

**ΤΜΗΜΑ: ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π, ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ Α.Τ.Ε.Ι
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

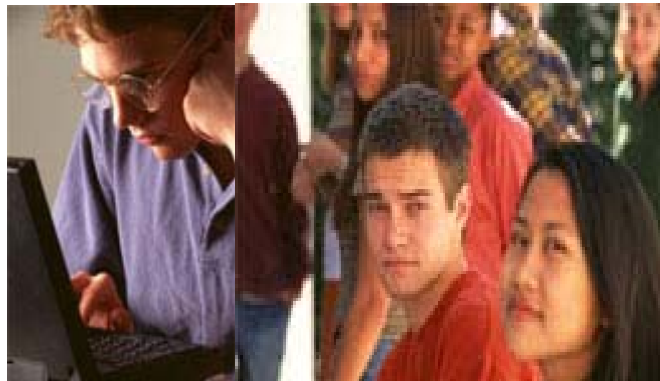
**ΤΡΟΠΟΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΕΦΗΒΩΝ
ΤΗΣ ΠΟΛΗΣ ΤΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΓΙΑ
ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΣΧΟΛΙΚΟΥ-ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

ΔΑΦΕΡΜΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

**ΓΚΑΤΖΙΩΡΑ ΠΗΝΕΛΟΠΗ
ΤΣΩΡΑΚΑΣ ΠΕΤΡΟΣ**



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή αποτελεί το πρώτο ουσιαστικά συγγραφικό εγχείρημά μας και μέσα από αυτή γίνεται προσπάθεια να προσεγγιστούν οι συνήθειες υγείας των εφήβων της πόλης του Ηρακλείου, σε συνδυασμό με τον ρόλο του σχολικού - κοινοτικού νοσηλευτή. Έχοντας στη διάθεση μας βιβλιογραφία σύγχρονη, υποκινηθήκαμε να ψάξουμε, να μεταφράσουμε, να διασταυρώσουμε ότι σχετικό με το θέμα που μας ανατέθηκε. Πιστεύοντας ότι το αποτέλεσμα θα ικανοποιήσει, ευχαριστούμε ιδιαίτερα την κ. Δαφέρμου Μαρία για την ευκαιρία που μας έδωσε για τη συγγραφή αυτής της εργασίας και τη γενικότερη βοήθεια που μας προσέφερε στην ολοκλήρωσή της.

Τσώρακας Πέτρος

Γκατζιώρα Πηνελόπη

Ηράκλειο 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1.0 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
2.0 ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	6
2.1. Κάπνισμα.....	14
2.1.1 Επιδημιολογία του Καπνίσματος	17
2.1.2 Αίτια Καπνίσματος.....	22
2.1.4 Επιπτώσεις στην Οικονομία του Κράτους και Οικονομικές Απώλειες του Καπνιστή	31
2.2 Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ).....	33
2.2.1 Γονοκοκκική Λοίμωξη:.....	34
2.2.2 Χλαμυδιακή Λοίμωξη :	35
2.2.3 Τριχομονάδωση:.....	35
2.2.4 Έρπητας Γεννητικών Οργάνων	36
2.2.5 Σύφιλη (Treponema pallidum)	37
2.2.6 HPV:	39
2.2.7 Ηπατίτις Β:	39
2.2.8 Φλεγμονώδης Νόσος της Πυέλου	39
2.2.9 Διάκριση Χλαμυδιακής – Γονοκοκκικής Λοίμωξης	40
2.2.10 Σαλπιγγωοθηκικό Απόστημα	41
2.3. Διατροφή	41
2.3.1 Έλλειψη Τροφής.....	46
2.3.2 Υπερκατανάλωση Τροφής.....	47
2.4 Στοματική Υγιεινή.....	47
2.4.1 Φθορά των Δοντιών.....	48
2.4.2 Διαιτητικοί Παράγοντες	49
2.4.3 Τύποι Περιοδοντικών Νόσων σε Εφήβους της Χώρας μας	52
2.4.4 Συμπτώματα Περιοδοντικών Νόσων σε Εφήβους της Χώρας μας :.....	53
2.5 Σωματική Άσκηση.....	53
2.5.1 Η Έφηβος Αθλήτρια.....	59
2.6 Οδική Ασφάλεια– Συμπεριφορά των Εφήβων	62
2.6.1 Αιτίες Τροχαίων Ατυχημάτων.....	65
2.7 Το Αλκοόλ ως Συνήθεια Κακής Υγιεινής των Εφήβων της Χώρας μας	67
2.7.1 Ανασκόπηση.....	67
2.7.2 Επιδημιολογία.....	67
2.7.3 Παράγοντες Κινδύνου	68
2.7.4 Λόγοι Χρήσης Αλκοόλ.....	70
2.7.5 Επιπτώσεις από τη Χρήση - Κατάχρηση του Αλκοόλ	70
2.7.6 Κίνδυνοι από την Κατάχρηση Αλκοόλ	71
3.0 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΙΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ	72
3.1 Το Διαδίκτυο	72
3.2 ΜΜΕ – Διαφήμιση.....	79
3.2.1 Έρευνες.....	83
3.3 Ρόλος των Γονέων	86
3.4 Το Σχολικό και Φιλικό Περιβάλλον των Εφήβων.....	94

3.5 Ενημερωτικά Φυλλάδια και ο Ρόλος τους στις Συνήθειες Υγείας των Εφήβων	99
4.0 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ (ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ) ΣΤΙΣ	
ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ	101
4.1 Τι είναι Κοινοτική Νοσηλευτική.....	102
4.1.1 Σκοποί της Κοινοτικής Νοσηλευτικής	102
4.2 Ο Ρόλος του Επαγγελματία Υγείας στην Κοινότητα	102
4.2.1 Ενημέρωση – Εκπαίδευση Νοσηλευτών σε Θέματα Υγείας	103
4.3 Ο Ρόλος του Σχολικού Νοσηλευτή στις Συνήθειες Υγείας των Εφήβων	107
4.3.1 Ειδικά.....	107
4.3.2 Χορήγηση φαρμάκων.....	108
4.3.3 Οργάνωση του σχολικού φαρμακείου.....	109
4.3.4 Παροχή πρώτων βοηθειών	109
4.3.5 Δημιουργία πρωτοκόλλων.....	110
4.3.6 Παρακολούθηση της ανάπτυξης των μαθητών	111
4.3.7 Παράδοση μαθημάτων αγωγής υγείας	113
4.3.8 Εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής.....	116
4.3.9 Εκπαίδευση του σχολικού προσωπικού	116
4.3.10 Συμβουλευτική μαθητών και γονέων	116
4.3.11 Συμμετοχή στα ερευνητικά προγράμματα και στις επιδημιολογικές έρευνες	116
4.4 Δυσκολίες του Σχολικού Νοσηλευτή	117
4.4.1 Δεν τους αναθέτονται εύκολα καθήκοντα.....	117
4.4.2 Σπάνια αναγνωρίζεται σαν επαγγελματίας υγείας.....	117
4.4.3 Απομόνωση στο σχολικό περιβάλλον εργασίας του	118
4.4.4 Σπάνια του προσφέρονται περαιτέρω εκπαίδευση και δυνατότητες εξέλιξης .	118
4.5 Ο Ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή στις Συνήθειες Υγείας των Εφήβων	118
4.5.1 Η ενημέρωση των γονέων σε τακτά χρονικά διαστήματα	122
4.6 Αξιολόγηση του Έργου του Νοσηλευτή και Προώθηση της Υγείας του Πληθυσμού	
.....	124
5.0 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	128



«Γεννίεσαι δύο φορές: η μία οδηγεί στην απλή ύπαρξη, η άλλη στην ίδια τη ζωή...»

J. J. Rousseau

1.0 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Πτυχιακή μας Εργασία ασχολείται με τους τρόπους ενημέρωσης των εφήβων για θέματα Υγείας και ποιος ο ρόλος του Κοινοτικού – Σχολικού Νοσηλευτή στην πόλη του Ηρακλείου. Οι κακές συνήθειες υγείας των εφήβων στην Ελλάδα ξεκινούν σχεδόν από την αρχή της εφηβείας. Το κάπνισμα είναι ένα από τα βασικά, αφού δεν εφαρμόζεται η απαγόρευση τους σε ανήλικα άτομα. Επίσης, το ίδιο ισχύει και για το αλκοόλ αφού δεν λαμβάνονται μέτρα από τους αρμόδιους κρατικούς φορείς. Ακόμη, άλλο ένα σημαντικό θέμα είναι τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όπου δεν υπάρχει καμία ενημέρωση μέσα από την εκπαίδευση πάνω στην διαπαιδαγώγηση τους. Η οδική ασφάλεια, που θα έπρεπε να υπάρχει ειδικό μάθημα στο σχολείο από την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Η διατροφή, αφού η Ελλάδα κατέχει τις πρώτες θέσεις παχυσαρκίας στην Ευρώπη. Καθώς, και η στοματική υγιεινή αφού οι έφηβοι δεν κάνουν τακτικές επισκέψεις στον οδοντίατρο. Τέλος, η σωματική άσκηση καθώς στρέφονται σε άλλα ενδιαφέροντα (pc, internet, cafe).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τις συνήθειες υγείας των εφήβων είναι η ψυχολογική κατάσταση και το κοινωνικό περιβάλλον, τα Μ.Μ.Ε και η διαφήμιση καθώς και ο ρόλος των γονέων, η σχολική εκπαίδευση και τα ενημερωτικά φυλλάδια που δεν λαμβάνουν καθόλου.

Ο ρόλος του Νοσηλευτή πάνω στην εκπαίδευση των εφήβων ορίζεται με την ενημέρωσή τους πάνω σε θέματα υγείας, πρόληψη, προαγωγή και αξιολόγηση της υγείας του πληθυσμού. Ακόμη με τον Σχολικό Νοσηλευτή στις συνήθειες υγείας των εφήβων αλλά και οι δυσκολίες του θεσμού του Σχολικού Νοσηλευτή. Τελειώνοντας, υπάρχει και ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή στις συνήθειες υγείας των εφήβων.

-Γιατί επιλέξαμε το θέμα:

Επιλέξαμε το συγκεκριμένο θέμα για την πτυχιακή μας εργασία με αφορμή τις συνήθειες υγείας των εφήβων που εμφανίζουν απογοητευτικά ποσοστά τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα σε θέματα όπως η διατροφή, το αλκοόλ, το κάπνισμα, η σωματική άσκηση, η οδική ασφάλεια, η στοματική υγιεινή και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Ευελπιστούμε ότι μέσω συγκεκριμένων τρόπων σωστής ενημέρωσης των προαναφερθέντων, και με την ενεργό συμμετοχή του Νοσηλευτή στους τομείς που μπορεί να δράσει, με την πάροδο του χρόνου οι συνήθειες των εφήβων πάνω σε θέματα υγείας

και ο τρόπος σκέψης τους θα αλλάξει ριζικά, με στόχο ένα καλύτερο μέλλον για τους ίδιους και τις επόμενες γενιές.



2.0 ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Εφηβεία θεωρείται η αναπτυξιακή περίοδος που αρχίζει με τις μεταβολές της φυσιολογίας της ήβης και τελειώνει με το σχηματισμό της προσωπικής ταυτότητας. Το άτομο κατά την περίοδο αυτή υπόκειται σε μεγάλες και ταχύτατες αλλαγές σε όλους τους βασικούς τομείς της ανάπτυξής του: το βιολογικό, το σωματικό, το γνωστικό, το συναισθηματικό και τον κοινωνικό τομέα. Η ανεξαρτητοποίηση και το κόψιμο των συναισθηματικών δεσμών της προηγούμενης παιδικής ηλικίας είναι το κλειδί των διεργασιών της εφηβείας. Μία άλλη σημαντική διεργασία είναι η παλινδρόμηση, που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση παλαιότερων σχημάτων συμπεριφοράς, με στόχο την επαναδιαπραγμάτευσή τους και την επίλυση συγκρούσεων με αποτελεσματικότερο τρόπο από αυτόν της παιδικής ηλικίας.

Φαίνεται, πως ο έφηβος χρειάζεται αρχικά να συσπειρωθεί προτού καταφέρει να κάνει ένα άλμα προς τα εμπρός. Ένα άλλο χαρακτηριστικό, που οφείλεται σε αυτή την κίνηση προς τα πίσω αλλά και την ανάγκη εξέλιξης, είναι η αμφιθυμία κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Αυτή μπορεί να εκφράζεται με τη συναισθηματική

αστάθεια στις σχέσεις, την παρατηρούμενη αντίθεση ανάμεσα σε όσα σκέφτεται και σε όσα αισθάνεται ή κάνει και τις παράλογες και παράδοξες αλλαγές στη συμπεριφορά. Αυτές οι διακυμάνσεις στα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του εφήβου, που είναι ενδεικτικές της στάσης του στις διαδικασίες της ανάπτυξης, μπορεί συχνά να προκαλέσουν σύγχυση σε γονείς, εκπαιδευτικούς και την κοινωνία, με αποτέλεσμα συχνά η συμπεριφορά αυτή να παρεξηγείται. Δε θα πρέπει να ξεχνάμε ότι ο έφηβος δεν είναι ακόμα ενήλικας. Παραμένει ανώριμος και θα πρέπει να κατακτήσει ορισμένα ακόμα αναπτυξιακά ορόσημα προκειμένου να εισέλθει στην ενήλικη ζωή του κατάλληλα εφοδιασμένος ώστε να αντιμετωπίσει τις δικές της προκλήσεις: εκπαίδευση, επαγγελματική αποκατάσταση, κοινωνικές σχέσεις, γάμο, ανάληψη της ευθύνης του γονικού ρόλου. Ο έφηβος κινείται μεταξύ εξάρτησης και ανεξαρτησίας. Η σχέση του με τους γονείς χρειάζεται να ξαναδομηθεί, μέσα από τις διεργασίες της μετάβασης από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή. Ο τελικός στόχος είναι βέβαια να επιτύχει ο έφηβος την αυτονομία και την ανεξαρτητοποίησή του. Η προσπάθεια αυτή για αυτονομία του εφήβου συνεπάγεται κλυδωνισμό της ισορροπίας που είχε η οικογένεια μέχρι την περίοδο αυτή. Η ισορροπία αυτή πολύ συχνά εξαρτάται από το βαθμό της εξάρτησης των παιδιών από τους γονείς του αλλά και αντίστροφα. Αυτονόητο είναι πως οι γονείς πρέπει να συνεχίσουν να έχουν την ευθύνη του παιδιού τους και επιπλέον να το «κρατήσουν», να απορροφήσουν δηλαδή τις συγκρούσεις των συναισθημάτων αλλά και την αστάθεια της συμπεριφοράς, οικοδομώντας μία σχέση εμπιστοσύνης. Στο σημείο αυτό υπάρχει ο κίνδυνος είτε ο έφηβος είτε οι γονείς, ασυνείδητα, να επιθυμούν να συνεχιστούν οι δεσμοί εξάρτησης. Η συμπεριφορά του εφήβου μπορεί να κάνει τους γονείς να αντιδράσουν με κατασταλτικά μέτρα, οδηγώντας τον έφηβο είτε στην περαιτέρω επιδείνωση της συμπεριφοράς του, είτε στην προσκόλλησή του στους γονείς με αποτέλεσμα την ανεπαρκή αυτονόμησή του.

Εξίσου επικίνδυνη είναι και η αντίθετη αντίδραση: «είσαι μεγάλος πλέον, δεν μας χρειάζεσαι εμάς». Αυτή η αντίδραση μπορεί να δημιουργήσει στον έφηβο μία αίσθηση ψευδούς ωριμότητας. Για να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις που τον υπερβαίνουν μπορεί να ταυτιστεί με τη στάση του γονέα, βάζοντας σε κίνδυνο τη σταδιακή ωρίμανση του δικού του εαυτού. Η πρόωρη απομάκρυνση από τους γονείς μπορεί επίσης να τον κάνει να αισθανθεί μόνος, ανήμπορος και απελπισμένος, καθώς νοιώθει πως δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των

μεγάλων. Παραμένει έτσι άβουλος και αναποφάσιτος ενώ παράλληλα αναζητά διαρκώς στηρίγματα. Γιατί συμβαίνουν όλα αυτά ; Κεντρικά στα παραπάνω είναι δύο ζητήματα: αυτά της απώλειας της παιδικής ηλικίας και η επώδυνη διαδικασία της αποκαθίλωσης των εξιδανικευμένων εικόνων των γονιών του. Τα δύο αυτά θέματα αφορούν παράλληλα τόσο στον έφηβο όσο και τους γονείς του. Ο έφηβος θα πρέπει σταδιακά να «πενθήσει», όπως αναφέρουν οι θεωρητικοί της εφηβικής ηλικίας, την απώλεια της σιγουριάς, της ασφάλειας, της ανεμελιάς της παιδικής ηλικίας και να αρχίσει να αναλαμβάνει ο ίδιος την ευθύνη του εαυτού του. Επίσης, καθώς ωριμάζει, αρχίζει να αντιλαμβάνεται ότι οι γονείς του δεν είναι ιδανικά πρόσωπα, όπως πίστευε στην παιδική του ηλικία, παντοδύναμα, πανέξυπνα. Αρχίζει και αντιλαμβάνεται τις αδυναμίες τους, να αμφισβητεί τις αξίες τους, τις πεποιθήσεις τους και μαζί με αυτές τις ευρύτερες κοινωνικές και ηθικές αξίες. Στο δρόμο για την υιοθέτηση της δικής του ταυτότητας θα αρχίσει να ταυτίζεται με διάφορα εξωτερικά πρότυπα («είδωλα»), να συμμετέχει σε ομάδες, να εξετάζει, να ενστερνίζεται και στη συνέχεια να απορρίπτει θεωρίες, να «επαναστατεί» και αυτή η διαδικασία θα τον στρέψει από το στενό οικογενειακό πυρήνα στην κοινωνία, τον κόσμο. Είναι αυτονόητο, πως όσο μεγαλύτερη είναι η ανάγκη των γονιών να εξακολουθούν να είναι τα κεντρικά πρόσωπα στη ζωή του εφήβου, τόσο πιο δύσκολες και επώδυνες θα είναι οι παραπάνω διαδικασίες. Οι ίδιοι οι γονείς αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να αποδεχτούν την απώλεια του γονικού τους ρόλου. Φυσιολογικά, η στέρηση αυτή οδηγεί στο να στραφούν οι γονείς ο ένας στον άλλο για πιο άμεση ικανοποίηση των αναγκών τους ή να συμβιβαστούν με τις μειωμένες ικανοποιήσεις που τους προσφέρει η σχέση με νέους ενήλικες (όπως σε λίγα χρόνια θα είναι τα παιδιά τους). Η ιδανική εικόνα που τους προσέδιδε το παιδί τους είναι γοητευτική και ενίοτε αποπλανητική αλλά θα πρέπει και οι ίδιοι να είναι σε θέση να το βοηθήσουν να την αποκαθλώσει προκειμένου να την αντικαταστήσει με μία άλλη, πιο κοντά στην πραγματικότητα. Με τον τρόπο αυτό βοηθούν το παιδί τους, όταν αυτό θα ενηλικιωθεί, να μπορεί να δημιουργήσει σχέσεις που δε θα βασίζονται στην εξιδανίκευση, η οποία αναπόφευκτα οδηγεί σε απογοητεύσεις και θυμό. Συχνά αυτή η διαδικασία συμπίπτει με την κρίση της μέσης ηλικίας των γονιών. Ο γονιός χαίρεται για την ανάπτυξη του παιδιού του αλλά παράλληλα, αναγκασμένος να κάνει τον απολογισμό της δικής του ζωής, έρχεται αντιμέτωπος με στέρησεις, επιλογές που πιστεύει πως θα έπρεπε να είναι άλλες, αναγνωρίζοντας παράλληλα πως δεν έχει πλέον την ευκαιρία να τις αλλάξει.

Τα χρόνια πέρασαν. Και όλα αυτά μπορεί να οδηγήσουν σε κρίση είτε της σχέσης των γονιών με το παιδί τους, είτε των γονιών μεταξύ τους, είτε σε συναισθηματική κρίση του κάθε γονέα ξεχωριστά. Η επιτυχημένη επίλυση αυτών των συγκρούσεων βοηθά τον έφηβο να διαμορφώσει το δικό του, αυθεντικό σύστημα αξιών, απορρίπτοντας ορισμένες από αυτές των γονιών του και υιοθετώντας άλλες, ενώ δημιουργείται μία καλύτερη αίσθηση εαυτού. Ο έφηβος πλέον ελέγχει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του και με βάση αυτά προσδιορίζει τις επιλογές του. Η προσωπική επιλογή και ευθύνη καθιστά ευκολότερη και την κρίση τους. Όλα αυτά μεταβάλλουν και τη σχέση του εφήβου με τους συνομηλίκους τους. Συχνά παρατηρείται στην ηλικία αυτή φιλικές σχέσεις της παιδικής ηλικίας να καταρρέουν για να αντικατασταθούν από άλλες. Στην παιδική ηλικία αυτό που δυναμώνει τις φιλικές σχέσεις ήταν το παιχνίδι και όχι η κατάθεση προσωπικότητας και χαρακτήρα των ατόμων. Ο έφηβος πλέον αναπτύσσει την ικανότητα να διαλέγει τους φίλους και την παρέα του, των οποίων οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις είναι τέτοιες ώστε να ενισχύουν την επιθυμία του να γίνει ενήλικας. Τα παραπάνω έχουν μία επιπλέον σημαντική συνέπεια. Στην ηλικία αυτή, μέσα από την εκπαίδευση, τίθενται οι βάσεις της μελλοντικής επαγγελματικής απασχόλησης και οι στόχοι για τον τρόπο ζωής. Επομένως, όσο καλύτερης διαπραγμάτευσης έχουν τύχει τα παραπάνω θέματα, τόσο πιθανότερο είναι οι επιλογές αυτές να δώσουν μελλοντικά ικανοποίηση στον έφηβο. Το άλλο κύριο επίτευγμα αυτής της ηλικίας είναι η απορρόφηση των κραδασμών που προκαλεί η ανάδυση της σεξουαλικότητας στην εφηβική ηλικία και των σωματικών αλλαγών που οφείλονται στην ορμονική αφύπνιση του σώματος του εφήβου. Οι ορμονικές αλλαγές προκαλούν αλλαγές στα πρωτεύοντα και τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου.

Οι αισθητηριακές προσλήψεις του εφήβου κατακλύζονται από πρωτόγνωρα ερεθίσματα που προκαλούν ευχαρίστηση ταυτόχρονα όμως και ντροπή, άγχος, αμηχανία. Πως θα δεχτούν οι γονείς αυτές τις καινούργιες εμπειρίες; Πως θα επιδράσουν στις σχέσεις με τους συνομηλίκους; Η «σεξουαλικοποίηση» του κοινωνικού περιβάλλοντος και των οπτικών παραστάσεων των παιδιών και των εφήβων δε βοηθά στη σταδιακή απαρτίωση ή σύνθεση των καινούργιων αυτών εμπειριών στο σύνολο της ταυτότητας του ατόμου. Η απότομη και συχνά άκαιρη αφύπνιση της σεξουαλικότητας σημαίνει πως το παιδί ή ο έφηβος δε διαθέτει το απαιτούμενο χρονικό διάστημα να διαπραγματευτεί τα αρνητικά συναισθήματα που συνοδεύουν τη σεξουαλικότητα, να

μπορέσει να τα αντιμετωπίσει και να τα τακτοποιήσει κατάλληλα. Το γεγονός αυτό συμβάλλει σημαντικά στην αστάθεια των σχέσεων αργότερα στη ζωή του αλλά τελικά και στην ίδια την απόλαυση της σεξουαλικής επαφής, που μετατρέπεται σε «μόδα», «must», μίμηση επιβεβλημένων προτύπων κλπ. Η αμηχανία ή η ντροπή λοιπόν, αρχικά μπορεί να οδηγήσουν στην απομόνωση του εφήβου. Στο σημείο αυτό καθοριστικός είναι ο ρόλος του γονέα. Εφόσον ο ίδιος έχει διαπραγματευτεί με ικανοποιητικό τρόπο τα ζητήματα της δικής του σεξουαλικότητας θα μπορέσει να βοηθήσει τον έφηβο να λύσει τις απορίες του χωρίς να χρειαστεί να καταφύγει στους μύθους των συνομηλίκων του ίδιου φύλου, που στηρίζονται στην άγνοια συχνά και τις φαντασιώσεις που τρέφονται από τους ίδιους φόβους, οι οποίοι μπορεί να αναστείλουν περαιτέρω τη φυσιολογική σεξουαλική ανάπτυξη. Η εικόνα του ατόμου του άλλου φύλου μπορεί να διαστρεβλωθεί τόσο που να τρομάξει, όπως και η εικόνα του ίδιου του εαυτού. Στη διαστρεβλωμένη αυτή εικόνα μπορεί να συμβάλει και η αντίστοιχη, ασυνείδητη των γονιών, οι οποίοι, με υπερβολικές απαγορεύσεις ή απουσία ορίων (ακόμα και με στάσεις του τύπου: «δε θέλω να γνωρίζω τίποτε για όλα αυτά») δυσκολεύουν την απαρτίωση της σεξουαλικής ταυτότητας του παιδιού τους. Ζητούμενο είναι να εδραιωθεί η επιθυμία, με τρόπο σταδιακό, ώριμο και κατάλληλο, που θα αποτελέσει τη βάση των ετεροφυλόφιλων σχέσεων στη μετέπειτα ζωή του εφήβου. Η εφηβεία, η ταυτότητα, η σεξουαλικότητα είναι μία άγνωστη περιοχή, την οποία το παιδί θα πρέπει να γνωρίσει και να κατακτήσει ώστε να ενηλικιωθεί. Στην προσπάθεια αυτή οι γονείς θα πρέπει να είναι αρωγοί. Θα πρέπει, στηριζόμενοι στις γνώσεις, τις εμπειρίες και τις αναμνήσεις της δικής τους εφηβείας, να θέτουν τα όρια που πιστεύουν ότι τους βοήθησαν στη δική τους εξερεύνηση αυτής της άγνωστης περιοχής. Δε θα πρέπει όμως να ξεχνάνε ότι η περιοχή που καλείται να εξερευνηθεί το παιδί τους είναι μία καινούργια περιοχή και σε αυτή θα πρέπει να το βοηθήσουν να αναπτύξει πρωτοβουλίες, να χρησιμοποιήσει τρόπους και ιδέες δικές του, αφού το ίδιο είναι ο δέκτης των μηνυμάτων του καιρού του. Στην πορεία αυτή θα υπάρξουν συγκρούσεις στις οποίες οι γονείς, με τη βοήθεια του υποστηρικτικού τους, ώριμου ρόλου, θα βοηθήσουν τον έφηβο να ανακαλύψει τις λύσεις, τις οποίες θα χρησιμοποιήσει αργότερα σα μοντέλο για την εξερεύνηση και άλλων, άγνωστων περιοχών στη ζωή του. Όπως αναφέρει ένας έφηβος: «Μπορεί να θέλω να κάνω ό,τι μου γουστάρει, αλλά αν οι γονείς μου δεν μου έβαζαν όρια, θα πίστευα πως δε με αγαπάνε». Η εφηβεία, αυτή η «δεύτερη γέννηση» όπως τη χαρακτηρίζει ο Rousseau, είναι μία από τις πιο ουσιαστικές περιόδους στην ζωή του ανθρώπου, αποτελώντας τη γέφυρα μεταξύ της παιδικής ζωής και της ενηλικίωσης. Πρόκειται για μια πραγματικά μαγική φάση, που χαρακτηρίζεται από πολλές αλλαγές:

σωματικές, ψυχικές, διατροφικές, κοινωνικές, ο ρόλος των οποίων είναι καθοριστικός για τη μετέπειτα εξέλιξη του εφήβου. Η εφηβεία αποτελεί μία μεταβατική περίοδο, μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της ενηλικίωσης. Ο έφηβος δεν είναι ούτε παιδί, ούτε ενήλικας και παρουσιάζει ιδιαιτερότητες και συγκεκριμένες ανάγκες. Μέσα από μια φυσιολογική διαδικασία ωρίμανσης, ο έφηβος αντιδρά σε κάθε μορφής εξουσία και πειραματίζεται-εξερευνά τα όριά του προσπαθώντας να αποκτήσει μια συνέχεια που να χαρακτηρίζει τις επιλογές του, δηλαδή μία «ταυτότητα». Η πορεία του αυτή είναι γεμάτη πρωτόγνωρες και συναρπαστικές εμπειρίες, αλλά και δυσκολίες, άγχος και ορισμένες φορές κίνδυνο. Λόγω της σωματικής και ψυχολογικής αστάθειας που χαρακτηρίζει το έφηβο, μπορεί να αναδυθούν διάφορα προβλήματα κατά την ηλικία αυτή, ή να επιδεινωθούν τα ήδη υπάρχοντα.

Επιπλέον, η οικογένεια μοιάζει συχνά αμήχανη, γεμάτη δέος μπροστά σε αυτό τον καταγισμό σωματικών και ψυχολογικών μεταβολών, και συχνά μέσα από πανικό επιδεινώνει καταστάσεις. Ο έφηβος και η οικογένειά του έχουν ανάγκη από «φάρους» στις σύγχρονες κοινωνίες. Ο έφηβος σπάνια αναζητά βοήθεια και ΔΕΝ κάνει χρήση των υπαρχόντων υπηρεσιών υγείας γιατί :

- Δεν έχουν σχεδιαστεί για τις ανάγκες του
 - Δεν γνωρίζει πού να απευθυνθεί
 - Δεν εμπιστεύεται εύκολα τους λειτουργούς υγείας
 - Δεν του αρέσει να περιμένει (και ΔΕΝ έχει το χρόνο)
 - Δεν αποδέχεται εύκολα τη βοήθεια και προτιμά να λύνει μόνος του τα προβλήματά του
- Εκτός από τις ιδιαιτερότητες και δυσκολίες της εφηβικής ηλικίας, η σημερινή πραγματικότητα συμβάλλει στην ανάπτυξη νέων μορφών νοσηρότητας που σχετίζονται με τον σύγχρονο τρόπο ζωής, τον βομβαρδισμό από τα ΜΜΕ, την τεχνολογική ανάπτυξη, την κινητικότητα πληθυσμών και τις νέες κοινωνικές δομές. Έτσι, σημαντικά προβλήματα των νέων παγκοσμίως, αλλά και στη χώρα μας, είναι :
- η έλλειψη σωστών διατροφικών συνηθειών με διάφορες επιπτώσεις, όπως η εμφάνιση διατροφικών διαταραχών και παχυσαρκίας, η ανεπαρκής πρόσληψη απαραίτητων για την αύξηση στοιχείων (σίδηρος, ασβέστιο), η δυσλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης κ.α.
 - η κατάχρηση καπνού, αλκοόλ και άλλων ουσιών
 - η έλλειψη σεξουαλικής αγωγής και οι επιπτώσεις της (σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη)
 - η παραβατικότητα

- οι διαταραχές του συναισθήματος

Η εφηβική ηλικία έχει μία σημαντική δυναμική, αφού αποτελεί τον καθρέφτη της κάθε κοινωνίας και των προβλημάτων της (οι έφηβοι είναι ο πληθυσμός του οποίου η συμπεριφορά καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την επίδραση του περιβάλλοντος). Κατά την εφηβεία το άτομο ξεκινά τη διαδικασία αυτονόμησης και αποκτά σταδιακά την ευθύνη της υγείας του, αποκτώντας γνώσεις και υιοθετώντας συμπεριφορές που θα καθορίσουν την μελλοντική ποιότητα της ζωής του. Οι έφηβοι αποτελούν την ομάδα-στόχο για πρόληψη και αγωγή υγείας για όλους τους παραπάνω λόγους και για το ότι περισσότερο από τα 2/3 των προβλημάτων τους μπορούν να προληφθούν! Είναι γεγονός ότι πολλά από τα νοσήματα των μελλοντικών ενηλίκων μπορούν να προληφθούν με παρεμβάσεις στους σημερινούς εφήβους Σύμφωνα με πρόσφατα στατιστικά στοιχεία στην Ελλάδα ζουν 1.300.000 έφηβες και έφηβοι ηλικίας 11 έως 19 ετών, οι οποίοι αποτελούν περίπου το 11 % του πληθυσμού της χώρας. Οι νέοι μας αποτελούν πολύτιμο τμήμα του Ελληνισμού και αντιπροσωπεύουν το μέλλον της Ελλάδας. Η αναγνώριση των ιδιαίτερων υγειονομικών τους αναγκών και η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας που τους παρέχονται, αποτελούν ανάγκη της κοινωνίας μας και σημαντική επένδυση για το μέλλον. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν αρκετές δομές για την εφηβική ηλικία, με αποτέλεσμα οι έφηβοι να παραμελούνται και να εκτίθενται σε κινδύνους.

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΠΟΛΗ ΤΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

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 αντανakλά
- 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 της παιδικής ηλικίας. Οι περισσότεροι από τους εφήβους παρουσιάζουν προβλήματα που σχετίζονται με τις φυσιολογικές διεργασίες της ήβης (π.χ. ακμή, σιδηροπενία, άγχος). Επίσης, σε υψηλό ποσοστό μπορεί να προκύψει κάποια διαταραχή των φυσιολογικών αυτών μεταβολών (π.χ. έως και 50% των κοριτσιών παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα εμμηνορρυσίας). 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 αποκατάσταση εκτός από την παρακολούθηση της ειδικής ομάδας των θεραπόντων ιατρών, ισχυρή υποστήριξη κατά την εφηβεία, ώστε να βιώσουν τις μεταβολές της με όσο το δυνατόν πιο ανώδυνο και λειτουργικό τρόπο. Κατά την εφηβεία μπορεί να αναδυθούν λανθάνουσες, προϋπάρχουσες καταστάσεις (σωματικές, ψυχικές, κοινωνικοπεριβαλλοντικές) λόγω της οργανικής και συναισθηματικής αστάθειας της περιόδου αυτής. Το περιβάλλον έχει ιδιαίτερη σημασία για την υγεία και την ευημερία των εφήβων. Οι έφηβοι της χώρας μας, όπως και της πόλης του Ηρακλείου, 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 (ΜΜΕ), φαινόμενο διαζυγίου και μείωση της κοινωνικής συνεκτικότητας (μικρές οικογένειες σε μεγάλες κοινωνίες). Τα σημαντικότερα προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι έφηβοι του Ηρακλείου της Κρήτης είναι ο βομβαρδισμός τους από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) και το επιθετικό marketing, με αποτέλεσμα την εμφάνιση μιας «νέας» νοσηρότητας (new morbidity) που προκύπτει από την ανάπτυξη συμπεριφορών υψηλού κινδύνου : κάπνισμα , ριψοκίνδυνη σεξουαλική δραστηριότητα, χρήση αλκοόλ, κάπνισμα, διατροφικές εκτροπές, επικίνδυνη οδική συμπεριφορά κ.α.



2.1. Κάπνισμα

Σύμφωνα με στοιχεία της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, 60% των Ελλήνων και 45% των Ελληνίδων καπνίζουν σε ηλικία 25 ετών. Από τους ενήλικες που καπνίζουν, > 90% ξεκίνησαν σε ηλικία < 19 ετών. Το ποσοστό του συστηματικού καπνίσματος σε μαθητές Γυμνασίου και Λυκείου του Ηρακλείου ανέρχεται σε 20.8%, όπως προκύπτει από τους επιδημιολογικούς πίνακες του Υπουργείου Υγείας . Στην Ελλάδα αναφέρεται ότι 9% των μαθητών Β΄ και Γ΄ Λυκείου (16 ετών) έχουν κάνει δοκιμή ή χρήση κάνναβης (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%). Τα ποσοστά αυτά δικαιολογούν και το γεγονός ότι η

Ελλάδα φιγουράρει στις πρώτες θέσεις της ευρωπαϊκής λίστας κατανάλωσης τσιγάρων, ενώ ίσως τα πιο ανατριχιαστικά στοιχεία είναι αυτά που αφορούν τους νέους ηλικίας 12 έως 18 ετών. Πρόσφατη μελέτη του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου που έγινε σε συνεργασία με το Κέντρο Υγείας Βύρωνα, σε αγόρια και κορίτσια, έδειξε ότι κατά μέσον όρο, το 33% των εφήβων έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν τσιγάρο τουλάχιστον μία φορά, ενώ το 10% των εφήβων δηλώνουν τακτικοί καπνιστές. Εάν τα στοιχεία αυτά αναχθούν στο γενικό πληθυσμό δείχνουν ότι καπνίζουν από 200.000 Ελληνόπουλα. Σοκάρουν οι αριθμοί Κάθε χρόνο χάνουν τη ζωή τους 3 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλον τον κόσμο από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα εκ των οποίων οι 500.000 στην Ευρώπη. Σε ανακοινώσεις που δόθηκαν από το Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας, την Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία και την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, δείχνει ότι τα θύματα του καρκίνου του πνεύμονα στη χώρα μας υπολογίζονται σε 6.000 κάθε χρόνο, ενώ το κάπνισμα ευθύνεται για το ένα τρίτο των συνολικών καρκίνων και για το 7% των ενηλίκων που εμφανίζουν χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Σύμφωνα με στοιχεία και τις εκτιμήσεις των ειδικών, ένας στους τέσσερις νέους που κάθε χρόνο αρχίζουν να καπνίζουν, θα πεθάνει τελικά από νόσο που σχετίζεται με κάπνισμα. Εξαιρετικά βλαβερό, όμως, αποδεικνύεται και το παθητικό κάπνισμα καθώς η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα αυξάνει διάφορους δείκτες φλεγμονής, που το κάνουν να ισοδυναμεί με το ενεργητικό κάπνισμα.

Ενδεικτικά είναι τα στοιχεία που αναφέρονται στα παιδιά των οποίων οι γονείς είναι καπνιστές. Σύμφωνα με τους υπολογισμούς των επιστημόνων, ένας έφηβος που ζει σε σπίτι καπνιστών και εισπνέει καθημερινά τον καπνό τους, σε περίπου 5 χρόνια ο οργανισμός του θα έχει επιβαρυνθεί σαν να είχε καπνίσει 100 πακέτα τσιγάρα. Το κάπνισμα σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) προκαλεί εθισμό, θεωρείται χρόνια νόσος, αποτελεί την πρώτη και κύρια αναστρέψιμη αιτία θανάτου με δυνατότητα πρόληψης και παράλληλα θεωρείται ο μεγαλύτερος παράγοντας απορρόφησης οικονομικών πόρων του συνόλου των ασφαλιστικών συστημάτων. Περισσότερους από 450.000.000 ανθρώπους, στο διάστημα 2000-2005, έχει σκοτώσει το κάπνισμα σε παγκόσμιο επίπεδο σύμφωνα με εκτιμήσεις του Π.Ο.Υ., ενώ σήμερα εκτιμάται ότι το ένα τρίτο του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού, δηλ. 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι, είναι καπνιστές. Οι Έλληνες καταναλώνουν περισσότερα τσιγάρα κατά κεφαλή από όποιο άλλο κράτος, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. Πρόσφατα στοιχεία από το ERC, μία ομάδα έρευνας της αγοράς, δείχνουν πως οι Έλληνες καπνίζουν έναν μέσο όρο 3.000 τσιγάρων κατά κεφαλή

το 2006 , περισσότερο από την FYROM, τη Ρωσία, τη Τσεχία και την Ισπανία. Σήμερα στην Ελλάδα δύο στους τρεις Έλληνες και μία στις τρεις Ελληνίδες καπνίζουν κάθε μέρα, ενώ ανησυχητικά είναι τα ποσοστά στους εφήβους και τις νέες γυναίκες. Σύμφωνα με τους επιστήμονες τα επόμενα χρόνια θα υπάρξουν μικρές μεταβολές στα πρότυπα κατανάλωσης στην Ελλάδα. Σε αυτό βοηθάει η ανεκτική νομοθεσία ελέγχου καπνίσματος, τα χαμηλά ποσοστά διακοπής και τα υψηλά ποσοστά χρήσης από νέους. Οι εκτιμήσεις για την εξάπλωση στους νέους είναι πιο πρόσφατες και προέρχονται από τη Παγκόσμια Επισκόπηση Καπνίσματος Νέων (Global Youth Tobacco Survey (GYTS) που διεξήχθη το 2005 μεταξύ 6.378 μαθητών ηλικίας 13-15 ετών. Το δείγμα ήταν εθνικά αντιπροσωπευτικό και τυχαία επιλεγμένο. Η μελέτη (Κύρλεση και συνεργάτες) έδειξε πως περίπου 1 στους 10 μαθητές ήταν τρέχοντες καπνιστές (10.4%) και ότι δεν υπήρχε στατιστική διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Άλλα ευρήματα από την GYTS περιλαμβάνει τα ακόλουθα: Πολλοί μαθητές είχαν πειραματιστεί με το κάπνισμα. Περίπου το ένα τρίτο των μαθητών ηλικίας 13-15 ετών στην Ελλάδα είχε κάποτε καπνίσει. Το κάπνισμα άρχιζε σε μικρή ηλικία. Ένας στους τέσσερις καπνιστές άρχισε πριν από την ηλικία των 10. Πολλοί μαθητές δοκίμασαν να καπνίσουν. Το 19.5% αυτών που ποτέ δεν κάπνισαν στο παρελθόν, είπαν πως πιθανότατα θα άρχιζαν να καπνίζουν το επόμενο έτος.

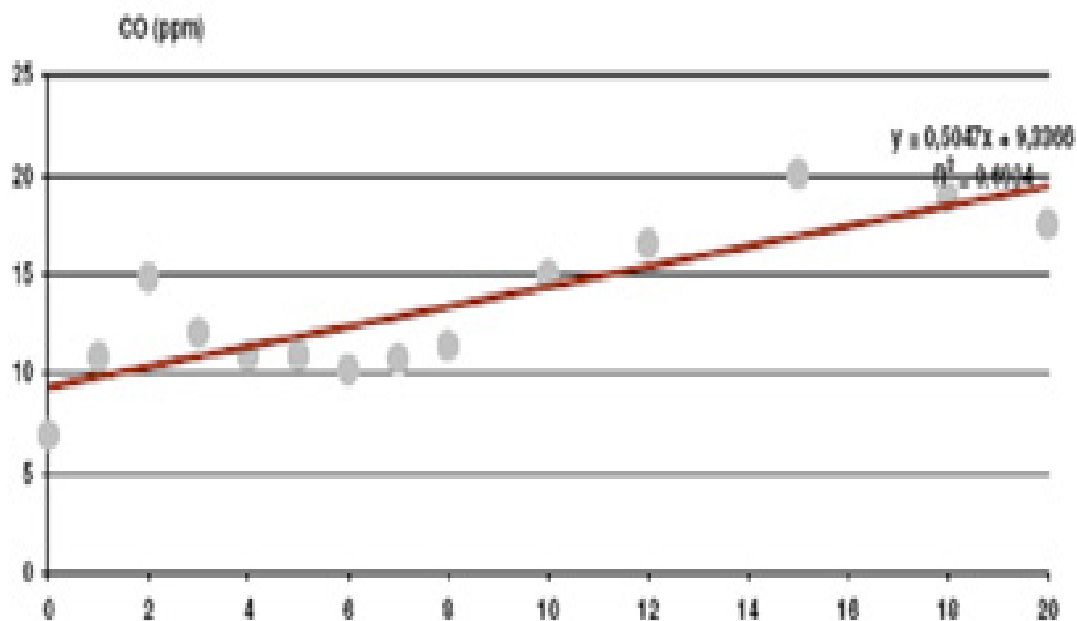
Η καπνοβιομηχανία στοχοποίησε επιθετικά τους νέους. Ένας στους πέντε μαθητές δέχθηκε προσφορά δωρεάν τσιγάρων από εκπρόσωπο της καπνοβιομηχανίας. Άλλες μελέτες (Βαρδαβάς και συνεργάτες) έχουν δείξει την εξάπλωση του καπνίσματος μεταξύ φοιτητών ιατρικής να κυμαίνεται μεταξύ 28% και 30% και σε φοιτητές άλλων σχολών να κυμαίνεται μεταξύ 42% και 44%. Πρόσφατη μελέτη έδειξε πως η εξάπλωση του καπνίσματος σε Έλληνες γιατρούς ήταν ακόμα υψηλότερη από το γενικό πληθυσμό. Σ' ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα 1.284 ιατρών (718 άνδρες, 566 γυναίκες) η μελέτη, που διεξήχθη μεταξύ Σεπτεμβρίου 2003 και Ιουνίου 2005, έδωσε μια συνολική εξάπλωση της τάξης του 38.6% (Σωτηρόπουλος και συνεργάτες). Τα ευρήματα από τον πληθυσμό του ΕΠΙΚ είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά, καθώς σχεδόν το 40% των πολιτών του Ηρακλείου 25-34 ετών είναι καπνιστές και περίπου οι μισοί άνδρες κάτω των 54 ετών καπνίζουν. Το ποσοστό των καπνιστών μειώνεται σημαντικά μετά τα 54 έτη, καθώς οι καπνιστές αντιδρούν στον κίνδυνο θανάτου που δημιουργεί η συνήθειά τους ή πληρώνουν με τη ζωή τους την εξάρτησή τους από το κάπνισμα. Στις γυναίκες του Ηρακλείου παρατηρούνται ιδιαίτερος υψηλά ποσοστά καπνιστριών στις νεότερες ομάδες ηλικιών -ως 44 ετών-, ενώ στις μεγαλύτερες ηλικίες οι περισσότερες είναι μη καπνίστριες. Η εικόνα αυτή δημιουργεί

δυσοίωνες προοπτικές για την υγεία των νεότερων Ελληνίδων και προαναγγέλλει αύξηση της συχνότητας των νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα. Σε σχετικά ερωτηματολόγια που δόθηκαν σε μαθητές εφήβους όλης της Ελλάδας, (συμπεριλαμβανομένου και της πόλης του Ηρακλείου) απάντησαν περίπου 300 μαθητές (58% κορίτσια και 42% αγόρια), οι οποίοι δήλωσαν ότι σε ποσοστό 90% δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Το 8% απάντησε ότι κάπνισε κάποτε, αλλά δεν ξαναδοκίμασε, το 1% ότι καπνίζει πού και πού και επίσης 1% ότι καπνίζει συστηματικά. Από τους μαθητές που εμφανίζονται να καπνίζουν ευκαιριακά ή τακτικά, το 46% είναι κορίτσια και το 54% αγόρια. Για την παρουσία καπνιστών στο σπίτι, το 30% απάντησε ότι καπνίζει ένα μέλος της οικογένειας, το 30% δύο, το 23% ότι δεν καπνίζει κανείς και το 15% ότι καπνίζουν τρεις.

2.1.1 Επιδημιολογία του Καπνίσματος

Το μονοξειδίο του άνθρακα, που αποτελεί μία βλαβερή ουσία που παράγεται κυρίως από τον καπνό των τσιγάρων, είναι ένας εύκολος μετρούμενος δείκτης του παθητικού καπνίσματος.

Το μέσο επίπεδο του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα (COex) που προέρχεται από τις μετρήσεις σε μη καπνιστές, όλων των ηλικιών, σε δημόσιους χώρους ή νοσοκομεία στην Ελλάδα ανέρχεται σε 9,4 ppm (Πίνακας 1), που αποτελεί συγκέντρωση υψηλότερη από το ανώτατο επιτρεπτό όριο μονοξειδίου του άνθρακα (8,5 ppm) στον περιβάλλοντα αέρα, ενώ στους καπνιστές το μέσο επίπεδο συγκέντρωσης είναι μεγαλύτερο από το διπλάσιο και ανέρχεται στα 25 ppm. Η Ελλάδα έχει το υψηλότερο επίπεδο COex στους μη καπνιστές, καθώς κατατάσσεται 27η ανάμεσα στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κυρίως λόγω της ελλιπούς εφαρμογής των σχετικών μέτρων και νόμων. Έχει, επίσης, εκτιμηθεί ότι στην Ελλάδα το 2002 προκλήθηκαν 568 θάνατοι μη καπνιστών από ισχαιμία του μυοκαρδίου, εγκεφαλικά, καρκίνο του πνεύμονα και χρόνιες πνευμονοπάθειες εξαιτίας του παθητικού καπνίσματος. Το δε υψηλό προσδόκιμο ζωής τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες συνδέεται με το χαμηλό επίπεδο συγκέντρωσης COex στους μη καπνιστές, γεγονός που επιδρά στη συνεχή διολίσθηση του προσδόκιμου ζωής των Ελλήνων σε σχέση με τους υπόλοιπους δυτικοευρωπαίους.



