

**ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ : ΠΡΟΛΗΨΗ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ- Ο ΡΟΛΟΣ
ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ**

Μετέχουσες σπουδάστριες:

Γεωργοπούλου Δήμητρα
Κακκαβά Ελένη

Υπεύθυνος καθηγητής:

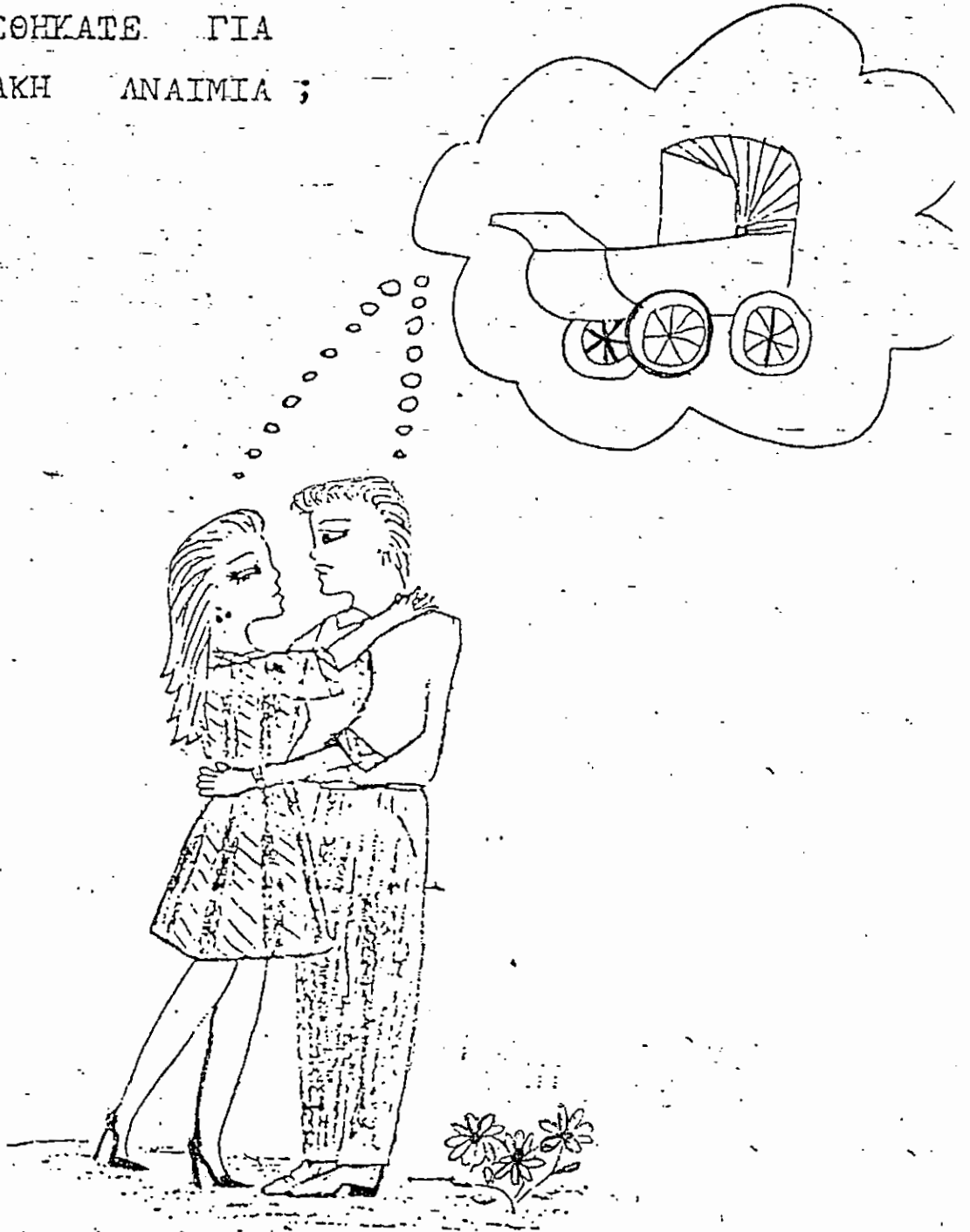
Ζωγράφου Ανδρέας



Πτυχιακή για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία
από το τμήμα της Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής
Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού
Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας

Πάτρα, Σεπτέμβριος 1998

ΕΡΕΤΑΣΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑ
ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ;



ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η Μ.Α. τα τελευταία χρόνια αποτελεί για τον Ελλαδικό χώρο μία πραγματικότητα με πολλές και διαφορετικές οικονομικές, κοινωνικές και ψυχολογικές προεκτάσεις για το πάσχον άτομο και την οικογένειά του.

Αυτό που χρειάζονται περισσότερο τα άτομα με Μ.Α. είναι η ψυχολογική συμπαράσταση, που πηγάζει κυρίως μέσα από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, πράγμα που είναι εμφανές σ'όλη αυτή την προσπάθεια.

Γι' αυτό λοιπόν σ'αυτή την εργασία γίνεται προσπάθεια προσέγγισης σφαιρικά, του προβλήματος της Μ.Α. και των επιπτώσεών της. Μία από τις δυνατότητες που προσφέρεται για την εξάλειψη της νόσου, είναι η πρόληψη. Αυτή μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την Αγωγή Υγείας.

Στο Κεφάλαιο I, παρουσιάζεται το πρόβλημα και ο σκοπός της μελέτης. Επίσης αναφέρονται κάποιοι όροι που θα χρησιμοποιηθούν στην εργασία.

Στο Κεφάλαιο II, ακολουθεί η ανάλυση της νόσου και ειδικότερα η κλινική εικόνα και η θεραπευτική προσέγγιση. Επίσης παρουσιάζονται με λεπτομέρεια, οι επιπλοκές της Μ.Α. αλλά και πως μπορεί να προληφθεί η ασθένεια αυτή.

Στο Κεφάλαιο III, αναφέρονται τα σύγχρονα κοινωνικά δεδομένα της Μ.Α. στην Ελλάδα. Ακόμα παρατίθεται η συνέντευξη από τον Πρόεδρο της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Συλλόγων Μ.Α..

Στο Κεφάλαιο IV, παρουσιάζεται η Μ.Α. ως κοινωνικό πρόβλημα. Γίνεται εννοιολογική προσέγγιση του όρου «πρόβλημα» και γιατί η Μ.Α. αποτελεί πρόβλημα.

Στο Κεφάλαιο V, γίνεται η παρουσίαση της μελέτης-διερεύνησης που έγινε για τη Μ.Α. σε άτομα μέσα από τους χώρους Υγείας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, κ.ά.). Ακολουθούν περιγραφή του ερευνόμενου πληθυσμού, του δείγματος της έρευνας, του τρόπου συλλογής πληροφοριών (ερωτηματολόγια) και της ανάλυσης των

δεδομένων της έρευνας. Επίσης γίνεται η παράθεση των αντίστοιχων διαγραμμάτων.

Στο Κεφάλαιο VI, παρουσιάζεται η ιστορική εξέλιξη της Αγωγής Υγείας, ο σχεδιασμός προγράμματος Αγωγής Υγείας για τη Μ.Α. και οι στόχοι και μέθοδοι της Αγωγής Υγείας. Επίσης γίνεται αναφορά στους παράγοντες που επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά και στο ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού σε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας για την πρόληψη της Μ.Α.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	2546
----------------------	------

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
1. Το πρόβλημα	8
2. Σκοπός της μελέτης	9
3. Ορισμοί όρων	10
1.3.1. Ιατρικοί όροι	10
1.3.2. Όροι κοινωνικών επιστημών	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ	
2.1. Ανάλυση της νόσου	23
2.1.1. Τι είναι η Μεσογειακή Αναιμία	24
2.1.2. Τι ακριβώς συμβαίνει στη Μ.Α.	27
2.1.3. Κλινική εικόνα της Μ.Α.	30
2.2. Θεραπευτική Προσέγγιση	31
2.2.1. Μεταγγίσεις	32
2.2.2. Αποσιδήρωση	34
2.2.3. Πότε πρέπει να αρχίζει η αποσιδήρωση και πως εφαρμόζεται;	35
2.2.4. Σπληνεκτομή	36
2.2.5. Μεταμόσχευση μυελού των οστών	
2.3. Επιπλοκές	38
2.3.1. Τα συχνότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι πάσχοντες	38

2.3.2. Ποία είναι τα κυριότερα ενδοκρινολογικά προβλήματα και πώς αντιμετωπίζονται	40
2.3.3. Οι πάσχοντες με Μ.Α. παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα διαβήτη	41
2.4. Πως μπορεί να προληφθεί η Μ.Α.	42
2.4.1. Προφυλακτική θεραπεία	43
2.4.2. Πρόγεννητική διάγνωση	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	45
--	----

3.1. Παράγοντες που επηρεάζουν θετικά τα προγράμματα πρόληψης της Μ.Α.	47
3.1.1. Προληπτικά προγράμματα για την Μ.Α. στην Ελλάδα.	48
3.1.2. Πρόσφατη έρευνα για τις αιμοσφαιρινοπάθειες.	51
3.2. Συνέντευξη από τον Πρόεδρο της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Συλλόγων Μεσογειακής Αναιμίας	53
3.2.1. Τι είναι η Παγκόσμια Ομοσπονδία Θαλασσαιμίας (T.I.F.)	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Η Μ.Α. ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	61
4.1. Εννοιολογική προσέγγιση	61

4.2.Γιατί η Μ.Α. αποτελεί κοινωνικό πρόβλημα ;	63
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ- ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ

5.1.Είδος και σκοπός της έρευνας	66
5.1.2. Μέθοδος συλλογής δεδομένων- ερευνώμενος πληθυσμός(δείγμα)	67
5.2.Παρουσίαση ανάλυσης	69
5.2.1. Σύνολο δεδομένων (δείγμα)	70
5.2.3. Ανάλυση κατά φύλο (Άνδρες- Γυναίκες)	72
5.2.4. Ανάλυση αρνήσεων για εξέταση	75
5.3 Συμπεράσματα	76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ - ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ Μ.Α.

	78
--	----

6.1.Ιστορική εξέλιξη της Αγωγής Υγείας	78
6.2.Παράγοντες που επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά	80
6.3.Τι είναι η Αγωγή Υγείας	99
6.4.Σε τι διαφέρει η Αγωγή Υγείας	106
6.5.Σχεδιασμός Αγωγής Υγείας	108
6.5.1.Στόχοι Αγωγής Υγείας	129
6.5.2.Μέθοδοι Αγωγής Υγείας	134
6.6. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στη	

πρόληψη της Μ.Α. 160

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α' 164

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β' 187

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 201

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. Το πρόβλημα

Η νόσος της Μ.Α. έχει πάρει διάστάσεις κοινωνικού προβλήματος, απασχολώντας ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού.

Έχει αρνητικές συνέπειες σε άτομα, ομάδες, θεσμούς και την κοινωνία στο σύνολό της.

Η Μ.Α. τα τελευταία χρόνια αποτελεί για τον Ελλαδικό χώρο μια πληγή που συνεχίζει να αιμορραγεί. Μπορεί το ποσοστό των παιδιών που γεννιούνται με Μ.Α. να είναι μικρότερο, αλλά το πρόβλημα είναι ακόμα υπαρκτό.

Δυστυχώς, οι θαλασσαιμικοί φέρνουν μαζί τους ακόμα το στίγμα "του διαφορετικού". Η νοοτροπία των "υγειών" δύσκολα αλλάζει. Απαιτείται συνεχής εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση για να γίνει κατανοητό τόσο έμπρακτα, όσο και θεωρητικά, ότι το άτομο με Μ.Α., έχει κάποιες ιδιαίτερες ανάγκες πέρα από αυτές που αντιμετωπίζουμε όλοι μας, ωστόσο είναι καθ'όλα ολοκληρωμένο σαν άτομο και σαν προσωπικότητα και πρέπει να αντιμετωπίζεται όπως όλοι μας. Οι ιδιαιτερότητές του δεν πρέπει να το καθιστούν "διαφορετικό".

Επιπλέον, το πρόβλημα εντοπίζεται στην έλλειψη επαρκούς ποσότητας αίματος για την κάλυψη των συχνών μεταγγίσεων των θαλασσαιμικών. Έχει εντοπισθεί και σ'αυτόν τον τομέα, έλλειψη ευαισθητοποίησης του κόσμου για το ρόλο που παίζει η εθελοντική αιμοδοσία στη Μ.Α..

Επομένως το πρόβλημα της Μ.Α. δεν εστιάζεται μόνο σ'αυτό που προκύπτει από την ίδια την νόσο, αλλά συνοψίζεται σε μία πληθώρα παραμέτρων τόσο ψυχολογικών (π.χ. χαμηλή αυτοεκτίμηση των ατόμων με Μ.Α.), κοινωνικών (κοινωνικού αποκλεισμού), όσο και οικονομικών.

Αποτελεί επομένως, μία πολυπαραγοντική νόσο που επιδεινώνεται από τις συνθήκες διαβίωσης, αλλά και από την έλλειψη επαρκούς ποσότητας αίματος. Η Μ.Α. συνδέεται άμεσα με την εθελοντική αιμοδοσία και τα άτομα με Μ.Α. εξαρτώνται από την ευαισθησία όλων μας. Γι' αυτό πρέπει να βρεθούν τρόποι, όχι απλά ευαισθητοποίησης αλλά και ενεργούς δράσης για την αντιμετώπιση αυτού του σοβαρού προβλήματος.

2. Σκοπός της μελέτης

Ο σκοπός της μελέτης αυτής είναι η προσέγγιση του προβλήματος της Μ.Α., των επιπτώσεών της στα άτομα που νοσούν και πως αυτή η νόσος μπορεί να προληφθεί με απότερω σκοπό την εξάλειψή της μέσω της σωστής ενημέρωσης και καθοδήγησης των ατόμων στο χώρο της Υγείας. Προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός, τέθηκαν οι ακόλουθοι επιμέρους στόχοι:

- Καταγραφή των προβλημάτων των ατόμων με Μ.Α..

Πραγματοποίηση μελέτης - διερεύνησης σε Υγειονομικούς φορείς Κέντρα Υγείας (Νοσοκομεία, Ι.Κ.Α. κ.τ.λ.) του Νομού Αχαΐας και της ευρύτερης περιοχής, ως προς το βαθμό γνώσης του Ιατρονοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού σχετικά με την νόσο της Μ.Α. και την πρόληψή της.

- Προσπάθεια εντοπισμού των λόγων έλλειψης ευαισθητοποίησης των ατόμων που απασχολούνται στο χώρο της Υγείας, σχετικά με τη νόσο της Μ.Α..

- Σχεδιασμός προγράμματος Αγωγής Υγείας του πληθυσμού μέσω των φορέων της Δημόσιας Υγείας, αφού προηγουμένως προβούν οι ίδιοι σε αλλαγή στάσεων και συμπεριφοράς απέναντι στους θαλασσαιμικούς.

- Εντοπισμός και καθορισμός του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού σαν μέλος της διεπιστημονικής ομάδας που θα ασχοληθεί με το συγκεκριμένο πρόγραμμα της Αγωγής Υγείας για τη Μ.Α.. Ο Κ.Λ. είναι το άτομο αυτό που θα ενισχύσει και θα καθοδηγήσει την οικογένεια και το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο, να αποδεχθεί την νόσο αυτή μετατρέποντας τα

αρνητικά συναισθήματα και μηνύματα σε θετική προοπτική αντιμετώπισης της νόσου.

3. Ορισμοί όρων

1.3.1. Ιατρικοί όροι

Θαλασσαιμίες (Μεσογειακή αναιμία)

Οι "θαλασσαιμίες" είναι μέρος ενός μεγάλου κεφαλαίου, το οποίο ονομάζεται "ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΙΑΙ" οι οποίες προκαλούνται από διαταραχή στη σύνθεση της αιμοσφαιρίνης (Hb) και αποτελούν γενετική ανωμαλία.

Η έλλειψη σύνθεση της Hb είναι αποτέλεσμα μιας γενετικής ανωμαλίας στην σύνθεση της "σφαιρίνης" και η οποία έχει σαν κλινική εκδήλωση την αιμολυτική αναιμία.

Οι αιμοσφαιρινοπάθειες σαν γενετικές νόσοι, επιδέχονται μόνο συμπτωματική θεραπεία των επιπλοκών, οι οποίες εμφανίζονται κατά την διάρκεια της χρονίας εξέλιξης.

Η νόσος είναι κληρονομική και οφείλεται σε ανεπαρκή σύνθεση της αιμοσφαιρίνης. Τα παραγόμενα ερυθρά αιμοσφαίρια δεν έχουν φυσιολογική εμφάνιση και έχουν μικρό χρόνο ζωής. Η νόσος εμφανίζεται με δυο μορφές.(Μόρφης Λ., 1988,σελ.295)

Μείζων θαλασσαιμία. Είναι η ομόζυγη μορφή της νόσου, γνωστή επίσης ως νόσος του Cooley.

Τα συμπτώματα της νόσου εκδηλώνονται στα δυο πρώτα χρόνια της ζωής και χαρακτηρίζονται από βαριά αναιμία, ανορεξία, διόγκωση σπλήνος και ήπατος υπτικτερική χρώση των ιστών, ενώ η διανοητική και σωματική ανάπτυξη υπολείπεται. Χαρακτηριστική είναι η εμφάνιση του προσώπου: Τα μάλα των παρειών προέχουν, η σχισμή των βλεφάρων είναι λοξή, υπάρχει καθίζηση της βάσης της μύτης κ.λ.π.(μογγολοειδές προσωπίο). Οι άρρωστοι συνήθως πεθαίνουν πριν φθάσουν στην ήβη.(ό.π.,σελ.295).

Ελάσων θαλασσαιμία. Είναι η ετερόζυγη μορφή της παθήσεως που είναι ασυμπτωματική. Σε σπάνιες περιπτώσεις παρατηρείται ελαφρά σληνομεγαλία. Η ανίχνευση της έχει σημασία κυρίως για γεννητικούς λόγους.-

Αναιμία καθορίζεται η μείωση του ποσού της αιμοσφαιρίνης ανεξάρτητα από το αν υπάρχει ή όχι και ελαττώση των ερυθροκυττάρων. Η αναιμία μπορεί να προκληθεί είτε από έλλειψη σιδήρου, είτε από απώλεια αίματος, είτε από ανεπαρκή παραγωγή ερυθροκυττάρων τέλος είτε από αυξημένη αιμόλυση. (Μόρφης Λ., 1988, σελ.296),(Πετρόπουλος Ευσ.,1990, σελ.20-21)

Ομόζυγος οργανισμός σε μια συγκεκριμένη ιδιότητα είναι αυτός όπου τα χρωμοσώματα και ιδιαίτερα τα ζευγάρια των γονιδίων που περιέχονται σ'αυτά και μεταβιβάζουν τη συγκεκριμένη ιδιότητα και κατ' επέκταση τη νόσο δις. (Πετρόπουλος Ευσ.,1990,σελ.9)

Ετερόζυγος οργανισμός σε μια συγκεκριμένη ιδιότητα είναι αυτός όπου τα χρωμοσώματα και ιδιαίτερα τα ζευγάρια των γονιδίων που περιέχονται σ'αυτά και μεταβιβάζουν τη συγκεκριμένη ιδιότητα είναι ανομοιόμορφα π.χ. άρα δεν εκδηλώνουν ιδιότητα είναι φορείς και μόνο την μεταδίδουν (ο.π.,σελ10).

Φορέας είναι το ετερόζυγο άτομο που φέρει τη συγκεκριμένη ιδιότητα χωρίς όμως να την εκδηλώνει.

Ασθενής είναι το άτομο το ομόζυγο που τα γονίδιά του είναι ομοιόμορφα και γι' αυτό εκδηλώνει την ιδιότητα δηλ. νοσεί.(ο.π.,σελ.11-12)

Γονότυπος είναι το άθροισμα των γονιδίων των χρωμοσωμάτων στον άνθρωπο που είναι περίπου 5.000 (ο.π.,σελ.13)

Φαινότυπος είναι το σύνολο των εξωτερικών χαρακτηριστικών του ατόμου που φαίνονται .(ο.π.,σελ.14)

Χρωμοσώματα είναι οι φορείς των γονιδίων έχουν σχήμα Λ αποτελούνται από D.N.A. και πρωτεΐνες και έχουν την ιδιότητα της αναπαραγωγής. Ο άνθρωπος έχει 46 χρωμοσώματα σε κάθε κύτταρό του μόνο τα ωάρια και σπερματοζωάρια έχουν 23 το καθένα.(ο.π.,σελ15-16)

Γονίδια είναι γενετικά στοιχεία των χρωματοσωμάτων, που βρίσκονται στον πυρήνα των κυττάρων και προσδιορίζουν τους χαρακτήρες που κληρονομούμε. Όλα τα γονίδια δεν βρίσκονται σε λειτουργία, και εκτός από τα φυσιολογικά βρίσκουμε σε διάφορα άτομα και παθολογικά γονίδια.

Σε περίπτωση γενετικής βλάβης, τα παθολογικά γονίδια είναι υπεύθυνα για μεταβολές στην ποιότητα ή στην ποσότητα των αιμοσφαιρινικών αλυσίδων, με αποτέλεσμα τη δημιουργία παθολογικών αιμοσφαιρίνων. π.χ. την λιγότερη απ'το κανονικό δημιουργία της φυσιολογικής αιμοσφαιρίνης (π.χ. οι διάφοροι τύποι της Μεσογειακής Αναιμίας). (Πολίτη Ν., 1993, σελ.2)

Επικρατούν -υπολειπόμενο γονίδιο: Ένα γονίδιο είναι επικρατούν όταν εκδηλώνεται σε κατάσταση ετερόζυγο, ενώ υπολειπόμενο όταν εκδηλώνεται φαινοτυπικά μόνο σε κατάσταση ομόζυγο. Μπορεί όμως να συμβεί αμφότερα τα αλληλόμορφα γονίδια να επικρατούν και αμφότερα να εκδηλώνονται φαινοτυπικά. Κανένα δεν είναι επικρατούν απέναντι στο άλλο. Αυτά τα δυο αλληλόμορφα είναι λοιπόν ενδιάμεσα. (Παπαγεωργίου Μ., Μουράτη Ε., 1989, σελ.39-40)

Κληρονομικότητα: Είναι η ικανότητα ή η ιδιότητα της βάσεως των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων των γονέων απογόνους.

Τα χαρακτηριστικά αυτά μεταβιβάζονται με τα γεννητικά κύτταρα κατά τη συνένωση του σπερματοζωαρίου με το ωάριο (γονιμοποίηση).

Κάθε σπερματοζωάριο και κάθε ωάριο έχουν 23 χρωμοσώματα. Τα χρωμοσώματα αυτά περιέχουν μια σειρά γονιδίων στα οποία οφείλονται τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του απόγονου. Τα γονίδια δηλαδή, είναι οι υλικοί φορείς των κληρονομικών ιδιοτήτων.

Κληρονομικά νοσήματα οφείλουν: την γέννησή τους σε κάποιο παθολογικό γονίδιο που μεταβιβάζεται από τον ένα ή και από τους δύο γονείς. Η διαταραχή αυτή μπορεί να μεταβιβασθεί από γενεά σε γενεά. Τούτο οφείλεται στο γεγονός ότι πολλά από τα ελαττωματικά γονίδια που μεταβιβάζονται στους απογόνους, μεταβιβάζονται κατά τον "υπολειπόμενο" χαρακτήρα όπως λέγεται. Αυτό σημαίνει ότι ένα

υπολειπόμενο γονίδιο μπορεί να προκαλέσει νόσο μόνο εφ'όσον συνενωθεί με άλλο όμοιο υπολειπόμενο γονίδιο.

Άλλα κληρονομούντα νοσήματα είναι γνωστό ότι μεταδίδονται κατά τον επικρατούντα χαρακτήρα, που σημαίνει ότι το "επικρατούν " γονίδιο μπορεί να προκαλέσει νόσους σε μελλοντικές γενεές, χωρίς να απαιτείται η συνένωσή του με άλλα όμοια γονίδια. (Γίτσιος Κ., 1988, σελ.5-6)

Φερετίνη: είναι μια ουσία που συγκρατεί σίδηρο στις αποθήκες του ήπατος και γενικά στους ιστούς. Ένα μικρό μέρος από το σύνολο της φερετίνης κυκλοφορεί στο αίμα, σε ποσά ανάλογα με τα ποσά του αποθηκευμένου σιδήρου. (Πολίτη Ν., 1993, σελ.12)

Ερυθροκύτταρα: το αίμα αποτελείται από έμμορφα στοιχεία (κύτταρα) και από το πλάσμα.

Τα έμμορφα στοιχεία του αίματος είναι:

1. Τα ερυθρά αιμοσφαίρια μαζί με την αιμοσφαιρίνη που περιέχουν.
2. Τα λευκά αιμοσφαίρια.
3. Τα αιμοπετάλια ή θρομβοκύτταρα.

Τα ερυθρά αιμοσφαίρια -κύτταρα: μετά τη γέννηση του ατόμου σχηματίζονται στο μυελό των οστών. Τα κύτταρα του μυελού των οστών από τα οποία προέρχονται τα ερυθρά αιμοσφαίρια περιέχουν πυρήνες. Η εμφάνιση εμπύρηνων ερυθρών αιμοσφαιρίων (νορμαβλάστες) στο περιφερικό αίμα αποτελεί ένδειξη διαταραχής των οργάνων (ιστών) της αιμοποίησης ή σοβαρής αναιμίας με συνέπεια την βιαστική είσοδο άωρων μορφών στην κυκλοφορία του αίματος. Τα ερυθρά αιμοσφαίρια ζουν περί τις 120 ημέρες οπότε καταστρέφονται στο ήπαρ, το σπλήνα και των μυελών των οστών. Σε ορισμένες παθήσεις υπάρχει αυξημένη καταστροφή ερυθρών αιμοσφαιρίων οπότε αυτά μπορεί να έχουν μικρή διάρκεια ζωής. (Γίτσιος Κ., 1988, σελ.69,204)

Αιμοδοσία: Με τον όρο ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ εννοούμε την χορήγηση αίματος για μετάγγιση και κατ'επέκταση την όλη οργάνωση που ασχολείται με τη λήψη, έλεγχο, συντήρηση και διάθεση του αίματος. Αφαιρείται δηλ. μια μικρή ποσότητα αίματος από έναν υγιή άνθρωπο τόσο μικρή, ώστε να μην του προκαλέσει οποιαδήποτε βλάβη και η ποσότητα αυτή μετά από

σειρά εξετάσεων μεταγγίζεται στις φλέβες του αρρώστου. (Παπαγεωργίου Μ., Μουράτη Ε., 1989, σελ.41)

Εθελοντής Αιμοδότης: Με την μετάγγιση γίνεται μεταμόσχευση αίματος από έναν οργανισμό στον άλλο. Λέγοντας "μετάγγιση" εννοούμε όχι μόνο μετάγγιση αίματος αλλά και παράγωγα του αίματος όπως είναι τα ερυθρά αιμοσφαίρια, τα αιμοπετάλια, το πλάσμα ή τα παράγωγα του πλάσματος (αλβουμίνη, γ-σφαιρίνη, παράγοντες πήξεως κ.ά.). (Παπαγεωργίου Μ., Μουράτη Ε., 1989, σελ 42)

Τα νεοκύτταρα είναι ένα προϊόν εμπλουτισμένο σε νεαρότερα ερυθρά που λόγω του μικρότερου τους ειδικού βάρους διαχωρίζονται από τα πιο γηρασμένα με μεθόδους φυγοκέντρησης. Θεωρητικά λόγω του μεγαλύτερου χρόνου ζωής τους, είναι πιο κατάλληλα για άτομα που υποβάλλονται σε τακτικές μεταγγίσεις (πάσχοντες από Μεσογειακή αναιμία) διότι αυξάνουν το μεσοδιάστημα των μεταγγίσεων και μειώνουν την κατανάλωση αίματος, σημαντικές όμως διαφορές δεν έχουν τεκμηριωθεί στην πράξη. (Πολίτη Ντ., 1993, σελ.10)

Ο μυελός των οστών το "εργοστάσιο" που φτιάχνει το αίμα είναι ένας ρευστός ιστός, που βρίσκεται μέσα στα οστά.

Η μεταμόσχευση μυελού των οστών είναι η αντικατάσταση του πάσχοντος μυελού των οστών με κύτταρα από ένα υγιή δότη, τα οποία μεταγγίζονται στον ασθενή ακριβώς όπως μια μετάγγιση αίματος. Ο μεταγγιζόμενος μυελός εγκαθιστάται μέσα στα οστά του λήπτη, όπου αντικαθιστά τον άρρωστο μυελό του. («Βασικές Γνώσεις Προσέλευσης Εθελοντών Αιμοδοτών», Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, 1995, σελ.47)

1.3.2. Όροι κοινωνικών επιστημών

Κοινότητα : ένα σχετικά περιορισμένο σε μέγεθος κοινωνικό σύνολο ατόμων που συνδέονται με κοινούς συναισθηματικούς δεσμούς, οι οποίοι πηγάζουν από την αίσθηση ότι τα άτομα αυτά μοιράζονται ένα στοιχείο της ζωής τους. (Τσαούση Δ., 1984, σελ.128)

κοινωνικό πρόβλημα: είναι μια κατάσταση που προκαλεί δυσφορία σ'ένα σημαντικό τμήμα του κοινωνικού συνόλου, γιατί η κατάσταση αυτή δεν συμπίπτει με την επιθυμητή ενώ θα μπορούσε να διορθωθεί ή και να προληφθεί η εμφάνισή-της. Το κοινωνικό σύνολο που δυσφορεί με την ανεπιθύμητη κατάσταση μπορεί να είναι σημαντικό είτε γιατί κατέχει σημαίνουσα θέση στην κοινωνία είτε γιατί αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού της. Ο Ρόμπερτ Μπέρτον κατατάσσει τα κοινωνικά προβλήματα σε δυο μεγάλες κατηγορίες: την εκτροπή ή έκτροπη κοινωνική συμπεριφορά και την κοινωνική αποδιοργάνωση. (ο.π.,σελ.151)

κοινωνικοποίηση: είναι η διαδικασία της κοινωνικής αναπαραγωγής ενός κοινωνικού συνόλου. Από την μεριά του κοινωνικού συνόλου ειδομένη η κοινωνικοποίηση συνιστάται στην μεταβίβαση της κοινωνικής κληρονομιάς, του πολιτισμού του κοινωνικού συνόλου από την μια γενιά στην άλλη. Είναι η διαδικασία της κοινωνικής παραγωγής της νέας γενιάς. Από την μεριά του ατόμου η κοινωνικοποίηση σημαίνει την εκ μέρους του εσωτερίκευση των κανόνων συμπεριφοράς, των τρόπων ενέργειας και του συστήματος αξιών ενός κοινωνικού συνόλου. Η κοινωνικοποίηση διακρίνεται σε πρωτογενή και δευτερογενή και σε ενεργό και σε παθητική. Η εκπαίδευση είναι μια διαδικασία κοινωνικοποίησης.

Η κοινωνικοποίηση συντελείται από εξειδικευμένους φορείς (Εκκλησία, σχολείο, στρατός, κ.λ.π.).Αυτό συνεπάγεται την ενεργό συμμετοχή σε σημαντικό βαθμό, του ατόμου στη διαδικασία της κοινωνικοποίησής του και εκτείνεται σ'όλη την διάρκεια της ζωής του. (ο.π.,σελ.152)

κοινωνικός θεσμός: η επιδίωξη ενός κοινωνικά σημαντικού σκοπού με κοινωνικά παραδεκτούς και παγιωμένους τρόπους ατομικής ή συλλογικής συμπεριφοράς και δράσης. Με άλλη διατύπωση, η παγίωση

μίας κοινωνικής σχέσης ή ενός πλέγματος κοινωνικών σχέσεων. (ο.π.,σελ.156)

πολιτισμός: 1. όρος που αναφέρεται στην κοινωνική κληρονομιά (στα επιτεύγματα και στα κοινωνικώς μεταβιβάσιμα στοιχεία που χαρακτηρίζουν ένα κοινωνικό σύνολο). Το περιεχόμενό του είναι άλλοτε συγγενές και άλλοτε ταυτόσημο με το περιεχόμενο του όρου κουλτούρα, χρησιμοποιείται όμως κατά κανόνα για την αναφορά σε ιστορικές ή σύγχρονες σύνθετες κοινωνίες.

2. σύμφωνα με τον Άλφρεντ Βέμπερ ο όρος πολιτισμός (Zivilisation) δηλώνει τα στοιχεία της κοινωνικής κληρονομιάς που αναφέρονται στις επιστημονικές γνώσεις και τα τεχνολογικά επιτεύγματα, σε αντίθεση προς τον όρο κουλτούρα (kultur) που δηλώνει τα ηθικά και πνευματικά επιτεύγματα. (ο.π.,σελ. 220-221)

πρότυπο: μια σταθερή διάταξη, σταθερή αλληλουχία ή σταθερή εναλλαγή στοιχείων που λαμβάνονται ως τύπος ή κανόνας. (ο.π.,σελ.233)

πρότυπο, κανονιστικό: είναι αυτό που προσανατολίζει την συμπεριφορά καθορίζοντας ποιός, πότε, πώς και με ποιά σειρά θα ενεργήσει για να παραχθεί ένα συγκεκριμένο και κοινωνικά αναγνωρισμένο αποτέλεσμα. Κυριότερα κανονιστικά πρότυπα είναι ο ρόλος και ο θεσμός. Άλλα κανονιστικά πρότυπα είναι τα ήθη, οι συνήθειες, τα έθιμα κ.λπ.(ο.π.,σελ.234)

στερεότυπο : είναι ένα σύνολο (αρνητικών κατά κανόνα) γνωρισμάτων που αποδίδονται με τρόπο γενικό και μεροληπτικό στα μέλη μιας κατηγορίας προσώπων. Τα στερεότυπα είναι αποτελέσματα γενικεύσεων. Παραδείγματα στερεοτύπων είναι λ.χ. η δειλία, το ευσυγκίνητο και η ακρισία των γυναικών, η φιλαργυρία των Εβραίων, το ανεξάρτητο πνεύμα και η παλληκαριά των ορεσίβιων κ.λπ.(ο.π.,σελ.244)

συμπεριφορά είναι: 1. ενέργεια ή δράση ενός ατόμου.

2. κατά μίαν άποψη, η έννοια της συμπεριφοράς είναι ευρύτερη από την έννοια της ενέργειας ή-δράσης γιατί περιλαμβάνει καθετί που κάνει, λέει, σκέφτεται ή αισθάνεται ένα υποκείμενο, ανεξάρτητα αν αυτό προκαλείται από ή κατευθύνεται προς ένα άλλο υποκείμενο, αν είναι σῦνειδητό ή όχι και αν τὸ υποκείμενο του προσδίδει ένα ιδιαίτερο νόημα ή όχι. (ο.π.,σελ 252)

συμπεριφορά , αντικοινωνική : είναι αυτή που θεωρείται ότι αντιβαίνει στα συμφέροντα ενός κοινωνικού συνόλου ή διαταράσσει την ισορροπία, την συνοχή ή την επιβίωσή του. Η συμπεριφορά μπορεί να χαρακτηρίζεται ως αντικοινωνική από τα μέλη του κοινωνικού συνόλου ή από τον παρατηρητή (ανεξάρτητα από το πως χαρακτηρίζουν την συμπεριφορά τα μέλη του κοινωνικού συνόλου). (ο.π.,σελ.252)

συνήθειες: είναι κανόνες ή τρόποι συμπεριφοράς που θεωρούνται ότι εκφράζουν τον κοινωνικά παραδεκτό τρόπο ενέργειας, χωρίς όμως να έχουν αναγκαστικό χαρακτήρα και να συνοδεύονται από ένα σύστημα κυρώσεων ή τυπικού ελέγχου. Οι συνήθειες είναι ένα είδος κανονιστικού προτύπου. Οδηγούν σε έναν αυτοματοποιημένο τρόπο συμπεριφοράς, τον οποίο τα άτομα τον μαθαίνουν κατά την κοινωνικοποίησή τους. (ο.π.,σελ 256)

θεσμός: είναι ένα υπο-σύνολο του πολιτιστικού μορφώματος. Είναι στοιχείο της κοινωνικής διάρθρωσης-δομής και φέρεται (και στηρίζεται) από την κοινωνική ομάδα.Το σύνολο των αρχών και των προτύπων συμπεριφορών που διαρκούν, αποτελούν το πολιτιστικό μόρφωμα κάθε κοινωνίας.

Το σύνολο αυτό, θα μπορούσε να χωρισθεί σε έξι βασικούς θεσμούς που είναι, οι πολιτικοί θεσμοί, οικονομικοί, οικογενειακοί, εκπαιδευτικοί, θρησκευτικοί, ψυχάγωγικοί. Η ομάδα παρουσιάζεται ως σύνολο ρόλων. Ο θεσμός δείχνει τους τυπικούς τρόπους που αυτοί οι ρόλοι οφείλουν να αναπτυχθούν και να συναρθρωθούν. (Αυγερίδης Κ., Αγραφιώτης Δ., 1995, σελ. 78)

κοινωνικός θεσμός: η επιδίωξη ενός κοινωνικά σημαντικού σκοπού με κοινωνικά παραδεκτούς και παγωμένους τρόπους ατομικής ή συλλογικής συμπεριφοράς και δράσης. Με άλλη διατύπωση, η παγίωση μιας ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ή ενός πλέγματος κοινωνικών σχέσεων. Ο θεσμός, όπως και ο ρόλος, είναι ένα ΚΑΝΟΝΙΣΤΙΚΟ ΠΡΟΤΥΠΟ. (Τσαούση Δ., 1984, σελ. 156)

Το κοινωνικό άτομο: είμαστε άτομα από τη γέννησή μας, αλλά γινόμαστε κοινωνικά άτομα διαμέσου της ζωής στην κοινωνία, με την κοινωνική εκμάθηση από την κοινωνικοποίηση. Το κοινωνικό πρόσωπο παρουσιάζεται σαν κάποιος που στο εσωτερικό των κοινωνικών ομάδων, κατέχει μια θέση και ασκεί ρόλους αναφερόμενος στα πολιτιστικά πρότυπα. (Αυγερίδης Κ., Αγραφιώτης Δ., 1995, σελ. 78)

Ο κοινωνικός ρόλος: είναι ο ρόλος που προβλέπει αυτό που κάνει το κοινωνικό πρόσωπο στο πλαίσιο μιας ομάδας ή μιας δοσμένης κοινωνικής κατάστασης και αυτό δεν είναι κάτι που γίνεται άμορφα: η άσκηση του ρόλου αναφέρεται σε πρότυπα συμπεριφοράς που παρέχουν οι θεσμοί. Ένα κοινωνικό πρόσωπο είναι φορέας πολλών ρόλων, σε σχέση με τις κοινωνικές ομάδες στις οποίες συγχρόνως ή διαδοχικά μετέχει.

Μπορούμε επίσης να σημειώσουμε ότι μια κοινωνική μεταβολή είναι πάντα μια μεταβολή κοινωνικής διάρθρωσης-δομής που μπορεί να

αναλυθεί ως μεταβολή ρόλων ή ως μεταβολή στο πλαίσιο των ρόλων.
(ο.π.,σελ.79)

Η κοινωνική ένταξη - υπόσταση: είναι η - μελέτη της κοινωνικής διάρθρωσης-δομής ισοδυναμεί με τον προσδιορισμό των δικτύων των σχέσεων ανάμεσα σε διαφοροποιημένες κοινωνικές θέσεις και υποστάσεις.

Η έννοια της κοινωνικής θέσης μπορεί να αναφερθεί στα άτομα ή σε ομάδες. Η κοινωνική θέση αναλύεται με τους όρους, τη «θέση» και το «ρόλο», οι δύο έννοιες φαίνονται λοιπόν σαν δύο όψεις της ίδιας πραγματικότητας. Η έννοια της θέσης είναι πιο στατική, δείχνει το σύνολο των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων κοινωνικά προσδιορισμένων, που αντιστοιχούν στη θέση σε σχέση με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των άλλων θέσεων του δικτύου των σχέσεων. (ο.π.,σελ. 79)

Η κοινωνικοποίηση - Ο εγκοινωνισμός: το νεογέννητο, δεν είναι ακόμα κοινωνικό άτομο, κατέχει τα στοιχεία της θέσης (ουσιαστικά δικαιώματα) αλλά δεν ξέρει ούτε να αναγνωρίσει ούτε να ασκήσει κοινωνικούς ρόλους. Η κοινωνικοποίηση είναι η διαδικασία (διαρκεί όλη τη ζωή)κατά τη διάρκεια της οποίας θα εσωτερικοποιήσει το άτομο το πολιτιστικό μόρφωμα της κοινωνίας στην οποία ανήκει. Πραγματοποιώντας αυτό, δημιουργεί την κοινωνική του προσωπικότητα, μαθαίνει να αναγνωρίζει αξίες και κανόνες, τις ιδέες και τις πεποιθήσεις της κοινωνίας του και αναφέρεται σ'αυτές για να δράσει και να προσανατολισθεί κοινωνικά. Συγκεκριμένα, κοινωνικοποιείται μέσω των ομάδων στις οποίες συμμετέχει ενώ μαθαίνει να διαδραματίζει σ'αυτές ρόλους κατά τρόπο «κανονικό», έχοντας βέβαια δυνατότητες απόκλισης. (ο.π.,σελ.81)

Εξέλιξη: σημαίνει γενικά διαδικασία βαθμιαίας αλλαγής σωματικών και ψυχικών γνωρισμάτων ενός ζωντανού οργανισμού σ'ένα ορισμένο χρονικό διάστημα.Είναι ένα σύνθετο φαινόμενο της φυσικής-βιολογικής και της «ψυχικής ζωής». (Παπαδόπουλος Ν. ,1993, σελ.60)

Κινητήρια δύναμη: είναι η δύναμη που ενεργοποιεί τον οργανισμό και δίνει κατεύθυνση στη συμπεριφορά του. Είναι η έμφυτη δυνατότητα κάθε οργανισμού η οποία θέτει σε κίνηση, κατευθύνει και υποστηρίζει μία ακολουθία συμπεριφοράς που είναι προσανατολισμένη προς ένα σκοπό. (Γέροντα Αλ., 1995, σελ.91)

Ατομικότητα: πρόκειται, για το σύνολο των ιδιαίτερων σωματικών κυρίως αλλά και ψυχικών γνωρισμάτων που διαφοροποιούν ένα άτομο από τα άλλα άτομα και καθορίζουν τη μοναδικότητά του χρονικά, ποσοτικά και ποιοτικά. (Παπαδόπουλος Ν., 1993, σελ.122)

Προσωπικότητα: ως εξελίσιμη και δυναμική, σχετικά σταθερή, οργάνωση των ψυχικών κυρίως ιδιοτήτων που προέρχονται από την όλη πορεία ζωής του ατόμου και καθορίζουν την ιδιαιτερότητα της προσαρμογής του στο εκάστοτε περιβάλλον. (ό.π., σελ.118)

Ο χαρακτήρας: σχετίζεται με τις εμπειρίες του ατόμου και είναι θέμα μάθησης, δηλαδή συνηθειών, τρόπου κρίσης, συναισθηματικών αντιδράσεων και ιδανικών του ατόμου που έχουν λίγο ή πολύ σταθερή παρουσία στη συμπεριφορά μας. (ό.π., σελ.117)

Η ανάκλαση: είναι αθέλητη, βιολογικά σκόπιμη, άμεση και αυτόματη αντίδραση ενός οργάνου, σε εξωτερικούς ή εσωτερικούς ερεθισμούς. Πρόκειται για κίνηση αντίδρασης ενός (μόνο) οργάνου σε κάποιο ερέθισμα. Το ένστικτο που είναι μια συνθετότερη αυτόματη αντίδραση ολόκληρου του οργανισμού στο περιβάλλον. (ό.π., σελ.385)

Το Ένστικτο: είναι η έμφυτη, βιολογικά σκόπιμη και αυτόματη αντίδραση του οργανισμού σε ερεθισμούς. (ό.π. σελ.386)

Η ορμή: είναι μια κατάσταση διέγερσης που οφείλεται σε κάποια βιολογική ανάγκη π.χ. τροφή, νερό σεξ, αποφυγή πόνου. Η κατάσταση

διέργεσης -η ορμή - δραστηριοποιεί τον οργανισμό να ικανοποιήσει την ανάγκη. Η ορμή είναι ένα συνθετικότερο φαινόμενο, στο οποίο κατά κάποιο τρόπο υπάρχει πολλαπλή συμμετοχή των ψυχικών λειτουργιών, ό,τι θα ονομάζαμε «βίωμα». (ό.π.,σελ.378)

Η ομοιόσταση - τάση: του οργανισμού για σταθερότητα / ισορροπία εσωτερικών λειτουργιών είναι στενά συνδεδεμένη με τις ορμές. (ό.π.,σελ.414)

Ανάγκη: είναι οποιαδήποτε απόκλιση πέρα των ορίων (μικρών τις περισσότερες φορές) που επιτρέπει η ομοιόσταση. (ό.π.,σελ.382)

Δυναμικότητα: σημαίνει παρώθηση σε πράξη, δράση. Πρόκειται για ζωτικές δυνάμεις. (ο.π.,σελ.379)

Τα συναισθήματα: είναι ψυχικές καταστάσεις που παρουσιάζονται χωρίς τη συνειδητή συμμετοχή μας από αντιδράσεις σε εξωτερικά ή εσωτερικά γεγονότα, τα οποία ζούμε ή βιώνουμε, συνήθως, σα δυσάρεστα ή ευχάριστα ψυχικά γεγονότα. (ο.π.σελ.429)

Τα κίνητρα: είναι οι ασυνειδητές ή και συνειδητές δυνάμεις που ωθούν τον οργανισμό σε κάποια δραστηριότητα, στην οποία υπάρχει κάποιος στόχος ή σκοπός, η προσέγγιση του οποίου μειώνει την ένταση του οργανισμού.(ό.π.,σελ.382)

Η προσαρμογή: είναι διαδικασία που χαρακτηρίζει μια ισορροπία μεταξύ προχωρημένης και το δυνατόν ικανοποίησης των ατομικών απαιτήσεων ή αναγκών και λιγότερων συγκρούσεων με το περιβάλλον.(ό.π.,σελ.444)

Εσωτερίκευση: είναι η αποδοχή από ένα άτομο στάσεων, πεποιθήσεων, μορφών συμπεριφοράς κ.λπ ως στοιχείων της δικής του προσωπικότητας. Η διαδικασία της εσωτερίκευσης συνδέεται με την υποκειμενική διάσταση της κοινωνικοποίησης του ατόμου και με την

ένταξή του σε ένα κοινωνικό σύνολο που συνιστά ομάδα αναφοράς για το άτομο αυτό.

Το μέτρο στο οποίο η κοινωνική συμπεριφορά των ατόμων ταυτίζεται με τα πρότυπα και τις επιταγές που θέτει η ομάδα είναι συνάρτησή του αν και κατά πόσο έχουν εσωτερικεύσει αυτές τις επιταγές. Η εσωτερικεύση είναι μια διαδικασία «αφομοίωσης», που επιτελείται σε διαδοχικά στάδια και με διάφορους τρόπους. Στα πρώτα χρόνια της ζωής τους, τα άτομα δεν κατανοούν τη σημασία και τις συνέπειες των όσων μαθαίνουν. Κατά την εφηβεία και την ενηλικίωσή τους, η εσωτερικεύση γίνεται άλλοτε συνειδητά και άλλοτε ασυνείδητα. Τα μέλη μιας ομάδας, δηλαδή συνειδητοποιούν ή όχι το νόημα και τις αξίες που έχουν ως συνέπεια τους κοινωνικούς κανόνες, ανάλογα με το πως ρυθμίζεται η προσέγγισή στους κανόνες αυτούς: αν είναι άμεση ή έμμεση, πολύπλευρη ή μονομερής, βραχύχρονη ή μακροχρόνια κ.λ.π. Όταν λ.χ. οι κοινωνικές αξίες (φιλανθρωπία, σεβασμός στους μεγαλύτερους, κ.λ.π.) υποδεικνύονται με συνέπεια, χρονική διάρκεια και αλληλοσυγκρούονται, γίνονται αντιληπτές και εσωτερικεύονται εύκολα.

Πρέπει, πάντως να υπογραμμισθεί ότι το κύριο εμπόδιο για την ολοκλήρωση της εσωτερικεύσης είναι η πολλαπλότητα των ερεθισμάτων που δέχονται τα άτομα από το κοινωνικό τους περιβάλλον, γιατί ακριβώς τείνει να τα αποπροσανατολίζει από την πλήρη προσαρμογή σε όσα προσπαίζει καθεμία από τις ομάδες όπου ανήκουν. (Αυγερίδης Κ.-Αγραφιώτης Δ., 1995, σελ.81-82)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

2.1. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

2.1.1. Τι είναι η Μεσογειακή Αναιμία

Σύμφωνα με τον Μόρφη οι «θαλασσαιμίες» είναι μέρος ενός μεγάλου κεφαλαίου που ονομάζεται «Αιμοσφαιρινοπάθειες», οι οποίες προκαλούνται από ανωμαλία στη σύνθεση της Αιμοσφαιρίνης (Hb). Οι αιμοσφαιρινοπάθειες μπορούν να χωρισθούν σε δυο μεγάλες ομάδες τις ποιοτικές και τις ποσοτικές. Οι ποιοτικές χαρακτηρίζονται από παραγωγή μορίων Hb με δομή μη φυσιολογική, ενώ οι ποσοτικές χαρακτηρίζονται από ελάττωση στην παραγωγή φυσιολογικής Hb και είναι γνωστές σαν θαλασσαιμικά σύνδρομα λόγω των βιοχημικών, γενετικών και κλινικών διαφορών που έχουν. (Μόρφης Η. Αθήνα 1988, σελ. 300)

«Η αιμοσφαιρίνη είναι μία πρωτεΐνη που βρίσκεται στα ερυθρά αιμοσφαίρια και δίνει σ' αυτά το κόκκινο χρώμα.

Η πιο σημαντική λειτουργία της είναι η μεταφορά οξυγόνου από τους πνεύμονες στους ιστούς. Η αιμοσφαιρίνη αποτελείται από δύο μέρη, την πρωτεΐνη, που λέγεται σφαιρίνη και μια σιδηρούχο χρωστική, την αίμη. Το μόριο της αίμης έχει στο κέντρο του τον σίδηρο, που είναι υπεύθυνος για την λήψη του οξυγόνου. Η σφαιρίνη αποτελείται από 4 πρωτεϊνικές αλυσίδες, που είναι ανά δυο όμοιες (ζεύγη). Οι πρωτεϊνικές αυτές αλυσίδες, χαρακτηρίζονται με τα γράμματα α, β, γ, και δ. Η σωστή σειρά και σύνδεση των αλυσίδων της σφαιρίνης και των μορίων της αίμης εξασφαλίζουν την καλή λειτουργία της λήψης και διανομής οξυγόνου. Στους φυσιολογικούς ενήλικες υπάρχουν δύο είδη αιμοσφαιρίνης: Η αιμοσφαιρίνη A (98% περίπου της συνολικής αιμοσφαιρίνης των ερυθρών αιμοσφαιρίων) και η αιμοσφαιρίνη A₂ (2,5% περίπου). Τα δύο αυτά είδη αιμοσφαιρινών μοιάζουν στις λειτουργίες τους, αλλά είναι

διαφορετικά μεταξύ τους ως προς το ένα ζεύγος πρωτεϊνικών αλυσίδων. Η αιμοσφαιρίνη A αποτελείται από ένα ζεύγος αλυσίδων α και ένα ζεύγος αλυσίδων β . Η αιμοσφαιρίνη A_2 έχει ένα επίσης ζεύγος αλυσίδων α και το άλλο ζεύγος αποτελείται από αλυσίδες δ . Στα έμβρυα και τα βρέφη, η κύρια αιμοσφαιρίνη είναι διαφορετική στη σύνθεση και τις λειτουργίες της από τις A και A_2 και ονομάζεται εμβρυϊκή (F). Η αιμοσφαιρίνη F έχει ένα ζεύγος αλυσίδων α και ένα ζεύγος αλυσίδων γ και αντικαθιστάται σιγά-σιγά από την αιμοσφαιρίνη A κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του ανθρώπου.

Ανάλυτικά έχουμε την παρακάτω εικόνα :

Αιμοσφαιρίνη A : $\alpha_2\beta_2$

Αιμοσφαιρίνη A_2 : $\alpha_2\delta_2$

Αιμοσφαιρίνη F : $\alpha_2\gamma_2$

Τη σύνθεση των αλυσίδων α, β, γ και δ και τη δημιουργία των παραπάνω αιμοσφαιριών καθορίζουν τα αντίστοιχα γονίδια α, β, γ και δ .» (Πολίτη Ντίνα, Αθήνα 1993, σελ. 2)

2.1.2. Τι ακριβώς συμβαίνει στη Μεσογειακή Αναιμία:

«Στη Μεσογειακή Αναιμία η γενετική βλάβη στο παθολογικό χρωμόσωμα δεν αφήνει να δημιουργηθεί ένας τύπος αλυσίδας π.χ. α ή β και τότε η Μεσογειακή Αναιμία λέγεται α ή β (γενετικός φαινότυπος). Εάν ο ένας από τους δύο β γόνους είναι παθολογικός, τότε φτιάχνονται απ' αυτόν λίγες β και το άτομο χαρακτηρίζεται ως ετερόζυγο για την β -MA. Είναι συνήθως ασυμπτωματικό ή με ελάχιστα κλινικά συμπτώματα. Ο άλλος γόνος β λειτουργεί κανονικά και το άτομο απλώς είναι φορέας της Μεσογειακής Αναιμίας. Αυτό το καταλαβαίνουμε μόνο με ειδική εξέταση του αίματος. Τα παιδιά αυτού του ατόμου μπορεί να έχουν την ίδια γενετική ανωμαλία. Όταν ένα άτομο έχει και τα δύο παθολογικά γονίδια για την β - Μεσογειακή Αναιμία, τότε είναι ομόζυγο β -M.A. και εκδηλώνει μία πολύ σοβαρή κλινική εικόνα που καταλήγει στο θάνατο. Παιδιά με

αυτή τη νόσο σπάνια φτάνουν στην-τρίτη δεκαετία της ζωής. Το άτομο αυτό έχει κληρονομήσει από κάθε γονιό ένα παθολογικό γόνιο στους ομόζυγους β-MA δημιουργούνται καθόλου ή πολύ λίγες αλυσίδες β, οπότε περισσεύουν αλυσίδες α και έχουμε σαν αποτέλεσμα καθόλου ή πολύ μικρή σύνθεση αιμοσφαιρίνης Α. Σε αντάλλαγμα, μπαίνουν σε λειτουργία οι γόνιοι γ, που δημιουργούν αλυσίδες γ και μαζί με τις αλυσίδες α, που ήδη υπάρχουν σχηματίζουν αιμοσφαιρίνη F. Οι αλυσίδες α που πλεονάζουν κατακρημνίζονται στα ερυθροκύτταρα, με αποτέλεσμα την βλάβη με την καταστροφή τους (αυτό που ονομάζεται αιμόλυση) μέσα στον μυελό των οστών, στο αίμα, το ήπαρ και τον σπλήνα.

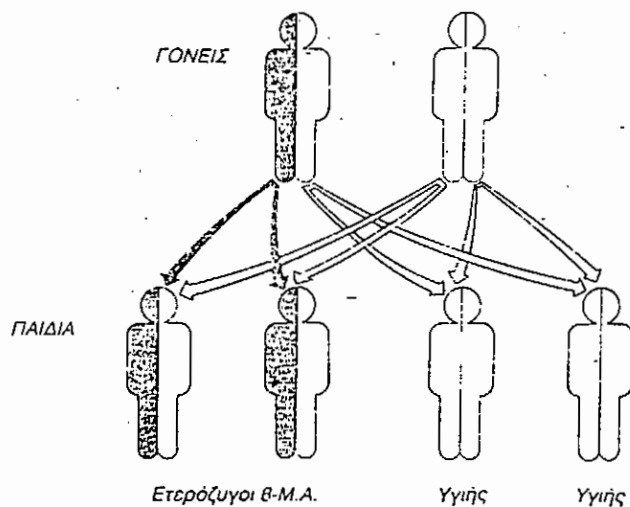
Η χρόνια αιμόλυση προκαλεί χρόνια αναιμία, και υπερλειτουργία του ήπατος και του σπλήνα που διογκώνεται. Η αναιμία "ερεθίζει" τον μυελό των οστών να φτιάξει νέα ερυθροκύτταρα, που όμως είναι παθολογικά και καταστρέφονται γρήγορα, με αποτέλεσμα την δημιουργία ενός φαύλου κύκλου, που ονομάζεται "ανεπιτυχής ερυθροποίηση". Η υπερπαραγωγή ερυθροποιητικού ιστού από τον μυελό των οστών προκαλεί αλλοιώσεις στα κόκκαλα. Όλα αυτά αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος της παθοφυσιολογίας της Μεσογειακής Αναιμίας.» (ό. π., σελ. 60)

2.1.2.1. Πιθανότητες γέννησης παιδιού ετερόζυγου από γονείς φορείς της M.A.

Οι πιθανότητες να γεννηθεί ένα παιδί ετερόζυγο από γονείς φορείς της θαλασσαιμίας είναι οι ακόλουθοι:

1. Στην περίπτωση στην οποία ένας από τους γονείς είναι ετερόζυγος και ο άλλος φυσιολογικός υπάρχει η πιθανότητα τα μισά από τα παιδιά τους, να είναι φυσιολογικά, ενώ τα άλλα μισά να είναι ετερόζυγα, να είναι φορείς του στίγματος της μεσογειακής αναιμίας.
2. Στην περίπτωση στην οποία αμφότεροι οι γονείς είναι φορείς του στίγματος της μεσογειακής αναιμίας (ετερόζυγος) τότε υπάρχει η πιθανότητα: 25% από τα παιδιά να είναι φυσιολογικά, 50% να είναι

φορείς του στίγματος της μεσογειακής-αναιμίας, 25% να είναι ομόζυγα (νόσος Cooley).



3. Εάν ένας από τους γονείς είναι ασθενής (ομόζυγος) και ο άλλος είναι φυσιολογικός τότε όλα τα παιδιά θα είναι φορείς του στίγματος της μεσογειακής αναιμίας.

4. Εάν ένας από τους γονείς είναι ομόζυγος και ο άλλος φορέας του στίγματος της μεσογειακής αναιμίας (ετερόζυγος) τότε οι πιθανότητες είναι 50% από τα παιδιά να είναι ασθενής με μεσογειακή αναιμία (ομόζυγος), 50% να είναι φορείς του στίγματος της μεσογειακής αναιμίας δηλαδή (ετερόζυγος).

5. Εάν και οι δύο γονείς είναι ασθενείς με μεσογειακή αναιμία (ομόζυγοι) τα παιδιά τους θα είναι 100% ασθενείς.

Από τις πιο πάνω πέντε πιθανές καταστάσεις μπορούν να γεννηθούν παιδιά ομόζυγα δηλαδή με την ασθένεια όταν:

- και οι δυο γονείς είναι ασθενείς,
- ο ένας είναι ασθενής και ο άλλος φορέας,

-και οι δύο γονείς είναι φορείς.

Πρακτική σημασία πιο πολύ έχει όταν και οι δυο γονείς είναι ασυμπτωματικοί φορείς στις άλλες δύο που υπάρχει έστω και ένας από τους γονείς ασθενείς σπάνια φτάνει σε ηλικία αναπαραγωγική ή αν φτάσει σπάνια αποφασίζει να δημιουργήσει οικογένεια. (Πολίτη Ντ. 1985, σελ. 60), (Παπαγεωργίου Μ., Μουρούτη Ε., 1989, σελ. 39-40).

2.1.3. Κλινική εικόνα της M.A.

Η Μεσογειακή Αναιμία παρουσιάζει μεγάλες διαφορές, ανάλογα με τον γενετικό φαινότυπο. Η Μεσογειακή Αναιμία χωρίζεται σε δύο κυρίως μορφές: Τη σοβαρή και την ενδιάμεσο β-Μεσογειακή Αναιμία. Στην περίπτωση αυτή το άτομο έχει ένα γόνο της αιμοσφαιρίνης S και ένα γόνο της β-Μεσογειακής Αναιμίας. Υπάρχουν κι άλλοι τύποι της Μεσογειακής Αναιμίας με διάφορες κλινικές και αιματολογικές διαφορές. (Πολίτη Ντ. 1995, σελ 61.)

«Η πιο σημαντική εκδήλωση στη θαλασαιμία είναι το αναιμικό σύνδρομο. Η αναιμία μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία όπως και στην ενδομήτριο ζωή και να προκαλέσει αποβολή. Στις πιο πολλές περιπτώσεις, το παιδί φαίνεται υγιές στους πρώτους μήνες της ζωής. Μετά παρουσιάζει πυρετό και γαστρεντερικές διαταραχές, κατά το ίδιο διάστημα παρουσιάζει ωχρότητα και καταβολή η οποία μένει μόνιμη.

Παρατηρήθηκε ότι τα συμπτώματα αρχίζουν πριν από το τρίτο μήνα και πολύ σπάνια μετά το όγδοο έτος. Μαζί με την ωχρότητα υπάρχουν και άλλα σημεία της ασθένειας μεταξύ των οποίων και η σπληνομεγαλία, ή η παραμόρφωση των οστών της κεφαλής που οδηγεί σε μογγλοειδές προσωπείο. Αυτά τα σημεία είναι τα πιο χαρακτηριστικά.

Η αναπηρία του παιδιού εξαρτάται από το βαθμό αναιμίας. Εάν η συγκέντρωση της Hb στο αίμα είναι πιο λίγη από 25% της φυσιολογικής τιμής το παιδί αυτό δεν μπορεί να περπατήσει ή να παίξει.

Σε τιμές μεταξύ 25-50% του φυσιολογικού το παιδί μπορεί να βαδίζει και να παίζει αλλά δεν μπορεί να υποβληθεί σε κόπο, για παράδειγμα να τρέξει.

Στις περιπτώσεις που η τιμή είναι πάνω από 50% ο βαθμός αναπηρίας είναι μικρός και το παιδί έχει διανοητική ανάπτυξη φυσιολογική.

Η εξέλιξη της κάππου ποικίλει. Όσο πιο γρήγορα αρχίζει η ανάπτυξη της αναιμίας είναι πιο γρήγορη και ο βαθμός της πιο μεγάλος. (Γίτσιος Κ. 1988, σελ. 211).

«Στη χώρα μας πιο συχνή είναι η σοβαρή β-Μεσογειακή Αναιμία (Αναιμία Cooley). Τα χαρακτηριστικά της είναι έντονη ωχρότητα, ίκτερος, διόγκωση του ήπατος και του σπλήνα, σκούρο χρώμα του δέρματος (επειδή μαζεύεται πολύς σίδηρος στο δέρμα και τους ιστούς εξαιτίας της χρόνιας αιμόλυσης και της πολυμετάγγισης) και σε μερικές περιπτώσεις αλλοιώσεις στον σκελετό και τα κόκκαλα. Εξαιτίας της αναιμίας, οι πάσχοντες νοιώθουν μεγάλη κόπωση, ταχυκαρδία κ.λ.π. Η κακή οξυγόνωση των ιστών βλάπτει τη λειτουργία των οργάνων και χειροτερεύει λόγω της αιμοσιδήρωσης. Η αιμοσιδήρωση είναι υπεύθυνη για σοβαρές, μερικές φορές, επιπλοκές της νόσου (καρδιακή και ηπατική ανεπάρκεια, καθυστέρηση στην ανάπτυξη, διαβήτης και άλλες ενδοκρινικές διαταραχές). Στο αίμα παρατηρείται μεγάλη μείωση της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη, κάτω από τα φυσιολογικά επίπεδα (για τους ενήλικες άνδρες είναι 13 γραμμάρια και για τις γυναίκες 12 γρ.). Εξαιτίας της μεγάλης καταστροφής των ερυθροκυττάρων αυξάνεται η χολερυθρίνη, που δίνει το ικτερικό χρώμα στα μάτια και το δέρμα. Στις ειδικές εξετάσεις για τις αιμοσφαιρίνες του αίματος, κυριαρχεί η αιμοσφαιρίνη F, ενώ η αιμοσφαιρίνη A μπορεί να λείπει ή να διαφέρει σε ποσοστά.» (Πολίτη Ντ. 1995, σελ. 61). Η αναιμία Cooley είναι μια νόσος πολύ σοβαρή με προοδευτική εξέλιξη που οδηγούσε (πριν μερικά χρόνια) στο θάνατο, συνήθως στην παιδική ηλικία. Σήμερα με τις μεταγγίσεις, τη χορήγηση Desferal αλλά και με τη συνολική ιατρική υποστήριξη ο μέσος όρος ζωής των πασχόντων από M.A. αυξάνει.

«Στην ενδιάμεση Μεσογειακή Αναιμία, που παρουσιάζεται περίπου στο 3-10% των πασχόντων, τα συμπτώματα είναι πιο ελαφρά

και εμφανίζονται μετά τον έκτο χρόνο της ηλικίας. Η αναιμία είναι μετρίου βαθμού και η ανάπτυξη του σώματος σε ύψος είναι συνήθως φυσιολογική, χωρίς ιδιαίτερα ενδοκρινολογικά προβλήματα.

Η εξέλιξη όμως της μορφής αυτής της Μ.Α. έχει ειδικό ενδιαφέρον και ασφαλώς ποικίλει από άρρωστο σε άρρωστο τόσο-ως προς τα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης και κατ'επέκταση την ανάγκη αντιμετώπισης της αναιμίας με μεταγγίσεις, όσο και προς τη σωματική ανάπτυξη, τις οστικές αλλοιώσεις και την ηπατική διόγκωση. Γενετικά, η ενδιάμεσος Μεσογειακή Αναιμία χαρακτηρίζεται από συνδυασμό ενός σοβαρού γόνου β και ενός ήπιου γόνου β (συνήθως ονομάζεται "σιωπηλός")» (Πολίτη Ντ. 1993, σελ. 5-6).

«Η β-θαλασσαιμία ετερόζυγος ή η θαλασσαιμία ελάσσων συναντάται πολύ συχνά στους ενήλικες. Οι κλινικές εκδηλώσεις ποικίλουν από ασυμπτωματική μορφή μέχρι τη μορφή με αιμολυτική αναιμία ήπια με ίκτερο και σπληνομεγαλία. Οι ήπιες μορφές δεν απευθύνονται στο γιατρό και η διάγνωση τίθεται συνήθως τυχαία. Η συμπτωματολογία στην ελάσσονα θαλασσαιμία είναι πτωχή και μη χαρακτηριστική. Ωχρότης με κιτρινωπή απόχρωση παρουσιάζεται στη πλειονότητα των περιστατικών μπορεί να μην υπάρχει στις ελάχιστες μορφές. Ο ίκτερος ανευρίσκεται στις μορφές με χρόνια αιμόλυση και η ένταση ποικίλει σε σχέση με το βαθμό της αιμόλυσης. Η σπληνομεγαλία παρουσιάζεται στο 50% των περιστατικών συνήθως η σπλήνα είναι ελαφρώς διογκωμένη. Το ήπαρ συνήθως είναι φυσιολογικά όρια αλλά σε ένα ποσοστό ασθενών, το χολοκυστικό σημείο είναι επώδυνο στη πίεση. Οι αλλοιώσεις των οστών είναι ελάχιστες ή απουσιάζουν. Η ταξινόμηση σε κλινικές μορφές είναι σχετική πιο πολύ για τους ετερόζυγους, διότι υπάρχουν περιστατικά με κλινικές μορφές ενδιάμεσες από τη μια πλευρά, ενώ από την άλλη υπάρχουν περιστατικά που μπορούν να πάρουν διάφορες κλινικές μορφές σε συνάντηση με την εξέλιξη της ασθένειας και ανάλογα με τους παράγοντες που επιβαρύνουν τον ασθενή κατά τη διάρκεια της εξέλιξης.

