

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΥΕΞΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΚΑΤΟΙΚΩΝ
ΤΗΣ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΜΑΥΡΙΔΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΜΟΥΡΟΥΖΙΔΟΥ ΜΑΡΙΝΑ

ΜΠΑΡΛΑΜΠΑ ΜΑΡΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΤΟΠΟΣ: ΠΑΤΡΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: 18-04-2008

Ευχαριστούμε θερμά τον καθηγητή μας κο Δετοράκη Ι. και το συνεργάτη του κο Βανταράκη Α.

για την αμέριστη συμπαράσταση,
την πολύτιμη βοήθειά τους σε κάθε τομέα της
πτυχιακής μας εργασίας και για τις ποικίλες γνώσεις
που μας
προσέφεραν.

Επίσης θέλουμε να ευχαριστήσουμε όλους
τους κατοίκους του δήμου Πατρέων που
συμμετείχαν στην έρευνα για τις σημαντικές
για μας πληροφορίες που μας έδωσαν.

Α΄ ΜΕΡΟΣ	Σελίδα
i.Πρόλογος	6
ii.Εισαγωγή	8
iii.Κεφάλαιο 1	10
1. Προαγωγή υγείας	10
1.2 Αγωγή Υγείας	12
iv.Κεφάλαιο 2	19
2.1 Εισαγωγή	20
2.2 Θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται	
ο οργανισμός	21
2.3 Βλαβερές ουσίες ξένες προς τα τρόφιμα	28
2.4 Πρόσθετα που πρέπει να αποφεύγονται	29
2.5 Ποσοτική σύνθεση τροφής	30
2.6 Ποιοτική σύνθεση τροφής	31
2.7 Μεταβολισμός	31
2.8 Θερμιδικές ανάγκες του ανθρώπου	33
2.9 Δείκτης μάζας σώματος	34
2.10 Χρυσοί κανόνες	35
2.11 Μεσογειακή διατροφή	38
v.Κεφάλαιο 3	40
3.1 Εισαγωγή	41
3.2 Εξάρτηση και εθισμός	44
3.3 Τι περιέχει ο καπνός	45
3.4 Νοσολογικές συνέπειες του καπνίσματος	46
3.5 Παθητικό κάπνισμα και επιπτώσεις	48
3.6 Διακοπή του καπνίσματος	49
3.6.1 Τρόποι για να κόψετε το κάπνισμα	50
3.6.2 Σύντομες συμβουλές που μπορούν να	
αυξήσουν τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος	52
3.7 Μύθοι και πραγματικότητα	52
iv.Κεφάλαιο 4	54
4.1 Εισαγωγή	55
4.2 Αιθυλική αλκοόλη	55
4.3 Αλκοολισμός	57

4.3.1 Μορφές αλκοολισμού	58
4.3.2 Φάσεις αλκοολισμού	58
4.3.3 Συμπτώματα αλκοολισμού	59
4.4 Σωματικές επιπτώσεις του αλκοόλ	62
4.5 Ψυχολογικές επιδράσεις στο άτομο	63
4.6 Θεωρίες εξάρτησης απ' το αλκοόλ	64
4.7 Ασφαλείς κανόνες πόσης	66
4.8 Κέντρα απεξάρτησης	67
4.9 Ερευνητικά πορίσματα για τη χρήση του αλκοόλ σε σχέση με το φύλο	68
4.10 Πρόληψη του αλκοολισμού	70
4.11 Θεραπεία του αλκοολισμού	72
vii.Κεφάλαιο 5	73
5.1 Εισαγωγή	74
5.2 Τα θετικά της άσκησης στην υγεία	75
5.3 Αερόβια άσκηση και υγεία	77
5.3.1 Αερόβια διαδικασία και αερόβιες μεταβολές	78
5.4 Τα οφέλη της άσκησης	79
5.5 Η άσκηση στην πρόληψη των παθήσεων	80
5.6 Άσκηση και ηλικιωμένοι	85
viii.Κεφάλαιο 6	86
6.1 Εισαγωγή	87
6.2 Μορφές άγχους	87
6.3 Οι αιτίες του άγχους	88
6.4 Φύση του στρες	89
6.5 Το στρες και ο χειρισμός του	90
6.6 Παράγοντες του στρες	91
6.7 Συνέπειες του στρες	93
6.8 Πως ανιχνεύουμε το στρες	95
6.9 Στάδια προσαρμογής του στρες	96
6.10 Ασθένειες που σχετίζονται με το στρες	96
6.11 Αντιμετωπίζοντας το στρες	97
6.12 Τεχνικές ελέγχου του στρες	98

ix.Κεφάλαιο 7	100
7.1 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε σχέση με τη διατροφή και την άσκηση	100
7.2 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην πρόληψη και τη θεραπεία του αλκοολισμού	102
7.3 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε σχέση με το κάπνισμα	105
7.4 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε σχέση με το άγχος	107
Β΄ ΜΕΡΟΣ	
x.Κεφάλαιο 8	109
8.1 Σκοπός της έρευνας	109
8.2 Στόχοι της έρευνας	109
8.3 Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων	109
8.4 Διατύπωση ερευνητικών υποθέσεων	110
8.5 Σημαντικότητα έρευνας	110
8.6 Μεθοδολογία έρευνας	111
8.6.1 Μέθοδοι έρευνας και αιτιολογία	111
8.6.2 Πληθυσμός	112
8.6.3 Δείγμα	112
8.6.4 Μέθοδος δειγματοληψίας	113
8.6.5 Ενέργειες- χρονοδιάγραμμα	113
8.6.6 Αποτελέσματα έρευνας- πίνακες	114
8.6.7 Συζήτηση- προτάσεις	172
8.7 Βιβλιογραφία	176

Ι.ΠΡΟΛΟΓΟΣ:

Ζούμε σε μια εποχή που η καθημερινότητα και οι δυσκολίες της ζωής, η προσπάθεια για επιβίωση, ο επίπονος και κοπιαστικός ρυθμός της εργασίας και οι απαιτητικές καταστάσεις που διαδραματίζονται στην προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή μετατρέπουν τον σύγχρονο άνθρωπο σε μία πιεσμένη -ή ακόμα και καταπιεσμένη- , αγχωμένη-στρεσαρισμένη και ανασφαλή προσωπικότητα. Όλες αυτές οι “δυσμενείς” συνθήκες της καθημερινής ζωής, σε συνδυασμό με την παραμέληση από τον ίδιο τον άνθρωπο, είναι βέβαιο ότι βλάπτουν την υγεία του, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα.

Σκοπός λοιπόν της εργασίας αυτής είναι να μελετήσουμε το lifestyle-τρόπο ζωής-των ανθρώπων που κατοικούν στο Δ.Πατρών, καθώς και τη συμπεριφορά και τις στάσεις τους απέναντι στις συνήθειες που σχετίζονται με τη διατροφή, την άσκηση, το κάπνισμα, το αλκοόλ και το άγχος, με απώτερο στόχο να εξετάσουμε αν, μέσω των αποτελεσμάτων της έρευνάς μας, προκύπτει ότι είναι απαραίτητο να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής της πληθυσμιακής ομάδας που μελετούμε.

Αναφερόμαστε λοιπόν αρχικά στο αλκοόλ, που τα τελευταία χρόνια αποτελεί μία συχνή συνήθεια των ανθρώπων, πολλοί από τους οποίους καταφεύγουν σε αυτό επιδιώκοντας τη χαλάρωση, την ευφορία, την ευχαρίστηση ή την εξάλειψη ή μείωση του άγχους τους.

Στη συνέχεια, εξετάζουμε το κάπνισμα, το οποίο αποτελεί μία από τις κυριότερες επιβλαβείς καθημερινές συνήθειες, που παρουσιάζεται σε ένα ευρύ ηλικιακό φάσμα, τόσο σε μικρότερες ηλικίες (έφηβοι), όσο και σε μεγαλύτερες (μεσήλικες-ηλικιωμένοι).

Ακόμη, ασχολούμαστε με το θέμα της διατροφής και των διατροφικών συνηθειών των ανθρώπων, που αποτελούν ένα βασικό παράγοντα τόσο για τη ζωή όσο και για την καλή υγεία του ατόμου.

Παράλληλα με τη διατροφή, μελετούμε την άσκηση και τα οφέλη της στη ζωή του ατόμου, τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία του ατόμου.

Τέλος, μιας και το άγχος αποδεδειγμένα αποτελεί ένα νέο «ναρκωτικό» της εποχής μας, καθώς σήμερα οι περισσότεροι άνθρωποι νιώθουν άγχος,

μελετούμε τη δυσάρεστη αυτή συναισθηματική κατάσταση, αναφερόμενοι στις αιτίες και τις μορφές του και διερευνώντας κατευθύνσεις αντιμετώπισής του.

Θεωρούμε συνεπώς σημαντική αυτή την εργασία για την προαγωγή της υγείας, την οποία πολλοί παραμελούν λόγω των συνθηκών, καθώς και για την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση σε σχέση με την επικινδυνότητα που μπορεί να κρύβει ο καθημερινός τρόπος ζωής.

ii.ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ:

Η ανθρώπινη συμπεριφορά αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την προστασία και προαγωγή της υγείας.

Είναι γνωστός ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζουν διάφορες συμπεριφορές στην εμφάνιση σύγχρονης νοσηρότητας. Οι διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα και η κατανάλωση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, η φυσική άσκηση, ο ύπνος, η οδική και σεξουαλική συμπεριφορά, επιδρούν άμεσα ή έμμεσα, άλλοτε πρωτογενώς και άλλοτε δευτερογενώς, στη διαμόρφωση του φαινομένου της υγείας και της αρρώστιας. Παρόλα αυτά, το ερώτημα που παραμένει είναι γιατί ορισμένα άτομα συνειδητοποιούν τον κίνδυνο που διατρέχουν και προσαρμόζουν κατάλληλα τη συμπεριφορά τους ώστε να προστατεύσουν και να προάγουν την υγεία τους, ενώ άλλα άτομα υιοθετούν συμπεριφορές επικίνδυνες για την υγεία τους και τη ζωή τους. Σε συνάρτηση με το ερώτημα αυτό τίθεται και το μεγάλο αίτημα για τον περιορισμό των επικίνδυνων συμπεριφορών και αντίστοιχα τη διάδοση των υγιεινών.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, οπότε και αναπτύχθηκε περισσότερο η έννοια της 'πρόληψης', αναβίωσε το ενδιαφέρον για τους συμπεριφορικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία, παράλληλα με το ενδιαφέρον για τις κοινωνικές και περιβαλλοντικές επιδράσεις.

Εκτός από την αυτόνομη επίδραση που ασκούν οι συμπεριφορικοί παράγοντες στην υγεία, η σημασία της ανθρώπινης συμπεριφοράς προκύπτει και από την επίδραση που αυτή ασκεί στη διαμόρφωση των περιβαλλοντικών συνθηκών. Μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις, συμπεριφορά και περιβάλλον συνεργούν στην πρόκληση νοσολογικών καταστάσεων.

Έτσι λοιπόν, η Αγωγή Υγείας, όχι μόνο ως διαδικασία ενημέρωσης και παροχής γνώσεων αλλά και ως ενεργητική μάθηση για την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών, έχει βρεθεί πολλές φορές στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες και έχει απασχολήσει τους διεθνείς οργανισμούς υγείας. Στο στόχαστρο της Αγωγής Υγείας έχει τεθεί το κάπνισμα, το αλκοόλ, η κακή διατροφή κ.α.

Τα τελευταία χρόνια, όσον αφορά στο ρόλο που διαδραματίζει η συμπεριφορά στην υγεία, έχει θεωρηθεί ότι η συμπεριφορά ευθύνεται περίπου κατά 50% και το περιβάλλον κατά 20% για τη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας. Από την άλλη, κυρίως από το χώρο της κοινωνιολογίας της υγείας, υποστηρίζεται ότι η συμβολή της συμπεριφοράς δεν ξεπερνά το 40% και ότι οι κοινωνικοί παράγοντες παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο.

Ανεξάρτητα πάντως από τα ποσοστά, γεγονός είναι ότι στις ανεπτυγμένες χώρες η ανθρώπινη συμπεριφορά αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας. Σύμφωνα με έρευνες σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η πρόκληση της ασθένειας οφείλεται σε μεγάλο βαθμό σε ασθένειες που σχετίζονται με την ανθρώπινη συμπεριφορά. Οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου είναι το κάπνισμα, που ευθύνεται για το 9% της νοσηρότητας, το αλκοόλ, που ευθύνεται για το 8,4%, η παχυσαρκία, η διατροφή, η έλλειψη άσκησης, το στρες καθώς και άλλοι συμπεριφορικοί παράγοντες.

Με βάση τα πορίσματα αυτών, αλλά και αρκετών άλλων ερευνών, υπολογίστηκε πως για να υπάρξουν ορατά κέρδη για την υγεία απαιτείται υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών από πολλά άτομα και για μεγάλα χρονικά διαστήματα (Τούντας, 2001).

iii.ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ-ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Τα μεγάλα προβλήματα υγείας, όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, οι ψυχικές διαταραχές, το AIDS και διάφορα άλλα, θα μπορούσαν να επιλυθούν με την εφαρμογή προγραμμάτων προαγωγής και αγωγής υγείας.

Η ανάπτυξη αυτών των προγραμμάτων κρίνεται απαραίτητη, καθώς οι κρατικοί προϋπολογισμοί όλο και περισσότερο δυσκολεύονται ή αδυνατούν ακόμα να ανταποκριθούν στις δαπάνες για την υγεία.

Αυτά τα δύο φαινόμενα των υψηλών δαπανών και της περιορισμένης αποτελεσματικότητας έχουν οδηγήσει στην αναζήτηση νέων πολιτικών υγείας και στην αναβάθμιση άλλων, σε μια προσπάθεια να απαντηθούν αποτελεσματικά αλλά και οικονομικά τα σύγχρονα προβλήματα υγείας. Παράλληλα, έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη της πρόληψης, μια που όλα σχεδόν τα μείζονα προβλήματα της εποχής μας είναι αιτιολογικά συνυφασμένα με το σύγχρονο τρόπο ζωής και με το σύγχρονο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον.

1.1 ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ:

Η 34^η γενική συνέλευση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.), που πραγματοποιήθηκε το 1981, έθεσε σαν στρατηγική επιδίωξη το «Υγεία για όλους το έτος 2001». Η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) θεωρήθηκε μοχλός αυτής της προσπάθειας, γι'αυτό και ένας από τους βασικούς στόχους που τέθηκε ήταν ο αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας. Οι άλλοι βασικοί στόχοι ήταν η πρόληψη προλήψιμων νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, η αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και η διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών.

Για την επίτευξη αυτών των στόχων η Π.Ο.Υ. θεσμοθέτησε το 1986 με την διακήρυξη της Οττάβα (Ottawa) την Πολιτική Προαγωγής Υγείας, που αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, στην ενίσχυση των ευρύτερων παραγόντων που επιδρούν θετικά στην ανθρώπινη υγεία και στη διαμόρφωση στάσεων και συμπεριφορών.

Προσανατολισμένη στην κοινότητα και στις ανάγκες του κάθε τοπικού πληθυσμού και διαποτισμένη από μία ουμανιστική αντίληψη για την υγεία και την αρρώστια, κοινωνικά προσανατολισμένη, η Προαγωγή Υγείας έρχεται να καλύψει ένα κενό που μεγάλωνε συνεχώς τα τελευταία χρόνια με την αύξηση του ειδικού βάρους της σύγχρονης νοσοκομειακής-θεραπευτικής ιατρικής.

Η Προαγωγή Υγείας, σύμφωνα με τη διακήρυξη της Π.Ο.Υ., είναι η διαδικασία μέσα στην οποία τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν. Η άποψη αυτή απορρέει από μια ευρύτερη αντίληψη που ταυτίζει την υγεία με τη δυνατότητα που έχει ένα άτομο ή μία ομάδα να μπορεί από τη μία να ικανοποιεί τις ανάγκες του, και από την άλλη να μεταβάλλει το περιβάλλον ή να προσαρμόζεται σε αυτό.

Συνακόλουθα, η υγεία θα πρέπει να θεωρείται σαν συντελεστής της καθημερινής ζωής και όχι σαν αυτοσκοπός. Είναι δηλαδή μια θετική έννοια που δίνει έμφαση στις κοινωνικές και προσωπικές δυνατότητες και ικανότητες.

ΑΡΧΕΣ:

Η Προαγωγή Υγείας επικεντρώνεται περισσότερο στο σύνολο του πληθυσμού μέσα στα πλαίσια της καθημερινής ζωής, παρά τα μεμονωμένα άτομα.

Καθιστά τα άτομα ικανά να αναλαμβάνουν αυθόρμητα ή οργανωμένα υπεύθυνα δράση για την υγεία τους, που αποτελεί σημαντικό συντελεστή της καθημερινής τους ζωής. Η επιδίωξη αυτή απαιτεί πλήρη και συνεχή πρόσβαση στην πληροφόρηση για θέματα υγείας.

Η Προαγωγή Υγείας κατευθύνει τη δράση της προς όλους τους παράγοντες που καθορίζουν την υγεία.

Έτσι εκτός από τη στενή συνεργασία των υπηρεσιών υγείας, προϋποθέτει και τη συμβολή όλων των φορέων που σχετίζονται με τους ευρύτερους αυτούς παράγοντες.

Η προαγωγή υγείας συνδυάζει διάφορες άλλες συμπληρωματικές μεθόδους ή τρόπους προσέγγισης, όπως την επικοινωνία, την εκπαίδευση, τη νομοθεσία, τα οικονομικά μέτρα, τις οργανωτικές αλλαγές, την ανάπτυξη της κοινότητας καθώς και αυτογενείς τοπικές δραστηριότητες κατά των κινδύνων της υγείας.

Η προαγωγή υγείας στοχεύει ιδιαίτερα στην αποτελεσματική και ουσιαστική συμμετοχή του κοινού. Ο στόχος αυτός απαιτεί την ανάπτυξη επιδεξιότητων σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο που διευκολύνουν την αποσαφήνιση των προβλημάτων και τη λήψη των σωστών αποφάσεων.

Η προαγωγή υγείας είναι μια ευρύτερη δραστηριότητα στο χώρο της υγείας και της κοινωνίας και όχι μια ιατρική υπηρεσία. Γι' αυτό, όλοι οι επαγγελματίες της υγείας και ιδιαίτερα όσοι ασχολούνται με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της Προαγωγής Υγείας (Τούντας,2001) .

1.2 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ:

Ο ορισμός της Αγωγής Υγείας επιδέχεται μια ευρύτερη και μια αυστηρότερη ερμηνεία. Σύμφωνα με την ευρύτερη ερμηνεία, η Αγωγή Υγείας αφορά όλες εκείνες τις εμπειρίες ενός ατόμου, μιας ομάδας ή μιας κοινότητας, που επιδρούν και επηρεάζουν τις αξίες, τις στάσεις, τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Αυτή η ευρύτερη ,ερμηνεία αναγνωρίζει ότι πολλές εμπειρίες, θετικές και αρνητικές, επιδρούν στη σκέψη, στα αισθήματα και στην πράξη των ανθρώπων. Γι ' αυτό και δεν περιορίζει το εύρος της δράσης της Αγωγής Υγείας μόνο σε σχεδιασμένες και οργανωμένες δραστηριότητες.

Σύμφωνα με την αυστηρότερη ερμηνεία, ο όρος «Αγωγή Υγείας» κατά κανόνα σημαίνει τις προγραμματισμένες προσπάθειες που αποσκοπούν στην προώθηση των βασικών στόχων της Αγωγής Υγείας στα πλαίσια της Προαγωγής Υγείας. Η δεύτερη αυτή ερμηνεία είναι και αυτή που

χρησιμοποιείται περισσότερο στον ακαδημαϊκό χώρο.

Σχετικά με το ρόλο της Αγωγής Υγείας στη θεραπευτική αγωγή των αρρώστων, είναι φανερό η συμβολή 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.

ΣΤΟΧΟΙ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ:

Οι επιδιώξεις της Αγωγής Υγείας συγκεκριμενοποιούνται στους εξής βασικούς στόχους:

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

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

δράση και που θα κατευθύνουν τη δράση αυτή προς τη σωστή κατεύθυνση.

3) Ιεράρχηση αξιών: Ο στόχος της ιεράρχησης αξιών, αποσκοπεί κυρίως στην αποσαφήνιση, στη διαμόρφωση ή τροποποίηση των αξιών που

σχετίζονται με την υγεία. Πολλές φορές τα άτομα αγνοούν, παραγνωρίζουν ή υποτιμούν το τι είναι σημαντικό ή όχι για την υγεία τους, ή ακόμα την ίδια την μεγάλη αξία που έχει η υγεία τους για την ζωή τους.

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

5) Λήψη αποφάσεων: Από τη στιγμή που το κοινό ή ένα άτομο, ευαισθητοποιηθεί γύρω από ένα θέμα υγείας, εξοπλιστεί με τις απαραίτητες γνώσεις, ιεραρχήσει σωστά την αξία του και υιοθετήσει τις σωστές απόψεις, το επόμενο βήμα είναι να λάβει τις κατάλληλες αποφάσεις που θα βοηθήσουν στην επίλυση ή βελτίωση του προβλήματος. Η σημαντική αυτή διαδικασία στηρίζεται τόσο στην παροχή των απαραίτητων γνώσεων όσο και στη διαμόρφωση των κατάλληλων αξιών και απόψεων.

6) Αλλαγή συμπεριφοράς: Η λήψη της κατάλληλης απόφασης, δεν οδηγεί πάντα και στην εκτέλεσή της. Ιδιαίτερα όταν πρόκειται για θέματα που η υλοποίηση μιας απόφασης συναντά εμπόδια και δυσκολίες, παρατηρείται συχνά εγκατάλειψη της προσπάθειας ή αποφυγή εκτέλεσής της. Γι' αυτό και η Αγωγή Υγείας παρέχει τη βοήθεια που χρειάζεται το κοινό ή ένα άτομο, προκειμένου να επιτύχει την υλοποίηση μιας αλλαγής. Άλλωστε η αλλαγή συμπεριφοράς, δηλαδή η επιτυχής εφαρμογή μιας ενεργητικής

προσπάθειας, αποτελεί αναμφισβήτητα και το πιο σημαντικό συστατικό κάθε προγράμματος Αγωγής Υγείας.

7) Αλλαγή περιβάλλοντος: Ο τελευταίος αυτός στόχος, αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού ή κοινωνικού περιβάλλοντος προκειμένου να μειωθούν οι περιβαλλοντολογικοί κίνδυνοι και να διευκολυνθεί η υιοθέτηση των υγιεινών συμπεριφορών. Ο στόχος αυτός, περιλαμβάνει από αλλαγές μέσα στο σπίτι μέχρι και αλλαγές σ' όλη την κοινωνία (Δετοράκης, 2005).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ :

Η Αγωγή Υγείας χρησιμοποιεί ένα ευρύ φάσμα μεθόδων και τεχνικών για την επίτευξη των στόχων της. Η χρησιμοποίηση κάθε φορά των προσφορότερων μεθόδων στηρίζεται στην εκπαιδευτική αρχή ότι η χρησιμοποίηση περισσότερων μεθόδων είναι πιο αποτελεσματική εκπαιδευτική διαδικασία από την εμμονή σε μια μόνο μέθοδο.

Οι διάφορες μέθοδοι Αγωγής Υγείας μπορεί να ταξινομηθούν σε δύο βασικές κατηγορίες. Μια πρώτη που περιλαμβάνει τις μεθόδους επικοινωνίας, όπως είναι οι διαλέξεις, η ατομική διδασκαλία, τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, τα οπτικοαουστικά μέσα, η εκπαιδευτική τηλεόραση και ορισμένες τεχνικές προγραμματισμένης εκμάθησης. Οι μέθοδοι της πρώτης αυτής κατηγορίας χρησιμεύουν κυρίως στην επίτευξη των δύο πρώτων στόχων της Αγωγής Υγείας, στην ευαισθητοποίηση του κοινού και στην παροχή γνώσεων.

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

ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

- 1) Διαλέξεις
- 2) Ατομική Διδασκαλία
- 3) Μέσα μαζικής επικοινωνίας
- 4) Οπτικοαουστικά μέσα
- 5) Εκπαιδευτική τηλεόραση
- 6) Προγραμματισμένη εκμάθηση
- 7) Μέθοδοι αλλαγής στάσεων και συμπεριφοράς:

Οι αλλαγές στάσεων και συμπεριφορών αποτελούν τους πιο δύσκολους στόχους της Αγωγής Υγείας, διότι προϋποθέτουν την ανατροπή εμπεδωμένων απόψεων και συνηθειών και την αντικατάστασή τους με άλλες που συχνά είναι λιγότερο ευχάριστες. Γι' αυτό άλλωστε πολλά άτομα εμμένουν σε μια βλαβερή συνήθεια, παρόλο που γνωρίζουν τις αρνητικές επιπτώσεις της. Μια πρόσθετη δυσκολία αποτελεί το γεγονός, ότι η Αγωγή Υγείας οφείλει να σέβεται τις ελεύθερες επιλογές κάθε ατόμου και όχι να επιβάλλει τις απόψεις της. Μια τέτοια όμως φιλοσοφία συνεπάγεται μακρόχρονες διαδικασίες συμμετοχής, διαλόγου, πειθούς και συναίνεσης αντί για άμεσες ενέργειες καταναγκασμού. Ακόμα και όταν επιτυγχάνεται η επιθυμητή αλλαγή στάσεων, η επίτευξη αυτή δεν οδηγεί αυτόματα στην αλλαγή συμπεριφοράς. Υπάρχει απόσταση ανάμεσα στους δύο στόχους, η κάλυψη της οποίας απαιτεί νέες ειδικές προσπάθειες, μεθόδους και τεχνικές Αγωγής Υγείας. Αν σ' όλα αυτά προστεθούν οι ποικίλοι κοινωνικοί, πολιτιστικοί και οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν και καθορίζουν την ανθρώπινη στάση και συμπεριφορά, γίνεται αντιληπτό το τεράστιο έργο που έχει να επιτελέσει η Αγωγή Υγείας.

8) Ανάπτυξη ικανοτήτων:

Η ανάπτυξη ικανοτήτων (skill development) αποτελεί μια εκπαιδευτική μέθοδο που στηρίζεται στην επίδειξη διαφόρων πρακτικών μεθόδων.

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

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

Ένα πρώτο σημαντικό βήμα για την ιεράρχηση αξιών και την αλλαγή απόψεων, αποτελεί η αποσαφήνιση ορισμένων βασικών εννοιών, όπως είναι η υγεία, οι παράγοντες που-την καθορίζουν, η σημασία ορισμένων επικίνδυνων συνηθειών, όπως το κάπνισμα κ.ά. Όσο τα ζητήματα αυτά δεν ξεκαθαρίζουν στη σκέψη και στη συνείδηση του κοινού, τόσο πιο δύσκολη θα γίνεται κάθε φορά η σωστή επιλογή. Είναι λοιπόν αναγκαίο να προκληθεί ο κατάλληλος προβληματισμός που θα οδηγήσει στην επιθυμητή αποσαφήνιση. Μια τέτοια διαδικασία μπορεί να ολοκληρωθεί με ορισμένες ειδικές τεχνικές καθώς και με ορισμένα ειδικά παιχνίδια. Οι τεχνικές λήψης αποφάσεων στηρίζονται στην παραδοχή ότι η διαδικασία με την οποία αποφασίζει κάθε άτομο εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Κάθε απόφαση σημαίνει επιλογή ανάμεσα σε διαφορετικές εναλλακτικές λύσεις. Για το σκοπό αυτό, υπάρχουν ορισμένα βήματα που συνθέτουν την τεχνική λήψης αποφάσεων. Τα βήματα αυτά είναι ο ορισμός του προβλήματος, ο καθορισμός του στόχου, η καταγραφή των εναλλακτικών επιλογών, η εκτίμηση των επιπτώσεων κάθε επιλογής και η λήψη της τελικής απόφασης.

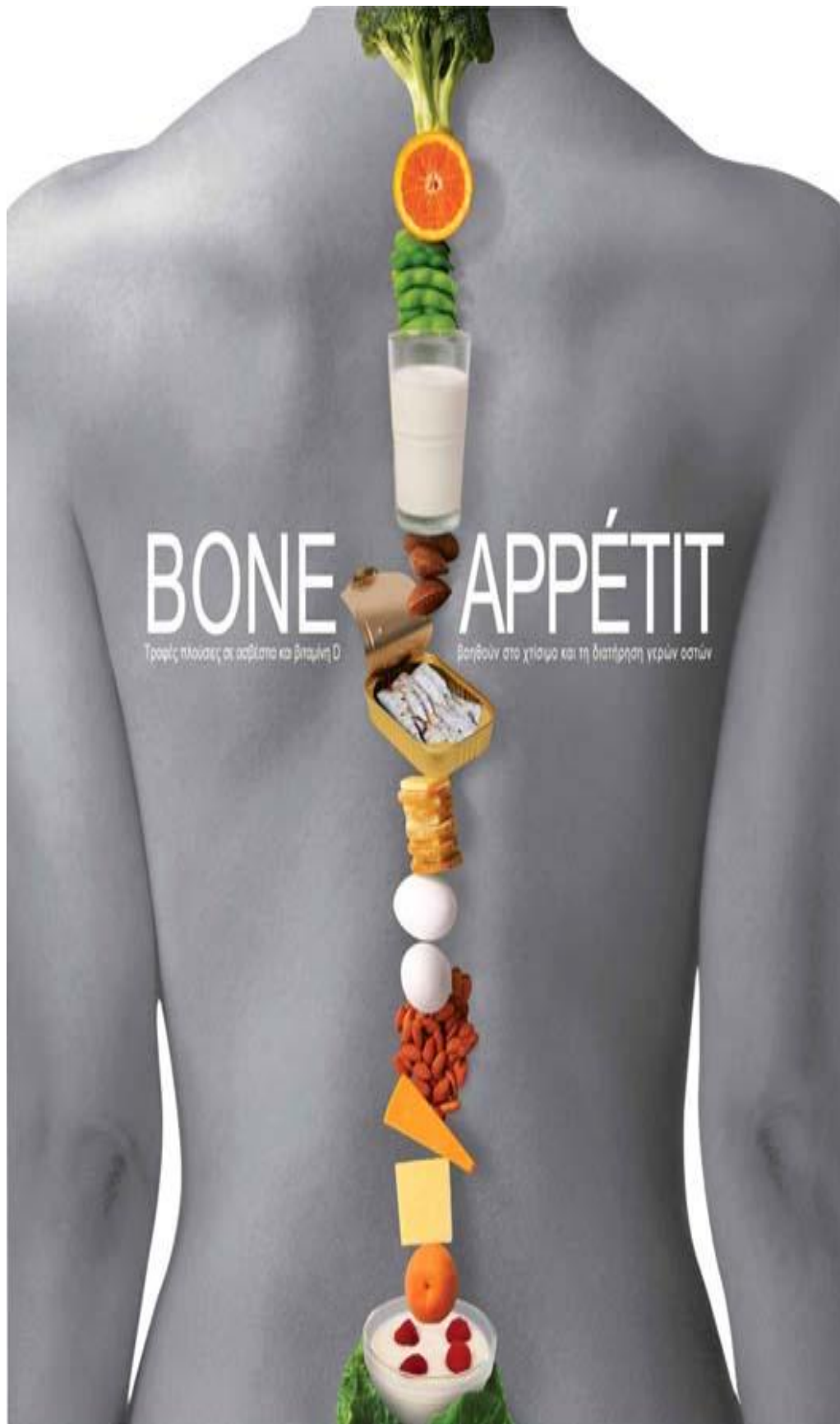
- 9) Ειδικά παιχνίδια
- 10) Παρατήρηση και αναζήτηση
- 11) Δουλειά σε ομάδες
- 12) Χρήση προτύπων
- 13) Έλεγχος της συμπεριφοράς

Η μεθοδολογία του ελέγχου της συμπεριφοράς στηρίζεται στις κλασικές Θεωρίες για τον καθορισμό της συμπεριφοράς από τα ερεθίσματα που δέχεται και κυρίως από τις συνέπειές της. Τα ερεθίσματα μπορεί να προκαλούν ή να ακυρώνουν μια συμπεριφορά και οι συνέπειες μπορεί να είναι Θετικές που να επιβραβεύουν και να ενισχύουν μια συμπεριφορά ή αρνητικές που να την τιμωρούν και 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, ως ειδική εκπαιδευτική μέθοδος, έχει χρησιμοποιηθεί στο σχολικό περιβάλλον από κλινικούς ψυχολόγους για τη Θεραπεία συναισθηματικών διαταραχών και προβλημάτων εκμάθησης. Ανάλογες εφαρμογές έχουν αναφερθεί στην καταπολέμηση της παχυσαρκίας, στην αντιμετώπιση ορισμένων ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένου του αλκοολισμού, καθώς και στη διακοπή του καπνίσματος.

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

2. «ΔΙΑΤΡΟΦΗ»



2. ΔΙΑΤΡΟΦΗ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Όποια και αν είναι η σχέση μας με το φαγητό, υπάρχει μια αλήθεια για όλους μας: η διατροφή είναι απαραίτητη για τη ζωή. Είμαστε καταδικασμένοι να τρώμε καθημερινά για να επιβιώσουμε, όμως ταυτόχρονα πρέπει κάθε γεύμα να συνεισφέρει στην ευεξία κι ισορροπία του σώματος, αλλά και την προσωπική μας ευχαρίστηση.

Τι να τρώμε, πότε να τρώμε, σε τι ποσότητες; Αυτές είναι τρεις κύριες ερωτήσεις που θα έπρεπε να είναι μέρος του καθημερινού μας προβληματισμού. Δυστυχώς, αυτό γίνεται μόνο όταν σημάνει συναγερμός στο σώμα: είμαστε κουρασμένοι, είμαστε άρρωστοι, χάνουμε ή παίρνουμε βάρος. Είναι τότε η ευκαιρία για να ασχοληθούμε με το σώμα μας που «διαμαρτύρεται».

Με αφορμή τέτοια γεγονότα, είμαστε έτοιμοι να ακούσουμε κάθε είδους συμβουλή. Αναρωτιόμαστε αν μας λείπει κάποια βιταμίνη, μήπως είμαστε αφυδατωμένοι, μήπως μας λείπουν ιχνοστοιχεία. Αναρωτιόμαστε αν πρέπει να τρώμε φρούτα πριν ή μετά το γεύμα, αν πρέπει να ξεχάσουμε το γλυκό και τα ποτά, αν μπορούμε να χάσουμε 10 κιλά σε 20 μέρες, εάν αυτό το κρέας και όχι το άλλο είναι σίγουρα και υγιεινό κλπ.

Όμως, όλες αυτές οι ερωτήσεις και οι προβληματισμοί δεν είναι παρά η επιφανειακή αντιμετώπιση και αναζήτηση λύσης στο πρόβλημα. Το σημαντικό για τον καθένα μας είναι να ασχοληθεί με το τι τρώει, αφού πλέον υπάρχουν τρόποι ενημέρωσης. Το πρώτο βήμα είναι να αναρωτηθούμε εάν ακολουθούμε τις τρεις ενδείξεις της κακής διατροφής: μονοτονία στο φαγητό, άναρχα γεύματα ή συνεχή τσιμπολογήματα και συστηματικές καταχρήσεις σε μη ποιοτικά τρόφιμα και ποτά.

Όταν προσπαθήσουμε να εκτιμήσουμε τις διατροφικές μας συνήθειες ειλικρινά και αμερόληπτα, θα συνειδητοποιήσουμε τα λάθη μας και θα κάνουμε τις μόνιμες και μακροπρόθεσμες αλλαγές στις διατροφικές μας συνήθειες. Δεν χρειάζεται να αποστηθίσουμε τους στριφνούς πίνακες με τη θερμιδική και θρεπτική αξία των τροφίμων. Αρκεί η ουσιαστική γνώση των κανόνων της σωστής διατροφής και των αναγκών του σώματος μας.

Τι είναι διατροφή:

Ο ανθρώπινος οργανισμός και κάθε ζωικός οργανισμός για να ζήσει, να αναπτύσσεται και να λειτουργεί χρειάζεται να προσλαμβάνει συνέχεια θρεπτικά συστατικά με τη μορφή τροφής. Η διαδικασία της πρόσληψης και της αφομοίωσης από τον ανθρώπινο οργανισμό του θρεπτικού αυτού συστατικού λέγεται διατροφή (Μπαζαΐος, 1996).

2.2 ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ Ο ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ:

Τα θρεπτικά συστατικά μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες:

- 1) Σ' αυτά που χρησιμοποιούνται από τον οργανισμό για να οικοδομήσει τα κύτταρα, τους ιστούς και τα όργανα του. Είναι τα λεγόμενα οικοδομικά υλικά.
- 2) Σ' αυτά που προσφέρουν στο οργανισμό ενέργεια από τις καύσεις τους για να λειτουργήσουν τα όργανα τους: καρδιά, στομάχι, συκώτι, μύες κτλ, αλλά και για να κινηθεί και να εργαστεί.
- 3) Σ' αυτά που δεν προσφέρουν ούτε οικοδομικά υλικά ούτε ενέργεια, αλλά δρουν σαν καταλύτες για να διευκολύνουν τις χημικές αντιδράσεις που γίνονται στον οργανισμό και τη λειτουργία του.

Ονομαστικά αυτά είναι τα λευκώματα (πρωτεΐνες), τα λίπη, οι υδατάνθρακες, μεταλλικά στοιχεία και οι βιταμίνες.

1) ΠΡΩΤΕΪΝΗ

Η πρωτεΐνη βρίσκεται στο κρέας, στα αυγά, στα γαλακτοκομικά προϊόντα και σε μερικές άλλες τροφές που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη και τη διατήρηση των λειτουργιών του σώματος. Το σώμα χρησιμοποιεί την πρωτεΐνη για να κατασκευάσει το μυϊκό σύστημα, τα μαλλιά, τα δόντια, τα νύχια, τα οστά, τα νευρικά κύτταρα, την αιμοσφαιρίνη και τα ένζυμα.

Πώς θα πάρετε την πρωτεΐνη που χρειάζεστε:

Ένας τρόπος είναι να περιλαμβάνετε τροφές ζωικής προέλευσης (κρέας, αυγά, γαλακτοκομικά προϊόντα) στην καθημερινή σας δίαιτα. Η πρωτεΐνη στις τροφές αυτές είναι γνωστή ως πλήρης πρωτεΐνη και περιέχει και τα οκτώ απαραίτητα αμινοξέα.

Επίσης, μπορείτε να πάρετε την πρωτεΐνη σας από φυσικές τροφές (λαχανικά και δημητριακά).

Τι ποσότητα πρωτεΐνης χρειάζεται κάθε μέρα:

Οι νέοι χρειάζονται 56γρ. πρωτεΐνης, ενώ οι νέες χρειάζονται περίπου 45γρ. Όμως η κατά μέσο όρο καθημερινή κατανάλωση είναι περίπου 100γρ.

2) ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ

Οι υδατάνθρακες που βρίσκονται στα μακαρόνια, στα ψωμιά, στα δημητριακά, στο ρύζι, στις πατάτες, στα ζαχαρωτά, στα περισσότερα φρούτα και λαχανικά και σε άλλες τροφές είναι η πηγή της άμεσης ενέργειας μας.

Καλύπτουν το 50% των ενεργειακών αναγκών του σώματος και είναι η πιο οικονομική πηγή ενέργειας. Περιλαμβάνουν δύο κύριους τύπους: τα σάκχαρα και τα άμυλα.

Πόσοι υδατάνθρακες χρειάζονται κάθε μέρα:

Οι περισσότεροι διαιτολόγοι πιστεύουν ότι ένα ελάχιστο ποσό 50-100 γρ. υδατανθράκων κάθε μέρα είναι απαραίτητα για ευνοϊκά ενεργειακά επίπεδα.

3) ΤΟ ΛΙΠΟΣ

Το λίπος έχει αποκτήσει μια κακή φήμη τα τελευταία χρόνια. Όμως, το λίπος στη δίαιτα είναι απαραίτητο για την καλή υγεία. Επιπροσθέτως, εκτός από το ρόλο τους σαν μια επιπλέον πηγή ενέργειας, τα λίπη- επίσης γνωστά σαν λιπίδια- δίνουν γεύση στις τροφές που τρώμε. Τα λίπη επίσης προστατεύουν σημαντικά όργανα από τραυματισμό χρησιμεύουν, σαν φορείς για τις τέσσερις λιποδιαλυτές βιταμίνες (Α, D, E, K) και συμβάλλουν στη σύνθεση των ορμονών και στο μηχανισμό πήξης του αίματος.

4) ΕΙΔΗ ΛΙΠΩΝ

Κορεσμένα λίπη: βρίσκονται στα κρέατα, στο βούτυρο, στο έλαιο της καρύδας και στο έλαιο του φοίνικα και περιέχουν όλα τα υδρογόνα που μπορεί να περιβάλλει το μόριο τους.

Είναι στερεά λίπη σε θερμοκρασία δωματίου.

Ακόρεστο λίπος: Δυο κατηγορίες ακόρεστων λιπών:

- 1) πολυακόρεστα λίπη τείνουν να χαμηλώνουν τη χοληστερόλη του αίματος.
- 2) Τα ακόρεστα λίπη είναι συνήθως υγρά στη θερμοκρασία του δωματίου.

5) ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ

Οι βιταμίνες, μαζί με τα μεταλλικά στοιχεία, συχνά αναφέρονται ως μικροθρεπτικές ουσίες. Όμως, είναι ανεκτίμητες στην πυροδότηση ζωτικών σωματικών λειτουργιών και βοηθούν άλλες χημικές αντιδράσεις να γίνονται.

Ποσότητα βιταμινών που χρειάζεται κάθε μέρα:

Οι περισσότεροι άνθρωποι παίρνουν όλες τις απαραίτητες θρεπτικές ουσίες που χρειάζονται, μαζί με τις βιταμίνες, αν έχουν μια σωστή διατροφή.

Οι βιταμίνες υποδιαιρούνται σε δύο κύριες ομάδες: στις υδατοδιαλυτές βιταμίνες (C και το B σύμπλεγμα) και τις λιποδιαλυτές βιταμίνες (A,D,E, και K).

6) ΜΕΤΑΛΛΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Τα μεταλλικά στοιχεία είναι ανόργανα στοιχεία που χρειαζόμαστε σε ίχνη καθημερινά, απαραίτητα για το σχηματισμό ιστών και διάφορων χημικών ουσιών εντός του σώματος.

Ο σίδηρος, ο ψευδάργυρος, το σελήνιο και άλλα χρειάζονται σε ίχνη (λίγα μικρογραμμάρια) καθημερινά. Το σώμα χρειάζεται μεγαλύτερες ποσότητες των κυρίως μεταλλικών στοιχείων, όπως το ασβέστιο, ο φώσφορος, το κάλιο και το μαγνήσιο, (Πέτρου, 1999).

Λιποδιαλυτές Βιταμίνες (Πίνακας 1)

Βιταμίνη	Φυσιολογικός ρόλος	Πηγές στις τροφές	Συμπτώματα ανεπάρκειας	Συμπτώματα κατάχρησης
A	Διατηρεί τον επιθηλιακό ιστό, δυναμώνει την αδαμαντίνη του	Γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα, πράσινα	Νυκταλωπία, μείωση της ανάπτυξης, οι δακρυϊκές	Πρήξιμο των ποδιών και των αστραγάλων,

	δοντιού και ευνοεί τη χρήση ασβεστίου και του φωσφόρου στο σχηματισμό των οστών.	λαχανικά, καρότα, ζωικό συκώτι, η καροτίνη στα λαχανικά μετατρέπεται σε βιταμίνη Α στο σώμα.	εκκρίσεις παύουν.	απώλεια βάρους, αδράνεια, αιμορραγία στα μάτια.
D	Προάγει την απορρόφηση και την χρησιμοποίηση του ασβεστίου και του φωσφόρου, απαραίτητα για την κανονική ανάπτυξη των οστών και των δοντιών	Ιχθυέλαια, μοσχαρίσιο κρέας, βούτυρο, αυγά, γάλα, παράγεται στο δέρμα κατόπιν έκθεσης στις ακτίνες του ήλιου	Ραχίτιδα , μια μαλάκυνση των οστών που προκαλεί στραβά πόδια και άλλες ανωμαλίες των οστών	Δίψα, ναυτία, εμετός, απώλεια βάρους , εν αποθήκευση ασβεστίου στα νεφρά ή στην καρδιά
E	Μπορεί να σχετίζεται με την οξειδωση και τη μακρόβια ζωή, μπορεί να αποτελεί προστασία στην καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων.	Φρούτα, κίτρινα λαχανικά, φυτικά έλαια και το φύτρο σιταριού.	Αυξημένη καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων.	--
K	Ελαττώνει το χρόνο πήξης του αίματος.	Σπανάκι, αυγά, συκώτι, λάχανο,	Κακή πήξη του αίματος (αιμορραγία).	Ίκτερος στα παιδιά

		ντομάτες, παράγεται και από τα εντερικά βακτήρια.		
--	--	--	--	--

(Δετοράκης, 2003)

Μεταλλικά στοιχεία (Πίνακας 2)

Μεταλλικό στοιχείο	Κύριες λειτουργίες	Πηγή στις τροφές
Ασβέστιο (Ca)	Δομικό υλικό των οστών και δοντιών, ρυθμιστικό των σωματικών λειτουργιών συστολή καρδιακών μυών, συμβάλλει στην πήξη του αίματος.	Γαλακτοκομικά προϊόντα, Φυλλώδη λαχανικά, βερίκοκα.
Φώσφορος (P)	Συνδυάζεται με το ασβέστιο για να δώσει ακαμψία στα οστά και στα δόντια, απαραίτητος για τον κυτταρικό μεταβολισμό, χρησιμεύει σαν ρυθμιστικό για να διατηρήσει τη σωστή οξεοβασική ισορροπία του αίματος.	Αρακάς, φασόλια, γάλα, συκώτι, κρέας, σπιτικό τυρί, μπρόκολα, πλήρη δημητριακά.
Σίδηρος (Fe)	Συστατικό του συστήματος μεταφοράς οξυγόνου και του διοξειδίου του άνθρακα του ερυθρού αιμοσφαιρίου, συστατικό των ενζύμων απαραίτητο για την κυτταρική αναπνοή.	Συκώτι, κρέας, οστρακόδερμο, φακές, φιστίκια, μαϊδανός, αποξηραμένα φρούτα, αυγά.
Ιώδιο (I)	Απαραίτητο συστατικό της θυροξίνης, που ελέγχει το ρυθμό της κυτταρικής οξειδωσης. Ρυθμίζει την ισορροπία υγρών και την οξεοβασική ισορροπία	Ιωδιούχα άλατα, θαλασσινά φαγητά. αποξηραμένα βερίκοκα, Επιτραπέζιο αλάτι, φασόλια, ζαχαρότευτλα,

Νάτριο (Na)	στο σώμα.	ακατέργαστη ζάχαρη, σταφίδες, σπανάκι, μαγιά .
Χλώριο (Cl)	Συσχετίζεται με το νάτριο και με τις λειτουργίες του, ένα συστατικό του γαστρικού υδροχλωρικού οξέος. Το ιόν επίσης λειτουργεί στο σύστημα διάσπασης αμύλου στο σάλιο.	Όπως το νάτριο.
Κάλιο (K)	Συστατικό του συστήματος που ελέγχει τις οξεοβασικές ισορροπίες και τις ισορροπίες υγρών. Ίσως είναι ένας σημαντικός ενεργοποιητής ενζύμων για την αξιοποίηση αμινοξέων.	Εύκολα βρίσκεται στις περισσότερες τροφές.
Μαγνήσιο (Mg)	Ενεργοποιός ουσία των ενζύμων, που έχει σχέση με το μεταβολισμό των υδατανθράκων.	Εύκολα βρίσκεται στις περισσότερες τροφές
Θείο (S)	Συστατικό της ινσουλίνης και των αμινοξέων που περιέχουν το θείο, κατασκευάζει τρίχες, νύχια και δέρμα.	Καρύδια, αποξηραμένα φρούτα, κριθάρι, κουρκούτι βρώμης , φασόλια, τυρί, αυγά, φακές , ακατέργαστη ζάχαρη.
Μαγγάνιο (Mn)	Ενεργοποιός ουσία ενζύμων για συστήματα που σχετίζονται με το μεταβολισμό υδατανθράκων, πρωτεϊνών, και λιπών.	Φύτρο σιταριού, καρύδια, πίτουρα, πράσινα, γεμάτα φύλλα λαχανικά , δημητριακά, κρέας Νεφρά, συκώτι, φασόλια, καρύδια Βραζιλίας πλήρες αλεύρι

		φακές μαϊδανός
Χαλκός (Cu)	Η λειτουργία του χαλκού δεν έχει εξακριβωθεί πλήρως , μολονότι είναι γνωστό ότι λειτουργεί στην σύνθεση του ερυθρού αιμοσφαιρίου και του συστήματος οξειδωσης του σώματος.	Οστρακόδερμο κρέας, γάλα, αυγά
Ψευδάργυρος (Zn)	Η λειτουργία είναι άγνωστη μολονότι είναι ένα συστατικό πολλών ενζύμων συστημάτων και είναι ένα απαραίτητο συστατικό της παγκρεατικής ορμόνης ινσουλίνης.	Οστρακόδερμο κρέας, γάλα, αυγά.
Κοβάλτιο (Co)	Ένα συστατικό του μορίου της βιταμίνης B ₁₂ .	Βιταμίνη B ₁₂
Φθόριο (F)	Απαραίτητο για την ανάπτυξη του δοντιού και του οστού και τη συντήρησή τους. Οι περίσσειες ποσότητες είναι ανεπιθύμητες.	Οστρακόδερμο, κρέας γάλα, αυγά.

(Δετοράκης, 2003)

ΟΜΑΔΕΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ:

Τις τροφές τις ταξινομούμε σε ομάδες ανάλογα με την περιεκτικότητά τους σε θρεπτικά στοιχεία. Η ταξινόμηση που ακολουθεί περιλαμβάνει επτά ομάδες τροφίμων και μας δίνει τα κυριότερα συστατικά της κάθε ομάδας.

- 1) Γαλακτοκομικά προϊόντα
- 2) Κρέας, ψάρι, αυγά
- 3) Πράσινα λαχανικά και φρούτα
- 4) Δημητριακά, αμυλώδη
- 5) Ζαχαρώδη προϊόντα

6) Λιπαρές ουσίες

7) Ποτά

2.3 ΒΛΑΒΕΡΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΞΕΝΕΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΤΡΟΦΙΜΑ:

Τα πρόσθετα είναι χημικές ουσίες, τεχνικές η φυσικές, οι οποίες προστίθενται στα τρόφιμα με σκοπό να τα προφυλάξουν από τις διάφορες αλλοιώσεις ή να βελτιώσουν την εμφάνισή τους, τη γεύση ή το άρωμα τους. Σήμερα υπολογίζεται ότι υπάρχουν περίπου 3.000 πρόσθετα. Μέσω των διαφόρων τροφίμων, καθένας από εμάς σε κάθε χώρα καταναλώνει 1,5 κιλό απ' αυτά κάθε χρόνο.

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι υποχρεωτικό να αναγράφονται στα τρόφιμα τα περιεχόμενα πρόσθετα με ένα συγκεκριμένο κωδικό αριθμό, στον οποίο προηγείται το γράμμα «E».

