χαρακτήρα του μεταρρυθμιστή που νιώθει την ανάγκη να αλλάξει το κοινωνικό κατεστημένο και να ωθήσει τους συνεργάτες του εκπαιδευτικούς σε βιωματικά εργαστήρια. Η πιο αποτελεσματική προσέγγιση της πολιτικής υγείας είναι αυτή που θα περιλαμβάνει ολόκληρη τη σχολική κοινότητα (μαθητές, προσωπικό, γονείς, κυβερνητικούς φορείς και μέλη της κοινότητας) και θα την εμπλέκει σε φυσικές, κοινωνικές και πολιτιστικές δραστηριότητες. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο ο Υπεύθυνος Αγωγής Υγείας προωθεί τη συνεργασία των σχολείων με φορείς εξειδικευμένους σε θέματα Αγωγής Υγείας (μη κυβερνητικούς φορείς, Παιδαγωγικό, Ο.Τ.Α).

Τα περισσότερα προγράμματα για την υγεία βασίζονται στην Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης, σύμφωνα με την οποία, το περιβάλλον παρέχει τα κίνητρα και τα αντικίνητρα για την εκδήλωση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς, αλλά και η συμπεριφορά μπορεί να μεταβάλλει τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος, κάτι που αποκαλείται αμοιβαίος καθορισμός

συμπεριφοράς. Τα προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας στοχεύουν στη διαμόρφωση κατάλληλων συνθηκών στο χώρο του σχολείου και της οικογένειας, ώστε να υιοθετήσουν οι μαθητές συγκεκριμένες συμπεριφορές και να περιορισθούν μακροπρόθεσμα οι παράγοντες κινδύνου για σημαντικά νοσήματα της εποχής. Τα κυριότερα νοσήματα που αυξάνουν ολοένα το κόστος νοσηλείας και θεραπείας και αναφέρονται στη συνέχεια, είναι και αυτά που απασχολούν τον τομέα των προγραμμάτων υγείας.

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα, λόγω μη υγιεινών διατροφικών συνηθειών (αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης, αυξημένη πίεση, παχυσαρκίας), έλλειψης σωματικής άσκησης και καπνίσματος έχουν αυξηθεί τα τελευταία 30 χρόνια. Η παχυσαρκία, σύμφωνα με τα δεδομένα του NHANES, έχει τετραπλασιαστεί μεταξύ των ετών 1963-2000 στα παιδιά 6-11 ετών και έχει υπερβεί το τριπλάσιο μεταξύ εφήβων 12-19 χρόνων. Στην Ελλάδα τα υπέρβαρα άτομα ανέρχονται σε ποσοστό 9,1% για τα κορίτσια και 21,7% για τα αγόρια και οι παχύσαρκοι μαθητές ανέρχονται σε 1,2% για τα κορίτσια και 2,5% για τα αγόρια. Ο διαβήτης συνδέεται με 2-4 φορές μεγαλύτερη συχνότητα καρδιαγγειακών νοσημάτων για τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη και 2-6 φορές μεγαλύτερη συχνότητα καρδιακού επεισοδίου. Η υψηλή πίεση αίματος επίσης συνδέεται με τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για καρδιαγγειακό νόσημα και επτά φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για καρδιακό επεισόδιο.

Οι συμπεριφορές διατροφής και φυσικής δραστηριότητας σύμφωνα με τον Boyle και τους συνεργάτες του, οι οποίες καθορίζουν τους δείκτες υγείας, καθορίζονται οι ίδιες από παράγοντες, όπως η σχολική πολιτική, η πολιτική της κοινότητας και οι συμπεριφορές και οι κοινωνικοί κανόνες. Στις συμπεριφορές και στους κοινωνικούς κανόνες ανήκουν οι αξίες και οι αντιλήψεις σχετικά με την υγιεινή διατροφή και σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα, και οι διατροφικές προτιμήσεις και οι πολιτιστικές παραδόσεις. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε σχολικό περιβάλλον αποδεικνύουν το σημαντικό ρόλο που παίζουν οι γνώσεις, οι αντιλήψεις και οι συμπεριφορές των ατόμων που λειτουργούν μέσα στο περιβάλλον αυτό για τους μαθητές.

Το προσωπικό του σχολείου αποτελεί μοντέλο δράσης για τους μαθητές και επηρεάζει τις αντιδράσεις των μαθητών σχετικά με το κάπνισμα, όπως και οι δάσκαλοι, αλλά και όσοι παράγοντες εμπλέκονται στις πολιτικές κατά του καπνίσματος. Ο μεγάλος αριθμός καπνιστών του προσωπικού του σχολείου επιδεινώνει την ανυπαρξία ή τη σπανιότητα των προγραμμάτων αντικαπνιστικής αγωγής και υποβαθμίζει ακόμη περισσότερο τις προσπάθειες που γίνονται να αποτραπούν οι νέοι από το κάπνισμα και να μειωθεί η συχνότητα εμφάνισης του καπνίσματος στο σχολείο. Ακόμα όμως και εάν ξεκινήσει μια παρέμβαση αντικαπνιστικής αγωγής, δεν θα

καταφέρει να συντηρήσει τα θετικά της αποτελέσματα, εάν το προσωπικό του σχολείου πάψει να την υποστηρίζει.

Οι καθηγητές φυσικής αγωγής αποτελούν μοντέλο για τη συμπεριφορά των μαθητών όσον αφορά στις αρχές της προώθησης της Αγωγής Υγείας. Ενώ όμως φαίνεται να γνωρίζουν ότι οι μαθητές δεν τρέχουν πια ή δεν τρέχουν αρκετά στο μάθημα της φυσικής αγωγής, και οι χτύποι της καρδιάς τους δεν φτάνουν τα αναμενόμενα επίπεδα μιας καλής φυσικής κατάστασης, λόγω της δικιάς του εκπαίδευσης και κατάρτισης στο επάγγελμα του καθηγητή φυσικής αγωγής, δίνουν βαρύτητα στην εκμάθηση τεχνικών αθλημάτων και γνώσεων και λιγότερο στο κοινωνικό πλαίσιο της εκπαίδευσης που προσφέρουν στο σχολείο. Κάτι τέτοιο δεν βοηθά τους μαθητές να ενισχύσουν την αυτοπεποίθησή τους την ώρα της γυμναστικής, η οποία συνδέεται με την απόλαυση που αντλούν κατά τη συμμετοχή τους σε σωματικές ασκήσεις.

Από έρευνες βρέθηκε ότι οι γονείς και οι καθηγητές κρίνουν την προσοχή που δίνεται από το σχολείο στη διατροφική αγωγή μη επαρκή και αναφέρουν ως ένα από τα κυριότερα προβλήματα αυτό της διαθεσιμότητας χαμηλής θρεπτικής αξίας τροφίμων στις αυτόματες μηχανές και στο κυλικείο. Χαρακτηριστικό είναι ότι μόνο το 35%-36% των τροφίμων που βρίσκονται στις αυτόματες συσκευές αγοράς στο σχολείο, οι οποίες λειτουργούν με κάρτα, ακολουθούν τα κριτήρια μειωμένου λίπους και περιέχουν λιγότερα από 5,5 γραμ. λίπους/μερίδα.

Τα πρώτα προγράμματα αγωγής υγείας, που σχεδιάστηκαν με την προοπτική να ελαττώσουν την επίπτωση της καρδιαγγειακής νόσου, πρώτα στις ΗΠΑ το 1970 και κατόπιν σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες, προσέγγισαν το στόχο τους ή μέσω του μαθήματος της Φυσικής Αγωγής, είτε μέσω προγραμμάτων διατροφής και άλλοτε μέσω της συνδυασμένης εφαρμογής των δύο αντικειμένων εμπλουτισμένης και με άλλα θέματα όπως το κάπνισμα. Για να καθιερωθούν νέες συμπεριφορές που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των κινδύνων για την υγεία, πρέπει να προτείνονται στους νέους λύσεις, οι οποίες να μπορούν να υιοθετηθούν ακόμα και κατά την ενηλικίωση. Η επίτευξη της αλλαγής του σχολικού περιβάλλοντος μπορεί, σύμφωνα με τη θεωρία κοινωνικής μάθησης και τον αμοιβαίο καθορισμό συμπεριφορών, να επιτευχθεί μέσω της αλλαγής των συμπεριφορών, απαιτείται όμως αρχικά η αξιολόγηση της υπάρχουσας κατάστασης. Επειδή όπως αναφέραμε παραπάνω οι γνώσεις, οι αντιλήψεις και οι συμπεριφορές των εκπαιδευτικών επηρεάζουν τον τρόπο αντίδρασης των μαθητών, πρέπει αρχικά να αξιολογηθούν αυτές.

Οι γνώσεις, οι αντιλήψεις και οι συμπεριφορές των εκπαιδευτικών Δ/θμιας Εκπ/σης, αλλά και των υπολοίπων παραγόντων του προσωπικού, όπως καταγράφηκαν αυτές από την παρούσα έρευνα και συλλέχθηκαν μέσω κλειστού τύπου ερωτηματολογίου, παρουσιάζονται στη συνέχεια. Η συμμετοχή των εκπαιδευτικών σε προγράμματα Αγωγής Υγείας είναι πολύ μικρή στα σχολεία του δείγματος. Η ομάδα των καθηγητών Φ.Α. φάνηκε να έχει το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής (26,7%) σε προγράμματα Αγωγής Υγείας. Το μορφωτικό επίπεδο των διευθυντών των σχολείων, των εκπαιδευτικών και της ομάδας των υπεύθυνων αγωγής υγείας είναι στο μεγαλύτερό τους ποσοστό απόφοιτοι ΑΕΙ-ΤΕΙ, ενώ η ομάδα των υπεύθυνων αγωγής υγείας θα λέγαμε ότι έχει με σημαντική διαφορά από τις άλλες ομάδες ένα ποσοστό κατόχων κάποιου Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών.

Το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να επηρεάζει το ποσοστό των καπνιστών στην ομάδα των ιδιοκτητών κυλικείου, οι οποίοι έχοντας το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, φαίνεται να αποτελούν και την ομάδα που καπνίζει σε μεγαλύτερα ποσοστά. Όλες οι υπόλοιπες ειδικότητες των εκπαιδευτικών, με μικρότερα ποσοστά αυτής των καθηγητών φυσικής αγωγής, η οποία εξετάζεται χωριστά, καπνίζουν σε ποσοστό 33,1%, αλλά ακόμα και στην ομάδα των υπεύθυνων αγωγής υγείας, υπάρχει ένα ποσοστό 11,1% καπνιστών. Όσο για το τον Δ.Μ.Σ., την υψηλότερη μέση τιμή την έχει η ομάδα των διευθυντών, οι οποίοι είναι υπέρβαροι σε ποσοστό 40,9%. Η ομάδα των διευθυντών παρουσιάζεται ως την ομάδα με το υψηλότερο ποσοστό κινδύνου από καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι διευθυντές που καπνίζουν έχουν την μεγαλύτερη μέση τιμή αριθμού τσιγάρων (23 τσιγάρα την ημέρα), ενώ στην ομάδα των διευθυντών παρατηρούνται και οι περισσότερες ώρες παρακολούθησης τηλεόρασης ή οι περισσότερες ώρες μπροστά στον υπολογιστή τόσο τις καθημερινές, όσο και τα σαββατοκύριακα. Η ομάδα των υπεύθυνων αγωγής υγείας παρατηρήθηκε να έχει το μεγαλύτερο ποσοστό παχυσαρκίας, το οποίο φτάνει το 33,3%. Οι καθηγητές Φ.Α. έχουν 40% του πληθυσμού τους να αποτελείται από υπέρβαρα άτομα και η ομάδα των καθηγητών άλλων ειδικοτήτων αποτελείται από υπέρβαρα άτομα κατά 31%.

Η ομάδα των εκπαιδευτικών που ασχολούνται με τα προγράμματα Αγωγής Υγείας δεν φαίνεται να διαφοροποιείται από την ομάδα των υπόλοιπων εκπαιδευτικών που δεν αναφέρεται να αναλαμβάνουν παρόμοιες πρωτοβουλίες. Οι εκπαιδευτικοί που συμμετέχουν σε προγράμματα συνήθως δεν καπνίζουν και ενώ θα περιμέναμε το ίδιο να συμβαίνει και για τα ποσοστά παχυσαρκίας, συμβαίνει το αντίθετο. Το ποσοστό των παχύσαρκων εκπαιδευτικών που συμμετέχουν σε σχολικά προγράμματα είναι λίγο μεγαλύτερο (14,8%) σε σχέση με το 10,8% των εκπαιδευτικών που δεν αναλαμβάνουν παρόμοια σχολικά προγράμματα.

Οι εκπαιδευτικοί που συμμετέχουν σε προγράμματα Α.Υ. φαίνεται να έχουν την αντίληψη ότι μεταδίδουν στους μαθητές τους γνώσεις για τις Πρώτες βοήθειες σε μεγαλύτερο ποσοστό από ότι οι άλλοι εκπαιδευτικοί που δε συμμετέχουν. Τις ίδιες αντιλήψεις δηλώνουν ότι έχουν οι εκπαιδευτικοί σχετικά με τη μετάδοση γνώσεων που αφορούν στην ανάπτυξη του οργανισμού και στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση προς τους μαθητές. Αυτό ίσως συμβαίνει επειδή οι καθηγητές φυσικής αγωγής που αποτελούν την κύρια ομάδα που συμμετέχει στα προγράμματα αγωγής υγείας, φαίνεται να έχουν την αντίληψη ότι διαθέτουν επαρκείς γνώσεις σχετικά με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, τις πρώτες βοήθειες και τα θέματα της ανάπτυξης του οργανισμού, σε υψηλότερο ποσοστό από ότι οι υπόλοιπες ομάδες ερωτώμενων εκπαιδευτικών. Κατά συνέπεια οι εκπαιδευτικοί οργανώνουν τέτοια προγράμματα Α.Υ., ώστε η θεματολογία τους να σχετίζεται με την επάρκεια γνώσεων τους σχετικά με τα προγράμματα που υλοποιούν στο σχολείο.