Στη μείζονα θαλασσαιμία η ασθένεια μπορεί να αναγνωρισθεί πριν το πρώτο χρόνο ζωής.

Το πρώτο σημείο είναι η ωχρότης, η καθυστέρηση στην ανάπτυξη, η κοιλία αναπτύσσεται προοδευτικά λόγω της ήπατοσπληνομεγαλίας. Στην πορεία η κλινική εικόνα συμπληρώνεται με τα σημεία και χαρακτηριστικά της αναιμίας Cooley - ωχρότης έντονος στούς βλενογόνους και στο δέρμα με ένα βαθμό από ίκτερο-που ποικίλει, είναι το πρώτο σημείο που επισύρει την προσοχή. Αλλοιώσεις των οστών: Προκαλούνται από την υπερπλασία του μυελού των οστών από το κρανίο και το πρόσωπο οδηγούν σε μογγολοειδές πρόσωπείο. Η βάση της μύτης αποπλατύνεται.

Κοινό ακτινολογικό εύρημα είναι αυτό της γενικευμένης οστεοπόρωσης.

Η σπληνομεγαλία παρουσιάζεται 100% των περιπτώσεων.

Αύξηση του όγκου της σπλήνας είναι προοδευτική και αυξάνει σε όγκο την κοιλία. Υπάρχει και ένας βαθμός ήπατομεγαλίας ο οποίος επιτείνεται μετά τη σπληνεκτομή. Η καθυστέρηση της ανάπτυξης αυτών των παιδιών γίνεται πιο εμφανής στη δεύτερη δεκάδα της ζωής με καθυστέρηση στην εμφάνιση των δευτερογενών χαρακτήρων του φύλου.» (ό.π.σελ.7)

2.2. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία με την κλασσική έννοια του όρου. Υπάρχει όμως μία ευρύτερη θεραπευτική αγωγή που τόσο-στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα-αποτελούν τις βάσεις της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Σ' αυτήν περιλαμβάνονται:

- Οι μεταγγίσεις αίματος
- Η αποσιδήρωση
- Η έγκαιρη σπληνεκτομή (εφ' όσον χρειαστεί)
- Μεταμόσχευση μυελού των οστών που θεωρείται θεραπεία της νόσου.

Ακόμα, η αντιμετώπιση των ειδικών επιπλοκών της νόσου και η ψυχοκοινωνική υποστήριξη των πασχόντων συμπληρώνουν το

θεραπευτικό πλαίσιο που εξασφαλίζει μακροβιότητα και καλή ποιότητα ζωής στους πάσχοντες. (Πολίτη Ντ. 1993, σελ.7)

2.2.1. Μεταγγίσεις

Η αντιμετώπιση της χρόνιας και βαριάς αναιμίας γίνεται με τακτικές μεταγγίσεις αίματος, με σκοπό τη διατήρηση της αιμοσφαιρίνης σε σχετικά σταθερά επίπεδα, που να επιτρέπουν την ικανοποιητική οξυγόνωση των ιστών και να παρεμποδίζουν την υπερτροφία του μυελού των οστών και τη βράχυνση του χρόνου ζωής των ερυθροκυττάρων. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατό να προλαμβάνεται ή να καθυστερεί η λειτουργία του σπλήνα, που οδηγεί σε υπερσπληνισμό.

Για τον κάθε πάσχοντα το ποσό αίματος και το μεσοδιάστημα των μεταγγίσεων ποικίλλουν ανάλογα με τη γενική και αιματολογική κατάσταση, ενώ η έναρξη των μεταγγίσεων εξαρτάται βασικά από τον κλινικό φαινότυπο. Στη χώρα μας πάνω από 80% των πασχόντων έχουν κλασσική ομόζυγη με κλινικό φαινότυπο σοβαρής Μεσογειακής Αναιμίας. Στις περιπτώσεις αυτές οι μεταγγίσεις αρχίζουν πολύ νωρίς με τη διάγνωση, όπου διαπιστώνεται αναιμία με επίπεδα αιμοσφαιρίνης κάτω από 8 γραμμάρια.

Η αποτελεσματικότητα της μετάγγισης, όσον αφορά την αποκατάσταση της αναιμίας και τη διατήρηση ικανοποιητικής οξυγόνωσης των ιστών, αξιολογείται για τον κάθε ασθενή με την καταγραφή και εκτίμηση ορισμένων αιματολογικών στοιχείων, που παρέχουν πληροφορίες για το άμεσο αποτέλεσμα της μετάγγισης και επιτρέπουν τον ετήσιο υπολογισμό της μέσης πριν τη μετάγγιση αιμοσφαιρίνης και την κατανάλωση αίματος.

Η καλή συνεργασία του κάθε ασθενή με τη μονάδα μεταγγίσεων είναι μεγάλης σημασίας, ώστε να μην διακόπτεται το κατάλληλο για τον καθένα σχήμα μετάγγισης είτε από υπαιτιότητα του πάσχοντα (αδιαφορία, αμέλεια, ταξίδι, άλλη απασχόληση κ.λπ.) είτε από αντικειμενικές δυσκολίες της αιμοδοσίας, όπως οι συχνές εποχιακές

ελλείψεις αίματος ή η σπανιότητα ομάδας αίματος και η αλλοανοσοποίηση (παρουσία αντι-ερυθροκυτταρικών αντισωμάτων), που παρατηρείται σε 10% περίπου των ασθενών.

Οι πάσχοντες χρειάζονται συνεχείς μεταγγίσεις (2 ως 4 φιάλες τον μήνα, ανάλογα με την περίπτωση), διαδικασία αν-όχι απλοποιημένη, τουλάχιστον σίγουρη και αποτελεσματική. Δεν συναντούμε όμως πια τις χαρακτηριστικές παραμορφώσεις ή τις υπερπλασίες σκύκτιού και σπληνός, που ήταν το αποτέλεσμα των λίγων μεταγγίσεων, με συνέπεια την υπερτροφία του μυελού οστών.

Είναι η μεταγγισιοθεραπεία με νεοκύτταρα (ερύθρα αιμοσφαίρια με μεγαλύτερο από το μέσο όρο χρόνο ζωής του συνόλου των ερυθρών), που κατορθώνεται με κατάλληλο διαχωρισμό των νεοκυττάρων από τα άλλα ερυθροκύτταρα. Ο τρόπος αυτός μετάγγισης, που έχει εφαρμοστεί σε μικρό αριθμό πασχόντων, έχει δείξει ότι μειώνονται σε ποικίλο βαθμό οι ανάγκες σε αίμα και αυξάνονται τα μεσοδιαστήματα μεταγγίσεων και περιορίζεται ο κίνδυνος αιμοσιδήρωσης, που προκύπτει από τις πολλές μεταγγίσεις. Η ευρεία εφαρμογή του τρόπου αυτού μεταγγισιοθεραπείας περιορίζεται, προς το παρόν, από τις οργανωτικές δυσκολίες της αιμοδοσίας και την απαραίτητη προϋπόθεση της επάρκειας αίματος. (Πολίτη Ντ. 1995, σελ.62-63)

2.2.2. Αποσιδήρωση

Σήμερα υπάρχουν φάρμακα που απομακρύνουν τον παθολογικό σίδηρο από τους ιστούς, με αποτέλεσμα την αποβολή του στα ούρα και στα κόπρανα. Ανάμεσα στα "σιδηροδεσμευτικά" από φάρμακα είναι το Desferal, που χρησιμοποιείται σχεδόν αποκλειστικά και σε παγκόσμια κλίμακα με εξαιρετική επιτυχία εδώ και 15 χρόνια. Τα αποτελέσματα του κυριολεκτικά άλλαξαν την πρόγνωση της νόσου. Το Desferal επιδρά ευεργετικά στην διαδικασία αποσιδήρωσης, όχι μόνο με απομάκρυνση του σιδήρου από τους ιστούς, αλλά και με την αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας πολλών οργάνων, που έχουν πάθει βλάβη.

Αυτό όμως δεν είναι πάντοτε εύκολο, ειδικά σε πάσχοντες μεγάλης ηλικίας, που έζησαν με σοβαρή αιμοσιδήρωση πολλά χρόνια πριν την αποκάλυψη της θεραπείας αποσιδήρωσης. Η αποσιδήρωση βοηθά να μην χειροτερέψει η λειτουργία των οργάνων, που ήδη πάσχουν. Αυτό το καταφέρνει, μειώνοντας υπερβολική φόρτιση του οργανισμού με σίδηρο σε επίπεδα μη τοξικά.

Η αποσιδήρωση έχει φανερά αποτελέσματα, όταν λειτουργεί προληπτικά σε νέους πάσχοντες, που αρχίζουν μεταγγίσεις, εμποδίζοντας έτσι τη συσσώρευση σιδήρου στους ιστούς και άρα τις βλάβες στα διάφορα όργανα.

Μπορούμε να χωρίσουμε τους πάσχοντες σε πέντε ομάδες ανάλογα με τα επίπεδα φερριτίνης:

- Άτομα με φερριτίνη κάτω από 1.000. Τα άτομα αυτά πρέπει να παρακολουθούνται συστηματικά για πιθανές τοξικές παρενέργειες, γιατί έχουν πιθανώς πάρει περισσότερο απ'όσο πρέπει Desferal. Στις περιπτώσεις αυτές, ο γιατρός συνιστά διακοπή του φαρμάκου και στη συνέχεια μείωση της δόσης του Desferal ή και αντικατάστασή του με άλλο σιδηροδεσμευτικό παράγοντα.

- Άτομα με φερριτίνη 1000-2000. Τα άτομα αυτά έχουν την καλύτερη θεραπεία αποσιδήρωσης.

- Άτομα με φερριτίνη 2000-4000. Είναι αναγκαίο να γίνει πιο εντατική προσπάθεια για λήψη του φαρμάκου.

- Άτομα με φερριτίνη 4000-7000. Τιμές εξαιρετικά υψηλές. Δημιουργούνται βλάβες στα διάφορα όργανα, ειδικά στα παιδιά, στα οποία συνήθως καθυστερεί η σωματική ανάπτυξη και η ήβη.

- Άτομα με φερριτίνη πάνω από 7000. Κατάσταση επικίνδυνη για τη ζωή του πάσχοντα.

- Άτομα με φερριτίνη πάνω από 10.000. Ο κίνδυνος είναι μεγάλος και χρειάζεται άμεση ιατρική παρέμβαση.

Από τα παραπάνω αποδεικνύεται ότι οι πάσχοντες από Μεσογειακή Αναιμία δεν πρέπει να έχουν "φυσιολογικές" τιμές φερριτίνης ορού, όπως τα υγιή άτομα, γιατί αυτό θα σήμαινε υπερβολική χρήση του

φαρμάκου και πιθανές παρενέργειες. Αντίθετα, όταν έχει συσσωρευτεί στους ιστούς κάποιο ποσό σιδήρου τότε η επίδραση του Desferal είναι ευργετική. οι καλύτερες τιμές φερριτίνης είναι μεταξύ 1000-1500. (Πολίτη Ντ.1993, σελ.12-13).

2.2.3. Πότε πρέπει να αρχίζει η αποσιδήρωση και πως εφαρμόζεται;

Σε κάθε πάσχοντα πετυχαίνουμε με διαφορετικό τρόπο την ισοροπία σιδήρου στον οργανισμό. Ισχύει όμως ο γενικός κανόνας ότι η θεραπεία πρέπει να αρχίζει μεταξύ 10ης και 20ης μετάγγισης. Η δοσολογία εξαρτάται από την περίπτωση του κάθε πάσχοντα. Η αποσιδήρωση παραμένει ο δεύτερος άξονας της βασικής αγωγής στη Μεσογειακή Αναιμία. Πρόκειται για τη διαδικασία αντιμετώπισης της πιο επικίνδυνης επιπλοκής των πολλαπλών μεταγγίσεων, της αιμοσιδήρωσης, της συσσώρευσης δηλαδή στους ιστούς σιδήρου, που προκύπτει από την αποδομή της αιμοσφαιρίνης των μεταγγιζόμενων ερυθροκυττάρων στους πάσχοντες από Μεσογειακή Αναιμία. Κάθε κυβικό χιλιοστό (1ml) μεταγγιζόμενων ερυθροκυττάρων " αφήνει " στο σώμα 1 χιλιοστό του γραμμαρίου σίδηρο. Δυστυχώς, οργανισμός δεν διαθέτει μηχανισμούς απομάκρυνσης του σιδήρου στις περιπτώσεις υπερφόρτωσης, με αποτέλεσμα "ο σίδηρος των μεταγγίσεων" να συσσωρεύεται σε όλους τους ιστούς, ανάλογα με τον συνολικό όγκο των μεταγγισθέντων ερυθροκυττάρων, βλάπτοντας με την πάροδο του χρόνου τη λειτουργία των οργάνων του σώματος. Εκτός από την αυξημένη πρόσληψη σιδήρου με τις μεταγγίσεις, ένας άλλος μηχανισμός αύξησης των ολικών αποθεμάτων σιδήρου στη Μεσογειακή Αναιμία οφείλεται στην αυξημένη απορρόφηση σιδήρου από το έντερο (σίδηρος των τροφών), πράγμα συνηθισμένο γενικά στην αναιμία. Οι δυνατότητες αποβολής του σιδήρου από τον οργανισμό είναι περιορισμένες (1-2 χιλιοστά του γραμμαρίου αποβάλλονται με τα ούρα και τα κόπρανα καθημερινά).

Στην ενδιάμεση Μεσογειακή Αναιμία, που οι πάσχοντες δεν μεταγγίζονται ή μεταγγίζονται σποραδικά, ισχύει ο δεύτερος μηχανισμός διαταραχής του μεταβολισμού του σιδήρου, ενώ σε όλες τις περιπτώσεις πασχόντων από Μεσογειακή Αναιμία "απελευθερώνεται" επιπλέον σίδηρος με τον μηχανισμό της χρόνιας αιμόλυσης. Γενικά, ο "αποθεματικός" σίδηρος, αλλά κι αυτός που κυκλοφορεί "ελεύθερος" έχει ολέθρια αποτελέσματα, που αρχίζουν να εκδηλώνονται στη δεύτερη δεκαετία της ζωής, όταν τα ολικά αποθέματα σιδήρου έχουν αυξηθεί σημαντικά (πάνω από 20 - 25 γραμμάρια).

Η αποσιδήρωση πάντως είναι το βασικό πρόβλημα σήμερα για όσους πάσχουν. Γι' αυτό οι άρρωστοι χρησιμοποιούν επί οκτώ ώρες καθημερινώς μια μικρή συσκευή, που φέρουν επάνω τους. Η τρίτη μονάδα του Κέντρου ασχολείται ακριβώς με τη θεραπεία και τη φροντίδα των ενηλίκων που πάσχουν, κάνει τις μεταγγίσεις, χορηγεί τις συσκευές και όλα δωρεάν για εκείνους που δεν έχουν κάλυψη από κάποιο ασφαλιστικό ταμείο. Εισπράττουν άλλωστε και οι ασθενείς από το κράτος ειδικό επίδομα 15.000 δραχμών μηνιαίως.(ό.π., σελ. 10-11)

2.2.4. Σπληνεκτομή

Σήμερα, με τις προόδους που έχουν συντελεστεί στη θεραπεία των μεταγγίσεων, ολοένα και λιγότεροι πάσχοντες έχουν ανάγκη σπληνεκτομής για αντιμετώπιση του υπερσπληνισμού τους. Στις περιπτώσεις όμως εκείνων που δεν μεταγγίζονται ικανοποιητικά και στο παρελθόν ζούσαν για πολλά χρόνια με χαμηλή αιμοσφαιρίνη, ο σπλήνας δραστηριοποιείται και καταστρέφει τα έμμορφα στοιχεία (ερυθρά, λευκά, αιμοπετάλια) τόσο του πάσχοντα όσο και του αιμοδότη, με αποτέλεσμα την βράχυνση του χρόνου ζωής των ερυθρών (αναιμία), λευκοπενία (μειωμένα λευκά αιμοσφαίρια) και θρομβοπενία (μειωμένα αιμοπετάλια). Η αναιμία οδηγεί σε ολοένα αυξανόμενη κατανάλωση αίματος και κατ' επέκταση σε σοβαρή αιμοσιδήρωση, ενώ η λευκοπενία και θρομβοπενία ευθύνονται αντίστοιχα για λοιμώξεις και αιμορραγίες. Εδώ θα πρέπει να

τονίσουμε πως στον υπερσπληνισμό ακόμα και η εντατική αποσιδήρωση δεν είναι αποτελεσματική.

Η σπληνεκτομή πάντως είναι απλή χειρουργική επέμβαση με ευεργετικά - κατά κανόνα-αποτελέσματα εφόσον στη μεγάλη πλειοψηφία των σπληνεκτομημένων πασχόντων μειώνονται μετεγχειρητικά οι ανάγκες αίματος για μετάγγιση.

Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα της σπληνεκτομής διαφέρουν από άρρωστο σε άρρωστο, ανάλογα με την κλινική και αιματολογική εικόνα.

Αναλυτικότερα, υπάρχει μια μικρή μερίδα ασθενών που δεν ανταποκρίνονται πολύ ικανοποιητικά στην σπληνεκτομή (οι ανάγκες για μετάγγιση δεν μεταβάλλονται σημαντικά). Επιπλέον, για τους σπληνεκτομημένους υπάρχει ο κίνδυνος σοβαρών λοιμώξεων, ακόμα και πολλά χρόνια μετά την επέμβαση. Οι λοιμώξεις αυτές μπορεί να εμφανισθούν κεραυνοβόλα και να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του πάσχοντα. Και αυτό γιατί ο σπλήνας, κάτω από κανονικές συνθήκες, χρειάζεται στην άμυνα του οργανισμού κατά των μικροβίων και ιογενών και άλλων λοιμογόνων παραγόντων. (ό.π., σελ.19-20)

2.2.5. Μεταμόσχευση μυελού των οστών

Η μεταμόσχευση μυελού των οστών αποτελεί το πιο αποτελεσματικό μέσο για την θεραπεία ανιάτων νοσημάτων του αίματος. Όμως κατά τη διάρκεια της οποίας είναι δυνατόν να εμφανιστούν βαριές και συχνά θανατηφόρες επιπλοκές, όπως λοιμώξεις, το σύνδρομο μοσχεύματος εναντίον του ξενιστή, διάμεσες πνευμονοπάθειες, αγγειοαποφρακτική νόσος του ήπατος κ.ά. νοσήματα που η μεταμόσχευση επιφέρει ίαση, είναι οι οξείες λευχαιμίες (50-70% στην πρώτη ύφεση), η απλαστική αναιμία (55-80%), η Μεσογειακή αναιμία (85-95%). Τα στοιχεία από το Ευρωπαϊκό Γραφείο Μεταμόσχευσης (EBMT) αναφέρουν για το 1992 την ύπαρξη 191 μεταμοσχευτικών κέντρων στην Ευρώπη, με συνολικά 5.892 μεταμοσχεύσεις, από τις οποίες 127 ήταν για Μεσογειακή αναιμία (5%).

Το ποσοστό επιβίωσης ελεύθερης νόσου είναι 85%-95% για τους ασθενείς που δεν έχουν επιβαρυντικούς παράγοντες (υπέρταση, ηπατομεγαλία, κακή αποσιδήρωση και ηλικία άνω των 20 ετών). (Βασικές Γνώσεις Εθελοντών Αιμοδοτών, «Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας», 1995, σελ. 47)

2.2.5.1. Ποιος χρειάζεται μεταμόσχευση μυελού των οστών;

Η μεταμόσχευση μυελού των οστών γίνεται για θεραπεία ασθενών, που έχουν μυελική απλασία (ανεπάρκεια του μυελού να φτιάξει τα κύτταρα του αίματος), λευχαιμία (παραγωγή παθολογικών κυττάρων κληρονομικές αναιμίες, π.χ. μεσογειακή αναιμία), μυελική καταστροφή (π.χ. από ακτινοβολία) ή κάποιες σπανιότερες ασθένειες. Οι ασθενείς αυτοί, οι οποίοι παλαιότερα ήταν καταδικασμένοι σε θάνατο, μπορούν σήμερα, να σωθούν αν τους δοθεί μυελικό μόσχευμα από δότη, ο οποίος έχει ιστική ομοιότητα με αυτούς, δηλαδή μοιάζει όσο το δυνατό περισσότερο με το δικό τους μυελό. Οι παρενέργειες, άλλωστε, είναι και το κύριο πρόβλημα που παρουσιάζει η μέθοδος μεταμόσχευσης μυελού των οστών, ως ριζική θεραπεία της Μεσογειακής Αναιμίας. Η μεταμόσχευση εφαρμόζεται εδώ και δέκα χρόνια, έχουν μάλιστα αναπτυχθεί αξιόλογα κέντρα, όπως στο Πέζαρο της Ιταλίας (όπου ο καθηγητής Lucarelli έχει επιτυχίες σε ποσοστό 90% σε παιδιά ηλικίας 5-6 ετών και 70% σε ενήλικους), στο Ισραήλ και αλλού.

Κάποιο άτομο που πάσχει από Μεσογειακή αναιμία δεν μπορεί μεν να θεραπευθεί, μπορεί όμως να ζήσει, να μεγαλώσει, να κάνει οικογένεια, να εργασθεί, να δει παιδιά και εγγόνια. Το Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας έχει "πελάτες", συνταξιούχους σήμερα, που πέρασαν ολόκληρη ζωή ως άτομα απολύτως φυσιολογικά και με άκρως δυναμική επαγγελματική δραστηριότητα. Γιατί λοιπόν να εκτεθούν οι πάσχοντες σε κίνδυνο απώλειας της ζωής- έστω και μικρό-τη στιγμή που δεν γνωρίζει κανείς πως θα εξελιχθεί η αρρώστια τους; Εδώ τα πράγματα είναι αντιστρόφως ανάλογα: όσο νωρίτερα γίνει η μεταμόσχευση (η οποία καθ'αυτή παρουσιάζει μεγάλα προβλήματα, π.χ. πρέπει να βρεθεί

απόλυτα συμβατός δότης, κατά προτίμηση δίδυμος αδελφός του πάσχοντος, που να μην πάσχει όμως), τόσο περισσότερες οι πιθανότητες επιτυχίας. Από νωρίς, όμως δεν είναι δυνατόν να εξακριβωθεί η βαρύτητα της περιπτώσεως, ούτε να προβλεφθούν οι εξελίξεις της.

Η προσφυγή σε μεταμόσχευση μυελού, πρέπει να γίνεται μόνο στις περιπτώσεις εκείνες όπου δεν υπάρχει εναλλακτική λύση και επίκειται ο θάνατος, για νοσήματα δηλαδή όπως η λευχαιμία ή άλλα κακοήθη ή σύνδρομα ανοσιολογικής ή μυελικής ανεπάρκειας που έχουν θανατηφόρο εξέλιξη με τη συμβατική θεραπεία. Και ασφαλώς δεν είναι αυτή η περίπτωση της Μεσογειακής αναιμίας, τουλάχιστον στις ελαφρότερες μορφές της και με τις προόδους μάλιστα που σημειώνει η επιστήμη και η τεχνολογία στην προσπάθεια αντιμετώπισής της. (ο.π. σελ 48)

2.3. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

2.3.1. Τα συχνότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι πάσχοντες

Πολλοί από τους πάσχοντες που δεν είχαν την κατάλληλη θεραπεία στα πρώτα χρόνια της ζωής τους (υπερμετάγγιση, αποσιδήρωση, κ.λ.π.), παρουσιάζουν καρδιολογικά, ηπατικά και ενδοκρινολογικά προβλήματα. Τα προβλήματα αυτά, βασικά, οφείλονται στην υπερφόρτωση με σίδηρο. Ειδικότερα, **οι καρδιολογικές επιπλοκές της αιμοσιδήρωσης παρατηρούνται σήμερα λιγότερο συχνά από παλαιότερα**, κι αυτό εξ αιτίας της ευεργετικής επίδρασης του Desferal τόσο στην πρόληψη της εναπόθεσης σιδήρου και κατ' επέκταση την εγκατάσταση βλάβης στην καρδιά, όσο και στην αντιμετώπιση των μόνιμων βλαβών, που έχουν ήδη γίνει στο καρδιακό μυ. Αντίθετα στους πάσχοντες που έχουν υψηλή φερριτίνη ορού και δεν φροντίζουν να κάνουν συστηματική υποδόρια ή ενδοφλέβια αποσιδήρωση,

παρουσιάζεται όχι σπάνια, καρδιακή ανεπάρκεια. Οι ηπατικές επιπλοκές, εκτός της αποσιδήρωσης, έχουν ως αίτια λοιμογόνους παράγοντες, που μεταδίδονται με την μετάγγιση. Στον τομέα αυτό, οι πρόοδοι της αιμοδοσίας έχουν μειώσει σημαντικά την συχνότητα ηπατίτιδων, ειδικά της ηπατίτιδας Β, που σήμερα, ελέγχεται στο αίμα των αιμοδοτών και επιπλέον προλαμβάνεται με εμβολιασμό των ευαίσθητων ατόμων (ειδικά των μικρών παιδιών που αρχίζουν μεταγγίσεις). Πρόσφατα, η ανακάλυψη του ιού της ηπατίτιδας C, που ευθύνεται για τις περισσότερες ηπατίτιδες στους πολυμεταγγιζόμενους, αποτελεί μια πολύ σημαντική ευοίωνη προοπτική για το άμεσο μέλλον, για όσους από τους ασθενείς (είναι περίπου οι μισοί) δεν έχουν ευαισθητοποιηθεί ή νοσήσει από τον τύπο αυτό ηπατίτιδας.

Σχετικά με το AIDS, ευτυχώς εξαιρετικά μικρός αριθμός πασχόντων (κάτω από 1%) είχε μολυνθεί και αυτό γιατί όπως και στις άλλες χώρες, έτσι και στην Ελλάδα, ο έλεγχος του αίματος δεν γινόταν πριν το 1985. Από τότε μέχρι σήμερα δεν μας ανησυχεί αυτό το πρόβλημα.

Οι ενδοκρινολογικές επιπλοκές της Μ.Α. είναι αρκετά συχνές και απασχολούν ολοένα και περισσότερο τους πάσχοντες, γιατί όσο περνάει ο καιρός, τόσο περισσότερο γεννιούνται προβλήματα, που παλαιότερα δεν ήταν γνωστά, αφού ο χρόνος ζωής τους ήταν σχετικά μικρός. Είναι μεγάλη η σημασία των ενδοκρινολογικών διαταραχών, γιατί πολλές απ'αυτές συνοδεύονται από ψυχολογικά προβλήματα που χρειάζονται συνεργασία και αντιμετώπιση. Στη πορεία της αναιμίας COOLEY μπορούν να εμφανιστούν πολλές και διαφορετικές επιπλοκές.

Η ανθεκτικότητα στις λοιμώξεις μειώνεται με αυτή την ασθένεια και κάνουν πιο κακή την πορεία της ασθένειας. (Πολίτη Ντ., 1993, σελ.21)

2.3.2. Ποια είναι τα κυριότερα ενδοκρινολογικά προβλήματα και -πως αντιμετωπίζονται

Καθυστέρηση της ανάπτυξης του σώματος και της ήβης, διαβήτης, υποθυρεοειδισμός, υποπαραθυρεοειδισμός και στους ενήλικες αδυναμία στη γεννητική λειτουργία. Η καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξης είναι συχνό φαινόμενο στους ασθενείς, που δεν μεταγγίζονται ή μεταγγίζονται αραιά. Αντίθετα, εκείνοι που κάνουν συστηματικές μεταγγίσεις έχουν, εκτός λίγων εξαιρέσεων, μικρή καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξής τους.

Οι άλλες ενδοκρινικές διαταραχές είναι αποτέλεσμα, κατά κύριο λόγο της υπερφόρτισης των ενδοκρινών αδένων του σώματος με σίδηρο και έχουν σχέση με ατελή ή αργοπορημένη έναρξη αποσιδήρωσης.

Παράδειγμα: Η καθυστέρηση της ήβης, της εμφάνισης δηλαδή των χαρακτηριστικών του φύλου. Στις περιπτώσεις αυτές συνυπάρχει και υπογεννητισμός, λόγω ανεπαρκούς λειτουργίας των γεννητικών αδένων (όρχεις για τα αγόρια και ωθήκες για τα κορίτσια). Για παράδειγμα η αργοπορημένη εμφάνιση της περιόδου και η μετέπειτα διακοπή της στα κορίτσια είναι συνηθισμένο φαινόμενο στη Μεσογειακή Αναιμία.

Η υπογεννητισμός σήμερα αντιμετωπίζεται, με ειδικές ενδοκρινολογικές θεραπείες σε συνδυασμό με τη συστηματική αποσιδήρωση στα πλαίσια μιας καλής συνεργασίας του πάσχοντα με τη μονάδα θεραπείας του.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναλογισθεί κανείς πως όσο περνάει ο καιρός, τόσο περισσότεροι πάσχοντες παντρεύονται και κάνουν παιδιά, είτε χωρίς, είτε με ενδοκρινολογική θεραπεία, κάτι που στο παρελθόν ήταν σπάνιο για τη Μεσογειακή Αναιμία.

Η μακροχρόνια θεραπεία αποκατάστασης με τα ορμονικά αυτά σκευάσματα, εξασφαλίζει σε αρκετούς πάσχοντες γεννητικές δυνατότητες, στις οποίες παλαιότερα δεν μπορούσαν να ελπίζουν. Σε περίπτωση λοιπόν γάμου, είναι ευνόητο πως ο πάσχοντας ή η πάσχουσα θα έχουν ελπίδα να κάνουν "υγιή" παιδιά εφόσον οι σύντροφοί τους είναι απολύτως φυσιολογικά άτομα. Τότε, όλα τα παιδιά

τους, που μπορεί να γεννηθούν, θα είναι ετερόζυγοι β-Μεσογειακής Αναιμίας. Πάσχοντες, που παντρεύονται μεταξύ τους, δεν μπορεί να ελπίζουν σε τεκνοποίηση υγιών παιδιών, ακόμα κι αν η γεννητική τους ικανότητα είναι εξασφαλισμένη, γιατί ένας τέτοιος γάμος θα παρήγαγε ομόζυγους β-Μεσογειακής Αναιμίας. Ζευγάρια όμως πασχόντων από Μεσογειακή Αναιμία ή Δ.Α. μπορούν - όπως άλλωστε όλα τα άτεκνα ζευγάρια-να υιοθετούν παιδιά σε περίπτωση που θέλουν να ζουν τις χαρές της οικογένειας.

Άλλο παράδειγμα ενδοκρινικής διαταραχής είναι η διαταραχή ενδοκρινών αδένων, που ρυθμίζουν τον μεταβολισμό του ασβεστίου, και που οδηγούν σε υπασβεστιαμία λόγω αποσιδήρωσης που εκδηλώνεται με ελαφρύ πόνο, μούδιασμα, φαγούρα ή και κράμπες στα πόδια. Ασθενείς με υπασβεστιαμία, θεραπεύονται με βιταμίνη D και ασβέστιο κάτω από στενή ιατρική και εργαστηριακή παρακολούθηση.(ό.π.,σελ. 21)

2.3.3. Οι πάσχοντες με M.A.παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα διαβήτη

Οι αιτίες που προκαλούν διαβήτη στη Μεσογειακή Αναιμία δεν έχουν απόλυτα ξεκαθαριστεί. Πιστεύουμε όμως ότι προέρχεται από την τοξική επίδραση του σιδήρου στα μέρη του παγκρέατος που παράγουν την ινσουλίνη, την ορμόνη δηλαδή που κανονικά ρυθμίζει το σάκχαρο του αίματος. Άλλες αιτίες, που βοηθούν την εμφάνιση του διαβήτη, είναι η κληρονομικότητα, η συνύπαρξη άλλης ασθένειας του ήπατος και η ακατάλληλη διατροφή. Ο διαβήτης στη Μεσογειακή Αναιμία αντιμετωπίζεται όπως και σε άλλα άτομα, που έχουν πρόβλημα με τον μεταβολισμό της γλυκόζης, μόνο που η θεραπεία στη Μεσογειακή Αναιμία είναι πιο δύσκολη.

Σε μερικούς ασθενείς με ενδιάμεση μορφή της M.A. είναι συχνά τα άτομα έλκη στις κνήμες εξ αιτίας κακής αιμάτωσης των άκρων και φλεβικής ανεπάρκειας. Στις περιπτώσεις αυτές η αντιμετώπιση συνιστάται σε ικανοποιητική μετάγγιση, κατάκλιση.(ό.π., σελ.22)

2.4. ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΛΗΦΘΕΙ Η ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Σήμερα περισσότερο από ποτέ μπορεί κανείς να δώσει πραγματικά αισιόδοξες απαντήσεις. Γιατί στη διάρκεια των τελευταίων χρόνων οι σημαντικές βελτιώσεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση των πασχόντων από Μεσογειακή Αναιμία έχουν αλλάξει την "εικόνα" της νόσου. Το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών έχει αυξηθεί σημαντικά και τα κλασσικά συμπτώματα της νόσου, όπως η καθυστέρηση στην ανάπτυξη, οι οστικές αλλοιώσεις, η μεγάλη κοιλιά λόγω διόγκωσης του ήπατος και του σπλήνα, τα ισχνά άκρα και η μεγάλη αναιμία, ολοένα και σπανίζουν.

Αν δεν είναι ετερόζυγοι ή αν είναι έστω ο ένας, πρόβλημα δεν υπάρχει. Στη χειρότερη περίπτωση θα κάνουν επίσης ετερόζυγο παιδί μη πάσχον από Μεσογειακή Αναιμία. Πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στις ηλικίες αναπαραγωγής από 15-45 χρονών και πριν από το γάμο των συζύγων. Καθοδήγηση των φορέων. Εξηγείται η φύση της ασθένειας και ο κίνδυνος να έχουν απογόνους ασθενείς. Εξηγούνται στους γονείς εναλλακτικές λύσεις όπως μέθοδοι αντισύλληψης καθώς και θεραπευτική διακοπή της εγκυμοσύνης. Επεξηγείται η φύση και ο κίνδυνος της προγεννητικής διάγνωσης εάν αυτή είναι πιθανή.

Δεν χρειάζεται βέβαια σήμερα να περιμένουμε να περάσει χρόνος για να διαπιστωθεί η τύχη ή η ατυχία των δυο ετερόζυγων γονέων. Η διάγνωση γίνεται πολύ νωρίτερα. (ό.π., σελ.25)

2.4.1. Προφυλακτική θεραπεία

Η θεραπεία είναι συμπτωματική, έχει σκοπό τη διόρθωση της αναιμίας και την πρόληψη των επιπλοκών και προφυλακτική που έχει σκοπό τον περιορισμό της κληρονομικής μετάδοσης της γενετικής

ανωμαλίας. Η προφυλακτική θεραπεία έχει σκοπό τη διάγνωση όλων των φορέων του στίγματος.

Μια προφυλακτική θεραπεία πραγματική πρέπει να περιλαμβάνει 4 προγράμματα:

1. Διαφώτιση του κοινού.
2. Εξετάσεις για τη διαπίστωση των φορέων στο πληθυσμό.
3. Καθοδήγηση των φορέων.
4. Προγεννητική διάγνωση.

Με το πρόγραμμα της διαφώτισης του κοινού, πληροφορείται το κοινό για την ασθένεια, για την κληρονομικότητα, τις συνέπειες και την σοβαρότητά τους. Επίσης για την αναγκαιότητα της πρόληψης αυτής, της μετάδοσης τις πιθανότητες που έχει να παρουσιαστεί η ασθένεια στην περίπτωση που ο ένας από τους γονείς είναι ασθενής και ο άλλος φορέας και στην περίπτωση που και οι δύο είναι φορείς. Με τις εξετάσεις που γίνονται στην μάζα του πληθυσμού για την διαφώτιση των φορέων του στίγματος της Μεσογειακής Αναιμίας. Αυτό μπορεί να γίνει με καθορισμένες εξετάσεις (αιματολογικές). (Παπαγεωργίου Μ., Μουρούτη Ε., 1989, σελ.42)

Σύμφωνα με τον Λουκόπουλο τονίζεται και πάλι ότι η Μεσογειακή Αναιμία δεν θεραπεύεται κι ούτε υπάρχει τρόπος για την εξάλειψη της κληρονομικής ανωμαλίας. Ωστόσο, η πρόληψη της νόσου είναι δυνατή και βασίζεται στην αναγνώριση των φορέων με ειδικό αιματολογικό έλεγχο. Ο αιματολογικός αυτός έλεγχος γίνεται στη χώρα μας. Η εξέταση είναι απόλυτα αναγκαία στα άτομα των οποίων οι οικογένειες έχουν ή είχαν πρόβλημα παιδιών με Μεσογειακή Αναιμία ή με παρόμοιες καταστάσεις, όπως η δρεπανοκυτταρική αναιμία κ.ά. Τα ζευγάρια, όπου και οι δύο είναι φορείς της Μεσογειακής Αναιμίας και κατά συνέπεια έχουν κίνδυνο για ένα άρρωστο παιδί πρέπει έγκαιρα να συμβουλευονται τα ειδικά Κέντρα. Η επιστήμη σήμερα τους δίνει τη δυνατότητα να αποφύγουν τη γέννηση άρρωστου παιδιού με την προγενετική εξέταση που γίνεται στη 10η-12η εβδομάδα της κυήσεως. Η εξέταση δεν είναι απλή και απαιτείται προγραμματισμός από το Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας. (Λουκόπουλος Δ., 1986, σελ.87-88)

2.4.2. Προγεννητική διάγνωση

Η μέθοδος έχει σκοπό το περιορισμό της γεννήσεως παιδιών με μείζονα θαλασσαιμία, σε οικογένειες που και οι δύο γονείς είναι επηρεασμένοι. Γίνεται παρακέντηση του πλακούντα με τη βοήθεια υπερήχων. Παίρνουμε μία μικρή ποσότητα από το αίμα εμβρύου. Η μέθοδος αυτή έχει κινδύνους. Μπορεί να προκαλέσει αποβολή, πρόωρο τοκετό και είναι πολύ δύσκολη και δαπανηρή.

Άλλη μέθοδος είναι η παρακέντηση όπου λαμβάνεται μέρος από τροφοβλάσεις που βρίσκονται στη μήτρα, κατά τους δυο πρώτους μήνες της κυήσεως. Το πρόβλημα τιθόταν αν τα κύτταρα αυτά ήταν της μητέρας ή του εμβρύου. Για το λόγο αυτό γίνεται ενδοφλέβια έγχυση ειδικής ουσίας που απομονώνει τα κύτταρα της μητέρας από του εμβρύου. Πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι γίνεται στους αρχικούς μήνες της κυήσεως και η κυογραφία σε περίπτωση προβλήματος μπορεί πιο εύκολα να αποβάλλει το έμβρυο.

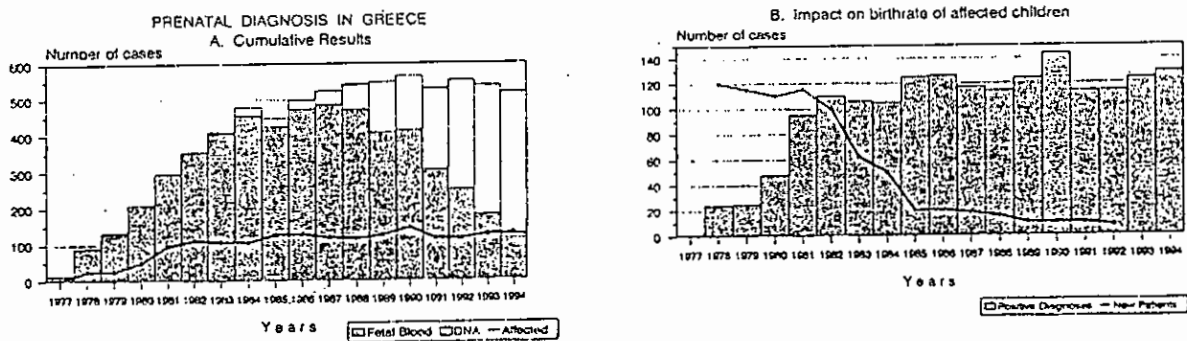
Μειονέκτημα υπάρχει και εδώ όπως, αποβολές που διαπιστώθηκε ότι ο αριθμός τους δεν είναι μεγαλύτερος των αποβολών από άλλες αιτίες.

(Ενημερωτικό φυλλάδιο Αγωγής Υγείας του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Αφαιρίσεων. ΑΘΗΝΑ 1994)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

3. ΣΥΧΡΟΝΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σύμφωνα με τον Λουκόπουλο (1996), η Μ.Α. είναι ένα από τα μεγαλύτερα γενετικά προβλήματα στην Ελλάδα. Ο αριθμός των ασθενών σήμερα στην Ελλάδα υπολογίζεται αγγίζει τις 3.500. Οι ανάγκες τους, δε, σε αίμα υπολογίζεται σε 100.000 μονάδες ετησίως ενώ το κόστος (της συγκέντρωσης των συγκεκριμένων αυτών μονάδων αλλά και των υπολοίπων εξόδων που σχετίζονται με το ιατρικό ετήσιο check-up των ασθενών και της θεραπείας των επιπλοκών που η ασθένεια μπορεί να προκαλέσει) ανέρχεται σε πολλά εκατομύρια δραχμές, που ξεπερνά κατά πολύ διαθέσιμους οικονομικούς πόρους.



Επιπλέον οι συνολικές επιπτώσεις που προκαλεί η Μ.Α. στη κοινωνία και στο δημόσιο σύστημα Υγείας είναι πολύ δύσκολο να αντιμετωπιστούν καθώς οι περισσότεροι ασθενείς είναι ανήλικοι και συνεπώς μη παραγωγικοί και απαιτείται από τους γονείς τους συχνά να απουσιάζουν από τη δουλειά τους για να τους φροντίσουν.

Όσο αφορά την ιατρική προσέγγιση του θέματος και το βαθμό αντιμετώπισής του μέχρι σήμερα στην Ελλάδα, όλα δείχνουν ότι απαιτείται μεγαλύτερη προσέγγιση των κοινωνικών ομάδων, στις περιοχές που εμφανίζει η Μ.Α. την μεγαλύτερη έξαρση ώστε να περιοριστεί στο ελάχιστο η εξάπλωσή της και οι επιπτώσεις που προκαλεί.

Οι Έλληνες επιστήμονες άρχισαν να ασχολούνται με τη Μ.Α. στα μέσα του 1930 λίγο μετά από τον εντοπισμό και εξακρίβωσή της, αφού είχαν απομονωθεί τα γενεσιουργά αίτια και είχαν περιγραφεί ακριβώς τα συμπτώματά της.

Από τότε εντατικοποίησαν τις προσπάθειες τους, συντονίστηκαν, εργάστηκαν πάνω σε διαφορετικές προσεγγίσεις, συνεργάστηκαν με διάφορες ομάδες επιστημόνων του εξωτερικού, καταλήγοντας σε πολύ σημαντικά επιστημονικά δεδομένα τόσο σε θεωρητικό όσο και σε κλινικό επίπεδο. Προσπάθησαν έπειτα από πρωτοβουλία του ακαδημαϊκού κυρίως κόσμου να εφαρμόσουν στην πράξη τα πορίσματά τους, συνεργαζόμενοι με τις αρχές της Δημόσιας Υγείας της χώρας μας έτσι ώστε, να μειώσουν τα κρούσματα από Μ.Α. και να προλάβουν τις επιπτώσεις. Παρόλο που επίσημη απογραφή και καταγραφή όλων των κρουσμάτων Μ.Α. δεν είναι διαθέσιμη, η συγκέντρωση στοιχείων και δεδομένων από προσωπικές επαφές του καθηγητή Ιατρικής κ.Λουκόπουλου με τα μεγαλύτερα Κέντρα Μ.Α. στην Ελλάδα δείχνει ότι η ηλικιακή κατανομή των ασθενών Μ.Α. έχει σχήμα καμπάνας. Η ηλικία των περισσότερων ασθενών που επιβιώνουν μέχρι σήμερα κυμαίνεται από 15 έως 30 χρονών. Μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς που δεν είχαν την καλύτερη δυνατή θεραπεία δεν ζουν αναμεσά μας. Ωστόσο, η θνησιμότητα σε ασθενείς μικρότερους των 15 ετών έχουν ελλατωθεί αισθητά, χάρη στην αποτελεσματική χρήση της πρόληψης. Η ύπαρξη όμως του τόσο μεγάλου αριθμού ασθενών που βρίσκονται στην αναπαραγωγική και παραγωγική ηλικία δημιουργεί τεράστιο πρόβλημα στην ενσωμάτωσή τους στην κοινωνία, στην εκπαίδευση και στο χώρο εργασίας.

Η πολιτεία προσπαθεί να διευκολύνει τους ασθενείς με Μ.Α. προσφέροντάς τους ευκαιρίες και εξυπηρετήσεις σε διάφορους τομείς της ζωής τους όπως:

α) δυνατότητες για πιο εύκολη πρόσβαση στην αγορά εργασίας και ανεύρεση εργασίας, β) χορήγηση μηνιαίου επιδόματος και γ) προσφορά όλων των ιατρικών υπηρεσιών που απαιτούνται εντελώς δωρεάν.

Επιπλέον, ασθενείς με Μ.Α. μπορούν (σύμφωνα με τις σχετικές διατάξεις του νόμου που είναι πολύ ευεργετικές γι' αυτούς) να εισαχθούν στα Πανεπιστήμια και στα Τ.Ε.Ι. χωρίς εξετάσεις.

Ωστόσο παρόλες τις προσπάθειες της πολιτείας για αντιμετώπιση της ανεργίας στους θαλασσαιμικούς, το πρόβλημα αυτό εξακολουθεί να υφίσταται και να γίνεται πιο πιεστικό παραμένοντας άλυτο, λόγω του μεγάλου ανταγωνισμού, της έλλειψης προσφοράς εργασίας και των απαιτήσεων που θέτουν οι εργοδότες. (Loukopoulos D. 1996, pp76-86)

3.1. Παράγοντες που επηρεάζουν θετικά τα προγράμματα πρόληψης της Μ.Α.

Η αποτελεσματική πρόληψη έχει αρχίσει να υποστηρίζεται σαν η μοναδική λύση για την αντιμετώπιση της Μεσογειακής Αναιμίας, της σοβαρότητάς της και της συχνότητάς της στην Ελλάδα. Ωστόσο το σχέδιο της αποτελεσματικής πρόληψης χρειάστηκε πολλά χρόνια και πολλή προσπάθεια για να φέρει αποτελέσματα. Σύμφωνα με τον Λουκόπουλο (1996), παράγοντες που επηρεάζουν θετικά την εφαρμογή του προγράμματος πρόληψης είναι:

α) υψηλή ευαισθητοποίηση των μη ειδικών, οι οποίοι έρχονται σε επαφή με θαλασσαιμικούς ασθενείς που είναι ήδη καχεκτικοί και έχουν υποστεί παραμορφώσεις.

β) Η αυξημένη ενημέρωση και επίγνωση του κοινού ότι η Μ.Α. είναι μια γενετική κατάσταση που μπορεί να αποφευχθεί εάν οι φορείς αναγνωριστούν πριν φέρουν στη ζωή νοσούντα άτομα από τη Μ.Α.

γ) Η συνεισφορά των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης ειδικά της τηλεόρασης.

δ) Η αυξημένη ευαισθητοποίηση και αναγνώριση από την πολιτεία του γεγονότος ότι ο αριθμός των επιζώντων ασθενών μπορεί να αυξηθεί (εάν ληφθούν προληπτικά μέτρα ελέγχου) και η επίγνωση ότι η θεραπεία της Μ.Α. έχει γίνει πιο πολύπλοκη και δαπανηρή.

ε) Το γεγονός ότι οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας μπορούν να αντικαταστήσουν, με σωστό προγραμματισμό και αναθεώρηση προτεραιοτήτων, τους διαθέσιμους πόρους για τα προγράμματα ελέγχου, (για τον εντοπισμό των αιματολογικών ασθενειών της προγεννητικής και βρεφικής ηλικίας), σε προγράμματα πρόληψης των γενετικών και προγεννητικών συνθηκών.

στ) Η διευρημένη εφαρμογή της προγεννητικής διάγνωσης. Με αυτό, ζευγάρια σε κίνδυνο τολμούν να αποκτήσουν παιδιά και ετεροζυγώτες επιλέγουν το σύντροφό τους χωρίς καμιά επιφύλαξη, να παντρευτούν. (ό.π., σελ.77).

3.1.1. Προληπτικά προγράμματα για την Μ.Α. στην Ελλάδα

Πανεπιστημιακά Ιδρύματα έχουν διαδραματίσει τον βασικότερο ρόλο στη φάση του σχεδιασμού πρόληψης έχοντας κάνει εμπειριστατωμένη έκθεση στα προβλήματα που προκαλεί η Μ.Α. Επίσης με τη βοήθεια της τεχνολογίας στα ιατρικά εργαστήρια έχουν απλοποιηθεί και τυποποιηθεί οι τεχνικές διάγνωσης και εντοπισμού των φορέων της Μ.Α., όπως συμβαίνει με την τεχνική της αμνυοκέντησης, που αποτελεί το κυριότερο διαγνωστικό μέσο στον προγεννητικό έλεγχο.

Εκτός από την αρωγή της επιστήμης στην πρόληψη της Μ.Α. στην Ελλάδα έχουν γίνει βήματα μεγαλύτερα ή μικρότερα και από το Υπουργείο Παιδείας, τα Μ.Μ.Ε., τα Νοσοκομεία κ.λ.π.. Συγκεκριμένα αναφέρουμε ότι :

1) Το μεγάλο κεφάλαιο της θαλασσαιμίας περιλαμβάνεται στο βιβλίο βιολογίας που χρησιμοποιείται στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Όμως η ενημέρωση στα σχολεία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην ανώτερη και ανώτατη εκπαίδευση σε μεγάλο βαθμό εξαρτάται από την προσωπική ευαισθησία και ενδιαφέρον του διδακτικού προσωπικού, αλλά και από τις γνώσεις τους σχετικά με τη Μ.Α. Γι' αυτό απαιτείται να γίνουν ακόμα πολλά, όσο αφορά την πρόληψη της νόσου μέσω των σχολείων και των σχολών.

2) Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης συχνά παρουσιάζουν συνεντεύξεις ή δίνουν πληροφορίες που αφορούν ιατρικά θέματα και κυρίως αυτά που σχετίζονται με τις κληρονομικές ασθένειες που μεταδίδονται μέσω του αίματος.

3) Με το πέρασμα των χρόνων τα προληπτικά μέτρα για την Μ.Α. έχουν γίνει πολύ σημαντικά, μέχρι απαραίτητα. Ο φόβος των ειδικών για την Μ.Α. σαν ασθένεια με τεράστιες κοινωνικές διαστάσεις, σταδιακά εξαφανίστηκε σαν αποτέλεσμα της σημαντικής μείωσης του ετήσιου αριθμού των νεογέννητων και βρεφών με Μ.Α.. Εξάλλου η εντατική και επισταμένη ιατρική παρακολούθηση και συντηρητική θεραπεία των νεαρών ασθενών έχει προλάβει την εμφάνιση δυσμορφιών των οστών και ελλιπούς σωματικής ανάπτυξης που είχε ως αποτέλεσμα μέχρι πρόσφατα το κοντό ανάστημα. Τώρα οι νεαροί ενήλικες αναπτύσσονται κανονικά και φυσιολογικά σε σημείο να μην ξεχωρίζουν σαν κάτι το διαφορετικό από την υπόλοιπη κοινωνία.

4) Τα posters και τα φυλλάδια ευρύας ενημέρωσης σχετικά με τη Μ.Α. εξακολουθούν να αποτελούν ένα κύριο μέσο ενημέρωσης του κοινού, αλλά για κάποιους τελείως ανεξήγητους οικονομικούς λόγους δεν είναι δυστυχώς πάντοτε διαθέσιμα.

5) Από την άλλη πλευρά, όμως, οι ιατροί και κυρίως οι μαιευτήρες έχουν συνεισφέρει τα μέγιστα στη μείωση της νόσου επειδή συστήνουν στις έγκυες γυναίκες να ελεγχθούν για το αν είναι φορείς ή όχι της Μ.Α.. Αυτά τα tests για τον έλεγχο της Μ.Α. διενεργούνται εντελώς δωρεάν στα κέντρα ελέγχου για Μ.Α. που αποτελούν συνήθως παράρτημα των αιματολογικών εργαστηρίων ή των μονάδων μετάγγισης των περιφερειακών νοσοκομείων. Υπάρχουν περίπου 20 τέτοιου είδους εργαστήρια, που καλύπτουν ικανοποιητικά τις ανάγκες της χώρας.

6) Τα tests για ανίχνευση των φορέων της Μ.Α. πραγματοποιούνται και από το στρατό (τα αποτελέσματα όμως δεν ακολουθούνται από την αναλόγως συμβουλευτική υποστήριξη και κάλυψη) αλλά και από ιδιωτικά μικροβιολογικά εργαστήρια (τα οποία όμως δεν υπάρχει η δυνατότητα να ελεγχθούν για την ακρίβεια των αποτελεσμάτων τους και σαν επακόλουθο πάνω από 12 παιδιά να έχουν γεννηθεί με Μ.Α. παρόλο

που τα αποτελέσματα των εργασιών που δόθηκαν στους μέλλοντες γονείς ήταν αρνητικά). (ό.π.,σελ.78-79)

Η όλη αυτή προσπάθεια της πρόληψης δεν προχωράει πάντα ομαλά και πολλά διοικητικά προβλήματα συχνά παρακωλύουν ή και αποθαρρύνουν τις προσπάθειες του προσωπικού για πρόληψη. Έχουν προταθεί από τις αρχές και ομάδες επιστημών πολλές φορές, τα tests για ανεύρεση των φορέων της Μ.Α. να γίνουν υποχρετικά. Όμως έχουν πάντα θεωρηθεί αντισυνταγματικά και επιπλέον δεν μπορούν να διατεθούν γενικά σ'όλο τον πληθυσμό.

7) Στις οργανωμένες μονάδες των νοσοκομείων, όταν και οι δύο σύντροφοι ή σύζυγοι βρεθούν να είναι ετερόζυγοι ως προς τη Μ.Α., τότε τους συνιστάται να συζητήσουν την περίπτωση με την εκπαιδευμένη και ειδικευμένη Κοινωνική Λειτουργό και τους προσφέρεται επίσης, η δυνατότητα του προγεννητικού ελέγχου. Αυτό βέβαια αποτελεί τον κανόνα. Οι εξαιρέσεις είναι σπάνιες και οφείλονται συνήθως σε λόγους θρησκευτικούς ή λόγους παραπληροφόρησης ή παντελούς έλλειψης πληροφόρησης. Ο συνολικός αριθμός των περιπτώσεων που έχουν μέχρι τώρα εξετασθεί υπερβαίνει τις 5.000, ο μέσος ετήσιος αριθμός των εξετασθέντων ζευγαριών είναι περίπου 500 και έτσι καλύπτονται οι ανάγκες της χώρας (σχεδόν 100.000 γεννήσεις κάθε χρόνο, 500 με 600 απ'αυτές βρίσκονται σε κίνδυνο να εμφανίσουν κάποια κληρονομική αιμοσφαιρινοπάθεια). (ό.π.,σελ.80)

8) Με το πέρασμα των χρόνων η εξέταση δείγματος εμβρυικού αίματος την 20η εβδομάδα της εγκυμοσύνης έχει αντικατασταθεί με εξέταση της χωριακής γοναδοτροπίνης την 10η εβδομάδα προς μεγάλη ανακούφιση των εγκύων που υποβάλλονται στη διαδικασία και έτσι έχουν τη δυνατότητα να προχωρήσουν στην επιβεβλημένη έκτρωση όταν τα αποτελέσματα δεν είναι επιθυμητά. Οι εξετάσεις αυτές γίνονται δωρεάν σ'όλες τις γυναίκες που τους έχει απαιτηθεί.

Το εθνικό πρόγραμμα της πρόληψης της Μ.Α. άρχισε να επιφέρει αποτελέσματα στις αρχές του '70 σαν αποτέλεσμα της συνεργασίας των ερευνητών και υπευθύνων σε θέματα Υγείας.

9) Ο προγεννητικός έλεγχος ξεκίνησε το 1977. Σήμερα ολόκληρο το πρόγραμμα αυτό αποτελεί ένα ξεχωριστό οργανισμό που υποστηρίζεται από το κράτος. Όταν επεξεργαζόμαστε τις διαφορετικές λεπτομέρειες και από τα στοιχεία που διαθέτουμε προκύπτει ότι το σύστημα είναι πολύ μακριά από την ιδανική μορφή και επιζητά εναγωνίως να βρεθεί λύση άμεση για πολλά οργανωτικά, οικονομικά, διοικητικά προσωπικά και τεχνικά προβλήματα που προκύπτουν κατά την εφαρμογή του προγράμματος πρόληψης της Μ.Α. στην Ελλάδα.

Αλλά από την άλλη πλευρά δεν χωράει αμφιβολία ότι το υπάρχων σύστημα πρόληψης, έστω με τη μορφή που παρουσιάζεται σήμερα και τα μειονεκτήματά του, έχει αποδειχθεί πολύ αποτελεσματικό με την έννοια ότι έχει σημαντικά μειώσει τον αριθμό των νεογέννητων και βρεφών με Μ.Α. και έχει επιτρέψει σε πολλά ζευγάρια που διαφορετικά θα ζούσαν δυστυχισμένα, και χωρίς παιδιά, να αποκτήσουν 1 ή περισσότερα υγιή παιδιά. (Loukoroulos D., 1996, pp76-86)

3.1.2. Πρόσφατη έρευνα για τις αιμοσφαιρινοπάθειες στην Ελλάδα

Το 1984-1985 πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα έρευνα και αφορούσε τον προγεννητικό έλεγχο για τη Μ.Α. και τις αιμοσφαιρινοπάθειες. Σ' αυτήν εξετάστηκαν 1500 περιπτώσεις. Τα αποτελέσματα της έρευνας ανακοινώθηκαν στην Ευρωπαϊκή συνάντηση που έγινε το 1995 στην Ινσταμπούλ. Από αυτή προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: Ο αριθμός των θετικών διαγνώσεων είναι σταθερά κυμαινόμενος γύρω στο προβλεπόμενο 25%, θεωρώντας σα δεδομένο φυσικά, ότι δεν υπάρχουν λανθασμένα θετικά αποτελέσματα. Τα αρνητικά λανθασμένα αποτελέσματα δεν ξεπερνούν το 20% στα 5.300 tests.

Το πιο σημαντικό είναι ότι ο αριθμός των νέων ασθενών που έχει διαγνωσθεί στα μεγαλύτερα νοσοκομεία της χώρας μας, όπου καταφεύγουν για μετάγγιση, έχει ευτυχώς μειωθεί δραστικά, δεν έχει όμως δυστυχώς μηδενιστεί. Μέσα στα 5 τελευταία χρόνια περίπου, αυτός

ο αριθμός έχει διαφοροποιηθεί και κυμαίνεται από 10 έως 15 νέα περιστατικά κάθε χρόνο. Αυτό που χρειάζεται να επισημανθεί είναι ότι αν δεν είχαν ληφθεί προληπτικά μέτρα ο αριθμός των παιδιών που αναμενόταν να νοσήσει από Μ.Α. θα άγγιζε περίπου αυτό των 100 έως 120 νέων περιστατικών κάθε χρόνο. Αυτό σημαίνει, ότι τα προληπτικά μέτρα που έχουν εφαρμοσθεί είναι τα πλέον ενδεδειγμένα και αποτελεσματικά; Σίγουρα όχι. Έχουν όμως συμβάλλει αρκετά. Μάλιστα είναι ανάγκη να εντατικοποιηθούν.

Μερικοί από τους παράγοντες που εντοπίστηκαν για την αύξηση των κρουσμάτων με Μ.Α. είναι:

1) Οι περιπτώσεις άγνοιας από τους μέλλοντες γονείς οι οποίες βρέθηκαν σχετικά λίγες. 2) Επίσης, αρκετά εντυπωσιακό είναι το φαινόμενο ότι οι περισσότερες περιπτώσεις οφείλονταν σε: α) σε αδιαφορία, β) σε αδυναμία εντοπισμού αναγνώρισης της πατρότητας (κυρίως στις περιστασιακές σχέσεις όταν οι άνδρες σύντροφοι εναλλάσσονται), γ) σε ανεξέλεκτες, μεθόδους τεχνητής γονιμοποίησης και δ) σε λανθασμένα αρνητικά αποτελέσματα κατά τον προγεννητικό έλεγχο όπου στους μέλλοντες γονείς δίνονταν αρνητικές απαντήσεις για το αν είναι φορείς της Μ.Α. πράγμα που στη συνέχεια αποδεικνύονταν λανθασμένο συνοδευόμενο πάντα βέβαια με όλες τις συνέπειες που το ακολουθούν.

Δεν υπάρχει αμφιβολία πως όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορούν να προληφθούν με την εφαρμογή ποιοτικού και αυστηρού ελέγχου σε όλα τα επίπεδα και με την αύξηση της ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού, επισημαίνοντας και τονίζοντας ότι τα γονίδια της Μ.Α. είναι ακόμα υπαρκτά ανάμεσα στους Έλληνες-ακόμα και αν η ασθένεια έχει πάψει να εντοπίζεται τόσο συχνά όσο στο παρελθόν. Γι' αυτό όλοι μας δεν πρέπει να εφησυχάζουμε και να αδρανούμε μπροστά σε ένα επικείμενο νέο περιστατικό όπου οι πιθανότητες είναι ακόμα μεγάλες να εμφανισθεί. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα του Ελληνικού προγράμματος είναι μοναδική επειδή αφορά και περιλαμβάνει ολόκληρο το έθνος με ένα πληθυσμό ο οποίος είναι άνισα διανεμημένος και διασκορπισμένος ως επί το πλείστον, σε βουνά, πεδιάδες και νησιά.

(Boussiou -M, Karababa P, Sinoroulou K, 1995,-Loukopoulos D: Karababa P, Antsaklis A,1984,- Loukopoulos D, Hadji A, Papadakis M,1994 ,pp 474, pp 357-375 & pp 226- pp 236).

3.2. Συνέντευξη από τον Πρόεδρο της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Συλλόγων Μεσογειακής Αναιμίας

<< Βρισκόμαστε στο τέλος ενός αιώνα που έφερε τεράστιες αλλαγές στα προβλήματα της Μ.Α.. Στους 37 αιώνες παρουσίας της Μ.Α. στην χώρα μας μόλις τα τελευταία χρόνια είχαμε θεαματικά αποτελέσματα στην υγεία και τις κοινωνικές παροχές.Είμαστε υποχρεωμένοι χωρίς να λησμονούμε το χθες να προδιαγράψουμε το αύριο.Σε δυο χρόνια ανατέλλει ο 21ος αιώνας.Είναι χρέος μας να σχεδιάσουμε την πορεία μας στα δρώμενα των μεγάλων εξελίξεων. Είναι σίγουρο ότι στην αρχή του 21ου αιώνα θα μιλήσουμε για πρόβλημα της τρίτης ηλικίας των θαλασσαιμικών .

Με οράματα και πλήρες συναίσθημα ευθύνης απέναντι σ'ένα χώρο που δεν βρίσκεται μόνο σε κατάσταση αποκλεισμού από το κοινωνικό σύνολο αλλά και σε αποκλεισμό από το ίδιο το οικογενειακό τους περιβάλλον. Οι θαλασσαιμικοί έχουν υποστεί φθορά ηθικού και κοινωνικού διασειρμού.

Η πορεία της Ομοσπονδίας των συλλόγων για τη Μ.Α.για τον 21ο αιώνα, είναι μια πορεία οργάνωσης και λειτουργίας Πανελλαδικά. Οφείλουμε να αντιληφθούμε ότι η δομή της πρέπει να γίνει με όρους μαζικούς, με τη μορφή ενός κοινωνικού κινήματος. Άσχετα με την ψυχολογική αντιμετώπιση των θαλασσαιμικών, η Μ.Α. και η εξέλιξή της αποτελεί σήμερα μια ελεγχόμενη πάθηση με προβλέψιμη πορεία στις περισσότερες των περιπτώσεων. Το εξελιγμένο ιατρικό πρωτόκολλο παρακολούθησης, οι συγκεκριμένες γνώσεις του ιατρικού κόσμου και η ύπαρξη ενός επαρκούς αριθμού ειδικευμένων επιστημόνων αποτελούν μία εγγύηση για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των προβλημάτων και δευτερογενών επιπλοκών της Μ.Α.. Με άλλα λόγια ενώ στα πρώτα

χρόνια όταν η Μ.Α. άρχισε να αντιμετωπίζεται σε μαζικό επίπεδο, δηλαδή στην εικοσαετία 1950-70, οι θαλασσαιμικοί και κυρίως οι οικογένειες τους τότε, είχαν να αντιμετωπίσουν όχι μόνο την κοινωνική προκατάληψη που μεταφραζόταν σε «τι τρέχεις τώρα» , αλλά και την άγνοια του ιατρικού κόσμου σχετικά με την αντιμετώπιση του προβλήματος. Η πιο συνηθισμένη πρακτική ήταν «βλέποντας, κάνοντας, μαθαίνοντας» , μέθοδοι που είχε μερικά μικρά μειονεκτήματα για όλους, κυρίως σύγχυση των γιατρών και αλλαγή κατεύθυνσης των πασχόντων. Στο διάστημα όμως αυτό, αργά και επώδυνα, το ιατρικό προσωπικό προχώρησε σε μία εξειδίκευση υψηλού επιπέδου, το πρωτόκολλο παρακολούθησης σταθεροποιήθηκε και κάλυψε όλες σχεδόν τις δυνατές επιπλοκές ενώ η εφαρμογή της αποσιδήρωσης επέκτεινε την βιωσιμότητα στα ανώτερα όρια.

Σήμερα στην Ελλάδα υπάρχουν πολλοί γιατροί και νοσοκομεία με θεμελιωμένες και βαθιές γνώσεις στην Μ.Α. που μπορούν να προσφέρουν βοήθεια για τις περισσότερες περιπτώσεις. Με λίγα λόγια υπάρχει σήμερα στην Ελλάδα για την Μ.Α. διαθέσιμη περίθαλψη υψηλού επιπέδου σ'όλους τους τομείς. Πρέπει να επισημανθεί εδώ, ότι αντίθετα από ότι πιστεύουν πολλοί, η ιατρική αντιμετώπιση της Μ.Α. στην Ελλάδα είναι ποιοτικά ανώτερη από τις περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης.

Το κυριότερο πρόβλημα είναι ότι η ειδικευμένη αυτή γνώση είναι συγκεντρωμένη σε μερικά μόνο νοσοκομεία, κυρίως στην Αθήνα και μερικές άλλες πόλεις, ενώ έξω από αυτούς τους «θύλακες» επικρατεί χαώδης άγνοια των γιατρών και οι θαλασσαιμικοί αντιμετωπίζονται σαν εξωγήϊνοι με δραματικές συνέπειες.

Ταυτόχρονα έχει παρατηρηθεί μεγάλη άγνοια των ίδιων των θαλασσαιμικών σχετικά με το τι πρέπει να κάνουν όσον αφορά την παρακολούθηση του εαυτού τους. Θεμελιώδη ζητήματα θεωρούνται ενοχλητικές «λεπτομέρειες» και ένα μεγάλο ποσοστό θαλασσαιμικών περιορίζουν τη φροντίδα για τον εαυτό τους την μετάγγιση και την αποσιδήρωση και αυτό όχι πάντα. Χωρίς να εξετάσουμε εδώ τους λόγους αυτής της απάθειας πιστεύουμε ότι σήμερα κάθε ένας και κάθε μία

πρέπει να έχουν μια προσωπική γνώση και άποψη για την παρακολούθηση του εαυτού τους και να επεμβαίνουν ενεργά σε αυτή. Η έλλειψη απλής και «λαϊκής» πληροφόρησης αποτελεί ένα μεγάλο εμπόδιο. Θαλασσαιμικοί από την Επαρχία αλλά και την Αθήνα ψάχνουν τυφλά για ένα απλό τηλέφωνο ή μια διεύθυνση τις περισσότερες φορές από κάποιον γνωστό φίλο ή γιατρό. Για αυτούς τους λόγους φτιάξαμε έναν απλό πλήρη οδηγό που περιλαμβάνει τις κυριότερες οδηγίες του θεραπευτικού πρωτοκόλλου.

