



Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Οικογένεια – Σχολείο – Εργασία
"Η συμβολή της Αγωγής Υγείας"

Βαρβάρα

Επιμέλεια:

Αγγελοπούλου Δήμητρα

Ανδρουτσοπούλου Χαρά

Εισηγήτρια:

Msc Λέφα

ΠΑΤΡΑ

2007

Τι όμορφα που είναι...

Τι όμορφα που είναι να κοιτάζεις τον κόσμο από ψηλά μα να μπορείς να ξαποσταίνεις έστω και σ'ένα στύλο- αγωγό της γήινης επαφής σου. Τι όμορφα που είναι να έχεις φτερά με δυνατούς μυώνες να σ' ανεβάζουν εκεί που θες- μετασχηματιστές της εσωτερικής δύναμης και θέλησής σου.

Τι όμορφα που είναι να φεύγεις από το δέντρο, να ανεβαίνεις να βλέπεις το δάσος και να ξαναγυρίζεις στο δέντρο με τους πνεύμονες γεμάτους καθαρό αέρα, το μυαλό ξεσκονισμένο από το μπουχό της καθημερινότητας, την καρδιά ανοιχτή στα συναισθήματα- ενέργεια ζωογόνο στην υπαρξιακή αναζήτησή σου.

*Τι όμορφα που είναι να ονειροπολείς, να συλλογιέσαι το πέταγμα, να ενισχύεις το αλεξικέραυνό σου, να οχυρώνεις τις αντιστάσεις σου για τις επερχόμενες μπόρες, να ξεβουλώνεις τα λούκια για τις νεροποντές του χειμώνα, να ξεμπαζώνεις τα ρέματα. **Πρόληψη τα λένε όλα αυτά;***

*«Ξέρω ότι δεν μπορώ να διδάξω τίποτα σε κανέναν.
Μπορώ μόνο να δημιουργήσω ένα περιβάλλον μέσα στο
οποίο κάποιος θα μπορεί να μάθει κάτι».*

Carl Rogers 1959

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<i>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</i>	5
<i>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</i>	7

Α΄ ΜΕΡΟΣ

<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο</i>	12
<i>Η ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΗ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</i>	12

<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο</i>	23
<i>Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ</i>	23

<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο</i>	28
<i>Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</i>	28
3.1 Σχεδιασμός Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας	38
3.2. Μεθοδολογία αγωγής υγείας	43

<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο</i>	53
<i>ΠΡΟΑΓΩΓΗ – ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ</i>	53

<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο</i>	66
<i>ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</i>	66

Β΄ ΜΕΡΟΣ

<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο</i>	78
<i>ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ</i>	79
1.1 Εισαγωγή	79
1.2 Κριτήρια εκπαιδευτικών και σχολείων που προάγουν την Υγεία	99
1.3 Ο ρόλος της οικογένειας για την αποτελεσματικότητα της σχολικής Αγωγής Υγείας	111
1.4 Σχολική και Ατομική Υγιεινή	116
1.5 Το παιδί με HIV λοίμωξη και το σχολείο	122
1.6 Ασφάλεια και ατυχήματα στο σχολείο	130
1.7 Το Αλκοόλ στο μαθητικό κόσμο	143

1.7.1 Αλκοόλ και Ατύχημα	160
1.8 Κάπνισμα και έφηβοι	167
1.9 Ναρκωτικά: ένα αυξανόμενο πρόβλημα	182
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	206
ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΥΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	206
2.1 Ήβη και Εφηβεία	206
2.2. Η σεξουαλικότητα σήμερα. Παράγοντες που την επηρεάζουν	217
2.3 Μέθοδοι Αντισύλληψης	224
2.4 Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα	240
2.5 Το πρόβλημα του AIDS	243
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	257
3.1 Εισαγωγή	257
3.2 Η συμβολή των εμβολίων στην πρόληψη	258
3.3 Παιδικά ατυχήματα στο οικογενειακό περιβάλλον	262
3.4 Ενδοοικογενειακή βία / σεξουαλική κακοποίηση γυναικών.	277
3.5 Μέθοδοι για την Πρόληψη του γυναικείου καρκίνου	287
3.6 Πλεονεκτήματα του θηλασμού στην μητέρα και στο παιδί	299
3.7 Η ενημέρωση της γυναίκας στο στάδιο της εμμηνόπαυσης	308
3.8 Επισημάνσεις στην Τρίτη Ηλικία	313
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	324
ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	324
4.1. Εισαγωγή	324
4.2 Νομοθεσία υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας	330
4.3 Η εφαρμογή της Ιατρικής στην Εργασία	338
4.4 Υγιεινή και Ασφάλεια στους Χώρους Εργασίας	345
4.3. Το εργατικό ατύχημα	348
4.6 Κόστος εργατικών ατυχημάτων	353
4.7 Επαγγελματικός κίνδυνος και μέτρα προφύλαξης από το HIV στα εργαστήρια	356
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	364
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	369

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο όρος **Προαγωγή της Υγείας** που σήμερα χρησιμοποιείται παγκόσμια, αντί του παλαιότερου **Αγωγή Υγείας**, διατυπώθηκε για πρώτη φορά στο Διεθνές Συνέδριο της Οττάβα του Καναδά το 1986, το οποίο οργάνωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Ορίστηκε λοιπόν σαν Προαγωγή της Υγείας η διαδικασία μέσα από την οποία τα άτομα γίνονται ικανά να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους. **Ακόμα Υγεία δεν είναι η απουσία ασθένειας, αλλά η ολόπλευρη σωματική, ψυχική, πνευματική και κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου.**

Βασικές συνθήκες και προϋποθέσεις για την προαγωγή της σωματικής και ψυχικής υγείας θεωρούνται όχι μόνον αγαθά όπως η στέγη, η τροφή, το εισόδημα, το σταθερό οικοσύστημα, η αειφόρος διαχείριση φυσικών πόρων και η εκπαίδευση, αλλά και η ειρήνη, η κοινωνική ισότητα και η δικαιοσύνη.

Η Προαγωγή Υγείας στο σχολείο αναφέρεται στην ενεργοποίηση όλων των μελών της σχολικής κοινότητας, τα οποία με ατομικές και συλλογικές συμπεριφορές και δράσεις αναλαμβάνουν υπεύθυνα τη βελτίωση της προσωπικής τους υγείας και της σχολικής κοινότητας.

Στην Ελλάδα η Προαγωγή της Υγείας θεσμοθετήθηκε για τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση το 1995 σαν εκπαιδευτική διαδικασία που γίνεται σε εθελοντική βάση, εκτός ωρολογίου προγράμματος και εφαρμόστηκαν Προγράμματα Αγωγής Υγείας πιλοτικά σε 12 νομούς. Το 1996 αυτό επεκτάθηκε σε ολόκληρη την Ελλάδα με παράλληλη τοποθέτηση Υπευθύνων Αγωγής Υγείας σε όλους τους νομούς.

Στόχος των Προγραμμάτων Αγωγής-Προαγωγής Υγείας είναι η ενεργοποίηση όλων των μελών της σχολικής κοινότητας, τα οποία με ατομικές και συλλογικές συμπεριφορές και δράσεις αναλαμβάνουν υπεύθυνα τη βελτίωση της προσωπικής τους υγείας και της σχολικής κοινότητας.

Μέσα από τη λειτουργία ομάδων μαθητών, με θεματολογία που αγγίζει όλα τα ζητήματα ψυχικής, σωματικής, κοινωνικής υγείας και με μεθόδους ενεργητικής μάθησης, οι μαθητές αποκτούν αυτοεκτίμηση, δεξιότητες διαχείρισης συναισθημάτων, λήψης αποφάσεων, επίλυσης προβλημάτων, επικοινωνίας, συνεργασίας, δημιουργικότητας.

Τα αποτελέσματα της εφαρμογής των Προγραμμάτων Αγωγής-Προαγωγής Υγείας είναι καλύτερη επικοινωνία στο σχολείο, η ενεργοποίηση των μαθητών και βελτίωση της επίδοσής τους, η ικανοποίηση των εκπαιδευτικών από την εκπαιδευτική διαδικασία, το άνοιγμα του σχολείου στην κοινωνία, οι συνεργασίες, η δικτύωση των σχολείων, η πρόληψη σε θέματα εξάρτησης από ουσίες, βίας, ρατσισμού κ.α..

ΚΛΕΙΩ ΒΑΡΟΥ
Υπεύθυνη Αγωγής Υγείας
Ν. Αχαΐας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία είναι μια μέθεξη παραγόντων (πρακτική, ιατρική, φυσιολογική) κατά τον M.Loeper. Η πολυπλοκότητα του θέματος οδήγησε στη διατύπωση μιας πληθώρας ορισμών. Από την αρχαιότητα ήδη προσπαθούσαν να προσεγγίσουν σημασιολογικά την έννοια της υγείας. Βέβαια, απασχόλησε, απασχολεί και θα απασχολεί κοινωνικά και πολιτισμικά η σύσταση και η προοπτική της υγείας.

Κανένας δεν μπορεί να αμφισβητήσει την συμβολή της πρόληψης στην υγεία που άπτεται ιδιαίτερης σημασίας.

Όμως, πρωταρχικό ρόλο κατέχει η έννοια της Αγωγής της Υγείας, η οποία ευαισθητοποιεί, παρέχει γνώσεις, ιεραρχεί τις αξίες, διαμορφώνει συμπεριφορές και αποσκοπεί στην αναβάθμιση του περιβάλλοντος. Βέβαια, για να υλοποιηθούν όλοι αυτοί οι επιμέρους στόχοι επιβάλλεται να τεθούν υπό εφαρμογή συγκεκριμένα μέτρα. Κρίνεται απαραίτητο να διευκρινιστεί πως η Αγωγή Υγείας δεν αποβλέπει μόνο στη μετάδοση γνώσεων, αλλά αποσκοπεί στην τροποποίηση της συμπεριφοράς του ατόμου.

Εξίσου σημαντικά βήματα έχουν αρχίσει να γίνονται στο χώρο της υγείας ξεκινώντας από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και πρόληψης. Όλη αυτή η προσπάθεια επικεντρώνεται σε συγκεκριμένες αρχές.

Επιπροσθέτως, η κοινοτική νοσηλευτική έχει ξεκινήσει το έργο της από παλιά και έχει περάσει 4 στάδια μέχρι να πάρει τη σημερινή της μορφή. Στηρίζεται στον κλάδο της Νοσηλευτικής και επικεντρώνεται στην υγεία παρά στην αρρώστια, προωθώντας την ενεργό συμμετοχή των ατόμων της κοινότητας.

Η ήβη είναι ένα στάδιο ανάπτυξης και ωρίμανσης, το οποίο επιφέρει

σωματικές και ψυχολογικές μεταβολές στους νέους.

Ένα επιμέρους ζήτημα που απασχολεί τους νέους αυτή την περίοδο της εφηβείας είναι η σεξουαλικότητα. Όμως στην σύγχρονη εποχή επιβάλλεται η ορθή ενημέρωση γύρω από αυτό το θέμα, με απώτερο σκοπό την καταπολέμηση της άγνοιας, τη μείωση της ενοχής, την προαγωγή της υπεύθυνης συμπεριφοράς, την καταπολέμηση της σεξουαλικής εκμετάλλευσης και την ενημέρωση για τις μεθόδους αντισύλληψης, η οποία προλαμβάνει μια πληθώρα σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Η οικογένεια υποβάλλεται διαρκώς σε αλλαγές και αναπόφευκτα εμφανίζονται προβλήματα στις σχέσεις μεταξύ των μελών. Χρέος των ευσυνείδητων γονέων είναι ο τακτικός εμβολιασμός των παιδιών για την πρόληψη των νοσημάτων. Από την άλλη, οι γονείς έρχονται αντιμέτωποι με τα παιδικά ατυχήματα τα οποία οφείλονται σε διάφορους παράγοντες (περιέργεια, άγνοια κινδύνου κ.α). Για να αποφευχθούν ή τουλάχιστον να μειωθούν, οι γονείς χρειάζεται να ενημερωθούν και να πάρουν μέτρα πρόληψης.

Κατόπιν, η οικογένεια, όπως είναι γνωστό, αποτελεί τη μικρογραφία της κοινωνίας. Είναι αναπόφευκτο, λοιπόν, το φαινόμενο της βίας, το οποίο κυρίως το υφίστανται η γυναίκα και το παιδί, μέσα στην οικογένεια.

Η γυναίκα έχει το προνόμιο να φέρει ζωή με την εγκυμοσύνη και να θηλάζει το νεογνό. Ο θηλασμός επιφέρει πολλά πλεονεκτήματα στη ζωή της γυναίκας.

Εκτός όμως από αυτή την υγιή κατάσταση, η γυναίκα θα πρέπει διαρκώς να κάνει εξετάσεις και να προλαμβάνει τον γυναικολογικό

καρκίνο.

Τέλος, η γυναίκα κατά τη μεταβατική περίοδο της εμμηνόπαυσης υφίσταται πλείστες οργανικές, ψυχικές και κοινωνικές αλλαγές, γι' αυτό θα πρέπει να είναι ενήμερη για τα στάδια της εμμηνόπαυσης.

Η Αγωγή Υγείας θα πρέπει να εφαρμόζεται και στους χώρους εργασίας, γι' αυτό υπάρχει ένα νομοθετικό πλαίσιο που καλύπτει τον εργαζόμενο σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος.

Η Αγωγή Υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το σχολείο. Στοχεύει στην πρόληψη, στη διαμόρφωση ατόμων με κριτική στάση, στη μείωση της πρόωρης εγκατάλειψης της υποχρεωτικής εκπαίδευσης.

Εξίσου σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι άλλοι φορείς κοινωνικοποίησης, όπως η οικογένεια, η πολιτεία, τα ΜΜΕ, οι πνευματικοί ταγοί και το άτομο.

Από την άλλη, για να επιτύχει ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας στο σχολείο χρειάζεται την αρωγή του εκπαιδευτικού, ο οποίος θα πρέπει να ενσαρκώνει μια ποικιλία από αρμοδιότητες.

Η οικογένεια θα πρέπει να συμμετέχει άμεσα κι έμμεσα στα προγράμματα Αγωγής Υγείας. Για το λόγο αυτό κρίνεται σπουδαία η ενεργός συμμετοχή των γονέων σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες.

Πρωτίστως, ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να εμφυσήσει στους μαθητές την αγάπη για την καθαριότητα του σχολικού χώρου, για την δημιουργία μιας ευχάριστης ατμόσφαιρας και την αποφυγή ατυχημάτων.

Επιπροσθέτως, η κατανάλωση αλκοόλ από τους νέους είναι συχνό φαινόμενο και επιφέρει μύριες συνέπειες στον οργανισμό, και κατ'επέκταση στην κοινωνία. Η Ε.Ε σε συνεργασία με τα μέλη κράτη μεριμνά για την επιτήρηση της κατανάλωσης αλκοόλ. Παρέχει μέτρα

πρόληψης αλλά και θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο απαρτίζεται από διάφορα στάδια.

Άλλη επιβλαβής διαδικασία για τον ανθρώπινο οργανισμό είναι το κάπνισμα. Εντοπίζονται διάφοροι παράγοντες που προδιαθέτουν τους νέους να καπνίσουν και αυτοί ποικίλουν. Όμως οι συνέπειες είναι πολλές και επικίνδυνες. Γι'αυτό το λόγο είναι απαραίτητη η Αγωγή Υγείας στα σχολεία για τη δημιουργία αντικαπνιστικών προγραμμάτων.

Όμως, το μείζον πρόβλημα είναι τα ναρκωτικά. Πολλοί νέοι εν όψει των προβλημάτων τους καταφεύγουν σ'έναν τεχνητό παράδεισο αναζητώντας διέξοδο. Οι γονείς, οι δάσκαλοι, το σχολείο, οι άλλοι ενήλικες και η κοινωνία οφείλουν να καταλάβουν ότι ο εθισμός στα ναρκωτικά είναι μια χρόνια βασανιστική ασθένεια που μπορεί να υποτροπιάζει αλλά και να αντιμετωπιστεί. Χρειάζονται όμως να ληφθούν μέτρα πρόληψης.

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Η πολυδιάστατη έννοια της υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η συμβολή της πρόληψης στην υγεία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η έννοια της Αγωγής Υγείας

3.1 Σχεδιασμός Προγραμμάτων
Αγωγής Υγείας

3.2 Μεθοδολογία Αγωγής Υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Προαγωγή Αγωγής Υγείας

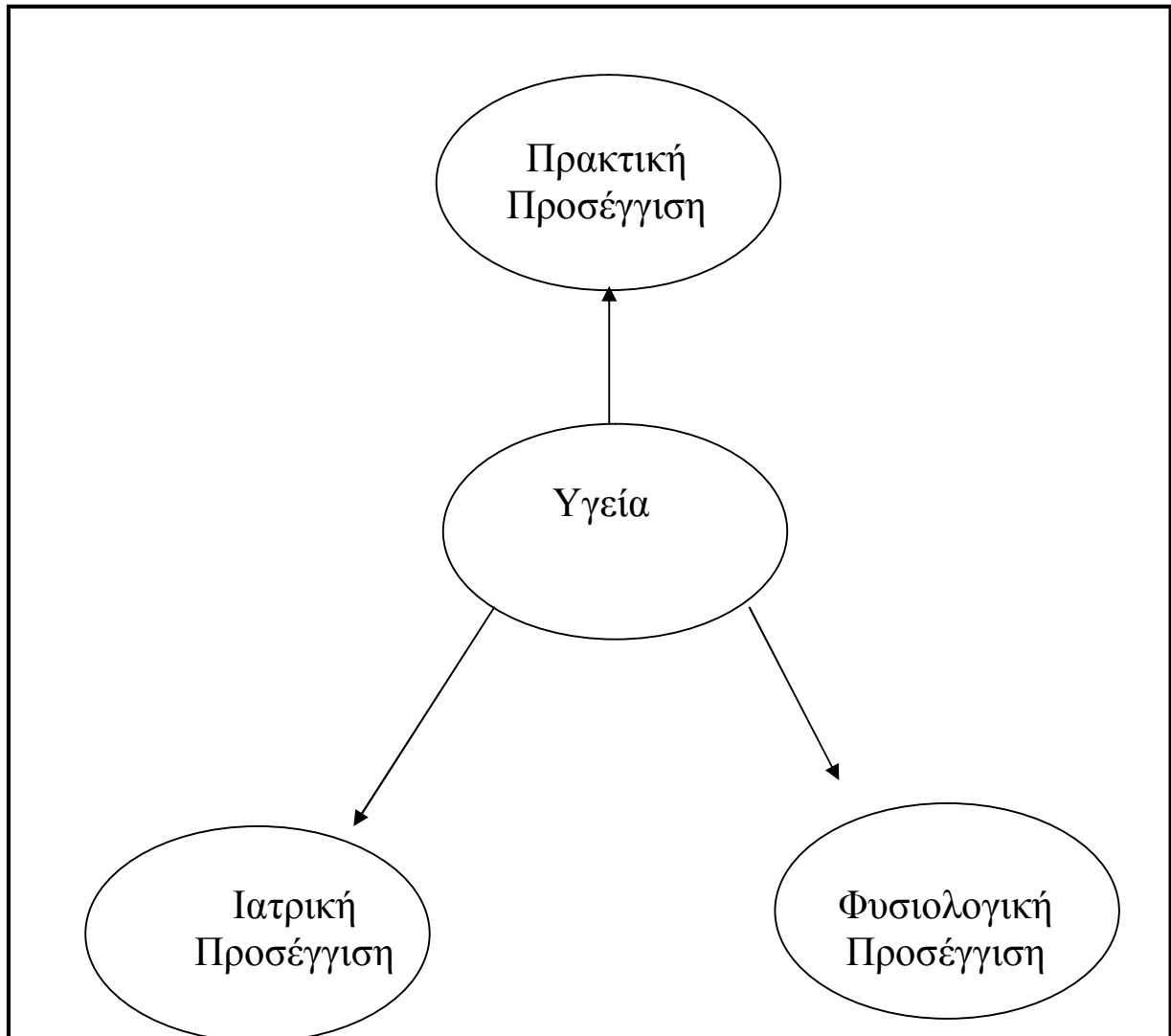
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: Κοινωνική Νοσηλευτική

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΗ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ΥΓΕΙΑ ως έννοια αποτελεί ένα σύμπλεγμα μεταβλητών και οροθετικών παραμέτρων, οι οποίες διαμορφώνουν ένα ιδιαίτερα πολύπλοκο αναλυτικό πλαίσιο. Για το λόγο αυτόν, η προσπάθεια οριοθέτησης: της έννοιας απέδωσε διαφορετικούς ορισμούς, οι οποίοι ποικίλλουν ανάλογα με την οπτική σκοπιά, υπό την οποία προσεγγίστηκε. Ο Maurice Loeper ομαδοποίησε τις προσεγγίσεις: της έννοιας σε τρεις βασικές κατηγορίες - οπτικές και συνέθεσε τους ανάλογους ορισμούς. Σύμφωνα με τον Maurice η υγεία ως έννοια μπορεί να προσεγγιστεί από τρεις σκοπιές: την πρακτική, την ιατρική και τη φυσιολογική. Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζονται οι τρεις προσεγγίσεις της έννοιας της υγείας¹:



- Σύμφωνα με την πρακτική προσέγγιση, η υγεία είναι το αίσθημα της ευεξίας
- που αισθάνεται το άτομο ή ένα σύνολο ατόμων.
- Από ιατρική άποψη, η υγεία ορίζεται ως η κανονική λειτουργία των διαφόρων συστημάτων (κυκλοφορικού, αναπνευστικού, νευρικού κ.λπ.) στα ανώτατα φυσιολογικά όρια της απόδοσης τους.
- Από φυσιολογική άποψη, η υγεία ορίζεται ως η κανονικότητα διαφόρων λειτουργιών του ανθρώπου, όπως το ισοζύγιο του

μεταβολισμού (αναβολισμός και καταβολισμός), η κανονική λειτουργία της θρέψης (απορρόφηση και απέκκριση) και η ομαλή λειτουργία του νευρικού συστήματος ενός φυσιολογικού ατόμου.

Στις παραπάνω προσεγγίσεις, που σχηματοποίησε ο Maurice, θα πρέπει να προσθέσουμε και τη βιολογική προσέγγιση της υγείας, συμφωνά με την οποία: «υγεία είναι η σταθερή ισορροπία κάθε κυττάρου και ιστού, η οποία εξασφαλίζεται από κάποιον οργανωτή που ρυθμίζει τις μεταβολές, επανορθώνει τις βλάβες, κατευθύνει τις συνθέσεις».

Από όσα επισημάναμε παραπάνω, καθίσταται σαφές ότι είναι δυνατό να διατυπωθούν πολλοί ορισμοί της υγείας. Παρακάτω παραθέτουμε τους κυριότερους από αυτούς:

- A. Bieckner «Υγεία είναι ο αδιατάρακτος ρυθμός από οργανικές ή ψυχικές δυσλειτουργίες της ζωής του ανθρώπου».
- M. Dubos: «Ως υγεία ορίζουμε την κατάσταση της πλήρους προσαρμογής του ατόμου στο φυσικό του περιβάλλον».
- C.M. Wulie: «Υγεία είναι η τέλεια ισορροπία ενός οργανισμού με το περιβάλλον του, ενώ η ατελής ισορροπία είναι η ασθένεια»
- P. Delore: «Υγεία είναι η αρμονία, η ισορροπία όλων των λειτουργιών του σώματος και του πνεύματος, όλων των δραστηριοτήτων, πνευματικών, σωματικών και ηθικών»
- G. Galen: «Η κατάσταση κατά την οποία δεν υποφέρουμε από πόνους, ή συμμετέχουμε κανονικά σε όλες τις δραστηριότητες μας αποκαλείται υγεία».

- F. Brockington: «Υγεία είναι η κατάσταση κατά την οποία αισθανόμαστε καλά σωματικά, πνευματικά και ηθικά, έχοντας την αίσθηση ότι διαθέτουμε ακόμα δυνάμεις. Η αίσθηση αυτή θα πρέπει να βασίζεται (στην ομαλή λειτουργία των ιστών μας, στην κατανόηση των αρχών της υγιεινής ζωής και της αρμονικής διαβίωσης στο περιβάλλον».
- Τέλος, συμφωνά με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (W.H.O.), η υγεία ορίζεται ως «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»¹.

Η έννοια της υγείας συνδέεται στενά με την έννοια της ασθένειας. Θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι η υγεία μπορεί να οριστεί, με αρνητικό τρόπο, ως η απουσία ασθένειας. Η ασθένεια ορίζεται ως η δυσχερής λειτουργία οργάνων ή συστημάτων του ανθρωπίνου σώματος.

Οι πολλαπλές διαστάσεις της έννοιας της υγείας που επισημάναμε παραπάνω, δημιουργούν μια ασάφεια ως προς την ακριβή εννοιολογική της διάσταση. Παρά ταύτα, μέσα από τους ορισμούς της, που παραθέσαμε, διαφαίνονται κάποιες βασικές αρχές που προσδιορίζουν τη φύση της. Οι βασικές αρχές της υγείας είναι οι παρακάτω ¹:

- Η υγεία αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ευτυχία και την πρόοδο των λαών. Πράγματι, η ατομική αλλά και η κοινωνική ευημερία και ευτυχία εξαρτούνται, σε πολύ μεγάλο βαθμό, από την υγεία, η οποία καθορίζει τα όρια της ανθρώπινης δραστηριότητας τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Επιπροσθέτως, σε επίπεδο οικονομικής ανάλυσης, η υγεία αποτελεί ικανή και αναγκαία συνθήκη για την αποδοτικότητα του συντελεστή «εργασία». Συνεπώς, αποτελεί και απαραίτητη προϋπόθεση για την

οικονομική ανάπτυξη.

- Η ατομική υγεία δεν είναι δυνατό και δε θα πρέπει να διαχωρίζεται από την υγεία του συνολικού πληθυσμού. Μεταξύ του ατόμου και του συνόλου, σε κάθε κοινωνικό σχηματισμό, υπάρχει αμφίδρομη σχέση εξάρτησης.
- Η υγεία δεν αποτελεί αυτοσκοπό της ζωής, αλλά το μέσο για τη δημιουργία μιας δραστήριας, αποδοτικής, ευτυχισμένης και παραγωγικής διαβίωσης.
- Η κοινωνική ή δημόσια υγεία δεν αποτελεί μόνο ένα επιστημονικό (διεπιστημονικό) πρόβλημα, αλλά και κοινωνικό, την ευθύνη για την επίλυση του οποίου φέρει η συντεταγμένη κοινωνία, δηλαδή η πολιτεία².

Διαστάσεις της υγείας³

à Η ολιστική διάσταση της υγείας

Στον πρόλογο του καταστατικού του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η υγεία ορίζεται ως η "κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας". Ο ορισμός έγινε αποδεκτός κατά την ίδρυση του Οργανισμού το 1948 από όλα τα κράτη που ήταν μέλη του. Κριτικές που έχουν γίνει κατά καιρούς αναφέρουν ότι ο ορισμός δεν περιλαμβάνει το δυναμικό στοιχείο της υγείας, την έννοια δηλ. της αλληλεπίδρασης των παραγόντων. Παρ' όλα αυτά χρησιμοποιείται από όλους τους επιστημονικούς κλάδους, Η προσέγγιση του έχει διαχρονική αξία και έχει συμβάλει στην ανάπτυξη σύγχρονων απόψεων για τη δημόσια υγεία, υποδεικνύοντα μέσα την αναγκαιότητα διεπιστημονικής και διατομεακής συνεργασίας για την προάσπιση της, δίνει δε έμφαση στην ολική φύση της υγείας. Παράγοντες βιολογικοί, κληρονομικοί, ψυχικοί, συναισθηματικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί είναι σημαντικοί συντελεστές διαμόρφωσης του επιπέδου της υγείας.

à Η πολιτική και ηθική διάσταση της υγείας

Το 1985 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας πρόβαλε τη σχέση της υγείας με την πολιτική που εφαρμόζεται στο κάθε κράτος και συνέδεσε το επίπεδο της υγείας με θέματα ηθικής δεοντολογίας, ισονομίας και δικαιοσύνης. Στην έκδοση που κυκλοφόρησε με τίτλο «Υγεία για όλους το 2000». Ο Οργανισμός προτρέπει τις κυβερνήσεις να θέσουν ως στόχο, μέχρι το έτος 2000, να μειώσουν κατά 25% τις ανισότητες που παρατηρούνται ανάμεσα στα κράτη αλλά και ανάμεσα στις πληθυσμιακές ομάδες του κάθε κράτους. Το βιβλίο περιλαμβάνει 38

στόχους. Αναφέρεται στα κυριότερα προβλήματα που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία και περιγράφει τις συνθήκες που συμβάλλουν στη βελτίωση της. Ο τρόπος ζωής, το φυσικό και συναισθηματικό περιβάλλον, οι συμπεριφορές των ανθρώπων, οι στάσεις και οι συνήθειες είναι, μαζί με την πολιτική που εφαρμόζεται, καθοριστικοί παράγοντες για την υγεία.

Εκτός από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αναφορές και αναλύσεις της έννοιας της υγείας έχουν γίνει από πολλούς επιστημονικούς κλάδους.

à Η κοινωνική διάσταση της υγείας

Κοινωνικοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η υγεία είναι έννοια κοινωνική. Σύμφωνα με μελέτες και έρευνες οι αντιλήψεις για την υγεία διαμορφώνονται από τον άνθρωπο και επηρεάζονται από τις κοινωνικές, πολιτισμικές, οικονομικές, περιβαλλοντικές και άλλες παραμέτρους του χώρου που ζει. Ο τρόπος που αντιλαμβάνονται οι άνθρωποι την υγεία διαφέρει από τον ένα γεωγραφικό χώρο στον άλλο, από το ένα κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο στο άλλο, την διαχρονική περίοδο αλλά και σε διαφορετικές περιόδους .

à Η λειτουργική διάσταση της υγείας

Αρκετοί κοινωνιολόγοι έχουν υποστηρίξει ότι η υγεία έχει σχέση με τη λειτουργικότητα του ανθρώπου. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση ένας άνθρωπος θεωρείται ότι είναι υγιής όταν η κατάσταση του του επιτρέπει να ανταποκρίνεται στις υποχρεώσεις του, στους ρόλους που έχει αναλάβει και σ' αυτούς που αναμένονται από αυτόν. Άλλες κοινωνιολογικές προσεγγίσεις, βασιζόμενες σε απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν από ένα δείγμα πληθυσμού, καταλήγουν ότι υγεία είναι η κατάσταση της σωματικής, κοινωνικής και συναισθηματικής

ισορροπίας.

à Υγεία ως ικανότητα προσαρμογής

Σημαντική "απήχηση είχε η άποψη γιατρών ότι η υγεία είναι η ικανότητα προσαρμογής του ανθρώπου, «Η υγεία και η ασθένεια δεν μπορούν να ορισθούν μόνο με όρους ανατομίας, φυσιολογίας ή με ψυχικά χαρακτηριστικά. Πραγματικό κριτήριο είναι η ικανότητα του ανθρώπου να λειτουργεί με τρόπο αποδεκτό από τον ίδιο και από την ομάδα που ανήκει και αποτελεί μέρος της... Η υγεία δεν είναι μια απόλυτη κατάσταση αλλά μια διαδικασία προσαρμογής στις αλλαγές που απαιτεί η ζωή και στις νέες αντιλήψεις που διαμορφώνουμε για τη ζωή». Η ικανότητα του ανθρώπου να προσαρμόζεται έχει συμβάλει στην επιβίωση και ανάπτυξη του.

à Η λαϊκή αντίληψη της υγείας

Συχνά το κοινό ορίζει την υγεία ως την κατάσταση που είναι αντίθετη της ασθένειας. Αυτή η αντίληψη περιορίζει την έννοια της υγείας σε αυστηρά ιατρικά κριτήρια, λαμβάνοντας υπόψη μόνο τα βιολογικά και ανατομικά χαρακτηριστικά του ανθρώπου. Η άποψη αυτή έχει απορριφθεί ακόμη και από τον ιατρικό κλάδο.

à Η έννοια της υγείας κατά την αρχαιότητα

Πολλές από τις σύγχρονες εννοιολογικές προσεγγίσεις παρουσιάζουν ομοιότητες με τον τρόπο που αντιλαμβάνονταν την υγεία στην αρχαιότητα.

Ο Ιπποκράτης αναφερόταν στην υγεία σαν μια κατάσταση αρμονίας και ισορροπίας των "4 χυμών" του σώματος (αίμα, φλέγμα, κίτρινη και μαύρη χολή). Η υγεία και η διατήρηση της είχε σχέση με τη σωστή

μείξη των χυμών, ενώ η απώλεια της υγείας επηρεαζόταν από τις διατροφικές συνήθειες, τους παράγοντες κληρονομικότητας, τις κλιματολογικές συνθήκες και τις εποχές του χρόνου.

Ο Πλάτωνας θεωρούσε ότι ο άνθρωπος ήταν υπεύθυνος για την κατάσταση της υγείας του και συμβούλευε τους γιατρούς να προσπαθούν να επηρεάσουν τον τρόπο ζωής των ανθρώπων και να μην ασχολούνται με όσους δεν ακολουθούν τις οδηγίες τους.

Ο Αριστοτέλης διέκρινε εκτός από τους γιατρούς για τους πολίτες και αυτούς για τους σκλάβους και μια άλλη κατηγορία ειδικών, των ενημερωμένων στα ιατρικά θέματα πολιτών.

Ο Γαλιλαίος υποστήριζε ότι η κατάσταση της υγείας προηγείτο της ασθένειας. Οι άνθρωποι πρέπει να φροντίζουν να διατηρούν την υγεία τους, που συνήθως βρίσκεται σ' ένα σημείο μιας ενδιάμεσης κατάστασης, ούτε απόλυτης υγείας αλλά ούτε και απόλυτης νοσηρότητας.

Η μορφή της θεάς Υγείας στην αρχαία Ελλάδα είχε τουλάχιστον τρία διαφορετικά πρόσωπα. Διάφορες περιοχές της Ελλάδας "έβλεπαν" το πρόσωπο της θεάς ανάλογα με τα πρότυπα της περιοχής τους.

Στην εποχή μας η υγεία δεν εμφανίζεται προσωποποιημένη σε διάφορα πρόσωπα η έννοια ωστόσο και ο τρόπος που την αντιλαμβάνεται ο κόσμος ποικίλλει. Ο τρόπος «με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι άνθρωποι την υγεία στις διάφορες εποχές σχετίζεται με την πρόοδο της ιατρικής, της βιολογίας και της χημείας καθώς και με παράγοντες που έχουν σχέση με οικονομικές, κοινωνικές, οικολογικές, πολιτισμικές και άλλες παραμέτρους. Η ποιότητα της υγείας και ο τρόπος που την αντιλαμβάνεται ο άνθρωπος είναι αποτέλεσμα συγκερασμού

πολλαπλών αλληλένδετων εξελίξεων και πεποιθήσεων που δημιουργούνται στον κάθε ανθρώπινο χώρο από τον ίδιο τον άνθρωπο.

Συνοπτικά η υγεία είναι ένα κεφάλαιο, ένας πόρος του ανθρώπου, που συμβάλλει στην ποιότητα της ζωής του. Έχει σχέση με την πολιτική υγείας, το περιβάλλον και τη συμπεριφορά του ανθρώπου. Γνώσεις και άσκηση στη λήψη αποφάσεων μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη και βελτίωση της³.

Η υγεία ως θέμα κοινωνικού διαλόγου

Στην τελευταία εικοσαετία το θέμα της υγείας από την κοινωνική και πολιτιστική άποψη έχει υποστεί ισχυρή μετατόπιση· γι' αυτό και ο κοινωνικός διάλογος με αφορμή και αναφορά το πρόβλημα της υγείας άλλαξε σύσταση και προοπτική. Πιο συγκεκριμένα, υγεία δε θεωρείται πια μόνο η απουσία ενόχλησης πόνου και οδύνης αλλά και η εξασφάλιση συνθηκών για πλήρωση και αυταξίωση της ανθρώπινης προσωπικότητας. Επιπλέον, η επίτευξη αυτής της κατάστασης θεωρείται συλλογική ευθύνη. Η θετική έκφραση, ο θετικός αυτός ορισμός της υγείας, αποδεσμεύει την υγεία από τον πόνο αλλά την εισαγάγει στην περιδίνηση των κοινωνικών σχέσεων.

Στη γενικευμένη θεώρηση της υγείας έρχονται να συνυφανθούν μια σειρά από θέματα που προκύπτουν από άλλες δραστηριότητες έμμεσα ή άμεσα συνδεδεμένες με το πρόβλημα της υγείας όπως:

- α) η ευθανασία
- β) οι γενετικοί χειρισμοί
- γ) η τεχνητή αναπαραγωγή
- δ) οι σχέσεις γιατρού και ασθενή

ε) η οργάνωση και η λειτουργία των νοσοκομείων, όχι μόνο σαν λειτουργικών μονάδων αλλά και σαν θεσμών

στ) η εισαγωγή της τεχνολογίας στην ιατρική πρακτική

ζ) οι κατευθύνσεις της επιστημονικής έρευνας στο χώρο της υγείας. Έτσι, η κοινωνιολογία που απευθύνεται στους μελλοντικούς γιατρούς, βρίσκεται μπροστά στη συνθετότητα και πολυπλοκότητα που χαρακτηρίζει τη βιομηχανική κοινωνία στο σύνολο της αλλά και τη συγκεκριμένη της εμφάνισή της στο χώρο της περίθαλψης και της πρόληψης της ασθένειας (Mobius, Special 1982 και Αγραφιώτης 1983). Γεγονός που θέτει σε αμφισβήτηση και δοκιμασία τις έννοιες της, τα σχήματα ανάλυσης και τις υποθέσεις εργασίας (EIkana 1981).

Η ελληνική κοινωνική και πολιτιστική συγκυρία

Η ελληνική κοινωνία την τελευταία τριακονταετία διέρχεται μία φάση συνεχών μετασχηματισμών και μεταμορφώσεων, καθώς από κοινωνία αγρό-το-εμπορική μετατρέπεται σε κοινωνία βιομηχανική. Η μετατροπή γίνεται με πρωτόγονους ρυθμούς και με ιδιότυπες διαδικασίες. Η μεγαμετατροπή αυτή δυστυχώς δεν έχει μελετηθεί και αναλυθεί ούτε με επάρκεια ούτε με συστηματικότητα λόγω της έλλειψης ενός συστήματος έρευνας στο χώρο των κοινωνικών και ανθρωπιστικών προβλημάτων (Αγραφιώτης et al. 1980). Οποσδήποτε υπάρχουν εργασίες σημαντικές αλλά δε συνθέτουν μια κάποια στοιχειώδη αποτύπωση των διεργασιών που αναπτύσσονται στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία. Επίσης η απουσία βασικών μελετών υποδομής και στοιχείων και ο περιορισμένος επιστημονικός διάλογος για τα θεμελιακά προβλήματα της σύγχρονης Ελλάδας καθιστούν την αναφορά στη λεγόμενη ελληνική πραγματικότητα εξαιρετικά αμφίβολη και παρακινδυνευμένη⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Είναι αναμφισβήτητο ότι η πρόληψη συμβάλλει περισσότερο από τη θεραπευτική στη μείωση της θνησιμότητας και τη διατήρηση της υγείας. Η υγεία όμως είναι ευρεία και αφηρημένη έννοια. Ενώ όλοι δεχόμαστε ότι η υγεία είναι κάτι καλό, δεν μπορούμε να καθορίσουμε τι εννοούμε όταν μιλάμε για υγεία, διότι δεν έχουμε ένα μέτρο αναφοράς. Αντίθετα έχουμε σαφέστερη εικόνα της νόσου. Εφόσον αισθανόμαστε καλά δεν δίνουμε ιδιαίτερη σημασία στην υγεία. Όταν όμως έχουμε κάποια αδιαθεσία, την οποία δεν μπορούμε μόνοι να αντιμετωπίσουμε αναζητούμε με άγχος τη βοήθεια του γιατρού. Η αρρώστια είναι τότε πιο σημαντική έννοια για μας από την υγεία και ο γιατρός παίρνει ουσιαστική θέση στη ζωή μας.

Η πρόληψη και η προληπτική ιατρική, που προασπίζουν την υγεία, δεν ταιριάζουν εύκολα στο πλαίσιο των υποχρεώσεων του γιατρού όπως αυτές έχουν καταγραφεί στη συνείδηση του ιατρικού κόσμου και της κοινωνίας. Η Προληπτική Ιατρική δίδει μικρή ευκαιρία στο γιατρό να δείξει τις γνώσεις και ικανότητες του που τον καταξιώνουν στη συνείδηση του κοινού. Αντίθετα, η Θεραπευτική Ιατρική δίνει λάμψη στο γιατρό και δύναμη. Στη συνείδηση της κοινωνίας η «φροντίδα υγείας» ταυτίζεται με τη θεραπεία της φυσικής και ψυχικής νόσου. Η «Εθνική Υπηρεσία Υγείας», σχεδόν σ' όλες τις χώρες, επικεντρώνεται κυρίως στη νοσηλεία και θεραπεία του αρρώστου και θα ήταν καταλληλότερα να ονομάζεται «Εθνική Υπηρεσίας Αρρώστιας».

Εφόσον έχουμε δεχτεί ότι η υγεία είναι μια από τις σημαντικότερες αξίες της ζωής, η διατήρηση της πρέπει να αποτελεί πρωταρχική

επιδίωξη της κοινωνίας. Ο γιατρός, σαν εξέχον μέλος της κοινωνίας, με μεγαλύτερη ευθύνη για τη διατήρηση της υγείας, πρέπει όλο και περισσότερο να ενδιαφέρεται για την προληπτική ιατρική και τη βελτίωση των φυσικών και περιβαλλοντικών συνθηκών αναγκαίων για τη διατήρηση της υγείας⁵.

Η πρόληψη βρίσκεται στην επικαιρότητα, αλλά έχει προκαλέσει μια συζήτηση ανάμεσα στα επαγγέλματα υγείας και στη δημόσια γνώμη πολωτική και ανορθόλογη. Μερικοί, επιχειρηματολογούν ότι η πρόληψη είναι πάντα καλύτερη από την περίθαλψη και ως εκ τούτου έχει υψηλότερη προτεραιότητα. Άλλοι, αντιτείνουν ότι η πρόληψη είναι αναποτελεσματική, η προσπάθεια της να αλλάξει τον τρόπο ζωής είναι εκλεκτική και άχρηστη και επιπροσθέτως απαιτεί μεγάλες θυσίες.

Τα οικονομικά της υγείας, μπορεί να συνεισφέρουν στην υπέρβαση αυτής της πόλωσης και στην ορθολογικοποίηση του διαλόγου πέραν δογματικών επιχειρημάτων και ατεκμηρίωτων θέσεων. Κατ' ακολουθίαν, τα οικονομικά της υγείας μπορεί να προσφέρουν επίσης ένα εννοιολογικό πλαίσιο θεώρησης της αποδοτικότητας και της αποτίμησης των προληπτικών μέτρων, της ατομικής συμπεριφοράς και των προσωπικών κινήτρων για πρόληψη, να προάγουν τις τεχνικές και μεθόδους διαμόρφωσης της εθνικής πολιτικής υγείας και ακόμα να συμβάλλουν στη διερεύνηση της διαπλοκής οικονομίας, πρόληψης και υγείας.

Μία εύστοχη ταξινόμηση των Cohen και Henderson (1988) ομαδοποιεί το σύνολο των αμοιβαίων επιδράσεων των οικονομικών της υγείας στην πρόληψη, σε επτά κατηγορίες και ειδικότερα:

(α) Στην επίδραση της πρόληψης στην οικονομία, με την έννοια της συμβολής στη βελτίωση του ανθρωπίνου κεφαλαίου και κατά συνέπεια

στην απασχόληση και την αγορά εργασίας, θέμα το οποίο έθεσε ο Coheu, στην περίφημη μελέτη του «the human capital» ο οποίος τιμήθηκε πρόσφατα με το βραβείο Nobel και, ακόμα ο Grossman (1972) συνέδεσε την υγεία και την πρόληψη με την ανάπτυξη του ανθρωπίνου κεφαλαίου, έννοια στην οποία εμπεριέχονται οι επενδυτικές δραστηριότητες της κοινωνίας, σε υγεία και εκπαίδευση, για την συντήρηση και αναπαραγωγή του παραγωγικού συντελεστή εργασίας.

(β) Στη διερεύνηση του ρόλου της οικονομικής πολιτικής στην πρόληψη, διαμέσου της οικονομικής ανάπτυξης και της πλήρους απασχόλησης, οι οποίες συμβάλλουν στην προαγωγή της κοινωνικής ευημερίας, και ως εκ τούτου στη μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας και γενικότερα στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού όπως τεκμηριώνεται από την διεθνή βιβλιογραφία.

(γ) Στην ερμηνεία της παρέμβασης της κεντρικής διοίκησης στην πρόληψη, με την υιοθέτηση προληπτικών μέτρων και την ανάπτυξη του ανθρωπίνου δυναμικού, όπως διατυπώνεται από τις εφαρμοζόμενες πολιτικές δημοσίας υγείας στο σύνολο ή/και σε μεγάλες ομάδες του πληθυσμού (εμβολιασμοί, δημόσια έργα και υδραυλικά συστήματα, ενημέρωση και πληροφόρηση κ.ά.) και από τις προτεινόμενες πολιτικές εργασίας (πλήρης απασχόληση, υγιεινή και ασφάλεια στην εργασία, κατάρτιση κ.ά.) ή ακόμα από την κατανομή των πόρων σε πολιτικές και προγράμματα πρόληψης.

(δ) Στην αξιολόγηση της πρόληψης, με τα εργαλεία της οικονομικής ανάλυσης και ειδικότερα με τον προσδιορισμό της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας και κόστους-χρησιμότητας, ώστε να καταστεί εφικτή η επιλογή των καταλλήλων μέτρων με την αναζήτηση της μεγίστης αποδοτικότητας και της αρίστης κατανομής των σπανίων

οικονομικών πόρων.

(ε) Στην προώθηση της επιστημονικής πληροφορίας και γνώσης με στόχο τα αναγκαία προγράμματα προληπτικής παρέμβασης να ανταποκρίνονται στα κριτήρια της ισότητας και της αποδοτικότητας και ως εκ τούτου να συμβάλλουν στην επίτευξη των επιθυμητών στόχων, για τον έλεγχο των μειζόνων παραγόντων κινδύνου για την υγεία και ακόμα στην τεκμηρίωση και διαμόρφωση πολιτικών πρόληψης.

(στ) Στην κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, όπως αυτή εκδηλώνεται στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας και πρόληψης και στην επιθυμία βελτίωσης της ευεξίας, όπως επίσης στην αύξηση του αποθέματος του ανθρωπίνου κεφαλαίου, δεδομένου ότι η υγεία θεωρείται και ως επενδυτικό αγαθό (Mushkin 1962).

(ζ) Στην παροχή ενός πλαισίου για την διαμόρφωση και υλοποίηση αποτελεσματικής πολιτικής για την πρόληψη με την χρήση τεχνικών και μεθόδων της οικονομικής επιστήμης, ώστε οι αναγκαίες επιλογές να υιοθετούν συνδυαστικά τις κατάλληλες προϋποθέσεις αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας, ισότητας και ποιότητας.

Συμπερασματικά, τα οικονομικά της υγείας προσφέρουν μια ευρεία μεθοδολογία για την υποστήριξη των προληπτικών μέτρων, την δυνατότητα ανάδειξης του οικονομικού κόστους και του κοινωνικοοικονομικού οφέλους ώστε να διευκολύνεται η επιλογή μεταξύ εναλλακτικών υποδειγμάτων, και δίδουν την ευκαιρία διάσωσης σπανίων οικονομικών πόρων - με την μείωση της άκαιρης και αποτρεπτής θνησιμότητας, τον περιορισμό της δαπανηρής νοσοκομειακής νοσηρότητας και την βελτίωση του ανθρωπίνου κεφαλαίου - με την προϋπόθεση της μεθοδικής και αυστηρής χρήσης των μεθόδων της οικονομικής ανάλυσης και των τεχνικών της

αξιολόγησης. Ένα ικανό πλήθος ερευνών και μελετών στη διεθνή βιβλιογραφία έχει αναδείξει την υπεροχή των προληπτικών μέτρων, τόσο στις αναπτυσσόμενες χώρες (εμβολιασμοί, διαχείριση υδάτων, επαρκής και ασφαλής διατροφή κ.ά.) όσο και στις βιομηχανικές χώρες, στις οποίες η παρέμβαση στον τρόπο ζωής και τον κοινωνικοοικολογικό περίγυρο θεωρείται πλέον αποτελεσματική σε σχέση με τις παρεμβάσεις της παραδοσιακής κλινικής -θεραπευτικής ιατρικής. Με την έννοια αυτή, το ερώτημα: πρόληψη ή περίθαλψη, υπό το πρίσμα των οικονομικών της υγείας, μπορεί να απαντηθεί με την επιδίωξη της αρίστης κατανομής των σπανίων πόρων για την επίτευξη Γης μεγίστης δυνατής χρησιμότητας, παράμετροι οι οποίες ανευρίσκονται στη συνδυαστική και συμπληρωματική σύζευξη των προληπτικών και θεραπευτικών μέτρων. Την καταλληλότητα της πρόληψης και γενικότερα της δημοσίας υγείας έναντι της περίθαλψης - ως προς την «οικονομικότητα» και την αποτελεσματικότητα τουλάχιστον - έδειξε με το πρωτοποριακό έργο του ο Archibald Cochrane. Άλλοι ερευνητές κατέδειξαν την υπεροχή της πρόληψης στον έλεγχο και την μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, διαμέσου των αναλόγων παρεμβάσεως, στον τρόπο ζωής και στο περιβάλλον⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αγωγή υγείας είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που αποσκοπεί στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς, με αντικείμενο τη μείωση της επιπτώσεως ή τη βελτίωση της προγνώσεως ενός ή περισσότερων νοσημάτων. Όπως προκύπτει από τον ορισμό αυτόν, η αγωγή υγείας στοχεύει στη διαμόρφωση συμπεριφοράς και όχι μόνο στην απόκτηση γνώσεων έστω και αν οι γνώσεις αποτελούν προϋπόθεση για την εποικοδόμηση της επιθυμητής συμπεριφοράς. Από τον ορισμό προκύπτει επίσης ότι η αγωγή υγείας δεν αφορά μόνο την προληπτική ιατρική, αλλά μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας πολλών θεραπευτικών παρεμβάσεων και στην αναβάθμιση των φροντίδων αποκαταστάσεως. Τέλος, η αγωγή υγείας δεν επικεντρώνεται πάντα στην αυτοπροστασία του ατόμου, αλλά μπορεί να αφορά ετεροκεντρικές ή συλλογικές δραστηριότητες (όπως ο περιορισμός της διασποράς αφροδίσιων νοσημάτων και η περιστολή της ρυπάνσεως του περιβάλλοντος).

Αποτελεί γενική διαπίστωση ότι μέσα στο ευρύτερο πλέγμα των υγειονομικών υπηρεσιών τα προληπτικά μέτρα, και ιδίως εκείνα που αφορούν την πρωτογενή πρόληψη, χαρακτηρίζονται από τη μεγαλύτερη συλλογική αποτελεσματικότητα, όπως αυτή εκφράζεται με τη μείωση της ειδικής κατά ηλικία θνησιμότητας. Στο μέτρο που η πρόληψη είναι αποτελεσματικότερη από τη θεραπεία, η αγωγή υγείας που αναφέρεται στην πρόληψη έχει αυξημένο συντελεστή αξιολογήσεως και εύλογη προτεραιότητα στην ιεράρχηση των υγειονομικών στόχων. Διάφορα θεωρητικά και εμπειρικά δεδομένα συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι η

μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας της «προληπτικής» αγωγής υγείας προϋποθέτει την επικέντρωση της στους νέους⁷.

Η Υπηρεσία Αγωγής Υγείας λειτουργεί από το 1952 στοχεύοντας στην αύξηση της υπευθυνότητας προς την υγεία του ατόμου και την κοινότητα και στην εποικοδομητική συμμετοχή των ατόμων στην κοινωνική ζωή⁸.

Η διαφοροποίηση της αγωγής υγείας

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

1. Εκπαίδευση Υγείας
2. Υγειονομική Διαφώτιση

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

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

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

Ένα, άλλο επίσης σημείο που διαφοροποιεί την Αγωγή Υγείας, είναι η πολλαπλότητα των μεθόδων που χρησιμοποιεί και τα διαφορετικά

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

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

Ένας τρίτος σημαντικός επιστημονικός χώρος είναι ο χώρος των Κοινωνικών Επιστημών και ιδιαίτερα η Κοινωνιολογία και η Ψυχολογία. Η μελέτη της αρρώστιας και της υγείας, έχει μια

σημαντική κοινωνική διάσταση, στο βαθμό που τα φαινόμενα αυτά έχουν, όπως ήδη τονίστηκε, βαθιά τις ρίζες τους στο συγκεκριμένο κοινωνική περιβάλλον και στο ιστορικό γίνεσθαι. Επίσης, η επιστήμη της ψυχολογίας είναι ένα πεδίο που παρέχει τη δυνατότητα κατανόησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς καθώς και τη δυνατότητα τροποποίησης, της,

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

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

Στόχοι αγωγής υγείας

Οι επιδιώξεις της Αγωγής Υγείας συγκεκριμενοποιούνται στους εξής βασικούς στόχους:

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

1. Ευαισθητοποίηση

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

2. Παροχή γνώσεων

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

3. Ιεράρχηση αξιών

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

4. Αλλαγή απόψεων

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

τις πληροφορίες που παρέχονται και από την εκάστοτε συναισθηματική φόρτιση.

5. Λήψη αποφάσεων

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

6. Αλλαγή συμπεριφοράς

Η λήψη της κατάλληλης απόφασης, δεν οδηγεί πάντα και στην εκτέλεση της. Ιδιαίτερα όταν πρόκειται για θέματα που η υλοποίηση μιας απόφασης συναντά εμπόδια και δυσκολίες, παρατηρείται συχνά εγκατάλειψη της προσπάθειας ή αποφυγή εκτέλεσης της. Γι' αυτό και η Αγωγή Υγείας παρέχει τη βοήθεια που χρειάζεται το κοινό ή ένα άτομο, προκειμένου να επιτύχει την υλοποίηση μιας αλλαγής. Άλλωστε η αλλαγή συμπεριφοράς- δηλαδή η επιτυχής εφαρμογή, μιας ενεργητικής προσπάθειας, αποτελεί αναμφισβήτητα και το πιο σημαντικό συστατικό κάθε προγράμματος Αγωγής Υγείας.

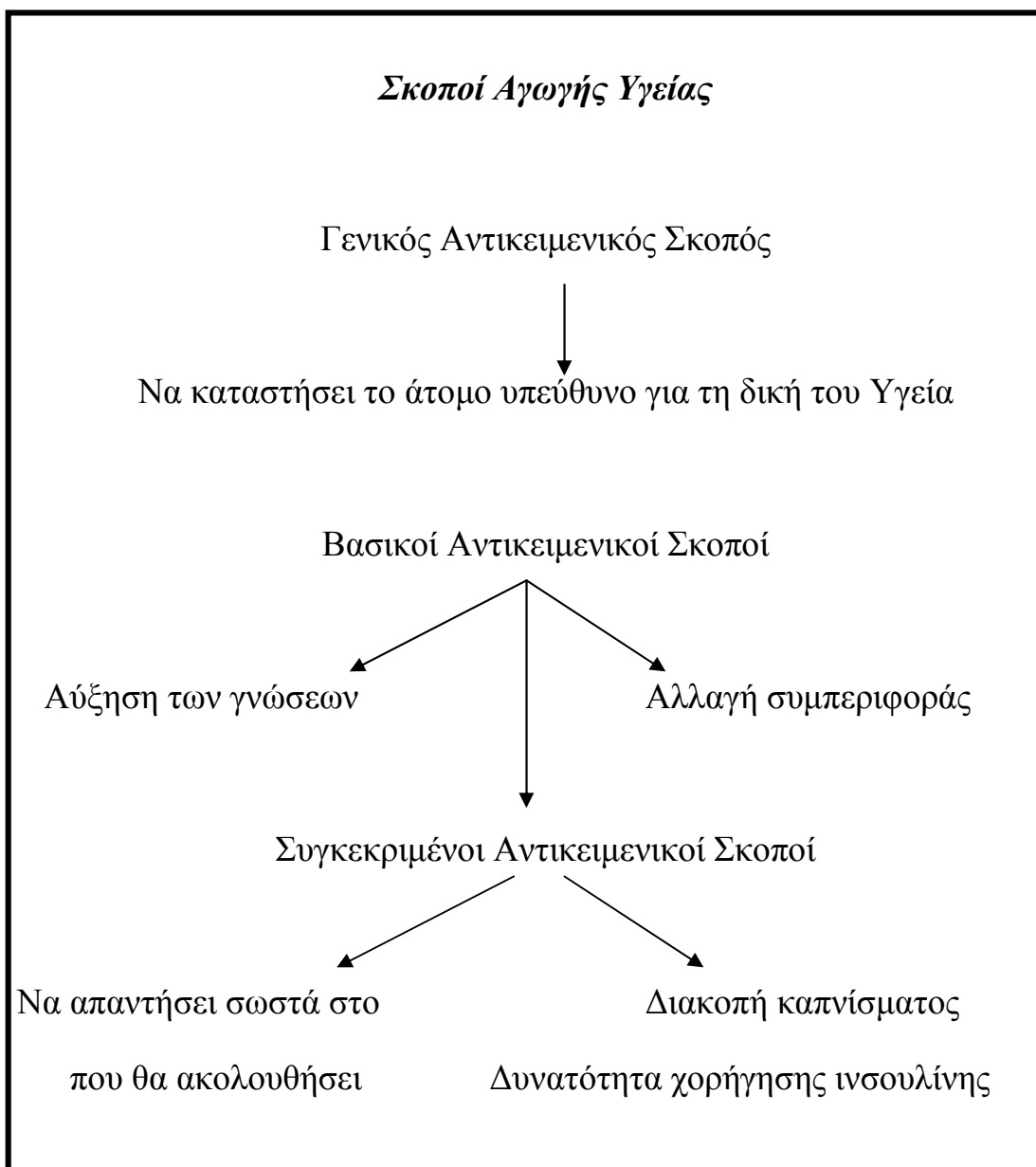
7. Αλλαγή περιβάλλοντος

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

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

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

Στα προγράμματα Αγωγής Υγείας, συνήθως υπάρχει συνδυασμός στόχων και από τις τρεις αυτές κατηγορίες. Για παράδειγμα, σε ένα πρόγραμμα για τη διάδοση του θηλασμού, συνυπάρχουν οι στόχοι για την πληροφόρηση κάθε μητέρας για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, οι στόχοι για την ανατροπή των λαθεμένων απόψεων σχετικά με το θηλασμό και την παχυσαρκία και τέλος οι στόχοι της πρακτικής εκμάθησης για την προετοιμασία της θηλής ή για την αντιμετώπιση του πετρώματος του γάλακτος. Έτσι ο εκπαιδευτής υγείας, επεμβαίνει και στις γνώσεις και στις απόψεις και στις πρακτικές που σχετίζονται με το θηλασμό⁹.



Τύποι αγωγής υγείας

Από τους δύο ορισμούς φαίνεται ότι η αγωγή υγείας μπορεί να διακριθεί σε δύο τύπους, την τυποποιημένη και την άτυπη. Η πρώτη αναφέρεται σε προγραμματισμένη επιστημονική διαδικασία ενημέρωσης και εκπαίδευσης σε επιλεγμένα συνήθως θέματα υγείας, Η δεύτερη περιλαμβάνει τη διαπαιδαγώγηση στην οποία υπόκειται ο άνθρωπος από τη στιγμή της γέννησης του και η οποία αντιστοιχεί στο περιβάλλον που

ανατρέφεται. Οι συνθήκες ζωής, οι κοινωνικές αξίες και αρχές, το συναισθηματικό περιβάλλον και οι σχέσεις στην οικογένεια είναι τα πρώτα ουσιαστικά στοιχεία κοινωνισμού και αγωγής υγείας του ανθρώπου. Η άτυπη μορφή αγωγής υγείας διαφέρει από περιβάλλον σε περιβάλλον, επηρεάζεται από πολλούς πολιτισμικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς και άλλους παράγοντες, είναι δε κύριο συστατικό της κοινωνικοποίησης του ανθρώπου, χωρίς να στηρίζεται σε επιστημονικά δεδομένα.

Πληθυσμός που απευθύνεται

Η προγραμματισμένη αγωγή υγείας διακρίνεται σε αυτήν που απευθύνεται στο άτομο, σε αυτήν που στόχο της έχει το ευρύτερο κοινό και σε αυτήν που απευθύνεται σε συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού.

Η αγωγή υγείας, που αντικείμενο της είναι το άτομο, οργανώνεται συνήθως από τον ιατρικό κλάδο και στοχεύει στην παροχή γνώσεων και στη συνειδητοποίηση του ατόμου να προστατεύσει τον εαυτό του από κινδύνους που απειλούν την υγεία του, ενισχύοντας παράλληλα την αυτοεκτίμηση και την υπευθυνότητα του.

Η αγωγή υγείας που απευθύνεται στο ευρύτερο κοινό συχνά οργανώνεται από κυβερνητικούς οργανισμούς, επιστημονικές εταιρείες και από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Στοχεύει στην αφύπνιση του κοινού σε συγκεκριμένα θέματα υγείας, καθοδηγεί την κοινή γνώμη, συμβάλλει στη διαμόρφωση απόψεων και προσφέρει συμβουλές. Οι πληροφορίες μεταδίδονται στο κοινό με διάφορες μεθόδους: δημόσιες σχέσεις, διαφήμιση, ειδήσεις, διαλέξεις κ.λπ. Ως μέσα μετάδοσης χρησιμοποιούνται το ραδιόφωνο, η τηλεόραση, ο τύπος, οι εκδόσεις και άλλα έντυπα κ.λπ.

Η αγωγής υγείας που απευθύνεται σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού συνήθως οργανώνεται από επιστημονικούς, κοινωνικούς ή κυβερνητικούς οργανισμούς. Σκοπό έχει την πρόληψη και βελτίωση της υγείας ομάδων που εκτίθενται σε αυξημένους κινδύνους ή έχουν ήδη πρόβλημα υγείας³.

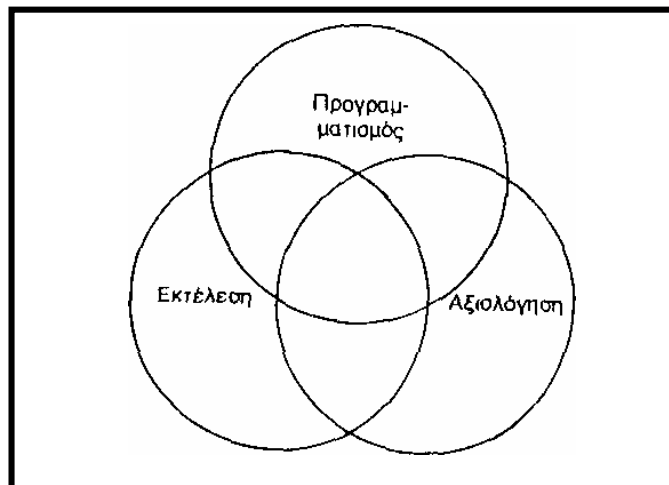
3.1 Σχεδιασμός Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Πριν από την εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, είναι απαραίτητος ο λεπτομερής και προσεκτικός σχεδιασμός τους. Κάθε σχεδιασμός περιλαμβάνει ορισμένους βασικούς τομείς, που ο καθένας απ' αυτούς πρέπει να αναλύεται και να καταγράφεται ξεχωριστά σαν ιδιαίτερο κεφάλαιο του σχεδιασμού πριν από την εφαρμογή του προγράμματος.

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

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

Σχηματικά θα μπορούσαμε να παραστήσουμε τα βήματα του σχεδιασμού, της εφαρμογής και της αξιολόγησης ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας ως εξής⁵:



Σχεδιασμός Προγράμματος Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας

Σκοπός και στόχοι

- Σαφήνεια σκοπού και στόχων
- Σαφήνεια επιδιωκόμενου αποτελέσματος

Ομάδα στόχου - Χώρος

- Αντικειμενική καταγραφή, εκτίμηση προβλημάτων
- Γνώσεις για τον πληθυσμό: ηλικία, επιρροές, γνώσεις, εμπειρίες, συνήθειες, επιδημιολογικά στοιχεία κ.ο.κ.
- Γνώσεις για το χώρο, δομή, κανονισμοί, νομοθεσία

Μέθοδοι - Τεχνικές

- Χρησιμοποίηση μεθόδων και τεχνικών που ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, στο σκοπό και στους στόχους

Υποδομή Προγράμματος

- Κάλυψη δαπανών
- Ανθρώπινο δυναμικό ειδικά εκπαιδευμένο
- Κατάλληλο υλικό για τη διεξαγωγή του προγράμματος
- Διάθεση κατάλληλου χώρου

Προγραμματισμός - Εφαρμογή - Χρονοδιάγραμμα

- Επαναπροσδιορισμός σκοπού και στόχων
- Ανάπτυξη μηχανισμού διαχείρισης, διοίκησης, συντονισμού

Αξιολόγηση Προγράμματος

- Ο σκοπός, οι στόχοι και άλλα κριτήρια χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της πορείας, της επίδρασης και του αποτελέσματος.

Στάδια σχεδιασμού

Ο σχεδιασμός προγραμμάτων Αγωγής Υγείας περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

1. Ανάλυση της κοινότητας
2. Επισημάνση των αναγκών
3. Καθορισμός των στόχων
4. Αποτίμηση των πόρων
5. Περιγραφή της μεθοδολογίας
6. Σχεδιασμός της αξιολόγησης.

Στάδια Προγράμματος Αγωγής Υγείας Ομάδα σχεδιασμού

→ Θέμα

→ Εκτίμηση προβλήματος

.....→ Σκοπός - στόχοι

.....→ Κοινοποίηση - αποδοχή

.....→ Μέθοδοι · σχεδιασμός - αξιοπιστία

.....→ Πόροι - υποδομή

.....→ Αντιμετώπιση αντιθέσεων

.....→ Επαναπροσδιορισμός σκοπών και στόχων

.....→ Χρονοδιάγραμμα - εφαρμογή

.....→ Αξιολόγηση¹

Μοντέλα Αγωγής Υγείας

1. Μοντέλο Πεπιοιθήσεων Υγείας (Μοντέλο του Becker)

Σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο Αγωγής Υγείας του Becker τα άτομα αναζητούν προληπτική φροντίδα υγείας εάν πιστεύουν ότι:

- Ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας που εμφανίζεται είναι σοβαρό.
- Οι ίδιοι είναι επιρρεπείς σε αυτό το πρόβλημα υγείας.
- Είναι δυνατόν να αναλάβουν κάποιες δραστηριότητες ή μέτρα για να μειώσουν τις πιθανότητες να εκδηλωθεί αρρώστια,
- Το κόστος για την πρόληψη καθώς και το ιατρικό, οικονομικό και ψυχολογικό κόστος θεωρούν ότι είναι μικρότερο από το κόστος που δημιουργεί η εκδήλωση της αρρώστιας.

Με βάση το μοντέλο του Becker ο Clark προσέθεσε κάποιους επί πλέον παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την απόφαση του ατόμου για αλλαγή συμπεριφοράς και τρόπου ζωής. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- Εμπιστοσύνη στην ικανότητα του προσώπου που αναλαμβάνει την ενημέρωση και τις σχέσεις του ατόμου με το προσωπικό αυτό.
- Εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα των οδηγιών και του προγράμματος που δόθηκαν.
- Το πραγματικό ή υπολογιζόμενο από το άτομο κόστος στο οποίο περιλαμβάνεται ο χρόνος, τα χρήματα και ο κόπος.
- Ο βαθμός, ο τύπος και η πολυπλοκότητα της αλλαγής που πρέπει να επέλθει (όσο πιο κοντά προς τις συνήθειες του είναι, τόσο πιο εύκολα γίνεται η αλλαγή αυτή).
- Η δυνατότητα της διατήρησης της αλλαγής αυτής για μακρό χρονικό διάστημα.

Αντιλήψεις - Πεποιθήσεις

Ενδιάμεσοι Παράγοντες

1. Σχέση με προσωπικό
2. Αλλαγή που απαιτείται
3. Δυνατότητα αλλαγής σε χρόνο

Αποτέλεσμα

Συμμόρφωση Αλλαγή συμπεριφοράς

ΜΟΝΤΕΛΟ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑ

Βασικός σκοπός τον μοντέλου Becker είναι η αλλαγή συμπεριφοράς. Στο άτομο που διαπιστώνεται ότι ανήκει στην ομάδα κινδύνου για την εκδήλωση μιας αρρώστιας δίδονται πληροφορίες για αλλαγή των αντιλήψεων και των διαθέσεων τον σχετικά με τον τρόπο της ζωής τον. Το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι η αλλαγή συμπεριφοράς και τρόπου ζωής, η εγκατάλειψη δηλαδή ερών συνηθειών και η ενσωμάτωση νέων συνηθειών που δρουν θετικά στην υγεία¹⁰.

3.2. Μεθοδολογία αγωγής υγείας

Η προσπάθεια προαπίσεως και προαγωγής της υγείας χρειάζεται την ενεργητική συμμετοχή του ατόμου. Η συμμετοχή αυτή είναι εκδήλωση υπευθυνότητας του ατόμου απέναντι στον εαυτό του και στο κοινωνικό σύνολο. Η υπευθυνότητα προϋποθέτει ελεύθερη εκλογή και απόφαση για πράξεις, υπάρχει δηλαδή συνείδηση του σκοπού και γνώση των συγκεκριμένων στόχων. Η γνώση είναι γι' αυτό αναγκαία, όχι όμως και ικανή συνθήκη για την υιοθέτηση μιας υγιεινής συμπεριφοράς.

Η αγωγή υγείας δεν αποβλέπει μόνο στη μετάδοση γνώσεων από τους ειδικούς στο κοινό, δεν ταυτίζεται δηλαδή με την ενημέρωση, αλλά αποσκοπεί επιπλέον στη διαμόρφωση θέσεων (στάσεων) και στην τροποποίηση της συμπεριφοράς του ατόμου. Η αγωγή υγείας διαφέρει επίσης από την προπαγάνδα, γιατί η προπαγάνδα δεν αναλύει το περιεχόμενο του θέματος και δεν εξηγεί τους λόγους που υπαγορεύουν μια στάση. Η αγωγή υγείας στοχεύει στην προαγωγή της ικανότητας των ατόμων να παίρνουν ελεύθερες αποφάσεις με βάση τη γνώση.

Αντί του όρου αγωγή υγείας, χρησιμοποιήθηκε στο παρελθόν ο όρος «υγειονομική διαφώτιση». Η έννοια της διαφωτίσεως αναφέρεται στην ενημέρωση κάποιου που βρίσκεται σε πλάνη ή σε άγνοια, αλλά δεν επικεντρώνεται στην υιοθέτηση νέας συμπεριφοράς και κυρίως δεν απηχεί την ενεργητική συμμετοχή του ατόμου στη διαδικασία της αλλαγής της συμπεριφοράς. Η χρήση του όρου διαφώτιση πρέπει να αναζητηθεί σε εποχές που βασική επιδίωξη ήταν η εκρίζωση προλήψεων και η καταπολέμηση της μεγάλης άγνοιας του πληθυσμού.

Η έννοια της αγωγής επικαλύπτεται με αυτή της εκπαίδευσως. Ο όρος «εκπαίδευση» χρησιμοποιείται κυρίως για την οργανωμένη μόρφωση των νέων, που ελέγχεται από τις δεσπόμενες κοινωνικές

δομές και δυνάμεις. Με βάση τη διάκριση αυτή η έννοια «εκπαίδευση υγείας» είναι στενότερη από την έννοια «αγωγή υγείας». Η δεύτερη περιλαμβάνει δραστηριότητες τόσο στην οικογένεια και στην κοινότητα όσο και σε δημόσια ιδρύματα, ενώ η πρώτη περιορίζεται σε δραστηριότητες μέσα στα πλαίσια της σχολικής εκπαίδευσης.

Το σχολείο αποτελεί τον κυριότερο φορέα μεταδόσεως γνώσεων στους νέους αλλά έχει και γενικότερη σημασία στη διαμόρφωση των στάσεων και της συμπεριφοράς τους. Με τη σειρά τους οι νέοι γίνονται φορείς μηνυμάτων υγείας προς την οικογένεια και την κοινότητα.

Αγωγή υγείας και σύστημα υγείας

Η δυσκολία της Θεραπευτικής ιατρικής να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά πολλά από τα σύγχρονα προβλήματα υγείας, παρά την τεράστια ανάπτυξη που γνώρισε και παρά την εκρηκτική αύξηση των δαπανών για την υγεία, έστρεψε την προσοχή στον τομέα της πρόληψης. Η προσδοκία της επιλύσεως σημαντικών προβλημάτων υγείας με την αγωγή υγείας ξεκίνησε από τη διαπίστωση πως πολλά από τα συχνότερα σήμερα νοσήματα στις αναπτυγμένες χώρες, όπως καρδιαγγειακά και νεοπλάσματα, οφείλονται στη μακροχρόνια επίδραση εξωγενών βλαπτικών παραγόντων που θα μπορούσε να αποφευχθούν με την υιοθέτηση μιας κατάλληλης συμπεριφοράς. Για το λόγο αυτό η αγωγή υγείας κατέχει μια σημαντική θέση στο χώρο της προληπτικής ιατρικής και ειδικότερα στην πρωτογενή πρόληψη.

Παράλληλα, σημαντική θέση διεκδικεί η αγωγή υγείας και στη δευτερογενή πρόληψη, που βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Η αποδοτικότητα των αποτελεσματικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου αυξάνει με την ευρεία συμμετοχή και

συμμόρφωση των ατόμων σε αυτά. Η εξασφάλιση όμως ευρείας συμμετοχής και συμμορφώσεως προϋποθέτει σωστή αγωγή υγείας του κοινού. Εξάλλου, η δυνατότητα των ατόμων να αναγνωρίζουν έγκαιρα μερικά πρώιμα συμπτώματα μπορεί να βελτιώσει την πρόγνωση ορισμένων σοβαρών νόσων, όπως των νεοπλασμάτων του μαστού ή του τραχήλου της μήτρας.

Τέλος, η εξειδικευμένη αγωγή υγείας είναι πολύτιμο μέσο στα πλαίσια της θεραπευτικής ιατρικής. Για ορισμένα συχνά χρόνια νοσήματα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση, η αγωγή υγείας γίνεται πραγματικά απαραίτητη.

Αντικείμενα και σχεδιασμός της αγωγής υγείας

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

Η αγωγή υγείας έχει έναν ακόμη σημαντικό στόχο. Με την κατανόηση των βασικών αρχών της δομής και λειτουργίας του σώματος του, το άτομο μπορεί να προσεγγίσει επιστημονικά βαθύτερες αρχές που διέπουν τη ζωή. Αυτό βοηθά στη λογικότερη θεώρηση της φύσεως, ενώ παράλληλα μπορεί ν' αποτελέσει την αρχή γενικότερων

προβληματισμών και αναζητήσεων.

Το συγκεκριμένο περιεχόμενο και οι ειδικότεροι στόχοι της αγωγής υγείας θα πρέπει να καθορίζονται ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο αναφέρεται και τις συνθήκες που διαμορφώνουν τις ανάγκες αυτές. Έτσι το περιεχόμενο διαφέρει ανάλογα με την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, τις συνθήκες διαβίωσης, τη νοσηρότητα, κλπ. Διαφορετικό πρέπει να είναι το περιεχόμενο της αγωγής υγείας σε χώρες όπου υπάρχει μεγάλη επίπτωση λοιμωδών νόσων, και διαφορετικό σε βιομηχανικές χώρες όπου τα νοσήματα φθοράς είναι συχνότερα ως αποτέλεσμα του σύγχρονου τρόπου ζωής. Σε πληθυσμούς όπου το κάπνισμα, ο αλκοολισμός ή η χρήση ναρκωτικών είναι συχνά προβλήματα, θα πρέπει να υπάρχει σχετικός προσανατολισμός του περιεχομένου της αγωγής υγείας. Η πρόληψη των ατυχημάτων, η υγιεινή του στόματος, ο τρόπος χρήσεως των υπηρεσιών υγείας, η σωστή στάση απέναντι στα ζητήματα του οικογενειακού προγραμματισμού, η διαμόρφωση σωστής συμπεριφοράς στους τομείς της διατροφής, των σχέσεων με το άλλο φύλο, της προστασίας του περιβάλλοντος, της ομαλής ψυχοσωματικής αναπτύξεως των παιδιών είναι μερικά άλλα βασικά αντικείμενα, που συνθέτουν το θεματολόγιο της αγωγής υγείας.

Οι ιδιαίτερες συνθήκες του κάθε πληθυσμού διαφοροποιούν, εκτός από το περιεχόμενο, και τις μεθόδους και τα μέσα της αγωγής υγείας για τον πληθυσμό αυτό. Κατά συνέπεια, δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι κανόνες για την εφαρμογή της αγωγής υγείας. Η καθιέρωση της προϋποθέτει μια προσεκτική διαδικασία σχεδιασμού που περιλαμβάνει τα επόμενα στάδια:

(1) Διερεύνηση των δημογραφικών, κοινωνικο-οικονομικών και υγειονομικών χαρακτηριστικών της Κοινότητας ή γενικότερα του

πληθυσμού-στόχου. Αυτή περιλαμβάνει τη συλλογή πληροφοριών που αφορούν το επίπεδο υγείας, τις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, τα κοινωνικά χαρακτηριστικά και τα κοινωνικά προβλήματα.

(ii) Προσδιορισμός του προβλήματος και αναγνώριση του προβλήματος από τα άτομα του πληθυσμού-στόχου. Η αγωγή υγείας επιδιώκει αλλά και προϋποθέτει την ενεργητική συμμετοχή του ατόμου, συμμετοχή που προϋποθέτει τη γνώση του προβλήματος. Έτσι στη φάση αυτή ελέγχεται ο βαθμός της επιγνώσεως του προβλήματος από τον πληθυσμό και στη συνέχεια επιχειρείται η συμπληρωματική πληροφόρηση του πληθυσμού για την έκταση και τα χαρακτηριστικά του προβλήματος.

(iii) Καθορισμός των υγειονομικών στόχων με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού.

(iv) Καθορισμός των μεθόδων της αγωγής υγείας στη συγκεκριμένη κατάσταση. Η επιλογή της μεθοδολογίας γίνεται με βάση τη φύση του προβλήματος, τις δυνατότητες των εκπαιδευτών, την υλικοτεχνική υποδομή, τη συμπεριφορά του πληθυσμού και τις αιτίες που την υπαγορεύουν.

(v) Δημιουργία προϋποθέσεων αξιολογήσεως της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της αγωγής υγείας, προκειμένου αυτή να προσαρμόζεται και να βελτιώνεται, σύμφωνα με τις νεοδιαμορφούμενες ανάγκες του πληθυσμού και ενδεχόμενες νέες μεθόδους αγωγής.

Αλλαγή της συμπεριφοράς

Η στάση και η συμπεριφορά κάθε ατόμου είναι σε μεγάλο βαθμό αποτέλεσμα των επιδράσεων του οικογενειακού και του ευρύτερου

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

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

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

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

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

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

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

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

Μέθοδοι και φορείς της αγωγής υγείας

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στην αγωγή υγείας διακρίνονται σχηματικά σε μεθόδους που βασίζονται «σε γνώση» και μεθόδους που βασίζονται «σε δράση». Στην πράξη βέβαια οι δυο αυτές κατηγορίες μεθόδων δεν διαχωρίζονται πάντα.

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

(ii) Μέθοδοι που βασίζονται σε δράση. Οι μέθοδοι αυτές

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

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

Η αγωγή υγείας είναι μια σύνθετη διαδικασία και το γεγονός αυτό εξηγεί γιατί χρειάζονται τόσο πολλά προσόντα για την αποτελεσματική άσκηση της. Δεν αρκεί η γνώση ιατρικής και υγιεινής, είναι απαραίτητη η γνώση και η εμπειρία στους τομείς των επιστημών της επικοινωνίας και της συμπεριφοράς, καθώς και η προηγούμενη άσκηση στο σχεδιασμό, την οργάνωση, την εκτέλεση και την αξιολόγηση των δραστηριοτήτων της αγωγής υγείας. Τα προσόντα αυτά θα πρέπει να έχουν όλοι όσοι απασχολούνται συστηματικά με το σχεδιασμό και την εκτέλεση προγραμμάτων αγωγής υγείας στην Κοινότητα. Ανάλογα προσόντα πρέπει να έχουν οι γιατροί, ιδίως της πρωτογενούς φροντίδας, και οι δάσκαλοι που θα ασκήσουν την εκπαίδευση υγείας.

Η αγωγή υγείας δεν είναι αποκλειστική υπόθεση των γιατρών. Ο ρόλος όμως των γιατρών στο σύστημα της αγωγής υγείας είναι

σημαντικός στα παρακάτω σημεία:

(i) Στον καθορισμό της επιστημονικής βάσεως και του περιεχομένου της αγωγής υγείας.

(ii) Στην άσκηση αγωγής υγείας στα πλαίσια της πρωτογενούς φροντίδας.

(iii) Στην εκπαίδευση των δασκάλων και άλλων φορέων που θα ασκήσουν την αγωγή υγείας.

(iv) Στη συμμετοχή σε προγράμματα αγωγής υγείας στην Κοινότητα, με ειδικό ρόλο και υποχρεώσεις.

Δυσκολίες στην επιτυχία των προγραμμάτων

Οι δυνατότητες της αγωγής υγείας στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς είναι περιορισμένες, αλλά και αυτές που υπάρχουν δεν αξιοποιούνται στο μέγιστο βαθμό. Οι δυσκολίες στην ανάπτυξη των προγραμμάτων αγωγής υγείας και οι συνηθέστεροι λόγοι αποτυχίας τους είναι οι επόμενοι:

(i) Υποεκτίμηση ή υπερεκτίμηση των δυνατοτήτων της αγωγής υγείας.

(ii) Χαμηλή προτεραιότητα στους εθνικούς προϋπολογισμούς, με συνέπεια ανεπαρκή κρατική φροντίδα για την αγωγή υγείας.

(iii) Κατάτμηση των υπηρεσιών αγωγής υγείας και έλλειψη συντονισμού των δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται.

(iv) Έλλειψη ενεργού συμμετοχής στο σχεδιασμό της αγωγής υγείας των πραγματικά ενδιαφερομένων, δηλαδή των εκπαιδευόμενων

(v) Έλλειψη ανταποκρίσεως του περιεχομένου της αγωγής υγείας στις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα των εκπαιδευόμενων, όπως αυτά

διαμορφώνονται σύμφωνα με την ηλικία και το περιβάλλον στο οποίο ζουν,

(νί) Έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής και ανθρώπινων πόρων⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΠΡΟΑΓΩΓΗ – ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Μια από τις σημαντικότερες πρόσφατες αλλαγές στο χώρο της υγείας διεθνώς υπήρξε το αυξανόμενο ενδιαφέρον για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την πρόληψη. Οι κοινωνίες άρχισαν να συνειδητοποιούν τα όρια της σύγχρονης θεραπευτικής / νοσοκομειακής ιατρικής απέναντι στα μείζονα προβλήματα υγείας της εποχής μας, όπως είναι ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα ατυχήματα, οι ψυχικές διαταραχές, τα χρόνια, εκφυλιστικά νοσήματα, και πιο πρόσφατα το AIDS. Ταυτόχρονα, οι κρατικοί προϋπολογισμοί όλο και περισσότερο δυσκολεύονται ή και αδυνατούν να ανταποκριθούν στις διογκούμενες δαπάνες για την υγεία, που στη συντριπτική τους πλειοψηφία καλύπτουν ανάγκες του θεραπευτικού/νοσοκομειακού τομέα.

Αυτά τα δύο παράλληλα φαινόμενα, (των αυξανόμενων δαπανών και της φθίνουσας αποτελεσματικότητας) που συνιστούν την πολυσυζητημένη κρίση της σύγχρονης ιατρικής, έχουν οδηγήσει στην αναζήτηση νέων πολιτικών υγείας και στην αναβάθμιση άλλων, σε μια προσπάθεια να απαντηθούν αποτελεσματικά και να αντιμετωπιστούν οικονομικά τα σύγχρονα προβλήματα υγείας. Κυρίως έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη της πρόληψης, στο βαθμό που η σχέση της υγείας με τον σύγχρονο τρόπο ζωής και με το σύγχρονο περιβάλλον δημιουργεί μεγάλες δυνατότητες παρέμβασης και καταπολέμησης των αιτιολογικών παραγόντων της αρρώστιας.

Η 34η γενική συνέλευση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), που πραγματοποιήθηκε το 1981, έθεσε ως στρατηγική επιδίωξη

το «Υγεία για όλους το έτος 2000». Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θεωρήθηκε μοχλός αυτής της προσπάθειας, γι' αυτό και ένας από τους βασικούς στόχους που τέθηκαν ήταν ο αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας. Οι άλλοι βασικοί στόχοι ήταν η πρόληψη των προλήψιμων νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, η αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, η διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών.

Σχετικά με την πρόληψη, θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι παρόλο που η πρωτογενής πρόληψη, που επιδιώκει την καταπολέμηση διαφόρων νοσογόνων παραγόντων (κακή διατροφή, κάπνισμα, ναρκωτικά, κ.ά.), συνεισφέρει πολύ περισσότερα απ' ό,τι η δευτερογενής πρόληψη (προσυμπτωματικός έλεγχος για έγκαιρη διάγνωση), παραμένει σε πολλές περιπτώσεις υποβαθμισμένη, τόσο στις προτεραιότητες της πολιτείας όσο και στις επιλογές των πολιτών.

Για την αντιμετώπιση των σύγχρονων προκλήσεων και απαιτήσεων, ο ΠΟΥ θεσμοθέτησε το 1986, με τη Διακήρυξη της Οτάβας, την πολιτική της Προαγωγής Υγείας (Health Promotion), που αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, στην ενίσχυση των ευρύτερων παραγόντων που επιδρούν θετικά στην ανθρώπινη υγεία, καθώς και στη διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών.

Προσανατολισμένη στην κοινότητα και στις ανάγκες του κάθε τοπικού πληθυσμού, διαποτισμένη από την ουμανιστική αντίληψη για την υγεία και την αρρώστια, κοινωνικά προσανατολισμένη, η Προαγωγή¹ Υγείας έρχεται να καλύψει ένα κενό που μεγάλωνε συνεχώς τα τελευταία χρόνια, καθώς αυξανόταν το ειδικό βάρος της νοσοκομειακής/θεραπευτικής ιατρικής και η πρόληψη περιοριζόταν κυρίως στο διαγνωστικό-εργαστηριακό τομέα.

Οι δύο βασικοί στόχοι της Προαγωγής Υγείας, είναι η αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών. Η αναβάθμιση των ευρύτερων παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία, όπως είναι οι οικονομικοί, οι περιβάλλονται, οι κοινωνικοί, κ.ά., προϋποθέτει μεγάλο αριθμό δράσεων: διατροφική πολιτική, στέγαση, κάπνισμα, επιδεξιότητες προσαρμογής, κοινωνική υποστήριξη, κ.ά. Κατά συνέπεια, η Προαγωγή Υγείας, εκτός από τη στενή συνεργασία των υπηρεσιών υγείας, στηρίζεται και στη συμβολή όλων των φορέων που σχετίζονται με τους ευρύτερους αυτούς παράγοντες. Στο πλαίσιο αυτής της συνεργασίας, η Προαγωγή Υγείας συνδυάζει ποικίλες αλλά 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 που απειλούν την υγεία. Η διαμόρφωση πολιτικών Προαγωγής Υγείας μπορεί έτσι να σχετιστεί και να ενοποιηθεί με άλλες πολιτικές, όπως της εργασίας, της στέγασης, των κοινωνικών υπηρεσιών, της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κ.ο.κ.

Επίσης, από τη στιγμή που η Προαγωγή Υγείας αποτελεί ευρύτερη δραστηριότητα στο χώρο της υγείας και της κοινωνίας και όχι απλώς ιατρική υπηρεσία, όλοι οι επαγγελματίες υγείας, οι κοινωνικοί επιστήμονες, οι εκπαιδευτικοί, οι περιβαλλοντολόγοι, κ.ά. διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της.

Στο επίκεντρο, της προσπάθειας όλων αυτών των δυνάμεων βρίσκεται η εξασφάλιση της πρόσβασης στην υγεία, δηλαδή η μείωση των σχετικών ανισοτήτων και η αύξηση των ευκαιριών για βελτίωση της υγείας. Η επιδίωξη αυτή συνεπάγεται αλλαγές στις πολιτικές του

κράτους και των υπεύθυνων φορέων, ενίσχυση των κοινωνικών δομών και της κοινωνικής υποστήριξης, αναπροσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας, καθώς και ουσιαστική συμμετοχή του κοινού, με την ανάπτυξη επιδεξιοτήτων σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο ώστε να καθίστανται τα άτομα ικανά να αναλαμβάνουν αυθόρμητα ή οργανωμένα υπεύθυνη δράση για την υγεία τους και να διευκολύνεται έτσι ο εντοπισμός των προβλημάτων και η λήψη των σωστών αποφάσεων.

Η ανάγκη ενεργού συμμετοχής των ατόμων στην προάσπιση της υγείας απορρέει από τη σύγχρονη αντίληψη, που ταυτίζει την υγεία με τη δυνατότητα που έχει ένα άτομο ή μια ομάδα από τη μια να πραγματοποιεί τις επιθυμίες του/της και να ικανοποιεί τις ανάγκες του/της και από την άλλη να μεταβάλλει το περιβάλλον ή να προσαρμόζεται σε αυτό. Επομένως, η υγεία θα πρέπει να θεωρείται, όπως ήδη τονίστηκε, όχι αυτοσκοπός, αλλά συντελεστής της καθημερινής ζωής. που καθορίζεται από κοινωνικές και προσωπικές δυνατότητες και ικανότητες. Η ενεργοποίηση του πληθυσμού απαιτεί ,πλήρη και συνεχή πρόσβαση στην πληροφόρηση για θέματα υγείας, καθώς και τη μέγιστη δυνατή διάχυση όλων των σχετικών πληροφοριών στο σύνολο του πληθυσμού, κυρίως μέσα από την ανάπτυξη της Αγωγής Υγείας.

Ο δεύτερος βασικός στόχος της Προαγωγής Υγείας, η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών, είναι το αντικείμενο της Αγωγής Υγείας. Η Αγωγή Υγείας αποτελεί συγκροτημένη εκπαιδευτική δραστηριότητα και όχι απλώς ενημέρωση σε θέματα υγείας όπως συνέβαινε κατά το παρελθόν. Το σύγχρονο αυτό περιεχόμενο της Αγωγής Υγείας την καθιστά αναπόσπαστο και σημαντικό κομμάτι της Προαγωγής Υγείας, αλλά και ουσιαστική συνιστώσα της θεραπευτικής διαδικασίας και της

σωστής χρήσης και αξιοποίησης των υπηρεσιών υγείας.

Η ιδιαίτερα σημαντική συμμετοχή και συνενοχή της ανθρώπινης συμπεριφοράς στην πρόκληση της σύγχρονης νοσηρότητας δημιουργεί μεγάλα περιθώρια για σημαντικά οφέλη ως προς την υγεία μέσω της καταπολέμησης των ανθυγιεινών συμπεριφορών. Οι διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα, η καθιστική ζωή κ.ά., αποτελούν παράγοντες κινδύνου που μπορούν να ελεγχθούν σε σημαντικό βαθμό με την τροποποίηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Όμως, στο πλαίσιο της αναζήτησης πλουραλιστικών και δημοκρατικών μορφών κοινωνικής οργάνωσης, οι αντιλήψεις για την υγεία δεν μπορεί να είναι ούτε ενιαίες, ούτε μονολιθικές. Υπάρχουν συχνά, εναλλακτικές μορφές θεραπείας και πολλαπλοί τρόποι κατάκτησης της επιθυμητής σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Γι' αυτό και η Αγωγή Υγείας επιδιώκει τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής, μέσω της γνώσης και της υπευθυνότητας, και όχι μέσω της επιβολής κάποιας συμπεριφοράς, ή της προπαγάνδισης κάποιας αλήθειας, ακόμα και όταν υπάρχει αξιόπιστη επιστημονική τεκμηρίωση.