Τα πρόσθετα, ανάλογα με το αποτέλεσμα που προκαλούν στα τρόφιμα, υπάγονται στις εξής κατηγορίες, με βάση την κατάταξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

1) Χρωστικά (E100 – E180)

2) Συντηρητικά (E200-E290)

3) Αντιοξειδωτικά (E300-E321)

4) Γαλακτοματοποιητές – Σταθεροποιητές- Πηκτοματογόνο (E222-E49)

5) Διάφορα: Γλυκαντικές ουσίες, μεταλλικοί υδρογονάνθρακες (E905-E907) κατεργασμένο άμυλο (E1400-E1442), ενισχυτές αρωμάτων]

6) Τρυφεροποιές ύλες

7) Αρτυματικές ύλες,

8) Αρωματικές ύλες

9) Λευκαντικοί παράγοντες (E924-E926)

Οι περισσότερες από τις ουσίες αυτές είναι νιτρώδη ή νιτρικά άλατα τα οποία θεωρούνται επιβλαβή για την υγεία μας, (Ομάδα Αγωγής Υγείας, 1999)

2.4 ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΟΦΕΥΓΟΝΤΑΙ:

Ταρτραζίνη

Συνθετική αζωβαφή

1) Από τα παιδιά

E102*	E150	E218*	E310*
E104	E151	E219*	E311*
E107*	E154	E220*	E312*
E110*	E155*	E221*	E320
E120	E160*	E222*	E321
E122*	E210	E223*	E621
E123*	E211	E224*	E622
E124*	E212	E226*	E623
E127	E123*	E227*	E627
E128 E214*	E249	E631	
E131*	E215*	E250	E635
E132*	E216*	E251	
E133 E217*	E252		

* Αυτά είναι επιπλέον και αλλεργιογόνα

2) Από άτομα με νεφρική ανεπάρκεια

E430	E627	E635
E631	E510	E622
E173	E518	
E261	E541	
E331		

3) Από άτομα με ειδικές καταστάσεις

E627 & E631	Άτομα με αυξημένο ουρικό οξύ
E127	Υπερθυροειδικά άτομα
E172	Πολυμεταγγιζόμενα άτομα

4) Ως πιθανά καρκινογόνα

E127	E154
E128	E407
E153	

5) Ως καρκινογόνα

E123	E251
E249	E252
E250	

(Δετοράκης 2003).

2.5 ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΡΟΦΗΣ:

Σωστή διατροφή είναι εκείνη που καλύπτει τις ανάγκες του ατόμου σε ενέργεια (θερμίδες), σε δομικά θρεπτικά συστατικά (αμινοξέα), σε βιταμίνες, ιχνοστοιχεία, μέταλλα και νερό

Η κατανάλωση τροφών από τον οργανισμό αυτούς ακριβώς τους στόχους εξυπηρετεί: την εξασφάλιση των θρεπτικών συστατικών, που είναι απαραίτητα για τις λειτουργίες του σώματος (πχ. σύνθεση μυών), καθώς και την κάλυψη των αναγκών του ατόμου σε ενεργεία (π.χ. κίνηση, καύσεις).

Ωστόσο, οι ανάγκες αυτές διαφέρουν σημαντικά σε κάθε άνθρωπο ανάλογα με την κληρονομικότητα, το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, τις σωματικές δραστηριότητες, την ύπαρξη ασθενειών και άλλους παράγοντες.

Παρ' όλα αυτά η επιστήμη έχει υπολογίσει- κατά προσέγγιση- την ενέργεια που χρειάζεται κάθε άνθρωπος για τις βασικές λειτουργίες του (π.χ λειτουργία αναπνοής, καρδιάς, κτλ.). Οι τελευταίες συνιστούν το λεγόμενο βασικό μεταβολισμό του ατόμου. Για την κάλυψη του βασικού μεταβολισμού ο ανθρώπινος οργανισμός χρειάζεται 1.400- 1600 θερμίδες το 24ωρο, δηλαδή περίπου 1θερμίδα το λεπτό. Στις θερμίδες αυτές πρέπει να προστεθεί το ποσό της ενέργειας που απαιτείται για την κάλυψη της μυϊκής δραστηριότητας του ατόμου. Αυτό δεν είναι ιδιαίτερα υψηλό όταν πρόκειται για συνηθισμένες δραστηριότητες, επειδή το ανθρώπινο σώμα λειτουργεί πολύ οικονομικά όσον

αφορά την παραγωγή έργου για κίνηση. Για παράδειγμα το έντονο περπάτημα μιας ώρας απαιτεί μόνο 300 θερμίδες (Καραγιαννόπουλος,1997).

2.6 ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΡΟΦΗΣ:

Εκτός, όμως από την ποσότητα της τροφής (αριθμός θερμίδων που παρέχονται στον οργανισμό), σημαντικό παράγοντα διαμόρφωσης ενός διαιτολογίου συνιστά κι η ποιότητα (το είδος) της τροφής, καθώς αυτή καθορίζει την αναλογία λευκώματος – υδατανθράκων – λίπους (δομικά συστατικά), με τα οποία εφοδιάζεται το ανθρώπινο σώμα. Αν αυτά δεν καλύπτουν ποικιλία θρεπτικών συστατικών ή δεν επαρκούν, τότε οι λειτουργίες του βασικού μεταβολισμού δυσχεραίνονται ή και ανακάμπτονται.

Επίσης, απαραίτητες στον ανθρώπινο οργανισμό είναι και κάποιες άλλες ουσίες. Πρόκειται για τα μέταλλα, τις βιταμίνες, τα ιχνοστοιχεία και το νερό. Αυτές δεν έχουν καμία θερμιδική αξία, αλλά η έλλειψή τους μπορεί να προκαλέσει ανεπανάρθωτες βλάβες (αβιταμινώσεις κτλ.).

Πρέπει λοιπόν το καθημερινό διαιτολόγιο κάθε ατόμου να διακρίνεται από μια ισορροπημένη ποσοτική (θερμίδες) και ποιοτική (θρεπτικά συστατικά) σύνθεση.

Αυτό ισχύει πολύ περισσότερο για τα παχύσαρκα άτομα. Κάθε παχύσαρκος έχει τις ίδιες ακριβώς διατροφικές ανάγκες όπως κι ένα άτομο ανάλογης ηλικίας, φύλου, επαγγέλματος, με κανονικό βάρος, (Καραγιαννόπουλος, 1997).

2.7 ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ:

Η συνολική χημική δραστηριότητα του σώματος ονομάζεται μεταβολισμός. Αυτός περιλαμβάνει τη διάσπαση της τροφής, την απελευθέρωση της ενέργειας και τη χρήση της τροφής αλλά και της ενέργειας από το σώμα στην καθημερινή ζωή για την παραγωγή ανάπτυξης. Ένα άτομο για να διατηρηθεί στην ζωή χρησιμοποιεί σημαντική ποσότητα ενέργειας.

Ορισμός Μεταβολισμού: Η χημική λειτουργία που γίνεται στον οργανισμό μας, δηλαδή η διάσπαση των οργανικών συνθέσεων σε απλούστερες πράγματα που έχει ως αποτέλεσμα την απελευθέρωση ενέργειας που θα καταναλωθεί

σε διάφορες δραστηριότητες του οργανισμού του ανθρώπου και των ζώων και των φυτών, (Μπαζαίος, 1991).

Ως βασικός μεταβολισμός χαρακτηρίζεται η ενέργεια που απαιτείται σε κατάσταση νηστείας και πλήρους ηρεμίας για τις βασικές μεταβολικές ανάγκες του οργανισμού (σύνθεση ενζύμων, ορμονών, λειτουργία καρδιάς, πνευμόνων κ.τ.λ).

ΠΩΣ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ Ο ΒΑΣΙΚΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ:

Υπάρχουν δύο τρόποι για να βρει κάποιος τον βασικό μεταβολισμό.

Ο πρώτος τρόπος είναι:

Γυναίκες	Θερμίδες Ημερησίως
15-18 ετών...	$(13,3*B)+690$
18-30 ετών...	$(14,8*B)+485$
30-60 ετών...	$(8,1*B)+482$
Άνω των 60 ετών...	$(9*B)+656$

Άνδρες	Θερμίδες Ημερησίως
15-18 ετών...	$(17,6*B) +656$
18-30 ετών...	$(15*B)+690$
30-60 ετών...	$(11,4*B)+870$
Άνω των 60 ετών...	$(11,7*B)+585$

• B= Βάρος

Για παράδειγμα, αν μια γυναίκα είναι 35 ετών και ζυγίζει 65 κιλά, ο βασικός της μεταβολισμός είναι: $BM = 8,1 \times 65 + 842$ $BM = 526,5 + 842 = 1368,5$ Kcal.

Ο δεύτερος τρόπος χρησιμοποιείται στην Ελλάδα και θεωρείται ως πιο αξιόπιστος και ακριβής γιατί συμπεριλαμβάνει και το ύψος.

ΓΥΝΑΙΚΕΣ: $BM = 655 + (9,6XB) + (1,8XY) - (4,7XH)$

ΑΝΔΡΕΣ: $BM = 66 + (13,7XB) + (5XY) - (68XH)$

BM=Βασικός Μεταβολισμός

B= Βάρος σε Kg

Υ= Υψος σε cm

H= Ηλικία σε χρόνια (Δετοράκης, 2003).

2.8 ΟΙ ΘΕΡΜΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ:

Οι θερμιδικές απαιτήσεις του ανθρώπου εξαρτώνται από μια σειρά παραγόντων, εκ των οποίων οι πιο σημαντικοί είναι:

- 1) Ο βασικός μεταβολισμός
- 2) Η μυϊκή εργασία
- 3) Η ηλικία και το φύλο
- 4) Οι ειδικές συνθήκες, φυσιολογικές και παθολογικές καταστάσεις, κλιματολογικές συνθήκες
- 5) Το είδος της τροφής.

Ημερήσια Απαίτηση σε θερμίδες

Έτη ηλικιών	Άνδρες	Γυναίκες
1-3	1300	1300
4-6	1700	1700
7-10	2400	2400
11-14	2700	2200
15-18	2800	2100
19-22	2900	2100
23-50	2700	2000
51-75	2400	1800
76+	2050	1600

Οι παραπάνω τιμές είναι οι μέσες τιμές που απαιτούνται για τυπικό επίπεδο εργασίας. Βασική απαίτηση ανά ημέρα απλώς για επιβίωση είναι περίπου 1600 θερμίδες. Μια μέτρια δραστηριότητα μπορεί να αυξάνει την ημερήσια απαίτηση από 500-600 θερμίδες. Οι εργάτες και οι αθλητές μπορεί να χρειάζονται 3500-6000 περισσότερο από την μέση απαιτούμενη τιμή ανά ημέρα (Δετοράκης 2005).

2.9 ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ:

Ως δείκτης μάζας σώματος ορίζεται το πηλίκο του σωματικού βάρους σε kg δια του τετραγωνικού του ύψους σε μέτρα.

Τα όρια του ΔΜΣ βάσει της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας είναι :

ΔΜΣ για ηλικίες 2-18

Ηλικία (έτη)	Αγόρια		Κορίτσια	
	Υπέρβαρο	Παχύσαρκο	Υπέρβαρο	Παχύσαρκο
2	18,4-20,1	>20,1	18,0-19,8	>19,8
3	17,9-19,6	>19,6	17,6-19,4	>19,4
4	17,6-19,3	>19,3	17,3-19,2	>19,2
5	17,4-19,3	>19,3	17,2-19,2	>19,2
6	17,6-19,8	>19,8	17,3-19,7	>19,7
7	17,9-20,6	>20,6	17,8-20,5	>20,5
8	18,4-21,6	>21,6	18,4-21,6	>21,6
9	19,0-22,8	>22,8	19,1-22,8	>22,8
10	19,8-24,0	>24,0	19,9-24,1	>24,1
11	20,6-25,1	>25,1	20,7-25,4	>25,4
12	21,2-26,0	>26,0	21,7-26,7	>26,7
13	21,9-26,8	>26,8	22,6-27,8	>27,8
14	22,6-27,6	>27,6	23,3-28,6	>28,6
15	23,3-28,3	>28,3	23,9-29,1	>29,1
16	23,9-28,9	>28,9	24,4-29,4	>29,4
17	25,0-30,0	>30,0	25,0-30,0	>30,0

ΤΟ ΙΔΑΝΙΚΟ ΒΑΡΟΣ:

Για τους ενήλικες, ένας κανόνας υπολογισμού του ιδανικού βάρους είναι να μετρήσετε το ύψος σε εκατοστά και στη συνέχεια να αφαιρέσετε το 110 αν πρόκειται για άνδρα, ή το 115 αν πρόκειται για γυναίκα. Το υπόλοιπο δίνει το ιδανικό βάρος. Ο κανόνας όμως δεν ισχύει για όσους δεν έχουν ακόμα ενηλικιωθεί και ειδικοί πίνακες που έχουν οι παιδίατροι δίνουν το φυσιολογικό

βάρος των παιδιών. Ένας κανόνας απαράβατος για ενήλικες και για παιδιά είναι πως πρέπει να διατηρούν το ιδανικό τους βάρος.

2.10 ΟΙ ΧΡΥΣΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ:

- 1) Βασική αρχή της διατροφής είναι να προσέχουμε όχι μόνο τι τρώμε, αλλά και το τι δεν τρώμε.
- 2) Τα διατροφικά μας είδη πρέπει να είναι φρέσκα ή κατεψυγμένα, αλλά όχι συντηρημένα με άλλους τρόπους.
- 3) Ο τρόπος μαγειρέματος είναι βασικός για μια σωστή διατροφή. Οτιδήποτε μπορεί να φαγωθεί ωμό, καταναλώστε το έτσι, ό,τι πρέπει να μαγειρευτεί, να γίνει στον ατμό ή βραστό ή ψητό. Αποφεύγετε τα τηγανητά.
- 4) Μην τρώτε αν δεν πεινάτε ακόμα και αν είναι ώρα φαγητού και μην τσιμπολογάτε ανάμεσα στα γεύματα.
- 5) Χαλαρώστε το σώμα ,το νου και τα συναισθήματά σας πριν καθίσετε στο τραπέζι.
- 6) Μην τρώτε βιαστικά ή όταν έχετε άγχος.
- 7) Φάτε τόση ποσότητα όση χρειάζεται για να χορτάσετε και ούτε μπουκιά παραπάνω ,από λαιμαργία ή επειδή κάποιος σας πιέζει να αδειάσετε το πιάτο σας.
- 8) Μασάτε καλά. Η πέψη είναι βασικό στοιχείο σωστής διατροφής.
- 9) Το πρωινό γεύμα είναι βασικό στοιχείο μιας σωστής διατροφής.
- 10) Τρώτε απ' όλα τα είδη των τροφών.
- 11) Ενημερώνεστε για τη σωστή διατροφή σ' όλη τη διάρκεια της ζωής σας. Υπάρχουν πάντα κι άλλα να μάθετε γι' αυτήν (ΟΜΑΔΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ , 1999).

Οι διαιτολόγοι συνιστούν να κάνουμε ισορροπημένη και μετρημένη επιλογή των τροφών μας από τη μεγαλύτερη ποικιλία φυσικών τροφών. Φυσικά, απαραίτητο σύμμαχο θα πρέπει να αποτελεί πάντοτε ένα πρόγραμμα τακτικής άσκησης που θα μας βοηθήσει να χρησιμοποιήσουμε πιο αποτελεσματικά τις τροφές που καταναλώνουμε.

ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΤΕ ΝΑ ΑΠΟΦΕΥΓΕΤΕ

Υπερβολικό σωματικό βάρος. Η παχυσαρκία μπορεί να σας εκθέσει σε μεγαλύτερο κίνδυνο για υπέρταση, στεφανιαία νόσο και διαβήτη ενηλίκων. Αν έχετε υπερβολικό βάρος, η λήψη θερμίδων ξεπερνάει την κατανάλωση ενέργειας σας.

Παρά πολύ λίπος. Στις αναπτυγμένες χώρες, περίπου το 40% των θερμίδων που τρώγονται προέρχονται από λίπη (κορεσμένα και ακόρεστα). Προσπαθήστε να περιορίσετε τον αριθμό αυτό στο 30% ή λιγότερο στη διατροφή σας. Η κατανάλωση λίπους δεν θεωρείται ότι είναι πολύ χαμηλή αν δεν πέσει από το 10% του συνολικού αριθμού θερμίδων που τρώμε.

Κορεσμένα λίπη. Τρώτε γάλα και τυρί με λίγα λιπαρά, κόψτε το βούτυρο, τρώτε μαργαρίνη πλούσια σε πολυακόρεστα λίπη, κόψτε τα στερεά λίπη (όπως το λαρδί) και χρησιμοποιήστε φυτικά λάδια, όπως καλαμποκέλαιο, λάδι, κανόλα, ηλιέλαιο, καρδαμέλαιο ή σογιέλαιο. Τρώτε άπαχο κρέας και ψήνετε το φαγητό σας στη σχάρα ή τα κάρβουνα αντί να το τηγανίζετε.

Εξευγενισμένες τροφές. Περιλαμβάνουν το γυαλισμένο ρύζι, λευκό αλεύρι και την άσπρη ζάχαρη. Δεν έχουν το θρεπτικό ισοδύναμο των σύνθετων, μη εξευγενισμένων τροφών. Οι βιταμίνες και τα μεταλλικά στοιχεία χάνονται με την κατεργασία και πιο πολλά δεν αναπληρώνονται με τον εμπλουτισμό.

ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΤΕ ΝΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΕΤΕ:

Σύνθετους υδατάνθρακες πλούσιους σε ίνες. Βρίσκονται στα προϊόντα από ολόκληρα δημητριακά, το καστανό ρύζι, τα μπιζέλια, τα ξερά φασόλια και τα φρέσκα φρούτα και λαχανικά. Οι τροφές αυτές είναι πλουσιότερες σε βιταμίνες και μεταλλικά στοιχεία απ' ότι οι αντίστοιχες εξευγενισμένες.



Υδατάνθρακες σαν κύρια πηγή ενέργειας σας.

Πάρτε ένα μεγαλύτερο μέρος της ενέργειάς σας από υδατάνθρακες. Αν οι υδατάνθρακες τώρα σας δίνουν 45% των θερμίδων σας, αυξήστε τις στο 55%.



Τροφές που περιέχουν ίνες. Να τρώτε τροφές με ίνες, αλλά χωρίς να το παρακάνετε. Δεν χρειάζεστε αναγκαστικά 30 γραμμάρια ίνες κάθε μέρα. Οι πάρα πολλές ίνες μπορεί να διαταράξουν το πεπτικό σας σύστημα ή να οδηγήσουν σε μειωμένη απορρόφηση μεταλλικών στοιχείων.



2.11 ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η Μεσογειακή διατροφή περιλαμβάνει τις διατροφικές συνήθειες των λαών της Μεσογείου της δεκαετίας του 1940 & 1960. Ειδικότερα, η μεσογειακή δίαιτα των Ελλήνων θεωρείται η παραδοσιακή διατροφή τους κατά τη δεκαετία του 1960-1970, με όλα τα θετικά αποτελέσματα για την υγεία (Βελεντζάς, 1999).

Η ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ:

- 1) ακατέργαστα δημητριακά: Σιτάρι, ρύζι, καλαμπόκι, κριθάρι, σίκαλη. Η ομάδα των δημητριακών είναι η πιο μεγάλη ομάδα και η πλέον βασική της μεσογειακής δίαιτας.
- 2) φρούτα: Πορτοκάλια, μήλα, ροδάκινα, αχλάδια, κ.α. περιλαμβάνονται στα καθημερινά γεύματα της μεσογειακής δίαιτας.
- 3) χορταρικά: Άγρια χόρτα, πατάτες, σπανάκι, μαρούλι, ωμές σαλάτες κ.α. συνοδεύουν τα καθημερινά γεύματα. Περιέχουν επίσης Ω3 και Ω6 λιπαρά οξέα που δεν μπορεί να τα συνθέσει ο οργανισμός και είναι απαραίτητα για την φυσιολογική ανάπτυξη και τη λειτουργία του εγκεφάλου.
- 4) όσπρια: Φασόλια, φακές, ρεβίθια κ.α, καθώς επίσης και ξηροί καρποί.
- 5) Γαλακτοκομικά προϊόντα: Γάλα, γιαούρτι περιέχονται καθημερινά στη μεσογειακή δίαιτα.
- 6) Πουλερικά – Ψάρια: Το κάθε είδος πρέπει να καταναλώνεται μια φορά τη εβδομάδα. Τα ψάρια περιέχουν ιχθυέλαια, τα οποία μειώνουν τα επίπεδα της χοληστερίνης στο αίμα.
Τα αυγά συνιστώνται 3-4 φορές την εβδομάδα για τα παιδιά και 2-3 για τους ενήλικες.
Το κόκκινο κρέας περιλαμβάνεται στην μεσογειακή δίαιτα δυο φορές το μήνα.
- 7) Ελαιόλαδο: Θα πρέπει να περιλαμβάνεται σε όλα τα φαγητά, είναι πλούσιο στο μονοακόρεστο ελαιϊκό οξύ που θεωρείται ευεργετικό για τον οργανισμό.
- 8) Οινοπνευματώδη ποτά: Η μεσογειακή δίαιτα περιλαμβάνει κρασί αλλά με μέτρο. Το κόκκινο κρασί κυρίως, που έχει αντιοξειδωτική δράση και τονώνει την καρδιά.
- 9) Άσκηση: Ο συνδυασμός της ισορροπημένης δίαιτας και της συστηματικής σωματικής άσκησης βοηθά στη διατήρηση του κανονικού βάρους και επομένως στη διατήρηση της υγείας .

Τέλος, η μεσογειακή διαίτα περιλαμβάνει και το νερό που είναι απαραίτητο και θα πρέπει να καταναλώνονται 6-8 περίπου ποτήρια την ημέρα.

Πυραμίδα Μεσογειακής διατροφής:



«ΚΑΠΝΙΣΜΑ»



3. ΚΑΠΝΙΣΜΑ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Το κάπνισμα είναι μια παλιά και πολύ διαδεδομένη συνήθεια παγκοσμίως. Το 30% - 60% του ενεργού πληθυσμού καπνίζει στις περισσότερες χώρες. Ο καπνός ήρθε στην Ευρώπη το 16^ο αιώνα από τους εξερευνητές. Το κάπνισμα διαδόθηκε πολύ κατά τον 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο στους άνδρες και είκοσι χρόνια αργότερα και στις γυναίκες.

Όλοι ξέρουν ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία, αλλά οι καπνιστές συνεχίζουν να καπνίζουν και οι μη καπνιστές ζώντας μαζί τους είναι υποψήφιοι καπνιστές και παθητικοί καπνιστές επίσης.

Λίγοι ξέρουν συγκεκριμένα το πόσο πολύ βλάπτει, πόσο σημαντικός είναι ο κίνδυνος κακής υγείας, αναπηρίας ή αιφνίδιου θανάτου και λίγοι συνειδητοποιούν τους λόγους που άρχισαν να καπνίζουν, το γιατί καπνίζουν και γιατί δεν μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα, αν και οι 3 στους 4 καπνιστές έχουν προσπαθήσει ή το θέλουν σοβαρά.

Το πρόβλημα και η έκτασή του είναι τεράστιο και είναι επόμενο να υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον για την επίδρασή του στη δημόσια υγεία.

Παρατηρείται ολοένα μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση σχετικά με τις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Η Κοινότητα αποδίδει μεγάλη σημασία στην καταπολέμηση της χρήσης των προϊόντων καπνού. Οι κυριότεροι στόχοι είναι η πρόληψη και το κόψιμο του καπνίσματος. Παρά τη σημαντική πρόοδο, ο αριθμός των καπνιστών εξακολουθεί να είναι υψηλός (περίπου το ένα τρίτο του κοινοτικού πληθυσμού) και οι επιπτώσεις στην υγεία είναι εξίσου σημαντικές, δεδομένου ότι κάθε χρόνο σημειώνονται στην Κοινότητα περίπου 650.000 θάνατοι που σχετίζονται με το κάπνισμα. Σχεδόν το ήμισυ αυτών των θανάτων αφορούν άτομα ηλικίας μεταξύ 35 και 69 ετών, δηλαδή πολύ κατώτερης από τον μέσο όρο του προσδόκιμου ζωής (πηγή Ευρωπαϊκή Επιτροπή).

Το κάπνισμα επηρεάζει επίσης την υγεία των παθητικών καπνιστών, ιδίως αυτών που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες, οι οποίοι ολοένα και συχνότερα ζητούν προστασία.

Τα νομοθετικά μετρά, τα προγράμματα καταπολέμησης του καπνίσματος στο πλαίσιο του προγράμματος για την Δημόσια Υγεία και οι εκστρατείες πληροφόρησης συνιστούν βασικές πτυχές των σημερινών και μελλοντικών αντικαπνιστικών δράσεων.

Η στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την καταπολέμηση του καπνίσματος προσεγγίζει το θέμα σφαιρικά. Στηρίζει όλες τις δράσεις για την πρόληψη και το κόψιμο του καπνίσματος σε ευρωπαϊκή κλίμακα, όπως για παράδειγμα, τη λήψη μέτρων για την αγωγή σε θέματα υγείας, τη βελτίωση της ενημέρωσης και της βοήθειας που παρέχεται στους καταναλωτές, καθώς και δράσεις για περιορισμούς στη διαφήμιση και την εμπορία προϊόντων καπνού. Η Ευρωπαϊκή Ένωση ενσωματώνει επίσης την καταπολέμηση του καπνίσματος σε μια σειρά άλλων κοινοτικών πολιτικών, όπως είναι η φορολογική και γεωργική πολιτική.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση συμμετέχει ενεργά στη χάραξη παγκοσμίων αντικαπνιστικών πολιτικών και είναι συμβαλλόμενο μέρος της σύμβασης-πλαισίου για την καταπολέμηση του καπνίσματος (FCTC), της πρώτης διεθνούς συνθήκης που έχει συναφθεί στον τομέα της υγείας.

Η σύμβαση αυτή δεσμεύει τις χώρες παγκοσμίως να λαμβάνουν μέτρα (υψηλή φορολογία, απαγόρευσης χρήσης σε δημόσιους χώρους, εκπαίδευση κ.α.), για τη μείωση των θανάτων και ασθενειών που οφείλονται στο κάπνισμα και παρέχει το κατάλληλο πλαίσιο ώστε τα μέρη της σύμβασης να εφαρμόζουν μέτρα συνεχούς και σημαντικής μείωσης τόσο και του παθητικού καπνίσματος.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, 1,1 δισεκατομμύρια άτομα σε όλο τον κόσμο είναι καπνιστές, ενώ σχεδόν κάθε δευτερόλεπτο ένα νέο άτομο αρχίζει να εθίζεται στη νικοτίνη. Κάθε χρόνο 5.000.000 άνθρωποι θα χάσουν τη ζωή τους από νοσήματα που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την βλαπτική επίδραση του καπνίσματος αναμένεται δε οι θάνατοι να φθάσουν τα 10.000.000 το 2020.

Τα τελευταία στατιστικά στοιχεία την Ελλάδα την κατατάσσουν 3^η παγκόσμιος στην κατανάλωση καπνού μετά την Ουγγαρία και την Πολωνία. Το 44% του πληθυσμού είναι καπνιστές, οι θάνατοι δε, από νοσήματα που έχουν άμεση ή έμμεση σχέση με το κάπνισμα, φτάνουν τις 20.000 ετησίως.

Ανησυχητικά διαδεδομένη είναι η συνήθεια αυτή στις μικρές ηλικίες, τα στοιχεία αναφέρουν ότι περίπου οι μισοί μαθητές της Γ΄ Λυκείου τουλάχιστον στα μεγάλα αστικά κέντρα είναι καπνιστές. Επιπροσθέτως τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί στο γυναικείο πληθυσμό αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα και εμφράγματα του μυοκαρδίου και αυτό οφείλεται στη μεγάλη αύξηση του ποσοστού καπνιστριών συγκριτικά με τα προηγούμενα χρόνια.

Γιατί καπνίζουν οι άνθρωποι :

Είναι γενικώς αποδεκτό, ότι οι άνθρωποι αρχίζουν να καπνίζουν για ένα ή περισσότερους απ' τους παρακάτω λόγους: περιέργεια, συμβιβασμός με τις αξίες της ομάδας στην οποία ανήκουν, θεωρούν ότι έχουν μεγαλύτερο κύρος, όπως στην περίπτωση των νέων που θέλουν να κάνουν τους «μεγαλύτερους». (Jerome 1980).

Έξι παράγοντες φαίνεται ότι επηρεάζουν κυρίως τους καπνιστές στο να συνεχίσουν να καπνίζουν: ερεθισμός (μια αίσθηση αυξημένης ενεργητικότητας), αισθητηριοκινητικοί χειρισμοί (η ικανοποίηση να ανάβουν τσιγάρο), ευχάριστη χαλάρωση (ανταμείβοντας τον εαυτό τους με ένα τσιγάρο, όταν περάσει η ανάγκη για εγρήγορση και ένταση ή για να διευκολύνουν τις κοινωνικές σχέσεις), συνήθεια (του καπνιστή δεν του λείπει το τσιγάρο όταν δεν υπάρχει, αλλά όταν είναι διαθέσιμο το καπνίζει αυτόματα και δεν πιστεύει ότι τον κάνει να αισθάνεται διαφορετικά), μείωση αρνητικών συναισθημάτων (καπνίζουν για να ανταπεξέλθουν σε αισθήματα έντασης, άγχους ή θυμού σε δύσκολες καταστάσεις), εθισμός (καπνίζουν για να εμποδίσουν τη δυσάρεστη αίσθηση της λαχτάρας, που νιώθουν όταν τους λείπει το τσιγάρο).

3.2 ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ ΕΘΙΣΜΟΣ:

ΕΞΑΡΤΗΣΗ:

Εξάρτηση είναι μια κατάσταση κατά την οποία το άτομο νιώθει επιτακτική ανάγκη για μια τοξική ουσία λόγω της επανειλημμένης λήψης της.

Η εξάρτηση από κάποιο προϊόν σημαίνει την ανάγκη της τακτικής κατανάλωσης του εν λόγω προϊόντος, προκειμένου να αποφευχθεί η εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης. Η εξάρτηση από κάποιο προϊόν οδηγεί σε διάφορα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα.

Η εξάρτηση από τον καπνό σύγκειται σε μια υπερβολική και ανεξέλεγκτη κατανάλωση τσιγάρων. Πέρα από την κοινωνική δυσφορία που προκαλεί, η εν λόγω εξάρτηση οδηγεί σε ποικίλες ασθένειες, όπως καρκίνους και χρόνια βρογχίτιδα, οι οποίες μπορούν με τη σειρά τους να οδηγήσουν σε θάνατο. Η εξάρτηση από τον καπνό είναι επίσης επιβλαβής στον περίγυρο του καπνιστή λόγω της εισπνοής του καπνού των τσιγάρων.

Η εξάρτηση που προκαλεί η νικοτίνη είναι:

1) Σωματική: Η έλλειψη της νικοτίνης προκαλεί εκτός από την έντονη επιθυμία για κάπνισμα ένα σύνδρομο κυρίως νευρολογικό

(ευερεθιστότητα, άγχος, νυχτερινές αφυπνίσεις, ελαφρύ πονοκέφαλο, κατάθλιψη, αυξημένη όρεξη).

2) Ψυχική: Ο καπνιστής έχει συνδυάσει το κάπνισμα με την καθημερινή του ζωή (το φαγητό, τον καφέ, τις συναισθηματικές αλλαγές). Ο εθισμός αυτός είναι πολύ ισχυρότερος από το σωματικό.

Εθισμός:

Ο εθισμός στον καπνό είναι ένας δηλητηριώδης εθισμός σε τοξικές ουσίες που οφείλεται στην κατάχρηση καπνού. Ο εθισμός στον καπνό επηρεάζει και τον πραγματικό καπνιστή αλλά και τον περίγυρό του, επειδή δημιουργεί παθητικό εθισμό στον καπνό, ο οποίος για έναν μη καπνιστή συνιστάται στην ακούσια εισπνοή του καπνού του τσιγάρου άλλων. Ο εθισμός στον καπνό συνιστάται στην υπερβολική κατανάλωση καπνού υπό μορφή τσιγάρων, πούρων ή καπνού πίπας(Αποστολόπουλος 2003).

3.3 Τι περιέχει ο καπνός του τσιγάρου:

Ο καπνός του τσιγάρου που σχηματίζεται κατά το κάπνισμα χωρίζεται σε δύο μέρη: α) στο κύριο ρεύμα (καπνός κεντρικής ροής) και β) στο δευτερεύον ή παράπλευρο ρεύμα (καπνός περιφερικής ροής).

Το κύριο ρεύμα παράγεται κατά τη διάρκεια της εισρόφησης καπνού από τον καπνιστή στη θερμή περιοχή του τσιγάρου (δηλαδή στην καύτρα) και εισδύει στους πνεύμονές του.

Ο κύριος καπνός που εισπνέει ο καπνιστής είναι τι 15% του παραγόμενου καπνού και περιέχει μονοξείδιο του άνθρακα, πίσσα και νικοτίνη, τα οποία είναι τοξικά.

Το παράπλευρο ρεύμα παράγεται απευθείας από την καύση του τσιγάρου. Η χημική σύσταση του παράπλευρου ρεύματος είναι παρόμοια με αυτή του κύριου ρεύματος, αλλά λόγω των διαφορετικών συνθηκών, ορισμένες ποσότητες συστατικών διαφέρουν. Στο παράπλευρο ρεύμα του καπνού του τσιγάρου εμφανίζονται σημαντικά υψηλότερες συγκεντρώσεις οξειδίων του αζώτου και πτητικών νιτροδοαμινών, σε σχέση με το κύριο ρεύμα. Οι τελευταίες αυτές ενώσεις φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην επίδραση του παθητικού καπνίσματος σε μη καπνιστές. Οι μετρήσεις από συγκεντρώσεις τοξικών και καρκινογόνων ουσιών στον καπνό του τσιγάρου σε κλειστούς χώρους έχουν δείξει ότι οι συγκεντρώσεις αυτές είναι αρκετά υψηλές και επικίνδυνες για την υγεία του ανθρώπου.

Συγκεκριμένα, ο καπνός του τσιγάρου περιέχει πάνω από 4.000 χημικές ουσίες.

Οι κυριότερες από τις ουσίες αυτές είναι:

- 1) Νικοτίνη: είναι ναρκωτική ουσία, προκαλεί εξάρτηση, αυξάνει την αρτηριακή πίεση και την καρδιακή πίεση. Επίσης ευθύνεται για τα οξέα καρδιακά επεισόδια από το κάπνισμα.
- 2) Μονοξείδιο του Άνθρακα: προκαλεί ελάττωση του οξυγόνου στο αίμα και στους ιστούς. Προκαλεί βλάβη και στους παθητικούς καπνιστές σε κλειστούς χώρους.
- 3) Πίσσα: αποτελείται από πολυκυκλικούς αρωματικούς υδρογονάνθρακες, πολλοί από τους οποίους είναι καρκινογόνοι.
- 4) Οξείδια του αζώτου: προκαλούν αποφρακτική πνευμονοπάθεια σε συνδυασμό με την πίσσα.

5) Υδροκυάνιο: ισχυρό τοξικό αέριο που βλάπτει το επιθήλιο του πνεύμονα. (Μπεχράκης, 2007).

Άλλες καρκινογόνες ουσίες:

- 1) Ακετόνη (ουσία που υπάρχει στα καθαριστικά των νυχιών, το γνωστό ασετόν)
- 2) Αμμωνία (χρησιμοποιείται σε καθαριστική πατωμάτων και προστίθεται στα τσιγάρα για να αυξήσει την απορρόφηση της νικοτίνης)
- 3) Αρσενικό (το γνωστό δηλητήριο που χρησιμοποιείται και για το ποντικοφάρμακο)
- 4) Ανιλίνη (βασικό χημικό συστατικό χρωμάτων)
- 5) Ναφθαλίνη (η γνωστή ουσία που χρησιμοποιείται για την προστασία των ρούχων από το σκώρο)

3.4 Νοσολογικές συνέπειες του καπνίσματος:

- 1) Ένας καπνιστής 20 τσιγάρων τη μέρα χάνει περίπου 5 χρόνια ζωής ή 5,5 λεπτά ζωής ανά τσιγάρο
- 2) Οι άνδρες που καπνίζουν 40 τσιγάρα τη μέρα έχουν διπλάσια θνησιμότητα από αυτούς που δεν καπνίζουν.
- 3) Το 1/3 έως 1/4 του συνόλου των καρκίνων αποδίδεται στο κάπνισμα.
- 4) Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι 10 φορές συχνότερος στους καπνιστές.



πνεύμονας καπνιστή



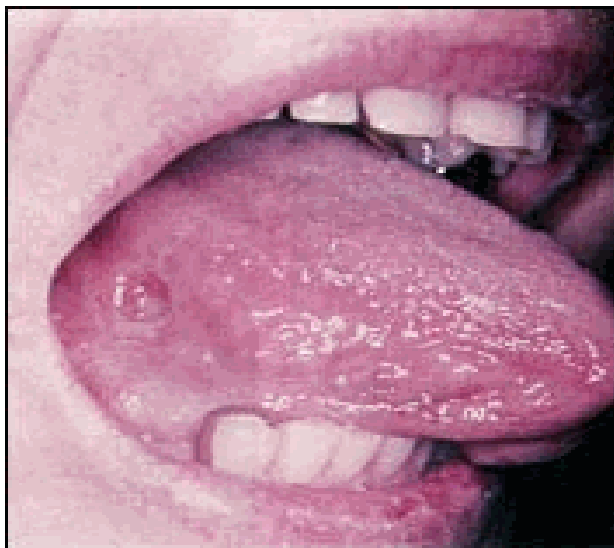
κανονικός πνεύμονας

5) Το κάπνισμα αποτελεί την αιτία του 30% των θανάτων από κακοήθεις νόσους, του 30% των θανάτων από στεφανιαία νόσο και του 80-90% των θανάτων από αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

6) Οι καπνιστές έχουν 70% μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθουν έμφραγμα (Αποστολόπουλος 2003).

Προβλήματα υγείας που σχετίζονται με το κάπνισμα:

- 1) Εμφράγματα
- 2) Καρδιολογικά προβλήματα
- 3) Πνευμονικές παθήσεις
- 4) Καρκίνος (λάρυγγα, στόματος, οισοφάγου, πνεύμονα, ήπατος, παχέος εντέρου και άλλων οργάνων του σώματος)



- 5) Γαστρίτιδα
- 6) Έλκος στομάχου
- 7) Παροξυσμοί κ.α.

Το κάπνισμα συμβάλλει επίσης σε δημιουργία στειρότητας, σε διαταραχές εμμήνου κύκλου στις γυναίκες, σε μείωση σεξουαλικής δραστηριότητας, σε αλλεργίες, σε διαταραχές ορμονών, σε πρόωρο γήρας της επιδερμίδας, σε αύξηση πιθανοτήτων αποβολής κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης, σε αύξηση πιθανοτήτων οστεοπόρωσης κ.α.,(Μαρσέλος 1997).

Παράλληλα, μελέτη του ΕΛΙΚΑΡ, Cardio 2000 έδειξε τα εξής στοιχεία:

- 1) Το συστηματικό κάπνισμα τριπλασιάζει τον κίνδυνο εκδήλωσης εμφράγματος ή ασταθούς στηθάγχης σε άτομα μέσης ηλικίας.
- 2) Μεταξύ 750 ατόμων που πάσχουν από στεφανιαία νόσο καπνίζουν το 77% των ανδρών και το 31% των γυναικών.
- 3) Καπνιστικά πρότυπα από το οικογενειακό περιβάλλον σχεδόν διπλασιάζουν την πιθανότητα ανάπτυξης ανάλογων συνηθειών, ενώ τετραπλασιάζουν τον κίνδυνο εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου σε σχέση με άτομα που δεν είχαν καπνιστικές επιρροές από την οικογένεια.
- 4) Μακροχρόνια έκθεση σε παθητικό κάπνισμα (περισσότερο από 30 λεπτά την ημέρα) εντοπίστηκε στο 63% των ατόμων που πήραν μέρος στη μελέτη.
- 5) Κυριότερες πηγές παθητικού καπνίσματος είναι το εργασιακό περιβάλλον (79%), το οικογενειακό περιβάλλον (54%) και οι δημόσιοι χώροι (72%)

3.5 Παθητικό κάπνισμα και επιπτώσεις:

Εκτός από τις αρνητικές συνέπειες στους ίδιους τους καπνιστές, το κάπνισμα μπορεί να βλάψει και τα αγαπημένα τους πρόσωπα στο σπίτι, στη δουλειά ή στη διασκέδαση. Το παθητικό κάπνισμα, στο οποίο εξαναγκάζονται όσοι βρίσκονται κοντά στους καπνιστές, προκαλεί βλάβες στην υγεία τους.

Ο περιβαλλοντικός καπνός του τσιγάρου (αυτός που διαχέεται στην ατμόσφαιρα όταν κάποιος καπνίζει ένα τσιγάρο) κατατάσσεται στην α΄ κατηγορία καρκινογόνων ουσιών, δηλαδή θεωρείται «ουσία» που προκαλεί καρκίνο ανεξάρτητα της ποσότητας που προλαμβάνει ο οργανισμός. Ειδικότερα έχει διαπιστωθεί ότι: “όσοι εργάζονται και συγκατοικούν με καπνιστές εμφανίζουν συχνότερα προβλήματα στο αναπνευστικό σύστημα και στην καρδιά τους. Επίσης ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου σε αυτά τα άτομα είναι αυξημένος” (Μαρσέλος, 1997).

Το παθητικό κάπνισμα είναι υπεύθυνο για έναν σημαντικό αριθμό ασθενειών:

- 1) Στεφανιαία νόσος: 30% περισσότερο σε μη καπνιστές που ζουν με καπνιστές.
- 2) Αύξηση έως και 3 φορές του καρκίνου του πνεύμονα σε μη καπνίστριες, των οποίων ο σύζυγος είναι καπνιστής.

3) Συσχέτιση του παθητικού καπνίσματος με καρκίνο του φάρυγγα, του οισοφάγου, του στόματος, των νεφρών, του μαστού,

4) Στους μη καπνιστές, ο καπνός ερεθίζει τα μάτια και τον επιπεφυκότα, προκαλεί ρινικά συμπτώματα, βήχα, κεφαλαλγίες και κρίσεις βρογχικού άσθματος.

Το παθητικό κάπνισμα έχει δυσμενείς επιπτώσεις σε διάφορες κατηγορίες ατόμων: σε εγκύους μπορεί να προκαλέσει αποβολές, καθώς και πλήθος προβλημάτων στα παιδιά που θα γεννηθούν. Σε αυτά συγκαταλέγονται το μειωμένο βάρος, αναπνευστικά προβλήματα, καθώς και ψυχοκοινωνική καθυστέρηση, ακόμα και σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου σε νεογνά. Σε παιδιά που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα μπορεί να προκληθούν λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος (1,6-1,7 φορές συχνότερα από άλλα παιδιά),



χρόνια αναπνευστικά προβλήματα, οξεία και χρόνια ωτίτιδα 1,2-1,3 φορές συχνότερη. Σε ηλικιωμένους και ειδικά σε άτομα με αναπνευστικά προβλήματα μπορεί να επιδεινώσει την κατάστασή τους, ακόμα και να προκαλέσει κρίσεις άσθματος. (πηγή: Στατιστικά στοιχεία: Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία, 2001)

3.5 Διακοπή καπνίσματος:

Η προσπάθεια για την διακοπή του καπνίσματος είναι μια μεγάλη μάχη, μια εσωτερική μάχη προς κάτι δικό μας ή προς ένα μέρος του εαυτού μας, προς μια θετική ευχάριστη συνήθεια ή μικροαπόλαυση.

Οι περισσότεροι καπνιστές που προσπαθούν για πρώτη φορά να κόψουν το κάπνισμα αναλαμβάνουν το εγχείρημα μόνοι τους. Σε ορισμένες περιπτώσεις και αναλόγως με τους ανθρώπους, αυτό μπορεί να αποτελεί τη σωστή προσέγγιση. Υπάρχουν ωστόσο πολλοί τρόποι να κόψει κανείς το τσιγάρο. Οι

επιλογές διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο του καπνιστή (Αποστολόπουλος 2003).

Τα κύρια προβλήματα της διακοπής του καπνίσματος:

- 1) Σωματικά συμπτώματα στέρησης (αύξηση βάρους, πονοκέφαλος, μείωση της εγρήγορσης, πολυφαγία).
- 2) Ψυχικά συμπτώματα (έντονη επιθυμία για κάπνισμα, ευερεθιστότητα, άγχος, εκνευρισμός).

3.6.1 Τρόποι για να κόψετε τι κάπνισμα:(Οδηγός υγείας 1999)

Τρόποι παρέμβασης	Βασικές αρχές	Τα υπέρ	Τα κατά
<p><u>Ατομική προσπάθεια</u></p> <p>φυλλάδια και άλλες μορφές ενημερωτικού υλικού καθώς και προγράμματα στο διαδίκτυο.</p>	<p>Χρήση όλων των μέσων που ο καπνιστής θεωρεί χρήσιμα στην περίπτωση του.</p> <p>Κατάσχεση προσωπικού σχεδίου και τήρησή του.</p>	<p>Λύση που κοστίζει τίποτα ή πολύ λίγο.</p>	<p>Εναπόκειται στον καπνιστή να ακολουθεί το πρόγραμμα που ο ίδιος έχει θέσει.</p>
<p><u>Συμβουλευτική στήριξη</u></p> <p>Γιατρός, φαρμακοποιός ή οποιοσδήποτε άλλος ειδικός που έχει εκπαιδευτεί κατάλληλα για να παρακολουθεί τους καπνιστές και να συνδράμει στην προσπάθειά τους να κόψουν το τσιγάρο.</p>	<p>Ο ειδικός βοηθά τον καπνιστή να αναπτύξει τις δεξιότητες που του είναι απαραίτητες για να κόψει το τσιγάρο.</p> <p>Ο ειδικός ενθαρρύνει τον καπνιστή, διαπιστώνει την πρόοδο που έχει επιτευχθεί και επιβραβεύει την επιτυχία.</p>	<p>Είναι ευκολότερο να κόψει κανείς το κάπνισμα όταν έχει την στήριξη άλλων.</p> <p>Ο σύμβουλος έχει πείρα, βοηθώντας καπνιστές να κόψουν το τσιγάρο.</p> <p>Η πείρα του είναι χρήσιμη και οι πληροφορίες που διαθέτει μπορεί να</p>	<p>Το γεγονός ότι πρέπει να κλείσεις ραντεβού και να τα τηρήσεις.</p>

		βοηθήσουν και άλλα άτομα.	
<p><u>Θεραπείες με υποκατάστατα νικοτίνης</u> Αυτοκόλλητο ή τσιγάρα</p>	Οι θεραπείες με υποκατάστατα νικοτίνης παρέχουν τη δόση νικοτίνης που έχει ανάγκη ο καπνιστής χωρίς τις υπόλοιπες χημικές τοξίνες που περιέχουν τα τσιγάρα.	Οι θεραπείες αυτές βοηθούν στο να ελέγχει κανείς την επιθυμία για τσιγάρο. Το κόστος είναι περίπου το ίδιο με αυτό των τσιγάρων.	Το αυτοκόλλητο μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό του δέρματος. Υπάρχουν σωστοί και ασφαλείς τρόποι χρήσης των συγκεκριμένων προϊόντων.
<p><u>Συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή</u></p>	Μειώνει την επιθυμία για νικοτίνη, ενεργοποιώντας χημικές ουσίες του εγκεφάλου που διεγείρει η νικοτίνη με το κάπνισμα.	Ελέγχει την επιθυμία για τσιγάρο.	Ο καπνιστής πρέπει να ζητήσει τη γνώμη του γιατρού για το κατά πόσο η θεραπεία αυτή ενδείκνυται γι' αυτόν. Κόστος της θεραπείας.

Εναλλακτικές μέθοδοι διακοπής του καπνίσματος:

- 1) Βελονισμός
- 2) Διαλογισμός
- 3) Ύπνωση
- 4) Ανθοΐαματα
- 5) Ομοιοπαθητική
- 6) Ηλεκτρομαγνητική αγωγή
- 7) Αρωματοθεραπεία-σιάτσου

3.6.2 Σύντομες συμβουλές που μπορούν να αυξήσουν τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος:

- 1) Μην καπνίζετε όταν συζητάτε
- 2) Μην καπνίζετε στο δρόμο
- 3) Μην καπνίζετε όταν είστε ξαπλωμένοι
- 4) Μην καπνίζετε όταν οδηγείτε
- 5) Μην καπνίζετε για να μην φάτε
- 6) Μην καπνίζετε όταν γράφετε
- 7) Μην παίρνετε τσιγάρο όταν σας το προσφέρουν
- 8) Μην καπνίζετε όταν είστε με άτομα που δεν καπνίζουν

Η καλύτερη συμβουλή για την υγεία και την ασφάλεια για μια καλύτερη **ZΩΗ** είναι να σταματήσετε το **ΚΑΠΝΙΣΜΑ**.

3.7 Μύθοι και πραγματικότητες:

όλη η αλήθεια σχετικά με το κάπνισμα:

- 1) Το κάπνισμα βλάπτει μόνο τον καπνιστή.

Το παθητικό κάπνισμα βλάπτει τους φίλους, την οικογένεια και όλους όσους μας περιβάλλουν. Το κάπνισμα αποτελεί την τρίτη σε σειρά σπουδαιότητας αιτία θανάτου που μπορεί ωστόσο να αποτραπεί.

- 2) Το τσιγάρο μου φτιάχνει την διάθεση.

Όταν καπνίζετε, το τσιγάρο προκαλεί άμεσο αίσθημα ευφορίας το οποίο ωστόσο σύντομα διαδέχεται η κατάθλιψη και η κόπωση, καθώς έχει ανάγκη από τη νικοτίνη. Κατά συνέπεια, η καλή διάθεση γρήγορα μετατρέπεται σε κακοδιαθεσία.

- 3) Καπνίζω ελαφρά τσιγάρα γιατί είναι καλύτερα.

Τα ελαφρά τσιγάρα έχουν φίλτρα που αλλάζουν τον τρόπο με τον οποίο καπνίζουμε. Με τα ελαφρά τσιγάρα, ο καπνιστής ρουφάει πιο βαθιά ή με μεγαλύτερη συχνότητα για να προσλάβει τη νικοτίνη που του χρειάζεται. Ταυτόχρονα εισπνέει την ίδια ποσότητα τοξικών ουσιών που περιέχουν και τα κανονικά τσιγάρα και οι οποίες είναι θανατηφόρες. Με άλλα λόγια, τα ελαφρά τσιγάρα είναι τόσο επιβλαβή και θανατηφόρα όσο και τα κανονικά.

- 4) Αν κόψω το κάπνισμα θα παχύνω.

Ένας στους πέντε καπνιστές που κόβουν το κάπνισμα δεν παχαίνει. Και όσοι παχαίνουν παίρνουν κατά μέσο όρο 3 με 4 κιλά. Το βάρος είναι κάτι το οποίο μπορείτε να ελέγξετε. Όταν αισθάνεστε την ανάγκη να κάνετε τσιγάρο, πιείτε νερό, φάτε κάτι υγιεινό, μασήστε τσίχλα χωρίς ζάχαρη και ασκηθείτε. Με τον τρόπο αυτό και το τσιγάρο ξεχνάτε και διατηρείτε το βάρος σας σε φυσιολογικά επίπεδα.

5) Οι θεραπείες με υποκατάστατα νικοτίνης είναι επιβλαβείς για τους καρδιοπαθείς.