Περιέχονται απλές αλλά θεμελιώδεις οδηγίες, τηλέφωνα ιατρών και γενικά ότι κρίνουμε ότι θα πρέπει να υπάρχει διαθέσιμο ανά πάσα στιγμή. Ο οδηγός αφορά όλες τις ειδικότητες από γιατρούς αλλά και νοσοκομεία των Αθηνών, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι και τα περιφερειακά νοσοκομεία των άλλων πόλεων δεν παρέχουν ανάλογες υπηρεσίες. Το γεγονός όμως ότι για κάθε δύσκολη περίπτωση από όλη την Ελλάδα παραπέμπονται στην Αθήνα, λέει από μόνο του κάτι. Παράλληλα με τον οδηγό που περιέχει σύντομες πληροφορίες για γιατρούς κ.λπ. παρατίθεται μια σύντομη παρουσίαση για την συνολική θεραπευτική αντιμετώπιση της Μ.Α. από τον ίδιο το θαλασσαιμικό. Τα περισσότερα στοιχεία βέβαια είναι χλιοειπωμένα θέματα, πράγματα που έχουν αναφερθεί σε συνεντεύξεις, συνέδρια, ημερίδες κ.λπ., αλλά παρόλα αυτά πιστεύουμε ότι μία συνοπτική παρουσίαση για χρήση των θαλασσαιμικών, γραμμένη με απλή διατύπωση είναι χρήσιμη.

Στο ερώτημα «Τι είναι Μ.Α.» έχω την αίσθηση ότι μόνο με ένα τρόπο μπορεί κανείς να απαντήσει: με ονόματα. Μ.Α. είναι ο Αλέξης, ο Νίκος, ο Χρήστος, η Κατερίνα. Είναι η Ρίτα και η Γωγώ. Μ.Α. ήταν η Κική...3000 και πλέον άνθρωποι στην Ελλάδα και πολλοί περισσότεροι σε όλο τον κόσμο, με κοινές εικόνες και σκέψεις αναπόφευκτα ίδιες. 3000 ψυχές που με αγωνία, σε κάποια φάση της ζωής τους προσπάθησαν να δώσουν την δική τους απάντηση στο μεγάλο «γιατί». Άλλες τα κατάφεραν, άλλες όχι. Βλέποντας πίσω, πιστεύω ότι όσο και να προσπαθεί κανείς, δε μπορεί να απαντήσει σε αυτό το ερώτημα, όπως ίσως δεν μπορεί να απαντήσει και στα τόσα άλλα «γιατί» της ζωής του.

Ο μόνος τρόπος να αποφύγει κανείς αυτή την παγίδα, είναι η αποδοχή της Μ.Α. Η αποδοχή του εαυτού του μέσα από την Μ.Α.. Όλοι είμαστε σίγουροι ότι θα είμασταν διαφορετικοί, αν δεν είχαμε Μ.Α.

Είναι παραδεκτό, ότι οι αρνητικές εμπειρίες ωριμάζουν τους ανθρώπους, τους προκαλούν να σκέφτονται, να ψάχνονται. Όχι όλους, θα ήταν ψέμα να υποστηρίξουμε κάτι τέτοιο. Ο βαθμός ωριμότητας ενός ατόμου που βγαίνει μέσα από μια τέτοια εμπειρία, είναι συνάρτηση του χαρακτήρα του που έχει πάλι διαμορφωθεί από τα βιώματά του μέσα και έξω από την Μ.Α..

Μέσα από την Μ.Α., πιστεύω, βλέπουμε καθαρά αυτό που χιλιάδες άλλοι άνθρωποι χωρίς Μ.Α. καθημερινά προσπερνάνε : την πρόκληση για ζωή. Παρά τα όσα διαβεβαιώνουν οι επιστήμονες, ένας θαλασσαιμικός δεν μπορεί ποτέ να είναι σίγουρος για ένα πράγμα: το τι θα φέρει το αύριο. Θα μπορούσε βλέπετε κάποιος να υποστηρίξει ότι αυτό ισχύει για όλους τους ανθρώπους. Πράγματι κανείς δεν έχει υπογράψει συμβόλαιο που να του εξασφαλίζει το αύριο. Εμείς όμως έχουμε το προνόμιο η Μ.Α. να μας υπενθυμίζει συνέχεια, αυτό που οι άλλοι άνθρωποι ξεχνάνε: ότι η ζωή είναι όμορφη. Το πόσο έχει ψάξει στην ζωή του και το αν το μήνυμα έχει επιτέλους φτάσει στον προορισμό του φαίνεται από την εικόνα που βγάζει προς τα έξω, από την στάση ζωής του.

Τώρα ας προσεγγίσουμε με αδρές γραμμές το πρόβλημα της Μ.Α. στην Ελλάδα αλλά και στις χώρες του εξωτερικού. Ο αριθμός των ατόμων με Μ.Α. στην Ελλάδα ξεπερνά τις 3000 από τα οποία τα 2000 άτομα βρίσκονται στην Αθήνα συχνά ποερχόμενα από την επαρχία, έχοντας απώτερο σκοπό να βρουν καλύτερη θεραπεία. Αξιοσημείωτο είναι ότι αν δεν λαμβάνονται μέτρα πρόληψης, κάθε χρόνο θα προστίθενται 100-200 νέα άτομα. Όλοι οι άρρωστοι έχουν ανάγκη από τακτική ιατρική παρακολούθηση σ'όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Η πνευματική τους ανάπτυξη είναι φυσιολογική, ωστόσο όμως, τα προβλήματα της υγείας τους, οι συχνές μεταγγίσεις αίματος ακόμη και τα ευνόητα ψυχολογικά και οικογενειακά προβλήματα αποτελούν

τροχοπέδη στην ομαλή ένταξή τους στο ενεργό δυναμικό της κοινωνίας μας.

Η επίπτωση της β-Μ.Α. στην Ελλάδα είναι σχετικά υψηλή. Σύμφωνα με διάφορες μελέτες η μέση συχνότητα των ετεροζυγωτών είναι περίπου 8%. Το ποσοστό όμως ποικίλλει από 3% στον πληθυσμό της Μακεδονίας μέχρι 15% στον πληθυσμό της Δυτικής Ελλάδος (Ιόνια νησιά, πεδινή Ήπειρος, Ηλεία) της πεδινής Θεσσαλίας (Καρδίτσα) κ.ά. Οι αριθμοί αυτοί υποδηλώνουν ότι κάθε χρόνο στον Ελληνικό χώρο γεννιούνται 100-150 παιδιά με ομόζυγη (σε ευρεία έννοια) μορφή Μ.Α. και διαφόρων συνδυασμών της με άλλες αιμοσφαιρινοπάθειες. Όσον αφορά τον Ν.Αχαΐας και σύμφωνα με τα στοιχεία του κατατόπου συλλόγου μας ο αριθμός των παιδιών και ενηλίκων που μεταγγίζονται στα 2 Κέντρα της Μ.Α.: Π.Π.Γ.Ν.Πατρών, Καραμανδανείου, είναι 250 άτομα. Την δεκαετία που διανείμεθα ο αριθμός των νοσούντων έχει μειωθεί αισθητά χωρίς ωστόσο να έχει εκμηδενιστεί. Σε όλη την Ελλάδα έχει υπολογιστεί ότι εμφανίζονται 9 κρούσματα το χρόνο. Ωστόσο τα 2 τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια μικρή άνοδος των γεννήσεων παιδιών με Μ.Α., λόγω της ανεξέλεγκτης μετανάστευσης αλλοδαπών από χώρες της Ανατολικής Ευρώπης (Αλβανίας, Βουλγαρίας κ.τ.λ.), Τουρκίας, Ασίας (Πακιστάν, Σαουδ.Αραβία κτ.λ.), χώρες του Τρίτου κόσμου.

Η Μ.Α. εξακολουθεί να υφίσταται ακόμη και σήμερα. Ενοχοποιητικοί παράγοντες δεν είναι μόνο η μετανάστευση αλλά και ο τρόπος σκέψης και ιδιοσυγκρασίας του πληθυσμού.

Είναι φιλοσοφία ζωής: από την στιγμή που γίνεται γνωστό ότι ένα παιδί πρόκειται να γεννηθεί με Μ.Α. επισέρχονται διάφορα κριτήρια όπως ηθικής και θρησκευτικής τάξεως, νοοτροπίας, ευαισθητοποίησης και ευσυνειδησίας των μελλοντικών γονιών για αποδοχή ή μη ενός παιδιού με Μ.Α.

Στην Ελλάδα από το 1974 άρχισε να εφαρμόζεται πρόγραμμα πρόληψης για την Μ.Α.. Έχουν δημιουργηθεί 27 κέντρα-μονάδες σε όλο τον Ελλαδικό χώρο. Το 1974 καταργήθηκε με νόμο το εμπόριο αίματος. Αυτό αποτέλεσε ένα σημαντικό βήμα ώστε να αποφεύγετε η μετάδοση

λοιμωδών νοσημάτων και τα άτομα με Μ.Α. να προστατεύονται από την εκμετάλλευση που δημιουργούσε η έλλειψη αίματος.

Η οργάνωση της πρόληψης για την Μ.Α. και των κέντρων που ασχολούνται με αυτήν βρίσκεται ακόμα σε χαμηλά επίπεδα. Αυτό προκαλείται: 1. από λάθη που κάνουν ιδιωτικά εργαστηριακά κέντρα τα οποία δεν είναι εξειδικευμένα. 2. εξ αιτίας του γεγονότος ότι πολλές περιοχές της Ελλάδας είναι υποβαθμισμένες με αποτέλεσμα να μην τους έχει επισκεφθεί ποτέ γυναικολόγος και τα μέτρα που λαμβάνονται από τα κέντρα λήψης αποφάσεων δεν τους έχουν αγγίξει. 3. ο υποχρεωτικός προγεννητικός έλεγχος που είχε ψηφιστεί κατά την διάρκεια της δικτατορίας κρίθηκε αντισυνταγματικός και καταργήθηκε. Άτυπα τον εφαρμόζει η Εκκλησία, ωστόσο πολλά ζευγάρια που είναι φορείς αγνοούν το γεγονός αυτό, γεννώντας παιδιά με Μ.Α. 4. Η έλλειψη ευαισθητοποίησης των Υπουργείων Υγείας & Παιδείας, των ΜΜΕ και κάθε φορέα που ασχολείται με τα θέματα Δημόσιας Υγείας έχει προκαλέσει την έλλειψη σωστού προγραμματισμού για την πρόληψη της Μ.Α.

Αυτό που είναι πιο σημαντικό και πρέπει να τονισθεί αφορά τις επιπλοκές που προκαλεί η Μ.Α. Το 30-40% των θαλασσαιμικών πάσχουν από σαχαρώδη διαβήτη, το 65% από Ηπατίτιδα C, το 20% έχει νοσηλευτεί για κύρωση ήπατος και το 5% αυτών που έχει νοσηλευτεί έχει πεθάνει.

Ένα άλλο στοιχείο που συνοδεύει την Μ.Α. είναι ο κοινωνικός ρατσισμός και αποκλεισμός από τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Δεν πρέπει όμως να αγνοούμε και τις προσπάθειες που έχει κάνει μέχρι τώρα το κράτος για να βελτιώσει τις συνθήκες διαβίωσής μας: μπορούμε να εισαχθούμε στις Σχολές της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης χωρίς εξετάσεις, μας χορηγούν δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, έχουν βελτιωθεί οι μονάδες πρόληψης της Μ.Α. με την ένταξή τους στο Ε.Σ.Υ.. Μπορούμε να αποκτήσουμε αυτοκίνητο αφορολόγητο και βγαίνουμε σε σύνταξη στη 15ετία. Η Ομοσπονδία των θαλασσαιμικών υπάγεται στην εθνική Συνομοσπονδία ατόμων με Ειδικές Ανάγκες και απολαμβάνουμε τις παροχές που προσφέρονται σ' αυτή.

Όσον αφορά τα ποσοστά της Μ.Α. στην Ευρώπη και στις άλλες χώρες του Εξωτερικού σύμφωνα με την Π.Ο.Υ., η Ιταλία παρουσιάζει το μεγαλύτερο αριθμό θαλασσαιμικών (8000 άτομα). Η Γαλλία επίσης και η Αυστραλία παρουσιάζουν μεγάλο ποσοστό το οποίο έχει αρχίσει να μειώνεται χάρη στην οργανωμένη καμπάνια που εφαρμόζουν κυρίως στους συλλόγους των μεταναστών. Στην Ισπανία και την Πορτογαλία γίνεται ενημέρωση για την πρόληψη της Μ.Α. στους ραδιοφωνικούς σταθμούς και την τηλεόραση.

Το σύνολο των θαλασσαιμικών σε όλο τον κόσμο αγγίζει τα 2.000.000 σύμφωνα με την Π.Ο.Υ.. Τα μεγαλύτερα ποσοστά φορέων με Μ.Α. έχουν εντοπισθεί στην Σαουδ. Αραβία, Ρωσία και τις χώρες του Τρίτου κόσμου (Ταϊλάνδη, Φιλιππίνες, Ινδία), ενώ το μικρότερο ποσοστό που είναι σχεδόν μηδενικό παρουσιάζει η Κύπρος λόγω της εφαρμογής νόμου της Εκκλησίας που απαγορεύει το γάμο σε ζευγάρια που δεν έχουν υποβληθεί σε προγεννητικό έλεγχο. Όσον αφορά την Ελλάδα μπορεί το επίπεδο της πρόληψης να είναι ακόμα χαμηλό, έχουμε όμως καλή θεραπευτική αγωγή.

3.2.1. Τι είναι Παγκόσμια Ομοσπονδία θαλασσαιμίας (Τ.Ι.Φ.)

Σύμφωνα με τον κ. Σοφιανό, το (Τ.Ι.Φ.) είναι η Διεθνής Ομοσπονδία Μ.Α.. Τα μέλη της είναι σύλλογοι χωρών που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της Μεσογειακής Αναιμίας. Σήμερα όπου η Μ.Α. συναντάται και σε χώρες μακριά από τη Μεσόγειο (γι' αυτό έχει μετονομασθεί σε θαλασσαιμία), ο κατάλογος των μελών του Τ.Ι.Φ. μεγαλώνει συνέχεια. Χώρες μέλη των Τ.Ι.Φ. είναι : Αργεντινή, Αυστραλία, Αζερμπαϊτζάν, Μπαχρέϊν, Βραζιλία, Καναδάς, Κύπρος, Ντουμπάϊ, Αίγυπτος, Γαλλία, Ινδία, Ινδονησία, Ιράν, Ισραήλ, Ιταλία, Ιορδανία, Κουβέϊτ, Λίβανος, Μαλαισία, Μάλτα, Μαλδίβες, Πακιστάν, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σαουδική Αραβία, Νότιος Αφρική, Ελβετία, Ταϊβάν, Ταϊλάνδη, Τρινιντάντ, Τουρκία, Τυνησία, Αγγλία και ΗΠΑ.

Το T.I.F. ιδρύθηκε στην Αθήνα το 1985 και σύμφωνα με το καταστατικό του, βασικός τους στόχος είναι η ανακούφιση των πασχόντων από Μ.Α. και η προώθηση της θεραπείας παγκοσμίως. Πιο απλά, στόχος του είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής των θαλασσαιμικών μέχρι την τελική θεραπεία. Ένας άλλος πολύ βασικός στόχος του T.I.F. είναι η δημιουργία συλλόγων πασχόντων εκεί όπου δεν υπάρχουν και η ενδυνάμωση των ήδη υπάρχόντων, ώστε οι θαλασσαιμικοί να διεκδικούν το δικαίωμά τους για μία καλύτερη θεραπεία.

Το T.I.F. διοικείται από Διοικητικό Συμβούλιο στο οποίο σήμερα συμμετέχουν οι παρακάτω χώρες εκπροσωπούμενες από τους συλλόγους τους: ΗΠΑ, Αγγλία, Αυστραλία, Ελλάδα, Κύπρος, Καναδάς, Ιταλία. Τα έσοδα του T.I.F. προέρχονται από δωρεές, καθώς και από συνδρομές των μελών του. Μέσα στις δραστηριότητες που αναπτύσει το T.I.F., είναι και η προσπάθεια για διαρκή ενημέρωση σε χώρες όπου η Μ.Α. αποτελεί μείζον πρόβλημα και η ενημέρωση των πασχόντων είναι ανεπαρκής. Μέσα στα μέτρα του για βελτίωση της ποιότητας ζωής, των θαλασσαιμικών περιλαμβάνονται και επισκέψεις αντιπροσωπειών του, σε χώρες που αντιμετωπίζουν προβλήματα, στην εφαρμογή σωστή, θεραπευτικής για τη Μ.Α. π.χ. οι πιο πρόσφατες επισκέψεις που έγιναν στα πλαίσια αυτά ήταν στην Αίγυπτο, τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα (Ντουμπαί, Ιράν).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

4. Η Μ.Α. ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

4.1. Εννοιολογική προσέγγιση

Κοινωνικό πρόβλημα εννοούμε το πρόβλημα που τίθεται από το αίσθημα δυσαρέσκειας που δημιουργείται σε σημαντικά τμήματα του πληθυσμού εξ αιτίας της σημερινής κατάστασης της κοινωνίας, της θέσεως ατόμων και κοινωνικών ομάδων και από τις ομαδικές αντιδράσεις που προκαλεί το αίσθημα αυτό της δυσαρεσκείας. Εάν λοιπόν και εφόσον δημιουργείται δυσαρέσκεια σε σημαντικό τμήμα του πληθυσμού, καταγράφεται μία ομαδική αντίδραση και έτσι αναγνωρίζεται ένα κοινωνικό πρόβλημα.

Θεωρείται λανθασμένα ότι ένα άτομο έχει κοινωνικό πρόβλημα. Το κοινωνικό πρόβλημα δεν μπορεί εξ'ορισμού να είναι ατομικό εφ' όσον είναι κοινωνικό, και προφανώς δεν περιορίζεται σε στενά πλαίσια επειδή είναι συλλογικό.

Η έννοια λοιπόν των κοινωνικών προβλημάτων περιλαμβάνει :

1. Πολιτισμική σχετικότητα, επειδή ένα πρόβλημα για μια ομάδα δεν ισχύει κατ'ανάγκη και για μια άλλη (π.χ. ενός είδους ανεργίας, η ανεργία στους νέους. Ένα είδος κληρονομικής ασθένειας π.χ. Μ.Α. ή οι επιπτώσεις της ασθένειας της Μ.Α. στη ζωή των νοσούντων από αυτή).
2. Η φύση των κοινωνικών προβλημάτων αλλάζει κατά καιρούς, επειδή είναι δυναμική στην ουσία της (π.χ. ιστορική εξέλιξη της φτώχειας, οι «νεόπτωχοι» στην Ευρωπαϊκή Ένωση).
3. Συνυπάρχει μια πολιτική διάσταση. Στα κοινωνικά προβλήματα φαίνεται να είναι αποτέλεσμα των διαδικασιών της κοινωνικής αλλαγής που δημιουργεί συγκρούσεις μεταξύ των ομάδων, όταν για παράδειγμα, γίνεται αποδεκτό το αίτημα μιας ομάδας που έχει επιπτώσεις στη συμπεριφορά των άλλων. π.χ. η δυσαρέσκεια που δημιουργείται σε

διάφορες κοινωνικές ομάδες λόγω των ευκαιριών που δίνονται στα άτομα με Μ.Α. και αφορούν κυρίως την εκπαίδευση και εργασία τους.

Επειδή τα κοινωνικά προβλήματα εξ'ορισμού δεν είναι ατομικά, πρέπει να λυθούν συλλογικά. Κοινωνική πολιτική είναι οι πολιτικοί θεσμοί σε μια κοινωνία, οι νόμοι, η διακυβέρνηση και η δράση της πολιτείας που επηρεάζει τις κοινωνικές σχέσεις των ανθρώπων και συγχρόνως τη σχέση τους με τη κοινωνία στην οποία ζουν.

Σκοπός της κοινωνικής πολιτικής είναι ή τουλάχιστον πρέπει να είναι, η εξάλειψη της φτώχειας, η ανωτατοποίηση/ μεγιστοποίηση της πρόνοιας και η επιδίωξη της ισότητας. Τα δεδομένα του κοινωνικού προβλήματος, δηλαδή τα στοιχεία από τα οποία γεννιέται ή μπορεί να γεννηθεί η δυσарέσκεια, μορφή υπό την οποίαν το πρόβλημα πέρνει μιαν συγκεκριμένη έκφραση, αποτελούν ένα πολύπλοκο σύνολο για την διαμόρφωση του οποίου συμβάλλουν συγχρόνως οι οικονομικοί παράγοντες, οι ιδεολογικοί παράγοντες (συνειδητοποίηση της αδικίας του υπάρχοντος κοινωνικού καθεστώτος, η δυνατότητα να αντιμετωπιστούν επιτυχώς οι κοινωνικές ανισότητες, η αντίδραση των μαζών), οι οικογενειακοί όροι ζωής, (το επίπεδο του εισοδήματος, το εισόδημα της περιοχής-αγροτικές καλλιέργειες, κτηνοτροφία, βιοτεχνίες, βιομηχανίες, εμπόριο...), τα υλικά στοιχεία του βιοτικού επιπέδου: η υγεία, η διατροφή, η κατοικία, ο ρουχισμός, η ψυχαγωγία. Οι όροι εργασίας, ο βαθμός της ασφαλείας του βιοτικού επιπέδου του ατόμου ή της οικογένειας, η κοινωνική διάρθρωση, οι μελλοντικές δυνατότητες, τα κοινοτικά προβλήματα (οξύτερο πρόβλημα της κοινότητας, με μεμονωμένες προβληματικές περιπτώσεις).

Οι συνθήκες ζωής και οι κοινωνικές διαρθρώσεις γίνονται αισθητές σαν αδικίες στο μέτρο που διατηρούνται, στο μέτρο που τα άτομα έχουν το αίσθημα ότι δεν μπορούν να ξεφύγουν από τις συνθήκες που ζουν, δεν μπορούν να βελτιώσουν την τύχη τους στην κοινωνική κλίμακα, στο μέτρο που έχουν το αίσθημα ότι δεν τους παρέχονται οι απαιτούμενες ευκαιρίες.

Χαρακτηριστικό του κοινωνικού προβλήματος είναι αμφίβολα αν αυτό θα μπορέσει ποτέ να λυθεί εξ' ολοκλήρου από το γεγονός ότι η

ικανοποίηση μιας ανάγκης κάνει να εμφανισθεί μια νέα ανάγκη που ως τότε είχε λανθάνοντα χαρακτήρα, αλλά είχε παραμερισθεί από πιο επείγουσες ανάγκες.

Κατά συνέπεια το κοινωνικό πρόβλημα προσλαμβάνει μία ακόμη μεγαλύτερη σπουδαιότητα γιατί οι άνθρωποι διαρκώς λιγότερο παραδέχονται τις ανισότητες και τις αδικίες, ανέχονται διαρκώς λιγότερο αφ' ενός να αναγνωρίζεται η εξέχουσα ανθρώπινη αξιοπρέπεια και αφετέρου να επιτρέπεται να διατηρούνται προσβολές εναντίον αυτής της αξιοπρέπειας.

(Ιατρίδης Σ.Δ., 1990,σελ.228,σελ.241)

4.2. Γιατί η Μ.Α. αποτελεί κοινωνικό πρόβλημα;

Με βάση την θεωρητική προσέγγιση του κοινωνικού προβλήματος, όπως αυτή διατυπώθηκε στην προηγούμενη ενότητα θα προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε και να διαπιστώσουμε αν η Μ.Α. αποτελεί κοινωνικό πρόβλημα.

Αρχικά μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι η Μ.Α. αποτελεί πρόβλημα, καθώς σύμφωνα με τον Ιατρίδη (1990), η ύπαρξη ενός προβλήματος διαπιστώνεται συνήθως με την γενική αίσθηση ότι «κάτι δεν πάει καλά».

Στην περίπτωση της Μ.Α. η γενετική βλάβη στα χρωμοσώματα έχει σαν αποτέλεσμα την δημιουργία χρόνιας αναιμίας και συχνά την παραμόρφωση των οστών της κεφαλής που οδηγεί σε μογγολοειδές προσωπείο. Επ'ακόλουθο της χρόνιας αναιμίας είναι η ανάγκη συχνών μεταγγίσεων και η πρόκληση σοβαρών επιπλοκών στον ανθρώπινο οργανισμό (σπληνομεγαλία).

Η ύπαρξη ενός προβλήματος διαφαίνεται επίσης από την εντύπωση που προκαλείται, ότι η πραγματικότητα διαφέρει από την επιθυμητή κατάσταση και ότι ορισμένες συνθήκες στη ζωή μας χειροτερεύουν ή είναι ανεπιθύμητες. Όσον αφορά την Μ.Α., η ίδια η νόσος αποτελεί μια ανεπιθύμητη κατάσταση, η οποία δυστυχώς τις

πεερισσότερες φορές είναι μη ανατρέψιμη διαμορφώνοντας επομένως ένα πρόβλημα με ποικίλες επιπτώσεις. Η Μ.Α. όμως δεν αποτελεί απλά ένα πρόβλημα, αλλά ένα κοινωνικό πρόβλημα. Σύμφωνα με τον ορισμό που δόθηκε για το κοινωνικό πρόβλημα στην προηγούμενη ενότητα, αυτό δημιουργείται λόγω της δυσαρέσκειας, ενός σημαντικού τμήματος του πληθυσμού. Στην περίπτωση μας η Μ.Α. αναγνωρίζεται σαν κοινωνικό πρόβλημα και παίρνει συγκεκριμένη έκφραση λόγω της δυσαρέσκειας που προκαλεί τόσο στους ίδιους τους πάσχοντες. (Ο αριθμός των οποίων ξεπερνά στη χώρα μας τους 3.500) όσο και στον οικογενειακό και κοινωνικό τους περίγυρο η ιδιομορφία της ασθένειας. Πολλοί παράγοντες εμπλέκονται και συμβάλλουν στην διαμόρφωση και στην μετατροπή της νόσου της Μ.Α. σε κοινωνικό πρόβλημα. Η ίδια η φύση της νόσου, οι συνθήκες ζωής των πασχόντων, η κοινωνική διάρθρωση γίνονται αισθητές σαν αδικίες, προκαλώντας το αίσθημα, κυρίως στους πάσχοντες, ότι δεν τους παρέχονται οι απαιτούμενες ευκαιρίες και λύσεις.

Αν και η νόσος είχε εντοπιστεί στις αρχές του αιώνα μας, εντούτοις εξακολουθεί να υφίσταται μέχρι σήμερα, χωρίς να μπορεί να επιλυθεί εξ' ολοκλήρου, καθώς δημιουργούνται καινούργιες ανάγκες. Στην αρχή της εντόπισης της νόσου οι θαλασσαιμικοί, είχαν να αντιμετωπίσουν την άγνοια του ιατρικού κόσμου και τον κοινωνικό στιγματισμό, σε μεγαλύτερη έκταση απ' ότι σήμερα, αφού θεωρούνταν «διαφορετικοί». Ο τρόπος σκέψης και η φιλοσοφία ζωής του γενικού πληθυσμού ήταν διαφορετικός: από τη στιγμή που γινόταν γνωστό ότι ένα παιδί πάσχει από Μ.Α. υπεισέρχονταν διάφορα κριτήρια, όπως ηθικής και θρησκευτικής τάξης, νοοτροπίας και ευαισθητοποίησης της κοινωνίας για αποδοχή ή μη αποδοχή του στο κοινωνικό σύνολο. Συνήθως την αρρώστια του την ακολουθούσε και η κοινωνική απομόνωση. Στις μέρες μας βέβαια έχει αλλάξει η νοοτροπία αυτή, χωρίς ωστόσο να έχει πλήρως εξαλειφθεί.

Τα προβλήματα υγείας των θαλασσαιμικών, η ανάγκη τακτικής ιατρικής παρακολούθησης σ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, οι συχνές μεταγγίσεις αίματος, ακόμα και τα ευνόητα ψυχολογικά και οικογενειακά

προβλήματα αποτελούν τροχοπέδη στην ομαλή ένταξή τους, στο ενεργό δυναμικό της κοινωνίας μας.

Πριν από μερικά χρόνια ένας θαλασσαιμικός, ήταν πολύ σπάνιο να φτάσει στην τρίτη δεκαετία της ζωής του. Τώρα η βιωσιμότητά του χάρη στην αποσιδήρωση, επεκτείνεται στα ανώτατα όρια. Εξαιτίας του γεγονότος αυτού, αναφύονται άλλες ανάγκες και προβλήματα: έλλειψη επαρκούς ποσότητας αίματος για την κάλυψη των συχνών μεταγγίσεων, δημιουργία περισσότερων επιπλοκών στον ανθρώπινο οργανισμό (καρδιακές επιπλοκές, ενδοκρινολογικές κ.λ.π.), εμφάνιση οικονομικών δυσχερειών λόγω των συχνών μετακινήσεων από το χώρο διαμονής τους στα Κέντρα Μεσογειακής Αναιμίας των Νοσοκομείων.

Εξαιτίας της ύπαρξης μεγάλου αριθμού ασθενών που βρίσκονται στην αναπαραγωγική και παραγωγική ηλικία δημιουργείται τεράστιο πρόβλημα στην ενσωμάτωσή τους στην κοινωνία, στην εκπαίδευση και στο χώρο εργασίας. Παρ' όλες τις προσπάθειες της πολιτείας προσφέροντάς τους ευκαιρίες και εξυπηρετήσεις σε διάφορους τομείς της ζωής τους, αυτοί έχουν να αντιμετωπίσουν κυρίως (όπως αναφέρθηκε στη σελ.) το πρόβλημα της ανεργίας, το οποίο γίνεται πιο πειστικό, παραμένοντας άλυτο, λόγω του μεγάλου ανταγωνισμού, της έλλειψης προσφοράς εργασίας και των απαιτήσεων που θέτουν οι εργοδότες.

Ωστόσο η Πολιτεία καλείται να καλύψει το οικονομικό κόστος που περιλαμβάνει τόσο την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, όσο και τις κοινωνικές παροχές των θαλασσαιμικών, στα πλαίσια των προγραμμάτων Κοινωνικής Πολιτικής και Πρόνοιας. Αυτή η οικονομική επιβάρυνση της Πολιτείας θα μπορούσε να μειωθεί αισθητά, μέσω των προγραμμάτων πρόληψης για την ανεύρεση των θαλασσαιμικών και τα κονδύλια να διοχετευτούν σε άλλους τομείς της κοινωνικής ζωής. Όλοι οι παραπάνω λόγοι αποδεικνύουν ότι η Μ.Α. αποτελεί κοινωνικό πρόβλημα, το οποίο επιζητά άμεση επίλυση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ- ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ

5.1.Είδος και σκοπός της έρευνας

Σύμφωνα με τον Β.Φίλια (σελ.17) «σκοπός της επιστημονικής έρευνας είναι να δώσει απάντηση σε σημαντικά ερωτήματα με την εφαρμογή επιστημονικών μεθόδων».

Η συγκεκριμένη έρευνα σκοπό έχει να διερευνήσει το επίπεδο γνώσεων των εργαζομένων στους χώρους υγείας, γύρω από τη Μ.Α.

Ανήκει στις διερευνητικές έρευνες των οποίων προταρχικός σκοπός είναι: «η διατύπωση ενός προβλήματος για την ακριβέστερη εξέταση ή διατύπωση υποθέσεων ή η ιεράρχηση προτεραιοτήτων για παραπέρα έρευνα» (Φίλιας Β. 1977, σελ. 27)

Η έρευνα προσανατολίζεται στην αναζήτηση απαντήσεων : μπορεί να τις ανακαλύψει μπορεί και όχι. Μπορεί επίσης και να καταλήξει στην διατύπωση νέων ερωτημάτων - προβλημάτων όπως αναφέρει και ο Β. Φίλιας

Τα ερωτήματα στα οποία προσπαθεί να απαντήσει η έρευνά μας είναι το τι γνωρίζουν οι εργαζόμενοι στους χώρους Υγείας για τα παρακάτω θέματα:

- 1) Ποια η γνώση των εργαζομένων στους χώρους Υγείας, όσον αφορά την Μ.Α.
- 2) Η Μεσογειακή Αναιμία μπορεί να είναι μεταδοτική;
- 3) Η Μ.Α. είναι κληρονομική;
- 4) Υπάρχει ριζική θεραπεία των πασχόντων από Μεσογειακή Αναιμία;
- 5) Τα άτομα που είναι φορείς (έχουν δηλαδή το στίγμα) της Μ.Α. μπορούν να γίνουν αιμοδότες;
- 6) Υπάρχει περίπτωση ένας άνθρωπος να είναι φορέας (να έχει το στίγμα) και να μην το γνωρίζει.

- 7) Υπάρχει τρόπος να διαπιστώσουμε κατά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης αν το κύημα πάσχει από Μ.Α.;
- 8) Υπάρχει η δυνατότητα αυτή στην Ελλάδα.
- 9) Υπάρχει κάποιος στο συγγενικό σας περιβάλλον που είναι φορέας (έχει το στίγμα) της Μεσογειακής Αναιμίας;
- 10) Έχετε προσφέρει αίμα για να μεταγγισθεί συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο;
- 11) Έχετε προσφέρει αίμα εθελοντικά;
- 12) Ποιες εξετάσεις γίνονται υποχρεωτικά στο αίμα που προσφέρει ο αιμοδότης.
- 13) Θέλετε να εξετασθείτε για το στίγμα της Μεσογειακής Αναιμίας;

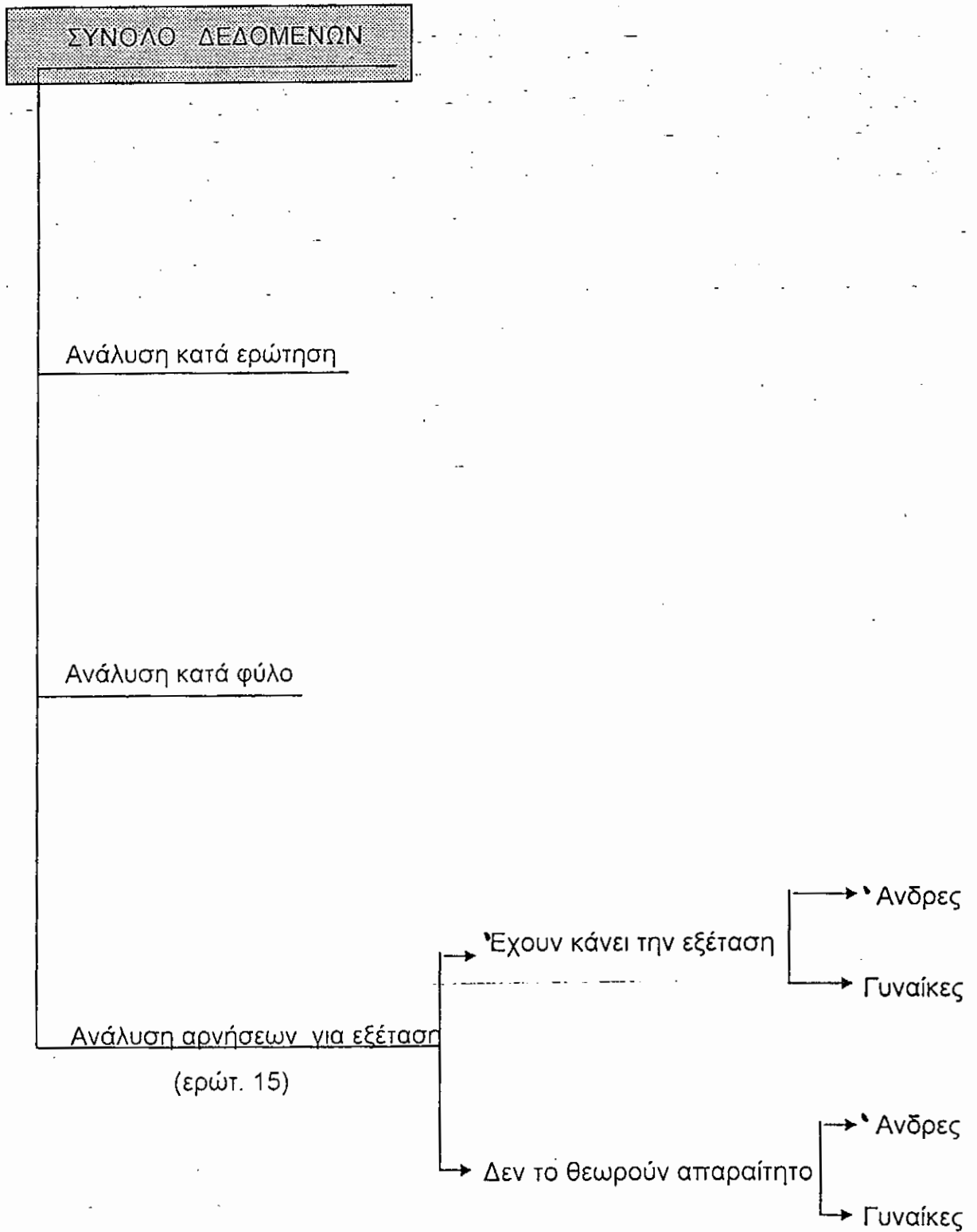
5.1.2. Μέθοδος συλλογής δεδομένων - Ερευνόμενος πληθυσμός (δείγμα)

Για την πραγματοποίηση της έρευνας η μέθοδος συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε είναι τα ερωτηματολόγια. Συμπληρώθηκαν 177 ερωτηματολόγια με κλειστές ερωτήσεις. (βλέπε παράρτημαΑ). Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και η διάρκεια συμπλήρωσής τους πέντε με δέκα λεπτά, αφού δόθηκαν προηγουμένως κάποιες διευκρινήσεις ως προς τον τρόπο συμπλήρωσής τους. Σ'όλες τις υπηρεσίες οι εργαζόμενοι ως επί το πλείστον εκδήλωσαν προθυμία και διάθεση να απαντήσουν. Σε λίγες μόνο περιπτώσεις αρνήθηκαν λόγω φόρτου εργασίας.

Τον πληθυσμό της έρευνας (δείγμα) αποτέλεσε το προσωπικό (ιατρικό, παραϊατρικό, διοικητικό) των Υπηρεσιών Υγείας κυρίως του Ν. Αχαΐας. Περιλαμβάνονται σε αυτές το Γενικό Νοσοκομείο «Αγ. Ανδρέας», το «Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ρίου», το «Ι.Κ.Α.», το «Υγειονομικό», το «Καραμανδάνειο», το «Κέντρο Υγείας Γαστούνης». Απευθυνθήκαμε στον πληθυσμό αυτό γιατί το προσωπικό που εργάζεται στους χώρους Υγείας ίσως έχει κάποια γνώση γύρω από τη Μ.Α., ερχόμενο σε επαφή με τα προβλήματα που παρουσιάζουν τα άτομα

αυτά. Το σύνολο του ερευνώμενου πληθυσμού (δείγμα), μπορεί να θεωρηθεί ως αντιπροσωπευτικό δείγμα για το Νομό Αχαΐας, αλλά πρέπει να σημειωθεί ότι δεν αποτελεί αντιπροσωπευτικό δείγμα για την υπόλοιπη Ελλάδα. Γι'αυτό το λόγο δεν μπορούμε να γενικεύσουμε τα αποτελέσματά μας παρά μόνο να προσεγγίσουμε και να πληροφορηθούμε σχετικά με το επίπεδο των γνώσεων των εργαζομένων (κυρίως νοσηλευτικού, ιατρικού, διοικητικού προσωπικού, κ.ά) στους χώρους Υγείας που προαναφέραμε.

5.2. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΛΥΣΗΣ



5.2.1. Σύνολο δεδομένων (δείγμα)

Από τα 177 άτομα που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, άνδρες είναι 70 και γυναίκες 107.

Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, άγαμοι είναι 62 ενώ έγγαμοι 103. Η εκπαίδευση των ερωτηθέντων είναι αρκετά υψηλή. Αυτό επιβεβαιώνεται διότι μόνο το 1,69% του δείγματος έχουν γνώσεις στοιχειώδους εκπαίδευσης. Το 29,38% είναι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό. Ανώτερη Τεχνολογική Εκπαίδευση (ΤΕΙ) έχουν τελειώσει το 38,42% και Ανώτατη Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση (ΑΕΙ) το 24,86%.

Όσον αφορά την περιοχή που έζησαν το περισσότερο, τα τελευταία 5 χρόνια, το 12,43% των ερωτηθέντων έχουν ζήσει σε χωριό και το 7,34% έχουν ζήσει στην Αθήνα ή στην Θεσσαλονίκη. Το μεγαλύτερο όμως ποσοστό έως 76,27% έχουν ζήσει στη πόλη. (βλ. παράρτημα Α. σελ. 166)

Η ηλικιακή κατανομή των ερωτηθέντων παρουσιάζει την εξής μορφή (χωρίζοντάς τους ανά 5ετίες):

Ηλικιακές ομάδες	Άτομα
21-25	9
26-30	55
31-35	41
36-40	27
41-45	21
46 και άνω	24
Σύνολο	177

Βλέπουμε δηλαδή ότι τα περισσότερα άτομα που απάντησαν το ερωτηματολόγιο έχουν ηλικία 26χρ.-30χρ. (55 άτομα), από 31χρ.-35χρ. (41 άτομα), από 36χρ.-40χρ.(27 άτομα), από 46χρ. και πάνω (24 άτομα), από 41χρ.-45χρ. (21 άτομα) και ηλικίας 21χρ.-25χρ. (9 άτομα) και 16χρ.-20χρ.(2 άτομα).

Όπως βλέπουμε στο παράρτημα Α, σελ. 170, το 97,74 % του δείγματος έχουν ακούσει για τη Μ.Α.. Πιστεύουν ότι δεν είναι μεταδοτική ασθένεια το 98,3% ενώ το 89,83% πιστεύουν ότι είναι κληρονομική. Στην ερώτηση αν υπάρχει ριζική θεραπεία το 70,06% πιστεύει ότι δεν υπάρχει θεραπεία ενώ το 20,90 % ότι υπάρχει.

Ένα ποσοστό 88,70% (αρκετά υψηλό) γνωρίζει ότι τα άτομα που είναι φορείς της Μ.Α. δεν έχουν προβλήματα υγείας ανάλογα με αυτά των πασχόντων από Μ.Α. Το 92,66% πιστεύει ότι ένας άνθρωπος μπορεί να είναι φορέας της Μ.Α. και να μην το γνωρίζει. Διαφαίνεται μια σχετική σύγκριση ως προς τον όρο φορέας και ασθενής της Μ.Α. Αυτό προκύπτει διότι ένα ποσοστό 9,60% πιστεύουν ότι οι φορείς έχουν τα ίδια συμπτώματα με τους πάσχοντες από Μ.Α. (βλέπε παράρτημα Α, σελ 170)

Το 76,27% γνωρίζει ότι δεν υπάρχει πιθανότητα να γεννηθεί παιδί από Μ.Α., όταν κανένας από τους γονείς δεν είναι φορέας. Το 62,71% πιστεύει ότι δεν υπάρχει πιθανότητα να γεννηθεί παιδί με Μ.Α. όταν ο ένας από τους δυο γονείς είναι φορέας. Ενώ αντίθετα το 96,61% πιστεύει ότι θα γεννηθεί με Μ.Α. ένα παιδί, όταν και οι δυο γονείς είναι φορείς. Από την συγκεκριμένη ερώτηση, διαφαίνεται ότι υπάρχει μία σχετική έλλειψη σωστής πληροφόρησης για τη Μ.Α. (βλέπε παράρτημα Α, σελ 170)

Στην ερώτηση αν υπάρχει τρόπος να διαπιστωθεί στην διάρκεια της εγκυμοσύνης αν το παιδί που θα γεννηθεί πρόκειται να πάσχει από Μ.Α., το 87,9% απάντησαν πως υπάρχει τρόπος και μάλιστα, το 80,79% απάντησαν πως υπάρχει η πιθανότητα αυτή στην Ελλάδα. Όσον αφορά τις γνώσεις τους, σχετικά με το αν υπάρχει κάποιος συγγενής που να είναι φορέας, το 72,32% απαντά ότι οι γονείς τους δεν είναι φορείς. Το ίδιο ποσοστό απαντά αρνητικά και για τα

αδέλφια του. Επίσης υψηλό είναι το ποσοστό (73,45%) που απαντούν ότι δεν είναι φορείς ενώ το 48,02% γνωρίζουν ότι δεν είναι φορείς και άλλα μέλη της οικογένειάς τους. Από τα παραπάνω ποσοστά συμπεραίνεται ότι οι γνώσεις του δείγματος σχετικά με τη Μ.Α. είναι αρκετά υψηλές. (βλέπε παράρτημα Α, σελ 171)

Εξίσου σημαντικά είναι και τα ποσοστά στην ερώτηση, για το εάν ένας φορέας μπορεί να είναι αιμοδότης.

Από το δείγμα το 42,94% είναι αιμοδότες και το 43,5% έχουν προσφέρει αίμα για συγγενικό τους πρόσωπο. Το 42,37% απαντά ότι κάποιος μπορεί να είναι φορέας και αιμοδότης ενώ το 47,46% ότι δεν μπορεί να είναι. Υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό 6,2% το οποίο έχει άγνοια πάνω στο θέμα. Επίσης από το δείγμα το 27,68% απάντησαν ότι εξετάζεται το αίμα που προσφέρεται. (βλέπε παράρτημα Α, σελ 172)

Αυτό δηλώνει μια σχετική άγνοια για τις εξετάσεις που γίνονται στον αιμοδότη υποχρεωτικά και ίσως απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση τυχαία.

5.2.3. Ανάλυση κατά φύλο

A. Άνδρες

Οι έγγαμοι άνδρες του δείγματος αποτελούν το 54,29%. Οι άγαμοι το 37,14%.

Όσον αφορά την εκπαίδευσή τους, οι άνδρες που έχουν τελειώσει μόνο Γυμνάσιο ή Λύκειο αποτελούν το 21,43%, ΤΕΙ έχουν τελειώσει το 25,71%, ΑΕΙ το 44,29%.

Όσον αφορά την περιοχή που έζησαν τα τελευταία 5 χρόνια το 65,71% έζησαν στην πόλη και από το ποσοστό αυτό το 11,43% στην Αθήνα ή Θεσσαλονίκη. (βλέπε παράρτημα Α, σελ 175)

Γνώσεις για τη Μ.Α.

Το 88,57% πιστεύει ότι η Μ.Α. είναι κληρονομική. Είναι σημαντικό το ποσοστό των ανδρών (74,29%) που πιστεύει ότι δεν υπάρχει ριζική θεραπεία των πασχόντων από Μ.Α. (βλέπε παράρτημα Α, σελ 177)

Στην ερώτηση για το αν τα άτομα που είναι φορείς της Μ.Α. έχουν ανάλογα προβλήματα με αυτά των πασχόντων από Μ.Α. απαντούν θετικά το 7,14%. Το 95,71% των ανδρών απάντησαν θετικά στην ερώτηση για το αν υπάρχει περίπτωση να είναι κάποιος φορέας της Μ.Α. και να μην το γνωρίζει. (βλέπε παράρτημα Α, σελ 177)

Από τους άνδρες, το 65,71% απάντησαν ότι δεν υπάρχει πιθανότητα να γεννηθεί παιδί πάσχον από Μ.Α. όταν κανένας από τους δυο γονείς δεν είναι φορέας της Μ.Α. Το ίδιο ήταν και το ποσοστό όταν ένας από τους δυο γονείς είναι φορέας. (βλέπε παράρτημα Α, σελ 177)

Το 82,86% των ανδρών απάντησαν ότι υπάρχει δυνατότητα να διαπιστωθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η πιθανότητα να γεννηθεί παιδί που πάσχει από Μ.Α. Όταν όμως έπρεπε να απαντήσουν για τη δυνατότητα που υπάρχει στην Ελλάδα απάντησαν ότι υπάρχει το 74,29% των ανδρών. Επίσης σημαντικό είναι και το ποσοστό που δείχνει ότι το 72,86% των ανδρών γνωρίζει αν είναι φορέας ή όχι της Μ.Α. (βλέπε παράρτημα Α, σελ 177)

Το 48,57% των ερωτηθέντων απαντά θετικά στην ερώτηση αν ο φορέας της Μ.Α. μπορεί να είναι αιμοδότης.

Βλέπουμε δηλαδή ένα αυξημένο ποσοστό που δείχνει ότι οι γνώσεις των ανδρών στο συγκεκριμένο θέμα είναι υψηλές και αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι το 54,29% είναι παράλληλα αιμοδότες.

Όσον αφορά την προσφορά αίματος σε συγγενείς το 61,43% των ανδρών έχει προσφέρει αίμα. (βλέπε παράρτημα Α, σελ 178)

Β. Γυναίκες

Εκπαίδευση

Οι έγγαμες γυναίκες του δείγματος αποτελούν το 60,75%. Όσον αφορά την εκπαίδευσή τους Γυμνάσιο ή Λύκειο έχουν τελειώσει το 34,58%, Ανώτερη Εκπαίδευση (ΤΕΙ) έχουν τελειώσει το 46,73% των γυναικών ποσοστό χαμηλότερο σε σύγκριση με τους άνδρες, Ανώτατη Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση (ΑΕΙ) έχουν λάβει το 12,15% ποσοστό χαμηλότερο σε σύγκριση με τους άντρες. Σχετικά με τον τόπο διαμονής τους τα τελευταία 5 χρόνια το 83,18% έχουν ζήσει σε πόλη και μόνο το 4,67% στην Αθήνα ή τη Θεσσαλονίκη. (βλέπε παράρτημα Α,σελ 179)

Όπως προκύπτει το 90,65% των γυναικών πιστεύει ότι ασθένεια είναι κληρονομική και το 6,54% ότι δεν είναι. Για το αν υπάρχει ριζική θεραπεία απάντησαν θετικά το 67,29% (βλέπε παράρτημα Α,σελ 180)

Στην ερώτηση αν κάποιος μπορεί να είναι φορέας και να μην το γνωρίζει απάντησαν θετικά το 90,65%. Επίσης απάντησαν όχι το 76,64% των γυναικών στην ερώτηση για το αν μπορεί να γεννηθεί παιδί πάσχον όταν κανένας από τους δυο γονείς δεν είναι φορέας. Επίσης το 60,75% των γυναικών απάντησαν όχι, όταν ο ένας από τους γονείς είναι φορέας (βλέπε παράρτημα Α,σελ 180).

Ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών 89,72% πιστεύει ότι υπάρχει δυνατότητα να διαπιστώσουμε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αν το παιδί που θα γεννηθεί πάσχει από Μ.Α.

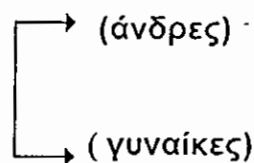
Επίσης το 85,05% απάντησε ότι υπάρχει η δυνατότητα αυτή στην Ελλάδα.

Συγκρίνοντας τα παραπάνω διαγράμματα μεταξύ γυναικών και ανδρών υπάρχουν κάποιες σημαντικές αυξομειώσεις μεταξύ τους που μας δείχνουν μια διαφορά στο επίπεδο γνώσεών τους ή ακόμα και μια όσον αφορά σύγχυση σε ορισμένα θέματα, για τη Μ.Α. από την πλευρά των ανδρών. (βλέπε παράρτημα Α,σελ 180)

Όπως προκύπτει οι γνώσεις των γυναικών για το αν ο φορέας της Μ.Α. μπορεί να είναι και αιμοδότης είναι χαμηλότερες συγκριτικά με τους άνδρες. Το ποσοστό αυτό είναι 38,32%. Από την ερώτηση αυτή διαφαίνεται πως οι γνώσεις των ανδρών στο συγκεκριμένο θέμα είναι αρκετά υψηλές σε σύγκριση με αυτές των γυναικών. Ίσως αυτό ισχύει γιατί οι άνδρες όπως διαπιστώσαμε παραπάνω σε ποσοστό 54,29% είναι και αιμοδότες σε σύγκριση με το αντίστοιχο 35,51% των γυναικών. Επίσης διαπιστώνεται ότι ίσως οι γυναίκες δεν μπορούν να συσχετίσουν το γεγονός ότι ένας εθελοντής αιμοδότης μπορεί να είναι και φορέας της Μ.Α.

Όσον αφορά την προσφορά αίματος σε συγγενείς οι γυναίκες φτάνουν το 31,78% σε σύγκριση με τους άνδρες 61,43%. Διαφαίνεται μία έλλειψη ευαισθητοποίησης από την πλευρά των γυναικών όσο αφορά την προσφορά αίματος στο συγγενικό τους περιβάλλον, αποκλείοντας βέβαια την περίπτωση που αυτό δεν είχε κριθεί αναγκαίο. Ένα μεγάλο ποσοστό επίσης, το 52,17% των γυναικών δεν έχει αιμοδοτήσει εθελοντικά σε σύγκριση με τους άνδρες. Στο γεγονός αυτό ίσως υπάρχει ένα δείγμα αδιαφορίας από την πλευρά των γυναικών για τη σημασία που έχει η εθελοντική προσφορά αίματος. (βλέπε παράρτημα Α, σελ 181)

5.2.4. Ανάλυση αρνήσεων για εξέταση (έχουν κάνει την εξέταση)



Στα παραπάνω διαγράμματα παρουσιάζονται τα ποσοστά των απαντήσεων που έδωσαν, ο αριθμός των ανδρών και γυναικών που έχουν κάνει την εξέταση. Μία προσέγγιση των παραπάνω στοιχείων είναι ότι στην ερώτηση, αν θέλουν να εξεταστούν για τη Μ.Α., απάντησαν ότι έχουν κάνει την εξέταση το 68% των αντρών και το 84,15% των γυναικών.

Συγκρίνοντας τα ποσοστά των αντρών με αυτά των γυναικών προκύπτει : ότι οι έγγαμες γυναίκες αποτελούν μεγαλύτερο ποσοστό από τους έγγαμους άντρες, δηλ. 69,57% οι γυναίκες και 52,94% οι άντρες. Αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι οι έγγαμοι άντρες να θεωρούν ότι αυτή η εξέταση αφορά περισσότερο την γυναίκα τους και ότι αυτοί δεν έχουν υποχρέωση να κάνουν την εξέταση.

Επίσης το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αποτελούν οι έγγαμες γυναίκες μας οδηγεί στη σκέψη ότι ίσως έχουν ευαισθητοποιηθεί—περισσότερο—οι—γυναίκες ή ότι αυτή η εξέταση επαφύεται σε αυτές όταν αποφασίσουν να αποκτήσουν παιδιά.(Η εξέταση για τη Μ.Α. αποτελεί εξέταση-ρουτίνας για τις υποψήφιες μητέρες)

Το αντίθετο συμβαίνει με τους άγαμους άντρες και γυναίκες που έχουν κάνει την εξέταση. Οι άγαμες γυναίκες αποτελούν το 23,19% ενώ αντίθετα οι άντρες αποτελούν το 35,29%. Από το ποσοστό των αντρών που έχουν κάνει την εξέταση αξίζει να σημειωθεί ότι το 67,65% είναι αιμοδότες. (βλέπε παράρτημα Α,σελ 182, 183)

5.3. Συμπεράσματα

Μετά από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας και σύμφωνα με τον γενικότερο σκοπό της μελέτης αυτής, όπου είναι η προσέγγιση του προβλήματος της Μ.Α. και πως τα άτομα που εργάζονται στους χώρους Υγείας(Κοινωνικοί Λειτουργοί), θα εφαρμόσουν προγράμματα πρόληψης για την εξάλειψη της νόσου, εφ' όσον είναι σωστά ενημερωμένοι.

Ειδικότερα, η πρώτη ενότητα των ερωτήσεων που αφορά τα δημογραφικά (εκπαίδευση) προκύπτει ότι η εκπαίδευσή τους είναι αρκετά υψηλή. Οι γνώσεις τους για την Μ.Α. είναι γενικές. Παρά το γεγονός ότι εργάζονται σε χώρους Υγείας δεν έχουν ξεκαθαρίσει τη διαφορά μεταξύ του φορέα και του ασθενή της Μ.Α..

Επίσης, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός, ότι ένα σημαντικό ποσοστό παρουσιάζει απροθυμία, για να εξετασθεί για το στίγμα της Μ.Α.. Το ποσοστό είναι μεγαλύτερο στους άνδρες, ίσως επειδή θεωρούν ότι οι γυναίκες οφείλουν να έχουν εξετασθεί. Εφ' όσον δεν έχουν επαρκείς γνώσεις, αν και εργάζονται σε Υγειονομικούς χώρους. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει την ανάγκη για εντατικότερη ενημέρωση και πληροφόρηση στο θέμα της Μ.Α.. Έτσι θα μπορέσουν να εφαρμόσουν σωστά προγράμματα Αγωγής Υγείας με σκοπό την πρόληψη, αντιμετώπιση και θεραπεία της Μ.Α.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ-ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ Μ.Α.

6.1.Ιστορική εξέλιξη της Αγωγής Υγείας

Οι κύριες αιτίες θνησιμότητας και νοσηρότητας σήμερα σχετίζονται με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Γι' αυτό εξάλλου, ο κρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα ατυχήματα, τα ψυχικά νοσήματα, η Μεσογειακή Αναιμία τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα και ορισμένα σύγχρονα λοιμώδη, όπως είναι το AIDS, θα μπορούσαν να περιοριστούν σε σημαντικό βαθμό διαμέσου της πρόληψης.

Ένας ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για την καταπολέμηση της σύγχρονης αρρώστιας στα πλαίσια της πρόληψης, είναι η Αγωγή Υγείας (Health Education). Η Αγωγή Υγείας, παρέχοντας τις κατάλληλες γνώσεις δημιουργεί τις προϋποθέσεις ύπαρξης ενός συνειδητοποιημένου στα θέματα υγείας πληθυσμού, ενώ ταυτόχρονα με επιστημονικές μεθόδους αλλαγής των ανθρωπίνων στάσεων και συμπεριφορών και τροποποίησης του περιβάλλοντος παρέχει τις δυνατότητες στην ανθρώπινη βούληση, να διαμορφώσει ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής και ένα πιο ανθρώπινο κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον.

Σύμφωνα με τον κ.Τούντα (1986) η Αγωγή Υγείας ασκείτο με διάφορες ανεπίσημες μορφές και με ποικίλες ονομασίες στο παρελθόν, σαν συμπληρωματική συνιστώσα πολλών θεραπευτικών και προληπτικών προγραμμάτων και υπηρεσιών υγείας.

Αυτόνομη φυσιογνωμία και συγκροτημένη παρουσία, σαν μία ανεξάρτητη υπηρεσία υγείας, η Αγωγή Υγείας απέκτησε μόνο μετά το 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο.

Το 1952, η 5η Γενική Συνέλευση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, εντολοδότησε επιτροπή εμπειρογνώμων Αγωγής Υγείας, να

μελετήσει και να εισηγηθεί σχετικά με την ανάπτυξη αυτού του ιδιαίτερου κλάδου.

Η επιτροπή εμπειρογνομένων Αγωγής Υγείας, που συνήλθε στο Παρίσι, το Δεκέμβριο του 1953 καθόρισε το βασικό περιεχόμενο και τους στόχους της Αγωγής Υγείας, που στα βασικά τους χαρακτηριστικά παραμένουν αποδεκτοί μέχρι σήμερα.

Από τότε η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, έχει πραγματοποιήσει πολλές διεθνείς επιστημονικές συναντήσεις πάνω στο αντικείμενο της Αγωγής Υγείας και έχει εκδόσει πολλά ενημερωτικά φυλλάδια που καλύπτουν εξειδικευμένους τομείς του κλάδου όπως η εκπαίδευση στελεχών Αγωγής Υγείας, η αξιολόγηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, η Αγωγή Υγείας στους νέους κ.ά.

Με ευθύνη επίσης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, έχουν εφαρμοστεί πολλά προγράμματα Αγωγής Υγείας, ιδιαίτερα στις χώρες του Τρίτου Κόσμου, όπου είχαν και πολύ σημαντικά αποτελέσματα.

Εκτός από τις πρωτοβουλίες της Π.Ο.Υ., ανάλογες δραστηριότητες έχει αναπτύξει και η Διεθνής Ένωση Αγωγής Υγείας. Αυτή η Διεθνής Ένωση, που έχει την έδρα της στο Παρίσι, έχει ιδρύσει παραρτήματα σε πολλές χώρες του κόσμου, δυστυχώς όχι ακόμα στην Ελλάδα.

Στη χώρα μας, η Αγωγή Υγείας, με την ονομασία κυρίως της "Υγειονομικής Διαφώτισης" παρέχονταν βασικά από το Υπουργείο Υγείας, για διάφορα θέματα σχετιζόμενα με τη Δημόσια Υγεία του Ελληνικού πληθυσμού.

Σαν ιδιαίτερος επιστημονικός κλάδος, δεν έχει αναπτυχθεί ακόμα ούτε στον ακαδημαϊκό χώρο, ούτε στον επιστημονικό. Τα τελευταία μόνο χρόνια άρχισε να διδάσκεται σαν μάθημα συστηματικά, σε ορισμένες σχολές των Τ.Ε.Ι.

Πριν 10 χρόνια περίπου, με πρωτοβουλία του Υφυπουργείου Νέας Γενιάς και Αθλητισμού, εφαρμόστηκε το πρώτο οργανωμένο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας στη χώρα μας, προσανατολισμένο στους νέους της σχολικής ηλικίας και με οκτώ διαφορετικά αντικείμενα

(ατυχήματα, κάπνισμα, διατροφή, στοματική υγεία, ψυχική υγεία, περιβάλλον, σχολείο, κατοικία). (Τούντας Γ. Αθήνα 1986,σελ.15-16)

6.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά

Η ανθρώπινη συμπεριφορά και το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον αποτελούν αποφασιστικούς παράγοντες στην αιτιολογία και την επιδημιολογία πολλών νοσημάτων μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται και οι βασικότερες αιτίες θνησιμότητας της εποχής μας. Ο άνθρωπος είναι κοινωνικό ον και σαν τέτοιο πλάθεται και διαμορφώνεται μέσα σ'ένα πολύπλοκο σύστημα αξιών και αρχών. Η νομοτέλεια που διέπει τη φύση και την κοινωνία διέπει και την ανθρώπινη συμπεριφορά, η οποία επηρεάζεται από ποικίλους ενδογενείς ή εξωγενείς παράγοντες.

Κάθε ανθρώπινη ύπαρξη αποτελεί μια οντότητα ξεχωριστή, μοναδική και πολυδιάστατη. Η ιδιοσυγκρασία του κάθε ανθρώπου, το περιβάλλον του επηρεαζόμενο από το πολιτιστικό και κοινωνικό γίνεσθαι, από την κουλτούρα και τις αξίες της κάθε εποχής δημιουργούν χιλιάδες μοντέλα ανθρώπων που δεν είναι δυνατό να είναι πανομοιότυπα. Αυτό το γεγονός όμως προκαλεί μερικές φορές σύγχυση, τη στιγμή μάλιστα που αναζητούμε να βρούμε ποιοί τελικά είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά.

Θα προσπαθήσουμε να ανιχνεύσουμε έστω αδρά, όλο εκείνο το συγκερασμό των στοιχείων που απαρτίζουν την ανθρώπινη φύση και που την κάνουν τόσο μοναδική και τόσο δύσκολη να την προσεγγίσουμε απόλυτα.

Ο ρόλος αυτού του κεφαλαίου είναι με τον εντοπισμό των παραμέτρων που επηρεάζουν τον άνθρωπο, να βρούμε και τους τρόπους που θα τον προσεγγίσουμε και θα εφαρμόσουμε την Αγωγή Υγείας, ώστε να έχει όσο το δυνατό καλύτερα και αποδοτικότερα αποτελέσματα: τη διατήρηση δηλ. σε όσο το δυνατό υψηλότερο

ποσοστό της κοινωνικής ισορροπίας και της ατομικής και συλλογικής ευεξίας σε όλους τους τομείς, της ζωής του.

Ξεκινάμε λοιπόν την περιπλάνησή μας μέσα στους δαιδαλώδεις δρόμους της ανθρώπινης ψυχής και υπόστασης λαμβάνοντας υπόψη όλα τα φαινόμενα της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Ας δούμε πρώτα τι είναι εξέλιξη:

«Εξέλιξη σημαίνει γενικά διαδικασία βαθμιαίας αλλαγής σωματικών και ψυχικών γνωρισμάτων ενός ζωντανού οργανισμού σ'ένα ορισμένο χρονικό διάστημα. Είναι ένα σύνθετο φαινόμενο της φυσικής-βιολογικής και της «ψυχικής ζωής».

Είναι το γνωστό πρόβλημα της κληρονομικότητας και του περιβάλλοντος.

Η κληρονομικότητα σχετίζεται με τις βιολογικές - σωματικές καταβολές, ενώ το περιβάλλον με ό,τι προστίθεται και επιδρά σ'αυτή. Από ψυχολογική άποψη όμως στην εξέλιξη περιλαμβάνεται μια ολόκληρη σειρά μεταβολών που χαρακτηρίζονται με τους όρους ωρίμανση, αύξηση, μάθηση, αγωγή, κτλ.

1. Διαφοροποίηση και ολοκλήρωση. Πρόκειται για το φαινόμενο ανάπτυξης, από μια ασχημάτιστη και ολική αρχική κατάσταση, σε μια κατάσταση με όλο και περισσότερο χωριστά επιμέρους όργανα και λειτουργίες που σύγχρονα διατηρούν συνάφεια μεταξύ τους. Έτσι π.χ. από τις δυο βασικές και γενικές συναισθηματικές κατηγορίες του ευχάριστου-δυσάρεστου στο νεογέννητο προέρχονται τα πολύπλοκα συναισθήματα του ενήλικου από τις λίγες βασικές ανάγκες (τροφή, ύπνος, ζεστασιά, κ.τ.λ.) προέρχονται νέες απειράριθμες ανάγκες (όπως ανάγκη στοργής, αναγνώρισης, επίδοσης κτλ.)

Η διαφοροποίηση παρατηρείται στον τρόπο με τον οποίο αντιδρά το άτομο σε ερεθίσματα, στους τρόπους συμπεριφοράς, στα ενδιαφέροντά του και στους νοητικούς παράγοντες. Έτσι παρουσιάζεται στην εξέλιξη του ατόμου (αλλά και των φυτών και των ζώων) μια αύξηση της ποικιλίας, μια ανάπτυξη δηλαδή των γενικών και βασικών λειτουργιών (σκέψη, συναίσθημα κτλ) σε περισσότερες συναφείς

επιμέρους λειτουργίες. Η -παρουσιαζόμενη ποικιλία ανάπτυξης επιμέρους λειτουργιών, ικανοτήτων, ενδιαφερόντων κτλ., σχετίζεται με την ολοκλήρωση του ατόμου προς την οποία τείνει η ανάπτυξη.