Εξάλλου, η ένταξη της Αγωγής Υγείας στην ευρύτερη στρατηγική της Προαγωγής Υγείας αποτελεί θετική υπέρβαση της διαμάχης για τον αν η συμπεριφορά ή το περιβάλλον διαδραματίζουν τον πρωτεύοντα ρόλο στη διαμόρφωση των φαινομένων της υγείας και της αρρώστιας. Η συμπεριφορά καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από το περιβάλλον. Όμως, και το περιβάλλον διαμορφώνεται και από την επίδραση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Καμιά ουσιαστική αλλαγή δεν μπορεί να επέλθει στη συμπεριφορά αν δεν υπάρχουν οι κατάλληλες περιβαλλοντικές συνθήκες, και καμιά αναβάθμιση του περιβάλλοντος δεν μπορεί να επιτευχθεί χωρίς την ενεργό συμμετοχή του ανθρώπινου παράγοντα. Γι'

αυτό και η Προαγωγή Υγείας, που "παντρεύει" τη συμπεριφορά με το περιβάλλον, αποτελεί για το 21ο αιώνα βασική προτεραιότητα ως προς την άσκηση της σύγχρονης πολιτικής υγείας. Ανάλογες πρωτοβουλίες αναπτύσσονται και από την πλευρά της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η συνθήκη του Μάαστριχ, με το άρθρο 129, έθεσε τα θεμέλια για την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας υιοθετώντας τους στόχους για την πρόληψη της αρρώστιας, την καταπολέμηση της σύγχρονης νοσηρότητας και την προαγωγή της υγείας.

Το 1999, η συνθήκη του Άμστερνταμ, με το άρθρο 153 που αντικατέστησε το άρθρο 129κ κατοχύρωσε την υπόθεση της προστασίας της υγείας στο επίκεντρο κάθε ασκούμενης ευρωπαϊκής πολιτικής. Η εξέλιξη αυτή θεωρήθηκε ιδιαίτερα σημαντική γιατί για πρώτη φορά η ΕΕ δεσμεύτηκε να λαμβάνει υπόψη της την προστασία της υγείας στους κρίσιμους τομείς του περιβάλλοντος των μεταφορών, της γεωργίας, της εργασίας, της εκπαίδευσης κ.τ.λ¹¹.

Αρχές Προαγωγής Υγείας

Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ επικεντρώνεται περισσότερο στο σύνολο του πληθυσμού μέσα στα πλαίσια της καθημερινής του ζωής, παρά στα μεμονωμένα άτομα που διατρέχουν κάποιο συγκεκριμένο κίνδυνο να αρρωστήσουν. Καθιστά τα άτομα ικανά να αναλαμβάνουν αυθόρμητα ή οργανωμένα υπεύθυνη δράση για την υγεία τους, που όπως ήδη αναφέρθηκε, αποτελεί σημαντικό συντελεστή της καθημερινής τους ζωής. Η επιδίωξη αυτή απαιτεί πλήρη και συνεχή πρόσβαση στην πληροφόρηση για θέματα υγείας και τη μέγιστη δυνατή κοινοποίηση όλων των σχετικών πληροφοριών στο σύνολο του πληθυσμού.

§ Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ κατευθύνει τη δράση της προς όλους τους

παράγοντες που καθορίζουν την υγεία. Κατά συνέπεια η Προαγωγή Υγείας, εκτός από τη στενή συνεργασία των υπηρεσιών υγείας, προϋποθέτει και τη συμβολή όλων των φορέων που σχετίζονται με τους ευρύτερους αυτούς παράγοντες.

§ Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ συνδυάζει διάφορες αλλά 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 ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ στοχεύει ιδιαίτερα στην αποτελεσματική και ουσιαστική συμμετοχή του κοινού. Ο στόχος αυτός απαιτεί την ανάπτυξη επιδεξιοτήτων σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο που διευκολύνουν την αποσαφήνιση των προβλημάτων και τη λήψη των σωστών αποφάσεων.

§ Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ 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.

Δραστηριότητες - Προτεραιότητες

Η Προαγωγή Υγείας επιδιώκει την αναβάθμιση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία, όπως είναι οι οικονομικοί, οι περιβαλλοντολογικοί, οι κοινωνικοί κ.ά. Με δεδομένο το εύρος αυτών των παραγόντων, θα μπορούσε να καταγραφεί ένας σχεδόν ατέλειωτος κατάλογος δραστηριοτήτων: διατροφική πολιτική, στέγαση, κάπνισμα, επιδεξιότητες προσαρμογής, κοινωνική υποστήριξη κ.ά. Για να

διευκολυνθεί όμως το έργο της Προαγωγής Υγείας, η διακήρυξη της Οττάβας αναφέρει ότι:

— Στο επίκεντρο της Προαγωγής Υγείας είναι η εξασφάλιση της πρόσβασης στην υγεία, δηλαδή η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία και η αύξηση των ευκαιριών για τη βελτίωση της υγείας. Η επιδίωξη αυτή συνεπάγεται αλλαγές στις σχετικές πολιτικές του κράτους και των υπεύθυνων φορέων, καθώς και αναπροσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας.

— Η βελτίωση της υγείας εξαρτάται από τη διαμόρφωση ενός υγιεινού περιβάλλοντος ιδιαίτερα σε ότι αφορά τις συνθήκες εργασίας και κατοικίας. Επειδή και στις δύο περιπτώσεις πρόκειται για ένα δυναμικό περιβάλλον, η Προαγωγή Υγείας περιλαμβάνει μεθόδους για την εκτίμηση της δυναμικής αυτής μέσα από την αξιολόγηση των τεχνολογικών, πολιτιστικών και οικονομικών τάσεων και προοπτικών.

— Η Προαγωγή Υγείας επιδιώκει την ενίσχυση των κοινωνικών δομών και της κοινωνικής υποστήριξης. Η επιδίωξη αυτή στηρίζεται στην αποδοχή του σημαντικού ρόλου που διαδραματίζουν οι κοινωνικές δυνάμεις και οι κοινωνικές σχέσεις στον καθορισμό των αξιών και των συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία.

— Ο κυρίαρχος τρόπος ζωής σε μια κοινωνία είναι καθοριστικής σημασίας γιατί διαμορφώνει τις προσωπικές συμπεριφορές που μπορεί να είναι είτε ωφέλιμες, είτε βλαβερές. Η υιοθέτηση συμπεριφορών που συμβάλλουν στην υγεία προϋποθέτει τη διερεύνηση των σχετικών πεποιθήσεων και αξιών. Η διαμόρφωση μιας υγιεινούς συμπεριφοράς και η ανάπτυξη κατάλληλων μηχανισμών προσαρμογής στο περιβάλλον και συναλλαγής με αυτό, αποτελούν θεμελιώδεις στόχους της Προαγωγής Υγείας.

— Η Προαγωγή Υγείας στηρίζεται στη συλλογική προσπάθεια για την προάσπιση της υγείας. Οι αρχές, με την άσκηση κοινωνικής πολιτικής, έχουν μια ιδιαίτερη ευθύνη στο να καταστήσουν προσιτές τις ενδεικνυόμενες επιλογές και να εξασφαλίσουν τις βασικές προϋποθέσεις μιας υγιούς ζωής. Οι δε υποστηρικτές της Προαγωγής της Υγείας μέσα στα κέντρα αποφάσεων, πρέπει αφενός να έχουν συνείδηση της σημασίας της αυθόρμητης δραστηριότητας για την υγεία, όπως είναι τα κοινωνικά κινήματα ή τα φαινόμενα της αυτοβοήθειας και της αυτοφροντίδας και αφετέρου να αναγνωρίζουν την ανάγκη συνεχούς συνεργασίας με το κοινό πάνω σε όλα τα θέματα της Προαγωγής Υγείας.

— Η έννοια της Προαγωγής Υγείας πρέπει να αποσαφηνίζεται σε κάθε στάδιο του σχεδιασμού δίνοντας έμφαση στις κοινωνικές, οικονομικές και οικολογικές διαστάσεις της υγείας. Η διαμόρφωση πολιτικών Προαγωγής Υγείας μπορεί έτσι να σχετιστεί και να ενοποιηθεί με άλλες πολιτικές, όπως της εργασίας, της στέγασης, των κοινωνικών υπηρεσιών, της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κτλ.

— Η πολιτική βούληση για την ανάπτυξη της Προαγωγής Υγείας πρέπει να οδηγεί στη δημιουργία κέντρων αναφοράς σε όλα τα επίπεδα τοπικό, περιφερειακό και εθνικό. Τα κέντρα αυτά θα λειτουργούν σαν οργανωτικοί μηχανισμοί για το διατομεακό και συντονισμένο σχεδιασμό της Προαγωγής Υγείας. Θα παρέχουν επίσης ηγεσία και υπευθυνότητα έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ανάπτυξη των σχετικών δραστηριοτήτων. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη μακροπρόθεσμων προγραμμάτων είναι και η ύπαρξη επαρκών κονδυλίων και ειδικευμένου προσωπικού.

— Κατά την ανάπτυξη των δραστηριοτήτων της Προαγωγής Υγείας θα πρέπει να υπάρχει συνεχής διάλογος και ανταλλαγή απόψεων μεταξύ

των ομάδων και ειδικών επαγγελματιών. Θα πρέπει επίσης να καθιερωθούν μηχανισμοί που θα εξασφαλίσουν ευκαιρίες για να εκφράζει το κοινό τις απόψεις του και για να καλλιεργείται το δημόσιο ενδιαφέρον για την υγεία.

— Για την επιλογή των τομέων προτεραιότητας, θα πρέπει να έχει προηγηθεί μια αξιολόγηση των δεικτών υγείας, των γνώσεων, των ικανοτήτων και πρακτικών του πληθυσμού σε θέματα υγείας καθώς και της ισχύουσας εθνικής ή τοπικής νομοθεσίας και πολιτικής.

— Επιπλέον θα πρέπει να έχει εκτιμηθεί η προσδοκώμενη επίδραση στην υγεία των σχεδιαζόμενων μέτρων και προγραμμάτων, οι οικονομικοί περιορισμοί και τα οικονομικά οφέλη, η κοινωνική και η πολιτιστική αποδοχή τους και η δυνατότητα ολοκληρωμένης πραγμάτωσης τους.

— Τέλος, η ερευνητική υποστήριξη είναι καθοριστική για την ανάπτυξη των δραστηριοτήτων και για την αξιολόγηση τους. Υπάρχει ανάγκη να αναπτυχθούν νέες μεθοδολογίες έρευνας και να επινοηθούν κατάλληλοι τρόποι αξιολόγησης. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα πρέπει να κοινοποιούνται ευρέως και να πραγματοποιούνται συγκρίσεις ενδοκρατικές και διεθνείς.

Διλήμματα Προαγωγής Υγείας

Η κοινωνική πολιτική της υγείας θα έρχεται πάντα αντιμέτωπη με βασικά πολιτικά και ηθικά διλήμματα. Όσοι ασχολούνται με την Προαγωγή Υγείας θα πρέπει να έχουν επίγνωση των πιθανών συγκρούσεων συμφερόντων στο κοινωνικό και στο ατομικό επίπεδο.

Πρώτα απ' όλα υπάρχει ο κίνδυνος η υγεία να θεωρηθεί σαν ο απόλυτος σκοπός που αγκαλιάζει όλες τις πτυχές της ζωής. Η ιδεολογία

αυτή, που συχνά αποκαλείται υγιεινισμός θα μπορούσε να οδηγήσει στην κηδεμόνευση των ατόμων και στον έλεγχο της συμπεριφοράς, γεγονός που αντιστρατεύεται τις βασικές αρχές της Προαγωγής Υγείας.

Επίσης ενδέχεται, προγράμματα Προαγωγής Υγείας να προσανατολίζονται κυρίως σε ατομικές λύσεις, αντί να στοχεύουν στην επίλυση των γενικότερων προβλημάτων του πληθυσμού. Αυτοί που αποφασίζουν, πολλές φορές θεωρούν τα άτομα αποκλειστικά υπεύθυνα για την υγεία τους. Συχνά υπάρχει η εσφαλμένη εντύπωση ότι οι άνθρωποι έχουν τη δύναμη να σχεδιάζουν εξ' ολοκλήρου τη ζωή τους έτσι ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν τους προλήψιμους κινδύνους. Κατά συνέπεια, όταν αρρωσταίνουν, θεωρούνται υπεύθυνοι και στιγματίζονται ανάλογα (victim blaming).

Ορισμένες φορές οι μέθοδοι Προαγωγής της Υγείας, δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες, πεποιθήσεις, προτιμήσεις ή ικανότητες του κοινού. Το γεγονός αυτό μπορεί να αυξήσει τις κοινωνικές ανισότητες. Η παροχή πληροφοριών από μόνη της π.χ. είναι ανεπαρκής σαν μέτρο. Η ευαισθητοποίηση του κοινού γύρω από ένα πρόβλημα υγείας χωρίς να παρέχονται οι δυνατότητες για την αντιμετώπιση του, θα μπορούσε να έχει σαν μοναδικό αποτέλεσμα τη δημιουργία ανησυχίας και αισθήματος ανασφάλειας.

Υπάρχει τέλος κίνδυνος για την οικειοποίηση της Προαγωγής Υγείας από μια επαγγελματική ομάδα που μπορεί να την μετατρέψει σε ένα εξειδικευμένο κλάδο, αποκλείοντας έτσι τα άλλα ενδιαφερόμενα μέρη. Το κοινό, για να αυξήσει τον έλεγχο του στα θέματα που αφορούν την υγεία του, θα πρέπει να απαιτήσει και να διεκδικήσει από τους επαγγελματίες και τις αρχές μεγαλύτερη συμμετοχή στη διαχείριση των πόρων και στην χάραξη της πολιτικής υγείας και ειδικότερα της

Προαγωγής Υγείας⁵.

Τομείς δράσης για την προώθηση της προαγωγής της υγείας είναι:

§ Η δημιουργία υγιούς δημόσιας πολιτικής

Σκοπός είναι "η υγιέστερη επιλογή να γίνει και η ευκολότερη λύση". Όλοι οι τομείς και οι υπηρεσίες συνεργάζονται για τη λήψη συντονισμένων μέτρων: νομικών, οικονομικών, διοικητικών, κοινωνικής πολιτικής και άλλων, που προστατεύουν και βελτιώνουν την υγεία με πνεύμα που ευνοεί την ισότητα.

§ Η δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος

Η υγεία δεν μπορεί να απομονωθεί από άλλους στόχους. Η αδιαμφισβήτητη και αναπόφευκτη αλληλεπίδραση του ανθρώπου με το κοινωνικό και οικολογικό περιβάλλον αποτελεί βάση για την προσέγγιση της υγείας. Η προαγωγή της υγείας προωθείται στο φυσικό και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, στην οικογένεια, στο χώρο απασχόλησης και αναψυχής. Υποστηρίζεται δε από μέτρα που ενισχύουν την ασφάλεια, την ικανοποίηση, την ευχαρίστηση, τις καλές σχέσεις σε έναν κόσμο που αλλάζει γρήγορα και χρειάζεται συχνά να γίνεται επανεκτίμηση της υγείας και των αναγκών.

§ Η ενδυνάμωση της κοινοτικής δράσης

Η προαγωγή της υγείας αναπτύσσεται με συγκεκριμένα και αποτελεσματικά κοινοτικά μέτρα. Η προαγωγή της υγείας υποστηρίζει την εξουσιοδότηση των κοινοτήτων ώστε να μπορούν να θέτουν προτεραιότητες, να αποφασίζουν, να σχεδιάζουν στρατηγικές και να εφαρμόζουν προγράμματα που στοχεύουν στη βελτίωση της υγείας.

§ Η ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων

Η προαγωγή της υγείας υποστηρίζει την προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη με την εξασφάλιση σύγχρονης και σωστής ενημέρωσης, την αγωγή υγείας και την εκμάθηση δεξιοτήτων. Αυτές οι δραστηριότητες πρέπει να προγραμματίζονται και να αναπτύσσονται στο σχολείο, στο σπίτι, στο χώρο εργασίας και στην κοινότητα. Με αυτό τον τρόπο οι άνθρωποι αναπτύσσουν ικανότητες για αποτελεσματικότερο έλεγχο και βελτίωση της υγείας τους μαθαίνουν να προετοιμάζονται για τα διάφορα στάδια της ζωής και μπορούν να αντιμετωπίσουν τυχόν χρόνιες καταστάσεις υγείας και να προσαρμόζονται ανάλογα.

Επαναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας: Ολόκληρος ο τομέας υγείας και οι υπηρεσίες του πρέπει να αντιμετωπίσουν με σεβασμό τις διαφορετικές πολιτισμικές ανάγκες, να συνεργαστούμε με άλλες υπηρεσίες και φορείς και να επαναπροσδιορίσουν τις υπηρεσίες που προσφέρουν.

Τόσο το περιεχόμενο του συμποσίου του Λουξεμβούργου όσο και τα δυο κείμενα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, δηλαδή η «Διακήρυξη της Έννοιας και των Αρχών της Προαγωγής της Υγείας» και ο «Καταστατικός Χάρτης της Οττάβα», κάνουν σαφές ότι η προαγωγή της υγείας απαιτεί τη συνδρομή πολλών επαγγελματικών κλάδων, εκτός από τους υγειονομικούς, καθώς και τη συμμετοχή των μη ειδικών, των απλών πολιτών. Οι εκπαιδευτικοί, οι κοινωνικοί επιστήμονες, οι γονείς και οι νέοι ενθαρρύνονται να αναπτύξουν δράση.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι ο όρος προαγωγή της υγείας πρωτοδιατυπώθηκε από περιβαλλοντολόγους και υιοθετήθηκε από τον υγειονομικό και ιατρικό χώρο που αναγνωρίζει τη σημασία στη βελτίωση της υγείας, παραγόντων άλλων άπα τους καθορισμένους βιολογικούς - το περιβάλλον, τη διατροφή και τη συμπεριφορά³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η κοινοτική νοσηλευτική σαν έννοια ήταν γνωστή από πολύ παλιά σαν όρος όμως είναι τελείως πρόσφατη. Για να διαμορφωθεί στην σημερινή της μορφή πέρασε από τέσσερα (4) στάδια:

Πρώτο στάδιο: 1859-1900

Στη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου η κοινοτική νοσηλευτική προσέφερε τις θεραπευτικές τις φροντίδες εθελοντικά. Το έτος 1859 ο William Ratbone, άγγλος φιλόanthρωπος αναγνωρίζοντας ο ίδιος τη σημασία της νοσηλείας στο σπίτι, από κάποια προσωπική του εμπειρία, προσέλαβε την αδελφή Mary Robinson με σκοπό να προφέρει τις υπηρεσίες της σε μια ομάδα φτωχών στο Liverpool. Έτσι έχουμε το πρώτο ξεκίνημα του θεσμού.

Συγχρόνως αναπτύσσεται ο θεσμός και στις ΗΠΑ με την Francis. Παράλληλα με τη φροντίδα που παρείχαν στους ασθενείς τους, οι κοντικές νοσηλεύτριες τους δίδασκαν καθαριότητα και τρόπους υγιεινής διαβίωσης.

Η Florence Nightingale τις ονόμασε νοσηλεύτριες υγείας και το όραμα της ήταν μια μέρα να μην υπάρχουν νοσηλεύτριες μόνο για τους αρρώστους, αλλά και για τους υγιείς.

Δεύτερο στάδιο: 1900 - 1930

Από τις αρχές του αιώνα μας, η κοινοτική νοσηλευτική βελτιώθηκε, ξεπέρασε τη φιλόanthρωπική της μορφή και παράλληλα άρχισε ν' ασχολείται και με τον υγιή πληθυσμό. Στις ΗΠΑ η κοινοτική

νοσηλευτική άρχισε να εστιάζεται στη δημόσια υγεία έτσι ο ρόλος της κοινοτικής (επισκέπτριας)νοσηλεύτριας άρχισε να επεκτείνεται.

Τρίτο στάδιο: 1930-1970

Στην περίοδο αυτή η δημοσία υγιεινή αναπτύσσεται περαιτέρω και ο ρόλος της επισκέπτριας- κοινοτικής νοσηλεύτριας διαγράφεται εντονότερα. Στην Ελλάδα ο θεσμός άρχισε το έτος 1923, αφορμή ήταν η επιδημία του Δαγγείου πυρετού που μάστιζε την Ελλάδα. Τότε διαφάνηκε η ανάγκη για εκπαίδευση νοσηλευτών σε θέματα δημοσίας υγείας.

Το 1930 ζητήθηκε από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό (Ε.Ε.Σ.) η ίδρυση σχολής βοηθών νοσηλευτών δημόσια υγιεινής.

Το 1937 ιδρύθηκε στην Υγειονομική Σχολή Αθηνών, η Ανωτέρα Σχολή επισκεπτριών αδελφών νοσοκόμων τριετούς φοίτησης που έδινε πτυχίο γενικής νοσηλευτικής και νοσηλευτικής δημοσίας υγιεινής.

Το 1960 τέθηκε σε πλήρη εφαρμογή το πρόγραμμα δημοσίας υγιεινής της νοσηλευτικής σχολής του Ε.Ε.Γ. και το 1962 ιδρύεται η Ανωτέρα Σχολή Αδελφών και Επισκεπτριών του Π.Ι.Κ.Π.Α.

Η περίοδος αυτή ήταν ορόσημο για την περαιτέρω εξέλιξη της κοινοτικής νοσηλευτικής.

Τέταρτο στάδιο: 1970 μέχρι σήμερα

Από το 1970 και μετά, η κοινοτική νοσηλευτική πήρε τη σημερινή της μορφή. Τόπος δράσης της είναι η κοινότητα και αντικείμενο της ο πληθυσμός της κοινότητας άρρωστος και υγιής.

Το 1978 με τη διεθνή συνδιάσκεψη Alma-ata διαμορφώθηκε η ιδέα της πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας και ο ρόλος της κοινοτικής νοσηλευτικής αναβαθμίστηκε.

Το 1972 στην Ελλάδα οι 3 σχολές (Ε.Ε.Γ. Π.Ι.Κ.Π.Α και Υγειονομικής Σχολής Αθηνών) μετατράπηκαν με διαταγή σε σχολές τετραετούς φοίτησης. Στον 4ο χρόνο οι σπουδάστριες έπαιρναν την ειδικότητα της δημόσιας υγιεινής¹².

Κοινοτική Νοσηλευτική - Ορισμός, σκοποί

Κοινοτική Νοσηλευτική είναι η σύγχρονη και συντονισμένη προσπάθεια εξασφάλισης ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στα άτομα, τις οικογένειες και το σύνολο της κοινότητας με βάση τις ανάγκες υγείας τους. Αυτό απαιτεί από την πλευρά του νοσηλευτή δεξιότητες στην κλινική άσκηση της Νοσηλευτικής αλλά και επικέντρωση στις ανάγκες υγείας του συνολικού πληθυσμού της κοινότητας με έμφαση στην πρόληψη των ασθενειών.

Η Κοινοτική Νοσηλευτική είναι κλάδος της Νοσηλευτικής, ο οποίος συνδυάζει επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες προερχόμενες τόσο από την Νοσηλευτική όσο και από την Δημόσια Υγιεινή τις οποίες εφαρμόζει με σκοπό την προαγωγή της υγείας των ατόμων της Κοινότητας.

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) δίδει τον πιο κάτω ορισμό της Κοινοτικής Νοσηλευτικής.

"Η Κοινοτική Νοσηλευτική αποτελεί κλάδο της Νοσηλευτικής επιστήμης που συγκεντρώνει ειδικές γνώσεις και δεξιότητες, τις οποίες χρησιμοποιεί στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων που βρίσκονται στο συνηθισμένο περιβάλλον τους όπως το σπίτι, το σχολείο ή και ο χώρος εργασίας. Είναι νοσηλευτική εργασία που ασκείται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό περιβάλλον του

Ο Καναδικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) στον ορισμό της

Κοινοτικής Νοσηλευτικής, αναλύει συγχρόνως συνοπτικά το περιεχόμενο και επισημαίνει τους αντικειμενικούς της σκοπούς.

"Κοινοτική Νοσηλευτική είναι η επιστημονική Νοσηλευτική εργασία που έχει επίκεντρο της φροντίδας της τις ανάγκες υγείας ατόμων, στο σύνθητες καθημερινό περιβάλλον του σπιτιού, τον σχολείου ή της εργασίας. Σαν τμήμα της όλης κοινοτικής προσπάθειας που γίνεται για την προαγωγή της δημόσιας υγείας, η Κοινοτική Νοσηλευτική ενδιαφέρεται τόσο για το υγιές, όσο και για το άρρωστο ή ανάπηρο άτομο της Κοινότητας".

Η Κοινοτική Νοσηλευτική συμφωνά πάντοτε με τον Καναδικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών έχει τους πιο κάτω σκοπούς:

1. Πρόληψη της αρρώστιας και περιορισμό της εξέλιξης της.
2. Περιορισμό των επιπτώσεων μιας αναπόφευκτης αρρώστιας
3. Εξασφάλιση επιδέξιας επιστημονικής φροντίδας στο άρρωστο ή ανάπηρο άτομο εκτός του νοσοκομείου.
4. Υποστήριξη και ενίσχυση των ατόμων που περνούν κάποια κρίση ή βρίσκονται σε κατάσταση άγχους.
5. Ενημέρωση, διδασκαλία και παρότρυνση ατόμων, οικογενειών ή ομάδων στην απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής για την προαγωγή της κοινοτικής υγείας.¹⁰

Χαρακτηριστικά Κοινοτικής Νοσηλευτικής

Η Κοινοτική Νοσηλευτική έχει τα πιο κάτω 6 χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

1. Είναι τμήμα και αναπόσπαστος κλάδος της Νοσηλευτικής.
2. Συνδυάζει γνώσεις και δεξιότητες Νοσηλευτικής και Δημόσιας

Υγιεινής.

3. Είναι προσανατολισμένη στις συνολικές ανάγκες του πληθυσμού της κοινότητας.

4. Δίδει έμφαση στην υγεία παρά στην αρρώστια.

5. Συνεργάζεται στενά με άλλους επιστήμονες και ειδικούς στο χώρο της υγείας και της κοινότητας.

6. Προωθεί την ενεργό συμμετοχή των ατόμων της Κοινότητας σε θέματα υγείας.

1. Η Κοινωνική Νοσηλευτική Κλάδος της Νοσηλευτικής

Οι βασικές γνώσεις και δεξιότητες που χρησιμοποιεί η Κοινωνική Νοσηλευτική είναι οι ίδιες με αυτές που χρησιμοποιεί η Νοσηλευτική επιστήμη. Σκοπός της είναι να δώσει ολοκληρωμένη, ανθρώπινη και προσιτή φροντίδα σε όλα τα άτομα της κοινότητας. Όπως η Νοσηλευτική έτσι και η Κοινωνική Νοσηλευτική, χρησιμοποιεί τη Νοσηλευτική Διεργασία για την αξιολόγηση των αναγκών υγείας, τον προγραμματισμό της φροντίδας που θα χρειαστεί να προσφέρει και την εκτίμηση του αποτελέσματος της φροντίδας αυτής. Δεν είναι λοιπόν δυνατόν να υπάρχει Κοινωνική Νοσηλευτική χωρίς Νοσηλευτική και δεν είναι δυνατόν να υπάρχει κοινωνικός νοσηλευτής χωρίς να είναι πρώτα νοσηλευτής.

Η Κοινωνική Νοσηλευτική βασίζεται στη φιλοσοφία, στις αξίες και στις θεωρίες της Νοσηλευτικής και χρησιμοποιεί τις νοσηλευτικές δεξιότητες και τεχνικές από πολλές άλλες ειδικότητες για να ανταποκριθεί στον ξεχωριστό ρόλο της στην κοινότητα.

2. Χρησιμοποίηση γνώσεων Δημόσιας Υγιεινής

Μερικές από τις απαραίτητες γνώσεις που δανείζεται από τη Δημόσια Υγιεινή είναι:

- Η ιστορική εξέλιξη και πρόοδος της Δημόσιας Υγείας.
- Μέθοδοι και στοιχεία επιδημιολογίας και Στατιστικής.
- Οργάνωση υγειονομικών υπηρεσιών.
- Ανάλυση Κοινοτικής πολιτικής της υγείας και οικονομία Υγείας.

Όταν ο κοινοτικός νοσηλευτής διαπιστώνει περιστατικά γαστρεντερίτιδας σε μία συγκεκριμένη περιοχή ή σε ένα σχολείο και διενεργεί επιδημιολογική μελέτη για τη διαπίστωση του αιτίου, δεν κάνει τίποτε άλλο παρά να χρησιμοποιεί την επιδημιολογία και τη Βιοστατιστική για τη διεκπεραίωση του σκοπού αυτού. Ανάλογα βέβαια μπορεί και η Δημόσια Υγιεινή να χρησιμοποιήσει τη Νοσηλευτική.

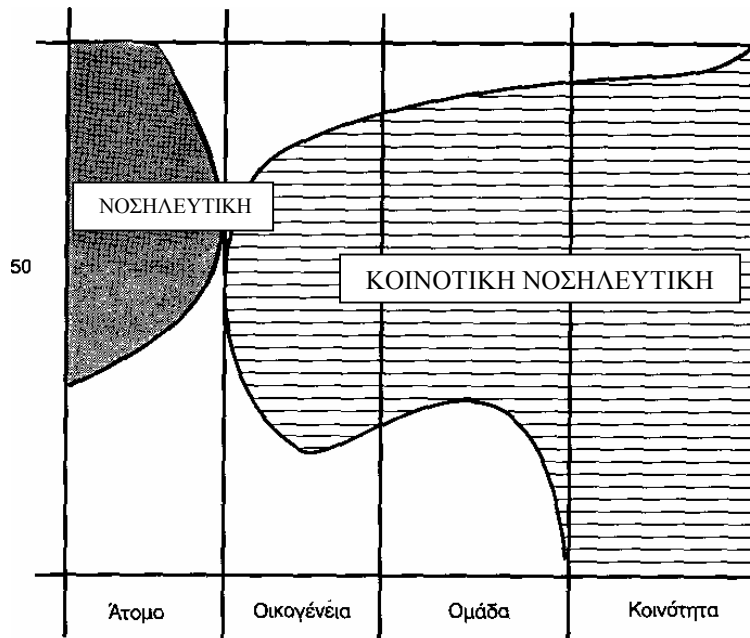
3. Προσανατολισμός στις ανάγκες της Κοινότητας

Ασχολείται με την ατομική και περιβαλλοντολογική υγεία των ομάδων και κοινοτήτων. Η κοινότητα μπορεί να αναφέρεται στο σύνολο των οικογενειών που περιέχονται στον τομέα κάθε κοινοτικού νοσηλευτή ή και στο σύνολο των ατόμων που εξυπηρετούνται από ένα Κέντρο Υγείας ή ακόμη και στο σύνολο των κατοίκων ενός μικρού χωριού. Μπορεί να αποτελείται από σύνολο ατόμων που είναι διεσπαρμένοι σε διάφορα μέρη γεωγραφικά αλλά έχουν κοινά προβλήματα ή κοινά ενδιαφέροντα.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής συνεργάζεται με το άτομο, και την οικογένεια, όλη όμως η εργασία του σκοπεύει στην προαγωγή της υγείας του συνόλου της κοινότητας. Αυτή άλλωστε είναι και η διαφορά από τη

Γενική Νοσηλευτική.

Η διαφορά αυτή φαίνεται στο Σχήμα.



Η Γενική Νοσηλευτική καλύπτει κυρίως τις ανάγκες του ατόμου που βρίσκεται στο νοσοκομείο και παρουσιάζει κάποιο οξύ πρόβλημα υγείας. Το κύριο λοιπόν αντικείμενο φροντίδας της είναι το ίδιο το άτομο, χωρίς βέβαια να αποκλείεται και η συμμετοχή της οικογένειας του ή της ομάδος στην οποία ανήκει. Στην κοινότητα όμως η Νοσηλευτική φροντίδα έχει ευρύτερη ακτίνα, διότι ο Κοινοτικός Νοσηλευτής μπαίνει στο σπίτι και αντιμετωπίζει το άτομο μέσα στην οικογένεια του, στην περιβάλλει και στην κοινότητα στην οποία ζει¹⁰.

4. Δίδει έμφαση στην υγεία παρά στην αρρώστια

Τόσο η ιατρική όσο και η Νοσηλευτική που ασκούνται στον κλειστό χώρο του νοσοκομείου, θεραπεύουν και αντιμετωπίζουν προβλήματα που σχετίζονται με την αρρώστια χωρίς βέβαια να παραμερίζεται και η πρόληψη. Κύριος σκοπός της όμως είναι η θεραπεία. Αντίθετα, η Κοινοτική Νοσηλευτική σκοπεύει στην διατήρηση και προαγωγή της

υγείας των ατόμων της κοινότητας και στην πρόληψη της αρρώστιας.

Ο Νοσηλευτής στο Νοσοκομείο, βοηθεί στην αποκατάσταση της αρρώστου με καρκίνο μαστού προσπαθώντας να την αποκαταστήσει στο κοινωνικό σύνολο όσο το δυνατό πιο ανώδυνα και αποτελεσματικά αλλά και την διδάσκει πώς πρέπει να αντιμετωπίσει τα διάφορα προβλήματα που θα προκύψουν.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής σκοπεύοντας κατά κύριο λόγο στην πρόληψη κάνει διδασκαλία και διαφώτιση διδάσκοντας τις γυναίκες της κοινότητας ή του τομέα του, πώς να επισημάνουν εγκαίρως ανησυχητικά σημεία και πώς θα κάνουν την αυτοεξέταση. Ασφαλώς βοηθεί και στην αποθεραπεία και αποκατάσταση μετά την επιστροφή της αρρώστου στο σπίτι αλλά πάντοτε κύριος στόχος είναι η πρόληψη.

Ο προληπτικός χαρακτήρας της εργασίας στην κοινότητα δίδει στον κοινοτικό νοσηλευτή την δυνατότητα να ερευνήσει και να διαπιστώσει την ένταση των διαφόρων προβλημάτων με την ανάλογη δε ενημέρωση να περιορίσει την εξάπλωση τους. Μπορεί π.χ. να διαπιστώσει το ποσοστό των ατόμων που καπνίζουν, ή ατόμων που καταναλίσκουν μεγάλη ποσότητα οινοπνεύματος, και των ατόμων τα οποία είναι επιρρεπή στο να εκδηλώσουν Καρδιοπάθειες, καρκίνο ή και οποιαδήποτε άλλη αρρώστια. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις και σε ποικίλες άλλες, ενημερώνοντας «προστατεύει το κοινωνικό σύνολο και συντελεί στη διατήρηση της αξίας και την πρόληψη της αρρώστιας.

5. Συνεργάζεται με άλλους επιστήμονες

Η Κοινοτική Νοσηλευτική αποτελεί τμήμα της όλης Υγειονομικής οργάνωσης και ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι μέλος της υγειονομικής ομάδος η οποία εργάζεται για τον κοινό σκοπό: Την προαγωγή της

υγείας του κοινού. Η συνεργασία λοιπόν και η συνεννόηση μεταξύ των μελών της ομάδος είναι απαραίτητη για την επιτυχία του σκοπού αυτού. Μεμονωμένος και ασυγχρόνιστος προγραμματισμός δεν είναι δυνατόν να επιτύχει. Αντίθετα, οδηγεί σε καταταμαχισμό της φροντίδας που δίδεται και το αποτέλεσμα θα είναι πολύ πτωχό. Π.χ ο κοινοτικός νοσηλευτής που θα πάει στο σπίτι για να δώσει φροντίδα στον άρρωστο με εγκεφαλικό επεισόδιο και να διδάξει τους συγγενείς και τον ίδιο, τότε μόνο θα επιτύχει εάν συνεργάζεται: με το γιατρό ο οποίος θα ρυθμίζει το καθαρά θεραπευτικό μέρος, με τον φυσιοθεραπευτή ο οποίος θα αναλάβει τη φυσιοθεραπεία με την κοινωνική λειτουργό για την εξασφάλιση βοηθητικών μέσων όπως: καροτσάκι, πατερίτσες ή οτιδήποτε άλλο χρειαστεί. Ακόμη θα συνεργαστεί με οποιονδήποτε άλλο ειδικόν, ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου αλλά και τις δυνατότητες της κοινότητας και του συστήματος υγείας γενικότερα π.χ. εάν υπάρχει λογοθεραπευτής, ή εάν διατίθεται οικιακή βοηθός κλπ.

Σε ερευνητικά προγράμματα, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, έγινε φανερό πόσο είναι απαραίτητη η συνεργασία με επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων.

Με όλα όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω δεν σημαίνει ότι ο κοινοτικός νοσηλευτής θα ενεργεί πάντοτε εξαρτημένα και θα κατευθύνεται από άλλες ειδικότητες. Αντίθετα, ο ίδιος θα έχει προσωπική γνώμη και τοποθέτηση σε όλα, την οποία θα συζητεί υποστηρίζοντας σταθερά τη θέση του με επιστημονικά κριτήρια αλλά και πνεύμα συνεργασίας και συνεννόησης, θα είναι δε έτοιμος να δεχθεί και τη γνώμη άλλου μέλους της ομάδος, εάν αυτό κριθεί πιο συμφέρον για την υγεία των ατόμων της Κοινότητας που υπηρετεί, έχοντας υπόψη ότι: Προσπάθειες πολλών επιστημόνων που τοποθετούνται μαζί και ενώνονται για την επιτυχία κοινού σκοπού με πνεύμα αλληλοκατανόησης και συνεργασίας

ασφαλώς θα είναι πολύ πιο αποδοτικές από μεμονωμένες προσπάθειες, όσο και αν αυτές είναι κοπιώδεις και επιμελημένες.

Για την επιτυχία αυτής της συνεργασίας, είναι απαραίτητο να καθοριστεί ο ρόλος και τα καθήκοντα του καθενός μέλους της υγειονομικής ομάδος, ώστε να μην υπάρχουν επικαλύψεις και συγκρούσεις καθηκόντων και αρμοδιοτήτων πράγμα που διασπά την συνοχή, την ενότητα και την συνεργασία της ομάδος.

Η ομάδα αυτή σήμερα μετά την προσπάθεια που ξεκίνησαν όλες οι χώρες με την κατεύθυνση του ΠΟΥ για την καθιέρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδος Υγείας λέγεται "Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας". Περιλαμβάνει δε όλους τους επιστήμονες που εργάζονται στην ΠΦΥ με την στενή της έννοια και ευρύτερα όλο το προσωπικό που εργάζεται στην ΠΦΥ όπως: τεχνικούς, διοικητικό προσωπικό, οδηγούς, βοηθητικό προσωπικό, κλπ.

6. Προωθεί την ενεργό συμμετοχή του κοινού

Η ενεργός συμμετοχή του κοινού αποτελεί απαραίτητο χαρακτηριστικό, προϋπόθεση και επιδίωξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και επομένως και της Κοινοτικής Νοσηλευτικής.

Όπως ακριβώς δεν είναι δυνατό να επέλθει μάθηση χωρίς να συμμετέχει ο μαθητευόμενος, το ίδιο ακριβώς και εδώ. Δεν είναι δυνατό να γίνουν καταληπτοί οι σκοποί της κοινοτικής νοσηλευτικής χωρίς να εξασφαλιστεί η συνεργασία και συμμετοχή του κοινού. Ακόμη δεν είναι δυνατό να επιτύχει η προσπάθεια για την εξασφάλιση της υγείας των ατόμων μιας κοινότητας, εάν τα ίδια τα άτομα δεν συνειδητοποιήσουν τη σημασία της, αν δεν αποδεχτούν τα μέσα και τους τρόπους που χρησιμοποιούνται και αν δεν έχουν ενεργό και συνεχή συμμετοχή.¹⁰

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Οι νέες τάσεις που παρουσιάστηκαν, στο χώρο της υγείας, μετά το 1970 επηρέασαν και τη Νοσηλευτική, η οποία επαναξιολογώντας τις προτεραιότητές της, διεύρυνε το πεδίο της, και επαναπροσδιόρισε τους στόχους της.

Η νοσηλευτική όλο και περισσότερο εγκαταλείπει το μοντέλο που έχει σαν βάση τον άρρωστο και το νοσοκομείο και προσεγγίζει χρο μοντέλο σε επίκεντρο την υγεία και την κοινότητα. Στόχος της δεν είναι μονά η νοσηλευτική φροντίδα στον άρρωστο που νοσεί , αλλά και η δημιουργία προϋποθέσεων για την πρόληψη της νόσου "Πεδίο δράσης της δεν είναι μόνο ο χώρος της νοσοκομείου (δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια φροντίδα υγείας), αλλά και η κοινότητα μέσα στην οποία ζει και εργάζεται το άτομο (πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας).

Έτσι λοιπόν μέσα άπα αυτές τις νέες τάσεις που διαμορφώθηκαν στον κλάδο της Νοσηλευτικής, δημιουργήθηκε ένας καινούργιος θεσμός ο θεσμός της κοινοτικής νοσηλευτικής.

Η κοινοτική νοσηλευτική έχει σαν αποδεκτές τον πληθυσμό της κοινότητας όλων των ηλικιών σ' οποιαδήποτε κατάσταση υγείας κι αν βρίσκεται.

Η κοινοτική νοσηλευτική προσφέρει ολιστική φροντίδα, δηλαδή, βιολογική, ψυχολογική, και κοινωνική και καλύπτει το άτομο πλήρως, οποιαδήποτε στιγμή, παρέχοντας του, τις αναγκαίες πληροφορίες και εξασφαλίζοντας όλες τις απαραίτητες υπηρεσίες.

Ένα ακόμα σημαντικό στοιχείο της φιλοσοφίας της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι ότι ωθεί το άτομο να απαλλαγεί από τις συνέπειες της αρρώστιας όσο το δυνατόν πιο γρήγορα διδάσκοντάς τον την αυτοφροντίδα και την αυτοεξυπηρέτηση¹².

Β΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 *Αγωγή Υγείας στο Σχολείο*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: *Αγωγή Υγείας και Διαφυλικές Σχέσεις*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: *Αγωγή Υγείας στην Οικογένεια*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: *Αγωγή Υγείας στους Χώρους Εργασίας*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

1.1 Εισαγωγή

1.2. Κριτήρια εκπαιδευτικού και σχολείων που προάγουν την υγεία

1.3. Ο ρόλος της οικογένειας για την αποτελεσματικότητα της σχολικής αγωγής υγείας

1.4. Σχολική και ατομική υγιεινή

1.5. Το παιδί με HIV λοίμωξη και το σχολείο

1.6. Ασφάλεια και Ατυχήματα στο σχολείο

1.7. Το αλκοόλ στο μαθητικό κόσμο

1.7.1. Αλκοόλ και ατύχημα

1.8. Κάπνισμα και έφηβοι

1.9. Ναρκωτικά: ένα αυξανόμενο πρόβλημα

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

1.1 Εισαγωγή

Αγωγή Υγείας

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

Το ΥΠ.Ε.Π.Θ. σε θέματα που αφορούν την υγεία και ασφάλεια των μαθητών/τριών εφαρμόζει προγράμματα Αγωγής Υγείας στα σχολεία με στόχο την Πρόληψη και Προαγωγή της Υγείας αυτών.

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

Η εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία έχει στόχο να συμβάλλει πραγματικό το σχολείο μέσα από την ενεργητική και βιωματική μάθηση στην αλλαγή στάσης και συμπεριφορές των

μαθητών/τριών, με σκοπό την ενίσχυση της υπευθυνότητας, της αυτοεκτίμησης, της αυτοπεποίθησης, της προσωπικότητας και της ικανότητας του μαθητή για την υιοθέτηση θετικών τρόπων και στάσεων ζωής.

Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται αποτελεσματικά όταν οι γνώσεις, οι δεξιότητες και οι συμπεριφορές που διδάσκονται στην τάξη υποστηρίζονται και ενισχύονται από το φυσικό κοινωνικό και ψυχολογικό περιβάλλον του ίδιου του σχολείου, ώστε το σχολείο να συμβάλλει πραγματικά στην αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς των μαθητών/τριών.

Η Αγωγή Υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το σχολείο, το μαθητή, τον εκπαιδευτή, τους γονείς και την κοινωνία.

Ο ρόλος του εκπαιδευτικού πρέπει να είναι διαφορετικός και να επιζητείται η δημιουργία μιας διαφορετικής σχέσης με τον μαθητή, διότι τα προγράμματα αυτά στηρίζονται σε νέες μεθόδους διδακτικής προσέγγισης που ενθαρρύνουν τη συμμετοχή του μαθητή και ενισχύουν την ανάπτυξη κάποιων ικανοτήτων, όπως η εξαγωγή συμπερασμάτων αξιολόγησης των συνεπειών και λήψη αποφάσεων.

Η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών και ιδιαίτερα των στελεχών της εκπαίδευσης, οι σύγχρονες συνθήκες και απαιτήσεις της εργασίας σε κάθε τομέα απαιτούν την ανάπτυξη νέων δυνατοτήτων· και τη στήριξη των εργαζομένων με περισσότερα εφόδια ώστε να είναι αποτελεσματικοί στο χώρο της εργασίας τους, να συμβάλλουν στην κάλυψη των ιδιαίτερων αναγκών τους, στον εκσυγχρονισμό του οργανισμού της εκπαίδευσης και στη δημιουργία υπεύθυνων πολιτών.

Για τη δημιουργία ενός σύγχρονου, λειτουργικά αποδοτικού και

ανθρώπινου σχολείου, το οποίο θα αναδεικνύει την προσωπικότητα και θα αναπτύσσει τις δεξιότητες του προσωπικού και των μαθητών/τριών, απαραίτητη είναι η ανάπτυξη μιας ιδιαίτερης πολιτικής και προγραμματισμός κάποιων αλλαγών. Οι αλλαγές αυτές έχουν σχέση με το ήθος του σχολικού περιβάλλοντος, τη συμβατότητα μεταξύ του αναλυτικού και του αθέατου σχολικού περιβάλλοντος, τις μεθόδους διδασκαλίας και μάθησης, την ποιότητα της επικοινωνίας ανάμεσα σε όλα τα μέλη του οργανισμού, το άνοιγμα και την πρόσβαση του οργανισμού στην κοινότητα, την ανάπτυξη δημιουργικών σχέσεων, την αναγνώριση της σημασίας της ψυχικής, συναισθηματικής κοινωνικής και σωματικής υγείας, το σεβασμό στη διαφορετικότητα, την ισότητα, το ανθρώπινα δικαιώματα, τη δημοκρατία και τη δικαιοσύνη. Γι' αυτό θα πρέπει να αναπτύξουμε την κατάλληλη υποδομή και ατμόσφαιρα στο χώρο του σχολείου ώστε όλοι, μαθητές και εργαζόμενοι να νοιώθουν ασφάλεια, άνεση και ικανοποίηση όταν βρίσκονται σε αυτόν¹³.

Η Αγωγή Υγείας στο σχολείο έχει δύο βασικούς στόχους:

1. απευθύνεται στα παιδιά όλων των κοινωνικών τάξεων.
2. Φθάνει στα παιδιά έγκαιρο πριν ακόμα αποκτήσουν κακές συνήθειες.

Παράλληλα όμως στοχεύει:

- Στην αναβάθμιση της σχολικής ζωής και στη σύνδεση της με την κοινωνική πραγματικότητα
- Στην πρόληψη του αποκλεισμού νεαρών ατόμων από την κοινωνία και την αγορά εργασίας
- Στην ανάπτυξη δεξιοτήτων και στη διαμόρφωση ατόμων με κριτικό στάση και αναγνώριση των συνεπειών καθημερινών αποδράσεων

• Στη μείωση της σχολικής αποτυχίας και της πρόωρης εγκατάλειψης της υποχρεωτικής εκπαίδευσης¹³

Η θεματολογία των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας είναι:

- Εξαρτησιογόνες ουσίες (ναρκωτικό - αλκοόλ - τσιγάρο) ·
- Διατροφή και διατροφικές συνήθειες – Γενετικό τροποποιημένο προϊόντα
- Διαφυλικές σχέσεις - Σεξουαλική Αγωγή
- Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- AIDS - Ηπατίτιδα Β
- Διαπροσωπικές σχέσεις - Ψυχική Υγεία (Ρατσισμός - Βίο - Αντιμετώπιση η ένθους - Ξενοφοβία)
- Κυκλοφοριακή Αγωγή - Ατυχήματα
- Αντιμετώπιση άγχους (σχολικού - εργασιακού)
- Στοματική Υγιεινή
- Καρκίνος - Κάπνισμα - Διατροφή
- Έκθεση σε τοξικές ουσίες και στην υπερβολική Ηλιακή ακτινοβολία
- Καταστάσεις διαμονής και εργασίας
- Περιβάλλον και Υγεία
- Εθελοντισμός {Εθελοντική Αιμοδοσία - Εθελοντική προσφορά ιστών και οργάνων - Πρώτες βοήθειες - Εθελοντική ερνασία - Εθελοντής σχολικός τροχονόμος)
- Μεσογειακή Αναιμία
- Καρδιαγγειακά νοσήματα

- Κατανάλωση «οι υγεία

- Ισότητα των δύο φύλων

- Κοινωνικός αποκλεισμός - Ίσες ευκαιρίες ,

- Πρόληψη και αντιμετώπιση έκτακτων καταστάσεων όπως σεισμών, πλημμύρων, πυρκαγιών, ναυαγίων κ.α.

- Ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση της μόλυνσης του περιβάλλοντος, τις τρομοκρατικές ενέργειες, του άγχους, του φόβου κλπ.

- Φυσική Άσκηση και πολλά άλλα θέματα που αφορούν το σωστό υγιεινά τρόπο διαβίωσης

- Συμβουλευτικοί Σταθμοί Νέων

- Αγωγής του Καταναλωτή

Αυτή λοιπόν είναι η θεματολογία, αλλά μήπως πρέπει να γνωρίζουμε και τη μεθοδολογία της Αγωγής Υγείας. Η αγωγή υγείας ως διδακτική δραστηριότητα επιστρατεύει συγκεκριμένα διδακτικά εργαλεία και μεθοδολογία:

- Η σχολική τάξη προσεγγίζεται ως ομάδα με όλα τα θετικά της ομαδοκεντρικής μεθόδου. Οι μαθητές ενσωματώνονται και λειτουργούν χωρίς να λαμβάνεται υπ' όψη η επίδοση, το φύλο, η κοινωνική προέλευση κλπ. Με τον τρόπο αυτό αντιμετωπίζονται καλύτερα ψυχολογικά φαινόμενα (φόβος, άγχος, ανασφάλεια) και προωθούνται θετικές κοινωνικές σχέσεις (αλληλοσεβασμός, αποδοχή, συνεργασία, δικαίωμα της διαφοράς)
- Καλλιεργείται η παιδαγωγική σχέση, η οποία αποτελεί πλαίσιο στήριξης και αποδοχής για τους μαθητές

- Δημιουργείται κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας στην τάξη
- Η προσέγγιση των θεμάτων γίνεται με την βιωματική μάθηση που έχει επίκεντρο τα παιδιά και τους επιτρέπει να ερευνήσουν στάσεις, αξίες και πεποιθήσεις με ένα σίγουρο, μη απειλητικό τρόπο, ανταλλάσσοντας εμπειρίες και αντλώντας μέσα από τις εμπειρίες των άλλων
- Κυρίαρχος τρόπος επικοινωνίας είναι η ενεργητική ακρόαση

Μέσα από τα προγράμματα Αγωγής Υγείας ο δάσκαλος αλλάζει τον παραδοσιακό του ρόλο και μετατρέπεται προς έκπληξη των μαθητών, σε συνεργάτη τους.

- Ενδιαφέρεται για όλους χωρίς διακρίσεις, έχοντας προσδοκίες από όλους και αξιοποιώντας ευκαιρίες για να αναπτύξουν αυτοεκτίμηση και να αποκτήσουν υπευθυνότητα
- Απελευθερώνει τη φαντασία τους
- Σέβεται τους εσωτερικούς ρυθμούς των μαθητών του και δεν είναι «κολλημένος» στη διδακτέα ύλη
- Είναι συντονιστής και όχι μοναδικός πομπός γνώσης
- Συνεργάζεται καλύτερα με τους συναδέλφους του
- Αναζητεί νέους συνεργάτες
- «Βγάζει» το σχολείο «προς τα έξω»

Οι μαθητές έτσι έχουν ένα άριστο πρότυπο μεθοδικότητας, συνεργατικότητας και εφευρετικότητας, το δάσκαλό τους. Μαθαίνουν με την καρδιά τους, κερδίζουν αυτοπεποίθηση, ηρεμία, ανακαλύπτουν καθημερινά μονοπάτια που ικανοποιούν τις ανάγκες τους. Αναζητούν

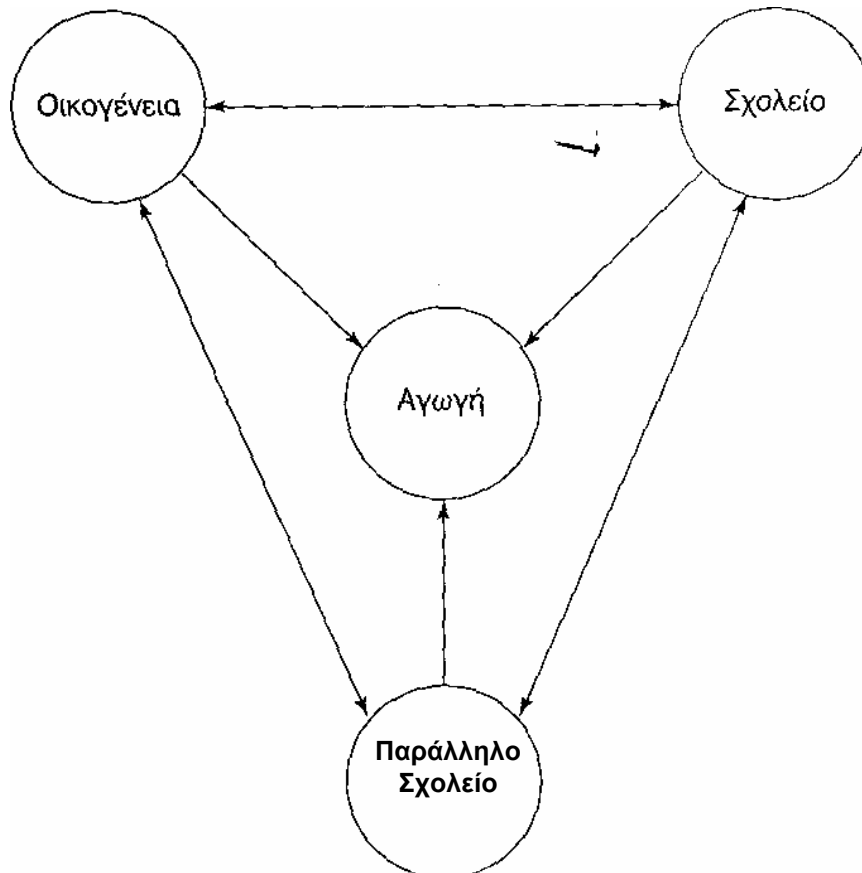
το σχολείο τους γιατί είναι πλέον τόπος χαράς και ευχαρίστησης και ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις τους.

Οι γονείς με την ενημέρωση αλλά και με την ενεργητική συμμετοχή τους στα προγράμματα ανακαλύπτουν ότι το σχολείο μεταμορφώνεται μεταμορφώνοντας δασκάλους και μαθητές που νιώθουν χαρούμενοι, αγαπούν είναι δραστήριοι, γεμάτοι ζωή, απολαμβάνουν εκτίμηση και σεβασμό, επιτυγχάνουν. Συγχρόνως αλλάζει και το σχολικό περιβάλλον με τη συμβολή όλων, και γίνεται φιλικό γεμάτο θαλπωρή. Ένα περιβάλλον όπου δεν παρέχονται απλώς γνώσεις και πληροφορίες αλλά η γνώση γίνεται συνείδηση, δημιουργούνται βιώματα, καλλιεργούνται στάσεις και συμπεριφορές υγείας.

Αν έχουμε πεισθεί ότι:

- Η απλή μετάδοση γνώσεων δεν είναι αρκετή για να αποφασίσει κάποιος να υιοθετήσει υγιείς στάσεις και συμπεριφορές, δηλαδή να αλλάξει.
- Οι μαθητές βρίσκονται στην ηλικία που πλάθεται η προσωπικότητά τους, αναπτύσσονται οι δεξιότητές τους και συντελείτε η ψυχική και κοινωνική τους ωρίμανση.
- Το σχολείο μπορεί να προβάλλει την αγωγή μέσα από το σχολικό ήθος, το σχολικό πρόγραμμα τους κανονισμούς και τις σχέσεις με τους εκπαιδευτικούς, τους μαθητές, τους γονείς και την κοινότητα.
- Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να εφαρμόσουν αρχές της αγωγής υγείας, να τις αφομοιώσουν στη σχολική ύλη και ζωή και να τις προβάλουν με τη στάση και τη συμπεριφορά τους.
- Η στάση και συμπεριφορά υγείας των ανθρώπων είναι μακρά διαδικασία που αρχίζει από τα πρώτα χρόνια της ζωής αξίζει να

ξεκινήσουμε το ελκυστικό ταξίδι μέσα από ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας. Αλλά να το ξεκινήσουμε με την καρδιά μας γιατί όπως λέει ο μικρός Πρίγκιπας: « Μόνο με την καρδιά μπορούμε να δούμε σωστά. Το ουσιώδες είναι πάντα αόρατο στο μάτι». ¹⁴



Στο διάγραμμα φαίνεται καθαρά ότι οι τρεις βασικοί παράγοντες αγωγής είναι:

§ **Η οικογένεια**, η οποία αναλαμβάνει τη διαπαιδαγώγηση του παιδιού κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του και ο ρόλος της περιορίζεται, καθώς το παιδί εντάσσεται περισσότερο οργανωμένα και περίπλοκα κοινωνικά σχήματα, όπως το σχολείο (εκπαιδευτικό σύστημα), η εργασία και ούτω καθεξής,

§ **Το σχολείο**, το οποίο αποτελεί την έκφραση της συστηματικής

και τυπικά διαρθρωμένης διαδικασίας της αγωγής αναλαμβάνει τη διαπαιδαγώγηση, την κοινωνικοποίηση, τη μόρφωση και την εκπαίδευση (με τη μορφή της επαγγελματικής προετοιμασίας) του νεαρού κοινωνού.

§ Το «παράλληλο σχολείο», το οποίο συνίσταται στο σύνολο της κοινωνικής ζωής και των εμπειριών που αποκτούν οι κοινωνοί μέσα από την καθημερινότητα και την αλληλεπίδραση με άλλα άτομα - μέλη της κοινωνίας. Στο «παράλληλο σχολείο» μπορούν να συμπεριληφθούν και τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας (Μ.Μ.Ε.).

Θεωρούμε ότι και οι τρεις παράγοντες της αγωγής δεν υστερούν ούτε σε δυναμική ούτε σε αποτελεσματικότητα. Και οι τρεις διαθέτουν τα κατάλληλα μέσα και τις τεχνικές (ώστε να επιτύχουν τους στόχους τους. Εξάλλου, η ίδια η κοινωνία αναγνωρίζει τη σπουδαιότητα και τον τριών και βασίζει επάνω) τους τη δυνατότητα της διατήρησης και της αναπαραγωγής της.

Με βάση τις παραπάνω παρατηρήσεις είναι εύκολο να κατανοήσουμε ότι η Αγωγή Υγείας, ως δραστηριότητα που αποβλέπει στην ενημέρωση και προστασία των κοινωνούν, αναπτύσσεται μέσα και από τους τρεις βασικούς παράγοντες της αγωγής. Ωστόσο, από την άποψη που μας ενδιαφέρει εδώ, το σχολείο είναι σε θέση να επιτύχει με υψηλότερο ποσοστό αποτελεσματικότητας τους στόχους της Αγωγής Υγείας και αυτό οφείλεται κυρίως στους εξής **παράγοντες**:

1. Υιοθέτηση τυποποιημένων και λιγότερο ή περισσότερο οργανωμένων μορφών δράσης.
2. Χρήση των κατάλληλων μεθοδολογικών εργαλείων που θα του επιτρέψουν την επίτευξη των στόχων του.

3. Υποχρέωση των παιδιών να ενταχθούν στις σχολικές μονάδες για τουλάχιστον στα εννέα χρόνια.

4. Ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών δυναμικών που διαμορφώνουν το κατάλληλο κλίμα μάθησης και καλλιέργειας των αντιλήψεων, στάσεων, αξιών που η κοινωνία θεωρεί ως απαραίτητες για την κοινωνικοποίηση και την ομαλή ένταξη του παιδιού στους κόλπους της.

5. Ύπαρξη δυνατότητας ικανοποιητικού ελέγχου τόσο των διαδικασιών που επιστρατεύει, όσο και των παραγόμενων αποτελεσμάτων. Η δυνατότητα αυτή δε δίνεται σε ικανοποιητικό βαθμό στους άλλους φορείς της αγωγής.

Το σχολικό σύστημα βρίσκεται σε στενή συνάφεια με τη διαδικασία της Αγωγής Υγείας για τρεις βασικούς λόγους:

1. Τα παιδιά βρίσκονται σε ηλικία διαμόρφωσης της προσωπικότητας που είναι κρίσιμη για την απόκτηση της κατάλληλης «ισορροπίας» για την υγεία. Βιώνουν τις σχέσεις τους με το περιβάλλον (φυσικό και τεχνητό) και μαθαίνουν να το αντιμετωπίζουν σωματικά και νοητικά. Η Αγωγή Υγείας πρέπει να βοηθήσει το παιδί να αποκτήσει αντίληψη και γνώση του εαυτού του και του σώματος του και να αντιμετωπίσει τους κανόνες και τις επιδράσεις του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος του.

2. Αυτή η ηλικία είναι επίσης κρίσιμη για τη διαμόρφωση στάσεων που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία. Η εκπαίδευση μπορεί να βοηθήσει το παιδί να αισθάνεται ευχάριστα αποκτώντας θετικές για την υγεία συνήθειες ή να αντιμετωπίζει κριτικά αρνητικές επιδράσεις. Σ' αυτή την ηλικία η πράξη είναι πολύ σημαντική για τη μάθηση και η Αγωγή Υγείας στα σχολεία εστιάζεται στην πρακτική εφαρμογή για την

ανάπτυξη δεξιοτήτων που αφορούν την υγεία.

3. Η σχολική περίοδος χαρακτηρίζεται από τη χρήση μεθόδων μάθησης που θα βοηθήσουν τους μαθητές να αντιμετωπίσουν διάφορα προβλήματα κατά την κοινωνικοποίηση τους. Τα παιδιά πρέπει να αποκτήσουν την ικανότητα της κριτικής μάθησης που είναι πρωταρχικής σημασίας για την Αγωγή Υγείας.

Η Αγωγή για την Υγεία αποτελεί από τη φύση της μια πολυσχιδή διαδικασία, η οποία δεν περιορίζεται ούτε ως προς τα χωροχρονικά πλαίσια ανάπτυξης της, ούτε ως προς τη μορφή που μπορεί να πάρει πάθε φορά. Για παράδειγμα, οι συμβουλές του οδοντιάτρου για τον τρόπο βουρτσίσματος των δοντιών ή η τιμωρία που επιβάλλει η μαμά στο παιδί που δεν έπλυνε τα χεριά του πριν καθίσει στο τραπέζι, ή η δημοσιογραφική συζήτηση για τον HIV/AIDS που παρακολουθούμε στην τηλεόραση, ή η συμμετοχή σε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την πρόληψη των ναρκωτικών, είναι μερικές μόνο από τις μορφές που μπορεί να πάρει η Αγωγή Υγείας.

Θεωρούμε ότι όσο περισσότερες είναι αυτές οι μορφές τόσο ευκολότερη είναι η πραγματοποίηση των στόχων της, γιατί τα ερεθίσματα και η μέθοδοι που χρησιμοποιούνται ποικίλλουν ώστε να προσεγγίζεται πολλαπλώς το παιδί και να επιτυγχάνονται τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα. Από την άλλη, πολύμορφα είναι και τα αρνητικά μηνύματα που δέχονται τα παιδιά είτε από τα Μ.Μ.Ε. είτε από τους φίλους είτε από άλλες καθημερινές καταστάσεις, ακόμα και από τους ίδιους τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς (π.χ. κάπνισμα στο σπίτι ή στο σχολείο, παχυσαρκία κ.λπ.). Το σχολείο, όμως, διαθέτει ένα σημαντικότατο πλεονέκτημα: είναι σε θέση να επεξεργάζεται, να πιστοποιεί, να ελέγχει και να φιλτράρει τις γνώσεις, τις αντιλήψεις, τις

στάσεις και τις αξίες που υπάρχουν σε έναν κοινωνικό μηχανισμό επιλέγοντας και προωθώντας αυτές που εξασφαλίζουν τη διατήρηση και αναπαραγωγή του. Επιλέγει να προωθήσει αυτές που θεωρεί ως απαραίτητες για τη θεμελίωση των κοινωνικών δομών και την κοινωνική ανάπτυξη γενικότερα. Πάντως με τον έναν ή τον άλλο τρόπο, η Αγωγή Υγείας δηλώνει την παρουσία της στα σχολικά δρώμενα. Θεωρούμε ότι αυτή η παρουσία θα πρέπει να γίνει πιο έντονη. Θα πρέπει επιτέλους να μορφοποιηθεί ένα Αναλυτικό Πρόγραμμα. Θα πρέπει οι εκπαιδευτικοί, όλων των ειδικοτήτων, να επιμορφωθούν ώστε να είναι σε θέση να την υποστηρίζουν και φυσικά θα πρέπει σε κάθε νέο διδακτικό εγχειρίδιο που τυπώνεται να υπάρχουν θέματα που να σχετίζονται με την Αγωγή Υγείας.

Δεν αρκεί όμως μόνο η καλή πρόθεση των εκπαιδευτικών και η εφάπαξ συνδρομή της πολιτείας μέσω τυπικών ρυθμίσεων. Απαιτείται συνεχής προσπάθεια και συνεργασία διαφόρων φορέων, οι οποίοι θα πρέπει να υποστηρίζουν την εφαρμογή της συνεχώς. **Οι παράγοντες** που θα μπορούσαν να εξασφαλίσουν τη λειτουργική αρτιότητα και την αποτελεσματικότητα της Αγωγής Υγείας στα σχολεία είναι:

1. Μια ξεκάθαρη και συνεργατική πολιτική της κυβέρνησης, η οποία θα απαιτεί την αгаστή συνεργασία των υπουργείων Υγείας και Παιδείας. Η συνεργασία αυτή θα μπορέσει να εξασφαλίσει τις απαραίτητες συνθήκες ώστε η Α.Υ. να είναι αποτελεσματική.

2 Η δημιουργία φορέων, οι οποίοι θα είναι επιφορτισμένοι με το συντονισμό και την υποστήριξη των προγραμμάτων Α.Υ.

3. Η διαρκής επιμόρφωση των εκπαιδευτικών που αναλαμβάνουν την Α.Υ. στα σχολεία.

4. Ο εξοπλισμός των σχολείων με το απαραίτητο εποπτικό και ερευνητικό υλικό.

5. Η επαγρύπνηση και η ενεργός συμμετοχή των γονέων.

Για να μπορέσει, όμως, να εδραιωθεί η Αγωγή Υγείας στο σχολείο και να είναι αποτελεσματική, θα πρέπει πρώτα απ' όλα να γίνει κατανοητή η φύση της ως σχολική δραστηριότητα και τα περιεχόμενα της. Θα πρέπει να γίνει κατανοητή η μεθοδολογία της και να χαραχθούν τα όρια των δραστηριοτήτων της καθώς και τα όρια της εμπλοκής της με προσωπικά προβλήματα των μαθητών.¹

Οι βασικές αρχές για την εφαρμογή της Αγωγής Υγείας στο σχολείο είναι οι εξής:

1. *Η Αγωγή Υγείας δεν είναι μόνο μεταφορά βιολογικών δεδομένων.* Πράγματι η Αγωγή Υγείας δεν αποτελεί κτήμα της βιολογίας, όπως τις περισσότερες φορές από λάθος υποστηρίζεται. Ούτε αποτελεί τη μετάδοση επιλεγμένων από το χώρο της βιολογίας γνώσεων. Αποτελεί μια πολυσχιδή εκπαιδευτική δραστηριότητα με διεπιστημονική βάση προσαρμοσμένη στον ευαίσθητο τομέα της ανθρώπινης ύπαρξης που αποκαλούμε υγεία.

2. *Η Αγωγή Υγείας θα πρέπει να εμφανίζεται σε πολλά μέρη του Αναλυτικού Προγράμματος (τυπικό, εκτεταμένο, κρυφό).*

Η Αγωγή Υγείας δε θα πρέπει να παίρνει τη μορφή του παραδοσιακού σχολικού μαθήματος. Θα πρέπει να διαχέει τη θεματική στα Αναλυτικά Προγράμματα των υπολοίπων μαθημάτων, να καθιστά έκδηλη την παρουσία της στο κρυφό Αναλυτικό Πρόγραμμα και να αναπτύσσεται δυναμικά κατά μήκος και κατά πλάτος του συνόλου των σχολικών δραστηριοτήτων.

3. Η Αγωγή Υγείας είναι μια συνεχής διαδικασία που αναγνωρίζει τις ανάγκες όλων των μαθητών.

Η Αγωγή Υγείας αρχίζει με τις πρώτες ημέρες της ζωής του ανθρώπου και τελειώνει με το θάνατο του. Προσαρμόζεται πάντα στις ανάγκες του, που είναι ανάλογες με την ηλικία του και άλλα βιολογικά ή επίκτητα γνωρίσματα του. Δεν έχει ύλη, δεν έχει κεφάλαια και εξετάσεις. Έχει δυναμική και ελαστικότητα που της επιτρέπουν να προσαρμόζεται και να καλύπτει ολόκληρο σχεδόν το φάσμα των ανθρωπίνων αναγκών.

4. Η Αγωγή Υγείας δε θα πρέπει να προκαλεί προσωπική ενόχληση ή να θίγει οποιαδήποτε ομάδα ατόμων.

Όντως, η θεματική της Αγωγής Υγείας μπορεί να δημιουργήσει τι; προϋποθέσεις να αναπτυχθούν δυναμικές που θα μπορούσαν να θίξουν ή να ενοχλήσουν μεμονωμένα άτομα ή ομάδες ατόμων. Κάτι τέτοιο όμως, δε θα πρέπει να συμβαίνει. Αντιθέτως, θα πρέπει να αποφεύγεται και η μεθοδολογία που η Αγωγή Υγείας υιοθετεί αποτρέπει αυτές τις δυσάρεστες καταστάσεις.

5. Η Αγωγή Υγείας δε θα πρέπει να επικεντρώνεται αποκλειστικά στο «κάνε αυτό» ή «μην κάνεις αυτό»,

Η Αγωγή Υγείας δε θα πρέπει να εκλαμβάνεται σαν ένα savoir faire. Δεν πρόκειται για έναν κατάλογο επιτρεπόμενων και απαγορευμένων συμπεριφορών. Πρόκειται για μια διαδικασία που στοχεύει στο να παρέχει στους μαθητές τις κατάλληλες δεξιότητες, στάσεις και αντιλήψεις ώστε να είναι σε θέση να αποφασίζουν μόνοι τους κάθε φορά για το τι είναι καλό ή κακό.

6. Η Αγωγή Υγείας θα πρέπει να στηρίζεται σε μια εκτίμηση των

παραγόντων που επιδρούν στη συμπεριφορά των νέων ανθρώπων.

Η Αγωγή Υγείας είναι ένα γνωστικό αντικείμενο, το οποίο σχετίζεται, σχεδόν με απόλυτο τρόπο, με τη συμπεριφορά του ανθρώπου. Και ως τέτοιο θα πρέπει να προσαρμόζει τόσο τα περιεχόμενα του, όσο και τη μεθοδολογία του στους παράγοντες που επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά.

7. Η Αγωγή Υγείας θα πρέπει να εστιάζεται περισσότερο στην υγιή ανάπτυξη παρά στην αντικοινωνική συμπεριφορά.

Σκοπός της Αγωγής Υγείας δεν είναι να καταστείλει τις μορφές συμπεριφοράς που μπορούν να θεωρηθούν ως αντικοινωνικές. Εξάλλου κάτι τέτοιο δεν περιλαμβάνεται ούτε στους ευρύτερους στόχους της αγωγής γενικότερα. Σκοπός της Αγωγής Υγείας είναι να μεριμνήσει ώστε τα παιδιά να αναπτύσσονται υγιώς, τόσο από πλευράς σωματικής και ψυχικής όσο και από πλευράς πνευματικής και κοινωνικής.

8. Η Αγωγή Υγείας θα πρέπει να στηρίζεται στο περιεχόμενο της οικογενειακής ζωής.

Σε καμία περίπτωση δε θα πρέπει να θεωρηθεί ότι υπερβαίνει τις αρμοδιότητες της οικογένειας σχετικά με την ανάπτυξη και την υγιή ανατροφή των παιδιών της. Ούτε πάλι επιδιώκει την υπαγωγή των θεμάτων που σχετίζονται με την υγεία των κοινωνιών σε υπερκείμενους φορείς. Η οικογένεια παραμένει η βασική κοινωνική μονάδα και από αυτήν εκπορεύεται η αγωγή για την υγεία, όπως και άλλες μορφές αγωγής και κοινωνικοποίησης.

9. Η Αγωγή Υγείας στο σχολείο δε θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένα μεμονωμένο περιστατικό κάποιας χρονιάς, αλλά ως ένα τμήμα μιας εκτεταμένης και συνεχούς διαδικασίας.

Η Αγωγή Υγείας για να είναι αποτελεσματική θα πρέπει να έχει διάρκεια. Η θεματική της είναι ανεξάντλητη και θα πρέπει να προσαρμόζεται σε κάθε φάση της ζωής των μαθητών, ανάλογα με την ηλικία τους και τα κοινωνικά τους χαρακτηριστικά. Εξάλλου, η σχολική Αγωγή Υγείας είναι ένα μόνο τμήμα της ευρύτερης αγωγής για την υγεία.

10. Η Αγωγή Υγείας που προσφέρεται στο σχολείο θα πρέπει να είναι ευαίσθητη στις επιθυμίες των γονέων.

Η σχολική Αγωγή Υγείας δεν παραγνωρίζει ούτε υποκαθιστά την Αγωγή Υγείας που προσφέρει η οικογένεια στα παιδιά. Αντίθετα φροντίζει να την ενισχύει και να διατηρεί όσα η οικογένεια έχει επιτύχει σχετικά με; την προστασία, προαγωγή και βελτίωση της υγείας των παιδιών. Το σχολείο, όσον αφορά θέματα όπως η υγεία, δε θα πρέπει να διαμορφώνει σχεδιασμούς και πρακτικές ανεξάρτητες από τις επιθυμίες των γονέων. Αυτοί θα πρέπει να έχουν πάντα τον πρώτο λόγο και το σχολείο θα πρέπει να αναζητεί την έγκριση και τη συνεργασία τους⁴.

Η Αγωγή Υγείας στο σχολείο λαμβάνει χώρα είτε μέσα από τη διδασκαλία άλλων μαθημάτων είτε με την εκπόνηση προγράμματος. Τα προγράμματα αυτά διέπονται από παιδαγωγικές αρχές και είναι κατά τέτοιο τρόπο σχεδιασμένα ώστε να βοηθούν τους μαθητές:

- Να αντιλαμβάνονται τη σημασία της καλής φυσικής κατάστασης, της υγιεινής και της καλής υγείας και τους τρόπους με τους οποίους κάποιοι παράγοντες τις επηρεάζουν
- Να συνειδητοποιούν την ανάγκη για καθημερινή άσκηση και υγιεινή συμπεριφορά
- Να κατανοούν την έννοια και την ανάγκη της πρόληψης ως

κυρίαρχο παράγοντα για την ποιότητα της ζωής τους και τη μακροζωία τους

- Να κατανοούν τις αξίες της υγιεινής ζωής και τις λεπτές ισορροπίες που δημιουργούνται όταν δεν τηρούνται κάποιες βασικές αρχές πρόληψης.

Αυτοί είναι και στην πραγματικότητα οι στόχοι της σχολικής Αγωγής Υγείας. Όμως, για να πετύχουν αυτούς τους στόχους, οι μαθητές θα πρέπει να κατανοήσουν τα ακόλουθα:

- Η πρώτη Αγωγή Υγείας παρέχεται στα παιδιά από τους γονείς τους
- Οι τρόποι με τους οποίους ζούμε και συμπεριφερόμαστε αυξάνουν ή μειώνουν τους κινδύνους για την υγεία μας σε όλη μας τη ζωή
- Η υγεία μας επηρεάζεται από πάρα πολλούς παράγοντες
- Θα πρέπει να μάθουμε να αναγνωρίζουμε και να χρησιμοποιούμε τις πληροφορίες και τα προϊόντα που σχετίζονται με την υγεία μας
- Θα πρέπει να αποκτήσουμε τις απαραίτητες γνώσεις και να αναπτύξουμε τις απαραίτητες δεξιότητες, ώστε να διαφυλάττουμε την ατομική, την οικογενειακή και την κοινοτική υγεία.

Η μορφή που έχει η Αγωγή Υγείας στο σημερινό ελληνικό σχολείο ούτε κατοχυρώνει την αποτελεσματικότητα της ούτε μπορεί να εξασφαλίσει μια σταθερή και υψηλή ποιότητα για την εκπαιδευτική διαδικασία. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην έλλειψη συντονισμού και ομοιομορφίας που παρατηρείται κατά την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, καθώς και στην εναπόθεση της ευθύνης για την εκπόνηση σχετικών προγραμμάτων στη διάθεση και στην ευαισθησία των εκπαιδευτικών.

Για την υλοποίηση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας απαιτείται και η συνδρομή ενός επιστημονικού φορέα, ο οποίος θα πρέπει να αναλάβει:

1. Να προσαρμόσει το πρόγραμμα Αγωγής Υγείας στις ιδιαιτερότητες και στις ανάγκες κάθε κοινωνικής ομάδας.

2. Να προκαλέσει την ενεργό συμμετοχή του εκπαιδευτικού κόσμου, που εξασφαλίζεται με:

- τη δυνατότητα συνεχούς εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών
- την παροχή κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού και τη δυνατότητα συνεχούς εμπλουτισμού του
- την παροχή κινήτρων στους εκπαιδευτικούς που συμμετέχουν στο πρόγραμμα
- τη μεθόδευση της συνεργασίας σχολείου - κοινότητας
- τη συστηματική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εφαρμογής του προγράμματος και την αναπροσαρμογή του εφόσον κρίνεται αναγκαίο.

Έχουμε ήδη επισημάνει ότι η Αγωγή Υγείας δεν αποτελεί μια αποκλειστικά σχολική δραστηριότητα. Πρόκειται για την εφαρμογή στο σχολείο ενός ευρύτερου εκπαιδευτικού προγράμματος με σημαντική κοινωνική χρηστικότητα. Θα πρέπει να είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα σχεδιασμοί, στρατηγικών, δράσεων και υπηρεσιών, το οποίο θα έχει σχεδιαστεί με στόχο την προαγωγή της φυσικής, συναισθηματικής, κοινωνικής και εκπαιδευτικής ανάπτυξης των μαθητών. Η Αγωγή Υγείας σε καμία περίπτωση δε θα πρέπει να εξαντλεί τους πόρους και τους στόχους της στο σχολείο, αλλά θα πρέπει να εξαπλώνεται από και προς άλλους φορείς και θεσμούς, όπως η

οικογένεια, η τοπική κοινότητα και η πολιτεία γενικότερα. Η σχολική Αγωγή Υγείας θα πρέπει να αποτελείται έναυσμα ή το συνδετικό κρίκο για την ανάπτυξη της απαραίτητης συνείδησης και τρόπου ζωής για μακροζωία και υγεία.

Η Αγωγή Υγείας στο σχολείο δε θα μπορούσε ποτέ να επιτύχει τη μέγιστη αποτελεσματικότητα εάν δεν εξασφαλιζόταν ο δυναμικός συγκερασμός των εξής βασικών **παραγόντων**:

1. Η διαμόρφωση του κατάλληλου σχολικού περιβάλλοντος, το οποίο περιλαμβάνει (α) το κατάλληλο φυσικό περιβάλλον, (β) την κατάλληλη διαχείριση του περιβάλλοντος, (γ) το κατάλληλο ψυχολογικό περιβάλλον και (δ) την προαγωγή υγείας για όλο το ανθρώπινο δυναμικό του σχολείου.

1.1. Ως κατάλληλο φυσικό περιβάλλον εννοείται ο συνδυασμός όλων εκείνων των παραγόντων που συνθέτουν ένα υγιεινό και άνετο περιβάλλον για όλο το προσωπικό του σχολείου. Τέτοιοι παράγοντες είναι η αισθητική των κτιρίων, ο φωτισμός, ο εξαερισμός, η καθαριότητα, η ασφάλεια κ. ά.

1.2. Ως κατάλληλη διαχείριση του περιβάλλοντος εννοείται η πολιτική που θα πρέπει να ασκήσουν οι διοικητικές αρχές, ώστε να διαφυλάττονται οι παραπάνω συνθήκες και να παρεμποδίζονται ενέργειες και ουσίες που απειλούν την υγεία των μαθητών, όπως το τσιγάρο, τα ναρκωτικά και η βία.

1.3. Ως κατάλληλο ψυχολογικό περιβάλλον εννοείται η δημιουργία και διαφύλαξη μιας ψυχολογικά υγιούς και υποστηρικτικής ατμόσφαιρας, το συνεργατικό κλίμα, ο σεβασμός της διαφορετικότητας και η σύμπνοια των εκπαιδευτικών με τις οικογένειες των μαθητών.

1.4. Η προαγωγή υγείας για όλο το ανθρώπινο δυναμικό του σχολείου αποτελεί το συγκερασμό των τριών παραπάνω παραγόντων και εξασφαλίζεται με τη μέριμνα που θα πρέπει να δείξουν όλοι όσοι σχετίζονται με την εκπαίδευση και την υγεία, όπως το Υπουργείο Παιδείας, το Υπουργείο Υγείας, οι τοπικοί φορείς, οι εκπαιδευτικοί, οι μαθητές, οι γονείς κ.λπ.

2. *Η δημιουργία και εκπόνηση κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων, τα οποία θα επικεντρώνονται σε τρεις περιοχές: στη φυσική άσκηση, στην αγωγή υγείας και στη διάχυση γνώσεων και πληροφοριών που θα αναφέρονται σε ζητήματα υγείας στα αναλυτικά προγράμματα.*

3. *Η παροχή υπηρεσιών υγείας μέσα στο σχολείο και η εξασφάλιση των κατάλληλων συνθηκών διαβίωσης και διατροφής. Στο επίπεδο αυτό, το σχολείο θα πρέπει να δείξει ότι όχι μόνο διδάσκει, αλλά συμμορφώνεται και το ίδιο στα πρότυπα που θέτει. Η προσφορά υγιεινών τροφών από το κυλικείο, το άρτιο εξοπλισμένο φαρμακείο πρώτων βοηθειών, η απαγόρευση του καπνίσματος και για τους εκπαιδευτικούς, η ύπαρξη συμβούλων ή κοινωνικών λειτουργών κ.ά., αποτελούν μερικά μόνο παραδείγματα λειτουργίας ενός σχολείου που προάγει πραγματικά την υγεία⁴.*

1.2 Κριτήρια εκπαιδευτικών και σχολείων που προάγουν την Υγεία

Οι γνώσεις και οι δεξιότητες που θα πρέπει να διαθέτουν οι εκπαιδευτικοί, ώστε να είναι σε θέση να ασχοληθούν με την Αγωγή Υγείας στο σχολείο, είναι οι εξής:

§ Θα πρέπει να αντιλαμβάνονται το γεγονός ότι για να είναι αποτελεσματική η Αγωγή Υγείας στην τάξη χρειάζεται την ενίσχυση της επίσημης πολιτικής του σχολείου, το πλέγμα των φυσικών και κοινοτικών συνιστωσών του σχολείου, καθώς και μια διασύνδεση με ένα σύνολο προσπαθειών που να απορρέουν από την οικογένεια και την κοινότητα.

§ Θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα ζητήματα υγείας που είναι πρωταρχικής σημασίας για να συμπεριληφθούν στην Αγωγή Υγείας, φροντίζοντας ταυτόχρονα να τα οριοθετούν μέσα σε ένα πλαίσιο προαγωγής υγιεινών τρόπων ζωής και πιο υγιεινών συνθηκών διαβίωσης.

§ Να είναι σε θέση να ξεκινούν από το σημείο στο οποίο βρίσκονται οι μαθητές σε ό,τι αφορά τις αντιλήψεις τους, τις γνώσεις και τις στάσεις τους σχετικά με ζητήματα-κλειδιά που αφορούν την υγεία.

Να είναι σε θέση να προάγουν την υιοθέτηση κατάλληλων στάσεων και δεξιοτήτων σε σχέση με αυτά τα ζητήματα υγείας.

Να είναι σε θέση να κατανοήσουν τη σπουδαιότητα οικοδόμησης ενός ολιστικού σχολείου, μέσα από την ανάπτυξη ενός σπειροειδούς προγράμματος μαθημάτων στην Αγωγή Υγείας.

Να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τρόπους μέσα από τους οποίους τα παραδοσιακά διδακτικά αντικείμενα είναι δυνατό να επανεκτιμηθούν

και να καταστούν πιο σχετικά με τη ζωή των μαθητών μέσα από την ενσωμάτωση σε αυτά θεμάτων σχετικών με την υγεία.

Να μπορούν να χρησιμοποιούν μια ποικιλία διδακτικών μεθόδων, οι οποίες να εμπλέκουν τους μαθητές αποτελεσματικότερα με τη διαδικασία της μάθησης.

Να εκτιμούν τη σπουδαιότητα της αξιολόγησης για την οικοδόμηση ενός επιτυχημένου προγράμματος Αγωγής Υγείας. **Ο εκπαιδευτικός που ασχολείται με την Αγωγή Υγείας θα πρέπει να είναι:**

- **Παιδαγωγός:** Αυτή είναι η βασική αποστολή του εκπαιδευτικού. Να παιδαγωγήσει και όχι μόνο να μεταφέρει και να αναπαράγει τις γνώσεις που προδιαγράφει το Αναλυτικό Πρόγραμμα. Αυτός είναι ο ρόλος που ο εκπαιδευτικός δεν πρέπει να ξεχνά ποτέ. Είναι η αφετηρία και η απόληξη του επαγγέλματος του. Όπως σημειώνει ο Αχ. Καψάλης «... ο εκπαιδευτικός είναι ο ειδικός σε θέματα αγωγής των παιδιών και η παιδαγωγική του μόρφωση θεωρείται απαραίτητο συμπλήρωμα του επιστημονικού του ρόλου».

- **Καθοδηγητής:** Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο να μιμούνται οι μαθητές του εκπαιδευτικού τους και να τους καθιστούν πρότυπα. Στην περίπτωση αυτή ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι κρίσιμος, γιατί θα πρέπει να τους καθοδηγεί με μαεστρία, ευαισθησία και ιδιαίτερη προσοχή, θα πρέπει να είναι ο καθοδηγητής τους τόσο στον κόσμο της γνώσης όσο και στον κοινωνικό κόσμο, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στις κοινωνικές αξίες. Εξάλλου, είναι δεκτό ότι ορισμένες μορφές κοινωνικής συμπεριφοράς είναι σε θέση να τις καλλιεργεί ο εκπαιδευτικός.

- **Οργανωτής:** Ο εκπαιδευτικός είναι ο φυσικός ηγέτης της

κοινωνικής ομάδας που σχηματίζει η σχολική τάξη. Και από το ρόλο του αυτόν προκύπτει η δυνατότητα του να οργανώνει την εκπαιδευτική διαδικασία σύμφωνα με τα πρότυπα που θέτει το σχολικό σύστημα. Παράλληλα, οργανώνει κοινωνικά τους μαθητές δημιουργώντας τις κατάλληλες συνθήκες για την ομαλή και αποτελεσματική κοινωνικοποίηση τους και δημιουργεί το πρόσφορο κλίμα για την ανάπτυξη των κοινωνικών και εκπαιδευτικών διαδικασιών. **Ισότιμο μέλος της ομάδας:** Παρά την ηγετική του θέση, ο εκπαιδευτικός μέσα από τις εκπαιδευτικές διαδικασίες της Αγωγής Υγείας πλησιάζει τους μαθητές. Γίνεται και αυτός ισότιμο μέλος της ομάδας της σχολικής τάξης. Και αυτός είναι ο καλύτερος τρόπος να προσεγγίσει τους μαθητές ώστε να μπορέσει να φέρει εις πέρας και με υψηλό ποσοστό αποτελεσματικότητας τα προγράμματα Αγωγής Υγείας που απαιτούν από τη φύση τους ένα διαφορετικό ρόλο για τον εκπαιδευτικό.

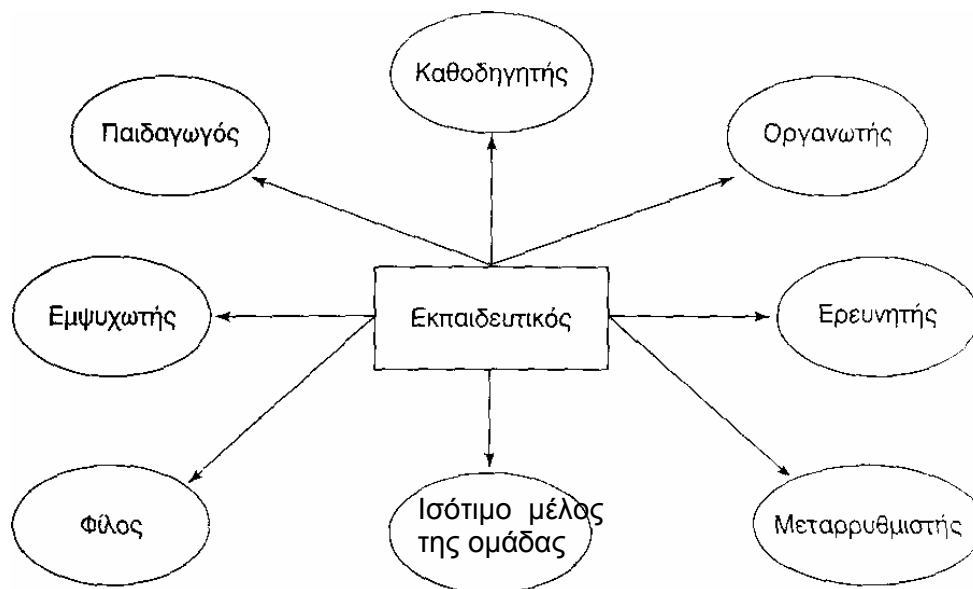
Εμψυχωτής: Η ομάδα της σχολικής τάξης, αλλά και ο κάθε μαθητής ξεχωριστά χρειάζονται τη συμπαράσταση και τη βοήθεια του εκπαιδευτικού. Ακόμα περισσότερο όταν οι δραστηριότητες της σχολικής τάξης επικεντρώνονται σε θέματα υγείας. Σε μια ευαίσθητη περιοχή όπου «το πρόβλημα έχει όνομα» και κάποιος ή κάποιοι μαθητές το αντιμετωπίζουν. Ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να σταθεί δίπλα τους και να εμψυχώσει όλους τους μαθητές να σκεφτούν και ενσκήψουν κριτικά σε τέτοιου είδους προβλήματα. Ακόμα θα πρέπει να τους εμψυχώσει να εδραιώσουν νέες στάσεις ζωής. Αυτές που θα προστατέψουν και θα βελτιώσουν όχι μόνο τη δική τους υγεία, αλλά και την υγεία των γύρω τους.

Ερευνητής: Έχουμε ήδη επισημάνει ότι η θεματική της Αγωγής Υγείας απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση. Έτσι, ο εκπαιδευτικός: θα

πρέπει να ανακαλύψει και ο ίδιος τις γνώσεις που θα του χρειαστούν για να διεκπεραιώσει τη διδασκαλία του. Θα πρέπει να ερευνήσει, να συλλέξει πληροφορίες, να τις αναλύσει, να τις αξιολογήσει επιστημονικά και παιδαγωγικά και να τις παρουσιάσει στους μαθητές του. Ακόμα, η διδακτική μεθοδολογία που συχνά εφαρμόζεται κατά την Αγωγή Υγείας, η βιωματική μάθηση και διδασκαλία με τη μέθοδο project απαιτεί και την ερευνητική ενασχόληση του εκπαιδευτικού.