Οι θεραπείες με υποκατάστατα νικοτίνης έχουν αποδειχθεί ασφαλείς για την πλειοψηφία όσων πάσχουν από καρδιοπάθειες. Πριν ωστόσο ξεκινήσετε θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης συμβουλευτείτε το θεράπων ιατρό σας.

«ΑΛΚΟΟΛ»



4. ΑΛΚΟΟΛ

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η κατανάλωση οινοπνευματώδων ποτών δεν είναι υπόθεση της σύγχρονης κοινωνίας. Είναι συνήθεια τόσο παλιά όσο και η κοινωνική ζωή του ανθρώπου. Η κατανάλωση χαμηλών ποσοτήτων οινοπνευματώδων ποτών, συνήθως δεν προκαλεί ιδιαίτερα προβλήματα υγείας. Προβλήματα υπάρχουν από τη στιγμή που υπάρχει εξάρτηση ενός ατόμου από το αλκοόλ. Εξάρτηση υπάρχει όταν το άτομο ικανοποιείται μόνο με τη συνεχή και σε μεγάλη ποσότητα κατανάλωση αλκοολούχων ποτών. Η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι ανάλογη με την εξάρτηση από τις ναρκωτικές ουσίες. Ωστόσο, δεν κινδυνεύουν για βλάβη της υγείας τους μόνο οι αλκοολικοί, εξίσου κινδυνεύουν και αυτοί που χαρακτηρίζονται ως «κοινωνικοί πότες», εφόσον η καθημερινή τους κατανάλωση ξεπερνάει κάποια όρια.

Το αλκοόλ αποτελεί σοβαρό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία και ταυτόχρονα κοινωνικό πρόβλημα.

Η Ευρώπη έχει το υψηλότερο ποσοστό ατόμων που καταναλώνουν αλκοόλ παγκοσμίως (κυρίως οι Σκανδιναβικές χώρες και οι πρώην Σοβιετικές χώρες), τα υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ ανά πληθυσμό και υψηλό ποσοστό βλαβών στην υγεία από υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, μεταξύ άλλων, σημαντικό αριθμό τροχαίων ατυχημάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σοβαρό κοινωνικό αντίκτυπο: βία, χουλιγκανισμός, εγκληματικότητα, οικογενειακά προβλήματα, κοινωνικός αποκλεισμός, καθώς και χαμηλή παραγωγικότητα στην εργασία. Το αλκοόλ ευθύνεται για πρόωρους θανάτους και αναπηρίες του 12% των ανδρών και του 2% των γυναικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση. (πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή)

4.2 Αιθυλική αλκοόλη:

Η αιθυλική αλκοόλη αποτελεί προϊόν ζυμώσεως των υδατανθράκων.

Η χρήση οινοπνευματούχων ποτών αποτελεί παραδεκτή κοινωνική συνήθεια που η έναρξή της συμπίπτει με την αρχή της ιστορίας του ανθρώπου.

Με βάση τις τρέχουσες διατάξεις στον τόπο μας, οινοπνευματώδη ποτά ορίζονται «αυτά που περιέχουν σαν βασικό συνθετικό την αιθυλική αλκοόλη

‘ποτοποιΐας’». Η περιεκτικότητα οινόπνεύματος στα πιο συνηθισμένα ποτά του τόπου μας (σε γραμμάρια) είναι: μπύρα 3,6%, κρασί 9-13%, διάφορα ηδύποτα 20%, τσίπουρο 30%, ούισκι 40%.

Η αιθυλική αλκοόλη ανιχνεύεται στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, στον εκπεόμενο αέρα, στα ούρα και σε περίπτωση εγκυμοσύνης, στην κυκλοφορία του εμβρύου. Ο μεταβολισμός της αλκοόλης γίνεται κατά 80% στο συκώτι. Η μέγιστη μεταβολική ικανότητα δεν ξεπερνάει τα 200-240 γραμμάρια το 24ωρο, γεγονός που σημαίνει πως σε μεγαλύτερες παροχές αυξάνει συνεχώς η προτεραιότητα στο μεταβολισμό της, σε βάρος όλων των άλλων μεταβολικών λειτουργιών του ήπατος, γεγονός που συνεπάγεται διαταραχές της θρέψεως (Δετοράκης, 2005).

Προτεινόμενη ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ:

Διεθνώς έχουν θεσπιστεί όρια κατανάλωσης του αλκοόλ για ασφαλή χρήση στους ενήλικες. Αυτά τα όρια σε μονάδες μοιρασμένες μέσα στην εβδομάδα είναι: μέχρι 21 μονάδες (ποτά) για τους άνδρες και μέχρι 14 μονάδες (ποτά) για τις γυναίκες.

Μία μονάδα είναι:

- Ή ένα μικρό ποτήρι μπύρα
- Ή ½ μεγάλο ποτήρι μπύρα
- Ή ένα ποτήρι ούισκι ή άλλο ποτό της ίδιας κατηγορίας
- Ή ένα ποτήρι κρασί
- Ή ένα ποτήρι λικέρ
- Ή ένα ούζο

Αυτά, με το συνηθισμένο τρόπο σερβιρίσματος, παρέχουν την ίδια περίπου ποσότητα αλκοόλ.

ΘΕΡΜΙΔΕΣ: (Η ποσότητα αναφοράς είναι 100 gr)(Ευρωπαϊκός καταστατικός χάρτης για τα οινόπνευματόδοι 1995, Π. Ο. Υ.).

Είδος ποτού	Kcal gr	Πρωτεΐνες gr	Λιπίδια gr	Υδατάνθρακες	Νερό gr
-------------	---------	--------------	------------	--------------	---------

				gr	
Κρασί (9,9%)	85	0,1	-	4,2	85,6
Κρασί (15,3%)	137	0,1	-	7,7	76,7
Μπίρα (4-5%)	42	3,0	-	3,8	92,1
Ούζο (40%)	280	-	-	Ίχνη	58,2
Ουίσκι, Βότκα(42,5%)	295	-	-	Ίχνη	57,5
Ρακί, Τσίπουρο(36%)	249	-	-	Ίχνη	64,0
Κονιάκ	245	-	-	Ίχνη	64,0

4.3 ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ:

Ορισμός:

Ο αλκοολισμός είναι μια πρωτογενής και χρόνια ασθένεια, της οποίας η εξέλιξη και οι εκδηλώσεις επηρεάζονται από γενετικούς, ψυχο-κοινωνικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Η εν λόγω ασθένεια είναι συχνά προϊούσα και θανατηφόρος. Χαρακτηρίζεται, σε συνεχή ή περιοδική βάση, από: μειωμένη ικανότητα ελέγχου χρήσης της ουσίας, έντονη και συνεχή πνευματική ενασχόληση με το «ναρκωτικό» αλκοόλ, χρήση αλκοόλ παρόλες τις δυσμενείς συνέπειες, όπως επίσης και από διαστρεβλωμένο τρόπο σκέψης και ιδιαίτερη άρνηση. (πηγή: Ευρωπαϊκός καταστατικός χάρτης για τα οινόπνευματώδη, 1995, Π.Ο.Υ.)

Πως προκαλείται ο αλκοολισμός:

Οι αιτίες του αλκοολισμού δεν έχουν διερευνηθεί πλήρως. Τα άτομα στις σύγχρονες κοινωνίες συχνά υφίστανται την επίδραση παραγόντων που ευνοούν την ανάπτυξη του αλκοολισμού. Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες είναι:

- 1) Το οικογενειακό περιβάλλον: έλλειψη στοργής, αγάπης, τρυφερότητας, ενδιαφέροντος, συμπαράστασης, ύπαρξη διαταραγμένης συμβίωσης κ.α.
- 2) Το κοινωνικό περιβάλλον: ατομικισμός, αδιαφορία, έλλειψη φίλων και κοινωνικής δραστηριότητας, καταπίεση, αντιξοότητες κ.α.

- 3) Το οικονομικό περιβάλλον: οικονομική δυσχέρεια, ανεπάρκεια αγαθών, ανασφάλεια, σκληρός ανταγωνισμός κ.α.
- 4) Το ιδιοσυστατικό, ψυχοπνευματικό, ηθικό και μορφωτικό υπόστρωμα του ατόμου: ανία, μοναξιά, απογοήτευση, προσωπικό αδιέξοδο, αίσθημα ανικανοποίητου, μειωμένη αυτοεκτίμηση κ.α.

Ιστορικό αλκοολισμού στην οικογένεια αυξάνει τις πιθανότητες να υιοθετήσει κάποιος αυτή την ανθυγιεινή συνήθεια.

4.3.1 Μορφές αλκοολισμού:

1) Οξύς αλκοολισμός: Γνωστός και σαν αιθυλική κρίση (ή κοινώς «μεθύσι»). Τα πρώτα συμπτώματα της μέθης εμφανίζονται όταν συγκεντρωθεί στο αίμα περισσότερο από 0,2% gr οινόπνευμα. Σε αυτό το στάδιο παρατηρείται ελάττωση της οπτικής και ακουστικής οξύτητας, στο πρόσωπο εμφανίζεται ερυθρότητα συνοδευμένη από αίσθημα θερμότητας και υπάρχει αυξημένη αποβολή ούρων. Όταν η πυκνότητα του οινοπνεύματος φθάσει μεταξύ 1-1,5% gr στο αίμα, τότε παρατηρείται ευφορία, διέγερση και υπερκινητικότητα, τόνωση της αυτοπεποίθησης, παραγνώριση ή υποτίμηση του κινδύνου.

2) Χρόνιος αλκοολισμός: Εμφανίζεται κυρίως σε άτομα ηλικίας 40-50 ετών, βασικό στοιχείο των οποίων είναι η χρόνια χρήση αλκοόλ (για 10 ή παραπάνω χρόνια). Ο αλκοολικός, σε αυτή τη φάση, εμφανίζεται καχεκτικός, ανέκφραστος, ανήσυχος, με αλλοιώσεις στο δέρμα του προσώπου όπως διαστολή των πόρων και κοκκίνισμα κυρίως στη μύτη και τα μάτια.

Έχει ένα ασπροκίτρινο χρώμα και το δέρμα φαίνεται αυλακωμένο από λεπτές διατεταγμένες φλέβες (Ποταμιάνος 2005).

4.3.2 Φάσεις του αλκοολισμού:

1) Προαλκοολική φάση: Άτομα που πίνουν κατά τη διάρκεια κοινωνικών συγκεντρώσεων μαθαίνουν στο αίσθημα φυγής από τις καθημερινές φροντίδες με τη βοήθεια που μπορεί να του προσφέρει το αλκοόλ (φάση I). Εάν πίνεις συχνά για ορισμένο σκοπό για να διαφύγεις την υπερένταση, έχεις προχωρήσει στη δεύτερη προαλκοολική φάση (φάση II).

Περίπου 20% από όλους τους πότες πέφτουν στη φάση αυτή. Εάν το άτομο προορίζεται να γίνει αλκοολικό, η χρήση του αλκοόλ που έπινε για να διαφύγει από την καθημερινότητα τώρα γίνεται όλο και περισσότερο συχνά (φάση III).

Καθώς η πόση γίνεται πιο συχνή τότε αναπτύσσεται ανεκτικότητα στο αλκοόλ. Πίνεις περισσότερο για να κατορθώσεις να έχεις το ίδιο αποτέλεσμα. Στην αρχή η ανεκτικότητα αυξάνει βαθμιαία, αλλά ξαφνικά πηδά προς τα πάνω.

2) Πρώιμη Αλκοολική φάση: Αμέσως μετά την αύξηση της ανεκτικότητας, οι μεγάλοι πότες μπορεί να αποκτήσουν την εμπειρία της πρώτης Αλκοολικής Συσκότισης (φάση IV).

Μία αλκοολική συσκότιση είναι μια περίοδος «προσωρινής αμνησίας» που συμβαίνει σαν αποτέλεσμα της πόσης του ατόμου. Αντίθετα από την λιποθυμία, που είναι αποτέλεσμα απώλειας των αισθήσεων, στην αλκοολική συσκότιση έχεις επίγνωση του τι κάνεις τη συγκεκριμένη στιγμή και μπορείς να κάνεις όλα τα πράγματα που φυσιολογικά κάνεις. Αλλά μετά που θα βγεις από τη συσκότιση δε θυμάσαι τίποτα από ότι έκανες κατά τη διάρκειά της. Ο μηχανισμός της συσκότισης δεν είναι ακόμη γνωστός. Μπορεί να έχει φυσιολογική προέλευση ή μπορεί να είναι μια ψυχολογική μηχανική συμπεριφορά.

3) Πραγματική Αλκοολική φάση: Άλλο αναγνωρισμένο ορόσημο της ανάπτυξης του αλκοολισμού είναι η απώλεια του ελέγχου (φάση V). Αυτό σημαίνει την απώλεια της ικανότητας του ατόμου να πίνει οινόπνευματώδη ποτά με μέτριο ελεγχόμενο τρόπο. Αυτό δεν σημαίνει ότι ο αλκοολικός πάντοτε αισθάνεται υποχρεωμένος να αρχίσει να πίνει, αλλά όταν αρχίσει δεν μπορεί να σταματήσει μετά από προκαθορισμένη μέτρια ποσότητα αλκοόλης. Αυτοί συνεχίζουν να πίνουν μέχρι να φθάσουν σε επίπεδο μέθης ή ακόμη να αρρωστήσουν. Εάν κάποιος αποφασίσει τότε θα αρχίσει να πίνει αλλά δεν μπορεί να σταματήσει, με οποιοδήποτε ορισμό του αλκοολισμού, τότε αυτός χαρακτηρίζεται αλκοολικός (Δετοράκης, 2005).

4.3.3 Συμπτώματα του αλκοολισμού:

1) Κρυφή πόση: Ο αλκοολισμός συχνά «κλέβει» ποτά, έτσι που οι άλλοι δε γνωρίζουν πόσο πολύ αυτός-ή πίνει.

2) Αποκλειστική ενασχόληση με το αλκοόλ: Οι κοινωνικές εμφανίσεις στα πάρτυ είναι δευτερεύουσας σημασίας από εκείνης της πόσης. Δηλαδή εάν ένας αλκοολικός κληθεί σε μία φιλική συγκέντρωση, τότε ενδιαφέρεται περισσότερο για τα ποτά που είναι διαθέσιμα στη συγκέντρωση παρά για τα άτομα που βρίσκονται εκεί.

3) Τα πρώτα ποτά καταναλώνονται γρήγορα: Ο αλκοολικός πίνει με μεγάλη ταχύτητα για να έχει γρήγορα αποτελέσματα.

4) Ενοχές για την πόση: Καθώς ο αλκοολικός αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι η συνήθειά του να πίνει δεν είναι φυσιολογική, αρχίζει να αναπτύσσει ασαφή αισθήματα ή υποσυνείδητα αισθήματα ενοχής. Αυτά τα αισθήματα ενοχής οδηγούν σε μερικά εξωτερικά συμπτώματα:

- Αποφυγή συζήτησης για την πόση. Εάν κάποιος μιλά επιθετικά για την πόση, τότε σπάνια έχει προβλήματα αλκοολισμού. Το αντίθετο συμβαίνει με έναν αλκοολικό που δε συζητά για την πόση, γιατί φοβάται την κριτική που γίνεται για την υπερβολική πόση.
- Αιτιολογώντας τη συμπεριφορά πόσης. Εάν ερωτηθεί γιατί πίνει, ο αλκοολικός έχει πάντα μια αιτιολογία, και η οποία πράγματι είναι μια δικαιολογία. Αυτό δε συμβαίνει στον κοινωνικό πότη, ο οποίος δεν αιτιολογεί γιατί πίνει. Για έναν αλκοολικό τα καλά ή τα κακά νέα είναι μια δυνατή δικαιολογία για να πει. Τέτοιες αιτιολογήσεις κυρίως χρειάζονται για την προστασία του εγώ ενός αλκοολικού σαν άλλοθι για την οικογένειά του και τους συγγενείς του.
- Εκθέτει επιβλητική συμπεριφορά. Ένας αλκοολικός διέρχεται από περιόδους υπερβολικής σπατάλης και γενναιοδωρίας. Ένας άντρας κυρίως, μπορεί να σπαταλά χρήματα με επιδεικτικό τρόπο. Μπορεί να κερνά ποτά σε άγνωστα άτομα και να αφήνει μεγάλο φιλοδώρημα ή να φέρνει στο σπίτι του ακριβά δώρα. Ο σκοπός τέτοιας επίδειξης δεν είναι τόσο να εντυπωσιάσει τους άλλους, αλλά να διαβεβαιώσει ότι μετά από όλα αυτά ο αλκοολικός δεν είναι κακό άτομο. Αυτό είναι ένα τμήμα αιτιολόγησης το οποίο εξυπηρετεί πάρα πολύ στο να προστατεύσει το εγώ του ατόμου.
- Έχει περιόδους τύψεων συνειδήσεως ή κατάθλιψης. Συχνά τα αισθήματα ενοχής ενός αλκοολικού οδηγούν σε περιόδους διαρκούς τύψεως ή κατάθλιψης, που μπορεί να έχουν ένα δυσάρεστο αποτέλεσμα οδηγώντας τον να πίνει περισσότερο.

5) Περίοδοι πλήρης αποχής: Σαν αποτέλεσμα των αισθημάτων ενοχής, κοινωνικής πίεσης ή δικών του ανησυχιών, ο αλκοολικός κατεβαίνει από το «τρένο» για μερικές εβδομάδες ή μήνες δίχως να πίνει (ούτε ένα ποτό). Όταν

πείσει τον εαυτό του ότι μπορεί να ζήσει δίχως το αλκοόλ, τότε ξαναρχίζει να πίνει με ανανεωμένο το σθένος του.

6) Αλλαγή προτύπου πόσης: Αφού κατέβει από το «τρένο», μερικές φορές ο αλκοολικός αισθάνεται ότι μπορεί να υπάρχει κάποιος τρόπος να πίνει χωρίς να απωλέσει τον έλεγχο. Προσπαθεί να πίνει φυσιολογικά και με ελεγχόμενο τρόπο. Ο αλκοολικός χρησιμοποιεί διάφορα πρότυπα πόσης, χρησιμοποιώντας διαφορετικούς τύπους οινοπνευματώδων ποτών, διαφορετικές αναμίξεις ή διαφορετικό χρόνο και τόπο. Βέβαια, καμία από αυτές τις αλλαγές δε βοηθούν.

7) Η συμπεριφορά εστιάζεται στο αλκοόλ: Τη συγκεκριμένη αυτή στιγμή που το άτομο χάνει το ενδιαφέρον του για οτιδήποτε άλλο εκτός του ποτού, παραμελείται η προσωπική του εμφάνιση καθώς και η συντήρηση του σπιτιού και η προσωπική του περιουσία. Οι προσωπικές σχέσεις επιδεινώνονται. Αντί να προβληματίζεται πόσο το ποτό επηρεάζει τις δραστηριότητές του, ο αλκοολικός αποφεύγει τις δραστηριότητες που μπορούν να επεμβαίνουν με το ποτό. Ο αλκοολικός γίνεται περισσότερο εγωκεντρικός.

8) Επίδραση στην οικογένεια: Τα μέλη της οικογένειας του αλκοολικού συχνά αλλάζουν τις συνήθειές τους, αντισταθμίζοντας με το δικό του-δική της πόση. Αυτοί μπορούν να απομακρυνθούν από το σπίτι από φόβο μην εμπλακούν σε καυγάδες και στεναχώριες ή γίνονται πολύ ενεργά στα εξωτερικά ενδιαφέροντα, αποφεύγοντας με τον τρόπο αυτό το περιβάλλον του σπιτιού. Οικονομικά προβλήματα είναι πάντοτε στη ζωή των μελών του αλκοολικού.

9) Αδικαιολόγητη εχθρότητα: Ο αλκοολικός συχνά συγκεντρώνει φοβερά αισθήματα εχθρότητας, μεμψιμοιρίας και ξοδεύει περισσότερο χρόνο σκεπτόμενος ασήμαντα θέματα ή υποφέρει για μεγάλο χρονικό διάστημα από φανταστική αδικία.

10) Κρύψιμο φιάλης ποτού: Στις γελοιογραφίες βλέπουμε τους αλκοολικούς να κρύβουν φιάλες ποτού, αυτό βέβαια στηρίζεται σε πραγματική βάση. Ο αλκοολικός λαμβάνει τέτοια μέτρα προφύλαξης, αποφεύγοντας να ξεμείνει από οινοπνευματώδη (Ποταμιάνος 2005).

Εξάρτηση απο το αλκοόλ:

Ο εξαρτημένος βιώνει αρκετά προβλήματα που συνδέονται με το αλκοόλ, κάποια από τα οποία είναι τα εξής:

- 1) Χρειάζεται αυξημένες ποσότητες αλκοόλ για να νιώθει το ίδιο αποτελεσμα-
στερητικά συμπτώματα- περισσότερη πόση από ότι προτίθεται να πει.
- 2) Ανεπιτυχείς προσπάθειες να το κόψει ή να το ελαττώσει
- 3) Παραιτείται από σημαντικές δραστηριότητες αναψυχής ή εργασίας,
συνεχίζει να πίνει παρά τη γνώση των σωματικών ή και ψυχολογικών
προβλημάτων που προκαλεί στον εαυτό του ή στους άλλους.

Ποιοι δε θα έπρεπε να πίνουν αλκοόλ:

- 1) Έγκυες γυναίκες ή αυτές που προσπαθούν να αποκτήσουν παιδί.
- 2) Άνθρωποι που πρόκειται να οδηγήσουν ή να κάνουν οποιαδήποτε
δραστηριότητα, η οποία απαιτεί εγρήγορση ή ιδιαίτερες δεξιότητες.
- 3) Άνθρωποι οι οποίοι βρίσκονται κάτω από μη συμβατή με το αλκοόλ
φαρμακευτική αγωγή, ακόμη και για φάρμακα για τα οποία δεν απαιτείται
συνταγή γιατρού.
- 4) Άνθρωποι με τέτοια προβλήματα υγείας στα οποία αντενδείκνυται η χρήση
οινοπνευματωδών.
- 5) Αλκοολικοί σε ανάρρωση.
- 6) Πρόσωπα κάτω των 18 ετών.

4.4 Σωματικές επιπτώσεις του αλκοόλ:

- 1) Εγκεφαλική βλάβη: Το αλκοόλ προκαλεί καταστροφή και απώλεια
εγκεφαλικής ουσίας, δηλαδή απώλεια μνήμης και ανικανότητα μάθησης.
- 2) Καρκίνος του στόματος, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου
- 3) Καρδιαγγειακές παθήσεις
- 4) Έλκος στομάχου
- 5) Κίρρωση του ήπατος ή καρκίνο του ήπατος
- 6) Παγκρεατίτιδα
- 7) Σεξουαλική δυσλειτουργία
- 8) Πιθανή τοξική δηλητηρίαση

9) Ατυχήματα(Jerome 1980).

4.5 Ψυχολογικές επιδράσεις στο άτομο:

Οι ψυχολογικές και κοινωνικές επιδράσεις του αλκοόλ, δεν περιορίζονται στα χαρακτηριστικά της αλκοολικής δηλητηρίασης και στέρησης του αλκοόλ, ούτε περιορίζονται αυστηρά στον πότη. Σύζυγοι και οικογένειες μπορεί επίσης να υποφέρουν.

Κατάθλιψη:

Ενώ μερικοί άνθρωποι πίνουν τακτικά ή περιστασιακά για να εξυψώσουν τη διάθεσή τους, φαίνεται πως η συνεχής και απεριόριστη χρήση του αλκοόλ μπορεί επίσης να επιφέρει και κατάθλιψη. Η οξεία μέθη μπορεί να επιτείνει την υπάρχουσα άσχημη διάθεση. Η έκδηλη ευφορία της μέθης μπορεί να υποχωρήσει γρήγορα, φέρνοντας στην επιφάνεια μια εικόνα λύπης και μιζέριας. Μερικές ημέρες κατάχρησης του αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη και ανησυχία, ιδίως όταν ο πότης σκέφτεται τις επιδράσεις της απομόνωσης που έχει επιφέρει το αλκοόλ στη ζωή του. Η θλίψη μπορεί επίσης να είναι αντίδραση στο ότι το αλκοόλ έχει αναστατώσει την προσωπική, οικογενειακή και επαγγελματική του ζωή.

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας δεν υπάρχει μόνο στη μεγάλη κατάθλιψη, αλλά και σε ηπιότερες μορφές. Οι προβληματικοί πότες έχουν περισσότερες πιθανότητες να οδηγηθούν σε αυτοκτονία.

Αλκοολική αμνησία:

Συνηθιζόταν η άποψη, ότι η αλκοολική αμνησία ήταν ένα δυσοίωνο σημάδι αναπτυσσόμενου αλκοολισμού.

Ένας πότης μπορεί να πάει σε ένα πάρτυ και την επομένη που θα ξυπνήσει να ανακαλύψει ότι δεν θυμάται γεγονότα από ένα σημείο και πέρα. Εάν το άτομο αυτό είχε καταναλώσει τόσο αλκοόλ ώστε να πέσει αναισθητος στο πάτωμα, αυτό θα εξηγούσε αυτή την κατάσταση. Όμως δεν είχε εμφανίσει μεγαλύτερη κατάσταση μέθης από τα άλλα άτομα στο πάρτυ και επιπλέον, φεύγοντας είχε οδηγήσει και μερικά χιλιόμετρα έξω από την πορεία του για να αφήσει κάποιον φίλο στο σπίτι του. Αυτό το άτομο πέρασε μια μικρής διάρκειας παροδική βλάβη της μνήμης του.

Ο όρος «συσκότιση» είναι λανθασμένος σε αυτή την περίπτωση, στους περισσότερους συμβαίνει απώλεια συνειδήσεως. Είναι η μνήμη και όχι η συνείδηση, η οποία χάνεται προσωρινά. Η αλκοολική αμνησία δημιουργείται από μία πολύ γρήγορη αύξηση της συγκέντρωσης αλκοόλης στο αίμα. Αν ένας πότης έχει κάποια περιθώρια στο αλκοόλ και θέλει να πει πολύ γρήγορα και πολύ για να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα, τότε η πιθανότητα αλκοολικής αμνησίας είναι αυξημένη.

Αλκοολική αμνησία επίσης συμβαίνει και σε άτομα τα οποία δεν είναι δεινοί πότες, αλλά πίνουν με ταχύτητα. Επαναλαμβανόμενα τέτοια επεισόδια είναι δυσοίωνα.

Αλκοολικές ψευδαισθήσεις:

Παραισθήσεις μπορούν να συμβούν κατά τη διάρκεια της στέρησης του αλκοόλ, αλλά περιστασιακά, προβληματικοί πότες έχουν τέτοιες παραισθήσεις και σε άλλες στιγμές.

Η συνηθισμένη άποψη είναι ότι υπάρχει ένα σύνδρομο ακουστικών παραισθήσεων, όπως βουίσματα, χτυπήματα, ή μουσικοί ήχοι, τα οποία αργότερα μετατρέπονται σε πραγματικές ακουστικές ψευδαισθήσεις.

Δευτερεύουσες ψευδαισθήσεις, συνήθως διωκτικού περιεχομένου, συμβαίνουν καθώς το θύμα αρχίζει να φαντάζεται ότι κάποια φοβερή σκευωρία δημιουργείται εις βάρος του. Αυτές οι αυταπάτες είναι καθαρά συνειδησιακές καταστάσεις. Συνήθως είναι μικρής διάρκειας και συμβαίνουν κατά την περίοδο αποχής από τα αλκοόλ. Στις περισσότερες περιπτώσεις υποχωρούν μέσα σε μία εβδομάδα και σε πολύ λίγες παραμένουν πέρα από διάστημα 6 μηνών (Δασκαλόπουλος 2007).

4.6 Θεωρίες εξάρτησης από το αλκοόλ:

1) Ψυχολογικές θεωρίες εξάρτησης από το αλκοόλ:

Ποικίλες θεωρίες συσχετίζουν τη χρήση του αλκοόλ σαν αντίμετρο για να μειώσει την ένταση και το άγχος, να αυξήσει τα υποκειμενικά συναισθήματα δύναμης και να μειώσει τον ψυχολογικό πόνο. Το μέγιστο ενδιαφέρον έχει αποδοθεί στην παρατήρηση ότι οι αλκοολικοί συχνά αναφέρουν ότι το

οινόπνευμα μειώνει τα συναισθήματα νευρικότητάς τους και ότι τους βοηθά να αντιμετωπίσουν τις καθημερινές πιέσεις της ζωής και να χαλαρώσουν.

Οι ψυχολογικές θεωρίες στηρίζονται, ενμέρει, στην παρατήρηση –μεταξύ μη αλκοολικών ανθρώπων- ότι η χρήση αλκοόλ σε μια τεταμένη κοινωνική κατάσταση ή μετά από μια δύσκολη ημέρα, μπορεί να συνδεθεί με ένα ενισχυμένο συναίσθημα ευημερίας και μια βελτιωμένη ευκολία στις κοινωνικές σχέσεις.

2) Ψυχοδυναμικές θεωρίες:

Η άρση των αναστολών ή η μείωση άγχους που προκαλούν οι χαμηλότερες δόσεις αλκοόλ, είναι η υπόθεση ότι μερικοί άνθρωποι χρησιμοποιούν το αλκοόλ σαν φάρμακο για να τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν το αυτό-τιμωρούμενο, σκληρό Υπερεγώ και για να μειώσουν τα ασυνείδητα (υπό την ψυχαναλυτική έννοια) επίπεδα της εσωτερικής σύγκρουσής τους. Επίσης, η κλασική ψυχαναλυτική θεωρία υποθέτει ότι τουλάχιστον μερικοί αλκοολικοί μπορεί να έχουν καθηλωθεί στο στοματικό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης και χρησιμοποιούν το αλκοόλ για να ανακουφίσουν τις απογοητεύσεις τους, παίρνοντας την ουσία από το στόμα.

3) Συμπεριφοριστικές θεωρίες:

Οι προσδοκίες για τα αποτελέσματα ανταμοιβής του ποτού, η γνωστή στάση απέναντι στην ευθύνη για τη συμπεριφορά κάποιου και η συνεπαγόμενη ενίσχυση μετά από την κατανάλωση αλκοόλ, όλες συμβάλλουν στην απόφαση των ατόμων να πιούν πάλι, μετά από την πρώτη εμπειρία τους με αλκοόλ.

4) Κοινωνικο-πολιτιστικές θεωρίες:

Οι κοινωνικο-πολιτιστικές θεωρίες βασίζονται σε προεκτάσεις παρατηρήσεων από τις κοινωνικές ομάδες που έχουν υψηλά και χαμηλά ποσοστά αλκοολισμού.

Οι θεωρητικοί υποθέτουν ότι εθνικές ομάδες, π.χ. οι Εβραίοι, που εισάγουν τα παιδιά στα μέτρια επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ σε μια οικογενειακή ατμόσφαιρα και αποφεύγουν τη μέθη, έχουν χαμηλά ποσοστά αλκοολισμού.

Άλλες ομάδες, π.χ. Ιρλανδοί με υψηλά ποσοστά αποχής, αλλά με παράδοση κατανάλωσης στο σημείο της μέθης, θεωρούνται ότι έχουν υψηλά ποσοστά αλκοολισμού (Αβραμίδης 1994).

4.7 Ασφαλείς κανόνες πόσης:

- 1) Θέσε στον εαυτό σου περιορισμό στο αλκοόλ και ποτέ μην τον υπερβαίνεις.
- 2) Απέφευγε να πίνεις με άδειο στομάχι. Εάν μπορείς περιορίσέ το μόνο με τα γεύματα ή όταν υπάρχει διαθέσιμο φαγητό.
- 3) Μην προσπαθείς να πείσεις κάποιον να πιεί ένα ποτό όταν το αποφεύγει.
- 4) Εάν πας σε πάρτυ πάρε ταξί να γυρίσεις ή άφησε να οδηγήσει κάποιος που δεν είναι μεθυσμένος.
- 5) Μη γελάς με τους μεθυσμένους-δείξε την αποδοκιμασία σου και τον οίκτο σου.
- 6) Μη χρησιμοποιείς αλκοόλ για να λύσεις συναισθηματικά σου προβλήματα.
- 7) Απέφευγε το αλκοόλ σαν ηρεμιστικό μέσο.
- 8) Μην πίνεις για να μεθάς.
- 9) Εξέτασε κάθε χρόνο τη συμπεριφορά σου στο αλκοόλ.
- 10) Μην πίνεις αλκοόλ πριν ή κατά τη διάρκεια της εργασίας σου.

Πως νιώθει κάποιος που προσπαθεί να απεξαρτηθεί από το αλκοόλ:

Όταν κάποιος πίνει πολύ, ο οργανισμός του προσπαθεί να αποκαταστήσει τις διαταραγμένες ισορροπίες που προκαλεί η κατευναστική δράση του αλκοόλ και γίνεται περισσότερο ανθεκτικός στις μεγάλες ποσότητες αλκοόλ που καταναλώνονται. Ως συνέπεια, εκδηλώνεται μια προσαρμοστική διαταραχή με εμφανή και σοβαρά στερητικά συμπτώματα (σύνδρομο αποστέρησης) στη διάρκεια που κάποιος σταματά την κατανάλωση αλκοόλ. Μερικά από τα συμπτώματα αυτά είναι: αίσθημα δυσφορίας, διαταραχές ύπνου, ελαφρύ τρέμουλο των χεριών, τάση προς εμετό, εφίδρωση, νευρικότητα, αγχώδης κατάσταση και εκδήλωση του γνωστού delirium tremens, μιας συγχυτικο-διεγερτικής κατάστασης που καταλήγει πολύ συχνά στο θάνατο.

Πως μπορεί κάποιος να διακόψει το αλκοόλ:

Το πρώτο βήμα είναι να συνειδητοποιήσει ότι έχει τον έλεγχο της ζωής και πάνω σε αυτή τη βάση να συνεχίσει με τα υπόλοιπα βήματα:

- 1) Να δεσμευτεί ότι θα το κόψει.
- 2) Να χρησιμοποιήσει τη βοήθεια του υγειονομικού προσωπικού.
- 3) Να χρησιμοποιήσει την εξειδικευμένη υποστήριξη κέντρων απεξάρτησης.

Εάν σταμάτησες να πίνεις:

- 1) Πίνε αρκετά υγρά. Χυμούς φρούτων με γλυκόζη και καφέ με ζάχαρη.
- 2) Κάνε μια ευχάριστη εργασία με τα χέρια σου, ώστε να απασχοληθείς με κάτι που σου αρέσει.
- 3) Κάνε ένα δώρο στον εαυτό σου.
- 4) Έχε ένα σχέδιο κάθε μέρα.
- 5) Θυμήσου παλιούς φίλους, δεξ παλιές φωτογραφίες, κάνε ένα τηλεφώνημα.

4.8 Κέντρα απεξάρτησης:

- 1) ΚΕ.Θ.Ε.Α. (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων- Προγράμματα)
- 2) Συμβουλευτικός Σταθμός Απεξάρτησης Αλκοολικών και Τοξικομανών (18 και άνω) του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αθηνών (Ψ.Ν.Α.)
- 3) Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Α.Α.)
- 4) Θεραπευτική Κοινότητα «Στροφή»
- 5) Εναλλακτική Κοινότητα «Παρέμβαση»
- 6) Θεραπευτική Κοινότητα «Ιθάκη»
- 7) Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ», Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών(Ο.ΚΑ.ΝΑ.)
- 8) Μονάδα Απεξάρτησης για άτομα Εξαρτημένα από Αλκοόλ, Φάρμακα και Τυχερά παιχνίδια του Ψ.Ν.Θ.
- 9) Σύλλογος Συμπαράστασης και Βοήθειας στα Εξαρτημένα άτομα Πειραιά
- 10) Σύλλογος στήριξης εξαρτημένων από το αλκοόλ ατόμων «Η Επιστροφή»
- 11) Ομάδα Αυτοβοήθειας Κέντρου Πρόληψης Ν. Αιτωλοακαρνανίας
- 12) Κέντρο Έρευνας για την Ανθρώπινη Συμπεριφορά
- 13) Club οικογενειών με προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ

4.9 Ερευνητικά πορίσματα για τη χρήση του αλκοόλ σε σχέση με το φύλο:

1) Μελέτη του Κέντρου Ερευνών για Θέματα Ισότητας(Κ.Ε.Θ.Ι.), κατά το έτος 200, με τίτλο «Φύλο και κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες»: παρατηρήθηκε ότι το κάθε φύλο εμπλέκεται διαφορετικά από το άλλο στη χρήση ουσιών και ακολουθεί μία διαφορετική πορεία από την έναρξη της χρήσης ως και την αναζήτηση θεραπείας από την εξάρτηση.

Οι διαφυλικές διαφορές εντοπίζονται σε ποικίλα ζητήματα, όπως τα αίτια έναρξης και χρήσης, οι ουσίες εξάρτησης και ο τρόπος χρήσης τους, η αναζήτηση της θεραπείας και η θεραπευτική προσέγγιση, η ηλικία του κάθε φύλου κλπ.

Τα αίτια των παραπάνω διαφυλικών διαφορών συνοψίζονται στο γεγονός ότι τα δύο φύλα διαφέρουν τόσο ως προς τον ψυχισμό τους όσο και ως προς την κοινωνική ταυτότητα του κάθε φύλου(Storr, 1974).

Αναφορικά με το θέμα του γυναικείου αλκοολισμού, θεωρείται ότι οι γυναίκες συνδέονται συχνότερα από ότι οι άνδρες με το πρόβλημα του αλκοολισμού. Θεωρείται επίσης ότι αυτό συμβαίνει επειδή η κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται άμεσα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ψυχισμού των γυναικών και του κοινωνικού ρόλου του γυναικείου φύλου(Robins, Bates, O'Nea, 1962).

Η πιο συνηθισμένη ηλικία εμφάνισης του αλκοολισμού στις γυναίκες είναι τα 30-45 έτη και ως αιτία για την εξάρτηση των γυναικών από το αλκοόλ αναφέρονται:

- Η κατάθλιψη
- Οι ιδιαιτερότητες στη ζωή των γυναικών, η αβεβαιότητα και η σύγχυση στο ρόλο του φύλου
- Η δυσκολία προσαρμογής λόγω συνεχούς ενδογενούς άγχους
- Οι αντιφατικοί ρόλοι που καλείται να παίξει η σύγχρονη γυναίκα
- Η παρουσία αλκοολικού πατέρα στην οικογένεια
- Η υπερπροστατευτική παιδική ηλικία
- Η έλλειψη αυτογνωσίας
- Οι κακές σεξουαλικές σχέσεις

2) Μελέτη του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων(ΚΕ.ΘΕ.Α, 2003): υποστηρίζει ότι οι θεραπευτικές κοινότητες ανδροκρατούνται, με γυναικείο ποσοστό που κυμαίνεται γύρω στο 20% των μελών τους. Επίσης, διαπιστώνεται ότι οι γυναίκες μετά την έξοδό τους από το θεραπευτικό πρόγραμμα παρουσιάζουν πιο σταθερή πορεία σε σύγκριση με τους άνδρες. Η γυναικεία ταυτότητα, μέσα στη θεραπευτική κοινότητα, πολλές φορές περιθωριοποιούνται και πλειοψηφούν οι άνδρες.

3) Παρατηρήσεις από τη μονάδα απεξάρτησης «18 ΑΝΩ»(2003): Παρατηρήθηκε ότι οι εξαρτημένες γυναίκες από διάφορες ουσίες αποτελούν μία μικρή υποομάδα στο συνολικό γυναικείο πληθυσμό. Η εξαρτημένη γυναίκα είναι επίσης διπλά στιγματισμένη, ως γυναίκα με παρεκκλίνουσα συμπεριφορά και ως εξαρτημένη γυναίκα, στιγματισμένη σε μεγαλύτερο βαθμό από τον τοξικομανή άνδρα.

Κάποια κοινά χαρακτηριστικά στις εξαρτημένες γυναίκες της μονάδας αυτής που διαπιστώθηκαν είναι ότι η εξάρτηση από ουσίες συνυπάρχει με κάποια ψυχικά διαταραχή, ότι υπάρχει ιστορικό κακοποίησης σε μεγάλη συχνότητα, ότι γίνονται συχνότερα αντικείμενα βίας από τον σεξουαλικό τους σύντροφο κλπ.

Γενικά, οι εξαρτημένες γυναίκες δύσκολα αποφασίζουν να ζητήσουν βοήθεια από τα θεραπευτικά προγράμματα. Αναβάλλουν την ένταξή τους στο πρόγραμμα από το φόβο του κοινωνικού στιγματισμού. Και σε αυτή τη μονάδα επίσης παρατηρείται ότι γυναίκες που εντάχθηκαν στο πρόγραμμα, το εγκατέλειψαν συχνότερα από τους άνδρες.

Τέλος, οι άνδρες είναι πιο πιθανό να εμπλακούν στη χρήση παράνομων ουσιών, κάτι που δεν αντιβαίνει εντελώς με το ανδρικό πρότυπο, ενώ οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να περάσουν στη χρήση νόμιμων φαρμακευτικών ουσιών και αλκοόλ από το αδιέξοδο στο οποίο φτάνουν, εξαιτίας των πολλών ρόλων που καλούνται να παίξουν στην κοινωνία σύμφωνα με το γυναικείο πρότυπο (Θεοφίλου, 2007).

4.10 Πρόληψη του αλκοολισμού:

Οι προσπάθειες που στοχεύουν στην πρόληψη του αλκοολισμού δε φαίνεται να έχουν αποδώσει στο σύνολό τους. Στην Ελλάδα η πρόληψη του αλκοολισμού και η παροχή υπηρεσιών για τη θεραπεία του αλκοολισμού βρίσκονται σε τουλάχιστον εμβρυακό επίπεδο. Το θέμα των «νόμιμων» ουσιών εξάρτησης, όπως είναι το αλκοόλ και τα ηρεμιστικά, αντιμετωπίζεται μάλλον με αδιαφορία.

Οι άμεσες ενέργειες για την πρόληψη του αλκοολισμού μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- 1) Προτείνεται η διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών τόσο στην κοινότητα όσο και στο πλαίσιο του γενικού νοσοκομείου και του ψυχιατρείου. Επίσης, η καταγραφή των παραπτώματων και των εγκληματικών πράξεων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλης, των παραβάσεων του ΚΟΚ και των ατυχημάτων εξαιτίας της χρήσης ή/και της κατάχρησης αλκοόλ βοηθά στη διαμόρφωση της εικόνας για το μέγεθος του προβλήματος στη χώρα.
- 2) Οι έρευνες αυτές δε θα πρέπει να στοχεύουν μόνο στην καταγραφή των «αλκοολικών περιστατικών», που, όπως αναφέρθηκε, αφορούν σε άτομα που βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια της εξάρτησης και των σχετικών προβλημάτων, αλλά κυρίως στην ανίχνευση ατόμων που είτε είναι στα πρώτα στάδια της εξάρτησης είτε παρουσιάζουν μεγάλες πιθανότητες ανάπτυξης αλκοολισμού.
- 3) Η δημιουργία και η ανάπτυξη επιστημονικά αποδεκτών κριτηρίων για την έγκυρη και έγκαιρη αναγνώριση του προβληματικού πότη είναι θέμα υψίστης σημασίας.
- 4) Προσπάθειες με στόχο το κοινωνικό σύνολο οφείλουν να έχουν διπλή κατεύθυνση. Πρώτον, είναι απαραίτητη η επιστημονικά τεκμηριωμένη ενημέρωση του κοινού σε θέματα χρήσης και κατάχρησης αλκοόλης. Η κοινωνία πρέπει να ενημερώνεται και όχι να φοβάται όπως στην περίπτωση των ναρκωτικών. Ο σωστά ενημερωμένος πολίτης έχει ενεργό συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην υγεία του. Με αυτό τον τρόπο δε γίνεται παθητικός δέκτης των προτάσεων των «ειδικών». Δεύτερον, πρέπει να αντιμετωπίσουμε τις αρνητικές στάσεις και αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου απέναντι στον προβληματικό πότη. Η κοινωνία είναι ιδιαίτερα σκληρή στα άτομα με ιδιόμορφη συμπεριφορά όπως οι αλκοολικοί, οι ψυχασθενείς κλπ. Οι

παραπάνω προσπάθειες μπορούν να υλοποιηθούν με ενημερωτικά φυλλάδια, διαλέξεις, ανοιχτές συζητήσεις και αξιοποίηση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης.

5) Εκπαιδευτικά προγράμματα με αποκλειστικό αντικείμενο τις ουσίες εξάρτησης θεωρούνται άκρως απαραίτητα σε προγράμματα σπουδών όπως της ιατρικής, της νομικής, της ψυχολογίας, της κοινωνικής εργασίας, της οικονομίας της υγείας κ.ά.

6) Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στις αρνητικές στάσεις που διακρίνουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό απέναντι στον αλκοολικό. Το θέμα αυτό έχει ειδικό βάρος όσον αφορά την πρόληψη και τη θεραπεία του αλκοολισμού.

7) Πρέπει να αναθεωρηθεί ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και ιδιαίτερα της διαφήμισης. Αν είναι απαραίτητο να ενημερωνόμαστε για την ύπαρξη και την απόλαυση του αλκοόλ, αυτό θα μπορούσε να γίνει με λίγη φαντασία και όχι με την προβολή της αλκοόλης ως μέσου κοινωνικής και σεξουαλικής επιτυχίας.

8) Οι δικαστικές Αρχές και η αστυνομία θα μπορούσαν να παίξουν θετικό ρόλο στην αναγνώριση και την παραπομπή για θεραπεία του προβληματικού πότη. Ο αλκοολικός, όπως και ο χρήστης άλλων ουσιών εξάρτησης, χρειάζεται βοήθεια, όχι τιμωρία.

9) Ο ρόλος της οικογένειας είναι ίσως ο πλέον σημαντικός στην πρόληψη του αλκοολισμού για ευνόητους λόγους. Αξίζει να τονιστεί ότι δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που η δυναμική του οικογενειακού συστήματος οδηγεί μέλη της οικογένειας στον αλκοολισμό, ακόμα και στη σχιζοφρένεια.

10) Η ποτοαπαγόρευση και η υψηλή φορολογία στα αλκοολούχα ποτά ΔΕΝ αποτελούν παράγοντες πρόληψης.

11) Με ελάχιστες εξαιρέσεις, οι παραπάνω προτάσεις για την πρόληψη του αλκοολισμού θα πρέπει να υλοποιηθούν στο πλαίσιο της τοπικής αυτοδιοίκησης και όχι από την «απρόσωπη» πολιτεία. Η σχέση μεταξύ της τοπικής αυτοδιοίκησης και υγείας είναι τόσο σημαντική όσο και ο ρόλος της οικογένειας. Στα μεγάλα αστικά κέντρα και ιδιαίτερα στην Αθήνα και τις άλλες μεγαλουπόλεις, η τοπική αυτοδιοίκηση μπορεί να δημιουργήσει αποτελεσματικά προληπτικά μέτρα με χαμηλό κόστος.

12) Η επαφή με χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ιδιαίτερα με ερευνητικά κέντρα που έχουν πείρα στον τομέα της πρόληψης μπορεί να αποβεί χρήσιμη.

Πρέπει να τονιστεί ότι οι προσπάθειες πρόληψης πρέπει να είναι απόλυτα συντονισμένες και να εμπεριέχουν, οπωσδήποτε, ερευνητικό πρόγραμμα αξιολόγησης της αποτελεσματικότητάς τους.

Οι παραπάνω προτάσεις αποτελούν ένα δείγμα μέτρων πρόληψης του αλκοολισμού. Μπορούν να θεωρηθούν και αρχικές σκέψεις για περαιτέρω επεξεργασία και ανάπτυξη (Ποταμιάνος 2005).

4.11 Θεραπεία του αλκοολισμού:

Η θεραπεία του αλκοολισμού διακρίνεται σε δύο φάσεις:

- 1) θεραπευτική αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων ή και επιπλοκών του αλκοολισμού
- 2) μακροχρόνια θεραπεία του αλκοολισμού

Μέθοδοι θεραπείας:

- 1)δισουξφιράμη(Antabuse):το φάρμακο αυτό αναστέλλει τη φυσιολογική οξειδωση του αλκοόλ.
- 2)ψυχοθεραπεία: χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλες υποστηρικτικές μεθόδους.
- 3)θεραπεία συμπεριφοράς: χρήση τεχνικών θεραπείας συμπεριφοράς, όπως συστηματική απευαισθητοποίηση, χαλάρωση, ύπνωση κ.α.
- 4)υποστηρικτικές υπηρεσίες: εξασφαλίζουν διαμονή και επαγγελματική αποκατάσταση σε αλκοολικούς που τα έχουν χάσει-είναι και τα δύο απαραίτητα υποστηρικτικά μέσα (Θεοφίλου 2007).

5. «ΑΣΚΗΣΗ»



5. ΑΣΚΗΣΗ

5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Οι άνθρωποι, μέχρι πρόσφατα τουλάχιστον, δέχονταν παθητικά τη φθορά του οργανισμού τους με τα χρόνια σαν αυτονόητη και αναπόφευκτη. Ζητούσαν τη “μαγική,, λύση από την ιατρική και τη φαντάζονταν με τη μορφή θαυματουργού δραστικού υγρού ή σπάνιου βοτάνου.

Η ιατρική προβληματίστηκε και μετά κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η καλύτερη εγγύηση μακροζωίας βρίσκεται στη σωματική άσκηση, την κινητοποίηση των μελών μας.

Μας ενδιαφέρει να μείνουμε νέοι γι' αυτό αξίζει να το επιδιώξουμε. Ο σοφότερος δρόμος είναι η άσκηση. Η ίδια αποτελεί φυσικό ανορεκτικό και ταυτόχρονα σπουδαίο αγχολυτικό.

Τελευταία, οι άνθρωποι ανακάλυψαν την αποτελεσματικότητα των έντονων σωματικών ασκήσεων στην κακή ψυχολογική διάθεση: χρησιμοποιούνται για απελευθέρωση συσσωρευμένου θυμού και φέρνουν αγχώλυση. Θεωρείται ιδιαίτερα πετυχημένη μέθοδος ψυχικής χαλάρωσης και σωματικής εκτόνωσης (Αναστασιάδης 1993).

Τι είναι άσκηση:

Άσκηση είναι κάθε κίνηση του σώματος και φυσική δραστηριότητα του ανθρώπου, στην οποία συμμετέχουν κυρίως μεγάλες μυϊκές ομάδες.

Με την άσκηση επιδιώκει κανείς να βελτιώσει την υγεία του και την φυσική κατάστασή του. Μερικές κατάλληλες για σωστή άσκηση δραστηριότητες είναι το τρέξιμο, το κολύμπι, το ποδήλατο.

Αντίθετα, αθλητισμός είναι κάθε αυστηρά δοσμένη φυσική δραστηριότητα, με αυστηρούς κανόνες, υψηλό ανταγωνισμό, εξειδίκευση, που έχει ως βασικό σκοπό τη μεγιστοποίηση της απόδοσης.

Γιατί οι άνθρωποι δε γυμνάζονται :

Πολλοί άνθρωποι δεν θεωρούν ότι είναι αναγκαίο να γυμνάζονται συστηματικά. Δεν πιστεύουν στα οφέλη της άσκησης στην υγεία. Επίσης θεωρούν ότι η συστηματική άσκηση είναι κάτι δύσκολο και κουραστικό.