Σχετικά με τις γνώσεις των ορθών επιλογών τροφίμων και ποτών, το μεγαλύτερο ποσοστό όλων των ειδικοτήτων πιστεύει ότι έχει επαρκείς γνώσεις για να διδάξει το συγκεκριμένο αντικείμενο. Η ομάδα όμως που ισχυρίζεται ότι οι μαθητές παίρνουν γνώσεις πάνω στο συγκεκριμένο αντικείμενο των ορθών επιλογών τροφίμων και ποτών είναι η ομάδα των καθηγητών φυσικής αγωγής, κυρίως λόγω της δυνατότητας που παρέχει το κάθε διδακτικό αντικείμενο. Όσον αφορά στο θέμα του αλκοόλ και των ναρκωτικών, επίσης η ομάδα των εκπαιδευτικών φιλολογικών θεμάτων, οικιακής οικονομίας και κοινωνιολογίας πιστεύουν σε ποσοστό 71,1% μεγαλύτερο από τις άλλες ειδικότητες ότι μεταδίδουν γνώσεις σχετικά με το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, ενώ δεν φαίνεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό η ομάδα αυτή να αναφέρει ότι έχει επαρκείς γνώσεις για να διδάξει πάνω στο αντικείμενο των ναρκωτικών και του αλκοόλ. Ένα γεγονός που δηλώνει ότι οι γνώσεις που μεταδίδουν οι εκπαιδευτικοί αυτής της ομάδας, δεν έχουν το απαιτούμενο γνωστικό υπόβαθρο, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των ίδιων.

Κάτι αντίστοιχο φαίνεται να ισχύει και στους καθηγητές φυσικής αγωγής, οι οποίοι πιστεύουν ότι προσφέρουν γνώσεις, υπερβαίνοντας με σημαντική διαφορά τις άλλες ομάδες εκπαιδευτικών, σχετικά με την ατομική υγιεινή, το κάπνισμα και τις ασθένειες που σχετίζονται με την μη υγιεινή διατροφή. Δεν φαίνεται όμως σε στατιστικά σημαντικό βαθμό η ομάδα των καθηγητών φυσικής αγωγής να αναφέρει ότι έχει επαρκείς γνώσεις για να διδάξει πάνω στα αντικείμενα της ατομικής υγιεινής, του καπνίσματος και των ασθενειών που σχετίζονται με την μη υγιεινή διατροφή.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των σχολικών μονάδων δεν διαθέτει αντιπροσωπευτική επιτροπή που να επιτηρεί τουλάχιστον 2 φορές το χρόνο την πολιτική σχολικής υγείας. Οι

κανονισμοί απαγορεύουν τις μπάλες κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων κυρίως επειδή ο προαύλιος χώρος είναι περιορισμός και δεν είναι ασφαλές για τους μαθητές να παίζουν μπάλα την ίδια ώρα που οι υπόλοιποι μαθητές έχουν διάλειμμα. Ενώ, οι σχολικές μονάδες σε ποσοστό 31,82% έχουν την πεποίθηση ότι η τακτική με την οποία διαχειρίζονται οι παραβάσεις, δεν μειώνει τον αριθμό των καπνιζόντων. Το ίδιο συμπεραίνουμε και από τα προγράμματα αγωγής υγείας, τα οποία δεν φαίνεται να συσχετίζονται θετικά με την αποτελεσματική διαχείριση των παραβάσεων που αφορούν το κάπνισμα στο χώρο του σχολείου. Θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε αν και το αποτέλεσμα που προκύπτει δεν είναι στατιστικά σημαντικό, ότι οι σχολικές μονάδες οι οποίες συμμετέχουν σε προγράμματα Αγωγής Υγείας εμφανίζονται πιο πρόθυμες να προσφέρουν την βοήθεια κάποιου ειδικού στα θέματα υγείας.

Το αποτελέσματα που αφορούν τη λειτουργία του κυλικείου έρχονται σε συμφωνία με τα δεδομένα των βιβλιογραφικών αναφορών. Ο ιδιοκτήτης του κυλικείου ενώ φαίνεται να δηλώνει ότι γνωρίζει τις οδηγίες του ΕΦΕΤ, ισχυρίζεται ότι προμηθεύει το σχολείο και με λιγότερο θρεπτικά τρόφιμα. Η πιθανότητα μάλιστα να μην ακολουθούνται οι οδηγίες του ΕΦΕΤ σχετικά με το είδος των τροφίμων που είναι διαθέσιμα για τους μαθητές, είναι 36,4%, όταν πρόκειται για τρόφιμα όπως πίτσα, μπισκότα με γέμιση και παγωτά.

Επειδή οι έφηβοι έχοντας τον αποκλειστικό έλεγχο της διατροφής τους, καταφεύγουν σε τρόφιμα πλούσια σε λίπος και ζάχαρη που υπάρχουν στο σχολείο, προσλαμβάνοντας το 1/3 της ενέργειάς τους κυρίως από τέτοιου είδους τρόφιμα, προσλαμβάνουν και μικρότερες ποσότητες θρεπτικών συστατικών. Τα τρόφιμα που διαθέτονται στο κυλικείο και είναι κατά ένα μεγάλο μέρος γλυκά, σνακ και μπισκότα, μπορούν να ελαττωθούν μέσω μιας διατροφικής σχολικής πολιτικής που θα προωθεί μια ποικιλία φρούτων και λαχανικών στο κυλικείο, τρόφιμα τα οποία βρίσκονται σε χαμηλή διαθεσιμότητα στο κυλικείο, κάτι που δεν σχετίζεται θετικά με την κατανάλωσή τους από τους μαθητές. Προσοχή πρέπει να δοθεί στη βιομηχανία γρήγορου φαγητού που έχει στραφεί προς τους νέους 12-18 ετών, οι οποίοι αύξησαν το ποσοστό της ενεργειακής τους πρόσληψης που προέρχεται από το γρήγορο-φαγητό μεταξύ του 1977-78 και 1994-96, κατά 13% περίπου, και αποτελούν για αυτήν την καλύτερη ομάδα στόχο.

Η λειτουργία του γυμναστηρίου εκτός των ωρών του μαθήματος της φυσικής αγωγής δεν επιτρέπεται στο 56,7% των περιπτώσεων, όταν πρόκειται για τις κλειστές εγκαταστάσεις και στο 63,3%, όταν πρόκειται για τις εγκαταστάσεις ανοικτού τύπου. Οι εγκαταστάσεις ανοικτού τύπου φαίνεται να είναι σε ποσοστό 70% διαθέσιμες για δραστηριότητες εκτός προγράμματος, σε αντίθεση με τις κλειστού τύπου εγκαταστάσεις, που είναι διαθέσιμες μόνο στο 50% των σχολείων. Αρκετά σχολεία δεν διαθέτουν κλειστές εγκαταστάσεις για να πραγματοποιήσουν και

δραστηριότητες που πραγματικά μπορούν να κάνουν το μάθημα της φυσικής αγωγής ευχάριστο. Σε ποσοστά 36,7% τα μαθήματα της φυσικής αγωγής ακυρώνονται όταν δεν το επιτρέπουν οι καιρικές συνθήκες και μια ακόμα αρνητική συνέπεια της έλλειψης επαρκούς χώρου για άθληση στα σχολεία είναι ότι σε 36,7% των περιπτώσεων οι μαθητές κινδυνεύουν να τραυματιστούν κατά την ώρα του μαθήματος της φυσικής αγωγής, όπως πιστεύουν οι καθηγητές φυσικής αγωγής.

Συμπερασματικά, η εφαρμογή κάποιας πολιτικής στο σχολείο, χρειάζεται αρχικά ουσιαστικές αλλαγές στις γνώσεις και στις συμπεριφορές του εκπαιδευτικού δυναμικού του σχολείου που θα υλοποιήσει την πολιτική. Παρατηρώντας τα τελικά δεδομένα του ερωτηματολογίου, ίσως χρειάζεται αξιολόγηση της πραγματικότητας της κατάστασης, επειδή στην παρούσα έρευνα αξιολογήθηκαν υποκειμενικά στοιχεία, όπως οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών και του προσωπικού που μπορεί πολύ συχνά να απείχαν από τα πραγματικά δεδομένα.

Μέρος των προτάσεων αυτής της μελέτης θα ήταν οι καθηγητές να πάνε να χρησιμοποιούν γλυκά και μη-θρεπτικά σνακ για να επιβραβεύσουν τους μαθητές. Το σχολικό γεύμα να καθιερωθεί προς τους μαθητές και να ξεκινά να προσφέρεται από την νηπιακή ηλικία, ώστε να διαμορφωθούν από τα πρώτα ηλικιακά στάδια του ατόμου ορθές διατροφικές συνήθειες και να συνεχιστούν και κατά την περίοδο της εφηβείας. Εκτός όμως από μια ισορροπημένη διατροφή, η σχολική πολιτική υγείας θα πρέπει να παρέχει εκπαίδευση σχετικά με τις αρχές της υγιεινής διατροφής, τόσο στους μαθητές, όσο και στο προσωπικό του εστιατορίου-κυλικείου και στους καθηγητές. Η διανομή εκπαιδευτικού υλικού, μαζί με οδηγούς για τη διδασκαλία του, μαζί με μαγνητοσκοπημένες ιστορίες και οδηγίες για ομάδες εργασίας στο σχολείο, θα μπορούσαν να κάνουν το μάθημα πιο ζωντανό και ενδιαφέρον για τους μαθητές. Η δημιουργία βιβλίων συνταγών από τους μαθητές, η οργάνωση διαγωνισμών αφίσας και η πρόταση ομάδων διατροφής στα σχολεία, οι οποίες θα συστήνονται από τους ίδιους τους μαθητές, θα μπορούσαν να δραστηριοποιήσουν πιο αποτελεσματικά τους έφηβους στο ζήτημα της σίτισης τους στο σχολείο και να ενισχύσουν την υπευθυνότητά τους, αλλάζοντας την νοοτροπία ότι η υγιεινή διατροφή είναι ανάγκη των ενηλίκων. Αυτή η πρόταση θα λειτουργήσει ως παρότρυνση μεταξύ των εφηβικών ομάδων, αλλά παράλληλα θα βελτιώσει και την ενημέρωση μεταξύ τους.

Τα γεύματα που θα διαθέτονται στο σχολείο πρέπει να περιέχουν ευχάριστες συνταγές με φρούτα-λαχανικά, ενώ συνταγές με φρούτα-λαχανικά μπορούν να πωλούνται και στο αναψυκτήριο «γρήγορου φαγητού» ή στις αυτόματες μηχανές πώλησης. Το σημαντικό που πρέπει να ακολουθήσει μια τέτοια προσπάθεια είναι η προώθησή της από το προσωπικό του

σχολείου. Η καθοδήγηση του ατόμου που δουλεύει στο ταμείο φαίνεται από έρευνα να επηρεάζει τις τελικές επιλογές των μαθητών. Μάλιστα καλό θα ήταν να υποστηρίζεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ένας οδηγός μενού για όλα τα κυλικεία, ο οποίος θα παρουσιαστεί με έναν πρωτότυπο τρόπο στους μαθητές από τους ίδιους τους καθηγητές τους, κάτι που θα ενεπλέξει και τους δύο σε αυτήν την διαδικασία αποδοχής και αξιολόγησης. Σε έρευνα φαίνεται ότι από τα οφέλη που θα προκύψουν με την πρόσληψη 2,5 γραμ φρούτου ημερησίως για το υπόλοιπο της ζωής τους, οι μαθητές θα μπορούν να καλύψουν το κόστος μιας 10ετους παρέμβασης δωρεάν προσφοράς φρούτου από το δημοτικό μέχρι το γυμνάσιο.

Η διατροφική πολιτική θα είχε καλύτερα αποτελέσματα εάν συνδυαζόταν με την αύξηση των ωρών που αφιερώνονται σε εβδομαδιαία βάση στο πρόγραμμα της φυσικής αγωγής. Οι μέτριας έντασης μορφές σωματικής άσκησης και τα ψυχαγωγικά παιχνίδια μυϊκής δύναμης αναφέρεται ότι δεν αποθαρρύνουν τα λιγότερο χαρισματικά ή παχύσαρκα παιδιά, οδηγούν σε σημαντική βελτίωση της φυσικής κατάστασης των μαθητών και δεν επηρεάζουν τις ακαδημαϊκές επιδόσεις των μαθητών. Παράλληλα, ένα πρόγραμμα ήπιας έντασης δεν είναι μόνο ευχάριστο για όλα τα παιδιά, αλλά μπορεί πιο εύκολα να υιοθετηθεί και να ακολουθηθεί και μετά την ενηλικίωση και είναι ικανό να μειώσει τους κινδύνους για ΚΝ. Το σημαντικότερο που πρέπει να αναζητηθεί αρχικά όμως είναι το που θα γίνουν αυτές οι επιπλέον ώρες φυσικής αγωγής, καθώς οι κλειστές κυρίως εγκαταστάσεις δεν φαίνεται να είναι διαθέσιμες για κάτι τέτοιο ακόμα και για δραστηριότητες εκτός του αναλυτικού προγράμματος και εντός του σχολικού ωραρίου. Πρέπει να δοθούν κίνητρα στους καθηγητές φυσικής αγωγής να συμπεριλάβουν στην απασχόλησή τους στο σχολείο και άλλες ψυχαγωγικού τύπου δραστηριότητες. Οι υπαίθριες επίσης εγκαταστάσεις θα μπορούσαν να παραμένουν διαθέσιμες εκτός των ωρών λειτουργίας των σχολείων.

