

Ο συσχετισμός του προφίλ και των συμπεριφορών υγείας των δασκάλων με την επιλογή ένταξης θεματολογίας υγείας στην εκπαιδευτική πράξη

Γεωργία Τζαμαλούκα, Πελαγία Σουλτάτου, Αντώνης Καφάτος, Ειρήνη Μάρκατση, Ιωάννης Χλιαουτάκης*

Περίληψη

Η εθνική εκπαιδευτική πολιτική για την Αγωγή Υγείας στο σχολείο δεν είναι πλήρως θεσμοθετημένη, αν και αναγνωρίζεται ότι υπάρχει η ανάγκη προαγωγής συμπεριφορών υγείας σε άτομα σχολικής ηλικίας. Το παρόν κενό υποθέσαμε ότι πιθανόν καλύπτεται από το/η δάσκαλο/α εντάσσοντας εθελοντικά θέματα υγείας στην καθημερινή εκπαιδευτική πράξη είτε α) με πληροφόρηση και νουθεσία προς τους μαθητές μέσω της παραδοσιακής διδασκαλίας, είτε β) με την αυτοπροβολή του ως πρότυπο υγιών συμπεριφορών. Εξετάζοντας το κοινωνικό-οικονομικό προφίλ των δασκάλων, τη θρησκευτικότητα τους, τις αυτοαναφερόμενες συμπεριφορές υγείας σε σχέση με το συγκεκριμένο εθελοντικό ρόλο, βρέθηκε ότι οι δάσκαλοι που ακολουθούν τον "εκκλησιαστικό τρόπο ζωής" είναι πιο πρόθυμοι να αναλάβουν το συγκεκριμένο έργο στην εκπαιδευτική τους πρακτική.

Λέξεις-Κλειδιά: Δάσκαλος, Θρησκευτικότητα, Υγεία, Εθελοντισμός.

* Η Γεωργία Τζαμαλούκα είναι επιστημονικός συνεργάτης στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Η Πελαγία Σουλτάτου είναι Υποψήφια Διδάκτωρ Επιστημών της Αγωγής στο King's College, Πανεπιστήμιο του Λονδίνου. Ο Αντώνης Καφάτος είναι καθηγητής Προληπτικής Ιατρικής και Διατροφής στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης. Η Ειρήνη Μάρκατση είναι στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης. Ο Ιωάννης Χλιαουτάκης είναι καθηγητής Κοινωνιολογίας στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

1. Εισαγωγή

Η Αγωγή και Προαγωγή Υγείας (Α.Υ και Π.Υ αντίστοιχα) αποτελούν θεσμό για τα εκπαιδευτικά συστήματα στον οικονομικά αναπτυσσόμενο κόσμο, με την αειφόρο υποστήριξη διεθνών οργανισμών όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), το Συμβούλιο της Ευρώπης κ.ά. Στην Ελλάδα ωστόσο μόλις τα τελευταία χρόνια έχει επιχειρηθεί η θεσμοθέτηση της Α.Υ., κυρίως μέσα από το Ολοήμερο Σχολείο, για την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Η προβληματική μιας τέτοιας προσπάθειας επικεντρώνεται σε δύο θεωρητικούς άξονες: αφενός μεν στον σχεδιασμό και την εφαρμογή της Α.Υ και Π.Υ. σε μια λογική σχολικής δραστηριότητας σε περιβάλλον «ελεύθερης αγοράς», όπου δημιουργείται ανταγωνισμός μεταξύ των άλλων «εθελοντικών» δραστηριοτήτων (Whitty 1997), με αποτέλεσμα τον αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση των πιο αδύναμων «προϊόντων της αγοράς». Αφετέρου δε, η εθελοντική και διαθεματική φύση της Α.Υ ως εκπαιδευτικού αντικειμένου, σε ευθεία αντίθεση με το επίσημο και υποχρεωτικό ωρολόγιο πρόγραμμα, δημιουργεί προβληματισμό για το κύρος και την αποδοχή του αντικειμένου στην εκπαιδευτική κοινότητα (Scriven 2001).

Πριν προχωρήσουμε, είναι χρήσιμο να παρατεθεί ένας από τους πλέον γνωστούς και κοινά αποδεκτούς ορισμούς για την Α.Υ. σύμφωνα με τον οποίο κάθε εσκεμμένη δραστηριότητα η οποία είναι σχεδιασμένη έτσι ώστε να επιτύχει εκπαίδευση σχετική με την υγεία ή την ασθένεια (Tones & Tilford 1994). Με αυτή την έννοια, και όχι απαραίτητα ακολουθώντας το επίσημο θεσμικό πλαίσιο της Α.Υ., όπως αυτό ορίζεται από το ΥΠΕΠΘ, θελήσαμε να ερευνήσουμε εάν και κατά πόσο ο σύγχρονος εκπαιδευτικός περιλαμβάνει εκουσίως εκπαίδευση σχετική με την υγεία/ασθένεια.

Σε ό,τι αφορά στην επίσημη εκπαιδευτική πολιτική για την Α.Υ. και Π.Υ, η απουσία συστηματικής αξιολόγησης δεν επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την αποτελεσματικότητα του θεσμού. Ωστόσο οι έστω και ολιγάριθμες έρευνες στο πεδίο της Α.Υ. εγείρουν σημαντικά ερωτήματα για την αποτελεσματικότητα της εθνικής εκπαιδευτικής πολιτικής, διατυπώνοντας παράλληλα προτάσεις για την περαιτέρω ανάπτυξη του θεσμού (Frisiras, Lagiou, Sourtzi, & Vidalaki, 1991. Koumi & Tsiantis 2001. Soultatou & Duncan 2008. Velonakis, Karaintanou, Yfantopoulos, & Trichopoulos, 1984). Το γεγονός όμως ότι η Α.Υ. δεν αποτελεί υποχρέωση του ελληνικού σχολείου αλλά εθελοντική επιλογή, επιτρέπει να κάνουμε την υπόθεση ότι εναπόκειται στη διακριτική ευχέρεια του Έλ-

ληνα εκπαιδευτικού το αν και κατά πόσο θα εισάγει στην καθημερινή του εκπαιδευτική πρακτική διδασκαλία και πρότυπα συμπεριφοράς σχετικά με την υγεία. Σήμερα μάλιστα, με την καθιέρωση του θεσμού του Ολοήμερου Σχολείου, ο δάσκαλος έχει την ευχέρεια να διαμορφώσει κατά το 1/3 το περιεχόμενο των θεμάτων που περιλαμβάνονται στο ωρολόγιο πρόγραμμα (Alahiotis & Karatzia-Stavlioti 2006). Με δεδομένο το περιθώριο λήψης πρωτοβουλίας και εμπλουτισμού της παραδοσιακής διδασκαλίας με θέματα που άπτονται των ενδιαφερόντων του εκπαιδευτικού, θεωρήσαμε ότι θεματολογία σχετική με την υγεία θα μπορούσε να ενταχθεί οικειοθελώς από το δάσκαλο στο σχολικό πρόγραμμα.

Από την άλλη μεριά, η απουσία συστηματικής παρουσίας υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας στο σχολικό περιβάλλον εγκαταλείπει τους εκπαιδευτικούς αβοήθητους σε μια προσπάθεια χειρισμού ενός περίπλοκου αλλά και πολύ σημαντικού θέματος, όπως αυτό της υγείας και της πρόληψης. Στο εξωτερικό αντίθετα, ο θεσμός του σχολικού νοσηλευτή ή επισκέπτη υγείας, του σχολικού ψυχολόγου και άλλων επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας στο χώρο του σχολείου συμβάλλει τα μέγιστα στην εφαρμογή παρεμβάσεων Α.Υ. και Π.Υ. (Bagnall 1993). Ενώ το ΥΠΕΠΘ βαδίζει προς την κατεύθυνση αυτή, είμαστε ακόμα πολύ μακριά από μια ολοκληρωμένη, οργανωμένη και βιώσιμη παρουσία των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας στο σχολικό περιβάλλον.

Τέλος, πολύς λόγος γίνεται στο χώρο της Α.Υ. και Π.Υ. για το «health literacy», δηλαδή το βαθμό στον οποίο τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να αποκτούν, να επεξεργάζονται και να κατανοούν βασικές πληροφορίες σχετικές με την υγεία καθώς και υπηρεσίες ώστε να παίρνουν τις κατάλληλες αποφάσεις για την υγεία τους (Manganello 2007). Η έννοια αυτή θεωρείται κατάλληλη για τα σχολεία πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης όπου οι μαθητές χρειάζεται να εφοδιάζονται με τις στοιχειώδεις τουλάχιστον γνώσεις και δεξιότητες σε σχέση με την υγεία (Nutbeam 2000. St Leger 2001), καθώς μάλιστα έχει αποδειχθεί ότι όσο πιο νωρίς αποκτώνται αυτές τόσο αυξάνονται τα μακροπρόθεσμα οφέλη για την υγεία του ατόμου στο μέλλον (Barnett 1995).