5.2 Τα θετικά της άσκησης στην υγεία:

- 1) Μεγαλύτερη αντίσταση του οργανισμού στις ασθένειες.
- 2) Μείωση ή και απώλεια πόνων στη μέση ή την πλάτη.
- 3) Πρόληψη προβλημάτων με την καρδιά
- 4) Μείωση αναπνευστικών προβλημάτων
- 5) Μείωση μεταβολικών-νευρολογικών διαταραχών.
- 6) Μείωση μυοσκελετικών προβλημάτων.
- 7) Έλεγχος του βάρους και της παχυσαρκίας.
- 8) Ευεργετική επίδραση σε αρρώστιες όπως υπέρταση, οστεοπόρωση, διαβήτης.
- 9) Καλύτερη απόδοση στην δουλειά.
- 10) Καλύτερη απόδοση στα μαθήματα, όσον αφορά σε παιδιά.
- 11) Λιγότερη κούραση.
- 12) Περισσότερη αντοχή, δύναμη και ελαστικότητα των μυών.
- 13) Αποφυγή του καπνίσματος, του αλκοόλ και άλλων ανθυγιεινών συνηθειών (Καραγιαννόπουλος 1997).

Ψυχική γαλήνη και εξισορρόπηση:

Η σωστή αερόβια σωματική άσκηση (τρέξιμο ή χορός) είναι φυσικό ηρεμιστικό. Ηρεμεί πολύ περισσότερο κι από άλλες μορφές φυσικών ηρεμιστικών, π.χ το σεξ. Ο καπνός και το αλκοόλ είναι φαρμακευτικά αγχολυτικά.

Η μελαγχολία που ακολουθεί τα γηρατεία, συχνά συνοδεύει και τη σωματική αδράνεια. Πιστεύεται ότι προκαλείται επειδή και στις δύο αναφερόμενες περιπτώσεις μειώνεται η παραγωγή φυσικών νευροδιαβιβαστικών, που παράγονται φυσιολογικά στο κορμί μας. Τέτοιες ουσίες είναι οι κατεχολαμίνες, η νοραδρεναλίνη, τα νευροπεπτίδια και οι ενδορφίνες. Οι τελευταίες χημικά προσομοιάζουν με τη μορφίνη και παράγονται φυσιολογικά σε απειροελάχιστες ποσότητες στον εγκέφαλό μας. Η έντονη σωματική άσκηση αυξάνει την περιεκτικότητα της βήτα-ενδορφίνης στο σώμα μας. Η υψηλή συγκέντρωσή της στον εγκέφαλο προκαλεί την ευχάριστη διάθεση που έχουμε μετά την άσκηση. Να γιατί η σωματική άσκηση ακολουθείται από ψυχική γαλήνη! (Καραγιαννόπουλος 1997)

Βελτίωση:

Η άσκηση από μόνη της δεν είναι δυνατόν ν' αλλάξει ριζικά το φυσικό μεταβολισμό του ατόμου. Συμβάλλει όμως ουσιαστικά στη βελτίωση της όλης ισορροπίας των καύσεων του οργανισμού.

Οι θερμιδικές καύσεις της σωματικής άσκησης σε σχέση με τις ολικές ημερήσιες θερμιδικές καύσεις μπορεί να είναι μικρές.

Το μικρό θερμιδικό έλλειμμα όμως, αθροιζόμενο, έχει ουσιαστική επίδραση στη διαμόρφωση του σωματικού μας βάρους, της εμφάνισης και της ζωτικότητάς μας.

Μια ώρα τρέξιμο τη μέρα δημιουργεί καύσεις 500 θερμίδων περίπου. Στη χειρότερη περίπτωση αυτό σημαίνει ένα κιλό περίπου πιο αδύνατοι κάθε 20 μέρες, εφόσον τρώμε πάντα το ίδιο.

Η επιστήμη αντιμετωπίζει εμπόδια στην καταγραφή και καταμέτρηση της ολικής φυσικής κινητικότητας του ανθρώπου. Η ένταση κι ο ρυθμός της κίνησης διαφέρει στον καθένα μας.

Για να διατηρηθεί το καλό αυτό αποτέλεσμα απαιτείται συστηματική , οργανωμένη σωματική άσκηση. Η διάρκειά της μπορεί να είναι λιγότερη από μια ώρα και η συχνότητά της 3-4 φορές την εβδομάδα.

Οι συστάσεις της ιατρικής συμπερασματικά είναι: επαναλαμβανόμενες συχνές και μέτριας έντασης ωριαίες ασκήσεις. Βεβαία, η σωματική άσκηση από μόνη της δεν είναι ικανή να λύσει μαγικά το πρόβλημα του πάχους.

Η απώλεια βάρους με τη γυμναστική είναι μικρότερη αλλά μονιμότερη, αν συγκριθεί με τ' αποτελέσματα μιας δίαιτας.

Συμπερασματικά λοιπόν, οι κίνδυνοι που εγκλείει ο συνδυασμός παχυσαρκίας και υποκινητικότητας είναι μεγάλος, ιδίως στο καρδιαγγειακό σύστημα, που πλήττεται περισσότερο.

Η εμφάνιση των επιπτώσεων είναι μακροπρόθεσμη. Διαρκεί 10 έως και 20 χρόνια. Γι' αυτό και μένουμε αδρανείς στη διάρκειά τους.

Στην αργή πορεία προς τα γηρατεία ο άνθρωπος δεν είναι αβοήθητος. Αρκεί να σκεφτεί λογικά και να ακολουθήσει τους νέους δρόμους άσκησης και διατροφής που η σημερινή ιατρική του ανοίγει (Τσιριγκίρογλου- Ψυχαντίδου 1991).

5.3 Αερόβια άσκηση και υγεία:

Με τον όρο αερόβια άσκηση εννοούμε κάθε μορφή άσκησης, σχετικά χαμηλή σε ένταση και μεγάλη σε διάρκεια, κατά την οποία ασκούνται μεγάλες μυϊκές ομάδες. Αυτή η μορφή άσκησης, όταν γίνεται συστηματικά, ενδυναμώνει το καρδιοαναπνευστικό σύστημα και αναπτύσσει την αντοχή. Τέτοιες μορφές άσκησης που γίνονται με χαμηλή ένταση και μεγάλη διάρκεια είναι κυρίως το κολύμπι, το περπάτημα, το τρέξιμο, το ποδήλατο κ.λ.π.

Οι στατιστικές δείχνουν ότι το ελαφρό τρέξιμο(τζόκιν) αποτελεί μέρος της καθημερινής ζωής εκατομμυρίων Αμερικανών. Παρόμοια εξάπλωση έχει και στην Ευρώπη.



Το τζόκιν σαν άσκηση γυμνάζει περισσότερο τους μυς των ποδιών και λιγότερο τους μυς της κοιλιάς, του στομάχου, της πλάτης και των χεριών. Σωστότερο λοιπόν είναι να συνδυάζεται και με άλλες σωματικές ασκήσεις.

Πρέπει να ξέρουμε ότι το τζόκιν, σε σύγκριση με άλλες ασκήσεις, δραστηριοποιεί περισσότερο το μεταβολισμό του οργανισμού, άρα επιταχύνει τον αδυνάτισμα (Καραγιαννόπουλος, 1997).

Γιατί είναι σημαντική η αερόβια άσκηση για την υγεία μιας:

- 1) Τα άτομα που γυμνάζονται προσέχουν περισσότερο τη διατροφή τους, μειώνουν το ποσοστό του σωματικού λίπους λόγω κατανάλωσης θερμίδων και έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν παχυσαρκία.
- 2) Οι πιθανότητες για καρδιοπάθειες είναι διπλάσιες σε αυτούς που δε γυμνάζονται σε σχέση με αυτούς που γυμνάζονται. Η αερόβια άσκηση βελτιώνει τη λειτουργία του κυκλοφορικού συστήματος δυναμώνει τους καρδιακούς μύες και μειώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων.

- 3) Η συστηματική αερόβια άσκηση ρυθμίζει καλύτερα το σάκχαρο στο αίμα.
- 4) Με συστηματική άσκηση αυξάνει τα επίπεδα της «καλής» χοληστερίνης (HDL).
- 5) Η συστηματική άσκηση αυξάνει τη διάρκεια ζωής σε σχέση με το μέσο όρο ζωής.
- 6) Τα άτομα που δεν γυμνάζονται αρκετά έχουν περισσότερες πιθανότητες για υπέρταση σε σχέση με τα άτομα που γυμνάζονται συστηματικά.
- 7) Ενδυναμώνεται το μυοσκελετικό σύστημα.
- 8) Μειώνεται ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου.
- 9) Αυξάνεται η ικανότητα για εργασία χωρίς κούραση.

5.3.1 Αερόβια διαδικασία και αερόβιες μεταβολές:

Καρδιά:

- 1) Το μυοκάρδιο αυξάνει σε μέγεθος και δύναμη μετά από συστηματική άσκηση. Αυτό επιτρέπει στην καρδιά να συσπάται με περισσότερη δύναμη και να στέλνει μεγαλύτερη ποσότητα αίματος με κάθε καρδιακό παλμό.
- 2) Η μεγαλύτερη καρδιά των αερόβια αθλουμένων σημαίνει ότι σε κατάσταση ξεκούραση χρειάζεται να χτυπά λιγότερες φορές για να στείλει την ίδια ποσότητα αίματος σε σχέση με την καρδιά των μη αθλούμενων. Έτσι οι χτύποι της καρδιάς είναι λιγότεροι (βραδυκαρδία).
- 3) Σε κατάσταση μέγιστης προσπάθειας η παροχή αίματος αυξάνεται και η καρδιακή συχνότητα είναι υψηλή. Έτσι περισσότερο O₂ στέλνεται στους μύες, βελτιώνοντας την απόδοσή τους.

Πνευμόνια:

- 1) Αναπνέουν πιο αργά.
- 2) Οι μύες της αναπνοής είναι δυνατότεροι και έτσι η αναπνοή είναι ευκολότερη.
- 3) Χρησιμοποιείται ολόένα και μεγαλύτερο μέρος των πνευμόνων.

Μύες:

- 1) Με συστηματική άσκηση αυξάνουν σε μέγεθος και δύναμη.
- 2) Αυξάνεται ο αριθμός των μιτοχονδρίων (παραγωγή ενέργειας).
- 3) Τα ένζυμα λειτουργούν αποτελεσματικότερα.

Αίμα:

- 1) Δημιουργούνται περισσότερα ερυθρά αιμοσφαίρια επιτρέποντας μεγαλύτερη ικανότητα μεταφοράς O₂
- 2) Τα αγγεία γίνονται περισσότερο ελαστικά, αντέχοντας τις αλλαγές της πίεσης. Υπάρχουν περισσότερα αιμοφόρα αγγεία τόσο στους πνεύμονες όσο και στους μύες.
- 3) Μειώνονται οι προϋποθέσεις για τη δημιουργία θρόμβων και οι πιθανότητες για έμφραγμα ή εγκεφαλικό.

Δείκτες της καλής φυσικής κατάστασης:

- 1) Αντοχή είναι η ικανότητα του σώματος να εργάζεται για μεγάλες χρονικές περιόδους χωρίς να κουράζεται. Είναι συνδυασμός καρδιοαναπνευστικής αντοχής και μυϊκής δύναμης.
- 2) Δύναμη είναι η ικανότητα ενός μυός ή ομάδας μυών να παράγουν έργο.
- 3) Ευλυγισία ή ευκαμψία είναι το εύρος κίνησης μιας άρθρωσης.
- 4) Ταχύτητα είναι η ικανότητα να κινείς το σώμα σου ή μέρος αυτού γρήγορα.
- 5) Σύνθεση σώματος είναι το ποσοστό λίπους και άλιπης μάζας του σώματός σου. Το σωματικό λίπος δεν πρέπει να είναι παρά πολύ ούτε πολύ λίγο, (Θεοδωράκης 2006).

5.4 Τα οφέλη της άσκησης:

- 1) Η καρδιά με την άσκηση δυναμώνει. Έτσι αποδίδει περισσότερο. Με την ηλικία (ας πούμε “φυσιολογικά”) η αποδοτικότητα της καρδιακής αντλίας μειώνεται. Η άσκηση σταματά αυτή την μείωση.
- 2) Η αρτηριακή πίεση αυξάνεται με την ηλικία. Η σωματική άσκηση προκαλεί μία βαθμιαία πτώση της πίεσης.
- 3) Η ορθοστατική υπόταση (τάση λιποθυμίας, όταν σηκωθούμε απότομα) χειροτερεύει με τον καιρό και την έλλειψη της άσκησης. Θεραπεύεται πάντα με την γυμναστική.
- 4) Η πίεση του αίματος πέφτει παράλληλα με την μείωση του σωματικού βάρους.
- 5) Ο μεταβολισμός του διαβητικού ασθενούς βελτιώνεται με την άσκηση, γιατί ρυθμίζεται το ζάχαρο και η ινσουλίνη του.

6) Η χοληστερίνη του αίματος μειώνεται στο γυμναζόμενο άτομο, ενώ, αυξάνει η ωφέλιμη καρδιοπροστατευτική χοληστερίνη, η γνωστή ιατρικά ως υψηλή γυμναζομένου χοληστερίνη.

7) Η όρεξη του γυμναζομένου ενήλικα (όχι των παιδιών) είναι μειωμένη. Η άσκηση διεγείρει τους φυσικούς ορμονικούς μηχανισμούς "άμυνας και επίθεσης" του οργανισμού.

8) Η φυσική αρμονία των ορμονών ηρεμεί το κορμί. Νιώθεις ικανός, εύκολα συγκρατείς τα νεύρα σου και την λαιμαργία σου.

9) Το σωματικό βάρος μειώνεται, γιατί η συχνή, τακτική, και έντονη σωματική άσκηση διεγείρει σχετικά το μεταβολισμό του παχύσαρκου. Επηρεάζει ευνοϊκά την επιθυμία του να γίνει λεπτός και ευκίνητος. Τονώνει τον ψυχικό του κόσμο, γιατί του προσφέρει νέα ενδιαφέροντα. Τον αποσπά από το χώρο του σπιτιού του και το φαύλο κύκλο της βουλιμίας του-τον απασχολεί εποικοδομητικά.

10) Το ανθρώπινο κορμί αγαπά την άσκηση. Απόδειξη αυτού είναι ότι όποιο μέλος του σώματός μας αδρανεί, αυτόματα ατροφεί. Τα γηρατειά και η κατάκλιση στο κρεβάτι, εξασθενίζουν το μυϊκό μας σύστημα. Αυτή η σωματική φθορά λέγεται καταβολισμός. Ανάλογη φθορά των οστών λέγεται οστεοπόρωση. Αυτό θα πρέπει να το θυμούνται οι γυναίκες.

11) Η ζάχαρη καίγεται πιο σωστά στο κορμί που ασκείται.

12) Οι πνεύμονες κατά την διάρκεια της άσκησης εκτύσσονται περισσότερο για να εκμεταλλευτούν όσο γίνεται καλύτερα το οξυγόνο.

Το ανθρώπινο σώμα, λοιπόν, έχει ανάγκη από άσκηση για να διατηρηθεί νέο. Λειτουργεί περισσότερο και καλύτερα. Όλα τα όργανα λειτουργούν πληρέστερα, αρμονικότερα, αποδοτικότερα. Ολοφάνερα ωφελούνται από την άσκηση, (Καραγιαννόπουλος 1997).

5.5 Η άσκηση στην πρόληψη παθήσεων:

1) Πρόληψη καρδιακών και εγκεφαλικών επεισοδίων

Παρά πολλές και σπουδαίες μελέτες έχουν δείξει ότι η συστηματική και ικανοποιητική σε διάρκεια άσκηση μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο για καρδιακά και εγκεφαλικά επεισόδια.

Η σπουδαιότητα μάλιστα της άσκησης όσον αφορά στη μείωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων είναι τόσο μεγάλη ώστε μπορεί να συγκριθεί με αυτή της διακοπής του καπνίσματος ή της μείωσης της αυξημένης αρτηριακής πίεσεως ή της μείωσης της χοληστερίνης του αίματος.

Η προστατευτική δράση της σωματικής άσκησης στην πρόληψη των καρδιακών και εγκεφαλικών επεισοδίων αποδεδειγμένα φαίνεται ότι επέρχεται μέσω ενός συνδυασμού επηρεασμού πολλών παραγόντων κινδύνου στον ανθρώπινο οργανισμό.

Γνωστοί παράγοντες κινδύνου που φαίνεται ότι επηρεάζει η άσκηση είναι η ρύθμιση του μεταβολισμού, η βελτίωση των τιμών της χοληστερίνης και των λιπιδίων του αίματος, η φυσιολογικοποίηση των παραγόντων πήξεως του αίματος, η ομαλοποίηση της αρτηριακής πίεσης και η μείωση του σωματικού βάρους.

Η τακτική άσκηση αυξάνει την απόδοση της καρδιάς και την κάνει να κουράζεται λιγότερο στην έντονη προσπάθεια. Αυτό γίνεται επειδή η καρδιά με την άσκηση μαθαίνει να λειτουργεί πιο αργά και να προσαρμόζεται στις αερόβιες συνθήκες απαιτώντας λιγότερη ενέργεια για τη λειτουργία της.

Η μείωση επίσης της αρτηριακής πίεσης που επιτυγχάνεται με την άσκηση οδηγεί σε μείωση του έργου που πρέπει να καταβάλλει η καρδιά για συγκεκριμένη εργασία.

Η τακτική άσκηση δεν θα πρέπει να περιορίζεται μόνο στα υγιή άτομα. Αντίθετα, ασθενείς που πέρασαν κάποιο στεφανιαίο καρδιακό ή εγκεφαλικό επεισόδιο θα πρέπει να ενθαρρύνονται να αρχίσουν μια άσκηση με σκοπό την αποφυγή του αδυνατίσματος των οστών, λόγω έλλειψης σε αυτά του ασβεστίου και άλλων μετάλλων.

Η οστική μάζα αυξάνει κατά τη διάρκεια της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας. Όσο μεγαλύτερη οστική μάζα αποκτηθεί σε αυτές τις ηλικίες, τόσο απομακρύνεται και ηλικιακά η εμφάνιση της οστεοπόρωσης.

Τα δραστήρια και ενεργητικά από απόψεως άσκησης παιδιά και νεαροί ενήλικες έχουν σαφώς μεγαλύτερη οστική μάζα από τα νωθρά παιδιά που παίζουν και γυμνάζονται λίγο.

Μετά την εφηβεία η οστική πυκνότητα παραμένει σταθερά αμετάβλητη μέχρι την τέταρτη δεκαετία ζωής και στη συνέχεια αρχίζει να μειώνεται. Οι άνδρες έχουν σε όλες τις ηλικίες μεγαλύτερη οστική πυκνότητα από τις γυναίκες.

Μετά την τέταρτη δεκαετία η οστική μάζα αρχίζει να μειώνεται με τον ίδιο ρυθμό και στα δύο φύλα εκτός της περιόδου που ακολουθεί την εμμηνόπαυση στις γυναίκες όπου η απώλεια οστικής μάζας επιταχύνεται. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο και οι γυναίκες, φθάνουν γρηγορότερα από τους άνδρες την εποχή των καταγμάτων. Τα εύκολα κατάγματα στο ισχίο, στον καρπό και στους σπονδύλους αποτελούν συνήθως εκδηλώσεις της οστεοπόρωσης.

Η τακτική άσκηση καθυστερεί την εγκατάσταση της οστεοπόρωσης και θεωρείται ο πιο αποτελεσματικός τρόπος (συμπεριλαμβανόμενων και των φαρμάκων) πρόληψης της.

Οι γυναίκες ηλικίας 20-80 που ασκούνται τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα έχουν σημαντικά πιο μεγάλη οστική πυκνότητα από τις γυναίκες που δεν ασκούνται. Άλλωστε σήμερα όλα τα προγράμματα πρόληψης της οστεοπόρωσης περιλαμβάνουν και την τακτική σωματική άσκηση.

2) Πρόληψη σακχαρώδους διαβήτη των ενηλίκων

Η συνήθης φυσική άσκηση εμποδίζει την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη στους ενήλικες. Εργαστηριακές μελέτες έχουν δείξει ότι η σωματική άσκηση αυξάνει την ευαισθησία των κυττάρων στην ινσουλίνη καθώς και την ανοχή στη γλυκόζη. Έτσι εξηγείται η ενεργητική επίδραση της άσκησης στην πρόληψη του σακχαρώδους διαβήτη.

Παράλληλα, στα άτομα που έχουν ήδη εκδηλώσει διαβήτη, η άσκηση βοηθά σημαντικά το μεταβολισμό τους οδηγώντας σε μείωση των αναγκών για αντιδιαβητικά χάπια ή ινσουλίνη. Αν και τα οφέλη αυτά είναι έκδηλα στους παχύσαρκους ενήλικες διαβητικούς, εν τούτοις και νεαρά ινσουλινοεξαρτόμενα διαβητικά άτομα ωφελούνται σημαντικά από την άσκηση.

3) Πρόληψη του καρκίνου.

Αρκετές πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα σωματικά δραστήρια άτομα έχουν σημαντικά μικρότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού και του παχέος εντέρου σε σύγκριση με άτομα που δεν ασκούνται.

4) Βελτίωση νευρικών παθήσεων.

Σημαντική βελτίωση του άγχους και της κατάθλιψης σε άτομα που πάσχουν από αυτό έχει αναφερθεί με την σωματική άσκηση. Το αίσθημα σωματικής ευεξίας που εξασφαλίζει η άσκηση παρασύρει προς το καλύτερο τον ψυχισμό του ατόμου, βοηθώντας στη χαλάρωση και στην απαλλαγή από το περιττό άγχος.

Άτομα που βρίσκονται υπό θεραπεία με αγχολυτικά ή αντικαταθλιπτικά, θα πρέπει να συμβουλευονται το γιατρό τους για τη μείωση ή τη διακοπή των φαρμάκων τους, καθώς η άσκηση δεν μπορεί σε όλες τις περιπτώσεις να υποκαταστήσει όλες τις άλλες θεραπείες.

5) Καθυστέρηση γήρατος και των συνεπειών του.

Είναι γνωστό ότι η αύξηση της ηλικίας προοδευτικά συνοδεύεται από απώλεια μυϊκής ισχύος, περιορισμό της κινητικότητας των αρθρώσεων, μείωση της αντοχής, εύκολη κόπωση, δυσκολία στην αναπνοή με την προσπάθεια, δυσκοιλιότητα, αστάθεια βαδίσματος κ.α.

Η σωματική άσκηση μπορεί να προλάβει πολλές από αυτές τις εκδηλώσεις καθυστερώντας την εκδήλωση των επιπτώσεων της προχωρημένης ηλικίας . Τα ασκούμενα άτομα μπορούν να φτάσουν μέχρι τα βαθιά γηρατειά διατηρώντας συχνά μια αξιοζήλευτη ευκινησία που τους επιτρέπει να αυτοεξυπηρετούνται σε ικανοποιητικό βαθμό.

Υπάρχουν πολλά δεδομένα που δείχνουν ότι τα φυσικά δραστήρια άτομα έχουν σημαντικά μικρότερες πιθανότητες, σε σύγκριση με τα ανενεργά άτομα να καθηλωθούν στην πολυθρόνα ή στο κρεβάτι, να σπάσουν κάποιο πόδι ή χέρι πέφτοντας, να αποκτήσουν δυσκοιλιότητα, να γίνουν γκρινιάρηδες και καταθλιπτικοί και γενικά να αποκτήσουν μια αναπηρία βασανιστική για τη ζωή τους.

Η άσκηση δεν βοηθά μόνο τα σωματικά υγιή άτομα αλλά και αυτά που ήδη πάσχουν από χρόνιες παθήσεις που συχνά τους κάνουν τη ζωή μαρτυρική. Ασθενείς με χρόνιες αρθροπάθειες, ρευματοπάθειες, νευροπάθειες, μυοπάθειες, ακόμα και εάν είναι καθηλωμένοι σε αναπηρική καρέκλα μπορούν να δουν σημαντικά οφέλη αρχίζοντας μια συστηματική άσκηση.

6) Άσκηση και εγκυμοσύνη

Η εγκυμοσύνη έχει κάποιες συνέπειες και μεταβολές στο σώμα της εγκύου. Το μυϊκό τοίχωμα της κοιλίας τεντώνεται, παρουσιάζονται ραβδώσεις, οι μαστοί διογκώνονται κλπ. Οι μεταβολές αυτές απασχολούν βέβαια κάθε γυναίκα για τις αισθητικές συνέπειες. Αλλά υπάρχουν και συνέπειες στην υγεία και καμιά φορά αυτό είναι το σημαντικότερο.

Οι συνέπειες αυτές είναι:

- 1) Χαλάρωση των τοιχωμάτων της κοιλιάς.
- 2) Χαλάρωση μυών περινέου με συνέπειες κυστεοκήλη, ορθοκήλη, πρόπτωση της μήτρας.
- 3) Δυσκολίες της αναπνοής λόγω της υψηλής μετατόπισης του διαφράγματος και δυσκολίες στον τοκετό.
- 4) Το έντερο χάνει τον τόνο του με συνέπεια δυσκοιλιότητας.
- 5) Στάση του αίματος στα άκρα (κίρσοι).

Οι ασκήσεις στην εγκυμοσύνη έχουν σκοπό να ενισχύουν τον μυϊκό τόνο των περιοχών εκείνων του μυϊκού συστήματος της εγκύου που συμμετέχουν στον τοκετό, (Τσιριγκίρογλου- Ψυχαντίδου 1991).

Οι μυς που πρέπει να γυμνασθούν είναι:

- 1) Οι μύες του κοιλιακού τοιχώματος
- 2) Οι μύες του περινέου
- 3) Οι μύες της οσφύος (μέσης).

Επίσης πρέπει να εξασφαλισθεί η ευκινησία των αρθρώσεων και να διευκολυνθεί η αναπνευστική λειτουργία στις αυξημένες απαιτήσεις στον τοκετό.

Η γυμναστική αρχίζει τον 3^ο μήνα. Η γυναίκα επιδιώκει την τέλεια χαλάρωση μόνη της ή με καθοδήγηση.

Η μυϊκή προσπάθεια θα είναι προοδευτική και ανάλογη με το βαθμό της προπόνησης που θα έχει επιτύχει η γυναίκα. Οι ασκήσεις δεν θα πρέπει να είναι ποτέ βίαιες και παράλληλα πρέπει να γίνονται αναπνευστικές ασκήσεις.

5.6 Άσκηση και ηλικιωμένοι:

Η άσκηση μπορεί να αυξήσει τη δύναμη των ηλικιωμένων σε τέτοιο βαθμό που μπορεί να συγκριθεί με αυτήν που μπορεί να επιτευχθεί από νέους. Τα κατάλληλα προγράμματα άσκησης μπορεί να προκαλέσουν καρδιαγγειακές μεταβολές στους ηλικιωμένους, που μοιάζουν με μεταβολές που συμβαίνουν και στην νεαρή αλλά και στη μέση ηλικία.

Η άσκηση στα ηλικιωμένα άτομα είναι απαραίτητη.

Πλεονεκτήματα άσκησης στην τρίτη ηλικία:

- 1) Αύξηση ευεξίας.
- 2) Αύξηση της αυτοπεποίθησης.
- 3) Βελτίωση αερόβιας ικανότητας.
- 4) Ευνοϊκή επίδραση στις αρθρώσεις, τα οστά και τους μύες.

Αντενδείξεις άσκησης στην τρίτη ηλικία:

- 1) Λοιμώξεις
- 2) Στεφανιαία νόσος, αρρυθμίες
- 3) Καρδιακά νεφρική και αναπνευστική ανεπάρκεια
- 4) Σοβαρή υπέρταση
- 5) Σοβαρή παχυσαρκία
- 6) Φάρμακα (Wagstaff, 1988).

6. «ΑΓΧΟΣ»



6. ΑΓΧΟΣ

6.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην έχει νιώσει άγχος. Παρόλα αυτά, ακριβής ορισμός του όρου είναι δύσκολος γιατί η έννοια αυτή χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα απαντήσεων του ατόμου.

Το άγχος βιώνεται ψυχολογικά ως συναίσθημα.

Το άγχος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Όπως και ο φόβος, έτσι και το άγχος εκτός της ψυχολογικής διάστασης της τάσης, φόβου και τρόμου, συνοδεύεται από διέγερση του συμπαθητικού συστήματος που εκδηλώνεται με ιδρώτα, ταχυκαρδία, τρόμο, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία (φυσιολογική διάσταση). Σ' αντίθεση όμως με τον φόβο, η πηγή του άγχους είτε είναι άγνωστη είτε έχει ελάχιστη ένταση σε σύγκριση με την ένταση της φυσιολογικής και συναισθηματικής (ψυχολογικής) αντίδρασης που προκαλεί.

Συνήθως το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα (π.χ αναμονή σημαντικών συναντήσεων κτλ). Το άγχος θεωρείται παθολογικό εάν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου- οπότε και έχουμε κάποια Αγχώδη Διαταραχή.

Οι αγχώδεις Διαταραχές είναι οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές στο γενικό πληθυσμό, (Μάνος, 1997).

6.2 Μορφές άγχους:

Το άγχος συνδεδεμένο άρρηκτα με την ενστικτική ζωή και τη συνείδηση του ανθρώπου, παρουσιάζει μια κλιμάκωση και μια ιεράρχηση στο κατώτερο σημείο των οποίων βρίσκεται το ενστικτικό – βιολογικό άγχος, και στο ανώτερο η ηθική μορφή του άγχους. Δηλαδή, το άγχος τελικά ακολουθεί την ίδια την ιεραρχημένη ανάπτυξη της ψυχικής ζωής, που έχοντας τις ρίζες της στο νευρικό, το οργανικό, το βιολογικό, το ενστικτικό επίπεδο κλιμακώνεται

στην ανάπτυξη της στον άνθρωπο στο συνειδησιακό, νοητικό, υπαρκτικό και ηθικό επίπεδο. Το γεγονός αυτό δεν είναι τυχαίο, αλλά δείχνει πως στον άνθρωπο το άγχος αποτελεί συστατικό στοιχείο της ψυχικής ζωής του.

Έτσι έχουμε τη βιολογική μορφή του άγχους (ενστικτικό) στην περίπτωση που για έναν οποιοδήποτε λόγο προσβάλλονται τα υπαρξιακά κέντρα της ζωής στον κεντρεγκέφαλο ή στην περίπτωση στερητικών ενστικτικών καταστάσεων (πείνας, δίψας κτλ). Σ' αυτές τις περιπτώσεις το άγχος εμφανίζεται χωρίς την κατοπινή διαφοροποίηση από την ψυχική εξέλιξη, σαν ένα ζωικό αίσθημα, κάτι σαν ένας συγκλονισμός της υπάρξεως και της ζωής που δεν αφήνει κανένα ίχνος στη συνείδηση, σαν ένας απροσδιόριστος κίνδυνος.

Σ' ένα κατοπινό στάδιο – συνείδηση- το άγχος εμφανίζεται πλέον σαν ένα σωματοψυχικό βίωμα, το οποίο στο στροβιλισμό του και τη δίνη του συμπαρασύρει και το στόμα (αίσθημα συσφίξεως) αλλά και τη συνείδηση (οδυνηρή εντύπωση π.χ. επικείμενου θανάτου). Το άγχος στη νοητική του μορφή (π.χ. νευρωτικό) αποτελεί περισσότερο ένα πρόβλημα που ζητά λύση χωρίς να υπάρχει διέξοδος. Έχει περισσότερο μια σκεπτική εκπροσώπηση (π.χ ψυχαναγκασμός) χωρίς και να αποκλείεται και η σωματική συμμετοχή (π.χ. ίλιγγος).

Ένα σκαλοπάτι ψηλότερα και στην ψυχική εξέλιξη και στην ποιοτική διαφοροποίηση του άγχους, είναι η ηθική του μορφή. Η πρόκληση και η δημιουργία μιας αφόρητης εσωτερικής καταστάσεως ανάμεσα στους στόχους και τα ιδεώδη τα οποία έχει τάξει και υπηρετεί το άτομο, και στην οδυνηρή σύγκρουση και το χάσμα που υπάρχει στη σημερινή κοινωνική πραγματικότητα, εκτρέφει το άγχος, (Γαλανός, 1973).

6.3 Οι αιτίες του άγχους:

Αν και το άγχος αποτελεί ένα καθολικό ανθρώπινο συστατικό στοιχείο που υπάρχει «δυνάμει» στον καθένα, για να εκδηλωθεί και να αποτελέσει βίωμα πρέπει να υπάρξουν ορισμένες αιτίες. Για να εκδηλωθεί το άγχος πολλές φορές δεν αρκούν μόνο οι αιτίες αυτές, αλλά χρειάζεται να βρεθεί και το κατάλληλο «έδαφος».

Το άγχος μπορεί να οφείλεται:

- 1) Στις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχει σοβαρή και σαφής κληρονομική επιβάρυνση και έχουμε να κάνουμε με μια συγγενή ιδιοσυστατική αγχώδη προσωπικότητα, οπότε ο ρόλος του περιβάλλοντος είναι μηδαμινός ή ανύπαρκτος.
- 2) Στις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχει μια ελλειμματική ενεργειακή συγκρότηση του εγώ, ώστε φυσιολογικώς οι λίγο-πολύ έντονες επιδράσεις του περιβάλλοντος να μπορούν να δράσουν παθολογικά πάνω στην προσωπικότητα και να αποτελέσουν το ερέθισμα για την εκδήλωση του άγχους, που υπήρχε μπορεί να πει κανείς σε ετοιμότητα.
- 3) Στις περιπτώσεις εκείνες που μόνες τους οι εξωτερικές βλαπτικές επιδράσεις είναι σε θέση εξαιτίας της φύσεως τους, της διάρκειας ή της συχνής επαναλήψεως, να τροποποιήσουν το έδαφος και να αποτελέσουν το ερέθισμα για την εκδήλωση του άγχους.

6.4 Η φύση του στρες:

Η λέξη ΣΤΡΕΣ δεν είναι ελληνική, προήλθε αρχικά από τα αρχαία Γαλλικά (*distresse*) και σημαίνει το να βρίσκεται κανείς σε στενότητα, σε καταπίεση. Από εκεί πέρασε στην Αγγλική γλώσσα ως *distress* και με τη χρήση έγινε *stress* (στρες).

Το στρες είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μερικές σημαντικές και ψυχολογικές αντιδράσεις, που οι άνθρωποι εκδηλώνουν ως ανταπόκριση σε οποιοδήποτε ερεθισμό ή αλλαγή στο περιβάλλον τους.

Το στρες είναι ένα φυσικό και αναπόφευκτο χαρακτηριστικό της ζωής.

Βιολογικά, η καταγωγή του στρες ανάγεται στην επιβίωση, για παράδειγμα στην εύρεση τροφής και στέγης. Στην σημερινή εποχή οι στρεσογόνοι παράγοντες σχετίζονται λιγότερο με τους βασικούς μηχανισμούς επιβίωσης και περισσότερο με την κοινωνική επιτυχία, με το όλο και υψηλότερο επίπεδο ζωής και την ικανοποίηση των προσδοκιών των άλλων, αλλά και των δικών μας.

Το γεγονός πάντως είναι ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες αποτελούν φυσικό κομμάτι της ανθρώπινης υπόστασης, ώστε ακόμα κι όταν δεν εμφανίζονται από μόνοι τους, καταφέρνουμε να τους επινοούμε εμείς (Lester, 1993).

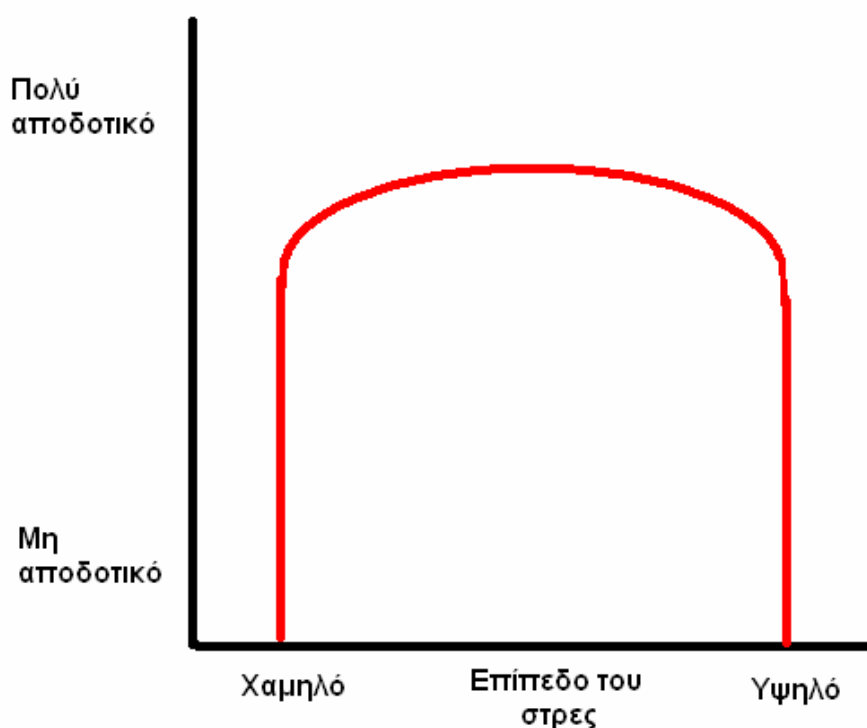
6.5 Το στρες και ο χειρισμός του:

Το στρες μπορεί να είναι ευεργετικό όταν υπάρχει σε μικρό βαθμό.

Τα γεγονότα ή οι σκέψεις που προκαλούν το στρες, διεγείρουν την ικανότητα προσαρμογής του ατόμου. Οι αλλαγές στο περιβάλλον μας, αν είναι θετικές, μας ενθαρρύνουν να διεκδικήσουμε κάτι παραπάνω και μας βοηθούν να εξαλείψουμε όλα όσα μπορεί να μας προκάλεσαν απογοήτευση. Είναι κοινός τόπος ότι οι περισσότεροι άνθρωποι μαθαίνουν και αποδίδουν καλύτερα κάτω από το άγχος ενός επικείμενου διαγωνίσματος ή μιας πρόκλησης.

Η σχέση μεταξύ του στρες και της απόδοσης είναι ανάλογη με εκείνη που οι ερευνητές ονομάζουν ανάποδη, τύπου U, καμπύλη. Σε πολύ χαμηλά επίπεδα άγχους δεν είμαστε αποδοτικοί, σε μέτρια επίπεδα άγχους η απόδοση και η εκτέλεσή μας βελτιώνεται, ενώ σε πολύ υψηλά επίπεδα επιδεινώνεται ξανά. Το πιο ευνοϊκό επίπεδο τους στρες (η κορυφή της ανάποδης U) ποικίλει από άτομο σε άτομο και από κατάσταση σε κατάσταση για το ίδιο άτομο.

Πίνακας 1: ανάποδης καμπύλης U



(Kennerley, 1997).

6.6 Παράγοντες του στρες:

Δεν είναι δυνατόν ο άνθρωπος που είναι ζωντανό ον να μην αντιμετωπίσει στη διάρκεια της ζωής του παράγοντες κάθε είδους που προκαλούν στρες: εργασιακού παράγοντες, ψυχολογικούς παράγοντες και παράγοντες συμπεριφοράς-δηλαδή όλα τα γεγονότα και οι αλλαγές στη ζωή μας, που μας αναγκάζουν να προσαρμοστούμε φυσιολογικά ή ψυχολογικά.

Τόπος εργασίας:

Πολλοί παράγοντες του στρες σχετίζονται με τον τόπο εργασίας. Μερικές πιέσεις είναι ήπιες, όπως το άγχος να φτάσουμε έγκαιρα στην εργασία μας. Το άγχος για προαγωγή και κάθε άλλη εργασιακή αλλαγή, η πλήξη και η αίσθηση ότι κάποιος υποτιμάται και αποκλείεται από σημαντικές αποφάσεις, μπορεί να προκαλέσει στρες. Το εργασιακό στρες είναι τόσο βλαβερό και διαδεδομένο ώστε σε μερικές περιπτώσεις κάποιοι άνθρωποι οδηγούνται σε σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές, όπως έντονο άγχος και κατάθλιψη, με αποτέλεσμα να κρίνονται ακατάλληλοι για εργασία.

Ανεργία:

Η ανεργία είναι μια σημαντική αιτία του στρες. Όσο αυξάνεται η ανεργία, αυξάνεται και το στρες με αποτέλεσμα την αύξηση εισαγωγής στα ψυχιατρεία, τις αυτοκτονίες, τις δολοφονίες και τα προβλήματα υγείας.

Οι παράγοντες του στρες στο φυσικό περιβάλλον:

Οι διάφορες συνθήκες που επικρατούν στο φυσικό περιβάλλον όπως κυκλοφοριακό, ουρές στα πολυκαταστήματα, απεργίες στα μέσα μεταφοράς κλπ. αυξάνουν τα επίπεδα του στρες στον οργανισμό (Kennerley, 1997).

Κοινωνικό στρες:

Οι καταστάσεις στην εργασία και στα σχολεία μπορούν να παράγουν στρες. Αυταρχικοί ή αναίσθητοι επόπτες, διευθύνοντες ή δάσκαλοι δημιουργούν ανείπωτο στρες στους ανθρώπους. Το κοινωνικό στρες όμως, αντιστρέφεται από απείθαρχους υπαλλήλους ή μαθητές που δεν μπορούν να υπακούουν στις εντολές των ανωτέρων τους. Το κοινωνικό στρες επίσης, αναπτύσσεται

και μέσα στην οικογένεια ή μεταξύ φίλων. Το ερωτικό ραντεβού ή θέματα σεξουαλικής ταυτότητας μπορούν να προκαλέσουν στρες.

Το στρες που σχετίζεται με την αντίληψη του κόσμου:

Μπορεί να βιώσουμε στρες σχετικό με την ικανότητά μας να κάνουμε κάποια δουλειά, όπως είναι η οδήγηση, η διεξαγωγή μιας συνέντευξης κλπ. Μπορεί να νιώθουμε στρες που να προέρχεται από μια αρνητική αντίληψη που έχουμε στο μυαλό μας, π.χ. όταν λέμε στον εαυτό μας ότι φαινόμεστε πολύ άσχημοι.

Στρες στην παιδική ηλικία:

Τα παιδιά, που είναι ευαίσθητα, ανασφαλή και ευπαθή, είναι ιδιαίτερα επιρρεπή σε διαταραχές που έχουν σχέση με το στρες. Η σκληρή, υπερβολική πειθαρχία όπως και το αντίθετο της υπερβολικής ελευθερίας προκαλούν εξίσου στρες, όπως επίσης η πίεση για καλύτερη απόδοση μπορεί να έχει δυσάρεστο αποτέλεσμα.

Η προσωπικότητα και το στρες:

Μερικοί άνθρωποι εμφανίζουν δυσανάλογες ποσότητες στρες στη ζωή τους. Βιαστικοί, επιθετικοί, ανυπόμονοι και οξύθυμοι, αυτοί οι άνθρωποι έχουν καταγραφεί σαν τύπου A από τον Mayer Friedman & τον Ray M.Rosenman. Αυτοί οι ερευνητές προσδιορίζουν τον τύπο A άνθρωπο, ως εκείνον που εμπλέκεται σε μια χρόνια και υπερβολική μάχη για να αποκτήσει έναν μεγάλο αριθμό αγαθών από το περιβάλλον σε ένα πολύ μικρό χρονικό διάστημα. Σ' αντίθεση, ο τύπου B' άνθρωπος είναι χαμηλόφωνος, σκεπτικός και χαλαρός (σ' αντίθεση με ότι μπορεί να πιστεύει κανείς ο τύπος A άνθρωπος δεν είναι απαραίτητα πιο πετυχημένος από τον τύπο B, αφού η συμπεριφορά του τύπου A είναι καταστροφική και αντιπαραγωγική, ενώ η συμπεριφορά του τύπου B μπορεί να είναι πιο οργανωμένη και αποδοτική), (Fontana 1990).

6.7 Οι συνέπειες του στρες:

Το στρες επιδρά στους ανθρώπους με διάφορες τρόπους και τα διάφορα είδη στρες έχουν διαφορετικές συνέπειες. Οι συνέπειες αυτές τους στρες διακρίνονται σε οργανικές και ψυχολογικές.

1) οργανικές: κατά την διάρκεια της έκθεσης σ' έναν στρεσογόνο παράγοντα το σώμα προετοιμάζεται να απαντήσει στις προκλήσεις που αντιμετωπίζει είτε με μαχητικό τρόπο, είτε με στρατηγική αποχώρηση. Αυτή η αντίδραση δεν οφείλεται σε συνειδητή θέληση, αλλά συντελείτε αυτόματα όπως η πέψη. Σ' αυτή τη διαδικασία ο οργανισμός αναγνωρίζει μόνος του την ανάγκη να αντιδράσει. Στην πορεία αυτής της αντίδρασης συμβαίνουν στο σώμα μια σειρά φαινόμενων που έχουν συγκεκριμένο ρόλο στην πρόκληση. Το πρόβλημα εμφανίζεται όταν αυτά τα φαινόμενα συνεχιστούν και μετά την αντιμετώπιση της στρεσογόνου κατάστασης, καθώς προορίζονται από τη φύση τους ως άμεσες και βραχυπρόθεσμες.

Τα φαινόμενα που συμβαίνουν στο σώμα είναι:

- Έκκριση αδρεναλίνης
- Έκκριση των ορμονών από το θυροειδή αδέν
- Έκκριση χοληστερόλης από το συκώτι στο αίμα
- Δερματική αντίδραση
- Αύξηση του καρδιακού παλμού
- Πτώση της πνευματικής επίδοσης
- Μείωση παραγωγής σεξουαλικών ορμονών

2) ψυχολογικές: ορισμένα επίπεδα του στρες είναι ψυχολογικά ωφέλιμα. Σ' αυτά τα επίπεδα ο οργανισμός ενεργοί πιο γρήγορα και πιο εντατικά. Όταν όμως, το στρες υπερβαίνει τα επίπεδα, η ψυχολογική ενέργεια μειώνεται και εξασθενούν οι επιδόσεις που οδηγούν σε συναισθήματα δυσαρέσκειας.

Η υπέρβαση των ορίων αυτών έχει ως αποτέλεσμα:

- Αύξηση της ψυχολογικής έντασης και αδυναμία χαλάρωσης.
- Αύξηση της υποχονδρίας: φανταστικά συμπτώματα προστίθενται στις πραγματικές διαταραχές.
- Αύξηση των ήδη υπαρχόντων προβλημάτων προσωπικότητας: άμυνα, εχθρότητα και άγχος χειροτερεύουν.

- Εξασθένηση των ηθικών και συναισθηματικών περιορισμών: οι κώδικες συμπεριφοράς και ο έλεγχος της παρόρμησης εξασθενούν.
- Εμφανίζεται κατάθλιψη και αίσθημα αδυναμίας: αυξάνονται οι συναισθηματικές εκρήξεις.
- Πτώση της αυτοεκτίμησης: ανάπτυξη συναισθημάτων ανικανότητας.
- Αύξηση προβλημάτων λόγου: εμφάνιση τραυλισμού και διστακτικότητα στην ομιλία.
- Ο ύπνος διαταράσσεται: παρουσιάζονται δυσκολίες στον ύπνο (αϋπνίες)
- Εμφάνιση αυτοκτονικού ιδεασμού: ακούγονται φράσεις όπως “δεν έχει νόημα η ζωή μου”, “να τελειώσουν όλα”.

Η εμφάνιση των οργανικών και ψυχολογικών συνεπειών διαφέρει από άτομο σε άτομο. Πολλοί λίγοι άνθρωποι όμως εμφανίζουν όλες αυτές τις ακραίες καταστάσεις στρες, (Kennerley 1997).

Πώς επηρεάζει το στρες το σώμα:

Το στρες επιδρά στους ανθρώπους με διάφορους τρόπους και τα διάφορα είδη στρες έχουν διαφορετικές συνέπειες.

Όταν κάποιο άτομο έχει στρες, εμφανίζονται στο σώμα του ορισμένες μεταβολές. Οι παλμοί της καρδιάς και η αρτηριακή πίεση αλλάζουν. Μεταβάλλεται η εγκεφαλική δραστηριότητα και εμφανίζονται οι ορμόνες του στρες, ιδιαίτερα η αδρεναλίνη και η νοραδρενάλη. Τα ελεύθερα λιπαρά οξέα μπορεί να κινητοποιηθούν από τις παρακαταθήκες λίπους μέσα στην κυκλοφορία του αίματος. Το ουρικό οξύ, μία ακόμη ουσία σχετική με το στρες, παρουσιάζεται σε εξαιρετικά μεγάλες ποσότητες στο αίμα και κάτω απ’ αυτές τις συνθήκες το αίμα θρομβοποιείται πιο εύκολα απ’ ότι σε περιόδους ηρεμίας.

Μερικές από αυτές τις μεταβολές είναι αρκετά έντονες. Οι καρδιακοί παλμοί, που κανονικά είναι 70 περίπου το λεπτό, μπορεί να φθάσουν τους 120-130 ή ακόμη και παραπάνω. Μια πολύ γνωστή επίδραση του στρες στο σώμα είναι η μείωση της σεξουαλικής ορμής.

6.8 Πώς να ανιχνεύουμε το στρες:

Ένα γρήγορο τρόπο ανίχνευσης του λανθάνοντος στρες αποτελεί ο παρακάτω κατάλογος. Αναζητήστε στον εαυτό σας ένα ή περισσότερα από τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του στρες που δίνονται ακολούθως:

- 1) αίσθηση ότι δεν μπορώ να επιβραδύνω το ρυθμό και να χαλαρώσω
- 2) εκρηκτικός θυμός απέναντι σε μικρές ενοχλήσεις
- 3) άγχος ή ένταση που διαρκεί περισσότερο από λίγες μέρες
- 4) αίσθηση ότι τα πράγματα συχνά δεν πάνε καλά
- 5) απώλεια συγκέντρωσης
- 6) συχνά ή εκτεταμένα αισθήματα ανίας
- 7) κούραση
- 8) σεξουαλικά προβλήματα
- 9) διαταραχές από ένταση
- 10) πονοκέφαλος από ημικρανία
- 11) κρύα πόδια η χέρια
- 12) μύες του αυχένα και των ώμων που πονάνε
- 13) δυσπεψία
- 14) δυσμηνόρροια
- 15) ναυτία εμετός
- 16) απώλεια όρεξης
- 17) διάρροια
- 18) έλκος
- 19) ταχυπαλμία της καρδιάς
- 20) δυσκοιλιότητα
- 21) πόνος στην κάτω πλάτη
- 22) δυσκολία στην αναπνοή
- 23) συχνά κρυολογήματα
- 24) συχνές λοιμώξεις χαμηλού βαθμού
- 25) συχνά μικρά ατυχήματα
- 26) υπερκατανάλωση
- 27) αύξηση πρόσληψη οιοπνευματωδών
- 28) αύξηση εξάρτησης από τα ναρκωτικά, (Δετοράκης, 2003).

6.9 Στάδια προσαρμογής του στρες:

Οι ερευνητές έχουν διατυπώσει την άποψη ότι το σώμα μας περνάει από στάδια διαρκούς στρες. Υπάρχουν τρία στάδια σε μια διαδικασία που είναι γνωστή σαν Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής και τα οποία αντιστοιχούν στη σειρά των γεγονότων που συμβαίνουν στην προσπάθεια προσαρμογής στο στρες. Το πρώτο στάδιο είναι το στάδιο «συναγερμού», στο οποίο γίνονται λειτουργικές ρυθμίσεις, καθώς το σώμα αντιδρά κατά του ξένου παράγοντα.

Το επόμενο στάδιο είναι το στάδιο της αντίστασης, στο οποίο ο νους και το σώμα αγωνίζονται να καταπολεμήσουν τον παράγοντα του στρες ή να προσαρμοστούν σ' αυτόν. Αν δεν εξουδετερωθεί ο παράγοντας του στρες ή αν το άτομο είναι ανίκανο να το νικήσει, το σώμα φθάνει το στάδιο της εξάντλησης: η ενέργεια προσαρμογής του σώματος τελειώνει και ο άνθρωπος ή το ζώο πράγματι μπορεί να πεθάνει.