Φίλος: Ο εκπαιδευτικός με την Αγωγή Υγείας έρχεται πολύ κοντά με τους μαθητές, που θα πρέπει να τον νιώθουν και ως φίλο τους για να τον εμπιστευθούν και να συμμετάσχουν άνετα στην εκπαιδευτική διαδικασία που θα επιλέξει. Εξάλλου, είναι και η φύση των θεμάτων που συζητούνται τέτοια, που απαιτούν τη φιλική διάθεση μεταξύ των συμμετεχόντων. Σε μια έκθεση επιθεώρησης σχολείων στη Μ. Βρετανία αναφέρεται ότι «οι εκπαιδευτικοί αναλαμβάνουν μεγάλο ρίσκο όταν προσεγγίζουν προσωπικά θέματα των μαθητών».

Μεταρρυθμιστής: Δεν είναι λίγες οι φορές που ο εκπαιδευτικός νιώθει να αλλάξουν κάποια πράγματα είτε για να κάνει καλύτερα δουλειά του είτε γιατί βλέπει γύρω του δυσάρεστες κοινωνικές καταστάσεις. Θα πρέπει λοιπόν να πάρει πρωτοβουλίες τόσο σε θέματα που αφορούν την εκπαιδευτική διαδικασία όσο και σε θέματα που αφορούν τον κοινωνικό στίβο.¹



Τι πρέπει να προσέχει ο εκπαιδευτικός όταν εφαρμόζει με τους μαθητές προγράμματα Αγωγής Υγείας

1. Γλώσσα

- Να είναι αμοιβαία κατανοητή
- Να μην ενοχλεί ή προσβάλλει

2. Αποκαλύψεις

- Να μην ενθαρρύνονται οι μαθητές να αποκαλύπτουν απόκρυφες λεπτομέρειες, που ίσως να προκαλέσουν στη συνέχεια στενοχώρια
- Να υπάρχει σεβασμός στον «ιδιωτικό κόσμο» του εαυτού και των άλλων

3. Ερωτήσεις

- Καμιά ερώτηση δεν είναι «χαζή» αν το άτομο που τη ρωτά είναι ειλικρινές
- Δεν είναι απαραίτητο όλες οι απαντήσεις να δίνονται δημόσια

- Ο δάσκαλος έχει το δικαίωμα να μη γνωρίζει κάποια απάντηση

4. Θέματα

• Βασικά αμφιλεγόμενα θέματα ίσως να μην είναι κατάλληλα για ομάδες κάθε ηλικίας

- Να υπάρχει σεβασμός του επιπέδου ωριμότητας των μαθητών
- Στην επιλογή των θεμάτων να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η γνώμη των παιδιών

5. Βοήθεια

• Θέματα που εμφανίζονται μέσα στην τάξη μπορεί να χρειάζονται παρακολούθηση ή αντιμετώπιση έξω από αυτήν

- Να υπάρχει δυνατότητα ιδιαίτερης συζήτησης

6. Εμπιστοσύνη

• Να γίνεται προσπάθεια για τη δημιουργία κλίματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης

7. Συναισθήματα

• Όλα τα συναισθήματα είναι αποδεκτά, αλλά όχι όλες οι συμπεριφορές

• Να αναγνωρίζεται η ποικιλία στις ηθικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις

8. Χιούμορ

• Όταν χρησιμοποιείται διακριτικά, μπορεί να χαλαρώσει την ένταση που δημιουργείται μερικές φορές

9. Επισκέπτες - Καλεσμένοι

- Να προηγείται έλεγχος της καταλληλότητας τους

- Να προσδιορίζεται ακριβώς ο ρόλος τους σε σχέση με το δάσκαλο και τους μαθητές, π.χ. ομιλητής, σύμβουλος, συνεργάτης κ.λπ.

10. Υλικά, Μέσα, Μέθοδοι

- Να δοκιμάζονται τα υλικά προτού χρησιμοποιηθούν από τους μαθητές
- Χρειάζεται να προσαρμόζονται, παρά να χρησιμοποιούνται εμπορικά πακέτα
- Να λαμβάνεται υπόψη ο τρόπος μάθησης που προτιμούν οι μαθητές

11. Απόψεις γονέων

- Πρέπει να είναι σεβαστές

12. Πολιτική του Σχολείου

- Πρέπει να υπάρχει, να είναι ξεκάθαρη και επίσημα διατυπωμένη σε έγγραφο

13. Επικοινωνία

- Όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη πρέπει να ενημερώνονται και να συμμετέχουν ενεργά, για να επιτευχθούν τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα³

Γνωρίσματα συντονιστή / εκπαιδευτή

Ακουστική: Ικανότητα του εκπαιδευτή να ακούει τους εκπαιδευόμενους χωρίς να διακόπτει ή να διορθώνει. Να μπορεί να "χτίζει" με τις ιδέες τους.

Κατανόηση: Ικανότητα του εκπαιδευτή να κατανοεί και να αντιλαμβάνεται τα αισθήματα και τις εμπειρίες της ομάδας και του κάθε μέλους της.

Σεβασμός: Ικανότητα του εκπαιδευτή να επιβάλλει αμοιβαίο σεβασμό μεταξύ εκπαίδευση εκπαιδευομένων και μεταξύ των εκπαιδευομένων μελών.

Εμπιστοσύνη: Ικανότητα να ενθαρρύνει την ελεύθερη έκφραση και ανταλλαγή απόψεων και αποριών του κάθε μέλους χωρίς φόβο ότι θα αμφισβητηθεί.

Ανεκτικότητα: Ικανότητα για δημιουργία ήρεμης και ανεκτικής ατμόσφαιρας που ενθαρρύνει την ελεύθερη έκφραση και παραγωγική σκέψη και δράση των μελών της ομάδας

Ευελιξία: Ικανότητα να κάνει κατάλληλες για τα μέλη της ομάδας αναπροσαρμογές και να αποφεύγει αυταρχικές συμπεριφορές, στερεότυπα, ηθικοπλαστικές απόψεις και την επιβολή ιδεών.

Συμμετοχή: Ικανότητα να εξασφαλίζει τη συμμετοχή όλων των μελών της στις διαδικασίες σεβόμενος τις ατομικές ιδιαιτερότητες και ικανότητες του κάθε μέλους

Συνεργασία: Ικανότητα να ενθαρρύνει και να αναζητεί τη συνεργασία του κάθε μέλους ως ομάδας αλλά και εξωτερικών συνεργατών, αναγνωρίζοντας τις ελλείψεις και τις συνέπειες που μπορεί να έχει στον ίδιο και την ομάδα ο αποκλεισμός από το σύνολο.

Γνώσεις δυναμικής της ομάδας: Ικανότητα εκτίμησης της δυναμικής της ομάδας και ειδικής υποστήριξης που ίσως χρειάζεται στο θέμα αυτό, αναγνωρίζοντας τη σημασία στο πρόγραμμα³.

Κριτήριο σχολείων που προάγουν την υγεία

Κάθε σχολείο που ενδιαφέρεται να χαρακτηριστεί ως Σχολείο Προαγωγής της Υγείας θα πρέπει να σχεδιάσει το πρόγραμμα και τη ζωή του έτσι, ώστε να συγκεντρώνει τα παρακάτω κριτήρια:

1. Να προαγάγει ενεργά την αυτοεκτίμηση όλων των μαθητών, δείχνοντας τον τρόπο με τον οποίο καθένας μπορεί να συνεισφέρει στη ζωή του σχολείου.

2. Να αναπτύξει καλές σχέσεις ανάμεσα στους εκπαιδευτικούς και τους μαθητές καθώς και ανάμεσα στους ίδιους τους μαθητές κατά την καθημερινή ζωή στη σχολική κοινότητα.

3. Να αποσαφηνίσει τις κοινωνικές αξίες και τους στόχους του σχολείου σε όλο το προσωπικό και τους μαθητές.

4. Να προσφέρει κίνητρα σε όλους τους μαθητές μέσα από μια μεγάλη ποικιλία δραστηριοτήτων.

5. Να εκμεταλλευτεί κάθε ευκαιρία για να βελτιώσει το φυσικό περιβάλλον του σχολείου.

6. Να αναπτύξει ισχυρούς δεσμούς ανάμεσα στο σχολείο, την οικογένεια και την κοινότητα.

7. Να προαγάγει ουσιαστικά την υγεία όλων των εργαζομένων.

8. Να δώσει έμφαση στη σημασία που έχει το παράδειγμα του εκπαιδευτικού για τους μαθητές.

9. Να λάβει υπόψη τη σημασία των σχολικών γευμάτων, όταν αυτά προσφέρονται, και των κυλικείων στο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας.

10. Να αξιοποιήσει το δυναμικό και τις ειδικές υπηρεσίες της τοπικής κοινότητας, ώστε να εξασφαλίσει υποστήριξη και καθοδήγηση στην

εφαρμογή της Αγωγής Υγείας.

11. Να αναπτύξει καλούς δεσμούς με τα σχολεία, των άλλων βαθμίδων, της περιοχής, προκειμένου να σχεδιάσουν από κοινού ένα ενιαίο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας.

12. Να επεκτείνει τις υπηρεσίες υγείας του σχολείου, όταν αυτές υπάρχουν, έτσι ώστε εκτός από την οργάνωση ανιχνευτικών προγραμμάτων ρουτίνας, να υποστηρίζουν το πρόγραμμα αγωγής και προαγωγής της υγείας με ενημέρωση και συμβουλευτική καθοδήγηση.

Το Δίκτυο των Σχολείων που Προάγουν την Υγεία έδωσε μια διαφορετική κατεύθυνση στη σχολική Αγωγή Υγείας. Μια κατεύθυνση που σχηματοποίησε νέες προοπτικές τόσο ως προς την επιστημονική οριοθέτηση της Αγωγής Υγείας όσο και ως προς τις παιδαγωγικές μεθόδους και το Αναλυτικό της Πρόγραμμα. Η παραδοσιακή μορφή της σχολικής Αγωγής Υγείας έχει ήδη αρχίσει να δίνει τη θέση της σε ένα νέο πλαίσιο εφαρμογής, όπου αναπτύσσονται νέες μεθοδολογικές αρχές, νέες διδακτικές τεχνικές και μεθοδολογία, καινοτόμοι τρόποι προσέγγισης της θεματικής της και εμπλοκή περισσότερων φορέων εκτός από τους εκπαιδευτικούς και τους μαθητές. Παράλληλα, η Αγωγή Υγείας διαπερνά τα όρια του σχολικού οργανισμού και διαχέεται στην οικογένεια, την κοινότητα και την πολιτεία. Γίνεται προσιτή στους πολίτες και αποτελεί πόλο προβληματισμού για όλο και περισσότερους κοινωνούς. Τέλος, αποτελεί ένα μοχλό για τη δημιουργία σχολικών μονάδων με αρτιότερες προδιαγραφές υγιεινής και συνθήκες διαβίωσης για όλους όσους εργάζονται σε αυτές.

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τις διαφορές μεταξύ της παραδοσιακής σχολικής αγωγής υγείας και της ανάπτυξης της μέσω των σχολείων που προάγουν την υγεία.⁵

Από την παραδοσιακή σχολική αγωγή υγείας στα σχολεία που προάγουν την υγεία

<ul style="list-style-type: none">• Η παραδοσιακή σχολική αγωγή υγείας	<ul style="list-style-type: none">• Το σχολείο που προάγει την υγεία
<ul style="list-style-type: none">• Αναπτύσσεται στα στενά, όρια της σχολικής τάξης	<ul style="list-style-type: none">• Αναπτύσσεται στα ευρύτερα όρια του σχολείου και της κοινότητας, μετατρέποντας το σχολείο σε μια κοινότητα φροντίδα
<ul style="list-style-type: none">• Δίνει έμφαση στην ατομική υγιεινή και στην φυσική υγεία, αποκλείοντας ευρύτερους τομείς της υγείας	<ul style="list-style-type: none">• Βασίζεται σε ένα μοντέλο υγείας το οποίος διαμορφώνεται στη βάση της αλληλεπίδρασης, μεταξύ φυσικών, πνευματικών και περιβαλλοντικών παραγόντων
<ul style="list-style-type: none">• Επικεντρώνεται σε οδηγίες που αφορούν την υγεία και στην παροχή πληροφοριών	<ul style="list-style-type: none">• Επικεντρώνεται στην ενεργό συμμετοχή των μαθητών με χρήση μιας ποικιλίας μεθόδων
<ul style="list-style-type: none">• Στερείται μιας συμπυκνωμένης και συνεργατικής προσέγγισης η οποία θα λαμβάνει υπόψη όλες τις επιρροές που δέχεται η υγεία των μαθητών	<ul style="list-style-type: none">• Αναγνωρίζει την ποικιλία των επιρροών που δέχεται η υγεία των μαθητών και προσπαθεί να λάβει υπόψη της τις ήδη διαμορφωμένες στάσεις και αντιλήψεις των μαθητών
<ul style="list-style-type: none">• Τείνει να ανταποκρίνεται σε δεδομένα προβλήματα και καταστάσεις με μοναδικούς κατά περίπτωση τρόπους	<ul style="list-style-type: none">• Αναγνωρίζει τις κοινές μεθόδους και προσεγγίσεις για διάφορα θέματα υγείας και προσχεδιάζει τη προσέγγιση τους μέσα από το Αναλυτικό Πρόγραμμα
<ul style="list-style-type: none">• Παρουσιάζει μια περιορισμένη προσέγγιση των ψυχολογικών και των κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία	<ul style="list-style-type: none">• Θεωρεί την ανάπτυξη της θετικής εικόνας του εαυτού ως τον κυριότερο παράγοντα για την καλλιέργεια της ικανότητας των μαθητών να αποφασίζουν για την υγεία τους και τη ζωή τους γενικότερα

<ul style="list-style-type: none">• Δεν αναγνωρίζει σε ικανοποιητικό βαθμό τη σπουδαιότητα του σχολείου και του περιβάλλοντός του	<ul style="list-style-type: none">• Αναγνωρίζει τη σημασία του φυσικού περιβάλλοντος του σχολείου τόσο ως προς την αισθητική, όσο και ως προς τις συνθήκες υγιεινής
<ul style="list-style-type: none">• Δεν προάγει την υγεία και τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας του προσωπικού του σχολείου	<ul style="list-style-type: none">• Θεωρεί την προαγωγή της υγείας του σχολείου σχετική με την υγεία και τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας του προσωπικού
<ul style="list-style-type: none">• Δεν ενθαρρύνει την ενεργό εμπλοκή των γονέων στα προγράμματα Αγωγής Υγείας	<ul style="list-style-type: none">• Θεωρεί την ενεργό συμμετοχή και τη συνεργασία της οικογένειας ως κεντρικό άξονα της αγωγής και προαγωγής της υγείας
<ul style="list-style-type: none">• Αντιμετωπίζει τις υπηρεσίες υγείας του σχολείου μόνο ως παροχέα φροντίδας και πρόληψης ασθενειών	<ul style="list-style-type: none">• Θεωρεί τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει το σχολείο και ως ενεργό στοιχείο του Αναλυτικού Προγράμματος

1.3 Ο ρόλος της οικογένειας για την αποτελεσματικότητα της σχολικής Αγωγής Υγείας

Η ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ αποτελεί μια σημαντική εκπαιδευτική διαδικασία, η οποία σε καμία περίπτωση δε θα πρέπει να περιορίζεται στα πλαίσια του σχολείου. Εξάλλου, έχουμε ήδη επισημάνει σε άλλο σημείο της εργασίας μας ότι ο πρώτος και ίσως ο κυριότερος φορέας για την παροχή Αγωγής Υγείας στα παιδιά είναι η οικογένεια και σε καμία περίπτωση δε θα πρέπει να αμφισβητηθεί η πρωταρχικότητά της. Από την άλλη, η προσπάθεια για την προστασία και την προαγωγή της υγείας του ανθρώπου αποτελεί μια συνεχή και δυναμική διαδικασία που δε θα πρέπει να περιορίζεται ούτε χρονικά ούτε ως προς τους φορείς που την παρέχουν ούτε ως προς το περιεχόμενο της. Η δυναμική και πολυσχιδής μορφή της αποτελεί το κυριότερο εργαλείο για την επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας. Αυτό ακριβώς το πλεονέκτημα θα πρέπει να εκμεταλλευτεί το σχολείο ώστε να μπορέσει να αφυπνίσει τους μαθητές, αλλά και όλους τους πολίτες για τους κινδύνους που απειλούν την υγεία τους και να τους προτείνει τρόπους να τους αντιμετωπίσουν. Εξάλλου, φαίνεται ότι η πρόοδος της επιστήμης και της τεχνολογίας δεν εξάλειψε τους κινδύνους για την ανθρώπινη υγεία. Ίσως τους έδωσε άλλα ονόματα, ίσως δημιούργησε καινούργιους, αλλά το αποτέλεσμα παραμένει το ίδιο. Υπάρχουν ακόμα ασθένειες που προκαλούν θάνατο σε χιλιάδες ανθρώπους. Ασθένειες που προϋπήρχαν και ασθένειες που εμφανίστηκαν τα τελευταία χρόνια.

Η αντιμετώπιση αυτών των κινδύνων για την ανθρώπινη υγεία απαιτεί επιστράτευση όλων των ατόμων ή των φορέων που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση τους. Πολύ περισσότερο δε της οικογένειας, η οποία θα πρέπει να στέκεται κοντά στα μέλη της, ώστε να

τους εξασφαλίζει τη μεγαλύτερη ηθική, ψυχολογική και υλική στήριξη και να τα καθοδηγεί.

Η συμμετοχή των γονέων στα προγράμματα Αγωγής Υγείας είναι καθοριστική για την επιτυχία τους. Το σχολείο από μόνο του δεν είναι δυνατό να καταφέρει την πλήρη εμπέδωση και βίωση των αξιών και των στάσεων που τα προγράμματα Αγωγής Υγείας προάγουν. Η συμμετοχή των γονέων προσανατολίζονται προς δυο βασικές διαδικασίες:

- Στην άμεση συμμετοχή των γονέων, η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει σχολική εργασία μαζί με το παιδί στο σπίτι και
- Στην έμμεση συμμετοχή των γονέων, η οποία θα περιλαμβάνει πρόσφατες και έγκαιρες πληροφορίες σχετικά με τα προγράμματα από το ίδιο το παιδί.

Το βασικό πρόβλημα είναι όμως να βρεθεί ο τρόπος με τον οποίο θα επιτευχθεί η σύζευξη τους και η ενίσχυση της σχέσης. Κατά την άποψη μας, η λύση βρίσκεται στην αμφίδρομη προσέγγιση των μερών. Εννοούμε ότι και τα δύο μέρη θα πρέπει να κάνουν τα απαραίτητα βήματα προσέγγισης προς το άλλο.

Το σχολείο θα πρέπει να είναι ένα ελκυστικό και φιλόξενο μέρος για τους γονείς. Θα πρέπει να νικηθούν ότι φροντίζει τα παιδιά τους και συνεργάζεται με αυτούς στην ανατροφή τους και στην ανάπτυξη τους. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να υπάρχει συχνή επικοινωνία με τους γονείς με πρωτοβουλία του σχολείου και να είναι ευπρόσδεκτες οι παρατηρήσεις και οι επισκέψεις των γονέων. Το σχολείο δε θα πρέπει να είναι ελκυστικό προς τους γονείς μόνο ως θεσμός, αλλά και ως χώρος από πλευράς αισθητικής. Και προς την κατεύθυνση αυτή μπορεί να ζη-

τηθεί και η συνδρομή των γονέων. Παραπατώ παρουσιάζονται μερικοί από τους τρόπους με τους οποίους το σχολείο θα μπορέσει να γίνει ελκυστικό για τους γονείς και να κερδίσει τη συνεργασία τους:

§ Βιβλιοθήκες για τους γονείς: Η δημιουργία αυτών των βιβλιοθηκών θα δώσει την ευκαιρία στους γονείς να έχουν εύκολη και ανέξοδη πρόσβαση σε πληροφορίες και γνώσεις σχετικές με τα παιδιά τους ή με άλλα θέματα και τις οποίες δε θα μπορούσαν ή θα δυσκολεύονταν να προσεγγίσουν με άλλο τρόπο.

§ Μαθήματα για τους γονείς: Τα μαθήματα αυτά θα μπορούσαν να προσφέρονται από το προσωπικό του σχολείου ή από ειδικούς προσκεκλημένους ομιλητές και το περιεχόμενό τους θα πρέπει να σχετίζεται με θέματα που αφορούν τη διαπαιδαγώγηση των παιδιών, τη φροντίδα τους, καθώς και με άλλα θέματα ειδικότερου ή ευρύτερου ενδιαφέροντος.

§ Χώρος όπου μπορούν να συγκεντρώνονται και να συνεργάζονται οι γονείς: Αν τελικά οι γονείς αρχίσουν να επισκέπτονται τους χώρους του σχολείου και να συνεργάζονται με αυτό, τότε θα πρέπει να αποκτήσουν το δικό τους χώρο, ώστε να είναι άνετη η διαμονή τους και να μη νιώθουν ξένοι.

§ Επισκέψεις του προσωπικού του σχολείου στα σπίτια των μαθητών: Οι γονείς, πολύ συχνά, λόγω των συνθηκών εργασίας τους ή άλλων προβλημάτων, δεν είναι σε θέση να επισκεφτούν το σχολείο κατά τις ώρες και τις ημέρες που το σχολείο ορίζει. Από την άλλη, δε σπανίζει το φαινόμενο να επισκέπτονται το σχολείο και να αισθάνονται απολογούμενοι ή σε αμυντική θέση. Για να αρθούν αυτά τα προβλήματα, θα μπορούσαν και οι εκπρόσωποι του σχολείου να επισκέπτονται, κάποιες φορές, τους γονείς στα σπίτια τους και να

συνεργάζομαι μαζί τους.

Οι γονείς μπορούν με πολλούς τρόπους να συνδράμουν στους στόχους του σχολείου και να συνεργαστούν μαζί του για την επίτευξη αυτών των στόχων και για την αύξηση του ποσοστού αποτελεσματικότητας του. Η συνεργασία αυτή θα πρέπει να οικοδομηθεί σταδιακά και να ανανεώνεται συνεχώς. Η βασικότερη παροχή συνεργασίας εκ μέρους των γονέων θα πρέπει να είναι η προσφορά ενός σταθερού, ζεστού και υγιούς περιβάλλοντος, το οποίο θα προάγει την ανάπτυξη των παιδιών και θα επιτρέπει στο σχολείο να επιτύχει απρόσκοπτα τους στόχους του. Ακόμα, οι γονείς μπορούν να συνδράμουν τους στόχους του σχολείου χρηματοδοτώντας τα εργαστήρια και τη βιβλιοθήκη του σχολείου, να επιτρέπουν στα παιδιά τους να συμμετέχουν στις εκδηλώσεις που διοργανώνει το σχολείο, είτε εντός είτε εκτός του σχολικού συγκροτήματος, να συμμετέχουν ή να διοργανώνουν αυτόβουλα πολιτιστικές, αθλητικές ή άλλες εκδηλώσεις, βοηθώντας στη γραφειοκρατική και λειτουργική οργάνωση του σχολείου ή και κάποιων άλλων εκδηλώσεων, αναλαμβάνοντας την ευθύνη για την ομαλή διεξαγωγή συγκεκριμένων εκδηλώσεων, καλώντας ομιλητές και διοργανώνοντας εκδηλώσεις και για το προσωπικό του σχολείου, ακολουθώντας τους κανόνες υγιεινής και καθαριότητας που θέτει το σχολείο κ.ά.

Θεωρούμε ότι το εφελτήριο για τη συμμετοχή των γονέων στις σχολικές δραστηριότητες που αφορούν την Αγωγή Υγείας, θα πρέπει να αποτελέσει η κατανόηση αυτής της διαδικασίας τόσο ως προς τους επιδιωκόμενους στόχους όσο και ως προς τη μεθοδολογία και τις τεχνικές που υιοθετεί. Έτσι, το σχολείο θα πρέπει να βρει τρόπους να κοινοποιήσει στους γονείς τους τρόπους με τους οποίους επιδιώκει την

επίτευξη των στόχων του, να τους ενημερώσει για τη μορφή του Αναλυτικού Προγράμματος, για τη διδακτική μεθοδολογία που χρησιμοποιείται και φυσικά για το σκοπό και τους στόχους που θέτει.

Προς την κατεύθυνση αυτή θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμη η ενεργός συμμετοχή των γονέων σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες, όπως σε συναντήσεις ενημέρωσης, σε επισκέψεις σε διάφορους χώρους και σε εκπαιδευτικές εκδρομές κ.ά. Η Αγωγή Υγείας δεν αποτελεί μια αποκλειστικά σχολική εκπαιδευτική διαδικασία και το σχολείο, όπως και οι γονείς, θα πρέπει να το κατανοήσουν. Η μη συνεργασία τους στερεί σημαντικά εργαλεία, τα οποία θα μπορούσαν να συνδράμουν αποφασιστικά στην επίτευξη των στόχων της.

Τέλος, αξίζει να επισημάνουμε το γεγονός ότι, τουλάχιστον στην Ελλάδα, υφίσταται το νομικό πλαίσιο που επιτρέπει ή και κάποιες φορές επιβάλλει τη συνεργασία μεταξύ σχολείου και οικογένειας. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε το Ν. 1304/1982, το Π.Δ. 485/1983, την Υ.Α. 6492/1983 και την Υ.Α. 52091/1978⁴.

1.4 Σχολική και Ατομική Υγιεινή

ΣΧΟΛΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

Η σχολική Υγιεινή είναι ο κλάδος της υγιεινής που ασχολείται με την υγεία του μαθητικού πληθυσμού σε μια ευαίσθητη περίοδο της ζωής του την στιγμή που αποσπάται από την μητέρα του και την οικογένεια του και μπαίνει σε μια ομάδα με όρους και κανόνες για να κάνει την πρώτη του κοινωνική ένταξη.

Η πολιτεία δεν μπορεί να αδιαφορεί και να μη μεριμνά για την μαθητική νεολαία γιατί το παιδί είναι το μέλλον.

Το παιδί όμως στο σχολείο για να μπορέσει να αναπτύξει όλες τις πνευματικές του δυνάμεις πρέπει πρώτα απ' όλα να είναι υγιές,

Δυστυχώς η σχολιατρική υπηρεσία σαν αυτόνομη υπηρεσία έχει καταργηθεί και η σχολική υγιεινή ασκείται από άλλους φορείς (Κέντρα Υγείας, Νοσοκομεία κλπ.). Έτσι, ο ρόλος του εκπαιδευτικού ιδιαίτερα του καθηγητή φυσικής αγωγής έχει διευρυνθεί ακόμη και ως προς τον τομέα της υγειονομικής διαφώτισης, ακόμη και στην ανακάλυψη σημείων ενδεικτικών ότι κάτι δεν πάει καλά με την υγεία ή την ανάπτυξη του παιδιού.

Αλλά ο εκπαιδευτικός για να έχει αυτή την ευθύνη πρέπει να έχει την κατάλληλη ενημέρωση και να αποκτήσει κάποιες απαραίτητες γνώσεις σχετικές με την υγεία των μαθητών.

Το κεφάλαιο αυτό προσπαθεί να δώσει αυτά τα στοιχεία που κατά την γνώμη μας μετά 15ετή υπηρεσία στην Σχολική Υγιεινή είναι τα πιο χρήσιμα.

ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΟΥ ΔΙΔΑΚΤΗΡΙΟΥ

Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει ότι ο χώρος που βρίσκεται ο μαθητής αρκετές ώρες την ημέρα πρέπει να είναι κατάλληλος από υγειονομική άποψη. Το παιδί που βρίσκεται σε ραγδαία ανάπτυξη πρέπει να βρίσκεται σε άριστες συνθήκες διαβίωσης τόσο στο σπίτι του στο σχολείο του.

Αλλά το σχολείο σαν διδακτήριο επιδρά στην ψυχική σφαίρα του παιδιού θετικά ή αρνητικά.

Επομένως βασική επιδίωξη της σχολικής υγιεινής είναι να εξασφαλίσει το κατάλληλο περιβάλλον που χρειάζεται για την ανάπτυξη του μαθητή σωματική και πνευματική.

Το διδακτήριο πρέπει να χτίζεται με ορισμένους κανόνες και προδιαγραφές. Αυτό πετυχαίνεται με την συνεργασία παιδαγωγών, ειδικών αρχιτεκτόνων, σχολιάτρων, υγειονολόγων κλπ.

Ένα σύγχρονο διδακτήριο πρέπει να εξασφαλίζει:

1. Καλό αερισμό, ηλιακό φως.
2. Να βρίσκεται μακριά, από θορύβους, σκόνη, κυκλοφοριακούς κόμβους.
3. Να είναι μακριά από βιομηχανικά συγκροτήματα, νοσοκομεία, φυλακές, στρατώνες κλπ. Να μην υπάρχουν επίσης γύρω ηλεκτρονικά παιχνίδια, μπαρ κλπ. Υπάρχει σχετική διάταξη που δεν δίνονται άδειες σε παρόμοια κέντρα γύρω από σχολεία.

4. Να υπάρχει ελεύθερη έκταση γύρω από το σχολείο για να αυλίζονται

ελεύθερα οι μαθητές.

5. Να μην έχει προβλήματα ασφάλειας π.χ. δρόμος χωρίς πεζοδρόμιο και

διαβάσεις, απότομες σκάλες, έλλειψη φράκτη κλπ.

6. Να υπάρχουν βρύσες (πίδακες) και νιπτήρες για πλύσιμο χεριών.

Τα αποχωρητήρια καλύτερα να είναι ανατολικού τύπου χωρίς λεκάνη με σύγχρονα καζανάκια.

Οι θέσεις να είναι ανάλογες του αριθμού των μαθητών για κάθε 20 μαθητές μια θέση (χωριστό αποχωρητήριο). Για τα αγόρια καλά είναι να υπάρχουν και ουρητήρια. Για το προσωπικό είναι πάντα χωριστά.

8. Τα κυλικεία είναι σ' ένα μέρος του διδακτηρίου ή και εκτός. Πρέπει να έχουν δάπεδο που πλένεται. Νιπτήρες, νεροχύτες, απαραίτητοι καθώς και ψυγείο, Συχνός έλεγχος της ποιότητας των τροφίμων που προσφέρονται και του χώρου.

9. Ελεγχόμενη γεωλογική ανάταση εδάφους. Αντισεισμικός οικ. κανονισμός κτιρίου.

Προσανατολισμός διδακτηρίου

Είναι η θέση της πρόσοψης σε σχέση με τα τέσσερα σημεία του ορίζοντα. Ο προσανατολισμός του διδακτηρίου έχει μεγάλη σημασία από υγιεινή άποψη.

Βέβαια αν είναι βόρειος ο προσανατολισμός ή νότιος θα ληφθούν υπ' όψη ο φωτισμός.

Σχολικές αίθουσες

Οι σχολικές αίθουσες πρέπει να έχουν σωστό φωτισμό, άνεση, ευχάριστο διακοσμημένο περιβάλλον. Το εμβαδόν της αίθουσας και ο αριθμός μαθητών πρέπει να είναι ποσά ανάλογα.

Στα Ελληνικά σχολεία δεν πρέπει να υπερβαίνει ο αριθμός των μαθητών τούς 35 για κάθε αίθουσα. Περίπου το εμβαδόν που αντιστοιχεί για κάθε μαθητή είναι 1,25-1,5 m² και η χωρητικότητα 7 m³.

Το μήκος της αίθουσας πρέπει να ναι όχι πάνω από 9 m και το πλάτος τα 2/3 περίπου δηλαδή 6 m. Αυτό έχει σημασία για τον φωτισμό.

Τα θρανία πρέπει να τοποθετούνται κατά πλάτος της σχολικής αίθουσας σε παράλληλες σειρές. Ο πίνακας πρέπει να απέχει από την πρώτη σειρά τουλάχιστον 2m η δε τελευταία από τον τοίχο 0,50m.

θέρμανση διδακτηρίου

Ιδανική θερμοκρασία αίθουσας είναι 17-19°C τον χειμώνα. Στην εύκρατη ζώνη που βρίσκεται η Ελλάδα η σχολική θέρμανση είναι από Νοέμβριο μέχρι Απρίλιο.

Η υγιεινή θέρμανση πρέπει να είναι:

1. Μέχρι 20° και όχι κάτω από 12°C.
2. Να είναι ομοιομερής (Ιδανική και ασφαλής η κεντρική θέρμανση).
3. Να μην αλλοιώνει τον αέρα του δωματίου με τα προϊόντα καύσης.
4. Να διατηρείται σταθερός χώρος με μεγάλες και απότομες αυξομοιώσεις.

Αίθουσα γυμναστικής ή γυμναστηρίου

Σε μερικά σχολεία λείπει το γυμναστήριο και τον ρόλο του παίζει μια

μεγάλη αίθουσα εντός του διδακτηρίου. Σε πάρα πολλά υπάρχει κλειστό γυμναστήριο κατάλληλο όχι μόνο για γυμναστική αλλά και αθλοπαιδιές, Τα γυμναστήρια πρέπει να έχουν επαρκή φωτισμό και εξαερισμό, κατάλληλο δάπεδο ειδικό συνθετικό ή δρύινο.

Δίπλα στο γυμναστήριο πρέπει να υπάρχουν αποδυτήρια και ντουζ για τους αθλούμενους μαθητές.¹⁴

ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΗΣ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ

Ο δάσκαλος πρέπει να εμφυσήσει την αγάπη για την καθαριότητα, στο μαθητή αλλά να δείξει πολλές φορές και με το προσωπικό του παράδειγμα πόσο ανάγκη είναι η καθαριότητα όχι μόνο του σώματος αλλά και του περιβάλλοντος.

Για την υγεία υπάρχει και η ατομική ευθύνη όχι μόνο η της πολιτείας. Η πολιτεία απλώς ενημερώνει και από εκεί και πέρα για την πρόληψη τουλάχιστον υπάρχει και ευθύνη του ατόμου.

Η καθαριότητα είναι υγεία πολιτισμός και καλή ανατροφή του ατόμου.

Η οικογένεια αλλά και ο δάσκαλος μπορεί να διαπαιδαγωγήσουν το μαθητή σε σχέση με την καθαριότητα τονίζοντας τα εξής: - Ότι η καθαριότητα αρχίζει πάντα από το δέρμα. Το δέρμα είναι σπουδαίο όργανο του σώματος γιατί, το καλύπτει (έκταση 2 τ.μ.) και σ' αυτό καταλήγουν απολήξεις νεύρων και αγγείων. Το δέρμα έχει 7 εκ, πόρους τα 3 εκ. ανήκουν στους ιδρωτοποιούς που απεκκρίνουν εντός του 24ώρου 1000 γρ. ιδρώτα,

Το θερμό νερό και σαπούνι είναι το καλύτερο μέσο για την διάλυση των λιπαρών ουσιών που περιέχονται στον ιδρώτα και σμήγμα.

Το καλύτερο είδος λουτρού είναι η μπανιέρα με ντουζ. .

Άριστη θερμοκρασία είναι 25-35°. Άνω των 35' χρειάζεται συμβουλή γιατρού.

Εκτός της γενικής καθαριότητας χρειάζεται επιμελής καθαριότητα χεριών δοντιών, μαλλιών με κόψιμο και συχνό λούσιμο¹⁵.

1.5 Το παιδί με HIV λοίμωξη και το σχολείο

Από το 1983 που αναγνωρίστηκε το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας στα παιδιά οι γνώσεις για το χρόνο επώασης της νόσου και την κλινική εικόνα έχουν σημαντικά μεταβληθεί.

Το AIDS σήμερα θεωρείται χρόνια λοιμώδες νόσημα της παιδικής ηλικίας. Η μέση ηλικία της κλινικής προσβολής στα παιδιά με κάθετη λοίμωξη κυμαίνεται από 8- 12 μήνες και το 80% εμφανίζει συμπτώματα μέχρι την ηλικία των 2 χρόνων. Εντούτοις έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις που παραμέναν ασυμπτωματικές μέχρι και την ηλικία των 7,5 χρόνων. Η μακρόχρονη παρακολούθηση των παιδιών με HIV λοίμωξη κατέδειξε την ύπαρξη δύο διαφορετικών τύπων προσβολής της νόσου. Ο ένας τύπος εμφανίζει πρόιμη έναρξη των συμπτωμάτων και ταχεία εξέλιξη που αφορά όμως μικρό αριθμό παιδιών και ο άλλος βραδέως εξελισσόμενη πορεία, με μακρόχρονη επιβίωση που περιλαμβάνει και το μεγαλύτερο αριθμό παιδιών.

Με τα δεδομένα αυτά υπάρχει ομάδα παιδιών σήμερα με HIV λοίμωξη σε ηλικία που πρέπει να φοιτήσουν στο νηπιαγωγείο ή και στο σχολείο.

Θα πρέπει να τονισθεί ότι οι περιπτώσεις με HIV λοίμωξη παιδιών σχολικής ηλικίας 5-17 ετών, είναι σπάνιες. Στις ΗΠΑ αποτελούντο 0,45% του συνολικού αριθμού των περιπτώσεων AIDS που δηλώθηκαν μέχρι τις αρχές του 1990, παρόλο που τα παιδιά σχολικής ηλικίας αντιπροσωπεύουν το 16% του συνολικού πληθυσμού.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το 1990 στη Βαλτιμόρη αναφέρθηκαν 53 περιπτώσεις παιδιατρικού και εφηβικού AIDS από τις οποίες μόνο 4 αφορούσαν άτομα ηλικίας 5-17 ετών, Το παιδί με AI05 στο σχολείο

πυροδότησε —βοηθούντων και των μέσων μαζικής ενημέρωσης— την ανησυχία και τον πανικό στον πληθυσμό σε εποχές, που η ενημέρωση του κοινού για τους τρόπους μετάδοσης του ιού δεν ήταν επαρκής.

Η περίπτωση του Ryan White ενός HIV οροθετικού παιδιού, με αιμορροφιλία, στο οποίο απαγορεύθηκε στην Ινδιάννα η φοίτηση στο σχολείο για 2 χρόνια (1984-1986), σφραγίζω την εποχή που η επίσημη πολιτεία εμποδίζει τη μόρφωση ενός HIV παιδιού. Τον Αύγουστο του 1985 διατυπώνονται από τη CPC οι πρώτες συστάσεις για την ένταξη HIV παιδιού στο σχολείο και ακολουθούν το 1986 ανάλογες οδηγίες της Αμερικανικής Παιδιατρικής Ακαδημίας (ΑΑΠ).

Τα παιδιά με AIDS μπορούν να συμμετέχουν ενεργά σε όλες τις δραστηριότητες του σχολείου στο βαθμό βέβαια που τους επιτρέπει η υγεία τους. Εντούτοις το κοινό, οι εκπαιδευτικοί, αλλά και οι ίδιοι οι γιατροί είναι ακόμα εξαιρετικά επιφυλακτικοί έως και εχθρικοί.

Μελέτες που αποδεικνύουν ότι σημαντικός αριθμός ατόμων που συμβιούσε με HIV άτομα δεν μολύνθηκε, δεν λαμβάνονται υπόψη λόγω του έμφυτου πανικού και της καχυποψίας.

Το θέμα παιδί με AIDS μέσα στο πλαίσιο της κοινότητας (παιδικός σταθμός - σχολείο) μεταφέρεται από αίθουσες δικαστηρίων σε ιατρικά περιοδικά και στα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Πολλές πολιτείες της Αμερικής βάσει των συστάσεων της CPC διαμορφώνουν και την ανάλογη πολιτική για τη φοίτηση των HIV παιδιών στο σχολείο.

Όπως έχει αποδειχθεί, ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού HIV με τη συνήθη κοινωνική συναναστροφή όπως οικογένεια, σχολεία, παιδικοί σταθμοί είναι απειροελάχιστος. Αριθμός μελετών σχετικά με τον τρόπο μόλυνσης ατόμων ενήλικων και παιδιών στο οικογενειακό περιβάλλον

ασθενών απέδειξε ότι σε καμιά από τις 1.000 περιπτώσεις που ερευνήθηκαν δεν υπήρξε μετάδοση του ιού δι' άλλων, πλην των γνωστών, τρόπων μόλυνσης. Εξάλλου καμιά από τις 1000 περιπτώσεις που έχουν καταγραφεί στη CPC δεν προήλθε από τέτοιου είδους επαφή.

Αρκετές από τις μελέτες δεν ανέφεραν μόλυνση παρά την ύπαρξη δραστηριοτήτων που δυνητικά θα μπορούσαν να σχετίζονται με επαφή αίματος και βιολογικών υγρών (φιλιά, από κοινού χρήση λουτρού - χτένας - οδοντόβουρτσας κ.ά.). Επειδή ο ιός έχει απομονωθεί από το σάλιο, τα φιλιά έχουν συγκεντρώσει ιδιαίτερα την προσοχή. Εντούτοις το φιλί δεν αποδείχθηκε ως πιθανή πηγή μόλυνσης.

Το δάγκωμα, έχει επίσης αναφερθεί σε μελετάς, ότι μπορεί να θεωρηθεί χωρίς όμως να έχει αποδειχθεί, ως πιθανός τρόπος μόλυνσης σε δύο περιπτώσεις. Υπάρχουν όμως και μελέτες όπου 22 άτομα που δαγκώθηκαν από HIV ασθενείς δεν μολύνθηκαν. Παρότι λοιπόν το δάγκωμα θεωρείται δυνητικά επικίνδυνο, η μετάδοση πρέπει να είναι εξαιρετικά σπάνια.

Πρόσφατα δημοσιεύθηκε μετάδοση του ιού της ανοσοαπάρκειας από ένα παιδί σε άλλο. Με μοριακή και επιδιομολογική μελέτη αποδείχθηκε ότι κατά τη μακρά συμβίωση 2 παιδιών εκ των οποίων το ένα ήταν οροθετικό, μεταδόθηκε ο ιός, ανθεκτικός στο Zidovudine στο οροαρνητικό.

Οι ερευνητές καταλήγουν ότι η μετάδοση έγινε μάλλον μέσω έκθεσης σε αίμα, δεδομένου ότι το οροθετικό παιδί παρουσίαζε συχνά αιμορραγίες, ενώ το παιδί που μολύνθηκε, έπασχε από δερματοπάθεια. Το περιστατικό αυτό πάντως δεν μεταβάλλει τις μέχρι σήμερα ισχύουσες οδηγίες.

Η απόφαση για το εάν ένα παιδί θα πάει στο σχολείο ή στον παιδικό σταθμό, θα εξαρτηθεί από στάθμιση αφενώς μεν του τυχόν κινδύνου νόσησης του ίδιου το HIV παιδιού από άλλες λοιμώξεις, αφετέρου δε του θεωρητικού κινδύνου μετάδοσης του HIV ιού στο προσωπικό ή στα άλλα παιδιά.

Ειδικές οδηγίες που έχουν διατυπωθεί από την Αμερικανική Ακαδημία της Παιδιατρικής (AAP) είναι οι ακόλουθες:

- Τα περισσότερα παιδιά και οι έφηβοι με HIV λοίμωξη πρέπει με την έγκριση ιατρού να παρακολουθούν ελεύθερα το σχολείο.

- Μερικοί μαθητές, όπως εκείνοι με επιθετική συμπεριφορά ή υγρώσουσες δερματοπάθειες δυνητικά εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης του ιού. Συνιστάται να φοιτούν υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Στα παιδιά που δεν δύνανται να παρακολουθήσουν κανονικά το σχολείο πρέπει όμως να παρέχεται ειδική εκπαίδευση.

- Ο γιατροί του σχολείου πρέπει να γνωρίζει για τη νόσο του παιδιού Όμως ο αριθμός των ατόμων που θα ενημερώνεται για το πρόβλημα του παιδιού πρέπει να περιορίζεται μόνο στα υπεύθυνα για τη φροντίδα του άτομα. Οι γονείς είναι εκείνοι που έχουν το δικαίωμα της απόφασης για ενημέρωση.

- Το άτομο που είναι υπεύθυνα για τη φροντίδα και την εκπαίδευση πρέπει να τηρούν το απόρρητο.

- Όλα τα σχολεία πρέπει να έχουν τη στοιχειώδη υποδομή και να γνωρίζουν τον τρόπο αντιμετώπισης των συνήθων τραυματισμών, ανεξάρτητα από το εάν υπάρχει περίπτωση HIV παιδιού. Η εκπαίδευση του προσωπικού των σχολείων σε αυτό το θέμα είναι αναγκαία.

- Επειδή η ζωή του παιδιού με τη HIV λοίμωξη

προοδευτικά τίθεται σε κίνδυνο από λοιμώξεις όπως ανεμοβλογιά-ιλαρά κ.λπ., πρέπει να γίνεται περιοδική ιατρική επανεκτίμηση για τη συνέχιση ή όχι της ελεύθερης φοίτησης του παιδιού.

- Έλεγχος για ύπαρξη HIV λοίμωξης μεταξύ των μαθητών δεν είναι δικαιολογημένος.
- Εκπαίδευση και ενημέρωση για το AIDS στους γονείς, μαθητές και εκπαιδευτικούς είναι αναγκαία.

Ανάλογες συστάσεις δίνονται και για το παιδί με HIV λοίμωξη που πηγαίνει σε βρεφονηπιακό σταθμό ή το αναλαμβάνει ανάδοχος οικογένεια.

Μετάδοση του ιού HIV σε βρεφονηπιακούς σταθμούς στο HIV θετικά παιδιά ή ενήλικες δεν έχει περιγραφεί μέχρι σήμερα, ούτε μόλυνση αναδόχων γονέων οροθετικών παιδιών.

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα οι τρέχουσες συστάσεις έχουν ως εξής:

- Η ένταξη ενός παιδιού σε βρεφονηπιακό σταθμό ή σε ανάδοχη οικογένεια κρίνεται κατά περίπτωση. Η απόφαση βασίζεται αποκλειστικά στη γνώμη του ιατρού. Αυτός κρίνει, αν το παιδί θα ωφεληθεί από την ένταξη του στο σταθμό και εάν μπορεί να εκθέσει δυνητικά σε κίνδυνο τα περιβάλλον του. Τα περισσότερα HIV βρέφη και νήπια δεν αποτελούν κίνδυνο για το περιβάλλον. Παρόλο που τα παιδιά συχνά σε μικρό βαθμό αλληλοδαγκώνονται ή εμφανίζουν δερματοπάθειες, δεν έχει περιγραφεί μετάδοση του ιού με τους παραπάνω τρόπους. Ακόμη όμως και με τις προϋποθέσεις αυτές μπορεί ανάδοχος οικογένεια, με τις κατάλληλες οδηγίες, να αναλάβει ένα παιδί.

- Μόνο σε περιπτώσεις επιθετικής συμπεριφοράς (όαγκώματα) ή εκτεταμένων ακάλυπτων δερματοπαθειών είναι δυνατόν να απαγορευθεί ελεύθερη συμμετοχή του παιδιού στο σταθμό

- Την απόφαση για την ενημέρωση του προσωπικού ή των άλλων γονέων, λαμβάνουν οι γονείς του HIV παιδιού-σε συνεννόηση με το γιατρό και τον υπεύθυνο του σταθμού.

- Έλεγχος για (HIV) οροθετικότητα βρεφών ή παιδιών δεν δικαιολογείται εφόσον ο κίνδυνος μετάδοσης είναι μόνο υποθετικός

- Όλα τα άτομα στον παιδικό σταθμό που ενδεχομένως μπορεί να προσφέρουν άμεση βοήθεια σε τραυματισμούς παιδιών (επαφή με αίμα ή άλλα βιολογικά υγρά) πρέπει να λαμβάνουν τις κατάλληλες προφυλάξεις, αφού είναι δυνατόν πλην του AIDS, να υπάρχουν παιδιά με άλλες ασυμπτωματικές λοιμώξεις, όπως π.χ, ηπατίτιδα Β.

- Παιδιά που παρουσιάζουν προοδευτική επιδείνωση της ανοσοανεπάρκειας λόγω του κινδύνου μόλυνσης από κοινά λοιμώδη νοσήματα, μπορούν κατά την κρίση πάντα του γιατρού να μην έχουν ελεύθερη συμμετοχή στο σταθμό

- Τα άτομα που είναι υπεύθυνα για τη φροντίδα, την εκπαίδευση των παιδιών πρέπει να σέβονται το δικαίωμα της οικογένειας και του παιδιού ως προς το απόρρητο.

- Μόνο η οικογένεια έχει το δικαίωμα να ενημερώνει για τη νόσο του παιδιού της, ο δε αριθμός των προσώπων που θα λάβουν γνώση πρέπει να περιορίζεται μόνο σε εκείνους που έχουν τη φροντίδα του παιδιού.

Παρόλο που ο προβληματισμός αποδοχής του παιδιού με AIDS σε μια κοινότητα (όπως το σχολείο) δεν έχει ακόμα απολύτως ξεπερασθεί,

φαίνεται ότι σήμερα αντιμετωπίζεται με μεγαλύτερη νηφαλιότητα

Η εφαρμογή υπεύθυνων οδηγιών μείωσαν τη σύγχυση και το φόβο. Βοήθησαν στο να τηρηθεί η ορθή πολιτική που στηρίζεται στη χρησιμοποίηση της επιστημονικής γνώσης και στην αναγνώριση του δικαιώματος του παιδιού να φοιτά στο σχολείο.

Τα μηνύματα από την θετή εμπειρία στη Βαλτιμόρη είναι αισιόδοξα υπό τον όρο να τηρείται η ορθή τακτική.

Για τον Ελληνικό χώρο πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχει ένας πολύ μικρός αριθμός παιδιών με HIV Λοίμωξη που πηγαίνει σχολείο. Η θέση της επιτροπής ενημέρωσης και δεοντολογίας της χώρας μας σχετικά με τη γνωστοποίηση της ασθένειας στις σχολικές αρχές να συγκεκριμένη περίπτωση παιδιού ήταν ότι προείχε το καθήκον προστασίας του πάσχοντος παιδιού. Η επιτροπή έκρινε ότι η ενημέρωση του περιβάλλοντος θα είχε ως αποτέλεσμα τη συναισθηματική και κοινωνική εξουθένωση του παιδιού. Παρόλα αυτά ζητήθηκε από το Υπουργείο Υγείας έκδοση εγκυκλίου, όπου να υπογραμμίζεται η ανάγκη λήψης των σωστών προφυλακτικών μέτρων από το διδακτικό προσωπικό που παρέχει πρώτες βοήθειες σε κάθε τραυματιζόμενο μαθητή, σαν ο κάθε μαθητής ήταν ένας ενδεχόμενος ασθενής ή φορέας του ιού του AIDS. Η εγκύκλιος έχει σταλεί και περιλαμβάνει ορισμένους κανόνες για τους τρόπους αντιμετώπισης και περιποίησης των απλών καθημερινών τραυμάτων.

Σημαντική προϋπόθεση αποτελεί η ύπαρξη σε κάθε σχολείο στοιχειώδους φαρμακείου και πλαστικών αποστειρωμένων γαντιών μιας χρήσεως. Εξάλλου τονίζεται η πλήρης τήρηση των κανόνων καθαρισμού του τραύματος που εξασφαλίζει τα εκτιθέμενα άτομα από τη μετάδοση των λοιμώξεων, συγχρόνως δε βοηθά τα παιδιά να μάθουν και να

συνηθίσουν το σεβασμό στον κίνδυνο και στην ορθή πρακτική για την πρόληψη του.

Η πραγματικότητα στα Ελληνικά σχολεία πλην ελαχίστων εξαιρέσεων είναι διαφορετική. Ίσως η εγκύκλιος έχει ξεχασθεί. Γάντια μιας χρήσεως πιθανόν να μην υπάρχουν. Κυρίως όμως είναι ελλιπής η ενημέρωση των ίδιων των εκπαιδευτικών. Εάν π.χ.

για κρούσμα μηνιγγίτιδας ή ηπατίτιδας κλείνουν τα σχολεία, δεν είναι δύσκολο κανένας να σκεφθεί, τι θα επακολουθήσει, εάν γίνει γνωστό ότι φοιτά σε κάποιο σχολείο παιδί με AIDS.

Το προσωπικό του σχολείου πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι είναι δυνατόν να υπάρχουν παιδιά με HIV λοίμωξη που κανείς δεν είναι ενήμερος (ούτε το ίδιο το παιδί) για το πρόβλημα, γιατί είναι ασυμπτωματικά ή αδιάγνωστα.

Η συμμετοχή στα κοινά του σχολείου προσφέρει στο HIV (+) παιδί την ευκαιρία για κοινωνικοποίηση που είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη του. Η παρακολούθηση των δραστηριοτήτων του σχολείου δημιουργεί το αίσθημα στο παιδί ότι ανήκει σε ένα κάποιο χώρο, μειώνοντας έτσι το δράμα της απομόνωσης και της απόρριψης.

Ο παιδίατρος αναλαμβάνει το ρόλο του συνηγόρου του παιδιού και πρέπει να είναι ενήμερος για τα πιθανά προβλήματα (νευρολογικά, συμπεριφοράς κ.ά.) που συνδέονται ενδεχομένως με δυσκολίες κατά τη μάθηση. Η παροχή συμβουλών στην οικογένεια, στο σχολείο και η διατήρηση του απόρρητου αποτελούν θεμελιώδεις αρχές της αποστολής του¹⁶.

1.6 Ασφάλεια και ατυχήματα στο σχολείο

Ασφάλεια στο σχολείο

Σύμφωνα με την ελληνική έκθεση, ένα σημαντικό ποσοστό παιδικών ατυχημάτων (32%) συμβαίνει στα σχολεία. Το σχολικό περιβάλλον, όχι μόνο δεν είναι απαλλαγμένο από κινδύνους για ατυχήματα, αλλά συχνά αποτελεί πηγή δημιουργίας τέτοιων κινδύνων, λόγω της μικρής έμφασης που έχει δοθεί στη διαμόρφωση των χώρων και της υλικοτεχνικής υποδομής, ώστε να είναι ασφαλές για τους μαθητές και τους εργαζόμενους στο σχολικό συγκρότημα.

Έρευνα για τα ελληνικά σχολικά κτίρια, έδειξε ότι:

§ 52% των σχολείων διαθέτουν διαβάσεις πεζών και προστατευτικά κιγκλιδώματα στις εξόδους των σχολικών κτιρίων

§ 57% των σχολείων διαθέτουν συσκευές πυρόσβεσης, ανεπαρκείς όμως σε αριθμό και σε μη ικανοποιητική κατάσταση λειτουργίας

§ 32% των σχολείων έχουν κουπαστές και στις δυο πλευρές της σκάλας

§ 88% των σχολείων έχουν τουλάχιστον ένα σπασμένο τζάμι

§ 56% των σχολείων έχουν χώρους διαλείμματος και παιχνιδιού, οι οποίοι κρίνονται ως μη ασφαλείς.

Φορείς που σχετίζονται με την ασφάλεια στο σχολείο είναι:

§ Το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων με το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, που συνεισφέρει στην εφαρμογή προγραμμάτων Κυκλοφοριακής Αγωγής και το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού που συνεργάζεται με διεθνείς οργανισμούς όπως ο Π.Ο.Υ., η UNICEF, η UNESCO, η Ευρωπαϊκή Ένωση κ.ά. για θέματα ασφάλειας

των παιδιών και για τη διασφάλιση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής τους υγείας.

§ Ο Οργανισμός Σχολικών Κτιρίων, ο οποίος φέρει την ευθύνη για την επιλογή της περιοχής ανέγερσης ενός σχολείου, καθώς και για όλη την κτιριακή εγκατάσταση. Οι κατασκευαστικές προδιαγραφές βασίζονται στα Ευρωπαϊκά πρότυπα και συμπεριλαμβάνονται στο «Σχέδιο Πρόληψης Ατυχημάτων» του ΟΣΚ.

§ Το Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων (ΚΕΠΠΑ) του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, το οποίο έχει ως **στόχους**:

- Την εκτίμηση της συχνότητας των παιδικών ατυχημάτων στους χώρους όπου ζει και κινείται το παιδί.
- Τον προσδιορισμό παραγόντων κινδύνου για τα σχολικά ατυχήματα λαμβάνοντας υπόψη κοινωνικοοικονομικές, οικογενειακές, ατομικές και περιβαλλοντικές παραμέτρους.
- Την ανάλυση μελετών τύπου ασθενών-μαρτύρων προκειμένου να διευκρινιστεί η σημασία των παραγόντων που εντοπίστηκαν από περιγραφικές επιδημιολογικές μελέτες.
- Την ενεργοποίηση ατόμων ή φορέων προς την κατεύθυνση της ανάληψης πρωτοβουλιών για εφαρμογή «προγραμμάτων ασφαλείας» μαθητών.
- Την εξέταση της συμβατότητας παραγόντων που ευθύνονται για την πρόκληση ατυχημάτων σχολικού ή ελεύθερου χρόνου.
- Το Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας και Παιδιού, το οποίο από το 1983 αποτελεί μέλος της Συνομοσπονδίας Οικογενειακών Οργανώσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (COFAOE) και έχει αναλάβει την έκδοση

βιβλίων, τη διοργάνωση ημερίδων και την εκπόνηση ερευνών σχετικά με το θέμα.

- Η τοπική αυτοδιοίκηση, η οποία από το 1988 είναι υπεύθυνη για τη συντήρηση και επισκευή των σχολικών κτιρίων.
- Το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης, το οποίο συνεργάζεται με το Υπουργείο Παιδείας σχετικά με την Κυκλοφοριακή Αγωγή.
- Το Υπουργείο περιβάλλοντος, Χωροταξίας και Δημοσίων Έργων που έχει αναλάβει τη σήμανση των δρόμων γύρω από σχολεία, παιδικές χαρές κτλ. φροντίζοντας για την ασφάλεια των παιδιών που κινούνται σε αυτούς τους χώρους.
- Το Υπουργείο Εμπορίου, το οποίο εμπλέκεται έμμεσα στην πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων και στην εξασφάλιση της υγείας των παιδιών, όπως για παράδειγμα με τον έλεγχο των παραγόντων που στο παρελθόν προκάλεσαν παιδικά ατυχήματα.

Σύμφωνα με αποτελέσματα της ελληνικής πιλοτικής έρευνας EHLASS από τα 2.855 ατυχήματα που καταγράφηκαν το 1990 σε, νέους ηλικιακής ομάδας 5-18 ετών, το 1/3 περίπου συμβαίνει στο σχολείο και συχνότερα τα θύματα είναι αγόρια (63,5% έναντι 36,5 % των κοριτσιών).

Το περιβάλλον του σχολείου είναι ένας παράγοντας καθοριστικής σημασίας για την πρόληψη των ατυχημάτων σε αυτό. Συνεπώς, μια ασφαλής διαμόρφωση του θα συμβάλει αποτελεσματικά στη μείωση της συχνότητας των ατυχημάτων. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι τα παιδιά περνούν ένα μεγάλο μέρος της ζωής τους στο σχολείο, όπου καταναλώνουν ένα μεγάλο τμήμα της ενεργητικότητάς τους και αυτό επιτείνει τη βασική απαίτηση για υγιεινή και ασφάλεια. Οι βασικές

προϋποθέσεις σχολικής ασφάλειας είναι οι παρακάτω (με σειρά σπουδαιότητας):

1. Εφαρμογή τζαμιών ασφαλείας
2. Ασφαλής χώρος διαλείμματος (ιδιαίτερα εξουδετέρωση επικίνδυνων τοποθεσιών πτώσης από ύψος)
3. Ασφαλείς εγκαταστάσεις αθλοπαιδιών
4. Ασφαλές ηλεκτρικό σύστημα και τοποθέτηση ρελέ διαφυγής
5. Κυκλοφοριακή εξασφάλιση όλων των δρόμων γύρω από το σχολείο
6. Τοποθέτηση πυροσβεστήρων σε κάθε σχολείο (με ανάλογη εκπαίδευση του προσωπικού και των μεγαλύτερων μαθητών).

Παραδείγματα περιπτώσεων για την πρόληψη ατυχημάτων και την Αγωγή σε θέματα ασφάλειας στα σχολεία:

- Πτώση σε κυνηγητό στην τάξη κατά τη διάρκεια του διαλείμματος
- Μώλωπες κεφαλιού σε σύγκρουση με τον τοίχο της γυμναστικής αίθουσας
- Πτώση σε κιγκλίδωμα από τσουλήθρα
- Σπάσιμο δακτύλων στο δράπανο κατά τη διάρκεια τεχνικής εκπαίδευσης
- Έγκαυμα στο μάτι της κουζίνας κατά τη διάρκεια του μαθήματος οικιακής οικονομίας
- Εγκαύματα κατά τη διάρκεια πειραμάτων στο μάθημα της Φυσικής¹.

Αιτία ατυχημάτων

Αναζητώντας τις αιτίες των ατυχημάτων θα πρέπει να λάβουμε υπ' όψη μας δύο κυρίως παράγοντες που ενοχοποιούνται για την πρόκληση τους και που διαφοροποιούν τα ατυχήματα της παιδικής ηλικίας από τα ατυχήματα του ενηλίκου. Και οι παράγοντες αυτοί είναι:

(α) η φύση του παιδιού και

(β) το κοινωνικό και φυσικό του περιβάλλον.

Φύση του παιδιού: Το παιδί με την απειρία του, τη φυσική του περιέργεια και τη συναισθηματική του ανωριμότητα μπορεί εύκολα να πέσει θύμα ατυχήματος. Η μάθηση του και πολλές από τις γνώσεις του έρχονται με την πείρα που σιγά-σιγά αποκτά. Έτσι το ατύχημα συμβαίνει όταν το παιδί μόνο του ή με την ανοχή αυτών που το προσέχουν μπαίνει σε καταστάσεις προς τις οποίες η προσαρμογή του είναι δύσκολη και οι γνώσεις του περιορισμένες. Ευτυχώς τα ατυχήματα στη μεγάλη τους αναλογία είναι ασήμαντα και περνούν απαρατήρητα, π.χ. πέφτει πολλές φορές όταν μαθαίνει να περπατά, ή στην επιθυμία του να μάθει περισσότερο για τον γύρω κόσμο βάζει ότι βρει στο στόμα του ή πριν καταλάβει την έννοια του ζεστού ή του κοφτερού θα καεί ή θα κοπεί.

Οι γονείς μπορούν να μεταχειριστούν αυτά τα μικροατυχήματα για να δείξουν στο παιδί τους με αντικειμενικό τρόπο τη σχέση αιτίας και αποτελέσματος, μ' άλλα λόγια να το εκπαιδεύσουν.

Όμως πρέπει να γνωρίζουν τους διαφόρους σταθμούς στην ανάπτυξη και εξέλιξη του παιδιού τους. Πρέπει π.χ. να ξέρουν ότι οι δηλητηριάσεις παρουσιάζονται κυρίως στην ηλικία των 2-3 ετών, τότε που το παιδί έχει μεγάλη περιέργεια για να εξερευνήσει το περιβάλλον

του, ή ότι το παιδί των 3-4 ετών έχει μεγάλη τάση για ανεξαρτησία και αυτονομία, θέλει να τα κάνει όλα μόνο του και μερικές φορές μπαίνει σε επικίνδυνες καταστάσεις.

Οι γονείς πρέπει να προστατεύουν, να επιβλέπουν και να εκπαιδεύουν. Όσο μεγαλώνει το παιδί τόσο πρέπει να μειώνεται η προστασία και να αυξάνεται η επίβλεψη και η εκπαίδευση.

Το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον: Ο δεύτερος παράγων που διαφοροποιεί τα ατυχήματα των παιδιών από αυτά των ενηλίκων είναι το κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού που εκφράζεται κυρίως από τους γονείς του και τον συγγενικό περίγυρο της οικογενείας.

Αν οι γονείς παραγνωρίζουν τους κινδύνους που απειλούν το παιδί τους και δεν παίρνουν στοιχειώδη μέτρα προστασίας, τότε και το παιδί κινδυνεύει, αλλά και θα μιμηθεί το κοινωνικό του περιβάλλον στην κατοπινή του ζωή. Ο πατέρας όταν συχνά μεταχειρίζεται ασπιρίνες, τις βλέπει μόνο σαν ένα φάρμακο απαραίτητο για τον πονοκέφαλο του. Πρέπει όμως να τις δει και σαν μια πρόκληση για το παιδί του για να τις δοκιμάσει. Ή αν στο σπίτι υπάρχει μια πισίνα ή μια μικρή στέρνα η μάνα δεν πρέπει να την δει μόνο σαν ένα ελκυστικό και ωραίο στοιχείο του κήπου αλλά και σαν ένα επικίνδυνο σημείο για το 2 ή 3 ετών παιδί της. Πρέπει δηλαδή να αναγνωρίζει τα πιθανά επικίνδυνα σημεία και να παίρνει τα μέτρα της. Τα μπουκάλια με τα φάρμακα σε υψηλά ράφια. Τα κοφτερά μαχαίρια σε κλεισμένα συρτάρια, περίφραξη στέρνας ή πισίνας, πόρτες στο πάνω και στο κάτω μέρος της σκάλας κ.τ.λ. Ταυτόχρονα με τα προληπτικά μέτρα να γίνεται και η-εκπαίδευση (αγωγή) του παιδιού που θα το βοηθήσει- ίσως να αποφυγή το σοβαρό ατύχημα.

Ανεξάρτητα όμως από την ενημέρωση των γονέων πρέπει να εφαρμοστούν οργανωμένα προγράμματα προλήψεως ατυχημάτων από

την πολιτεία, την Ελληνική Παιδιατρική Εταιρεία, το Κέντρο Δηλητηριάσεων, τον Οργανισμό Πρόληψης Ατυχημάτων (υπάρχει ακόμη;) και πάνω απ' όλα από τον ασκούντα παιδίατρο που στις επισκέψεις του στο σπίτι πρέπει να παρακολουθεί και να αναγνωρίζει τα επικίνδυνα σημεία και να υποδεικνύει τα κατάλληλα διορθωτικά μέσα που θα μειώσουν τις πιθανότητες ατυχήματος του παιδιού⁶.

Για να συμπεριληφθεί η Πρόληψη Ατυχημάτων στη σχολική ύλη:

Ο καλύτερος και πιο αποτελεσματικός τρόπος να ενημερωθούν και να ευαισθητοποιηθούν τα παιδιά σε όλη την Ελλάδα, είναι μέσω του Εκπαιδευτικού Συστήματος. Μετά τους γονείς, οι εκπαιδευτικοί είναι αυτοί που περνούν τον περισσότερο χρόνο με τα παιδιά και ως εκ τούτου τα γνωρίζουν καλά καθώς επίσης και τις ιδιαιτερότητες της περιοχής στην οποία μεγαλώνουν. Στην εφηβική ηλικία, συχνά τα παιδιά δέχονται πιο εύκολα συμβουλές από τους καθηγητές τους όταν βρίσκονται με τους συμμαθητές τους, παρά από τους γονείς τους σε προσωπική συζήτηση.

Τα θέματα της Πρόληψης των Ατυχημάτων είναι κατά βάση γνωστά σε όλους, ακόμα και στα μικρά παιδιά. Το πρόβλημα όμως είναι η νοοτροπία όλων, μικρών και μεγάλων, απέναντι στα ατυχήματα. Είναι σημαντικό να μάθουμε όλοι να είμαστε περισσότερο νομοταγείς (οι νόμοι υπάρχουν για να μας προστατεύουν και από τον ίδιο τον εαυτό μας), να σεβόμαστε τους άλλους, να είμαστε λιγότερο βιαστικοί και πιο υπεύθυνοι και να χρησιμοποιούμε τη λογική μας.

Είναι γνωστό ότι τα παιδιά μαθαίνουν μιμούμενα τους μεγάλους για αυτό, ακόμα και στο θέμα της Πρόληψης Ατυχημάτων πρέπει να δίνουμε πάντα το καλό παράδειγμα (π.χ. να φοράμε πρώτοι εμείς ζώνη ασφαλείας στο αυτοκίνητο, πριν το απαιτήσουμε από τα παιδιά μας).

Η Πρόληψη Ατυχημάτων στα σχολεία δεν πρέπει να είναι «μάθημα».

Όπως αναφέραμε και προηγουμένως, τα θέματα της Πρόληψης των Ατυχημάτων είναι κατά βάση γνωστά, ακόμα και στα παιδιά του Νηπιαγωγείου. Άρα δεν τους μαθαίνουμε κάτι καινούργιο, όπως στα σχολικά μαθήματα.

Τα παιδιά συχνά δεν αντιδρούν θετικά σε κανόνες και απαγορεύσεις. Τα «πρέπει» και τα «μη» έχουν συνήθως αρνητικό ή αντίθετο αποτέλεσμα.

Τα περισσότερα παιδιά αν όχι όλα, έχουν κάποια εμπειρία από ατύχημα. Είναι σημαντικό να τους δοθεί η ευκαιρία να μοιραστούν αυτή την εμπειρία με άλλα παιδιά, έτσι ώστε να καταλήξουν μόνα τους σε κάποιο συμπέρασμα. Είναι επίσης γνωστό ότι τα παιδιά δέχονται υποδείξεις και επηρεάζονται πολύ πιο εύκολα από τους συνομηλίκους τους, παρά από τους ενήλικες.

Κατά συνέπεια η Παρουσία της Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων στο Σχολείο για να είναι αποτελεσματική, πρέπει:

- Να γίνεται κάθε χρόνο, για να είναι συνεχής και συστηματική.
- Να είναι προσαρμοσμένη στην ηλικία των παιδιών στα οποία απευθύνεται, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες των παιδιών και της περιοχής που κατοικούν.
- Να μην είναι απλώς θεωρητική αλλά να συμπεριλαμβάνει εικόνες και παραδείγματα. Όσο πιο άμεσα είναι τα παραδείγματα, όπως προσωπικές εμπειρίες του εκπαιδευτικού και των παιδιών, τόσο πιο αποτελεσματικά είναι. Το ίδιο συμβαίνει και με τις εικόνες που μπορεί να είναι απλές φωτογραφίες παρμένες από τα ίδια τα

παιδιά, με πρωταγωνιστές τους εαυτούς τους.

- Να ενθαρρύνει την συμμετοχή όλων των παιδιών. Πολύ συχνά τα παιδιά που δεν είναι ομιλητικά έχουν σημαντικά πράγματα να πουν.
- Με την καθοδήγηση του υπεύθυνου εκπαιδευτικού να βοηθηθούν τα παιδιά να καταλήξουν σε δικά τους συμπεράσματα.
- Να είναι ο εκπαιδευτικός πάντα έτοιμος να απαντήσει ειλικρινά και ρεαλιστικά σε όλες τις ερωτήσεις των παιδιών. Εφόσον δεν υπάρχει έτοιμη απάντηση, ο εκπαιδευτικός μπορεί να προτείνει στην τάξη να συζητηθεί το θέμα ώστε να βρεθεί η πιο ρεαλιστική λύση.
- Κατά την διάρκεια της παρουσίασης να τονίζεται ότι σκοπός της Πρόληψης Ατυχημάτων δεν είναι να μας κάνει να φοβόμαστε και να αποφεύγουμε τα πάντα για να μην τραυματιστούμε. Αντίθετα πρέπει να χαιρόμαστε τη ζωή και να χρησιμοποιούμε τη λογική μας για να αποφεύγουμε τα ατυχήματα. Στα μεγαλύτερα παιδιά όμως, για να είμαστε αποτελεσματικοί, πρέπει να περνάμε το μήνυμα ότι ένα ατύχημα μπορεί να τους καταστρέψει τη ζωή.
- Είναι σημαντικό να πεισθούν τα παιδιά ότι δεν είναι ντροπή να αρνηθούν να κάνουν κάτι που θεωρούν επικίνδυνο. Πολλά ατυχήματα συμβαίνουν όταν τα παιδιά αισθάνονται υποχρεωμένα να ακολουθήσουν τους άλλους.
- Είναι καλή ιδέα η παρουσίαση να καταλήγει παροτρύνοντας τα παιδιά να προσέχουν τα μικρότερα και να υπενθυμίζουν στους γονείς τους να είναι και αυτοί προσεκτικοί. Όταν καθιστάς τα παιδιά υπεύθυνα για τρίτους, έχουν την τάση να είναι και αυτά πιο

προσεκτικά.

- Να μην γίνεται υπό πίεση χρόνου αλλά να δίνεται η ευκαιρία στον εκπαιδευτικό και στα παιδιά, να αναπτύξουν τα επί μέρους θέματα χωριστά. Με έναυσμα ένα ατύχημα που συνέβη σε μαθητή του σχολείου, μπορεί να γίνει πολύ σοβαρή συζήτηση. Συζητήσεις όπως η Πρόληψη Ατυχημάτων από πυροτεχνήματα, για να είναι αποτελεσματικές, πρέπει να γίνονται πριν από την περίοδο που συνήθως συμβαίνουν αυτά τα ατυχήματα.
- Να είναι το έναυσμα μιας σειράς ενεργειών και εκδηλώσεων οργανωμένων από τα ίδια τα παιδιά, με την υποστήριξη του Σχολείου και του Συλλόγου Γονέων, κατά την διάρκεια της σχολικής χρονιάς, με στόχο να βοηθήσουν τα παιδιά να εμπεδώσουν όσα συζήτησαν.

Ένα Σύντομο Προφίλ των Ατυχημάτων στην Ελλάδα

- Το 80% των τροχαίων ατυχημάτων οφείλονται στη συμπεριφορά του οδηγού.

- Στη δεκαετία 1990 - 1999 σε τροχαία ατυχήματα, η στατιστική αναφέρει, συνολικά, 19.752 νεκρούς, 37.324 βαριά και 270.093 ελαφρά τραυματίες. Από τους νεκρούς περίπου 25% ήταν παιδιά και νέοι, 0-24 ετών.

- Η Ελλάδα έχει τον υψηλότερο δείκτη σοβαρότητας τροχαίων ατυχημάτων στην Ε. Ε, (δηλαδή αριθμό νεκρών και τραυματιών για κάθε 100 ατυχήματα).

- Ενώ σε ΟΑΕΣ τις χώρες της Ε. Ε. και της Ευρώπης μειώνονται τα ατυχήματα και κυρίως οι συνέπειες τους (νεκρούς και τραυματίες), η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα στην οποία αυξάνονται (τουλάχιστον μέχρι

το 1998) οι νεκροί με έντονο ρυθμό (μεταξύ 1975 - 1995 κατά +105%), ενώ στη Γερμανία, για παράδειγμα, οι νεκροί στο ίδιο χρονικό διάστημα μειώθηκαν κατά 35%.

- Η Ελλάδα είναι στην πρώτη θέση σε αριθμό νεκρών παιδιών σε τροχαία ατυχήματα στην Ε.Ε.

- Σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή της χώρας μας το 60% των οδηγών που έχουν εμπλακεί σε ατύχημα, είχαν επίπεδα αλκοόλης στο αίμα μεγαλύτερο από 0,5%, που είναι το "νόμιμο" όριο.

- Στην Ελλάδα αυξάνεται σημαντικά και σταθερά ο αριθμός πυρκαγιών και θυμάτων από αυτές. Το 1985 καταγράφηκαν 18.200 ενώ το 1997 29.010 πυρκαγιές (αύξηση κατά 59%). Τα θύματα από 343 το 1985 αυξήθηκαν σε 490 το 1997 (αύξηση κατά 43%). Από τις κλήσεις για πυρκαγιά που δέχθηκε η πυροσβεστική υπηρεσία κατά τη διάρκεια του 1997 οι 136 αφορούσαν κτίρια της δημοτικής, μέσης, ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης, οι οκτώ νηπιαγωγεία, οι έξι παιδικούς σταθμούς και οι επτά φροντιστήρια.

- Το 1990 καταγράφηκαν 30.286 δηλητηριάσεις, ενώ το 1998 ο αριθμός ανέβηκε σε 43.780 (αύξηση κατά 44%). Το 50% των δηλητηριάσεων αφορούσε παιδιά 0-14 ετών.

- Το 1999 καταγράφηκαν στο ΙΚΑ 17.658 εργατικά ατυχήματα (120 θανατηφόρα).

- Το 1989 καταγράφηκαν 750 θάνατοι από πτώσεις (κυρίως ηλικιωμένων ατόμων).

- Το 1992 πνίγηκαν 194 άτομα.

- Σε εκτεταμένη καταγραφή των προδιαγραφών ασφάλειας των

σχολείων σε πολλά μέρη της χώρας, αλλά και στην Αθήνα, διαπιστώθηκε ότι πάνω από το 80% των σχολικών Κτιρίων, παρουσιάζουν σοβαρές ελλείψεις σε θέματα ασφάλειας σε όλους τους τομείς (κυκλοφοριακή, πυροπροστασία, χώροι άθλησης και διαλείμματος, ηλεκτρικό σύστημα κλπ).

• Το 30% συγκεκριμένης καταγραφής παιδικών ατυχημάτων συνέβη σε σχολεία (1992).

Παιδικά ατυχήματα σε διάφορους χώρους

Χώρος Ατυχημάτων	Ηλικίες		
	< 1 έτους	1 -4 ε των	5-14 ετών
Οικία Γύρω από το σπίτι	635 88	3.006 943	2.354 1.218
Εκπαιδευτικοί χώροι	11	254 37 44) 1728	3.370 1.047
Χώροι Άθλησης	6		2.210 3.504
Σύνολο	858	7.009	13.703
	Γενικό Σύνολο: 21 .570		

Αποτελέσματα ελέγχου σε 32 σχολεία από 4 διαφορετικές περιοχές της Ελλάδος μεταξύ 1992-1995.

Τομέας Ελέγχου	Ανασφαλής Κατάσταση	Ταμίας Ελέγχου	Ανασφαλής Κατάσταση
Κυκλοφοριακή		Ηλεκτρικό σύστημα	89%
. Πινακίδες ΚΟΚ Διαβάσεις πεζών Προσβάσεις Κάγκελα	• 78%* 97%' • 97% 78%*	Εγκαταστάσεις σπορ • Μηασκέκς • Βόλεϋ • Διάφορα	• 89% 89% 89% 37%
Πυρασφάλεια		Χάρος διαλείμματος	
• Πυροσβεστήρες Πυρετογόνα υλικά Κατεύθυνση θυρών	• 90%' 94%* • 97%"	• Εμπόδια • Επικίνδυνοι παράγοντες	02% 81%
Κοινά τζάμια		Πιάσεις από ύψας	56%
• Πόρτες Παράθυρα Ιπασμένα;	• 89% 75% • 59%	Παιδικές Χαρές	100%

Ειδική εκπαίδευση (άτομα με ειδικές ανάγκες)

Δημόσια Σχολεία	Μαθητές Μαθήτριες	βολικές μονάδες	Διδακτικό προσωπικό
Νηπιαγωγεία	171	31	51
Δημοτικά	3.137	134	782
Γυμνάσια	201	4	61
Λύκεια	122	5	48
Επαγγελματικές Σχολές Ειδικών Προγραμμάτων Ειδικές	31 52 9.489	3	270 631
		3	

Στοιχεία Σχολικών Κτιρίων και Μαθητικού Πληθυσμού

Πληθυσμός Ελλάδος κατά μεγάλες ομάδες ηλικιών"

Έτος απογραφής	Σύνολο	Αναλογία		
		0-14ετών	15-64 ετών	>65ετών
1920	5,0	34	60	6
1928	6,2	32	62	6
1951	7,6	29	64	7
1961	8,4	27	65	8
1971	8,8	25	64	11
1987	9,7	24	63	13
1991	10,3	19	67	14
2000	10,9			
Βρίσκονται σε επεξεργασία από ΕΣΥ				

Αριθμός σχολικών μονάδων, διδακτικού προσωπικού και μαθητών

	Δημοτικά Σχολεία	Γυμνάσια Ημερήσια	Γενικά Λύκεια	Πολυκλαδικά Λύκεια
Σχολικές μονάδες	6299 6,851	1768 1713	1093 1075	52 25
Διδακτικό προσωπικό	42995 42207	30412 32328	16270 18034	2775 2116
Μαθητές / Μαθήτριες	602115 678148	366515 417752	221131 232168	29735 21993

1.7 Το Αλκοόλ στο μαθητικό κόσμο

Ιστορική Αναδρομή

Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την αραβική λέξη "al kohl". Το αλκοόλ που βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει το χημικό τύπο $C_2 H_5 OH$.

Ο άνθρακας, το υδρογόνο και το οξυγόνο αποτελούν τα μόνα στοιχεία της αιθυλικής αλκοόλης. Αυτή είναι το μόνο είδος αλκοόλης που είναι ασφαλές για ανθρώπινη κατανάλωση, ταξινομείται φαρμακολογικά, ως γενικό καταστατικό και μπορεί να προκαλέσει καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Δεν έχει εξακριβωθεί ποτέ αρχίζει στην ανθρώπινη ιστορία, η χρήση του αλκοόλ, ούτε η εμφάνιση του μπορεί να συσχετισθεί με την ύπαρξη ορισμένων ιστορικών και κοινωνικών συνθηκών.

Η παραγωγή και πώληση οινοπνευματωδών ποτών είναι διαδικασίες ρυθμισμένες με νόμους από τους πρώτους κιόλας πολιτισμούς.

Ο κώδικας του Χαμουραμί περιείχε διατάξεις που ρύθμιζαν το κανονισμό λειτουργίας των "οίκων οινοποσίας". Οι Σουμέριοι και οι Αιγύπτιοι ιατροί χρησιμοποιούσαν την μύρα και τα κρασί σαν συστατικό στοιχείο των ιατρικών συνταγών. Το νερό, που στους πρώτους γεωργικούς πολιτισμούς ήταν από τα πολυτιμότερα αγαθά, το χρησιμοποιούσαν αρχικά και για να κάνουν σπονδές στις διάφορες λατρευτικές τελετουργίες. Αργότερα όμως αντικαταστάθηκε από τα γάλα, το μέλι και το κρασί ή τη μύρα. Η εισαγωγή των οινοπνευματωδών ποτών στο τυπικό πολλών θρησκειών συνδέεται με την ιδιότητα τους να φέρνουν τους ιερείς σε μια επιθυμητή κατάσταση έκστασης. Η ιδιότητα αυτή θεωρούνταν αποτέλεσμα της παρουσίας

υπερφυσικών πνευμάτων και θεών. Το κόκκινο κρασί, στα πλαίσια των θρησκευτικών του χρήσεων , ταυτίστηκε από την αρχή με το σύμβολο του αίματος της ζωής και με αυτή την πνευματική σημασία πέρασε ως συστατικό στοιχείο στο χριστιανικό μυστήριο της Θείας Ευχαριστίας.

Οι μύθοι και οι μαρτυρίες που σώζονται από τον αρχαιοελληνικό και ρωμαϊκό πολιτισμό αποκαλύπτουν την κοινή σχεδόν πανομοιότητα.

Έλληνες φιλόσοφοι ανέφεραν μια χονδροειδή μέθοδο απόσταξης . Ο Διόνυσος ήταν θεός του κρασιού, γιος του Δία και της Σέμελης. Οι περιπέτειες του είναι πολλές. Έτσι σ' ένα μεγάλο του ταξίδι ως την Ινδία που συνοδεύονταν από σάτυρους , άντρες και γυναίκες και κρατούσαν κληματόβεργες χορεύοντας και τραγουδώντας , δίδασκε στους ανθρώπους, που συναντούσε και τον αγαπούσαν πως να καλλιεργούν το αμπέλι και να φτιάχνουν κρασί.

Ως ποτό η μύρα ήταν γνωστή από τους προϊστορικούς ακόμα χρόνους . Παρασκευάζονταν από αλεύρι ή σπόρους δημητριακών , στην Ασσυρία , τη Βαβυλωνία και την Αίγυπτο [5.000 - 2.500 π.Χ.] Στην Αίγυπτο η βιομηχανία της προστατευόταν από τους ίδιους τους Φαραώ. Οι Κινέζοι απέσταξαν ένα ποτό από μύρα ρυζιού γύρω στα 800 π.Χ. ενώ το αράκ αποσταζόταν στις Ανατολικές Ινδίες από καλαμοσάκχαρο και ρύζι. Οι Άραβες ανέπτυξαν μια μέθοδο απόσταξης για την παραγωγή ποτού από κρασί.

Ο Ξενοφών στην "Κύρου Ανάβαση" γράφει ότι, επιστρέφοντας με τους μύριους από την Περσία, είδε στην Αρμενία να πίνουν ποτό από κριθάρι. Οι Σκύθες, οι Θράκες , οι Κέλτες κ.α. έπιναν μύρα από εκείνα τα χρόνια . Οι λαοί της Β.Ευρώπης έμαθαν την τέχνη της ζυθοποιίας από τους Ρωμαίους. Η Παρασκευή ποτών με απόσταξη ήταν γνωστή στη Βρετανία πριν από την ρωμαϊκή κατάκτηση. Παρόμοια ποτά

κατασκευάζονταν στην Ισπανία , Γαλλία και την υπόλοιπη Δ.Ευρώπη , κυρίως μετά τον 8^ο αιώνα όπου ήλθαν σε επαφή με τους Άραβες . Κατά το μεσαίωνα ιδρύθηκαν πολλές βιοτεχνίες μύρας στην Ευρώπη και ιδιαίτερα στη Γερμανία, που με τον καιρό εξελίχτηκαν στις σύγχρονες τεράστιες βιομηχανίες με πλατιά κατανάλωση που πολλές φορές επιβάλλονταν κυβερνητικός έλεγχος. Στην Ελλάδα το πρώτο βιοτεχνικό εργαστήριο μύρας ιδρύθηκε το 1864 στην Αθήνα από Ι.Φιξ Αργότερα ιδρύθηκαν και άλλα¹⁸.

§ Γενικότητες

Στις μέρες μας έχει αποδειχθεί ότι όλοι οι άνθρωποι πίνουν ακόμη και σε μικρές ποσότητες. Αυτοί όμως που καταναλώνουν κυρίως τις πιο μεγάλες ποσότητες είναι οι νέοι ηλικίας από 14 έως 21 ετών. Αυτοί είναι συνήθως που παρασυρμένοι από τους φίλους τους οδηγούνται στο ποτό. Ωστόσο πολλοί από αυτούς μπορεί να καταντήσουν αλκοολικοί με μύριες συνέπειες για τον οργανισμό τους, την κοινωνία, αλλά και τα αυριανά παιδιά τους.

Οι λόγοι που τους οδηγούν σε τέτοιες πράξεις , οι οποίες δεν είναι απαγορευμένες από το νόμο , είναι πάρα πολλοί. Σαν πρώτο λόγο οι νέοι χρησιμοποιούν ότι παρασύρονται από τις παρέες με τις οποίες συναναστρέφονται και κυρίως από τους φίλους τους. Άλλοι λόγοι είναι οι ψυχολογικοί. Απογοητεύσεις, προβλήματα μέσα στην οικογένεια , στους φίλους οδηγούν πολλούς νέους στο ποτό. Οι οικογενειακοί είναι οι πιο σπάνιοι, αλλά είναι δυνατόν να προκαλέσουν τα ίδια αποτελέσματα . Μερικές φορές οι νέοι παρασύρονται και από τους γονείς τους ή από μεγαλύτερα αδέρφια που πίνουν . Τέλος ο πιο συνήθης λόγος είναι η περιέργεια. Οι συνέπειες του ποτού στον οργανισμό τους είναι πολύ μεγάλες. Μπορεί να παρουσιαστούν

προβλήματα στο συκώτι, στην καρδιά ή ακόμα και στα νεφρά. Τα αποτελέσματα του αλκοόλ στην κοινωνία είναι να χάνονται εκατοντάδες ζωές κάθε χρόνο από υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Τέλος τα αυριανά παιδιά τους μπορεί να γεννηθούν με προβλήματα ή και αλκοολικά.

Ωστόσο κανείς δεν μπορεί να αποδείξει ή να πει με σιγουριά ποιος ευθύνεται γι' αυτήν την κατάσταση. Άλλοι πιστεύουν πως ευθύνεται το κράτος, γιατί δεν απαγορεύει το ποτό ή δεν κάνει ελέγχους σ' αυτούς που πίνουν. Άλλοι πάλι πιστεύουν πως όλα είναι θέμα μόρφωσης, εκπαίδευσης και ανατροφής. Πιστεύουν δηλ. πως αν οι νέοι από μικρή ηλικία μάθουν για τις βλαβερές συνέπειες του ποτού στον οργανισμού τους ή για τους θανάτους που οφείλονται σε υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ δεν θα θέλουν να πουν και θα αποφεύγουν τα αλκοολούχα ποτά. Αν όλα αυτά τα μέτρα ληφθούν από την κυβέρνηση, την πολιτεία και αν όλοι οι πολίτες δραστηριοποιηθούν τότε θα αποφεύγονται οι θάνατοι των νέων από υπερβολική χρήση οινοπνεύματος. Ευτύχημα είναι το ότι στη χώρα μας δεν παρουσιάζεται με επικίνδυνη συχνότητα το φαινόμενο αυτό, ενώ σε άλλες χώρες και ιδιαίτερα στις βόρειες - παρουσιάζεται με ξεχωριστή έξαρση.

Το πρόβλημα αυτό είναι ιδιαίτερα οξύ στην Αμερική, όπου υπολογίζεται ότι ο ένας στους δέκα Αμερικανούς παρουσιάζει ή θα παρουσιάσει στο μέλλον πρόβλημα αλκοολισμού.

Η αναλογία ανδρών προς τις γυναίκες είναι 4 προς 1.

Τα αίτια του αλκοολισμού θα πρέπει να αναζητηθούν κυρίως σε ψυχολογικούς λόγους, όπως απομόνωση, μοναξιά, υπερβολική ντροπαλότητα, κατάθλιψη, υπερβολική εξάρτηση από τους άλλους, τάσεις αυτοκαταστροφής, αυτοτιμωρίας, καθώς και σεξουαλική

ανωριμότητα .

Το οινόπνευμα εισέρχεται στο αίμα κυρίως από το λεπτό έντερο .

Η δράση του οινοπνεύματος στο κεντρικό νευρικό σύστημα είναι ιδίως κατασταλτική , παραλυτική .

Αν η στάθμη του οινοπνεύματος στον οργανισμό φθάσει μέχρι 50 χιλιοστά του γραμμαρίου σε 100 κυβικά του αίματος (50MG / 100ML.) δημιουργεί κατευνασμό και ηρεμία.

Στην ποσότητα από 50 μέχρι 150MG/ 100ML, παρουσιάζεται έλλειψη συντονισμού , από 150 μέχρι 200MG / 1 OOML παρουσιάζεται παραλήρημα , από 300 μέχρι 400MG /1OOML, απώλεια της σύνδεσης .

Αν το επίπεδο του οινοπνεύματος ξεπεράσει τα 500MO / 100MG, τότε μπορεί το αποτέλεσμα να είναι ο θάνατος .

Οι τιμές που αναφέρονται πιο πάνω αφορούν ποσοστά μέσα στα οινοπνευματώδη ποτά¹⁸.

Το αλκοόλ προέρχεται από την ανάμιξη φρούτων, λαχανικών και δημητριακών με μαγιά και ζάχαρη. Τότε δημιουργείται μια διαδικασία που λέγεται ζύμωση. Τα βαριά οινοπνευματώδη ποτά, όπως το Ούισκι, η βότκα κ.ά. διωλίζονται περισσότερο για να γίνουν ισχυρότερα. Ένα βαρύ οινοπνευματώδες ποτό έχει μεγάλη περιεκτικότητα σε αλκοόλ. Σε περίπτωση κατάχρησης αλκοόλ, το άτομο παρουσιάζει συμπτώματα σωματικά και ψυχολογικά γνωστά ως μέθη. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν επιθετικότητα, αδυναμία, κριτικής σκέψης, αδυναμία συγκέντρωσης, ευερεθιστότητα, ευφορία ή κατάθλιψη, συναισθηματική αστάθεια κ.α. Σωματικές ενδείξεις είναι το κόκκινο πρόσωπο, η συγκεχυμένη ομιλία, η αστάθεια στις κινήσεις ή η αδυναμία συντονισμού των κινήσεων, κ.α. Ένα άλλο χαρακτηριστικό της μέθης

είναι η άρση των «αναστολών». Έτσι το άτομο μπορεί να εμφανιστεί πολύ έξυπνο, κοινωνικό, ικανοποιημένο και υπερκινητικό με οξυμένη ικανότητα σκέψης, αλλά όσο προχωρά η κατανάλωση γίνεται μελαγχολικά, οργά, εσωστρεφές και τελικά μπορεί ακόμα και να χάσει τις αισθήσεις του. Ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα που σχετίζονται με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ είναι τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Υπολογίζεται ότι τουλάχιστον τα μισά από αυτό αφορούν ενόν οδηγό ή έναν πεζό μεθυσμένο. Επίσης δεν είναι σπάνιες οι πτώσεις και τα ατυχήματα στο σπίτι ή στην εργασία που οφείλονται σε κατάχρηση αλκοόλ. Η μέθη είναι επίσης συχνά υπεύθυνη για εγκλήματα. Από σοβαρή κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να επέλθει και θάνατος του χρήστη, κυρίως από καταστολή των αναπνευστικών κέντρων ή από αναρρόφηση εμετού,

Η συχνή χρήση αλκοόλ προκαλεί ανοχή και εξάρτηση, σωματική και ψυχική. Η εξάρτηση από αυτή την ουσία είναι γενικό ύπουλη και μακροχρόνια. Αφού εγκατασταθεί η σωματική εξάρτηση, με τη διακοπή της χρήσης εμφανίζονται συμπτώματα στέρησης, όπως τρεμούλιασμα των χεριών, της γλώσσας και των βλεφάρων, ταχυκαρδία, εφίδρωση, άγχος, πονοκέφαλος, αϋπνία κ.α. Το σύνδρομο στέρησης μπορεί να εξελιχθεί σε Delirium Tremens, που εκδηλώνεται με ταχυκαρδία, εφίδρωση, οπτικές ή ακουστικές παραισθήσεις. Παρατηρείται επίσης συχνό παραλήρημα και ψυχοκινητική διέγερση. Συνήθως εμφανίζεται σε άτομα που πάσχουν από κάποια ταυτόχρονη σωματική ασθένεια, είναι δε δυνατόν να καταλήξει και στο θάνατο. Η χρόνια χρήση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει επίσης δε βρογχίτιδα, πνευμονία, φυματίωση και καρδιοπάθεια. Η εξασθένηση των διανοητικών λειτουργιών δεν είναι σπάνια. Οι περισσότεροι θάνατοι από χρόνια κατάχρηση αλκοόλ

οφείλονται στην καταστροφή του ήπατος, εφόσον εκεί μεταβολίζεται η μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ (κίρρωση ήπατος)¹⁹.

§ Παράγοντες που επηρεάζουν την επίδραση του οινοπνεύματος στον οργανισμό.

Υπάρχουν ορισμένοι σταθεροί και άλλοι αστάθμητοι παράγοντες που επηρεάζουν και Επιδεινώνουν την ένταση, την ταχύτητα και τον τρόπο που επιδρά το οινόπνευμα στον οργανισμό.

Μερικοί από τους σταθερούς παράγοντες είναι:

- Το φύλο: επηρεάζονται περισσότερο οι γυναίκες.
- Το βάρος: επηρεάζονται περισσότερο τα άτομα χαμηλού βάρους.
- Η ηλικία: επηρεάζονται πολύ περισσότερο τα άτομα νεαρής ηλικίας.
- Η κράση και η σωματική διάπλαση.
- Ο μεταβολισμός: η διάρκεια της μεταβολικής διαδικασίας στο κάθε άτομο διαφέρει.

Παράγοντες που μπορούν να επιδεινώσουν τις επιπτώσεις του οινοπνεύματος:

• Παράλληλη ή ταυτόχρονη χρήση φαρμάκων: Το οινόπνευμα μπορεί να είναι πολύ επικίνδυνο αν ληφθεί κατά το διάστημα που το άτομο παίρνει φάρμακα. Ο συνδυασμός οινοπνεύματος με ορισμένα είδη φαρμάκων μπορεί να είναι ιδιαίτερα επικίνδυνος για τον οργανισμό και ακόμα πιο επικίνδυνος στην οδήγηση.

• **Κούραση - Άγχος - Συναισθηματική κατάσταση - Νευρικό σύστημα:** Αυτοί είναι παράγοντες που σε συνδυασμό με το οινόπνευμα μπορεί να έχουν επικίνδυνες επιπτώσεις στην οδήγηση. Ακόμα και πολύ μικρή ποσότητα οινοπνεύματος μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητες

αντιδράσεις, επικίνδυνη κόπωση, ερεθισμό, επιθετικότητα, ανασφαλή οδήγηση.

- **Φαγητό.** Το οινόπνευμα επιδρά πολύ πιο άμεσα στον οργανισμό όταν το στομάχι είναι άδειο.

§ **Ταχύτητα κατανάλωσης:** Η γρήγορη κατανάλωση αυξάνει την επίδραση του αλκοόλ στον οργανισμό.

- **Εθισμός:** Άτομα που δεν έχουν εθιστεί στην κατανάλωση οινοπνεύματος επηρεάζονται πολύ πιο γρήγορα και έντονα ακόμα και με πολύ μικρές ποσότητες. Γίνονται πιο εύκολα επικίνδυνοι οδηγοί.

- **Νικοτίνη και Καφές:** Η κατανάλωση οινοπνεύματος, καφέ, τσαγιού, νικοτίνης επιβραδύνει την αποβολή του οινοπνεύματος, αφού το συκώτι έχει να εξουδετερώσει και άλλες τοξικές ουσίες. Τα τσιγάρα και ο καφές διεγείρουν το νευρικό σύστημα και μπορούν να επιδεινώσουν τις συνέπειες στη συμπεριφορά³.

§ Η στάση- μέριμνα της Ε.Ε

Το αλκοόλ αποτελεί σοβαρό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία και ταυτόχρονα κοινωνικό πρόβλημα σε όλη την Κοινότητα. Η Ευρώπη έχει το υψηλότερο ποσοστό ατόμων που καταναλώνουν αλκοόλ παγκοσμίως, τα υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ ανά πληθυσμό και υψηλό ποσοστό βλαβών της υγείας από υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, μεταξύ άλλων, σημαντικό αριθμό θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων στην ΕΕ, 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 ΕΕ.

Η ΕΕ αναγνωρίζει το γεγονός ότι τα αλκοολούχα ποτά αποτελούν σημαντικά οικονομικά αγαθά. Τα αλκοολούχα ποτά αποτελούν επίσης μέρος της κουλτούρας πολλών περιοχών της Ευρώπης. Η παραγωγή, το εμπόριο και η προώθηση του αλκοόλ στην αγορά συμβάλλουν στην οικονομική ανάπτυξη της ΕΕ. Όμως, για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας, είναι αναγκαία η εφαρμογή αποτελεσματικών πολιτικών για το αλκοόλ, τις οποίες πρέπει να στηρίζει και να συντονίζει η Ευρωπαϊκή Ένωση.

Η ΕΕ θα ανταποκριθεί στην πρόκληση αυτή, εστιάζοντας κυρίως στο συνδυασμό στοχοθετημένων μέτρων ώστε να περιοριστεί η διαθεσιμότητα των αλκοολούχων ποτών, ιδίως για τους νέους, και να μειωθεί η έκθεση των νέων στα διάφορα μέσα εμπορικής προώθησης. Μια μελλοντική στρατηγική μπορεί επίσης να περιλαμβάνει κατάλληλα μέτρα για την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ, καθώς και μια καλύτερη εκπαίδευση και ενημέρωση.

Συνεπώς, η συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών έχει μεγάλη σημασία για την ανταλλαγή γνώσεων και πληροφοριών. Επιπλέον, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις αναμένεται να παίξουν αποφασιστικό ρόλο σε ό,τι αφορά την κινητοποίηση, τη συμμετοχή και την ευαισθητοποίηση του κοινού. Η βιομηχανία αλκοολούχων ποτών μπορεί επίσης να συμβάλει στην προσπάθεια αυτή, εφαρμόζοντας τον κώδικα δεοντολογίας της και ενεργώντας με τη δέουσα υπευθυνότητα. Σε επίπεδο διεθνούς συνεργασίας, ιδίως με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, προβλέπεται η δημιουργία ενός συστήματος για την επιδημιολογική επιτήρηση της κατανάλωσης αλκοόλ και η καθιέρωση κοινωνικών και οικονομικών δεικτών καθώς και δεικτών για την υγεία.

Αυτοί είναι οι κυριότεροι παράγοντες που, όταν ενεργούν ταυτόχρονα

με το οινόπνευμα, μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά του ατόμου στην οδήγηση και να συμβάλουν στην πρόκληση ατυχήματος.

Διαφήμιση και οινοπνευματώδη ποτά

Το διάστημα Ιανουαρίου-Σεπτεμβρίου 1993 δαπανήθηκαν πάνω από 6 δις δρχ. για την προβολή όλων των οινοπνευματωδών ποτών στην Ελλάδα, ποσό περίπου 4% υψηλότερο από το αντίστοιχο χρονικό διάστημα του 1992. Πιο συγκεκριμένα, οι εταιρείες παραγωγής και εμπορίας μπίρας διέθεσαν σχεδόν 2 δις δρχ., οι επιχειρήσεις διακίνησης ούισκι 1.672 εκατ. δρχ. και οι εταιρείες διακίνησης απεριτίφ πάνω από 809 εκατ. δρχ. Μικρότερα σχετικά ποσά διατέθηκαν για την προβολή βότκας, κρασιών, ούζου κ,λπ. Το κύριο μέσο προβολής των προϊόντων ήταν η τηλεόραση που απορρόφησε περίπου 25% των δαπανών.

Είναι σημαντικό να αντιληφθεί κανείς τη μεγάλη επίδραση της διαφήμισης στη διαμόρφωση της στάσης και συμπεριφοράς μας³.

§ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Υπάρχουν πολλά μέτρα πρόληψης από τα οποία κάποιο γνωρίζουν οι άνθρωποι αλλά τα περισσότερα τα μαθαίνουν από γιατρούς , από περιοδικά , από εφημερίδες , από διάφορα ειδικά βιβλία και μερικές φορές από την τηλεόραση.

Γι' αυτό θα πρέπει να καταναλώνουμε όσο μπορούμε λιγότερο αλκοόλ

Ο καθένας μας ξεχωριστά πρέπει να προφυλάγεται. Αν κάποιοι δεν μπορούν να βάλουν ένα μέτρο στο ποτό τους θα πρέπει να τους προστατεύουν οι δικοί τους .

Σημαντικό ρόλο παίζει οι οικογένεια στην πρόληψη του αλκοολισμού

Ένας καλός τρόπος πρόληψης του αλκοόλ που μπορεί να πάρει ο κάθε άνθρωπος ξεχωριστά είναι να συμβουλευθεί κάποιιο γιατρό και να μην πηγαίνει σε μέρη που υπάρχουν αλκοολούχα ποτά π.χ. μπαρ , μπουζούκια , ντίσκο κ.λπ. γιατί μπορεί να παρασυρθεί.

Επίσης θα πρέπει να μην παίρνει στο σπίτι του ποτά με αλκοόλ και να μην πίνει από αυτά τα ποτά , όταν του τα προσφέρουν .

Δεν αρκεί όμως μόνο η προσπάθεια πρόληψης του αλκοόλ μόνο από κάθε άτομο ξεχωριστά.

Θα πρέπει η κοινωνία να ενημερώνεται και να μην φοβάται, όπως στην περίπτωση των ναρκωτικών , να γίνεται ενημέρωση στο κοινωνικό σύνολο για θέματα χρήσης και κατάχρησης της αλκοόλης .

Είναι απαραίτητα εκπαιδευτικά προγράμματα με αποκλειστικό αντικείμενο τις ουσίες εξάρτησης σε προγράμματα σπουδών , όπως ιατρικής, της ψυχολογίας, της οικονομίας της υγείας αλλά και της νοσηλευτικής και πολλά άλλα .

Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στις αρνητικές στάσεις που διακρίνουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό απέναντι στον αλκοολισμό .

Να καταγραφούν τα παραπτώματα , οι εγκληματικές πράξεις και τα ατυχήματα εξαιτίας της χρήσης του αλκοόλ .

Έτσι ώστε να διαμορφωθεί η εικόνα για το μέγεθος του προβλήματος στη χώρα.

Επίσης να δημιουργηθούν και να αναπτυχθούν επιστημονικά αποδεκτά κριτήρια για την έγκυρη και έγκαιρη αναγνώριση του προβληματικού πότη .

Επιπλέον να μην προβάλλονται διαφημίσεις που προβάλλουν το αλκοόλ σαν απόλαυση .

Να τονίσουμε ότι η ποτο-απαγόρευση και η υψηλή φορολογία στα αλκοολούχα ποτά

ΔΕΝ αποτελούν παράγοντες πρόληψης .

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

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι βασικές παράμετροι που θα μπορούσαν να συμβάλουν θετικά σε οποιοδήποτε θεραπευτικό πρόγραμμα είναι οι εξής : Αναγνώριση και αξιολόγηση του προβλήματος .

Μεγάλη σημασία έχει η στάση μας στη πρώτη επαφή με τον προβληματικό πότη . Χρειάζεται επίμονη προσπάθεια για τη λεπτομερή αξιολόγηση κάθε πτυχής της γενικότερης υγείας και των δραστηριοτήτων του ατόμου . Κατάρτιση θεραπευτικού προγράμματος.

Με βάση το δεδομένο ότι όλοι οι αλκοολικοί ΔΕΝ παρουσιάζουν την αυτή κλινική εικόνα (π.χ. συμπτώματα , βαθμό εξάρτησης κ.λπ.), η κατάρτιση του θεραπευτικού προγράμματος απαιτεί δύο βασικά στοιχεία :

1. Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης που προαναφέρθηκε και
2. Την ενεργό συμμετοχή του ασθενούν στις αποφάσεις σχετικά με τη θεραπευτική διαδικασία.

Ανάλογα με την κλινική εικόνα του προβληματικού πότη , τα πρώτα στάδια ενός θεραπευτικού προγράμματος μπορεί να απαιτήσουν :

- Αποτοξίνωση :

Η αποτοξίνωση δεν είναι θεραπεία για αλκοολισμό αλλά είναι μια περίοδο αποχής από το αλκοόλ με στόχο την προετοιμασία του ατόμου για απεξάρτηση και ανάρρωση .

- Αντιμετώπιση οργανικών ή και ψυχιατρικών διαταραχών :

Όπως και στην προηγούμενη περίπτωση , ανάγκη εισαγωγής σε νοσοκομείο ή ψυχιατρείο για την αντιμετώπιση πιθανών διαταραχών εξαρτάται από την κατάσταση που βρίσκεται ο αλκοολικός .

Συνήθως πολλά από τα προβλήματα που παρουσιάζουν οι προβληματικοί ποτές μπορούν να αντιμετωπιστούν στα εξωτερικά ιατρεία και όχι στα νοσοκομεία και στις κλινικές.

- Θεραπευτικό πρόγραμμα

Θα πρέπει η σχέση του θεράποντος και του θεραπευομένου να είναι ειλικρινής και να υπάρχει μεταξύ τους εμπιστοσύνη .

Δεν θα πρέπει ο θεράπων να λέει ψέματα στον θεραπευόμενο αλλά να του λέει την αλήθεια.

Επίσης κάθε θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να εμπεριέχει κατάρτιση εφικτών θεραπευτικών στόχων.

Επιπλέον απαραίτητη είναι η υποστήριξη της οικογένειας του αλκοολικού.

Διαχρονική παρακολούθηση

Η διαχρονική παρακολούθηση του προβληματικού πότη και η συνεχής υποστήριξη του ίδιου και της οικογένειας του επιβάλλεται για διάστημα τουλάχιστον ενός έτους .

Τα μυστικά του αλκοόλ

Μετά τον καταγισμό προειδοποιήσεων και υπερβολών , κατά τη δεκαετία του '80 για τις δυσμενείς επιπτώσεις του ποτού στην υγεία , η δεκαετία του '90 ανέτειλε φέροντας λιγότερο καταστροφικά μηνύματα . Συγκεκριμένα , πολλές επιστημονικές έρευνες, τα αποτελέσματα των οποίων δημοσιεύτηκαν σε έγκριτα ιατρικά περιοδικά ανά του πλανήτη , κατέληγαν σε συμπεράσματα που κανείς Δε θα φανταζόταν στην εποχή π.χ. της ποτοαπαγόρευσης .

Πιο συγκεκριμένα , το αλκοόλ μπορεί να μειώσει την όρεξη για λιπαρές τροφές και μπορεί επίσης , να βοηθήσει στην πέψη .

Το κόκκινο κρασί είναι δυνατό να προλάβει τις καρδιοπάθειες , τον καρκίνο και μια σειρά άλλων ασθενειών.

Η μπίρα επιτίθεται στο κοινό κρυολόγημα , αλλά και σε κάποιες από τις δυσάρεστες εκφάνσεις του γήρατος.

Το ούισκι μειώνει την αρτηριακή πίεση , ενώ ακόμη και το Bloody Mary μπορεί, χάρη του χυμού ντομάτας , να ανακουφίσει τον κουρασμένο επιβάτη του αεροπλάνου από την " αγκύλωση " που υφίσταται εξαιτίας της στενότητας του χώρου .

Είναι πλέον γνωστό ότι το οινόπνευμα σε μικρές δόσεις , διεγείρει την εγκεφαλική λειτουργία .

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Όσο η πυκνότητα του οίνοπνεύματος αυξάνει στο αίμα , αρχίζουν τα κατασταλτικά φαινόμενα , η νάρκη , ακόμα και ο θάνατος .

Εδώ και πολλά χρόνια έχει επίσης, παρατηρηθεί ,ότι η απότομη κατάχρηση οίνοπνεύματος οδηγεί και σε πρόσκληση αρρυθμιών της

καρδιάς. Αυτή η ταχυαρρυθμία από μαρμαρυγή των κόλπων της καρδιάς έκανε, το 1978, τον Ettinger να την ονομάσει "καρδιοπάθεια των αργιών" μετά από αναλύσεις επειγόντων περιστατικών στα νοσοκομεία που κατά κανόνα συνέπιπταν με την επόμενη των αργιών, κατά τις οποίες τα "θύματα" έπιναν πολύ.

Αν και στη συνέχεια βρέθηκε ότι οι κυριακάτικες αρρυθμίες δεν οφείλονταν απλώς, στην περιστατική αλλά στην ολική κατανάλωση οινοπνεύματος, ο όρος εξακολουθεί να υιοθετείται από την ιατρική.

Όπως και αν έχει, πάντως οι γιορτές δεν αποτελούν το μοναδικό εχθρό της ανθρώπινης καρδιάς, αφού η υπερκατανάλωση οινοπνεύματος οδηγεί σε αρτηριακή υπέρταση, σε παθήσεις του ήπατος και του παγκρέατος, σε διατακτική μυοκαρδιοπάθεια (σοβαρή μορφή καρδιακής ανεπάρκειας), σε παχυσαρκία, αλλά και υπερτριγλυκεριδαιμία, όταν υπάρχει διαταραχή του μεταβολισμού των τριγλυκεριδίων, γεγονός που αποτελεί παράγοντα κινδύνου για στεφανιαίο νόσο, καθώς και για παγκρεατίτιδα. Υπάρχει, όμως και η άλλη κεφαλή του Ιανού. Παρά τη ροπή προς τις αρρυθμίες, επισημαίνει σε σχετικό επιστημονικό δημοσίευμα ("Καρδιολογικά θέματα") ο καθηγητής κ. Ευτύχιος Βορίδης, οι καταναλωτές οινοπνεύματος φαίνεται να κινδυνεύουν πολλοί λιγότερο από αιφνίδιο θάνατο από τους τελείως στερούμενους αυτής της απολαύσεως. Αν και το απροσδόκητο του θέματος συζητήθηκε πολύ, πολυάριθμες επιδημιολογικές μελέτες οδήγησαν στις παρακάτω διαπιστώσεις.

Οι καταναλωτές οινοπνεύματος κινδυνεύουν λιγότερο από αιφνίδιο θάνατο, στηθάγχη, έμφραγμα του μυοκαρδίου και θρομβωτικά, αποπληκτικά επεισόδια (εμποδίζεται ο σχηματισμός θρόμβων). Η προστατευτική δράση του αλκοόλ συνδέεται με την ποσότητα, που δεν

πρέπει να ξεπερνάει τα 29 γραμμάρια οινόπνευματος κι αυτό εφόσον δεν υπάρχει αντένδειξη . Η ποσότητα αυτή αντιστοιχεί σε 58ml ούισκι, 1/3 , δηλαδή , του ποτηριού του ούισκι, σε 230 ιηϊ κρασιού (τρία ποτηράκια) ή 650 ml μπίρας (δύο περίπου νεροπότηρα) . " Εδώ όπως επισημαίνει ο καθηγητής κ. Παύλος Τούτουζας " η πρόθεση δεν έχει θέση . Μη φανταστείτε ότι αν δεν πίνετε κάθε μέρα , ο οργανισμός θα αντεπεξέλθει στην κατανάλωση , π.χ. ενός μπουκαλιού κρασί το Σαββατόβραδο " .

Η χρήση του οινόπνευματος μειώνει την πιθανότητα ανάγκης εγχειρήσεως καρδιάς ή αγγειοπλαστικής.

Τέλος, το οινόπνευμα σε μικρές ποσότητες ημερησίως , μπορεί να επιδράσει στην αύξηση της καλής χοληστερόλης (HDL,) με ευνοϊκές επιπτώσεις στα στεφανιαία αγγεία . Μετά απ' όλα αυτά και παρά το γεγονός ότι η Ελλάδα δεν έχει, για την ώρα μεγάλο πρόβλημα αλκοολισμού , ο γιατρός έχει πάντα υπόψη του ότι οι αλκοολικοί δεν γίνονται, αλλά γεννιούνται. Γι' αυτό και παρά τις ελκυστικές θεραπευτικές ιδιότητες του οινόπνευματος δεν ενδείκνυται, σήμερα , ιατρικά η σύσταση κατανάλωσης οινόπνευματος, έστω και λογικών ποσοστών , σε όσους δε συνηθίζουν να πίνουν²⁰ .

Αλκοολομανία

Αλκοολισμός έχει καθιερωθεί να λέγεται η κατάχρηση οινόπνευματωδών ποτών. Υπάρχουν πολλές θεωρίες που προσπαθούν να εξηγήσουν την παγκόσμια συνήθεια των λαών για οινόπνευματώδη .

Πολλοί μιλούν για κλιματολογικές συνθήκες ή για φυλετικές καταβολές που δημιουργούν τάσεις για χρήση ή κατάχρηση αλκοόλ . Είναι γεγονός ότι τόσο το κλίμα όσο και η ψυχολογία διαφόρων λαών , διαμορφώνουν την τάση τους για οινόπνευματώδη ποτά . Οι κάτοικοι

των βορείων κλιμάτων , για παράδειγμα , καταναλώνουν οινοπνευματώδη για θερμαντικούς κυρίως λόγους, ενώ οι αφρικανοί λαοί πίνουν για να ευθυμήσουν.

Πάντως οι ειδικοί, όπως και η κοινή γνώμη συμφωνούν ότι ο αλκοολισμός είναι βλαβερός στην ανθρώπινη υγεία και αν δεν οδηγήσει κάποιον στο ψυχιατρείο από το σπάσιμο νεύρων είναι βέβαιο ότι θα επιταχύνει τη διάρκεια της ζωής του . Η συνηθισμένη αρρώστια των αλκοολικών είναι η κίρρωση του ήπατος Από πειράματα που έχουν γίνει στην Αγγλία για ν' αποδείξουν την εκφυλιστική κληρονομικότητα που αφήνει ένας αλκοολισμός στους " κατιόντες " συγγενείς του γνωρίζουμε ότι οι επιδράσεις του οινοπνεύ-ματος φτάνουν ως την τρίτη γενεά . Τα αποτελέσματα του αλκοολισμού είναι τραγικά στην σεξουαλική ικανότητα και συμπεριφορά των απογόνων ενός ανίατου " οινόφυλλου " . Από καθαρά ηθικής πλευράς ο αλκοολισμός θεωρείται ως αμάρτημα και παράβαση θείων εντολών που απαιτούν το σεβασμό της ανθρώπινης υγείας και αξιοπρέπειας . Εφόσον , σύμφωνα με τη χριστιανική αντίληψη , το σώμα είναι " ναός του Θεού " και " κατοικοιτήριο του Αγίου Πνεύματος " είναι απαράδεκτη κάθε παράδοση του στη φθορά και την κατάχρηση όπως είναι αυτή του αλκοολισμού , γιατί" ο φθειρών τον Ναό του Θεού , φθειρεί τούτον ο Θεός " , σύμφωνα με την ηθική διδασκαλία του Αποστόλου Παύλου²¹ .

1.7.1 Αλκοόλ και Ατύχημα

Το ατύχημα γενικά είναι η τέταρτη αιτία θανάτου στον κόσμο και στην Ελλάδα είναι η πρώτη αιτία για τις ηλικίες 1-40 χρόνων. Ένα μεγάλο μέρος των ατυχημάτων είναι οδικά. Στην Ελλάδα, το 1988, από το σύνολο των θανάτων με αιτία το ατύχημα, το 42% ήταν οδικό.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, στη Γαλλία σχεδόν το 1 στα 2 θανατηφόρα ατυχήματα οφείλονται στο οινόπνευμα ενώ στην Αγγλία η αντίστοιχη αναλογία είναι περίπου 1 στα 3 οδικά ατυχήματα. Στη Γαλλία, το 1986, καταγράφηκαν 4.000 θάνατοι από τροχαία ατυχήματα που οφείλονταν σε κατανάλωση οινοπνεύματος από τους οδηγούς.

Στην πρώην Ομοσπονδιακή Γερμανία πάνω από 1.200 θάνατοι το χρόνο οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα που συμβαίνουν μετά από κατανάλωση οινοπνεύματος.

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η κατανάλωση οινοπνεύματος από οδηγούς ευθύνεται για το θάνατο 22.000 περίπου ατόμων. Πάνω από το 22% του συνόλου των νεκρών σε τροχαία και 560.000 των τραυματιών ετησίως έχουν αιτία την κατανάλωση οινοπνεύματος.

Εκτιμήσεις που βασίζονται σε πληροφορίες από διάφορα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης δείχνουν ότι το 8-10% των θανάτων που συμβαίνουν στις ηλικίες 16-74 χρόνων και τα 6-20% των επειγόντων περιστατικών που εισάγονται στο νοσοκομείο έχει σχέση με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών.

Το κόστος από τις δαπάνες που προκύπτουν από τα οδικά ατυχήματα με αιτία το οινόπνευμα υπερβαίνει το ποσό των 536 δις δραχμών στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Μόνο στη Γαλλία το ετήσιο κοινωνικό κόστος από ατυχήματα που έχουν αιτία το αλκοόλ ανέρχεται στο ποσό των 500

εκατομ. έως 2,5 δις γαλλικών φράγκων. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, το οικονομικό κόστος από την κατανάλωση οινοπνεύματος στα κράτη που είναι μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι μεταξύ 2-3% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία που να δείχνουν τη σχέση των οδικών ατυχημάτων με την κατανάλωση οινοπνεύματος. Τα υπάρχοντα στοιχεία που αναφέρονται στο συγκεκριμένο θέμα υποτιμούν την έκταση του προβλήματος. Έμμεσα στοιχεία είναι περισσότερο αξιόπιστα. Το 1987 έγινε έλεγχος με "αλκοτέστ" σε διάφορα μέρη της Ελλάδας (εκτός Αττικής) σε 2.911 οδηγούς για τη διερεύνηση τυχόν υπάρχουσας ποσότητας αλκοόλης στο αίμα. Διαπιστώθηκε ότι το 18% των οδηγών οδηγούσε με υψηλή ποσότητα αλκοόλης στο αίμα. Σε ανάλογη διερεύνηση που έγινε το 1988 στην περιοχή της Αττικής σε 668 οδηγούς βρέθηκε ότι το 37%, δηλαδή πάνω από 1 στους 3 οδηγούς, οδηγούσε με μεγάλη ποσότητα αλκοόλης στο αίμα. Παρόμοιο αποτέλεσμα βρέθηκε και το 1990 σε 207 ελέγχους με αλκοτέστ, όπου διαπιστώθηκαν 20% παραβάτες, δηλαδή ο ένας στους πέντε οδηγούς είχε ποσοστό υψηλότερο από το επιτρεπτό όριο στο αίμα του.

Κατανάλωση οινοπνεύματος από το νεαρό πληθυσμό

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία από έρευνα που έγινε το 1984, φαίνεται ότι περίπου το 90% των μαθητών, ηλικίας 12-17χρόνων, "έχει πει".

Στην ίδια έρευνα φαίνεται ότι το 70% των μαθητών πίνει κατά μέσο όρο 1-2 φορές την εβδομάδα, το 9,5% πίνει 4 φορές την εβδομάδα, ενώ το 5.9% πίνει καθημερινά.

Στη Σκοτία πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι το 68% των μαθητών και το

54% των μαθητριών, ηλικίας 13 χρόνων, πίνουν οινοπνευματώδη ποτά. Ας σημειωθεί ότι στη Σκωτία απαγορεύεται η αγορά και δημόσια κατανάλωση οινοπνεύματος σε άτομα κάτω των 16 χρόνων.

Στοιχεία σε πολλές χώρες της Ευρώπης δείχνουν ότι η κατανάλωση οινοπνεύματος από νέους αυξάνεται.

Στην Ελλάδα όλα τα στοιχεία από μικρότερες και μεγαλύτερες έρευνες δείχνουν ότι το οινόπνευμα τείνει να καταναλώνεται από άτομα όλο και νεαρότερης ηλικίας και σε μεγαλύτερη ποσότητα. Τα ποτά που προτιμούνται είναι πρώτα η μπίρα και μετά, τα ποτά με υψηλό βαθμό αλκοόλης (βότκα, ουίσκι, κ.λπ).

Οδικά θανατηφόρα ατυχήματα στις νεαρές ηλικίες

Το ποσοστό των θανάτων από ατυχήματα στις ηλικίες 15-24 χρόνων είναι ιδιαίτερα υψηλό στην Ελλάδα. Το 1982, το 64% των Θανάτων στις ηλικίες 15-24 χρόνων οφείλονται σε τροχαίο ατύχημα. Το αντίστοιχο ποσοστό για το έτος 1986 ήταν 49% και για το 1989 ήταν 52%.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία που να συνδέουν το ατύχημα με το επίπεδο αλκοολαιμίας.

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 50% των θανάτων νέων 15-24 χρόνων οφείλεται σε ατυχήματα.

Το οινόπνευμα ως αιτιολογικός παράγοντας ατυχημάτων και ασθενειών Η κατανάλωση οινοπνεύματος αναφέρεται ως σημαντικός παράγοντας στη οδικών ατυχημάτων. Επίσης θεωρείται υπεύθυνο και για πολλά άλλα "ατυχήματα".

Στη Γαλλία σύμφωνα με στατιστικές το οινόπνευμα θεωρείται υπεύθυνο για το 15% των ατυχημάτων κατά την εργασία

- το 60% των φόνων
- το 65% των βιασμών
- το 45% των εμπρησμών.

Στην ίδια χώρα οι καταδίκες για ανάρμοστη συμπεριφορά εξαιτίας της αλκοόλ διπλασιάζονται ανά δεκαετία: Το 1960 ήταν 10.491, το 1970 20.780. 40.919 και το 198774.659.

Τα ποσοστά θανάτων που οφείλονται στον αλκοολισμό σε χώρες της Ευρι 100.000 κατοίκους είναι:

- 34,2% στη Γαλλία
- 22,9% στην Ιταλία
- 22,5% στην πρώην Δ. Γερμανία
- 4,0% στη Νορβηγία
- 3,4% στη Φιλανδία
- 2,9% στην Αγγλία.

Στη Γαλλία, μεταξύ του 1970 και του 1988, η κατανάλωση αλκοόλ από τον ενήλικα πληθυσμό μειώθηκε κατά 24%. Την ίδια περίοδο οι θάνατοι από κίρρωση του ήπατος μειώθηκαν κατά 42%, ενώ οι θάνατοι που οφείλονται στον αλκοολισμό μειώθηκαν 37%. Η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ είναι αιτία πολλών κοινωνικών προβλημάτων. Είναι αιτία κακών σχέσεων, επιθετικής συμπεριφοράς και κακοποίησης στην οικογένεια, μειώνει την παραγωγική ικανότητα των ανθρώπων, αυξάνει τη συχνότητα από την εργασία και έχει σχέση με την κατανάλωση παράνομων εθιστικών ουσιών. Όλα αυτά δείχνουν το μέγεθος του προβλήματος και τις επιπτώσεις από την τακτική υψηλή κατανάλωση οινοπνεύματος από τον πληθυσμό.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει τη συναίνεση όλων των κρατών που είναι μέλη του για μια συστηματική προσπάθεια μείωσης της κατανάλωσης οινοπνεύματος (αλλά και άλλων επικίνδυνων εθιστικών ουσιών) κατά 25%, μεταξύ του έτους 1980 και 2000. Σε πολλά κράτη έχει ήδη ξεκινήσει έντονη προσπάθεια. Η Ευρωπαϊκή Ένωση υποστηρίζει την προσπάθεια για τη μείωση της κατανάλωσης οινοπνεύματος και έχει προχωρήσει στη λήψη αποφάσεων για αλλαγές στην πολιτική της διακίνησης του αλκοόλ από τα κράτη-μέλη³.

Νομική αντιμετώπιση της κατανάλωσης αλκοόλ και οδήγησης

Ελληνική Νομοθεσία

Το άρθρο 42 του Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας αναφέρεται στην "Οδήγηση υπό την επίδραση οινοπνεύματος ή τοξικών ουσιών".

Οι πέντε πρώτες παράγραφοι αναφέρουν ότι:

1.Απαγορεύεται η οδήγηση κάθε οδικού οχήματος σε οδηγά που βρίσκεται υπό την επίδραση οινοπνεύματος ή τοξικών ουσιών.

2.Τα αρμόδια αστυνομικά όργανα μπορούν σε κάθε περίπτωση να ασκούν έλεγχο για τη διαπίστωση ύπαρξης οινοπνεύματος στον οργανισμό των οδηγών.

3.Υποχρεωτικός έλεγχος γίνεται σε περίπτωση θανατηφόρου ατυχήματος με τη χρησιμοποίηση κατάλληλων επιστημονικών μέσων για τη διαπίστωση της μέθης του οδηγού. Με τον ίδιο τρόπο διαπιστώνεται και η μέθη πεζού σε αντίστοιχες περιπτώσεις.

4.Όταν υπάρχουν ενδείξεις ότι η οδήγηση του οχήματος γίνεται από οδηγό βρίσκεται υπό την επίδραση οινοπνεύματος υποχρεούται ο οδηγός να δέχεται την εξακρίβωση της κατάστασης του. Αίμα για εξέταση λαμβάνεται πάντα από το θάνατο και από ζώντες εάν δεν υπάρχουν

λόγοι ιατρικοί που να το απαγορεύουν, καθορίζονται οι επιστημονικοί τρόποι διαπίστωσης της ύπαρξης οινοπνεύματος καθώς και το απαιτούμενο ποσοστό οινοπνεύματος στον οργανισμό που να δηλώνει ότι ο ελεγχόμενος βρίσκεται υπό την επίδραση του.

5. Ο παραβάτης των διατάξεων του άρθρου 42 τιμωρείται με φυλάκιση 1 μέχρι 12 μηνών και με χρηματική ποινή τουλάχιστον 20.000 δρχ. Αν ο παραβάτης είναι οδηγός οχήματος ή μοτοποδηλάτου επιβάλλεται υποχρεωτικά από το δικαστήριο η αφαίρεση της άδειας οδήγησης από 3 ως 6 μήνες.

Στις ερμηνευτικές παρατηρήσεις του άρθρου διευκρινίζεται ότι ο έλεγχος για τη διαπίστωση μέθης του οδηγού (ή και πεζού) είναι υποχρεωτικός σε περίπτωση θανατηφόρου ατυχήματος και σε κάθε άλλη περίπτωση σωματικής βλάβης. Ο έλεγχος ΜΕΘΗΣ γίνεται εφόσον υπάρχουν ενδείξεις και νομικά λαμβάνεται υπόψη μόνο όταν γίνεται με τη χρησιμοποίηση κάθε κατάλληλου επιστημονικού μέσου.

Σχολιάζοντας το άρθρο 42 μπορεί κανείς να πει ότι η ελληνική νομοθεσία δεν προωθεί την πρόληψη της κατανάλωσης οινοπνεύματος από οδηγούς (και πεζούς), ενώ όπως αναφέρεται "αποτρέπει την άσκοπη ταλαιπωρία και την προσβολή της προσωπικότητας του ελεγχόμενου".

Η ελληνική νομοθεσία είναι ιδιαίτερα ελαστική σε σύγκριση με την αντίστοιχη στη Γερμανία, Αγγλία, Γαλλία και άλλων χωρών, όπου η αφαίρεση της άδειας οδήγησης είναι 6 μήνες ή περισσότερο στη Γερμανία, 1 χρόνο στην Αγγλία ή και για όλη τη ζωή στη Γαλλία. Στις χώρες αυτές οι ποινές περιλαμβάνουν φυλάκιση και υψηλά οικονομικά πρόστιμα μανία, ο παραβάτης υποχρεώνεται να πληρώσει πρόστιμο 430.000 δρχ. περίπου, στη Γαλλία 1.280.000 δρχ., ενώ στη Δανία 1.500.000 δρχ. Ο έλεγχος για τα επίπεδα οινοπνεύματος στον οδηγό

είναι συχνός και προληπτικός. Δεν γίνεται μόνο μετά από "ενδείξεις" ή θανατηφόρο ατύχημα, αλλά και προληπτικά, κυρίως τις ώρες που τα ατυχήματα είναι συχνά (νύχτα Σαββάτου}. Η ελαστικότητα της ελληνικής νομοθεσίας είναι ιδιαίτερα εμφανής όταν μελετήσει κανείς σχετικές δικαστικές αποφάσεις. Υπάρχουν περιπτώσεις που οδηγοί, αν και είχαν υψηλότερη περιεκτικότητα οινόπνευματος από την επηρεάσιμη, απαλλάχθηκαν με το δικαιολογητικό ότι δεν εμφάνιζαν άλλα δείγματα μέθης στη συμπεριφορά τους.

Στην πραγματικότητα οι προληπτικοί έλεγχοι στη χώρα μας σπανίζουν και τα μέτρα που έχουν θεσπισθεί αναστέλλουν παρά ενθαρρύνουν τον προληπτικό έλεγχο.

Μέχρι και τα 1993 δεν υπήρχε καμιά απαγορευτική διάταξη στην Ελλάδα που να απαγόρευε την αγορά οινόπνευματών ποτών σε άτομα κάθε ηλικίας. Το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης με το Προεδρικό Διάταγμα 36 του 1994 απαγορεύει σε νέους κάτω των 17 χρόνων να αγοράζουν οινόπνευμάδη σε χώρους διασκέδασης (ντισκοτέκ, μπαρ κ.λπ.). Σε άλλες χώρες, όπως για παράδειγμα στην Αγγλία, από πολλά χρόνια απαγορεύεται σε νέους κάτω των 16 ετών η αγορά ποτού καθώς και η κατανάλωση ποτού σε δημόσιο χώρο.

Στην Ελλάδα δεν αποτρέπονται οι οδηγοί από τη χρήση αλκοόλ με την προσφορά άλλων εναλλακτικών λύσεων. Σε πολλές περιοχές του Καναδά προσφέρεται στους οδηγούς δωρεάν μη αλκοολούχο ποτό. Στα μπαρ υπάρχουν πινακίδες που υπενθυμίζουν στον οδηγό της κάθε παράας να μην πει οινόπνευμα και τον προτρέπουν να διαλέξει ένα μη αλκοολούχο ποτό της αρεσκείας του. Πολλά από αυτά τα προγράμματα επιχορηγούνται από την πολιτεία³.

1.8 Κάπνισμα και έφηβοι

Ιστορικό του Καπνού

Ο καπνός εισήχθη στην Ευρώπη από το νέα κόσμο περί τα τέλη του 15ου αιώνα

Το κάπνισμα εξαπλώθηκε γρήγορα και χρησιμοποιήθηκε, για μεγάλο διάστημα στην ιατρική

Μέχρι τα τέλος του 2ου Παγκοσμίου Πολέμου το κάπνισμα δεν αποτελούσε μία μαζική συνήθειο

Αρχικά, δεν είχαν αποδειχθεί οι κίνδυνοι του καπνίσματος

Το κάπνισμα ήταν τουλάχιστον στη χώρα μας μέχρι τις αρχές του 1960 μια συνήθεια των ανδρών που άρχιζαν συνήθως όταν πήγαιναν από στρατό.

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία του 2001, περίπου 51% άνδρες και 39% γυναίκες καπνίζουν τσιγάρο.

Υπάρχει ισχυρός δεσμός μεταξύ του καπνίσματος και των κοινωνικοοικο νομικών ομάδων πληθυσμού. Η επικράτηση του καπνίσματος είναι υψηλότερη στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις

Περισσότεροι του 80% των καπνιστών αρχίζουν το κάπνισμα από έφηβοι Σύμφωνα με έρευνα του 1998, οι μισοί και πλέον μαθητές στην Ελλάδα (57%) καπνίζουν τουλάχιστον περιστασιακό. Στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν Περιορισμοί για την πώληση τσιγάρων σε παιδιά κάτω των 16 ετών.

Ο καπνός είναι ένα νόμιμα διαθέσιμο καταναλωτικό προϊόν που σκοτώνει τον άνθρωπο που το καταναλώνει.

Σύμφωνα με μελέτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το 2000, 13.332 θάνατοι στην Ελλάδα αποδίδονται στο κάπνισμα.

Το ήμισυ περίπου του συνόλου των κανονικών καπνιστών είναι πιθανό να πεθάνουν από τη συνήθεια τους αυτή και το 40% των καπνιστών πεθαίνει πριν πάρει σύνταξη²².

Γενικότητες

Παιδί και κάπνισμα είναι δύο λέξεις που δε θα έπρεπε να συνδέονται με τη λέξη και, γιατί κατά βάθος δεν ταιριάζουν.

Παιδί: Είναι ένας αναπτυσσόμενος οργανισμός που από τη βρεφική ηλικία θα περάσει στη νηπιακή, την προσχολική, σχολική και εφηβική ηλικία για να φθάσει στην ενηλικίωση. Όλες οι φάσεις διακρίνονται για τη δική τους ιδιαιτερότητα, όλες όμως έχουν κοινά χαρακτηριστικά: αύξηση, ανάπτυξη, ζωντάνια, δραστηριότητα. Κάπνισμα: Προσδιορίζεται από την ίδια τη λέξη, μαύρισμα του περιβάλλοντος, μία ομίχλη που θολώνει στο πέρασμα της τους καθρέπτες της ζωής και αφήνει πίσω της πίσσα, πίκρα και προβλήματα.

Και όμως, οι δύο λέξεις στην εποχή μας, περισσότερο απ' οποτεδήποτε, πάνε μαζί. Πάνε μαζί από τότε που το κάπνισμα αυξήθηκε όχι μόνο στις αναπτυγμένες οικονομικά κοινωνίες αλλά και στις αναπτυσσόμενες. Πάνε μαζί από τότε που και οι γυναίκες στην προσπάθεια της δήθεν εξίσωσης των φύλων, αυξάνουν συνεχώς τη συμμετοχή τους και ο ένας καπνιστής στο σπίτι, έγιναν δύο. Πάνε μαζί από τότε που ο/η έφηβος/η ή και μικρότερος/η έχοντας σαν πρότυπα τους γονείς, τους δασκάλους, τους γιατρούς και ίσως περισσότερο τους ηθοποιούς και τους δημοσιογράφους που μπαίνουν σπίτι μας καθημερινά με το πούρο ή την πίπα στο στόμα τους, νομίζοντας ότι με

αυτό θα ανδρωθούν ή θα λύσουν κάποια προβλήματα που είναι δύσκολα. Άναψαν το πρώτο τσιγάρο και μετά το δεύτερο και τώρα η κατάσταση ίσως είναι ανεξέλεγκτη.

Ποιος όμως φταίει για όλα αυτά; Θα μπορέσουμε άραγε να απομονώσουμε κάποιον ή κάποιους, που τους βαπτίσαμε παραπάνω ή και άλλους και να τους φορτώσουμε το βάρος της αύξησης του καπνίσματος;

Σε ό,τι αφορά τα παιδιά ναι. Φταίμε όλοι και πρώτα - πρώτα σαν γονείς, γιατί τα παιδιά όσο είναι μικρά δέχονται μόνο το παθητικό κάπνισμα, από τον πατέρα ή και περισσότερο ίσως από τη μητέρα, με τις συντροφιάς τους, που ανενόχλητοι πίνουν τον καφέ ή τα ποτά τους καπνίζοντας. Μερικές φορές πιστεύουν ότι δε βλάπτουν με το κάπνισμα τους, καπνίζοντας με το παράθυρο ανοιχτό ή δίπλα στο τζάκι ή κάτω από τον απορροφητήρα της κουζίνας, και με τέτοιες σκέψεις επιτρέπουν άνετα στον εαυτό τους να βλάπτουν τα παιδιά τους με το παθητικό κάπνισμα. Το παθητικό κάπνισμα προκαλείται τόσο από τον καπνό που εκπνέεται από τον καπνιστή ή καπνίστρια αμέσως μετά την εισρόφηση, όσο και από τον καπνό που παράγεται από την καύση του τσιγάρου ανάμεσα σε δύο ρουφηξιές και ο οποίος είναι περισσότερο επιβλαβής για δύο λόγους: α) γιατί τα σωματίδια σε αυτή τη φάση του καπνίσματος είναι μικρότερα και με τον τρόπο αυτό φθάνουν ευκολότερα στο βάθος των βρόγχων στους πνεύμονες, όπου και προκαλούν σοβαρή ζημιά και β) γιατί περιέχονται σοβαρές ποσότητες καρκινογόνων ουσιών (νιτροζαμίνες-βενζοπυρένιο). Όμως, η βλαβερή αυτή επίδραση είναι ανάλογη του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζονται μπροστά του και αντιστρόφως ανάλογη με την ηλικία και φυσικά, τη μάζα σώματος του παιδιού. Έτσι, τα βρέφη και νήπια 1-3 ετών είναι εκείνα που υποφέρουν

πιο πολύ από το παθητικό κάπνισμα, αφού είναι υποχρεωμένα να ζουν περισσότερες ώρες της ημέρας σ' ένα μολυσμένο από CO, CO₂, οξείδια αζώτου, νικοτίνη και τις άλλες ουσίες που παράγονται από την καύση των τσιγάρων.

Τα βρέφη και νήπια αλλά και μεγαλύτερα παιδιά που δέχονται άθελα τους το παθητικό κάπνισμα από τους γονείς τους παρουσιάζουν τουλάχιστον διπλάσιες λοιμώξεις στο ανώτερο και κατώτερο αναπνευστικό σύστημα (ωτίτιδες, λαρυγγίτιδες, αδενοειδίτιδες, ιγμορίτιδες, ρινίτιδες, βρογχιολίτιδες, βρογχοπνευμονίες) σε σύγκριση με τα παιδιά μη καπνιστών γονέων, αλλά υποφέρουν συχνότερα και από βρογχικό άσθμα και αλλεργική ρινίτιδα. Σε προσωπική έρευνα σε παιδιά 2-6 ετών στη Θεσσαλονίκη βρήκαμε έντονη θετική συσχέτιση βρογχικού άσθματος των παιδιών και του καπνίσματος των γονέων τους και τα ποσοστά των καπνιζόντων γονέων ήταν διπλάσια στην ομάδα των παιδιών με άσθμα απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό²³.

Αίτια έναρξης καπνίσματος

Σύμφωνα με έρευνα οι ακόλουθοι παράγοντες καθορίζουν την αιτία που οι νέοι αρχίζουν το κάπνισμα :

- Συνήθεια γονέων
- Φίλοι, μεγαλύτερα αδέρφια, κοινωνικό περιβάλλον
- Διαφήμιση και εμπορική σύνδεση με την εικόνα του
- Διαφήμιση και εμπορική σύνδεση με τον αθλητισμό
- Σχέσεις / οικογενειακή δομή
- Επίπεδο εκπαίδευσης
- Κοινωνικόοικονομικό επίπεδο

- Διαχείριση άγχους και καταπίεσης
- Αποδοχή

Οι έφηβοι συχνά αγνοούν τη δυνατότητα εθισμού στον καπνό

-61% των νέων θεωρούν ότι δεν πειράζει να δοκιμάσουν το τσιγάρο εφόσον το κόψουν πριν γίνει συνήθεια

-26% θεωρούν ότι οι κανονικοί καπνιστές μπορούν να το κάψουν οποτεδήποτε το θελήσουν

Κάπνισμα και μαθητές

Σύμφωνα με έρευνα του 1998, οι μισοί και πλέον μαθητές (57%) έχουν καπνίσει τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους, οι περισσότεροι περιστασιακά (32,7%). Συστηματικά δηλώνουν ότι καπνίζουν το 20,8% των μαθητών. Τα κορίτσια υπερτερούν των αγοριών στο περιστασιακά κάπνισμα (34,7% και 30,5% αντίστοιχα), ενώ περισσότερα αγόρια (21,9%) από κορίτσια (19,7%) δηλώνουν συστηματικοί καπνιστές, χωρίς όμως μεγάλη διαφορά μεταξύ τους.

Οι μεγαλύτεροι μαθητές (17-18 ετών) καπνίζουν συστηματικά σε ποσοστό πενταπλάσιο από τους μικρότερους (13-14 ετών).

Τα δύο μεγαλύτερα αστικά κέντρα, η Αθήνα και η Θεσσαλονίκη, εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά συστηματικού καπνίσματος (24,6% και 23,6% αντίστοιχα) σε σύγκριση με τις υπόλοιπες αστικές περιοχές (19,9% και τις ημιαστικές/ αγροτικές 13,9%).

Συγκριτικά με τα προηγούμενα χρόνια, ενώ παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του συστηματικού καπνίσματος στους μαθητές ανάμεσα στο 1984 και το 1993, από 22% σε 14,6%, η καθοδική αυτή πορεία δυστυχώς αντιστράφηκε το 1998 και ο αριθμός των συστηματικών

καπνιστών στους μαθητές επιστρέφει κοντά στα υψηλά (20,8%) επίπεδα για άτομα αυτής της ηλικίας, όπως είχε παρατηρηθεί και το 1984.

Όλα αυτά ενισχύουν την ονάγκη να έχουν οι νέοι πραγματική αποδεκτή ενημέρωση σχετικά με την εξάρτηση από τη νικοτίνη και τα αποτελέσματα του καπνίσματος.

Παράγοντες που προδιαθέτουν τους νέους για κάπνισμα

Ισχύουν μία σειρά από σύνθετους και ενδογενείς παράγοντες που προδιαθέτουν τους νέους να καπνίσουν και αυτοί ποικίλουν σχεδόν ανά άτομο και λαό. Πολυετής έρευνες καθορίζουν ορισμένους παράγοντες που είναι κοινοί στο ρόλο που παίζουν στη μύση των νέων στο κάπνισμα. Αυτοί περιλαμβάνουν υψηλά επίπεδα κοινωνικής αποδοχής για τα προϊόντα καπνού, έκθεση και αδυναμία αντίδρασης απέναντι στη διαφήμιση, διαθεσιμότητα και εύκολη πρόσβαση, ρόλος προτύπου από τους γονείς και άλλους ενήλικες και κοινωνική πίεση της ομάδας.

Λόγοι για τους οποίους καπνίζουν οι έφηβοι

- Πολύ συχνά το κάπνισμα αρχίζει τυχαία. Χωρίς να το πολυσκεφτούν οι έφηβοι ακολουθούν το ρεύμα.
- Για αρκετούς το κάπνισμα σημαίνει να έχουν κάτι να κάνουν.
- Μερικοί έφηβοι ζητούν την απόλαυση από το κάπνισμα και προσπαθούν να ηρεμήσουν τα νεύρα τους με αυτό τον τρόπο.
- Μερικοί θεωρούν ότι το κάπνισμα τους ενεργοποιεί και τους βοηθά στη συγκέντρωση.
- Αρκετοί έφηβοι θεωρούν ότι με το κάπνισμα μεγάλωσαν.
- Για μερικούς, το κάπνισμα αποτελεί ένα μέσο για να εισχωρήσουν και να ανήκουν στους σωστούς κύκλους / ομάδες.

- Ορισμένοι πιστεύουν ότι το κάπνισμα τους δίνει κάποιο στυλ. Ιδιαίτερα οι νεαροί θεωρούν ότι οι κοπέλες το βρίσκουν ελκυστικό και μπορεί να συνδεθεί με ένα γενικό τρόπο ζωής.
- Άλλοι θεωρούν ότι τους προσδίδει αυτοπεποίθηση και καπνίζοντας την προβάλλουν.
- Άλλοι πάλι δοκιμάζουν τον καπνό από περιέργεια.
- Μερικοί έφηβοι καπνίζουν από αντίδραση στους κανονισμούς.
- Άλλοι επηρεάζονται από τη διαφήμιση.
- Επίσης, οι νέοι μπορεί να εθιστούν στη νικοτίνη, η οποία είναι συστατικό του καπνού. Ο εθισμός αυτός, κάνει δύσκολη τη διακοπή του καπνίσματος, ακόμη και αν το θέλετε.
- Το κάπνισμα έχει γίνει συνήθεια για αρκετούς νέους. Μερικοί συνηθίζουν να καπνίζουν στα διαλείμματα και σε άλλους αρέσει να καπνίζουν μετά το γεύμα. Όταν μία συνήθεια εδραιωθεί είναι δύσκολο να την κόψει κανείς.

Διάφοροι τύποι καπνιστών

- **Γνώστες** - γνωρίζουν σχεπκά με το κάπνισμα αλλά δεν έχουν αποφασίσει αν θα το αρχίσουν ή όχι
- **Πειραματιζόμενοι** - καπνίζουν σποραδικά, πιθανώς μόνο στα πάρτυ, συχνό περνούν πολλοί μήνες χωρίς να έχουν καπνίσει
- **Τακτικοί** - καπνίζουν τακτικά, π.χ. το σαββατοκύριακο ή τακτικά μέσα στην ημέρα
- **Εθισμένοι** - έχουν εθιστεί στη νικοτίνη και υποφέρουν από στερητικά συμπτώματα όταν δεν μπορούν να καπνίσουν

Οι συνέπειες του καπνίσματος για την υγεία

Κάπνισμα, Σεξουαλική ζωή και Αναπαραγωγή

- Το κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει τη γονιμότητα γυναικών και ανδρών, τη σεξουαλική λειτουργία των ανδρών, την υγεία των εγκύων, την υγεία των εμβρύων, των νεογνών και των μικρών παιδιών
- Εκτιμάται ότι η γονιμότητα των γυναικών που καπνίζουν μπορεί να μειωθεί κατά 28% σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες.
- Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο ανικανότητας των ανδρών κατά 50%.
- Το κάπνισμα σε συνδυασμό με τη χρήση αντισυλληπτικών χαπιών αυξάνει στο διπλάσιο τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων.

Επίδραση του καπνίσματος στην εμφάνιση

Το κάπνισμα προσβάλλει σοβαρά όχι μόνο τα εσωτερικά όργανα αλλά και την εμφάνιση (παρουσιαστικό) του καπνιστού αλλοιώνοντας τα δέρμα, το ατομικό βάρος και τη μορφή

Κάπνισμα και δέρμα

Το κάπνισμα επιδρά στο δέρμα με δύο τρόπους:

- Το περιβάλλον με καπνό τσιγάρου έχει ξηραντική επίδραση επί της επιδερμίδας
- Το κάπνισμα μειώνει τη ροή του αίματος προς το δέρμα, περιορίζοντας το οξυγόνο με αποτέλεσμα να του στερεί τις ουσιαστικές θρεπτικές ουσίες. Επίσης επηρεάζει το δέρμα δημιουργώντας ρυτίδες γύρω από τα μάτια και το στόμα και κιτρινίλα στα δάχτυλα, νύχια και δόντια.

Κάπνισμα και σωματικό βάρος

Όταν κάποιος διακόψει το κάπνισμα αυξάνει το βάρος του κατά 2-3 κιλά. Η ακριβής αιτία του φαινομένου αυτού είναι άγνωστη, αλλά μπορεί εν μέρει να συνδεθεί με το ότι το κάπνισμα αυξάνει το μεταβολισμό. Άλλωστε, η νικοτίνη δρα ως κατασταλτικό της όρεξης,

Οι καπνιστές φαίνεται να συγκρατούν μεγαλύτερες ποσότητες λίπους στο σώμα τους, οδηγούμενοι σε αυξημένο κίνδυνο για διαβήτη, καρδιοαγγειακά νοσήματα, υψηλή πίεση, προβλήματα χοληδόχου κύστης και καρκίνο της μήτρας .

Τα παιδιά μιμούνται τους γονείς τους

Το παιδιά θα αποφύγουν το κάπνισμα εάν πάρουν το καλό παράδειγμα από τους γονείς τους.

Είναι πολύ σημαντικά τα λόγια σχετικά με το κάπνισμα που λένε οι γονείς, να συνάδουν με τις πράξεις τους, για να μην ερμηνεύονται σαν υποκριτές από τα παιδιά τους, με τρόπο τέτοιο που τα μηνύματα ττου δίνουν να έχουν αποτέλεσμα.

Αρκετές επιδημιολογικές μελέτες μέχρι σήμερα, έδειξαν ότι τα παιδιά επηρεάζονται σοβαρά για το εάν τα ίδια θα καπνίσουν ή όχι, από αυτά που βλέπουν ότι κάνουν οι γονείς τους.

Το κάπνισμα από τους γονείς αποδεικνύεται ότι έχει διπλό νοσηρό αποτέλεσμα πάνω στα παιδιά τους.

Οι όμεσες βλαβερές συνέπειες προκύπτουν από την τοξικότητα των ουσιών του καπνού που εισπνέει το παιδί.

Μακροχρόνια το παιδί λόγω του ότι οι γονείς του καπνίζουν θα έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να αποκτήσει την (δια παθολογική συνήθεια.

Πρόσφατα μια νέα έρευνα έδειξε σημαντικά δεδομένα για το ρόλο της μητέρας στο πρόβλημα αυτό.

Όταν η μητέρα έχει δυνατές απόψεις εναντίον του καπνίσματος και όταν και η ίδια δεν καπνίζει τότε μειώνονται ουσιαστικά, κατά 50%, οι πιθανότητες να γίνει καπνιστής το παιδί της.

Στην έρευνα που έγινε μέσα στα πλαίσια του προγράμματος πρόληψης του καρκίνου στην Ουάσινγκτον, έλαβαν μέρος 2.736 παιδιά, ηλικίας από 8 έως 17 ετών, για μια περίοδο 9 ετών, και οι μητέρες τους.

Στις οικογένειες που και οι δύο γονείς δεν κάπνιζαν και η μητέρα είχε έντονες απόψεις εναντίον του καπνίσματος, τα παιδιά είχαν στατιστικώς σημαντικά μειωμένη πιθανότητα να γίνουν καπνιστές, της τάξης του 50%.

Στις οικογένειες που ο ένας ή και οι δύο γονείς κάπνιζαν, οι έντονες απόψεις της μητέρας εναντίον του καπνίσματος δεν επηρέαζαν την πιθανότητα να γίνει καπνιστής το παιδί.

Είναι λοιπόν γεγονός ότι τα παιδιά επηρεάζονται από τη συμπεριφορά των γονιών τους, σε θέματα καπνίσματος και οποιεσδήποτε νουθεσίες είναι αποτελεσματικές μόνο όταν συνάδουν και με τις πράξεις.

Τα δεδομένα αυτά δεν πρέπει να περάσουν απαρατήρητα από τους γονείς που καπνίζουν.

Δεν πρέπει να ξεχνούν ότι η παθολογική τους συνήθεια βλάπτει άμεσα το παιδί τους, μι πολλαπλές νοσηρές επιπτώσεις στα διάφορα όργανα του.

Αλλά επίσης, υποθηκεύουν το μέλλον του παιδιού τους, με προβλεπτές και γνωστές απειλές για τη ζωή του, λόγω του ότι αυτό επηρεάζεται από τη συμπεριφορά τους και μπορεί να γίνει πολύ πιο

εύκολα το ίδιο, καπνιστής²¹.

Παράλληλα ενδυναμώνεται η αντίσταση τους στις πιέσεις των συνομήλικων τους και άλλων νέων για να καπνίζουν. Είναι γεγονός ότι υπάρχουν έφηβοι που ενώ δεν έχουν επιθυμία να καπνίζουν, δεν έχουν αρκετή δύναμη για να αντισταθούν στις πιέσεις των φίλων και συνομηλικών τους για να καπνίζουν.

Οι αρνητικές κοινωνικές συνέπειες του καπνίσματος πρέπει να τονίζονται. Δυστυχώς στην εικόνα των καπνιστών έχει δοθεί κάποια αίγλη. Αυτό έγινε εδώ και μερικές δεκαετίες ιδιαίτερα από τον κινηματογράφο.

Οι γονείς μπορούν να εξουδετερώσουν την παραπλανητική αυτή εικόνα, αναφέροντας τα παραδείγματα γνωστών ή συγγενών των οποίων η υγεία επηρεάστηκε σοβαρά από το κάπνισμα.

Το γεγονός ότι όλο και περισσότεροι άνθρωποι απαγορεύουν το κάπνισμα στο σπίτι τους, το ότι οι νομοθεσίες σε διάφορες χώρες του κόσμου επιβάλλουν όλο και περισσότερους περιορισμούς για το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους, ενισχύουν τη θέση ότι το κάπνισμα δεν είναι μια συνήθεια που δίνει γοητεία και δύναμη αλλά μια θανάσιμη, νοσηρή συνήθεια.

Επίσης πρέπει να προβάλλεται το γεγονός ότι όλο και περισσότεροι νέοι, απορρίπτουν τη χρήση του καπνού και των προϊόντων του.

Το παράδειγμα που δίνουν οι γονείς έχει καθοριστική σημασία στη σχέση εφήβου και καπνίσματος.

Μεταξύ των εφήβων που καπνίζουν, μονό 2% έχουν γονείς που δεν καπνίζουν. Αυτό σημαίνει 98% των εφήβων που καπνίζουν, έχουν γονείς καπνιστές. Από αυτούς το 15% έχει και τους δύο γονείς να είναι

καπνιστές.

Βλέπουμε λοιπόν ότι εάν οι γονείς καπνίζουν, οδηγούν τους έφηβους τους προς αυτή τη θανατηφόρα συνήθεια. Το καλύτερο που έχουν να κάνουν είναι οι ίδιοι να σταματήσουν το κάπνισμα.

Εάν αδυνατούν, τότε πρέπει να συνειδητοποιήσουν το κακό που κάνουν στα παιδιά τους. Ταυτόχρονα πρέπει να μην καπνίζουν στην παρουσία των εφήβων τους, ούτε στο σπίτι ούτε στο αυτοκίνητο. Να μην προσφέρουν ποτέ τσιγάρα στα παιδιά και ούτε να τα αφήνουν στο σπίτι να τα βλέπουν οι έφηβοι ή να μπορούν να παίρνουν από αυτά.

Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι οι γονείς που καπνίζουν έχουν χρέος να τονίζουν τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στα παιδιά τους. Ακόμη και κάτω από τέτοιες δύσκολες συνθήκες οι συμβουλές τους είναι δυνατόν να βοηθήσουν έστω και εάν βοηθούν σημαντικά λιγότερο παρά ότι εάν δεν κάπνιζαν.

Η διαφώτιση των παιδιών για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος πρέπει να αρχίζει από την πολύ μικρή παιδική ηλικία. Μόλις τα παιδιά είναι σε θέση να κατανοούν, οι γονείς είναι καλά να τα μορφώνουν σχετικά με το θέμα²⁴.

§ Μέτρα Πρόληψης

Οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν μερικά βασικά στοιχεία σχετικά με το κάπνισμα στους έφηβους.

Με όπλο τις γνώσεις αυτές, θα μπορούν με καλύτερο τρόπο να βοηθήσουν τα παιδιά τους να μην πέσουν στην παγίδα της θανατηφόρας αυτής συνήθειας.

Βέβαια θέλουμε από την αρχή να τονίσουμε ότι εάν ο ένας ή και οι δύο οι γονείς καπνίζουν, τότε προσφέρουν τη χειρότερη υπηρεσία στο

παιδί τους. Οι έφηβοι με γονείς που καπνίζουν έχουν περισσότερες πιθανότητες να καπνίζουν και οι ίδιοι.

Για τους γονείς, η μεγάλη πρόκληση είναι να καταφέρουν να δημιουργήσουν εκείνες τις συνθήκες που θα αποτρέπουν ία παιδιά τους από του να θυματοποιηθούν από το κάπνισμα.

Μια τέτοια επιτυχία, έχει σοβαρό αντίκτυπο στη ζωή των παιδιών τους. Σημαίνει ότι η ζωή των παιδιών θα είναι μεγαλύτερης διάρκειας και πιο υγιής.

Τα επιδημιολογικά δεδομένα τεκμηριώνουν ότι ένας στους κάθε τρεις καπνιστές αναμένεται ότι θα πεθάνει λόγω των συνεπειών του καπνίσματος.

Το 90% των καπνιστών αποκτήσαν την κακή και νοσηρή συνήθεια του καπνίσματος πριν από την ηλικία των 19 ετών. Βασικά προτού ακόμη ωριμάσουν αρκετό για να καταλάβουν τους κινδύνους της ζωής, το κάπνισμα εισβάλλει στη ζωή τους, χωρίς να αντιληφθούν το μέγεθος των κινδύνων.

Οι λόγοι για τους οποίους οι έφηβοι και νέοι στρέφονται προς το τσιγάρο και άλλες μορφές καπνίσματος, είναι διάφοροι.

Η νικοτίνη είναι μια εθιστική ουσία.

Σε ορισμένους ανθρώπους η νικοτίνη, είναι τόσο εθιστική όσο και η ηρωίνη. Αυξάνει στον εγκέφαλο την κυκλοφορία νευροδιαβιβαστών που μειώνουν την όρεξη, αυξάνουν την ευχαρίστηση και προκαλούν χαλάρωση.

Πολλοί έφηβοι νομίζουν ότι μπορούν να σταματήσουν το κάπνισμα όποτε το θελήσουν. Ομως δυστυχώς οι έφηβοι αναπτύσσουν εθισμό στη νικοτίνη πιο γρήγορα από τους ενήλικες και σε χαμηλότερες δόσεις.

Ακόμη και με ένα τσιγάρο την ημέρα αναπτύσσεται στους έφηβους εθισμός. Η διακοπή του, μπορεί να δημιουργήσει σύνδρομο στέρησης.

Πολλοί από τους έφηβους που καπνίζουν, εύχονται να μην είχαν ποτέ αρχίσει. Ένα μεγάλο ποσοστό, δοκιμάζουν τουλάχιστον μία φορά να σταματήσουν το κάπνισμα.

Τα κορίτσια εθίζονται στη νικοτίνη πιο εύκολα από ότι τα αγόρια.

Έρευνες έδειξαν ότι τα αγόρια εφηβικής ηλικίας αναπτύσσουν εθισμό στη νικοτίνη σε 180 μέρες ενώ τα κορίτσια σε μόνο 21 μέρες. Υπάρχουν και άλλοι λόγοι για τους οποίους παρατηρείται αύξηση του ποσοστού κοριτσιών εφηβικής ηλικίας που καπνίζουν.

Είναι πιθανό ότι κορίτσια καπνίζουν στα πλαίσια των προσπαθειών τους για να χάσουν βάρος. Επίσης τα ψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης στα κορίτσια παίζει ρόλο. Η κατάθλιψη είναι συχνότερη στους καπνιστές και των δύο φύλων.

Η προσέγγιση προς τους έφηβους για σκοπούς διακοπής του καπνίσματος, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή.

Η αναφορά στις βλαβερές επιδράσεις του καπνού και στις μακροχρόνιες βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία τους, είναι αντιπαραγωγικές. Είναι προτιμότερο να εστιάζεται η προσοχή τους, στα προβλήματα που τώρα, στην εφηβική ηλικία δημιουργεί το κάπνισμα²⁵.

Είναι απαραίτητη η *Αγωγή Υγείας στα σχολεία* προκειμένου να βελτιωθεί η εκπαίδευση των οικογενειών για την πρόληψη του καπνίσματος. Είναι, για τον λόγο αυτό επιβεβλημένος ο σχεδιασμός αντικαπνιστικών προγραμμάτων τα οποία θα απευθύνονται ειδικά στους εφήβους, με προσεκτική προσέγγιση, ψυχολογική υποστήριξη και

συνεχή παρακολούθηση".

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο, τουλάχιστον το 70% των καπνιστών επισκέπτονται κάθε χρόνο τον Οικογενειακό τους Ιατρό ενώ περισσότεροι από 50% επισκέπτονται τον οδοντίατρο και πολλοί επισκέπτονται ιατρούς άλλων κλινικών ειδικοτήτων που επίσης μπορούν να παρέμβουν αποτελεσματικά στη μείωση του καπνίσματος.

Δεν πρέπει ωστόσο να λησμονούμε ότι, σύμφωνα με μελέτες, ένας σημαντικός λόγος μη ελάττωσης της συνήθειας του καπνίσματος στη χώρα μας είναι το γεγονός ότι οι γιατροί σε μεγάλη αναλογία είναι καπνιστές οι ίδιοι.

Σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια διακοπής καπνίσματος διαδραματίζει ο γιατρός και μάλιστα ο Οικογενειακός γιατρός, ο οποίος με την προσωπική επαφή με τον ασθενή και με τη συχνή διαβούλευση μπορεί να απευθύνει τις κατάλληλες συμβουλές τόσο στον ίδιο όσο και στο περιβάλλον του καπνιστή. Είναι λοιπόν επιβεβλημένη η εντατικότερη και εξειδικευμένη εκπαίδευση των γενικών γιατρών και γενικότερα όλων των λειτουργών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τόσο σε θέματα της θεραπευτικής προσέγγισης.²⁶

1.9 Ναρκωτικά: ένα αυξανόμενο πρόβλημα

§ Ιστορική αναδρομή

Γύρω στο 5000 π.Χ., όταν οι άνθρωποι είχαν ανακαλύψει τη γραφή, οι Σουμέριοι διηγούνταν τις απολαύσεις που τους προσέφερε η χρήση του οπίου.

Στην Αίγυπτο γύρω στο 3500 π.Χ. βρίσκουμε πάνω σε πάπυρο τις πρώτες αναφορές για χρήση αλκοόλ. Γύρω στο 2500 π.Χ. έχει καταγραφεί πώς κάτοικοι, κοντά σε λίμνες, στην Ελβετία, έτρωγαν σπόρους παπαρούνας. Εδώ και χιλιάδες χρόνια οι Ινδιάνοι της Βόρειας και Νότιας Αμερικής χρησιμοποιούν ψυχεδελικά φυτά που περιέχουν μεσκαλίνη, ρMT και άλλες λιγότερο γνωστές ψυχοδραστικές ουσίες για να βιώσουν πνευματικές και θρησκευτικές εμπειρίες.

Από το 2500 π.Χ. οι ιθαγενείς Ινδιάνοι Αλτιπλάνο της Νότιας Αμερικής μασούν τα φύλλα του ιροτού της κόκας για να μπορούν να εργάζονται πολλές ώρες.

Γύρω στο 1000 π.Χ. η ολοκληρωμένη ινδική μυθολογία των Βεδών χαρακτηρίζει τη Μαριχουάνα σαν δώρο από τους θεούς για τη θεραπεία ασθενειών, τη μείωση πυρετών, τη βελτίωση της κρίσης με την εγρήγορση της σκέψης και, τέλος, την καταπολέμηση της αϋπνίας.

Το 30 μ.Χ. η μετατροπή του νερού σε κρασί καταγράφεται σαν το πρώτο θαύμα του Χριστού.

Το 1493 ο Κολόμβος ανακαλύπτει τους Ινδιάνους της Βόρειας Αμερικής να καπνίζουν αυτό που ονόμαζαν ιερό καπνό. Στο επόμενο ταξίδι του το 1496 ο Κολόμβος αναφέρει τη χρήση DMT από τους ιθαγενείς.

Το 1750 φύλλα του φυτού κόκας εισάγονται στην Ευρώπη σαν

τονωτικό της υγείας, με ασυνήθιστες ιδιότητες. Το 1844 η κοκαΐνη απομονώθηκε στην καθαρή μορφή της. Στα μέσα της δεκαετίας του 1800 το νιτρώδες αμύλιο χρησιμοποιείται σαν φάρμακο για τη θεραπεία της στηθάγχης και ήταν ευρεία η χρήση της κάνναβης για τη θεραπεία των πονοκεφάλων και της αϋπνίας. 1839-1860: Η Βρετανία πραγματοποιεί δύο πολέμους εναντίον της Κίνας για να εξαναγκάσει την κινέζικη κυβέρνηση να δεχτεί την εισαγωγή οπίου από την αποικία της Ινδία. Αυτή την εποχή το όπιο είναι διαθέσιμο ευρέως στα καταστήματα της Μεγάλης Βρετανίας.

Το 1864 παρασκευάζονται τα πρώτα βαρβιτουρικά. 1868: Ο Δρ. Τζορτζ Γουντ, συγγραφέας του σημαντικού εγχειριδίου με τίτλο "Πραγματεία πάνω στις θεραπευτικές," έγραψε για το όπιο: "Ο πνευματικές και φαντασιακές, ικανότητες ανυψώνονται στο υψηλότερο συμβατό της ανθρώπινης δυνατότητας σημείο... φαίνεται πως κάνει το άτομο, για κάποια ώρα, πιο καλό και πιο ευγενή άνθρωπο". 1884: Ο Σίγκμουντ Φρόυντ κάνει χρήση κοκαΐνης για πρώτη φορά και την εγκωμιάζει σαν μεγαλειώδη ουσία. 1885: Ο Τζον Πέμπερτον παράγει ένα προϊόν που ονομάζεται "Γαλλικό Κρασί Κόκας, Ιδανικό Τονωτικό". Ένα χρόνο αργότερα η σύσταση του εμπλουτίζεται με την καρυδόψυχα του τροπικού δέντρου κόλα και επιπλέον σιρόπι και γίνεται γνωστό σαν Κόκα Κόλα. 1887: Οι πρώτες αμφεταμίνες παρασκευάζονται στη Γερμανία,

1898: Ηρωίνη παράγεται από μορφίνη.

1903: Η καφεΐνη χρησιμοποιείται σαν υποκατάστατο της κοκαΐνης στη σύσταση της κόκα κόλα. Η δίκη που ακολουθεί για να αλλάξει η Κόκα Κόλα το όνομα της, επειδή η κόκα δεν περιεχόταν πλέον στη σύσταση της, απέτυχε, γιατί αποφασίστηκε πως το Κόκα Καλά είχε ήδη

κατοχυρωθεί σαν λέξη καθημερινής χρήσης.

Από το 1870 έως το 1915 ο φόρος των αλκοολούχων ποτών αποτελούσε το 1/2 με 2/3 των δημόσιων εσόδων φορολογίας στις Η ΠΑ.

Το 1909 οι Ηνωμένες Πολιτείες απαγορεύουν την εισαγωγή οπίου.

1952: Εμφανίζονται τα πρώτα στεροειδή σε Ολυμπιακούς Αγώνες.

1953: Ο σερ Ουίνστον Τσόρτσιλ εκφωνεί έναν έντονο λόγο στο Συνέδριο του Κόμματος των Συντηρητικών στο Μάργκεϊτ, υπό την επήρεια αμφεταμίνης (όπως αποκάλυψε κατόπιν ο γιατρός του). Στις αρχές της δεκαετίας του '60 ο δρ. Τίμοθυ Αήρυ επινοεί τη φράση "Στρέψε πάνω, συντονίσου μέσα και βγες έξω από το σύστημα", αναφερόμενος στην ψυχεδελική εμπειρία του LSD.

Από τις αρχές της δεκαετίας τον '60 μέχρι το 1985 το έκσταση (MDMA) διατίθεται νόμιμα στα κλαμπ των ΗΠΑ. Το 1964 απαγορεύονται οι αμφεταμίνες στη Βρετανία. 1966: Το LSD κηρύσσεται παράνομο στη Βρετανία. 1985: Το MDMA κηρύσσεται παράνομο στις ΗΠΑ. 1990: Η μεθαδόνη-προτείνεται ως υποκατάστατο στη θεραπεία αποτοξίνωσης των ηρωινομανών²⁷.

§ Εισαγωγή

Είναι σήμερα γενικά αποδεκτή η άποψη ότι η διάδοση των διαφόρων «εξαρτησιογόνων ουσιών» (ναρκωτικών) αυξάνεται σ' ολόκληρο τον κόσμο σταθερά, κάτι που οφείλεται σε πολλούς παράγοντες και ιδιαίτερα:

- Στη διαμόρφωση νέων συνθηκών ζωής, που υπαγορεύονται κυρίως από την τεράστια τεχνολογική και βιομηχανική πρόοδο.

- Στην αμφισβήτηση και στην προσπάθεια αναθεώρησης - σε

διεθνές επίπεδο - θεμελιωδών αξιών της ζωής και περισσότερο συγκεκριμένα, στην προσπάθεια καθιέρωσης νέων κανόνων ηθικής και κοινωνικής αρετής.

- Στη διαμόρφωση δύο βασικά αντίθετων κοινωνικών δομών, των οποίων ο ανταγωνισμός δημιούργησε, ιδία στους νέους, μια τάση για φυγή και εναντίωση.

Χαρακτηριστικά γνωρίσματα της σύγχρονης κοινωνίας μας είναι η κρίση θεσμών και ηθικών αξιών, η απομόνωση των ατόμων, η ιδεολογική σύγχυση, η ανασφάλεια, το άγχος. Ο νέος, ιδιαίτερα, περισσότερο ευαίσθητος, αλλά και με τα περισσότερα προβλήματα που έχουν σχέση με τις σπουδές του, την επαγγελματική και οικονομική του αποκατάσταση, την κοινωνική επικράτηση και επιβίωση, είναι αυτός που θα αναζητήσει πρώτος κάποια διέξοδο. Η αναζήτηση αυτή, μαζί με την έλλειψη εμπειριών και σωστής διαφώτισης, ανοίγουν τον δρόμο στο λαθρέμπορο που παραμονεύει για να του προσφέρει την «εύκολη λύση», η οποία στην πραγματικότητα είναι η φυγή και η απομάκρυνση από το πρόβλημα και όχι ο αγώνας για την επίλυση του. Ευαίσθητες και κάποτε ευένδοτες και ευάλωτες προσωπικότητες, εύκολα υποκύπτουν στο απατηλό «όραμα της ηδονής» και του «τεχνητού παραδείσου», που στην πραγματικότητα είναι «πραγματική κόλαση».

Για τη χώρα μας, υποστηρίζεται ότι υπάρχει σήμερα αυξημένη χρήση, χωρίς όμως η άποψη αυτή να μπορεί απόλυτα να τεκμηριωθεί με αριθμητικά στοιχεία, αφού λείπει ακόμα για το σκοπό αυτό υπεύθυνο και εξουσιοδοτημένο «γραφείο» καταγραφής των τοξικομανών. Είναι εντούτοις γεγονός ότι:

- Τα περιστατικά των τοξικομανών, ιδιαίτερα των εξαρτημένων από τα κατεξοχή «ναρκωτικά» (ηρωίνη κλπ.), έχουν γίνει τον

τελευταίο καιρό περισσότερο συχνά.

- Η διακίνηση των «ναρκωτικών» στη χώρα μας είναι «εύκολη», λόγω της γεωγραφικής της θέσης, βρίσκεται πάνω στο «δρόμο», στη διαδρομή δηλαδή που ακολουθούν οι λαθρέμποροι από την παραγωγή (Ν. Ανατολικές-Ασιατικές χώρες) στα κέντρα κατανάλωσης ή διακομιδής της Ευρώπης και του Ν. Κόσμου.

- Η Ελλάδα αποτελεί επίσης τον πόλο έλξης πλήθους τουριστών που μεταφέρουν συχνά για χρήση ή/και για εμπόριο τα «ναρκωτικά», κάτι που εξηγεί και την έξαρση της τοξικομανίας τους θερινούς μήνες.

- Δεν υπάρχει ακόμα στον Ελληνικό χώρο ειδικά, συγκροτημένο και κυρίως πλήρες πρόγραμμα αντιμετώπισης της τοξικομανίας, ούτε κυρίως στο χώρο της πρόληψης⁶.

§ Διαίρεση των ναρκωτικών

Σχηματικά, τα ναρκωτικά χωρίζονται σε ελαφρά ναρκωτικά, παράγωγα της ινδικής κάνναβης, και σε σκληρά ναρκωτικά, παράγωγα του οπίου και των συστατικών του. Ξεχωριστή κατηγορία αποτελούν τα παραισθησιογόνα, από τα οποία το πιο γνωστό είναι αναμφίβολα το λυσεργικό οξύ ή LSD.

ΕΛΑΦΡΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ (ψυχεδελικά): Είναι τα παράγωγα της ινδικής κάνναβης, από την οποία καπνίζεται το άνθος (μαριχουάνα) ή η ρητίνη (χασίς), που παρασκευάζεται σ.ε. πλακίδια ή κυλίνδρους χρώματος σκούρου καφέ. Το χασίς έχει περιεκτικότητα σε καθαρό ναρκωτικό 40%, ενώ η μαριχουάνα δεν ξεπερνάει το 12%.

Τα παράγωγα της κάνναβης,, γνωστά στην Ευρώπη από το 1600, δίνουν ένα αίσθημα ευεξίας, ειρήνης και εσωτερικής ικανοποίησης, μιας ηρεμίας που συχνά γίνεται χαρά. Τα χρώματα και τα όνειρα γίνονται

αντιληπτά με νέο τρόπο, πιο έντονο. Οι έννοιες του χώρου και του χρόνου αλλοιώνονταν αλλά όχι με βίαιο τρόπο. Το πνεύμα ζωντανεύει, οι αναμνήσεις ανακατεύονται, δίνοντας στο άτομο την εντύπωση ενός διανοητικού εμπλουτισμού. Το χασίς και η μαριχουάνα δεν προκαλούν ούτε εθισμό ούτε εξάρτηση. Αποτελούν όμως ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ, γιατί σχεδόν πάντα οδηγούν στη δοκιμή άλλων ναρκωτικών, πιο σκληρών, όπως η ηρωίνη και η μορφίνη.

ΣΚΛΗΡΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ (ο-πιούχα): Είναι το όπιο, η μορφίνη και η ηρωίνη (η κοκαΐνη δεν είναι οπιούχο, επειδή παράγεται από τα φύλλα του φυτού κόκα, που ευδοκimeί στη Λατινική Αμερική: οι επιδράσεις της όμως είναι ίδιες). Είναι ναρκωτικά που προκαλούν μια γρήγορη εξάρτηση και εθισμό. Η αποτοξίνωση παρουσιάζει διαταραχές σοβαρότατες και επίπονες από την έλλειψη τους. Οι μορφινομανείς, οι ηρωινομανείς, οι κοκαΐνομανείς γίνονται ΣΚΛΑΒΟΙ των ναρκωτικών ου- ί των μέσα σε λίγες μόνο ημέρες και κάνουν τα πάντα για να τα προμηθευτούν. Η ευεξία και η ευτυχία που προσφέρουν πληρώνονται με καταστροφικό τρόπο: με ΓΡΗΓΟΡΗ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ και με την ΑΠΩΛΕΙΑ ΚΑΘΕ ΗΘΙΚΗΣ ΑΞΙΑΣ. Γι' αυτό και η διάδοση τους αντιπροσωπεύει μια κοινωνική πληγή, που καταπολεμάται με κάθε τρόπο.

Τα ναρκωτικά, λένε, είναι το καταφύγιο των αδυνάτων και των νικημένων. Και, δυστυχώς αυτό είναι αλήθεια. Είναι, όμως, καθήκον όλων μας να σκεφθούμε γιατί τόσοι νέοι αισθάνονται αδύνατοι και νικημένοι πριν καν αρχίσουν να αγωνίζονται. Είναι φανερό, ότι η καταναλωτική μας κοινωνία, που έχει για μοναδική της λογική το οικονομικό όφελος, βάζει στο περιθώριο πολλά άτομα, χωρίς να τους δώσει την ελάχιστη δυνατότητα σταθεροποίησης. Ο τεχνητός παράδει-

σος των ναρκωτικών γίνεται τότε το μοναδικό καταφύγιο απελπισίας, Γι' αυτό θα είναι ευπρόσδεκτος ένας νόμος που θα βοηθήσει τους τοξικομανείς, χωρίς να ιούς θεωρεί εγκληματίες, και θα κυνηγήσει με σκληρότητα τους διανομείς και πωλητές και πάνω απ' όλα τα ισχυρά κέντρα που ενεργούν σε υψηλό επίπεδο, σε διεθνή κλίμακα, το κερδοφόρο εμπόριο των ναρκωτικών.

Ωστόσο, όσο και αν, από βιοχημική άποψη, τα ναρκωτικά χωρίζονται σε σκληρά και μαλακά, πρέπει να επισημάνουμε ότι και οι δύο κατηγορίες είναι εξίσου επικίνδυνες για τους νέους²⁷.

§ Παράγοντες εθισμού

Οικογένεια - σχολείο - κοινωνία είναι το τρίπτυχο που οδηγεί, κυρίως, τους νέους στα ναρκωτικά. Για μικρό ποσοστό από τους χρήστες σημαντικό ρόλο παίζει και ο παράγοντας "προσωπικότητα". Οποσδήποτε, όμως, το τι οδηγεί τους νέους στα ναρκωτικά είναι **πρόβλημα πολυπαραγοντικό**.

Η **οικογένεια**, αρχικά, φαίνεται να παίζει σπουδαίο ρόλο. Παλιότερα, το διαζύγιο των γονιών εθεωρείτο σαν μια από τις κυρίες αιτίες της εμπλοκής του παιδιού στα ναρκωτικά, Έρευνες του Πανεπιστημίου Αθηνών απέδειξαν ότι το 27-30% των νέων που κάνουν χρήση ουσιών στην Ελλάδα προέρχονται από οικογένειες που έχουν διαλυθεί. Το υπόλοιπο όμως ποσοστό; Και πάλι η οικογένεια είναι εκείνη που μπορεί να προλάβει, πρώτη αυτή, το κακό.

Γονείς με κατανόηση, ανεκτικότητα, συνεννόηση και προπάντων με αγάπη και στοργή μεταξύ τους είναι αυτοί που μπορούν να στηρίζουν στέρεα το οικογενειακό τους οικοδόμημα, και αυτοί που θα έχουν τις λιγότερες δυσάρεστες εκπλήξεις από τη συμπεριφορά των παιδιών τους.

Από την άλλη, είναι λάθος η ενασχόληση του γονιού με ουσίες όλη μέρα μες στο σπίτι και με τρόπο ατεχνο, πανικόβλητο, φοβισμένο.

Γονείς με κλειστούς ορίζοντες, που έρχονται από την παλιά εποχή και έχουν απηρχαιωμένες νοοτροπίας και φοβίες για το μέλλον των παιδιών τους, χρησιμοποιούν συνήθως λάθος νουθεσίες. Οι συμβουλές του στιλ "μην πας μ' αυτόν, κλείσε την τηλεόραση, διάβασε να γίνεις άνθρωπος, έτσι που πας θα καταντήσεις πρεζάκιας κ.λπ." είναι λάθος. Δεν είναι τόσο το τι κάνει η μητέρα ή ο πατέρας, όσο το πώς παρουσιάζεται το θέμα στο οικογενειακό περιβάλλον. Ο γονιός πρέπει να είναι σταθερός στη συμπεριφορά του και, να μην έχει αντιφατικές αντιδράσεις. Εκείνο που χρειάζεται είναι περισσότερη αυθεντικότητα και αγάπη στη σχέση με τα παιδιά μας.

Το **σχολείο**, κατά δεύτερο, είναι ένας άλλος χώρος στον οποίο κινείται ο νέος και από τον οποίο περιμένει πολλά. Αντιπαιδαγωγικές μέθοδοι, αυστηροί ή αδιάφοροι δάσκαλοι, αλλά και

ανούσιες ή πεπαλαιωμένες γνώσεις είναι παράγοντες που μπορούν να τον από μακρύνουν από τους κόλπους του. Ας μην ξεχνάμε ότι το σχολείο είναι το πρώτο σκαλί του παιδιού προς την κοινωνικοποίηση. Όμως, οι προκαταλήψεις και η άγνοια των δασκάλων μπορεί να σημαδέψει ένα παιδί, από μικρό, στο "ρόλο του κακού".

Αν αρχίσει ένας δάσκαλος να ορίζει ως "κακό παιδί" ένα μαθητή επειδή είναι λίγο πιο ζωηρό στην τάξη, το παιδί θ' αρχίσει σιγά σιγά να δικαιώνει το ρόλο του. Το παιδί αποκλείεται κάποια στιγμή από το σύνολο και παίζει το ρόλο του μαύρου προβάτου. Βέβαια, υπάρχουν στοιχεία που κάνουν αυτόν το νέο να είναι διαφορετικός. Αλλά από εκεί και πέρα, υπάρχουν και οι "προσδοκίες" των άλλων, ότι αυτό το άτομο θα συμπεριφερθεί έτσι, με συνέπεια να υπάρχουν πολλές πιθανότητες να

περάσουν αυτό το "μήνυμα" στο παιδί. Η "ετικέτα" προκαθορίζει πολλές φορές τη συμπεριφορά. Συμβουλή, λοιπόν, προς τους δασκάλους; Κανένα παιδί δεν είναι κατώτερο από το διπλανό του, έστω και αν είναι ζωηρότερο ή με μικρότερη απόδοση. Όλα είναι ξεχωριστές προσωπικότητες με ιδιαίτερες κλίσεις, απ' όποιο κοινωνικό στρώμα κι αν προέρχονται, και ανήκει εξίσου σ' όλα το μέλλον και η ζωή.

Η **κοινωνία**, τέλος, φαίνεται να έχει τεράστια σημασία. Οι έρευνες έδειξαν ότι ο κοινωνικός και πολιτισμικός περίγυρος παίζουν σημαντικό ρόλο στη στάση των ατόμων απέναντι στα ναρκωτικά. Εκεί που υπάρχει κοινωνική διαθεσιμότητα της ουσίας, το ποσοστό των χρηστών είναι υψηλό. Η Κίνα, π. χ., παραγωγός χώρα οπίου, με ελεύθερη καλλιέργεια, είχε 90.000.000 άτομα εξαρτημένα, πριν την απαγόρευση της παραγωγής οπίου. Μετά την απαγόρευση και την αλλαγή των κοινωνικοπολιτισμικών συνθηκών το πρόβλημα έχει πρακτικά μηδενιστεί, απ' ό,τι τουλάχιστον ξέρουμε επισήμως.

Πέρα όμως απ' αυτό, η κοινωνία από μόνη της μπορεί να ωθήσει τους νέους στην αναζήτηση ναρκωτικών ουσιών, με σκοπό να βρει διέξοδο στη προβλήματα που η ίδια του δημιουργεί: Ανεργία, ιδεολογική φτώχεια, κακές συναναστροφές είναι αιτίες αυτής της ροπής. Οι κοινωνικές συναναστροφές και οι παρέες φαίνεται ότι έχουν τεράστια σημασία. Πολλές φορές η χρήση ουσίας είναι διαβατήριο, για να γίνει ο νέος δεκτός από υποομάδες, όπου μπορεί η χρήση να θεωρείται ένδειξη ανδρισμού για τα αγόρια και απελευθέρωσης για τα κορίτσια. Όμως, ένα άτομο, το οποίο υποτίθεται ότι διεκδικεί την ελευθερία, πέφτει σε αντίφαση με αυτή του την επιλογή, γιατί μεγαλύτερη εξάρτηση και μεγαλύτερη υποδούλωση από τη χρήση δεν υπάρχει. Υπάρχουν χρήστες φοιτητές, επιχειρηματίες, ακόμη και νοικοκυρές, ενώ μόνο το 27% των

χρηστών φέρονται ως άνεργοι²⁷.

Ο ρόλος του κράτους απέναντι στα ναρκωτικά

Το κράτος μέσα από την συντηρητική πολιτική του είναι ο κύριος υπεύθυνος της αναπαραγωγής του φαινομένου της τοξικομανίας. Η ανεργία, η λιτότητα, οι αξίες του ιμπεριαλισμού και της ντόπιας αστικής τάξης, οξύνουν ανησυχητικά το πρόβλημα των ναρκωτικών. Το ίδιο το κράτος είναι επίσης υπεύθυνο για την ασύδοτη δράση των ναρκωκυκλωμάτων, των μεγαλεμπόρων, για το ξέπλυμα του βρώμικου χρήματος, ενώ την ίδια στιγμή το κύριο βάρος των κατασταλτικών του μηχανισμών στρέφεται ενάντια στο λαϊκό κίνημα και την νεολαία.

Ταυτόχρονα, εξοντωτικές ποινές επιβάλλονται στους χρήστες, ενώ οι έμποροι διαμέσου ισχυρών διασυνδέσεων με τους κρατικούς μηχανισμούς αφήνονται ελεύθεροι.

Δεν είναι η απαγόρευση, αλλά το ισχύον νομικό καθεστώς που ευνοεί την διακίνηση τεραστίων χρηματικών ποσών διαμέσου της μαύρης αγοράς (υπολογίζονται σε 500 δις δολάρια ετησίως) εγκαθιδρύοντας επίσης ένα καθεστώς διαφθοράς και εγκληματικότητας, με τη συνενοχή και τη συμμετοχή του κράτους και των μηχανισμών του, της εκκλησίας, των αντιναρκωτικών υπηρεσιών, των τραπεζών, των αρχών του νόμου και της τάξης.

Πρόληψη - θεραπεία - κοινωνική επανένταξη

Η πρόληψη είναι το κυριότερο στοιχείο για την ουσιαστική αντιμετώπιση του προβλήματος. Πρέπει να υπάρχει μια συγκεκριμένη στρατηγική πρόληψης στο σύνολο του Ελλαδικού χώρου με ξεκάθαρους στόχους, που θα παίρνει υπόψη τους βασικούς παράγοντες που επιδρούν στην ζωή του νέου ανθρώπου. Η οικογένεια, η εκπαίδευση, τα ΜΜΕ, ο

ελεύθερος χρόνος, η επαγγελματική αποκατάσταση αποτελούν μερικούς από αυτούς. Δυστυχώς τα πράγματα σε αυτόν τον τομέα είναι τόσο ρευστά που κατά κύριο λόγο η πρόληψη ταυτίζεται με την ενημέρωση. Αυτό που υπάρχει σήμερα δεν είναι παρά κάποιες αποσπασματικές πρωτοβουλίες από τον ΟΚΑΝΑ και ορισμένους φορείς σε επίπεδο Δήμων, Κοινοτήτων και σχολείων χωρίς κεντρικό σχεδιασμό και φιλοσοφία, χωρίς στρατηγική και στόχους. Πρόληψη σημαίνει ουσιαστικά πρόταση ενός άλλου τρόπου ζωής, με ενδιαφέροντα, αξίες, στόχους, συλλογικότητα, μαχητικότητα, αξιοπρέπεια.

Στον τομέα της θεραπείας δεν υπάρχουν μεγάλες διαφορές από αυτόν της πρόληψης. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για τον τοξικομανή, μέσα από τις οποίες αναπαράγεται η κυρίαρχη ιδεολογία, χαρακτηρίζονται από φόβους, προκαταλήψεις, κοινωνικό ρατσισμό. Έτσι ο τοξικομανής γίνεται εγκληματικό και επικίνδυνο άτομο και η θεραπεία του ταυτίζεται με την τιμωρία. Σε αυτά τα πλαίσια αντί η καταστολή να στρέφεται ενάντια στα ναρκωκυκλώματα, λειτουργεί ουσιαστικά ενάντια στη θεραπεία.

Βέβαια, η τοξικομανία σαν κοινωνικό φαινόμενο δεν αντιμετωπίζεται. Η λύση αυτού του τεράστιου προβλήματος περνάει μέσα από την ανατροπή των κοινωνικο-οικονομικών σχέσεων που το γεννούν. Αντίθετα ο τοξικομανής, σαν ένας άνθρωπος που υποφέρει μπορεί να θεραπευτεί, με την προϋπόθεση να αποφασίσει ο ίδιος την θεραπεία του μέσα από την ένταξη του σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης.

Είναι υποχρέωση του κράτους να δημιουργήσει τόσα θεραπευτικά προγράμματα όσα απαιτούν οι σημερινές ανάγκες. Στην πράξη, όχι μόνο αυτό δεν συμβαίνει αλλά αντίθετα τα μεγάλα προβλήματα των θεραπευτικών προγραμμάτων παραμένουν άλυτα. Και σαν να μην

έφθανε αυτό το κράτος περιέκοψε και την επιχορήγηση προς το ΚΕΘΕΑ.

Υποχρέωση του κράτους είναι επίσης η ανάπτυξη ενός τομέα έρευνας για τις εξαρτήσεις μέσα στα πλαίσια των υπαρχόντων θεραπευτικών προγραμμάτων (ΚΕΘΕΑ, 18 ΑΝΩ). Αυτή τη στιγμή η έρευνα μονοπωλείται από ιδιωτικό φορέα και στερούνται έτσι τα προγράμματα της δυνατότητας μιας πραγματικής ανάπτυξης του έργου τους σε όλα τα επίπεδα.

Σε ότι αφορά την διαδικασία επιστροφής του απεξαρτημένου ατόμου στην κοινωνική πραγματικότητα τα ερωτήματα που απορρέουν από συγκεκριμένες ελλείψεις σχεδιασμού και έργων υποδομής είναι πολλά. "Η κοινωνική ένταξη σαν διαδικασία συνυφαίνεται με τον προσωπικό χώρο, στα πλαίσια του κοινωνικού χώρου, με τον προσωπικό χρόνο, σαν κομμάτι του κοινωνικού χρόνου και με την νέα ταυτότητα, που πρέπει να δημιουργήσει ο εξαρτημένος".

Κατά συνέπεια η κατοικία και η εργασία είναι βασικές προϋποθέσεις για την ισχυροποίηση της νέας κοινωνικής ταυτότητας του εξαρτημένου ώστε να μπορεί να συμμετέχει ενεργά στο κοινωνικό γίνεσθαι με αυτογνωσία και δημιουργικότητα μέσα από μια διαδικασία διαρκούς αλλαγής. Μόνο έτσι μπορούν να διασφαλιστούν μεταξύ άλλων και οι αλλαγές που προέκυψαν από την θεραπεία στις σχέσεις της οικογένειας και να ελεγχθούν παράγοντες που παίζουν ρόλο στην ανατροπή και σχετίζονται τόσο με το άτομο όσο και με το περιβάλλον του.

Είναι πολιτικές λοιπόν οι ευθύνες για την διακοπή των προγραμμάτων καταπολέμησης του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας, οι ευθύνες για την ανυπαρξία της σχετικής υποδομής για την βοήθεια του απεξαρτημένου μέσα σε συνθήκες κοινωνικού ρατσισμού, οι ευθύνες για

την έλλειψη συγκεκριμένου νομοθετικού πλαισίου ώστε να μπορέσουν να λειτουργήσουν δομές επαγγελματικής κατάρτισης και αποκατάστασης στα πλαίσια της κοινωνικής επανένταξης του προγράμματος 18 ΑΝΩ, που λειτουργεί στα πλαίσια του ΕΣΥ.

Είναι τουλάχιστον κοινωνική αναληψία η μη ρύθμιση των χρεών των απεξαρτημένων ατόμων (που δημιουργήθηκαν όταν ήταν χρήστες), χωρίς την οποία κινδυνεύουν να βρεθούν στην φυλακή. Είναι ακόμα μεγαλύτερη αναληψία η φυλάκιση απεξαρτημένων ατόμων για αδικήματα που διέπραξαν όταν ήταν στα ναρκωτικά.

Ο αγώνας ενάντια σε όλα τα ναρκωτικά είναι αναπόσπαστο μέρος της γενικότερης πάλης κατά της εξουσίας και ασυδοσίας των πολυεθνικών, της πολιτικής που έχει κίνητρο και σκοπό το καπιταλιστικό κέρδος, της ιμπεριαλιστικής τάξης πραγμάτων που οδηγεί λαούς σε απίστευτη φτώχεια, αμάθεια, εξάρτηση.

Αυτός είναι ο μονόδρομος για την αντιμετώπιση της εξαθλίωσης, της υποταγής, της μιζέριας της ηττοπάθειας, της φυγής των ναρκωτικών"²⁸.

Εθισμός στα ναρκωτικά

Ο εθισμός στα ναρκωτικά είναι ένα καυτό πρόβλημα δημόσιας υγείας που επηρεάζει ίνα συνεχώς αυξανόμενο αριθμό ανθρώπων και ιδιαίτερα νέων, με τεράστιες επιπτώσεις σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο.

Είναι σημαντικό όλοι να κατανοήσουν τι είναι ο εθισμός στα ναρκωτικά. Οι γονείς, οι έφηβοι, οι δάσκαλοι, το σχολείο, οι άλλοι ενήλικες και η κοινωνία γενικά, πρέπει να καταλάβουν ότι ο εθισμός στα ναρκωτικά είναι μια χρόνια βασανιστική ασθένεια που μπορεί να υποτροπιάζει αλλά είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί και να θεραπευτεί.

Ο εθισμός ξεκινά όταν ένα άτομο αρχίζει ενσυνείδητα να παίρνει ναρκωτικά. Οι επιστημονικές έρευνες έχουν δείξει ότι τα ναρκωτικά επηρεάζουν την κανονική λειτουργία του εγκεφάλου. Επιδρούν σε εγκεφαλικές δομές και προκαλούν έντονα αισθήματα ευχαρίστησης αλλοιώνοντας όμως τον εγκεφαλικό μεταβολισμό και δραστηριότητα.

Όταν εγκατασταθεί ο εθισμός στα ναρκωτικά, τότε ο ασθενής παρουσιάζει μια ακατάσχετη επιθυμία για χρήση ναρκωτικών ουσιών. Η έντονη και ακατάσχετη αυτή επιθυμία συχνά δεν μπορεί να ελεγχθεί παρά το γεγονός ότι μπορεί να δημιουργεί εξαιρετικά αρνητικές επιπτώσεις για τον ασθενή.

Οι επιδράσεις των ναρκωτικών στον εγκέφαλο προκαλούν αλλοιώσεις της συμπεριφοράς. Η αναζήτηση των ναρκωτικών γίνεται καταναγκαστική, η ασθένεια γίνεται χρόνια και παρουσιάζει πολλές υποτροπές ακόμη και μετά από μεγάλες περιόδους αποχής.

Τα άτομα που πάσχουν από εθισμό στα ναρκωτικά δεν μπορούν να απαλλαγούν μόνα τους από τη νόσο τους. Χρειάζεται μια εξατομικευμένη αντιμετώπιση και θεραπεία για τον κάθε χρήστη.

Το πρώτο βήμα είναι η αποτοξίνωση που επιτρέπει στον οργανισμό να απαλλαγεί από τα ναρκωτικά και παράλληλα αντιμετωπίζει τα συμπτώματα στέρησης. Μετά από την αποτοξίνωση ή θεραπεία πρέπει να συνεχίζεται με ψυχολογικές προσεγγίσεις σε θέματα συμπεριφοράς ή και με φάρμακα εάν είναι δυνατόν.

Η αποτοξίνωση χωρίς συνέχιση της θεραπείας με μια ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη ψυχολογική και κοινωνική προσέγγιση του ασθενούς δεν είναι αποτελεσματική. Οι θεραπείες μπορούν να έχουν καλά αποτελέσματα αλλά είναι μακρόχρονες, η συνέχεια είναι

απαραίτητη και συχνά χρειάζονται επαναλαμβανόμενες θεραπείες για να επιτευχθεί και να διατηρηθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Οι θεραπείες αντιμετώπισης του εθισμού στα ναρκωτικά έχουν σημαντικό αντίκτυπο όχι μανό για τους χρήστες αλλά και για την κοινωνία γενικότερα. Έχουν τη δυνατότητα να βελτιώνουν την ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών αλλά και να μειώνουν την εγκληματικότητα, τη βία και τη διάδοση του AIDS, Παράλληλα οι Θεραπείες αυτές μειώνουν δραματικά το οικονομικό κόστος που προκαλεί στην κοινωνία ο εθισμός στα ναρκωτικά,

Η κατανόηση του προβλήματος του εθισμού στα ναρκωτικά, αποτελεί το θεμέλιο λίθο της πρόληψης της μαστιγας αυτής. Τα προγράμματα πρόληψης για να πετύχουν πρέπει να είναι περιεκτικά, ευρέως φάσματος και να συμπεριλαμβάνουν την οικογένεια, το σχολείο, την κοινότητα και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Είναι απαραίτητο να δίνεται συνεχώς το μήνυμα ότι είναι προτιμότερο να μην αρχίσει κάποιος τα ναρκωτικά παρά να γίνονται αργότερα προσπάθειες αποτοξίνωσης και απεξάρτησης²⁹.

Θεραπεία για τον εθισμό

Η θεραπεία για άτομα τα οποία χρησιμοποιούν ναρκωτικά αλλά που δεν έχουν ακόμη υποστεί εθισμό, η θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία με στόχο την αλλαγή της συμπεριφοράς όπως γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, συμβουλευτική προσέγγιση, ομάδες στήριξης και οικογενειακή θεραπεία.

Όμως για άτομα που έχουν υποστεί εθισμό, η θεραπευτική αντιμετώπιση, περιλαμβάνει συχνά συνδυασμό από συμπεριφορικές θεραπείες και φάρμακο.

Φάρμακα όπως η μεθαδύνη ή LAAM, είναι αποτελεσματικά στην καταστολή των συμπτωμάτων στέρησης και ακατάσχετης επιθυμίας για λήψη ναρκωτικού που χαρακτηρίζουν τον εθισμό στις εξαρτησιογάνες ουσίες. Έτσι τα εν λόγω φάρμακα μειώνουν τη χρήση παράνομων ουσιών και βελτιώνουν τις πιθανότητες του ναρκομανούς ασθενούς να ακολουθήσει τη θεραπεία απεξάρτησης.

Ο πρωταρχικός στόχος της θεραπείας απεξάρτησης με τη χρήση φαρμάκων, είναι να δίνεται στον ασθενή μια ανάλογη με το ναρκωτικά ουσία η οποία όμως να δημιουργεί λιγότερο έντονα συμπτώματα στέρησης. Μετά σταδιακά, αποσύρεται και το φάρμακο υποκατάστασης που χρησιμοποιείται.

Το φάρμακο που χρησιμοποιείται συχνότερα, είναι η μέθοδο που λαμβάνεται από το στόμα μια φορά την ημέρα. Η χορήγηση αρχίζει με την χαμηλότερη δόση που είναι σε θέση να προλαμβάνει τα συμπτώματα στέρησης και μετά η δόση σταδιακά μειώνεται.

Υποκατάστατα φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για την απεξάρτηση από ηρεμιστικά φάρμακα. Στους ασθενείς μπορεί να χορηγηθούν ηρεμιστικά φάρμακα με μακρά χρονική δράση όπως η διαζεπάμη ή η φαινοβαρβιτόνη, τα οποία μετά μπορούν να μειωθούν σταδιακά.

Όταν ένας ασθενής υπόκειται σε θεραπεία απεξάρτησης, υπάρχει πάντοτε σημαντικός κίνδυνος υποτροπής με επαναστροφή στα ναρκωτικά. Οι ασθενείς είναι δυνατόν να πάνε πίσω στη χρήση ναρκωτικών έστω και εάν δεν έχουν πλέον σωματικά συμπτώματα στέρησης.

Διεξάγονται πολλές έρευνες που στόχο έχουν τη δημιουργία

φαρμάκων που να μπορούν να σταματούν την ακατάσχετη επιθυμία για τα ναρκωτικά και να θεραπεύουν άλλους παράγοντες που προκαλούν την επιστροφή στη χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών.

Σε ασθενείς που αδυνατούν να απέχουν από τη χρήση των οποίων ειδών, χορηγείται θεραπεία συντήρησης συνήθως με μεθαδόνη.

Η δόση συντήρησης για τη μεθαδόνη, είναι συνήθως ψηλότερη από εκείνη που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία απεξάρτησης και μπορεί να προλαμβάνει τα συμπτώματα στέρησης και ακατάσχετης επιθυμίας για την ηρωίνη. Επίσης αποτρέπει τους ασθενείς από του να βιώνουν την κατάσταση ευφορίας που η ηρωίνη προκαλεί, σχεδόν αμέσως μετά τη λήψη της («ανέβασμα») και που ακολουθείται σε σύντομο χρονικό διάστημα από μετάπτωση («κατέβασμα»).

Με τον τρόπο αυτό η θεραπεία υποκατάστασης, συντήρησης με τη μεθαδόνη, βοηθά τους ασθενείς ναρκομανείς να απέχουν από τη χρήση της ηρωίνης, μειώνει το κίνδυνο διάδοσης του ΑΙ05 μεταξύ των ναρκομανών και συνολικά μειώνει το ποσοστό των θανάτων λόγω ναρκωτικών.

Μεταξύ των διαφόρων προγραμμάτων με τη μεθαδόνη, εκείνα που παρέχουν τη ψηλότερη δόση (συνήθως τουλάχιστον 60 ml) ημερησίως), έχουν καλύτερα ποσοστά επιτυχίας όσον αφορά στη συμμετοχή των εξαρτημένων στα ναρκωτικά ασθενών.

Επίσης τα προγράμματα που παρέχουν ολοκληρωμένη στήριξη, συμβουλευτικές υπηρεσίες, ιατρική φροντίδα παράλληλα με τη μεθαδόνη, έχουν καλύτερα αποτελέσματα από τα προγράμματα που παρέχουν λιγότερες ή ελάχιστες υπηρεσίες.

Ακόμη ένα φάρμακο υποκατάστασης που εγκρίθηκε πρόσφατα για τη

θεραπεία συντήρησης, είναι το LAAM το οποίο χορηγείται 3 φορές την εβδομάδα παρά 1 φορά ημερησίως όπως γίνεται με τη μεθαδόνη. Η ναλτρεξόνη, χρησιμοποιείται επίσης για την αποτροπή υποτροπών με επιστροφή στη χρήση των ναρκωτικών³⁰.

Η αντίληψη και η στάση των γονιών

Η χρήση των ναρκωτικών από έφηβους και νέους αυξάνεται με δραματικό ρυθμό.

Η μάστιγα των ναρκωτικών προσβάλλει αδυσώπητα νέους, παιδιά και τις οικογένειες τους ανεξάρτητα από το κοινωνικό, μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο.

Το πρόβλημα μπορεί να εμφανιστεί τόσο σε οικογένειες που φαινομενικά παρουσιάζονται υγιείς και ευτυχισμένες, όσο και σε οικογένειες με διάφορα σοβαρά προβλήματα.

Για ένα γονιό, η αντίληψη του γεγονότος ότι το παιδί του είναι χρήστης ναρκωτικών, αποτελεί μια έντονη, τραυματική, ψυχική εμπειρία.

Η κατάσταση αυτή δημιουργεί στο γονιό αισθήματα θυμού, ενοχής και αποτυχίας που τον βασανίζουν και τον αποσταθεροποιούν.

Η ψυχολογική αναστάτωση που προκαλείται στους γονείς, δεν τους επιτρέπει να αντιμετωπίσουν την κρίση αυτή, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο για το παιδί τους και την οικογένεια τους.

Είναι πολύ σημαντικό στις περιπτώσεις αυτές, οι γονείς να παραμένουν ήρεμοι, χωρίς θυμό και χωρίς αισθήματα αυτοενοχής. Δεν είναι σωστό να αφήνουν τον εαυτό τους να αποδιοργανώνεται από αρνητικές σκέψεις αλλά πρέπει να ενεργήσουν γρήγορα και με νηφαλιότητα.

Δεν θα πρέπει να αντιδράσουν με θυμό, επιθετικότητα και απογοήτευση εναντίον του παιδιού τους αλλά τουναντίον άμεσα να δείξουν ότι το αγαπούν, νοιάζονται και φροντίζουν για αυτό.

Πρέπει με κάθε τρόπο να αποτελέσουν ένα σταθεροποιητικό παράγοντα που θα βοηθήσει και θα οδηγήσει το παιδί τους δια μέσου των δυσκολιών της αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών.

Ποια είναι όμως τα ανησυχητικά σημεία, που δείχνουν ότι ένα παιδί υποφέρει από μια τέτοια κατάσταση;

Στην ουσία μια σειρά από αρνητικά σημεία στη συμπεριφορά του παιδιού, σε συνδυασμό και όχι το κάθε ένα ξεχωριστά από μόνο του, μπορεί να κινήσουν την προσοχή ότι κάτι δεν πάει καλά:

- **Απομόνωση:** Ένα παιδί που ενώ πριν ήταν περισσότερο κοινωνικό, τώρα απομακρύνεται και επιζητά την απομόνωση, μπορεί να είναι δείκτης ότι το παιδί ψυχολογικά υποφέρει.

Παιδιά που χρησιμοποιούν ναρκωτικά θέλουν να το κρύψουν. Δεν θέλουν οι άλλοι να καταλαβαίνουν τις ενέργειες που προκαλούν τα ναρκωτικά πάνω σε αυτά. Οι μυρωδιές και διάφορα άλλα σημάδια χρήσης ναρκωτικών μπορεί να αποκαλύψουν το πρόβλημα. Επίσης με την απομόνωση θέλουν να αποφεύγουν τις ερωτήσεις για το που ήσαν, τι έκαναν

- **Αλλαγές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς:** Η σημαντική μείωση της σχολικής απόδοσης, η έλλειψη ενδιαφέροντος στο να επιτυγχάνει καλούς βαθμούς, η αδιαφορία για το σχολείο, είναι σημεία που θα πρέπει να κινήσουν την προσοχή των γονιών.

Επίσης οι εξάψεις θυμού ή ευφορίας, το γεγονός ότι το παιδί έχει γίνει

πολύ πιο ευερέθιστο παρά πριν, οι απότομες αλλαγές της διάθεσης είναι σημεία που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη. Οι αλλαγές στη προσωπικότητα του παιδιού μπορεί να είναι απότομες ή να εγκατασταθούν σταδιακά

- **Σωματικές αλλαγές:** Η απώλεια βάρους, η αδυναμία που φαίνεται στο πρόσωπο, η απουσία του ενδιαφέροντος του παιδιού για τη σωματική του εικόνα σε αντίθεση με το τι ήταν πριν, οι δυσκολίες συγκέντρωσης και συντονισμού και γενικά μια όψη του παιδιού που έχει αλλάξει και δεν φαίνεται υγιής, θα πρέπει να ανησυχήσουν τους γονείς

- **Αλλαγές στους φίλους:** Εάν ξαφνικά το παιδί σταματήσει να βλέπει τους καλύτερους του φίλους, εάν διακόψει με τους παλιούς του φίλους και εμφανιστεί κάποιος άλλος με ταυτόχρονη αλλαγή στη συμπεριφορά με σημεία όπως αναφέρουμε πιο πάνω, θα πρέπει να κάνει τους γονείς να φροντίσουν να μάθουν τι συμβαίνει

Είναι πολύ σημαντικό οι γονείς να έχουν κάποιες κατευθυντήριες γραμμές στο πως θα συμπεριφερθούν και να ενεργήσουν, όταν βρεθούν αντιμέτωποι με ένα τέτοιο σοβαρό πρόβλημα που απειλεί το παιδί τους και την οικογένεια τους:

Εάν υποπτεύονται ότι το παιδί τους είναι θύμα των ναρκωτικών, θα πρέπει να το μιλήσουν μαζί του.

Οι γονείς θα πρέπει να μιλήσουν στο παιδί τους για τις υποψίες τους, με νηφαλιότητα και όταν όλοι αισθάνονται ήρεμοι. Πρέπει να αποφύγουν τις κατηγορίες και όσο και αν είναι δύσκολο, να αποφύγουν το θυμό.

Ο θυμός και οι κατηγορίες προς αυτό, θα το απομακρύνουν ακόμη περισσότερο.

Ένα σημαντικό θέμα είναι η αναζήτηση στο δωμάτιο του παιδιού, σημείων ή αντικειμένων που να δείχνουν ότι το παιδί χρησιμοποιεί ναρκωτικά.

Οι γονείς θα πρέπει να συζητήσουν το θέμα με το παιδί τους και εκτός από το ότι και οι ίδιοι θα πρέπει να είναι προσεκτικοί, είναι καλό να κοιτάζουν το δωμάτιο και μαζί με το παιδί τους.

Οι γονείς θα πρέπει να ρωτήσουν το παιδί και να ενδιαφερθούν για το τι συμβαίνει στη ζωή του.

Οι γονείς με ήπιο τρόπο, χωρίς να δημιουργήσουν αντιδράσεις, θα πρέπει να ενδιαφερθούν και να ρωτήσουν το παιδί τους, για το τι συμβαίνει στη ζωή του.

Θα πρέπει να είναι ειλικρινείς και να μιλήσουν στο παιδί για αυτά που έχουν αντιληφθεί και τα οποία τους ανησυχούν.

Η ειλικρινής προσέγγιση μέσα σε ένα πνεύμα συνεργασίας, θα επιτρέψει στο παιδί να εκφραστεί ελεύθερα και εάν υπάρχει πρόβλημα θα φανεί, διαφορετικά θα φύγουν οι υποψίες.

Εάν το παιδί δεν θέλει να μιλήσει, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια από το σχολείο, τους καθηγητές του ή άλλους.

Σε περίπτωση που το παιδί δεν θέλει να μιλήσει ή ακόμη όταν οι γονείς ανησυχούν για κακή απόδοση στο σχολείο, τότε θα πρέπει να πουν στο παιδί τους ότι θα επισκεφτούν το σχολείο για να πάρουν περισσότερες πληροφορίες.

Στην έρευνα τους στο σχολείο και στο περιβάλλον του παιδιού, οι γονείς δεν θα πρέπει να συγκεντρωθούν ή να ρωτούν για θέματα ναρκωτικών. Θα πρέπει να ψάξουν για να πάρουν μια γενικότερη εικόνα της κατάστασης του παιδιού τους.

Είναι καλό στη συνέχεια να συζητήσουν τα θέματα αυτά μαζί με το παιδί τους.

Οι γονείς θα πρέπει να διερωτηθούν για τους λόγους στη ζωή του παιδιού τους που θα μπορούσαν να το ωθήσουν προς τα ναρκωτικά.

Οι πιέσεις στις οποίες υποβάλλεται το παιδί, τα οικογενειακά προβλήματα, θα πρέπει να αποτελέσουν αντικείμενο προβληματισμού κατά πόσο μπορούν να αποσταθεροποιήσουν το παιδί και να το ωθήσουν προς τα ναρκωτικά.

Οι γονείς θα πρέπει να αντιληφθούν τις καταστάσεις αυτές και να βοηθήσουν προληπτικά το παιδί τους. Παράλληλα μιλώντας μαζί του, θα μπορέσουν καλύτερα να καταλάβουν τι συμβαίνει.

Είναι καλό στην καθημερινή ζωή του παιδιού να καθιερωθούν και να εφαρμόζονται κάποιοι κανόνες.

Γενικά τα παιδιά χρειάζονται για να νιώθουν ασφάλεια, κάποιους κανόνες στην καθημερινή τους ζωή.

Οι γονείς έχουν τάση να δίνουν στα παιδιά τους περισσότερη ελευθερία απ' όση αυτά μπορούν να χειρίζονται.

Η εφαρμογή των κανόνων αυτών και η τακτική αναθεώρηση τους μαζί με το παιδί μπορεί να προσφέρει ένα κλίμα οργάνωσης και ασφάλειας που θα το προστατεύσει από πολλούς κινδύνους όπως και τα ναρκωτικά

Οι γονείς θα πρέπει να βρουν τρόπους για να καλλιεργηθεί και να υπάρχει εμπιστοσύνη μεταξύ τους και του παιδιού τους.

Είναι σημαντικό οι γονείς να φροντίσουν να κτιστεί μια σχέση εμπιστοσύνης με το παιδί τους.

Αυτό θα επιτρέψει την καλύτερη επικοινωνία, την καλύτερη επίλυση προβλημάτων, βελτίωση της σχολικής απόδοσης και θα προσφέρει προστασία από τα ναρκωτικά και τη κατάχρηση αλκοόλ.

Η ανάγκη για βοήθεια από ειδικούς ψυχολόγους ή παιδοψυχιάτρους ή ακόμη από τον οικογενειακό γιατρό.

Σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχει ανάγκη για βοήθειας από ειδικούς επαγγελματίες σε θέματα ναρκωτικών όπως παιδοψυχίατροι, παιδοψυχολόγοι. Επίσης ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να βοηθήσει³¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΥΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

- 2.1. Ήβη και Εφηβεία**
- 2.2. Η σεξουαλικότητα σήμερα - παράγοντες που την επηρεάζουν**
- 2.3. Μέθοδοι αντισύλληψης**
- 2.4. Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα**
- 2.5. Το πρόβλημα του Aids**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΥΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

2.1 Ήβη και Εφηβεία

Η ήβη είναι ένα στάδιο ανάπτυξης και ωρίμανσης του ανθρώπινου οργανισμού που βρίσκεται ανάμεσα στην παιδική και την αναπαραγωγική ηλικία του ανθρώπου.

Στην ουσία είναι το βιολογικό πέρασμα από το στάδιο της ομοιότητας των δυο φύλων που παρατηρείται στην παιδική ηλικία, στη διαφορετικότητα των δυο φύλων, έτσι όπως αυτή διαμορφώνεται κάτω από την επίδραση κυρίως των γεννητικών ορμονών.

Κύριο χαρακτηριστικό της ήβης στο κορίτσι είναι η εμφάνιση της περιόδου (εμμηνορρυσία ή έμμηνος ρύση}. Κύριο χαρακτηριστικό της ήβης στο αγόρι είναι η εμφάνιση σπέρματος με την εκσπερμάτιση.

Η έναρξη της ήβης γίνεται στα κορίτσια γύρω στα 10-12 χρόνια, ενώ στα αγόρια δυο περίπου χρόνια αργότερα. Έτσι, για δυο περίπου χρόνια το κορίτσι προηγείται σε βιολογική ωρίμανση, πλησιάζοντας προς την εμφάνιση της ενήλικης γυναίκας, ενώ το αγόρι παραμένει ακόμα κοντά στην παιδική εμφάνιση.

Η βιολογική αυτή διαφορά είναι φανερή στο σχολείο και δημιουργεί αρκετές δυσκολίες στις συντροφικές αγοριών και κοριτσιών, αφού τα κορίτσια αναζητούν συνήθως τη συντροφιά μεγαλύτερων αγοριών που βρίσκονται σε ανάλογη βιολογική ωρίμανση.

Η συνολική διάρκεια της ήβης είναι 2-4 χρόνια. Η ηλικία έναρξης της ήβης διαφέρει ανάλογα με τη φυλή, τη χώρα, το κλίμα, την ηλιοφάνεια και επηρεάζεται από την κληρονομικότητα, τη διατροφή, την σωματική

υγεία, την κοινωνική και οικονομική κατάσταση.

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μία αργή αλλά σταθερή ελάττωση της ηλικίας έναρξης της ήβης.

Αίτια που προκαλούν την ήβη

Οι έντονες σωματικές αλλαγές που παρατηρούνται στην ήβη οφείλονται στη λειτουργία των ενδοκρινών αδένων και κυρίως:

1. Στην υπόφυση, αδένα που βρίσκεται στη βάση του κρανίου και επηρεάζει τη σωματική και πνευματική ανάπτυξη. Παράγει επίσης ορμόνες που κατευθύνουν τη λειτουργία των γεννητικών αδένων.

2. Στους γεννητικούς αδένες (όρχεις και ωοθήκες) και

3. Στα επινεφρίδια, αδένες που βρίσκονται πάνω από κάθε νεφρό και με τις ορμόνες τους συντελούν στη διατήρηση του μυϊκού τόνου³².

Η ήβη στο αγόρι

Η ωρίμανση των γεννητικών αδένων έχει μεγάλη σημασία για την κανονική σωματική και ψυχική εξέλιξη του αγοριού.

Η παραγωγή των ορμονών προκαλεί σημαντικές αλλαγές, από τις οποίες οι κυριότερες είναι οι εξής:

- *Η τριχοφυία στην περιοχή των γεννητικών οργάνων.*
- *Η τρίχωση στο πρόσωπο (μουστάκι και γένια), στις μασχάλες, στο στήθος, στην κοιλιά, στα χέρια και στα πόδια.*
- *Η μεταβολή της φωνής, που γίνεται πιο βαριά και βραχνή.*
- *Η διεύρυνση των ώμων.*
- *Η παραγωγή ιδρώτα με χαρακτηριστική οσμή και λίπους στο πρόσωπο.*

Οι αλλαγές αυτές αποτελούν και τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου, που συνιστούν τις ουσιαστικές διαφορές στην εμφάνιση, ανάμεσα στον άντρα και τη γυναίκα.

Η ολοκλήρωση των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του κάθε φύλου διαρκούν όσο και η ήβη.

Η ήβη του αγοριού εμφανίζεται συνήθως ανάμεσα στα 13 και 14 χρόνια του, σπανιότερα δε στα 12 ή μέχρι τα 16.

Σημαντικό γνώρισμα της ήβης είναι η αύξηση του ύψους, η οποία μπορεί να επιταχύνεται σε κάποιες χρονικές στιγμές, έτσι που τελικά το αγόρι, μέχρι το τέλος της ήβης, θα έχει κερδίσει περίπου 50 εκατοστά ύψος. Η αύξηση του ύψους γίνεται με την ανάπτυξη του σκελετού. Η ανάπτυξη των άκρων προηγείται συνήθως της ανάπτυξης του υπόλοιπου σκελετού και τα αγόρια σ' αυτή την ηλικία φαίνονται να έχουν δυσανάλογα ως προς το σώμα τους μακρά άκρα.

Η λεκάνη παραμένει στενή, ενώ μεγαλώνει ο θώρακας και οι ώμοι, που τονίζονται περισσότερο από την προοδευτική ανάπτυξη των μυών.

Προοδευτική είναι και η εμφάνιση της τρίχωσης, πρώτα γύρω από το πέος, αργότερα σ' ολόκληρο το εφηβαίο, ένα χρόνο μετά στις μασχάλες και τέλος στο πρόσωπο για να σχηματιστούν τα γένια και το μουστάκι.

Η ανάπτυξη της τρίχωσης στο θώρακα και την κοιλιά γίνεται πολύ αργότερα, μετά την ανάπτυξη της τρίχωσης στο πρόσωπο και πολλές φορές κατά την επόμενη δεκαετία της ζωής του ώριμου άντρα.

Οι σμηγματογόνοι και ιδρωτοποιοί αδένες που αναπτύσσονται κατά την ήβη αυξάνουν την ποσότητα του ιδρώτα και λιπαίνουν το δέρμα. Η αλλαγή αυτή πολλές φορές δημιουργεί, σε συνδυασμό με τις ορμονικές και ψυχικές αλλαγές, εξανθήματα στο πρόσωπο και την πλάτη, που

ονομάζονται ακμή.

Αν και η ακμή είναι ουσιαστικό γνώρισμα της ήβης, συνήθως ενοχλεί τους νέους γιατί επηρεάζει αρνητικά την αισθητική του προσώπου.

Σημαντικές είναι κατά την ήβη και οι αλλαγές που συμβαίνουν στα γεννητικά όργανα του αγοριού. Ο όγκος των γεννητικών οργάνων αυξάνει γενικά. Το πέος μεγαλώνει και αποκτά πιο σκούρο χρώμα. Το δέρμα του οσχέου γίνεται παχύτερο, ρυτιδώνεται και καλύπτεται από τρίχες, αραιότερες από ό,τι στο εφηβείο. Ανάλογη είναι και η αύξηση του όγκου των όρχεων. Στην τελική τους ανάπτυξη θα έχουν όγκο 15 έως 30 κυβικά εκατοστά.

Κύριο γνώρισμα της ήβης του αγοριού είναι η παραγωγή σπερματοζωαρίων και η έξοδος τους με την εκσπερμάτιση.

Οι όρχεις επιτελούν δυο λειτουργίες. Η πρώτη είναι η παραγωγή ανδρικών ορμονών, με κύριο εκπρόσωπο την τεστοστερόνη και η δεύτερη είναι η παραγωγή σπερματοζωαρίων. Και οι δυο λειτουργίες, που σηματοδοτούνται από την ήβη, θα συνεχιστούν μέχρι την τρίτη ηλικία του άντρα.

Μέχρι πριν από μερικές δεκαετίες αναφέρονταν συχνά περιστατικά αντρών που απέκτησαν παιδιά σε προχωρημένη ηλικία, μέχρι την έβδομη ή και όγδοη δεκαετία της ζωής.

Έρευνες που έγιναν τα τελευταία δέκα χρόνια απέδειξαν ότι η γονιμότητα του άντρα ελαττώνεται σημαντικά μετά την ηλικία των σαράντα χρόνων. Ελάττωση της παραγωγής των ανδρικών ορμονών παρατηρείται επίσης από την ίδια ηλικία σε ένα ποσοστό αντρών περίπου 40%.

Η ελάττωση της γονιμότητας και της παραγωγής ανδρογόνων των

αντρών έχει σχέση με τον σύγχρονο τρόπο ζωής και ιδιαίτερα τη διατροφή. Κύρια βλαπτική ουσία που ενοχλεί τη γονιμότητα είναι τα φυτικά οιστρογόνα που περιέχονται στις τροφές.

Η παραγωγή των σπερματοζωαρίων ονομάζεται σπερματογένεση.

Η έξοδος του σπέρματος από το γεννητικό σύστημα προϋποθέτει δύο ξεχωριστούς μηχανισμούς, τη στύση και την εκσπερμάτιση.

Η στύση

Είναι η αύξηση του όγκου και της σκληρότητας του πέους, που του επιτρέπει την είσοδο στο γυναικείο κόλπο.

Το φυσιολογικό μέγεθος του πέους σε στύση είναι 12 έως 16 εκατοστά. Αντίθετα, το πέος σε χάλαση είναι δυνατό να συρρικνώνεται και να έχει μήκος λίγων εκατοστών, ιδιαίτερα αν ο νέος καταλαμβάνεται από αισθήματα ντροπής. Συρρίκνωση του πέους προκαλείται επίσης από το ψυχρό περιβάλλον και την έλλειψη ανδρικών ορμονών. Το μέγεθος του πέους σε χάλαση δεν προδικάζει υποχρεωτικά το αντίστοιχο μέγεθος σε στύση.

Πέη με μέγεθος σε στύση κάτω από 12 εκ. είναι επίσης δυνατό να επαρκούν για μια σεξουαλική επαφή.

Στις μέρες μας, η παραπληροφόρηση γύρω από το μέγεθος του πέους και η δημιουργία εξωπραγματικών προτύπων γύρω από τη σεξουαλικότητα οδηγεί τους νέους σε ανησυχία και προβληματισμούς γύρω από το μέγεθος του πέους.

Το αντανακλαστικό κέντρο της στύσης βρίσκεται στο νωτιαίο μυελό.

Για τη λειτουργία της στύσης απαιτείται ακέραιος αγγειακός μηχανισμός. Απαιτείται δηλαδή ικανοποιητική παροχή αίματος από τον

αρτηριακό μηχανισμό. Η εισροή αίματος στα σπυραγγώδη σώματα του πέους και το σπογγιώδες σώμα της ουρήθρας προκαλεί παθητική σύσπαση των φλεβών, που εμποδίζει τη διαφυγή του αίματος προς τη γενική φλεβική κυκλοφορία.

Η εισροή του αίματος και η συγκράτηση του προκαλούν αύξηση του μήκους και της διαμέτρου του πέους, με ταυτόχρονη σκλήρυνση. Έτσι το πέος ανορθώνεται μπροστά στο εφηβαίο, σχηματίζοντας οξεία γωνία με το κοιλιακό τοίχωμα.

Για να διευκολύνει τη μεγέθυνση του πέους, η πόσθη αποτραβιέται προς τα πίσω, αποκαλύπτοντας τη βάλανο που συμμετέχει επίσης στην αύξηση του όγκου του πέους.

Κατά τη διάρκεια της στύσης, η ουρήθρα είναι κλειστή και τα ούρα δεν μπορούν να εκρεύσουν. Ο μηχανισμός αυτός αφήνει ανοιχτή τη δίοδο του σπέρματος.

Κατά τη διάρκεια του ύπνου παράγονται στον άντρα μια ή δυο αυτόματες στύσεις. Μερικές φορές, ιδιαίτερα στην ήβη, οι στύσεις αυτές συνοδεύονται από αυτόματη εκσπερμάτιση που ονομάζεται ονείρωξη.

Η εκσπερμάτιση

Η εκσπερμάτιση είναι φαινόμενο αντανακλαστικό που μπορεί να ελεγχθεί και επιβραδυνθεί με τη θέληση. Στον έλεγχο της εκσπερμάτισης παρεμβαίνει η διαδικασία της μάθησης. Προκαλείται από την πίεση που ασκεί το σπέρμα μέσα στις σπερματοδόχους κύστες και το οπίσθιο τμήμα της ουρήθρας.

Η εκσπερμάτιση αποτελείται από ισχυρές και επαναλαμβανόμενες συσπάσεις των μυών που περιβάλλουν τα σπυραγγώδη σώματα και το σπογγιώδες σώμα και από ρυθμικές συσπάσεις της ουρήθρας.

Το σπέρμα εκτοξεύεται κατά ώσεις, ακολουθώντας το ρυθμό των συσπάσεων. Ο συνηθισμένος όγκος του είναι 2 έως 5 κυβικά εκατοστά.

Επανελημμένες εκσπερματίσεις επηρεάζουν αρνητικά τον όγκο του σπέρματος και τον αριθμό των εξερχόμενων σπερματοζωαρίων.

Η μεγαλύτερη συγκέντρωση σπερματοζωαρίων παρατηρείται στις πρώτες σταγόνες της εκσπερμάτισης.

Είναι δυνατό σε ορισμένες περιπτώσεις το σπέρμα να μην περιέχει σπερματοζωάρια. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται αζωοσπερμία.

Μικρή ποσότητα εκσπερμάτισης μπορεί να οφείλεται σε αποφρακτικά φαινόμενα ή χαμηλά επίπεδα ανδρογόνων. Μεγαλύτερος του φυσιολογικού όγκος σπέρματος είναι δυνατό να παρατηρείται σε φλεγμονές των γεννητικών οργάνων ή έλλειψη ανδρογόνων.

Στις πρώτες σεξουαλικές επαφές ο νέος αδυνατεί να ελέγξει το αντανακλαστικό της εκσπερμάτισης. Έτσι λειτουργεί κατά κάποιο τρόπο με πρόωρη εκσπερμάτιση. Ο έλεγχος του αντανακλαστικού θα γίνει με την πάροδο του χρόνου, τον κανονικό ρυθμό σεξουαλικών επαφών και κυρίως λειτουργώντας σε μια μόνιμη σχέση³².

Η ήβη στο κορίτσι

Η παραγωγή ορμονών σηματοδοτεί πολλές αλλαγές στο κορίτσι, από τις οποίες οι πιο σημαντικές είναι:

- *Η ανάπτυξη των μαστών.*
- *Η τριχοφυΐα στο εφηβαίο.*
- *Η τρίχωση στις μασχάλες και το τριχωτό χνούδι στο πρόσωπο, το πόδια και τα χέρια.*
- *Η ανάπτυξη των ισχίων και της λεκάνης.*

- Η εναπόθεση λίπους στους γλουτούς.
- Η μικρή αλλαγή της φωνής.
- Η παραγωγή ιδρώτα με έντονη χαρακτηριστική οσμή.
- Η παραγωγή λίπους από το δέρμα, που το κάνει πιο μαλακό και ελκυστικό για το άλλο φύλο.

Οι αλλαγές αυτές ξαφνιάζουν πολλές φορές το κορίτσι και είναι δυνατό να προκαλέσουν ψυχολογική ενόχληση. Πολλά κορίτσια νοιώθουν άσχημα με τις αλλαγές του κορμιού τους και προσπαθούν να τις αποκρύψουν. Μερικές φορές καμπουριάζουν για να κρύψουν το στήθος τους ή περνούν πολλές ώρες στον καθρέφτη μελετώντας τις αλλαγές του προσώπου ή του κορμιού τους.

Γύρω στα 12 με 13 χρόνια η μέση του κοριτσιού λεπταίνει, το στήθος εξακολουθεί να μεγαλώνει και οι τρίχες στην ηβική σύμφυση γίνονται σκληρές και κατσαρές.

Στα 14 περίπου χρόνια το σώμα παίρνει την τελική του μορφή. Η μέση είναι λεπτότερη και διακρίνονται καθαρά οι καμπύλες. Το στήθος έχει πάρει την οριστική του μορφή, που θα διατηρηθεί σταθερή μέχρι την εγκυμοσύνη και η τριχοφυΐα στο εφηβαίο είναι πυκνή, όπως και στις μασχάλες.

Η περίοδος και ο γεννητικός κύκλος

Ένα έως τρία χρόνια από την αρχή της ανάπτυξης των μαστών, που χαρακτηρίζει την έναρξη της ήβης στο κορίτσι, θα εμφανιστεί η πρώτη περίοδος.

Αυτό που κυρίως χαρακτηρίζει το γυναικείο γεννητικό σύστημα από αυτή τη φάση και σε όλη τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας της

γυναίκας είναι η περιοδικότητα.

Η διάρκεια της περιόδου είναι συνήθως 2 έως 7 μέρες. Το αίμα έχει χρώμα κόκκινο, λιγότερο ή περισσότερο σκούρο, ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να περιέχει και πύγματα.

Ο χρόνος που μεσολαβεί από τη μια περίοδο μέχρι την παραμονή της εμφάνισης της επόμενης περιόδου ονομάζεται γεννητικός κύκλος. Η διάρκεια του είναι συνήθως γύρω στις 28 μέρες. Μικρές διαφορές (από 25 έως 35 μέρες) από γυναίκα σε γυναίκα, μπορεί να υπάρχουν και θεωρούνται φυσιολογικές.

Ο γεννητικός κύκλος μπορεί να παρουσιάζει μεγάλες διαφορές τον πρώτο χρόνο, με καθυστερήσεις και αλλαγές στη διάρκεια της περιόδου που θεωρούνται φυσιολογικές.

Ο γεννητικός κύκλος περιλαμβάνει:

- την πρώτη φάση του κύκλου ή ωοθυλακική
- την ωοθυλακιορρηξία ή ωορρηξία
- τη δεύτερη φάση του κύκλου ή προγεστερονική
- την περίοδο ή εμμηνορρυσία

Σε κάθε κύκλο το γεννητικό σύστημα της γυναίκας προετοιμάζεται για την πιθανότητα μιας εγκυμοσύνης. Από την αρχή της πρώτης φάσης του κύκλου, ένα ωοθυλάκιο μεγαλώνει, ενώ στο εσωτερικό του ωριμάζει ένα ωάριο.

Γύρω στην 12^η έως 15^η μέρα του κύκλου το ωάριο απελευθερώνεται ύστερα από τη ρήξη του ωοθυλακίου και παραλαμβάνεται από τους κροσσούς της σάλπιγγας. Εκεί, μέσα στη σάλπιγγα, κολυμπώντας σε μικρή ποσότητα σαλπινγικού υγρού, θα περιμένει το σπερματοζώαριο

που θα το γονιμοποιήσει. Ο χρόνος αυτός ταυτίζεται με την γόνιμη μέρα της γυναίκας.

Σε όλη τη διάρκεια της πρώτης φάσης του κύκλου ένας πολύπλοκος ορμονικός μηχανισμός προετοιμάζει το ενδομήτριο για να υποδεχτεί το έμβρυο και να πραγματοποιηθεί η εμφύτευση του.

Η δεύτερη φάση του κύκλου δεν είναι γόνιμη περίοδος για τη γυναίκα. Είναι η φάση προετοιμασίας για την ενδεχόμενη εμφύτευση του ωαρίου.

Αν τελικά το πείραμα για γονιμότητα αποτύχει, το παχυσμένο ενδομήτριο θα αποβληθεί στη συνέχεια και θα αποτελέσει το αίμα της επόμενης περιόδου.

Η παρουσία γεννητικού κύκλου δεν σημαίνει υποχρεωτικά και ωορρηξία. Άρα για να μείνει έγκυος μια γυναίκα δεν αρκεί να έχει περίοδο, αλλά θα πρέπει να κάνει και ωορρηξία. Αν αυτό δεν συμβαίνει, τότε ο κύκλος ονομάζεται ανωορρηκτικός.

Τέλος, για να υπάρξει γονιμότητα δεν αρκεί μόνο η παραγωγή ωαρίου και η ρήξη του ωοθυλακίου. Θα πρέπει το ωάριο να είναι και καλής ποιότητας. Ωάρια άωρα, υπερώριμα ή κακής ποιότητας δεν γονιμοποιούνται³².

Ορισμοί

ΗΒΗ	ΕΦΗΒΕΙΑ
Στάδιο βιολογικών αλλαγών που μεσολαβεί ανάμεσα στην παιδική ηλικία και τη βιολογική ωριμότητα του ενήλικου ανθρώπου	Στάδιο ψυχοσυναισθηματικών αλλαγών που μεσολαβεί ανάμεσα στην παιδική ηλικία και την ενήλικη ζωή
Βασικός στόχος της ήβης είναι η επίτευξη των ενήλικων βιολογικών χαρακτηριστικών και κυρίως της αναπαραγωγικής ικανότητας.	Βασικός στόχος της εφηβείας είναι η διαμόρφωση της ταυτότητας του Εγώ, δηλαδή η αίσθηση εσωτερικής ομοιομορφίας και συνέχειας, καθώς και η επίγνωση που έχει ένας άνθρωπος για το ποιος είναι και πού πάει.
Διαρκεί 2 έως 4 χρόνια.	Διαρκεί περίπου 8 χρόνια (συνήθως 12 έως 20 ετών) αλλά μπορεί να παρατείνεται για πολλά χρόνια σε έναν άνθρωπο που δεν καταφέρνει να εκπληρώσει τους αναπτυξιακούς στόχους αυτής της περιόδου της ζωής του και να ενηλικιωθεί ψυχοσυναισθηματικά.
Στην ήβη υπάρχει ένα γενετικά και βιολογικά προγραμματισμένο τέλος.	Το τέλος της εφηβείας εξαρτάται από τις αναπτυξιακές επιτυχίες και αποτυχίες του κάθε ανθρώπου ξεχωριστά και γι' αυτό το λόγο δεν μπορεί να προκαθορισθεί.

Όπως φανερώνει και η ετυμολογία των δυο λέξεων, η ήβη είναι το αρχικό βιολογικό γεγονός που οδηγεί στις μεγάλες αλλαγές αυτής της περιόδου της ζωής, ενώ η εφηβεία (= "πάνω" στην ήβη) αφορά όλες τις διεργασίες σε ψυχικό, συναισθηματικό και κοινωνικοποιητικό επίπεδο που ακολουθούν τις βιολογικές αλλαγές της ήβης. Για παράδειγμα, η αύξηση των διαστάσεων (ύψους κ.λπ.) αποτελεί μια βιολογική διεργασία (ήβη), η οποία όμως δημιουργεί νέα δεδομένα και νέες απαιτήσεις στην ψυχοσυναισθηματική προσαρμογή του ανθρώπου (εφηβεία)³².

2.2. Η σεξουαλικότητα σήμερα. Παράγοντες που την επηρεάζουν

Ένα κρίσιμο ερώτημα που τίθεται συζητώντας για την ανάγκη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των νέων είναι το γιατί και πώς προέκυψε αυτή η ανάγκη. Τι άλλαξε δηλαδή στις μέρες μας και η ανάγκη αυτή αναγνωρίστηκε διεθνώς σαν επιτακτική;

Σίγουρα η σεξουαλικότητα δεν είναι μια έννοια που ανακαλύφθηκε στις μέρες μας, ούτε καν στις προηγούμενες δεκαετίες. Είναι μια έννοια που έχει την ίδια ηλικία με τον άνθρωπο πάνω στη γη. Είναι η δύναμη, το κίνητρο αλλά και η επιβράβευση του ανθρώπου για τη διαίωσιση του είδους.

Επιπλέον, η σεξουαλικότητα αποτελεί τρόπο και ευκαιρία επικοινωνίας ανάμεσα στους ανθρώπους. Μόνο που τείνει να καταστεί ο μόνος τρόπος επικοινωνίας και κοινωνικοποίησης του ανθρώπου, αφού η συντροφικότητα, η φιλία, οι οικογενειακές σχέσεις και οι κοινωνικές επαφές έχουν ατονήσει στην εποχή μας.

Η τελευταία δεκαετία του αιώνα μας ήταν η δεκαετία που οι άνθρωποι μίλησαν και έγραψαν περισσότερο από ποτέ για το σεξ. Είναι η δεκαετία που δημοσιεύτηκαν οι περισσότερες έρευνες, τα περισσότερα γκάλοπ και οι περισσότερες μετρήσεις της σεξουαλικότητας. Είναι όμως και η δεκαετία της ραγδαίας αύξησης του ποσοστού των νεαρών ανθρώπων που παρουσιάζουν προβλήματα στην σεξουαλική τους λειτουργία. Είναι επίσης η εποχή που όλο και περισσότεροι άνθρωποι αδυνατούν να δημιουργήσουν μια σχέση που να τους δίνει ευχαρίστηση. Είναι τέλος η δεκαετία που το σεξ μπήκε στο μουσείο. Πέντε μουσεία ερωτισμού, σε διαφορετικές χώρες του κόσμου διαθέτει ήδη ο πλανήτης μας!

Έτσι στις μέρες μας για πολλούς ανθρώπους το σεξ κατάντησε το πιο προβληματικό κομμάτι της ζωής τους.

Γιατί άραγε; Ποιοί είναι οι λόγοι που μπέρδεψαν τους ανθρώπους; Οι σημαντικότεροι λόγοι φαίνεται ότι είναι οι εξής:

• **Η εμπορευματοποίηση του σεξ**

Το σεξ πουλάει, με όποια μορφή και αν διατίθεται στο εμπόριο. Οι βιντεοταινίες πορνό σημειώνουν ρεκόρ πωλήσεων σε όλο τον κόσμο. Κι όμως έχουν το μικρότερο κόστος παραγωγής, σε σχέση με τις κλασικές ταινίες τέχνης. Για τα περισσότερα περιοδικά ποικίλης ύλης είναι κοινό μυστικό ότι η αρθρογραφία γύρω από το σεξ αυξάνει τις πωλήσεις. Ειδική κατηγορία περιοδικών με υψηλές πωλήσεις έχει σχεδόν αποκλειστικό περιεχόμενο την πορνογραφία.

Η πώληση της σεξουαλικότητας διευκολύνεται από τον κατατεμαχισμό της. Έτσι το σεξ πέρασε στη λιανική πώληση, κομμάτι - κομμάτι. Χωριστά το πέος από το ανδρικό σώμα, χωριστά το στήθος της γυναίκας από το υπόλοιπο κορμί της, χωριστά η σεξουαλικότητα από τη συντροφικότητα, χωριστά το οπτικό μήνυμα από τη σχέση (βλέπε βιντεοταινίες πορνό), χωριστά το ακουστικό ερέθισμα από την υπόλοιπη σεξουαλικότητα (βλέπε ροζ τηλέφωνα).

Στα νυχτερινά κέντρα το θέαμα είναι όλο και περισσότερο σεξουαλικό, όλο και περισσότερο προκλητικό.

Η μόδα αργά και σταδιακά, αλλά σταθερά, γδύνει το γυναικείο κορμί, προσπαθώντας να συνδυάσει μια νέα αισθητική με την εκπομπή ερωτικών μηνυμάτων, υποσχόμενη ερωτική πρόκληση.

Τα σήριαλ στην τηλεόραση έχουν απαραίτητως προκλητικές ερωτικές σκηνές, που ανεβάζουν την τηλεθέαση.

*** Η παραπληροφόρηση γύρω από το σεξ**

Κλασικό παράδειγμα παραπληροφόρησης είναι η συνεχής αρθρογραφία γύρω από το μέγεθος του πέους. Οι εξωπραγματικές διαστάσεις που του αποδίδονται και η σύνδεση του μεγάλου πέους με την ικανοποίηση και τον οργασμό της γυναίκας μπλοκάρουν τους άντρες και τους καθλώνουν σε λανθασμένες απόψεις γύρω από τη σεξουαλικότητα. Εύκολα δημιουργούνται έτσι συμπλέγματα κατωτερότητας, ιδίως στις νεαρές ηλικίες, που ξεκινούν από λανθασμένη πληροφόρηση.

Ανάλογες εικόνες παραπληροφόρησης, που συχνά παγιδεύουν το ζευγάρι, δίδονται για τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, τη συχνότητα της, τις επαναλήψεις, τον ταυτόχρονο οργασμό.

Η σεξουαλικότητα συνδέεται επίσης με αψεγάδιαστη εξωτερική εμφάνιση και περιβάλλον χλιδής και πολυτέλειας, που απογοητεύει πολλές φορές τους υποψήφιους εραστές αν δεν ανταποκρίνονται σε ανάλογες προδιαγραφές.

Η πρώτη φορά στο σεξ προβάλλεται επίσης μέσα από τρομακτικές εικόνες που προβληματίζουν τους νέους και τους οδηγούν στην μοναχική σεξουαλικότητα.

• Η πλήρης διαφάνεια της σεξουαλικότητας

Βασικός κοινωνικός κανόνας είναι το δεδομένο ότι η σεξουαλική επαφή δεν γίνεται δημόσια. Αποτελεί προσωπική στιγμή του ζευγαριού, που δεν αφορά τρίτους.

Στις μέρες μας η εμπορευματοποίηση του σεξ έφερε τις κάμερες και τον φωτογραφικό φακό αντιμέτωπους με την σεξουαλική πράξη. Βιντεοταινίες, κινηματογράφος, φωτογραφίες, περιγραφές που σκοπό

έχουν να διεγείρουν σεξουαλικά, προβληματίζουν μια σημαντική μερίδα του πληθυσμού γύρω από τη σεξουαλικότητα.

Η απόλυτη διαφάνεια ολοκληρώθηκε και μεγιστοποιήθηκε με το INTERNET. Οι πιο απόκρυφες στιγμές ενός ζευγαριού στη θέα ολόκληρου του πλανήτη, έστω και με τη μορφή διαφημιστικού τρικ. Εκατομμύρια πολιτών κινητοποιήθηκαν το 1999, περιμένοντας να δουν την πρώτη φορά στο σεξ δυο νεαρών από τις ΗΠΑ, που τελικά δεν πραγματοποιήθηκε...

- **Η κατάργηση του ιδιωτικού ασύλου**

Η τεχνολογία και τα συστήματα παραπληροφόρησης, σε συνδυασμό με την άκρατη εμπορευματοποίηση του σεξ, οδήγησαν στις ειδήσεις των τελευταίων ετών, σύμφωνα με τις οποίες η ερωτική ζωή ανυποψίαστων πολιτών έγινε βιντεοταινία με σκοπό την πώληση.

Αλλά και γενικότερα η ιδιωτική μας ζωή όλο και περισσότερο δημοσιοποιείται και ο αυστηρά ιδιωτικός μας χώρος μικραίνει. Η σεξουαλικότητα όμως απαιτεί τον δικό της ιδιωτικό χώρο, απαραβίαστο και αυστηρά προσωπικό.

- **Η διεθνοποίηση του άγχους**

Η καλή σεξουαλική λειτουργία προϋποθέτει καλή σωματική και ψυχική υγεία. Στις μέρες μας το άγχος από ατομικό ψυχολογικό πρόβλημα, κατέλαβε όλη την οικογένεια και τείνει να καταλάβει ολόκληρη την ανθρωπότητα.

Για τις ανεπτυγμένες χώρες η επιτάχυνση των ρυθμών εργασίας προς όφελος της παραγωγικότητας και η συνεχής τάση των ανθρώπων να καταναλώνουν όλο και περισσότερα αγαθά συσσωρεύουν περισσότερο άγχος για όλες τις ομάδες των πολιτών.

Το άγχος σεξουαλικής επίδοσης είναι μία ιδιαίτερη μορφή άγχους που καλλιεργείται συστηματικά από την κοινωνία και ένα μέρος των ΜΜΕ.

- **Η αυθαίρετη ενσωμάτωση παραφιλικών συμπεριφορών**

Παραφιλίες ονομάζονται στην Ιατρική οι διαστροφές. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα όρια της υγιούς σεξουαλικότητας αλλάζουν ανά τους αιώνες, επηρεαζόμενα από κοινωνικές συμπεριφορές, ηθικούς κανόνες, ιατρικούς κανόνες κ.λπ.

Στις μέρες μας επιχειρείται μία απότομη και άρα αυθαίρετη προσπάθεια να ενσωματωθούν στην υγιή σεξουαλικότητα συμπεριφορές που πρόσφατα δεν περιέχονταν σ' αυτήν.

Έτσι π.χ. ο τρανσβεστιτισμός και ο τρανσεξουαλισμός παρουσιάζεται από μερίδα των ΜΜΕ σαν ενδιαφέρουσα σεξουαλική συμπεριφορά αλλά και σαν μέσο κοινωνικής και οικονομικής καταξίωσης.

Οί μεμονωμένες ιστορίες παραφιλικών συμπεριφορών προβάλλονται σαν πρότυπα και προβληματίζουν τους νέους.

Άλλες πάλι αμφισβητούμενες συμπεριφορές, όπως το ομαδικό σεξ, προβάλλονται σαν πρότυπα σεξουαλικής ικανοποίησης.

- **Η αδυναμία έτοιμων απαντήσεων και ξεκάθαρων θέσεων γύρω από τη σεξουαλικότητα**

Μέχρι πριν περίπου μερικά χρόνια οι άνθρωποι είχαν πιο ξεκάθαρες θέσεις και απόψεις γύρω από τη σεξουαλικότητα.

Πρακτικά, σε όλα τα ερωτήματα οι πολίτες είχαν έτοιμες σαφείς απαντήσεις. Σήμερα αν θέσουμε τα ίδια ερωτήματα στους ανθρώπους, αρκετοί θα δυσκολευτούν να πάρουν θέση, καθώς επίσης αρκετοί θα απαντήσουν "δεν ξέρω" ή "δεν απαντώ".

Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ είναι αναπόσπαστο μέρος της ζωής μας και επηρεάζει τη διαμόρφωση της προσωπικής μας ταυτότητας. Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα αρχίζει με τη γέννηση και συνεχίζεται σε προχωρημένη ηλικία. Οι διαθέσεις και οι αξίες μας που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα είναι εξαρτημένες από τις πολιτισμικές μας ρίζες και καθορίζονται από την οικογένεια, τη θρησκεία, τους φίλους μας, τα οικονομικά μας, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και οπωσδήποτε το σχολείο. Η κατανόηση της δικής μας σεξουαλικότητας και αυτής των άλλων ατόμων αποτελεί σημαντική πλευρά της ζωής μας και οι διαδικασίες προσέγγισης της θα πρέπει να αποτελούν τμήμα της Αγωγής Υγείας. Με δεδομένο ότι η ανθρώπινη σεξουαλικότητα, σε κάθε κοινωνικό σχηματισμό, επηρεάζεται σημαντικά από τα κοινοτικά και θρησκευτικά ήθη, η σεξουαλική αγωγή εμπίπτει σε συγκεκριμένα πολιτισμικά πλαίσια διαμόρφωσης.

Η εμφάνιση του προβλήματος του AIDS αύξησε πολύ τη συνειδητοποίηση του κοινού για την ανάγκη καλά σχεδιασμένοι προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία. Η σεξουαλική αγωγή, όμως, δε θεωρείται μόνο ένα προληπτικό μέτρο για την αντιμετώπιση των Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (ΣΜΝ), αλλά μπορεί να συνεισφέρει στην ατομική ανάπτυξη και στην καλλιέργεια ισορροπημένων διαπροσωπικών σχέσεων.

Τι είναι η σεξουαλική αγωγή; Ποιοι είναι οι στόχοι της;

Μπορούμε να θέσουμε τουλάχιστον οκτώ γενικούς στόχους στην ανάπτυξη ενός προγράμματος σεξουαλικής αγωγής.

§ να καταπολεμηθεί η άγνοια και να αυξηθεί η κατανόηση

§ να μειωθεί η ενοχή και η ανησυχία

- § να προαχθεί υπεύθυνα συμπεριφορά
- § να καταπολεμηθεί η σεξουαλική εκμετάλλευση
- § να καλλιεργηθεί η ικανότητα να παίρνει κανείς αποφάσεις, αφού προηγηθεί σωστή ενημέρωση
- § να διευκολυνθεί η επικοινωνία σχετικά με σεξουαλικά ζητήματα³³

2.3 Μέθοδοι Αντισύλληψης

Αντισύλληψη στους νέους

Το ένα πέμπτο του πληθυσμού της γης, περισσότεροι δηλαδή από ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι, είναι μεταξύ 10 και 19 ετών.

Κάθε χρόνο περίπου 15 εκατομμύρια κορίτσια, ηλικίας κάτω των 20 χρόνων, μένουν έγκυες. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, το 20-60% αυτών των κυήσεων καταλήγουν σε έκτρωση, με όλους τους κινδύνους επιπλοκών υγείας, κυρίως όσο αφορά την μελλοντική τους γονιμότητα. Πέρα από τους κινδύνους αυτούς, σημαντικές είναι οι αρνητικές συνέπειες σε επίπεδο συναισθηματικό, οικονομικό και μορφωτικό.

Από το 1960 που δημιουργήθηκαν οι πρώτες διεθνείς οργανώσεις οικογενειακού προγραμματισμού μέχρι σήμερα καταγράφηκαν περισσότερες από 400 εκατομμύρια ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες.

Κάθε χρόνο 13 με 15 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας κάτω των πέντε χρόνων πεθαίνουν από έλλειψη φροντίδας και τροφής. Αν όλα τα παιδιά γεννιόνταν με διαφορά τουλάχιστο δυο χρόνων από τα προηγούμενα, τρία με τέσσερα εκατομμύρια από αυτά που πεθαίνουν κάθε χρόνο θα είχαν σωθεί.

Αν όμως για τις αναπτυσσόμενες χώρες ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί επιτακτική ανάγκη, για τις αναπτυγμένες χώρες αποτελεί δικαίωμα για το κάθε ζευγάρι, δεδομένου ότι σήμερα γίνεται από όλους αποδεκτό ότι οι άνθρωποι δικαιούνται να επιλέγουν το χρόνο απόκτησης παιδιών, εξασφαλίζοντας γι' αυτά καλύτερες συνθήκες διαβίωσης και για την οικογένεια καλύτερες προϋποθέσεις ευτυχίας.

Ειδικά για τους νέους, η σωστή εφαρμογή κανόνων αντισύλληψης

επιτρέπει την αποφυγή κήσεων σε ηλικίες που θα καταλήξουν συνήθως σε έκτρωση, τραυματίζοντας τις νεαρές κοπέλες σωματικά, ψυχικά και συναισθηματικά.

Από πολλές μελέτες έχει αποδειχτεί ότι τα νεαρά κορίτσια καθυστερούν περίπου ένα χρόνο από την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας μέχρι τη χρησιμοποίηση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου. Ένα μεγάλο επίσης ποσοστό κοριτσιών ξεκινάει τη χρησιμοποίηση αντισυλληπτικής μεθόδου μετά την πρώτη εγκυμοσύνη, που συνήθως καταλήγει σε έκτρωση.

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, το ζευγάρι πρέπει να έχει το δικαίωμα να αποφασίζει για τον αριθμό των παιδιών και το μέγεθος της οικογένειας που επιθυμεί. Με βάση αυτή τη διακήρυξη έχουν δημιουργηθεί στις περισσότερες χώρες του κόσμου Υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού με σκοπό την ενημέρωση των πολιτών σε θέματα αντισύλληψης και ελέγχου των γεννήσεων.

Τέλος, πολλές αντισυλληπτικές μέθοδοι προστατεύουν την υγεία, όπως τα αντισυλληπτικά χάπια από ορισμένους καρκίνους και το προφυλακτικό από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, συμπεριλαμβανομένου και του AIDS.

Η έννοια της αντισύλληψης

Με τον όρο αντισύλληψη εννοούμε τις μεθόδους και τα μέσα που εφαρμόζονται προσωρινά για να αποφύγουμε μια εγκυμοσύνη. Αντίθετα, αν η μέθοδος έχει σκοπό τη μόνιμη κατάργηση της γονιμότητας ενός ζευγαριού, τότε ομιλούμε για στειροποίηση.

Οι σπουδαιότερες προϋποθέσεις για κάθε αντισυλληπτική μέθοδο

είναι:

- η μεγάλη αποτελεσματικότητα, που αποτελεί και το βασικό ζητούμενο από μια μέθοδο αντισύλληψης.
- η αθωότητα, με την έννοια ότι δεν βλάπτει την υγεία του ατόμου που τη χρησιμοποιεί.
- Η γρήγορη ανστρεψιμότητα του αντισυλληπτικού αποτελέσματος μετά τη διακοπή εφαρμογής της μεθόδου, με την έννοια ότι η γονιμότητα επανέρχεται άμεσα.
- η ευκολία αποδοχής από τους ανθρώπους, με την έννοια ότι δεν απαιτείται ευρύς ιατρικός έλεγχος, ιατρική εφαρμογή και συχνή παρακολούθηση.
- το χαμηλό κόστος, είτε αυτό επιβαρύνει τους πολίτες, είτε την ίδια την πολιτεία ή τους παγκόσμιους οργανισμούς.

Όλες οι αντισυλληπτικές μέθοδοι μπορούν να αποτύχουν, δεδομένου ότι η αποτελεσματικότητά τους δεν είναι 100%, πέρα από το γεγονός ότι είναι δυνατό να μη χρησιμοποιούνται σωστά. Επιπλέον, οι πιο αποτελεσματικές μέθοδοι αντισύλληψης μπορεί να έχουν μικρότερες ή μεγαλύτερες παρενέργειες. Γι' αυτό η χρησιμοποίησή τους γίνεται με ιατρικές οδηγίες, ορισμένες δε από αυτές απαιτούν και κάποια ιατρική παρακολούθηση.

Μια αντισυλληπτική μέθοδος θεωρείται πολύ αποτελεσματική όταν το ποσοστό των ανεπιθύμητων κυήσεων είναι μικρότερο από 2% σε 100 γυναίκες που χρησιμοποιούν τη μέθοδο για ένα χρόνο. Μέτρια αποτελεσματική θεωρείται η μέθοδος όταν το ποσοστό ανεπιθύμητων κυήσεων είναι μέχρι 25% και λίγο αποτελεσματική όταν το ποσοστό αποτυχίας είναι πάνω από 25%. Η αποτελεσματικότητα των διαφόρων

αντισυλληπτικών μεθόδων φαίνεται στον Πίνακα.

Αποτελεσματικότητα αντισυλληπτικών μεθόδων

Μέθοδοι υψηλής αποτελεσματικότητας	Αντισυλληπτικό χάπι Σπιράλ	99%
		98%
Μέθοδοι μέτριας αποτελεσματικότητας	Σπερματοκτόνες ουσίες	80%
	Κολπικό διάφραγμα	75%
	Κολπικός αντισυλληπτικός σπόγγος	75%
Μέθοδοι χαμηλής αποτελεσματικότητας	Θηλασμός	70%
	Μέθοδος ρυθμού	65%
	Κολπικές πλύσεις	
Αντισυλληπτικές μέθοδοι που εφαρμόζονται από τον άντρα		
	Προφυλακτικό	95%
	Διακοπτόμενη συνουσία	65%

Αντισυλληπτικοί μέθοδοι

1. Διακοπτόμενη συνουσία. Η μέθοδος δεν κρίνεται ικανοποιητική, πρώια γιατί μπορεί να διαταράζει τις σεξουαλικές σχέσεις, επειδή ο άντρας πρέπει να βρίσκεται σε αδιάκοπη επιφυλακή στη διάρκεια της συνουσίας, και δεύτερο γιατί η μέθοδος έχει αποτυχία σε συχνότητα 18-20%, Η αυξημένη αποτυχία οφείλεται στο γεγονός, πως με τον οργασμό και πριν από την εκσπερμάτιση, εκκρίνεται υγρό, που είναι δυνατό να περιέχει σπερματοζώαρια.

2. Διάφραγμα τραχήλου. Αυτό είναι ελαστικό, σε διάφορο μέγεθος, αλειμμένο με σπερμοκτόνα αλοιφή και εφαρμόζεται με τα δάχτυλα ή με ειδικό εργαλείο πάνω στο εξωτερικό τραχηλικό στόμιο πριν από τη

συνουσία για 6-8 ώρες μετά από αυτή. Είναι, όμως, δυνατό να παραμείνει και για 24 ώρες, χωρίς να προκαλέσει καμιά ενόχληση,

Η χρησιμοποίηση του διαφράγματος του τραχήλου έχει συχνότητα αποτυχίας 12-14% από κακή εφαρμογή. Σε καλή εφαρμογή του καν με τη χρησιμοποίηση σπερμοκτάνας αλοιφής η συχνότητα αποτυχίας μπορεί να κατεβεί στο 2-4%.

3. Χημικά μέσα. Στα χημικά μέσα για αντισυλληπτικό άκοπο ανήκουν:

1) Οι σπερμοκτόνες ουσίες, που φέρονται στο εμπόριο με τη μορφή ζελατίνας ή κρέμας ή κολπικών υπόθετων και έχουν σκοπό, με το επίχρισμα τους στα τοιχώματα του κόλπου. και του τραχήλου, να εμποδίσουν τη διέλευση των σπερματοζωαρίων. Εφαρμόζονται πριν από τη συνουσία,

2) Οι κολπικές πλύσεις με ζεστό ή κρύο νερό ή με όξινα διαλύματα ή με διάλυση κινίνου, χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Τα χημικά μέσα έχουν ποσοστό αποτυχίας γύρω στα 15%.

4.Ενδομήτρες συσκευές I.U.D ή ενδομήτρια σπειράματα. Τα ενδομήτριο σπειράματα είναι διάφορου σχήματος, κατασκευασμένα από πλαστική ύλη (πρώτη γενιά, 1365) ή από μεταλλική, όπως είναι ο χαλκός (δεύτερη γενιά, 1974) ή περιέχουν προγεστερόνη ή προγεστερονοειδές και εισάγονται στην ενδομήτρια κοιλότητα από το τραχηλικό στόμιο.

Αντενδείξεις. Δεν θα εφαρμόσουμε ενδομήτριο σπειράματα σε οξείες και χρόνιες φλεγμονές του γεννητικού συστήματος, σε Παλιά έκτοπη εγκυμοσύνη, σε ενδομητρίωση, σε πολύποδες και ινομύωμα της μήτρας, σε διαπλαστικές ανωμαλίες της μήτρας, σε υπερπλασία του

ενδομητρίου και σε δυσμηνόρροια.

Μετά την εξαίρεση της ενδομήτριας συσκευής η γονιμότητα της γυναίκας επανέρχεται. Το ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου φτάνει το 2%.

Επιπλοκές. Η συχνότητα απόρριψης της συσκευής φτάνει το 10% και της ανάγκης εξαίρεσης της, γιατί προκάλεσε ανεπιθύμητα συμπτώματα (πόνος, αιμορραγία), φάνει το 15%. Η αιμορραγία οφείλεται, όχι σε ορμονική ανωμαλία, αλλά σε τοπική επίδραση στο ενδομήτριο και σε αυξημένη έκκριση π ρ οστα γλανδινών.

Ανάμεσα στις επιπλοκές, που προκαλούνται από την εφαρμογή ενδομήτριου σπειράματος αναφέρονται, ο πόνος, από σύσπαση της μήτρας, η άμεση αιμορραγία, η διάτρηση της μήτρας, η έκτοπη ή η ενδομήτρια εγκυμοσύνη, η σηπτική έκτρωση, αν δεν εξαιρεθεί η συσκευή σε περίπτωση ενδομήτριας εγκυμοσύνης, και η αυξημένη συχνότητα αυτόματων εκτρώσεων.

Όσο για τον κίνδυνο μόλυνσης του ενδομητρίου, είναι γεγονός, πως τις πρώτες 48 ώρες από την εφαρμογή, η ενδομήτρια κοιλότητα μολύνεται σε συχνότητα 80%, αλλά σε 30 ημέρες, οι αμυντικές δυνάμεις, εξουδετερώνουν κάθε μικροβιακό παθογόνο παράγοντα.

Υπολογίστηκε, πως σε 1.000.000 γυναίκες, που χρησιμοποιούν ενδομήτριο σπείραμα, οι 3-5 θα πεθάνουν από επιπλοκή, που προκάλεσε η εφαρμογή του. Παρ' όλα αυτά η μέθοδος είναι περισσότερο ασφαλής από την άμβλωση.

Άλλες συσκευές. Εκτός από τις ενδομήτριες συσκευές χρησιμοποιούνται και ενδοτραχηλικές τέτοιες σε σχήμα λεπτού σωληναρίου από σιλικόνη ή πολυπροπυλένιο, που περιέχουν

προγεστερονοειδείς ουσίες, και ενδοκοιλιακές συσκευές, σε σχήμα δαχτυλιδιού, που περιέχουν στεροειδείς ουσίες³⁵.

5. Αντισυλληπτικό δισκίο. Από το 1940 ήταν γνωστό, πως τα φυσικά οιστρογόνα προκαλούν αναστολή της έκκρισης των γοναδοτροπών ορμονών και έλλειψη ωοθυλακιωρρηξίας. Αλλά η χορήγηση τους για πολλές ημέρες και για μεγάλες δόσεις, η αιμορραγία, που ακολουθούσε μετά τη διακοπή της χορήγησής τους, και η αποτυχία τους σε ορισμένες περιπτώσεις, προκάλεσαν αντιδράσεις. Αργότερα, το 1953, διαπιστώθηκε, πως ορισμένα συνθετικά προγεστεροναειδή αναστέλλουν κι αυτά την ωοθυλακιωρρηξία, αλλά έχουν τα ίδια αποτελέσματα με τα οιστρογόνα.

Το 1956 ο Αμερικανός βιολόγος Dincus εμπνεύσθηκε τα αντισυλληπτικά δισκία, που περιείχαν συνδυασμό ενός συνθετικού οιστρογόνου και ενός συνθετικού προγεστερονοειδούς της προτίμησης του εργοστασίου, που τα παρασκεύαζε.

Μορφές. Τα αντισυλληπτικά δισκία, ανάλογα με τη σύνθεση τους διακρίνονται:

1) Σ' αυτά, που έχουν σταθερή σύνθεση, δηλαδή το μείγμα οιστρογόνων και προγεστερονο είδους βρίσκεται σε όλα τα χάπια στην ίδια αναλογία.

2) Σ' αυτά, που είναι διαδοχικής σύνθεσης, δηλαδή τα πρώτα 16 περιέχουν μόνο οιστρογόνα και τα υπόλοιπα 5 μείγμα οιστρογόνων και προγεστεροναειδούς.

3) Σ' αυτά, που περιέχουν μόνο προγεστερονοειδές (μικροχάπι).

Σήμερα, προτιμάμε τα διφασικά σχήματα, δηλαδή τη διαδοχική χορήγηση δύο συνθέσεων ή τα τριφασικά, δηλαδή τη διαδοχική

χορήγηση τριών συνθέσεων.

Από τις συνθετικές οιστρογόνες ορμόνες στην κατασκευή αντισυλληπτικών δισκίων προτιμάται η αιθινυλοιστραδιόλη σε δόση 30-50 mg κατά δισκίο.

Από τα προγεστερονοειδή προτιμάται η λεβονοργεστρέλη σε δόση από 0,5-0,125mg ανάλογα με το αν το δισκίο είναι διφασικό ή τριφασικό.

Στο μικροχάπι, που περιέχει μόνο προγεστερονοειδές προτιμώνται παράγωγα των 19-νορστεροειδών(νοργεστρέλη,λυνοιστρενόλη κ.λπ.).

Τρόπος χορήγησης. Η λήψη των αντισυλληπτικών δισκίων αρχίζει την 5η ημέρα του κύκλου, κρατάει ως την 20ή-22η, ανάλογα με το σκεύασμα, και γίνεται κατά προτίμηση το βράδυ, πριν από την κατάκλιση, για ν' αποφεύγονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες του, όπως είναι η ναυτία.

Αν η γυναίκα ξεχάσει να πάρει το δισκίο μία ημέρα, τότε πρέπει να διπλασιάσει τη δόση την επόμενη ημέρα, δηλαδή να πάρει δύο δισκία. Η εμμηνορρυσία επέρχεται δύο-τρεις ημέρες μετά τη διακοπή της χορήγησης του φαρμάκου.

Αν καθυστερήσει παραπάνω από έξι ημέρες, τότε την 7η ημέρα αρχίζει η λήψη του πρώτου δισκίου του νέου κύκλου. Αν η εμμηνορρυσία καθυστερήσει και για δεύτερο μήνα, τότε πρέπει να αναζητηθεί η αιτία της καθυστέρησης.

Η αποτελεσματικότητα της χορήγησης αντισυλληπτικών δισκίων φτάνει το 96-93%, γιατί δεν εμποδίζει πάντοτε την ωοθυλακιορρηξία. Διαπιστώθηκε, πως η συχνότητα της έκτοπης εγκυμοσύνης (ωοθηκικής ιδιαίτερα) και των αυτόματων εκτρώσεων είναι μεγαλύτερη, όταν χορηγούνται αντισυλληπτικά δισκία.

Ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αντισυλληπτικών δισκίων, που μέχρι τώρα περιγράφηκαν, ξεπερνάνε τις 52. Οι σπουδαιότερες από αυτές είναι:

Η παροδική ίνωση των ωοθηκών, το μέγλωμα ινομύοματος, η αμηνόρροια ή η ολιγομηνόρροια, η μεσοκυκλική αιμορραγία, που οφείλεται στη μικρή περιεκτικότητα του δισκίου σε οιστρογόνα, η ανάπτυξη ηπατοκυτταρικού αδενώματος, η πολυπώδης υπερπλασία του ενδοτραχηλικού επιθηλίου, η κολπίτιδα, η χαλάρωση των μαστών, οι διαταραχές της έκκρισης του γάλακτος στις θηλάζουσες, η γαλακτόρροια (σπάνια), οι ποιοτικές αλλαγές των πρωτεϊνών του αίματος, οι διαταραχές των παραγόντων της πήξης του αίματος, η κατακράτηση υγρών, ο πονοκέφαλος, η μελαγχολία, η κατάθλιψη, η αλλαγή ψυχικής διάθεσης, η υπέρταση, η θρομβοφλεβίτιδα (4,4 φορές συχνότερη), οι διαταραχές του μεταβολισμού των υδατανθράκων και των λιποειδών, η χολολιθίαση, η ναυτία και ο εμετός, οι εγκεφαλικές θρομβώσεις (9 φορές συχνότερες), οι εγκεφαλικές αιμορραγίες (2 φορές συχνότερες), τα εμφράγματα του μυοκαρδίου (4 φορές συχνότερα και σε καπνίστριες 11 φορές συχνότερα), η αύξηση του βάρους από κατακράτηση ύδατος ή από αύξηση της όρεξης ή, αντίθετα, η απώλεια βάρους, η ελάττωση της σεξουαλικής επιθυμίας, η υπέρχρωση του δέρματος, που μοιάζει με το χλόασμα της εγκυμοσύνης και που χειροτερεύει, όταν το δέρμα εκτεθεί στον ήλιο, η εύκολη μόλυνση του ουροποιητικού συστήματος, η ελκωτική κολίτιδα, οι αμφιβληστροειδικές εμβολές, η ελάττωση της ανοσοποιητικής άμυνας του οργανισμού, η αύξηση της πιθανότητας αυτόματης έκτρωσης, ιδιαίτερα σε γυναίκες ηλικίας πάνω από 35 χρονών γι' αυτό δεν συνιστάται σύλληψη αμέσως μετά τη διακοπή της χορήγησης τους κ.λπ.

Η σχέση των αντισυλληπτικών δισκίων με τον καρκίνο του τραχήλου και των μαστών, συζητείται. Τα τελευταία βελτιωμένα δισκία, αναφέρεται, πως ελαττώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου και των ωοθηκών.

Αν σταματήσει η χορήγηση των δισκίων για λίγες ημέρες, μπορεί να συμβεί σύλληψη. Όσο για την επίδραση τους στη μετέπειτα γονιμότητα, δεν υπάρχουν ενδείξεις, πως αυτά προσβάλλουν το έμβρυο. Ίσως να προκαλούν αρσενικοποίηση στα θηλυκά έμβρυα. Η γονιμοποίηση μετά τη διακοπή της θεραπείας με αντισυλληπτικά δισκία στο 20% των γυναικών καθυστερεί 2-3 μήνες.

Αντενδείξεις, Η χορήγηση των αντισυλληπτικών δισκίων πρέπει ν' αποφεύγεται:

- 1) Σε καρκίνο της μήτρας και των μαστών.
- 2) Σε οξείες και χρόνιες παθήσεις του συκωτιού.
- 3) Σε κίρσους και σε προηγηθείσες θρομβοφλεβίτιδες.
- 4) Σε αδιάγνωστες διαταραχές του γεννητικού κύκλου.
- 5) Σε εγκυμοσύνη
- 6) Σε υπερλιπιδαιμία και διαβήτη.
- 7) Σε ινομώματα της μήτρας.
- 8) Σε υπέρταση και επιληψία.
- 9) Στην κλιμακτηριακή ηλικία, γιατί αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης εμφραγμάτων του μυοκαρδίου.

Όσες γυναίκες παίρνουν αντισυλληπτικά δισκία, πρέπει να εξετάζονται 3 μήνες μετά την πρώτη δόση και κάθε 6-12 μήνες ύστερα. Ο έλεγχος αφορά στους μαστούς, στο γεννητικό σύστημα, στην

αρτηριακή πίεση, στο βάρος κ.λπ.

6 Άλλες ορμόνες. Εκτός από τα αντισυλληπτικά δισκία που περιγράψαμε παραπάνω για την επιτυχία αντισύλληψης χρησιμοποιούνται και τα παρακάτω ορμονικά μέσα:

Το δισκίο της "επόμενης ημέρας". Αυτό παίρνεται μετά τη συνουσία. Για την κατασκευή του χρησιμοποιούνται:

1) Οιστρογόνα (διεθυλοστιλβοιστρόλη, αιθινυλοιστραδιόλη ή συζευγμένα οιστρογόνα), που εμποδίζουν την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου από αλλαγή του ενδομητρίου ή επιταχύνουν την κάθοδο του ωαρίου από αύξηση της συσταλτικότητας των σαλπίνγων ή αναστέλλουν την εκκριτική λειτουργία του ωχρού χωματίου. Η λήψη του δισκίου "της επόμενης ημέρας" γίνεται δύο φορές την ημέρα από ένα δισκίο για 5 ημέρες.

2) Προγεστερονοειδή (νοργεστρέλη, οξική κουινγεστανόλη), που εμποδίζουν την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Το δισκίο παίρνεται τις 3 πρώτες ημέρες μετά τη συνουσία ή τις πρώτες 24 ώρες μετά από αυτή, ανάλογα με το προγεστερονοειδές, που χρησιμοποιείται για την κατασκευή του,

3) Συνδυασμός οιστρογόνων-προγεστερονοειδούς, που εμποδίζει την εμφύτευση. Το δισκίο παίρνεται μία φορά μετά τη συνουσία ή άλλη μία φορά σε 12-24 ώρες.

Προγεστερονοειδή. Αυτά χορηγούνται με τη μορφή της οξικής μεδροξυπρογεστερώνης ενδομυϊκά και σε δόση 150 mg κάθε 3 μήνες. Προκαλούν μόνιμη αναστολή της έκκρισης της L-H, γιατί δρουν στον υποθάλαμο και δεν επιτρέπουν την έκκριση της εκλυτικής ορμόνης GnRH.

Άλλες προγεστερονοειδές είναι η νορεθιντρόνη, που χορηγείται σε δόση 200 mg κάθε 2 μήνες για τρεις φορές και ύστερα κάθε 3 μήνες.

Τα προγεατερονοειδή μπορούν να χορηγηθούν και συνδυασμένα με οιστρογόνες ορμόνες ενδομυϊκά κάθε μήνα.³⁶

7.Χειρουργικές επεμβάσεις. Οι χειρουργικές επεμβάσεις, που προτάθηκαν για την επιτυχία αντισύλληψης ή στειροποίησης στη γυναίκα, αφορούν στην προσωρινή ή μόνιμη έμφραξη των σαλπίγγων. Πάνω από 100 μέθοδοι προτάθηκαν για την επιτυχία χειρουργικής στειροποίησης στη γυναίκα. Από αυτές, οι σπουδαιότερες είναι οι παρακάτω, που τις διακρίνουμε σε κοιλιακές, κοιλιακές και λαπαροσκοπικές.

Κοιλιακές. Αυτές γίνονται ύστερα από μικρή τομή Pfannenstrel και είναι:

1)Η απλή απολίνωση των μεσαίων τρίτη-μορίων των σαλπίγγων με ράμμα.

2)Η απλή απολίνωση των μεσαίων τρίτη- μορίων των σαλπίγγων με εφαρμογή δακτυλίου από σιλκόνη, που μπορεί να αφαιρεθεί, όταν επιθυμείται η αποκατάσταση της διαβατότητας των σαλπίγγων.

3) Η απολίνωση των σαλπίγγων ύστερα από σύνθλιψη τους με λαβίδα.

4)Η τεχνική του Medlener, δηλαδή, η ανύψωση των σαλπίγγων, η σύλληψη τους, η σύνθλιψη τους και η απολίνωση των δύο παράλληλων τμημάτων τους και των μεσοσαλπιγγίων, που βρίσκονται ανάμεσα από αυτά.

5)Η διατομή των σαλπίγγων ύστερα από δύο απολινώσεις τους, που απέχουν μεταξύ τους 1 εκ. και ο ενταφιασμός των κολοβωμάτων μέσα

στα πέταλα των πλατεών συνδέσμων ή μέσα στην κυστεομητριάδα πτυχή.

6) Η εκτομή των μεσαίων τριτημορίων των σαλπίνγων ή ολόκληρων των σαλπίνγων.

7) Η τεχνική του Ρομεροϋ που αποβλέπει στην εκτομή τμημάτων των σαλπίνγων και στον ενταφιασμό των κολοβωμάτων τους.

8) Ο ενταφιασμός των κωδώνων των σαλπίνγων.

9) Η κοιλιακή υστερεκτομία σε γυναίκες, που έχουν παιδιά και θέλουν να προφυλαχθούν από μελλοντικές παθήσεις του σώματος της μήτρας και του τραχήλου.

Κολπικές. Αυτές γίνονται ύστερα από κολποτομία, δουγλασειοσκοπία ή υστεροσκοπία και είναι:

1) Η κολπική υστερεκτομία σε πολυτόκες.

2) Η πρόσθια κολποτομία. η ανεύρεση των σαλπίνγων και η απολίνωση τους.

3) Η οπίσθια κολποτομία, η ανεύρεση των σαλπίνγων και η απολίνωση τους. Αυτή είναι ευκολότερη από την προηγούμενη, γιατί οι σάλπιγγες βρίσκονται ευκολότερα.

4) Η ύστερα από δουγλασειοσκόπηση ηλεκτροκαυτηρίαση ή απολίνωση των σαλπίνγων με αγκτήρα.

5) Η ύστερα από υστεροσκόπηση ηλεκτροκαυτηρίαση των μητριάων οτομίοντων σαλπίνγων με σκοπό τη δημιουργία ουλώδους ιστού, που βουλώνει τα στόμια.

6) Η ύστερο από υστεροσκόπηση εφαρμογή βυσμάτων από πλαστική ύλη στα κέρατα της μήτρας για την έμφραξη των

μητριάων στομίων των σαλπίνγων.

Λαπαροσκοπικές. Αυτές γίνονται με τη χρησιμοποίηση του λαπαροσκοπίου, που μας βοηθάει και διαγνωστικά, δεν αποτελούν μεγάλες επεμβάσεις, η γυναίκα μπορεί να φύγει την ίδια ημέρα της επέμβασης και το κόστος τους είναι μικρό. Αυτές είναι:

1) Η ήλεκτροκαυτηρίαση των σαλπίνγων με ειδική λαβίδα, που χρησιμοποιείται για την ιστοληψία των ωθηκών, σ'ένα ή δύο σημεία με ή χωρίς διατομή των σαλπίνγων και με κίνδυνο αιμορραγίας των μεσοσαλπινγίων.

2) Η τοποθέτηση ειδικών αγκτήρων, όπως του Helka ή ειδικών δακτυλίων, όπως του Υοοπ (από σιλικόνη), που καταργούν τη διαπατότητα τωνσαλπινγικών αυλών και επιτρέπουν την αποκατάσταση τους όταν εξαιρεθούν.

Άμβλωση. Στις χειρουργικές επεμβάσεις μπορούμε να κατατάξουμε και την εκτέλεση άμβλωσης, που δεν αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο, γιατί δεν προλαβαίνει τη σύλληψη, αλλά αποβλέπει στην έξοδο ανεπιθύμητου κύηματος από την ενδομήτρια κοιλότητα. Άμβλωση μπορούμε να πετύχουμε:

1) Με την εισαγωγή λεπτού αναρροφητικού ρύγχους του Karman, στην ενδομήτρια κοιλότητα, που μας βοηθάει να αναρροφήσουμε το κύημα λίγες ημέρες μετά την καθυστέρηση της εμμηνορρυσίας ή και πριν την επέλευση της, όταν υπάρχουν φόβοι ανεπιθύμητης σύλληψης. Η μέθοδος δεν έτυχε καλής υποδοχής, γιατί το κύημα μπορεί να παραμείνει και μετά την αναρρόφηση και γιατί, σε περίπτωση έκτοπης εγκυμοσύνης, αυτή περνάει αδιάγνωστη στην αρχή της.

2) Με την αναρρόφηση του κύηματος ύστερα από διαστολή του

τραχήλου σε εγκυμοσύνη, που δεν περνάει τους 3 μήνες.

3) Με απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας, για την έξοδο του κυήματος σε εγκυμοσύνη, που δεν περνάει τους 3 μήνες.

4) Με την εξωαμνιακή έγχυση προσταγλανδίνης F_2 για να προκαλέσουμε συσπάσεις της μήτρας και έξοδο του κυήματος. Μετά την έξοδο του ακολουθεί απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας.

5) Με την εισαγωγή λαμιναριών (ρίζα θα λάσσιου φυτού, που έχει την ιδιότητα να φουσκώνει, όταν υγραίνεται) στην ενδοτραχηλική κοιλότητα, ύστερα από διαστολή του τραχήλου, για την επιτυχία μεγαλύτερης διαστολής του, και συσπάσεων της μήτρας, που οδηγούν στην έξοδο του κυήματος. Την έξοδό του ακολουθεί αναρρόφηση των υπολειμμάτων ή απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας.

6) Με την εφαρμογή λεπτού ενδομήτριου καθετήρα από σιλικόνη (του πρώτου συγγραφέα) ή καθετήρα Foley μέσα στην ενδομήτρια κοιλότητα, ύστερα από μικρή διαστολή του τραχήλου και εισαγωγή 10-15 κ. εκ. φυσιολογικού ορού, για την πρόκληση συσπάσεων του μυομητρίου και έξοδο του κυήματος. Ακολουθεί αναρρόφηση των υπολειμμάτων ή απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας.

7) Με την ενδοτραχηλική εφαρμογή προσταγλανδίνης F_2 κατά προτίμηση στο δεξιό πλάγιο της μήτρας, γιατί εκεί υπάρχουν περισσότεροι υποδοχείς, για την πρόκληση συσπάσεων. Ακολουθούν συσπάσεις της μήτρας, έξοδος του κυήματος και αναρρόφηση των υπολειμμάτων ή απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας.

9) Με την ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης, όταν η εγκυμοσύνη είναι μεγαλύτερη από 18 εβδομάδες, για την πρόκληση συσπάσεων του μυομητρίου. Τα αποτελέσματα της δεν είναι ικανοποιητικά. Συνδυάζεται

με ρήξη των εμβρυϊκών υμένων.

10) Με την ενδοαμνιακή έγχυση τόσης ποσότητας χλωριούχου διαλύματος, όσης αφαιρέσαμε με αμνιοπαρακέντηση σε αμνιακό υγρό. Παράλληλα χορηγούμε ενδοφλέβια ωκυτοκίνη.

11) Με την ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χορήγηση προσταγλανδίνης F₂ (πρόσφατα προτιμάται ο μεθυλικός εστέρας της) ή με την κοιλική ή από το ορθό εφαρμογή της σε υπόθετα.

12) Με την εκτέλεση υστεροτομίας, όταν η εγκυμοσύνη είναι προχωρημένη.

13) Με την εκτέλεση υστερεκτομίας, όταν η εγκυμοσύνη είναι μεγαλύτερη από 18 εβδομάδες, η γυναίκα πάνω από 36 ετών και δεν επιθυμεί την απόκτηση άλλων παιδιών.

Επιπλοκές της εκκένωσης της μήτρας α-ποτελούννη διάτρηση της και οι αιμορραγίες. Οι προσταγλανδίνες δυνατό να προκάλεσαν υπέρταση, ταχυκαρδία, ναυτία και εμετό. Απώτερες επιπλοκές των αμβλώσεων είναι η αιμορραγία από κατακράτηση υπολειμμάτων του κυήματος, η φλεγμονή, η θρομβοφλεβίτιδα, η δευτεροπαθής στέρωση από ανάπτυξη ενδομήτριων συμφύσεων η έμ-φραξη των σαλπγγικών ουλών, ο πρώιμος τοκετός από ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου. Το ποσοστό της θνησιμότητας προκειμένου για άμβλωση σε εγκυμοσύνη μικρότερη από 12 εβδομάδες υπολογίζεται σε 2: 100.000 και για άμβλωση σε εγκυμοσύνη μεγαλύτερη από 12 εβδομάδες 17: 100.000³⁷.

2.4 Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα

Οι ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ που μεταδίδονται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή χαρακτηρίζονται με τον όρο «Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα» (ΣΜΝ). Οι ασθένειες αυτές που προκαλούνται από μικροοργανισμούς είναι η σύφιλη, η βλεννόρροια, το μαλακό έλκος, το βουβωνικό κοκκίωμα, η μη ειδική ουρηθρίτιδα, ο έρπης των γεννητικών οργάνων, τα οξυτενή κονδυλώματα, η ηπατίτιδα Β και το AIDS. Από το 16ο αιώνα, οπότε ο άνθρωπος συνειδητοποίησε την ύπαρξη τους και χρησιμοποίησε τον όρο «αφροδίσια νοσήματα», η πρόληψη ήταν και εξακολουθεί να είναι μέχρι σήμερα η καλύτερη προστασία. Κατά το πρώτο ήμισυ του 20ού αιώνα η πρόληψη ή «αντιαφροδισιακός αγώνας» ήταν μια δογματική εκστρατεία που στηρίχτηκε κυρίως στον εκφοβισμό και στην προβολή των συμπτωμάτων των ασθενειών αυτών. Μετά το 1950, όμως, και ιδιαίτερα από τη δεκαετία του 1970 και μετά, οι προσπάθειες για την πρόληψη εστιάστηκαν στην ενημέρωση. Η πρόληψη σήμερα, έχει πολύ μεγάλη σημασία, γιατί υπάρχει αύξηση των ιογενούς αιτιολογίας ΣΜΝ (έρπης, κονδυλώματα) αλλά και μια ραγδαία επιδημική εξάπλωση του AIDS. Η αύξηση αυτή οφείλεται:³⁸

- Στην ελάττωση της ηλικίας της σεξουαλικής ωριμότητας και συνεπώς της πρώτης σεξουαλικής επαφής
- Στην αύξηση της χρήσης άλλων αντισυλληπτικών μεθόδων εκτός του προφυλακτικού (το οποίο προσφέρει προστασία), όπως αντισυλληπτικών χαπιών και ενδομήτριων σπειραμάτων
- Στην αύξηση της μετακίνησης των πληθυσμών, που έχει σαν αποτέλεσμα την έκθεση ορισμένων ομάδων, όπως τουριστών και μεταναστών, σε μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης.

Συμμετοχή, επίσης, στην αύξηση των ΣΜΝ έχει η αντοχή που απέκτησαν σήμερα οι μικροοργανισμοί στα αντιβιοτικά και το γεγονός ότι σήμερα γίνεται πληρέστερη καταγραφή των περιστατικών. Ο ακρογωνιαίος λίθος της πρόληψης είναι η πληροφόρηση και η ανάπτυξη υπεύθυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς. Μια τέτοια σεξουαλική συμπεριφορά μπορεί να αναπτυχθεί αν λάβουμε υπόψη τα εξής:

- κάθε άνθρωπος είναι κατά το ήμισυ υπεύθυνος για οτιδήποτε μπορεί να προκύψει από μια σεξουαλική επαφή
- περιστασιακές, βιαστικές και ανεύθυνες σεξουαλικές σχέσεις πρέπει να αποφεύγονται
- σε μια περιστασιακή σχέση η έγκαιρη και σωστή χρήση του προφυλακτικού είναι επιβεβλημένη
- ο γιατρός πρέπει να ενημερώνεται αμέσως για οποιοδήποτε σύμπτωμα, γιατί όσο νωρίτερα γίνεται η διάγνωση τόσο ευκολότερη και πιο αποτελεσματική είναι η θεραπεία⁶.

Τα κυριότερα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα

Νόσημα	Συμπτώματα	Παρατηρήσεις
AIDS Οφείλεται στον ιό HIV, ο οποίος καταστρέφει τα Τ λεμφοκύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος	Τις περισσότερες φορές μετά την προσβολή από τον ιό δεν εμφανίζεται κανένα σύμπτωμα. Σπάνια παρουσιάζεται πυρετός, ο οποίος υποχωρεί. Η νόσος εκδηλώνεται ύστερα από 5 έως 10 χρόνια, οπότε εμφανίζεται πυρετός, διάρροιες, απώλεια βάρους και διόγκωση λεμφαδένων εξαιτίας των ευκαιριακών μολύνσεων.	
Έρπης των γεννητικών οργάνων Οφείλεται στον ιό Herpes Virus I ή Herpes Virus II	Στην επιφάνεια του δέρματος του πέους ή του κόλπου εμφανίζονται μικρές φυσαλίδες 3-20 μέρες μετά τη μόλυνση. Στη συνέχεια οι φυσαλίδες γεμίζουν με υγρό, σπάνε και δημιουργείται κρούστα.	Πιθανότατα το πιο συχνό ΣΜΝ. Συνδέεται με αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Ο ιός μπορεί να προκαλέσει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποβολές ή πρόωρο τοκετό. Αν η μητέρα πάσχει από τη νόσο, μετά τον τοκετό το νεογέννητο αναπτύσσει τη λοίμωξη σε ποσοστό 50%.
Γονόρροια ή βλεννόρροια Οφείλεται στο βακτήριο <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Στις γυναίκες σπάνια εμφανίζονται συμπτώματα και όταν αυτά εμφανίζονται είναι μη φυσιολογικά εκκρίματα από τον κόλπο ή την ουρήθρα και επώδυνη ούρηση. Σε πιο προχωρημένο στάδιο εμφανίζονται πόνοι στη μήτρα και στις σάλπιγγες. Στους άνδρες εμφανίζεται πυώδης έκκριμα από το πέος και επώδυνη ούρηση 2 έως 10 μέρες μετά τη μόλυνση.	Είναι δυνατό να προκαλέσει στειρότητα ή αρθρίτιδα στους άντρες, αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα. Η επίτοκη μπορεί να μεταδώσει τη μόλυνση στο νεογνό κατά τη διάρκεια του τοκετού. Το νεογνό διατρέχει κίνδυνο να υποστεί κερατοειδίτιδα, η οποία μπορεί να καταλήξει σε τύφλωση.
Οξυτενή Κονδυλώματα Οφείλονται στον ιό Papilloma Virus	Τα κονδυλώματα εμφανίζονται στα χείλη του αιδοίου, στο πέος και μέσα ή γύρω από τον πρωκτό, 4 έως 20 εβδομάδες μετά τη μόλυνση.	Συχνό ΣΜΝ, το οποίο θεραπεύεται δύσκολα. Συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου της μήτρας.

Νόσημα	Συμπτώματα	Παρατηρήσεις
Μυκητίαση Οφείλεται σε μύκητες του γένους <i>Monillia</i> ή <i>Candiba</i>	Στις γυναίκες προκαλείται έντονος κνησμός στον κόλπο και στο αιδοίο, ερεθισμός του δέρματος και έκκριση παχύρρευστου λευκού και άοσμου κολπικού υγρού. Στους άνδρες εμφανίζονται μικρά επιφανειακά έλκη στο πέος ή στο όσχεο και κνησμός στη βάλανο.	Κατατάσσεται στα ΣΜΝ αν και συχνά αναπτύσσεται και χωρίς σεξουαλική επαφή.
Σύφιλη Οφείλεται στο βακτήριο <i>Treponema Pallidum</i> ή χωρά σπειροχαίτη	Στο πρώτο στάδιο εμφανίζεται στο πέος, στον κόλπο ή στον πρωκτό μια σκληρή πληγή 3 εβδομάδες μετά τη μόλυνση. Η πληγή αυτή είναι ανώδυνη και περιέχει πολλά βακτήρια. Αν και η πληγή εξαφανίζεται σε λίγες εβδομάδες, η νόσος εξελίσσεται και σε τρεις μήνες περίπου φτάνει στο δεύτερο στάδιο. Στο δεύτερο στάδιο εμφανίζονται εξανθήματα σε όλο το σώμα (συφιλιδική ροδάνθη). Στο τρίτο στάδιο, μετά από 10 -20 χρόνια η ασθένεια εξελίσσεται και μπορεί να προκαλέσει τύφλωση και θάνατο.	Το βακτήριο μεταδίδεται στο έμβρυο μέσω του πλακούντα προς το τέλος του 4ου μήνα της κύησης (έγκαιρη διάγνωση μπορεί να συντελέσει στην αποφυγή της μόλυνσης του εμβρύου). Αν δεν αποφευχθεί η μόλυνση του εμβρύου, τότε η συνέπεια μπορεί να είναι αποβολή, ενδομήτριος θάνατος ή γέννηση παιδιού με σύφιλη.
Χλαμύδια Οφείλονται σε βακτήρια του γένους <i>Chlamydia</i>	Οι γυναίκες συνήθως δεν εμφανίζουν συμπτώματα. Αν εμφανιστούν, αυτά είναι εκκρίσεις με κιτρινωπά, δύσοσμα υγρά. Στους άνδρες προκαλείται επώδυνη ούρηση.	Μπορεί να προκαλέσει ακόμα και στέρωση εξαιτίας φλεγμονής στην πύελο. Η ασθένεια μπορεί να προκαλέσει στο νεογνό πνευμονία ή / και επιπεφυκίτιδα
Φθειρίαση Οφείλεται στο αρθρόποδο (ψείρα εφηβαίου)	Το αρθρόποδο και τα αυγά του βρίσκονται στο δέρμα και στις ρίζες των τριχών του εφηβαίου. Οι γυναίκες και οι άνδρες εμφανίζουν κνησμό στο εφηβαίο, ιδίως τη νύκτα.	Οι ψείρες του εφηβαίου μπορούν να εξαπλωθούν και στις γειτονικές περιοχές. ³²

2.5 Το πρόβλημα του AIDS³⁹

Το Έιτς (AIDS), που η ονομασία του προέρχεται από το αρχικά των

αγγλικών λέξεων "Acquired Immune Deficiency Syndrome" (Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας), είναι η μάστιγα της εποχής μας. Αποτελεί, για τον άνθρωπο, μιαν ανίατη μόλυνση που δεν θεραπεύεται και που οδηγεί, τελικά, στο θάνατο. Προκαλείται από ιό, που καταστρέφει το φυσικό ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού και που μπορεί να προσβάλει άντρες και γυναίκες κάθε ηλικίας. Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης του είναι η πρόληψη του.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

Το ανοσοποιητικό σύστημα απαρτίζεται από μια σειρά δομών μέσα στο σώμα, οι οποίες το προστατεύουν έναντι των μολύνσεων. Από τα δύο είδη κυττάρων του αίματος, το ένα αντλεί το σύστημα του από τα Β-λεμφοκύτταρα, τα οποία παράγουν χημικά αντισώματα που αντιμάχονται κάθε ξένο εισβολέα στον οργανισμό, και το άλλο από τα Τ-λεμφοκύτταρα, που παράγουν μια ποικιλία χημικών αγγελιαφόρων, οι οποίοι μπορούν να προκαλούν ως και καταστροφή των εισβαλλόμενων ιών. Τα τελευταία διακρίνονται στα κατ' εξοχήν μαχητικά και στα βοηθητικά λεμφοκύτταρα, τα οποία και κυρίως προσβάλλονται από τον ιό του Έιτς.

Ο ΙΟΣ ΤΟΥ ΕΙΤΖ ΚΑΙ ΠΟΤΕ ΕΜΦΑΝΙΣΤΗΚΕ

Ο ιός του Έιτς, γνωστός με διάφορα ονόματα (LAVD κατά τον Montagnier, HTLV-III κατά τον Gallo, ARV κατά τον Lony), προσβάλλει τα κύτταρα του αίματος (λεμφοκύτταρα), τα οποία συγκροτούν την αμυντική ασπίδα του οργανισμού κατά των διαφόρων μολύνσεων. Πρωτοεμφανίστηκε στην τροπική Αφρική και από εκεί μεταδόθηκε, μετά το 1979, στην Καραϊβική κι ύστερα στις ΗΠΑ και την Ευρώπη, για να εξαπλωθεί απειλητικά, στις μέρες μας, σ' όλον τον κόσμο.

Διάγνωση του Έιτς έγινε, για πρώτη φορά, στις ΗΠΑ (ταυτόχρονα σε διάφορα κέντρα των δυτικών ακτών της χώρας), το 1981, επί ομοφυλοφίλων, στους οποίους εμφανίστηκε ξαφνικά καρκίνος (που εξελίχθηκε με ταχύτατο ρυθμό).

Έτσι, το 1981, μια νέα θανατηφόρα ασθένεια αναγνωρίζεται και περιγράφεται σε προηγούμενως υγιείς ομοφυλόφιλους στις ΗΠΑ. Η αυξανόμενη επίπτωση δύο σπάνιων μέχρι τότε νόσων, της πνευμονίας από *Pneumocystis Carinii* (PCP) και του σαρκώματος *karosis* σε νεαρούς ομοφυλόφιλους αποκάλυψε την ύπαρξη επιδημικών εστιών στους ομοφυλόφιλους της Νέας Υόρκης, του Αγίου Φραγκίσκου και του Λος Αντζελες.

Οι αναδρομικές μελέτες έδειξαν ότι η νόσος πρωτοεμφανίστηκε το 1978 σε πέντε ομοφυλόφιλους της Νέας Υόρκης, ενώ το 1979 είχαν αναφερθεί επτά νέα κρούσματα στην ίδια πόλη.

Επειδή τα πρώτα θύματα της άγνωστης ασθένειας ήταν νεαρά ομοφυλόφιλα άτομα, η ασθένεια ονομάστηκε "Gay syndrome", δηλαδή "νόσος των ομοφυλοφίλων". Λίγο αργότερα

οργανισμού τους, ασθένειες που, υπό κανονικές συνθήκες, δε θα αντιμετώπιζαν. Συχνά, ωστόσο, αρρωσταίνουν από Έιτς, τελικά, και οι φορείς του ιού του, ακολουθώντας και αυτοί το δρόμο της κατάρρευσης και του θανάτου.

ΠΩΣ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΤΑ ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ ΕΪΤΖ ΑΝΑ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

Κατά το 1982 υπήρχαν, επίσημα διαπιστωμένα κσί δηλωμένα, 20 - 25.000 κρούσματα Έιτς, τα οποία, όμως, πρέπει να ήταν πολύ περισσότερα (μη Εξακριβωμένα και μη αναπτυγμένα πλήρως),

δεδομένου ότι ο κάθε φορέας της αρρώστιας θεωρητικά μεταδίδει τον ιό σε 30-50 πρόσωπα. Η θνησιμότητα από το Έιτς φτάνει τα 60% των περιπτώσεων. (Στην Αγγλία επί 200 ασθενών σημειώθηκαν 110 θάνατοι).

ΠΩΣ ΕΠΕΝΕΡΓΕΙ Ο ΙΟΣ ΤΟΥ ΕΙΤΖ

Ο ιός του Έιτς προσβάλλει κατευθείαν το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού. Τούτο απαρτίζεται από δύο είδη κυττάρων του αίματος (humoral και Cellular).

Από αυτά, το ένα αντλεί το σύστημα του από τα Β-λεμφοκύτταρα, που παράγουν χημικά αντισώματα τα οποία αντιμάχονται κάθε ξένο εισβολέα στον οργανισμό, και το άλλο από τα Τ-λεμφοκύτταρα, που παράγουν μ'α ποικιλία χημικών αγγελιαφόρων, οι οποίοι μπορούν να προκαλούν ως και καταστροφή των εμβالλομένων ιών. Τα τελευταία διακρίνονται στα κατ' εξοχήν μαχητικά και στα βοηθητικά λεμφοκύτταρα, τα οποία και κυρίως προσβάλλονται από τον ιό του Έιτς.

ΠΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ ΤΟ ΕΙΤΖ

Βασικά το Έιτς μεταδίδεται από τη στενή επαφή με τον άρρωστο (ιδιαίτερα τη σεξουαλική επαφή), τη μετάγγιση αίματος από φορέα της αρρώστιας ή από χρήση ορισμένων αντικειμένων του «σθένους, που συνέβη να μολυνθούν από το αίμα του (ξυραφάκια, οδοντόβουρτσες, όργανα τρυπήματος αυτιών, τατουάζ, βελονισμούς κ.λπ.).

Συγκεκριμένα προσέχετε από:

- μολυσμένο αίμα
- μολυσμένο μητρικό γάλα
- ανοιχτές πληγές ή γδαρσίματα δέρματος αρρώστου ή φορέα που

εκκρίνουν αίμα

- αντρικό σπέρμα φορέα ή αρρώστου
- κολπικές εκκρίσεις άρρωστης ή φορέα-γυναίκας.

Το Έιτς, που συχνά διαπιστώνεται στους πνεύμονες ως μόλυνση ή και ως καρκίνος του τέρματος (με κύριο χαρακτηριστικό την ταχεία εξέλιξη), έχει ως συνηθέστερα συμπτώματα:

- Γενική κόπωση και ανεξήγητη αδυναμία.
- Ανεξήγητο αδυνάτισμα και ταχύρρυθμη απώλεια βάρους (ο άρρωστος μπορεί να χάσει έως το 30% του βάρους του).
- Διάφορες νευρολογικές ανωμαλίες.
- Πρηξίματα στους αδένες (κυρίως του λαιμού και στις μασχάλες).
- Ανεξήγητο πυρετό, με νυχτερινούς ιδρώτες.
- Διάφορες μολύνσεις.
- Επίμονη διάρροια.
- Βήχα ασταμάτητο με δύσπνοια.
- Διάφορους όγκους.
- Διάφορες αλλοιώσεις στο δέρμα, με εμφανείς κηλίδες (μοβ ή ροζ χρώματος), που μοιάζουν με κάπως εξογκωμένα αιματώματα που δεν πονούν.
- Δυσκολία στην κατάποση και λευκές κηλίδες στο στόμα και στο φάρυγγα.

Νοείται ότι:

α) Τα ως άνω συμπτώματα μπορεί να οφείλονται και σε άλλες αρρώστιες (κι όχι κατ' ανάγκη στο Έιτς).

β) Τα συμπτώματα του Έιτζ μπορεί να είναι ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω κι όχι κατ' ανάγκη όλη μαζί.

γ) Το Έιτζ μπορεί να εμφανιστεί και χωρίς κανένα σύμπτωμα (όπως στους φορείς) ή να παρουσιάσει μόνο ελαφρό πυρετό ή και κάποια διόγκωση λεμφαδένων, διάρροια, μερική απώλεια βάρους κ.λπ.

ΠΟΣΟ ΕΥΚΟΛΟ ΕΙΝΑΙ ΝΑ ΠΡΟΣΒΛΗΘΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΑΠΟ AIDS

Δεν είναι εύκολη η μετάδοση του Έιτζ. Τούτο προκύπτει κι από παρατηρήσεις σε ομοφυλόφιλους, ανάμεσα στους οποίους τα κρούσματα, στη διάρκεια συνεχούς σεξουαλικής επαφής ενός έτους μεταξύ τακτικών συντρόφων (με τον έναν από τους δύο φορέα του ιού), δεν ξεπερνούν το 60%. Φυσικά, η συνουσία με ασθενείς προχωρημένης εξέλιξης της αρρώστιας δημιουργεί και μεγαλύτερους κινδύνους. Το ίδιο συμβαίνει και στην περίπτωση των ναρκομανών, που χρησιμοποιούν την ίδια σύριγγα για το "ταξίδι" τους.

ΠΩΣ ΕΞΕΛΙΣΣΕΤΑΙ Η ΑΡΡΩΣΤΙΑ

Το Έιτζ, ως νόσος, δεν έχει πάντα πλήρη εξέλιξη και μοιραία κατάληξη. Πολλοί από τους ασθενείς που προσβάλλονται από τον ιό παραμένουν, φαινομενικά τουλάχιστον, υγιείς για πολλά χρόνια, με ή χωρίς τα δευτεροπαθή συμπτώματα (πρηξίματα, πυρετό, διάρροιες, απώλεια βάρους, νυχτερινή εφίδρωση κ.λπ.). Στους 100 ασθενείς, οι 50 μπορεί να διατηρηθούν σε πολύ καλή κατάσταση, χωρίς κανένα σύμπτωμα, οι 40 μπορεί να αναπτύξουν λεμφαδενοπάθεια και μόνο οι 10 να υποστούν την πλήρη εξέλιξη της αρρώστιας. Ωστόσο, ο κάθε ασθενής, σ' οποιαδήποτε από τις τρεις κατηγορίες κι αν ανήκει, μπορεί να μεταδώσει την αρρώστια σε άλλους.

A. ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΣ ΤΡΟΠΟΙ ΣΕΞ

- Το σμίξιμο σωματικών υγρών - εκκριμάτων μεταξύ δύο ερωτικών συντρόφων.
- Η πρόκληση αμυχών ή τραυματισμών στο δέρμα του ενός ή του άλλου ερωτικού συντρόφου και η εκροή αίματος.
- Οι πολυπρόσωπες ερωτικές συναντήσεις.
- Η μη χρησιμοποίηση προφυλακτικού (είτε κατά το φυσιολογικό έρωτα είτε κατά ιόν έρωτα μεταξύ ομοφυλοφίλων).
 - Η σωματική, χειλική ή γλωσσική επαφή με το ανδρικό πέος ή το γυναικείο αιδοίο και, κατ' επέκταση, με το ανδρικό σπέρμα και τα γυναικεία κολπικά υγρά
 - Η χρησιμοποίηση των δακτύλων στο γυναικείο κόλπο ή πρωκτό.

B. ΤΡΟΠΟΙ ΠΟΥ ΠΙΘΑΝΟ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΣ

Μπορεί να μην προκληθεί Έιτς με:

- Τον περιορισμό του αριθμού των ερωτικών συντρόφων
- Τη χρησιμοποίηση προφυλακτικού (πάντοτε και νούριου για την κάθε περίπτωση)
- Το παθητικό (γαλλικό) φιλί.

Γ. ΠΟΤΕ ΤΟ ΣΕΞ ΕΙΝΑΙ ΑΚΙΝΔΥΝΟ

Μπορεί κανείς να είναι σίγουρος ότι δε διατρέχει κίνδυνο από Έιτς, κατά το σεξ, όταν:

- περιορίζεται στο απλό σμίξιμο των κορμιών και το χάδι.
- ικανοποιείται με αμοιβαία χάδια στην περιοχή των γεννητικών οργάνων.

- ο κάθε σύντροφος χρησιμοποιεί διαφορετικά αντικείμενα για ερωτικά παιχνίδια, πετσέτες κ.λπ.

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΞΕΡΟΥΝ ΟΙ ΝΕΟΙ

Κινδυνεύουν να προσβληθούν από Έιτς κυρίως:

- Οι ομοφυλόφιλοι.
- Όσοι στον έρωτα (φυσιολογικό ή ομοφυλοφιλικό) εναλλάσσουν συνεχώς ερωτικούς συντρόφους.
- Οι ναρκομανείς και, προπαντός, όταν κάνουν χρήση κοινής σύριγγας.
- Όσοι συνδυάζουν το σεξ με ποτό ή ναρκωτικά.
- Όσοι παρασύρονται σε ανασφαλείς τρόπους ερωτά με την αυταπάτη ότι έτσι αντλούν ή προσφέρουν μεγαλύτερη ηδονή.
- Όσοι γενικά αντιμετωπίζουν και ζουν το σεξ ανεύθυνα και χωρίς λογική.

α) Δε διατρέχετε κίνδυνο προσβολής από τον ιό του Έιτς από:

- τρόφιμα,
- κουρέια ή ινστιτούτα καλλονής, που τηρούν τους βασικούς κανόνες υγιεινής,
- χειραψίες και ασπασμούς,
- μετάγγιση ελεγχόμενου αίματος,
- ενέσεις ή εμβόλια με αποστειρωμένες σύριγγες (να προτιμώνται σύριγγες μιας χρήσης).

β) Αποφεύγετε άμεση επαφή με υγρά, φορέα ή ασθενή, στα οποία απαντά ο ιός του Έιτς:

- αίμα,

- σπέρμα,

- κολπικά υγρά.

Οι μολύνσεις που προκαλεί το Έιτς είναι ποικίλες, όπως: πνευμονία (με δύσκολη αναπνοή, ξερό βήχα, πυρετό), προσβολή του κολεού της γυναικίας μήτρας, έρπης στα γεννητικά όργανα (και οι δύο περιπτώσεις οδηγούν σε πολύ σοβαρή εξέλιξη), μόλυνση στα μάτια (με τύφλωση), στον εγκέφαλο, στα έντερα, στο δέρμα.

- Ποια είναι η πλήρης φυσική εξέλιξη του Έιτς (μεσολαβεί, πάντως, ικανό χρονικό διάστημα μεταξύ της μόλυνσης και της πλήρους Εξέλιξης της αρρώστιας).

- Αν ο ανθρώπινος οργανισμός μπορεί ν' ανταποκρίνεται στον ιό με τρόπο που να επιτρέψει την ανάπτυξη ειδικού προστατευτικού εμβολίου.

- Ποια είναι η επακριβής ανάπτυξη των καρκίνων και των μολύνσεων του εγκεφάλου και άλλων οργάνων που προσβάλλονται από τον ιό.

ΤΙ ΑΠΟΜΕΝΕΙ ΝΑ ΔΙΑΠΙΣΤΩΘΕΙ

- Αν οι γυναίκες μεταδίδουν τον ιό του Έιτς, κατά την κανονική-φυσιολογική συνουσία, με την ίδια ευχέρεια που

ΠΩΣ ΚΑΤΑΣΤΡΕΦΕΤΑΙ Ή ΔΕΝ ΚΑΤΑΣΤΡΕΦΕΤΑΙ Ο ΙΟΣ ΤΟΥ AIDS

Ο ιός του Έιτς HTLV-III:

α) Είναι ευαίσθητος (και μπορεί να καταστραφεί):

- σε νερό 60° C που βράζει επί 30' (ή και πιο γρήγορα σε πολύ κοχλαστό νερό)

- στην υποχλωρίνη και σε πυκνά και δυνατά απορρυπαντικά.

β) Δεν καταστρέφεται εύκολα από:

- υπεριώδεις ακτίνες.

γ) Καθίσταται ανενεργός από:

- ακτινοβολίες που χρησιμοποιούνται για την αποστείρωση ιατρικών εργαλείων.

ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΕΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΟΥ ΕΪΤΖ

Η ασθένεια του Έιτς μπορεί να περιοριστεί με μερικές βασικές προφυλάξεις, όπως είναι:

- ο προσεκτικός έλεγχος του αίματος που προορίζεται για μετάγγιση
- ο περιορισμός ίου αριθμού των ερωτικών συντρόφων η χρησιμοποίηση προφυλακτικού κατά τον έρωτα
- η αποφυγή πρόκλησης αμυχών ή τραυμάτων στον ερωτικό σύντροφο
- η αποφυγή επαφής με εκδορές ή τραύματα φορέα ή ασθενή
- Η χρησιμοποίηση κοινών συριγγών για ενέσεις.

ΑΝ ΕΧΕΤΕ ΥΠΟΝΟΙΕΣ ΟΤΙ ΠΡΟΣΒΛΗΘΗΚΑΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ

• Εάν νομίζετε ότι μπορεί να έχετε μολυνθεί, πρέπει να συμβουλευθείτε το γιατρό σας ή να επισκεφθείτε άμεσα ένα από τα Ειδικά Κέντρα Αναφοράς Έιτς, για εμπιστευτική πληροφόρηση και για να υποβληθείτε στις απαραίτητες εξετάσεις.

- Εάν διαπιστωθεί ότι είστε φορέας του ιού, χωρίς άλλα συμπτώματα, δεν χρειάζεται να νοσηλευθείτε σε νοσοκομείο ούτε και έχετε ανάγκη από κάποια ιδιαίτερη φροντίδα.
- Θα πρέπει να αποφεύγετε να εκτίθεστε σε λοιμογόνους ή τοξικούς

παράγοντες (φάρμακα, οινόπνευμα, κάπνισμα).

- Επίσης, θα πρέπει να υποβάλλεστε περιοδικά σε εξετάσεις. Καλό θα είναι η γυναίκα - φορέας του ιού να αποφεύγει την εγκυμοσύνη, γιατί αυξάνονται οι πιθανότητες να πάθει η ίδια Έιτς, ενώ μπορεί να μεταδώσει

τον ιό και στο παιδί της.

- Η ύπαρξη του ιού χωρίς συμπτώματα δε σημαίνει ότι έχετε Έιτς. Πάνω απ' όλα θα πρέπει με κάθε τρόπο να αποφεύγετε τον πανικό, που συνήθως μπορεί να προέλθει από άγνοια για μια μεταδοτική ασθένεια όπως είναι το Έιτς. Ένας τέτοιος πανικός μπορεί να απειλήσει την ίδια την υπόσταση των ανθρώπινων σχέσεων με ανυπολόγιστες ευρύτερες αρνητικές επιπτώσεις.

Η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού περιλαμβάνει τα εξής γενικά μέτρα:

1. Πρέπει να αποφεύγεται η γενετήσια επαφή πάσχοντες ή ύποπτους για Έιτζ. Τα άτομα που τήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου πρέπει να γνωρίζουν ότι οι πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης Έιτζ.
2. Να αποκλείονται από την εθελοντική αιμοδοσία τα άτομα που είναι ύποπτα για Έιτζ ή που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Κάθε αιμοδότης ελέγχεται για αντισώματα προς τον HIV με ειδική ευαίσθητη μέθοδο.
3. Να ενισχυθεί η εθελοντική αιμοδοσία και να αποφεύγονται μεταγγίσεις αίματος, όπου δεν υπάρχει απόλυτη ένδειξη. Αντικατάσταση των εμπορικών σκευασμάτων παραγόντων πήξης με κρυοκαθιζήματα που παρασκευάζονται από έναν και μόνο δότη.
4. Είναι απαραίτητη η χρησιμοποίηση παραγώνων αίματος που έχουν αδρανοποιηθεί προηγουμένως με θέρμανση. Έτσι, κρίνεται επιβεβλημένη η παστερίωση 10ωρών σε 60°C των παραγόντων σε υγρή κατάσταση η θέρμανση στους 68°C για δύο εικοσιτετράωρα των λυοφιοποιημένων παραγόντων.
5. Οι δότες σπέρματος ή άλλων οργάνων θα πρέπει να υποβάλλει σε ειδικό εργαστηριακό έλεγχο. Επίσης, στα μεταμοσχευμένα ανθρώπινα όργανα θα πρέπει να γίνεται ορολογικός έλεγχος, ειδικά όταν προέρχονται από νεκρούς δότες.

Πού μπορεί να γίνει έλεγχος για το AIDS

Ο κατάλογος που ακολουθεί περιλαμβάνει μερικά από τα κέντρα, στα οποία μπορεί να γίνει απόρρητα έλεγχος για AIDS

1. Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) τηλ. 7222222
2. Τηλεφωνική γραμμή για το AIDS (πληροφορίες) τηλ. 7239945
3. Εργαστήριο Υγιεινής Πανεπιστημίου Αθηνών τηλ. 7706877
4. Εργαστήριο Μικροβιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών τηλ. 7771139
5. Εργαστήριο Μικροβιολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης τηλ. 031-991347
6. Κέντρο Αιμοδοσίας Γεν. Περ. Νοσ/μείου Λάρισας τηλ. 041-234417
7. Εργαστήριο Μικροβιολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων τηλ. 0651-26529
8. Εργαστήριο Ιατρικής Παν/μίου Κρήτης - Ηράκλειο τηλ. 081-237502
9. Εργαστήριο Υγιεινής Πανεπιστημίου Πατρών τηλ. 061-277924

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

3.1. Εισαγωγή

3.2. Η συμβολή των εμβολίων στην πρόληψη

3.3. Παιδικά ατυχήματα στο οικογενειακό περιβάλλον

3.4. Ενδοοικογενειακή βία

3.5. Μέθοδοι για την πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου

3.6. Πλεονεκτήματα του θηλασμού στη μητέρα και στο παιδί

3.7. Η ενημέρωση της γυναίκας στο στάδιο της εμμηνόπαυσης

3.8. Επισημάνσεις στην Τρίτη Ηλικία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

3.1 Εισαγωγή

Η οικογένεια υποβάλλεται συνεχώς σε αλλαγές, σε προκλήσεις, σε κάθε μορφής δυσκολίες και αναπόφευκτα εμφανίζονται διαφόρων ειδών προβλήματα στις σχέσεις μεταξύ των γονιών, των παιδιών και άλλων ατόμων που την αποτελούν.

Αρκετά από τα προβλήματα αυτά είναι εύκολα να λυθούν όμως υπάρχουν άλλα τα οποία είναι περισσότερο μακροχρόνια και είναι δύσκολο να διευθετηθούν.

Διάφορα γεγονότα που προκαλούν ένταση όπως οι ασθένειες, οι τραυματισμοί, οι αλλαγές της επαγγελματικής απασχόλησης, οι αλλαγές σχολείων, οι μετακομίσεις και οι οικονομικές δυσκολίες, αποτελούν στιγμές δοκιμασίας στις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας.

Είναι γεγονός ότι η κάθε οικογένεια παρουσιάζει τους δικούς της τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων και των κρίσεων που την πλήττουν. Δεν υπάρχει τέλεια οικογένεια όπου δεν υπάρχουν συζητήσεις, αντιπαραθέσεις και μάλιστα διαμάχες που προέρχονται από τις πολλές δυσκολίες που είναι αναπόσπαστο μέρος της καθημερινής ζωής.

Η κάθε οικογένεια αναπτύσσει τους δικούς της τρόπους προσέγγισης και επίλυσης των προβλημάτων και αυτό με διαφορετικούς βαθμούς επιτυχίας. Υπάρχουν όμως και μια σειρά από λειτουργικά προβλήματα που μπορούν να εμφανιστούν και να εδραιωθούν τα οποία παρεμποδίζουν την ομαλή προσέγγιση και επίλυση δύσκολων και επίμαχων καταστάσεων⁴¹.

3.2 Η συμβολή των εμβολίων στην πρόληψη

Οι εμβολιασμοί συγκαταλέγονται στα επιτυχέστερα μέσα που υπάρχουν για την πρόληψη της νοσηρότητας. Συμβάλλουν σημαντικά στη συνεχή δικαίωση της προληπτικής ιατρικής, επειδή προστατεύουν το εμβολιαζόμενο άτομο από τη δυνητική ανάπτυξη σοβαρών λοιμωδών νοσημάτων και μειώνουν τη διασπορά των λοιμώξεων στην ευρύτερη κοινότητα με το μηχανισμό της συλλογικής ανοσίας.

Ο επιτυχής εμβολιασμός κατά της ευλογιάς εξαφάνισε το νόσημα αυτό από τον πλανήτη μας και έδωσε το μήνυμα της αισιοδοξίας για παρόμοιους θριάμβους, που θα μπορούσαν να ακολουθήσουν στην αντιμετώπιση άλλων προλήψιμων με εμβολιασμούς νοσημάτων. Σήμερα πολλές χώρες είναι σε θέση να οραματίζονται μια ρεαλιστική προοπτική εξάλειψης αρκετών λοιμωδών νοσημάτων από την περιοχή τους. Ο Καναδάς και οι 31 χώρες της Ευρωπαϊκής Περιοχής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) εξάγγειλαν ότι θα προσπαθήσουν να εξαφανίσουν την ιλαρά μέσα στον 20ο αιώνα. Οι ΗΓΙΑ και οι Σκανδιναβικές χώρες πιστεύουν επίσης ότι θα εξαφανίσουν την ερυθρά ενώ η Σουηδία και η Φινλανδία στοχεύουν επιπλέον να εξαφανίσουν και την παρωτίτιδα. Ακόμη η Ευρωπαϊκή Περιοχή του ΠΟΥ έβαλε στόχο την εξαφάνιση από την περιοχή της πολυομελίτιδας, της συγγενούς σύφιλης, της διφθερίτιδας και του νεογνικού τετάνου μέχρι το έτος 2000. Το 1985 ο Παναμερικανικός Οργανισμός Υγείας εκπροσωπώντας τις χώρες της Αμερικανικής Ηπείρου έθεσε ως στόχο την εξάλειψη της μετάδοσης της πολιομυελίτιδας μέχρι το 1990, ενώ σε παγκόσμιο επίπεδο έχει προταθεί να γίνει προσπάθεια για εξάλειψη τόσο της ιλαράς όσο και της πολιομυελίτιδας⁴.

Το συνιστώμενο σχήμα εμβολιασμών για φυσιολογικά βρέφη και

παιδιά στην Ελλάδα είναι το ακόλουθο:

Με τη γέννηση γίνεται η πρώτη δόση του εμβολίου της ηπατίτιδας Β και ακολουθεί η δεύτερη μετά ένα μήνα.

Με τη συμπλήρωση του 2ου μήνα από τη γέννηση γίνεται η 1η δόση του τριπλού εμβολίου ή ΟΤΡ δηλαδή για διφθερίτιδα, τέτανο και κοκκύτη, η 1η δόση του εμβολίου για πολυομελίτιδα (Sabin) και η πρώτη δόση του εμβολίου για τον αιμόφιλο της ινφλουέντζας, που προσφέρει προστασία για μηνιγγίτιδα και ωτίτιδα.

Με τη συμπλήρωση του 4ου μήνα από τη γέννηση γίνεται η 2η δόση των ίδιων εμβολίων.

Με τη συμπλήρωση του 6ου μήνα από τη γέννηση γίνεται η 3η δόση των ίδιων Εμβολίων.

Με τη συμπλήρωση του 7ου μήνα γίνεται η τρίτη δόση και ολοκληρώνεται ο εμβολιασμός για τη ηπατίτιδα Β. Με τη συμπλήρωση του 15ου μήνα γίνεται ο εμβολιασμός για ιλαρά, παρωτίτιδα, ερυθρά (MMR).

Τον 18ο μήνα γίνεται η επαναληπτική - 4η δόση του τριπλού εμβολίου DTP και του εμβολίου κατά της πολυομελίτιδας.

Στην ηλικία των 4-6 ετών και κατά προτίμηση πριν την είσοδο του παιδιού στο σχολείο γίνεται επαναληπτική δόση του τριπλού εμβολίου DTP, καθώς και του εμβολίου κατά της πολυομελίτιδας.

Μια φορά το χρόνο γίνεται έλεγχος της δερμοαντίδρασης Mantoux και στην ηλικία των 5-6 ετών το εμβόλιο κατά της φυματίωσης (BCG).

Στην ηλικία των 11-12 ετών επαναλαμβάνεται ο εμβολιασμός με το εμβόλιο MMR. (ιλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς) σε όσα παιδιά

εμβολιάστηκαν για πρώτη φορά στην ηλικία των 15 μηνών.

• Στην ηλικία των 14-16 ετών γίνεται το διπλό εμβόλιο η ΤΟ, κατά του τετάνου και της διφθερίτιδας και το οποίο επαναλαμβάνεται κάθε 10 χρόνια στην ενήλικη ζωή. Με την ευκαιρία της επίσκεψης στον παιδίατρο για τους εμβολιασμούς του παιδιού σας συζητήστε και για την δική σας εμβολιαστική κατάσταση. Τα προλήψιμα με εμβολιασμούς νοσήματα μπορούν να προσβάλλουν κάθε επίνοσο άτομο, οποιασδήποτε ηλικίας. Είναι απλό και χωρίς κινδύνους να κάνετε και εσείς τα εμβόλια που σας λείπουν.

Τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα και η κλινική εμπειρία υποστηρίζουν ότι η ταυτόχρονη χορήγηση ορισμένων εμβολίων είναι ασφαλής και αποτελεσματική. Έτσι π.χ. τα εμβόλια του τετάνου και της διφθερίτιδας μπορούν να συνδυαστούν μεταξύ τους αλλά και με το εμβόλιο του κοκκύτη, χωρίς ούτε οι παρενέργειες να αυξάνονται, ούτε η ανοσοποιητική απάντηση του οργανισμού να μειώνεται.

Εάν το σχήμα των εμβολιασμών διακοπεί για οποιαδήποτε αιτία δεν χρειάζεται να επαναληφθούν οι εμβολιασμοί από την αρχή. Συνεχίζονται κανονικά οι επόμενοι εμβολιασμοί.

Σε ό,τι αφορά το σχήμα των εμβολιασμών των παιδιών που δεν άρχισαν τους εμβολιασμούς στη βρεφική ηλικία εμβολιάστηκαν ελλιπώς συνιστώνται ειδικά σχήματα εμβολιασμών, που περιλαμβάνουν τα εμβόλια που αναφέρθηκαν και τα οποία θα σας εξηγήσει και θα εφαρμόσει ο παιδίατρος.

Ειδικοί κανόνες στο σχήμα εμβολιασμών ισχύουν επίσης για τα παιδιά με χρόνια προβλήματα υγείας όσα έχουν προβλήματα στο ανοσοποιητικό τους σύστημα και τα παιδιά φορείς ή θύματα του ιού του

AIDS.Ο παιδίατρος θα σας συμβουλεύσει αναλυτικά και στις περιπτώσεις αυτές.

Τα πρόωρα νεογνά μπορούν να εμβολιαστούν στην κατάλληλη χρονολογική ηλικία με τα περισσότερα εμβόλια. Εξαιρέση αποτελεί το εμβόλιο κατά της πολυομελίτιδας το οποίο θα πρέπει να γίνεται με την έξοδο του παιδιού από το νοσοκομείο, αν το βρέφος παραμείνει για νοσηλεία μετά την ηλικία των δύο μηνών.

Στην ώρα μας οι εμβολιασμοί γίνονται στα Ιατροκοινωνικά Κέντρα του ΠΙΚΠΑ, στους Σταθμούς, Μάνας-Παιδιού του ΙΚΑ, στις Διευθύνσεις Υγιεινής, στα Κέντρα Υγείας, στα Αγροτικά Ιατρεία, στα Πολυϊατρεία ορισμένων Δήμων, καθώς και στους ιδιώτες παιδίατρους⁴².

3.3 Παιδικά ατυχήματα στο οικογενειακό περιβάλλον

Σε ανεπτυγμένες υγειονομικά χώρες τα ατυχήματα παρουσιάζουν αυξημένη νοσηρότητα και είναι η κύρια αιτία θανάτου σε παιδιά ηλικίας 1-14 χρόνων. Η υψηλή αυτή νοσηρότητα συνοδεύεται συχνά και από μόνιμες και σοβαρές αναπηρίες. Δεν είναι γι' αυτό περίεργο που η παιδιατρική κοινότητα αναπτύσσει ιδιαίτερη δραστηριότητα στη μελέτη της επιδημιολογίας και της αιτιολογίας των ατυχημάτων και διερευνά τρόπους πρόληψης και ορθής και άμεσης αντιμετώπισης τους. Επίκεντρο των προσπαθειών για την πρόληψη και αντιμετώπιση των ατυχημάτων της παιδικής ηλικίας, είναι η ενημέρωση των γονιών.

Από τα ατυχήματα στο σπίτι οι δηλητηριάσεις αποτελούν τα πιο συχνά και σοβαρά ατυχήματα, ενώ έξω από το σπίτι τα τροχαία υπερτερούν, κυρίως σε μεγαλύτερα παιδιά και εφήβους. Τόσο στο θέμα των δηλητηριάσεων όσο και των τροχαίων ατυχημάτων, η ευθύνη των γονιών είναι πρωταρχική. Το ποσοστό στα αγόρια φθάνει στο 65% ενώ στα κορίτσια αγγίζει το 35%. Το 60% των ατυχημάτων συμβαίνουν μέσα στο σπίτι. Τα τροχαία σε ποσοστό 75% περίπου αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτων με δεύτερη αιτία τους πνιγμούς. Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία την τελευταία 10ετία «χάθηκαν» 5.000 περίπου παιδιά κυριολεκτικά στους δρόμους (Πίνακας 1).

Πολλά είναι τα ατυχήματα που γίνονται στα παιδιά τόσο μέσα στο σπίτι όσο και έξω από το σπίτι, στο δρόμο, στις παιδικές χαρές και αλλού. Το περιβάλλον αποτελεί πηγή συνεχών κινδύνων για το παιδί, γι' αυτό οι γονείς θα πρέπει να προφυλάσσουν τα παιδιά τους. Τα παιδιά δεν έχουν την αίσθηση του κινδύνου και δεν γνωρίζουν πώς να προφυλαχθούν. Πάρα πολλοί είναι οι κίνδυνοι και οι παράγοντες που προκαλούν ατυχήματα στα παιδιά. Πολλούς τους αγνοούμε, αλλά τους

περισσότερους κινδύνους τους γνωρίζουμε και γι' αυτό θα προσπαθήσω όσο το δυνατό πιο συνοπτικά να αναφερθώ στα ατυχήματα που συμβαίνουν μέσα στο σπίτι και στα ατυχήματα που μπορούν να συμβούν εκτός σπιτιού, τα «ορατά» και τα «αόρατα» με την ευρεία έννοια. Σύμφωνα με Αμερικανικές στατιστικές το 1974 στην Αμερική πέθαναν 24.000 περίπου παιδιά. Απ' αυτά τα 12.000 περίπου πέθαναν από ατυχήματα. Τα μισά απ' αυτά, περίπου 6.000, πέθαναν σε

Πίνακας 1. Ατυχήματα σε παιδιά μέχρι 7 ετών (από μελέτη της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας)

	Μέχρι 12	Μέχρι 1 έτους	Μέχρι 2 ετών	Μέχρι 3 ετών	Μέχρι 4 ετών	Μέχρι 5 ετών	Μέχρι 6 ετών	Μέχρι 7 ετών	Σύνολο 0
Ατυχήματα στο σπίτι	3,6%	7,5%	17%	18,8%	18,5%	14%	15%	5,4%	32,7%
Πτώσεις	6,5%	97%	13,5%	16,2%	15,3%	17,5%	15,6%	5,7%	23,5%
Εγκαύματα	7%	24,9%	19,0%	17,6%	11,4%	9,9%	5,9%	4,4%	87%
Τροχαία	2,3%	2,8%	6%	14,4%	18,1%	25,9%	20,8%	9,7%	6,9%
Ατυχήματα από	5%	2,8%	5,6%	5,6%	11,7%	38%	29,6%	1,7%	5,7%
Δηλητηριάσει	4,2%	8,4%	50,3%	50,3%	14,3%	6,7%	5%	0,8%	5,8%
Σπορ	5,4%	9%	9%	8%	10,7%	22,3%	50,4%	21,4%	5,6%
Ατυχήματα στο δρόμο	1%	2,9%	9,7%	20,4%	17,5%	14,6%	28,2%	5,8%	5,5%
Αλλου	5,5%	2,2%	9,9%	15,6%	16,1%	19,4%	22,6%	10,8%	11,8%
Σύνολο	4,6%	8%	13,8%	16,7%	16%	17,4%	17%	6,5%	100%

Τροχαία ατυχήματα. Τα υπόλοιπα 6.000 πέθαναν από πτώσεις, εγκαύματα, δηλητηριάσεις κ.λπ. Στα ελληνικά νοσοκομεία τα τελευταία χρόνια 20.000 ελληνόπουλα ηλικίας 1-14 ετών νοσηλεύονται κάθε χρόνο στις παιδιατρικές και χειρουργικές κλινικές. Σύμφωνα με τις ελληνικές στατιστικές οι κακώσεις στα παιδιά οφείλονται σε αναλογία 89% σε μηχανικά αίτια, 6% σε θερμικά αίτια και 5% σε χημικά αίτια. Καθημερινά στις εφημερίες των Νοσοκομείων Παίδων 100-150 παιδιά προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία με κάποιο ατύχημα ελαφρό ή σοβαρό. Τα τροχαία έχουν τον πρώτο λόγο όσον αφορά του θανάτους

από μηχανικά αίτια.

Σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Χωροφυλακής την περίοδο 1968-1997 (30 χρόνια) 8,000 περίπου παιδιά υπήρξαν θύματα τροχαίου ατυχήματος. Το 9% περίπου των παιδιών επέβαιναν σε ποδήλατα ή μοτοποδήλατα. Το 30% ήταν μεταφερόμενα με οχήματα παιδιά και το 61% ήταν παιδιά πεζοί. Απ' αυτό το ποσοστό (61%) το 25% αφορούσε παιδιά ηλικίας μέχρι 4 ετών και το 75% παιδιά ηλικίας 5-14 ετών. Τα ατυχήματα από θερμικές κακώσεις (εγκαύματα) ή χημικές κακώσεις (καταπόσεις χημικών ουσιών, εγκαύματα) απασχολούν σε μικρότερο ποσοστό τους γιατρούς. Πάντως πάνω από 1000 παιδιά το χρόνο νοσηλεύονται στα Νοσοκομεία Παίδων με εγκαύματα πάνω από 10% επιφανείας σώματος. Τα παιδιά τραυματίζονται σε διάφορα σημεία του σώματος τους αλλά πιο συχνά στο κεφάλι και στα χέρια. Στην Ελλάδα το αυτοκίνητο ευθύνεται για το 40% περίπου των θανάτων από ατύχημα, το υπόλοιπο 60% οφείλεται σε άλλα αίτια κακώσεων όπως πτώσεις (από οικοδομές, δένδρα, τοίχους, μπαλκόνια κ.λπ), πνιγμοί (θάλασσες, δεξαμενές, πισίνες κ.λπ.), από εγκαύματα (φλόγα, ζεστό νερό κ.λπ.), από πυροβόλα όπλα (που δεν εφυλάσσοντο ή ανευρέθησαν τυχαία κ.λπ.).

Η αυξημένη συχνότητα των παιδικών ατυχημάτων οφείλεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ηλικίας αυτής όπως είναι η περιέργεια, η άγνοια του κινδύνου, η τάση προς επίδειξη, η επιδοκιμασία και ο θαυμασμός. Ο χαρακτήρας του παιδιού που διαμορφώνεται από το οικογενειακό περιβάλλον με βάση τα κληρονομικά χαρακτηριστικά μπορεί να προσδιορίσει και την πιθανότητα του ατυχήματος. Έτσι παιδιά ζωηρά, απείθαρχα, ορμητικά, επιθετικά είναι περισσότερο επιρρεπή προς τα ατυχήματα. Η υποχωρητικότητα των γονέων, η ανοχή και η διχογνωμία όπως και η υπερβολική πειθαρχία και υπερπροστασία

δημιουργούν παιδιά επιρρεπή προς τα ατυχήματα.

Τα αίτια των παιδικών ατυχημάτων διαμορφώνονται με βάση το εξελικτικό στάδιο ανάπτυξης του παιδιού, το είδος της δραστηριότητας του και την ηλικία. Τα τροχαία κατέχουν την πρώτη θέση θανατηφόρων ατυχημάτων σε παιδιά ηλικίας 5-15 ετών ενώ στα βρέφη το πιο συχνό ατύχημα είναι η πνιγμονή συνήθως από εισρόφηση, Τα εγκαύματα και οι δηλητηριάσεις ακολουθούν σε συχνότητα, μεταξύ των βρεφών 18-30 μηνών. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει και στη χώρα μας το φαινόμενο της κακοποίησης των παιδιών από τους γονείς τους. Πολλά παιδιά έρχονται στα εξωτερικά ιατρεία με κακώσεις (εγκαύματα, κατάγματα, τραύματα) που δημιουργούνται από τους γονείς τους. Τα παιδιά που ζουν με γονείς που έχουν πολλά προβλήματα, όπως οικονομικά, ανεργία, πείνα, συνωστισμός λόγω μικρού χώρου, είναι επιρρεπή για κακομεταχείριση⁴³.

Παρακάτω, εκτίθενται μερικές αρχές για την εφαρμογή ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας:

§ Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η διαφοροποίηση του κινδύνου ανάλογα με την ηλικία και το φύλο.

§ Όταν το πρόγραμμα εφαρμόζεται σε παιδιά προσχολικής και προσχολικής ηλικίας είναι επιβεβλημένη η συμμετοχή των γονέων.

§ Όταν το πρόγραμμα εφαρμόζεται σε μαθητές εφηβικής ηλικίας θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων, οι οποίες θα προάγουν μορφές ασφαλούς συμπεριφοράς είτε ως πεζών είτε ως οδηγών είτε ως επιβατών οχημάτων.

§ Όταν το πρόγραμμα εφαρμόζεται σε μαθητές εφηβικής ηλικίας θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη χρήση ζώνης ασφαλείας στο

αυτοκίνητο και κράνους στο δίκυκλο.

§ Δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος στο σχολείο, ιδιαίτερα με την τήρηση των προδιαγραφών ασφαλείας στις αθλητικές εγκαταστάσεις και εξοπλισμό.

§ Εκμετάλλευση της συμβολής των Μέσων Μαζικής Επικοινωνίας για τη δημιουργία νέων προτύπων συμπεριφοράς και για αλλαγή της νοοτροπίας, η οποία αποδέχεται το ατύχημα ως αναπόφευκτο γεγονός.

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει μερικές βασικές μεθόδους οι οποίες συμβάλλουν στην αποφυγή ή μείωσης κινδύνων για την πρόκληση ατυχημάτων στο σπίτι:

Μέθοδοι αποφυγής ή μείωσης κινδύνων για την πρόκληση ατυχημάτων στο σπίτι

<p>§ Δεν πρέπει να είναι προσιτά στα παιδιά αιχμηρά αντικείμενα, όπως μαχαίρια, ψαλίδια κ.ά.</p> <p>§ Δεν πρέπει, να είναι προσιτά στα παιδιά μικρά αντικείμενα, τα οποία είναι δυνατό να τα καταπιούν ή να τα βάλουν στη μύτη και στα αφτιά τους.</p> <p>§ Τα φάρμακα, θα πρέπει να φυλάσσονται σε ασφαλείς χώρους, όπου δε θα μπορούν σε καμία περίπτωση να προσεγγιστούν από παιδιά (ντουλάπι που κλειδώνει και</p>	<p>§ Αιχμηρά αντικείμενα</p> <p>§ Μικρά αντικείμενα</p> <p>§ Φάρμακα</p>
--	--

<p>σε μεγάλο ύψος).</p> <p>§ Οι χημικές ουσίες (λιπάσματα, απορρυπαντικά, εντομοκτόνα) θα πρέπει να φυλάσσονται σε ασφαλείς χώρους, όπου δε θα μπορούν σε καμία περίπτωση να προσεγγιστούν από παιδιά (ντουλάπι που κλειδώνει και σε μεγάλο ύψος).</p> <p>§ Οι ηλεκτρικές συσκευές δε θα πρέπει να επιδιορθώνονται παρουσία των παιδιών, ώστε να αποφεύγεται η περίπτωση μίμησης. Επίσης, οι πρίζες θα πρέπει να σφραγίζονται με το ειδικό για τα παιδιά προστατευτικό κάλυμμα.</p> <p>Τα μαγειρικά σκευή, όταν περιέχουν ζεστό νερό ή λάδι, δε θα πρέπει σε καμία περίπτωση να είναι προσιτά στα παιδιά (για παράδειγμα, τα χερούλια των μαγειρικών σκευών θα πρέπει να είναι στραμμένα πάντα προς το εσωτερικό της κουζίνας).</p>	<p>§ Χημικές ουσίες</p> <p>§ Ηλεκτρικές συσκευές</p> <p>§ Μαγειρικά σκευή</p>
---	---

Παρακάτω θα βρείτε 30 πιθανά ατυχήματα που μπορούν να συμβούν σε ένα παιδί μέσα στο σπίτι και οδηγίες για την πρόληψη τους.

1. Τα βρέφη και τα νήπια δεν πρέπει να μένουν χωρίς επίβλεψη ενηλίκου ούτε ένα λεπτό. Υπάρχουν πολλοί κίνδυνοι στο σπίτι του δεν μας περνάνε από το νου παρά μόνο αφού γίνει ατύχημα.

2. Επειδή για να βαλα το παιδί κάτι στο στόμα του ή να τραυματιστεί είναι ζήτημα δευτερολέπτων, αξίζει τον κόπο να επιθεωρούμε συνεχώς το οικιακό περιβάλλον και να βεβαιωνόμαστε ότι δεν αφήσαμε κοντά του: α)πράγματα μικρά, μικρότερα των 5 εκατοστών, τα οποία μπορεί να σφηνωθούν στο λαιμό του και να του προκαλέσουν ασφυξία, όπως λουκούμι, κρέας, κομμάτια παιχνιδιών, βόλοι, κέρματα, β)πράγματα κοφτερά ή μυτερά ή πολύ βαριά (ψαλίδι, μαχαίρι, ξυραφάκι, σουβλί, άλλα εργαλεία), γ)σπίρτα, δ) φάρμακα (ιδίως χάπια χρωματιστά), ε)ποτήρια, βάζα, γυαλικά.

3. Οι παιδικές δηλητηριάσεις είναι συχνότατες. Τα παιδιά συχνά πίνουν υγρά χωρίς δισταγμό: χλωρίνη, νέφτι, πετρέλαιο, ούζο και άλλα που υπάρχουν στις κουζίνες. Αυτά πρέπει να κλειδώνονται, επειδή τα μικρά, και όταν ακόμα τα βάζουμε ψηλά, σκαρφαλώνουν. Κάτι φοβερό που μπορεί να συμβεί είναι να πει ένα παιδί υγρό που αποφράζουν τους νιπτήρες. Αν αυτό είναι καυστικό νάτριο και το παιδί επιζήσει, θα καταδικασθεί σε σειρά εγχειρήσεων. Καλύτερα τέτοια πράγματα να μην υπάρχουν στο σπίτι.

Η μεταφορά ενός χημικού υγρού (π.χ. χλωρίνης ή βενζίνης) από το δικό του μπουκάλι σε άλλο, όπου υπήρχε υγρό λιγότερο επικίνδυνο, είναι μεγάλο σφάλμα.

Οι ετικέτες με το όνομα και το περιεχόμενο υγρού και οι σχετικές προειδοποιήσεις με σήματα, νεκροκεφαλές κλπ είναι πολύ χρήσιμες, αφορούν όμως τους μεγαλύτερους και όχι τα μικρά παιδιά. Καλό είναι τα μπουκάλια με χημικά και απορρυπαντικά να έχουν ειδικό σχήμα. Και να κλείνουν με πώματα που δεν μπορεί να ανοίξει ένα παιδί, όπως τα ειδικά βουλώματα φιαλιδίων φαρμάκων που έχουν επιβληθεί σε άλλες χώρες.

4. Τα παιδιά μπορούν να πνιγούν:

- με τις πλαστικές σακούλες ττου καμιά φορά φορούν στο κεφάλι τους παίζοντας (οι μεγαλύτερες πρέπει να έχουν στο κάτω μέρος τους τρύπες).
- με μακρύ κορδόνι δεμένο στο κρεβάτι του ή με οποιαδήποτε κορδέλα ή σπάγκο που μπορούν να τυλιχτούν τη νύχτα στο λαιμό του παιδιού και να πάθει ασφυξία σε τρία λεπτά.
- με πολύ μαλακά μεγάλα μαξιλάρια.

Ας επιθεωρούμε λοιπόν το κρεβάτι, το πάρκο, τα παιχνίδια του παιδιού να να απομακρύνουμε προληπτικά αυτόν τον κίνδυνο.

5. Αν σας χρειάζεται ψηλό καρεκλάκι, για το μωρό, προσέξτε:

- α) να μπορεί να δεθεί το μωρό σ' αυτό γερά με τρόπο που δεν θα μπορεί να γλιστρήσει κάτω από τη ζώνη
- β) να μη βρίσκεται το μωρό καθισμένο κοντά στο τραπέζι, γιατί μπορεί κλωτσώντας να πέσει μαζί με το καρεκλάκι του
- γ) να είναι υπό την επίβλεψη ενηλίκου.

6. Όταν κάνετε μπάνιο το μωρό και χτυπήσει το τηλέφωνο ή το κουδούνι της πόρτας ή μην απαντήσετε ή πάρτε το μωρό μαζί σα, γιατί ο

πνιγμός είναι ζήτημα ελάχιστου χρόνου και δεν χρειάζεται πολύ νερό. Για τον ίδιο λόγο μην αφήνετε κουβάδες με νερό στο πάτωμα ή λεκάνες γεμάτες.

Στο μπάνιο θα βάζετε πρώτα το κρύο νερό και μετά το ζεστό, για να μην προλάβει κανένα παιδί και χωθεί στη μπανιέρα όταν έχει μόνο ζεστό νερό και πάθει έγκαυμα.

7. Τα παιδιά παθαίνουν εγκαύματα όταν καθίσουν στο τζάκι, επειδή δεν έχουμε βάλει μπροστά μια προστατευτική σχάρα. Επίσης όταν φοράνε φορέματα ή νυχτικά από εύφλεκτο τούλι και περάσουν μπροστά από φορητή σόμπα ή άλλη φωτιά ή όταν κρατάνε αναμμένη λαμπάδα με τούλι. Τα πιο συχνά εγκαύματα παιδιών είναι από καφέ ή τσάι ή λάδι ή σούπα καυτή, που ρίχνουμε εμείς επάνω τους σκοντάφτοντας ή όταν πίνουμε κάτι ζεστό ενώ κρατάμε ένα μικρό στην αγκαλιά μας.

Το χέρι της κατσαρόλας ή του μπρικιού που βράζει κάτι να το στρέφουμε πάντα προς τα πίσω. Τα μικρά παιδιά συχνά το τραβάνε και περιχύνονται. Όταν ττάρει φωτιά το λάδι του τηγανιού, να το σβήσουμε ψύχραιμα με ένα καπάκι ή κάτι που θα πνίξει τη φλόγα. Κάθε τι άλλο είναι πολύ επικίνδυνο, όπως το να πάμε το τηγάνι φλεγόμενο προς το νεροχύτη.

8. Οι ηλεκτροπληξίες αντιμετωπίζονται άριστα με τον ειδικό διακόπτη ασφαλείας που πρέπει όλα τα σπίτια να έχουν στον πίνακα ηλεκτροδότησης. Αυτός διακόπτει το ρεύμα και με ελάχιστη διαρροή και σώζει ζωές. Οι άλλες λύσεις (καπάκι ασφαλείας στις πρίζες με κλειδί ή χωρίς) δεν είναι τόσο ασφαλείς, γιατί προϋποθέτουν κάτι δύσκολο: πως δεν θα βρεθούμε ποτέ αφηρημένοι. Άλλωστε τα μεγαλύτερα παιδιά κάποτε θα δοκιμάσουν αυτό που τους έχει απαγορευθεί: να βγάλουν το καπάκι.

9. Στη θάλασσα προλαβαίνουμε τους πνιγμούς των παιδιών
- μαθαίνοντας κολύμπι κι εμείς κι εκείνα
 - όταν κολυμπάμε σε γνωστές ακτές κι έχουμε υπόψη ότι η θάλασσα βαθαίνει απότομα σε ορισμένα σημεία
 - όταν κάνουμε μπάνιο δύο ώρες μετά το κύριο γεύμα
 - όταν δεν απομακρύνονται πολύ τα παιδιά από την ακτή
 - όταν υπάρχουν κάποια ναυαγοσωστικά μέσα (σχοινιά, σωσίβια)
 - όταν γνωρίζουμε να κάνουμε τεχνητή αναπνοή.

Στις βουτιές θα προλάβουμε τις δυσάρεστες κακώσεις της κεφαλής ή παραλύσεις από βλάβη της σπονδυλικής στήλης αν προειδοποιήσουμε τα παιδιά ότι το βάθος της θάλασσας στο σημείο της βουτιάς πρέπει να είναι γνωστό και να είναι ανάλογο με το ύψος από το οποίο πέφτουν.

Εκτός από τους πνιγμούς υπάρχουν και οι κακώσεις που προκαλούν σε λουόμενους τα κρις-κραφτ. Όσοι πλησιάζουν την ακτή με βενζινάκατο πρέπει να μηνύονται και να διώκονται πριν κάνουν κακό σε λουόμενους, εμάς ή τα παιδιά μας.

10. Να μην αφήνουμε στη μέση έπιπλα γιατί τα παιδιά τρέχουν αστόχαστα και χτυπούν ή σκοντάφτουν. Ιδίως πρέπει να ρυθμίζουμε έτσι το καλώδιο του σίδερου ή άλλα καλώδια ώστε να μην αιωρούνται στη μέση του δωματίου και σκοντάφτουν τα παιδιά.

11. Να ελέγχουμε τα φρένα των ποδηλάτων των παιδιών.

12. Να βάζουμε ένα πορτάκι στο επάνω μέρος της σκάλας, εάν υπάρχει νήπιο και όπου μπορεί να γίνει, και αυτό να ανοίγεται δύσκολα, γιατί κάποια φορά θα ξεφύγει το νήπιο και θα κατακυλίσει από εκεί.
13. Όταν έχουμε τζαμόπορτες μεγάλες, π.χ. στα μπαλκόνια να βάζουμε κάποιο αυτοκόλλητο επάνω (π.χ γραμμή ή βούλες}, ώστε να φαίνεται ότι η πόρτα είναι κλειστή. Πολλά τραύματα και μερικοί θάνατοι νέων ανθρώπων συνέβησαν, γιατί κάποιος νόμισε ότι η πόρτα είναι ανοικτή και έπεσε με ορμή επάνω της με αποτέλεσμα να σπάσει το τζάμι.
14. Τα παιδιά συνηθίζουν να βάζουν τα δάχτυλα τους στις πόρτες των σπιτιών και των αυτοκινήτων. Έτσι μαγκώνουν τα δάχτυλα τους ή τους τα μαγκώνουμε εμείς οι μεγάλοι όταν δεν έχουμε το νου μας σ' αυτόν τον κίνδυνο.
15. Πολλές φορές τραβάμε απότομα ένα παιδί από το χέρι για να το προστατεύσουμε π.χ. στο δρόμο με αποτέλεσμα να πάθει εξάρθρωση ώμου. Ας έχουμε υπ¹ όψη μας αυτό το ενδεχόμενο.
16. Συχνά τα αγόρια μπαίνουν σε οικοδομές για εξερεύνηση ή για παιχνίδι. Εκεί πατούν σανίδες που έχουν επάνω πρόκες και τραυματίζονται. Είναι συχνή περίπτωση στη χώρα μας, γιατί οι εργολάβοι δεν έχουν αποκτήσει τη συνήθεια να βγάζουν τις πρόκες το συντομότερο δυνατό.
17. Τα άσχημα αστεία στο σχολείο, η επίδειξη δύναμης και η έλλειψη επίβλεψης στο διάλειμμα δημιουργούν πιο πολλά ατυχήματα απ¹ όσα συμβαίνουν στο οικιακό περιβάλλον αν μετρήσουμε τα ατυχήματα των παιδιών 5-15 ετών. Σπρώξιμο στην αυλή και στη σκάλα, τρικλοποδιές και φάρσες είναι αιτίες καθημερινών ατυχημάτων με

θλιβερές συνέπειες που μπορεί να υπερβαίνουν τη σκέψη ενός παιδιού. Οι γονείς πρέπει να σκεφθούν τι μπορούν και αυτοί να κάνουν για το θέμα.

18. Στο σχολείο επίσης οι δάσκαλοι και οι γυμναστές - και στους άλλους χώρους οι γονείς - πρέπει να προσέχουν ώστε τα παιδιά να μην παίζουν με μεγάλες μπάλες, βαριές και σκληρές που δεν αν αποτύχουν στην ηλικία τους γιατί έτσι παθαίνουν κατάγματα, διαστρέμματα και άλλες βλάβες των δακτύλων. Και αυτό φάνηκε από την ευρωπαϊκή έρευνα ΕΗΙΑ85 στα νοσοκομεία, όπου προσέρχονται για θεραπεία οι παθόντες, εν προκειμένω παιδιά 6-12 ετών ή και μεγαλύτερα.

19. Στις παιδικές χαρές χρειάζεται εκλογή των οργάνων από ειδικούς και κατάλληλες προδιαγραφές για τη συντήρησή τους. Μια τσουλήθρα πλαστική π.χ. μπορεί να γίνει πολύ επικίνδυνη όταν σπάσει και δεν το προσέξει κανείς. Ένας υπάλληλος του Δήμου, που επιβλέπει τα παιδιά (όσο δεν έχουν εκεί τους γονείς τους) αξίζει το μισθό του και δεν πρέπει να λείπει από τέτοιους χώρους. Στο παράδειγμα της τσουλήθρας π.χ. είναι πολλά τα παιδιά που ανεβαίνουν σ* αυτήν ανάποδα με κίνδυνο να προκαλέσουν ατύχημα στον εαυτό τους ή σε άλλα παιδιά.

20. Όταν τα παιδιά ανεβαίνουν σε δέντρα πρέπει να επαγρυπνούμε. Είναι μια επικίνδυνη άσκηση. Ιδίως οι συκιές έχουν γίνει αιτία πολλών καταγμάτων από πτώση, επειδή τα κλαδιά τους σπάνε εύκολα και πολλοί - μικροί ή μεγάλοι - δεν το ξέρουν.

21. Όταν τρώμε φρούτα εμείς ή τα παιδιά μας δεν πρέπει ποτέ να πετάμε τα φλούδια κάτω, όχι μόνο για λόγους καθαριότητας, αλλά και για την πρόληψη γλιστρήματος και πτώσεως που στην περίπτωση

αυτή έχει ιδιαίτερα βαριές συνέπειες.

22. Οι σκύλοι όταν γυρίζουν ελεύθεροι δαγκάνουν συχνά ή φοβίζουν τα παιδιά. Οι φιλόζωα πρέπει να συνοδεύουν τα σκυλιά τους στο δρόμο και τα αδέσποτα πρέπει να συγκεντρώνονται.
23. Τα μπαλκόνια πρέπει να έχουν τα κατάλληλα προστατευτικά κάγκελα και να μην αφήνουμε καρέκλες ή άλλα πράγματα κοντά στα κάγκελα, γιατί τα παιδιά ενστικτωδώς ανεβαίνουν επάνω και κύβουν. Κατάλληλα κάγκελα είναι όσο έχουν ύψος 80 εκ και κάθετα κάγκελα χωρίς στολίδια. Τα οριζόντια κάγκελα γίνονται σκάλα για το παιδί, το ίδιο και τα διακοσμητικά σχέδια. Η απόσταση μεταξύ τους πρέπει να είναι τέτοια, ώστε να μη χωράει ένα παιδικό κεφάλι.
24. Όλα τα μεγάλα ψυγεία (για κρέας, για γούνες, για λαχανικά κλπ) πρέπει να ανοίγουν οπωσδήποτε και από μέσα, ακόμα και όταν δεν λειτουργούν, εφόσον χωράει μέσο άνθρωπος ή μικρό παιδί. Αν αυτό δεν συμβαίνει πρέπει οι πόρτες τους να μην μπορούν να κλείσουν πριμ θρηνήσουμε κι άλλους θανάτους από την αιτία αυτή.
25. Αναφέρθηκαν περιπτώσεις που κάποιο παιδί έριξε οινόπνευμα για να ενισχύσει τη φωτιά μιας ψησταριάς πιέζοντας ένα πλαστικά μπουκάλι. Από την ακτίνα της συνεχούς ροής γύρισε πίσω η φωτιά και μεταδόθηκε στο μπουκάλι με αποτέλεσμα το παιδί να πάθει σοβαρά εγκαύματα. Και στο σημείο αυτό οι ενημερωμένοι γονείς θ' αποφύγουν αυτή την πρακτική ή καλλίτερα δεν θ' αγοράζουν πλαστικά μπουκάλια με οινόπνευμα.
26. Τραγικά συχνό είναι δυστυχώς ακόμα στην Ελλάδα ένα είδος ατυχήματος που έχει σχέση με την ευθύνη των κυνηγών και οι συνθήκες κάθε φορά είναι παρόμοιες: είναι οι πυροβολισμοί και οι

ανθρωποκτονίες με δράστες νήπια ή παιδιά που περιεργάζονται κυνηγετικά όπλα, που τα βρίσκουν κρεμασμένα, γεμάτα και ανασφάλιστα. Μεγάλη είναι και η ευθύνη των γονέων. Τελευταία συχνά είναι και τα ατυχήματα με δράστες ή θύματα παιδιά, των οποίων ο πατέρας αστυνομικός άφησε ακλείδωτο και γεμάτο το υπηρεσιακό του περίστροφο στο σπίτι.

27. Πολλά εγκαύματα και ακρωτηριασμοί έχουν γίνει από πυροτεχνήματα. Μερικά απ¹ αυτά είναι εκρηκτικά και κατασκευάζονται πρόχειρα και παράνομα από δυναμίτιδα. Τις ημέρες του Πάσχα ας προσέχουμε π κρατούν τα παιδιά και τι βάζουν στην τσέπη τους.

28. Όταν ανεβαίνει παιδί σε καρέκλα αυτό αποτελεί σήμα κινδύνου. Αλλά και μείς όταν ανεβαίνουμε σε σκάλα ή καρέκλα χωρίς βοήθεια άλλου προσώπου για να κρεμάσουμε την κουρτίνα ή να πάρουμε κάτι από το πατάρι ή ν' αλλάξουμε ένα γλόμπο πρέπει να θυμόμαστε ότι αυτός είναι ένας από τους συχνότερους τρόπους που πέφτει κανείς στο σπίτι και πεθαίνει άσχημα κατάγματα. Και ότι έτσι δίνουμε κακό παράδειγμα στα παιδιά μας, τα οποία περισσότερο προσέχουν τι κάνουμε παρά τι τους λέμε.

29. Όλοι μπορούμε να γλιστρήσουμε στο σπίτι όταν το πάτωμα είναι γυαλισμένο ή όταν υπάρχουν μικρά χαλάκια ή όταν υπάρχει ένα σκαλοπάτι μεταξύ δύο δωματίων ή μεταξύ λουτρού και διαδρόμου. Το παιδιά υπόκεινται στον ίδιο κίνδυνο. Επίσης κινδυνεύουμε όλοι από απότομο πέσιμο και κάταγμα όταν γλιστράει ο πυθμένας της μανιέρας. Ωστόσο η βιομηχανία φτιάχνει μανιέρες με επιφάνεια που δεν γλιστράει, χρήσιμες είναι κάποιες λαστιχένιες προσθήκες για τη μανιέρα.

30. Άλλο δυστύχημα τραγικό, που μοιάζει με τροχαίο, έχει γίνει κοντά στο σπίτι κάποιου που έχει φορτηγό αυτοκίνητο και το έχει αφήσει απ' έξω, ως εξής: Ξεκινάει ο οδηγός απ' το σπίτι του και βάζει μπρος το φορτηγό χωρίς να κοιτάξει μήπως ένα νήπιο -δικό του ίσως παιδί- είναι κάτω από το φορτηγό...

Αυτά είναι τα συχνότερα στατιστικώς ατυχήματα και δη σε αστικό περιβάλλον. Δίνουν όμως αφορμή να σκεφτούμε και μεις άλλες πιθανότητες προληπτικά, έχοντας στο νου ο καθένας το δικό του σπίτι και περιβάλλον, και να λάβουμε τα αντίστοιχα μέτρα⁴⁴.

3.4 Ενδοοικογενειακή βία / σεξουαλική κακοποίηση γυναικών.

Χρειάστηκε να γίνουν πάρα πολλά γιατί η βία είναι ένα φαινόμενο πολύ παλιό. Σύμφωνα με τους ερευνητές ξεκινάει πριν από 4.000 χρόνια, μαζί με το πατριαρχικό σύστημα και την εμφάνιση της ιδιοκτησίας. Είναι γνωστό ότι το πατριαρχικό σύστημα ήταν ένα ιεραρχικό σύστημα εξουσιαστικό, όπου η τιμωρία, η βία και οι απειλές ήταν τα μέσα επιβολής του ισχυρού πατριάρχη προς τους κατωτέρους του.

Η οικογένεια είναι μια μικρογραφία της μεγάλης αυτής οικογένειας του κράτους και λειτουργεί με τον ίδιο εξουσιαστικό τρόπο. Το 1980, τα Ηνωμένα Έθνη, ο οργανισμός των Ηνωμένων Εθνών και το Συμβούλιο της Ευρώπης καθώς και άλλοι κρατικοί και ιδιωτικοί φορείς, άρχισαν να εντείνουν τις προσπάθειες και το ενδιαφέρον τους για το θέμα της ενδοοικογενειακής βίας, η οποία τις περισσότερες φορές μένει αθέατη ώστε να μην μπορούμε να γνωρίζουμε ακριβώς την έκταση της. Μιλάμε για «σκοτεινά» νούμερα, αλλά η βία αυτή είναι επίμονη και επαναλαμβανόμενη και κάποιες φορές γίνεται και ορατή.

Η οικογενειακή βία αθέατη ή ορατή επαναλαμβάνεται, αναπαράγεται από γενιά σε γενιά και από το ένα μέλος της οικογένειας στο άλλο. Τα θύματα γίνονται θύτες. Ερευνητές αναφέρουν ότι το 75% των ανδρών που κακοποιούν τις γυναίκες τους ήταν οι ίδιοι μάρτυρες κακοποίησης της μητέρας τους από τον πατέρα τους. Το 50% των ανήλικων δραστών είναι παιδιά που βίωσαν οικογενειακή βία και η πλειονότητα των γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους είναι και οι ίδιοι θύματα γονεϊκής κακοποίησης.

Σε όλες τις περιπτώσεις παρατηρείται ένα κοινό στοιχείο, από το οποίο πηγάζει η βία: η κατάχρηση της άνισης κατανομής δύναμης ή

εξουσίας μέσα στην οικογένεια. Ο δυνατός επιβάλλει τη θέληση του στον αδύνατο ή στον λιγότερο ισχυρό, ο ισχυρός καταχράται την εξουσία του σε βάρος του ανίσχυρου ή του λιγότερου ισχυρού. Η βία κατά των γυναικών είναι η έκφραση της ιστορικά διαπιστωμένης ανισότητας στη σχέση ισχύος μεταξύ ανδρών και γυναικών. Στην πραγματικότητα, το πρόβλημα της βίας κατά των γυναικών συνδέεται με την κοινωνική τους κατάσταση γιατί η βία αποτελεί το ισχυρότερο μέσο ελέγχου της συμπεριφοράς των γυναικών.

Παρόλο που συνηθίζουμε να λέμε ότι βρισκόμαστε στον αιώνα της ισότητας χρειάστηκε μια διεθνής διάσκεψη κορυφής της Βιέννης, μόλις το 1993, για να αναγνωρισθεί ότι οι γυναίκες έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους άνδρες. Επομένως, θα πρέπει να είμαστε λίγο πιο αισιόδοξες μιας και πολύ πρόσφατα αναγνωρίστηκε σε διεθνές επίπεδο αυτό, ότι δηλαδή έχουμε τα ίδια δικαιώματα και ότι μπορούμε να τα κατοχυρώσουμε σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα.

Η βία σε βάρος των γυναικών αποτελεί αμάθεια και είναι κατά βάση παραβίαση βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Πρόκειται για ένα φαινόμενο που είναι δυστυχώς διαδεδομένο σε όλες τις κοινωνίες και σε όλες τις κοινωνικές τάξεις. Ανεξάρτητα από το επίπεδο ανάπτυξης, το βαθμό της πολιτικής σταθερότητας στον πολιτισμό ή στη θρησκεία, η βία συναντάται τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό χώρο. Οι περισσότερες όμως περιπτώσεις βίας σημειώνονται εντός της οικογενειακής εστίας, γεγονός που συμβάλλει στην αποσιώπηση της.

Η βία στο σπίτι θεωρείται ακόμα από πολλούς, από τη συντηρητική πλειοψηφία, ιδιωτική υπόθεση. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να λάβει η κοινωνία αποφασιστικά μέτρα για να καταδείξει το αντίθετο, ότι δηλαδή, δεν είναι μια ατομική, ιδιωτική υπόθεση. Πολλές φορές το ίδιο

το σπίτι αποτελεί τον πλέον επικίνδυνο χώρο για τη γυναίκα. Μέσα στους τοίχους του σπιτιού ασκείται περισσότερη βία από ότι κανείς μπορεί να φανταστεί.

Το φαινόμενο αυτό αφορά γυναίκες ανεξαρτήτου ηλικίας, περιβάλλοντος και κοινωνικής τάξης. Οι άνδρες βέβαια υπόκεινται σε πράξεις βίας, κυρίως σε δημόσιους χώρους, όπως στα μπαρ, στο δρόμο και συχνά από αγνώστους. Οι γυναίκες πέφτουν εξίσου θύματα τέτοιας βίας, σε μικρότερο βαθμό. Η βία αυτή όμως δεν συνδέεται με το φύλο.

Η βία που υφίσταται η γυναίκα στο σπίτι από τον σύντροφο της αντανakλά τον καταμερισμό της εξουσίας μεταξύ ανδρών και γυναικών, μεταξύ των φύλων. Ίσως είναι κάτι που κυριαρχεί λίγο πολύ σε κάθε κοινωνία, σε ορισμένες αναπτυγμένες κοινωνίες και σε άλλες λιγότερο αναπτυγμένες, σε διαφορετικό βαθμό. Το χαρακτηριστικό είναι ότι οι γυναίκες κακοποιούνται λόγω του φύλου τους και οι άνδρες βιαιοπραγούν για να επιβάλλουν την εξουσία τους. Οι άνδρες αναγνωρίζουν ότι ελέγχουν τη βία που ασκούν λαμβάνοντας υπόψη το πρόσωπο, το χρόνο και το χώρο.

Ο κυριότερος λόγος που κάνει τη γυναίκα να παραμένει με τον θύτη είναι, παραδόξως, ο φόβος. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει, κυρίως στη Σουηδία και την Αμερική, οι γυναίκες φοβούνται ότι θα υποστούν χειρότερη κακοποίηση, φοβούνται τις συνέπειες για τα παιδιά τους, ακόμη και πράξεις εγκληματικές. Άλλες αιτίες είναι ο φόβος της μοναξιάς, η οικονομική εξάρτηση των γυναικών, ο κοινωνικός αποκλεισμός και ο φόβος ότι ο θύτης θα κακοποιήσει και άλλους.

Πως και γιατί βλέπει ο ΟΗΕ το θέμα της βίας σαν θέμα ανθρωπίνων δικαιωμάτων;

Πρώτα από όλα να πούμε ότι στη κλασσική νομική θεωρία, τα ανθρώπινα δικαιώματα υπονοούν σχέση ατόμου και κράτους, δηλαδή το κράτος υποχρεούται να σέβεται και να υλοποιεί τα δικαιώματα των ατόμων. Για δεκαετίες όμως τα κράτη εμπόδιζαν την θεώρηση της βίας κατά των γυναικών, άρα και της βίας στην οικογένεια σαν θέμα ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Έτσι, η κακοποίηση των γυναικών, τα λεγόμενα εγκλήματα τιμής, οι υποχρεωτικοί γάμοι για γυναίκες και ανήλικα κορίτσια, το κόψιμο των γεννητικών οργάνων των κοριτσιών και γυναικών, η αιμομιξία, το κάψιμο των γυναικών μετά το θάνατο του άνδρα τους, η στέρηση τροφής από τα κορίτσια ή σε άλλες περιοχές και η υποχρεωτική και με φυσική βία σίτιση των κοριτσιών, η υποχρεωτική έκτρωση θηλυκών εμβρύων, ο βιασμός στο γάμο, η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών, η κακοποίηση του γυναικείου προσωπικού στα σπίτια και άλλα τέτοια φαινόμενα, ξέφευγαν από κάθε έννοια κρατικής ευθύνης.

Η δικαιολογία των κρατών ήταν, και σε άλλες περιπτώσεις παραμένει ότι οι πρακτικές αυτές λαμβάνουν χώρα στην ιδιωτική σφαίρα. Ότι είναι θέματα ιδιωτικής ζωής, ότι το κράτος δεν μπορεί δήθεν να υπεισέλθει στα ιδιωτικά θέματα κι ότι στο κάτω - κάτω πολλά από αυτά τα φαινόμενα είναι ζητήματα εθίμων, θρησκείας, ή ακόμη και κουλτούρας της ταυτότητας του κράτους και του λαού!

Ομολογώ ότι για πολλά χρόνια στον ΟΗΕ ήμασταν μάρτυρες του θλιβερού φαινομένου, όπου οι κυβερνήσεις απωθούσαν με κάθε τρόπο τον έλεγχο του ΟΗΕ για θέματα βίας κατά των γυναικών, σαν αυτά ν' αποτελούσαν πραγματικά την καρδιά της κρατική κυριαρχίας. Οι

κυβερνήσεις στην ουσία έλεγαν «Το πως συμπεριφερόμαστε στις κοινωνίες μας απέναντι στις γυναίκες είναι καθαρά δική μας υπόθεση και όχι διεθνές ζήτημα», και όλα αυτά παρά τις τυπικές διακηρύξεις για την ισότητα των δύο φύλων.

Όμως το διεθνές κίνημα των γυναικών ενάντια στη βία όλο και μεγάλωνε και γύρω στα τέλη της δεκαετίας του '80 σημειώθηκε μια συστηματική καμπή: η διεθνής αυτή διαμαρτυρία συν-δέθηκε από τις οργανώτριες του με τα ανθρώπινα δικαιώματα. Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις, που είχαν ήδη δημιουργήσει ένα σημαντικό δίκτυο, άρχισαν μια διεθνή καμπάνια που έγραψε πραγματική ιστορία. Εκατοντάδες χιλιάδες υπογραφές συγκεντρώθηκαν απ' όλο τον κόσμο, από γυναίκες κάθε κοινωνικής τάξης, από καθηγήτριες πανεπιστημίου μέχρι γυναίκες που υπέγραψαν με τα δακτυλικά τους αποτυπώματα, γυναίκες κάθε φυλής, θρησκείας ή πολιτικής απόχρωσης.

Η τρομερή αυτή διακήρυξη κατατέθηκε στον ΟΗΕ το 1993, στην Παγκόσμια Διάσκεψη της Βιέννης. Η αίτηση αναφερόταν στην Οικουμενική Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα που μεταξύ άλλων εγγυάται το δικαίωμα στη ζωή, την ελευθερία και την ασφάλεια του ατόμου και την προστασία κατά των βασανιστηρίων και κάθε απάνθρωπης μεταχείρισης. Η αίτηση κατήγγειλε τη βία κατά των γυναικών με παραδείγματα: α) από τις ΗΠΑ, όπου η κακοποίηση γυναικών από άνδρες είναι η μεγαλύτερη αιτία τραυματισμού των γυναικών με περίπου 4.000 θανάτους το χρόνο σαν αποτέλεσμα ξυλοδαρμού από τους συντρόφους τους, β) από την Ινδία, όπου τα κορίτσια 2 έως 4 ετών πεθαίνουν σε διπλάσιο ρυθμό απ' ότι τα αγόρια σαν αποτέλεσμα συστηματικού υποσιτισμού και παραμέλησης και γ) τα 84 εκατομμύρια γυναικών στον κόσμο που έχουν υποβληθεί σε κόψιμο των

γεννητικών τους οργάνων.

Το κεντρικό αίτημα αυτής της παγκόσμιας κινητοποίησης των γυναικών ήταν ν' αναγνωριστεί η βία κατά των γυναικών σαν θέμα ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Κι ομολογώ ότι η δυναμικότητα του γυναικείου κινήματος στη Βιέννη ήταν τέτοια, που πραγματικά επιτεύχθηκε ένα επαναστατικό βήμα: α) Το θέμα της βίας κατά των γυναικών, είτε στη δημόσια είτε στην ιδιωτική σφαίρα ανακηρύχθηκε σαν θέμα Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, β) Οι κυβερνήσεις κλήθηκαν να πατάξουν έθιμα, πρακτικές ή άλλες θρησκευτικές ή πολιτισμικές συνήθειες που καταπατούν τα δικαιώματα των γυναικών και γ) Ζητήθηκε από την Επιτροπή Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ να συστήσει έναν καινούργιο θεσμό: της Ειδικής Εισηγήτριας για το θέμα της βίας κατά των γυναικών.

Την ίδια χρονιά, το 1993, η Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ, υιοθέτησε την Διακήρυξη εναντίον της Βίας κατά των Γυναικών. Σύμφωνα με το άρθρο 1 ο όρος «βία κατά των γυναικών» σημαίνει κάθε πράξη βίας με βάση το φύλο, που έχει ή μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βλάβη ή οδύνη για τη γυναίκα, συμπεριλαμβανόμενης και της απειλής τέτοιων πράξεων, τον εξαναγκασμό ή την αυθαίρετη στέρηση της ελευθερίας, είτε στη δημόσια είτε στην ιδιωτική ζωή.

Το άρθρο 2 της Διακήρυξης αναφέρει ενδεικτικά ένα κατάλογο πράξεων που καθιστούν βία κατά των γυναικών. Εδώ συμπεριλαμβάνονται η σωματική ή σεξουαλική βία μέσα στην οικογένεια, ο βιασμός μέσα στο γάμο και άλλα φαινόμενα. Το άρθρο 2 περιλαμβάνει και τη σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική βία που διαπράττεται ή παραβλέπεται από το κράτος. Η Διακήρυξη απαιτεί από

τα κράτη όχι μόνο να απέχουν από την άσκηση βίας κατά των γυναικών, αλλά και να ασκούν την απαιτούμενη επιμέλεια, ώστε να προλαμβάνουν, να ερευνούν δικαστικά και να τιμωρούν πράξεις βίας κατά των γυναικών, είτε αυτές διαπράττονται από το κράτος είτε από ιδιώτες.

Μεταξύ άλλων, η Διακήρυξη ζητά από τα κράτη να προωθούν την έρευνα και τη συλλογή στατιστικών στοιχείων για το θέμα, καθώς και τα αίτια, τη φύση και τις επιπτώσεις της βίας και να προωθούν μέτρα πρόληψης και αποκατάστασης -και να δίνονται αυτές οι στατιστικές και τα αποτελέσματα των ερευνών στη δημοσιότητα⁴⁵.

Τι προκαλεί στα παιδιά η βία στην οικογένεια;

Τα παιδιά μπορούν να υποβληθούν σε βία στην οικογένεια με βασικά δύο τρόπους.

Ο ένας τρόπος είναι να βλέπουν τους γονείς τους να εξασκούν ο ένας πάνω στον άλλο βία. Ο άλλος τρόπος είναι όταν οι γονείς τους τα τιμωρούν υπερβολικά εξασκώντας πάνω σε αυτά βία.

Τα παιδιά τα οποία δέχονται τη βία είτε βλέποντας τους γονείς τους ο ένας να κτυπά τον άλλο, είτε διότι οι γονείς τους τα κτυπούν τα ίδια, έχουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες όταν μεγαλώσουν να εμπλακούν σε καταστάσεις βίας μέσα στις δικές τους σχέσεις και μέσα στη δική τους οικογένεια.

Είναι σημαντικό να αναγνωρισθούν οι παράγοντες εκείνοι οι οποίοι προκαθορίζουν την έκφραση βίας μέσα στα πλαίσια μιας ρομαντικής ή οικογενειακής σχέσης. Ο λόγος είναι ότι όταν μια τέτοια συμπεριφορά υπάρχει είναι πολύ δύσκολο να αλλάξει.

Για να καταλάβουν καλύτερα τους μηχανισμούς που κάνουν ένα

άτομο να εξασκεί βία μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον του ή μέσα στα πλαίσια της σχέσης του με το άτομο της επιλογής του, ψυχολόγοι από τη Νέα Υόρκη παρακολούθησαν 543 παιδιά για 20 χρόνια.

Τα παιδιά επιλέγηκαν τυχαία το 1975. Ελήφθησαν υπ' όψη όλα τα δημογραφικά, ψυχο-κοινωνικά και ψυχιατρικά χαρακτηριστικά της κάθε περίπτωσης και της κάθε οικογένειας. Κάθε 3 χρόνια γινόταν μια καινούργια αξιολόγηση των παιδιών και των μητέρων τους.

Το 1999 έγινε μια τελευταία ανασκόπηση που περιελάμβανε αξιολόγηση των αλλαγών της ζωής των παιδιών, τις αλλαγές εργασίας που είχαν, την επιθετική συμπεριφορά, τις προσωπικές σχέσεις και τη βία προς το άτομο με το οποίο είχαν συνάψει ερωτικές σχέσεις.

Τα αποτελέσματα της μακροχρόνια αυτής έρευνας έδειξαν ότι τα παιδιά συμπεριφέρονται στις δικές τους μελλοντικές σχέσεις με βάση αυτά που έβλεπαν να γίνονται μέσα τη δική τους οικογένεια.

Εάν έβλεπαν να εξασκείται βία μεταξύ των γονιών τους ή εάν υποβάλλονταν σε υπερβολική τιμωρία με βία από τους γονείς τους, τότε και αυτά σαν ενήλικες πλέον είχαν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να πράξουν το ίδιο.

Επίσης οι ερευνητές παρατήρησαν ότι η τιμωρία από τη μητέρα επενεργεί σαν παράδειγμα για τον τρόπο σωματικής έκφρασης του θυμού και χρησιμοποιείται σαν τρόπος επίλυσης διαμάχης και συγκρούσεων στην ενήλικη ζωή. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται ανεξάρτητα από το εάν το παιδί έχει ή όχι μια διαταραχή της συμπεριφοράς.

Ένα αξιοπερίεργο φαινόμενο που παρατήρησαν οι ερευνητές είναι ότι εκείνο που καθορίζει περισσότερο το κατά πόσο ένα παιδί θα είναι

στην ενήλικη ζωή το θύμα βίας μέσα στην οικογένεια ή μέσα στα πλαίσια μιας σχέσης, δεν είναι το γεγονός ότι το ίδιο σαν παιδί έχει υποστεί βία. Ο καθοριστικός παράγοντας είναι το γεγονός ότι σαν παιδί έβλεπε βία να εξασκείται μεταξύ των γονιών του.

Τα συμπεράσματα αυτά είναι πολύ σημαντικά για την πρόληψη της βίας μέσα στην οικογένεια και μέσα στα ζευγάρια.

Η πρόληψη πρέπει να εστιάζεται στα παιδιά προτού ακόμη φτάσουν στην εφηβική ηλικία. Εάν τα παιδιά γίνονται κοινωνοί βίας μέσα στην οικογένεια πριν από την εφηβική ηλικία, τότε υπάρχει ο κίνδυνος η βία να εμπεδωθεί και να καθιερωθεί μέσα στον ψυχικό κόσμο του παιδιού σαν ένας αποδεκτός τρόπος αντιμετώπισης ή επίλυσης προβλημάτων.

Επιπρόσθετα η πρόληψη δεν πρέπει μόνο να στοχεύει τα αγόρια. Στην έρευνα αυτή, το φύλο δεν βρέθηκε να επηρεάζει το κατά πόσο ένα παιδί όταν θα γίνει ενήλικας θα έχει βίαιη συμπεριφορά μέσα στην οικογένεια του ή μέσα στην προσωπική του σχέση.

Τα αγόρια ή τα κορίτσια που είχαν υποστεί βία με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, όταν μεγάλωναν εκφράζανε πλέον σαν ενήλικες βία στην οικογένεια τους ή μέσα στο ζευγάρι τους.

Δεν πρέπει να μας διαφεύγει ότι και οι γυναίκες μπορεί να είναι τα άτομα που εξασκούν τη σωματική ή ψυχολογική βία μέσα την οικογένεια ή πάνω στο σύντροφο τους μέσα στην σχέση τους σαν ζευγάρι.

Ταυτόχρονα οι επιθετικές μητέρες επιδρούν ουσιαστικά πάνω στη δημιουργία του χαρακτήρα των παιδιών της. Ένας από τους βασικούς άξονες της πρόληψης είναι η αποφυγή δημιουργίας επιθετικών κοριτσιών.

Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό, οι γονείς να αποφεύγουν με κάθε δυνατό τρόπο να εξασκούν ο ένας πάνω στον άλλο σωματική βία ενώπιον των παιδιών τους.

Επίσης πρέπει να αποφεύγεται η υπερβολική τιμωρία των παιδιών, ιδιαίτερα με σωματική ή ψυχολογική βία, διότι συμβάλλει στην δημιουργία ενηλίκων που θα συμπεριφερθούν με τον ίδιο τρόπο, εξασκώντας βία πάνω στους άλλους διαιωνίζοντας έτσι το πρόβλημα της βίας μέσα στην οικογένεια⁴⁶.

3.5 Μέθοδοι για την Πρόληψη του γυναικείου καρκίνου

Η ορθή ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού της χώρας μας πάνω στο θέμα του γυναικολογικού καρκίνου αποτελεί υποχρέωση και καθήκον όλων των υπευθύνων, είτε αυτοί βρίσκονται «στην πρώτη γραμμή του μετώπου», όπως είναι εκείνοι που καθημερινά τον αντιμετωπίζουν στο χειρουργικό τραπέζι, είτε βρίσκονται αλλού, όπως είναι οι διάφοροι ερευνητές που αναζητούν τα αίτια ή τις καλύτερες μεθόδους διαγνώσεως και θεραπείας της πραγματικά σοβαρής αυτής αρρώστιας. Με την ενημέρωση αυτή και την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση, εξασφαλίζεται όχι μόνον η σωτηρία μεγάλου αριθμού γυναικών αλλά επίσης διαλύονται παρεξηγήσεις που συχνά οδηγούν στον πανικό και στην σύγχυση που προκαλεί η άγνοια. Το επιχείρημα ότι είναι πιθανό να προκαλέσουμε «καρκινοφοβία» μιλώντας συνεχώς γι' αυτό το θέμα σε αμήνους ανθρώπους, δεν ευσταθεί, διότι με την λογική αυτή δεν θα έπρεπε να μιλάμε στα παιδιά μας για τις παιδικές αρρώστιες και τις μολύνσεις ούτε στους εφήβους για το σεξ, ούτε στους καπνιστές για τους κινδύνους του καπνίσματος με την παράλογη σκέψη, ότι θα ήταν καλύτερο ν' αποσιωπήσουμε την αλήθεια για να μη προκαλέσουμε φοβίες... Αντίθετα η στατιστική αποδεικνύει θεαματικές διαφορές στις χώρες εκείνες όπου η ενημέρωση, η ορθή ανίχνευση και η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου εφαρμόζεται συστηματικά ώστε να είναι περιττή πολυτέλεια το χάσιμο ανθρωπίνων υπάρξεων από την καθυστέρηση της εφαρμογής αυτής της τακτικής και στην Ελλάδα.

Ας δούμε πρώτα με τι συχνότητα εμφανίζεται αυτή η πάθηση. Είναι ίσως γνωστό στις περισσότερες γυναίκες ότι μετά τον καρκίνο του μαστού έρχεται δεύτερος σε συχνότητα ο καρκίνος των γεννητικών τους οργάνων και συγκεκριμένα της μήτρας, των ωοθηκών, του κόλπου και

του αιδοίου. Από τους καρκίνους της μήτρας εκείνος που εντοπίζεται στον τράχηλο της μήτρας είναι αρκετά σοβαρής προγνώσεως και δυστυχώς αρκετά συχνός, αφού αποτελεί το 11% όλων των καρκινικών εντοπίσεων του γυναικείου σώματος και το 55-65% των καρκίνων των γεννητικών οργάνων της γυναίκας.

Ένα ποσοστό 2% των γυναικών παθαίνει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μέχρι να φθάσει στην ηλικία των 80 ετών, τούτο δε σημαίνει ότι με την αύξηση του μέσου όρου ζωής, που η επιστήμη πέτυχε με την καταπολέμηση των άλλων ασθενειών, αυξάνει αναλογικά και το ποσοστό των γυναικών που υπόκεινται στον κίνδυνο να πάθουν γυναικολογικό καρκίνο.

Αν υπολογίσει κανείς και τον καρκίνο της ωοθήκης και του κόλπου βρίσκει ότι μία γυναίκα στις 20 θα παρουσιάσει κάποτε στη διάρκεια της ζωής κακοήθεια σ' αυτά τα όργανα, ενώ εάν προστεθεί και ο μαστός τότε η αναλογία αυτή ανεβαίνει στο 1:10.

Για να μην είμαστε όμως μονίμως δυσάρεστοι πρέπει να πούμε ότι ο καρκίνος της μήτρας προκαλεί συμπτώματα που γίνονται γρήγορα αντιληπτά από την γυναίκα, γεγονός που ευκολύνει την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Είναι δηλαδή γνωστόν ότι η μήτρα που βρίσκεται στο βάθος του κόλπου επικοινωνεί με το εξωτερικό περιβάλλον ώστε κάθε ανωμαλία της να δίνει πρόωρα συμπτώματα που εξωτερικεύονται μέσα από τον κόλπο όπως π.χ. άφθονη έκκριση υγρών και αιμορραγίες διαφόρων τύπων. Το ίδιο βέβαια συμβαίνει και μάλιστα σε μεγαλύτερο βαθμό και για τον καρκίνο του κόλπου και του αιδοίου. Αντίθετα περισσότερο ύπουλα φέρεται ο καρκίνος της ωοθήκης που βρίσκεται μέσα στην κοιλία και δύσκολα διαγιγνώσκεται.

Ας έλθουμε τώρα σε ένα άλλο σχετικά πολύπλοκο θέμα, όπως είναι η

αιτιολογία του καρκίνου. Με ακρίβεια ασφαλώς δεν μπορούμε βέβαια να μιλήσουμε αφού ακόμη δεν είναι απόλυτα γνωστό το αίτιο. Όσο όμως περνάει ο καιρός ανακαλύπτονται και μελετώνται καλύτερα οι προδιαθεσικοί παράγοντες εκείνοι δηλαδή που ευνοούν, ευκολύνουν, επιταχύνουν και μερικές φορές ίσως και προκαλούν την κακοήθεια. Χρόνιοι ερεθισμοί και τριβές, φλεγμονές των γεννητικών οργάνων, ιδίως από ιούς, όπως εκείνους των οξυτενών κονδυλωμάτων, χημικοί ερεθισμοί, κάπνισμα, πολλές εκτρώσεις, ορμονικές επιδράσεις έχουν κατά καιρούς ενοχοποιηθεί και η προσοχή των ερευνητών στρέφεται με σχολαστικότητα στον κάθε έναν από αυτούς και τον αναλύει προσεκτικά. Η ηλικία της ασθενούς παίζει επίσης κάποιο ρόλο αφού είναι γνωστόν ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας παρουσιάζεται σε νεώτερες ηλικίες (45-55) σε σχέση με τον καρκίνο του σώματος της μήτρας και των ωοθηκών (69-70), χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι και οι άλλες ηλικίες δεν κινδυνεύουν από την πάθηση.

Η κληρονομικότητα, η φυλή, το επάγγελμα, η διατροφή και ο τρόπος ζωής παίζουν επίσης κάποιο ρόλο όχι πάντα καλά διευκρινισμένο.

Τα πρώτα συμπτώματα του καρκίνου της μήτρας και του κόλπου είναι συνήθως μικρές και ακατάσχετες αιμορραγίες από τα γεννητικά όργανα που είναι άσχετες από την περίοδο και επαναλαμβάνονται σε ακαθόριστα διαστήματα και πιο συχνά μετά την συνουσία. Ένα άλλο σύμπτωμα είναι η ύπαρξη πολλών υγρών από τον κόλπο που συχνά μυρίζουν δυσάρεστα. Επίσης στον καρκίνο του αιδοίου υπάρχει έντονη φαγούρα. Σε πιο προχωρημένες καταστάσεις ή στους καρκίνους των ωοθηκών παρουσιάζονται πόνοι και φούσκωμα στην κοιλία, διαταραχές στην ούρηση ή στο έντερο και σιγά-σιγά εγκαθίσταται και μεγάλη ανορεξία μέχρι καχεξίας.

Η σημαντική βοήθεια της κυτταρολογικής εξέτασεως κατά Παπανικολάου έγκειται στο ότι είναι δυνατό να ανακαλύψει τον καρκίνο του κόλπου, της μήτρας αλλά κυρίως του τραχήλου της σε πολύ αρχόμενο στάδιο.

Εύκολα αντιλαμβάνεται κάθε γυναίκα ότι η διάγνωση σε τόσο πρώιμο στάδιο εξασφαλίζει πολύ καλύτερη θεραπεία και επιβίωση σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων. Αν αναλογισθούμε πόσο εύκολη, ανώδυνη και ακίνδυνη είναι η λήψη λίγων σταγόνων υγρού από τον κόλπο και τον τράχηλο της μήτρας, θα καταλάβουμε πόσο μεγάλο λάθος κάνουν σήμερα χιλιάδες Ελληνίδες που από παρανόηση, αμέλεια, ημιμάθεια ή αδικαιολόγητο φόβο αποφεύγουν να κάνουν την εξέταση αυτή κάθε χρόνο αλλά ακόμη αποφεύγουν και το γιατρό τους για μια απλή γυναικολογική εξέταση από την οποία όμως μπορεί να τεθεί κάποια υπόνοια ή διάγνωση ακόμη και για την αρρώστια της ωοθήκης που στην συνέχεια επιβεβαιώνεται με υπερηχογράφημα.

Το επιχείρημα εξ άλλου ότι επειδή δεν υπάρχουν ενοχλήσεις ή συμπτώματα δεν χρειάζεται αν πάνε στο γιατρό για τις απλές αυτές εξετάσεις, δεν ευσταθεί για τον απλούστατο λόγο ότι μόνον όταν η πάθηση ανακαλυφθεί στην πολύ αρχή της, μόνον τότε θεραπεύεται με πραγματικά εντυπωσιακή επιτυχία.

Μετά το 20^ο έτος επομένως πρέπει να γίνεται η εξέταση κατά Παπανικολάου κάθε χρόνο, μαζί με την γυναικολογική εξέταση οπότε ο γιατρός αποφασίζει τι άλλο χρειάζεται να γίνει και εάν αυτό είναι απαραίτητο. Δεν είναι υπερβολή να πούμε ότι ο δείκτης πολιτισμού μιας χώρας κρίνεται από το ποσοστό των γυναικών στις οποίες ανακαλύπτονται αρχόμενοι καρκίνοι σε στάδιο ιάσιμο.

Σχετικά τώρα με την θεραπεία μπορούμε να πούμε ότι αυτή

διακρίνεται σε χειρουργική, σε ακτινοθεραπεία και σε χημειοθεραπεία. Η εγχείρηση αποφασίζεται σε αρχόμενα ή αρχικά στάδια και ανάλογα από την επέκταση και το είδος του καρκίνου ακολουθεί συνήθως ακτινοβολία εάν είναι απαραίτητη. Όταν η πάθηση έχει προχωρήσει έξω από τα γεννητικά όργανα εγχείρηση δεν μπορεί να γίνει, οπότε αποφασίζεται ακτινοθεραπεία είτε μέσα από τον κόλπο είτε από την κοιλιά. Σε περίπτωση που ο καρκίνος έχει κάνει μάκρυνες μεταστάσεις το μόνο μέσο θεραπείας αποτελεί η χημειοθεραπεία με άλλοτε άλλα αποτελέσματα.

Το ποσοστό επιτυχίας, το οποίον υπολογίζεται από τον αριθμό των γυναικών που μετά από πέντε χρόνια επιζούν ελεύθερες από την αρρώστια, εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο άρχισε η θεραπεία. Έτσι στο στάδιο 0 και 1 δυνατόν η επιβίωση αυτή της πενταετίας να φθάνει το 80-100% ενώ σε πιο προχωρημένα στάδια τα αποτελέσματα είναι δυστυχώς ακόμη πολύ απογοητευτικά,

Ειδικά για τους γυναικολογικούς καρκίνους λειτουργούν στα μεγάλα ογκολογικά-γυναικολογικά κέντρα της Ελλάδας τα λεγόμενα Ογκολογικά Συμβούλια. Σ' αυτά μετέχουν εκτός από τους Γυναικολόγους - Ογκολόγους και ιατροί όλων των συναφών ειδικοτήτων όπως π.χ. Ακτινοθεραπευταί, Κλινικοί Ογκολόγοι ή Χημειοθεραπευτές, Ουρολόγοι, Αναισθησιολόγοι, Παθολογοανατόμοι, Κυτταρολόγοι κ.ά. Για κάθε περίπτωση γυναίκας με καρκίνο των γεννητικών οργάνων συνεδριάζει το Ογκολογικό Συμβούλιο προκειμένου λεπτομερώς να καθοριστεί η σταδιοποίηση της νόσου και το ακριβές πρωτόκολλο της θεραπείας, που θα ακολουθηθεί. Σήμερα επομένως η αντιμετώπιση της κακοήθους αυτής νόσου γίνεται από συλλογικό όργανο που υπεύθυνα μελετά κάθε περίπτωση χωριστά και

υπεύθυνα παίρνει καθοριστικές για το μέλλον της γυναίκας αποφάσεις. Από τα πιο πάνω στοιχεία βγαίνει και το συμπέρασμα ότι κάθε γυναικολογική κακοήθεια πρέπει να αποστέλλεται από τον οικογενειακό ή προσωπικό γιατρό γυναικολόγο σε ειδικό ογκολογικό Νοσοκομειακό Κέντρο, εάν πράγματι ο γιατρός αυτός επιθυμεί να προσφέρει στην άρρωστη την σωστή βοήθεια⁶.

§ Τέστ Παπανικολάου

Το καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας, θεωρείται σήμερα, κατά διεθνή παραδοχή, το δεύτερο κατά σειρά συχνότητας καρκίνωμα που προσβάλλει τις γυναίκες. Η συχνότητα αυτή, στην αριθμητική της έκφραση, ποικίλλει ανάμεσα σε γυναίκες διαφορετικής εθνικότητας, διαφορετικής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και σεξουαλικής συμπεριφοράς. Στις υπό ανάπτυξη χώρες φέρεται ακόμα και πρώτο σε συχνότητα, ενώ στις ανεπτυγμένες κατατάσσεται ως δέκατο. Και αξίζει να σημειωθεί ότι στις περισσότερο ακόμη ανεπτυγμένες χώρες, η συχνότητα αυτή του καρκινώματος του τραχήλου και η θνητότητα από αυτό έχουν σημειώσει εντυπωσιακή πτώση από το 1950 και εντεύθεν, στο γεγονός δε αυτό φαίνεται ότι η ανάπτυξη και η εξέλιξη της κυτταρολογίας έχει παίξει σημαντικό ρόλο.

Η κυτταρολογική εξέταση του υλικού που λαμβάνεται από τον τράχηλο της μήτρας για τη διάγνωση του τραχηλικού καρκινώματος είναι η περισσότερο συχνά εφαρμοζόμενη κυτταρολογική διαγνωστική μέθοδος και η περισσότερο γνωστή (Τέστ Παπανικολάου). Στηρίζεται κατά βάση στο γεγονός ότι το τραχηλικό καρκίνωμα δεν αναπτύσσεται απ' ευθείας σε έναν υγιή τράχηλο με φυσιολογικό επιθήλιο, αλλά μεταξύ των δύο ακραίων καταστάσεων, δηλαδή του φυσιολογικού επιθηλίου και του διηθητικού τραχηλικού καρκινώματος μεσολαβούν, εξελικτικά,

προκαρκινικές αλλοιώσεις οι οποίες και εμφανίζουν διαφορετική κυτταρική «ανωμαλία». Στο προκαρκινικό αυτό στάδιο δεν υπάρχουν υποκειμενικά συμπτώματα - ενοχλήματα ή/και ευρήματα κατά την απλή γυναικολογική εξέταση, η διάγνωση δε των αλλοιώσεων μπορεί να γίνει μόνο με την κυτταρολογική εξέταση κολποτραχηλικού επιχρίσματος και τον εν συνεχεία κολποσκοπικό έλεγχο του τραχήλου της μήτρας.

Η ιδέα ότι προηγείται του διηθητικού καρκινώματος μια ενδοεπιθηλιακή νεοπλασματική αλλοίωση ήταν παραδεκτή από τις αρχές ακόμη αυτού του αιώνα. Επιστεύετο μάλιστα ότι οι ενδοεπιθηλιακές αυτές αλλοιώσεις αποτελούσαν αυτόματα εξελισσόμενες πρόδρομες μορφές του διηθητικού καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας.

Στη συνέχεια έγινε γνωστό ότι οι αλλοιώσεις του επιθηλίου που καλύπτει τον τράχηλο της μήτρας ήταν περισσότερο εκτεταμένες και διαφοροποιημένες σε διάφορα στάδια με αυξανόμενη ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία, καθοριζόμενη ως δυσπλασία καρκίνωμα ίη δίυ και μικροδιηθητικό καρκίνωμα. Στη διάκριση αυτή συνετέλεσε, χωρίς αμφιβολία, η εφαρμογή του Τέστ Παπανικολάου σε ευρεία κλίμακα και σε μεγάλο αριθμό γυναικών. Από τη λεπτομερειακή μάλιστα σύγκριση των κυτταρικών χαρακτηριστικών των επιχρισμάτων και των ιστολογικών αλλοιώσεων, στις ίδιες άρρωστες, τα κυτταρολογικά χαρακτηριστικά των ενδοεπιθηλιακών αλλοιώσεων του τραχήλου έγιναν περισσότερο γνωστά, με αποτέλεσμα και την αύξηση της αξιοπιστίας της κυτταρολογικής διάγνωσης.

Οι ενδοεπιθηλιακές προκαρκινικές αλλοιώσεις ανεξάρτητα από το βαθμό της βαρύτητας τους δεν απειλούν τη ζωή της γυναίκας διότι δεν προκαλούν μεταστάσεις. Η έναρξη του κινδύνου σχετίζεται με τη

διήθηση που συμβαίνει όταν η επεξεργασία διασπά τη βασική μεμβράνη που βρίσκεται κάτω από το επιθήλιο και διαχέεται μέσα στο στρώμα του τραχήλου και από εκεί με τα αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία διασπείρεται σε διπλανούς και απομακρυσμένους ιστούς. Είναι προφανής λοιπόν η αξία του Τέστ Παπανικολάου, αφού ο κυτταρολόγος μπορεί να διαγνώσει με αξιοπιστία τις προκαρκινικές αυτές αλλοιώσεις στο στάδιο της δυσπλασίας, οπότε και η θεραπεία είναι ευκολότερη και οριστική. Πρέπει εδώ ίσως ιδιαίτερα να τονισθεί ότι η εφαρμογή προγραμμάτων διαλογής για το καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες χωρίς κανένα σύμπτωμα έχει σημαντικά πλεονεκτήματα που αποδίδονται ακριβώς στη «φυσική ιστορία» της νόσου, κάτι που επιτρέπει την ανίχνευση της στο προδιηθητικό στάδιο της δυσπλασίας ή του ενδοεπιθηλιακού καρκινώματος, όπου όπως ήδη ελέγχθη, με την κατάλληλη θεραπεία προλαμβάνεται η μετάπτωση σε διηθητικό καρκίνωμα.

Διάφορες απόψεις αναφέρονται σε ότι αφορά την ηλικία της γυναίκας στην οποία θα πρέπει να αρχίσει να εφαρμόζεται το Τέστ Παπανικολάου, καθώς και η συχνότητα της εφαρμογής του. Κατά διεθνή παραδοχή, ως ηλικία έναρξης του ελέγχου θεωρείται η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής της γυναίκας. Έτσι, γυναίκες σεξουαλικά δραστήριες θα πρέπει να ελέγχονται ετησίως με τέστ και ταυτόχρονη γυναικολογική εξέταση, μέχρι την ηλικία των 35 ετών. Μετά την ηλικία αυτή και εφόσον, κατά το μεσολαβήσαν χρονικό διάστημα, δεν έχει επισημανθεί κάποια επιθηλιακή ανωμαλία, το τεστ μπορεί να εφαρμόζεται λιγότερο συχνά. Μια τέτοια εφαρμογή τίθεται στη διακριτική διάθεση του γιατρού (κυτταρολόγου-γυναικολόγου) και μετά από συζήτηση με τη γυναίκα.

Πρέπει να σημειωθεί ότι μολονότι δεν είναι δυνατόν να προδικασθεί η

κακοήθης συμπεριφορά μιας επιθηλιακής «ανωμαλίας» (προκαρκινικής αλλοίωσης) μόνο με τη μορφολογική αξιολόγηση, εντούτοις, υπάρχει ένδειξη ότι οι ελαφρότερες αλλοιώσεις, όπως η ελαφρά δυσπλασία, είναι περισσότερο πιθανό να υποστραφούν αυτόματα και χωρίς θεραπεία στο φυσιολογικό και αντίθετα η εντόνου βαθμού δυσπλασία και το ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα να προαχθούν -περισσότερο πιθανόν- σε διηθητικό καρκίνωμα. Ο χρόνος αυτός της «προαγωγής» μπορεί να ποικίλλει από μερικούς μήνες σε χρόνια. Οι ακριβείς βιολογικές προϋποθέσεις για μια τέτοια εξέλιξη δεν είναι ακόμη ξεκάθαρες, κάτι το οποίο δικαιολογεί το γεγονός ότι η επιστημονική έρευνα έχει στρέψει το ενδιαφέρον της προς την κατεύθυνση αυτή.

Η συχνή επανάληψη του τεστ έχει ως αποτέλεσμα την ανίχνευση των προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας και την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας πριν αυτές οι αλλοιώσεις εξελιχθούν σε διηθητικό καρκίνωμα. Έτσι, μπορεί κανείς να υποθέσει ότι στις γυναίκες που έχουν επαναλαμβανόμενες κυτταρολογικές εξετάσεις, γίνεται σωστή λήψη υλικού από τον τράχηλο, το υλικό αυτό εξετάζεται από έμπειρο κυτταρολόγο και τα ευρήματα αξιολογούνται και αντιμετωπίζονται σωστά από τον κλινικό γιατρό (γυναικολόγο), αναμενόμενο θα είναι να παρατηρηθεί σημαντική ελάττωση της συχνότητας εμφάνισης του τραχηλικού καρκινώματος ή ακόμη και εξαφάνιση αυτού ως αιτίας θανάτου, ακόμη και αν δεν υπάρξει περαιτέρω βελτίωση των θεραπευτικών μέσων. Κι αυτό, όπως είναι φυσικό, θα πρέπει να αποτελεί το στόχο ενός Εθνικού προγράμματος πρόληψης του καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας¹.

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο έχουμε περίπου, 1.500 νέες περιπτώσεις

καρκίνου του μαστού. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού δεν έχουν πλήρως διευκρινιστεί, αν και πολλοί απ' αυτούς φαίνεται να σχετίζονται με τα επίπεδα των οιστρογόνων που είναι οι βασικές γυναικείες ορμόνες. Οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού εμφανίζονται σε γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών, και είναι λιγότερες σε γυναίκες με πρόωμη έναρξη της έμμηνου ρύσεως, με καθυστερημένη έμμηνόπαυση, καθώς και σε γυναίκες που δεν έχουν παιδιά ή αποκτούν το πρώτο τους παιδί μετά την ηλικία των 35 ετών. Η παχυσαρκία σε γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση, αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου, καθώς επίσης και η ύπαρξη συγγενούς πρώτου βαθμού (μητέρα, αδελφή) που εμφάνισε καρκίνο του μαστού πριν την εμμηνόπαυση της.

Η πρόωμη ανίχνευση και διάγνωση του καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται κυρίως με την αυτοεξέταση των μαστών από την γυναίκα, την ψηλάφηση των μαστών από γιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας και τη μαστογραφία. Η ψηλάφηση του μαστού πρέπει να γίνεται από τη γυναίκα σε μηνιαία βάση, στην 10η μέρα του κύκλου με 1η την ημέρα έναρξης της περιόδου. Με την ψηλάφηση μπορεί να εντοπιστούν πολύ μικροί όγκοι. Όσο πιο συχνά και σε σταθερή βάση κάνει μία γυναίκα την ψηλάφηση των μαστών της τόσο αυξάνει η πιθανότητα ανακάλυψης όγκων σε προωμότερα στάδια.

Πώς θα κάνετε την αυτοεξέταση μαστού:

1. Βγάλτε τα ρούχα σας και σταθείτε μπροστά σε έναν καθρέφτη σε ένα χώρο που φωτίζεται πάρα πολύ καλά. Σας θυμίζουμε ότι ο μαστός μπορεί να είναι λίγο μεγαλύτερος από τον άλλο.
2. Κοιτώντας τους μαστούς σας στον καθρέφτη ψάχνετε για:

1. αλλαγές στρ μέγεθος και των δύο μαστών
2. αλλαγές στις θηλές
3. αιμοραγία ή ροή υγρού από τις θηλές
4. ασυνήθιστο βαθούλωμα ή ρυτίδωση στο μαστό ή τη θηλή
5. φλέβες που πετάνε περισσότερο απ'ότι συνήθως
3. Αφήστε τα χέρια σας χαλαρά κατά μήκος του σώματος σας και κοιτάζετε τους μαστούς σας στον καθρέφτη
4. Υψώστε τα χέρια σας σε ανάταση και παρατηρείστε τους μαστούς σας απ' όλες τις πλευρές. Κατεβάστε τα χέρια.
- Πιέστε ελαφρά τις θηλές για να δείτε μήπως βγαίνει υγρό ή αίμα
6. Ξαπλώστε άνετα στο κρεβάτι και βάλτε ένα μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι σας. Βάλτε επίσης ένα χαμηλό μαξιλάρι κάτω από τον αριστερό σας ώμο
7. Σηκώστε το αριστερό σας χέρι και ακουμπήστε το στο μαξιλάρι πάνω από το κεφάλι σας
8. Με το δεξί σας χέρι θα εξετάσετε τον αριστερό μαστό
9. Με δύο ή τρία δάκτυλα του δεξιού χεριού και πιέζοντας ελαφρά, εξετάστε κυκλικά όλο το μαστό και την θηλή, ξεκινώντας από την περιφέρεια και προχωρώντας προς το κέντρο. Βεβαιωθείτε ότι έχετε ψηλαφίσει όλο το μαστό.
10. Κατεβάστε το αριστερό χέρι παράλληλα με το σώμα και εξετάστε την αριστερή μασχάλη
11. Επαναλάβετε το ίδιο και με τον δεξιό μαστό
12. Επισκεφθείτε το γυναικολόγο σας σε τακτά χρονικά διαστήματα

τουλάχιστον 1 φορά το χρόνο, τη 10η μέρα του κύκλου και ζητήστε του να εξετάσει τους μαστούς σας.

Η μαστογραφία μπορεί να ανακαλύψει όγκους σε πολύ πρώιμα στάδια, κατά τα οποία η θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική. Έχει βρεθεί ότι η μαστογραφία είναι πιο αποτελεσματική σε γυναίκες άνω των 29 ετών που πρέπει να την κάνουν κάθε 2 με 3 χρόνια. Όμως όλες οι γυναίκες, στην ηλικία 35-40 ετών πρέπει να κάνουν μία μαστογραφία, την μαστογραφία αναφοράς όπως λέγεται, και που αποτελεί στοιχείο για μελλοντική σύγκριση. Η ακτινοβολία που δέχεται η γυναίκα κάνοντας μαστογραφία είναι πολύ μικρή και ο κίνδυνος απ' αυτή αμελητέος⁴⁷.

3.6 Πλεονεκτήματα του θηλασμού στην μητέρα και στο παιδί

Ο μητρικός θηλασμός είναι ένα αποκλειστικό προνόμιο της μητέρας και δε συμβαίνει τυχαία στη ζωή της. Είναι η κατάληξη μία σειράς μεταβολών, που αρχίζουν στη γυναίκα πριν εμφανιστεί η πρώτη έμμηνος ρύση. Ειδικές ορμόνες που παράγονται στις ωοθήκες είναι υπεύθυνες για αυτές τις μεταβολές και την προετοιμασία του μαστού για τη λειτουργία παραγωγής του γάλακτος.

Ο μαστός είναι ένας μαζικός αδένας, ο οποίος κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων, κατά τη διάρκεια της κύησης, αυξάνει το βάρος του περίπου κατά 400 γραμμάρια, ενώ διπλασιάζεται η αιμάτωσή του. Ο μαστός αποτελείται από το παρέγχυμα και το στρώμα. Το παρέγχυμα αποτελείται από τις κυψελίδες, τα λόβια, που σχηματίζονται από πολλές κυψελίδες, του λοβούς, που αποτελούνται από πολλά λόβια και τους γαλακτοφόρους πόρους. Το στρώμα αποτελείται από το συνδετικό ιστό, τα αιμοφόρα, τα λεμφοφόρα αγγεία και τα νεύρα. Ο μαστός καλύπτεται με δέρμα που είναι λεπτό και ελαστικό και περιλαμβάνει τη θηλή, τη θηλαία άλω, δηλαδή τη σκούρα περιοχή γύρω από τη θηλή και το γενικό δέρμα. Κατά την κύηση η αύξηση βάρους του μαστού οφείλεται στην αύξηση και ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων, στην ανάπτυξη των λοβών του αδένα και στην υπερπλασία των επιθηλιακών κυττάρων των κυψελίδων.

Η έκκριση γάλακτος δεν είναι τίποτε άλλο από τη μετατροπή των αμινοξέων, των ιχνοστοιχείων, των λιπιδίων, της γλυκόζης και άλλων συστατικών του πλάσματος, σε καζείνη, γαλακτοσφαιρίνες, γαλακτολιπίδια, λακτόζη και διάφορα άλλα συστατικά του γάλακτος. Η τροποποίηση αυτών των συστατικών του πλάσματος και η απέκκριση

τους γίνεται από το εκκριτικό επιθήλιο του μαζικού αδένου, που βρίσκεται υπό τον έλεγχο της προλακτίνης.

Κατά το θηλασμό, με τις θηλαστικές κινήσεις ενεργοποιείται το αντανακλαστικό απευλευθέρωσης ωκυτοκίνης από την υπόφυση και προκαλείται σύσπαση των κυττάρων των εκφορητικών πόρων του μαζικού αδένου και διευκολύνεται η αποτελεσματικότητα των θηλαστικών κινήσεων. Δηλαδή την εντολή για την έναρξη της παραγωγής γάλακτος τη δίνει το μωρό με το θήλασμα καθώς στέλνει μήνυμα στον εγκέφαλο με τη νευρική οδό. Στη συνέχεια ελευθερώνονται από την υπόφυση οι ορμόνες προλακτίνη και ωκυτοκίνη, οι ορμόνες αυτές μεταφέρονται με το αίμα στο μαστό και με την προλακτίνη παράγεται το γάλα στις κυψελίδες, ενώ με την ωκυτοκίνη προωθείται στους γαλακτοφόρους πόρους και τη θηλή. Το νεογνό έλκει τη θηλή στο στόμα του, τοποθετώντας τα χείλη στην περιφέρεια της άλω, ενώ τα ούλα του αγκιστρώνονται σε αυτή. Στη συνέχεια κρατά τη θηλή στην υπερώα, όπου τη συγκρατεί με τη γλώσσα και την πιέζει, ώστε να προωθήσει το γάλα στο πίσω τμήμα της στοματικής κοιλότητας και να το καταπιεί. Σε κάθε θηλασμό πρέπει να προσφέρονται και οι δύο μαστοί. Είναι σκόπιμο ωστόσο να σημειωθεί ότι με 5 λεπτά θηλασμού, το νεογνό λαμβάνει τα 2/3 περίπου του γάλακτος, που περιέχει κάθε μαστός. Το νεογνό θηλάζει περίπου 15-20 λεπτά. Το νεογνό είτε εναλλάσει τους μαστούς, θηλάζοντας μέσα στα 20 λεπτά και από τους δύο, είτε θηλάζει τη μία φορά από τον ένα μαστό και την άλλη από τον άλλο εναλλάξ.

Γενικοί κανόνες για επιτυχή θηλασμό

Κάποιοι γενικοί κανόνες για επιτυχή θηλασμό είναι οι ακόλουθοι

1. Η ενημέρωση της μητέρας για τα πλεονεκτήματα του μητρικού

θηλασμού

2. Η άμεση τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος της μητέρας, ο θηλασμός πρέπει να αρχίζει, εάν είναι δυνατό, το πρώτο ημίωρο μετά τον τοκετό, με τη βοήθεια εκπαιδευμένου προσωπικού

3. Η τήρηση της συχνότητας του θηλασμού ανάλογα με τις απαιτήσεις του νεογνού, η φύση έχει προβλέψει ώστε η παραγωγή του μητρικού γάλακτος να είναι ανάλογη με τις ανάγκες του νεογέννητου και του βρέφους, ανεξαρτήτως του μεγέθους του μαστού, το οποίο δεν παίζει ρόλο στην ικανότητα παραγωγής γάλακτος

4. Η εκπαίδευση της μητέρας στην τέχνη του θηλασμού και στη διατήρηση της γαλουχίας

5. Το καλύτερο ερέθισμα για την παραγωγή γάλακτος είναι η κένωση και των δύο μαστών

6. Η χορήγηση στο νεογέννητο μόνο μητρικού γάλακτος και η αποφυγή συμπληρώματος ξένου γάλακτος, εκτός και αν συντρέχει ειδικός ιατρικός λόγος, που το επιβάλλει.

7. Η αυστηρή τήρηση κανόνων καθαριότητας, όπως πλύσιμο της θηλής και των χεριών της μητέρας, πριν το θηλασμό, προστατεύει από επιπλοκές, που μπορεί να επηρεάσουν τον θηλασμό

8. Η σωστή στάση τόσο της μητέρας, όσο και του παιδιού. Η μητέρα πρέπει να κρατά σωστά το διογκωμένο μαστό, ώστε να μην αποφράσσονται από αυτόν τα ρουθούνια του νεογνού

9. Η εξήγηση προς τη μητέρα ότι οι δυσκολίες, που τυχόν παρουσιάζονται στην αρχή είναι φυσιολογικές και ξεπερνώνται σιγά σιγά, ώστε να αποφευχθεί η ανάπτυξη του αισθήματος απογοήτευσης, το οποίο θα οδηγήσει στην αποτυχία του θηλασμού.

Τα κριτήρια για την επιτυχία του θηλασμού από την πλευρά του νεογνού είναι τα ικανοποιητικά διαστήματα ύπνου του, η αύξηση βάρους του και οι φυσιολογικές κενώσεις, ενώ από τη μητέρα είναι η απουσία παθολογικών εκδηλώσεων.

Τις τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης και την 1 η-4η ημέρα μετά τον τοκετό αποβάλλεται από το μαστό το πύαρ, ή πρωτόγαλα, που είναι η άριστη τροφή του νεογνού για τις πρώτες ημέρες. Είναι κίτρινο, αλκαλικής αντίδρασης, με υψηλό ειδικό βάρος, με μεγάλη περιεκτικότητα σε πρωτεΐνη, βιταμίνη Α, άλατα νατρίου και φωσφόρου, αντισώματα και λευκοκύτταρα. Έχει μικρή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες και λίπη και χαρακτηρίζεται από καθαρτική δράση, ενώ συντελεί στον καθαρισμό του γαστρεντερικού σωλήνα του νεογνού, την αποβολή του μυκωνίου και την εγκατάσταση φυσιολογικής χλωρίδας στο έντερο του. Μετά την τρίτη περίπου ημέρα από τον τοκετό το πύαρ γίνεται μεταβατικό γάλα και μετά την έβδομη σε δέκατη ημέρα γίνεται ώριμο γάλα. Το χρώμα του είναι άσπρο και η σύσταση του πιο λεπτόρευστη από το πύαρ. Παράγεται σε μεγαλύτερη ποσότητα από το πύαρ και δίνει περισσότερη ενέργεια. Περιέχει μοναδική αναλογία σε λευκώματα, λίπη, υδατάνθρακες, άλατα, βιταμίνες, αντισώματα και είναι αναντικατάστατη τροφή για το νεογέννητο.

Πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού

Για το παιδί

1. Ιδανική σύνθεση γάλακτος για τη σωματική του ανάπτυξη
2. Χορήγηση έτοιμων αντισωμάτων και αντιφλεγμονωδών παραγόντων, με αποτέλεσμα την προστασία από λοιμώξεις του αναπνευστικού και γαστρεντερικού συστήματος και από ιώσεις.

3. Πρόληψη αλλεργικών καταστάσεων και προστασία από αναιμίες
4. Αύξηση της επιβίωσης των πρόωρων. Ειδικά για τα πρόωρα είναι η ιδανική τροφή, καθώς τελευταίες έρευνες έδειξαν ότι το γάλα μητέρων που γεννούν πρόωρα έχει σημαντικά μεγαλύτερη περιεκτικότητα λευκωμάτων από το γάλα μητέρων που γεννούν κανονικά
5. Ασηπτες συνθήκες σίτισης και σωστή θερμοκρασία χορηγούμενου γάλακτος, καθώς το μητρικό γάλα χορηγείται απ'ευθείας από το μαστό της μητέρας
6. Αύξηση του δείκτη νοημοσύνης
7. Προστασία από κίνδυνο νεανικού διαβήτη
8. Ελάττωση της συχνότητας του παιδικού καρκίνου
9. Βελτίωση του λόγου σε παιδιά με σχιστίες
10. Μείωση της τερηδόνας
11. Πρόληψη παχυσαρκίας
12. Πρόληψη για μελλοντικό κίνδυνο στεφανιαίας νόσου
13. Η πιο κατάλληλη τροφή για πολλές ασθένειες της νεογνικής και βρεφικής ηλικίας, όπως είναι το σύνδρομο δευσαπορρόφησης, η δυσανεξία στο γάλα αγελάδος, η επίμονη διάρροια, η ελκώδης κολίτιδα, η νεκρωτική εντεροκολίτιδα, οι χειρουργικές επεμβάσεις του πεπτικού, η σηψαιμία, η ανεπάρκεια της I.O.A ανοσοσφαιρίνης, η μεταμόσχευση μυελού των οστών.
14. Συμβάλει στην ηρεμία του βρέφους λόγω ειδικής ορμόνης που περιέχει
15. Συμβάλει στην καλή ψυχική υγεία λόγω του ψυχικού δεσμού που αναπτύσσεται ανάμεσα στη μητέρα και το νεογνό. Για τη μητέρα

1. Ταχεία παλινδρόμηση της μήτρας της λεχωίδας
2. Προστασία από καρκίνο του μαστού
3. Μείωση της συχνότητας καρκίνου του ενδομητρίου
4. Προστασία από οστεοπόρωση
5. Σε σημαντικό ποσοστό (75%) προφύλαξη από σύντομη νέα εγκυμοσύνη
6. Ευκολότερη απώλεια του βάρους, που αποκτήθηκε κατά την εγκυμοσύνη, καθώς το αποθηκευμένο λίπος καίγεται για την παραγωγή γάλακτος
7. Ψυχική ολοκλήρωση ως γυναίκα-μητέρα
8. Ευκολία στη σίτιση του παιδιού
9. Οικονομία

Αντενδείξεις

Οι αντενδείξεις του μητρικού θηλασμού είναι ελάχιστες και περιλαμβάνουν

α. Τη βαρεία νόσο της μητέρας (αναπνευστική, καρδιακή, νεφρική, λοιμώδη, όπως η φυματίωση,

οι νεοπλασίες)

β. Τη λήψη από τη μητέρα ορισμένων φαρμάκων, όπως κυτταροστατικών-χημειοθεραπευτικών,

αντιθυροειδικών, φαινυλβουταζόνης και άλλων και

γ. Παθήσεις από το μαστό, όπως φλεγμονή και σοβαρή μαστίτιδα, ή η έλλειψη θηλής, η εισολκή της θηλής και η επίπεδη θηλή⁴⁸.

Μητρικός θηλασμός: Προστασία της μητέρας

Βοηθάει στην αποφυγή της συμφορητικής διόγκωσης του μαστού τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό. Αντίθετα, έως και 50% των γυναικών που δεν θηλάζουν έχουν συμφορητική διόγκωση του μαστού και πόνο που μπορεί να επιμένει μέχρι και μια εβδομάδα. Επίσης, κατά την έναρξη της γαλουχίας, η θηλή και η άλως συχνά υφίστανται τοπική φλεγμονή και οίδημα που υποχωρούν μετά από συχνό θηλασμό. Στις γυναίκες που δεν θηλάζουν και προσπαθούν με μη φαρμακευτικά μέσα να σταματήσουν την παραγωγή γάλακτος, σε μια στις τρεις γυναίκες παρατηρείται σοβαρή μασταλγία κατά τη λοχεία.

Βοηθάει στην αποφυγή της μη μολυσματικής μαστίτιδας τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό. Σε μολυσματική μαστίτιδα, η συνέχιση του θηλασμού βοηθά στην αποφυγή της δημιουργίας αποστήματος που είναι πιθανότερο να συμβεί σε (απότομη) διακοπή του θηλασμού. Σε 65 γυναίκες με μαστίτιδα της λοχείας, οι μόνες που ανέπτυξαν απόστημα ήταν εκείνες που επέλεξαν να σταματήσουν το θηλασμό. Αυτό συμβαίνει κατά πάσα πιθανότητα λόγω του ότι ο θηλασμός επιτρέπει με την εκροή του γάλακτος την «έκπλυση» της μόλυνσης από το γαλακτοφόρο σύστημα. Συμπερασματικά, το «μολυσματικό φορτίο» που αποβάλλεται σε κάθε θηλασμό είναι ιδιαίτερα μεγάλο, αφού την 4η περίπου ημέρα από τη γέννηση σε κάθε θηλασμό τελειόμηνου νεογνού (που τον ζητάει το ίδιο και στον οποίο το νεογνό αφήνεται να θηλάσει μέχρι να χορτάσει, δηλαδή κατά μέσο όρο 25 ± 10) είναι περίπου 55 (± 30).

Βοηθάει στην αποτελεσματικότερη σύσπαση της μήτρας με αποτέλεσμα τη θεαματική ελάττωση της πιθανότητας αιμορραγίας μετά τον τοκετό. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό αφού η αιμορραγία είναι η

3η αιτία μητρικής θνησιμότητας στον αναπτυγμένο κόσμο και η 1η σε αναπτυσσόμενες χώρες. Βοηθάει στη γρηγορότερη παλινδρόμηση της μήτρας κατά τη λοχεία. Η προλακτίνη αναστέλλει την απέκκριση νατρίου και καλίου από τους νεφρούς με αποτέλεσμα την κατακράτηση υγρών (ωφέλεια σε μια μητέρα που έχασε αίμα κατά τον τοκετό).

Σε ύπαρξη ινομυώματος, του οποίου αυξήθηκαν οι διαστάσεις κατά την κύηση, βοηθά στην ελάττωση του μεγέθους του.

Η συχνότητα της ενδομητρίωσης είναι μικρότερη στις γυναίκες που αναφέρουν παρατεταμένες περιόδους θηλασμού αφού ο θηλασμός αναστέλλει την οιστρογονική διέγερση πιθανών εστιών ενδομητρίωσης.

Η παραγωγή του γάλακτος είναι μια ενεργητική μεταβολική διαδικασία, που απαιτεί την κατανάλωση 200-500 θερμίδων την ημέρα. Για την κατανάλωση αυτών των θερμίδων, η μητέρα που δε θηλάζει θα έπρεπε να κολυμπάει τουλάχιστον 30 διαδρομές σε πισίνα ή να κάνει ποδήλατο σε ανηφόρα για μια ώρα την ημέρα. Χωρίς αμφιβολία, οι μητέρες που θηλάζουν χάνουν ευκολότερα το βάρος ίου κέρδισαν στην κύηση χωρίς δίαιτα.

Έχει επιβεβαιωθεί ότι η (γρήγορη) απώλεια βάρους κατά τον θηλασμό γίνεται λόγω της ελάττωσης του λίπους. Αντίθετα, οι μητέρες που δε θηλάζουν χάνουν λιγότερο βάρος και δε διατηρούν την απώλεια του βάρους σε σύγκριση με τις μητέρες που θηλάζουν.

Η μητέρα που θηλάζει, έχει μεγάλη ποικιλία στις διατροφικές της επιλογές και δεν χρειάζεται να τρώει ειδικές τροφές ή ν' αποφεύγει ειδικές τροφές.

Οι μητέρες με ιστορικό διαβήτη της κύησης, που θηλάζουν, έχουν χαμηλότερα επίπεδα σακχάρου στο αίμα τους σε σχέση με εκείνες που

δε θηλάζουν. Οι γυναίκες με τύπου I διαβήτη πριν από την κύηση χρειάζονται λιγότερη ινσουλίνη όταν θηλάζουν λόγω των ελαττωμένων επιπέδων σακχάρου τους. Η απώλεια βάρους είναι ιδιαίτερα σημαντική για τις μητέρες που είχαν διαβήτη στη διάρκεια της κύησης. Γι' αυτές τις γυναίκες που βρίσκονται ήδη σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη στο μέλλον η ιδανική απώλεια βάρους από το θηλασμό συνεπάγεται ελαττωμένο κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη αργότερα στη ζωή τους. Ο θηλασμός μπορεί να ελάττωσα την πιθανότητα διαβήτη. Τα χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων στις θηλάζουσες μπορεί να έχουν προστατευτικό ρόλο στο μεταβολισμό της γλυκόζης και στον μετέπειτα κίνδυνο διαβήτη. Οι γυναίκες με διαβήτη πρέπει να ενθαρρύνονται ιδιαίτερα να θηλάζουν λόγω των ιδιαίτερων ωφελειών που σχετίζονται με τον διαβήτη⁴⁹.

3.7 Η ενημέρωση της γυναίκας στο στάδιο της εμμηνόπαυσης

Η γυναίκα κατά τη μετάβαση της στην περίοδο της εμμηνόπαυσης έρχεται αντιμέτωπη με πλείστες οργανικές, ψυχικές αλλά και κοινωνικές αλλαγές, οι οποίες στο σύνολο τους επηρεάζουν τη γενική της υγεία. Ο αντίκτυπος όλων αυτών των αλλαγών και στη σεξουαλική υγεία της γυναίκας επιτείνεται αθροιστικά με τις κοινωνικές προκαταλήψεις.

Οργανωμένες και πολυπαραγοντικές παρεμβάσεις ενίσχυσης, καθοδήγησης και υποστήριξης της γυναίκας περιεμμηνοπαυσικά, θα ήταν καλό να δρομολογηθούν από τις υπηρεσίες υγείας και να ενταχθούν στο πεδίο των δράσεων της σύγχρονης μαιευτικής φροντίδας στην Ελλάδα. Η εμμηνόπαυση αποτελεί φυσιολογική περίοδο του βιολογικού κύκλου της ζωής της γυναίκας και όχι νόσο. Ωστόσο, προκαλεί σειρά από σημαντικές σωματικές, ψυχολογικές και λειτουργικές αναστατώσεις, που επηρεάζουν και τη γενική υγεία και την ποιότητα της ζωής της. Η εμμηνόπαυση συγκεκριμένα αναφέρεται στην οριστική διακοπή της έμμηνης ρύσης (ΕΡ), δηλαδή στην πλήρη απουσία της για διάστημα μεγαλύτερο του ενός έτους, η οποία οφείλεται σε αναστολή της ωρίμανσης ωαρίων στις ωοθήκες (φυσική εμμηνόπαυση) ή σε αφαίρεση των ωοθηκών (χειρουργική εμμηνόπαυση). Η εμμηνόπαυση σχετίζεται άμεσα με ελάττωση της έκκρισης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, δημιουργώντας ένα σύνολο συμπτωμάτων που οφείλονται στη σταδιακή πτώση των επιπέδων των οιστρογόνων.

Τα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνουν τις γνωστές εξάψεις της εμμηνόπαυσης, τις εφιδρώσεις, την προοδευτική ατροφία των γεννητικών οργάνων με επακόλουθο την ξηρότητα του κόλπου και τη δυσπαρευνία, τη μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας (libido), τη μείωση της ενεργητικότητας, τη σωματική καταπόνηση, την ψυχολογική

κατάπτωση, τις αϋπνίες, το άγχος κ.ά.

Η μέση ηλικία εμμηνόπαυσης είναι το 51ο έτος και κυμαίνεται από την ηλικία των 39 έως 59 ετών. Κατά την περίοδο αυτή κάνουν την εμφάνιση τους προβλήματα υγείας, όπως η οστεοπόρωση, τα καρδιαγγειακά νοσήματα κ.ά, ενώ είναι πολύ πιθανή η προσβολή από καρκίνο του μαστού και άλλων μορφών καρκίνου.

Η εμμηνόπαυση συμπίπτει συνήθως με την περίοδο της ζωής της γυναίκας κατά την οποία συμβαίνουν και πολλές άλλες δραματικές αλλαγές, όπως η απώλεια των γονέων της ή η αυξημένη φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων, η προσαρμογή στην πραγματικότητα ότι τα παιδιά της είναι πια μεγάλα και πιθανότατα να ξεκινούν τη δική τους οικογένεια ή να επιθυμούν να φύγουν από το σπίτι, ο φόβος εγκατάλειψης από το σύντροφο, η συνταξιοδότηση, η απόκτηση εγγονιών.

Αυτές οι κρίσιμες αλλαγές σε συνδυασμό με τις μεταβολές που συμβαίνουν στο σώμα της, μπορεί να οδηγήσουν σε έντονα ψυχολογικά προβλήματα και συναισθηματική φόρτιση.

Παραδοσιακά, η περίοδος αυτή είναι περίοδος δοκιμασίας για τις γυναίκες τόσο από βιολογικής πλευράς, όσο και από τον εκτρεφόμενο μύθο ότι η εμμηνόπαυση σημαίνει και το τέλος της σεξουαλικής τους δραστηριότητας.

Βέβαια, κάποιες γυναίκες αντιμετωπίζουν την εμμηνόπαυση με αυτοπεποίθηση και την εκλαμβάνουν θετικά ως μια περίοδο ελεύθερη από τον καταμήνιο κύκλο, τις ταλαιπωρίες του και τον κίνδυνο σύλληψης, όμως οι περισσότερες είναι λιγότερο θετικές στην προσπάθεια τους να αντιμετωπίσουν τη χαμένη τους θηλυκότητα, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση που σχετίζεται με την εικόνα του σώματος τους,

καθώς και όλα τα προαναφερθέντα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης. Στις δυτικές κοινωνίες αυτή η αρνητική αντίληψη συντηρείται και περιορίζει την εμμηνοπαυσική γυναίκα στην έκφραση της σεξουαλικότητας της.

Η σεξουαλική υγεία σχετίζεται άμεσα με ό,τι προσδιορίζει και εκφράζει τη σεξουαλικότητα, όπως ορίζει εξάλλου ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Συγκεκριμένα αναφέρεται στη «βίωση μιας διαρκούς σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικοπολιτισμικής ευεξίας, που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα».

Είναι εμφανές ότι κατά την εμμηνόπαυση η γυναίκα χρειάζεται προετοιμασία, υποστήριξη και ενδυνάμωση για την προάσπιση της σεξουαλικής της υγείας, δεδομένων των σωματικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικοπολιτισμικών αλλαγών που βιώνει. Ακόμη και σήμερα, θέματα που άπτονται της εμμηνοπαυσικής και μετεμμηνοπαυσικής γυναίκας θα ήταν καλό να τεθεί ως στόχος της δημόσιας υγείας.

Στόχος των επαγγελματιών υγείας πρέπει να είναι:

- Η πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας για την εμμηνόπαυση, με ό,τι αυτή συνεπάγεται.
- Η εξάλειψη των προκαταλήψεων και των μύθων για τη γυναικεία σεξουαλικότητα, καθώς και για τη συζήτηση τέτοιων λεπτών θεμάτων.
- Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή προγραμμάτων προαγωγής και αγωγής της σεξουαλικής υγείας για την περίοδο αυτή.
- Η ενδυνάμωση της εμμηνοπαυσικής γυναίκας και η ενθάρρυνση της στη ζήτηση εξειδικευμένων συμβουλευτικών και ιατρικών

υπηρεσιών, όπως ιατρεία εμμηνόπαυσης, γυναικολογικά ιατρεία, ιατρεία σεξουαλικής και ψυχικής υγείας κλπ., για την αναζήτηση ορθής πληροφόρησης, ιατρικής καθοδήγησης και υπηρεσιών υποστήριξης.

Απώτερος στόχος είναι να αυξηθεί το ποσοστό ζήτησης και χρησιμοποίησης των εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας και να αυξηθεί το επίπεδο γνώσεων των γυναικών για το συγκεκριμένο θέμα. Ακόμη, να αναπτυχθεί περισσότερο το επιστημονικό ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας για τα θέματα αυτά και να βελτιωθεί ο τρόπος αντιμετώπισης των γυναικών, που απλά προβληματίζονται ή και αντιμετωπίζουν προβλήματα που αφορούν τη σεξουαλική τους υγεία.

Τέλος, να υιοθετηθεί από τις γυναίκες περιεμμηνοπαυσικά ένα υποστηρικτικό για την υγεία μοντέλο τρόπου ζωής, που θα προάγει ψυχοσωματικά την ευεξία της γυναίκας.

Οι λανθασμένες παγιωμένες πεποιθήσεις για τη γυναικεία σεξουαλική υγεία και τη σεξουαλικότητα κατά την ηλικία της εμμηνόπαυσης, μπορούν να τροποποιηθούν και να κινητοποιήσουν τη γυναίκα και το περιβάλλον της στην προστασία της σεξουαλικής της υγείας. Ταυτόχρονα, η ενίσχυση της πεποίθησης ότι η θηλυκότητα της και η ομορφιά της δεν παρέρχονται μαζί με τη γονιμότητα, μέσω της συμβουλευτικής και των μηνυμάτων της εκστρατείας ενημέρωσης αναμένεται να βελτιώσουν την εικόνα για το σώμα της, να αυξήσουν την αυτοπεποίθηση και την αυτοαποτελεσματικότητά της.

Εφόσον η εμμηνόπαυση σχετίζεται άμεσα με κινδύνους για τη γυναικεία θύνονται με τηλεοπτική κάλυψη στο ευρύ κοινό.

- Διεξαγωγή εκδηλώσεων και καλλιτεχνικών δρώμενων σχετικών με

την προβολή προτύπων γυναικείας ομορφιάς και θηλυκότητας κατά την ηλικία αυτή. Για παράδειγμα, μια θεατρική παράσταση από τα ΔΗ.Π.Ε.Θ.Ε. με το έργο: "Η κυρία Ρό-μπίνσον".

Στις μέρες μας οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν με δημιουργική φαντασία, πρωτοβουλία και ενεργητικότητα να εμπνέουν την αξία της προαγωγής της υγείας, να διεκδικούν κονδύλια γι' αυτήν και να ενδιαφέρονται για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων στην κοινότητα, κατόπιν βέβαια τεκμηρίωσης και διεπιστημονικής προσέγγισης των θεμάτων που άπτονται της υγείας⁵⁰.

3.8 Επισημάνσεις στην Τρίτη Ηλικία

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Πιστεύεται σήμερα, ότι μεταξύ των παραγόντων που διαδραματίζουν βασικό ρόλο για την επίτευξη μακροβιότητας είναι και η σωστή και ισορροπημένη διατροφή από την παιδική ηλικία. Ο τρόπος διατροφής παρεμβαίνει στη διαδικασία της φθοράς και της γήρανσης του οργανισμού. Χαρακτηριστικό είναι το γνωστό «πες μου την ηλικία των αρτηριακών σου τοιχωμάτων για να σου πω πόσο χρόνων είσαι». Με τη φράση αυτή υπονοείται ο καθοριστικός ρόλος της αρτηριοσκλήρωσης (η οποία έχει άμεση σχέση με τις διατροφικές συνήθειες) στη διάρκεια ζωής.

Η τρίτη ηλικία απαιτεί ορισμένες ποιοτικές και ποσοτικές διαφοροποιήσεις στη διατροφή, σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες της. Οι περισσότεροι υπερήλικες πάσχουν και από 2-4 αρρώστιες ταυτόχρονα (π.χ. υπέρταση, καρδιοπάθεια, σακχαρώδης διαβήτης, οστεοπόρωση κ.λπ.), οπότε η δίαιτα τους δεν θα εξαρτηθεί μόνο από τον παράγοντα ηλικία, αλλά και από τις συμπαρομαρτούσες παθήσεις και τα λαμβανόμενα φάρμακα

Επιστημονικές μελέτες αποδεικνύουν, ότι με την αύξηση της ηλικίας, μειώνονται οι θερμιδικές ανάγκες του οργανισμού. ί. αυτό συμβάλλει η μείωση της εντάσεως του μεταβολισμού, η μείωση της σωματικής και πνευματικής δραστηριότητας και η αύξηση του βάρους και του λίπους του σώματος. Αντίθετα οι ίδιες μελέτες δείχνουν, ότι οι απαιτήσεις του γεροντικού οργανισμού σε ανόργανα άλατα, ιχνοστοιχεία, πρωτεΐνες και βιταμίνες δε διαφέρουν από εκείνες του φυσιολογικού ενήλικα και συνεπώς χρειάζεται ποικιλία τροφίμων.

Οι διεθνώς παραδεκτές ημερήσιες θερμιδικές ανάγκες στις ηλικίες από 51 μέχρι 75 χρόνων είναι για μεν τους άνδρες 2.400 θερμίδες για δε τις γυναίκες 1.800 θερμίδες. Για τα άτομα ηλικίας 76 και άνω χρόνων οι αντίστοιχες θερμίδες στα δύο φύλα είναι 2.051 και 1.600.

Οι προαναφερθείσες θερμίδες, πρέπει να προέρχονται από μία σωστή αναλογία υδατανθράκων (δημητριακά κ.λπ.) λιπών (λάδι, βούτυρο κ.λπ.) και πρωτεϊνών (ψάρι, κρέας κ.λπ.) και να συνοδεύονται από τα απαραίτητα μέταλλα (π.χ. Σίδηρος, Ασβέστιο) και βιταμίνες (ιδίως Β).

50-55% των θερμίδων πρέπει να προέρχεται από τους υδατάνθρακες (δηλ. 250 γρ. περίπου συνθέτων υδατανθράκων), 15% από πρωτεΐνες (δηλ. 0,9 σωματικού βάρους) και 30% από λίπη.

Τις περισσότερες φορές οι υπερηλίκες τρώγουν ότι τρώγει και ο υπόλοιπος πληθυσμός, αλλά σε μικρότερες ποσότητες και σε διαφορετική αναλογία τροφίμων (π.χ. αποφεύγουν τα σκληρά τρόφιμα).

Οι κυριότεροι λόγοι που συντελούν στην κακή διατροφή των υπερηλίκων είναι οι εξής:

- Έλλειψη ενημέρωσης για τη θρεπτική αξία των διαφόρων τροφών
- Οικονομικοί λόγοι που συνεπάγονται τη μείωση της ποιότητας και τον περιορισμό της ποσότητας
- Δυσκολία μεταβάσεως στα καταστήματα τροφίμων
- Αποφυγή τακτικού μαγειρέματος και προσφυγή στις κονσέρβες και σε φαγητό συντηρημένο, για μεγάλο χρονικό διάστημα.
- Συχνές στομαχικές και γενικότερα γαστρεντερικές διαταραχές και ανορεξία
- Δυσκολίες μασήσεως (τεχνητές οδοντοστοιχίες, χαλασμένα

δόντια) και κατά πόρως

Γίνεται λοιπόν κατανοητό, γιατί το 40% άνω των 70 ετών παίρνει 1.450 θερμίδες τη μέρα και γιατί έχουν ανάγκη βοήθειας για να εφαρμόσουν τη σωστή διατροφή. Εδώ μπορεί να προσφέρει τα μέγιστα ο θεσμός της επισκέπτριας υγείας, η οποία με τις γνώσεις και την εμπειρία της θα ενημερώσει και θα υποδείξει το σωστό, χωρίς να μειώσει την αξιοπρέπεια και την αυτοεκτίμηση του υπερήλικα.

Ειδική έμφαση πρέπει να δοθεί στα συχνά μικρά γεύματα, στα φρέσκα φρούτα και λαχανικά, στο φρέσκο γάλα, στην αποφυγή ζάχαρης και αλατιού. Η δίαιτα πρέπει να περιλαμβάνει 4-8 ποτήρια υγρών την ημέρα (νερό, τσάι, χυμοί, καφές, σούπες κ.λπ.).

Ακόμη, πρέπει να αποφεύγονται τα ζωικά λίπη και τα ερυθρά κρέατα και πρέπει να προτιμώνται τα ψάρια και τα πουλερικά. Πολύ ωφέλιμο είναι το μαύρο ψωμί και τρόφιμα με φυτικές ίνες (κυτταρίνη) και επίσης τα περιέχοντα αρκετό Σίδηρο, Ασβέστιο, Μαγνήσιο, Βιταμίνες Α, Β και Ο και τα πλούσια σε Κάλιο. Το Κάλιο είναι απαραίτητο στα άτομα που παίρνουν διουρητικά (π.χ. για την υπέρταση), ενώ οι φυτικές τροφές είναι επιπλέον απαραίτητο στοιχείο, για καταπολέμηση της γεροντικής δυσκοιλιότητας.

15% από πρωτεΐνες και 30% από λίπη.

Τις περισσότερες φορές οι υπερήλικες τρώγουν ότι τρώγει και ο υπόλοιπος πληθυσμός, αλλά σε μικρότερες ποσότητες και σε διαφορετική αναλογία τροφίμων (π.χ. αποφεύγουν τα σκληρά τρόφιμα).

Οι κυριότεροι λόγοι που συντελούν στην κακή διατροφή των υπερηλίκων είναι οι εξής:

— Έλλειψη ενημέρωσης για τη θρεπτική αξία των διαφόρων τροφών

- Οικονομικοί λόγοι που συνεπάγονται τη μείωση της ποιότητας και τον περιορισμό της ποσότητας
- Δυσκολία μεταβάσεως στα καταστήματα τροφίμων
- Αποφυγή τακτικού μαγειρέματος και προσφυγή στις κονσέρβες και σε φαγητό συντηρημένο, για μεγάλο χρονικό διάστημα
- Συχνές στομαχικές και γενικότερα γαστρεντερικές διαταραχές και ανορεξία
- Δυσκολίες μασήσεως (τεχνητές οδοντοστοιχίες, χαλασμένα δόντια) και καταπόρωση

Γίνεται λοιπόν κατανοητό, γιατί το 40% άνω των 70 ετών παίρνει 1.450 θερμίδες τη μέρα και γιατί έχουν ανάγκη βοήθειας για να εφαρμόσουν τη σωστή διατροφή. Εδώ μπορεί να προσφέρει τα μέγιστα ο θεσμός της επισκέπτριας υγείας, η οποία με τις γνώσεις και την εμπειρία της θα ενημερώσει και θα υποδείξει το σωστό, χωρίς να μειώσει την αξιοπρέπεια και την αυτοεκτίμηση του υπερήλικα.

Ειδική έμφαση πρέπει να δοθεί στα συχνά μικρά γεύματα, στα φρέσκα φρούτα και λαχανικά, στο φρέσκο γάλα, στην αποφυγή ζάχαρης και αλατιού. Η δίαιτα πρέπει να περιλαμβάνει 4-8 ποτήρια υγρών την ημέρα (νερό, τσάι, χυμοί, καφές, σούπες κ.λπ.).

Ακόμη, πρέπει να αποφεύγονται τα ζωικά λίπη και τα ερυθρά κρέατα και πρέπει να προτιμώνται τα ψάρια και τα πουλερικά. Πολύ ωφέλιμο είναι το μαύρο ψωμί και τρόφιμα με φυτικές ίνες (κυτταρίνη) και επίσης τα περιέχοντα αρκετό Σίδηρο, Ασβέστιο, Μαγνήσιο, Βιταμίνες Α, Β και Ο και τα πλούσια σε Κάλιο. Το Κάλιο είναι απαραίτητο στα άτομα που παίρνουν διουρητικά (π.χ. για την υπέρταση), ενώ οι φυτικές τροφές είναι επιπλέον απαραίτητο στοιχείο, για καταπολέμηση της γεροντικής

δυσκοιλιότητας⁵¹.

ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Εφόσον με την πάροδο της ηλικίας μειώνονται οι φυσιολογικές λειτουργίες, αλλάζει η φαρμακοκινητική και η φαρμακοδυναμική των διαφόρων φαρμακευτικών ουσιών, που λαμβάνουν οι υπερήλικες. Ο οργανισμός δηλαδή των ατόμων αυτών, αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στα φάρμακα, απ' ότι στα νέα άτομα και αυτό πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψη. Το πρόβλημα παίρνει μεγαλύτερες διαστάσεις αν σκεφθούμε, ότι πολλές φορές οι υπερήλικες αποφασίζουν μόνοι τους ποιο φάρμακο να χρησιμοποιήσουν και επί πλέον υπερβαίνουν τη δόση πολλάκις, είτε διότι ξεχνούν έπε διότι πιστεύουν ότι θα γίνουν γρηγορότερα καλά. Συνέπεια τούτου είναι να νοσηλεύονται συχνά στα νοσοκομεία λόγω φαρμακευτικών παρενεργειών και με συχνότητα 50% μεγαλύτερη σε σύγκριση με τους κάτω των 60 ετών ασθενείς. Ο όρος φαρμακοκινητική ενός φαρμάκου αντιπροσωπεύει το ρυθμό απορρόφησης, κατανομής, μεταβολισμού και αποβολής του από τον οργανισμό.

Στην τρίτη ηλικία λοιπόν μεταβάλλεται η **απορρόφηση**, λόγω κυρίως των ιδιομορφιών της λειτουργίας του γαστρεντερικού συστήματος. Ακόμη η **κατανομή** του φαρμάκου αλλάζει, αφού υπάρχει λιγότερη μυϊκή μάζα, ολικό νερό και λευκώματα αίματος και περισσότερο λίπος. Επίσης στην ηλικία αυτή αυξάνει η διαπερατότητα του αιματοεγκεφαλικού φραγμού. Έτσι, μερικά φάρμακα φθάνουν ευκολότερα στον εγκέφαλο, δημιουργώντας μεγαλύτερες συγκεντρώσεις εκεί.

Ο **μεταβολισμός**, λόγω επηρεασμού και μεταβολής της λειτουργικότητας των διαφόρων οργάνων και του ήπατος, αλλάζει και

μεταβάλλεται ο χρόνος υποδιπλασιασμού.

Η **ικανότητα αποβολής** του φαρμάκου, στον οργανισμό του γέροντα, είναι πάντοτε ελαττωμένη. Δεν πρέπει να παραβλέπεται, ότι αυτό είναι και η κύρια αιτία που αυξάνει την ευαισθησία του υπερήλικα στη φαρμακοθεραπεία.

Η μειονεκτική αποβολή οφείλεται κατά πρώτο λόγο στη μειονεκτική νεφρική λειτουργία (ελαττωμένη ροή αίματος, διήθηση και σωληναριακή λειτουργία).

Πρέπει να σημειωθεί, ότι πολλά χρησιμοποιούμενα φάρμακα αν και σε υπολογισμένες δόσεις, παρουσιάζουν ασυνήθιστα εύκολα βαριές αντιδράσεις ή εκδηλώνουν τη λεγόμενη «παράδοξη δράση». Έτσι, ενίοτε τα υπνωτικά προκαλούν διέγερση, ένα αντιϋπερτασικό ίσως αυξήσει την αρτηριακή πίεση κ.ο.κ.

Τα συχνότερα καταναλισκόμενα φάρμακα στην τρίτη ηλικία είναι τα ψυχοδραστικά, τα αντιϋπερτασικά, τα αντιμικροβιακά, τα καρδιοτονωτικά, οι βιταμίνες, τα αντιρρευματικά και τα υπακτικά.

Σε αρκετές περιπτώσεις, γίνεται χρήση πολλών φαρμάκων μαζί, με το γνωστό κίνδυνο της συνέργειας, της αλληλεπιδράσεως ή της βλαπτικής αθροίσεως, λόγω βραδείας ανταγωνιστικής αποβολής. Απαραίτητη κρίνεται η βοήθεια άλλου ατόμου που να επιβλέπει τη λήψη των φαρμάκων (είδος, δόση κ.λπ.) ή να ετοιμάζει τα φάρμακα σε δόσεις κατά ημέρα, μέσα σε ειδικό έπιπλο με κατάλληλες θήκες.

Γενικώς για τη χορήγηση ενός φαρμάκου σ' ένα υπερήλικα πρέπει: Να βεβαιωθούμε ότι το χρειάζεται, να χορηγείται σε μικρότερες δόσεις από τις συνηθισμένες και κατά προτίμηση σε σιρόπι ή διάλυμα, να μη χορηγούνται και άλλα φάρμακα μαζί, ενώ τα «αμπαλάζ» να ανοίγουν

εύκολα (συσκευασία εύκολης χρήσεως).

Τέλος δεν είναι ευκαταφρόνητη η άποψη, ότι πολλά προβλήματα υγείας στους υπερήλικες τακτοποιούνται και χωρίς φάρμακα.

Αξιοσημείωτο είναι, ότι μία μερίδα ηλικιωμένων που έχουν «ρυθμισθεί» από το γιατρό με συγκεκριμένες δόσεις φαρμάκου, αυτοβούλως σταματούν να το παίρνουν, μη συνειδητοποιώντας, ότι το καλό επίπεδο της υγείας τους οφείλεται στο συγκεκριμένο φάρμακο και όχι ότι η αρρώστια πέρασε. Στην περίπτωση αυτή συνήθως παίρνουν κατά σύσταση συνομήλικου τους κάποιο άσχετο βότανο ή δεν παίρνουν και τίποτε.

Γνωστό είναι το παράδειγμα των υπερτασικών γερόντων με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια αντιρροπιζομένη δια βίου με τα

ανάλογα φάρμακα. Λόγω της συνεχούς μακροχρόνιας θεραπείας και της σχετικά καλής τους υγείας (λόγω των φαρμάκων) νομίζουν, ότι ξεπέρασαν την αρρώστια και σταματούν μόνοι τους τη θεραπεία. Αποτέλεσμα αυτής της τακτικής είναι η εκδήλωση, κάποιο βράδυ, ενός πνευμονικού οιδήματος, το οποίο μπορεί να τους στοιχίσει τη ζωή.

Κρίνεται λοιπόν επιτακτική η ανάγκη, όχι μόνο να παίρνουν οι υπερήλικες τα κατάλληλα φάρμακα στις κατάλληλες δόσεις, αλλά να μη διακόπτουν και τα ήδη λαμβανόμενα, χωρίς την εντολή του γιατρού, διότι και στις δύο περιπτώσεις εμφωλεύει ο κίνδυνος.

Υπολογίζεται ότι το 30-50% των ηλικιωμένων δεν τηρούν τη θεραπεία, όπως τους συστήθηκε. Γι' αυτό το μεγάλο ποσοστό «απειθαρχίας», δυστυχώς, δεν είναι υπεύθυνοι μόνον οι ίδιοι (νοοτροπία, μειωμένη μνήμη, ακοή και όραση, δυσκολία κατάποσης, μακρινό φαρμακείο κ.λπ.), αλλά πολλές φορές και ο θεράπων γιατρός ή το

οικογενειακό περιβάλλον.

Ο γιατρός πρέπει να διαθέσει περισσότερο χρόνο και προσπάθεια για να δώσει τις οδηγίες σ' ένα γέροντα και δεν πρέπει να τον αποχωριστεί, εάν δεν σιγουρευτεί, ότι ο άρρωστος τις κατάλαβε και εάν δεν αναφέρει η συνταγή ευανάγνωστα το σκεύασμα κ.λπ.

Από τα φάρμακα που απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή στη χορήγηση τους σ' ένα ηλικιωμένο, ξεχωριστή θέση κατέχουν τα διουρητικά, που μπορούν να προκαλέσουν υπόταση ή υποκαλιαι-μία με συνέπεια το αίσθημα της καταπτώσεως και αδυναμίας ή αρρυθμίες όταν συνδυάζονται με δακτυλίτιδα. Επίσης τα σπασμολυτικά (π.χ. Ατροπίνη κ.ά.) αποφεύγονται σε άνδρες με υπερτροφία προστάτου για τον κίνδυνο της επίσχεσης ούρων ή σε άτομα με γλαύκωμα που είναι συχνή πάθηση στην τρίτη ηλικία.

Ακόμη η κατάχρηση αναλγητικών-αντιρρευματικών (Ασπιρίνη κ.λπ.) μπορεί να προκαλέσει γαστρορραγία πολύ εύκολα στον υπερήλικα, λόγω της ιδιομορφίας του γαστρικού του βλεννογόνου. Γενικός κανόνας λοιπόν είναι η εξατομίκευση κάθε θεραπείας (φάρμακο-δόση). Αυτό επιβάλλεται, διότι εκτός των άλλων βιολογικών παραμέτρων, υπάρχει και σημαντική αλλαγή στην ευαισθησία των υποδοχέων στα κύτταρα των ιστών. Η αλλαγή αυτή συνδυάζεται με την ηλικία και με την ιδιοσυγκρασία.

Τα υδατοδιαλυτά φάρμακα στον υπερήλικα επηρεάζονται από την ελάττωση του ολικού σωματικού νερού. Αντίστοιχα επηρεάζονται τα λιποδιαλυτά φάρμακα, αφού στο γήρας υπάρχει σχετική συνολική αύξηση του λιπώδους ιστού. Από την άλλη μεριά για το κάθε άτομο είναι διαφορετική η ηπατική μεταβολική ικανότητα και στους ηλικιωμένους σχεδόν πάντοτε ελλειμματική για τα φάρμακα, έστω και

εάν ο εργαστηριακός ηπατικός έλεγχος βγαίνει φυσιολογικός. Αυτό συμβαίνει διότι οι ηπατικές εξετάσεις δεν αντανακλούν και την ικανότητα μεταβολισμού ενός φαρμάκου.

Επιπλέον, το κάπνισμα, εάν υπάρχει, μπορεί να επηρεάσει τον ηπατικό μεταβολισμό πολλών φαρμάκων διεγείροντας τον, με συνέπεια την ταχύτερη αδρανοποίηση αυτών.

Επίσης δεδομένης της υπεροχής των γυναικών στο λιπώδη ιστό και των ανδρών στην περιεκτικότητα νερού, εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι θα υπάρχουν διαφορές δράσης των λιποδιαλυτών και υδατοδιαλυτών φαρμάκων στα δύο φύλα.

Στον παρακάτω Πίνακα αναγράφονται συνοπτικά οι αλλαγές του οργανισμού με την ηλικία, που έχουν σχέση με τη φαρμακο-θεραπεία και που έχουν σαν συνέπεια την συχνά υψηλή συσσώρευση του φαρμάκου, την αυξημένη συχνότητα παρενεργειών και την αναγκαία ελάττωση των απαιτούμενων δόσεων⁵¹.

Διατήρηση φαρμάκων

Η πλημμελής διατήρηση των φαρμάκων μπορεί να εμποδίσει την αποτελεσματική τους δράση. Πολλά φάρμακα καταστρέφονται από την υγρασία, την υψηλή θερμοκρασία και το φως. Τα φάρμακα, συνήθως, προστατεύονται με ειδικές συσκευασίες, γι' αυτό η μετακίνηση τους από το ένα κουτί στο άλλο μπορεί να συντελέσει στην αλλοίωση και την καταστροφή τους και παράλληλα να οδηγήσει σε σύγχυση και στην πρόκληση λάθους με τη χρήση άλλου αντί άλλου φαρμάκου. Αυτό μπορεί να συμβεί συχνότερα σε άτομα με μειωμένη όραση.

Συνήθως οι πιο κοινοί χώροι του σπιτιού για την τοποθέτηση των φαρμάκων είναι το μπάνιο και η κουζίνα. Και τα δύο αυτά μέρη εκθέ-

τούν τα φάρμακα σε υγρασία και ακατάλληλη θερμοκρασία, με αποτέλεσμα ορισμένα από αυτά, όπως οι ταμπλέτες νιτρογλυκερίνης, να χάνουν την αποτελεσματική τους δράση πολύ σύντομα⁵².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

4.1. Εισαγωγή

4.2. Νομοθεσία υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας

4.3. Η εφαρμογή της Ιατρικής στην εργασία

4.4. Υγιεινή και ασφάλεια στους χώρους εργασίας

4.5. Το εργατικό ατύχημα

4.6. Κόστος εργατικών ατυχημάτων

4.7. Επαγγελματικός κίνδυνος και μέτρα προφύλαξης από το HIV στα εργαστήρια

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

4.1. Εισαγωγή

Η εργασία στη σύγχρονη ζωή, και για την πλειονότητα των ανθρώπων, καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος της καθημερινής ζωής. Παρά την επέκταση της διάρκειας των σπουδών, τη μείωση των ωρών εργασίας και τη νωρίτερη απόσυρση από την εργασιακή ζωή με τη συνταξιοδότηση, η εργασία αποτελεί την κύριο καθημερινή απασχόληση της πλειονότητας των ανθρώπων για ένα μεγάλο τμήμα της ζωής τους.

Ακόμη σπουδαιότερο, αποτελεί την κύρια πηγή εξασφάλισης των αναγκαίων αγαθών για την επιβίωση. Για τους περισσότερους ανθρώπους στις σύγχρονες κοινωνίες η εργασία είναι η Βασική πηγή του εισοδήματός τους, με το οποίο εξασφαλίζονται τα υλικά αλλά και τα κοινωνικά και πνευματικά αγαθά τα οποία χαρακτηρίζουν τον πολιτισμό μας και τα οποία αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις μιας ανεκτής ζωής στη σύγχρονη εποχή.

Πέρα όμως από την κάλυψη των πρακτικών αυτών, βασικών, αναγκών του σύγχρονου ανθρώπου μέσω της εργασίας, έχει ήδη επισημανθεί από πολλούς κοινωνικούς φιλοσόφους και επιστήμονες η σημασία της εργασίας για την ικανοποίηση βασικών ψυχολογικών και συναισθηματικών αναγκών του ανθρώπου.

Ο Ρζίϊ5πεΓ, υπογραμμίζοντας τη συμβολή του Marx στο θέμα αυτό, αναφέρει ότι ασύμφωνα με τον Marx, η ιδέα του Hegel για την αυτοολοκλήρωση των ανθρώπων συντελείται μόνον με την παραγωγική ή τη δημιουργική εργασία». Η εργασία είναι «η υπαρξιακή

δραστηριότητα του ανθρώπου, η ελεύθερη συνειδητή δραστηριότητα του — όχι ένα μέσον για τη διατήρηση της ζωής του αλλά για την ανάπτυξη αυτής της παγκόσμιας φύσης του.

Αλλά και άλλοι θεωρητικοί της έννοιας της προσωπικότητας έχουν υπογραμμίσει την έννοια της αυτοπραγμάτωσης ως τον τελικό στόχο του ανθρώπου στη ζωή. Η εργασία, σαν μία από τις σημαντικότερες δραστηριότητες του ανθρώπου έχει, επομένως, τεράστια σημασία για την όλη του ανάπτυξη και ολοκλήρωση.

Πέρα όμως από τη σημασία της για το ίδιο το άτομο, η εργασία αποτελεί, επίσης, βασική κινητήρια δύναμη για τη λειτουργία και την επιβίωση και αυτής της ίδιας της κοινωνίας. Επομένως, η αρμονική ένταξη των ατόμων στους εργασιακούς ρόλους τους είναι αποφασιστικής σημασίας για την ευημερία της κοινωνίας.

Όπως είναι γνωστό, η βιομηχανική επανάσταση και οι συνεπακόλουθες τεράστιες κοινωνικές και τεχνολογικές αλλαγές, άλλαξαν ριζικά τον τρόπο εργασίας των ανθρώπων, Η εξαιρετικά εξειδικευμένη κατανομή εργασίας, η έλλειψη άμεσης σχέσης του ατόμου με τα μέσα παραγωγής και το αποτέλεσμα της εργασίας του, η κοινωνική αποξένωση που δημιουργήθηκε με τη μεγάλη συγκέντρωση ατόμων στους τόπους εργασίας, και όλα τα άλλα γνωστά κοινωνικά προβλήματα που δημιούργησε ο βιομηχανικός τρόπος ζωής επηρέασε αρνητικά τις στάσεις των ανθρώπων ,για την εργασία, με σοβαρές επιπτώσεις στην όλη κοινωνική και ψυχολογική τους ανάπτυξη.

Για όλους αυτούς τους λόγους η επιστημονική μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την εργασιακή συμπεριφορά των ατόμων ή των ομάδων αναπτύχθηκε πάρα πολύ, ιδιαίτερα στο δεύτερο ήμισυ του αιώνα ένα από τα βασικότερα θέματα

που μελετήθηκαν στον τομέα αυτόν ήταν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ατόμου από την εργασία του. Ο Dunette αναφέρει ότι από την αρχή του αιώνα πάνω από 3.300 μελέτες δημοσιεύθηκαν πάνω σ' αυτό το θέμα. Η ικανοποίηση την οποία αισθάνεται ένα άτομο από την εργασία του θεωρήθηκε σαν βασικός προσδιοριστικός παράγοντας για την εργασιακή συμπεριφορά των ατόμων ή των ομάδων. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης ενός ατόμου από την εργασία του είναι πολλοί. Πρόσφατη ανάλυση των αποτελεσμάτων των κυριότερων μελετών που έγιναν στο θέμα αυτό κατέληξε στο συμπέρασμα ότι «ικανοποίηση από την εργασία προκύπτει όταν το άτομο αντιλαμβάνεται την εργασία του σαν μία δραστηριότητα η οποία εκπληρεί, ή επιτρέπει την εκπλήρωση, σημαντικών αξιών του ατόμου για την εργασία, εφ' όσον, και στον βαθμό κατά τον οποίο, οι αξίες αυτές είναι σύμφωνες με τις ανάγκες του».

Είναι σημαντικό ότι σε δειγματοληπτικές έρευνες που έγιναν σε διαφορετικές χώρες με υποκείμενα εργαζόμενους, στη γενική ερώτηση πόσο ικανοποιημένοι είσθε από την εργασία σας», οι απαντήσεις ήσαν παρόμοιες, με χαρακτηριστικό τα υψηλά ποσοστά απαντήσεων που εξέφραζαν ικανοποίηση, και με μοναδική εξαίρεση την Ιαπωνία.

Η εξήγηση που δίδεται στο φαινόμενο αυτό, εφ' όσον οι διαφορές στις συνθήκες εργασίας από χώρα σε χώρα ήταν πολύ έντονες, είναι το ότι η ικανοποίηση από την εργασία είναι ένα ψυχολογικό φαινόμενο, η δυναμική του οποίου ωθεί τον εργαζόμενο προς καταστάσεις που θα του δημιουργούσαν μεγαλύτερη ικανοποίηση. Εάν ένας εργαζόμενος δεν είναι ικανοποιημένος με την απασχόλησή του ή θα επιδιώξει να βρει τρόπους να την βελτιώσει ή θα συμβιβαστεί. Κατά τον S.Seasnore «η έλλειψη ικανοποίησης είναι γενικά μία ασταθής και μεταβατική

κατάσταση».

Είναι επίσης ενδιαφέρον ότι στις παραπάνω δειγματοληπτικές έρευνες παρατηρείται με συνέπεια το φαινόμενο ότι οι εργαζόμενοι εμφανίζονται λιγότερο ικανοποιημένοι με ειδικές πλευρές της εργασίας τους παρά με την εργασιακή τους απασχόληση σαν σύνολο. Η Ιαπωνία, αναφέρεται, αποτελεί εξαίρεση διότι, λόγω των πολύ ειδικών συνθηκών εργασίας που επικρατούν εκεί, η συναισθηματική επένδυση των Ιαπώνων εργαζομένων στην εργασία τους είναι πολύ πιο αυξημένη από άλλες χώρες, και επομένως η ενδεχόμενη δυσαρέσκεια τους πολύ εντονότερη.

Η ποικιλία των παραγόντων οι οποίοι συνθέτουν την εργασιακή εμπειρία απαιτεί την ανάλυση της εργασίας στις διαφορετικές διαστάσεις της και τη μελέτη της επιρροής κάθε μιας στην ικανοποίηση του ατόμου από την εργασία του.

Τυπικές διαστάσεις της εργασίας που μελετήθηκαν σε προηγούμενες έρευνες περιλαμβάνουν βασικά τα εξής: 1) το περιεχόμενο της εργασίας, 2) την αναγνώριση που προσφέρει, 3) τις δυνατότητες προαγωγής, 4) την αμοιβή, 5) την οργάνωση και διοίκηση, 6) την εποπτεία, 7) τις συνθήκες εργασίας, 8) τις σχέσεις με τους συναδέλφους.

Η ικανοποίηση, ή η έλλειψη ικανοποίησης, που το άτομο παίρνει από τις παραπάνω διαστάσεις της εργασίας του έχει βρεθεί ότι επηρεάζει σημαντικά και τη φυσική και την ψυχική του υγεία.

Σημαντικές μελέτες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια, μερικές από τις οποίες είχαν πειραματικό χαρακτήρα, δείχνουν ότι υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ της ικανοποίησης από την εργασία και της αναφοράς σωματικών συμπτωμάτων κακής υγείας. Σε ένα εργαστηριακό πείραμα, το 1969, βρέθηκε σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της

ευχαρίστησης που δοκίμαζαν τα υποκείμενα από την εκτέλεση μιας εργασίας που τους δόθηκε και των αλλαγών στο επίπεδο της χοληστερόλης στο αίμα στη διάρκεια της εργασίας.

Εξ άλλου μία διαχρονική μελέτη ατόμων, το 1969, έδειξε ότι ο καλύτερος μονός γενικός δείκτης πρόβλεψης μακροβιότητας ήταν η ικανοποίηση από την εργασία. Ο δεύτερος κατά-σειρά καλύτερος γενικός δείκτης πρόβλεψης ήταν η εκτίμηση του συνεντευκτού για τη γενική εικόνα ευτυχίας του υποκειμένου. Και οι δύο αυτοί παράγοντες υπήρξαν επιτυχέστεροι στην πρόβλεψη μακροβιότητας παρά το επίπεδο της σωματικής λειτουργικότητας ή η χρήση καπνού.

Επίσης η μελέτη του Kornhauser (1965) για τις επιπτώσεις της ικανοποίησης από την εργασία στην ψυχική υγεία έδειξε ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της ικανοποίησης και του συνολικού δείκτη ψυχικής υγείας. Η σημαντικότερη σχέση μεταξύ συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της εργασίας και της ψυχικής υγείας βρέθηκε μεταξύ «των ευκαιριών αξιοποίησης προσωπικών δυνατοτήτων» και ψυχικής υγείας, γεγονός που αντικατοπτρίζει την ανάγκη των ατόμων για την ανάπτυξη και ολοκλήρωση της προσωπικότητας τους.

Στην Ελλάδα, όπως είναι γνωστό, οι κοινωνικές έρευνες που έχουν γίνει σε όλους τους τομείς της κοινωνίας μας είναι πολύ περιορισμένες. Επομένως και στον χώρο της εργασίας συστηματικές κοινωνιολογικές μελέτες είναι σχεδόν ανύπαρκτες. Γι' αυτό συγκεκριμένα στοιχεία, για τον βαθμό και την έκταση της

ικανοποίησης από την εργασία τους των Ελλήνων εργαζομένων δεν υπάρχουν. Ωστόσο, η γνώμη ορισμένων Ελλήνων κοινωνιολόγων της εργασίας βασισμένη σε προσεκτική παρατήρηση της συμπεριφοράς Ελλήνων εργαζομένων είναι ότι ακόμη στην Ελλάδα η ικανοποίηση του

Έλληνα εργαζόμενου από την εργασία του εξαρτάται βασικά από τρεις παράγοντες: α) την εξασφάλιση της απασχόλησης του, β) τις συνθήκες εργασίας (που περιλαμβάνουν τόσο το φυσικό όσο και το ανθρώπινο περιβάλλον) και γ) τους όρους εργασίας (αμοιβή, ωράριο, κλπ.) Ο Έλληνας εργαζόμενος, δηλαδή, βρίσκεται ακόμη στη φάση της αναζήτησης των απαραίτητων εκείνων προϋποθέσεων — των συνθηκών «υγιεινής», όπως τις ονομάζει ο Herzberg, η απουσία των οποίων προκαλεί έντονη δυσφορία και άγχος στον εργαζόμενο, αλλά η παρουσία τους δεν εξασφαλίζει κατ' ανάγκην την ικανοποίησή του⁵³.

4.2 Νομοθεσία υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας

Σήμερα βρίσκονται εν ισχύει περισσότερα από 110 νομοθετήματα για την Υγιεινή και την Ασφάλεια της εργασίας. Παρόλα αυτά, θεωρούμε χρήσιμο για όλους να παραθέσουμε παρακάτω κάποια από τα κυριότερα νομοθετήματα με τα οποία εναρμονίσθηκε η εθνική μας νομοθεσία προς τις αντίστοιχες οδηγίες ελαχίστων¹ προδιαγραφών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η εναρμόνιση αυτή ως γνωστόν γίνεται υποχρεωτικά άλλως τα κράτη μέλη υπόκεινται σε κυρώσεις.

Η κυριότερη από τις οδηγίες αυτές είναι η οδηγία πλαίσιο 89/391/ΕΟΚ η οποία ενσωματώθηκε στο εθνικό μας δίκαιο με το Π.Δ. 17/1996 "Μέτρα για την βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων κατά την εργασία σε συμμόρφωση με τις οδηγίες 89/391/ΕΟΚ και 91/383/ΕΟΚ".

Πρέπει να τονισθεί ότι οι γενικές διατάξεις οι οποίες θεσπίζονται με την οδηγία πλαίσιο (ΠΔ 17/1996) ισχύουν σε όλες τις επιχειρήσεις και σε όλες περιπτώσεις εκτός αν διαφορετικά ορίζεται με ειδικές ρυθμίσεις από άλλες διατάξεις.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι στην όλη φιλοσοφία θέσπισης των διατάξεων αυτών κυρίαρχα στοιχεία αποτελούν:

1) Η διαβούλευση και συμμετοχή των εργαζομένων 2) Η ενημέρωση και κατάρτιση των εργαζομένων 3) Η εκπαίδευση και κατάρτιση των εργαζομένων

4) Η αρχή ευθύνης του εργοδότη δηλ. η υποχρέωση του να λαμβάνει όλα τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία των εργαζομένων αλλά ακόμη και των τρίτων που παραβρίσκονται στους χώρους εργασίας.

Στα πλαίσια αυτά ο εργοδότης οφείλει να λαμβάνει όλα τα

απαραίτητα τεχνικά και οργανωτικά μέτρα, να παρέχει υπηρεσίες προστασίας και πρόληψης στους εργαζόμενους, να διαθέτει γραπτή εκτίμηση κινδύνου σύμφωνα με τις σχετικές διατάξεις και να μεριμνά για τη ιατρική επίβλεψη της υγείας των εργαζομένων.

Οι κυριότερες από τις υπόλοιπες νομοθετικές ρυθμίσεις είναι οι ακόλουθες;

Π.Δ. 395/1994 "Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας για τη χρησιμοποίηση εξοπλισμού εργασίας από τους εργαζόμενους κατά την εργασία τους σε συμμόρφωση με την οδηγία 89/655/ΕΟΚ" όπως αυτό τροποποιήθηκε με το ΠΑ 89/1999

Στόχος: Η εγγύηση καλύτερου επιπέδου ασφάλειας και υγείας για τους εργαζόμενους κατά τη χρήση εξοπλισμού εργασίας

Π.Δ. 396/1994 "Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας για τη χρήση από τους εργαζόμενους εξοπλισμών ατομικής προστασίας κατά την εργασία σε συμμόρφωση προς την οδηγία του Συμβουλίου 89/656/ΕΟΚ"

Στόχος: Η μεγαλύτερη εγγύηση υγείας και ασφάλειας για τους εργαζόμενους με τη χρήση ατομικού εξοπλισμού εργασίας.

Π.Δ. 397/1994 "Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας κατά την χειρωνακτική διακίνηση φορτίων που συνεπάγεται κίνδυνο ιδίως για τη ράχη και την οσφυϊκή χώρα των εργαζομένων σε συμμόρφωση προς την οδηγία του Συμβουλίου 90/269/ΕΟΚ"

Στόχος: Η θέσπιση ελαχίστων απαιτήσεων ασφάλειας και υγείας κατά την χειρωνακτική διακίνηση φορτίων που συνεπάγεται κίνδυνο ιδίως για τη ράχη και την οσφυϊκή χώρα των εργαζομένων.

Π.Δ. 398/1994 "Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας κατά

την εργασία με οθόνες οπτικής απεικόνισης σε συμμόρφωση με την οδηγία του Συμβουλίου 90/270/ΕΟΚ"

Στόχος: Η προστασία των εργαζομένων από ιούς κινδύνους που προκύπτουν κατά την εργασία σε εξοπλισμό με οθόνη οπτικής απεικόνισης.

Π.Δ. 399/1994 "Προστασία των εργαζομένων από τους κινδύνους που συνδέονται με την έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες κατά την εργασία σε συμμόρφωση με την οδηγία του Συμβουλίου 90/394/ΕΟΚ"

Στόχος: Η πρόληψη των κινδύνων που προέρχονται ή μπορούν να προέλθουν από την έκθεση κατά την εργασία σε καρκινογόνους παράγοντες, καθώς και την προστασία της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων από αυτούς τους κινδύνους.

Π.Δ. 186/1995 "Προστασία των εργαζομένων από κινδύνους που διατρέχουν λόγω της έκθεσης τους σε βιολογικούς παράγοντες κατά την εργασία σε συμμόρφωση με τις οδηγίες του Συμβουλίου 90/679/ΕΟΚ και 93/88/ΕΟΚ" τροποποιήθηκε με τα Π.Δ. 174/1997 και Π.Δ. 15/1999.

Στόχος: Η εγγύηση καλύτερου επιπέδου ασφάλειας και υγείας των εργαζομένων που εκτίθενται σε βιολογικούς παράγοντες κατά την εργασία.

Π.Δ. 16/1996 "Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας στους χώρους εργασίας σε συμμόρφωση με την οδηγία 89/654/ΕΟΚ"

Στόχος: Θέσπιση ελάχιστων προδιαγραφών για το χώρο εργασίας με σκοπό την εγγύηση καλύτερου επιπέδου ασφάλειας και υγείας για τους εργαζόμενους.

Π.Δ. 338/2001 "Προστασία της υγείας και ασφαλείας των εργαζομένων κατά την εργασία από κινδύνους οφειλόμενους σε

χημικούς παράγοντες σε συμμόρφωση με την οδηγία 98/24/ΕΚ"

Στόχος: Η καθιέρωση μέτρων για την προστασία της υγείας και ασφαλείας των εργαζομένων κατά την εργασία από κινδύνους οφειλόμενους σε χημικούς παράγοντες,

Π.Δ. 305/96 "Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας που πρέπει να εφαρμόζονται στα προσωρινά ή κινη-^ιτα εργοτάξια σε συμμόρφωση προς την οδηγία 92/57/ΕΟΚ"

Στόχος: Επειδή οι εργαζόμενοι εκτίθενται σε ιδιαίτερα, υψηλούς κινδύνους στον τομέα αυτόν, ενθαρρύνεται η βελ-^ιτίωση των συνθηκών εργασίας.

Π.Δ. 105/1995 "Ελάχιστες προδιαγραφές για την σήμανση ασφάλειας ή/ και υγείας στην εργασία σε συμμόρφωση με την Οδηγία 92/58/ΕΟΚ"

Στόχος: Συμπληρώθηκαν οι προϋπάρχουσες διατάξεις με περαιτέρω, εισαγωγή νέων πινακίδων σήμανσης και άλλων τύπων σήμανσης ασφαλείας.

Υποχρεώσεις εργοδοτών

Από το πρώτο νομοθέτημα για την Υγιεινή και την Ασφάλεια των εργαζομένων και τον πρώτο ουσιαστικό νόμο έως και ιούς πρόσφατους νόμους πλαίσια, η αρχή ευθύνης ίου εργοδότη παραμένει αναλλοίωτη. Η αρχή αυτή ισχύει για όλες τις επιχειρήσεις κάθε είδους και μεγέθους του ιδιωτικού και του δημοσίου τομέα.

Σημαντικό: Ο εργοδότης οφείλει να λαμβάνει όλα τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία της υγείας και της σωματικής ακεραιότητας των εργαζομένων του, και δεν απαλλάσσεται από τις ευθύνες αυτές ακόμη και όταν έχει εκπληρώσει τις τυπικές εκ του νόμου υποχρεώσεις, δηλαδή εάν έχει ορίσει εσωτερικό ή εξωτερικό συνεργάτη ως Τεχνικό

Ασφαλείας ή Γιατρό Εργασίας ή έχει προσφύγει σε Εξωτερικές Υπηρεσίες Προστασίας και Πρόληψης (ΕΞΥ.Π.Π.).

Συνοπτικά, οι γενικές και ειδικές υποχρεώσεις των εργοδοτών είναι οι ακόλουθες:

1. Ο εργοδότης οφείλει να λαμβάνει όλα τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων του ως προς όλες τις πτυχές της εργασίας ιούς, συμπεριλαμβανομένων των δραστηριοτήτων πρόληψης των επαγγελματικών-κινδύνων, ενημέρωσης και κατάρτισης των εργαζομένων, καθώς και της δημιουργίας της απαραίτητης οργάνωσης και της παροχής των αναγκαίων για το σκοπό αυτό μέσων και να λαμβάνει μέτρα που να εξασφαλίζουν την υγεία και ασφάλεια ίων τρίτων.

2. Ο εργοδότης οφείλει να εκτιμά τους κινδύνους για την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων κατά τη διάρκεια της παραγωγικής διαδικασίας, κατά τη διαρρύθμιση των χώρων εργασία, κατά την επιλογή του εξοπλισμού εργασία, κατά τη χρήση των χημικών και βιολογικών παραγόντων. Η εκτίμηση αυτή του επαγγελματικού κινδύνου είναι γραπτή και συντάσσεται σύμφωνα με την παράγραφο 1 του άρθρου 8 του ΠΑ 17/96.

3. Ο εργοδότης οφείλει να αναγγέλλει στα αρμόδια Κέντρα Πρόληψης Επαγγελματικού Κινδύνου (ΚΕ.Π.Ε.Κ.), στις πλησιέστερες αστυνομικές ή λιμενικές αρχές και στις αρμόδιες υπηρεσίες του ασφαλιστικού οργανισμού στον οποίο υπάγεται ο εργαζόμενος εντός 24 ωρών όλα τα εργατικά ατυχήματα και εφόσον πρόκειται περί σοβαρού τραυματισμού ή θανάτου, οφείλει να τηρεί αμετάβλητα όλα τα στοιχεία που χρειάζονται για την εξακρίβωση των αιτίων του ατυχήματος.

4. Ο εργοδότης οφείλει να τηρεί τα ακόλουθα βιβλία και καταλόγους και να τα θέτει στη διάθεση των αρμόδιων αρχών.

-Το βιβλίο συμβουλών και Υποδείξεων του Τεχνικού Ασφαλείας και του Γιατρού Εργασίας.

Δικαιώματα και υποχρεώσεις εργαζομένων

Πάντοτε στα πλαίσια της προστασίας της υγείας και της σωματικής τους ακεραιότητας, οι εργαζόμενοι έχουν εκ του νόμου τα ακόλουθα δικαιώματα:

1. Να εκλέξουν εκπροσώπους τους για την βελτίωση ίων συνθηκών εργασίας τους στην επιχείρηση.

2. Να εκφέρουν (δια των εκπροσώπων τους) την γνώμη τους και να υποβάλλουν προτάσεις για την βελτίωση των συνθηκών εργασίας τους και την αντιμετώπιση των σχετικών προβλημάτων, και να συμμετέχουν στις σχετικές διαβουλεύσεις.

3. Να παρίστανται (δια των εκπροσώπων τους) στους ελέγχους των επιθεωρητών του Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας (Σ.ΕΠ.Ε.) του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας (πρώην Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

4. Να ενημερώνονται (δια των εκπροσώπων τους) για τα αποτελέσματα της εκτίμησης του επαγγελματικού κινδύνου και τις προτεινόμενες ενέργειες για την βελτίωση του εργασιακού τους περιβάλλοντος.

5. Να έχουν πρόσβαση σε ιατρικές εξετάσεις για την πρόληψη επαγγελματικών ασθενειών και την διάγνωση τυχόν βλάβης της υγείας τους από τις συνθήκες εργασίας τους. Σε κάθε περίπτωση οι δαπάνες που προκύπτουν από την εφαρμογή της διάταξης αυτής, δεν βαρύνουν

τον Ιδιο τον εργαζόμενο.

Εκτός όμως από τα δικαιώματα που αναφέραμε, οι εργαζόμενοι έχουν και τις πιο κάτω υποχρεώσεις, πάντα σε σχέση με την Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας.

1. Να εφαρμόζουν τους κανόνες Υγιεινής και Ασφάλειας και να φροντίζουν, ανάλογα με τις δυνατότητες τους, για την ασφάλεια και την υγεία τους καθώς και για την ασφάλεια και την υγεία των άλλων ατόμων που επηρεάζονται από τις πράξεις ή τις παραλήψεις τους κατά την εργασία σύμφωνα με την εκπαίδευση τους και τις κατάλληλες οδηγίες του εργοδότη.

2. Να χρησιμοποιούν σωστά τις μηχανές, τις συσκευές, τα εργαλεία, τις επικίνδυνες ουσίες, τα μεταφορικά και άλλα μέσα.

3. Να χρησιμοποιούν σωστά τον ατομικό προστατευτικό εξοπλισμό που τίθεται στην διάθεση τους και μετά την χρήση να τον τακτοποιούν στην θέση του.

4. Να μη θέτουν εκτός λειτουργίας, αλλάζουν ή μετατοπίζουν αυθαίρετα τους μηχανισμούς ασφαλείας των μηχανών, εργαλείων, συσκευών, εγκαταστάσεων και κτιρίων και να χρησιμοποιούν σωστά αυτούς τους μηχανισμούς.

5. Να αναφέρουν αμέσως στον εργοδότη ή/και σε όσους ασκούν αρμοδιότητες τεχνικού ασφαλείας και γιατρού εργασίας, όλες τις καταστάσεις που μπορεί να παρουσιάζουν άμεσο και σοβαρό κίνδυνο για την υγεία και την ασφάλεια τους, καθώς και κάθε έλλειψη που διαπιστώνεται στα συστήματα προστασίας.

6. Να βοηθούν τον εργοδότη και όσους ασκούν αρμοδιότητες τεχνικού ασφαλείας και γιατρού εργασίας στην άσκηση των καθηκόντων

τους και την προσπάθεια βελτίωσης του εργασιακού τους περιβάλλοντος.

7. Να παρακολουθούν τα σχετικά σεμινάρια ή άλλα επιμορφωτικά προγράμματα σε θέματα Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας.

Συμβουλή: Πολλές φορές η μη συμμόρφωση με αυτές τις υποχρεώσεις καταλήγει σε εργατικό ατύχημα ή ζημιές και οι εργαζόμενοι έχουν, όπως όλοι μας, ποινικές ευθύνες όταν με τις πράξεις τους ή τις παραλείψεις τους γίνουν αίτιοι να συμβεί ατύχημα σε άλλον εργαζόμενο ή να καταστραφεί εξοπλισμός της επιχείρησης.

4.3 Η εφαρμογή της Ιατρικής στην Εργασία

Οι βλαπτικές επιδράσεις του εργασιακού περιβάλλοντος στη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων είναι γνωστές και διαπιστωμένες πριν ακόμα από τη βιομηχανική επανάσταση. Οι αλλαγές που η τελευταία επέφερε, η εισαγωγή στην παραγωγική διαδικασία νέων παραγόντων κινδύνου αλλά και οι αλλαγές στην οργάνωση της εργασίας, επιβάρυναν το εργασιακό περιβάλλον. Συνέπεια του παραπάνω είναι η πρόωγη φθορά της υγείας των εργαζομένων, οι επαγγελματικές ασθένειες και τα εργατικά ατυχήματα.

Ο ρόλος του Γιατρού Εργασίας απέναντι σ' αυτή την κατάσταση δεν περιορίζεται στη διάγνωση και θεραπεία των επαγγελματικών ασθενειών. Άλλωστε, το μη αναστρέψιμο ορισμένων επαγγελματικών ασθενειών περιορίζει σημαντικά τις δυνατότητες αποτελεσματικής παρέμβασης σ' αυτό το επίπεδο. Αντίθετα, η πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου δίνει τη δυνατότητα για ουσιαστική αντιμετώπιση της επαγγελματικής νοσηρότητας, αφού είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι η συντριπτική πλειοψηφία των επαγγελματικών ασθενειών είναι δυνατό να προληφθούν αποτελεσματικά. Προς αυτή την κατεύθυνση έχει προσανατολιστεί η ιατρική της εργασίας και αυτό θα έπρεπε να παραμένει και σήμερα ως βασικό της αντικείμενο. Σημαντικά μεθοδολογικά εργαλεία που ο Γιατρός της Εργασίας έχει στη διάθεση του, για να επιτελέσει αυτό το έργο είναι:

- ο έλεγχος του περιβάλλοντος εργασίας, σε συνεργασία με τον Τεχνικό Ασφαλείας στα πλαίσια της εκτίμησης του επαγγελματικού κινδύνου,
- η κλινική εξέταση και
- ο έλεγχος βιολογικών δεικτών του εργαζόμενου

Η υποχρέωση του εργοδότη για την αντιμετώπιση του επαγγελματικού κινδύνου, την πρόληψη της επαγγελματικής νοσηρότητας - και τη λειτουργία υπηρεσίας ιατρικής της εργασίας - ασφάλειας της εργασίας, υπαγορεύεται τόσο από το γεγονός ότι αυτός που δημιουργεί τον κίνδυνο έχει και την ευθύνη για τις συνέπειες του κινδύνου αυτού, αλλά και την υποχρέωση για την αποτελεσματική πρόληψη του όσο και από το νομοθετικό πλαίσιο της χώρας μας αλλά και άλλων χωρών, που αφορά στην Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας.

Σε ένα εργασιακό περιβάλλον συνεχώς μεταβαλλόμενο, με αυξημένη εισαγωγή νέων χημικών ουσιών (σήμερα στην παραγωγή χρησιμοποιούνται περισσότεροι από 100.000 χημικοί παράγοντες και συνεχώς εισάγονται νέοι), και την παρουσία και άλλων βιολογικών, φυσικών, εργονομικών κ.λ.π. παραγόντων κινδύνου, τα παραπάνω εργαλεία του Ιατρού Εργασίας παραμένουν αναντικατάστατα, ώστε να μπορεί έγκαιρα να εντοπίζει τον επαγγελματικό κίνδυνο και να συμβάλλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση του.

Τα τελευταία χρόνια διατυπώνονται απόψεις που επικαλούμενες «αλλαγές στο εργασιακό περιβάλλον» και «αλλαγές στην επαγγελματική νοσηρότητα», προβάλλουν ως ξεπερασμένη την παραπάνω μεθοδολογική προσέγγιση του επαγγελματικού κινδύνου και ως δευτερευούσης σημασίας την κλινική εξέταση του εργαζόμενου. Σε ορισμένες περιπτώσεις, προτείνεται αλλαγή ακόμα και του προσανατολισμού της ιατρικής της εργασίας στην κατεύθυνση της προστασίας όχι της υγείας του εργαζόμενου, αλλά της ικανότητας του για εργασία και μάλιστα υπό το πρίσμα της βελτίωσης της παραγωγικότητας και της ανταποδοτικότητας του επενδύμενου κεφαλαίου. Διερευνώντας την εγκυρότητα αυτών των απόψεων, αξίζει καταρχάς να

επιχειρηθεί μια προσέγγιση της σημερινής κατάστασης σε ότι αφορά την επαγγελματική νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Σύμφωνα με τις τελευταίες εκτιμήσεις του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας, οι σχετιζόμενοι με την εργασία θάνατοι ανέρχονται στα 2.2 εκατομμύρια ετησίως και εμφανίζουν αύξηση σε σχέση με παλαιότερες εκτιμήσεις. Αναλυτικότερα, την πρώτη θέση κατέχουν οι θάνατοι που οφείλονται στους επαγγελματικούς καρκίνους, τη δεύτερη τα σχετιζόμενα με την εργασία νοσήματα του κυκλοφορικού και ακολουθούν τα εργατικά ατυχήματα, οι μεταδοτικές ασθένειες και οι επαγγελματικές πνευμονοπάθειες. **Αξίζει να σημειωθεί ότι οι θάνατοι που οφείλονται στις επαγγελματικές ασθένειες είναι τετραπλάσιοι από τα θανατηφόρα εργατικά ατυχήματα.** Στη σχετική αναφορά επίσης από το Διεθνές Γραφείο Εργασίας, αναφέρεται ότι: «Παρότι η έκθεση σε τοξικές ουσίες στους χώρους εργασίας είναι σήμερα σε γενικές γραμμές καλύτερα ελεγχόμενη στις βιομηχανικές χώρες από ότι παλαιότερα, πολλές από αυτές τις χώρες εμφανίζουν σημαντική αύξηση των θανάτων που οφείλονται σε παλαιότερη έκθεση σε τοξικές ουσίες, γεγονός που μπορεί να ερμηνευθεί αν ληφθεί υπόψη η χρονιότητα της φυσικής πορείας ορισμένων ασθενειών. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο υπολογίζεται ότι τουλάχιστον 3.500 εργαζόμενοι πεθαίνουν κάθε χρόνο από μεσοθηλίωμα και καρκίνους του πνεύμονα που σχετίζονται με την έκθεση σε αμίαντο και αυτοί οι ετήσιοι θάνατοι αναμένεται να αυξηθούν την επόμενη δεκαετία». Σε παγκόσμια κλίμακα υπολογίζεται ότι ο αμίαντος ενοχοποιείται για 100.000 θανάτους το χρόνο, ενώ συνολικά οι θάνατοι που οφείλονται σε έκθεση σε επικίνδυνες ουσίες ανέρχονται στους 438.000. Περίπου ένας στους δέκα εργαζόμενους στην Ευρωπαϊκή Ένωση χειρίζεται επικίνδυνες χημικές

ουσίες πάνω από την μισή εργάσιμη ημέρα. Το 30-40% των εργαζόμενων εκτίθεται σε επικίνδυνους φυσικούς, χημικούς, βιολογικούς ή εργονομικούς παράγοντες κινδύνου, ξεπερνώντας τα όρια έκθεσης που έχουν θεσπιστεί. «Ακόμα και οι βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες επιβάλλεται να δείξουν προσοχή για την πρόληψη εργατικών ατυχημάτων και κλασικών επαγγελματικών ασθενειών...». Υπολογίζεται ότι στη διάρκεια ενός μόνο έτους (1998-1999), περίπου οκτώ εκατομμύρια εργαζόμενοι στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπέφεραν από ασθένειες που οφείλονταν στην εργασία τους ή που επιδεινώθηκαν λόγω αυτής (περίπου 5.372 περιστατικά ανά 100.000 εργαζόμενους το χρόνο). Το 53% από αυτές αφορούν μυοσκελετικές παθήσεις. Σύμφωνα με την 3η ευρωπαϊκή μελέτη για τις συνθήκες εργασίας, στην Ευρωπαϊκή Ένωση κατά τη δεκαετία 1990 - 2000 σημειώθηκε αύξηση της έκθεσης των εργαζόμενων σε φυσικούς παράγοντες κινδύνου, γεγονός που συμβαδίζει με την αύξηση της επίπτωσης των μυοσκελετικών παθήσεων.

Παράλληλα με τα παραπάνω, μελέτες δείχνουν αυξητικές τάσεις του επαγγελματικού stress, της κατάθλιψης, του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης κ.λ.π. και αυτό κύρια στις ανεπτυγμένες βιομηχανικά χώρες. Οι ψυχικές παθήσεις αποτελούν τη δεύτερη πιο συχνή σχετιζόμενη με την εργασία κατηγορία ασθενειών - μετά τα μυοσκελετικά νοσήματα - και πλήττουν περίπου το 1,2% των εργαζόμενων στην Ευρωπαϊκή Ένωση, δηλαδή περίπου 1,4 εκατομμύρια εργαζόμενους.

Αυτή είναι η κατάσταση σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και το Διεθνές Γραφείο Εργασίας: 160 εκατομμύρια επαγγελματικές παθήσεις παγκοσμίως κάθε χρόνο, ανάμεσα στις οποίες

καρκίνοι οφειλόμενοι σε έκθεση σε επικίνδυνες ουσίες, μυοσκελετικές παθήσεις, παθήσεις του αναπνευστικού, έκπτωση ακουστικής ικανότητας, παθήσεις του κυκλοφορικού, μεταδοτικές ασθένειες κ.α. Το 30-40% από αυτές θα οδηγήσει σε χρόνια νόσο ενώ το 10% σε μόνιμη ανικανότητα για εργασία.

Αξίζει να σημειωθεί ότι πολλές επαγγελματικές ασθένειες παραμένουν αδιάγνωστες και δε δηλώνονται, με αποτέλεσμα να μη λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η χώρα μας, όπου ουσιαστικά δεν καταγράφονται οι επαγγελματικές ασθένειες. Ενδεικτικά αναφέρονται ορισμένα στοιχεία από την πρόσφατη έκθεση του ΙΚΑ για τις επαγγελματικές ασθένειες του 2003-2004 : 11 νέες επαγγελματικές παθήσεις για το 2003 και 2 για το 2004, συνολικά 39 και 32 αντίστοιχα οι επαγγελματικές παθήσεις που «απασχόλησαν» τον μεγαλύτερο ασφαλιστικό φορέα της χώρας μας τα δύο αυτά χρόνια... Κανένας επαγγελματικός καρκίνος, κανένα μεσοθηλίωμα, καμία μυοσκελετική πάθηση σχετιζόμενη με την εργασία...

Υπό άλλες συνθήκες όμως (δηλαδή συστηματικής διάγνωσης και καταγραφής επαγγελματικών ασθενειών), θα αναμένονταν μόνο για το 2003 και μόνο για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ, περίπου 400 θάνατοι οφειλόμενοι σε επαγγελματική νόσο. Η εκτίμηση αυτή βασίζεται στο ότι τα εργατικά ατυχήματα, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, αποτελούν το 1/5 της συνολικής επαγγελματικής θνησιμότητας και το 2003, σύμφωνα με το δελτίο εργατικών ατυχημάτων του ΙΚΑ, καταγράφηκαν 107 θανατηφόρα εργατικά ατυχήματα. Σε ότι αφορά το σύνολο των επαγγελματικών ασθενειών στη χώρα μας, με αναγωγή στους μέσους όρους των άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εκτιμάται ότι ανέρχονται σε αριθμό 2081 έως 18114 για το έτος 1997.

Η παραπάνω αναφορά στους θανάτους και τις ασθένειες που σχετίζονται με την εργασία, γεννά εύλογα ερωτηματικά σχετικά με απόψεις ότι η κλινική προσέγγιση του εργαζόμενου από τον Ιατρό Εργασίας είναι πλέον δευτερευούσης σημασίας. Είναι απορίας άξιο το πώς θα πραγματοποιηθεί, με αυτή τη λογική, η διάγνωση των χιλιάδων επαγγελματικών ασθενειών που αντιμετωπίζονται στην χώρα μας σαν «κοινή νόσος». Πώς θα επιτευχθεί η πρόληψη αυτών των ασθενειών - που σημειωτέο, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), είναι δυνατή στις περισσότερες των περιπτώσεων; Είναι δυνατόν οι επαγγελματικοί καρκίνοι, τα μυοσκελετικά νοσήματα, οι επαγγελματικές πνευμονοπάθειες, οι επαγγελματικές παθήσεις του δέρματος, να προσεγγιστούν χωρίς την κλινική εξέταση; Οι «νέες» επαγγελματικές παθήσεις, όπως το επαγγελματικό stress, η επαγγελματική εξουθένωση mobbing, το σύνδρομο Γποοοίης, μπορούν να προσεγγιστούν μόνο με ερωτηματολόγια που θα μοιραστούν στους εργαζόμενους και γενικά με συμβουλές.

Ο ρόλος και το περιεχόμενο του έργου Εργασίας δε διασφαλίζεται βέβαια μόνο από το σαφή προσανατολισμό του στην προστασία της υγείας των εργαζόμενων και τη χρήση των κλασσικών και επίκαιρων μεθοδολογικών εργαλείων που αναφέρθηκαν παραπάνω. Στην υποβάθμιση των Ιατρών Εργασίας και την ακύρωση του ρόλου τους στη χώρα μας συμβάλει και η σημαντική έλλειψη Ιατρών Εργασίας, η απασχόληση ανειδίκευτων ή άλλων ειδικοτήτων γιατρών σε θέσεις Ιατρών Εργασίας και η διαίωνιση αυτής της κατάστασης, καθώς επίσης και ο μικρός αριθμός θέσεων για την ειδικότητα της Ιατρικής της Εργασίας και η διαρκώς αυξανόμενη αναμονή για την έναρξη της ειδικότητας. Επιπλέον, η οικονομική εξάρτηση του Ιατρού Εργασίας

(ΙΕ) και του Τεχνικού Ασφάλειας (ΤΑ) από τον εργοδότη (ή η διπλή εξάρτηση στην περίπτωση της απασχόλησης ΙΕ και ΤΑ μέσω ΕΞΥΠΠΙ) και ο μικρός προβλεπόμενος νομοθετικά χρόνος απασχόλησης τους ανά επιχείρηση, ενισχύουν την υποβάθμιση του ρόλου και του περιεχομένου των υπηρεσιών Υγείας και Ασφάλειας της Εργασίας συνολικά.

Η υγεία και η ασφάλεια στους χώρους εργασίας βρίσκεται στο κέντρο του πεδίου σύγκρουσης των αντικρουόμενων συμφερόντων των εργοδοτών και της εργατικής τάξης. Αυτό εκφράζεται με τη διαρκή επιδίωξη για αύξηση των κερδών και συμπίεση της τιμής της εργατικής δύναμης από τη μία και την πάλη για τη διασφάλιση του δικαιώματος της προστασίας της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων από την άλλη. Πέρα από την αναγκαιότητα προσανατολισμού του εργατικού κινήματος για την υπεράσπιση του δικαιώματος αυτού, αναδεικνύεται και η σημασία της συμβολής των Ιατρών Εργασίας στην αναβάθμιση της ειδικότητας προς αυτήν την κατεύθυνση. Σε αυτό το πλαίσιο, οι επιστημονικοί φορείς και το εργατικό κίνημα θα πρέπει να παλέψουν για δημιουργία κρατικού σώματος Ιατρών Εργασίας και Τεχνικών Ασφαλείας ενταγμένου στο δημόσιο και δωρεάν σύστημα υγείας, την κατάργηση της επιχειρηματικής δραστηριότητας στον χώρο της υγείας και ασφάλειας της εργασίας, τη δημιουργία τμημάτων ιατρικής της εργασίας στα δημόσια νοσοκομεία, την ασφαλιστική κάλυψη του επαγγελματικού κινδύνου, τη διευρυμένη εφαρμογή του θεσμού των Βαρέων και Ανθυγιεινών Επαγγελμαμάτων, την αύξηση των θέσεων για ειδικότητα και τη δημιουργία πανεπιστημιακής έδρας Ιατρικής της Εργασίας στις ιατρικές σχολές⁵⁵.

4.4 Υγιεινή και Ασφάλεια στους Χώρους Εργασίας

Σύμφωνα με τις διατάξεις του ΠΔ 16/96, οι χώροι εργασίας περιλαμβανομένων κάθε μέρους εντός ή εκτός της επιχείρησης στο οποίο οι εργαζόμενοι έχουν πρόσβαση στα πλαίσια της εργασίας τους, όπως ράμπες φορτοεκφόρτωσης, ιματιοφυλάκια, χώροι τηλεργασίας κλπ, πρέπει να τηρούν ορισμένες ελάχιστες προδιαγραφές ασφαλείας. Υπεύθυνος για την τήρηση των προδιαγραφών αυτών είναι ο εργοδότης, ο οποίος πρέπει να ενημερώνει και να ζητά τη γνώμη των εργαζομένων, όπως προβλέπει η οδηγία 89/391/ΕΟΚ [ΠΔ 17/96]. Έτσι ο εργοδότης οφείλει:

§ Να μεριμνήσει ώστε τα κτίρια που πρόκειται να στεγάσουν χώρους εργασίας να κατασκευασθούν σύμφωνα με τις διατάξεις του ισχύοντος Κτιριοδομικού Κανονισμού και όλων των σχετικών Δομικών Κανονισμών (Αντισεισμικός, Οπλισμένου Σκυροδέματος, κλπ), δηλαδή να έχουν καλά μελετημένη δομή, γερά θεμέλια, σκελετό και κατασκευή. Η μελέτη τους πρέπει να γίνει σε συνάρτηση με τη μορφή χρήσης που προβλέπεται, είτε αυτή είναι βιομηχανική είτε εμπορική.

§ Να φροντίζει για την τεχνική συντήρηση των χώρων εργασίας, των μηχανημάτων, του εξοπλισμού, των εγκαταστάσεων και συστημάτων, καθώς και για την αποκατάσταση το συντομότερο δυνατόν των προβλημάτων που προκύπτουν και που ενδέχεται να βλάψουν την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων. Οι διαστάσεις της επιφάνειας στις θέσεις εργασίας πρέπει να εξασφαλίζουν την ελευθερία κίνησης των εργαζομένων γύρω από τη θέση εργασίας. Να φροντίζει για την τακτική συντήρηση και τον έλεγχο λειτουργίας των εγκαταστάσεων, του εξοπλισμού και των συστημάτων ασφαλείας που έχουν προορισμό την πρόληψη ή την εξάλειψη κινδύνων. ο Να φροντίζει για επαρκή

εξαερισμό, σωστή θερμοκρασία και φωτισμό των χώρων εργασίας, τη στερεότητα και μη ολισθηρότητα των δαπέδων, την άριστη κατάσταση των τοίχων και οροφών, να συντηρεί τις θύρες και τις πύλες, τα παράθυρα, τα κλιμακοστάσια και τους κυλιόμενους διαδρόμους, τον εξοπλισμό υγιεινής κλπ.

§ Να φροντίζει για τον τακτικό καθαρισμό όλων των χώρων εργασίας, των μηχανημάτων, του εξοπλισμού, των εγκαταστάσεων και συστημάτων προκειμένου να εξασφαλίζονται οι κατάλληλες συνθήκες υγιεινής της εργασίας.

Μία από τις κύριες αιτίες των ατυχημάτων που συμβαίνουν στους χώρους εργασίας, και η οποία σχεδόν ποτέ δεν αξιολογείται σωστά, είναι και η μη σωστή διευθέτηση και εγκατάσταση στο χώρο εργασίας των μηχανημάτων και του λοιπού εξοπλισμού. Έτσι οι εργαζόμενοι είναι αναγκασμένοι να εργάζονται σε στενούς χώρους, δίπλα από διαδρομές περονοφόρων οχημάτων ή σε σημεία που μπορεί να πεταχτούν αντικείμενα από άλλα μηχανήματα. Στοιχειώδης λογική επιβάλλει την πρόληψη αυτού του είδους των κινδύνων.

Οι κυριότερες οδηγίες οι οποίες προκύπτουν από τις σχετικές διατάξεις της εργατικής νομοθεσίας και από την σωστή πρακτική εργασίας, συνοπτικά είναι οι ακόλουθες:

Τα μηχανήματα πρέπει να τοποθετούνται έτσι ώστε:

- η έδρασή τους να μην δημιουργεί δονήσεις
- να διευκολύνεται η παραγωγική διαδικασία και η ροή των υλικών
- να μην μπορεί κανείς να πλησιάσει τα επικίνδυνα σημεία
- τα χειριστήρια να είναι σε θέσεις που δεν δημιουργούν

πρόσθετους κινδύνους

- να υπάρχει ελεύθερος χώρος για την κανονική εργασία, την τροφοδοσία και απομάκρυνση των υλικών αλλά και για επισκευή, ρύθμιση ή συντήρηση
- να διαθέτει τις απαιτούμενες σκάλες ή εξέδρες για τις εργασίες επισκευής, ρύθμισης ή συντήρησης ^ να μην εκπέμπουν κατά το δυνατόν ενοχλητικούς ή επικίνδυνους φυσικούς ή χημικούς ρύπους να υπάρχουν κοντά τους όλα τα βοηθητικά εργαλεία και εξαρτήματα

2. Τα υλικά και τα προϊόντα:

§ να συγκεντρώνονται σε ειδικά δοχεία ή παλέτες μεταφοράς

§ τα άχρηστα υλικά να απομακρύνονται τακτικά

3. Οι χειριστές, επιβλέποντες, συντηρητές ή τρίτοι, να μην εκτίθενται σε κινδύνους από:

§ την κυκλοφορία οχημάτων

§ εκτοξευόμενα αντικείμενα

§ την ακατάλληλη στάση εργασίας

§ υπερβολικές (ακραίες) θερμοκρασίες

§ ακατάλληλο φωτισμό

§ υπερβολικό θόρυβο

§ ακτινοβολίες

§ δονήσεις

§ τοξικούς παράγοντες⁵⁴

4.3. Το εργατικό ατύχημα

Κάθε εργαζόμενος, ανεξάρτητα από το είδος της επαγγελματικής του δραστηριότητας, καταβάλλει προσπάθεια σωματική ή πνευματική. Η προσπάθεια αυτή εγκυμονεί κίνδυνους. Οι επαγγελματικοί κίνδυνοι μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα:

§ Την εμφάνιση κάποιας ειδικής ασθένειας (επαγγελματική ασθένεια)

§ Την πρόκληση εργατικού ατυχήματος

§ Την πρόωρη φθορά της υγείας του εργαζόμενου.

Στο παρόν κεφάλαιο, ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στα εργατικά ατυχήματα, τα οποία είναι τα τρίτα σε συχνότητα ατυχήματα στον κόσμο. Το εργατικό ατύχημα χαρακτηρίζεται ως ένα βίαιο, απρόβλεπτο και αιφνιδιαστικό γεγονός που συμβαίνει στον εργαζόμενο κατά τη διάρκεια της εργασίας του. Οι συνέπειες του είναι:

§ Θάνατος ενός ή περισσότερων εργαζομένων

§ Τραυματισμός ενός ή περισσότερων εργαζομένων

§ Ζημιές σε εργαλεία ή μηχανήματα

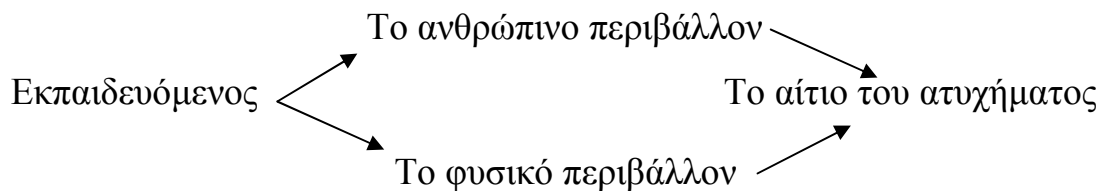
§ Ζημιές σε υλικά ή αντικείμενα

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι παράγοντες πρόκλησης εργατικών ατυχημάτων και τα σχετικά ποσοστά συχνότητας εμφάνισης τους.

Παράγοντες πρόκλησης εργατικών ατυχημάτων και σχετικά ποσοστά συχνότητας εμφάνισης τους:

Παράγοντες πρόκλησης ατυχημάτων	Ποσοστό εμφάνισης τους
/ Ο εργαζόμενος (απειρία, διανοητική ικανότητα, κόπωση κτλ.)	80%
/ Εργασιακό περιβάλλον και μέσα παραγωγής (κακός φωτισμός ή αερισμός, κακή κτιριακή υποδομή, κακοσυντηρημένα και ελαττωματικά)	15%
/ Απρόβλεπτα γεγονότα (φυσικά φαινόμενα και καταστροφές κ. ά.)	5%

Στο παρακάτω σχήμα παρουσιάζονται, οι παράγοντες πρόκλησης ατυχημάτων:



Η πρόληψη των εργατικών ατυχημάτων είναι υπόθεση ατομική και συλλογική:

§ Είναι **συλλογική**, γιατί σ' αυτήν εμπλέκονται όλοι οι ενδιαφερόμενοι φορείς, αλλά και οι αρμόδιοι φορείς ελέγχου. Έτσι, θα πρέπει να γίνει απολύτως κατανοητό ότι έκτο: από τους ίδιους τους εργαζόμενους, τους εργοδότες και τους συνδικαλιστές θα πρέπει να συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία πρόληψης και φορείς όπως διεθνείς και τοπικές οργανώσεις και φυσικά το κράτος.

§ Είναι **ατομική**, γιατί προϋποθέτει την ενεργητική συμμετοχή του ατόμου και την ανάπτυξη στάσεων και συμπεριφορών που θα προστατεύουν και θα προάγουν την υγεία του.

Βασικό στοιχείο για την πρόληψη των εργατικών ατυχημάτων

αποτελεί η ενημέρωση, τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο. Η ενημέρωση θα πρέπει να είναι γενική (περί εργασιακών ατυχημάτων γενικά), αλλά και ειδική (περί συγκεκριμένων μορφών ατυχημάτων κατά τομείς και κλάδους παραγωγής, κατά ειδικότητα εργαζομένων, κατά ηλικία και φύλο).

Οι σύγχρονες απόψεις για την πρόληψη των εργατικών ατυχημάτων εστιάζονται στους εξής τομείς:

1. Εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου
2. Έλεγχος του επαγγελματικού κινδύνου
3. Προληπτική εξέταση και εξέταση ασθενών
4. Πληροφόρηση και εκπαίδευση
5. Συμβουλευτικές υπηρεσίες¹

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ.

Το εργατικό ατύχημα δεν έχει σαν αποτέλεσμα μόνο την απομάκρυνση, για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα, του εργαζομένου από την εργασία του ή την ταλαιπωρία του ιδίου, αλλά έχει και γενικότερες επιπτώσεις — οικονομικές και κοινωνικές — πού ενδιαφέρουν αυτόν πού έπαθε το ατύχημα, την οικογένεια του και την επιχείρηση, στην οποία εργάζεται, αλλά και γενικότερα το εθνικό σύνολο.

Ο εργοδότης ενδιαφέρεται για την πρόληψη των εργατικών ατυχημάτων γιατί βασικά υποχρεώνεται από το Νόμο πού επιβάλλει τη λήψη όλων των αναγκαίων μέσων για την εξασφάλιση του εργαζομένου δυναμικού από τα ατυχήματα. Έκτος όμως από τη νομική υποχρέωση υπάρχουν και άλλοι λόγοι, όπως είναι λόγοι οικονομικοί, οργανωτικοί,

ψυχολογικοί κ.τ.λ.

Ο εργαζόμενος ενδιαφέρεται για την πρόληψη των Ε.Α. γιατί αυτός είναι το «υποψήφιο θύμα». Οι σωματικές βλάβες ή οι λειτουργικές διαταραχές πού πολλές φορές είναι επακόλουθα του Ε.Α. ή και απλός ακόμη πόνος και οι διάφορες σωματοψυχικές δοκιμασίες ταλαιπωρούν τον ατυχηματία. Σε μια γενικότερη θεώρηση αυξάνεται το ενδιαφέρον των εργαζομένων για τα Ε.Α, γιατί πολλές φορές δημιουργούν πρόσθετα έξοδα περιθάλψεως ακόμη και ευθύνες ποινικές/αστικές ή διοικητικές.

Τελικά ή Εθνική Οικονομία και γενικότερα ή Κοινωνία ζημιώνονται από το Ε.Α. γιατί τα αριθμήσιμα μεγέθη της επιδοτήσεως και του κόστους της παραγωγής επιβαρύνουν την Εθνική Οικονομία ενώ τον γενικότερο αντίκτυπο από τις κοινωνικές επιπτώσεις τις δέχεται ή Κοινωνία.

ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΤΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Το εργατικό ατύχημα έχει σαν συνέπεια τη βλάβη ενός ή περισσοτέρων από τα στοιχεία της παραγωγής τα οποία συναντώνται σε μια οποιαδήποτε παραγωγική διαδικασία.

Για την ανάλυση των αίτιων έχουν καταβληθεί σοβαρές προσπάθειες τόσο από μεμονωμένα άτομα όσο και από διεθνείς οργανισμούς.

Η πιο αποδεκτή ανάλυση είναι εκείνη πού θεωρεί την επιχείρηση, τον χώρο εργασίας και γενικά την παραγωγική διαδικασία σαν ένα σύστημα. Λέγοντας σύστημα εννοούμε ένα σύνολο αλληλοεξαρτώμενων στοιχείων, πού εργάζονται στην επίτευξη κάποιου προκαθορισμένου σκοπού και πού αποτελείται από **4 συνιστώσες**:

— **Άτομο**

— **Εργασία πού εκτελεί**

— Υλικό πού χρησιμοποιεί

— Συνθήκες εργασίας

Οι πιο πάνω συνιστώσες ορίζονται:

— Άτομο , νοείται ό εργαζόμενος σαν φυσικό και ψυχολογικό όν κατά τη διάρκεια της εργασίας του δηλ. στο επαγγελματικό του περιβάλλον.

— Εργασία νοείται κατά τρόπο γενικό το σύνολο των ενεργειών του εργαζομένου όπως προδιαγράφονται σε φύλλο αναλύσεως και περιγραφής της εργασίας.

— "Υλικό νοείται το σύνολο των τεχνολογικών μέσων, οι πρώτες ύλες και τα προϊόντα πού χρησιμοποιεί ό εργαζόμενος για να εκπληρώσει την εργασιολογική του αποστολή.

— Συνθήκες εργασίας νοείται το κλίμα εργασίας με τις μερικότερές του συνιστώσες⁵⁶.

Το σύστημα λειτουργεί κανονικά και ομαλά όταν επιτυγχάνονται οι προκαθορισμένες στόχοι χωρίς βλάβη της ακεραιότητας των συνιστωσών. Κάθε διαταραχή ή βλάβη σε επίπεδο μιας συνιστώσας θα ήταν δείκτης ελλείψεως προσαρμογής και κατά συνέπεια πιθανότητα ατυχήματος.

4.6 Κόστος εργατικών ατυχημάτων

26 δισεκατομμύρια εκ. καταβάλλονται ετησίως (το 1993 και το 1991 ήταν 20 δισεκατομμύρια) για αποζημιώσεις εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών. Στο ποσό αυτό προστίθεται το έμμεσο κόστος, το οποίο είναι αδύνατο να προσδιοριστεί στο σύνολο του, καθόσον καλύπτει τις δαπάνες αμοιβών που οφείλονται στο χαμένο χρόνο, στην αύξηση των δαπανών διαχείρισης του προσωπικού, στις υλικές βλάβες κ.λπ.

Οι δαπάνες σε ημερομίσθια.: πρόκειται για δαπάνες που οφείλονται στο χρόνο που χάνεται από το θύμα, από τους συναδέλφους του, οι οποίοι διέκοψαν την εργασία τους, από το ιατρικό προσωπικό, από το τεχνικό προσωπικό, το οποίο είναι επιφορτισμένο μ\$ την επισκευή του εξοπλισμού που υπέστη βλάβη.

Οι δαπάνες που οφείλονται στην αύξηση των δαπανών διαχείρισης τον προσωπικού: περιλαμβάνονται οι δαπάνες που οφείλονται στην πρόσληψη προσωπικού ή μόνιμου αντικαταστάτη, ατά πρόσθετα ημερομίσθια, που καταβάλλονται στο θύμα, πέραν των παροχών που καταβάλλονται από την ασφάλιση, στις ώρες υπερωριακής απασχόλησης, που πληρώνονται στους συναδέλφους του θύματος για την ανάκτηση του απολεσθέντος χρόνου, στην κατάρτιση που παρέχεται στους αντικαταστάτες κ.λπ.

Οι υλικές δαπάνες: αφορούν την επισκευή και την αντικατάσταση του εξοπλισμού, που υπέστη βλάβη, την αύξηση των ασφαλιστρών «βλάβη υλικού» κ.λπ.

Άλλες δαπάνες: πραγματογνωμοσύνης, δικηγορικών αμοιβών, κυρώσεων κ.λπ. Στη χώρα μας, το άμεσο κόστος των εργατικών

ατυχημάτων (25.000 εργατικά ατυχήματα και 100 θάνατοι το έτος) μόνο των ασφαλισμένων του ΙΚΑ, που αποτελούν τα αντιπροσωπευτικότερα στοιχεία, υπολογίζεται για το 1990 σε 28,5 δισεκατομμύρια δραχμές (εκτιμάται για το 1993 σε περίπου 50 δισεκατομμύρια δραχμές και το 1996 σε 70). Το κόστος των επαγγελματικών ασθενειών δεν είναι δυνατόν να υπολογιστεί, γιατί δεν υπάρχει συγκεκριμένη καταγραφή τους και μέθοδος υπολογισμού (παρά την ύπαρξη του άρθρου 40 του Κανονισμού Ασθενείας του ΙΚΑ, ΦΕΚ 132 Α'/12.2.79, με 52 αναγνωρισμένες περιπτώσεις επαγγελματικών ασθενειών).

Όμως, πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα:

α. ο μεγάλος αριθμός περιπτώσεων συνταξιοδότησης από αναπηρία, που οι αντιστοιχούσες παροχές σύνταξης ανέρχονται σε 363,32 δισεκατομμύρια δραχμές, το 1996, και

β. η σημαντική θέση των παροχών ασθενείας (από κοινή νόσο), που ανέρχονται σε 713 δισεκατομμύρια οι παροχές σε είδος και σε 83,5 δισεκατομμύρια οι παροχές σε χρήμα το 1996.

Αντιλαμβανόμαστε το τεράστιο μέγεθος των (έμμεσων) επιβαρύνσεων που δέχονται οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης και λόγω της φύσεως των συνθηκών εργασίας και διαβίωσης.

Η εναρμόνιση της Ελλάδας

Στη χώρα μας, ο κορμός της κοινοτικής νομοθεσίας έχει κυρωθεί με Προεδρικά Διατάγματα (ΠΔ), με κεντρικό ρόλο σ'αυτή την πορεία του Εθνικού Συμβουλίου Υγιεινής - Ασφάλειας (ΣΥΑΕ), ως το εθνικό όργανο διαβούλευσης.

Εφεξής, η προσπάθεια είναι να αφομοιωθεί όλος αυτός ο όγκος, να αποκτηθεί η αναγκαία τεχνογνωσία, να αξιολογηθούν οι δράσεις, να

υπολογιστούν οι επιβαρύνσεις, να λειτουργήσουν τα εντελώς συγκεκριμένα όργανα και οι μηχανισμοί υλοποίησης και να ενεργοποιηθεί όλος ο εργαζόμενος πληθυσμός.

Εμείς θα περιοριστούμε στη δεδομένη απαίτηση προσανατολισμού του ασφαλιστικού συστήματος προς την πρόληψη, όπως και του γενικότερου συστήματος υγείας προς την προαγωγή της υγείας.

Η κοινωνική ασφάλιση σήμερα

Οι κύριοι ασφαλιστικοί οργανισμοί είναι οι ακόλουθοι:

- Ι.Κ.Α. (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων),
- Τ.Ε.Β.Ε. (Ταμείο Ασφαλίσεως Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος),
- Ο.Γ.Α. (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων),
- Ν ΑΤ. (Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο),
- ΜΤΠΥ - ΤΓΤΔΥ (Ταμεία Ασφάλισης Δημοσίων Υπαλλήλων),
 - Ειδικά (περίπου 80) Ταμεία Ασφάλισης κ.λπ.

Ως περίπτωση για ανάλυση-μελέτη θα επιλέξουμε το ΙΚΑ, γνωρίζοντας εκ προοιμίου σε ανάλογα κινούνται και οι άλλοι ασφαλιστικοί οργανισμοί (ταμεία)⁵⁴.

4.7 Επαγγελματικός κίνδυνος και μέτρα προφύλαξης από το HIV στα εργαστήρια

Εισαγωγή

Η εργασία στα εργαστήρια, όπως και στους άλλους χώρους του νοσοκομείου, αποτελεί δυνητικό κίνδυνο λοίμωξης από διάφορους μικροοργανισμούς. Το πρόβλημα υπήρχε πάντοτε, και χωρίς οι λοιμώξεις, μετά από επαγγελματική έκθεση να είναι ιδιαίτερα συχνές, απασχολούσαν, τόσο τους εργαζόμενους όσο και τους αρμόδιους Εθνικούς και Διεθνείς Οργανισμούς.

Από πολύ παλιά δε οι «γιατροί» έπαιρναν τις απαραίτητες προφυλάξεις για να αποφύγουν τις μεταδοτικές ασθένειες- χαρακτηριστικές είναι οι ολόσωμες ενδυμασίες για την προφύλαξη από την πανώλη.

Τα τελευταία όμως χρόνια η ανησυχία οξύνθηκε μετά τη διαπίστωση της υψηλής μολυσματικότητας, τόσο των ιών της ηπατίτιδας όσο και πιο πρόσφατα του HIV και των προβλημάτων που δημιουργήθηκαν από το AIDS. Ένα τέτοιο πρόβλημα είναι το δραματικό φαινόμενο της απροθυμίας των νέων να ακολουθήσουν επαγγέλματα σχετιζόμενα με την παροχή υπηρεσιών υγείας, αλλά και την εξειδίκευση σε τομείς που πιθανόν να έχουν μεγαλύτερη σχέση και επαφή με ασθενείς με AIDS.

Χαρακτηριστική είναι η διακήρυξη της Διαρκούς Ομάδας Εργασίας Νέων Νοσοκομειακών Γιατρών της Ευρώπης ότι «...βρισκόμαστε στην αρχή μιας παρατεταμένης περιόδου έκθεσης στη μεταδοτικότητα του HIV και ως εκ τούτου, κάτω από την επίδραση ενός νέου παρατεταμένου επαγγελματικού κίνδυνου», δεδομένου ότι οι εργαζόμενοι στο χώρο του Νοσοκομείου, έχουν την αποκλειστική

σχεδόν ευθύνη διαγνωστικής και θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών με AIDS.

Επαγγελματικός κίνδυνος

Ο επαγγελματικός κίνδυνος —η τυχαία δηλαδή επαγγελματική έκθεση των εργαζομένων στο HIV, κατά τη διάρκεια της άσκησης των καθηκόντων και υποχρεώσεών τους— προέρχεται κυρίως από τη μόλυνση των χεριών αλλά και των βλεννογόνων, με μολυσμένο αίμα ή άλλα σωματικά υγρά, είτε με τρύπημα είτε με άλλου είδους επαφή. Θα πρέπει δε να αναφερθεί ότι μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν τεκμηριωμένες ενδείξεις για μετάδοση του HIV μέσω των αεροφόρων οδών δηλ. μέσω του αέρα. Το ίδιο βέβαια ισχύει και για την απλή χειραψία, τη χρησιμοποίηση κοινών σκευών εστίασης, τη χρήση της τουαλέτας κ.ά.

Ειδικότερα, στις εργαστηριακές επαγγελματικές λοιμώξεις, δεν είναι πάντα εύκολο να διαπιστώσουμε τον τρόπο μόλυνσης. Σε μεγάλη συχνότητα ευθύνονται τα διάφορα ατυχήματα, όπως το «τυχαίο» χύσιμο μολυσμένων υγρών και καλλιεργείων, το τρύπημα με αιχμηρά αντικείμενα, αλλά και η διασπορά σταγονιδίων στο περιβάλλον.

Ευνόητο βεβαίως είναι ότι οι λοιμώξεις, στα πλαίσια του τυχαίου επαγγελματικού κινδύνου, είναι συχνότερες σε ορισμένα εργαστήρια, όπως τα ερευνητικά, που κατέχουν την πρώτη θέση με συχνότητα 59% του συνόλου των λοιμώξεων και με δεύτερα τα διαγνωστικά εργαστήρια ρουτίνας, με αντίστοιχο ποσοστό 17% περίπου.

Ειδικά για τα διαγνωστικά εργαστήρια, οι διαδικασίες που ενέχουν δυνητικό κίνδυνο έκθεσης στο HIV εμφανίζονται στον πίνακα 1. Ενδιαφέρουσα είναι η παρατήρηση ότι ο κίνδυνος από το HIV αφορά δυνητικά όλους τους εργαζόμενους αλλά και διακινούμενους στο

Νοσοκομειακό χώρο. Από πολλές δε έρευνες προκύπτει ότι οι εργαζόμενοι στην υπηρεσία καθαριότητας έχουν τη μεγαλύτερη ετήσια αναλογία τραυματισμών με αιχμηρά αντικείμενα, κύριο τρόπο μετάδοσης του HIV των ιών της ηπατίτιδας και άλλων παθογόνων μικροοργανισμών.

Όσον αφορά δε στη συχνότητα της HIV λοίμωξης, στο προσωπικό των εργαστηρίων, μετά από επαγγελματική έκθεση αυτή γενικά θεωρείται μικρή, εφόσον βεβαίως τηρούνται οι συνήθεις προφυλάξεις που επιβάλλει η υγιεινή. Οι προφυλάξεις αυτές, για να είναι αποτελεσματικές, θα πρέπει να τηρούνται κάθε μέρα και για όλους τους αρρώστους, όποιοι και αν είναι, δεδομένου ότι το πλείστο των οροθετικών ατόμων που το δηλώνουν.

Ειδικότερα, ο κίνδυνος HIV λοίμωξης μετά από τρύπημα με βελόνα, που έχει εκτεθεί σε μολυσμένο αίμα, υπολογίζεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 0,1 3% έως και 0,5% —κίνδυνος ορομετατροπής. Συγκριτικά, ο κίνδυνος λοίμωξης από ηπατίτιδα Β, μετά από παρόμοια έκθεση, είναι 45-120 φορές μεγαλύτερος. Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί ότι ο κίνδυνος μετάδοσης του HIV στο προσωπικό μετά από 1 μοναδικό τραυματισμό και επαφή με HIV-θετικό αίμα, εκτιμάται σε 0,36% ή 1/275. Ο κίνδυνος μετά από έκθεση των βλεννογόνων είναι ακόμα μικρότερος, και ανέρχεται μόλις στο 0,04%. Εκτεταμένες δε έρευνες δεν έχουν αποδείξει καμιά μετάδοση στο προσωπικό μέσω των διαφόρων, απλών, καθημερινών εργασιών όπως η γενική περιποίηση ασθενούς με AIDS.

Βεβαίως δεν θα πρέπει να μας διαφεύγει το γεγονός ότι παρ' ότι ο επαγγελματικός κίνδυνος είναι μικρός, οι συνέπειες είναι σοβαρές σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο και δεν θα πρέπει να υποτιμάται από το προσωπικό των Νοσοκομείων.

Όπως δε αναφέρεται στη Διεθνή Βιβλιογραφία, ο συνολικός κίνδυνος του επαγγελματικού ατυχήματος και της μετάδοσης της HIV λοίμωξης ανέρχεται περίπου στο 4%.

Μέχρι δε τις 31/12/92 είχαν αναφερθεί στη διεθνή βιβλιογραφία συνολικά 53 άτομα με βεβαιωμένη επαγγελματική λοίμωξη και 92 επιπλέον με πιθανή επαγγελματική λοίμωξη.

Μέτρα προφύλαξης

Στη θέσπιση ειδικών μέτρων πρόληψης των λοιμώξεων και προφύλαξης των εργαζομένων, ανάλογα με το εργαστήριο, θα πρέπει να συνεκτιμηθούν:

1. Εάν σε προς αποφυγή μικροοργανισμός είναι παθογόνος για τον άνθρωπο.
2. Εάν είναι δυνατόν να μεταδοθεί στους εργαζόμενους.
3. Εάν είναι δυνατόν να διασπαρθεί στο γενικό πληθυσμό.
4. Εάν προκαλεί σοβαρή νόσο.
5. Εάν υπάρχει αποτελεσματική προφύλαξη ή θεραπεία.

Για τη λήψη δε συγκεκριμένων μέτρων θα πρέπει να ληφθούν υπόψη:
α) το επίπεδο ανοσίας του πληθυσμού β) η απαιτούμενη ελαχίστη δόση για μετάδοση και, γ) ο τρόπος μετάδοσης.

Από την ειδική αξιολόγηση των παραγόντων αυτών για το HIV και με δεδομένο ότι μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ούτε θεραπεία ούτε εμβόλιο, η μοναδική προστασία κατά τη διάρκεια της εργασίας παρέχεται από την πιστή τήρηση των θεσμοθετημένων μεθόδων και κανόνων ασφαλούς εργασίας.

Πίνακας: Διαδικασίες που ενέχουν κίνδυνο δυννητικής έκθεσης στο

HIV

Διαδικασία	Άτομο που κινδυνεύει	Τρόπος μετάδοσης
Συλλογή δειγμάτων	Αιμολήπτες Προσωπικό	Τρύπημα από βελώνα ή σπασμένο σωληνάριο Μόλυνση χεριών με αίμα
Μεταφορά δειγμάτων	Μεταφορείς προσωπικό εργαστηρίου	Μολυσμένη εξωτερική επιφάνεια περιεκτών Σπασμένοι περιέκτες Χύσιμο δείγματος
Εργαστηριακές τεχνικές	Προσωπικό εργαστηρίου	Τρύπημα ή μόλυνση δέρματος και βλεννογόνων Μολυσμένη επιφάνεια χώρου εργασίας Μολυσμένα σκεύη Σπασμένοι περιέκτες Χύσιμο δείγματος Τρύπια γάντια
Καθαριότητα - Συντήρηση Αποκομιδή απορριμμάτων	Προσωπικό εργαστηρίου Βοηθητικό προσωπικό Κοινό	Τρύπημα ή μόλυνση δέρματος Μολυσμένα υλικά που χύνονται ή διασκορπίζονται Μολυσμένη επιφάνεια χώρου εργασίας Επαφή με μολυσμένα απορρίμματα Τραύματα - αμυχές
Αποστολή δειγμάτων	Μεταφορείς Κοινό	Σπασμένοι ή τρύπιοι περιέκτες και υλικά συσκευασίας

Οι γενικές δε οδηγίες προφύλαξης που θα στοχεύουν στην ελαχιστοποίηση της επαγγελματικής έκθεσης στο αίμα και στα σωματικά υγρά, θα πρέπει να στηρίζονται στην υπόθεση ότι όλοι οι άρρωστοι πάσχουν από μεταδοτικά νοσήματα και ηώς το αίμα και τα σωματικό υγρά όλων των αρρώστων είναι μολυσματικά και επικίνδυνα για τη μετάδοση πολλών και ποικίλων νόσων: ηπατίτιδας, σύφιλη, HIV/AIDS κ.λπ.

Τα βασικά δε μέτρα προστασίας θα πρέπει να παρέχονται στα ακόλουθα επίπεδα:

1. Βασικές οδηγίες αντιμετώπισης των βιολογικών κινδύνων που

εφαρμόζονται σε όλες τις διαδικασίες και σε όλους τους τομείς του εργαστηρίου.

2. Πρόσθετες ή συμπληρωματικές οδηγίες για τα ειδικά εργαστήρια.
3. Οδηγίες για το χειρισμό, τη μεταφορά και την αποστολή των δειγμάτων, και τέλος,
4. Οδηγίες για τη λήψη των δειγμάτων του αίματος. Οι οδηγίες θε αυτές θα πρέπει να έχουν «δομηθεί» με σκοπό:

1. την πρόληψη τραυμάτων από τρυπήματα, κοψίματα, γδαρσίματα κ.λπ.
2. την προστασία τυχόν τραυμάτων και πληγών του δέρματος, των επιπεφυκότων και των βλεννογόνων
3. την πρόληψη μόλυνσης του ατόμου και των ενδυμάτων του
4. την τήρηση των γενικών κανόνων υγιεινής
5. τον έλεγχο μόλυνσης των επιφανειών εργασίας, και τέλος,
6. την ασφαλή διάθεση των μολυσμένων απορριμμάτων.

Ατομική ευθύνη των εργαζομένων

Κανένα όμως από τα προληπτικά μέτρα δε θα είναι αποτελεσματικό, εάν ο κάθε εργαζόμενος δεν θεωρήσει τον εαυτό του υπεύθυνο και δε συμμετέχει, χωρίς ενδοιασμούς, στη διατήρηση ασφαλών συνθηκών εργασίας, απαιτώντας συγχρόνως την κατάλληλη εκπαίδευση και διαφώτιση.

Η ενεργητική όμως συμμετοχή των εργαζομένων απαιτεί κυρίως την αλλαγή συμπεριφοράς —νοοτροπίας— και τη συνειδητοποίηση ότι δεν αποτελεί περιορισμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων η επιβολή μέτρων για τη διασφάλιση της ατομικής και της δημόσιας υγείας, αλλά φυσική

υποχρέωση απέναντι στον εαυτό μας, απέναντι στην οικογένεια μας, απέναντι στους συναδέλφους μας. **Οι βασικές δε υποχρεώσεις όλων των εργαζομένων είναι:**

A. Να φροντίζουν για την υγεία και την ασφάλεια του εαυτού τους και όλων των ατόμων που μπορεί να επηρεασθούν από τις πράξεις τους ή τις παραλείψεις τους στη δουλειά.

B. Να ακολουθούν τις προδιαγραφές ασφαλείας και να χρησιμοποιούν σωστά τις διαδικασίες και τα υλικά που παρέχονται για την ελαχιστοποίηση των κινδύνων.

Γ. Να ειδοποιούν αμέσως τους υπευθύνους για τυχόν ελλείψεις στα μέτρα ασφαλείας ή για οποιαδήποτε επικίνδυνη κατάσταση επισημάνουν. Εδώ θα πρέπει να τονισθεί, ότι όπως προκύπτει από πολλές πηγές, για τα ατυχήματα ευθύνεται ο ίδιος ο εργαζόμενος στο 80% των περιπτώσεων, ενώ το εργασιακό και λοιπό περιβάλλον στο 15% και οι απρόβλεπτες καταστάσεις μόνο στο 5%. Χαρακτηριστικά είναι τα στοιχεία από ερευνά που έγινε στην Υ.Σ.Α. το 1 993: στην αναζήτηση των αιτίων της τυχαίας επαγγελματικής έκθεσης στο HIV, οι εργαζόμενοι απάντησαν ότι έφταιγαν οι ίδιοι στο 85%, με κύριες αιτίες την επανατοποθέτηση του καλύμματος της βελόνης και τη «βιασύνη»· στο 10% των περιπτώσεων ενοχοποιήθηκε κάποια κίνηση του ασθενούς και στο 6% περίπου υπεύθυνος θεωρήθηκε κάποιος άλλος εργαζόμενος. Ας σημειωθεί ότι στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε ότι φορούσαν γάντια μόνο το 36% των ερωτηθέντων.

Όταν λοιπόν μια εργασία τελειώνει χωρίς ατύχημα ή άλλο δυσάρεστο σύμβαμα, δεν σημαίνει ότι αυτό έγινε τυχαία. Είναι η συνέπεια μιας σειράς σωστών ενεργειών και αποφάσεων. Σημαίνει ότι η συμπεριφορά μας ήταν πειθαρχική και φρόνιμη· ότι συμμορφωθήκαμε με τις οδηγίες

που μας έδωσαν ότι γνωρίζαμε και εφαρμόσαμε τη σωστή μέθοδο ασφαλούς εργασίας.

Προς την κατεύθυνση δε αυτή, ο ρόλος της συνεχούς, περιοδικής και συστηματικής εκπαίδευσης είναι ζωτικός, και θα πρέπει να στοχεύει στην αποφυγή της χαλάρωσης, και στην πιστή εφαρμογή των θεσμοθετημένων μέτρων προφύλαξης, από τους εργαζόμενους και ιδιαίτερα, από τους παλαιότερους, που νομίζουν ότι η πείρα τους το επιτρέπει.

Είναι δε γενικά αποδεκτό ότι «κακή Εργαστηριακή πρακτική και ανθρώπινο λάθος μπορούν να αχρηστεύσουν όλα τα πρότυπα ασφάλειας και να μεταβάλλουν ασφαλή και καλό εργαστηριακό εξοπλισμό σε επικίνδυνο».

Ας μη διαφεύγει δε το γεγονός ότι η ταχεία διασπορά του HIV παγκοσμίως, σημαίνει, ότι οι εργαζόμενοι, κάθε βαθμίδας, στο νοσοκομείο, θα βρίσκονται υπό διαρκή δυνητικό κίνδυνο τα επόμενα χρόνια, επειδή το AIDS μας απειλεί όλους και κανένας δεν είναι «άτρωτος». Θα πρέπει να μάθουμε να ζούμε μαζί του' αν δεν προσέξουμε, τότε κινδυνεύουμε.

Για να κερδίσουμε δε τη «μάχη» θα πρέπει να εξαλείψουμε την άγνοια, να αποφύγουμε τον πανικό και να δείξουμε ψυχραιμία. Η απειλή πάντα υπάρχει. Σημασία έχει τι κάνουμε εμείς¹⁶.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Η ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΗΜΕΡΑ ΚΑΙ ΑΥΡΙΟ ΣΤΗΝ ΑΧΑΪΑ

Συνέντευξη με την υπεύθυνη αγωγής υγείας Αχαΐας Κλειώ Βάρου

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το πρόγραμμα Α.Υ. και τις άλλες δραστηριότητες που αναπτύχθηκαν στον τομέα ευθύνης σας την σχολική χρονιά που πέρασε; Καλύφθηκαν οι προσδοκίες σας; Υπήρξε κάτι διαφορετικό από τις προηγούμενες χρονιές;

Η σχολική χρονιά που μας πέρασε ήταν πολύ ενδιαφέρουσα, γιατί έδειξε πως οι βάσεις που άρχισαν να μπαίνουν απ' το 1995, όταν άρχισε συστηματικά η Αγωγή Υγείας στα σχολεία της Δ.Ε., ήταν σταθερές. Το χαρακτηριστικό της χρονιάς που πέρασε ήταν πως δεν υπήρχε η οικονομική στήριξη των δράσεων της Αγωγής Υγείας μέσα από Ευρωπαϊκά πακέτα, όπως έγινε τις προηγούμενες χρονιές. Παρόλα αυτά, προγράμματα Αγωγής Υγείας και Αγωγής του Καταναλωτή υλοποιήθηκαν στα σχολεία και μάλιστα πολύ αξιόλογα. Επίσης υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον των συναδέλφων για να παρακολουθήσουν τα Βιωματικά Σενάρια που διοργανώνουμε. Επομένως θεωρώ πως αυτά είναι οι καρποί της συστηματικής δουλειάς που προσπαθήσαμε να κάνουμε τα προηγούμενα χρόνια.

Πώς εστιάσατε την ανταπόκριση των εκπαιδευτικών αλλά και των γονιών και των μαθητών. Πόσο έχουν εμπνευστεί από την φιλοσοφία της Αγωγής Υγείας; Όπως ανέφερα θεωρώ πολύ θετική την ανταπόκριση των εκπ/κών. Τα θετικά σχόλια αυτών που παρακολούθησαν τις επιμορφώσεις που διοργανώθηκαν παρακίνησαν κι ενεργοποίησαν πολλούς εκπ/κούς στο να ενδιαφερθούν για τέτοιου είδους εκπ/ση. Επίσης απ' τους μαθητές που συμμετέχουν σε ομάδες παίρνουμε σημαντική ανατροφοδότηση. Αυτή τη στιγμή μου έρχονται στο νου τα λόγια μαθήτριας της Γ' Λυκείου ενός Τ.Ε.Ε. που πέρυσι για πρώτη φορά συμμετείχε σε πρόγραμμα Α.Υ. Έλεγε λοιπόν πως αυτό που θα θυμάται πάντα απ' το Λύκειο είναι η εμπειρία απ' τη συμμετοχή της στην ομάδα. Και αναρωτιόταν γιατί τα προηγούμενα χρόνια στο Γυμνάσιο και στο Λύκειο δεν είχε αυτή την ευκαιρία. Αυτά τα σχόλια είναι η καλύτερη ανατροφοδότηση για μας.

Ακούγονται πολλά για την προοπτική της Αγωγής Υγείας και Προαγωγής

Υγείας στον χώρο της Β' θμιας Εκπαίδευσης, όπως να ενταχθεί στο αναλυτικό πρόγραμμα ως μάθημα ή να παραμείνει σε εθελοντική βάση. Εσείς τι πιστεύετε και τι θα υποστηρίζατε;

Η αδυναμία που όλοι αναγνωρίζουμε στην εφαρμογή της Αγωγής Υγείας όπως γίνεται στην Δ.Ε. είναι ότι δεν συμμετέχουν όλοι οι μαθητές. Η συμμετοχή είναι εθελοντική από πλευράς και των εκπ/κών και των μαθητών. Ακόμα διαπίστωση των εκπ/κών που ασχολούνται είναι πως οι μαθητές που θα θέλαμε να πάρουν μέρος στις ομάδες, αυτοί που είναι περισσότερο "at risk" δεν συμμετέχουν.

Είναι φανερό πως χρειάζεται να εφαρμοστεί μια άλλη διαδικασία για όλους τους μαθητές χωρίς όμως να πάρει τη μορφή μαθήματος γιατί τότε θα χάσει τη φρεσκάδα και τη δυναμική που τώρα έχει.

Η γνώμη μου είναι πως θάπρεπε η Α.Υ. να γίνεται σ' όλους τους μαθητές από εκπ/κούς που έχουν επιμορφωθεί σε θέματα δυναμικής ομάδας επικοινωνίας και ενεργητικής μάθησης. Θα μπορούσαν επίσης οι εκπ/κοί αυτοί να αξιοποιούν τις δυνατότητες που δίνονται μέσα απ' το καθημερινό μάθημα, εφαρμόζοντας παράλληλα μεθόδους ενεργητικής μάθησης. Αυτό εφαρμόστηκε με πολύ καλά αποτελέσματα στο Πιλοτικό Πρόγραμμα Α.Υ. που υλοποιήθηκε σε τέσσερα Γυμνάσια της περιοχής μας.

Τη φετινή σχολική χρονιά αρχίζει η εφαρμογή της Α.Υ στο Τομέα Υγείας Πρόνοιας των ΤΕΕ με ένα δίωρο την εβδομάδα. Τέλος πάλι πιλοτικά σε 50 Γυμνάσια απ' τα οποία δύο είναι στην Αχαΐα εισάγεται η λεγόμενη «ελεύθερη ζώνη». Δύο ώρες δηλαδή εβδομαδιαίως όλοι οι μαθητές ασχολούνται με δραστηριότητες που επιλέγουν και που είναι θέματα Περ/κής Αγωγής, Αγωγής Υγείας ή Πολιτιστικά (θέατρο κλ. π.).

Πόσο βοηθάει η Αγωγή Υγείας στη πρόληψη των εξαρτησιογόνων ουσιών; Εννοούμε γενικότερα σαν φιλοσοφία και όχι σαν εγκεκριμένα προγράμματα στον τομέα των ναρκωτικών. Μερικοί πιστεύουν ότι είναι διαφορετικά προγράμματα.

Η Α. Υ εφόσον υλοποιηθεί με τον τρόπο που προανέφερα δηλ. εφαρμοστεί από επιμορφωμένους εκπ/κούς με γνώσεις δυναμικής ομάδας επικοινωνίας

που αξιοποιούν αυτές τις μεθόδους όχι μόνο κάνοντας ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα Α. Υ, αλλά και στο καθημερινό μάθημα, τότε σίγουρα έχει άμεση σχέση με την πρόληψη. Ο έφηβος συμμετέχοντας στην ομάδα επικοινωνεί εκφράζει συναισθήματα, φόβους, συνειδητοποιεί πως μπορεί να επηρεάσει τη ζωή του με τις επιλογές που κάνει. Μαθαίνει να αποδέχεται τον εαυτό του, αποκτά αυτοεκτίμηση, διεκδικητικότητα, οπότε μπορεί να αντισταθεί στην πίεση της παρέας και να υποστηρίξει αυτό που τον εκφράζει. Όλα τα παραπάνω είναι πολύ σημαντικά κι αποτελούν τη βάση των προλήψεων.

Κατά καιρούς στα ΜΜΕ βλέπουμε ή ακούμε «Ναρκωτικά στα σχολεία». Σε σας φθάνουν πολλά περιστατικά διακίνησης ναρκωτικών στον χώρο των σχολείων;

Εφόσον οι έρευνες δείχνουν πως υπάρχει στην Ελλάδα αύξηση στη χρήση ουσιών είναι αναμενόμενο ότι θα παρουσιαστούν σχετικά προβλήματα και στο χώρο του σχολείου. Ωστόσο ο τρόπος που παρουσιάζονται απ' τα ΜΜΕ δεν δίνει αντιπροσωπευτική εικόνα της κατάστασης. Κατά καιρούς παρουσιάζονται κάποιες περιπτώσεις και είναι ένα θέμα η σωστή αντιμετώπισή τους. Εδώ και πάλι μπαίνει η ενημέρωση και επιμόρφωση των εκπ/κών.

Τι καινούργιο σχεδιάζετε για τον επόμενο χρόνο;

Περιμένοντας τις καινούριες προτάσεις του Υπουργείου για την υλοποίηση των φάσεων του 3^{ου} Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης εμείς συνεχίζουμε να σχεδιάζουμε προγράμματα στα σχολεία, οργανώνοντας ενημερώσεις και επιμορφωτικό Σεμινάρια. Στο επιμορφωτικό έργο πολύ σημαντική είναι η συνεργασία των Κέντρων Πρόληψης για την εκπ/ση στο υλικό «Στηρίζομαι στα πόδια μου».

Τη φετινή χρονιά πάντα με το Κέντρο Πρόληψης σκοπεύουμε να συντονίσουμε με τους εκπ/κούς που έχουν επιμορφωθεί τις προηγούμενες χρονιές ώστε να υπάρξουν δραστηριότητες στα σχολεία και Περαιτέρω εκπ/ση όσων επιθυμούν.

Θα θέλαμε να μας παρουσιάσετε 1- 2 προγράμματα Α.Υ. σχολείων με πρωτότυπη μεθοδολογία.

Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στη θεματολογία των Προγραμμάτων και πολλά απ' αυτά πραγματικά πρωτοποριακά και πολύ αξιόλογα. Στόχος είναι να παρουσιάζονται στο τέλος της χρονιάς τουλάχιστον στην τοπική κοινωνία του σχολείου⁵⁷.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Δαρδανός Γιώργος**, *Η πολυδιάστατη έννοια της υγείας – Αγωγή Υγείας και Σχολείο (Παιδαγωγική & Βιολογική Προσέγγιση)*. Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα 2001, σ. 17-20, 25-38, 39-46, 92-97
2. **Ζαβιτσιάνος Θεοδόσιος**, *Βασικές Αρχές της υγείας – Δημόσια & Κοινωνική Υγιεινή (Προληπτική & Κοινωνική Ιατρική)*, τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1993, σ. 10-13
3. **Σωκού Κατερίνα**, *Οι διαστάσεις της υγείας – Οδηγός Αγωγής & Προαγωγής της Υγείας, Πρότυπο Πρόγραμμα Αλκοόλ*, Τόμος Α', Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000, σ. 16-18, 20-22, 25-27, 30-33, 64-63, 57-59
4. **Αγραφιώτης Δημοσθένης**, *Η υγεία ως θέμα Κοινωνικού Διαλόγου – Υγεία & Αρρώστια Κοινωνικοπολιτιστικές διαστάσεις*, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα 1988, σ. 18-19
5. **Τούντας Τ.Κ.**, *Η συμβολή της Πρόληψης στην Υγεία – Ορισμός Πρόληψης – Προληπτική Ιατρική*, 2^η Έκδοση, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 1994, σ. 18-21
6. **Στρατηγός Δ. Ιωάννης**, **Κανέλλα – Κωτσελίνα Ελένη**, *Η πρόληψη σήμερα – Πρόληψη η Μεγάλη Λεωφόρος της Υγείας*, Εκδόσεις Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Δ/ση Αγωγής Υγείας & Πληροφόρησης, Αθήνα 1995, σ. 27-30, 49-50
7. **Τριχόπουλος Δημήτρης – Τριχοπούλου Αντωνία**, *Μεθοδολογία Αγωγής Υγείας – Προληπτική Ιατρική*, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Παρισιανού Αθήνα 1986, σ. 283-284

8. Η έννοια της Αγωγής Υγείας, http://www.ypepth.gr/el-ec_pagessm413.htm, Πάτρα 30/01/07
9. Η διαφοροποίηση της Αγωγής Υγείας, <http://pamacea.med.uou.gr/scientific/health/preventime/healthpromotion2.aspx>, Πάτρα 26/01/07
10. **Κυριακίδου Θ. Ελένη**, *Θεωρητικά Μοντέλα Αγωγής Υγείας – Κοινωνική Νοσηλευτική*, Έκδοση 6^η, Εκδόσεις η «Ταβιθά», Αθήνα 2005, σ. 188-190
11. *Προαγωγή Υγείας*, <http://asclepeion.mpl.uea.gr/paysmu/practic/oy.ce/141.ce/BFY26>. Πάτρα 27/01/07
12. Πτυχιακή Εργασία. *Η ιστορική αναδρομή της Κοινωνικής Νοσηλευτικής. Η Κοινωνική νοσηλεύτρια στην οικογένεια*, Σπουδάστρια, **Διαμαντή Νικολίτσα**, Υπεύθυνη Καθηγήτρια, Παπαδημητρίου Μ., Εκδόσεις ΤΕΙ, Πάτρα 1990, σ. 30-33
13. *Αγωγή Υγείας στο σχολείο*, <http://www.eduportal.gr/modules.php? Name=news & life=article & sid=60>, Πάτρα 03/02/07
14. *Σχολική και Ατομική Υγιεινή*, <http://www.paidiatros.gr/101/index.html> Πάτρα 26/01/07
15. **Τσιλγκιρογλου – Φαχαντίδου Άννα**, *Ατομική Υγιεινή – Υγιεινή της Καθαριότητας*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1991, σ. 82-85
16. *Το παιδί με HIV λοίμωξη και το Σχολείο Ελληνικά Αρχαία AIDS*. Πρακτικά 5^{ου} Συνεδρίου, Τόμος 2^{ος}, Τεύχος 1^ο, ΑΘΗΝΑ 1994, σ. 25-28

17. **Παπαδόπουλος Ι.**, *Στοιχεία Σχολικών Κτιρίων & Μαθητικού Κόσμου, Περισσότερη Ασφάλεια στα σχολεία*, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Όμιλος ΤΙΤΑΝ, Αθήνα 2000 σ. 18-21
18. *Αλκοόλ, Ιστορική Αναδρομή*, <http://ta-uea.dueit.gr/print-article.php?e=alf=17962> ul=N28aa=1, Πάτρα 12/02/07
19. *Προέλευση του αλκοόλ & εξάρτηση* <http://www.sch.gr/sch-portles/e-magazine/index.php?.publd=lissue=8section> , Πάτρα 03/02/07
20. *Μέτρα πρόληψη Αλκοολισμού – Θεραπεία – Παρενέργειες* <http://www.meduet.gr/agogi/alchol.htm> Πάτρα 10/02/07
21. *Αλκοολομανία*, <http://www.medlook.gr/agogy/accid.htm> Πάτρα 17/02/07
22. *Ιστορία του καπνού*, <http://www.cancer.society.gr/teenscude/health/thm> Πάτρα 13/02/07
23. *Παιδί και κάπνισμα*, <http://www.teler.gr/schools/stey/argiculture/lessous-oulne/internet20tassiopoulos/kapnos/1.htm>
24. *Τα παιδιά μιμούνται τους γονείς τους*, <http://www.medlook.net/article.asp?/item-1d-937>, Πάτρα 25/01/07
25. **Balbwiu Dorothy**. *Μέτρα πρόληψης «Κάπνισμα, Αλκοόλ, AIDS, Ναρκωτικά»*, Οδηγός Αγωγής Υγείας, Μετάφραση Dr. Βάσω Μαργαρινύ, Εκδόσεις Λίτσας, σ. 45-47
26. **Γιαννόπουλος Δ., Αρβανίτης Α., Βουτιώτης Σ., Χρονοπούλου Μ., Σκαρμέλος Α., Ραζης Ν.**, *Κάπνισμα: Εξάρτηση & Βαθμός ενημέρωσης σε μαθητές Μέσης Εκπαίδευσης και τους γονείς τους*. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Primary Healty Care, Τόμος 18,

Τεύχος 3, Σεπτέμβριος 2006, σ. 70-72

27. **Κωστόπουλος – Γκούμας**, *Ναρκωτικά: Ένα αυξανόμενο πρόβλημα - Ιστορική Αναδρομή, Ναρκωτικά & AIDS*, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Δομική, Αθήνα 1995, σ. 25-32
28. *Ο ρόλος του κράτους απέναντι στα ναρκωτικά – πρόληψη – θεραπεία – κοινωνική επανένταξη*, <http://www.kke.gr/koinvnika/narkotika/1.html>, Πάτρα 21/02/07
29. **Χαραλαμπίδης Ευάγγελος**, *Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες, Κέντρο εκπαίδευσης για την πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών και την προαγωγή της υγείας*, εκδόσεις: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, Αθήνα 2000, σ. 15-20
30. **Κοκκεβη Άννα – Μαδιανού Δήμητρα – Στέφανης Κώστας**, *Θεραπεία για τον εθισμό – Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα*, Η χρήση ουσιών στο Μαθητικό Κόσμο, Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις: Ψυχιατρική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2000, σ. 28-31
31. *Η αντίληψη και η στάση των γονιών απέναντι στα ναρκωτικά*, <http://www.medlook.net/article.asp?New.1d=827>, Πάτρα 23/02/07
32. *Ήβη – Εφηβεία – Αγωγή Υγείας: Σεξουαλική Αγωγή & Διαφυλικές Σχέσεις Ηλικίας 15-18 ετών*, Αθήνα, σ. 27-34
33. *Η σεξουαλικότητα σήμερα*, <http://www.medlok.net/article.asp?1few-1d=1047>, Πάτρα 25/02/07
34. **Καρπάθιος Σ.Ε.**, *Αντισυλληπτικοί Μέθοδοι – Βασική Μαιευτική & Περιγεννητική Ιατρική*, Έκδοση 2^η, Α' τόμος, Εκδόσεις «ΒΗΤΑ» Αθήνα 2001, σ.28-30

35. **Παπανικολάου Ν.**, *Μέθοδοι Αντισύλληψης – Γυναικολογία*, έκδοση 3^η, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1994, σ. 70-76
36. **Shapiro J. Pamela**, *Το αντισυλληπτικό δίσκιο – Μαιευτική & Γυναικολογική Νοσηλευτική*, Επιμέλεια: Ανδρέας Γεωργιόπουλος, Μετάφραση: Ασπασία Σιορφανε, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», Αθήν 2001, σ. 30-32
37. **Παπανικολάου Ν.** *Άμβλωση – Μαιευτική*, Έκδοση 3^η, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1994, σ. 95-96
38. **Ντόλτο Φρανσουαζ – Ντόλτο Τολις Κατριν**, *Μέθοδοι Αντισύλληψης – Έφηβοι Προβλήματα και ανησυχίες*, Μετάφραση Ιωάννα Παπαγιάννη, Έκδοση 12^η, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 2006, σ. 78-86
39. **Κουρέτα – Κρεμαστινού Τζ., Σαρόγλου Γ., Μεράκου Κ.**, *HIV/AIDS. Τι πρέπει να ξέρω – τι πραγματικά ξέρω*. Εκδόσεις Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα 1998
40. **Ματσανιώτης Ν.** *Που μπορεί να γίνει ο έλεγχος για το AIDS – Μπαλαντερ Αγωγή Υγείας, AIDS & Σ.Μ.Ν.*, Εκδόσεις: Ίδρυμα Μελετών Λαμπράκη, Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, Αθήνα 1994
41. *Αγωγή Υγείας στην Οικογένεια*, <http://www.medllok.net/article.asp?item-id=606>, Πάτρα 14/02/07
42. *Η συμβολή των εμβολίων στην Πρόληψη* <http://www.paidiatros.gr/101/index.html>, Πάτρα 26/01/07
43. **Γιώτης Α.** *Τα παιδικά ατυχήματα και η πρόληψή τους*, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Βαδεσης Γιάννης, Αθήνα 1989, σ. 35-41

44. **Μαζακης Σπύρος**, 30 οδηγίες για την πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων. *Ατυχήματα στο σπίτι*, Περιοδικό «My life» Φθινόπωρο – Χειμώνας 2006, σ. 24-30
45. Πρακτικά Διήμερου Συνεδρίου 15-16 Ιουνίου 2000, Ζάππειο «Σπάζοντας τη σιωπή» - Ενδοοικογενειακή Βία – Σεξουαλική Κακοποίηση Γυναικών, Εκδόσεις ΚΕΘΙ, σ. 6-8, 55-58
46. *Τι προκαλεί στα παιδιά η βία στην οικογένεια.* <http://www.medlook.net/article.asp?/item-id Πάτρα 22/02/07>
47. **Τραζέα Ρεβεκκα**, *Αυτοεξέταση Μαστών – Μαιευτική Φροντίδα*, Εκδόσεις Γιαννακόπουλος, Αθήνα 1999, σ. 23-28
48. *Κανόνες για τον επιτυχή θηλασμό* <http://www.thilasmos.gr/pleonektimata.htm>, Πάτρα 22/02/07
49. **Ambrose A., Repke J., Puerperal Problems, In James DK, Steer DJ, Wriner CP., Grouik B** (ebo), *High Risk Pregnancy, Management options*, Philadelphia 2006
50. *Η ενημέρωση της γυναίκας στο στάδιο της εμμηνόπαυσης.* Ελεύθερο: Περιοδικό, τόμος 11^{ος}, τεύχος 3, Τριμηνιαίο επιστημονικό και Επαγγελματικό σ. 109-116
51. **Χανιώτης Φραγκίσκος**, *Επισημάνσεις στην Τρίτη Ηλικία, Εγχειρίδιο Γηριατρικής*, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1998, σ. 186-189
52. **Πλάκη Χρυσάνθη**, *Διατήρηση Φαρμάκων – Γεροντολογική, Νοσηλευτική*, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις: Γιώργος Παπανικολάου, σ.250-252
53. **Σαρακόπουλος Ν.** *Αγωγή Υγείας και Χώρος Εργασίας – Οδηγός*

Υγιεινής & Ασφάλειας της Εργασίας, Αθήνα 2002, 11-12, 16-17

54. **Τσαρακλής Ζαχαρίας**, *Νομοθεσία Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας*, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις ΑΚΜΗ, Πάτρα 2002, σ. 33-36
55. *Η εφαρμογή της Ιατρικής στην Εργασία – Υγιεινή & Ασφάλεια της Εργασίας – Κάπνισμα & Χώρος εργασίας*, Τεύχος 26, Αθήνα 2006 σ. 55-57
56. *Πρόληψη Ατυχημάτων & Υγιεινή στην Εργασία – Το εργατικό ατύχημα*, Εκδόσεις: Ιδρύματος Ευγενίδου, Βιβλιοθήκη του Τεχνίτη σ. 61-68
57. Τριμηνιαίο Περιοδικό της Κίνησης «Πρόταση – Πρόσωπο», Εκδόσεις Πασσάς, Ιούλιος – Αυγ- Σεπτ. 2006, Τεύχος 170