Πίνακας 1. Συσχέτιση επιπέδου εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα σε μη καπνιστές, όλων των ηλικιών και ωρών έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα στην Ελλάδα. Πηγή : Help-COmets report 200

Έως σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί περισσότερες από 150.000 μετρήσεις, ενώ τα έως τώρα αποτελέσματα βασίζονται σε 111.835 μετρήσεις. Το μεγαλύτερο μέρος των μετρήσεων στην Ευρώπη πραγματοποιήθηκε σε δημόσιους χώρους (48%). Άλλες μετρήσεις διεξήχθησαν σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας (15%), σε πανεπιστημιακούς χώρους και χώρους διδασκαλίας (14%), σε τόπους όπου διεξάγονται αθλητικά γεγονότα (9%), σε πολιτιστικές εκδηλώσεις (6%), σε εργασιακούς χώρους (4%) και σε τόπους όπου διεξάγονται μουσικές εκδηλώσεις (4%). Οι συμμετέχοντες είναι κατά το 53% άρρενες με μέσο όρο ηλικίας 16 έτη. Το 44% των συμμετεχόντων είναι καπνιστές και το 56% μη καπνιστές. Στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκαν 2.633 μετρήσεις με ευθύνη της εταιρείας Ablecom. Οι μετρήσεις έγιναν στην Αθήνα, καθώς και σε άλλες πόλεις της Ελλάδας (Ξυλόκαστρο, Κιάτο, Ναύπλιο, Γιάννενα, Πάτρα, Ηράκλειο). Τα έως τώρα αποτελέσματα της καμπάνιας βασίζονται στις μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν στην Αθήνα. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στις μετρήσεις ήταν καπνιστές (65%), ενώ η ηλικιακή ομάδα των 15-18 ετών έχει την πιο υψηλή αντιπροσώπευση στην καμπάνια (1.508 μετρήσεις). Το 57% των συμμετεχόντων ήταν άνδρες και το 43% γυναίκες. Το 64% των μετρήσεων έγινε σε δημόσιους χώρους, το 20% σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, το 10% σε εργασιακούς χώρους και το 6% σε τόπους διεξαγωγής αθλητικών γεγονότων.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της καμπάνιας “Help –for a life without tobacco-”, τα σημαντικότερα στοιχεία των μετρήσεων, τόσο στους καπνιστές, όσο και στους μη καπνιστές στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες έχουν ως εξής:

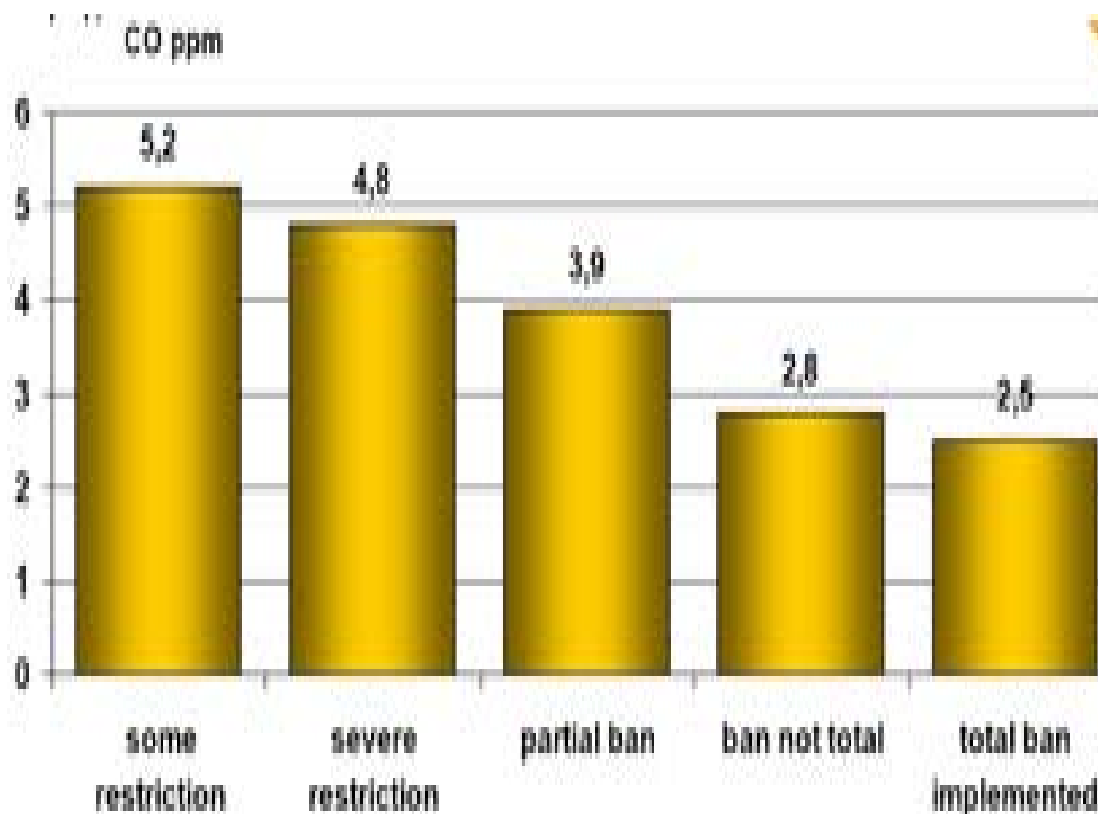
- Το μέσο επίπεδο συγκέντρωσης μονοξειδίου του COex (εκπνεόμενο μονοξείδιο του άνθρακα) στο δείγμα των 49.392 καπνιστών στα 27 κράτη μέλη ανέρχεται σε 17,5 ppm. Είναι δηλαδή διπλάσιο από το ανώτερο επιτρεπτό όριο συγκέντρωσης στον περιβάλλοντα αέρα.
- Το μέσο επίπεδο συγκέντρωσης του COex στο δείγμα των 62.433 μη καπνιστών στα 27 κράτη μέλη ανέρχεται σε 3,9 ppm, επίπεδο χαμηλότερο από το ανώτερο επιτρεπτό όριο συγκέντρωσης που αφορά την μόλυνση της ατμόσφαιρας (8,5ppm).
- Σε όσους μη καπνιστές ανέφεραν έκθεση στον καπνό του τσιγάρου, το επίπεδο του COex αυξάνεται ανάλογα με την χρονική διάρκεια της έκθεσης. Το μέσο επίπεδο COex είναι 33% υψηλότερο (5,2ppm) έπειτα από 30 λεπτά έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου, ενώ διπλασιάζεται μετά την 8ωρη έκθεση.
- Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση της αύξησης του COex των μη καπνιστών και του επιπέδου του COex μετά από κάθε τσιγάρο των καπνιστών. Όταν οι καπνιστές παράγουν περισσότερο COex, οι μη καπνιστές έχουν επίσης αυξημένο επίπεδο CO στους πνεύμονές τους.

Τα αποτελέσματα της μελέτης καταδεικνύουν επίσης τη σαφή συσχέτιση μεταξύ της έκθεσης των πνευμόνων στο μονοξείδιο του άνθρακα των μη καπνιστών και της νομοθεσίας που αφορά την απαγόρευση του τσιγάρου.

Στις Ευρωπαϊκές χώρες με αναπτυγμένη νομοθεσία και αυξημένα μέτρα για τον έλεγχο του καπνού:

- Το μέσο επίπεδο συγκέντρωσης του COex στους μη καπνιστές είναι υψηλό στις χώρες όπου δεν ισχύει η απαγόρευση του καπνού στους δημόσιους χώρους (5,5 ppm) και μειώνεται στις χώρες όπου ισχύει η απαγόρευση του καπνού και τα αυξημένα μέτρα για τον έλεγχό του (2,5 ppm) (Πίνακας 2).
- Το ποσοστό συγκέντρωσης του COex μετά από ένα τσιγάρο είναι υψηλότερο στις χώρες που έχουν πιο ελαστική νομοθεσία και πιο φτωχή συμμόρφωση στους νόμους που αφορούν την απαγόρευση του καπνίσματος (2,8 ppm) απ’ ότι στις

χώρες όπου ισχύει η αυστηρή απαγόρευση του καπνού στους εσωτερικούς χώρους (1,5 ppm).

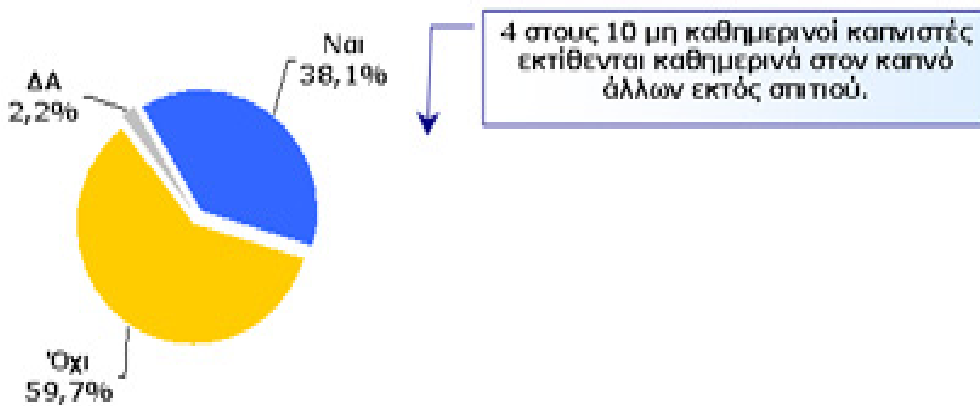


Πίνακας 2. Επίπεδο εκπνεόμενου μονοξειδίου το άνθρακα στους μη καπνιστές βάση της ισχύουσας νομοθετικής ρύθμισης για την προστασία από το παθητικό κάπνισμα στα 27 κράτη μέλη της Ε.Ε.

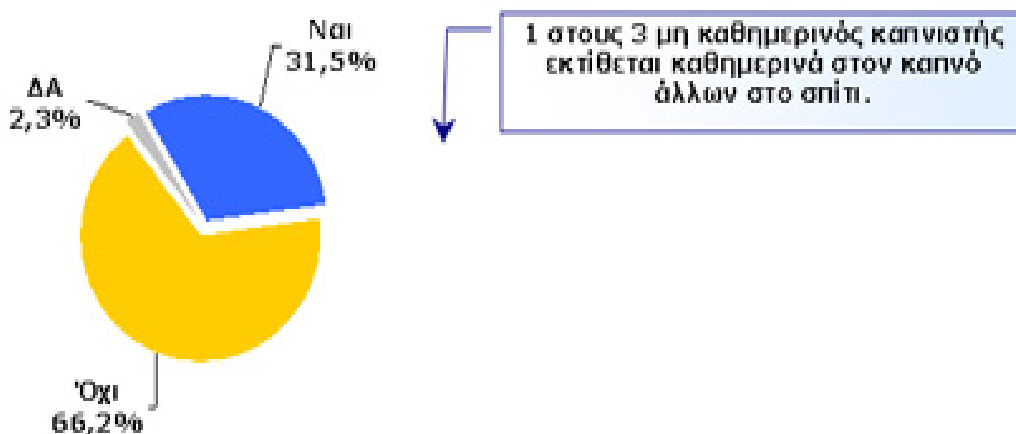
Πηγή. *Help-COmets report 2007*

Επίσης, διαπιστώθηκε συσχέτιση του επιπέδου του CO στους καπνιστές και τους μη καπνιστές με το ύψος της τιμής πώλησης και φορολόγησης των τσιγάρων. Σε ό,τι αφορά το ύψος του κόστους πώλησης των προϊόντων καπνού η Ελλάδα βρίσκεται στην 16η θέση. Από το 1996 έως το 2003 η αύξηση στην τιμή πώλησης των προϊόντων καπνού στην Ελλάδα ήταν 21,1% ενώ ο συνολικός φόρος για κάθε πακέτο τσιγάρων ανέρχεται στο 73,47% της τιμής τους. Στην 1η θέση βρίσκεται η Γαλλία, όπου ο συνολικός φόρος για κάθε πακέτο τσιγάρων ανέρχεται στο 80,39% με αύξηση στην τιμή πώλησης που ανέρχεται στο 44,1%, ενώ στην τελευταία βρίσκεται η Λιθουανία με συνολικό φόρο

60,90%. Σύμφωνα με τα ευρήματα της καμπάνιας στα 27 κράτη μέλη, το ποσοστό συγκέντρωσης του COex μετά από ένα τσιγάρο στους καπνιστές είναι υψηλότερο στις 5 χώρες με την χαμηλότερη φορολογία του καπνού (2,24 ppm) απ' ότι στις χώρες με την υψηλότερη φορολογία (1,78 ppm). Θα πρέπει επίσης να σημειώσουμε ότι σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πανελλαδικής μελέτης Hellas Health I, το 38,1% των Ελλήνων μη καπνιστών εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα στην εργασία (Πίνακας 3) και το 31,5% στο σπίτι (Πίνακας 4).

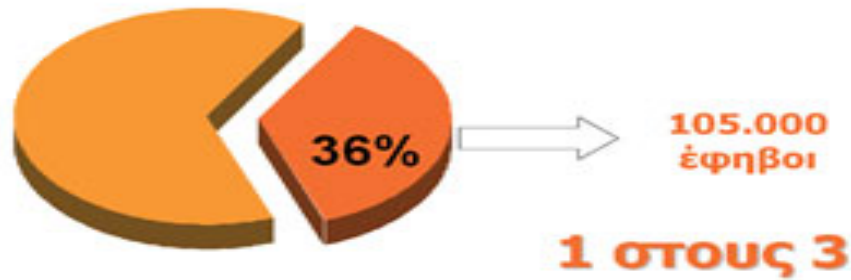


Πίνακας 3. Παθητικό κάπνισμα στην εργασία



Πίνακας 4. Παθητικό κάπνισμα στο σπίτι

ΓΡΑΦΗΜΑ 1. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑ



Πίνακας 5 . Γράφημα στο οποίο απεικονίζεται το κάπνισμα ως συμπεριφορά υψηλού κινδύνου με ποσοστό που ανέρχεται στο 36%

2.1.2 Αίτια Καπνίσματος

Οι περισσότεροι καπνιστές , συμπεριλαμβανομένου και τους έφηβους καπνιστές του Ηρακλείου , δεν θυμούνται γιατί άναψαν το πρώτο τους τσιγάρο. Σίγουρα, όμως, για τη συντριπτική πλειοψηφία δεν ήταν η καλύτερη δυνατή εμπειρία. Συνέχισαν, όμως, όπως το έκαναν- και το κάνουν εκατομμύρια καπνιστές σ' όλο τον κόσμο. Στο ερώτημα γιατί συνεχίζουν το κάπνισμα, οι πιο συνηθισμένες απαντήσεις που δίνουν οι καπνιστές είναι:

α) Για να ηρεμήσουν, να ανακουφιστούν, από κάποια συναισθηματική φόρτιση (συγκίνηση): π.χ. όταν έχουν νεύρα, γιατί κάτι δεν έγινε όπως το ήθελαν, όταν κάτι που περιμένουν ματαιώνεται, όταν στενοχωριούνται ή αισθάνονται πίεση κ.λ.π.

β) Από ευχαρίστηση: π.χ. μετά από κάποια επιτυχία το κάπνισμα τους προκαλεί ακόμα μεγαλύτερη ευχαρίστηση, το θεωρούν ως μια ανταμοιβή για να γιορτάσουν αυτό που ολοκλήρωσαν με επιτυχία.

γ) Γιατί διασκεδάζει τη μοναξιά και γεμίζει το χρόνο τους: Πολλοί θεωρούν το τσιγάρο μια καλή παρέα, όταν είναι μόνοι τους και δεν έχουν τι να κάνουν.

δ) Για να αισθάνονται κοινωνικά προσαρμοσμένοι: π.χ. όταν η παρέα τους είναι καπνιστές και δεν θέλουν να αποτελούν εξαίρεση

ε) Γιατί αυξάνει την ενεργητικότητα τους και τους βοηθά στην εργασία, ιδίως όταν αυτή είναι πνευματική. Πολλοί αναφέρουν ότι τους βοηθά να αντέξουν και να αποδώσουν σ' αυτό που κάνουν.

στ) Από συνήθεια: για την ικανοποίηση που προσφέρει η επαναλαμβανόμενη, χωρίς ιδιαίτερη σκέψη τελετουργία του καπνίσματος.

ζ) Για να μην παχύνουν, αν και συνήθως αυτός ο λόγος παρουσιάζεται με ανάστροφη φορά, δηλ. από το φόβο ότι η διακοπή θα τους παχύνει συνεχίζουν να καπνίζουν.

η) Γιατί βοηθά στη λειτουργία του εντέρου, ιδίως αυτή η σύνδεση γίνεται συνήθως από γυναίκες για το πρωινό τσιγάρο που συνοδεύει τον καφέ.

Φαίνεται, λοιπόν, ότι οι καπνιστές συνδέουν το κάπνισμα με ορισμένες καταστάσεις και γεγονότα, με την παρουσία τους σε συγκεκριμένους χώρους, με τις διαθέσεις αλλά και με τις φοβίες τους.

Μία αιτία, όμως, που είναι κοινή σε όλους τους καπνιστές και η οποία ωθεί τους καπνιστές ν' ανάψουν τσιγάρο είναι:

η εξάρτηση (ο εθισμός). Πολλά τσιγάρα καπνίζονται ημερησίως για να ικανοποιηθεί η ανάγκη να μη στερηθεί ο οργανισμός των καπνιστών τη νικοτίνη, μία από τις πιο εθιστικές ουσίες που γνώρισε ο άνθρωπος. Πολλοί καπνιστές γνωρίζουν ότι το κάπνισμα προκαλεί εθισμό, λίγοι, όμως, τον αναδεικνύουν ως την σημαντικότερη αιτία για την οποία συνεχίζουν να καπνίζουν. Όσοι καπνιστές είναι ώριμοι να διακόψουν, αισθάνονται πολύ εντονότερα την υποτέλεια στο τσιγάρο. Οι καπνοβιομηχανίες προσπαθούν να πείσουν ότι καπνίζοντας οι άνθρωποι θα είναι πιο στιλάτοι, πιο δυναμικοί, πιο ερωτικοί! Χρησιμοποιούν εικόνες ομορφιάς και "γκλαμουριάς" ή προσπαθούν να συνδέσουν το κάπνισμα (και τη φίρμα τους) με τον αθλητισμό και τις δραστηριότητες στη φύση. Σκεφθείτε για λίγο πόσο σοβαρό είναι να σας διαφημίζουν οτιδήποτε άλλο, εκτός από αυτό που πραγματικά είναι το προϊόν που θέλουν να σας πουλήσουν. Αναλογιστείτε πόσο ηθελημένο ή αθέλητο μπορεί να είναι αυτό. Βέβαια για όσους γνωρίζουν τα δεδομένα, αυτή η τακτική των καπνοβιομηχανιών είναι επιχειρηματικά η μόνη δυνατή, αφού δεν μπορούν να διαφημίσουν ότι: Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει πάνω από 4.000 χημικές ουσίες. Οι περισσότεροι άνθρωποι γνωρίζουν γενικά ότι τα τσιγάρα περιέχουν πίσσα (που προκαλεί καρκίνο) και νικοτίνη (που προκαλεί εθισμό). Ελαχιστότατοι έχουν υπόψη τους και κάποιες από τις άλλες ουσίες που περιέχονται στον καπνό των τσιγάρων. Ενδεικτικά, λόγω του περιορισμένου χώρου, ιδού μερικές μόνο από αυτές, ανάμεσα στις χιλιάδες άλλες, που εισπνέει και εισάγει στον οργανισμό του ο καπνιστής με κάθε ρουφηξιά του τσιγάρου του:

ακετόνη (ουσία που υπάρχει και στα καθαριστικά των νυχιών, το γνωστό ασετόν),

αμμωνία (που χρησιμοποιείται στα καθαριστικά πατωμάτων και που προστίθεται στα τσιγάρα για να αυξήσει την απορρόφηση της νικοτίνης),

αρσενικό (το γνωστό δηλητήριο, που χρησιμοποιείται και για τα ποντικοφάρμακα),

μονοξείδιο του άνθρακα (βασικό συστατικό των καυσαερίων, που δεσμεύει την αιμοσφαιρίνη και στερεί οξυγόνο από τα κύτταρα),

ανιλίνη (βασικό χημικό συστατικό χρωμάτων)

ναφθαλίνη (η γνωστή ουσία που χρησιμοποιούμε για την προστασία των ρούχων από το σκώρο),

κυανιούχες ενώσεις , προπάνιο , μεθάνιο

φορμαλδεΰδη (γνωστή καρκινογόνος ουσία)

ραδιενεργά κατάλοιπα (από την μόλυνση των καλλιεργειών)

μυρμηγκικό οξύ , λευκαντικές ουσίες κ.ο.κ.

Τουλάχιστον 43 από τις χημικές ουσίες που βρίσκονται στον καπνό αποδεδειγμένα έχουν καρκινογόνες ιδιότητες, δηλ. προκαλούν καρκίνο.

2.1.3 Επιπτώσεις του Καπνίσματος

Το κάπνισμα προκαλεί κάθε χρόνο σ' όλο τον κόσμο 5.000.000 θανάτους. Το 2025 ο αριθμός αυτός θα φτάσει τα 10.000.000. Στις αναπτυγμένες χώρες το κάπνισμα αποτελεί την κυριότερη αιτία ασθενειών και πρόωρων θανάτων. Έχει υπολογιστεί ότι οι θάνατοι που προκαλεί το κάπνισμα κάθε χρόνο στις ανεπτυγμένες χώρες είναι περισσότεροι από όσους προκαλούν μαζί: το AIDS, τα τροχαία ατυχήματα, οι ανθρωποκτονίες, οι αυτοκτονίες, η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και τα ναρκωτικά. Μεταξύ των σοβαρών ασθενειών που προκαλεί το κάπνισμα συγκαταλέγονται:

Ο καρκίνος των πνευμόνων, που είναι η συχνότερη αιτία θανάτων από καρκίνο σε άνδρες και γυναίκες. Η σχέση καπνίσματος και καρκίνου των πνευμόνων είναι απόλυτη. Οι πνεύμονες είναι το όργανο που είναι άμεσα εκτεθειμένο στις καρκινογόνες ουσίες του καπνού.

Οι χρόνιας πνευμονοπάθειες, όπως είναι η χρόνια βρογχίτιδα, το εμφύσημα, το άσθμα. Οι καπνιστές καταστρέφουν σταδιακά την υγεία των πνευμόνων τους. Η πίσσα με όλα τα βλαπτικά συστατικά της κατακάθεται και καλύπτει τους βρόγχους και τις κυψελίδες των πνευμόνων, όπως ο καπνός της σόμπας κολλά στο εσωτερικό της καμινάδας.

Οι παθήσεις των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς, του εγκεφάλου και των αγγείων των άκρων του σώματος. Ο καπνός στενεύει τα τοιχώματα των αγγείων και δυσκολεύει την αιμάτωση των κυττάρων. Είναι η κύρια αιτία πρόκλησης

εμφραγμάτων, εγκεφαλικών επεισοδίων και γάγγραινας των άκρων. Ο συνδυασμός καπνίσματος και λήψης αντισυλληπτικών χαπιών αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο να εμφανίσουν οι γυναίκες θρομβώσεις των φλεβών.

Η οστεοπόρωση. Οι καπνίστριες υποφέρουν πιο έντονα από την εξέλιξη της οστεοπόρωσης και τις επιπτώσεις της.

Οι καρκίνοι του στόματος, του οισοφάγου, του παγκρέατος, της ουροδόχου κύστεως κ.λ.π. Εκτός από τον καρκίνο των πνευμόνων, το κάπνισμα ενοχοποιείται για πολλές μορφές καρκίνου, που εμφανίζονται είτε σε θέσεις άμεσα εκτεθειμένες στον καπνό, είτε σε θέσεις που δρουν τα τοξικά προϊόντα του καπνού που απορροφώνται από τους πνεύμονες και κυκλοφορούν στο αίμα.

Προβλήματα γονιμότητας και εγκυμοσύνης. Οι καπνιστές εμφανίζουν συχνότερα προβλήματα σεξουαλικής ικανότητας. Στους καπνιστές το σπέρμα είναι συχνά αδύναμο, ενώ στις καπνίστριες η σύλληψη μπορεί να είναι δυσκολότερη και έχουν συχνά αποβολές.

Πέρα, όμως, από τα προβλήματα υγείας, το κάπνισμα επιδρά αρνητικά στην εμφάνιση και την παρουσία των καπνιστών:

Το δέρμα τους γερνάει πιο γρήγορα. Εμφανίζει νωρίτερα περισσότερες ρυτίδες, ιδίως γύρω από το στόμα και τα μάτια.

Τα νύχια είναι πιο ευαίσθητα και συχνά χρωματίζονται με την κιτρινίλα του τσιγάρου.

Τα δόντια μαυρίζουν γρηγορότερα και χάνουν την στιλπνότητά τους. Ο καπνιστής μυρίζει "καπνίλα". Και αυτό γίνεται έντονα αισθητό όταν βρίσκεται πολύ κοντά σε άλλους ανθρώπους (στο διπλανό κάθισμα, στο ασανσέρ, στο αυτοκίνητο κ.λ.π.). Εκτός από τις αρνητικές επιδράσεις στους ίδιους τους καπνιστές, το κάπνισμα μπορεί να βλάψει και τα αγαπημένα τους πρόσωπα στο σπίτι, στη δουλειά ή στη διασκέδαση. Το παθητικό κάπνισμα στο οποίο εξαναγκάζονται όσοι βρίσκονται κοντά στους καπνιστές προκαλεί βλάβες στην υγεία τους. Ο περιβαλλοντικός καπνός του τσιγάρου (αυτός που διαχέεται στην ατμόσφαιρα όταν κάποιος ανάβει και καπνίζει ένα τσιγάρο) κατατάσσεται στην Α' κατηγορία καρκινογόνων ουσιών, δηλ. θεωρείται "ουσία" που προκαλεί καρκίνο ανεξάρτητα της ποσότητας που προσλαμβάνει ο οργανισμός. (Στην ίδια κατηγορία έχουν ενταχθεί ο αμιάντος, το ραδόνιο, το βενζόλιο κ.α.). Ειδικότερα έχει διαπιστωθεί ότι: Όσοι συγκατοικούν και εργάζονται με καπνιστές εμφανίζουν συχνότερα προβλήματα από το αναπνευστικό σύστημα και από την καρδιά τους. Επίσης σ' αυτούς ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου είναι περισσότερο αυξημένος. Τα μωρά, που γεννήθηκαν από μητέρες που κάπνιζαν συχνά είναι πρόωρα, έχουν λιγότερο βάρος κατά τη γέννηση, παρουσιάζουν

προβλήματα ανάπτυξης των νοητικών λειτουργιών τους και εμφανίζουν μεγαλύτερη περιγεννητική θνησιμότητα. Τα βρέφη που αναπνέουν αέρα μολυσμένο με καπνό κινδυνεύουν περισσότερο από το σύνδρομο του αιφνίδιου βρεφικού θανάτου και έχουν συχνότερα προβλήματα με το αναπνευστικό τους. Τα παιδιά που ζουν σε χώρους γεμάτους καπνό (με γονείς που καπνίζουν μπροστά τους) είναι πιθανότερο να εμφανίσουν συχνότερα αναπνευστικές λοιμώξεις και κρίσεις άσθματος.

Ανάμεσα στις χιλιάδες ουσίες του καπνού υπάρχει ως γνωστόν και η ΝΙΚΟΤΙΝΗ. Αυτή είναι μία άοσμη και άχρωμη ουσία που απορροφάται αμέσως από τους πνεύμονες του καπνιστή, μπαίνει στην κυκλοφορία του αίματος και μέσα σε 6-7 δευτερόλεπτα φτάνει στον εγκέφαλο. Η νικοτίνη έχει τονωτικές, αλλά και κατευναστικές επιδράσεις στο ανθρώπινο σώμα. Αρχικά προκαλεί ευφορία, γιατί δρα στα εγκεφαλικά κύτταρα κατά τον ίδιο τρόπο που δρουν οι ειδικές φυσιολογικές ουσίες που υπάρχουν εκεί και συμβάλλουν στη δημιουργία των ευχάριστων συναισθημάτων. Η νικοτίνη διεγείρει τη μνήμη, αυξάνει την επαγρύπνηση και ενισχύει τις δυνατότητες γρήγορης αντίδρασης σε εξωτερικά ερεθίσματα. Επίσης, ελατώνει το στρες, ανακουφίζει την πλήξη και μειώνει την επιθετικότητα. Αυτές οι "καλές" δράσεις της νικοτίνης διαρκούν λίγα μόνο λεπτά. Σε νέους καπνιστές η δράση της νικοτίνης στον εγκέφαλο μπορεί να είναι ισχυρή και γι' αυτό να αισθανθούν ζαλάδα (ναυτία) ή ακόμα και ελαφρύ τρέμουλο. Με την πάροδο του χρόνου ο οργανισμός για να επιτύχει τα ευχάριστα αποτελέσματα απαιτεί ολοένα και περισσότερες ποσότητες νικοτίνης. Συνηθίζοντας πλέον να χρησιμοποιεί τη συγκεκριμένη ουσία, ο οργανισμός του καπνιστή απαιτεί να του χορηγείται τακτικά και στις ανάλογες δόσεις, αλλιώς θα εμφανίσει συμπτώματα στέρησης. Πολλοί ερευνητές εκτιμούν ότι η εθιστική δράση της νικοτίνης παρομοιάζει με αυτή των ναρκωτικών ουσιών και του οινοπνεύματος. Γι' αυτό το λόγο πολλοί επιστήμονες σε διάφορες χώρες εισηγούνται στις κυβερνήσεις τους να συμπεριλάβουν τη νικοτίνη στην κατηγορία των απαγορευμένων εξαρτησιογόνων ουσιών.

Συμφωνούμε με την άποψη που διατυπώνει ομόφωνα η ιατρική και επιστημονική κοινότητα ότι το κάπνισμα του τσιγάρου προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα, καρδιακές παθήσεις, εμφύσημα και άλλες σοβαρές ασθένειες στους καπνιστές. Οι καπνιστές αντιμετωπίζουν πολύ μεγαλύτερη πιθανότητα από τους μη καπνιστές να παρουσιάσουν σοβαρές ασθένειες, όπως καρκίνο του πνεύμονα. Δεν υπάρχει "ασφαλές" τσιγάρο. Αυτά ήταν και είναι τα μηνύματα των αρχών δημόσιας υγείας σε όλο τον κόσμο. Οι καπνιστές και οι ενδεχόμενοι καπνιστές πρέπει να λαμβάνουν υπ' όψιν τους αυτά τα μηνύματα πριν πάρουν οποιεσδήποτε αποφάσεις σχετικά με το κάπνισμα.. Συμφωνούμε με την άποψη που

διατυπώνει ομόφωνα η ιατρική και επιστημονική κοινότητα ότι το κάπνισμα του τσιγάρου προκαλεί εθισμό. Μπορεί να είναι πολύ δύσκολο να κόψει κανείς το κάπνισμα, αλλά αυτό δε θα πρέπει να αποτρέψει τους καπνιστές που θέλουν να το κόψουν, να καταβάλουν κάθε δυνατή προσπάθεια για να το πετύχουν. Περισσότερες πληροφορίες από τις αρχές δημόσιας υγείας σχετικά με το κάπνισμα του τσιγάρου και τον εθισμό είναι διαθέσιμα σε αυτήν τη σελίδα. Εδώ μπορούμε να δούμε μερικά παραδείγματα:

"Η διαπίστωση ότι τα τσιγάρα και άλλοι τύποι καπνού προκαλούν εθισμό βασίζεται σε τυποποιημένα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για να καθορίσουν τα ναρκωτικά ως εθιστικά". (Υπουργείο Υγείας ΗΠΑ)

"Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει κατατάξει το κάπνισμα ως εθισμό". (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)

"...η νικοτίνη στα τσιγάρα και τον καπνό που δεν καπνίζεται προκαλεί και διατηρεί τον εθισμό". (Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων ΗΠΑ)

Οι αρχές δημόσιας υγείας έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι το παθητικό κάπνισμα προκαλεί ασθένειες - συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου των πνευμόνων και των καρδιακών παθήσεων - στους μη καπνίζοντες ενήλικες, καθώς επίσης προκαλεί παθήσεις σε παιδιά, όπως άσθμα, λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, βήχα, λαχάνιασμα, μέση ωτίτιδα (μόλυνση μέσου ωτός) και Σύνδρομο Αιφνίδιου Θανάτου Βρεφών.

Επιπλέον, οι αρχές δημόσιας υγείας διαπίστωσαν ότι το παθητικό κάπνισμα μπορεί να επιδεινώσει το άσθμα των ενηλίκων και να προκαλέσει ερεθισμούς στα μάτια, το λαιμό και τη μύτη. Το παθητικό κάπνισμα, γνωστό και ως κάπνισμα μέσω του περιβάλλοντος ή ETS (Environmental Tobacco Smoke), είναι ένας συνδυασμός του καπνού που προέρχεται από ένα αναμμένο τσιγάρο με τον καπνό που εκπνέει το άτομο που καπνίζει. Τα συμπεράσματα στα οποία έχουν καταλήξει οι αρχές δημόσιας υγείας σχετικά με τις επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στην υγεία, θα πρέπει να καθοδηγούν το κοινό στις αποφάσεις του για το αν θα βρίσκεται σε μέρη όπου υπάρχει παθητικό κάπνισμα ή, εάν είναι οι ίδιοι καπνιστές, για το πότε και πού μπορούν να καπνίζουν μπροστά σε άλλους. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίδεται σε ό,τι αφορά τα παιδιά και οι ενήλικες θα πρέπει να αποφεύγουν να καπνίζουν όταν βρίσκονται κοντά τους. Η εντύπωση που υπάρχει τα τελευταία έτη ότι το κάπνισμα, προκαλεί μόνο καρκίνο του πνεύμονα είναι λανθασμένη. Από τα στατιστικά στοιχεία του Αρχιάτρου των Η.Π.Α. κατά το 1979 προκύπτει ότι σε ένα χρόνο πέθαναν 225.000

άνθρωποι από παθήσεις καρδιάς - αγγείων, 80.000 από καρκίνο των πνευμόνων, 22.000 από άλλους καρκίνους του σώματος και 19.000 από χρόνιες πνευμονικές παθήσεις. Δηλαδή οι θάνατοι από το καρδιαγγειακό σύστημα είναι τριπλάσιοι από τους θανάτους του πνεύμονα και οι εξ άλλων αιτιών θάνατοι είναι το ήμισυ στατιστικώς των θανάτων της καρδιάς.

Συνεπώς πρέπει να γνωρίζουν όλοι οι καπνιστές ότι πρώτη βλάβη της υγείας είναι οι παθήσεις της καρδιάς. Το κάπνισμα τσιγάρων είναι η κυρία αιτία αθηροσκληρυντικών νόσων και θεωρείται ένας από τους τρεις μείζονες παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία καρδιοπάθεια μαζί με την αρτηριακή υπέρταση και τις διαταραχές της χοληστερόλης. Το κάπνισμα λοιπόν, με την υπέρταση, τον σακχαρώδη διαβήτη και την υπερχοληστεριναιμία αποτελούν τους κυριότερους προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του εμφράγματος του μυοκαρδίου και των λοιπών καρδιαγγειακών παθήσεων. Συνεπώς το κάπνισμα γενόμενου σύμμαχος με μια των ανωτέρω παθολογικών καταστάσεων, ευνοεί τις παθήσεις της καρδιάς περισσότερο. Πολλές μελέτες τεκμηριωμένες μάλιστα συσχετίζουν το κάπνισμα με την στεφανιαία νόσο και την αρτηριοσκλήρωση. Ο κίνδυνος αναπτύξεως της στεφανιαίας νόσου και του εμφράγματος του μυοκαρδίου αυξάνει με την αύξηση της καταναλώσεως καπνού και τα έτη καπνίσματος ανεξάρτητα από τους άλλους γνωστούς προδιαθεσικούς παράγοντες. Οι καπνιστές στο σύνολό τους έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν έμφραγμα του μυοκαρδίου από τους μη καπνιστές. Όταν εκδηλωθεί η στεφανιαία ανεπάρκεια και συνεχίζεται το κάπνισμα, η ισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησεως οξυγόνου από τον καρδιακό μυ, προκαλώντας αύξηση των απαιτήσεων του μυοκαρδίου σε οξυγόνο, επιδείνωση της μεταφοράς και της χρησιμοποίησεως του οξυγόνου και μείωση της παροχής διαμέσου των στεφανιαίων αρτηριών.

Επίσης το κάπνισμα θεωρείται ο μεγαλύτερος προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη της αρτηριοσκληρώσεως της αορτής και των περιφερειακών αρτηριών. Επίσης όλοι οι πάσχοντες από περιφερειακές αγγειοπάθειες είναι κατά 90% καπνιστές. Όπως απέδειξε πρόσφατη επιστημονική έρευνα απειλούνται με τύφλωση όσοι κάνουν κατάχρηση σε κάπνισμα και σε οινόπνευμα. Σε πολλά διεθνή συνέδρια τονίζεται ότι η

μεταξύ των νέων ισχαιμική νόσος των ποδιών (αποφρακτική θρομβοαγγείτις) που προκαλεί περιοδική χωλότητα, είναι περιορισμένη σχεδόν αποκλειστικά στους καπνιστές. Μετά την κατάποση του καπνού ο καπνιστής σε λίγα δευτερόλεπτα εμφανίζει άνοδο της πιέσεως κατά 10 - 15 χιλιοστά στήλης HG και οι παλμοί αυξάνουν κατά 25L : Η θερμοκρασία του δέρματος, λόγω συστολής των μικρών αγγείων υπό της νικοτίνης, πέπτει κατά 4 - 5 βαθμούς. Από πολυάριθμες μελέτες των 30 τελευταίων χρόνων, προκύπτει ότι το κάπνισμα τσιγάρων προκαλεί βλάβη των αναπνευστικών οδών, που αργότερα μπορούν να εξελιχθούν και να οδηγήσουν σε αποφρακτική πνευμονοπάθεια των καπνιστών, δηλαδή σε χρόνια βρογχίτιδα, σε εμφύσημα και γενικά σε αναπνευστική ανεπάρκεια.

Το κάπνισμα επίσης οδηγεί και σε πολυάριθμες παθοφυσιολογικές επιδράσεις, συμπεριλαμβανομένων αλλοιώσεων των κεντρικών και περιφερειακών αεροφόρων οδών, των κυψελίδων και των τριχοειδών όπως και του συστήματος ανοσίας. Αυτές ήταν μερικές από τις επιδράσεις του καπνίσματος στον οργανισμό του ανθρώπου. Το κάπνισμα είναι μια πολύπλοκη πράξη συνοδευμένη από ηδονιστικές καταστάσεις οι οποίες διέπονται από βιομηχανικούς και φυσιολογικούς μηχανισμούς. Οι απαντήσεις - δικαιολογίες των νέων σήμερα είναι οι ακόλουθες: Νομίζουν ότι το τσιγάρο καλμάρει τα νεύρα, τους κάνει να είναι αυτόνομοι, ώριμοι και ελεύθεροι να αναπτύξουν σχέσεις με άλλους αισθάνονται γοητεία και ανδρισμό απελευθερωμένοι από γονικές επικρίσεις.

Οι νεαρές έφηβες πιστεύουν ότι βρίσκουν ανεξαρτοποίηση και διέξοδο στην κοινωνική προσαρμογή, μία εικόνα αναπτύξεως του εγώ τους μία παρηγοριά σε στιγμές καταθλίψεως, μία γευστική και οσφρητική απόλαυση και τόσες άλλες δικαιολογίες για αχαλίνωτες ελευθερίες. Αλλά που να ξέρουν, ότι τέτοιου είδους ελευθερίες οδηγούν στο πάθος του τσιγάρου, στην υποδούλωση σε αυτό και αγνοούν τις βλαπτικές συνέπειες επί της υγείας και της οικονομίας και τελικά, όπως με τα ναρκωτικά, καταλήγουν στον ψυχοσωματική όλεθρο και θάνατο. Η σημερινή γενιά είναι μία γενιά ανήσυχη, αγχώδης που πρέπει να έχει τα φτερά της ανοιχτά για πνευματικές ελευθερίες. Το ότι μπορεί σε λόγο οι νέοι να κάψουν τα φτερά τους να γίνουν δούλοι του πάθους του τσιγάρου, του αλκοόλ, ναρκωτικών και σεξ και να καταντήσουν ερείπια λίγο τους ενδιαφέρει. Γενική είναι η παραδοχή, ότι οι άνθρωποι ανά τον κόσμο αρχίζουν το κάπνισμα για έναν ή περισσότερους από τους παρακάτω λόγους. Περιέργεια, συμβιβασμός, με τις αξίες της ομάδας που ανήκουν, έκφραση επαναστατικότητας, μίμηση της συμπεριφοράς ατόμων που θεωρούνται ότι έχουν μεγαλύτερο κύρος, όπως στην περίπτωση των νέων που θέλουν να

κάνουν τους μεγάλους, αλλά και επίδειξη «μοντερνισμού - προοδευτικότητας». Αγνοούν όμως ότι σήμερα το κάπνισμα για τους Αμερικάνους και πολλούς Ευρωπαίους θεωρείται απηρχαιωμένο, καθυστερημένο και στερούμενο προοδευτισμού κίνητρο. Οι νέοι των Σκανδιναβικών Κρατών με την καλλιεργημένη κατά την δεκαετία του 1980 - 90 αντικαπνιστική τους συμπεριφορά, προετοιμάζουν την άκαπνη γενιά του 2.000 μ.Χ. Η ροή της σημερινής κοινωνίας καλλιεργεί ένα ψυχικό κενό τις καρδιές των νέων και διασκεδάζουν τις ελεύθερες ώρες τους με ανία και όχι με δημιουργική απασχόληση, τα δε ιδανικά και οι αξίες της ανθρώπινης ζωής δυσφημούνται ως σκοταδιστικά και ξεπερασμένα. Η ελαστικότητα των γονέων γύρω από την σωστή αγωγή του χαρακτήρα των παιδιών και η ευένδοτος υποχώρηση στις πιο παράλογες αξιώσεις τους, τα ωθεί έμμεσα και στον βλαπτικό κυκεώνα του καπνίσματος.

Γενικώς δε, πιστεύεται, ότι η έλλειψη σωστής διαπαιδαγώγησης από την οικογένεια, το σχολείο και το κοινωνικό περιβάλλον περί του ότι η υγεία είναι ύψιστο αγαθό, μαζί με κοινωνικές πιέσεις κομματικοποιήσεως και φεμινιστικών αντιλήψεων συμβάλλουν στην διάδοση του καπνίσματος. Η προσωπικότητα του καπνιστή σύμφωνα με την ψυχιατρική, αφορά άτομα εξωστρεφή, συναισθηματικώς ασταθή, με υψηλό ανδρισμό, επιθετικά, τα οποία ως υποστηρίζουν μερικοί ερευνητές, συνδέονται με έναν - γεννητικό παράγοντα. Οι σκληροί έφηβοι και άνδρες πρέπει να διδαχθούν να σκέπτονται, ότι η σκληρότητα και η αυταρχικότητα δεν επιβεβαιώνεται με το κάπνισμα. Ο πραγματικός λόγος που ένα παιδί καπνίζει είναι η πίεση που εξασκούν οι φίλοι αλλά και η επίδειξη και ο εθισμός. Επίσης, και το παράδειγμα των γονέων, των διδασκάλων, ιατρών και γενικά των μεγαλύτερων επιδρά θετικά στην έναρξη του καπνίσματος. Το ερώτημα που πλανάται σήμερα έντονα είναι, γιατί πολλά άτομα συνεχίζουν να εμπλέκονται στα δίκτυα μιας παγκοσμίου μαστιγας, όπως είναι το κάπνισμα. Πιστεύεται εν προκειμένω, ότι όπως η πείνα είναι ένα ισχυρό ένστικτο και ωθεί προς ικανοποίηση τις ανάγκες του οργανισμού, έτσι και καταστάσεις ανίας, μελαγχολίας, νευρώσεων, στεναχώριας και γενικώς άγχους ωθούν προς ευχαρίστηση τον καπνιστή να εκπληρώσει αυτές τις ανάγκες. Το κάπνισμα είναι μια επίκτητος και ανθυγιεινή συνήθεια με τα συνοδά στοιχεία εθισμού και τοξικομανίας, η οποία εγκαθίσταται εύκολα και εγκαταλείπεται δύσκολα, διότι προσφέρει άμεση ικανοποίηση στα άτομα αυτά και τους δημιουργεί ψυχική πώρωση στην επωαζόμενη μελλοντική πάθηση. Ο Βρετανός συγγραφέας Ντέσμοντ Μόρις παρομοιάζει το κάπνισμα με το βρέφος που θηλάζει το μητρικό στήθος και με τα χείλη και τα χέρια του νιώθει ικανοποίηση και ασφάλεια στην

μητρική αγκαλιά. Κατά τον Ντ. Μόρις ο καπνιστής ως ανώριμος χαρακτήρας, αισθάνεται ανασφάλεια, όπως και τα νεογέννητα, και καταφεύγει στο υποκατάστατο του, το τσιγάρο.

2.1.4 Επιπτώσεις στην Οικονομία του Κράτους και Οικονομικές Απώλειες του Καπνιστή

Αλλά δεν είναι μόνο οι ζωές που χάνονται εξαιτίας του τσιγάρου, αλλά και η πρόωμος θνησιμότητα που παρατηρείται. Η ζωή ενός καπνιστή ελαττώνεται κατά 8-10 χρόνια από αυτήν του μη καπνιστή και ίσως με νέες έρευνες η απώλεια ζωής να ανέλθει στα 18 έτη, όταν μάλιστα η κατάχρηση καπνού είναι άνω της τάξεως των 3 πακέτων ημερησίως. Υπάρχει όμως και ένα μεγάλο οικονομικό κόστος. Μεγάλα ποσά ξοδεύονται για την θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενειών και στη χώρα μας, ενώ το έμμεσο κόστος που προκαλείται από την απώλεια παραγωγικότητας είναι ακόμη μεγαλύτερα. Στην Αμερική το συνολικό κόστος για το 1985 είναι 65 δισ. δολάρια. Δηλαδή το 12% περίπου του προϋπολογισμού, εξαιρουμένων των αμυντικών δαπανών. Στην Ελλάδα το 1978 το κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης εξαιτίας του καπνίσματος ήταν 3,2 δισεκατομμύρια δραχμές ή το 6,6% των συνολικών δαπανών για την Υγεία. Στο δημοσιονομικό πρέπει να προστεθεί και η δαπάνη για ημεραργίες, αναπηρίες και πρόωρες συντάξεις. Οι οικονομικές επιπτώσεις από το κάπνισμα σε παγκόσμια κλίμακα ανέρχονται σε δαπάνες της τάξεως των 100 δισ. δολαρίων το χρόνο για γιατρούς, φάρμακα, επιδόματα ανεργίας λόγω νόσου και εγχειρήσεων.

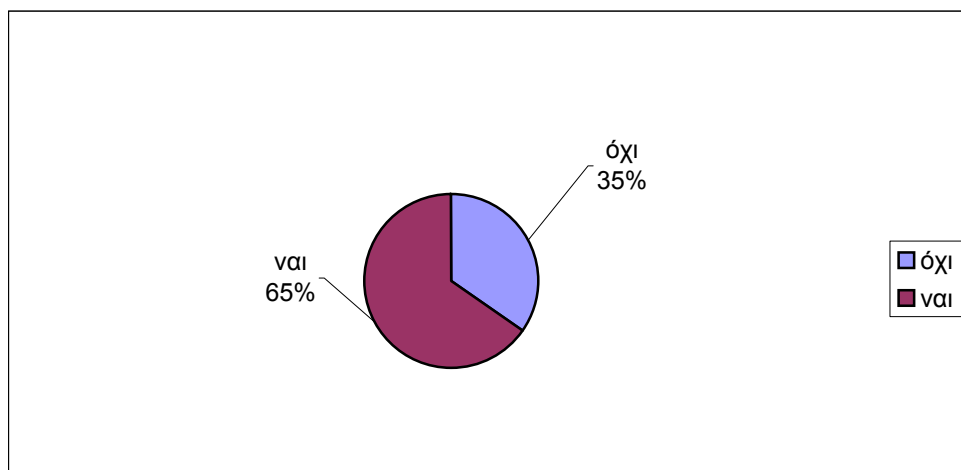
Το κάπνισμα είναι τόσο ζημιογόνο στην Εθνική Οικονομία, ώστε οι επιπτώσεις του ανέρχονται σε 10 τον αριθμό, δηλαδή:

- 1) Απώλεια ζωής πρόωρα.
- 2) Αυξημένη ζωής νοσηρότητα.
- 3) Άδεια λόγω νόσου.
- 4) Φάρμακα.
- 5) Τα ημερομίσθια σε συνδυασμό με μείωση παραγωγικότητας ανέρχονται στις ΗΠΑ σε 60 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο.
- 6) Πολλές ασφαλιστικές εταιρίες δεν ασφαλίζουν καπνιστές.
- 7) Έξοδα καθαριότητας.
- 8) Σπατάλη διαφημίσεων κάπου 2,5 δισ. το χρόνο παγκοσμίως.

9) Εμβόλια για ασθένειες και

10) Καταστροφή του περιβάλλοντος από πυρκαγιές.

Οι οικονομικές επιπτώσεις στον καπνιστή και την οικογένειά του στα 40 χρόνια καπνιστικής ζωής, δημιουργούν δαπάνες με σημερινές τιμές της τάξεως των 100 – 200 χιλιάδων ευρώ. Ένας μη καπνιστής με τα χρήματα του τσιγάρου έκτισε σπίτι και στην είσοδο του σπιτιού του κρέμασε πινακίδα με τα εξής λόγια «Ο έτη τεσσαράκοντα μηδέποτε καπνίστας, το δε μη δαπανώμενον κατ έτος εκτοκήσας τούτον κτήμα αποκτά κι υγείαν 10 έτη, τον βίον του προσθέτει». Εξοικονομεί λοιπόν πολλά χρήματα με τα οποία θα έκτιζε ένα διαμέρισμα στα 40 χρόνια καπνιστικής ζωής βοηθώντας την οικογένειά του. Γενικά καλύτερα να έκαιγε τα χρήματά του παρά να κάπνιζε, καίγοντας την ίδια του τη ζωή με την πληθώρα τόσων νοσημάτων (καρκίνος πνευμόνων, βρογχίτις, εμφύσημα πνευμόνων, αρτηριοσκλήρωση, καρδιοπάθειες) και αποφεύγοντας (διακόπτοντας το κάπνισμα που είναι αυτοκτονία με δόσεις) μία ενδεχόμενη αναπηρία ζωής ή και πρόωρο θάνατο.



βλ. Πιν. Σε ερώτηση που τέθηκε σε δείγμα 369 εφήβων στην πόλη του Ηρακλείου (Έχετε ενημερωθεί τον τελευταίο χρόνο για το κάπνισμα;) παρατηρούμε ό,τι ναι απάντησε το 65% των εφήβων, 241 μαθητές, είναι ενημερωμένοι και όχι μόνο το 35% των εφήβων ,128 μαθητές ,γεγονός που υποδεικνύει οτι υπάρχει κινητοποίηση γύρω απο ένα τόσο ευαίσθητο θέμα αν και το ποσοστό των εφήβων καπνιστών στην Ελλάδα είναι απο τα υψηλότερα στην Ε.Ε.

2.2 Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ)

Η διάγνωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (ΣΜΝ) είναι συχνότερη στους σεξουαλικά δραστήριους εφήβους σε σχέση με τους ενήλικες. 25% των εφήβων αναπτύσσουν ΣΜΝ πριν την αποφοίτησή τους από το Λύκειο . 563-1,081 ανά 100,000 εφήβους είναι η επίπτωση της λοίμωξης από χλαμύδια σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες Σε ποσοστό 25-50% των περιπτώσεων είναι τελείως ασυμπτωματικές. Η επίπτωση είναι μεγαλύτερη στα κορίτσια από τα αγόρια-εφήβους. Στις ηλικίες 10-19 ετών ο ιός του έρπητα τύπου 2 (HSV-2) ποικίλλει από 14% έως 26% μετά από έρευνα 10 ετών σε πολλές χώρες της Ευρώπης. Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Επιδημιολογικής Παρακολούθησης του AIDS (EuroHIV), το ποσοστό των νέων περιπτώσεων HIV λοίμωξης αυξήθηκε από 64% το 1996 σε 80% το 2001, στις ηλικίες 13-29 ετών.



ΚΟΡΙΤΣΙΑ:

Εκτρόπιο

- Μειωμένη ανοσία του βλεννογόνου λόγω μικρής διάρκειας σεξουαλικής δραστηριότητας

ΚΑΙ ΤΑ 2 ΦΥΛΑ:

- Μικρής διάρκειας σεξουαλικές σχέσεις
- Πολλαπλοί σεξουαλικοί σύντροφοι
- Έλλειψη πείρας, μη σχολαστική εφαρμογή αντισύλληψης

Στα κορίτσια διαγιγνώσκονται περισσότερα ΣΜΝ, σε σχέση με τα αγόρια, γιατί:

-Τραχηλικό εκτρόπιο

-Ανατομία γεννητικών οργάνων

-Συχνός έλεγχος ασυμπτωματικών κοριτσιών (Παπ τεστ, συνταγογράφηση αντισυλληπτικών) .Το προφυλακτικό ελαττώνει σημαντικά τον κίνδυνο μετάδοσης των λοιμώξεων:

- HIV
- Γονοκοκκικής
- Χλαμυδιακής (λιγότερο). Στα ελκωτικά ΣΜΝ (έρπητας, σύφιλη) το προφυλακτικό προσφέρει κάποια προστασία, αλλά όχι πλήρη.

Παράγοντες που θέτουν τους εφήβους σε υψηλό κίνδυνο ΣΜΝ

- Πολλαπλοί σεξουαλικοί σύντροφοι
- Νεαρή ηλικία κατά την πρώτη επαφή
- Σύντροφος με ΣΜΝ
- Προηγούμενο ΣΜΝ
- Καμία ή ασυνεπής χρήση προφυλακτικού
- Ομοφυλοφιλία

2.2.1 Γονοκοκκική Λοίμωξη:

Τα ποσοστά της λοίμωξης αυξάνουν στις ΗΠΑ αλλά και στη χώρα μας

ΑΓΟΡΙΑ

- Ουρηθρίτις (δυσουρία και πυώδες έκκριμα)
- Επιδιδυμίτιδα

KΟΡΙΤΣΙΑ

- Πυώδης κολπική έκκριση ή ασυμπτωματικές
- Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου
- Λοιμώδης αρθρίτις (δεύτερο μετά τον S.aureus)
- Ασυμπτωματική φαρυγγίτις (μπορεί να είναι αναγκαία η παρεντερική θεραπεία με κεφτριαξόνη για να εκριζωθεί ο μικροοργανισμός από το στοματοφάρυγγα)
- Διάσπαρτη γονοκοκκική λοίμωξη:-εμφανίζεται μετά από γονοκοκκική μικροβιαίμια- πυρετός, αρθρίτις, ήπια ηπατίτιδα -σπάνια: μηνιγγίτις, ενδοκαρδίτιδα, σπειραματονεφρίτιδα-εμφανίζεται συχνότερα επί παρουσίας γονοκοκκικής φαρυγγίτιδας Εφάπαξ (μίας δόσης) θεραπεία για γονοκοκκική τραχηλίτιδα και ουρηθρίτιδα Κεφιξίμη, 400 mg από το στόμα, ή Κεφτριαξόνη, 125 mg ενδομυϊκά, ή Σiproφλοξασίνη, 500 mg από το στόμα, ή Οφλοξασίνη, 400 mg από το στόμα.

2.2.2 Χλαμυδιακή Λοίμωξη :

Το συχνότερο μικροβιακό ΣΜΝ (5-10% των σεξουαλικά δραστήριων εφήβων)

ΑΓΟΡΙΑ

- Ουρηθρίτιδα (δυσουρία και πυώδες έκκριμα)
- Επιδιδυμίτις

KΟΡΙΤΣΙΑ

- Βλεννοπυώδης τραχηλίτιδα ή ασυμπτωματικές (80%) - συνιστάται η ανίχνευση ρουτίνας

Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου. Θεραπεία για χλαμυδιακή τραχηλίτιδα και ουρηθρίτιδα Αζιθρομυκίνη, 1 gr εφάπαξ από του στόματος Δοξυκυκλίνη, 100 mg δις ημερησίως για 7 ημέρες. Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου και η επιδιδυμίτιδα απαιτούν επιπρόσθετη θεραπεία.

2.2.3 Τριχομονάδωση:

Trichomonas vaginalis, μονοκύτταρο μαστιγοφόρο πρωτόζωο.

ΑΓΟΡΙΑ

Ήπια δυσουρία ή έκκριμα

Ασυμπτωματικοί

ΚΟΡΙΤΣΙΑ

- Αφρώδες δύσοσμο πρασινοκίτρινο κολπικό έκκριμα, δυσουρία, κνησμός
- Κλασικός τράχηλος-«φράουλα». Διάγνωση: άμεση μικροσκόπηση (70% ευαισθησία)
Καλλιέργεια (σπάνια χρειάζεται, αποτέλεσμα σε 5-7 ημέρες).

Θεραπεία: μετρονιδαζόλη εφάπαξ 2 mg ή 500mg x 2 για 7 ημέρες με αυστηρή απαγόρευση του αλκοόλ

Η τριχομονάδωση προκαλεί σημαντική φλεγμονή των γεννητικών οργάνων και αυξάνει τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV. Στην έγκυο αυξάνει και τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού ή πρόιμης ρήξης των υμένων.

2.2.4 Έρπητας Γεννητικών Οργάνων

Πρωτοπαθής λοίμωξη:

- επώδυνες φυσαλιδώδεις βλάβες που εξελίσσονται σε έλκη
- βουβονική λεμφαδενοπάθεια
- πυρετός, κακουχία, μυαλγίες-διάρκεια 2-4 εβδομάδες
- λανθάνουσα φάση στα γάγγλια της σπονδυλικής στήλης

Δευτεροπαθής λοίμωξη:

- Ηπιότερα και λιγότερα συστηματικά συμπτώματα
- μικρότερης διάρκειας

Τα περισσότερα άτομα που έχουν μολυνθεί είναι ασυμπτωματικά.

Η λοίμωξη μπορεί να μιμείται άλλες βλάβες (δερματίτιδα εξ'επαφής, αλλεργία, μυκητίαση).

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Κλινική
- Καλλιέργεια
- Ειδικό αντίσωμα HSV-2

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πρώτο κλινικό επεισόδιο

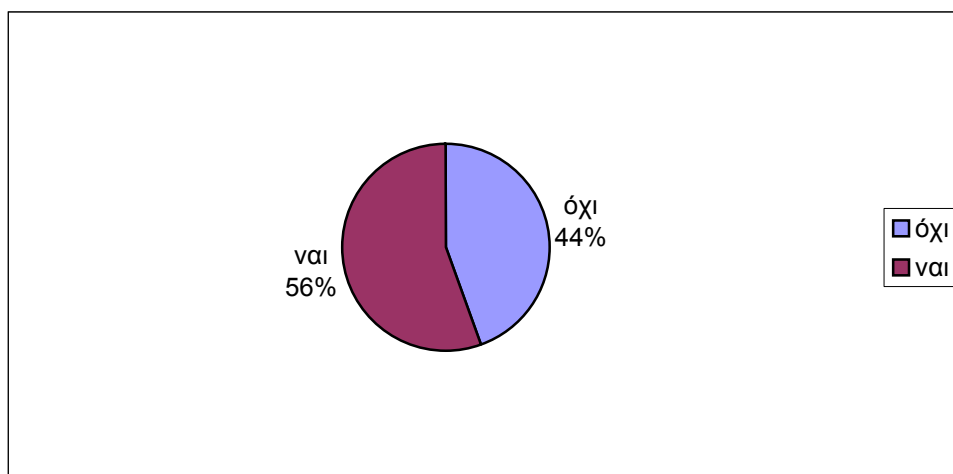
- ακυκλοβίρη, 400mg 3φορές ημερησίως x 7-10 ημέρες. Υποτροπιάζουσες εξάρσεις
- ακυκλοβίρη, 800 mg 2 φορές ημερησίως x 5 ημέρες Ημερήσια κατασταλτική θεραπεία (>4-6 υποτροπές/έτος)
- ακυκλοβίρη, 400 mg 2 φορές ημερησίως

ΠΡΟΛΗΨΗ

- Μεταδίδουν και τα ασυμπτωματικά άτομα- Τα προφυλακτικά δεν προφυλάσσουν πλήρως
Απαραίτητη η ενημέρωση του συντρόφου- Ένδειξη καισαρικής τομής



Βλ. Πιν. Στον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε ότι σε ερώτηση της έρευνας (Έχετε ενημερωθεί τον τελευταίο χρόνο για τα Σ.Μ.Ν;) Ναι απάντησε το 56% των εφήβων δηλαδή 205 μαθητές και όχι το 44% των εφήβων δηλαδή 164 μαθητές. Η ερώτηση αυτή αποδεικνύει στο συγκεκριμένο δείγμα ότι δεν έχει γίνει η απαραίτητη ενημέρωση, παρόλο που η ενεργή σεξουαλική ζωή των εφήβων ξεκινά νωρίς. Το μάθημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης θα πρέπει να ανήκει στον βασικό κορμό των μαθημάτων και να μην γίνεται με εθελοντικές παρουσιάσεις στα σχολεία, όταν και μόνο το επιτρέπει η αρμόδια διεύθυνση.



2.2.5 Σύφιλη (*Treponema pallidum*)

- Πρωτογενής: ανώδυνο έλκος στην περιοχή της λοίμωξης, εμφάνιση 10-90 ημέρες μετά τη λοίμωξη και εξαφάνιση 3-6 εβδομάδες μετά.

- Δευτερογενής: μη κνιδωτικό εξάνθημα που συχνά εμφανίζεται σε παλάμες και πέλματα. Λεμφαδενοπάθεια, αλωπεκία και ίσως συστηματικά συμπτώματα (πυρετός, κακουχία, απώλεια βάρους)
- Λανθάνουσα λοίμωξη: πρόιμη ή όψιμη (> έτος), χωρίς συμπτώματα
- Τριτογενής λοίμωξη: εκφυλιστικές νευρολογικές μεταβολές, τύφλωση, ακουστικές και καρδιακές βλάβες.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Εξίδρωμα ή ιστός από το έλκος εξετάζονται με μικροσκόπηση σκοτεινού πεδίου ή άμεση εξέταση φθορίζοντος αντισώματος

Ορολογικές εξετάσεις:

RPR ή VDRL (χωρίς τρεπώνημα)-υψηλό ποσοστό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων

FTA-ABS (με παρουσία τρεπώνηματος)-δεν αντανακλούν τη δραστηριότητα της νόσου

Περιπτώσεις ψευδώς θετικών RPR ή VDRL:- ρευματολογική νόσος

- λοίμωξη από HIV
- θυρεοειδίτιδα Hashimoto
- λέμφωμα
- οξεία λοίμωξη
- κίρρωση
- εθισμός σε ναρκωτικά

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πενικιλίνη G

1. Μία ένεση βενζαθενικής πενικιλίνης για πρωτογενή, δευτερογενή και πρόιμη λανθάνουσα σύφιλη.
2. Τρεις διαδοχικές εβδομαδιαίες δόσεις βενζαθενικής πενικιλίνης για όψιμη λανθάνουσα και τριτογενή.
3. Καθημερινές IM ενέσεις για 10-14 ημέρες ή ενδοφλέβια θεραπεία σε συφιλιδική νευροπάθεια ή οφθαλμοπάθεια

2.2.6 HPV:

Ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων. Το συνηθέστερο ιογενές ΣΜΝ (50% των σεξουαλικά δραστήριων γυναικών και ανδρών). Ασυμπτωματικοί και αδιάγνωστοι σε μεγάλο ποσοστό.

Ορότυποι:

-6 και 11 προκαλούν κονδυλώματα

-16, 18, 31, 33, 35 έχουν συνδεθεί με ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κονδυλώματα:

- χειρουργική αφαίρεση

- ποδοφυλλίνη- κρυοθεραπεία- ιντερφερόνη εντός της βλάβης- χειρουργική με laser. Το άτομο απαλλάσσεται από τον ιό μήνες ή έτη μετά τη λοίμωξη.

2.2.7 Ηπατίτις Β:

Μόλυνση μη εμβολιασμένου ατόμου

A. Ερωτικός σύντροφος ατόμου που πάσχει από οξεία ηπατίτιδα Β

B. Βρέφος που μέλος στην οικογένειά του νοσεί από ηπατίτιδα Β

Γ. Άτομα που τρυπιούνται με βελόνα αιμοληψίας φορέα ή πάσχοντος. Μέσα σε 48 h γίνονται εμβόλιο και υπεράνοση γ-σφαιρίνη. Ο εμβολιασμός μπορεί να γίνει σε 14 ημέρες από τη μόλυνση.

2.2.8 Φλεγμονώδης Νόσος της Πυέλου

- Λοίμωξη του ανώτερου γεννητικού συστήματος (σαλπγγίτιδα, ενδομητρίτιδα, πυελική περιτονίτιδα)
- 20% των περιπτώσεων αφορά έφηβες
- Μια έφηβη έχει 10 φορές περισσότερες πιθανότητες ανάπτυξης φλεγμονώδη νόσο της πυέλου, από μια ενήλικη.
- Συνήθως, προκύπτει ως ανιούσα γονοκοκκική ή χλαμυδιακή λοίμωξη ή μπορεί να εμπλέκονται αναερόβια και gram αρνητικά
- 15-40% των χλαμυδιακών και 9-15% των γονοκοκκικών λοιμώξεων του κατώτερου γεννητικού σωλήνα εξελίσσονται σε κλινικά συμπτωματική φλεγμονώδη νόσο της πυέλου, αν δεν αντιμετωπισθούν. 75% εμφανίζονται τις πρώτες 7 ημέρες της εμμηνορρυσίας. Κριτήρια διάγνωσης:-ευαισθησία κατώτερης κοιλίας-ευαισθησία κατά

την κίνηση του τραχήλου-ευαισθησία των εξαρτημάτων Επιπρόσθετα κριτήρια:- πυρετός-τραχηλικό ή κοιλιακό έκκριμα-αυξημένη ταχύτητα καθίζησης ερυθρών ή αυξημένη CRP-εργαστηριακή επιβεβαίωση τραχηλικής γονοκοκκικής ή χλαμυδιακής λοίμωξης-παθολογική ή μετά από επαφή αιμορραγία

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κλινική

- Λαπαροσκόπηση και βιοψία: κύστη ωοθήκης, έκτοπη κύηση, ενδομητρίωση, σκωληκοειδίτιδα

2.2.9 Διάκριση Χλαμυδιακής – Γονοκοκκικής Λοίμωξης

ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ:Οξεία έναρξη. Έντονα συμπτώματα. Κεραυνοβόλος πορεία, αυξημένη θερμοκρασία, λευκοκυττάρωση

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

- Βαριά νόσος κατά την προσέλευση
- Αβέβαιη διάγνωση
- Ανεπαρκής απάντηση στην εξωτερική αγωγή κατά την επίσκεψη επανεκτίμησης
- Κύηση
- HIV ή άλλη ανοσοανεπάρκεια
- σαλπυγγοωθηκικό απόστημα ή άλλη μάζα εξαρτημάτων
- ανικανότητα της ασθενούς να συμμορφωθεί στο εξωτερικό θεραπευτικό σχήμα

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Νοσοκομειακές θεραπείες

Κεφοξιτίνη, 2 mg IV κάθε 6 ώρες και Δοξυκυκλίνη, 100 mg per os δις ημερησίως x 14 ημέρες

Κλινδαμυκίνη, 900 mg IV κάθε 8 ώρες και

Γενταμυκίνη, δόση εφόδου (2 mg/kg) που ακολουθείται από δόση συντήρησης (1,5 mg/kg) κάθε 8 ώρες

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

- Κεφτριαξόνη, 250 mg IM, μία δόση και
- Δοξυκυκλίνη, 100 mg per os δις ημερησίως x 14 ημέρες
- Οφλοξασίνη, 400 mg από το στόμα δις ημερησίως x 14 ημέρες, και

-Μετρονιδαζόλη, 500 mg από το στόμα δις ημερησίως x 14 ημέρες. Η επανεκτίμηση σε 72 ώρες είναι απαραίτητη

2.2.10 Σαλπυγοωοθηκικό Απόστημα

Αντιμετώπιση με 7 τουλάχιστον ημέρες ενδοφλέβιας αγωγής. Ισχυρή κάλυψη και για αναερόβια αντιμετώπιση. Χειρουργική επέμβαση:

-σε αμφοτερόπλευρο σαλπυγοωοθηκικό απόστημα

-σε σαλπυγοωοθηκικό απόστημα > 8 cm

-σε αποτυχία της αγωγής μετά από 72 ώρες

-σε ρήξη

Προστασία:

-Μέθοδοι φραγμού

-Σπερματοκτόνα

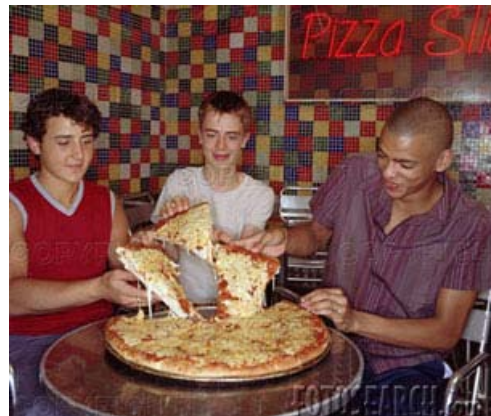
-Αντισυλληπτικά δισκία

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

- Χρόνιο πυελικό άλγος
- Έκτοπη κύηση (10%)
- Στειρότητα (30-40%)
- Υποτροπή (12-33%). Ο κίνδυνος στειρότητας αυξάνει με τον αριθμό των επεισοδίων φλεγμονώδους νόσου της πυέλου και με την καθυστέρηση αναζήτησης φροντίδας.

2.3. Διατροφή

Η διατροφή αναμφίβολα αποτελεί έναν από τους καθοριστικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την ανθρώπινη υγεία. Μία ματιά στο ιστορικό παρελθόν όλων των μεγάλων πολιτισμών αναδεικνύει την σημαντικότητα και το ειδικό βάρος που έδιναν στην υγιεινή διατροφή ως μέσο προστασίας της υγείας. Είναι πλέον φανερό ότι τόσο η έλλειψη όσο και η υπερκατανάλωση τροφής και η κακή διατροφή, ιδιαίτερα στις νεαρές ηλικίες, μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση ορισμένων νοσημάτων.



Η ανεπαρκής πρόσληψη ή η στέρηση μιας ή περισσότερων από τις θρεπτικές ουσίες είναι ικανή να δημιουργήσει διατροφικές ελλείψεις που εύκολα οδηγούν σε στερητικές καταστάσεις, αβιταμινώσεις και δυστροφίες. Μία σωστή δίαιτα περιλαμβάνει εκτός από το νερό, επαρκή αλλά όχι υπερβολική ενέργεια και τα 5 θρεπτικά συστατικά που είναι: Υδατάνθρακες, Λιπίδια, πρωτεΐνες, ιχνοστοιχεία και βιταμίνες. Σε ένα φυσιολογικό έφηβο άτομο συνήθως οι αναλογίες των θρεπτικών συστατικών είναι οι εξής:

1. 50-55% της ολικής πρόσληψης θερμίδων, υδατάνθρακες (5-10% ολιγοσακχαρίτες και 90% πολυσακχαρίτες)
2. 25-30% της ολικής πρόσληψης θερμίδων, λιπίδια (κυρίως ακόρεστα, φυτικής προελεύσεως)
3. 15-20% της ολικής πρόσληψης θερμίδων, πρωτεΐνες

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
- 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 μάλιστα 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 έκδηλη διατροφική ανεπάρκεια 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. 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 (σνακ), 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) (Πίνακας 6). 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 (Πίνακας 7). 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. Επειδή στην καθημερινότητά μας καταναλώνουμε τρόφιμα και όχι θρεπτικά συστατικά, θεωρήθηκε απαραίτητη η ομαδοποίηση των τροφίμων ανάλογα με την περιεκτικότητά τους στα παραπάνω θρεπτικά συστατικά. Στη χώρα μας η Εταιρεία Διατροφής και Τροφίμων έχει ομαδοποιήσει τα τρόφιμα ως εξής:

1. Ομάδα κρέατος (κρέας, ψάρι, αυγό)
2. Ομάδα γάλακτος (γάλα, γαλακτομικά προϊόντα)
3. Ομάδα λιπιδίων (λάδι, σπορέλαια, βούτυρο, μαργαρίνη, μαγειρικό λίπος)
4. Ομάδα ψωμιού (ψωμί, όσπρια, δημητριακά)
5. Ομάδα λαχανικών και φρούτων

Όσον αφορά τις θρεπτικές ουσίες, ο μέσος όρος ημερήσιας πρόσληψης θερμίδων θα πρέπει να κυμαίνεται για τους άνδρες από 2000 έως 3400 και για τις γυναίκες από 1600 έως 2500 ανάλογα με την ηλικία, τη σωματική διάπλαση, το είδος της εργασίας και τη φυσική άσκηση. Δεν έχει ακόμα



διασαφηνιστεί πλήρως ποιες τροφές είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες για την υγεία. Οι περισσότεροι ενοχοποιούν τα κορεσμένα λιπίδια, αλλά υπάρχουν στοιχεία σύμφωνα με τα

οποία κατηγορούνται και οι επεξεργασμένοι υδατάνθρακες, οι ζωικές πρωτεΐνες, ακόμη και τα ακόρεστα λιπίδια. Είναι όμως σχεδόν σίγουρο ότι τα φρούτα, τα λαχανικά, οι σύνθετοι ανεπεξέργαστοι υδατάνθρακες και ίσως οι πρωτεΐνες φυτών και μικρών ζώων και ψαριών δεν έχουν σχέση με κανένα συχνό και σοβαρό νόσημα. 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.

Πίνακας 6

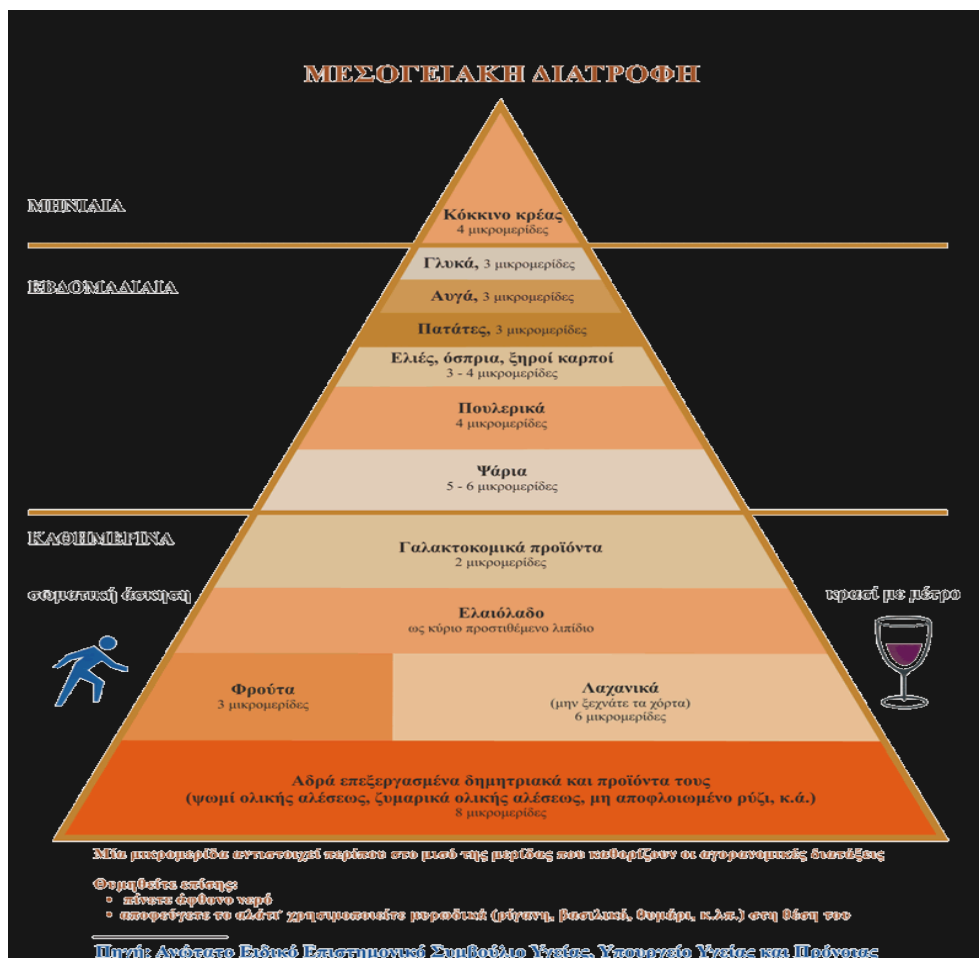
Οι έφηβοι:
- Δεν ακολουθούν πρόγραμμα στη διατροφή τους
- Συνήθως δεν τρώνε πρωινό
- Καταναλώνουν ενδιάμεσα γεύματα αμφιβόλου διατροφικής αξίας (σνακ)
- Καταναλώνουν ενδιάμεσα γεύματα αμφιβόλου διατροφικής αξίας (σνακ)
- Τρώνε συχνά εκτός σπιτιού «πρόχειρα γεύματα» (fast food). Τα γεύματα αυτά είναι πολυθερμιδικά, πλούσια σε κορεσμένα λίπη και αλάτι, με μειωμένη περιεκτικότητα σε ασβέστιο, βιταμίνες και φυτικές ίνες.
- Μπορεί να ακολουθήσουν «επικίνδυνες» δίαιτες (κορίτσια) ή να χρησιμοποιήσουν επικίνδυνα συμπληρώματα (αγόρια)

Πίνακας 7

ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ
- Αμφισβήτηση του τρόπου ζωής των ενηλίκων
- Αναζήτηση ανεξαρτησίας
- Αναζήτηση ανεξαρτησίας
- Υπερβολική ενασχόληση με την εικόνα σώματος
- Έντονη δραστηριότητα εκτός σπιτιού
- Πίεση συνομηλίκων , «παρέας»

2.3.1 Έλλειψη Τροφής

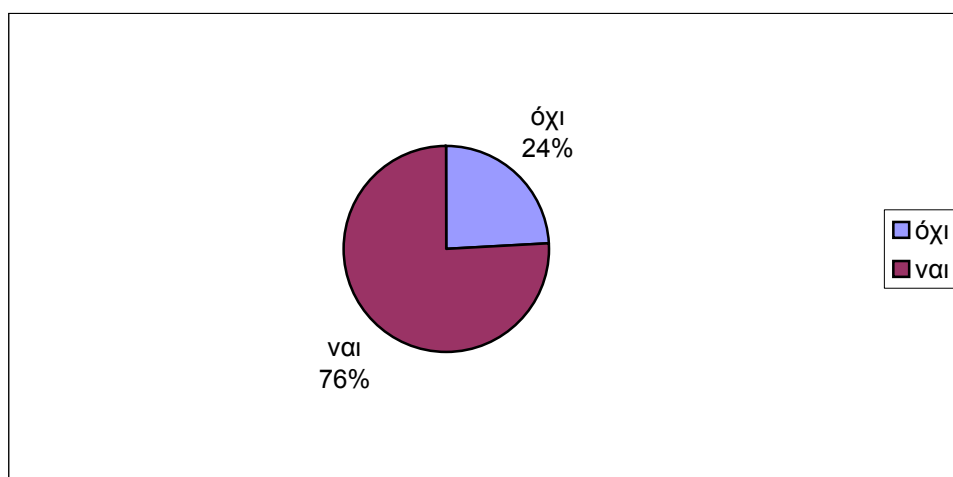
Όταν ο οργανισμός υποσιτίζεται, καταναλώνει μεγάλες ποσότητες λιπώδους ιστού και πρωτεϊνών για να αντιμετωπίσει τις θερμιδικές του ανάγκες με αποτέλεσμα να προκαλείται εξασθένηση του οργανισμού απειλητική για την υγεία του. Ανάλογα με το είδος των θρεπτικών ελλείψεων προκαλούνται διαφορετικά νοσήματα όπως: η νόσος Kwashiorkor από ανεπάρκεια πρωτεϊνών, η ενδημική βρογχοκήλη από έλλειψη ιωδίου, η σιδηροπενική αναιμία από έλλειψη σιδήρου, ο ραχιτισμός από έλλειψη βιταμίνης D ή το σκορβούτο από έλλειψη βιταμίνης C.



Εικόνα 1: Στην εικόνα απεικονίζεται η σωστή διατροφή που πρέπει να καταναλώνεται από τις νεαρές ηλικίες

2.3.2 Υπερκατανάλωση Τροφής

Αντίθετα με τις διαταραχές που προκαλεί η έλλειψη τροφής, τα νοσήματα που προκαλεί η υπερκατανάλωσή της έχουν πολυπαραγοντική αιτιολογία, συνήθως προσβάλλουν μεγαλύτερες ηλικίες και τα κυριότερα είναι τα παρακάτω: καρδιαγγειακά νοσήματα, διάφορα είδη καρκίνου, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμία, παχυσαρκία, τερηδόνα κ.α.



Βλ. Πιν. Στο ερώτημα (Έχετε ενημερωθεί στο θέμα της διατροφής τον τελευταίο χρόνο;) το 76% των εφήβων ,241 μαθητές, απάντησε θετικά και αρνητικά 128 μαθητές δηλαδή ποσοστό 24%. Παρατηρούμε ότι σχεδόν τα 2/3 των εφήβων είναι ενημερωμένα αν και η χώρα μας ανήκει στις πρώτες χώρες με παχυσαρκία μαθητών στην Ε.Ε. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην τροφοδοσία των κυλικείων στα σχολεία με μη εγκεκριμένα και κακής ποιότητας τρόφιμα αλλά και στην γενικότερη επιλογή των νέων «γρήγορου φαγητού» που ακολουθούν τα δυτικά πρότυπα.

2.4 Στοματική Υγιεινή

Η πιθανότητα προσβολής στις περιοδοντικές νόσους αυξάνει με την εφηβεία λόγω της έλλειψης ενεργοποίησης για εφαρμογή σωστής στοματικής υγιεινής. Τα παιδιά που έχουν συνηθίσει να εφαρμόζουν ένα σωστό πρόγραμμα στοματικής υγείας από μικρά, έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν νόσους του περιοδοντίου σαν έφηβοι, σε σχέση με τα παιδιά που δεν έχουν διδαχθεί ένα σωστό τρόπο διατήρησης της στοματικής τους υγείας. Οι ορμονικές αλλαγές της εφηβείας μπορεί να αποτελούν παράγοντα

κινδύνου για την ανάπτυξη νόσων του περιοδοντίου στα νέα άτομα. Στα κορίτσια, οι αυξημένες ορμόνες όπως η προγεστερόνη και πιθανώς τα οιστρογόνα προκαλούν μεταβολές στην κυκλοφορία του αίματος στα ούλα. Τα ούλα κάτω από τη δράση των ορμονών, γίνονται περισσότερο ευαίσθητα σε ερεθιστικούς παράγοντες όπως η βακτηριακή πλάκα ή τα υπολείμματα των τροφών. Σε αυτό το διάστημα, τα ούλα μπορεί να εμφανίζονται πρησμένα, κόκκινα και να είναι πολύ ευαίσθητα. Καθώς η ηλικία προχωρά, η τάση στο να είναι ευαίσθητα τα ούλα στους ερεθιστικούς παράγοντες μειώνεται. Παρόλα αυτά, η εφαρμογή ενός σωστού προγράμματος στοματικής υγιεινής, που περιλαμβάνει σωστό βούρτσισμα και μεσοδόντιο καθαρισμό (π.χ. νήμα), στο σπίτι, είναι καθοριστικής σημασίας. Δεν πρέπει να λείπουν και οι επισκέψεις στον οδοντίατρο το λιγότερο δύο φορές το χρόνο. Πιθανώς, ο οδοντίατρος να συστήσει και εξειδικευμένη θεραπεία σε κάποιες περιπτώσεις με σκοπό να προλάβει την εξέλιξη των νόσων του περιοδοντίου σε πιο επιπλεγμένες καταστάσεις που αφορούν καταστροφή των μαλακών ιστών και του οστού που περιβάλλουν τα δόντια. Πολλοί άνθρωποι νομίζουν ότι οι νόσοι του περιοδοντίου είναι παθήσεις των ενηλίκων.

Η έρευνα όμως μας δείχνει ότι η ουλική νόσος - η ουλίτιδα - (πολλές φορές πρόδρομος της χρόνιας περιοδοντίτιδας) είναι πάρα πολύ συνηθισμένο εύρημα σε παιδιά και εφήβους. Η επίπτωση της φθοράς των δοντιών (τερηδόνα) στα παιδιά και τους εφήβους στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες μειώθηκε σταθερά κατά τη διάρκεια των προηγούμενων τριών δεκαετιών, παρά το γεγονός ότι η μέση πρόσληψη σακχάρων έχει παραμείνει αρκετά σταθερή. Συνεπώς, ποιοι παράγοντες είναι υπεύθυνοι για αυτή τη θετική τάση; Φαίνεται ότι οφείλεται στην καλύτερη στοματική υγιεινή (περισσότερο βούρτσισμα δοντιών και χρήση οδοντικού νήματος) και στο φθόριο.

2.4.1 Φθορά των Δοντιών

Η φθορά των δοντιών εμφανίζεται όταν συνυπάρχουν διάφοροι παράγοντες. Αρχικά, πρέπει να υπάρξει ένα δόντι που είναι ευαίσθητο στη φθορά. Κατά δεύτερον, πρέπει να υπάρξει οδοντική πλάκα δηλ. βακτήρια που ζυμώνουν τους υδατάνθρακες για να παράγουν οξέα, τα οποία διαβρώνουν στη συνέχεια το σμάλτο των δοντιών και, τέλος, πρέπει να υπάρξουν υδατάνθρακες για να ζυμωθούν από τα βακτήρια. Επιπλέον, πρέπει να υπάρξει αρκετός χρόνος για την απομεταλλοποίηση (διάλυση του σμάλτου των δοντιών) και ανεπαρκής χρόνος για να αποκατασταθεί η ζημιά από το φυσικό αμυντικό μηχανισμό του σώματος που «επαναμεταλλοποιεί» το δόντι. Καθένας από αυτούς τους παράγοντες επηρεάζεται στη συνέχεια από άλλους παράγοντες. Παραδείγματος χάριν, η παρουσία

φθορίου βοηθά την επαναμεταλλοποίηση και αλλάζει τη δομή των δοντιών. Το αποτέλεσμα είναι ότι η επιφάνεια των δοντιών είναι λιγότερο ευαίσθητη στη φθορά. Η συχνότητα της πρόσληψης τροφής είναι επίσης σημαντική, επειδή όσο συχνότερα τρώμε τόσο συχνότερα τα βακτήρια έχουν την ευκαιρία να ζυμώσουν τους υδατάνθρακες. Το σάλιο παίζει επίσης έναν ρόλο, εξουδετερώνοντας τα οξέα, παρέχοντας ανόργανα στοιχεία για την επαναμεταλλοποίηση και βοηθώντας στο να καθαριστεί γρηγορότερα το στόμα από την τροφή.

2.4.2 Διαιτητικοί Παράγοντες

Η επίδραση της διατροφής στην ανάπτυξη της οδοντικής τερηδόνας δεν είναι τόσο ευδιάκριτη όσο πολλοί άνθρωποι θεωρούν. Παρότι έχει καταδειχθεί σαφώς μια σχέση μεταξύ της πρόσληψης υδατανθράκων και της φθοράς δοντιών, η άμεση σύνδεση μεταξύ της πρόσληψης ζάχαρης και της οδοντικής φθοράς είναι πλέον αδύνατη στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Πολλοί άνθρωποι καταναλώνουν, παραδείγματος χάριν, σχετικά μεγάλα ποσά σακχάρων τακτικά και όμως έχουν μικρή φθορά στα δόντια.

Μια ολλανδική μελέτη διαπίστωσε ότι το χρονικό διάστημα κατά το οποίο τα τρόφιμα διατηρούνται μέσα στο στόμα είναι σημαντικότερο για τη φθορά των δοντιών από την περιεκτικότητα των τροφίμων σε ζάχαρη. Οι ερευνητές σύγκριναν διαλύματα ζάχαρης με γεύματα και πρόχειρα φαγητά και διαπίστωσαν ότι τα υδατανθρακούχα τρόφιμα που έτειναν να προσκολλώνται στα δόντια ήταν πιθανότερο να προκαλέσουν φθορά σε σχέση με τα διαλύματα ζάχαρης. Αυτά τα τρόφιμα δεν είναι απαραίτητα εκείνα που θεωρούμε «κολλώδη»- παραδείγματος χάριν, τα ζαχαρωτά λιώνουν και καθαρίζονται από το στόμα γρήγορα συγκριτικά με μερικά αμυλούχα τρόφιμα. Έχει αλλάξει, επίσης, το γεγονός ότι δίνουμε έμφαση στη ζάχαρη και τα σακχαρούχα τρόφιμα ως τους κύριους υπαίτιους για τη φθορά των δοντιών. Είναι πλέον γνωστό ότι πολλά άλλα υδατανθρακούχα τρόφιμα, που θεωρούνταν παραδοσιακά «φιλικά προς τα δόντια», όπως το ψωμί, μπορεί να συμβάλλουν στη φθορά των δοντιών. Παραδείγματος χάριν, τα αμυλούχα τρόφιμα (όπως το ψωμί) προκαλούν την παραγωγή οξέος από τα βακτήρια της πλάκας και όλα τα φρούτα έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν οδοντική φθορά και τερηδόνα (Εικόνα 2). Ακόμα και έτσι όμως, πρέπει να συνεχίσουμε να τρώμε αυτά τα τρόφιμα για την ευχαρίστησή μας και για τα οφέλη που προσφέρουν στην υγεία. Οι επιστήμονες θεωρούν τώρα ότι ο ρόλος της δίαιτας στην οδοντική τερηδόνα συσχετίζεται λιγότερο με την ίδια τη δίαιτα και περισσότερο με τις συμπεριφορές του καθενός. Η καλή στοματική υγιεινή και το φθόριο,

ιδιαίτερα όταν τοποθετείται στα δόντια από φθοριούχες οδοντόκρεμες, μειώνουν τη σημασία της διαίτας στη φθορά των δοντιών.



Εικόνα 2 : Παθολογική εμφάνιση τερηδόνας σε νεαρό έφηβο

Εντούτοις, σε χώρες όπου οι φθοριούχες οδοντόκρεμες δεν είναι ευρέως διαθέσιμες, η συχνή πρόσληψη υδατανθρακικών τροφίμων είναι ακόμα ένας σημαντικός παράγοντας στην οδοντική φθορά. Τερηδόνα είναι η διάλυση του σμάλτου των δοντιών από τα οξέα του στόματος. Τα οξέα αυτά παράγονται από τη ζύμωση των τροφών από τα βακτήρια που υπάρχουν σε κάθε φυσιολογική στοματική κοιλότητα.

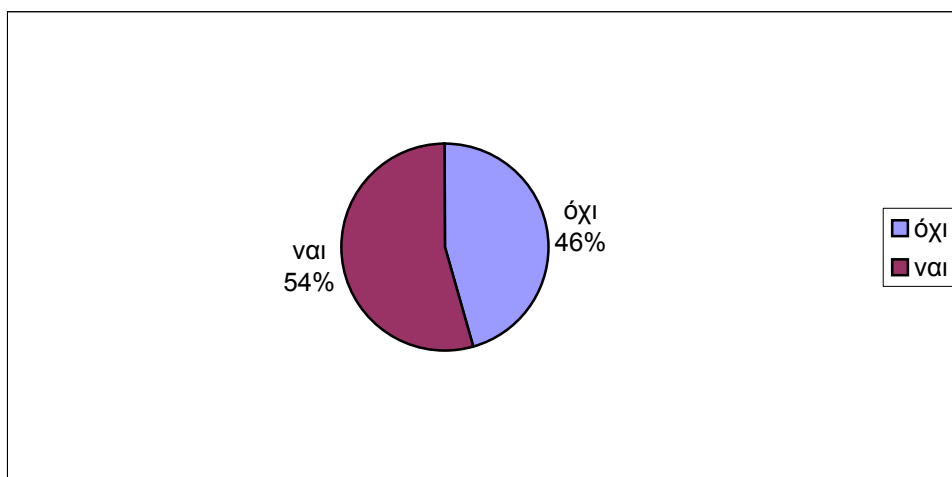


Ο άνθρωπος του δυτικού πολιτισμού(βιομηχανικά ανεπτυγμένων χωρών) μαστίζεται από την τερηδόνα που αν δεν αντιμετωπιστεί σωστά και έγκαιρα καταλήγει στην απώλεια των δοντιών. Ένας βασικός παράγοντας για την εμφάνιση της νόσου είναι η διατροφή του 'πολιτισμένου' ανθρώπου με μεγάλη ποσότητα κατεργασμένων τροφών πλούσιων σε κατεργασμένους υδατάνθρακες (αποφλοιωμένο ρύζι, σοκολάτα, γλυκά, λευκό ψωμί, σνακ πλούσια σε ζάχαρη). Είναι βασικό να αναφέρουμε ότι οι πρωτόγονοι

πολιτισμοί με διαφορετικές διατροφικές συνήθειες, στερούνται την εμφάνιση τερηδόνας. Η εμφάνιση της νόσου στους πολιτισμούς αυτούς, άρχισε όταν ‘εκπολιτίστηκαν’ και στη διατροφή τους μπήκαν τροφές με κατεργασμένους υδατάνθρακες. Κατά τη διάρκεια της ημέρας το σμάλτο των δοντιών (αδαμαντίνη)

1. φθείρεται λόγω της μάσησης των τροφών και της τριβής που αυτή συνεπάγεται
2. διαλύεται από τα οξέα του στόματος που παράγονται από τη ζύμωση των τροφών, οι οποίες παραμένουν στο στόμα μετά το τέλος της μάσησης.

Όσο ο οργανισμός μέσω του σιέλου επισκευάζει ή αναπληρώνει το σμάλτο, που έχει διαλυθεί ή φθαρεί, τα δόντια είναι υγιή. Όταν όμως το ποσό του σμάλτου που χάνεται είναι μεγαλύτερο από αυτό που το σάλιο αναπληρώνει, τότε έχουμε διάλυση των δοντιών. Η διάλυση των 2 κυρίως συστατικών που αποτελούν το σμάλτο του φωσφόρου και του ασβεστίου γεννάει την τερηδόνα. Η άσπρη επιφάνεια του δοντιού γίνεται μαλακή, μαυρίζει και το δόντι είναι ευαίσθητο στο γλυκό, το κρύο και το ζεστό. Η σημαντικότερη πηγή διαιτητικού φθορίου είναι το πόσιμο νερό με περιεκτικότητα σε φθόριο μεταξύ 0.05-14 ppm. Το φθόριο είναι πανταχού παρόν στα τρόφιμα: οι πλουσιότερες πηγές είναι το τσάι και τα θαλασσινά ψάρια που καταναλώνονται με τα οστά τους (π.χ. αντσούγιες, σαρδέλες). Πολλοί άνθρωποι μπερδεύονται με το ποιοι τύποι υδατανθράκων μπορούν να ζυμωθούν από τα βακτήρια και να προκαλέσουν φθορά των δοντιών. Μερικοί επιστήμονες έχουν περιπλέξει περαιτέρω την κατάσταση, διαχωρίζοντας τα σάκχαρα σε «εγγενή» και «εξωγενή». Τα εγγενή σάκχαρα είναι όσα υπάρχουν φυσικά μέσα στην κυτταρική δομή των τροφίμων, δηλαδή κυρίως στα φρούτα και τα λαχανικά. Τα εξωγενή σάκχαρα είναι εκείνα που είναι ελεύθερα στα τρόφιμα ή προστίθενται σε αυτά. Αυτή η ομάδα διαιρείται περαιτέρω σε σάκχαρα γάλακτος (λακτόζη) και μη γαλακτικά εξωγενή σάκχαρα, που είναι οι χυμοί φρούτων, το μέλι, τα πρόσθετα σάκχαρα. Οι μελέτες δείχνουν ότι τα βακτήρια μπορούν να ζυμώσουν και τα εγγενή και τα εξωγενή σάκχαρα, οπότε όλα τα υδατανθρακούχα τρόφιμα μπορούν να συμβάλλουν στη φθορά των δοντιών. Μια υγιεινή, ευχάριστη διαίτα που συνδυάζεται με καλή στοματική υγιεινή είναι ο καλύτερος τρόπος για να προστατευθούν τα δόντια και να προωθηθεί η γενικότερα καλή υγεία.



Βλ. Πιν. Σε ερώτηση (Ποιά η ενημέρωση για την στοματική υγιεινή τον τελευταίο χρόνο;) 201 μαθητές το 54% των εφήβων απάντησε θετικά και 168 μαθητές το 46% των εφήβων απάντησε αρνητικά. Οι έφηβοι αδιαφορούν για την στοματική τους υγιεινή αν και πρέπει να επισκέπτονται τον οδοντίατρο κάθε έξι μήνες για προληπτικό έλεγχο ή τουλάχιστον μια φορά τον χρόνο για τακτικό έλεγχο. Συνήθως έπειτα από παρότρυνση των γονέων ή με την παρουσία προβλήματος και όχι με δική τους απόφαση διότι έχουν λανθασμένη πληροφόρηση για τον ρόλο του οδοντίατρου και διακατέχονται από αίσθημα φόβου.

2.4.3 Τύποι Περιοδοντικών Νόσων σε Εφήβους της Χώρας μας

Η χρόνια ουλική νόσος (ουλίτιδα) είναι συχνή στα παιδιά. Συνήθως προκαλεί οίδημα των ούλων, ερυθρότητα και εύκολη αιμορραγία. Η ουλική νόσος είναι θεραπεύσιμη και μπορεί να προληφθεί. Η θεραπεία περιλαμβάνει σωστό βούρτσισμα των δοντιών, καθαρισμό ανάμεσα στα δόντια (π.χ. χρήση νήματος) και παρακολούθηση από οδοντίατρο. Εάν δε θεραπευτεί, μπορεί πιθανώς να μεταπέσει σε πιο εξελιγμένες μορφές των περιοδοντικών νόσων όπως η χρόνια περιοδοντίτιδα.

Η επιθετική περιοδοντίτιδα (παλαιότερη ονομασία: εφηβική περιοδοντίτιδα) μπορεί να προσβάλλει νέους ανθρώπους που, κατά τα άλλα, είναι υγιείς. Εντοπισμένη επιθετική περιοδοντίτιδα διαπιστώνεται σε εφήβους. Η νόσος προσβάλλει συγκεκριμένα δόντια συνήθως (τραπεζίτες - γομφίους και κοπήρες - τομείς) και οφείλεται σε συγκεκριμένο τύπο βακτηριδίων. Χαρακτηρίζεται από απώλεια οστού γύρω από αυτά τα δόντια, ενώ περιέργως, οι ασθενείς δεν σχηματίζουν μεγάλες ποσότητες βακτηριδίων στο στόμα τους.

Η γενικευμένη επιθετική περιοδοντίτιδα μπορεί να ξεκινήσει πριν την εφηβεία και προσβάλλει όλα τα δόντια. Χαρακτηρίζεται από αιμορραγίες των ούλων και μεγάλες εναποθέσεις βακτηριακής πλάκας και πέτρας στα δόντια. Μπορεί ακόμα να προκαλέσει και κινητικότητα στα δόντια από την οστική απώλεια.

Περιοδοντικές νόσοι συσχετιζόμενες με συστηματικές νόσους. Οι συστηματικές νόσοι που μας αφορούν είναι:

- Ο διαβήτης τύπου I (ινσουλινοεξαρτώμενος - νεανικός διαβήτης)
- Το σύνδρομο Down (τρισωμία 21)
- Το σύνδρομο Papillon - Lefevre

2.4.4 Συμπτώματα Περιοδοντικών Νόσων σε Εφήβους της Χώρας μας :

Τέσσερα είναι τα βασικά συμπτώματα που πρέπει να σας ευαισθητοποιήσουν για την πιθανότητα ύπαρξης νόσου του περιοδοντίου στο παιδί σας:

-Αιμορραγία των ούλων στο βούρτσισμα των δοντιών, στη χρήση νήματος ή αυτόματα, χωρίς λόγο

-Πρησμένα και πολύ κόκκινα ούλα

-Υφιζήσεις ούλων. Δηλαδή ούλα που "τραβιούνται" μακριά από τα δόντια και αποκαλύπτουν τη ρίζα του δοντιού

-Κακοσμία στόματος που δεν βελτιώνεται με το βούρτσισμα ή τη χρήση νήματος.

2.5 Σωματική Άσκηση

Η φυσική αδράνεια έχει αναγνωριστεί τελευταία ως ο πλέον επικίνδυνος παράγοντας στην εμφάνιση διαφόρων ασθενειών. Είναι σήμερα ευρέως αποδεκτό ότι η υιοθέτηση κάποιου είδους φυσικής άσκησης που να γίνεται σε τακτικά χρονικά διαστήματα προσφέρει τόσο στην βελτίωση της ατομικής υγείας όσο και σε μακροζωία. Η άσκηση βοηθάει στην πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων, του σακχαρώδη διαβήτη, της υπέρτασης, της οστεοπόρωσης και άλλων παθήσεων. Επίσης, η τακτική φυσική άσκηση βελτιώνει τη φυσική μας κατάσταση, μας χαρίζει δύναμη και ενέργεια και ανακουφίζει από το καθημερινό μας stress. Τέλος, είναι μία πολύ καλή λύση να ελέγξουμε το βάρος μας ή να χάσουμε περιττά κιλά.

Στη χώρα μας , όπως αποδεικνύουν έρευνες, ποσοστό της τάξης του 52% ασκείται συστηματικά και με διάφορους τρόπους , ενώ το ποσοστό για τη νότια Ελλάδα , συμπεριλαμβανομένου και του Ηρακλείου ανέρχεται σε μόλις 19% , όπως προκύπτει από μελέτη της Γυμναστικής Ακαδημίας που εκπονήθηκε το 2002 . Η συμμετοχή σε σωματικές δραστηριότητες εντός και εκτός σχολείου περισσότερες από δύο φορές την εβδομάδα προστατεύει τους εφήβους από το να εξελιχθούν σε υπέρβαρους ενήλικες, σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύονται στο επιστημονικό έντυπο *Archived of Pediatrics and Adolescent Medicine*. Ο Δρ Ρόμπερτ Μπλουμ και οι συνεργάτες του στο Πανεπιστήμιο Τζονς Χόπκινς της Βαλτιμόρης έθεσαν υπό ιατρική παρακολούθηση 3.345 εφήβους που ανέφεραν την σχολική και εξωσχολική τους σωματική δραστηριότητα το 1996 όταν φοιτούσαν από την β' γυμνασίου μέχρι και την γ' λυκείου. Το σωματικό βάρος καταγράφηκε σε αυτή τη φάση και πάλι μετά από πέντε χρόνια. Κατά τη διάρκεια της πενταετούς μελέτης, ο αριθμός των εφήβων που ήταν υπέρβαροι (δηλαδή Δείκτης Μάζας Σώματος 25 και άνω) σχεδόν διπλασιάστηκε, από 28% έφτασε στο 51%. Εκ των 941 υπέρβαρων εφήβων μόνο 103 (11%) εξελίχθηκαν σε φυσιολογικού βάρους άτομα στα πρώτα χρόνια μετά την ενηλικίωση. Εκ των 2.404 φυσιολογικών ατόμων, 855 (σχεδόν 36%) εξελίχθηκαν σε υπέρβαροι νεαροί ενήλικες. Για το σύνολο του πληθυσμού της μελέτης, η πιθανότητα να εξελιχθεί το άτομο σε υπέρβαρο ήταν μειωμένη κατά 48% δια της συμμετοχής σε εξωσχολικές δραστηριότητες όπως, η ποδηλασία, το πατινάζ και το σκίτμπορντ περισσότερες από τέσσερις φορές την εβδομάδα και 20% με την συμμετοχή σε σχολικά αθλήματα όπως καλαθοσφαίριση, ποδόσφαιρο, κολύμβηση ή μπίτζμπολ τρεις με τέσσερις φορές την εβδομάδα. Επιπλέον, για κάθε μέρα της εβδομάδας που ο έφηβος συμμετείχε σε σωματικά εκπαιδευτικά μαθήματα, οι πιθανότητες να εξελιχθεί σε υπέρβαρο ενήλικο μειώνονταν κατά 5%. Η συμμετοχή στην σωματική επιμόρφωση καθημερινά μείωνε τις πιθανότητες κατά 28%. Το προφανές προστατευτικό όφελος της σωματικής δραστηριότητας ήταν αξιοσημείωτο σε εφήβους που είχαν φυσιολογικό βάρος, πράγμα που σημαίνει ότι η σωματική άσκηση



μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική στρατηγική για τη διατήρηση φυσιολογικού βάρους παρά η απώλεια των περιττών κιλών.

Υπάρχει πληθώρα ενδείξεων που δείχνει ότι συγκεκριμένα είδη ασκήσεων συμβάλλουν αποφασιστικά στη διαμόρφωση αλλά και τη διατήρηση καλής οστικής υγείας¹. Για παράδειγμα, η συστηματική άσκηση κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ανάπτυξης θεωρείται ότι είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες μαζί με τη διατροφή και τη γενετική καταβολή για την επίτευξη της ιδανικής κορυφαίας οστικής μάζας (peak bone mass). Υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι η συστηματική άσκηση σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες συνδυάζεται με μεγαλύτερη οστική πυκνότητα (χρησιμοποιώντας το δείκτη BMD το οποίο υπολογίζεται με DXA) αλλά ενδεχομένως και με διαφορετική οστική γεωμετρία, κάτι το οποίο δεν παρατηρείται όταν η έντονη άσκηση αρχίζει στην ενήλικη ζωή. Αν και οι επιδράσεις της άσκησης στο σκελετό κατά την ανάπτυξη είναι σε ένα μεγάλο βαθμό γνωστές, εκείνο το οποίο απομένει να απαντηθεί με μεγαλύτερη βεβαιότητα είναι η διάρκεια που έχουν αυτά τα οφέλη στην οστική υγεία.

Σύμφωνα με πρόσφατη προοπτική περιγραφική μελέτη η οποία δημοσιεύεται στην επιθεώρηση *Osteoporosis International* η παύση της έντονης σωματικής δραστηριότητας έχει μεγάλη επίδραση στην οστική υγεία. Οι ερευνητές μελέτησαν τις μεταβολές στην οστική πυκνότητα σε 66 αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής, 65 αθλήτριες αγώνων δρόμου και 60 μη-ασκούμενων μαρτύρων με όρια ηλικίας 9-15 έτη. Τα αποτελέσματα που δημοσιεύονται προέρχονται μετά από πάροδο 7 ετών (7-year follow-up). Το σημαντικό στοιχείο της συγκεκριμένης έρευνας είναι ότι ερευνητές ήλεγξαν όλους τους γνωστούς συγχετιτικούς παράγοντες όπως ύψος, βάρος, στάδιο ωρίμανσης (κατά στάδια Tanner) και διατροφή (π.χ. ασβέστιο και βιταμίνη D).

Τα αποτελέσματα είναι εντυπωσιακά καθώς βρέθηκε ότι μείωση κατά 50% ή και περισσότερο της έντονης αθλητικής δραστηριότητας οδηγεί εν τέλει στην απώλεια οποιουδήποτε οφέλους στην οστική μάζα και πυκνότητα. Τα αποτελέσματα είναι ακόμη πιο εντυπωσιακά αν αναλογιστεί κανείς ότι οι αθλήτριες που μείωσαν δραστικά την αθλητική δραστηριότητα είχαν απώλειες σε μάζα και πυκνότητα στον αυχένα του μηριαίου οστού ήδη από τις αρχές της 3ης δεκαετίας της ζωής τους πριν δηλαδή από τη συνηθισμένη ηλικία επίτευξης της κορυφαίας οστικής μάζας. Ήδη παλαιότερες μελέτες έχουν δείξει ότι τα αποτελέσματα της διακοπής της άσκησης επέρχονται άμεσα στα οστά. Τέτοιες ενδείξεις προέρχονται και πάλι από τη μελέτη αθλητριών ενόργανης γυμναστικής κατά τη διάρκεια της αθλητικής περιόδου και κατά τη διάρκεια της διακοπής των αγωνιστικών υποχρεώσεων (off-season). Κατά τη διάρκεια της

διακοπής παρατηρήθηκαν ελαττώσεις στο BMD στη σπονδυλική στήλη καθώς και στο ισχίο.

Άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής που είχαν αποσυρθεί από την ενεργό δράση για πάνω από 10 έτη έδειξε ότι οι υψηλότερες τιμές BMD στα ισχία, στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης αλλά και ολικού σώματος σε σχέση με μάρτυρες αντίστοιχου ύψους, βάρους και ηλικίας παρέμειναν ακόμη και μετά από αυτό το μεγάλο χρονικό διάστημα αποχής από τη εντατική προπόνηση. Όταν πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ των πρώην αθλητριών και των νυν αναδείχτηκε ότι οι πρώην αθλήτριες είχαν χαμηλότερο BMD στον αυχένα του μηριαίου οστού ενώ όταν η σύγκριση έγινε μεταξύ νεαρότερων και μεγαλύτερων μαρτύρων δεν υπήρχε αξιολογήσιμη διαφορά σε αυτήν την ανατομική περιοχή. Υπάρχουν δύο πιθανές εξηγήσεις για την αναντιστοιχία αυτή. Πρώτον και όχι απίθανο είναι ότι οι αθλήτριες που είχαν αποσυρθεί ουδέποτε είχαν φτάσει στο αντίστοιχο BMD όπως οι νυν αθλήτριες (δεν είναι ιδιαίτερα απίθανο ιδίως αν αναλογιστεί κανείς ότι σε πολλά αθλήματα τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχει υπάρξει σημαντική εντατικοποίηση των προπονητικών προγραμμάτων από πολύ νεαρές ηλικίες). Επίσης η θέση αυτή γίνεται πιο πιθανή αν αναλογιστεί κανείς ότι οι νυν αθλήτριες άρχισαν την προπόνηση σε νεαρότερη ηλικία (κατά μέσο 6,2 έτη σε σχέση με 11,9 έτη για τις πρώην). Παρόλα αυτά δεν μπορεί προφανώς να καθοριστεί αν αυτά τα οφέλη θα συνεχίσουν να υπάρχουν σε επόμενα στάδια της ζωής ιδίως κατά την έναρξη της εμμηνόπαυσης όπου επιταχύνεται εντυπωσιακά η οστική απώλεια.

Το δεύτερο συμπέρασμα συνάδει με μια περιγραφική μελέτη με ενεργούς και πρώην ποδοσφαιριστές. Το BMD του κάτω άκρου ήταν κατά 11,6% υψηλότερο στους ενεργούς ποδοσφαιριστές σε σχέση με τους μάρτυρες αλλά καμία διαφορά δεν παρατηρήθηκε στο BMD του άνω άκρου. Αντίστοιχο φαινόμενο παρατηρήθηκε μεταξύ των μη ενεργών ποδοσφαιριστών και των μαρτύρων αλλά η διαφορά στο BMD του κάτω άκρου σταδιακά μειώθηκε και τελικά δεν υπήρχε καμία διαφορά σε ποδοσφαιριστές που είχαν αποσυρθεί πάνω από 35 έτη. Επιπρόσθετα ο αριθμός των καταγμάτων μεταξύ των πρώην ποδοσφαιριστών και των μαρτύρων δεν ήταν διαφορετική. Οι συγγραφείς της μελέτης συμπεραίνουν τελικά ότι οι ποδοσφαιριστές που είχαν αποσυρθεί έχαναν σταδιακά BMD από το κάτω άκρο και τελικά δεν παρουσίαζαν μικρότερο ποσοστό καταγμάτων. Παρόλο που οι συγκεκριμένες προτάσεις είναι πιθανές, ο σχεδιασμός της έρευνας δεν επιτρέπει πολλές γενικεύσεις. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η ένταση της προπόνησης αλλά και η ηλικία έναρξης ήταν το ίδιο στους ενεργούς ποδοσφαιριστές και στους πρώην ποδοσφαιριστές. Επομένως η ελάττωση του BMD στα κάτω άκρα μεταξύ των ενεργών

ποδοσφαιριστών και των μαρτύρων μπορεί να αντανακλά μια τάση προς εντατικοποίηση της προπόνησης και έναρξή της σε μικρότερες ηλικίες κατά τα τελευταία 70 χρόνια.

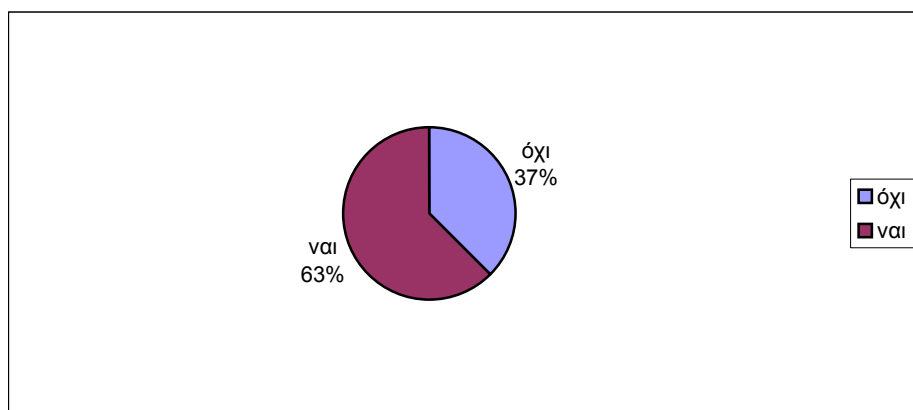
Η εφηβική ηλικία είναι περίοδος που προσφέρεται για ενεργό σωματική δραστηριότητα λόγω περισσότερου διαθέσιμου ελεύθερου χρόνου. Ακόμη και επαγγελματίες αθλητές κατά κανόνα δεν μπορούν να επιδοθούν στην ίδια έντασης δραστηριότητα μετά τα μέσα της τέταρτης δεκαετίας της ζωής. Το σημείο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τις γυναίκες οι οποίες θεωρούνται ιδιαίτερα επιρρεπείς στην ανάπτυξη οστεοπόρωσης έπειτα στην ενήλικη ζωή.

Η συστηματική ενασχόληση με τη σωματική άσκηση είναι ιδιαίτερα δύσκολη όταν συμπεριλάβουμε υποχρεώσεις όπως την εργασία και την οικογένεια. Επομένως είναι πολύ σημαντικό να ερευνήσουμε κατά πόσο τα οφέλη που αποκομίζονται από τη σωματική άσκηση κατά τη νεαρή ηλικία είναι μόνιμα και αν όχι τότε ποιο είναι εκείνο το επίπεδο άσκησης το οποίο απαιτείται για να διατηρηθούν κάποια από τα οφέλη. Όπως φαίνεται από διάφορες έρευνες, για τις οποίες έγινε λόγος παραπάνω, η θετική συμβολή της άσκησης στη διατήρηση και βελτίωση των όρων ισορροπημένης και υγιούς φυσικής ανάπτυξης των παιδιών είναι αναμφισβήτητη. Τα αυξημένα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας αφενός βελτιώνουν τη ψυχική, φυσική και σωματική κατάσταση κάθε παιδιού, αφετέρου λειτουργούν αποτρεπτικά στην πρόκληση διαταραχών, που πιθανά θα συνοδεύουν το παιδί σε ολόκληρη τη ζωή του. Η άσκηση φαίνεται ακόμη ότι συνεισφέρει ως μέσο πρόληψης στην αποτροπή εκδήλωσης κάποιων παθήσεων, που εμφανίζονται στη κατοπινή ζωή του ατόμου. Δημιουργείται γενικότερα το κατάλληλο υπόβαθρο, ώστε να αυξηθούν στο μέγιστο δυνατό βαθμό οι πιθανότητες να εξελιχθούν τα παιδιά σε υγιείς ενήλικες. Βέβαια όσο ευεργετική έχει αποδειχθεί ότι είναι η άσκηση, τόσο επικίνδυνη θα μπορούσε να γίνει, στην περίπτωση μη εφαρμογής όλων των αρχών άσκησης και μέτρων προφύλαξης που απαιτούνται για τον ευαίσθητο οργανισμό και το υπό ανάπτυξη ανώριμο ακόμη σώμα των παιδιών. Επομένως η άσκηση είναι απαραίτητη για τα παιδιά, αρκεί να σχεδιάζεται και να εφαρμόζεται με το σωστό τρόπο.

Παρά τα αποδεδειγμένα οφέλη της άσκησης και της αυξημένης φυσικής δραστηριότητας στη ζωή των εφήβων, η υποκινητικότητα, ο καθιστικός τρόπος ζωής, η ενασχόληση με δραστηριότητες άσχετες με την άσκηση πρωταγωνιστούν στη ζωή των παιδιών σήμερα. Γι' αυτό είναι αναγκαίο να δημιουργηθούν τα κατάλληλα κίνητρα ενασχόλησης των παιδιών με την άσκηση, ώστε να απολαύσουν τις ευεργετικές επιδράσεις της. Η αρχή θα μπορούσε να γίνει από τους ίδιους τους γονείς, που χρειάζεται να προτρέπουν τα παιδιά τους να ασχοληθούν με την άσκηση. Εκτός από τους γονείς, το

σχολείο και γενικότερα η κοινότητα πρέπει να ενθαρρύνουν την ενασχόληση των παιδιών με την άσκηση δημιουργώντας και προσφέροντας τα κατάλληλα κίνητρα, προϋποθέσεις και ευκαιρίες προς αυτήν την κατεύθυνση.

Το καλύτερο είδος άσκησης για ένα παιδί είναι αυτό που βρίσκει ενδιαφέρον και διασκεδαστικό. Διότι έτσι μόνο θα εκτιμήσει τη φυσική δραστηριότητα και δε θα πάψει να ασχολείται με αυτή δια βίου. Για να το ανακαλύψει, θα πρέπει το περιβάλλον, στο οποίο μεγαλώνει, να προωθεί τη δυνατότητα επαφής κι ασφαλούς ενασχόλησης με κάθε είδος φυσικής δραστηριότητας. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε ότι τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί ραγδαία αύξηση των νεαρών κοριτσιών και αγοριών στη χώρα μας, που επιδίδονται σε φυσική άσκηση, κυρίως για αισθητικούς λόγους, αλλά και που ασχολούνται επαγγελματικά με τον αθλητισμό.



Βλ. Πιν Στο ερώτημα (Ποια η ενημέρωσή σας στη σωματική άσκηση τον τελευταίο χρόνο;) 231 έφηβοι το 63% ήταν θετικοί και 138 έφηβοι το 37% ήταν αρνητικοί. Βλέπουμε ότι ένα μεγάλο μέρος είναι ενημερωμένο και ασχολείται με αθλητικές δραστηριότητες κυρίως όμως για λόγους επιδεικτικότητας, ανάδειξης και καλαισθησίας μέσα από αυτές, παρά για την καλή φυσική τους κατάσταση που είναι εγγυητής για το μέλλον.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας σε σχολεία όλης της χώρας απέδειξε ότι ποσοστό 52% των εφήβων ασχολούνται με οποιαδήποτε μορφή γυμναστικής (κυρίως ιδιωτικά γυμναστήρια), 45% αυτών έχουν κάποιο αγαπημένο σπορ στο οποίο επιδίδονται τακτικά, ενώ ποσοστό μεγαλύτερο το 70% όσων συμμετείχαν στην έρευνα, δήλωσε ότι γυμνάζεται για αισθητικούς κυρίως λόγους. Τα ποσοστά φαίνονται κατά κάποιο τρόπο ενθαρρυντικά για το μέλλον των εφήβων, δεν είναι όμως τόσο καθησυχαστικά, όπως

φαίνεται παρακάτω, ιδιαίτερα για τις νεαρές έφηβες, που επιδίδονται σε σωματική άσκηση σε επαγγελματικό επίπεδο.

2.5.1 Η Έφηβος Αθλήτρια

Η συμμετοχή των νεαρών κοριτσιών σε διάφορα αθλήματα έχει ιδιαίτερα αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, ακολουθώντας τις επιτυχίες κορυφαίων αθλητριών σε αθλητικές διοργανώσεις και τη σύγχρονη κοινωνική παραδοχή ότι το γυναικείο φύλο «μπορεί και καταφέρνει» σχεδόν τα πάντα. Ωστόσο, το γυναικείο σώμα και οι ανάγκες του διαφέρουν από το ανδρικό, ιδιαίτερα σε μια περίοδο μεταβολών και ανάπτυξης, όπως η εφηβεία. Ποιές είναι λοιπόν οι ιδιαιτερότητες της έφηβης αθλήτριας; Τι θα πρέπει να γνωρίζει ώστε να απολαμβάνει τα αδιαμφισβήτητα οφέλη της άσκησης χωρίς οδυνηρές μελλοντικές επιπτώσεις;

Επιχειρώντας μια σύντομη ιστορική αναδρομή, σημειώνουμε την απουσία του γυναικείου φύλου στους αρχαίους Ολυμπιακούς αγώνες, καθώς και στους πρώτους σύγχρονους, το 1896. Η πρώτη εμφάνιση των γυναικών ξεκινά δειλά το 1900, στα αθλήματα γκόλφ και τένις, με ποσοστό συμμετοχής 1.7%. Κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα ο γυναικείος αθλητισμός γνωρίζει αλματώδη ανάπτυξη και κοινωνική αποδοχή. Το 1996 το ποσοστό συμμετοχής των γυναικών στους Ολυμπιακούς αγώνες ήταν 35.1%, ενώ παράλληλα έχουν εμφανιστεί «γυναικεία αθλήματα», ειδικά προγράμματα άσκησης για κορίτσια και γυναίκες, κατάλληλα για γυναίκες προπονητικά προγράμματα και εξοπλισμός. Η συμμετοχή των γυναικών σε αθλήματα που θεωρούνται κατ' εξοχήν αντρικά (π.χ. χόκεϊ) απενοχοποιείται, και το γυναικείο φύλο απολαμβάνει μεν τα αδιαμφισβήτητα οφέλη της άθλησης (Πίνακας 8), εκτίθεται ωστόσο σε νέες καταστάσεις και κινδύνους που σχετίζονται με την φυσική και ψυχική ιδιαιτερότητα της γυναίκας.



Οι διαφορές του γυναικείου σώματος από το ανδρικό οριοθετούν τα πλεονεκτήματα, αλλά και τους περιορισμούς του γυναικείου αθλητισμού και

πρωταθλητισμού. Οι γυναίκες έχουν μικρότερους πνεύμονες και καρδιά, μεγαλύτερο ποσοστό λίπους (25% έναντι 15%), βραχύτερα άκρα, καλύτερη ισορροπία και ευλυγισία, χαμηλότερο ύψος, στενότερους ώμους και μικρότερο ποσοστό μυϊκού ιστού. Τα επίπεδα αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης είναι χαμηλότερα, και μπορούν να παρουσιάσουν πιο εύκολα έλλειψη σιδήρου και αναιμία. Μία από τις βασικές διαφορές του γυναικείου από το ανδρικό σώμα είναι και η ύπαρξη μαστών (στήθους). Χωρίς την κατάλληλη φροντίδα το στήθος μπορεί να τραυματιστεί, να πονέσει ή να ερεθιστεί στην περιοχή της θηλής.

Οι τραυματισμοί είναι σχετικά σπάνιοι στα κορίτσια και αφορούν κυρίως πτώσεις, σε αθλήματα όπως το σκι ή η ποδηλασία. Ο πόνος στο στήθος είναι συχνός και αφορά αθλήματα όπως το βόλλεϋ ή το μπάσκετ, όπου παρατηρείται άναρχη κίνηση του στήθους όταν δεν υπάρχει η κατάλληλη υποστήριξή του. Ο ερεθισμός της θηλής αφορά γυναίκες, αλλά και άνδρες, σε αθλήματα όπως η ποδηλασία και το jogging, όπου χρησιμοποιούνται πολύ στενές αθλητικές μπλούζες. Το πιο σημαντικό σημείο για την προστασία του γυναικείου στήθους κατά την άθληση είναι η επιλογή του κατάλληλου στηθόδεσμου (σουτιέν). Ο στηθόδεσμος συνιστάται να είναι από βαμβακερό και μαλακό υλικό και να επιτυγχάνει ανόρθωση, διαχωρισμό και ελαχιστοποίηση της κίνησης των μαστών. Ο στηθόδεσμος θα πρέπει να αλλάζει κάθε εξάμηνο. Συνιστάται ακόμη και η επάλειψη των θηλών με βαζελίνη. Η εμμηνορρυσία δεν επηρεάζει αρνητικά την αθλητική επίδοση, παρά το ότι πολλοί υποστηρίζουν το αντίθετο. Ωστόσο, εάν ο πόνος είναι πολύ έντονος (δυσμηνόρροια) και η αιμορραγία σημαντική μπορεί να υπάρξουν αρνητικές επιπτώσεις. Έχει ακόμη αποδειχθεί ότι το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο (δηλαδή η παρουσία ποικίλων συμπτωμάτων κατά το δεύτερο μισό του κύκλου, τα οποία υποχωρούν μετά την περίοδο, όπως βουλιμία, ευαισθησία μαστών, θυμός, κόπωση, άγχος κ.α.) μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της συχνότητας των κακώσεων και τραυματισμών. Σύμφωνα με δεδομένα μελετών, η χρήση του «χαπιού» ως ρυθμιστικό του κύκλου, και όταν υπάρχει βέβαια ένδειξη, θα μπορούσε να βελτιώσει την αθλητική επίδοση με τους παρακάτω τρόπους : μειώνοντας την αιμορραγία, ελέγχοντας τη δυσμηνόρροια και ελαττώνοντας τα συμπτώματα του προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου. Μπορεί ωστόσο να υπάρξουν προβλήματα εάν εμφανιστούν παρενέργειες (ναυτία, πόνος στο στήθος, κατακράτηση υγρών). Κατά την εφηβεία, θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη η ιδιαιτερότητα του μυοσκελετικού συστήματος. Η επιρρέπεια των νεαρών ατόμων σε κατάγματα και διαστρέμματα λόγω χαλαρότητας των συνδέσμων είναι δεδομένη. Συνεπώς, τονίζεται η χρήση κατάλληλου προστατευτικού εξοπλισμού για τα διάφορα αθλήματα, καθώς και οι

ασκήσεις με μικρά βάρη, πολλές επαναλήψεις και σωστή τεχνική. Η εφαρμογή μεγαλύτερων βαρών με στόχο τη μυϊκή υπερτροφία (body-building) επιτρέπεται μόνο σε σκελετικά ώριμες αθλήτριες- που έχουν ολοκληρώσει την ανάπτυξή τους.

Αν και ο αθλητισμός προσφέρει πολλά στην ψυχοκοινωνική υγεία των εφήβων κοριτσιών, ο πρωταθλητισμός ενδέχεται να σκιάσει τα οφέλη της άθλησης. Πρωταθλητισμός σημαίνει εξαντλητική προσπάθεια με μοναδικό σκοπό την επιτυχία, με επακόλουθα το συνεχές άγχος, την ψυχολογική επιβάρυνση και την υιοθέτηση συμπεριφορών για την κατάκτηση του στόχου, ανεξαρτήτως κόστους. Μέσα στο πλαίσιο αυτό, οι αθλήτριες αθλημάτων που απαιτούν αυστηρό έλεγχο του βάρους σώματος όπως η ενόργανη γυμναστική, η συγχρονισμένη ή μη κολύμβηση, το μπαλέτο κ.α. υποβάλλονται σε υποθερμιδικές δίαιτες και υιοθετούν επικίνδυνες διατροφικές συμπεριφορές (παραλείπουν γεύματα, προκαλούν εμέτους ή χρησιμοποιούν φάρμακα-διουρητικά, καθαρικά κλπ), προκειμένου να διατηρήσουν ένα λεπτό και ευλύγιστο σώμα. Τα παραπάνω οδηγούν σε σημαντική μείωση του βάρους, διακοπή της περιόδου (αμηνόρροια) και μείωση της πυκνότητας του σκελετού, την σοβαρή δηλαδή κατάσταση που αναφέρεται ως **τριάδα της εφηβής αθλήτριας**. Το αποτέλεσμα μπορεί να είναι ιδιαίτερα απογοητευτικό, αφού 15χρονης αθλήτριες μπορεί να παρουσιάσουν ακόμη και κατάγματα λόγω οστεοπόρωσης! Δεδομένου ότι η εφηβεία αποτελεί την περίοδο ανάπτυξης του σκελετού και απόκτησης της **κορυφαίας οστικής μάζας**, η απώλεια οστού κατά την ηλικία αυτή δύσκολα αναπληρώνεται και επηρεάζει μόνιμα τη μελλοντική κατάσταση του σκελετού. Η χρήση συμπληρωμάτων διατροφής ή άλλων σκευασμάτων δεν συνιστάται για την βελτίωση της αθλητικής επίδοσης, παρά μόνο εάν υπάρχουν συγκεκριμένες καταστάσεις (π.χ. διατροφική διαταραχή, χορτοφάγος αθλήτρια ή ύπαρξη χρόνιου νοσήματος κλπ). Τα μόνο ίσως σκεύασμα που θα μπορούσε να χορηγηθεί, είναι ο σίδηρος, λόγω των αυξημένων αναγκών κατά την εφηβεία και ειδικά στις αθλήτριες.

Τελειώνοντας, θα μπορούσαμε να συνοψίσουμε τα οφέλη της άσκησης για τους εφήβους στα παρακάτω :

- Ευνοϊκή επίδραση στην ψυχοσωματική υγεία
- Αντιμετώπιση παχυσαρκίας
- Ενίσχυση αυτοπειθαρχίας

- Ενίσχυση αυτοεκτίμησης

- Ενίσχυση αισθήματος ευγενούς άμιλλας
- Εκτόνωση
- Απομάκρυνση από συμπεριφορές υψηλού κινδύνου

2.6 Οδική Ασφάλεια– Συμπεριφορά των Εφήβων

Έρευνες αποδεικνύουν ότι πολύ μικρό ποσοστό των εφήβων στη χώρα μας , ηλικίας 12 – 18 ετών, χρησιμοποιούν τη ζώνη ασφαλείας ως οδηγοί ή συνοδηγοί (Πίνακας 9).

ΓΡΑΦΗΜΑ 7. ΧΡΗΣΗ ΖΩΝΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

ΗΛΙΚΙΑ	%
12 – 15 ΕΤΩΝ	10.4%
16- 18 ΕΤΩΝ	13.5%
ΣΥΝΟΛΟ	12%

μεταξύ χρηστών
αυτοκινήτων
12-18 ετών

Στοιχεία από το Σύστημα Καταγραφής Ατυχημάτων Εξωτερικών Ιατρειών, 1996-2003. Ανάλυση από το Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΑ)

Πίνακας 9: Στον πίνακα φαίνεται ότι τα ποσοστά των νέων ηλικίας 12 - 15 ετών, που χρησιμοποιούν αυτοκίνητο είναι μικρότερα από τα αντίστοιχα των νέων ηλικίας 16 – 18 ετών. Παρόλα αυτά και στις δύο περιπτώσεις τα ποσοστά είναι αρκετά μικρά.

Στο διπλανό γράφημα είναι εμφανές ότι όσο αυξάνονται τα όρια ηλικίας των εφήβων αυξάνεται και ο αριθμός των τροχαίων ατυχημάτων, που προκλήθηκαν από έφηβους οδηγούς αυτοκινήτων σε μοτοσικλετιστές

ΓΡΑΦΗΜΑ 8. ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ



Στοιχεία από το Σύστημα Καταγραφής Ατυχημάτων Εξωτερικών Ιατρειών, 1996-2003. Ανάλυση από το Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΑ)

διαφόρων ηλικιών. Παρατηρείται επίσης, μικρότερος αριθμός τροχαίων ατυχημάτων που προκλήθηκαν από νεαρές έφηβες, σε σύγκριση με τον αριθμό των ατυχημάτων που προκλήθηκαν από άρρενες έφηβους.

ΓΡΑΦΗΜΑ 9. ΧΡΗΣΗ ΚΡΑΝΟΥΣ

ΗΛΙΚΙΑ	%
12 – 15 ΕΤΩΝ	3.2%
16- 18 ΕΤΩΝ	9.7%
ΣΥΝΟΛΟ	8.5%

μεταξύ χρηστών
μοτοσικλετών
12-18 ετών

Στοιχεία από το Σύστημα Καταγραφής Ατυχημάτων Εξωτερικών Ιατρείων, 1996-2003. Ανάλυση από το Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΑ)

Πίνακας 10: Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι πολύ μικρό ποσοστό των εφήβων μοτοσικλετιστών χρησιμοποιεί το κράνος για την προστασία της ζωής τους.

Ειδικότερα στη χώρα μας, τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν μια θλιβερή πραγματικότητα της οποίας μέρος αποτελούν και νεαροί έφηβοι. Συγκεκριμένα, από πρόσφατες ανακοινώσεις του τύπου, συλλέξαμε τα παρακάτω στοιχεία για μερικές από τις εθνικές οδούς της Ελλάδας.

Εθνική Οδός Αθηνών – Λαμίας, τμήμα Μαλακάσα-Αρκίτσα

Διατομή οδού: τρεις λωρίδες κυκλοφορίας ανά κατεύθυνση με έρεισμα και διαχωριστική νησίδα.

6,8 τροχαία ατυχήματα με παθόντες ανά 10^8 οχηματοχιλιόμετρα

2,02 νεκροί ανά 10^8 οχηματοχιλιόμετρα

2,15 σοβαρά τραυματίες ανά 10^8 οχηματοχιλιόμετρα

8,34 ελαφρά τραυματίες ανά 10^8 οχηματοχιλιόμετρα

Εθνική Οδός Κόρινθος – Τρίπολη, τμήμα Νεμέα-Τρίπολη

Διατομή οδού: δύο λωρίδες κυκλοφορίας ανά κατεύθυνση με έρεισμα και διαχωριστική νησίδα.

13,34 τροχαία ατυχήματα με παθόντες ανά 10^8 οχηματοχιλιόμετρα

4,1 νεκροί ανά 10^8 οχηματοχιλιόμετρα

3,42 σοβαρά τραυματίες ανά 10^8 οχηματοχιλιόμετρα

11,63 ελαφρά τραυματίες ανά 10^8 οχηματοχιλιόμετρα

Εθνική Οδός Πατρών – Πύργου

Διατομή οδού: μία λωρίδα κυκλοφορίας και μία λωρίδα πολλαπλών χρήσεων ανά κατεύθυνση, χωρίς διαχωριστική νησίδα.

12,02 τροχαία ατυχήματα με παθόντες ανά 10^8 οχηματοχιλιόμετρα

4,06 νεκροί ανά 10^8 οχηματοχιλιόμετρα

5,41 σοβαρά τραυματίες ανά 10^8 οχηματοχιλιόμετρα

18,02 ελαφρά τραυματίες ανά 10^8 οχηματοχιλιόμετρα

Εθνική Οδός Αντίρριο – Κακαβιά

Διατομή οδού: μία λωρίδα κυκλοφορίας και μία λωρίδα πολλαπλών χρήσεων ανά κατεύθυνση, χωρίς διαχωριστική νησίδα.

18,11 τροχαία ατυχήματα με παθόντες ανά 10^8 οχηματοχιλιόμετρα

5,83 νεκροί ανά 10^8 οχηματοχιλιόμετρα

6,10 σοβαρά τραυματίες ανά 10^8 οχηματοχιλιόμετρα

22,87 ελαφρά τραυματίες ανά 10^8 οχηματοχιλιόμετρα

Στις παραπάνω μετρήσεις, το ποσοστό των εφήβων οδηγών που συμμετείχαν σε αυτά τα τροχαία ατυχήματα ή που ήταν υπαίτιοι αυτών ανέρχεται σε 35%. Το ποσοστό αυτό είναι αρκετά μεγάλο και ένα από τα μεγαλύτερα των χωρών της ευρωπαϊκής ένωσης.

2.6.1 Αιτίες Τροχαίων Ατυχημάτων

Το πρόβλημα των τροχαίων ατυχημάτων είναι παγκόσμιο. Διεθνώς εκτιμάται ότι αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου μετά τις καρδιακές παθήσεις και τον καρκίνο. Άξιο μνείας είναι το γεγονός ότι, το 90% των θανάτων από καταστροφικές αιτίες σε όλο τον κόσμο οφείλονται σε συγκοινωνιακά ατυχήματα. Σε ετήσια βάση σε όλο τον κόσμο οι νεκροί από τροχαία ατυχήματα φθάνουν στα 1,6 εκατομμύρια άτομα και οι τραυματίες σε 15-20 εκατομμύρια. Η παγκόσμια τράπεζα και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, υπολογίζουν το ετήσιο κόστος σε 500 δισεκατομμύρια δολάρια.

Το όλο πρόβλημα των μεταφορών για την Ευρωπαϊκή Ένωση εστιάζεται στις μετακινήσεις με αυτοκίνητο. Μέχρι το 2010, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις, θα γίνουν με αυτοκίνητο περισσότερα από 35 δισεκατομμύρια χιλιόμετρα. Αυτό καταδεικνύει ότι στην Ευρώπη περίπου το 70% των μεταφορών ανθρώπων και αγαθών πραγματοποιούνται οδικά, τοποθετώντας έτσι το αυτοκίνητο στο κέντρο των συζητήσεων που αφορούν στις μεταφορές, με ιδιαίτερη έμφαση στα θέματα οδικής ασφάλειας. Η παράμετρος αυτή όπως εξελίσσεται



φανερώνει ότι το πρόβλημα της οδικής ασφάλειας και κυκλοφορίας έπαυσε να αποτελεί τοπικό πρόβλημα, έχει αναχθεί σε διεθνές και σαν τέτοιο πρέπει να αντιμετωπίζεται. Η ελεύθερη μετακίνηση των πολιτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε όλες τις χώρες της, αυξάνει τις πιθανότητες εμπλοκής πολιτών μιας Χώρας σε τροχαίο ατύχημα στο έδαφος οποιασδήποτε άλλης. Αυτή η διάσταση του προβλήματος, μας υποχρεώνει να αναζητήσουμε τρόπους επίλυσης των θεμάτων που δημιουργούνται είτε αυτά αφορούν στην παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, είτε στην καταβολή αποζημιώσεων, είτε σε άλλη παράμετρο.

Σοβαρές είναι οι οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες των τροχαίων ατυχημάτων. Οι πρώτες ανάγονται στην οικονομική απώλεια που προκαλούνται από το ατύχημα. Διάφοροι

ερευνητές, κατά καιρούς έχουν περιλάβει πολλά στοιχεία στην κοστολόγηση αυτών των δαπανών που μπορούν να συνοψισθούν:

- Στις υλικές ζημιές των οχημάτων που εμπλέκονται στο ατύχημα, καθώς και τις υλικές ζημιές προς τρίτους.
- Στα έξοδα νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης
- Στην αξία του εργάσιμου χρόνου που απώλεσε το τραυματισμένο άτομο.
- Στην αξία του χρόνου που απώλεσαν λόγω καθυστερήσεων από το ατύχημα οι άλλοι οδηγοί.
- Στην απώλεια της χρήσης του αυτοκινήτου του ατυχήματος.
- Στις διάφορες διοικητικές δαπάνες, όπως τα δικαστικά έξοδα, τα έξοδα της Αστυνομίας, τα διοικητικά έξοδα των ασφαλιστικών εταιρειών κ.λ.π.

Διαφορετικά είναι τα οικονομικά μεγέθη στις περιπτώσεις των ατυχημάτων που έχουν σαν αποτέλεσμα τον θάνατο προσώπου ή την πλήρη ανικανότητα του. Στις περιπτώσεις αυτές προστίθεται ένας ακόμα παράγοντας, η αξία της ανθρώπινης ζωής. Το μέγεθος του προβλήματος καταδεικνύεται σαφώς και από το γεγονός ότι στα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα οδικά ατυχήματα είναι η αιτία για τον θάνατο σχεδόν 120 Ευρωπαίων Πολιτών κάθε ημέρα. Σε ετήσια βάση τα θύματα στην Ένωση είναι περίπου συνολικά 50.000, και οι τραυματίες, συνολικά, ανέρχονται σε 1.500.000. Σήμερα μόνο στην Ελλάδα τα οδικά ατυχήματα είναι η αιτία για το θάνατο 5 ανθρώπων ημερησίως ενώ κάθε χρόνο σκοτώνονται περισσότερα από 1500 άτομα και τραυματίζονται συνολικά πάνω από 20.000 άτομα. Παρόλα αυτά, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, στην Ευρωπαϊκή Ένωση ο αριθμός των νεκρών από τα οδικά ατυχήματα παρουσίασε μία θεαματική πτώση της τάξης 30% κατά την περίοδο από το έτος 1980 έως το 1997. Κατά την ίδια χρονική περίοδο (80-97), η συντριπτική πλειοψηφία των κρατών (14 από τα 15) παρουσίασαν μείωση του αριθμού των νεκρών από οδικά ατυχήματα. Η μοναδική χώρα που αποτέλεσε την εξαίρεση υπήρξε η Ελλάδα όπου ο αριθμός των νεκρών αυξήθηκε. Ο μοναδικός παράγοντας που αμβλύνει την αίσθηση αυτής της επιδείνωσης του επιπέδου Οδικής Ασφάλειας είναι η αύξηση στο τριπλάσιο του στόλου των κυκλοφορούντων οχημάτων στη Χώρα μας κατά την ίδια χρονική περίοδο.

Οι νεκροί, οι τραυματίες και οι υλικές ζημιές των οδικών ατυχημάτων έχουν ένα τεράστιο κοινωνικό και οικονομικό κόστος το οποίο ανέρχεται σε 70 δις ευρώ περίπου,

κατ' έτος στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ο περιορισμός τους αποτελεί προτεραιότητα τόσο για την Ε.Ε. όσο και για κάθε μέλος της χωριστά.

2.7 Το Αλκοόλ ως Συνήθεια Κακής Υγιεινής των Εφήβων της Χώρας μας

Παρά τη μείωση της χρήσης παράνομων φαρμάκων στην εφηβική ηλικία, η χρήση και η κατάχρηση αλκοόλ έχουν παραμείνει ως το πρώτο και μεγαλύτερο φαρμακευτικό πρόβλημα μεταξύ των νέων στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη. Οι έφηβοι είναι περισσότερο επιρρεπείς να αναπτύξουν πραγματικό εθισμό, διότι η μετάβαση από τη χρήση στην κατάχρηση και στην εξάρτηση επιταχύνεται με πολύ γρηγορότερο ρυθμό συγκριτικά με τους ενήλικες.

2.7.1 Ανασκόπηση

Το αλκοόλ ευθύνεται για τη νοσηρότητα και τη θνητότητα στους εφήβους περισσότερο απ' ό,τι όλες οι άλλες ουσίες σε συνδυασμό. Επειδή το αλκοόλ, όπως και τα τσιγάρα, είναι νόμιμα και εύκολα διαθέσιμα, συχνά η χρήση τους παρερμηνεύεται από τους γονείς ως μια ακίνδυνη δοκιμή και αργούν να καταλάβουν την κατάχρηση αλκοόλ από τα παιδιά τους, υποεκτιμώντας την έκταση του προβλήματος. Παράλληλα, οι ιατροί υποεκτιμούν τη σοβαρότητα και τη συχνότητα της χρήσης αλκοόλ από τους εφήβους. Στην πραγματικότητα, η κατάχρηση ουσιών από τους εφήβους είναι πιθανώς η παιδιατρική διάγνωση που συχνότερα διαφεύγει.



2.7.2 Επιδημιολογία

Στις ΗΠΑ, οι εκτιμήσεις αναφέρουν ότι περισσότεροι από 300.000 αλκοολικοί είναι ηλικίας 13-18 ετών και οι μελέτες δείχνουν ότι οι έφηβοι στις αγροτικές περιοχές πίνουν τόσο συχνά, όσο και οι έφηβοι των αστικών περιοχών. Από μελέτες έχει βρεθεί πως τόσο στις ΗΠΑ, όσο και στην Ευρώπη, 87% των αποφοίτων λυκείου έχουν κάνει χρήση αλκοόλ κάποια στιγμή στη ζωή τους, 67% έχουν μεθύσει και 51% έχουν μεθύσει κατά τη διάρκεια του μήνα πριν από την έρευνα, ενώ σε άλλη μελέτη φάνηκε ότι 50% των

τελειόφοιτων έχουν οδηγήσει αυτοκίνητο μετά από χρήση αλκοόλ ή έχουν επιβιβασθεί σε όχημα που οδηγούσε μεθυσμένος οδηγός. Στις ευρωπαϊκές χώρες, η κατανάλωση αλκοόλ είναι αρκετά συχνή από τους εφήβους, με την Ελλάδα να κατέχει την τρίτη θέση μετά τη Δανία και τη Βρετανία. Τις καταστροφικές συνέπειες της άκριτης χρήσης του αλκοόλ δείχνει το γεγονός ότι στην Ευρώπη, ένας στους τέσσερις θανάτους μεταξύ των ηλικιών 15-29 συνδέεται άμεσα ή έμμεσα με το οινόπνευμα. Από στοιχεία ερευνών στην Ελλάδα προκύπτει ότι οι έφηβοι καταναλώνουν για πρώτη φορά αλκοόλ στην ηλικία των 12 ετών, ενώ ο μέσος όρος της ηλικίας που αρχίζουν οι νέοι να συμμετέχουν στην επικίνδυνη αυτή συνήθεια, διαμορφώνεται στα 16,2 χρόνια. Σε έρευνα του ΕΚΤΕΠΝ (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης – Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία), 97,6% των μαθητών δήλωσαν κατανάλωση αλκοόλ τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους και 32% 20 ή περισσότερες φορές το 12μηνο. Τα αγόρια αρχίζουν νωρίτερα τη σχέση τους με το αλκοόλ (ετών) σε σύγκριση με τα κορίτσια (17,3 ετών). Ένας στους τρεις νέους ηλικίας 16-18 ετών ισχυρίζεται ότι πίνει αλκοόλ τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, το 17% ότι πίνει τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα και το 20% ότι καταναλώνει πάνω από 5 ποτήρια στο ίδιο χρονικό διάστημα. Από έρευνα της ΠΟΥ στη διάρκεια 2001-2002, σε δείγμα 1324 νέων ηλικίας 15 χρόνων, διαπιστώθηκε πως 23,4% των αγοριών και 16,9% των κοριτσιών είχαν κάνει χρήση 2 ή περισσότερες φορές τον τελευταίο μήνα πριν την έρευνα. Στην Ελλάδα, σε αντίθεση με τις ΗΠΑ, η γεωγραφική προέλευση των μαθητών που καταναλώνουν αλκοόλ επικεντρώνεται στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές και μειώνεται στα αστικά κέντρα και ιδιαίτερα στη Θεσσαλονίκη (στοιχεία από έρευνα του ΕΠΙΨΥ (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής το 1998, σε πανελλήνιο επίπεδο, με 8500 μαθητές ηλικίας 13-18 ετών) , με το Ηράκλειο να κατέχει το ποσοστό του 18% των μαθητών του , όπως προκύπτει από την ίδια έρευνα .

2.7.3 Παράγοντες Κινδύνου

Η έξαρση, η χρήση και τα πρώτα στάδια κατάχρησης αλκοόλ έχουν τις ρίζες τους στην εφηβεία, όταν ο νέος εξακολουθεί να μένει στην οικογένεια. Σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης, οι έφηβοι μαθαίνουν παρατηρώντας τις συμπεριφορές προτύπων όπως οι γονείς, τα αδέρφια και οι σύντροφοι και τα πρότυπα με αυθεντία τείνουν να έχουν μεγαλύτερη επίδραση. Προδιαθεσικοί παράγοντες από την οικογένεια στη χρήση αλκοόλ είναι δυσάρεστα γεγονότα. Οι παράγοντες για χρήση αλκοόλ στην εφηβεία Οικογένεια:

οικονομική κατάρρευση, διαζύγιο, ασθένεια, θάνατος, αλκοολικοί γονείς. Οι συνομήλικοι: προσαρμογή στην παρέα, ενηλικίωση, περιέργεια, «της μόδας» Μη φυσιολογική συμπεριφορά: κακή επίδοση μαθημάτων, έλλειψη στόχων, απαισιοδοξία, μοναξιά κ.λπ. Διαφήμιση Γενετικοί λόγοι: γονίδιο; Όπως η οικονομική κατάρρευση, οι χαλαρές οικογενειακές σχέσεις ή το διαζύγιο των γονέων, η ύπαρξη ασθένειας ή θανάτου στην οικογένεια και ο αλκοολικός γονέας. Οι γονείς που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ γίνονται πρότυπα για τα παιδιά τους. Η κατάχρηση αλκοόλ από τους γονείς έχει αρνητικές επιδράσεις στα παιδιά τους, συμπεριλαμβανομένων των αυτοκινητιστικών ατυχημάτων λόγω αλκοολισμού των γονιών τους, το εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο λόγω αλκοολισμού της μητέρας, την υψηλότερη συχνότητα σωματικής και συναισθηματικής κακοποίησης των παιδιών, την υψηλότερη συχνότητα σχολικών προβλημάτων και προβλημάτων συμπεριφοράς, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση κ.λπ.. Τις τελευταίες δεκαετίες έχει διερευνηθεί και στοιχειοθετηθεί η συσχέτιση οικογενειακού ιστορικού αλκοολισμού με τον αυξημένο κίνδυνο αλκοολισμού στα παιδιά. Οι έφηβοι που έχουν ένα ή περισσότερους συγγενείς «πρώτου βαθμού» με ιστορικό αλκοολισμού, έχουν φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για κατάχρηση αλκοόλ. Οι οικογένειες με αλκοολικό γονιό έχουν την εμπειρία επαναλαμβανόμενων διαταραχών των οικογενειακών ρυθμών και συσσώρευση αγχογόνων γεγονότων της ζωής, στα οποία περιλαμβάνονται διαταραγμένοι τύποι της αλληλεπίδρασης γονέα - παιδιού και η ένταση μεταξύ των συζύγων. Η επίδραση του αλκοολισμού του γονέα στον έφηβο μπορεί να είναι τεράστια. Ο αλκοολικός γονέας έχει μειωμένη ανάμιξη στη ζωή του εφήβου, που μπορεί να οδηγήσει σε συνεχή ή χαλαρή πειθαρχία και λίγη επίβλεψη. Επιπλέον, επηρεάζεται αρνητικά η εξελικτική πορεία και ο αυτοέλεγχος στον έφηβο, ενώ η ανατροφή του μειονεκτεί, αφού ζει σε απαξιωτικό, ακόμη και εχθρικό περιβάλλον.

Πολλοί έφηβοι πίνουν για λόγους προσαρμογής στην παρέα, γιατί αισθάνονται ως «ενήλικοι», από περιέργεια, ή γιατί είναι της μόδας, ή ακόμη στο πλαίσιο μιας αποκλίνουσας συμπεριφοράς, όπως κακή επίδοση στα μαθήματα, έλλειψη στόχων, απαισιοδοξία, μοναξιά κ.λπ. Τέλος, στην κατάχρηση αλκοόλ φαίνεται πως ενέχονται και γενετικοί παράγοντες. Σε μελέτες έχει βρεθεί ότι το ποσοστό αλκοολισμού είναι αυξημένο σε μονογενή σε σχέση με διζυγωτικά δίδυμα, ενώ σε άλλες βρέθηκε ότι υιοθετημένα παιδιά αλκοολικών γονέων που μεγαλώνουν σε μη αλκοολικό περιβάλλον, έχουν 3-4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να γίνουν αλκοολικοί, παρά το γεγονός ότι ανατράφηκαν από μη αλκοολικούς γονείς. Ο κίνδυνος για αλκοολισμό φαίνεται ότι εξαρτάται τόσο από τον αριθμό των αλκοολικών συγγενών, όσο και από τη στενότητα των σχέσεών τους με το

άτομο που ερευνάται. Από μελέτη φάνηκε ότι ο κίνδυνος εμφάνισης αλκοολισμού αγγίζει το 80% στα άτομα που μόνο κάποιος συγγενής πρώτου βαθμού ήταν αλκοολικός.

2.7.4 Λόγοι Χρήσης Αλκοόλ

Η άποψη ότι η χρήση αλκοόλ είναι δράση ενάντια στην αυστηρότητα των γονιών:

- για διασκέδαση
- για κοινωνικοποίηση, αποδοχή, συμμόρφωση ή εξομοίωση
- για ευχαρίστηση
- θεωρούν ότι έτσι θα είναι πιο αποδεκτοί
- για δοκιμή, ρίσκο, για να αποδείξουν σεξουαλικό θάρρος
- για να μειώσουν το άγχος
- για να ανακουφιστούν από την ανησυχία, την κατάθλιψη και το φόβο
- για να ξεφύγουν από την πλήξη
- για να ανακουφιστούν από τον πόνο ενός οικογενειακού προβλήματος
- για να λύσουν προσωπικά προβλήματα

Πολλοί και περίπλοκοι λόγοι ερμηνεύουν το γιατί πίνουν οι νέοι, οι περισσότεροι από αυτούς όμως σχετίζονται με την επιθυμία τους να νοιώθουν καλά και να περνούν όμορφα με τους φίλους τους. Από έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι από τους πιο σημαντικούς λόγους που οδηγούν τους έφηβους στη χρήση αλκοόλ είναι η διευκόλυνση της κοινωνικοποίησής τους και η σεξουαλική αποδοχή. Έτσι εξηγείται η χρήση αλκοόλ κάτω από ορισμένες συνθήκες.

2.7.5 Επιπτώσεις από τη Χρήση - Κατάχρηση του Αλκοόλ

Ο τρόπος που το αλκοόλ επηρεάζει τον οργανισμό εξαρτάται από την πυκνότητά του στο αίμα, που είναι υψηλότερη όταν κάποιος πίνει γρήγορα. Ποτά με υψηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ απορροφώνται γρηγορότερα. Το αλκοόλ στο αίμα αυξάνει μετά από κάθε ποτό. Το οινόπνευμα απορροφάται από το στομάχι και το λεπτό έντερο. Η απορρόφησή του αρχίζει 10 λεπτά μετά την λήψη του και επηρεάζεται από την παρουσία ή όχι τροφής. Η υψηλότερη στάθμη στο αίμα παρατηρείται σε 40-60 λεπτά. Το οινόπνευμα διαχέεται σε όλους τους ιστούς σε βραχύ χρονικό διάστημα. Ο μεταβολισμός του αλκοόλ γίνεται στο ήπαρ από το ένζυμο alcohol dehydrogenase σε ακεταλδεΐδη, που στη συνέχεια

μεταβολίζεται σε διοξείδιο του άνθρακα και νερό. Η ποσότητα αλκοόλ που μπορεί κάποιος να κάνει χρήση την εβδομάδα δεν πρέπει να ξεπερνά τις 21 μονάδες για τους άνδρες και τις 14 μονάδες για τις γυναίκες. Τα όρια ασφάλειας για τους εφήβους είναι: 14 μονάδες / εβδομάδα για τα αγόρια και 7 μονάδες/ εβδομάδα για τα κορίτσια (κάθε μονάδα ισοδυναμεί περίπου με 8 γραμμάρια αλκοόλ, όσο δηλαδή περιέχουν ένα ποτήρι μύρα, ένα ποτήρι κρασί, ή μια μεζούρα οινοπνευματωδών του μπαρ). Είναι γνωστό ότι ο γερός πότης βλάπτει σοβαρά την υγεία του και κινδυνεύει από ατυχήματα στο δρόμο, στο σπίτι και τη δουλειά. Το υπερβολικό ποτό είναι επίσης η αιτία του χουλγκανισμού, της Αντικοινωνικής συμπεριφοράς και της βίας στο σπίτι, καθώς και της διακοπής των προσωπικών σχέσεων.

2.7.6 Κίνδυνοι από την Κατάχρηση Αλκοόλ

Οι κίνδυνοι από την κατάχρηση αλκοόλ στους έφηβους περιλαμβάνουν την αντικοινωνική συμπεριφορά (εσωστρέφεια, συναισθηματική απομάκρυνση, ανειλικρίνεια, κατάσταση απουσίας ελέγχου) και ριψοκίνδυνη συμπεριφορά (διέγερση, μείωση κριτικής ικανότητας, παρορμητικότητα, αμνησία, μείωση αντίληψης, συσκότιση, sex χωρίς προφυλάξεις, χρήση και άλλων τοξικών ουσιών και αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα).

Οι τρεις κύριες αιτίες θανάτου και αναπηρίας μεταξύ των εφήβων είναι ο τραυματισμός από ατύχημα, η αυτοκτονία. Τρομακτικό είναι το γεγονός ότι το αλκοόλ συμβάλλει στο 25-50% των εφηβικών ατυχημάτων, και των αυτοκτονιών. Η συχνή κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ μπορεί να βλάψει το ήπαρ, την καρδιά και τον εγκέφαλο. Οι κίνδυνοι για τη σωματική υγεία εξαρτώνται από την ποσότητα της κατανάλωσης. Το αλκοόλ είναι κατασταλτικό του ΚΝΣ. Σε μικρές δόσεις προκαλεί χαλάρωση και διέγερση, με εμφανή επίδραση στην κρίση. Σε μεγαλύτερες δόσεις προκαλούνται διαταραχές της άρθρωσης, της ομιλίας, του βαδίσματος, της συμπεριφοράς και της επαφής με το περιβάλλον. Λήθαργος και κώμα είναι επιπλοκές που συνοδεύουν πυκνότητες οινοπνεύματος υψηλότερες των 300mg%. Η κλινική εικόνα συνοδεύεται από πτώση της θερμοκρασίας του σώματος, υπόταση, υπογλυκαιμία, διαταραχές των ηλεκτρολυτών. Πυκνότητα αλκοόλ 500mg/dl είναι θανατηφόρος. Ο θάνατος στην οξεία μέθη οφείλεται στην καταστολή της αναπνοής. Η βαριά κατανάλωση οινοπνεύματος συνεπάγεται περιόδους προσωρινής αμνησίας, η επονομαζόμενη συσκότιση (blackout), σε πολλά εξαρτημένα από το αλκοόλ άτομα. Κατά τη διάρκεια της συσκότισης, ο

έφηβος δεν μπορεί να ανακαλέσει στη μνήμη του συγκεκριμένα συμβάντα, αν και την ίδια στιγμή έχει πλήρη συνείδηση.

3.0 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΙΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τις συνήθειες υγείας των εφήβων, που αναφέρθηκαν λεπτομερώς παραπάνω είναι οι εξής:

- το διαδίκτυο και γενικότερα η ανταλλαγή πληροφοριών μέσω της χρήσης των ηλεκτρονικών υπολογιστών
- τα μέσα μαζικής ενημέρωσης κυρίως η τηλεόραση και γενικότερα οποιαδήποτε μορφή έντυπου τύπου. Σημαντικό ρόλο παίζει σε αυτή την κατηγορία η χρήση και η επιρροή των διαφημίσεων κάθε μορφής
- το φιλικό περιβάλλον
- η σχολική εκπαίδευση
- το οικογενειακό περιβάλλον
- ενημερωτικά φυλλάδια και στατιστικές μελέτες με τη μορφή ερωτηματολογίων

3.1 Το Διαδίκτυο

Πολλοί γονείς εφήβων, αν και παραδέχονται ότι η χρήση του internet έχει κάνει τα παιδιά τους εξυπνότερα, διαμαρτύρονται επειδή αυτά δαπανούν υπερβολικό χρόνο μπροστά από τη μικρή οθόνη σερφάροντας σε ιστοσελίδες και αποκαλύπτουν υπερβολικά στοιχεία από την προσωπική τους ζωή στις ιστοσελίδες κοινωνικής δικτύωσης, όπως η MySpace.com.

Σε έρευνα που δημοσιεύθηκε την προηγούμενη εβδομάδα επιβεβαιώνεται και με συγκεκριμένα στοιχεία τάση των νέων, κυρίως εφήβων ηλικίας άνω των 14 ετών να κοινωνικοποιούνται και μέσα από τις ιστοσελίδες αυτές επικοινωνώντας με άτομα από όλο τον πλανήτη. Περισσότεροι από τους μισούς Αμερικανούς εφήβους (55%) στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 12 και 17 ετών συμμετέχουν ενεργά σε site κοινωνικής δικτύωσης σύμφωνα

με την έρευνα που διεξήχθη από το ινστιτούτο Pew Internet & American Life Project στην οποία συμμετείχε δείγμα 2.300 ατόμων. Ιστοσελίδες όπως οι MySpace.com και Facebook και οι πολυάριθμες σελίδες με



αντίστοιχο περιεχόμενο επιτρέπουν στους χρήστες να δημιουργούν προσωπικές σελίδες στις οποίες τοποθετούν κείμενα, φωτογραφίες και video και από αυτές ανταλλάσσουν μηνύματα και άλλο περιεχόμενο με άλλους χρήστες του διαδικτύου.

Σύμφωνα με τα στοιχεία, στην ομάδα των εφήβων μεταξύ 12 και 13 ετών, το 37% έχει δημιουργήσει το online προφίλ του με στόχο την επικοινωνία με άλλους χρήστες ενώ το αντίστοιχο ποσοστό τους νέους 14 έως 17 ετών είναι 63%. Το ποσοστό για τα κορίτσια σε αυτή την ηλικιακή ομάδα ανεβαίνει στο 70%. Το MySpace.com -το μεγαλύτερο site του είδους - που ανήκει στην αυτοκρατορία του μεγιστάνα των media Ρούπερτ Μέρντοχ, τη NewsCorp., συμπλήρωσε 3 έτη λειτουργίας αυτό τον μήνα και έχει ήδη αποκτήσει παγκόσμια επιρροή διαθέτοντας 145 εκατ. μέλη και περιεχόμενο από 95 διαφορετικές χώρες.

Σύμφωνα με την έρευνα, το 48% των εφήβων δηλώνει ότι επισκέπτεται ιστοσελίδες κοινωνικής δικτύωσης τουλάχιστον μία φορά σε καθημερινή βάση ενώ το 22% δηλώνει ότι αρκετές φορές την ημέρα επικοινωνεί μέσω του διαδικτύου με άλλους χρήστες. Η δημοφιλία των ιστοσελίδων κοινωνικής δικτύωσης έχει προκαλέσει προβληματισμό στις εταιρείες των media διότι διαβλέπουν τον κίνδυνο να χάσουν το νεανικό κοινό παρόλο που έχει επιδράσει θετικά στην αύξηση της κίνησης του διαδικτύου. Έτσι, προσανατολίζονται στην εξαγορά κάποιων από αυτές τις ιστοσελίδες. Οι διαφημιστές από την πλευρά τους προβληματίζονται πώς θα προσεγγίσουν αυτό το νεανικό κοινό, εφόσον κατά τα

φαινόμενα έχει αλλάξει η συμπεριφορά τους ως προς την κατανάλωση των μέσων, αφού σύμφωνα με την έρευνα απομακρύνονται από τα παραδοσιακά ΜΜΕ όπως η τηλεόραση.

Ταυτόχρονα, ανεβαίνει το ποσοστό των εναλλακτικών πηγών ενημέρωσης με πολλαπλές συνέπειες στη διαμόρφωση της ημερήσιας διάταξης στην ειδησεογραφία η οποία ξεφεύγει από τον έλεγχο των αποκαλούμενων «επίσημων» ΜΜΕ. Ως προς τις συνέπειες για τη ζωή των εφήβων, τονίζουμε τον κίνδυνο για ό,τι αποκαλείται «χρονική συμπίεση της παιδικής ηλικίας», δηλαδή για την πρόωρη ενηλικίωση που μπορεί να συνεπάγεται η μεγάλη έκθεση των εφήβων σε μηνύματα του «ενήλικου κόσμου» τα οποία δεν μπορούν να επεξεργαστούν (όπως π.χ. πορνογραφία ή προσεγγίσεις με σεξουαλικό περιεχόμενο).

Η κυριότερη συμβουλή προς τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς είναι ο διακριτικός έλεγχος αυτών των επαφών μέσω του διαλόγου διότι οι ανώνυμες αυτές επαφές ενδέχεται να συνεπάγονται σημαντικούς κινδύνους για την ψυχική τους υγεία. Το Ιντερνετ αποτελεί το αγαπημένο τους μέσο για ενημέρωση, επικοινωνία και ψυχαγωγία, ωστόσο γνωρίζουν λίγα για τους κινδύνους που αυτό παρουσιάζει, πώς να προφυλαχθούν αλλά και που να απευθυνθούν σε περίπτωση κινδύνου. Επτά στους δέκα εφήβους στην Ελλάδα χρησιμοποιούν ηλεκτρονικό υπολογιστή και το Διαδίκτυο για να επικοινωνήσουν με τους φίλους τους, να ενημερωθούν για τα νέα της ομάδας τους ή για να "κατεβάσουν" μουσικά αρχεία.

Ωστόσο, ένα 21% των εφήβων δηλώνει ότι αγνοεί τους κινδύνους από το Ιντερνετ, ενώ έξι στους δέκα δεν γνωρίζουν που να απευθυνθούν σε περίπτωση κινδύνου. Τα παραπάνω προκύπτουν από έρευνα που διεξήγαγε η ομάδα SafeNetHome στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής δράσης SaferInternet, σε συνεργασία με το ΤΕΙ Θεσσαλονίκης και τη Δρ. Μεντζέλου, η οποία είχε στόχο να αποτυπώσει την τρέχουσα κατάσταση όσον αφορά την χρήση του διαδικτύου από τους εφήβους (16-19 χρόνων). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε Θεσσαλονίκη, Αθήνα, Λάρισα, Πάτρα, Ηράκλειο και Καβάλα από τον Μάιο μέχρι τον Ιούλιο του 2006, σε σύνολο 590 νέων (290 κορίτσια και 300 αγόρια). Όπως προκύπτει από την έρευνα, οι περισσότεροι χρήστες μαθαίνουν υπολογιστή γιατί χρειάζεται στις σπουδές τους ενώ τη χρήση του διαδικτύου την μαθαίνουν εμπειρικά. Οι περισσότεροι θεωρούν ως έξυπνο εργαλείο το διαδίκτυο, αλλά το χρησιμοποιούν προς το παρόν για τη διασκέδαση τους. Υψηλό είναι το ποσοστό των Ελλήνων νέων που χρησιμοποιούν το Ιντερνετ για την ηλεκτρονική ανταλλαγή αρχείων.

Σύμφωνα με την έρευνα, το 38% των κοριτσιών και 29% των αγοριών ανταλλάσσουν αρχεία μεταξύ τους, φωτογραφικό υλικό, ιστορίες αλλά και μουσικό υλικό. Από τα άτομα

που χρησιμοποιούν ή διατηρούν blog (σελίδα ημερολόγιο διαδικτύου) τα περισσότερα είναι λίγο ενημερωμένα σχετικά με τα θέματα πνευματικής ιδιοκτησίας.

Επίσης ενώ οι περισσότεροι γνωρίζουν ότι είναι απαγορευμένο να "κατεβάζεις" μουσική από το διαδίκτυο ένα ποσοστό 51% των χρηστών το κάνουν. Επίσης ποσοστό 23% χρησιμοποιεί peer to peer για να κατεβάσει - ανταλλάξει μουσική και ταινίες, ενώ τα αγόρια "κατεβάζουν" μουσική σε ποσοστό διπλάσιο από τα κορίτσια. Από το υπόλοιπο 30% που δεν χρησιμοποιεί το διαδίκτυο, το 20% δεν γνωρίζει τη χρήση του Η/Υ, ενώ το 10% απάντησε ότι δεν χρησιμοποιεί υπολογιστή γιατί δεν τον χρειάζεται και ότι βρίσκει ακριβή τη χρήση του διαδικτύου.

Από αυτούς που χρησιμοποιούν το διαδίκτυο μόνο το 10% το χρησιμοποιεί από το χώρο εργασίας του, ενώ ποσοστό 21% το χρησιμοποιεί από Πανεπιστήμια / ΤΕΙ. Το 44% χρησιμοποιεί το διαδίκτυο από το σπίτι του κυρίως για προσωπικούς λόγους, ενώ το 25% χρησιμοποιεί το διαδίκτυο από Internet station ή Cafe. Το 80% των εφήβων βεβαιώνουν ότι τα χρήματα, που απαιτούνται για τη χρησιμοποίηση του διαδικτύου τα λαμβάνουν από τους γονείς τους. Από τους έφηβους που χρησιμοποιούν το Ιντερνετ, ένας στους πέντε (21%) δήλωσε ότι αγνοεί εντελώς τους κινδύνους του διαδικτύου. Το 28% δηλώνει ότι έχει ενημερωθεί για θέματα κινδύνων με προτεραιότητα από την τηλεόραση και 27% των χρηστών από τον ημερήσιο ή τον εξειδικευμένο τύπο.

Παράλληλα ένα ποσοστό περίπου 60%, δεν γνωρίζει πού πρέπει να απευθυνθεί σε περίπτωση κινδύνου. Τα θετικά στοιχεία της χρήσης του διαδικτύου είναι πλέον ευρέως γνωστά όπως η παροχή πληροφοριών για όλα σχεδόν τα θέματα, η εκπαίδευση μέσω διαδικτύου καθώς και η άμεση ή έμμεση επικοινωνία μεταξύ των χρηστών. Το στοιχείο όμως που πρέπει να γίνει ευρύτερα γνωστό με κάθε τρόπο σε όλους τους χρήστες και ιδιαίτερα σε παιδιά και εφήβους είναι οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν και που δεν είναι άμεσα ορατοί ή αισθητοί καθώς η επικοινωνία μέσω διαδικτύου διαφέρει κατά πολύ από τα συμβατικά μέσα επικοινωνίας μια και η όλη δραστηριότητα πραγματοποιείται μέσα σε έναν εικονικό χώρο.

Επίσης θα πρέπει οι χρήστες να γνωρίζουν πού να απευθυνθούν σε περίπτωση κινδύνου και πώς να προφυλαχτούν από αυτούς. Η ομάδα SafeNetHome στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής δράσης SaferInternet διεξήγαγε έρευνα, σε συνεργασία με το ΤΕΙ Θεσσαλονίκης και τη Δρ. Μεντζέλου, που είχε σαν στόχο να αποτυπώσει την τρέχουσα κατάσταση όσον αφορά την χρήση του διαδικτύου από τους εφήβους (16-19 χρόνων). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε Θεσσαλονίκη, Αθήνα, Λάρισα, Πάτρα, Χανιά και Καβάλα από τον Μάιο μέχρι τον Ιούλιο του 2006, σε σύνολο 590 νέων (290 κορίτσια και 300

αγόρια). Από τους ερωτηθέντες το 70% χρησιμοποιεί Η/Υ και κατ' επέκταση και το διαδίκτυο. Οι περισσότεροι χρήστες μαθαίνουν υπολογιστή γιατί χρειάζεται στις σπουδές τους ενώ τη χρήση διαδικτύου την μαθαίνουν εμπειρικά. Οι περισσότεροι θεωρούν ως έξυπνο εργαλείο το διαδίκτυο αλλά το χρησιμοποιούν προς το παρόν για τη διασκέδαση τους.

Το ίντερνετ κερδίζει συνεχώς έδαφος σε σχέση με την τηλεόραση σε Βραζιλία, Ρωσία και Η.Π.Α. στις ηλικίες μεταξύ 15 και 24 ετών. Βρίσκουν ότι το ίντερνετ είναι πιο διασκεδαστικό, απαραίτητο, ασφαλές, κοινωνικό και πολύ πιο εύκολο σε πρόσβαση. Και η τηλεόραση μπορεί να είναι εύκολη σε πρόσβαση ισχυρίζονται αλλά καταντάει ιδιαίτερα βαρετή !

Το ίδιο έχουν αρχίσει να ισχυρίζονται αρκετοί νέοι και στην Ελλάδα, από την ώρα που άρχισαν να χρησιμοποιούν το διαδίκτυο. Οι ώρες που αφιερώνουν πλέον στην τηλεόραση λιγοστεύουν συνεχώς. Μαθαίνουν από το διαδίκτυο τα νέα της αθλητικής ομάδας τους στο εξωτερικό καθώς και για τα νέα κινηματογραφικά φιλμ. Για τις νέες κυκλοφορίες CD, νέα από τις συναυλίες συγκροτημάτων ακόμη και κουτσομπολιά για τους καλλιτέχνες, κλπ. Από αυτούς τους χρήστες το 38% των κοριτσιών και 29% των αγοριών ανταλλάσσουν αρχεία μεταξύ τους, φωτογραφικό υλικό, ιστορίες και μουσικό υλικό. Από τα άτομα που χρησιμοποιούν ή διατηρούν blog (σελίδα ημερολόγιο διαδικτύου) τα περισσότερα είναι λίγο ενημερωμένα σχετικά με τα θέματα πνευματικής ιδιοκτησίας.

Επίσης ενώ οι περισσότεροι γνωρίζουν ότι είναι απαγορευμένο να «κατεβάζεις» download, μουσική από το διαδίκτυο οι περισσότεροι το κάνουν. Ποσοστό 51% των χρηστών «κατεβάζουν» μουσική ! Επίσης ποσοστό 23% χρησιμοποιεί peer to peer για να κατεβάσει – ανταλλάξει μουσική και ταινίες Τα αγόρια «κατεβάζουν» μουσική σε ποσοστό διπλάσιο από τα κορίτσια. Από το υπόλοιπο 30% που δεν χρησιμοποιεί το διαδίκτυο, το 20% δεν γνωρίζει τη χρήση του Η/Υ ! Ενώ το 10% απάντησε ότι δεν χρησιμοποιεί υπολογιστή γιατί δεν τον χρειάζεται και ότι βρίσκει ακριβή τη χρήση του διαδικτύου. Το 80% των εφήβων βεβαιώνουν ότι τα χρήματα, που απαιτούνται για τη χρησιμοποίηση του διαδικτύου, τα λαμβάνουν από τους γονείς τους. Από αυτούς που χρησιμοποιούν το διαδίκτυο μέσω Η/Υ, μόνο το 10% το χρησιμοποιεί από το χώρο εργασίας του, ενώ ποσοστό 21% το χρησιμοποιεί από Πανεπιστήμια / ΤΕΙ (σαν χώρο εργασίας) Το 44% χρησιμοποιεί το διαδίκτυο από το σπίτι του κυρίως για προσωπικούς λόγους, διαδικτυακά παιχνίδια, email, γενικές πληροφορίες και ελάχιστοι τώρα τελευταία για δημιουργία και συμμετοχή σε blog. 25% των ερωτηθέντων χρησιμοποιεί το διαδίκτυο από Internet station ή Cafe. Αξιοσημείωτο και ταυτόχρονα πολύ σημαντικό για την

εξέλιξη της δράσης για την ασφάλεια στο διαδίκτυο, είναι ότι από αυτούς πού το χρησιμοποιούν, το 21% (1/5 των χρηστών) αγνοεί εντελώς τους κινδύνους του διαδικτύου. Το 28% δηλώνει ότι έχει ενημερωθεί για θέματα κινδύνων με προτεραιότητα από την τηλεόραση και 27% των χρηστών από τον ημερήσιο ή τον εξειδικευμένο τύπο. Παρόλο που η καμπάνια για την ασφάλεια στο διαδίκτυο εντείνει τις προσπάθειες της για συνεχή ενημέρωση ποσοστό περίπου 60%, δεν γνωρίζει πού πρέπει να απευθυνθεί σε περίπτωση κινδύνου. Αυτό φανερώνει ότι ναι μεν οι χρήστες πιθανώς να αναγνωρίζουν τον κίνδυνο αλλά δεν ξέρουν πού να απευθυνθούν για να προστατευθούν από αυτόν ή πώς να τον καταπολεμήσουν. άλλο σημαντικό σημείο που πρέπει να τονιστεί είναι ότι κίνδυνοι του διαδικτύου παραμονεύουν και στα κινητά τηλέφωνα. Μπορεί λοιπόν να έχουμε ένα ποσοστό 20% που δεν γνωρίζει και δεν χρησιμοποιεί Η/Υ και διαδίκτυο αλλά χρησιμοποιεί το διαδίκτυο από το κινητό τηλέφωνο. Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό, γιατί οι κίνδυνοι που υπάρχουν στο διαδίκτυο δεν είναι αποκλειστικότητα του Η/Υ αλλά αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της χρήσης των κινητών τηλεφώνων. Συγκεκριμένα στην Ελλάδα:

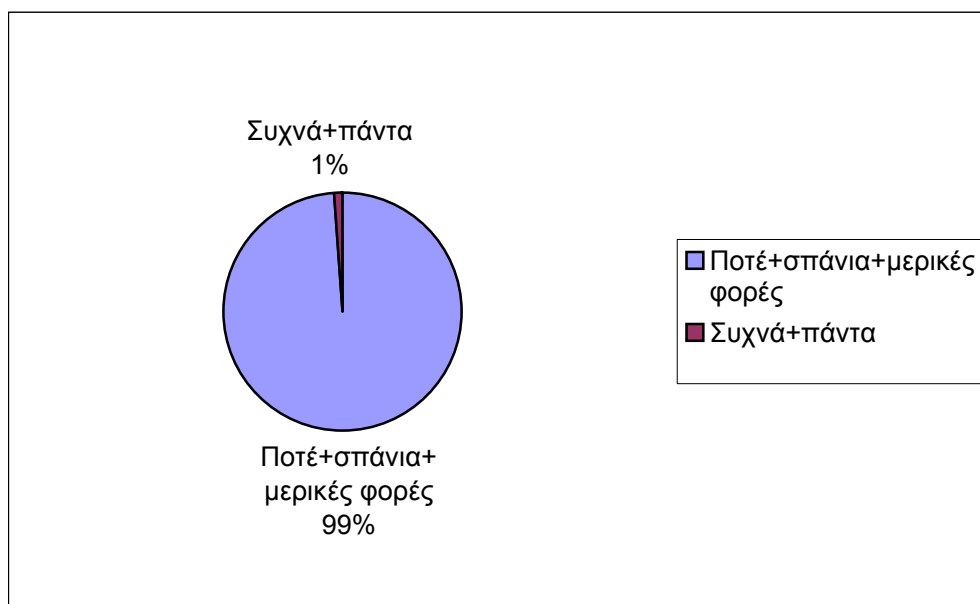
- 38% των ερευνών αφορούν τον τρόπο πρόσβασης στο Διαδίκτυο ενώ μόλις το 10% (3 έρευνες) εξετάζουν τις ικανότητες / γνώσεις του πληθυσμού στη χρήση του Διαδικτύου. Επιπλέον υπάρχει ελάχιστη διαθέσιμη έρευνα για την ερμηνεία και την αξιολόγηση του online περιεχομένου.
- Δεν υπάρχει καμία έρευνα για τον αλφαριθμητισμό των γονέων στα νέα μέσα και για τη στάση τους απέναντι στις νέες τεχνολογίες
- Μόλις μια έρευνα εξετάζει τις ανησυχίες των γονέων για τις διαδικτυακές τεχνολογίες και δύο έρευνες αφορούν την επαγρύπνηση των γονέων για τους κινδύνους του διαδικτύου.
- Οι περισσότερες έρευνες εστιάζουν στο διαδίκτυο αποκλειστικά μέσω του Η/Υ και αγνοούν άλλες πλατφόρμες όπως τα κινητά και τις κονσόλες παιχνιδιών.
- Οι περισσότερες έρευνες αφορούν ακόμα τις εφαρμογές του Web 1.0 και όχι τις εφαρμογές του Web 2.0. (Υπάρχουν μόλις 2 έρευνες για τη χρήση ιστοσελίδων κοινωνικής δικτύωσης από τα Ελληνόπουλα.) Σας παραθέτουμε τα αναλυτικά στατιστικά στοιχεία, όπως προκύπτουν από το θεματικό δίκτυο EU Kids Online:

Θέματα που αφορούν τα παιδιά	Ποσοστό αριθμού ερευνών	Μέσος όρος ερευνών
Πρόσβαση σε online τεχνολογίες	38%	11.8
Χρήση Διαδικτύου	52%	16.3
Ενδιαφέροντα και δραστηριότητες online	14%	8.05
Ικανότητες χρήσης Διαδικτύου	10	6.6
Τρόπος ερμηνείας online περιεχομένου	3	2.1
Δημιουργία περιεχομένου online	3	1.8
Ανησυχίες και απογοητεύσεις	3	3.6
Στρατηγικές για αναζήτηση πληροφοριών	1%	0.2
Εκπαίδευση μέσω Διαδικτύου	31	2.8
Online παιχνίδια	7	3.7
Παιχνίδι ταυτότητας	3	2.8
Αναζήτηση συμβουλών στο Διαδίκτυο	3	1.7
Συμμετοχή στα κοινά μέσω διαδικτύου	1%	1.2
Κοινωνική δικτύωση	7	4.5
Διαφορές στη χρήση ανάλογα με το φύλο	14	5
Συνέπειες από τη χρήση του Διαδικτύου	7	3.5

Πολλοί πιστεύουν ότι η μεγάλη διάδοση του διαδικτύου έδωσε σημαντικό έναυσμα στους εφήβους για την ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με τις συνήθειες και τις ασχολίες τους. Οι έρευνες όμως, διαψεύδουν το γεγονός αυτό, γιατί όπως αποδεικνύεται οι έφηβοι επηρεάζονται από διαφημιστικά προϊόντα, όπως τσιγάρα και αλκοόλ και επιδίδονται σε αυτά με μεγαλύτερη άνεση και ευκολία. Λογοκρισία στο διαδίκτυο δεν υφίσταται, εξαιτίας της απρόσωπης μεταφοράς ιδεών και απόψεων. Σημαντικό πλεονέκτημα του διαδικτύου, είναι προώθηση της σωματικής άσκησης μέσα από τις χιλιάδες ιστοσελίδες διαφημιστικών προϊόντων και χώρων εκγύμνασης. Δυστυχώς όμως, ο χρόνος που απομένει στους εφήβους για τέτοιου είδους ενασχολήσεις περιορίζεται ακόμη περισσότερο από τη χρήση του διαδικτύου.

Βλ. Πιν. Στο ερώτημα (Ενημερώνεστε για θέματα υγείας απο το διαδίκτυο;) 365 έφηβοι το 99% απάντησαν αρνητικά και μόλις 4 έφηβοι το 1% ήταν θετικοί. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος δείχνει ότι

χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για οποιονδήποτε άλλον σκοπό πέραν της ενημέρωσης τους για θέματα υγείας.



3.2 MME – Διαφήμιση

Τα παιδιά και οι έφηβοι καταναλίσκουν περισσότερη ώρα μπροστά στην τηλεόραση παρά στη σχολική αίθουσα (15000 ώρες έναντι 12000 ωρών). Μέχρι να φτάσουν στην ηλικία των 70 ετών, οι σημερινοί έφηβοι θα έχουν καταναλώσει περίπου 7 – 10 χρόνια από τη ζωή τους παρακολουθώντας τηλεόραση. Έτσι, απλά και μόνο από χρονικής απόψεως, τα MME είναι εξαιρετικά σημαντικά, ακόμα και στην περίπτωση που δεν θα είχαν άλλη επίδραση. Λόγω του ότι παρεκτοπίζει άλλες, πιο ενεργές δραστηριότητες, ο ημερήσιος χρόνος παρακολούθησης τηλεόρασης συσχετίζεται με την

παιδική και εφηβική παχυσαρκία. Ο άνθρωπος μπορεί μέχρι και στο άμεσο παρελθόν να γνωρίζει τον ρόλο της κληρονομικότητας, των ουσιών ντοπαμίνη και σεροτονίνη στη διαμόρφωση και



οργάνωση της συμπεριφοράς αλλά σήμερα συνειδητοποιούμε ότι περιοχές νεόφλοιου του εγκεφάλου γίνονται δέκτες επίκαιρων πληροφοριών και ότι ο εγκέφαλος γενικά διαθέτει ένα σύνολο δισεκατομμυρίων νευρώνων ειδικευμένων στην γρήγορη και πιστή μεταφορά σημάτων πληροφοριών και στο να δίνουν εντολές στον άνθρωπο για βουλευτική δραστηριότητα. Η ταχύτητα αναπτύξεως είναι τόσο μεγάλη όσο πιο νέο είναι το άτομο. Η οργάνωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς γίνεται με μια συνεχή εκλεκτική ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ εγκεφάλου και του εξωτερικού και εσωτερικού του περιβάλλοντος (μνημονική παρακαταθήκη).

Σύμφωνα με αυτές τις απόψεις ένας έφηβος δεν μπορεί να είναι ένας γεννημένος θύτης, γιατί η ανθρώπινη συμπεριφορά, καλή ή κακή, μαθαίνεται και επηρεάζεται από το περιβάλλον και τα πρότυπα, δεν κληρονομείται. Διάφορα οικονομικά πολιτικά ή διακρατικά συμφέροντα με την μέθοδο της διαφήμισης ή της προπαγάνδας, παρεμβαίνουν στην μνημονική παρακαταθήκη των εφήβων. Επίσης προσπαθούν να μειώσουν την εγρήγορση ή συνείδηση αλλά ακόμα και τη μνήμη ανθρώπων ή λαών ώστε με τον τρόπο αυτό να παρεμβαίνουν στην βούληση και κατευθύνουν την τελική απόφαση άρα με την απίστευτη αυτή μοντέρνα μέθοδο νικούν και επιβάλλονται αναίμακτα στους έφηβους, που οι κύριοι υπεύθυνοι δεν φρόντισαν να ενισχύσουν την άμυνά τους.

Το γυμνό και το σεξ χρησιμοποιούνται όλο και πιο συχνά από τη διαφήμιση. Εισβάλλουν απρόσκλητα τόσο στον ιδιωτικό μας χώρο, μέσω της τηλεόρασης και των περιοδικών, όσο και στο δημόσιο, με τις γιγαντοαφίσες και τις διαφημιστικές οθόνες στα πεζοδρόμια, στα κτίρια, ακόμα και στα μαζικά μέσα μεταφοράς. Οι διαφημίσεις είναι ο καθρέφτης τής κοινωνίας. Παρά τις διαμαρτυρίες οι διαφημιστικές εταιρίες όχι μόνο δε φαίνονται διατεθειμένες ν' αλλάξουν τακτική, αλλά διαρκώς επινοούν νέους τρόπους εκμετάλλευσης της ανθρώπινης σεξουαλικότητας για διαφημιστικούς σκοπούς Ποιες είναι οι συνέπειες αυτού του καταιγισμού ερωτικών μηνυμάτων και εικόνων; Μπορεί να επηρεάσει την καθημερινή μας ζωή, να μας προκαλέσει εξάρτηση, εθίζοντάς μας σ' αυτό το είδος εικόνων; Μπορεί να μειώσει - ή να αυξήσει- υπερβολικά τη σεξουαλική επιθυμία ή ακόμα και να επηρεάσει αρνητικά τη φυσιολογική ανάπτυξη των παιδιών, όπως φοβούνται πολλοί;

Πρόκειται για ένα ζήτημα για το οποίο υπάρχουν πολλές και αντικρουόμενες απόψεις. Η πλειοψηφία όμως των ειδικών πιστεύει ότι η εισβολή τού σεξ στην καθημερινή ζωή δεν εγκυμονεί κανένα απολύτως κίνδυνο. "Δεν υπάρχει ο παραμικρός κίνδυνος", απαντά ο διάσημος Άγγλος ανθρωπολόγος Ντέσμοντ Μόρις. "Η διαφήμιση δεν είναι παρά ο καθρέφτης τής κοινωνίας, κι αυτό που κάνει είναι να αναπαράγει τα κυρίαρχα μοντέλα

συμπεριφοράς. Σήμερα το σεξ έχει πάψει να είναι κάτι το ιερό και συνδεδεμένο αποκλειστικά με την αναπαραγωγή. Έχει γίνει ένα παιχνίδι, κάτι που ο καθένας δικαιούται να βιώνει ελεύθερα, χωρίς αναστολές ή αισθήματα ενοχής. Το μόνο που κάνει η διαφήμιση είναι να αναπαράγει αυτή την κοινωνική τάση". Μάταια λοιπόν κατηγορούμε τις διαφημίσεις ότι δείχνουν "τα πάντα" και δεν αφήνουν καθόλου χώρο στη φαντασία. Αυτός που δημιουργεί ένα διαφημιστικό σποτ δεν κάνει τίποτ' άλλο από το να παίρνει μια καθολικά αποδεκτή αξία και να "κολλάει" σ' αυτή ένα εμπορεύσιμο είδος.

Έτσι, τα πάντα μετατρέπονται εύκολα σε εμπόρευμα. Υπάρχει υπεραφθονία στην προσφορά εικόνων σεξ, και συνεπώς υπερεκμετάλλευσή του. Κυριαρχεί παντού: στον κινηματογράφο στο θέατρο, στο ρουχισμό, στις κοινωνικές επαφές, στον επαγγελματικό χώρο. Εύλογα λοιπόν η διαφήμιση προσπαθεί να εκμεταλλευτεί αυτή την κατάσταση, κυρίως με το να απευθύνεται σ' ένα κοινό περισσότερο ευάλωτο όπως είναι οι νέοι. Εξάλλου, ερωτισμός και διαφήμιση συμβάδιζαν ανέκαθεν. Με τη διαφορά ότι στο παρελθόν το μήνυμα και οι εικόνες ήταν περισσότερο συγκαλυμμένες - το διαφημιζόμενο προϊόν εξέφραζε μια καταπιεσμένη σεξουαλική επιθυμία, ενώ τώρα όλα είναι αποκάλυπτα. Δεν υπάρχουν πλέον υπονοούμενα και υπαινιγμοί. Και το φαινόμενο αυτό δεν έχει ακόμα εκδηλωθεί σε... όλο του το μεγαλείο. Όπως προβλέπουν οι ειδικοί, σύντομα θα φτάσουμε στην ακραία κατάσταση όπου δε θα βλέπουμε μόνο γυμνά σώματα που μιμούνται την ερωτική πράξη, αλλά αυτή καθαυτή τη συνουσία. Δε συμφωνούν όλοι ότι το φαινόμενο αυτό είναι "ουδέτερο" και άμοιρο συνεπειών, αν κι αυτές οι συνέπειες δεν είναι πάντα αρνητικές. Πώς είναι δυνατό να θεωρούμε τα συναισθήματά μας εμπορεύσιμα; Για τους ηλικιωμένους μπορεί ν' αποτελέσει θετικό κίνητρο ζωής το να ενημερώνονται σχετικά με τα νέα σεξουαλικά ήθη, ακόμα κι όταν ασκούν δριμεία κριτική σ' αυτά, αρκεί να είναι κοινωνικά δραστήριοι, υποστηρίζουν οι ψυχολόγοι. Το ίδιο ισχύει και για τους μετανάστες. Η διαφήμιση αποτελεί, κυρίως για τις γυναίκες, το ευκολότερο μέσο κατανόησης της νέας πραγματικότητας μέσα στην οποία ζουν. Άρα, σ' αυτή την περίπτωση, όσο περισσότερος λόγος γίνεται για το σεξ τόσο το καλύτερο. Αν μη τι άλλο, είναι ένας σίγουρος τρόπος για να ξεπεραστούν κάποια ταμπού. Πολλοί ψυχολόγοι υποστηρίζουν ότι όσο περισσότερο η σεξουαλικότητα θεωρείται ως αξία τόσο λιγότερο επικίνδυνη γίνεται. Η διαφήμιση με ερωτικό περιεχόμενο δεν ασκεί αρνητική επιρροή ούτε καν στα παιδιά. Οι βίαιες εικόνες είναι που βλάπτουν τον ψυχισμό τους.

Ωστόσο, άλλοι ειδικοί είναι λιγότερο αισιόδοξοι όσον αφορά στην επίδραση των σεξουαλικών εικόνων στον παιδικό ψυχισμό. Αυτό που κατά τη γνώμη τους εγκυμονεί κινδύνους είναι ότι η διαφήμιση συνδέει εκ των πραγμάτων όχι μόνο το σεξ, αλλά και την

επιθυμία για ερωτική σχέση και αγάπη με κάτι που ο καθένας μπορεί ν' αγοράσει καταβάλλοντας κάποιο χρηματικό αντίτιμο. Οι νέοι δεν έχουν την πείρα ή την ωριμότητα για να κρίνουν τέτοιου είδους μηνύματα, τα οποία υποβιβάζουν το συναισθηματικό κόσμο και περιορίζουν την ερωτική σχέση αποκλειστικά στη σωματική επαφή.

Σύμφωνα με ορισμένους αναπτυξιακούς ψυχολόγους, η ερωτική διαφήμιση γίνεται ολοένα και πιο ασαφής και μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση. Είναι λάθος να πιστεύουμε ότι τα παιδιά δεν επηρεάζονται επειδή δεν καταλαβαίνουν αυτά που βλέπουν. Στην πραγματικότητα, οτιδήποτε βλέπουν τα επηρεάζει, γιατί στον παιδικό νου η εικόνα επηρεάζει άμεσα τη σφαίρα των συναισθημάτων. Σήμερα η πληθώρα ερωτικών μηνυμάτων έχει κάνει τα παιδιά να παριστάνουν ότι ερωτοτροπούν από πολύ νωρίς. Για άλλους, το σοβαρότερο πρόβλημα είναι ότι η γλώσσα της διαφήμισης τείνει να εξαλείψει τις διαφορές των δύο φύλων. Το σεξ έγινε ένα είδος εφηβικής υποχρέωσης. Τα παιδιά, για ν' αποκτήσουν επίγνωση του φύλου τους, περνούν πρώτα από ένα στάδιο "δυσφήμισης" του αντίθετου φύλου. Σ' αυτή την περίοδο έχουν ανάγκη από διαφημίσεις που προβάλλουν σαφή βιολογικά πρότυπα, τα οποία επιβεβαιώνουν αυτές τις διαφορές. Από τυχόν αντιφατικά μηνύματα αποπροσανατολίζονται. Την ικανότητα της συνειδητής αποδοχής ή αμφισβήτησης αυτών των προτύπων την αποκτούν πολύ αργότερα. Η συνεχής παρότρυνση για σεξ γίνεται πηγή άγχους για πολλούς εφήβους, οι οποίοι καλούνται ν' αποδείξουν τις ικανότητές τους σε κάτι για το οποίο μπορεί να μην είναι ακόμα έτοιμοι. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, η μη αποδοχή τού προγαμιαίου σεξ από την εκκλησία λειτουργεί ως "βάρκα σωτηρίας". Παλιότερα οι έφηβοι έκρυβαν τα "αθώα" πορνοπεριοδικά κάτω από το στρώμα τους. Σήμερα ο κόσμος των ΜΜΕ αντιμετωπίζει αδιάκριτα τους εφήβους ως ενηλίκους στο θέμα τού σεξ.

Όμως πολλά παιδιά τρομοκρατούνται απ' αυτή την εισβολή τού σεξ στη ζωή τους. Αν δεχτούμε τελικά ότι ένα διαφημιστικό σποτ με άμεσο ή έμμεσο ομοφυλοφιλικό περιεχόμενο είναι ένα ακόμα βήμα για μια πιο ανεκτική κοινωνία, τότε πώς εξηγείται η όλο και συχνότερη διαφημιστική "αξιοποίηση" διαστροφών, όπως ο σαδομαζοχισμός. Παρατηρείται όλο και πιο συχνά το φαινόμενο πολλά φυσιολογικά ζευγάρια να δηλώνουν κουρασμένα από τη "συνήθη" ερωτική τους ζωή και να επιθυμούν ερωτικές εμπειρίες όμοιες μ' εκείνες που προβάλλουν τα ΜΜΕ και οι διαφημίσεις. Αυτό όμως δημιουργεί άλλα προβλήματα, γιατί οι περισσότεροι απ' αυτούς (άντρες ή γυναίκες), όταν προσπαθήσουν να μιμηθούν το πρότυπο του αχόρταγου και ακούραστου εραστή συνήθως αποτυγχάνουν, οπότε κατηγορούν τον εαυτό τους και καταρρέουν.

Η κρίση που παρατηρήθηκε στον υψηλό αγωνιστικό αθλητισμό είχε τον αντίκτυπό της και στις αθλητικές δραστηριότητες των εφήβων. Το 1971, δύο ερευνητές οι Ogilvie & Tutko δημοσιεύουν ένα άρθρο με τίτλο: «Σπορ: Αν θέλεις να οικοδομήσεις χαρακτήρα, δοκίμασε κάτι άλλο». Απόρροια των αντιαθλητικών συμπεριφορών ήταν η ανάπτυξη προβληματισμού, η οποία έδωσε το έναυσμα για επιστημονική έρευνα και μελέτη φαινομένων όπως η βία, ο φανατισμός και η φαρμακοδιέγερση. Το θέμα της βίας κι επιθετικότητας στον αθλητισμό, τα τελευταία χρόνια, πήρε σημαντικές διαστάσεις κι έγινε καθημερινό κοινωνικό φαινόμενο. Οι βιαιότητες που συμβαίνουν στον αθλητισμό συναντιούνται και στην ιστορική πορεία της ανθρωπότητας. Βιαιότητες είχαμε στην αρχαία Ρώμη (στις αρένες με τους μονομάχους), στο Βυζάντιο (στον ιππόδρομο, με τον οποίο συνδέεται η περίφημη στάση του Νίκα), στο Μεσαίωνα (με τους ιπποτικούς αγώνες) καθώς και στην Αγγλία του περασμένου αιώνα. Βέβαια, η σημερινή βία έχει άλλες αφετηρίες κι άλλες γενεσιουργούς αιτίες από ό,τι η βία στο παρελθόν. Πρόκειται για ένα κοινωνικό φαινόμενο.

3.2.1 Έρευνες

Η δεκαετία του 80, είναι η εποχή που οι αθλητικοί ψυχολόγοι παρουσιάζουν ενδιαφέρουσες έρευνες για τη συμμετοχή στον αθλητισμό, την αθλητική βία και τη δεοντολογία. Δημοσιεύεται μια σειρά από εμπειρικές μελέτες που χρησιμοποιούν διαφορετικές ψυχολογικές προσεγγίσεις κι ερευνητικές μεθόδους. Σχεδόν χωρίς εξαίρεση, αυτές οι μελέτες έχουν συνοψιστεί από τους Shields & Bredemeier (1995), οι οποίοι και δικαίωσαν τη δήλωση των Ogilvie & Tutko. Μερικά από τα πορίσματα των ερευνών αυτών είναι τα ακόλουθα:

- Φαίνεται ότι οι κανόνες και τα ήθη στα σπορ (δηλαδή αυτά που τηρούνται κατά τη διάρκεια ενός αθλητικού αγώνα) αναστέλλουν τους κανονικούς κανόνες της ζωής.
- Παρατηρείται αύξηση της επιθετικότητας, σε συνδυασμό με τη συμμετοχή σε αγώνες ή σε αθλητικές δραστηριότητες.
- Οι μορφές κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, που καλλιεργούνται στον αθλητισμό υψηλού αγωνιστικού επιπέδου ίσως να μην βοηθούν ή ακόμη και να εμποδίζουν την ηθική εξέλιξη των νέων.
- Η ηθική σκέψη των καλαθοσφαιριστών του Γυμνασίου βρίσκεται σε πολύ χαμηλότερα ηθικά επίπεδα από εκείνα των μη αθλητών.

- Τα κορίτσια είναι πιο πιθανό να εγκρίνουν μια συμπεριφορά βασιζόμενη στο «ευ αγωνίζεσθαι, από ότι τα αγόρια και επίσης δίνουν λιγότερη έμφαση στη «νίκη με κάθε κόστος».

Από ότι υποστηρίζεται στις μελέτες αυτές, η κινητική δραστηριότητα από μόνη της δεν είναι επαρκής να βοηθήσει στην ηθική ανάπτυξη των νέων. Αντίθετα, πολλές φορές μπορεί να δημιουργηθεί επιθετική ή και εγωκεντρική νοοτροπία δηλαδή, κάποιος έφηβος να εκδηλώσει ιδιαίτερη μορφή αντικοινωνικής συμπεριφοράς που αναφέρεται στην έντονη πρόθεσή του να βλάψει κάποιον άλλο και να προκαλέσει βλάβη με σωματική, λεκτική ή ψυχολογική επίθεση. Η επιθετικότητα παραβιάζει τα δικαιώματα των άλλων. Δημιουργεί προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις των εφήβων συναθλητών και μεταξύ αθλητών - προπονητή ή και κριτών με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία της ομάδας. Σύμφωνα με τον Dreikurs, (συμπεριφοριστική θεωρία των ορμών), οι νέοι έχουν την ανάγκη να προσελκύσουν την προσοχή συμμαθητών και δασκάλων (συναθλητών και προπονητών), να αντιδράσουν στην παρουσία των μεγάλων και να δείξουν έτσι τη δύναμή τους, να εκδικηθούν με βίαιο τρόπο όσους τους περιφρονούν ή κακολογούν και να αποσυρθούν όταν δεν επιβεβαιώσουν την παρουσία τους.

Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι οι μελέτες των Bredemeier & Shields (1986 a,b), Bredemeier (1994; 1995b) και άλλων ερευνητών (Crown & Heatherighton, 1989; Knoppers, 1988; Knoppers, Zuidema & Meyer, 1989) έχουν δείξει ότι υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στον αθλητισμό και στη ζωή. Ακόμη οι μελέτες αυτές έχουν αποδείξει ότι η ηλικία, το φύλο, ο τύπος των σπορ, η ένταση της άσκησης, και το επίπεδο του αγώνα είναι καθοριστικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τον ηθικό προσανατολισμό στον αθλητισμό. Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των αθλημάτων. Υπάρχουν αθλήματα που μπορεί να προκαλέσουν σωματική σύγκρουση ή συνωστισμό (ποδόσφαιρο, χόκεϊ, ράγκμπι, χειροσφαίριση, καλαθοσφαίριση) κι άλλα που δεν περιέχουν τη σωματική επαφή και δεν παράγουν εύκολα βίαιες ενέργειες (καταδύσεις, στίβος, συγχρονική κολύμβηση, ενόργανη γυμναστική). Επίσης, ως προς τη βία του αγωνιστικού χώρου πρέπει να κάνουμε άλλη μια διάκριση: Η βία χωρίζεται στην αυθόρμητη βία και στη συνειδητή βία. Αυθόρμητη βία ονομάζονται εκείνες οι επιθετικές ενέργειες του ατόμου, που δημιουργούνται ως αντίδραση του ατόμου σε ένα εξωτερικό ερέθισμα, χωρίς βαθύτερη σκέψη για παράδειγμα όταν μας χτυπήσει κάποιος και πονέσουμε, τότε αντιδρούμε γρήγορα κι ανάλογα. Τη συνειδητή βία, τη συναντάμε κυρίως στον αγωνιστικό αθλητισμό των ενηλίκων, όπου υπάρχουν μεγάλα συμφέροντα, ενώ την αυθόρμητη κατά κύριο λόγο στον σχολικό αθλητισμό των παιδιών και των εφήβων όπου οι επιθετικές ενέργειες δεν είναι

προγραμματισμένες, αλλά πηγάζουν από τις στιγμιαίες συνθήκες. Θα πρέπει να διαχωρίσουμε τη βία σε αυτή που γίνεται μέσα στον αθλητικό χώρο από τους αθλούμενους και τη βία που γίνεται έξω από τους αθλητικούς χώρους από τους οπαδούς. Έτσι, το νέο άτομο κλεισμένο όλη τη βδομάδα στο σπίτι ή στο σχολείο χωρίς σωστούς κοινωνικούς προσανατολισμούς κι οποιεσδήποτε ηθικές αναστολές ζητά να δράσει να συγκρουστεί με κάποιους για να δείξει τι αξίζει. Η κοινωνία αποδέχεται κατά κάποιο τρόπο τον χουλιγκανισμό, καθώς συνήθως οι παραβάτες δεν τιμωρούνται, όπως στις υπόλοιπες κοινωνικές παραβάσεις. Να σημειωθεί ότι μεγάλος όγκος των hooligans είναι έφηβοι 15-19 ετών.

Γύρω από τη βία του αθλητισμού έχουν αναπτυχθεί πολλές θεωρίες όπως η θεωρία των ορμών & των ενστίκτων, της ψυχικής ματαιώσης, η θεωρία της πειθούς και της μίμησης, η θεωρία της ετικέτας, η θεωρία της καθημερινότητας. Όλες αυτές όμως είναι μονοδιάστατες. Αντίθετα, η θεωρία της πολυδιάστατης αιτιολόγησης προσπαθεί να επισημάνει περισσότερους παράγοντες. Τέτοιοι είναι ο ρόλος των ΜΜΕ, το κοινωνικοπολιτικό σύστημα αξιών, η κοινωνικοποίηση του ατόμου, ο τύπος του αθλήματος, οι στόχοι της αθλητικής δράσης, οι προσδοκίες από τον αγώνα, οι πελατειακές σχέσεις των σωματείων με τους οργανωμένους οπαδούς.

Η επιδίωξη ή, έστω, η διακήρυξη της αντικειμενικότητας κατέχει πάντα μια καίρια θέση στη δημοσιογραφική δεοντολογία. Αναγράφεται σε όλους του Κώδικες Δεοντολογίας, συχνά στις προγραμματικές επαγγελίες, καμιά φορά και στις προμετωπίδες των εφημερίδων. Η βαρύνουσα σημασία που της αποδίδεται υπογραμμίζεται με την αντιδιαστολή ανάμεσα στην αντικειμενικότητα της ειδησεογραφίας και στον επιτρεπόμενο υποκειμενικό χρωματισμό της αρθρογραφίας. Και, βέβαια, υποτίθεται ότι αφορά όλα τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας, έντυπα, ραδιόφωνο, τηλεόραση, τώρα και ιστοσελίδες του Διαδικτύου. Παντού, τα γεγονότα υποτίθεται ότι εμφανίζονται όπως πραγματικά είναι χωρίς στρεβλώσεις, ανακριβείς προσθήκες ή σκόπιμες παραλείψεις. Η εικόνα είναι ειδυλλιακή αλλά εξωπραγματική. Γιατί παραγνωρίζει τη σημασία της παρουσίασης του γεγονότος: το ίδιο γεγονός, χωρίς καμία αλλοίωση, έχει διαφορετική επίπτωση στη λεγόμενη κοινή γνώμη, ανάλογα με το πώς θα παρουσιασθεί. Άλλη σημασία αποκτά το γεγονός που παρουσιάζεται στην πρώτη σελίδα (ή στην αρχή της ροής των ειδήσεων) κι άλλη αυτό που πνίγεται σε κάποια εσωτερική σελίδα (ή ανάμεσα σε άλλες ειδήσεις), άλλη το γεγονός που θεωρείται άξιο να υπογραμμισθεί με πολύ χώρο ή χρόνο κι άλλη εκείνο που κάπου αναφέρεται παρενθετικά και συνοπτικά. Ακόμα, το μέγεθος των τυπογραφικών

στοιχείων ή ο τίτλος, ο τόνος της φωνής του εκφωνητή ή του παρουσιαστή μπορούν να κάνουν το ίδιο γεγονός να φαίνεται διαφορετικό.

Ας παραδεχτούμε ότι αυτές οι παραβιάσεις της αντικειμενικότητας είναι, ως έναν βαθμό, αναπόφευκτες. Επιτέλους, η είδηση κάπως πρέπει να παρουσιασθεί και κάποιος πρέπει να αποφασίσει για τον τρόπο της παρουσιάσής της. Η κύρια μέθοδος κατασκευής γεγονότων παίρνει συχνά τη μορφή πρόβλεψής τους. Ας πάρουμε, για παράδειγμα, μια αναγγελόμενη απεργία ή μια αναγγελόμενη πορεία κάποιου ορισμένου κλάδου, από τις συνηθισμένες, ας πούμε «ρουτίνας». Ως ένα μεγάλο βαθμό, η επιτυχία της εξαρτάται από τη δημοσιευόμενη πρόβλεψη της επιτυχίας ή της αποτυχίας: η είδηση ότι «καθολική αναμένεται η συμμετοχή στη σημερινή απεργία» ή «μεγαλειώδης προβλέπεται η αυριανή πορεία» μπορεί να αποτελέσει σημαντική παρακίνηση για τους κάθε λογής διστακτικούς.

Άλλωστε στα μέσα μαζικής επικοινωνίας αρέσει ο χαρακτηρισμός ως «τέταρτης εξουσίας» (παράλληλα προς τη νομοθετική, την εκτελεστική και τη δικαστική), γιατί τους αναγνωρίζει μια δύναμη επίδρασης στον δημόσιο βίο. Και εξουσία μεν σίγουρα υπάρχει, το ερώτημα είναι αν μπορεί να μπει στην ίδια μοίρα με τις άλλες τρεις. Γιατί, ενώ η δημοκρατική νομιμοποίηση των τριών άλλων εξουσιών στηρίζεται, άμεσα ή έμμεσα, στη λαϊκή κυριαρχία, μετέωρη παραμένει η νομιμοποίηση της εξουσίας που ασκούν τα μέσα μαζικής επικοινωνίας.

Συνεπώς, επιβάλλεται η αφύπνιση της προσοχής των αναγνωστών ή των θεατών μπροστά σε κάποιες παγίδες που στήνονται καμιά φορά, ώστε ν' ακτινογραφείται η πραγματικότητα που συχνά συγκαλύπτεται ή εξωραϊζεται. Πάντως, σε κάθε περίπτωση, η ελευθερία του Τύπου και των άλλων μέσων μαζικής επικοινωνίας είναι αγαθό αναμφισβήτητο. Και τούτο γιατί, αν η ελευθερία του τύπου κρύβει κάποιους κινδύνους, η έλλειψή της είναι ένα κακό απόλυτο, όπως κάθε σύμπτωμα ολοκληρωτισμού.

3.3 Ρόλος των Γονέων

Οι γονείς παίζουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο στην καθοδήγηση των εφήβων, στην ενίσχυση των συνηθειών υγείας είτε με θετική είτε με αρνητική επίδραση σε αυτούς. Παρά το χάσμα των γενεών, την ανεπαρκή εκπαίδευση των γονιών, που ανατράφηκαν με διαφορετικές αρχές και σε διαφορετικές εποχές, η προσφορά και η καθοδήγηση που μπορούν να προσφέρουν είναι πολύ σημαντική. Αυτό που πρέπει να τονίσουμε είναι ότι ο γονιός που ακούει είναι και ο γονιός που θα εισακουστεί. Το μοτίβο αυτό πρέπει να

υιοθετείται από τους σημερινούς γονείς , προκειμένου να γίνει μια σωστή αντιμετώπιση των εφηβικών προβλημάτων , των ανησυχιών και των συνηθειών που προτιμούν οι νέοι της εποχής μας. Συγκεκριμένα , ο ρόλος των γονέων συνοψίζεται στα παρακάτω:

- Να ακούουν καλά αυτό που έχει να τους πει ο έφηβός
- Να τον κοιτούν στα μάτια , ώστε ο έφηβος να αντιλαμβάνεται την εμπιστοσύνη και την αγάπη που του προσφέρεται
- Να μην διακόπτουν τη ροή ου λόγου των νέων
- Να προσέχουν τον τόνο της φωνής τους
- Να κάνουν ερωτήσεις που προάγουν τον διάλογο
- Να δράττουν ευκαιρίες για διάλογο (οδήγηση / διαδρομή με το αυτοκίνητο)
- Να καθησυχάζουν επανειλημμένα τον έφηβό και να τον διαβεβαιώνουν ότι μπορούν να απευθυνθούν σε αυτούς για οτιδήποτε
- Να δηλώνουν την χωρίς όρια αγάπη τους: «μπορεί να μην συμφωνούν και να μην επικροτούν όλα όσα κάνουν, ωστόσο πάντα θα τους αγαπούν ότι κι αν γίνει»
- Εάν δεν νιώθουν άνετα να συζητούν ορισμένα θέματα, μπορούν να τα γράψουν σε ένα γράμμα
- Να απευθύνονται σε ειδικούς ψυχολόγους και να ζητούν βοήθεια και επιστημονικές συμβουλές προκειμένου να γίνεται σωστή καθοδήγηση των νέων. Σε αυτό μπορούν να συμβάλλουν εκπαιδευτικοί , παιδοψυχολόγοι , ιθύνοντες , κρατικά διορισμένοι , όπως κοινοτικό νοσηλευτές , σχολικοί νοσηλευτές και κοινωνιολόγοι ανάλογα με τις εκάστοτε περιστάσεις
- Να βρίσκουν άλλους ενήλικες στους οποίους ο έφηβος θα μπορούσε να μιλήσει (θείους, νονούς, εξαδέλφους, κλπ.)

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι γονείς πρέπει να θυμούνται τα εξής:

- Η πειθαρχία είναι ο δρόμος προς την επιτυχία
- Η πειθαρχία δεν είναι συνώνυμο της τιμωρίας
- Να θέτουν ξεκάθαρα όρια. Αυτό σημαίνει αγάπη και ενδιαφέρον
- Η πειθαρχία βοηθά τον αυτοέλεγχο
- Να διαπραγματεύονται τους όρους
- Θέματα που δεν διαπραγματεύονται είναι η χρήση ουσιών, η πρόωγη έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας, και η επικίνδυνη οδική συμπεριφορά
- Να εξηγούν το λόγο μιας απαγόρευσης

- Να είναι πολύ συγκεκριμένοι

Επειδή η ενασχόληση των σημερινών εφήβων με το διαδίκτυο και γενικότερα με τη χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών είναι αρκετά μεγάλη, οι γονείς πρέπει να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να γίνεται σωστά και με ασφαλή τρόπο η ανταλλαγή ιδεών και πληροφοριών μέσω του διαδικτύου. Γενικότερα οι γονείς πρέπει να περιορίζουν το ρόλο τους στα κάτωθι:

- Να κρατούν τον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε χώρους όπως το σαλόνι και όχι σε υπνοδωμάτια. Πρέπει να ασχολούνται με το πως δουλεύει το διαδίκτυο και να αφιερώνουν χρόνο για περιήγηση μαζί με τα παιδιά τους στον κυβερνοχώρο και να μαθαίνουν από αυτά
- Να σιγουρεύονται ότι τα παιδιά τους είναι ενήμερα ότι πρέπει να ανησυχούν για αγνώστους που συναντούν μέσω του ηλεκτρονικού υπολογιστή
- Να είναι ιδιαίτερα προσεχτικοί όταν τα παιδιά χρησιμοποιούν τα chatrooms (δωμάτια συνομιλίας), χωρίς την επίβλεψη τους. Να μην αφήνουν ποτέ να συναντήσουν κάποιον που γνώρισαν μέσω του διαδικτύου χωρίς να είναι και οι ίδιοι μαζί
- Να ενθαρρύνουν τους έφηβους να προτιμούν τις ιστοσελίδες που αυτοί θέλουν και όχι αυτές που θεωρούν ανάρμοστες
- Να εγκαταστήσουν στον υπολογιστή λογισμικό φίλτρο που απαγορεύει την προσπέλαση σε συγκεκριμένες σελίδες του διαδικτύου
- Να συζητούν μαζί τους για την ασφάλεια του διαδικτύου, έτσι ώστε να κατανοήσουν και οι ίδιοι τους κινδύνους
- Να γνωρίζουν ποιους πρέπει να ενημερώσουν σε περίπτωση που συναντήσουν βλαβερό και παράνομο περιεχόμενο στο διαδίκτυο

Στους έφηβους, συμπεριφορές που χαρακτηρίζονται από τη χρήση βίας, σεξουαλική απεισκευσία και χρήση ναρκωτικών, προκαλούν ανησυχίες. Οι δυσάρεστες συνέπειες με απρόβλεπτες προεκτάσεις, δυνατόν να επηρεάζουν μόνιμα τη ζωή τους. Ο ρόλος των γονιών, της οικογένειας και του σχολείου είναι καθοριστικός στη γένεση, πρόληψη και αντιμετώπιση των σοβαρών προβλημάτων σε σχέση με την κοινωνική συμπεριφορά και εξέλιξη των εφήβων. Το παράδειγμα που δίνουν οι γονείς σχετικά με την αντίληψη και το χειρισμό της βίας έχει θεμελιώδη ρόλο στο πως θα συμπεριφέρονται στον τομέα αυτό τα παιδιά τους στην εφηβική ηλικία και πιθανόν αργότερα στην ενήλικη ζωή τους. Σημασία έχει όχι μόνο το τι λένε οι γονείς στους έφηβους τους αναφορικά με τη χρήση βίας στη

ζωή τους αλλά πολύ περισσότερο αυτό που μεταφέρουν ως μήνυμα διαμέσου των πράξεων τους. Σε μια ενδιαφέρουσα έρευνα που εξέτασε το ζήτημα αυτό, επιστήμονες από το πανεπιστήμιο της Μινεσότα, μελέτησαν 134 έφηβους ηλικίας 10 έως 15 ετών. Διαπίστωσαν ότι έχει μεγαλύτερη επιρροή στους έφηβους αυτά που αισθάνονται και αντιλαμβάνονται από τη συμπεριφορά των γονιών παρά αυτά που τους λένε οι γονείς τους. Με λίγα λόγια είναι οι πράξεις των γονιών που έχουν πολύ μεγαλύτερη σημασία για τον παραδειγματισμό των εφήβων.

Εάν οι γονείς τους, τους μεταφέρουν το μήνυμα και με τις δικές τους πράξεις ότι η βία δεν είναι ένα αποδεκτό μέσο στην κοινωνία για επίλυση διαφορών με τους συνομήλικους τους και άλλους, τότε οι πιθανότητες χρήσης βίας στη συμπεριφορά τους, μειώνονται ουσιαστικά. Οι βίαιες σκηνές που παρακολούθησαν ένα αγόρι ή κορίτσι στην παιδική ή στην εφηβική ηλικία, επηρεάζουν και διαμορφώνουν τον χαρακτήρα τους και τα προδιαθέτουν για βίαιη ή εγκληματική συμπεριφορά. Η απόρριψη από τους γονείς της βίας ως μέσο αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων ή διαφορών, προστατεύει τους εφήβους και μειώνει τις πιθανότητες εμπλοκής τους σε συγκρουσιακές διαμάχες που χαρακτηρίζονται από βίαιες συμπεριφορές με άλλους νέους. Οι γονείς πρέπει να θυμούνται πάντα ότι για σοβαρά θέματα που επηρεάζουν τους έφηβους όπως η χρήση βίας, η σεξουαλική συμπεριφορά και τα ναρκωτικά, είναι επιτακτικό να επικοινωνούν με τα παιδιά τους και να μεταδίδουν τα σωστά μηνύματα όχι μόνο λεκτικά αλλά και με τη δική τους συμπεριφορά διαχρονικά.

Είναι καλό επίσης να υπενθυμίσουμε ότι έρευνες έδειξαν την επιρροή που έχει η ποιότητα της σχέσης γονιών και παιδιών στην επιλογή καλών φίλων. Οι γονείς που έχουν καλές και στενές σχέσεις επικοινωνίας με τα παιδιά τους, είναι σε θέση να τα επηρεάζουν στην επιλογή των φίλων τους.

Έτσι μπορούν να συμβάλλουν στο να έχουν τα παιδιά τους φίλους που δεν χαρακτηρίζονται από επιθετικό ή βίαιο χαρακτήρα. Οι ίδιοι οι γονείς πρέπει να δείχνουν στα παιδιά τους ότι για την επίλυση των συγκρουσιακών καταστάσεων που προκύπτουν, είναι αναγκαίο να χρησιμοποιούν μη βίαιους τρόπους. Η αποφυγή χρήσης βίας τα προστατεύει από του να γίνουν τα ίδια θύματα βίας. Είναι καλό να θυμούνται οι γονείς ότι οι πράξεις τους μιλούν δυνατότερα από τα λόγια τους. Οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν μερικά βασικά στοιχεία σχετικά με το κάπνισμα στους έφηβους. Με όπλο τις γνώσεις αυτές, θα μπορούν με καλύτερο τρόπο να βοηθήσουν τα παιδιά τους να μην πέσουν στην παγίδα της θανατηφόρας αυτής συνήθειας. Βέβαια θέλουμε από την αρχή να τονίσουμε ότι

εάν ο ένας ή και οι δύο οι γονείς καπνίζουν, τότε προσφέρουν τη χειρότερη υπηρεσία στο παιδί τους. Οι έφηβοι με γονείς που καπνίζουν έχουν περισσότερες πιθανότητες να καπνίζουν και οι ίδιοι. Για τους γονείς, η μεγάλη πρόκληση είναι να καταφέρουν να δημιουργήσουν εκείνες τις συνθήκες που θα αποτρέπουν τα παιδιά τους από το να γίνουν θύματα του καπνίσματος. Μια τέτοια επιτυχία, έχει σοβαρό αντίκτυπο στη ζωή των παιδιών τους. Σημαίνει ότι η ζωή των παιδιών θα είναι μεγαλύτερης διάρκειας και πιο υγιής. Το 90% των καπνιστών αποκτήσαν την κακή και νοσηρή συνήθεια του καπνίσματος πριν από την ηλικία των 19 ετών.

Βασικά προτού ακόμη ωριμάσουν αρκετά για να καταλάβουν τους κινδύνους της ζωής, το κάπνισμα εισβάλλει στη ζωή τους, χωρίς να αντιληφθούν το μέγεθος των κινδύνων. Οι λόγοι για τους οποίους οι έφηβοι και νέοι στρέφονται προς το τσιγάρο και άλλες μορφές καπνίσματος, είναι διάφοροι. Σε ορισμένους ανθρώπους η νικοτίνη, είναι τόσο εθιστική όσο και η ηρωίνη. Αυξάνει στον εγκέφαλο την κυκλοφορία νευροδιαβιβαστών που μειώνουν την όρεξη, αυξάνουν την ευχαρίστηση και προκαλούν χαλάρωση. Πολλοί έφηβοι νομίζουν ότι μπορούν να σταματήσουν το κάπνισμα όποτε το θελήσουν. Όμως δυστυχώς οι έφηβοι αναπτύσσουν εθισμό στη νικοτίνη πιο γρήγορα από τους ενήλικες και σε χαμηλότερες δόσεις. Ακόμη και με ένα τσιγάρο την ημέρα αναπτύσσεται στους έφηβους εθισμός. Η διακοπή του, μπορεί να δημιουργήσει σύνδρομο στέρησης.

Πολλοί από τους έφηβους που καπνίζουν, εύχονται να μην είχαν ποτέ αρχίσει. Ένα μεγάλο ποσοστό, δοκιμάζουν τουλάχιστον μία φορά να σταματήσουν το κάπνισμα. Τα κορίτσια εθίζονται στη νικοτίνη πιο εύκολα από ότι τα αγόρια. Έρευνες έδειξαν ότι τα αγόρια εφηβικής ηλικίας αναπτύσσουν εθισμό στη νικοτίνη σε 180 μέρες ενώ τα κορίτσια σε μόνο 21 μέρες. Υπάρχουν και άλλοι λόγοι για τους οποίους παρατηρείται αύξηση του ποσοστού κοριτσιών εφηβικής ηλικίας που καπνίζουν. Είναι πιθανό ότι κορίτσια καπνίζουν στα πλαίσια των προσπαθειών τους για να χάσουν βάρος. Επίσης τα ψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης στα κορίτσια παίζει ρόλο.

Η κατάθλιψη είναι συχνότερη στους καπνιστές και των δύο φύλων. Η προσέγγιση προς τους έφηβους για σκοπούς διακοπής του καπνίσματος, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Η αναφορά στις βλαβερές επιδράσεις του καπνού και στις μακροχρόνιες βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία τους, είναι αντιπαραγωγικές. Είναι προτιμότερο να εστιάζεται η προσοχή τους, στα προβλήματα που τώρα, στην εφηβική ηλικία δημιουργεί το κάπνισμα. Ο χρόνιος βήχας, η μειωμένη αντοχή, η κακοσμία του στόματος, το

κιτρινίσμα των δοντιών, η κακή μυρωδιά των ρούχων λόγω του καπνού και το ψηλό κόστος των τσιγάρων, είναι θέματα που αφορούν άμεσα στην εικόνα τους. Αυτές οι πραγματικότητες είναι σε θέση να τους ανησυχήσουν περισσότερο και να τους δώσουν ισχυρότερα κίνητρα για να διακόψουν το κάπνισμα.

Παράλληλα ενδυναμώνεται η αντίσταση τους στις πιέσεις των συνομήλικων τους και άλλων νέων για να καπνίζουν. Είναι γεγονός ότι υπάρχουν έφηβοι που ενώ δεν έχουν επιθυμία να καπνίζουν, δεν έχουν αρκετή δύναμη για να αντισταθούν στις πιέσεις των φίλων και συνομηλίκων τους για να καπνίζουν. Οι αρνητικές κοινωνικές συνέπειες του καπνίσματος πρέπει να τονίζονται. Δυστυχώς στην εικόνα των καπνιστών έχει δοθεί κάποια αίγλη. Αυτό έγινε εδώ και μερικές δεκαετίες ιδιαίτερα από τον κινηματογράφο. Οι γονείς μπορούν να εξουδετερώνουν την παραπλανητική αυτή εικόνα, αναφέροντας τα παραδείγματα γνωστών ή συγγενών των οποίων η υγεία επηρεάστηκε σοβαρά από το κάπνισμα. Το γεγονός ότι όλο και περισσότεροι άνθρωποι απαγορεύουν το κάπνισμα στο σπίτι τους, το ότι οι νομοθεσίες σε διάφορες χώρες του κόσμου επιβάλλουν όλο και περισσότερους περιορισμούς για το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους, ενισχύουν τη θέση ότι το κάπνισμα δεν είναι μια συνήθεια που δίνει γοητεία και δύναμη αλλά μια θανάσιμη, νοσηρή συνήθεια. Επίσης πρέπει να προβάλλεται το γεγονός ότι όλο και περισσότεροι νέοι, απορρίπτουν τη χρήση του καπνού και των προϊόντων του. Μεταξύ των εφήβων που καπνίζουν στη χώρα μας, μόνο 2% έχουν γονείς που δεν καπνίζουν. Αυτό σημαίνει 98% των εφήβων που καπνίζουν, έχουν γονείς καπνιστές. Από αυτούς το 15% έχει και τους δύο γονείς να είναι καπνιστές.

Βλέπουμε λοιπόν ότι εάν οι γονείς καπνίζουν, οδηγούν τους έφηβους τους προς αυτή τη θανατηφόρα συνήθεια. Το καλύτερο που έχουν να κάνουν είναι οι ίδιοι να σταματήσουν το κάπνισμα. Εάν αδυνατούν, τότε πρέπει να συνειδητοποιήσουν το κακό που κάνουν στα παιδιά τους. Ταυτόχρονα πρέπει να μην καπνίζουν στην παρουσία των εφήβων τους, ούτε στο σπίτι ούτε στο αυτοκίνητο. Να μην προσφέρουν ποτέ τσιγάρα στα παιδιά και ούτε να τα αφήνουν στο σπίτι να τα βλέπουν οι έφηβοι ή να μπορούν να παίρνουν από αυτά. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι οι γονείς που καπνίζουν έχουν χρέος να τονίζουν τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στα παιδιά τους. Ακόμη και κάτω από τέτοιες δύσκολες συνθήκες οι συμβουλές τους είναι δυνατόν να βοηθήσουν έστω και εάν βοηθούν σημαντικά λιγότερο παρά ότι εάν δεν κάπνιζαν. Η διαφώτιση των παιδιών για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος πρέπει να αρχίζει από την πολύ

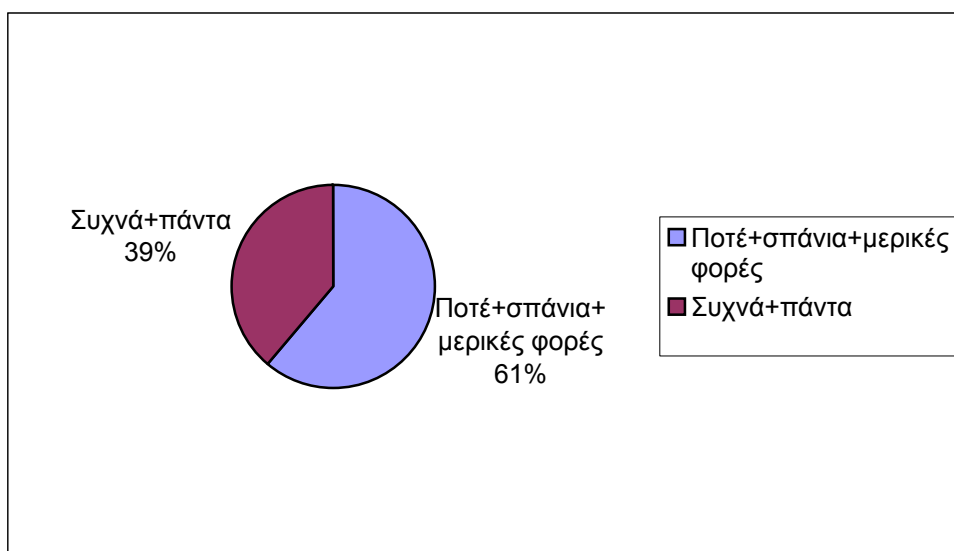
μικρή παιδική ηλικία. Μόλις οι έφηβοι είναι σε θέση να κατανοούν, οι γονείς είναι καλό να τα μορφώνουν σχετικά με το θέμα. Η ανάπτυξη υγιούς σεξουαλικότητας είναι μέρος της σωματικής και συναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού. Βιολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συνδυάζονται για να δημιουργήσουν, για όλη τη ζωή, υγιή αίσθηση της σεξουαλικότητας και των επιλογών της συμπεριφοράς. Ο έφηβος βιολογικά ώριμος, διεκδικεί την ανεξαρτητοποίηση του, την απόκτηση προσωπικής ταυτότητας και στοχεύει στη ανάπτυξη σχέσεων εκτός οικογένειας. Επίσης τον απασχολεί ιδιαίτερα η σεξουαλικότητα και οι επιλογές για σεξουαλική συμπεριφορά, καθώς οι επιτυχείς επιλογές θα βοηθήσουν στη προσαρμογή του στη ενήλικη ζωή. Οι επιλογές του καθοδηγούνται βέβαια από την βιολογική του ανάγκη αλλά σειρά κοινωνικών παραμέτρων θα τις επηρεάσουν.

Κάθε κοινωνία με τις αρχές και τις αξίες της προσανατολίζει, διαπαιδαγωγεί και ελέγχει τον έφηβο. Οι θέσεις της κοινωνίας για το προγαμιαίο σεξ, την ισότητα των δύο φύλων, την αποδοχή των μονογονικών οικογενειών, τη νομιμοποίηση των εκτρώσεων και άλλες, είναι θέσεις οι οποίες προσανατολίζουν στο είδος της σεξουαλικής ζωής η οποία είναι κοινωνικά αποδεκτή. Οι γονείς από πολύ ενωρίς, πρέπει να βοηθούνται για να εντοπίζουν τις εκπαιδευτικές στιγμές για να δώσουν στο παιδί τους τις απαραίτητες γνώσεις, να το βοηθήσουν να κρίνει όλα όσα του προτείνονται και να το μπολιάσουν με τις δικές τους αρχές και αξίες. Μελέτες δείχνουν ότι οι έφηβοι οι οποίοι έχουν ζεστές, περιεκτικές, ικανοποιητικές σχέσεις με τους γονείς τους είναι πιθανότερο να τα πηγαίνουν καλά με το σχολείο, να έχουν καλύτερες κοινωνικές δεξιότητες και μικρότερο κίνδυνο για πρόωμη σεξουαλική σχέση και γενικά επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά. Γονείς οι οποίοι γνωρίζουν τις δραστηριότητες των παιδιών τους, τους φίλους τους, και τις συμπεριφορές τους και τις καθοδηγούν σύμφωνα με την ηλικία τους έχουν εφήβους με λιγότερο επικίνδυνες συμπεριφορές (Moore KA Child Trends 2002).

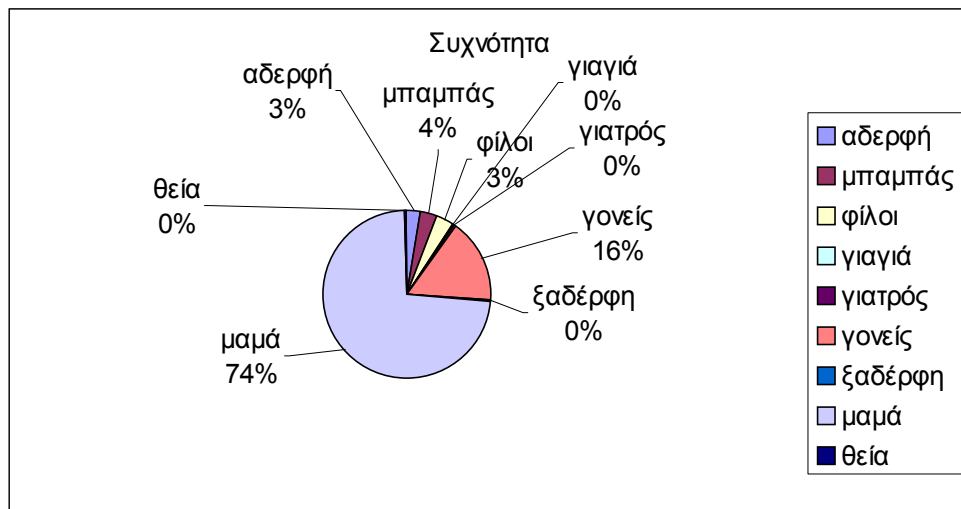
Παρόλα ταύτα υπάρχουν κίνδυνοι. Πρώτα από όλα η εγκυμοσύνη στη εφηβεία η οποία είναι πηγή βραχυπρόθεσμων αλλά και μακροπρόθεσμων προβλημάτων και στη συνέχεια τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τα οποία αναπτύξαμε παραπάνω. Κάθε χρόνο 750-850.000 έφηβες στην Αμερική εγκυμονούν (59,6/1000), 3/4 των κυήσεων είναι ανεπιθύμητες και το 1/4 από αυτές οδηγούνται σε έκτρωση. Σημαντικές διαφορές καταγράφονται στις διάφορες χώρες (Ιαπωνία 4/1000, Ολλανδία 7/1000, Καναδάς

26/1000, Αγγλία 31/1000) και οι οποίες εκφράζουν το πολιτιστικό στοιχείο αλλά και την εφαρμογή προγραμμάτων αντισύλληψης.

Στην Ελλάδα δεν έχουμε αντιπροσωπευτικά στοιχεία όμως η αναγκαιότητα για αναγνώριση του προβλήματος της εφηβικής εγκυμοσύνης και της πρόληψης του είναι υπαρκτή. Από μερικές μελέτες καταγράφεται ότι η συχνότητα των τοκετών στην εφηβεία έχει μειωθεί από 9% το 1985 σε 5,6% το 1996. Από τις εφηβικές κυήσεις 34% φθάνουν σε τοκετό, 57% καταλήγουν σε έκτρωση και 9% σε αποβολή. Η εκτίμηση αντίστοιχων ποσοστών σε επαρχιακές πόλεις, όπως η πόλη του Ηρακλείου, είναι δύσκολο να γίνει, εξαιτίας της μικρής κοινωνίας, που καλλιεργεί το κλίμα της συγκάλυψης τέτοιων συμβάντων.



Βλ. Πιν. Στο ερώτημα (Ενημερώνεστε για θέματα υγείας από την οικογένειά σας;) 225 έφηβοι το 61% ήταν αρνητικοί και 144 έφηβοι το 39% θετικοί. Οι γονείς προτιμούν να αξιολογούν και να επιπλήττουν τους εφήβους για συγκεκριμένες πράξεις τους αντί να δίνουν έμφαση στον διάλογο και στην πρόληψη πάνω σε θέματα υγείας.



Βλ. Πιν. Στο ερώτημα (Ποιο είναι το πρώτο άτομο που μιλάτε όταν αρρωσταίνετε;) απο τους 369 έφηβους το 74% απαντά η μητέρα του, 16% οι γονείς και το 10% για τα υπόλοιπα. Εδώ αποδεικνύεται η εξαρτώμενη σχέση των εφήβων με τους γονείς και στον μεγαλύτερο βαθμό με την μητέρα και το πόσο σημαντικό ρόλο έχουν στην ζωή των παιδιών τους.

3.4 Το Σχολικό και Φιλικό Περιβάλλον των Εφήβων

Ο εκπαιδευτικός σαν σύμβολο εξουσίας ξυπνά στο μαθητή τις αντιδράσεις απέναντι στην πατρική φιγούρα και ότι αυτή η αντιπροσωπεύει για τον κάθε ένα ξεχωριστά. Εκτός όμως από τον εκπαιδευτικό, και οι συμμαθητές μπορούν να προκαλέσουν αντιδράσεις σύμφωνα με τα βιώματα που είχε μέσα στην οικογένεια με τα αδέρφια του και τις αδελφές του. Αυτή η συμπεριφορά, όπως είναι φυσιολογικό, προκαλεί τόσο στον εκπαιδευτικό όσο και στους συμμαθητές ανάλογες αντιδράσεις. Το σχολικό περιβάλλον αναπαράγει το οικογενειακό περιβάλλον και έτσι το μεταφέρει σε ένα διευρυμένο



κοινωνικό πλαίσιο, δηλαδή σ' αυτή την περίπτωση στο σχολικό πλαίσιο.

Οι εκπαιδευτικοί γίνονται αποδέκτες ισχυρών θετικών και αρνητικών συναισθημάτων. Όμως η κατάσταση στην οποία αναπτύσσονται τα συναισθήματα αυτά και ο τρόπος συμπεριφοράς του ίδιου του εκπαιδευτικού, καθώς και αυτά που γνωρίζει για τον εαυτό του, μοιάζουν να μη δικαιολογούν την παρουσία τους. Άλλοτε λοιπόν οι εκπαιδευτικοί νιώθουν κολακευμένοι, άλλοτε πληγωμένοι, τις περισσότερες φορές φαίνεται ότι αγνοούν την ύπαρξη αυτών των συναισθημάτων, αλλά και όταν τα υποψιάζονται αμυδρά, καταλήγουν να υποτιμούν τη δύναμή τους και την ισχυρή επίδραση που ασκούν πάνω στη σχέση μαθητή-καθηγητή και κατά συνέπεια στη μαθησιακή ικανότητα. Όταν υπερισχύουν τα συναισθήματα φόβου ή φθόνου ή και τα δύο μαζί, εμπλέκονται ή ακόμα και εμποδίζουν τη διαδικασία της μάθησης. Ενώ σε αντίθεση, ο θαυμασμός, η αγάπη και η ευγνωμοσύνη μπορούν να ενθαρρύνουν και διευκολύνουν την επιθυμία του μαθητή για να μάθει.

Αν λοιπόν ο εκπαιδευτικός μπορέσει να κατανοήσει, τη βάση της συναισθηματικής επένδυσης του μαθητή, μπορεί να αποκτήσει έτσι μια πιο αντικειμενική άποψη για την σχέση που δημιουργείται αλλά και για τη σχολική επίδοση του μαθητή. Κατανοώντας λοιπόν αυτή τη συναισθηματική διαδικασία ο εκπαιδευτικός δεν κινδυνεύει να παρασυρθεί από τον κολακευτικό θαυμασμό ενός μαθητή, και καταλαβαίνει ότι αυτός δεν είναι παρά η προσωποποίηση εκείνη τη στιγμή κάποιου επιθυμητού εικονικού αντικειμένου του μαθητή και η επίγνωση αυτή τον βοηθά να συνειδητοποιήσει ότι η αγάπη με την οποία ένας μαθητής έρχεται στο σχολείο, μπορεί να οφείλεται μεν σε μεγάλο βαθμό στην αγάπη του για τους νέους, η οποία όμως ενισχύεται από τις καλές σχέσεις που έχει ο νέος στο σπίτι του, και να μη θεωρεί ότι αυτός προκάλεσε όλη αυτή τη θετική συμπεριφορά. Με την ίδια δε λογική, η καχυποψία και η εχθρότητα ενός μαθητή δεν πρέπει να θεωρείται σαν προσωπική επίθεση που πληγώνει τον καθηγητή και τον θυμώνει, αλλά ότι είναι αποτέλεσμα παλαιότερων βιωμάτων.

Όμως ό,τι και να φέρνουν τα άτομα σε μια νέα κατάσταση, δεν παύουν να διατηρούν την αίσθηση της πραγματικότητας και να συγκρίνουν τις πραγματικές τους εμπειρίες με τις προκατασκευασμένες ιδέες. Αν λοιπόν ο καθηγητής μπορεί να προσφέρει μια εμπειρία διαφορετική από εκείνη που ο μαθητής φοβάται, τώρα έχει μια νέα ευκαιρία να προσαρμόσει την εικόνα που έχει ο μαθητής για τον κόσμο και να μπορέσει να αναπτυχθεί πάνω στη βάση της νέας αυτής εμπειρίας παίρνοντας έτσι και το ρόλο του ενήλικα υποστηρικτή και κάνοντας ισχυρά συναισθήματα που είναι ζωντανά και δραστήρια και

που προέρχονται από το παρελθόν να αλλάξουν στο πλαίσιο μιας καινούργιας σχέσης. Επομένως στο σχολείο, όπου ο μαθητής περνά ένα μεγάλο μέρος της ζωής του οι καθηγητές που σαν ενήλικες ασκούν μεγάλη επιρροή μπορούν να του προσφέρουν εμπειρίες οι οποίες είναι σε θέση να ενθαρρύνουν την εμπιστοσύνη βοηθώντας στην περαιτέρω ανάπτυξη του.

Ο εκπαιδευτικός στο σχολικό πλαίσιο βρίσκεται μπροστά σε δύο έφηβους: τον έφηβο που έχει μπροστά του και τον έφηβο εκείνο που του θυμίζει τα δικά του βιώματα, τις δικές του αναμνήσεις, τα δικά του απωθημένα της εφηβικής του ηλικίας, με αποτέλεσμα να του προκαλούνται διάφορα συναισθήματα. Τα συναισθήματα αυτά περιλαμβάνουν όλο το φάσμα των ανθρώπινων συναισθημάτων, αλλά τα πιο ενδιαφέροντα είναι εκείνα που παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια της μαθησιακής διαδικασίας.

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, ο καθηγητής αντιμετωπίζει από τη μία μεριά το μαθητή σαν ενήλικας που έχει αναλάβει την ευθύνη της εκπαίδευσής του και από την άλλη μεριά βασίζεται στις δικές του εμπειρίες ως έφηβου, γεγονός που δημιουργεί προβλήματα σχετικά με τα συναισθήματα που του προκαλούνται όταν βρίσκεται με τους έφηβους μαθητές του. Τα συναισθήματα του καθηγητή προς τους μαθητές περιλαμβάνουν διάφορα στοιχεία που είναι τα εξής με λίγα λόγια:

- Αρχικά περιλαμβάνουν τις επιθυμίες, τους φόβους, τους πόθους, το μίσος και την αγάπη του εκπαιδευτικού. Αυτά τα συναισθήματα τον βοηθούν βέβαια και στο να μπορεί να καταλάβει πολύ καλύτερα τους έφηβους αλλά παράλληλα αυξάνεται το άγχος του γιατί γίνεται πιο ευάλωτος απέναντι στα συναισθήματα των μαθητών του.
- Ένα άλλο στοιχείο που περιλαμβάνουν τα συναισθήματα του εκπαιδευτικού είναι η εικόνα του ενήλικα που έχει εσωτερικεύσει, για παράδειγμα του ισχυρού ή του αδύναμου, του εύθραυστου ή του ενήλικα που ακολουθεί τις παρορμήσεις του χωρίς να ενδιαφέρεται για τους άλλους.
- Και το τελευταίο στοιχείο που περιλαμβάνουν τα συναισθήματα του καθηγητή είναι η φύση της σχέσης ανάμεσα στον ενήλικα και τον έφηβο. Δηλαδή, πώς ο εκπαιδευτικός νιώθει πως πρέπει να είναι οι σχέσεις ενός έφηβου και ενός ενήλικα. Να είναι ο έφηβος υπάκουος και ο ενήλικας ανώτερος, ή ο ενήλικας να είναι υποχωρητικός και ο έφηβος διεκδικητικός, γεγονός που κατά πολύ εξαρτάται από το πώς βίωνε ο εκπαιδευτικός, όταν ήταν έφηβος, τις δικές του σχέσεις με τους ενήλικες.

Πολύ σημαντικό λοιπόν για τον εκπαιδευτικό είναι να μπορεί να συνειδητοποιεί τις ασυνείδητες επιθυμίες του και τις στάσεις του που μπαίνουν κατά ένα τρόπο στη ζωή του και να προσπαθεί να ελαχιστοποιεί την παρέμβασή τους στο επάγγελμά του. Όπως είναι προφανές, στη δουλειά του ο εκπαιδευτικός είναι διαρκώς εκτεθειμένος σε πίεση και κάποιες φορές κάποιοι μαθητές πυροδοτούν τις πιο αντίξοες πλευρές της ιδιοσυγκρασίας του. Ωστόσο είναι πολύ βοηθητικό στο να αποκτά επίγνωση των ατομικών προκαταλήψεων και αδυναμιών του. Αυτό δεν είναι μόνο σημαντικό για τους μαθητές αλλά και για τον ίδιο τον εκπαιδευτικό επειδή του επιτρέπει να νιώθει μεγαλύτερη ενήλικη ικανοποίηση από την εργασία του.

Από τη σχέση του εκπαιδευτικού με το μαθητή, όμως, πρέπει να επωφελούνται και οι δύο. Όπως ακριβώς οι γονείς αναπτύσσονται και απολαμβάνουν την πρόκληση που τους προσφέρει η ανατροφή των παιδιών τους, έτσι και ο εκπαιδευτικός πρέπει στην επαγγελματική του πορεία να αναπτύσσεται ψυχικά και συναισθηματικά μέσα από την πρόκληση που του προσφέρει η επαφή με τους μαθητές του. Οι εκπαιδευτικοί φαίνεται να έχουν φιλοδοξίες οι οποίες αφορούν στο να μπορούν να μεταδώσουν γνώσεις και ικανότητες στους άλλους, καθώς και στο να μεταδώσουν την ικανότητα για επιτυχία, να προωθήσουν την προσωπική ανάπτυξη των μαθητών, να τους οδηγήσουν σε υγιή πρότυπα και συνήθειες υγείας έχοντας κατά κάποιο τρόπο, μια λειτουργία παρόμοια και συμπληρωματική εκείνης των γονέων και στο να αναπτύξουν μια φιλική στάση απέναντι στους μαθητές, βρισκόμενοι έτσι συχνά στο ρόλο του φίλου και προσφέροντας συμβουλές.

Όλα τα παραπάνω που αναφέρθηκαν θα μπορούσαν να είναι πολύ θετικά, όταν υπάρχει μια ισορροπία, αντίθετα θα μπορούσαν να αποβούν αρνητικά όταν χαθούν κάποια όρια και ο εκπαιδευτικός φύγει από το ρόλο του, λόγω προσωπικών του αναγκών. Κάποιες φορές μία από τις φιλοδοξίες του εκπαιδευτικού είναι η προώθηση της προσωπικής ανάπτυξης των μαθητών με αποτέλεσμα να έχουν μια λειτουργία παρόμοια και συμπληρωματική εκείνης των γονέων. Το αποτέλεσμα αυτής της γονικής πλευράς της σχέσης είναι να βιώνουν τους μαθητές σαν δικά τους παιδιά.

Αυτό μπορεί να έχει κάποιο όφελος, ωστόσο πρέπει να εξετάσει ο εκπαιδευτικός προσεκτικά την εικόνα που έχει για τη φύση των γονικών σχέσεων και να διερωτάται κατά πόσο η γονική αυτή λειτουργία προωθεί την ανάπτυξη ή προσπαθεί να κάνει τους έφηβους κατ' εικόνα και ομοίωσή του. Μήπως δηλαδή επιθυμεί να επιβάλλει τα δικά του πρότυπα στους έφηβους ή μπορεί και έχει την ικανότητα να αφήνει τους μαθητές του να έχουν τα δικά τους συστήματα αξιών και το δικό τους χώρο προκειμένου να αναπτύξουν την ατομικότητά τους.

Συχνά η άποψη ότι οι νέοι χρειάζονται κάποιον να τους καθοδηγεί πηγάζει από την ανάγκη μας να έχουμε άτομα που είναι εξαρτημένα από εμάς και αν πιθανολογήσουμε ότι δεν παίρνουμε εκείνη την ικανοποίηση που επιθυμούμε από την προσωπική μας ζωή, μπορεί να διατρέχουμε τον κίνδυνο να κατακλύζουμε με προσοχή τους νέους προκειμένου να κερδίσουμε την αγάπη τους και να τους γίνουμε απαραίτητοι. Με τον τρόπο βέβαια αυτό δεν βοηθάμε καθόλου τη συναισθηματική τους ανάπτυξη, και στην πραγματικότητα, ενθαρρύνουμε την παθητικότητα τους, γιατί δεν τους προσφέρουμε το κίνητρο να παλέψουν με τις αναπόφευκτες ματαιώσεις της ζωής και να μπορέσουν στη συνέχεια να στηριχθούν στις δυνάμεις τους.

Σε ότι αφορά τη στάση του εκπαιδευτικού, αυτή μπορεί να ενθαρρύνει την ανάπτυξη μιας ώριμης συμπεριφοράς των μαθητών, φερόμενος σαν υπεύθυνος ενήλικας, στη σχέση του με τους μαθητές του. Οι φόβοι του εκπαιδευτικού σχετικά με το ρόλο του μπορεί να έχουν να κάνουν ή με τα επικριτικά σχόλια και με την εχθρότητα από τη μεριά των μαθητών προς τον εκπαιδευτικό, ή με την απώλεια ελέγχου του εκπαιδευτικού πάνω στους μαθητές του. Όλοι οι άνθρωποι φοβόμαστε, ως γνωστό την εχθρότητα των άλλων απέναντι μας. Στην περίπτωση όμως του εκπαιδευτικού είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι ο θυμός των μαθητών είναι αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας της μάθησης γιατί η μαθησιακή διαδικασία από μόνη της πολλές φορές προκαλεί δυσφορία και κατά συνέπεια αισθήματα επιθετικότητας απέναντι στο πρόσωπο ή στο σύστημα που την εκπροσωπεί.

Ο εκπαιδευτικός όμως ο οποίος φοβάται τα εχθρικά συναισθήματα των μαθητών του, αποφεύγει σιγά-σιγά να έχει απαιτήσεις απ' αυτούς για να μην τους δυσαρεστήσει. Έτσι μια μη ρεαλιστική αξιολόγηση της εργασίας του μαθητή από τον εκπαιδευτικό, εμποδίζει το μαθητή να επιτύχει το μέγιστο για το οποίο είναι ικανός. Ο εκπαιδευτικός που δεν αντέχει τα αρνητικά συναισθήματα του μαθητή, τον αναγκάζει να τα αποθηκεύσει και να τα εκδηλώσει αλλού, είτε απέναντι σε κάποιον άλλον καθηγητή είτε σε κάποιον έξω από το σχολείο. Και όταν δεν υπάρχει κανείς που να μπορεί να αντέξει αυτά τα επιθετικά συναισθήματα, τότε ο μαθητής προσπαθεί να τα διώξει για να μην προκαλεί εμπόδιο με το κόστος του εσωτερικού ψυχικού πόνου ή σε άλλη περίπτωση, γίνεται πιο βίαιος, ελπίζοντας ότι κάποιος θα τον πάρει στα σοβαρά και θα τον βοηθήσει να χειριστεί την επιθετικότητά του βάζοντάς του επιτέλους κάποια όρια.

Ο εκπαιδευτικός συχνά αντιμετωπίζει κάποια προβλήματα τα οποία αφορούν τη σχέση του με τους γονείς των παιδιών, θεωρώντας και αποδίδοντας σε αυτούς συχνά κάθε δυσκολία την οποία συναντά. Ως γνωστό, είναι πάντα ευκολότερο να αποδίδουμε τις

ευθύνες σε άλλους από ότι να εξετάζουμε τη συμβολή των άμεσα εμπλεκόμενων, δηλαδή του μαθητή και του εκπαιδευτικού, στην προβληματική συμπεριφορά. Μια συμπεριφορά που είναι εχθρική απέναντι στους γονείς κάνει το μαθητή να αποκτήσει εχθρικά συναισθήματα απέναντι στην οικογένειά του και να θεωρήσει υπεύθυνους τους γονείς του για την οποιαδήποτε δυστυχία του.

Συχνά κάποιοι εκπαιδευτικοί ακούγεται να λένε στους μαθητές: «Να φέρεις τους γονείς σου» πράγμα που δηλώνει ότι οι γονείς είναι οι παραβάτες που πρέπει να έρθουν στο σχολείο και να τ' ακούσουν. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την απροθυμία πολλών γονιών να έρχονται σε επαφή με το σχολείο. Νιώθουν τρόμο στην ιδέα ότι κάποιοι θα τους αποδώσουν ευθύνες ή θα τους κάνουν να νιώσουν ανεπαρκείς.

Σημαντικό, είναι ο εκπαιδευτικός να μην έχει την τάση να τονίζει διαρκώς στους γονείς τα λάθη των παιδιών τους, αλλά τις καλές τους ιδιότητες ενθαρρύνοντας έτσι μια καλύτερη επικοινωνία και γεφυρώνοντας σημαντικά τις σχέσεις εκπαιδευτικού – μαθητή – οικογένεια. Χρειάζεται ενθάρρυνση για να αναπτυχθεί με το εκπαιδευτικό προσωπικό μια σχέση ισότιμη ως ενήλικες καθώς και η συνειδητοποίηση του ότι χρειάζεται «Να είσαι κύριος του εαυτού σου πριν να είσαι δάσκαλος των άλλων».

Τέλος πρέπει να τονίσουμε ότι το έργο και ο ρόλος του σχολείου συχνά παρεμποδίζεται και από το ρόλο που διαδραματίζουν στη ζωή των εφήβων οι συνομήλικοι τους και γενικότερα τα φιλικά τους πρόσωπα. Για τους εφήβους οι συνομήλικοι είναι η πιο μεγάλη πηγή πληροφόρησης και διαμόρφωσης συμπεριφοράς. Οι μικρές τους ιστορίες οι απόψεις τους συνδυασμένες με διάφορες πληροφορίες τις οποίες ανακαλύπτουν σε περιοδικά ,στην τηλεόραση και βιβλία, διαμορφώνουν τη βάση των γνώσεων τους πάνω στην οποία θα στηρίξουν στη συνέχεια την απόφασή τους για την σεξουαλική τους συμπεριφορά.

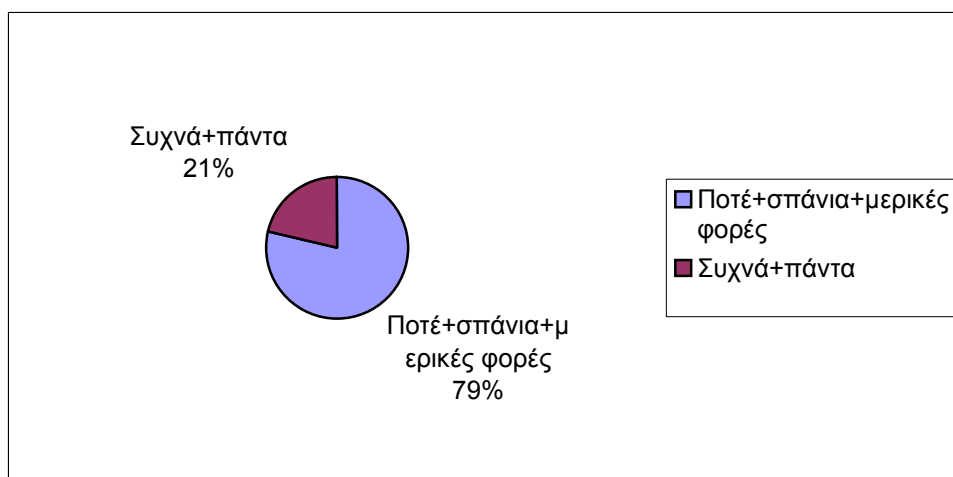
Συμπυκνώνοντας όλα τα προηγούμενα καταλήγουμε στο ότι είναι σαφές ότι η σεξουαλική πράξη πρέπει να συμβαίνει μέσα στα πλαίσια σχέσης μεταξύ δύο ατόμων και η έμφαση να δίνεται στη σχέση και όχι στο σεξ. Ο διαχωρισμός της ανθρώπινης σχέσης από την σεξουαλική οδηγεί σε σώμα χωρίς μνήμη και συναισθήματα και σε ψυχικό κόσμο χωρίς σωματικές εμπειρίες.

3.5 Ενημερωτικά Φυλλάδια και ο Ρόλος τους στις Συνήθειες Υγείας των Εφήβων

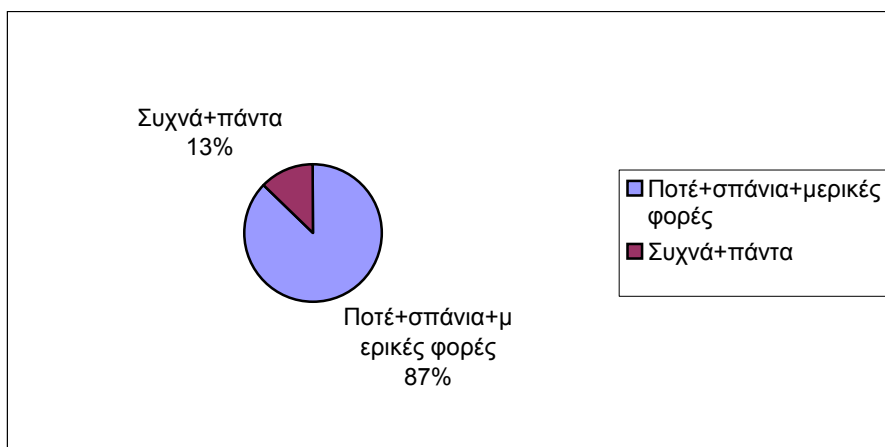
Στις συνήθειες κατηγορίες των ενημερωτικών φυλλαδίων περιλαμβάνουμε οποιαδήποτε μορφή έντυπου τύπου , όπως εφημερίδες , περιοδικά , διαφημιστικά φυλλάδια και ερωτηματολόγια. Ο σκοπός αυτών των εντύπων επιτυγχάνεται μέσω του

γραπτού λόγου και της εικόνας , που συνδυάζονται με τις επιταγές της μόδας και τις ανάγκες της εποχής μας . Οι νεαροί έφηβοι γίνονται δέκτες τέτοιων ερεθισμάτων , τα οποία όμως έχουν πολύ λιγότερη ισχύ συγκρινόμενα με την ισχύ του διαδικτύου και τη δύναμη των μέσων μαζικής ενημέρωσης .

Τα ενημερωτικά φυλλάδια αποσκοπούν στην ευρύτερη μετάδοση ιδεών και στην αποτύπωση προτύπων , με απώτερο σκοπό το εύκολο κέρδος και την αγορά προϊόντων , όπως τσιγάρα αλκοόλ και ναρκωτικών . Ακόμη τα περιοδικά που απευθύνονται σε νέους αποφεύγουν να εμπεριέχουν άρθρα ή φυλλάδια με θέματα υγείας διότι δεν είναι «εμπορικό» σαν θέμα. Τέλος, τα ενημερωτικά φυλλάδια που αφορούν θέματα υγείας αποτελούν μειονότητα στην πλειοψηφία των φυλλαδίων και χωρίς να κεντρίζουν το ενδιαφέρον των εφήβων , αφού ένα μεγάλο αρνητικό αυτών είναι οι χώροι που διανέμονται η επεξήγηση του περιεχομένου και τα άτομα που είναι αρμόδια για την διανομή τους αφού δεν είναι ικανά να δώσουν περαιτέρω πληροφορίες σε τυχόν απορίες.



Βλ. Πιν. Στο ερώτημα(Ενημερώνεστε για θέματα υγείας απο ενημερωτικά φυλλάδια;) 290 έφηβοι το 79% ήταν αρνητικοί και 79 έφηβοι θετικοί το 21%. Εδώ παρατηρούμε την αδιαφορία των εφήβων για την ανάγνωση φυλλαδίων με περιεχόμενο θέματα υγείας και την προτίμηση τους σε φυλλάδια πιο ενδιαφέροντα για τους ίδιους.



Στο ερώτημα (Το άτομο που σας δίνει το φυλλάδιο σας βοηθά στην κατανόηση του;) 322 έφηβοι το 87% είναι αρνητικοί και 47 έφηβοι το 13% θετικοί. Με τις απαντήσεις που έδωσαν αποδεικνύεται ότι τα άτομα που διανέμουν τα φυλλάδια είναι αναρμόδια να δώσουν διευκρινίσεις.

4.0 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ (ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ) ΣΤΙΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

Γενικά

Η νοσηλευτική έχει ηγετικό ρόλο στα συστήματα φροντίδας υγείας και κυρίως στις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπου ο νοσηλευτής συμμετέχει ως μέλος της ομάδας υγείας με υπεύθυνους ρόλους στην ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας (προαγωγή υγείας, αλλά και πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση) του ατόμου, της οικογενείας, του πληθυσμού ευθύνης, της κοινότητας στην οποία εργάζεται. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές καλούνται να προάγουν την υγεία των πληθυσμών. Πρωταρχικό τους μέλημα είναι η βελτίωση της κοινότητας. Για να πετύχουν αυτό το στόχο οι κοινοτικοί νοσηλευτές βασίζονται στις αρχές και τις δεξιότητες της νοσηλευτικής και της δημόσιας υγείας. Αυτό συνεπάγεται τη χρήση δημογραφικών και επιδημιολογικών μεθόδων, με σκοπό την εκτίμηση της υγείας της κοινότητας και τη διάγνωση των αναγκών υγείας της.

4.1 Τι είναι Κοινωνική Νοσηλευτική

Είναι ο κλάδος της νοσηλευτικής επιστήμης ο οποίος συνδυάζει επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες τις οποίες χρησιμοποιεί στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, ομάδων, κοινοτήτων που βρίσκονται στο συνηθισμένο περιβάλλον του όπως το σπίτι, το σχολείο ή και χώρο εργασίας. Είναι νοσηλευτική εργασία που ασκείται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου.

4.1.1 Σκοποί της Κοινωνικής Νοσηλευτικής

Οι σκοποί της κοινωνικής νοσηλευτικής είναι οι εξής:

- 1) Πρόληψη της αρρώστιας και περιορισμό της εξέλιξης της
- 2) Περιορισμός των επιπτώσεων μιας αναπόφευκτης αρρώστιας
- 3) Εξασφάλιση επιδέξιας επιστημονικής φροντίδας στο άρρωστο ή ανάπηρο άτομο.
- 4) Ενημέρωση, διδασκαλία οικογενειών ή ομάδων όπως μαθητών, στην απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής για την προαγωγή της κοινωνικής υγείας.

4.2 Ο Ρόλος του Επαγγελματία Υγείας στην Κοινότητα

Οι επαγγελματίες υγείας έχουν σαν κύριες δραστηριότητες:

- 1) Πρόληψη
- 2) Αγωγή Υγείας
- 3) Νοσηλεία

Η κάθε μια από αυτές τις δραστηριότητες έχει συγκεκριμένους αντικειμενικούς σκοπούς οι οποίοι εξατομικεύονται για τον κάθε ασθενή (εξατομικευμένη φροντίδα) και για τον κάθε τομέα εργασίας. Έτσι λοιπόν οι επαγγελματίες υγείας (Νοσηλευτές / νοσηλεύτριες) συμβάλλουν από κοινού στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και αξιολόγηση της πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. Συμβάλλουν στον σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας όπου τα άτομα αντλούν σημαντικές πληροφορίες και με βάση αυτές μπορούν να αλλάξουν έξεις και συνήθειες. Μερικές από τα θέματα που ασχολείται η Αγωγή Υγείας και η υπέρταση και ο



τρόπος ζωής, διατροφή και υγεία και πραγματοποιείται κατά άτομο ή κατά ομάδες (ομάδα υπέρτασικών, ομάδα διαβητικών, ομάδα καρδιοπαθών κ.α.) Πραγματοποιούν κατ'οίκον επίσκεψη και από κοινού με άτομο προγραμματίζουν (νοσηλευτικές πράξεις συμβουλευτική υγείας) την νοσηλεία όπου θα εφαρμοστεί για τον συγκεκριμένο ασθενή (εξατομικευμένη φροντίδα) έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί η περίπτωση μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον με την συμμετοχή της οικογένειάς του για να επέλθει η δυνατή ανεξαρτοποίηση του (αυτοεξυπηρέτηση). Αποτελούν συνδυαστικό κρίκο της υπηρεσίας με την οικογένεια του ασθενή και ασκούν συμβουλευτική υγεία. Παρέχουν πρώτες βοήθειες, συνεργάζονται άμεσα με τις ανάλογες υπηρεσίες όπως Νοσοκομεία, Δημοτικά Ιατρεία, ΙΚΑ, Κ.Ψ.Υ. Διεύθυνση Υγιεινής κ.α. για να φέρουν εις πέρας το έργο τους. Τέλος συμμετέχουν σε ερευνητικά προγράμματα.

4.2.1 Ενημέρωση – Εκπαίδευση Νοσηλευτών σε Θέματα Υγείας

Οι νοσηλευτές κοινοτικοί και σχολικοί είναι απαραίτητο να έχουν την κατάλληλη μόρφωση και τις επαρκείς γνώσεις προκειμένου να ανταπεξέλθουν στα προβλήματα υγείας που ταλανίζουν τους σημερινούς εφήβους. Η αρχή για την απόκτηση μια σταθερής σειράς γνώσεων δίνεται από τα ανώτατα εκπαιδευτικά τεχνολογικά ιδρύματα των σχολών της νοσηλευτικής, όπου καταβάλλεται ιδιαίτερη προσπάθεια οι νέοι νοσηλευτές, που θα ασχοληθούν με τις εφηβικές ασχολίες, να μπορούν να παρέχουν:

- Σταθερή και συνεχή παρακολούθηση και στήριξη ασθενών στον τόπο διαμονής και στο σχολείο, με επακόλουθο την αποτροπή της υποτροπής της ψυχικής τους κατάστασης και επανεισοδό τους σε νοσοκομειακές δομές. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών των ατόμων είναι ασθενείς με σοβαρές και ανθεκτικές ψυχιατρικές παθήσεις.
- Παρακολούθηση εφήβων για λίγους μήνες με παρεμβάσεις ψυχοεκπαιδευτικού κυρίως τύπου και στήριξης.
- Ψυχοεκπαίδευση εφήβων και των οικογενειών τους ως και άλλων παροχέων φροντίδας σε θέματα σχετιζόμενα με τη νόσο, τη φαρμακευτική αγωγή, το χειρισμό επίλυσης προβλημάτων, το ψηλά εκφραζόμενο συναίσθημα.
- Υποστηρικτική – συμβουλευτική καθοδήγηση εφήβων
- Διαφώτιση του κοινού σε θέματα πρόληψης της ψυχικής εφηβικής ασθένειας.

Εκτός από τις παραπάνω γνώσεις που παρέχουν τα εκπαιδευτικά ιδρύματα στους νέους κοινοτικούς και σχολικούς νοσηλευτές είναι απαραίτητη η συνεχόμενη εκπαίδευση με τη μορφή σεμιναρίων και συνεδρίων , έτσι ώστε να υπάρχει πλήρης εναρμόνιση με τη σύγχρονη εποχή και τα διαρκώς αυξανόμενα προβλήματα των εφήβων . Μέσω των σεμιναρίων οι νοσηλευτές αποκτούν γνώσεις που σχετίζονται με την:

- Ενημέρωση, καθοδήγηση και συμβουλευτική μέσω της τηλεφωνικής γραμμής των κοινοτικών κέντρων σε οποιαδήποτε άτομα αποταθούν τηλεφωνικώς.
- Συνεργασία με άλλους λειτουργούς υγείας, κοινοτικές αρχές, αστυνομία, σχολεία, υπηρεσίες ευημερίας, τοπικούς παράγοντες, εκπροσώπους της Εκκλησίας, εθελοντικούς οργανισμούς κ.α.
- Επιμόρφωση και εκπαίδευση νέων φοιτητών νοσηλευτικής

Τα παραπάνω προσόντα δίνουν στους νοσηλευτές τη δυνατότητα να ασχοληθούν με τον ψυχικό κόσμο των εφήβων και να τους προσεγγίσουν δυναμικά , κερδίζοντας την εμπιστοσύνη τους με τις ιδιαίτερες σκέψεις και συμβουλές . Από τη στιγμή που οι νοσηλευτές αποφασίζουν να εργαστούν σε χώρους , όπου υπάρχουν έφηβοι , πρέπει να αναπτύξουν ένα οικείο τρόπο προσέγγισης, τακτική που ταιριάζει περισσότερο σε παιδοψυχολόγους . Ιδιαίτερη βαρύτητα πρέπει να δοθεί στον τομέα της ψυχικής υγείας των εφήβων , το οποίο είναι ένα βασικό εργαλείο για τη σωστή καθοδήγηση των εφήβων . Η ψυχική υγεία είναι ένα αναπόσπαστο στοιχείο της υγείας, μέσω της οποίας ο άνθρωπος ολοκληρώνει τις γνωστικές και συναισθηματικές του δυνατότητες, καθώς και αυτές της δημιουργίας σχέσεων. Με ένα ισορροπημένο ψυχικό απόθεμα το άτομο είναι πιο αποτελεσματικό στην αντιμετώπιση των πιεστικών καταστάσεων της ζωής , μπορεί να εργάζεται παραγωγικά και δημιουργικά και καθίσταται πιο ικανό να συνεισφέρει θετικά στην κοινωνία του. Οι ψυχικές και εγκεφαλικές διαταραχές που επηρεάζουν την ψυχική υγεία, εμποδίζουν ή ελαττώνουν τη δυνατότητα επίτευξης μέρους ή όλων των ανωτέρω και η πρόληψη και θεραπεία τους ανοίγει το δρόμο για την εκπλήρωση των δυνατοτήτων του κάθε ανθρώπου. Καθώς η ψυχική υγεία των εφήβων αποτελεί θεμελιώδη λίθο για την ανάπτυξή τους , τα προβλήματα ψυχικής υγείας είναι μέρος της ζωής, μπορούν να συμβούν στον καθένα και αντιμετωπίζονται.

Σε ότι αφορά την Ειδική Αγωγή, η έναρξη του 20^{ου} αιώνα αποτελεί σταθμό στην εξέλιξη του θεσμού αυτής , σε χώρες της δύσης, γιατί άρχισε να εγκαταλείπεται η μέχρι τότε υιοθετημένη πρακτική της περιθωριοποίησης και της κοινωνικής απομόνωσης του “μειονεκτικού” εφήβου , που ήταν συναρτημένη με την αντίληψη ότι αυτό το άτομο δεν

μπορεί να είναι εκπαιδευτικά εξελίξιμο και επομένως η θέση που του ανήκει δεν είναι άλλη από αυτή του ιδρυματικού ασύλου. Η απαρχή του αιώνα μας είναι συνδεδεμένη, κυρίως, με δύο σημαντικές τομές στο χώρο αυτό, που αφορούν αφενός την επίσημη καθιέρωση (στην πράξη) της αρχής της υποχρεωτικής φοίτησης και αφετέρου τη διαμορφούμενη αντίληψη για το χαρακτηριστικό της εκπαιδευσιμότητας του ατόμου αυτού και ιδιαίτερα εκείνου με νοητική καθυστέρηση. Στη διεθνή βιβλιογραφία που συναρτάται με το χώρο των επιστημών της ανθρώπινης συμπεριφοράς κατά καιρούς μπορεί να εντοπίσει κανείς προσπάθειες ειδικών για κριτική θεώρηση του τομέα της Ειδικής Αγωγής, όπως αυτός αναπτύχθηκε σε διαχρονικό επίπεδο από χώρα σε χώρα καθώς και για εξαγωγή συγκροτημένων πορισμάτων που συναρτώνται με την εξελικτική πορεία και το μέλλον αυτού του τομέα.

Στις μέρες μας παρατηρείται σε διεθνή κλίμακα κάποια διεύρυνση του κύκλου των περιπτώσεων με τις οποίες ασχολείται η Ειδική Αγωγή. Συγκεκριμένα επισημαίνονται: περιπτώσεις ατόμων με αναπηρία ή με κάποιες ελαφρότερες μορφές δυσλειτουργίας στο σωματικό τομέα- παιδιά τυφλά, κωφά, με άλλες αισθητηριακές δυσλειτουργίες ή με πολλαπλές ανεπάρκειες, περιπτώσεις με εγκεφαλικές δυσλειτουργίες ή με ορθοπεδικής φύσεως ατέλειες, παιδιά με πνευματική υστέρηση ή υπεροχή, με διαταραχές του συναισθήματος και της συμπεριφοράς, με ψυχικές ασθένειες, με διαταραχές του λόγου, με υπερκινητικότητα και με μαθησιακές δυσκολίες σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης.

Κανένας τομέας δεν έχει γνωρίσει τόσο ραγδαία ανάπτυξη και φυσικά εξαιρετικό ενδιαφέρον, όσο οι μαθησιακές δυσκολίες, ενώ ο αριθμός των παιδιών που αναγνωρίζονται ως μαθησιακά αδύναμα υπερβαίνει το συνολικό αριθμό των παιδιών που υποφέρουν από εγκεφαλικές δυσλειτουργίες, επιληψία και νοητική υστέρηση. Τα τελευταία 20 χρόνια ένα σημαντικό ποσό γνώσης το οποίο προήλθε από διάφορες έρευνες και ενισχύθηκε από την εμπειρία, μας οδήγησε στο συμπέρασμα, πως όσο νωρίτερα εντοπιστεί μια μειονεκτική κατάσταση και παρασχεθεί σωστή παρέμβαση, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες ανάπτυξης του παιδιού. Για να πετύχει κανείς την έγκαιρη εντόπιση του προβλήματος είναι απαραίτητη η γνώση και η σωστή ενημέρωση.

Είναι ευρέως γνωστό ότι τα εφηβικά χρόνια είναι κρίσιμα για την ολοκληρωμένη ανάπτυξη των ανθρώπων, τόσο τη σωματική όσο και τη νοητική, επομένως οι περιβαλλοντικοί παράγοντες θα πρέπει να έχουν τη μεγαλύτερή τους αποδοτικότητα σε ποσότητα, ποιότητα και είδος, των ερεθισμάτων και πληροφοριών που φτάνουν στον εγκέφαλο. Ο νεαρός εγκέφαλος είναι ακόμη εύπλαστος, άρα ο έφηβος μπορεί πιο εύκολα

να τροποποιεί τη συμπεριφορά του, ενώ μια πρόωμη αποστέρηση εκπαιδευτικών ερεθισμάτων είναι περισσότερο ανασταλτική από τη στέρηση κατά τα μεταγενέστερα έτη.

Επιπλέον όσο ο έφηβος βιώνει πληθώρα αποτυχιών εξ' αιτίας μιας αδυναμίας, τόσο σοβαρότερα τραυματίζεται η αυτοεκτίμησή του, γεγονός που μπορεί να το οδηγήσει στην πίστη ότι είναι ανίκανο να ξεπεράσει τις αδυναμίες του . Στο σημείο αυτό επεμβαίνει ο νοσηλευτής , ο οποίος προσπαθεί να αποτρέψει οποιαδήποτε τέτοια συμπεριφορά και να οδηγήσει τον έφηβο στην κανονική ένταξη του μέσα στο σύνολο και την υιοθέτηση σωστών συνηθειών υγείας και κανόνων συμπεριφοράς.

Ανακεφαλαιώνοντας , πρέπει να πούμε ότι η σωστή ενημέρωση και καθοδήγηση των εφήβων εξαρτάται από τη σωστή ενημέρωση και παιδεία των νοσηλευτών , με τις οποίες πρέπει να επιτυγχάνονται τα εξής:

- η σύζευξη της θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης με τις ανάγκες του τομέα της ψυχικής υγείας
- η δημιουργία κοινωνικής συνείδησης για την αναγκαιότητα υποστήριξης των ατόμων με ψυχικό νόσημα ,
- η απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων
- η εκμάθηση νέων μεθόδων για την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου
- η βελτίωση και ενδυνάμωση των ήδη υπάρχοντων δεξιοτήτων και ικανοτήτων σχετικών με το αντικείμενο εκπαίδευσης
- ο εφοδιασμός με τις απαραίτητες δεξιότητες για τη σωστή παροχή φροντίδας στον τομέα της ψυχικής υγείας,
- η επιμόρφωση ατόμων στις σύγχρονες αντιλήψεις που επικρατούν στον τομέα της ψυχικής υγείας
- εμπύχωση, ενεργοποίηση και άσκηση δράσεων συμβουλευτικής και στρατηγικές στήριξης σε άτομα με κινητικές, αισθητηριακές αναπηρίες και αναπτυξιακές διαταραχές. Οι δυνατότητες αυτές καλλιεργούνται στα πλαίσια του προγράμματος μέσα από τη διαπραγμάτευση θεμάτων ψυχικής υγείας- ψυχολογίας και συμβουλευτικής ενηλίκων, καθώς και στην πραγματοποίηση πρακτικών ασκήσεων και case studies.
- εμπύχωση, ενεργοποίηση και υποστήριξη των πασχόντων, ώστε να μετατρέπουν τις παθητικές στάσεις και συμπεριφορές σε ενεργητικές ατομικές και συλλογικές δράσεις.

- προσδιορισμό των ιδιομορφιών και των αναγκών των ατόμων με ειδικές ανάγκες μέσω της γνώσης και εφαρμογής εξειδικευμένων μηχανισμών διάγνωσης αναγκών.

Πολλά από τα προβλήματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης των εφήβων στην Ελλάδα συνδέονται με την ελλιπή εκπαίδευση στελεχών. Πρέπει να γίνουν εντατικές προσπάθειες ενημέρωσης και εκπαίδευσης για θέματα ψυχικής υγείας και ειδικής αγωγής. Ο κύριος στόχος είναι να διευκολυνθεί η φροντίδα και η θεραπεία, αφού οι ειδικευμένοι στην ψυχική υγεία θα γνωρίζουν περισσότερο για τη συχνότητα των ψυχικών διαταραχών, τις θεραπευτικές δυνατότητες, τη διαδικασία ανάρρωσης και τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Για να μπορούν οι επαγγελματίες του χώρου αλλά και ο γενικός πληθυσμός, τα ΜΜΕ και οι πολιτικοί να ανταποκρίνονται σωστά στα θέματα ψυχικής υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν τις εναλλακτικές λύσεις που υπάρχουν και τα πλεονεκτήματά τους.

Η ορθά σχεδιασμένη ενημέρωση μπορεί να μειώσει το στίγμα και τις διακρίσεις, να αυξήσει τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και να μειώσει το χάσμα μεταξύ σωματικής και ψυχικής υγείας. Οι περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, όπως και η χώρα μας, χρειάζεται να αυξήσουν και να βελτιώσουν την εκπαίδευση στον τομέα της ψυχικής υγείας των εφήβων, ώστε να παρέχεται εξειδικευμένη φροντίδα και να υποστηρίζονται τα προγράμματα πρωτοβάθμιας υγείας.

4.3 Ο Ρόλος του Σχολικού Νοσηλευτή στις Συνήθειες Υγείας των Εφήβων

4.3.1 Ειδικά

Τρεις είναι οι κεντρικοί ρόλοι τους οποίους επωμίζονται οι σχολικοί νοσηλευτές :

α) ο θεραπευτικός, β) ο προληπτικός, και γ) ο εξελικτικός/ εκπαιδευτικός.

A. Υιοθετώντας τον θεραπευτικό ρόλο, ο σχολικός νοσηλευτής δουλεύει με άτομα ή ομάδες (συμπεριλαμβανομένων και ζευγαριών ή οικογενειών) με σκοπό να βοηθήσει τους θεράποντες ιατρούς στην ευκολότερη αποκατάσταση της υγείας των εφήβων, λόγω προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών, το κάπνισμα, το αλκοόλ, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κ.α.. Τέτοιου είδους θεραπεία είναι και η παρέμβαση σε φάση κρίσης. Σε αυτό το ρόλο ξεκινάμε με την άποψη ότι κάτι είναι ανησυχητικό και χρειάζεται να «διορθωθεί» ή ότι ένα πρόβλημα χρειάζεται να λυθεί.

B. Υιοθετώντας τον προληπτικό ρόλο, ο σχολικός νοσηλευτής προσπαθεί να προβλέψει, να προλάβει, και αν είναι δυνατόν να ματαιώσει δυσκολίες που μπορεί να παρουσιαστούν στο μέλλον. Προληπτικού τύπου παρεμβάσεις είναι ψυχο-εκπαιδευτικά προγράμματα που στοχεύουν να παρεμποδίσουν την τυχόν δημιουργία προβλημάτων. Ο βασικός στόχος είναι να βοηθήσουμε τους ανθρώπους να κάνουν αλλαγές στον εαυτό τους και στο περιβάλλον τους για να ελαχιστοποιήσουν την πιθανότητα δημιουργίας προβλημάτων. Το προληπτικό τους έργο μπορεί να περιλαμβάνει σεμινάρια ή εργαστήρια (workshops) που έχουν όμως διαφορετική μορφή ανάλογα με το περιβάλλον στο οποίο απευθύνονται (π.χ., προγράμματα για την πρόληψη των ναρκωτικών, την πρόληψη των αυτοκτονιών, καθώς επίσης και συμβουλευτική σε προβλήματα σχέσεων).

Γ. Υιοθετώντας τον εκπαιδευτικό ή/ και εξελικτικό ρόλο, ο σχολικός νοσηλευτής προσπαθεί να βοηθήσει τους ανθρώπους να κερδίσουν από τις εμπειρίες τους, έτσι ώστε μέσα από κάποιο προγραμματισμό, να βοηθηθούν να ανακαλύψουν και να ενδυναμώσουν τις δυνατότητές τους. Δηλαδή, ο στόχος σε αυτό το ρόλο, είναι η βελτίωση του ατόμου μέσω της απόκτησης ικανοτήτων ή την βελτίωση στάσεων που διευκολύνουν την αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων και μεγιστοποιούν την αποτελεσματικότητα ή την ικανοποίηση. Αυτό γίνεται σε διάφορα σεμινάρια που διδάσκονται παρεμβάσεις, με σκοπό την απόκτηση συγκεκριμένων ικανοτήτων, όπως ομάδες που στοχεύουν στην βελτίωση των ανθρωπίνων σχέσεων. Οι σχολικοί νοσηλευτές εργάζονται σε εκπαιδευτικά ιδρύματα με στόχο τη συμβουλευτική των μαθητών και την αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας τους. Ειδικότερα οι αρμοδιότητες του σχολικού νοσηλευτή περιγράφονται αναλυτικά παρακάτω:

4.3.2 Χορήγηση φαρμάκων

Η χορήγηση των φαρμάκων στο σχολικό περιβάλλον γίνεται κατόπιν υποδείξεως του ιατρού και της συνεργασίας του νοσηλευτή. Ο σχολικός νοσηλευτής εξετάζει τη συμπτωματολογία των νεαρών μαθητών, καταγράφει το ιστορικό τους με τη βοήθεια των γονέων και στη συνέχεια ενημερώνει τον αρμόδιο ιατρό, προκειμένου να γίνει η συνταγογράφηση των φαρμάκων. Σε αρκετές περιπτώσεις και επί απουσίας του αρμόδιου ιατρού ή αν ακόμη είναι δύσκολη η μετάβαση σε κέντρο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να χορηγήσει φάρμακα, όπως παυσίπονα, αντιπυρετικά, φάρμακα για την επάλειψη τραυμάτων, όπως Betadine. Δεν είναι λίγες φορές που μαθητές προσβάλλονται από κάποια αλλεργική αντίδραση ή κάποια εξανθήματα, οπότε επεμβαίνει

άμεσα ο νοσηλευτής με τη χορήγηση ενέσιμης Solu Cortef . Τα τσιμπήματα εντόμων και οι μικροτραυματισμοί είναι αρκετά συχνοί στο σχολικό περιβάλλον , οπότε η χορήγηση του εκάστοτε φαρμάκου είναι αναγκαία από το σχολικό νοσηλευτή .

4.3.3 Οργάνωση του σχολικού φαρμακείου

Οι αποθήκες φαρμάκων των σχολείων , όπως επίσης και η οργάνωση του φαρμακείου είναι μια από τις σημαντικότερες αρμοδιότητες του σχολικού νοσηλευτή . Συγκεκριμένα , ο νοσηλευτής παρακολουθεί κάθε μήνα τα φάρμακα , τον αριθμό αυτών που χρησιμοποιούνται και αυτών που παραμένουν αχρησιμοποίητα . Φροντίζει να υπάρχουν φάρμακα πρώτης ανάγκης για σοβαρούς τραυματισμούς και ελέγχει επιμελώς φάρμακα , τα οποία έχουν λήξει ή αλλοιωθεί και χρήζουν άμεσης αντικατάστασης . Ενημερώνεται διαρκώς από τους καταλόγους των φαρμάκων , αλλά και από τον ΕΟΦ για νέες κυκλοφορίες φαρμάκων ή ακόμη και για φάρμακα τα οποία πρέπει να αντικατασταθούν , σύμφωνα με τις επίσημες δηλώσεις του ΕΟΦ. Σημαντική πρέπει να είναι η φροντίδα του , ώστε να υπάρχουν οι κατάλληλες συνθήκες στο χώρο του φαρμακείου , χωρίς υψηλή θερμοκρασία και με κατάλληλη υγρασία. Τέλος , ο χώρος του φαρμακείου πρέπει να είναι σωστά ασφαλισμένος και απομακρυσμένος από τους νεαρούς μαθητές , ώστε να αποφεύγεται η πρόσβαση σε αυτό .

4.3.4 Παροχή πρώτων βοηθειών

Όλοι οι σχολικοί νοσηλευτές πρέπει να είναι κατάλληλα καταρτισμένοι πάνω σε θέματα πρώτων βοηθειών για την αποφυγή σοβαρών τραυματισμών στο σχολικό περιβάλλον . Ο κυριότερος ρόλος τους στην παροχή άμεσης φροντίδας είναι η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Η περίπτωση αυτή είναι ο συνδυασμός τεχνητών αναπνοών και μαλάξεων της καρδιάς και πρέπει να γίνει σε διάστημα τριών λεπτών. Για να επέμβει άμεσα ο νοσηλευτής πρέπει όμως, να μπορεί να διαπιστώσει την παύση της κυκλοφορίας γρήγορα. Αυτό γίνεται με:

- Την απουσία σφυγμού στις καρωτίδες, στο ύψος του μήλου του Αδάμ.
- Την απουσία αναπνοής με τα μάτια (ανεβοκατεβαίνει ο θώρακας;) και με το μάγουλο και το αυτί. Μόλις διαπιστωθεί η παύση της κυκλοφορίας ο νοσηλευτής αρχίζει την ΚΑΡΠΑ ως εξής:
- Τοποθετεί το θύμα, ανάσκελα σε σκληρή επιφάνεια (στη συγκεκριμένη περίπτωση στο σχολικό προαύλιο χώρο)
- Αφαιρεί οτιδήποτε σφίγγει το θύμα

- Καθαρίζει το στόμα και το φάρυγγα από ξένα σώματα ή έμετο
- Κάνει τέσσερις πλήξεις στο προκάρδιο και ελέγχει αν τυχόν επανήλθε η κυκλοφορία
- Αν δεν έχει επανέλθει συνεχίζει με τέσσερις – πέντε γρήγορες εμφυσήσεις αέρος σε στόμα και μύτη μαζί και συνδυασμό μαλάξεων της καρδιάς με εμφυσήσεις αέρος (Εικόνα 3)



Εικόνα 3 : Τεχνική ΚΑΡΠΑ σε παιδί και έφηβο

4.3.5 Δημιουργία πρωτοκόλλων

Λέγοντας πρωτόκολλα εννοούμε ένα είδος σχεδίου αντιμετώπισης ασθενειών και ατυχημάτων που μπορούν να συμβούν στο σχολικό περιβάλλον . Με βάση την εμπειρία και την κατάρτισή του ο σχολικός νοσηλευτής ομαδοποιεί τις ασθένειες σε κλασσικές παιδικές – εφηβικές ασθένειες , εύκολα αναγνωρίσιμες (ιλαρά , ανεμοβλογιά κ.τ.λ.) , σε ασθένειες με γνωστή συμπτωματολογία (βήχας , εμπύρετο , διάρροιες) , όπως απλό κρυολόγημα , λοίμωξη αναπνευστικού , γαστρεντερίτιδα κ.ά. και ακολουθεί συγκεκριμένη φαρμακευτική και συντηρητική αγωγή , σε συνεργασία πάντα με τον αρμόδιο ιατρό . Με αυτό τον τρόπο , είναι ευκολότερη η αντιμετώπιση των ασθενειών και ελαχιστοποιείται το χρονικό διάστημα αναμονής των μαθητών στους χώρους των νοσοκομείων.

Παράλληλα , προσφέρεται σημαντική βοήθεια και αποφεύγονται χειρότερες και υποτροπιάζουσες καταστάσεις πριν ακόμη ο μαθητής μεταφερθεί σε κέντρο πρωτοβάθμιας

φροντίδας . Στις περιπτώσεις αυτές και επί απουσίας του ιατρού ο σχολικός νοσηλευτής είναι αυτός που θα κρίνει αν είναι αναγκαία η μεταφορά του ασθενούς στο νοσοκομείο .

4.3.6 Παρακολούθηση της ανάπτυξης των μαθητών

Το θέμα της επιτήρησης της υγείας κατά την εφηβική ηλικία έχει ιδιαίτερο κοινωνικό βάρος - όχι μόνο για τους σημερινούς εφήβους και τις οικογένειές τους- αλλά και για την υγεία των ενηλίκων του μέλλοντος. Η προτεινόμενη συχνότητα προληπτικών επισκέψεων κατά την εφηβική ηλικία είναι μία επίσκεψη ετησίως και αποτελεί ένα από τους βασικότερους ρόλους του σχολικού νοσηλευτή. 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. Η ετήσια φυσική εξέταση του εφήβου περιλαμβάνει μια λεπτομερή, κατά συστήματα, αντικειμενική εξέταση και αποτελεί το βασικότερο μέλημα του σχολικού νοσηλευτή . Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τα παρακάτω:

1. Τη μέτρηση του ύψους, του βάρους και τον υπολογισμό του **δείκτη μάζας σώματος ΔΜΣ (βάρος / ύψος 2)**, καθώς και την καταγραφή τους στις σχετικές καμπύλες ανάπτυξης. Είναι σημαντικό να ανιχνευθούν οι περιπτώσεις υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών και να εφαρμοστεί η κατάλληλη παρέμβαση, καθ' ότι η ανεύρεση 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 ενηλίκου ζωής και δεν θα αναφερθούν 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.λ.π). Η οξεία απώλεια ή αύξηση

βάρους μπορεί να αποτελούν ένδειξη καταθλιπτικού επεισοδίου ή άλλης διαταραχής του ψυχισμού ή του περιβάλλοντος του εφήβου. Ο κύριος ρόλος του νοσηλευτή είναι να αναπτύξει ένα οικείο περιβάλλον εμπιστοσύνης με τους εφήβους και να τους τονίσει ότι πρέπει να αθλούνται γιατί η φυσική αδράνεια έχει αναγνωριστεί τελευταία ως ο πλέον επικίνδυνος παράγοντας στην εμφάνιση διάφορων ασθενειών.

Είναι σήμερα ευρέως αποδεκτό ότι η υιοθέτηση κάποιου είδους φυσικής άσκησης που να γίνεται σε τακτικά χρονικά διαστήματα προσφέρει τόσο στην βελτίωση της ατομικής υγείας όσο και σε μακροζωία. Η άσκηση βοηθάει στην πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων, του σακχαρώδη διαβήτη, της υπέρτασης, της οστεοπόρωσης και άλλων παθήσεων. Επίσης, η τακτική φυσική άσκηση βελτιώνει τη φυσική τους κατάσταση, τους χαρίζει δύναμη και ενέργεια, τους ανακουφίζει από το καθημερινό άγχος και είναι μια πολύ καλή λύση για τον έλεγχο του βάρους τους. Επιπλέον, ο νοσηλευτής είναι σε θέση να συστήσει και ορισμένες απλές ασκήσεις που αυξάνουν τις καρδιακές σφίξεις και επιδρούν στους μυϊκούς ιστούς και ορισμένα χόμπι, όπως ποδηλασία, κολύμβηση και στίβο ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε εφήβου.

2. Την εκτίμηση του **σταδίου εφηβικής ανάπτυξης** κατά Tanner δηλαδή της ανάπτυξης των έξω γεννητικών οργάνων και των χαρακτηριστικών του φύλου. 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. Την ετήσια μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και την ανίχνευση υπέρτασης

4. Την ανίχνευση ακμής, που 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. Την ετήσια οφθαλμολογική εξέταση, που συνιστάται κατά την περίοδο της σωματικής ανάπτυξης. 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. Την ετήσια επίσκεψη που 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. Την ετήσια εξέταση του θυρεοειδούς αδένα για μεταβολές του μεγέθους, της υφής, την ύπαρξη ευαισθησίας ή την ανεύρεση ασυμμετρίας ή ψηλαφητών όζων. Η θυρεοειδοπάθεια (αυτοάνοση θυρεοειδίτις ή νόσος Graves) δεν είναι σπάνια, ειδικά στα κορίτσια.
8. Την ετήσια εξέταση για τυχόν 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. Την ετήσια γυναικολογική εξέταση σε όλες τις σεξουαλικά δραστήριες με τεστ Παπανικολάου, καθώς και με άλλες ανιχνευτικές εξετάσεις για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
10. Η ετήσια εξέταση των όρχεων για την έγκαιρη ανίχνευση **κίρσοκήλης** και του **σεμινώματος**, του συνηθέστερου όγκου συμπαγούς οργάνου των ανδρών 15-34 ετών (επίπτωση 1/10.000).

4.3.7 Παράδοση μαθημάτων αγωγής υγείας

Η θεματολογία της αγωγής υγείας πρέπει να περιλαμβάνει:

1. Ατομική υγιεινή

Ο σκοπός του νοσηλευτή να διδάξει στους έφηβους μαθητές την καθαριότητα στην καθημερινή τους ζωή τόσο για λόγους υγείας όσο και λόγους αισθητικούς και τους τρόπους εφαρμογής, όπως το απλό πλύσιμο των χεριών πριν το φαγητό, το καθημερινό βούρτσισμα των δοντιών, το προσεκτικό κόψιμο των νυχιών κ.τ.λ.