Έχει καταγραφεί ότι η κατάσταση του *Στρες* μπορεί να διαιρεθεί σε τέσσερα επίπεδα σοβαρότητας, με αντίστοιχες φυσικές επιδράσεις:

- 1) το άτομο αντιμετωπίζει καθημερινές καταστάσεις στρες, όπως η κυκλοφοριακή συμφόρηση
- 2) περιλαμβάνει καινούργια γεγονότα π.χ. μια συνέντευξη για δουλειά.
- 3) περιλαμβάνει πιο σταθερό στρες, όπως η αρρώστια που απειλεί τη ζωή ενός συζύγου. Αυτό το επίπεδο θα φθάσει σίγουρα το άτομο, αν δεν διατηρήσει τον έλεγχο της κατάστασης.
- 4) κρίσιμο στάδιο- είναι συνήθως στάδιο αναπήρων και μπορεί να οδηγήσει σε ψύχωση ή σε σοβαρή φυσική ασθένεια (Γαλανός 1973).

6.10 Ασθένειες που σχετίζονται με το στρες:

- 1) Καρδιακή νόσος – το στρες μπορεί να είναι ένας παράγοντας στην περίπτωση της στεφανιαίας καρδιακής νόσου, δεν πρέπει όμως να θεωρηθεί ως ο πρώτος παράγοντας.
- 2) Υπέρταση. Οι άνθρωποι που δουλεύουν κάτω από ψυχολογική πίεση και εκείνοι που υποβάλλονται σε συνεχές περιβαλλοντικό στρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν υψηλή αρτηριακή πίεση, σε σχέση με εκείνους που ζουν και εργάζονται σε περιβάλλον με λιγότερη ένταση.

3) Καρκίνος. Ο ρόλος του στρες στην ανάπτυξη του καρκίνου είναι ακόμα πολύ αμφισβητήσιμος. Εντούτοις, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ενστάσεις μπορεί να παίζουν ένα ρόλο στην έναρξη του καρκίνου σε μερικά άτομα, τα οποία λόγω γενετικών, γενικών και περιβαλλοντικών παραγόντων μπορεί να έχουν μια προδιάθεση προς τον καρκίνο.

Άλλες καταστάσεις που έχουν σχέση με το στρες:

- 1) Πονοκέφαλοι.
- 2) Σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου (δυσκοιλιότητα, ναυτία δυσπεψία κ.α).
- 3) Έκζεμα
- 4) Διανοητικές διαταραχές
- 5) Διαβήτης και πεπτικό έλκος
- 6) Αλλεργίες και άσθμα

6.11 Αντιμετωπίζοντας το στρες:

Η εκμάθηση αντιμετώπισης του άγχους είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την προαγωγή της υγείας και της καλής φυσικής κατάστασης.

Η αντιμετώπιση του στρες προϋποθέτει αποδοχή της σύνδεσης μεταξύ εγκεφάλου και σώματος, εκμάθηση της χαλάρωσης, φροντίδα του σώματος, εξάσκηση της προσωπικής παρουσίας και δημιουργία δικτύου υποστήριξης, (Lester, 1993).

Κατευθύνσεις για την εκμείωση της χαλάρωσης:

- 1) Διατηρείστε μια παθητική πνευματική στάση στις σκέψεις- εισβολές.
- 2) Επαναλαμβάνετε ένα απλό πνευματικό ερέθισμα (μια λέξη, φράση, προσευχή).
- 3) Εξασκηθείτε μια φορά την ημέρα για 20 λεπτά.
- 4) Κάνετε την εξάσκηση στην αρχή της ημέρας.
- 5) Βγάλτε το τηλέφωνο από την πρίζα.
- 6) Πείτε στην οικογένεια σας, τη γραμματέα σας, κτλ, να μη σας ενοχλήσουν. Είναι φυσιολογικό οι σκέψεις να έρχονται και να φεύγουν. Απλά εντοπίστε ότι το μυαλό σας ταξιδεύει, αγνοείστε παθητικά τις σκέψεις και επανέλθετε σ' αυτό που είχατε επικεντρώσει την προσοχή σας.

Προσπαθείτε να χαλαρώνετε μετά τη δραστηριότητα. Η αίσθηση της βαθιάς χαλάρωσης θα πρέπει τότε να επέλθει πιο εύκολα (Lester 1993).

6.12 Τεχνικές ελέγχου του στρες:

1) Προοδευτική χαλάρωση: τεχνική για την ανακούφιση της μυϊκής έντασης. Για να χαλαρώσει το άτομο πρέπει πρώτα επισταμένως να συσφίξει μια ομάδα μυών και μετά να χαλαρώσει εκείνη τη μυϊκή ομάδα. Με αυτόν τον τρόπο το άτομο μπορεί να νιώσει τη διαφορά μεταξύ της αίσθησης, της έντασης και της χαλάρωσης.

2) Βαθιά Αναπνοή: Ένας άλλος τρόπος μείωσης του άγχους είναι η βαθιά ελεγχόμενη διαφραγματική αναπνοή.

3) Εκπαίδευση στην Αυτογονική εικόνα: Η εκπαίδευση στην αυτογονική εικόνα συμπληρώνει τις τεχνικές χαλάρωσης. Καθώς το άτομο χαλαρώνει τις κύριες μυϊκές ομάδες του σώματος, προσπαθεί επίσης να φανταστεί αισθήσεις βαρύτητας.

4) Διαλογισμός: Ο αποτελεσματικός διαλογισμός προκαλεί μια κατάσταση βαθιάς φυσιολογικής και διανοητικής χαλάρωσης με τη μείωση της αρτηριακής πίεσης, της μυϊκής έντασης, του σφυγμού και του επιπέδου των στρεσογόνων ορμονών στο αίμα.



5) Βιοανάδραση: Η βιοανάδραση είναι μια τεχνική για ανάπτυξη εκούσιου ελέγχου επάνω στις σωματικές διαδικασίες π.χ. αρτηριακή πίεση, παλμοί καρδιάς. Η βιοανάδραση είναι μια διαδικασία εκμάθησης, που βασίζεται στην

ίδια αρχή της βαθιάς χαλάρωσης που είναι η βάση της γιόγκα και του ανωτέρου διαλογισμού.

6) έκφραση των συναισθημάτων: ορισμένοι άνθρωποι έχουν μεγάλη ανάγκη από πρόσθετες τεχνικές για να εντοπίσουν και να εκφράσουν τη συναισθηματική τους ζωή. Πολλοί όμως, να εκφράσουν τα συναισθήματα που νιώθουν και χρησιμοποιούν την συστηματική απώθηση ως μηχανισμό άμυνας, προκειμένου να νιώσουν ανακούφιση απ' αυτά. Τα ψυχολογικά προβλήματα δημιουργούνται όταν η απώθηση είναι καθολική, δηλαδή απωθούνται όλα τα συναισθήματα πάντοτε και όχι επιλεκτική, δηλαδή να απωθούνται ορισμένα συναισθήματα σε ορισμένες περιπτώσεις.

Τα ψυχολογικά προβλήματα περιλαμβάνουν καταστάσεις όπως εσωτερικές συγκρούσεις, κατάθλιψη, εμμονές και αυτό-απόρριψη.

Επίσης ένα σημαντικό βήμα για την ανακούφιση από τα κρυμμένα συναισθήματα είναι η έκφραση τους χωρίς να νιώθουν γι' αυτά ενοχές και αμηχανία, καθώς αποτελούν παραγωγικό μέρος της ζωής, (Δετοράκης, 2005).

7. ΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

7.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ:

Οι διατροφικές συνήθειες σε συνδυασμό με θέματα άσκησης και υγείας αποτελούν ένα σημαντικό αντικείμενο εργασίας για τον κοινωνικό λειτουργό. Με τη δημιουργία προγραμμάτων παρέμβασης και ενημέρωσης σχετικά με τη διατροφή και την άσκηση, ο Κ.Λ. μπορεί να επηρεάσει θετικά και να οδηγήσει στην αλλαγή των στάσεων και της συμπεριφοράς των ατόμων σε σχέση με αυτούς τους τομείς.

Πολύ σημαντική μπορεί να θεωρηθεί η δουλειά του Κ.Λ. στο σχολείο, έχοντας ως αντικείμενο εργασίας την αγωγή υγείας, την προαγωγή της σωστής διατροφής και την προβολή των θετικών επιδράσεων της άσκησης, που οδηγούν το άτομο στην «καλή υγεία».

Τα σχολικά προγράμματα πρέπει να καλλιεργούν το άτομο σαν σύνολο, παρέχοντας αναπτυξιακά κατάλληλη και επίκαιρη γνώση, επιδρώντας θετικά στη συμπεριφορά, στις στάσεις και στην κοινωνική δράση των νέων ατόμων.

Ο Κ.Λ. λοιπόν στοχεύει στην ανάπτυξη θετικών στάσεων και στην ενίσχυση των γνώσεων των μαθητών σε θέματα άσκησης και διατροφής. Με τη δημιουργία προγραμμάτων παρέμβασης από τις μικρές ηλικίες και φυσικά σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης, είναι δυνατόν να αποκτήσουν τα παιδιά τέτοια συμπεριφορά στον τρόπο ζωής, διατροφής και άσκησης, που θα επηρεάσει θετικά και ευνοϊκά την υγεία τους και την ποιότητα ζωής τους σε μακροχρόνια βάση.

Η παιδική και σχολική ηλικία λοιπόν είναι η καταλληλότερη περίοδος για τη διαμόρφωση ή ακόμα και την τροποποίηση της διατροφικής συμπεριφοράς και των συνηθειών της σωματικής άσκησης, καθώς η μετέπειτα στάση ζωής των παιδιών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις γνώσεις και τα βιώματα που αποκτούν κατά αυτή την περίοδο και προέρχονται κυρίως από τη σχολική ζωή. Εδώ ακριβώς έρχεται να πρωταγωνιστήσει ο Κ.Λ. Παρόλο που είναι απαιτητικός αυτός ο ρόλος και απαιτείται από τον Κ.Λ. προσοχή, υπομονή, επιμονή και φαντασία, ο ίδιος με ευχάριστες, διασκεδαστικές δραστηριότητες για τα παιδιά, καλείται να δράσει και επιχειρεί να εφαρμόσει το έργο του και να επιτύχει τους στόχους του.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι να βρεθούν από τον κοινωνικό λειτουργό τρόποι υποκίνησης των παιδιών για ενεργό συμμετοχή τους σε ομαδικές δραστηριότητες και προγράμματα, τα οποία θα τα βοηθήσουν να αντιληφθούν τις σωστές διατροφικές συνήθειες και τα οφέλη της σωματικής άσκησης. Τα παιδιά θα πρέπει να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν σε προγράμματα άσκησης που να προάγουν μια δραστήρια ζωή και να εμπλέκονται σε αυτά διά βίου. (Zwiauer, 2000).

Όσον αφορά την Κοινότητα, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί, μέσα από προγράμματα και συνεργασία με άλλους φορείς και οργανώσεις, να ενημερώνει τους πολίτες για τη σημαντικότητα της σωστής διατροφής και της άσκησης και να συμβάλει στην αλλαγή της συμπεριφοράς τους. Ο Κ.Λ. μπορεί να συνεργαστεί με άλλους ειδικούς (διατροφολόγους, διαιτολόγους, γυμναστές κλπ), ώστε να καταφέρει να λειτουργήσει προληπτικά ή ακόμα και θεραπευτικά, π.χ. σε περιπτώσεις παχυσαρκίας, και παράλληλα να προάγει ένα νέο τρόπο ζωής, απαλλαγμένο από τις βλαβερές διατροφικές συνήθειες και την καθημερινή καθιστική ζωή.

Σκοπός λοιπόν είναι να “εκπαιδευτούν” τα άτομα στο να διαφυλάξουν ή να υιοθετήσουν ένα σωστό και ωφέλιμο τρόπο ζωής και να προάγουν την υγεία τους μέσω της άσκησης και της διατροφής. Γιατί, σύμφωνα και με τη ρήση του Schopenhauer, «Η υγεία δεν είναι το παν, αλλά χωρίς υγεία τα πάντα είναι ένα τίποτα».

7.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ:

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην πρόληψη:

Στον τομέα της πρόληψης, ο κοινωνικός λειτουργός έχει πολλά να προσφέρει. Συμμετέχοντας στο σχεδιασμό προγραμμάτων πρόληψης παρέχει την πείρα και τις γνώσεις του για να θεωρηθεί το πρόγραμμα επιτυχημένο.

Στα πλαίσια της ενημέρωσης μπορεί κάλλιστα να οργανώσει μια σειρά ομιλιών και σεμιναρίων με θέμα την εξάρτηση από το αλκοόλ και το πόσο «αθώο» και επικίνδυνο είναι το παιχνίδι με τα οινόπνευματώδη, καλώντας ειδικούς ομιλητές, προβάλλοντας ταινίες και προσκαλώντας πρώην αλκοολικούς, που θα συζητήσουν σχετικά με το πρόβλημα της εξάρτησης.

Για τον κοινωνικό λειτουργό η εκστρατεία ενάντια στη χρήση αλκοόλ πρέπει να συνδυάζεται με μία γενικότερη προσπάθεια για την υγεία των ανθρώπων, το περιβάλλον και τον τρόπο ζωής.

Πιο συγκεκριμένα, ο Κ.Λ. που εργάζεται στο σχολείο πρέπει να περάσει στους μαθητές μηνύματα ενάντια στη χρήση του αλκοόλ χρησιμοποιώντας σωστή πληροφόρηση και όχι φοβική προπαγάνδα. Πρέπει να αναδείξει την ομορφιά του ανθρώπου που δεν διακινδυνεύει την ελευθερία του για χάρη του αλκοόλ. Η πιο αποδοτική μέθοδος για να περάσουν στους μαθητές-παιδιά τα μηνύματα ενάντια στη χρήση του αλκοόλ, είναι η ψυχοδυναμική μέθοδος της ομάδας μαθητών, διότι μεταξύ των μελών της ομάδας επιδιώκεται η ανάπτυξη της αλληλοβοήθειας στο εσωτερικό της ομάδας καθώς και η ανάδειξη στην καθημερινή πράξη αξιών, όπως η αλληλοϋποστήριξη και η αλληλεγγύη.

Παράλληλα, άλλη μέθοδος είναι να ενεργοποιηθούν τα ίδια τα παιδιά και να βγάλουν από μόνα τους τα συμπεράσματά τους, να δημιουργηθεί ένα τέτοιο κλίμα για το αλκοόλ, ώστε να γελοιοποιηθεί και να φαίνεται σαν κάτι ανόητο. Πρέπει δηλαδή η μέθοδος πρόληψης να δίνει έμφαση στο μήνυμα, το οποίο πηγάζει μέσα από τα θετικά της μη εξάρτησης και όχι από τις αρνητικές συνέπειες της εξάρτησης.

Για τον κοινωνικό λειτουργό που εργάζεται στην Κεντρική Κοινωνική Υπηρεσία ή γενικά στην Κοινότητα, υπάρχει πάντα η δυνατότητα οργάνωσης ανάλογων εκδηλώσεων όπως και στο σχολείο, επιζητώντας βέβαια και την ενεργό συμμετοχή των πολιτών. Μπορεί επίσης να δημιουργήσει ένα

πρόγραμμα με τη συνεργασία όλων των φορέων που υπάρχουν Δήμο ή την Κοινότητα. Σημαντική βοήθεια στην πρόληψη προσφέρεται επίσης όταν ο Κ.Λ. εργάζεται σε επιχειρήσεις ή εργοστάσια, όπου μπορεί να οργανώσει ομαδικά προγράμματα. Η στάση του είναι αποφασιστικής σημασίας σε ένα τόσο ευαίσθητο χώρο.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη θεραπεία:

Βασικός όρος για την επιτυχία της θεραπείας είναι η απόφαση του ίδιου του ατόμου να απεξαρτηθεί.

Το πρώτο βήμα της θεραπευτικής προσπάθειας είναι η αναγνώριση του προβλήματος τόσο από τον θεραπευτή όσο και από τον ίδιο τον εξαρτημένο.

Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος του κ.λ στην πρώτη αυτή φάση, που πραγματοποιείται η πρώτη συνάντηση με τον αλκοολικό ασθενή και τον υποδέχεται στο πρόγραμμα. Ο Κ.Λ. προσεγγίζει την ιδιαίτερη προσωπικότητα του ασθενή και εντοπίζει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο χρήστης, είτε ως συνέπειες της εξάρτησης, είτε ως προϋπάρχουσες του αλκοολισμού καταστάσεις. Παράλληλα, καταγράφει τις προσδοκίες του αλκοολικού ασθενή από την υπηρεσία και τον καθοδηγεί με την ενημέρωση ως προς την επιλογή του θεραπευτικού προγράμματος.

Ο Κ.Λ. επιδιώκει την ευαισθητοποίηση του εξαρτημένου ατόμου ως προς το πρόβλημά του, τη σταθεροποίηση ή την ισχυροποίηση της απόφασής του για εμπλοκή και ένταξή του στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Θεραπευτικοί στόχοι του Κ.Λ. θα πρέπει να είναι:

- 1) Να βοηθήσει τον αλκοολικό και τα μέλη της οικογένειάς του να δεχτούν την πραγματικότητα.
- 2) Να βοηθήσει όλους τους ενδιαφερόμενους να αποδεχτούν ότι ο αλκοολισμός είναι το πρωταρχικό πρόβλημα.
- 3) Να εμπνεύσει ένα αίσθημα ελπίδας για αποθεραπεία τόσο στον αλκοολικό, όσο και στην οικογένεια.

Επίσης, ο Κ.Λ. θα πρέπει για να βοηθήσει το εξαρτημένο άτομο:

- 1) Να τον βοηθήσει να αισθανθεί αξιόλογο ανθρώπινο ον.
- 2) Να τον βοηθήσει να αφήσει την άρνηση και να αντικρίσει την πραγματικότητα.

3) Να τον βοηθήσει να μάθει να ζει με ένα νέο, εντελώς διαφορετικό τρόπο ζωής, δίχως υποκατάστατα και εξωτερικά στηρίγματα.

Συμπερασματικά, ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι εξίσου σημαντικός με το ρόλο οποιουδήποτε άλλου ειδικού, όσον αφορά στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού και των συνεπειών του, τόσο προληπτικά όσο και διαγνωστικά.

7.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ:

Το κάπνισμα αποτελεί μία πολύ συχνή και διαδεδομένη συνήθεια σε διάφορες ηλικιακές ομάδες.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού μπορεί να εστιαστεί τόσο στον τομέα της πρόληψης (εννοώντας την αποτροπή έναρξης του καπνίσματος), όσο και στον τομέα της θεραπείας (εννοώντας τη διακοπή του καπνίσματος).

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην πρόληψη:

Όσον αφορά την πρόληψη, ο Κ.Λ. εργαζόμενος σε σχολεία, κέντρα νεότητας ή γενικότερα στην Κοινότητα, ως πρωταρχικό στόχο έχει να ενημερώσει τον πληθυσμό σχετικά με τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος. Αυτό θα πρέπει να γίνει με την απαιτούμενη προσοχή και συγκεκριμενοποίηση. Σκοπός του Κ.Λ. είναι η παροχή μίας εκτενούς και εμπειριστατωμένης ενημέρωσης σχετικά με τις νοσολογικές συνέπειες του καπνίσματος, καθώς και με την παρουσίαση κάποιων στατιστικών στοιχείων που αφορούν στη σχέση καπνίσματος και των επιρροών του στον ανθρώπινο οργανισμό. Ο Κ.Λ. πρέπει να αποφύγει μια απλή και στεία αναφορά που θα περιορίζεται σε αυτό που όλοι γνωρίζουν-δηλαδή ότι το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία-,να προσεγγίσει το θέμα εκτενώς, ούτως ώστε να πείσει και τη σοβαρότητά του.

Ο Κ.Λ., για το σκοπό αυτό, μπορεί να επιδιώξει συνεργασία και με άλλους ειδικούς, π.χ. γιατρούς, ώστε να οργανώσει μια σωστή εκστρατεία ενημέρωσης τόσο για το ενεργητικό όσο και για το παθητικό κάπνισμα, το οποίο συχνά παραμελείται και δεν αναφέρεται.

Βασικό σημείο λοιπόν της δουλειάς του Κ.Λ. όσον αφορά την πρόληψη (δηλαδή την αποτροπή του κόσμου από τη βλαβερή συνήθεια του καπνίσματος) είναι η προσπάθεια προσέγγισης του θέματος σφαιρικά, έτσι ώστε να ακολουθηθεί μία αντικαπνιστική πολιτική που δε θα τρομοκρατεί, αλλά θα παρέχει μία πολύπλευρη ενημέρωση.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη θεραπεία:

Όσον αφορά στη θεραπεία (δηλαδή τη διακοπή του καπνίσματος) ο Κ.Λ. που εργάζεται στο Νοσοκομείο, στο Αντικαπνιστικό Κέντρο ή στην Κοινότητα σε πρώτη φάση θα πρέπει να ενισχύσει την αυτοπεποίθηση του ατόμου που επιθυμεί να σταματήσει το κάπνισμα ή ακόμα να τον βοηθήσει να πεισθεί να το διακόψει, αν δεν είναι πλήρως σίγουρος γι'αυτό. Πρέπει να περάσει το μήνυμα ότι νέμεν το σταμάτημα του καπνίσματος μπορεί να μοιάζει ένα δύσκολο βήμα, κυρίως για τους χρόνιους καπνιστές, αλλά δεν είναι και ακατόρθωτο.

Επιπλέον, πολύ θετικά θα λειτουργήσει η ενημέρωση για τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος. Ο Κ.Λ. θα πρέπει να εστιάσει σε αυτά και σε συνδυασμό με άλλες συμβουλές και κατευθύνσεις να βοηθήσει τα άτομα να εκπληρώσουν το στόχο.

Πρέπει να βρίσκεται σε συχνή επαφή με τα άτομα. Παράλληλα, μπορεί να οργανώσει ομάδες υποστήριξης και αλληλοβοήθειας μεταξύ των ενδιαφερομένων.

Σε ατομικό επίπεδο, μπορεί να οργανώσει ατομικές συζητήσεις με κάθε ενδιαφερόμενο, προσεγγίζοντας την προσωπικότητα του καθενός ξεχωριστά. Σε αυτό το στάδιο η συνεργασία με τον ψυχολόγο είναι αρκετά σημαντική και διττής σημασίας: α) παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και ενίσχυση της προσωπικότητας και β) διερεύνηση και προσπάθεια εξάλειψης των αιτιών που οδηγούν το άτομο στο κάπνισμα (π.χ. άγχος, ψυχολογική πίεση, στρεσογόνες καταστάσεις, κατάθλιψη κλπ). Η συμβολή βέβαια του ψυχολόγου δεν κρίνεται πάντα επείγουσας σημασίας, μιας και οι λόγοι για τους οποίους οι άνθρωποι οδηγούνται στο κάπνισμα ποικίλλουν και μπορεί να είναι πρωτεύουσας ή δευτερεύουσας σημασίας.

Εκτός από τον ψυχολόγο ο Κ.Λ. μπορεί να συνεργαστεί και με γιατρούς και να ενημερωθεί για το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς και την αναγκαιότητα διακοπής του καπνίσματος, αν κρίνεται απαραίτητο.

7.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΑΓΧΟΣ:

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην αντιμετώπιση του άγχους είναι συμβουλευτικός- θεραπευτικός. Παρεμβαίνει όταν έχουν ήδη εμφανιστεί τα συμπτώματα από το έντονο και υπερβολικό άγχος. Όταν ο άνθρωπος πλέον δυσκολεύεται να σκεφτεί λογικά, καθώς το μυαλό του έχει κατακλυστεί από σκέψεις αρνητικές και εξωπραγματικές, μετά από μια στρεσογόνο κατάσταση.

Στην αρχική συνάντηση του Κ.Λ. με τον άνθρωπο που ζητάει βοήθεια σημαντικό είναι ο Κ.Λ. να του απευθυνθεί με ήρεμο και συνεργατικό ύφος. Να του ξεκαθαρίσει ότι δεν πρόκειται σε καμία περίπτωση να κρίνει όλα όσα του πει το άτομο, όσο παράλογα κι αν είναι και ότι θα συνεργαστούν ώστε να βρουν τις καλύτερες λύσεις για την αντιμετώπιση του άγχους. Δηλαδή, να κάνει γνωστά στο άτομο όλα όσα πρόκειται να συμβούν. Γιατί ένας σημαντικός λόγος της αύξησης του ήδη υπάρχοντος άγχους είναι ο φόβος για το άγνωστο, πώς θα τον αντιμετωπίσει ο Κ.Λ. και αν θα τον θεωρήσει παράλογο.

Σημαντικό είναι ο Κ.Λ. να βοηθήσει τον εξυπηρετούμενο να κατανοήσει και να παραδεχθεί ότι το έντονο άγχος είναι αυτό που του δημιουργεί πρόβλημα.

Ο Κ.Λ. πρέπει να εστιάσει την προσοχή του καθόλη την διάρκεια της συζήτησης ή εξιστόρησης των γεγονότων στα λεγόμενα του ατόμου, για τυχόν σκέψεις που δεν έχουν σχέση με την πραγματικότητα και είναι αποτέλεσμα της έντονης ανησυχίας και του άγχους. Είναι απαραίτητο όταν υπάρχουν τέτοιες σκέψεις ο Κ.Λ. να βοηθήσει τον εξυπηρετούμενο να τις κατανοήσει. Αυτό μπορεί να το πετύχει αν κάθε φορά που ο νους του εξυπηρετούμενου γεμίζει μ' αυτές τις σκέψεις λόγω του άγχους, τον παροτρύνει να αναρωτιέται αν οι σκέψεις αυτές μπορούν να συμβούν στη πραγματικότητα.

Επίσης ένα άλλο βήμα που πρέπει να κάνει ο Κ.Λ. κατά την διάρκεια της συζήτησης είναι να βοηθήσει τον εξυπηρετούμενο να εκφράσει τα συναισθήματα που κρύβει μέσα του χωρίς να νιώθει ντροπή και αμηχανία. Σ' αυτό το βήμα ο Κ.Λ. πρέπει να παρατηρήσει αν ο εξυπηρετούμενος χρησιμοποιεί τους μηχανισμούς άμυνας, όπως την εκλογίκευση, την προβολή ή την μετάθεση των συναισθημάτων.

Επιπλέον ο Κ.Λ. πρέπει να παροτρύνει τον εξυπηρετούμενο να αποκτήσει ξανά την κοινωνικότητά του, καθώς πολλές φορές οι άνθρωποι απομονώνονται από τον κοινωνικό τους περίγυρο.

Είναι ακόμη σημαντικό ο Κ.Λ. να βοηθήσει τον εξυπηρετούμενο να αναγνωρίσει τις εσωτερικές διεργασίες που συμβαίνουν μέσα του λόγω του έντονου άγχους, που έχει ως συνέπεια τις μταιϊόδοξες σκέψεις και τα αρνητικά συναισθήματα, όπως «δεν αξίζω τίποτα», που μπορούν να επηρεάσουν ολόκληρη τη ζωή του.

Ο εξυπηρετούμενος με τη βοήθεια του Κ.Λ. θα πρέπει να αναθεωρήσει παλιότερους στόχους και να θέσει νέους, ίσως πιο πραγματικούς και να τους ιεραρχήσει, ξεκινώντας από τους σημαντικότερους για τη ζωή του. Στόχοι οι οποίοι απευθύνονται στις δυνατότητες του ατόμου. Πολύ συχνά οι στόχοι που εμφανίζουν πολλά εμπόδια στην πραγματοποίησή τους ή στόχοι που μπορούν να ξεπεράσουν τις δυνατότητες και τα όρια του ατόμου αποτελούν ένα αγχογόνο γεγονός.

Ο Κ.Λ. είναι βασικό να αποτρέψει τον εξυπηρετούμενο από το να στραφεί σε ουσίες όπως η νικοτίνη και το αλκοόλ, γιατί αρχικά μπορεί να του προσφέρουν έναν ευχάριστο περισπασμό από τα προβλήματα άγχους που αντιμετωπίζει, αλλά στη συνέχεια η ένταση θα εμφανιστεί ξανά, καθώς οι ουσίες αυτές προκαλούν μόνο βραχυπρόθεσμη χαλάρωση.

Ένας άλλος τρόπος που μπορεί να προσφέρει βοήθεια ο Κ.Λ. είναι μέσω των τεχνικών χαλάρωσης (εφόσον έχει εκπαιδευτεί πάνω σ' αυτές), που μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων που σχετίζονται με την παθολογική ανησυχία, το φόβο και το άγχος.

Τέλος, ο Κ.Λ. σε συνεργασία με άλλους ειδικούς μπορεί να προτείνει εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης του άγχους όπως είναι η άθληση, η θεραπεία μέσω τέχνης, η συμμετοχή σε εθελοντικές ομάδες παραγωγής έργου, ανάλογα με τα ενδιαφέροντα και την προσωπικότητα του κάθε ατόμου.

8. ΕΡΕΥΝΑ

8.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να καταγραφεί και να μελετηθεί ο τρόπος ζωής και οι καθημερινές συνήθειες των πολιτών της Πάτρας, ώστε μέσω της έρευνας και των αποτελεσμάτων να δούμε αν θα αναδειχθεί η αναγκαιότητα αλλαγής των καθημερινών συνηθειών και η αλλαγή του τρόπου ζωής του πληθυσμού, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής.

8.2 ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:

- 1) Να μελετηθεί ο συγκεκριμένος πληθυσμός σε σχέση με την καθημερινή του δραστηριότητα και τις συνήθειές του έναντι στην υγεία του.
- 2) Να μελετηθούν οι επιπτώσεις του τρόπου ζωής του πληθυσμού στην υγεία του.
- 3) Να συγκριθεί η τρόπος καθημερινής ζωής-καθημερινών συνηθειών μεταξύ διαφορετικών ηλικιακών ομάδων.
- 4) Να καταγραφεί η προσωπική κρίση των ατόμων για την υγεία τους, βάσει του τρόπου ζωής τους.
- 5) Να καταγραφεί αν και σε ποιο βαθμό είναι απαραίτητη η προσπάθεια αλλαγής των στάσεων του πληθυσμού απέναντι σε συνήθειες που δυσχεραίνουν την καθημερινότητα και βλάπτουν την υγεία.

8.3 ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ:

- 1) Μελέτη του τρόπου ζωής των δημοτών της Πάτρας
- 2) Πώς είναι οι συνήθειές τους σε σχέση με την άσκηση-γυμναστική;
- 3) Διερεύνηση ιατρικού ιστορικού χρόνιων ασθενειών στην οικογένεια
- 4) Τι ποσοστό ατόμων είναι καπνιστές;

- 5) Συχνότητα του καπνίσματος (ως μέτρο συχνότητας ορίζεται ο καθημερινός αριθμός καπνισθέντων τσιγάρων)
- 6) Τι ποσοστό ατόμων καταναλώνει αλκοόλ;
- 7) Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ (ως μέτρο συχνότητας ορίζεται η εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοολούχων)
- 8) Ποιες είναι οι διατροφικές συνήθειες του πληθυσμού;
- 9) Ποια είναι η εκτίμηση των ίδιων των ατόμων για το ποσοστό του άγχους τους;
- 10) Κατά πόσο το επίπεδο του άγχους επηρεάζει την καθημερινότητα;
- 11) Ποια είναι η εικόνα των ίδιων των ατόμων για την υγεία τους;
- 12) Πόσο συχνά νιώθουν πιεσμένοι (με βάση υποκειμενικούς παράγοντες);

8.4 ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ:

- 1) Αν είναι διαφορετικές οι καθημερινές συνήθειες ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο σπουδών ή το επάγγελμα
- 2) Αν ο καθημερινός τρόπος ζωής επηρεάζεται από την ύπαρξη ασθενειών
- 3) Αν η πληθυσμιακή ομάδα που παρατηρούμε ακολουθεί έναν υγιή τρόπο ζωής
- 4) Αν θεωρούν τα ίδια τα άτομα ότι είναι υγιή
- 5) Αν θεωρούν τα ίδια τα άτομα ότι ακολουθούν μια υγιεινή διατροφή
- 6) Αν θεωρούν την προαγωγή της υγείας σημαντική
- 7) Αν το άγχος επιβαρύνει την καθημερινότητα ή δυσχεραίνει τις λειτουργίες του ατόμου
- 8) Αν προκύπτει η ανάγκη αλλαγής του καθημερινού τρόπου ζωής

8.5 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ:

Ζούμε σε μια εποχή που κυριαρχεί το άγχος, το στρες και γενικότερα η καθημερινή πίεση, που η τυπική 8ωρη εργασιακή απασχόληση πολύ συχνά καταπατείται και αντικαθίσταται από πολύωρη εργασία, που η καθημερινότητα για το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού απαιτεί σκληρή και επίπονο προσπάθεια για να ανταπεξέλθει κανείς σε αυτήν και που οι καθημερινές προσωπικές συνήθειες δεν είναι πάντα οι καταλληλότερες για την υγεία του

ανθρώπου. Με βάση όλα αυτά τα δεδομένα λοιπόν κρίνουμε αυτή την έρευνα ιδιαίτερα σημαντική. Αναφερόμενοι στους πολίτες της Πάτρας, η οποία θεωρείται μια αξιόλογη μεγαλούπολη της χώρας μας, κρίνουμε απαραίτητο να μελετήσουμε τις καθημερινές συνήθειες που αφορούν στον τρόπο ζωής των πολιτών και κατ' επέκταση στην υγεία τους. Προσπαθούμε να ανακαλύψουμε τις "προβληματικές" καθημερινές συνήθειες (κάπνισμα, κακή διατροφή, απουσία άσκησης κλπ), που οδηγούν στη λεγόμενη «κακή υγεία», δημιουργώντας προβλήματα βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα. Μελετώντας τις συνήθειες του πληθυσμού και συγκρίνοντας τα αποτελέσματα που προκύπτουν θα κατανοήσουμε τη στάση και τη συνήθειες στην καθημερινότητα των ατόμων, με βάση διάφορους παράγοντες.

Τα συμπεράσματα και τα αποτελέσματα που θα προκύψουν θα μπορέσουν να αποτελέσουν ένα πειστικό στοιχείο σχετικά με την αναγκαιότητα αλλαγής του τρόπου ζωής της πληθυσμιακής ομάδας που μελετάται και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, στην πρόταση δημιουργίας αναγκαίων υπηρεσιών-μονάδων στην πόλη, στη δημιουργία προγραμμάτων ενημέρωσης των πολιτών σχετικά με την προαγωγή της υγείας, στην πρόληψη ή και στη θεραπεία παραγόντων που αφορούν στην υγεία των κατοίκων.

8.6 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:

8.6.1 Μέθοδοι έρευνας και αιτιολογία:

Ερωτηματολόγιο: αποτελεί το μοναδικό μεθοδολογικό εργαλείο που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνά μας. Το ερωτηματολόγιο δίνει τη δυνατότητα για μια συστηματική και μεθοδική διαχείριση των απαντήσεων των ερωτηθέντων, αφού η δομή και η μορφή των ερωτήσεων έχει διαμορφωθεί για το σκοπό αυτό. Τα δεδομένα μπορούν εύκολα να επεξεργαστούν και παράλληλα η ποσοτική αυτή μέθοδος αποτρέπει την εμφάνιση περιπτώσεων πληροφοριών, που μπορεί να δυσχεραίνουν την έρευνα και τα συμπεράσματά της. Τέλος, το ερωτηματολόγιο είναι ιδανικό για ανώνυμη έρευνα, δεν επιδιώκεται η συλλογή προσωπικών στοιχείων.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιούμε χωρίζεται στους εξής άξονες:

Α' άξονας: δημογραφικά στοιχεία

Β' άξονας: οικογενειακό background

Γ' άξονας: προσωπικές συνήθειες

Δ' άξονας: κάπνισμα και αλκοόλ

Ε' άξονας: διατροφή

ΣΤ' άξονας: άγχος

Περιλαμβάνει ερωτήσεις ανοιχτού τύπου που αφορούν κυρίως στη συλλογή κάποιων δημογραφικών στοιχείων (9) και ερωτήσεις κλειστού τύπου που διακρίνονται σε:

Α) διχοτομικές ερωτήσεις (12)

Β) ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής(31)

Γ) ερωτήσεις διαβάθμισης (1)

8.6.2 Πληθυσμός:

Ο πληθυσμός μας είναι οι κάτοικοι του Δ. Πατρών, δηλαδή δημότες από το ανατολικό, το αρκτικό, το νότιο και το κεντρικό διαμέρισμα του δήμου.

8.6.3 Δείγμα:

Για να προσδιορίσουμε ποιο θα είναι το δείγμα μας βασιστήκαμε στον πληθυσμό του κάθε διαμερίσματος και πήραμε συνολικά ως δείγμα 800 άτομα, από τα οποία τα 400 ανήκουν στο κεντρικό διαμέρισμα που έχει το μεγαλύτερο ποσοστό πληθυσμού (περίπου 120.000 άτομα), από το νότιο πήραμε 200 άτομα (περίπου 40.000 άτομα πληθυσμός), από το ανατολικό 100 (περίπου 20.000 άτομα πληθυσμός) και από το αρκτικό επίσης 100 (περίπου 20.000 άτομα πληθυσμός).

8.6.4 Μέθοδος δειγματοληψίας:

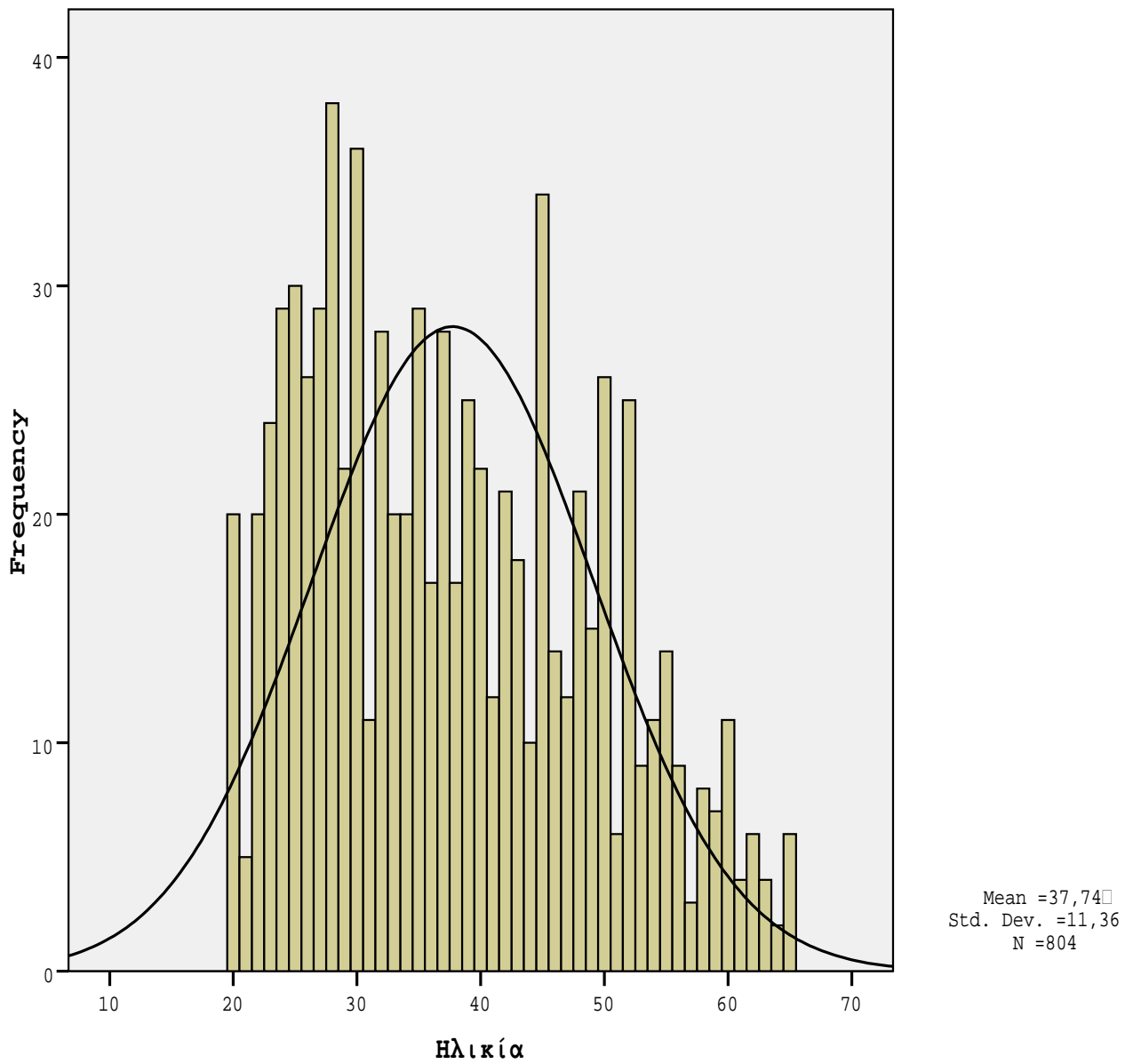
Χρησιμοποιούμε δειγματοληψία πιθανοτήτων, καθώς όλοι έχουν ίση πιθανότητα να συμπεριληφθούν στο δείγμα. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιούμε απλή τυχαία δειγματοληψία, καθώς κάναμε τυχαίες επισκέψεις σε σπίτια που βρίσκονταν σε δρόμους του κάθε διαμερίσματος, τους οποίους επιλέγαμε επίσης τυχαία. Επισκεπτόμασταν κάθε δεύτερο σπίτι του κάθε δρόμου. Άρα λοιπόν όλα τα μέλη του πληθυσμού είχαν ίση και ανεξάρτητη ευκαιρία για επιλογή.

8.6.5 Ενέργειες-Χρονοδιάγραμμα:

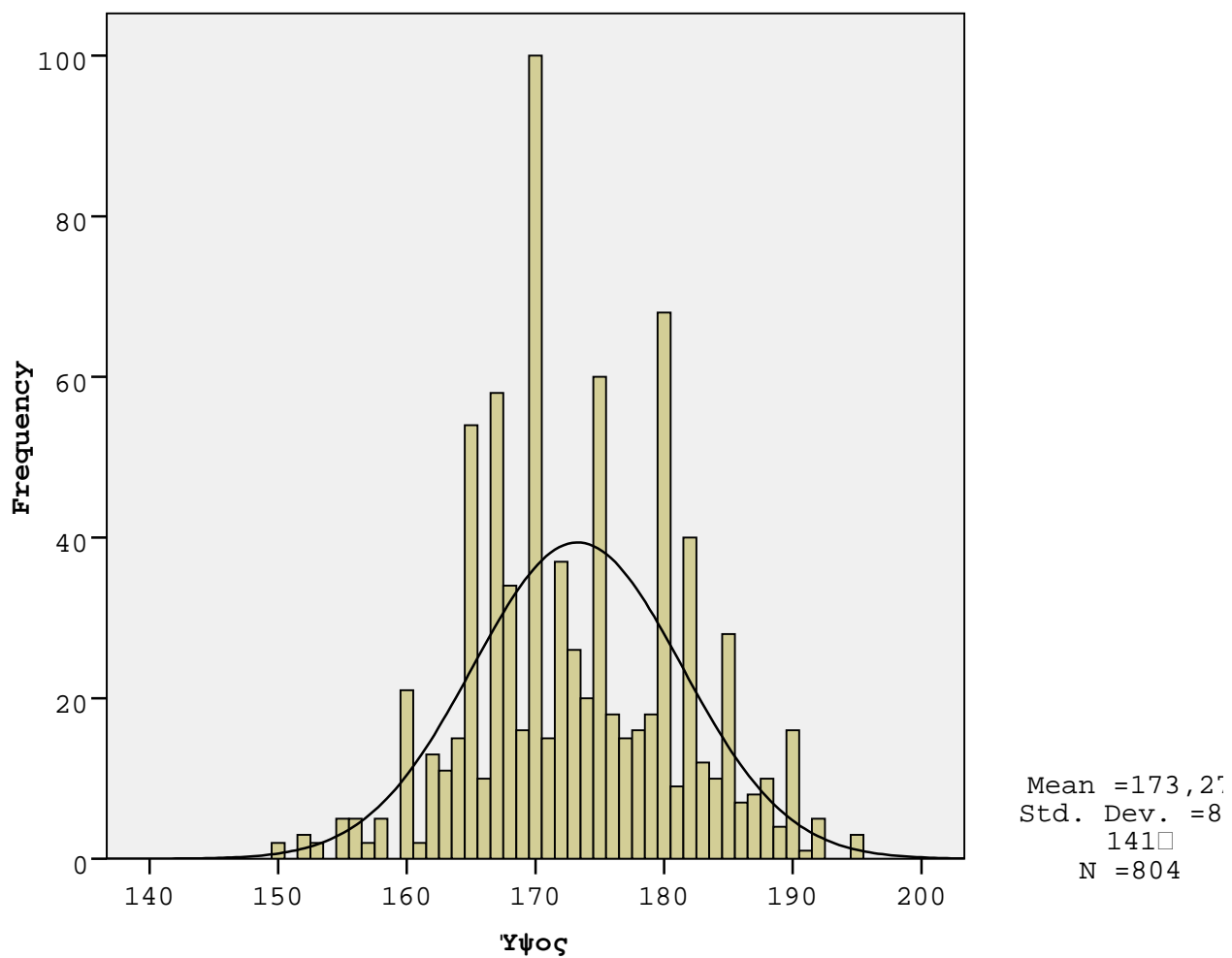
Ενέργειες:	Χρόνος:	Άτομα:
Επαφές με δημοτικά διαμερίσματα	5 ημέρες	1
Συλλογή βιβλιογραφικών δεδομένων	3 μήνες	3
Συλλογή ερωτηματολογίων	4 μήνες	2

8.6.6 Αποτελέσματα έρευνας:

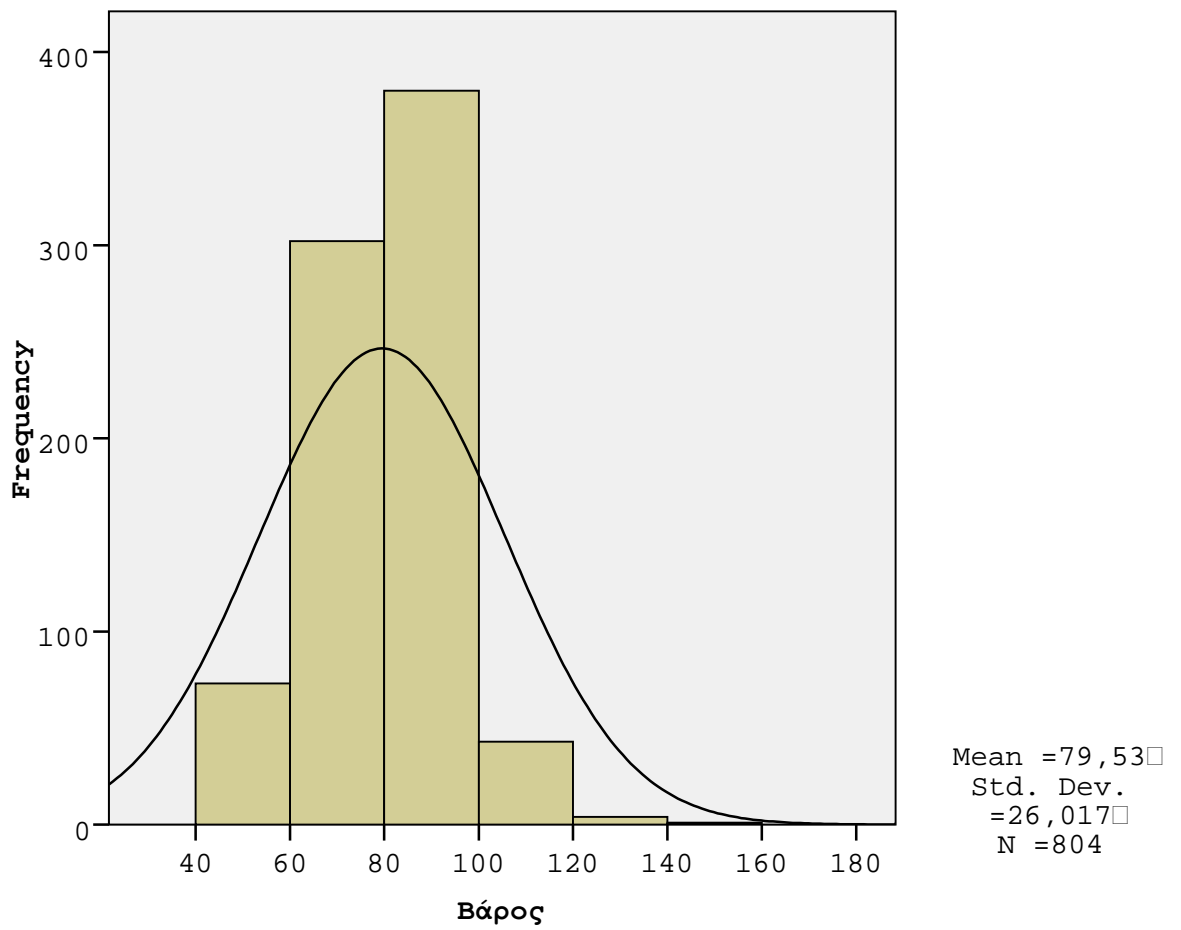
Πίνακας 1: Ηλικία-Ύψος-Βάρος-Δ.Μ.Σ.



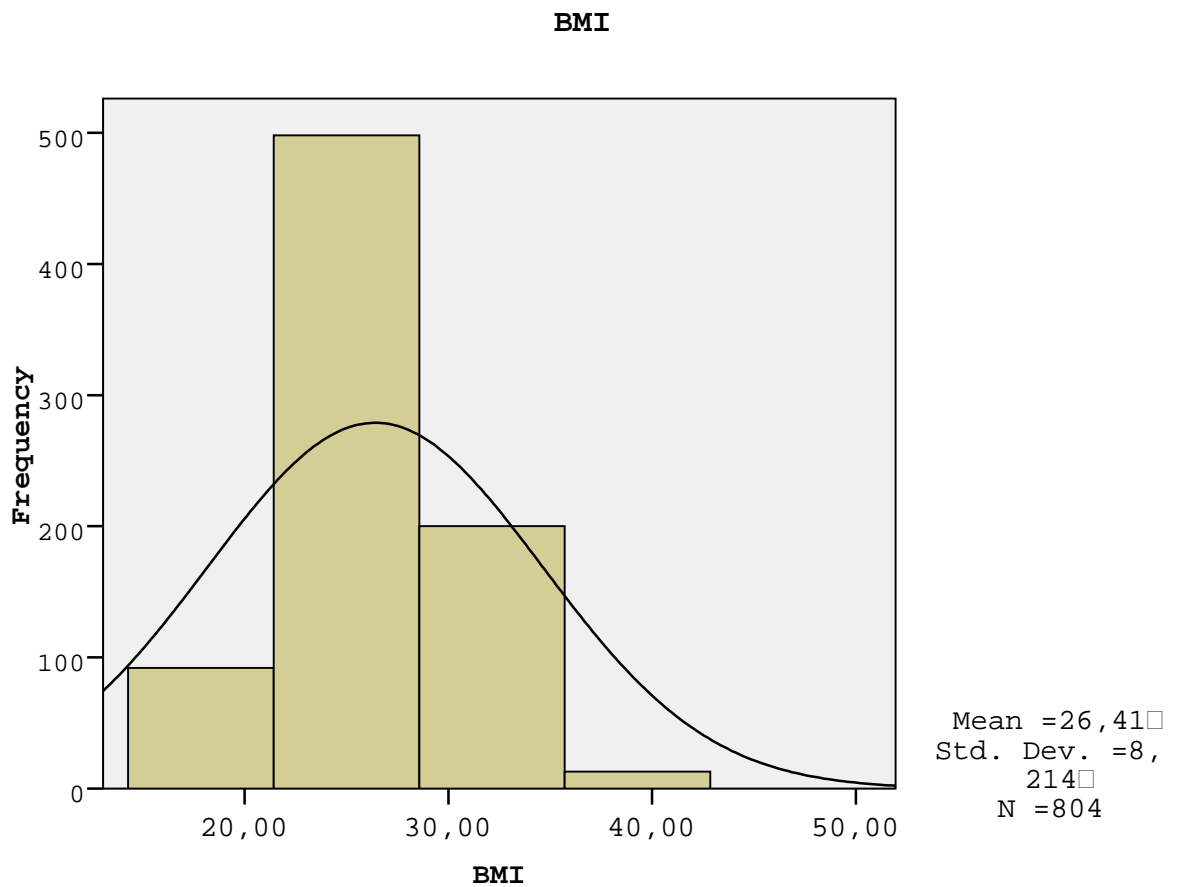
Η μέση τιμή της ηλικίας του δείγματος είναι 37,74 έτη.



