

Αθανάσιος Κατσαγκόλης - Ανδριανή Βούζινου – Μαρία Μαχαιρίδου

Η ΚΙΝΗΣΗ  
ΚΑΙ  
Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ  
ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ  
ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ  
ΘΕΜΕΛΙΟ  
ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ  
ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ  
ΥΓΕΙΑΣ

# **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

**ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Το μοντέλο παραγόντων κινδύνου**

1.1 Εισαγωγή

1.2 Παράγοντες κινδύνου

### 1.3 Μη επηρεάσιμοι παράγοντες κινδύνου

1.3.1 Γενετική προδιάθεση

1.3.2 Ανδρικό φύλο

1.3.3 Ηλικία

### 1.4 Επηρεάσιμοι παράγοντες κινδύνου

#### 1.4.1 Λιποπρωτεΐνες

1.4.1.1 Υψηλές τιμές ολικής χοληστερίνης

1.4.1.2 Υψηλές τιμές LDL χοληστερίνης

1.4.1.3 Χαμηλές τιμές HDL χοληστερίνης

1.4.1.4 Τριγλυκερίδια

1.4.2 Υπέρταση

1.4.3 Κάπνισμα τσιγάρων

1.4.4 Ουρική αρθρίτιδα / Υπερουρικαιμία

1.4.5 Σακχαρώδης διαβήτης

1.4.6 Παχυσαρκία

1.4.7 Ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες άγχους

### 1.5 Ανακεφαλαίωση

### 1.6 Βιβλιογραφία

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Θεωρητική προσέγγιση των εννοιών**

### **«Πρόληψη» και «Προαγωγή» υγείας**

#### 2.1 Εισαγωγή

#### 2.2 Γενικά – Θεωρίες

2.2.1 Πρωτογενής Πρόληψη: Στόχοι και στάσεις σύγχρονων Μοντέλων

#### 2.3 Πρόληψη συνθηκών και Πρόληψη συμπεριφοράς

2.3.1 Το μοντέλο υγείας-πίστης

- 2.3.2 Η θεωρία της αυτο-δραστικότητας του Bandura
- 2.3.3 Η θεωρία της συλλογιστικής δράσης
- 2.3.4 Η θεωρία της προγραμματισμένης δράσης
- 2.4 Συμπεράσματα Πρόληψης σε παιδιά και εφήβους
- 2.5 Ανακεφαλαίωση
- 2.6 Βιβλιογραφία

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Πρόληψη στη παιδική και εφηβική ηλικία**

- 3.1 Εισαγωγή
- 3.2 Διαχωρισμός παιδικής ηλικίας και εφηβικής ηλικίας
- 3.3 Παιδική ηλικία: Βασικές αρχές της Εξελικτικής Ψυχολογίας
- 3.4 Εφηβεία: Βασικές αρχές της Εξελικτικής Ψυχολογίας
- 3.5 Πρόληψη και φύλο
- 3.6 Μέτρα πρωτογενούς Πρόληψης
- 3.7 Ανακεφαλαίωση
- 3.8 Βιβλιογραφία

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πρόληψη επικίνδυνης συμπεριφοράς στη παιδική και εφηβική ηλικία**

- 4.1 Εισαγωγή
- 4.2 Αρχές και κριτήρια πετυχημένης πρόληψης
- 4.3 Ψυχοκοινωνικές προτάσεις πρόληψης
  - 4.3.1 Εκμάθηση της σταθερότητας
  - 4.3.2 Εκμάθηση γενικών ικανοτήτων για τη ζωή

4.3.2.1 Η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων ως προληπτικό μέτρο

4.4 Η πρόταση ικανοτήτων για ζωή

4.5 Ψυχολογικό-κοινωνικό πρόγραμμα Πρόληψης και Προαγωγή υγείας στο σχολείο

4.6 Πρόληψη εξαρτήσεων μέσω αθλητισμού

4.7 Ανακεφαλαίωση

4.8 Βιβλιογραφία

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Σημασία, περιεχόμενα και στόχοι κινητικής αγωγής**

5.1 Εισαγωγή

5.2 Κινητική αγωγή

5.2.1 Προαγωγή κοινωνικών και προσωπικών πόρων

5.2.1.1 Η αντίληψη του εγώ

5.2.1.2 Η αντίληψη του σώματος

5.2.1.3 Αυτό-δραστικότητα και πεποιθήσεις ελέγχου

5.3 Σχέση μεταξύ κίνησης, παιχνιδιού, αθλητισμού και αντίληψης του εγώ

5.3.1 Η αντίληψη του εγώ μέσω της μεταβολής της αντίληψης του σώματος

5.4 Ανακεφαλαίωση

5.5 Βιβλιογραφία

# ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το ουσιαστικό πρόβλημα των ημερών μας αποτελούν οι καλούμενες ασθένειες του πολιτισμού. Το γεγονός ότι πολλές ασθένειες παλαιότερων εποχών, ειδικότερα μεταδοτικές ασθένειες, σήμερα δεν αποτελούν πλέον πρόβλημα για την ανθρωπότητα, είναι σίγουρα μία προσφορά της σύγχρονης Ιατρικής που είναι προσανατολισμένη στις φυσικές επιστήμες. Λόγω της πολυπλοκότητας πολλών πιθανών μεγεθών που επηρεάζουν την ύπαρξη χρόνιων-εκφυλιστικών παθήσεων, των λεγομένων ασθενειών του πολιτισμού μας, είναι πολύ δύσκολο να πραγματοποιηθεί επιδημιολογικά η άμεση απόδειξη της αιτιότητας. Επομένως, αρχικά σε έναν παράγοντα κινδύνου υπάρχει τουλάχιστον στατιστική και όχι αιτιώδης σύνδεση. Η ύπαρξη ενός παράγοντα κινδύνου δεν οδηγεί αναγκαστικά σε μία ασθένεια. Η ύπαρξη ενός παράγοντα κινδύνου δίνει μόνον το μέτρο του κινδύνου, βάσει στατιστικής πιθανότητας, όπως αυτός προέκυψε από έναν μεγάλο αριθμό επιστημονικών μελετών.

Η υγεία ως αγαθό που κινδυνεύει ανήκει στα οξεία κοινωνικά προβλήματα κατά τη μετάβαση στην τρίτη χιλιετία, αλλά χωρίς να παραλείψουμε να αναφέρουμε ότι αποτελούσε πάντοτε ύψιστο αγαθό. Ο Ιπποκράτης, ο πατέρας της σύγχρονης Ιατρικής, είχε τονίσει την σημασία της πρόληψης για την επίτευξη αυτού του αγαθού, λέγοντας ότι: «Κάλλιον το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν». Η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας

έχουν ιδιαίτερη αξία στην παιδική και εφηβική ηλικία. Από τη μία πλευρά σε αυτό το στάδιο της ζωής καθιερώνονται υγιεινοί ή ανθυγιεινοί τρόποι συμπεριφοράς. Από την άλλη πλευρά σε αυτήν την ηλικία η αίσθηση του κινδύνου είναι ελάχιστα ανεπτυγμένη, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει επικίνδυνους τρόπους συμπεριφοράς.

Για να είναι όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά τα προγράμματα πρόληψης είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ληφθούν υπ' όψιν οι συγκεκριμένες συνθήκες ανάπτυξης και τα χαρακτηριστικά της παιδικής και εφηβικής ηλικίας.

Η σημαντική για την υγεία συμπεριφορά πρέπει να εξεταστεί όσον αφορά στα βασικά της κίνητρα στο πλαίσιο διαφορετικών καταστάσεων ζωής και σταδίων ζωής ποικίλης λειτουργικότητας.

1.7 Στόχος της παρούσης μελέτης είναι κατ' αρχάς να παρουσιάσει τους παράγοντες κινδύνου, τα προληπτικά μέτρα καθώς και το στάδιο της επιστήμης σήμερα και να καταδείξει τη σημασία της κίνησης, η οποία από τη μία πλευρά ρυθμίζει τη χορήγηση της τροφής και την κατανάλωση θερμίδων, από την άλλη πλευρά συμβάλλει στην αποικοδόμηση του άγχους και στην απομάκρυνση εσωτερικών εντάσεων και επιθετικότητας. Η κατάλληλη κίνηση είναι το σημαντικότερο μέσο για τη σωματική και ψυχική ανάπτυξη, επιτρέπει την αναγνώριση και την οικειοποίηση του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος, φροντίζει για το συντονισμό όλων των εμπειριών των αισθήσεων και είναι ο κινητήρας για τη συνολική σωματική, ψυχική και κοινωνική ανάπτυξη ενός παιδιού.

Η εξαφάνιση των φυσικών χώρων για κίνηση και η αυξανόμενη χρήση των μέσων ενημέρωσης και της τεχνολογίας οδηγούν σε απώλεια χωρικών, κοινωνικών και άμεσων σωματικών-αισθητικών εμπειριών.



Οι συνέπειες για τα παιδιά και τους νέους συχνά εκφράζονται σε αδυναμίες συντονισμού και κακής σωματικής στάσης, παχυσαρκία, διαταραχές στον τομέα της αντίληψης και της γνωστικής επεξεργασίας, σε αντικοινωνική και επιθετική συμπεριφορά, μικρή δυνατότητα σωματικής κόπωσης, προβλήματα εξάρτησης καθώς και σε ψυχικές και ψυχοσωματικές βλάβες.

Οι προσφορές από τον τομέα κίνηση, παιχνίδι και άθληση πρέπει να οργανώνονται από αυτόν με τέτοιον τρόπο, ώστε τα παιδιά και οι νέοι να βιώνουν την επιτυχία. Για τον σκοπό αυτό είναι απαραίτητο η οδός διδασκαλίας και μάθησης να είναι εξατομικευμένη και διαφοροποιημένη, να προσφέρονται απλοποιήσεις και να παρουσιάζονται εφικτοί προσιτοί στόχοι.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

## **Το μοντέλο παραγόντων κινδύνου**

### **1.1 Εισαγωγή**



Η ανάλυση της δημιουργίας της ιατρικής θεωρίας δείχνει ότι η Ιατρική πρωταρχικά προσπαθεί για την εξήγηση παθογενών μηχανισμών, ώστε με αυτόν τον τρόπο να βοηθήσει την υγεία. Η μέθοδος αυτή έχει τις ρίζες της στην ιστορική εξέλιξη της Ιατρικής. Το γεγονός ότι πολλές ασθένειες παλαιότερων εποχών, ειδικότερα μεταδοτικές ασθένειες, σήμερα δεν αποτελούν πλέον πρόβλημα για την ανθρωπότητα, είναι σίγουρα μία προσφορά της σύγχρονης Ιατρικής που είναι προσανατολισμένη στις φυσικές επιστήμες. Σήμερα είναι αδιανόητη μία ζωή χωρίς Ιατρική, τουλάχιστον στον δικό μας πολιτισμό.

Σήμερα έχει σημειωθεί μία πανοραμική αλλαγή στις ασθένειες: Στο προσκήνιο των περισσότερων ασθενειών δεν βρίσκονται πλέον παθήσεις(π.χ ελονοσία, πολυομιελί, χολέρα κ.α.), οι οποίες προκαλούνται από μικρόβια που μεταδίδουν τις ασθένειες, αλλά χρόνιες παθήσεις που οφείλονται εκτός των άλλων στις συνθήκες ζωής των βιομηχανικών κρατών που στοχεύουν στις επιδόσεις, η γένεση των οποίων συχνά ανάγεται σε πολλές δεκαετίες πριν. Το ουσιαστικό πρόβλημα των ημερών μας αποτελούν οι καλούμενες ασθένειες του πολιτισμού.

Η έννοια «παράγοντας κινδύνου» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά σε δημοσιεύσεις της μελέτης του Framingham (Kannel et al., 1961), η οποία μεταξύ άλλων προσπάθησε να βρει μεγέθη που επηρεάζουν τη στεφανιαία νόσο. Όπως π.χ. με τις μολυσματικές ασθένειες, έτσι και εδώ δεν μπορεί να οριστεί μονοσήμαντα μια αιτία της ασθένειας. Έτσι αντί για τις αιτίες χρησιμοποιούνται οι παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι σύμφωνα με τους επιστήμονες επιδρούν στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου.

## **1.2 Παράγοντες κινδύνου**

Οι παράγοντες κινδύνου έχουν μία τόσο στατιστική όσο και αιτιώδη σχέση με τη στεφανιαία νόσο. Σημαντικό είναι να τονιστεί σαφώς αυτός ο

διαχωρισμός ώστε να αποφεύγονται λανθασμένες ερμηνείες της σημασίας ενός παράγοντα κινδύνου που συναντώνται συχνά. Επομένως ένας παράγοντας κινδύνου είναι κατά κάποιον τρόπο μία προειδοποίηση για μία επικείμενη ασθένεια, χωρίς να χρειάζεται να δρα αιτιωδώς για την ασθένεια (Hollmann et al., 1983).

Επομένως αρχικά υπάρχει τουλάχιστον στατιστική και όχι αιτιώδης σύνδεση. Η ύπαρξη ενός παράγοντα κινδύνου δεν οδηγεί αναγκαστικά σε μία ασθένεια. Η ύπαρξη ενός παράγοντα κινδύνου δίνει μόνον το μέτρο του κινδύνου, βάσει στατιστικής πιθανότητας, όπως αυτός προέκυψε από έναν μεγάλο αριθμό επιστημονικών μελετών.

Λόγω της πολυπλοκότητας πολλών πιθανών μεγεθών που επηρεάζουν την ύπαρξη χρόνιων-εκφυλιστικών παθήσεων, των καλούμενων ασθενειών του πολιτισμού μας, στις οποίες ανήκουν οι αρτηριοσκληρωτικές παθήσεις και η στεφανιαία νόσος, είναι πολύ δύσκολο να πραγματοποιηθεί επιδημιολογικά η άμεση απόδειξη της αιτιότητας. Αυτό φαίνεται καθαρά στους ακόλουθους όρους, οι οποίοι πρέπει να ικανοποιούνται κατά τους Epstein (1983) και Koenig (1982), ώστε να διαπιστώνεται το οριστικό αποδεδειγμένο συμπέρασμα:

1. Στις ομάδες των εκτεθειμένων πρέπει κατ' αρχάς να παρουσιάζεται μεγαλύτερη επικράτηση και συχνότητα εμφάνισης της ασθένειας από ότι στην ομάδα των μη εκτεθειμένων (υψηλός σχετικός κίνδυνος).
2. Πρέπει να ελέγχονται όλοι οι πιθανοί παράγοντες κινδύνου, ώστε να αποκλείονται ενδεχόμενοι αλληλοεπηρεασμοί.
3. Πρέπει να φαίνεται μία ολοφάνερη σχέση μεταξύ δόσης και επίδρασης.
4. Οι ποσοτικές και ποιοτικές συμφωνίες των συσχετισμών που βρέθηκαν πρέπει να επιβεβαιώνονται σε διάφορους πληθυσμούς.
5. Διάφοροι ερευνητικοί τομείς (π.χ. κλινική παρατήρηση, επιδημιολογικές μελέτες, παθολογικά ευρήματα, πειραματικές μελέτες) πρέπει να καταλήγουν στα ίδια συμπεράσματα και να προσφέρουν

ευλογοφανείς μηχανισμούς για τη δράση του παράγοντα κινδύνου σε κυτταρικό επίπεδο.

6. Μία αντίστοιχη έκθεση πρέπει να φαίνεται πριν από την ανάπτυξη της ασθένειας.
7. Η στοχευόμενη μείωση των παραγόντων κινδύνου σε παρεμβατικές μελέτες πρέπει να οδηγεί σε αντιστροφή της σχέσης αιτίας-αποτελέσματος και επομένως σε μείωση της συχνότητας εμφάνισης.

Πρέπει να υπενθυμίσουμε σχετικά ότι τις περισσότερες φορές για την τεκμηρίωση χρόνιων-εκφυλιστικών παθήσεων υπεύθυνη είναι μία αλυσίδα αιτιών, όπου ποτέ δεν μπορούν να είναι γνωστές όλες οι συμμετέχουσες αιτίες (Koenig, 1982) και πρέπει να γίνουν δεκτές ατομικές διαφορές με τη σημασία που αυτές έχουν. Επομένως, η απόφαση για την εκάστοτε σημασία ενός παράγοντα κινδύνου πρέπει να ληφθεί σε κάθε περίπτωση ξεχωριστά.

Βάσει της σημασίας τους οι παράγοντες κινδύνου χωρίζονται σε 2 ομάδες. Στους παράγοντες κινδύνου πρώτης τάξης αποδίδεται άμεση επίδραση στην αιτιώδη παθογένεση της αρτηριοσκλήρωσης. Οι παράγοντες κινδύνου δεύτερης τάξης χαρακτηρίζονται κυρίως από την επίδρασή τους στους παράγοντες κινδύνου πρώτης τάξης. Επίσης είναι δυνατή μία υποδιαίρεση βάσει της δυνατότητας επηρεασμού. Έτσι προκύπτει η ακόλουθη γενική εικόνα των παραγόντων κινδύνου:

<b>Μη επηρεάσιμοι παράγοντες κινδύνου</b>	<b>Επηρεάσιμοι παράγοντες κινδύνου</b>
α) Γενετική προδιάθεση β) Ανδρικό φύλο γ) Ηλικία	<b>1<sup>ης</sup> τάξης</b> α) υψηλές τιμές χοληστερίνης β) υψηλές τιμές LDL χοληστερίνης γ) υψηλές τιμές HDL χοληστερίνης δ) υπέρταση

	ε) κάπνισμα τσιγάρων (εισπνεόμενων)  <b>2<sup>ης</sup> τάξης</b> α) ουρική αρθρίτιδα / υπερουρικαιμία β) σακχαρώδης διαβήτης γ) παχυσαρκία / υπερβάλλον βάρος δ) ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες άγχους ε) μη φυσιολογική διατροφή ζ) απουσία σωματικής δραστηριότητας
--	---

Πίνακας 1: Παράγοντες κινδύνου αρτηριοσκληρωτικών παθήσεων ή της στεφανιαίας νόσου

Εδώ δεν λαμβάνονται καθόλου υπ' όψιν πιθανοί παράγοντες κινδύνου που έχουν γίνει πρόσφατα θέμα συζήτησης όπως τάσεις θρόμβωσης, αρτηριακή υπέρταση της αριστερής κοιλίας της καρδιάς, άπνοια κατά τη διάρκεια του ύπνου και αντισυλληπτικά που λαμβάνονται από το στόμα (oral contraception). Οι εκτιμήσεις του κινδύνου που παρουσιάζονται στη συνέχεια ουσιαστικά βασίζονται σε στοιχεία της μελέτης του Framingham, η οποία λόγω της μεγάλης της διάρκειας και του μεγάλου πληθυσμού συγκαταλέγεται μεταξύ των σημαντικότερων επιδημιολογικών μελετών.