2. Υγιεινές συνήθειες, διατροφή – άσκηση

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε ότι ιδιαίτερο ενδιαφέρον πρέπει να δείξει από την πλευρά του ο νοσηλευτής, ώστε να υιοθετήσουν οι έφηβοι υγιείς τρόπους διατροφής. Σωστά γεύματα χωρίς λίπη και συντηρητικά είναι ο κανόνας και η βάση της σωστής διατροφής και της αποφυγής της παιδικής παχυσαρκίας. Απαραίτητη είναι η μείωση των αλκοολούχων ποτών και των αναψυκτικών που μπορούν να οδηγήσουν σε μεταβολικό σύνδρομο. Οι βασικές συστάσεις των νοσηλευτών για την ηλικία των εφήβων είναι οι εξής:

- Να μην παραλείπονται κύρια γεύματα

- Να τρώνε ένα καλό πρωινό που είναι από τα βασικότερα γεύματα της ημέρας
- Να μην καταναλώνουν μεταξύ των γευμάτων πρόχειρες τροφές. Οι πρόχειρες τροφές περιέχουν αρκετό λίπος, αλάτι και κενές θερμίδες. Γι αυτό πρέπει να χρησιμοποιούνται με μέτρο.
- Λιγότερα λίπη και ζάχαρη
- Κατανάλωση περισσότερων τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες
- Άφθονα φρούτα και λαχανικά
- Κατανάλωση ποικιλίας τροφών καθημερινά
- Διατήρηση κανονικού σωματικού βάρους
- Αργό μάσημα
- Άφθονο νερό
- Να αποφεύγονται τα οινοπνευματώδη ποτά
- Να αποφεύγεται η υπερκατανάλωση γλυκών και αναψυκτικών
- Να αποφεύγεται το πολύ αλάτι
- 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.

3. Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι ένα δύσκολο κομμάτι των αρμοδιοτήτων των σχολικών νοσηλευτών γιατί πρέπει να συνυπάρχει με την εμπιστοσύνη των εφήβων . Οι μαθητές σπάνια εμπιστεύονται σε τρίτους τα μυστικά της σεξουαλικής τους ζωής , εκτός και αν αυτοί είναι οι φίλοι τους . Ο νοσηλευτής είναι αυτός που θα τονίσει τη σημασία του προφυλακτικού και του τακτικού γυναικολογικού ελέγχου των σεξουαλικά ενεργών εφήβων , όπως επίσης και τους κινδύνους μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης . Σύμφωνα με δεδομένα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO), ανεπιθύμητη κύηση συμβαίνει σε 13 με 25 ανά 1,000 νεαρές γυναίκες (15-19 ετών), ενώ το ποσοστό των όψιμων εκτρώσεων κατά το έτος 2001 στις ηλικίες 15-19 ετών ήταν 15.9% και σε ηλικίες < 15 ετών ήταν 27.6%.

Στη Μεγάλη Βρετανία, το 40% περίπου των εφήβων έχουν ενεργό σεξουαλική δραστηριότητα, και 21% αναφέρουν ότι δεν χρησιμοποίησαν καμία αντισυλληπτική μέθοδο κατά την πρώτη σεξουαλική επαφή.

4. Ψυχική και συναισθηματική υγεία

Στην εποχή μας οι έφηβοι γίνονται αποδέκτες πολλών ερεθισμάτων , τα οποία επηρεάζουν άμεσα τη συναισθηματική τους υγεία . Συγκεκριμένα , οι νοσηλευτές πρέπει να ενισχύουν το χαρακτήρα των εφήβων , προβάλλοντας υγιή πρότυπα και κατακρίνοντας πληροφορίες και τάσεις αρνητικές για την εξέλιξη των νέων . Σε αυτή την εκπαίδευση πρέπει να συμμετέχουν και οι εκπαιδευτικοί , ώστε να βρεθεί διάυλος επικοινωνίας μεταξύ μαθητών και εκπαιδευτικών .

5. Πρόληψη ασθενειών και ατυχημάτων

Στα μαθήματα αυτά οι έφηβοι διδάσκονται από τους νοσηλευτές με ποιους τρόπους να αποφεύγουν ατυχήματα τόσο στο σχολείο, όσο και εκτός αυτού .Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται και στην αποφυγή των τροχαίων ατυχημάτων , τονίζοντας πάντα στους έφηβους τη σημασία της χρήσης του κράνους και της ζώνης ασφαλείας . όπως επίσης τους κινδύνους από τη χρήση αλκοόλ και την ταυτόχρονη οδήγηση .

6. Κατάχρηση ουσιών

Στις περιπτώσεις αυτές συμπεριλαμβάνονται το κάπνισμα , εξαιτίας της εθιστικής νικοτίνης , το αλκοόλ και τα ναρκωτικά . Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να τονίσει τις αρνητικές επιπτώσεις , των ουσιών αυτών και να προλάβει μετέπειτα προβλήματα υγείας Ποικίλες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν με τη μορφή ερωτηματολογίων , απέδειξαν ότι ο θεσμός του σχολικού νοσηλευτή , όπου εφαρμόζεται , έχει βοηθήσει ποσοστό 32% των εφήβων να περιορίσουν το κάπνισμα , 18% να το σταματήσουν σταδιακά , 25% να ελαττώσουν το αλκοόλ και 38% των εφήβων που κάνουν χρήση ναρκωτικών να απευθυνθούν σε κέντρα απεξάρτησης και ειδικούς για να τους παράσχουν περισσότερη βοήθεια . Τέτοια ερωτηματολόγια είναι τα παρακάτω :

GAPS (Guidelines for Adolescent Preventive Services), πηγή: American Medical Association, το οποίο διαχωρίζεται περαιτέρω ανάλογα με την ηλικία σε Νεότερης Εφηβείας (<15 ετών) και σε Όψιμης Εφηβείας (>15 ετών). Τα ερωτηματολόγια αυτά αφορούν συνήθη προβλήματα και συμπεριφορές των εφήβων, καλύπτοντας διάφορους τομείς, όπως αιτία προσέλευσης, ατομικό αναμνηστικό, συνθήκες στην οικογένεια, διατροφικές συνήθειες, σχολείο, φίλιες/διαπροσωπικές σχέσεις, κάπνισμα, αλκοόλ , χρήση ουσιών ανάπτυξη , συναισθήματα εικόνα εαυτού

SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)-Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών, πηγή: Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. Journal of child psychology and psychiatry

38(5):581–6. Το σταθμισμένο αυτό ερωτηματολόγιο είναι χρήσιμο για τη διερεύνηση ψυχοκοινωνικών συμπεριφορών των εφήβων.

7. Χρήση υπηρεσιών πρώτης ανάγκης

Με την εκπαίδευση των εφήβων από τους νοσηλευτές πάνω σε θέματα χρήσης υπηρεσιών πρώτης ανάγκης , όπως νοσοκομεία , δημόσιες υπηρεσίες και οργανισμούς , οι έφηβοι δραστηριοποιούνται πολύ γρήγορα και μαθαίνουν να εναρμονίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον . Μαθαίνουν πώς να εξυπηρετούνται, τις απαιτούμενες διαδικασίες , τις υποχρεώσεις τους και τα δικαιώματά τους .

4.3.8 Εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής

Σε ορισμένες περιπτώσεις οι σχολικοί νοσηλευτές επιλέγονται για να διδάξουν σε φοιτητές νοσηλευτικής

4.3.9 Εκπαίδευση του σχολικού προσωπικού

Η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών αποτελεί σημαντική αρμοδιότητα των νοσηλευτών πάνω σε θέματα που αφορούν τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση , τη χρήση του διαδικτύου και τη χρήση ή κατάχρηση διαφόρων ουσιών.

4.3.10 Συμβουλευτική μαθητών και γονέων

Η αρμοδιότητα αυτή σχετίζεται με εφηβικά προβλήματα , τα οποία οι νέοι διστάζουν να συζητήσουν με τους γονείς τους , όπως θέματα σεξουαλικής υγείας , θέματα που προκύπτουν όταν ένας από τους δύο γονείς δεν υπάρχει (ορφανά παιδιά , παιδιά χωρισμένων γονιών).

4.3.11 Συμμετοχή στα ερευνητικά προγράμματα και στις επιδημιολογικές έρευνες

Ένας επίσης βασικός ρόλος των σχολικών νοσηλευτών είναι και η συνεχόμενη συμμετοχή τους σε ερευνητικά προγράμματα , που προσφέρουν νέες γνώσεις και ιδιαίτερη κατάρτιση . Πολλές φορές μάλιστα οι νοσηλευτές καλούνται και από αρμόδιους φορείς να συμμετάσχουν σε έρευνες που αφορούν τις ασθένειες του σχολικού πληθυσμού ή κάποιες ιδιαίτερες συμπεριφορές αυτού, από τους οποίους θα βγουν ορισμένα χρήσιμα συμπεράσματα.

4.4 Δυσκολίες του Σχολικού Νοσηλευτή

Οι κυριότερες δυσκολίες που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι σχολικοί νοσηλευτές στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα είναι οι εξής :

4.4.1 Δεν τους αναθέτονται εύκολα καθήκοντα

Στο σχολικό περιβάλλον επικρατεί σύμφωνα με την ελληνική νοοτροπία , η άποψη ότι ο εκπαιδευτικός είναι αυτός που έχει τον πρωτεύοντα ρόλο στη λήψη αποφάσεων που αφορούν τους έφηβους μαθητές. Ο νεοσύστατος, για τα ελληνικά δεδομένα θεσμός, του σχολικού νοσηλευτή, είναι δύσκολο να ενσωματωθεί στο χώρο των εκπαιδευτικών γιατί λαμβάνεται ανταγωνιστικά. Πολλοί εκπαιδευτικοί δεν αναφέρουν τα μαθητικά προβλήματα στους νοσηλευτές θεωρώντας λανθασμένα ότι αυτό είναι πέρα των αρμοδιοτήτων τους. Με αυτό τον τρόπο σημαντικά προβλήματα ακόμη και υγείας, παραβλέπονται ή και παραγκωνίζονται, δυσχεραίνοντας σημαντικά τη δουλειά των νοσηλευτών . Επιπλέον επικρατεί η άποψη ότι οι αρμοδιότητες των νοσηλευτών πρέπει να περιορίζονται στο χώρο των νοσοκομείων και των εκπαιδευτικών στο σχολικό περιβάλλον , διαφοροποιώντας έτσι τους ρόλους και των δύο και εμποδίζοντας σημαντικά τις περιπτώσεις συνεργασίας μεταξύ τους. Σε αρκετές περιπτώσεις πολλοί σχολικοί νοσηλευτές επωφελούνται από το κλίμα αυτό που επικρατεί στα σχολεία , βρίσκοντας ευκαιρίες μηδενικής προσφοράς απέναντι στους μαθητές και καλλιεργώντας ένα κλίμα ωχαδερφισμού και αεργίας .

4.4.2 Σπάνια αναγνωρίζεται σαν επαγγελματίας υγείας

Το πρόβλημα αυτό είναι αρκετά σύνηθες στα ελληνικά σχολεία και ένα από τα σημαντικότερα που καλείται να αντιμετωπίσει ο σχολικός νοσηλευτής. Το προσωπικό των σχολείων αντιμετωπίζει τους νοσηλευτές με σκεπτικισμό , γιατί δεν γνωρίζουν επαρκώς το αντικείμενο της εργασίας τους και τους στόχους τους θεσμούς , υποβαθμίζοντας τόσο τις γνώσεις τους όσο και το ενδιαφέρον τους για συνεισφορά στους έφηβους.

4.4.3 Απομόνωση στο σχολικό περιβάλλον εργασίας του

Οι περισσότεροι σχολικοί νοσηλευτές αναφέρουν έντονα φαινόμενα εργασιακού αποκλεισμού , ο οποίος σε αρκετές περιπτώσεις φτάνει μέχρι το σημείο της έλλειψης κοινωνικοποίησης από το σχολικό προσωπικό προς τους νοσηλευτές.

4.4.4 Σπάνια του προσφέρονται περαιτέρω εκπαίδευση και δυνατότητες εξέλιξης

Δυστυχώς, ο θεσμός του σχολικού νοσηλευτή στη χώρα μας δεν είναι πλήρως διαδεδомένος , με αποτέλεσμα να είναι ελλιπείς και οι οικονομικές συνεισφορές για μεταπτυχιακά προγράμματα , προγράμματα ανταλλαγής με νοσηλευτές του εξωτερικού, καθώς επίσης και ειδικά επιμορφωτικά σεμινάρια .

4.5 Ο Ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή στις Συνήθειες Υγείας των Εφήβων

Ο κοινοτικοί νοσηλευτές προσπαθούν με όλα τα εφόδια που έχουν να προνοήσουν , ώστε ασθένειες των εφήβων που οφείλονται σε κακές συνήθειες υγείας , όπως το κάπνισμα , η χρήση αλκοόλ , ναρκωτικών και άλλων τοξικών ουσιών , να εμφανίζονται σε πολύ μικρό ποσοστό ή αν είναι εφικτό να μην εκδηλώνονται . Για να επιτύχουν κάτι τέτοιο χρησιμοποιούν ποικίλα μέσα με κυριότερο τον εμβολιασμό . Η ανοσοποίηση του εφηβικού πληθυσμού αποτελεί πλέον εφαρμογή ρουτίνας και τα μαζικά προγράμματα εμβολιασμού στην παιδική ηλικία προστατεύουν από τη δυνητική ανάπτυξη σοβαρών λοιμωδών νοσημάτων. Η επιλογή της κατάλληλης για εμβολιασμό ηλικίας εξαρτάται από την ικανότητα του οργανισμού για ανοσολογική απάντηση, δηλαδή ανταπόκρισή του στο εμβόλιο, καθώς και από την πιθανότητα μόλυνσης. Συχνά παρατηρούνται οι διαφορές στα εμβολιαστικά σχήματα που χρησιμοποιούν διάφορες χώρες ανάλογα με το ιδιαίτερο νοσολογικό φάσμα που επικρατεί ακόμη και στην ίδια χώρα με το πέρασμα του χρόνου. Έτσι ο κοινοτικός νοσηλευτής αναλαμβάνει ως πρωτοβουλία:

- Τον εμβολιασμό ως πρακτική σε όλες τις σχολικές μονάδες
- Την ανάρτηση ειδικών προγραμμάτων εμβολιασμών για ενημέρωση τόσο των εκπαιδευτικών όσο και των γονιών , όπως αυτό που εμφανίζεται παρακάτω:

ΗΛΙΚΙΑ	Γέννηση	1 μν	2 μν	4 μν	6 μν	12 μν	18 μν	24 μν	4-6 ετών	11-18 ετών
ΕΜΒΟΛΙΟ										
Ηπατίτιδα B (Hep B)	Hep B	Hep B (1-2 δόσεις)			Hep B					
			Hep B	Hep B	Hep B			Hep B (όλες οι δόσεις)		
Διφθερίτιδα, Τετάνου, Κοκκύτη (DTaP)			DTaP	DTaP	DTaP		DTaP		DTaP	
Πολιομυελίτιδας (IPV)			IPV	IPV	IPV					
Αιμόφιλου τύπου B (Hib)			Hib	Hib	Hib		Hib			
Μηνγγιτιδό κοκκου C (MCC)			MCC	MCC						

Πίνακας 11 : Χρονοδιάγραμμα προληπτικού εμβολιασμού των εφήβων από την παιδική ηλικία

Σημαντικός παράγοντας για την εφαρμογή της σωστής πρόληψης είναι η:

- Φροντίδα για τη δημιουργία ενός αντιμικροβιακού φάσματος στους σχολικούς χώρους , εξασφαλίζοντας καθαρούς κοινόχρηστους χώρους , όπως τουαλέτες και χώρους ένδυσης και απομακρύνοντας πηγές μόλυνσης ή εστίες ασθενειών . Η περίπτωση αυτή αναφέρεται σε περιστατικά μολυσματικών ασθενειών και μεταδοτικών παθήσεων , οπότε ειδοποιείται ο κοινοτικός νοσηλευτής με σκοπό την έγκαιρη απομάκρυνση του πάσχοντος και τη βεβαιότητα για αποκατάσταση της υγείας του . Επίσης , σε αρκετές περιπτώσεις , ο κοινοτικός νοσηλευτής επιθεωρεί με ειδικό κρατικό κλιμάκιο τους σχολικούς χώρους για εφαρμογή κανόνων καθαριότητας και υγιεινής .
- Η λήψη ιστορικού για περιστατικά κακοηθών νεοπλασιών , σε συνεργασία πάντα με τους γονείς , με σκοπό την κατάταξη των εφήβων μαθητών , σε μικρές ηλικιακά

ομάδες υψηλού κινδύνου για την πιθανή εμφάνιση οποιαδήποτε μορφή καρκίνου . Με αυτό τον τρόπο , συντάσσονται επιδημιολογικοί πίνακες και δίνονται σωστές οδηγίες στους γονείς σχετικά με τη διατροφή των εφήβων και ορισμένες κακές συνήθειες , όπως το κάπνισμα και η χρήση αλκοόλ . Το πρόγραμμα αυτό πρέπει να σημειώσουμε ότι ώρα ξεκινά να εφαρμόζεται με μορφή πιλοτικών προγραμμάτων στη χώρα μας .

- Η κατάρτιση ειδικών ερωτηματολογίων , τα οποία διανέμονται στους έφηβους μαθητές με σκοπό την έρευνα σχετικά με τις συνήθειες του . Ενδεικτικά ένα τέτοιο ερωτηματολόγιο παραθέτουμε παρακάτω , το οποίο δόθηκε σε μαθητές γυμνασίου και λυκείου της χώρας μας και αφορά τον εθισμό στο κάπνισμα .

1. Πόσο γρήγορα, αφού ξυπνήσετε, καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο

Στα πρώτα 5 λεπτά...3 πόντοι

6-30 λεπτά μετά.....2 πόντοι

31-60 λεπτά μετά.....1 πόντος

60 λεπτά μετά.....0 πόντοι

2. Σας είναι δύσκολο να μην καπνίσετε σε μέρη όπου το κάπνισμα απαγορεύεται (π.χ. σχολεία , εκκλησία, βιβλιοθήκες, σινεμά);

Ναι.....1 πόντος

Όχι.....0 πόντοι

3. Ποιο τσιγάρο είναι πιο δύσκολο για σας να μην καπνίσετε;

Το πρώτο της ημέρας....1 πόντος

Οποιοδήποτε άλλο.....0 πόντοι

4. Πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε;

10 ή λιγότερα.....0 πόντοι

11-20.....1 πόντος

21-30.....2 πόντοι

31 ή περισσότερα...3 πόντοι

5. Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί απ' ό,τι το απόγευμα;

Ναι.....1 πόντος

Όχι.....0 πόντοι

6. Καπνίζετε ακόμα και όταν μια αρρώστια σας αναγκάζει να μείνετε στο κρεβάτι;

Ναι.....1 πόντος

Όχι.....0 πόντοι

7. Σύνολο πόντων

7-10.....Καπνιστής πολύ εξαρτημένος

4-6.....Καπνιστής μέτρια εξαρτημένος

0-3.....Καπνιστής λίγο εξαρτημένος

Πίνακας 12: Ερωτηματολόγιο στο οποίο γίνεται εκτίμηση του βαθμού εθισμού των νέων ηλικίας 14 – 17 ετών

Αντίστοιχα ερωτηματολόγια δίνονται και στους γονείς με σκοπό την ευαισθητοποίησή τους , τη μείωση της ανεκτικότητας τους στις συνήθειες και τις απαιτήσεις των νέων και την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων τόσο για τους γονείς όσο και για τους εφήβους . Στη συνέχεια παραθέτουμε ένα τέτοιο ερωτηματολόγιο , το οποίο δόθηκε σε γονείς από το πανεπιστήμιο Ιατρικής Αθηνών , με σκοπό να συσχετιστεί το κάπνισμα με διαταραχές της ψυχικής υγείας των εφήβων και να μετρηθεί το ποσοστό των νεαρών εφήβων , που ξεκίνησαν το κάπνισμα , λόγω προδιάθεσης εξαιτίας του καπνίσματος της μητέρας και γενικά των γονιών . Τα αποτελέσματα ήταν συγκλονιστικά , γιατί το κάπνισμα ενοχοποιήθηκε για ποικίλες παθήσεις , μεταξύ αυτών και για γλωσσικές διαταραχές σε ποσοστό της τάξης του 52% - 55%.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο για τους γονείς

Με τις παρακάτω ερωτήσεις στοχεύουμε στο να διερευνήσουμε τις συνήθειες και στάσεις σας απέναντι στο κάπνισμα. Σας παρακαλούμε να απαντήσετε με ειλικρίνεια. Μόνο η ειλικρινής απάντησή σας έχει νόημα για την μελέτη μας και τα αποτελέσματά της τα οποία και θα σας κοινοποιηθούν. Τα βιογραφικά σας στοιχεία θα είναι φυσικά απόρρητα. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία σας.

Όνοματεπώνυμο:.....

Φύλο:.....

Ηλικία:.....

Μόρφωση Πατέρα: (π.χ. Απόφοιτος Λυκείου, Τ.Ε.Ι, Α.Ε.Ι)

Επάγγελμα Πατέρα :

Μόρφωση Μητέρας :

Επάγγελμα Μητέρας :

Γεωγραφικό διαμέρισμα στο οποίο μένετε : (Παρακαλώ αναφέρετε και τον τύπο κατοικίας π.χ. διαμέρισμα, μονοκατοικία κ.λπ.)

9) Οικογενειακή κατάσταση (άγαμος, έγγαμος).....

***Ερωτήσεις που αφορούν τις συνήθειες καπνίσματος της μητέρας**

Στις παρακάτω ερωτήσεις απαντήστε απλά με ένα ναι ή όχι η βάλτε ένα κύκλο στην απάντηση που σας αφορά

Καπνίζατε κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης σας ;

Εάν ναι στην 1, ποία περίοδο στην εγκυμοσύνη σας καπνίζατε ; Παρακαλώ κυκλώστε τους μήνες που σας αφορούν

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Πόσα τσιγάρα καπνίζατε ημερησίως (ανά 24 ώρες)

- A) 1- 10
- B) 10 -20
- Γ) πάνω από 20

Καπνίζατε πριν την εγκυμοσύνη σας;

Εάν ναι στην 4, πόσα τσιγάρα την ημέρα (ανά 24 ώρες)

- A) 1-10
- B) 10-20
- Γ) πάνω από 20

Για πόσο χρονικό διάστημα καπνίζατε πριν την εγκυμοσύνη σας; :

- A) λιγότερο από 1 χρόνο
- B) 1 - 3 χρόνια
- Γ) 3 - 5 χρόνια

Εικόνα 3: Παραπάνω εικονίζεται ένα μέρος του ερωτηματολογίου το οποίο δόθηκε προς συμπλήρωση σε νεαρές μητέρες , με σκοπό να διαπιστώσουμε το συσχετισμό του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη με ορισμένες διαταραχές ψυχικής υγείας , που εμφανίζονται αργότερα στη ζωή τους ορισμένοι έφηβοι .

4.5.1 Η ενημέρωση των γονέων σε τακτά χρονικά διαστήματα

Σημαντική αρμοδιότητα – ρόλος των κοινοτικών νοσηλευτών είναι η διαρκής και εμπειριστατωμένη επιμόρφωση και συμβουλευτική των γονέων . Συγκεκριμένα , οι κοινοτικοί νοσηλευτές οργανώνουν ειδικές ημερίδες στις οποίες παρέχουν τις εξής συμβουλές :

1. Να διαπραγματεύονται μαζί με τους έφηβους

Οι γονείς πρέπει να βρουν μια μέση λύση που να είναι αποδεκτή και για τους δύο, όπως θα έκαναν και μ' έναν ενήλικα. Αυτό θα φέρει πολύ καλύτερα αποτελέσματα από το σαρκασμό, τις βρισιές, τις φωνές ή το βρόντημα της πόρτας.

2. Να σέβονται τις απόψεις τους

Οι γονείς δεν πρέπει να περιμένουν να αρέσει στο παιδί ό,τι αρέσει σε αυτούς ή να συμφωνεί με όλα όσα λένε. Η εφηβεία είναι μια περίοδος αμφισβήτησης απόψεων και ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένων και των γονιών. Το έφηβο παιδί είναι πιθανότερο να σέβεται τις απόψεις των γονιών, αν σέβονται κι αυτοί τις δικές του.

3. Το έφηβο παιδί πρέπει να γνωρίζει ότι οι γονείς είναι δίπλα του

Το μεγαλύτερο παιδί πρέπει να μάθει πώς να ζει χωρίς τη συνεχή στήριξη των γονιών του. Ωστόσο εξακολουθεί να χρειάζεται τους γονείς του. Όσο ανεξάρτητο κι αν φαίνεται το παιδί, πρέπει να γνωρίζει ότι θα οι γονείς θα είναι δίπλα του για να του προσφέρουν παρηγοριά και στήριξη.

4. Να θυμούνται πώς είναι η εφηβεία!

Τα εφηβικά χρόνια είναι συχνά μια δύσκολη περίοδος, τόσο για τους γονείς όσο και για τα παιδιά. Ο έφηβος μπορεί να συμπεριφέρεται τη μια στιγμή ως ένας ενήλικας και την επομένη ως ένα παιδί.

5. Να σέβονται την ιδιωτική ζωή του παιδιού τους

Το μεγαλύτερο παιδί, ιδιαίτερα, χρειάζεται την ιδιωτική του ζωή. Χρειάζεται το δικό του χώρο, χρόνο για τον εαυτό του και έχει το δικαίωμα να μη μιλά για μερικές πτυχές της ζωής του, όπως είναι για παράδειγμα οι προσωπικές του σχέσεις. Αν οι γονείς δείξουν σεβασμό για την ιδιωτική του ζωή, είναι πιο πιθανό να τους εμπιστευτεί τα μυστικά του.

6. Να μην επιβάλλουν τις δικές τους ιδέες

Δεν είναι κακό να υπάρχουν διαφορετικές απόψεις, ενώ παράλληλα είναι γεγονός ότι οι έφηβοι εξακολουθούν να χρειάζονται από τους γονείς να είναι σαφείς σε ό,τι αφορά τα αποδεκτά όρια στη συμπεριφορά τους. Ωστόσο, με το να επιβάλλουν τις απόψεις τους ή να προσπαθούν να εξαναγκάσουν έναν έφηβο να συμφωνήσει μαζί τους, το μόνο που θα καταφέρουν είναι να επιδεινώσουν την κατάσταση. Η στάση των γονιών και γενικότερα όσων έρχονται σε επαφή με έφηβους θα πρέπει να είναι στάση κατανόησης, υποστήριξης και αποδοχής, έτσι ώστε οι όποιες δυσκολίες να ξεπερνιούνται ανώδυνα, αθόρυβα και σύντομα. Αν δεν υπάρξει κατανόηση, αλλά χρησιμοποιηθούν κατασταλτικά, διορθωτικά ή βίαια μέτρα, τότε είναι πιθανό να υπάρξουν εντάσεις και προβλήματα. Είναι δεδομένο ότι, όταν ο νέος νιώσει ότι τον σέβονται οι μεγάλοι, έχει πολύ περισσότερες πιθανότητες να αποφασίσει να σέβεται κι αυτός τους μεγάλους και να καθιερώσει μαζί τους μια σχέση συνεργασίας.

4.6 Αξιολόγηση του Έργου του Νοσηλευτή και Προώθηση της Υγείας του Πληθυσμού

Από όλα τα παραπάνω γίνεται εμφανές ότι ο θεσμός του κοινοτικού και σχολικού νοσηλευτή αρχίζει να αποτελεί ένα αναγκαίο κομμάτι της σύγχρονης ελληνικής πραγματικότητας . Με την ουσιώδη συμβολή των νοσηλευτών στις πτυχές της σχολικής ζωής , οι νεαροί έφηβοι υιοθετούν έναν υγιή και ασφαλή τρόπο επικοινωνίας τόσο μεταξύ τους όσο και με τους γονείς τους και αρχίζουν να δέχονται όλα τα αρνητικά πρότυπα της εποχής με σκεπτικισμό , που ξεκινά από πολύ μικρή ηλικία . Το κυριότερο μήνυμα το οποίο προβάλλεται έντονα , μέσω τέτοιων θεσμών είναι η αντίσταση στον κυνισμό και την πλεονεξία της εποχής μας . Η συνεχόμενη καθοδήγηση των εφήβων , τους βοηθά στην αποφυγή λαθών , που μπορούν αργότερα να τους οδηγήσουν σε τραγικά λάθη. Αναφερόμαστε στις περιπτώσεις των ναρκωτικών , στη χρήση της βίας και στα τροχαία ατυχήματα , που ταλανίζουν τους σημερινούς νέους . Δυστυχώς ένα πολύ μικρό ποσοστό των εφήβων , ανταποκρίνεται στη γονική συμβουλευτική , με αποτέλεσμα στο χώρο του σχολείου να κρίνεται αναγκαία η παρουσία του σχολικού νοσηλευτή , ο οποίος μπορεί να κερδίσει πιο εύκολα την εμπιστοσύνη των εφήβων μαθητών , γιατί αυτός δεν κρίνει τις εφηβικές συμπεριφορές , δεν επιβάλλει και κυρίως δεν βαθμολογεί σχολικές επιδόσεις .

Έτσι , χάρη στους νοσηλευτές επιτελείται σπουδαίο κοινωνικό έργο και προσφορά στο συνάνθρωπο . Σε πολλά ευρωπαϊκά κράτη που πρωτοεμφανίστηκε ο θεσμός του σχολικού νοσηλευτή κρίθηκε απολύτως αναγκαίος , γιατί μέσω αυτού έγινε εφικτή :

- Η μείωση των τροχαίων ατυχημάτων που σχετίζονται με τους εφήβους σε ποσοστό που φτάνει το 7% . Ο αριθμός αυτός φαίνεται μικρός , αλλά είναι ικανός να μας δείξει την αξία του θεσμού και της συμβουλευτικής που προάγει
- Η μείωση της χρήσης των ναρκωτικών σε ποσοστό που φτάνει το 6%
- Η μείωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών σε χώρες , όπως είναι η Αγγλία όπου η χρήση του προφυλακτικού θεωρείται εκτός συρμού , σε ποσοστό που αγγίζει το 32% , μέγεθος αρκετά μεγάλο και πολύ ενθαρρυντικό
- Η ελεγχόμενη χρήση του διαδικτύου , κυρίως με τη μορφή σεμιναρίων , που οργανώθηκαν από κοινοτικούς ευρωπαϊκούς νοσηλευτές

Τα στοιχεία αυτά αφορούν έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στο διαδίκτυο για γνωστή ευρωπαϊκή στατιστική εταιρεία για χώρες , όπως είναι η Αγγλία , η Γαλλία , το Βέλγιο , η Αυστρία και η Γερμανία .

Στη χώρα μας ο θεσμός του κοινοτικού νοσηλευτή αναμένεται να αποδώσει τα μέγιστα , κυρίως σε ότι αφορά τη βελτίωση των συνθηκών υγείας των εφήβων και τη βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης τόσο για αυτούς , όσο και για το γενικότερο πληθυσμό. Με τα εφόδια των νοσηλευτών που αναφέρθηκαν παραπάνω και με αρμοδιότητες όπως η συμβουλευτική , πολλές από τις συχνά μεταδιδόμενες ασθένειες που μεταδίδονται μεταξύ των εφήβων θα περιοριστούν σημαντικά . Η διαρκής ενημέρωση σε σχολεία αναμένεται να βελτιώσει σημαντικά και τις σχέσεις γονέων και μαθητών , γιατί μέσω των συμβουλών , παρέχονται υγιή πρότυπα και τρόποι προσέγγισης των δύο πλευρών . Επίσης ένα σημαντικό πρόβλημα που ευελπιστούμε να περιοριστεί είναι η βελτίωση του τρόπου ζωής και επιπέδου υγείας ευπαθών ομάδων εφήβων ή γενικότερου πληθυσμού , όπως είναι οι αθίγγανοι ή και οι οικονομικοί μετανάστες στη χώρα μας , ξεκινώντας πάντα την ενημέρωση από τα σχολεία , Τέλος , σημαντική πρέπει να είναι και η βοήθεια του κράτους , ώστε ο θεσμός του κοινοτικού – σχολικού νοσηλευτή να μπορέσει να καρποφορήσει και στη χώρα μας . Χρειάζεται οικονομική ενίσχυση , πρόσληψη νοσηλευτών και στελέχωση εκπαιδευτικών ιδρυμάτων με αυτούς , προκειμένου να γίνουμε αποδέκτες θετικών αποτελεσμάτων

Ερωτηματολόγιο Γνώσεων – Συνηθειών Υγείας

Ημερομηνία Γεννήσεως _____

Τάξη _____

Φύλο _____

Σχολείο _____

I. Αιτία Επισκέψεως

1. Πότε ήταν η τελευταία φορά που επισκεφτήκατε υπηρεσία παροχής υγείας;
2. Ποία είναι η ειδικότητα του ατόμου που επισκεφτήκατε;
 Παθολόγος Παιδίατρος Νοσηλεύτης Οδοντίατρος Άλλο (αναφέρατε)
3. Πόσο συχνά επισκεφθήκατε το νοσοκομείο ή τον ιατρό τους **τελευταίους έξι μήνες**;
 καμία 1-2 φορές 3 ή παραπάνω
4. Εσείς ζητήσατε να επισκεφθείτε τον χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας ;
 Ναι Όχι Δεν είμαι σίγουρος/η
5. Αν όχι ποιος αποφάσισε να επισκεφθείτε το γιατρό; οι γονείς άλλος (αναφέρατε)

II. Γνώση σε θέματα Υγείας - Ερωτήσεις

1.	Λαμβάνετε τα ενημερωτικά φυλλάδια; Αν ναι, από πού? <input type="checkbox"/> Δεν λαμβάνω <input type="checkbox"/> Από το γιατρό <input type="checkbox"/> Από το φαρμακοποιό <input type="checkbox"/> Από νοσηλεύτη / νοσηλεύτρια <input type="checkbox"/> Από άλλου (αναφέρατε):					
2.	Ποιο είναι το πρώτο άτομο που μιλάτε όταν αρρωσταίνετε; (αναφέρατε & σχέση με εσάς):					
3.	Πάνω σε ποια ιατρικά θέματα έχετε ενημερωθεί τον τελευταίο χρόνο;	<input type="checkbox"/> Στοματική υγιεινή (δόντια, ούλα) <input type="checkbox"/> Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (π.χ. Σύφιλης, Έρπης, HPV, HIV/AIDS) <input type="checkbox"/> Διατροφή <input type="checkbox"/> Σωματική άσκηση <input type="checkbox"/> Κάπνισμα <input type="checkbox"/> Άλλο (αναφέρατε) <hr/>				
		Καθόλου	Σπάνια	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
4.	Ενημερώνεστε για θέματα υγείας από το φαρμακοποιό σας;					
5.	Ενημερώνεστε για θέματα υγείας από την τηλεόραση;					
6.	Ενημερώνεστε για θέματα υγείας από ιατρικά ή άλλα περιοδικά;					
7.	Ενημερώνεστε για θέματα υγείας από το γιατρό σας;					
8.	Ενημερώνεστε για θέματα υγείας από νοσηλεύτρια / νοσηλεύτη?					
9.	Ενημερώνεστε για θέματα υγείας από το διαδίκτυο;					
10.	Ενημερώνεστε για θέματα υγείας από την οικογένειά σας;					
11.	Ενημερώνεστε για θέματα υγείας από τους φίλους σας;					
12.	Ενημερώνεστε για θέματα υγείας από ενημερωτικά φυλλάδια;					
13.	Διαβάζετε τα φυλλάδια αμέσως αφού τα πάρετε;					
14.	Το άτομο που σας δίνει το φυλλάδιο σας βοηθά στην κατανόηση του;					
15.	Πιστεύετε ότι σας βοηθούν οι πληροφορίες που διαβάζετε;					
16.	Αισθάνεστε άνετα όταν μιλάτε στο γιατρό / νοσηλεύτη;					
17.	Δίνει απάντηση ο γιατρός / νοσηλεύτης σε όλα σας τα ερωτήματα;					
18.	Κατανοείτε όλες τις πληροφορίες που σας δίνονται;					
19.	Ακολουθείτε τις οδηγίες του γιατρού;					
20.	Επηρεάζουν άλλοι τον τρόπο που ακολουθείτε τις συμβουλές του γιατρού ή νοσηλεύτη?					

5.0 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία Παιδιών Με Σωματικές Μειονεξίες Και Ψυχοδιανοητικές Διαταραχές : Σύγχρονες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις
2. Ρόλιν Σουρ, Σίλα Μίλερ Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1998.
2. Εφηβεία: από το Α έως το Ω. Πρόλογος: Γ.Χρούσος, Συγγραφή – ;
Επιμέλεια : Άρτεμις Τσίτσικα, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
3. Secrets Εφηβικής Ιατρικής. Cynthia Holland-Hall, MD, MPH & Robert T. Brown, MD: Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Τσίτσικα, Α., Κ. & Χρούσος, Γ., Π. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2005.
4. Μαθήματα Εφηβικής Ιατρικής & Ασκήσεις. Μαραγκός Γεώργιος, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2003
5. Εφηβεία: Ένα μεταβατικό στάδιο σ' ένα μεταβαλλόμενο κόσμο. Επιμέλεια κειμένων: Τσιάντης, Ι., Αναστασόπουλος, Δ., Χαντζάρα, Β., Λιακοπούλου, Μ. & Χριστιανόπουλος, Κ. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1998.
6. Γυναικολογία και Μαιευτική της Νεαρής Ηλικίας. Κρεατσάς Γεώργιος: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2001.
7. Η αντιμεταβίβαση στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία παιδιών και εφήβων. Επιμέλεια κειμένων : Τσιάντης Ι. Sandler A-M., Αναστασόπουλος Δ., Martindale B. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1999.
8. Βασική Παιδοψυχιατρική : Ερευνητικά και Κλινικά Κείμενα: Τόμος Α'. Επιμέλεια κειμένων: Τσιάντης, Ι. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1994.
9. www.oralhealth.net/continuingeducation/pdf/Helping_the_dental_patient_quit_smoking_Polychronopoulou_&_Athanassouli_1999.
10. www.in2life.gr/dossier/articles
11. www.entercity.gr/content/view/3471/224
12. www.focusmag.gr/articles
13. www.mohaw.gr/gr/theministry/nea/deltia
14. www.forumcongress.com/19deve/program

- 15.**www.clinicalperiodontology.gr
- 16.**www.eufic.org/article/el/diet-related-diseases
- 17.**www.goodnet.gr/i
- 18.**www.iatronet.gr
- 19.**Γονεϊκό κάπνισμα και ανάπτυξη της «Ειδικής Γλωσσικής Διαταραχής» σε παιδιά σχολικής και προσχολικής ηλικίας. Προκαταρκτικά στοιχεία Λ. ΜΕΣΣΗΝΗΣ, Γ. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Π.Τ. ΦΕΙΔΙΑ , ΤΕΙ Πάτρας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Λογοθεραπείας, ΙΚΑ Ζαρουχλείκα, Πάτρα
- 20.**Anderson, S.J., Bernard, A., Griesemer, A., Bar-Or, O. (2001). Strength Training by Children and Adolescents. *Pediatrics*, 6, 105-111
- 21.**Bencke, J., Damsgaard, R., Saekmose, A., Jergensen, P., Jorgensen, K., Klausen, K. (2002). Anaerobic power and characteristics of muscles strength of 11 year old elite and no elite boys and girls athletes of gymnastics, handball, volleyball and swimming. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 12, 171-178.
- 22.**Cole, M., Cole, S.R. (2002). Η ανάπτυξη των παιδιών - Η αρχή της ζωής: εγκυμοσύνη, τοκετός, βρεφική ηλικία, Τόμος Α'. Μετάφραση: Μαρία Σόλμαν. Αθήνα, Εκδόσεις τυπωθήτω
- 23.**Cole, M., Cole, S.R. (2002). Η ανάπτυξη των παιδιών -Γνωστική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη κατά τη νηπιακή και μέση παιδική ηλικία, Τόμος Β'. Μετάφραση: Μαρία Σόλμαν. Αθήνα, Εκδόσεις τυπωθήτω
- 24.**Craig, S.B. (1996). The impact of physical activity on lipids, lipoproteins, and blood pressure on preadoloscent girls. *Pediatrics*, 9, 125-134
- 25.**Donnelly, J.E., Jacobsen, D.J., Whatley, J.E., Hill, J.O., Swift, L.L., Cherrington, A., Polk, B., Tran, Z.V., Reed, G. (1996). Nutrition and physical activity program to attenuate obesity and promote physical and metabolic fitness in elementary school children. *Obes Res*, 4, 3, 229-43
- 26.**DuRant, R.H., Baranowski, T., Rhodes, T., Gutin, B., Thompson, W.O., Carroll, R., Puhl, J., Greaves, K.A. (1993). Association among serum lipid and lipoprotein concentration and physical activity, physical fitness, and body composition in young children. *J Pediatr*, 123, 2, 185-92

- 27.**Falk, B. et al (2003). Quantitative ultrasound of the tibia and radius in prepubertal and early-pubertal female athletes. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 157, 139-143
- 28.**Kohl, H.W. III (1998). Development of physical activity behaviors among children and adolescents - The Causes and Health Consequences of Obesity in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 3, 76-86
- 29.**Kontulainen, S.A., Kannus, P.A., Pasanen, M.E., Sievanen, H.T., Heinonen, A.O., Oja, P., Vuori, I. (2002). Does Previous Participation in High-Impact Training Result in Residual Bone Gain in Growing Girls? *International Journal of Sports Medicine*, 23, 575-581
- 30.**Κέλλης, Σ. (2003). Προπονητική - Σημειώσεις από τις παραδόσεις του μαθήματος. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Υπηρεσία Δημοσιευμάτων Α.Π.Θ.
- 31.**Matsui, I., Nambu, S., Baba, S. (1998). Evaluation of fasting serum insulin levels among Japanese school-age children. *J Nutr Sci Vitaminol*, 44, 6, 819-28
- 32.**McArdle, W.D., Katch, F.I., Katch, V.L. (2001). Φυσιολογία της Άσκησης, Τόμος Ι. Επιστημονική επιμέλεια: Κλεισούρας, Β.. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης
- 33.**Miller, K.E. (2003). Evaluation of bone mass in young female athletes. *American Family Physician*, 1, 24-30
- 34.**Nottin, A., Vinet, F., Stecken, L., N' Guyen, F., Ouinissi, F., Lecoq, M., Obert, P. (2002). Central and peripheral cardiovascular adaptations to exercise in endurance - trained children. *Acta Physiol Scand*, 175, 85-92
- 35.**Roberts, S.O. (1992). Child's play: physical activity at an early age may help prevent chronic illness over a lifetime - Sixth Annual Youth Fitness Section. *American Fitness*, 7, 56-61
- 36.**Roberts, S.O. (2002). A strong start: strength and resistance training guidelines for children and adolescents. *American Fitness*, 20, 1, 45-51
- 37.**Rowland, T.W., Boyajian, A. (1995). Aerobic response to endurance exercise training in children. *Pediatrics*, 10, 90-96
- 38.**Saris, W.H., Binkhorst, R.A., Cramwinckel, A.B., van der Veen-Hezemans, A.M., van Waesberghe, F. (1979). Evaluation of somatic effects of a health education program for schoolchildren. With special reference to

physical activity, nutrition, body composition, and blood lipids. *Bibl Nutr Dieta*, 27, 77-84

39.Wallace, M.A. (1998). Organized sports increase children's fitness and self-esteem. *AORN Journal*, 6,68-70
Anderson, S.J., Bernard, A., Griesemer, A., Bar-Or, O. (2001). Strength Training by Children and Adolescents. *Pediatrics*, 6, 105-111

40.Bencke, J., Damsgaard, R., Saekmose, A., Jergensen, P., Jorgensen, K., Klausen, K. (2002). Anaerobic power and characteristics of muscles strength of 11 year old elite and no elite boys and girls athletes of gymnastics, handball, volleyball and swimming. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 12, 171-178.

41.Cole, M., Cole, S.R. (2002). Η ανάπτυξη των παιδιών - Η αρχή της ζωής: εγκυμοσύνη, τοκετός, βρεφική ηλικία, Τόμος Α'. Μετάφραση: Μαρία Σόλμαν. Αθήνα, Εκδόσεις τυπωθήτω

42.Cole, M., Cole, S.R. (2002). Η ανάπτυξη των παιδιών -Γνωστική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη κατά τη νηπιακή και μέση παιδική ηλικία, Τόμος Β'. Μετάφραση: Μαρία Σόλμαν. Αθήνα, Εκδόσεις τυπωθήτω

43.Craig, S.B. (1996). The impact of physical activity on lipids, lipoproteins, and blood pressure on preadoloscent girls. *Pediatrics*, 9, 125-134

44.Donnelly, J.E., Jacobsen, D.J., Whatley, J.E., Hill, J.O., Swift, L.L., Cherrington, A., Polk, B., Tran, Z.V., Reed, G. (1996). Nutrition and physical activity program to attenuate obesity and promote physical and metabolic fitness in elementary school children. *Obes Res*, 4, 3, 229-43

45.DuRant, R.H., Baranowski, T., Rhodes, T., Gutin, B., Thompson, W.O., Carroll, R., Puhl, J., Greaves, K.A. (1993). Association among serum lipid and lipoprotein concentration and physical activity, physical fitness, and body composition in young children. *J Pediatr*, 123, 2, 185-92

46.Falk, B. et al (2003). Quantitative ultrasound of the tibia and radius in prepubertal and early-pubertal female athletes. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 157, 139-143

47.Kohl, H.W. III (1998). Development of physical activity behaviors among children and adolescents - The Causes and Health Consequences of Obesity in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 3, 76-86

- 48.**Kontulainen, S.A., Kannus, P.A., Pasanen, M.E., Sievanen, H.T., Heinonen, A.O., Oja, P., Vuori, I. (2002). Does Previous Participation in High-Impact Training Result in Residual Bone Gain in Growing Girls? *International Journal of Sports Medicine*, 23, 575-581
- 49.**Κέλλης, Σ. (2003). Προπονητική - Σημειώσεις από τις παραδόσεις του μαθήματος. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Υπηρεσία Δημοσιευμάτων Α.Π.Θ.
- 50.**Matsui, I., Nambu, S., Baba, S. (1998). Evaluation of fasting serum insulin levels among Japanese school-age children. *J Nutr Sci Vitaminol*, 44, 6, 819-28
- 51.**McArdle, W.D., Katch, F.I., Katch, V.L. (2001). Φυσιολογία της Άσκησης, Τόμος Ι. Επιστημονική επιμέλεια: Κλεισούρας, Β.. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης
- 52.**McArdle, W.D., Katch, F.I., Katch, V.L. (2001). Φυσιολογία της Άσκησης, Τόμος ΙΙ. Επιστημονική επιμέλεια: Κλεισούρας, Β.. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης
- 53.**Miller, K.E. (2003). Evaluation of bone mass in young female athletes. *American Family Physician*, 1, 24-30
- 54.**Nottin, A., Vinet, F., Stecken, L., N' Guyen, F., Ouinissi, F., Lecoq, M., Obert, P. (2002). Central and peripheral cardiovascular adaptations to exercise in endurance - trained children. *Acta Physiol Scand*, 175, 85-92
- 55.**Roberts, S.O. (1992). Child's play: physical activity at an early age may help prevent chronic illness over a lifetime - Sixth Annual Youth Fitness Section. *American Fitness*, 7, 56-61
- 56.**Roberts, S.O. (2002). A strong start: strength and resistance training guidelines for children and adolescents. *American Fitness*, 20, 1, 45-51
- 57.**Rowland, T.W., Boyajian, A. (1995). Aerobic response to endurance exercise training in children. *Pediatrics*, 10, 90-96
- 58.**Saris, W.H., Binkhorst, R.A., Cramwinckel, A.B., van der Veen-Hezemans, A.M., van Waesberghe, F. (1979). Evaluation of somatic effects of a health education program for schoolchildren. With special reference to physical activity, nutrition, body composition, and blood lipids. *Bibl Nutr Dieta*, 27, 77-84
- 59.**Wallace, M.A. (1998). Organized sports increase children's fitness and self-esteem. *AORN Journal*, 6,68-70

- 60.**Heaney RP, Abrams S, Dawson-Hughes B, et al. Peak bone mass. *Osteoporos Int* 2000;11(12):985-1009. [PubMed]
- 61.**Khan K, McKay HA, Haapasalo H, et al. Does childhood and adolescence provide a unique opportunity for exercise to strengthen the skeleton? *J Sci Med Sport* 2000;3(2):150-64. [PubMed]
- 62.**Haapasalo H, Sievanen H, Kannus P, Heinonen A, Oja P, Vuori I. Dimensions and estimated mechanical characteristics of the humerus after long-term tennis loading. *J Bone Miner Res* 1996;11(6):864-72. [PubMed]
- 63.**Haapasalo H, Kannus P, Sievanen H, et al. Effect of long-term unilateral activity on bone mineral density of female junior tennis players. *J Bone Miner Res* 1998;13(2):310-9. [PubMed]
- 64.**Rautava E, Lehtonen-Veromaa M, Kautiainen H, et al. The reduction of physical activity reflects on the bone mass among young females: a follow-up study of 142 adolescent girls. *Osteoporos Int* 2007. [PubMed]
- 65.**Snow CM, Williams DP, LaRiviere J, Fuchs RK, Robinson TL. Bone gains and losses follow seasonal training and detraining in gymnasts. *Calcif Tissue Int* 2001;69(1):7-12. [PubMed]
- 66.**Kirchner EM, Lewis RD, O'Connor PJ. Effect of past gymnastics participation on adult bone mass. *J Appl Physiol* 1996;80(1):226-32. [PubMed]
- 67.**Karlsson MK, Linden C, Karlsson C, Johnell O, Obrant K, Seeman E. Exercise during growth and bone mineral density and fractures in old age. *Lancet* 2000;355(9202):469-70.
- 68.**Road Safety in the Netherlands Fred Wegman, SWOV, Institute of Road Safety Research, Netherlands
- 69.**<http://tovima.dolnet.gr>
- 70.**<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction>
- 71.**www.malliori.gr