Η μέση τιμή του ύψους του δείγματος είναι 173,27 εκατοστά.



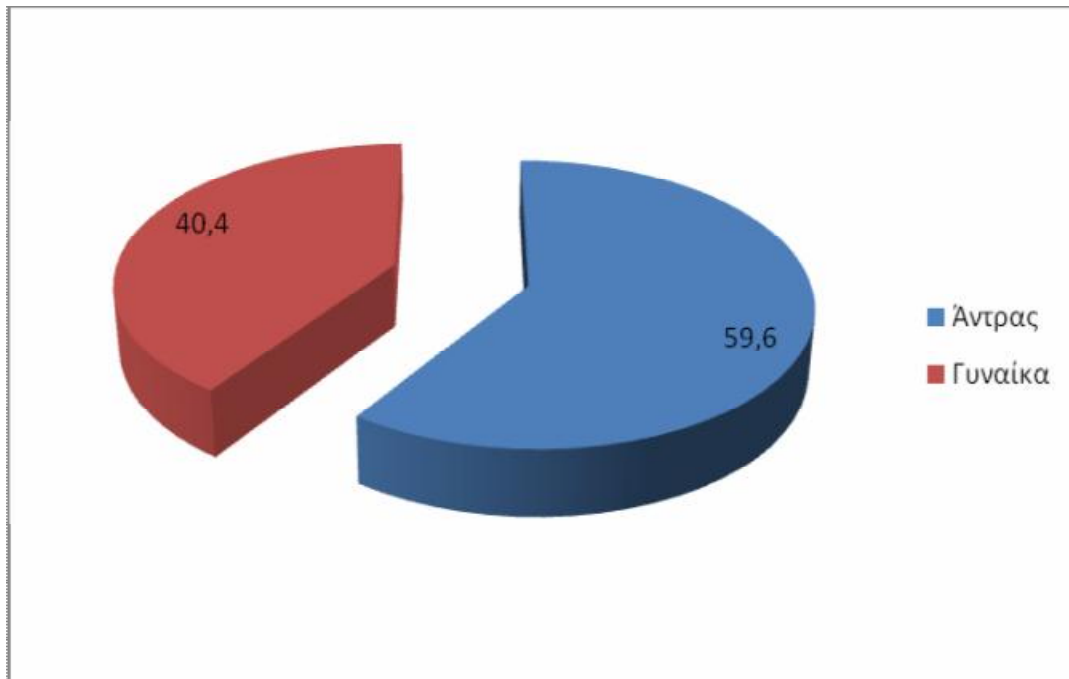
Η μέση τιμή του βάρους του δείγματος είναι 79,53 κιλά.



Η μέση τιμή του δείκτη μάζας σώματος του δείγματος είναι 26,41, δηλαδή ποσοστό μεγαλύτερο του κανονικού.

2. Φύλο

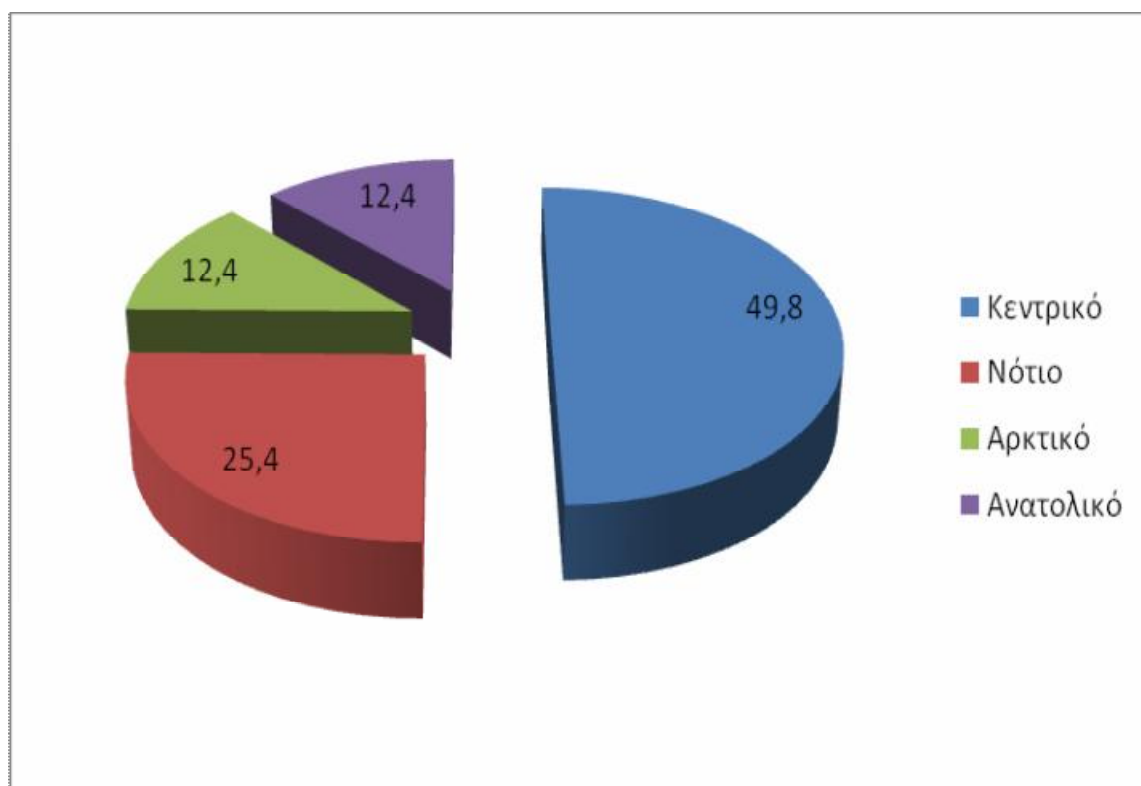
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Άντρας	479	59,6	59,6
Γυναίκα	325	40,4	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το δείγμα μας έδειξε ότι το 59,6% είναι άνδρες και το 40,4% είναι γυναίκες.

3. Δημοτικό διαμέρισμα της πόλης από όπου προέρχεται το δείγμα:

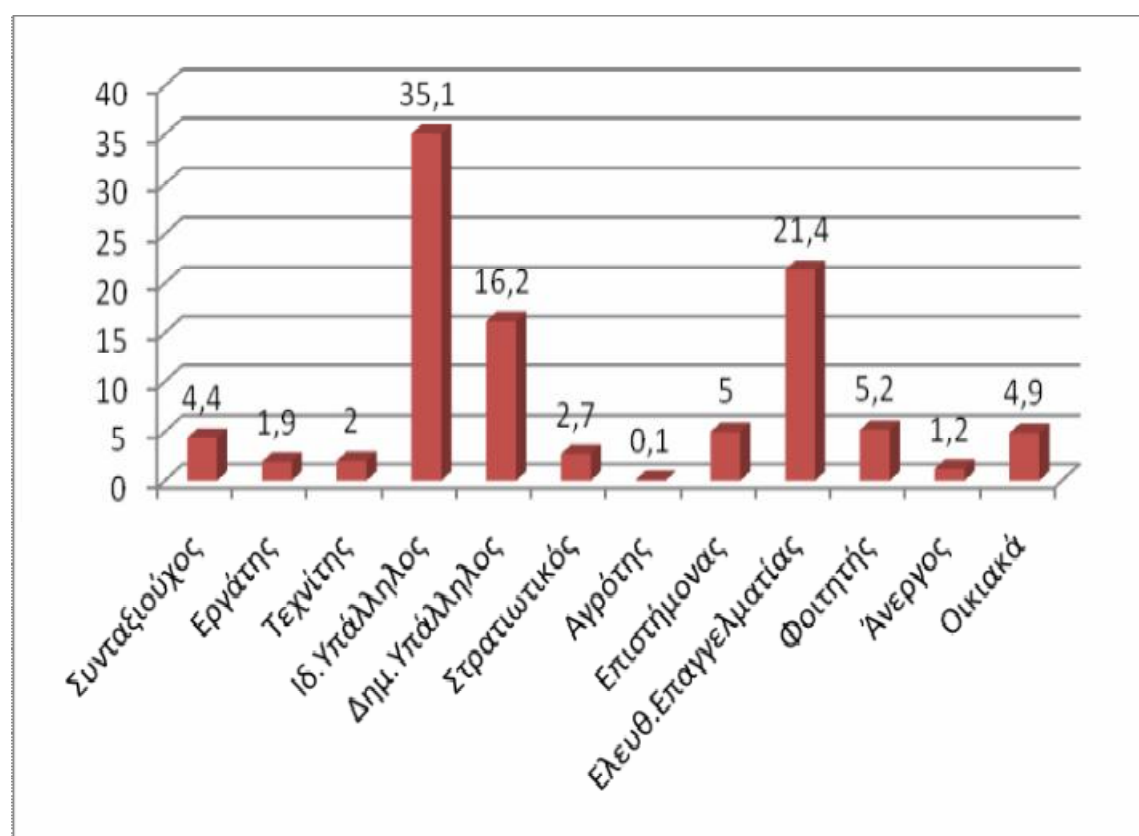
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Κεντρικό	400	49,8	49,8
Νότιο	204	25,4	75,1
Αρκτικό	100	12,4	87,6
Ανατολικό	100	12,4	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το δείγμα μας προέρχεται και από τα 4 δημοτικά διαμερίσματα της Πάτρας. Συγκεκριμένα, το 49,8% προέρχεται από το κεντρικό διαμέρισμα, το 25,4% προέρχεται από το νότιο διαμέρισμα, το 12,4% από το αρκτικό και τέλος, επίσης 12,4% από το ανατολικό.

4. Είδος επαγγέλματος

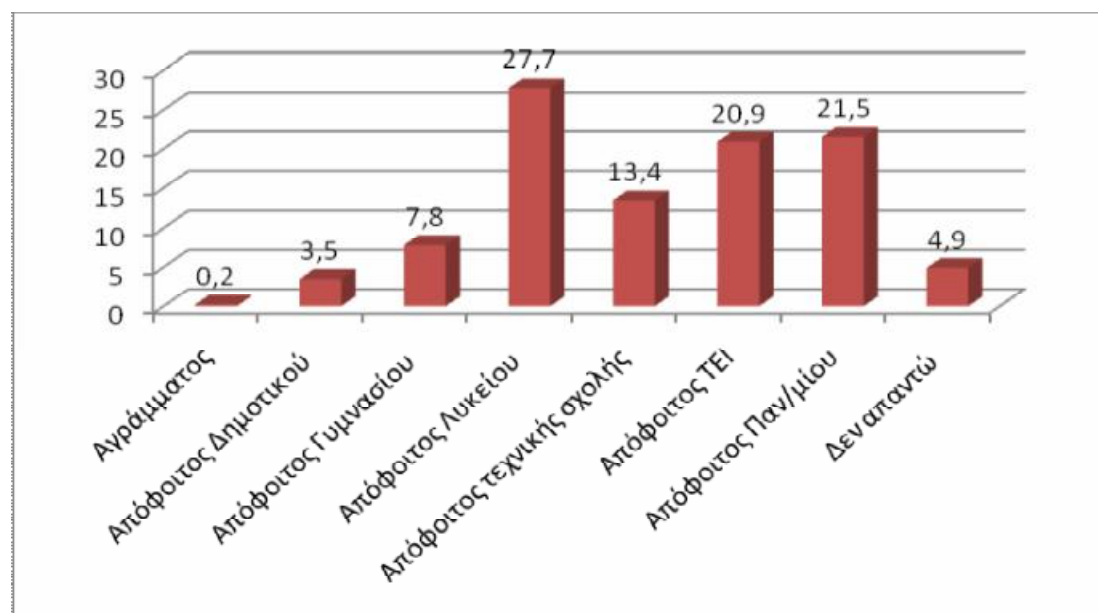
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Συνταξιούχος	35	4,4	4,4
Εργάτης	15	1,9	6,2
Τεχνίτης	16	2,0	8,2
Ιδ.Υπάλληλος	282	35,1	43,3
Δημ.Υπάλληλος	130	16,2	59,5
Στρατιωτικός	22	2,7	62,2
Αγρότης	1	,1	62,3
Επιστήμονας	40	5,0	67,3
Ελευθ.Επαγγελματίας	172	21,4	88,7
Φοιτητής	42	5,2	93,9
Άνεργος	10	1,2	95,1
Οικιακά	39	4,9	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, 35,1% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 21,4% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες και το 16,2% είναι δημόσιοι υπάλληλοι.

5. Επίπεδο σπουδών

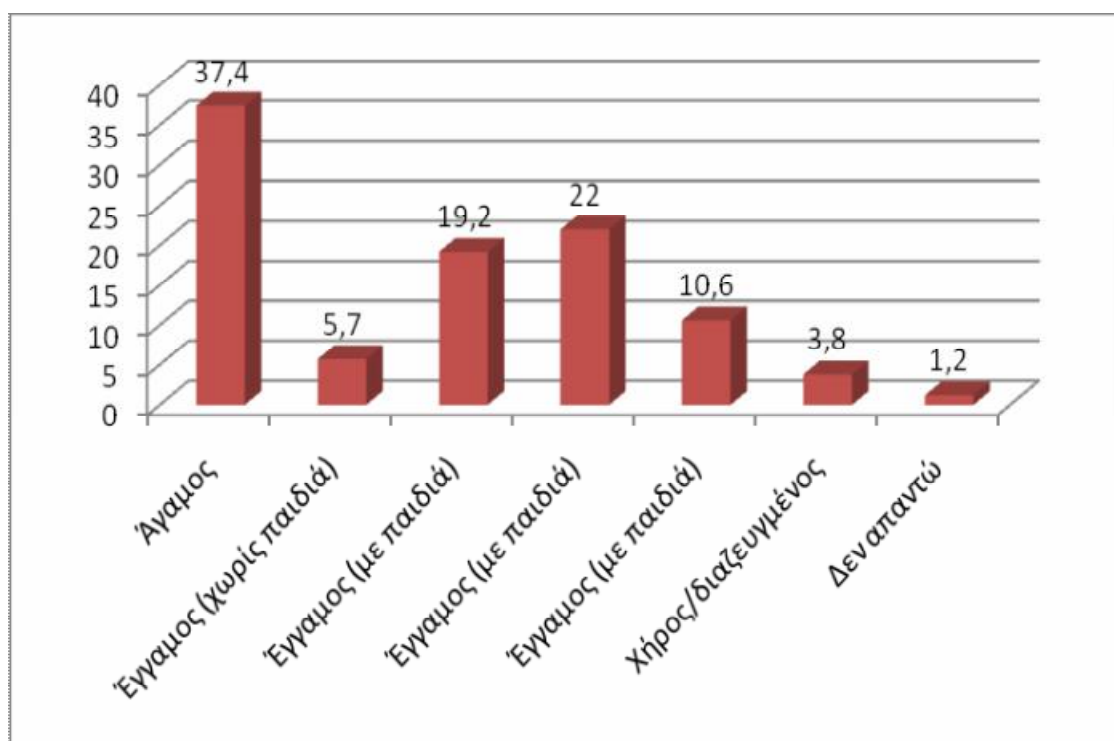
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Αγράμματος	2	,2	,3
Απόφοιτος Δημοτικού	28	3,5	3,9
Απόφοιτος Γυμνασίου	63	7,8	12,2
Απόφοιτος Λυκείου	223	27,7	41,3
Απόφοιτος τεχνικής σχολής	108	13,4	55,4
Απόφοιτος ΤΕΙ	168	20,9	77,4
Απόφοιτος Παν/μίου	173	21,5	100,0
Δεν απαντώ	39	4,9	
Σύνολο	804	100,0	



Σχετικά με το επίπεδο σπουδών, το 27,7% είναι απόφοιτοι λυκείου, το 21,5% είναι απόφοιτοι πανεπιστημίου και το 20,9% είναι απόφοιτοι Τ.Ε.Ι.

6. Οικογενειακή κατάσταση

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Άγαμος	301	37,4	37,9
Έγγαμος (χωρίς παιδιά)	46	5,7	43,7
Έγγαμος (με 1 παιδί)	154	19,2	63,1
Έγγαμος (με 2 παιδιά)	177	22,0	85,4
Έγγαμος (με 3 παιδιά)	85	10,6	96,1
Χήρος/διαζευγμένος	31	3,8	100,0
Δεν απαντώ	10	1,2	
Σύνολο	804	100,0	

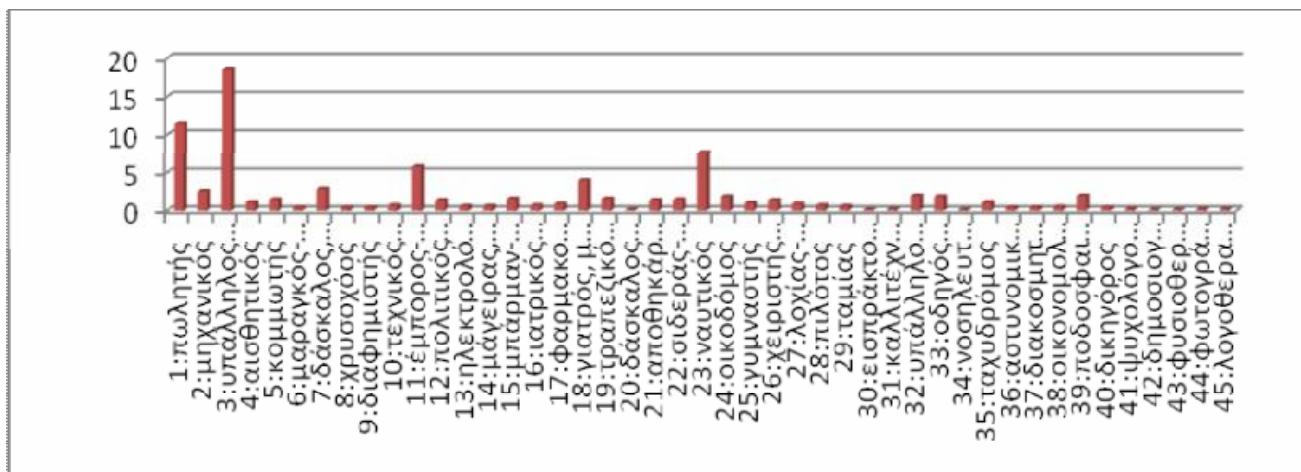


Σύμφωνα με το δείγμα μας, το 37,4% είναι άγαμοι και το 57,5% είναι έγγαμοι. Το ποσοστό των έγγαμων με 1 παιδί είναι 19,2%, των έγγαμων με 2 παιδιά είναι 22% και το ποσοστό των έγγαμων με 3 ή παραπάνω παιδιά είναι 10,6%.

7. Ρόλος στην εργασία

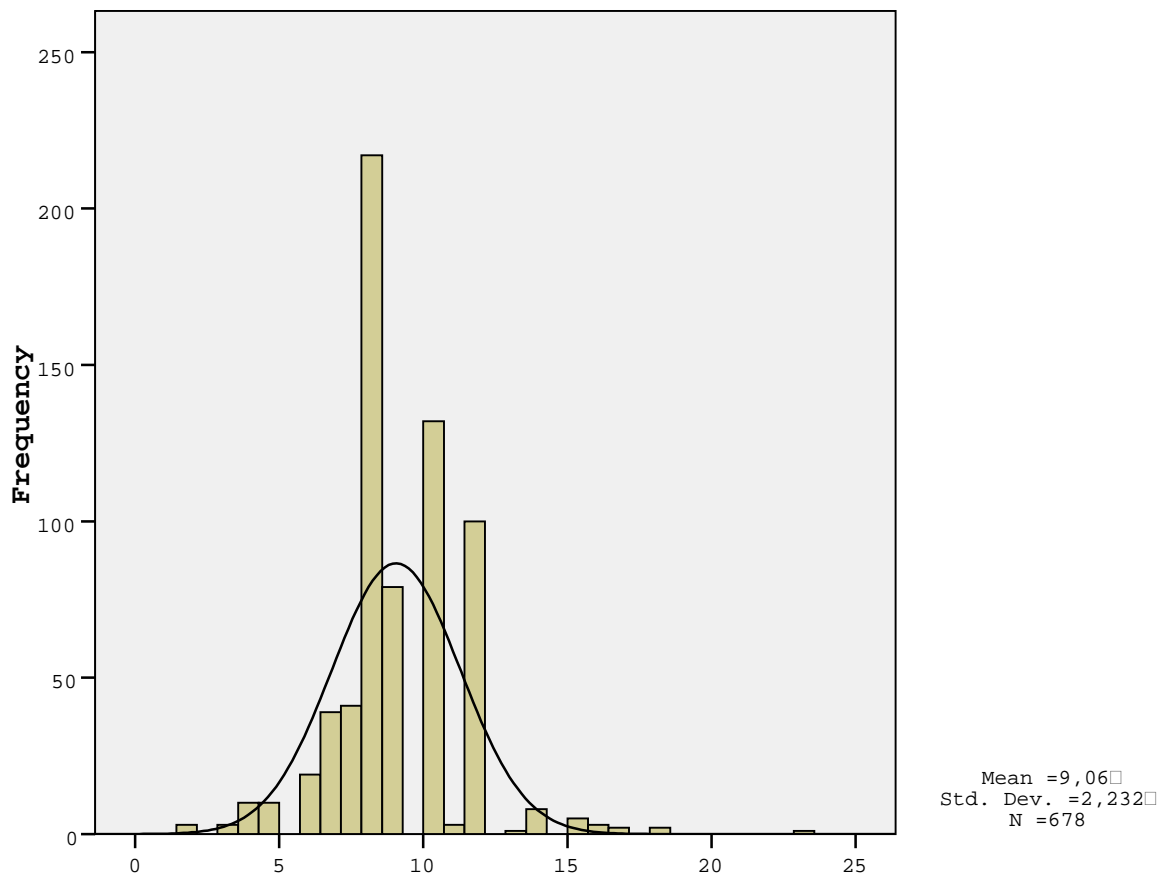
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
1:πωλητής	92	11,4	13,6
2:μηχανικός	21	2,6	16,7
3:υπάλληλος γραφείου, τηλεφωνητής, διοικητικός υπάλληλος, προϊστάμενος, διευθυντικό στέλεχος, γραμματέας	149	18,5	38,6
4:αισθητικός	9	1,1	40,0
5:κομμωτής	12	1,5	41,7
6:μαραγκός-επιπλοποιός	3	,4	42,2
7:δάσκαλος, καθηγητής, νηπιαγωγός	23	2,9	45,6
8:χρυσόχοος	3	,4	46,0
9:διαφημιστής	3	,4	46,5
10:τεχνικός Η/Υ	6	,7	47,3
11:έμπορος-καταστηματάρχης	47	5,8	54,3
12:πολιτικός μηχανικός, αρχιτέκτονας, τοπογράφος	11	1,4	55,9
13:ηλεκτρολόγος	5	,6	56,6
14:μάγειρας, ζαχαροπλάστης	5	,6	57,4
15:μπάρμαν-σερβιτόρος	13	1,6	59,3
16:ιατρικός επισκέπτης	6	,7	60,2
17:φαρμακοποιός	7	,9	61,2
18:γιατρός, μικροβιολόγος, κτηνίατρος	32	4,0	65,9
19:τραπεζικός υπάλληλος-λογιστής	13	1,6	67,8
20:δάσκαλος οδήγησης	1	,1	68,0
21:αποθηκάριος-εργάτης	11	1,4	69,6
22:σιδεράς-τεχνίτης	12	1,5	71,4
23:ναυτικός	61	7,6	80,4
24:οικοδόμος	15	1,9	82,6
25:γυμναστής	8	1,0	83,8
26:χειριστής μηχανήματος-οδηγός γερανού	11	1,4	85,4
27:λοχίας-αξιωματικός στρατού	7	,9	86,4
28:πιλότος	6	,7	87,3
29:ταμίας	5	,6	88,1
30:εισπράκτορας λεωφορείου	1	,1	88,2
31:καλλιτέχνης-ηθοποιός	2	,2	88,5
32:υπάλληλος ξενοδοχείου	16	2,0	90,9
33:οδηγός ταξί-οδηγός φορτηγού	15	1,9	93,1
34:νοσηλεύτης-νοσοκόμος	1	,1	93,2
35:ταχυδρόμος	9	1,1	94,5
36:αστυνομικός	3	,4	95,0
37:διακοσμητής	3	,4	95,4
38:οικονομολόγος-χρηματιστής	4	,5	96,0
39:ποδοσφαιριστής	16	2,0	98,4
40:δικηγόρος	3	,4	98,8

41:ψυχολόγος-ψυχίατρος	2	,2	99,1
42:δημοσιογράφος	1	,1	99,3
43:φυσιοθεραπευτής	1	,1	99,4
44:φωτογράφος	2	,2	99,7
45:λογοθεραπευτής	2	,2	100,0



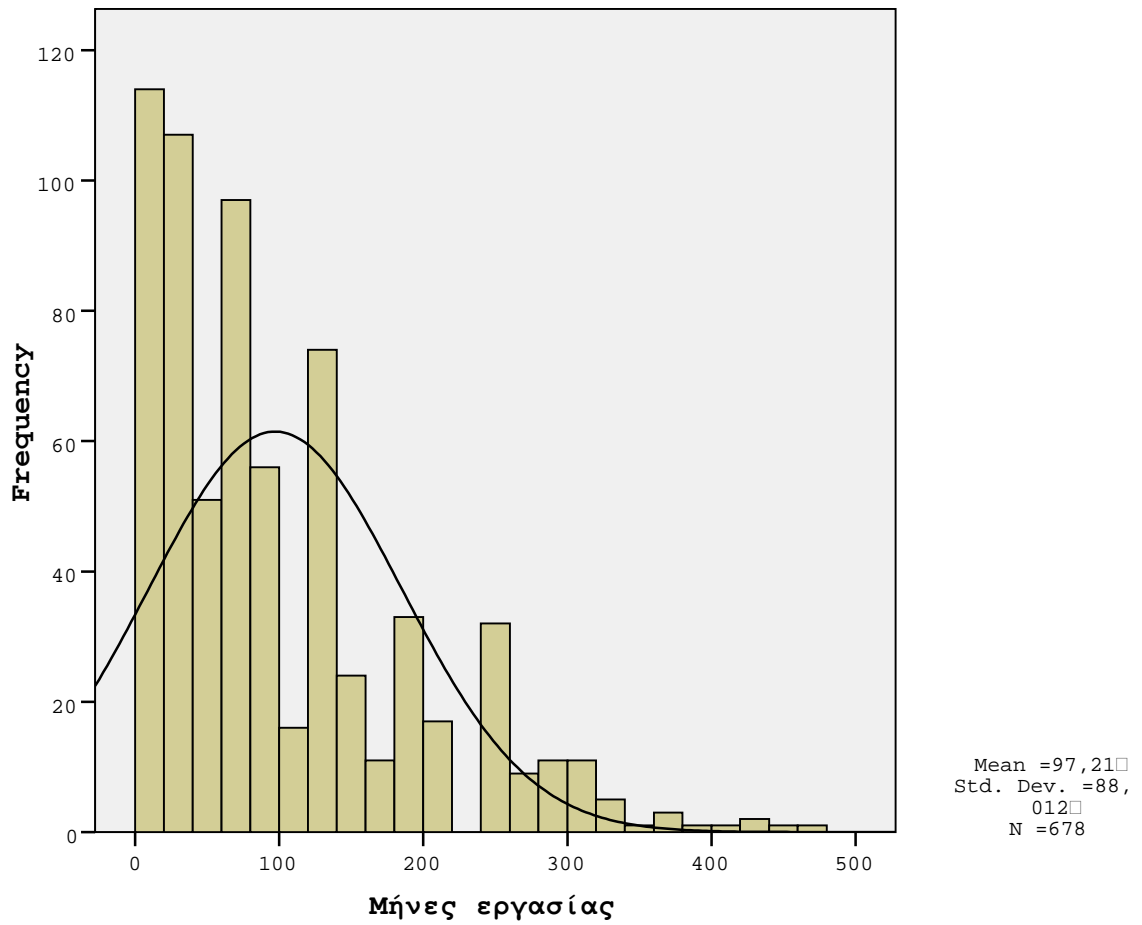
Όσον αφορά το ρόλο στην εργασία, το 18,5% είναι υπάλληλοι γραφείου, τηλεφωνητές, γραμματείς, διοικητικοί υπάλληλοι, προϊστάμενοι, διευθυντές, το 11,4% είναι πωλητές, το 7,6% είναι ναυτικοί και το 5,8% είναι έμποροι ή καταστηματάρχες.

8. Ημερήσιες ώρες εργασίας:



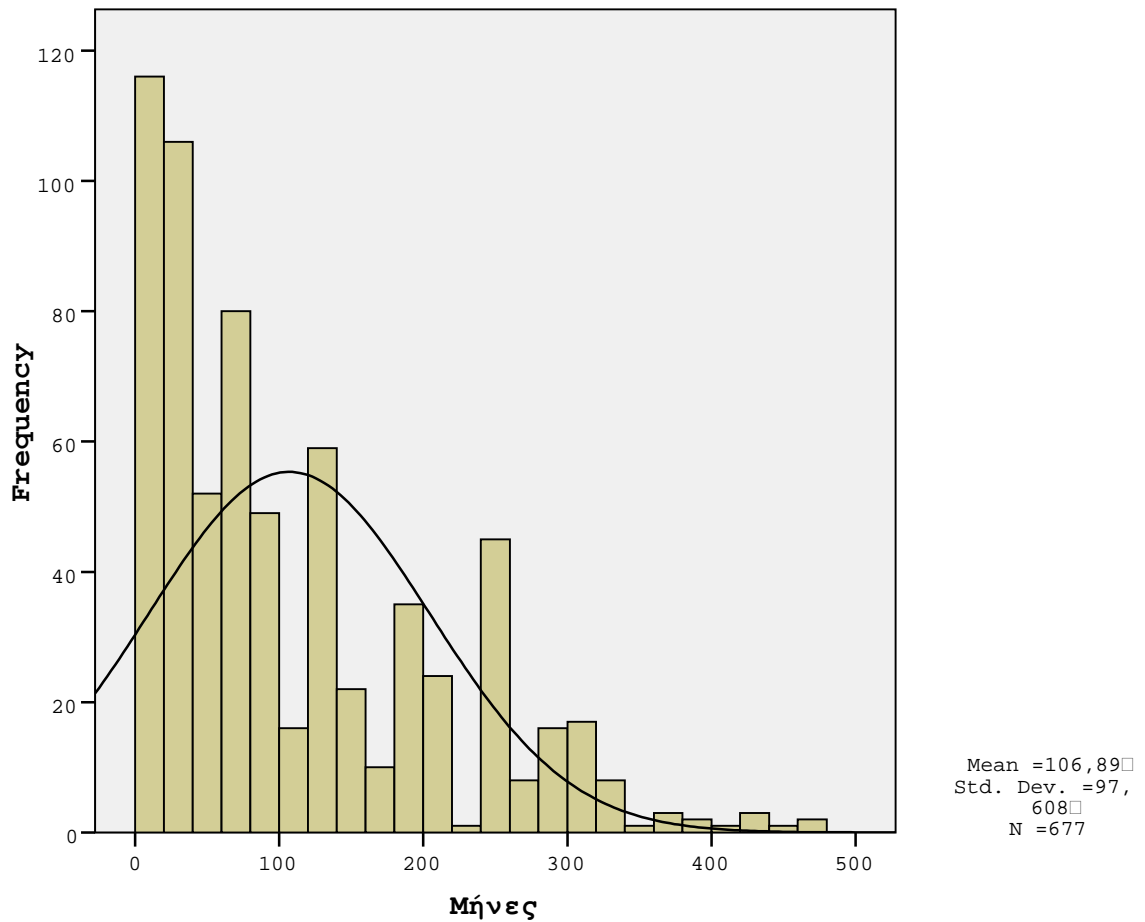
Τα άτομα εργάζονται κατά μέσο όρο την ημέρα 9,06 ώρες.

9. Μήνες εργασίας στη συγκεκριμένη θέση:



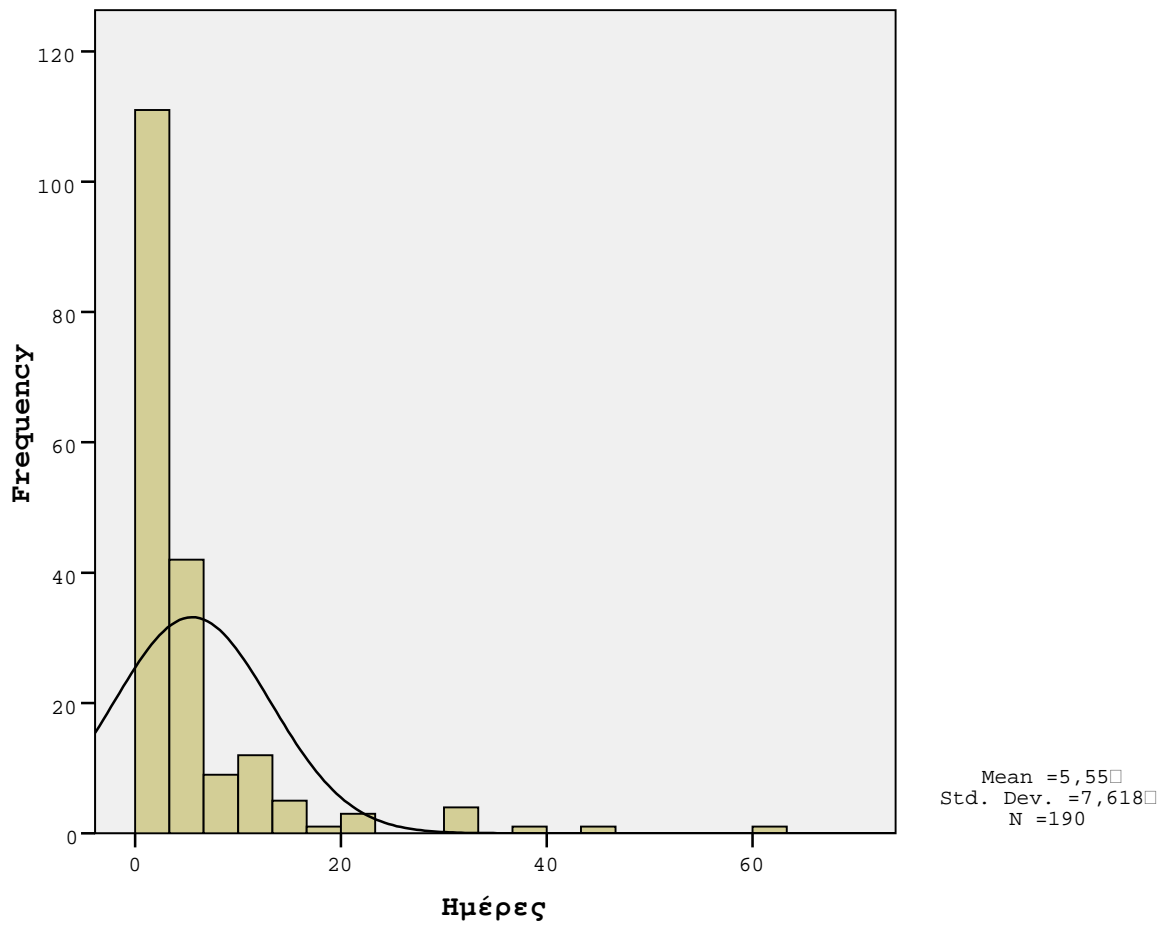
Το μέσο όρο των μηνών εργασίας του δείγματος στη συγκεκριμένη θέση είναι 97,21 μήνες.

10. Μήνες εργασίας στη συγκεκριμένη εταιρεία:



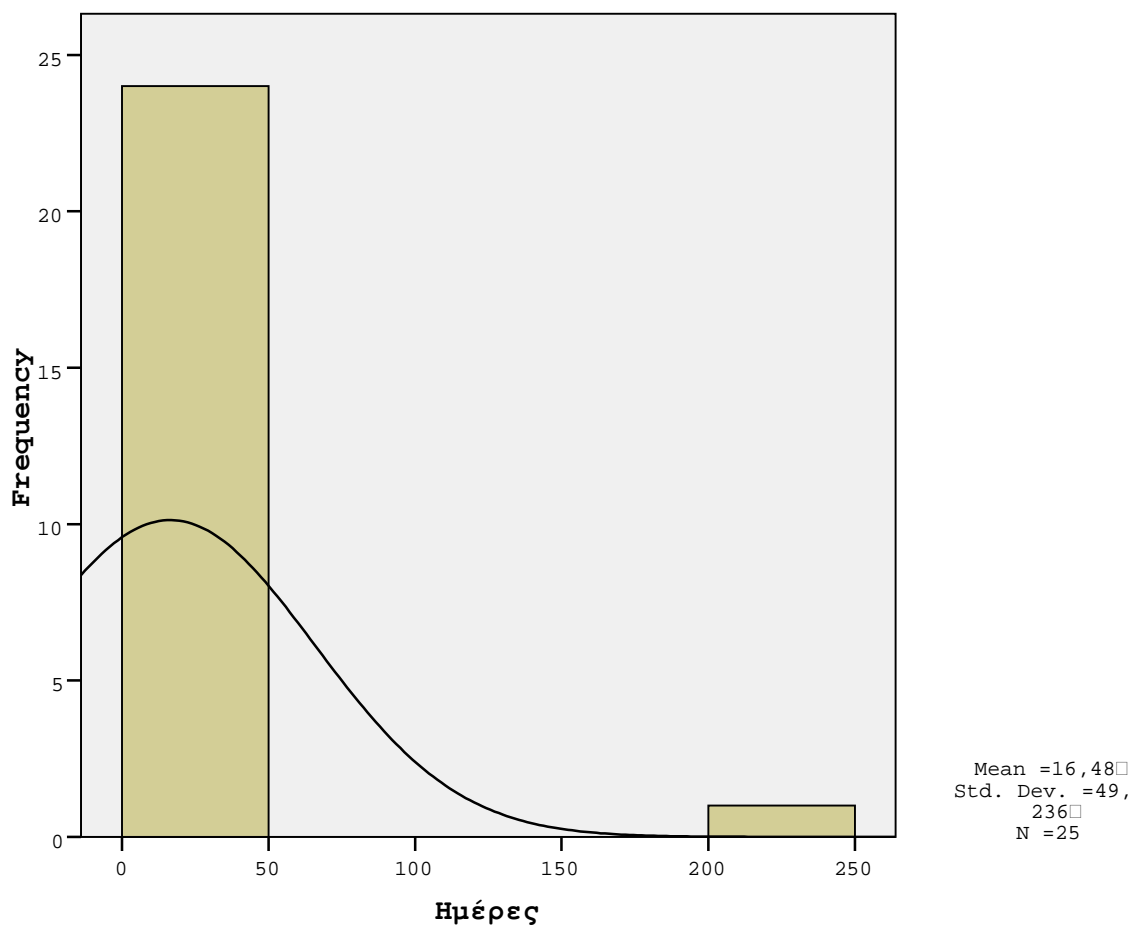
Το μέσο όρο της εργασίας του δείγματος στη συγκεκριμένη εταιρεία-υπηρεσία είναι 106,89 μήνες (περίπου 9 έτη).

11. Ημέρες άδειας από την εργασία λόγω κοινών ασθενειών:



Το δείγμα μας έδειξε ότι όσοι έλειψαν από τη δουλειά τους για λόγους κοινών ασθενειών έχουν λείψει μέσο όρο 5,55 ημέρες τον τελευταίο χρόνο.

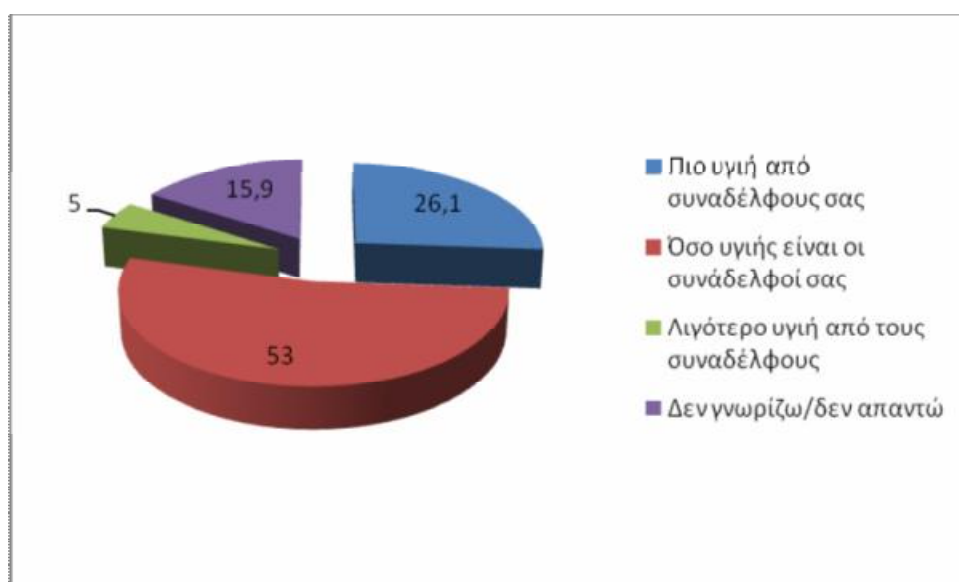
12 . Ημέρες άδειας από την εργασία λόγω επαγγελματικών ατυχημάτων:



Λόγω επαγγελματικών ασθενειών το μέσο όρο ημερών απουσίας από την εργασία τον τελευταίο χρόνο είναι 16,48 μέρες.

13. Θεωρείτε τον εαυτό σας υγιή;

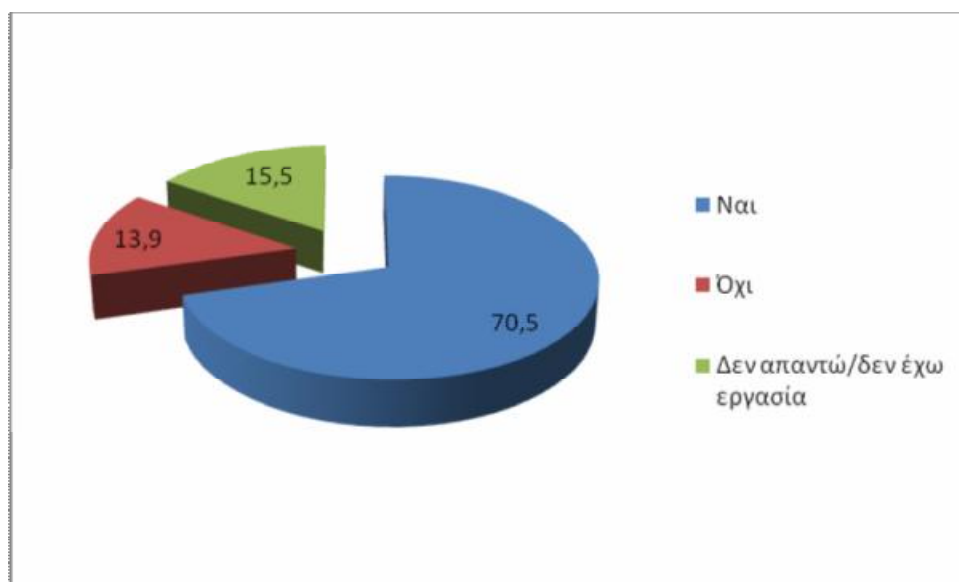
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Πιο υγιή από συναδέλφους σας	210	26,1	31,1
Όσο υγιής είναι οι συνάδελφοί σας	426	53,0	94,1
Λιγότερο υγιή από τους συναδέλφους	40	5,0	100,0
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	128	15,9	
Σύνολο	804	100,0	



Το 53% του δείγματος θεωρεί πως είναι όσο υγιής είναι και οι συνάδελφοί του.
Το 26,1% θεωρεί πως είναι πιο υγιής από τους συναδέλφους και
Το 15,9% δεν θέλησε να απαντήσει στην ερώτηση.

14. Βρίσκετε την εργασία σας ικανοποιητική;

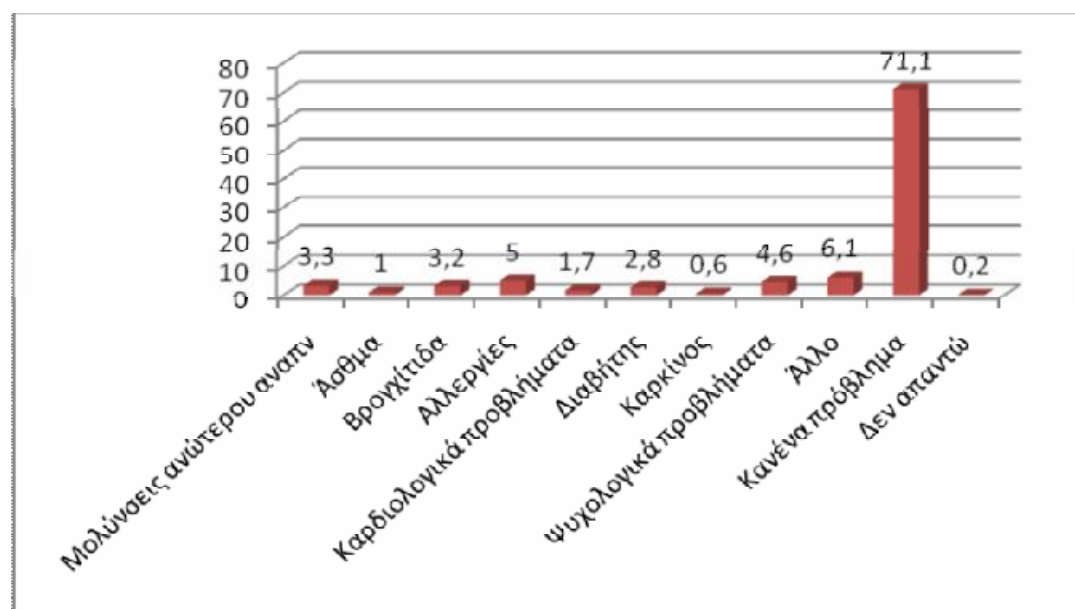
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	567	70,5	83,5
Όχι	112	13,9	100,0
Δεν απαντώ/δεν έχω εργασία	125	15,5	
Σύνολο	804	100,0	



Το 70,5% του δείγματος δήλωσε ότι βρίσκει την εργασία του ικανοποιητική, ενώ το 13,9% δήλωσε ότι δεν είναι ικανοποιημένο από τη δουλειά του. Στην ερώτηση αυτή το 15,5% αρνήθηκε να απαντήσει.

15. Πρόβλημα υγείας τους τελευταίους 12 μήνες:

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Δεν απαντώ	2	,2	,2
Μολύνσεις ανώτερου αναπνευστικού	27	3,3	3,6
Άλλο	49	6,1	9,7
Κανένα πρόβλημα	572	71,1	80,8
Άσθμα	8	1,0	81,8
Βρογχίτιδα	26	3,2	85,1
Αλλεργίες	41	5,0	90,2
Καρδιολογικά προβλήματα	14	1,7	95,9
Διαβήτης	23	2,8	98,8
Καρκίνος	5	,6	99,4
Ψυχολογικά προβλήματα	37	4,6	100,0
Σύνολο	804	100,0	

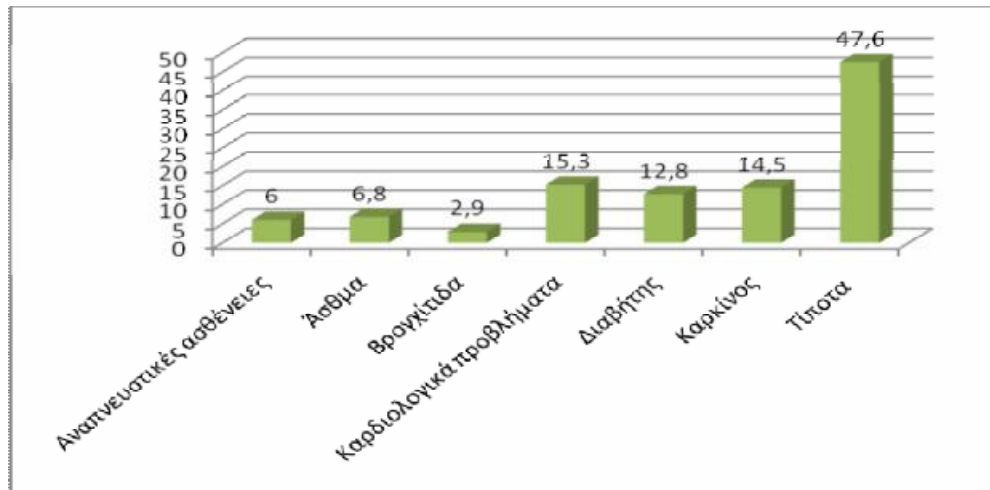


Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, 71,1% δεν έχει υποφέρει από καμία ασθένεια τον τελευταίο χρόνο. Από το υπόλοιπο 28,9%, το 5% αντιμετώπισε αλλεργίες, το 4,6% αντιμετώπισε ψυχολογικά προβλήματα, το 3,3% υπέφερε από μολύνσεις του ανώτερου αναπνευστικού και το 3,2% από βρογχίτιδα.

16. Οικογενειακό ιστορικό ασθενειών:

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
1	33	4,1	4,1
1,2	5	,6	4,7
1,4	3	,4	5,1
1,5	7	,9	6,0
2	35	4,4	10,3
2,3	1	,1	10,4
2,4	5	,6	11,1
2,4,5	1	,1	11,2
2,5	2	,2	11,4
2,6	3	,4	11,8
3	20	2,5	14,3
3,4	1	,1	14,4
3,5	2	,2	14,7
4	99	12,3	27,0
4,5	8	1,0	28,0
4,5,6	1	,1	28,1
4,6	5	,6	28,7
5	76	9,5	38,2
5,4	1	,1	38,3
5,6	6	,7	39,1
6	107	13,3	52,4
7	383	47,6	100,0
Σύνολο	804	100,0	

Ασθένεια	%
Αναπνευστικές ασθένειες	6
Άσθμα	6,8
Βρογχίτιδα	2,9
Καρδιολογικά προβλήματα	15,3
Διαβήτης	12,8
Καρκίνος	14,5
Τίποτα	47,6



Στο 47,6% του δείγματος κανένα οικογενειακό μέλος δεν αντιμετώπισε κάποιο από τα παραπάνω προβλήματα υγείας. Από το υπόλοιπο δείγμα, στο 15,3% κάποιο μέλος της οικογένειας έχει υποφέρει από καρδιολογικά προβλήματα, στο 14,% κάποιο μέλος της οικογένειας έχει εμφανίσει κάποιο είδος καρκίνου και στο 12,8% κάποιο μέλος στην οικογένεια έχει εμφανίσει διαβήτη.