2. Εσωτερίκευση και σταθεροποίηση δόμησης. Η διαφοροποίηση και η ολοκλήρωση έχουν ως συνέπεια ανακατατάξεις και σταθερότερες συσχετίσεις του ατόμου και του περιβάλλοντός του. Πρόκειται για την προσαρμογή του στα δεδομένα του πολιτισμού και της κοινωνίας. Η συμπεριφορά του ατόμου παίρνει συγκεκριμένες μορφές και σταθεροποιείται σύμφωνα με τους κανόνες και τις αξίες που κυριαρχούν στον πολιτιστικό κύκλο ζωής του αυτά γίνονται εσωτερική ατομική υπόθεση. Ο Φρόιντ π.χ. κάνει λόγο για την ανάπτυξη του «υπέρ - εγώ» στο άτομο. Η προσαρμογή για την οποία γίνεται λόγος εδώ έχει διπλή μορφή ή διάσταση. Είναι προσαρμογή του ατόμου στο περιβάλλον και του περιβάλλοντος στο άτομο. Και οι δύο αυτές μορφές προσαρμογής αρχίζουν με τη γέννηση του ατόμου. Το κλάμα του μικρού παιδιού δεν είναι παρά μέσο προσαρμογής του περιβάλλοντός του σ' αυτό. Αυτή η προσπάθεια παίρνει στη συνέχεια ποικίλες συνειδητές ή ασυνειδητές μορφές και σχετίζεται με τη δραστηριοποίηση του ατόμου στο περιβάλλον του περνώντας μέσα και από νοητικές διεργασίες.

Οι νομοτέλειες της εξέλιξης συνοψίζονται σε μια λογική σειρά ή πορεία εξέλιξης, στην αλληλεπίδραση των αλλαγών και τη σχέση τους με την ηλικία και ακόμη στο διαφορετικό τρόπο εξέλιξης κατά τις διάφορες χρονικές περιόδους. Όπου εξωτερικοί παράγοντες εμποδίζουν ή διαταράζουν την ισχύ αυτών των νομοτελειών, εκεί παρουσιάζονται ορισμένες διαταραχές, όπως παλινδρόμηση, καθυστέρηση, δυσλειτουργία κάποιας ικανότητας ή έλλειψή της, επιτάχυνση της ανάπτυξης (η τελευταία είναι συνάρτηση έντονων ενισχυτικών περιβαντολλογικών επιδράσεων).

Το σύνθετο γεγονός του τρόπου εκδήλωση της συμπεριφοράς οφείλεται στο πλήθος των παραγόντων που συντελούν σ' αυτό:

α. Γενετικοί παράγοντες ή ενδογενείς που σχετίζονται με τις βιολογικές-σωματικές μεταβολές και την αύξηση - ωρίμανση και

β. Περιβαλλοντικοί ή εξωγενείς παράγοντες που είναι οι οικολογικοί και κοινωνικοπολιτισμικοί.

Στους παράγοντες αυτούς ανήκουν οι τροφικές και τοξικές επιδράσεις του ενδομητρίου περιβάλλοντος αλλά και οι ψυχικές επιδράσεις κατά την εγκυμοσύνη.

Επιδράσεις που σχετίζονται με τα αισθητήρια όργανα με αυτό το άτομο αποκτά εμπειρίες, ασκείται στην επικοινωνία του με το περιβάλλον του έτσι το γνωρίζει προσαρμόζεται βιολογικά και εντάσσεται πολιτισμικά σ'αυτό. (κοινωνικοποίηση)

Οι εξωγενείς παράγοντες επιδρούν στο άτομο καθορίζοντας το περιεχόμενο, το χρόνο και την έκταση των εμπειριών του και της μάθησης ή των αλλαγών της συμπεριφοράς του. Σε συνεργασία με τους ενδογενείς παράγοντες, καθορίζουν την εξέλιξη του ατόμου πολύπλευρα έτσι ώστε τόσο η οργανική όσο και η ψυχική πλευρά να προσανατολίζονται στην ικανοποίηση εκείνης της ανάγκης που έχει κάθε φορά ελάχιστα ικανοποιηθεί. (Παπαδόπουλος Ν., 1992,σελ.57-59).

Ωστόσο για την ικανοποίηση της συγκεκριμένης αυτής ανάγκης απαιτείται κάποια κινητήρια δύναμη. Στην ψυχολογία μιλάμε για κινητήρια δύναμη (motivation) για να αναφερθούμε στους παράγοντες που ενεργοποιούν τον οργανισμό και δίνουν κατεύθυνση στη συμπεριφορά του. Είναι η έμφυτη δυνατότητα κάθε οργανισμού η οποία θέτει σε κίνηση, κατευθύνει και υποστηρίζει μία ακολουθία συμπεριφοράς που είναι προσανατολισμένη προς ένα σκοπό.

Η κινητήρια δύναμη αρχίζει με ένα ερέθισμα εσωτερικό ή εξωτερικό, ίσως με μια σωματική ανάγκη ή με μια νύξη του περιβάλλοντος. Το ερέθισμα ενεργοποιεί ένα κίνητρο που με τη σειρά του προσανατολίζει την συμπεριφορά προς ένα σκοπό. Όταν η συμπεριφορά καταλήξει στην επίτευξη του σκοπού, το κίνητρο ικανοποιείται και η αλυσίδα της κινητήριας δύναμης συμπληρώνεται. Η διεργασία αυτή εκτυλίσσεται ανεξάρτητα από το αν είμαστε ενήμεροι αυτής ή όχι. (Γέροντα Α., 1995 σελ.91).

Σημαντικό ρόλο επίσης για την επίτευξη και την ικανοποίηση μιας ανάγκης παίζει και η προσωπικότητα. Πρώτα όμως ας δώσουμε έναν ορισμό του τί είναι ατομικότητα:

«Οι άνθρωποι ως είδος έχουν ορισμένες ομοιότητες, τις γενικές ανθρώπινες ιδιότητες, τα κοινά γνωρίσματα. Κάθε άνθρωπος όμως ως άτομο παρουσιάζει διαφορές από τους άλλους ανθρώπους, τα άλλα άτομα. Αυτές οι διαφορές συνιστούν την ατομικότητά του. Πρόκειται, για το σύνολο των ιδιαίτερων σωματικών κυρίως αλλά και ψυχικών γνωρισμάτων που διαφοροποιούν ένα άτομο από τα άλλα άτομα και καθορίζουν τη μοναδικότητά του χρονικά, ποσοτικά και ποιοτικά. Με την ατομικότητα αναφερόμαστε συνήθως στη σωματική υπόσταση του ανθρώπου και πρόκειται για έννοια πρωταρχικά βιολογική· άλλωστε ο όρος άτομο χρησιμοποιείται και στη Φυσική και τη Βιολογία.

~~Η ατομικότητά μας υπάρχει αυθεντικά απ' τη στιγμή της γέννησης· ίσως είναι σωστό να δεχτούμε την ύπαρξη της ατομικότητας από τον ρίτο μήνα κύησης που το έμβρυο είναι ζωντανός οργανισμός σε απόλυτη βέβαια εξάρτηση από τη μητέρα.»~~

»Με την προσωπικότητα του ατόμου αναφερόμαστε κυρίως στα νοητικά γνωρίσματα (ιδιότητες) του σε συνάρτηση με το εγώ του.

Αποτελεί μια σύνθετη και πολλαπλή κυρίως ψυχοκοινωνική έννοια. Είναι κάτι που υπάρχει στον άνθρωπο «δυνάμει», όπως θα έλεγε ο Αριστοτέλης, και αρχίζει να αναπτύσσεται από τη γέννησή του.

Συνοψίζοντας τις απόψεις ορισμένων ειδικών (Όλλπορτ, Ρόραχερ, Γκίλφορντ, Τόμας κ.ά) μπορούμε να προσδιορίσουμε την προσωπικότητα ως εξελίσιμη και δυναμική, σχετικά σταθερή, οργάνωση των ψυχικών κυρίως ιδιοτήτων που προέρχονται από την όλη πορεία ζωής του ατόμου και καθορίζουν την ιδιαιτερότητα της προσαρμογής του στο εκάστοτε περιβάλλον.

«Δυναμική οργάνωση των ψυχικών ιδιοτήτων» σημαίνει την ενιαία (συνεκτική) σύνδεση των διαφόρων ψυχικών ιδιοτήτων (ενδιαφερόντων, νοητικών ικανοτήτων, επιθυμιών, κοινωνικότητας, κτλ.) με το εγώ του ατόμου.

Στη δυναμικότητα της οργάνωσης των γνωρισμάτων της προσωπικότητας ιδιαίτερη σημασία έχει και η σταθερότητα αυτής της οργάνωσης. Τη σταθερότητα αυτή εκφράζουμε συνήθως με την έννοια του χαρακτήρα.

Πολλοί συσχετίζουν το χαρακτήρα με τις εμπειρίες του ατόμου. Είναι γνωστό ότι οι εμπειρίες μας είναι ευχάριστες και δυσάριστες (θετικές και αρνητικές). Με βάση αυτές ασφαλώς συμπεριφερόμαστε και αντιδρούμε στο περιβάλλον μας. Βέβαια οι εμπειρίες της ατομικής μας ζωής έχουν κάποια σταθερή παρουσία στη συμπεριφορά μας γενικά. Ο χαρακτήρας δημιουργείται από τις ποικίλες άμεσες και έμμεσες (π.χ. με την μίμηση) επιδράσεις του περιβάλλοντος στο αναπτυσσόμενο άτομο και από τις παιδευτικές ενέργειες της (οργανωμένης) κοινωνίας· αυτές προέρχονται από την οικογένεια, την κοινότητα, την κοινωνία γενικά που είναι βασικοί παράγοντες κοινωνικοποίησης του ατόμου.

Σύμφωνα με το μοντέλο της προσωπικότητας κατά τον Γκίφορντ. Περιλαμβάνει διάφορες διαστάσεις, όπως σωματικές (φυσιολογία, μορφολογία)· διάσταση ιδιοσυγκρασίας (με παράγοντες τα γνωρίσματα της συνέπειας, της δραστηριότητας, της προνοητικότητας της αυτοασφάλειας, της υπομονής κ.τλ)· τις διαστάσεις των στάσεων, ενδιαφερόντων και αναγκών, που διαμορφώνουν την ανθρώπινη συμπεριφορά συγχρόνως.

Η προσωπικότητα αρχίζει να αναπτύσσεται από τη γέννησή μας. Κυρίως με τη νόηση ως λόγο και έκφραση και με το εγώ μας και αναφέρεται μόνο στον άνθρωπο («πρόσωπο»). Με αυτή δηλώνεται η δυναμική, σχετικά σταθερή οργάνωση των ψυχικών κυρίως γνωρισμάτων. Η δυναμικότητα αυτή οδηγεί σε αλλαγές της συμπεριφοράς μας και στην προσαρμογή μας στο εκάστοτε περιβάλλον, γι' αυτό και η προσωπικότητα του ανθρώπου εξελίσσεται συνεχώς.

Ο χαρακτήρας σχετίζεται με τις εμπειρίες του ατόμου και είναι θέμα μάθησης, δηλαδή συνηθειών, τρόπου κρίσης, συναισθηματικών αντιδράσεων και ιδανικών του ατόμου που έχουν λίγο ή πολύ σταθερή

παρουσία στη συμπεριφορά μας. (Παπαδόπουλος Ν., 1992, σελ. 188-189).

Ωστόσο ο άνθρωπος δημιουργείται από την επικοινωνία δύο ανθρώπων και ως βρέφος είναι τόσο ανίκανος και εξαρτημένος από αυτούς, που αν δεν τον φροντίσουν δεν πρόκειται να επιζήσει έχει τους άλλους γύρω του για να τον φροντίζουν. Όταν μεγαλώνει του βάζουν όρια και όρους, του μαθαίνουν κανόνες συμπεριφοράς. Κι αυτός προσαρμόζεται.

Η επικοινωνία με άλλους ανθρώπους παίζει καθοριστικό ρόλο στην ανθρώπινη ζωή και συμπεριφορά.

Κάθε τρόπος αντιμετώπισης της ζωής περιορίζεται κοινωνικά από τους άλλους ανθρώπους, αρχικά ασφαλώς από τους γονείς και την οικογένεια. Κάθε νέο άτομο-μέλος της κοινωνίας το περιμένουν από το βρεφικό κιόλας καρότσι του οι κοινωνικοί προσδιορισμοί της ζωής: «υπακοή», «καθαριότητα», «επιμέλεια», «απειλή» κτλ..

Η **οικογένεια**, ως πρώτη κοινωνία ανθρώπων προσδιορίζει ουσιαστικά τη συμπεριφορά του ατόμου, δηλαδή την επηρεάζει και μάλιστα κατά τέτοιο τρόπο που θα μπορούσαμε να πούμε ότι η οικογένεια «σφραγίζει» τη συμπεριφορά του. Είναι δηλ. το βασικό καλούπι για τη διαδικασία κοινωνικοποίησης του ατόμου.

Στη συνέχεια η **κοινότητα**, με την πρωταρχική της μορφή τη «γειτονιά», ως και την πιο εκτεταμένη, την ανθρωπότητα ολόκληρη, παρέχει ερεθίσματα κοινωνικής μάθησης και συμπεριφοράς για το άτομο· γίνεται σήμερα κυρίως με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Σημαντικός παράγοντας κοινωνικοποίησης και κοινωνικού προσδιορισμού του ατόμου είναι στην οργανωμένη σύγχρονη κοινωνία το **σχολείο**. Σ' αυτό οργανώνεται η κοινωνική ζωή παιδιών και εφήβων για αρκετά χρόνια με το σκοπό να παρασχεθούν σ' αυτά οι απαραίτητες γνώσεις και ετοιμότητες για την αντιμετώπιση της κοινωνικής και ατομικής ζωής. Ασφαλώς δεν πρόκειται μόνο για την επίτευξη των «σκοπών μάθησης» που θέτει το σχολείο, δηλαδή οικειοποίηση κανόνων, στάσεων και πρότυπων δράσης σ' όλη τη διάρκεια της

σχολικής πορείας του ατόμου. Οι κανόνες αυτοί λειτουργούν πια «δια βίου» και το άτομο είναι βασικά προετοιμασμένο για τη ζωή του στην κοινωνία («κοινωνική συνείδηση» στο άτομο ή το «υπέρ-εγώ» κατά του Φρόιντ). Η γενική αυτή προετοιμασία του ατόμου, που γίνεται στο σχολείο, περιλαμβάνει και την ανάληψη ρόλων από μέρους του στην κοινωνία και παίρνει με το επάγγελμα συγκεκριμένη μορφή.

Γι' αυτό το επάγγελμα είναι επίσης ένας άλλος σημαντικός παράγοντας κοινωνικοποίησης του ατόμου· έχει βασική υπαρξιακή σημασία για την παραπέρα ζωή του. Αυτό φαίνεται στην άσκηση του επαγγέλματος, που πετυχημένη ή αποτυχημένη, επηρεάζει ανάλογα την εκτίμηση και τη θέση του ατόμου στην κοινωνία.

Είναι φανερό ότι ο κοινωνικός προσδιορισμός της συμπεριφοράς, συντελείται στη διάρκεια ολόκληρης της ζωής του ατόμου και δεν είναι διαδικασία μόνο της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας. Αυτό σημαίνει ότι νέες κοινωνικές και πολιτισμικές εμπειρίες του ατόμου μπορούν να γίνουν αφορμή για νέα συμπεριφορά, δηλ. για αλλαγή της συμπεριφοράς.

Με την επικοινωνία του το άτομο επιδιώκει να προσαρμοστεί σε τρόπους συμπεριφοράς και κανόνες άλλων και να προσαρμοστεί σε τρόπους συμπεριφοράς και κανόνες άλλων και να προσαρμόσει τους άλλους στους δικούς του ικανοποιώντας τις ποικίλες ανάγκες του πραγματοποιώντας συνειδητά ή ασυνειδητά τους εκάστοτε σκοπούς του. Αυτό δηλώνεται και με την έννοια της «αυτοπραγμάτωσης» ως γενικής και σταθερά ενεργοποιημένης τάσης για πλήρη αυτοτέλεια του ίδιου του ατόμου απέναντι στον έλεγχο και τους περιορισμούς του περιβάλλοντος με τις απόψεις του Γκόλστάιν και Ρότζερς.

Ο άνθρωπος ζει αναπόφευκτα μέσα σε ομάδα ή ομάδες. Η σύνδεσή του με αυτές είναι πολλαπλή και δυναμική.

Οι ομάδες διακρίνονται σε πρωτογενείς (οικογένεια, ομάδα φίλων, συνεργατών κ.ά) και σε δευτερογενείς (εθνικές ομάδες, επαγγελματικοί σύλλογοι, κόμματα κ.ά). Οι πρώτες είναι συνήθως άτυπες, οι δεύτερες έχουν τυπικό (επίσημο, οργανωμένο) χαρακτήρα.

Άτομα - μιας συγκεκριμένης κοινωνικής ή επαγγελματικής ιδιότητας αποτελούν τάξη. Κάθε ομάδα παίζει μεσολαβητικό ρόλο ανάμεσα στο άτομο και την κοινωνία γενικά. Το άτομο ενισχύεται πολλαπλά από την ένταξή του σε μια ομάδα, αλλά και περιορίζεται.

Η συμπεριφορά μας επηρεάζεται από τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε το κοινωνικό μας περιβάλλον και η αντίληψή μας για τον «άλλο» εξαρτάται από τις προσωπικές εμπειρίες, επιθυμίες, ανάγκες, προσδοκίες, αλλά και από την παράδοση, τους κοινωνικοπολιτισμικούς κανόνες και αξίες του περιβάλλοντός μας.

Ακόμη και η στιγμιαία διάθεσή μας, η κατάστασή μας και η κοινωνική μας θέση και προέλευση παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντίληψή μας για τον «άλλο» και στις σχέσεις μας με τους άλλους ανθρώπους.

Η ανασφάλεια και η κοινωνική πίεση επηρεάζουν επίσης τη γνώμη μας. Αλλά και η συσχέτιση των πραγμάτων που κρίνουμε μας επηρεάζει. Επιπλέον η πρώτη εντύπωση και η συμπάθεια ή αντιπάθεια, καθορίζουν την κρίση μας για τους άλλους και τις σχέσεις μας μαζί τους.

Εκτός από το κοινωνικό περιβάλλον οι ψυχικές λειτουργίες (αντίληψη, μάθηση, νόηση) βοηθούν τον άνθρωπο να ασχοληθεί ή να προσαρμοστεί στο περιβάλλον.

Στον άνθρωπο όπως και στα ζώα συνυπάρχουν όμως και τα ένστικτα και η ανάκλαση.

Πρόκειται για μηχανισμούς κυρίως οι οποίοι λειτουργούν αυτόματα, εφόσον θα προκληθούν από αντίστοιχο ερέθισμα ή από ερεθίσματα.

Η ανάκλαση είναι αθέλητη, βιολογικά σκόπιμη, άμεση και αυτόματη αντίδραση ενός οργάνου, σε εξωτερικούς ή εσωτερικούς ερεθισμούς. Πρόκειται για κίνηση αντίδρασης ενός (μόνο) οργάνου σε κάποιο ερέθισμα. Το ένστικτο που είναι μια συνθετότερη αυτόματη αντίδραση ολόκληρου του οργανισμού στο περιβάλλον.

Ένστικτο είναι η έμφυτη, βιολογικά σκόπιμη και αυτόματη αντίδραση του οργανισμού σε ερεθισμούς. Η συμπεριφορά ή η πράξη άμυνας, π.χ.

στον κίνδυνο, είναι εκδήλωση ενσικτώδης. Τα ένσικτα και οι ανακλαστικές κινήσεις αφορούν τη βιολογική πλευρά του ανθρώπου. Είναι έμφυτες, βιολογικές δυνάμεις που προδιαθέτουν για συμπεριφορά με ορισμένο τρόπο και κατάλληλες συνθήκες. Τα ένσικτά του, που είναι ελάχιστα, συμπληρώνονται από την νοητική του ικανότητα που δίνει πολλές δυνατότητες και άπειρες διαστάσεις στη ζωή του.» (ο.π., 1992,σελ.158-161, 174,377-378).

«Κύριος υπερασπιστής σύμφωνα με τον Mc Dougall, η συμπεριφορά και η σκέψη είναι αποτέλεσμα κληροδοτημένων ενσικτικών που τροποποιούνται μέσω της μάθησης και των εμπειριών. Γι'αυτόν κάθε συμπεριφορά είτε ανήκει σε άνθρωπο ή σε ζώο, κατευθύνεται σε κάποιο σκοπό και εμφανίζει τα χαρακτηριστικά της επιμονής, της μεταβλητότητας, της λήψης της δραστηριότητας με την επίτευξη του σκοπού και της βελτίωσης της συμπεριφοράς με την άσκηση. Οι δε σκοποί προς τους οποίους προσανατολίζεται η συμπεριφορά, εξαρτώνται από ορισμένες βασικές ανάγκες ή θεμελιώδη κίνητρα.

Τα ανθρώπινα ένσικτα είναι σύμφωνα με τον Mc Dougall, απόκτηση κατασκευή, περιέργεια, φυγή, κοινωνικότητα, εριστικότητα, αναπαραγωγή, αποστροφή, αυτο-μείωση και αυτο-διακήρυξη/διεκδίκηση. Καθώς και μερικά που αφορούν τις σωματικές ανάγκες.

Ο S. Freund επίσης υποστηρίζει την παρουσία δύο ασυνειδήτων μεγάλων κατηγοριών ενσικτικών, τα της ζωής που εκφράζονται με την σεξουαλική συμπεριφορά και του θανάτου που εκφράζονται με την επιθετικότητα.» (Γέροντα Α., 1995,σελ.92).

«Η πολυπλοκότητα και ποικιλία της ανθρώπινης συμπεριφοράς που συνεπάγεται έναν ατέλειωτο αριθμό ενσικτικών, οδήγησε στην έννοια των ορμών.

Η ορμή είναι μια κατάσταση διεύρεσης που οφείλεται σε κάποια βιολογική ανάγκη π.χ. τροφή, νερό σεξ, αποφυγή πόνου. Η κατάσταση διεύρεσης-η ορμή - δραστηριοποιεί τον οργανισμό να ικανοποιήσει την

ανάγκη. Η ορμή είναι ένα συνθετικότερο φαινόμενο, στο οποίο κατά κάποιο τρόπο υπάρχει πολλαπλή συμμετοχή των ψυχικών λειτουργιών, ό,τι θα ονομάζαμε «βίωμα».

Όταν η ικανοποίηση ενός ενστίκτου εμποδίζεται, τότε τίθενται σε κίνηση ορισμένες ψυχικές λειτουργίες προκειμένου να ικανοποιηθεί το ένστικτο (όπως στο παράδειγμα της σφήκας). Στην περίπτωση αυτή η απαίτηση του ενστίκτου αυτού συνειδητοποιείται στην ενέργειά (πίεσή) του να ικανοποιηθεί. Τότε μιλούμε για την ορμή που συνειδητοποιείται, γιατί παρεμβαίνει κατά κάποιον τρόπο η νόησή μας. Η έλλειψη ικανοποίησης βασικών φυσιολογικών αναγκών είναι εκείνη που κινητοποιεί τον οργανισμό και ελέγχει την συμπεριφορά. Οι όροι ορμή και ανάγκη έχουν χρησιμοποιηθεί εναλλάξ, ο μιν πρώτος αφορά τις ψυχολογικές συνέπειες του δευτέρου (ανάγκη) που αφορά την φυσιολογία. Οι ορμές και οι ανάγκες είναι παράλληλες αλλά όχι ταυτόσημες. Άτομο π.χ. που λιμοκτονεί αδυνατεί να ενεργοποιηθεί για την απόκτηση τροφής.

Η ομοιόσταση-τάση του οργανισμού για σταθερότητα/ισορροπία εσωτερικών λειτουργιών είναι στενά συνδεδεμένη με τις ορμές. Έτσι **ανάγκη** είναι οποιαδήποτε απόκλιση πέρα των ορίων (μικρών τις περισσότερες φορές) που επιτρέπει η ομοιόσταση. Ορμή είναι η ψυχολογική μορφή της απόκλισης. Έτσι για όλες τις αποκλίσεις λειτουργιών φυσιολογίας που δεν διορθώνονται αυτόματα απ'τον οργανισμό, το άτομο δραστηριοποιείται για την επαναφορά της ομοιόστασης μέσω της μείωσης των ορμών. Επίσης οποιαδήποτε ψυχολογική απόκλιση δραστηριοποιεί ανάλογα τον οργανισμό π.χ. ένα φορτισμένο ή αγχωμένο άτομο κινητοποιείται για να μειώσει την ένταση.

Ο άνθρωπος όμως έχει επιπρόσθετα κάτι που δεν έχουν τα άλλα ζώα: την αφηρημένη νόηση.»

Η ορμή είναι ένα κράμα ενστίκτου και νοητικής αντίδρασης, στο οποίο υπερέχει η κυριαρχία του ενστίκτου. Πρόκειται για ορισμένα ένστικτα τροποποιημένα στη ζωή του ανθρώπου.

Ο άνθρωπος πέρα απ'αυτά έχει και ορμές, συνθετότερους δηλαδή τρόπους αντίδρασης και είναι δυνατό να τις ικανοποιεί άμεσα ή και να αναβάλλει την ικανοποίησή τους.

Μερικές φορές ενώ ετοιμαζόμαστε π.χ. να φάμε, συμβαίνει κάποιο έκτακτο γεγονός εξαιτίας του οποίου ή μταιώνουμε τελείως το φαγητό ή το αναβάλλουμε.

Εδώ παρουσιάζεται η νοητική εκτίμηση ενάντια στην απαίτηση του οργανισμού για ικανοποίηση της πείνας. Η ορμή δηλαδή υποχωρεί, αναβάλλεται τροποποιείται με την παρέμβαση της νόησής μας, με την οποία και ιεραρχούμε ή κάνουμε μια εκτίμηση των δεδομένων.

Έχουμε δύο βασικές κατηγορίες ορμών: α) τις **έμφυτες βιολογικές**, που διακρίνονται στις αναγκαστικές και μη αναγκαστικές και β) τις **επίκτητες**, που τις αποκτούμε είτε από μίμηση, είτε με βάση κάποιο άλλο τρόπο μάθησης και οι οποίες παίρνουν επίσης έντονο χαρακτήρα στη ζωή του οργανισμού μας. Οι έμφυτες ορμές είναι: 1) απαραίτητες για τη ζωή και 2) η ικανοποίησή τους δεν επιδέχεται αναβολή μεγάλου χρονικού διαστήματος.

Στις ορμές υπάρχουν :

1) Η **πίεση** (ώθηση) που ασκούν στον ψυχοσωματικό οργανισμό μας. Νιώθουμε αναγκασμένοι να κάνουμε ό,τι θα μας ικανοποιήσει σε μια συγκεκριμένη περίπτωση.

Οι ορμές ενεργούν από μόνες τους, χωρίς δηλ. εξωτερικούς ερεθισμούς και κυρίως τότε όταν η πίεσή τους έχει φτάσει έναν ιδιαίτερα ισχυρό βαθμό.

Η συνασθηματική ακολουθία των περισσότερων ορμών, που μπορεί να είναι θετική-ευχάριστη ή αρνητική-δυσάρεστη. Η ικανοποίησή μιας ορμής ακολουθείται από ευχάριστο και η μη ικανοποίησή της από δυσάρεστο συναίσθημα.

2) Η **σύγχυση ή μείωση της συνειδητότητας** που παρατηρείται στις περισσότερες ορμές, όταν είναι πολύ έντονες. Η μείωση αυτή συμβαίνει κυρίως στην αχαλίνωτη λαιμαργία, στη μανιακή επίθεση και στο τυφλό πάθος, καταστάσεις στις οποίες όλη η ψυχική ζωή κατακλύζεται από

την ορμή. Στις περιπτώσεις αυτές διακόπτεται η σκέψη και δεν λειτουργούν σωστά τα αισθητήρια όργανα. Πρόκειται για το φαινόμενο που χαρακτηρίζουμε «βρασμό ψυχής».

»Οι έμφυτες ορμές είναι πρωταρχικές είναι: η ορμή της θρέψης (πείνα, δίψα) και η γεννητήσια ορμή (σεξ). Οι ορμές-θρέψης, ύπνου, αυτόπροστασίας ή άμυνας χαρακτηρίζονται ως βιογενείς, έμφυτες και αυτόματες ορμές.

Με βάση τις πειραματικές διαπιστώσεις γίνεται ιεραρχική κατάταξη από άποψη έντασης των ορμών αυτών:

- 1) η ορμή της μητρότητας,
- 2) η ορμή της δίψας,
- 3) η ορμή της πείνας
- 4) η ορμή της αναπαραγωγής (γεννητήσια)

Η σειρά αυτή φαίνεται να σχετίζεται με τη βιολογική σκοπιμότητα, ότι η φύση ενδιαφέρεται να συντηρήσει στη ζωή το ήδη υπάρχον .

Σε άμεση ή έμμεση συνάρτηση με τις βιολογικές και τις λειτουργικές ορμές βρίσκονται και οι λεγόμενες «ηδονιστικές ή απολαυστικές ορμές». Πρόκειται για ορμές επίκτητες, στις οποίες ταιριάζει περισσότερο η έννοια των αναγκών , αφού οι ορμές είναι βασικά έμφυτες διαδικασίες.

Αυτές αποκτώνται με σύνδεση φυσικού ερεθίσματος— ή έμμεσα σχετικού προς τις ανάγκες του οργανισμού—και φυσιολογικού ερεθισμού. Είναι δηλαδή αποτέλεσμα μάθησης, είναι ιδιαίτερα πολύπλοκες και ποικίλες ατομικά και γίνονται τόσο ψυχικά όσο και σωματικά (φυσιολογικά) αναπόσταστες ανάγκες του ατόμου.

Η ικανοποίησή τους φέρνει ιδιαίτερη απόλαυση και ηδονή , έτσι που το άτομο που τις έχει γνωρίσει, νοιώθει την ανάγκη της νικοτίνης, της καφεΐνης, του αλκοολ κ.λπ. κατά τον ίδιο τρόπο, όπως την ανάγκη της πείνας και της δίψας .

Και αυτές οι ορμές έχουν μια οργανική βάση και αυτή βρίσκεται στο νευρικό σύστημα που υπό την επίδραση των σχετικών ουσιών εργάζεται ευκολότερα και γρηγορότερα, συνδέεται με τους ερεθισμούς

αυτούς και «συνηθίζει» σ'αυτούς. Αντίθετα, στην έλλειψή τους ο οργανισμός λειτουργεί σιγά και βαρύθυμα. -

Μάλιστα οι ηδονιστικές ορμές, που σχετίζονται με τα απολαυστικά μέσα της νικοτίνης, της καφεΐνης και του αλκοόλ, μπορούν εύκολα να φθάσουν σε μια προβληματική και ακόμη παθολογική κατάσταση, που από άποψη εξάρτησης δε διαφέρει και πολύ από την κατάσταση που δημιουργεί η λήψη ναρκωτικών.» (Παπαδόπουλος Ν., 1992, σελ.390-413,424)

Στον πολιτισμένο ή κοινωνικοποιημένο άνθρωπο οι **έμφυτες ορμές** έχουν συμπληρωθεί και από άλλες ορμές που ακριβώς γι'αυτό, επειδή δηλαδή είναι **επίκτητες** και εκλεπτυσμένες διαφοροποιήσεις των βασικών έμφυτων ορμών τις ονομάζουμε **τάσεις**.

Έχουν χαρακτήρα **συνηθειών** και είναι επίσης βασικές στον πολιτισμένο άνθρωπο, έτσι που ορισμένοι δεν κάνουν καν διάκριση ορμών και αναγκών ή τάσεων. Υπάρχει όμως διαφορά ανάμεσα στις ορμές και στις επίκτητες ανάγκες ή τάσεις που δημιούργησε ο άνθρωπος, ως πολύπλοκη ύπαρξη, χρησιμοποιώντας τη νόησή του. Οι ορμές και οι τάσεις είναι πάρα πολλές. Οι ορμές έχουν ως βασικό τους γνώρισμα την έντονη «**δυναμικότητα**».

Δυναμικότητα σημαίνει παρώθηση σε πράξη, δράση. Πρόκειται για **ζωτικές δυνάμεις**.

Οι κοινωνικές τάσεις προήλθαν από την προσπάθεια του ανθρώπου, να ικανοποιήσει τις βιολογικές του ορμές που είναι βασικές και πρωταρχικές. Οι κοινωνιογενείς ανάγκες είναι **δευτερογενή κίνητρα** στη ζωή του ανθρώπου και παρουσιάζονται σε μια μεγάλη ποικιλία. Βασικά διακρίνονται οι εξής τάσεις, που ανταποκρίνονται σε αντίστοιχες ανάγκες του πολιτισμένου ανθρώπου: Η **τάση της κτήσης (απόκτησης)**, της **δύναμης** ή εξουσίας, της **προσωπικής αξίας** ή **γοήτρου**, της **φιλοδοξίας**, οι **πολιτιστικές** και οι **γνωστικές τάσεις**.

Πρόκειται για τάσεις που δεν παρουσιάζονται στα ζώα, χαρακτηρίζουν ιδιαίτερα τον άνθρωπο και τον αναδεικνύουν σε πολιτιστικό ον. Με τις τάσεις αυτές ο άνθρωπος διευκολύνει την ζωή

του, αλλά και τη δυσχεραίνει, γιατί η πολυπλοκότητα της ζωής του δεν είναι χωρίς προβλήματα, τόσο στην ατομική όσο και στην κοινωνική πλευρά. Αντίθετα από τα ζώα ο άνθρωπος δημιουργεί, κατά συνέπεια, πολιτισμό, δηλαδή δίκαιο, τέχνη, θρησκεία, ηθική, αξίες, σύμβολα, έχει οικονομία και τεχνική.

Τα κίνητρα επίδοσης φανερώνουν, στη μικρή κιόλας ηλικία, τη δυναμικότητα του ανθρώπου. Ο άνθρωπος παρουσιάζεται να θέλει να κυριαρχεί στο περιβάλλον του, να υπερνικά εμπόδια, να συναγωνίζεται και να διακρίνεται, να θέτει στόχους και να ελπίζει στην επιτυχία τους προσπαθώντας, αλλά και να φοβάται για την αποτυχία. Σε όλα αυτά δείχνει ο άνθρωπος την ιδιαιτερότητά του και την πολυπλοκότητά του. Έτσι τα «δευτερογενή» αυτά κίνητρα, φτάνουν να παίζουν, όχι σπάνια, πρωταρχικό ρόλο στη συμπεριφορά του ατόμου.

Εκτός από τις ορμές και τις τάσεις, βασικό στοιχείο στην ψυχοσωματική ζωή είναι και το συναίσθημα. Το συναίσθημα βρίσκεται σε στενή σχέση με τις ορμές. Επιδρά και τροποποιεί άλλοτε λιγότερο και άλλοτε περισσότερο τις ορμές.

Τα συναίσθηματα είναι ψυχικές καταστάσεις που παρουσιάζονται χωρίς τη συνειδητή συμμετοχή μας από αντιδράσεις σε εξωτερικά ή εσωτερικά γεγονότα, τα οποία ζούμε ή βιώνουμε, συνήθως, σα δυσάρεστα ή ευχάριστα ψυχικά γεγονότα.

Σύμφωνα με τον Plutchik διακρίνονται σε 8 βασικές κατηγορίες αυτές του φόβου (πανικού). (βλ. παράρτ. Α', σελ. 186)

Υπάρχουν τόσο κίνητρα όσο και συναισθήματα που αναφέρονται κυρίως στη βιολογική πλευρά του ανθρώπου και άλλα που αναφέρονται κυρίως στη νοητική πλευρά ή αγγίζουν περισσότερες πτυχές της προσωπικότητας. Τα ηθικά και αισθητικά π.χ. συναισθήματα, είτε είναι ευχάριστα (σημαίνουν απόλαυση, ηδονή) είτε είναι δυσάρεστα (σημαίνουν στενοχώρια και πόνο) δε βρίσκονται σε άμεση σχέση με το σώμα, αλλά κυρίως με το συνολικό άτομο, δηλαδή την προσωπικότητα.

Μεταξύ των συναισθημάτων, των ορμών και των τάσεων του ανθρώπου υπάρχει ένας ανταγωνισμός που μπορεί να σχετίζεται με ποικίλα πράγματα.

π.χ. Υπάρχει ανταγωνισμός μεταξύ της ορμής για ύπνο και της επιθυμίας για μελέτη, μεταξύ της επιθυμίας για παρακολούθηση του σχολείου, του μαθήματος και της ορμής για περίπατο.

Η αναπτυγμένη προσωπικότητα προέρχεται από τον επιτυχή ανταγωνισμό ορμών, τάσεων, συναισθημάτων, και είναι το δυναμικό εμπειρικό αποτέλεσμα της ανάπτυξης του ατόμου στο σύνολό του.

Τα συναισθήματα χαρακτηρίζονται στο ότι συνοδεύουν τις σωματικές εκδηλώσεις, είναι αυτογενή, αφορούν ολόκληρο τον άνθρωπο, εξαρτώνται από κοινωνικοπολιτιστικά δεδομένα, έχουν δυναμικότητα.» (Παπαδόπουλος Ν., 1992 σελ.414-435).

«Έχουν γίνει πολλές ταξινομήσεις των συναισθημάτων σε κατηγορίες. Μπορούμε πάντως να διακρίνουμε συναισθήματα που έχουν πρωτογενή χαρακτήρα ... (φόβος,χαρά), αισθητηριακά (πόνος,αηδία), συναισθήματα αυτοεκτίμησης (υπερηφάνεια, ντροπή), συναισθήματα κοινωνικά (σχέση μας με τους άλλους: αγάπη, μίσος, ζήλεια), συναισθήματα στάσης μας (θετικής ή όχι εκτίμησης: χιούμορ, σεβασμός, θαυμασμός). Μια βασική διαφορά των συναισθημάτων από τα κίνητρα είναι ότι αναφέρονται σε προσωρινές ψυχικές καταστάσεις , ενώ εκείνα σε μονιμότερες συμπεριφορές.

Τα συναισθήματα ενεργοποιούνται από διάφορα ερεθίσματα και φτάνουν σε μεγάλη ποικιλία κατεύθυνσης και έντασης. Επιδρούν θετικά συνήθως, όταν ενεργοποιούνται σε μέτριο βαθμό.

Τα συναισθήματα επηρεάζονται από την νόηση, αλλά και από άλλες εσωτερικές βιολογικές καταστάσεις και ακόμη από εξωτερικούς παράγοντες.

Η μεγάλη ένταση των συναισθημάτων οδηγεί στα πάθη. Σ'αυτά αντιστοιχούν συγκεκριμένες σωματικές καταστάσεις (συμπτώματα).

Ο ρόλος της μάθησης είναι σημαντικός στην εξέλιξη, τη διαμόρφωση και την εμφάνιση των συναισθημάτων, τόσο των απλών όσο και των σύνθετων και έντονων.

Με τον όρο «κίνητρα» αναφερόμαστε σε ασυνείδητες ή και συνειδητές δυνάμεις που ωθούν τον οργανισμό σε κάποια δραστηριότητα, στην οποία υπάρχει κάποιος στόχος ή σκοπός, η προσέγγιση του οποίου μειώνει την ένταση του οργανισμού.

Τα κίνητρα διακρίνονται σε τρεις βασικότερες κατηγορίες: Τα βιογενή ή (Πρωταρχικά), τα κοινωνιογενή (ή δευτερογενή) κίνητρα και τα ψυχολογικά κίνητρα. Εκτός όμως από τα κίνητρα εν υπάρχουν στον άνθρωπο και τα κατευθυντήρια ερεθίσματα.

Κατευθυντήρια ερεθίσματα. Πρόκειται για εξωτερικά ερεθίσματα που ενεργοποιούν τον οργανισμό π.χ. μετά από χορταστικό γεύμα η θέα ενός ωραίου γλυκού ενεργοποιεί την πείνα, ή άνθρωποι που επιδιώκουν "αποκλίνουσες" δραστηριότητες-ράλλυ, έργα τρόμου κ.λ.π. Οι άνθρωποι έλκονται σε θετικά κατευθυντήρια ερεθίσματα και αποφεύγουν αρνητικά π.χ. ένα αντικείμενο ή κατάσταση που έχει προξενήσει πόνο (φωτιά) αποφεύγεται ως αρνητικό κατευθυντήριο ερέθισμα. Το κατευθυντήριο ερέθισμα. Το κατευθυντήριο ερέθισμα διεγείρει τον οργανισμό και κατευθύνει την συμπεριφορά προς ή μακριά του.

1. Βιογενή ή πρωταρχικά κίνητρα. Είναι έμφυτοι μηχανισμοί που υπηρετούν τη διατήρηση της φυσιολογικής ισορροπίας του οργανισμού, π.χ. η πείνα, η δίψα, η γενετήσια ορμή.

2. Κοινωνιογενή ή δευτερογενή κίνητρα. Σχετίζονται με διαδικασίες μάθησης. Εξαρτώνται από τις εμπειρίες, την αγωγή και γενικά τις επιδράσεις του περιβάλλοντος.

3. Ψυχολογικά κίνητρα. Μολονότι στα πρώτα χρόνια ζωής η συμπεριφορά του παιδιού επί το πλείστον καθορίζεται από βιολογικές ανάγκες στην μετέπειτα εξέλιξη του εμφανίζονται νέα κίνητρα που μαθαίνονται από τις συνδιαλλαγές με άλλους ανθρώπους.

Ασφάλεια, αποδοχή και έγκριση από άλλους, αυτο - εκτίμηση είναι μερικά από τα ψυχολογικά κίνητρα που ονομάζονται έτσι για να ξεσωρίζονται απ'αυτά που βασίζονται καθαρά σε βιολογικές ανάγκες. Τα ψυχολογικά κίνητρα ικανοποιούνται με τρόπο που επηρεάζεται κυρίως απ'την κοινωνία που ζει το άτομο και σχετίζονται έμμεσα με βιολογικές ανάγκες.» (Παπαδόπουλος Ν., 1992, σελ.436,442-448)

«Ο Maslow (1954) προτείνει μια ιεραρχία κινήτρων (ή αναγκών) σε σχήμα πυραμίδας με βάση, βασικές βιολογικές ανάγκες που η ικανοποίηση τους επιτρέπει την ανέλιξη σε υψηλότερες ανάγκες. Σύμφωνα με την άποψη του Maslow μετά τις βιολογικές ανάγκες π.χ. τροφή, έπονται ιεραρχικά οι ανάγκες: ασφάλειας, αγάπης και συμμετοχής αυτοεκτίμησης, γνωστικές, αισθητικές, αυτο-πραγμάτωσης.

Είναι αναγκαία τουλάχιστον η μερική ικανοποίηση αναγκών ενός επιπέδου πριν να είναι δυνατή η ενασχόληση με τα επόμενα επίπεδα. Όταν οι βασικές ανάγκες ικανοποιούνται σχετικά εύκολα, τότε απομένει ενέργεια, χρόνος κ.λπ. για ενασχόληση με τις υπόλοιπες π.χ. καλλιτεχνικές, με ύψιστο κίνητρο την αυτοπραγμάτωση.

Τα κίνητρά τους, ανακαλύπτουν και αξιοποιούν τα οποία ταλέντα τους και εντάσσουν την προσφορά τους σε μια κοινή προσπάθεια με κοινή κατεύθυνση και αποτελεσματικότητα.

Σύμφωνα λοιπόν με τον Maslow τα κίνητρα ή οι ανάγκες διακρίνονται σε 5 κύριες κατηγορίες. Παρόμοιες θέσεις έχει και ο σύγχρονος διάσημος ψυχοθεραπευτής K. Rogers.

Τα κίνητρα παρουσιάζουν τα εξής γνωρίσματα:

α. Αποτελούν παράγοντα δράσης (π.χ. βενζίνη στο αυτοκίνητο) και θέτουν σε κίνηση διάφορους τρόπους συμπεριφοράς.

β. Κινητοποιούν προς ορισμένη κατεύθυνση και σκοπό. Έτσι π.χ. η τροφή ως αντικείμενο του κινήτρου της πείνας, το νερό ως αντικείμενο του κινήτρου της δίψας.

γ. Τα κίνητρα είναι αυτόματα. Δεν πεινάμε, επειδή θέλουμε να πεινάσουμε. Όμως, ενώ είναι ασυνείδητα, μπορεί να γίνουν συνειδητές δυνάμεις.

δ. Ασκοούν πίεση για ικανοποίηση αναγκών.

ε. Έχουν μακρόχρονη διάρκεια (π.χ. πείνα σ'ένα ορισμένο χρονικό διάστημα) ή επηρεάζουν συνεχώς τη συμπεριφορά (π.χ. η τάση για κυριαρχία- επιβολή ή η τάση για αναγνώριση).» (Γέροντα Αλεξάνδρα, 1995, σελ.92-93)

Σύμφωνα με τον Παπαδόπουλο Ν. (1992) τα διάφορα κίνητρα βιογενή ή κοινωνιογενή και πολιτιστικά συγκρούονται συχνά μεταξύ τους. Σύγκρουση έχουμε όταν δύο ή περισσότερες ανάγκες ή τάσεις παρουσιάζονται ασυμβίβαστες. Η αδυναμία συμβιβασμού οδηγεί σε νευροσική συμπεριφορά ή αππροσαρμοσία.

Η **προσαρμογή** είναι διαδικασία που χαρακτηρίζει μια ισορροπία μεταξύ προχωρημένης και το δυνατόν ικανοποίησης των ατομικών απαιτήσεων ή αναγκών και λιγότερων συγκρούσεων με το περιβάλλον. Όταν έχουμε ελλιπή ικανοποίηση των απαιτήσεων, μιλάμε για ελλιπή προσαρμογή.

Πολύ συνηθισμένες μορφές δυσαρμονίας ή έλλειψης προσαρμογής είναι οι **διαταραχές επικοινωνίας**. Εξωτερικεύονται σε αναρίθμητους τομείς της ζωής του ανθρώπου (επάγγελμα, σχολείο, ελεύθερη ενασχόληση κ.λπ), σαν δειλία, εγκράτεια, προτίμηση της μοναξιάς.

Στις καθημερινές μας επαφές συναντάμε όχι σπάνια ανθρώπους των οποίων η συμπεριφορά είναι περίεργη και πέρα από τα συνηθισμένα πλαίσια. Εξάλλου ακούμε διάφορους υπαινιγμούς για τη διαφορετική ή την παράξενη συμπεριφορά ενός ατόμου π.χ. "πρόκειται για τρελό". Η συμπεριφορά του μέσου ανθρώπου είναι διαφορετική σε κάθε πολιτιστικό κύκλο, σε κάθε κοινωνία και σε κάθε κοινωνικό στρώμα. Η συμπεριφορά του μέσου ανθρώπου υπόκειται σε διαρκή και γρήγορη αλλαγή. Δεν έχουμε παρά να λάβουμε υπόψη της εκτιμήσεις που γίνονταν πριν λίγα χρόνια για θέματα όπως: κάπνισμα γυναικών, ομοφυλοφιλία, και ακόμη παλαιότερα το θέμα των σπουδών της γυναίκας στη χώρα μας κ.ά

Τελευταία δίνεται ιδιαίτερη σημασία στους κοινωνικούς κανόνες, δηλαδή στις προσδοκίες. Αν μια συμπεριφορά παρουσιάζεται σε ένα μέλος μιας ομάδας, ενώ δεν αναμενόταν, θεωρείται «ασυνήθης» και σύγχρονα αποκλίνουσα και «ανώμαλη».

Έχει ποικιλότητα αποδειχθεί ότι μια ανύπαρκτη αρχικά ψυχική ασθένεια (ή αποκλίνουσα συμπεριφορά) αρχίζει τότε (με αφορμή την ετικέτα) να αναπτύσσεται, όταν οι άλλοι τη θεωρούν υπαρκτή. Συχνά η στάση αυτή της «ετικετοποίησης» έχει ως υπόβαθρο τη δημιουργία «φαύλου κύκλου» μέσα στον οποίο και οι «αδυναμίες» ή οι σκοπιμότητες των άλλων καλύπτονται.

Από πρακτική ψυχολογική άποψη διατυπώνονται πάντως ορισμένα γνωρίσματα της ομαλής ή φυσιολογικής συμπεριφοράς. Και συγκεκριμένα: Οι φυσιολογικοί άνθρωποι είναι ικανοί να τα βγάζουν πέρα μόνοι τους, δηλαδή μπορούν να τρέφονται και να ντύνονται μόνοι τους, να εργάζονται και να βρίσκουν στην εργασία και τη δραστηριότητά του χαρά και νόημα, να βρίσκουν, να αποκτούν φίλους και να διατηρούν φιλικές σχέσεις με τους άλλους, να ζουν σύμφωνα με τους κοινωνικούς κανόνες, να είναι παραγωγικοί και δημιουργικοί και γενικά να λειτουργούν αποτελεσματικά. Τέλος, είναι πολύ σημαντικό για την ψυχική υγεία ή τη θετική κανονική ψυχική κατάσταση ενός ατόμου, το λεγόμενο «αυτοσυναίσθημα». Το να νοιώθει κανείς ευχαριστημένος, να νοιώθει ότι «τα πράγματα πάνε καλά». Δηλαδή πρόκειται για τη λεγόμενη καλή ή αισιόδοξη διάθεση. Αυτή περιλαμβάνει μια διαδικασία και ετοιμότητα για συνεχή αλλαγή του ατόμου και προσαρμογή του τέτοια, ώστε να αντιμετωπίζει κανείς τα προβλήματα της ζωής, να κατακτά τη ζωή και να τη χαίρεται.» (ο.π.,σελ.448-449)

6.3. Τι είναι η Αγωγή Υγείας

Η αποτελεσματικότητα κάθε πολιτικής υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το επίπεδο συνειδητότητας του πληθυσμού στα

θέματα που αφορούν την υγεία του και από την ετοιμότητα και την αποφασιστικότητα του καθένα ατομικά και όλων μαζί συλλογικά για επικοδομητική δράση στην υπόθεση της υγείας.

«Η Αγωγή Υγείας θα μπορούσε να οριστεί σαν:

"η διαδικασία εκείνη που βοηθάει τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις, να υιοθετούν συμπεριφορές και να δρουν σύμφωνα με τις ανάγκες που επιβάλλει η προαύπηση και η προαγωγή της υγείας τους"

Επίσης η Αγωγή Υγείας αποτελεί τη διαδικασία που παρέχει γνώσεις και δυνατότητες σωστών επιλογών και στάσεων στα θέματα υγείας"

Ο σκοπός της Αγωγής Υγείας θα μπορούσε επιγραμματικά να διατυπωθεί με βάση τους ακόλουθους 3 άξονες:

1. Παροχή γνώσεων υγείας

2. Υιοθέτηση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών

3. Διαμόρφωση κατάλληλων περιβαντολογικών συνθηκών»

(Τούντας Γ., 1988, σελ. 160-162)

Εκτιμάται ότι η Αγωγή Υγείας αφορά όλες εκείνες τις εμπειρίες ενός ατόμου, μιας ομάδας ή μιας κοινότητας, που επιδρούν και επηρεάζουν τις αξίες, τις στάσεις, τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, καθώς και τις διαδικασίες και τις ενέργειες εκείνες που προκαλούν τις επιθυμητές αλλαγές προς όφελος της υγείας. Αυτή η ευρύτερη ερμηνεία αναγνωρίζει ότι πολλές εμπειρίες θετικές και αρνητικές, επιδρούν στη σκέψη, στα αισθήματα και στην πράξη των ανθρώπων. Γι' αυτό και δεν περιορίζει το εύρος της δράσης της Αγωγής Υγείας μόνο σε σχεδιασμένες και οργανωμένες δραστηριότητες.

Η Αγωγή Υγείας αποτελεί αναπόσπαστο και σημαντικό κομμάτι της πρόληψης της αρρώστιας αλλά και ουσιαστική συνιστώσα της θεραπευτικής διαδικασίας και της σωστής χρήσης και αξιοποίησης των υπηρεσιών υγείας. (ο.π., σελ. 164-167)

«Η Αγωγή Υγείας όσον αφορά τη συμμετοχή της στον τομέα της πρόληψης, μπορεί να ταξινομηθεί σε τρία επίπεδα, που είναι αντίστοιχα στα τρία επίπεδα της πρόληψης. Στην πρωτογενή πρόληψη, που αποσκοπεί στην καταπολέμηση των αιτιολογικών νοσογόνων

παραγόντων, είτε με την αποφυγή τους όπως π.χ. αποχή από το κάπνισμα ή το αλκοόλ, είτε με την εξουδετέρωσή τους (απολύμανση, χλωρίωση νερού, καταστροφή εντόμων κ.τ.λ.). Στη **δευτερογενή πρόληψη** που αποσκοπεί στην έγκαιρη διάγνωση των νόσων όταν ήδη έχουν αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες όπως π.χ. ο κυτταρολογικός έλεγχος κατά Παπανικολάου, για την ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στα πρώιμα στάδια κ.ά.. Και στη **τριογενή πρόληψη** που αποσκοπεί στην επανένταξη των χρόνιων αρρώστων ή αναπήρων στο οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον και την καλύτερη δυνατή αποκατάσταση των βιολογικών πνευματικών και κοινωνικών τους δραστηριοτήτων.

Στην Αγωγή Υγείας εντάσσονται επίσης ατομικά και συλλογικά προληπτικά μέτρα. Στα ατομικά προληπτικά μέτρα κύριος φορέας της ευθύνης για την ανάληψή τους είναι το ίδιο το άτομο όπως π.χ. η σωστή διατροφή, η σωματική άσκηση, η αποφυγή του καπνίσματος ενώ στα συλλογικά προληπτικά μέτρα την ευθύνη έχει η πολιτεία και οι φορείς της και σαν τέτοια μπορούν να θεωρηθούν η μείωση της ρύπανσης του περιβάλλοντος, η εξυγίανση της ύδρευσης και της αποχέτευσης.» (Τούντας Γ., 1986, σελ. 10- 11)

Πιστεύετε ότι η δυσκολία της θεραπευτικής ιατρικής να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά πολλά από τα σύγχρονα προβλήματα υγείας, παρά την τεράστια ανάπτυξη που γνώρισε και παρά την εκρηκτική αύξηση των δαπανών για την υγεία, έστρεψε την προσοχή στον τομέα της πρόληψης. Η προσδοκία της επιλύσεως σημαντικών προβλημάτων υγείας με την Αγωγή Υγείας ξεκίνησε από τη διαπίστωση πως πολλά από τα συχνότερα σήμερα νοσήματα στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπως Μ.Α., καρδιαγγειακά και νεοπλασμάτα, οφείλονται στη μακροχρόνια επίδραση εξωγενών βλαπτικών παραγόντων και του τρόπου ζωής και της ύπαρξης συγκεκριμένων αξιών που θα μπορούσε να αποφευχθούν με την υιοθέτηση μιας κατάλληλης συμπεριφοράς. Για το λόγο αυτό η Αγωγή Υγείας κατέχει

μια σημαντική θέση στο χώρο της προληπτικής ιατρικής και ειδικότερα στην πρωτογενή πρόληψη.

Παράλληλα, σημαντική θέση διεκδικεί η αγωγή υγείας και στη δευτερογενή πρόληψη, που βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Η αποδοτικότητα των αποτελεσματικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου αυξάνει με την ευρεία συμμετοχή και συμμόρφωση των ατόμων σε αυτά. Η εξασφάλιση όμως ευρείας συμμετοχής και συμμορφώσεως προϋποθέτει σωστή αγωγή υγείας του κοινού. Εξάλλου, η δυνατότητα των ατόμων να αναγνωρίζουν έγκαιρα μερικά πρώιμα συμπτώματα μπορεί να βελτιώσει την πρόγνωση ορισμένων σοβαρών νόσων. (Τριχόπουλος Δ. και Τριχοπούλου Α., 1986, σελ.284)

Η πρωτοβάθμια ή πρωτογενής Αγωγή Υγείας αντίστοιχα αφορά τον υγιή πληθυσμό και επιδιώκει να προλάβει την εμφάνιση των προβλημάτων, τροποποιώντας παράγοντες (συμπεριφοράς ή περιβάλλοντος) που συμμετέχουν στην πρόσκλησή τους.

Η δευτεροβάθμια ή δευτερογενής Αγωγή Υγείας, αφορά τόσο τον υγιή όσο και τον άρρωστο πληθυσμό που βρίσκονται σε κάποιο προσυμπτωματικό στάδιο εκδήλωσης μιας νόσου ή μιας διαταραχής. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος και η έγκαιρη διάγνωση προϋποθέτουν τη σωστή ευαισθητοποίηση του κοινού και την ενεργό συμμετοχή του είτε πρόκειται για οργανωμένα προληπτικά προγράμματα είτε για απλές μεθόδους αυτοελέγχου, που μόνο διαμέσου της Αγωγής Υγείας μπορούν να πραγματοποιηθούν.

Η τριτοβάθμια ή τριτογενής Αγωγή Υγείας, αφορά αποκλειστικά τους άρρωστους, κυρίως τους χρόνιους, όπου η θεραπεία δεν είναι εφικτή ή όπου υπάρχει μόνιμη αναπηρία. Στις περιπτώσεις αυτές, προκειμένου να διεκδικηθεί η αποκατάσταση των ασθενών αυτών, η Αγωγή Υγείας επιδιώκει την κατάλληλη εκπαίδευση τόσο των ασθενών όσο και των άμεσων συγγενών τους για τη σωστή αντιμετώπιση των προβλημάτων και την καλύτερη αξιοποίηση των δυνατοτήτων επανένταξης. (Τούντας Γ., 1986, σελ. 7-9)

Σχετικά με το ρόλο της Αγωγής Υγείας στη θεραπευτική αγωγή των αρρώστων, είναι φανερό η σημασία της σωστής ενημέρωσης και της ενεργού συμμετοχής του ασθενή στην επιτυχία κάθε θεραπευτικού σχήματος. Η γνώση της σημασίας κάθε θεραπευτικού μέτρου, η επίγνωση των πιθανών κινδύνων και η προσαρμογή στις απαιτήσεις ενός θεραπευτικού σχήματος, είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την αποτελεσματική καταπολέμηση της αρρώστιας.

Η ίδια ανάγκη ενημέρωσης και συμμετοχής, που μπορεί να προσφερθεί οργανωμένα μόνο διαμέσου της Αγωγής Υγείας, ισχύει και στον τομέα της χρήσης των υπηρεσιών που προσφέρει ένα σύστημα υγείας. Χωρίς τη σωστή ενημέρωση του κοινού για τις υπάρχουσες υπηρεσίες, τη λειτουργία τους την κατανομή τους και πολλά άλλα και χωρίς την υιοθέτηση από το κοινό στάσεων και συμπεριφορών που να διευκολύνουν την αξιοποίηση των υπηρεσιών, είναι αναπόφευκτο να δημιουργούνται σοβαρά προβλήματα που μπορεί άλλοτε να οδηγούν στη μη αξιοποίηση των υπηρεσιών, άλλοτε στην υπερβολική ζήτηση τους άλλοτε στη λαθεμένη χρήση τους και όχι σπάνια ακόμα και στην επικίνδυνη κατανάλωσή τους (π.χ. φάρμακα, ακτινογραφίες, κ.λ.π.).

Η Αγωγή Υγείας οφείλει να επιδιώκει την υποστήριξη της δυνατότητας ελεύθερων επιλογών, μέσα από τη γνώση και την υπευθυνότητα και όχι την επιβολή ή την προπαγάνδα κάποιας αλήθειας όσο και αν αυτή τεκμηριώνεται με αξιόπιστα επιστημονικά κριτήρια. (ο.π., σελ.11).

Πρέπει να τονιστεί σύμφωνα και με τον κ. Σολωμό ότι η σημασία της Προληπτικής Ιατρικής που έχει επισημανθεί από αρχαιοτάτων χρόνων (Ιπποκράτης) και ο ρόλος της επαναβεβαιώθηκε στην Παγκόσμια Συνδιάσκεψη της ALMA ATA το 1978, που έταξε για στόχο : "Υγεία για όλους το 2000" αποδυναμώνεται και στερείται της επιδιωκόμενης αποδοτικότητας χωρίς την Αγωγή Υγείας και συγκεκριμένα την Υγειονομική Παιδεία του γενικού πληθυσμού. Γιατί:

- Υπάρχει στενή σχέση και συνάφεια μεταξύ Παιδείας και Υγείας.
- Οι κυριώτερες αιτίες θανάτου του σύγχρονου ανθρώπου επηρεάζονται από την συμπεριφορά του.

- Και γιατί κάθε διαδικασία πρωτογενούς πρόληψης χαρακτηρίζεται από την μεγαλύτερη συλλογική αποτελεσματικότητα.

Γι' αυτό η Αγωγή Υγείας, κύρια συνιστώσα στις προληπτικές Ιατρικής, θεωρείται ο ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για την καταπολέμηση της σύγχρονης αρρώστειας. Με την επιμόρφωση και την ενεργοποίηση των λειτουργών της (επαγγέλματα Υγείας, εκπαιδευτικοί και Κοινωνικοί λειτουργοί) και την πολύτιμη συνεργασία της τοπικής αυτοδιοίκησης, των κοινωνικών φορέων και των μέσων μαζικής ενημέρωσης παρεμβαίνει από την μια μεριά για την παροχή των κατάλληλων στον πληθυσμό γνώσεων και από την άλλη για την τροποποίηση κάθε βλαπτικής ατομικής στάσης και συμπεριφοράς με στόχο την διαμόρφωση ενός περισσότερο υγιεινού τρόπου ζωής και ανθρώπινου φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος.

Η Αγωγή Υγείας ενδιαφέρεται για όλες τις κοινωνικές ομάδες. Αλλά περισσότερο αποτελεσματική είναι η εφαρμογή της στον Νεανικό πληθυσμό. Κι αυτό, γιατί είναι ευκολότερη η διαμόρφωση μιας υγιεινής συμπεριφοράς στις μικρότερες ηλικίες παρά η ανάκληση μιας νοσογόνου συνήθειας στις μεγαλύτερες. Και ακόμη τους νέους μας, που αποτελούν και το μέλλον του Έθνους, π.χ. Μ.Α. η παρέμβαση της αγωγής Υγείας μπορεί να τροποποιήσει μια νοσογόνο συμπεριφορά και να διακόψει την οποιαδήποτε αρξαμένη παθογενετική εξελικτική διαδικασία.

Όμως θα πρέπει να επισημανθεί ότι η οποιαδήποτε προσπάθεια ενημέρωσης και παροχής των κατάλληλων συνθηκών για την αποτροπή εγκατάστασης μιας ανθυγιεινής συμπεριφοράς στον νεανικό πληθυσμό, δεν είναι πάντοτε εύκολη, γιατί προσκρούει σε λαθεμένες θεωρήσεις, σε υπερεκτιμήσεις των δυνατοτήτων της ηλικίας των και της ιατρικής επιστήμης, στον πιθανολογικό χαρακτήρα της αγωγής Υγείας και στην προτίμηση της πρόσκαιρης ικανοποίησης.

Γι' αυτό η όλη διαδικασία της αγωγής Υγείας απαιτεί κατάλληλα εκπαιδευμένο, ενημερωμένο και προσεχτικά επιλεγμένο εκπαιδευτικό προσωπικό για την μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας.

Επίσης είναι γνωστό ότι πολλές δραστηριότητες κάποιων ατόμων μπορεί να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά την Υγεία όχι μόνο των ίδιων, αλλά και άλλων με τους οποίους σχετίζονται, συμβίουν ή κοινωνικά συναγελάζονται. Αυτό σημαίνει ότι η αγωγή Υγείας έχει πέρα από την ατομική και κοινωνική διάσταση, η οποία είναι και η σημαντικότερη μετά τις τελευταίες επιδημιολογικές έρευνες, που αφορούν το παθητικό κάπνισμα, την ανεξέλεγκτη διασπορά των αφροδισίων (AIDS κ.λ.π.) την Μ.Α. και την συντελούμενη οικολογική καταστροφή. Και ακόμη γιατί μέσα από την τόσο σημαντική παρέμβαση της Αγωγής Υγείας διαμορφώνεται η συλλογική πίεση και η απαραίτητη πολιτική βούληση για την καθιέρωση αξιών, προοπτικών και υγειονομικής πολιτικής, που προάγει την υγεία.

Χρήσιμες έχουν καταστεί οι επισημάνσεις:

1. Η επιστράτευση των προσπαθειών της αγωγής Υγείας στους νέους δεν εξυπηρετεί μόνο βιοϊατρικούς στόχους αλλά συνιστά ορθολογικό κοινωνικό σχεδιασμό με προοπτική και προτεραιότητες.
2. Η Αγωγή Υγείας κάνει πράξη την σύγχρονη άποψη ότι η Υγεία είναι δικαίωμα συνδεδεμένο με υποχρεώσεις που υπαγορεύουν συνεχή προσπάθεια και ενεργό συμμετοχή. Και,
3. Η Αγωγή Υγείας δεν συμμερίζεται την άποψη ότι η Κοινωνική ευθύνη στον τομέα της Υγείας εξαντλείται με την εξασφάλιση έγκαιρης, ισότιμης και αποτελεσματικής Ιατρικής Περίθαλψης. Αντίθετα υποστηρίζει ότι η πολιτεία πρέπει να υποχρεούται να ενθαρρύνει και να ενισχύει κάθε προσπάθεια, που αποβλέπει στον περιορισμό του άδικου θανάτου από το κάπνισμα, τη Μ.Α., τα ναρκωτικά, το AIDS, τις διαιτητικές εκτροπές και την ανεύθυνη κυκλοφοριακή παιδεία. Και ακόμη να εξασφαλίσει κάθε προϋπόθεση για την συνειδητή ανάληψη απ'όλους των ευθυνών μας για την Υγεία. («Υγεία»,σελ.17)

6.4. Σε τι διαφέρει η Αγωγή Υγείας

«Η Εκπαίδευση Υγείας, έχει περισσότερο το χαρακτήρα της διδασκαλίας κυρίως στο ακαδημαϊκό περιβάλλον. Δεν περιλαμβάνει τη διάσταση της ενεργούς συμμετοχής και κυρίως της μεταβολής της συμπεριφοράς και του περιβάλλοντος.

Η Ενημέρωση Υγείας, καλύπτει μόνο το σκέλος της παροχής πληροφοριών, που είναι μεν ένας βασικός στόχος της Αγωγής Υγείας αλλά όχι ο μόνος.

Η Υγειονομική Προπαγάνδα, στηρίζεται κυρίως σε μεθόδους. Επιβολής κάποιων απόψεων με δογματικούς κυρίως τρόπους, που καταστρατηγούν τη βασική αρχή της ελεύθερης βούλησης και συνειδητής επιλογής μέσα από την επίγνωση και την υπευθυνότητα.

Η Υγειονομική Διαφώτιση, που ήταν και παραμένει ο πιο διαδομένος όρος, πρέπει να αντικατασταθεί από τον όρο "Αγωγή Υγείας" διότι ο μεν όρος "υγειονομικός" τείνει να αντικατασταθεί σε περιπτώσεις από τον όρο "υγεία", ο δε όρος "διαφώτιση" προϋποθέτει την ύπαρξη άγνοιας που πρέπει να καταπολεμηθεί, ενώ ούτε η άγνοια είναι πάντοτε δεδομένη, ούτε ο σκοπός της Αγωγής Υγείας είναι μόνο η καταπολέμηση της άγνοιας.» (Τούντας Γ., 1986, σελ.12)

6.4.1. Που βασίζεται η Αγωγή Υγείας

Σύμφωνα με τον κ. Τούντα (1988), ένα επίσης σημείο που διαφοροποιεί την Αγωγή Υγείας είναι η πολλαπλότητα των μεθόδων που χρησιμοποιεί και τα διαφορετικά επιστημονικά πεδία από όπου αντλεί τα θεωρητικά και πρακτικά της εργαλεία. Η Αγωγή Υγείας βασίζεται στην Κοινωνική Ιατρική, ειδικότερα στην Επιδημιολογία, στο βαθμό που στοχεύει κυρίως σε ομάδες πληθυσμού και όχι σε μεμονωμένα άτομα, και τα φαινόμενα που μελετά και επεμβαίνει είναι κυρίως πληθυσμιακά φαινόμενα με σημαντικές κοινωνικές διαστάσεις. Η

ερευνητική επίσης μεθοδολογία της Αγωγής Υγείας, ο σχεδιασμός, η υλοποίηση και η αξιολόγηση των προγραμμάτων της, βασίζονται στις αρχές και μεθόδους της Επιδημιολογίας τόσο της περιγραφικής όσο και της αναλυτικής.

Ένας δεύτερος βασικός επιστημονικός χώρος που συνεισφέρει, είναι ο χώρος των κοινωνικών επιστημών και ιδιαίτερα η επιστήμη της κοινωνιολογίας και η επιστήμη της ψυχολογίας. Η μελέτη της αρρώστιας και της υγείας, έχει μία σημαντική κοινωνική συνιστώσα, στο βαθμό που τα φαινόμενα αυτά έχουν, όπως ήδη τονίστηκε, βαθιά τις ρίζες τους στο συγκεκριμένο κοινωνικό περιβάλλον και στο ιστορικό γίνεσθαι. Επίσης, η επιστήμη της ψυχολογίας είναι ένα πεδίο που παρέχει τη δυνατότητα κατανόησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς καθώς και τη δυνατότητα τροποποίησής της. Γι' αυτό και τόσο η κοινωνιολογία όσο και η ψυχολογία προσφέρουν σημαντικά στην αποτελεσματική και σωστή άσκηση της Αγωγής Υγείας.

Ένας τρίτος βασικός τομέας, που παρουσιάζει ιδιαίτερη ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια, είναι ο τομέας της επικοινωνίας.

Προκειμένου η Αγωγή Υγείας να μπορεί να επιτελέσει τον τριπλό της σκοπό (παροχή γνώσεων, αλλαγή στάσεων, αλλαγή περιβάλλοντος), δεν μπορεί παρά να στηρίζεται στη διαμόρφωση ισχυρών καναλιών επικοινωνίας και επαφής με τον ενδιαφερόμενο πληθυσμό. Και η διαμόρφωση μιας τέτοιας ουσιαστικής αμφίδρομης σχέσης προϋποθέτει ειδικά επεξεργασμένες μεθόδους, που ο κλάδος της επικοινωνίας έχει αναπτύξει σημαντικά, συνεπικουρούμενος και από τα άλματα της τεχνολογίας στον τομέα αυτό. (Τούντας Γ., 1988, σελ.166-169)

6.4.2. Χαρακτηριστικά της Αγωγής Υγείας

«Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της Αγωγής Υγείας είναι :

1. Στηρίζεται στην ολοκληρωμένη και σύγχρονη αντίληψη για την υγεία.

2. Απευθύνεται κυρίως σε πληθυσμούς αλλά και σε μεμονωμένα άτομα.
 3. Απευθύνεται άλλοτε σε υγιείς και άλλοτε σε αρρώστους.
 4. Αποτελεί διαδικασία που περιλαμβάνει όλα τα ηλικιακά στάδια της ανθρώπινης ζωής.
 5. Ασκείται άλλοτε αυτόνομα και άλλοτε σαν τμήμα κάποιου άλλου προγράμματος υγείας.
 6. Ασκείται άλλοτε επίσημα και θεσμοθετημένα και άλλοτε ανεπίσημα και περιστασιακά.
 7. Χρησιμοποιεί μία ποικιλία μεθόδων και τεχνικών.
 8. Στηρίζεται σε διάφορα επιστημονικά πεδία.»
- (Τούντας Γ. ,1986,10-12)

6.5. Σχεδιασμός Αγωγής Υγείας

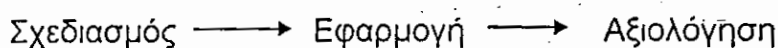
Πριν από την εφαρμογή οποιουδήποτε προγράμματος Αγωγής Υγείας, είναι απαραίτητος ο λεπτομερής και προσεκτικός σχεδιασμός του. Το ίδιο βέβαια ισχύει και για το συγκεκριμένο πρόγραμμα πρόληψης της Μ.Α.

Κάθε σχεδιασμός όπως και αυτός που μας αφορά περιλαμβάνει 7 βασικούς τομείς, που ο καθένας απ'αυτούς πρέπει να αναλύεται και να καταγράφεται ξεχωριστά σαν ιδιαίτερο κεφάλαιο του σχεδιασμού πριν από την εφαρμογή του προγράμματος.

Η εφαρμογή του προγράμματος που αποτελεί το δεύτερο και σημαντικότερο βήμα στην υλοποίηση της Αγωγής Υγείας, αποτελεί πιστή μεταφορά στην πράξη όσων έχουν διατυπωθεί γραπτά στο προηγούμενο βήμα του σχεδιασμού.

Το τρίτο και τελευταίο βήμα, είναι η αξιολόγηση κάθε προγράμματος Αγωγής Υγείας, που αφορά όλα τα στάδια σχεδιασμού και εφαρμογής του και κυρίως την αποτίμηση των αποτελεσμάτων του. Ο τρόπος αξιολόγησης αποτελεί επίσης αντικείμενο του σχεδιασμού.

Σχηματικά θα μπορούσαμε να παραστήσουμε τα τρία βασικά βήματα ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας ως εξής:



Αναλυτικότερα, το στάδιο του σχεδιασμού όπως ήδη αναφέρθηκε, περιλαμβάνει 7 βασικούς τομείς που είναι:

1. Επιλογή και περιγραφή του πληθυσμού
 2. Επισήμανση των αναγκών
 3. Καθορισμός στόχων
 4. Καταγραφή συγκεκριμένων επιδιώξεων
 5. Αποτίμηση πόρων και δυνατοτήτων
 6. Περιγραφή μεθοδολογίας
 7. Σχεδιασμός αξιολόγησης
- (Τούντας Γ. 1986, 1988, σελ.17-20 & σελ.168-169)

1.Επιλογή και Περιγραφή του πληθυσμού

Κάθε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, απευθύνεται σε κάποιο πληθυσμό ατόμων, άλλοτε μικρού μεγέθους όπως είναι μία οικογένεια και άλλοτε μεγάλου μεγέθους όπως είναι ολόκληρος ο πληθυσμος μιας χώρας. Όσο αφορά το συγκεκριμένο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας για τη Μ.Α. ο πληθυσμός μας είναι αυτός όπως προέκυψε από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε (βλέπε ανάλυση έρευνας, σελ79). Σαν πρώτο βήμα σχεδιασμού, πρέπει να καθορίσουμε όσο γίνεται πιο συγκεκριμένα τον πληθυσμό που απευθύνεται το πρόγραμμα που σχεδιάζουμε και να τον ορίσουμε με ακριβή ποσοτικά μεγέθη και ποιοτικά χαρακτηριστικά. Μία ολοκληρωμένη περιγραφή του πληθυσμού πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής:

α) Ποσοτικά χαρακτηριστικά: Εάν δηλαδή πρόκειται για μεμονωμένα άτομα, για οικογένειες, πληθυσμό ενός χωριού ή μιας πόλης, εργαζόμενους ενός κλάδου κλπ.

β) Ηλικία και φύλο: Ποιά είναι η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού πόσοι άντρες και πόσες γυναίκες.

γ) Πολιτιστικά και γλωσσολογικά χαρακτηριστικά. Κάθε χώρα έχει τα ιδιαίτερα πολιτιστικά και γλωσσολογικά χαρακτηριστικά της αλλά και πολλές φορές στην ίδια χώρα συναντάμε πληθυσμούς με διαφορετικά πολιτιστικά χαρακτηριστικά και διαφορετικές γλώσσες που μπορεί να κυμαίνονται από διαφορές σε διαλέκτους μέχρι τελείως άλλη γλωσσική οντότητα. Σε κάθε περίπτωση που να γνωρίζουμε τα βασικά ήθη και έθιμα του πληθυσμού - στόχου καθώς και τις γλωσσολογικές του ιδιαιτερότητες, ώστε να προσαρμόζουμε ανάλογα τη μεθοδολογία μας.

δ) Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά: Η μόρφωση, το επάγγελμα, το εισόδημα, ο χώρος κατοικίας και όλα τα χαρακτηριστικά που καθορίζουν την κοινωνική-ταξική προέλευση του πληθυσμού-στόχου, είναι σημαντικά στοιχεία για τον ανάλογο σχεδιασμό του κάθε προγράμματος Αγωγής Υγείας.

ε) Σχετικές γνώσεις και πείρα: Σπάνια ένας πληθυσμός τελεί σε πλήρη άγνοια σχετικά με το αντικείμενο του εκάστοτε προγράμματός μας.

Γι' αυτό είναι σκόπιμο να γνωρίζουμε κάθε φορά τις γνώσεις και εμπειρίες που υπάρχουν, ώστε ανάλογα να κινηθούμε.

στ) Υπάρχουσες στάσεις-συμπεριφορές: Οι στάσεις-συμπεριφορές του πληθυσμού-στόχου που σχετίζονται με το αντικείμενο του προγράμματος, είναι πολύ βασικά δεδομένα για το σωστό σχεδιασμό του.

ζ) Στάσεις σε εκπαιδευτικά ζητήματα: Άλλοι πληθυσμοί είναι πιο εξοικειωμένοι με ορισμένες εκπαιδευτικές μεθόδους και άλλοι με άλλες.

η) Εκπαιδευτικό-πνευματικό επίπεδο: Το επίπεδο μόρφωσης του πληθυσμού- στόχου είναι καθοριστικής σημασίας για το τρόπο σχεδιασμού της μεθοδολογίας. Ανάλογα με το εκάστοτε επίπεδο, τις εκπαιδευτικές ικανότητες ή αδυναμίες, την ευστροφία ακόμα ή την αντίληψη του κάθε ατόμου, πρέπει να αντιστοιχηθούν και οι

διαφορετικές μέθοδοι έτσι ώστε να μεγιστοποιούνται τα οφέλη του προγράμματος.

θ) Γενικά χαρακτηριστικά υγείας: Πολλές φορές τα προβλήματα υγείας ενός πληθυσμού καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη δυνατότητά του να ανταποκριθεί στις μεθόδους ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας.

2. Επισήμανση Αναγκών

Ο δεύτερος τομέας σχεδιασμού ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας είναι η επισήμανση των αναγκών του πληθυσμού, που καλείται το πρόγραμμα να ικανοποιήσει.

Η επισήμανση των αναγκών, περιλαμβάνει μία πρώτη εκτίμηση των ειδικών προβλημάτων υγείας που υπάρχουν καθώς και το σχεδιασμό ειδικών ερευνών ή μεθόδων για τη συλλογή επιπλέον στοιχείων και πληροφοριών, κυρίως στις περιπτώσεις εκείνες όπου τα υπάρχοντα στοιχεία δεν είναι επαρκή.

Οι πιο σημαντικές απ'αυτές τις πηγές είναι:

- α. Οι τακτικές στατιστικές σειρές της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας.
- β. Οι κοινωνικοί παράγοντες που χαρακτηρίζουν κάθε πληθυσμό.
- γ. Οι περιβαντολογικοί παράγοντες που χαρακτηρίζουν το χώρο που κινείται, ζει και εργάζεται ο κάθε πληθυσμός.
- δ. Οι σχετικές απόψεις των ειδικών για κάθε ιδιαίτερο θέμα.
- ε. Οι σχετικές απόψεις του κοινού για το πρόβλημα που το αφορούν.
- στ. Οι ειδικές επιδημιολογικές έρευνες.

Τόσο η περιγραφική επιδημιολογία με διάφορες μεθόδους, όπως τα ερωτηματολόγια, η επιτόπια έρευνα κλπ., όσο και η αναλυτική επιδημιολογία με τα πιο σύνθετα ερευνητικά μοντέλα (αναδρομικές, προοπτικές μελέτες και μελέτες παρέμβασης) μας δίνουν την επιστημονική δυνατότητα για τη σωστή και ολοκληρωμένη αξιολόγηση του κάθε συγκεκριμένου προβλήματος υγείας.

Τέλος, για να έχουμε μία πλήρη αντίληψη των αναγκών που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε, θα πρέπει πάντα να απαντάμε στα 4 ακόλουθα ερωτήματα:

α) Τί είδους ανάγκη είναι;

β) Ποιος αποφασίζει ότι υπάρχει ανάγκη;

γ) Που βασίζεται αυτή η απόφαση;

δ) Αποτελεί το πρόγραμμά μας απάντηση σ'αυτή την ανάγκη;

Τα ερωτήματα αυτά είναι βασικά γιατί όλες οι ανάγκες υγείας δεν είναι ίδιες (μην ξεχνάμε τις διάφορες διαστάσεις του σύγχρονου ορισμού για την υγεία. Συγκεκριμένα στο πρόγραμμα πρόληψης της Μ.Α. προέκυψε η ανάγκη καλύτερης και πιο εξειδικευμένης ενημέρωσης. Η ανάγκη αυτή προέκυψε από την έρευνα που διενεργήσαμε και την ανάλυση των αποτελεσμάτων. Αποφασίσαμε ότι πρέπει να αντιμετωπιστεί και να γενικευτεί η ενημέρωση και γενικά το πρόγραμμα πρόληψης της Μ.Α., γιατί αφού διαπιστώσαμε κενά γνώσεων στο προσωπικό των υγειονομικών χώρων πιστεύουμε, ότι η έλλειψη γνώσεων θα είναι μεγαλύτερη στο γενικό πληθυσμό ο οποίος καθοδηγείται από το υγειονομικό προσωπικό.

3. Καθορισμός Στόχων

Οι βασικοί στόχοι ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας είναι οι εξής7:

«α) Ευαισθητοποίηση του κοινού

β) Παρόχη γνώσεων.

γ) Αλλαγή αξιών

δ) Αλλαγή απόψεων.

ε) Λήψη αποφάσεων

στ) Αλλαγή στάσεων-συμπεριφοράς»

ζ) Αλλαγή περιβάλλοντος» (ο.π.1986, 1988, σελ. 21,169)

Στο στάδιο αυτό του σχεδιασμού, θα πρέπει να καταγράφονται οι στόχοι που θα περιλαμβάνει το πρόγραμμα καθώς και μία σύντομη

περιγραφή του κάθε στόχου. Δεν είναι απαραίτητο κάθε πρόγραμμα να περιλαμβάνει όλους τους στόχους ούτε οι στόχοι να έχουν την ίδια σειρά ακολουθίας. Με βάση αυτό το στάδιο σχεδιασμού θα προσπαθήσουμε να το εφαρμόσουμε και στον πληθυσμό μας, σχετικό με την πρόληψη τους και ενημέρωση Μ.Α. τόσο στο υγειονομικό προσωπικό, όσο και στο γενικότερο πληθυσμό για να έχουμε αποτελέσματα κυρίως όμως στα άτομα που πρόκειται να αποκτήσουν παιδιά.

4. Καταγραφή συγκεκριμένων επιδιώξεων

Το στάδιο αυτό του σχεδιασμού αποτελεί μία πιο αναλυτική και λεπτομερή καταγραφή των στόχων που έχουμε επιλέξει από το προηγούμενο στάδιο. Θα πρέπει δηλαδή στο σημείο αυτό να περιγράψουμε όσο γίνεται πιο συγκεκριμένα τι ακριβώς θα θέλαμε:

- α. να γνωρίζει ο πληθυσμός-στόχος
- β. να αισθανθεί
- γ. να πράξει

Η αναλυτικά αυτή διαδικασία, κοπιαστική πολλές φορές είναι απαραίτητη, γιατί μόνο έτσι μπορεί να καθοριστεί σωστά η μεθοδολογία για την εξυπηρέτηση της κάθε επιδίωξης, καθώς και η αξιολόγηση. Όπως ήδη τονίστηκε η αξιολόγηση προϋποθέτει την ύπαρξη προκαθορισμένων συγκεκριμένων επιδιώξεων ώστε να υπάρχει η δυνατότητα σύγκρισης των πραγματικών αποτελεσμάτων με τα επιθυμητά (δηλαδή προσχεδιασμένα) αποτελέσματα- επιδιώξεις. Στο πρόγραμμα πρόληψης της Μ.Α. λαμβάνοντας υπόψη το μεγάλο αριθμό επιπλοκών τα προβλήματα κοινωνικοοικονομικά -ψυχολογικά κ.λ.π. που προκύπτουν από την νόσο τη σχετική σύγχυση που προκύπτει από τις απαντήσεις σχετικά με το ποιοι πρέπει τελικά να εξετάζονται για τη Μ.Α. καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως πρέπει να κατανοήσει το υγειονομικό και να ξεκαθαρίσει τι ακριβώς συμβαίνει με τη συγκεκριμένη νόσο της Μ.Α., πως τελικά μεταδίδεται, ποιοι πρέπει να ελέγχονται γ'αυτή για το αν μπορεί ο φορέας της Μ.Α. να είναι αιμοδότης κ.λ.π.

Επιδίωξή μας είναι να ευαισθητοποιήσουμε το προσωπικό για να ευαισθητοποιήσει και αυτό με τη σειρά του με εφαρμογή και άλλων προγραμμάτων πρόληψης για τη Μ.Α. το γενικότερο πληθυσμό με απότερο σκοπό την μείωση των νοσούντων από Μ.Α.

5. Αποτίμηση πόρων και δυνατοτήτων

Το πέμπτο στάδιο του σχεδιασμού, αφορά την αποτίμηση των πόρων που διατίθενται για την υλοποίηση του προγράμματος καθώς και την εκτίμηση των δυνατοτήτων, αντικειμενικών και υποκειμενικών που υφίστανται. Λέγοντας "πόρους" εννοούμε όλο το ανθρώπινο δυναμικό, τα χρήματα, τα υλικοτεχνικά μέσα, και οτιδήποτε άλλο κρίνεται απαραίτητο για την επιτυχή εφαρμογή του προγράμματος.

Στους ανθρώπινους πόρους συμπεριλαμβάνονται συνήθως οι εξής κατηγορίες:

α) Εκπαιδευτές υγείας: Πρέπει ο σχεδιασμός να αναφέρει συγκεκριμένα πόσοι εκπαιδευτές υγείας θα χρησιμοποιηθούν καθώς και την πείρα, τις γνώσεις, τις ικανότητες, το διαθέσιμο χρόνο κ.λ.π. που θα πρέπει να διαθέτουν.

β) Άλλα στελέχη: Κάθε πρόγραμμα, εκτός από τους εκπαιδευτές υγείας που φέρνουν την κυρία ευθύνη, στηρίζεται συχνά και σε άλλους επιστήμονες (επιδημιολόγους, ψυχολόγους κλπ.) καθώς και σε γραμματειακό, και τεχνικό προσωπικό. Γι' αυτό και ο σχεδιασμός πρέπει να περιλαμβάνει τα άτομα των οποίων η παρουσία είναι καθοριστική για την εκτέλεση όλων των δραστηριοτήτων που προβλέπονται.

γ) Πληθυσμός-στόχος: Πολλές φορές είναι χρήσιμο, για την εκτέλεση ενός προγράμματος να αξιοποιούνται και άτομα από τον πληθυσμό που απευθύνεται το πρόγραμμα. Η διαδικασία αυτή σκόπιμη, για δύο βασικούς λόγους.

1. Πρώτον, γιατί προάγει τη συμμετοχή του κοινού στα προγράμματα, γεγονός που ανταποκρίνεται στη σύγχρονη φιλοσοφία της Αγωγής Υγείας.

2. Δεύτερον, γιατί η συμμετοχή αυτή πολλές φορές καλύπτει κενά και ανάγκες οργανωτικές και πρακτικές που δύσκολα θα μπορούσαν να αντιμετωπισθούν διαφορετικά.

δ) Άτομα που επηρεάζουν τον πληθυσμό: Στον σχεδιασμό των ανθρώπινων πόρων που κρίνεται σκόπιμο να αξιοποιηθούν, πρέπει να περιλαμβάνονται και όσα άτομα επηρεάζουν τον πληθυσμό-στόχο σε ότι αφορά το αντικείμενο του προγράμματος.

Στους υπόλοιπους πόρους που πρέπει να περιλαμβάνει ο σχεδιασμός ενός προγράμματος, εκτός από τα χρήματα που θα χρειαστούν και τα υλικοτεχνικά μέσα (έντυπο υλικό, χώροι διδασκαλίας, εποπτικά μέσα κ.λ.π.), συγκαταλέγεται και η καταγραφή άλλων ανάλογων προγραμμάτων και πρακτικών, καθώς και οι διάφοροι φορείς και υπηρεσίες που άμεσα ή έμμεσα μπορούν να ενισχύσουν με διάφορους τρόπους τους στόχους του προγράμματος. Για το πρόγραμμα της πρόληψης της Μ.Α. θα πρέπει να αναζητηθούν οι Εκπαιδευτές Υγείας που είναι ειδικοί και εξειδικευμένοι με τη συγκεκριμένη νόσο και σε συνεργασία με τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, τους Επισκέπτες Υγείας και το νοσηλευτικό προσωπικό του Τμήματος Αιμοδοσίας να προβούν στην διεκπεραίωση του προγράμματος της πρόληψης τόσο του υγειονομικού προσωπικού όσο και του γενικότερου πληθυσμού που θα οριστεί με βάση άλλες έρευνες που θα διενεργηθούν.

6. Περιγραφή μεθοδολογίας

Το στάδιο του σχεδιασμού της μεθοδολογίας αποτελεί ίσως το σημαντικότερο τμήμα του σχεδιασμού, γιατί από τις μεθόδους που θα επιλέξουμε και από τον τρόπο που θα τις εφαρμόσουμε κρίνεται σε μεγάλο βαθμό η επιτυχία της όλης προσπάθειας.

Η επιλογή της μεθοδολογίας πρέπει να είναι απόρροια των απαντήσεων που θα δώσουμε στα 3 ακόλουθα ερωτήματα:

α) Ποιά είναι τα προσφορότερα μέσα;

β) Ποιά είναι τα πιο αποδεκτά μέσα;

γ) Ποιά είναι τα πιο οικεία μέσα;

Η απάντηση στην πρώτη ερώτηση, δίνεται από τη θεωρία της Αγωγής Υγείας, όπου για κάθε στόχο, όπως θα δούμε αμέσως παρακάτω υπάρχουν ορισμένα μέσα και μέθοδοι που είναι καταλληλότεροι από άλλα. Πολλές όμως φορές, οι ιδιαιτερότητες του πληθυσμού (ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο κλπ.), μπορεί να καθιστούν ορισμένα από τα μέσα που προτείνει η θεωρία τελείως ακατάλληλα.

Παρακάτω παρατίθενται διάφορες μεθοδολογίες που σύμφωνα με τη θεωρία της Αγωγής Υγείας εκτιμάται ότι υπάρχουν καλύτερα τους 7 στόχους.

Στόχος 1 και 2 (ευαισθητοποίηση- γνώσεις):

- α) ομιλίες
- β) δουλειά σε ομάδες
- γ) μέσα μαζικής επικοινωνίας (τηλεόραση, εφημερίδες κλπ.)
- δ) έντυπο υλικό (αφίσες, μπροσούρες κλπ.)
- ε) εκθέσεις
- στ) μαζικές εκστρατείες

Στόχοι 3, 4 και 5 (αξίες, απόψεις, αποφάσεις):

- α) δουλειά σε ομάδες
- β) διαπροσωπική σχέση
- γ) ειδικές τεχνικές: - αυτοσυνειδησης
 - αποσαφήνισης αξιών
 - αλλαγής απόψεων
 - λήψης αποφάσεων

Στόχος 6 (στάσεις-συμπεριφορές):

- α) δουλειά σε ομάδες
- β) έντυπο υλικό
- γ) διαπροσωπική σχέση
- δ) διδασκαλία πρακτικών τρόπων
- ε) ειδικές τεχνικές αλλαγής συμπεριφοράς

Στόχος 7 (περιβάλλον):

α) Όλα τα παραπάνω, προσανατολισμένα σ'αυτούς που αποφασίζουν ή διαμορφώνουν τα χαρακτηριστικά του μικρο και μακρο περιβάλλοντος του πληθυσμού που απευθυνόμαστε.

β) Επίσης σημαντικός παράγοντας για πρόκληση αλλαγών στο κοινωνικό και φυσικό μας περιβάλλον, είναι η συλλογική δράση και διεκδίκηση που μπορεί να παίρνει κάθε φορά διαφορετικές μορφές. Ομάδες πίεσης, όπως οι υπογραφές γνωστών ονομάτων κάτω από ένα αίτημα, ή η δράση συνδικαλιστικών ή πολιτικών φορέων, μπορεί να επιδράσουν σημαντικά την επίτευξη των απαραίτητων περιβαλλοντολογικών αλλαγών. (Τούντας Γ., 1986 σελ.22-27)

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας για την πρόληψη της Μ.Α. με βάση τα προβλήματα που προκύπτουν από την Μ.Α. καθώς και η έλλειψη αίματος για κάλυψη των αναγκών,

καθιστά αναγκαίο να εφαρμόσουμε όλους ή τουλάχιστον το μεγαλύτερο από τους στόχους.

7. Σχεδιασμός αξιολόγησης

«Όσο αφορά το σχεδιασμό της αξιολόγησης ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας αποτελεί το τελευταίο στάδιο του σχεδιασμού. Η υπόθεση της αξιολόγησης αποτελεί ένα ιδιαίτερο σημαντικό κεφάλαιο στη σωστή εφαρμογή κάθε προγράμματος και υπηρεσίας υγείας, γιατί είναι ο μόνος τρόπος με τον οποίο μας δίνεται η δυνατότητα να επισημάνουμε τα λάθη ή τις παραλείψεις, να επιφέρουμε τις αναγκαίες τροποποιήσεις και βελτιώσεις και κυρίως να εκτιμήσουμε κατά πόσο επιτεύχθηκαν οι αρχικές μας επιδιώξεις και κατά πόσο επήλθαν τα προσδοκώμενα οφέλη, σ'ότι αφορά του πληθυσμού που απευθύνεται το κάθε πρόγραμμα.

Σε ότι αφορά τον τρόπο αξιολόγησης, μία πρώτη βασική παρατήρηση που συχνά μας διαφεύγει είναι ότι η αξιολόγηση δεν αφορά μόνο τα αποτελέσματα, που είναι το τελικό προϊόν ενός

προγράμματος, αλλά και κάθε ενδιάμεσο και αρχικό στάδιο κατά την πορεία εφαρμογής του.

Έτσι σχηματικά θα μπορούσαμε να πούμε, ότι η αξιολόγηση περιλαμβάνει :

- α) Τη διαδικασία ενός προγράμματος
- β) Τα αποτελέσματα ενός προγράμματος

Είναι απαραίτητο για τη σωστή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας, να έχουμε προκαθορισμένους και συγκεκριμένους στόχους και επιδιώξεις, και με βάση το βαθμό επίτευξής τους να εκτιμάμε την επίτυχία του προγράμματος.

Εκτός όμως από την αξιολόγηση της μείωσης του προβλήματος, η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων περιλαμβάνει και τη μέτρηση του βαθμού επίτευξης και όλων των ενδιάμεσων στόχων κάθε προγράμματος, εάν π.χ. υπάρχει ο στόχος της παροχής γνώσεων, θα πρέπει να αξιολογούμε σε πιο βαθμό επιτεύχθηκε ο στόχος αυτός, μετρώντας πόσο αυξήθηκαν οι γνώσεις του πληθυσμού-στόχου μετά την εφαρμογή του προγράμματος. Το ίδιο ισχύει και για τους υπολοίπους στόχους της Αγωγής Υγείας, όπως το βαθμό αλλαγής αξιών, λήψης αποφάσεων, αλλαγής στάσεων κ.λ.π.

Η αξιολόγηση τόσο της διαδικασίας όσο και των αποτελεσμάτων μπορεί να πραγματοποιηθεί από τους εξής 3 φορείς:

- α) Από τους ίδιους τους εκπαιδευτές υγείας (αυτο-αξιολόγηση)
- β) Από επιστήμονες ειδικευμένους στο αντικείμενο του προγράμματος (αξιολόγηση ειδικών)
- γ) Από τον ίδιο τον πληθυσμό (γνώμη και αντιδράσεις) που απευθύνεται το πρόγραμμα (αξιολόγηση κοινού)

Μέθοδοι Αξιολόγησης

- α) Μετρήσεις πριν την εφαρμογή του προγράμματος που συγκρίνονται με μετρήσεις μετά την εφαρμογή.
- β) Μετρήσεις σε μία περιοχή ή ένα πληθυσμό όπου δεν εφαρμόζεται το πρόγραμμα, που συγκρίνονται με μετρήσεις σε μία αντίστοιχη περιοχή ή πληθυσμό όπου εφαρμόζεται το υπό αξιολόγηση πρόγραμμα.

Οι μετρήσεις πραγματοποιούνται με τους εξής τρόπους:

- α) Με άμεση επιτόπια παρατήρηση και καταγραφή
- β) Με ειδικά ερωτηματολόγια
- γ) Με ειδικές προφορικές συνεντεύξεις
- δ) Με διάφορα ειδικά τεστ
- ε) Με τακτικούς δείκτες (αρχεία, στατιστικές σειρές κλπ.)
- στ) Με επιδημιολογικές έρευνες
- ζ) Με κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις» (Τούντας Γ. Αθήνα 1986, σελ.21- σελ.32).

Όσο αφορά την αξιολόγηση του προγράμματος Αγωγής Υγείας για την Μ.Α. που θα εφαρμόσουμε, αυτή θα επιτευχθεί με την χορήγηση ερωτηματολογίων που θα δοθούν στο συγκεκριμένο πληθυσμό για ανίχνευση των γνώσεων που θα αποκτήσουν μετά την εφαρμογή του συγκεκριμένου προγράμματος. επίσης μπορεί η αξιολόγηση να επιτευχθεί με βάση την αλλαγή συμπεριφοράς και στάσεως ζωής απέναντι στα άτομα φορείς και νοσούντες από Μ.Α.

Κατά τον ίδιο τρόπο μπορεί να αξιολογηθούν και άλλα προγράμματα Αγωγής Υγείας για τη Μ.Α. στο γενικότερο πληθυσμό με βάση στατιστικές για τον αριθμό των γεννήσεων παιδιών με Μ.Α., και με βάση την αλλαγή συμπεριφοράς του πληθυσμού, που μπορεί να διαφανεί ακόμα και με την αύξηση των εθελοντών αιμοδοτών οι οποίοι θα συνειδητοποιήσουν την ανάγκη προσφοράς αίματος για την κάλυψη όλων των ελλείψεων που προκύπτουν λόγω της συχνής μεταγγίσεως των θαλασσαιμικών.

Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟ ΚΟΙΝΟ

Η Αγωγή Υγείας στηρίζεται αποφασιστικά στην ύπαρξη επικοινωνίας ανάμεσα στους εκπαιδευτές υγείας ή όσους παρέχουν προγράμματα Αγωγής Υγείας και στα άτομα ή τον πληθυσμό που αποτελούν τους αποδέκτες των προγραμμάτων αυτών. Χωρίς επικοινωνία δεν μπορεί να υπάρξει Αγωγή Υγείας γι'αυτό και αποτελεί

βασικό μέλημα τόσο η διαμόρφωση από την αρχή δι'αύλων επικοινωνίας, όσο και η συνεχής προσπάθεια για τη διεύρυνσή τους.

Στην περίπτωση του προγράμματος πρόληψης της Μ.Α. αυτή η επικοινωνία αποτελεί επιτακτική ανάγκη για να αντιμετωπιστούν τα ποικίλα προβλήματα που προκύπτουν από την εμφάνιση της νόσου.

Σχέσεις με το κοινό

Κάθε μορφής επικοινωνία μεταξύ εκπαιδευτών και κυρίως των Κ.Λ. που μας αφορά όταν αναφερόμαστε σε Εκπαιδευτές Υγείας στο συγκεκριμένο πρόγραμμα εννοούμε τους Κ.Λ. και κοινού για να εξυπηρετεί τη σύγχρονη φιλοσοφία της Αγωγής Υγείας και τους βασικούς της στόχους, θα πρέπει να στηρίζεται στις ακόλουθες 4 αρχές:

1. Στην αποδοχή του κοινού από τους εκπαιδευτές
2. Στην αμφίδρομη σχέση εκπαιδευτών - κοινού
3. Στην ενίσχυση της αυτονομίας του κοινού
4. Στην τόνωση της αυτοπεποίθησης του κοινού

1. Η αποδοχή του κοινού από τους εκπαιδευτές, και κυρίως τους Κ.Λ. κατά την εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας όπως αυτό της Μ.Α., αποτελεί την πρώτη θεμελιώδη αρχή σωστής επικοινωνίας. Οι γνώσεις και αξίες του κάθε ατόμου προέρχονται από την προσωπική εμπειρία ζωής του και καθορίζονται από πολλούς κοινωνικοοικονομικούς, πολιτιστικούς και άλλους παράγοντες. Γι'αυτό και δεν πρέπει βιαστικά και αβασάνιστα να απορρίπτονται, όσο και αν αντιτίθενται με τα παραδεκτά πρότυπα ήταν αντίστοιχα πιστεύω του Εκπαιδευτή Υγείας, αλλά θα πρέπει να αξιολογούνται πάντα σε σχέση με τις εκάστοτε συνθήκες και με την απαραίτητη κάθε φορά διάθεση κατανόησης και αποδοχής.

Ο σεβασμός των διαφορετικών απόψεων, θα πρέπει να οδηγεί στην αποφυγή συγκρίσεων μεταξύ εκπαιδευτών στην περίπτωσή μας Κ.Λ. και κοινού, ιδιαίτερα όταν αυτές οι συγκρίσεις παίρνουν αξιολογικό χαρακτήρα.

Στην αντίθετη περίπτωση έχουμε την απόρριψη του κοινού. Όταν οι εκπαιδευτές υγείας (Κ.Λ.) ταυτίζουν το κοινό με τις συνήθειές

του, τις γνώσεις και τις πράξεις του, εξισώνοντας, την αξία του κάθε ατόμου με την αξιολόγηση της συμπεριφοράς του. Η κριτική της συμπεριφοράς, που πρέπει να ασκεί ο εκπαιδευτής υγείας-Κ.Λ., ιδίως όταν πρόκειται για ανθυγιεινή συμπεριφορά να παίρνει το χαρακτήρα της αποτίμησης και να χωρίζει το κοινό σε καλούς και κακούς, σε άξιους και ανάξιους, ή και σε ηθικούς και ανήθικους. Ούτε θα πρέπει ο εκπαιδευτής υγείας-Κ.Λ., να εμφανίζεται σαν ειδικό που τα ξέρει όλα και άρα είναι "καλύτερος" από το κοινό να λειτουργεί σαν κριτής και επιτημητής του.

2. Η αμφίδρομη σχέση εκπαιδευτών-κοινού , είναι η μόνη σχέση που μπορεί να εξασφαλίσει το κατάλληλο κλίμα και την απαιτούμενη άνεση, ώστε η επικοινωνία να είναι ουσιαστική. Η αμφίδρομη σχέση δίνει τη δυνατότητα στο κοινό να εκφράζεται ελεύθερα ακόμα και να διαφωνεί με τον εκπαιδευτή υγείας-Κ.Λ. Επιτρέπει στους εκπαιδευτές να αντλούν γνώσεις και εμπειρίες από το κοινό, που όχι μόνο τους διευκολύνει στο να κατανοούν τα προβλήματα και τις ανάγκες του κοινού αλλά και εμπλουτίζει σημαντικά τις υπάρχουσες γνώσεις του.

Αντιθέτως η μονόδρομη σχέση, που αποτελεί τη σχέση διέπει την παραδοσιακή ακαδημαϊκή διδασκαλία, περιορίζει σημαντικά τη συμμετοχή του κοινού, το οποίο αντιμετωπίζει σαν παθητικός αποδέκτης της αδιαμφισβήτητης "αλήθειας" που του παρέχει η αυθεντία και η πληρότητα του διδάσκοντος. Ειδικά σ'ένα θέμα όπως αυτό της Μ.Α.. Σε μία τέτοια σχέση, το κοινό μπορεί να αυξάνει τις γνώσεις του, αλλά δύσκολα αλλάζει τη στάση του και τη συμπεριφορά του, ο δε εκπαιδευτής ελάχιστα μπορεί να επανατροφοδοτηθεί από τις αντιδράσεις του κοινού ώστε να εξελίσσεται και να προσαρμόζεται στις εκάστοτε απαιτήσεις.

3. Η ενίσχυση της αυτονομίας του κοινού, αποτελεί επίσης μια βασική αρχή στα προγράμματα της Αγωγής Υγείας. Η αυτενέργεια, η πρωτοβουλία, η ανεξάρτητη διαδικασία λήψης αποφάσεων, η ενθάρρυνση για κάθε είδους προβληματισμό, ο σεβασμός κάθε άποψης και η παροχή όλων των μέσων που διευκολύνουν τα παραπάνω, ενισχύουν την αυτονόμηση του κοινού, δίνοντάς του τη δυνατότητα,

είτε ατομικά είτε συλλογικά, να συλλογίζεται και να δρα πιο υπεύθυνα και άρα πιο σωστά. Η ελευθερία στην επιλογή μέσα από την υπευθυνότητα και την επίγνωση, μπορεί να οδηγήσουν στην υιοθέτηση ενός πιο ανθρώπινου και πιο υγιεινού τρόπου ζωής, κυρίως σε θέματα όπως η πρόληψη της Μ.Α.

Όταν έχουμε ένα εξαρτημένο από τον εκπαιδευτή-Κ.Λ., κοινό, δηλαδή ένα παθητικό κοινό, λίγα περιθώρια υπάρχουν για να επιτευχθούν οι στόχοι της Αγωγής Υγείας.

4 Η τόνωση της αυτοπεποίθησης του κοινού . Η αυτοπεποίθηση του κοινού, επιτυγχάνεται με την παροχή της δυνατότητας στο κοινό να εκφράζει ελεύθερα τις απόψεις και τις εμπειρίες του, με την αναγνώριση και επιβράβευση αυτής της έκφρασης καθώς και κάθε είδους συμβολής όσο μικρής και αν είναι και με την αξιοποίηση του κοινού στην εκτέλεση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, ακόμα και σε ρόλο εκπαιδευτή. Άτομα ή ομάδες από το κοινό, μπορούν κάλλιστα να παρουσιάζουν ένα θέμα ή να εκτελούν κάποιο πρόγραμμα που να απευθύνεται στους υπολοίπους, αφού βέβαια τους έχει δοθεί η απαραίτητη ενίσχυση (βιβλιογραφία, στοιχεία, πηγές κ.λ.π.) και έχουν κατακτήσει ορισμένες βασικές μεθοδολογικές ικανότητες (πως γίνεται μια παρουσίαση, πως αξιοποιούνται τα οπτικοακουστικά μέσα κλπ.)

Αρνητική αντιμετώπιση

Κάποιες φορές, αντί να επιδιώκεται η τόνωσή της, της αυτοπεποίθησης του κοινού, οι εκπαιδευτές υγείας στην υποτίμησή του, δεικνύοντας έλλειψη ενδιαφέροντος τις γνώσεις και τις εμπειρίες του κοινού, αγνοώντας τις δυνατότητές του και επικεντρώνοντας την προσοχή τους στις αδυναμίες του. Ανάλογες αρνητικές επιπτώσεις έχει και η πρόκληση άγχους και ενοχών στο κοινό γύρω από τις βλαβερές την υγεία τους στάσεις και συμπεριφορές. (Τούντας Γ. Αθήνα 1988, Τόμος 5, σελ166-σελ.169).

Μορφές επικοινωνίας

1. Αυταρχική

2. Πατερναλιστική

3. Ανεκτική

4. Δημοκρατική

1. Η αυταρχική μορφή, στηρίζεται στην αυστηρή πειθαρχία στη μονόδρομη σχέση εκπαίδευσης, στην αποδοχή της αυθεντίας και του αλάνθαστου του εκπαιδευτή στην περίπτωση μας Κ.Λ. και στην "αναμφισβήτητη αλήθεια" της γνώσης που παρέχεται. Η μορφή αυτή επικοινωνίας είναι χρήσιμη μόνο σε περιπτώσεις όπου πρέπει να δοθούν άμεσες οδηγίες για την αντιμετώπιση ενός οξέος προβλήματος. Σε περίπτωση π.χ. παροχής πρώτων βοηθειών, όπου χρειάζεται η συνδρομή άλλων ατόμων που δεν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένα οι οδηγίες που θα τους δοθούν θα έχουν αναπόφευκτα αυτάρχη χαρακτήρα, προκειμένου να εκτελεσθούν άμεσα και σωστά οι απαιτούμενοι χειρισμοί.

Η αυταρχική μορφή επικοινωνίας στρατεύεται σημαντικά τη φιλοσοφία και τις συμμετοχικές διαδικασίες της Αγωγής Υγείας.

2. Η Πατερναλιστική μορφή, αποτελεί μια προστατευτική σχέση εκπαιδευτή-Κ.Λ., κοινού, όπου ο εκπαιδευτής υγείας εξυψώνεται σε ρόλο "πατέρα", δημιουργεί κλίμα ασφάλειας και κατανόησης, δείχνει ενδιαφέρον και συναισθηματική συμμετοχή στα προβλήματα και τις ανάγκες του κοινού, αλλά ταυτόχρονα προκαλεί άγχος και ενοχές για πράξεις και συνήθειες που δεν τυχάνουν της επιδοκίμασias του.

Η πατερναλιστική μορφή επικοινωνίας είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στα προγράμματα Αγωγής Υγείας που απευθύνονται στα παιδιά και σε ευπαθείς ή ανήμπορες ομάδες πληθυσμού, όπως είναι οι υπερήλικες, οι χρόνιοι άρρωστοι, οι θαλασσαιμικοί, κ.ά, οι οποίοι έχουν ανάγκη από στοργή, κατανόηση, προστασία και ασφάλεια.

3. Η Ανεκτική μορφή, αποσκοπεί στο να δώσει τη δυνατότητα στο κοινό να λειτουργήσει με όσο το δυνατό μεγαλύτερη ελευθερία. Το κοινό συλλογάζεται και προβληματίζεται χωρίς άνωθεν περιορισμούς ή κατεθύνσεις, φτάνει από μόνο του σε συμπεράσματα και δρα σύμφωνα με τις επιθυμίες του, οι οποίες γίνονται σεβαστές και αποδεκτές από

τους εκπαιδευτές υγείας(Κ.Λ.). Σε μια τέτοια μορφή επικοινωνίας, το βάρος δίνεται στη συμμετοχή του κοινού, και όχι στο αποτέλεσμα, θεωρώντας ότι η εμπειρία της ελεύθερης συμμετοχής είναι κατάκτηση σημαντική, η οποία προάγει τη δημιουργία υπευθύνων πολιτών και άρα οδηγεί στην υιοθέτηση πιο σωστής συμπεριφοράς.

Η ανεκτική σχέση εκπαιδευτή-κοινού, μειώνει σημαντικά το ρόλο του εκπαιδευτή υγείας και περιορίζει την προσφορά του είτε αυτή αφορά την παροχή γνώσεων και εμπειριών είτε αφορά την προώθηση των κατάλληλων διαδικασιών για την αποτελεσματική εκτέλεση και συνεπή ολοκλήρωση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. Μια άλλη επίσης αρνητική επίπτωση είναι η τάση για αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων και δύσκολων προβλημάτων από το κοινό όταν αυτό αφήνεται μόνο του να λειτουργήσει.

4. Η Δημοκρατική μορφή , στηρίζεται στην αμφίδρομη και ισότιμη επικοινωνία εκπαιδευτών (Κ.Λ.) και κοινού και αποσκοπεί στη αξιοποίηση όλων των δυνατοτήτων τόσο των εκπαιδευτών όσο και του κοινού. Μέσα από μία τέτοια σχέση αμοιβαίας αλληλοεκτίμησης το κοινό πολύ πιο εύκολα εμπιστεύεται τον εαυτό του αλλά και τον εκπαιδευτή, μαθαίνει να σέβεται τις διαφορετικές απόψεις και έτσι αναπτύσσεται η συνεργασία και η συλλογικότητα που αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για τη σωστή εκτέλεση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας,

Η δημοκρατική μορφή αντιστοιχεί περισσότερο με τη φιλοσοφία και τους σκοπούς της Αγωγής Υγείας,γι'αυτό και πρέπει να προτιμάται όποτε είναι δυνατό.

Τρόποι Επικοινωνίας

Οι πιο σημαντικοί από τους τρόπους επικοινωνίας είναι:

- 1.Συμπαράσταση:ο εκπαιδευτής (Κ.Λ.) περισσότερο ακούει, αποσαφηνίζει και συμπαραστέκεται παρά αποφασίζει και καθοδηγεί.
- 2.Συζήτηση: ο εκπαιδευτής,(Κ.Λ.), όπως και το κοινό εκφράζει τις απόψεις του, καταλήγουν σε κοινά αποδεκτές αποφάσεις και σε συλλογικές πρακτικές.

3. Συμβουλή: ο εκπαιδευτής (Κ.Λ.) συμβουλεύει το κοινό και προσπαθεί με πειθώ και επιχειρήματα να το πείσει για την ορθότητα των δικών του απόψεων ή για την υιοθέτηση διαδικασιών και πρακτικών που ο ίδιος προτείνει.

4. Διδασκαλία: ο εκπαιδευτής, (Κ.Λ.), λειτουργεί σαν παραδοσιακός ακαδημαϊκός δάσκαλος.

5. Καθοδήγηση: ο εκπαιδευτής(Κ.Λ.) είναι η αδιαμφισβήτητη αυθεντία, που παρέχει συγκεκριμένες οδηγίες στο κοινό για το τί να κάνει που αποσκοπούν στον πλήρη έλεγχο του κοινού.

Η επιλογή κάθε φορά του καταλληλότερου τρόπου επικοινωνίας, εξαρτάται από τις εκάστοτε ανάγκες και δυνατότητες του κοινού, καθώς και από τους εκάστοτε στόχους του κάθε συγκεκριμένου προγράμματος Αγωγής Υγείας. Θα πρέπει κάθε φορά να επιδιώκεται η όσο δυνατή μεγαλύτερη συλλογικότητα, αυτενέργεια και υπευθυνότητα του κοινού.

Εμπόδια Επικοινωνίας

Σε κάθε σχέση επικοινωνίας μεταξύ εκπαιδευτή (Κ.Λ.) και κοινού υπάρχουν εμπόδια,

1. Κοινωνικοί και πολιτιστικοί φραγμοί
2. Αρνητική προδιάθεση του κοινού
3. Απόρριψη του εκπαιδευτή
4. Μειωμένη δυνατότητα κατανόησης και απομνημόνευσης
5. Ανεπάρκεια εκπαιδευτή
6. Αντιφατικότητα μηνυμάτων

1. Κοινωνικοί και πολιτιστικοί φραγμοί, που σχετίζονται με την εθνικότητα, τις γλωσσικές διαφοροποιήσεις, τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, τα ήθη και έθιμα, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, τις αξίες και τα πρότυπα κ.ά.

2. Αρνητική προδιάθεση του κοινού Αγωγής Υγείας μπορεί να προέλθει από καταστάσεις αρρώστια, πόνου ή κόπωσης, που καθιστούν το κοινό μη συνεργάσιμο και ελάχιστα διαθέσιμο για να συμμετάσχει. Επίσης, σε μια τέτοια αρνητική στάση μπορεί να οδηγήσουν διάφορες συναισθηματικές διαταραχές που προκαλούνται συνήθως όταν το κοινό

έχει υποστεί πρόσφατα κάποια οδυνηρή εμπειρία (απώλεια αγαπητών προσώπων, καταστροφή περυσιακών στοιχείων από σεισμό, πυρκαγιά κ.λ.π.). Άλλοτε πάλι το κοινό μπορεί να βρίσκεται σε πνευματική σύγχυση. Μία άλλη κατηγορία παραγόντων που προδιαθέτουν αρνητικά το κοινό, σχετίζεται με την έλλειψη ενδιαφέροντος για το αντικείμενο του προγράμματος (π.χ. ομιλία για χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα σε μαθητές γυμνασίου) ή με την έλλειψη προσοχής και συγκέντρωσης λόγω κάποιας άλλης πιο σημαντικής και επείγουσας ενασχόλησης, η οποία παρεμποδίζεται από την εκτέλεση του προγράμματος Αγωγής Υγείας.

3. Απόρριψη του εκπαιδευτή για διαφορετικούς λόγους, όπως είναι η ύπαρξη μιας αρνητικής εμπειρίας από άλλα προγράμματα στο παρελθόν, η δυσπιστία που έχουν ορισμένα άτομα απέναντι σε επίσημους φορείς και εκπροσώπους, οι διαφορές και οι αντιθέσεις που μπορεί να υπάρχουν μεταξύ εκπαιδευτή και κοινού, η ανησυχία και το άγχος που προκαλεί η επικείμενη κριτική και αξιολόγηση, η υπερβολική αυτοπεποίθηση ή ψευδαίσθηση παντογνωσίας που έχουν ορισμένα άτομα π.χ. η αντίσταση σχετικά με το αν χρειάζεται να γίνει ο προγεννητικός έλεγχος για εντοπισμό των φορέων M.A., για αλλαγές όταν μάλιστα επιφέρουν εγκατάλειψη ευχάριστων συνηθειών (π.χ. δίαιτα) και η έμφυτη τάση του ανθρώπου να αποφεύγει όσο μπορεί τα δυσάρεστα πράγματα κυρίως όταν δεν τον αφορούν τον ίδιο άμεσα.

4. Μειωμένη δυνατότητα κατανόησης και απομνημόνευσης, όταν υπάρχουν γλωσσολογικές -δυσκολίες (άλλη γλώσσα, διάφοροι διάλεκτοι) όταν το κοινό έχει σημαντικές μορφωτικές ελλείψεις (αναλφάβητοι, παιδιά) όταν υφίσταται πρόβλημα περιορισμένης ευφυΐας και αντίληψης (διαταραχές στην ομαλή ψυχοσωματική εξέλιξη) και όταν το πρόγραμμα δεν είναι κατάλληλα διαμορφωμένο ώστε το περιεχόμενό του και τα μέσα που χρησιμοποιούνται να αντιστοιχούν στο εκάστοτε πνευματικό επίπεδο του κοινού (χρήση δυσκολονόητης επιστημονικής ορολογίας σ'ένα κοινό με στοιχειώδη μόνο εκπαίδευση).

5. Ανεπάρκεια του εκπαιδευτή, είναι ένα άλλο εμπόδιο που δυσχεραίνει τη δυνατότητα επικοινωνίας και υλοποίησης ενός προγράμματος. Ο εκπαιδευτής μπορεί να μην είναι ο κατάλληλος για να εκτελέσει κάποιο πρόγραμμα, είτε διότι είναι εκπαιδευμένος σε άλλο τομέα, είτε επειδή δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένος, είτε γιατί έχει μικρή σχετική εμπειρία. Άλλοτε πάλι, ο εκπαιδευτής μπορεί να μην έχει τα απαραίτητα χρονικά περιθώρια ή να μην έχει φροντίσει να υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις και η αναγκαία υλικοτεχνική υποδομή. Επίσης η ανεπάρκεια να οφείλεται στην εμμονή του εκπαιδευτή σε παραδοσιακές μορφές διδασκαλίας και σε ξεπερασμένες αντιλήψεις για την Αγωγή Υγείας, που δεν αντιστοιχούν πλέον στις ανάγκες που καλείται να καλύψει σήμερα ο εκπαιδευτής υγείας.

6. Αντιφατικότητα μηνυμάτων, προκαλείται όταν οι εκπαιδευτές υγείας έχουν διαφορετικές απόψεις τις οποίες και προσπαθούν να προωθήσουν με αποτέλεσμα το κοινό να εισπράττει διαφορετικά μηνύματα που μπορεί ορισμένες φορές να είναι αλληλοσυγκρουόμενα (αξία της βιταμίνης C, το ύψος του ανεκτού επιπέδου χοληστερίνης, αν ένας φορέας της μ.Α. μπορεί να γίνει αιμοδότης κ.ά.). Όταν συγκρούονται με τις απόψεις, τις πεποιθήσεις της οικογένειας, των φίλων των δασκάλων που αποτελούν ισχυρά πρότυπα, ή ακόμα όταν νεώτερες απόψεις έρχονται να αντικαταστήσουν παλιότερες από τις οποίες μπορεί να διαφέρουν σημαντικά.

Τεχνικές Επικοινωνίας

Η ομιλία του εκπαιδευτή (Κ.Λ.) να είναι αργή και ήρεμη να επαναλαμβάνει κάθε δυσνόητη λέξη και πρόταση να χρησιμοποιεί απλές έννοιες και όρους και να αποφεύγει να χρησιμοποιεί ιδιωτισμούς ή ειδικές εκφράσεις. Είναι επίσης σκόπιμο να επικεντρώνεται σ'ένα θέμα κάθε φορά και να μην προχωράει σε επόμενο αν δεν έχει σιγουρευτεί για την κατανόησή του. Όπου υπάρχουν προβλήματα προφορικής επικοινωνίας είναι εξαιρετικά χρήσιμη η χρησιμοποίηση άλλων μέσων, όπως είναι το οπτικοακουστικά μέσα, τα έντυπα κλπ., τα οποία μπορεί να συμπληρώνουν μία προφορική επικοινωνία ή ακόμα να την

υποκαθιστούν πλήρως. Τέλος, ο εκπαιδευτής υγείας (Κ.Λ.) πρέπει να μεριμνά για την αξιολόγηση του προγράμματος ώστε να είναι σε θέση να μετρά την αποτελεσματικότητά του.

Ο εκπαιδευτής υγείας (Κ.Λ.) εκπέμπει μηνύματα και επικοινωνεί με το κοινό και με πολλούς άλλους τρόπους. Είναι λοιπόν σημαντικό να γνωρίζει όλες αυτές τις γέφυρες επικοινωνίας ώστε να μπορεί να τις αξιοποιεί ή να τις ελέγχει ανάλογα. Επικοινωνία χωρίς λόγια μπορεί να πραγματοποιηθεί:

α. Σωματικά: Η σωματική επαφή είναι ένας πολύ βασικός τρόπος επικοινωνίας. Η χειραψία, το αγκάλιασμα ή ένα απλό άγγιγμα υποδηλώνουν μία κατάσταση και εκφράζουν μία διάθεση αλλά και ένα περιεχόμενο επαφής.

β. Με την απόσταση: Το υπερβολικό πλησίασμα (πρόσωπο με πρόσωπο ή σκύψιμο πάνω από ένα κλινήρη ασθενή) δημιουργεί συνήθως αμηχανία και δυσκολεύει την επικοινωνία.

γ. Ο προσανατολισμός: Η θέση που έχει ο εκπαιδευτής (Κ.Λ.) σε σχέση με το κοινό, αλλά και η τοποθέτηση του κοινού στο χώρο, αποτελεί έναν νακόμη παράγοντα επικοινωνίας.

δ. Η εμφάνιση: Η εμφάνιση του εκπαιδευτή (Κ.Λ.) επηρεάζει σημαντικά το χαρακτήρα της επικοινωνίας που θα έχει με το κοινό. Ένα άνετο ή απλό ντύσιμο φέρνει πιο κοντά τον εκπαιδευτή (Κ.Λ.) με το κοινό, ενώ δύσκολα μια νοσοκόμα ή ένας γιατρός στο νοσοκομείο θα μπορέσει να επικοινωνήσει με τους ασθενείς εάν δεν φοράει άσπρη μπλούζα που σηματοδοτεί το ρόλο που προσμένει ο ασθενής από τους θεραπευτές του.

ε. Οι εκφράσεις του προσώπου και οι κινήσεις του σώματος: Το πρόσωπο εκφράζει άμεσα κάθε είδους συναισθήματα χαράς, λύπης, θυμού, έκπληξης κλπ. Ενώ, οι κινήσεις του κεφαλιού υποδηλώνουν συμφωνία ή διαφωνία, αμφιβολία ή σιγουριά. Ακόμα οι σφιγμένες γροθιές, το κτύπημα του ποδιού ή του δακτύλου, φανερώουν ένταση ή αδημονία, ενώ το ξύσιμο του κεφαλιού ή το σμίξιμο των φρυδιών, αμηχανία. Η στάση του σώματος επίσης είναι αρκετά αποκαλυπτική για την κατάσταση ή τις υποθέσεις του ατόμου.

στ. Το βλέμμα: Είναι γνωστό πόσο σημαντικό είναι το να κοιτάς το συνομιλητή στα μάτια και πόσο μειώνεται η πειστικότητα του λόγου όταν υπάρχει η επίμονη αποστροφή της ματιάς.

Οι ερωτήσεις που αφορούν την Αγωγή Υγείας μπορεί να χωριστούν στις εξής κατηγορίες:

α. Κλειστές ερωτήσεις: Οι ερωτήσεις αυτές απαιτούν σύντομες και τυπικές απαντήσεις.

β. Ανοικτές ερωτήσεις: Οι ανοικτές ερωτήσεις απαντούνται με πιο αναλυτικές και περιγραφικές απαντήσεις.

γ. Ερωτήσεις καθηγούμενων απαντήσεων: Οι ερωτήσεις αυτές είναι κατάλληλες όταν ο εκπαιδευτής (Κ.Λ.) θέλει να αποσπάσει τη συγκατάβαση του ερωτώμενου.

δ. Πολλαπλές ερωτήσεις: Οι πολλαπλές ερωτήσεις περιλαμβάνουν πολλά αντικείμενα σε μία πρόταση.

ε) Ερωτήσεις ελέγχου: Οι ερωτήσεις ελέγχου είναι πολύ σημαντικές προκειμένου να αξιολογεί ο εκπαιδευτής την αποτελεσματικότητα του προγράμματος, το βαθμό κατανόησης κ.λ.π. (Τούντα Γ. 1986, σελ.36-σελ.46)

6.5.1. Στόχοι Αγωγής Υγείας

Η αποστολή της αγωγής Υγείας, όπως προσδιορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι «να φροντίζει ώστε τα άτομα να υιοθετούν και να στηρίζουν υγιεινά πρότυπα ζωής, να χρησιμοποιούν συνετά τις υπηρεσίες υγείας που είναι διαθέσιμες σ' αυτά, και να παίρνουν αποφάσεις σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο που βελτιώνουν το επίπεδο της υγείας τους και το φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον». Κατά συνέπεια, σημαντικός σκοπός της αγωγής υγείας είναι η ανάπτυξη στον πληθυσμό ενός αισθήματος ευθύνης για την ατομική υγεία και την υγεία της Κοινότητας, και μιας ικανότητας συμμετοχής στην κοινωνική ζωή με επικοινωνητικό τρόπο.

Οι βασικοί στόχοι της Αγωγής Υγείας είναι οι ακόλουθοι επτά:

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

(Τούντας Γ., Αθήνα 1997, σελ. 15-16)

1. Ευαισθητοποίηση

Ο πρώτος αυτός στόχος ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας, αφορά τη συνειδητοποίηση του κοινού ή του εκπαιδευόμενου σχετικά με την ύπαρξη ενός προβλήματος π.χ. αυτό της Μ.Α. και της έκτασής της στο γενικό πληθυσμό ή ότι αν και οι δυο γονείς είναι φορείς της Μ.Α. τότε υπάρχει πιθανότητα 25% να γεννηθεί παιδί με Μ.Α.. Αυτό ισχύει για κάθε εγκυμοσύνη άσχετα αν το ζευγάρι έχει ήδη αποκτήσει κι άλλο παιδί με Μ.Α.. Πολλές φορές προκειμένου να επιτευχθεί ευαισθητοποίηση συνειδητοποίηση πρέπει να δοθούν ορισμένες βασικές πληροφορίες ώστε να γίνεται αντιληπτό το μέγεθος και η σημασία του προβλήματος σε αδρές γραμμές, π.χ. πληροφορώντας το κοινό ότι κάθε τσιγάρο που καπνίζουμε αφαιρεί 5 λεπτά κατά μέσο όρο από τη ζωή του καπνιστή, δίνουμε μια πρώτη διάσταση της ύπαρξης και του μεγέθους του προβλήματος.

2. Παροχή γνώσεων

Ο στόχος αυτός είναι καθαρά η απόκτηση των απαραίτητων γνώσεων σε θέματα που υπάρχει ήδη μία πρώτη ευαισθητοποίηση. Το να γνωρίζει κανείς ότι κάποια καθημερινή συνήθεια είναι βλαβερή, δεν αρκεί για να πιστεί για την ανάγκη καταπολέμησής της. Κυρίως όταν η καταπολέμηση αυτή απαιτεί ιδιαίτερες προσπάθειες το κοινό ή το άτομο

πρέπει να είναι εξοπλισμένο με τις γνώσεις -εκείνες που θα του ενισχύσουν τη βούληση για δράση και που θα κατευθύνουν τη δράση αυτή προς τη σωστή κατεύθυνση ή το να γνωρίζει ένας μελλοντικός φορέας ότι το να είναι φορέας της Μ.Α. δεν αρκεί για να μην αποκτήσει άρρωστα παιδιά πρέπει να γίνει κατανοητό.

3. Ιεράρχηση αξιών

Οι αξίες ζωής του καθένα, τα βασικά πιστεύω του και η γενικότερη ιδεολογία του, αποτελούν σημαντικό κομμάτι του πολύπλοκου ανθρώπινου ψυχολογικού κόσμου, και συμβάλλουν καθοριστικά στις εκάστοτε απόψεις, που διαμορφώνουμε, στις αποφάσεις που παίρνουμε και στις πράξεις που προβαίνουμε. Ο στόχος λοιπόν της ιεράρχησης αξιών, αποσκοπεί κυρίως στην αποσαφήνιση, στη διαμόρφωση ή τροποποίηση των αξιών που σχετίζονται με την υγεία.

Η σωστή ιεράρχηση αυτών των αξιών στην κλίμακα που έχει κάθε άτομο, αποτελεί το περιεχόμενο του στόχου αυτού π.χ. πρέπει να συντονιστούν οι αξίες του ατόμου-γονέα σχετικά με το αν επιθυμεί να προβεί σε έκτρωση σε περίπτωση που εξακριβωθεί ότι και οι δυο μέλλοντες γονείς είναι φορείς, λόγω ότι αυτή η ενέργεια αντιβαίνει τους νόμους της Εκκλησίας.

4. Αλλαγή απόψεων

Και εδώ, όπως και προηγούμενα, ο στόχος αφορά την τροποποίηση ορισμένων βασικών πεποιθήσεων. Η μόνη διαφορά είναι ότι οι απόψεις αφορούν πλέον συγκεκριμένα ζητήματα της καθημερινής μας ζωής, που εξαρτώνται βέβαια από τις γενικότερες αξίες που έχουμε υιοθετήσει. Επειδή όμως πρόκειται για πιο συγκεκριμένες τοποθετήσεις, οι απόψεις που έχουμε για ένα ζήτημα, καθορίζονται εκτός από τις αξίες και από τις πληροφορίες που μας παρέχονται ή από

τη συναισθηματική μας φόρτιση στο συγκεκριμένο αυτό θέμα π.χ. πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι για να γεννηθούν υγιή παιδιά πρέπει οι μέλλοντες γονείς να προβούν σε προγεννητικό έλεγχο.

5. Λήψη αποφάσεων

Από τη στιγμή που το κοινό ή ένα άτομο ευαισθητοποιηθεί γύρω από ένα θέμα υγείας, εξοπλιστεί με τις απαραίτητες γνώσεις ιεραρχήσει σωστά την αξία του όλου θέματος και υιοθετήσει τις σωστές απόψεις, το επόμενο βήμα είναι να πάρει τις κατάλληλες αποφάσεις που θα βοηθήσουν στην επίλυση ή βελτίωση του προβλήματος. Η σημαντική αυτή διαδικασία στηρίζεται τόσο στην παροχή των απαραίτητων γνώσεων όσο και στη διαμόρφωση των κατάλληλων αξιών και απόψεων π.χ. γνωρίζοντας οι μέλλοντες γονείς το τι πρέπει να κάνουν για να αποφύγουν τη γέννηση παιδιού με Μ.Α.. Θα πρέπει να προβούν στη λήψη αποφάσεων όπως προγεννητικός έλεγχος, ή ακόμα και έκτρωση σε περίπτωση που η σύντροφος είναι έγκυος και βρεθεί ότι είναι φορέας της Μ.Α. και οι δυο γονείς.

6. Αλλαγή συμπεριφοράς

Δυστυχώς, η λήψη της κατάλληλης απόφασης, δεν οδηγεί πάντα και στην εκτέλεσή της. Ιδιαίτερα όταν πρόκειται για θέματα που η υλοποίηση μιας απόφασης συναντά εμπόδια και δυσκολίες, παρατηρείται συχνά εγκατάλειψη της προσπάθειας ή αποφυγή εκτέλεσής της.

Άλλωστε η αλλαγή συμπεριφοράς, δηλαδή η επιτυχής εφαρμογή μιας ενεργητικής προσπάθειας, αποτελεί αναμφισβήτητα και το πιο σημαντικό συστατικό κάθε προγράμματος υγείας.

7. Αλλαγή περιβάλλοντος

Ο τελευταίος αυτός στόχος, αποσκοπεί στην τροποποίηση του φυσικού ή/και κοινωνικού περιβάλλοντος προκειμένου να διευκολυνθεί η λήψη των σωστών επιλογών και η επιτυχής τους υλοποίηση σε θέματα που σχετίζονται με την υγεία.

Ο στόχος αυτός, που αφορά πολλά και διάφορα ζητήματα, από αλλαγές μέσα στο σπίτι μέχρι και αλλαγές σ'όλη την κοινωνία μας, μπορεί να μη φαίνεται άμεση συνδεδεμένος μ'ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, αλλά είναι πολύ σημαντικός.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε πως οι γνώσεις μας, οι αξίες μας, οι απόψεις μας και οι πράξεις μας καθορίζονται σημαντικά από το κοινωνικό και φυσικό μας περιβάλλον.

Όλοι οι παραπάνω στόχοι μπορούν να χωρισθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες:

- α. Στο τι θα θέλαμε να γνωρίζει το κοινό (στόχος 1,2)
- β. Στο τι θα θέλαμε να αισθανθεί (στόχος 3,4,5)
- γ. Στο τι θα θέλαμε να πράξει (στόχος 6,7).

Στα προγράμματα Αγωγής Υγείας, συνήθως υπάρχει συνδυασμός στόχων και από τις τρεις αυτές κατηγορίες.

Επίσης η απαρίθμηση των 7 βασικών στόχων, δεν σημαίνει ότι κάθε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, πρέπει να περνάει διαδοχικά από το ένα στάδιο στο επόμενο.

Δυνατό κάποιος να υιοθετήσει κάποια συμπεριφορά, όπως μία γυμναστική άσκηση ή εξέταση για το αν είναι φορέας της Μ.Α. και μετά επειδή διαπιστώνει τα ευεργετικά πλεονεκτήματα να ενδιαφερθεί να μάθει περισσότερα ή να αναθεωρήσει τις σχετικές του απόψεις.

Ακόμα, πρέπει να γνωρίζουμε ότι η επίτευξη κάθε ένα από τους 7 στόχους, δεν σημαίνει αυτόματα την επίτευξη του επόμενου. Το κοινό μπορεί να γνωρίζει ότι το πολύ αλκοόλ βλάπτει, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι είναι έτοιμο και να αναθεωρήσει τις σχετικές του απόψεις και συμπεριφορές ή ότι πρέπει να γίνει προγεννητικός έλεγχος πριν από το

γάμο για να μην γεννηθούν παιδιά με Μ.Α.ωστόσο δεν το υιοθετούν όλα τα ζευγάρια.

Κάθε στόχος της Αγωγής Υγείας θέλει ιδιαίτερη προσπάθεια για να επιτευχθεί.

Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι για διαφορετικά άτομα πρέπει να διαφοροποιούνται ανάλογα και οι εκάστοτε στόχοι. Ένα άτομο που προσέρχεται από μόνο του σ' ένα Κέντρο Υγείας για να αντιμετωπίσει την παχυσαρκία του, σημαίνει ότι είναι ήδη ευαισθητοποιημένο σχετικά και αποφασισμένο να προσπαθήσει να το καταπολεμήσει ή όταν ένα άτομο κάνει εξέταση αίματος για να διαπιστώσει αν είναι φορέας της Μ.Α.αυτό υποδηλώνει ότι είναι γνώστης των συνεπειών της αρρώστειας αυτής και προσπαθεί να την προλάβει.