Θα προτεινόταν επίσης η συμμετοχή των γονέων στα σχολικά προγράμματα παρέμβασης, επειδή η επιρροή τους σε θέματα διαιτολογικών συνηθειών, συνηθειών σωματικής άσκησης, καπνίσματος, βάρους και λίπους, ακόμα και χοληστερόλης και αρτηριακής πίεσης των παιδιών, φαίνεται να είναι τόσο καθοριστική που παρουσιάζονται ομοιότητες μεταξύ των γονέων και των παιδιών. Η σχεδίαση του προγράμματος “Know Your Body”, το οποίο περιελάμβανε εκτός από την ενημέρωση από τους δασκάλους σχετικά με τη διατροφή, την άσκηση και την αποφυγή της χρήσης ναρκωτικών, την τροποποίηση του χώρου του κυλικείου, σχολικές δραστηριότητες και την οργάνωση προγραμμάτων για τους γονείς. Τα αποτελέσματα του “Know Your Body” ήταν αρκετά ενθαρρυντικά, επειδή εκτός από τις γνώσεις υγείας που ήταν καλύτερες στην ομάδα παρέμβασης, διέφεραν σημαντικά υπέρ της και τα επίπεδα ολικής χοληστερόλης. Σε άλλες προσπάθειες εφαρμογής του προγράμματος παρατηρήθηκε μείωση της

αρτηριακής πίεσης, μείωση της διαστολικής αρτηριακής πίεσης και του Δ.Μ.Σ., αλλαγές στα HDL-C και TG και στις διατροφικές συνήθειες, όπως την μείωση της κατανάλωσης κορεσμένου λίπους και την αύξηση της κατανάλωσης υδατανθράκων. Σε κάποιες προσπάθειες εφαρμογής του προγράμματος παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό καπνιστών επίσης ήταν μικρότερο στην ομάδα παρέμβασης και η συχνότητα συμμετοχής σε προγράμματα σωματικής άσκησης μεγαλύτερη.

Βέβαια ο συνδυασμός της εφαρμογής στο σχολείο και στην οικογένεια, δεν φαίνεται να είναι πάντα πιο αποτελεσματικός, όπως στο πρόγραμμα CATCH όπου δεν οδήγησε σε σημαντικές διαφορές. Στην παρέμβαση όμως υπήρχαν σημαντικά αποτελέσματα επειδή βελτιώθηκαν οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές, δηλαδή οι γνώσεις, η αυτο-αποτελεσματικότητα, η κοινωνική υποστήριξη και οι προθέσεις όσον αφορά στην διατροφή των μαθητές και στα επίπεδα φυσικής δραστηριότητάς τους.

Η συμμετοχή της ευρύτερης κοινότητας, όπως το παράδειγμα της παρέμβασης στην Φιλανδία όπου μειώθηκαν η χοληστερόλη και τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης του πληθυσμού σε πανεθνικό επίπεδο, μειώνοντας τη θνησιμότητα που σχετίζεται με καρδιαγγειακές παθήσεις, φάνηκε να μπορεί να επηρεάσει εύκολα την ηλικιακή ομάδα των εφήβων. Για την επίτευξη των στόχων του προγράμματος συνεργάστηκαν υπηρεσίες υγείας (κυρίως Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης), σχολεία, κοινωνικές υπηρεσίες, σούπερ μάρκετ, η βιομηχανία τροφίμων και τα τοπικά ΜΜΕ. Τα προγράμματα αυτής της ομάδας έχουν υψηλό κόστος, επειδή προσπαθούν να επιφέρουν αλλαγές εκτός από τους μαθητές και τους νέους γονείς και σε ανθρώπους εκτός αυτού του πληθυσμιακού συνόλου. Οι έφηβοι όμως είναι επιρρεπής ομάδα διατροφικά και αυτό φάνηκε και από την παρέμβαση “Gimme 5”, όπου η καμπάνια των ΜΜΕ στα σχολεία και η τροποποίηση των σχολικών γευμάτων που εφαρμόστηκε για όλους τους μαθητές ήταν επαρκή για να αλλάξει η συμπεριφορά τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας αναφέρονται βέβαια σε καυκάσιο πληθυσμό μεσαίου–ανωτέρου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και δεν γνωρίζουμε μετά το τέλος της τετραετίας εάν διατηρήθηκαν οι αλλαγές.

Το θέμα των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών πρέπει να εξεταστεί περαιτέρω, καθώς οι αλλαγές που πρέπει να επιτευχθούν στην πολιτική της σχολικής υγείας και διατροφής είναι αρκετά σημαντικές. Απαιτείται η αλλαγή συμπεριφοράς από τους εκπαιδευτικούς, καθώς αυτοί αποτελούν πρότυπο συμπεριφοράς για τους νέους στο σχολείο και επειδή παρεμβάσεις που οργανώθηκαν στο σχολικό περιβάλλον, χωρίς να συνδυάζουν και το οικογενειακό, ήταν μικρότερου κόστους και είχαν αποτελεσματικότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adams MA, Pelletier RL, Zive MM and Sallis JF. Salad bars and fruit and vegetable consumption in elementary schools: a plate waste study. *J Am Diet Assoc* 105: 1789-1792, 2005.
2. Alexandrov AA, Maslennikova GY, Kulikov SM, Propirnij GA and Perova NV. Primary prevention of cardiovascular disease: 3-year intervention results in boys of 12 years of age. *Prev Med* 21 (1): 53-62, 1992.
3. American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
4. American School Health Association, Association for the Advancement of Health Education, and the Society for Public Health Education. The National Adolescent Student Health Survey: a report on the health of America's youth. Oakland, CA: Third Party Publishing, 1989.
5. Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών Αγωγής Υγείας, www.pi-schools.gr/download/programs/depps/29deppsaps_AgogiYgias.pdf
6. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/pgm2008_2013_en.htm
7. Arbeit ML, Johnson CC, Mott DS, Harsha DW, Nicklas TA, Webber LS and Berenson GS. The Heart Smart cardiovascular school health promotion: behavior correlates of risk factor change. *Prev Med* 21 (1): 18-32, 1992.
8. Austin SB, Fung T, Cohen-Bearak A, Wardle K and Cheung LWY. Facilitating change in school health: a qualitative study of schools' experiences using the *School Health Index*. *Prev Chronic Dis* 3 (2): 1-8, 2006.
9. Austin SB, Melly SJ, Sanchez BN, Patel A, Buka S and Gortmaker SL. Clustering of fast-food restaurants around schools: a novel application of spatial statistics to the study of food environments. *Am J Public Health* 95 (9): 1575-1581, 2005.
10. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1986.
11. Bandura A. Social learning theory. Orrville Ohio: Prentice-Hall, 1977.
12. Bastian A. Smoke-free education and child care. Australia: Quit SA and the State of South Australia, 2002.
13. Bere E, Veierod MB, Skare O and Klepp KI. Free school fruit-sustained effect three years later. *Int J Behav Nutr Phys Act* 4: 5, 2007.

14. Biron P, Mongeau JC and Bertrand D. Familial aggregation of blood pressure in adopted and natural children. Edited by Paul O and Chicago Heart Association. New York: Stratton Int Med Book Corp., p. 387-395, 1975.
15. Block JH and Airasian PW. Mastery learning: theory and practice. New York,: Holt, 1971.
16. Board of Education. The Health of the school child: report of the Chief Medical Officer. London: HMSO, 1930.
17. Boyle, M, Purciel M, Craypo, L, Stone-Francisco, S, Samuels, SE. National evaluation & measurement meeting on school nutrition and physical activity policies. Final Report Meeting Proceedings. San Francisco, CA, December 2004.
18. Bray S. Health-related physical activity in the primary school. In: Issues in physical education, edited by Armstrong N and Sparkes A. London: Cassell Education Limited, 1991.
19. Burnett-Fell,B. Anderson,J. Dengate,H. Hobsen,B. Ross,S. Stutchbury,K. Tansey,p. and Wiseman,L. 1994. Food technology in action. Jacaradera Press, Australia.
20. Butrum RR, Clifford CK, Lanza E. NCI dietary guidelines: rationale. Am J Clin Nutr; 48: 888-95, 1988.
21. Capel S. Moving beyond physical education subject knowledge to develop knowledgeable teachers of the subject. The Curriculum Journal 18 (4): 493-507, 2007.
22. CDC, Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating, MMWR Recommendations and Reports, June 14, 1996; 45(RR-9); 1-33.
23. Connor SL, Connor WE, Henry H, Sexton G, Keenan EJ. The effects of familial relationships, age, body weight, and diet on blood pressure and the 24 hour urinary excretion of sodium, potassium, and creatinine in men, women, and children of randomly selected families. Circulation 70 (1): 76-85, 1984.
24. Contento IR. Nutrition Education Research in Schools in the United States: Findin, Methods and Implications. In Proceedings of the European Workshop on Nutrition Education in Health Promoting School, Spa September: 22-25, 1994.
25. Craig S, Goldberg J and Dietz WH. Psychosocial correlates of physical activity among fifth and eighth graders. Prev Med 25 (5): 506-513, 1996.
26. Γραφείο Αγωγής Υγείας, www.ypepth.gr/el_ec_page413.htm
27. Dawber TR. The Framingham Study: the epidemiology of atherosclerotic disease. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1980.
28. Denman, S., Moon, A., Parson, C. and Stears, D., *The Health Promoting School: policy research and practice* (2002), pp. 153-60, London, Routledge Falmer.

29. Develin, L. Measures taken in South Wales to address childhood obesity following the NSW childhood obesity Summit. N S W Public Health Bull. 2004; 15(4): 68-71.
30. Dishman RK, Sallis JF and Orenstein DR. The determinants of physical activity and exercise. Public Health Rep 100 (2): 158-171, 1985.
31. Downey AM, Frank GC, Webber LS, Harsha DW, Virgilio SL, Franklin FA and Berenson GS. Implementation of "Heart Smart:" a cardiovascular school health promotion program. J Sch Health 57 (3): 98-104, 1987.
32. Dwyer T, Coonan WE, Leitch DR, Hetzel BS and Baghurst RA. An investigation of the effects of daily physical activity on the health of primary school students in south Australia. Int J Epidemiol 12 (3): 308-313, 1983.
33. Edmundson E, Parcel GS, Feldman HA, Elder J, Perry CL, Johnson CC, Williston BJ, Stone EJ, Yang M, Lytle L, Webber L. The effects of the Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health upon psychosocial determinants of diet and physical activity behavior. Prev Med 25 (4):442-454, 1996.
34. Elder JP, Perry CL, Stone EJ, Feldman H, Johnson CC, Yang M, Edmundson EW, Smyth MH, Galati T, Cribb P and Parcel GS. Tobacco use measurement, prediction, and Intervention in elementary schools in four States: the CATCH Study. Prev Med 25: 486-494, 1996.
35. Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων
ΑΠΟΦΑΣΗ αριθ. 1786/2002/ΕΚ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ (23 Σεπτεμβρίου 2002), http://ec.europa.eu/health/ph_projects
36. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, ΦΕΚ 1183/31-08-2006 τ.Β΄
37. Ewart CK, Taylor CB, Reese LB and DeBusk RF. Effects of early postmyocardial infraction exercise testing on self-perception and subsequent physical activity. Am J Cardiol 51: 1076-1080, 1983.
38. French SA, Story M, Fulkerson JA and Gerlach AF. Food environment in Secondary schools: á la carte, vending machines, and food policies and practices. Am J Public Health 93: 1161-1167, 2003.
39. French SA. Symposium: Modifying the food environment: energy density, food costs, and portion size. J Nutr. 135: 910-912, 2005.
40. Garn SM, Cole PE and Bailey SM. Effect of parental fatness levels on the fatness of biological and adoptive children. Biol Food Nutr 7: 91-93, 1977.
41. Garrett R and Wrench A. Physical experiences: primary student teachers' conceptions of sport and physical education. Physical Education and Sport Pedagogy 12 (1): 23-42, 2007.

42. Gillespie AH. Evaluation of nutrition education and training mini-grant programs. *Journal of Nutrition education* 16 (1): 8-12, 1984.
43. Graves K, Shannon B, Sims L and Johnson S. Nutrition knowledge and attitudes of elementary school students after receiving nutrition education. *J Am Diet Assoc* 81 (4): 422-427, 1982.
44. Green K and Thurston M Physical education and health promotion: a qualitative study of teachers' perceptions. *Health Education*, 102 (3), pp. 113-123, 2002.
45. Greves M and Rivara FP. Report card on school snack food policies among the United States' largest school districts in 2004-2005: Room for improvement. *Int J of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 3(1): 1-10, 2006.
46. Harrell JS, Gansky SA, McMurray RG, Bangdiwala SI, Frauman AC and Bradley CB. School-based interventions improve heart health in children with multiple cardiovascular disease risk factors. *Pediatrics* 102 (2 Pt 1): 371-380, 1998.
47. Harrell JS, McMurray RG, Bangdiwala SI, Frauman AC, Gansky SA and Bradley CB. Effects of a school-based intervention to reduce cardiovascular disease risk factors in elementary-school children: the Cardiovascular Health in Children (CHIC) study. *J Pediatr* 128 (6): 797-805, 1996.
48. Hoelscher DM, Mitchell P, Dwyer J, Elder J, Clesi A and Snyder P. How the CATCH eat smart program helps implement the USDA regulations in school cafeterias. *Health Educ Behav* 30 (4): 434-446, 2003.
49. Hunter SM, Baugh JG, Webber LS, Sklov MC and Berenson GS. Social learning effects on trial and adoption of cigarette smoking in children: The Bogalusa heart study. *Prev Med* 11 (1): 29-42, 1982.
50. Johnson CC, Shi R, Farris R, Webber LS and Nicklas TA. Social support and self-efficacy for the consumption of fruit and vegetables by adolescents: "Gimme 5" – a fresh nutrition concept for students. *Ecology of Food and Nutrition* 39: 357-374, 2000.
51. Kann L, Grunbaum J, McKenna ML, Wehler H and Galuska DA. Competitive foods and beverages available for purchase in secondary schools-selected sites, United States 2004. *J Sch Health* 75 (10): 370-374, 2005.
52. Karayiannisi D, Yannakoulia M, Terzidou M, Sidossis LS and Kokkevi A. Prevalence of overweight and obesity in Greek school-aged children and adolescents. *European J of Clin Nutr* 57: 1189-1192, 2003.
53. Kubik MY, Lytle LA, Story M. Soft drinks, candy and Fast Food: what parents and teachers think about the middle school food environment. *J Am Diet Assoc* 105: 233-239, 2005.