17. Ποιο από τα ακόλουθα αφορά τη μητέρα σας;

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Έζησε μέχρι τα 65 ή λιγότερο	5	,6	,6
Έζησε μέχρι τα 65 και πέθανε από άλλη αιτία	23	2,9	3,5
Πέθανε από καρδιολογικό πρόβλημα <65	10	1,2	4,7
Έζησε πάνω από 65	12	1,5	6,2
Έζησε πάνω από 65 και πέθανε από άλλη αιτία	50	6,2	12,4
Πέθανε από καρδιολογικό πρόβλημα >65	11	1,4	13,8
Πέθανε από άλλη αιτία	1	,1	13,9
Δεν γνωρίζω	3	,4	14,3
Τίποτα από όλα αυτά	689	85,7	100,0
Σύνολο	804	100,0	

Στο 85,7% του δείγματος η μητέρα δεν έχει πεθάνει. Από το υπόλοιπο ποσοστό του δείγματος (14,3%) στο 6,2% η μητέρα πέθανε από κάποια άλλη αιτία σε ηλικία άνω των 65, που δεν αφορά σε καρδιολογικό πρόβλημα αλλά μπορεί να ήταν ως αιτία ο φυσικός θάνατος λόγω ηλικίας ή το εγκεφαλικό. Στο 2,9% του δείγματος η μητέρα πέθανε από άλλη αιτία, εκτός του καρδιολογικού προβλήματος, σε ηλικία κάτω των 65 ετών. Οι συχνότερες αιτίες θανάτου σε αυτή την περίπτωση ήταν ο καρκίνος ή κάποιο ατύχημα.

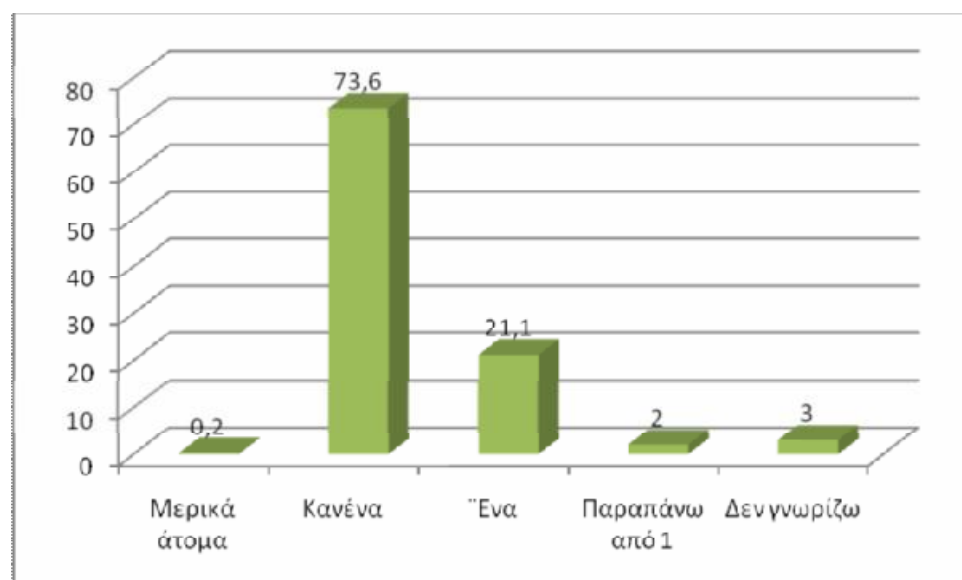
18. Ποιο από τα ακόλουθα αφορά τον πατέρα σας;

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Έζησε μέχρι τα 65 ή λιγότερο	5	,6	,6
Έζησε μέχρι τα 65 και πέθανε από άλλη αιτία	50	6,2	6,8
Πέθανε από καρδιολογικό πρόβλημα <65	45	5,6	12,4
Έζησε πάνω από 65	89	11,1	23,5
Πέθανε από καρδιολογικό πρόβλημα >65	20	2,5	26,0
Πέθανε από άλλη αιτία	1	,1	26,1
Δεν γνωρίζω	3	,4	26,5
Τίποτα από όλα αυτά	591	73,5	100,0
Σύνολο	804	100,0	

Στο 73,5% του δείγματος ο πατέρας είναι ακόμα εν ζωή. Στο υπόλοιπο ποσοστό του δείγματος (26,5%) το 11,1% έζησε πάνω από 65 ετών και πέθανε από άλλη αιτία, κυρίως φυσικό θάνατο, και το 6,2% έζησε μέχρι τα 65 ή λιγότερο και πέθανε από άλλη αιτία, που δεν έχει να κάνει με καρδιολογικό πρόβλημα, κυρίως λόγω καρκίνου.

19. Έχει κάποιο μέλος της οικογένειας κάποιο καρκίνο;

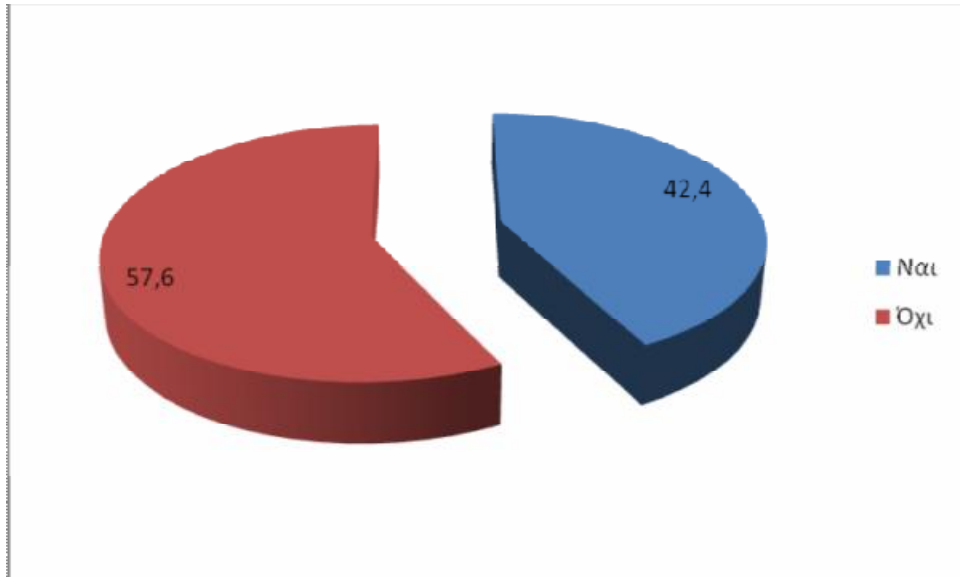
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Μερικά άτομα	2	,2	,2
Κανένα	592	73,6	73,9
Ένα	170	21,1	95,0
Παραπάνω από 1	16	2,0	97,0
Δεν γνωρίζω	24	3,0	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Στο 73,6% κανένα μέλος της φυσικής οικογένειας δεν έχει κάποιο είδος καρκίνου, ενώ στο 21,1% ένα μέλος από τη φυσική οικογένεια έχει υποφέρει από κάποια μορφή καρκίνου.

20. Ασκείστε τακτικά;

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	341	42,4	42,4
Όχι	463	57,6	100,0
Σύνολο	804	100,0	

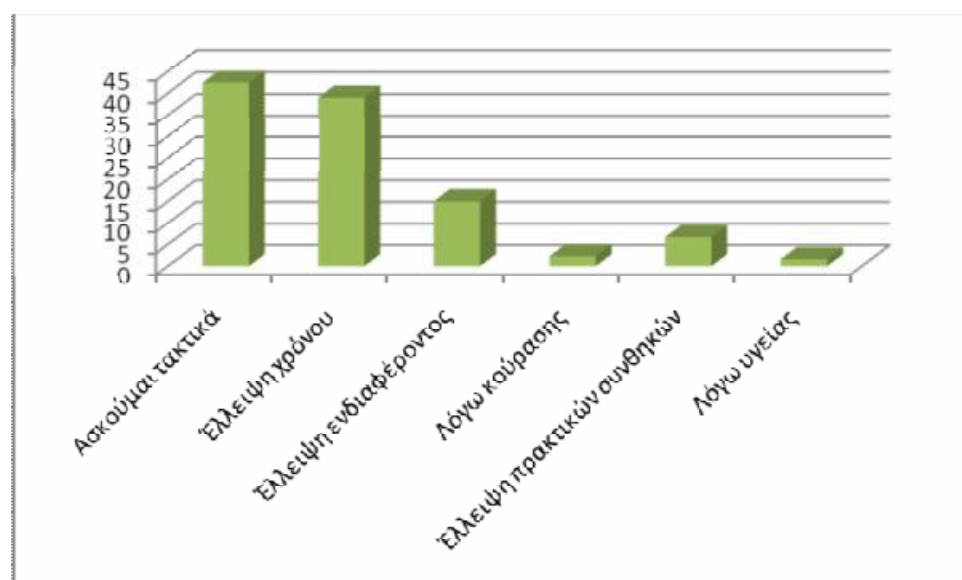


Το δείγμα μας έδειξε ότι το 42,4% ασκείται τακτικά, ενώ το 57,6% δεν ασκείται.

21. Αιτίες απουσίας άσκησης:

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ασκούμαι τακτικά	341	42,4	42,4
Έλλειψη χρόνου	265	33,0	75,4
Έλλειψη χρόνου & ενδιαφέροντος	11	1,4	76,7
Έλλειψη χρόνου & ενδιαφέροντος, πρακτικών συνθηκών	3	,4	77,1
Έλλειψη χρόνου & προβλήματα υγείας	2	,2	77,4
Έλλειψη χρόνου & πρακτικών συνθηκών	17	2,1	79,5
Έλλειψη χρόνου & ενδιαφέροντος & πολύ κουρασμένος	15	1,9	81,3
Έλλειψη ενδιαφέροντος	84	10,4	91,8
Έλλειψη ενδιαφέροντος & πρακτικών συνθηκών	6	,7	92,5
Έλλειψη ενδιαφέροντος & πολύ κουρασμένος	2	,2	92,8
Προβλήματα υγείας	13	1,6	94,4
Έλλειψη πρακτικών συνθηκών	28	3,5	97,9
Πολύ κουρασμένος	17	2,1	100,0
Σύνολο	804	100,0	

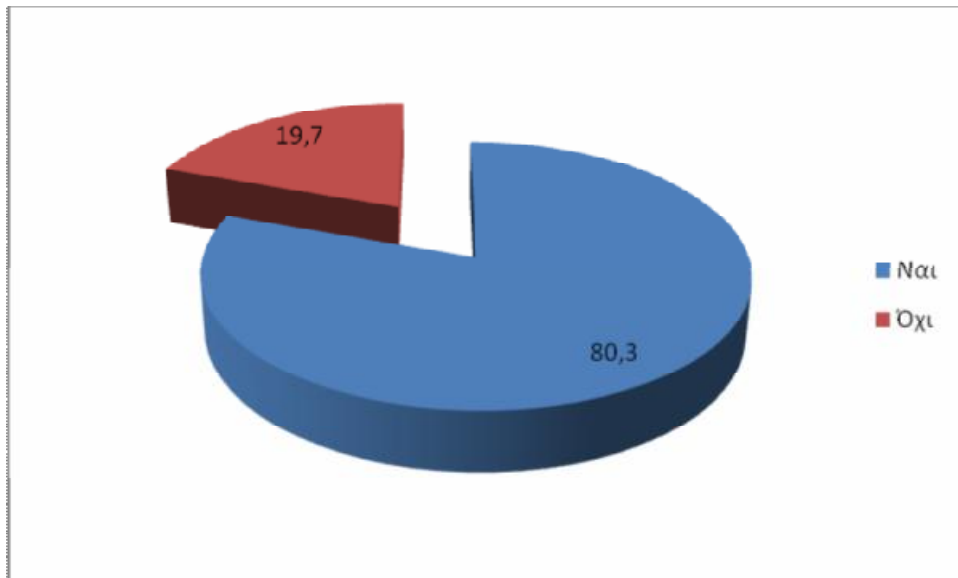
	%
Ασκούμαι τακτικά	42,4
Έλλειψη χρόνου	39
Έλλειψη ενδιαφέροντος	15
Λόγω κούρασης	2,3
Έλλειψη πρακτικών συνθηκών	6,7
Λόγω υγείας	1,6



Από το ποσοστό που δεν ασκείται (57,6%), το 39% δεν γυμνάζεται λόγω έλλειψης χρόνου, το 15% λόγω έλλειψης ενδιαφέροντος για την άσκηση και το 6,7% λόγω έλλειψης πρακτικών συνθηκών.

22. Αν υπήρχαν οι κατάλληλες συνθήκες θα θέλατε να αθλείστε;

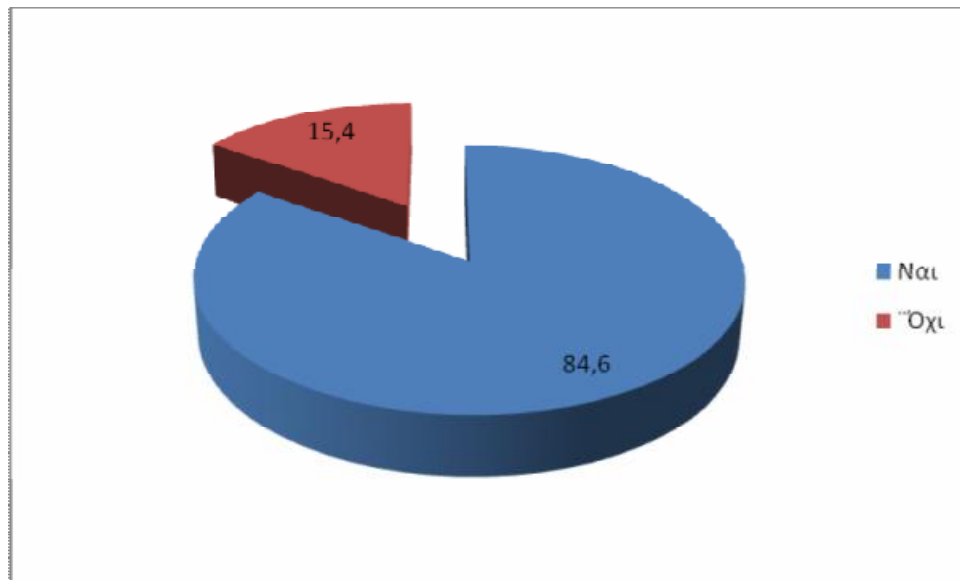
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	371	46,1	80,3
Όχι	91	11,3	100,0
Σύνολο	462	57,5	
Σύνολο	804	100,0	



Το 80,3% όσων δεν αθλούνται απάντησαν ότι θα ασκούσαν τακτικά αν υπήρχαν οι κατάλληλες συνθήκες, ενώ το 19,7% υποστήριξαν ότι δε θα ασκούσαν ακόμα κι αν υπήρχαν οι κατάλληλες συνθήκες.

23. Οδηγείτε ή ταξιδεύετε συχνά σαν επιβάτης σε ένα αυτοκίνητο ή άλλο όχημα (εκτός δημόσιων μέσων μεταφοράς)

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	680	84,6	84,6
Όχι	124	15,4	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το 84,6% του δείγματος δήλωσε ότι οδηγεί ή ταξιδεύει συχνά ως επιβάτης με αυτοκίνητο ή άλλο μέσο, ενώ το 15,4% απάντησε ότι δεν οδηγεί ούτε ταξιδεύει συχνά ως επιβάτης.

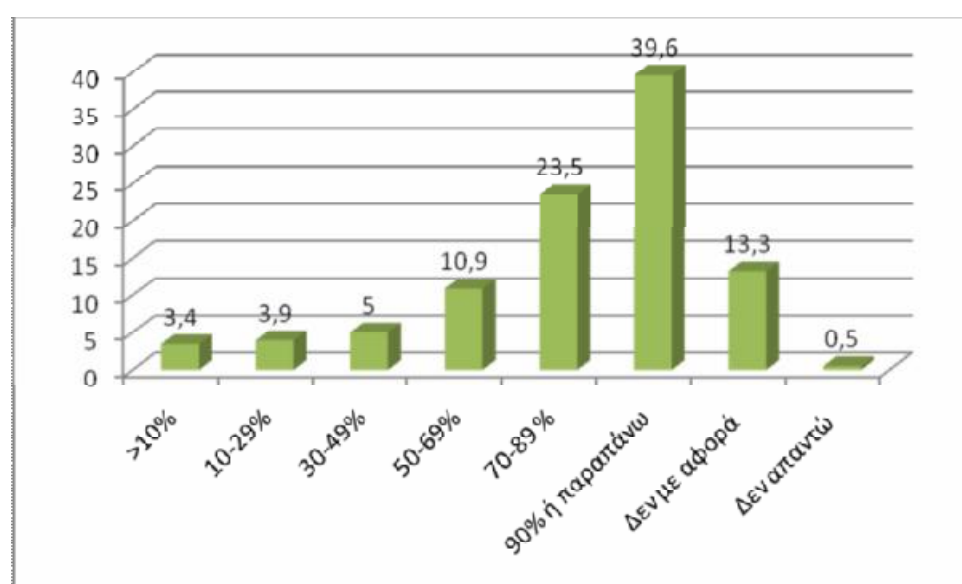
24. Χιλιόμετρα που διανύονται ετησίως:

		25a	25b
N	Valid	681	96
	Missing	123	708
Mean		18863,73	6767,71
Median		15000,00	5000,00
Std. Deviation		24390,904	4387,722
Variance		594916197,245	19252104,167
Minimum		0	200
Maximum		360000	25000

Το μέσο όρο των χιλιομέτρων που κάνουν ετησίως όσοι οδηγούν είναι 18863,73 χιλιόμετρα και το μέσο όρο των χιλιομέτρων που διανύουν όσοι απλά ταξιδεύουν με αυτοκίνητο ή άλλο μέσο ως συνοδηγοί-συνεπιβάτες είναι 6767,71 χιλιόμετρα το χρόνο.

25.Ποσοστό του χρόνου σας που φοράτε ζώνη:

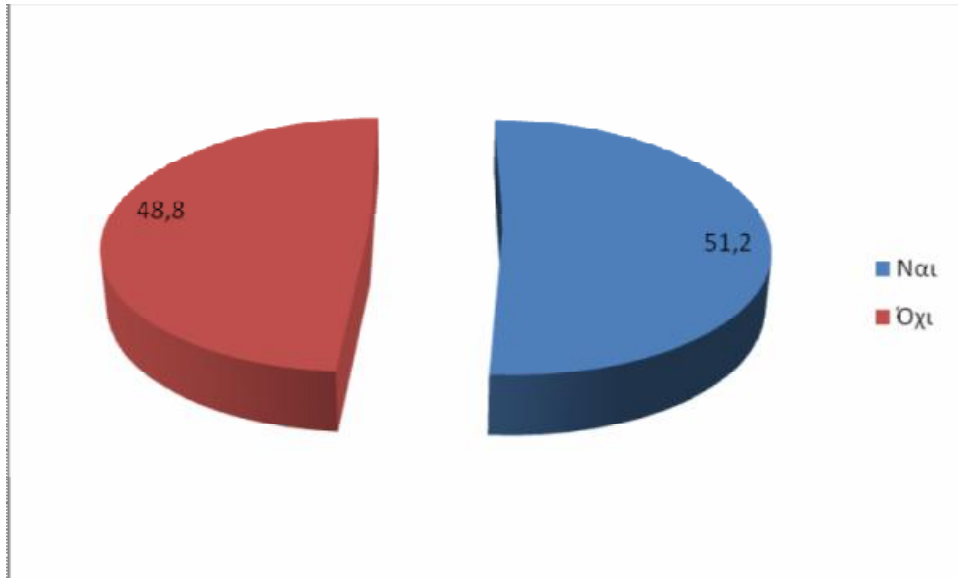
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
>10%	27	3,4	3,4
10-29%	31	3,9	7,3
30-49%	40	5,0	12,3
50-69%	88	10,9	23,3
70-89 %	189	23,5	46,9
90% ή παραπάνω	318	39,6	86,6
Δεν με αφορά	107	13,3	100,0
Δεν απαντώ	4	,5	
Σύνολο	804	100,0	



Όσον αφορά το ποσοστό του χρόνου που φορά ζώνη (ή κράνος αν πρόκειται για μοτοσικλετιστή), το δείγμα μας έδειξε ότι το 39,6% φορά ζώνη σε ποσοστό 90% και παραπάνω σε σχέση με το χρόνο οδήγησης, το 23,5% φορά ζώνη σε ποσοστό 70%-89% και το 13,3% απάντησε ότι δεν το αφορά το θέμα της χρήσης ζώνης.

26. Καπνίζετε;

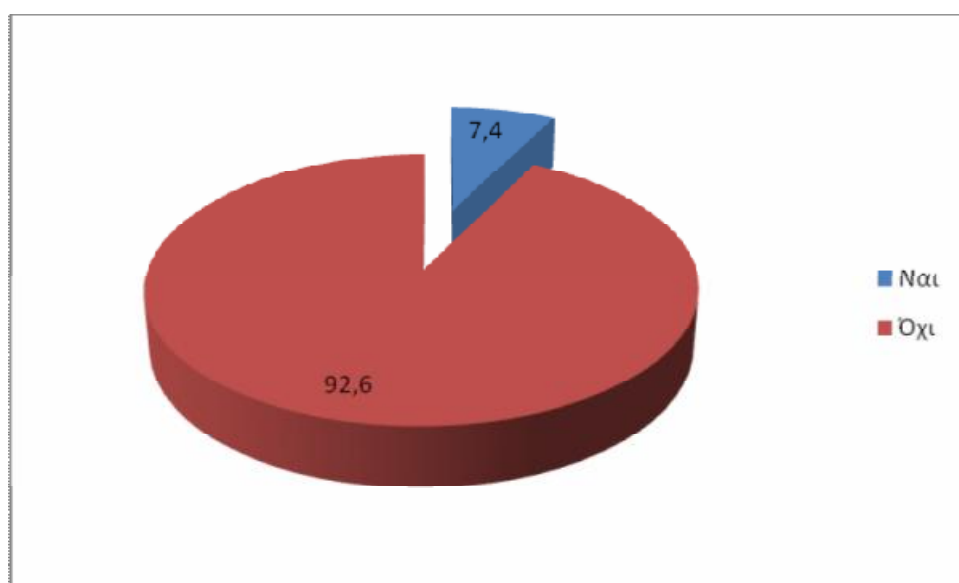
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	412	51,2	51,2
Όχι	392	48,8	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Στην ερώτηση αυτή το 51,2% του δείγματος δήλωσε ότι καπνίζει και το 48,8% δήλωσε ότι δεν καπνίζει.

27. Κόψατε το κάπνισμα τους τελευταίους 12 μήνες;

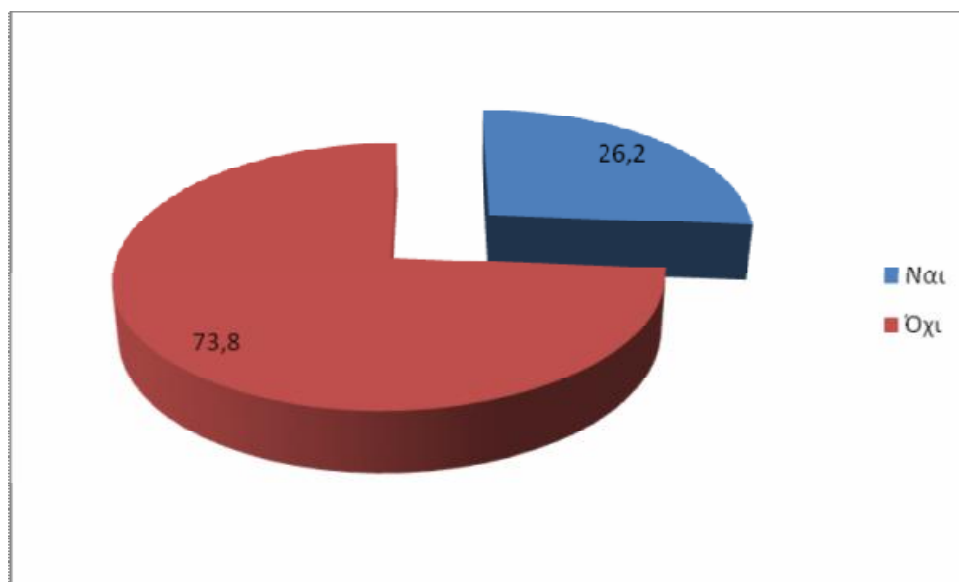
	Συχνότητα	Αθροιστικό %
Ναι	29	7,4
Όχι	361	100,0
Σύνολο	390	
	804	



Το 92,6% όσων ερωτήθηκαν (δηλαδή των μη καπνιστών) απάντησε ότι δεν έχει κόψει το κάπνισμα τον τελευταίο χρόνο και μόλις το 7,4% είπε ότι το έχει σταματήσει τους τελευταίους 12 μήνες.

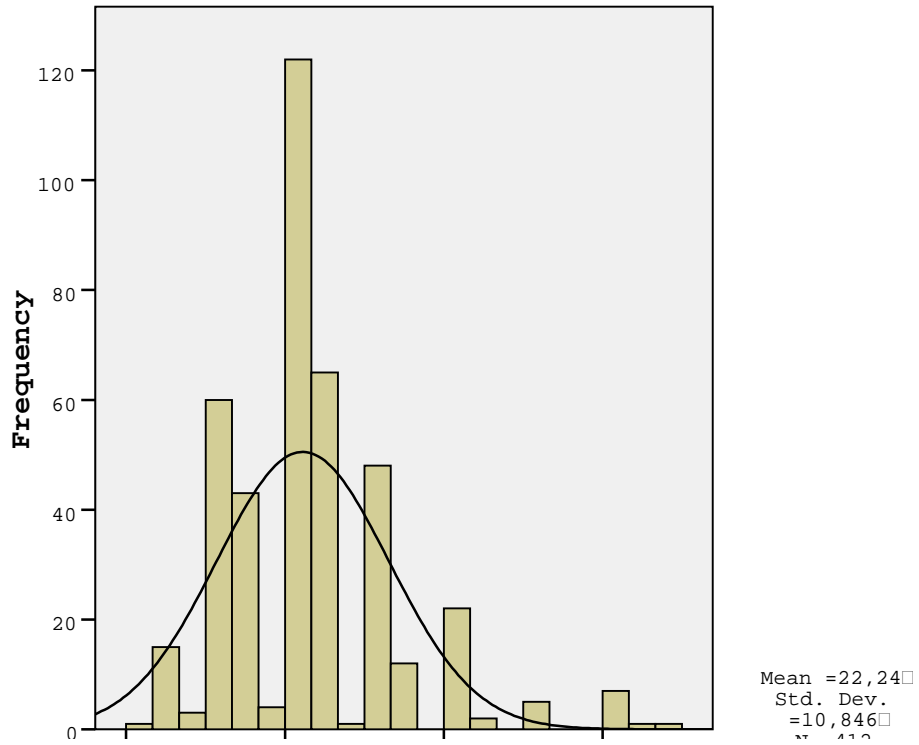
28. Κόψατε το κάπνισμα πάνω από 12 μήνες πριν;

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	98	12,2	26,2
Όχι	276	34,3	100,0
Σύνολο	374	46,5	
Σύνολο	804	100,0	



Το 73,8% των μη καπνιστών απάντησε ότι έχει κόψει το κάπνισμα παραπάνω από 12 μήνες πριν και το 26,2% απάντησε ότι δεν το έκοψε πάνω από 12 μήνες πριν.

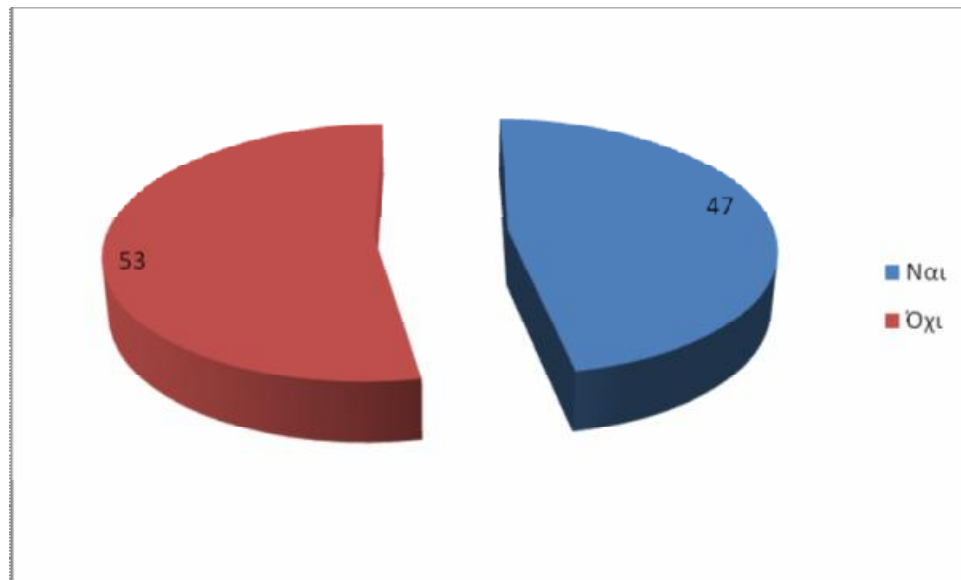
29. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;



Το μέσο όρο του αριθμού των τσιγάρων που κάνουν οι καπνιστές ημερησίως είναι 22,24 τσιγάρα την ημέρα.

30. Επιθυμία διακοπής του καπνίσματος:

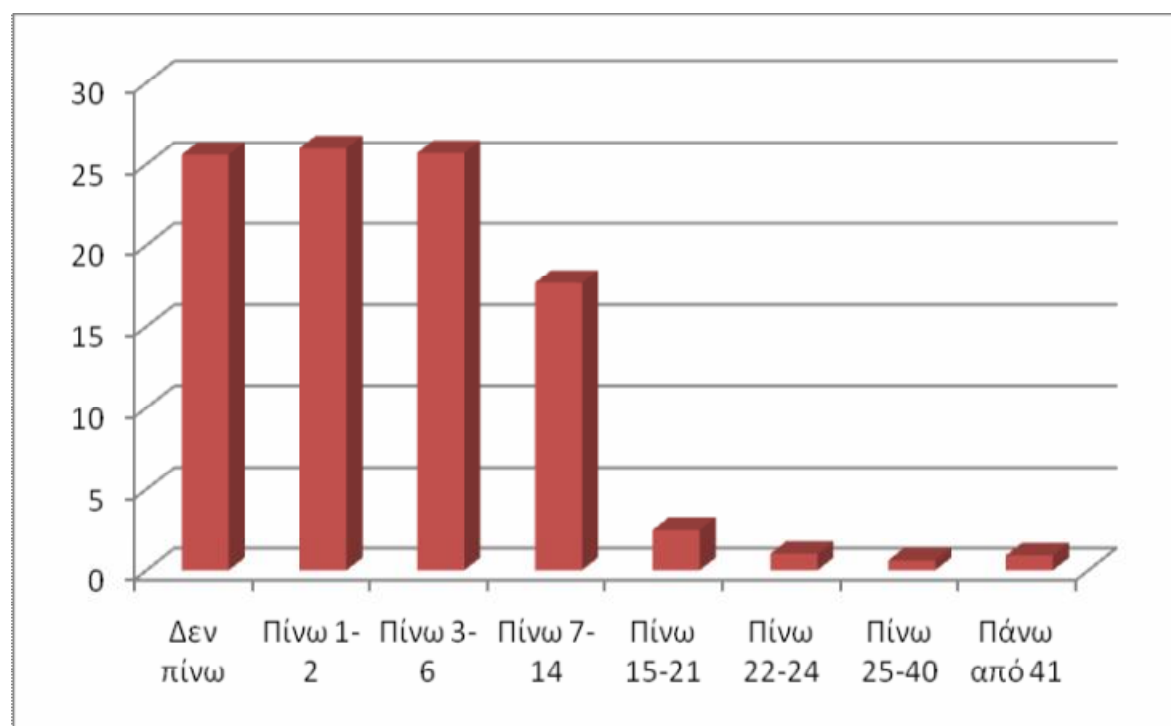
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	193	24,0	47,0
Όχι	218	27,1	100,0
Σύνολο	411	51,1	
Δεν απαντώ	393	48,9	
Σύνολο	804	100,0	



Το 53% του δείγματος δήλωσε ότι θα ήθελε να κόψει το κάπνισμα, ενώ το 47% δήλωσε ότι δεν θα ήθελε να το σταματήσει.

31. Μονάδες κατανάλωσης αλκοόλ εβδομαδιαίως:

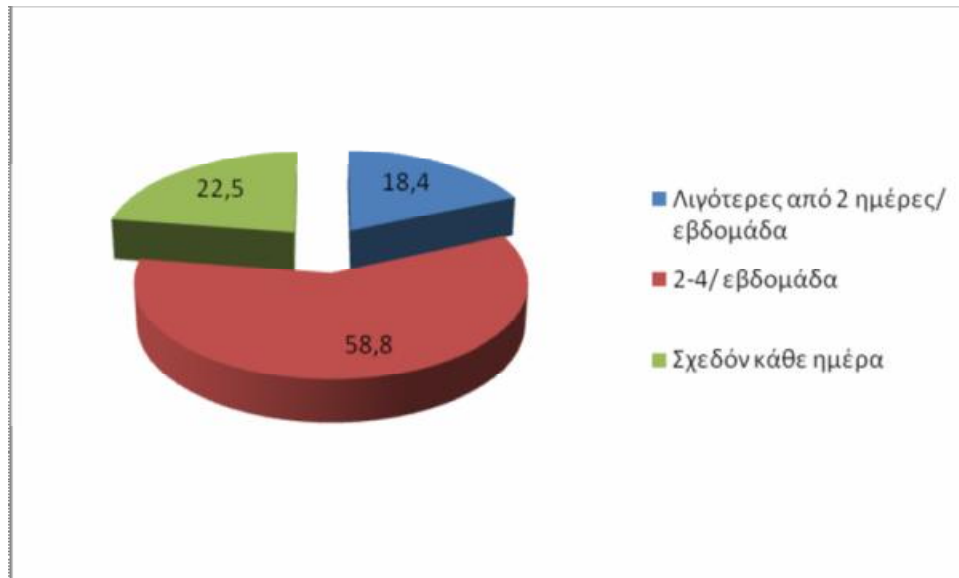
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Δεν πίνω	206	25,6	25,6
Πίνω 1-2	209	26,0	51,6
Πίνω 3-6	207	25,7	77,4
Πίνω 7-14	142	17,7	95,0
Πίνω 15-21	20	2,5	97,5
Πίνω 22=24	8	1,0	98,5
Πίνω 25-40	5	,6	99,1
Πάνω από 41	7	,9	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το 26% του δείγματος δήλωσε ότι πίνει 1-2 μονάδες αλκοόλ την εβδομάδα, το 25,7% δήλωσε ότι πίνει 3-6 μονάδες αλκοόλ την εβδομάδα και το 25,6% δήλωσε ότι δεν πίνει ή πίνει σπάνια.

32. Πόσες μέρες την εβδομάδα τρώτε κρέας;

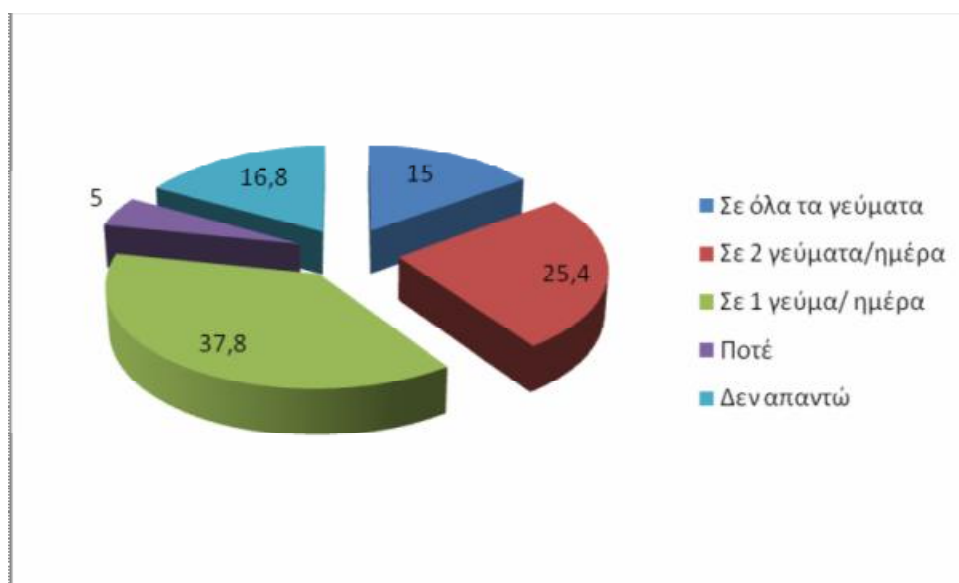
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Λιγότερες από 2 ημέρες/εβδομάδα	148	18,4	18,4
2-4 ημέρες/ εβδομάδα	473	58,8	77,2
Σχεδόν κάθε ημέρα	183	22,5	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το 58,8% δήλωσε ότι τρώει κρέας 2-4 φορές την εβδομάδα, το 22,5% τρώει κρέας σχεδόν κάθε μέρα την εβδομάδα και το 18,4% τρώει κρέας λιγότερο από 2 μέρες την εβδομάδα.

33. Πόσα συχνά τρώτε φρούτα ή λαχανικά;

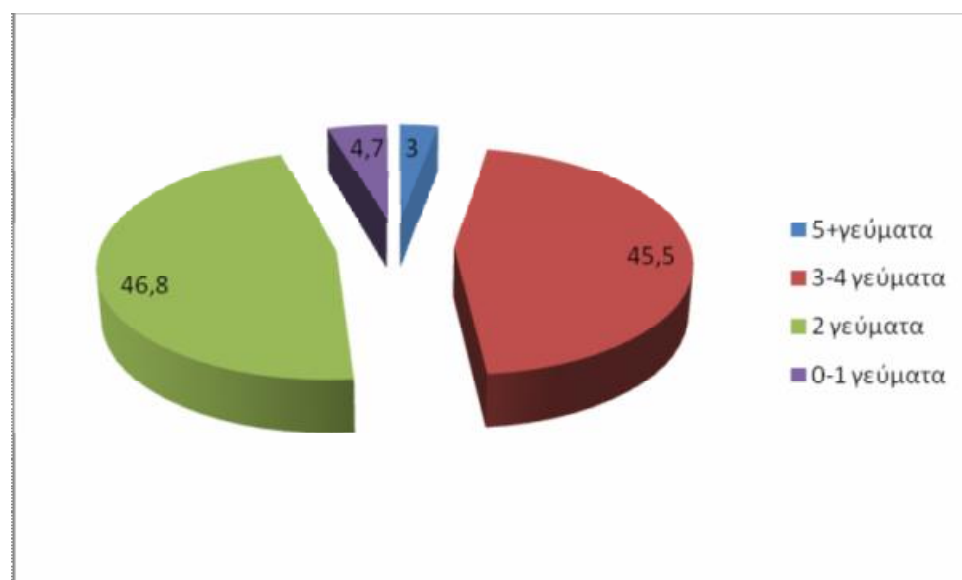
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Σε όλα τα γεύματα	121	15,0	15,0
Σε 2 γεύματα/ημέρα	204	25,4	40,4
Σε 1 γεύμα/ ημέρα	304	37,8	78,2
Ποτέ	40	5,0	83,2
Δεν απαντώ	135	16,8	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το 37,8% τρώει φρούτα/λαχανικά σε 1 γεύμα την ημέρα, το 25,4% τρώει φρούτα/λαχανικά σε 2 γεύματα την ημέρα και 16,8% δεν απάντησε στην ερώτηση.

34. Πόσα γεύματα έχετε τη μέρα;

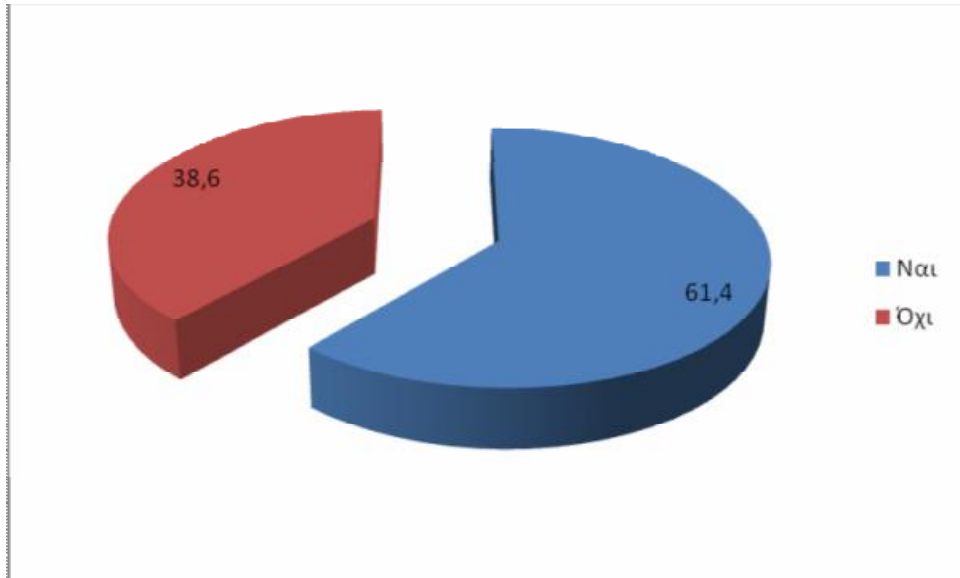
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
5+γεύματα	24	3,0	3,0
3-4 γεύματα	366	45,5	48,5
2 γεύματα	376	46,8	95,3
0-1 γεύματα	38	4,7	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το 46,8% του δείγματος δήλωσε ότι έχει 2 γεύματα την ημέρα και το 45,5% δήλωσε ότι έχει 3-4 γεύματα την ημέρα.

35. Νιώθετε ότι τρώτε υγιεινά;

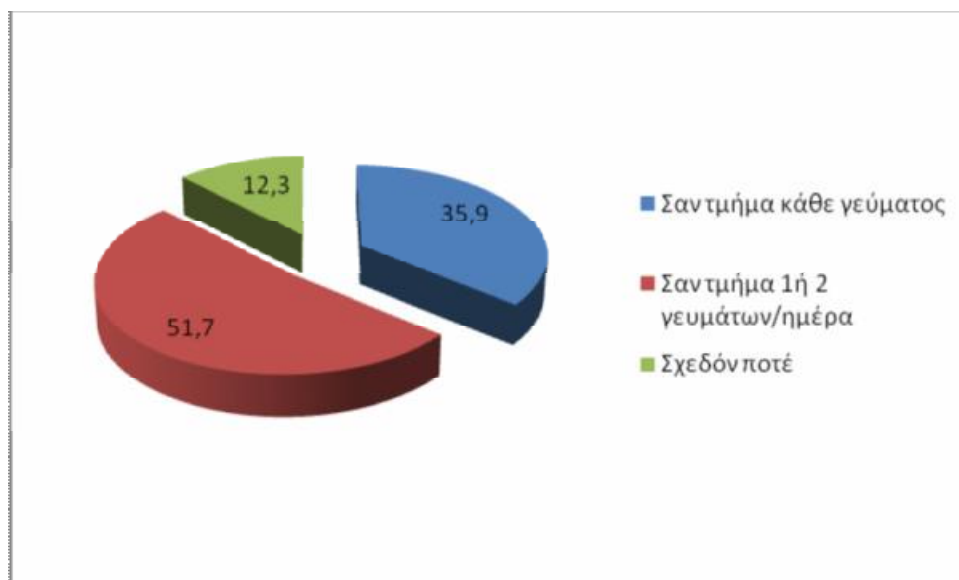
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	494	61,4	61,4
Όχι	310	38,6	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Σε αυτή την ερώτηση το 61,4% δήλωσε ότι νιώθει ότι τρώει υγιεινά, ενώ το 38,6% δήλωσε ότι δε νιώθει πως τρώει υγιεινά.

36. Πόσο συχνά τρώτε ψωμί, ζυμαρικά, πατάτες, ρύζι;

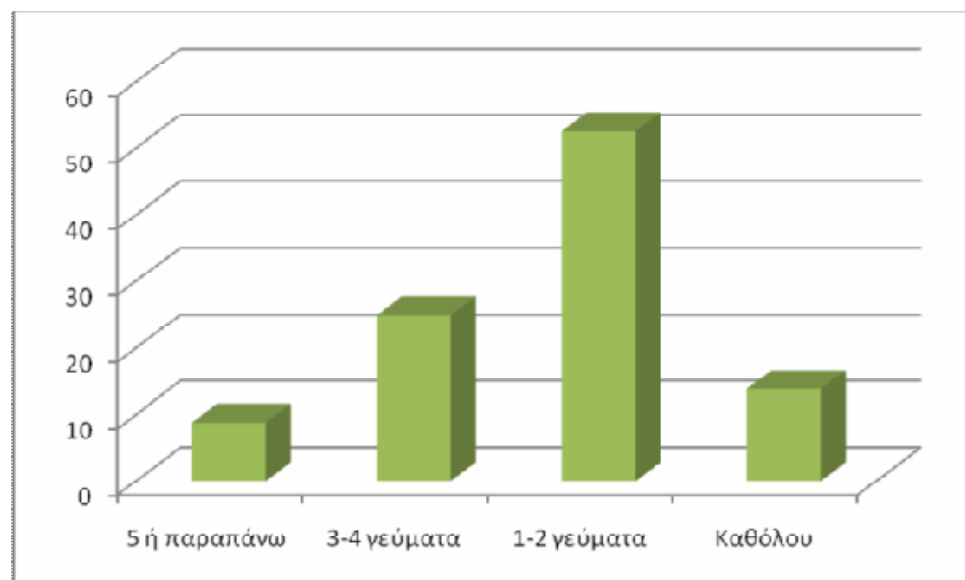
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Σαν τμήμα κάθε γεύματος	289	35,9	35,9
Σαν τμήμα 1 ή 2 γευμάτων/ημέρα	416	51,7	87,7
Σχεδόν ποτέ	99	12,3	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το 51,7% του δείγματος δήλωσε ότι τρώει ψωμί, ζυμαρικά, πατάτες, ρύζι σαν τμήμα 1 ή 2 γευμάτων την ημέρα, το 35,9% ότι τρώει σαν τμήμα κάθε γεύματος και το 12,3% ότι δεν τρώει σχεδόν καθόλου ψωμί, ζυμαρικά, πατάτες, ρύζι την ημέρα.

37. Πόσα τεμάχια φρούτων ή λαχανικών τρώτε την ημέρα;

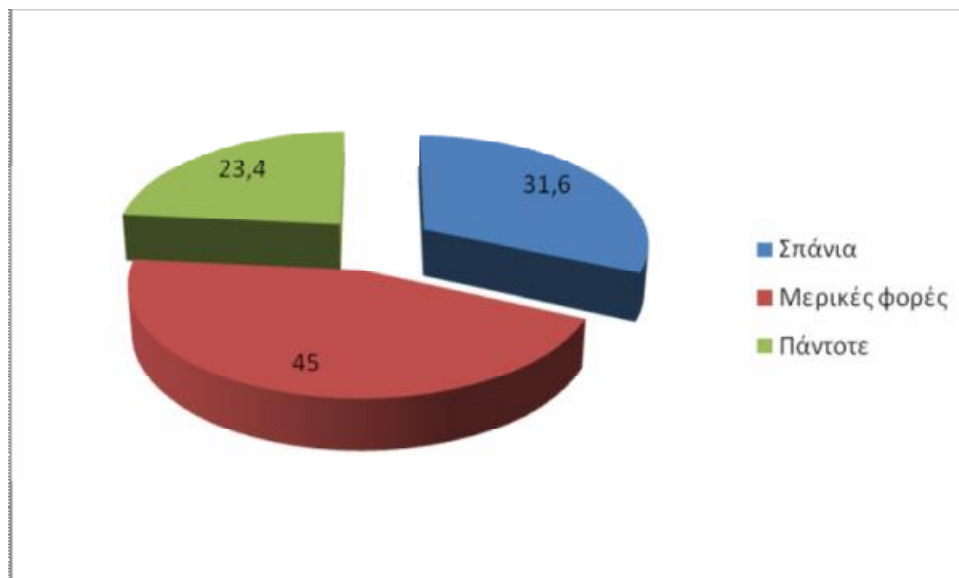
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
5 ή παραπάνω	71	8,8	8,8
3-4	200	24,9	33,7
1-2	422	52,5	86,2
Καθόλου	111	13,8	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το 52,5% δήλωσε ότι τρώει 1-2 τεμάχια φρούτων ή λαχανικών την ημέρα, το 24,9% δήλωσε ότι τρώει 3-4 τεμάχια την ημέρα και το 13,8% δήλωσε ότι δεν τρώει καθόλου φρούτα ή λαχανικά την ημέρα.

38. Πόσο συχνά τρώτε λιπαρά ή σακχαρώδη προϊόντα;

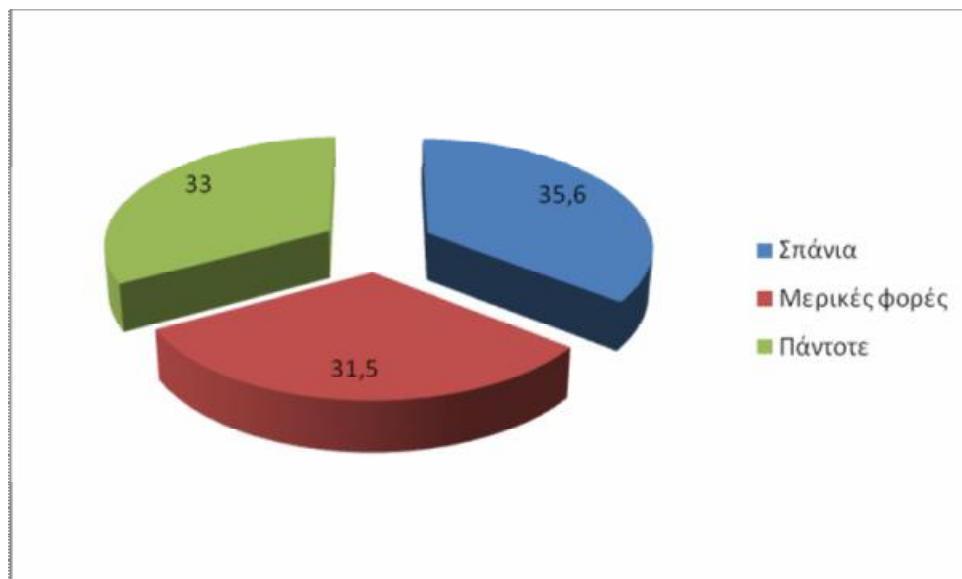
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Σπάνια	254	31,6	31,6
Μερικές φορές την εβδομάδα	362	45,0	76,6
Πάντοτε	188	23,4	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το δείγμα μας έδειξε ότι το 45% τρώει λιπαρά ή σακχαρώδη μερικές φορές την εβδομάδα(2-3), το 31,6% τρώει λιπαρά ή σακχαρώδη σπάνια ή ποτέ και το 23,4% τρώει λιπαρά ή σακχαρώδη προϊόντα κάθε μέρα.