### 1.3 Μη επηρεάσιμοι παράγοντες κινδύνου

#### 1.3.1 Γενετική προδιάθεση

Ο κίνδυνος καρδιαγγειακών παθήσεων αυξάνεται κατά τους Morrison et al. (1983) και Moll et al. (1983) από δύο έως πέντε φορές για ανθρώπους με οικογενειακό ιστορικό (αδέλφια, γονείς, παππούδες) υπερλιπιδαιμίας και την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου πριν την ηλικία των 50 ετών σε ένα ή περισσότερα μέλη της οικογένειας.

Δεν είναι γνωστό αν ο αυξημένος κίνδυνος της στεφανιαίας νόσου υπάρχει στην οικογένεια αυτή μόνο με την αύξηση των παραγόντων κινδύνου, όπως π.χ. αυξημένη τιμή της ολικής χοληστερίνης ή της τιμής της LDL χοληστερίνης με τις παθολογικές συνέπειες της αρτηριοσκλήρωσης (Kannel et al., 1984). Γίνεται δεκτό ότι και πιθανά οικογενειακά πρότυπα συμπεριφοράς που επιδρούν στη στεφανιαία νόσο (π.χ. αθλητισμός και διατροφή) παίζουν ένα ρόλο. Ειδικότερα, μια ποικιλία παραγόντων που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, περιλαμβάνοντας το κάπνισμα, τη διαίτα, την άσκηση, την κατανάλωση αλκοόλ και την παχυσαρκία, επηρεάζουν σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου.

Οι γενετικοί παράγοντες αποτελούν ένα σημαντικό μέγεθος στη μελέτη των παραγόντων κινδύνου. Όμως λόγω του ότι εδώ παρουσιάζονται κατά κύριο λόγο οι επηρεάσιμοι παράγοντες, παρά τις καλές επιστημονικές γνώσεις δεν παρουσιάζουμε περισσότερα.

### 1.3.2 Ανδρικό φύλο

Σύμφωνα με τα στοιχεία της μελέτης του Framingham, ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου είναι σημαντικά αυξημένος για τους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Μέχρι την εμμηνόπαυση ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου στους άνδρες είναι υπερδιπλάσιος εκείνου των γυναικών. Μετά την εμμηνόπαυση, αυξάνει το επίπεδο κινδύνου και για τις γυναίκες, χωρίς όμως να φτάνει αυτό των ανδρών.

Ηλικία κατά την έρευνα	Συχνότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου ανά 1000 ανθρώπους ετησίως	
	Άνδρες	Γυναίκες
29 – 34	3,4	0,8
35 – 39	2,9	0,7
40 -44	5,7	1,3

45 – 49	9,1	3,1
50 – 54	16,5	6,1
55 – 59	25,1	10,2
60 – 64	27,6	18,1
65 – 69	26,7	22,1
70 – 74	37,8	26,2
75 – 79	53,0	50,4

Πίνακας 2: Συχνότητα εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου κατά φύλο και ηλικία – Μελέτη του Framingham: Συνεχιζόμενη μελέτη για 20 χρόνια (Thurber: Unmodifiable risk factors, 1990, 4).

Ο λόγος του σημαντικά μικρότερου κινδύνου στεφανιαίας νόσου για τις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας κατά τους Hazzard (1985) και Kannel (1983) είναι η επίδραση των οιστρογόνων στις λιποπρωτεΐνες. Αποτελέσματα της μελέτης της Lipid Research Clinics (LRC) δείχνουν αυξημένες τιμές της HDL χοληστερίνης των γυναικών ηλικίας 20-59 ετών έναντι των ανδρών (Heiss et al., 1980).

Οι τιμές της LDL χοληστερίνης των γυναικών μέχρι την εμμηνόπαυση είναι μικρότερες από αυτές των συνομήλικων ανδρών (Kannel, 1983), μετά όμως είναι μεγαλύτερες από αυτές των ανδρών, παρ' όλο που η σχέση της LDL προς την HDL χοληστερίνη των γυναικών δεν φτάνει αυτή των ανδρών (Hazzard, 1985). Οι Crouse et al (1989) κατόπιν ανάλυσης πολλών ερευνών αποδίδει στις αυξημένες τιμές της LDL χοληστερίνης μικρότερη επίδραση στη συχνότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου μεταξύ των γυναικών από ότι στις χαμηλότερες τιμές της HDL χοληστερίνης μετά την εμμηνόπαυση.

Διαπιστώνεται ότι στατιστικά ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου είναι σημαντικά αυξημένος στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Για

τον λόγο αυτό πολλά συμπεράσματα επιδημιολογικών μελετών ισχύουν και για τους άνδρες.

### **1.3.3 Ηλικία**

Γίνεται αποδεκτό ότι οι αρτηριοσκληρωτικές διεργασίες ξεκινούν ήδη από την παιδική ηλικία. Ήδη στην ηλικία των 10-20 ετών εμφανίζονται φλέβες που περιέχουν λίπος, οι οποίες θεωρούνται πρόδρομοι της αρτηριοσκλήρωσης (American Heart Association, 1989). Αυτοψίες νέων ανδρών που σκοτώθηκαν στον πόλεμο δείχνουν πρωταρχικά στάδια αρτηριοσκλήρωσης σε ηλικία πρώιμης εφηβείας (Aha, 1989). Στοιχεία της μελέτης του Framingham δείχνουν γραμμική αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου όσο η ηλικία μεγαλώνει. Από το 35<sup>ο</sup> έτος η αύξηση γίνεται πιο απότομη και η υψηλότερη κλινική εκδήλωση παρουσιάζεται στην ηλικία μεταξύ 50 και 60 ετών (Castelli & Anderson, 1986). Στις γυναίκες η υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου είναι μεταξύ της ηλικίας 60 έως 70 ετών (Thurber, 1990). Αντίστοιχα όσο μεγαλώνει η ηλικία αυξάνουν και τα ποσοστά θανάτου.

## **1.4 Επηρεάσιμοι παράγοντες κινδύνου**

### **1.4.1 Λιποπρωτεΐνες**

Στον τομέα της υπερλιπιδαιμίας αναφέρονται οι ακόλουθες λιποπρωτεΐνες ως σημαντικές για την αύξηση του κινδύνου της στεφανιαίας νόσου.

1. υψηλή συγκέντρωση της ολικής χοληστερίνης
2. υψηλή συγκέντρωση της LDL χοληστερίνης
3. χαμηλή συγκέντρωση της HDL χοληστερίνης
4. υψηλή συγκέντρωση τριγλυκεριδίων



Διαπιστώνεται ότι οι η αύξηση των λιποπρωτεϊνών προκαλείται από άλλους παράγοντες κινδύνου:

1. γενετική προδιάθεση
2. υπέρταση
3. παχυσαρκία
4. σακχαρώδης διαβήτης
5. κάπνισμα με εισπνοή
6. μη φυσιολογική διατροφή
7. έλλειψη σωματικής δραστηριότητας

(Morrison et al., 1983, Grundy et al., 1982)

#### **1.4.1.1 Υψηλές τιμές ολικής χοληστερίνης**

Οι αυξημένες τιμές της ολικής χοληστερίνης θεωρούνται ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου (Kannel, 1984). Μάλιστα ο Stammler et al. (1986) θεωρεί τις αυξημένες τιμές χοληστερίνης το σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για τη στεφανιαία νόσο.

Όλοι συμφωνούν ότι δεν μπορεί να αναφερθεί μονοσήμαντο όριο κινδύνου. Όμως από τιμές πάνω από 200 mg/dl διαπιστώνεται μόνιμη αύξηση του κινδύνου για στεφανιαία νόσο (Grundy et al., 1982).

Οι Grundy et al. (1982) διαπίστωσε διπλάσια αύξηση του κινδύνου στεφανιαίας νόσου σε τιμές πάνω από 260 mg/dl.

Η ευνοϊκότερη περιοχή όσον αφορά τη συχνότητα εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου ήταν σε τιμές κάτω από 180 mg/dl (National Cholesterol Education Program Expert Panel, 1988).

#### **1.4.1.2 Υψηλές τιμές LDL χοληστερίνης**

Το ύψος των τιμών της LDL χοληστερίνης συσχετίζεται θετικά με τις τιμές της ολικής χοληστερίνης και τη στεφανιαία νόσο. Η LDL χοληστερίνη αναφέρεται ως η λιποπρωτεΐνη με την υψηλότερη επίδραση στις

αρτηριοσκληρωτικές διεργασίες (Newman et al., 1986) και θεωρείται ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για τη στεφανιαία νόσο (Kannel et al., 1979).

Τιμές χοληστερίνης πάνω από 160 mg/dl δηλώνουν υψηλό κίνδυνο στεφανιαίας νόσου. Θεωρείται ότι πρέπει να επιδιώκονται τιμές κάτω από 130 mg/dl (National Cholesterol Education Program Expert Panel, 1988).

#### **1.4.1.3 Χαμηλές τιμές HDL χοληστερίνης**

Η HDL χοληστερίνη έχει προστατευτική δράση ως προς τη στεφανιαία νόσο. Σε πολλές μελέτες φάνηκε σημαντική μείωση (μέχρι 50 %) του κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου για κάθε αύξηση της τιμής της HDL χοληστερίνης κατά 10 mg/dl (Kannel, 1984). Κατά τους Castelli & Anderson (1986), οι συγκεντρώσεις της HDL χοληστερίνης πάνω από 65 mg/dl εμφανίζουν τον μικρότερο κίνδυνο, ενώ τιμές κάτω από 35 mg/dl συνδέονται με υψηλό κίνδυνο. Η μείωση του κινδύνου είναι σχεδόν συνεχής (Castelli & Anderson 1986). Χαμηλή συγκέντρωση της HDL χοληστερίνης μπορεί να θεωρηθεί ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου (Gordon & Rifkind, 1989).

Σύμφωνα με στοιχεία της μελέτης του Framingham (Kannel et al., 1979) ο κίνδυνος για εμφάνιση στεφανιαίας νόσου είναι διπλάσιος σε συγκεντρώσεις της HDL χοληστερίνης με τιμές μεταξύ 20 και 25 mg/dl, ενώ οι προστατευτικές δράσεις της HDL χοληστερίνης ξεκινούν ήδη από συγκεντρώσεις πάνω από 45 mg/dl.

Η ακριβής εκτίμηση του κινδύνου για στεφανιαία νόσο αποδεικνύεται ιδιαίτερα δύσκολη λόγω της σχέσης των ειδών χοληστερίνης μεταξύ τους. Κατά τον Castelle et al. (1989) μπορεί μία χαμηλότερη τιμή της ολικής χοληστερίνης (< 200 mg/dl) σε συνδυασμό με χαμηλότερη τιμή της HDL χοληστερίνης (< 40 mg/dl) να δηλώσει υψηλότερο κίνδυνο από ότι σχετικά υψηλές συγκεντρώσεις της ολικής χοληστερίνης με παράλληλα υψηλά

ποσοστά της HDL χοληστερίνης. Αυτό οδήγησε σε αξιολόγηση του κινδύνου για στεφανιαία νόσο βάση του λόγου

$$\frac{\text{Ολική χοληστερίνη}}{\text{HDL χοληστερίνη}}$$

Βέλτιστες τιμές του κλάσματος θεωρήθηκαν εκείνες που είναι μικρότερες από 3,5. Σύγχρονοι διαδικτυακοί “calculators” περιλαμβάνουν στις βέλτιστες τιμές και εκείνες που είναι <4 (<https://www.diabetes.co.uk/cholesterol-to-hdl-ratio-calculator.html>).

Total cholesterol to HDL (mmol/l)	
Total cholesterol (mmol/l)	200
HDL cholesterol (mmol/l)	50.18
Calculate	
Healthy: 3.99 ●	

Αντίθετα, υψηλός κίνδυνος για έμφραγμα του μυοκαρδίου προκύπτει σε τιμές πάνω από 5. Από πρόσφατη έρευνα, επιβεβαιώθηκε ότι σε γυναίκες με τιμές <3,5 υπήρχε ελαχιστοποίηση του κινδύνου για έμφραγμα του μυοκαρδίου ενώ σε τιμές >5, ο κίνδυνος αυτός σχεδόν διπλασιαζόταν (Calling et al 2019).

Ωστόσο, υπήρξαν επιφυλάξεις για τη χρήση των προηγούμενων κλασμάτων διότι οι ίδιες τιμές του πηλίκου μπορεί να σχετίζονται με μεγάλες διαφορές στις συγκεντρώσεις της ολικής χοληστερίνης, της LDL χοληστερίνης και της HDL χοληστερίνης. Επίσης, αυτές οι τιμές του κλάσματος από μόνες τους δεν παρέχουν πληροφορίες για τη συγκέντρωση της LDL χοληστερίνης, έναν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τη στεφανιαία νόσο (ΣΝ).

Επομένως, για την ακριβή εκτίμηση του κινδύνου πρέπει να εξεταστούν τόσο οι τιμές της συγκέντρωσης, όσο και οι τιμές του κλάσματος.

Ενδεικτικά, τα άτομα με τιμές HDL-C στην 80<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση βρέθηκε να έχουν το 50% του κινδύνου για ΣΝ σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν τιμές HDL-C στην 20<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση (Castelli et al 1986).

Για την υποδιαίρεση της HDL χοληστερίνης (HDL<sub>2</sub> και HDL<sub>3</sub>) και την εκτίμηση του κινδύνου βάσει αυτών δεν υπήρξαν επαρκείς μελέτες για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Ωστόσο, η σχέση HDL2-χοληστερίνη /HDL3-χοληστερίνη σχετίστηκε με την αντίσταση στην ινσουλίνη και στοιχεία του μεταβολικού συνδρόμου (Moriyama et al 2014).

#### **1.4.1.4 Τριγλυκερίδια**

Ο ρόλος των τριγλυκεριδίων ως παραγόντων κινδύνου για τη στεφανιαία νόσο υπήρξε αμφιλεγόμενος. Έτσι, δεν τους αποδόθηκε ανεξάρτητος ρόλος, αλλά βρέθηκε στενή σχέση με τις άλλες παραμέτρους της χοληστερίνης. Ωστόσο, σε πολλές επιδημιολογικές μελέτες, βρέθηκε ότι η αύξηση των τριγλυκεριδίων στο πλάσμα αποτελεί ένα από τους παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο (Austin, 1989). Κατά τους Tverdhal et al. (1989), τα τριγλυκερίδια είναι απλά ασθενείς «δείκτες» της στεφανιαίας νόσου αλλά ο συσχετισμός τους με τον κίνδυνο θανάτου από στεφανιαία νόσο αυξάνει σημαντικά αν υπάρχουν αυξημένες συγκεντρώσεις ολικής χοληστερίνης.

Στη μελέτη του Framingham (Castelli et al, 1986) φάνηκε ότι η αυξημένη συγκέντρωση των τριγλυκεριδίων είχαν μόνον μία μικρή επίδραση στη στεφανιαία νόσο (ΣΝ) σε μέσες ή αυξημένες τιμές της HDL χοληστερίνης (HDL-C). Η αύξηση του κινδύνου λόγω της αυξημένης συγκέντρωσης των τριγλυκεριδίων παρουσιάστηκε μόνον σε μικρές συγκεντρώσεις της HDL χοληστερίνης (<40 mg/dl). Επίσης, υπενθυμίζεται ότι τα άτομα με τιμές HDL-C στην 80<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση βρέθηκε να έχουν το 50% του κινδύνου για ΣΝ σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν τιμές HDL-C στην 20<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση (Castelli et al 1986). Και κατά τον Brunzell & Austin (1989) υπάρχει αντίστροφη σχέση μεταξύ της συγκέντρωσης των

τριγλυκεριδίων και της τιμής της HDL χοληστερίνης, η οποία επιβεβαιώνει ότι χαμηλές τιμές τριγλυκεριδίων και υψηλές τιμές HDL χοληστερίνης ευνοούν χαμηλό κίνδυνο στεφανιαίας νόσου. Η συγκέντρωση τριγλυκεριδίων μικρότερη από 200 mg/dl θεωρήθηκε ότι δεν δηλώνει κίνδυνο (Brunzell & Austin, 1989) και επομένως πρέπει να επιδιώκεται. Συμπερασματικά, αν και πολλές αναλύσεις έδειξαν ότι οι ενήλικες με υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων έχουν υψηλότερο κίνδυνο ΣΝ, δεν είναι ακόμα ξεκάθαρο αν από μόνα τους τα τριγλυκερίδια προκαλούν ΣΝ ή αν είναι απλά δείκτες άλλων μεταβολικών παραμέτρων (όπως παχυσαρκίας, διαβήτη κ.λπ.) που αυξάνουν πραγματικά τον κίνδυνο (Navar 2019).



#### 1.4.2 Υπέρταση (υψηλή αρτηριακή πίεση)

Υπάρχει θετικός συσχετισμός μεταξύ της αρτηριακής πίεσης και της συχνότητας εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου. Η υπέρταση θεωρείται ως καρδιαγγειακή πάθηση, η οποία επηρεάζει σημαντικά τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, ειδικότερα στις βιομηχανικές χώρες. Η υπέρταση (σύμφωνα με παλαιότερο ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας: συστολική  $\geq 160$  mmHg και /ή διαστολική  $\geq 95$  mmHg) θεωρήθηκε ως πρωταρχικός παράγοντας κινδύνου για τη στεφανιαία νόσο και αυτή η σχέση θεωρείται τεκμηριωμένη και σήμερα (Wilson, 2020). Στις ανωτέρω τιμές εμφανίζεται τριπλάσιος κίνδυνος για στεφανιαία νόσο. Με

αρτηριακή πίεση μεταξύ 140/90 και 160/95 εμφανίζεται ακόμα διπλάσιος κίνδυνος. Βασικά δεν διαπιστώνεται μονοσήμαντα ένα όριο κινδύνου και έτσι πρέπει να επιδιώκονται όσο το δυνατόν πιο χαμηλές τιμές αρτηριακής πίεσης. Από παλαιότερα στοιχεία φάνηκε ότι για τις γυναίκες οι επικίνδυνες τιμές δεν είναι τόσο ψηλές και ότι η συστολική και η διαστολική αρτηριακή πίεση έχουν την ίδια σημασία όσον αφορά έναν πιθανό κίνδυνο για στεφανιαία νόσο. Από μεταγενέστερα στοιχεία φάνηκε ότι η αυξημένη συστολική αρτηριακή πίεση είναι κύριος παράγοντας κινδύνου για στεφανιαία νόσο και στα δύο φύλα και σε όλες τις ηλικίες (James et al, 2014).