54. Lee Pi-H, Wu Der-M, Lai H-Ru and Chu N-Feng. The impacts of a school-wide no smoking strategy and classroom-based smoking prevention curriculum on the smoking behaviour of junior high school students. *Addictive Behaviors* 32 (9): 2099-2107, 2007.
55. Lionis C, Kafatos A, Vlachonikolis J, Vakaki M, Tzortzi M and Petraki A. The effects of a health education intervention program among Cretan adolescents. *Prev Med* 20 (6): 685-699, 1991.
56. Luepker RV, Perry CL, McKinlay SM, Nader PR, Parcel GS, Stone EJ, Webber LS, Elder JP, Feldman HA, Johnson CC and et al. Outcomes of a field trial to improve children's dietary patterns and physical activity. The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health. CATCH collaborative group. *Jama* 275 (10): 768-776, 1996.
57. Lytle LA, Stone EJ, Nichaman MZ, Perry CL, Montgomery DH, Nicklas TA, Zive MM, Mitchell P, Dwyer JT, Ebzery MK, Evans MA and Galati TP. Changes in nutrient intakes of elementary school children following a school-based intervention: results from the CATCH Study. *Prev Med* 25 (4): 465-477, 1996.
58. MacConnie SE, Gilliam TB, Geenen DL and Pels AE, 3rd. Daily physical activity patterns of prepubertal children involved in a vigorous exercise program. *Int J Sports Med* 3 (4): 202-207, 1982.
59. Μανιός Γ., Διατροφική Αγωγή – Θεωρίες και Μοντέλα Αγωγής & Προαγωγής της Υγείας, 2007, Ιατρικές Εκδ. Π.Χ. Πασχαλίδης.
60. Μανιός Ι., Διατροφική Αγωγή – Πανεπιστημιακές σημειώσεις, Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.
61. Manios Y and Kafatos A. and the Preventive medicine and nutrition clinic university of Crete research team. Health and nutrition education in primary schools in Crete: 10 years' follow-up of serum lipids, physical activity and macronutrient intake. *British Journal of Nutrition* 95: 568-575, 2006.
62. Manios Y and Kafatos A. Health and nutrition education in elementary schools: changes in health knowledge, nutrient intakes and physical activity over a six year period. *Public Health Nutr* 2 (3A): 445-448, 1999.
63. Manios Y, Moschandreas J, Hatzis C and Kafatos A. Health and nutrition education in primary schools of Crete: changes in chronic disease risk factors following a 6-year intervention programme. *Br J Nutr* 88 (3): 315-324, 2002.
64. Maretzki A. A perspective on nutrition education and training. *Journal of Nutrition Education* 11 176-180, 1979.

65. Marlette MA, Templeton SB and Panemangalore M. Food type, food preparation, and competitive food purchases impact school lunch plate waste by sixth-grade students. *J Am Diet Assoc* 105: 1779-1782, 2005.
66. Matkovic V. Calcium and peak bone mass. *J Intern Med* 1992;231:151-60.
67. McDonald WF, Brun JK and Esserman J. In-home interviews measure positive effects of a school nutrition program. *Journal of Nutrition Education* 13: 140-144, 1981.
68. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *JAMA* 1993;270(18):2207-12.
69. McKenzie TL, Sallis JF, Faucette N, Roby JJ and Kolody B. Effects of a curriculum and inservice program on the quantity and quality of elementary physical education classes. *Res Q Exerc Sport* 64 (2): 178-187, 1993.
70. Nader PR, Sallis JF, Patterson TL, Abramson IS, Rupp JW, Senn KL, Atkins CJ, Roppe BE, Morris JA, Wallace JP and et al. A family approach to cardiovascular risk reduction: results from the San Diego Family Health Project. *Health Educ Q* 16 (2): 229-244, 1989.
71. Nader PR, Sellers DE, Johnson CC, Perry CL, Stone EJ, Cook KC, Bebhuk J and Luepker RV. The effect of adult participation in a school-based family intervention to improve Children's diet and physical activity: the Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health. *Prev Med* 25 (4): 455-464, 1996.
72. National Heart, Lung, and Blood Institute. Report of the expert panel on population strategies for blood cholesterol reduction. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, 1990. NIH publication no. 90-3046.
73. National Institute of Dental Research. Oral health of United States children: the national survey of dental caries in U.S. school children: 1986-87. National and regional findings. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, 1989. NIH publication no. 89-2247.
74. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Diabetes statistics. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, 1994. Publication no. 94-3822.
75. Nicklas TA, Johnson CC, Farris R, Rice R, Lyon L and Shi R. Development of a school-based nutrition intervention for high school students: Gimme 5. *Am J Health Promot* 11 (5): 315-322, 1997.

76. Nicklas TA, Johnson CC, Myers L, Farris RP and Cunningham A. Outcomes of a high school program to increase fruit and vegetable consumption: Gimme 5- a fresh nutrition concept for students. *J Sch Health* 68 (6): 248-253, 1998.
77. NIH Consensus Development Panel on Optimal Calcium Intake. Optimal calcium intake. *JAMA* 1994; 272 (24): 1942-8.
78. Ogden, CL, Flegal, KM, Carroll, MD, Johnson, CL. Prevalence and Trends in Overweight Among US Children and Adolescents, 1999-2000. *Journal of the American Medical Association*. 2002; 288: 1728-1732.
79. O' Neil CE and Nicklas TA. Gimme 5: an innovative, school-based nutrition intervention for high school students. *J Am Diet Assoc* 102 (3Suppl): S93-96, 2002.
80. Parcel GS, Simons-Morton BG, O'Hara NM, Baranowski T, Kolbe LJ and Bee DE. School promotion of healthful diet and exercise behavior: an integration of organizational change and social learning theory interventions. *J Sch Health* 57 (4): 150-156, 1987.
81. Parker L and Fox A. The Peterborough Schools Nutrition Project: a multiple intervention programme to improve school-based eating in secondary schools. *Public Health Nutrition* 4 (6): 1221-1228, 2001.
82. Passmore S and Harris G. School Nutrition Action Groups and their effect upon secondary school-aged pupils' food choices. *British Nutrition Foundation Bulletin*, 30: 364-369, 2005.
83. Pate RR, Trost SG, Mullis R, Sallis JF, Wechsler H and Brown DR. Community Interventions to Promote Proper Nutrition and Physical Activity among Youth. *Prev Med* 31 (2): S138-S149, 2000.
84. Patterson TL, Rupp JW, Sallis JF, Atkins CJ and Nader PR. Aggregation of dietary calories, fats, and sodium in Mexican-American and Anglo families. *Am J Prev Med* 4 (2): 75-82, 1988.
85. Pearlman D, Dowling E, Bayuk C, Cullinen K and Thacher AK. From concept to practice: Using the School Health Index to create healthy school environments in Rhode Island elementary schools. *Prev Chronic Dis* 2: 1-16, 2005.
86. Perry CL, Bishop DB, Taylor G, Murray DM, Mays RW, Dudovitz BS, Smyth M and Story M. Changing fruit and vegetable consumption among children: the 5-a-Day Power Plus program in St. Paul, Minnesota. *Am J Public Health* 88 (4): 603-609, 1998.
87. Perry CL, Klepp KI, Halper A, Dudovitz B, Golden D, Griffin G and Smyth M. Promoting healthy eating and physical activity patterns among adolescents: a pilot study of 'Slice of Life'. *Health Education Research* 2: 93-103, 1987.

88. Perry CL, Luepker RV, Murray DM, Kurth C, Mullis R, Crockett S and Jacobs DR, Jr. Parent involvement with children's health promotion: the Minnesota Home Team. *Am J Public Health* 78 (9): 1156-1160, 1988.
89. Perry-Hunnicutt C and Newman IM. Adolescent dieting practices and nutrition knowledge. *Health Value: The Journal of Health behavior, Education and Promotion* 17 (4): 35-40, 1993.
90. Petal M. Physical education: model programs point the way. *The Physician and Sports Medicine* 10: 119-22, 1978.
91. Petlichkoff LM. Youth sport participation and withdrawal: is it simply a matter of fun? *Pediatric Exercise Science* 4 (1): 105-110, 1992.
92. Pollatschek J, Renfrew T and Queen J. Trends and Developments in Physical Education. VII Commonwealth and International Conference on Sport, Physical Education, Dance, Recreation, and Health, London. Spon Pr, 1986, p. 57-60.
93. Pollitt E. Does breakfast make a difference in school? *J Am Diet Assoc* 1995; 95 (10): 1134-9.
94. Pollitt E, Leibel RL, Greenfield D. Brief fasting, stress, and cognition in children. *Am J Clin Nutr* 1981; 34: 1526-33.
95. Pollitt E, Lewis NL, Garza C, Shulman RJ. Fasting and cognitive function. *J Psychiatr Res* 1982-83; 17 (2): 169-74.
96. Public Health Service. Healthy people 2000: national health promotion and disease prevention objectives. Full report, with commentary. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1991. DHHS publication no. (PHS) 91-50212.
97. Public Health Service. The Surgeon General's report on nutrition and health. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1988. DHHS publication no. (PHS) 88-50210.
98. Puska P. Nutrition and mortality: the Finnish experience. *Acta Cardiol* 55 (4): 213-220, 2000.
99. Puska P, Pietinen P and Uusitalo U. Part III. Can we turn back the clock or modify the adverse dynamics? Programme and policy issues. Influencing public nutrition for non-communicable disease prevention: from community intervention to national programme-experiences from Finland. *Public Health Nutrition* 5 (1A): 245-251, 2002.
100. Puska P, Vartiainen E, Pallonen U, Salonen JT, Poyhia P, Koskela K and McAlister A. The North Karelia youth project: evaluation of two years of intervention on health

- behavior and CVD risk factors among 13 to 15-year old children. *Prev Med* 11 (5): 550-570, 1982.
101. Resnicow K, Cohn L, Reinhardt J, Cross D, Futterman R, Kirschner E, Wynder EL and Allegrante JP. A three-year evaluation of the know your body program in inner-city schoolchildren. *Health Educ Q* 19 (4): 463-480, 1992.
102. Resnicow K, Cross D, Lacosse J and Nichols P. Evaluation of a school-site cardiovascular risk factor screening intervention. *Prev Med* 22 (6): 838-856, 1993a.
103. Resnicow K, Cross D and Wynder E. The Know Your Body program: a review of evaluation studies. *Bull N Y Acad Med* 70 (3): 188-207, 1993b.
104. Rippe JM, Ward A, Porcari JP and Freedson PS. Walking for health and fitness. *Jama* 259 (18): 2720-2724, 1988.
105. Roberts GC. The growing child and the perception of competitive stress in sport. In: *The Growing Child in Competitive Sport*, edited by Gleeson G. London: Hodder and Stoughton, 1986.
106. Sallis JF, Buono MJ, Roby JJ, Micale FG and Nelson JA. Seven-day recall and other physical activity self-reports in children and adolescents. *Med Sci Sports Exerc* 25 (1): 99-108, 1993.
107. Sallis JF, Patterson TL, Buono MJ, Atkins CJ and Nader PR. Aggregation of physical activity habits in Mexican-American and Anglo families. *J Behav Med* 11 (1): 31-41, 1988.
108. Sandler RB, Slemenda CW, LaPorte RE, et al. Postmenopausal bone density and milk consumption in childhood and adolescence. *Am J Clin Nutr* 1985;42:270-4.
109. Sentipal JM, Wardlaw GM, Mahan J, Matkovic V. Influence of calcium intake and growth indexes on vertebral bone mineral density in young females. *Am J Clin Nutr* 1991;54:425-8.
110. Shannon B and Chen AN. A three-year school-based nutrition education study. *Journal of Nutrition Education* 20 (3): 114-124, 1988.
111. Shannon B, Graves K and Hart M. Food behavior of elementary school students after receiving nutrition education. *J Am Diet Assoc* 81 (4): 428-434, 1982.
112. Shephard RJ, Jequier J, LaVallee H, LaBarre R and Rajic M. Habitual physical activity: Effects of sex, milieu, season and required activity. *J Sports Med* 20: 55-66, 1980.
113. Simons – Morton BG, Parcel GS, Baranowski T, Forthofer R and O'Hara NM. Promoting physical activity and a healthful diet among children: results of a school-based intervention study. *Am J Public Health* 81 (8): 986-991, 1991.

114. Simons–Morton BG, Parcel GS and O’Hara NM. Implementing organizational changes to promote healthful diet and physical activity at school. *Health Educ Q* 15 (1): 115-130, 1988.
115. Sinha DN, Gupta PC, Dobe M and Prasad VM. Tobacco control in schools of India: review from India Global School Personnel Survey 2006. *Indian J Public Health*. 51 (2): 101-6, 2007.
116. Sleaf M. Promoting health in primary school physical education. In: *New Directions in Physical Education*, edited by Armstrong N. Champaign, Illinois: Human Kinetics, p. 17-36, 1990.
117. Soria-Esojo MC, Velasco-Garrido JL, Hidalgo-Sanjuan MV, Luiz-Martinez G, Fernandez-Aguirre C and Rosales-Jaldo M. Smoking prevention intervention among secondary school students in the Spanish province of Malaga. *Arch Bronconeumol*. 41 (12): 654-8, 2005.
118. St. Pierre RG, Cook TD and Straw RB. An evaluation of the Nutrition Education and Training Program: Findings from Nebraska. *Evaluation and Program Planning: An International Journal* 4 (3-4): 335-344, 1981.
119. St. Pierre RG and Rezinovic V. An overview of the National Nutrition Education and Training Program Evaluation. *Journal of Nutrition Education* 14 (2): 61-66, 1982.
120. Stone EJ, Osganian SK, McKinlay SM, Wu MC, Webber LS, Luepker RV, Perry CL, Parcel GS and Elder JP. Operational design and quality control in the CATCH multicenter Trial. *Prev Med* 25 (4): 384-399, 1996.
121. Sturm, R. The effects of obesity, smoking, and drinking on medical problems and costs. *Health Affairs (Millwood)*. 2002; 21(2): 245-253.
122. Tamir D, Feurstein A, Brunner S, Halfon ST, Reshef A and Palti H. Primary prevention of cardiovascular diseases in childhood: changes in serum total cholesterol, high density lipoprotein, and body mass index after 2 years of intervention in Jerusalem schoolchildren age 7-9 years. *Prev Med* 19 (1): 22-30, 1990.
123. Tell G and Vellar O. Noncommunicable disease risk factor intervention in Norwegian adolescents: The Oslo Youth Study. In: *Cardiovascular risk factors in childhood: epidemiology and prevention*, edited by Hetzel BS and Berenson GS. Amsterdam; Elsevier, p. 203-217, 1987.
124. Templeton SB, Marlette MA, Panemangalore M. Competitive foods increase the intake of energy and decrease the intake of certain nutrients by adolescents consuming school lunch. *J Am Diet Assoc* 105: 215-220, 2005.

125. The GTSS Collaborative Group. The Global School Personnel Survey: a cross-country overview. *Tob Control* 15 (Suppl2): ii20-30, 2006.
126. The University of Newcastle-Department of Nutrition & Dietetics, NUDI 305, Nutrition Education Program.
127. Troiano RP, Flegal KM, Kuczmarski RJ, Campbell SM, Johnson CL. Overweight prevalence and trends for children and adolescents: the National Health Examination Surveys, 1963-1991. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149:1085-91.
128. University of California, Berkeley (UCB) / Cooperative Extension Childhood Overweight: A Fact Sheet for Professionals, Crawford et al., UC Berkeley, Jan. 2000.
129. Vartainen E, Jousilahti P, Alfthan G, Sundvall J, Pietinen P and Puska P. Cardiovascular risk factor changes in Finland, 1972-1997. *Int J Epidemiol* 29 (1): 49-56, 2000.
130. Vereecken CA, Bobelijn K and Maes L. School food policy at primary and secondary schools in Belgium-Flanders: does it influence young people's food habits? *European J Clin Nutr* 59: 271-277, 2005.
131. Vizcaino VM, Aguilar FS, Gutierrez RF, Martinez MS, Lopez MS, Martinez SS, Garcia EL and Artalejo FR. Assessment of an after-school physical activity program to prevent obesity among 9- to 10- year-old children: a cluster randomized trial. *Int J of Obesity* 32: 12-22, 2008.
132. Walter HJ. Primary prevention of chronic disease among children: the school-based "Know Your Body" intervention trials. *Health Educ Q* 16 (2): 201-214, 1989.
133. Walter HJ and Wynder EL. The development, implementation, evaluation, and future directions of a chronic disease prevention program for children: the "Know Your Body" studies. *Prev Med* 18 (1): 59-71, 1989.
134. Williams CL, Carter BJ and Eng A. The "Know Your Body" program: a developmental approach to health education and disease prevention. *Prev Med* 9 (3): 371-383, 1980.
135. Williams DE, Wareham NJ, Cox BD, Byrne CD, Hales CN and Day NE. Frequent salad vegetable consumption is associated with a reduction in the risk of diabetes mellitus. *J Clin Epidemiol* 52 (4): 329-335, 1999.
136. Wold B and Kannas L. Sport motivation among young adolescents in Finland, Norway and Sweden. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* 3 (4): 283-291, 1993.
137. World Health Organisation. 1993. The health of young people. WHO, Geneva.
138. Υ.Π.Ε.Π.Θ. «Νομικό πλαίσιο λειτουργίας των Σχολικών Μονάδων-Αρμοδιότητες των συντελεστών λειτουργίας του σχολείου», Κόρινθος, 6-10- 2005α.

- 139.Υ.ΠΕ.Π.Θ. «Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων Σχολικών Δραστηριοτήτων: Αγωγής Σταδιοδρομίας, Περιβαλλοντικής Εκπαίδευσης, Αγωγής Υγείας και Πολιτιστικών θεμάτων και Καλλιτεχνικών Αγώνων», Αθήνα, 5-10-2005β.
- 140.Zahner L, Puder JJ, Roth R, Schmid M, Guldemann R et al. A school-based physical activity program to improve health and fitness in children aged 6-13 years ("Kinder-Sportstudie KISS"): study design of a randomized controlled trial. BMC Public Health 6(6): 147-159, 2006.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1: Θεματολογία των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας (Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών Αγωγής Υγείας).

ΘΕΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ			
1. Εξαρτησιογόνες ουσίες	7. Αντιμετώπιση άγχους	13. Εθελοντισμός	19. Πρόληψη και αντιμετώπιση έκτακτων καταστάσεων όπως σεισμών, πλημμυρών, πυρκαγιών, ναυαγίων
2. Διατροφή και διατροφικές συνήθειες	8. Στοματική Υγιεινή	14. Μεσογειακή Αναμία	20. Ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση της μόλυνσης του περιβάλλοντος, τις τρομοκρατικές ενέργειες, του άγχους, του φόβου
3 Διαφυλικές σχέσεις– Σεξουαλική αγωγή	9. Καρκίνος - Κάπνισμα - Διατροφή	15. Καρδιαγγειακά νοσήματα	21. Φυσική άσκηση
4. AIDS - Ηπατίτιδα Β	10. Έκθεση σε τοξικές ουσίες και στην υπερβολική ηλιακή ακτινοβολία	16. Κατανάλωση και υγεία	22. Συμβουλευτικοί Σταθμοί Νέων
5. Ψυχική Υγεία	11. Καταστάσεις διαμονής και εργασίας	17. Ισότητα των δύο φύλων	23. Αγωγής του Καταναλωτή
6. Κυκλοφοριακή αγωγή	12. Περιβάλλον και Υγεία	18. Κοινωνικός αποκλεισμός - Ίσες ευκαιρίες	

ΕΡΕΥΝΑ με σκοπό: «την καταγραφή και αξιολόγηση γνώσεων, αντιλήψεων και συμπεριφορών σε θέματα διατροφής και υγείας σε εκπαιδευτικούς (προσωπικό) Β΄θμιας Εκπαίδευσης»

Παρακαλώ συμπληρώστε με ακρίβεια τα παρακάτω στοιχεία, που αποτελούν μέρος της έρευνας αναφορικά με ... Οι πρώτες 18 ερωτήσεις αφορούν όλους τους εκπαιδευτικούς και υπεύθυνους Αγωγής Υγείας που συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο και οι ακόλουθες αφορούν την ανάλογη ειδικότητα ...

Κωδικός Σχολείου.....

Ημερομηνία .../.../ 200...

1. Σχολείο (ΟΝΟΜΑΣΙΑ)					
2. Περιοχή σχολείου:		1. αγροτική	2. ημι-αγροτική	3. ημι-αστική	4. αστική
3. Χρονολογία ίδρυσης:					
4. Διεύθυνση σχολείου (επιπλέον τηλέφωνο-φαξ)					
5. Μέσος αριθμός παιδιών στην αίθουσα					
6. Συμμετείχε ή συμμετέχει το σχολείο σε κάποιο πρόγραμμα αγωγής υγείας - διατροφής;		1. Ναι 0. Όχι		Αν ναι προσδιορίστε το πρόγραμμα και την περίοδο συμμετοχής:	
7. Ειδικότητα εκπ/κου και έτος απόκτησης τίτλου ειδικότητας:					
		1. Γυμναστής			
		2. Βιολόγος - Χημικός			
		3. Φυσικός – Μαθηματικός			
		4. Καλλιτεχνικών ή Μουσικής			
		5. Φιλολόγος – Ξένες γλώσσες – Θεολόγος – Νομικός			
		6. Οικιακής οικονομίας- Κοινωνιολόγος			
		7. Πληροφορικής- Τεχνολογίας - Μηχανολόγος			
8. Σπουδές (Κυκλώστε μια απάντηση)		1. Πανεπιστήμιο / Τ.Ε.Ι.			
		2. Μεταπτυχιακά (σε ποιόν κλάδο)			
		3. Διδακτορικό (σε ποιόν κλάδο)			
		Άλλες σπουδές και ποιες			
9. Ηλικία κάθε εκπαιδευτικού ή υπεύθυνου που κάνει το πρόγραμμα Αγωγής Υγείας					
10. Φύλο		0. Άνδρας		1. Γυναίκα	
11. Βάρος σώματος (κιλά)					
12. Ύψος σώματος (εκατοστά)					
13. Πόσες ώρες βλέπετε τηλεόραση/ βίντεο ή παίζετε ηλεκτρονικά παιχνίδια/ ίντερνετ καθημερινώς (ώρες ανά ημέρα);					
14. Πόσες ώρες βλέπετε τηλεόραση/ βίντεο ή παίζετε ηλεκτρονικά παιχνίδια/ ίντερνετ το Σαββατοκύριακο συνολικά (ώρες);					
15. Είστε καπνιστής;		1. Ναι		0. Όχι	
15.1 Εκτός σπιτιού		1. Ναι		0. Όχι	
15.2 Εντός σπιτιού		1. Ναι		0. Όχι	
15.3 Εντός του χώρου του σχολείου		1. Ναι		0. Όχι	
15.4 Στην αυλή του σχολείου		1. Ναι		0. Όχι	
16. Συχνότητα καπνίσματος (πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα);					
17. Πάνω σε ποια από τα παρακάτω αντικείμενα πιστεύετε ότι οι μαθητές παίρνουν γνώσεις μέσα από το μάθημά σας;				17.1.χ Στη συνέχεια σημειώστε για ποια από αυτά θεωρείτε ότι έχετε γνώσεις.	
17.1 Σχετικά με την αποφυγή ατυχημάτων		1. Ναι	0. Όχι	1. Ναι	0. Όχι
17.2 Την αποφυγή του εθισμού σε ναρκωτικές ουσίες ή αλκοόλ		1. Ναι	0. Όχι	1. Ναι	0. Όχι
17.3 Τις ορθές επιλογές τροφίμων και ποτών		1. Ναι	0. Όχι	1. Ναι	0. Όχι
17.4 Την καρδιοαναπνευστική αναξωογόνηση		1. Ναι	0. Όχι	1. Ναι	0. Όχι
17.5 Τις Πρώτες Βοήθειες		1. Ναι	0. Όχι	1. Ναι	0. Όχι
17.6 Την ανάπτυξη του οργανισμού		1. Ναι	0. Όχι	1. Ναι	0. Όχι
17.7 Την αποφυγή του ιού του HIV		1. Ναι	0. Όχι	1. Ναι	0. Όχι

17.8 Νοσήματα που μεταδίδονται μέσω της σεξουαλικής οδού και άλλες μεταδοτικές ασθένειες	1. Ναι	0. Όχι	1. Ναι	0. Όχι
17.9 Την ατομική υγιεινή	1. Ναι	0. Όχι	1. Ναι	0. Όχι
17.10 Την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης	1. Ναι	0. Όχι	1. Ναι	0. Όχι
17.11 Τους επιβαρυντικούς παράγοντες του καπνίσματος	1. Ναι	0. Όχι	1. Ναι	0. Όχι
17.12 Συνέπειες και ασθένειες που μπορεί να προκύψουν από μια μη υγιεινή διατροφή	1. Ναι	0. Όχι	1. Ναι	0. Όχι
17.13 Προφύλαξη του δέρματος από τον ήλιο και πρόληψη του καρκίνου του δέρματος	1. Ναι	0. Όχι	1. Ναι	0. Όχι
18. Πιστεύετε ότι τα τρόφιμα που πωλούνται στο κυλικείο υποβάλλονται σε τακτικούς ελέγχους;			1. Ναι	0. Όχι

ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΙΟΥΝΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ/ΤΡΙΑ

19. Διαθέτει το σχολείο αντιπροσωπευτική* επιτροπή ή άτομο, που να επιτηρεί τουλάχιστον δύο φορές το χρόνο την πολιτική της σχολικής υγείας, της υγιεινής διατροφής καθώς και τα προγράμματα κατά του καπνίσματος;	3. Ναι, διαθέτει		
	2. Υπάρχει μια επιτροπή ή άτομο που κάνει αυτό, αλλά δεν είναι επαρκής		
	1. Υπάρχει μια επιτροπή ή άτομο, αλλά ή δεν είναι αντιπροσωπευτική/ό, ή δεν επιτηρεί τουλάχιστον δύο φορές το χρόνο την πολιτική της σχολικής υγείας, της υγιεινής διατροφής καθώς και τα προγράμματα κατά του καπνίσματος		
	0. όχι δεν διαθέτει		
20. Παρέχεται στους μαθητές η δυνατότητα να κατεβαίνουν στον προαύλιο χώρο κατά τη διάρκεια του διαλείμματος , ο οποίος είναι επαρκής για τον δεδομένο αριθμό μαθητών;			1. Ναι 0. Όχι
21. Παρέχεται στους μαθητές για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 20 λεπτών , κατά τη διάρκεια του συνόλου των διαλειμμάτων* κάθε σχολικής ημέρας, η ευκαιρία για φυσική δραστηριότητα (π.χ. δίνουν μπάλες στα παιδιά να παίξουν στο διάλειμμα).	3. Ναι		
	2. Ναι, όμως διάλειμμα και ευκαιρία για φυσική δραστηριότητα δεν παρέχονται οποιαδήποτε ημέρα		
	1. Όχι, ο χρόνος των διαλειμμάτων δεν είναι αρκετός		
	0. Όχι, υπάρχει ο χρόνος κατά τα διαλείμματα όπου οι μαθητές θα είχαν την ευκαιρία για φυσική δραστηριότητα, αλλά δεν το επιτρέπουν αυτό οι κανονισμοί του σχολείου		
22. Το σχολείο απαγορεύει τη διαφήμιση και την παρουσίαση των εμπορικών ονομάτων και των λογοτύπων των καπνοβιομηχανιών σε κάθε μια από τις ακόλουθες θέσεις:	3. στη σχολική ιδιοκτησία		
	2. στις σχολικές εκδόσεις		
	1. στα σχολικά είδη και τον ιματισμό του προσωπικού και των μαθητών		
	0. δεν απαγορεύει τη διαφήμιση		
23. Χειρίζεται το σχολείο τις παραβιάσεις που αφορούν το κάπνισμα με κάποιους από τους ακόλουθους τρόπους; (Σημειώστε με X όσους απ' αυτούς ισχύουν).	Μεμονωμένη/ες υποδείξεις		
	Παροχή εκπαίδευσης σχετικά με το κάπνισμα και όχι απλή χρήση σωφρονιστικών μέτρων		
	Παραπομπή των μαθητών στο διευθυντή		
	Παρακολούθηση της συχνότητας των παραβιάσεων από τους μαθητές έτσι ώστε οι κατ' επανάληψη παραβάτες να μπορούν να προσδιοριστούν και να υποστούν βαρύτερες συνέπειες		
	Ενημέρωση των γονέων για τις παραβάσεις		
	Δεν λαμβάνονται υπόψη οι παραβάσεις		
24. Πιστεύετε ότι η διαχείριση των παραβάσεων που αφορούν το κάπνισμα των μαθητών με κάποιους τρόπους έχει αποτέλεσμα ;			1. Ναι 0. Όχι
25. Βοηθάει το σχολείο τους μαθητές που καπνίζουν να απομακρυνθούν από αυτές τους τις συνήθειες;	3. Μέσω της βοήθειας νοσηλεύτριας ή επισκέπτη υγείας		
	2. Μέσω της συζήτησης του προβλήματος με τους γονείς		
	1. Μέσω της εξ' ατομικευμένης προσέγγισης από κάποιον διδάσκοντα		
	0. Όχι δεν κάνει κάτι για να τους βοηθήσει		

26. Κατά τη γνώμη σας η παραπάνω τακτική προς τους μαθητές για να σταματήσουν το κάπνισμα, (εάν υπάρχει βέβαια κάποια που να εφαρμόζεται) μειώνει τον αριθμό των καπνιζόντων;	1. Ναι	0. Όχι
27. Τηρεί το σχολείο σας τις παρακάτω πρακτικές;		
27.1 Το πάτωμα δεν γλιστράει και δεν υπάρχουν κομμάτια που αποκολλώνται από την εξωτερική επιφάνεια των δομικών υλικών	1. Ναι	0. Όχι
27.2 Επικίνδυνα υλικά καθαρισμού και απολύμανσης είναι απομονωμένα και μη προσεγγίσιμα από τους μαθητές	1. Ναι	0. Όχι
27.3 Υπάρχει ο απαραίτητος εξοπλισμός Πρώτων Βοηθειών	1. Ναι	0. Όχι
27.4 Όλοι οι χώροι είναι καλά φωτισμένοι και υπάρχουν μηχανισμοί πυρασφάλειας και πυρόσβεσης στο σχολείο	1. Ναι	0. Όχι
27.5 Οι χώροι και οι αίθουσες του σχολείου διατηρούνται σε καλή κατάσταση από άποψη υγιεινής και αερίζονται επαρκώς	1. Ναι	0. Όχι
27.6 Υπάρχουν καθαρές και χωριστές τουαλέτες	1. Ναι	0. Όχι

ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΙΟΥΝΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΙΔΙΟΚΤΗΤΗ ΚΥΛΙΚΕΙΟΥ

28. Ηλικία ιδιοκτήτη κυλικείου			
29. Φύλο		0. Άνδρας	1. Γυναίκα
30. Βάρος σώματος (κιλά)			
31. Ύψος σώματος (εκατοστά)			
32. Πόσες ώρες βλέπετε τηλεόραση/ βίντεο ή παίζετε ηλεκτρονικά παιχνίδια/ ίντερνετ καθημερινώς (ώρες ανά ημέρα);			
33. Πόσες ώρες βλέπετε τηλεόραση/ βίντεο ή παίζετε ηλεκτρονικά παιχνίδια/ ίντερνετ το Σαββατοκύριακο συνολικά (ώρες);			
34. Είστε καπνιστής;		1. Ναι	0. Όχι
34.1 Εκτός σπιτιού		1. Ναι	0. Όχι
34.2 Εντός σπιτιού		1. Ναι	0. Όχι
34.3 Εντός του χώρου του σχολείου		1. Ναι	0. Όχι
34.4 Στην αυλή του σχολείου		1. Ναι	0. Όχι
35. Συχνότητα καπνίσματος (πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα);			
36. Σπουδές (Κυκλώστε μια απάντηση)	1. Πανεπιστήμιο / Τ.Ε.Ι.		
	2. Μεταπτυχιακά (σε ποιόν κλάδο)		
	3. Διδακτορικό (σε ποιόν κλάδο)		
	Άλλες σπουδές και ποιες		
37. Σημειώστε όσα τρόφιμα από τα παρακάτω υπάρχουν στο κυλικείο:			
37.1 100% φυσικός χυμός		1. Ναι	0. Όχι
37.2 Φρέσκα ή ξηρά φρούτα		1. Ναι	0. Όχι
37.3 Ρυζόγαλο		1. Ναι	0. Όχι
37.4 Γιαούρτι χωρίς σύνθετες γλυκαντικές ουσίες		1. Ναι	0. Όχι
37.5 Πίτσα		1. Ναι	0. Όχι
37.6 Μπισκότα με γέμιση		1. Ναι	0. Όχι
37.7 Παγωτά		1. Ναι	0. Όχι
38. Πόσα αυτόματα μηχανήματα υπάρχουν στο σχολείο σας από τα οποία οι μαθητές μπορούν να προμηθευτούν....	Αναψυκτικά		
	Νερό/ χυμούς		
	Γλυκά/Σνακ		
39. Κυκλώστε την απάντηση με την οποία συμφωνείτε περισσότερο			
1. Το σχολείο σας παρέχει και λιγότερο θρεπτικά τρόφιμα και αφήνει την ευχέρεια επιλογής στους μαθητές			
2. Το σχολείο σας παρέχει αποκλειστικά θρεπτικά τρόφιμα προς τους μαθητές			
40. Γνωρίζετε τον οδηγό υγιεινής για τα σχολικά κυλικεία του ΕΦΕΤ	1. Ναι	0. Όχι	

ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΙΟΥΝΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΓΥΜΝΑΣΤΗ/ΤΡΙΑ

41. Είναι οι υποδομές σωματικής άσκησης επαρκείς με τους ακόλουθους τρόπους;	1. Ναι	0. Όχι
42. Οι κλειστές υποδομές είναι διαθέσιμες προς χρήση για τα μαθήματα γυμναστικής αλλά και για φυσικές δραστηριότητες εκτός προγράμματος	1. Ναι	0. Όχι
43. Οι υπαίθριες υποδομές είναι διαθέσιμες προς χρήση για τα μαθήματα γυμναστικής αλλά και για φυσικές δραστηριότητες εκτός προγράμματος	1. Ναι	0. Όχι
44. Τα μαθήματα γυμναστικής δεν ακυρώνονται εξαιτίας των καιρικών συνθηκών	1. Ναι	0. Όχι
45. Στις ώρες διδασκαλίας του μαθήματος της γυμναστικής, όλοι οι μαθητές μπορούν να είναι σωματικά δραστήριοι χωρίς κάποιο πρόβλημα επάρκειας χώρου ή κίνδυνο για την ασφάλειά τους;	1. Ναι	0. Όχι
46. Όλοι οι ενδιαφερόμενοι μαθητές μπορούν να εγγραφούν και να συμμετέχουν σε φυσικές δραστηριότητες εκτός του μαθήματος της γυμναστικής	1. Ναι	0. Όχι
47. Μπορούν όλοι οι μαθητές να χρησιμοποιούν τις κλειστές εγκαταστάσεις σωματικής άσκησης εκτός των ωρών λειτουργίας του σχολείου* ; <i>*εκτός των ωρών λειτουργίας του σχολείου σημαίνει μετά το σχολείο, το απόγευμα, τα Σαββατοκύριακα, και κατά τη διάρκεια των διακοπών</i>	3. Ναι μπορούν 2. Ναι μπορούν, αλλά μόνο τις καθημερινές 1. Οι κλειστές εγκαταστάσεις είναι διαθέσιμες, αλλά οι ώρες που μπορούν να τις χρησιμοποιήσουν οι μαθητές είναι πολύ περιορισμένες 0. Όχι	
48. Μπορούν όλοι οι μαθητές να χρησιμοποιούν τις υπαίθριες εγκαταστάσεις σωματικής άσκησης εκτός των ωρών λειτουργίας του σχολείου* ;	3. Ναι μπορούν 2. Ναι μπορούν, αλλά μόνο τις καθημερινές 1. Οι υπαίθριες εγκαταστάσεις είναι διαθέσιμες, αλλά οι ώρες που μπορούν να τις χρησιμοποιήσουν οι μαθητές είναι πολύ περιορισμένες 0. Όχι	
49. Απαγορεύει το σχολείο τη χρήση της σωματικής άσκησης* και του αποκλεισμού από το μάθημα της γυμναστικής** ως τιμωρία; <i>* Ένα παράδειγμα της χρήσης της σωματικής άσκησης ως τιμωρία είναι όταν βάζουμε τους μαθητές να τρέχουν ή να κάνουν κάμψεις ως συνέπεια ανάρμωσης συμπεριφοράς</i> <i>** Ο αποκλεισμός από το μάθημα της γυμναστικής ως τιμωρία σημαίνει ότι δεν επιτρέπεται στους μαθητές να συμμετέχουν στο μάθημα της γυμναστικής καθ' όλη τη διάρκεια ή για ένα μέρος του ως συνέπεια ανάρμωσης συμπεριφοράς σε άλλο μάθημα. Αυτό δεν αφορά την απαγόρευση του καθηγητή φυσικής αγωγής που επιβάλλει σε κάποιους μαθητές προκειμένου να επαναφέρει την τάξη.</i>	1. Ναι, η χρήση της σωματικής άσκησης ως τιμωρία και του αποκλεισμού από το μάθημα της γυμναστικής είναι απαγορευμένα και οι απαγορεύσεις ακολουθούνται με συνέπεια 0. καμία από τις τιμωρίες δεν είναι απαγορευμένη	
50. Ποιο είναι το ποσοστό των μαθητών που συμμετέχει στο μάθημα της φυσικής δραστηριότητας (σημειώστε με X);	<60%	
	60%-70%	
	70%-90%	
	90%-100%	

ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΙΟΥΝΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΕΚΠ/ΚΟ ΠΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΕΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

51. Ποιο είναι το θέμα των δραστηριοτήτων που οργανώνεται στα πλαίσια του προγράμματος Αγωγής Υγείας που έχετε αναλάβει (σημειώστε με X);	
51.1 Διατροφικές συνήθειες και υγιεινή διατροφή	
51.2 Φυσική δραστηριότητα	
51.3 Τροχαία ατυχήματα	
51.4 Ψυχική Υγεία	
51.5 Υγιεινή στο χώρο του σχολείου	
51.6 Αναφέρετε αν έχει άλλο τίτλο	

Σας ευχαριστώ πολύ για το χρόνο που αφιερώσατε σε αυτήν την έρευνα!!!

Ερωτηματολόγιο Β': French SA,

ID #

DATE: / /

**Food Policies
and
Practices
in Minnesota High Schools**

**A Survey of
Secondary School Principals**

**Please fill out this survey if you were
a Principal or an Assistant Principal
during the 2000-2001 school year.**

Developed in cooperation with the
Minnesota Association of Secondary School Principals
and the
University of Minnesota, Division of Epidemiology

EPI/TAC 600 2/01 Ver. 1

2005

Instructions: Thank you for taking time to complete this survey . The questions below refer to the high school at which you are Principal or Assistant Principal. Please read and answer each question as best as you can.

DEMOGRAPHIC INFORMATION

1. What is your current job title? *(Check one answer)*
 - 1 ☐ Principal 198
 - 2 ☐ Assistant Principal
 - 3 ☐ Other (please write in) _____
2. How many years have you served in this position? *(Check one answer)*
 - 1 ☐ < 1 year
 - 2 ☐ 1-5 years
 - 3 ☐ 6-10 years 199
 - 4 ☐ > 10 years
3. Check all of the grades that are taught in your school.

a. 1 ☐ grades 1-5	e. 1 ☐ grade 9	200-
b. 1 ☐ grade 6	f. 1 ☐ grade 10	207
c. 1 ☐ grade 7	g. 1 ☐ grade 11	
d. 1 ☐ grade 8	h. 1 ☐ grade 12	
4. Which best describes the location of your school? *(Check one answer)*

1 ☐ Rural	2 ☐ Suburban	3 ☐ Urban	208
----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-----
5. Is your school? *(Check one answer)*

1 ☐ Public	2 ☐ Private	209
-----------------------------------	------------------------------------	-----
6. How many students are enrolled in the school where you currently work? *(Check one answer)*
 - 1 ☐ < 500 students
 - 2 ☐ 501-1000 students
 - 3 ☐ 1001-1500 students 210
 - 4 ☐ > 1500 students
7. How many students are enrolled in the school district where you currently work? *(Check one answer)*

1 ☐ < 500 students	5 ☐ 2001-2500 students	211
2 ☐ 501-1000 students	6 ☐ 2501-3000 students	
3 ☐ 1001-1500 students	7 ☐ > 3000 students	
4 ☐ 1501-2000 students		
8. What is your gender?

1 ☐ Male	2 ☐ Female	212
---------------------------------	-----------------------------------	-----

FOOD SERVICE ENVIRONMENT

9. Is the high school campus open or closed? (Check one answer for each item)

- a. For lunch period 1 ☐ Open 2 ☐ Closed
 b. For other periods 1 ☐ Open 2 ☐ Closed

30
31

FUNDRAISING

10. Is food allowed to be sold as a fundraising activity by:

- a. student groups 1 ☐ Yes 2 ☐ No
 b. individual students 1 ☐ Yes 2 ☐ No
 c. faculty 1 ☐ Yes 2 ☐ No
 d. parent groups 1 ☐ Yes 2 ☐ No

32
33
34
35

11. How many groups sold food as a fundraising activity during the past school year? (Fill in the number of student groups or check "Don't know")

or 1 ☐ Don't know

36
38

11a. What types of food were sold during the fund raiser(s)? (Check all that apply)

- | | | |
|--|---|-----|
| a. 1 ☐ Don't know | f. 1 ☐ cake | 39- |
| b. 1 ☐ fruit | g. 1 ☐ pie | 43 |
| c. 1 ☐ nuts | h. 1 ☐ ice cream | 44- |
| d. 1 ☐ candy | i. 1 ☐ soft drinks | 48 |
| e. 1 ☐ cookies | j. 1 ☐ other _____ | |

FOOD USE/AVAILABILITY

12. Is there a school policy about the types of foods served at the following school events? (Check one answer for each item)

- | | Yes | No | Don't know | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----|
| a. School board meetings | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ | 49 |
| b. Faculty/staff meetings | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ | 50 |
| c. School sporting events | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ | 51 |
| d. Other trainings, in-service, seminars | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ | 52 |
| e. School assemblies | 1 ☐ | 2 ☐ | 3 ☐ | 53 |

13. Are food or beverages allowed in the classroom during class?

- 1 ☐ Yes 2 ☐ No 3 ☐ Don't know

54

FOOD AS REWARD

14. How frequently do teachers use food as a reward for students individually or as a group (e.g., pizza parties, candy bars, cookies, etc)?

- 1 ☐ Often
 2 ☐ Sometimes
 3 ☐ Rarely
 4 ☐ Never
 5 ☐ Don't know

55

15. Are there any school policies about teachers using food or food coupons to reward students?

- 1 ☐ Yes 2 ☐ No 3 ☐ Don't know

56

VENDING MACHINES

16. How many vending machines does your school have? (Fill in the number for each type)

- a. Soft drink 1 ☐ Don't know
 b. Juice/water 1 ☐ Don't know
 c. Snack/candy 1 ☐ Don't know

57

60

63

17. Does your school/district have any contracts with soft drink companies such as Coca-Cola or Pepsi?

- 1 ☐ Yes 2 ☐ No 3 ☐ Don't know

66

(If your school has contracts, please complete the information below for each contract)

Company Name	Contract Length? yrs.	Amount received by school per month \$\$
a. _____		
b. _____		
c. _____		
d. _____		

67

75

83

91

18. Are there any school policies about what is sold in the school vending machines? (i.e., the types of food, snacks, beverages)?

1 ☐ Yes 2 ☐ No 3 ☐ Don't know

99

19. Who controls the profits from the vending machines? (Check all that apply for each vending machine type)

Snack Vending Machines

Soft Drink Vending Machines

- | | | |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Don't know | 1 ☐ | 1 ☐ |
| b. Principal | 1 ☐ | 1 ☐ |
| c. Athletic Director | 1 ☐ | 1 ☐ |
| d. Food Service Director | 1 ☐ | 1 ☐ |
| e. Student Council | 1 ☐ | 1 ☐ |
| f. Other student group | 1 ☐ | 1 ☐ |
| g. Vending company | 1 ☐ | 1 ☐ |
| h. Other _____ | 1 ☐ | 1 ☐ |

100-107

108-115

20. Who sets the prices in the vending machines? (Check all that apply for each vending machine type)

Snack Vending Machines

Soft Drink Vending Machines

- | | | |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Don't know | 1 ☐ | 1 ☐ |
| b. Principal | 1 ☐ | 1 ☐ |
| c. Athletic Director | 1 ☐ | 1 ☐ |
| d. Food Service Director | 1 ☐ | 1 ☐ |
| e. Student Council | 1 ☐ | 1 ☐ |
| f. Other student group | 1 ☐ | 1 ☐ |
| g. Vending company | 1 ☐ | 1 ☐ |
| h. Other _____ | 1 ☐ | 1 ☐ |

116-123

124-131

21. Are the hours of operation for the vending machines limited in any way?

1 ☐ Yes 2 ☐ No 3 ☐ Don't know

132

- 21a. Describe hours of vending operation: (Check **one** answer for each vending machine type)

Snack vending machinesSoft drink vending machines

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Before and after school only | 1 ☐ | 1 ☐ |
| All hours except lunch periods | 2 ☐ | 2 ☐ |
| Lunch periods only | 3 ☐ | 3 ☐ |
| After school only | 4 ☐ | 4 ☐ |
| After all lunch periods | 5 ☐ | 5 ☐ |
| All hours | 6 ☐ | 6 ☐ |
| Other _____ | 7 ☐ | 7 ☐ |

133-134

SCHOOL STORES AND SNACK BARS

22. Are there any school stores or snack bars in your school?

- 1 ☐ Yes
 2 ☐ No (If NO, go to Question #26)
 3 ☐ Don't know

135

23. Who operates school stores or snack bars in your school? (Check all that apply)

- a. 1 ☐ Don't know
 b. 1 ☐ Food service
 c. 1 ☐ Student groups
 d. 1 ☐ Other _____

136-
139

24. Who controls the commissions/profits from school stores or snack bars? (Check all that apply)

- a. 1 ☐ Don't know
 b. 1 ☐ Principal
 c. 1 ☐ Athletic Director
 d. 1 ☐ Food Service Director
 e. 1 ☐ Student Council
 f. 1 ☐ Other student group
 g. 1 ☐ Vending company
 h. 1 ☐ Other _____

140-
147

25. Are there any school policies about the types of food that can be sold at the school stores?

- 1 ☐ Yes 2 ☐ No 3 ☐ Don't know

148

SCHOOL NUTRITION POLICIES149-
168
skip

26. Are there any school policies about nutrition and food (e.g., What type of food is offered, promoted, prohibited)?

- 1 ☐ Yes 2 ☐ No 3 ☐ Don't know

171

27. In your school, are any of the following involved in setting school food policy?
 (Check all that apply.)

- a. 1 ☐ There are no food policies
 b. 1 ☐ Don't know
 c. 1 ☐ Principal
 d. 1 ☐ Assistant Principal
 e. 1 ☐ Other School Administrative Staff
 f. 1 ☐ Food Service Director
 g. 1 ☐ Food Service Cook Manager
 h. 1 ☐ School Board
 i. 1 ☐ School Nurse
 j. 1 ☐ School Health Coordinator
 k. 1 ☐ Teachers
 l. 1 ☐ Food Nutrition Advisory Council
 or Other Food/Nutrition Group
 m. 1 ☐ Parents
 n. 1 ☐ Students
 o. 1 ☐ Others _____

172-
186

28. Are there any meetings or work groups at school that focus on school nutrition (e.g., student groups, faculty, parents, PTO, School Food Service, other administrative)?

1 ☐ Yes 2 ☐ No 3 ☐ Don't know

187

29. How important do you think it is to have a school-wide or district-wide policy about food and nutrition issues for the high school?

1 ☐ Very important
2 ☐ Somewhat important
3 ☐ Neither
4 ☐ Somewhat unimportant
5 ☐ Very unimportant

188

FOOD PROMOTIONS AT SCHOOL

30. Are food or beverage promotions or advertising allowed **in the school cafeteria**?

1 ☐ Yes 2 ☐ No 3 ☐ Don't know

189

31. Are food or beverage promotions or advertising allowed in school **outside the cafeteria**?

1 ☐ Yes 2 ☐ No 3 ☐ Don't know

190

32. Are coupons for food or beverages allowed to be distributed to students?
(Check one answer for each item)

a. from the food service 1 ☐ Yes 2 ☐ No 3 ☐ Don't know

191

b. from outside companies 1 ☐ Yes 2 ☐ No 3 ☐ Don't know

192

ADOLESCENT NUTRITION

33. In the context of the overall school environment, how important do you think it is for schools to provide an environment to encourage healthy food choices?

1 ☐ Very important
2 ☐ Somewhat important
3 ☐ Neither
4 ☐ Somewhat unimportant
5 ☐ Very unimportant

193

Just a few more questions on the back →

SCHOOL FOOD SERVICE FUNDING AND OPERATIONS

34. Does your state or school district provide any monetary support for food service operations?
(Check only one answer)

- 1 ☐ Don't know
- 2 ☐ State provides monetary support
- 3 ☐ District provides monetary support
- 4 ☐ Both state and district provide monetary support
- 5 ☐ Neither state or district provide monetary support
- 6 ☐ Food service is self-supporting

194

35. To what extent do you think school food service should be financially supported by the general funds versus independent? (Check only one answer)

- 1 ☐ Completely supported by general funds
- 2 ☐ Partially supported by general funds
- 3 ☐ Not supported at all by general funds

195

36. Check the one answer that you agree with the most:

- 1 ☐ Schools should provide both more healthful and less healthful food choices and let students choose.
- 2 ☐ Schools should provide mostly only healthful foods to students in school.

196

Thank you for your time to complete this survey.

197
skip

Ερωτηματολόγιο Γ': (Μανιός Ι.)
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1. Αντιπροσωπευτική επιτροπή επιτήρησης προγραμμάτων σχολικής υγείας

Διαθέτει το σχολείο αντιπροσωπευτική* επιτροπή ή άτομο, που να επιτηρεί τουλάχιστον δύο φορές το χρόνο την πολιτική της σχολικής υγείας και την εφαρμογή των προγραμμάτων που αφορούν την φυσική δραστηριότητα, την υγιεινή διατροφή καθώς και τις πολιτικές και τα προγράμματα κατά του καπνίσματος;

** Αντιπροσωπευτική επιτροπή θεωρούνται μέλη της σχολικής κοινότητας, όπως οι γονείς, οι μαθητές, οι δάσκαλοι, οι διευθυντές, το προσωπικό υπηρεσίας τροφίμων, οι νοσοκόμες, οι προπονητές, και οι υπεύθυνοι αγωγής υγείας..*

3 = ναι διαθέτει.

2 = υπάρχει μια επιτροπή ή άτομο που κάνει αυτό, αλλά θα μπορούσε να είναι αντιπροσωπευτικότερη/ο.

1 = υπάρχει μια επιτροπή ή άτομο, αλλά ή δεν είναι αντιπροσωπευτική/ό, ή δεν επιτηρεί τουλάχιστον δύο φορές το χρόνο την πολιτική της σχολικής υγείας και την εφαρμογή των προγραμμάτων που αφορούν την φυσική δραστηριότητα, την υγιεινή διατροφή καθώς και τις πολιτικές και τα προγράμματα κατά του καπνίσματος ή συναντώνται λιγότερο από δύο φορές το χρόνο.

0 = όχι δεν διαθέτει

2. Θεσπισμένες (γραπτές) πολιτικές σχολικής υγείας

Έχει το σχολείο, ή το γραφείο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης που υπάγεται το σχολείο, γραπτές πολιτικές σε θέματα υγείας που το δεσμεύουν στα παρακάτω;

- ✓ παροχή μιας ευρείας σειράς μη ανταγωνιστικών αλλά και ανταγωνιστικών σωματικών δραστηριοτήτων που προάγουν την ανάπτυξη δεξιοτήτων που απαιτούνται για τη συμμετοχή στη δια βίου σωματική άσκηση
- ✓ προμήθεια του κυλικείου με τρόφιμα χαμηλά σε λιπαρά, αλάτι και ζάχαρη;
- ✓ απαγόρευση του καπνίσματος σ'όλους τους χώρους του σχολείου όλες τις ώρες της ημέρας

3 = ναι, για όλες τις ανωτέρω πολιτικές.

2 = για δύο από τις πολιτικές ανωτέρω.

1 = για μια από τις πολιτικές ανωτέρω.

0 = καμία.

3. Διάλειμμα

Παρέχεται στους μαθητές η δυνατότητα διαλείμματος (εκτός του μαθήματος της γυμναστικής) και η ευκαιρία για φυσική δραστηριότητα τουλάχιστον 20 λεπτά κατά τη διάρκεια κάθε σχολικής ημέρας, και οι δάσκαλοι ή ο επιβλέπων στο διάλειμμα τους το επιτρέπουν αυτό (π χ δίνουν μπάλες στα παιδιά να παίξουν στο διάλειμμα κλπ);

Σημείωση: το διάλειμμα και η ευκαιρία για φυσική δραστηριότητα πρέπει να συμπληρώνουν και όχι να αντικαταστούν τη δραστηριότητα που λαμβάνουν οι μαθητές στα μαθήματα της γυμναστικής.

3 = ναι

2 = ναι, το διάλειμμα διαρκεί 20 λεπτά όπου οι μαθητές θα είχαν την ευκαιρία για φυσική δραστηριότητα αλλά οι δάσκαλοι ή ο επιβλέπων στο διάλειμμα δεν το επιτρέπουν αυτό.

1 = διάλειμμα παρέχεται κάθε ημέρα, αλλά για λιγότερο από 20 λεπτά, ή παρέχεται μερικές ημέρες αλλά όχι όλες τις ημέρες.

0 = διάλειμμα και ευκαιρία για φυσική δραστηριότητα δεν παρέχονται οποιαδήποτε ημέρα.

4. Επαρκείς υποδομές σωματικής άσκησης

Είναι οι υποδομές σωματικής άσκησης επαρκείς με τους ακόλουθους τρόπους;

- ✓ οι κλειστές και οι υπαίθριες υποδομές είναι διαθέσιμες προς χρήση για τα μαθήματα γυμναστικής αλλά και για φυσικές δραστηριότητες εκτός προγράμματος
- ✓ τα μαθήματα γυμναστικής δεν ακυρώνονται εξαιτίας των καιρικών συνθηκών (υψηλές ή χαμηλές θερμοκρασίες, βροχή, κ.λπ.)
- ✓ στις ώρες διδασκαλίας του μαθήματος της γυμναστικής, όλοι οι μαθητές μπορούν να είναι σωματικά δραστήριοι χωρίς κάποιο πρόβλημα επάρκειας χώρου ή κίνδυνο για την ασφάλειά τους
- ✓ για τις δραστηριότητες σε ώρες λειτουργίας του σχολείου αλλά εκτός του μαθήματος της γυμναστικής, όλοι οι ενδιαφερόμενοι μαθητές μπορούν να εγγραφούν και να συμμετέχουν χωρίς να υπάρχει πρόβλημα έλλειψης χώρου ή κίνδυνος για την ασφάλειά τους

3 = ναι, και με τους τέσσερις τρόπους.

2 = ναι, αλλά με τρεις τρόπους.

1 = ναι, αλλά με έναν ή δύο τρόπους.

0 = όχι, με κανένα τρόπο.

5. Πρόσβαση στις εγκαταστάσεις φυσικής άσκησης εκτός ωρών λειτουργίας του σχολείου

Μπορούν όλοι οι μαθητές να χρησιμοποιούν τις κλειστές και τις υπαίθριες εγκαταστάσεις σωματικής άσκησης εκτός ωρών λειτουργίας του σχολείου*;

* εκτός ωρών σχολικού προγράμματος σημαίνει μετά το σχολείο, το απόγευμα, τα Σαββατοκύριακα, και κατά τη διάρκεια των διακοπών

3 = ναι μπορούν.

2 = κλειστές ή υπαίθριες εγκαταστάσεις είναι διαθέσιμες, αλλά όχι και τα δύο.

1 = κλειστές ή υπαίθριες εγκαταστάσεις είναι διαθέσιμες, αλλά οι ώρες που οι μαθητές μπορούν να τις χρησιμοποιήσουν είναι πολύ περιορισμένες.

0 = όχι δεν μπορούν.

6. Αποφυγή χρήσης της φυσικής άσκησης ως τιμωρία

Απαγορεύει το σχολείο τη χρήση της σωματικής άσκησης* και του αποκλεισμού από το μάθημα της γυμναστικής** ως τιμωρία; Είναι αυτή η απαγόρευση ξεκάθαρη σ' όλο το προσωπικό και ακολουθείται με συνέπεια;

* Ένα παράδειγμα της χρήσης της σωματικής άσκησης ως τιμωρία είναι όταν βάζουμε τους μαθητές να τρέχουν γύρω γύρω ή να κάνουν κάμψεις ως συνέπεια ανάρμοστης συμπεριφοράς.

** Ο αποκλεισμός από τα μαθήματα γυμναστικής ως τιμωρία σημαίνει ότι δεν επιτρέπεται στους μαθητές να συμμετέχουν στο μάθημα της γυμναστικής καθ' όλη τη διάρκεια ή για ένα μέρος του ως συνέπεια ανάρμοστης συμπεριφοράς σε άλλο μάθημα ή αποτυχίας να φέρουν εις πέρας κάποια εργασία σε κάποιο άλλο μάθημα. Αυτό δεν αφορά την απαγόρευση που ο καθηγητής φυσικής αγωγής επιβάλλει σε κάποιους μαθητές προκειμένου να επαναφέρει την τάξη κατά τη διάρκεια του μαθήματός του.

3 = ναι, η χρήση της φυσικής δραστηριότητας ως τιμωρία και ο αποκλεισμός από τα μαθήματα γυμναστικής ως τιμωρία είναι απαγορευμένα και οι δύο απαγορεύσεις ακολουθούνται με συνέπεια.

2 = μια από αυτές τις πρακτικές είναι απαγορευμένη και η απαγόρευση ακολουθείται με συνέπεια.

1 = μια από αυτές τις πρακτικές είναι απαγορευμένη αλλά η απαγόρευση δεν ακολουθείται με συνέπεια.

0 = καμιά από τις πρακτικές δεν είναι απαγορευμένη.

7. Απαγόρευση χρήσης τροφίμων ως ανταμοιβή ή τιμωρία.

Εμποδίζει το σχολείο τη χρήση από τους μαθητές τροφίμων χαμηλής θρεπτικής αξίας* ως ανταμοιβή και την στέρηση κάποιου φαγητού ως τιμωρία ***; Είναι αυτές οι πρακτικές ξεκάθαρες στο προσωπικό και ακολουθούνται με συνέπεια;**

* Τα τρόφιμα χαμηλής θρεπτικής αξίας παρέχουν θερμίδες πρώτιστα υπό μορφή λίπους ή/και ζαχάρων αλλά περιέχουν λίγες βιταμίνες ή ανόργανα άλατα. Τέτοια τρόφιμα είναι η καραμέλα, οι τηγανιτές πατάτες, οι σοκολάτες, τα αναμυκτικά, τα κρουασάν.

** Ένα παράδειγμα της χρήσης των τροφίμων ως ανταμοιβή είναι η επιβράβευση των μαθητών που έχουν συμπεριφερθεί καλά ή πέτυχαν ακαδημαϊκούς ή άλλους στόχους με την παροχή γλυκισμάτων ή άλλων τροφίμων.

*** Ένα παράδειγμα χρήσης των τροφίμων ως τιμωρία είναι ότι δεν δίνει στο μαθητή ένα snack ή ένα γεύμα, που προσφέρεται σε όλους τους άλλους μαθητές, λόγω της ακατάλληλης συμπεριφοράς αυτού του μαθητή.

- 3 = ναι, η χρήση των τροφίμων χαμηλής θρεπτικής αξίας ως ανταμοιβή και η παρακράτηση τέτοιων τροφίμων ως τιμωρία απαγορεύονται, και οι δύο απαγορεύσεις ακολουθούνται με συνέπεια.
 2 = μια από αυτές τις πρακτικές είναι απαγορευμένη, και αυτή η απαγόρευση ακολουθείται με συνέπεια.
 1 = μια από αυτές τις πρακτικές είναι απαγορευμένη, αλλά αυτή η απαγόρευση δεν ακολουθείται με συνέπεια.
 0 = όχι, η χρήση της σωματικής άσκησης και του αποκλεισμού από το μάθημα της γυμναστικής ως τιμωρία δεν απαγορεύονται.

9. Περιορισμός στην πρόσβαση σε τρόφιμα χαμηλής θρεπτικής αξίας

Απαγορεύει το σχολείο την πώληση και την διανομή τροφίμων χαμηλής θρεπτικής αξίας * σε όλο το σχολείο όλη τη διάρκεια της λειτουργίας του;

* Τρόφιμα χαμηλής θρεπτικής αξίας παρέχουν πολλές θερμίδες με τη μορφή λίπους ή/και ζαχάρων αλλά περιέχουν λίγες βιταμίνες ή ανόργανα άλατα. Για παραδείγμα η καραμέλα, οι τηγανιτές πατάτες και οι χυμοί νέκταρ..

- 3 = Ναι.
 2 = Το σχολείο απαγορεύει την πώληση και την διανομή τροφίμων χαμηλής θρεπτικής αξίας και άλλων τροφίμων με χαμηλή θρεπτική αξία σε όλο το σχολείο αλλά μόνο κατά τη διάρκεια των γευμάτων. ???????
 1 = Το σχολείο συμμορφώνεται με τις παραπάνω συστάσεις εμποδίζοντας την πώληση των τροφίμων ελάχιστης θρεπτικής αξίας στους χώρους εστίασης του σχολείου.
 0 = Το σχολείο δε συμμορφώνεται με τις συστάσεις σύμφωνα με τις οποίες εμποδίζεται η πώληση των τροφίμων ελάχιστης θρεπτικής αξίας στους χώρους εστίασης του σχολείου.

12. Απαγόρευση του καπνίσματος μεταξύ των μαθητών

Απαγορεύει το σχολείο το κάπνισμα* από τους μαθητές καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας στις ακόλουθες περιοχές;

- ✓ σε όλη τη σχολική ιδιοκτησία (περιλαμβάνει όλα τα κτίρια, τις εγκαταστάσεις, και το σχολικό προαύλιο)
- ✓ σε οποιοδήποτε σχολικό μέσο μεταφοράς
- ✓ σε εκδηλώσεις που οργανώνονται από το σχολείο μέσα ή έξω από τη σχολική ιδιοκτησία (παραδείγματος χάριν, εκπαιδευτικά ταξίδια)

* το **Κάπνισμα** περιλαμβάνει: τσιγάρα, πούρα, πουράκια, καπνός μασήματος κ.λπ.

- 3 = Ναι, και για τις τρεις περιοχές.
 2 = Σε όλη τη σχολική ιδιοκτησία και για μια από τις άλλες περιοχές (μεταφορά ή εξωσχολικές εκδηλώσεις).
 1 = Για μια από τις περιοχές.
 0 = Όχι, καμιά περιοχή.

13. Απαγόρευση του καπνίσματος μεταξύ του προσωπικού

Απαγορεύει το σχολείο το κάπνισμα στο προσωπικό του σχολείου* καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας στις ακόλουθες περιοχές;

- ✓ σε όλη τη σχολική ιδιοκτησία (περιλαμβάνει όλα τα κτίρια, τις εγκαταστάσεις, και το σχολικό προαύλιο)
- ✓ σε οποιοδήποτε σχολικό μέσο μεταφοράς
- ✓ σε εκδηλώσεις που οργανώνονται από το σχολείο μέσα ή έξω από τη σχολική ιδιοκτησία (παραδείγματος χάριν, εκπαιδευτικά ταξίδια)

* **Προσωπικό:** διευθυντές, εκπαιδευτικοί, επιστάτες, συνεργείο καθαρισμού, κ.ά.

3 = Ναι, και για τις τρεις περιοχές.

2 = Σε όλη τη σχολική ιδιοκτησία και για μια από τις άλλες περιοχές (μεταφορά ή εξωσχολικές εκδηλώσεις).

1 = Για μια από τις περιοχές.

0 = Όχι, καμιά περιοχή.

14. Απαγόρευση του καπνίσματος μεταξύ των επισκεπτών

Απαγορεύει το σχολείο το κάπνισμα από τους επισκέπτες καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας στις ακόλουθες περιοχές;

- ✓ σε όλη τη σχολική ιδιοκτησία (περιλαμβάνει όλα τα κτίρια, τις εγκαταστάσεις, και το σχολικό προαύλιο)
- ✓ σε οποιοδήποτε σχολικό μέσο μεταφοράς
- ✓ σε εκδηλώσεις που οργανώνονται από το σχολείο μέσα ή έξω από τη σχολική ιδιοκτησία (παραδείγματος χάριν, εκπαιδευτικά ταξίδια)

3 = Ναι, και για τις τρεις περιοχές.

2 = Σε όλη τη σχολική ιδιοκτησία και για μια από τις άλλες περιοχές (μεταφορά ή εξωσχολικές εκδηλώσεις).

1 = Για μια από τις περιοχές.

0 = Όχι, καμιά περιοχή.

15. Επιβολή πολιτικής κατά του καπνίσματος

Χειρίζεται το σχολείο τις παραβιάσεις της πολιτικής που αφορά το κάπνισμα με κάθε έναν από τους ακόλουθους τρόπους;

- ✓ μεμονωμένη/ες υπόδειξη/εις για να επιβάλει την πολιτική
- ✓ γραπτή πολιτική για την εξέταση των παραβιάσεων από τους μαθητές, το προσωπικό και τους επισκέπτες
- ✓ παροχή εκπαιδευτικών ευκαιριών (παραδείγματος χάριν, εκπαίδευση σχετικά με το κάπνισμα) και όχι απλή χρήση των σωφρονιστικών μέτρων (παραδείγματος χάριν, κράτηση και αποβολή)
- ✓ παραπομπή των μαθητών στο σχολικό σύμβουλο ή τη νοσοκόμα
- ✓ παρακολούθηση της συχνότητας των παραβιάσεων από τους μαθητές έτσι ώστε οι κατ' επανάληψη παραβάτες να μπορούν να προσδιοριστούν και να υποστούν βαρύτερες συνέπειες
- ✓ ενημέρωση των γονέων για τις παραβιάσεις

3 = Ναι, με κάθε έναν από τους έξι τρόπους.

2 = Ναι, σε τέσσερις ή πέντε από αυτούς τους τρόπους.

1 = Ναι, στον ένα έως τρεις από αυτούς τους τρόπους.

0 = Κανέναν από τους τρόπους.

16. Απαγόρευση της διαφήμισης του καπνού

Το σχολείο απαγορεύει τη διαφήμιση και την παρουσίαση των εμπορικών ονομάτων και των λογότυπων των καπνοβιομηχανιών σε κάθε μια από τις ακόλουθες θέσεις;

- ✓ στη σχολική ιδιοκτησία
- ✓ στις σχολικές εκδηλώσεις
- ✓ στις σχολικές εκδόσεις
- ✓ στον ιματισμό των μαθητών και του προσωπικού, τα παπούτσια, και τα αξεσουάρ
- ✓ σε διαφημιστικά είδη που απευθύνονται σε μαθητές και προσωπικό και σε άλλα σχολικά είδη (παραδείγματος χάριν, σχολικές τσάντες, καλαθάκια φαγητού, παιχνίδια, εξώφυλλα βιβλίων, ή άλλα προσωπικά αντικείμενα)

3 = Ναι, σε όλες από τους πέντε θέσεις

2 = Ναι, σε τρεις ή τέσσερις από αυτές τις θέσεις

1 = Ναι, σε μια ή δύο από αυτές τις θέσεις

0 = Όχι, σε καμία από τις θέσεις

17. Ειδικευμένο προσωπικό για την πολιτική της σχολικής υγείας

Υπάρχει προσωπικό ειδικευμένο που διαθέτει αντίγραφα της πολιτικής για τη φυσική δραστηριότητα, την υγιεινή διατροφή και το κάπνισμα που αφορούν το αντικείμενο της εργασίας τους;

3 = Ναι.

2 = Ειδικευμένο προσωπικό ή προσωπικό που διαθέτει αντίγραφα, αλλά όχι και τα δύο.

1 = Όχι, αλλά υπάρχουν σχέδια για να γίνουν έτσι.

0 = Όχι, και δεν υπάρχει κανένα σχέδιο για να γίνουν έτσι.

18. Επικοινωνιακή πολιτική όσον αφορά στην σχολική υγεία

Μεταδίδει το σχολείο την πολιτική του για τη φυσική δραστηριότητα, την υγιεινή διατροφή και το κάπνισμα μεταξύ των μαθητών, των γονέων, του προσωπικού και των επισκεπτών με κάθε έναν από τους ακόλουθους τρόπους;

- ✓ πινακίδες απαγόρευσης καπνίσματος
- ✓ εξειδίκευση προσωπικού και συνεδριάσεις με το προσωπικό
- ✓ εξειδίκευση μαθητών
- ✓ εγχειρίδιο/ενημερωτικό έντυπο μαθητών
- ✓ εγχειρίδιο/ενημερωτικό έντυπο προσωπικού
- ✓ εγχειρίδιο/ενημερωτικό έντυπο γονέων και εφημερίδες
- ✓ συμβάσεις με εξωτερικούς προμηθευτές και οργανισμούς που μισθώνουν τις εγκαταστάσεις του σχολείου
- ✓ ανακοινώσεις σε σχολικές εκδηλώσεις
- ✓ κοινοτικές συνεδριάσεις

3 = Ναι, όλοι οι τρόποι χρησιμοποιούνται.

2 = Οι περισσότεροι από τους τρόπους χρησιμοποιούνται.

1 = Μόνο μερικοί από τους τρόπους χρησιμοποιούνται.

0 = Κανένας τρόπος δε χρησιμοποιείται.