Ενώ αντίθετα, σ'ένα σχολείο, πολλά παχύσαρκα παιδιά έχουν επίγνωση του προβλήματος και άρα θα πρέπει να συμπεριλάβουμε στο πρόγραμμά μας όλα τα πρώτα στάδια που αποσκοπούν την ευαισθητοποίηση και στην υιοθέτηση των σωστών σχετικών αξιών, απόψεων και αποφάσεων ή ακόμα σε μια περιοχή υπάρχουν φορείς της Μ.Α.αλλά δεν προβαίνουν σε ανάλογες ενέργειες αποφυγής εμφάνισης της νόσου στους απογόνους τους. Γι'αυτό θα πρέπει να αξιολογηθούν οι αξίες και αρχές τους και να προβούμε στην ευαισθητοποίηση και αλλαγή στάσεων αξιών και αποφάσεων για τη μείωση των νοσούντων από Μ.Α.. (Τούντας Γ.,Αθήνα 1986, σελ.17-20)

6.5.2. Μέθοδοι Αγωγής Υγείας

Σύμφωνα με τον κ. Τούντα Γ. (1992), για την επίτευξη των στόχων της Αγωγής Υγείας αξιοποιείται ένα ευρύ φάσμα μεθόδων και τεχνικών. Η χρησιμοποίηση σε κάθε περίπτωση των προσφορότερων μεθόδων στηρίζεται στην εκπαιδευτική αρχή, που θεωρεί ότι ο συνδυασμός περισσότερων μεθόδων είναι πιο αποτελεσματική εκπαιδευτική διαδικασία από την εμμονή σε μία και μόνο μέθοδο.

Οι διάφορες μέθοδοι Αγωγής Υγείας μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τις μεθόδους επικοινωνίας, όπως είναι οι διαλέξεις, η ατομική διδασκαλία, τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, τα οπτικοακουστικά μέσα διδασκαλίας, κ.ά. Οι μέθοδοι επικοινωνίας χρησιμεύουν κυρίως στην επίτευξη των δύο πρώτων στόχων της Αγωγής Υγείας, στην ευαισθητοποίηση του κοινού και στην παροχή γνώσεων.

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει εκπαιδευτικές μεθόδους, που χρησιμεύουν κυρίως στην αλλαγή απόψεων και στάσεων και στην τροποποίηση της συμπεριφοράς. Στις μεθόδους αυτές συγκαταλέγονται ορισμένα ειδικά παιχνίδια ή παρατήρηση και αναζήτηση, η δουλειά σε ολιγομελείς ομάδες (κυρίως με κύκλους συζητήσεων), η χρήση μοντέλων-προτύπων και διάφορες τεχνικές αποσαφήνισης αξιών, λήψης αποφάσεων και ελέγχου της συμπεριφοράς.

Στην τρίτη και τελευταία κατηγορία περιλαμβάνονται οι μέθοδοι και δραστηριότητες κοινωνικής οργάνωσης και δράσης, που αποσκοπούν στην αλλαγή και βελτίωση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Για τον ίδιο σκοπό μπορούν να αξιοποιηθούν και οι μέθοδοι των δυο προηγούμενων κατηγοριών προσανατολισμένες όμως στα άτομα που από την πολιτική, κοινωνική ή επαγγελματική τους δραστηριότητα καθορίζουν με τις επιλογές τους και τις αποφάσεις τους την εκάστοτε κοινωνική και περιβαλλοντική πολιτική.

Η Αγωγή Υγείας δεν εξαντλείται στις ομιλίες και στις παραδοσιακές μορφές διδασκαλίας με τις οποίες ήταν ταυτισμένη παλιότερα η υγειονομική διαφώτιση. Η σύγχρονη μεθοδολογία Αγωγής Υγείας περιλαμβάνει: δουλειά με ομάδες, τεχνικές αλλαγής στάσεων και συμπεριφοράς (αυτοπαρακολούθηση, υπολογισμός κόστους-ωφέλους, ρεαλιστική επιλογή στόχων, αντιμετώπιση στερητικών φαινομένων), ομιλίες, παρεμβάσεις στην κοινότητα, τα μέσα μαζικής επικοινωνίας (εκπαιδευτική τηλεόραση, προγραμματισμένη εκμάθηση χρήσεως Η/Υ), έντυπο υλικό και οπτικοακουστικό υλικό. (Τούντας Γ., 1992, σελ. 170-172)

«Όλες αυτές οι μέθοδοι διακρίνονται σχηματικά σε αυτές που βασίζονται σε γνώση και σ' αυτές που βασίζονται σε δράση.

Μέθοδοι που βασίζονται σε γνώση. Η ενημέρωση γύρω από την υγεία είναι «αναγκαία» αλλά όχι και «ικανή» συνθήκη για τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς. Παλαιότερα η ενημέρωση γύρω από το ανθρώπινο σώμα και τους παράγοντες που απειλούν την υγεία ήταν η αποκλειστική σχεδόν μέθοδος αγωγής υγείας. Σήμερα, κατά τη χρησιμοποίηση της μεθόδου αυτής, δίνεται έμφαση στη συσχέτιση των νοσημάτων με τους διάφορους κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες που τα επηρεάζουν, και στη δυνατότητα αναπτύξεως από το ίδιο το άτομο της ικανότητας να επιλέγει υγιεινότερους τρόπους ζωής.

Μέθοδοι που βασίζονται σε δράση. Οι μέθοδοι αυτές χρησιμοποιούν όλες τις νέες τεχνικές της εκπαίδευσης, όπως ανάλυση κειμένων, συγκέντρωση στοιχείων, άμεση και έμμεση παρατήρηση, εκθέσεις, διαλέξεις, στρογγυλά τραπέζια, συζητήσεις προβλημάτων, δραστηριότητες για αλλαγή περιβάλλοντος. Σημαντικός φαίνεται ότι είναι ο ρόλος του αθλητισμού τόσο στην κανονική σωματική ανάπτυξη, όσο και στην ομαλή ψυχική εξέλιξη.

Η συμπεριφορά σχετικά με την υγεία διαμορφώνεται στην πορεία της κοινωνικοποίησης του ατόμου. Η υιοθέτηση αξιών και συνηθειών επιτυγχάνεται, συνήθως χωρίς να γίνεται συνειδητή, στο σπίτι ή στο στενό περιβάλλον του ατόμου, με το παράδειγμα, τη συζήτηση ή την αποδοχή «ρόλων». Στη σύνθετη αυτή εκπαιδευτική διαδικασία σημαντική είναι η συμβολή των γονέων. Ορισμένοι σύγχρονοι θεσμοί αγωγής υγείας, όπως τα «σχολεία γονέων», τα «προγράμματα στο σπίτι», κλπ. στοχεύουν στην αξιοποίηση αυτής της δυναμικής συμβολής. (Τριχόπουλος Δ.-Τριχοπούλου Α., 1986, σελ.287)

1. Δουλειά με ομάδες

Η εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας σε μικρές ομάδες πληθυσμού, αποτελεί την πιο αποτελεσματική μέθοδο για την αλλαγή στάσεων και συμπεριφοράς στα θέματα υγείας.

Μέσα από σειρά τακτικών συναντήσεων σε μικρές ομάδες, επιτυγχάνεται η δυνατότητα της ενεργούς συμμετοχής του κοινού που προάγει την υπευθυνότητα, τη συνειδητοποίηση και την αποτελεσματική δράση. Το κοινό όχι μόνο συμμετέχει, αλλά συνδιαμορφώνει το σχέδιο και το περιεχόμενο του προγράμματος, έτσι ώστε να αντιστοιχεί στις πραγματικές του ανάγκες. Η εκμάθηση είναι πολύ πιο ουσιαστική γιατί προέρχεται μέσα από την αναζήτηση και τη διαπίστωση και όχι μέσα από την παθητική αποστήθιση παρεχόμενων γνώσεων. Η δουλειά σε ομάδες διευκολύνει στο να εκφράζονται ελεύθερα νέες ιδέες και απόψεις και πλεονεκτεί στο γεγονός ότι μπορεί να πραγματοποιείται σε διάφορους χώρους.

Η δουλειά με ομάδες είναι μέθοδος που κυρίως προωθεί στους στόχους:

- ευαισθητοποίησης
- ιεράρχησης αξιών
- αλλαγής απόψεων
- λήψης αποφάσεων
- αλλαγής συμπεριφοράς

(Τούντας Γ., '92,σελ.170-172)

Οργανωτικές αρχές

Για να μπορεί να γίνεται σωστά η δουλειά με ομάδες, ο αριθμός των μελών θα πρέπει να κυμαίνεται 8-12. Η διάρκεια της κάθε συνάντησης (ή συνεδρίασης) θα πρέπει να είναι 1-1 1/2ώρα. Οι χώροι συνάντησης θα πρέπει να μην είναι ιατρογενείς (νοσοκομεία, ιατρεία, κέντρα υγείας κ.λ.π.). Ένας ουδέτερος χώρος (σύλλογοι, εντευκτήρια κ.λ.π.) διευκολύνει την επικοινωνία και την ελεύθερη έκφραση.

Η συζήτηση ή η συνεδρίαση της ομάδας, θα πρέπει να είναι προετοιμασμένη και να διεξάγεται μέσα σε κάποιο διαδικαστικό πλαίσιο, προκειμένου να είναι ενδιαφέρουσα και αποτελεσματική.

Σημαντικός παράγοντας, είναι επίσης ο τρόπος τοποθέτησης των μελών. Η κυκλική τοποθέτηση είναι προτιμότερη γιατί προάγει την ισοτιμία των συμμετοχόντων και διευκολύνει την επαφή και την επικοινωνία (κύριως οπτική) μεταξύ όλων των μελών.

Καθήκοντα συντονιστή: (Κ.Λ.)

Πολύ σημαντικός είναι ο ρόλος του συντονιστή π.χ.(Κ.Λ.) για τη δουλειά κάθε ομάδας. Πρέπει να προετοιμάζει τη συνεδρίαση, να ειδοποιεί έγκαιρα τα μέλη, να συντονίζει τη συζήτηση, να αναδεικνύει τα ενδιαφέροντα σημεία ανάλογα με τις ανάγκες των μελών, να βοηθά στην αποσαφήνιση των εννοιών, να προσφέρει τις προσωπικές του εμπειρίες και γνώσεις χωρίς όμως να προσπαθεί να τις επιβάλει, να μεριμνά για τηναλληλεγγύη και αλληλοκατανόηση μεταξύ των μελών, να ανακεφαλαιώνει στο κλείσιμο κάθε θέματος και να αντιμετωπίζει διάφορα προβλήματα και δυσκολίες όταν αυτές ανακύπτουν.

Ευθύνες μελών:

Στις ευθύνες αυτές περιλαμβάνονται η συνεπής και τακτική συμμετοχή των μελών, η δημιουργική και ενεργητική παρουσία, η προάσπιση του πλαισίου συνεργασίας και συζήτησης, η αποφυγή εντάσεων και οξυμένων αντιπαραθέσεων, ο αλληλοσεβασμός και η αλληλοεκτίμηση και τέλος η αποφυγή μακρυγοριών και καταχρηση του χρόνου.

Αντιμετώπιση προβλημάτων:

Τα πιο συνήθη προβλήματα και τα εμπόδια είναι η σιωπή και η αμηχανία στη διάρκεια μιας συζήτησης, διάφορα είδη παρεμποδίσεων και η προβληματική συμπεριφορά κάποιου μέλους.

Κάθε πρόβλημα ή εμπόδιο πρέπει να αναγνωρίζεται, να εντοπίζεται και να γίνεται αποδεκτό με τις απαραίτητες προσαρμογές

όταν πρόκειται για κάτι που δεν μπορεί να αλλάξει (δραστική μείωση του αριθμού των μελών, βλάβη διαφανοσκοπείου κ.λ.π.) ή να επιδιώκεται η συλλογική αντιμετώπιση όταν μπορεί να ξεπεραστεί (π.χ. ακατάλληλος χώρος). (ο.π.σελ.174-175)

2. Τεχνικές Αλλαγής Στάσεων και Συμπεριφοράς.

Η αλλαγή στάσεων (αξιών, απόψεων, αποφάσεων) και συμπεριφοράς, αποτελεί τους πιο δύσκολους στόχους της Αγωγής Υγείας, γιατί απαιτούν μια επίπονη και δύσκολη προσπάθεια προκειμένου να ανατραπεί μια γερά εμπεδωμένη προηγούμενη κατάσταση και να αντικατασταθεί από μια καινούργια, η οποία συχνά είναι λιγότερο ευχάριστη (π.χ. δίαιτα, μείωση οιοπνευματωδών ποτών κ.λ.π.). Γι' αυτό και πολλά άτομα, εμένουν σε μια βλαβερή συνήθεια παρόλο που γνωρίζουν τις αρνητικές επιπτώσεις της. Μια πρόσθετη δυσκολία αποτελεί το γεγονός, ότι η Αγωγή Υγείας πρέπει να σέβεται τις ελεύθερες επιλογές κάθεατόμου και όχι να επιβάλλει τις απόψεις της. Αυτό συνεπάγεται και πιο μακρόσυρτες διαδικασίες πειθούς και συναίνεσης αντί για άμεσες ενέργειες καταναγκασμού. Θα πρέπει ακόμα να τονισθεί ότι ακόμα και όταν επιτυγχάνεται η αλλαγή στάσεων η επίτευξη αυτή δεν οδηγεί αυτόματα στην αλλαγή συμπεριφοράς. Υπάρχει απόσταση ανάμεσα στους δυο αυτούς στόχους, η οποία για να καλυφθεί, απαιτεί νέες ειδικές προσπάθειες, μεθόδους και τεχνικές από πλευράς Αγωγής Υγείας. Προστίθενται επίσης και ποικίλοι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν και καθορίζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η αξιοποίηση ορισμένων ειδικών τεχνικών αλλαγής στάσεων και συμπεριφοράς, καλύπτει ένα σημαντικό μέρος της σύγχρονης μεθοδολογίας της Αγωγής Υγείας.

Στις μεθόδους αυτές της αλλαγής στάσεων και συμπεριφοράς συγκαταλέγονται η ανάπτυξη ικανοτήτων, τα ειδικά παιχνίδια, η εκμάθηση με την παρατήρηση και την αναζήτηση, η δουλειά σε ομάδες, η χρήση προτύπων και διαφορές τεχνικές ελέγχου της συμπεριφοράς.

Ανάπτυξη ικανοτήτων

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

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

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

Οι τεχνικές λήψης αποφάσεων στηρίζονται στην παραδοχή ότι η διαδικασία με την οποία αποφασίζει κάθε άτομο εξαρτάται από πολλούς παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τη λήψη μιας απόφασης. Κάθε απόφαση σημαίνει επιλογή ανάμεσα σε διαφορετικές εναλλακτικές λύσεις. Άλλοτε οι επιλογές είναι απλές και ξεκάθαρες (π.χ. θα φάω ή δε φάω το πρωινό γεύμα, θα προβώ ή δε θα προβώ σε προγεννητικό έλεγχο) και άλλοτε πιο πολύπλοκες (π.χ. πως να μειώσω τις καταστάσεις που προκαλούν άγχος;). Άλλοτε έχουμε να διαλέξουμε ανάμεσα σε δυο επιλογές και άλλοτε ανάμεσα σε περισσότερες. Σε κάθε περίπτωση οι αποφάσεις θα είναι πιο σωστές, εάν προκύπτουν από

προσεκτική και μελετημένη επιλογή, παρά-εάν παίρνονται-βιαστικά και απερίσκεπτα.

Για το σκοπό αυτό, υπάρχουν ορισμένα βήματα που συνθέτουν την τεχνική λήψη-αποφάσεων. Τα βήματα αυτά είναι ο ορισμός του προβλήματος, ο καθορισμός του στόχου, η καταγραφή των εναλλακτικών επιλογών, η εκτίμηση των επιπτώσεων κάθε επιλογής και η λήψη της απόφασης. (Σπάρος Λ., 1993, σελ.13)

Ειδικά παιχνίδια

Τα ειδικά παιχνίδια περιλαμβάνουν διάφορα τροποποιημένα δημοφιλή παιχνίδια, θεατρικές τεχνικές και μελέτες πραγματικών περιπτώσεων σε τροποποιημένη εκδοχή ώστε να εντάσσονται στην εκπαιδευτική διαδικασία. Όπως ήδη αναφέρθηκε, τα ειδικά παιχνίδια είναι μέρος των τεχνικών ιεράρχησης αξιών και αλλαγής απόψεων. Επιπλέον, ενισχύουν την ανάπτυξη κινήτρων υγιεινής συμπεριφοράς και δυναμώνουν τους διαπροσωπικούς συναισθηματικούς δεσμούς.

Η μέχρι σήμερα χρήση παρόμοιων τεχνικών στα πλαίσια της Αγωγής Υγείας είναι μάλλον περιορισμένη. Ως αιτίες αναφέρονται η δύσκολη χρήση τους στις αίθουσες διδασκαλίας, ο πολύ απλοϊκός ή ο πολύ σύνθετος χαρακτήρας τους, η μεγάλη τους διάρκεια και η απαραίτητη προετοιμασία τους. Τα εκπαιδευτικά αντικείμενα που προσφέρονται ιδιαίτερα για την αξιοποίηση της μεθόδου είναι τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, τα αφροδίσια νοσήματα, η ανθρώπινη σεξουαλικότητα, η υγεία των καταναλωτών και η καταπολέμηση των ατυχημάτων. (Τούντας Γ., Τόμος 15, τεύχος 3, σελ.197)

Παρατήρηση και αναζήτηση

Σύμφωνα με τη μέθοδο της εκμάθησης μέσα από την παρατήρηση και την αναζήτηση (observational learning), οι εκπαιδευόμενοι παρακινούνται να διαμορφώσουν και να ελέγξουν στην

πράξη τις δικές τους υποθέσεις. Η έμφαση είναι στον ανεξάρτητο προβληματισμό και στην αυτόνομη σκέψη καθώς και στην κατανόηση της γνωστικής διαδικασίας παρά στη γνώση κάθε αυτή.

Η εκμάθηση με την παρατήρηση και την αναζήτηση είναι ο πυρήνας της προβληματικής των διαδεδομένων εκπαιδευτικών μεθόδων του πειράματος και των εκπαιδευτικών εκδρομών, επισκέψεων και ξεναγήσεων. Με τις μεθόδους αυτές, προάγονται οι γνωστικές διαδικασίες της εφαρμογής, της σύνθεσης, της αξιολόγησης, υπερβαίνοντας τις παραδοσιακές μορφές διδασκαλίας και αναπτύσσοντας την κριτική σκέψη, τη δημοκρατική συνεργασία και προωθώντας την επίλυση σύνθετων προβλημάτων.

Η χρήση της μεθόδου έχει περιορισθεί μέχρι σήμερα στο σχολικό περιβάλλον. Χάρης όμως στην αναγνώριση των πλεονεκτημάτων της, έχει αρχίσει να συγκεντρώνει το ενδιαφέρον προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στην κοινότητα, στους εργασιακούς χώρους και στα νοσηλευτικά ιδρύματα. (ο.π.σελ.197)

Δουλειά σε ομάδες

Η εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας σε μικρές ομάδες του πληθυσμού, αποτελεί μία από τις πιο αποτελεσματικές εκπαιδευτικές μεθόδους για την αλλαγή στάσεων και συμπεριφοράς. Επιπλέον, η δουλειά σε ομάδες διευκολύνει την ελεύθερη έκφραση νέων ιδεών και απόψεων και πλεονεκτεί ως προς το γεγονός ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί σε διάφορους χώρους χωρίς ειδικές προδιαγραφές.

Σήμερα η εκπαιδευτική αυτή μέθοδος χρησιμοποιείται από πολλούς επιστήμονες και επαγγελματίες υγείας για την επίτευξη πολύμορφων επιδιώξεων. Μέθοδοι ψυχοθεραπείας, τεχνικές αποσαφήνισης αξιών και λήψης αποφάσεων, συλλογικές παρεμβάσεις στην κοινότητα, μεγάλης κλίμακας εκστρατείες ενημέρωσης του πληθυσμού, όπως για την Μ.Α. και ζαχαρώδη διαβήτη, αντικαπνιστικά

προγράμματα και πολλά άλλα, αποτελούν εφαρμογές της μεθόδου. (ο.π.σελ.198) –

Χρήση προτύπων

Η θεωρητική θεμελίωση της μεθόδου της χρήσης προτύπων ανάγεται στην ανθρώπινη τάση υιοθέτησης προτύπων συμπεριφοράς. Η δύναμη της μεθόδου απορρέει από τη διαπίστωση ότι τα πρότυπα και η γοητεία που αυτά ασκούν αποτελούν την κύρια διαδικασία επίτευξης της κοινωνικοποίησης.

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

Για τις μικρές ηλικίες, βασικό πρότυπο συμπεριφοράς αποτελούν οι γονείς, τα μεγαλύτερα αδέρφια και οι δάσκαλοι. Η επίδραση των προτύπων συνεχίζεται σ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ανθρώπου, αλλά η ισχύς τους εξασθενίζει με την αύξηση της ηλικίας. Σχετικά με διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα, οι γυναίκες τείνουν να σχετίζονται πιο έντονα με διάφορα πρότυπα και να συμμορφώνονται περισσότερο στις επιταγές τους. (Σπάρος Λ., 1993, σελ.14-15)

Έλεγχος της συμπεριφοράς

Η μεθοδολογία του ελέγχου της συμπεριφοράς στηρίζεται στις κλασικές θεωρίες για τον καθορισμό της συμπεριφοράς από τα ερεθίσματα που δέχεται και από τις συνέπειές της. Τα ερεθίσματα μπορεί να προκαλούν ή να ακυρώνουν μια συμπεριφορά και οι συνέπειες μπορεί να είναι θετικές που να επιβραβεύουν και να ενισχύουν μία συμπεριφορά ή αρνητικές που να την τιμωρούν και να την αποδυναμώνουν. Με βάση τις διαπιστώσεις αυτές, η μέθοδος του ελέγχου της συμπεριφοράς επιδιώκει με κατάλληλους κάθε φορά χειρισμούς την τροποποίηση των ερεθισμάτων και των συνεπειών έτσι ώστε να επιτυγχάνονται οι επιθυμητές αλλαγές. Ο έλεγχος της συμπεριφοράς δεν ταυτίζεται κατ'ανάγκη με τη βίαιη επιβολή, αλλά σύμφωνα με τους υποστηρικτές της μεθόδου, μπορεί να είναι αποτέλεσμα έμμεσης επίδρασης στις νοητικές λειτουργίες που αφορούν την λήψη αποφάσεων, την αποσαφήνιση αξιών και την αλλαγή στάσεων (Mahoney 1974).

Ο έλεγχος της συμπεριφοράς, ως ειδική εκπαιδευτική μέθοδος, έχει χρησιμοποιηθεί στο σχολικό περιβάλλον από κλινικούς ψυχολόγους για τη θεραπεία συναισθηματικών διαταραχών και προβλημάτων εκμάθησης. Περισσότερο διαδεδομένη είναι η μέθοδος σε ορισμένες κατηγορίες ασθενών με διαταραχές του ουροποιητικού, του πεπτικού, του καρδιαγγειακού, του μυοσκελεκτικού, του νευρικού και του αναπνευστικού συστήματος, ή ακόμα και στους θαλασσαιμικούς ώστε να αποφεύγουν τις επιπλοκές από τη νόσο τους. Ανάλογες εφαρμογές έχουν αναφερθεί για την καταπολέμηση της παχυσαρκίας. Για την αντιμετώπιση ορισμένων ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών συμπεριλαμβανομένου του αλκοολισμού καθώς και για τη διακοπή του καπνίσματος.

Η στάση και η συμπεριφορά κάθε ατόμου είναι σε μεγάλο βαθμό αποτέλεσμα των επιδράσεων του οικογενειακού και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντός του. Η αλλαγή της συμπεριφοράς απαιτεί

συστηματικές προσπάθειες για αλλαγές σε μια σειρά από ψυχολογικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, τεχνολογικούς και πολιτικούς παράγοντες που αλληλοεξαρτώνται και επιδρούν στην συμπεριφορά. Αυτός είναι ο λόγος που η αγωγή υγείας αλλά και κάθε εκπαιδευτική δραστηριότητα έχουν περιορισμένες δυνατότητες.

Η επιτυχία της μεθόδου προϋποθέτει την εφαρμογή της από ειδικευμένο προσωπικό καθώς και τη συναίνεση και την ενεργητική συνεργασία των εκπαιδευομένων

Η διαμόρφωση ή η αλλαγή της συμπεριφοράς διευκολύνονται σε ορισμένες συνθήκες που έχουν σε γενικές γραμμές ως εξής:

(i) Για να πεισθούν τα άτομα να αλλάξουν συμπεριφορά πρέπει να τους δημιουργηθεί η επιθυμία αλλαγής. Δεν αλλάζει κανείς αν είναι ευχαριστημένος με την υπάρχουσα κατάσταση. Η προϋπόθεση αυτή υποσημαίνει τη σημασία της ενημερώσεως των ατόμων γύρω από το πρόβλημα.

(ii) Τα άτομα θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να αξιολογήσουν τους προτεινόμενους εναλλακτικούς τρόπους ζωής και να τους συγκρίνουν με τον «τρέχοντα» τρόπο ζωής.

(iii) Οι πετυχημένες εμπειρίες στα πρώτα βήματα της νέας προσπάθειας αλλαγής της συμπεριφοράς πρέπει να αναγνωρίζονται και να υπογραμμίζονται, ώ στε να ενθαρρύνονται τα άτομα να συνεχίσουν την προσπάθεια αυτή.

(iv) Ευνοϊκό αποτέλεσμα στην προσπάθεια της αλλαγής της συμπεριφοράς έχει η ενεργητική συμμετοχή του ατόμου στη διαδικασία της αγωγής υγείας, με συγκεκριμένες αρμοδιότητες και δραστηριότητες στο σχεδιασμό, την εκτέλεση και την αξιολόγηση. Η συμμετοχή και η δράση προάγουν το αίσθημα της ατομικής ευθύνης και κάνουν αποτελεσματικότερη τη μάθηση.

(v) Η «προτεινόμενη» συμπεριφορά θα πρέπει να είναι συμβατή με τη γνώμη, τις γνώσεις, και τις αξίες του ατόμου. Διαφορετικά δημιουργούνται εσωτερικές συγκρούσεις που εμποδίζουν την αλλαγή της συμπεριφοράς.

(vi) Το άτομο πρέπει να τιμά και να εμπιστεύεται τους φορείς της αγωγής υγείας. Αυτό σημαίνει ότι τα φυσικά πρόσωπα πρέπει να είναι «παραδείγματα για μίμηση», ενώ το «σύστημα» αγωγή υγείας πρέπει να πλησιάζει τον εκπαιδευόμενο κερδίζοντας την οικειότητα και εμπιστοσύνη - του. Είναι σκόπιμο το σύστημα αγωγής υγείας να μη ταυτίζεται με τους φορείς της εξουσίας. (Σπάρος Λ., 1993, σελ. 15-17)

A. Τεχνικές Ιεράρχησης Αξιών και Αλλαγής Απόψεων

Η ιεράρχηση των αξιών και την αλλαγή απόψεων, προϋποθέτει την αποσαφήνιση βασικών εννοιών, όπως του τι είναι υγεία, από τι εξαρτάται, πως προστατεύεται, καθώς και η αποσαφήνιση της αξίας κάθε ιδιαίτερου θέματος. Όσο το κοινό δεν αποσαφηνίζει όλα αυτά τα ζητήματα στη σκέψη του, τόσο πιο δύσκολα θα μπορεί να επιλέγει υπεύθυνα και σωστά. Είναι λοιπόν αναγκαίο με διάφορους τρόπους το κοινό να προβληματιστεί και να συνειδητοποιήσει τα προβλήματα που υπάρχουν και έτσι να μπορέσει να εκτιμήσει και να αναθεωρήσει τα διάφορα "πιστεύω του".

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με διάφορους τρόπους:

α) Με το να καταγράψει κάθε άτομο σε μια λίστα κατά σειρά σπουδαιότητας διάφορες αξίες, όπως το χρήμα, τη διασκέδαση, την υγεία, τη φιλία, τη δουλειά, την ασφάλεια κ.λπ. και μετά να συζητηθούν οι προτεραιότητες κάθε μέλους.

β) Με το να χωρισθεί σε δυο ομάδες και η κάθε ομάδα να χρεωθεί με την υπεράσπιση μιας αντιδιαμετρικά αντίθετης άποψης ώστε να αναπτυχθεί ελεύθερη αντιπαράθεση επιχειρημάτων

γ) Με το να τοποθετηθούν δυο αντίθετες απόψεις γύρω από μια αξία στα άκρα μιας κλίμακας (0-10) και κάθε μέλος να σημειώσει το σημείο της κλίμακας που τον εκφράζει.

δ) Με το να υιοθετήσει κάθε μέλος διάφορους ρόλους (π.χ. του καπνιστή) και να προσπαθεί να υπερασπίσει το ρόλο του, με επιχειρήματα.

ε) Με το να παίζονται γνωστά παιχνίδια (π.χ. μονόπολη) που έχουν τροποποιηθεί κατάλληλα έτσι ώστε να βοηθούν στην αποσαφήνιση διαφόρων αξιών (τα παιχνίδια αυτά δε διατίθενται ακόμα στη χώρα μας). Με όλους αυτούς τους τρόπους δίνεται η ευκαιρία στο κάθε άτομο που συμμετέχει, να σκεφτεί σοβαρά και υπεύθυνα στα ζητήματα που αφορούν την υγεία του και κυρίως να προβληματιστεί αν οι απόψεις που είχε διαμορφώσει στο παρελθόν, αντέχουν στη λογική επιχειρηματολογία και αν πράγματι εκφράζουν τις πραγματικές πεποιθήσεις και επιθυμίες. (Τούντας Γ., 1986,σελ.51)

B. Τεχνικές Λήψης Αποφάσεων

Η διαδικασία με την οποία αποφασίζει κάθε άτομο εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τη λήψη μιας απόφασης. Κάθε απόφαση σημαίνει επιλογή ανάμεσα σε διαφορετικές εναλλακτικές λύσεις. Οι επιλογές είναι ξεκάθαρες (π.χ. θα φάω ή δε θα φάω το πρωινό γεύμα, θα προβώ στον προγεννητικό έλεγχο ή όχι) μπορεί όμως να είναι και πιο πολύπλοκες (π.χ. πως να μειώσω τις καταστάσεις που προκαλούν άγχος;).

Υπάρχουν ορισμένα βήματα που συνθέτουν την "τεχνική λήψης αποφάσεων", η οποία κατοχυρώνεται σε μεγάλο βαθμό την αποφυγή λαθεμένων επιλογών. Τα βήματα αυτά είναι:

- α) ο ορισμός του προβλήματος
- β) ο καθορισμός του στόχου ή των στόχων
- γ) η καταγραφή των εναλλακτικών επιλογών για την επίτευξη του στόχου
- δ) η επισήμανση των υπέρ και των κατά κάθε επιλογής
- ε) η εκτίμηση επιλογών κάθε επιλογής
- στ) η λήψη της απόφασης

Εάν κάθε φορά που πρόκειται το κοινό να αποφασίσει για σημαντικά θέματα υγείας, θέτει σε εφαρμογή τη παραπάνω διαδικασία και την ακολουθεί πιστά και αναλυτικά, θα διευκολυνθεί σημαντικά στο να καταλήγει αν όχι πάντα τουλάχιστον συχνά στη σωστή επιλογή. (ο.π.σελ.52)

F. Τεχνικές Αλλαγής Συμπεριφοράς

Ακόμα και όταν έχουν επιτευχθεί οι προηγούμενοι στόχοι της αλλαγής υγείας (ευαισθητοποίηση, γνώσεις, αξίες, απόψεις, αποφάσεις) δεν είναι εύκολο να αλλάξει η συμπεριφορά. Χρειάζεται επίμονη και συστηματική προσπάθεια και από τη μεριά του κοινού και από τη μεριά των εκπαιδευτών υγείας. Ορισμένες τεχνικές που μπορούν να βοηθήσουν στη προσπάθεια αυτή είναι:

α) Αυτοπαρακολούθηση: Εάν το άτομο καταγράφει υπό μορφή ημερολογίου ή συμπλήρωσης ειδικών πινάκων, τις καθημερινές του δραστηριότητες που σχετίζονται με τη βλαπτική συνήθεια, του παρέχεται η δυνατότητα να αναλύσει τη συμπεριφορά του, να τη συνειδητοποιήσει, να επισημάνει τους παράγοντες που την επηρεάζουν, καθώς και για να μπορεί να έχει ένα μέτρο σύγκρισης στο μέλλον. Μια τέτοια καταγραφή θα πρέπει να απαντάει σε ορισμένα βασικά ερωτήματα όπως είναι:

- πόσο συχνά παρουσιάζεται το πρόβλημα;
- πότε παρουσιάζεται το πρόβλημα και με ποιούς παράγοντες σχετίζεται;
- ποιό γεγονός προηγείται της εμφάνισής του;
- τι συμβαίνει μετά; τι επιπτώσεις έχει;

β) Υπολογισμός Κόστους - Ωφέλειας: Πολλές φορές εάν υπολογίσουμε το οικονομικό κόστος μιας ανθυγιεινής συμπεριφοράς (π.χ. χρόνια ζωής, μεγαλύτερη αντοχή, απομάκρυνση επιπλοκών όπως συμβαίνει στη Μ.Α.κ.α.) ενισχύεται η αποφασιστικότητα για την εκτέλεση μιας επιθυμητής αλλαγής.

γ) Ρεαλιστική επιλογή στόχων: Μια προσπάθεια αλλαγής συμπεριφοράς, εύκολα μπορεί να αποτύχει αν οι στόχοι που έχουν τεθεί είναι ανέφικτοι. Η απογοήτευση που δημιουργείται, εμποδίζει τη συνέχιση της προσπάθειας. Όταν οι στόχοι που έχουν τεθεί δεν επιτυγχάνονται, θα πρέπει άμεσα να ελεγχθεί εάν οι στόχοι είναι πολύ δύσκολοι, εάν τα ωφέλη είναι πολύ μακροπρόθεσμα ή αφηρημένα, εάν

υπάρχουν κάπου και απρόβλεπτα εμπόδια, εάν παίζουν αρνητικό ρόλο άλλα πρόσωπα, ή ανυφίσταται κάποιο άλλο εμπόδιο, ώστε έγκαιρα να γίνουν οι απαραίτητες παρεμβάσεις για τη συνέχιση της προσπάθειας.

δ) Αντιμετώπιση στερητικών φαινομένων : Πολλές βλαβερές συνήθειες κυρίως αυτές που προκαλούν εξάρτηση (ναρκωτικά, κάπνισμα, αλκοόλ) όταν διακόπτονται, προκαλούν στην αρχή δυσάρεστες σωματικές και ψυχικές αντιδράσεις, που αν δεν ξεπεραστούν έγκαιρα οδηγούν στην επανάληψη της βλαβερής συνήθειας. (ο.π., σελ.53-56)

Για όλες τις τεχνικές αλλαγής στάσεων και συμπεριφοράς που αναφέρθηκαν, υπάρχουν ορισμένοι κανόνες που πρέπει να τις διέπουν, προκειμένου να εξασφαλίζεται κάθε φορά η μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητά τους. Οι κανόνες αυτοί διασφαλίζονται:

α) Κάνοντας τις υγιεινές επιλογές εύκολες επιλογές. Δεν έχει για παράδειγμα νόημα, να προσπαθήσουμε να αλλάξουμε τις διατροφικές συνήθειες του κοινού, εάν δεν έχουμε φροντίσει το κοινό αυτό να έχει εύκολη πρόσβαση στις προτεινόμενες τροφές, ή να ζητήσουμε από τους μελλόνυμφους προγεννητικό έλεγχο, αν προηγουμένως δεν έχουμε εξασφαλίσει τα κατάλληλα κέντρα ελέγχου για Μ.Α. σ' όλη την Ελλάδα.

β) Συσχετίζοντας τις διαφοροτεχνικές με το κοινό και προσαρμόζοντας τις ρεχνικές στις ανάγκες και στις δυνατότητες του κοινού. (π.χ. Κ.Λ.)

γ) Υιοθετώντας οι ίδιοι οι εκπαιδευτές, τις τεχνικές που προτείνουν, σαν πρότυπα συμπεριφοράς.

δ) Εφαρμόζοντας προσεκτικά τις τεχνικές, έχοντας επιτύχει την κατανόησή τους από το κοινό, κατοχυρώνοντας την εθελοντική και όχι υποχρεωτική συμμετοχή, διευκολύνοντας την ελεύθερη συζήτηση και προωθώντας κλίμα εμπιστοσύνης και αλληλοσεβασμού.

ε) Αποφεύγοντας την εύκολη λύση της τρομοκράτησης του κοινού επισείοντας την απειλή του θανάτου ή της αρρώστειας. Έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα αντιδρούν αρνητικά σε μια ανησυχητική απειλή, θεωρούν ότι κάτι τέτοιο δε θα συμβεί σε αυτούς και έτσι παύουν να το αντιμετωπίζουν σαν πρόβλημα, αυξάνεται το άγχος τους και άρα

μειώνεται η δυνατότητα για υπεύθυνες πρωτοβουλίες και αναπτύσσουν ενοχές που τους απομακρύνουν από τον εκπαιδευτή υγείας και από το συγκεκριμένο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας.

Γι' αυτό και όταν γίνεται χρήση ανησυχητικών επιπτώσεων, πρέπει πάντα να εξηγούνται να συνοδεύονται από οδηγίες για τον τρόπο αποφυγής τους και να παρέχεται η δυνατότητα βοήθειας σε μακροπρόθεσμη βάση.

στ) Επιδιώκοντας σε κάθε εφαρμοζόμενη τεχνική, συνέχεια και συνέπεια και όχι αποσπασματική εφαρμογή και προβλέποντας διαδικασίες παρακολούθησης του κοινού και των αποτελεσμάτων, ακόμα και μετά το τέλος του προγράμματος. (Σπάρος Λ., 1993, σελ. 18)

3. Ομιλίες

Οι ομιλίες είναι ένας τρόπος προσφιλής τρόπος παροχής γνώσεων και πληροφοριών στο κοινό. Στο παρελθόν ήταν οι ομιλίες σχεδόν η αποκλειστική μέθοδος της υγειονομικής διαφώτισης (μαζί με τα ενημερωτικά φυλλάδια). Σήμερα στα πλαίσια της Αγωγής Υγείας, αποτελεί μια από τις χρησιμοποιούμενες μεθόδους, η οποία παρουσιάζει ορισμένα πλεονεκτήματα αλλά και αρκετά μειονεκτήματα.

Οι ομιλίες είναι χρήσιμες για το εισαγωγικό άνοιγμα κάθε προγράμματος Αγωγής Υγείας (λίγα λόγια στην αρχή πριν από την εφαρμογή κάποιας άλλης μεθόδου είναι πάντα απαραίτητα).

Βοηθούν επίσης στην αρχική ευαισθητοποίηση του κοινού και στην επεξήγηση του προγράμματος. Οι ομιλίες είναι επίσης αρκετά οικονομικές μέθοδοι.

Το βασικότερο μειονέκτημα της ομιλίας είναι το γεγονός, ότι αντίθετα απ' ό τι πιστεύεται, οι ομιλίες δεν είναι αποτελεσματική μέθοδος για την παροχή γνώσεων. Η ακοή σαν αίσθηση έχει μειωμένες δυνατότητες για την απομνημόνευση πληροφοριών και αφομοίωση γνώσεων (η όραση π.χ. έχει πολύ μεγαλύτερες δυνατότητες). Γι' αυτό και η κατάχρηση ομιλιών στα πλαίσια της παραδοσιακής σχολικής ή ακαδημαϊκής διδασκαλίας, έχει αποδειχθεί ανεπαρκέστατη εκπαιδευτική μέθοδος. 'Αλλά μειονεκτήματα των ομιλιών, είναι ότι προάγουν τη

μονόδρομη επικοινωνία εκπαιδευτή- κοινού - ότι αναπαράγουν - παραδοσιακές μορφές εκπαίδευσης που αντιστρατεύονται τη σύγχρονη φιλοσοφία της Αγωγής Υγείας και ότι σε μέθοδος δύσκολα αξιολογείται. Για όλους αυτούς τους λόγους οι ομιλίες πρέπει να-περιορίζονται μόνο στις περιπτώσεις εκείνες που έχουν κάτι να προσφέρουν ή σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους. (Toundas G., 1988, 5: page 164-165)

Βασικές αρχές ομιλιών

Οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τις ομιλίες, είναι οι ίδιες λίγο πολύ αρχές που διέπουν κάθε μορφή διδασκαλίας.

α) Πρώτα απ'όλα, κάθε ομιλία, πρέπει να ξεκινάει και να στηρίζεται στις ήδη υπάρχουσες γνώσεις του κοινού και πάνω σ'αυτές να κτίζει προσεκτικά τις επιπρόσθετες γνώσεις. Εάν ο ομιλητής(π.χ.Κ.Λ.) αγνοεί το επίπεδο γνώσεων του κοινού, τότε επαναλαμβάνει γνώστα θέματα και γίνεται η ομιλία βαρετή, ή δεν γίνεται κατανοητός από το κοινό. Στις περιπτώσεις που το κοινό δεν είναι ομοιογενές ως προς τις γνώσεις του, τότε το έργο του ομιλητή είναι πιο δύσκολο, γιατί θα πρέπει να ικανοποιήσει τις διαφοροποιημένες ανάγκες του κοινού, κινούμενος σε διαφορετικά επίπεδα γνώσεων. Η εναλλαγή αυτή των επιπέδων, πρέπει πρωτίστως να εξυπηρετεί το χαμηλότερο επίπεδο, δηλαδή η έμφαση να δίνεται στην ικανοποίηση των αναγκών εκείνης της μερίδας του κοινού που έχει τις μεγαλύτερες ελλείψεις.

β) Επειδή οι ομιλίες προάγουν τη μονόδρομη σχέση εκπαιδευτή - κοινού, τα λίγα περιθώρια που δίνονται πρέπει να αξιοποιούνται για τη μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή του κοινού. Η συμμετοχή μπορεί να πραγματοποιηθεί με μια εισαγωγική συζήτηση του εκπαιδευτή π.χ.Κ.Λ. με το κοινό πριν αρχίσει η ομιλία, με το να παρέχεται η δυνατότητα στο κοινό να συμμετάσχει στη διαμόρφωση του περιεχόμενου μιας επόμενης ομιλίας, με την υποβολή ερωτήσεων προς το κοινό κατά τη διάρκεια της ομιλίας και με την εφαρμογή άλλων μεθόδων που να σπάνε τη μονοτονία των ομιλιών.

γ) Αυτή ακριβώς η ποικιλία των μέσων και μεθόδων που πρέπει να πλαισιώνουν μία ομιλία, αποτελεί την επόμενη βασική αρχή. Εκτός από ότι διευκολύνει τη συμμετοχή του κοινού, ζωντανεύει το ενδιαφέρον και αυξάνει τις περιορισμένες δυνατότητες εκμάθησης, γιατί η συνεχής ακρόαση κουράζει γρήγορα.

δ) Μία άλλη βασική αρχή, είναι η αντιστοιχία που πρέπει να έχει η ομιλία με τα γενικότερα χαρακτηριστικά του κοινού. Η χρήση της γλώσσας, η ορολογία, τα παραδείγματα, η ριζοσπαστικότητα των απόψεων και πολλά άλλα πρέπει να είναι κάθε φορά προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες, στις ανάγκες και στις δυνατότητες του εκάστοτε κοινού.

ε) Επίσης είναι σημαντικό πριν από κάθε ομιλία, όπως εξάλλου, και από κάθε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, να έχει γίνει σωστός σχεδιασμός και κυρίως να έχουν καταγραφεί οι επιθυμητοί στόχοι και οι συγκεκριμένες επιδιώξεις ώστε με βάση και αυτά τα στοιχεία να οργανώνεται το περιεχόμενο κάθε ομιλίας.

στ) Μία τελευταία βασική αρχή, είναι η ανάγκη για αξιολόγηση, παρόλο που όπως ήδη τονίστηκε είναι δύσκολο να αξιολογηθούν σωστά οι ομιλίες. Η ανάγκη αυτή μπορεί να ικανοποιηθεί με ερωτήσεις ελεγχου από πλευράς ομιλητή, (ώστε να διαπιστώσει και κατά την διάρκεια και στο τέλος της ομιλίας, τι έχει συζητήσει το κοινό) ή με πιο σύνθετες τεχνικές όπως είναι ένα ερωτηματολόγιο στο τέλος της ομιλίας, μετά από λίγες μέρες ή και μετά από πολλές εβδομάδες.

Βασικές οδηγίες:

α) Ο ομιλητής (π.χ.Κ.Λ.) οφείλει πριν από κάθε ομιλία να έχει ελέγξει το χώρο, να έχει διαπιστώσει την καταλληλότητα του (επάρκεια καθισμάτων, φωτισμός κ.ά) και να έχει δοκιμάσει τον εξοπλισμό που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί.

β) Ο ομιλητής (π.χ.Κ.Λ.) δεν πρέπει ποτέ να διαβάζει την ομιλία του. Μπορεί να βοηθιέται από σημειώσεις ή από τη χρήση οπτικών μέσων.

Για έναν ομιλητή (π.χ.Κ.Λ.) χωρίς πείρα, είναι ίσως χρήσιμο να γράψει όλη την ομιλία, να τη χρονομετράει και μετά να κάνει με βάση το γραπτό κείμενο τις σημειώσεις.

γ) Για να κερδηθεί το ενδιαφέρον του κοινού και για να νοιώσει άνετα ο ομιλητής (π.χ.Κ.Λ.) τα πρώτα δύσκολα λεπτά, είναι απαραίτητη μία καλή εισαγωγή, η οποία θα πρέπει να έχει προετοιμαστεί προσεκτικά. Μία τέτοια εισαγωγή, μπορεί π.χ. να στηρίζεται στην αναφορά σ'ένα συνταρακτικό γεγονός, στη διατύπωση μιας δύσκολης ερώτησης.

δ) Κάθε ομιλία, πρέπει να περιέχει το πολύ 3-4 βασικά σημεία και γύρω από αυτά να αναπτύσσεται, το περιεχόμενό της. Ομιλίες με περισσότερα σημεία, μειώνουν αντί να αυξάνουν τη δυνατότητα αφομοίωσης γνώσεων του κοινού, γι'αυτό και είναι σκόπιμη η εμμονή σε λίγα και ουσιώδη ώστε να συγκρατηθούν τουλάχιστον τα βασικά.

ε) Όπως και η εισαγωγή έτσι και το κλείσιμο μιας ομιλίας έχει ιδιαίτερη σημασία.

στ) Εκτός από τις ερωτήσεις στο κοινό, ο ομιλητής (π.χ.Κ.Λ.) οφείλει να μεριμνά και για τη διατύπωση ερωτήσεων από το κοινό. Ο συνήθης τρόπος είναι να αφήνεται κάποιος χρόνος στο τέλος της ομιλίας.

ζ) Ο ομιλητής πρέπει να είναι προετοιμασμένος για την αντιμετώπιση διαφόρων προβλημάτων ή εμποδίων που μπορεί να προκύψουν. Η αντιμετώπιση πρέπει να είναι στο πνεύμα που αναπτύχθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο των εμποδίων επικοινωνίας. Ένα ιδιαίτερο πρόβλημα που αφορά τους ομιλητές, είναι η απώλεια του ειρμού της σκέψης τους. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ομιλητής (π.χ.Κ.Λ.) δεν πρέπει να τα χάνει, αλλά με άνεση να ζητά από το κοινό λίγα λεπτά για να δει προσεκτικότερα τις σημειώσεις του ή για να θυμηθεί καλύτερα τί ήθελε να πει στη συνέχεια.

η) Όταν η ομιλία απευθύνεται σε ασθενείς ή άτομα με ειδικά προβλήματα συμμετοχής και παρακολούθησης, εκτός από τις παραπάνω οδηγίες, ο ομιλητής (π.χ.Κ.Λ.) πρέπει να τονίζει τα πιο σημαντικά σημεία στην αρχή της ομιλίας, να τα επαναλαμβάνει στη συνέχεια, να εκφράζεται με απλές προτάσεις και να δίνει ξεκάθαρες οδηγίες.

θ) Όταν τέλος η ομιλία αφορά την εκμάθηση μιας τεχνικής (π.χ. μέτρηση μέτρηση αρτηριακής πίεσης), ο ομιλητής (π.χ.Κ.Λ.) θα πρέπει

να επιδεικνύει την τεχνική, να ζητά το κοινό να την εφαρμόσει δοκιμαστικά.

(ο.π.,5:σελ.166-168)

4. Δουλειά στην Κοινότητα

«Ένας βασικός τομέας δραστηριοτήτων της Αγωγής Υγείας αφορά τις παρεμβάσεις στην κοινότητα. Με τον όρο κοινότητα, εννοούμε ένα σύνολο ατόμων σε κοινό χώρο. Ο κοινός χώρος, μπορεί να είναι γεωγραφικός (συνήθης χρήση του όρου) όπως είναι ένα χωριό, μια συνοικία κλπ. μπορεί να αφορά χώρο εργασίας (οι εργαζόμενοι σ'ένα εργοστάσιο ή νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας,κ.λ.π.), χώρο εκπαίδευσης (οι μαθητές ενός σχολείου) ή και άλλους χώρους που προσδιορίζονται από πολιτιστικούς ή κοινωνικούς παράγοντες(π.χ. Κρήτες ετεροδημότες στην Αθήνα).

Στις περιπτώσεις αυτές, η μεθοδολογία παρέμβασης της Αγωγής Υγείας, δεν εξαντλείται μόνο στην εφαρμογή του προγράμματος, αλλά συμπεριλαμβάνει την προώθηση μεθόδων συλλογικής δράσης και συμμετοχής των ατόμων και των φορέων της κοινότητας.

Τα πλεονεκτήματα μιας τέτοιας αντιμετώπισης είναι πολλά, γιατί δρώντας μέσα στην κοινότητα και με τη συμμετοχή της κοινότητας αντιμετωπίζονται τα προβλήματα στη ρίζα τους και τέλος βελτιώνεται η δυνατότητα επαφής του κοινού με την Αγωγή Υγείας, μια που η εφαρμογή της στο χώρο κατοικίας, δουλειάς ή εκπαίδευσης, την καθιστά πολύ πιο προσιτή.

Για να αξιοποιηθούν όλα αυτά τα πλεονεκτήματα που προσφέρει η δουλειά στην κοινότητα, θα πρέπει οι εκπαιδευτές υγείας (π.χ.Κ.Λ.) πριν από την εφαρμογή του προγράμματος, να επιδιώκουν τη γνωριμία με την κοινότητα, μελετώντας τα χαρακτηριστικά της, επισκεπτόμενοι το χώρο της, συζητώντας με τα άτομα που την απαρτίζουν, ώστε να διαπιστώσουν τις ιδιαιτερότητες της κοινότητας, τις ανάγκες της και τις δυνατότητές της.

Θα πρέπει επίσης οι εκπαιδευτές υγείας, να εντοπίσουν σε κάθε κοινότητα τους φορείς που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με το

αντικείμενο του προγράμματος, όπως για την περίπτωση μας, το πρόγραμμα για την πρόληψη της Μ.Α. για να μπορέσουν να εκτιμήσουν την πιθανή συμμετοχή ή συνεισφορά τους.

Οι εκπαιδευτές υγείας (π.χ.Κ.Λ.) έχοντας εντοπίσει τα παραπάνω, θα μπορούν να κάνουν μία σειρά από προκαταρκτικές επαφές και συζητήσεις με τα ενδιαφερόμενα μέρη ή άτομα, ώστε να διαμορφωθεί ένα κοινά αποδεκτό πλαίσιο συνεργασίας και συμμετοχής.

Χωρίς τα βήματα αυτά, η ξαφνική εμφάνιση ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας, στην κοινότητα, όχι μόνο δεν εξασφαλίζει την επιθυμητή συμμετοχή του κοινού, αλλά και συχνά προκαλεί την αντίδραση της κοινότητας που πολλές φορές καταλήγει στην απόρριψη του προγράμματος.

1. Η αναγκαιότητα σήμερα της προαγωγής της υγείας έρχεται να επιβεβαιώσει μια θέση που είχε ήδη διατυπωθεί από τα τέλη του προηγούμενου αιώνα: η «υγεία» μπορεί να κατακτηθεί μόνο μέσα από την συνδυασμένη δράση του ατόμου και της κοινότητας.

Στην εποχή μας έχουμε επίγνωση του γεγονότος, ότι δεν μπορεί να υπάρξει περαιτέρω βελτίωση της υγείας με την αποκλειστική ή κυριαρχική κατανομή πόρων στα νοσοκομεία και στις διαγνωστικές και θεραπευτικές τεχνικές.

2. Η άσκηση μιας πολιτικής προαγωγής υγείας, προϋποθέτει την αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, καθώς και του τρόπου ζωής μας, προκειμένου να υπάρξει μια ισορροπημένη οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη.

3. Στη βάση αυτή, αναγνωρίζεται ο αποφασιστικός ρόλος της εκπαίδευσης γενικότερα και της Αγωγής Υγείας ειδικότερα. Θετικές εκλογές για την υγεία μπορούν να προκύψουν μόνο με τη συμμετοχή του κοινού, είτε πρόκειται για αλλαγές στην ανθρώπινη συμπεριφορά είτε για άσκηση κοινωνικής πίεσης. Η συμμετοχή είναι αποφασιστικός παράγοντας όταν βασίζεται στην επίγνωση του προβλήματος και στη γνώση των δυνατών λύσεων.

4.Χρειάζεται ακόμα να γνωρίζουμε το πολιτιστικό και κοινωνικό περιβάλλον, τα κίνητρα και τις αξίες της ανθρώπινης συμπεριφοράς καθώς και τις δυνατότητες κάθε συγκεκριμένου πληθυσμού.

5.Η Αγωγή Υγείας είναι το μέσο με το οποίο παρέχεται η δυνατότητα στα άτομα να συμμετέχουν στις δραστηριότητες που προασπίζουν και προάγουν την υγεία τους.»(ö.π.,5:166-168)

Σύμφωνα με τον κ.Τούντα (1992)οι μεθόδοι της Αγωγής Υγείας πρέπει να στηρίζονται στη συμμετοχή του ατόμου και της κοινότητας σ'όλη την εκπαιδευτική διαδικασία. Τα άτομα συμμετέχουν στην εκπαιδευτική διαδικασία συμβάλλοντας με τις γνώσεις τους, τα πιστεύω τους και τις συνήθειές τους στην επιλογή των λύσεων και στην ιεράρχηση των προτεραιοτήτων. Μέσα από αυτή την προσέγγιση δίνεται η δυνατότητα στα άτομα, δουλεύοντας με τους ειδικούς επαγγελματίεςκαι επιστήμονες σε συγκεκριμένα ζητήματα που αφορούν την υγεία τους να αναπτύσουν τις σχετικές τους ικανότητες, να αποφασίζουν και να δράουν με σωστούς προσανατολισμούς.Οι επαγγελματίες και οι επιστήμονες διεδραματίζουν οπωσδήποτε σημαντικό ρόλο, συνεισφέροντας τις γνώσεις τους, τις ικανότητες τους και τις υπηρεσίες τους.

Έτσι η Αγωγή Υγείας διαμορφώνεται περισσότερο σαν μια «αμοιβαία συλλογική διεργασία» παρά σαν μια «διδακτική πρακτική».

Τα Μέσα Μαζικής επικοινωνίας συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας:

α) ευαισθητοποιώντας μεγάλους πληθυσμούς στα υπαρκτά προβλήματα υγείας.

β) βοηθώντας στη διαμόρφωση νέων κοινωνικών προτύπων.

Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτό που χρειάζεται είναι ο συνδυασμός των μέσων μαζικής επικοινωνίας και της δουλειάς στην κοινότητα.Κλασσικά παραδείγματα αποτελούν η καταπολέμηση του καπνίσματος, εξάλειψη Μεσογ. Αναιμίας, του αλκοολισμού, των ναρκωτικών και πρόσφατα του AIDS.(Τούντας Γ., 1992,σελ.170-172).

5- Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας (ΜΜΕ)

Τα Μέσα Μαζικής επικοινωνίας συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας:

α) ευαισθητοποιώντας μεγάλους πληθυσμούς στα υπαρκτά προβλήματα υγείας.

β) βοηθώντας στη διαμόρφωση νέων κοινωνικών προτύπων.

Τα μέσα Μαζικής Επικοινωνίας είναι κυρίως η τηλεόραση το ραδιόφωνο, ο ημερήσιος και περιοδικός τύπος και τα βιβλία. Τα μέσα αυτά, είναι ασφαλώς από τους πιο ισχυρούς παράγοντες διαμόρφωσης της κοινής γνώμης. Η δύναμή τους, ειδικά της τηλεόρασης, είναι εντυπωσιακή όσον αφορά την ευαισθητοποίηση του κοινού και το πέρασμα ορισμένων μηνυμάτων. Δεν είναι λοιπόν τυχαίο, που τα ΜΜΕ αποτελούν τα κύρια διαφημιστικά όπλα σήμερα με σημαντική συνεισφορά στα προγράμματα Αγωγής Υγείας.

Το βασικό πλεονέκτημα των ΜΜΕ, είναι ότι απευθύνονται σε ευρύ κοινό σε συνεχές και τακτικό διάστημα. Όμως, όσο και αν φαίνεται περίεργο, τα ΜΜΕ, ενώ ευαισθητοποιούν και αυξάνουν τις γνώσεις του κοινού στα θέματα υγείας, δεν έχουν μεγάλη επίδραση στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφοράς. Η αλλαγή στάσεων (αξίες, απόψεις, αποφάσεις) που επιτυγχάνεται, είναι συνήθως βραχυπρόθεσμης διάρκειας, ενώ η αλλαγή συμπεριφοράς είναι περιορισμένη.

Άλλα μειονεκτήματα των ΜΜΕ, είναι ότι απαιτούν πριν από τη χρήση τους μελέτη της αγοράς που είναι χρονοβόρα. Σαν μέσο επικοινωνίας είναι εξαιρετικά δαπανηρά, χρειάζονται ειδικευμένο προσωπικό και άλλη προετοιμασία.

Επίσης, όταν τα ΜΜΕ καταπιάνονται με μία αντικοινωνική συμπεριφορά, μερικές φορές βοηθούν στη διάδοσή της, καθιστώντας την γνωστή σε ευρύτερα στρώματα (το φαινόμενο αυτό έχει παρατηρηθεί με τα ναρκωτικά στους νέους). Τέλος, ένα ακόμα μειονέκτημα των ΜΜΕ, είναι ότι υπόκεινται σε ηθικούς και νομικούς περιορισμούς, όσον αφορά τα δημόσια ήθη και έθιμα, γεγονός πολλές φορές τα περιορίζει στο να είναι πιο λεπτομερή και αποτελεσματικά σε ορισμένα θέματα.

Με βάση όλα τα παραπάνω, είναι φανερό πως τα ΜΜΕ, μπορεί να βοηθήσουν την Αγωγή Υγείας, όχι όμως συνολικά, γι' αυτό και θα πρέπει να αξιοποιούνται σε συνδυασμό και με άλλα μέσα στα πλαίσια γενικότερων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.

Εκπαιδευτική τηλεόραση

Η εκπαιδευτική τηλεόραση απευθύνεται σε μικρούς ή μεγάλους πληθυσμούς, ανάλογα με την εμβέλεια του τηλεοπτικού δικτύου. Άλλοτε αποτελεί φορέα ολοκληρωμένων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και άλλοτε αποσκοπεί στο να προκαλέσει το αρχικό ενδιαφέρον και την ευαισθητοποίηση του κοινού γύρω από ένα θέμα, πριν να εφαρμοσθούν άλλες μέθοδοι Αγωγής Υγείας. π.χ. ενημερώσεις με τη Μ.Α., τις επιπτώσεις της και το προγεννητικό έλεγχο.

Προγραμματισμένη εκμάθηση

Στηρίζεται σε ειδικές μηχανές εκμάθησης, σε προγραμματισμένα tests και σε ειδικά προγράμματα υπολογιστών. Και στις τρεις περιπτώσεις το εκπαιδευτικό περιεχόμενο αποτελεί αντικείμενο ενός καλά σχεδιασμένου και προσεκτικά αρθρωμένου συστήματος διδασκαλίας που επιτρέπει στον εκπαιδευόμενο να ακολουθήσει το δικό του ρυθμό εκμάθησης. Η προγραμματισμένη εκμάθηση αποτελεί μια αυτοτελή και αυτάρκη μέθοδο, όπου η παρουσία του εκπαιδευτή χρειάζεται μόνο όταν υπάρχουν διευκρινιστικές ερωτήσεις από τους εκπαιδευόμενους.

Στηρίζονται σε ειδικά έντυπα, που μαζί με slides, ταινίες και κασέτες έχουν χρησιμοποιηθεί σε ορισμένα σχολικά εκπαιδευτικά προγράμματα. Η πιο πρόσφατη εφαρμογή των μεθόδων αυτών συνδυάζεται με τη χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών. Χάρη σε ειδικά προγράμματα μικροϋπολογιστών ή με τη χρήση τερματικών συνδεδεμένων με κεντρικό υπολογιστή, οι εκπαιδευόμενοι έχουν τη δυνατότητα να αξιοποιήσουν τις τεράστιες εκπαιδευτικές δυνατότητες

της σύγχρονης ηλεκτρονικής τεχνολογίας. Οι μέχρι σήμερα εφαρμογές των υπολογιστών στα πλαίσια της προγραμματισμένης εκμάθησης περιορίζεται κυρίως στους πανεπιστημιακούς χώρους αν και σύντομα προβλέπεται η εξάπλωσή τους και σε άλλους χώρους.

Ιδιαίτερα αποτελεσματική μέθοδος στις περιπτώσεις όπου απαιτείται η εξατομικευμένη διδασκαλία, εξαιτίας των μεγάλων διαφορών και ιδιαιτεροτήτων από άτομο σε άτομο του πληθυσμού-στόχου, καθώς και όταν το αντικείμενο του προγράμματος είναι ευκολοκατανόητο και επαναλαμβανόμενο (πίνακες, αριθμοί, κ.λ.π.) ή όταν είναι εμπιστευτικού χαρακτήρα (αφροδίσια νοσήματα, αντισύλληψη κ.ά.) και βέβαια εφόσον υπάρχουν οι απαραίτητοι πόροι, ο κατάλληλος εξοπλισμός και το ειδικευμένο προσωπικό. (Τούντας Γ., 1992, σελ. 166-169).

6. Παράγωγή και Χρήση Οπτικοακουστικού Υλικού

Το οπτικοακουστικό υλικό που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην Αγωγή Υγείας, καλύπτει ένα ευρύ φάσμα μέσων και μεθόδων. Τα πιο βασικά είναι το έντυπο υλικό (φυλλάδια, προκηρύξεις, κ.λ.π.), οι αφίσσες και οι χάρτες, τα φιλμ, το video, τα slides, κασέτες, μαγνητοφώνου, οι διαφάνειες και οι πίνακες. Όπως στην επιλογή της μεθοδολογίας, στο κεφάλαιο του σχεδιασμού, έτσι και στην επιλογή ανάμεσα στα διάφορα οπτικοακουστικά μέσα υπάρχουν ορισμένες ερωτήσεις, οι απαντήσεις των οποίων μας οδηγούν στη σωστή κάθε φορά επιλογή.

Οι ερωτήσεις αυτές είναι:

- 1) Ποιά είναι τα κατάλληλα μέσα σύμφωνα με τη θεωρία για κάθε στόχο που επιδιώκουμε;
- 2) Ποιά είναι τα πιο αποδεκτά μέσα από το συγκεκριμένο κοινό που απευθυνόμαστε;
- 3) Ποιά από τα μέσα που προκύπτουν από τις δύο προηγούμενες ερωτήσεις είναι οικεία και διαθέσιμα στους εκπαιδευτές υγείας; (ο.π., σελ. 168-171)

6.6. Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Πρόληψη της Μ.Α.

Όπως αναλύθηκε σ' αυτή την εργασία τόσο η νόσος της Μ.Α. όσο και η Αγωγή Υγείας και η Πρόληψη, αποτελούν από τη φύση τους, η μεν Μ.Α. μια πολύπλοκη νόσο με ποικίλες διαστάσεις σ' όλους τους τομείς της ζωής μας, η δε Αγωγή Υγείας και Πρόληψη σύνθετες και απαιτητικές διαδικασίες. Προοπτικές για βελτίωση και κυρίως για εκρίζωση της Μ.Α., μέσω της Πρόληψης και Αγωγής Υγείας υπάρχουν. Απαιτούνται ωστόσο πολλαπλά προσόντα από τα άτομα που θα ασκήσουν την Αγωγή Υγείας.

Η γνώση της Ιατρικής και Υγιεινής δεν αρκούν. Είναι απαραίτητη η γνώση και η εμπειρία στους τομείς των επιστημών της επικοινωνίας και της συμπεριφοράς, καθώς και η προηγούμενη άσκηση στο σχεδιασμό, την οργάνωση, την εκτέλεση και την αξιολόγηση των δραστηριοτήτων της Αγωγής Υγείας.

Τα προσόντα αυτά θα πρέπει βέβαια να έχουν όλοι οι ειδικοί που θα συνεργαστούν, δημιουργώντας μια διεπιστημονική ομάδα για να σχεδιάσουν και να εκτελέσουν το πρόγραμμα Αγωγής Υγείας για τη Μ.Α., είτε σε μεμονωμένα άτομα-ζευγάρια, είτε σε ομάδες πληθυσμού, είτε στην Κοινότητα.

Ανάλογα όμως προσόντα πρέπει να έχουν και οι Κ.Λ. που θα συνεργαστούν με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας που θα ασκήσουν την Αγωγή Υγείας π.χ. γιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό, Επισκέπτες Υγείας, Ψυχολόγους, κ.λ.π.

Ο Κ.Λ. λοιπόν, ο οποίος ασχολείται με την Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας εργαζόμενος σε Υγειονομικούς κυρίως σταθμούς και Νοσηλευτικά Ιδρύματα πέρα από τις γνώσεις που θα πρέπει να αποκτήσει για τη νόσο της Μ.Α. και τις επιπτώσεις της, θα πρέπει να εφαρμόσει μαζί με τους υπόλοιπους συνεργάτες του προγράμματα πρόληψης, αντιμετώπισης και θεραπείας για τη Μ.Α.. Καταθέτοντας

Στα πλαίσια της συνολικής αντιμετώπισης είναι απαραίτητη η ύπαρξη ενός σταθερού θεραπευτικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο παρέχεται η κατάλληλη αγωγή προς τον πάσχοντα και την οικογένειά του, ώστε να μπορεί σε μεγάλο βαθμό ν' αυτοαντιμετωπίζεται. Γι' αυτό το γεγονός είναι και θα πρέπει να είναι άμεση η του Κ.Λ. Έτσι πετυχαίνεται η ανεξαρτητοποίηση και απελευθέρωση του ατόμου από την στενή ιατρονοσηλευτική παρακολούθηση και ανάληψη από τον ίδιο τον πάσχοντα της φροντίδας για την εφαρμογή της καθημερινής θεραπείας του. Αυτό το είδος της αντιμετώπισης προϋποθέτει στενή συνεργασία τόσο του πάσχοντος, όσο και της οικογένειάς του με τον Κ.Λ. και με ομάδες και συλλόγους συμπασχόντων, που συνήθως συντονίζει ο Κ.Λ.

Στον τομέα της θεραπείας ένας άλλος ρόλος του Κ.Λ. εξίσου σημαντικός ειδικά στις μέρες μας, είναι η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού και η προσπάθεια κάλυψης της ανάγκης των θαλασσαιμικών στη περίπτωση που θ' απαιτηθεί μεταμόσχευση μυελού των οστών.

Πρώτα απ' όλα όμως ο Κ.Λ. θα είναι αυτός, που θα πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη των πελατών του μέσω της εχεμύθειας και της προσφοράς του έργου του, ώστε οι στόχοι προληπτικού προγράμματος για τη Μ.Α. να πετύχουν και να μειωθεί ριζικά και γιατί όχι να εξαλειφθεί η νόσος.

-την εμπειρία και τις γνώσεις που έχει στην ΚΕΑ-ΚΕΟ-ΚΕΚ, ανάλογα με το αν το πρόγραμμα θα απευθυνθεί σε άτομα, ομάδα ή κοινότητα.

Στον τομέα της πρόληψης θα ασχοληθεί με το ζευγάρι π.χ. που πρόκειται να παντρευτεί και θα το συμβουλέψει να προβεί σε προγεννητικό έλεγχο ώστε να αποκτήσει γερούς απογόνους και θα κάνει παραπομπή στα κατάλληλα κέντρα ελέγχου. Θα ασχοληθεί με την οργάνωση ομιλιών-συνεδριάσεων σε ομάδες γενικού ή ακόμα ειδικού πληθυσμού όπως είναι π.χ. νοσηλευτικό προσωπικό. Θα προβεί μαζί με άλλους επιστήμονες στη σωστή πληροφόρηση-ενημέρωση σχετικά με τη νόσο της Μ.Α. και τις επιπτώσεις της, π.χ. ενημέρωση στο σχολείο ή στην κοινότητα, ώστε να ευαισθητοποιηθούν τα παιδιά, οι γονείς και οι πολίτες γενικά.

Θα ασχοληθεί με την Κοινωνική έρευνα για τον εντοπισμό των φορέων καθώς επίσης και τον ακριβή αριθμό των νοσούντων από Μ.Α.. Θα έρθει σε επαφή με Υπηρεσίες αρμόδιες για τη συγκεκριμένη νόσο ακόμα και με συλλόγους Αιμοδοτών με το τμήμα Αιμοδοσίας των νοσοκομείων για να φροντίσει μαζί με τους άλλους συνεργάτες-επιστήμονες να καλυφθούν οι ανάγκες σε αίμα, όσο αυτό είναι εφικτό των ατόμων με Μ.Α.

Θα προσπαθήσει με συνεχείς επαφές με τους Δήμους και τις Κοινότητες που έχουν εντοπισθεί με υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης της Μ.Α. να βρεθούν τρόποι προσέγγισης των κατοίκων και κυρίως των μελλοντικών γονιών ώστε να ενημερωθούν για τους κινδύνους που διετρέχουν αν βρεθούν και οι δυο σύντροφοι να είναι φορείς της Μ.Α.

Θα προσπαθήσει να βοηθήσει και να υποστηρίξει όλους τους ενδιαφερόμενους, κυρίως όμως τους μέλλοντες γονείς σε συνεργασία με την Εκκλησία και άλλους φορείς, ψυχολογικά-οικονομικά ακόμα και κοινωνικά ώστε να πάρουν τη σωστή απόφαση σε περίπτωση που βρεθεί ότι πρόκειται ν'αποκτήσουν παιδί με Μ.Α.

Στον τομέα της αντιμετώπισης, εάν εργάζεται σε Κέντρο Αιμοδοσίας θα πρέπει να προβεί στην στράτευση εθελοντών αιμοδοτών, να συνεργαστεί με άλλα Κέντρα και Συλλόγους Αιμοδοσίας, για τη κάλυψη των υψηλών απαιτήσεων σε αίμα, των ατόμων με Μ.Α..

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1.

Ανδρας

Άγαμος

Έγγαμος

Γυναίκα

Έτος Γέννησης:

Εκπαίδευση: Δημοτικό

Γυμνάσιο ή Λύκειο

Τ.Ε.Ι.

Α.Ε.Ι.

Περιοχή που ζήσατε περισσότερο τα τελευταία 5 χρόνια: Νομός

Χωριό

Πόλη

Αθήνα ή Θεσσαλονίκη

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΔΕΝ
ΓΝΩΡΙΖΩ

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>2. Έχετε ακούσει ποτέ για τη Μεσογειακή Αναιμία;
(Αν ΝΑΙ, προχωρείστε στις επόμενες ερωτήσεις).</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>3. Η Μεσογειακή Αναιμία είναι μεταδοτική (κολλάει);</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>4. Η Μεσογειακή Αναιμία είναι κληρονομική;</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>5. Υπάρχει ριζική θεραπεία των πασχόντων από Μεσογειακή Αναιμία;</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>6. Τα άτομα που είναι φορείς (έχουν δηλαδή το στίγμα) της Μεσογειακής Αναιμίας έχουν προβλήματα υγείας ανάλογα με αυτά των πασχόντων από Μεσογειακή Αναιμία;</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>7. Υπάρχει περίπτωση ένας άνθρωπος να είναι φορέας (να έχει το στίγμα) της Μεσογειακής Αναιμίας και να μην το γνωρίζει;</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>8. Υπάρχει πιθανότητα να γεννηθεί παιδί πάσχον από Μεσογειακή Αναιμία στις παρακάτω περιπτώσεις;</p> | | | |
| <p>α. Όταν κανένας από τους δύο γονείς δεν είναι φορέας (δεν έχει το στίγμα) της Μεσογειακής Αναιμίας.</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>β. Όταν ένας μόνο από τους δύο γονείς είναι φορέας (έχει το στίγμα) της Μεσογειακής Αναιμίας.</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>γ. Όταν και οι δύο γονείς είναι φορείς (έχουν το στίγμα) της Μεσογειακής Αναιμίας.</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΔΕΝ
ΓΝΩΡΙΖΩ |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| 9. Υπάρχει τρόπος να διαπιστώσουμε κατά την διάρκεια μιας εγκυμοσύνης αν το παιδί που πρόκειται να γεννηθεί πάσχει από Μεσογειακή Αναιμία; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Αν ΝΑΙ, η δυνατότητα αυτή υπάρχει στην Ελλάδα; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Υπάρχει κάποιος στην οικογένειά σας που είναι φορέας (έχει το στίγμα) της Μεσογειακής Αναιμίας; | | | |
| α. Γονείς | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| β. Αδέλφια | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| γ. Εσείς | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| δ. Άλλο μέλος της ευρύτερης οικογένειας (αδέλφια γονιών σας, κ.λπ.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ο φορέας (αυτός που έχει το στίγμα) της Μεσογειακής Αναιμίας μπορεί να είναι Αιμοδότης; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Έχετε προσφέρει αίμα για να μεταγγισθεί συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Έχετε προσφέρει αίμα εθελοντικά, (όχι για συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο); | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ποιές εξετάσεις γίνονται υποχρεωτικά στο αίμα που προσφέρει ο αιμοδότης; (Βάλτε X σε όσα τετράγωνα νομίζετε ότι ισχύουν). | | | |
| Ηπατίτιδες | <input type="checkbox"/> | | |
| ΑIDS | <input type="checkbox"/> | | |
| Στίγμα Μεσογειακής Αναιμίας | <input type="checkbox"/> | | |
| Αφροδίσια | <input type="checkbox"/> | Δεν γνωρίζω | <input type="checkbox"/> |
| 15. Θέλετε να εξετασθείτε για το στίγμα της Μεσογειακής Αναιμίας; Αν ΟΧΙ, γιατί; | ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| Δεν το θεωρώ απαραίτητο. | <input type="checkbox"/> | | |
| Δεν θέλω να ξέρω. | <input type="checkbox"/> | | |
| Δεν είναι η κατάλληλη ώρα. | <input type="checkbox"/> | | |
| Έχω κάνει την εξέταση. | <input type="checkbox"/> | | |
| Άλλος λόγος. | <input type="checkbox"/> | | |

ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ			
Άντρες	70	39,55%	
Γυναίκες	107	60,45%	
			Σύνολο 177
Αγχοί	62	35,03%	
Ευχαίοι	103	58,19%	
			Σύνολο 165
Εκπαίδευση			
Δημοτικό	3	1,69%	
Γυμνάσιο ή Λύκειο	52	29,38%	
Τ.Ε.Ι.	68	38,42%	
Α.Ε.Ι.	44	24,86%	
Δεν απάντησαν	10	5,65%	
			Σύνολο 167
Περιοχή που ζήσατε περισσότερο τα τελευταία 5 χρόνια: Νόμος.....			
Χωριό	22	12,43%	
Πόλη	135	76,27%	
Αθήνα ή Θεσσαλονίκη	13	7,34%	
	170	96,05%	

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
2. Έχετε ακούσει ποτέ για τη Μεσογειακή Αραιμία;	173	1	0,00%
3. Η Μεσογειακή Αραιμία είναι μεταδοτική (κολλάει);	1	174	0,00%
4. Η Μεσογειακή Αραιμία είναι κληρονομική;	159	14	1,99%
5. Υπάρχει ριζική θεραπεία των πασχόντων από Μεσογειακή Αραιμία;	37	124	6,21%
6. Τα άτομα που είναι φορείς (έχουν δηλαδή το στίγμα) της Μεσογειακής Αραιμίας έχουν προβλήματα υγείας ανάλογα με αυτά των πασχόντων από	17	157	0,56%
7. Υπάρχει περίπτωση ένας άνθρωπος να είναι φορέας (να έχει το στίγμα) της Μ.Α. και να μην το γνωρίζει;	164	7	1,13%
8. Υπάρχει πιθανότητα να γεννηθεί παιδί πάσχον από Μεσογειακή Αραιμία στις παρακάτω περιπτώσεις:			
α. Όταν κανένας από τους δυο γονείς δεν είναι φορέας (δεν έχει το στίγμα) της Μεσογειακής Αραιμίας.	5	135	1,13%
β. Όταν ένας μόνο από τους δυο γονείς είναι φορέας (έχει το στίγμα) της Μεσογειακής Αραιμίας.	30	111	3,39%
γ. Όταν και οι δυο γονείς είναι φορείς (έχουν το στίγμα) της Μεσογειακής Αραιμίας.	171	2	0,56%
9. Υπάρχει τρόπος να διαπιστώσουμε κατά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης αν το παιδί που πρόκειται να γεννηθεί πάσχει από Μεσογειακή Αραιμία:	154	6	4,52%
Αν Ναι, η δυνατότητα αυτή υπάρχει στην Ελλάδα:	143	5	9,04%
10. Υπάρχει κάποιος στην οικογένειά σας που είναι φορέας (έχει το στίγμα) της Μεσογειακής Αραιμίας:			
α. Γονείς	12	128	11,86%
β. Αδέρφια	6	128	7,91%
γ. Εσείς	5	130	7,91%
δ. Άλλο μέλο της ευρύτερης οικογένειας (αδέρφια γονιών σας κ.λ.π.)	18	85	28,25%
11. Ο φορέας (αυτός που έχει το στίγμα) της Μεσογειακής Αραιμίας μπορεί να είναι Αιμοδότης;	75	84	6,21%
12. Έχετε προσφέρει αίμα για να μεταγγισθεί συγγενικό ή η φιλικόσας πρόσωτο;	77	98	0,00%
13. Έχετε προσφέρει αίμα εθελοντικά, (όχι για συγγενικό ή φιλικόσας πρόσωτο);	76	98	0,00%

14. Ποιές εξετάσεις γίνονται υποχρεωτικά στο αίμα που προσφέρει ο αιμοδότης;

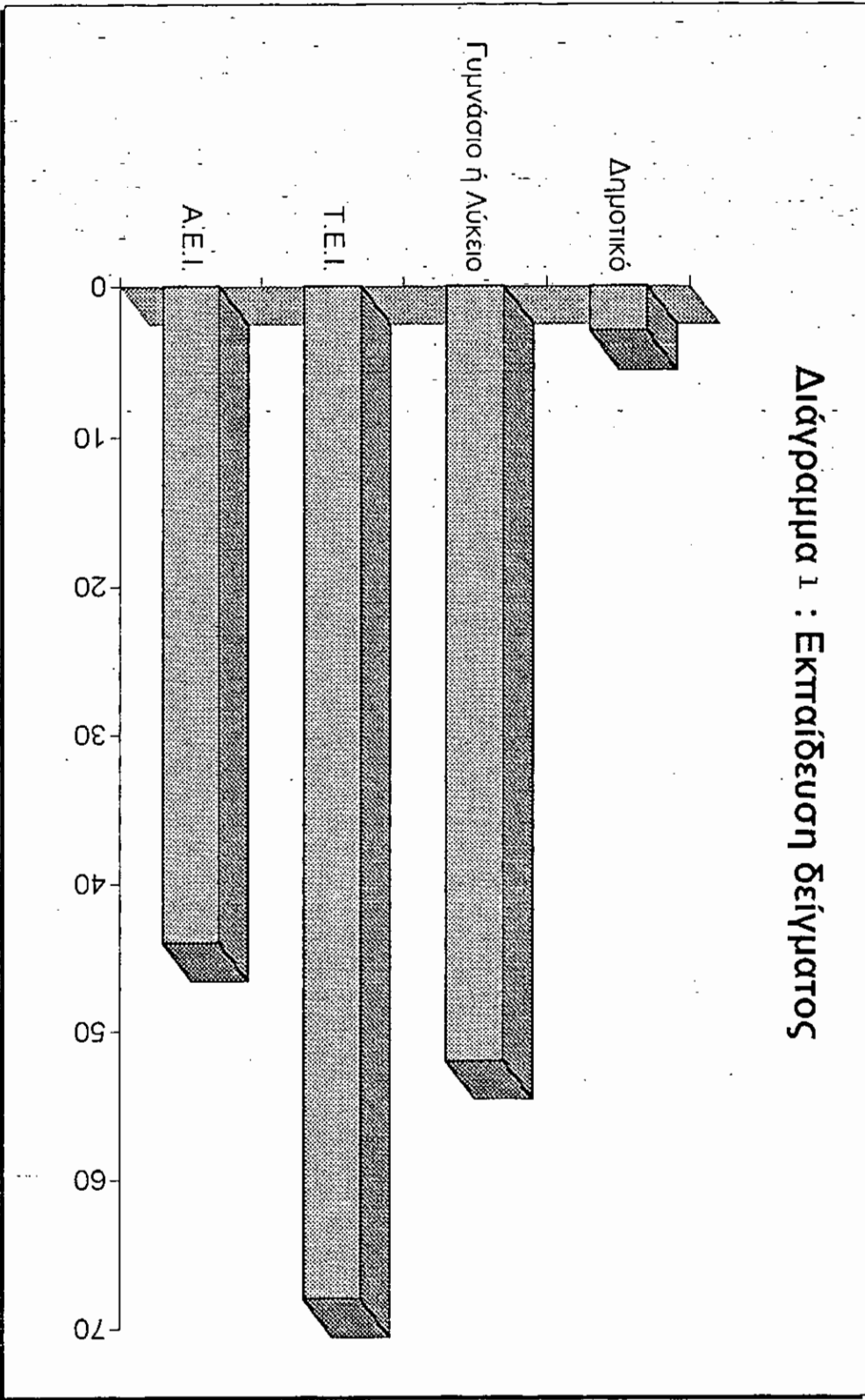
(Βάλτε X σε όλα τα τετράγωνα νομίζετε ότι ισχύουν)

Ηπατίτιδες	170	96,05%	0,00%	0,00%
Στίγμα Μεσογειακής Αναιμίας	49	27,68%	0,00%	0,00%
AIDS	170	96,05%	0,00%	0,00%
Αφροδίσια	138	77,97%	0,00%	0,00%
Δεν γνωρίζω	3	1,69%	0,00%	0,00%

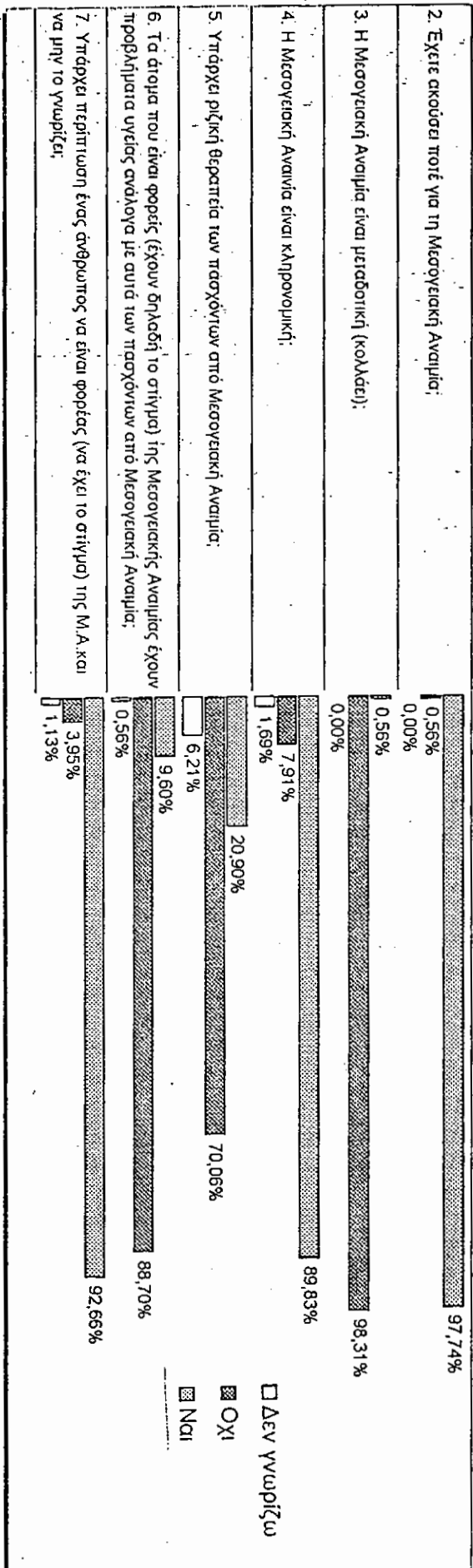
15. Θέλετε να εξετασθείτε για το στίγμα της Μεσογειακής Αναιμίας;

Αν ΟΧΙ, γιατί :	45	25,42%	132	74,58%	0,00%
Δεν το θεωρώ απαραίτητο	16	9,04%	0,00%	0,00%	
Δε θέλω να ξέρω	5	2,82%	0,00%	0,00%	
Δεν είναι η κατάλληλη ώρα	4	2,26%	0,00%	0,00%	
Εχω κάνει την εξέταση	103	58,19%	0,00%	0,00%	
Άλλος λόγος	3	1,69%	0,00%	0,00%	

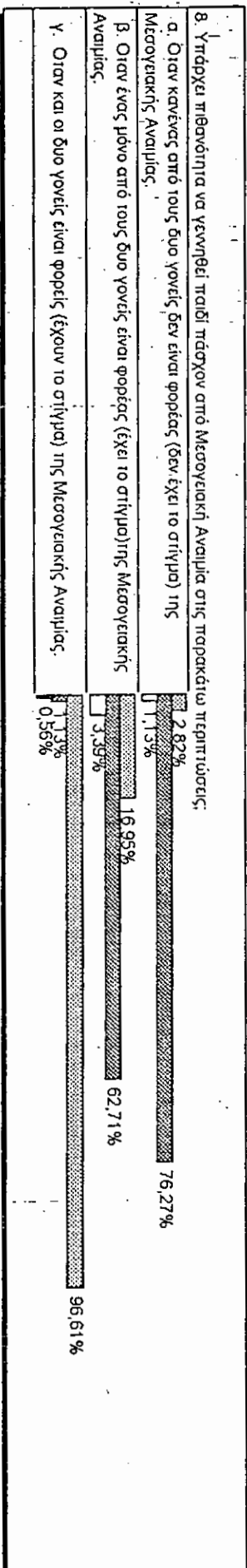
Διάγραμμα 1 : Εκπαίδευση Δείγματος



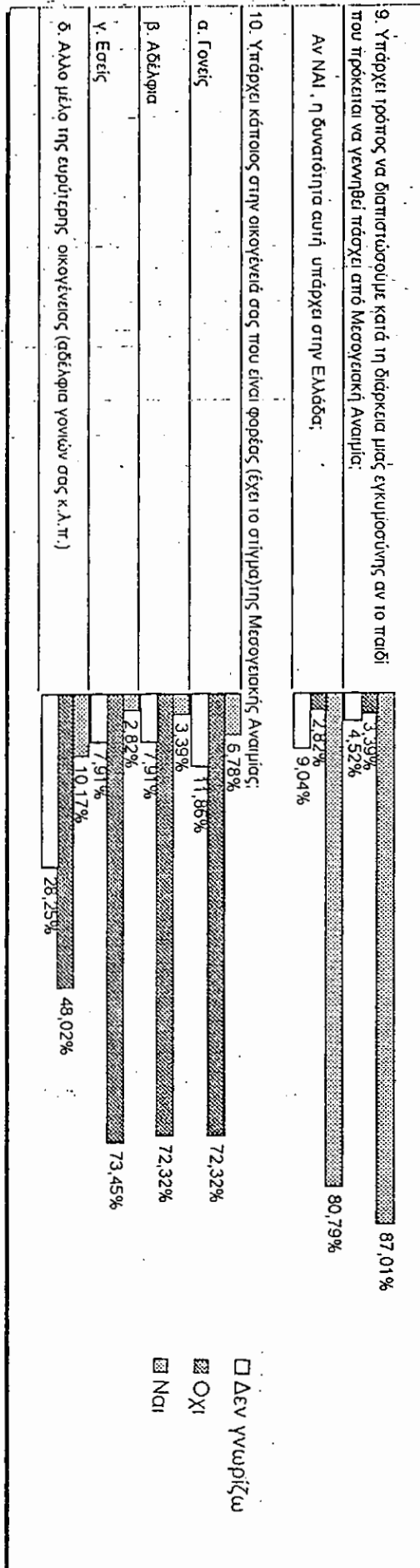
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2



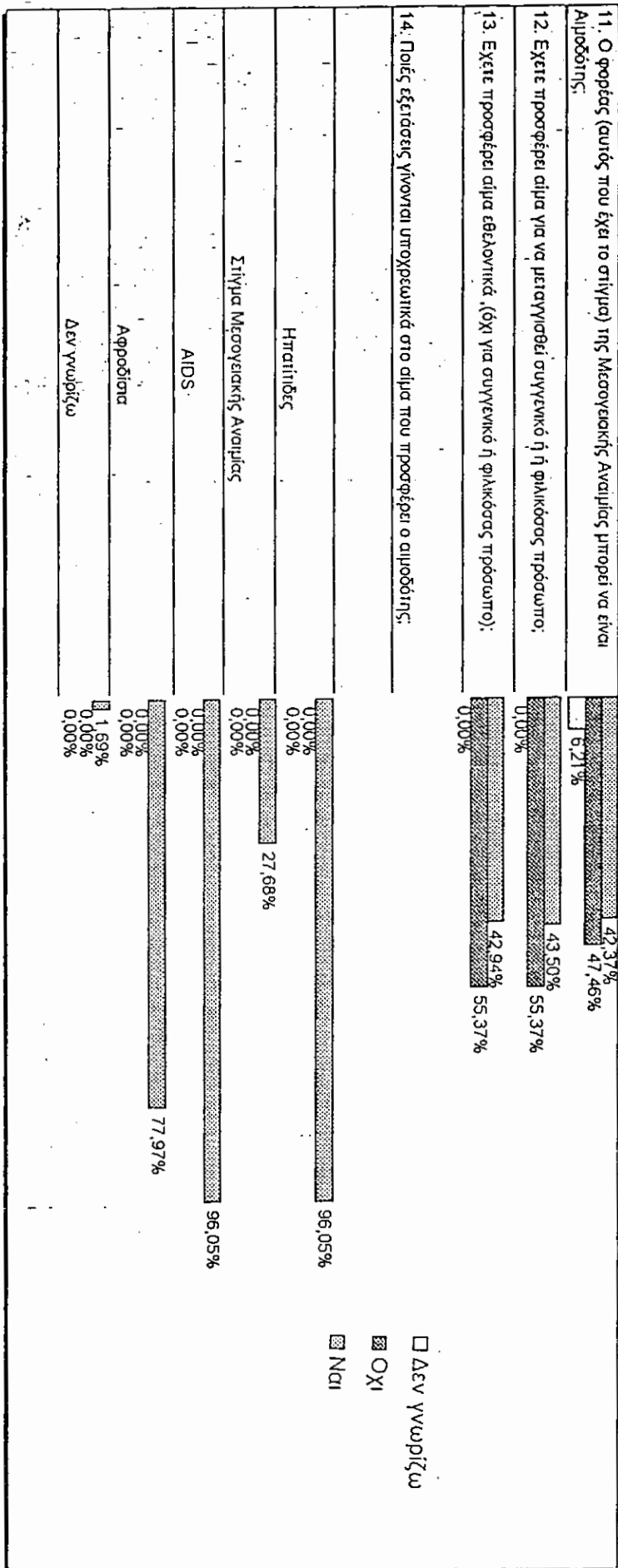
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4



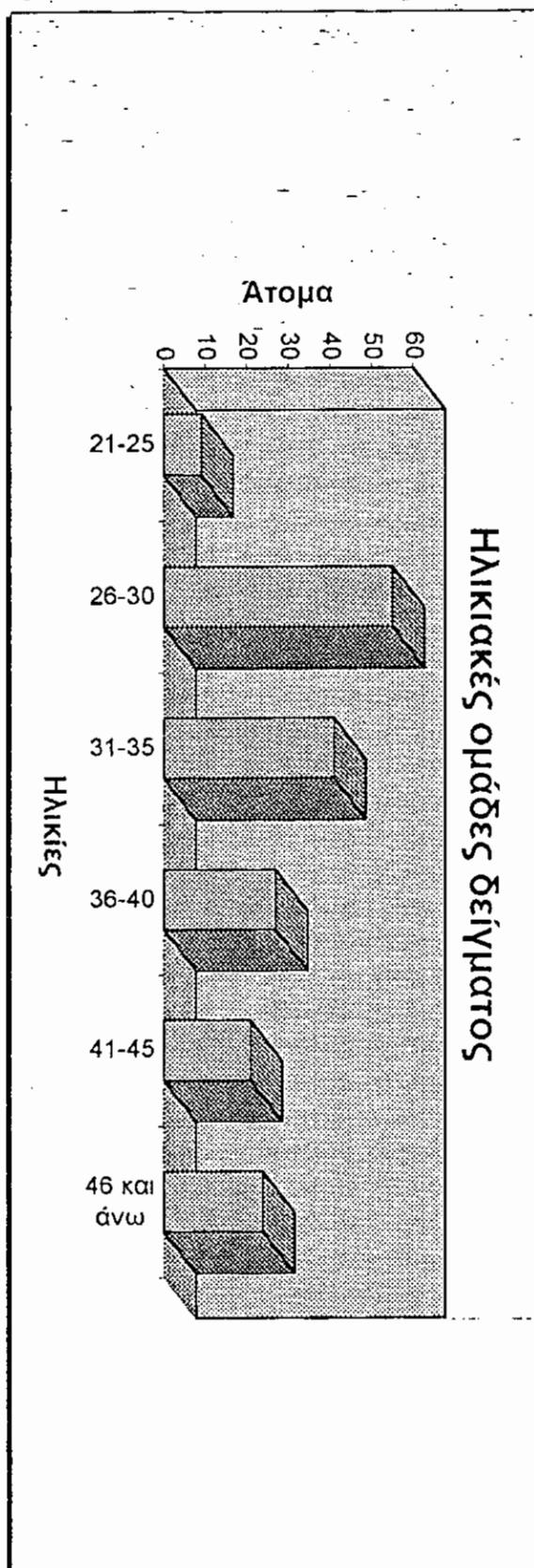
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5



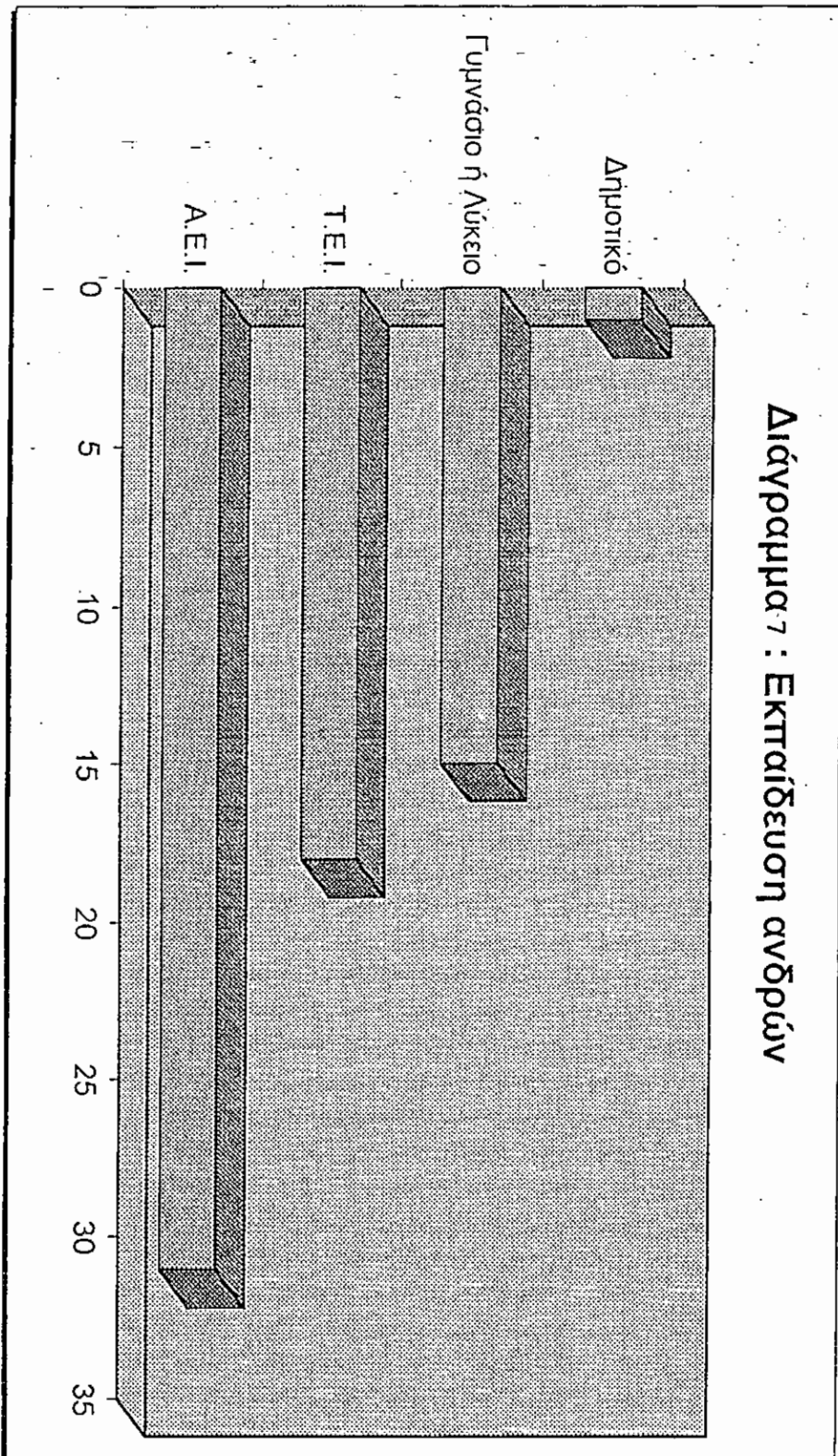
Πίνακας

Ηλικιακές ομάδες	Ατομα
21-25	9
26-30	55
31-35	41
36-40	27
41-45	21
46 και άνω	24
Σύνολο	177

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6



Διάγραμμα 7 : Εκπαίδευση ανδρών

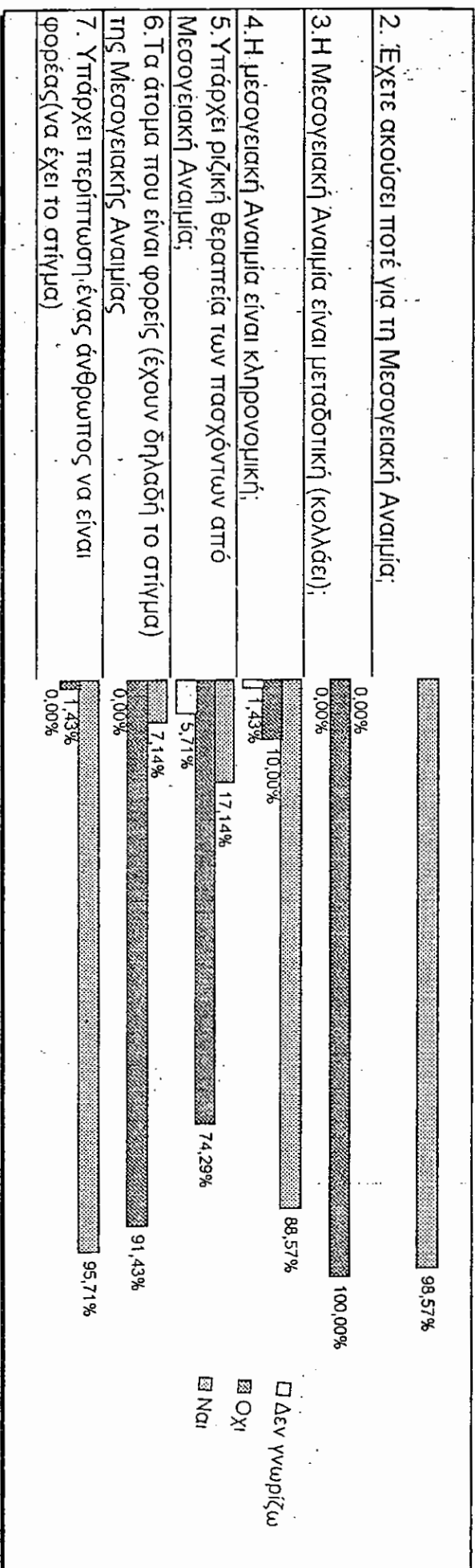


ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

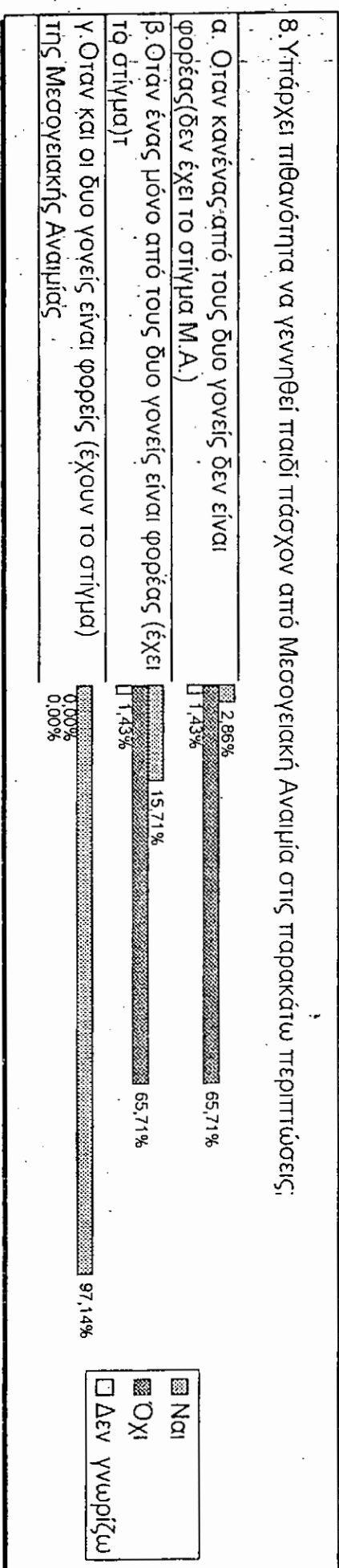
Άντρες	70							
Αναιμοί	26	37,14%						
Έναιμοι	38	54,29%						
Εκπαίδευση								
Δημοτικό	1	1,43%						
Γυμνάσιο ή Λύκειο	15	21,43%						
Τ.Ε.Ι.	18	25,71%						
Α.Ε.Ι.	31	44,29%						
Περιοχή που ζήσατε περισσότερο τα τελευταία 5 χρόνια: Νόμος....								
Χωριό	11	15,71%						
Πόλη	46	65,71%						
Αθήνα ή Θεσσαλονίκη	8	11,43%						
			Ναι	Όχι			Δεν γνωρίζω	
2. Έχετε ακούσει ποτέ για τη Μεσογειακή Αναιμία;	69	98,57%						
3. Η Μεσογειακή Αναιμία είναι μεταδοτική (κολλάει);		0,00%	70		100,00%			0,00%
4. Η μεσογειακή Αναιμία είναι κληρονομική;	62	88,57%	7		10,00%	1		1,43%
5. Υπάρχει ριζική θεραπεία των πασχόντων από Μεσογειακή Αναιμία;	12	17,14%	52		74,29%	4		5,71%
6. Τα άτομα που είναι φορείς (έχουν δηλαδή το στίγμα) της Μεσογειακής Αναιμίας	5	7,14%	64		91,43%			0,00%
7. Υπάρχει περίπτωση ένας άνθρωπος να είναι φορέας(να έχει το στίγμα)	67	95,71%	1		1,43%			0,00%
8. Υπάρχει πιθανότητα να γεννηθεί παιδί πάσχον από Μεσογειακή Αναιμία στις παρακάτω περιπτώσεις:								
α. Όταν κανένας από τους δυο γονείς δεν είναι φορέας(δεν έχει το στίγμα M.A.)	2	2,86%	46		65,71%	1		1,43%

β. Όταν ένας μόνο από τους δύο γονείς είναι φορέας (έχει το στίγμα) τ	11	15,71%	46	65,71%	1	1,43%
γ. Όταν και οι δύο γονείς είναι φορείς (έχουν το στίγμα) της Μεσογειακής Αναιμίας	68	97,14%		0,00%		0,00%
9. Υπάρχει τρόπος διαπιστώσεως μετά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης	58	82,86%	2	2,86%	4	5,71%
Αν Ναι, η δυνατότητα αυτή υπάρχει στην Ελλάδα:	52	74,29%	1	1,43%	11	15,71%
10. Υπάρχει κάποιος στην οικογένειά σας που είναι φορέας (έχει το στίγμα) της Μ.Α.:						
α. Γονείς	4	5,71%	49	70,00%	11	15,71%
β. Αδέρφια	1	1,43%	51	72,86%	7	10,00%
γ. Εοείς		0,00%	51	72,86%	8	11,43%
δ. Άλλο μέλος της ευρύτερης οικογένειας (αδέρφια γονιών σας κ.λπ.)	8	11,43%	28	40,00%	26	37,14%
11. Ο φορέας (αυτός/την) έχει το στίγμα της Μεσογειακής Αναιμίας μη	34	48,57%	30	42,86%	4	5,71%
12. Έχετε προσφέρει αίμα για να μεταγγισθεί συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο:	43	61,43%	25	35,71%		0,00%
13. Έχετε προσφέρει αίμα εθελοντικά (όχι για συγγενικό σας ή φιλικό σας πρόσωπο):	38	54,29%	30	42,86%		0,00%
14. Εξετάσεις γίνονται υποχρεωτικά στο αίμα που προσφέρει ο αιμοδότης (Βάλτε Χ σε όλα τετράγωνα νομίζετε ότι ισχύουν):						
Ηπατίτιδες	66	94,29%		0,00%		0,00%
Στίγμα Μεσογειακής Αναιμίας	18	25,71%		0,00%		0,00%
AIDS	67	95,71%		0,00%		0,00%
Αφροδίσια	51	72,86%		0,00%		0,00%
Δεν γνωρίζω	2	2,86%		0,00%		0,00%

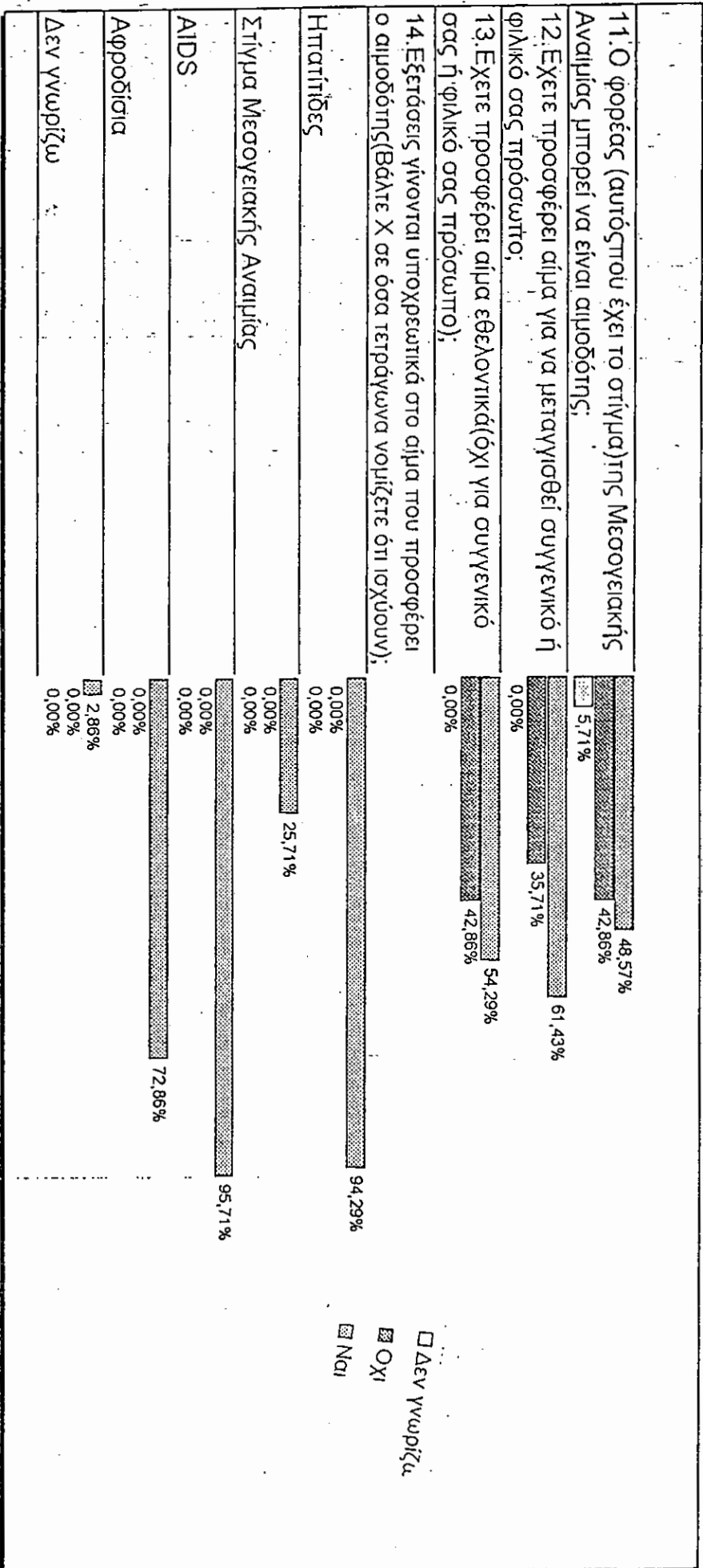
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9

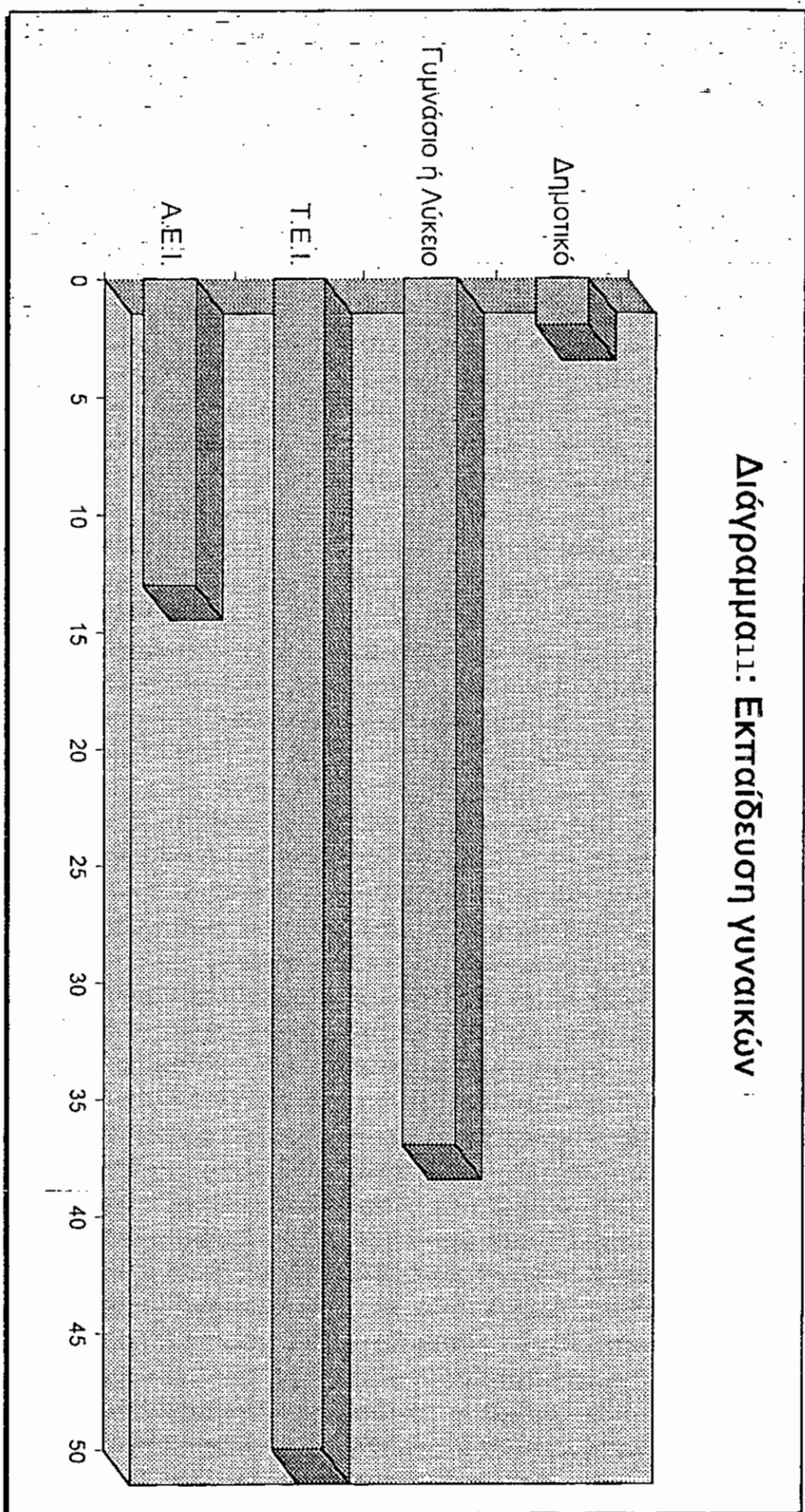


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10



Δεν γνωρίζω
 Όχι
 Ναι

Διάγραμμα 11: Εκπαίδευση γυναικών



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Γυναίκες	107
Αγαμοί	36 33,64%
Εγγαμείς	65 60,75%
Εκπαιδευση	
Δημοτικό	2 1,87%
Γυμνάσιο ή Λύκειο	37 34,58%
Τ.Ε.Ι.	50 46,73%
Α.Ε.Ι.	13 12,15%

Περιοχή που ζήσατε περισσότερο τα τελευταία 5 χρόνια: Νόμος.....

Χωριό	11 10,28%
Πόλη	89 83,18%
Αθήνα ή Θεσσαλονίκη	5 4,67%

	Ναι	Οχι	Δεν γνωρίζω
2. Έχετε ακούσει ποτέ για τη Μεσογειακή Αιμιά;	104 97,20%	1 0,93%	0,00%
3. Η Μεσογειακή Αιμιά είναι μεταδοτική (κολλάει);	1 0,93%	104 97,20%	0,00%
4. Η Μεσογειακή Αιμιά είναι κληρονομική;	97 90,65%	7 6,54%	2 1,87%
5. Υπάρχει ριζική θεραπεία των πασχόντων από Μεσογειακή Αιμιά;	25 23,36%	72 67,29%	7 6,54%
6. Τα άτομα που είναι φορείς (έχουν δηλαδή το στίγμα) της Μεσογειακής Αιμιάς έχουν προβλήματα υγείας ανάλογα με αυτά των πασχόντων από Μεσογειακή Αιμιά;	12 11,21%	93 86,92%	1 0,93%
7. Υπάρχει περίπτωση ένας άνθρωπος να είναι φορέας (να έχει το στίγμα) της Μ.Α. και να μην το γνωρίζει;	97 90,65%	6 5,61%	2 1,87%
8. Υπάρχει πιθανότητα να γεννηθεί παιδί πάσχον από Μεσογειακή Αιμιά στις παρακάτω περιπτώσεις:			
α. Όταν κανένας από τους δυο γονείς δεν είναι φορέας (δεν έχει το στίγμα) της Μεσογειακής Αιμιάς.	3 2,80%	82 76,64%	1 0,93%

Β. Όταν ένας μόνο από τους δυο γονείς είναι φορέας (έχει το στίγμα)της Μεσογειακής Αναιμίας.	19	17,76%	65	60,75%	5	4,67%
Υ. Όταν και οι δυο γονείς είναι φορείς (έχουν το στίγμα) της Μεσογειακής Αναιμίας.	103	96,26%	2	1,87%	1	0,93%
9. Υπάρχει τρόπος να διαπιστώσουμε κατά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης αν το παιδί που πρόκειται να γεννηθεί πάσχει από Αν ΝΑΙ, η δυνατότητα αυτή υπάρχει στην Ελλάδα;	96	89,72%	4	3,74%	4	3,74%
10. Υπάρχει κάποιος στην οικογένειά σας που είναι φορέας (έχει το στίγμα)της Μεσογειακής Αναιμίας;	91	85,05%	4	3,74%	5	4,67%
α. Γονείς	8	7,48%	79	73,83%	10	9,35%
β. Αδέλφια	5	4,67%	77	71,96%	7	6,54%
γ. Εοείς	5	4,67%	79	73,83%	6	5,61%
δ. Άλλο μέλο της ευρύτερης οικογένειας (αδέλφια γονιών σας κ.λ.π.)	10	9,35%	57	53,27%	24	22,43%
11. Ο φορέας (αυτός που έχει το στίγμα) της Μεσογειακής Αναιμίας μπορεί να είναι Αιμοδότης;	41	38,32%	54	50,47%	7	6,54%
12. Έχετε προσφέρει αίμα για να μεταγγισθεί συγγενικό ή η φιλικόσας πρόσωτο;	34	31,78%	73	68,22%		0,00%
13. Έχετε προσφέρει αίμα εθελοντικά, (όχι για συγγενικό ή φιλικόσας πρόσωτο);	38	35,51%	68	63,55%		0,00%
14. Ποιές εξετάσεις γίνονται υποχρεωτικά στο αίμα που προσφέρει ο αιμοδότης; (Βάλτε Χ σε όσα τεράγωνα νομίζετε ότι ισχύουν)						
Ηπατίτιδες	104	97,20%		0,00%		0,00%
Στίγμα Μεσογειακής Αναιμίας	31	28,97%		0,00%		0,00%
AIDS	103	96,26%		0,00%		0,00%
Αιμοδοσία	87	81,31%		0,00%		0,00%
Δεν γνωρίζω	1	0,93%		0,00%		0,00%

Έχω κάνει την εξέταση
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Άντρες	34	
Άναιμοι	12	35,29%
Έγναμοι	18	52,94%

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	
2. Έχετε ακούσει ποτέ για τη Μεσογειακή Αναιμία;	33			0,00%
3. Η Μεσογειακή Αναιμία είναι μεταδοτική(κολλάει);		33		97,06%
4. Η Μεσογειακή Αναιμία είναι κληρονομική;	29	4		85,29%
5. Υπάρχει ριζική θεραπεία των πασχόντων από Μεσογειακή Αναιμία;	8	22	3	23,53%
6. Τα άτομα που είναι φορείς(έχουν δηλαδή το στίγμα) της Μεσογειακής Αναιμίας έχουν προβλήματα υγείας ανάλογα με αυτά των πασχόντων από Μεσογειακή Αναιμία;	2	31		5,88%
7. Υπάρχει περίπτωση ένας άνθρωπος να είναι φορέας (να έχει το στίγμα) της Μ.Α. και να μην το γνωρίζει;	33			97,06%
8. Υπάρχει πιθανότητα να γεννηθεί πάσχων από Μ.Α. στις παρακάτω περιπτώσεις;				0,00%
α. Όταν κανένας από τους δυο γονείς δεν είναι φορέας(δεν έχει το στίγμα) της Μ.Α.	2	21	1	5,88%
β. Όταν ένας μόνο από τους δυο γονείς είναι φορέας (έχει το στίγμα) της Μ.Α.	4	20	1	11,76%
γ. Όταν και οι δυο γονείς είναι φορείς (έχουν στίγμα) της Μεσογειακής Αναιμίας.	33			97,06%
9. Υπάρχει τρόπος να διασπιστώσουμε κατά την διάρκεια μιας εγκυμοσύνης αν το παιδί που πρόκειται να γεννηθεί πάσχει από Μεσογειακή Αναιμία;	29	1	1	85,29%
1. Αν ΝΑΙ, η δυνατότητα αυτή υπάρχει στην Ελλάδα;	26	5		76,47%
11. Ο φορέας (αυτός που έχει το στίγμα) της Μεσογειακής Αναιμίας μπορεί να είναι Αιμοδότης;	20	11	2	58,82%
13. Έχετε προσφέρει αίμα εθελοντικά, (όχι για συγγενική φιλικό σας πρόσωπο);	23	10		67,65%

Έχω κάνει την εξέταση
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Γυναίκες	69	
Άνταρτοι	16	23,19%
Ένταμες	48	69,57%

	Ναι		Όχι		Δεν γνωρίζω		
2. Έχετε ακούσει ποτέ για τη Μεσογειακή Αρταμία;	68	98,55%		0,00%			0,00%
3. Η Μεσογειακή Αρταμία είναι μεταδοτική(κολλάει);	1	1,45%	67	97,10%			0,00%
4. Η Μεσογειακή Αρταμία είναι κληρονομική;	62	89,86%	6	8,70%	1		1,45%
5. Υπάρχει ριζική θεραπεία των πασχόντων από Μεσογειακή Αρταμία;	19	27,54%	45	65,22%	3		4,35%
6. Τα άτομα που είναι φορείς(έχουν δηλαδή το στίγμα) της Μεσογειακής Αρταμίας έχουν προβλήματα υγείας ανάλογα με αυτά των πασχόντων από Μεσογειακή Αρταμία;	8	11,59%	61	88,41%			0,00%
7. Υπάρχει περίπτωση ένας άνθρωπος να είναι φορέας (να έχει το στίγμα) της Μ.Α. και να μην το γνωρίζει;	64	92,75%	4	5,80%			0,00%
8. Υπάρχει πιθανότητα να γεννηθεί πύοχον από Μ.Α. στις παρακάτω περιπτώσεις;		0,00%		0,00%			0,00%
α. Όταν κανένας από τους δυο γονείς δεν είναι φορέας(δεν έχει το στίγμα) της Μ.Α.	1	1,45%	54	78,26%	1		1,45%
β. Όταν ένας μόνο από τους δυο γονείς είναι φορέας (έχει το στίγμα) της Μ.Α.	13	18,84%	43	62,32%	3		4,35%
γ. Όταν και οι δυο γονείς είναι φορείς (έχουν στίγμα) της Μεσογειακής Αρταμίας	67	97,10%	2	2,90%			0,00%
9. Υπάρχει τρόπος να διαδοπιστώσουμε κατά την διάρκεια μιας εγκυμοσύνης αν το παιδί που πρόκειται να γεννηθεί πάσχει από Μεσογειακή Αρταμία;	64	92,75%	2	2,90%	1		1,45%
Αν ΝΑΙ, η δυνατότητα αυτή υπάρχει στην Ελλάδα;	65	94,20%	1	1,45%	1		1,45%
11. Ο φορέας (αυτός που έχει το στίγμα) της Μεσογειακής Αρταμίας μπορεί να είναι Αιμοδότης;	27	39,13%	34	49,28%	0		0,00%
13. Έχετε προσφέρει αίμα εθελοντικά, (όχι για συγγενική φίλικό σας πρόσωπο);	30	43,48%	36	52,17%			0,00%

Δεν το θεωρούν απαραίτητο
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ανδρες. 11

Αγαμοί	3	27%
Έγγαμοί	8	73%

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
2. Έχετε ακούσει ποτέ για τη Μεσογειακή Ααιμία;	11	100%	
3. Η Μεσογειακή Ααιμία είναι μεταδοτική (κολληθεί);		11	100%
4. Η Μεσογειακή Ααιμία είναι κληρονομική;	11	100%	
5. Υπάρχει ριζική θεραπεία των πασχόντων από Μεσογειακή Ααιμία ;		10	91%
6. Τα άτομα που είναι φορείς(έχουν δηλαδή το στίγμα) της Μεσογειακής Ααιμίας	11	100%	
7. Υπάρχει περίπτωση ένας άνθρωπος να είναι φορέας (να έχει το στίγμα)	11	100%	
8. Υπάρχει πιθανότητα να γεννηθεί παιδί πάσχον από Μεσογειακή Ααιμία στις παρακάτω περιπτώσεις:		0%	
α. Όταν κανένας από τους δυο γονείς δεν είναι φορέας (δεν έχει το στίγμα) της Μεσογειακής Ααιμίας		10	91%
β. Όταν ένας μόνο από τους δυο γονείς είναι φορέας (έχει το στίγμα) της Μεσογειακής Ααιμίας	1	9%	10
γ. Όταν και οι δυο γονείς είναι φορείς(έχουν το στίγμα) της Μεσογειακής Ααιμίας	10	91%	
9. Υπάρχει ιπότης να διαπιστώσουμε κατά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης αν το παιδί που πρόκειται να γεννηθεί πάσχει από Μεσογειακή Ααιμία	11	100%	
Αν ΝΑΙ, η δυνατότητα αυτή υπάρχει στην Ελλάδα ;	10	91%	0%
11. Ο φορέας (αυτός που έχει στίγμα) της Μεσογειακής Ααιμίας μπορεί να είναι Αιμοδότης;	6	55%	5
13. Έχετε προσφέρει αίμα εθελοντικά (όχι για συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο);	2	18%	9

Δεν το θεωρούν απαραίτητο
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Γυναικές	5
Αγόριοι	2
Ευγμιοί	3

	Ναι		Όχι		Δεν γνωρίζω	
	Αριθμ	Ποσο%	Αριθμ	Ποσο%	Αριθμ	Ποσο%
2. Έχετε ακούσει ποτέ για τη Μεσογειακή Αναίμια;	5	100%		0%		0%
3. Η Μεσογειακή Αναίμια είναι μεταδοτική (κολληθεί);		0%	5	100%		0%
4. Η Μεσογειακή Αναίμια είναι κληρονομική;	5	100%		0%		0%
5. Υπάρχει ριζική θεραπεία των προσχόντων από Μεσογειακή Αναίμια;	1	20%	4	80%		0%
6. Τα άτομα που είναι φορείς (έχουν δηλαδή το στίγμα) της Μεσογειακής Αναίμιας έχουν προβλήματα υγείας ανάλογα με αυτά των προσχόντων από Μ.Α.;		0%	5	100%		0%
7. Υπάρχει περίπτωση ένας άνθρωπος να είναι φορέας (να έχει το στίγμα) της Μ.Α. και να μην το γνωρίζει;	4	80%		0%	1	20%
8. Υπάρχει πιθανότητα να γεννηθεί παιδί πρόχον από Μ.Α. στις παρακάτω περιπτώσεις:		0%		0%		0%
α. Όταν κανένας από τους δυο γονείς δεν είναι φορέας (δεν έχει το στίγμα) της Μ.Α.	1	20%	4	80%		0%
β. Όταν ένας μόνο από τους δυο γονείς είναι φορέας (έχει το στίγμα) της Μ.Α.		0%	4	80%	1	20%
γ. Όταν και οι δυο γονείς είναι φορείς (έχουν το στίγμα) της Μ.Α.	5	100%		0%		0%
9. Υπάρχει τρόπος να διαπιστώσουμε κατά την διάρκεια μιας εγκυμοσύνης αν το παιδί που πρόκειται να γεννηθεί πάσχει από Μ.Α.;	4	80%		0%	1	20%
Αν ΝΑΙ ,η δυνατότητα αυτή υπάρχει στην Ελλάδα;	3	60%		0%	1	20%
11. Ο φορέας (αυτός που έχει το στίγμα) της Μ.Α. μπορεί να είναι Αιμοδότης;	2	40%	2	40%	1	20%
13. Έχετε προσφέρει αίμα εθελοντικά, (όχι για συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο);	1	20%	4	80%		0%

Οι πέντε κατηγορίες θεώρησης των οκτώ βασικών συναισθημάτων του Plutchik

1. Φόβος (πανικός)	2. Γεγονός- Ερέθισμα Απειλή	3. Νοητική επίσημωση «Κινδύνος»	4. Συμπτεριφορό- Απομάκρυνση ή φυγή	5. Επιδόσεις- Αποτέλεσμα Προσφορά
2. του θυμού (οργής)	Ευπρόδιο	«Έχθρος»	Δάγκωμα, χτύπημα	Κατατροφή, αφαιρισμός
3. της έκστασης (χαράς)	Δυνατότητα αξουδαϊκού συντρόφου	«Απόκτηση»	Επιζήτηση, ζευγάρισμα	Μειόδοση, αναπαράγωγή
4. της στενοχωρίας (θλίψης)	Απώλεια εκτιμώμενου στόχου	ενός «Απόγνωση»	Καθάρια	Επτανένωση, επτανεύρεση
5. της επιδοκιμασίας (εμπιστοσύνης)	Συμμετοχή σε ομάδα	«Φίλος»	Φρονιδα, συμμετοχή	Προσχώρηση, σύνδεση
6. της αποστροφής (αηδίας)	Αποκρουστικό αντικείμενο	«Δηλητήριο»	Εμειός, απώθηση	Απόρριψη
7. της περιέργειας (προδοκίας, ελπίδας)	Νέα περιοχή	«Τι συμβαίνει εκεί;»	Έρευνα, οργάνωση	Αναγνώριση
8. της έκπληξης (αμφιδιασμού)	Απροσδόκητο αντικείμενο	«Τι είναι αυτό;»	Ακινήσια, τρόμος	Προσαρμοχισμός

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

Το 98,75% έχει άγνοια για το στίγμα

Ένα από τα σημαντικότερα και πολυτιμότερα αγαθά που προσφέρονται στον άνθρωπο είναι η υγεία. Στο σημείο αυτό η Μεσογειακή αναιμία έρχεται να πληγώσει ανθρώπινες ψυχές να στιγματίσει πρόσωπα και καταστάσεις. Εκείνο που απομένει είναι ο αγώνας, η πάλη, η προσπάθεια για ζωή και ευτυχία που μόνο με την υγεία μπορεί να φτάσει στο μέγιστο σημείο, αλλά και από εμάς τους ίδιους που μόνο με την δική μας συμπαράσταση θα βοηθήσουμε αυτά τα άτομα.

Η Μεσογειακή Αναιμία τα τελευταία χρόνια αποτελεί για τον ελλαδικό χώρο, μια κακή πραγματικότητα με πολλές και διαφορετικές, οικονομικές, κοινωνικές και ψυχολογικές προεκτάσεις για το πάσχον άτομο και την οικογένειά του.

Αυτό που χρειάζονται πρῶτὸν πολύ τα άτομα που πάσχουν από Μεσ.Αναιμία είναι η ψυχολογική συμπαράσταση, που πηγάζει κυρίως μέσα από το οικογενειακό περιβάλλον, πράγμα το οποίο είναι εμφανές στην όλη αυτή προσπάθεια.

Μιλώντας όμως για το οικογενειακό περιβάλλον των ανθρώπων αυτών, βλέπουμε ότι 460 γονείς, ποσοστό 95,83% είναι ηλικίας 25 εώς και 65 ετών πράγμα που σημαίνει ότι τα άτομα αυτά πριν ακόμα δημιουργήσουν οικογένεια δεν γνώριζαν ίσως ίως και τίποτα για τη Μεσ. Αναιμία που τελικά αποτελεί ένα από τα βασικότερα προβλήματα της ζωής τους. Ταυτόχρονα βλέπουμε ότι και σήμερα γεννιούνται παιδιά με Μ.Α σε μικρότερη συχνότητα, αλλά το πρόβλημα είναι ακόμα υπαρκτό.

Ένας μεγάλος αριθμός από τους ερωτηθέντες συγκεκριμένα 474 γονείς ποσοστό 98,75% δεν έχουν ούτε τις στοιχειώδεις γνώσεις, πως είναι δυνατό να γνωρίζουν για τον έλεγχο του στίγματος και τις τραγικές συνέπειες που μπορεί να έχει η άγνοια και η παράληψη. Αλλά και από τους έχοντες βασικές γνώσεις και από τους μορφωμένους, ελάχιστοι είναι αυτοί που εξετάστηκαν για το στίγμα. Όσο για τα λάθη που υποστηρίζεται από μερικούς πως έγιναν κατά τον έλεγχο δεν μπορούμε να το δεχτούμε απόλυτα. Ίσως για να μην φανούν μπροστά στα δικά μας μάτια.

Πολλές φορές όμως σκεφτόμαστε πως είναι δυνατό η τόσο αδύναμη φωνή της πολιτείας να φτάσει σε αυτούς τους ανθρώπους όπου οι κατά το πλείστον είναι αγράμματοι ή απόφοιτοι δημοτικού, ζουν σε απόμακρες περιοχές και σε πολύ δύσκολες συνθήκες διαβίωσης; Η πολιτεία όσο αφορά την ενημέρωση μετέχει ελάχιστα. Την Μ.Α. την γνωρίζουν όσοι πάσχουν και όσοι βρίσκονται στο στενό οικογενειακό κύκλο του πάσχοντος. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ελάχιστες φορές παρουσιάζουν θέματα πρόληψης και ενημερώσεις. Όταν αυτό κατορθώνεται εμείς οι ίδιοι δεν δίνουμε την απαιτούμενη προσοχή εξ'αίτιας του ότι η παιδεία μας έχει αρκετά κενά.

Επίσης είναι η ενημέρωση από μέρους των σχολείων και της κοινότητας όπου μπορούν να ευαισθητοποιηθούν τα παιδιά και οι πολίτες. Αντίθετα υπάρχει περισσότερη διαφώτιση από τους ιατρούς και νοσηλευτές στον Νοσοκομειακό χώρο. Εξ'αίτιας των παραπάνω η απάντηση στο ερώτημα "αν γνώριζαν για τη Μ.Α. είναι αυτονόητη και γι'αυτό 416 γονείς ποσοστό 86,67% δεν είχαν κάνει τον έλεγχου στίγματος". Πίσω όμως από αυτές τις απαντήσεις (ίσως οι ίδιοι οι γονείς να θέλουν να απαλύνουν το πληγωμένο τους εγωισμό για το άρρωστο στο παιδί που έφεραν στη ζωή και να ανακουφιστούν από το βάρος της ευθύνης που πιστεύουν οι ίδιοι ότι έχουν.

Για αρκετούς από τους γονείς, συγκεκριμένα 98 γονείς ποσοστό 20,42% μεταφέρθηκαν από κάποια κωμόπολη ή χωριό σε κάποια πόλη με κύριο σκοπό την καλύτερη και σωστότερη ιατρικονοσηλευτική περίθαλψη και πάντοτε με το 'ραμα της ριζικής αποθεραπείας των παιδιών τους. Έρχεται λοιπόν και το θέμα της μεταφοράς που επηρεάζει

και αυτοί με την σειρά-του την είδη επιβαρυνόμενη οικονομική και ψυχολογική κατάσταση των ανθρώπων αυτών. Όπως έχουμε είδη αναφέρει το θέμα της Μ.Α. δημιουργεί σοβαρές ενδοοικο-γενειακές προστριβές μεταξύ των γονέων οι οποίες γεννιούνται εξ'αιτίας του ότι ο ένας γονέας επιρίπτει ευθύνες στον άλλο, με τελικό αποτέλεσμα την διάσπαση της οικογένειας και την επιβάρυνση της ψυχολογικής καταστάσεις των παιδιών αυτών.

Η κοινωνία κλείνει τα μάτια απέναντι στο πρόβλημα αυτό φτάνοντας στην περιθωριοποίηση των ατόμων αυτών 56 γονείς ποσοστό 11,67% πιστεύουν ότι τα παιδιά τους αντιμετωπίζονται σαν άτομα με ειδικές ανάγκες, 98 γονείς ποσοστό 20,42% πιστεύουν ότι αντιμετωπίζονται με οίκτο, πιστεύουν ότι αντιμετωπίζονται με οίκτο, ενώ 8 γονείς ποσοστό 1,67% πιστεύουν ότι τα παιδιά τους απορρίπτονται από το κοινωνικό σύνολο δημιουργώντας τους έτσι ένα αίσθημα κατωτρότητας. 318 γονείς ποσοστό 66,25% πιστεύουν πως η κοινωνία βλέπει το παιδί τους σαν φυσιολογικό άτομο όπως και οι ίδιοι.

Παρατηρούμε όμως ότι στην ουσία ακόμα και αυτοί οι άνθρωποι που ζουν το πρόβλημα δεν γνωρίζουν με ποιό τρόπο μπορεί να τους προσφερθεί βοήθεια ή να ζημιωθούν, αγνοούν την ύπαρξη συλλόγων γονέων πασχόντων παιδιών από Μ.Α. Από 426 γονείς ποσοστό 88,75% που γνωρίζουν για τα παραπάνω, οι 236 ποσοστό 49,16% συμμετέχουν σε κάποιο σύλλογο.

Στην προσπάθεια να αιτιολογήσουμε το φαινόμενο αυτό γυρίσουμε πάλι πίσω στην περιθωριοποίηση των ανθρώπων αυτών. Μπορούμε να πούμε όμως ότι ευθύνονται και οι δυο πλευρές, από την μία η οικογένεια μέσα στην οποία επικρατεί η άποψη ότι γύρω μας είναι όλο εχθρούς, άνθρωποι που δεν καταλαβαίνουν το πρόβλημά μας, άτομα τα οποία δεν μας δέχονται.

Από την άλλη η κοινωνία όπου μέσα της ανακαλύπτουμε ακόμα και σήμερα άτομα που πιστεύουν ότι η Μ.Α. είναι μια ασθένεια που μπορεί να μας βλάψει, που μπορεί να "κολλήσω και εγώ". Δημιουργείται με άλλα λόγια ένας φαύλος κύκλος, που δεν βοηθά να ανοιχτεί το πρόβλημα αυτό στα μάτια του κόσμου, να γίνει γνωστό και να σταματήσει πλέον αυτός ο φόβος. Σε αυτό το σημείο βρίσκεται απάντηση το ερώτημα "αν θα συμβούλευαν τα άτομα που ζουν το πρόβλημα της Μ.Α. τα νέα ζευγάρια να κάνουν τις απαραίτητες προγαμιαίες εξετάσεις. Οι 469 γονείς ποσοστό 97,71 % θα το έκαναν, ενώ 11 γονείς ποσοστό 2,29% δεν θα το έκαναν για το λόγο ότι δεν θέλουν να συζητούν για την πάθηση αυτή. Ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτά είναι η ανεύρεση αίματος για την πραγματοποίηση της μετάγγισης, το σημαντικότερο στοιχείο που τους ενώνει με την ζωή.

Η αγωνία και το άγχος αυτών των ανθρώπων κορυφώνεται την στιγμή όπου η μετάγγιση είναι απαραίτητη να γίνει αλλά δεν υπάρχει η ανάλογη φιάλη αίματος και αυτή η αγωνία επαναλαμβάνεται 2ο και 3ης φορές το ίδιο μήνα.

Τα άτομα που πάσχουν από Μεσογειακή Αναιμία είναι άτομα κάθε ηλικίας που το καθένα μάχεται για τον αγώνα όλων και το δικό του ξεχωριστά.

Όταν ένα παιδί γεννιέται με Μεσ. Αναιμία και έρθει η στιγμή να πάει στο σχολείο, αισθάνεται ότι διαφέρει από τα άλλα άτομα, ψάχνει να βρει αυτή τη διαφορά χωρίς να ξέρει την σημασία της. Η ζωή είναι γεμάτη από κόκκινα υγρά ψυχρές βελόνες, ανθρώπους ντυμένους στα λευκά και εκείνο που το συνδέει με όλα αυτά είναι μόνο ο πόνος.

ΣΥΝΕΧΕΙΑ...

Μόνο 1 στους 100 ξέρει για το στίγμα

ΣΕΛ. 11

ΕΡΕΥΝΑ - ΣΟΚ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Οι 221 γονείς ποσοστό 465 πο απάντησαν πως τα παιδιά τους γνωρίζουν για τη βαρύτητα της νόσου αυτής, πιστεύουν ότι αντιδρούν θετικά, προσπαθούν και μάχονται ποιό πολύ και από τα υγιή, σπουδάζουν και προσπαθούν να πετύχουν στην ζωή τους όσα ποιό πολλά μπορούν. Υπάρχει όμως και η αντίθετη πλευρά των παιδιών που κλείνονται στον εαυτό τους, γίνονται εσωστρεφείς, εχθρικά, νωχελικά, αρνούνται την μόρφωση, την διασκέδαση θεωρούν το εαυτό τους αδικημένο σε σύγκριση με τα υγιή άτομα. Ίσως εδώ η εξήγηση να βρίσκεται και στους ίδιους τους γονείς, όπου έχοντας έντονο το αίσθημα της ενοχής φτάνουν στο σημείο να γίνονται υπερπροστατευτική, εμποδίζουν τα παιδιά τους να δραστηριοποιηθούν για να μην κουραστούν, να μην πληγωθούν. Οι ίδιοι οι γονείς εξομολογούνται πως σε κάθε ερώτηση των παιδιών τους ποτέ οι λέξεις δεν είναι κατάλληλες, δεν είναι αρκετές να δώσουν την πραγματική αλήθεια και έτσι αναγκάζονται να δημιουργούν ένα ψεύτικο κόσμο γύρω από το παιδί τους, που όταν φτάσει η στιγμή και το ανακαλύψει τότε πολλές φορές οι συνέπειες σ' αυτό είναι ολέθριες.

Περνώντας όμως τα χρόνια, η Μεσογειακή Αναιμία αποτελεί λοιπόν μια νόσο που σε διαφοροποιεί από τα άλλα άτομα ως προς την εμφάνιση, την εκτέλεση δραστηριοτήτων, τις χαρές της ζωής, την επίτευξη των στόχων και επιδιώξεων.

1 ΒΗΜΑ Δεκεμβρίου 1991

A52/ ρεπορτάζ

Στην ΕΛΛΑΔΑ κάθε χρόνο γεννιούνται περίπου 10-15 παιδιά με μεσογειακή αναιμία, β-μεσογειακή αναιμία. Ίσως μικρός ο αριθμός σε μια χώρα δέκα εκατομμυρίων κατοίκων, αλλά η νόσος, που οφείλεται σε μειωμένη σύνθεση της αιμοσφαιρίνης, θα μπορούσε να έχει εκλείψει ολοσχερώς. Όπως έγινε στην Κύπρο, όπου κανένα παιδί δεν γεννιέται πια με την κληρονομική αυτή νόσο.

Διάγνωση - αντιμετώπιση - θεραπεία: ιδού το τρίπτυχο του αγώνα των αιματολόγων. Στην περίπτωση ωστόσο της μεσογειακής αναιμίας, που σαν παιδιά της Μεσογείου που είμαστε, υπάρχει μια ακόμη πτυχή, η σημαντικότερη, που συνοψίζεται στη λέξη «πρόληψη». Είναι ο μόνος τρόπος για να σβήσουμε εντελώς την αρρώστια αυτή από τον τόπο μας.

Κάποια εποχή, η εξέταση των μελλονύμφων ήταν υποχρεωτική προκειμένου να διαπιστωθεί εγκαίρως αν και οι δυο υποψήφιοι γονείς είναι ετεροζυγώτες, οπότε έχουν πιθανότητα 25% να κάνουν παιδί ομοζυγώτη, δηλαδή πάσχον εκ μεσογειακής αναιμίας. Ο θεσμός αυτός χαρακτηρίστηκε «αντισυνταγματικός» και καταργήθηκε ενώ στην Κύπρο η Εκκλησία δεν τελεί μυστήριο γάμου αν δεν έχουν προηγουμένως εξετασθεί οι μελλόνυμοι. Γι' αυτό κατάφεραν να σταματήσουν τη διάδοση της ασθένειας.

Οι Έλληνες αιματολόγοι και τα κατά τόπου κέντρα (μονάδες σε περιφερειακά νοσοκομεία). Αποτελεί στρατηγείο αν και υπάρχουν προβλήματα επικοινωνίας, συνεργασίας, ανταλλαγής στοιχείων κ.λπ), το Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας, που υπάγεται στο Περιφεριακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό». Η διευθύντρια του, κυρία Αφροδίτη Λουτράδη- Αναγνώστου, μας δίνει μια εικόνα του αγώνα και των μέσων που διαθέτουμε για τη διεξαγωγή του.

Το Κέντρο διαθέτει τρεις μονάδες. Πρώτη η μονάδα πρόληψης. Εκεί μπορούν οι μελλόνυμοι να κάνουν τις εξετάσεις προκειμένου να διαπιστώσουν αν είναι ή όχι ετερόζυγοι, δηλαδή αν φέρουν το εις την καθομιλουμένην αναφερόμενο ως «στίγμα» της μεσογειακής αναιμίας στα χρωματοσώματά τους.

Οι πάσχοντες χρειάζονται συνεχείς μεταγγίσεις (2 ως 4 φιάλες τον μήνα, ανάλογα με την περίπτωση), διαδικασία αν όχι απλοποιημένη, τουλάχιστον σίγουρη και αποτελεσματική. Δεν συναντούμε όμως πια εις χαρακτηριστικές παραμορφώσεις ή τις υπερπλασίες συκωτιού και σπλήνος, που ήσαν το αποτέλεσμα των λίγων μεταγγίσεων, με συνέπεια την υπερτροφία του μυελού οστών.

Η αποσιδήρωση πάντως είναι το βασικό πρόβλημα σήμερα για όσους πάσχουν.

Γι' αυτό οι άρρωστοι χρησιμοποιούν επί οκτώ ώρες καθημερινώς μια μικρή συσκευή, που φέρουν επάνω τους. Η τρίτη μονάδα του Κέντρου ασχολείται ακριβώς με τη θεραπεία και τη φροντίδα των ενηλίκων που πάσχουν, κάνει τις μεταγγίσεις, χορηγεί τις συσκευές και όλα δωρεάν για εκείνους που δεν έχουν κάλυψη από κάποιο ασφαλιστικό ταμείο. Εισπράττουν άλλωστε και οι ασθενείς από το κράτος ειδικό επίδομα 15.000 δραχμών μηνιαίως.

2 Φεβρουαρίου 1992 Κυριακάτικη

Αιμοδοσιακή αγωγή και από την προσχολική ηλικία

Η έναρξη της αιμοδοσιακής αγωγής από την προσχολική ακόμη ηλικία, καθώς και νέοι τρόποι επικοινωνίας με του αιμοδότες, ενώ τονίστηκε η ανάγκη συγχρονισμού και αναδιοργάνωσης των υπηρεσιών αιμοδοσίας.

(Δεν γράφει από πια εφημερίδα)

Εθελοντές για το χάπι της μεσογειακής αναιμίας

Η ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ αναιμία δεν θεραπεύεται οριστικά. Αντιμετωπίζεται με μεταγγίσεις αίματος κάθε τρεις περίπου εβδομάδες και καθημερινή αποσιδήρωση με το φάρμακο δεσφεριμαξίνη, που διοχετεύεται στον οργανισμό υποδορίως με την βοήθεια μιας αντλίας. Η

αίποσιδήρωση είναι αρκετά δυσάρεστη, πολλές φορές προκαλεί πόνους και ερεθισμούς στο δέρμα, αλλά είναι απαραίτητη. Η μεγάλη ποσότητα σιδήρου στο αίμα, μετά από κάποια ηλικία μπορεί να προκαλέσει σοβαρές βλάβες στην καρδιά και σε άλλα όργανα. Στην Ελλάδα υπάρχουν περίπου 3.500 πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία. Σύμφωνα δε με στατιστικά στοιχεία, 8% του πληθυσμού της Ελλάδος είναι φορείς της νόσου. Στην περίπτωση που και οι δυο γονείς είναι φορείς, υπάρχει πιθανότητα 25% το παιδί που θα γεννηθεί να έχει μεσογειακή αναιμία.

.....
ΓΝΩΜΗ 24/8/92

ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ ΑΠΟ ΑΙΜΑ

Τα παιδιά που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία καθυστερούν σοβαρώτατα στην αναγκαία χορήγηση αίματος και τα πολλά επίγοντα τροχαία και άλλα περιστατικά.

.....
ΑΛΛΑΓΗ 20-8-92

Έκκληση για αίμα στο Νοσοκομείο Ρίου Κινδυνεύουν παιδιά με Μεσογειακή Αναιμία

Με αποτέλεσμα τα παιδιά που πάσχουν από Μεσογειακή Αναιμία να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα.

.....
ΕΘΝΙΚΟΣ ΚΗΡΥΞ 31-8-92

ΛΙΓΟ ΑΙΜΑ ΣΩΖΕΙ ΖΩΕΣ

Αλληπάλληλες Εκκλήσεις από το Π.Π.Ν.Ρ.

Τους καλοκαιρινούς μήνες λόγω των αυξημένων εκτάκτων περιστατικών που παρουσιάζονται στο νοσοκομείο και επειδή αρκετοί από τους εθελοντές αιμοδότες αυτόν τον καιρό λείπουν ενώ περιορίζεται και η εισαγωγή αίματος από την Ελβετία, 50 φιάλες αίμα από τις μεταγίσεις σε άτομα που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία, 40 φιάλες αίμα λιγότερες. Να περιμένουν μια - δυο ημέρες για τη μετάγχιση.

.....
ΗΜΕΡΗΣΙΟΣ ΚΗΡΥΞ 26-8-92

ΛΙΓΟ ΑΙΜΑ ΣΩΖΕΙ ΖΩΕΣ

ΑΛΛΕΠΑΛΛΗΛΕΣ ΕΚΚΛΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ Π.Π.Ν.Ρ.

50 φιάλες αίμα για να καλύψει τις ανάγκες που υπάρχουν από τις μεταγίσεις σε άτομα που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία.

.....
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ ΠΕΜΠΤΗ 8 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 1992

ΠΑΣΧΕΙ ΚΑΙ ΜΕΝΕΙ ΣΕ ΣΚΗΝΗ

Εννιά χρονών ζητά στέγη!

ΔΗΜΟΣ : ΕΙΜΑΣΤΕ ΕΙΜΑΣΤΕ ΑΝΑΡΜΟΔΙΟΙ

Η μικρή Γερασιμούλα μολύνθηκε από τον ιό HIV (ιό του AIDS) από τις μεταγίσεις αίματος που υφίσταται λόγω της μεσογειακής αναιμίας.

.....
ΤΟ ΒΗΜΑ 3 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1991

Αιμοδότες υπάρχουν, ιατροί λείπουν

Η στατιστική της αιμοδοσίας: ποιοι και πως καλύπτουν τις ανάγκες

Από 13,8% το 1985, έφθασε στο 25,6% κατά το 1990, ενώ το πρώτο εξάμηνο του 1991 το ποσοστό ανέβηκε στο 27,4% και ο χρόνος δεν έχει τελειώσει ακόμη.

Το μεγαλύτερο εν τούτοις ποσοστό του αίματος που συγκεντρώνεται ετησίως προέρχεται από το φιλικό και συγγενικό περιβάλλον των ασθενών. Το 1985 το αίμα αυτό κάλυπτε το 68,3% της συνολικής ποσότητας, τα επόμενα πέντε χρόνια το ποσοστό έπεσε στο 56,7%, ενώ κατά το πρώτο εξάμηνο του 1991 αυξάνεται πάλι στο 56,7%. Οι υπόλοιπες ανάγκες της χώρας σε αίμα καλύπτονται από τη στρατιωτική αιμοδοσία και από τον ελβετικό Ερυθρό Σταυρό. Το έτος 1990, οι Ένοπλες Δυνάμεις προσέφεραν 32.512 μονάδες αίματος. Όσον αφορά τους εθελοντές αιμοδότες (σε αυτούς το υπουργείο συμπεριλαμβάνει και τους συγγενείς των ασθενών), το 1985 προσέφεραν 55.812 μονάδες

αίματος από τις 403.720 που συγκεντρώθηκαν συνολικά. Και οι κινητές μονάδες αιμοληψίας περίπου 15-30 μονάδες ημερησίως.

Το «εθελοντικό αίμα» βρίσκεται ακόμη σε χαμηλά επίπεδα, αφού οι πάγιες ανάγκες της χώρας φθάνουν τις 500.000 μονάδες τον χρόνο. Η Ελλάδα, γενικώς δεν αντιμετωπίζει πρόβλημα έλλειψης αίματος καθ' όλη τη διάρκεια του έτους, παρά μόνο κατά τους θερινούς μήνες και τον Σεπτέμβριο και κατά την περίοδο των εορτών των Χριστουγέννων.

Το πραγματικό μέγεθος του προβλήματος γίνεται φανερό αν προστεθούν στα παραπάνω ποσοστά 3.500 άτομα με μεσογειακή αναιμία, τα οποία χρειάζονται συχνές μεταγγίσεις αίματος.

.....
ΝΕΑ- 27/10/93

«Υιοθεσία ζωής»

Ο Φίλιππος Θεσσαλονίκης, με την «υιοθεσία ζωής» βοηθάει παιδιά που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία να βρουν τη χαρά της ζωής και την αισιοδοξία για το μέλλον. Οι παίκτες της ομάδας μπάσκετ του Φιλίππου, δημιούργησαν τράπεζα αίματος για να βοηθήσουν τα παιδιά που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία.

.....
ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ -11/8/92

Ανθρωπιά στο Αιγαίο

Η όλη εκδήλωση είναι αφιερωμένη στους πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία και εντάσσεται στο πλαίσιο της διεθνούς Πανεπιστημιάδας Ιστιοπλοΐας που θα διεξαχθεί στην Κρήτη.

.....
ΑΛΛΑΓΗ - 11/11/92

ΣΤΟ ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ

Αιμοδοσία παιδιών στου διαδρόμους!

«ΝΟΣΟΥΝ» ΒΑΘΥΤΑ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΤΡΑΣ

Παιδιά με Μεσογειακή Αναιμία αναγκάζονται να δέχονται μεταγγίσεις αίματος στους διαδρόμους του Καραμανδάνειου Νοσοκομείου Παίδων, διότι δεν υπάρχουν κατάλληλοι χώροι...

.....
ΑΛΛΑΓΗ- Πέμπτη 20 Μαΐου 1993

ΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΑ

Πέθαναν παιδιά από ηπατίτιδα C και ιό του AIDS

Σάλος ξέσπασε χθες στην Πάτρα μετά την αποκάλυψη της 'Αλλαγής' ότι παιδιά με Μεσογειακή Αναιμία μολύνθηκαν από τον ιό της ηπατίτιδας- C στην αιμοδοσία του Περιφερειακού Νοσοκομείου Ρίου, μετά από μεταγγίσεις που έκαναν.

Το σημαντικότερο ωστόσο στοιχείο που συγκλονίζει την κοινή γνώμη, είναι ότι ο πρόεδρος του Συλλόγου Πασχόντων Μεσογειακής Αναιμίας, αποκάλυψε ότι, πέθανε ένα παιδί που προσβλήθηκε από τον ιό του AIDS, από μετάγγιση μολυσμένου αίματος που εισήχθη από την Ελβετία. Ακόμη ανέφερε ότι υπήρξαν και θύματα που προσβλήθηκαν από τον ιό της ηπατίτιδας-C.

Από τα 200 παιδιά που πάσχουν από Μεσογειακή Αναιμία και μεταγγίζονται στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ρίου, του 1992, από τα 70 παιδιά μόνο 9 παιδιά μολύνθηκαν από τον ιό της ηπατίτιδας-C.

80%, η κ. Ρέγκλη είπε 'εμείς ελέγχουμε το αίμα, είτε εισαγωγής είτε δικό μας, πολύ πριν μας δώσει σχετική εντολή το Υπουργείο Υγείας'.

Μιχ. Κουράτος επιβεβαίωσε πως τα κρούσματα ηπατίτιδας-C είναι πάρα πολλά.

Τέλος, αναφερόμενος ο κ. Κουράτος στο μολυσμένο από τον ιό του AIDS αίμα, που εισήχθη στη χώρα από τον Ελβετικό Ερυθρό Σταυρό, αλλά και από τη Γαλλία, είπε ότι 'ένα παιδί που έπασχε από AIDS, πέθανε πριν λίγο καιρό, ενώ ένα άλλο υποβάλλεται ήδη σε θεραπεία'.

Στην Πάτρα, κ. Μανιάτη ότι το αίμα από την Ελβετία είναι ακατάλληλο και ανέφερε ανέφερε ότι η μόνη λύση είναι η ανάπτυξη της εθελοντικής αιμοδοσίας.

ΗΜΕΡΗΣΙΟ - ΠΑΤΡΑ20-5-93

ΣΥΝΑΓΕΡΜΟΣ ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΙΜΑ

ΤΙ ΣΥΝΒΑΙΝΕΙ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΑ

Και δεν απέκλεισε την πιθανότητα μόλυνσης ορισμένων παιδιών, χωρίς να είναι σε θέση να προσδιορίσει τον αριθμό. Ο κ. Κουράτος τόνισε ότι υπάρχουν αρκετά άτομα που έσσουν προσβληθεί από ηπατίτιδα C, ενώ εντοπίστηκαν 2 κρούσματα AIDS.

Καραμανδανειού νοσοκομείου- δήλωσε ότι στο νοσοκομείο γίνονται μεταγγίσεις σε 70 περίπου παιδιά, τα 9 έχουν προσβληθεί από ηπατίτιδα C. Φορείς πολυμεταγγιζόμενα άτομα. Δυό απ' αυτούς έχουν πεθάνει.

ΑΛΛΑΓΗ - 21.5.93

ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΕΞΕΛΕΓΚΤΟ ΑΙΜΑ ΠΟΥ ΕΙΣΑΓΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ότι ακόμα και τα δυο τελευταία χρόνια δεν γίνεται έλεγχος στο αίμα που εισάγεται από την Ελβετία ή άλλη χώρα, προκαλεί έντονες ανησυχίες. Γιατί υποτίθεται ότι έχει ελεγχθεί στη χώρα απ' όπου αποστέλλεται! Κανείς όμως εδώ στην Ελλάδα, δεν μπορεί να είναι βέβαιος εάν πράγματι το αίμα αυτό έχει ελεγχθεί.

Στα νοσοκομεία της χώρας ελέγχεται μόνο το ντόπιο αίμα, αυτό που δίνουν οι εθελοντές αιμοδότες.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Παιδιά που πάσχουν από Μεσογειακή Αναιμία

Βεβαιώσεις ότι υπήρξαν και θάνατοι από τον ιό αυτό, καθώς και από το μολυσμένο αίμα με τον ιό του AIDS.

Όσο για τις υπόλοιπες 3 φιάλες, συνεχίζεται ο έλεγχος που έχει διαταχθεί.

Τρεις με AIDS

Πωλούν αίμα ...

"Στήνονται κάποιои έξω από τα Νοσοκομεία της Πάτρας και δίνουν αίμα με αμοιβή".

Αυτό τόνισε χθες ο πρόεδρος των Εθελοντών Αιμοδοτών «Ο Αιμοδότης» κ. Γιώργος Σιμιγιάτος. Τι λένε οι αρμόδιοι των διαφόρων υπηρεσιών της Αιμοδοσίας;

Άτομα με Μεσογειακή Αναιμία που έπαιρναν μεταγγίσεις πριν από το 1992 είχαν τον κίνδυνο μετάδοσης της ηπατίτιδας -C.

ΑΛΛΑΓΗ- 22 Μαΐου 1993

Η είδηση αυτή δεν αμφισβητήθηκε από κανένα.

Κοινή συνέντευξη Τύπου επιβεβαίωσαν ότι υπάρχουν πολλά κρούσματα που είχαν μολυνθεί πριν από τον Φεβρουάριο του '92".

Και δεν κάνουν τον κόπο ν' ανοίξουν, τουλάχιστον, οποιαδήποτε Αθηναϊκή εφημερίδα (χθες αναδημοσίευσάμε σχετικά κείμενα της « Ελευθεροτυπίας» και του «Έθνους») γιατί η αναδημοσίευση ανακριβών πληροφοριών θεωρείται ως επαλήθευσή τους. Να διαβάσουν τα ίδια με αυτά που εμείς αποκαλύψαμε.

Προβληματίζει γενικώς...

Τελικά η διευθύντρια της αιμοδοσίας του Περιφερειακού Νοσοκομείου Πατρών, προβληματίζει γενικώς...

Δήλωσε προχθές η Αιμοδοσία του Νοσοκομείου «Αγ. Ανδρέας» δεν δίνει στο δικό της τμήμα αιμοδοσίας αίμα, παρά το γεγονός ότι έχει περίσσειμα.

Απάντησε χθες η διευθύντρια Αιμοδοσίας του «Αγ. Ανδρέα» κ. Σπηλιωτακάρα, δηλώνοντας ότι έχει δώσει στο Ρίο τουλάχιστον 800 μονάδες αίματος.

Τελικά γιατί τέτοια ψεύδη;

ΑΛΛΑΓΗ - 6.5.1995

Νέα μέθοδος κατά της Μεσογειακής Αναιμίας

Εφαρμογή της βιοψίας τροφοβλάστησης - νέας μεθόδου για την διάγνωση της Μεσογειακής Αναιμίας, του συνδρόμου DOWN και άλλων χρωμοσωμικών ανωμαλιών του εμβρύου.

ΑΙΜΑ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΑ

Οι Σύλλογοι Αιμοδοσίας εξασφαλίζουν την επάρκεια

Φαινόμενο αγοραπωλησίας αίματος από άτομα τα οποία πατώντας πάνω στον ανθρώπινο πόνο να κερδίζουν τα « προς το ζην».

Οι εθελοντές αιμοδότες. Αυτοί που θα έχουν την νοοτροπία της κοινωνικής προσφοράς

Για ανάγκη συγγενικών τους προσώπων.

«Αγ.Ανδρέα» υπάρχουν προβλήματα τεχνικής υποδομής, ελλιπείς χώροι και έλλειψη

Η δημιουργία κινήτρων για την προσέλκυση αιμοδοτών.

Ο Αιμοδοτής

Στην πόλη της Πάτρας, ιδρυτής του συλλόγου ο κ. Σιμιγιάτος. Ο Αιμοδοτής καλύπτει άμεσες ανάγκες ατυχημάτων αλλά και τις έκτακτες περιπτώσεις κυρίως όταν αφορούν σπάνιες ομάδες αίματος. Αριθμεί 3.400 μέλη, και συνεργάζεται με τα τμήματα αιμοδοσίας του «Αγ.Ανδρέα» και του Καραμανδανείου Νοσοκομείο Παίδων.

Ο Αιμοδοτής διακίνησε πέρυσι 2.000 μονάδες αίματος.

Η πιο σημαντική προσφορά του αιμοδότη, λέει ο κ.Σιμιγιάτος είναι το γεγονός ότι χορηγεί φρέσκο αίμα στα 70 παιδιά που πάσχουν από Μεσογειακή Αναιμία στο Καραμανδάνειο.

Να μεταγγίζονται σε αραιότερα χρονικά διαστήματα.

Γνωστό ότι λείπει αίμα.

Η κ. Αγγελική Ρέγγλη διευθύντρια του τμήματος αιμοδοσίας του Νοσοκομείου θέλοντας να δείξει την έλλειψη στήριξης ακόμη και από τους συγγενείς των παιδιών που νοσηλεύονται.

Χαρακτηριστικό το γεγονός ότι τα παιδιά με την μεσογειακή αναιμία στο Καραμανδάνειο έχουν μόνο 10% ηπατίτιδας C πράγμα το οποίο δίνει την εικόνα της σωστής αιμοδοσίας.

«Είναι το μόνο Νοσοκομείο στην Ελλάδα που παρέχει φρέσκο αίμα». Όσο για παλαιότερο δημοσίευμα ότι μεταγγίζουμε τα τα παιδιά στους διαδρόμους, αυτό είναι παράλογο και πέρα για πέρα ψευδές» τονίζει.

Να αλλάξουμε την νοοτροπία του Έλληνα αιμοδότη, λέει η κ.Μανιάτη

ΑΛΛΑΓΗ 22 Μαΐου σελ. 3

Το μολυσμένο αίμα είναι εδώ!

Όλοι τώρα επιβεβαιώνουν τις αποκαλύψεις της 'Α' σχετικά με το μολυσμένο αίμα όπου μεταγγίσθηκαν παιδιά με Μεσογειακή Αναιμία και προσβλήθηκαν με τον ιό της ηπατίτιδας C.

Το ότι έχουν προσβληθεί παιδιά με Μεσογειακή Αναιμία από τον ιό της ηπατίτιδας C, δημοσιεύσαμε τις πληροφορίες μας και που αντισταθήκαμε στην (αρχικά) επιχειρούμενη κατασυκοφάντηση της εφημερίδας, που αποδείχθηκε ότι επιτέλεσε το καθήκον της.

ΗΜΕΡΑ 17-11-94

ΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΣΤΟ ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ;

Φρέσκο αίμα, με αίμα που λήγει σε λίγες μέρες. Δεν έχει γιατρό να κάνει τις αιμοληψίες.

ΓΕΓΟΝΟΤΑ 11-10-94

Επιστημονική συνάντηση για τη Μεσογειακή Αναιμία

*Συμμετείχε από την Πάτρα ο κ.Μιχάλης Κουράτος

Παιδιατρικών Κλινικών των Πανεπιστημίων, των Ιωαννίνων και των Τιράνων.

στη διάρκεια των εργασιών της συνάντησης, τονίστηκε η αναγκαιότητα πρόληψης της Μεσογειακής Αναιμίας, μεγάλο κομμάτι της οποίας προσπάθειας, θα αναλάβουν οι μαευτήρες.

Για τις νέες μεθόδους θεραπείας ή αντιμετώπισης της ασθένειας, όπως αυτή των μεταγγίσεων με νεαρά αιμοσφαίρια.

Να εφαρμοστεί στη χώρα μας αφού προϋποθέτει μεγαλύτερες ποσότητες αίματος, ενώ η προσφορά είναι σχετικά μικρή.

ΕΘΝΙΚΟΣ ΚΗΡΥΞ 25-4-95

ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΠΙΔΑ

Ιδιαίτερη βαρύτητα στην ευαισθητοποίηση του κοινού, προκειμένου όλο και περισσότεροι να γίνονται δωρητές οργάνων και ιστών καθώς επίσης προσέλευσής του στην εθελοντική αιμοδοσία.

ΕΘΝΙΚΟΣ ΚΗΡΥΞ 10.4.95

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΜΕΡΙΔΑ

"Καρδιολογικά προβλήματα στη Μεσογειακή αναιμία: έχει θέση η μεταμόσχευση της καρδιάς;" είναι το ενδιαφέρον θέμα, που θα αποτελέσει αντικείμενο ημερίδας, η οποία θα διεξαχθεί στο αμφιθέατρο της Ιατρικής Σχολής (Α-1) του Πανεπιστημίου Πατρών, τη Μεγάλη Δευτέρα. Τη διοργάνωσή της έχουν αναλάβει το τμήμα Καρδιολογίας και Αιματολογίας της Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής, ο Αχαϊκός Σύλλογος Προστασίας πασχόντων από Μεσογειακή Αναιμία, η Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Μεσογειακής Αναιμίας και ο Γερμανικός Σύλλογος ασθενών με μεταμοσχευμένη καρδιά. Συντονιστές της ημερίδας είναι οι καθηγητές Α.Βαγενάκης, Α.Μανώλης, Ν.Ζούμπος, και Δ.Αλεξόπουλος, ενώ την οργανωτική επιτροπή αποτελούν οι Γ.Χάχαλης, Μιχ.Κουράτος, Ν. Ζούμπος, Γιάννα Γερασιμίδου και Μαρία Τηνιακού.

ΓΝΩΜΗ 10-4-95

Τα καρδιολογικά προβλήματα και η Μεσογειακή Αναιμία

Επιστημονική ημερίδα με θέμα "Καρδιολογικά προβλήματα στη Μεσογειακή Αναιμία

- έχει θέση η μεταμόσχευση καρδιάς", διοργανώνεται την προσεχή Δευτέρα στο Αμφιθέατρο της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου.

Την ημερίδα συνδιοργανώνουν Τμήμα Καρδιολογίας και Αιματολογίας του Π.Π.Ν.Ρ., ο Αχαϊκός σύλλογος Προστασίας Πασχόντων από Μεσογειακή Αναιμία, η Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Μεσογειακής Αναιμίας και ο σύλλογος των ασθενών με μεταμοσχευμένη καρδιά.

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ 31-12-94

ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Προσεκτική τήρηση οδηγιών

«να τηρούνται προσεκτικά οι οδηγίες που δίνουμε στους ασθενείς, ώστε να μην επιβαρύνεται η υγεία τους και οπωσδήποτε να αποφεύγεται η καρδιακή ανεπάρκεια.

ΓΝΩΜΗ 16.1.1995

ΚΗΔΕΥΤΗΚΕ Ο ΠΑΤΡΙΝΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ

Έφυγε το γελαστό παιδί

Κηδεύτηκε το πρωί της περ.Πέμπτης από τον Ιερό Ναό Αγίου Ανδρέα ο 23χρονος Πατρινός φοιτητής της Ιατρικής Παναγιώτης Βασιλείου, που άφησε την τελευταία του πνοή τα ξημερώματα της προπ. Κυριακής στο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο Μπαν Ενχάουζεν

Ο άτυχος φοιτητής που έπασχε από μεσογειακή αναιμία, είχε υποβληθεί σε μεταμόσχευση καρδιάς, αλλά δεν άντεξε. Εκατοντάδες συμπολίτες, κυρίως μέλη της Πανεπιστημιακής κοινότητας παρακολούθησαν την νεκρώσιμη ακολουθία και συλλυπήθηκαν τους γονείς του Νότα και Χρήστο, ην αδελφή του Αρετή και τους άλλους συγγενείς.

Τον Παναγιώτη Βασιλείου, το χαμογελαστό παιδί με τον αδαμάντινο χαρακτήρα και τις πλούσιες αρετές, αποχαιρέτησαν ο πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής καθηγητής Γ.Δημητρακόπουλος, ο πρόεδρος του Συλλόγου Φοιτητών Ιατρικής Μ.Κωνσταντινίδης και η Γιώτα Αντωνία εκ μέρους των συγγενών.

Ο Σύλλογος Φοιτητών της Ιατρικής του Πανεπιστημίου Πατρών στη μνήμη του Παναγιώτη Βασιλείου θα διοργανώσει ημερίδα αιμοδοσίας, ενώ άνοιξε λογαριασμό στην Εθνική Τράπεζα (αριθμός 817/601803-3).

ΑΛΛΑΓΗ 1-2-95

ΝΕΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ

ΝΕΑ ΥΟΡΚΗ. Στο επιστημονικό παράρτημα των «Τάιμς» Νέας Υόρκης, σε ρεπορτάζαπὸ την Bethesda του Μέριλαντ, που απευθύνεται στον ιατρικό κόσμο της χώρας αναφέρεται ότι

το φάρμακο Hydroxyurea μπορεί να χρησιμοποιείται στους πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία καθώς διάφορα τεστ που έλαβαν χώρα επί μια εξαετία, απέδειξαν ότι όχι μόνο ανακουφίζει από τα οδονηρά συμπτώματα, αλλά και δρα εναντίον των αιτιών που προκαλούν την ασθένεια. Πάντως, η Διοίκηση Τροφίμων και Φαρμάκων δεν έχουν ακόμη εκδώσει επίσημη άδεια χρήσης του φαρμάκου, που κατασκευάζεται από την εταιρία Bristol-Myers Squibb, γιατί θέλει να μελετήσει πρώτα διεξοδικά τα αποτελέσματα των σχετικών ερευνών.

Εξάλλου, οι ειδικοί προειδοποιούν ότι το φάρμακο μπορεί να έχει δυσμενείς παρενέργειες σε ωρισμένους ασθενείς και οπωσδήποτε δεν πρέπει να δίνεται σε γυναίκες, «που σχεδιάζουν να αποκτήσουν παιδιά» και προς το παρόν, ούτε σε ανήλικους.

ΔΕΥΤΕΡΑ 6 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 1995

Νέο φάρμακο πολεμά την Μεσογειακή Αναιμία

Στο επιστημονικό παράρτημα των «Τάιμς» Νέας Υόρκης, σε ρεπορτάζ από την Bethesda του Μέριλαντ, που απευθύνεται στον Ιατρικό κόσμο της χώρας αναφέρεται ότι το φάρμακο Hydroxyurea μπορεί να χρησιμοποιείται στους πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία, καθώς διάφορα τεστ, που έλαβαν χώρα επί μια εξαετία, απέδειξαν, ότι όχι μόνο ανακουφίζει από τα οδονηρά συμπτώματα αλλά και δρα εναντίον των αιτιών, που προκαλούν την ασθένεια.

Πάντως η Διοίκηση Τροφίμων και Φαρμάκων δεν έχουν ακόμη εκδώσει επίσημη άδεια χρήσης του φαρμάκου, που κατασκευάζεται από την εταιρία Bristol-Myers Squibb, γιατί θέλει πρώτα διεξοδικά τα αποτελέσματα των σχετικών ερευνών.

Εξάλλου, οι ειδικοί προειδοποιούν ότι το φάρμακο μπορεί να έχει δυσμενείς παρενέργειες σε ορισμένους ασθενείς και οπωσδήποτε δεν πρέπει να δίνεται σε γυναίκες «που σχεδιάζουν να αποκτήσουν παιδιά» και προς το παρόν, ούτε σε ανήλικους.

ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΔΕΥΤΕΡΑ 10 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 1995

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΗΜΕΡΙΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Ημερίδα με θέμα «καρδιολογικά προβλήματα στη Μεσογειακή Αναιμία: Έχει θέση η μεταμόσχευση καρδιάς;», θα πραγματοποιηθεί στην Πάτρα, τη Μεγάλη Δευτέρα 17 Απριλίου

Οι εργασίες της Ημερίδας θα αρχίσουν στις 8π.μ., στο Αμφιθέατρο της Ιατρικής Σχολής ΑΙ-1 του Πανεπιστημίου της Πάτρας (δίπλα στο Παν/κό Νοσοκομείο).

Την ευθύνη της διοργάνωσης έχουν, η Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική-Τμήμα Καρδιολογίας και Αιματολογίας, ο Αχαϊκός Σύλλογος Προστασίας Πασχόντων από Μεσογειακή Αναιμία, η Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Μεσογειακής Αναιμίας και ο Γερμανικός Σύλλογος Ασθενών με μεταμοσχευμένη καρδιά.

Συντονιστές θα είναι οι κ.κ.Α. Βαγενάκης, Α. Μανώλης, Ν. Ζούμπος και Δ. Αλεξόπουλος.

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει:

- * 8.8,30 π.μ. Χαιρετισμούς παρισταμένων
- * 8.30 - 8.40 π.μ. Παθογένεια της αιμοχρωμάτωσης (Ν. Ζούμπος)
- * 8.45-8.55': Καρδιακή ανεπάρκεια στη Μεσογειακή Αναιμία (Γ. Χάχαλης).
- * 9-9.10': Αρρυθμίες στην καρδιακή ανεπάρκεια (Α. Μανώλης).
- * 9.15 - 9.25: Προοπτική των μεταμοσχεύσεων καρδιάς στην Ελλάδα (Π. Αλιβιζάτος).
- * 9.30-9.40': Αρρυθμίες στους ασθενείς με μεταμοσχευμένη καρδιά (Δ. Αλεξόπουλος).
- * 9.45-10.10: Καφές.
- * 10.10-10.20: Ο ρόλος των ανταγωνιστών ασβεστίου στην μεταμοσχευμένη καρδιά (Λ. Γεωργακόπουλος).
- * 10.20-10.30: Εννοια και σκοπός των ομάδων αυτοϋποστήριξης (G. Gottschalk).
- 10.35- 10.50: Μεταμόσχευση καρδιάς σε ασθενείς με αιμοσιδήρωση (M. Korner).
- * 10.55-11.10: Εμπειρία μεταμοσχεύσεων καρδιάς στο καρδιοχειρουργικό κέντρο Bad Oeynhausen, Γερμανίας (R. Korfer).
- * 11.15-11.30: Συμπεράσματα

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ 20.5.93

Ο Κίνδυνος Απομόνωσης
Παρενέργειες δημοσιότητας...
Τι λένε οι πάσχοντες

Είναι η αναβίωση του πνεύματος κοινωνικής απομόνωσης τους, μια συμπεριφορά που ευθυγραμμίζεται στις συνθήκες πανικού μέσα από τις οποίες γίνεται κάθε φορά από τις οποίες γίνεται κάθε φορά η δημόσια συζήτηση για το AIDS ή την ηπατίτιδα.

* Από το 1985 καθιερώθηκαν και ακολουθούνται με ευλάβεια οι έλεγχοι των φιάλων αίματος για τον ιό του AIDS

* Από το 1992 (Φεβρουάριος) καθιερώθηκαν τα τεστ που ανιχνεύουν τον ιό της ηπατίτιδας.

Το ενδεχόμενο να εκτέθηκε κάποιος στον ιό της ηπατίτιδας, δεν αφορά μόνο τα πολυμεταγγιζόμενα άτομα, στα οποία συνήθως «εστιάζεται» η η επικαιρότητα όταν ανακινείται ζήτημα μολυσμένου αίματος...

«Οι 6 φιάλες αίματος απ'αυτές που μας έστειλε ο Ελβετικός Ερυθρός Σταυρός και οι οποίες είχαν κωδικούς των ετών, 1987, 1989, 1990, και 1991 ήταν αρνητικές για AIDS και οι δότες έγιναν θετικοί για AIDS μετά όμως τις ημερομηνίες αυτές», δήλωσε ο Υπουργός Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων κ. Δημ. Σιούφας.

Ο χρόνος επώασης του ιού του AIDS είναι οι τρεις μήνες, υπογράμμισε και πρόσθεσε ότι οι από πάνω πληροφορίες δόθηκαν επίσημα Ελβετικό Ερυθρό Σταυρό.

.....
Τεύχος 2ο σελ 6

ΘΕΜΑΤΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

Έδαφος οι ιδιωτικές τράπεζες αίματος. Δημιούργησαν η μικροβιολόγος Ιφιγένεια Νικολαΐδου -Κέκκα και η κλινική του Γρηγορίου Σολωμού.

Το 1979 ο τότε Υπουργός Υγείας κ. Σπύρος δοξιάδης, πήρε μια πρωτοποριακή απόφαση και δια νόμου κατήργησε το εμπόριο αίματος.

της ΑΜΙΑΝΤΙΤ

.....
ΠΕΛΟΠΟΝΗΣΟΣ 17-12-1992

ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ

Οι μαθητές και οι καθηγητές του Πολυκλαδικού Λυκείου Πάτρας οργανώνουν εθελοντική αιμοδοσία στο σχολείο τους τη Δευτέρα 21 Δεκεμβρίου.

Καλούν δε τους συμπολίτες και ιδιαίτερα τους νέους να ανταποκριθούν σε αυτή την εκδήλωση ανθρωπιάς και πολιτισμού.

.....
ΓΝΩΜΗ 20-4-1993

ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ «ΘΕΜΑΤΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ»

Ο Β΄ Διαγωνισμός Αφίσας

ΕΩΣ ΤΙΣ 30 ΜΑΙΟΥ Η ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ «ΘΕΜΑΤΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ» προκηρύσσει διαγωνισμό αφίσας με θέμα σχετικό με την Εθελοντική αιμοδοσία.

Το σχέδιο να είναι ενυπόγραφο και μπορεί να είναι ασπρόμυρο, ή δίχρωμο αφίσας, ή τετράχρωμο κ.λπ. Οι συμμετέχοντες στον διαγωνισμό προσφέρουν τα έργα τους στο Κέντρο Αιμοδοσίας του Π.Π.Γ.Ν. Πατρών. Οι δημιουργοί όλων των έργων θα τιμηθούν σε ειδική εκδήλωση της αιμοδοσίας. Τα καλύτερα έργα θα τυπωθούν σε αφίσσα.

Ημερομηνία λήξης του διαγωνισμού: 30-5-1993 Τα σχέδια να στέλνονται στο :

ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΤΟΥ Π.Π.Γ.Ν.ΠΑΤΡΩΝ . (Υπ' όψιν κ.Λεωνίδα Καρνάρου) Τ.Κ. 26500 Ρίο Πατρών.

.....
Γνωμη 20-4-93

Εξαιρετικά επιμελημένο κυκλοφόρησε το νέο 50ό τεύχος του τριμηνιαίου περιοδικού «Θέματα Αιμοδοσίας» που εκδίδει το Εργαστήριο Αιματολογίας-Αιμοδοσίας του Πανεπιστημίου Πατρών και το Κέντρο Αιμοδοσίας του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών! Πολύ ενδιαφέρον όσο και ιδιαίτερα χρήσιμο περιλαμβάνει στις σελίδες του, επιστημονικά και άλλα ενημερωτικά θέματα που άπτονται του αίματος και τα υπογράφουν οι: Ιπποκράτης Τσεβρένης, Μαρία Βάρλα-Λευτεριώτη, Ελένη Θεοδωρή, πατήρ Ιγνάτιος Δελημπαλάς, Τζέννη Πιτταδάκη, Αλίκη Καλλινίκου-Μανιάτη, ενώ υπεύθυνοι της συντακτικής επιτροπής είναι οι: Αλίκη Καλλινίκου-Μανιάτη, Λεωνίδα Καρνάρου και Ελένη Θεοδωρή.

Ο ΑΔΙΑΚΡΙΤΟΣ

ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ 30-4-93

Εθελοντές Ζωής

Η πρώτη αιμοληψία της νεοσύστατης Δημοτικής Τράπεζας Αίματος του Δήμου Ελευσίνας θα διεξαχθεί τη Δευτέρα 3 Μαΐου, από τις 4 το απογευμα, στο χώρο του Πνευματικού Κέντρου του δήμου (Πάγκαλου 52). Παράλληλα όμως οι κάτοικοι της πόλης καλούνται να γίνουν συστηματικοί εθελοντές αιμοδότες για να καλυφθεί μέρος έστω της ποσότητας που χρειάζονται οι 35.000 συμπολίτες τους.

Την ημέρα της αιμοδοσίας πάντως, όσοι προσέλθουν καλό θα είναι να έχουν κοιμηθεί καλά το προηγούμενο βράδυ να μην έχουν κάνει χρήση οινόπνευματων ποτών και να έχουν περάσει τουλάχιστον 3 ώρες από το τελευταίο τους γεύμα. Για περισσότερες πληροφορίες καλέστε στα 55.41.164, 55.49.148, 5548 997.

ΓΝΩΜΗ 17-5 1993

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΚΟΙΝ.ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΟ

"Ευχαριστούμε θερμά και συγχαίρουμε τους Εθελοντές Αιμοδότες για την εξαιρετική σημαντική προσφορά τους στην αιμοληψία που οργανώθηκε στην κεντρική Πλατεία Καλαβρύτων την Πέμπτη 29.4.93 και από ώρα 10.00 έως 18.00 από Φορείς- Υπηρεσίες των Καλαβρύτων και σε συνεργασία με το Κέντρο Αιμοδοσίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών.

Συμμετείχαν ο δήμαρχος Καλαβρύτων κ. Δημήτριος Νικολάου με την σύζυγό του, ο Πρόεδρος του Εργατοπαληλικού Κέντρου κ. Κων/νος Σιάτος, οι Δ/ντές του Νοσοκομείου Καλαβρύτων κ. Γεώργιος Χάμφας και Θεόδωρος Νασιώτης, Εκπρόσωποι Υπηρεσιών και μεγάλος αριθμός Αιμοδοτών.

Συνολικά 47 άτομα έδωσαν αίμα, πράγμα που δείχνει την σημαντική ευαισθητοποίηση που υπάρχει στην πόλη των Καλαβρύτων για εθελοντική Αιμοδοσία".

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ.

Γ. ΠΑΠΑΓΙΑΒΗΣ

ΓΝΩΜΗ 4-1-93

ΣΥΓΧΑΡΗΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΟΥΣ

Η " Ημέρα εθελοντικής Αιμοδοσίας" που οργάνωσε στις 21-12-1992 το Πολυκλαδικό Λύκειο Πατρών είχε εξαιρετική επιτυχία.

Για πρώτη φορά ένας μεγάλος αριθμός 68 μαθητών ηλικίας 17 ετών μόλις έγιναν Εθελοντές Αιμοδότες.

Καθηγητές αλλά κυρίως τους μαθητές και τους γονείς τους που κατάλαβαν το νόημα και την αξία της εθελοντικής προσφοράς αίματος και ανταποκρίθηκαν.

Κέντρο Αιμοδοσίας του Π.Π.Γ.Ν.Π. Καθηγ. Αλίκη Καλλινίκου - Μανιάτη

«Η ΗΜΕΡΑ» ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 15- ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ- 1993

Πλήθος αιμοδοτών στην πίστα του ΠΠΓΝΠ

ΕΙΔΙΚΗ ΜΝΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΟΛΥΚΛΑΔΙΚΟ ΑΠΟ ΤΗΝ κ. ΜΑΝΙΑΤΗ ΚΑΙ ΒΡΑΒΕΥΣΗ 84 ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ

από την εργασία τους για όσους προσφέρουν αίμα.

Ιανουάριος-Μάρτιος 1990 «Ο ΠΟΛΥΤΕΚΝΟΣ»

ΟΙ ΠΡΩΤΟΙ ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ

Στην έκκληση της Οργάνωσης μας για την δημιουργία Τράπεζας αίματος εδήλωσαν αιμοδότες οι παρακάτω πολύτεκνοι, οι οποίοι και αποτέλεσαν την πρώτη ομάδα αιμοδοτών πολυτέκνων.

Αθανασόπουλος Γεώργιος, Αντωνόπουλος Δημήτριος, Βουκελάτος Χρήστος, Γεωργίου Βασίλειος (ιερέυς), Διονυσόπουλος Διονύσιος, Διονυσιοπούλου Μαρία, Κουτσόπουλος Διονύσιος, Κωνσταντοπούλου Όλγα, Κοσπέτας Δημήτριος, Κωνσταντινόπουλος Δημήτριος, Καρτέρη Μαρία, Μαργαρίτης Λεωνίδας, Μηλιώνη Βασιλική, Μπλέτας Ανδρέας, Μπλέτα Φωτεινή, Νταγιούκλα Ειρήνη, Παύλου Νίκος, Παντελή Ιωάννα, Σαρρής Γεώργιος, Σαρρή Ελένη, Φιλιππούλου Αδαμαντία.

Πρέπει να σημειώσουμε ότι πέντε (5) από τους παραπάνω αιμοδότες εδήλωσε ο υπερπολύτεκνος εφημέριος του Ιερού Ναού Αγίου Ανδρέου Εγλυκάδος π. Δημήτριος

Αθανασόπουλος. Το παράδειγμα των παραπάνω αιμοδοτών ελπίζουμε να ακολουθήσουν και άλλοι συνάδελφοι πολύτεκνοι.

ΑΛΛΑΓΗ 22.5.93

Η αιμοδοσία μπορεί να ωφελεί τον Αιμοδότη!

Ένα πρόσφατο άρθρο στο περιοδικό Vox Sanguinis θίγει ένα πολύ ενδιαφέρον θέμα. Ο συγγραφέας του άρθρου Δρ. Jerome Sullivan του Πανεπιστημίου της Νότιας Καρολίνας των ΗΠΑ διατυπώνει την ενδιαφέρουσα υπόθεση ότι η συχνότητα της ισχαιμικής καρδιοπάθειας είναι μικρότερη στα άτομα που στερούνται αποθηκών σιδήρου. Παραθέτουμε μια περίληψη του άρθρου σε μεταφραση γιατί πιστεύουμε ότι θα ενδιαφέρει τόσο τους αιμοδότες όσο και τις αιμοδοσίες. Η απώλεια σημαντικών ποσοτήτων σιδήρου θεωρείται σαν ένας πιθανός κίνδυνος για όσους αιμοδοτούν συχνά, γι' αυτό και η συχνότητα αιμοδοσίας είναι αυστηρά καθορισμένη. Δεν είχαμε μέχρι τώρα συνειδητοποιήσει ότι η μείωση των αποθηκών του σώματος σε σίδηρο θα μπορεί να είναι και ωφέλιμη. Ορισμένες παράτηρήσεις και πρόσφατα πειραματικά δεδομένα ενισχύουν τη θεωρία που προτάθηκε κατ' αρχήν το 1981 και η οποία υποστηρίζει ότι η μείωση των αποθηκών σιδήρου συνεπάγεται μείωση της συχνότητας ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Τα δεδομένα αυτά είναι:

1) Η μειωμένη συχνότητα εμφράγματος του μυοκαρδίου στις γυναίκες πριν από την εμμηνόπαυση, ακόμη και όταν είναι αποτέλεσμα απλής υστεροκτομής και με ανέπαφη ορμονική λειτουργία.

2) Γυναίκες με ιδιοπαθή υπερχοληστεριναιμία έχουν μικρότερη συχνότητα εμφραγμάτων από τους άνδρες παρ' όλο ότι τα επίπεδα χοληστερίνης είναι πολύ αυξημένα και στους δύο.

3) Πρόσφατη διεθνής μελέτη επιβεβαιώνει τη σχέση μεταξύ αποθηκών σιδήρου και θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια.

4) Σε πειραματόζωα που υποβλήθηκαν σε τεχνητή στένωση των στεφανιαίων ή βλάβη του μυοκαρδίου μειώθηκε όταν με χορήγηση δεσφεροξαμίνης μείωσαν τον αποθηκευμένο σίδηρο.

5) Είναι γνωστό ότι η αυξημένη εναπόθεση σιδήρου είναι τοξική για το μυοκάρδιο

Ο Δρ. Sullivan προτείνει μια συστηματική μελέτη των τακτικών αιμοδοτών σχετικά με τη συχνότητα σ' αυτούς της ισχαιμικής καρδιοπάθειας για να ελεχθεί κατά πόσον ισχύει η προτεινόμενη υπόθεση. Πιο συγκεκριμένα προτείνει μια πολυκεντρική μελέτη που θα προσδιορίσει σε καινούργιους αιμοδότες διαχρονικά τη συχνότητα εμφράγματος μυοκαρδίου σε σχέση με τη συχνότητα αιμοδοσίας και περιμένει να δει σημαντική διαφορά ανάμεσα σ' αυτούς που δίνουν αίμα πολύ συχνά σε σύγκριση με αυτούς που έδωσαν μια φορά μόνο ή που δίνουν σε πολύ αραιά διαστήματα. Μια δεύτερη μελέτη που προτείνει είναι η σύγκριση (ως προς τη συχνότητα εμφράγματος) μιας ομάδας εθελοντών αιμοδοτών με μια ομάδα δοτών πλάσματος. Παράλληλα οι μελέτες αυτές αν τα άτομα παρακολουθηθούν για μακρό χρονικό διάστημα θα μπορούσαν να απαντήσουν και σε μια άλλη υπόθεση που υποστηρίζει ότι η μείωση των αποθηκών των αποθηκών σιδήρου προφυλάσσει από την ανάπτυξη κακοηθών νεοπλασιών. Εάν αποδειχθούν σωστές οι υποθέσεις αυτές θα έχουν σαν αποτέλεσμα μεγάλη αύξηση στην προσφορά εθελοντικού αίματος. Βέβαια υπάρχει ο κίνδυνος με το κίνητρο αυτό να προσέρχονται για αιμοδοσία άτομα όχι απολύτως κατάλληλα για αιμοδοσία και οι υπεύθυνοι αιμοδοσίας θα χρειασθεί να καθιερώσουν ακόμη αυστηρότερα κριτήρια επιλογής. Οπωσδήποτε θα πάψει να παρατηρείται η έλλειψη αίματος που τόσο συχνά μας προβληματίζει.

ΖΗΤΟΥΝΤΑΙ ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ ΑΙΜΟΔΟΤΕΣ

Την Τετάρτη 19 Δεκέμβρη στο Κέντρο Υγείας της πόλης μας τα μέλη του συλλόγου εθελοντών αιμοδοτών που στην πλειοψηφία τους ανήκουν στο επιστημονικό διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό του Κ.Υ. Κ.Αχαΐας για δεύτερη φορά μέσα σε δυο μήνες έδωσαν αίμα.

Φιλοδοξία του συλλόγου είναι να καλύψει τις ανάγκες αίματος της περιοχής ευθύνης του Κ.Υ. Καλούν λοιπόν όλους να δώσουν το παρόν σε μια μεγάλη πράγματι ανθρωπιστική προσπάθεια.

Ο εθελοντής αιμοδότης πρέπει να γνωρίζει ότι υποχρεούται να δίνει αίμα τουλάχιστον μια ή δυο φορές το χρόνο. Αυτό του εξασφαλίζει την δυνατότητα να κάνει χρήση αίματος σε περίπτωση που χρειαστεί ο ίδιος ή μέλος της οικογένειάς του.

Πληροφορίες στον Πρόεδρο του Συλλόγου Εθελοντών Αιμοδοτών κ.Βασιλόπουλο Κων/νο ιατρό Κέντρο Υγείας Κ. Αχαΐας τηλ.23.760-1-2-3.

Επίσης από τις 28 έως 31 Μαΐου θα λειτουργήσει στο ισόγειο της Δημοτικής βιβλιοθήκης, έκθεση με θέμα την αιμοδοσία που θα περιλαμβάνει φωτογραφίες, αφίσσες και ανάλογο υλικό. Η έκθεση θα λειτουργεί από 10π.μ.-1μ.μ. και 6μ.μ.-9μ.μ.

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ 21/5/92

* **ΕΚΘΕΣΗ** με θέμα την αιμοδοσία θα λειτουργήσει από τις 28 έως τις 31 Μαΐου στο ισόγειο της Δημοτικής Βιβλιοθήκης. Με την ευκαιρία της συμπλήρωσης 3 χρόνων λειτουργία του Κέντρου Αιμοδοσίας του ΠΠΝΡ. Η οργάνωση της έκθεσης έχει ως στόχο να «γνωρίσει στους συμπολίτες την συμβολή της εθελοντικής αιμοδοσίας, στην σωτηρία συνανθρώπων μας.

«ΠΑΤΡΙΣ» ΠΥΡΓΟΥ ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1992

ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΑΣΤΟΥΝΗΣ

Αιμοληψία μετά από δέκα χρόνια!

Δέκα χρόνια είχε γίνει αιμοληψία στο Κέντρο Υγείας Γαστούνης.

Προχθές όμως οι αρκετοί κάτοικοι της περιοχής προσήλθαν εθελοντικά στο κέντρο αιμοδοσίας και προσέφεραν - με ανώδυνο τρόπο - μικρή ποσότητα από τα πολυτιμότερα συστατικά του ανθρώπινου οργανισμού, το αίμα.

Συνολικά αίμα έδωσαν 36 εθελοντές ενώ ο αριθμός τους θα ήταν μεγαλύτερος, εάν η αιμοληψία γινόταν και τις απογευματινές ώρες.

« Η σωστή ενημέρωση που είχε γίνει τις προηγούμενες ημέρες βοήθησε στην ανταπόκριση του κόσμου. Εμείς είχαμε αναγγείλει δια μέσω του τύπου και του ραδιοφώνου την προσπάθειά μας, ενώ μεταβήκαμε σε υπηρεσίες και κολλήσαμε αφίσσες που ανέφεραν πόσο χρήσιμο και ανώδυνο είναι να δίνει κάποιος αίμα», τόνισε στην «Π» η υπεύθυνη στο τμήμα αιμοδοσίας του Κέντρου Υγείας Γαστούνης κ.Βασιλικού.

Ανάμεσα σ'αυτούς που πήγαν για να προσφέρουν την ... ζωή στους συνανθρώπους τους ήταν επτά εκπαιδευτικοί από σχολεία της περιοχής, πέντε υπάλληλοι μέσα από το ...Κέντρο Υγείας αρκετοί μαθητές, εργαζόμενοι σε εργοστάσια της Γαστούνης, υπάλληλοι του θεάτρου κ.ά.

Να σημειωθεί ότι η αιμοληψία έγινε ύστερα από συντονισμένες προσπάθειες του Δήμου Γαστούνης του Κέντρου Υγείας της περιοχής του εκπολιτιστικού συλλόγου και άλλων φορέων.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) **Αυγερίδης Κ.-Αγραφιώτης Δ.**: «Εννοιολογικές προσεγγίσεις» από το βιβλίο «Βασικές Γνώσεις Προσέγκυσης Εθλοντών Αιμοδοτών», επιμέλεια:Αυγερίδης Κ.,Καλλινίκου- Μανιάτη Α., έκδοση Εργαστήριο Αιματολογίας-Αιμοδοσίας Πανεπιστημίου Πατρών • Κέντρο Αιμοδοσίας Π.Π.Γ.Ν.Πατρών ,Πάτρα 1995,σελ.77-82
- 2) **Γέροντα ΑΛ.** «Κινητήρια Δύναμη -Κίνητρα» από το βιβλίο «Βασικές Γνώσεις Προσέγκυσης Εθλοντών Αιμοδοτών», επιμέλεια:Αυγερίδης Κ.,Καλλινίκου- Μανιάτη Α., έκδοση Εργαστήριο Αιματολογίας-Αιμοδοσίας Πανεπιστημίου Πατρών • Κέντρο Αιμοδοσίας Π.Π.Γ.Ν.Πατρών ,Πάτρα1995,σελ.91-93.
- 3) **Γίτσιος Κων/νος**: «Νοσολογία», Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων,Αθήνα1988.
- 4) **Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας «Δωρεά μυελού των οστών»** από το βιβλίο «Βασικές Γνώσεις Προσέγκυσης Εθλοντών Αιμοδοτών», επιμέλεια:Αυγερίδης Κ.,Καλλινίκου- Μανιάτη Α., έκδοση Εργαστήριο Αιματολογίας-Αιμοδοσίας Πανεπιστημίου Πατρών • Κέντρο Αιμοδοσίας Π.Π.Γ.Ν.Πατρών ,Πάτρα 1995,σελ.47
- 5) **Εντυπο Αγωγής Υγείας του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων**: «Αποφύγετε τη γέννηση παιδιών με Μεσογειακή Αναιμία»,Αθήνα 1994.
- 6) **Ιατρίδης Σ.Δ.** : «Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής», Κοινωνιολογική και Ανθρωπολογική Βιβλιοθήκη -GUTENBERG, Αθήνα 1990.
- 7) **Λουμίδη-Καραμόσχογλου Διοχάντη** : «Κοινωνικό πρόβλημα :Εννοιολογική Ανάλυση» από το βιβλίο «Βασικές Γνώσεις Προσέγκυσης Εθλοντών Αιμοδοτών», επιμέλεια:Αυγερίδης Κ.,Καλλινίκου- Μανιάτη Α., έκδοση Εργαστήριο Αιματολογίας-Αιμοδοσίας Πανεπιστημίου Πατρών • Κέντρο Αιμοδοσίας Π.Π.Γ.Ν.Πατρών ,Πάτρα1995,σελ.88-89.
- 8) **Μόρφης Λ.**: «Παιδιατρική» Οργανισμός Έκδοσης Διδακτικών Βιβλίων,Αθήνα 1988.
- 9) **Παπαδόπουλος Ν.**: «Ψυχολογία» Β΄ έκδοση ,Αθήνα 1992.
- 10) **Παπαγεωργίου Μ.,Μουράτη Ε.**: «Έρευνα στη β-Μεσογειακή Αναιμία»,Πτυχιακή Εργασία στο Τμήμα Νοσηλευτικής της Σ.Ε.Υ.Π. του ΤΕΙ Πάτρας,Πάτρα 1989.
- 11) **Πετ ρόπουλος Ε.**: «Σημειώσεις Γενετικής», εκδόσεις ΤΕΙ Αθήνας,Αθήνα 1990.
- 12) **Πολίτη Ντίνα** : « Όλα όσα πρέπει να ξέρετε για την Μ.Α.», Εκδοτική φροντίδα GIBA GEIGY HELLAS και του Δρακοπούλειου Κέντρου Αιμοδοσίας,Αθήνα 1993.
- 13) **Πολίτη Ντίνα** : «Τι είναι η Μεσογειακή Αναιμία» από το βιβλίο «Βασικές Γνώσεις Προσέγκυσης Εθλοντών Αιμοδοτών», επιμέλεια:Αυγερίδης Κ.,Καλλινίκου- Μανιάτη Α., έκδοση Εργαστήριο Αιματολογίας-Αιμοδοσίας Πανεπιστημίου Πατρών • Κέντρο Αιμοδοσίας Π.Π.Γ.Ν.Πατρών ,Πάτρα 1995,σελ.59-64
- 14) **Σοφιανός Η.**: «Συνέντευξη του Προέδρου της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Συλλόγων με Μ.Α.»

- 15) Σολωμός Γρ.: «Αγωγή Υγείας :Κύρια συνιστώσα προληπτικής ιατρικής», περιοδικό ΥΓΕΙΑ, Περιοδική Έκδοση των Υγειονομικών, Απρίλιος-Ιούνιος Πάτρα 1993, τεύχος 3, σελ.17-18.
- 16) Σπάρος Λ. : «Αγωγή Υγείας» στο περιοδικό «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής, Θεσσαλονίκη, Ιανουάριος 1993, τεύχος 15, σελ.13-18
- 17) Τούντας Γ. : «Σημειώσεις Αγωγής Υγείας» έκδοση ΤΕΙ Αθήνας, Αθήνα 1986.
- 18) Τούντας Γ. : «Μέθοδοι Επικοινωνίας», εκδόσεις Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 5^{ος}, Τεύχος 5, Αθήνα 1988, σελ.166-169.
- 19) Τούντας Γ.: «Μέθοδοι Επικοινωνίας» εκδόσεις Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 6^{ος}, Τεύχος 3, Αθήνα 1992, σελ 170-172.
- 20) Τούντας Γ.: «Οργανωμένη Φροντίδα Υγείας» περιοδικό Νέα Υγεία, Τεύχος 10, Αθήνα 1997, σελ.15-16.
- 21) Τριχόπουλος Δ.: « Προληπτική Ιατρική» εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα 1986.
- 22) Τσαούσης Γ.: «Χρηστικό Λεξικό Κοινωνιολογίας», Κοινωνιολογική Βιβλιοθήκη- GUTENBERG, Αθήνα 1984.



ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Boussiou M, Karababa P, Sinopoulou K, et al:** Prenatal diagnosis of thalassemia and the hemoglobinopathies in Greece. Abstract 474, XIII Meet Europ African Div ISH, Istanbul, 1995
2. **Loukopoulos D, Karababa P, Antsaklis A, et al:** Prenatal diagnosis of thalassemia and HbS syndromes in Greece. An evaluation of 1500 cases. Ann Ny Acad Sci 445:357-375, 1984
3. **Loukopoulos D, Hadji A, Papadakis M, et al:** Prenatal diagnosis of thalassemia and of the sickle cell syndromes in Greece. Ann NY Acad Sci 612:226-236, 1990.