39. Πόσο συχνά προσθέτετε αλάτι στο τραπέζι ή το μαγείρεμα;

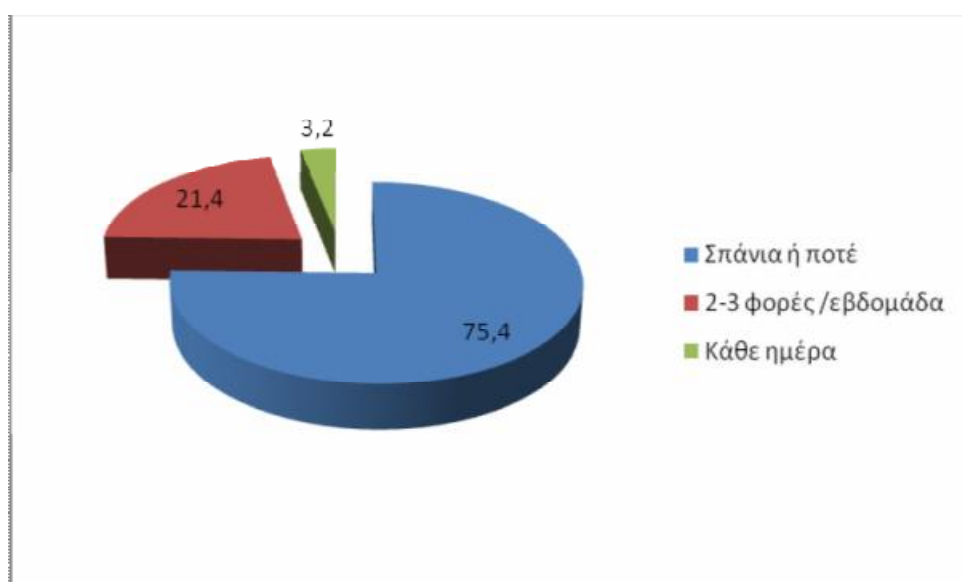
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Σπάνια	286	35,6	35,6
Μερικές φορές	253	31,5	67,0
Πάντοτε	265	33,0	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το 35,6% δήλωσε ότι προσθέτει αλάτι σπάνια, το 31,5% ότι προσθέτει μερικές φορές και το 33% ότι προσθέτει πάντα.

40. Πόσο συχνά τρώτε φαγητά μαγειρεμένα σε ζωικό λίπος;

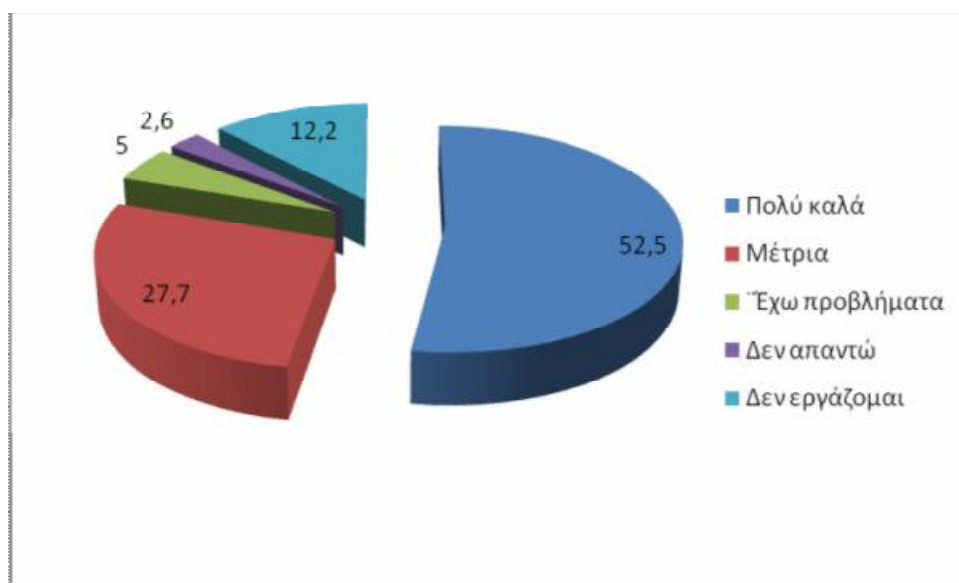
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Σπάνια ή ποτέ	606	75,4	75,4
2-3 φορές /εβδομάδα	172	21,4	96,8
Κάθε ημέρα	26	3,2	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το μεγαλύτερο ποσοστό, 75,4% δήλωσε ότι δεν τρώει ποτέ φαγητά μαγειρεμένα σε ζωικό λίπος, το 21,4% δήλωσε ότι τρώει φαγητά μαγειρεμένα σε ζωικό λίπος 2-3 φορές την εβδομάδα και μόλις το 3,2% δήλωσε ότι τρώει κάθε μέρα φαγητό μαγειρεμένο σε ζωικό λίπος.

41. Πως νιώθετε σε σχέση με τη δουλειά και την προσωπική σας ζωή;

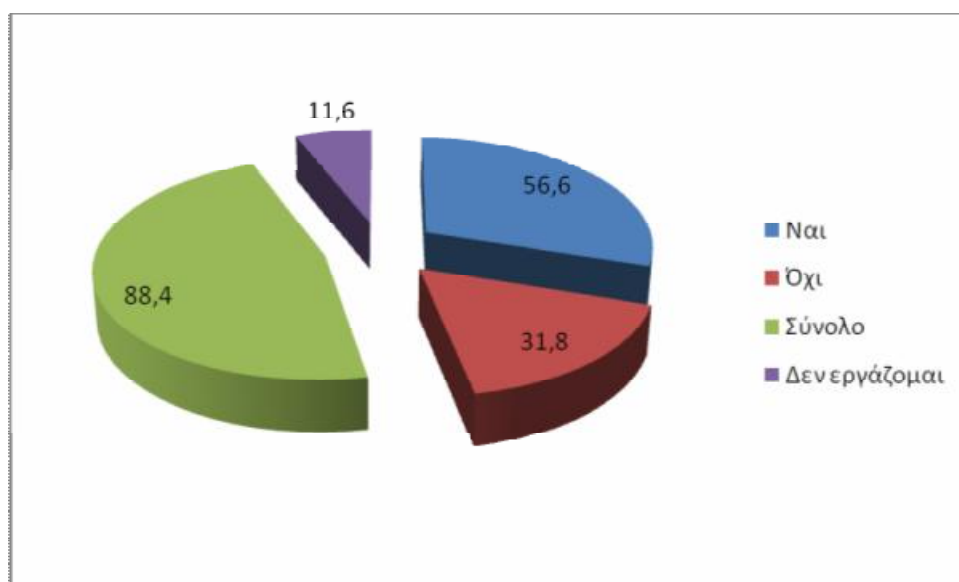
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Πολύ καλά	422	52,5	59,8
Μέτρια	223	27,7	91,4
Έχω προβλήματα	40	5,0	97,0
Δεν απαντώ	21	2,6	100,0
Δεν εργάζομαι	98	12,2	
Σύνολο	804	100,0	



Το 52,5% δήλωσε ότι νιώθει πολύ καλά σε σχέση με τη δουλειά και την προσωπική του ζωή, το 27,7% δήλωσε ότι νιώθει μέτρια και το 12,2% δεν εργάζεται και συνεπώς δεν συμπεριλήφθηκε στην ερώτηση.

42. Επιθυμία συμμετοχής σε πρόγραμμα προαγωγής υγείας στη δουλειά:

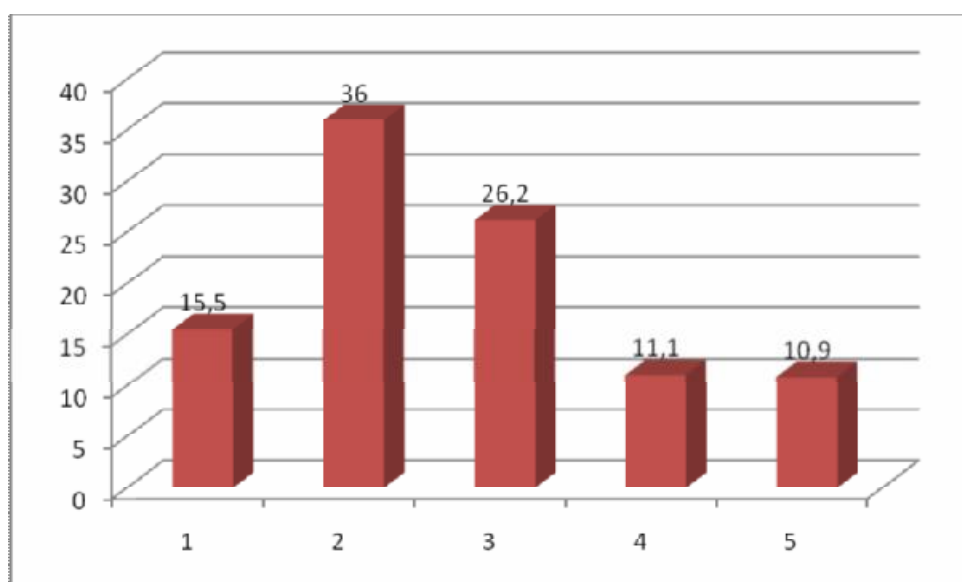
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	455	56,6	64,0
Όχι	256	31,8	100,0
Σύνολο	711	88,4	
Δεν εργάζομαι	93	11,6	
Σύνολο	804	100,0	



Στην ερώτηση αυτή το ποσοστό των ερωτηθέντων αποτελεί το 88,4%, καθώς το υπόλοιπο 11,6% δεν εργάζεται. Από αυτό το ποσοστό, το 56,6% δήλωσε πρόθυμο να συμμετάσχει σε ένα πρόγραμμα προαγωγής υγείας στη δουλειά του, ενώ το 31,8% δήλωσε απρόθυμο να συμμετάσχει σε ένα πρόγραμμα προαγωγής υγείας στη δουλειά.

43. Βαθμολόγηση άγχους σε κλίμακα από το 1 έως το 5:

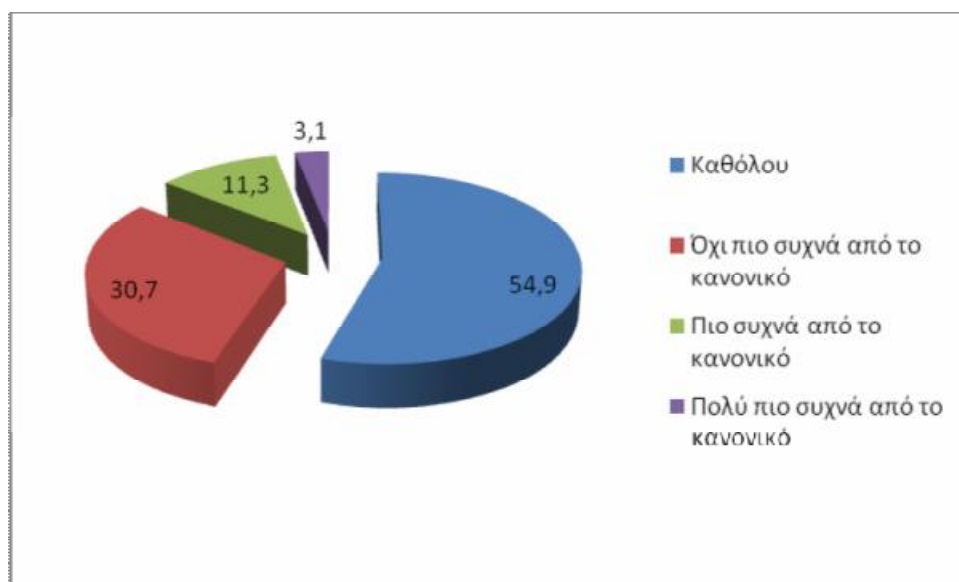
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
1	124	15,5	15,5
2	291	36,0	51,6
3	211	26,2	77,8
4	89	11,1	88,8
5	88	10,9	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το 36% του δείγματος βαθμολόγησε το άγχος του με τον αριθμό 2, το 26,2% βαθμολόγησε το άγχος του με 3 και το 15,5% βαθμολόγησε το άγχος του με τον αριθμό 1.

44. Αϋπνίες τον τελευταίο καιρό λόγω ανησυχίας:

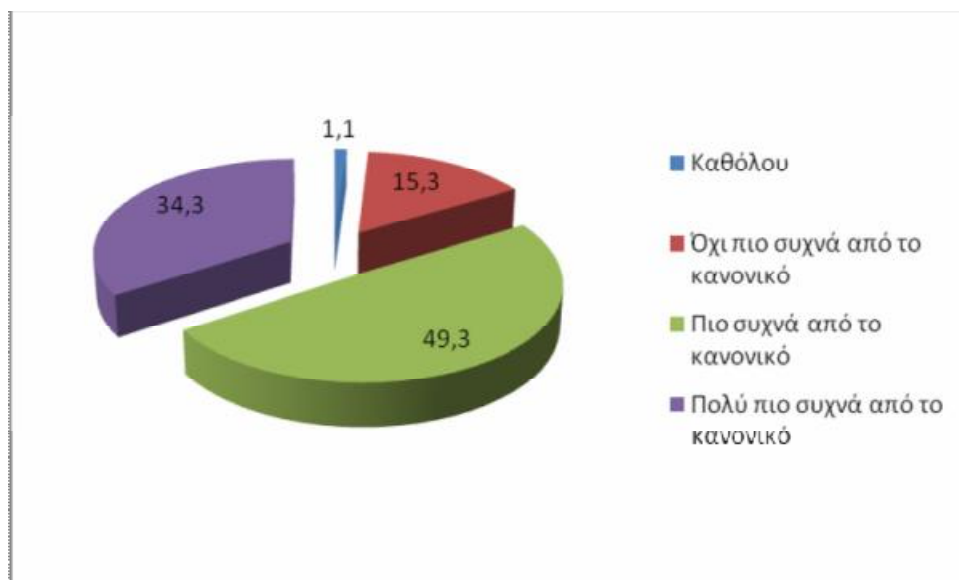
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Καθόλου	441	54,9	54,9
Όχι πιο συχνά από το κανονικό	247	30,7	85,6
Πιο συχνά από το κανονικό	91	11,3	96,9
Πολύ πιο συχνά από το κανονικό	25	3,1	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το δείγμα μας έδειξε ότι το 54,9% δεν έχει καθόλου αϋπνίες τον τελευταίο καιρό, το 30,7% ότι έχει αϋπνίες αλλά όχι πιο συχνά από το κανονικό και το 11,3% ότι έχει αϋπνίες μάλλον πιο συχνά από το κανονικό.

45. Έχετε την ικανότητα να συγκεντρώνεστε σε ότι κάνετε;

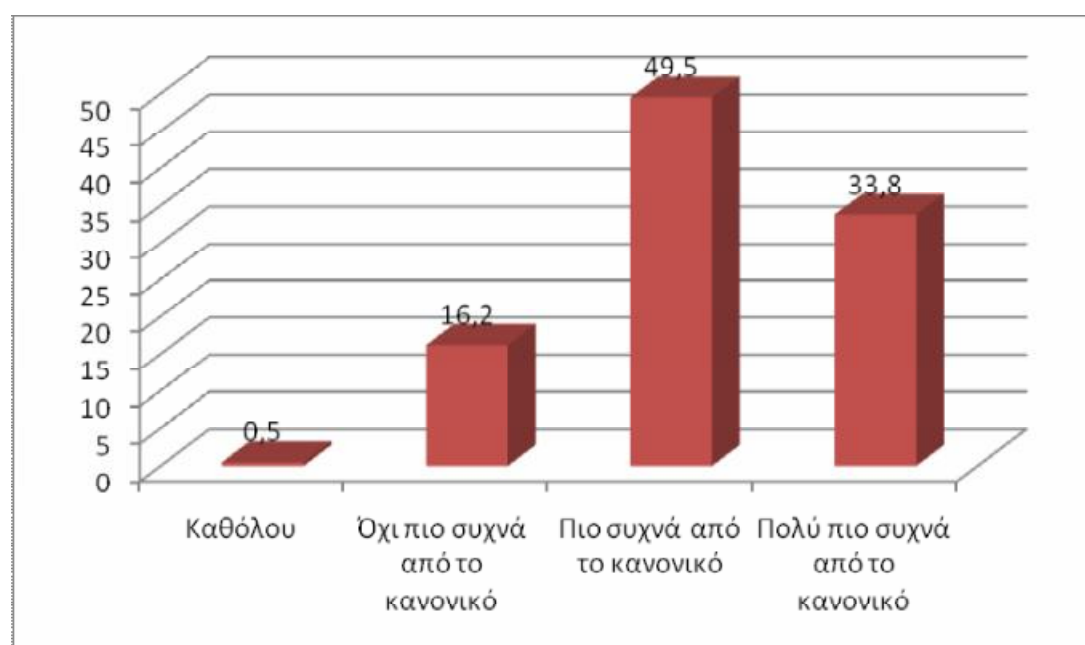
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Καθόλου	9	1,1	1,1
Όχι πιο συχνά από το κανονικό	123	15,3	16,4
Πιο συχνά από το κανονικό	396	49,3	65,7
Πολύ πιο συχνά από το κανονικό	276	34,3	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Στην ερώτηση αυτή το 49,3% δήλωσε ότι συγκεντρώνεται μάλλον πιο συχνά από το κανονικό, το 34,3% δήλωσε ότι συγκεντρώνεται σε ότι κάνει πολύ πιο συχνά από το κανονικό και το 15,3% ότι συγκεντρώνεται όχι πιο συχνά από το κανονικό.

46. Νιώθετε ικανός να αντιμετωπίζετε τα προβλήματά σας;

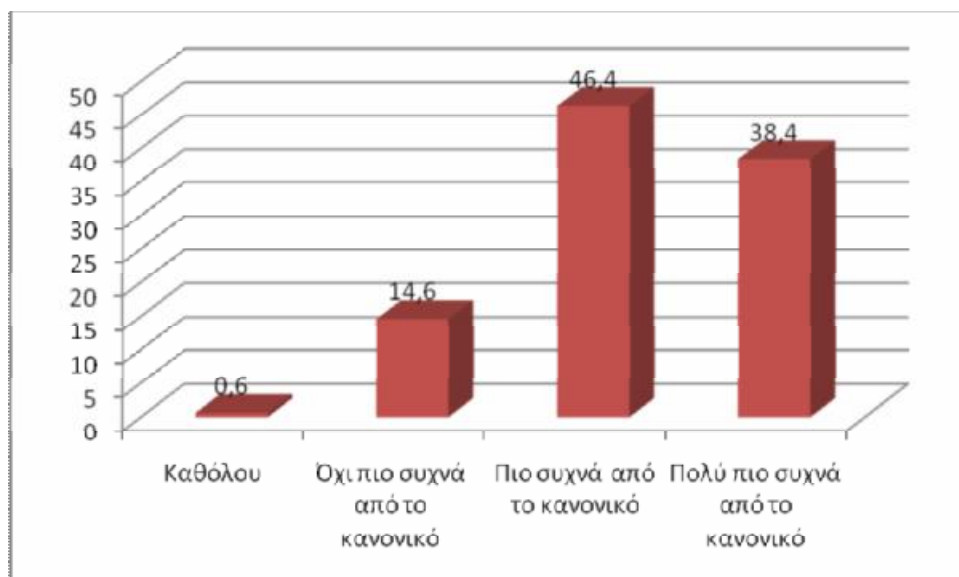
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Καθόλου	4	,5	,5
Όχι πιο συχνά από το κανονικό	130	16,2	16,7
Πιο συχνά από το κανονικό	398	49,5	66,2
Πολύ πιο συχνά από το κανονικό	272	33,8	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το 49,5% του δείγματος δήλωσε ότι νιώθει ικανό να αντιμετωπίζει τα προβλήματά του μάλλον πιο συχνά από το κανονικό, το 33,8% ότι νιώθει ικανό να αντιμετωπίζει τα προβλήματά του πολύ πιο συχνά από το κανονικό και το 16,2% ότι αντιμετωπίζει τα προβλήματά του όχι πιο συχνά από το κανονικό.

47. Νιώθετε ικανός να λαμβάνετε αποφάσεις για πράγματα;

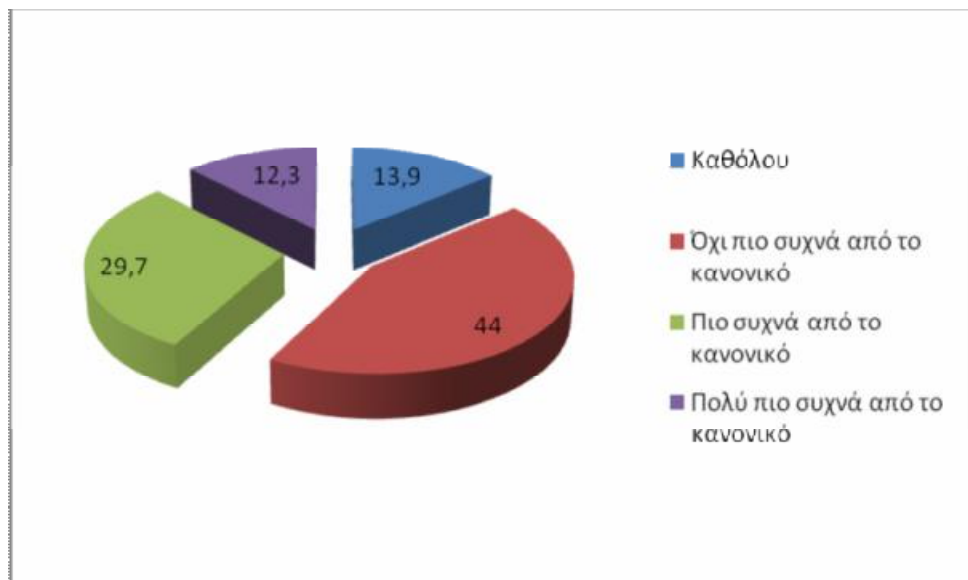
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Καθόλου	5	,6	,6
Όχι πιο συχνά από το κανονικό	117	14,6	15,2
Πιο συχνά από το κανονικό	373	46,4	61,6
Πολύ πιο συχνά από το κανονικό	309	38,4	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το 46,4% δήλωσε ότι νιώθει ικανό να λαμβάνει αποφάσεις πιο συχνά από το κανονικό, το 38,4% ότι νιώθει ικανό να λαμβάνει αποφάσεις πολύ πιο συχνά από το κανονικό και το 14,6% ότι νιώθει ικανό να λαμβάνει αποφάσεις όχι πιο συχνά από το κανονικό.

48. Νιώθετε συχνά υπό πίεση;

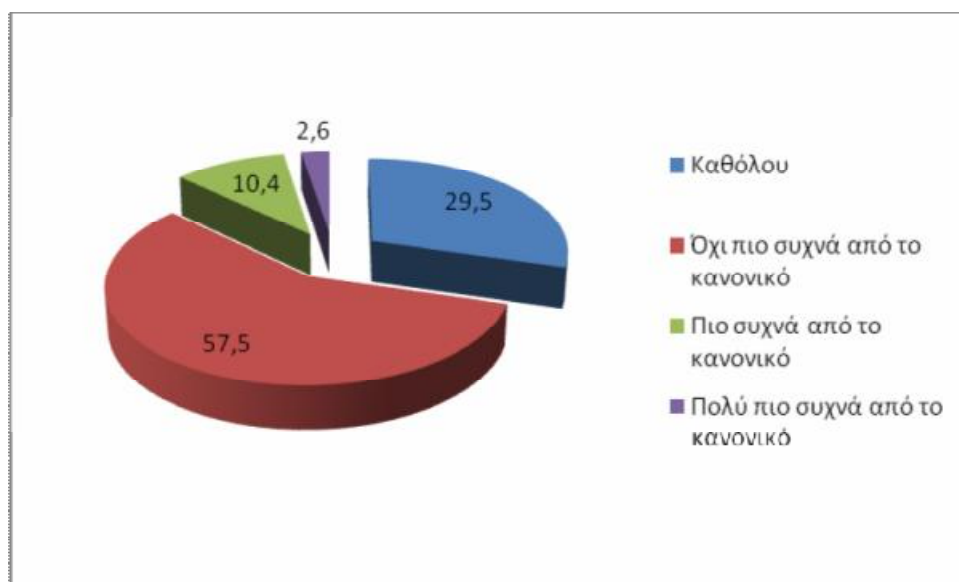
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Καθόλου	112	13,9	13,9
Όχι πιο συχνά από το κανονικό	354	44,0	58,0
Πιο συχνά από το κανονικό	239	29,7	87,7
Πολύ πιο συχνά από το κανονικό	99	12,3	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το 44% δήλωσε ότι νιώθει πίεση όχι πιο συχνά από το κανονικό, το 29,7% ότι νιώθει πίεση πιο συχνά από το κανονικό και το 13,9% ότι δε νιώθει καθόλου υπό πίεση.

49. Νιώθετε συχνά ότι δε μπορείτε να ξεπεράσετε δυσκολίες;

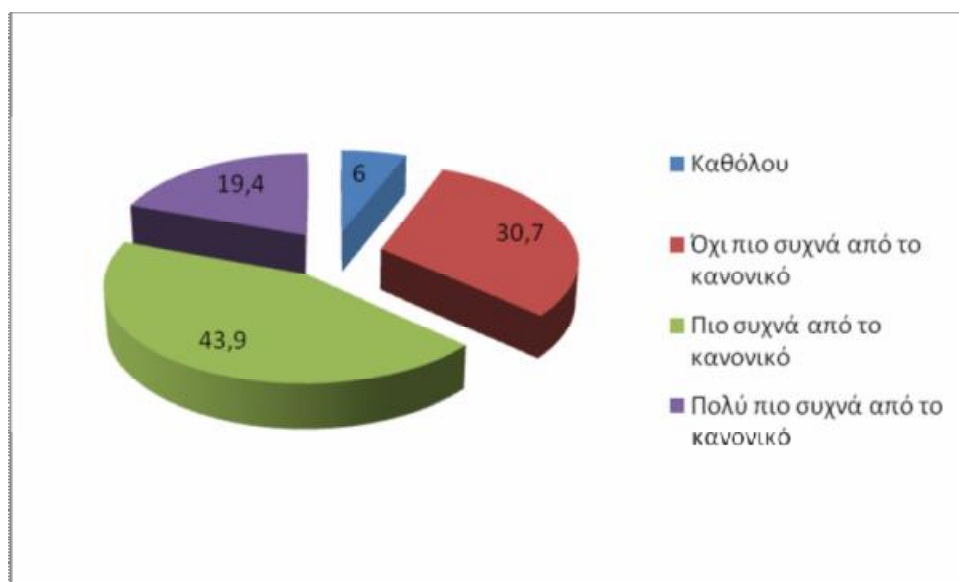
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Καθόλου	237	29,5	29,5
Όχι πιο συχνά από το κανονικό	462	57,5	86,9
Πιο συχνά από το κανονικό	84	10,4	97,4
Πολύ πιο συχνά από το κανονικό	21	2,6	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το 57,5% δήλωσε ότι νιώθει πως δε μπορεί να ξεπεράσει δυσκολίες όχι πιο συχνά από το κανονικό, το 29,5% ότι δε νιώθει καθόλου πως δε μπορεί να ξεπεράσει δυσκολίες και το 10,4% ότι νιώθει μάλλον πιο συχνά από το κανονικό πως δε μπορεί να ξεπεράσει δυσκολίες.

50. Νιώθετε ικανοποίηση από τις ημερήσιες δραστηριότητές σας;

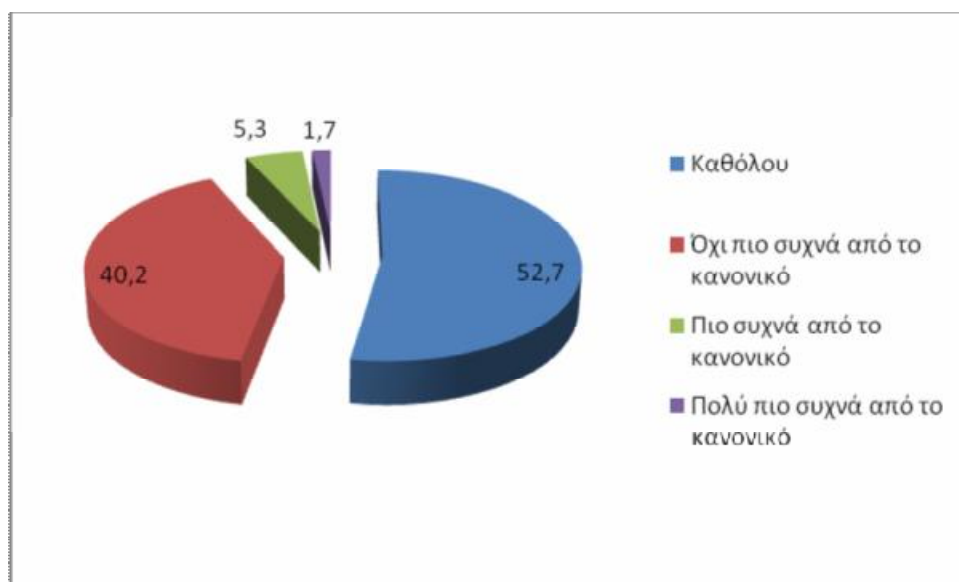
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Καθόλου	48	6,0	6,0
Όχι πιο συχνά από το κανονικό	247	30,7	36,7
Πιο συχνά από το κανονικό	353	43,9	80,6
Πολύ πιο συχνά από το κανονικό	156	19,4	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το 43,9% δήλωσε ότι νιώθει ικανοποίηση από τις ημερήσιες δραστηριότητές του πιο συχνά από το κανονικό, το 30,7% ότι νιώθει ικανοποίηση όχι πιο συχνά από το κανονικό και το 19,4% ότι νιώθει ικανοποίηση πολύ πιο συχνά από το κανονικό.

51. Νιώθετε συχνά απογοητευμένος ή δυστυχιμένος;

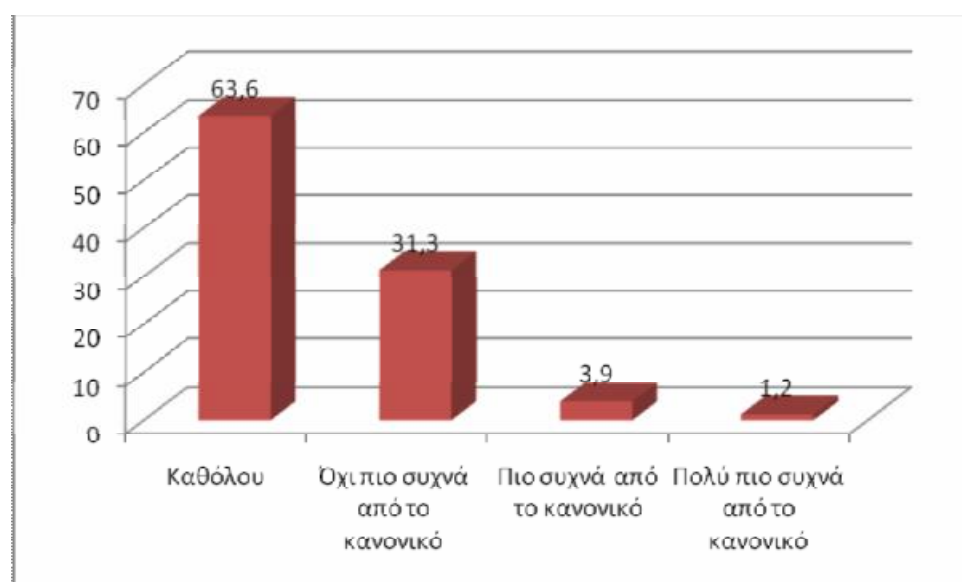
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Καθόλου	424	52,7	52,7
Όχι πιο συχνά από το κανονικό	323	40,2	92,9
Πιο συχνά από το κανονικό	43	5,3	98,3
Πολύ πιο συχνά από το κανονικό	14	1,7	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το 52,7% δήλωσε ότι δε νιώθει καθόλου απογοητευμένος ή δυστυχιμένος και το 40,2% δήλωσε ότι νιώθει απογοητευμένος ή δυστυχιμένος όχι πιο συχνά από το κανονικό.

52. Νιώθετε συχνά χωρίς αυτοπεποίθηση;

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Καθόλου	511	63,6	63,6
Όχι πιο συχνά από το κανονικό	252	31,3	94,9
Πιο συχνά από το κανονικό	31	3,9	98,8
Πολύ πιο συχνά από το κανονικό	10	1,2	100,0
Σύνολο	804	100,0	



Το μεγαλύτερο ποσοστό, 63,6% δήλωσε ότι δεν νιώθει καθόλου χωρίς αυτοπεποίθηση και το 31,3% δήλωσε ότι νιώθει όχι πιο συχνά από το κανονικό χωρίς αυτοπεποίθηση.

8.6.7 Συζήτηση-Συμπεράσματα:

Η έρευνα διεξήχθη από 15/11/07 έως 15/03/08 και συγκεντρώθηκε δείγμα 804 ατόμων (άνδρες 59,6% και γυναίκες 40,4%), το οποίο προέρχεται από τα τέσσερα διαμερίσματα της Πάτρας. Συγκεκριμένα, από το κεντρικό διαμέρισμα προέρχεται το 49,8%, από το νότιο διαμέρισμα το 25,4%, 12,4% από το αρκτικό και επίσης 12,4% από το ανατολικό.

Το μέσο όρο ηλικίας του δείγματος είναι 37,7 έτη, η μέση τιμή του ύψους είναι 173,2 εκατοστά και η μέση τιμή του βάρους είναι 79,5 κιλά. Η μέση τιμή του δείκτη μάζας σώματος του δείγματος είναι 26,41. Συμπεραίνουμε ότι τα άτομα είναι υπέρβαρα, εφόσον η μέση τιμή του Δ.Μ.Σ. είναι μεγαλύτερη από την κανονική (κανονική τιμή: 18-24).

Το επίπεδο σπουδών του δείγματος δείχνει ότι το 27,7% είναι απόφοιτοι λυκείου, το 20,9% είναι απόφοιτοι Τ.Ε.Ι. και το 21,5% απόφοιτοι Α.Ε.Ι.

Το 37,4% του δείγματος είναι άγαμοι και το 57,4% είναι έγγαμοι. Από το 57,4% των έγγαμων, το 22% αυτών έχουν 2 παιδιά και το 10,6% είναι πολύτεκνοι.

Όσον αφορά την επαγγελματική απασχόληση, το μεγαλύτερο ποσοστό- 35,1%- είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 21,4% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες και το 16,2% είναι δημόσιοι υπάλληλοι. Πιο συγκεκριμένα, ποσοστό 18,5% είναι υπάλληλοι γραφείου, γραμματείς, τηλεφωνητές, διοικητικοί υπάλληλοι, το 11,4% είναι πωλητές, το 7,6% είναι ναυτικοί (διάφορες ειδικότητες) και το 5,8% είναι έμποροι ή καταστηματαρχές.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα εργάζονται κατά μέσο όρο 9 ώρες την ημέρα και βρίσκονται στην ίδια εργασία περίπου για 9 χρόνια.

Τον τελευταίο χρόνο έχουν χαθεί κατά μέσο όρο 5,55 ημέρες εργασίας λόγω κοινών ασθενειών και 16,48 ημέρες λόγω επαγγελματικών ατυχημάτων. Παρόλα αυτά, το 53% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι είναι όσο υγιής είναι και οι συνάδελφοί τους και 1 στους 4 θεωρεί ότι είναι υγιέστερος από τους συναδέλφους του.

Από το δείγμα των εργαζόμενων προκύπτει ότι το 70,5% είναι ικανοποιημένο από την εργασία του και ένα μικρό ποσοστό, 13,9% δηλώνει πως δεν το πληροί και δεν το ικανοποιεί η δουλειά του.

Συνεχίζοντας την έρευνα, μελετούμε τα στοιχεία που προέκυψαν σε σχέση με την υγεία του δείγματος και έχουμε τα εξής αποτελέσματα: το 71,1% του δείγματος δεν έχει αντιμετωπίσει κανένα πρόβλημα υγείας τον τελευταίο χρόνο. Το υπόλοιπο 28,9% έχει αντιμετωπίσει ψυχολογικά προβλήματα σε ποσοστό 4,6%, μολύνσεις αναπνευστικού σε ποσοστό 3,3% και βρογχίτιδα σε ποσοστό 3,2%.

Σχετικά με το οικογενειακό ιατρικό ιστορικό προκύπτει ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά κατέχουν οι εξής ασθένειες:

- Καρδιολογικά: 15,3%
- Καρκίνος: 14%
- Διαβήτης: 12,8%

Λαμβάνοντας υπόψη τον παράγοντα της κληρονομικότητας που σχετίζεται με αυτές τις ασθένειες συμπεραίνουμε ότι τα άτομα αυτά που έχουν ιστορικό διαβήτη ή καρκίνου στην οικογένεια πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικά στον τρόπο ζωής τους και στις συνήθειές τους, εφόσον γνωρίζουν ότι υπάρχει η πιθανότητα εκδήλωσης των ασθενειών αυτών στους ίδιους λόγω κληρονομικότητας. Ιδίως για τον καρκίνο τα ποσοστά είναι πολύ ανησυχητικά, καθώς από την έρευνα προκύπτει ότι 1 στα 4 άτομα έχουν στη φυσική τους οικογένεια κάποιο μέλος (πατέρας, μητέρα, παππούς, γιαγιά) που πάσχει ή έπασχε από κάποια μορφή καρκίνου.

Μελετώντας και τις συνήθειες του δείγματος σχετικά με την άσκηση διαπιστώνουμε ότι το 57,6% του δείγματος δεν ασκείται κυρίως λόγω έλλειψης χρόνου (ποσοστό 39%), αλλά και λόγω έλλειψης ενδιαφέροντος (15%) και έλλειψης πρακτικών συνθηκών (6,7%). Επιπλέον, δυσάρεστο είναι ότι 1 στους 4 εξέφρασε ότι δε θα ήθελε να ασκείται ακόμα κι αν υπήρχαν ικανοποιητικές συνθήκες. Υπάρχει δηλαδή ένα ποσοστό ατόμων που αδιαφορεί ή αγνοεί τα οφέλη της άσκησης τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία του ατόμου, καθώς και για τις αρνητικές συνέπειες της καθιστικής ζωής σε συνδυασμό με άλλες βλαβερές συνήθειες της εποχής, όπως π.χ. το κάπνισμα.

Σχετικά με το κάπνισμα, το ποσοστό των καπνιστών είναι 51,2%, δηλαδή 1 στους 2 είναι καπνιστής και το μέσο όρο των τσιγάρων που καπνίζονται

ημερησίως είναι ένα πακέτο-22 τσιγάρα. Επίσης, μόνο το 7,4% δήλωσε ότι σταμάτησε το κάπνισμα τον τελευταίο χρόνο και το 53% των καπνιστών δήλωσαν ότι επιθυμούν να σταματήσουν το κάπνισμα. Λαμβάνοντας υπόψη τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία, την υψηλή πιθανότητα εκδήλωσης καρκίνου λόγω του καπνίσματος αλλά και τα προαναφερθέντα ποσοστά που αφορούν στο οικογενειακό ιστορικό καρκίνου (1 στους 4 έχει κάποιο μέλος στην οικογένεια που υποφέρει ή υπέφερε από καρκίνο), θεωρούμε ιδιαίτερα ανησυχητικά τα ποσοστά αυτά για μια πόλη με πληθυσμό περίπου 200.000 κατοίκων.

Άλλη συνήθεια την οποία εξετάσαμε είναι η κατανάλωση αλκοόλης. Παρατηρήθηκε ότι 1 στα 4 άτομα πίνουν 3-6 μονάδες αλκοόλ την εβδομάδα και το 17,7% του δείγματος καταναλώνει 7-14 μονάδες αλκοόλ την εβδομάδα, δηλαδή 1 ή παραπάνω ποτά ημερησίως, κάτι που είναι κοινώς αποδεκτό ότι μπορεί μακροπρόθεσμα να επιφέρει βλαβερές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου.

Μία άλλη αρνητική συνήθεια που προκύπτει από την έρευνά μας είναι ότι, ενώ το 84% του δείγματος είναι οδηγοί ή επιβάτες σε αυτοκίνητο ή άλλο μέσο και διανύουν κατά μέσο όρο 18.863,73 χιλιόμετρα ετησίως αν πρόκειται για οδηγούς και 6.767,71 χιλιόμετρα όσον αφορά σε επιβάτες, μόνο το 39,6% φοράει πάντα ζώνη ή κράνος αν πρόκειται για μοτοσικλετιστή. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει ότι υπάρχει κακή κυκλοφοριακή αγωγή και το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων εκδηλώνει μια αρνητική οδηγική συμπεριφορά.

Στη συνέχεια μελετούμε τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων, καθώς η διατροφή αποτελεί ένα πολύ βασικό παράγοντα στην υγεία του ατόμου.

Από την έρευνά μας προκύπτει ότι το 46,8% του δείγματος έχει 2 γεύματα την ημέρα και το 45,5% έχει 3-4 γεύματα την ημέρα. Ποσοστό 52,2% τρώει 1-2 φρούτα και λαχανικά την ημέρα και 24,9% τρώει 3-4 φρούτα-λαχανικά την ημέρα, δηλαδή το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δεν συμπεριλαμβάνει ικανοποιητικό αριθμό φρούτων-λαχανικών στη διατροφή του.

Σε αντίθεση με αυτό, η κατανάλωση κρέατος εβδομαδιαίως είναι συχνότερη, καθώς ποσοστό 58,8% δήλωσε ότι τρώει κρέας από 2 έως 4 φορές την εβδομάδα. Ακόμα πιο ανησυχητικό είναι ότι 22,5% δήλωσαν ότι τρώνε κρέας σχεδόν καθημερινά.

Επίσης, παρατηρήθηκε ότι ένα υψηλό ποσοστό, σχεδόν 1 στους 3, προσθέτουν πάντα αλάτι στο τραπέζι ή το μαγείρεμα.

Παρόλα αυτά, το 61,4% του δείγματος δήλωσε ότι αισθάνεται ότι τρώει υγιεινά, κάτι που δε συνάδει με τα αποτελέσματα που προέκυψαν. Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό παρόλο που δεν τρώει σωστά νιώθει ότι τρώει υγιεινά, άρα αγνοεί τις σωστές διατροφικές συνήθειες που πρέπει να ακολουθούνται. Αν θυμηθούμε και τη μέση τιμή του Δ.Μ.Σ. που προαναφέραμε καταλαβαίνουμε ότι με αυτή τη διατροφή τα άτομα είναι υπέρβαρα. Το ιδανικό θεωρείται πως είναι 3-4 γεύματα την ημέρα, άρα τα μισά άτομα του δείγματος τρώνε σωστά.

Εν συνεχεία, μελετώντας τα επίπεδα του άγχους στον οργανισμό, βαθμολογώντας το άγχος σε κλίμακα από 1-5, το 36% του δείγματος βαθμολόγησε το άγχος που νιώθει με 2 και το 26,2% με 3, δηλαδή περίπου 1 στους 3 νιώθουν αρκετό άγχος, που επηρεάζει την καθημερινότητά τους, καθώς 1 στους 3 νιώθει αϋπνίες και επίσης 1 στους 3 νιώθει συχνά ότι βρίσκεται κάτω από πίεση. Παρόλα αυτά, ο 1 στους 2 νιώθει αρκετά ικανός ώστε να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του και να πάρει αποφάσεις για διάφορα πράγματα. Όλα αυτά σε συνδυασμό και με τα προσωπικά προβλήματα του κάθε ατόμου διαπιστώνουμε ότι επηρεάζουν την ψυχολογία του, καθώς το 40,2% δήλωσε πως νιώθει λίγο απογοητευμένο ή δυστυχισμένο και το 31,3% ότι κάποιες φορές έχει μειωμένη αυτοπεποίθηση.

Τέλος, γνωρίζοντας τη σπουδαιότητα της προαγωγής υγείας, κρίνουμε απογοητευτικά τα αποτελέσματα που αφορούν στη συμμετοχή των ατόμων σε ένα πρόγραμμα προαγωγής υγείας στον εργασιακό τους χώρο, καθώς το 1/3 δήλωσε ότι δε θα ήθελε να συμμετάσχει σε ένα τέτοιο πρόγραμμα.

Βιβλιογραφία

Ελληνικά βιβλία:

- Ποταμιάνος Γ. 2005, «**Αλκοόλ**», Αθήνα, Εκδόσεις Λιβάνη
- Τούντας Ι. 2001, «**Κοινωνία και υγεία**», 2^η Έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Οδυσσέας- Νέα Υγεία
- Κουμεντάκης Π. 1996, «**Σύγχρονη Υγιεινή οικολογική μαγειρική**», Αθήνα, Εκδόσεις Πουρναρά
- Πέτρου Η. 1999, «**Τροφή και υγεία**», 2^η Έκδοση, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Πουρναρά
- Καραγιαννόπουλος Ι. Σ. 1997, «**Είμαστε ότι τρώμε**», Αθήνα, Εκδόσεις Μοντέρνοι Καιροί
- Μαρσέλος Μ. 1997, «**Εξαρτησιογόνες ουσίες**», Αθήνα, Εκδόσεις Τυπωθητώ- Δαρδάνος
- Αβραμίδης Α. 1994, «**Η απομυθοποίηση των ναρκωτικών.....και με ελπίδα**», 3^η Έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Ακρίτας
- Βελεντζάς Δ. 1999, «**Θέματα διατροφής και διαιτολογίας**», Αθήνα, Εκδόσεις ΟΕΔΒ
- Πλέσσας Σ. 1998, «**Διαιτητική του ανθρώπου**», 3^η Έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Φαρμάκου- Τύπος
- Δετοράκης Ι. 2003, «**Βασικές αρχές υγιεινής**», Αθήνα, Εκδόσεις Παρισιάνου
- Δετοράκης Ι. 2005, «**Αγωγή υγείας και προαγωγής**», Σημειώσεις Τ.Ε.Ι
- Τσιριγκίρογλου Ψυχαντίδου Α. 1991, «**Υγιεινή**», Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις University Studio Press
- Αναστασιάδης Α. , Γιδάρης Δ. 1993, «**Η γυμναστική στην εκπαίδευση**», Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Μαϊάνδρος
- Θεοδωράκης Ι., Τζιαμουρτάς Α., Νάτσης Π., Κοσμίδου Ε. 2006 «**Φυσική αγωγή**», Αθήνα, Εκδόσεις ΟΕΔΒ
- Μπαζαίος Κ. 1996, «**Υγιεινή διατροφή, γιατί;**», Α΄ Τόμος, Αθήνα, Εκδόσεις Διατροφή και Υγεία
- Κατσιλάμπρος Ν. 2004, «**Κλινική διατροφή**», Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα
- Αποστολόπουλος Ι.2003, «**Πληθυσμιακή υγιεινή**», Σημειώσεις Τ.Ε.Ι

- Γαλανός Γ. 1973, «**Το άγχος**», 2^η Έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Οργανισμός Βιβλίου Μπαρμπουνάκης
- Μάνος Ν. 1997, «**Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής**», Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις University Studio Press

Ξένα βιβλία:

- Kennerley H. 1997, Μετάφραση Αγγελή Κ., 1999, «**Ξεπερνώντας το άγχος**», Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- Fontana D. 1990, Μετάφραση Τερζίδου Μ., 1993, «**Άγχος και η αντιμετώπισή του**», 2^η Έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- Zwiauer K. 2000, «**Prevention and treatment of overweight and obesity children and adolescents**», European Journal of Pediatrics
- Wagstaff P., Coakley D. 1998, Μετάφραση Μητροπούλου Μ. 1997, «**Φυσιοθεραπεία και ασθενείς τρίτης ηλικίας**», Αθήνα, Εκδόσεις Έλλην
- Benjamin Harry N.D. 1983, Μετάφραση Δόλκας Κ., Κυπραίος Γ. 2003, «**Οδηγός φυσικής θεραπείας**», Α΄ Τόμος, Αθήνα, Εκδόσεις Διόπτρα
- Jerome J., Peterson R., Modyson R., 1980, Μετάφραση: Μαράτου Ο., Σολμά Μ. 1981, «**Ναρκωτικά –τσιγάρο- αλκοόλ: προβλήματα και απαντήσεις**», Αθήνα, Εκδόσεις Ψυχογιός
- Countney Moore M. 2000, Επιμέλεια: Καταλάμπου- Μαγκλάρα Ε., Τσαρουχή Α., Κουρσούμπα Θ., Λάππα Ε., 2005, «**Διαιτολογία**», 3^η Έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα
- Townsend E. C. 1996, Επιμέλεια: Χατήρης Γ. 1996, «**Διαιτητική υγιεινή διατροφή και θεραπευτικές δίαιτες**», 6^η Έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Έλλην
- Lester Sh. 1993, Μετάφραση: Ηλιοπούλου Μ. 1996, «**Ψυχολογία**», 4^{ος} Τόμος, 2^η Έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Ηλιάδη

INTERNET:

- Κάμτσιος Σ., Πολυδωρόπουλος Κ. 2007, «**Το φαινόμενο της παχυσαρκίας στην εφηβική ηλικία και η αντιμετώπισή του μέσω της αλλαγής στάσεων και συμπεριφορών ως προς τη φυσική άσκηση και υγιεινή διατροφή**», available from: <http://www.perfa.gr>, updated 14-03-08
- Σπαντιδέας Α. «**Άσκηση στην πρόληψη των ασθενειών**», available from: <http://www.iatronet.gr>, updated: 28-12-07, cited: 17-08-05
- Δασκαλόπουλος Θ. «**Ψυχολογικές επιδράσεις του αλκοόλ**», available from: <http://www.psi.gr>, updated: 8-01-08, cited: unknown date
- Γιωτάκος Θ. «**Μορφές και συμπτώματα άγχους**», available from: <http://www.prosarmogi.gr>, updated: 20-02-08, cited: 12-02-04
- Σκοπιανός Π. «**Ορισμός άγχους- Μορφές άγχους**», available from: <http://www.web4health.gr>, updated: 8-03-08
- Χαϊνης Ν. «**Υγεία και Πρόληψη- Κάπνισμα, Συνέπειες και Τρόποι διακοπής**», available from: <http://www.medinfo.gr>, updated: 6-03-08, cited: 27-12-07

Άρθρα από περιοδικά και εφημερίδες:

- Μπεχράκης Π. «**Το παθητικό κάπνισμα**», "Ελευθεροτυπία", Φύλλο Τρίτης 29-05-07
- Σουρτζή Π., Σταθόπουλος Θ. 2008, «**Προαγωγή υγείας: θεωρητικές προσεγγίσεις**», "Νοσηλεία και Έρευνα", Τεύχος 20, Σελίδα 41-43
- Βεργέτη Α. 2007, «**Η έρευνα στην κοινωνική εργασία**», "Κοινωνική εργασία- επιστημονικό περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος", Τεύχος 88, Σελίδα 199
- Θεοφίλου Α. 2007, «**Θεραπεία του αλκοολισμού**», "Κοινωνική Εργασία επιστημονικό περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος", Τεύχος 88, Σελίδα 237-238

Άλλες πηγές:

- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
- Ευρωπαϊκή Διάσκεψη, 1995, "Ευρωπαϊκός καταστατικός χάρτης για τα οίνοπνευματώδη"
- Οδηγός Υγείας- Διατροφής- Θερμίδες- Βιταμίνες- Άγχος, Γυμναστική για όλους, Εκδόσεις Ψυχογιού
- Τσουμάκας Γ., Τριανταφυλλίδου Α. «Κάπνισμα: επιπτώσεις στην υγεία των παιδιών- μέτρα πρόληψης», Δελτίο Α΄ παιδιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών