



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

Γρίβα Σταυρούλα

Πτυχιούχος Τ.Ε.Ι. Πειραιά

Τμήματος Λογιστικής

« Αγωγή Υγείας στα πλαίσια της Εφηβικής Ηλικίας.

Περίπτωση Κρήτης»

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2008-2009



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

Γρίβα Σταυρούλα

Πτυχιούχος Τ.Ε.Ι. Πειραιά

Τμήματος Λογιστικής

**« Αγωγή Υγείας στα πλαίσια της Εφηβικής Ηλικίας.
Περίπτωση Κρήτης»**

Επόπτης : Ντάνος Αναστάσιος, Αναπληρωτής Καθηγητής Τ.Ε.Ι Πειραιά

Μέλη: Γιαννακόπουλος Δ., Πολύζος Ν..

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2008-2009



UNIVERSITY
OF PIRAEUS

MASTER IN HEALTH MANAGEMENT



TEI OF PIRAEUS

GRIVA STAVROULA
DIPLOMÉ DU D.U.T. DU PIREE
(DIPLOME UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE)
DEPARTEMENT LOGISTIQUE

**“EDUCATION DE SANTE A L’AGE DE L’ADOLESCENCE.
CAS DE LA CRETE”**

SUPERVISEUR: Danos Anastasios, Adjoint Professeur De L’ I.U.T. Du Piree

MEMBRES: Giannakopoulos D., Polyzos N.

Travail diplomatique pour l’obtention du
Diplôme de Troisième Cycle de Spécialisation

Le Pirée, 2008-2009



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Της ΓΡΙΒΑ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑΣ

Με τίτλο :

**«Αγωγή Υγείας στα πλαίσια της Εφηβικής Ηλικίας. Περίπτωση
Κρήτης»**

Εξετάστηκε και εγκρίθηκε ως προς το περιεχόμενο της και την παρουσίαση.

Η εξεταστική επιτροπή ονοματεπώνυμο βαθμίδα βαθμός υπογραφή

Επιβλέπων 1. ΝΤΑΝΟΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

Μέλος 2. ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ.....

Μέλος 3. ΠΟΛΥΖΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ.....

Ημερομηνία Παρουσίασης

Ευχαριστίες....

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα Καθηγητή Ντάνο Αναστάσιο για την πολύτιμη βοήθεια του και τη θετική του ανταπόκριση κατά τη διάρκεια πραγματοποίησης της έρευνας και εκπόνησης της εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τον καθηγητή Φυσικής και Λυκειάρχη του Ενιαίου Λυκείου Τυμπακίου Ηρακλείου Δευκαλίωνα Μανασάκη, χωρίς τη βοήθεια και τη διαμεσολάβηση του οποίου δεν θα ήταν δυνατή η πραγματοποίηση της έρευνας.

Επίσης ευχαριστώ τους διδάσκοντες του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Διοίκησης Υγείας για τις γνώσεις που μου προσέφεραν και τους γνωστικούς ορίζοντες που μου άνοιξαν, τις συμφοιτήτριες μου Αθηνά Ρηγάκη και Ελένη Στόκου που με στήριξαν και ήταν κοντά μου όταν και όπου τις χρειάστηκα, καθώς και το φίλο μου Παναγιώτη Αλέξη για τη βοήθεια του στην επεξεργασία των ερωτηματολογίων.

Τέλος, ευχαριστώ τους γονείς μου, Παναγιώτη και Γαριφαλιά, τον σύντροφο μου Αντώνη Χατζηχριστόφα για την υπομονή τους και την ενεργό συμπαράσταση τους κατά τη διάρκεια ολοκλήρωσης των σπουδών μου και της εν λόγω εργασίας.

Λίγα Λόγια.....

Στην παρούσα εργασία εξετάζεται η Αγωγή Υγείας, υπό το πρίσμα της εφηβικής ηλικίας, ως τρόπος ζωής και ως μέσο για τη διατήρηση της καλής υγείας του ατόμου – εφήβου. Ιδιαίτερη μνεία γίνεται στους στόχους και στη μεθοδολογία της αγωγής υγείας ώστε να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητά της, στην αρχή και στον τρόπο που εξελίχθηκε προκειμένου να διαμορφώσουμε μια σφαιρική αντίληψη, στο ρόλο του κράτους και στα μέτρα που λαμβάνονται σε εθνικό και σε παγκόσμιο επίπεδο, στην αξία της αγωγής υγείας για τον άνθρωπο και εν κατακλείδι για ολόκληρη την ανθρωπότητα, στα ηθικά και νομικά ζητήματα που προκύπτουν καθώς και σε προτάσεις για τη βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης.

Σκοπός της εργασίας είναι να δώσει τις γνώσεις αυτές σε όλους όσους έρχονται σε συχνή επαφή με τους εφήβους αλλά και σε όσους ενδιαφέρονται για αυτούς. Χρησιμοποιώντας τον όρο αγωγή υγείας υπό την ευρύτερη έννοια – σωματική, κοινωνική, ψυχολογική- και εξετάζοντας τις συνθήκες που συνδέονται με αυτή, βάσει των στοιχείων που προκύπτουν από έρευνα που διεξήχθη στα πλαίσια της εργασίας στο μαθητικό πληθυσμό εφηβικής ηλικίας της Κρήτης, επιτυγχάνεται μία ενδελεχής επισκόπηση και ανάλυση των παραγόντων και των συμπεριφορών που διαμορφώνουν την υγεία των εφήβων. Σκοπός των ευρημάτων αυτών είναι η επινόηση τρόπων βελτίωσης και αναδιαμόρφωσης της αντίληψης των νέων, ώστε να υποκινηθούν και να οδηγηθούν σταδιακά στην υιοθέτηση περισσότερο υγιών συμπεριφορών υγείας.

Λέξεις Κλειδιά

Αγωγή Υγείας, Έφηβοι, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Κράτος, Πρόληψη, Ιστορική Αναδρομή, Νομικά και Ηθικά Ζητήματα, Έρευνα.

Quelques mots.....

Le rapport qui suit examine la question de l'éducation sportive pour les adolescents en tant que façon d'être et en tant que moyen pour la conservation de la bonne santé de la personne -ado. On parle notamment des objectifs et de la méthodologie de l'éducation sportive de façon à ce qu'on puisse évaluer son efficacité, le principe et la manière dont elle a évolué de manière à pouvoir se faire une opinion globale du rôle de l'état et des mesures prises au niveau national et international, de la valeur de l'éducation sportive pour l'homme et en conclusion pour l'humanité entière les questions morales et légales qui découlent ainsi que des propositions pour l'amélioration de la situation actuelle.

L'objectif du travail est d'octroyer ces connaissances à tous ceux qui sont souvent en relation avec les adolescents, ainsi qu'à ceux qui s'intéressent à eux. Sous le terme « éducation sportive » au sens le plus large, - corporelle, sociale, psychologique- et en examinant les conditions qui s'y relient sur la base de données qui découlent d'une étude faite sur une population scolaire adolescente crétoise. Ainsi on réussit à avoir une vision détaillée et analytique des facteurs et des comportements qui influencent et donnent forme à la situation de la santé adolescente. À travers ces travaux on pourra inventer des moyens d'amélioration et de restructuration de la vision des jeunes pour les mobiliser et les conduire par étapes à adopter des comportements de santé plus sains.

Les Mots – clés

Education, santé, adolescents, prévention de santé, gouvernement, enquête, compte à rebours historique, thèmes juridiques et moraux.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Εξώφυλλο Ελληνικό.....	Σελ. i - ii
Εξώφυλλο Γαλλικό.....	Σελ. iii
Εντολή Θέματος.....	Σελ. iv
Ευχαριστίες.....	Σελ. v
Περίληψη.....	Σελ. vi
Abstract.....	Σελ. vii
Πίνακας Περιεχομένων.....	Σελ. viii - ix
Εισαγωγή.....	Σελ. x - xiv

Μέρος Ι. Θεωρητική Προσέγγιση της Αγωγής Υγείας Σελ. 1 – 75

Κεφάλαιο 1^ο . Περί Αγωγής Υγείας

1.1 Λίγα Λόγια για την Αγωγή Υγείας.....	Σελ. 1 – 2
1.2 Σε τι διαφέρει η Αγωγή Υγείας.....	Σελ. 2 – 4
1.3 Στόχοι Αγωγής Υγείας.....	Σελ. 4 – 6

Κεφάλαιο 2^ο. Αγωγή Υγείας: Αρχή και Εξέλιξη σε Εθνικό και σε Παγκόσμιο Επίπεδο

2.1 Ιστορική Αναδρομή Αγωγής Υγείας στην Ελλάδα.....	Σελ. 7 – 15
2.1.1. Η Αγωγή Υγείας στην Αρχαία Ελλάδα.....	Σελ. 7 – 9
2.1.2. Η Αγωγή Υγείας στο Βυζάντιο.....	Σελ. 9 – 11
2.1.3. Η Αγωγή Υγείας τον 15 ^ο – 19 ^ο αιώνα.....	Σελ. 11 – 12
2.1.4. Η Αγωγή Υγείας τον 19 ^ο – 20 ^ο αιώνα.....	Σελ. 12 – 14
2.1.5. Η Αγωγή Υγείας τον 20 ^ο αιώνα.....	Σελ. 14 – 15
2.2. Η Αγωγή Υγείας σε Παγκόσμιο Επίπεδο.....	Σελ. 15 – 22
2.2.1. Η Αρχή και η Εξέλιξη της Αγωγής Υγείας.....	Σελ. 15 – 18
2.2.2. Σύγχρονες τάσεις Αγωγής Υγείας – Οι διατυπώσεις του Π.Ο.Υ.....	Σελ. 18 – 22

Κεφάλαιο 3^ο. Αγωγή Υγείας και Κράτος Πρόνοιας

3.1 Ο ρόλος του Υπουργείου Παιδείας & Θρησκευμάτων.....	Σελ. 23 - 28
3.2 Ο ρόλος του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.....	Σελ. 28 - 32
3.3 Άλλες πρωτοβουλίες του Υπ. Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.....	Σελ. 32- 33
3.4 Προγράμματα Ανάπτυξης Τομέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης...Σελ.	33- 34

3.5 Εθνικό Δίκτυο Δήμων Προαγωγής Υγείας (Ε.Δ.ΔΗ.Π.Υ.).....	Σελ.35- 36
3.6 Εθνικό Δίκτυο Νοσοκομείων Προαγωγής Υγείας (Ε.Δ.Ν.Π.Υ.).....	Σελ. 36
Κεφάλαιο 4 ^ο . Οφέλη και Συμβολή της Αγωγής Υγείας	
4.1 Υπηρεσίες Πρόληψης και Αγωγής Υγείας.....	Σελ. 37 - 38
4.2 Βαθμίδες Πρόληψης Υγείας.....	Σελ. 39
4.3 Η Συμβολή της Πρόληψης και Αγωγής Υγείας.....	Σελ. 39 - 43
4.4 Τα Προβλήματα Υγείας των Εφήβων.....	Σελ. 43 - 48
4.5 Η Παροχή Υπηρεσιών Υγείας στους Εφήβους και η Σπουδαιότητα της..	Σελ.48-50
4.6 Παρακολούθηση και Πρόληψη κατά την Εφηβική Ηλικία.....	Σελ. 50 - 52
4.7 Συστάσεις κατά την Εφηβεία για την Αγωγή Υγεία	Σελ. 53 - 63
Κεφάλαιο 5 ^ο . Νομικά Θέματα και Προτάσεις	
5.1 Ηθικά και Νομικά Ζητήματα στην Υγεία.....	Σελ. 64 - 65
5.2 Ηθικοί και Νομικοί Προβληματισμοί στην Αγωγή Υγείας.....	Σελ. 65 - 69
5.3 Η συμβολή της Αγωγής Υγείας στην Εφαρμογή της Νομοθεσίας....	Σελ. 69 - 70
5.4 Συμπεράσματα και Προτάσεις για την Αγωγή Υγείας στην Ελλάδα...Σελ.	70 - 75
Μέρος ΙΙ. Μελέτη Μαθητικού Πληθυσμού Εφηβικής Ηλικίας	
– Περίπτωση Κρήτης	Σελ. 76 – 136
Εισαγωγικά.....	Σελ. 76 - 77
Ερωτηματολόγιο	Σελ. 78 – 84
Α) Γενικά Στοιχεία Δείγματος.....	Σελ. 85 – 87
Β) Ερωτήσεις που αφορούν στην Αγωγή Υγείας.....	Σελ. 88 – 98
Γ) Ερωτήσεις που αφορούν στον τρόπο ζωής και τις διατροφικές συνήθειες.....	Σελ. 99 – 114
Δ) Ερωτήσεις που αφορούν στην Προσωπική Ασφάλεια.....	Σελ. 114 – 118
Ε) Ερωτήσεις που αφορούν στο Κάπνισμα.....	Σελ. 119 – 121
Ζ) Ερωτήσεις που αφορούν στην Κατανάλωση Αλκοόλ.....	Σελ. 122 – 126
Η) Ερωτήσεις που αφορούν στη Χρήση Παράνομων Ουσιών.....	Σελ. 127 – 131
ΣΤ) Ερωτήσεις που αφορούν στη Σεξουαλική Συμπεριφορά.....	Σελ. 132 – 133
Συμπεράσματα.....	Σελ. 134 – 136
Επίλογος.....	Σελ. 137 – 139
Παράρτημα.....	Σελ. 140 – 163
Βιβλιογραφία.....	Σελ. 163 – 166

Ἵγιαίνειν εὐχῆ παρὰ θεῶν αἰτέονται ἄνθρωποι, τὴν
δέ ταύτης δύναμιν παρ' ἑαυτοῖσι ἔχοντες οὐκ ἴσασι·
ἀκρασίη δὲ τάναντία πρήσσοντες αὐτοὶ προδότηι τῆς
ὑγιείης τῆσι ἐπιθυμίησι γίνονται.

*Οἱ ἄνθρωποι προσεύχονται στους θεοὺς καὶ ζητοῦν νὰ
ἔχουν υγεία, ἐνῶ δὲν γνωρίζουν ὅτι τὴ δυνατότητα αὐτὴ
τὴν ἔχουν οἱ ἴδιοι. Ἀπὸ ἐλλείψῃ ἐγκράτειας, κάνοντας τὰ
ἀντίθετα ἀπ' ὅ,τι πρέπει, προδίνουν μόνοι τους τὴν υγεία
τους στὶς ἐπιθυμίες τους.*

ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ 460-370 Π.Χ. (Ἀνθ. Στοβ. ΙΗ, 31)

“ Αγωγή Υγείας είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης, οι οποίες δίνουν τη δυνατότητα στους ανθρώπους, όταν λειτουργούν ως άτομα ή ως σύνολο, να αποφασίζουν και να ενεργούν συνειδητά για θέματα που επηρεάζουν την υγεία τους”.

Π.Ο.Υ., Χάρτης της Οτάβα ,1986

“ Εφηβεία είναι η ηλικιακή περίοδος από τα 11 έως τα 19 περίπου έτη η οποία χαρακτηρίζεται από σημαντικές σωματικές και ψυχικές μεταβολές. Στόχος των μεταβολών της εφηβείας είναι η μετάβαση από την παιδική ζωή στην ενηλικίωση”.

Κ.Ε.Π.Υ.Ε. Κέντρο Πρόληψης & Υγείας των Εφήβων

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η Αγωγή Υγείας τα τελευταία χρόνια έχει αποκτήσει επιστημονική βάση. Αποτελεί ιδιαίτερο θεματικό πεδίο, ξεχωριστό επιστημονικό κλάδο και νέο επάγγελμα. Η θεωρία της Αγωγής Υγείας πηγάζει πρωταρχικά από τις κοινωνικές επιστήμες και τις επιστήμες της συμπεριφοράς όπως ψυχολογία, κοινωνική ψυχολογία, παιδαγωγική, κοινωνιολογία, ανθρωπολογία, πολιτική επιστήμη και οικονομικά.

Η Αγωγή Υγείας είναι η διαδικασία που αποσκοπεί στη διαμόρφωση προτύπων συμπεριφοράς, τα οποία προάγουν τη σωματική, ψυχική, πνευματική και κοινωνική ευεξία του ατόμου, και στην υιοθέτησή τους από το κοινό, ώστε να επιτευχθεί η ενεργός συμμετοχή του στον τομέα της προστασίας της υγείας, μετά από εμπειριστατωμένη ενημέρωση. Επιπλέον, περιλαμβάνει την περιγραφή των ποικίλων υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το κράτος στους πολίτες, όπως η λειτουργία των ασφαλιστικών ταμείων και τα ιατρεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης, γιατί κάθε πολίτης δικαιούται να γνωρίζει ποια διαδικασία θα ακολουθήσει όταν έχει ένα πρόβλημα υγείας. Η αγωγή υγείας παρέχει πληροφορίες για μείζονα κοινωνικά προβλήματα, όπως τα ναρκωτικά και οι φυσικές καταστροφές, και προσαρμόζεται στις ανάγκες κάθε κοινωνικής ομάδας. Έτσι, άλλος είναι ο τρόπος προσέγγισης στα παιδιά και άλλος στους ηλικιωμένους ή στους ψυχικά ασθενείς.

Για να επιτευχθεί ο στόχος της αγωγής υγείας επιβεβλημένο είναι να υπάρχει συνέπεια μεταξύ θεωρίας και πράξης, δηλαδή δεν μπορεί να θεωρείται το κάπνισμα αιτία καρκίνου και να επιτρέπεται η χρήση του σε δημόσιους χώρους. Απαιτείται κοινή προσπάθεια όλων των κοινωνικών και πολιτικών φορέων, όπως η οικογένεια, το σχολείο, τα μέσα ενημέρωσης και οι δημόσιες υπηρεσίες, ώστε η ενημέρωση για τα προβλήματα υγείας να είναι συνολική και να συνοδεύεται από έμπρακτες αποφάσεις προαγωγής της υγείας, μέσω παρεμβάσεων σε θεσμούς ή στο περιβάλλον. Η σύγχρονη θεματολογία της αγωγής υγείας περιλαμβάνει μεταξύ άλλων τα ακόλουθα: ποιότητα και ασφάλεια στην τροφή, φυσική άσκηση, πρόληψη ατυχημάτων (εργατικών, παιδικών και τροχαίων), στοματική υγιεινή, απεξάρτηση (κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικά), σεξουαλική αγωγή και ενημέρωση για μεταδοτικά νοσήματα και χρόνια νοσήματα (καρκίνος, παθήσεις καρδιάς).

Ως αποτέλεσμα των όσων προαναφέρθηκαν, τα τελευταία χρόνια η Αγωγή Υγείας έχει κερδίσει το ενδιαφέρον τόσο των ειδικών επιστημόνων όσο και των πολιτικών, δεδομένου ότι θεωρείται ένα καινούργιο σχετικά όπλο για τον πόλεμο τόσο κατά της αρρώστιας όσο και κατά του υψηλού κόστους της θεραπείας. Με την αγωγή υγείας και την έμπρακτη προσπάθεια όλων μας είναι απλά θέμα χρόνου, να βελτιώσουμε το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και να ελαττώσουμε τα ενδεχόμενα νόσησης από διάφορες παθήσεις που στις μέρες μας μαστίζουν.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΕΦΗΒΕΙΑ

Η εφηβεία αποτελεί μια κρίσιμη περίοδο ανάπτυξης κατά την οποία το άτομο από παιδί αποκτά βαθμιαία τα βιολογικά, κοινωνικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ενήλικα. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από την προοδευτική ανεξαρτητοποίηση από την οικογένεια και τη στροφή προς τους συνομηλίκους και συνοδεύεται από την έντονη ανάγκη του εφήβου για νέες εμπειρίες.

Η βιολογική και συναισθηματική αναστάτωση την οποία υφίσταται ο έφηβος έχει αντίκτυπο στην συμπεριφορά του. Ορισμένες συνήθειες με μακροπρόθεσμες στην υγεία επιπτώσεις, όπως είναι η χρήση ουσιών ή οι διατροφικές συνήθειες, ξεκινούν στην εφηβεία. Στην ίδια περίοδο μπορεί να εμφανίζονται και ρισοκίνδυνες συμπεριφορές ή διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος. Τις περισσότερες βέβαια φορές οι συμπεριφορές αυτές είναι παροδικές και υποχωρούν με την ενηλικίωση. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις όπου παρόμοιες διαταραχές αποτελούν πρόμα σημάδια μιας πιο σοβαρής και χρόνιας κατάστασης.

Ο έφηβος μεγαλώνει μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο το οποίο μπορεί να παίξει προστατευτικό ρόλο ή αντίθετα να αυξήσει την έκθεση σε κινδύνους. Η οικογένεια και το σχολείο αποτελούν τους ισχυρότερους θεσμούς κοινωνικοποίησης και προστασίας των νέων, ενώ ταυτόχρονα είναι φορείς που θα μεταφέρουν τις γνώσεις, τις συνήθειες και τις αξίες που θα συμβάλλουν στην ομαλή ενηλικίωση.

Γονείς και εκπαιδευτικοί αλλά και επαγγελματίες από τον ευρύτερο χώρο της υγείας, θα εκπληρώσουν καλύτερα το ρόλο τους απέναντι στους νέους όταν είναι σε θέση να κατανοήσουν τις συμπεριφορές εκείνες στις οποίες οδηγούν τους νέους τα συναισθηματικά τους αδιέξοδα και να προβλέψουν τρόπους αντιμετώπισης και υποστήριξης των νέων.

ΜΕΡΟΣ Ι. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΠΕΡΙ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. Λίγα λόγια για την Αγωγή Υγείας.

Το ύψιστο ατομικό και κοινωνικό αγαθό είναι η Υγεία. Υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» βάσει του ορισμού που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις των ερευνητών « η υγεία ενός πληθυσμού εξαρτάται κατά 20% από τους βιολογικούς παράγοντες, κατά 20 – 30% από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, κατά 10 – 20% από τις υπηρεσίες υγείας και κατά 40 – 50% από την ανθρώπινη συμπεριφορά » (Τούντας 2002).

Σήμερα η γνώση για την υγεία, τις ασθένειες και τις θεραπευτικές μεθόδους έχει φτάσει σε υψηλά επίπεδα. Αντίθετα ο τομέας της πρόληψης και της αγωγής υγείας δεν έχει προβληθεί όσο θα έπρεπε. Η Αγωγή Υγείας μοιάζει να αποτελεί κάτι το αυτονόητο που όλοι το γνωρίζουν αλλά ελάχιστοι το εφαρμόζουν. Είναι συνεπώς επιτακτική η ανάγκη και από πλευράς πολιτείας και από πλευράς ατόμου να γίνουν άμεσες και συντονισμένες προσπάθειες, ώστε να αυξηθεί το επίπεδο συνειδητότητας του πληθυσμού στα θέματα που αφορούν στην υγεία και την προάσπιση αυτής.

Αυτή ακριβώς την ανάγκη έρχεται να καλύψει η Αγωγή Υγείας που θα μπορούσε να οριστεί ως: « η διαδικασία εκείνη που βοηθάει τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις, να υιοθετούν συμπεριφορές και να δρουν σύμφωνα με τις ανάγκες που επιβάλλει η προάσπιση και η προαγωγή της υγείας τους».

Ο ορισμός της Αγωγής Υγείας επιδέχεται μια ευρύτερη και μια αυστηρότερη ερμηνεία. Σύμφωνα με την ευρύτερη ερμηνεία, η Αγωγή Υγείας αφορά όλες εκείνες τις εμπειρίες ενός ατόμου, μιας ομάδας ή μιας κοινότητας, που επιδρούν και επηρεάζουν τις αξίες, τις στάσεις, τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Αυτή η ευρύτερη ερμηνεία αναγνωρίζει ότι πολλές εμπειρίες, θετικές και αρνητικές, επιδρούν στη σκέψη, στα αισθήματα και στις πράξεις των ανθρώπων. Γι ' αυτό και

δεν περιορίζει το εύρος της δράσης της Αγωγής Υγείας μόνο σε σχεδιασμένες και οργανωμένες δραστηριότητες.

Σύμφωνα με την αυστηρότερη ερμηνεία, ο όρος «Αγωγή Υγείας» κατά κανόνα σημαίνει τις προγραμματισμένες προσπάθειες που αποσκοπούν στην προώθηση των βασικών στόχων της Αγωγής Υγείας στα πλαίσια της Προαγωγής Υγείας. Η δεύτερη αυτή ερμηνεία είναι και αυτή που χρησιμοποιείται περισσότερο στον ακαδημαϊκό χώρο. Με βάση το συγκεκριμένο αυτό περιεχόμενο, η Αγωγή Υγείας αποτελεί αναπόσπαστο και σημαντικό κομμάτι της Προαγωγής Υγείας, αλλά και ουσιαστική συνιστώσα της Θεραπευτικής διαδικασίας και της σωστής χρήσης και αξιοποίησης των υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός της Αγωγής Υγείας είναι η απελευθέρωση του ατόμου από την άγνοια, τις ανθυγιεινές συνήθειες και την μεροληψία, εξυπηρετεί δηλαδή τους ίδιους σκοπούς με την εκπαίδευση αφ'εαυτή. Επιδιώκει την ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου για να είναι σε θέση να παίρνει υπεύθυνες αποφάσεις για τη ζωή τη δική του και των άλλων. Χρησιμοποιεί την πειθώ για αυτό επικεντρώνεται στην υποκίνηση των ατόμων και όχι στην υποχρεωτική εφαρμογή. Έχει ως σκοπό την εθελοντική προσαρμογή της συμπεριφοράς στην υγεία ενθαρρύνοντας τα άτομα να πάρουν εθελοντικά «ασφαλείς για την υγεία» αποφάσεις, να αλλάξουν συμπεριφορά και να τροποποιήσουν τις συνθήκες ζωής τους κατά τέτοιο τρόπο ώστε να προάγουν την υγεία τους. Απώτερη επιδίωξη είναι η δυνατότητα της ελεύθερης επιλογής, μέσα από τη γνώση και την υπευθυνότητα και όχι την επιβολή ή την προπαγάνδισή κάποιας αλήθειας όσο και αν αυτή τεκμηριώνεται επιστημονικά. Για αυτό αναφέρεται σε νοσήματα που σχετίζονται με τη συμπεριφορά (κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικά, σεξουαλική συμπεριφορά, τροχαία ατυχήματα, διατροφή, ψυχική υγεία κλπ.).

1.2. Σε τι διαφέρει η Αγωγή Υγείας

Στο παρελθόν, χρησιμοποιήθηκαν ορισμένοι άλλοι όροι αντί της Αγωγής Υγείας για να δηλώσουν παρεμφερείς δραστηριότητες. Οι όροι αυτοί ήταν:

A) Εκπαίδευση Υγείας

B) Υγειονομική Διαφώτιση

Κανένας όμως από τους όρους αυτούς δεν αποδίδει σωστά το περιεχόμενο της Αγωγής Υγείας.

Η Εκπαίδευση Υγείας, αφορά περισσότερο τη διδασκαλία στο ακαδημαϊκό περιβάλλον. Δεν περιλαμβάνει τη διάσταση της ενεργού συμμετοχής και κυρίως της μεταβολής της συμπεριφοράς και του περιβάλλοντος.

Η Υγειονομική Διαφώτιση, που ήταν ο πιο διαδεδομένος όρος, αντικαταστάθηκε από τον όρο Αγωγή Υγείας, γιατί ο όρος «διαφώτιση» προϋποθέτει, την ύπαρξη άγνοιας που πρέπει να καταπολεμηθεί, ενώ ούτε η άγνοια είναι πάντοτε δεδομένη, ούτε ο σκοπός της Αγωγής Υγείας είναι μόνο η καταπολέμηση της άγνοιας.

Ένα άλλο επίσης σημείο που διαφοροποιεί την Αγωγή Υγείας, είναι η πολλαπλότητα των μεθόδων που χρησιμοποιεί και τα διαφορετικά επιστημονικά πεδία απ' όπου αντλεί τα θεωρητικά και πρακτικά της εργαλεία. Η Αγωγή Υγείας βασίζεται στην Κοινωνική Ιατρική και στην Επιδημιολογία, στο βαθμό που στοχεύει κυρίως σε ομάδες πληθυσμού και όχι σε μεμονωμένα άτομα και στο βαθμό που τα φαινόμενα που μελετά και επεμβαίνει είναι κυρίως πληθυσμιακά φαινόμενα με σημαντικές κοινωνικές διαστάσεις. Η ερευνητική επίσης μεθοδολογία της Αγωγής Υγείας, ο σχεδιασμός, η υλοποίηση και η αξιολόγηση των προγραμμάτων της, βασίζονται στις αρχές και μεθόδους της επιδημιολογίας τόσο της περιγραφικής όσο και της αναλυτικής.

Η Αγωγή Υγείας αντλεί επίσης από την επιστήμη της Εκπαίδευσης - Παιδαγωγικής, πολλές εκπαιδευτικές θεωρίες και εκπαιδευτικές πρακτικές. Γι' αυτά άλλωστε, οι εκπαιδευτές υγείας πρέπει να είναι ταυτοχρόνως και επαγγελματίες υγείας και εκπαιδευτές.

Ένας τρίτος σημαντικός επιστημονικός χώρος είναι ο χώρος των Κοινωνικών Επιστημών και ιδιαίτερα η Κοινωνιολογία και η Ψυχολογία. Η μελέτη της αρρώστιας και της υγείας, έχει μια σημαντική κοινωνική διάσταση, στο βαθμό που τα φαινόμενα αυτά έχουν, όπως ήδη τονίστηκε, βαθιά τις ρίζες τους στο συγκεκριμένο κοινωνικά περιβάλλον και στο ιστορικό γίνεσθαι. Επίσης, η επιστήμη της ψυχολογίας είναι ένα πεδίο που παρέχει τη δυνατότητα κατανόησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς καθώς και τη δυνατότητα τροποποίησής της.

Ένας τέταρτος βασικός τομέας, που παρουσιάζει ιδιαίτερη ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια, είναι ο τομέας της Επικοινωνίας και της Πληροφόρησης. Προκειμένου η Αγωγή Υγείας να μπορεί να επιτελέσει το έργο της, δεν μπορεί παρά να στηρίζεται στη διαμόρφωση ισχυρών καναλιών επικοινωνίας με τον ενδιαφερόμενο πληθυσμό. Η διαμόρφωση μιας τέτοιας ουσιαστικής και αμφίδρομης

σχέσης, προϋποθέτει ειδικά επεξεργασμένες μεθόδους, που ο κλάδος της επικοινωνίας έχει αναπτύξει σημαντικά, συνεπικουρούμενος και από τα άλματα της τεχνολογίας στον τομέα αυτό.

1.3. Στόχοι αγωγής υγείας

Οι επιδιώξεις της Αγωγής Υγείας συγκεκριμενοποιούνται στους εξής βασικούς στόχους:

1. Ευαισθητοποίηση
2. Παροχή γνώσεων
3. Ιεράρχηση αξιών
4. Αλλαγή απόψεων
5. Λήψη αποφάσεων
6. Αλλαγή συμπεριφοράς
7. Αλλαγή περιβάλλοντος

1. Ευαισθητοποίηση

Ο πρώτος στόχος ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας, αφορά τη συνειδητοποίηση του κοινού ή του εκπαιδευόμενου σχετικά με την ύπαρξη ενός προβλήματος. Πολλές φορές, προκειμένου να επιτευχθεί η ευαισθητοποίηση - συνειδητοποίηση, πρέπει να δοθούν ορισμένες βασικές πληροφορίες ώστε να γίνει αντιληπτό το μέγεθος και η σημασία του προβλήματος, π.χ. πληροφορώντας το κοινό ότι κάθε τσιγάρο αφαιρεί κατά μέσο όρο 5 λεπτά από τη ζωή του καπνιστή, δίνεται μια πρώτη διάσταση του μεγέθους του προβλήματος.

2. Παροχή γνώσεων

Ο στόχος αυτός, αφορά την παροχή των απαραίτητων γνώσεων, σε θέματα που έχει προηγηθεί μια πρώτη ευαισθητοποίηση. Το να γνωρίζει κανείς ότι κάποια καθημερινή συνήθεια είναι βλαβερή, δεν αρκεί για να πεισθεί για την ανάγκη καταπολέμησής της. Όταν μάλιστα απαιτούνται ιδιαίτερες προσπάθειες, το κοινό ή το άτομο πρέπει να είναι εξοπλισμένο με τις γνώσεις εκείνες που θα του ενισχύσουν τη βούληση για δράση και που θα κατευθύνουν τη δράση αυτή προς τη σωστή κατεύθυνση.

3. Ιεράρχηση αξιών

Οι αξίες του καθένα, οι βασικές πεποιθήσεις του και η γενικότερη ιδεολογία του, αποτελούν σημαντικά κομμάτι του πολύπλοκου ανθρώπινου ψυχολογικού κόσμου και συμβάλλουν καθοριστικά στις εκάστοτε απόψεις που διαμορφώνει, στις αποφάσεις που παίρνει και στις πράξεις που προβαίνει. Ο στόχος λοιπόν της ιεράρχησης αξιών, αποσκοπεί κυρίως στην αποσαφήνιση, στη διαμόρφωση ή τροποποίηση των αξιών που σχετίζονται με την υγεία. Πολλές φορές τα άτομα αγνοούν, παραγνωρίζουν ή υποτιμούν το τι είναι σημαντικό ή όχι για την υγεία τους, ή ακόμα την ίδια την μεγάλη αξία που έχει η υγεία τους για την ζωή τους.

4. Αλλαγή απόψεων

Ο στόχος αυτός, όπως και ο προηγούμενος, αφορά την τροποποίηση ορισμένων βασικών πεποιθήσεων. Η μόνη διαφορά είναι ότι οι απόψεις αφορούν πλέον συγκεκριμένα ζητήματα της καθημερινής ζωής, που εξαρτώνται βέβαια από τις γενικότερες αξίες που έχουν υιοθετηθεί. Επειδή όμως πρόκειται για πιο συγκεκριμένες τοποθετήσεις, οι απόψεις που υπάρχουν για ένα ζήτημα, καθορίζονται εκτός από τις αξίες και από τις πληροφορίες που παρέχονται και από την εκάστοτε συναισθηματική φόρτιση.

5. Λήψη αποφάσεων

Από τη στιγμή που το κοινό ή ένα άτομο, ευαισθητοποιηθεί γύρω από ένα θέμα υγείας, εξοπλιστεί με τις απαραίτητες γνώσεις, ιεραρχήσει σωστά την αξία του και υιοθετήσει τις σωστές απόψεις, το επόμενο βήμα είναι να λάβει τις κατάλληλες αποφάσεις που θα βοηθήσουν στην επίλυση ή βελτίωση του προβλήματος. Η σημαντική αυτή διαδικασία στηρίζεται τόσο στην παροχή των απαραίτητων γνώσεων όσο και στη διαμόρφωση των κατάλληλων αξιών και απόψεων. Κάποιος αποφασίζει να μειώσει το βάρος του επειδή ακριβώς γνωρίζει τους κινδύνους που διατρέχει και επειδή οι αξίες και οι απόψεις του τον οδηγούν στο να προτιμήσει τη διασφάλιση της υγείας του παρά να διακινδυνέψει να υποστεί τις βλαβερές συνέπειες της παχυσαρκίας.

6. Αλλαγή συμπεριφοράς

Η λήψη της κατάλληλης απόφασης, δεν οδηγεί πάντα και στην εκτέλεσή της. Ιδιαίτερα όταν πρόκειται για θέματα που η υλοποίηση μιας απόφασης συναντά

εμπόδια και δυσκολίες, παρατηρείται συχνά εγκατάλειψη της προσπάθειας ή αποφυγή εκτέλεσής της. Γι ' αυτό και η Αγωγή Υγείας παρέχει τη βοήθεια που χρειάζεται το κοινό ή ένα άτομο, προκειμένου να επιτύχει την υλοποίηση μιας αλλαγής. Άλλωστε η αλλαγή συμπεριφοράς, δηλαδή η επιτυχής εφαρμογή μιας ενεργητικής προσπάθειας, αποτελεί αναμφισβήτητα και το πιο σημαντικό συστατικό κάθε προγράμματος Αγωγής Υγείας.

7. Αλλαγή περιβάλλοντος

Ο τελευταίος αυτός στόχος, αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού ή /και κοινωνικού περιβάλλοντος προκειμένου να μειωθούν οι περιβαλλοντολογικοί κίνδυνοι και να διευκολυνθεί η υιοθέτηση των υγιεινών συμπεριφορών. Ο στόχος αυτός, περιλαμβάνει από αλλαγές μέσα στο σπίτι μέχρι και αλλαγές σ' όλη την κοινωνία. Οι γνώσεις, οι αξίες, οι απόψεις και οι πράξεις καθορίζονται σημαντικά από το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον. Αν κάποιος περιβάλλεται συνέχεια από καπνιστές και βομβαρδίζεται με διαφημίσεις τσιγάρων, δύσκολα θα καταφέρει να μην υποκύψει στη συνήθεια του καπνίσματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΑΡΧΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΕ ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΣΕ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

2.1 Ιστορική Αναδρομή Αγωγής Υγείας στην Ελλάδα

2.1.1. Η Αγωγή Υγείας στην Αρχαία Ελλάδα

Πολλές από τις βασικές έννοιες που αναπτύχθηκαν πιο πάνω και αφορούν στην αγωγή υγείας, όσο κι αν θεωρούνται νεωτεριστικές και σύγχρονες, έχουν τις ρίζες τους στους πρώτους ιστορικούς πολιτισμούς και ιδιαίτερα στον αρχαίο ελληνικό. Σε φιλοσοφικά και ιατρικά κείμενα της περιόδου του 6^{ου} – 4^{ου} αιώνα π.Χ., οι αρχαίοι Έλληνες πραγματοποίησαν την πρώτη μεγάλη ρήξη με τις μεταφυσικές/μαγικές αντιλήψεις για την υγεία και την αρρώστια, που κυριαρχούσαν στο μεγαλύτερο μέρος της ανθρώπινης ιστορίας. Οι αρχαίοι Έλληνες ανέπτυξαν την φυσιοκρατική σκέψη και ήταν οι πρώτοι που συνειδητοποίησαν ότι η διατήρηση της υγείας και η πρόκληση της αρρώστιας είναι αποτέλεσμα φυσικών διεργασιών και ότι η υγεία και η αρρώστια είναι στενά συνυφασμένες με το εκάστοτε κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον, καθώς και με την ανθρώπινη συμπεριφορά.

Πρώτα από όλα ας σταθούμε στην έννοια της υγείας. Σύμφωνα με τους Πυθαγόρειους, η αρμονία, η τέλεια ισορροπία, αποτελούσαν το σκοπό της ζωής αλλά και την πεμπτούσια της υγείας. Τις θεωρίες αυτές τις συναντάμε αργότερα και στη Σωκρατική φιλοσοφία. Η ύπαρξη εξωτερικής και εσωτερικής ισορροπίας αποτελούσε, σύμφωνα με τον Πλάτωνα, το ιδεώδες της υγείας. Στο έργο του Πολιτεία, ο Πλάτωνας προσδιορίζει την υγεία ως την ισόρροπη αλληλεξάρτηση των στοιχείων, «κρατείν τε και κρατείσθαι υπ' αλλήλων». Στον Τίμιο, εξάλλου, αναφέρεται ότι η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους αρμονίας με το σύμπαν, το οποίο δεν προσβάλλεται από γήρας και αρρώστιες χάρη στην αρμονική του σύνθεση από τα τέσσερα κοσμογόνα στοιχεία. Άλλωστε, η ελληνική λέξη υγεία σημαίνει την κατάσταση της πληρότητας. Υγιές είναι το ισορροπημένο, το σύμφωνο με τη γενική τάξη.

Οι θεωρίες αυτές για την υγεία έγιναν πολύ πιο συγκεκριμένες με το έργο του Ιπποκράτη και των μαθητών του, που δημιούργησαν την αφετηρία της επιστημονικής

παράδοσης της Ιατρικής. Σύμφωνα με την παράδοση αυτή, η οποία αποτυπώνεται κυρίως στο έργο του Ιπποκράτη « Περί αέρων, τόπων και υδάτων», η υγεία καθορίζεται με βάση την ισορροπία ανάμεσα στις δύο δυνάμεις: του περιβάλλοντος αφενός (άνεμοι, νερό, θερμοκρασία, τροφή, έδαφος) και την ατομική συμπεριφορά αφετέρου (διατροφικές συνήθειες, ποτό, σεξουαλικές δραστηριότητες, εργασία, ψυχαγωγία, φυσική άσκηση). Από την «εξωτερική» ισορροπία ανάμεσα στον άνθρωπο και το περιβάλλον εξαρτάται η «εσωτερική» ισορροπία των τεσσάρων «χυμών» του ανθρώπινου σώματος: του αίματος, του φλέγματος, της μαύρης χολής και την κίτρινης χολής.

Στη διαμόρφωση της αρμονίας αυτής καθοριστικό ρόλο παίζουν και οι κοινωνικές συνθήκες. Ο Ακμαίων ο Κροτωνιάτης, μάλιστα κορυφαίος της ιατρικής σχολής του Κρότωνα τον 6^ο π.Χ. αιώνα και για πολλούς ο μεγαλύτερος ιατρός πριν από τον Ιπποκράτη, δεν διστάζει να ορίσει την υγεία με όρους δανεισμένους από το πολιτικό λεξιλόγιο της εποχής του. Υγεία ονομάζει την ισονομία, δηλαδή την ισορροπία των δυνάμεων «του υγρού και του ξερού, του πικρού και του γλυκού» στο σώμα. Αυτή η ισονομία συνέχει τόσο στην υγεία του πολίτη όσο και στην ίδια την δημοκρατία. Η μοναρχία αντίθετα, η κυριαρχία του ενός γεννά την αρρώστια και καταστρέφει την «πόλιν», επιβάλλοντας την κυριαρχία ενός στοιχείου επί των άλλων και ανατρέποντας έτσι την ισονομία. Ο Ιπποκράτης συχνά αναφέρεται στην υγεία της «πόλεως». Οι αναφορές αυτές δηλώνουν το σαφή κοινωνικό και περιβαλλοντικό προσανατολισμό της Ιπποκράτειας σκέψης.

Δεν ήταν λοιπόν τυχαίο που τα πλέον γνωστά Ασκληπιεία, όπου ασκούσαν η Ιπποκράτεια Ιατρική, όπως στην Επίδαυρο, στην Κω και στην Πέργαμο, βρίσκονταν στην εξοχή, σε κοιλάδες ή σε λόφους ιδιαίτερου φυσικού κάλους με υγιεινό κλίμα και με καθαρό νερό. Ούτε ήταν τυχαίο που αυτά τα ιερατεία είχαν κοντά τους θέατρα, γυμναστήρια, πισίνες και άλλες ευκολίες, όπου η ολιστική αντίληψη για την υγεία έβρισκε πρακτική εφαρμογή παρέχοντας βασικές προϋποθέσεις για φυσική, ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική ευεξία. Με βάση αυτές τις αντιλήψεις για την υγεία και τη σημασία της, ήταν φυσικό να δοθεί ιδιαίτερο βάρος στην ανάπτυξη της αγωγής υγείας.

Η Σοφιστική ανακίνησε το βασικό παιδαγωγικό πρόβλημα, αν η φυσική προδιάθεση, δηλαδή η φύση του καθενός, ή η αγωγή του, δηλαδή η παιδεία, είναι το αποφασιστικό στοιχείο για τη μόρφωση του νου και του χαρακτήρα του. Οι σοφιστές, που ως πλανόδιοι δάσκαλοι πήγαιναν από πόλη σε πόλη (όπως εξάλλου οι γιατροί, οι

καλλιτέχνες, οι ποιητές) και που έπαιρναν πλούσια δίδακτρα για τα μαθήματα τους, καταλάβαιναν πολύ καλά πόσο μεγάλο ήταν το τόλμημα να βγάλουν τους νέους από τον κλειστό κύκλο της οικογένειας και να τους πάρουν στο σχολείο τους, για να τους μύησουν σε διδάγματα, τα οποία πολύ συχνά βρίσκονταν σε οξεία αντίφαση με την αξιοσέβαστη παλιά παράδοση. Αλλά και οι Ιπποκράτειοι γιατροί έδιναν μεγάλη σημασία στη αγωγή υγείας. Ο ιδανικός τρόπος ζωής, σύμφωνα με τους παθολόγους, ήταν αυτός όπου τροφή, απέκκριση, άσκηση και ξεκούραση βρίσκονται σε τέλεια ισορροπία. Επιπλέον για κάθε άτομο πρέπει, να λαμβάνεται υπόψη η ηλικία, το φύλλο, ο οργανισμός (κράση), η εποχή. Πολύ λίγοι άνθρωποι όμως ήταν σε θέση να διάγουν έναν τέτοιο βίο. Αυτή ήταν η αγωγή για μια μικρή ανώτερη τάξη, μια τάξη που στηριζόταν στη δουλοκτητική οικονομία. Ήταν για αυτό μια αριστοκρατική υγιεινή.

Στον κεντρικό πυρήνα αυτής της αντίληψης ήταν η φυσική άσκηση. Για αυτό και οι Ολυμπιακοί Αγώνες απέκτησαν τέτοιο κύρος και ακτινοβολία. Εξάλλου, η επίδραση της φυσικής άσκησης στην υγεία ήταν γνωστή σε όλες τις περιόδους της ανθρώπινης ιστορίας. Όσο, βέβαια, οι άνθρωποι ζούσαν και εργάζονταν στην ύπαιθρο, ως κυνηγοί, γεωργοί ή πολεμιστές, η άσκηση του σώματος ήταν δεδομένη, λόγω της φύσης της ενασχόλησης τους. Ως ξεχωριστή και αναγκαία δραστηριότητα η άσκηση προέκυψε με τον εκπολιτισμό και την αστικοποίηση, που περιόρισαν την καθημερινή σωματική δραστηριότητα. Δεν είναι τυχαίο λοιπόν, ότι η φυσική άσκηση, ως γυμναστική ή αθλητισμός, αναδεικνύεται σε σημαντική δραστηριότητα σε όλους τους αρχαίους πολιτισμούς, έστω κι αν αποτελούσε κατά κανόνα αποκλειστικά ανδρική υπόθεση. Σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις, όπως στην αρχαία Ελλάδα και αργότερα στη Ρώμη, οι άνδρες της ιθύνουσας τάξης ξόδευαν για τη σωματική άσκηση περισσότερες ώρες από ότι για οποιαδήποτε άλλη καθημερινή τους ενασχόληση. Ο Πλούταρχος στο *Περί παιδων αγωγής* είναι ιδιαίτερα σαφής όταν δηλώνει *«περί μεν του σώματος επιμέλειαν διττάς εύρον επιστήμας οι άνθρωποι, την Ιατρικήν και την Γυμναστικήν, ων η μεν την υγείαν η δε την ευεξίαν εντίθεση.»*

2.1.2. Η Αγωγή Υγείας στο Βυζάντιο

Η διάδοση και καθιέρωση του Χριστιανισμού ως επίσημης θρησκείας του Βυζαντινού Κράτους, ήταν η αιτία ώστε να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην κοινωνική προστασία και πρόνοια των πολιτών. Η ανάπτυξη πνεύματος αλληλεγγύης,

κοινωνικής δικαιοσύνης και φιλανθρωπίας είχαν ως αποτέλεσμα τη λειτουργία πολλών νοσοκομείων και ιδρυμάτων που ως σκοπό, εκτός από τη θεραπεία και την άσκηση ιατρικής, είχαν την κοινωνική φροντίδα και πρόληψη.

Η επικρατούσα τοποθέτηση, στην οποία στηρίζεται η φροντίδα υγείας, περιλαμβάνει δύο αρχές τις οποίες η Ιατρική, από τα πολύ παλαιά χρόνια, αποδέχεται ανεπιφύλακτα: την ανάγκη ενιαίας αγωγής υγείας ψυχής και σώματος, τη συνεργασία ιατρικής και θείας αντιλήψεως στη θεραπεία του αρρώστου.

Στην πρακτική εφαρμογή έχουμε τη σύνδεση ιερέως ιατρού, ναού και θεραπευτικού κέντρου, η οποία ανάγεται ήδη στα Ασκληπιεία (7ος αιώνας π.Χ.). Συνεχίστηκε στη χριστιανική εποχή στην άσκηση της ιατρικής από τους αγίους ιατρούς και τις άγιες ιατρίνες (1ος-4ος αιώνες) , στη συγκρότηση και λειτουργία των βυζαντινών Νοσοκομείων (4ος-15ος αιώνες) ή των ευαγών οίκων. Επίσης με νεαρές διατάξεις και κανόνες καθοριζόταν η ανέγερση Ναού στα νοσηλευτικά Ιδρύματα και ο διορισμός εμμίσθων ιερέων για τους ασθενείς, καθώς και ιερέως κηδείας.

Φορείς κοινωνικής προστασίας ήσαν το κράτος, η εκκλησία, τα μοναστήρια, αλλά και η ιδιωτική πρωτοβουλία. Ως νοσηλευτικά ιδρύματα νοούνται ευαγείς οίκοι, νοσοκομεία, ξενώνες, ξενοκομεία, γηροκομεία, χηροτροφεία, λοχοκομεία, βρεφοκομεία, πτωχοτροφεία, ορφανοτροφεία. Κατά τη βυζαντινή περίοδο δημιουργούνται πλήρως οργανωμένα νοσοκομεία με ναό, κρατικά όπως ο Ξενώνας του Σαμψών, ιδιωτικά όπως το Πτωχοτροφείο του Μιχαήλ Ατταλειάτη, εκκλησιαστικά όπως η Βασιλειάδα του Μ. Βασιλείου στην Καισάρεια το 370 μ.Χ, ένα τα λαμπρότερα παραδείγματα ανθρώπινης φιλανθρωπίας, μοναστηριακά όπως ο «Ξενώνας της Μονής του Παντοκράτορα», στην Κωνσταντινούπολη το 1152 μ.Χ. από τον αυτοκράτορα Ιωάννη Κομνηνό το Β που ξεχωρίζει από άποψη οργάνωσης και λειτουργίας. Στα Νοσοκομεία αυτά, εκτός των ιατρών και των ιατρινών, εμφανίζεται για πρώτη φορά και ο θεσμός των αδελφών νοσοκόμων.

Όσον αφορά στην Αγωγή Υγείας, κατά τους βυζαντινούς χρόνους, πολλοί ιατροί, θεολόγοι και φιλόσοφοι ασχολήθηκαν επισταμένως με το θέμα. Οι ιατροί Αέτιος Αμιδηνός και Παύλος Αιγινίτης λαμβάνουν υπ'όψη την ολότητα του προσώπου και φρονούν ότι «δίαιτα αρμόζει . . . και ψυχής και σώματος». Οι Γρηγόριος ο Θεολόγος και Μάξιμος ο φιλόσοφος και ομολογητής τονίζουν την προσέγγιση του εσωτερικού βάθους της ψυχής: «περί τον κρυπτόν της καρδίας άνθρωπον η πάσα θεραπεία τε και σπουδή». Κατά τον Γρηγόριο Νύσσης, η θεραπεία της ψυχής προηγείται της του σώματος, «όσον κρείσσον ψυχή του σώματος». Ο

ιατροφιλόσοφος Μιχαήλ Ψελλός υπογραμμίζει τη σημασία «των ιατρικών τεχνών» για «την σωτηριαν σώματος και ψυχής του ασθενούς».

Επίσης την Βυζαντινή περίοδο κάνει την εμφάνιση της και η επ' ονομαζόμενη θαυματουργική ιατρική, η οποία εκφράζεται από τους αγίους Αναργύρους ιατρούς, άνδρες και γυναίκες, όπως οι Λουκάς, Κοσμάς και Δαμιανός, Παντελεήμων, Ζηναΐς και Φιλομήλα, Ερμιόνη κ.ά., οι οποίοι είναι προστάτες και προστάτιδες της ιατρικής και των ειδικοτήτων της.

Εν κατακλείδι, θα λέγαμε πως την περίοδο αυτή, η όποια αγωγή υγείας είναι στραμμένη προς το Θείο και γίνεται στα πλαίσια της φιλανθρωπικής δραστηριότητας κυρίως μέσω των ιδρυμάτων, των νοσοκομείων και των πεφωτισμένων ανθρώπων (Άννα Κομνηνή, Ιουστινιανός, Βασίλειος ο Μέγας κλπ). Θα μπορούσαμε λοιπόν χωρίς υπερβολή να χαρακτηρίζαμε το Βυζάντιο ως ένα «πρωτοποριακό» Κράτος Πρόνοιας, που ως ύψιστο σκοπό του είχε τη φροντίδα και προστασία των πολιτών.

2.1.3. Η Αγωγή Υγείας τον 15^ο – 19^ο αιώνα

Η περίοδος αυτή ξεκινά με την πτώση του Βυζαντίου (Άλωση Κωνσταντινούπολης – 1453) και φτάνει έως την ίδρυση του νεοελληνικού κράτους το 1833. Υπό την τουρκική κυριαρχία και με την παντελή έλλειψη επικοινωνίας με τις άλλες χώρες, γίνεται εύκολα αντιληπτό γιατί η Ελλάδα έμεινε τόσο πίσω σε μια περίοδο όπου όλες οι υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες σημείωσαν μια πρωτόγνωρη άνθηση σε όλους τους τομείς. Αξίζει να αναφέρουμε την πρόοδο στη χημεία, την ανατομική και τη φυσιολογία καθώς και την ανακάλυψη των πρώτων ζωντανών μικροοργανισμών από τον Ant. Von Leeuwenhoeck (1676) που επιβεβαίωσαν τη θεωρία «περί μiasμάτων» του Fracastoro οδηγώντας σε αναθεώρηση των κυρίαρχων ως τότε απόψεων για την αρρώστια.

Αντίθετα η Ελλάδα στα τετρακόσια χρόνια σκλαβιάς πολύ λίγα κατάφερε να επιτύχει στον τομέα της υγείας. Οι διδαχές των αρχαίων Ελλήνων και η σημασία που έδιναν στην αγωγή και προαγωγή της υγείας δεν απασχόλησαν σχεδόν καθόλου τους υπόδουλους Έλληνες που μοναδικός σκοπός τους ήταν η απελευθέρωση. Οι όποιες υπηρεσίες υπάρχουν την περίοδο αυτή είναι κυρίως ιατρικής φύσης και λιγότερο προληπτικής.

Η τοπική κοινότητα και η εκκλησία ήσαν υπεύθυνες, για την δημοσία υγιεινή (υδραγωγεία, αποχέτευση, κλπ) η πρώτη και για την άσκηση κοινωνικής πρόνοιας η

δεύτερη. Οι συνεταιρισμοί, οι συντεχνίες και οι Έλληνες της διασποράς αποτέλεσαν την κύρια πηγή χρηματοδότησης για την ανέγερση και λειτουργία κοινωνικών υπηρεσιών, ιδρυμάτων, νοσοκομείων και ιατρείων.

Την εργασία της Νοσηλευτικής την ανέλαβε η ιδιωτική πρωτοβουλία. Κατά την πολιορκία της Θεσσαλονίκης από τους Τούρκους (ΙΕ'αιώνας), οι γυναίκες δεν επέδειξαν μόνο ανδρεία αλλά έδρασαν και ως αδερφές Νοσοκόμοι. Αργότερα η Αγία Φιλοθέη Μπενιζέλου συνέχιζε την βυζαντινή παράδοση της ασκήσεως της Νοσηλευτικής υπό των Μοναχών. Η Μονή της Αγίας Φιλοθέας διέθετε ξενώνα, ορφανοτροφείο, νοσοκομείο, γηροκομείο, παρθενώνα κλπ. Η ιερά αυτή μονή κάλυψε σχεδόν όλες τις νοσηλευτικές ανάγκες της Αθήνας από το έτος 1522 έως το 1589. Ο πληθυσμός της Αθήνας ήταν τότε περίπου 10.000 κάτοικοι.

Στο νοσοκομείο της Αγίας Φιλοθέης νοσηλευόταν όλοι ασθενείς, χωρίς διάκριση οιασδήποτε θρησκείας και εθνικότητας, όπως ακριβώς επιτάσσει το πνεύμα της χριστιανικής θρησκείας, που είναι αγάπη προς πάντας ακόμα και προς τους εχθρούς. Οι Ιερές Μονές καθόλη την περίοδο της Τουρκοκρατίας όχι μόνο διαφύλαξαν την ελληνική ορθόδοξη κληρονομιά αλλά ήταν και τα κέντρα της κοινωνικής πρόνοιας και νοσηλευτικής φροντίδας. Οι τραυματίες εύρισκαν ιδεωδέστερη περίθαλψη και νοσηλεία στις μονές αυτές, ανδρικές και γυναικείες. Την νοσηλεία παρείχαν εμπειρικοί ιατροί, ιερείς και μοναχοί, οι οποίοι όμως διέθεταν αρκετές ιατρικές και νοσηλευτικές γνώσεις. Μερικές από τις πλέον γνωστές μονές που χρησιμοποιήθηκαν ως Νοσοκομεία κατά τον αγώνα απελευθέρωσης από τον Τουρκικό ζυγό ήταν: Ι. Μονή Μεγάλου Σπηλαίου, Ι. Μονή Αγίου Γεωργίου Άργους, Γυναικεία Μονή Ψαρών, Ι. Μονή φανερωμένης Σαλαμίνας κ.λ.π.

2.1.4. Η Αγωγή Υγείας τον 19^ο - 20^ο αιώνα

Η περίοδος αυτή ξεκινάει και τελειώνει για την Ελλάδα με δύο εκ διαμέτρου αντίθετες καταστάσεις . Από τη μία η απελευθέρωση από τον τουρκικό ζυγό με την ανακήρυξη της Εθνικής Ανεξαρτησίας (1827) και την προσπάθεια για οργάνωση του νεοελληνικού κράτους και από την άλλη τα παγκόσμια ιστορικά γεγονότα που η τραγικότητα τους συγκλόνησε τον πλανήτη: ο Α΄ Παγκόσμιος Πόλεμος και η Μικρασιατική Καταστροφή, η μεγάλη οικονομική κρίση της δεκαετίας του '30 και ο Β Παγκόσμιος Πόλεμος, ο ψυχρός πόλεμος και μια σειρά εμφύλιων συγκρούσεων.

Μετά την απελευθέρωση της Ελλάδος από τον τουρκικό ζυγό η χώρα ήταν σε άθλια κατάσταση και οι ανάγκες τεράστιες. Η υγειονομική κατάσταση δεν ήταν η πρόπευσα, ο δε αριθμός των τραυματιών, των αναπήρων και ασθενών τεράστιος. Από υγειονομικής πλευράς, όσον αφορά στη χώρα μας, από την απελευθέρωση του Ελληνικού κράτους το 1821 και μέχρι το 1832 ουδεμία πρόοδος σημειώθηκε στον τομέα της Δημόσιας Υγείας και Υγιεινής. Η πρώτη προσπάθεια οργάνωσης υγειονομικής υπηρεσίας έγινε από τους Βαυαρούς του Όθωνα το 1833. Η πρώτη σχετική υπηρεσία ονομάστηκε "Υγειονομικό τμήμα" ή "Υγειονομική Αστυνομία" και ανήκε στο Υπουργείο Εσωτερικών με οργανωτή τον γιατρό του Όθωνα Βιτμερ. Το ανωτέρω υγειονομικό τμήμα, το 1914 έγινε "Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής και Δημόσιας Αντιλήψεως", πάντοτε, όμως, στο Υπουργείο Εσωτερικών μέχρι το 1917, οπότε αποσπάστηκε στο συγκροτηθέν Υπουργείο Περιθάλψεως και Δημόσιας Αντιλήψεως.

Το 1922 για την αντιμετώπιση των δυσμενών επιπτώσεων στη Δημόσια Υγεία, που προκάλεσε η Μικρασιατική καταστροφή, συνεστήθη το Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως, το οποίο περιλάμβανε Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής. Στις πρώτες προσπάθειες Δημόσιας Υγείας εντάσσονται οι προσλήψεις Υγεινολόγων επί επιδημίας χολέρας το 1911 και Νομιάτρων και Εμβολιαστών το 1914. Σε αυτές τις προσπάθειες, μπορούμε να εντάξουμε την ίδρυση και λειτουργία φρενοκομείων, λεπροκομείων, οφθαλμιατρείων, σανατορίων και νοσοκομείων λοιμωδών νόσων. Επίσης, μπορούμε να αναφέρουμε τα λοιμοκαθαρητήρια, τα απολυμαντήρια, το Λυσσιατρείο και Δαμαλιδοκομείο Αθηνών. Η ίδρυση Υγειονομικών Κέντρων κατά περιφέρειες έγινε το 1931, ενώ η ίδρυση της σχολής Επισκεπτριών και Αδελφών Νοσοκόμων, το 1937.

Τέλος, αξίζει να αναφέρουμε το μεγάλο θεσμικό βήμα που έγινε στον τομέα της Κοινωνικής Ασφάλισης με τον νόμο 6298/10 τον Οκτώβριο του 1934, ο οποίος τελικά εφαρμόστηκε το 1937 και προέβλεπε τη σύσταση ενιαίου ασφαλιστικού φορέα, του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.).

Δυστυχώς όμως, ο δεύτερος Παγκόσμιος και ο Εμφύλιος Πόλεμος που ακολούθησε υπήρξαν καταλυτικοί και για την Ελλάδα, για τις κοινωνικές ανακατατάξεις και αντιλήψεις πέρα από τις τεράστιες απώλειες ανθρώπινες και υλικές που προκάλεσε. Έτσι δεν κατέστη δυνατόν να πραγματοποιηθούν οι προπολεμικές προβλέψεις για τις υπηρεσίες υγείας. Το τέλος του Εμφύλιου πολέμου βρίσκει τη χώρα

σε τραγικές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και με ιδιαίτερα οξυμένα υγειονομικά προβλήματα.

2.1.5. Η Αγωγή Υγείας τον 20^ο αιώνα

Με την εγκαθίδρυση της Δημοκρατίας το 1974 μια νέα εποχή αρχίζει για την Ελλάδα. Μέσα στο γενικότερο πλαίσιο εθνικής ανάταξης, ομαλοποίησης της πολιτικής ζωής, ένταξης στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, εκσυγχρονισμού και ανάπτυξης, γίνονται οι πρώτες προσπάθειες οικοδόμησης ενός κράτους πρόνοιας με έμφαση στον υγειονομικό τομέα.

Το 1976, δύο χρόνια μετά την αποκατάσταση της δημοκρατίας, το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ) με τη μελέτη του για την Υγεία επισημαίνει τις αδυναμίες και τα προβλήματα του υγειονομικού μας συστήματος και ιδιαίτερα τις σημαντικές περιφερειακές ανισότητες εις βάρος του αγροτικού πληθυσμού. Το 1978, με το Νόμο 828/78, θεσπίζονται για πρώτη φορά θέσεις μονίμων αγροτικών γιατρών ενώ παράλληλα πάρθηκαν μέτρα για την ανάπτυξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στην ύπαιθρο.

Το 1980 έχουμε μια πολύ αξιόλογη προσπάθεια από το Σπύρο Δοξιάδη με το προσχέδιο νόμου "Μέτρα Πρόληψης και Υγείας" το οποίο όμως δεν κατάφερε ποτέ να κατατεθεί στη Βουλή προκειμένου να γίνει νόμος.

Στα πλαίσια της 34^{ης} Γενικής Συνέλευσης του ΠΟΥ το 1981 που έθεσε σαν στρατηγική επιδίωξη το όραμα «Υγεία για όλους το έτος 2000», το ελληνικό κράτος άρχισε να στρέφει την προσοχή του στην ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με βασικούς στόχους την πρόληψη των προλήψιμων νοσημάτων, την προσπάθεια αναβάθμισης του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και τη διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών. Αποτέλεσμα της τάσης αυτής ήταν η ψήφιση, επί πρωθυπουργίας Ανδρέα Παπανδρέου, του πιο αξιόλογου έως και σήμερα νόμου 1397/1983, του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ο νόμος του Ε.Σ.Υ. πρόκειται για την πιο επαναστατική νομοθετική μεταρρύθμιση στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα, με σκοπό τον εκσυγχρονισμό και τη βελτίωση του τομέα προστασίας της υγείας του Ελληνικού λαού και την οργάνωση, σε νέες βάσεις, των υπηρεσιών υγείας, μέσα στα πλαίσια της ελληνικής, κοινωνικής και οικονομικής πραγματικότητας.

Ο νόμος αυτός, εκτός των άλλων που προέβλεπε, επικεντρώθηκε στην καθιέρωση των τομέων της Κοινωνικής Ιατρικής στα νοσοκομεία έχοντας σαν στόχο τη σύνδεση της πρωτοβάθμιας με τη δευτεροβάθμια φροντίδα, τη μελέτη των αιτιών νοσηρότητας και θνησιμότητας του πληθυσμού, τη διατύπωση προτάσεων και την εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη και αντιμετώπιση της αρρώστιας, για την καλύτερη οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και τη σύνδεσή τους με την κοινότητα με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού .

Παρόλο που ο νόμος του Ε.Σ.Υ. ξεκίνησε με τις καλύτερες προοπτικές, στην πορεία παρουσιάστηκαν σοβαρές αδυναμίες στην εφαρμογή, τη λειτουργία, τη διοίκηση και τον έλεγχο εξαιτίας της έλλειψης σχεδίων αλλά και πολιτικής βούλησης. Η μεγαλύτερη όμως αδυναμία του Εθνικού Συστήματος Υγείας εξακολουθούσε να είναι η έλλειψη οργανωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η απουσία οικογενειακού γιατρού, βασικού θεσμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας, η απουσία κάθε μορφής συμμετοχής της κοινότητας, οι ανεπαρκείς καμπάνιες ενημέρωσης του Υπουργείου Υγείας, η έλλειψη κέντρων ενημέρωσης των πολιτών σε θέματα υγείας και η σχεδόν ανύπαρκτη διαπαιδαγώγηση των μαθητών σε θέματα υγείας στα σχολεία, δίνουν ολοφάνερα την εικόνα του «μη συστήματος» στα πλαίσια του οποίου δεν μπορεί να προωθηθεί κανένα πρόγραμμα αγωγής και προαγωγής της υγείας, που αποτελεί τον κύριο σκοπό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της πολιτικής του ΠΟΥ με το «Υγεία για Όλους» την οποία έχει συνυπογράψει και η χώρα μας.

Από το 1983 έως και σήμερα, αν και κατ' επανάληψη έχει γίνει πληθώρα συστάσεων καμία ουσιαστική πρόοδος ή αλλαγή δεν έχει σημειωθεί στο κομμάτι που λέγεται Αγωγή και Προαγωγή Υγείας. Αυτό που χαρακτηρίζει, στο αντίστοιχο διάστημα, την εθνική πολιτική υγείας είναι η ασυνέπεια, ασυνέχεια και έλλειψη πρωτοβουλίας, παρόλες τις διατυπώσεις ότι δεν νοείται Εθνικό Σύστημα Υγείας με ανύπαρκτη τη βασική συνιστώσα του, την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ότι αυτή περικλείει.

2.2. Η Αγωγή Υγείας σε Παγκόσμιο επίπεδο

2.2.1. Αρχή και Εξέλιξη της Αγωγής Υγείας

Η αγωγή υγείας στις αναπτυγμένες χώρες, δε θυμίζει σε τίποτα τις ατέρμονες προσπάθειες του Ελληνικού κράτους για κατανόηση του όρου και θέσπιση

προτεραιοτήτων, που να αφορούν στη λειτουργία ενός ενιαίου φορέα Πρωτοβάθμιας φροντίδας και Αγωγής Υγείας. Αντίθετα, πολλοί είναι οι επιστήμονες ανά τον κόσμο που ασχολήθηκαν με την αγωγή υγείας διεξάγοντας μελέτες και δίνοντας ορισμούς ώστε να κατανοηθεί καλύτερα ο όρος.

Ο όρος της Αγωγής Υγείας είναι σχετικά πρόσφατος. Χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στον Καναδά το 1974, αν και ως έννοια μπορεί να ανιχνευθεί σε διάφορες εκθέσεις νωρίτερα. Έκτοτε έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορα κείμενα διεθνών και εθνικών οργανισμών αλλά έγινε δημοφιλής στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Η Αγωγή Υγείας συχνά αναφέρεται ότι αποτελεί νέο κίνημα. Παρόλα αυτά, είναι γενικά παραδεκτό ότι κατάγεται από το κίνημα της Δημόσιας Υγείας που στη σύγχρονη μορφή του διαμορφώθηκε τον 19^ο αιώνα.

Η άποψη ότι το κίνημα Αγωγής Υγείας έχει τις ρίζες του στη Δημόσια Υγεία και ότι αναπτύχθηκε ως αποτέλεσμα των μεταπολεμικών εξελίξεων και της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης, συζητήθηκε αρχικά από τη Herberg η οποία θεώρησε τη μελέτη του Framingham, που ξεκίνησε το 1947 και ως σκοπό είχε να εξετάσει τη συσχέτιση νόσου και παραγόντων κινδύνου, ως μια από τις βασικές επιρροές στην ανάπτυξη του. Η ίδια συγγραφέας αναφέρεται επίσης στην έκθεση του υπουργού υγείας των Η.Π.Α. του 1964, το οποίο προειδοποιούσε για τους κινδύνους στην υγεία από το κάπνισμα και είχε ως αποτέλεσμα την απαγόρευση διαφήμισης τσιγάρων από την τηλεόραση. Θεωρεί επίσης ότι σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της Αγωγής Υγείας έπαιξαν τα μεταπολεμικά κινήματα που σχετίζονται με τη γυναικεία απελευθέρωση, την αυτοβοήθεια, την προστασία του καταναλωτή και τα δικαιώματα του πολίτη. Το αποτέλεσμα ήταν η ανάπτυξη του κινήματος Προαγωγής Υγείας, που συμπεριλαμβάνει τις έννοιες της Αγωγής Υγείας και της Πρόληψης της νόσου, καθώς επίσης και τη θετική έννοια της υγείας, η οποία εκφράζεται από την κίνηση για ευεξία και αυτοτελή ανάπτυξη του ατόμου και βασίζεται στην αυτοφροντίδα, την υπευθυνότητα και την ελεύθερη επιλογή.