Μέσα σε ένα τέτοιο θεωρητικό πλαίσιο, υποθέσαμε ότι ο εκπαιδευτικός πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ενδεχομένως αναλαμβάνει σε εθελοντική βάση, δηλαδή χωρίς να αμείβεται επιπλέον και χωρίς να εκτελεί επίσημες εντολές, να εντάξει στην εκπαιδευτική του πρακτική ένα στοιχείο βασικής εκπαίδευσης σχετικής με θέματα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η παρούσα ερευνητική μελέτη θέλησε να ερευνησει: α) εάν και κατά πόσο ο/η εκπαιδευτικός πληροφορεί/νουθετεί τους μαθητές υπέρ της υιοθέ-

τησης υγιών συμπεριφορών και β) εάν και κατά πόσο οι ίδιοι οι δάσκαλοι προβάλλουν τους εαυτούς τους ως πρότυπα υγιούς συμπεριφοράς.

1.1. Αυτο-αναφορά συμπεριφορών υγείας

Μια σειρά από έρευνες έχουν δείξει πως οι στάσεις και συμπεριφορές των δασκάλων σε σχέση με την υγεία (Moor et al., 1992, Nutbeam, 1987) και ο τρόπος ζωής τους και πάλι σε σχέση με την υγεία (Fontana & Apostolidou, 2001) επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τις αντίστοιχες στάσεις και συμπεριφορές των μαθητών με την ενεργοποίηση μιας σειράς ψυχολογικών γνωσιακών μηχανισμών (role modelling). Με αυτό το σκεπτικό, θελήσαμε να επικεντρωθούμε σε τέσσερις επιμέρους συμπεριφορές υγείας των εκπαιδευτικών: το κάπνισμα, την κατανάλωση οινοπνεύματος, τη διατροφή και τη φυσική άσκηση. Στη συνέχεια εξετάσαμε αν οι δάσκαλοι που ανέφεραν καλές επιδόσεις προσαρμογής σε έναν «υγιή» τρόπο ζωής, είναι οι ίδιοι που επιλέγουν να ασκήσουν νουθεσία προς τους νεαρούς μαθητές, μεταδίδοντας γνώσεις και καλλιεργώντας με τον τρόπο αυτό υγιείς συμπεριφορές. Η επιλογή των τεσσάρων παραπάνω συμπεριφορών υγείας στηρίχθηκε σε συγκεκριμένους λόγους, όπως αναλύονται παρακάτω.

Πρώτον, είναι γνωστό ότι το κάπνισμα έχει πάρει επιδημικό χαρακτήρα στη χώρα μας καθώς διατηρούμε το μεγαλύτερο ποσοστό καπνιστών σε ευρωπαϊκό επίπεδο και την τρίτη θέση παγκοσμίως (Tountas, 1997). Δεύτερον, η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών στην Ελλάδα κατέχει επίσης πολύ υψηλά ποσοστά όπως έδειξαν επιδημιολογικές μελέτες (WHO 2004) και ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για τη μάλιστα των θανατηφόρων οδικών τροχαίων ατυχημάτων (Chliaoutakis, Darviri, & Demakakos, 1999, Tzamalouka, Papadakaki, & Chliaoutakis, 2005). Τρίτον, η υιοθέτηση της μεσογειακής δίαιτας αποτελεί επιτακτική ανάγκη καθώς συμβάλλει σημαντικά στη μείωση των συνολικών ποσοστών θνησιμότητας (Trichorouliou, Costacou, Bamia, & Trichoroulos, 2003). Η δε κρητική διατροφή, όπως έχουν επισημάνει, συμβάλλει στη μείωση των καρδιοπαθειών και της εμφάνισης καρκίνου και συνίσταται ιδιαίτερα για παρεμβάσεις Π.Υ. στο χώρο του σχολείου (Manios & Kafatos, 2002). Τέλος, τα υψηλά ποσοστά φυσικής άσκησης σε συνδυασμό με τα διατροφικά πρότυπα αποτελούν ασπίδα προστασίας έναντι της θνησιμότητας κυρίως από καρδιολογικά νοσήματα (Kelder, Perry, Klepp, & Lytle, 1994). Η καθιστική ζωή όμως και η παράλληλη εναρμόνιση με το δυτικό τρόπο

ζωής (π.χ., τηλεόραση, φάστ φούντ κτλ.) έχει σχετισθεί σημαντικά με την απόκλιση από τη μεσογειακή διαίτα τα τελευταία χρόνια (Manios, Panagiotakos, Pitsavos, Polychronopoulos, & Stefanadis, 2005). Όλοι οι παραπάνω λόγοι συνέστησαν το πλαίσιο βάσει του οποίου στραφήκαμε στη διερεύνηση των συγκεκριμένων συμπεριφορών υγείας του/της Έλληνα/ίδας δασκάλου/α.

1.2. Ο συσχετισμός του “εκκλησιαστικού τρόπου ζωής” με την υγεία

Η παρούσα μελέτη εξετάζει έναν ακόμα ενδιαφέροντα συσχετισμό, εκείνον του «εκκλησιαστικού τρόπου ζωής» (ETZ) με τον εθελοντικό ρόλο του δασκάλου να προάγει υγιείς συμπεριφορές είτε δια μέσου της διδακτικής πρακτικής είτε προβάλλοντας τον εαυτό του ως πρότυπο υγιεινού τρόπου ζωής. Ο ETZ αντλεί το εννοιολογικό του περιεχόμενο από την παράδοση και τα έθιμα της χριστιανικής ορθόδοξης πίστης και συμβατικά αναφέρεται ως ελληνικός εκκλησιαστικός τρόπος ζωής εφόσον αναφέρεται σε ένα μόνο θρησκευτικό δόγμα. Ο όρος αυτός επικράτησε από προηγούμενες δημοσιεύσεις (Chliaoutakis et al. 2002, Sarri, Tzanakis, Linardakis, Mamalakis, & Kafatos, 2003, Sarri, Linardakis, Condrington & Kafatos, 2007). Είναι μια χρήσιμη μεταβλητή παρά το συγκεκριμένο περιορισμό της, καθώς αφορά στην επίσημη θρησκεία της χώρας στην οποία επικεντρώνεται η έρευνα αλλά και του συνόλου του πληθυσμού-δείγματος που συμμετείχε.

Ο λόγος για τον οποίο θελήσαμε να περιλάβουμε την έννοια του ETZ στη μελέτη μας στηρίχθηκε σε προηγούμενα δημοσιευμένα ερευνητικά ευρήματα, σύμφωνα με τα οποία, η έννοια ETZ ελέγχθηκε μέσα από εμπειρική έρευνα ως προς την αξιοπιστία και την εγκυρότητά της (Chliaoutakis et al. 2002, Sarri et al. 2003, 2007). Τα αποτελέσματα προηγούμενων εργασιών έδειξαν πως τα άτομα που ακολουθούν το ETZ απολαμβάνουν συναισθήματα χαλάρωσης και ικανοποίησης από τη ζωή, τα οποία προκύπτουν από τον συναισθηματικό και πνευματικό τρόπο ζωής τους. Η υιοθέτηση ενός τέτοιου τρόπου ζωής οδηγεί στην απόλαυση συγκεκριμένων συναισθημάτων, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν ψυχολογικές παραμέτρους (Chliaoutakis et al., 2002). Επίσης, άλλο ένα στοιχείο αυτού του υποδείγματος τρόπου ζωής, δηλαδή η νηστεία, έχει αποδειχθεί ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της παχυσαρκίας (Sarri et al., 2003). Πέρα όμως από τις μελέτες που εκπονήθηκαν στην Ελλάδα,

υπάρχει πληθώρα ερευνητικών ευρημάτων που αναδεικνύει τη θετική σχέση της θρησκευτικότητας με τις συμπεριφορές υγείας (π.χ., Anson, Levenson, Maoz, & Bonne, 1991. Oleckno & Blacconiere, 1991. Wallach & Forman, 1998. Schlundt et al., 2008). Συνολικά και σε αδρές γραμμές, το πλήθος των ερευνών συγκλίνει στο συμπέρασμα ότι η θρησκευτικότητα συμβάλλει θετικά στην υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών.

Έτσι, στην παρούσα έρευνα επιχειρήσαμε να δούμε εάν και κατά πόσο οι θρησκευόμενοι εκπαιδευτικοί τείνουν να προτρέπουν τους μαθητές τους να υιοθετήσουν έναν υγιή τρόπο ζωής. Καθώς το δείγμα του πληθυσμού αυτής της μελέτης αποτελείται μόνο από Έλληνες Χριστιανούς Ορθόδοξους δάσκαλους, επικεντρωθήκαμε στην έννοια του «εκκλησιαστικού τρόπου ζωής», όπως αυτή σχεδιάστηκε, ελέγχθηκε και αξιολογήθηκε για τον ελληνικό πληθυσμό, σε προηγούμενες δημοσιεύσεις.

1.3. Θεματολογία σχετικά με τον υγιή τρόπο ζωής

Συνολικά, πέντε θέματα υγείας απαρτίζουν τη θεματολογία υγείας που θεωρήσαμε ότι μπορεί να περιλαμβάνουν στην εκπαιδευτική τους πρακτική οι Έλληνες εκπαιδευτικοί. Συγκεκριμένα, επικεντρωθήκαμε στα παρακάτω: τη χαλάρωση και την ικανοποίηση από τη ζωή, την υγιεινή διατροφή, τη φυσική δραστηριότητα και την ατομική υγιεινή. Η επιλογή των συγκεκριμένων θεμάτων στηρίχθηκε στη λογική ότι η ελληνική σχολική κοινότητα δεν έχει εξοικειωθεί με πιο περίπλοκα και σύγχρονα θέματα υγείας, π.χ., συναισθηματική ευεξία, ισότητα, κτλ. (Frisiras et al., 1991, Velonakis et al., 1984). Από την άλλη μεριά, επιλέξαμε τα συγκεκριμένα θέματα σε μια προσπάθεια να εξετάσουμε την αγωγή υγείας στη σύγχρονη ολιστική της μορφή περιλαμβάνοντας δηλαδή τόσο θέματα ψυχοπνευματικής υγείας (χαλάρωση και ικανοποίηση από τη ζωή) όσο και θέματα φυσικής υγείας (υγιεινή διατροφή, φυσική δραστηριότητα και ατομική υγιεινή). Επιπροσθέτως, θεωρήσαμε ότι η παραπάνω θεματολογία ενδείκνυται για παιδιά δημοτικού σχολείου, όπως εξηγήσαμε στην ενότητα σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας προηγούμενα.

1.4. Στόχοι της έρευνας

Συνοπτικά, οι ερευνητικές ερωτήσεις με τις οποίες θα ασχοληθούμε παρακάτω είναι:

1. Πώς σκιαγραφείται το κοινωνικό-οικονομικό προφίλ του πληθυσμιακού δείγματος; Σε ποιο βαθμό φαίνεται να υιοθετεί τον εκκλησιαστικό τρόπο ζωής;
2. Τι πρακτικές υγείας φαίνεται να υιοθετούν οι δάσκαλοι;
3. Τι θεματολογία υγείας προτιμούν στην εκπαιδευτική τους πράξη;
4. Σχετίζεται το κοινωνικό-οικονομικό τους προφίλ, η θρησκευτικότητα τους και οι πρακτικές υγείας τους με την υιοθέτηση του ρόλου του μέντορα υγείας (με αναφορά στα 5 επιμέρους θέματα);

2. Μεθοδολογία

2.1. Δείγμα πληθυσμού

Στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκε από το νομό Ηρακλείου με τυχαία κλήρωση ένα δείγμα εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα, ο νομός Ηρακλείου περιλαμβάνει 215 δημοτικά σχολεία τα οποία απασχολούν περίπου 2000 δασκάλους. Είκοσι ένα σχολεία που απασχολούν συνολικά 317 δασκάλους επιλέχθηκαν τυχαία για συμμετοχή στην παρούσα έρευνα. Το τελικό δείγμα πληθυσμού ήταν 240 δάσκαλοι, αποδίδοντας ένα ποσοστό ανταπόκρισης της τάξης του 75%.

2.2. Συλλογή δεδομένων

Ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή δεδομένων. Το μεθοδολογικό εργαλείο διανεμήθηκε στους δασκάλους κατ' ιδίαν από μια ομάδα κοινωνικών λειτουργών καταλλήλως εκπαιδευμένων. Όλοι οι συμμετέχοντες έδωσαν συγκατάθεση συμμετοχής στην έρευνα και συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο παρουσία ερευνητή, ο οποίος ακολούθως εγγυήθηκε την ανωνυμία και εμπιστευτικότητα της ερευνητικής διαδικασίας.

Στη συνέχεια διενεργήθηκε έλεγχος ποιότητας. Το πρώτο μέρος αναφέρεται στους συμμετέχοντες. Ο επόπτης της έρευνας διάλεξε ένα τυχαίο δείγμα 10% από τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια τα οποία πιστοποίησε ως προς τη γνησιότητά τους επικοινωνώντας απευθείας με τους συμμετέχοντες. Ο έλεγχος έδειξε ποσοστό γνησιότητας 100%. Το δεύτερο μέρος του ελέγχου ποιότητας αναφέρεται στα μεθοδολογικά

εργαλεία. Κάθε ένα από τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια ελέγχθηκε για τυχόν λάθη ή ελλειπείς απαντήσεις. Σε περίπτωση ανεύρεσης λαθών, ο κύριος ερευνητής επικοινωνήσε με τον συμμετέχοντα εκπαιδευτικό για τη συμπλήρωση των ελλειπών δεδομένων. Σε περίπτωση αδυναμίας επικοινωνίας το ερωτηματολόγιο εξαιρέθηκε από την ανάλυση.

2.3 Εργαλείο

Το μεθοδολογικό εργαλείο μας διακρίνεται σε τρεις ενότητες. Η πρώτη, αναφέρεται σε κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μεταπτυχιακές σπουδές, κτλ.) όπως και την κλίμακα *θρησκευτικότητας (ή εκκλησιαστικός τρόπος ζωής)*. Η κλίμακα *θρησκευτικότητας (ETZ)* περιέλαβε θέματα όπως ο εκκλησιασμός, η νηστεία και η προσευχή (Chliaoutakis et al., 2002) και βασίστηκε στο υπόδειγμα Likert με εύρος απαντήσεων συχνότητας από το 0= ποτέ έως το 3= πολύ συχνά. Οι απαντήσεις των τριών θεμάτων της κλίμακας *θρησκευτικότητας* αθροίστηκαν με τρόπο ώστε οι υψηλές επιδόσεις να δηλώνουν υψηλή συμμετοχή στις συγκεκριμένες εκκλησιαστικές πρακτικές άρα και υψηλότερη αποδοχή και συμμετοχή στον εκκλησιαστικό τρόπο ζωής. Η εσωτερική συνέπεια (internal consistency), όπως μετρήθηκε από το Cronbach's alpha, ήταν 0,71.

Η δεύτερη ενότητα αξιολόγησε τέσσερις *πρακτικές υγείας* των δασκάλων:

1. Το κάπνισμα ημερησίως.
2. Την κατανάλωση οινοπνεύματος, εβδομαδιαίως (μέτρηση σε ποτήρια υψηλής ή χαμηλής περιεκτικότητας οινοπνεύματος).
3. Την κατανάλωση φαγητού, εβδομαδιαίως (κόκκινο κρέας, ψάρι, λαχανικά, φρούτα, όσπρια κτλ.). Έξι θέματα «υγιεινής διατροφής» διαμόρφωσαν την κλίμακα (Kafatos, Verhagen, Moschandreas, Apostolaki, & Van Westerop, 2000). Οι επιδόσεις στα έξι αυτά θέματα που μέτρησαν την εβδομαδιαία κατανάλωση τροφής από τους δασκάλους αθροίστηκαν μετά από τις κατάλληλες επανακωδικοποιήσεις (βλ. υποσημείωση στον Πίνακα 3 που αφορά την βαθμολογία κάθε κατηγορίας τροφής). Οι υψηλές επιδόσεις στην κλίμακα αντιπροσωπεύουν μια κλίση προς υγιεινά πρότυπα διατροφής (Cronbach's alpha: 0,68). Τα θέματα (οι τροφές) που περιελήφθησαν στην κλίμακα βασίστηκαν στην κρητική μεσογειακή δια-

τροφή, όπου η έμφαση εστιάζεται στην κατανάλωση λαχανικών, οσπρίων φρούτων και θαλασσινών (Manios & Kafatos, 2002).

4. Επίσης αυτοαξιολογήθηκε η φυσική άσκηση των δασκάλων (τρέξιμο, περπάτημα, γυμναστική κτλ.).

Η ίδια ενότητα περιέλαβε 3 ερωτήσεις σχετικά με την *Τρέχουσα Κατάσταση Υγείας*, δηλαδή τις χρόνιες ασθένειες όπως διάφορες παθήσεις τους τελευταίους 12 μήνες και την τυχόν κατανάλωση φαρμάκων.

Η τρίτη και τελευταία ενότητα είχε περιλάβει 5 δείκτες που αναφέρονταν σε θέματα σχετικά με την υγεία, όπως παραθέσαμε προηγούμενα, τα οποία οι εκπαιδευτικοί περιελάμβαναν στην εκπαιδευτική τους πράξη. Όλες οι προηγούμενες κλίμακες υγείας ελέγχθηκαν για την εγκυρότητά τους συγκρίνοντας με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών (Chlioutakis et al., 2002, Kalatzi-Azizi, 1996, Teegen, 1983) και τα οποία περιγράφονται ακολούθως:

- 6 θέματα χαλάρωσης, π.χ., «να κοιμάστε νωρίς», «να χαλαρώνετε σε κάθε ευκαιρία» κτλ.
- 6 θέματα ικανοποίησης από τη ζωή, π.χ., «να απολαμβάνετε τις σχολικές δραστηριότητες», «να εκτιμάτε την αξία της ζωής» κτλ.
- 6 θέματα φυσικής δραστηριότητας, π.χ., «να χρησιμοποιείτε τη σκάλα αντί ασανσέρ», «να περπατάτε καθημερινά» κτλ.
- 6 θέματα ατομικής υγιεινής, π.χ., «να βουρτσίζετε τα δόντια μετά από κάθε γεύμα» κτλ.
- 6 θέματα υγιεινής διατροφής, π.χ., «να τρώτε καθημερινά υγιεινές τροφές», «να αποφεύγετε τα αναψυκτικά» κτλ.

Μια κλίμακα Likert χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της συχνότητας αναφοράς των παραπάνω θεματικών εννοιών μέσα στη σχολική τάξη (1=ποτέ δεν το αναφέρω έως 5=το αναφέρω κάθε βδομάδα). Τα θέματα που περιέλαβε η κάθε μία από τις πέντε κλίμακες αθροίστηκαν προκειμένου να γίνει γνωστή η κατανομή της κάθε κλίμακας, να γνωρίσουμε δηλαδή ποια θεματολογία επιλέγεται από τους δασκάλους συχνότερα για να συζητηθεί στην αίθουσα. Η αξιοπιστία των πέντε κλιμάκων ήταν σε εξαιρετικά ικανοποιητικά επίπεδα, αφού οι πέντε κλίμακες βρέθηκαν εσωτερικά συνεπείς και πολύ καλά καθορισμένες από τα εν λόγω θέματα, (τα α του Cronbach ήταν 0,80, 0,93, 0,86, 0,79 και 0,85 αντίστοιχα για κάθε κλίμακα).

2.4. Στατιστική ανάλυση

Πέντε υποδείγματα (models) ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης (multiple regressions analyses) δοκιμάστηκαν προκειμένου να ελεγχθεί η σχέση μεταξύ της θρησκευτικότητας (ανεξάρτητη ποσοτική μεταβλητή) και των πέντε δεικτών υγείας (εξαρτημένες ποσοτικές μεταβλητές) –οι οποίοι συνόψιζαν τα θέματα που οι εκπαιδευτικοί συζητούν στην τάξη. Επιπροσθέτως, οι παρακάτω μεταβλητές εισήχθησαν στα υποδείγματα ως ανεξάρτητες μεταβλητές.

1. Τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά: ηλικία και φύλο.
2. Οι *πρακτικές υγείας*: α) ημερήσιο κάπνισμα, β) κατανάλωση οινοπνεύματος, γ) φυσική άσκηση και δ) υγιεινή διατροφή.
3. Η *τρέχουσα κατάσταση υγείας*: α) ύπαρξη πρόσφατων ασθενειών και β) κατανάλωση φαρμάκων.

3. Αποτελέσματα

3.1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο Πίνακας 1 δείχνει την κατανομή των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Από τους 240 συμμετέχοντες, οι 78 (32,8%) ήταν άνδρες και οι 162 (67,5%) γυναίκες. Η υπεραντιπροσώπηση του γυναικείου φύλου στο πληθυσμιακό δείγμα εξηγείται από την αντίστοιχη υπεραντιπροσώπηση των γυναικών έναντι των ανδρών στην ελληνική πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Η μέση ηλικία ήταν τα 40,4 χρόνια και τα μέσα έτη εκπαιδευτικής εμπειρίας ήταν τα 13,3.

3.2. Η κλίμακα θρησκευτικότητας

Ο Πίνακας 2 δείχνει ότι περισσότερο από το μισό του δείγματος ακολουθεί είτε πολύ συχνά είτε συχνά θρησκευτικές πρακτικές, όπως εξηγήθηκαν στην εισαγωγή. Αυτό σημαίνει στην πράξη ότι πηγαίνουν στην εκκλησία σχεδόν κάθε Κυριακή και προσεύχονται σχεδόν κάθε μέρα. Ομοίως, 4 από τους 10 δασκάλους ανέφεραν ότι νηστεύουν πολύ συχνά κάθε χρόνο (αποφεύγοντας το κρέας, το ψάρι και τα γαλακτοκομικά προϊόντα). Αυτό σημαίνει πρακτικά ότι νηστεύουν κατά την περίοδο της

Σαρακοστής και των άλλων Δεσποτικών Εορτών (σχεδόν 115 ημέρες τον χρόνο). Σύμφωνα με τα τρέχοντα αποτελέσματα, η επίδοση της κλίμακας *Θρησκευτικότητας* των τριών-θεμάτων κυμαίνεται από 0-9 με μέση επίδοση 5.

3.3. Οι συμπεριφορές υγείας των δασκάλων

Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 3, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (n=140, 58%) ανέφεραν ότι δεν είναι καπνιστές. Κάποιο είδος φυσικής άσκησης, κυρίως τρέξιμο, 3 φορές την εβδομάδα, ανέφεραν ότι εκτελούν 54 (22,5%) δάσκαλοι.

Το 22% των ερωτηθέντων ανέφερε την ύπαρξη κάποιας χρόνιας πάθησης κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών. Το 37% των δασκάλων ωστόσο έκανε αναφορά κοινού κρυολογήματος. Χρήση φαρμάκων κατά τον τελευταίο χρόνο έγινε από το 50% του δείγματος (Πίνακας 3). Κυρίως οι γυναίκες ανέφεραν χρόνιες παθήσεις όπως ο θυρεοειδισμός, αλλεργίες και αρθρίτιδες. Οι άνδρες έκαναν αναφορά σε καρθιοπάθειες και διαβήτη.

Η μέση κατανάλωση τσιγάρων ημερησίως ήταν για τους μεν άνδρες 11 (T.A 14), για τις δε γυναίκες 6 (T.A 10). Μηδενική κατανάλωση οινοπνευματωδών, ακόμα και χαμηλής περιεκτικότητας, ανέφεραν 14 (18%) άνδρες και 77 (48%) γυναίκες, ενώ δήλωσαν ότι πίνουν εβδομαδιαίως 1-3 ποτά (σε ποτήρια) χαμηλής περιεκτικότητας οινοπνεύματος το 29% των ανδρών και το 43% των γυναικών. Μηδενική εβδομαδιαία κατανάλωση ποτών υψηλών σε περιεκτικότητα οινοπνεύματος ανέφεραν 49% των ανδρών και 86% των γυναικών. Τέλος, 26% των ανδρών και 10% των γυναικών ανέφεραν κατανάλωση 1-3 ποτηριών χαμηλής περιεκτικότητας οινοπνεύματος εβδομαδιαίως.

Επίσης, στον Πίνακα 4, παρουσιάζεται η κατανομή των διατροφικών συνηθειών των δασκάλων σε εβδομαδιαία βάση. Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί φαίνεται να καταναλώνουν κρέας και ψάρι 4 με 5 φορές την εβδομάδα. Το 41% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι δεν περιλαμβάνουν στη δίαιτα τους λαχανικά, φρούτα και γαλακτοκομικά προϊόντα περισσότερες από 2 με 3 φορές την εβδομάδα. Επιπλέον, οι επιδόσεις στον δείκτη με τα έξι θέματα (τροφές) υγιεινής διατροφής κυμάνθηκαν από 8,0 (χαμηλή) έως 22,0 (πολύ υψηλή) με μέση επίδοση 16,0.

3.4. Η θεματολογία σχετικά με την υγεία

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές, οι τυπικές αποκλίσεις, οι ανώτερες και οι κατώτερες επιδόσεις των πέντε δεικτών (μετά από άθροιση των επιδόσεων που αντιστοιχούσαν στα θέματα που περιέλαβε ο κάθε δείκτης) που μελετούσαν τις συμπεριφορές υγείας τις οποίες οι δάσκαλοι επιλέγουν, εθελοντικά, να συζητήσουν στην τάξη προκειμένου να ενθαρρύνουν τους μαθητές τους στην κατεύθυνση της υιοθέτησής τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η *ικανοποίηση από τη ζωή* και η *υγιεινή διατροφή* είναι τα θέματα που θίγονται πιο συχνά από τον εθελοντή δάσκαλο (Μ.Τ 31,1 και 25,7 αντίστοιχα για κάθε συμπεριφορά υγείας).

3.5. Αναλύσεις Πολλαπλής Παλινδρόμησης

Στους Πίνακες 6.1 και 6.2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις Αναλύσεις Πολλαπλής Παλινδρόμησης των πέντε συμπεριφορών υγείας με τις οποίες οι δάσκαλοι ενθάρρυναν τους μαθητές τους: *χαλάρωσης*, *ικανοποίησης ζωής*, *φυσικής δραστηριότητας*, *ατομικής υγιεινής* και *υγιεινής διατροφής* σε μια σειρά μεταβλητών:

- Κλίμακα θρησκευτικότητας
- Φύλο και ηλικία
- Ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων, οίνοπνεύματος, φυσική άσκηση και η κλίμακα υγιεινής διατροφής
- Πρόσφατο ιστορικό ασθενειών και κατανάλωση φαρμάκων

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν με βάση αυτά τα υποδείγματα, προτείνουν ότι οι δείκτες υψηλής αναφερόμενης θρησκευτικότητας (ETZ) συνδέονται θετικά με την ενθάρρυνση των μαθητών να υιοθετήσουν συμπεριφορές σχετικές με τη *χαλάρωση*, την *ικανοποίηση από τη ζωή*, τη *φυσική δραστηριότητα* και την *ατομική υγιεινή*. Στα τέσσερα αντίστοιχα υποδείγματα πολλαπλής παλινδρόμησης, οι μερικοί συντελεστές παλινδρόμησης (partial regression coefficients) της *θρησκευτικότητας* ήταν 0,986 για το υπόδειγμα της *χαλάρωσης*, 0,782 για το υπόδειγμα της *ικανοποίησης από τη ζωή*, 0,773 για το υπόδειγμα της *φυσικής δραστηριότητας* και 0,531 για το υπόδειγμα της *ατομικής υγιεινής*. Μια εξαίρεση καταγράφηκε στο υπόδειγμα για την *υγιεινή διατροφή*, όπου ο συντελεστής παλινδρόμησης ήταν 0,429 και διατήρησε μίαν οριακή στατιστικά σημαντική σχέση ($P=0,67$).

Σε ό,τι αφορά στις δημογραφικές μεταβλητές του φύλου και της ηλικίας, τους δείκτες κατανάλωσης καπνού και οιοπνεύματος, φυσικής άσκησης, υγιεινής διατροφής και τρέχουσας κατάστασης υγείας:

- Για τους μεν άνδρες συνδέεται οριακά με την υψηλότερη παρότρυνση για την *ικανοποίηση από τη ζωή* ($P=0,50$) και την *ατομική υγιεινή* ($P=0,47$)
- Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εκπαιδευτικοί τείνουν να περιλαμβάνουν στα παραδείγματά τους θέματα σχετικά με τη *χαλάρωση* ($p=0,23$) και την *ατομική υγιεινή* ($P=0,23$)
- Οι δάσκαλοι που ανέφεραν μεγαλύτερη κατανάλωση καπνού είναι πιο πιθανό να περιλαμβάνουν στα παραδείγματά τους τα θέματα της *χαλάρωσης* ($P=0,20$) και της *φυσικής δραστηριότητας* ($P=0,22$) καθώς και της *ατομικής υγιεινής* ($P=0,11$),
- Οι δάσκαλοι δε που ανέφεραν χαμηλή κατανάλωση οιοπνεύματος προτιμούν να ενθαρρύνουν τους μαθητές με θέματα για την *υγιεινή διατροφή* ($P=.043$) και την *ατομική υγιεινή* ($P=0,02$).
- Τέλος, τα αποτελέσματα δεν έδειξαν συσχέτιση της φυσικής άσκησης, της υγιεινής διατροφής και της τρέχουσας κατάστασης υγείας των ίδιων των δασκάλων με την παρότρυνση των μαθητών να προσανατολιστούν σε οποιαδήποτε συμπεριφορά υγείας.

4. Συζήτηση

4.1. Οι συμπεριφορές υγείας των δασκάλων

Η ανάλυση έδειξε ότι οι Έλληνες εκπαιδευτικοί εφαρμόζουν σχετικά το κρητικό διατροφικό μοντέλο και κάνουν μικρή κατανάλωση οιοπνευματωδών ποτών. Πιο συγκεκριμένα, η χρήση οιοπνεύματος φαίνεται να είναι ελάχιστη, δεδομένου ότι ένα ποτήρι κόκκινο κρασί ημερησίως συνίσταται στη μεσογειακή δίαιτα. Μια μικρή απόκλιση από τη μεσογειακή δίαιτα παρατηρείται όμως σε ό,τι αφορά στην κατανάλωση φρούτων (Kafatos et al. 2000). Επίσης, η χρήση φαρμακευτικής αγωγής ξεπέρασε κατά πολύ τα φυσιολογικά επίπεδα. Αν όμως συνυπολογισθεί η αναφορά παυσίπονων μέσα στους δείκτες κατανάλωσης φαρμάκων, τότε το αποτέλεσμα παύει να είναι ιδιαίτερος σημαντικό. Σε κάθε περίπτωση όμως σηματοδοτεί τη συνήθη προσφυγή της ελληνικής κοινωνίας σε

βιοϊατρικές μεθόδους και στη βιομηχανία φαρμάκων (Tzimis, Katsantonis, Leledaki, Vasilomanolakis, & Kafatos 1997).

4.2. Θεματολογία υγείας

Σε αδρές γραμμές, φαίνεται ότι οι εκπαιδευτικοί αναφέρονται σε όλα τα θέματα που συναποτελούν τη θεματολογία υγείας. Είναι μάλιστα αξιοσημείωτο πως η χρήση θεμάτων υγείας γίνεται καθαρά εθελοντικά, χωρίς επιπλέον χρηματοδότηση και χωρίς οργανωμένη εθελοντική προσπάθεια από το Υπουργείο Παιδείας. Έτσι, η ανάλυση των δεδομένων, ανέδειξε την τάση του δασκάλου να αναλαμβάνει την παροχή πληροφόρησης και νουθεσίας σε θέματα υγείας και την αυτοπροβολή του ως πρότυπο συμπεριφοράς και μάλιστα εκούσια, χωρίς εξωτερικά κίνητρα. Πιο αναλυτικά, οι δάσκαλοι φαίνεται πως περισσότερο από κάθε άλλο θέμα υγείας προτιμούν να συμβουλεύουν τους μαθητές τους υπέρ της υιοθέτησης υγιεινής διατροφής. Είναι εξάλλου γνωστό ότι τα παιδιά και οι έφηβοι στην Ελλάδα έχουν παρουσιάσει μια σαφή στροφή στα δυτικά διατροφικά μοντέλα (Manios & Kafatos, 2002) ως αποτέλεσμα της επιβολής του δυτικού τρόπου ζωής μέσα από τους μηχανισμούς της παγκοσμιοποίησης. Μέσα σε αυτό το περιβάλλον διαμόρφωσης διατροφικών αντιλήψεων, ο δάσκαλος αποτελεί μία από τις πλέον αξιόπιστες πηγές επιβεβαίωσης της τάσης που έδειξαν προηγούμενες επιδημιολογικές μελέτες. Μάλιστα, ο εκπαιδευτικός φαίνεται πως όχι μόνο αντιλαμβάνεται την στροφή των παιδιών στις δυτικές συνήθειες και τις αρνητικές συνέπειες για την υγεία τους, αλλά σπεύδουν να συμβουλεύσουν ή/και να παραδειγματίσουν τους νέους προς πιο θετικά και παραδοσιακά διατροφικά μοντέλα, αναλαμβάνοντας έτσι ρόλο εθελοντή «συμβούλου».

Από την άλλη, οι άνδρες δάσκαλοι προτιμούν να κάνουν λόγο για την έννοια της «ικανοποίησης από τη ζωή» μέσα στην εκπαιδευτική τους ρουτίνα. Αυτό το εύρημα βρίσκεται σε συνέπεια με προηγούμενη δημοσιευμένη μελέτη όπου φαίνεται πως οι άνδρες είναι πιο ικανοί από τις γυναίκες στις τεχνικές διαχείρισης του στρες (Chliououtakis et al., 2002). Ο λόγος για τον οποίο οι γυναίκες υστερούν σε θέματα διαχείρισης του στρες θα πρέπει να αναζητηθεί σε μελλοντική έρευνα. Επίσης, η αυξημένη ηλικία των εκπαιδευτικών σχετίζεται με την αύξηση της τάσης τους να ενθαρρύνουν τους μαθητές να αναζητούν χαλάρωση και ηρεμία στις ζωές τους. Επιχειρώντας να ερμηνεύσουμε αυτό το αποτέλε-

σμα, θα προτείνουμε ότι η μεγαλύτερη ηλικία συνδέεται αντίστροφα με ποσοστά άγχους και το φαινόμενο «burnout», δηλαδή της επαγγελματικής εξουθένωσης (Κυο, 1989). Έτσι όταν ένας δάσκαλος με την πάροδο των χρόνων έχει εδραιώσει το επαγγελματικό του status στη σχολική κοινότητα, είναι πιθανό να απολαμβάνει ο ίδιος αυξημένα ποσοστά πληρότητας και ηρεμίας και να τα μεταδίδει στους μαθητές του, είτε λεκτικά είτε ως πρότυπο.

Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία δάσκαλοι προτιμούν το θέμα της «ατομικής υγιεινής», όταν αναλαμβάνουν εθελοντικό ρόλο να ενθαρρύνουν τους μαθητές τους σε συμπεριφορές υγείας. Το εύρημα αυτό επιδέχεται διπλής ερμηνείας. Από τη μια μεριά, υπάρχει ανάγκη τα παιδιά να διδαχθούν τους κανόνες ατομικής υγιεινής από μικρή ηλικία, συνεπώς οι πιο ηλικιωμένοι δάσκαλοι είναι καλό να κάνουν χρήση του συγκεκριμένου θέματος. Από την άλλη μεριά όμως, η ατομική υγιεινή ως θέμα θεωρείται ξεπερασμένο εδώ και πολλά χρόνια (Velonakis et al., 1984) και είναι επομένως αμφισβητήσιμη η αξία του θέματος, εάν αυτό θεωρείται ότι σημαίνει την εμμονή σε παρωχημένη θεματολογία.

Οι καπνιστές δάσκαλοι επίσης φαίνεται πως προτιμούν να περιλαμβάνουν στη διδασκαλία τους το θέμα της «χαλάρωσης». Παλιότερη έρευνα έχει δείξει κάποια συσχέτιση των καπνιστών με τον αρτιότερο χειρισμό του άγχους (Parrott, 1995). Με αυτό το σκεπτικό, οι καπνιστές, οι οποίοι –όπως και οι άνδρες προηγούμενα- χειρίζονται καλύτερα το στρες τους θέλησαν, ενδεχομένως, να μεταδώσουν στους μικρούς μαθητές τις δεξιότητες που απαιτεί η διαχείριση του στρες. Από μια άλλη προοπτική ωστόσο, το εύρημα αυτό μπορεί να ιδωθεί ως ανησυχητικό και αυτό γιατί ο καπνιστής-δάσκαλος, όταν μάλιστα, χαιρεί ηρεμίας και χαλάρωσης αποτελεί πρότυπο για τους νεαρούς μαθητές. Οι τελευταίοι είναι πιθανό μέσα από ψυχολογικούς μηχανισμούς ταύτισης να συνδέσουν τις δύο ετερόκλητες συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα, χαλάρωση) σε ένα ενιαίο πρότυπο προς μίμηση. Είναι πιθανόν το κάπνισμα να ιδωθεί από τους μαθητές ως το μέσο χαλάρωσης του προτύπου τους. Γι' αυτό προτείνεται περαιτέρω διερεύνηση του ευρήματος σε μελλοντική εμπειρική μελέτη.

Από την άλλη μεριά, οι καπνιστές-εκπαιδευτικοί είναι εκείνοι που ενθαρρύνουν περισσότερο τους μαθητές να εξασκούνται με την υιοθέτηση φυσικών δραστηριοτήτων στην καθημερινή τους ζωή. Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι οι δάσκαλοι που καπνίζουν αντιλαμβάνονται τους κινδύνους που ενέχει για την υγεία η συνήθεια του καπνίσματος και επομένως λειτουργώντας ως μέντορες επιχειρούν να αποτρέψουν τους μαθητές

από την υιοθέτηση ενός ανθυγιεινού τρόπου ζωής. Σε γενικές γραμμές όμως, η φυσική δραστηριότητα δε φάνηκε να ενθαρρύνεται από τους δασκάλους, μολονότι τα χαμηλά επίπεδα άσκησης είναι χαρακτηριστικά του λεγόμενου δυτικού τρόπου ζωής (Bennett & Murhry 1997) για τον οποίο έγινε λόγος και νωρίτερα. Με αυτή την έννοια, οι δάσκαλοι μπορεί να θεωρούν μέσω της καθημερινής τους επαφής με τους νεαρούς μαθητές ότι τα επίπεδα φυσικής άσκησης στην Ελλάδα διατηρούνται ακόμα σε καλά επίπεδα, και έτσι δεν το εντάσσουν ως θέμα προτεραιότητας. Μια άλλη ερμηνευτική προσέγγιση του ευρήματος αφορά στο μάθημα της Γυμναστικής, το οποίο θεωρείται ενδεχομένως πως καλύπτει αυτή τη διάσταση της υγείας και της πρόληψης.

4.3. Ο συσχετισμός της θρησκευτικότητας με την προώθηση συμπεριφορών υγείας

Η ανάλυση κατέδειξε μια σαφή τάση των δασκάλων που εκφράζονται θρησκευτικά να ενθαρρύνουν τους μαθητές υπέρ της φυσικής δραστηριότητας. Επίσης, προέκυψε από την ανάλυση ότι περισσότεροι από τους μισούς δασκάλους ακολουθούν θρησκευτικές πρακτικές, οι οποίες συνδέονται με την έννοια του εκκλησιαστικού τρόπου ζωής. Συνεπώς η θρησκευτικότητα αποτελεί ένα συστατικό στοιχείο στο συνολικό προφίλ του πληθυσμιακού δείγματος. Αυτό το εύρημα είναι ενδιαφέρον για δύο κυρίως λόγους. Πρώτον, ενισχύει το επιχείρημα ότι η θρησκευτικότητα σχετίζεται θετικά με υγιείς συμπεριφορές. Επίσης, και ίσως πιο σημαντικά, μας δείχνει ότι οι εκπαιδευτικοί με υψηλούς δείκτες θρησκευτικότητας είναι εκείνοι που τείνουν να αναλαμβάνουν με περισσότερη προθυμία την ανεπίσημη αγωγή υγείας, που σε αυτή την περίπτωση εννοείται ως η διδασκαλία σχετική με θέματα υγείας και τα πρότυπα συμπεριφοράς. Δεύτερον, έχει σημασία να δούμε ότι ο Έλληνας εκπαιδευτικός αντιλαμβάνεται το θεσμικό κενό που υπάρχει σήμερα σε σχέση με την Α.Υ. στο δημόσιο σχολείο και έστω και εθελοντικά, έστω και με αμφίβολες γνώσεις και δεξιότητες, είναι πρόθυμος να το καλύψει αμισθί. Αυτή η ερμηνευτική εκδοχή τονίζει ακόμα περισσότερο την ανάγκη να εδραιωθεί η Α.Υ. ως σχολική δραστηριότητα στο ωρολόγιο πρόγραμμα αλλά και την ανάγκη να επιμορφωθούν οι δάσκαλοι σε θέματα σχετικά με την υγεία ώστε η διδασκαλία και τα πρότυπα που καλλιεργούν να γίνονται σε πιο οργανωμένη βάση και να τύχουν μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας.

5. Συμπεράσματα και προτάσεις

Συμπερασματικά, το προφίλ των ερωτηθέντων δασκάλων στην παρούσα μελέτη χαρακτηρίζεται από την υιοθέτηση του «εκκλησιαστικού τρόπου ζωής» αλλά και τη μέση ηλικία. Οι συμπεριφορές υγείας που εφαρμόζουν αφορούν περισσότερο την υγιεινή διατροφή, με μικρές αποκλίσεις, και τη χαμηλή κατανάλωση οινοπνεύματος. Ακόμη, αναφέρουν συχνή φυσική άσκηση και οι περισσότεροι από αυτούς δεν καπνίζουν. Τέλος, η τρέχουσα κατάσταση της υγείας τους, όπως την αυτοαξιολόγησαν, περιλαμβάνει κάποιες χρόνιες παθήσεις, ήσσονος όμως σημασίας στις περισσότερες περιπτώσεις. Γενικά, οι δάσκαλοι φάνηκε ότι ακολουθούν ένα μετριοπαθή τρόπο ζωής που μπορεί να χαρακτηριστεί υγιής. Η ικανοποίηση από τη ζωή και η υγιεινή διατροφή αποτελούν τα πλέον προσφιλή θέματα των εκπαιδευτικών όταν αναλαμβάνουν εκούσια την προώθηση συγκεκριμένων συμπεριφορών υγείας.

Τέλος, η παρούσα έρευνα έδειξε ότι οι θρησκευόμενοι εκπαιδευτικοί εμφανίζονται πιο πρόθυμοι να προωθήσουν εθελοντικά υγιείς στάσεις και συμπεριφορές σε σύγκριση με τους μη ή λιγότερο θρησκευόμενους συναδέλφους τους. Αυτό το εύρημα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για πιο ενδελεχή διερεύνηση στη μεγάλη ακαδημαϊκή συζήτηση γύρω από τη σχέση της θρησκείας με την υγεία. Παράλληλα, το ίδιο εύρημα ενδεχομένως να ενδιαφέρει τους σχεδιαστές εκπαιδευτικής πολιτικής, διαφωτίζοντας το προφίλ των εκπαιδευτικών που είναι πρόθυμοι να συμμετάσχουν στην εφαρμογή παρεμβάσεων Προαγωγής Υγείας. Τέλος, η απροθυμία που εκδηλώνεται από τους λιγότερο συντηρητικούς εκπαιδευτικούς, είτε πρόκειται για τον τρόπο ζωής είτε για τη θρησκευτικότητα, σηματοδοτεί πιθανώς τη σύνδεση της έννοιας της υγείας με συντηρητικές πρακτικές, ενώ την ίδια στιγμή οι πλέον σύγχρονες κοινωνικές διαστάσεις της υγείας αγνοούνται.

Πίνακας 1
Κατανομή των δημογραφικών χαρακτηριστικών του πληθυσμιακού δείγματος.

Μεταβλητές	N	%
Φύλο		
Άνδρες	78	32.8
Γυναίκες	162	67.5
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμοι	191	79.6
Άλλο	49	20.4
Μεταπτυχιακές σπουδές		
Ναι	26	10.8
Όχι	214	89.2

Πίνακας 2
Κατανομή της θρησκευτικότητας

Πρακτικές	0=ποτέ	1=περισσότερα	2=συχνά	3=πολύ συχνά
Εκκλησιασμός	4	27	52	17
Προσευχή	9	19	43	29
Νηστεία	14	45	29.5	11.5

Πίνακας 3

Κατανομή των αυτο-αναφερόμενων συμπεριφορών υγείας.

Αυτο-αναφερόμενες συμπεριφορές υγείας	N	%
Κάπνισμα		
Τουλάχιστον 1 τσιγάρο την ημέρα	100	42
Καθόλου	140	58
Κατανάλωση χαμηλής περιεκτικότητας αιμοπεταλίων		
Τουλάχιστον 1 ποτήρι την εβδομάδα	149	62
Καθόλου	91	38
Κατανάλωση υψηλής περιεκτικότητας αιμοπεταλίων		
Τουλάχιστον 1 ποτήρι την εβδομάδα	63	26
Καθόλου	177	74
Φυσική άσκηση		
Τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα	54	22.5
Καθόλου	186	77.5
Τρέχουσα κατάσταση υγείας		
Κάποιες χρόνιες παθήσεις		
Ναι	53	22
Όχι	187	78
Ασθένειες μέσα στο προηγούμενο 12μηνο		
Ναι	88	37
Όχι	152	63
Κατανάλωση φαρμάκων μέσα στο προηγούμενο 12μηνο		
Ναι	120	50
Όχι	120	50

Πίνακας 4

Απλές Κατανομές (%) διατροφικών συνηθειών.

Κλίμακα διατροφής	Ημερησίως	4-5 φορές	2-3 φορές	0-1 φορά
Κόκκινο κρέας ¹	0	9	45	46
Ψάρι ²	.5	1.5	29	69
Λαχανικά ³	25	34	35	6
Φρούτα ³	52	24	18	6
Όσπρια ³	2	3	39	56
Γαλακτοκομικά προϊόντα ³	56	19	14	11

1. Βαθμολογία κατανάλωσης κόκκινου κρέατος: 0-1 φορά = ιδανική, 2-3 φορές = πολύ καλή, 4-5 φορές = καλή, καθημερινά = πτωχή
2. Βαθμολογία κατανάλωσης ψαριού: 4-5 φορές = ιδανική, 2-3 φορές = πολύ καλή, 0-1 φορά = καλή, καθημερινά = πτωχή
3. Βαθμολογία για τις λοιπές τροφές: καθημερινά = ιδανική, 4-5 φορές = πολύ καλή, 2-3 φορές = καλή, 0-1 φορά = πτωχή

Πίνακας 5

Μέσες Τιμές & Τυπικές Αποκλίσεις των κλιμάκων που αφορούν στα πέντε θέματα υγείας που συζητιόνταν στην τάξη.

Κλίμακες	Μ.Τ	Τ.Α	Ελάχιστη	Μέγιστη
Χαλάρωση	19.8	5.9	6.0	30.0
Ικανοποίηση από τη ζωή	31.1	8.0	8.0	40.0
Υγιεινή διατροφή	25.7	4.3	13.0	30.0
Φυσική δραστηριότητα	20.7	6.1	6.0	30.0
Ατομική υγιεινή	21.6	5.5	6.0	30.0

Πίνακας 6.1

Ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης, συντελεστές (b), τυπικά σφάλματα (se) και μερικές συσχετίσεις για τα πέντε υποδείγματα που συνοψίζουν την σχέση μεταξύ θρησκευτικότητας και άλλων ανεξάρτητων μεταβλητών και την διδασκαλία στην τάξη θεμάτων υγείας.

Κατηγορίες	Υπόδειγμα 1: Χαλάρωση			Υπόδειγμα 2: Ικανοποίηση Ζωής			Υπόδειγμα 3: Υγιεινή Διατροφή		
	B (se)	P value	Partial Correl.	B (se)	P value	Partial Correl.	B (se)	P value	Partial Correl.
Κλίμακα θρησκευτικότητας	.986 (.202)	<0.0005	.346	.782 (.287)	.007	.201	.429 (.233)	.067	.141
Φύλο									
Άνδρες	-1.507 (1.110)	.176	-.102	-3.071 (1.595)	.050	-.150	-1.294 (1.271)	.310	-.079
Γυναίκες (ομάδα αναφοράς)									
Ηλικία (σε χρόνια)	.132 (.058)	.023	.170	.046 (.085)	.592	.114	.000 (.070)	.999	.000
Κάπνισμα (αριθμός τσιγάρων)	.090 (0.38)	.020	.174	.003 (.055)	.958	.027	.060 (.046)	.195	.100
Κατανάλωση οινοπνεύματος	-.126 (.073)	.086	-.129	-.121 (.104)	.247	-.019	-.170 (.083)	.043	-.156
Φυσική άσκηση									
Ναι	.060 (.963)	.950	.005	.840 (1.382)	.544	.069	-.233 (1.092)	.831	-.017
Όχι (Ομάδα αναφοράς)									
Κλίμακα υγιεινής διατροφής	-.109 (.150)	.469	-.055	-.119 (.211)	.575	.020	.131 (.173)	.452	.058
Πρόσφατες ασθένειες									
Ναι	-.716 (1.018)	.483	-.053	-.738 (1.438)	.608	-.063	-1.302 (1.177)	.270	-.085
Όχι (Ομάδα αναφοράς)									
Κατανάλωση φαρμάκων									
Ναι	.055 (.987)	.956	.004	-.393 (1.393)	.778	-.044	.656 (1.128)	.562	.045
Όχι (Ομάδα αναφοράς)									

Πίνακας 6.2

Ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης, συντελεστές (b), τυπικά σφάλματα (se) και μερικές συσχετίσεις για τα πέντε υποδείγματα που συνοψίζουν την σχέση μεταξύ θρησκευτικότητας και άλλων ανεξάρτητων μεταβλητών και την διδασκαλία στην τάξη θεμάτων υγείας.

Κατηγορίες	Υπόδειγμα 4: Φυσική Δραστηριότητα			Υπόδειγμα 5: Ατομική Υγιεινή		
	B (se)	P value	Partial Correl.	B (se)	P value	Partial Correl.
Κλίμακα θρησκευτικότητας	.773 (.213)	<0.000 5	.264	.531 (.195)	.007	.206
Φύλο						
Άνδρες	-1.806 (1.174)	.126	-.115	-2.163 (1.081)	.047	-.153
Γυναίκες (ομάδα αναφοράς)						
Ηλικία (σε χρόνια)	-.028 (.062)	.653	-.034	.131 (.057)	.023	.175
Κάπνισμα (αριθμός τσιγάρων)	.097 (.042)	.022	.172	.098 (.038)	.011	.195
Κατανάλωση οίονπνεύματος	-.029 (.077)	.708	-.028	-.212 (.068)	.002	-.233
Φυσική άσκηση						
Ναι	.500 (1.008)	.620	.037	.553 (.903)	.541	.047
Όχι (Ομάδα αναφοράς)						
Κλίμακα υγιεινής διατροφής	.200 (.158)	.207	.095	.130 (.148)	.381	.068
Πρόσφατες ασθένειες						
Ναι	-.323 (1.075)	.764	-.023	-.836 (.953)	.382	-.068
Όχι (Ομάδα αναφοράς)						
Κατανάλωση φαρμάκων						
Ναι	-.140 (1.034)	.892	-.010	.845 (.913)	.356	.071
Όχι (Ομάδα αναφοράς)						

Βιβλιογραφία

- Alahiotis, S. N. & Karatzia-Stavlioti, E. 2006, «Effective curriculum policy and cross-curricularity: analysis of the new curriculum design of the Hellenic Pedagogical Institute», *Pedagogy, Culture and Society*, τόμ. 14, τχ. 2, σσ. 119-147.
- Anson, O., Levenson, A., Maoz, B., & Bonne, D. Y. 1991, «Religious community, individual religiosity, and health: a tale of the two Kibbutzim», *Sociology*, τόμ. 25, τχ. 1, σσ. 119-132.

- Bagnall, P. 1993, «Health Promotion, School Nursing and the School Age Child», in *Health Promotion concepts and practice*, A. Dines & A. Cribb, (eds.), Blackwell Science, London.
- Barnett, S. W. 1995, «Long-Term Effects of Early Childhood Programs on Cognitive and School Outcomes», *The Future of Children*, τόμ. 5, τχ. 3, σσ. 22-50.
- Bennett, P. & Murhpy, S. 1997, *Psychology and Health Promotion* Open University Press, Buckingham.
- Chliaoutakis, J., Drakou, I., Gnardellis, C., Galariotou, S., Carra, H., & Chliaoutaki, M. 2002, «Greek Christian Orthodox Ecclesiastical Lifestyle: Could It Become a Pattern of Health-Related Behavior?», *Preventive Medicine*, τόμ. 34, τχ. 4, σσ. 428-435.
- Chliaoutakis, J., Darviri, C., & Demakakos, P. 1999, «The impact of young drivers' lifestyle on their road traffic accident risk in greater Athens area», *Accident Analysis & Prevention*, τόμ. 31, τχ. 6, σσ. 771-780.
- Fontana, D. & Apostolidou, M. 2001, «A survey of teachers' health lifestyles in Cyprus», *alth Education Journal*, τόμ. 61, τχ. 1, σσ. 70-72.
- Frisiras, S., Laggiou, A., Sourtzi, P., & Vidalaki, M. 1991, «Sex education and family planning messages in Greek school books», *Planned Parenthood in Europe*, τόμ. 20, τχ. 1, σσ. 16-17.
- Kafatos, A., Verhagen, H., Moschandreas, J., Apostolaki, I., & Van Westerop, J. J. 2000, «Mediterranean diet of Crete: foods and nutrient content», *Journal of American Diet Association*, τόμ. 100, τχ. 12, σσ. 1487-1493.
- Kalatzi-Azizi, A. 1996, *Applied Clinic Psychology in Health-Related Topics. Athens (IN GREEK)* Greek Letters Press, Athens.
- Kelder, S. H., Perry, C. L., Klepp, K. I., & Lytle, L. L. 1994, «Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviors.», *American Journal of Public Health*, τόμ. 84, τχ. 7, σσ. 1121-1126.
- Koumi, I. & Tsiantis, J. 2001, «Smoking trends in adolescence: report on a Greek school-based, peer-led intervention aimed at prevention», *alth Promotion International*, τόμ. 16, σσ. 65-72.
- Kuo, S. y. 1989, «The relationship between teacher stress and teacher burnout», *Bulletin of Educational Psychology.*, τόμ. Print (Paper), σ. 131.
- Manganello, J. A. 2007, «Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research», *Health Education Research*, τόμ. 17, σσ. 2-8.

- Manios, Y., Panagiotakos, DB., Pitsavos, C., Polychronopoulos, E., & Stefanadis, C. 2005, «Implication of socio-economic status on the prevalence of overweight and obesity in Greek adults: the ATTICA study», *Health Policy*, τόμ. 74, τχ. 2, σσ. 224-232.
- Manios, Y. & Kafatos, A. 2002, «Health and nutrition education in primary schools of Crete: changes in chronic disease risk factors following a 6-year intervention programme», *British Journal of Education*, τόμ. 88, σσ. 315-324.
- Moor, C., Cookson, K., Elder, J. P., Young, R., Molgaard, C. A., & Eldey, M. 1992, «The association between teacher attitudes, behavioural intentions and smoking and the prevalence of smoking among seventh-grade students», *Adolescence*, τόμ. 27, τχ. 107, σσ. 565-578.
- Nutbeam, D. 1987, «Smoking among primary and secondary schoolteachers», *Health Education Research: Theory and Practice*, τόμ. 46, τχ. 1, σσ. 14-18.
- Nutbeam, D. 2000, «Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century», *Health Promotion International*, τόμ. 15, τχ. 3, σσ. 259-267.
- Oleckno, W. A. & Blacconiere, M. J. 1991, «Relationship of religiosity to wellness and other health-related behaviors and outcomes», *Psychologic Report*, τόμ. 68, τχ. 3 Pt1, σσ. 819-826.
- Parrott, A. 1995, «Smoking cessation leads to reduced stress, but why?», *International Journal of the Addictions*, τόμ. 30, τχ. 11, σσ. 1509-1511.
- Schlundt D. G., Franklin M. D., Patel K., McClellan L., Larson C., Harpreaves M. 2008. Religious Affiliation, Health Behaviors and Outcomes: Nashville REACH 2010. *Am J Health Behav*, τόμ. 32, τχ. 6, σσ. 714-24.
- Sarri, K., Tzanakis, N., Linardakis, M., Mamalakis, G., & Kafatos, A. Effects of Greek orthodox christian church fasting on serum lipids and obesity. *BMC Public Health* 3 [16]. 2003. Ref Type: Electronic Citation.
- Sarri, K., Linardakis, M., Condrinton C., & Kafatos, 2007. A. Does the periodic vegetarianism of Greek Orthodox Christians benefit blood pressure? *Prev Med*. τόμ. 44, τχ. 4, σσ. 341-48.
- Scriven, A. 2001, «The influence of Government Policy on the provision of Health Education in Schools,» in *Health Promotion: Professional Perspectives*, A. Scriven & J. Orme, (eds.), Palgrave, London.

- Soultatou, P. & Duncan, P. 2008, «Exploring the reality of applied partnerships: The case of the Greek school health education curriculum», *Health Education Journal (In Press)*.
- St Leger, L. 2001, «Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges», *Health Promotion International*, τόμ. 16, τχ. 2, σσ. 197-205.
- Teegen, F. 1983, *Ganzheitliche-Gesundheit* Rowohlt, Berlin.
- Tones, K. & Tilford, S. 1994, *Health education: effectiveness, efficiency and equity*, 2nd ed, Chapman & Hall, London.
- Tountas, I. 1997, «Smoking habits in Greece», Association for the Psychological Health of Children and Adolescents, ed., Athens.
- Trichopoulou, A., Costacou, T., Bamia, C., & Trichopoulos, D. 2003, «Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population», *N Engl J Med*, τόμ. 348, τχ. 26, σσ. 2599-2608.
- Tzamalouka, G., Papadakaki, M., & Chliaoutakis, J. 2005, «Freight transport and non-driving work duties as predictors of falling asleep at the wheel in urban areas of Crete», *Journal of Safety Research*, τόμ. 36, τχ. 1, σσ. 75-84.
- Tzimis, L., Katsantonis, N., Leledaki, A., Vasilomanolakis, K., & Kafatos, A. 1997, «Antibiotics prescription for indigent patients in primary care», *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, τόμ. 22, τχ. 3, σσ. 227-235.
- Velonakis, E., Karaintanou, A., Yfantopoulos, J., & Trichopoulos, D. 1984, «Socio-economic factors and School Health Education in Greece», *Hygie*, τόμ. 3, τχ. 4, σσ. 20-25.
- Wallach J. M Jr & Forman T. A. 1998. Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth. *Health Educ Behav* vol. 25, no 6, pp. 721-41
- Whitty, G. 1997, «Creating Quasi-Markets in Education: A Review of Recent Research on Parental Choice and School Autonomy in Three Countries», *Review of Research in Education*, τόμ. 22, σσ. 3-47.
- WHO 2004, *Global Status Report on Alcohol 2004*, World Health Organization, Geneva.