Ένας από τους πρώτους ορισμούς που δόθηκαν για την Αγωγή Υγείας, χρονολογείται το 1926 από τον αμερικανό Clair Turner, ο οποίος διατύπωσε ότι: «Αγωγή Υγείας είναι το σύνολο των παρεμβάσεων που επηρεάζει επιτυχώς τις συνήθειες, τη στάση και τη γνώση των ατόμων που σχετίζονται με την υγεία του ατόμου και της κοινότητας» (Breckon et al 1998). Ακολούθως η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, διατύπωσε ότι «Αγωγή Υγείας είναι η διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης που

δίνουν τη δυνατότητα στους ανθρώπους να αποφασίζουν και να ενεργούν συνειδητά και ενημερωμένα για ότι επηρεάζει την υγεία τους».

Το 1971 ένας άλλος ορισμός δίνεται για την Αγωγή Υγείας, ήταν το 1971 από τον Hochbaum, ο οποίος διατύπωσε ότι « αποστολή της Αγωγή Υγείας είναι να εφοδιάσει τον πληθυσμό πνευματικά και συναισθηματικά ώστε τα άτομα να παίρνουν λογικές αποφάσεις σε θέματα που επηρεάζουν την υγεία τους, την ασφάλεια τους και την πρόνοιά τους ». (De Vries 1998). Το 1972 ο Griffiths υποστηρίζει ότι η Αγωγή Υγείας προσπαθεί να κλείσει το χάσμα μεταξύ του τι είναι γνωστό σαν άριστη πρακτική υγείας και αυτού που πραγματικά εφαρμόζεται στην πράξη. Ένα χρόνο μετά από αυτή τη διατύπωση, το 1973 στην αναφορά της για την Αγωγή Υγείας, η Προεδρική Επιτροπή (Presidents Committee) των Η.Π.Α. αναφέρει ότι: « Αγωγή Υγείας είναι η διαδικασία που γεφυρώνει το χάσμα μεταξύ πληροφόρησης για την υγεία και της εφαρμογής της στην πράξη ». (Breckon et al 1998). Ενώ ένας μετέπειτα ορισμός υποστηρίζει ότι «Αγωγή Υγείας» είναι η εφαρμογή της επιστήμης της συμπεριφοράς στη βελτίωση των μεθόδων αλλαγής της συμπεριφοράς και την επίλυση των σχετικών προβλημάτων». (Mico et al 1975).

Σύμφωνα με τους παραπάνω ορισμούς γίνεται σαφές ότι οι πληροφορίες είναι ένα « απαραίτητο αλλά όχι επαρκές » μέρος αυτής της διαδικασίας. Επίσης είναι γεγονός ότι η Αγωγή Υγείας είναι μια διαδικασία ζωής που αρχίζει με τη γέννηση και τελειώνει με το θάνατο. Έχει διάρκεια και συνέχεια. Συμβάλλει στην οικοδόμηση της προσωπικότητας και της καλλιέργειας του ατόμου. Όπως το διατύπωσε ο Seedhouse (1986) « η αγωγή για την υγεία είναι έργο που αποβλέπει στην ολοκλήρωση. Δεν έχει απλά να κάνει μόνο με τις βιολογικές διεργασίες, αλλά έχει τουλάχιστον να κάνει σε ίσο βαθμό, με την πνευματική και διανοητική ζωή του ατόμου...κάθε προσπάθεια που γίνεται για την υγεία με την πλήρη και σωστή έννοια , είναι προσπάθεια που βάζει τα θεμέλια της πλήρους άνθισης του ανθρώπου ». Τέλος, οι Green & Kreuter (1993) θεωρούν ότι « Αγωγή Υγείας είναι κάθε συνδυασμός μαθησιακών εμπειριών που διευκολύνει τις εθελοντικές δράσεις των ατόμων που είναι συμβατές με την υγεία».

Σπουδαιότερο όμως όλων κρίνεται το σύγγραμμα του Lalonde, ο οποίος εισήγαγε την ιδέα ότι τέσσερα αλληλεπιδρώντα στοιχεία συνδέονται με όλες τις αιτίες νόσου και θανάτου. Αυτά τα στοιχεία είναι:

- i. οι ανεπάρκειες των υπάρχοντων συστημάτων υγείας
- ii. ο μη υγιεινός τρόπος ζωής

- iii. οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι και
- iv. οι ανθρώπινοι βιολογικοί παράγοντες

Αυτό το κείμενο θεωρείτε το σημαντικότερο στην ανάπτυξη του κινήματος Αγωγής και Προαγωγής Υγείας, διότι ήταν το πρώτο επίσημο έγγραφο στις μέρες μας, που αποδέχτηκε τους κοινωνικοοικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες ως συνυπεύθυνους για την κατάσταση της υγείας του ανθρώπου, επιπλέον των ήδη αποδεκτών από την βιοϊατρική και ψυχοκοινωνική θεώρηση. Αντίθετα, η έκθεση του υπουργού υγείας των Η.Π.Α., κατέληγε στο συμπέρασμα ότι ο τρόπος ζωής αποτελούσε τον πρωταρχικό και σημαντικότερο παράγοντα στην πρόκληση της νόσου και επομένως προτεραιότητα θα έπρεπε να δοθεί στην πρόληψη αυτής. Αυτή η αναφορά διέκρινε την αγωγή υγείας από τη θεραπεία και την πρόληψη της νόσου και εξακολουθεί έως σήμερα να επηρεάζει την επιστημονική σκέψη στις Η.Π.Α.. Η Αγωγή Υγείας, σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έκθεση αναφέρεται σε υγιείς ανθρώπους που επιδιώκουν να διατηρήσουν και να βελτιώσουν το επίπεδο υγείας τους, πράγμα που έρχεται σε αντίθεση με την αντίληψη ότι κάθε υπηρεσία που στοχεύει σε καλύτερη υγεία πρέπει να αποτελεί πανανθρώπινο δικαίωμα.

Εύκολα λοιπόν διαπιστώνουμε, πως οι μεγάλες δυνάμεις σε παγκόσμια κλίμακα, έστρεψαν το ενδιαφέρον τους από πολύ νωρίς στον όρο της Αγωγής Υγείας και στην προετοιμασία του κοινού να τον αποδεχτεί και να ακολουθήσει τις κατευθύνσεις του. Εξαιτίας της έγκαιρης διατύπωσης και τις άμεσης κινητοποίησης, η Αγωγή Υγείας επέτυχε να γίνει σε σύντομο χρονικό διάστημα ιδιαίτερα προσφιλής στο κοινό και εξαιρετικά αποτελεσματική ως μέθοδος όχι μόνο πρόληψης αλλά και προαγωγής της υγείας.

2.2.2. Οι σύγχρονες τάσεις της Αγωγής Υγείας – Οι διατυπώσεις του Π.Ο.Υ.

Η παραδοσιακή αντίληψη της υγείας, η οποία αναπτύχθηκε προς τα τέλη του 19ου και κυριάρχησε στο μεγαλύτερο μέρος του 20ου αιώνα, βασίστηκε στις μεγάλες κατακτήσεις της βιοϊατρικής και ειδικότερα της μικροβιολογίας, πράγμα που οδήγησε στην αποδοχή μιας μονοδιάστατης ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας, με βάση κυρίως τα ευρήματα της εργαστηριακής και κλινικής ιατρικής. Το ανθρώπινο σώμα κατοχυρώθηκε ως "μηχανή". Η υγεία ταυτίστηκε με την απουσία της αρρώστιας και η ιατρική θεωρήθηκε ο θεματοφύλακός της. Η επικράτηση της ιατροκεντρικής αυτής αντίληψης διαμόρφωσε το κυρίαρχο βιοϊατρικό μοντέλο της υγείας. Αυτή η αντίληψη

σήμερα όμως έχει αμφισβητηθεί από την κρίση της σύγχρονης ιατρικής, η οποία αδυνατεί να θεραπεύσει αποτελεσματικά μείζονα νοσήματα της εποχής μας, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τον καρκίνο ή το AIDS παρόλο τις υψηλές δαπάνες. Ο ρόλος του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και της ανθρώπινης συμπεριφοράς έχουν τεθεί στο κέντρο του ενδιαφέροντος, αποτελώντας τον πυρήνα ενός νέου υπό διαμόρφωση βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας.

Σε αυτήν την κατεύθυνση βρίσκεται ο ορισμός της υγείας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) σύμφωνα με τον οποίο "υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας". Με τον ορισμό αυτό αναγνωρίζονται δύο παράμετροι που οριοθετούν την υγεία: η παράμετρος της απουσίας της αρρώστιας και η παράμετρος της ευεξίας. Αναγνωρίζεται επίσης, σε ότι αφορά την ευεξία, η ύπαρξη της ψυχικής και κοινωνικής διάστασης, πέρα από τη σωματική. Η έννοια της ευεξίας αποτελεί τη βάση της έννοιας της θετικής υγείας. Η Προαγωγή της Υγείας, σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Οττάβας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), είναι η διαδικασία μέσα στην οποία τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν. Η άποψη αυτή απορρέει από μια ευρύτερη αντίληψη που ταυτίζει την υγεία με τη δυνατότητα που έχει ένα άτομο ή μια ομάδα, να μπορεί από τη μια να πραγματοποιεί τις επιθυμίες του και να ικανοποιεί τις ανάγκες του, και από την άλλη, να μεταβάλλει το περιβάλλον ή να προσαρμόζεται σε αυτό. Συνακόλουθα, η υγεία θα πρέπει να θεωρείται σαν συντελεστής της καθημερινής ζωής και όχι σαν αυτοσκοπός. Είναι συνεπώς μια θετική έννοια που δίνει έμφαση στις κοινωνικές και προσωπικές δυνατότητες. Δηλαδή, η έννοια της θετικής υγείας αντανακλά την κατάσταση που αποκαλείται "ενδυνάμωση" (empowerment). Ενδυνάμωση είναι η διαδικασία που καθιστά το άτομο ικανό να αποκτήσει τον έλεγχο των παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν την υγεία και τη ζωή του. Η ενδυνάμωση συνδέεται με τις παραδοσιακές έννοιες της αυτονομίας, της αυτοεκτίμησης και του αυτοπροσδιορισμού, δηλαδή με την ύπαρξη συνειδητής δυνατότητας επιλογής και δημιουργικότητας. Αυτή η αντίληψη της θετικής υγείας παραπέμπει στην έννοια της ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, αφού χωρίς ψυχική ισορροπία και το κατάλληλο υποστηρικτικό κοινωνικό περιβάλλον, η ενδυνάμωση δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί. Η κοινωνική ευεξία όμως δεν κατοχυρώνεται μόνον από τη δυνατότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στις προκλήσεις του κοινωνικού του περιβάλλοντος, αλλά και από τις υπάρχουσες κοινωνικές δομές, από τον ρόλο που

αυτές διαδραματίζουν στη στήριξη και την προστασία του ατόμου, καθώς και από τις δυνατότητες που παρέχουν για την προσωπική του ολοκλήρωση και ευτυχία.

Το 1986, ο Χάρτης της Οτάβα για την Προαγωγή της Υγείας ανέπτυξε περαιτέρω τις αρχές αυτές τονίζοντας ιδιαίτερα τις παρακάτω επιμέρους στρατηγικές ως αναγκαίες και με προτεραιότητα:

- Οικοδόμηση δημόσιας πολιτικής που υποστηρίζει την υγεία: θέματα υγείας αφορούν όλους τους τομείς κυβερνητικών και μη-κυβερνητικών δράσεων, και όχι μόνον τον τομέα της υγείας.

- Πολιτικές που προάγουν την υγεία είναι απαραίτητες με στόχο οι υγιείς επιλογές να είναι εύκολες επιλογές.

- Δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος: η υγεία έχει άμεση σχέση με τη φύση και το περιβάλλον. Η υπερεκμετάλλευση των φυσικών πόρων οδηγεί σε κακή υγεία και κοινωνικά προβλήματα. Η υγεία δε μπορεί να διαχωριστεί από τον τρόπο ζωής, με την εργασία και την αναψυχή να επιδρούν άμεσα.

- Ενίσχυση κοινοτικής δράσης: η προαγωγή της υγείας βασίζεται στη συμμετοχή της τοπικής κοινωνίας. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να μάθουν νέους τρόπους δουλειάς μαζί με τα άτομα και τις κοινότητες, - όχι για τα άτομα και τις κοινότητες.

- Ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων: η προαγωγή υγείας υποστηρίζει την προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη και βοηθά τους ανθρώπους να αποκτήσουν τις δεξιότητες που θα τους κάνουν να ελέγχουν οι ίδιοι τις επιλογές τους, τη ζωή τους και την υγεία τους.

- Αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας: η προαγωγή υγείας μέσα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί ευθύνη των ατόμων, των πληθυσμιακών ομάδων, των επαγγελματιών υγείας, των γραφειοκρατών και των κυβερνήσεων. Όλοι πρέπει να συνεργαστούν ώστε οι υπηρεσίες υγείας να συμβάλουν στην υγεία. Επίσης, ο Χάρτης της Οτάβα τονίζει ότι η κοινωνική δικαιοσύνη και ισοτιμία αποτελούν προϋπόθεση για την υγεία, και η υπεράσπιση, η μεσολάβηση και η διευκόλυνση είναι οι διαδικασίες για την επίτευξη της υγείας.

Το 1988, οι Συστάσεις της Αδελαιΐδας για την Υγιή Δημόσια Πολιτική έδωσαν έμφαση στην ανάγκη για συμμετοχή των ανθρώπων, τη συνεργασία ανάμεσα στους διάφορους τομείς της πολιτικής και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η Υγιής Δημόσια Πολιτική αποτελεί το περιβάλλον που καθιστά δυνατές τις άλλες προαναφερθείσες επιμέρους στρατηγικές της προαγωγής υγείας, και χαρακτηρίζεται από ένα σαφές ενδιαφέρον για υγεία και ισοτιμία σε όλες τις πολιτικές, και από

ανάληψη της ευθύνης από την πολιτεία για τις επιπτώσεις στην υγεία. Πολιτικές όπως η αγροτική, η εμπορική, η της εκπαίδευσης, της βιομηχανίας, των επικοινωνιών πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την υγεία ώστε να δημιουργείται ένα περιβάλλον που διευκολύνει το άτομο να κάνει υγιεινές επιλογές. Η Υγής Δημόσια Πολιτική προωθεί την ισοτιμία όλων των πολιτών στην πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας αλλά και σε άλλες υπηρεσίες και αγαθά που βελτιώνουν την υγεία τους, θέτοντας προτεραιότητες με βάση τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Οι κυβερνήσεις πρέπει να αναλαμβάνουν την ευθύνη που έχουν απέναντι στους πολίτες σε θέματα υγείας, και να αξιολογούν τις επιπτώσεις στην υγεία κάθε πολιτικής που υιοθετούν. Ως πεδία δράσης με προτεραιότητα προτείνονται η γυναικεία υγεία, τα τρόφιμα και η διατροφή, ο καπνός και το αλκοόλ, και η δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος.

Το 1991, η Δήλωση του Σούντσβααλ για το Υποστηρικτικό Περιβάλλον καθόριζε ότι το φυσικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό περιβάλλον πρέπει να γίνει υποστηρικτικό για την υγεία, και όχι καταστροφικό, όπως είναι σε πολλά μέρη του κόσμου. Ως καθοριστικά σημεία για την ανάπτυξη δράσεων υποστηρικτικού για την υγεία περιβάλλοντος καθόριζε:

- Κοινωνική διάσταση: ο κοινωνικός περίγυρος με τις κοινωνικές σχέσεις, νόρμες συμπεριφοράς και αξίες είναι καθοριστικός για την υγεία και την ευεξία του ατόμου.
- Πολιτική διάσταση: διασφάλιση της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, δέσμευση για τα ανθρώπινα δικαιώματα, την ειρήνη και τη μείωση της χρηματοδότησης των εξοπλισμών.
- Οικονομική διάσταση: ανακατανομή των πόρων με στόχο την επίτευξη της Υγείας Για Όλους, και βιώσιμη ανάπτυξη.
- Δεξιότητες γυναικών: αναγνώριση των δεξιοτήτων των γυναικών σε όλους τους τομείς (περιλαμβανομένων της οικονομίας και της διαμόρφωσης πολιτικής), και συμμετοχή των γυναικείων οργανώσεων στη διαμόρφωση πολιτικής και δομών προαγωγής υγείας.

Το 1997, η Διακήρυξη της Τζακάρτα για την Προαγωγή της Υγείας τον 21ο Αιώνα κάνει λόγο για τους καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία τους οποίους αντιμετωπίζει η προαγωγή υγείας ώστε να δημιουργήσει το μεγαλύτερο κέρδος υγείας, να συνεισφέρει στη μείωση των ανισοτήτων υγείας, να ισχυροποιήσει τα ανθρώπινα δικαιώματα και να οικοδομήσει το κοινωνικό κεφάλαιο. Τελικός στόχος είναι να αυξήσει το προσδόκιμο υγείας και να μικρύνει τις διαφορές ανάμεσα σε χώρες και σε πληθυσμιακές ομάδες. Στόχος για τον 21ο αιώνα είναι η αντιμετώπιση

των καθοριστικών παραγόντων για την υγεία. Απαραίτητες προϋποθέσεις για την υγεία είναι η ειρήνη, η κατοικία, η μόρφωση, η κοινωνική ασφάλιση, οι κοινωνικές σχέσεις, η τροφή, το εισόδημα, η ισχυροποίηση των γυναικών, το σταθερό οικοσύστημα, η βιώσιμη χρήση των πόρων, η κοινωνική δικαιοσύνη, ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και η ιστιμία. Η μεγαλύτερη απειλή για την υγεία είναι η φτώχεια. Οι δημογραφικές τάσεις όπως η αστικοποίηση, η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων και της συχνότητας των χρόνιων νοσημάτων, η καθιστική ζωή, η αντοχή στα αντιβιοτικά, η κατάχρηση ουσιών και η πολιτική και οικιακή βία απειλούν την ευεξία εκατομμυρίων ανθρώπων, όπως και οι επανεμφανιζόμενες λοιμώδεις νόσοι και τα προβλήματα ψυχικής υγείας. Διεθνείς παράγοντες επίσης έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία όπως η ενσωμάτωση της παγκόσμιας οικονομίας, των οικονομικών αγορών και του εμπορίου, η πρόσβαση στα μέσα και την τεχνολογία επικοινωνιών, καθώς και η περιβαλλοντική υποβάθμιση λόγω αλόγιστης χρήσης των πόρων.

Ως προτεραιότητες για την Προαγωγή της Υγείας τον 21ο αιώνα καθορίζονται:

- Προώθηση της κοινωνικής ευθύνης για την υγεία: ανάληψη ευθύνης από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα ώστε να μην διακινδυνεύεται η υγεία.
- Αύξηση των επενδύσεων για την ανάπτυξη της υγείας: πολυτομεακή προσέγγιση με επιπλέον πόρους για εκπαίδευση, κατοικία, υπηρεσίες υγείας με βάση τις ανάγκες συγκεκριμένων ομάδων (γυναικών, παιδιών, ηλικιωμένων, ιθαγενών, φτωχών, και περιθωριοποιημένων πληθυσμών).
- Εδραίωση και διεύρυνση συνεργασιών για την υγεία: πολυτομεακές συνεργασίες με κοινό στόχο την προστασία της κοινωνικής ευεξίας και της υγείας.
- Αύξηση της δυναμικότητας της κοινότητας και ενδυνάμωση του ατόμου: βελτίωση δεξιοτήτων και ικανοτήτων των ατόμων και των κοινωνιών να αναλαμβάνουν δράση οι ίδιοι, μέσα από πρακτική εκπαίδευση, εξάσκηση και πρόσβαση σε πόρους.
- Εξασφάλιση υποδομής για την προαγωγή της υγείας: νέοι μηχανισμοί χρηματοδότησης σε τοπικό, εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο, και ανάπτυξη κινήτρων για κυβερνητικούς και μη-κυβερνητικούς οργανισμούς, εκπαιδευτικά ιδρύματα, και για τον ιδιωτικό τομέα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Η Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας είναι ένα θέμα με ιδιαίτερη σημασία στην εποχή μας. Διεθνείς Οργανισμοί όπως η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, το Συμβούλιο της Ευρώπης και η Ευρωπαϊκή Κοινότητα συμφωνούν ότι η ανάπτυξη προγραμμάτων Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας είναι η πλέον ενδεδειγμένη μέθοδος για την πρόληψη και βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και του περιβάλλοντος. Η μετάδοση έγκυρων γνώσεων, η ενίσχυση της προσωπικότητας και η ανάπτυξη δεξιοτήτων στη λήψη αποφάσεων είναι τα θέματα που προβάλλονται από τη σύγχρονη προσέγγιση τέτοιων προγραμμάτων και συμβάλλουν στον έλεγχο και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ανθρώπου και της υγείας του.

Στα πλαίσια αυτής της παγκόσμιας προσπάθειας για υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών και βελτίωση του τρόπου ζωής, το ελληνικό κράτος, με τη συμβολή του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, προσπαθεί να υποκινήσει και να προτρέψει τους πολίτες, και ειδικά τους νέους ανθρώπους, να στραφούν σε εναλλακτικές και περισσότερο υγιεινές στάσεις ζωής.

3.1 Ο ρόλος του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων

«Σκοπός της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είναι να συμβάλλει στην ολόπλευρη, αρμονική και ισόρροπη ανάπτυξη των διανοητικών και ψυχοσωματικών δυνάμεων των μαθητών, ώστε, ανεξάρτητα από φύλο και καταγωγή, να έχουν τη δυνατότητα να εξελιχθούν σε ολοκληρωμένες προσωπικότητες και να ζήσουν δημιουργικά.....» Φ.Ε.Κ. 167 30-9-1985

Η Αγωγή Υγείας στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση είναι μια δράση η οποία συμβάλλει στην αναβάθμιση της εκπαίδευσης και στη σύνδεση της με την κοινωνική πραγματικότητα. Αποτελεί την πρώτη προσέγγιση για τον περιορισμό των φαινομένων εκείνων που απειλούν τη σωματική και ψυχική υγεία των νέων ατόμων και συντελούν στον κοινωνικό τους αποκλεισμό και στον αποκλεισμό από την αγορά εργασίας.

Από τη ίδρυση του το σχολείο αποτέλεσε χώρο διάδοσης των αρχών της αγωγής υγείας, στα πλαίσια της ευρύτερης κοινωνικοποίησης και διαπαιδαγώγησης των μαθητών. Η αναφορά σε τέτοια θέματα άλλες φορές γινόταν φανερά και άλλες με ειδικά προγράμματα μέσα από το σχολικό ήθος, τη συμπεριφορά, τα προγράμματα, την ύλη της Γλώσσας, των Θρησκευτικών, της Βιολογίας και πολλών άλλων μαθημάτων, καθώς και μέσα από τις γιορτές.

Ποικίλα είναι τα παραδείγματα για τον τρόπο εφαρμογής της αγωγής υγείας στα σχολεία. Κατά τη δεκαετία του '50 χαρακτηριστικό γνώρισμα της σχολικής κουλτούρας ήταν η ομοιόμορφη ενδυμασία, η σχολική ποδιά, το τράβηγμα των μαλλιών και η κορδέλα στα κορίτσια, το κούρεμα και το πηλήκιο στα αγόρια. Η αυστηρή αυτή εμφάνιση, πέραν από τον αντικατοπτρισμό της νοοτροπίας της κοινωνίας, ήταν και μια σιωπηρή αντιμετώπιση της νοσηρότητας της εποχής. Το κοντό κούρεμα και το πηλήκιο προφύλασσαν από τις ψείρες και την ελλιπή καθαριότητα, ενώ η ποδιά κάλυπτε τις κοινωνικές διαφορές και διατηρούσε τα ρούχα καθαρά. Η μαθητική εμφάνιση εκτός από κομμάτι έκφρασης της ιδεολογίας και του ήθους της εποχής, ήταν και μια μορφή έκφρασης των μέτρων αγωγής υγείας. Επιπλέον οι μαζικοί σχολικοί εμβολιασμοί, προφύλασσαν το νεαρό πληθυσμό από τα λοιμώδη νοσήματα, τα οποία αποτελούσαν μάστιγα της εποχής.

Στην δεκαετία του '60, οι μέθοδοι αγωγής υγείας και πρόληψης που ήδη εφαρμόζονταν, δηλαδή ποδιές, καπέλα και εμβολιασμοί συνεχίστηκαν και προστέθηκαν τα σχολικά συσσίτια, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα διατροφής στις οικονομικά υποβαθμισμένες περιοχές της χώρας.

Με την πάροδο των χρόνων, το ελληνικό και ευρωπαϊκό νοσολογικό πρότυπο αλλάζει και τα πρόβλημα υγείας διαφοροποιούνται. Οι στόχοι της αγωγής υγείας, στρέφονται πλέον προς την κατεύθυνση της πρόληψης από τα ατυχήματα, της ασφάλεια, της σωστής διατροφής, των περιβαλλοντικών επιδράσεων στην υγεία, των σχέσεων, του καπνίσματος, των ναρκωτικών και άλλα.

Σήμερα το ΥΠ.Ε.Π.Θ. σε θέματα που αφορούν στην υγεία και την ασφάλεια των μαθητών εφαρμόζει προγράμματα Αγωγής Υγείας στα σχολεία με σκοπό την Πρόληψη και Προαγωγή της Υγείας αυτών. Η εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας έχει στόχο να συμβάλλει πραγματικά το σχολείο μέσα από την ενεργητική και βιωματική μάθηση στην αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς των μαθητών, με σκοπό την ενίσχυση της υπευθυνότητας, της αυτοεκτίμησης, της αυτοπεποίθησης, της προσωπικότητας και της ικανότητας του μαθητή για την υιοθέτηση θετικών

τρόπων και στάσεων ζωής. Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται αποτελεσματικά όταν οι γνώσεις, οι δεξιότητες και οι συμπεριφορές που διδάσκονται στην τάξη υποστηρίζονται και ενισχύονται από το φυσικό κοινωνικό και ψυχολογικό περιβάλλον του ίδιου του σχολείου. Ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας στο σχολείο θα πρέπει να είναι μια προσπάθεια ενίσχυσης του παιδαγωγικού του ρόλου και να επικεντρώνεται στη βελτίωση της ικανότητας του παιδιού να «φροντίζει συνολικά τον εαυτό του».

Τα πρώτα βήματα έγιναν το 1990 με νομοθετικές ρυθμίσεις, υπουργικές αποφάσεις και προεδρικά διατάγματα, που άρχισαν να υλοποιούνται το 1995 με την ίδρυση Γραφείων Αγωγής Υγείας σε κάποιες Διευθύνσεις Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και την τοποθέτηση των πρώτων Υπευθύνων Αγωγής Υγείας (Α.Υ.). Το 1997 ιδρύθηκαν οι πρώτοι 15 Συμβουλευτικοί Σταθμοί Νέων (ΣΣΝ) και επεκτάθηκαν τα Γραφεία Α.Υ. σε 58 Δ/νσεις Δ/θμιας Εκπ/σης καλύπτοντας όλη τη χώρα, που στελεχώθηκαν με τους 58 Υπεύθυνους Α.Υ. Οι Δ/νσεις Εκπ/σης στις οποίες λειτούργησαν οι Σ.Σ.Ν. είναι : Α΄ Αθήνας, Β΄ Αθήνας, Γ΄ Αθήνας, Δ΄ Αθήνας, Ανατολικής Αττικής, Δυτικής Αττικής, Πειραιά, Ανατολικής Θεσσαλονίκης, Δυτικής Θεσσαλονίκης, Λάρισας, Ιωαννίνων, Αχαΐας, Σάμου, Ρεθύμνου Κρήτης και Ηρακλείου Κρήτης. Το 2001 επεκτάθηκε η Α.Υ. και στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση και επελέγησαν το 2002 οι πρώτοι 58 Υπεύθυνοι Α.Υ. της Π/θμιας Εκπ/σης. Οι Σ.Σ.Ν. δυστυχώς παρέμειναν οι ίδιοι από τότε και δεν στελεχώθηκαν με το προβλεπόμενο από το νόμο επιστημονικό προσωπικό: ένα παιδοψυχίατρο, δύο ψυχολόγους και δύο κοινωνικούς λειτουργούς.

Την περίοδο 2004- 2006 έγινε η επιλογή των 116 νέων Υπευθύνων Αγωγής Υγείας Π/θμιας και Δ/θμιας Εκπ/σης και των 15 Συμβουλευτικών Σταθμών Νέων από τα Περιφερειακά Υπηρεσιακά Συμβούλια Π/θμιας και Δ/θμιας Εκπ/σης (ΠΥΣΠΕ και ΠΥΣΔΕ). Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Εκπαιδευτικών Αγωγής Υγείας που ιδρύθηκε το 2003, αν και είναι επιστημονικό σωματείο, έχει την υποχρέωση και παρακολουθεί στενά το θέμα της επιλογής των νέων Υπευθύνων ΑΥ και ΣΣΝ και θα παρεμβαίνει όπου χρειάζεται για την άρση κάθε άδικης και αυθαίρετης επιλογής, που δε συμφωνεί με την προκήρυξη του ΥΠΕΠΘ.

Από το 1990 μέχρι σήμερα έχουν γίνει στα σχολεία όλης της χώρας χιλιάδες προγράμματα Αγωγής Υγείας και Αγωγής Καταναλωτή, που βοήθησαν πολλούς μαθητές σε θέματα υγιεινής διατροφής, κυκλοφοριακής αγωγής, στοματικής υγιεινής, διαφυλικών σχέσεων, διαπροσωπικών σχέσεων, ψυχικής υγείας,

εξαρτήσεων, κλπ. Η αναγκαιότητα της συνέχισης υλοποίησης προγραμμάτων αγωγής υγείας και αγωγής καταναλωτή είναι φανερή και αποδεικνύεται από τη μεγάλη συμμετοχή μαθητών και εκπαιδευτικών στα προγράμματα, που πρέπει να σημειωθεί ότι γίνονται εκτός του ωρολογίου προγράμματος του σχολείου. Η προσφορά των προγραμμάτων σε θέματα εξαρτήσεων και μείωσης της χρήσης ναρκωτικών ουσιών έγινε παραδεκτή από τα Υπουργεία Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας, που υπέγραψαν με τον Οργανισμό Καταπολέμησης των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) κοινό μνημόνιο συνεργασίας για την πραγματοποίηση πενήντα ημερών επιμορφωτικών σεμιναρίων (40 ωρών) με τίτλο «Στηρίζομαι στα πόδια μου» για όλους τους εκπαιδευτικούς, από το επιστημονικό προσωπικό των Κέντρων Πρόληψης σε συνεργασία με τους Υπεύθυνους Α.Υ. Παράλληλα, εκτός από τα παραπάνω σεμινάρια, έχουν γίνει πολλά άλλα με διαφορετικές θεματικές ενότητες (π.χ. διατροφή, διαπροσωπικές σχέσεις, ψυχική υγεία, στοματική υγιεινή, κυκλοφοριακή αγωγή, διαφυλικές σχέσεις – σεξουαλική αγωγή, κ.ά.) σε κάθε νομό από επιστημονικούς φορείς, ιατρικές σχολές και έμπειρους επιστήμονες. Εκτός από τα σεμινάρια των εκπαιδευτικών, στα σχολεία έχουν υλοποιηθεί χιλιάδες προγράμματα Αγωγής Υγείας και Αγωγής Καταναλωτή, όπου έχουν εμπλακεί πολλοί εκπαιδευτικοί και μαθητές.

Επίσης κάθε Σεπτέμβριο-Οκτώβριο, μετά από σχετικές ενημερώσεις - ευαισθητοποιήσεις των εκπαιδευτικών από τον Υπεύθυνο Αγωγής Υγείας και από τον Υπεύθυνο του Συμβουλευτικού Σταθμού Νέων της κάθε Διεύθυνσης Δ.Ε., αλλά κυρίως από τις ανάγκες των μαθητών κάθε σχολείου, συγκροτούνται ομάδες που αποφασίζουν για την υλοποίηση ενός προγράμματος. Κατόπιν υποβάλλουν πρόταση προς την Επιτροπή Έγκρισης των Προγραμμάτων κάθε Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης της χώρας για κάθε σχολικό έτος, και αφού η επιτροπή εκτιμήσει την επάρκεια των εκπαιδευτικών εγκρίνει το πρόγραμμα.

Ως μέθοδοι και τεχνικές Προγραμμάτων Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας χρησιμοποιούνται οι "παθητικές" (η διάλεξη, η προβολή video ή ταινίας, οι διαφάνειες), οι μέθοδοι "ενεργητικής συμμετοχής" (έρευνα, συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια, κλπ) οι "βιωματικές μέθοδοι" (η δραματοποίηση, το θεατρικό παιχνίδι, το γράψιμο μιας ιστορίας, η συμβουλευτική, το διάγραμμα βιωματικών εμπειριών, ο "καθρέπτης", η δημιουργική έκφραση με σχήματα ζωγραφικής, η φωτογραφίες κλπ).

Η αξιολόγηση κάθε προγράμματος αναφέρεται στο περιεχόμενο, τις μεθόδους και την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από το πρόγραμμα.

Μέθοδοι αξιολόγησης προγράμματος:

- 1) Ομαδική εργασία σε ομάδες 4-5 ατόμων
- 2) Ερωτηματολόγια.

Η θεματολογία των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας είναι:

- Εξαρτησιογόνες ουσίες (ναρκωτικά - αλκοόλ - τσιγάρο)
- Διατροφή και διατροφικές συνήθειες - Γενετικά τροποποιημένα προϊόντα
- Διαφυλικές σχέσεις - Σεξουαλική Αγωγή
- Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα - AIDS - Ηπατίτιδα Β
- Καρκίνος - Κάπνισμα - Διατροφή
- Διαπροσωπικές σχέσεις - Ψυχική Υγεία (Ρατσισμός - Βία - Αντιμετώπιση πένθους - Ξενοφοβία)
- Αυτοεκτίμηση, Αυτοσυναίσθημα – Ανάπτυξη Δεξιοτήτων
- Κυκλοφοριακή Αγωγή - Ατυχήματα
- Αντιμετώπιση άγχους (σχολικού - εργασιακού)
- Στοματική Υγιεινή
- Έκθεση σε τοξικές ουσίες και στην υπερβολική ηλιακή ακτινοβολία
- Καταστάσεις διαμονής και εργασίας
- Περιβάλλον και Υγεία
- Εθελοντισμός (Εθελοντική Αιμοδοσία - Εθελοντική προσφορά ιστών και οργάνων - Πρώτες βοήθειες - Εθελοντική εργασία - Εθελοντής σχολικός τροχονόμος)
- Μεσογειακή Αναιμία
- Καρδιαγγειακά νοσήματα
- Κατανάλωση και υγεία
- Ισότητα των δύο φύλων
- Κοινωνικός αποκλεισμός - Ίσες ευκαιρίες
- Πρόληψη και αντιμετώπιση έκτακτων καταστάσεων όπως σεισμών, πλημμυρών, πυρκαγιών, ναυαγίων κ.α.
- Ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση της μόλυνσης του περιβάλλοντος, τις τρομοκρατικές ενέργειες, του άγχους, του φόβου κλπ.

- Φυσική Άσκηση και άλλα θέματα που αφορούν στον υγιεινό τρόπο διαβίωσης
- Συμβουλευτικοί Σταθμοί Νέων
- Αγωγή του Καταναλωτή

3.2. Ο ρόλος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Το υπουργείο, στα πλαίσια προώθησης και προβολής προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, έχει ιδρύσει τις κάτωθι διευθύνσεις, οι οποίες είναι οι κατεξοχήν αρμόδιες για οτιδήποτε αφορά στην Αγωγή Υγείας και τη συνεργασία με άλλα τμήματα, φορείς και οργανώσεις.

A) Η Διεύθυνση Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης, η οποία ανήκει στη Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας Ν.3370/2005, και συγκροτείται από τα εξής Τμήματα:

- α. Τμήμα Προγραμματισμού, Μελετών και Αξιολόγησης
- β. Τμήμα Πληροφόρησης
- γ. Τμήμα Τεχνικής Υποστήριξης Προγραμμάτων

Η αρμοδιότητα της Διεύθυνσης Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης αναφέρεται σε θέματα, που κατανέμονται στα Τμήματά της, ως εξής:

Τμήμα Προγραμματισμού, Μελετών και Αξιολόγησης

1. Η μελέτη και επεξεργασία δημογραφικών, κοινωνικών, οικονομικών και υγειονομικών στοιχείων, που διαθέτει η Στατιστική Υπηρεσία και άλλοι υπεύθυνοι φορείς ως και η έρευνα για τον εντοπισμό αναγκαιοτήτων και προβλημάτων εφαρμογής προγραμμάτων αγωγής υγείας.
2. Ο καθορισμός στόχων αγωγής υγείας και η μεθόδευση αποτελεσματικών τρόπων και προγραμμάτων για την επίτευξή τους, σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής.
3. Η συνεργασία με άλλους Διεθνείς Οργανισμούς (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Ευρωπαϊκή Ένωση, Ο.Η.Ε. και άλλους φορείς) για την εναρμόνιση της Εθνικής Πολιτικής Αγωγής Υγείας με την αντίστοιχη των άλλων κρατών.

4. Ο καθορισμός των όρων και προϋποθέσεων οργάνωσης και λειτουργίας της Επιτροπής Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας (Ε.Σ.Α.Υ.) και των Νομαρχιακών Επιτροπών Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας (Ν.Ε.Σ.Α.Υ.).
5. Η γραμματειακή υποστήριξη της Επιτροπής Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας.
6. Ο καθορισμός των όρων και προϋποθέσεων εφαρμογής των προγραμμάτων αγωγής υγείας από δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς.
7. Η έγκριση για την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας από δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς μετά από γνώμη της Ε.Σ.Α.Υ., ύστερα από σχετική εισήγηση.
8. Η διακοπή εφαρμοζομένων προγραμμάτων αγωγής υγείας από δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς αν διαπιστωθεί απόκλιση από τις αρχές της Π.Ο.Υ. και των ισχυόντων νόμων μετά από γνώμη της Ε.Σ.Α.Υ.
9. Η επεξεργασία και υλοποίηση των προτάσεων και γνωμοδοτήσεων της Ε.Σ.Α.Υ.
10. Η συνεργασία με τις Ν.Ε.Σ.Α.Υ. για προγραμματισμό και υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας σε τοπικό επίπεδο.
11. Η σύνταξη προδιαγραφών των μέσων, των προγραμμάτων αγωγής υγείας.
12. Η συγκέντρωση, αξιολόγηση και επεξεργασία των προτάσεων των Διευθύνσεων του Υπουργείου για σχεδιασμό και προγραμματισμό προγραμμάτων αγωγής υγείας.
13. Η δημιουργία και παραγωγή εντύπων, τηλεοπτικών, ραδιοφωνικών μηνυμάτων και λοιπών οπτικοακουστικών μέσων αγωγής υγείας ως και εκπαιδευτικών εγχειριδίων για τα στελέχη αγωγής υγείας.
14. Η διοργάνωση διαγωνισμών φωτογραφίας, ζωγραφικής, ποίησης και πεζού λόγου σε θέματα αγωγής υγείας, με απονομή βραβείων, για την ευαισθητοποίηση ομάδων πληθυσμού στα αντίστοιχα θέματα αλλά και τη δημιουργία σχετικών αρχείων, το υλικό των οποίων θα χρησιμοποιείται στην παραγωγή εντύπων και άλλων μέσων προγραμμάτων.
15. Η δημιουργία δικτύου Στελεχών Αγωγής Υγείας σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Εκπαίδευσης και Έρευνας.
16. Η πρόταση στη Διεύθυνση Εκπαίδευσης και Έρευνας για συνεχιζόμενη εκπαίδευση των Στελεχών Αγωγής Υγείας.
17. Η πρόταση για χρηματοδότηση προγραμμάτων αγωγής υγείας του Υπουργείου από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή Διεθνείς Οργανισμούς ως και η

εξασφάλιση της εθνικής συμμετοχής σε συγχρηματοδοτούμενα από την Ευρωπαϊκή Ένωση προγράμματα, που υλοποιούν διάφοροι φορείς.

18. Η συγκέντρωση των προτάσεων των Τμημάτων για τον προϋπολογισμό, η επεξεργασία αυτών και η υποβολή της τελικής πρότασης στη Διεύθυνση Οικονομικού για την κατάρτιση του ετήσιου τακτικού προϋπολογισμού και του Π.Δ.Ε.
19. Η παρακολούθηση της εκτέλεσης προγραμμάτων αγωγής υγείας και η αξιολόγησή τους.

Τμήμα Πληροφόρησης

1. Η πληροφόρηση του πολίτη για τα προγράμματα αγωγής υγείας του Υπουργείου ως και λοιπών φορέων.
2. Η υποστήριξη φορέων για διοργάνωση και υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας.
3. Η επιχορήγηση συλλογικών επιστημονικών φορέων, για προώθηση προγραμμάτων αγωγής υγείας και εν γέννη εκδηλώσεων, που συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας.
4. Η συμμετοχή σε εκδηλώσεις διαφόρων φορέων κρατικής ή ιδιωτικής πρωτοβουλίας, προκειμένου να δοθούν τα επιτυχέστερα μηνύματα αγωγής υγείας.
5. Η πραγματοποίηση συνεδρίων, ημερίδων και λοιπών εκδηλώσεων αγωγής υγείας.
6. Η δημιουργία μητρώου φορέων που πραγματοποιούν προγράμματα και αρχείων πρακτικών των εκδηλώσεων αγωγής υγείας (έντυπου, ηλεκτρονικού).
7. Η διακίνηση και αξιοποίηση όλου του έντυπου και οπτικοακουστικού υλικού.
8. Η τήρηση βιβλίων αποθηκών πάσης φύσης έντυπου υλικού.
9. Η φύλαξη και ταξινόμηση των βιντεοταινιών, ραδιοκασετών και λοιπών οπτικοακουστικών μέσων.

Τμήμα Τεχνικής Υποστήριξης Προγραμμάτων

1. Η καλλιτεχνική και τεχνική υποστήριξη εντύπων αγωγής υγείας καθώς και άλλων σχετικών υλικών και μέσων.
2. Η παρακολούθηση της εκτέλεσης εκτύπωσης των εντύπων.

3. Η παρακολούθηση της αναπαραγωγής ταινιών μικρού μήκους και κασετών ραδιοφώνου, καθώς και άλλων σχετικών υλικών και μέσων.
4. Η καλλιτεχνική επιμέλεια περιοδικού αγωγής υγείας.
5. Η μέριμνα για την εισαγωγή της ύλης του περιοδικού στο Internet.

Β) Η Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής , στην οποία υπάγεται το Τμήμα Σχολικής Υγείας το οποίο στοχεύει:

1. Στην κατάρτιση, παρακολούθηση και υλοποίηση προγραμμάτων για την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας και την εν γένη ψυχοκοινωνική στήριξη του παιδικού πληθυσμού, των νηπιαγωγείων, των δημοτικών σχολείων, των γυμνασίων και των λυκείων.
2. Στην εποπτεία του σχολικού περιβάλλοντος από άποψη τήρησης των κανόνων δημόσιας υγείας.
3. Στη μέριμνα για την καταγραφή και την αρχειοθέτηση των στοιχείων της ατομικής κατάστασης υγείας των μαθητών.

Στην ίδια Διεύθυνση υπάγεται και το τμήμα Προστασίας και Προαγωγής της Υγείας, το οποίο πέραν των άλλων αρμοδιοτήτων του, έχει αναλάβει και την υποβολή προτάσεων στη Διεύθυνση Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης για δημιουργία και εφαρμογή από αυτή Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.

Γ) Το Τμήμα Εξαρτησιογόνων Ουσιών, το οποίο υπάγεται και αυτό στην Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, αλλά εξαιτίας της σπουδαιότητας του και της πληθώρας των αρμοδιοτήτων του αποτελεί ξεχωριστό τμήμα.

Ορισμένες μόνο από τις αρμοδιότητες του είναι οι κάτωθι:

1. Η μελέτη, κατάρτιση, ανάπτυξη, έγκριση, εφαρμογή, λειτουργία, παρακολούθηση, αξιολόγηση προγραμμάτων πρόληψης, σχετικά με τα ναρκωτικά, το αλκοόλ και την κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών.
2. Η συνεργασία με διεθνείς ή και κοινοτικούς οργανισμούς και φορείς και η συμμετοχή σε διεθνή ή και κοινοτικά προγράμματα και δραστηριότητες, που αφορούν τις αρμοδιότητες του Τμήματος.
3. Η μελέτη, ο καθορισμός των όρων και προϋποθέσεων και ο συντονισμός των ενεργειών για την παροχή ιατρικών, ιατροφαρμακευτικών,

ψυχοθεραπευτικών, νοσηλευτικών, κοινωνικών και άλλων υπηρεσιών σε εξαρτημένα άτομα.

4. Ο συντονισμός των ενεργειών για την πρόληψη των κοινωνικών και ιατρικών επιπτώσεων της τοξικομανίας (εγκληματικότητα - Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοβιολογικής Ανεπάρκειας /AIDS).
5. Η οργάνωση της κοινωνικής και ιατρικής έρευνας γύρω από το πρόβλημα της τοξικομανίας.
6. Η πρόταση προς τη Διεύθυνση Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης για τη δημιουργία προγραμμάτων ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού για την αντιμετώπιση και την καταπολέμηση των ναρκωτικών και της τοξικοεξάρτησης.
7. Η επιχορήγηση, ο έλεγχος και η εποπτεία του Οργανισμού Καταπολέμησης Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.) και όλων των άλλων φορέων αντίστοιχου έργου οποιασδήποτε νομικής μορφής.

Αξίζει εδώ να σημειώσουμε τον ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο που επιτελούν τα εβδομήντα Κέντρα Πρόληψης χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών που υπάρχουν στην Ελλάδα. Πρόκειται για αστικές, μη κερδοσκοπικές εταιρίες που λειτουργούν ως ΝΠΙΔ υπό την εποπτεία του ΟΚΑΝΑ, με εταίρους δήμους και νομαρχίες. Απασχολούν γύρω στους τετρακόσιους εργαζομένους και χρηματοδοτούνται κατά 50% από τον ΟΚΑΝΑ και κατά 50% από το Υπουργείο Εσωτερικών με βάση προγραμματικές συμβάσεις.

3.3. Άλλες πρωτοβουλίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στα πλαίσια της πρώτης συγκροτημένης προσπάθειας, από την πλευρά της πολιτείας, να ανοίξει διάλογο με τους νέους, ξεκίνησε στις 10 Δεκεμβρίου 2007 μια νέα δυναμική εκστρατεία εταιρικής κοινωνικής ευθύνης με τίτλο « Η Ζωή έχει Χρώμα», η οποία απευθύνεται κυρίως σε παιδιά και εφήβους, γονείς και καθηγητές.

Στόχος της εκστρατείας αυτής, είναι να ευαισθητοποιήσει και να ενημερώσει τους νέους για τον τρόπο ζωής και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν σε καθημερινό επίπεδο, ώστε να αντιμετωπίσουν σωστά και με σύνεση προβλήματα όπως το κάπνισμα, τα ναρκωτικά, ο αλκοολισμός, η ανθυγιεινή διατροφή, η έλλειψη άσκησης, ο σχολικός εκφοβισμός, η ελλιπής ενημέρωση γύρω από τη σεξουαλική αγωγή και η

υπερβολική χρήση ηλεκτρονικών παιχνιδιών. Δημιουργεί επίσης, τις βάσεις για να έχουμε καλά ενημερωμένους και υπεύθυνους πολίτες σε ζητήματα υγείας, καθιστά την υγεία τρόπο ζωής, ενημερώνει την ελληνική οικογένεια για τις προκλήσεις, τις ευκαιρίες και τους κινδύνους που προκύπτουν καθημερινά από τον σύγχρονο τρόπο ζωής, και τέλος διασυνδέει όλους τους κρατικούς φορείς αλλά και την κοινωνία των πολιτών στον αγώνα για την πρόληψη.

Για την υλοποίηση της εκστρατείας «Η Ζωή έχει Χρώμα, Βρες το Δικό σου», δημιουργήθηκαν οχτώ τηλεοπτικά μηνύματα, ένα για κάθε θεματική ενότητα, βία, άσκηση, σεξουαλική αγωγή, διατροφή, κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικά, ηλεκτρονικά παιχνίδια, στα οποία συμμετέχουν οχτώ δημοφιλή πρόσωπα – «πρεσβευτές» της εκστρατείας. Ουσιαστικά πρόκειται για ένα πολύτιμο βήμα, που ως στρατηγικό στόχο έχει την κινητοποίηση της κοινής γνώμης για την υλοποίηση, για πρώτη φορά, εκπαιδευτικού προγράμματος αγωγής υγείας στα σχολεία της χώρας, σε συνεργασία με το υπουργείο Παιδείας. Σκοπός και κύριο μέλημα είναι να βοηθηθούν τα νέα παιδιά ώστε να γίνει η υγεία τρόπος ζωής, διότι αν από νεαρή ηλικία συνειδητοποιήσουν τη σπουδαιότητα της υγείας, τότε όχι μόνο θα προστατευθούν σε προσωπικό επίπεδο, αλλά θα έχουν και τη δύναμη να μεταδώσουν το μήνυμα σε ακόμη περισσότερους.

3.4. Προγράμματα Ανάπτυξης Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού, αν και καλό, δεν βελτιώνεται με το ρυθμό άλλων μεσογειακών χωρών. Σημαντική καθυστέρηση παρουσιάζεται στην πρόληψη, την οργάνωση της δημόσιας υγείας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας καθώς και στη στελέχωση με το κατάλληλο προσωπικό.

Στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού Προγράμματος «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006», με τη συγχρηματοδότηση του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου, εκπονήθηκε το σχέδιο του Αναπτυξιακού Προγράμματος του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το οποίο έχει ως βασικό πυλώνα την Ανάπτυξη Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η εφαρμογή του προγράμματος διήρκεσε επτά χρόνια και το συνολικό του κόστος έφτασε τα 44,11 εκατομμύρια ευρώ, ποσό το οποίο καλύφθηκε από εξ ολοκλήρου από δημόσια χρηματοδότηση (συμμετοχή ΕΤΠΑ 75,18%, χρηματική βαρύτητα ως προς το ΕΠ 8,84 και χρηματική βαρύτητα ως προς τον άξονα προτεραιότητας 21,39%). Φορείς υπεύθυνοι για την υλοποίηση του μέτρου

ήταν το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και οι επωφελούμενοι από το μέτρο ο συνολικός πληθυσμός της χώρας.

Μία από τις βασικές προτεραιότητες της μεταρρύθμισης ήταν η ενίσχυση και η περαιτέρω ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στα αστικά κέντρα, ώστε να συμβάλλουν στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος με την παροχή υπηρεσιών όπως, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, παρακολούθησης και αποκατάστασης, κάλυψης εκτάκτων αναγκών, παρέμβασης στην κοινότητα μέσω προγραμμάτων αγωγής υγείας του πληθυσμού και ειδικών ομάδων στόχων.

Σήμερα ένα άλλο σχέδιο στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού Προγράμματος «Υγεία – Πρόνοια 2007-2013» έχει ξεκινήσει με σκοπό την Προστασία της Δημόσιας Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης (ΠΔΥ). Η στρατηγική ΠΔΥ αποβλέπει στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού, στοχεύοντας στην πρόληψη των νοσημάτων, στην προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά στη Δημόσια Υγεία στόχος είναι:

- i. Ανάπτυξη δομών πρόληψης και αγωγής υγείας.
- ii. Αναμόρφωση και διερεύνηση προγραμμάτων ιατρικών και παραϊατρικών σπουδών .
- iii. Ενίσχυση μηχανισμών υγειονομικού ελέγχου και επιτήρησης της παραγωγής ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

Όσον αφορά στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη και Αποκατάσταση στόχος είναι:

- i. Υποδομές νοσοκομείων, ειδικών μονάδων, κέντρων υγείας και ανοιχτής φροντίδας, εξειδικευμένος εξοπλισμός.
- ii. Αντιμετώπιση μεγάλων φυσικών ή άλλων καταστροφών.
- iii. Ανάπτυξη δομών ανοιχτής φροντίδας ευπαθών μονάδων
- iv. Κατάρτιση προσωπικού υγείας και κοινωνικής φροντίδας.
- v. Κατάρτιση στελεχών και ενίσχυση δικτύωσης τους.
- vi. Πρόληψη και αντιμετώπιση επιδημιών.

3.5. Εθνικό Δίκτυο Δήμων Προαγωγής Υγείας (Ε.Δ.ΔΗ.Π.Υ.)

Το Εθνικό Δίκτυο Δήμων Προαγωγής Υγείας (Ε.Δ.ΔΗ.Π.Υ.) δημιουργήθηκε, προκειμένου να βοηθήσει του δήμους μέλη του δικτύου να αναπτύξουν δραστηριότητες Προαγωγής και Αγωγής Υγείας. Η δημιουργία του Δικτύου κρίθηκε αναγκαία, παρά το γεγονός ότι στο χώρο της υγείας και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης δραστηριοποιούνται και άλλα δίκτυα, καθώς ο τομέας της Προαγωγής και Αγωγής Υγείας αποτελεί ιδιαίτερο επιστημονικό πεδίο που απαιτεί τη συμμετοχή και αξιοποίηση εξειδικευμένων επιστημονικών φορέων και στελεχών.

Το Ε.Δ.ΔΗ.Π.Υ. στοχεύει κυρίως στην προστασία της υγείας με την υιοθέτηση υγιών στάσεων και συμπεριφορών και με την αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος στα πλαίσια της σύγχρονης στρατηγικής της αγωγής υγείας. Το Ε.Δ.ΔΗ.Π.Υ. σκοπεύει επίσης στην κατάρτιση των αρμοδίων στελεχών των Δήμων στους τομείς της Προαγωγής και Αγωγής Υγείας προκειμένου να βοηθήσει τους δήμους – μέλη του δικτύου και τα στελέχη τους να αναπτύξουν τις κατάλληλες υποδομές και πρακτικές, καθώς και τις μορφές συνεργασίας σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, που θα καθιστούν δυνατή και αποτελεσματική την κοινοτική δράση για την αγωγή της υγείας.

Ως ώρας το Ε.Δ.ΔΗ.Π.Υ. στελεχώνεται από τριάντα έξι μέλη, ο αριθμός των οποίων αυξάνεται συνεχώς. Οι δήμοι – μέλη είναι: Αγίου Ιωάννη Ρέντη, Αγίας Βαρβάρας, Αγίων Αναργύρων, Αλίμου, Ακρωτηρίου Χανίων, Βάρης, Βέροιας, Βόλου, Διδυμότειχου, Ερμούπολης (Σύρου), Ζεφυρίου, Θερμής Θεσσαλονίκης, Καβάλας, Καλλιθέας, Καμένων Βούρλων, Κηφισίας, Κοζάνης, Κορθίου (Άνδρος), Κορυδαλλού, Λυκόβρυσης, Μεγαρέων, Μοσχάτου, Μουρεσίου (Πήλιο), Μαγνησίας, Μυκόνου, Ν. Ιωνίας Μαγνησίας, Παπάγου, Πάρου, Πατρών, Περιστερίου, Ρεθύμνου, Ρόδου, Σερρών, Σούρπης Μαγνησίας και Χανίων.

Η δράση τους είναι έντονη και περιλαμβάνει μια γκάμα δραστηριοτήτων, όπως δωρεάν διανομή εντύπων «Υγεία για όλους», « Πρόληψη μια Πρόταση Ζωής», « Οδηγός Διακοπής Καπνίσματος. Ζωή χωρίς τσιγάρο» στους δήμους μέλη του δικτύου, οργάνωση πανελληνίων συνεδρίων για την Προαγωγή και Αγωγή Υγείας, παροχή επιστημονικής υποστήριξης στους δήμους – μέλη για τη σύνταξη επιχειρησιακού σχεδίου σε ότι αφορά την Προαγωγή και Αγωγή Υγείας, διεξαγωγή μελέτης για την εκτίμηση των αναγκών και τη διαμόρφωση του προφίλ υγείας των δήμων, υλοποίηση προγραμμάτων παρέμβασης για την πρόληψη διαφόρων τύπων

καρκίνου, για το παθητικό κάπνισμα των παιδιών, για τη διατροφή, για την προώθηση ίσων ευκαιριών ευπαθών κοινωνικά ομάδων, και άλλα.

3.6. Εθνικό Δίκτυο Νοσοκομείων Προαγωγής Υγείας (Ε.Δ.Ν.Π.Υ.)

Το Εθνικό Δίκτυο Νοσοκομείων Προαγωγής Υγείας (Ε.Δ.Ν.Π.Υ.) ιδρύθηκε το 1998 και αποτελεί μέρος του Ευρωπαϊκού Δικτύου Νοσοκομείων Προαγωγής Υγείας που ιδρύθηκε το 1992 με πρωτοβουλία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Σκοπός του Δικτύου είναι η προάσπιση και προαγωγή της υγείας των ασθενών, των εργαζομένων και του τοπικού πληθυσμού. Τα νοσοκομεία που εντάσσονται σε αυτό το δίκτυο αναπτύσσουν τις δραστηριότητες τους στους εξής βασικούς τομείς:

- α) Προαγωγή και Αγωγή Υγείας Ασθενών
- β) Προαγωγή και Αγωγή Υγείας Εργαζομένων
- γ) Βελτίωση του οργανωτικού και φυσικού περιβάλλοντος του νοσοκομείου
- δ) Ανάπτυξη δεσμών συνεργασίας με την τοπική κοινότητα

Το Ε.Δ.Ν.Π.Υ. απαριθμεί σήμερα 25 νοσοκομεία – μέλη, ενώ εξετάζεται το ενδεχόμενο διεύρυνσης του με τη συμμετοχή και άλλων μονάδων υγείας, π.χ. τοπικές μονάδες ΙΚΑ, καθώς και την επέκταση του σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Τα νοσοκομεία που εντάσσονται σε αυτό είναι: Κωνσταντοπούλειο, Αρεταίειο, Πεντέλη, Α. Συγγρός, Αγλαΐα Κυριακού, Ευαγγελισμός, Σισμανόγλειο, Άγιος Σάββας, Αγία Ελένη, Αιγινήτειο, Αλεξάνδρα, Γ. Γεννηματάς, Ιπποκράτειο, Μεταξά, Αγία Σοφία, Λαϊκό, Σωτηρία, Ωνάσειο, Γενικό Νοσοκομείο Κω, Γενικό Νοσοκομείο Λευκάδας, Γενικό Νοσοκομείο Θηβών, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών, Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης, Γενικό Νοσοκομείο Μολάων, ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν Ηρακλείου

Ως βασικό στόχο της ένταξής τους έχουν την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσα από το πρίσμα της ανάληψης δράσης για την υγεία και τη φιλοσοφία της Αγωγής και της Προαγωγής Υγείας. Οι δραστηριότητες αυτές δεν περιορίζονται σε μεμονωμένες πρωτοβουλίες αλλά είναι αρμονικά ενταγμένες στην καθημερινή φροντίδα και παροχή υπηρεσιών στον ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1. Υπηρεσίες Πρόληψης και Αγωγής Υγείας

Οι αιτίες επικίνδυνων παθήσεων και πρόιμου θανάτου, όπως αναφέρονται στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, συνδέονται άμεσα με παράγοντες κινδύνου όπως η διατροφή, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η σωματική άσκηση, η παχυσαρκία και το στρες. Οι σύγχρονοι εξοντωτικοί ρυθμοί διαβίωσης, το αυξημένο κόστος των υπηρεσιών υγείας, η ατελής θεραπεία πολλών ασθενειών -η μη ίαση, δηλαδή η παράταση των συμπτωμάτων για πολλά χρόνια- σε συνδυασμό με την εμφάνιση νοσημάτων από λανθασμένα πρότυπα διαβίωσης, όπως ο καρκίνος και η στεφανιαία νόσος, οδήγησαν στην αναζήτηση πιο ολοκληρωμένων μεθόδων αντιμετώπισης. Ολοένα και περισσότερο εφαρμόζεται η Ιπποκρατική αντίληψη ότι η πρόληψη είναι ανώτερη της θεραπείας.

Έχει διαπιστωθεί ότι τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας σε κάθε πληθυσμό είναι δυνατόν να μειωθούν μέσω της πρόληψης και της αγωγής υγείας, αφενός περιορίζοντας τους παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν την πιθανότητα να νοσήσει κάποιος και αφετέρου διενεργώντας πρόιμη διάγνωση της ασθένειας προκειμένου να θεραπευτεί πλήρως σε αρχικά στάδια. Επίσης, η πρόληψη και η αγωγή υγείας είναι σαφώς πιο οικονομικές μέθοδοι, γιατί χρησιμοποιούν απλά μέσα όπως ιατρικές συμβουλές και παρεμβάσεις, και αντέχουν περισσότερο στο χρόνο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι προωθούν τη μόνιμη αλλαγή του τρόπου διαβίωσης και έτσι καθίσταται περιττή ή μειωμένη η ανάγκη χορήγησης φαρμάκων ή χρήσης ακριβής ιατρικής τεχνολογίας, ενώ ταυτόχρονα αυξάνεται η αυτοπεποίθηση του ατόμου και βελτιώνεται η ποιότητα ζωής του. Επομένως -και στα πλαίσια της αναδιοργάνωσης του ελληνικού συστήματος υγείας- απαιτούνται στρατηγικές παρέμβασης που μπορούν να περιορίσουν την εμφάνιση ορισμένων νόσων, χρησιμοποιώντας τα παραπάνω εργαλεία με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Πιο αναλυτικά, οι προληπτικές υπηρεσίες, όπως ο οικογενειακός προγραμματισμός, ο εμβολιασμός, ο προσυμπτωματικός έλεγχος, η πρόληψη σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, η φροντίδα εγκύου και βρεφών, έχουν σκοπό να ελαττώσουν τη νοσηρότητα και θνησιμότητα από νοσήματα που προσβάλλουν πολλά άτομα σε νεαρή ηλικία, ενώ παράλληλα έχουν καλύτερη σχέση

κόστους – αποτελεσματικότητας από τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, αφού σε πολλές περιπτώσεις υποκαθιστούν την υψηλού κόστους νοσοκομειακή περίθαλψη με την πρωτοβάθμια φροντίδα.

Ελάχιστοι αμφισβητούν ότι η εξάλειψη ή η σε μεγάλο βαθμό καταπολέμηση νοσημάτων του παρελθόντος πραγματοποιήθηκε με μέσα προληπτικής, μάλλον, παρά θεραπευτικής ιατρικής. Πολλοί, όμως υποστηρίζουν ότι σήμερα η λύση των μεγάλων ιατρικών προβλημάτων εξαρτάται από την τεχνολογική αναβάθμιση της θεραπευτικής ιατρικής. Το ενδεχόμενο αυτό δεν είναι δυνατόν να αποκλειστεί. Είναι όμως σκόπιμο να επισημανθεί ότι η μείωση της θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο επιτεύχθηκε με ισόμετρη συμβολή των δύο αυτών μειζόνων κλάδων της ιατρικής, ενώ για τις κακοήθεις νεοπλασίες οι δύο κλάδοι μοιράζονται μεν τις επιτυχίες, αλλά με σαφή υπεροχή της προληπτικής ιατρικής.

Σημαντικές βελτιώσεις στο επίπεδο υγείας οφείλονται, βέβαια, στην καλύτερη προσβασιμότητα, στη φροντίδα υγείας, όπως επίσης και στις μεγαλύτερες δυνατότητες της ιατρικής. Άλλοι παράγοντες, όμως, όπως το βελτιωμένο επίπεδο ζωής, η άνοδος στο εκπαιδευτικό επίπεδο, η καλύτερη διατροφή, οι καλύτερες συνθήκες υγιεινής και στέγασης, παίζουν επίσης μεγάλο ρόλο, ιδιαίτερα σε χώρες με αναπτυσσόμενες οικονομίες. Αν και η βελτίωση στην υγεία είναι οπωσδήποτε ο κυριότερος λόγος ύπαρξης των συστημάτων υγείας, τα μέτρα της κατάστασης υγείας είναι μόνο έμμεσες ενδείξεις της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας. Το προσδόκιμο ζωής, η βρεφική θνησιμότητα και άλλοι δείκτες υγείας επηρεάζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό από κοινωνικές, περιβαλλοντικές και συμπεριφορικές μεταβλητές, οι οποίες βρίσκονται έξω από τη σφαίρα επιρροής του συστήματος υγείας και της πολιτικής υγείας.

Αξίζει τέλος να παρατηρήσουμε, πως η εγγενής υπεροχή της αποτελεσματικότητας των προληπτικών μέτρων καταφαίνεται από το γεγονός ότι η επιβίωση των ενηλίκων στην Ελλάδα είναι μεγαλύτερη από εκείνη των Αμερικανών παρά την τεχνολογική υπεροχή της αμερικάνικης ιατρικής, επειδή η κοινωνικές δομές, ο τρόπος ζωής και η παραδοσιακή διατροφή του ελληνικού πληθυσμού υπερέχουν των αντίστοιχων του αμερικανικού.

4.2 Βαθμίδες Πρόληψης Υγείας

Η εφαρμογή τόσο της αγωγής όσο και της προαγωγής της υγείας διακρίνεται σε τρία επίπεδα. Στο πρωτοβάθμιο ή πρωτογενές, στο δευτεροβάθμιο ή δευτερογενές και στο τριτοβάθμιο ή τριτογενές.

Το πρωτοβάθμιο, αναφέρεται στα μέτρα που λαμβάνονται για τη μείωση της επίπτωσης μιας νόσου, δηλαδή της συχνότητας εμφάνισης νέων περιστατικών σε έναν υγιή πληθυσμό. Επιδιώκει να εμποδίσει μια συμπεριφορά να αποκτηθεί από τα άτομα, π.χ. οι έφηβοι να μην αρχίσουν το κάπνισμα ή ο εμβολιασμός για μεταδοτικά νοσήματα. Εδώ ανήκουν επίσης ο έλεγχος του περιβάλλοντος, δηλαδή των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας, όπως η μείωση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, του θορύβου και του άγχους, η προώθηση υγιών διατροφικών προτύπων. Η μέθοδος αυτή σχετίζεται άμεσα με την αγωγή υγείας, καθώς προϋποθέτει εκπαίδευση και ενεργητική συμμετοχή των πολιτών.

Το δευτεροβάθμιο επίπεδο, επιδιώκει να διακόψει μια συμπεριφορά που έχει ήδη αποκτηθεί και να την αντικαταστήσει με μια άλλη πιο υγιεινή. Επίσης, επιδιώκει να γίνει έγκαιρη διάγνωση των ασθενειών και να αρχίσει νωρίς η κατάλληλη θεραπεία, π.χ. χρήση ουσιών, άσκηση. Στοχεύει τέλος στην έγκαιρη διάγνωση, η οποία προλαμβάνει την εκδήλωση μακροπρόθεσμων επιπλοκών.

Το τριτοβάθμιο, που απευθύνεται ως επί το πλείστον σε ασθενείς, επιδιώκει να προλάβει την υποτροπή, να μειώσει τις περαιτέρω συνέπειες της ασθένειας και να προλάβει τις επιπλοκές και τις αναπηρίες μέσα από την εκπαίδευση του ασθενή, π.χ. η εκπαίδευση των παχύσαρκων ασθενών στη σωστή διατροφή και άσκηση, η βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας των ατόμων μετά από τροχαίο ατύχημα, καθώς και η σταδιακή ενεργοποίηση των ικανοτήτων εργασίας και της αυτονομίας σε αλκοολικούς ή ψυχικά ασθενείς μετά την αποθεραπεία τους.

4.3 Η Συμβολή της Πρόληψης και Αγωγής Υγείας

Κάθε σύστημα υγείας θέτει ως στόχο τη βελτίωση της υγείας των πολιτών. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με πολλούς τρόπους, αλλά ο πιο αποτελεσματικός είναι η χρησιμοποίηση της πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας. Βέβαια, πολλοί πολίτες προτιμούν την άμεση θεραπεία από την πρόληψη και από τα μέτρα υγιούς συμπεριφοράς, γιατί έχουν εθιστεί σε έναν τρόπο ζωής και δεν μπορούν ή δεν

επιθυμούν την αλλαγή, ακόμα και εάν αυτή συνοδεύεται από μακροχρόνια οφέλη για την υγεία τους. Ωστόσο, κάθε πολιτεία οφείλει να επενδύσει σε αυτά τα μέτρα, γιατί επιφέρουν οριστικά αποτελέσματα και περιορίζουν αισθητά το κόστος, καθώς μειώνουν την επίπτωση των παρακάτω -χρόνιων και δαπανηρών για το σύστημα υγείας- παθήσεων και αυξάνουν τη συνολική ποιότητα ζωής του ατόμου, γεγονός που δεν μπορεί να επιτευχθεί στον ίδιο βαθμό με κανένα φάρμακο ή καμία ιατρική τεχνολογία, ενώ συγχρόνως είναι προσιτά και σε όλες τις κοινωνικές ομάδες.

1. Νοσήματα καρδιαγγειακού συστήματος

Τα νοσήματα αυτά αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στη χώρα μας και περιλαμβάνουν κυρίως τη στεφανιαία νόσο και το εγκεφαλικό επεισόδιο. Η παρέμβαση θα πρέπει να αφορά την πρωτογενή πρόληψη, με ιατρική ενημέρωση για τους παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η υπέρταση, παχυσαρκία, η καθιστική ζωή, το έντονο εργασιακό άγχος, η κατανάλωση αλκοόλ και τροφών με μεγάλη περιεκτικότητα σε αλάτι. Θα πρέπει να παρακολουθείται τακτικά η αρτηριακή πίεση σε άτομα άνω των 30 ετών (ιδιαίτερα σε όσους έχουν οικογενειακό ιστορικό) και να ελέγχονται ανά πενταετία οι τιμές χοληστερίνης και σακχάρου. Επίσης, επειδή είναι δυνατό να εμπλέκονται ο κληρονομικός ή ο οικογενής παράγοντας, απαιτείται και δευτερογενής πρόληψη, δηλαδή ενημέρωση για τα πρώιμα συμπτώματα της πάθησης. Έχειδειχθεί ότι σε αντίθετη περίπτωση οι πιθανότητες εμφράγματος ιδίως σε νεαρή ηλικία πενταπλασιάζονται. Η πρόληψη ξεκινάει από τον ιατρό, αλλά πρέπει -ως προϋπόθεση επιτυχίας- να επεκτείνεται και στον πολίτη, ο οποίος εάν ενημερωθεί σωστά θα συμμετέχει στα μέτρα προαγωγής της υγείας του διότι θα νιώθει συνυπεύθυνος.

Παράλληλα, η αγωγή υγείας οφείλει να τονίσει την αξία γενικών μέτρων που αφορούν συνήθειες και τρόπο ζωής, όπως η μεσογειακή διατροφή και η συχνή λήψη φρούτων και λαχανικών, που ως αντιοξειδωτικές τροφές προστατεύουν από τη δημιουργία αρτηριοσκλήρυνσης. Στην ίδια κατεύθυνση, με τη βοήθεια των επιστημονικών εταιρειών, η πολιτεία μέσω ραδιοτηλεοπτικών μηνυμάτων, ημερίδων και ανακοινώσεων στον τύπο οφείλει να προβάλλει τη διακοπή του καπνίσματος και την τακτική σωματική άσκηση, αλλά και να δημιουργήσει χώρους περιπάτου και άθλησης σε κάθε συνοικία, ώστε να δώσει τη δυνατότητα αυτή σε όλο τον πληθυσμό. Επιπλέον, χρειάζονται ειδικά ιατρεία υπέρτασης ή και δυσλιπιδαιμιών σε κάθε νοσοκομείο, όπου θα παρακολουθούνται συστηματικά τα άτομα υψηλού κινδύνου και

θα γίνονται ανάλογες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Τέλος, στον τομέα της αποκατάστασης των ασθενών, δηλαδή της τριτογενούς πρόληψης, μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, πρέπει να οργανωθούν κέντρα αποθεραπείας όπου ομάδες επιστημόνων διαφόρων ειδικοτήτων (παθολόγοι, νευρολόγοι, φυσίατροι, διαιτολόγοι, φυσικοθεραπευτές, ψυχολόγοι) θα εργάζονται για να ελαχιστοποιήσουν τις επιπτώσεις του εγκεφαλικού στον οργανισμό.

2. Νοσήματα πεπτικού συστήματος

Σημαντικά προβλήματα αποτελούν κυρίως η αιμορραγία πεπτικού, η κίρρωση του ήπατος, η χολοκυστίτιδα και οι παθήσεις του εντέρου. Η πρόληψη συνίσταται στην αποφυγή λήψης ισχυρών αναλγητικών, την αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ και την προσπάθεια απώλειας βάρους, αφού η παχυσαρκία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο σχηματισμού λίθου στη χοληδόχο κύστη. Επίσης, η αγωγή υγείας περιλαμβάνει τη συχνή λήψη φυτικών ινών και νερού (2 λίτρα ημερησίως), κάτι το οποίο, εκτός από τη λειτουργία του εντέρου, διευκολύνει συγχρόνως και την απέκκριση των τοξινών από τις τροφές. Τέλος, προτείνεται η απαγόρευση χορήγησης αλκοόλ σε ανήλικα άτομα και ο περιορισμός στην ελεύθερη διαφήμιση των αναλγητικών, αφού με την κατάχρησή τους αυξάνονται οι παρενέργειες στο ήπαρ και το στομάχι.

3. Ατυχήματα και δηλητηριάσεις

Δυστυχώς στην Ελλάδα το 2002 είχαμε 1.651 νεκρούς και 22.164 τραυματίες από τροχαία ατυχήματα. Η πρόληψη εδώ συνίσταται στην αποφυγή οδήγησης με υπερβολική ταχύτητα ή μετά από κατανάλωση αλκοόλ και στη χρήση των ζωνών ασφαλείας για κάθε επιβάτη αυτοκινήτου. Το κράτος οφείλει να παρέμβει με αυστηρές ποινές για τους παραβάτες και τακτικούς ελέγχους (όχι μόνο στις εορτές), ενώ η χορήγηση διπλωμάτων θα πρέπει να γίνεται με πιο αυστηρά κριτήρια και να αξιολογούνται οι οδηγοί κάθε πέντε έτη. Επίσης, ένα ενδεχόμενο κίνητρο θα ήταν η δωρεάν χορήγηση κράνους από την εταιρεία αγοράς των δικύκλων, ενώ συνιστάται η κυκλοφοριακή αγωγή στα πλαίσια του σχολείου. Τέλος, αναφορικά με τα παιδικά ατυχήματα, οι γονείς μικρών παιδιών πρέπει να κρύβουν κάθε επικίνδυνο υλικό και να τηρούν τις προδιαγραφές ασφαλείας στην αγορά παιχνιδιών.

4. Νεοπλάσματα

Η πρόληψη αφορά μερικές μορφές καρκίνου, όπως του πνεύμονα, του οισοφάγου, του λάρυγγα, της στοματικής κοιλότητας, της ουροδόχου κύστης, με την αποφυγή του καπνίσματος, του παχέος εντέρου με την αλλαγή των διαιτητικών συνηθειών και την προτίμηση φρέσκων τροφίμων έναντι των τυποποιημένων και τον ετήσιο έλεγχο των κοπράνων για αίμα. Στην περίπτωση του καρκίνου του δέρματος η πρόληψη αφορά τη μειωμένη έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, ιδίως το καλοκαίρι. Εδώ θα βοηθήσει η οργάνωση σεμιναρίων από ειδικούς ιατρούς και η δημιουργία ενημερωτικών μηνυμάτων για το κοινό, όπου θα τονίζεται η σημασία της πρόληψης προτίμησης των φρέσκων τροφίμων έναντι των τυποποιημένων και της έγκαιρης επίσκεψης στον ιατρό. Τέλος, η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, η επιβολή φόρων στο τσιγάρο και τις καπνοβιομηχανίες -ως αντικίνητρο- και η ώθηση των νέων στον αθλητισμό, σε συνδυασμό με την αποφυγή καπνίσματος εκ μέρους των λειτουργών υγείας και των δημοσίων προσώπων, θα επηρεάσει θετικά τη στάση των πολιτών.

5. Λοιμώδη νοσήματα

Οι δυνατότητες παρέμβασης είναι ευρείες και αφορούν στη λήψη ατομικών μέτρων υγιεινής και ελέγχου του περιβάλλοντος. Το πλύσιμο των χεριών, η καλή διατροφή, η τήρηση των κανόνων υγιεινής και η αποφυγή συνωστισμού προλαμβάνουν τις λοιμώξεις του αναπνευστικού, ενώ η καλή συντήρηση και επεξεργασία των τροφίμων τις λοιμώξεις του πεπτικού. Όσον αφορά τη φυματίωση, το AIDS και την ηπατίτιδα, τα μέτρα περιλαμβάνουν τον πλήρη εμβολιασμό, την καταγραφή κάθε κρούσματος και τη σύσταση για υγιή σεξουαλική συμπεριφορά. Πρέπει να σημειωθεί ότι, λόγω της μετανάστευσης και των αλλαγών στο κλίμα (φαινόμενο θερμοκηπίου), η πρόληψη της διασποράς καθίσταται δυσχερής, γι' αυτό ιδιαίτερη σημασία έχει η γρήγορη ανίχνευση και ο περιορισμός κάθε ύποπτου κρούσματος.

6. Ψυχικές παθήσεις

Εν προκειμένω τονίζεται ο ρόλος της αγωγής υγείας, με την προσπάθεια για εξάλειψη του κοινωνικού στίγματος της σχιζοφρένειας και την άρση του απομονωτισμού για τους ψυχικά ασθενείς. Επίσης τονίζεται η σημασία της κοινωνικής υποστήριξης που ενισχύει τους μηχανισμούς ψυχικής άμυνας σε ευπαθείς

ομάδες όπως οι άνεργοι, οι αλκοολικοί και γενικότερα οι περιθωριοποιημένοι (μέσω εύρεσης εργασίας ή τρόπων υγιούς έκφρασης), καθώς και η προσπάθεια αντιμετώπισης της εξάρτησης από τα ναρκωτικά μέσα από την ενημέρωση των νέων για το αδιέξοδο από τη χρήση τέτοιων ουσιών και τη λειτουργία ψυχοθεραπευτικών ομάδων.

7. Άγχος – Στρες

Πρόκειται για μια πάθηση της εποχής, που πλήττει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού ανεξαρτήτου φύλλου, ηλικίας, βιοτικού επιπέδου. Αιτία είναι οι υψηλοί στόχοι, ο αυξανόμενος ανταγωνισμός, οι υψηλές προσδοκίες, οι αδιέξοδες καταστάσεις, οι συγκρούσεις, το αίσθημα ανικανοποίησης και διάφοροι άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τον ψυχισμό του ατόμου. Οι επιπτώσεις του στρες στην υγεία του ατόμου μπορεί να εμφανίζονται με τη μορφή οργανικών συμπτωμάτων (ψυχοσωματικά όπως αίσθημα κόπωσης, καρδιαγγειακές παθήσεις, υπέρταση, έλκος, ημικρανίες) αλλά και ψυχολογικών (άγχος, αδιαφορία, έλλειψη αυτοεκτίμησης, κατάθλιψη, επιθετικότητα, αδυναμία συγκέντρωσης προσοχής). Στόχος της αγωγής υγείας είναι μέσω σεμιναρίων, συζητήσεων και άλλων μεθόδων, βιωματικού κυρίως χαρακτήρα, να προσφερθούν οι γνώσεις και οι πληροφορίες εκείνες, σχετικά με τις πιο συνήθεις σκέψεις που οδηγούν στο στρες, τη διάγνωση των συμπτωμάτων του καθώς και τις τακτικές με την υιοθέτηση των οποίων θα μάθουν να διαχειρίζονται το στρες ώστε να συντελεστεί η μείωση του.

4.4. Τα Προβλήματα Υγείας των Έφηβων

Η εφηβεία είναι η ηλικιακή περίοδος από τα 11 έως τα 19 περίπου έτη και χαρακτηρίζεται από σημαντικές σωματικές και ψυχικές μεταβολές. Στόχος των μεταβολών της εφηβείας είναι η μετάβαση από την παιδική ζωή στην ενηλικίωση.

Οι έφηβοι αντιμετωπίζονται από το ευρύτερο κοινό και την ιατρική κοινότητα ως μια εξαιρετικά υγιής ηλικιακή ομάδα, χωρίς ιδιαίτερες υγειονομικές ανάγκες. Δεν δίνεται η απαραίτητη έμφαση στα προβλήματά τους γιατί:

- Ο κρίσιμος παραδοσιακός δείκτης (θνησιμότητα) δεν τα αντανακλά.
- Οι δείκτες που αποτιμούν την ποιότητα ζωής είναι δύσκολο να προσδιοριστούν.

- Οι ίδιοι οι έφηβοι είναι γνωστικά ανώριμοι να στοχαστούν το μέλλον. Έχουν μία αυταπάτη αθανασίας σχετικά με τα νοσήματα φθοράς των ενηλίκων και θεωρώντας τους εαυτούς τους «άτρωτους», δεν διεκδικούν το δικαίωμα στην προστασία και προώθηση των υπηρεσιών υγείας που τους αφορούν.
- Η οικογένεια βρίσκεται συχνά σε αμηχανία και δεν μπορεί να χειριστεί την φυσιολογική αναπτυξιακή μεταβολή των εφήβων που απαιτούν να διαχειρίζονται μόνοι την υγεία τους. Οι γονείς εστιάζουν την προσοχή τους στη σχολική επιτυχία, τον επαγγελματικό προσανατολισμό και τις δραστηριότητες, θεωρώντας την υγεία δεδομένη.

Τα προβλήματα υγείας των εφήβων μπορεί να σχετίζονται ή όχι με τις σωματικές και ψυχικές μεταβολές της ήβης, ή να αποτελούν τη συνέχεια ενός χρόνιου νοσήματος που έχει ήδη εκδηλωθεί από την παιδική ηλικία.

- ο Οι περισσότεροι από τους εφήβους παρουσιάζουν προβλήματα που σχετίζονται με τις φυσιολογικές διεργασίες της ήβης (π.χ. ακμή, σιδηροπενία, υπερβολικό άγχος).
- ο Επίσης, σε υψηλό ποσοστό μπορεί να προκύψει κάποια διαταραχή των φυσιολογικών αυτών μεταβολών (π.χ. έως και 50% των κοριτσιών παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα εμμηνορρυσίας).
- ο Περίπου 35% των εφήβων παρουσιάζουν ένα πρόβλημα με χρονιότητα (διάρκειας > 3 μηνών). Υπολογίζεται πως 10% των εφήβων πάσχουν από κάποιο σοβαρό χρόνιο νόσημα και χρειάζονται – εκτός από την παρακολούθηση της ειδικής ομάδας των θεραπόντων – ισχυρή υποστήριξη κατά την εφηβεία, ώστε να βιώσουν τις μεταβολές της με όσο το δυνατόν πιο ανώδυνο και λειτουργικό τρόπο.
- ο Κατά την εφηβεία μπορεί να αναδυθούν λανθάνουσες, προϋπάρχουσες καταστάσεις (σωματικές, ψυχικές, κοινωνικό περιβαλλοντικές) λόγω της οργανικής και συναισθηματικής αστάθειας της περιόδου αυτής.

Το περιβάλλον έχει ιδιαίτερη σημασία για την υγεία και την ευημερία των εφήβων. Οι έφηβοι είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι στις περιβαλλοντικές επιδράσεις, γιατί δεν έχουν ακόμη αναπτύξει όλες τις γνωστικές λειτουργίες για την αξιολόγηση πληροφοριών και μοντέλων ζωής. Συνεπώς, η αγωγή υγείας των εφήβων καθρεφτίζει το επίπεδο και τις παροχές της κοινωνίας στην οποία αναπτύσσονται. Τα νεαρά

άτομα στην εποχή μας καλούνται να βιώσουν ένα μεταβατικό στάδιο σε έναν εξαιρετικά μεταβαλλόμενο κόσμο : κινητικότητα πληθυσμού, φάσμα ανεργίας, μεγάλη τεχνολογική ανάπτυξη, επίδραση μέσω μαζικής επικοινωνίας (MME), φαινόμενο διαζυγίου και μείωση της κοινωνικής συνεκτικότητας (μικρές οικογένειες σε μεγάλες κοινωνίες).

Ένα πρόβλημα για την σημερινή νεολαία παγκοσμίως είναι ο βομβαρδισμός της από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (MME) και το επιθετικό marketing, με αποτέλεσμα την εμφάνιση μιας «νέας» νοσηρότητας που προκύπτει από την ανάπτυξη συμπεριφορών υψηλού κινδύνου : ριψοκίνδυνη σεξουαλική δραστηριότητα, χρήση αλκοόλ, κάπνισμα, διατροφικές εκτροπές, επικίνδυνη οδική συμπεριφορά κ.α. Κατά συνέπεια, βασικά προβλήματα της εφηβείας παγκοσμίως αλλά και στην Ελλάδα είναι:

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα :

- Η επίπτωση των χλαμυδιακών λοιμώξεων σε σεξουαλικά δραστήριες έφηβες στις ΗΠΑ, είναι 15-37%. Για την Ελλάδα υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία, τα οποία δεν αφορούν αμιγώς εφηβικό πληθυσμό. Οι χλαμυδιακές λοιμώξεις μπορεί να είναι ασυμπτωματικές σε 25-50% των περιπτώσεων, και με σοβαρές επιπτώσεις στο γεννητικό σύστημα. Υπολογίζεται ότι 15-20 % των περιπτώσεων φλεγμονώδους νόσου της πυέλου σχετίζονται με χλαμυδιακή λοίμωξη, ενώ είναι επίσης γνωστή η σχέση των παθογόνων αυτών με την υπογονιμότητα κατά την ενήλικη ζωή.
- Παρατηρείται αύξηση του αριθμού των λοιμώξεων του γεννητικού συστήματος από τον ανθρώπινο ιό των κονδυλωμάτων (HPV) και τον ιό του έρπητα τύπου 2 (HSV-2).
- Όσον αφορά το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS), η μόλυνση στην εφηβική ηλικία προδικάζει νόσο την 3η δεκαετία της ζωής. Οι έφηβοι ασθενείς αντιπροσωπεύουν το 1% και οι ασθενείς 20-29 ετών το 20% του συνόλου.

Η εφηβική εγκυμοσύνη – άμβλωση:

- Σύμφωνα με στοιχεία της Β΄ Γυναικολογικής και Μαιευτικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών για την Ελλάδα, 30-40% των κοριτσιών 16-18 ετών έχουν ξεκινήσει σεξουαλική δραστηριότητα, ενώ 30% δεν χρησιμοποιούν μέθοδο αντισύλληψης και 30% χρησιμοποιούν αναποτελεσματικές μεθόδους, όπως η απόσυρση. Η συχνότητα των εφηβικών γεννήσεων έχει μειωθεί την τελευταία εικοσαετία (από 9% το 1985 σε 5.2% το 2003), γεγονός που μάλλον συνδέεται με την

αύξηση των αμβλώσεων κατά το ίδιο χρονικό διάστημα (1980: 28.8%, 2003 : 50%).

Η παχυσαρκία :

- Αποτελεί «επιδημία» της εποχής και τα στοιχεία είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά για την Ελλάδα. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα της Ενδοκρινολογικής Μονάδας της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων αγοριών κατά την εφηβεία ήταν 20.63% και 11.8% αντίστοιχα. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τα κορίτσια ήταν 14.48% και 3.65%. Η εφηβική παχυσαρκία προδικάζει παχυσαρκία κατά την ενήλικη ζωή με τις συνοδές σημαντικές επιπτώσεις.

Η αύξηση της επίπτωσης των διατροφικών διαταραχών :

- Παρατηρείται αύξηση της επίπτωσης ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας που αποτελούν διαταραχές με επιφυλακτική πρόγνωση και σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα. Σε αυτό φαίνεται πως συμβάλλει η προβολή του εξαιρετικά αδύνατου γυναικείου σώματος σαν πρότυπο ομορφιάς-γοητείας, από τα ΜΜΕ.

Η ανθυγιεινή διατροφή :

- Συχνά οι έφηβοι λαμβάνουν έως και 50% των προσλαμβανομένων θερμίδων σε λίπος, ενώ η διατροφή τους υπολείπεται σε πρόσληψη ασβεστίου, σιδήρου και φυτικών ινών. Ο τύπος αυτός διατροφής μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην μελλοντική τους υγεία.

Τα τροχαία ατυχήματα – οι τραυματισμοί :

- Η χώρα μας διατηρεί ένα θλιβερά υψηλό ποσοστό ατυχημάτων, που αποτελεί και την πρώτη αιτία θανάτου της εφηβικής ηλικίας (14 θάνατοι από τροχαία / 100.000 εφήβων το 2001, σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος)

Η χρήση αλκοόλ, το κάπνισμα, η χρήση κάνναβης και άλλων ουσιών :

- Στην ηλικία των 15 ετών, 67% των εφήβων αναφέρουν πως έχουν μεθύσει τουλάχιστον δύο φορές στη ζωή τους. Η χρήση αλκοόλ στην εφηβική ηλικία συνδέεται με βίαιη συμπεριφορά, ριψοκίνδυνη σεξουαλική δραστηριότητα, ενώ 41% των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων μπορεί να σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών.

- Σύμφωνα με στοιχεία της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών,

50% των Ελλήνων και 47% των Ελληνίδων καπνίζουν σε ηλικία 17 - 18 ετών. Από τους ενήλικες καπνιστές περισσότεροι από 90% ξεκίνησαν σε ηλικία μικρότερη των 19 ετών. Το ποσοστό του συστηματικού καπνίσματος σε μαθητές Γυμνασίου και Λυκείου ήταν 16,2% το 2008 (το 1998 ήταν 20,8%) ενώ σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας ένας στους τέσσερις καπνιστές μαθητές δήλωσε ότι κάπνισε πρώτη φορά πριν την ηλικία των 10 ετών.

- Στην Ελλάδα, αναφέρεται ότι 9% των μαθητών Β΄ και Γ΄ Λυκείου (16 ετών) έχουν κάνει δοκιμή ή χρήση κάναβης (11% των αγοριών και 7% των κοριτσιών). Η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης της είναι τα 14.9 έτη. Οι άλλες ουσίες παρουσιάζουν πολύ χαμηλότερη συχνότητα (< 2%).

Η κατάθλιψη – η αυτοκτονία :

- Έρευνα που διεξήχθη σε Έλληνες εφήβους αποκαλύπτει ότι 13% των αγοριών και 29% των κοριτσιών θεωρήθηκαν «περιπτώσεις» με καταθλιπτικό συναίσθημα. Πολλές ψυχικές διαταραχές αναδύονται κατά την εφηβική ηλικία λόγω της αστάθειας και των μεταβολών που την χαρακτηρίζουν.

- Ως προς τον αυτοκτονικό ιδεασμό, 8.3% των αγοριών και 17.6% των κοριτσιών ανέφεραν ότι «είχαν κάποτε στη ζωή τους σκεφθεί σοβαρά να πεθάνουν». Τα ποσοστά απόπειρας ήταν 0.86% και 3.02% για τα αγόρια και τα κορίτσια αντίστοιχα. Οι θάνατοι εφήβων από αυτοκτονία στην Ελλάδα το 2001 ήταν 9, σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος. Τα ποσοστά όμως υπολογίζονται σε πολύ μεγαλύτερα, διότι στη χώρα μας ο αριθμός των αυτοκτονιών δεν καταγράφεται επίσημα καθώς συνήθως δηλώνονται ως «αιφνίδιοι θάνατοι».

Η ατμοσφαιρική ρύπανση:

- Στην έκθεση της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναφορικά με τις περιβαλλοντικές συνθήκες των ευρωπαϊκών πόλεων (Μάιος 2007) η Θεσσαλονίκη, η Αθήνα, το Ηράκλειο, ο Βόλος, η Λάρισα και η Πάτρα κατατάσσονται στις πόλεις με τους περισσότερους ατμοσφαιρικούς ρύπους.

- Οι ατμοσφαιρικοί ρύποι που εισέρχονται στον ανθρώπινο οργανισμό έχουν ιδιαίτερα βλαπτικές επιπτώσεις στην υγεία των πνευμόνων. Τα ορατά συμπτώματα αμέσως μετά την έκθεση σε υψηλά επίπεδα ρύπανσης περιλαμβάνουν ερεθισμό των αεραγωγών, δύσπνοια και αυξημένη πιθανότητα για κρίση άσθματος. Η

παρατεταμένη έκθεση σε ατμοσφαιρικούς ρύπους φαίνεται ότι αυξάνει την εμφάνιση πνευμονικών νοσημάτων (π.χ. καρκίνος) και των θανάτων από αυτά. Τέλος, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή οι αυξημένες συγκεντρώσεις αιωρούμενων μικροσωματιδίων μειώνουν το προσδόκιμο ζωής κατά εννέα μήνες.

- Οι έφηβοι είναι πιο ευάλωτοι από τους ενήλικες και εκτίθενται σε υψηλότερα επίπεδα ατμοσφαιρικών ρύπων εξαιτίας του μεγαλύτερου ρυθμού αναπνοής τους και του χαμηλότερου βάρους τους, ενώ περνούν περισσότερο χρόνο έξω και υπόκεινται σε υψηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας.

Σύμφωνα με τη δημοσιοποίηση της νέας αναφοράς του Περιφερειακού Γραφείου του Π.Ο.Υ. για την Ευρώπη σχετικά με την υγεία και τη σχετική συμπεριφορά εφήβων από 35 χώρες, τα παραπάνω αποτελούν βασικούς δείκτες υγείας των εφήβων και η παρούσα κατάσταση αφήνει μεγάλα περιθώρια βελτίωσης. Από την έκθεση των παθολογικών καταστάσεων της εφηβικής ηλικίας γίνεται σαφές ότι περί τα 2/3 των προβλημάτων είναι προλήψιμα και ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό αντιμετωπίσιμα και ιάσιμα.

Σημαντικό ακόμη είναι το γεγονός ότι εφηβεία είναι μια ηλικιακή ομάδα «κλειδί», με ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την υγεία των ενηλίκων και την κοινωνία του μέλλοντος. Τούτο είναι προφανές, αφού οι γνώσεις για την υγεία και οι συνήθειες υγιεινής που θα αποκτηθούν κατά τη διάρκεια της εφηβικής περιόδου, θα ισχύσουν και κατά την ενήλικη ζωή και θα καθορίσουν την ποιότητά της. Πολλά από τα προβλήματα των ενηλίκων (παχυσαρκία, οστεοπόρωση, καρδιαγγειακή νόσος, κακοήθειες, υπογονιμότητα) μπορούν να περιοριστούν μελλοντικά με τη σωστή ενημέρωση των σημερινών εφήβων.

4.5. Η Παροχή Υπηρεσιών Υγείας στους Έφηβους και η Σπουδαιότητα της

Σύμφωνα με την 53η συνεδρίαση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής του Π.Ο.Υ. στη Βιέννη το 2003, η κατάσταση της υγείας των εφήβων στις Ευρωπαϊκές χώρες δεν είναι ικανοποιητική. Αυτό έχει σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό κόστος και απώλειες σε ανθρώπινο δυναμικό. Μια επένδυση στη βελτίωση της υγείας των νεαρών ατόμων αναστέλλει τις επιπλοκές του μέλλοντος και αποτελεί πραγματικό κέρδος για το σύνολο του πληθυσμού. Ο Π.Ο.Υ. προτρέπει όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες να δώσουν προτεραιότητα στην υγεία της εφηβικής ηλικίας.

Στη χώρα μας οι έφηβοι αποτελούν το 11% του πληθυσμού (1.300.000 έφηβοι) και ο απόλυτος αριθμός τους συνεχώς παρουσιάζει διαχρονική μείωση (το 1982 οι έφηβοι αποτελούσαν το 14% του πληθυσμού). Όπως δε είναι γνωστό για τη χώρα μας, ο γηραιότερος πληθυσμός συνεχώς αυξάνεται και η γενιά των τωρινών εφήβων καλείται να τους στηρίξει οικονομικά στο μέλλον. Είναι λοιπόν σαφές πως η αφοσίωση και η προσφορά στους εφήβους είναι μία επένδυση – όχι ένα αδικαιολόγητο κόστος.

Οι έφηβοι διεκδικούν το δικαίωμα διαχείρισης της υγείας τους και της ατομικότητάς τους στα πλαίσια της υγιούς ψυχοκοινωνικής τους ανάπτυξης. Είναι ωστόσο σίγουρο πως ο έφηβος δεν απευθύνεται εύκολα στα παιδιατρικά ή παθολογικά εξωτερικά ιατρεία, όπου το είδος των προβλημάτων και η αντιμετώπισή τους δεν τον αφορούν, αφού δεν είναι ούτε παιδί, ούτε ενήλικος.

Η εφηβική περίοδος – με όλες τις ιδιαιτερότητές της - παρουσιάζει ειδικές δυσκολίες για τα άτομα που ασχολούνται με την προαγωγή της υγείας και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Συχνά οι λειτουργοί υγείας αισθάνονται άβολα και ανεπαρκείς για να αντιμετωπίσουν τους εφήβους και απλά τους παραπέμπουν ή ασχολούνται επιφανειακά με τα προβλήματά τους. Αυτό γίνεται αντιληπτό από τον έφηβο που στο μέλλον θα αποφύγει όσο γίνεται το σύστημα υγείας και ουσιαστικά θα μείνει αβοήθητος και εκτεθειμένος σε κινδύνους.

Πρέπει ακόμη να λαμβάνεται υπόψη ότι η εφηβεία είναι μια ηλικία με πολλές δυσκολίες στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων. Η συμμετοχή ατόμων με την κατάλληλη γνώση και εμπειρία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό βοηθάει στην ελάττωση των δυσκολιών της επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς.

Οι ειδικές υγειονομικές ανάγκες των εφήβων έχουν αναγνωριστεί από τις υπηρεσίες υγείας των Η.Π.Α. και την Αυστραλία από τη δεκαετία του 1980, ενώ σημαντικές προσπάθειες γίνονται και σε ορισμένες Ευρωπαϊκές χώρες (Ελβετία, Σουηδία, Ιταλία, Πορτογαλία). Στις ΗΠΑ και την Αυστραλία λειτουργούν Κέντρα Εφηβικής Υγείας, όπου παρέχεται ένα μεγάλο εύρος κλινικών υπηρεσιών υγείας και εφαρμόζονται προγράμματα ειδικά για εφήβους. Ακόμη, σε πολλά νοσοκομεία του Εξωτερικού λειτουργούν ειδικές μονάδες περίθαλψης εφήβων.

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, πως η καλή υγεία είναι προϋπόθεση για την ανάπτυξη και την πρόοδο μιας κοινωνίας και οι νέοι είναι το κεφάλαιό μας για το μέλλον. Δια το λόγο αυτό, οφείλουμε να φροντίσουμε για την εξασφάλιση της υγιούς

και ομαλής ενηλικίωσης τους μέσω της γνώσης και της εφαρμογής των απαραίτητων προγραμμάτων πρόληψης και υγείας.

4.6. Παρακολούθηση και Πρόληψη κατά την Εφηβική Ηλικία

Αν και η πρόληψη ξεκινά από τη νεογνική ακόμη περίοδο (με την εφαρμογή του μητρικού θηλασμού), κατά την εφηβεία το άτομο αποκτά την ευθύνη και το δικαίωμα διαχείρισης της υγείας του. Οι συστάσεις δίνονται απευθείας στον έφηβο, χωρίς τη μεσολάβηση των γονέων. Οι συνήθειες υγιεινής και οι γνώσεις για την υγεία που αποκτώνται κατά την εφηβεία θα ισχύσουν και κατά την ενήλικη ζωή και θα καθορίσουν την ποιότητά της. Πολλά από τα νοσήματα φθοράς των ενηλίκων (καρδιαγγειακή νόσος, υπογονιμότητα, οστεοπόρωση) μπορούν να περιοριστούν με την ενημέρωση και επιμόρφωση των σημερινών εφήβων. Η πρόληψη λοιπόν αποκτά ιδιαίτερη σημασία για την ηλικιακή αυτή ομάδα.

Η προτεινόμενη συχνότητα προληπτικών επισκέψεων κατά την εφηβική ηλικία είναι μία επίσκεψη ετησίως. Οι στόχοι της ετήσιας προληπτικής εξέτασης των εφήβων είναι η έγκαιρη ανίχνευση σωματικών ή ψυχικών διαταραχών, ώστε να υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες επιτυχούς παρέμβασης, καθώς και η συμβουλευτική των εφήβων σε θέματα πρόληψης και αποφυγής συμπεριφορών υψηλού κινδύνου.

Είναι ευνόητο ότι οι ετήσιες επισκέψεις αφορούν την πρόληψη και ότι σε περίπτωση εμφάνισης οποιουδήποτε προβλήματος ή ύπαρξης χρόνιου νοσήματος, πραγματοποιούνται οι απαραίτητες επισκέψεις διάγνωσης και θεραπείας. Σημεία της εφηβικής συμπεριφοράς που θα πρέπει να θορυβήσουν τους γονείς και τον παιδίατρο είναι η απότομη πτώση της σχολικής επίδοσης, οι μεταβολές του βάρους (απότομη αύξηση, μεγάλη μείωση) και του ύπνου (αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος), η κοινωνική απομόνωση (έλλειψη φίλων και φλερτ), η αδιαφορία για την προσωπική εμφάνιση και καθαριότητα.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις στις οποίες θα πρέπει να υποβάλλεται ένας υγιής έφηβος στα πλαίσια μιας επίσκεψης ρουτίνας είναι ελάχιστες, ωστόσο σημαντικές. Συνιστώνται μια γενική αίματος και μια γενική ούρων ετησίως. Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστούν ορισμένα σημεία που αφορούν ιδιαίτερα την εφηβική ηλικία:

1. Απαραίτητα είναι η μέτρηση του ύψους, του βάρους και ο υπολογισμός του δείκτη μάζας σώματος ΔΜΣ (βάρος / ύψος²), καθώς και η καταγραφή τους στις

σχετικές καμπύλες ανάπτυξης. Είναι σημαντικό να ανιχνευθούν οι περιπτώσεις υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών και να εφαρμοστεί η κατάλληλη παρέμβαση, καθ' όσον η εμφάνιση παχυσαρκίας στην εφηβική ηλικία ισοδυναμεί με περισσότερες πιθανότητες παραμονής της κατά την ενήλικη ζωή. Είναι γνωστές οι σοβαρές επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην υγεία και η συμμετοχή της σε πληθώρα νοσηρών καταστάσεων της ενηλικίου ζωής και έχουν ήδη αναφερθεί στο παρόν κείμενο. Η οξεία και σημαντική απώλεια βάρους μπορεί να σημαίνει την ύπαρξη διατροφικής διαταραχής (νευρογενής ανορεξία) ή την εγκατάσταση οργανικής νόσου (κακοήθεια, φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, παρασίτωση, ενδοκρινοπάθεια κ.λπ). Η οξεία απώλεια ή αύξηση βάρους μπορεί να αποτελούν ένδειξη καταθλιπτικού επεισοδίου ή άλλης διαταραχής του ψυχισμού ή του περιβάλλοντος του εφήβου.

2. Η εκτίμηση του σταδίου εφηβικής ανάπτυξης κατά Tanner (δηλαδή της ανάπτυξης των έξω γεννητικών οργάνων και των χαρακτηριστικών του φύλου) , είναι απαραίτητη και σημαντική. Η συσχέτιση των σταδίων Tanner με τη χρονολογική ηλικία, τη σωματική αύξηση και τους βασικούς σταθμούς της εφηβείας (όπως η αυξητική αιχμή και η εμμηνορρυσία) μπορεί να παρέχει σημαντικές πληροφορίες για την ανίχνευση γενετικών συνδρόμων, ενδοκρινολογικών και ανατομικών διαταραχών, καθώς και διαταραχών της ανάπτυξης.

3. Η ετήσια μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και η ανίχνευση υπέρτασης είναι σημαντικά σημεία.

4. Η ακμή είναι πολύ συχνή και παρουσιάζεται σε >80% των εφήβων. Όπως οτιδήποτε επηρεάζει την εξωτερική τους εμφάνιση, έχει δυσμενείς επιδράσεις στον ψυχισμό τους και πρέπει να θεραπεύεται.

5. Η ετήσια οφθαλμολογική εξέταση συνιστάται κατά την περίοδο της αύξησης. Τα οστά του κρανίου, συμπεριλαμβανομένου και του κόγχου, αναδιαμορφώνονται κατά την περίοδο αύξησης και μπορεί να αναπτυχθούν διαθλαστικές ανωμαλίες. Η εφηβεία είναι η πιθανότερη ηλικία ανάδυσης της μυωπίας.

6. Η ετήσια επίσκεψη στον οδοντίατρο αποτελεί μοναδική ευκαιρία επιτήρησης της στοματικής υγιεινής. Κατά την εφηβεία αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης τερηδόνας, ουλίτιδας και ορθοδοντικών προβλημάτων. Θα πρέπει να υπενθυμίζονται οι βασικοί κανόνες περιορισμού της ζάχαρης, τακτικού πλυσίματος των δοντιών και χρήσης οδοντικού νήματος, καθώς και οι προληπτικές επισκέψεις στον οδοντίατρο.

7. Ο θυρεοειδής αδένας εξετάζεται ετησίως για μεταβολές του μεγέθους, της υφής, την ύπαρξη ευαισθησίας ή την ανεύρεση ασυμμετρίας ή ψηλαφητών όζων. Η θυρεοειδοπάθεια δεν είναι σπάνια, ειδικά στα κορίτσια.

8. Όλοι οι έφηβοι, και ιδιαίτερα κατά την περίοδο αυξητικής αιχμής, εξετάζονται ετησίως για την ανάπτυξη σκολίωσης. Η ανεύρεση σκολίωσης σε αναπτυσσόμενο έφηβο απαιτεί παραπομπή σε ορθοπεδικό. Εάν η ανάπτυξη έχει ολοκληρωθεί και η σκολίωση είναι ήπια, δεν θα υπάρξει εξέλιξη και δεν απαιτείται παρέμβαση ή περαιτέρω παρακολούθηση.

9. Σε όλες τις σεξουαλικά δραστήριες έφηβες συνιστάται γυναικολογική εξέταση ετησίως και τεστ Παπανικολάου, καθώς και άλλες ανιχνευτικές εξετάσεις για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

10. Στα αγόρια δεν παραλείπεται η εξέταση των όρχεων για την έγκαιρη ανίχνευση κισσοκήλης και του σεμινώματος, του συνηθέστερου όγκου συμπαγούς οργάνου των ανδρών 15-34 ετών (επίπτωση 1/10.000).

Οι ετήσιες επισκέψεις πρόληψης δίνουν την ευκαιρία ελέγχου των απαραίτητων εμβολιασμών των εφήβων. Τα εμβόλια που θα πρέπει να έχουν γίνει σε όλους του εφήβους είναι :

1. Η σειρά DTP. Συνιστάται επανάληψη Td ανά δεκαετία
2. Πολιομυελίτιδας
3. Δύο δόσεις MMR
4. Η σειρά εμβολιασμού για ηπατίτιδα B
5. Εμβολιασμός για την ηπατίτιδα A
6. Συζευγμένο εμβόλιο μηνιγγιτιδοκόκκου τύπου C
7. Ανεμοβλογιάς, σε περίπτωση μη νόσησης
8. Το εμβόλιο έναντι του ιού του ανθρώπινου θηλώματος (HPV) σε μη ενεργές σεξουαλικά έφηβες
9. Σε ομάδες εφήβων με τις ανάλογες ενδείξεις, γίνονται τα εμβόλια της γρίπης και τα αντιπνευμονιοκοκκικά.

4.7. Συστάσεις κατά την Εφηβεία για την Αγωγή Υγείας

Οι συστάσεις που δίνονται στους εφήβους αφορούν τους παρακάτω βασικούς τομείς:

1. Διατροφή
2. Άθληση
3. Σεξουαλική αγωγή
4. Ασφάλεια
5. Χρήση καπνού, αλκοόλ, ουσιών

1. Διατροφή

Η ανάπτυξη και η υγεία του ανθρώπου εξαρτώνται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων σημαντική θέση κατέχει η διατροφή. Η διατροφή ορίζεται ως «Η προσφορά στον οργανισμό του ανθρώπου των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών με την τροφή. Θρεπτικές ουσίες είναι τα συστατικά (πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λίπη, βιταμίνες, ανόργανα άλατα, ιχνοστοιχεία, φυτικές ίνες) που χρειάζονται στον οργανισμό για τις ενεργειακές του ανάγκες, την ανάπτυξη, τη συντήρηση και την αντικατάσταση των φθαρμένων κυττάρων του» (Γραβάνη 1995).

Η διατροφή κατά την εφηβική ηλικία έχει ιδιαίτερη βαρύτητα και σημαντικούς στόχους, οι οποίοι συνοψίζονται παρακάτω :

- A. Παροχή ενέργειας και θρεπτικών συστατικών για την επίτευξη της φυσιολογικής εφηβικής ανάπτυξης και της καθημερινής εφηβικής δραστηριότητας (στη διάρκεια της εφηβείας αποκτάται το 15-25% του ύψους του ενήλικα και το 42-51% της οστικής του μάζας).
- B. Πρόληψη καταστάσεων κατά την εφηβική ηλικία (σιδηροπενική αναιμία, οδοντική τερηδόνα).
- Γ. Πρόληψη παθολογικών καταστάσεων κατά την ενήλικη ζωή (οστεοπόρωση, υπέρταση, καρδιαγγειακή νόσος, καρκινογένεση, παχυσαρκία).

Ορισμένα βασικά σημεία που πρέπει να τονιστούν, σχετικά με τη σημασία της εφαρμογής ενός υγιεινού και σωστού διατροφικού προγράμματος κατά την εφηβική ηλικία είναι :

1. Κατά την εφηβεία το άτομο αποκτά την ευθύνη της υγείας του και τις

συνήθειες που θα ισχύσουν κατά την ενήλικη ζωή του και θα καθορίσουν την ποιότητά της. Είναι λοιπόν ιδιαίτερα σημαντική η απόκτηση γνώσεων σχετικά με τη σωστή διατροφή και η εγκατάσταση ανάλογης διατροφικής συμπεριφοράς.

2. Κατά την εφηβεία αυξάνεται ο αριθμός των λιποκυττάρων του σώματος και η εμφάνιση παχυσαρκίας κατά την ηλικία αυτή συνδυάζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα παραμονής της κατά την ενήλικη ζωή. Η παχυσαρκία (που συχνά συνοδεύεται από υπερλιπιδαιμία, υπέρταση και αντοχή στην ινσουλίνη) αποτελεί μάστιγα της εποχής μας και κύρια αιτία της καρδιαγγειακής νόσου των ενηλίκων.

3. Σημαντικό ποσοστό κακοηθειών στον άνθρωπο σχετίζονται με τη διατροφή και η πρόληψη μπορεί να εστιαστεί σε απλούστατες διαιτητικές παρεμβάσεις όπως η αύξηση της κατανάλωσης αντιοξειδωτικών παραγόντων (βιταμινών), η έμφαση στην κατανάλωση φυτικών ινών (προστασία από τον καρκίνο του παχέος εντέρου) και η μείωση της κατανάλωσης των κορεσμένων ζωικών λιπών που έχει συσχετισθεί με τον καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών.

4. Η εφηβεία είναι η ηλικία απόκτησης της κορυφαίας οστικής μάζας και η ηλικία - κλειδί για την πρόληψη της οστεοπόρωσης των ενηλίκων μέσω της επαρκούς ημερήσιας πρόσληψης ασβεστίου. Η απαραίτητη ημερήσια πρόσληψη ασβεστίου είναι 1300mg (4 ποτήρια γάλα ή 3 ποτήρια εμπλουτισμένου με ασβέστιο γάλακτος ή ισοδύναμες μερίδες γαλακτοκομικών). Ας σημειωθεί ότι η οστεοπόρωση αποτελεί μια νόσο με σημαντική νοσηρότητα και κόστος σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο.

5. Οι ανάγκες σε σίδηρο αυξάνονται κατά την εφηβεία λόγω της αύξησης του όγκου του αίματος και στα δύο φύλα, της εμφάνισης εμμηνορρυσίας στα κορίτσια και της ανάπτυξης του μυϊκού ιστού στα αγόρια. Συνεπώς, η σιδηροπενική αναιμία είναι η πιο συχνή εκδήληση διατροφικής ανεπάρκειας στους εφήβους και των δύο φύλων. Συνιστάται ημερήσια πρόσληψη 18mg σιδήρου για τα κορίτσια και 12mg για τα αγόρια. Ο σίδηρος που περιέχεται σε τροφές φυτικής προέλευσης απορροφάται πολύ λίγο (1-5%), ενώ ο σίδηρος που περιέχεται σε κρέατα και ψάρια έχει σημαντικά μεγαλύτερο συντελεστή απορρόφησης (25%). Η βιταμίνη C αποτελεί ενεργοποιητή της απορρόφησης σιδήρου, ενώ ο καφές και το τσάι αναστέλλουν την απορρόφηση και πρέπει να λαμβάνονται με απόσταση τουλάχιστον μίας ώρας από τα γεύματα. Στους εφήβους που αθλούνται, οι ανάγκες σε σίδηρο είναι ακόμη μεγαλύτερες και μπορεί να χρειαστεί εξωγενής χορήγηση σιδήρου.

Παρά τη μεγάλη σημασία της διατροφής κατά την εφηβική ηλικία, οι έφηβοι συνήθως δεν διατρέφονται σωστά. Δεν τρώνε πρωινό, καταναλώνουν ενδιάμεσα

γεύματα αμφιβόλου διατροφικής αξίας (σνάκς), τρώνε συχνά εκτός σπιτιού πολυθερμιδικά «πρόχειρα γεύματα» (fast food) και η διατροφή τους υπολείπεται σε σίδηρο, ασβέστιο και φυτικές ίνες. Μπορεί ακόμη να ακολουθήσουν «επικίνδυνες» δίαιτες (κορίτσια) ή να χρησιμοποιήσουν επικίνδυνα συμπληρώματα (αγόρια).

Η εφηβική ηλικία χαρακτηρίζεται από ιδιαιτερότητες που επηρεάζουν τη διατροφική συμπεριφορά. Η αναζήτηση ανεξαρτησίας, η αμφισβήτηση του τρόπου ζωής των ενηλίκων και η υπερβολική ενασχόληση με την εικόνα σώματος, αποτελούν χαρακτηριστικά της φυσιολογικής ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης που δυσκολεύουν την υιοθέτηση ενός ισορροπημένου καθημερινού διαιτολογίου. Η έντονη δραστηριότητα εκτός σπιτιού και η «πίεση» από τους συνομηλίκους και τα ΜΜΕ, αποτελούν επιπλέον παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της παραπάνω κατάστασης.

Η διατροφική εκπαίδευση των εφήβων αποτελεί ιδιαίτερα δύσκολο εγχείρημα, δεδομένου ότι :

- Οι έφηβοι αισθάνονται απόλυτα υγιείς και δεν έχουν κίνητρο για να αλλάξουν τη διατροφή τους.
- Είναι γνωστικά προσκολλημένοι στο παρόν και δεν μπορούν να προβλέψουν τις συνέπειες στο μέλλον.
- Οι συνήθειες είναι δύσκολο να αλλάξουν σε όλες τις ηλικίες.
- Ο έφηβος θεωρεί τον τρόπο διατροφής του εύκολο και βολικό ώστε να εξυπηρετεί το βαρύ πρόγραμμά του.

Για να επιτύχει οποιαδήποτε παρέμβαση στην ηλικία αυτή, είναι σημαντικό να γίνονται προτάσεις, χωρίς όμως να επιβάλλονται εάν δεν υπάρχει συνεργασία από τον έφηβο. Η συμμετοχή όλης της οικογένειας στην προσπάθεια υιοθέτησης ενός ισορροπημένου διατροφικού προγράμματος είναι καθοριστικής σημασίας. Στα αρχικά στάδια απαιτείται συνεχής υποστήριξη και ενθάρρυνση, προκειμένου να σημειωθεί κάποιο-έστω και μικρό- αποτέλεσμα.

Οι βασικές συστάσεις της Ένωσης Ελλήνων Διαιτολόγων για την ηλικία αυτή είναι :

1. Να μην παραλείπονται κύρια γεύματα.
2. Το πρωινό είναι από τα σημαντικότερα γεύματα της ημέρας.
3. Να μην καταναλώνονται μεταξύ των γευμάτων πρόχειρες τροφές. Οι πρόχειρες τροφές περιέχουν αρκετό λίπος, αλάτι και κενές θερμίδες. Για αυτό πρέπει να χρησιμοποιούνται με μέτρο.
4. Λιγότερα λίπη και ζάχαρη.

5. Κατανάλωση περισσότερων τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες.
6. Άφθονα φρούτα και λαχανικά.
7. Κατανάλωση ποικιλίας τροφών καθημερινά.
8. Διατήρηση κανονικού σωματικού βάρους.
9. Αργό μάσημα.
10. Άφθονο νερό.
11. Να αποφεύγονται τα οινοπνευματώδη ποτά.
12. Να αποφεύγεται η υπερκατανάλωση γλυκών και αναψυκτικών.
13. Να αποφεύγεται το πολύ αλάτι.
14. Άσκηση καθημερινά.

Ένα σωστό διατροφικό πρόγραμμα κατά την εφηβεία αποτελεί το θεμέλιο λίθο ενός γενικότερα ισορροπημένου τρόπου ζωής που εξασφαλίζει υγεία, καλαισθησία, ευχαρίστηση, καλές ανθρώπινες σχέσεις και μακροζωία.

2. Άθληση

Για πολλά χρόνια η τάση για φυσική άσκηση είχε ατονήσει σημαντικά, εξαιτίας κυρίως του τρόπου ζωής, της ιατροκεντρικής αντίληψης και της έλλειψης αντίστοιχων δυνατοτήτων στο νέο αστικό περιβάλλον. Όμως, τα τελευταία χρόνια, η ενημέρωση για τα πολλαπλά οφέλη της άθλησης, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου κυρίως στις ανεπτυγμένες κοινωνίες, καθώς και η στροφή προς την πρόληψη της σύγχρονης νοσηρότητας και την προστασία του εφήβου από την υιοθέτηση επικίνδυνων συμπεριφορών (κάπνισμα, ναρκωτικά, βία και άλλα), έδωσαν και πάλι στη φυσική άσκηση πρωτεύουσα σημασία.

Ως φυσική άσκηση συνήθως ορίζεται η σωματική κίνηση που παράγεται από τους σκελετικούς μυς, με την κατανάλωση ενέργειας, και που επιδρά θετικά στην υγεία. Η γυμναστική εξάλλου, αποτελεί τύπο φυσικής άσκησης, με σχεδιασμένες, οργανωμένες και επαναλαμβανόμενες σωματικές κινήσεις, για τη βελτίωση ή διατήρηση μίας ή περισσότερων συνιστωσών της σωματικής ευεξίας.

Η αρνητική επίδραση που ασκεί η καθιστική ζωή στη διάρκεια και στην ποιότητα της ανθρώπινης ζωής είναι πλέον πολλαπλά τεκμηριωμένη. Η έλλειψη άσκησης αποτελεί αιτία σημαντικών παθήσεων που μελλοντικά θα ταλαιπωρήσουν τον έφηβο στην ενήλικη ζωή, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα εκφυλιστικά νοσήματα (σακχαρώδης διαβήτης, παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος), η οστεοπόρωση, η υπέρταση, ορισμένοι ανοσοεξαρτώμενοι καρκίνοι, καθώς και οι

ψυχικές διαταραχές. Όμως, οι αρνητικές επιδράσεις της καθιστικής ζωής δεν περιορίζονται μόνο στην πρόκληση της αρρώστιας. Η άσκηση επηρεάζει άμεσα και τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Με τη φυσική άσκηση προκαλείται καλύτερη αιμάτωση του κεντρικού νευρικού συστήματος, καθώς και αύξηση της σεροτονίνης και άλλων νευροδιαβιβαστών, που βελτιώνουν τη σωματική και ψυχική διάθεση. Επιπλέον η άσκηση είναι απαραίτητη για τη συντήρηση της φυσικής δομής και λειτουργίας του σώματος.

Εύκολα λοιπόν διακρίνουμε τη σπουδαιότητα της σωματικής άσκησης και τα οφέλη της σε όλα τα στάδια της ανθρώπινης ζωής και ανάπτυξης. Συγκεκριμένα όσον αφορά στους εφήβους, αξίζει να τονίσουμε πως ενισχύει την αυτοπειθαρχία, την αυτοεκτίμηση και το αίσθημα της ευγενούς άμιλλας, βοηθάει στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, επιδρά ευνοϊκά στην ψυχοσωματική τους υγεία και τους ωθεί στην ενασχόληση με τη φύση και τους υγιεινούς τρόπους ζωής και διατροφής. Το βασικότερο όμως όφελος όλων είναι ότι συντελεί στην εκτόνωση και απομάκρυνση των εφήβων από συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, ώστε να αποτελούν για την κοινωνία άτομα απελευθερωμένα από εξαρτίσεις και βίαιες διαθέσεις.

3. Σεξουαλική Αγωγή

Για τον έφηβο δεν είναι αρκετό να γνωρίσει μόνο τον εαυτό του. Χρειάζεται παράλληλα να γνωρίσει το άλλο φύλο και συγκεκριμένα τις διαφορές και τις ομοιότητες, που έχει με αυτό. Στο αγόρι οι ανάγκες για φυσική έκφραση της σεξουαλικής του δραστηριότητας στην εφηβεία είναι εντονότερες από ότι στο κορίτσι. Στο κορίτσι ο ρομαντισμός και η επιθυμία για έκφραση της προσωπικής του ομορφιάς προσκρούει πολλές φορές πάνω στο «εγώ» του αγοριού. Οι δύο αυτές τάσεις μεταξύ του αγοριού και του κοριτσιού εκδηλώνονται περισσότερο, όταν οι νέοι βρίσκονται μαζί σε μεγάλες παρέες, παρά όταν είναι μόνοι τους. Πολλά επομένως προβλήματα και απορίες ως προς την σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων προκύπτουν, όταν οι έφηβοι βρίσκονται μαζί και συζητούν θέματα γύρω από το σεξ.

Στην ξεχωριστή αντίληψη, που έχει ο κάθε έφηβος γύρω από το σεξ, συντελεί σε μεγάλο βαθμό η οικογένεια και αυτό γιατί οι γονείς κατά κανόνα θέλουν τα παιδιά τους να μεγαλώσουν σύμφωνα με τα δικά τους πρότυπα. Για να υπάρχει επομένως ομοιομορφία και σωστή αντίληψη γύρω από τα θέματα της γενετησιακής αγωγής, η εκπαίδευση πρέπει να αρχίζει από τους μεγαλύτερους, οι οποίοι στη συνέχεια θα είναι

σε θέση να διδάξουν σωστά τους νέους. Παράλληλα το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής, πρέπει να ξεκινάει με τις βασικές γνώσεις και με την πάροδο της ηλικίας να επεκτείνεται σε πιο ειδικά θέματα.

Με τον όρο γενετήσια αγωγή αναφερόμαστε στις αρχές, σύμφωνα με τις οποίες γίνεται η ενημέρωση του εφήβου πάνω στα θέματα των γενετικών λειτουργιών και η διαφώτιση του, ως προς τη στάση που πρέπει να τηρείται πάνω στις παρορμήσεις του γενετικού ενστίκτου. Το θέμα γύρω από την γενετήσια αγωγή παρουσιάζεται σήμερα με πολλές αντιθέσεις και αρκετή σύγχυση. Η ευαισθησία γονέων και παιδιών και μερικές φορές οι αντίθετες απόψεις μεταξύ κράτους, κοινωνίας και θρησκείας προκαλούν τη μεγαλύτερη δυσκολία στην επιμόρφωση της νεολαίας σε θέματα σεξουαλικής αγωγής. Η παρατήρηση αυτή βέβαια δεν μπορεί ούτε στο ελάχιστο να δικαιολογήσει την ανεπάρκεια συστηματικής εκπαίδευσης πάνω στα θέματα αυτά σε αρκετές χώρες, μεταξύ των οποίων και η δική μας.

Το ανημέρωτο παιδί εύκολα παρασύρεται από τον μεγαλύτερο φίλο, το ακατάλληλο για την ηλικία του περιοδικό, βιβλίο ή ταινία με αποτέλεσμα να οδηγείται σε πράξεις με δυσάρεστα ψυχικά ή σωματικά επακόλουθα. Αντίθετα το παιδί που έχει σταδιακά ενημερωθεί πάνω στα θέματα γενετησιακής αγωγής έχει σχηματίσει ολοκληρωμένη γνώμη για αυτά και δύσκολα μπορεί να παρασυρθεί ή τουλάχιστον αν κάνει κάτι έχει επίγνωση της κατάστασης και των επιπλοκών. Παράλληλα δρα σαν φορέας στους συνομηλικούς του προτρέποντάς τους για ενημέρωση σε θέματα σεξουαλικής αγωγής.

Η ανάγκη επομένως για επιμόρφωση ή τουλάχιστον ενημέρωση των εφήβων πάνω στα θέματα γενετησιακής αγωγής είναι επιβεβλημένη και υποχρέωση του κράτους και της οικογένειας. Οι έφηβοι από την πλευρά τους δείχνουν μεγάλη επιθυμία να λύσουν έγκαιρα τις απορίες τους πάνω στα θέματα «επαφών» με το άλλο φύλλο. Αυτό φαίνεται από έρευνες που έχουν γίνει σε σχολεία της χώρας μας, από τις οποίες προκύπτει ότι τα παιδιά αναζητούν με μεγάλο ενδιαφέρον πληροφορίες πάνω σε θέματα σεξουαλικής επαφής και αντισύλληψης.

4. Ασφάλεια

Αρκετοί έφηβοι εκδηλώνουν συμπεριφορές που αποκλίνουν από τον τρόπο συμπεριφοράς των συνομηλικών τους. Επιδίδονται σε δραστηριότητες που μπορεί να προκαλέσουν ζημία στο περιβάλλον ή στον εαυτό τους. Τα επικίνδυνα παιχνίδια και άλλες δραστηριότητες που μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρά ατυχήματα και

τραυματισμούς, οι συχνές απουσίες, η χαμηλή βαθμολογία και γενικότερα η δυσκολία προσαρμογής στο σχολείο, οι απόπειρες αυτοκτονίας, καθώς και η επιθετική, αντικοινωνική στάση ανήκουν στις αποκλίνουσες συμπεριφορές. Η εκδήλωση αυτών των μορφών συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου έχει συνήθως πολυαιτιολογική προέλευση (κοινωνικά, γενικά, περιβαλλοντικά, ψυχολογικά αίτια).

Σήμερα γνωρίζουμε ότι η πιθανότητα εμφάνισης των συμπεριφορών αυτών αυξάνεται όταν συντρέχουν ορισμένοι παράγοντες κινδύνου, ενώ αντίθετα η πιθανότητα εμφάνισης τους μειώνεται υπό την επίδραση προστατευτικών παραγόντων. Οι παράγοντες αυτοί διακρίνονται στις παρακάτω κατηγορίες:

- 1) Κοινωνικοδημογραφικοί: φύλο, εθνικότητα, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τόπος διαμονής (αστικά κέντρα, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές)
- 2) Περιβαλλοντικοί: οικογένεια (δομή, σχέσεις με γονείς), κακομεταχείριση (φυσική, συναισθηματική, σεξουαλική), σχολείο (τύπος σχολείου, σχέσεις με καθηγητές), χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από συγγενείς και φίλους.
- 3) Ατομικοί: αφορούν τη συμπεριφορά (διατροφικές συνήθειες, δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο, ατυχήματα/τραυματισμούς, χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, αντικοινωνική συμπεριφορά, χαμηλή σχολική απόδοση, απουσίες, φυγές από το σπίτι, απόπειρες αυτοκτονίας), το συναίσθημα (χαμηλή αυτοεκτίμηση, καταθλιπτικό συναίσθημα) και τις αντιλήψεις και τις στάσεις (αντικοφορμιστικές πεποιθήσεις, αντίληψη της επικινδυνότητας και της διαθεσιμότητας εξαρτησιογόνων ουσιών).

Σύμφωνα με τον Abraham Maslow, μόνο ένα παιδί που νιώθει ασφαλές τολμά να αναπτυχθεί προοδευτικά υγιές. Για αυτό θα πρέπει να ικανοποιούνται οι ανάγκες του για ασφάλεια. Όταν ο έφηβος νιώθει αβέβαιος και ανασφαλής, μπορεί να το εκδηλώσει με ποικίλες συμπεριφορές όπως:

- Να αποφεύγει καταστάσεις και περιβάλλοντα.
- Να αποσύρεται από φυσικές επαφές ακόμα και με γνωστά του άτομα.
- Να δυσπιστεί προς τους άλλους, να είναι διστακτικός ή να αποφεύγει να δημιουργεί κοντινές διαπροσωπικές σχέσεις.
- Να παρουσιάζει στρες ή ενδείξεις άγχους (φάγωμα νυχιών, στρίψιμο μαλλιών, τρίξιμο δοντιών, τρεμούλιασμα, εφίδρωση, κλάμα) χωρίς προφανή αιτία.
- Να προκαλεί την εξουσία.
- Να εκθέτει υπερβολικούς ή αβάσιμους φόβους.

- Να νιώθει άβολος με καινούργιες εμπειρίες.
- Να στερείται γνώσεων

Το πρώτο βήμα για το χτίσιμο της αυτοεκτίμησης του εφήβου είναι να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον που θα υποστηρίζει τις αυτοστάσεις. Το βασικότερο συστατικό του πλαισίου αυτού είναι η αίσθηση της σιγουριάς. Αυτό το αίσθημα είναι τόσο κρίσιμο που χωρίς αυτό, η δημιουργία μιας δυνατής, υγιούς αίσθησης του «εγώ» είναι φοβερά περιορισμένη. Οι έφηβοι θα πρέπει να νιώθουν ασφάλεια και εξασφάλιση στο περιβάλλον τους έτσι ώστε να μπορέσουν να αναπτυχθούν. Να αντιλαμβάνονται την ατμόσφαιρα σαν ένα μη απειλούμενο μέρος όπου θα τους προσφέρει ικανοποίηση και προοπτικές εξέλιξης. Μόνο όταν ο έφηβος νιώθει μια σταθερή αίσθηση ασφάλειας, μπορεί να αισθάνεται αρκετά άνετα για να δοκιμάσει ή να εξερευνήσει καινούργιες επιλογές και προκλήσεις, ή να θέσει ερωτήσεις και να ρισκάρει την αποτυχία.

5. Χρήση καπνού, αλκοόλ, ουσιών

Στην Ελλάδα το κάπνισμα μεταξύ των εφήβων, έχει πάρει ανησυχητικές διαστάσεις, αν και υπάρχει επαρκής πλέον για τις αρνητικές του επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου. Δυστυχώς σήμερα εμφανίζεται η τάση να παραμένει σταθερή η αναλογία των εφήβων αγοριών νέων καπνιστών και να αυξάνει η αναλογία των κοριτσιών που πρώτο καπνίζουν.

Το περιστασιακό κάπνισμα στην εφηβεία μπορεί να δημιουργήσει πρόσκαιρα σωματικά ενοχλήματα, αλλά η συστηματική του χρήση έχει ολέθριες επιπτώσεις, πολλές φορές μη αναστρέψιμες, στον αναπτυσσόμενο οργανισμό των εφήβων. Ανάμεσα σε αυτές συγκαταλέγονται ο χρόνιος βήχας και η αυξημένη παραγωγή πτυέλων, τα σοβαρά νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, η καθυστέρηση της ανάπτυξης (ύψος, βάρος), η μικρή αντοχή κατά την άσκηση και οι μειωμένες αθλητικές επιδόσεις, η διαταραχή του φυσιολογικού λιπιδιακού προφίλ του οργανισμού, η καθυστέρηση της ανάπτυξης των πνευμόνων, και ως εκ τούτου, η ελάττωση των πνευμονικών λειτουργιών. Το κάπνισμα σε νεαρή ηλικία σχετίζεται επίσης με μια ευρεία γκάμα παρεμβατικής συμπεριφοράς, όπως για παράδειγμα, η εμπλοκή σε καβγάδες, η επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, η χρήση αλκοόλ και άλλων εθιστικών ουσιών.

Οι έφηβοι της σημερινής εποχής είναι αρκετά ενημερωμένοι όσον αφορά στα προβλήματα που δημιουργεί στην υγεία η χρήση καπνού. Εντούτοις φαίνονται να υποτιμούν τις επιπτώσεις στην προσωπική τους υγεία. Καπνίζουν για να γίνουν αποδεκτοί από την ομάδα των φίλων ή για να προσελκύσουν το ενδιαφέρον του άλλου φύλου, για να μιμηθούν γονείς και δασκάλους, για να αποδείξουν ότι μεγάλωσαν. Ιδιαίτερα στα κορίτσια σημαντικό ρόλο παίζει το κάπνισμα για τον έλεγχο του βάρους. Επομένως οι παράγοντες που οδηγούν τα παιδιά στο κάπνισμα είναι πολλοί και δρουν σε πολλαπλά επίπεδα: περιέργεια, αίσθηση ανεξαρτησίας, προσπάθεια αυτοεπιβεβαίωσης, εξασφάλιση εκτίμησης από τη παρέα, κοινωνικοποίηση. Τα περισσότερα παιδιά καπνίζουν, διότι αυτό τους βοηθά να ξεπερνούν το στρες της εφηβικής ηλικίας.

Ο περιορισμός της επιρροής και της επιτήρησης από τους γονείς, η μεγαλύτερη ελευθερία, η ενδεχομένως μεγαλύτερη οικονομική τους ευχέρεια όσο μεγαλώνουν οι έφηβοι σε συνδυασμό και με τις ψυχολογικές τους ανάγκες σίγουρα συμβάλλουν στην έκταση που παίρνει το κάπνισμα όσο αυτοί μεγαλώνουν.

Τα νομοθετικά μέτρα πρόληψης θα πρέπει να συνδέονται από μεγαλύτερη συστηματοποίηση των προγραμμάτων αγωγής υγείας στο μαθητικό πληθυσμό. Επίσης περιορισμός θα πρέπει να υπάρξει στη διαφήμιση προϊόντων καπνού. Τέλος ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στα κορίτσια της εφηβικής ηλικίας τα οποία καπνίζουν, αφού πρόκειται για μέλλουσες μητέρες των οποίων η καπνιστική συμπεριφορά διαμορφώνει ένα περιβάλλον υψηλού κινδύνου για τα παιδιά τους και τη νέα γενιά γενικότερα.

Η χρήση οινοπνευματωδών είναι στη χώρα μας παραδοσιακά συνυφασμένη με διάφορες εκδηλώσεις της κοινωνικής μας ζωής όπως είναι οι γιορτές ή τα γεύματα. Άλλωστε η Ελλάδα είναι οινοπαραγωγός χώρα, και επομένως οι τιμές των οινοπνευματωδών είναι προσιτή και η απόκτησή τους εύκολη, ανεξαρτήτως ηλικίας. Όπως και για τον καπνό, έτσι και για το αλκοόλ οι σοβαρές βλάβες που η κατάχρηση του προκαλεί στην υγεία είναι μακροπρόθεσμες (κίρρωση του ήπατος, εκφυλιστικό ψυχοσύνδρομο). Επιπροσθέτως, η κατάχρηση του αλκοόλ μπορεί να έχει και άμεσες επιπτώσεις στην υγεία, αφού υπό την επίδραση του αυξάνονται οι συμπεριφορές κινδύνου, όπως για παράδειγμα τα σοβαρά ατυχήματα στην οδήγηση που προκαλούν σωματικές αναπηρίες, μέχρι και θάνατο, η ανεξέλεγκτη επιθετική συμπεριφορά η οποία επιφέρει διάφορους τραυματισμούς, οι σεξουαλικές σχέσεις χωρίς προφύλαξη,

οι οποίες αυξάνουν τον κίνδυνο ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Οι παραδοσιακές μας αξίες που συνδέουν το αλκοόλ με τις κοινωνικές εκδηλώσεις και τις γιορτές, η σχετική ανοχή των γονέων έτσι ώστε να πίνει σε ορισμένες περιστάσεις «κανένα ποτηράκι» το παιδί τους, η απουσία περιορισμών στην αγορά οινοπνευματωδών, η εύκολα πρόσβαση στα καφέ και στα μπαρ (μολονότι υπάρχει σχετική με την ηλικία νομοθεσία), εξηγούν την έκταση της κατανάλωσης οινοπνευματωδών από τους εφήβους στη χώρα μας. Για τον έφηβο το αλκοόλ λειτουργεί και ως σύμβολο ότι δεν είναι πια παιδί και ότι έχει γίνει πιο ανεξάρτητος, διευκολύνοντας την ένταξη του στην ομάδα των ομότιμων.

Όλα τα παραπάνω στοιχεία συνθέτουν την εικόνα της χρήσης οινοπνευματωδών από τον εφηβικό πληθυσμό, εικόνα η οποία, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι απαιτούνται ακόμα πολλές προσπάθειες στον τομέα της πρόληψης. Μια συνολική πολιτική πρόληψης που θα έδινε ιδιαίτερη προσοχή στον περιορισμό των ελκυστικών διαφημιστικών μηνυμάτων και η εντατικοποίηση των προγραμμάτων αγωγής υγείας τόσο στο σχολικό πληθυσμό όσο και στην ευρύτερη κοινότητα αποτελούν θετικά μέτρα. Από την άλλη είναι υπό συζήτηση κατά πόσον οι απαγορεύσεις που έχουν εφαρμοστεί αποτελεσματικά για τους νέους σε άλλες χώρες με διαφορετικό κοινωνικοπολιτιστικό πλαίσιο θα ήταν εξίσου αποτελεσματικές και στη χώρα μας.

Η χρήση παράνομων ουσιών (ναρκωτικών) ξεκινά συνήθως στην εφηβεία. Η χρήση των ναρκωτικών σήμερα αποτελεί σοβαρό κίνδυνο για την ψυχοκοινωνική υγεία των νέων και απειλεί ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο, στο βαθμό που η σοβαρότερη επένδυση και το μέλλον της κοινωνίας είναι οι νέοι.

Η εφηβεία χαρακτηρίζεται από τη δίψα των εφήβων για νέες εμπειρίες. Στις περισσότερες περιπτώσεις η δοκιμή κάποιου ναρκωτικού δεν επαναλαμβάνεται. Είναι όμως γεγονός ότι η δοκιμή πολλαπλασιάζει τις πιθανότητες επανάληψης της χρήσης, και αυτή με τη σειρά της την πορεία προς την εξάρτηση. Από μελέτες υπολογίζεται ότι η αναλογία αυτών που εξαρτώνται από τα ναρκωτικά σε σχέση με αυτούς που έχουν ξεκινήσει να τα χρησιμοποιούν είναι περίπου 1:10. Η τάση των εφήβων να εξαρτώνται από αυτά έχει να κάνει με τα χαρακτηριστικά της εύθραυστης εφηβικής προσωπικότητας : χαμηλή αυτοεκτίμηση, άγχος, δυσκολία στις κοινωνικές σχέσεις, περιέργεια, η ανάγκη συμμετοχής σε μια παρέα, η επιθυμία τους να δείξουν πως μεγάλωσαν, η αμφισβήτηση των κοινωνικών κανόνων, όλα αυτά αποτελούν

ευαίσθητους παράγοντες που δύνανται να οδηγήσουν τους εφήβους στη δοκιμή αρχικά και στον εθισμό μετέπειτα σε εξαρτησιογόνες ουσίες.

Η χρήση των ναρκωτικών από εφήβους οδηγεί σε μια σειρά αρνητικών επιπτώσεων. Ο κίνδυνος χρήσης των ναρκωτικών αργότερα στη ζωή, οι αποτυχίες στο σχολείο, η μείωση των ικανοτήτων, ο κίνδυνος για ατυχήματα, η βία και η εγκληματικότητα, η επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά χωρίς προφυλάξεις και η αυτοκτονία είναι μεταξύ των προβλημάτων που απειλούν την παρούσα και μελλοντική φάση της ζωής του ατόμου.

Σήμερα η πλέον διαδεδομένη στους νέους παράνομη ουσία είναι η κάνναβη. Απόψεις και μηνύματα που έχουν διαδοθεί τα τελευταία χρόνια σχετικά με την απουσία κινδύνου από τη χρήση έχουν συντελέσει σημαντικά στη διάδοση της εν λόγω ουσίας στους νέους. Επιπλέον θα πρέπει να λάβουμε σοβαρά υπόψη τη χρήση νόμιμων φαρμακευτικών ουσιών (ψυχοδραστικά φάρμακα), καθώς και τη χρήση ουσιών οι οποίες διατίθενται στο εμπόριο όπως κόλλες, βενζίνη, διαλύτες, κτλ., και αποτελούν συχνά το «ναρκωτικό» των νεότερων κυρίως σε ηλικία εφήβων. Η βαθύτερη γνώση της έκτασης και της φύσης του φαινομένου στην ηλικία αυτή μπορεί να κατευθύνει αποτελεσματικά τις πολιτικές πρόληψης και να βοηθήσει στην αξιολόγησή τους.

Εκτός από τα κατασταλτικά μέτρα για τη μείωση της προσφοράς και της διαθεσιμότητας των ουσιών, ιδιαίτερη σημασία στην ευαίσθητη ηλικία της εφηβείας έχει η μείωση της ζήτησης. Η επέκταση των προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας στον εφηβικό πληθυσμό, καθώς και η υποστήριξη τους από την πολιτεία, κρίνεται αναγκαία ώστε να επιτευχθεί η καθοδική πορεία της χρήσης. Επίσης, η ανάπτυξη μιας καλής σχέσης και επικοινωνίας με τα παιδιά, η διατήρηση μίας καλής οικογενειακής κατάστασης και ο παραδειγματικός ρόλος των γονιών κρίνονται απαραίτητα ώστε να προφυλαχθούν οι έφηβοι από τις επικίνδυνες καταστάσεις χρήσης των ναρκωτικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΟΜΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

5.1. Ηθικά και Νομικά Ζητήματα στην Υγεία

Ηθικά και νομικά θέματα στον τομέα της υγείας εμφανίζονται από τα πολύ παλιά χρόνια, όταν η ιατρική δεν ήταν επιστήμη, αλλά ασκείτο εμπειρικά. Η εμπλοκή του νόμου στην υγεία παρουσιάζεται στο θέμα της ιατρικής ευθύνης. Είναι γνωστό ότι στον Κώδικα του Χαμουραμπί, το αρχαιότερο κείμενο νόμων (2384 π.Χ.) περιλαμβάνονται διατάξεις που αφορούν στην ευθύνη των γιατρών. Επίσης ανάλογες για τις αμβλώσεις και την ευθανασία περιλαμβάνονται και στην Ιερά Βίβλο των Αιγυπτίων. Θέματα ιατρικής ηθικής παρουσιάζονται επίσης από την αρχαιότητα, και το καλύτερο παράδειγμα είναι αυτό του ιατρικού απορρήτου, το οποίο πήρε την ωραιότερη έκφρασή του στον Ιπποκρατικό Όρκο.

Στις μέρες μας, τόσο τα νομικά, όσο και τα ηθικά ζητήματα στον τομέα της υγείας παρουσιάζονται εντονότερα και προκαλούν το ενδιαφέρον και την ανάγκη ενασχόλησης με αυτά από τους επαγγελματίες υγείας και άλλους επιστήμονες, όπως νομικούς, φιλοσόφους, θεολόγους, κοινωνιολόγους. Συγχρόνως δε, απασχολούν το κοινό που έχει ευαισθητοποιηθεί ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια και θέλει να παρακολουθεί και να έχει λόγο σε ζητήματα που το αφορούν άμεσα.

Η έντονη αυτή στροφή και ενδιαφέρον σε θέματα υγείας μπορεί να αποδοθεί στους παρακάτω λόγους;

1. Η μεγάλη πρόοδος της ιατρικής τα τελευταία πενήντα χρόνια, που βασίζεται στην εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, έδωσε νέες ευκαιρίες για ιατρικές παρεμβάσεις τόσο θεραπευτικές όσο και προληπτικές, συγχρόνως δε δημιούργησε νέες προκλήσεις για σκέψεις και αποφάσεις σε ηθικά διλήμματα. Τα πιο σημαντικά από αυτά θα μπορούσαν να αφορούν στην εκλογή μεταξύ ζωής και θανάτου, μεταξύ υγείας και ασθενείας, μεταξύ πόνου και ευεξίας (π.χ. παράταση της ζωής με τεχνητά μέσα, παθητική ευθανασία, μεταμοσχεύσεις, και άλλα).

2. Η καλύτερη πληροφόρηση του κοινού είχε σαν αποτέλεσμα την ευαισθητοποίηση του σε θέματα που αφορούν στα ανθρώπινα δικαιώματα (ατομικά, π.χ. αυτονομίας και κοινωνικά, π.χ. δικαίωμα στην υγεία) μαζί με την απαίτηση για καλύτερη προστασία τους.

3. Η φροντίδα για την υγεία έχει γίνει μια από τις μεγαλύτερες βιομηχανίες του ανεπτυγμένου κόσμου. Το αυξημένο κόστος των υπηρεσιών υγείας δεν αντιμετωπίζεται πλέον από το άτομο και την οικογένεια του. Αλλά από το κράτος ή ασφαλιστικούς οργανισμούς, το οποίο σημαίνει όλο και μεγαλύτερη επιβάρυνση του κοινωνικού συνόλου. Επειδή όμως στο κοινωνικό σύνολο υπάρχουν και άλλες ανάγκες, παρουσιάζονται συγκρούσεις συμφερόντων και ανάγκη επιμερισμού των βαρών και ιεράρχησης των αναγκών.

4. Το ενδιαφέρον του κράτους και η παρέμβαση του στο θέμα της υγείας παρουσιάζονται εντονότερα τα τελευταία χρόνια.

Αποτέλεσμα των παραπάνω ήταν αφενός μεν η ανάπτυξη ενός νέου κλάδου δικαίου, του δικαίου της υγείας, αφετέρου δε η μεγάλη αύξηση του ενδιαφέροντος για την ιατρική ηθική και δεοντολογία. Παρακάτω εξετάζονται ορισμένα νομικά και ηθικά θέματα που παρουσιάζονται στα προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας.

5.2 Ηθικοί και Νομικοί Προβληματισμοί στην Αγωγή Υγείας

Ηθικά και νομικά προβλήματα υπάρχουν τόσο στην προληπτική ιατρική όσο και στη θεραπευτική, αν και περισσότερο γνωστά και συζητημένα είναι εκείνα που αφορούν στην θεραπευτική ιατρική, όπως η συγκατάθεση σε θεραπεία ή έρευνα, το ιατρικό απόρρητο, η αλήθεια στον ασθενή, η ευθανασία, οι μεταμοσχεύσεις και άλλα. Η σημασία όμως της προληπτικής ιατρικής δεν πρέπει να παραβλέπετε. Η πρόληψη έχει πολλά πλεονεκτήματα έναντι της θεραπείας, και οπωσδήποτε η ηθική υπεροχή της είναι αναμφισβήτητη, έστω και αν η οικονομική υπεροχή θα μπορούσε να αμφισβητηθεί, εφόσον όλοι κάποτε θα πεθάνουμε, και όσο μεγαλύτεροι πεθάνουμε, τόσο περισσότερο από τους εθνικούς πόρους καταναλώνουμε.

Ο βασικός ηθικός προβληματισμός στα προγράμματα αγωγής υγείας, που συγχρόνως αποτελεί και νομικό προβληματισμό, είναι αυτός της αυτονομίας του ατόμου. Υπάρχει δηλαδή το ερώτημα εάν και μέχρι ποιου σημείου μπορεί να παρέμβει το κράτος, ώστε να προστατευθεί η υγεία των πολιτών, αλλά συγχρόνως να μην παραβιαστούν τα βασικά δικαιώματα του ατόμου. Οποιοδήποτε από τα θέματα των προληπτικών προγραμμάτων εξετάσουμε, είτε τούτο αφορά άμεσα την πρόληψη, όπως οι εμβολιασμοί, τα ανιχνευτικά προγράμματα κλπ, είτε έμμεσα, όπως ο τρόπος ζωής (κάπνισμα, αλκοολισμός, ναρκωτικά, κλπ) βλέπουμε ότι η αυτονομία του ατόμου, η ελευθερία δηλαδή να διαθέτει τον εαυτό του όπως νομίζει καλύτερα, και το

προσωπικό του συμφέρον έρχονται πολλές φορές σε αντίθεση με το συμφέρον της κοινότητας.

Εξάλλου, μεταξύ των διαφόρων προληπτικών μέτρων υπάρχουν διαφορές. Για παράδειγμα, στους υποχρεωτικούς εμβολιασμούς γίνεται ευκολότερα αποδεκτός ο περιορισμός της αυτονομίας του ατόμου, γιατί η παρέμβαση αφορά όχι μόνο τη δική του υγεία, αλλά και την υγεία όλου του συνόλου. Η υποχρεωτική χρήση της ζώνης ασφαλείας, αντίθετα, είναι δυσκολότερο να γίνει αποδεκτή σε μια δημοκρατική κοινωνία, επειδή πρόκειται για ένα θέμα που μοιάζει ότι αφορά καθαρά στο άτομο. Αν όμως τελικά ένα άτομο υποστεί τροχαίο ατύχημα με ενδεχόμενο σοβαρό τραυματισμό ή αναπηρία, στην περίπτωση αυτή επηρεάζεται όχι μόνο το ίδιο το άτομο, αλλά και πολλά άτομα του περιβάλλοντος του και γενικότερα η ίδια η κοινότητα.

Σύμφωνα με το Σύνταγμα της χώρας μας (1975) όπως ορίζεται στο άρθρο 2 παρ. 1, ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας. Επίσης στο άρθρο 5 παρ. 1, ότι καθένας δικαιούται να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητα του, εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων, και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη και στο άρθρο 5 παρ.36 ότι η προσωπική ελευθερία είναι απαραβίαστη. Όπως είναι γνωστό, οι συνταγματικές διατάξεις έχουν τεθεί για να προστατευθεί το άτομο και να τεθεί φραγμός στην επιβολή υποχρεώσεων, περιορισμών ή απαγορεύσεων από την κρατική εξουσία. Τέτοια βάρη μπορούν να τεθούν μόνο με νόμο, χωρίς τον οποίο δεν μπορεί να περιορισθεί η προσωπική ελευθερία. Στην περίπτωση των υποχρεωτικών εμβολιασμών, της φθορίωσης του νερού, στις ζώνες ασφαλείας, την απαγόρευση του καπνίσματος κλπ., έχουμε πράγματι έναν περιορισμό της προσωπικής ελευθερίας, έχουμε όμως κάλυψη νόμου και ο νόμος αυτός θεωρείται συνταγματικός, εφόσον έχει τεθεί με γνώμονα την ανάγκη προστασίας του δημοσίου συμφέροντος. Ο άνθρωπος είναι ων κοινωνικό, ζει σε μια κοινότητα και μερικές φορές είναι αναγκαίο να περιορίζεται η προσωπική ελευθερία, εφόσον το απαιτεί το συμφέρον της κοινότητας αυτής. Πρέπει όμως να γίνεται πάντα μια στάθμιση του ατομικού με του δημόσιου συμφέροντος και να υπάρχει μια αναλογία, ώστε να διασφαλίζεται η προστασία και των δύο. Εξάλλου, το Σύνταγμα της Ελλάδας, όπως και τα περισσότερα νέα Συντάγματα, περιέχει διάταξη (άρθρο 21 παράγραφος 3) που επιβάλλει στην πολιτεία την υποχρέωση να φροντίζει για την υγεία των πολιτών και να λαμβάνει ειδικά

μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων.

Ένα άλλο θέμα που θα μπορούσε να εξετασθεί είναι τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου (screening). Στα προγράμματα αυτά πρέπει να είμαστε πολύ προσεκτικοί, γιατί έχουμε πρόωμη διάγνωση και συνεπώς μεγαλύτερο χρόνο επιβίωσης σε σύγκριση με το χρόνο επιβίωσης από την εμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων, και η σύγκριση των δύο τούτων διαστημάτων - χρόνος επιβίωσης μετά τη διάγνωση και χρόνος επιβίωσης μετά την εμφάνιση των κλινικών συμπτωμάτων πρέπει να είναι ο τελικός κριτής της αποτελεσματικότητας. Η ηθική επιταγή είναι να σιγουρευτούμε ότι το όφελος για κάθε ασθενή είναι μεγαλύτερο από τους κινδύνους, η λανθασμένη καθυσύχαση και αντίστοιχα η λανθασμένη ανησυχία έχουν σαν αποτέλεσμα να μην είναι τα ανιχνευτικά προγράμματα πάντα επωφελή για τον ασθενή. Η σημασία της συμβουλευτικής η οποία σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να είναι καθοδηγητική, είναι πολύ μεγάλη. Κατάλληλα εκπαιδευμένοι επαγγελματίες πρέπει να παρέχουν συμβουλές, τόσο στην αρχή του ελέγχου, ώστε τα άτομα να πάρουν μια συνειδητή απόφαση για το αν θα υποβληθούν στον έλεγχο ή όχι, όσο και μετά το πέρας του ελέγχου για τις ενέργειες που πιθανόν να χρειαστεί να κάνουν και που μπορεί να επηρεάσουν όλη τους τη ζωή.

Επίσης, η πρόοδος της ιατρικής και της τεχνολογίας στο γενετικό έλεγχο επιτρέπουν τον καθορισμό ατόμων που είναι βέβαιο ή έχουν προδιάθεση να παρουσιάσουν ορισμένη νόσο. Τα αποτελέσματα του ελέγχου αυτού μπορούν να χρησιμοποιηθούν προς όφελος των ατόμων αυτών και των οικογενειών τους, εφόσον μπορούν να ληφθούν ορισμένα προληπτικά μέτρα, για παράδειγμα αλλαγή του τρόπου ζωής όσων εμφανίζουν προδιάθεση για καρδιοπάθεια, ή επιλογή κατάλληλης θέσης εργασίας για όσους παρουσιάζουν κάποιο ειδικό πρόβλημα, προκειμένου να προστατευθεί το ίδιο το άτομο. Όμως είναι δυνατή η κακή χρήση των αποτελεσμάτων, για παράδειγμα από εργοδότες προς ίδιον όφελος, με την έννοια της μη πρόσληψης ή μη προαγωγής των ατόμων αυτών. Αντίστοιχα, οι ασφαλιστικές εταιρείες μπορούν να χρησιμοποιήσουν την πληροφορία, προκειμένου να καθορίσουν την πολιτική ασφάλισης ή το ύψος των ασφαλιστρών που θα ζητήσουν. Για το λόγο αυτό είναι προτιμότερο τα ανιχνευτικά προγράμματα να μην εκτελούνται, παρά μόνο για σοβαρά προβλήματα, τα οποία όμως μπορεί να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά.

Σημαντική προϋπόθεση είναι η «πληροφορημένη συναίνεση», η συνειδητή δηλαδή συγκατάθεση των ατόμων που παίρνουν μέρος στο ανιχνευτικό πρόγραμμα

(αν και δυστυχώς δεν τηρείται πάντα στην πράξη), καθώς και η προστασία του απορρήτου των πληροφοριών που συλλέγονται κατά την εκτέλεση των προγραμμάτων αυτών.

Ειδικότερα ένα θέμα με πάμπολλα ηθικά και νομικά ζητήματα είναι ο έλεγχος που γίνεται σε ομάδες πληθυσμού για ανεύρεση φορέων AIDS. Σύμφωνα με τη Σύσταση του Συμβουλίου της Ευρώπης του 1989, ο εθελοντικός έλεγχος πρέπει να είναι εύκολα προσιτός, να παρέχονται συμβουλευτικές υπηρεσίες κατά τις οποίες θα παρέχεται ψυχολογική και πρακτική υποστήριξη, να προστατεύεται η αξιοπρέπεια και αυτονομία των ατόμων και να παρέχεται βοήθεια για την κατανόηση των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων σχετικά με το AIDS. Στο φως της παρούσας γνώσης και λόγω της έλλειψης αποτελεσματικής θεραπείας, η συστηματική ανίχνευση για AIDS δεν πρέπει να γίνεται αυτόματα σε ομάδες πληθυσμού χωρίς προηγούμενη συναίνεση, και μάλιστα πληροφορημένη συναίνεση και χωρίς παροχή συμβουλευτικής, γιατί καταστρατηγεί τις αρχές της αυτονομίας, επηρεάζει το δικαίωμα στην προστασία της ατομικής ζωής του ανθρώπου και είναι πιθανό να έχει σοβαρές ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες για το άτομο.

Υποχρεωτικός έλεγχος γίνεται σε περιπτώσεις δωρεάς αίματος, μητρικού γάλακτος, οργάνων, ιστών κυττάρων και σπέρματος, και πάλι όμως με την προϋπόθεση της προηγούμενης ενημέρωσης και τήρησης του απορρήτου, καθώς και της παροχής υπηρεσιών συμβουλευτικής. Αν δεν υπάρχουν οι προϋποθέσεις αυτές, δεν πρέπει να γίνεται έλεγχος, κυρίως σε ειδικές ομάδες, όπως νεοσύλλεκτοι, φυλακισμένοι, μετανάστες, γιατί είναι μεροληπτικός και κυρίως δεν μπορεί να θεωρηθεί ηθικός. Ειδικότερα ως προς τους επαγγελματίες υγείας, τονίζεται η ανάγκη συνεχούς και εντατικής ενημέρωσης για τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό, τις ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες, τα ηθικά και νομικά θέματα και κυρίως την καθιέρωση ορισμένων συγκεκριμένων διαδικασιών, για την προφύλαξη τους από μόλυνση, με τη θεώρηση κάθε ασθενή ως πιθανού φορέα AIDS.

Θέμα πολύ σημαντικό για την πρόληψη, που αφορά στην αλλαγή συμπεριφοράς είναι το κάπνισμα. Οι προσπάθειες της πολιτείας συνίστανται στο να πεισθούν οι καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα για να προφυλαχθούν από διάφορους κινδύνους οι ίδιοι, αλλά συγχρόνως να παύσουν να αποτελούν κίνδυνο και για τους γύρω τους με το μηχανισμό του παθητικού καπνίσματος. Πάλι παρουσιάζεται το θέμα της επέμβασης στην ελευθερία βούλησης κάθε ατόμου και πάλι δίδεται η απάντηση ότι το κράτος μπορεί να επέμβει, γιατί αφενός έχει

υποχρέωση από το Σύνταγμα «να μεριμνά για την υγεία των πολιτών» (άρθρο 21 παρ.3) (στη συγκεκριμένη περίπτωση τόσο των καπνιστών όσο και των παθητικών καπνιστών), αφετέρου η παρέμβαση στην ατομική ελευθερία δικαιολογείται από το συμφέρον του κοινωνικού συνόλου.

5.3 Η Συμβολή της Αγωγής Υγείας στην Εφαρμογή της Νομοθεσίας

Σύμφωνα με πολλά από τα νεότερα Συντάγματα των διαφόρων χωρών, αλλά και το δικό μας του 1975, όπως ήδη αναφέρθηκε, η πολιτεία έχει την υποχρέωση να μεριμνά για την υγεία των πολιτών της, συνεπώς έχει υποχρέωση να φροντίζει για την αγωγή και την προαγωγή της υγείας. Η πολιτεία έχει τη δυνατότητα να εισάγει νομοθεσία, να επιβάλλει ορισμένες ενέργειες, π.χ. εμβολιασμούς, χλωρίωση ή φθορίωση του ύδατος, ζώνες ασφαλείας στα αυτοκίνητα, κράνη μοτοσικλετιστών, όπως και ορισμένους περιορισμούς, π.χ. απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, απαγόρευση χρήσης ορισμένων ουσιών που μπορεί να βλάψουν την υγεία.

Η δια νόμου επιβολή ορισμένων ενεργειών ή παραλείψεων, όμως, έχει τα μειονεκτήματά της, μεταξύ των οποίων το σοβαρότερο είναι η επέμβαση στην αυτονομία του ατόμου. Πολλές φορές η υποχρεωτική επιβολή είναι αναγκαία, όμως στις περισσότερες περιπτώσεις είναι προτιμότερη η εθελοντική συμμόρφωση.

Οι βασικές ηθικές αρχές που διέπουν τις μελέτες της προληπτικής ιατρικής:

- Σεβασμός στον άνθρωπο
- Δικαιοσύνη
- Τήρηση του απορρήτου
- Συνειδητή συγκατάθεση μετά από πληροφόρηση
- Συστηματική εκτίμηση των κινδύνων σε σχέση με τα οφέλη

Η αποδοχή οποιασδήποτε αναγκαίας νομοθεσίας, ή η εθελοντική δράση είναι δυνατό να επιτευχθούν, εφόσον το άτομο πεισθεί για την αναγκαιότητα και τη χρησιμότητα των πράξεων ή παραλείψεων του. Στο σημείο αυτό υπεισέρχεται η αγωγή υγείας ή υγειονομική διαπαιδαγώγηση και γίνεται φανερή η σπουδαιότητα, αλλά και η ηθική υπεροχή της. Αυτό που πρέπει να τονισθεί είναι ότι δεν είναι αναγκαίο να επιλέξει κανείς μεταξύ νομοθεσίας και αγωγής υγείας.

Η αγωγή υγείας είναι πάντα αναγκαία και μπορεί να διενεργηθεί πριν από την εισαγωγή της νομοθεσίας, ώστε να πεισθούν τα άτομα για την αναγκαιότητα της και

τη συμβολή της στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας. Μπορεί επίσης να διενεργηθεί μετά την εισαγωγή της σχετικής νομοθεσίας, η οποία, όπως έχει λεχθεί παραπάνω, μπορεί να προσβλέπει άμεσα την προστασία της υγείας (υποχρεωτικοί εμβολιασμοί, χλωρίωση ύδατος, κ.λπ) ή να στοχεύει έμμεσα στην πρόληψη με την αλλαγή συμπεριφοράς των ατόμων (σωστή διατροφή, αποφυγή καπνίσματος κ.λπ.). Η αγωγή υγείας και η νομοθεσία αλληλοσυμπληρώνονται και μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας. Προβλήματα ηθικά και νομικά υπάρχουν πολλά και γίνεται φανερή η ανάγκη μελέτης και συζήτησης των διαφόρων θεμάτων από την πολιτεία, ώστε αφενός μεν να προάγεται η υγεία του πληθυσμού κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο, αφετέρου δε να προστατεύονται αποτελεσματικά τα δικαιώματα του ατόμου.

5.4. Συμπεράσματα και Προτάσεις για την Αγωγή Υγείας στην Ελλάδα

Στη χώρα μας τα πρώτα δειλά βήματα εφαρμογής προγραμμάτων αγωγής υγείας και ενημέρωσης του κοινού για τα οφέλη της, ξεκίνησαν μόλις τα τελευταία χρόνια εξαιτίας κυρίως των κοινοτικών πιέσεων και των πολιτικών του ΠΟΥ. Αν και με μια σχετική καθυστέρηση η εγκαθίδρυση ενός καθολικού συστήματος υγείας είχε ως αποτέλεσμα την υιοθέτηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, μέσω των διαφόρων εξουσιοδοτημένων φορέων, ως έναν από τους βασικούς πυλώνες προώθησης και προαγωγής της δημόσιας υγείας.

Συμπερασματικά θα λέγαμε, πως η πρώτη ουσιαστική προσέγγιση ξεκίνησε με το νόμο 1397/1983 του Ε.Σ.Υ., όμως οι πολιτικές περιστάσεις, η γραφειοκρατία, η αναβλητικότητα, οι μεγαλεπήβολοι μη εφαρμόσιμοι στόχοι σε συνδυασμό με τον ασυγκράτητο ενθουσιασμό, λειτούργησαν ανασταλτικά και δεν κατάφεραν να θέσουν σε εφαρμογή τους μηχανισμούς για την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας. Ακολούθησε μια περίοδος έντονων πολιτικών εξελίξεων, απορύθμισης και αστάθειας με μόνο χαρακτηριστικό την δημιουργία ή ακόμα και την ψήφιση νομοσχεδίων προορισμένα για το «συρτάρι». Από τα μέσα της δεκαετίας του ενενήντα ξεκίνησαν οι πρώτες αμυδρές προσπάθειες για εισαγωγή του όρου στα σχολεία και στα νοσοκομεία της χώρας. Ωστόσο, επρόκειτο κυρίως για νομοθετικές ρυθμίσεις από την πλευρά της πολιτείας και για μεμονωμένες προσπάθειες ομάδων που λειτουργούσαν στα πλαίσια του ΕΣΥ και των ιδιωτικών φορέων.

Εντονότερες και πιο ουσιαστικές πρωτοβουλίες συναντάμε στην αυγή του 21^{ου} αιώνα. Από τη μία το κράτος, να οργανώνει καμπάνιες ενημερωτικού χαρακτήρα για τα οφέλη της αγωγής υγείας, με την ενεργητική συμμετοχή του κοινού και των διάφορων μη κερδοσκοπικών οργανισμών και φορέων (π.χ. ζωή χωρίς τσιγάρο), και από την άλλη η τοπική αυτοδιοίκηση να γίνεται αρωγός και να συνεισφέρει σε ένα πιο τοπικό αλλά και μαζικό επίπεδο, παρέχοντας στο κοινό πληροφορίες και υπηρεσίες που σχετίζονται με την αγωγή υγείας. Προς αυτή την κατεύθυνση η Ελλάδα κινήθηκε ακολουθώντας τις παγκόσμιες επιταγές στον τομέα της υγείας, αλλά και της διαπίστωσης ότι με τις μεθόδους που εφαρμόζει η αγωγή υγείας μπορούμε να εξασφαλίσουμε καλύτερη υγεία για τον πληθυσμό, οικονομική ευημερία για το κράτος και ευνοϊκότερες προοπτικές για την ανθρωπότητα.

Ωστόσο, η έλλειψη πόρων και πολιτικής βούλησης σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια στελεχών, καταρτισμένου προσωπικού και τεχνολογικού εξοπλισμού (π.χ. εξοπλισμό επιδείξεων, προβολών) και παρά τις διαδοχικές νομοθετικές παρεμβάσεις, έχει εμποδίσει την πλήρη ανάπτυξη των προγραμμάτων αγωγής υγείας στη χώρα μας, αποτελώντας μέχρι και σήμερα την «Αχίλλειο Πτέρνα» του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Η πλήρης ανάπτυξη των δικτύων αγωγής υγείας, όπως προβλέπεται στην πρόσφατη νομοθεσία, θα μπορούσε να αποτελέσει το αισιόδοξο μέλλον για την ανάπτυξη της αγωγής υγείας στην χώρα μας η οποία μέχρι σήμερα ασκείται εμπειρικά στα φαρμακεία. Αξίζει τέλος να επισημάνουμε, τη σπουδαιότητα της διατομεακής συνεργασίας της δημιουργίας συμμαχιών μεταξύ διάφορων φορέων της κοινωνίας, χαρακτηριστικό το οποίο εκλείπει από την ελληνική πραγματικότητα, ώστε η αγωγή υγείας να γίνει περισσότερο αποτελεσματική.

Παρακάτω αναφέρονται κάποιες προτάσεις και μέτρα που θα ωφελούσε να αναλάβει ο κάθε αρμόδιος φορέας στη χώρα μας, ώστε να συνεισφέρει στην προώθηση της αγωγής υγείας και να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις εκείνες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών, εξισώνοντας κατά αυτό τον τρόπο την Ελλάδα με τα υπόλοιπα Ευρωπαϊκά κράτη.

Ο Τομέας της Υγείας

- Να παράσχει εθνική υποστήριξη της αγωγής υγείας κρίνοντας τα αποτελέσματα που έχει στην υγεία, την κοινωνία και την οικονομία.
- Να δημιουργήσει δίκτυα δράσης σε συνεργασία με διάφορους φορείς

- Να προάγει μια ολοκληρωμένη, διατομεακή κρατική πολιτική για την αγωγή υγείας.
- Να προετοιμάσει επαγγελματίες υγείας, ειδικευμένους ιδιαίτερα στη συμβουλευτική της αγωγής υγείας και στην υλοποίηση προγραμμάτων
- Να οργανώσει προγράμματα αγωγής υγείας στις υπηρεσίες υγείας
- Να προάγει προγράμματα αγωγής υγείας στην κοινότητα και στην οικογένεια
- Να εξασφαλίσει τις αρχικές επενδύσεις και να κινητοποιήσει πόρους για τη συνέχεια
- Να συμμετάσχει σε διεθνείς δράσεις για την προαγωγή και αγωγή της υγείας

Ο Αθλητικός Τομέας

- Να ενισχύσει τα προγράμματα σωματικής άσκησης για όλους και να προάγει την αντίληψη ότι ο αθλητισμός είναι ανθρώπινο δικαίωμα ανεξάρτητα από φυλή, κοινωνική τάξη και φύλο.
- Να κάνει τη χρήση και την πρόσβαση των τοπικών γυμναστηρίων και άλλων αθλητικών χώρων στην κοινότητα εύκολη και άνετη
- Να διαθέσει ένα ποσοστό των κονδυλίων του για την προαγωγή της σωματικής άσκησης
- Να διδάξει τα οφέλη της σωματικής άσκησης στα εκπαιδευτικά προγράμματα του αθλητικού τομέα
- Να οργανώσει εκδηλώσεις για τη σωματική άσκηση στην κοινότητα
- Να χρησιμοποιήσει τη σωματική άσκηση και τα σπορ ως μέσο για να προάγει υγιεινούς τρόπους ζωής, να μειώσει τη βία και να ενισχύσει την κοινωνική συνοχή, την ανάπτυξη και την ειρήνη.

Ο Τομέας της Παιδείας και του Πολιτισμού

- Να ενισχύσει της εθνικές πολιτικές για την αγωγή υγείας στα σχολεία
- Να παράσχει επαρκείς χώρους και παιχνίδια για αθλητισμό στα προαύλια των σχολείων
- Να διαθέσει τους αθλητικούς χώρους των σχολείων στο κοινό
- Να οργανώσει προγράμματα αγωγής υγείας στα πλαίσια του ελεύθερου χρόνου , στα οποία οι μαθητές θα συμμετέχουν ενεργά (π.χ. μαγειρική σύμφωνα με τους

κανόνες της μεσογειακής διατροφής, γυμναστικές επιδείξεις, δημιουργία εφημερίδας με θέματα αγωγής υγείας)

- Να κάνει τους παιδαγωγούς αρωγούς σε αυτή την προσπάθεια και να τους εκπαιδεύσει σε θέματα αγωγής υγείας

Τα Μ.Μ.Ε.

- Να μεταδίδουν ελκυστικά μηνύματα και πληροφορίες για τα οφέλη της αγωγής υγείας
- Να οργανώνουν συστηματικά εκστρατείες ενημέρωσης για τα οφέλη της αγωγής υγείας
- Να εκπαιδεύουν δημοσιογράφους για την υποστήριξη της αγωγής υγείας (π.χ. δημοσιογράφους αθλητισμού, υγείας ή επιστήμης)

Ο Τομέας του Πολεοδομικού Σχεδιασμού

- Να γίνει σχεδιασμός κατάλληλων για περπάτημα πεζοδρομίων και δρόμων ποδηλασίας
- Να δημιουργηθούν ανοιχτοί χώροι, πάρκα, πολιτιστικά κέντρα και άλλες εγκαταστάσεις κατάλληλες για την υποστήριξη προγραμμάτων αγωγής υγείας.
- Να βελτιωθεί η ποιότητα και η αισθητική των αστικών περιοχών
- Να βελτιωθεί η ασφάλεια των δρόμων (μέσω μέτρων ρύθμισης κυκλοφορίας, ορίου ταχύτητας, σωστής κατασκευής πεζοδρομίου και φωτισμού των δρόμων)

Ο Τομέας των Μεταφορών

- Να ενισχύσει τις προσπάθειες για τη μείωση του ορίου ταχύτητας στις πόλεις
- Να υποστηρίξει τις δράσεις για μη ρυπογόνα αυτοκίνητα και κατά συνέπεια καθαρή ατμόσφαιρα
- Να παράσχει ευκαιρίες για χρήση μέσων μεταφοράς που προάγουν τον ενεργητικό τρόπο ζωής
- Να διευκολύνει την πρόσβαση σε εγκαταστάσεις που προάγουν τη σωματική δραστηριότητα (πάρκα, παιδικές χαρές, ανοιχτοί χώροι, εσωτερικές και εξωτερικές αθλητικές εγκαταστάσεις).

Η Τοπική Αυτοδιοίκηση

- Να δημιουργήσει κατάλληλους χώρους στους οποίους έφηβοι, γονείς και εκπαιδευτικοί, κοινωνικοί λειτουργοί ή ιατροί θα μπορούν να συνευρίσκονται και να ανταλλάσσουν απόψεις
- Να αναπτύξει κανονισμούς και πολιτικές για την υποστήριξη της αγωγής υγείας
- Να οργανώνει προγράμματα αγωγής υγείας στην κοινότητα
- Να υποστηρίζει πρωτοβουλίες αγωγής υγείας που υλοποιούνται από διάφορους τομείς
- Να ενισχύει την κρατική πολιτική για την υποστήριξη της αγωγής υγείας μέσω τοπικών δράσεων
- Να καταπολεμήσει το εγκλήματα ή το φόβο του εγκλήματος (μέσω εισαγωγής κατάλληλων μέτρων)

Οικονομικός Τομέας

- Στις αποφάσεις του να λαμβάνει σοβαρά υπόψη την υγεία και τα κοινωνικά οικονομικά οφέλη της αγωγής υγείας
- Να δίνει κονδύλια στους ενδιαφερόμενους φορείς
- Να ενθαρρύνει δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς να επενδύουν στην αγωγής υγείας
- Να υποστηρίζει προγράμματα αγωγής υγείας
- Να συλλέγει κονδύλια από φόρους ανθυγιεινών προϊόντων (π.χ. τσιγάρα, αλκοολούχα ποτά) και να τα διαθέτει για προγράμματα αγωγής υγείας

Βέβαια θα πρέπει να αναφέρουμε πως υπάρχουν και περιορισμοί στην προαγωγή ενός υγιούς μοντέλου ζωής από το κράτος, οι κυριότεροι από τους οποίους είναι:

- Έλλειψη ενημέρωσης για τα οφέλη της αγωγής υγείας
- Ανεπάρκεια στοιχείων για τις τάσεις, τα επίπεδα, τις θετικές επιπτώσεις και τους παράγοντες της αγωγής υγείας
- Έλλειψη πολιτικής δέσμευσης και υποστήριξης
- Ανεπαρκής συνεργασία μεταξύ των ενδιαφερόμενων τομέων
- Μη ικανότητα πρόσβασης στις διαθέσιμες παροχές της κοινότητας

- Ύπαρξη αντικειμενικών εμποδίων στη συμμετοχή όλων των ατόμων στα προγράμματα αγωγής υγείας

Τα εμπόδια αυτά συνοψίζονται παρακάτω και είναι:

- ο Η αντίληψη για την αγωγή υγείας στην κοινωνία
- ο Η επικρατούσα τοπική κουλτούρα
- ο Οικονομικοί λόγοι
- ο Η έλλειψη χρόνου
- ο Η έλλειψη προσωπικών κινήτρων
- ο Η έλλειψη υποστήριξης από οικογένεια και φίλους
- ο Η δυσκολία πρόσβασης στις εγκαταστάσεις που διεξάγονται προγράμματα αγωγής υγείας
- ο Οι κακές προηγούμενες εμπειρίες
- ο Η μη διαθεσιμότητα τοπικών προγραμμάτων αγωγής υγείας
- ο Η κοινωνική θέση των γυναικών (για τις γυναίκες)

Κλείνοντας αξίζει να αναφέρουμε πως παρά τις δυσκολίες και τους όποιους περιορισμούς, αυτό που θα πρέπει να λάβουμε σοβαρά υπόψη μας είναι ότι λέγοντας αγωγή υγείας δεν αναφερόμαστε σε μια στείρα φιλοσοφία ή μία εύηχη έννοια. Αντίθετα πρόκειται για μια βασική φροντίδα υγείας, ένα μέσο για να διαφυλάξουμε και να βελτιώσουμε την υγεία μας, ένας τρόπος να ελαττώσουμε τις διαφορές μεταξύ των ατόμων μέσα στο κοινωνικό σύνολο, να προάγουμε την ισότητα και την ισονομία. Προς αυτή την κατεύθυνση θα πρέπει να κινηθούμε όλοι μαζί και ο καθένας ξεχωριστά, ώστε να θέσουμε τα θεμέλια της αγωγής υγείας, για να επιτύχουμε καλύτερη ποιότητα ζωής και προοπτικές υγείας για εμάς και να εξασφαλίσουμε ένα βιώσιμο και πιο αισιόδοξο μέλλον για ολόκληρη την ανθρωπότητα.

ΜΕΡΟΣ ΙΙ. ΜΕΛΕΤΗ ΜΑΘΗΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ - ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΡΗΤΗΣ.

Η διερεύνηση πάνω σε θέματα υγείας περιλαμβάνει τον προσδιορισμό του τρόπου ζωής των ατόμων καθώς και των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών τους. Τα τελευταία χρόνια έχει πάρει τη μορφή μελέτης των συμπεριφορών και άλλων παραγόντων που σχετίζονται με την υγεία και αναφέρονται συνήθως στον νεανικό πληθυσμό, κυρίως εφήβους, επειδή συγκεκριμένες συμπεριφορές και στάσεις ζωής που ακολουθούνται στη διάρκεια του ενήλικου βίου προέρχονται συχνά από συνήθειες που έχουν υιοθετηθεί κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Τέτοιου είδους έρευνες, δεν περιορίζονται απλώς στο να περιγράφουν την κατάσταση της υγείας των νέων, αλλά στοχεύουν επίσης στον εντοπισμό των παραγόντων κινδύνου που μπορούν να οδηγήσουν μελλοντικά σε συμπεριφορές βλαπτικές για την υγεία, δηλαδή συμπεριφορές υψηλού κινδύνου.

Εκτός όμως από τις συμπεριφορές υψηλού κινδύνου αξίζει να μελετηθούν και οι τύποι της συμπεριφοράς που προάγουν την υγεία. Στα πλαίσια λοιπόν της προσπάθειας διαμόρφωσης μιας ολοκληρωμένης άποψης πάνω στα θέματα υγείας, οι νεαρές ηλικιακές ομάδες, όπως αυτές των μαθητών, προσφέρουν τη δυνατότητα συλλογής και επεξεργασίας σημαντικών πληροφοριών, οι οποίες μπορούν να αξιοποιηθούν στο χώρο της αγωγής υγείας, της εκπαίδευσης και της πρόληψης γενικότερα.

Οι τύποι συμπεριφοράς που σχετίζονται με την υγεία είναι αρκετά περίπλοκοι και κάθε τύπος έχει να κάνει με πολλές παραμέτρους. Για το λόγο αυτό, και για να είναι πιο ολοκληρωμένη η μελέτη, κρίνεται απαραίτητο να ληφθεί υπόψη ένα ευρύτερο πλαίσιο παραγόντων και αιτιών που επηρεάζουν και πολλές φορές καθορίζουν τις συμπεριφορές υγείας εφήβου. Στη συγκεκριμένη μελέτη εξετάζονται κυρίως η ηλικία, το φύλλο, η εθνικότητα, το επάγγελμα των γονέων, ο Δ.Μ.Σ. και η ενημέρωση που έχουν λάβει οι έφηβοι σε θέματα αγωγής υγείας, ως βασικοί παράγοντες και συνιστώσες για τη συμπεριφορά υγείας που ακολουθούν και εφαρμόζουν.

Στόχοι Έρευνας: Να εντοπιστεί ο βαθμός και η συχνότητα άσκησης των παραγόντων που υποβαθμίζουν την υγεία των εφήβων, καθώς και να καταγραφεί ο ρόλος της Αγωγής Υγείας στον περιορισμό των βλαπτικών συμπεριφορών.

Πληθυσμός Στόχος: Τυχαίο δείγμα 230 εφήβων μαθητών ηλικίας 13 – 19 ετών, από 5 σχολικές μονάδες των νομών Λασιθίου, Ηρακλείου και Ρεθύμνης. Η επιλογή διαφόρων ηλικιακών ομάδων, έγινε για να μελετηθούν και να συγκριθούν οι διάφορες μεταβολές στη συμπεριφορά των μαθητών καθώς και οι στάσεις που αυτοί υιοθετούν σε θέματα υγείας από την αρχή της ήβης έως το τέλος αυτής.

Το Ερωτηματολόγιο: Συντάχθηκε με τρόπο ώστε να εξασφαλίζει την ανωνυμία και κατ'επέκταση την ειλικρίνεια των ερωτηθέντων. Δεν συμπληρώθηκε εν ώρα μαθήματος, αλλά με το πέρας της σχολικής ημέρας. Τόσο οι μαθητές όσο και οι καθηγητές ήταν θετικοί με την συμπλήρωση του, με εξαίρεση την ερώτηση «Είχες ποτέ σεξουαλική επαφή;», η αφαίρεση της οποίας ζητήθηκε από τον σύλλογο καθηγητών του Λυκείου Τυμπακίου. Από τα 230 ερωτηματολόγια που διανεμήθησαν συμπληρώθηκαν τα 229. Η πλειοψηφία των μαθητών απάντησε σε όλα τα ερωτήματα σύμφωνα με τις υποδείξεις που δόθηκαν στην αρχή του ερωτηματολογίου.

Οι Ερωτήσεις: Οι ερωτήσεις ήταν τυποποιημένες, ώστε οι απαντήσεις να σημειώνονται με Χ χωρίς να αποκαλύπτεται ο γραφικός χαρακτήρας, και κλειστού τύπου, για πιο δομημένη και γραμμική μορφή της ερευνητικής διαδικασίας. Επιπλέον η ύπαρξη συγκεκριμένων και σαφών απαντήσεων, εξυπηρετεί στη στατιστική ανάλυση για τη διεξαγωγή ποσοτικοποιημένων και γενικευμένων συμπερασμάτων.

Οι ερωτήσεις αφορούσαν στις θεματικές ενότητες:

- Γενικές Γνώσεις για την Αγωγή Υγείας
- Τρόπος Ζωής και Διατροφικές Συνήθειες
- Προσωπική Ασφάλεια
- Κάπνισμα
- Κατανάλωση Αλκοόλ
- Χρήση Παράνομων Ουσιών
- Σεξουαλική Συμπεριφορά

Στις περιπτώσεις όπου δόθηκε πέραν της μίας απάντησης, δίχως να ζητάτε, κρίθηκαν ως άκυρες καθώς θεωρήθηκε ότι αλλοίωναν τα ερευνητικά αποτελέσματα και καταγράφηκαν με τον χαρακτηρισμό Λ.Α. (Λάθος Απάντηση). Επίσης όσες ερωτήσεις δεν απαντήθηκαν, καταγράφηκαν με τον χαρακτηρισμό Δ.Α. (Δεν Απαντήθηκαν) στα γραφήματα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ & Τ.Ε.Ι. ΠΕΙΡΑΙΑ

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Διοίκησης Υγείας

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ για μαθητές και μαθήτριες Γυμνασίου και Λυκείου.

Παρακαλώ αφιερώστε λίγο χρόνο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που συμπληρώνεται στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής εργασίας με θέμα : « Αγωγή Υγείας στα πλαίσια της Εφηβικής Ηλικίας. Περίπτωση Κρήτης», η οποία πραγματοποιείται από την Σταυρούλα Γρίβα, με την επίβλεψη του Κου Ντάνου Αναστάσιου, Αναπληρωτή Καθηγητή Τ.Ε.Ι ΠΕΙΡΑΙΑ.

Τα ερωτηματολόγια αποτελούν αυστηρά **απόρρητα στοιχεία**.

Παρακαλώ **μη γράψετε** το όνομα σας στο ερωτηματολόγιο.

Οι απαντήσεις που θα δώσετε θα κρατηθούν **μυστικές**.

Αν δε νιώθετε άνετα με μια ερώτηση μπορείτε να την αφήσετε κενή. (= αναπάντητη)

Ευχαριστώ πολύ για την πολύτιμη βοήθεια σου!!!!

ΣΧΟΛΕΙΟ:

1. Πόσων χρονών είσαι;

2. Τι φύλο είσαι;

1. Αγόρι

2. Κορίτσι

3. Σε ποια τάξη πας;

1. Α΄ Γυμνασίου

2. Β΄ Γυμνασίου

3. Γ΄ Γυμνασίου

4. Α΄ Λυκείου

5. Β΄ Λυκείου

6. Γ΄ Λυκείου

4. Που γεννήθηκες; (Πόλη - Χώρα)

.....

5. Που μένεις μόνιμα; (Περιοχή)

.....

6. Ποιο είναι το επάγγελμα των γονιών σου;
(σημείωσε στο τετραγωνάκι τον αριθμό της επιλογής σου)

α. Πατέρας β. Μητέρα

1. Ελεύθερος Επαγγελματίας
2. Δημόσιος / Ιδιωτικός Υπάλληλος
3. Εργαζόμενος στο χώρο της υγείας
4. Εκπαιδευτικός (καθηγητής, δάσκαλος κλπ)
5. Αγρότης
6. Εργάτης
7. Άνεργος
8. Συνταξιούχος
9. Οικιακά
10. Άλλο

7. Πόσο ύψος έχεις;.....

8. Τι βάρος έχεις;.....

Οι επόμενες 6 ερωτήσεις αφορούν στην Αγωγή Υγείας:

1. Τι είναι Αγωγή Υγείας κατά τη γνώμη σου?
 - 1) Το μάθημα της Γυμναστικής
 - 2) Οι συμβουλές που μας δίνει ο γιατρός
 - 3) Είναι η δυνατότητα που δίνεται στο άτομο να αποφασίζει και να ενεργεί συνειδητά και ενημερωμένα για ότι επηρεάζει την υγεία του.
2. Θεωρείς ότι η Αγωγή Υγείας συμβάλλει στην υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών?
 - 1) ΝΑΙ
 - 2) ΟΧΙ
3. Έχεις ενημερωθεί ποτέ για κάποιο από τα παρακάτω θέματα Αγωγής Υγείας, και εάν ναι μέσω ποιού φορέα?
(Σημείωσε με X τα θέματα για τα οποία έχεις ενημερωθεί και από ποιους φορείς.
Μπορείς να δώσεις περισσότερες από μία απαντήσεις για κάθε θέμα)

	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΣΧΟΛΕΙΟ	ΓΙΑΤΡΟΣ	Μ.Μ.Ε.	ΒΙΒΛΙΑ/ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	ΦΙΛΟΥΣ	ΑΛΛΟ
Διατροφή κ Φυσική Άσκηση							
Διαπροσωπικές Σχέσεις – Ψυχική Υγεία							
Στοματική Υγιεινή							
Πρόληψη χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών (Ναρκωτικά, Αλκοόλ, Τσιγάρο κλπ)							

Σεξουαλική Αγωγή – Διαφυλικές Σχέσεις							
Περιβάλλον κ Υγεία (ηλιακή ακτινοβολία, μόλυνση αέρα κ.λπ.)							
Εθελοντισμός (εργασία, εθελοντική αιμοδοσία κ.λπ)							
Αντιμετώπιση Εκτάκτων Καταστάσεων (πλημμύρες, πυρκαγιές, σεισμοί κ.λπ.)							
Κυκλοφοριακή Αγωγή (κράνος, ζώνη, οδική συμπεριφορά κ.λπ.)							

4) Υπάρχει κάποιο άλλο θέμα Αγωγής Υγείας για το οποίο θα επιθυμούσες να ενημερωθείς?

.....
.....
.....
.....

5) Ποια κατά τη γνώμη σας μέθοδος ενημέρωσης σε θέματα Αγωγής Υγείας είναι πιο αποτελεσματική?

(μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απάντηση)

- 1) Σεμινάρια, ομιλίες, ημερίδες
- 2) Συζητήσεις με καθηγητές, γονείς
- 3) Επισκέψεις σε ιδρύματα, νοσοκομεία, ειδικά κέντρα
- 4) Βιβλία, διαδίκτυο, Μ.Μ.Ε., διαφημίσεις
- 5) Εμπειρίες από φίλους, συγγενείς
- 6) Άλλο

6) Η Αγωγή Υγείας που ως ώρας έχεις λάβει, έχει επιδράσει θετικά ώστε να σε βοηθήσει να αλλάξεις συμπεριφορά; (π.χ. διακοπή καπνίσματος, περιορισμός έκθεσης στον ήλιο κ.α.)

- 1) ΝΑΙ
- 2) ΟΧΙ

Οι επόμενες 9 ερωτήσεις αφορούν στον τρόπο ζωής σου και τις διατροφικές σου συνήθειες:

1. Πως μπορείς να ορίσεις τον τρόπο ζωής σου?
 - 1) Καθιστική
 - 2) Κανονική
 - 3) Αγχώδης

2. Πόσες ώρες κοιμάσαι τη νύχτα όταν την επομένη πρέπει να πας σχολείο?
 - 1) Λιγότερες από 5
 - 2) 6 έως 7
 - 3) 8 έως 9
 - 4) Περισσότερες από 9

3. Πόσες φορές την εβδομάδα αθλείσαι?
 - 1) Καμία φορά
 - 2) έως 2
 - 3) 3 έως 4
 - 4) περισσότερες από 5

4. Ο αθλητισμός σε έχει βοηθήσει ώστε να υιοθετήσεις μια πιο θετική συμπεριφορά υγείας? (καλύτερη διατροφή, καλύτερη σχέση με τον εαυτό σου, αποφυγή χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, κ.λπ.)
 - 1) ΝΑΙ
 - 2) ΟΧΙ

5. Πόσες φορές την ημέρα βουρτσίζεις τα δόντια σου?
 - 1) Λιγότερο από 1 φορά την ημέρα
 - 2) 1 φορά την ημέρα
 - 3) 2 – 3 φορές την ημέρα
 - 4) Περισσότερο από 3 φορές την ημέρα

6. Πόσο συχνά επισκέπτεσαι τον οδοντογιάτρο σου?
 - 1) Λιγότερο από 1 φορά το χρόνο
 - 2) 1 φορά το χρόνο
 - 3) 2 φορές το χρόνο
 - 4) Περισσότερο από 2 φορές το χρόνο

7. Γνωρίζεις τις βλαπτικές συνέπειες των μεταλλαγμένων προϊόντων, των λιπασμένων προϊόντων, των συντηρητικών και των «Ε» που βρίσκονται σε αρκετά προϊόντα?
 - 1) ΝΑΙ
 - 2) ΟΧΙ

8. Όταν αγοράζεις προϊόντα διατροφής διαβάζεις τα συστατικά τους, τη θερμιδική ανάλυση και τη διατροφική τους αξία?
 - 1) ΝΑΙ
 - 2) ΟΧΙ

9. Σε μια εβδομάδα πόσες φορές τρως από τα κάτωθι είδη διατροφής;
(Σημείωσε με X την επιλογή σου.)

	Καμία φορά την εβδομάδα	1 –2 φορές την εβδομάδα	3 – 4 φορές την εβδομάδα	5 - 6 φορές την εβδομάδα	Πάνω από 7 φορές την εβδομάδα
Δημητριακά					
Λαχανικά κ Φρούτα					
Ελαιόλαδο					
Τυρί/ Γαλακτοκομικά					
Ψάρι					
Πουλερικά / Αυγά					
Γλυκά – Σνακ					
Κόκκινο Κρέας					

Οι επόμενες 4 ερωτήσεις αφορούν στην οδική σου ασφάλεια:

- 1) Αν οδηγείς μηχανή ή είσαι συνεπιβάτης σε μηχανή πόσο συχνά φοράς κράνος?
 - 1) Δεν οδηγώ/ συνεπιβαίνω σε μηχανή
 - 2) Δεν φοράω ποτέ κράνος
 - 3) Μερικές φορές φοράω κράνος
 - 4) Πάντα φοράω κράνος

- 2) Πόσο συχνά φοράς ζώνη ασφαλείας σε αυτοκίνητο που οδηγείς εσύ ή κάποιος άλλος?
 - 1) Ποτέ δε φοράω ζώνη ασφαλείας
 - 2) Μερικές φορές φοράω ζώνη ασφαλείας
 - 3) Πάντα φοράω ζώνη ασφαλείας

- 3) Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών, πόσες φορές βρέθηκες σε μηχανή ή αυτοκίνητο που ο οδηγός (είτε εσύ είτε κάποιος άλλος) είχε καταναλώσει αλκοόλ?
 - 1) Καμία φορά
 - 2) 1 – 2 φορές
 - 3) 3 – 5 φορές
 - 4) Πάνω από 6 φορές

- 4) Έχεις ποτέ ενημερωθεί για τους κινδύνους που μπορεί να επιφέρει η οδήγηση χωρίς ζώνη ασφαλείας ή κράνος ή υπό την επήρεια αλκοόλ? Και αν ναι, σε επηρέασε ώστε να αλλάξεις συμπεριφορά?
 - 1) Όχι δεν έχω ενημερωθεί
 - 2) Έχω ενημερωθεί αλλά δεν έχω αλλάξει συμπεριφορά
 - 3) Έχω ενημερωθεί και έχω αλλάξει συμπεριφορά.

Οι επόμενες 3 ερωτήσεις αφορούν στο κάπνισμα:

- 1) Έχεις ποτέ δοκιμάσει να καπνίσεις?
 - 1) Όχι
 - 2) Κάπνιζα στο παρελθόν
 - 3) Καπνίζω περιστασιακά
 - 4) Καπνίζω συστηματικά

- 2) Έχεις ποτέ ενημερωθεί για τους κινδύνους που μπορεί να επιφέρει το κάπνισμα στην υγεία σου? Και αν ναι, πιστεύεις ότι η ενημέρωσή σου ήταν επαρκής?
 - 1) Όχι, δεν έχω ενημερωθεί
 - 2) Ναι, έχω ενημερωθεί αλλά όχι όσο θα ήθελα
 - 3) Ναι, έχω ενημερωθεί αρκετά / πολύ

- 3) Η πληροφόρηση που έχεις λάβει για το κάπνισμα σε βοήθησε ώστε να επιλέξεις μια πιο υγιή στάση ζωής?
 - 1) Όχι, δεν θεωρώ ότι με βοήθησε
 - 2) Ναι, με βοήθησε ώστε να ελαττώσω το κάπνισμα
 - 3) Ναι, με βοήθησε ώστε να κόψω τα κάπνισμα
 - 4) Ναι, με βοήθησε ώστε να μην ξεκινήσω το κάπνισμα

Οι επόμενες 3 ερωτήσεις αφορούν στην κατανάλωση αλκοόλ:

- 1) Καταναλώνεις ποτά που περιέχουν αλκοόλ? Και εάν ναι πόσα περίπου την εβδομάδα?
 - 1) Όχι
 - 2) Λιγότερο από 1 ποτό την εβδομάδα
 - 3) 2 – 3 ποτά την εβδομάδα
 - 4) Πάνω από 4 ποτά την εβδομάδα

- 2) Η ενημέρωσή που είχες ως ώρας για τις επιπτώσεις του αλκοόλ στην σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου θεωρείς πως ήταν επαρκής?
 - 1) Όχι, δεν έχω ενημερωθεί
 - 2) Ναι, έχω ενημερωθεί αλλά όχι όσο θα ήθελα
 - 3) Ναι, έχω ενημερωθεί αρκετά / πολύ

- 3) Η ενημέρωσή που ως ώρας είχες για το αλκοόλ σε βοήθησε ώστε να υιοθετήσεις μια πιο υγιή στάση ζωής?
 - 1) Όχι, δεν θεωρώ ότι με βοήθησε αρκετά
 - 2) Ναι, με βοήθησε ώστε να ελαττώσω την κατανάλωση αλκοόλ
 - 3) Ναι, με βοήθησε ώστε να σταματήσω την κατανάλωση αλκοόλ
 - 4) Ναι, με βοήθησε ώστε να αποφύγω την κατανάλωση αλκοόλ

Οι επόμενες 3 ερωτήσεις αφορούν στη χρήση παράνομων ουσιών (ναρκωτικών):

- 1) Έχεις ποτέ κάνει χρήση παράνομων ουσιών?
 - 1) Όχι, δεν κάνω χρήση
 - 2) Έκανα στο παρελθόν χρήση
 - 3) Κάνω περιστασιακά χρήση
 - 4) Κάνω συχνά χρήση

- 2) Έχεις ενημερωθεί για τις αρνητικές επιπτώσεις των ναρκωτικών? Εάν ναι θεωρείς ότι τα όσα έμαθες ήταν αρκετά για να μπορέσεις να σχηματίσεις μια ολοκληρωμένη γνώμη?
 - 1) Όχι, δεν έχω ενημερωθεί
 - 2) Ναι, έχω ενημερωθεί αλλά όχι όσο θα ήθελα
 - 3) Ναι, έχω ενημερωθεί αρκετά / πολύ

- 3) Η ενημέρωση που ως ώρας είχες για τα ναρκωτικά σε βοήθησε ώστε να υιοθετήσεις μια πιο υγιή συμπεριφορά?
 - 1) Όχι, δεν θεωρώ ότι με βοήθησε αρκετά
 - 2) Ναι, με βοήθησε ώστε να ελαττώσω τη χρήση παράνομων ουσιών
 - 3) Ναι, με βοήθησε ώστε να σταματήσω τη χρήση παράνομων ουσιών
 - 4) Ναι, με βοήθησε ώστε να αποφύγω τη χρήση παράνομων ουσιών

Οι επόμενες 2 ερωτήσεις αφορούν στη σεξουαλική συμπεριφορά

- 1) Έχεις ενημερωθεί για θέματα που αφορούν στη σεξουαλική αγωγή όπως η αντισύλληψη, τα αφροδίσια νοσήματα, το AIDS, η εγκυμοσύνη?
 - 1) Όχι, δεν έχω ενημερωθεί
 - 2) Ναι, έχω ενημερωθεί αλλά όχι όσο θα ήθελα
 - 3) Ναι, έχω ενημερωθεί αρκετά / πολύ

- 2) Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση που έχεις λάβει συνέβαλε στο να αποκτήσεις μια πιο «ώριμη» σεξουαλική συμπεριφορά?
 - 1) Όχι, δεν θεωρώ ότι με βοήθησε αρκετά
 - 2) Ναι, με βοήθησε ώστε να είμαι πιο προσεκτικός με τις πράξεις μου και ποιο συνειδητοποιημένος με τις επιλογές μου

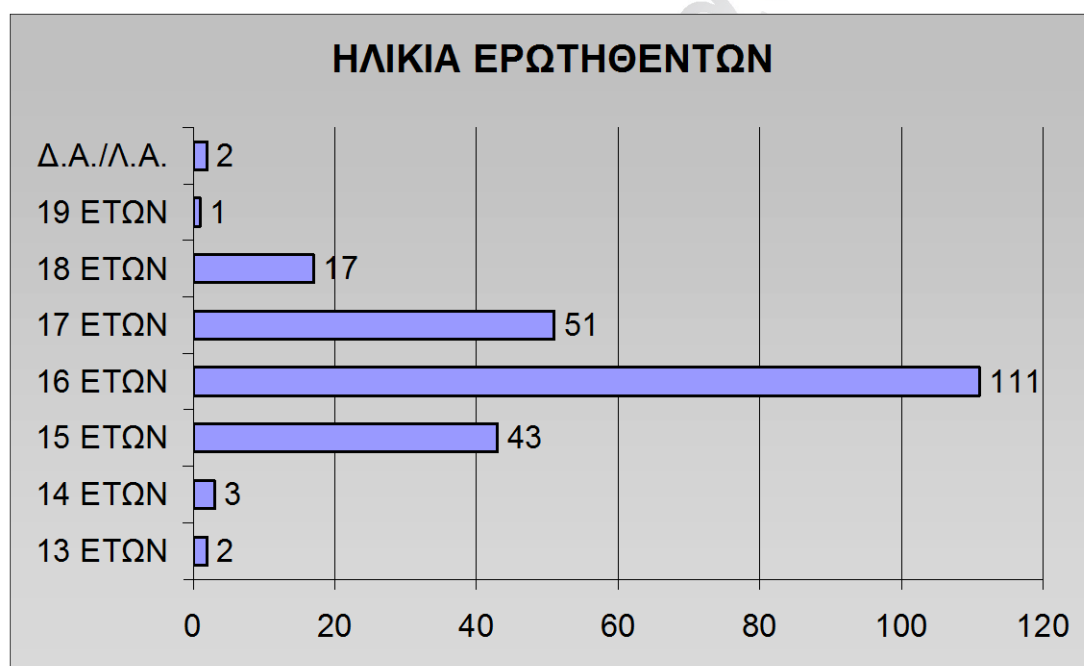


Ευχαριστώ πολύ για το χρόνο σας!!!!

Α) Γενικά Στοιχεία Δείγματος

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά διακόσιοι τριάντα (230) μαθητές. Εξ αυτών οι εκατόν εφτά (107) είναι αγόρια (47%), οι εκατόν είκοσι δύο (122) κορίτσια (53%) και ένας (1) δεν δήλωσε φύλλο. Ως εκ τούτου οι απαντήσεις του δεν συνυπολογίστηκαν στα γραφήματα που ως βασική συνιστώσα έχουν την παράμετρο φύλλο.

Όσον αφορά στην ηλικία των ερωτηθέντων, οι περισσότεροι είναι μεταξύ δεκαπέντε και δεκαεφτά ετών, όπως φαίνεται στο κάτωθι γράφημα :

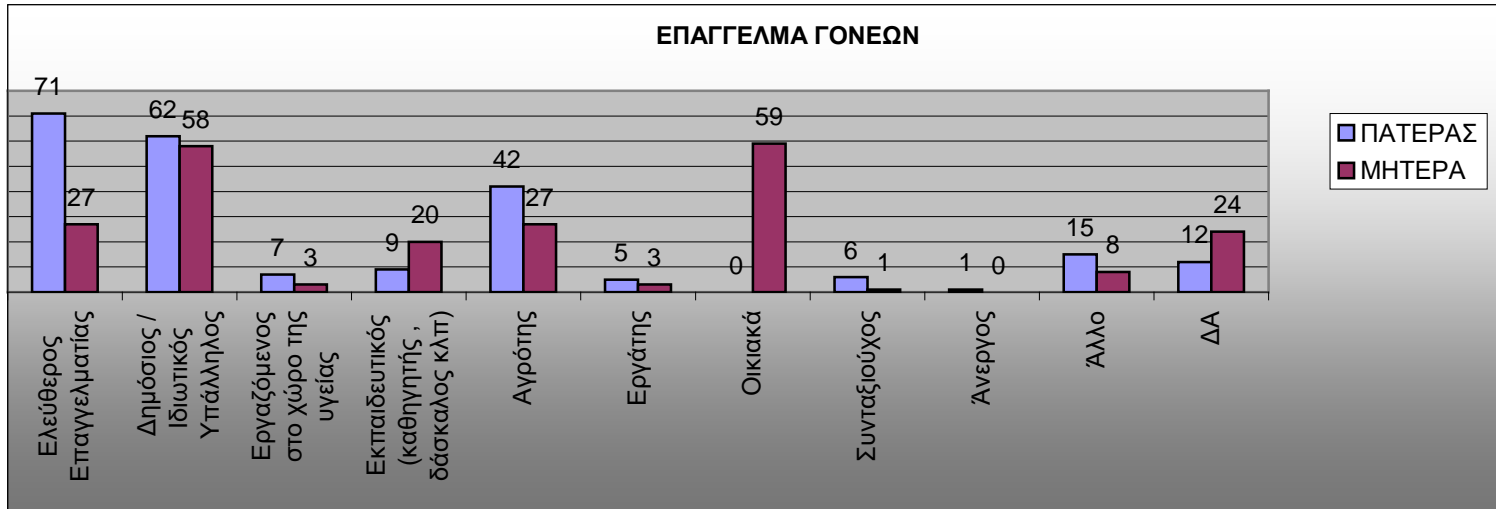


Εξ αυτών, το 2% είναι 13 - 14 ετών, το 19% είναι 15 ετών, το 50% είναι 16 ετών, το 22% είναι 17 ετών, το 7% είναι 18 - 19 ετών και δύο δεν έδωσαν απάντηση σχετικά με την ηλικία του.

Η πλειοψηφία του δείγματος έχει ελληνική υπηκοότητα, διακόσια δεκαπέντε (215) άτομα, ενώ από τους υπόλοιπους ένας (1) γεννήθηκε στην Κύπρο, έξι (6) στην Αλβανία, δύο (2) στη Μολδαβία, δύο (2) στη Γερμανία, ένας (1) στη Μεγάλη Βρετανία και τρία (3) άτομα δεν έδωσαν κάποια απάντηση στο συγκεκριμένο ερώτημα.

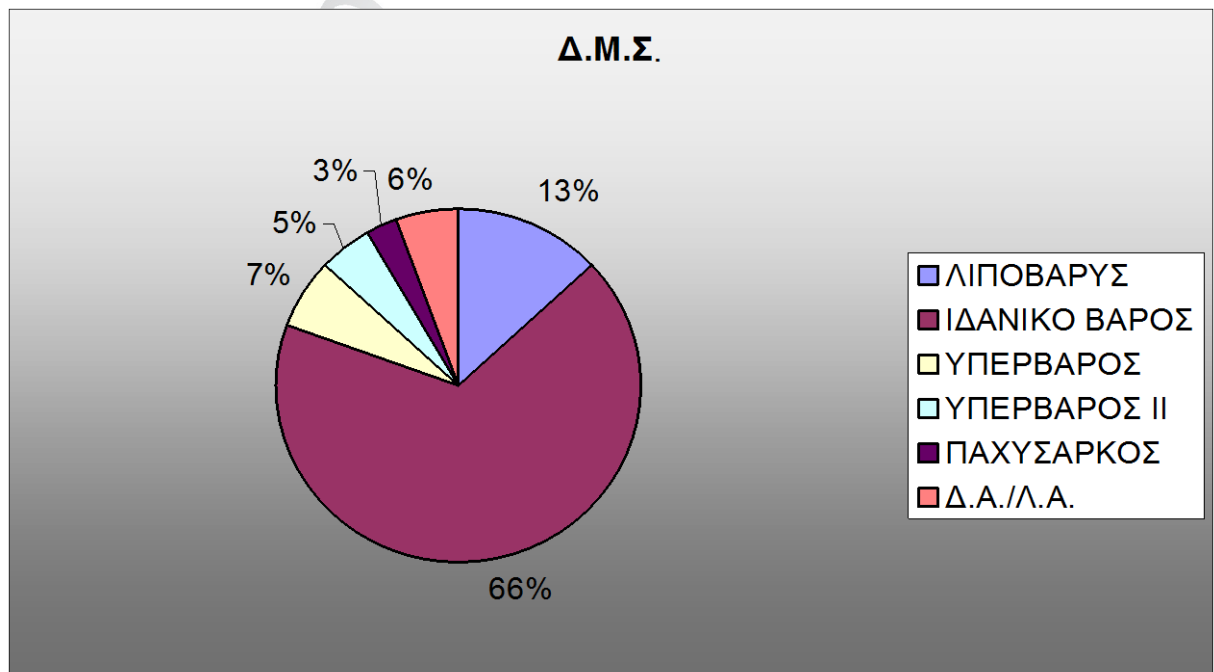
Όσον αφορά στον τόπο κατοικία τους, σε ποσοστό 76% οι ερωτώμενοι διαμένουν στο νομό Ηράκλειου, 22% στο νομό Ρεθύμνης και 2% στο νομό Λασιθίου.

Στο ακόλουθο γράφημα, καταγράφεται το επάγγελμα των γονέων. Αυτή η παράμετρος θα φανεί ιδιαίτερος σημαντική στην εξέλιξη της μελέτης, καθώς θα εξεταστεί κατά πόσο το επάγγελμα των γονέων έχει σχέση με τη συμπεριφορά υγείας των εφήβων και εάν τελικά μπορεί να επηρεάσει ή όχι τον τρόπο ζωής τους.



Τέλος, άλλη μία βασική παράμετρος στην οποία θα στηριχθεί η έρευνα και αναμένετε να δώσει χρήσιμες πληροφορίες, κυρίως για τη σχέση τρόπου ζωής και συμπεριφοράς υγείας με σωματικού βάρους, είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος.

Στο ερωτηματολόγιο ζητήθηκε το ύψος και το βάρος των εφήβων και έπειτα με την εξίσωση: $\text{βάρος}/(\text{ύψος} \times 2)$ υπολογίστηκε ο Δ.Μ.Σ..



Πιο αναλυτικά, λιποβαρής χαρακτηρίζεται όποιος έχει Δ.Μ.Σ. < 18,5. Η κατάσταση αυτή, αλλιώς υποθρεψία, περιλαμβάνει άτομα με βάρος κάτω από το φυσιολογικό. Το άτομο που είναι ελλειποβαρές θα πρέπει να αυξήσει το σωματικό του βάρος και να επισκεφθεί τον προσωπικό του ιατρό, καθώς υπάρχει αυξημένη πιθανότητα για διαταραχή του μεταβολισμού.

Δ.Μ.Σ. μεταξύ 18,5 – 25 έχουν τα άτομα με φυσιολογικό βάρος. Το 24 - 25 για τους άντρες και το 23 - 24 για τις γυναίκες, θεωρούνται ιδανικοί δείκτες μάζας, αναλόγως βάρους σκελετού, με την προϋπόθεση ότι το άτομο έχει φυσιολογικό λίπος. Όσοι βρίσκονται στο δείκτη αυτό έχουν μικρότερες πιθανότητες για νοσήματα καρδιάς και αγγείων, αρκεί το άτομο να διατηρήσει το βάρος του σταθερό.

Υπέρβαρα I χαρακτηρίζονται τα άτομα με Δ.Μ.Σ. μεταξύ 25 – 27 και Υπέρβαρα II μεταξύ 27-30. Όσοι βρίσκονται στην ομάδα αυτή, πιθανόν να έχουν ανιχνευθεί με παχυσαρκία πρώτου βαθμού εφόσον συνυπάρχει υψηλό ποσοστό λίπους. Όσοι ανήκουν στο δείκτη αυτό κινδυνεύουν από νοσήματα υπέρτασης, στεφανιαίας νόσου ή διαβήτη τύπου Β, για αυτό θα πρέπει να φροντίσουν ώστε να μην αυξήσουν άλλο το βάρος τους και να συμβουλευτούν τακτικά τον ιατρό τους.

Η παχυσαρκία χαρακτηρίζει τα άτομα με Δ.Μ.Σ. >30. Πρόκειται για άτομα με υψηλά ποσοστά λίπους που κινδυνεύουν σοβαρά από υπέρταση, στεφανιαία νόσο, καρδιαγγειακές και θρομβοεμβολικές νόσους, αρθρίτιδα, δύσπνοια, διαβήτη τύπου Β, καρκίνο, σε χαμηλότερα ποσοστά, και ένα πλήθος σοβαρών ασθενειών. Τα άτομα που βρίσκονται στην ομάδα αυτή, χρειάζονται άμεσα την παρακολούθηση ιατρού.

B. Ερωτήσεις που αφορούν στην Αγωγή Υγείας

1) Τι είναι Αγωγή Υγείας κατά τη γνώμη σου?

Στο ερώτημα τι είναι Αγωγή Υγείας, η πλειονότητα απάντησε σωστά, λέγοντας ότι είναι η δυνατότητα να αποφασίζεις και να ενεργείς συνειδητά και ενημερωμένα για ότι επηρεάζει την υγεία του ατόμου, επιβεβαιώνοντας ότι οι μαθητές δεν συγχέουν το νόημα του όρου ούτε τα άτομα που εμπλέκονται σε αυτό.



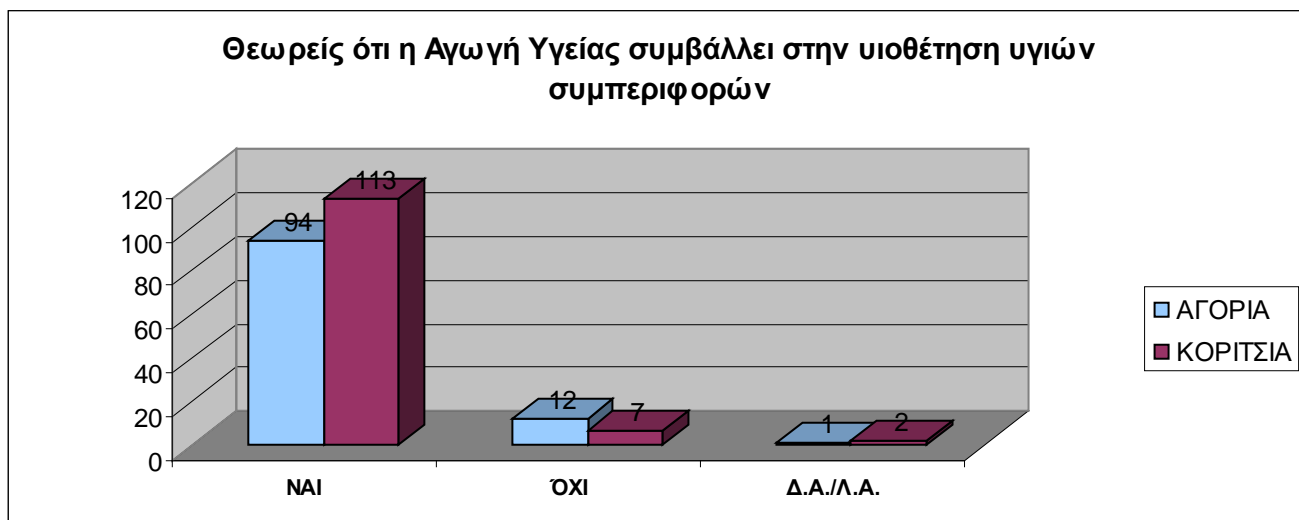
Αντίστοιχα ανά φύλλο, το 77% των αγοριών και το 82% των κοριτσιών απάντησαν σωστά, το 16% των αγοριών και το 11% των κοριτσιών είπαν ότι είναι οι συμβουλές του ιατρού, το 5% των αγοριών και κοριτσιών συμφώνησαν ότι πρόκειται για το μάθημα της γυμναστικής και τέλος το 2% και των δύο φύλλων δεν έδωσε κάποια απάντηση.

Όσον αφορά στις απαντήσεις ανά ηλικία δεν υπήρξε κάποια ιδιαίτερη παρατήρηση, με εξαίρεση τους μαθητές 14 και 15 ετών όπου ένας στους τρεις αναγνωρίζει την αγωγή υγείας ως τις συμβουλές που μας δίνει ο γιατρός.

2) Θεωρείς ότι η Αγωγή Υγείας συμβάλλει στην υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών?

Στο ερώτημα αυτό η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε θετικά, με ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό αγόρια 88% κορίτσια 92% , υποδεικνύοντας για ακόμη μία φορά την ανάγκη για περισσότερα προγράμματα αγωγής υγείας και μεγαλύτερη

παρέμβαση του κράτους στον τομέα αυτό, καθώς οι απόψεις των νέων συγκλίνουν για τη σπουδαιότητα αυτού του τομέα.



3) Έχεις ενημερωθεί ποτέ για κάποιο από τα παρακάτω θέματα Αγωγής Υγείας, και εάν ναι μέσω ποιού φορέα?

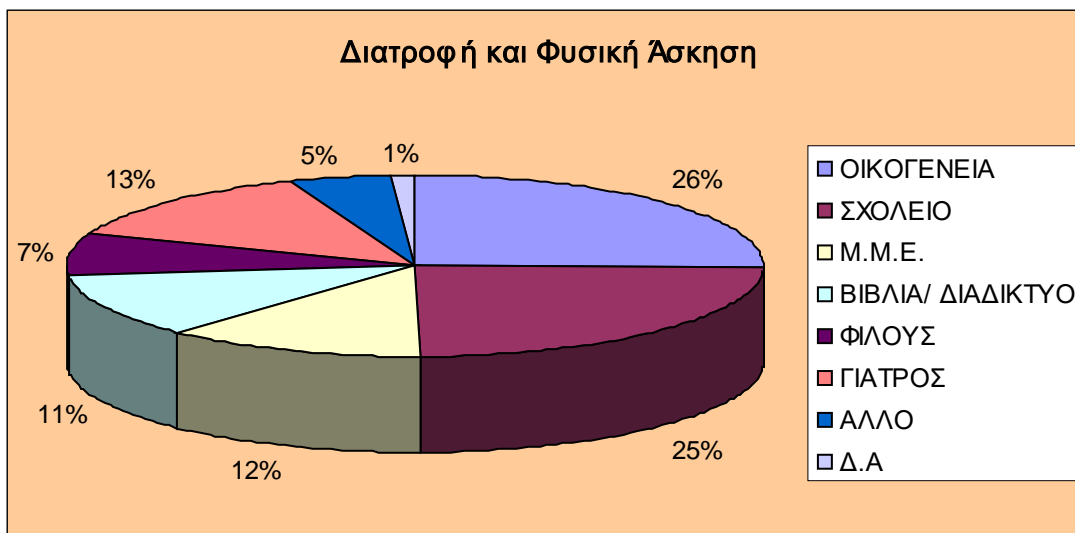
Σε αυτή την ερώτηση, οι μαθητές καλούνται να συμπληρώσουν έναν πίνακα με διάφορα ζητήματα που αφορούν σε τομείς με τους οποίους ασχολείται η αγωγή υγείας (π.χ. διατροφή, κάπνισμα, στοματική υγιεινή, εθελοντισμός, κλπ) καθώς και τους φορείς από τους οποίους έχουν ενημερωθεί.

Με μια πρώτη ματιά εύκολα διακρίνεται, πως η οικογένεια και το σχολείο είναι οι σημαντικότεροι φορείς μετάδοσης γνώσεων και στήριξης του εφήβου. Αυτό έχει να κάνει αφενός με το γεγονός ότι αναφερόμαστε στην ελληνική κοινωνία, όπου η οικογένεια και το σχολείο κατέχουν εξέχουσα θέση μεταξύ των θεσμών, αφετέρου ότι είναι οι πιο εγγύς παράγοντες με τους οποίους ο έφηβος έρχεται καθημερινά σε επαφή και μπορεί εύκολα να αναφερθεί σε αυτούς.

Προχωρώντας στη μελέτη και αναλύοντας ξεχωριστά κάθε παράγοντα οδηγούμαστε σε πιο αναλυτικά συμπεράσματα, ωστόσο αξίζει να αναφέρουμε:

α) ότι υπάρχει ταύτιση απόψεων μεταξύ Ελλήνων και αλλοδαπών μαθητών.

β) ότι οι μαθητές με γονείς που εργάζονται στο χώρο της υγείας δηλώνουν πιο συχνά τον γιατρό ως βασικό φορέα ενημέρωσης σε θέματα αγωγής υγείας, ενώ οι μαθητές με γονείς εκπαιδευτικούς είναι λίγο πιο συγκρατημένοι με τον φορέα σχολείο και με το κατά πόσο αποτελεί πηγή γνώσεων και πληροφοριών.



Για το κομμάτι που αφορά στη διατροφή και τη φυσική άσκηση διακρίνουμε έναν ισόποσο καταμερισμό μεταξύ οικογένειας (26%) και σχολείου (25%), το ποσοστό των οποίων αθροιστικά ξεπερνάει το μέσο όρο (51%). Συμπληρωματικά λειτουργούν ως φορείς ο γιατρός (13%) και τα Μ.Μ.Ε. (12%) με τα βιβλία/ διαδίκτυο (11%).

Κάνοντας μια περαιτέρω έρευνα στα άτομα με προβλήματα βάρους, δηλαδή τα λιποβαρή, τα παχύσαρκα και τα υπέρβαρα, οδηγηθήκαμε σε κάποια ενδιαφέροντα συμπεράσματα. Για παράδειγμα, οι απαντήσεις που δίνουν οι έφηβοι οι οποίοι ανήκουν στην ομάδα των λιποβαρών, συγκλίνουν με αυτές του συνόλου με μόνη εξαίρεση ότι το ποσοστό του γιατρού είναι στο 9% δηλαδή χαμηλότερο. Αυτό αποδεικνύει το ότι οι νέοι που ανήκουν σε αυτή την ομάδα δεν δείχνουν να αναγνωρίζουν ως πρόβλημα την έλλειψη βάρους, για αυτό δεν απευθύνονται συστηματικά σε κάποιο ειδικό. Αυτό που πιθανόν να μην αντιλαμβάνονται είναι ότι η κατάσταση αυτή δεν συνδέεται μονό με το φυσικό κάλος και την τάση της εποχής, αλλά και με μία σωρεία παθήσεων, με σημαντικότερες αυτές της αβιταμίνωσης, της σιδηροπενίας και της νευρικής ανορεξίας. Επιπλέον βλέπουμε πως ο ρόλος της οικογένειας και του σχολείου δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικός, η μεν πρώτη γιατί δεν έχει την ανάλογη επαγγελματική κατάρτιση ή δε δεύτερη διότι γίνεται στα πλαίσια της ενημέρωσης και όχι της ατομικής παρακολούθησης.

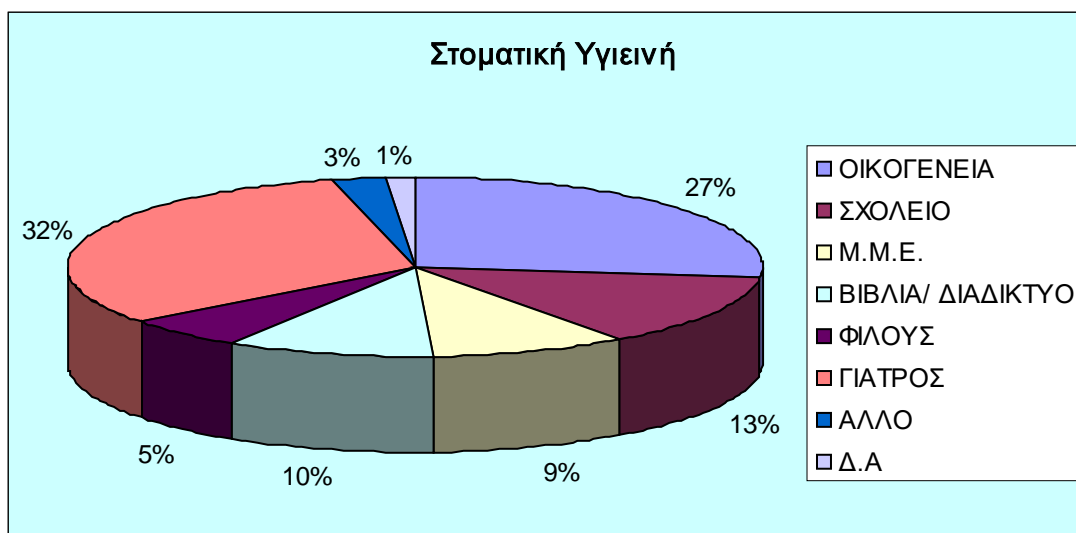
Όσον αφορά στους υπέρβαρους το ποσοστό του γιατρού είναι ελαφρώς αυξημένο 11%, αλλά και πάλι θα αναμέναμε να είναι μεγαλύτερο εφόσον πρόκειται για μια εμφανή κατάσταση τόσο ως εικόνα, συγκέντρωση λίπους σε

συγκεκριμένα σημεία του σώματος (αγόρια στην κοιλιακή χώρα, κορίτσια στην περιφέρεια), όσο και ως φυσική κατάσταση, μειωμένες σωματικές αντοχές, αποχή από κάποιες φυσικές δραστηριότητες, ανήσυχος ύπνος, εφίδρωση και άλλα. Αίσθηση προκαλεί το αυξημένο ποσοστό των Μ.Μ.Ε. 16% σε σύγκριση με το ποσοστό του συνόλου 12%. Προφανώς ο υπέρβαρος έφηβος στην προσπάθεια του για αναζήτηση πληροφοριών να στρέφεται στα Μ.Μ.Ε. τα οποία τον προβληματίζουν, τον αφυπνίζουν και τον ενημερώνουν ώστε να συνειδητοποιήσει το πρόβλημα και να στραφεί προς αναζήτηση της λύσης του.

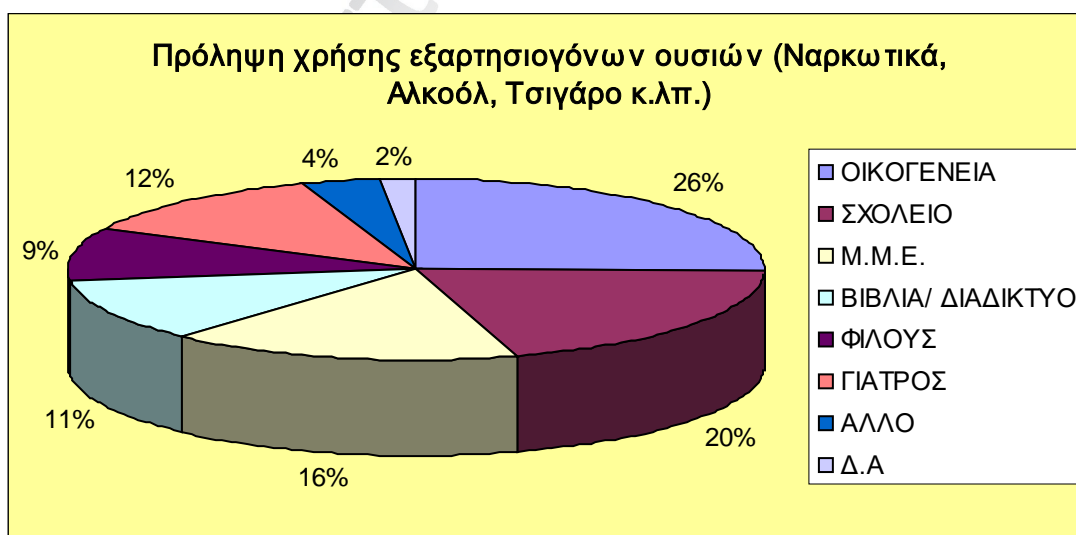
Τέλος οι παχύσαρκοι έφηβοι συνειδητοποιημένοι οι περισσότεροι για την πάθησή τους, στρέφονται στην οικογένειά τους (25%) και στον γιατρό τους (21%), οι οποίοι με κοινή συνεννόηση και προσπάθεια θα προσπαθήσουν να βοηθήσουν τον έφηβο να επανέλθει στα φυσιολογικά του κιλά και να εξασφαλίσει για τον εαυτό του μια καλύτερη υγεία και ποιότητα ζωής.



Στον τομέα των Διαπροσωπικών Σχέσεων και της Ψυχικής Υγείας, η οικογένεια υπερτερεί ως φορέας ενημέρωσης (28%) και ακολουθούν το σχολείο (19%), οι φίλοι (18%) και τα βιβλία/διαδίκτυο (15%). Επιβεβαιώνεται έτσι ότι ο θεσμός της οικογένειας είναι ακόμα γερά εδραιωμένος στη χώρα μας και αποτελεί σημαντική συνιστώσα στην ανάπτυξη του εφήβου. Επιπλέον οι υπόλοιποι φορείς επαληθεύουν ότι οι έφηβοι αφενός αναζητούν την προσωπική επαφή (φίλους) αφετέρου για ζητήματα περισσότερο σημαντικά στρέφονται σε πηγές πιο εμπειρισταωμένες και φερέγγυες (σχολείο, βιβλία).



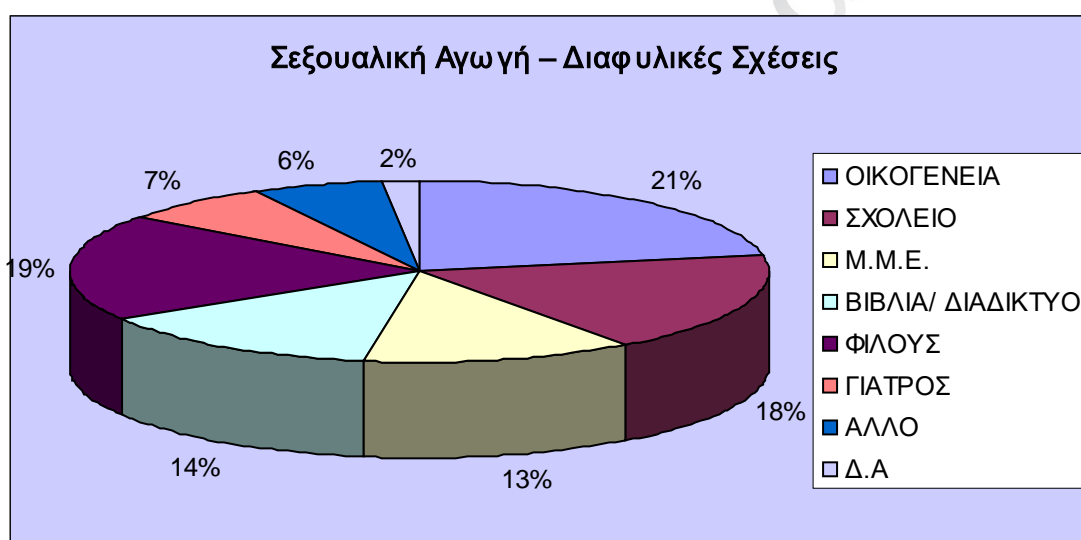
Εδώ δύο είναι οι φορείς που διαδραματίζουν ισχυρό ρόλο. Από τη μία ο γιατρός (32%) και από την άλλη η οικογένεια (27%). Το πρώτο αιτιολογείται από το γεγονός ότι μια μεγάλη μερίδα εφήβων αυτής της ηλικίας δέχονται κάποιου είδους ορθοδοντική παρέμβαση ή έχουν επισκεφθεί κάποια στιγμή στη ζωή τους τον οδοντίατρο για προληπτικό έλεγχο, φθορίωση, καθαρισμό και άλλα. Όσον αφορά στην οικογένεια είναι εκείνη που από μικρή ηλικία, πριν ακόμα το παιδί κάνει την πρώτη επίσκεψη στον οδοντίατρο, μαθαίνει και συχνά επιβάλλει στο παιδί - μελλοντικό έφηβο- να φροντίζει την υγιεινή του στόματος του, όπως γίνεται και με μια σειρά άλλων ενεργειών π.χ. πλύσιμο χεριών, υγιεινή σώματος και άλλα.



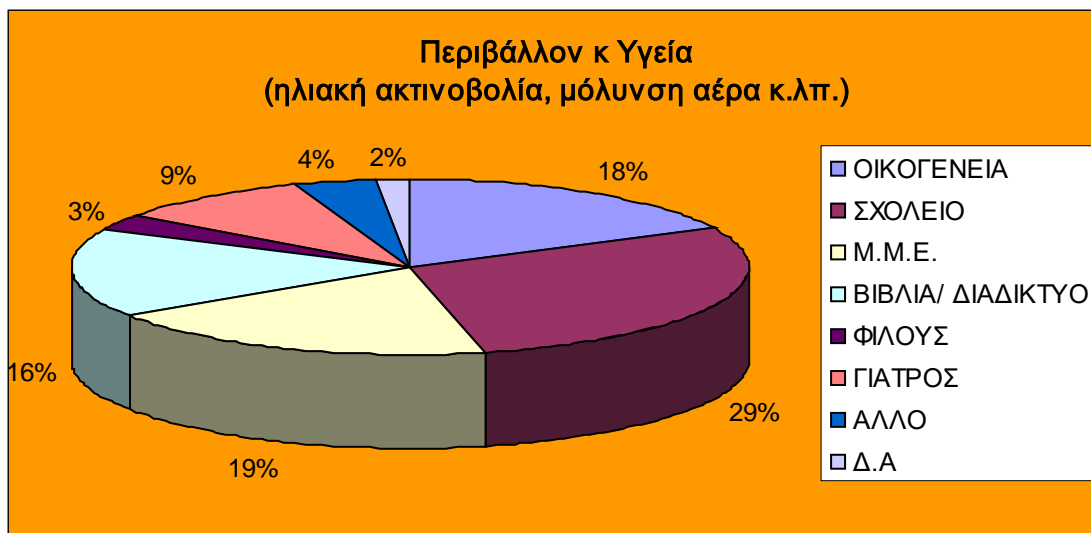
Για μία ακόμα φορά η οικογένεια (26%) και το σχολείο (20%) κατέχουν τις πρώτες θέσεις στις επιλογές των μαθητών σε ότι αφορά στην πρόληψη από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, ενώ ακολουθούν τα M.M.E. (16%). Αναγνωρίζεται έτσι η

αξία των διαφημιστικών μηνυμάτων, των επιστημονικών άρθρων και εκπομπών και γενικότερα κάθε είδους καμπάνιας, στην ψυχολογία και την αντίληψη του εφήβου. Για το λόγο αυτό τα Μ.Μ.Ε. οφείλουν να είναι ιδιαίτερος προσεκτικά και να λειτουργούν με υπευθυνότητα και σύνεση ως προς τα πρότυπα που προβάλλουν καθώς επηρεάζουν μια μεγάλη μερίδα εφήβων.

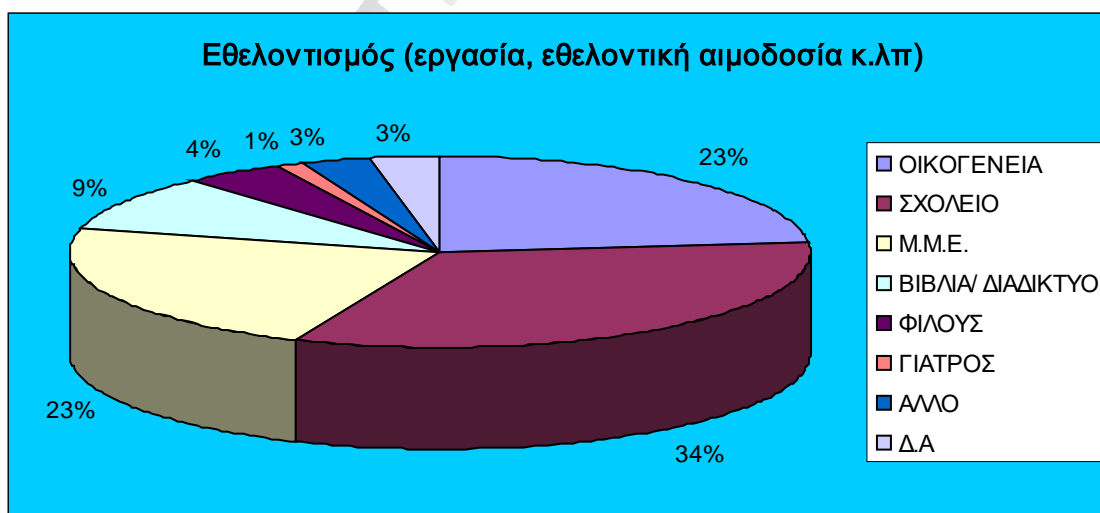
Αναγνωρίζεται επίσης η συμβολή του γιατρού, η οποία αν και ποσοστιαία είναι χαμηλότερη 12%, ωστόσο μπορεί να παράσχει ουσιαστική βοήθεια στον έφηβο, και ειδικά σε αυτόν που κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, κυρίως λόγω των γνώσεων και της εμπειρίας του στο πώς να χειρίζεται ανάλογες καταστάσεις.



Εδώ οι απαντήσεις μοιράζονται σε μια μερίδα φορέων, αποδεικνύοντας αφενός την ανάγκη των εφήβων για πληροφόρηση πάνω σε θέματα Σεξουαλικής Αγωγής και Διαφυλικών Σχέσεων από πολλές και διαφορετικές πηγές, αφετέρου όταν τα όσα μαθαίνουν δεν επαρκούν ή δεν τους ικανοποιούν να στρέφονται σε άλλους φορείς. Αυτό που εύκολα διαφαίνεται είναι ότι έφηβοι αναζητούν πηγές περισσότερο προσωπικές και εγγύς ως προς αυτούς (οικογένεια, φίλοι), προτιμούν δηλαδή την ανθρώπινη επαφή και συμβουλή για την ενημέρωσή τους.



Το σχολείο (29%), τα Μ.Μ.Ε. (19%), η οικογένεια (18%) και τα βιβλία/ διαδίκτυο (16%) είναι οι κύριοι φορείς που παρέχουν πληροφόρηση σε θέματα που σχετίζονται με το περιβάλλον και την υγεία. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός πως ο γιατρός έρχεται πέμπτος με ποσοστό μόλις 9%, ενώ υπό άλλες συνθήκες θα έπρεπε να βρίσκεται στις πρώτες θέσεις. Αυτό πιθανόν να σχετίζεται με τον ίδιο τον έφηβο ο οποίος όντας σε νεαρή ηλικία, νιώθει άτροπος, δεν συμβουλευέται το γιατρό του σε θέματα υγείας και περιβάλλοντος αλλά ακολουθεί ένα δικό του τρόπο ζωής, ο οποίος στην ενήλικη πλέον ζωή του μπορεί να του προκαλέσει προβλήματα υγείας. (π.χ. άσθμα, καρκίνος του δέρματος κλπ.).



Σε ζητήματα εθελοντισμού το σχολείο αποτελεί τον πρώτο φορέα ενημέρωσης (34%) και ακολουθούν ισόποσα τα Μ.Μ.Ε. και η οικογένεια (23%). Ο λόγος είναι ότι το σχολείο παροτρύνει τους μαθητές και δίνει την ευκαιρία μέσω σχολικών

προγραμμάτων, μαθημάτων και επισκέψεων να ενταχθούν στη φιλοσοφία του εθελοντισμού και να γίνουν κοινωνοί της ανιδιοτελούς προσφοράς.



Σε θέματα εκτάκτων καταστάσεων η οικογένεια (31%), τα Μ.Μ.Ε. (23%) και μετά το σχολείο (21%) είναι αυτοί που συμβουλεύουν τους νέους για το πώς θα τις αντιμετωπίσουν. Ωστόσο κρίνεται με σκεπτικισμό κατά πόσο η οικογένεια και τα Μ.Μ.Ε. μπορούν να ενημερώσουν ορθά και επαρκώς τους εφήβους, ώστε να εξασφαλισθεί η προσωπική τους ασφάλεια και η διατήρηση της ψυχραιμής συμπεριφοράς. Αντί αυτού το κράτος οφείλει να εξουσιοδοτήσει το σχολείο και άλλους κρατικούς φορείς που έχουν γνώση επί του θέματος, στο να ενημερώσουν αρχικά τους μαθητές και να εφαρμόσουν δευτερευόντως σε μια υποτιθέμενη – κατασκευασμένη έκτακτη περίπτωση (π.χ. πυρκαγιά) τα όσο έμαθαν.



Αντίστοιχα για την κυκλοφοριακή αγωγή ισχύουν ακριβώς τα ίδια με την αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων. Ότι δηλαδή η οικογένεια (22%), το σχολείο (27%) και τα Μ.Μ.Ε. (24%) δεν επαρκούν γνωστικά για την ενημέρωση των νέων. Εδώ χρειάζονται πιο ισχυροί παράγοντες, όπως π.χ. η ομιλία ενός γιατρού ή η εμπειρία ενός διακομιστή ΕΚΑΒ, ανθρώπων δηλαδή που εξ επαγγέλματος είναι σε θέση να μιλήσουν με παραδείγματα από την καθημερινότητά τους για την σπουδαιότητα της κυκλοφοριακής αγωγής.

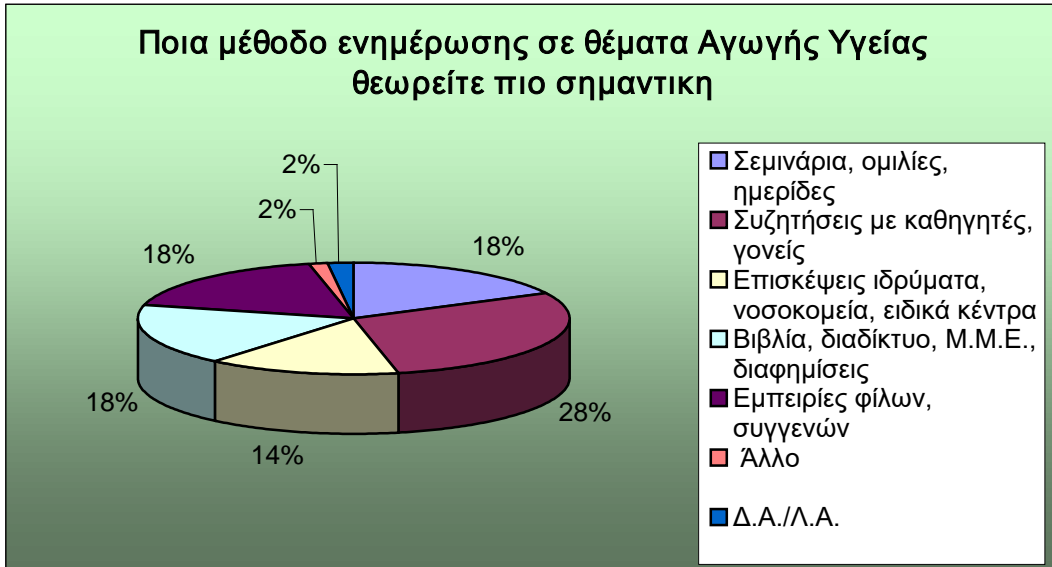
4) *Υπάρχει κάποιο άλλο θέμα Αγωγής Υγείας για το οποίο θα επιθυμούσατε να ενημερωθείς?*

Στην ερώτηση αυτή οι μαθητές μπορούν να αναπτύξουν ελεύθερα τη γνώμη τους για οποιοδήποτε θέμα αφορά στην αγωγή υγείας και για το οποίο πιστεύουν ότι δεν έχουν ενημερωθεί επαρκώς ή καθόλου, και θα επιθυμούσαν μεγαλύτερη και καλύτερη πληροφόρηση.

Η πλειοψηφία των μαθητών άφησε κενή την απάντηση αυτή. Ωστόσο υπήρξαν κάποιες ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες προτάσεις και παρατηρήσεις για θέματα που οι μαθητές θα ήθελαν να ενημερωθούν, όπως τα αναβολικά και οι επιπτώσεις τους στην υγεία του ατόμου, το σωματικό βάρος και αν αυτό επηρεάζεται από την ψυχολογία του ατόμου, νευρική ανορεξία, πρώτες βοήθειες (π.χ. αντιμετώπιση πνιγμού, καρδιακού επεισοδίου, κλπ.), σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τρόποι μετάδοσης τους πέραν της σεξουαλικής επαφής, αιτιολογικοί παράγοντες ανάπτυξης νεοπλασμάτων, νοσήματα – επιδημίες και με ποιους τρόπους μπορούμε να προφυλαχθούμε από αυτά, εφηβική ανωριμότητα πως επηρεάζει τη ζωή του εφήβου και πως μπορούμε να τη χειριστούμε.

Επίσης μία μεγάλη μερίδα ατόμων έκρινε ως ανεπαρκή την ενημέρωση πάνω σε θέματα σεξουαλικής αγωγής και διαφυλικών σχέσεων, ψυχικής υγείας, πρόληψης χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, περιβάλλοντος και υγείας. αναγνωρίζοντας την ανάγκη για πιο ενδεδειγμένη και ουσιαστική πληροφόρηση.

5) Ποια κατά τη γνώμη σας μέθοδος ενημέρωσης σε θέματα Αγωγής Υγείας είναι πιο αποτελεσματική?



Οι απαντήσεις στην ερώτηση αυτή ποικίλουν και διαφοροποιούνται ανάλογα την ηλικία. Για παράδειγμα, ενώ οι έφηβοι μαθητές ηλικίας δεκαπέντε ετών ενημερώνονται για θέματα που αφορούν στην αγωγή υγείας σε ποσοστό 38% από τις συζητήσεις με γονείς και καθηγητές, το νούμερο αυτό φθίνει σημαντικά όσο η ηλικία αυξάνεται, 29% σε μαθητές δεκαέξι ετών και 23% σε μαθητές δεκαεφτά.

Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι όσο μεγαλώνει το άτομο τόσο λιγότερο εξαρτάται, πειθαρχεί και ταυτίζεται με την γνώμη των μεγαλύτερων του, περνάει δηλαδή σε μια κατάσταση ανεξαρτητοποίησης, ανυπακοής και πολλές φορές αντίστασης στα πρότυπα που προσπαθούν να του μεταδώσουν. Επίσης ο έφηβος σε μικρότερες ηλικίες επειδή δεν έχει απαγκιστρωθεί από την οικογένεια ούτε έχει καταρρεύσει μέσα του το πρότυπο των γονέων, δηλαδή τους έχει τοποθετημένους σε ένα βάθρο από όπου τους βλέπει αλάθητους και ταυτίζεται μαζί τους, νιώθει περισσότερη ασφάλεια με το να συζητά και να ακολουθεί τις συμβουλές τους.

Επιπλέον οι έφηβοι, αφενός σε μικρότερες ηλικίες δεν έχουν την εμπειρία και την ικανότητα να χειριστούν διάφορες προκείμενες καταστάσεις, πόσο μάλλον να λειτουργήσουν ως σύμβουλοι συνομήλικων, αφετέρου θα λέγαμε πως μεγαλώνοντας έχουν ήδη λάβει την όποια αγωγή από την οικογένεια τους, έχουν υιοθετήσει και απορρίψει μέρος των όσων έχουν προσλάβει και πλέον στρέφονται στους συνομήλικους τους για να συγκρίνουν εμπειρίες και να ταυτιστούν, να νιώσουν σύνολο της ομάδας. Αυτό αποδεικνύεται άλλωστε από το γεγονός ότι

καθώς ανεβαίνουμε ηλικιακά αυξάνεται και το ποσοστό προτίμησης των «εμπειριών συνομήλικων και συγγενών τους» ως φορέα ενημέρωσης για θέματα αγωγής υγείας, 9% σε άτομα δεκαπέντε ετών, 16% σε άτομα δεκαέξι ετών και 21% σε άτομα δεκαεφτά ετών.

Σε όλες τις άλλες παραμέτρους δεν υπάρχει ιδιαίτερη διαφοροποίηση με γνώμονα την ηλικία, αν εξαιρέσουμε ότι καθώς μεγαλώνουν οι έφηβοι δείχνουν να προτιμούν την πληροφόρηση μέσω διαδικτύου και βιβλίων (από 16% για νέους δεκαπέντε δεκαέξι σε 23% για νέους δεκαεφτά) και λιγότερο μέσω σεμιναρίων και ομιλιών (17% οι νέοι των δεκαπέντε, 20% των δεκαέξι και 14% των δεκαεφτά ετών). Ίσως αυτό συνάδει με την παραδοχή στην προηγούμενη απάντηση ότι οι έφηβοι δεν είναι ικανοποιημένοι ούτε θεωρούν ουσιαστική και αποτελεσματική την ενημέρωση που έχουν λάβει, οπότε η απάντηση αυτή εκφράζει την απογοήτευση και την επιφυλακτικότητα τους προς αυτές τις μορφές ενημέρωσης.

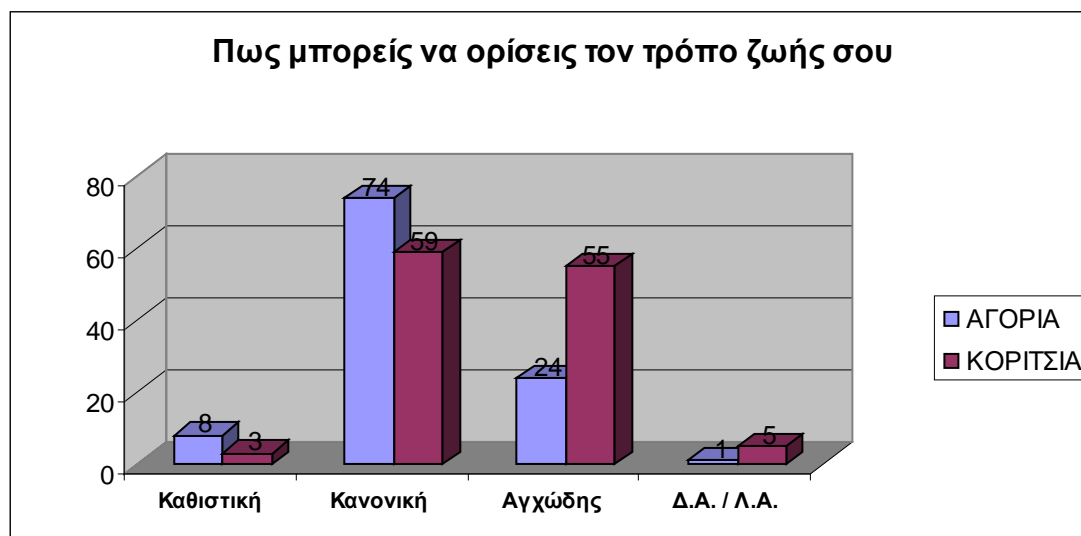
6) *Η Αγωγή Υγείας που ως ώρας έχεις λάβει, έχει επιδράσει θετικά ώστε να σε βοηθήσει να αλλάξεις συμπεριφορά; (π.χ. διακοπή καπνίσματος, περιορισμός έκθεσης στον ήλιο κ.α.)?*



Οι απαντήσεις των μαθητών με κριτήριο το φύλλο συγκλίνουν και υπερτερούν στο ότι η αγωγή υγείας έχει επιδράσει θετικά σε ποσοστό 77% έναντι 20% αρνητικά. Ευκόλως λοιπόν αντιλαμβανόμαστε, αλλά και αποδεικνύονται, τα όσα εκτενώς έχουν αναφερθεί και επεξηγηθεί στο Α΄ Μέρος της εργασίας, ότι δηλαδή η αγωγή υγείας είναι ο ασφαλέστερος και πιο άμεσος τρόπος για να προληφθεί ή να αλλάξει η όποια λανθάνουσα συμπεριφορά υιοθετηθεί πριν την ενήλικη ζωή.

Γ. Ερωτήσεις που αφορούν στον τρόπο ζωής και στις διατροφικές συνήθειες

1) Πως μπορείς να ορίσεις τον τρόπο ζωής σου?



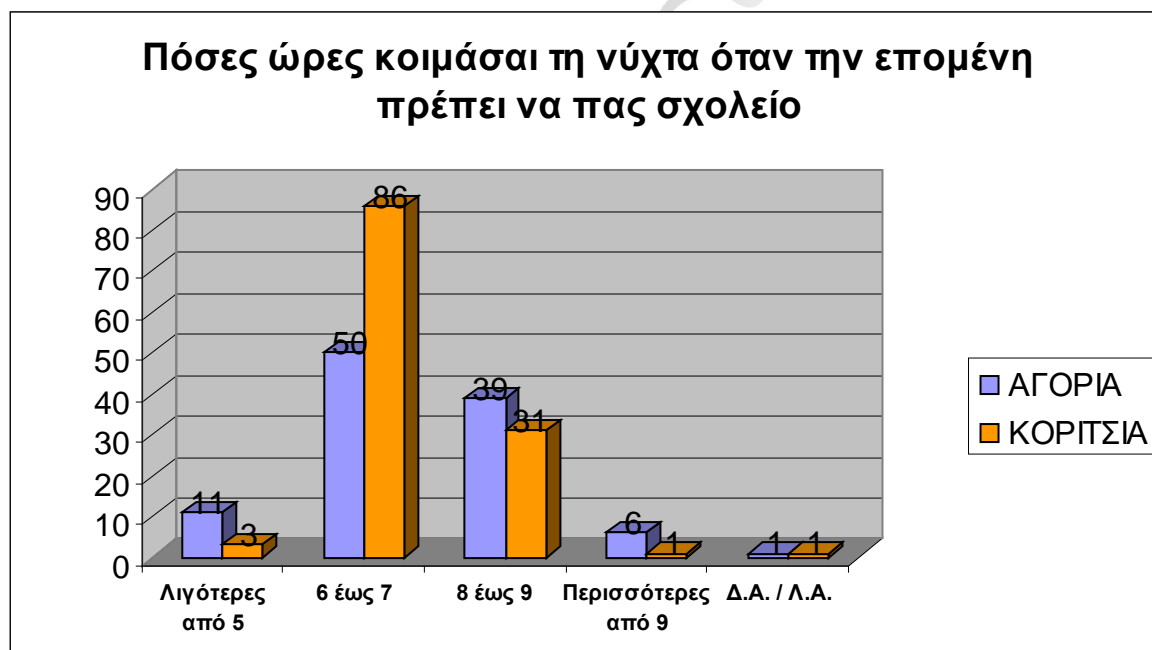
Στην ερώτηση αυτή το 58% του δείγματος χαρακτηρίζει τη ζωή του κανονική, το 34% αγχώδη και το 5% καθιστική. Τα αποτελέσματα συγκλίνουν με αυτά άλλων μελετών που αφορούν στους νέους. Χαρακτηριστικό είναι το ότι όλες συμφωνούν με την παραδοχή ότι οι νέοι εμφανίζουν υψηλά ποσοστά άγχους (34%) πιθανόν εξαιτίας των αυξημένων απαιτήσεων και των μεγάλων προσδοκιών. Επίσης τα κορίτσια είναι αυτά που το βιώνουν σε υψηλότερο βαθμό (45% έναντι 22% αγοριών), διότι κατακλύζονται από ποικίλα πρότυπα (πρότυπο όμορφης γυναίκας, πρότυπο καλής μαθήτριας, πρότυπο φίλης, μητέρας, κόρης, συντρόφου, επαγγελματία, κ.λπ.), τα οποία λανθασμένα υιοθετούν φθείροντας τον ψυχισμό τους και καταπιέζοντας τον εαυτό τους.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί πως το άγχος δεν είναι μονάχα παράγοντας φύλλου αλλά και ηλικίας. Έτσι ενώ στα δεκαπέντε έτη το 81% δηλώνει κανονική ζωή και το 19% αγχώδη, στα δεκαέξι αυτό μεταβάλλεται σε 56% και σε 35% αντίστοιχα, στα δεκαεφτά έτη παραμένει στα ίδια ποσοστά 55% και 33%, και φτάνουμε στα δεκαοχτώ έτη στην κρισιμότερη τάξη της σχολικής ζωής και την αρχή της επαγγελματικής πορείας, όπου έχουμε το τρομερό ποσοστό 24% κανονική ζωή έναντι 76% αγχώδη. Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι το άγχος είναι ένα συνονθύλευμα παραγόντων που πλήττει ιδιαίτερα τις νεαρές ηλικίες, τους γίνεται τρόπος ζωής, μαθαίνουν να ζουν με αυτό και δυστυχώς πορεύονται έτσι και στην ενήλικη ζωή τους,

εμφανίζοντας στη συνέχεια πολλές από τις σύγχρονες παθήσεις όπως ταχυκαρδία, αϋπνία, μελαγχολία, άσθμα και άλλες.

Τέλος ο τρόπος ζωής σχετίζεται και με το σωματικό βάρος. Για παράδειγμα δεν υπάρχει κανένας λιποβαρής έφηβος που να ορίζει ως καθιστική τη ζωή του, ενώ αντίστοιχα τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα δηλώνουν σε ποσοστό 15% και 17% αντίστοιχα ότι ακολουθούν το καθιστικό μοντέλο ζωής. Επιπλέον δηλώνουν ότι η ζωή τους είναι αγχώδης 40% των ατόμων με χαμηλό Δ.Μ.Σ., 34% των ατόμων με ιδανικό βάρος, 26% των υπέρβαρων και παχύσαρκων. Παρατηρείται λοιπόν πως το σωματικό βάρος εξαρτάται από τον τρόπο ζωής, εφόσον άτομα με υψηλό Δ.Μ.Σ. χαρακτηρίζουν τη ζωή τους ως καθιστική και άτομα με χαμηλό Δ.Μ.Σ. ως αγχώδη.

2) *Πόσες ώρες κοιμάσαι τη νύχτα όταν την επόμενη πρέπει να πας σχολείο?*

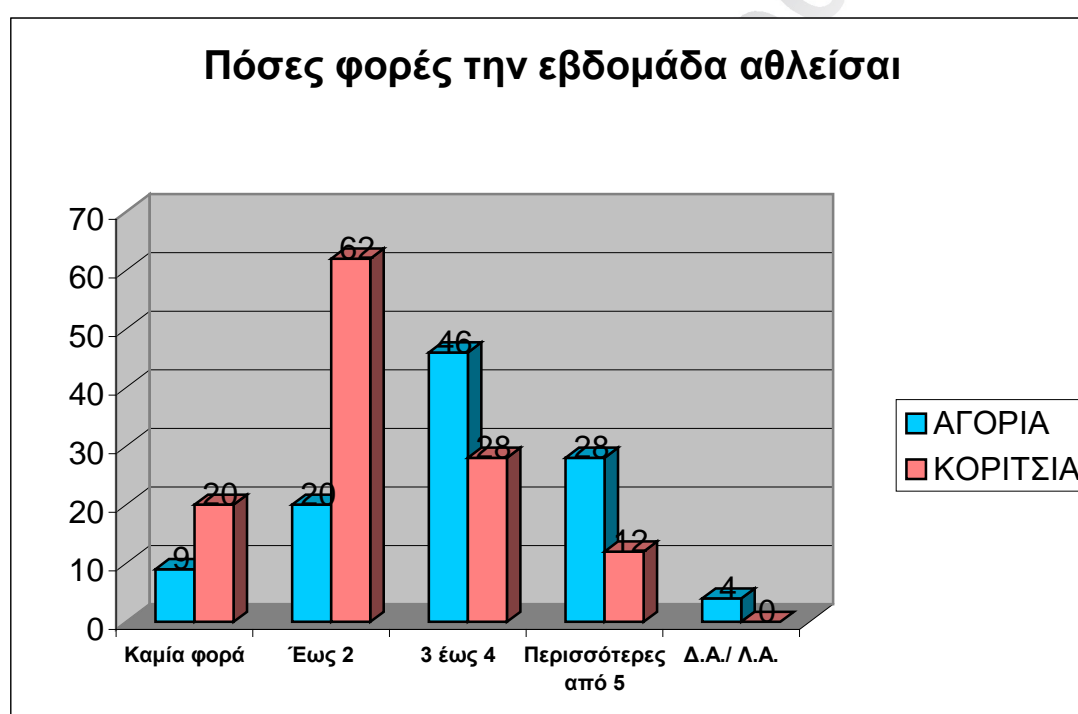


Το 90% των μαθητών κοιμάται σύμφωνα με τον αριθμό ωρών που ορίζει η παγκόσμια ιατρική ένωση (6-8 ώρες ημερησίως). Ωστόσο τα αγόρια κυριαρχούν τόσο σε ποσοστό λιγότερων ωρών ύπνου, δηλαδή λιγότερο από πέντε ώρες την ημέρα (79%), όσο και σε περισσότερων, δηλαδή περισσότερες από εννιά (86%). Αυτό το παράδοξο αποτέλεσμα πιθανόν να οφείλετε στο ότι τα αγόρια, όπως και προηγουμένως αναφέρθηκε, έχουν λιγότερο άγχος άρα καλύτερο και ποιοτικότερο ύπνο, αλλά ταυτόχρονα και μεγαλύτερες ελευθερίες από ότι τα κορίτσια, ώστε να ξενυχτάνε περισσότερο και συχνότερα, και έχουν διαφορετικού είδους ενασχολήσεις, π.χ. μια μερίδα αρρένων εφήβων δουλεύουν περιστασιακά ή ασχολούνται με

αγροτικές εργασίες, σπαταλούν ωφέλιμο χρόνο σε ηλεκτρονικούς υπολογιστές και ηλεκτρονικά παιχνίδια, ώστε ο χρόνος που απομένει να μην επαρκεί για να συμπληρωθούν οι απαιτούμενες ώρες ύπνου.

Τέλος δεν παρατηρείται κάποια διαφορά στις ώρες ύπνου, η οποία να εξαρτάται από την ηλικία ή το Δ.Μ.Σ του εφήβου. Η μόνη παρατήρηση είναι ότι τα παιδιά των ελευθέρων επαγγελματιών, των ιδιωτικών/ δημοσίων υπαλλήλων και των αγροτών είναι αυτά με τις λιγότερες ώρες ύπνου, πιθανόν εξαιτίας του υπερβολικού φόρτου εργασίας και της ανεπάρκειας χρόνου των γονέων τους.

3) Πόσες φορές την εβδομάδα αθλείσαι?

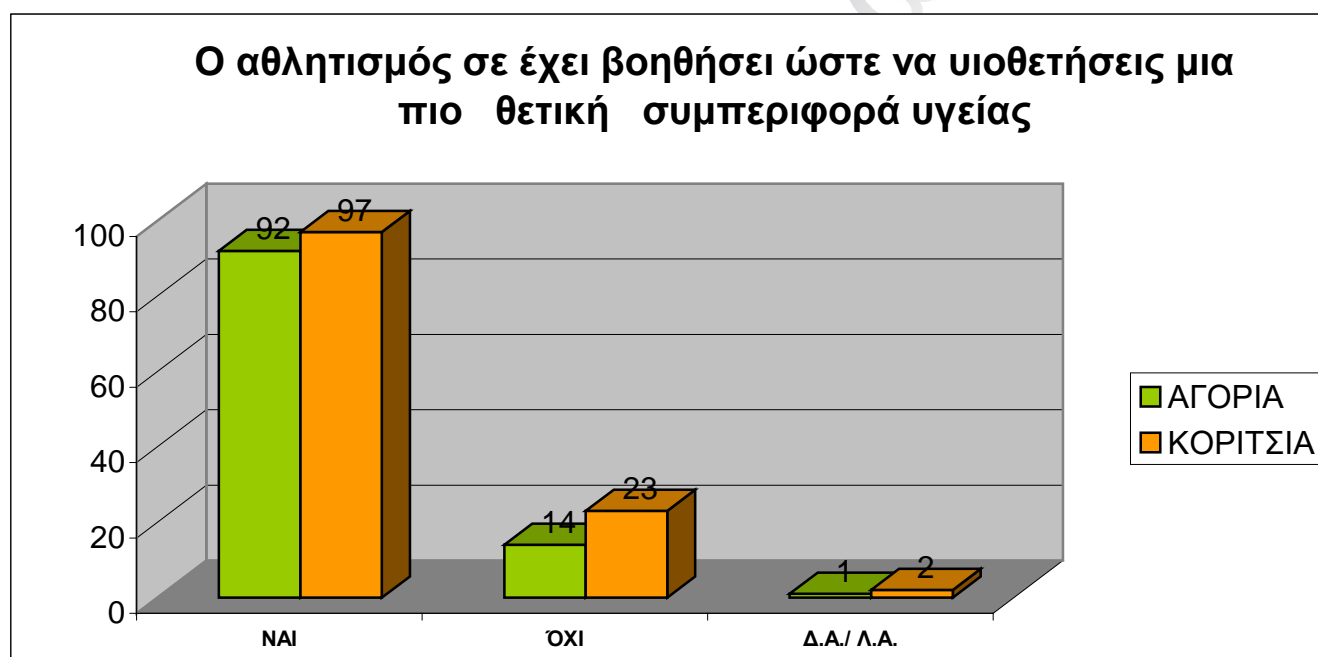


Στα χνάρια της αρχαιοελληνικής ρήσης «*Νους υγιής εν σώματι υγιεί*» βαδίζουν οι έφηβοι της Κρήτης, καθώς από τους διακόσιους είκοσι εννέα του δείγματος μόνο οι είκοσι εννέα δήλωσαν πως δεν αθλούνται καθόλου (12,5%). Οι υπόλοιποι (87,5%) αθλούνται από συχνά έως καθημερινά, με τα αγόρια να έχουν τα πρωτεία στην πιο εντατική άθληση (3- 4 μέρες, περισσότερο από 5 μέρες).

Αυτό κατά κάποιο τρόπο είναι αναμενόμενο, καθώς τα αγόρια είναι περισσότερο συνυφασμένα με τον αθλητισμό. Αυτό μπορεί να είναι απόρροια αναπτυξιακών διεργασιών, καθώς η άθληση λειτουργεί ως μέσο εκτόνωσης των ανδρικών ορμονών, ψυχολογικών αιτιών, διότι στα αγόρια αρέσει να ηγούνται και να προϊστανται και αυτό το επιτυγχάνουν με την ένταξη τους στις αθλητικές ομάδες,

αλλά ταυτόχρονα πρόκειται και για στερεοτυπική αντίληψη που ανιχνεύεται σε βάθος χρόνων, π.χ. στην αρχαία Ελλάδα στους ολυμπιακούς αγώνες επιτρεπόταν η συμμετοχή μόνο αντρών. Τέλος ο αθλητισμός δεν διαφοροποιείται βάση της ηλικίας ούτε βάση του σωματικού βάρους του εφήβου.

- 4) Ο αθλητισμός σε έχει βοηθήσει ώστε να υιοθετήσεις μια πιο θετική συμπεριφορά υγείας? (καλύτερη διατροφή, καλύτερη σχέση με τον εαυτό σου, αποφυγή χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, κ.λπ.).



Η ερώτηση αυτή λειτουργεί συμπληρωματικά της προηγούμενης, προκειμένου να αποδειχθεί κατά πόσο τελικά η αθλητική δραστηριότητα συντελεί ή όχι στην υιοθέτηση μιας περισσότερο υγιούς συμπεριφοράς υγείας από τους εφήβους. Ποσοστιαία στο σύνολο των ερωτηθέντων τα αγόρια απαντάνε θετικά σε ποσοστό 86% και τα κορίτσια 79% . Βλέπουμε λοιπόν πόσο σημαντικός παράγοντας είναι για τους εφήβους ο αθλητισμός, όχι μονάχα ως μέσο ψυχαγωγίας, εκτόνωσης και κοινωνικοποίησης αλλά και ως φορέας υγιών προτύπων και συμπεριφορών υγείας. Αρκεί να σημειώσουμε πως στην ερώτηση 3 της ομάδας Β «Έχεις ενημερωθεί ποτέ για κάποιο από τα παρακάτω θέματα Αγωγής Υγείας, και εάν ναι μέσω ποιού φορέα?» ένα μεγάλο μέρος εφήβων απάντησαν ως φορέα το «Άλλο» με την επεξήγηση ότι αναφέρονται στον προπονητή τους.

Τέλος αυτό που αξίζει να προσέξουμε, είναι η άποψη της μερίδας εκείνης που στην προηγούμενη ερώτηση απάντησε ότι δεν αθλείται. Τα άτομα αυτά υποστηρίζουν

σε ποσοστό 40%, πως ο αθλητισμός δεν τους έχει βοηθήσει ώστε να ακολουθήσουν μια πιο υγιή συμπεριφορά υγείας. Όσον αφορά στα άτομα με προβλήματα βάρους δεν υπάρχουν παρατηρήσεις.

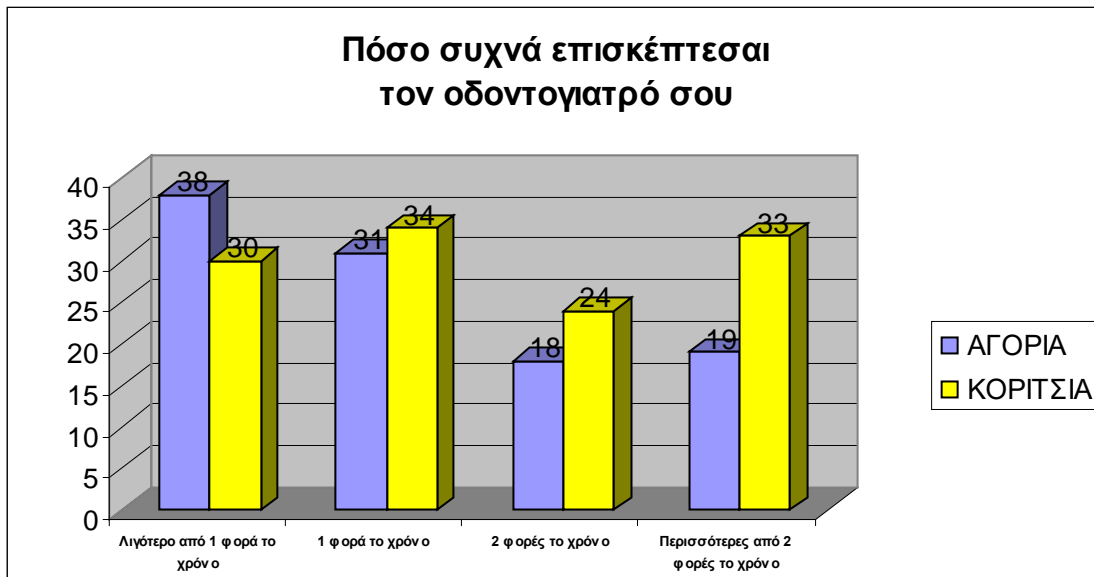
5) Πόσες φορές την ημέρα βουρτσίζεις τα δόντια σου?



Η υγιεινή του στόματος αποτελεί ένα από τα βασικότερα ζητήματα των εφήβων, καθώς σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες ένας μεγάλος αριθμός νόσων των δοντιών και των ούλων, όπως η οδοντική τερηδόνα και ουλίτιδα, οφείλονται κυρίως στην οδοντική πλάκα που δημιουργείται από το ανεπαρκές βούρτσισμα. Επιπλέον τα βακτήρια αυτά που προκαλούν την οδοντική πλάκα, εισέρχονται εκ του στόματος στην κυκλοφορία του αίματος δημιουργώντας βλάβες στις αρτηρίες και φλεγμονές, όπου σταδιακά και με το πέρασμα του χρόνου η κατάσταση αυτή συμβάλει στην εγκατάσταση καρδιακών παθήσεων.

Σε ποσοστά τα κορίτσια είναι εκείνα που βουρτσίζουν πιο συχνά τα δόντια τους, 50% δύο με τρεις φορές την ημέρα έναντι 33% των αγοριών, ενώ ένα 14% των αγοριών δηλώνουν πως τα βουρτσίζουν λιγότερο από μία φορά την ημέρα, για τα κορίτσια η αντίστοιχη τιμή είναι μόλις 3%. Η ηλικία όπως παρατηρείται αποτελεί παράγοντα διαφοροποίησης. Έτσι ενώ στα δεκαπέντε (15) έτη το 30% των εφήβων βουρτσίζουν τα δόντια τους δύο με τρεις φορές την ημέρα, στα δεκαέξι (16) το ποσοστό αυτό ανεβαίνει στο 44% και στα δεκαεφτά (17) στο 49%.

6. Πόσο συχνά επισκέπτεσαι τον οδοντογιάτρο σου?



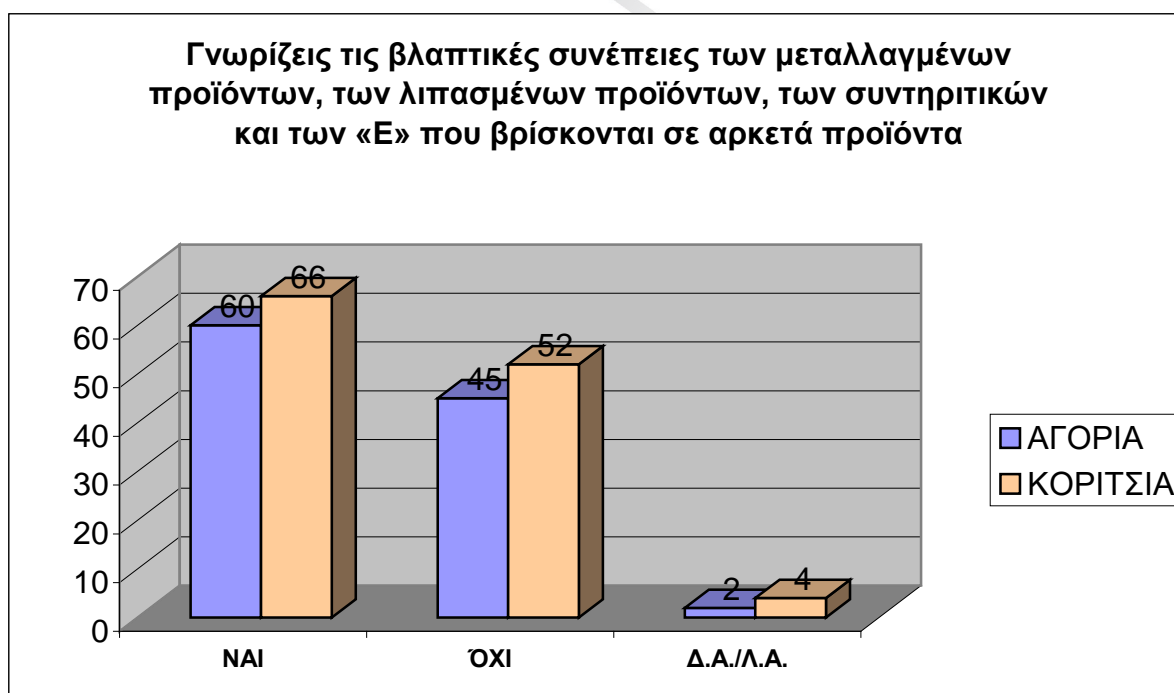
Η τακτική επίσκεψη στον οδοντίατρο δίνει πληθώρα στοιχείων για την υγεία και την κατάσταση του στόματος. Επίσης βοηθάει στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των νόσων του στόματος, στον γενικό έλεγχο της στοματικής κοιλότητας και παράλληλα επιδρά θετικά στην ψυχική υγεία του ατόμου, εφόσον ένα ωραίο και υγιές χαμόγελο είναι από τα βασικότερα χαρακτηριστικά ενός όμορφου προσώπου.

Σε αυτή την ερώτηση τα στατιστικά αποτελέσματα συνάδουν με αυτά της προηγούμενης, δηλαδή τα κορίτσια ασχολούνται περισσότερο με τη στοματική τους υγιεινή και είναι πιο συχνοί επισκέπτες των οδοντιατρικών ιατρείων. Στατιστικά αυτό αποτυπώνεται ως εξής: τα αγόρια έχουν υψηλότερο ποσοστό στις επισκέψεις «λιγότερο από μια φορά το χρόνο», 36% για τα αγόρια 25% για τα κορίτσια, στο «μια φορά το χρόνο» οι απόψεις συγκλίνουν, αγόρια 29% κορίτσια 28%, στο «δύο φορές το χρόνο» τα κορίτσια προηγούνται 20% έναντι 17% των αγοριών και στο «περισσότερο από δύο φορές το χρόνο» η διαφορά μεταξύ των φύλλων αυξάνεται σε 27% για τα κορίτσια σε 18% για τα αγόρια.

Επιπλέον δημιουργήθηκε ο κάτωθι πίνακας, προκειμένου να αποδειχθεί εάν υφίσταται σχέση μεταξύ καθημερινού βουρτσίσματος και επισκέψεων στον οδοντίατρο. Όπως βλέπουμε τα δύο αυτά στοιχεία συνάδουν, δηλαδή όσο πιο τακτικά επισκέπτεται κάποιος τον οδοντίατρο τόσο πιο συχνά πλένει τα δόντια του και αντιστρόφως. Επιβεβαιώνεται κατά αυτόν τον τρόπο η θετική παρέμβαση του οδοντίατρου στην αγωγή υγείας του εφήβου και συγκεκριμένα στη στοματική του υγιεινή.

Βούρτσισμα	Λιγότερο από 1 φορά την ημέρα	1 φορά την ημέρα	2 με 3 φορές την ημέρα	Περισσότερες από 3 φορές την ημέρα
Επίσκεψη				
Λιγότερο από 1 φορά ετησίως	60%	33%	25%	7%
1 φορά ετησίως	30%	29%	30%	14%
2 φορές ετησίως	5%	16%	20%	36%
Περισσότερες από 2 φορές ετησίως	5%	22%	25%	43%

- 7) Γνωρίζεις τις βλαπτικές συνέπειες των μεταλλαγμένων προϊόντων, των λιπασμένων προϊόντων, των συντηρητικών και των «E» που βρίσκονται σε αρκετά προϊόντα?

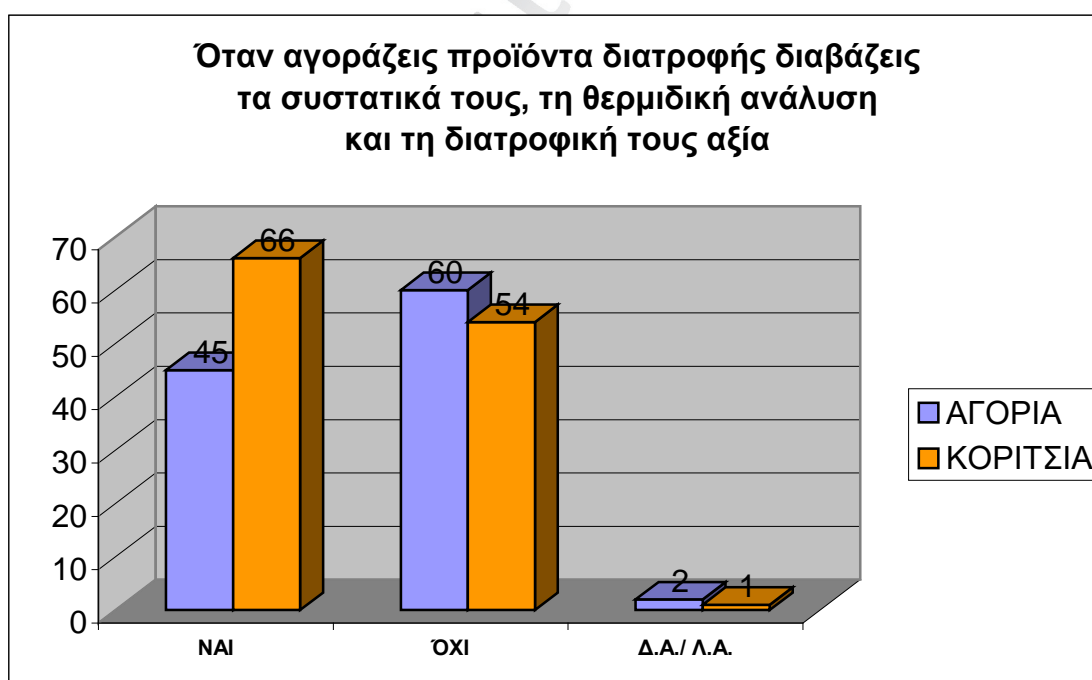


Στην ερώτηση αυτή παρατηρείται ένας αρκετά μεγάλος αριθμός αρνητικών απαντήσεων 42%, ενώ δεν υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ των θετικών απαντήσεων που δίνουν τα δύο φύλλα, αγόρια 56% και κορίτσια 54%. Αυτό αποδεικνύει ότι οι έφηβοι έχουν ανεπαρκή ενημέρωση σε ζητήματα που αφορούν στις συνέπειες των βιομηχανικά επεξεργασμένων τροφίμων, όπως είναι τα μεταλλαγμένα, τα λιπασμένα,

τα προϊόντα με συντηρητικά και Ε, η συχνή κατανάλωση των οποίων σύμφωνα με μελέτες επιστημόνων "ενοχοποιούνται" για διάφορα προβλήματα υγείας, όπως αλλεργίες, έντονοι πονοκέφαλοι, ταχυκαρδίες, ναυτία, έλκος του εντέρου ενώ θεωρούνται "ύποπτες" και για διάφορες μορφές καρκίνου, ειδικά κάποιες ουσίες που χρησιμοποιούνται στα αναψυκτικά.

Επιπλέον επικρατεί προβληματισμός, διότι ο τωρινός έφηβος καταναλωτής μην έχοντας γνώση των βλαπτικών συνεπειών που προκαλούν αυτού του είδους οι τροφές, ενδεχομένως να συνεχίσει και στην μελλοντική ενήλικη ζωή του την επιβάρυνση του οργανισμού του με την κατανάλωση τέτοιων τροφίμων «ωρολογιακών βομβών». Τέλος δημιουργείται η απορία πως γίνεται η πολιτεία να μιλά για στροφή στα βιολογικά – φυσικά προϊόντα όταν δεν έχει αναλάβει το σπουδαιότερο όλων, να κάνει γνωστές στους εφήβους και στις οικογένειες τους τις επιπτώσεις των μεταλλαγμένων και γενετικά τροποποιημένων τροφίμων.

8. Όταν αγοράζεις προϊόντα διατροφής διαβάζεις τα συστατικά τους, τη θερμιδική ανάλυση και τη διατροφική τους αξία?



Τα κορίτσια έφηβοι εξ ορισμού είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένα σε θέματα διατροφής κυρίως για λόγους εμφάνισης και υγείας. Ενημερώνονται περισσότερο για τα θρεπτικά συστατικά που είναι ευεργετικά για τον οργανισμό τους και αποφεύγουν, στα μέτρα του δυνατού, την κατανάλωση τροφών πλούσιων σε

λιπαρά και ζάχαρη. Σε αυτό συμβάλλουν οι γυναίκες πρότυπα» των M.M.E., τα διάφορα άρθρα των γυναικείων εντύπων και τα προϊόντα διατροφής που ως ομάδα στόχο έχουν τις γυναίκες (π.χ. δημητριακά, γαλακτοκομικά προϊόντα και άλλα).

Οι προηγούμενες παρατηρήσεις έχουν σαν αποτέλεσμα αυτό που διαφαίνεται και από το γράφημα. Ότι δηλαδή τα κορίτσια σε ποσοστό 54% ενδιαφέρονται περισσότερο από τα αγόρια (42%) για τις ενδείξεις στις ετικέτες διατροφής. Διαφοροποίηση όσον αφορά στην ηλικία δεν υπάρχει ενώ αξίζει να αναφερθεί το εξής: οι παχύσαρκοι έφηβοι σε ποσοστό 67% προσέχουν τις αναγραφόμενες τιμές στις ετικέτες τροφίμων εν αντιθέσει των υπέρβαρων που μόλις το 28% ενδιαφέρονται για αυτές. Αυτό συνάδει με προηγούμενες διαπιστώσεις, ότι δηλαδή οι παχύσαρκοι έφηβοι έχουν συνείδηση του προβλήματος τους και ακολουθούν ένα τρόπο ζωής περισσότερο υγιεινό, ενδεχομένως με την συνδρομή κάποιου ειδικού, εν αντιθέσει με τους υπέρβαρους, ένα μεγάλο μέρος των οποίων ακόμα δεν έχει αντιληφθεί την επικινδυνότητα της κατάστασης του.

9) Σε μια εβδομάδα πόσες φορές τρως από τα κάτωθι είδη διατροφής (δημητριακά, λαχανικά, φρούτα, ελαιόλαδο, τυρί/ γαλακτοκομικά, ψάρι, πουλερικά/ αυγά, γλυκά/ σνακ, κόκκινο κρέας)?

Στις αρχές της δεκαετίας του 1950 ξεκίνησε μία μεγάλη έρευνα, γνωστή ως η μελέτη των 7 χωρών, όπου μελετήθηκαν οι διατροφικές συνήθειες ανθρώπων από τις εξής χώρες: Γιουγκοσλαβία, Ελλάδα, Φινλανδία, Ιαπωνία, Ιταλία, Ολλανδία και ΗΠΑ. Τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης, που διήρκεσε τριάντα χρόνια, έδειξαν ότι οι Κρητικοί εμφάνιζαν σε μικρότερο ποσοστό νόσους που σχετίζονται άμεσα με τη διατροφή (όπως παχυσαρκία, διαβήτης και άλλα) και τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνο, καθώς και τον μεγαλύτερο μέσο όρο ζωής.

Το «μυστικό» της μακροζωίας των μεσογειακών λαών και δη των Κρητικών ήταν η απλή και λιτή διατροφή τους, η οποία βασιζόταν σε φυτικά τρόφιμα, φρούτα, λαχανικά, δημητριακά, ελαιόλαδο και κόκκινο κρασί. Ως επακόλουθο αυτών των συμπερασμάτων, έγινε προσπάθεια από μία ομάδα επιστημόνων στο πανεπιστήμιο του HARVARD, με τη συμβολή πολλών Ελλήνων επιστημόνων, να διαμορφωθούν διατροφικές οδηγίες σε επίπεδο τροφίμων με βάση τις αρχές της παραδοσιακής

Μεσογειακής Διατροφής. Οι διατροφικές αυτές οδηγίες διαμορφώθηκαν με τη μορφή μιας πυραμίδας. Πρόκειται για την πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής.

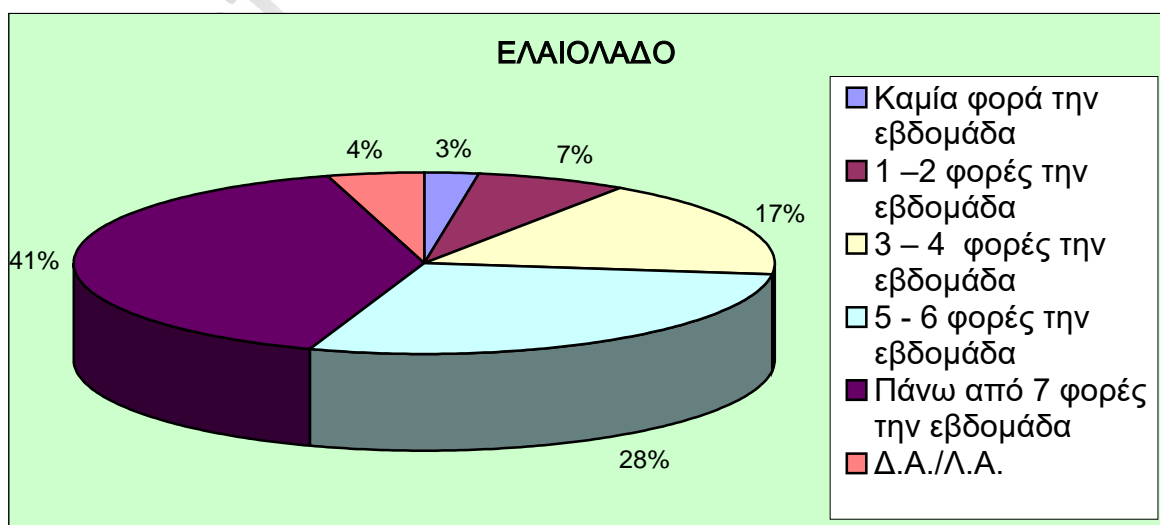
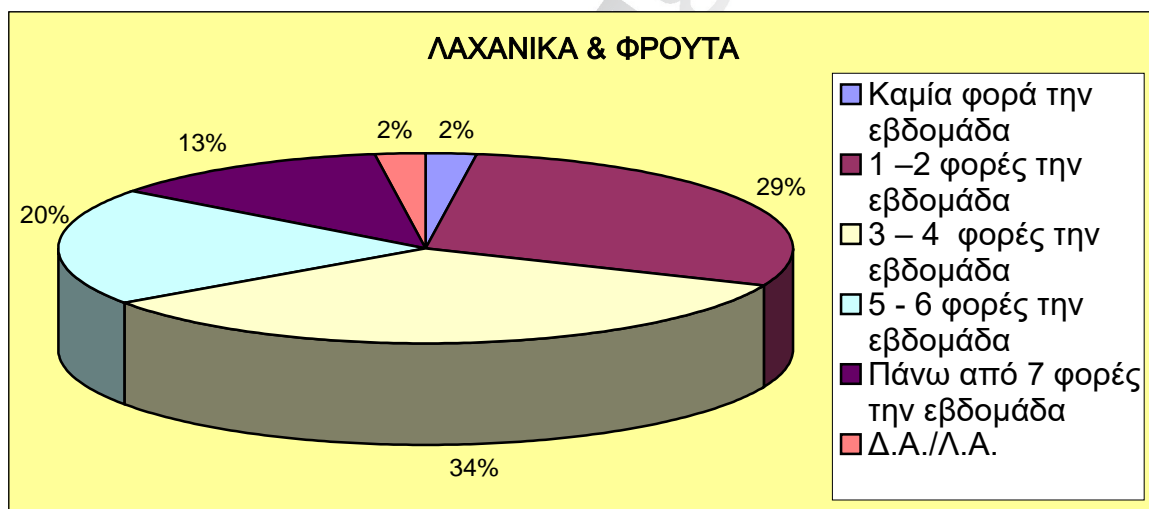
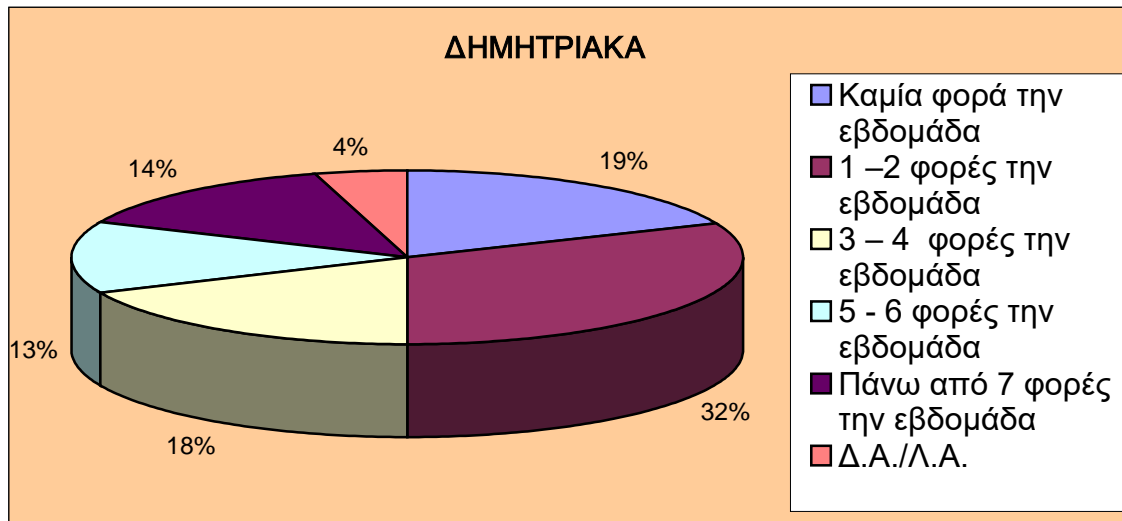
Πυραμίδα Μεσογειακής Διατροφής

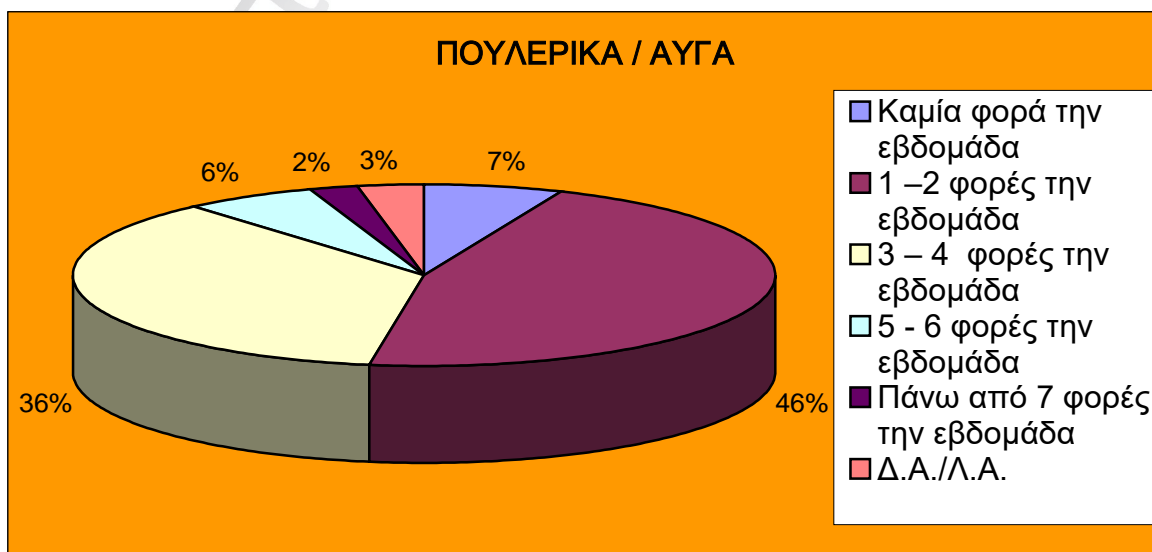
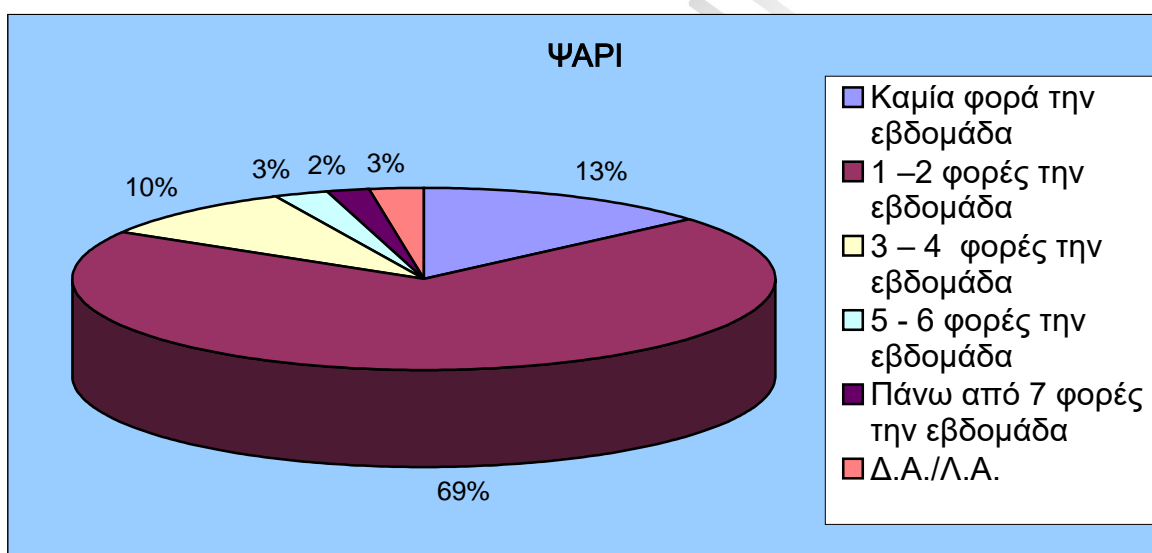
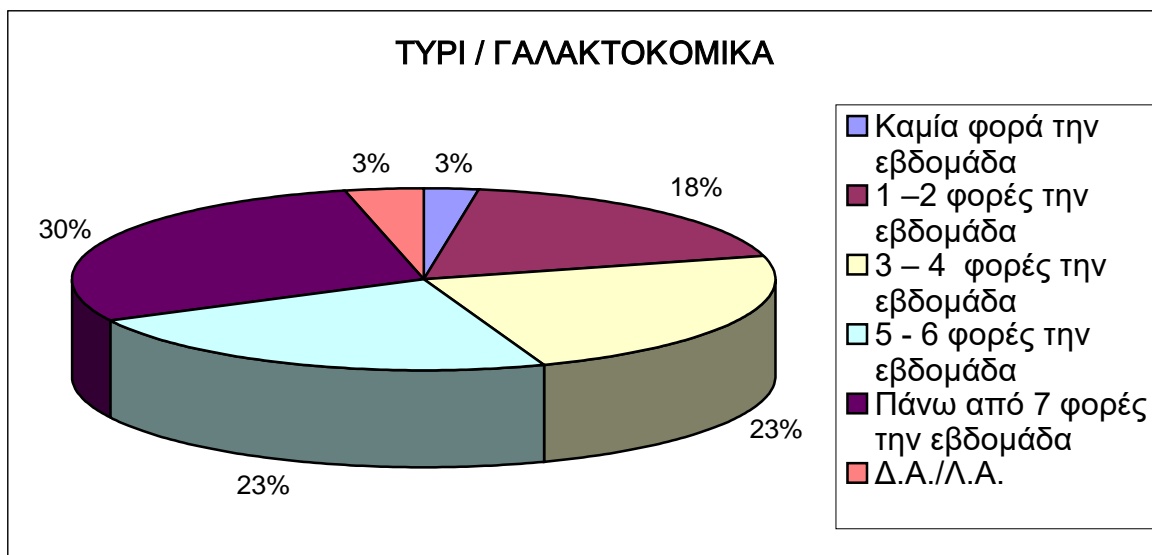


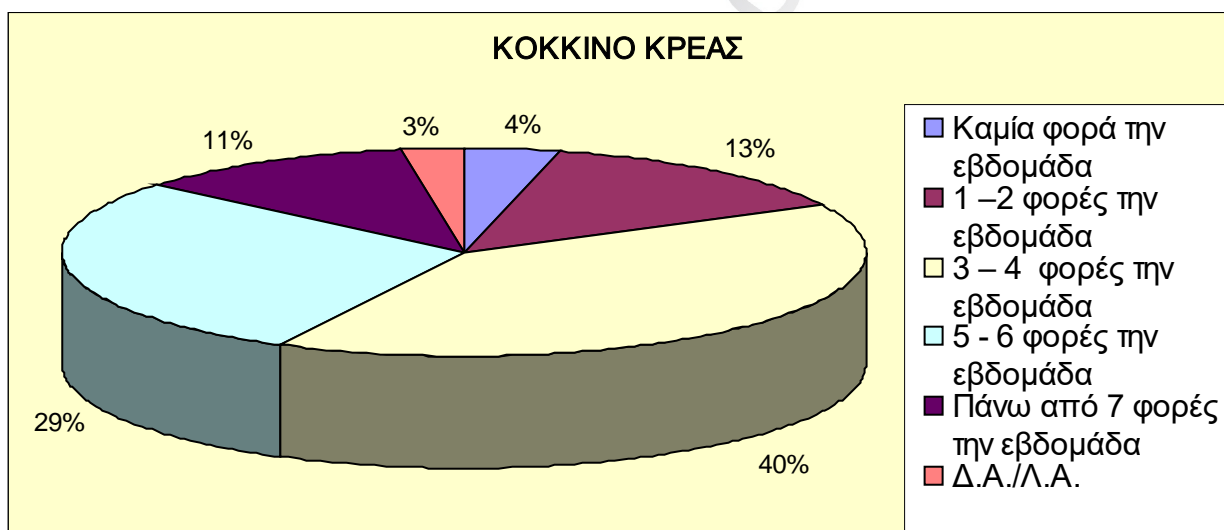
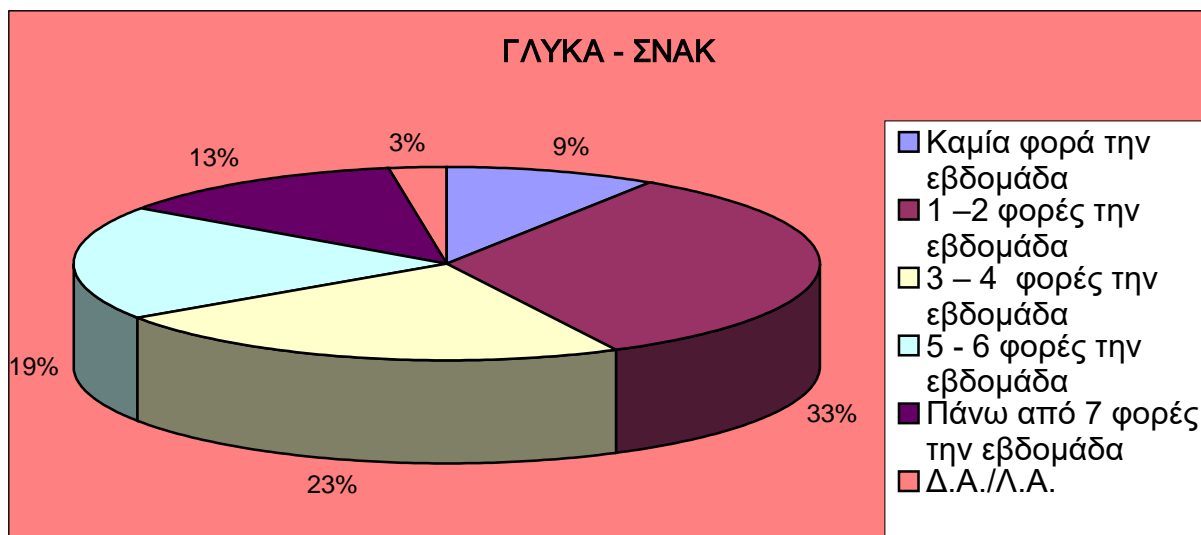
Για την κακή διατροφή των εφήβων έχουν ενοχοποιηθεί το γρήγορο φαγητό των φαστ φουντ (Story 1984), τα οποία παρέχουν τροφές αμφίβολης ποιότητας, όπως χάμπουργκερ και χοτ ντογκ, καθώς και τα διάφορα σνακς, όπως αναψυκτικά, καραμέλες, σοκολάτες, κέικ, πάστες και τσιπς, που είναι τροφές πλούσιες σε λιπαρά και ζάχαρη και αντικαθιστούν πολλές φορές τα γεύματα. Η ελλιπής διατροφή οφείλεται επίσης σε δίαιτες (αδυνατίσματος), που, όταν είναι επίμονες και μακράς διάρκειας καταλήγουν σε κακή ανάπτυξη και δυστροφία (Γραβάνη 1995).

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου σχετικά με τη διατροφή ζητούν πληροφορίες για την συχνότητα με την οποία οι μαθητές καταναλώνουν τις διάφορες τροφές. Ο διαχωρισμός των τροφών έγινε σύμφωνα με το πόσο υγιεινές και ευεργετικές είναι για την ανάπτυξη του παιδιού, πόσο πλούσιες είναι δηλαδή σε βιταμίνες, πρωτεΐνες και υδατάνθρακες (φρούτα, λαχανικά, ημιάπαχο γάλα, ψωμί ολικής αλέσεως), ή πόσο ανθυγιεινές και επιβαρυντικές είναι για τον οργανισμό του, δηλαδή πόσο υψηλή περιεκτικότητα έχουν σε λίπος, χοληστερίνη, αλάτι και ζάχαρη (χάμπουργκερ, σοκολάτες, τσιπς).

Έτσι λοιπόν διακρίνουμε τις κάτωθι ομάδες τροφών βάση της συχνότητας κατανάλωσής τους:







Με μια σύντομη επισκόπηση των γραφημάτων και μια σύγκριση τους με την πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής, οδηγούμαστε στα κάτωθι συμπεράσματα για τις διατροφικές συνήθειες των εφήβων:

Α) Μόνο το 27% των εφήβων καταναλώνει σχεδόν σε καθημερινή βάση Δημητριακά. Αυτό οφείλεται στην λανθασμένη άποψη που τελευταία επικρατεί, ότι δηλαδή τα δημητριακά παχαίνουν δίχως να ευνοούν ιδιαίτερα τον οργανισμό. Η άποψη αυτή είναι άκρως παραπλανητική. Τα δημητριακά και τα προϊόντα τους (όπως ψωμί, ρύζι, ζυμαρικά και άλλα) αποτελούν τη βάση της πυραμίδας καθώς μας παρέχουν ενέργεια μέσω των υδατανθράκων που περιέχουν. Τα τρόφιμα αυτά είναι από τη φύση τους χαμηλά σε λίπος. Όταν μάλιστα είναι ολικής αλέσεως, τότε παρέχουν και αρκετές φυτικές ίνες, οι οποίες βοηθούν στην καλύτερη λειτουργία του εντέρου και στη μείωση της χοληστερόλης.

Β) Το 33% των εφήβων καταναλώνει σχεδόν καθημερινά Φρούτα και Λαχανικά. Άλλο ένα αρνητικό ποσοστό για τη διατροφή των εφήβων, οι οποίοι στερούνται των ευεργετικών διατροφικών συστατικών των φρούτων και των λαχανικών, όπως τα αντιοξειδωτικά, οι βιταμίνες (Α, Β, C και άλλες), τα ανόργανα στοιχεία και οι φυτικές ίνες. Επιπλέον έχει αποδειχθεί επιστημονικά ότι η κατανάλωση τους δρα προστατευτικά όσον αφορά στον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων και διαφόρων μορφών καρκίνου.

Γ) Για το Ελαιόλαδο τα ποσοστά κατανάλωσης είναι σαφώς καλύτερα. Το 69% των έφηβων καταναλώνουν σε καθημερινή βάση ελαιόλαδο, αφενός γιατί η Κρήτη είναι από τις μεγαλύτερες ελαιοπαραγωγούς περιοχές της Ελλάδος αφετέρου γιατί η κρητική διατροφή είναι συνυφασμένη με το λάδι. Στις ευεργετικές του ιδιότητες εντάσσεται η προστασία κατά της στεφανιαίας νόσου, η ρύθμιση της χοληστερόλης και η προστασία από κάποιες μορφές καρκίνου.

Δ) Οι έφηβοι σε ποσοστό 53% τρέφονται καθημερινά με γαλακτοκομικά προϊόντα. Το ποσοστό αυτό δεν είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό, αν σκεφτούμε ότι αυτή η ομάδα ατόμων βρίσκεται ακόμα στην αναπτυξιακή ηλικία άρα έχει μεγαλύτερες ανάγκες σε ασβέστιο και πρωτεΐνες υψηλής διατροφικής αξίας. Το ασβέστιο είναι απαραίτητο όχι μόνο για το χτίσιμο γερών οστών κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του σώματος, αλλά και για τη διατήρηση της οστικής μάζας κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής. Επίσης, μία διατροφή πλούσια σε ασβέστιο είναι ιδιαίτερα ωφέλιμη για τους έφηβους αθλητές ενώ μειώνει τον κίνδυνο φθοράς των οστών στις μεγαλύτερες ηλικίες και κυρίως στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης και μετά από αυτή.

Ε) Τα ψάρια είναι μια τροφή άκρως θρεπτική, καθώς περιέχει πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας και διάφορα ανόργανα στοιχεία ευεργετικά για τον οργανισμό και χαμηλής θερμιδικής αξίας, η οποία όμως είναι παρεξηγημένη από τα παιδιά και τους εφήβους. Μόλις το 7% των εφήβων καταναλώνει συχνά (4 -5 φορές την εβδομάδα) αυτή την ομάδα τροφίμων ποσοστό υπερβολικά χαμηλό, αν λάβουμε υπόψη μας πως ένα 13% δεν εντάσσει καθόλου τα ψάρια στο εβδομαδιαίο του διατροφολόγιο.

ΣΤ) Άλλη σπουδαία ομάδα τροφίμων είναι τα πουλερικά και τα αυγά. Για αυτό και οι έφηβοι τα καταναλώνουν συχνά στη διάρκεια της εβδομάδας σε ποσοστό 42%. Από τη μία τα πουλερικά παρέχουν στον οργανισμό πρωτεΐνες υψηλής διατροφικής αξίας και σίδηρο εύκολα αφομοιώσιμο από τον οργανισμό, και από την

άλλη τα αυγά είναι τροφή πλούσια σε πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας, βιταμίνες και ανόργανα στοιχεία.

Ζ) Γλυκά και Σνακς είναι τροφές που αγαπούν πολύ οι έφηβοι λόγω της ποικιλίας ειδών και γεύσεων αλλά και της ευκολίας εύρεσης τους στο εμπόριο. Ωστόσο η κατανάλωση τους θα πρέπει να γίνεται με μέτρο γιατί περιέχουν ζάχαρη, αλάτι, λιπαρά, συντηρητικά και ουσίες «Ε».

Στην περίπτωση του ερωτηματολογίου το 33% των εφήβων καταναλώνει γλυκά- σνακ 1 – 2 φορές την εβδομάδα, που είναι και το επιτρεπτό όριο βάση της μεσογειακής διατροφής, το 23% 3 – 4 φορές την εβδομάδα, το 19% 5 – 6 φορές και το 13% πάνω από 7 φορές εβδομαδιαίως. Δηλαδή ένα ποσοστό 32% καταναλώνει, σχεδόν καθημερινά, γλυκά και σνακς την ίδια στιγμή που η κατανάλωση άλλων διατροφικών ομάδων όπως δημητριακά, λαχανικά – φρούτα και ψάρια είναι πολύ χαμηλότερη. Εύκολα λοιπόν αναγνωρίζουμε, αφενός την ανάγκη των εφήβων για διατροφική αγωγή και αφετέρου του συνεχούς ελέγχου του σχολικού κυκλείου, ώστε να αποτρέπεται η αγορά και η πώληση τέτοιων τροφών προς τους μαθητές, την στιγμή μάλιστα που οι ίδιοι βρίσκονται μακριά από το οικογενειακό περιβάλλον και δεν μπορούν να ελεγχθούν.

Η) Λανθασμένα οι περισσότεροι καταναλωτές θεωρούν ότι το κόκκινο κρέας (μοσχαρίσιο, χοιρινό, κατσικίσιο, αρνίσιο) είναι η σπουδαιότερη τροφή όλων με την μεγαλύτερη διατροφική αξία. Η μεσογειακή διατροφή και οι έρευνες χρόνων απορρίπτουν αυτή την άποψη τοποθετώντας το κόκκινο κρέας στην κορυφή της πυραμίδας, πράγμα που σημαίνει ότι θα πρέπει να καταναλώνεται λιγότερο συχνά από τις άλλες. Αυτό οφείλεται στο ότι τα συγκεκριμένα τρόφιμα περιέχουν μεν πρωτεΐνες υψηλής διατροφικής αξίας, σίδηρο, πολύ καλά απορροφήσιμο από τον οργανισμό, ψευδάργυρο και βιταμίνες. Περιέχουν, όμως, και κορεσμένα λιπαρά οξέα, τα οποία έχουν δυσμενείς επιδράσεις στην υγεία. Συνεπώς, η συχνότητα κατανάλωσής τους πρέπει να είναι περιορισμένη.

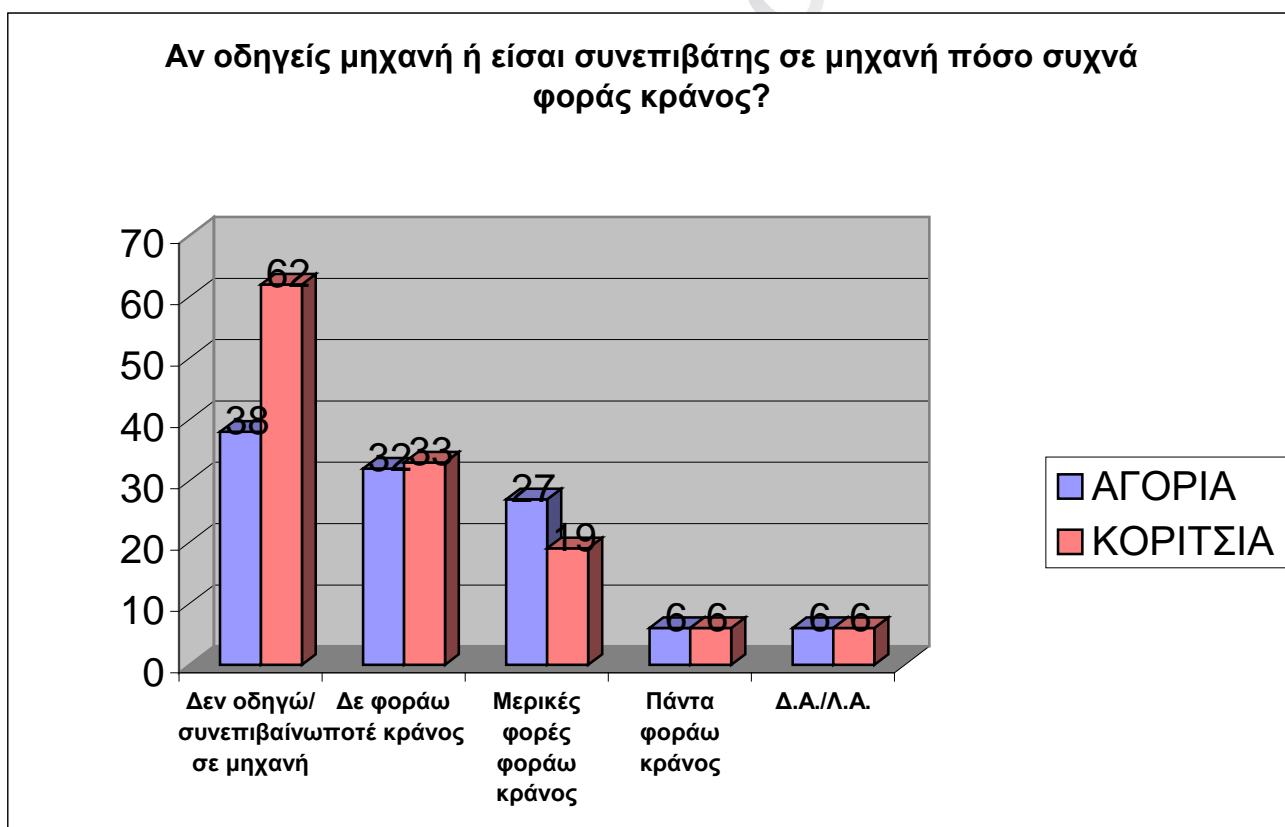
Και εδώ τα αποτελέσματα είναι απογοητευτικά. Οι έφηβοι σε ποσοστό μόλις 13% ακολουθούν αυτή την παγκόσμια διατροφική συμβουλή. Οι υπόλοιποι έχουν εντάξει το κόκκινο κρέας ως μέρος της καθημερινής τους διατροφής. Αξίζει μόνο να σημειώσουμε πως στον αντίποδα του 13% βρίσκεται το 11% που αφορά στην καθημερινή κατανάλωση (πάνω από 7 φορές την εβδομάδα) κόκκινου κρέατος.

Μολονότι η Μεσογειακή Διατροφή ξεκίνησε από την Κρήτη, βασιζόμενη στα κρητικά πρότυπα διατροφής και μακροζωίας, οι διατροφικές συνήθειες των

τελευταίων ετών απέχουν μακράν από τα πρότυπα τις δεκαετίας του 1950. Για το λόγο αυτό, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη αγωγής των νέων και των οικογενειών τους σε θέματα διατροφής, από εξειδικευμένους επιστήμονες του χώρου, ώστε οι έφηβοι να ακολουθούν και να διαδίδουν υγιεινά διατροφικά πρότυπα που θα τους εξασφαλίσουν περισσότερη υγεία, ευεξία και μακροζωία στην ενήλικη ζωή τους.

Δ. Ερωτήσεις που αφορούν στην Οδική Ασφάλεια

1) *Αν οδηγείς μηχανή ή είσαι συνεπιβάτης σε μηχανή πόσο συχνά φοράς κράνος?*

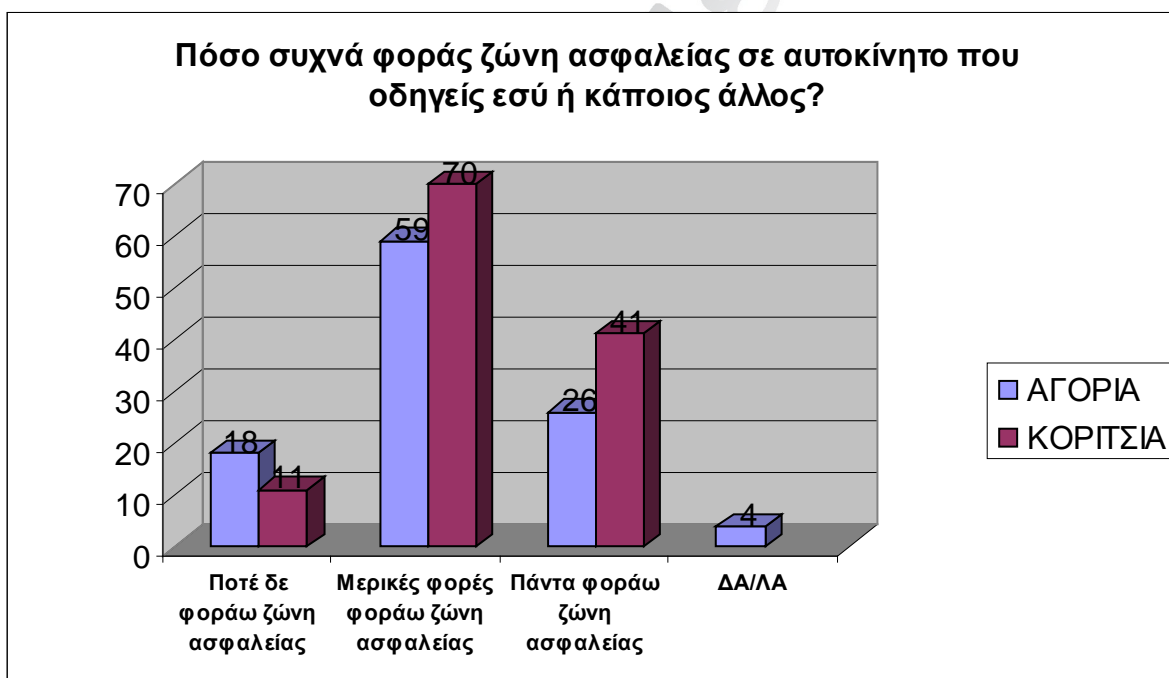


Η ερώτηση αυτή αφορά στην οδική συμπεριφορά των εφήβων μοτοσυκλετιστών και στα μέτρα που λαμβάνουν για την προστασία τους. Στην πλειοψηφία τους οι μαθητές δηλώνουν ότι δεν οδηγούν/ συνεπιβαίνουν σε μηχανή (34% των αγοριών και 49% των κοριτσιών). Οι υπόλοιπες απαντήσεις εμφανίζουν πολύ αρνητικά στοιχεία, αρκεί να αναφέρουμε ότι το 29% των αγοριών και 26% των κοριτσιών δηλώνει ότι «δεν φοράει ποτέ κράνος» όταν μόνο το 6% και το 5% αντίστοιχα «φοράει πάντα». Επίσης παρατηρούμε ότι ο παράγοντας κράνος δεν

σχετίζεται με την ηλικία. Με εξαίρεση μόνο τα άτομα δεκαεφτά ετών που κανένα δεν απάντησε θετικά ότι «φοράει κράνος» οι υπόλοιπες ηλικίες ποσοστιαία ταυτίζονται.

Αυτό αποδεικνύει αφενός την παντελή έλλειψη οδικής αγωγής και αίσθησης ευθύνης των εφήβων, αφετέρου την αναλγησία του κράτους και των εποπτικών μηχανισμών του, οι οποίοι δεν λαμβάνουν ούτε εφαρμόζουν κανένα δραστικό μέτρο για την οδική ασφάλεια των πολιτών (π.χ. επαρκή σηματοδότηση, ενημερωτικά οδικά μηνύματα, διανομή έντυπου υλικού σε σχολεία, σε χώρους συνεστίασης, σε οδικούς κόμβους (π.χ. διόδια) για τους κινδύνους από την παράλειψη κράνους, ακόμα και επιδότηση αγοράς κράνους για όσους αγοράζουν μηχανή.

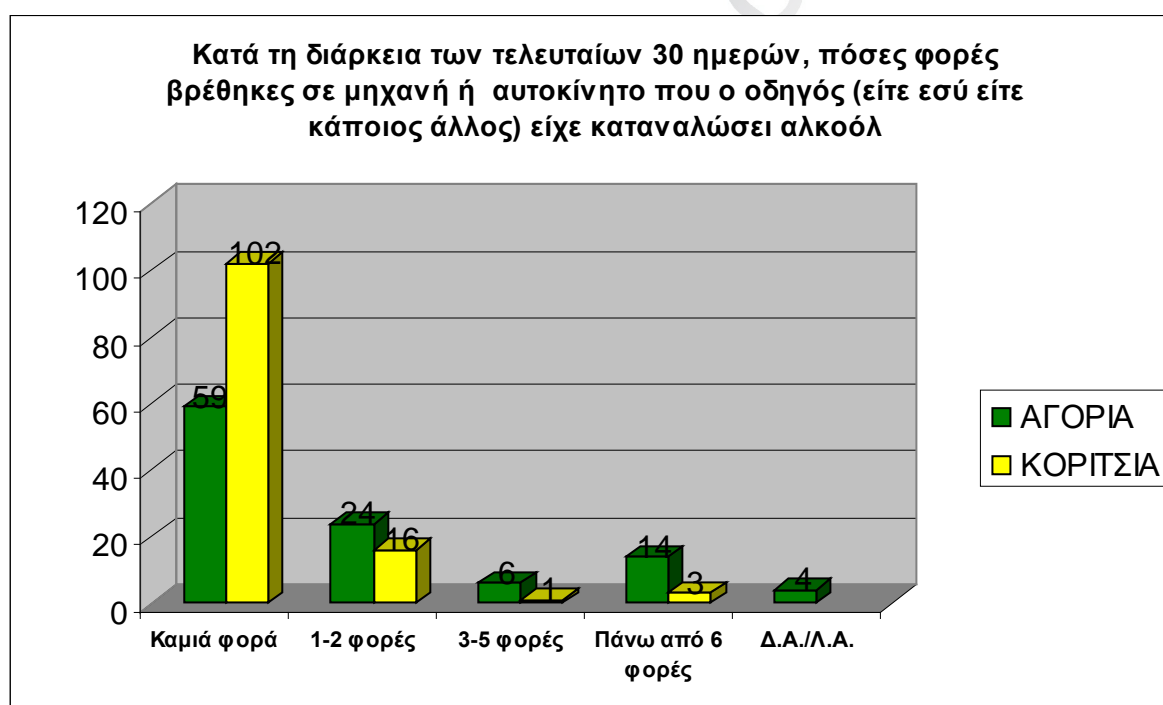
2) *Πόσο συχνά φοράς ζώνη ασφαλείας σε αυτοκίνητο που οδηγείς εσύ ή κάποιος άλλος?*



Οι απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση αυτή είναι περισσότερο ενθαρρυντικές. Τα αγόρια εμφανίζουν και εδώ μια πιο ριψοκίνδυνη οδική συμπεριφορά σε σύγκριση με τα κορίτσια, 17% δηλώνουν πως «δεν φοράνε ποτέ ζώνη ασφαλείας» έναντι 9% των κοριτσιών. Επίσης το 24% των αγοριών και το 34% των κοριτσιών δηλώνει ότι «φοράει πάντα» υποδηλώνοντας μια μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση εν σχέση με την προηγούμενη ερώτηση που αφορούσε στο κράνος. Διαφοροποίηση ως προς την ηλικία δεν παρατηρείται.

Αξίζει βέβαια να σημειώσουμε πως αναφερόμαστε σε ανήλικα άτομα συνεπιβάτες και όχι οδηγούς, που οφείλουν να ακολουθούν και να συμμορφώνονται με τις υποδείξεις των οδηγών. Κάτω από αυτή την προοπτική θα λέγαμε πως μεγάλο μέρος της ευθύνης για το αν οι νέοι φορούν ζώνη ασφαλείας ή όχι, φέρει ο οδηγός του οχήματος και όχι η εφόρμηση του ατόμου το οποίο δεν γνωρίζει πάντα τις θετικές συνέπειες αυτής της πράξης. Για αυτό πέραν από τον έφηβο, σεμινάρια και ενημερώσεις ανάλογου περιεχομένου θα πρέπει να γίνουν στους οδηγούς οχημάτων.

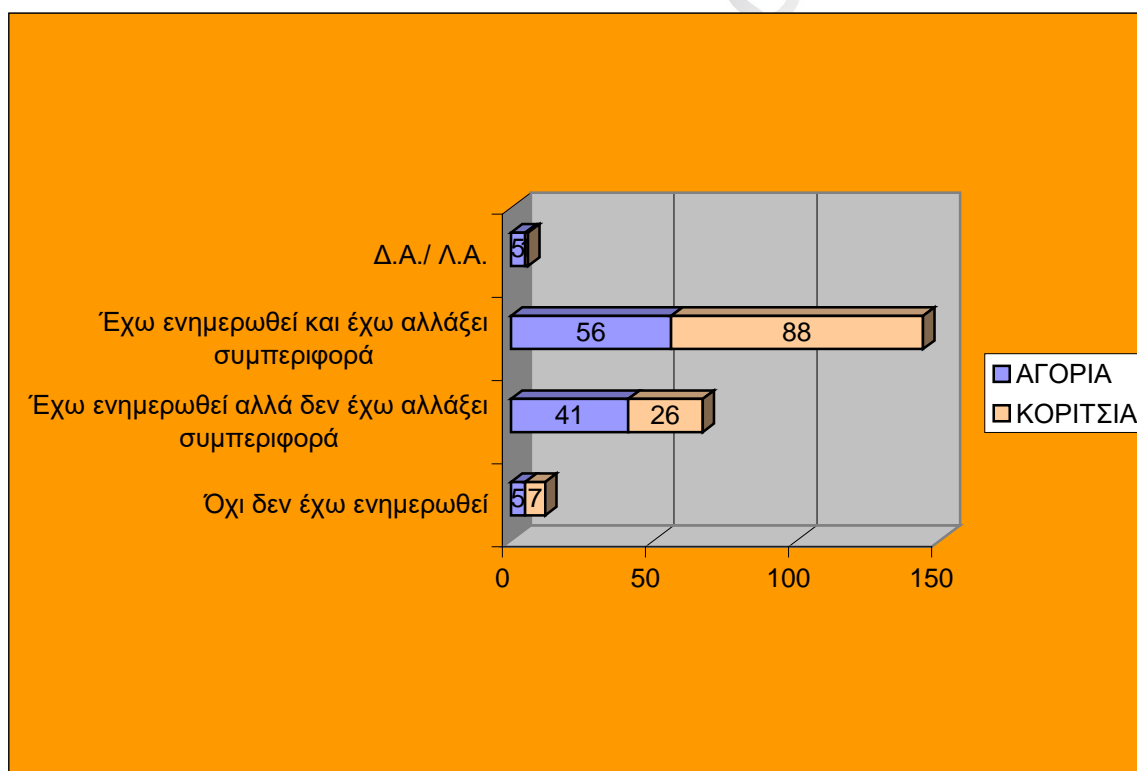
- 3) Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών, πόσες φορές βρέθηκες σε μηχανή ή αυτοκίνητο που ο οδηγός (είτε εσύ είτε κάποιος άλλος) είχε καταναλώσει αλκοόλ?



Οι απαντήσεις στην ερώτηση αυτή είναι στο σύνολο τους θετικές, αν λάβουμε υπόψη πως το 55% των αγοριών και το 84% των κοριτσιών δηλώνουν ότι τις τελευταίες τριάντα μέρες δεν βρέθηκαν σε αυτοκίνητο υπό την επήρεια αλκοόλ. Ωστόσο και εδώ τα αγόρια κατέχουν στατιστικά μεγαλύτερα αρνητικά ποσοστά εν σχέση με τα κορίτσια. Για παράδειγμα 13% δηλώνει ότι «έχει μπει πάνω από έξι φορές» σε ένα μήνα σε αυτοκίνητο όπου ο οδηγός είχε καταναλώσει αλκοόλ όταν για τα κορίτσια το αντίστοιχο ποσοστό είναι 2%. Ανάλογη διαφορά έχουν και οι υπόλοιπες απαντήσεις. Επίσης διαφοροποίηση υπάρχει και ανά ηλικία, δηλαδή όσο πιο πολύ ανεβαίνουμε ηλικιακά τόσο τα ποσοστά εξελίσσονται αρνητικά.

Και σε αυτή την περίπτωση ευθύνη δε φέρουν μόνο οι έφηβοι άλλα και οι ενήλικοι οδηγοί, που ρισκάρουν να οδηγήσουν μολονότι θέτουν σε κίνδυνο τη δική τους σωματική ακεραιότητα και των υπολοίπων. Ενδείκνυται λοιπόν να γίνουν ενημερώσεις οποιασδήποτε μορφής πάνω στην κυκλοφοριακή αγωγή, τόσο στους εφήβους όσο και στους οδηγούς, εάν θέλουμε να στοχεύσουμε σε μία ολοκληρωμένη και σφαιρική φροντίδα για τους πολίτες μας.

- 4) Έχεις ποτέ ενημερωθεί για τους κινδύνους που μπορεί να επιφέρει η οδήγηση χωρίς ζώνη ασφαλείας ή κράνος ή υπό την επήρεια αλκοόλ? Και αν ναι, σε επηρέασε ώστε να αλλάξεις συμπεριφορά?



Η ερώτηση αυτή έχει δύο σκοπούς: αφενός να ελεγχθεί αν οι νέοι έχουν ενημερωθεί σε ζητήματα που αφορούν στην κυκλοφοριακή αγωγή, αφετέρου κατά πόσο τους βοήθησε ή όχι στο να αλλάξουν συμπεριφορά. Ξεκινώντας από τον πρώτο παράγοντα βλέπουμε πως μόνο ένα 5% των εφήβων δηλώνει ότι δεν έχει λάβει γνώση. Το υπόλοιπο 29% δηλώνει ότι παρά την ενημέρωση που είχε δεν άλλαξε συμπεριφορά και το 63% ότι με την συμβολή της ενημέρωσης άλλαξε συμπεριφορά. Επιπλέον όπως

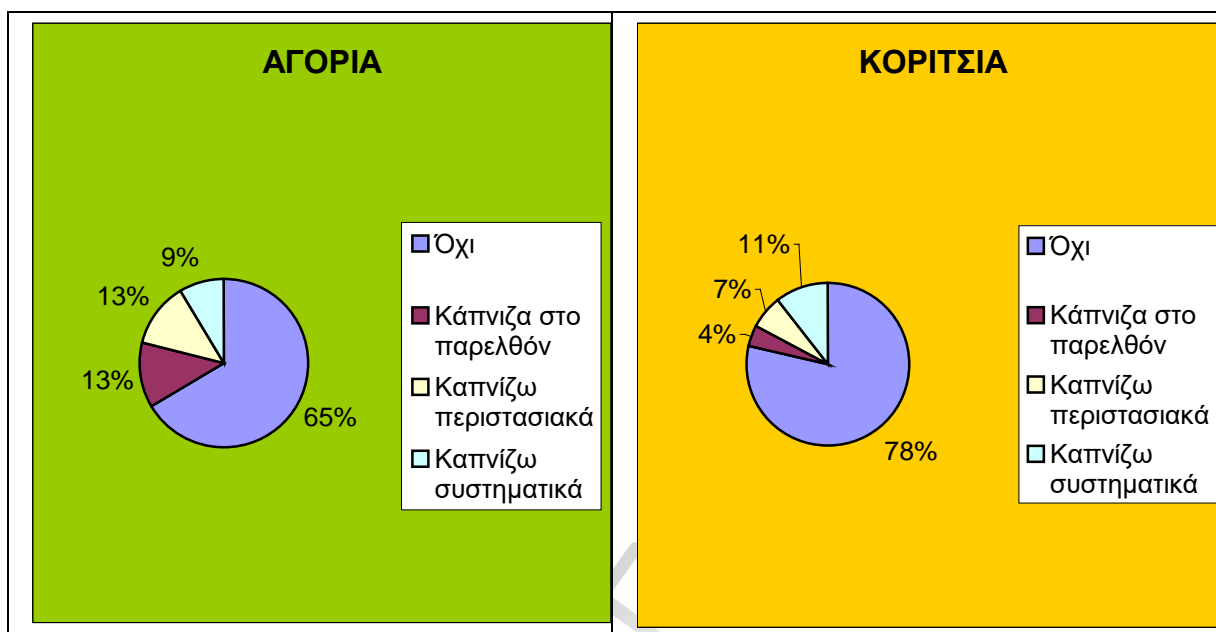
διαφαίνεται από το γράφημα περισσότερο τα κορίτσια παρά τα αγόρια ανταποκρίνονται θετικά στις παρεμβάσεις της κυκλοφοριακής αγωγής.

Αξίζει ακόμα να αναφερθεί πως το 57% των έφηβων, που δήλωσαν σε προηγούμενη ερώτηση ότι «δεν φοράνε κράνος», συμφώνησαν στο ότι η ενημέρωση που έλαβαν δεν τους ωφέλησε, ενώ από όσους δήλωσαν ότι «φοράνε πάντα κράνος» δεν υπήρξε ούτε ένας που να μην απαντήσει θετικά για την ευεργετική επιρροή της αγωγής υγείας στη συμπεριφορά τους. Το ίδιο ισχύει και για τις υπόλοιπες ερωτήσεις της ομάδας αυτής. Οι νέοι που ακολουθούν υγιείς και ασφαλείς οδούς, έχουν σε ένα μεγάλο μέρος επηρεαστεί από τις διδαχές της αγωγής υγείας.

Βλέπουμε λοιπόν πόσο χρήσιμο εργαλείο μπορεί να γίνει η αγωγή υγείας στα χέρια ανθρώπων με μεράκι και αγάπη για τους νέους, είτε μιλάμε για κράτος, είτε για εκπαιδευτικούς, είτε για δημόσιους λειτουργούς, αρκεί να χρησιμοποιηθούν τα κατάλληλα μέσα και οι σωστές διαδικασίες ώστε ο έφηβος να εμπνευστεί και να γίνει κοινωνός της κατευθυντήριας ιδέας. Αντίθετα, αν η όποια ενημέρωση γίνει στα στενά πλαίσια μιας υποχρεωτικής αναφοράς χωρίς πειθώ, χρώμα και φαντασία, οι νέοι όχι απλώς δεν θα επωφεληθούν αλλά κινδυνεύουν, εξαιτίας της επαναστατικής τους φύσης, να στραφούν σε τακτικές βλαβερές για τους ίδιους και για το περιβάλλον τους.

Ε. Ερωτήσεις που αφορούν στο κάπνισμα

1) Έχεις ποτέ δοκιμάσει να καπνίσεις?



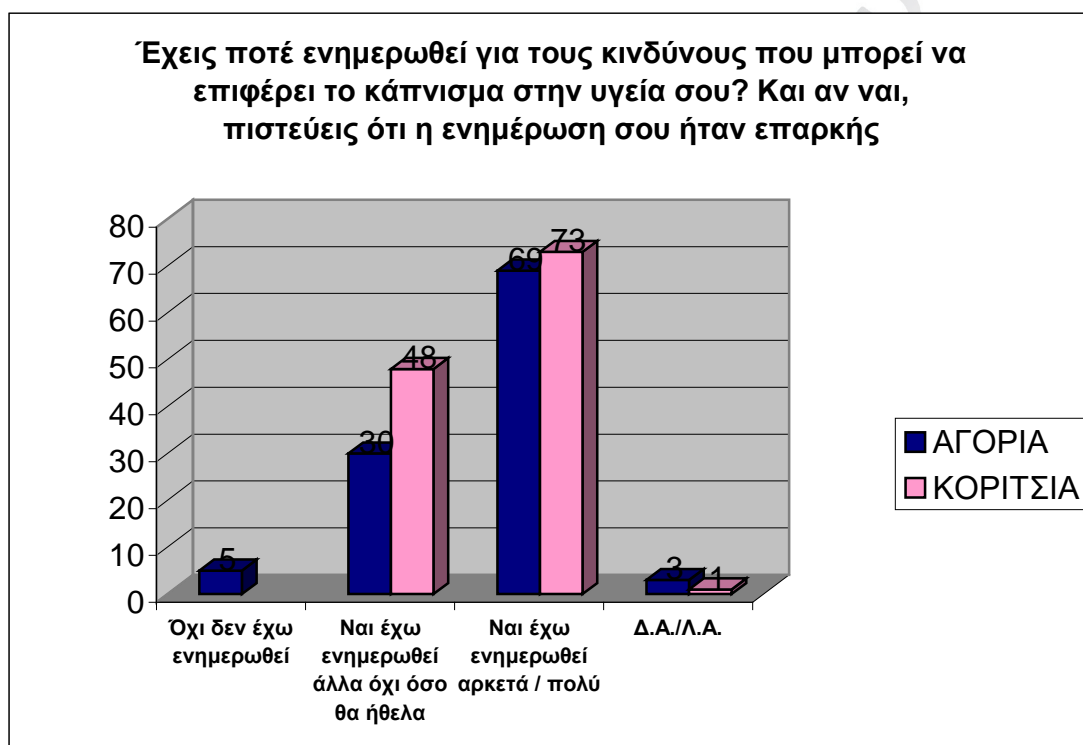
Τα ερευνητικά αποτελέσματα της ερώτησης αυτής διαφέρουν ως προς αυτά που δημοσιεύει το Υπουργείο Υγείας και το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας. Συγκεκριμένα ενώ στην έρευνα μας το 9% των μαθητών δηλώνει ότι «καπνίζει περιστασιακά» και το 10% κάνει αναφορά για συστηματική χρήση καπνού τα αντίστοιχα ποσοστά του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. είναι 25% και 14%.

Όσον αφορά στην ηλικία των καπνιστών πάλι έχουμε μεγάλη απόκλιση μεταξύ των απαντήσεων της ερευνάς μας και αυτών του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.. Ωστόσο και στα δύο τα ποσοστά καπνιστών μεγαλώνουν καθώς αυξάνει η ηλικία. Έτσι στην έρευνά μας το 9% ηλικίας 15-16 ετών και το 10% ηλικίας 17-18 δηλώνει «περιστασιακός καπνιστής» (στο Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. τα στοιχεία κάνουν λόγο για 21,5% και 43,5% αντίστοιχα) και το 7% ηλικίας 15-16 ετών και το 16% ηλικίας 17-18 ετών χαρακτηρίζει τον εαυτό του ως «συστηματικό καπνιστή» (στο Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 11% και 29%).

Σε ότι έχει να κάνει με το φύλλο τα αγόρια προηγούνται ως «περιστασιακοί» και «πρώην» καπνιστές ενώ τα κορίτσια έρχονται πρώτα στους «συστηματικούς καπνιστές» σε ποσοστό 11% έναντι 9% των αγοριών. Το δεδομένο αυτό είναι ιδιαίτερα απογοητευτικό, αν σκεφτούμε πως τα κορίτσια αυτά στο μέλλον θα γίνουν μητέρες και θα πρέπει να αποφύγουν αυτού του είδους τις εξαρτίσεις προκειμένου να εξασφαλίσουν την υγεία του εμβρύου τους. Επίσης όλοι οι «συστηματικοί καπνιστές» με εξαίρεση

έναν είναι Έλληνες υπήκοοι. Τέλος παρά την άποψη που επικρατεί ότι οι νέοι που καπνίζουν είναι εκείνοι που κάνουν τη συχνότερη χρήση αλκοόλ, στην έρευνα αυτή κάτι τέτοιο δεν αποδεικνύεται καθώς όλοι πλην τεσσάρων απάντησαν σε επόμενη ερώτηση ότι καταναλώνουν λιγότερο από ένα ποτό την εβδομάδα.

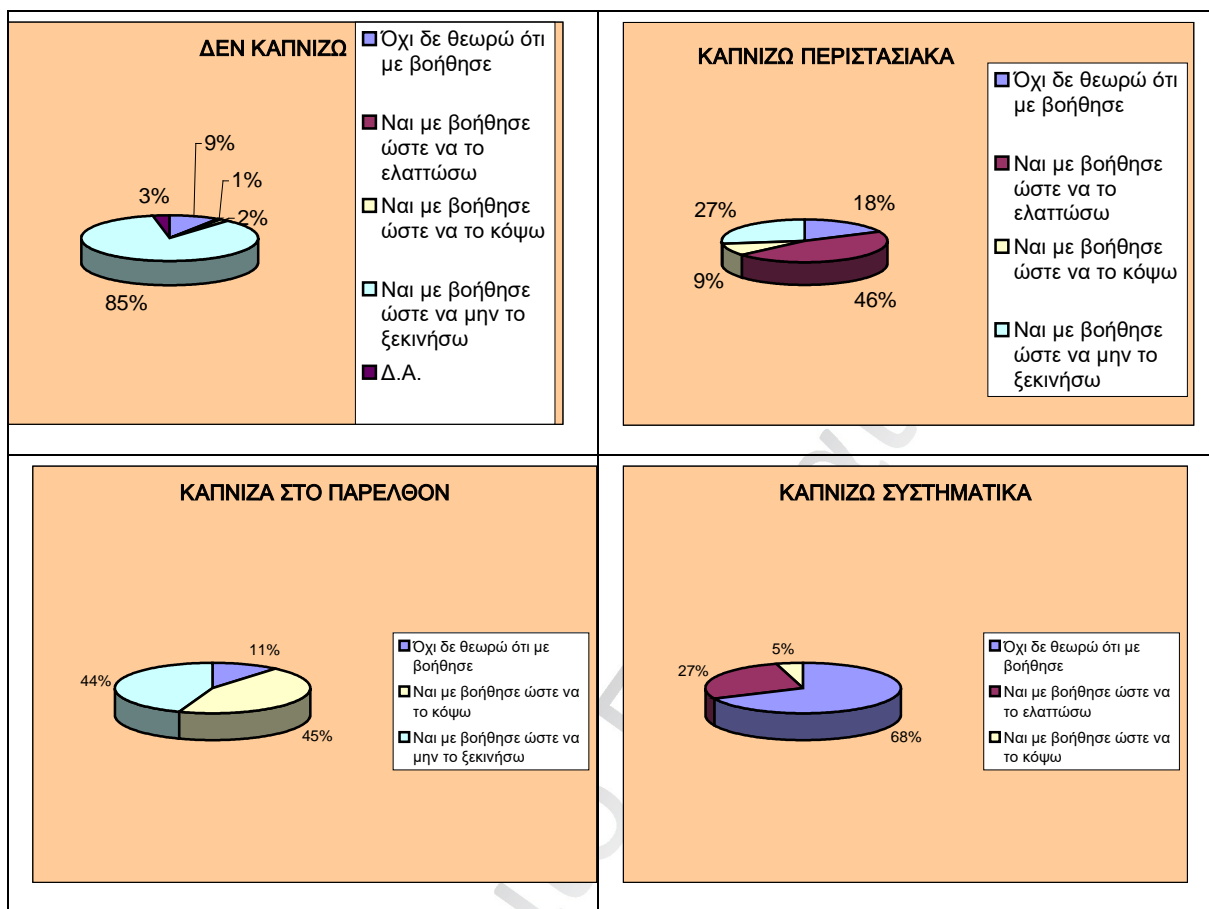
- 2) Έχεις ποτέ ενημερωθεί για τους κινδύνους που μπορεί να επιφέρει το κάπνισμα στην υγεία σου? Και αν ναι, πιστεύεις ότι η ενημέρωσή σου ήταν επαρκής?



Με εξαίρεση ένα πολύ μικρό αριθμό ατόμων (2%) όλοι οι νέοι συμφωνούν στο ότι έχουν ενημερωθεί για τους κινδύνους και τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία τους. Επίσης τα ποσοστά των απαντήσεων είναι σχεδόν ταυτόσημα για τους «μη», «πρώην» και «περιστασιακούς» καπνιστές, ενώ διαφοροποιούνται για τους «συστηματικούς» οι οποίοι δηλώνουν σε μεγαλύτερα ποσοστά ότι δεν έχουν ενημερωθεί επαρκώς (41% έναντι 33% που είναι στις άλλες ομάδες).

Ίσως εδώ να βρίσκεται και η λύση για την ελάττωση της καπνιστικής συνήθειας των εφήβων. Με μια πιο ουσιαστική και συστηματοποιημένη ενημέρωση για τις βλάβες και τους κινδύνους που επιφέρει το κάπνισμα στην υγεία του ατόμου και του περιγύρου του, ενδεχομένως οι νέοι να αποφύγουν τη χρήση προϊόντων καπνού. Επίσης ειδική ενημέρωση χρειάζονται τα κορίτσια τα οποία σε βάθος χρόνου θα γίνουν μητέρες και θα πρέπει να γνωρίζουν κάθε βλαβερή συνέπεια της συνήθειας αυτής.

3) Η πληροφόρηση που έχεις λάβει σε βοήθησε ώστε να επιλέξεις μια πιο υγιή στάση ζωής?



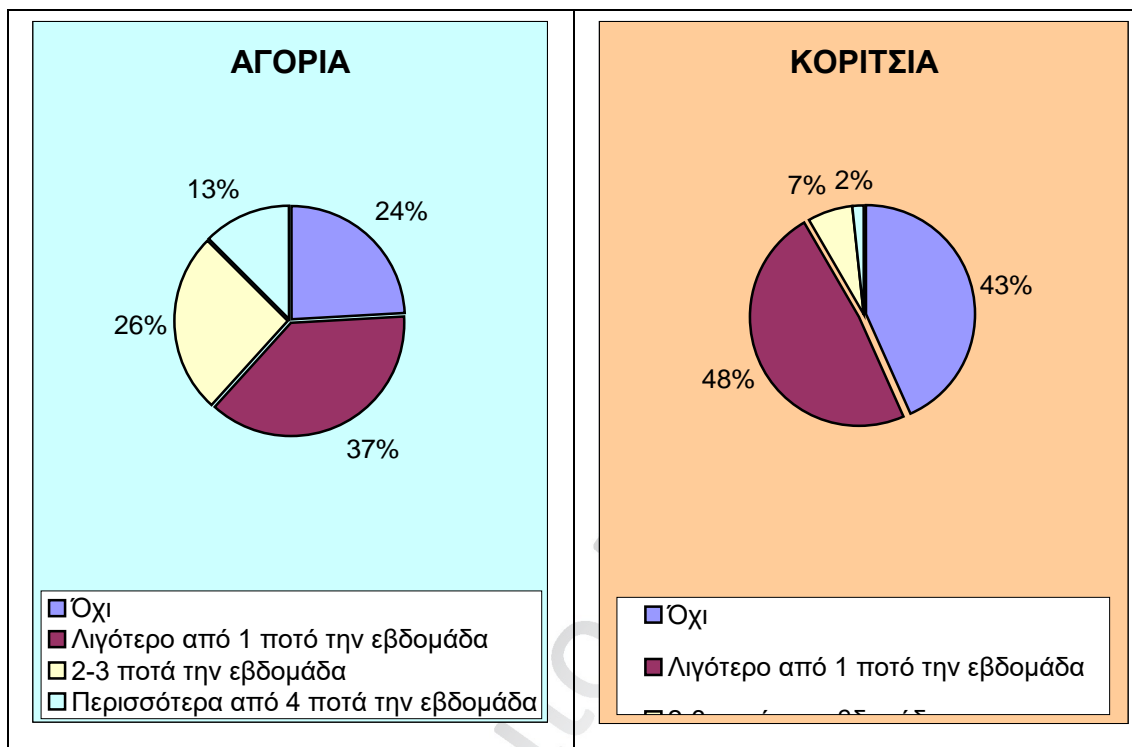
Εδώ η προσοχή αξίζει να στραφεί σε αυτά που απάντησαν οι νέοι ανάλογα με τις καπνιστικές τους συνήθειες. Έτσι οι «μη καπνιστές» συμφώνησαν σε ποσοστό 85% ότι η ενημέρωση που έλαβαν τους βοήθησε ώστε να μην ξεκινήσουν τα κάπνισμα. Οι «πρώην καπνιστές» δήλωσαν 45% ότι τους βοήθησε να κόψουν και 44% να μην ξεκινήσουν συστηματικά το κάπνισμα. Οι «περιστασιακοί» ωφελήθηκαν σε ποσοστό 46% ώστε να ελαττώσουν το κάπνισμα και 27% να μην ξεκινήσουν το συστηματικό κάπνισμα και τέλος το 68% των «συστηματικών» υποστήριξε πως βοηθήθηκε προκειμένου να ελαττώσει το κάπνισμα.

Επίσης σε ότι αφορά στον παράγοντα φύλλο τα αγόρια καπνιστές παρακινήθηκαν ευκολότερα στο να διακόψουν (12%) ή να ελαττώσουν (10%) την καπνιστική τους συνήθεια από ότι τα κορίτσια (1% και 5% αντίστοιχα).

Αναγνωρίζουμε λοιπόν τη σπουδαιότητα και τη θετική ανταπόκριση των νέων σε κάθε προσπάθεια που γίνεται και αφορά σε αυτούς, για αυτό θα πρέπει η πολιτεία όπως αναφέραμε και πιο πάνω, να στρέψει πιο εντατικά, ουσιαστικά και οργανωμένα το βλέμμα της στην ενημέρωση, και μέσω αυτής, στην προστασία των εφήβων από κάθε μορφή εθισμού.

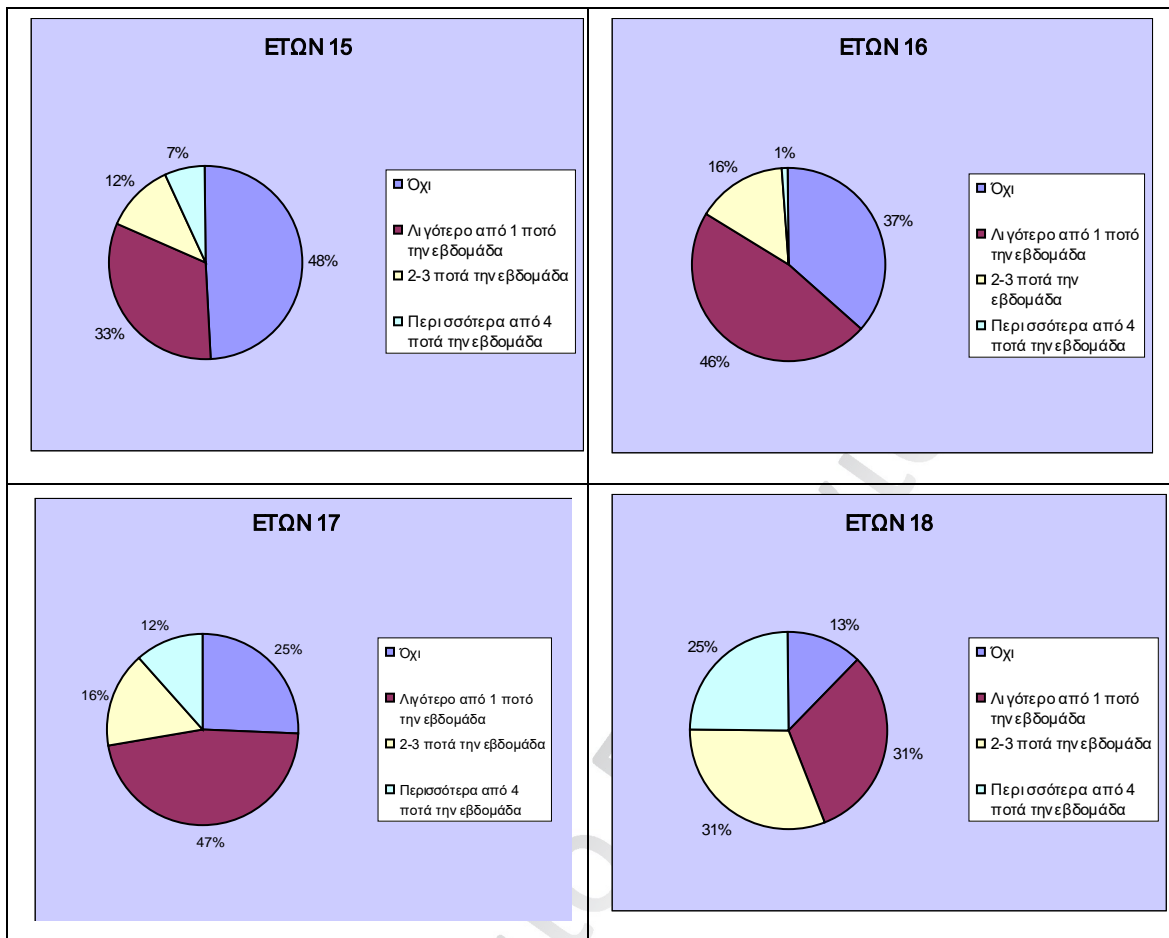
ΣΤ. Ερωτήσεις που αφορούν στην κατανάλωση αλκοόλ

1) Καταναλώνεις ποτά που περιέχουν αλκοόλ? Και εάν ναι πόσα περίπου την εβδομάδα?

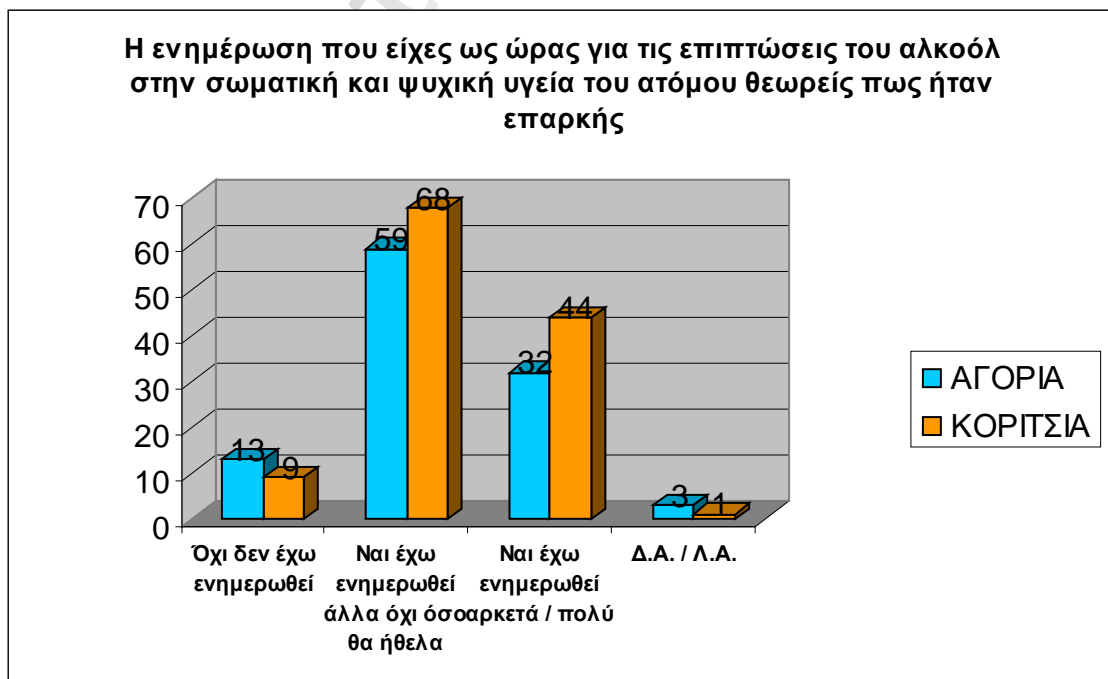


Η Κρήτη ως οινοπαραγωγός περιοχή διαθέτει τα οινοπνευματώδη της (κρασί, ρακί) σε προσιτές τιμές, ενώ η απόκτηση τους είναι εύκολη ανεξαρτήτως ηλικίας. Επίσης τα περισσότερα νοικοκυριά είναι ιδιοπαραγωγοί, γεγονός που συνεπάγεται με την εύκολη πρόσβαση των εφήβων στα οινοπνευματώδη. Επιπλέον, δε χρειάζεται να αναφέρουμε πως οι παραδοσιακές αξίες της Κρήτης και η φιλοξενία συνδέονται άμεσα με την κατανάλωση αλκοόλ από τις μικρές κιόλας ηλικίες. Ως εκ τούτου δεν μας εκπλήσσει το γεγονός ότι το 66% των εφήβων απαντάνε θετικά στην κατανάλωση οινοπνευματωδών, με τα αγόρια να προηγούνται στην συχνότερη κατανάλωση αυτών.

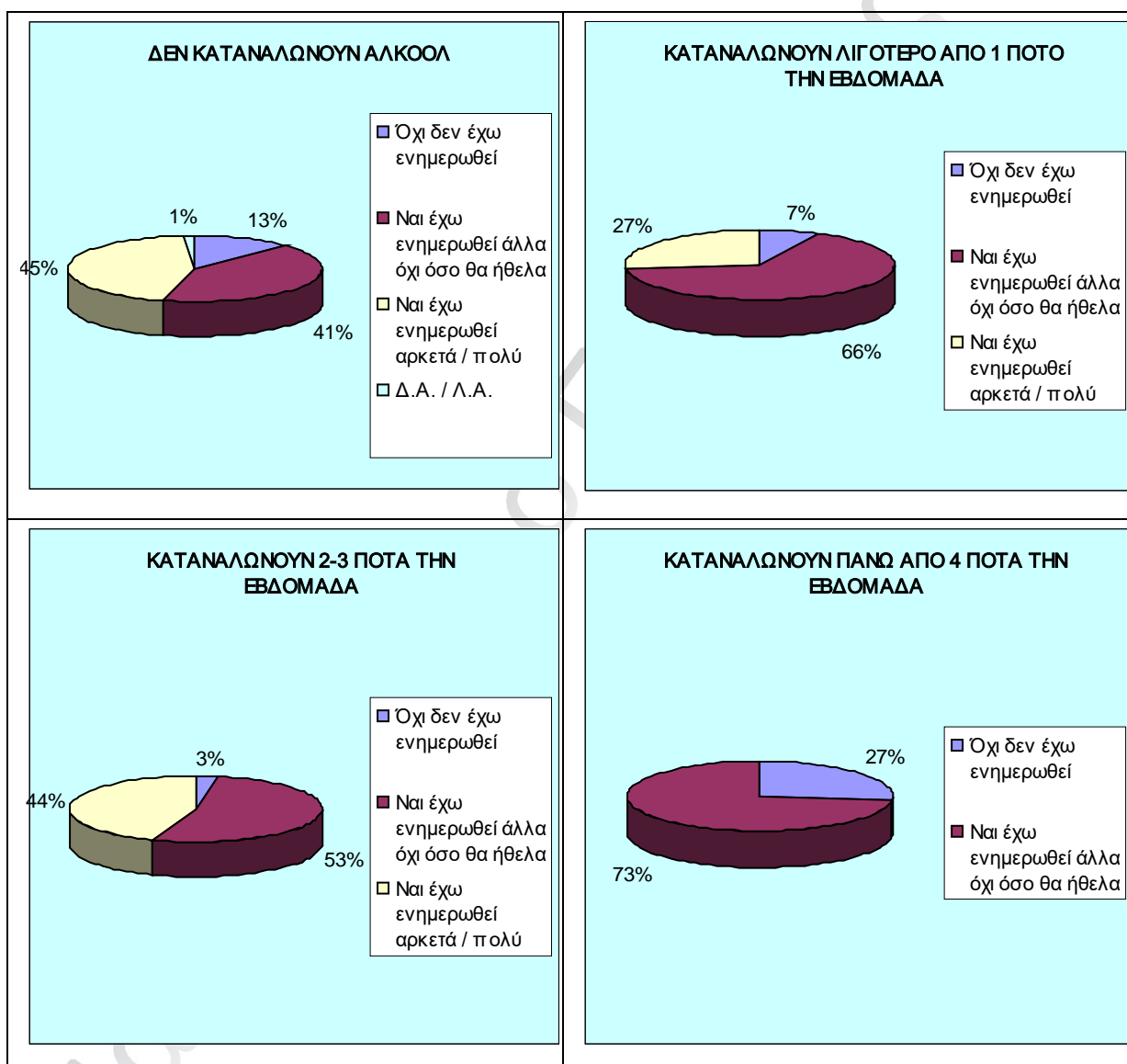
Όσον αφορά στην ηλικία, διαπιστώνουμε αύξηση της κατανάλωσης αλκοολούχων όσο ανεβαίνουμε ηλικιακά. Αυτό έχει να κάνει, αφενός με την μεγαλύτερη ελευθερία των εφήβων από τους γονείς τους αφετέρου με την συχνότερη πρόσβαση σε καφέ, εστιατόρια, μπαρ και κέντρα διασκέδασης, χώρους δηλαδή όπου σημειώνεται η μεγαλύτερη χρήση οινοπνευματωδών. Βλέπουμε μάλιστα πως σε ηλικία 18 ετών το ποσοστό εφήβων που δεν καταναλώνει αλκοόλ (12%) είναι το εν τέταρτο του ποσοστού των νέων 15 ετών που δεν καταναλώνουν αλκοόλ (48%).



2) Η ενημέρωση που είχες ως ώρας για τις επιπτώσεις του αλκοόλ στην σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου θεωρείς πως ήταν επαρκής?



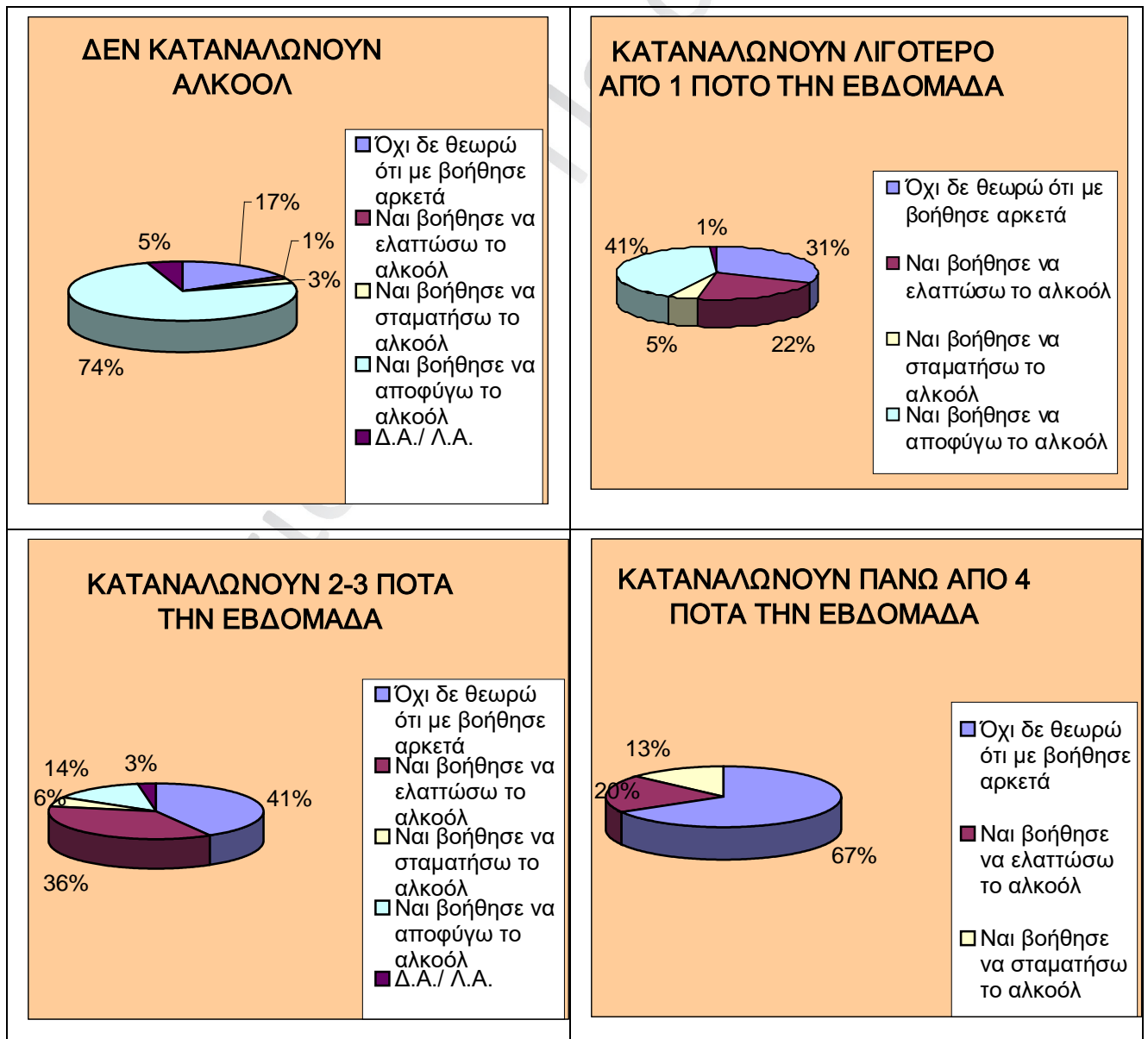
Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η ενημέρωση που αφορά σε θέματα αγωγής υγείας συμβάλλει στη διατήρηση της καλής υγείας του ατόμου για αυτό και εστιάζουμε συνεχώς σε αυτή. Εν προκειμένω δεν εξετάζετε μόνο το κατά πόσο οι νέοι έχουν λάβει γνώση για τις επιπτώσεις του αλκοόλ στην υγεία τους (άλλωστε το 90% των νέων απαντάει θετικά στο ότι έχει ενημερωθεί) αλλά κυρίως πόσοι από αυτούς που καταναλώνουν η όχι αλκοόλ γνωρίζουν τις επιπτώσεις του.



Σύμφωνα λοιπόν με τον παραπάνω πίνακα, οι πλειονότητα των ατόμων που καταναλώνει αλκοόλ δηλώνει μεν ότι έχει ενημερωθεί αλλά όχι επαρκώς, δηλαδή όχι όσο θα ήθελε. Το ποσοστό αυτό μάλιστα είναι συντριπτικό στους νέους που καταναλώνουν πάνω από τέσσερα ποτά εβδομαδιαίως (73%) ενώ αίσθηση προκαλεί το γεγονός ότι ούτε ένα άτομο της ομάδας αυτής δεν απαντάει ότι έχει «ενημερωθεί πολύ/αρκετά».

Διαπιστώνουμε λοιπόν πως δεν αρκεί να ενημερώσουμε απλά για τις επιπτώσεις του αλκοόλ, αλλά η γνώση που θα μεταδώσουμε να είναι ορθή και επαρκής, διότι μόνο έτσι θα καταφέρουν οι νέοι να συνειδητοποιήσουν την σημασία της αποχής από το αλκοόλ και από τις επικίνδυνες επιπτώσεις που η κατάχρησή του επιφέρει, όπως αυτοκινητιστικά ατυχήματα, επιθετική συμπεριφορά, τραυματισμοί, σεξουαλικά νοσήματα και ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, χαμηλή απόδοση στην τάξη και περιορισμός του ενδιαφέροντος, χαμηλή ποιότητα ύπνου και άλλα.

3) Η ενημέρωση που ως ώρας είχες για το αλκοόλ σε βοήθησε ώστε να υιοθετήσεις μια πιο υγιή στάση ζωής?



Και σε αυτή την ερώτηση το γράφημα που απεικονίζει τις απαντήσεις των εφήβων ανά φύλλο δεν παρουσιάζει τόσο ενδιαφέρον παρουσιάζει αυτό που καταγράφει τις απαντήσεις ανάλογα με την ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ. Ωστόσο αξίζει να τονίσουμε πως ένα μεγάλο ποσοστό αγοριών και κοριτσιών (33%) δηλώνει ότι δεν βοηθήθηκε καθόλου από την αγωγή υγείας που έλαβε (στην περίπτωση του καπνίσματος το ποσοστό αυτό είναι 16%) υποδηλώνοντας κάποιο είδος ανεπάρκειας είτε από πλευράς σχολείου και πολιτείας είτε από πλευράς κουλτούρας και οικογένειας (ήθη, έθιμα, οικογενειακές γιορτές, και άλλα).

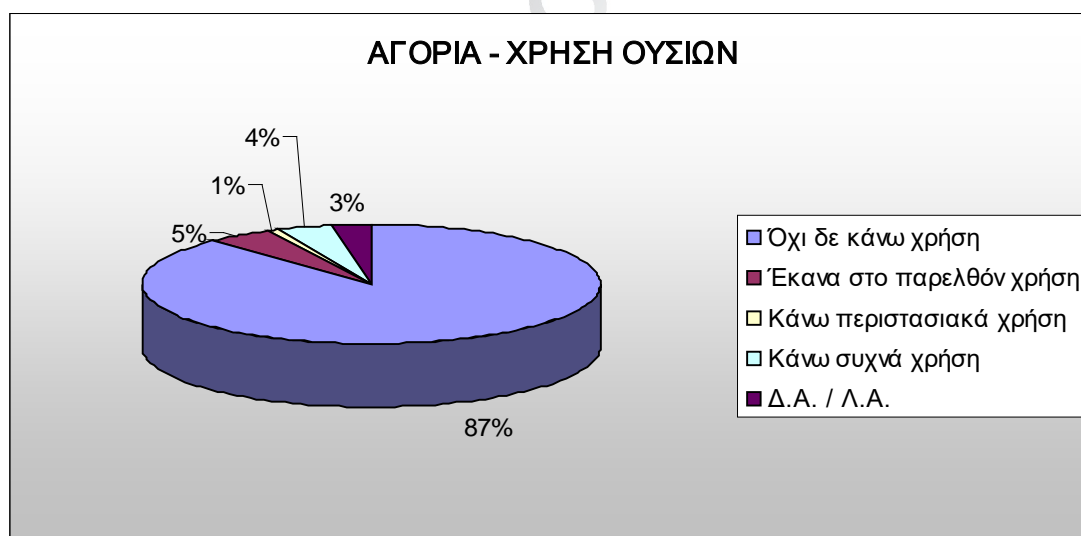
Σε ότι έχει να κάνει τώρα με το διαχωρισμό με κριτήριο την κατανάλωση αλκοόλ, βλέπουμε πως όσο αυξάνεται η κατανάλωση τόσο μειώνεται η παραδοχή «ναι με βοήθησε ώστε να αποφύγω την κατανάλωση αλκοόλ» και αυξάνεται αντίστοιχα το «όχι δε θεωρώ ότι βοηθήθηκα αρκετά». Καταλήγουμε λοιπόν στο ότι θα πρέπει να γίνουν ειδικού τύπου σεμινάρια, με την υποστήριξη ιατρών, κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων, στοχευμένα στις ομάδες εκείνες των εφήβων που καταναλώνουν αρκετά/πολύ μεγάλες ποσότητες αλκοόλ, διότι μόνο έτσι υπάρχει πιθανότητα να βοηθηθούν αποτελεσματικά και δια βίου οι έφηβοι από μία «κατάσταση» που εκτός από τις παθήσεις που προκαλεί (κίρρωση ήπατος, καρκίνος, καρδιαγγειακά νοσήματα και άλλα), δημιουργεί και πολλές παθογόνες καταστάσεις (αδυναμία συγκέντρωσης και αυτοελέγχου, σωματική βία, ατυχήματα, τραυματισμοί και άλλα).

Z. Ερωτήσεις που αφορούν στη χρήση παράνομων ουσιών (ναρκωτικών).

1) Έχεις ποτέ κάνει χρήση παράνομων ουσιών?

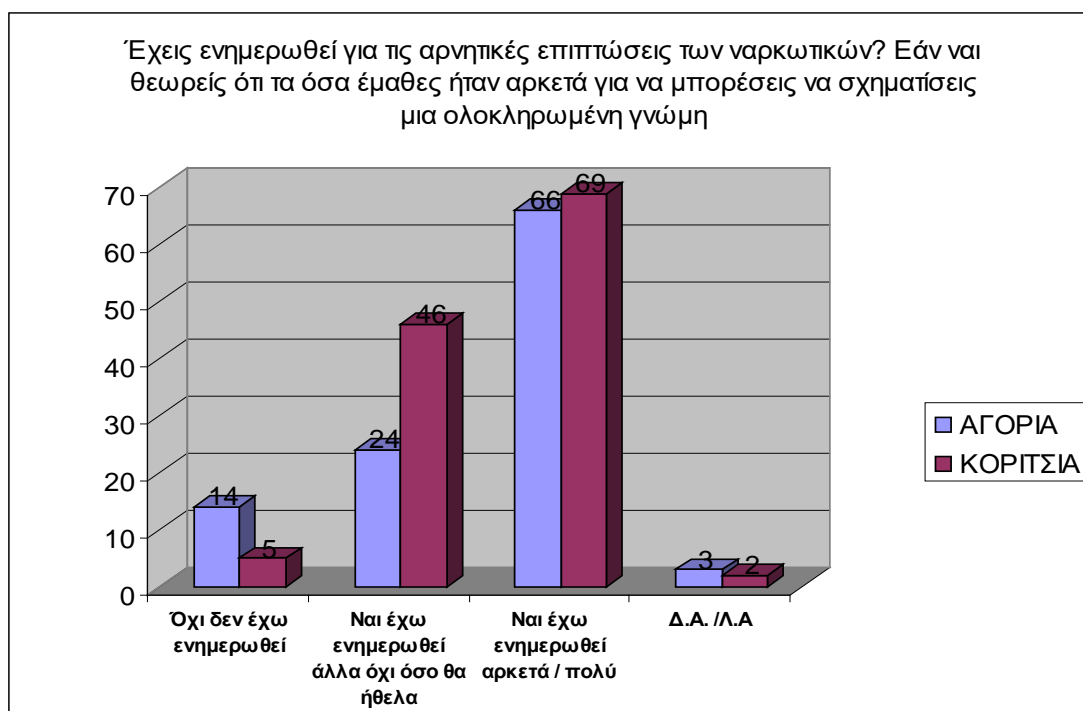
Όπως συμβαίνει με τη χρήση καπνού και οινοπνευματωδών, η χρήση ναρκωτικών αποτελεί για τον έφηβο ένα σύμβολο χειραφέτησης από την οικογένεια και διευκολύνει την ένταξη και αποδοχή του στην υποομάδα των ομότιμων, με την οποία μοιράζεται αντιλήψεις και συμπεριφορές. Η επιρροή επομένως των φίλων και των κοινωνικών δομών παίζει σημαντικό ρόλο στη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Βεβαίως η χρήση και η εξάρτηση από τα ναρκωτικά είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο ψυχολογικών, οικονομικών, βιολογικών παραγόντων, ο βαθμός συμμετοχής των οποίων μπορεί να διαφέρει από άτομο σε άτομο ανάλογα με το στάδιο της χρήσης.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας του ΕΠΙΨΥ, ένας στους δέκα εφήβους έχει κάποια εμπειρία από χρήση παράνομης ουσίας, με τον αριθμό των αγοριών να είναι διπλάσιος από αυτόν των κοριτσιών. Στην περίπτωση της έρευνας μας, τα αποτελέσματα συγκλίνουν ως προς το ποσοστό των αγοριών αλλά διαφέρουν ως προς αυτό των κοριτσιών καθώς όλα συμφωνούν στο ότι ουδέποτε έχουν κάνει χρήση.



Όσον αφορά στην ηλικία η πιο επικίνδυνη περίοδος είναι αυτή των δεκαέξι χρόνων, διότι ως επί το πλείστον οι έφηβοι της ηλικίας αυτής κάνουν αναφορά σε χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Επίσης όσοι δηλώνουν χρήστες περιστασιακοί ή συχνοί έχουν όλοι ελληνική υπηκοότητα, οι γονείς τους εργάζονται ως ελεύθεροι επαγγελματίες ή υπάλληλοι και έχουν ιδανικό βάρος.

- 2) Έχεις ενημερωθεί για τις αρνητικές επιπτώσεις των ναρκωτικών? Εάν ναι θεωρείς ότι τα όσα έμαθες ήταν αρκετά για να μπορέσεις να σχηματίσεις μια ολοκληρωμένη γνώμη?

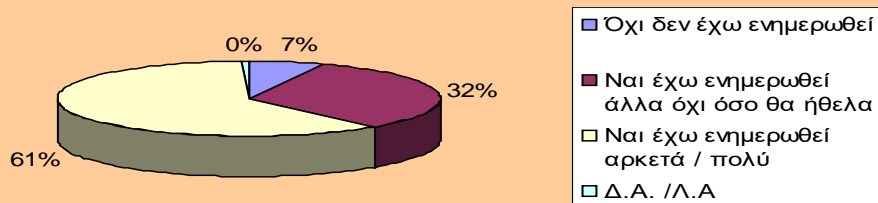


Το μεγαλύτερο μέρος των εφήβων φαίνεται να έχει ενημερωθεί για τους κινδύνους και τις επιπτώσεις των ναρκωτικών στην υγεία του ατόμου, αν και αρκετοί είναι εκείνοι, όπως άλλωστε και σε προηγούμενες ερωτήσεις, που δεν νιώθουν ικανοποιημένοι από τα όσα ως ώρας έχουν μάθει. Σε αυτό έχει συμβάλει σημαντικά η συστηματική ενημέρωση μέσω τηλεοπτικών μηνυμάτων του Υπουργείου Υγείας και η λειτουργία των Κέντρων Πρόληψης του ΟΚΑΝΑ σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση σε όλους σχεδόν τους νομούς της Ελλάδας.

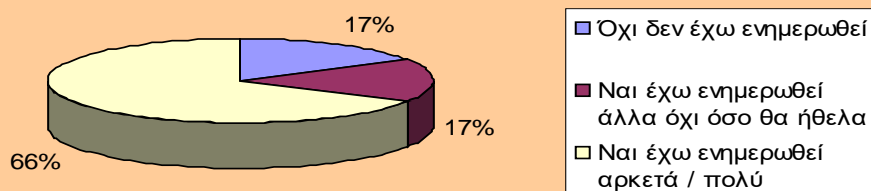
Αίσθηση επίσης προκαλούν οι απαντήσεις των εφήβων που κάνουν χρήση τοξικών ουσιών, οι οποίοι σε ποσοστό 75% δηλώνουν ότι δεν έχουν ενημερωθεί καθόλου για τις επιπτώσεις και τους κινδύνους από τα ναρκωτικά, ενώ αντίθετα ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι όσοι υπήρξαν χρήστες στο παρελθόν συμφώνησαν σε ποσοστό 66% ότι πλέον έχουν λάβει αρκετή /πολύ ενημέρωση πάνω στο θέμα.

Αναμφισβήτητα λοιπόν διαφαίνεται η σπουδαιότητα και η θετική συμβολή της αγωγής υγείας των εφήβων σε θέματα που αφορούν στα ναρκωτικά, και πως αυτή μπορεί να μετατραπεί από απλή διάλεξη και πληροφόρηση σε αλλαγή τρόπου σκέψης και εν κατακλείδι σε σωτηρία ζωής για το ίδιο το άτομο αλλά και για τον περίγυρό του.

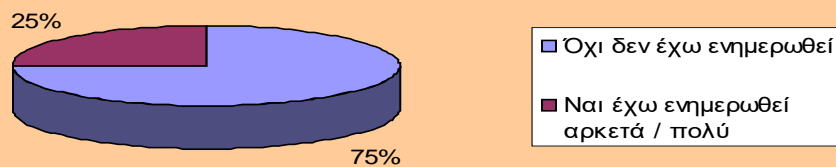
ΜΗ ΧΡΗΣΤΕΣ



ΧΡΗΣΤΕΣ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ

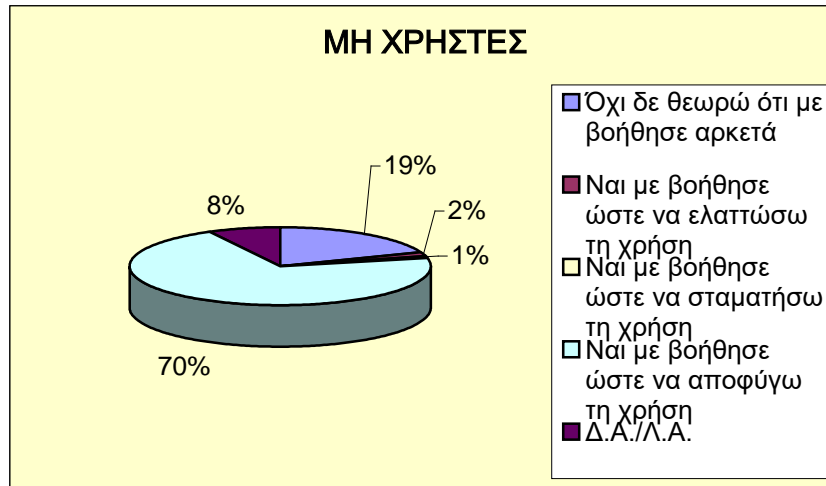


ΣΥΧΝΟΙ ΧΡΗΣΤΕΣ



3) Η ενημέρωση που ως ώρας είχες για τα ναρκωτικά σε βοήθησε ώστε να υιοθετήσεις μια πιο υγιή συμπεριφορά?

Σε αυτή την ερώτηση αξίζει να ερευνηθούν οι απαντήσεις που δόθηκαν με κριτήριο τη χρήση ή μη τοξικών ουσιών.



Σύμφωνα με τα γραφήματα οι μη χρήστες στην πλειονότητα τους (70%) συμφωνούν ότι ευεργετήθηκαν από την ενημέρωση που έλαβαν. Αντίθετα οι απόψεις των παλαιών χρηστών διαφοροποιούνται αλλά υπάρχει ισομέρεια ως προς τα ποσοστά των απαντήσεων (34% δεν βοηθήθηκε αρκετά, 33% βοηθήθηκε να ελαττώσει, 33% βοηθήθηκε να σταματήσει) . Τέλος σε ότι αφορά στους συχνούς χρήστες το 50% δηλώνει ότι δεν ωφελήθηκε ενώ εντοπίζεται μία ανακρίβεια σε ποσοστό 25% κατά την οποία οι χρήστες δηλώνουν ότι βοηθήθηκαν στο να αποφύγουν τη χρήση. Αυτό ωστόσο έρχεται σε αντιδιαστολή με την αρχική τους παραδοχή ότι κάνουν συχνή χρήση τοξικών ουσιών, εκτός αν αναφέρονται στην περίπτωση εκείνη που η ενημέρωση τους προστάτεψε από τη χρήση πιο επικίνδυνων και εθιστικών ουσιών .

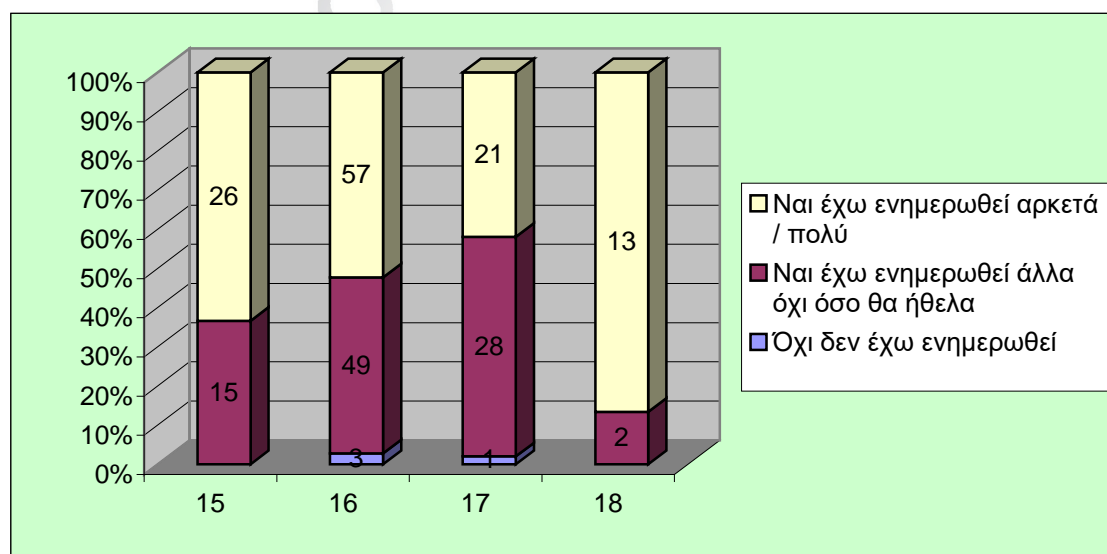
Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι η ενημέρωση και η αγωγή είναι αποτελεσματικές όταν αναφερόμαστε σε άτομα που δεν κάνουν χρήση. Αντίθετα όταν αναφερόμαστε σε περιπτώσεις περιστασιακών ή μόνιμων χρηστών, καθίσταται επιτακτική η συμβολή και η παρακολούθηση τους από εξειδικευμένους και πεπειραμένους επαγγελματίες που ξέρουν πώς να διαχειρίζονται αυτού του είδους τις καταστάσεις. Για αυτό το σχολείο, ο οικογενειακός και κοινωνικός περίγυρος δε θα πρέπει να σιωπά όταν αντιλαμβάνεται μια τέτοια περίπτωση, προς αποφυγή κοινωνικού σχολιασμού και αποκλεισμού, αλλά να απευθύνεται άμεσα σε κάποιο ειδικό ώστε να βοηθηθεί έγκαιρα και αποτελεσματικά το άτομο – χρήστης. Αυτό άλλωστε καταδεικνύουν και οι απαντήσεις των ερωτηθέντων. Όσοι κάνουν ή έκαναν χρήση δεν αρκούνται ούτε καλύπτονται από μια απλή διάλεξη στα πλαίσια της ενημέρωσης. Αποζητούν κάτι πιο δραστικό και επαγγελματικό που θα τους βοηθήσει ουσιαστικά στην προσπάθεια τους για απεξάρτηση.

Η. Ερωτήσεις που αφορούν στη σεξουαλική συμπεριφορά.

- 1) Έχεις ενημερωθεί για θέματα που αφορούν στη σεξουαλική αγωγή όπως η αντισύλληψη, τα αφροδίσια νοσήματα, το AIDS, η εγκυμοσύνη?

Ζητήματα που αφορούν στη σεξουαλική αγωγή και διαπαιδαγώγηση αποτελούν ακόμη στις μέρες μας ταμπού, αν και έχει σημειωθεί μεγάλη πρόοδος στην επικοινωνία τους μεταξύ ανηλίκων και ενηλίκων. Οι περισσότεροι βέβαια έφηβοι (αγόρια και κορίτσια) είναι αρκετά και εξίσου πληροφορημένοι από μια πληθώρα φορέων όπως είναι οι φίλοι, τα Μ.Μ.Ε., το διαδίκτυο, πηγές όμως που είναι μη ελεγχόμενες και αναξιόπιστες για το περιεχόμενο των πληροφοριών που δίνουν.

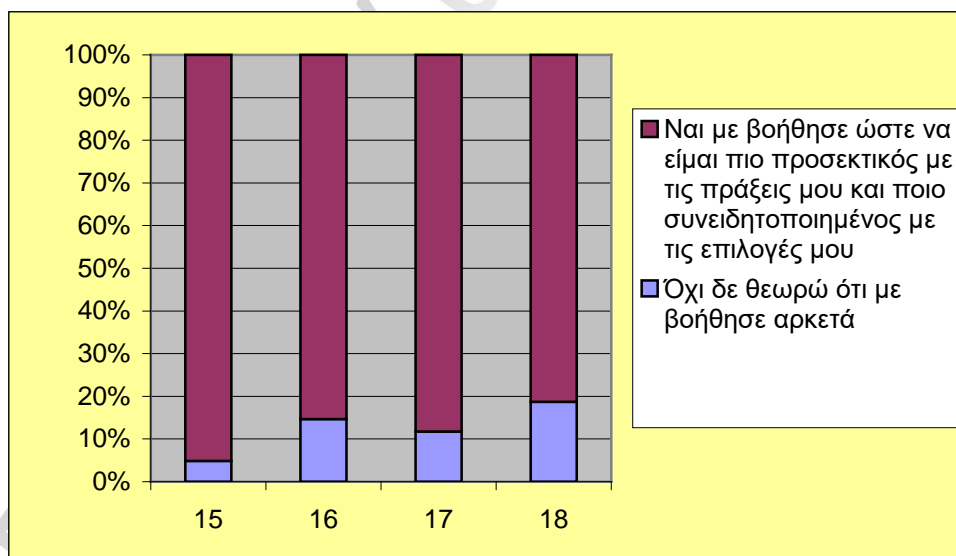
Σύμφωνα με την έρευνα μόνο ένα 2% υποστηρίζει ότι δεν γνωρίζει κάτι που να αφορά στην σεξουαλική αγωγή. Το υπόλοιπο 42% δηλώνει ότι «έχει ενημερωθεί αλλά όχι όσο θα ήθελε» και το 53% ότι «έχει ενημερωθεί αρκετά/πολύ». Με γνώμονα την ηλικία βλέπουμε πως όσο ανεβαίνουμε ηλικιακά τόσο μεγαλύτερος προβληματισμός επικρατεί εκ μέρους των εφήβων για την ποιότητα των πληροφοριών που έχουν λάβει. Αυτό έχει να κάνει αφενός με την ωριμότητα που σταδιακά επέρχεται, άρα το άτομο αναγνωρίζει γνωστικές ελλείψεις που αφορούν στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, αφετέρου με το ότι έρχεται αντιμέτωπο με ανάλογες καταστάσεις τις οποίες συνειδητοποιεί ότι δεν μπορεί να χειριστεί εξαιτίας των περιορισμένων γνώσεων του.



- 2) Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση που έχεις λάβει συνέβαλε στο να αποκτήσεις μια πιο «ώριμη» σεξουαλική συμπεριφορά?

Τα ευρήματα από την ερώτηση αυτή ταυτίζονται με τις ως άνω διαπιστώσεις. Δηλαδή ενώ οι νέοι σε συντριπτικό ποσοστό απαντούν θετικά ότι βοηθήθηκαν, ωστόσο τα ποσοστά αυτά μειώνονται καθώς βαδίζουν προς την ενηλικίωση. Οι αιτίες είναι οι ίδιες όπως ανωτέρω. Δηλαδή η κατ'ιδίαν αντιμετώπιση αναλόγων ζητημάτων και η συνειδητοποίηση ότι η ποιότητα των πληροφοριών που έλαβαν απέχει σε κάποια σημεία της πραγματικότητας.

Ωστόσο αξίζει να αναφέρουμε πως οι περισσότεροι έφηβοι θεωρούν ότι έχουν βγει ευνοημένοι από αυτή τη διαδικασία αγωγής και διαπαιδαγώγησης. Για αυτό το κράτος οφείλει να συνεχίσει τις ενημερωτικές καμπάνιες στα σχολεία, τους χώρους συνεστιάσεων, τα νοσοκομεία, τα διαφημιστικά μηνύματα και τις ενημερωτικές εκπομπές καθώς χιλιάδες νέων έχουν αναγνωρίσει τους κινδύνους που κρύβουν οι παράτολμες σεξουαλικές ενέργειες και έχουν υιοθετήσει ασφαλείς μεθόδους προφύλαξης και προστασίας από τα διάφορα ανεπιθύμητα συμπτώματα όπως είναι τα αφροδίσια νοσήματα, το AIDS, η εγκυμοσύνη και άλλα.



Συμπεράσματα Ερευνητικής Προσέγγισης

Η μελέτη και η αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας, οδήγησαν στη διεξαγωγή και καταγραφή συμπερασμάτων σχετικά με τη φυσιολογία του εφήβου, τον τρόπο ζωής του, το βαθμό προάσπισης της υγείας του, τα μέτρα προστασίας που λαμβάνει και τέλος το βαθμό επιρροής και την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Μελετώντας τα δεδομένα του δείγματος, διαπιστώνουμε ότι δεν εντοπίζονται διαφορές στη συμπεριφορά και την αντίληψη των εφήβων με διαφορετική υπηκοότητα. Αντίθετα, το φύλλο και η ηλικία είναι οι παράγοντες που εξετάζονται συχνότερα για τη σύγκριση του δείγματος και την καταγραφή συμπερασμάτων. Καθοριστικό ρόλο έχει επίσης η συμπεριφορά του εφήβου και η ήδη υπάρχουσα αντίληψη που έχει διαμορφώσει σε ζητήματα αγωγής υγείας. Ενώ ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει τέλος, η σχέση μεταξύ συμπεριφοράς υγείας εφήβου και επαγγέλματος γονέα.

Εν συνεχεία, ακολουθεί σύνοψη των ερευνητικών αποτελεσμάτων και συμπεράσματα σχετικά με τα ευρήματα της έρευνας, ώστε να καταγραφεί μια ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης και της αντίληψης που επικρατεί μεταξύ των εφήβων σχετικά με την αγωγή υγείας και τους παράγοντες που την περικλείουν.

- 1) Η πλειονότητα των εφήβων ανταποκρίνεται θετικά και διαπιστώνει όφελος από τα προγράμματα αγωγής υγείας.
- 2) Οι περισσότεροι έφηβοι επιλέγουν ως φορέα ενημέρωσης για θέματα αγωγής υγείας το σχολείο και τον οικογενειακό περίγυρο. Αντίθετα, οι έφηβοι με γονείς ιατρούς επιλέγουν εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, όπως ιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους, ως βασικό φορέα ενημέρωσης.
- 3) Σε ζητήματα διαπροσωπικών και διαφυλικών σχέσεων, οι έφηβοι προσφεύγουν στους φίλους και στην οικογένεια για συμβουλές και στήριξη, αναγνωρίζοντας ως αναντικατάστατο το ρόλο της ανθρώπινης επαφής.
- 4) Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έφηβοι αντιμετωπίζουν με επιφύλαξη τις συμβουλές υγείας από την οικογένεια και το σχολείο και στρέφονται προς τις συντροφικές ομήλικων και το διαδίκτυο. Αυτό αφενός οφείλεται στην ανεξαρτητοποίηση και απαγκίστρωση από τον

οικογενειακό πυρήνα, αφετέρου στην απόκτηση ίδιο εμπειριών και στη διαμόρφωση προσωπικής ταυτότητας.

- 5) Αρκετοί νέοι εμφανίζουν άγχος από τα πρώτα χρόνια της εφηβείας, το οποίο με την πάροδο του χρόνου εντείνεται και πλήττει όλο και μεγαλύτερη μερίδα εφήβων. Συχνότερα εμφανίζουν άγχος τα νεαρά κορίτσια εξαιτίας των αυξημένων απαιτήσεων του γυναικείου ρόλου και του κατακλυσμού πρότυπων. Το ζήτημα που τίθεται είναι ότι οι νέοι κάνουν το άγχος τρόπο ζωής με αποτέλεσμα να εμφανίζουν στην ενήλικη ζωή τους πολλές σύγχρονες παθήσεις όπως αϋπνία, ταχυκαρδία, άσθμα, μελαγχολία και άλλες.
- 6) Οι νέοι που αθλούνται συστηματικά υιοθετούν περισσότερο υγιή πρότυπα συμπεριφοράς, ακολουθούν πιο ισορροπημένη διατροφή, επισκέπτονται τακτικά τον προσωπικό ιατρό τους και αποφεύγουν βλαπτικές συνήθειες, όπως κάπνισμα, χρήση τοξικών ουσιών κλπ.
- 7) Η καθημερινή υγιεινή των δοντιών σχετίζεται με τον αριθμό επισκέψεων στον οδοντίατρο.
- 8) Τη διατροφική και θερμιδική αξία των προϊόντων διατροφής προσέχουν κυρίως οι έφηβοι με προβλήματα αύξησης βάρους
- 9) Οι ομάδες εφήβων που εμφανίζουν παρεμβατική συμπεριφορά, χρήζουν μεθοδευμένων και οργανωμένων προγραμμάτων αγωγής υγείας με τη συμβολή ειδικών επιστημόνων. Τα προγράμματα ενημέρωσης υπό την αιγίδα του κράτους και άλλων φορέων δεν επαρκούν ούτε συνίστανται σε αυτές τις εξειδικευμένες περιπτώσεις.
- 10) Ο αριθμός των έφηβων που δεν φοράνε κράνος είναι τετραπλάσιος των εφήβων που δεν φοράνε ζώνη ασφαλείας. Κυριότερη αιτία είναι η απουσία ενήλικης επίβλεψης (στο αυτοκίνητο αντίθετα επιβαίνει πάντα κάποιος ενήλικος) και η ανεπάρκεια των κρατικών μηχανισμών (αστυνόμηση, επιδότηση αγοράς κράνους, κλπ)
- 11) Σχετικά με το κάπνισμα τα κορίτσια προηγούνται ως συστηματικοί καπνιστές, εξαιτίας της ισότητας των φύλλων και του αυξημένου άγχους.
- 12) Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ.

- 13) Σε όλες τις περιπτώσεις παραβατικών συμπεριφορών, οι έφηβοι που παρεκκλίνουν υποστηρίζουν ότι δεν έχουν λάβει επαρκή ενημέρωση.
- 14) Σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ, διαφαίνεται αδυναμία από πλευράς κρατικού μηχανισμού για τη λήψη μέτρων περιορισμού του φαινομένου, άγνοια των επιπτώσεων από πλευράς οικογένειας και των μεθόδων προφύλαξης και προστασίας των εφήβων, αδυναμία εντοπισμού της εξάρτησης στα πρώτα στάδια εμφάνισής της.
- 15) Η οργανωμένη δράση του κράτους και η συνεργασία των μηχανισμών με διάφορους φορείς, μπορούν να επιτύχουν τον περιορισμό παθογόνων καταστάσεων προς όφελος της κοινωνίας και κυρίως του νεαρού πληθυσμού. Παράδειγμα αποτελεί η μείωση της χρήσης τοξικών ουσιών την τελευταία εικοσαετία, αποτέλεσμα οργανωμένων και στοχευμένων προσπαθειών.
- 16) Οι έφηβοι εξακολουθούν να έχουν πληθώρα αναπάντητων ερωτημάτων και προβληματισμών αναφορικά με διάφορα ζητήματα αγωγής υγείας. Συχνότερα όλων ζητούν να ενημερωθούν πάνω σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και διαφυλικών σχέσεων, αφού ως ώρας κανένας φορέας δεν έχει αναλάβει υπεύθυνα και οργανωμένα την πρωτοβουλία αυτή.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η θετική ανταπόκριση των εφήβων στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου βοήθησε ώστε να προβούμε σε κάποια ιδιαίτερος ενδιαφέροντα και χρήσιμα συμπεράσματα για την συμπεριφορά του έφηβου, τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται τις οργανωμένες προσπάθειες για αγωγή υγείας, τον βαθμό αποδοχής τους και την επιρροή που ασκούν σε αυτόν τα διάφορα προγράμματα αγωγής υγείας.

Με μια πρώτη εκτίμηση θα λέγαμε πως η αγωγή υγείας δεν έχει ακόμα εδραιωθεί στις πρακτικές της πολιτείας και στη συνείδηση των ατόμων μολονότι έχει αποδειχθεί μια διαδικασία άκρως αποτελεσματική, καθώς με πολύ μικρό κόστος, σύγκριση των άλλων μεθόδων που εφαρμόζονται, επιτυγχάνεται η αλλαγή συμπεριφοράς του ατόμου και η ευαισθητοποίηση του για τη διενέργεια προληπτικών ελέγχων. Προωθείται κατά αυτό τον τρόπο η άσκηση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μια πρακτική που ασκείται με πολύ μεγάλη επιτυχία επί σειρά ετών σε όλες τις αναπτυγμένες και πολλές αναπτυσσόμενες χώρες του κόσμου, και η οποία έως και σήμερα πολύ λίγο έχει προωθηθεί από το ελληνικό κράτος και τους αρμόδιους φορείς.

Σε ότι αφορά στις απαντήσεις των μαθητών διακρίνουμε την αυξημένη αποδοχή και επιθυμία για περισσότερα και καλύτερα οργανωμένα προγράμματα αγωγής υγείας, καθώς η συντριπτική πλειοψηφία αυτών απάντησε θετικά στα οφέλη από την παρέμβαση της αγωγής υγείας (αποφυγή χρήσης αλκοόλ, τοξικών ουσιών, ελάττωση της καπνιστικής συνήθειας και άλλα).

Ωστόσο διακρίνουμε μια λανθάνουσα αντίληψη των μαθητών σε ότι αφορά στην αγωγή υγείας, η οποία είναι απόρροια της έλλειψης κρατικής μέριμνας και προώθησης του όρου, όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Συγκεκριμένα οι μαθητές δεν έχουν κατανοήσει επαρκώς τη σημασία και τις μεθόδους άσκησης αγωγής υγείας και αυτό διαφαίνεται από τις απαντήσεις που δίνουν στο Β΄ μέρος του ερωτηματολογίου, όπου οι συζητήσεις με γονείς και καθηγητές κατέχουν στη συνείδηση τους πρωτεύουσα θέση ως μέσο για την μετάδοση πληροφοριών που αφορούν στην αγωγή υγείας. Αυτό δε σημαίνει πως γονείς και καθηγητές δεν είναι τα κατάλληλοι για την προώθηση της αγωγής υγείας αλλά ότι γνωσιακά πιθανόν να στερούνται κάποιων πληροφοριών (π.χ. οι γονείς πιέζουν τα παιδιά να φάνε κόκκινο κρέας παρότι στην πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής η τροφή αυτή βρίσκεται τελευταία ως προς την συχνότητα κατανάλωσης εξαιτίας των κορεσμένων λιπαρών που περιέχει, ή οι καθηγητές μιλούν

για τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία, ωστόσο δεν διστάζουν να καπνίζουν μπροστά στους μαθητές εν ώρα διαλείμματος ή εκπαιδευτικών επισκέψεων.)

Σε ότι έχει να κάνει με τον τρόπο ζωής των εφήβων ένα μεγάλο μέρος των κοριτσιών δηλώνει ότι εμφανίζει άγχος στην καθημερινότητα του, αρκετοί έφηβοι παρουσιάζουν χαμηλή ποιότητα ύπνου, ένα ποσοστό 32% αντιμετωπίζει πρόβλημα βάρους, οι περισσότεροι αθλούνται σε καθημερινή βάση (σε αυτό συμβάλλει το μάθημα της φυσικής αγωγής στα σχολεία), βουρτσίζουν συχνά τα δόντια τους, και ενώ αρκετοί γνωρίζουν τις βλαπτικές συνέπειες των μεταλλαγμένων τροφίμων ωστόσο ένα μεγάλο μέρος αδιαφορεί ως προς τα συστατικά και τη διατροφική αξία των προϊόντων που αγοράζει. Τέλος σε ότι αφορά στις τροφές ελάχιστοι νέοι έχουν εντάξει τα φρούτα, τα ψάρια και τα δημητριακά στο καθημερινό τους διατροφολόγιο, ενώ αντίθετα δείχνουν να προτιμούν το κόκκινο κρέας, τα γλυκά και τα σνακς η συχνή κατανάλωση των οποίων έχει χαρακτηριστεί ως βλαβερή από τους επιστήμονες υγείας.

Σε ότι αφορά στην οδική συμπεριφορά των εφήβων, τα στοιχεία είναι απογοητευτικά για όσους οδηγούν ή συνεπιβαίνουν σε δίκυκλα οχήματα, καθώς μόνο ένα 6% φοράει πάντα κράνος, ενώ για τη χρήση ζώνης ασφαλείας τα αποτελέσματα είναι πιο ενθαρρυντικά, δίχως να σημαίνει πως είναι και ικανοποιητικά, καθώς ένα 17% δηλώνει ότι δεν φοράει ζώνη ενώ οι υπόλοιποι φοράνε συχνά ή πάντα.

Στις ερωτήσεις που αφορούν στο κάπνισμα το 80% των εφήβων δηλώνει ότι δεν καπνίζει, ποσοστό που έρχεται σε αντίθεση με άλλες επίσημες έρευνες που κατά καιρό έχουν δημοσιευτεί. Επίσης παρατηρείται αύξηση της καπνιστικής συνήθειας όσο ανεβαίνουμε ηλικιακά ενώ τα κορίτσια δηλώνουν συχνότερες καπνίστριες σε σύγκριση με τα αγόρια. Ωστόσο όλοι σχεδόν δηλώνουν πως έχουν ενημερωθεί για τις βλαπτικές επιπτώσεις του καπνού και πως οι περισσότεροι ωφελήθηκαν από αυτού του είδους την παρέμβαση.

Σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ τα αγόρια είναι εκείνα που πίνουν συχνότερα και περισσότερο, ενώ υπάρχει μία ενιαία αυξητική τάση σχετικά με την ηλικία και την κατανάλωση. Επιπλέον στην πλειονότητα τους οι έφηβοι που καταναλώνουν αλκοόλ δηλώνουν πως ελάχιστα γνωρίζουν για τις επιπτώσεις του στην υγεία, για αυτό και το εν τρίτο υποστηρίζει ότι δεν βοηθήθηκε από τα προγράμματα ενημέρωσης. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν την ανεπάρκεια και τη δυσλειτουργία του συστήματος σε ότι αφορά στο κομμάτι αλκοόλ – ενημέρωση, μολονότι πρόκειται για μάστιγα της εποχής που δύσκολα διαπιστώνεται στα πρώτα στάδια εμφάνισης της και ακόμα πιο δύσκολα θεραπεύεται καθώς εξελίσσεται.

Τα ναρκωτικά αποτελούν επί χρόνια μείζον θέμα κάθε κυβερνητικής πολιτικής, για αυτό και έχει υπάρξει μεγαλύτερη κινητοποίηση εν σχέση προς τον περιορισμό της καπνιστικής συνήθειας και της κατανάλωσης αλκοόλ, με τη δημιουργία αρκετών φορέων ενημέρωσης και κέντρων απεξάρτησης ικανών να διαχειριστούν τους τοξικομανείς εφήβους. Αυτή η χρόνια ενημέρωση και αγωγή, είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των χρηστών μεταξύ της δεκαετίας του 1990 και του 2000 σύμφωνα με τα αποτελέσματα που δημοσίευσε ο ΟΚΑΝΑ και το ΕΠΙΨΙ. Στη δική μας έρευνα το 87% αρνείται οποιαδήποτε επαφή με τοξικές ουσίες, το 4% κάνει λόγο για συχνή χρήση, ενώ εντύπωση προκαλεί ότι όσοι δήλωσαν να έχουν σχετιστεί με τοξικές ουσίες είναι μόνο αγόρια.

Τέλος σε ότι αφορά στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων, διακρίνεται μια πολυμερής και πολύπλευρη ενημέρωση η οποία όμως στερείται ποιοτικά. Αυτό διαπιστώνεται από τα ερευνητικά ευρήματα σε μεγαλύτερες ηλικίες, στις οποίες πιθανόν οι έφηβοι να έρχονται αντιμέτωποι με θέματα σεξουαλικής φύσης, και σύμφωνα με τα οποία οι έφηβοι δηλώνουν προβληματισμένοι για την επάρκεια, την εγκυρότητα και την ορθότητα των πληροφοριών που έχουν λάβει.

Εν κατακλείδι θα λέγαμε πως σε ότι αφορά στην αγωγή υγείας, η κοινωνία μας δεν έχει ακόμα ενεργοποιηθεί στο βαθμό που θα επιθυμούσαν γονείς και μαθητές, ώστε να σχηματιστεί μια πλήρης και ορθά διαμορφωμένη γνώμη που θα προάγει την γνώση και την ελεύθερη επιλογή αντί του υποχρεωτικού και δογματικού περιορισμού. Η ανάγκη αυτή διαφαίνεται ιδιαίτερα στις ομάδες που βρίσκονται αντιμέτωπες με κάποια παθολόγο κατάσταση (π.χ. αλκοολισμός) και οι οποίες δηλώνουν ότι δεν έχουν στηριχθεί ούτε ενημερωθεί κατάλληλα από τα προγράμματα αγωγής υγείας που έχουν πραγματοποιηθεί. Πράγματι η πολιτεία θα πρέπει εκτός των άλλων να φροντίσει ώστε να δημιουργηθούν προγράμματα στοχευμένα ανάλογα με τις ανάγκες της κάθε ομάδας και πλαισιωμένα από τους κατάλληλους επαγγελματίες υγείας, ώστε η αγωγή υγείας να λειτουργήσει ως χρηστικό και όχι ως συμπληρωματικό εργαλείο στην υπηρεσία των εφήβων που εξαιτίας του νεαρού και ευκολότερα επιρρεπούς της ηλικίας τους το έχουν μεγαλύτερη ανάγκη.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Μεθοδολογία Αγωγής Υγείας

Η Αγωγή Υγείας χρησιμοποιεί ένα ευρύ φάσμα μεθόδων και τεχνικών για την επίτευξη των στόχων της. Η επιλογή κάθε φορά των προσφορότερων μεθόδων στηρίζεται στην εκπαιδευτική αρχή ότι η χρήση περισσότερων μεθόδων είναι πιο αποτελεσματική εκπαιδευτική διαδικασία από την εμμονή σε μια μόνο μέθοδο. Ακόμα και όταν μια συγκεκριμένη μέθοδος έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα και με την οποία οι εκπαιδευτές υγείας είναι ιδιαίτερα εξοικειωμένοι, ο εμπλουτισμός της με άλλες εκπαιδευτικές μεθόδους πρέπει να είναι ο κανόνας και όχι η εξαίρεση.

Οι διάφορες μέθοδοι Αγωγής Υγείας μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο βασικές κατηγορίες. Μια πρώτη που περιλαμβάνει τις μεθόδους επικοινωνίας, όπως είναι οι διαλέξεις, η ατομική διδασκαλία, τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, τα οπτικοακουστικά μέσα, το διαδίκτυο και η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών. Οι μέθοδοι της πρώτης αυτής κατηγορίας χρησιμεύουν κυρίως στην επίτευξη των δύο πρώτων στόχων της Αγωγής Υγείας, στην ευαισθητοποίηση του κοινού και στην παροχή γνώσεων.

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει διάφορες εκπαιδευτικές μεθόδους που χρησιμεύουν κυρίως στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών του κοινού. Στις μεθόδους αυτές συγκαταλέγονται η ανάπτυξη ικανοτήτων, τα ειδικά παιχνίδια, η εκμάθηση με την παρατήρηση και την αναζήτηση, η δουλειά σε ομάδες, η χρήση προτύπων και διάφορες τεχνικές ελέγχου της συμπεριφοράς.

1. Μέθοδοι Επικοινωνίας

Στόχος τους είναι η παροχή γνώσεων και σκοπός η τροποποίηση της συμπεριφοράς του ατόμου. Περισσότερο όμως θα λέγαμε πως συμβάλλουν στην ευαισθητοποίηση του πληθυσμού στόχου. Οι κύριες τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι οι διαλέξεις, τα ενημερωτικά φυλλάδια, οι βιντεοταινίες, οι αφίσες, τα άρθρα, τα Μ.Μ.Ε. και τα τελευταία χρόνια το ίντερνετ. Ένα σημαντικό μειονέκτημα αυτών των τεχνικών είναι ότι η ομάδα – στόχος παραμένει παθητικός δέκτης των πληροφοριών.

Τα τελευταία χρόνια, η μέθοδος αυτή έχει δεχτεί αρνητική κριτική με την επιχειρηματολογία ότι επειδή προσφέρει μόνο γνώσεις δεν επιφέρει την επιθυμητή αλλαγή στη συμπεριφορά του ατόμου. Για παράδειγμα, οι χρήστες τοξικών ουσιών γνωρίζουν πολύ περισσότερα για τους κινδύνους των ναρκωτικών από τους μη χρήστες αλλά συνεχίζουν να κάνουν χρήση ή όλοι γνωρίζουν τους κινδύνους της παχυσαρκίας ή της ελλιπούς φυσικής άσκησης αλλά προτιμούν την απόλαυση του φαγητού και του καναπέ. Ποια αναλυτικά οι κυριότερες τεχνικές από αυτές έχουν ως εξής:

A) Η Διάλεξη

Η διάλεξη αποτελεί μία από τις παλαιότερες και πιο προσφιλείς μεθόδους διδασκαλίας. Στο παρελθόν οι διαλέξεις μαζί με τα έντυπα ήταν σχεδόν οι μοναδικές μέθοδοι υγειονομικής διαφώτισης. Σήμερα, στα πλαίσια της Αγωγής Υγείας, συνεχίζουν να αποτελούν μια διαδεδομένη μέθοδο. Η ευρεία τους χρήση οφείλεται στο γεγονός ότι είναι εύκολη μέθοδος, οικονομική, προσαρμόσιμη και πρακτική. Οι διαλέξεις χρησιμεύουν στη μετάδοση πληροφοριών, ευαισθητοποιούν και προβληματίζουν, προσφέρονται για την εισαγωγή ευρύτερων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, στην επεξήγηση πιο σύνθετων τεχνικών και μεθόδων και αποτελούν συχνά τη μόνη λύση, όταν το κοινό δεν είναι σε θέση να αξιολογήσει άλλα μέσα (π.χ. φυλλάδια σε αναλφάβητους).

Το βασικό μειονέκτημα των διαλέξεων είναι ότι δεν αποτελεί τόσο αποτελεσματική μέθοδο, όσο συχνά πιστεύεται, καθώς στηρίζεται στην παροχή στείρων θεωρητικών γνώσεων και όχι στην ανάπτυξη δεξιοτήτων. Γι' αυτό και η κατάχρηση των διαλέξεων στα πλαίσια της παραδοσιακής σχολικής ή ακαδημαϊκής διδασκαλίας δεν εξυπηρετεί τους εκάστοτε εκπαιδευτικούς στόχους. Μελέτες αξιολόγησης έχουν καταδείξει μεν την επάρκεια των διαλέξεων στη μετάδοση συγκεκριμένων πληροφοριών, αλλά η αποτελεσματικότητά αυτή μειώνεται όταν ο στόχος του προγράμματος έχει περισσότερο να κάνει με την αλλαγή στάσεων και την απόκτηση ειδικών ικανοτήτων και λιγότερο με τη μετάδοση γνώσεων.

Άλλα μειονεκτήματα της μεθόδου σχετίζονται με το γεγονός ότι οι διαλέξεις είναι δασκαλοκεντρικές, προάγουν δηλαδή τη μονόδρομη επικοινωνία εκπαιδευτή - κοινού και αναπαράγουν παραδοσιακές μορφές εκπαίδευσης που αντιστρατεύονται τη σύγχρονη φιλοσοφία της Αγωγής Υγείας, καθιστώντας το

κοινό παθητικό δέκτη και αντικείμενο της εκπαιδευτικής διαδικασίας, αντί για ενεργό υποκείμενο και συνδιαμορφωτή του περιεχομένου της. Παραγνωρίζει τις ατομικές διαφορές και δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική ως προς την αλλαγή συμπεριφοράς. Επίσης συχνά τίθεται το ερώτημα για το ποιος είναι ο πλέον κατάλληλος να παρουσιάσει μια διάλεξη (ένας ειδικός ιατρός ή ένας πάσχων όπως για παράδειγμα ένας φορέας του HIV, ένας πρώην αλκοολικός, ένας πρώην χρήστης ναρκωτικών, ένα θύμα τροχαίου ατυχήματος κλπ) και για το πώς θα κάνει την παρουσίαση (επιστημονικά, με χιούμορ, με εποπτικά μέσα, κλπ).

Για τους λόγους αυτούς, οι διαλέξεις πρέπει να περιορίζονται μόνο στις περιπτώσεις εκείνες που πράγματι ενδείκνυνται και εφ' όσον είναι δυνατόν, θα πρέπει να συνδυάζονται και με άλλες μεθόδους. Ένας τρόπος ώστε οι διαλέξεις να γίνουν πιο ενδιαφέρουσες και αποδοτικές, είναι με τη μορφή ερωτήσεων του εκπαιδευτή προς το κοινό ή του κοινού προς τον εκπαιδευτή. Ο ρόλος των ερωτήσεων και της συζήτησης που οι ερωτήσεις μπορούν να πυροδοτήσουν, συμβάλλει σημαντικά στην ενεργό συμμετοχή του κοινού και ως εκ τούτου πρέπει να αποτελούν σταθερή επιδίωξη. Σε πολλές περιπτώσεις, μάλιστα, έχει θεσπιστεί η μεικτή μέθοδος διαλέξεων - συζήτησης (lecture - discussion session), με διαπιστωμένα θετικά αποτελέσματα.

B) Ατομική Διδασκαλία

Η ατομική διδασκαλία (individual instruction) και η παροχή προσωπικών οδηγιών (counseling) έχει χρησιμοποιηθεί σαν μέθοδος Αγωγής Υγείας σε νοσηλευόμενους ασθενείς και σε προγράμματα στην κοινότητα, στα πλαίσια επισκέψεων στα σπίτια. Η μέθοδος αυτή, όπως το υποδηλώνει και η ονομασία της, αποτελεί την εκπαιδευτική διαδικασία, κατά την οποία ο εκπαιδευτής βρίσκεται «πρόσωπο με πρόσωπο» με ένα μόνο εκπαιδευόμενο κάθε φορά, γι ' αυτό και αποτελεί την πλέον προσωποποιημένη απ' όλες τις μεθόδους της Αγωγής Υγείας.

Αυτό το χαρακτηριστικό κάνει τη μέθοδο της ατομικής διδασκαλίας ιδιαίτερα χρήσιμη στις περιπτώσεις εκείνες όπου υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανάμεσα στα άτομα που αποτελούν τον πληθυσμό - στόχο. Οι διαφορές μπορεί να σχετίζονται με το ίδιο πρόβλημα, με ιδιαιτερότητες γενικότερου χαρακτήρα ή με δυσκολίες πρακτικής εφαρμογής ενός συλλογικού προγράμματος. Εάν, για παράδειγμα, σ' ένα πρόγραμμα κατά της παχυσαρκίας υπάρχουν ψυχογενή ή

παθολογικά αίτια σε μεμονωμένες μόνο περιπτώσεις, τότε τα άτομα αυτά μπορούν να αντιμετωπιστούν μόνο μέσα από την εξατομικευμένη επαφή και τη διαπροσωπική διδασκαλία. Το ίδιο ισχύει αν στο κοινό υπάρχουν σημαντικές γλωσσικές ιδιαιτερότητες ή μορφωτικές ανισότητες, καθώς και όταν γεωγραφικοί ή άλλου είδους φραγμοί εμποδίζουν τη συνεύρεση των εκπαιδευόμενων σε ένα κοινό τόπο και χρόνο.

Από τις μελέτες αξιολόγησης της μεθόδου έχει διαπιστωθεί ότι η ατομική διδασκαλία είναι μικρής αποδοτικότητας από τη σκοπιά του παραγόμενου εκπαιδευτικού έργου για το σύνολο του πληθυσμού, αλλά πολύ αποτελεσματική για τον κάθε εκπαιδευόμενο. Σε ασθενείς, η ατομική διδασκαλία με τη μορφή της παροχής οδηγιών από τον γιατρό, τη νοσηλεύτρια ή άλλους επαγγελματίες υγείας αποτελεί την παλαιότερη και, σύμφωνα με τη μελέτη της American Hospital Association, την πιο προσφιλή μέθοδο Αγωγής Υγείας στα νοσηλευτικά ιδρύματα των ΗΠΑ. Στα σχολεία, η ατομική διδασκαλία έχει χρησιμοποιηθεί συχνά, για να βοηθηθούν μαθητές με ειδικά προβλήματα εκμάθησης καθώς επίσης και για να επιταχυνθεί η εξέλιξη μαθητών με ιδιαίτερες ικανότητες.

Μια σχετικά πρόσφατη παραλλαγή της μεθόδου αποτελεί η εφαρμογή τηλεφωνικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων, χάρη στα οποία οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να ζητούν πληροφορίες τηλεφωνικά για ορισμένα νοσήματα, όπως ο καρκίνος, το AIDS ή η μελαγχολία.

Γ) Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας

Τα μέσα μαζικής επικοινωνίας (ΜΜΕ) είναι τα κανάλια επικοινωνίας που απευθύνονται σε μεγάλες ομάδες του πληθυσμού. Τα πιο συνήθη ΜΜΕ είναι η τηλεόραση, το ραδιόφωνο, ο ημερήσιος και περιοδικός τύπος, τα βιβλία και οι διαφημίσεις σε δημόσιους - ανοιχτούς χώρους. Τα μέσα αυτά, εκτός από το ότι απευθύνονται σε μεγάλους πληθυσμούς, χαρακτηρίζονται και από τη μετάδοση σχετικά απλών πληροφοριακών μηνυμάτων που συνήθως αποτελούν μια αυτοτελή πληροφοριακή μονάδα. Η δύναμή τους, ειδικά της τηλεόρασης, είναι σημαντική όσον αφορά την ευαισθητοποίηση του κοινού και την παροχή γνώσεων. Είναι, επίσης, πολύ αποδοτικά μέσα γιατί, ενώ η παραγωγή τους είναι δαπανηρή, έχουν χαμηλό κόστος ανά μονάδα καταναλωτή (ή εκπαιδευόμενου στην περίπτωση εκπαιδευτικών μηνυμάτων). Δεν είναι λοιπόν τυχαίο, που τα ΜΜΕ αποτελούν σήμερα τα κύρια διαφημιστικά και γενικότερα επικοινωνιακά μέσα.

Το ραδιόφωνο έχει επίσης ένα μαζικό κοινό, αλλά σε αντίθεση με την τηλεόραση είναι πολύ πιο επιλεκτικό μέσο που προσαρμόζεται εύκολα σε κάθε τοπικό κοινό. Το κόστος ανά μονάδα χρόνου για το ραδιόφωνο είναι ιδιαίτερα μικρό, ενώ η αποτελεσματικότητά του είναι μεγαλύτερη σε πληθυσμούς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Τα έντυπα, ανεξάρτητα αν ενισχύονται από φωτογραφικό υλικό, εικόνες ή παραστάσεις, δεν είναι μόνο αποτελεσματικά αλλά συχνά και επιθυμητά από όσους θέλουν να ενημερωθούν για κάποιο συγκεκριμένο θέμα. Οι εφημερίδες συνιστούν εκλεκτικό μέσο επικοινωνίας που αντιστοιχεί σε διάφορα μεγέθη πληθυσμού, από τοπικό μέχρι και διεθνές και που διαθέτει ισχυρούς δεσμούς με το αναγνωστικό κοινό. Το κοινό των εφημερίδων τις εμπιστεύεται κατά κανόνα περισσότερο από τα άλλα ΜΜΕ. Τα περιοδικά είναι ακόμα πιο επιλεκτικά μέσα, μια και απευθύνονται σε πολύ πιο ειδικό κοινό. Η αναγνωσιμότητά τους αυξάνει με το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο του αναγνωστικού κοινού, για αυτό και είναι πιο αποτελεσματικά στα ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα.

Η διαφήμιση σε ανοικτούς χώρους θεωρείται η παλαιότερη μέθοδος μαζικής επικοινωνίας. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να φτάσει το μήνυμα σ' ένα πλατύ μη διαφοροποιημένο κοινό ή και σε πιο ειδικούς πληθυσμούς - στόχους. Η χρήση των μέσων συγκοινωνίας για την προβολή μηνυμάτων θεωρείται πιο οικονομικός αλλά λιγότερο αποτελεσματικός τρόπος δημόσιων διαφημίσεων, μιας που λιγότεροι από τους μισούς χρήστες των συγκοινωνιών τις παρατηρούν. Ένα άλλο μέσο μαζικής επικοινωνίας, είναι η ταχυδρόμηση διαφημιστικών επιστολών, οι οποίες είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές αλλά και αρκετά δαπανηρές σαν μέθοδος επικοινωνίας ανά μονάδα παραλήπτη, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις οι παραλήπτες μπορεί να κινήσουν νομικές διαδικασίες επικαλούμενοι την παραβίαση προσωπικών δεδομένων ή την πρόκληση ψυχολογικών διαταραχών (π.χ. πρόκληση ψυχολογικής βλάβης στην οικογένεια από αποστολή επιστολής σε τέκνο το οποίο δε βρίσκεται πλέον εν ζωή, κλπ.).

Γενικά θα λέγαμε, πως τα ΜΜΕ μπορούμε να τα χρησιμοποιήσουμε στην Αγωγή Υγείας σε ορισμένες περιπτώσεις, γιατί ενώ ευαισθητοποιούν και αυξάνουν τις γνώσεις του κοινού στα θέματα υγείας, δεν έχουν μεγάλη επίδραση στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφοράς. Σε διάφορες μελέτες που έγιναν για το ρόλο των ΜΜΕ στη δημόσια υγεία, διαπιστώθηκαν σαν βασικά οφέλη, η αύξηση των γνώσεων, η ενίσχυση των ήδη εμπεδωμένων στάσεων και η αλλαγή της συμπεριφοράς, μόνο εφόσον υπήρχε μια ευνοϊκή ψυχολογική προδιάθεση. Έχει, επίσης διαπιστωθεί, ότι

οι θετικές επιδράσεις που επιτυγχάνονται στη στάση και στη συμπεριφορά, είναι συνήθως βραχυπρόθεσμης διάρκειας και έχουν αποτελεσματικότητα στην πρώτη φάση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, όταν δηλαδή ένα τμήμα του πληθυσμού - στόχου είναι σχετικά ώριμο να ανταποκριθεί, χωρίς να απαιτούνται πιο σύνθετες εκπαιδευτικές μέθοδοι.

Άλλα μειονεκτήματα των ΜΜΕ είναι ότι απαιτούν πριν από τη χρήση τους μελέτη της αγοράς, που είναι συνήθως χρονοβόρα και δαπανηρή, καθώς και ειδικευμένο προσωπικό και μελετημένη προετοιμασία. Ακόμα, τα ΜΜΕ, όταν προβάλλουν ένα θέμα υγείας, προκαλούν μερικές φορές αντιδράσεις ή/και αντίθετα αποτελέσματα. Οι αντιδράσεις μπορεί να οφείλονται στο γεγονός ότι το κοινό πολλές φορές εκτίθεται στα σχετικά μηνύματα χωρίς τη δική του εκλογή και συγκατάθεση και συνεπώς μπορεί να βρίσκεται σε αρνητική και απορριπτική διάθεση. Άλλοτε πάλι, όταν τα ΜΜΕ καταπιάνονται με μια αντικοινωνική συμπεριφορά (βία, ναρκωτικά κ.ά.), μερικές φορές βοηθούν στη διάδοσή της σε ευρύτερα στρώματα επειδή μπορεί να λειτουργήσει σαν αντιπρότυπο που έλκει ορισμένες κατηγορίες νέων.

Ο μεγαλύτερος όμως κίνδυνος των Μ.Μ.Ε. και ιδιαίτερα της τηλεόρασης, είναι η μεγάλη δύναμη που ασκούν στη δημιουργία προτύπων συμπεριφοράς και συγκεκριμένα, στην περίπτωση της υγείας, στη δημιουργία ανθυγιεινών προτύπων που περνάνε μέσα από διάφορες κατηγορίες προγραμμάτων όπως διαφημίσεις, σειρές, ταινίες, κωμωδίες, κλπ. Η Αμερικανική Εταιρεία Παιδιατρικής (American Academy of Pediatrics) αναφέρει στο διαδικτυακό της τόπο ότι τα κύρια μηνύματα που αφορούν στην υγεία μας και προβάλλονται μέσα από τα ΜΜΕ, και κυρίως από την τηλεόραση είναι:

Διατροφή: Μπορούμε να καταναλώνουμε ανθυγιεινά φαγητά και ταυτόχρονα να είμαστε πολύ αδύνατοι, υγιείς και επιθυμητοί.

Κάπνισμα – Αλκοόλ: Τα τσιγάρα και το αλκοόλ είναι απολαυστικά, χαλαρά, σέξυ, μοντέρνα και προσθέτουν στυλ.

Σεξουαλική επαφή: Η σεξουαλική επαφή και οι πολλοί ερωτικοί σύντροφοι δεν φαίνεται να έχουν αρνητικές επιπτώσεις, όπως για παράδειγμα, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, αφροδίσια νοσήματα, μόλυνση από τον ιό του HIV, κλπ.

Βία: Είναι ένας συνήθης τρόπος να χειριζόμαστε τις συγκρούσεις, να λύνουμε τα προβλήματά μας και να πετυχαίνουμε αυτό που θέλουμε.

Εν κατακλείδι θα λέγαμε, πως τα ΜΜΕ μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ορισμένες περιπτώσεις, καθώς μπορεί να βοηθήσουν την Αγωγή Υγείας, όχι ως προς το σύνολο των στόχων της και των επιδιώξεών της, αλλά ως προς την ενημέρωση μιας πρακτικής υγείας, την υποκίνηση του ενδιαφέροντος για μια αλλαγή συμπεριφοράς και σε συνδυασμό με διαπροσωπικές μεθόδους την ενίσχυση της αλλαγής συμπεριφοράς. Γι ' αυτό και θα πρέπει να αξιοποιούνται σε συνδυασμό και με άλλες εκπαιδευτικές μεθόδους. Οι περιορισμοί όμως αυτοί, δεν θα πρέπει να αποτελέσουν εμπόδιο για την παραπέρα εξάπλωση της χρήσης των ΜΜΕ στα προγράμματα Αγωγής Υγείας, η οποία παραμένει περιορισμένη μέχρι σήμερα για οικονομικούς και τεχνικούς λόγους.

Δ) Οπτικοακουστικά Μέσα

Τα οπτικοακουστικά μέσα περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών μεθόδων εκπαίδευσης και επικοινωνίας. Ορισμένα από τα οπτικοακουστικά μέσα είναι μόνο οπτικά (συγγράμματα, φυλλάδια, προκηρύξεις, χάρτες, αφίσες, βουβές κινηματογραφικές ταινίες, slides, διαφάνειες, πίνακες, άλλα είναι μόνο ακουστικά (κασέτες, δίσκοι) και ορισμένα συνδυάζουν το οπτικό με το ακουστικό στοιχείο (ομιλούσες ταινίες, βίντεο, συνδυασμός διαφανειών με ήχο, οπτικοί δίσκοι κ.ά.).

Τα οπτικοακουστικά μέσα μοιάζουν ως προς ορισμένα τους χαρακτηριστικά με τα ΜΜΕ, έχουν όμως και σημαντικές διαφορές. Απευθύνονται συνήθως σ' ένα πιο περιορισμένο κοινό, όπως είναι οι μαθητές μιας τάξης, οι ασθενείς μιας νοσηλευτικής μονάδας, οι εργαζόμενοι σ' ένα εργοστάσιο. Δεν επαρκούν από μόνα τους σαν μέθοδος Αγωγής Υγείας, ακόμα και για την παροχή γνώσεων, γι ' αυτό και χρησιμοποιούνται πάντα συμπληρωματικά με άλλες βασικές μεθόδους (διαλέξεις, δουλειά σε ομάδες, ειδικά παιχνίδια κ.ά.).

Τα εκπαιδευτικά συγγράμματα πλεονεκτούν ως προς την ποσότητα των πληροφοριών και των γνώσεων που παρέχουν, μειονεκτούν όμως στο γεγονός ότι το επίπεδό τους είναι συνήθως υψηλότερο από το επίπεδο του κοινού που τα χρησιμοποιεί και παραμένει αμετάβλητο σε σχέση με το κοινό που συνέχεια μεταβάλλεται και εξελίσσεται. Πρόβλημα τέλος, δημιουργούν και οι διαφοροποιήσεις περιεχομένου και γραφής που παρατηρούνται ανάμεσα στα διάφορα συγγράμματα που απευθύνονται στο ίδιο κοινό.

Το ίδιο πρόβλημα αναντιστοιχίας εκπαιδευτικού μέσου και κοινού, έχει

παρατηρηθεί και για άλλα έντυπα μέσα, όπως είναι τα φυλλάδια και οι προκηρύξεις. Άλλα μειονεκτήματα των μέσων αυτών, είναι ότι καταστρέφονται εύκολα, προϋποθέτουν εκδοτικές δυνατότητες, απαιτούν δοκιμαστική εφαρμογή πριν από τη μαζική τους χρήση και εύκολα παραβλέπονται από το κοινό. Στα πλεονεκτήματά τους συγκαταλέγεται το γεγονός ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατ' ιδίαν για αυτοεκπαίδευση, η χρήση τους μπορεί να είναι συνεχής, διακινούνται με ευχέρεια από χέρι σε χέρι, παράγονται και αναπαράγονται σχετικά εύκολα και οικονομικά.

Οι αφίσες και οι χάρτες βοηθούν στην πρόκληση ισχυρών εντυπώσεων που ευαισθητοποιούν το κοινό, δίνουν χρήσιμες παραπεμπτικές πληροφορίες (π.χ. το πού και πότε θα γίνει μια διάλεξη) και είναι σχετικά οικονομικά μέσα. Μειονεκτούν στο ότι καταστρέφονται εύκολα, αγνοούνται από το κοινό όταν τα συνηθίσει και δεν προσφέρονται για προβολή πολλαπλών ή σύνθετων μηνυμάτων.

Οι κινηματογραφικές ταινίες, είναι αποτελεσματικά μέσα για την παρουσίαση συγκεκριμένων πληροφοριών και γεγονότων και μπορούν να καλύψουν ένα ευρύ φάσμα θεμάτων, ηλικιών και συνθηκών διδασκαλίας. Προσφέρονται ιδιαίτερα για την επίδειξη και κατανόηση κάποιας τεχνικής (π.χ. ανώδυνος τοκετός). Δεν προσφέρονται όμως, για κατ' ιδίαν χρήση, είναι σχετικά δύσκολη και πολυδάπανη η παραγωγή τους, τα μηχανήματα προβολής είναι ακριβά και δυσκολομετακίνητα, γι ' αυτό και η προβολή ταινιών τείνει να αντικατασταθεί από τα βίντεο.

Τα βίντεο, έχουν σχεδόν τα ίδια πλεονεκτήματα με τις ταινίες αλλά επιπλέον μπορούν να χρησιμοποιηθούν περισσότερο κατ' ιδίαν, σταματούν και ξαναρχίζουν πιο εύκολα, είναι πιο οικονομική η παραγωγή τους και δεν απαιτούν πλήρη συσκότιση. Μειονεκτούν στο ότι υπάρχουν διάφοροι τύποι που δεν είναι πάντα συμβατοί με τον εκάστοτε εξοπλισμό, η μικρή οθόνη προβολής τους περιορίζει το μέγεθος του κοινού, ενώ πολλές φορές η αναπαραγωγή και διακίνησή τους συναντά νομικά ή δεοντολογικά εμπόδια.

Τα slides πλεονεκτούν στην εξαιρετική αναπαραγωγή της εικόνας και των χρωμάτων, είναι σχετικά οικονομικά μέσα, προσφέρονται για μικρού και μεσαίου μεγέθους κοινά, είναι ευκολόχρηστα και ευκολομεταφερόμενα και με την μεταβολή της σειράς ή του αριθμού τους μπορούν να προσαρμόζονται στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε προγράμματος. Μειονεκτούν στο ότι είναι ευαίσθητα και χρειάζονται προφύλαξη, απαιτούν συσκότιση και δεν περιέχουν κίνηση.

Οι διαφάνειες, παράγονται εύκολα και οικονομικά, αξιοποιούνται και σαν

σημειώσεις από τον ομιλητή, προσφέρονται για μικρού και μεσαίου μεγέθους κοινό και δεν απαιτούν απόλυτη συσκότιση. Δεν περιέχουν όμως κίνηση και φθείρονται εύκολα.

Οι πίνακες είναι ίσως το πιο οικονομικά μέσο στην κατηγορία αυτή, σβήνονται και ξανά χρησιμοποιούνται εύκολα, συμπληρώνουν τις ανάγκες μιας διάλεξης και μπορούν να χρησιμοποιηθούν και από το ίδιο το κοινό. Στα μειονεκτήματά τους περιλαμβάνεται το μικρό μέγεθος του κοινού, η ανάγκη ευκρινούς γραφικού χαρακτήρα και η παροδική διάρκεια της χρήσης τους.

Οι κασέτες και οι δίσκοι αποτελούν τα πιο πρόσφορα μέσα για κατ' ιδίαν χρήση. Είναι σχετικά οικονομικά μέσα, σταματούν και ξεκινούν εύκολα και προσφέρονται ιδιαίτερα για την εκμάθηση ορισμένων ικανοτήτων. Τα μειονεκτήματα που παρουσιάζουν αφορούν τη σχετική δύσκολη παραγωγή τους, την ακαταλληλότητά τους σε κοινό με δυσκολίες ακοής (π.χ. υπερήλικες) και βέβαια σαν ακουστικά μέσα είναι λιγότερο αποτελεσματικά από ότι είναι τα οπτικά. Στο παρελθόν, τα οπτικοακουστικά μέσα και κυρίως το έντυπο υλικό και οι κινηματογραφικές ταινίες, χρησιμοποιούνταν πολύ περισσότερο από τους εκπαιδευτές υγείας απ' ότι σήμερα όπου κυριαρχούν τα ΜΜΕ και ορισμένες άλλες μέθοδοι, όπως η δουλειά σε ομάδες. Όμως, η χρησιμότητά τους δεν πρέπει να υποτιμηθεί, ειδικά στις περιπτώσεις εκείνες, όπως η εκμάθηση μιας θεραπευτικής τεχνικής, που όπως ήδη αναφέρθηκε, έχει θετικά αποτελέσματα.

Ε) Ηλεκτρονικοί Υπολογιστές και Διαδίκτυο

Η ανάπτυξη της τεχνολογίας των ηλεκτρονικών υπολογιστών και η έκρηξη της επικοινωνίας και ανταλλαγής πληροφοριών μέσω του διαδικτύου, διαμόρφωσαν μια νέα πραγματικότητα στην επικοινωνία και στην μετάδοση γνώσεων, συνδέοντας κατά αυτό τον τρόπο την γνώση και την πληροφορία με την τεχνολογία.

Καινούργια εκπαιδευτικά προϊόντα που συνδυάζουν εικόνα, ήχο, κείμενο και γραφήματα (multimedia) διαμορφώθηκαν, παρέχοντας ταυτόχρονα τη δυνατότητα της αλληλεπίδρασης, καθώς επέτρεπαν στον εκπαιδευόμενο να ρωτά, να εξασκείται, να βαθμολογείται και να εκπαιδύεται σε αντικείμενα δικής του επιλογής (π.χ. συμβουλές για το πώς να κόψουν το κάπνισμα). Ειδικά για τους νέους σχεδιάστηκαν θέματα υγείας με παιχνίδια, χρώματα, ερωτηματολόγια, και άλλα που τους ελκύουν να τα χρησιμοποιήσουν. Οι πιο διαδεδομένες μορφές αυτών

των προϊόντων είναι οι δίσκοι λέιζερ που στηρίζονται σε αναλογική τεχνολογία και οι οπτικοί δίσκοι (π.χ. CD-ROM) που στηρίζονται σε ψηφιακή τεχνολογία. Στην τελευταία κατηγορία ανήκει και ένα καινούριο προϊόν, το Compact Disc Interactive (CD-I) που μπορεί να προβάλλεται και σε απλές τηλεοράσεις.

Όσον αφορά στο διαδίκτυο, το οποίο έχει μπει για τα καλά στο χώρο της υγείας, εκτιμάται ότι υπάρχουν περισσότεροι από 70.000 διαδικτυακοί τόποι (websites) που διανέμουν πληροφορίες υγείας. Η χρήση της τεχνολογίας πληροφοριών και επικοινωνίας είναι ιδιαίτερος ωφέλιμη στην αγωγή υγείας για τρεις κυρίως λόγους:

Παροχή πρόσβασης σε έρευνες για την αποτελεσματικότητα της αγωγής υγείας.

Διάχυση πληροφοριών μεταξύ ειδικών της αγωγής υγείας. Συνήθως διατίθενται και φυλλάδια και διδακτικά πακέτα σε μορφή PDF.

Παροχή πληροφόρησης και υποστήριξης στο κοινό. Το διαδίκτυο παρέχει γρήγορη πρόσβαση στο κοινό σε πληροφορίες που παρουσιάζονται με ποικίλους και ενδιαφέροντες τρόπους για την υγεία, τον τρόπο ζωής, τις υπηρεσίες υγείας, κλπ.

Από την άλλη πλευρά βέβαια το ίντερνετ φέρει μαζί του και την ανάγκη για έλεγχο της ποιότητας των πληροφοριών, δεδομένου ότι δεν υπάρχει κάποιο επίσημο όργανο που να ελέγχει την εγκυρότητα, την ακρίβεια και την ορθότητα των διαδικτυακών τόπων του ίντερνετ. Ωστόσο, είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό, ειδικά στις περιπτώσεις που ο ενδιαφερόμενος αναζητά πληροφορίες εμπιστευτικού χαρακτήρα ή που δεν είναι σε θέση να συζητήσει με άλλους (αντισύλληψη, αφροδίσια νοσήματα, ναρκωτικά και άλλα).

2. Μέθοδοι Αλλαγής Στάσεων και Συμπεριφοράς

Οι αλλαγές στάσεων και συμπεριφορών αποτελούν τους πιο δύσκολους στόχους της Αγωγής Υγείας, διότι προϋποθέτουν την ανατροπή εμπεδωμένων απόψεων και συνηθειών και την αντικατάστασή τους με άλλες που συχνά είναι λιγότερο ευχάριστες. Γι' αυτό άλλωστε πολλά άτομα εμμένουν σε μια βλαβερή συνήθεια, παρ' όλο που γνωρίζουν τις αρνητικές επιπτώσεις της. Μια πρόσθετη

δυσκολία αποτελεί το γεγονός, ότι η Αγωγή Υγείας οφείλει να σέβεται τις ελεύθερες επιλογές κάθε ατόμου και όχι να επιβάλλει τις απόψεις της. Μια τέτοια όμως φιλοσοφία συνεπάγεται μακρόχρονες διαδικασίες συμμετοχής, διαλόγου, πειθούς και συναίνεσης αντί για άμεσες ενέργειες καταναγκασμού.

Θα πρέπει επίσης να τονιστεί, ότι ακόμα και όταν επιτυγχάνεται η επιθυμητή αλλαγή στάσεων, η επίτευξη αυτή δεν οδηγεί αυτόματα στην αλλαγή συμπεριφοράς. Υπάρχει απόσταση ανάμεσα στους δύο στόχους, η κάλυψη της οποίας απαιτεί νέες ειδικές προσπάθειες, μεθόδους και τεχνικές Αγωγής Υγείας. Αν σ' όλα αυτά προστεθούν οι ποικίλοι κοινωνικοί, πολιτιστικοί και οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν και καθορίζουν την ανθρώπινη στάση και συμπεριφορά, γίνεται αντιληπτό το τεράστιο έργο που έχει να επιτελέσει η Αγωγή Υγείας.

Στο δύσκολο αυτό έργο, όπου η επικοινωνία με σκοπό την παροχή πληροφοριών και γνώσεων αποτελεί μέρος μόνο του συνόλου των δραστηριοτήτων που απαιτούνται, οι μέθοδοι αλλαγής στάσεων και συμπεριφοράς καλύπτουν ένα σημαντικό μέρος της σύγχρονης μεθοδολογίας της Αγωγής Υγείας.

A) Ανάπτυξη Ικανοτήτων

Η ανάπτυξη ικανοτήτων (skill development) αποτελεί μια εκπαιδευτική μέθοδο που στηρίζεται στην επίδειξη διαφόρων πρακτικών μεθόδων. Οι γονείς που δείχνουν στα παιδιά τους πως να πλένουν τα δόντια τους, η διδασκαλία της τεχνικής του ανώδυνου τοκετού, η αυτοεξέταση του μαστού, η χρήση ενέσιμης ινσουλίνης και πολλά άλλα αποτελούν δραστηριότητες, η εκμάθηση των οποίων στηρίζεται στην ανάπτυξη των κατάλληλων ικανοτήτων και στη πρακτική τους εξάσκηση.

Η μέθοδος της ανάπτυξης ικανοτήτων περιλαμβάνει τρία βασικά στάδια. Ένα πρώτο, κατά το οποίο παρέχονται οι απαραίτητες επεξηγήσεις για την αναγκαιότητα της συγκεκριμένης τεχνικής και οδηγίες για τη χρήση της. Στο δεύτερο στάδιο επιδεικνύεται και εκτελείται από τους εκπαιδευτές η τεχνική και στο τρίτο και τελευταίο στάδιο παρέχεται η δυνατότητα στον κάθε εκπαιδευόμενο -να εφαρμόσει την τεχνική μπροστά στο υπόλοιπο κοινό.

Η σχετικά απλή αυτή διαδικασία έχει πρόσφατα επεκταθεί και έχει συμπεριλάβει ορισμένες ειδικές τεχνικές ιεράρχησης αξιών και αλλαγής απόψεων καθώς και τεχνικές λήψης αποφάσεων.

Ένα πρώτο σημαντικό βήμα για την ιεράρχηση αξιών και την αλλαγή απόψεων, αποτελεί η αποσαφήνιση ορισμένων βασικών εννοιών, όπως είναι η υγεία, οι παράγοντες που την καθορίζουν, η σημασία ορισμένων επικίνδυνων συνηθειών, όπως το κάπνισμα κ.ά. Όσο τα ζητήματα αυτά δεν ξεκαθαρίζουν στη σκέψη και στη συνείδηση του κοινού, τόσο πιο δύσκολη θα γίνεται κάθε φορά η σωστή επιλογή. Είναι λοιπόν αναγκαίο να προκληθεί ο κατάλληλος προβληματισμός που θα οδηγήσει στην επιθυμητή αποσαφήνιση. Μια τέτοια διαδικασία μπορεί να ολοκληρωθεί με ορισμένες ειδικές τεχνικές καθώς και με ορισμένα ειδικά παιχνίδια.

Οι τεχνικές λήψης αποφάσεων στηρίζονται στην παραδοχή ότι η διαδικασία με την οποία αποφασίζει κάθε άτομο εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Κάθε απόφαση σημαίνει επιλογή ανάμεσα σε διαφορετικές εναλλακτικές λύσεις. Άλλοτε οι επιλογές είναι απλές και ξεκάθαρες (π.χ. θα φάω ή δεν θα φάω το πρωινό γεύμα) και άλλοτε πιο πολύπλοκες (π.χ. πως να αντιμετωπίσω τους παράγοντες που προκαλούν άγχος. Άλλοτε έχουμε να διαλέξουμε ανάμεσα σε δύο επιλογές (π.χ. θα καπνίζω τσιγάρα με φίλτρο ή άφιλτρα) και άλλοτε ανάμεσα σε περισσότερες (π.χ. θα γυμνάζομαι 1, 2, 3 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα). Σε κάθε περίπτωση οι αποφάσεις είναι πιο σωστές, εάν προκύπτουν από προσεκτική και μελετημένη επιλογή.

Για το σκοπό αυτό, υπάρχουν ορισμένα βήματα που συνθέτουν την τεχνική λήψης αποφάσεων. Τα βήματα αυτά είναι ο ορισμός του προβλήματος, ο καθορισμός του στόχου, η καταγραφή των εναλλακτικών επιλογών, η εκτίμηση των επιπτώσεων κάθε επιλογής και η λήψη της τελικής απόφασης.

B) Μέθοδοι Ενεργητικής Συμμετοχής

Οι μέθοδοι της ενεργητικής συμμετοχής εντάσσονται στο γνωστικό και συναισθηματικό μοντέλο. Με την χρήση πληροφοριών από τη μία και την κινητοποίηση του συναισθήματος των εκπαιδευόμενων από την άλλη, μέσα από την ενεργό συμμετοχή τους, έχουν σαν απώτερο στόχο την αλλαγή της συμπεριφοράς τους. Η «διδασκαλία» γίνεται σε ομάδες (μέχρι 15 ατόμων), όπου αξιοποιείται η δυναμική της ομάδας και διευκολύνεται η μάθηση. Χρησιμοποιείται μια ποικιλία τεχνικών αλληλεπίδρασης όπως η συζήτηση, η έρευνα, τα ερωτηματολόγια, οι μελέτες περιπτώσεων, το κλείσιμο ιστοριών, το

θεατρικό παιχνίδι, το παιχνίδι ρόλων, κλπ.

Η πιο σημαντική τεχνική βέβαια είναι η συζήτηση, η οποία εκτός από τις πληροφορίες που παρέχονται βοηθάει τους εκπαιδευόμενους να επικοινωνούν μεταξύ τους, να σκέφτονται, να εκφράζονται, να μοιράζονται, ενώ κινητοποιείται το ενδιαφέρον τους και συμμετέχουν με περισσότερες αισθήσεις.

Πλεονεκτήματα της μεθόδου θεωρούνται: η βαθύτερη κατανόηση των θεμάτων, η προσαρμογή στις ανάγκες της κάθε ομάδας, η χρησιμοποίηση των εμπειριών της ομάδας, η ευελιξία της.

Ως μειονεκτήματα αυτής της μεθόδου αναφέρονται το ότι απευθύνεται σε ολιγομελείς ομάδες πληθυσμού και απαιτεί μεγαλύτερο χρόνο προετοιμασίας και εφαρμογής σε σχέση με την παραδοσιακή μέθοδο.

Γ) Αλληλοδιδασκτική Μέθοδος (Peer Education Method)

Η αλληλοδιδασκτική μέθοδος εντάσσεται στο γνωστικό, το συναισθηματικό και το ψυχοκοινωνικό μοντέλο. Συνίσταται στην αξιοποίηση της κοινωνικής επιρροής μεταξύ των όμοιων, την οποία χρησιμοποιεί για τη «διδασκαλία» θεμάτων κοινού ενδιαφέροντος. Όμοιοι θεωρούνται αυτοί που έχουν ίδια κάποια βασικά χαρακτηριστικά (ηλικία, επάγγελμα, κοινωνική θέση, κλπ.). Διεθνώς έχουν επικρατήσει οι αγγλικοί όροι: peer education, peer educators και peers.

Peer education method: είναι η μέθοδος που επιδιώκει την ενημέρωση, επιμόρφωση και εκπαίδευση μέσω της παρέας ή των όμοιων γενικά. Κατά άλλους η μέθοδος αυτή είναι η προσέγγιση κατά την οποία μια μειοψηφία εκπροσώπων μιας ομάδας ή ενός πληθυσμού προσπαθεί ενεργά να ενημερώσει και να επηρεάσει την πλειοψηφία.

Οι peer educators (εκπαιδευτές ή επιμορφωτές της παρέας ή των όμοιων) είναι άτομα που έχουν εκπαιδευτεί για να ενημερώσουν, να επηρεάσουν και να «διδάξουν» την παρέα ή τους όμοιους τους.

Οι peers (παρέα) είναι τα άτομα που δέχονται την ενημέρωση από τους εκπαιδευτές ή επιμορφωτές. Όταν πρόκειται για σχολεία, οι peer educators είναι η ομάδα των εκπαιδευόμενων μαθητών και peers οι συμμαθητές τους που δέχονται τη «διδασκαλία» των εκπαιδευόμενων συμμαθητών τους.

Οι ειδικοί εμπνεύστηκαν τη συμβουλευτική συνομηλίκων, με σκοπό οι συνομήλικοι νέοι να βοηθούν άλλους νέους να χειριστούν τα προσωπικά και

κοινωνικά τους προβλήματα. Οι «σύμβουλοι» εκπαιδεύονται στο να συμβουλεύουν άλλους νέους παρόμοιους με αυτούς. Σε αρκετές μάλιστα περιπτώσεις, οι συνομήλικοι σύμβουλοι έχουν βιώσει οι ίδιοι προηγουμένως το ίδιο πρόβλημα και τη διαδικασία αντιμετώπισης του.

Η αλληλοδιδασκτική μέθοδος τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται σε όλη τη Βόρειο Αμερική και στην Ευρώπη στη συμβουλευτική νέων ομοφυλόφιλων αγοριών και κοριτσιών, στη συμβουλευτική για χρήση ουσιών, στα κέντρα κακοποιημένων γυναικών, στην πρόληψη των αυτοκτονιών, στη συμβουλευτική για ασφαλέστερο σεξ και στην πρόληψη του HIV, κ.ά. Ωστόσο, η εξιδανίκευση της έχει δεχτεί κριτική, κυρίως για την άκριτη και με υπερβολικό ενθουσιασμό υιοθέτηση της, ελλείπει επιστημονικών αποδείξεων για την αποτελεσματικότητά της.

Στη διεθνή βιβλιογραφία της πρόληψης, αναφέρονται τέσσερις προσεγγίσεις της αλληλοδιδασκτικής μεθόδου έτσι όπως εφαρμόστηκαν στα προγράμματα αγωγής υγείας:

1. Η παιδαγωγική ή εκπαιδευτική προσέγγιση

Αυτή η προσέγγιση χαρακτηρίζεται από την παρουσία πληροφοριών σε ένα επίσημο πλαίσιο. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί από μόνη της ή να συμπληρώσει άλλα προγράμματα. Οι εκπαιδευτές είναι της ίδιας ή μεγαλύτερης ηλικίας από τους συμμετέχοντες, αλλά δεν ανήκουν απαραίτητα στην ίδια κοινωνική ομάδα ή δεν έχουν απαραίτητα τις ίδιες εμπειρίες. Χρησιμοποιεί ένα συνδυασμό διδακτικών παρουσιάσεων, όπως διάλεξη, προβολή βίντεο, διαφανειών, συνεδρίες, ερωτήσεις – απαντήσεις, παιχνίδια αλληλεπίδρασης και παίξιμο ρόλων. Η αλληλεπίδραση ή οι συζητήσεις μεταξύ των συμμετεχόντων και η ανέμελη ατμόσφαιρα, μπορούν να συνεισφέρουν στη μάθηση και στη διαμόρφωση καινούργιων στάσεων. Αυτό που κάνει τη διαφορά από μια συνεδρία μρ ειδικούς, είναι ότι οι εκπαιδευτές μιλούν την ίδια γλώσσα κάνοντας τους συμμετέχοντες να νιώθουν πιο άνετα στο να εκφράζουν τις ερωτήσεις τους.

2. Η «εξωτερική» προσέγγιση

Σε αυτή την προσέγγιση οι εκπαιδευτές σπάνια ανήκουν στην κοινωνική ομάδα που δέχεται την επιμόρφωση, αλλά έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά με αυτούς, π.χ. ηλικία, μειονοτική ομάδα, γλώσσα, σεξουαλικό προσανατολισμό, προβλήματα

(π.χ. χρήση ναρκωτικών) κλπ. Έχει τις ίδιες βάσεις με την παιδαγωγική προσέγγιση όσον αφορά στη χρήση της ίδιας γλώσσας με την ομάδα – στόχο. Επειδή οι εκπαιδευτές έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά και τρόπο ζωής με την ομάδα στόχο, μπορούν να ταυτιστούν με αυτούς πιο εύκολα και αυτό αποτελεί πλεονέκτημα σε σχέση με την χρήση ενός επαγγελματία «από έξω».

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται σε αυτή την προσέγγιση ποικίλουν πολύ, ανάλογα με την ομάδα – στόχο και το περιβάλλον. Μπορούν να κυμανθούν από διαλέξεις και θεατρικές παραστάσεις σε τοπικά κέντρα νεότητας, μέχρι την έναρξη συζητήσεων σε καφετέριες, μπαρ ή στο δρόμο. Αυτό που είναι σημαντικό για τους διοργανωτές που έχουν την ευθύνη τέτοιων προγραμμάτων, είναι να έχουν εξασφαλίσει ότι οι εκπαιδευτές είναι αναγνωρίσιμοι, η ομάδα – στόχος είναι προετοιμασμένη για την άφιξη τους και ότι ο καθένας γίνεται δεκτός σαν «ένας από εμάς».

Παράδειγμα αποτελούν οι εκπαιδευτές που πηγαίνουν σε γειτονιές που ζουν εθνοτικές ομάδες για να δώσουν διαλέξεις ή να κάνουν παρουσιάσεις σε οργανωμένο πλαίσιο (π.χ. κέντρα νεότητας) ή που μιλούν ανεπίσημα σε άλλα άτομα σε μπαρ, ντισκοτέκ ή στο δρόμο. Αυτή είναι η «εξωτερική» προσέγγιση, με την έννοια ότι γίνεται μια προσπάθεια να προσεγγισθούν άτομα που δεν έχουν ή δεν κατανοούν την αξία των μηνυμάτων της επικρατούσας τάσης ή χρειάζεται να καταβληθούν ιδιαίτερες προσπάθειες εξαιτίας του ότι είναι ευπαθής στο συγκεκριμένο θέμα υγείας.

3. Η προσέγγιση της Διάχυσης

Η προσέγγιση διάχυσης βασίζεται στη διάχυση των πληροφοριών και νέων στάσεων ή πρακτικών μέσω κοινωνικών ομάδων που χρησιμοποιούν τα υπάρχοντα δίκτυα επικοινωνίας. Οι εκπαιδευτές που συμμετέχουν είναι άτομα που ανήκουν κοινωνικά στην ίδια ομάδα – στόχο. Η χρήση των εκ φύσεως διαμορφωτών άποψης ως έμπιστες και αξιόπιστες πηγές είναι σημαντική για την προσέγγιση αυτή.

Βασίζεται στην ανεπίσημη πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία και τις κοινωνικές επιρροές που συμβαίνουν έξω από κάποιο οργανωμένο πλαίσιο καθώς και στη δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών για διάλογο. Επιχειρεί να χρησιμοποιήσει τα ήδη υπάρχοντα κοινωνικά δίκτυα και κανάλια επικοινωνίας για να διαδώσει την αλλαγή ή την καινοτομία μέσα από την ομάδα. Περιλαμβάνει

αυθόρμητες συζητήσεις μεταξύ των ατόμων και δραστηριότητες που εκτελούν οι εκπαιδευτές σε μη οργανωμένο πλαίσιο. Τα θέματα, που πολλές φορές προκύπτουν κατά τη διάρκεια σύντομων συζητήσεων σαν αστεία ή σαν σχόλια, δεν αποτελούν πάντα ανταλλαγές χωρίς νόημα, αλλά μπορεί να περιλαμβάνουν κωδικοποιημένη ανταλλαγή στάσεων και πεποιθήσεων, ή να χρησιμοποιηθούν σαν τρόπος δοκιμής νέων απόψεων στην παρέα.

Τέλος, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός δραστηριοτήτων που μπορούν να προκύψουν από την έμπνευση των εκπαιδευτών, όπως: θεατρικά έργα και παρουσιάσεις, αφίσες, διανομή εντύπων, ταινίες και βίντεο, ζωντανή μουσική, φεστιβάλ, ραδιοφωνικά και τηλεοπτικά προγράμματα, άρθρα και εφημερίδες, περίπτερα πληροφοριών, έντυπα, μπλουζάκια και κονκάρδες του προγράμματος.

4. Προσέγγιση κινητοποίησης της κοινότητας με τη βοήθεια εκπαιδευτών.

Αυτή η προσέγγιση χρησιμοποιεί την τοπική κοινότητα σαν βάση της και περιλαμβάνει ένα δυνατό συνασπισμό που αποτελείται από τοπικούς οργανισμούς, διαμορφωτές άποψης, επαγγελματίες και πολίτες. Εδώ ο όρος «κοινότητα» καλύπτει γεωγραφικές κοινότητες, εθνικές, σχολικές, ομοφυλοφιλικές, θρησκευτικές κοινότητες και τα λοιπά. Η προσέγγιση αυτή βρίσκεται πολύ κοντά στην ιδανική προαγωγή της υγείας που είναι η κινητοποίηση της τοπικής κοινότητας ώστε να διαχειρίζεται προβλήματα υγείας μέσω της συμμετοχής και της εμπλοκής όσο το δυνατό περισσότερων τομέων.

Σε αυτή την προσέγγιση, οι εκπαιδευτές είναι τυπικά υπεύθυνοι για την ανάπτυξη και εφαρμογή των παρεμβάσεων, εκπροσωπώντας την κοινότητα μάλλον παρά ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα ή υπηρεσία, θέτοντας ως στόχο να παραμείνει ενωμένη και ενεργή μέσω ενός επιτυχημένου συντονισμού.

Δ) Η Βιωματική Μέθοδος – Μοντέλο Συναισθηματικής Ανάπτυξης

Η βιωματική μέθοδος είναι ένας συνδυασμός του συναισθηματικού και ψυχοκοινωνικού μοντέλου, όπου σαν στόχο έχει την αλλαγή συμπεριφοράς μέσα από τη συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου. Χρησιμοποιεί δραστηριότητες που αποβλέπουν στην αυτογνωσία του ατόμου, την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του, την ανάπτυξη υπευθυνότητας, τη συναισθηματική του ωρίμανση και την απόκτηση δεξιοτήτων ζωής, ώστε το άτομο να έχει τον έλεγχο

της προσωπικής του ζωής, να λαμβάνει συνειδητές αποφάσεις και να της εφαρμόζει.

Τα προγράμματα που πραγματοποιούνται με αυτή τη μέθοδο, έχουν σαν στόχο αφενός την κάλυψη συναισθηματικών αναγκών των εκπαιδευόμενων και αφετέρου την εκπαίδευση τους σε δεξιότητες της ζωής. Υπάρχει η τεκμηρίωση από ερευνητικά δεδομένα, ότι τα άτομα προσπαθούν να καλύψουν τις συναισθηματικές τους ανάγκες με διάφορους τρόπους που πιθανόν να είναι και επιβλαβείς για την υγεία, ενώ τα άτομα που δεν έχουν αποκτήσει δεξιότητες ζωής είναι πιο ευάλωτα και τείνουν να έχουν πιο ριψοκίνδυνη συμπεριφορά όσον αφορά στην προστασία της υγείας τους.

Ας πάρουμε για παράδειγμα ένας έφηβο που καπνίζει:

α) Ποιες συναισθηματικές ανάγκες έχει: να νιώθει ενήλικος και σίγουρος για τον εαυτό του, να αρέσει στο αντίθετο φύλλο, να νιώθει ότι ανήκει σε μια ομάδα, να είναι όμοιος με τους άλλους, να νιώθει σπουδαίος, να έχει καλή διάθεση, να μην έχει άγχος με το σχολείο κλπ. Οι ανάγκες συνήθως αυτές, εκτός από τις μεταβολές που επιφέρει η εφηβεία, έχουν αιτία την έλλειψη αυτοεκτίμησης.

β) Από πού έχει επηρεασθεί στο να αρχίσει να καπνίζει: από τους γονείς του, από τους συμμαθητές του, από τους καθηγητές του, από τα Μ.Μ.Ε., από τις διαφημίσεις, κλπ.

γ) Ποιες δεξιότητες ζωής του χρειάζονται: να έχει αυτοεκτίμηση, να υπερασπίζεται τα δικαιώματά του, να ανθίσταται σε εξωτερικές πιέσεις, να κατανοεί το πως έχει διαμορφωθεί η συμπεριφορά του, να παίρνει ωφέλιμες αποφάσεις, κλπ.

Έτσι, βασικό θέμα σε αυτή την προσέγγιση είναι να καλυφθούν ορισμένες συναισθηματικές ανάγκες των ατόμων και να ισχυροποιηθεί η προσωπικότητά τους, ώστε να μην χρειάζεται να καλύψουν αυτές τις ανάγκες με τρόπους επιβλαβείς για την υγεία. Η βιωματική μάθηση στηρίζεται στο βίωμα και στην εμπειρία. Τα βιώματα σύμφωνα με την επιστήμη της ψυχολογίας, εγκαθίστανται στην ψυχή μας μέσα από συναισθήματα που ζούμε έντονα (χαρά, ενθουσιασμός, πόνος, συγκίνηση, ικανοποίηση, περηφάνια, κλπ.) και επηρεάζουν ή κατευθύνουν τις πεποιθήσεις, τις ιδέες, τις στάσεις και την συμπεριφορά μας.

Η αρχή της βιωματικότητας αποτελεί βασική αρχή της παιδαγωγικής επιστήμης και έγινε δεκτή με ενθουσιασμό από τους εκπαιδευτικούς κύκλους γιατί κάλυπτε κενά των γνωστικών μεθόδων, απευθυνόμενη στο σύνολο των αισθήσεων του μαθητή. Όπως ερευνητικά έχει τεκμηριωθεί, αυξάνει τη μάθηση και συμβάλλει στην αλλαγή της συμπεριφοράς ενώ αυξάνει την αυτοεκτίμηση του ατόμου.

Στην Αγωγή Υγείας η προσέγγιση αυτή ξεκινάει από τους παράγοντες που συντελούν στη διαμόρφωση μιας συμπεριφοράς. Η συμπεριφορά μας πηγάζει από τις γνώσεις, τις πεποιθήσεις, τις στάσεις ζωής και τις αξίες μας. Τις γνώσεις τις αποχτάμε συνήθως από την εμπειρία, τους γονείς μας, τους δασκάλους, τους φίλους, τα βιβλία, τα Μ.Μ.Ε., κλπ.

Οι πεποιθήσεις, δηλαδή το τι πιστεύουμε για κάτι, δείχνουν τι είναι αποδεκτό για εμάς και τι όχι (π.χ. ότι πρέπει να τρώμε ψωμί, να πλένουμε τα δόντια μας το βράδυ). Συνήθως προέρχονται από τους γονείς μας, τους παππούδες μας και άλλα σημαντικά για εμάς πρόσωπα. Ως παιδιά στην αρχή αλλά και ως ενήλικες αργότερα, δεχόμαστε αυτές τις πεποιθήσεις χωρίς να προσπαθούμε να αποδείξουμε αν είναι σωστές ή λάθος. Είναι μέρος του τρόπου ζωής μας και επειδή είναι γερά ριζωμένες μέσα μας είναι δύσκολο να αλλάξουν.

Οι στάσεις μας αντιπροσωπεύουν αυτά που μας αρέσουν και αυτά που δεν μας αρέσουν. Συνήθως προέρχονται από τις εμπειρίες μας ή από τις εμπειρίες δικών μας ανθρώπων (π.χ. υγιεινή διατροφή, λίγα χρόνια και καλά). Οι αξίες στη ζωή μας είναι οι πεποιθήσεις και οι στάσεις που είναι πολύ σημαντικά για εμάς, π.χ. σταθερότητα και ευτυχία στην οικογένεια, καλή ανατροφή των παιδιών, καλή υγεία, μόρφωση, πλούτη, κλπ. Άτομα τις ίδιες κοινότητας έχουν περίπου τις ίδιες αξίες.

Έτσι, τα προγράμματα Αγωγής Υγείας που χρησιμοποιούν αυτή τη μέθοδο, σε πρώτη φάση κατευθύνουν τα άτομα στο να εξετάσουν τις ήδη υπάρχουσες γνώσεις, πεποιθήσεις, στάσεις ζωής και αξίες που τους δημιουργούν μια συμπεριφορά ως προς το θέμα που εξετάζεται. Στη συνέχεια, μέσα από δραστηριότητες διερεύνησης των επιρροών βοηθούν το άτομο να κατανοήσει το πως απέκτησε αυτή τη συμπεριφορά και τέλος το ενισχύουν να υιοθετήσει μια καινούργια συμπεριφορά που θα ωφελήσει την υγεία του μέσα από την εξάσκηση του σε δεξιότητες ζωής.

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι περίπου οι ίδιες με τις τεχνικές της ενεργητικής μεθόδου (συζήτηση, καταγισμός ιδεών, κουίζ, ερωτηματολόγια, παιχνίδια ρόλων, κλείσιμο ιστοριών, μελέτη περιπτώσεων, κλπ.). Το παιχνίδι των ρόλων παίζει πρωταρχικό ρόλο εδώ γιατί δίνει την ευκαιρία στους εκπαιδευόμενους να αναπαραστήσουν καταστάσεις της πραγματικής ζωής στο μέλλον και να αποκτήσουν ετοιμότητα για την αντιμετώπιση τους, αναπτύσσοντας επιχειρήματα, αστείες απαντήσεις, διαπραγμάτευση άλλων ενεργειών, κλπ.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι ο σκοπός της Αγωγής Υγείας με τη

βιωματική μάθηση επιτελείται μέσω της ανάπτυξης του συνόλου της προσωπικότητας του εκπαιδευόμενου μέσα σε ένα ομαδικό περιβάλλον όπου του δίνεται η ευκαιρία να συμμετάσχει τόσο στην επεξεργασία του προγράμματος όσο και στην διαδικασία της μάθησης. Η γνώση δεν δίνεται έτοιμη από κάποιον άλλο, αλλά βιώνεται και συσχετίζεται με τις ήδη αποκτημένες γνώσεις τους, τις πεποιθήσεις τους, τις στάσεις τους, τις αξίες τους κλπ.

Η χρήση βιωματικών δραστηριοτήτων στην Αγωγή Υγείας είναι σημαντική τόσο ως προς την επίτευξη του σκοπού της όσο και ως προς την υποκίνηση των εκπαιδευόμενων γιατί:

Διεγείρουν το ενδιαφέρον των εκπαιδευόμενων

Συμβάλλουν στην κατανόηση και στην εσωτερικοποίηση των γνώσεων

Κάνουν τις γνώσεις εύχρηστες (είναι εύκολη η ανάκληση του βιώματος)

Διεγείρουν το συναίσθημα

Δραστηριοποιούν έντονα όλες τις αισθήσεις

Συμβάλλουν στη ρεαλιστική και ορθολογική αντιμετώπιση των σχετικών μελλοντικών καταστάσεων στη ζωή

Προάγουν την αυτοεκτίμηση και την αισιοδοξία του ατόμου

Καλλιεργούν τις κοινωνικές δεξιότητες

Βελτιώνουν τις διαπροσωπικές σχέσεις

Ε) Ειδικά Παιχνίδια

Τα ειδικά παιχνίδια περιλαμβάνουν διάφορα τροποποιημένα δημοφιλή παιχνίδια ή θεατρικές τεχνικές. Όπως ήδη αναφέρθηκε, τα ειδικά παιχνίδια είναι μέρος των τεχνικών ιεράρχησης αξιών και αλλαγής απόψεων. Επιπλέον, ενισχύουν την ανάπτυξη κινήτρων υγιεινής συμπεριφοράς και δυναμώνουν τους διαπροσωπικούς συναισθηματικούς δεσμούς. Η αξιοποίηση του συναισθήματος στην εκπαιδευτική διαδικασία αποτελεί μία από τις βασικότερες συμβολές των ειδικών παιχνιδιών, παρ' όλο που οι μέχρι τώρα εφαρμογές τους απευθύνονται κυρίως στις ανθρώπινες νοητικές λειτουργίες. Παράδειγμα αυτών των εφαρμογών αποτελεί η χρήση επιτραπέζιων παιχνιδιών (π.χ. μονόπολη) που έχουν τροποποιηθεί κατάλληλα έτσι ώστε να βοηθούν στην αποσαφήνιση διαφόρων αξιών και στη λήψη

υγιεινών αποφάσεων κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού. Επίσης, η υιοθέτηση διαφόρων ρόλων που αντιστοιχούν σε υγιεινές ή ανθυγιεινές συμπεριφορές και η θεατρική τους απόδοση αποτελούν μία ακόμα εφαρμογή αυτής της μεθόδου.

Η μέχρι σήμερα χρήση παρόμοιων τεχνικών στα πλαίσια της Αγωγής Υγείας είναι μάλλον περιορισμένη. Ως αιτίες αναφέρονται η δύσκολη εφαρμογή τους στις αίθουσες διδασκαλίας, ο πολύ απλοϊκός ή ο πολύ σύνθετος χαρακτήρας τους, η μεγάλη τους διάρκεια και η χρονοβόρα προετοιμασία τους. Τα θέματα που προσφέρονται ιδιαίτερα για την αξιοποίηση της μεθόδου, είναι τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, τα αφροδίσια νοσήματα, η ανθρώπινη σεξουαλικότητα και η καταπολέμηση των ατυχημάτων.

ΣΤ) Παρατήρηση και αναζήτηση

Σύμφωνα με τη μέθοδο της εκμάθησης μέσα από την παρατήρηση (observational learning), οι εκπαιδευόμενοι παρακινούνται να διαμορφώσουν τις δικές τους υποθέσεις και να τις ελέγξουν στην πράξη. Η έμφαση είναι στον αυτόνομο προβληματισμό, καθώς και στην κατανόηση της γνωστικής διδασκαλίας παρά στη γνώση καθεαυτή.

Η εκμάθηση με την παρατήρηση και την αναζήτηση είναι ο πυρήνας της προβληματικής των διαδεδομένων εκπαιδευτικών μεθόδων του πειράματος και των εκπαιδευτικών εκδρομών. Με τις μεθόδους αυτές, προάγονται οι γνωστικές διαδικασίες της εφαρμογής, της σύνθεσης, της αξιολόγησης, υπερβαίνοντας τις παραδοσιακές μορφές διδασκαλίας.

Η χρήση της μεθόδου έχει περιορισθεί μέχρι σήμερα στο σχολικό περιβάλλον. Χάρη όμως στην αναγνώριση των πλεονεκτημάτων της έχει αρχίσει να συγκεντρώνει το ενδιαφέρον προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στην κοινότητα, στους εργασιακούς χώρους και στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Στην τελευταία αυτή περίπτωση έχει αναφερθεί επιτυχής εφαρμογή της μεθόδου σε ασθενείς που παρακινήθηκαν να ρωτήσουν τους γιατρούς τους τις ερωτήσεις που τους απασχολούσαν και να συζητήσουν μαζί τους.

Ζ) Δουλειά σε ομάδες

Η εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας σε μικρές ομάδες του πληθυσμού (group work), αποτελεί μια από τις πιο αποτελεσματικές εκπαιδευτικές

μεθόδους για την αλλαγή στάσεων και συμπεριφοράς. Η μέθοδος της δουλειάς σε ομάδες έχει τις καταβολές της στη δεκαετία του 1930, όταν πραγματοποιήθηκαν οι πρώτες σχετικές έρευνες. Η κλασική μελέτη του Bond το 1956 κατέδειξε την υπεροχή της μεθόδου σε σύγκριση με τις διαλέξεις, σ' ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης γυναικών στην αυτοεξέταση του μαστού.

Χάρη στη μέθοδο των μικρών ομάδων, επιτυγχάνεται μέσα από μια σειρά τακτικών συναντήσεων, που μπορεί να έχουν τον χαρακτήρα της συνεδρίασης ή της άτυπης συζήτησης, η πολύ σημαντική υπόθεση της ενεργούς συμμετοχής του κοινού και η προαγωγή της υπευθυνότητάς του. Με έμφαση στη συνεργασία και στην αλληλοκατανόηση, το κοινό όχι μόνο συμμετέχει, αλλά συνδιαμορφώνει το σχέδιο και το περιεχόμενο του προγράμματος έτσι ώστε να αντιστοιχεί στις πραγματικές του ανάγκες. Ο εκπαιδευτής λειτουργεί περισσότερο σαν καταλύτης και λιγότερο σαν δάσκαλος και η εκμάθηση είναι πολύ πιο ουσιαστική, γιατί προκύπτει μέσα από την αναζήτηση και τη διαπίστωση και όχι ως προϊόν αποστήθισης. Επιπλέον, η δουλειά σε ομάδες διευκολύνει την ελεύθερη έκφραση νέων ιδεών και απόψεων και πλεονεκτεί ως προς το γεγονός ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί σε διάφορους χώρους χωρίς ειδικές προδιαγραφές.

Σήμερα, η εκπαιδευτική αυτή μέθοδος χρησιμοποιείται από πολλούς επιστήμονες και επαγγελματίες υγείας για την επίτευξη πολύμορφων επιδιώξεων. Μέθοδοι ψυχοθεραπείας, τεχνικές αποσαφήνισης αξιών και λήψης αποφάσεων, συλλογικές παρεμβάσεις στην κοινότητα, προγράμματα διακοπής του καπνίσματος, ελέγχου της υπέρτασης και πολλά άλλα, αποτελούν εφαρμογές της μεθόδου. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις έχει διαπιστωθεί η μεγάλη αποτελεσματικότητα της μεθόδου κυρίως σ' ότι αφορά τους στόχους της αλλαγής στάσεων και συμπεριφοράς. Αλλά και ως προς το στόχο της παροχής γνώσεων, φαίνεται να υπερέχει σημαντικά των διαλέξεων.

Η) Χρήση προτύπων

Η θεωρητική θεμελίωση της μεθόδου αυτής ανάγεται στην ανθρώπινη τάση για υιοθέτηση προτύπων συμπεριφοράς. Οι σύγχρονες αντιλήψεις για τη χρήση προτύπων στηρίζονται σε ορισμένες αρχές της ψυχανάλυσης και στη μελέτη της διαδικασίας εκμάθησης μέσα από την παρατήρηση. Η δύναμη της μεθόδου απορρέει από τη διαπίστωση ότι τα πρότυπα και η γοητεία που αυτά ασκούν αποτελούν την κύρια διαδικασία επίτευξης της κοινωνικοποίησης του ατόμου.

Η ταύτιση με κάποιο πρότυπο δεν περιορίζεται βέβαια στην απλή μίμηση. Είναι πολύ πιο σύνθετη διαδικασία, η οποία συντελεί στη διαμόρφωση νοητικών κανόνων που επιτρέπουν τη δημιουργική προσαρμογή της υιοθετούμενης συμπεριφοράς στις νέες υποκειμενικές και αντικειμενικές συνθήκες εφαρμογής της. Το κατά πόσο ένα άτομο αποτελεί πρότυπο ή όχι, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Η εξουσία που ασκεί, η εκτίμηση που απολαμβάνει, τα συναισθήματα που προκαλεί και ο βαθμός καταξίωσης και ανταμοιβής του, επιδρούν αποφασιστικά στην καθιέρωση ενός προτύπου. Όλοι αυτοί οι παράγοντες δεν είναι σταθεροί και αμετάβλητοι, αλλά διαμορφώνονται σ' ένα συγκεκριμένο ιστορικό πλαίσιο και καθορίζονται από τις εκάστοτε κοινωνικές, πολιτιστικές και πολιτικές ακόμα συνθήκες.

Για τις μικρές ηλικίες, βασικό πρότυπο συμπεριφοράς αποτελούν οι γονείς, τα μεγαλύτερα αδέρφια και οι δάσκαλοι. Η επίδραση των προτύπων συνεχίζεται σ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ανθρώπου, αλλά η ισχύς τους εξασθενίζει με την αύξηση της ηλικίας. Σχετικά με διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, οι γυναίκες τείνουν να σχετίζονται πιο έντονα με διάφορα πρότυπα και να συμμορφώνονται περισσότερο στις προδιαγραφές τους.

Τα πρότυπα λειτουργούν συχνά και αρνητικά. Η βία πολλών τηλεοπτικών προγραμμάτων έχει διαπιστωμένες επικίνδυνες επιδράσεις σε πολλά παιδιά. Το ίδιο ισχύει και για ορισμένα διαφημιστικά πρότυπα ανθυγιεινών προϊόντων, όπως το τσιγάρο (Marlboro, Camel κ.ά.). Γι' αυτό και επιβάλλεται μεγαλύτερος κοινωνικός έλεγχος στην προβολή διαφημιστικών προτύπων από τα Μ.Μ.Ε.

Η επίδραση των προτύπων έχει αξιοποιηθεί και σε πολλά προγράμματα Αγωγής Υγείας. Κυρίως έχουν χρησιμοποιηθεί σε διαιτητικά προγράμματα, σε αντικαπνιστικές εκστρατείες, στον αντιαλκοολικό αγώνα και στη φυσική άσκηση, είτε με τη χρησιμοποίηση δημοφιλών προσώπων (αθλητές, καλλιτέχνες κ.ά.), είτε με τη δημιουργία χαρακτήρων σε τηλεοπτικές σειρές, βιβλία, περιοδικά κ.τ.λ. Η διαπιστωμένη αποτελεσματικότητα της μεθόδου, ιδιαίτερα στα παιδιά της προσχολικής ηλικίας, δημιουργεί πολλά περιθώρια για την ανάπτυξη της χρήσης προτύπων στα πλαίσια της Αγωγής Υγείας.

Θ) Έλεγχος της συμπεριφοράς

Η μεθοδολογία του ελέγχου της συμπεριφοράς στηρίζεται στις κλασικές θεωρίες για τον καθορισμό της συμπεριφοράς από τα ερεθίσματα που δέχεται και

κυρίως από τις συνέπειές της. Τα ερεθίσματα μπορεί να προκαλούν ή να ακυρώνουν μια συμπεριφορά, και οι συνέπειες μπορεί να είναι θετικές που να επιβραβεύουν και να ενισχύουν μια συμπεριφορά ή αρνητικές που να την τιμωρούν και να την αποδυναμώνουν. Με βάση τις διαπιστώσεις αυτές, η μέθοδος του ελέγχου της συμπεριφοράς επιδιώκει με κατάλληλους κάθε φορά χειρισμούς, την τροποποίηση των ερεθισμάτων και των συνεπειών έτσι ώστε να επιτυγχάνονται οι επιθυμητές αλλαγές. Ο έλεγχος της συμπεριφοράς δεν ταυτίζεται κατ' ανάγκη με τη βίαιη επιβολή, αλλά σύμφωνα με τους υποστηρικτές της μεθόδου, μπορεί να είναι αποτέλεσμα έμμεσης επίδρασης στις νοητικές λειτουργίες που αφορούν τη λήψη αποφάσεων, την αποσαφήνιση αξιών και την αλλαγή στάσεων. Παρά τις διευκρινίσεις αυτές, ο έλεγχος της συμπεριφοράς συνεχίζει να αποτελεί στόχο αρκετών επικρίσεων.

Ο έλεγχος της συμπεριφοράς, ως ειδική εκπαιδευτική μέθοδος, έχει χρησιμοποιηθεί στο σχολικό περιβάλλον από κλινικούς ψυχολόγους για τη θεραπεία συναισθηματικών διαταραχών και προβλημάτων εκμάθησης. Περισσότερο διαδεδομένη είναι η μέθοδος σε ορισμένες κατηγορίες ασθενών με διαταραχές του ουροποιητικού, του πεπτικού, του καρδιαγγειακού, του νευρικού και του αναπνευστικού συστήματος. Ανάλογες εφαρμογές έχουν αναφερθεί στην καταπολέμηση της παχυσαρκίας, στην αντιμετώπιση ορισμένων ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένου του αλκοολισμού, καθώς και στη διακοπή του καπνίσματος. Τα αποτελέσματα αυτών των εφαρμογών υπήρξαν ικανοποιητικά, ιδιαίτερα στην καταπολέμηση της παχυσαρκίας, ενώ για το κάπνισμα και τον αλκοολισμό δεν διαπιστώθηκαν μακροπρόθεσμα οφέλη.

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι ο έλεγχος της συμπεριφοράς είναι μια αμφιλεγόμενη μέθοδος, γι' αυτό και ενδείκνυται μόνο στις περιπτώσεις εκείνες όπου απαιτείται η αλλαγή μια σύνθετης συμπεριφοράς, την οποία η απλή επιθυμία και θέληση δεν αρκούν για να την τροποποιήσουν και εφόσον βέβαια έχουν δοκιμασθεί και αποτύχει άλλες μέθοδοι Αγωγής Υγείας. Η επιτυχία της μεθόδου σ' αυτές τις περιπτώσεις προϋποθέτει την εφαρμογή της από ειδικευμένο προσωπικό, καθώς και τη συναίνεση και τη συνεργασία των εκπαιδευόμενων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Τούντας Γ., «Κοινωνία και Υγεία», Αθήνα, Εκδόσεις Οδυσσέας, 2002
- Αργυριάδου Σ. – Θεοδώρου Μ. – Θηραίος Ε. – Καϊτελίδου Δ, - Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. – Καμπριάνη Ε. – Κατοστάρας Θ. – Κουρέα-Κρεμαστινού Τ. – Λιαρόπουλος Λ. – Μεράκου Κ. – Πολίτης Θ. – Σίσκου Ο. – Τούντας Γ. – Τσάμης Ν. – Φαραστέλη Ο., «Θεωρία και Πρακτική Της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», Πειραιάς, Εκδόσεις Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ιανουάριος 2005
- Γεννηματά Δ., Μερικού Κ., Κτενάς Ε., Διαμαντοπούλου Μ., Κρεμαστινού -Κουρέα Τ., *Ερευνητική Εργασία Kidscreen*, «Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής», 2007
- Σουρτζή Π., «Προαγωγή της Υγείας», Αθήνα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, 2005
- Τριχόπουλος Δ., Καλαποθάκη Β., Πετρίδου Ε., «Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία», Αθήνα, Εκδόσεις Ζήτα
- Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας – Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, «Η Ανάπτυξη Των Ανθρώπινων Πόρων Στον Υγειονομικό Τομέα», Σειρά εκδόσεων για την Δημόσια Υγεία και την Φροντίδα Υγείας στα Βαλκάνια, Αθήνα, εκδόσεις ΕΣΔΥ, τόμος 5
- Λιαρόπουλος Λ., «Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας», Εκδόσεις Βήτα, Α' Τόμος
- Εθνικό Συμπόσιο Υγείας, «Υγεία Για Όλους Το 2000», Αθήνα, Επιστημονική Επεξεργασία «Ινστιτούτο Μελέτης Και Οργάνωσης Συστημάτων Υγείας (ΙΜΟΣΥ)», Ιούνιος 1990
- Κορνάρου Ε., Ρουμελιώτη Α., «Η Δημόσια Υγεία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση
- Κακλαμάνη Ε., Φραγκούλη, Κουμαντάκη Υ. , «Προληπτική Ιατρική και Αγωγή Υγείας», Β' Έκδοση, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης
- Κρεατσάς Γ., «Σεξουαλική Αγωγή και Διαπαιδαγώγηση», Β' Έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Δωρικός, 1989
- Σώκου Κατερίνα, «Οδηγός αγωγής και προαγωγής της υγείας», Αθήνα, 1999
- Μαδιανός Μ., «Ψυχική υγεία των εφήβων στο γενικό πληθυσμό. Βασική Παιδοψυχιατρική», Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη ,2002
- Τριχόπουλος Δ., «Επιδημιολογία: Αρχές, Μέθοδοι, Εφαρμογές». Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, 1982

- Γεωργούση Ε. – Οικονόμου Χ. – Κυριόπουλος Γ., «*Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα*», Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2002
- Τερζίδου Μ., Μάκα Ζ., Κοκκέβη Α., «*Έλληνες Μαθητές Υγεία – Σχολείο – Οικογένεια*», Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής
- Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., «*Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1995
- Egger G., Spark R., Donova R., «*Health Promotion Strategies and Methods*», 2nd Edition, Sydney, McGraw-Hill, 2005
- Green, L. & Kreuter, M., «*Health Promotion Planning – An Educational and Environmental Approach*», (2nd Ed.), Mayfield Publishing Company:Mountain View, CA, 1991
- Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL et al. «*Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*». Oxford: Oxford University Press, 1997.
- Rush B, Shiell A, Hawe P. «*A census of economic evaluations in health promotion*». Health Education Res, 2004
- Willett WC, Sacks F, Trichopoulou A, et al. «*Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating*». American Journal of Clinical Nutrition, 1995
- Ajzen I, «*Attitudes Personality and Behavior*», Chicago, Dorsey Press, 1988
- Dryfoos, J.G. «*Adolescents at risk*». London, Oxford University Press, 1990.
- Millstein, S.G. et al. «*Health-risk behaviours and health concerns among young adolescents*.” Pediatrics, 1992.
- McCann R., «*Health Education Authority*», Graphics Handbook, London, 1988
- Leather D.S., Hastings G.B., Davies J.K., «*Health Education and the Media*», Pergamon Press, Oxford, 1986
- Starfield, B. et al. «*The adolescent child health and illness profile: a population-based measure of health*.” Medical care, 1995.
- Ader I, Åkerensson Ê, Carlsson P, Granath M, Urwitz V., «*Quality indicators for health promotion programmes*», Health Promotion International, 2001
- David, K. & Williams, T. (Eds), «*Health Education in Schools*», Εκδόσεις Harper & Row Ltd, Έκδοση 2^η Λονδίνο, 1987
- «*Diet and health in school-aged children*», Health Education Authority, London 1995.
- Psaltopoulou A., Naska A., Orfanos P., Trichopoulos D., Mountokalakis T. and Trichopoulou A. «*Olive oil, the Mediterranean diet, and arterial blood pressure: the*

Greek European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition” (EPIC) study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1012-1018, 2004

- Μαραγκός Γ. «*Η άσκηση της Εφηβικής Ιατρικής στην Ελλάδα*». Στο έντυπο «*Εφηβική Ιατρική*». Τόμος 1 (6), 1997

- Τούντας Γ., «*Μεθοδολογία Αγωγής Υγείας: Μέθοδοι αλλαγής στάσεων και συμπεριφοράς*», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 15(3), 197-201, 1987

- Γ. Τούντας, «*Νόσος - Αρρώστια – Ασθένεια*, Περιοδικό Νέα Υγεία», 1995

- Γ. Τούντας, «*Ολυμπιακό Ιδεώδες και προαγωγή υγείας*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 2004

- Μαλλιωρή και συν, «*Για την ανάπτυξη της Προαγωγής και Αγωγής Υγείας*», Περιοδικό Νέα Υγεία, 1995

- Ξάνθης Α. – Χατζητόλιος Α., «*Συμβολή της πρόληψης και αγωγής υγείας στη βελτίωση του επιπέδου υγείας στον ελληνικό πληθυσμό*,. Ιατρικό Βήμα, Φεβρουάριος – Μάρτιος 2006

- Καφάτος Γ. Α. , Τζίμης Λ., «*Ο ρόλος της διατροφής στην προαγωγή της Υγείας και στη πρόληψη των ασθενειών*», Πανεπιστήμιο Κρήτης, 1999

- Τσουμάκας Κ, Τριανταφυλλίδου Α. «*Κάπνισμα : οι επιπτώσεις στην υγεία των παιδιών. Μέτρα πρόληψης.*» Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 51(4) : 359-367, 2004

- Χιώτης Δ, Κρίκος Ξ, Τσίφτης Γ, Χατζησυμεών Μ, Μανιάτη-Χρησιτίδη Μ, Δάκου-Βουτατάκη Α., «*Δείκτης μάζας σώματος (BMI) και ποσοστό παχυσαρκίας σε άτομα της ευρύτερης περιοχής Αθηνών, ηλικίας 0-18 ετών.*» Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 51(2) : 139-154, 2004

- «*Οικονομικά και Υγεία*», Πρακτικά Α΄ Πανελληνίου Συνεδρίου Οικονομικών της Υγείας, Αθήνα, Κέντρο Οικονομικών Επιστημών της Υγείας, 1989

- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, «*Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οιοπνευματώδων στην Ελλάδα*». Αθήνα, 2005

- ΕΠΨΥ-ΟΚΑΝΑ Κέντρο Εκπαίδευσης για την πρόληψη της Χρήσης Ναρκωτικών και την Προαγωγή της Υγείας, «*Εγχειρίδιο Πρόληψη: Οιοπνευματώδη, Ναρκωτικά & Καπνός*», Αθήνα, 1999

- «*Η ιατρική στο Βυζάντιο*», Περιοδικό Αρχαιολογία, τεύχος 103, Ιούνιος 2007

- Ευτυχιάδης Α., «*Ο θεσμός του νοσοκομειακού εφημέριου ιστορική – αξιολογική ανασκόπηση, Η Εκκλησία της Ελλάδος*», www.ecclesia.gr

- WHO, “*Highlights on Health in Greece*”, Europe, 2004

- WHO, “ *The 38 targets of the European region*”, Copenhagen, 1985
- WHO, *Ottawa Chapter for Health Promotion*, Geneva, 1986
- WHO, *Health Behavior in School- Aged Children*, Copenhagen, 2004
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας , «*Η Υγεία στην Ελλάδα*». Αθήνα, 2000
- Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Hellas Health I., 2006
- Ηλεκτρονική Πύλη Κέντρου Πρόληψης και Υγείας Εφήβων (Κ.Ε.Π.Υ.Ε.), www.ephebiatrics.gr
- Ηλεκτρονική Πύλη Eurostat. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- Ηλεκτρονική Πύλη Organisation for Economic Co-operation and Development. www.oecd.org
- Γενική Γραμματεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος (ΕΣΥΕ). www.statistics.gr
- Ηλεκτρονική Πύλη Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης www.mohaw.gr
- Ηλεκτρονική Πύλη Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων, www.ypepth.gr
- Ηλεκτρονική Πύλη Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών, www.ekke.gr
- Ηλεκτρονική Πύλη Ιατρικής Σχολής Αθηνών, www.med.uoa.gr
- Ηλεκτρονική Πύλη Μονάδας Εφηβικής Υγείας Νοσοκομείου Παιδών «Παν. & Αγλ. Κυριακού», www.youth-health.gr
- Ηλεκτρονική Πύλη Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής, www.epipsi.gr
- Ηλεκτρονική Πύλη Σχολικών Δικτύων Αγωγής Υγείας, www.syllogosagogisygeias.gr