### **1.4.3 Κάπνισμα τσιγάρων**

Το κάπνισμα τσιγάρων θεωρείται ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου και κατατάσσεται ως ένας κύριος παράγοντας κινδύνου για στεφανιαία νόσο (Criqui et al., 1987). Πολλές μελέτες δείχνουν τη σχέση του αυξημένου κινδύνου για εμφάνιση στεφανιαίας νόσου μεταξύ των καπνιστών τσιγάρων (Paffenberger et al., 1998). Οι καπνιστές πίπας έχουν μόνον λίγο αυξημένο κίνδυνο, προφανώς λόγω της απουσίας εισπνοής καπνού (Wilhelmsen, 1988). Η αυξανόμενη ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων φαίνεται ότι σχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο (Criqui et al., 1987), όπου ακόμα και μικρή κατανάλωση μέχρι 4 τσιγάρων οδηγεί σε σημαντική αύξηση του κινδύνου (Wilhelmsen, 1988). Οι Paffenberger et al. (1988) για κάπνισμα πάνω από 10 τσιγάρων την ημέρα μιλά για αύξηση του κινδύνου κατά 1,6 φορές έναντι των μη καπνιστών.

Με ταυτόχρονη συστολική πίεση του αίματος  $\geq 130$  mmHg ο κίνδυνος θανάτου από καρδιαγγειακό νόσημα διπλασιάζεται. Κατά τους Stamford et al. (1984) ο κίνδυνος ενός μανιώδους καπνιστή ( $\geq 45$  τσιγάρα την ημέρα) να πάθει έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι τετραπλάσιος σε σύγκριση με έναν μη καπνιστή. Ο σχετικός κίνδυνος στεφανιαίας νόσου



μειώνεται για πρώην καπνιστές και μετά από λίγα χρόνια και φτάνει στο επίπεδο των μη καπνιστών (Wilhelmsen, 1988). Ο KATZ στη μελέτη παρακολούθησης ενός εκατομμυρίου ατόμων στα πλαίσια της μελέτης της American Cancer Society παρουσιάζει τον κίνδυνο θνησιμότητας των ανδρών και γυναικών ηλικίας 40-80 ετών από στεφανιαία νόσο (Hill, 1990).

Σε γενικές γραμμές, τονίζεται ότι το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για πολλές παθολογικές καταστάσεις. Σε αυτές, ενδεικτικά, πλην των καρδιαγγειακών επεισοδίων, περιλαμβάνονται ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης. «Περίεργως», το κάπνισμα προστατεύει από τον καρκίνο του ενδομητρίου και παρά τη συσχέτιση της προεκλαμψίας με αγγειακές αλλοιώσεις (σε σχετική «ομοιότητα» με εκείνες του καπνίσματος), το κάπνισμα φάνηκε να ελαττώνει την πιθανότητα προεκλαμψίας (Ιατράκης 2020, Ιατράκης 2020<sup>α</sup>).

Οι Stamford et al (1984) στη μελέτη τους βρήκαν χαμηλότερες τιμές της HDL χοληστερίνης σε καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές. Οι τιμές της ολικής χοληστερίνης και οι τιμές της LDL χοληστερίνης ήταν υψηλότερες στους καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές.

Το παθητικό κάπνισμα θεωρείται επίσης πιθανός παράγοντας κινδύνου για στεφανιαία νόσο (Garland et al 1985).

#### **1.4.4 Ουρική αρθρίτιδα / Υπερουρικαιμία**

Η ουρική αρθρίτιδα και η υπερουρικαιμία (αυξημένες τιμές ουρικού οξέος στο αίμα) είναι μία κληρονομική διαταραχή του μεταβολισμού του ουρικού οξέος, η εμφάνιση της οποίας ευνοείται καθοριστικά από το υπερβάλλον βάρος, την υπέρταση και τον σακχαρώδη διαβήτη. Στην επιστημονική βιβλιογραφία δεν αναφερόταν εκτίμηση του κινδύνου που προέρχεται από την ουρική αρθρίτιδα / την υπερουρικαιμία για τη

στεφανιαία νόσο ή τις αρτηριοσκληρωτικές διεργασίες και οι επιδράσεις του υπερβάλλοντος βάρους, της υπέρτασης και του σακχαρώδους διαβήτη πρέπει να εξεταστούν περαιτέρω όσον αφορά το θέμα αυτό. Ωστόσο, μεταγενέστερα, φάνηκε μια ανεξάρτητη σχέση μεταξύ της ουρικής αρθρίτιδας και των καρδιαγγειακών επεισοδίων και προτάθηκε μια αιτιολογική σχέση με τα επίπεδα του ουρικού οξέος στον ορό. Φάνηκαν, επίσης, τα γενικότερα μακροπρόθεσμα οφέλη της θεραπευτικής αντιμετώπισης της υπερουρικαιμίας. Ενδεικτικά, φάνηκε ότι η θεραπεία με αλλοπουρινόλη για την ελάττωση των επιπέδων του ουρικού οξέος στον ορό μπορεί να επιβραδύνει την επιδείνωση της χρόνιας νεφρικής νόσου που μπορεί να συνυπάρχει με καρδιαγγειακά προβλήματα (Muisan et al 2016).

#### **1.4.5 Σακχαρώδης διαβήτης**

Ο σακχαρώδης διαβήτης θεωρείται ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για στεφανιαία νόσο και τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας από τη στεφανιαία νόσο είναι αυξημένα τόσο για τους διαβητικούς τύπου I όσο και για τους διαβητικούς τύπου II. Τα προηγούμενα εξηγούνται από τις συνέπειες της καρδιαγγειακής νόσου, που περιλαμβάνουν το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και το εγκεφαλικό επεισόδιο (Schütt et al 2019). Επίσης, η στεφανιαία νόσος είναι κύρια αιτία θανάτου για διαβητικούς τύπου I. Ειδικότερα με τη στεφανιαία νόσο φάνηκε να σχετίζεται η αντίσταση στην ινσουλίνη και η υπερινσουλιαιμία ενώ στους άνδρες η αυξημένη διάρκεια του διαβήτη φάνηκε να αυξάνει τον κίνδυνο (Al-Delaimy, 2004). Η επίδραση του διαβήτη στις αρτηριοσκληρωτικές παθήσεις είναι σημαντικά υψηλότερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (Kannel, 1984). Στατιστικά, η θνησιμότητα είναι διπλάσια στην περίπτωση σακχαρώδους διαβήτη παρ' όλο που στα κράτη με μικρότερη συχνότητα εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου (Αφρική, Ιαπωνία) ο κίνδυνος από τον διαβήτη συνολικά είναι μικρότερος. Συχνά υπάρχουν και άλλοι

παράγοντες κινδύνου εκτός από τον διαβήτη, ιδιαίτερα διαταραχές του μεταβολισμού των λιπών, οι οποίοι αυξάνουν περαιτέρω το ποσοστό εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου (Kannel, 1984).

#### 1.4.6 Παχυσαρκία (υπερβάλλον βάρος)

Ιδιαίτερη σημασία στην εξέταση των παραγόντων κινδύνου δίνεται στο πρόβλημα του σωματικού βάρους. Για την αξιολόγηση του βάρους, χρησιμοποιήθηκε αρχικά ο τύπος του Broca (ύψος σε cm μείον 100 = φυσιολογικό βάρος) και μεταγενέστερα ο δείκτης σωματικής μάζας (Body-Mass-Index = BMI). Ο πρώτος τύπος επινοήθηκε από τον Γάλλο χειρουργό P. Broca (1824-1880) (<https://www.topendsports.com/testing/tests/broca-index.htm> (πρόσβαση 2021)). Ενδεικτικά, σύμφωνα με τον προηγούμενο τύπο, ένα άτομο με ύψος 178 cm, θα έπρεπε να έχει βάρος 78 kg. Ο BMI δεν είναι τόσο εύκολο να υπολογιστεί όσο ο προηγούμενος, όμως επιστημονικά είναι εγκυρότερος.

**Σωματικό βάρος σε kg**

Ο δείκτης σωματικής μάζας είναι ίσος με 
$$\frac{\text{Σωματικό βάρος σε kg}}{\text{Ύψος σε m}^2}$$

Σε αυτόν μπορούν να καταταχθούν αντικειμενικά και πολύ κοντά ή πολύ ψηλά άτομα.

Χωρίς να υπολογίζεται η ηλικία, από τη Γερμανική Εταιρεία Διατροφής (Deutsche Gesellschaft für Ernährung/DGE (<https://www.dge.de/>), έγινε η ακόλουθη κατάταξη βάρους (με βάση την αναμενόμενη διάρκεια ζωής σε μία ορισμένη κατηγορία βάρους).

Κατάταξη	BMI	
	Άνδρες	Γυναίκες
Βάρος μικρότερο του φυσιολογικού	< 20	< 19
Φυσιολογικό βάρος	20 - 25	19 - 24
Υπερβάλλον βάρος	25 - 30	24 - 30

Παχυσαρκία	30 - 40	30 - 40
Έντονη παχυσαρκία	> 40	> 40

Πίνακας 4: Εκτίμηση του δείκτη σωματικής μάζας σύμφωνα με τη μέγιστη αναμενόμενη διάρκεια ζωής χωρίς να λαμβάνεται υπ' όψιν η ηλικία (DGE)

Αργότερα ελήφθη υπ' όψιν και η ηλικία. Για τον σκοπό αυτό ευθύνονται δύο λόγοι που συνδέονται μεταξύ τους:

1. Αναλύσεις δείχνουν ότι ο δείκτης σωματικής μάζας αυξάνεται με την ηλικία.
2. Όσο αυξάνεται η ηλικία, ιδιαίτερα γύρω στην ηλικία των 50 ετών, μειώνεται σχεδόν ως «φυσική διεργασία» η σωματική μάζα που δεν περιέχει λίπος και αυξάνεται το λίπος του σώματος.

Έτσι, η DGE υπολόγισε τον δείκτη σωματικής μάζας σύμφωνα με τη μεγαλύτερη αναμενόμενη διάρκεια ζωής λαμβάνοντας υπ' όψιν την ηλικία ως ακολούθως:

Ηλικιακή ομάδα	Επιθυμητός BMI
19 – 24	19 – 24
25 – 34	20 – 25
35 – 44	21 – 26
45 – 54	22 – 27
55 – 64	23 – 28
≥ 65	24 – 29

## Πίνακας 5: Ταξινόμηση του επιθυμητού δείκτη σωματικής μάζας ανά ηλικιακή ομάδα (DGE)

Η παχυσαρκία ( $BMI \geq 30$ ) αναγνωρίζεται ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου.

Όλοι συμφωνούν ότι το υπερβάλλον βάρος έχει στενή σχέση με τους κύριους παράγοντες κινδύνου, έτσι ώστε αποδεδειγμένα η κατάργηση του υπερβάλλοντος βάρους συνδέεται με τη μείωση περαιτέρω παραγόντων κινδύνου και επομένως και του κινδύνου για στεφανιαία νόσο (Alexander, 1985). Έχει τεκμηριωθεί ειδικότερα η σχέση του σωματικού βάρους με το επίπεδο χοληστερίνης. Έτσι, η απώλεια βάρους με δίαιτα φτωχή σε λίπη κατά τη διάρκεια της μελέτης MRFIT οδήγησε σε σημαντική μείωση της ολικής χοληστερίνης των ατόμων που συμμετείχαν (Stamler et 1986). Παράλληλα, φάνηκε ότι το ιδανικό βάρος συντελεί στη μείωση της πιθανότητας ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου αν και αμφισβητήθηκε το αν το υπερβάλλον βάρος μπορεί να θεωρηθεί ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για αυτή τη νόσο. Επίσης, φαίνεται ότι σημασία δεν έχει μόνο το επιπλέον βάρος αλλά και η κατανομή του λιπώδους ιστού. Έτσι, αποδόθηκε μεγάλη σημασία στην αναλογία μέσης – γοφών για τις γυναίκες και θεωρήθηκε ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου η άθροιση μεγάλου ποσοστού λίπους στην περιοχή του κορμού.

Επίσης, στους άνδρες απεδείχθη η σχέση μεταξύ του πάχους της πτυχής του δέρματος και του κινδύνου στεφανιαίας νόσου. Μεταξύ 8.000 περίπου ατόμων, αυτά με το μεγαλύτερο πάχος της πτυχής του δέρματος είχαν διπλάσιο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο από αυτά με μικρότερες τιμές (Donahue et al., 1987)

Κατά τους Despres et al. (1988), το πάχος της πτυχής του δέρματος στην κοιλιά συσχετίστηκε σημαντικά και αρνητικά σε σχέση με την HDL χοληστερίνη και διαπιστώθηκε ότι ανδροειδείς αποθηκεύσεις του λίπους (στην περιοχή της κοιλιάς) είναι πιο σημαντικές για τον κίνδυνο καρδιο-

κυκλοφορικών παθήσεων από τις γυναικοειδείς αποθηκεύσεις του λίπους (στην περιοχή των μηρών-των γλουτών).

Επομένως, κατά τη μελέτη των παραγόντων κινδύνου αποδίδεται ιδιαίτερη σημασία στην κατανομή του λιπώδους ιστού. Δεχόμαστε ότι ο λιπώδης ιστός στην περιοχή της κοιλιάς πρέπει να θεωρηθεί ως πιθανός παράγοντας κινδύνου. Ως απλό μέτρο διαπίστωσης του τοπικού πάχους χρησιμεύει η αναλογία μέσης-γοφών.

Waist-to-hip-ratio = περίμετρος μέσης / περίμετρος γοφών

Περίμετρος της μέσης: στη λεκάνη μεταξύ του κάτω άκρου του πλευρικού τόξου και της άνω ακμής της λαγονίου ακρολοφίας

Μέτρηση της περιμέτρου των γοφών: στο ύψος του τροχαντήρα

Η ανδροειδής παχυσαρκία υφίσταται στον άνδρα για τιμές μεγαλύτερες του 1, για γυναίκες σε τιμές μεγαλύτερες από 0,85.

Η κατάλληλη άσκηση φάνηκε ότι μπορεί να επηρεάσει ευμενώς την αναλογία μέσης-γοφών (Wallace et al 1993).

Τέλος πρέπει να τονιστεί ακόμα μία φορά η τεράστια σημασία της παχυσαρκίας ως παράγοντας κινδύνου (Hollmann et al., 1983) λόγω της στενής της σχέσης με άλλους παράγοντες κινδύνου, ειδικότερα την υπερλιπιδαιμία, την αρτηριακή υπέρταση, τον σακχαρώδη διαβήτη και την υπερουρικαιμία.

Τονίζεται, τέλος, ότι η παχυσαρκία στις γυναίκες, ήδη από την εφηβική ηλικία, σχετίζεται με το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, του οποίου οι εκδηλώσεις μπορεί να σχετίζονται τόσο με ελαττωμένη γονιμότητα όσο και με ανδρογονικά φαινόμενα αλλά και γενικότερες συνέπειες, όπως εκείνες του μεταβολικού συνδρόμου (Ιατράκης 2017).

#### 1.4.7 Ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες άγχους

Πέραν των ιατρικών και σωματικών παραγόντων κινδύνου, οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες αποκτούν ολοένα και μεγαλύτερη σημασία για την εξήγηση της στεφανιαίας νόσου. Πολλοί παράγοντες, π.χ. κοινωνική κατάσταση, ευθύνες στη δουλειά, κινητικότητα και άγχος, εξετάζονται σε σχέση με τη στεφανιαία νόσο. Φυσικά, καθοριστική σημασία έχουν οι μεγάλης διάρκειας χρόνιοι επηρεασμοί και όχι τα προσωρινά συναισθήματα. Οι Haynes et al. (1980) εικάζουν την αύξηση του κινδύνου για στεφανιαία νόσο λόγω καταπιεσμένης εχθρότητας, υπερφόρτωσης στη δουλειά, πολλών επαγγελματικών ευθυνών και έλλειψης ικανοποίησης από τη δουλειά.

Οι Crisp et al. (1984) εξέτασε ασθενείς που είχαν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου και βρήκε καταστάσεις αυξημένης φροντίδας, θλίψη μεγάλου βαθμού και αγχωτικά πρότυπα συμπεριφοράς, ακόμα και χρόνια πριν από το έμφραγμα.

Αυτός ο ερευνητικός τομέας δίνει βαρύτητα στα καλούμενα πρότυπα συμπεριφοράς τύπου A και τύπου B. Ο τύπος A γενικά αντιστοιχεί σε άτομο συμπαθηκοτονικό και σε αυτόν αποδίδονται συμπεριφορές όπως π.χ. εξαιρετική προσπάθεια, υψηλές επαγγελματικές προσδοκίες, ανυπομονησία, ανταγωνιστικές σκέψεις κ.ά. Στον αντίποδα, ο τύπος B διακρίνεται από χαλαρότερη, λιγότερο επιθετική συμπεριφορά που δεν δεσμεύεται από προθεσμίες. Δεν υπάρχει όμως κανένας αυστηρός, ακριβής διαχωρισμός των δύο αυτών προτύπων συμπεριφοράς. Είκοσι έτη επιδημιολογικών μελετών έδειξαν ότι υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της συμπεριφοράς τύπου A και της συχνότητας εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου. Όμως μεταγενέστερες μελέτες δεν διαπιστώνουν πάντα αυτή τη σχέση (Shekelle et al., 1983). Ο Kwiterovich (1989) κατάφερε να αποδείξει ότι οι άνθρωποι που σε διάφορες καταστάσεις αντιδρούν σύντομα με θυμό και απογοήτευση έχουν μεγαλύτερη τάση να εμφανίσουν



στεφανιαία νόσο αλλά, φάνηκε να υπάρχουν και γενετικές καταβολές που προδιαθέτουν σε αθηροσκλήρωση.

Στα πλαίσια επιδημιολογικών μελετών, και η ανησυχία παίζει έναν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση των ψυχολογικών παραγόντων. Πολλοί από τους περιγραφέντες τρόπους συμπεριφοράς αναγκαστικά προϋποθέτουν ανησυχία, κάτι που υπογραμμίζει την επίδρασή της στη στεφανιαία νόσο. Το άγχος εννοείται εδώ ως αρνητικό άγχος (ανησυχία), όπως χρησιμοποιείται τις περισσότερες φορές στην καθομιλουμένη.

Οι Leren et al. (1983) έδειξαν στη μελέτη τους στο Όσλο σχέσεις μεταξύ χαμηλής κοινωνικής και κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης και αυξημένης θνησιμότητας λόγω στεφανιαίας νόσου.

Η συζήτηση για τις επιδράσεις των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων στη στεφανιαία νόσο γίνεται εντονότερη με την πάροδο του χρόνου. Ακόμα και αν λόγω επιστημονικών δυσκολιών δεν είναι δυνατό να προσκομισθούν σημαντικές αποδείξεις, γιατί οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες δεν είναι ιατρικοί-σωματικοί παράγοντες που να μπορούν να αποδειχθούν, οι παράγοντες αυτοί θεωρούνται πολύ σημαντικοί. Εξ' άλλου πρέπει να αναφερθεί ότι τα περιστατικά στεφανιαίας νόσου αυξάνονται κυρίως σε μικρότερες ηλικίες, παρ' όλο που οι σωματικοί παράγοντες κινδύνου δεν έχουν αξιοσημείωτη παρουσία.

## **1.5 Ανακεφαλαίωση**

Το καλούμενο μοντέλο παραγόντων κινδύνου έχει προσφέρει πολύτιμες υπηρεσίες για την κατανόηση των παθολογικών μηχανισμών, οι οποίοι ευθύνονται για την εμφάνιση του εμφράγματος. Βάσει των αποτελεσμάτων επιδημιολογικών μελετών το κάπνισμα, η υπέρταση και η υπερχοληστεριναμία μπορούν να χαρακτηριστούν ως πρωταρχικοί παράγοντες κινδύνου που προκαλούν ασθένειες. Ναι μεν οι επικίνδυνοι

τρόποι συμπεριφοράς αναγνωρίζονται ως τέτοιοι, όμως αυτό δεν έχει ως αποτέλεσμα αλλαγή της συμπεριφοράς. Τα άτομα αλλάζουν τη συμπεριφορά τους εν μέρει βάσει εξωτερικών επιταγών συμπεριφοράς σε μορφή ανταμοιβών ή τιμωριών. Τέτοια μέτρα δεν προβλέπει (ακόμα) το σύστημα υγείας μας για επικίνδυνες συμπεριφορές όπως το κάπνισμα (Baier, 1988). Από την άλλη πλευρά, δεν πρέπει να παραβλέπουμε ότι ορισμένοι τρόποι συμπεριφοράς, οι οποίοι αντικειμενικά θεωρούνται επικίνδυνοι για την υγεία – όπως π.χ. το κάπνισμα – μπορούν να βιώνονται και να θεωρηθούν υποκειμενικά από επιμέρους άτομα ως ευεργετικοί και χαλαρωτικοί ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο και τις καταστάσεις (Franzkowiak, 1986). Μία σύγχρονη αγωγή της υγείας με την έννοια της προώθησης της υγείας πρέπει να λαμβάνει επίσης υπ' όψιν της τις συνθήκες του κοινωνικού πλαισίου καθώς και τα ενδιαφέροντα συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων και τα ατομικά κίνητρα συμπεριφοράς (Franzkowiak, 2000). Στο σημείο αυτό όμως η Ιατρική φτάνει στα όρια των δυνατοτήτων της. Για τον λόγο αυτό πρέπει να διαφωτιστούν και οι πλευρές της υγείας και της συμπεριφοράς ως προς την υγεία βάσει των κοινωνικών επιστημών.

Συνοπτικά μπορούμε να πούμε ότι η Ιατρική έθεσε τη βάση για την κατανόηση πολλών ασθενειών της σημερινής εποχής. Ειδικότερα το ιατρικό μοντέλο παραγόντων κινδύνου και τα προγράμματα για την αγωγή της υγείας που βασίζονται σε αυτό προσφέρουν μία βάση για τον προγραμματισμό και την εφαρμογή κατευθυνόμενων προληπτικών μέτρων για τον επηρεασμό της υγείας.

## **1.6 Βιβλιογραφία**

**Al-Delaimy WK, Merchant AT, Rimm EB, Willett WC, Stampfer MJ, Hu FB (2004).** Effect of type 2 diabetes and its duration on the risk of peripheral arterial disease among men. *Am J Med.*,116:236.

**Austin MA.** Plasma triglyceride as a risk factor for coronary heart disease. The epidemiologic evidence and beyond. Review *Am J Epidemiol* 1989, 129:249-59.

**Baier H. (1988):** Ehrlichkeit im Sozialstaat. Zuerich: Interform.

**Bermann J. E. & Mensink G. B. M. (1999):** Koerpermaße und Übergewicht. *Gesundheitswesen*, 61, Sonderheft 2, 115–120.

**Brunzell JD, Austin MA.** Plasma triglyceride levels and coronary disease. Editorial *N Engl J Med* 1989, 320:1273-5.

**Calling S, Johansson SE, Wolff M, Sundquist J, Sundquist K.** The ratio of total cholesterol to high density lipoprotein cholesterol and myocardial infarction in Women's health in the Lund area (WHILA): a 17-year follow-up cohort study. *BMC Cardiovasc Disord* 2019, 19:239.

**Cardiologe (2003):** Erhoehte Blutfette: Hypercholesterinaemie. [http://www.cardiologe.de/patient/risiko/fettstoffwechsel/lipidsenker\\_ncep\\_guidelines.html](http://www.cardiologe.de/patient/risiko/fettstoffwechsel/lipidsenker_ncep_guidelines.html) (5.1.2003).

**Cardiologe (2002):** Neue WHO-Leitlinien zum Bluthochdruck: [http://www.cardiologe.de/patient/krankheiten/neue\\_normalwerte.html](http://www.cardiologe.de/patient/krankheiten/neue_normalwerte.html) (20.10.2002).

**Castelli WP, Garrison RJ, Wilson PW, Abbott RD, Kalousdian S, Kannel WB.** Incidence of coronary heart disease and lipoprotein cholesterol levels. The Framingham Study. *JAMA* 1986, 256:2835-8.

**Crisp AH, Queenan M, D'Souza MF.** Myocardial infarction and the emotional climate. *Lancet* 1984, 1:616-9.

**Després JP, Tremblay A, Nadeau A, Bouchard C.** Physical training and changes in regional adipose tissue distribution. *Acta Med Scand Suppl* 1988, 723:205-12.

**Donahue RP, Abbott RD, Bloom E, Reed DM, Yano K.** Central obesity and coronary heart disease in men. Comparative Study. *Lancet* 1987, 1:821-4.

**Franzkowiak P. (1986):** Kleine Freuden, kleine Fluchten. Alltaegliches Risikoverhalten und medizinische Gefährdungsideologie. In: Wenzel E. (Hrsg.): *Die Oekologie des Koerpers*. Frankfurt: Suhrkamp, 121–174.

**Franzkowiak P. (2000):** Risikofaktoren. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklaerung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsfoerderung*. Schwabenheim: Peter Sabo, 94-96.

**Garland C, Barrett-Connor E, Suarez L, Criqui MH, Wingard DL.** Effects of passive smoking on ischemic heart disease mortality of nonsmokers. A prospective study comparative Study. *Am J Epidemiol* 1985, 121:645-50.

**Haynes SG, Feinleib M, Kannel WB.** The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study. III. Eight-year incidence of coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 1980, 111:37-58.

**Ιατράκης Γ.** Υπερτασικές διαταραχές στη διάρκεια της κύησης. Κύηση Υψηλού Κινδύνου. Αθήνα, Εκδόσεις «Desmos Digital IKE» 2020.

**Ιατράκης Γ.** Γυναικολογική Ογκολογία. Αθήνα, Εκδόσεις «Desmos Digital IKE» 2020.

**Ιατράκης Γ.** Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. Βιβλίο Γυναικολογίας. Αθήνα, Εκδόσεις «Δεσμός» 2020.

**James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, Lackland DT, LeFevre ML, MacKenzie TD, Ogedegbe O, Smith SC Jr, Svetkey LP, Taler SJ, Townsend RR, Wright JT Jr, Narva AS, Ortiz E.** 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014, 311:507.

**Kwiterovich PO.** Genetic influences on susceptibility to atherosclerosis in the young. *Bull N Y Acad Med* 1989, 65:1092-108; discussion 1154-60.

**Laaser U. (1986):** Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP): Das Modell der kooperativen Prävention. In C. Halhuber, C & K. Traenckner (Hrsg.). Die koronare Herzkrankheit – eine Herausforderung an Gesellschaft und Politik. Erlangen: Perimed, 212–232.

**Leren P, Helgeland A, Hjermmann I, Holme I.** The Oslo study: CHD risk factors, socioeconomic influences, and intervention. *Am Heart J* 1983, 106(5 Pt 2):1200-6.

**Moriyama K, Negami M, Takahashi E.** HDL2-cholesterol/HDL3-cholesterol ratio was associated with insulin resistance, high-molecular-weight adiponectin, and components for metabolic syndrome in Japanese. *Diabetes Res Clin Pract* 2014, 106:360-5.

**Muiesan ML, Agabiti-Rosei C, Painsi A, Salvetti M.** Uric Acid and Cardiovascular Disease: An Update. *Eur Cardiol* 2016, 11: 54–59.

**Navar AM.** The Evolving Story of Triglycerides and Coronary Heart Disease Risk. *JAMA* 2019, 321:347-9.

**Schaefer H.(1976):** Die Hierarchie der Risikofaktoren. In: Halhuber M. J. (Hrsg.): Psychosozialer Stress und KHK. Berlin: Springer, 21.

**Shekelle RB, Gale M, Ostfeld AM, Paul O.** Hostility, risk of coronary heart disease, and mortality. *Psychosom Med* 1983, 45:109-14.

**Stamford BA, Matter S, Fell RD, Sady S, Papanek P, Cresanta M.** Cigarette smoking, exercise and high density lipoprotein cholesterol. *Atherosclerosis* 1984, 52:73-83.

**Schütt K, Müller-Wieland D, Marx N.** Diabetes Mellitus and the Heart. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2019, 127:S102-S104.

**Stamler J, Wentworth D, Neaton JD.** Is relationship between serum cholesterol and risk of premature death from coronary heart disease continuous and graded? Findings in 356,222 primary screenees of the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). *JAMA* 1986, 256:2823-8.

**Thamm M. (1999):** Blutdruck in Deutschland – Zustandsbeschreibung und Trends. *Gesundheitswesen*, 61, Sonderheft, 90–93.

**Thefeld W. (1999):** Praevalenz des Diabetes mellitus in der erwachsenen Bevoelkerung Deutschlands. *Gesundheitswesen*, 61, Sonderheft 2, 85-89.

**Troschke J. von (1988):** Voraussetzungen und Ziele einer modernen Gesundheitserziehung. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V.: Weltgesundheitsthema 1988: Gesundheit für alle – alles für die Gesundheit. Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung. Bonn, 34–45.

**Tverdal A, Foss OP, Leren P, Holme I, Lund-Larsen PG, Bjartveit K.** Serum triglycerides as an independent risk factor for death from coronary heart disease in middle-aged Norwegian men. *Am J Epidemiol* 1989, 129:458-65.

**Wallace ES, White JA, Downie A, Dalzell G, Doran D.** Influence of exercise adherence level on modifiable coronary heart disease risk factors and functional-fitness levels in middle-aged men. *Br J Sports Med* 1993, 27:101-6.

**Wilson PWF.** Overview of established risk factors for cardiovascular disease. UpToDate 2020.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

## Θεωρητική προσέγγιση των εννοιών *«Πρόληψη» και «Προαγωγή» υγείας*

### 2.1 Εισαγωγή

Η υγεία ως αγαθό που κινδυνεύει μπορεί να καταταχθεί στα οξέα κοινωνικά προβλήματα. Αυτό αφορά με ιδιαίτερο τρόπο τις καταστάσεις της ζωής των παιδιών και των εφήβων. Η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας έχουν ιδιαίτερη αξία στην παιδική και εφηβική ηλικία. Από τη μία πλευρά, σε αυτό το στάδιο της ζωής καθιερώνονται υγιεινοί ή ανθυγιεινοί τρόποι συμπεριφοράς. Από την άλλη πλευρά, σε αυτήν την ηλικία η αίσθηση του κινδύνου είναι πολύ λίγο ανεπτυγμένη, γεγονός που μπορεί

να προκαλέσει επικίνδυνους τρόπους συμπεριφοράς. Λόγω του ότι τα μέτρα πρόληψης και προαγωγής της υγείας τις περισσότερες φορές αναφέρονται σε μεταγενέστερα στάδια της ζωής, συναντώνται δύσκολα στην παιδική και εφηβική ηλικία. Μάλιστα έρευνες δείχνουν ότι οι παραδοσιακές αντιλήψεις της ενημέρωσης και του εκφοβισμού στα παιδιά είναι αναποτελεσματικές. Τις περισσότερες φορές απαιτούν μέτρο και πειθαρχία και επομένως έρχονται σε αντίθεση με τον τυπικό τρόπο ζωής των νέων, ο οποίος χαρακτηρίζεται από διασκέδαση, ευελιξία, αυθορμητισμό και ετοιμότητα για κίνδυνο και απόλαυση.

## 2.2 Γενικά - Θεωρίες

Το όριο μεταξύ των εννοιών πρόληψη και προαγωγή της υγείας δεν είναι πάντα σαφές. Στη βιβλιογραφία οι όροι αυτοί συχνά χρησιμοποιούνται ως συνώνυμα. Για τον λόγο αυτό στη συνέχεια βάσει μερικών ορισμών θα προσπαθήσουμε να εξακριβώσουμε διαφορές και κοινά στοιχεία πριν να υπεισέλθουμε στο πως εννοούνται η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας.

Με την άμεση και έμμεση επίδραση στο επίπεδο της γνώσης, της παρακίνησης, της αντίληψης και των συνθηκών ζωής πρέπει να μεταβληθεί θετικά η σημαντική για την υγεία συμπεριφορά και να ενισχυθούν οι δραστηριότητες ατόμων και ιδρυμάτων που απευθύνονται στην πρόληψη της ασθένειας και την προαγωγή της υγείας (LAASER, *et al.*, 1993, 176).

Η προαγωγή της υγείας υπερβαίνει την κλασική έννοια της πρόληψης. Σύμφωνα με αυτήν, η πρόληψη περιλαμβάνει την αποφυγή ασθενειών (οι ασθένειες πρέπει να αναγνωρίζονται όσο το δυνατόν νωρίτερα και να



θεραπεύονται αποτελεσματικά) και τη διατήρηση της υγείας. Για την αποφυγή ή τη θετική μεταβολή ανεπιθύμητων τρόπων συμπεριφοράς πρέπει να διδαχθούν οι αντίστοιχες γνώσεις και να επηρεαστούν οι αντιλήψεις (Franzkowiak, 1996).

Η πρόληψη χωρίζεται σε **πρωτογενή, δευτερογενή, και τριτογενή**. Αυτός ο κλασικός διαχωρισμός αποδίδεται στον Caplan (1964).

### **Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει:**

«... την προαγωγή της υγείας και την αποτροπή ασθενειών με την εξάλειψη ενός ή περισσοτέρων αιτιωδών παραγόντων (...), με την αύξηση της αντίστασης του ανθρώπινου οργανισμού και τη μεταβολή των περιβαλλοντικών παραγόντων, οι οποίοι συμμετέχουν αιτιωδώς ως φορείς στην εμφάνιση της ασθένειας» (Fanzkowiak, 1996).

Επομένως τα μέτρα **πρωτογενούς πρόληψης** αναφέρονται στις αιτίες της ασθένειας. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει ακόμα καμία ασθένεια, παρά μειώνονται οι παράγοντες κινδύνου και οι ανθυγιεινοί τρόποι συμπεριφοράς που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος μίας ασθένειας. Ενδεικτικά, εδώ θα μπορούσε να υπαχθεί ο εμβολιασμός εναντίον του HPV που μπορεί να γίνει από πολύ νεαρές ηλικίες στα κορίτσια και τα αγόρια (Ιατράκης 2020).

Τα μέτρα **δευτερογενούς πρόληψης**, τα οποία συχνά ταυτίζονται με τη θεραπεία, κατά τον Franzkowiak (1996) αναφέρονται στην ύπαρξη της ασθένειας. Οι ασθένειες και οι παράγοντες κινδύνου πρέπει να αναγνωριστούν νωρίς και να θεραπευτούν. Ενδεικτικά, στα πλαίσια της δευτερογενούς πρόληψης υπάγονται οι εξετάσεις εκείνες που γίνονται για τη διάγνωση της ασθένειας όσο γίνεται νωρίτερα. Έτσι, εδώ θα μπορούσε να ενταχθεί το τεστ Παπανικολάου για την έγκαιρη διαπίστωση προκαρκινικών καταστάσεων ή του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και η μαστογραφία για την έγκαιρη διαπίστωση αρχόμενου καρκίνου του μαστού (Ιατράκης 2020).

Ο στόχος της **τριτογενούς πρόληψης** είναι η εμπόδιση των συνεπειών της ασθένειας και η αποφυγή υποτροπών και επιδεινώσεων. Τα μέτρα αναφέρονται στην πορεία της ασθένειας και απευθύνονται στους ασθενείς, οι οποίοι έχουν ήδη μία ασθένεια και υπόκεινται σε θεραπεία. Η τριτογενής πρόληψη συχνά ταυτίζεται με την αποκατάσταση (Waller, 2002).

Η παραδοσιακή αντίληψη της πρωτογενούς πρόληψης είναι προσανατολισμένη στους παράγοντες κινδύνου και την ασθένεια. Από τη δεκαετία του '80 έγινε στροφή από το μοντέλο των παραγόντων κινδύνου στο μοντέλο γένεσης της υγείας (Antonovsky, 1980). Δηλαδή δεν αναζητούντο πλέον παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ασθενειών, παρά εξετάζονταν το ερώτημα το πώς μπορεί ο άνθρωπος να παραμείνει υγιής παρά τις έκτακτες επιβαρύνσεις. Αυτό αντικατοπτρίζεται στην έννοια της προαγωγής της υγείας:

**Η προαγωγή της υγείας** στοχεύει σε μια διαδικασία, η οποία θα επιτρέπει σε όλους τους ανθρώπους να καθορίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τις συνθήκες ζωής τους και του περιβάλλοντός τους και θα τους καταστήσει ικανούς να ενισχύσουν την υγεία τους.

Στόχος της προαγωγής της υγείας είναι η αποφυγή επικίνδυνων για την υγεία παραγόντων με την αλλαγή και την προαγωγή της συλλογικής και ατομικής υγιεινής συμπεριφοράς και των συνθηκών ζωής. Επομένως, δεν πρόκειται πλέον μόνον για την εξάλειψη παραγόντων κινδύνου όπως π.χ. το κάπνισμα, παρά και για την οικοδόμηση προστατευτικών παραγόντων (π.χ. προσωπικές και κοινωνικές ικανότητες). Πρέπει, για παράδειγμα, να αναπτυχθούν στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων, ώστε να αποφευχθεί η διαταραχή της ανάπτυξης της προσωπικότητας ως συνέπεια ενός αρνητικού γεγονότος.

Η μετάβαση από την πρόληψη στην προαγωγή της υγείας παρουσιάζεται ρευστή. Ο στόχος είναι η πρόληψη των ασθενειών, η αποφυγή επικίνδυνων

για την υγεία συμπεριφορών, η βελτίωση των συνθηκών ζωής και η συνεισφορά σε μία θετική ανάπτυξη της προσωπικότητας (Manz, 2001).

Οι έννοιες πρόληψη και προαγωγή της υγείας τις περισσότερες φορές χρησιμοποιούνται σε σχέση με μέτρα ενημέρωσης, παροχής συμβουλών και θεραπείας.

Κατά τον Waller (2002), τα μέτρα αυτά κατατάσσονται σε:

- ενημέρωση και παροχή συμβουλών για την υγεία
- αγωγή της υγείας και εκπαίδευση,
- προληπτική Ιατρική,
- και πώς να βοηθήσει το κάθε άτομο την υγεία του.

Η ενημέρωση για την υγεία περιλαμβάνει τη μετάδοση πληροφοριών για την υγεία και την ασθένεια σε δημόσιο χώρο για τη μεταβολή της νοοτροπίας και τον επηρεασμό του τρόπου συμπεριφοράς. Οι πληροφορίες μπορεί να απευθύνονται σε επιμέρους άτομα ή σε ένα ευρύ κοινό (Laaser, et al. 1993).

Η αγωγή της υγείας «χαρακτηρίζει όλες τις στρατηγικές ενίσχυσης της προσωπικότητας με τη μετάδοση γνώσεων και ικανοτήτων, για να καταστεί δυνατή η οργάνωση της συμπεριφοράς ως προς την υγεία από το ίδιο το άτομο και η διαμόρφωση σημαντικών για την υγεία περιβαλλοντικών συνθηκών» (Hurrelmann, 1999).

Λαμβάνει χώρα στο πατρικό σπίτι, στο νηπιαγωγείο, στο σχολείο και σε εξωσχολικά παιδαγωγικά ιδρύματα και προσπαθεί να επηρεάσει και να κατευθύνει αντιλήψεις και τρόπους συμπεριφοράς που αναφέρονται στην υγεία, ώστε να συνεισφέρει σε μια ανεξάρτητη και υπεύθυνη ζωή. Κύριο λόγο στο θέμα αυτό πρέπει να έχουν οι ανάγκες του εκάστοτε αποδέκτη και η ανάπτυξη των ικανοτήτων του. Η αγωγή της υγείας προσπαθεί να βοηθήσει τα παιδιά και τους νέους σε διεργασίες λήψης απόφασης και

επίλυσης προβλημάτων και επομένως να συμβάλλει στην προσωπική αναπτυξιακή τους διεργασία.

Η ενημέρωση για την υγεία και η αγωγή της υγείας στοχεύουν στη μετατροπή των αποκτηθεισών πληροφοριών σε γνωστικό, συναισθηματικό και συγκινησιακό επίπεδο σε αντίστοιχη συμπεριφορά. Ο Jerusalem (1997) τονίζει ότι η συμπεριφορά ως προς την υγεία καθορίζεται από πολλούς παράγοντες και εν τω μεταξύ είναι γνωστό ότι οι άνθρωποι δεν αλλάζουν τη συμπεριφορά τους μόνον και μόνον από τη μετάδοση πληροφοριών και την ενημέρωση για τους κινδύνους που απειλούν την υγεία. Αυτές οι στρατηγικές πρόληψης επικεντρώνονται υπερβολικά στην ατομική συμπεριφορά και παραβλέπουν ότι η συμπεριφορά εξαρτάται και από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Επίσης, δεν εξετάζουν αρκετά συγκεκριμένα την εκάστοτε ομάδα-στόχο ή το εκάστοτε άτομο. Επομένως, για την πετυχημένη πρόληψη και την προαγωγή της υγείας φαίνεται ότι παίζουν ρόλο και άλλοι παράγοντες. Για παράδειγμα, η ενημέρωση για την υγεία και η αγωγή υγείας πρέπει να συνδεθούν με ψυχοκοινωνικά μέτρα (Jerusalem, 1997).

### **2.2.1 Πρωτογενής Πρόληψη: Στόχοι και στάσεις σύγχρονων μοντέλων**

Σε κάθε ηλικία, η πρωτογενής πρόληψη απαιτεί σύγχρονη πληροφόρηση. Ενδεικτικά, για να αποφύγει κάποιος την υπέρταση, μεταξύ άλλων, θα πρέπει να γνωρίζει τα ανώτερα φυσιολογικά όρια της συστολικής και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης που είναι 130 mmHg και 80 mmHg αντίστοιχα (Whelton, et al., 2017). Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην πρωτογενή πρόληψη στην παιδική και εφηβική ηλικία. Από τη μία πλευρά σε αυτό το στάδιο της ζωής καθιερώνονται υγιεινοί ή ανθυγιεινοί τρόποι συμπεριφοράς και από την άλλη πλευρά σε αυτήν την ηλικία η αίσθηση

του κινδύνου είναι πολύ λίγο αναπτυγμένη και, συνεπώς, συχνά παρουσιάζονται επικίνδυνοι τρόποι συμπεριφοράς, ειδικότερα στην εφηβική ηλικία. Η δυνατότητα της πρωτογενούς πρόληψης συνίσταται στην προαγωγή της δραστηριότητας των παιδιών και των νέων με τη θεματοποίηση της ανάγκης για έλεγχο καθώς και την ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων (Roth, et al., 2003).

Η **πρωτογενής πρόληψη** έχει τις περισσότερες φορές τρεις διαφορετικούς στόχους:

α) Προσπαθεί να υποστηρίξει και να προωθήσει υγιείς τρόπους συμπεριφοράς και τρόπους συμπεριφοράς που να μειώνουν το άγχος, καθώς και τη δυνατότητα των ατόμων και των ομάδων να αντιμετωπίζουν και να βελτιώνουν τα καθημερινά φορτία ή να τα μειώνουν.

β) Επίσης, οι ασθένειες και οι ψυχικές διαταραχές πρέπει να αποφεύγονται με την αναγνώριση και τον επηρεασμό συγκεκριμένων παραγόντων κινδύνου.

γ) Ο τρίτος στόχος περιλαμβάνει την προστασία και τη διατήρηση της υγείας με τη βελτίωση των συνθηκών ζωής και / ή τη μείωση βλαβερών παραγόντων στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον (Stark, 1999).

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί για παράδειγμα με μέτρα συγκεκριμένης και μη συγκεκριμένης πρόληψης, τα οποία διαφέρουν από τα μέτρα της πρωτογενούς πρόληψης. Η συγκεκριμένη πρόληψη αναφέρεται σε γνωστές αιτίες και ορισμένες ομάδες κινδύνου, ενώ στη μη συγκεκριμένη πρόληψη πρόκειται περισσότερο για γενικότερα μέτρα.

Η συγκεκριμένη πρόληψη περιλαμβάνει μέτρα επικεντρωμένα στο πρόβλημα και μπορεί για παράδειγμα να εφαρμοστεί σε ορισμένα στάδια ανάπτυξης ή κατά την εμφάνιση κρίσιμων γεγονότων. Τα μέτρα μπορούν να περιλαμβάνουν παιδιά και έφηβους ενός σταδίου ανάπτυξης ή να απευθύνονται ειδικά σε ομάδες κινδύνου που έχουν αναγνωριστεί ως επικίνδυνες όσον αφορά την ανάπτυξη βάσει ενός διαγνωστικού

διαχωρισμού. Τέτοια συγκεκριμένα προγράμματα πρόληψης είναι π.χ. προσχολικά ή σχολικά προγράμματα, τα οποία απευθύνονται σε παιδιά και νέους με διαταραχές της ανάπτυξης, της μάθησης ή της συμπεριφοράς.

Εκτός του σχολείου η οικογένεια θεωρείται σημαντικό πεδίο-στόχος της συγκεκριμένης πρόληψης στην παιδική και εφηβική ηλικία. Μέτρα όπως, για παράδειγμα, προσφορές παροχής συμβουλών αγωγής, συνοδεία σε κρίσιμα γεγονότα όπως π.χ. θάνατος ενός μέλους της οικογένειας ή διαζύγιο, προσπαθούν να υποστηρίξουν τους γονείς στον ρόλο τους και να ενισχύσουν τους οικογενειακούς πόρους (Elben & Lohaus, 2003).

Άλλα παραδείγματα μέτρων συγκεκριμένης πρόληψης είναι διαιτητικά μέτρα σε περίπτωση μεταβολικών διαταραχών εκ γενετής ή εκστρατείες για τους κινδύνους της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ (Brandstaedter, 1982).

Τα συγκεκριμένα προγράμματα προϋποθέτουν ότι οι παράγοντες μπορούν να αναγνωριστούν (π.χ. κρίσιμο γεγονός, κοινωνικοί-βιογραφικοί παράγοντες κλπ.), οι οποίοι υποδηλώνουν τους αυξημένους κινδύνους για την υγεία και δικαιολογούν την κατάταξη του ατόμου σε μία συγκεκριμένη ομάδα. Εδώ το πρόβλημα συνίσταται στον διαχωρισμό αυτής της ομάδας κινδύνου από τη γενική ομάδα. Από τη μία πλευρά πρέπει να είναι δυνατό αυτό, ώστε να διατηρηθεί όσο το δυνατόν μικρότερο το ποσοστό λανθασμένων ή ελλιπών κατατάξεων. Από την άλλη πλευρά υπάρχει όμως ο κίνδυνος να φανεί στον ενδιαφερόμενο αρνητικός ο διαχωρισμός. Ο διαχωρισμός αυτός μπορεί να έχει ως συνέπεια έναν χαρακτηρισμό από πλευράς του πληθυσμού, γεγονός που με τη σειρά του μπορεί να επιφέρει εξασθένηση του κινήτρου συμμετοχής στην ομάδα κινδύνου.

Για τον λόγο αυτό, δεν είναι σημαντική μόνον η μονοσήμαντη ταυτοποίηση των ομάδων κινδύνου, παρά και η ευαίσθητη αντιμετώπισή τους, ώστε να παραμείνει όσο το δυνατόν μικρότερος ο κίνδυνος περιθωριοποίησης και κατά συνέπεια ο στιγματισμός.

Η μη συγκεκριμένη πρόληψη αναφέρεται σε μέτρα, τα οποία τις περισσότερες φορές απευθύνονται σε θεσμικούς και κοινωνικούς όρους-πλαίσια (π.χ. σχολεία που προωθούν την υγεία, βελτιστοποίηση των χώρων παιχνιδιού στη γειτονιά, επηρεασμός των πηγών κινδύνου, όπως π.χ. μη υπέρβαση ορίου ταχύτητας και μείωση της δυνατότητας αγοράς αλκοόλ και ναρκωτικών (Elben & Lohaus, 2003). Μπορεί να αναφέρεται σε γενικούς κινδύνους και δυνάμεις παιδιών και εφήβων ή σε μη συγκεκριμένες ομάδες και επομένως να γίνεται και ανεξάρτητα από ειδικούς προληπτικούς στόχους (Brandstaedter, 1982).

Παραδείγματα κλασικών μη συγκεκριμένων στρατηγικών είναι η μέθοδος διαχωρισμού στα πλαίσια προληπτικών εξετάσεων βρεφών, οι οποίες πραγματοποιούνται από τον παιδίατρο από τη γέννηση μέχρι τον 60<sup>ο</sup>-64<sup>ο</sup> μήνα ή η χονδρική επιλογή στους παιδικούς σταθμούς, ώστε να αναγνωριστούν παιδιά με πιθανές αναπτυξιακές διαταραχές. Μετά από τέτοιες μεθόδους διαχωρισμού εισάγονται προληπτικά μέτρα, τα οποία εφαρμόζονται ειδικά στην ομάδα κινδύνου (Elben & Lohaus 2003).

Στη μη συγκεκριμένη πρόληψη ανήκουν επίσης προγράμματα επικεντρωμένα στα άτομα, στόχος των οποίων είναι η προαγωγή των γενικών ικανοτήτων ζωής και αντιμετώπισης. Τέτοια προγράμματα βασίζονται στην ιδέα των ικανοτήτων για τη ζωή των Botvin et al., (1988) και περιέχουν την εκμάθηση γνωστικών, κινητικών-αισθητικών, κοινωνικών και συναισθηματικών ικανοτήτων (Jerusalem, 2002). Προσπαθούν να εξετάσουν προβλήματα, τα οποία καθίστανται σημαντικά εν όψει των επικείμενων αναπτυξιακών καθηκόντων και προβλημάτων και να επεξεργαστούν και να εφαρμόσουν αντίστοιχες στρατηγικές υπέρβασης (π.χ. πρόληψη κατανάλωσης ουσιών).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα πρωτογενούς πρόληψης είναι η αποφυγή των παραγόντων κινδύνου που θα οδηγούσαν σε καρδιαγγειακή νόσο. Σε αυτούς περιλαμβάνονται το κάπνισμα, η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, η

έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, η παχυσαρκία και ο διαβήτης (Hennekens, 2020). Σημειώνεται ότι στην πρωτογενή πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου, ιδιαίτερο ρόλο παίζει και η υγιεινή διατροφή (Sotos-Prieto, et al., 2015).

Άλλα μέτρα της μη συγκεκριμένης πρόληψης είναι επεμβάσεις για τη μείωση του άγχους π.χ. στο σχολείο, στον εργασιακό χώρο ή στην οικογένεια καθώς και η οικοδόμηση ικανοτήτων για την αντιμετώπιση κρίσεων (Brandstaedter, 1982).

Επίσης, η πρωτογενής πρόληψη χωρίζεται στην προορατική πρόληψη και την αναδρομική πρόληψη. Ενώ η πρώτη προσπαθεί να λάβει μέτρα πριν να επέλθει μία πιθανή κρίση ή ένας κίνδυνος (π.χ. προετοιμασία για τη μετάβαση στο σχολείο με εκδηλώσεις στο νηπιαγωγείο), η αναδρομική πρόληψη σκοπεύει να βοηθήσει στην υπέρβαση των επιβαρύνσεων, κρίσεων ή κινδύνων που ήδη υπάρχουν (π.χ. φροντίδα ατόμων μετά από διαζύγιο) (Roehrle, 2002).

### **2.3 Πρόληψη συνθηκών και Πρόληψη συμπεριφοράς**

Το μέρος αυτό αναφέρεται στον διαχωρισμό των εννοιών πρόληψη σε επίπεδο συνθηκών και πρόληψη σε επίπεδο συμπεριφοράς. Τα μέτρα για την πρόληψη σε επίπεδο συνθηκών αναφέρονται σε ανθυγιεινές συνθήκες στον κόσμο που ζουν οι άνθρωποι. Ο στόχος της πρόληψης σε επίπεδο συμπεριφοράς συνίσταται στην πρόληψη παθήσεων που οφείλονται σε συμπεριφορά με τον επηρεασμό του προσωπικού τρόπου ζωής.

Η ιδέα των παρεμβάσεων σε επίπεδο συνθηκών δέχεται ότι η ατομική συμπεριφορά εξαρτάται από τις περιβαλλοντικές συνθήκες. Το άτομο



πρέπει να προσεγγιστεί με τη μεταβολή των οικολογικών και κοινωνικών συνθηκών, οι οποίες ευθύνονται για την κατάσταση της ζωής ενός ανθρώπου. Για να επηρεαστεί η συμπεριφορά ελέγχονται, μειώνονται ή εξαλείφονται κίνδυνοι για την υγεία στις συνθήκες του περιβάλλοντος και στις συνθήκες ζωής. Τα μέτρα πρόληψης σε επίπεδο συνθηκών τις περισσότερες φορές εκτελούνται βάσει νόμων και διαταγμάτων (π.χ. απαγόρευση να εγκαθίστανται στο προαύλιο του σχολείου αυτόματα μηχανήματα πώλησης τσιγάρων, υποχρεωτική χρήση ζώνης ασφαλείας, απαγόρευση καπνίσματος σε δημόσιες υπηρεσίες κ.λπ.). Το πλεονέκτημα της πρόληψης σε επίπεδο συνθηκών είναι ότι προσεγγίζονται άμεσα τα άτομα-στόχοι και τα άτομα τις περισσότερες φορές δεν μπορούν να αποφύγουν το μέτρο (Roth, et al., 2003).

Τα μέτρα πρόληψης σε επίπεδο συμπεριφοράς αναφέρονται στο άτομο, δηλαδή «στον κόσμο που ζει (...), στον βιογραφικό περίγυρο και στους ατομικούς πόρους (προσωπικές ικανότητες, ικανότητες δράσης) ενός ανθρώπου» (Laaser, et al., 1993).

Με την ενημέρωση και την παροχή συμβουλών για την υγεία, την αγωγή υγείας και την εκπαίδευση, την προπόνηση για την υγεία και την προληπτική Ιατρική και / ή την αυτοβοήθεια σε θέματα υγείας δεν αλλάζει μόνον η αντιμετώπιση του ανθρώπου ως προς συμπεριφορές που είναι επικίνδυνες για την υγεία, όπως π.χ. κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών, πολυφαγία και ελλιπής διατροφή, έλλειψη κίνησης, άγχος κ.λπ., αλλά και η ίδια η συμπεριφορά. Οι άνθρωποι πρέπει να ενημερωθούν για τους κινδύνους για την υγεία και να διευρύνουν τις γνώσεις τους. Ένα παράδειγμα ενός μέτρου πρόληψης σε επίπεδο συμπεριφοράς είναι η σύσταση σε εγκύους να κόψουν το κάπνισμα και να συμμετάσχουν σε ένα τμήμα καπνιστών που θέλουν να κόψουν το κάπνισμα (Waller, 2002).

Οι μέθοδοι παρέμβασης σε επίπεδο συμπεριφοράς αναφέρονται σε μοντέλα ρύθμισης συμπεριφοράς όπως το μοντέλο υγείας-πίστης (Rosenstock, 1966), η θεωρία της αυτό-δραστηκότητας (Bandura, 1997) και η θεωρία της συλλογιστικής δράσης και της προγραμματισμένης δράσης (Fishbein & Ajzen, 1980). Αυτά τα μοντέλα που είναι προσανατολισμένα στη γνώση ή αναφέρονται στην αντίληψη προσπαθούν να εξηγήσουν τη συμπεριφορά ως προς την υγεία.

Ενώ στο επαγγελματικό πλαίσιο τις περισσότερες φορές εφαρμόζονται προγράμματα πρόληψης σε επίπεδο συνθηκών, στον σχολικό τομέα αντίθετα συναντώνται συχνά προγράμματα, τα οποία περιλαμβάνουν πρόληψη σε επίπεδο συμπεριφοράς και πρόληψη σε επίπεδο συνθηκών. Στην ιδανική περίπτωση η μεταβολή των προσωπικών αντιλήψεων και τρόπων συμπεριφοράς συνοδεύεται από αλλαγή των συνθηκών-πλαίσιο που είναι σημαντικές για την υγεία. Για παράδειγμα, σε προγράμματα αντιμετώπισης του άγχους δεν διδάσκονται μόνον στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, παρά και συζητώνται παράγοντες που προκαλούν το άγχος. Με τους τρόπους αυτούς, το άγχος μειώνεται μακροπρόθεσμα (Kammerer, 1987).

Στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η δημιουργία πιο υγιεινών συνθηκών στη σχολική καθημερινότητα και η υποστήριξη των μαθητών στην ανάπτυξη υγιεινών τρόπων ζωής.

Επομένως, σε όλα τα μέτρα πρόληψης σε επίπεδο συμπεριφοράς πρέπει πάντα να λαμβάνονται υπ' όψιν και θέματα και παράγοντες επηρεασμού των περιβαλλοντικών συνθηκών και των συνθηκών ζωής. Κατά τον Eberle (1990), πρέπει να επιδιωχθούν και τα δύο και να συμπληρωθούν για τη δημιουργία υγιεινών συνθηκών.

«... Η προαγωγή της υγείας επιτυγχάνεται μόνον αν (...) συνδυαστεί η «πρόληψη σε επίπεδο συμπεριφοράς» ως επηρεασμός των ατομικών ενεργειών που αναφέρονται στην υγεία, με την 'πρόληψη σε επίπεδο

συνθηκών' ως επίδραση στις υλικές, κοινωνικές και πολιτιστικές συνθήκες ζωής και περιβαλλοντικές συνθήκες για την υγεία, τον κίνδυνο και την ασθένεια.» (Απόφαση της 64<sup>ης</sup> διάσκεψης των Υπουργών Υγείας του 1991, απόσπασμα κατά Franzkowiak, 1996).

### 2.3.1 Το μοντέλο υγείας-πίστης (Health-Belief-Modell)

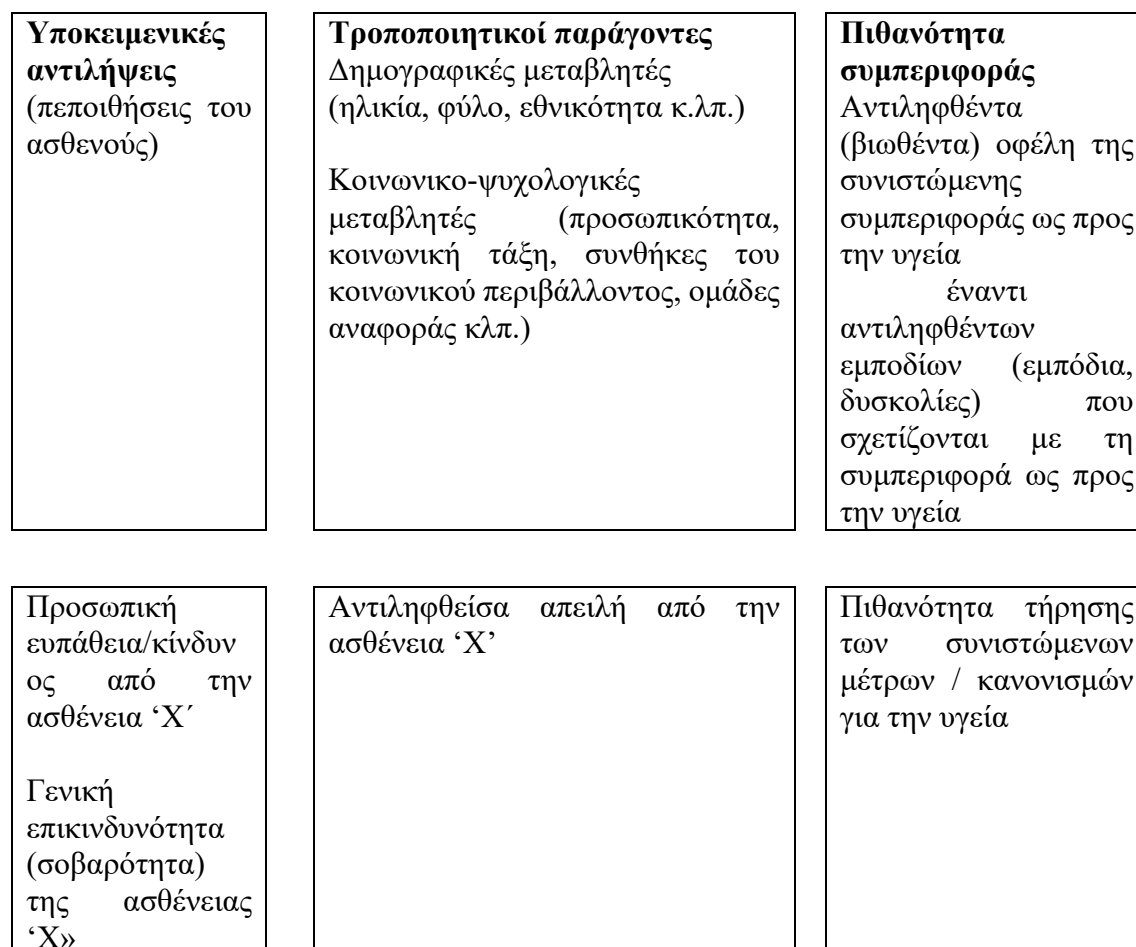
Το μοντέλο υγείας-πίστης αποδίδεται στον Rosenstock (1966) και προσπαθεί να εξηγήσει ή να προβλέψει την προληπτική συμπεριφορά. Αποτελείται από τέσσερις κύριες συνιστώσες:

- υποκειμενική ευπάθεια (perceived susceptibility),  
(ένα άτομο είναι πρόθυμο να συμπεριφερθεί προληπτικά, αν αισθάνεται ευάλωτο σε μία ασθένεια),
- υποκειμενικά εκτιμηθείσα σοβαρότητα μίας πάθησης (perceived severity),
- αντίληψη υποκειμενικών πλεονεκτημάτων (benefits = οφέλη ενός μέτρου) και
- αντίληψη υποκειμενικών εμποδίων για την προληπτική συμπεριφορά (barriers [π.χ. έξοδα ενός μέτρου, χρόνος που πρέπει να δαπανηθεί, κόπος, εγκατάλειψη ευχαριστήσεων και απολαύσεων της ζωής]).

Επίσης, λαμβάνονται υπ' όψιν εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα (που προκαλούν ορισμένη συμπεριφορά ή ερεθίσματα που καλούν σε δράση) ("cues to action"). Τα ερεθίσματα αυτά περιλαμβάνουν οδηγίες για συμπεριφορά ως προς την υγεία, οι οποίες διαδίδονται από τα μέσα ενημέρωσης ή από τον κοινωνικό περίγυρο. Μπορούν να ενισχύσουν ή να μειώσουν την προθυμία για δράση ή να την οδηγήσουν προς μία συγκεκριμένη κατεύθυνση.

Ως περαιτέρω χαρακτηριστικά στο μοντέλο περιλαμβάνονται δημογραφικοί, κοινωνικο-ψυχολογικοί παράγοντες και παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά (ηλικία/φύλο, εισόδημα, μορφωτικό επίπεδο, προσωπικότητα, ένταξη σε κοινωνική ομάδα κ.λπ.). Το μοντέλο βασίζεται σε μία ανάλυση οφέλους-κόστους, δηλαδή δεν αρκεί ένα άτομο να εκτιμήσει ότι είναι ευάλωτο ή ότι κινδυνεύει ή να αξιολογήσει το βαθμό σοβαρότητας μίας πάθησης ως αρκετά μεγάλο, παρά πρέπει επίσης να αναμένει ένα δραστικό αντίμετρο για να μπορέσει να αντιμετωπίσει την απειλή μίας ασθένειας ή να μειώσει την απειλή. Επομένως αν το όφελος ενός προληπτικού μέτρου εκτιμηθεί περισσότερο από ότι τα εμπόδια, η πιθανότητα προληπτικής ενέργειας είναι μεγάλη.

Το ακόλουθο σχήμα παρέχει μία γενική εικόνα του μοντέλου:



<p>Αίσθηση ότι το ίδιο το άτομο μπορεί να συνεισφέρει στην υγεία του</p> <p>Γενική εμπιστοσύνη στην ιατρική περίθαλψη</p>	<p><b>Παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά:</b> Ενημερωτικά μέτρα (π.χ. με εκστρατείες για την υγεία στα μέσα ενημέρωσης)</p> <p>Συμβουλές, παροχή κινήτρων, υποστήριξη από άλλους (οικογένεια, ομάδες αναφοράς, «μοντέλα»)</p> <p>Ενημέρωση, ερωτήσεις, υπενθυμίσεις, έλεγχοι από τον ιατρό</p> <p>Ασθένειες στην οικογένεια / στον κύκλο γνωστών</p> <p>Άρθρα σε εφημερίδες, περιοδικά κλπ.</p>	<p>Ήδη υπάρχουσα προθυμία συμμόρφωσης σε άλλους τομείς</p> <p>Παράγοντες της σχέσης ιατρού-ασθενή που ενισχύουν ή μειώνουν τη συμμόρφωση</p>
---	---	--

(Waller, 2002)

Συνοπτικά, το μοντέλο πίστης-υγείας βασίζεται στο ότι η προθυμία αλλαγής της συμπεριφοράς αυξάνεται αν κανείς έχει πεισθεί για τους κινδύνους της συμπεριφοράς, η οποία αναφέρεται σε αυτόν τον ίδιο, βλέπει τα οφέλη της αλλαγής και δεν θεωρεί τα εμπόδια ανυπέρβλητα.

Σε αντίθεση με τον βιωθέντα βαθμό βαρύτητας μίας πάθησης η αντιληφθείσα ευπάθεια και τα αντιληφθέντα εμπόδια θεωρούνται ως οι μεταβλητές, στις οποίες θα μπορούσε συχνότερα να αποδειχθεί η επίδραση στις ενέργειες που αναφέρονται στην υγεία. Όμως, αν δούμε το θέμα συνολικά, οι ανωτέρω παράμετροι φαίνεται να έχουν μόνον μικρή επίδραση στη συμπεριφορά ως προς την ασθένεια και την υγεία (Waller, 2002).

Στην πορεία του χρόνου το μοντέλο διαφοροποιήθηκε και ιδιαίτερη σημασία είχε η συμπερίληψη της αυτό-δραστηκότητας.

### 2.3.2 Η θεωρία της αυτο-δραστηκότητας του Bandura

«Σε έναν μεγάλο αριθμό μελετών φάνηκε ότι η συμπεριφορά ενός ατόμου ως προς τις επιδόσεις του (στο σχολείο / το πανεπιστήμιο / τη δουλειά και τον αθλητισμό), αλλά και η κοινωνική του συμπεριφορά (π.χ. επικοινωνία, παροχή βοήθειας) και η συμπεριφορά του ως προς το θέμα της υγείας (π.χ. κατανάλωση ναρκωτικών, διατροφή, αθλητική δραστηριότητα) μπορεί να προβλεφθεί σχετικά καλά, αν κανείς λάβει υπ' όψιν πόσο 'αποτελεσματικό' θεωρεί το άτομο αυτό ότι είναι στην εκτέλεση ορισμένων επιμέρους τρόπων συμπεριφοράς.» (Bund, 2001)

Η θεωρία της αυτο-δραστηκότητας του Bandura (1977) χρησιμοποιείται για να εξηγήσει κίνητρα και συμπεριφορά σε διαφορετικούς τομείς της ζωής. Κέντρο της θεωρίας αποτελούν οι πεποιθήσεις αυτό-δραστηκότητας, οι οποίες καλούνται και αποδοχές της αυτο-δραστηκότητας (Bund, 2001).

Ασχολείται με το ερώτημα, αν κανείς μπορεί πράγματι να εκτελέσει με επιτυχία μία ενέργεια που να αναφέρεται στην υγεία.

Η προληπτική δράση καθορίζεται κυρίως από το αν ο ενδιαφερόμενος περιμένει η πράξη του αυτή να οδηγήσει σε βελτίωση της υγείας του (προσδοκία συνέπειας) και αν είναι σε θέση να εκτελέσει ανάλογα αυτήν την πράξη (αυτο-δραστηκότητα ή προσδοκία ικανότητας) (Schwartz, et al, 1998).

Ο Bandura (1977) με την αποδοχή της αυτό-δραστηκότητας εννοεί

«... the conviction that one can successfully execute the behaviour required to produce the outcomes.»

Επομένως, οι προσδοκίες δραστηκότητας του ατόμου περιλαμβάνουν την πεποίθηση ενός ατόμου ότι σε ορισμένες καταστάσεις μπορεί να πραγματοποιήσει και να ελέγξει μία ορισμένη εναλλακτική συμπεριφορά. Επομένως, η πιθανότητα να εκτελέσει κανείς μία ορισμένη συμπεριφορά αυξάνεται αν κανείς αναμένει ότι διαθέτει και την απαραίτητη ικανότητα για αυτήν:

«The stronger the efficacy expectations, the higher the likelihood that threatening tasks will be dealt with successfully.» (Bandura, 1977).

Ο Schwarzer (1996) πιστεύει σχετικά:

«Άνθρωποι με υψηλότερες προσδοκίες από τις ικανότητές τους είναι περισσότερο σε θέση (...) να εγκαταλείψουν τρόπους επικίνδυνης συμπεριφοράς και να διατηρήσουν τρόπους υγιεινής συμπεριφοράς για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, εφ' όσον έχουν πειστεί για την αναγκαιότητα αυτού και έχουν λάβει μία σταθερή απόφαση.»

Για να εισαχθούν ορισμένοι τρόποι συμπεριφοράς δεν έχουν σημασία μόνον οι αποδοχές της αυτό-δραστικότητας, παρά και τα αναμενόμενα αποτελέσματα και οι συνέπειες. Περιλαμβάνουν την αποδοχή, ότι κανείς με μία ορισμένη ενέργεια μπορεί να πετύχει ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Ένα αποτέλεσμα που ήδη υπάρχει μπορεί να αποδίδεται είτε στην προηγούμενη συμπεριφορά είτε να εμφανίστηκε πλήρως ανεξάρτητα από αυτήν. Η πεποίθηση περί του ελέγχου όσον αφορά το θέμα αυτό σημαίνει ότι η ενέργεια που εκτελέστηκε προηγουμένως είναι υπεύθυνη για το αποτέλεσμα.

Η σημασία της αυτό-δραστικότητας και της πεποίθησης περί του ελέγχου για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας προκύπτει από το γεγονός ότι υπάρχει μικρή προθυμία για ενέργειες που αναφέρονται στην υγεία, αν η κατάσταση της υγείας θεωρείται μη ελέγξιμη. Αν όμως ένα άτομο είναι πεπεισμένο ότι μπορεί να λύσει ένα υπάρχον πρόβλημα ή ότι έχει τον έλεγχο μίας κατάστασης, τότε θα συμπεριφερθεί ανάλογα.

Έτσι, ένα άτομο που θέλει να αδυνατίσει και επιδιώκει να αποκτήσει ένα αδύνατο σώμα (= προσδοκία συνέπειας) έχει το κίνητρο π.χ. να προσαρμόσει τη διατροφή του και να αθληθεί τακτικά, αν πιστεύει ότι θα πετύχει αυτόν τον στόχο (= πεποίθηση περί αυτό-δραστικότητας).

Από την άλλη πλευρά, η σιγουριά ότι κανείς μπορεί να εκτελέσει μία ορισμένη πράξη μπορεί να δράσει παροτρυντικά, μόνο αν αυτός είναι

πεπεισμένος ότι με την πράξη αυτή θα πετύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Μόνον αν υπάρχει αυτή η προσδοκία σε επαρκή βαθμό μπορεί η αυτό-δραστηριότητα να επιδράσει στη συμπεριφορά (Bund, 2001).

Τέτοιες προσδοκίες από τη μία πλευρά επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ανθρώπων, από την άλλη πλευρά όμως είναι αποτέλεσμα κυρίως μαθησιακών εμπειριών. Αν κανείς σε ορισμένες καταστάσεις (π.χ. καταστάσεις άγχους) έχει καταφέρει να μην καταφύγει σε τσιγάρα, σοκολάτες κ.λπ., τότε του δημιουργείται η πεποίθηση ότι και την επόμενη φορά θα μπορέσει να αντισταθεί.

Άτομα με υψηλές προσδοκίες αυτό-δραστηριότητας αισθάνονται τις δραστηριότητες και καταστάσεις ως πρόκληση και αποδίδουν την επιτυχία περισσότερο σε εσωτερικές αιτίες. Έχουν μία αισιόδοξη αντιμετώπιση της απόδοσής τους, επιδιώκουν να ανακαλύψουν και να δοκιμάσουν κάτι καινούργιο και επιδίδονται σε εργασίες με αισιόδοξη προδιάθεση.

Αντίθετα, άτομα με μικρές προσδοκίες αυτό-δραστηριότητας έχουν την τάση να υποτιμούν τις ικανότητές τους. Αποδίδουν την επιτυχία τους περισσότερο σε ευνοϊκούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα το πόσο εύκολη ήταν μία εργασία. Έχουν την τάση να αποδίδουν την αποτυχία σε έλλειψη ταλέντου (αιτιολογικός προσδιορισμός) και αποφεύγουν να θέτουν στον εαυτό τους απαιτήσεις, στις οποίες δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν με τις υποτιθέμενες ανεπαρκείς τους ικανότητες. Υποχωρούν περισσότερο, νιώθουν συντομότερα αβοήθητοι, καταθλιπτικοί και φοβισμένοι και δεν μπορούν καθόλου ή μπορούν δύσκολα να διατηρήσουν για περισσότερο χρόνο μία συμπεριφορά (Bund, 2001).

Επομένως, για μεγάλο χρονικό διάστημα εμφανίζεται εναλλάξ σταθεροποίηση των αναμενόμενων ικανοτήτων και των πραγματικών ικανοτήτων: όταν αποφεύγονται προβληματικές καταστάσεις λόγω του ότι το άτομο έχει την πεποίθηση ότι διαθέτει λίγες ικανότητες, αυτό μπορεί να



οδηγήσει σε ατροφία των αντίστοιχων ικανοτήτων, κάτι που με τη σειρά του μπορεί να ενισχύσει την πεποίθηση του ότι έχει ασθενείς ικανότητες. Για παράδειγμα, οι φοβισμένοι άνθρωποι αποφεύγουν τις κοινωνικές καταστάσεις. Έτσι, δεν έχουν δυνατότητα να εξασκήσουν τις επικοινωνιακές και διαδραστικές τους ικανότητες, οι οποίες κατά συνέπεια φθίνουν και μειώνονται (Bund, 2001).

«Άτομα με χαμηλή αυτο-δραστικότητα (...) θα ερμηνεύσουν τις αποτυχίες ως αποδείξεις ανεπαρκών ικανοτήτων, γεγονός από το οποίο αναδρομικά επιβεβαιώνεται και σταθεροποιείται η πεποίθηση περί ασθενών ικανοτήτων» (Bund, 2001).

Η προσδοκία της δραστηκότητας του ατόμου επηρεάζει την πιθανότητα άσκησης μίας νέας συμπεριφοράς και επομένως παίζει σημαντικό ρόλο στην πρωτογενή πρόληψη διότι τα μέτρα της πρωτογενούς πρόληψης στοχεύουν εκτός των άλλων στην αντικατάσταση παγιωμένων τρόπων συμπεριφοράς ρουτίνας από νέους τρόπους που πρέπει να αυτοματοποιηθούν (Manz, 2001).

Για τα παιδιά και τους νέους έχει μεγάλη σημασία η οικοδόμηση προσδοκιών αυτό-δραστικότητας, γιατί όσοι έχουν μικρότερη αυτό-δραστικότητα είναι πιο ευπαθείς στην ομαδική πίεση. Οι προσδοκίες αυτό-δραστικότητας του ατόμου αποτελούν έναν προστατευτικό παράγοντα έναντι κοινωνικών επιρροών και άλλων παραγόντων κινδύνου. Για τον λόγο αυτό πρέπει π.χ. να προωθηθεί ιδιαίτερα η ικανότητα αντίστασης στην ομαδική πίεση ως προς την καταναλωτική συμπεριφορά (π.χ. κάπνισμα) (Jerusalem, 2003).

### **2.3.3 Η θεωρία της συλλογιστικής δράσης (Theory of Reasoned Action)**

Το μοντέλο της θεωρίας της συλλογιστικής δράσης αρχικά αναπτύχθηκε για να δηλώσει τη σχέση μεταξύ αντίληψης και συμπεριφοράς (Fishbein & Ajzen, 1980).

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, μία ενέργεια καθορίζεται εντονότατα από μία πρόθεση. Η πρόθεση συμπεριφοράς με τη σειρά της καθορίζεται από τη στάση (συναισθηματική εκτίμηση) ως προς την αμφίβολη συμπεριφορά και από το υποκειμενικό πρότυπο, δηλαδή την κοινωνική πίεση προσδοκίας εκτέλεσης ή μη εκτέλεσης μίας ορισμένης συμπεριφοράς («Τι πιστεύουν άνθρωποι που είναι σημαντικοί για μένα για τη συμπεριφορά μου;»).

Η θέση ως προς μία συμπεριφορά (π.χ. «Το βρίσκω καλό / καλό να καπνίσω») εξαρτάται από το αναμενόμενο αποτέλεσμα που συνδέει κανείς με τη συμπεριφορά. Αυτό σημαίνει ότι αν γίνει δεκτό ένα θετικό αποτέλεσμα, από αυτό προκύπτει μία θετική αντιμετώπιση της προηγηθείσας συμπεριφοράς και αντίστροφα (Schwarzer, 1990).

Το υποκειμενικό πρότυπο προκύπτει από την αντίληψη των προσδοκιών των ατόμων που ανήκουν σε ομάδες αναφοράς με δικά τους πρότυπα («σημαντικοί άλλοι», όπως π.χ. γονείς, φίλοι, δάσκαλοι και γνωστοί). Εξαρτάται από το αν αυτοί οι «σημαντικοί άλλοι» είναι υπέρ της συμπεριφοράς αυτής ή τη θεωρούν κακή (πεποίθηση όσον αφορά τα πρότυπα) και θέλουν να προσαρμόσουν τα κίνητρα στις προσδοκίες του περιβάλλοντος (Schwarzer, 1996).

Αν ικανοποιούνται και οι δύο πλευρές, αν επομένως σε μία συμπεριφορά υπάρχουν η πεποίθηση όσον αφορά τα πρότυπα και τα κίνητρα, τότε αυξάνει η πιθανότητα εκτέλεσης της συμπεριφοράς.

Αν, για παράδειγμα, οι συνέπειες του καπνίσματος αξιολογούνται κυρίως θετικά, τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να ξεκινήσει κανείς ή να συνεχίσει το κάπνισμα. Αν επίσης ο κοινωνικός περίγυρος είναι υπέρ της κατανάλωσης τσιγάρων, τότε αυτή ενισχύεται ακόμα περισσότερο.

Στις περισσότερες μελέτες αποδείχθηκε μία επιβεβαίωση των θεωρητικών αποδοχών. Όμως η προσδοκία της αυτό-δραστικότητας δεν περιλαμβάνεται στο μοντέλο αυτό. Η θεωρία αναφέρεται μόνον σε καταστάσεις, στις οποίες μπορεί κανείς και να ελέγξει μία ενέργεια (Manz, 2001).

#### **2.3.4 Η θεωρία της προγραμματισμένης δράσης**

Επηρεασμένη από τη «θεωρία της αυτό-δραστικότητας» του Bandura (1997) εξελίχθηκε περαιτέρω και η θεωρία της συλλογιστικής δράσης και συμπληρώθηκε με το στοιχείο «Έλεγχος συμπεριφοράς». Το αρχικό μοντέλο προϋπέθετε ότι ένα άτομο διαθέτει την αντίστοιχη δεξιότητα, εμπειρία ή ικανότητα για να μπορέσει να εκτελέσει μία συμπεριφορά. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις αυτό δεν συνέβαινε, για τον λόγο αυτό στο διευρυμένο μοντέλο («Θεωρία της προγραμματισμένης δράσης») λαμβάνεται υπ' όψιν η πεποίθηση ενός ατόμου ότι πράγματι μπορεί να εκτελέσει μία πράξη (Manz, 2001).

«Η συμπεριφορά ως προς την υγεία εκτελείται κυρίως όταν το άτομο όχι μόνον διαθέτει τις απαραίτητες προσδοκίες των συνεπειών (...), παρά ταυτόχρονα και τις αντίστοιχες προσδοκίες όσον αφορά τις ικανότητές του.» (Schwarzer, 1990)

Από τη δεκαετία του '50 έγιναν προσπάθειες μέσω των μοντέλων που περιγράφηκαν να εξηγηθούν επικίνδυνες και υγιεινές συμπεριφορές από πλευράς αντιληπτών κινδύνων για την υγεία και αντίμετρων, καθώς και με προσωπικές πεποιθήσεις και πρότυπα. Το ισοζύγιο όμως ήταν απογοητευτικό. Οι ανωτέρω θεωρίες έχουν επικεντρωθεί στο στάδιο, στο οποίο ένα άτομο έχει λάβει μία απόφαση να ενεργήσει. Δεν λένε απολύτως τίποτα για την πραγματική εκτέλεση και τη διατήρηση των υγιεινών τρόπων συμπεριφοράς. Επομένως δεν μπορούν να προβλέψουν επαρκώς τη συμπεριφορά (Jerusalem, 2003).

#### **2.4 Συμπεράσματα Πρόληψης σε παιδιά και έφηβους**

Το πρόβλημα στην εφαρμογή των ανωτέρω μοντέλων σε συμπεριφορά που αναφέρεται στην υγεία στην παιδική και εφηβική ηλικία είναι η ελλιπής διατύπωση των θεωριών βάσει της Εξελικτικής Ψυχολογίας. Λόγω του ότι τα βασικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς ως προς την υγεία καθορίζονται ήδη από την παιδική και εφηβική ηλικία, η έλλειψη πλευρών της Εξελικτικής Ψυχολογίας καθιστά δύσκολη τη μεταφορά των μοντέλων αυτών σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.

Επίσης τα περισσότερα από τα προηγούμενα μοντέλα πρόληψης βασίζονται στο ότι με την ιδέα της ενημέρωσης και του εκφοβισμού θα επιτευχθεί αλλαγή της συμπεριφοράς και θα επηρεαστεί θετικά η υγεία.

Οι ιδέες του εκφοβισμού βασίζονται στην παρουσίαση αρνητικών συνεπειών της ανθυγιεινής συμπεριφοράς, ώστε να προκληθούν αρνητικά συναισθήματα όπως για παράδειγμα φόβος, αίσθηση απειλής ή αισθήματα ενοχής και έτσι να επιτευχθεί η αλλαγή της συμπεριφοράς. Όμως φάνηκε ότι τέτοιες εφαρμογές έχουν μικρή επιτυχία σε παιδιά και εφήβους.

Τα παιδιά και οι νέοι ναι μεν σοκάρονται από τις αρνητικές συνέπειες π.χ. του καπνίσματος, όμως δεν αναφέρουν τις συνέπειες αυτές στον εαυτό τους. Επίσης δεν τους δείχνονται επαρκείς εναλλακτικές ενέργειες (Paletta, 2001).

«Οι πληροφορίες καθώς και οι παρουσιάσεις διαταραχών της υγείας υπόκεινται σε επιλεκτική αντίληψη και υποβάλλονται σε γνωστική διαστρέβλωση. Τάσεις άμυνας, μία αυξημένη πίστη στους προστατευτικούς πόρους του ατόμου, προσωπικές εμπειρίες όσον αφορά την πορεία και τη σοβαρότητα (...) των ασθενειών καθώς και υποκειμενικές αντιλήψεις για τη διάδοσή τους συμβάλλουν σε μία μη ρεαλιστική αισιοδοξία όσον αφορά ότι το άτομο είναι άτρωτο. Μόνον όταν ο επιδημιολογικά ορισθείς κίνδυνος αναφερθεί στο ίδιο το άτομο, είναι δυνατή η αντικειμενικότερη εκτίμηση του ιδίου κινδύνου. Μέσω αυτής της υποκειμενικής αντίληψης μπορεί να προωθηθεί η προθυμία για έναν τρόπο ζωής προσανατολισμένο στην πρόληψη. Η μετάδοση πληροφοριών όσον αφορά το θέμα αυτό μπορεί να αποτελέσει μόνον ένα πρώτο – αν και σημαντικό – βήμα». (Schwartz, et al, 1998).

Με την ενημέρωση και τη μετάδοση γνώσεων ναι μεν τα παιδιά και οι νέοι γνωρίζουν περισσότερα για τους κινδύνους που απειλούν την υγεία, όμως δεν αλλάζει η συμπεριφορά τους. Στην εφηβική ηλικία η συμπεριφορά ως προς τον κίνδυνο συχνά καθορίζεται από στιγμιαία συναισθήματα και διαμορφώνεται έντονα ανάλογα με τις καταστάσεις (γοητεία του απαγορευμένου) (Laaser, et al, 1993). Ναι μεν είναι απαραίτητες κάποιες βασικές γνώσεις, για να καταστεί δυνατή η υγιεινή συμπεριφορά (π.χ. διατροφικό πρόγραμμα), όμως αυτό δεν επαρκεί για να επιφέρει αλλαγή της συμπεριφοράς (Jerusalem, 2003).

«Καλά πληροφοριακά και ενημερωτικά προγράμματα ναί μεν δεν μπορούν να επιφέρουν αλλαγή της συμπεριφοράς, όμως προσφέρουν διαφορετική γνώση και κριτικές τοποθετήσεις» (Hurrelmann, 1999, 272).

Επομένως, απλά και μόνον η μετάδοση γνώσεων, η οποία πρέπει να διαμορφωθεί ενεργητικά (παίξιμο ρόλων, εργασία σε μικρές ομάδες κ.λπ.) πρέπει να συμπληρωθεί με περαιτέρω μέτρα (π.χ. σε επίπεδο συμπεριφοράς).

Πέραν της μετάδοσης γνώσεων για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη, ρόλο παίζουν και άλλες γνωστικές δομές και ενέργειες, όπως αποδοχές αυτό-δραστικότητας, πεποιθήσεις περί ελέγχου, προθυμία για κίνδυνο και η αντίληψη που έχει το άτομο για τον εαυτό του (Lohaus, 1993). Ως βάση τίθεται ότι θετικά συναισθήματα που αναφέρονται στο ίδιο το άτομο, όπως εμπιστοσύνη στον εαυτό του, αυτοπεποίθηση κ.λπ. αυξάνουν την προθυμία για υγιεινή συμπεριφορά. Με ένα θετικό αίσθημα αυτοπεποίθησης ταυτόχρονα εμφανίζεται υψηλότερη προθυμία για προσπάθεια και μεγαλύτερη αντοχή κατά την αντιμετώπιση προβλημάτων. Αντίθετα, σε μία αρνητική αυτοεκτίμηση υπάρχει ο κίνδυνος τα παιδιά / οι νέοι να προσπαθήσουν να μετρήσουν την αυτοεκτίμησή τους με ακατάλληλο τρόπο, π.χ. με το κάπνισμα προσπαθούν να βρουν αναγνώριση σε μία ομάδα. Για τον λόγο αυτό, προγράμματα πρόληψης πρέπει να προσφέρουν εναλλακτικούς τρόπους αύξησης της αυτοπεποίθησης, ώστε να αποφεύγεται ο ανθυγιεινός τρόπος τόνωσης της αυτοπεποίθησης.

Μέτρα, τα οποία επιδιώκουν την αύξηση της αυτοπεποίθησης, πρέπει επίσης να προσφέρουν τον επιθυμητό στόχο, προς τον οποίο πρέπει να βαδίσει η αλλαγή της συμπεριφοράς και να συνδέονται με στρατηγικές αλλαγής της συμπεριφοράς (Lohaus, 1993).

Επίσης σημαντικό είναι τα μέτρα πρόληψης να λαμβάνουν υπόψιν τους τις ατομικές ανάγκες των παιδιών και των νέων και να περιλαμβάνουν κοινωνικές και συναισθηματικές παραμέτρους (Laaser, et al 1993). Γιατί η συμπεριφορά ως προς την υγεία «έχει βαθιά τις ρίζες της στις συνήθειες της ατομικής παρακίνησης και στις συνθήκες της προσωπικής ζωής (...)» (Otto, et al 1987).

Οι προληπτικές ιδέες και τα προγράμματα δίνουν μεγάλη αξία στο να αρχίσει νωρίς η οικοδόμηση μίας υγιεινής συμπεριφοράς και ενός υγιεινού τρόπου ζωής, γιατί τότε η πιθανότητα να διατηρηθεί ο υγιεινός τρόπος ζωής για μεγάλο χρονικό διάστημα είναι μεγάλη. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο προσανατολισμός των προγραμμάτων πρόληψης σε στάδια ανάπτυξης και η συμπερίληψη γνωστικών και κινητικών προϋποθέσεων των παιδιών και των νέων. Όσο πιο προσαρμοσμένο είναι το πρόγραμμα στο εκάστοτε στάδιο ανάπτυξης, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα επιτυχίας ενός προγράμματος (Lohaus, 1993).

## 2.5 Ανακεφαλαίωση

Στην αρχή του κεφαλαίου εξηγούνται οι έννοιες πρόληψη και προαγωγή της υγείας, ώστε να προκύψουν οι διαφορές και τα κοινά τους σημεία, καθώς και το περιεχόμενο και οι στόχοι τους.

Η παραδοσιακή αντίληψη της πρόληψης είναι προσανατολισμένη στους παράγοντες κινδύνου. Από τη δεκαετία του '80 σημειώθηκε μεταβολή, ώστε να μη ρωτά κανείς πλέον «Τι αρρωσταίνει τους ανθρώπους;» παρά «Τι επιτρέπει στους ανθρώπους να παραμένουν υγιείς παρά τις έκτακτες επιβαρύνσεις;» (Salutogenese). Αυτό εμπεριέχει την ανάπτυξη και τη σταθεροποίηση των καλούμενων προστατευτικών παραγόντων, όπως π.χ. εσωτερική πεποίθηση ελέγχου, εμπιστοσύνη που έχει κανείς στον εαυτό

του, θετικό αίσθημα αυτοπεποίθησης, μία αισιόδοξη βασική διάθεση κ.ά. Στην πορεία του κεφαλαίου προκύπτει το πώς μπορεί κανείς να ενισχύσει τους καλούμενους προστατευτικούς παράγοντες στην παιδική και εφηβική ηλικία, ώστε να προωθήσει τη θετική ανάπτυξη της προσωπικότητας.

Εκτός από την παρουσίαση θεωρητικών επεξηγητικών προτάσεων για τη συμπεριφορά ως προς την υγεία, όπως το μοντέλο υγεία-πίστη του Rosenstock (1996), τη θεωρία αυτό-δραστηκότητας του Bandura (1997) και τη θεωρία της συλλογιστικής δράσης και της προγραμματισμένης δράσης των Fishbein και Ajzen (1980), εξηγείται επίσης ποια επίδραση είχαν οι μέχρι τώρα ιδέες και τα μέχρι τώρα προγράμματα και ποιες συνέπειες προέκυψαν από αυτά για την εργασία πρόληψης.

## 2.6 Βιβλιογραφία

**J K Alexander.** The cardiomyopathy of obesity. *Prog Cardiovasc Dis* 1985, 27:325-34.

**Antonovsky A. (1980):** Health, Stress, and Coping. San Francisco, Washington, London.

**Balz E. (2003):** Stichwort “Gesundheitserziehung”. In: ROETHIG P., PROHL R. (Hrsg.): Sportwissenschaftliches Lexikon. Schorndorf.

**Bandura A. (1997):** Self-Efficacy. The exercise of control. New York.

**Bund A. (2001):** Selbstvertrauen und Bewegungslernen. Studien zur Bedeutung selbstbezogener Kognitionen für das Erlernen (sport-) motorischer Fertigkeiten. Schorndorf.

**Caplan G. (1964):** An approach to Community Mental Health. London.

**Eberle G. (1990):** Leitfaden Praevention. Sankt Augustin.



- Elben C., Lohaus A. (2003):** Praevention im Kindesalter. In: JERUSALEM M., WEBER H. (Hrsg.): Psychologische Gesundheitsförderung. 381-397. Goettingen.
- Fishbein M., Ajzen I. (1980):** Understanding attitudes and predicting social behaviour. New Jersey.
- Franzkowiak P. (1996):** Stichwort „Praevention“. In BzgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsfoerderung. 85-86. Schwabenheim a. d. Selz.
- Hennekens CH. (2020):** Overview of primary prevention of cardiovascular disease. UpToDate.
- Hurrelmann K. (1999):** Lebensphase Jugend. Weinheim & Muenchen.
- Ιατράκης Γ. (2020).** Γυναικολογική Ογκολογία. Αθήνα, Εκδόσεις «Desmos Digital IKE» 2020.
- Ιατράκης Γ. (2020).** Οικογενειακός Προγραμματισμός. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Ζεβελεκάκη 2020.
- Jerusalem M. (1997):** Gesundheitserziehung und Gesundheitsfoerderung in der Schule. In: SCHWARZER R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. 575-593. Goettingen.
- Jerusalem M. (2002):** Stichwort „Kompetenzfoerderung“. In: SCHWARZER R., JERUSALEM M., WEBER H.: Gesundheitspsychologie von A-Z. 270-273. Goettingen.
- Jerusalem M. (2003):** Praevention in Schulen. In: JERUSALEM M., WEBER H.: Psychologische Gesundheitsfoerderung. 461-477. Goettingen.
- Kammerer W. (1987):** Betriebskrankenkassen und Praevention – Ueberlegungen zur betriebsgezogenen Kooperation. In: LAASER U., SASSEN G., MURZA G., SABO P. (Hrsg.): Praevention und Gesundheitserziehung. 419-423. Heidelberg.

- Laaser U., Hurrelmann K., Wolters P. (1993):** Praevention, Gesundheitsfoerderung und Gesundheitserziehung. In: HURRELMANN K., LAASER U. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. 176-2003. Weinheim und Basel.
- Lohaus A. (1993):** Gesundheitsfoerderung und Krankheitspraevention im Kindes- und Jugendalter. Goettingen.
- Otto W.-P. (1987):** Aktion Schule und Gesundheit – Aerzte und Lehrer für Praevention. In: LAASER U., SASSEN G., MURZA G., SABO P. (Hrsg.): Praevention und Gesundheitserziehung. 164-167. Heidelberg.
- Paletta A. (2001):** Gesundheitsfoerderung durch Sport und Bewegung bei Jugendlichen. Butzbach.
- Röhrle B. (Hrsg.) (2002):** Praevention und Gesundheitsfoerderung. Bd. II. Tuebingen.
- Rosenstock I. M. (1966):** Why people use health services. Milbank Memorial Fund Quaterly 44. 94-127.
- Roth M., Rudert E., Petermann H. (2003):** Praevention bei Jugendlichen. In: Jerusalem M., Weber H. (Hrsg.): Psychologische Gesundheitsfoerderung, 399-418. Goettingen.
- Schwartz F.W., Walter U., Robra B.-P., SCHMIDT T. (1998):** Praevention. In: SCHWARZT F.W. (Hrsg.): Das Public Health Buch. 151-170. Muenchen, Wien, Baltimore.
- Schwarzer R. (Hrsg.) (1990):** Gesundheitspsychologie. Goettingen.
- Schwarzer R. (1992):** Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Goettingen.
- Schwarzer R. (1996):** Psychologie des Gesundheitsverhaltens. 2. Auflage. Goettingen.
- Sotos-Prieto M, Bhupathiraju SN, Mattei J, Fung TT, Li Y, Pan A, Willett WC, Rimm EB, Hu FB (2015).** Changes in Diet Quality

Scores and Risk of Cardiovascular Disease Among US Men and Women. *Circulation*, 132:2212-9.

**Waller H. (2002):** Gesundheitswissenschaft. 3. Auflage. Stuttgart.

**Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, DePalma SM, Gidding S, Jamerson KA, Jones DW, MacLaughlin EJ, Muntner P, Ovbigele B, Smith SC Jr, Spencer CC, Stafford RS, Taler SJ, Thomas RJ, Williams KA Sr, Williamson JD, Wright JT Jr. 2017 (2018).** ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*, 71:e13.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

## Πρόληψη στην παιδική και εφηβική ηλικία

### 3.1 Εισαγωγή

Η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας στην παιδική και εφηβική ηλικία παίζουν ένα όλο και πιο σημαντικό ρόλο. Σε αυτές τις περιόδους της ζωής, τίθεται η βάση της μετέπειτα (υγιεινής ή επικίνδυνης) συμπεριφοράς. Έτσι, η προβληματική συμπεριφορά που πιθανόν να εμφανιστεί αργότερα συχνά έχει τις ρίζες της στην παιδική ή εφηβική ηλικία. Ενδεικτικά, άτομα (περιλαμβάνοντας και παιδιά) με τιμές γλυκόζης νηστείας 100-125 mg/dL, θεωρούνται ότι βρίσκονται σε προδιαβητική κατάσταση και πρέπει να ληφθούν όλα τα μέτρα για την αποφυγή της ανάπτυξης διαβήτη τύπου 2 (Klish & Skelton 2020).

Από την άλλη πλευρά, οι μεταβαλλόμενες συνθήκες ζωής των παιδιών και των νέων καθιστούν πολύ σημαντική την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Αυτές εκφράζονται για παράδειγμα στη μεταβολή της μορφής της οικογένειας (αυξανόμενο ποσοστό διαζυγίων), στον αυξανόμενο εγκλεισμό στο σπίτι και τη χρήση των μέσων ενημέρωσης στον κόσμο που βιώνουν τα παιδιά.

Για να είναι όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά τα προγράμματα πρόληψης, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ληφθούν υπ' όψιν οι συγκεκριμένες συνθήκες ανάπτυξης και τα χαρακτηριστικά της παιδικής και εφηβικής ηλικίας (Elben & Lohaus, 2003). Στο επόμενο κεφάλαιο

γίνεται ειδική αναφορά στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας στην παιδική και εφηβική ηλικία και παρουσιάζονται αρχικά βασικές αρχές της Αναπτυξιακής Ψυχολογίας και οι συνέπειες που προκύπτουν από αυτήν για τη δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης. Κατόπιν εξηγούνται συγκεκριμένες για κάθε φύλο απόψεις, οι οποίες πρέπει οπωσδήποτε να ληφθούν υπ' όψιν στα μέτρα πρόληψης.

### **3.2 Διαχωρισμός παιδικής ηλικίας και εφηβικής ηλικίας**

Από πλευράς Αναπτυξιακής Ψυχολογίας και Ψυχολογίας της Προσωπικότητας, φαίνεται εύλογος ο διαχωρισμός μεταξύ του παιδικού και του εφηβικού σταδίου (Hurrelmann, 1999).

Η παιδική ηλικία λήγει με την είσοδο στην ήβη, την καλούμενη εφηβεία, η οποία τις περισσότερες φορές ξεκινά στην ηλικία μεταξύ 12 και 14 ετών. Αν κανείς θεωρήσει την πρώιμη παιδικότητα ως ένα ανεξάρτητο στάδιο ανάπτυξης, τότε το παιδικό στάδιο ζωής περιλαμβάνει και τις ηλικίες από 4-12 και 14 ετών (Scheid, 2003a).

Με την έναρξη της εφηβείας εμφανίζονται οι ακόλουθες αλλαγές σε βάθος:

«Ολόκληρο το σώμα υπόκειται σε ανατομικές, φυσιολογικές και ορμονικές μεταβολές, γεγονός που καθιστά απαραίτητη μία ευρεία προσαρμογή σε σωματικό, ψυχικό, ακόμα και σε κοινωνικό επίπεδο.» (Hurrelmann, 1999, 31).

Στο στάδιο αυτό τίθενται διαφορετικές αναπτυξιακές απαιτήσεις από την παιδική ηλικία και ακόμα και η επεξεργασία ή η αντιμετώπιση των απαιτήσεων αυτών γίνεται με διαφορετικό τρόπο στα δύο αυτά στάδια της ζωής. Για την ανταπόκριση σε αυτές τις απαιτήσεις πρέπει να ικανοποιηθούν οι καλούμενες «εργασίες ανάπτυξης», οι οποίες εμφανίζονται διαφορετικά στα επιμέρους στάδια της ζωής.

Οι εργασίες ανάπτυξης ορίζονται ως

«ψυχικά και σωματικά προδιαγεγραμμένες προσδοκίες και απαιτήσεις (...), οι οποίες τίθενται σε άτομα σε ένα ορισμένο στάδιο της ζωής τους. Εννοούνται ως ψυχο-κοινωνικά συστήματα αναφοράς, εντός των οποίων πρέπει να πραγματοποιηθεί η εξέλιξη της προσωπικότητας του ατόμου.» (Scheid, 2003, 172).

Στην παιδική ηλικία αναπτύσσονται οι στοιχειώδεις γνωστικές και γλωσσικές ικανότητες, οι πρώτες μορφές κοινωνικής συνεργασίας και οι βασικές μορφές ηθικής. Τα παιδιά εξαρτώνται κυρίως από τους γονείς τους. Η μίμηση και η ταύτιση με τους γονείς χρησιμεύουν στην αντιμετώπιση απαιτητικών καταστάσεων.

Αντίθετα, στην εφηβική ηλικία κύριο λόγο έχει η αντιπαράθεση του νέου με την εικόνα του εαυτού του και το πώς αντιλαμβάνεται το εγώ του. Οι νέοι πρέπει σιγά-σιγά να αποδεσμευτούν από τους γονείς τους. Καθήκον τους είναι η αυξανόμενη ανεξάρτητη αντιμετώπιση απαιτήσεων και προκλήσεων που τους θέτει η ζωή (Hurrelmann, 1999).

Η γνώση συγκεκριμένων εξελικτικών εργασιών αποτελεί μία σημαντική προϋπόθεση για την κατάστρωση των προγραμμάτων πρόληψης.

### **3.3 Παιδική ηλικία: Βασικές αρχές της Εξελικτικής Ψυχολογίας**

Ο τομέας της παιδικής ηλικίας χαρακτηρίζεται από διαρκή μεταβολή. Τα παιδιά έρχονται αντιμέτωπα με απαιτήσεις που απαιτούν από αυτά διαρκή ικανότητα προσαρμογής.

Τα κρίσιμα στάδια της ζωής που επηρεάζουν την παιδική ηλικία κατά τον Montada (2002) χωρίζονται σε κανονιστικά και μη κανονιστικά κρίσιμα στάδια. Ως κανονιστικά στάδια, τα οποία περνούν τα περισσότερα παιδιά, εννοούνται οι χαρακτηριστικές αναπτυξιακές εργασίες:

- η οικοδόμηση βασικής συναισθηματικής εμπιστοσύνης
- η ανάπτυξη της ευφυΐας
- η ανάπτυξη κινητικών και γλωσσικών ικανοτήτων και
- η απόκτηση βασικών κοινωνικών δεξιοτήτων (Oerter & Montada, 2002).

Κρίσιμα γεγονότα, όπως π.χ. διαζύγιο των γονέων, αλλαγή τόπου ή σχολείου, απώλεια κοντινών προσώπων, ανεργία, ασθένεια κ.λπ. αποτελούν τους καλούμενους μη κανονιστικούς κρίσιμους τομείς της ζωής. Οι τελευταίοι, εκτός από επαναπροσανατολισμό, απαιτούν και το ξεπέραςμα της απώλειας και νέων απαιτήσεων. Τέτοια γεγονότα κατά τον Montada (1998) μπορεί να επιφέρουν τη μεταβολή κοινωνικών ρόλων, προσωπικών στόχων, προτεραιοτήτων και αξιών καθώς και την οικοδόμηση νέων ικανοτήτων, νέων γνώσεων, νέων στάσεων και νέων κοινωνικών σχέσεων.

Οι εξελικτικές εργασίες και τα κρίσιμα γεγονότα της ζωής να μεν κρύβουν τον κίνδυνο μη σωστής προσαρμογής και διαταραχής της ανάπτυξης, όμως προσφέρουν επίσης την ευκαιρία παρόρμησης προς μία θετική εξέλιξη. Έτσι, κατά την αντιμετώπιση των προβλημάτων μπορούν να οικοδομηθούν στρατηγικές υπέρβασης, στις οποίες μπορεί κανείς πάντα να ανατρέξει στο μέλλον (Elben & Lohaus, 2003).

«Προβλήματα και κρίσεις, ακόμα και απώλειες και ήττες μπορεί να λειτουργήσουν ως προκλήσεις, η πετυχημένη αντιμετώπιση των οποίων σημαίνει κέρδη σε ικανότητες και αυτοπεποίθηση και οι οποίες οδηγούν σε νέες αντιμετωπίσεις και σε νέους προσανατολισμούς αξιών.» (Montada 2002, 42).

Με την κατάταξη των σταδίων της ζωής σε κανονιστικά και μη κανονιστικά καθίσταται σαφές ότι είναι απαραίτητες διαφορετικές προτάσεις πρόληψης, όπως οι καλούμενες μη συγκεκριμένες προτάσεις πρόληψης, δηλαδή ευρείας εφαρμογής και οι συγκεκριμένες προτάσεις

πρόληψης, οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν όταν παρουσιαστούν κρίσιμα γεγονότα στη ζωή.

Τις τελευταίες δεκαετίες, λόγω των κοινωνικών διεργασιών μεταβολής, άλλαξαν έντονα οι συνθήκες, υπό τις οποίες μεγαλώνουν σήμερα τα παιδιά. Οι μεταβληθείσες συνθήκες ζωής και ανάπτυξης των παιδιών φαίνονται εκτός των άλλων:

- στη μεταβολή της μορφής της οικογένειας (τάση για μικρή οικογένεια, αυξανόμενο ποσοστό διαζυγίων),
- στη μεταβολή των χωρικών συνθηκών ζωής (περιορισμός σε ειδικούς χώρους, εγκλεισμός στο σπίτι) και
- στην εφαρμογή της τεχνολογίας και των μέσων ενημέρωσης στον κόσμο των παιδικών εμπειριών (καταναλωτική κουλτούρα των παιδιών) (Dordel, 2003).

Η τυπική μορφή οικογένειας – πατέρας, μητέρα, παιδιά – αντικαθίσταται ολοένα και περισσότερο από οικογένειες με ένα παιδί και μονογονεϊκές οικογένειες. Λόγω συγκρούσεων, οι οποίες μπορεί να προκύψουν από διαζύγιο, από αλλαγή του συντρόφου ενός γονέα ή εναλλασσόμενα πρόσωπα αναφοράς εκτός της οικογένειας, προκύπτουν συναισθηματικές και ψυχολογικές-κοινωνικές επιβαρύνσεις για τα παιδιά και τους νέους (Dordel, 2004).

Με την αυξανόμενη πυκνότητα της κυκλοφορίας και την απώλεια φυσικών ευκαιριών για παιχνίδι και κίνηση, τα παιδιά στερούνται τον φυσικό χώρο μέσα στον οποίο θα μπορούσαν να κινηθούν και επομένως και τη δυνατότητα για χωρικές, κοινωνικές και άμεσα σωματικές-αισθητικές εμπειρίες. Αντί για αυτό, ολοένα και συχνότερα, χρησιμοποιείται το παιδικό δωμάτιο για δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο και δημιουργούνται τεχνητοί χώροι για παιχνίδι όπως παιδότοποι και χώροι για παιχνίδι και περιπέτεια των παιδιών, κινητά παιχνίδια, εγκαταστάσεις με παιχνίδια κ.λπ. Τις περισσότερες φορές, τα



παιδιά δεν μπορούν να πάνε μόνα τους στις εγκαταστάσεις αυτές, έτσι πρέπει κάποιος να τα μεταφέρει. Τα παιδιά δεν μπορούν πλέον να ζήσουν και να κατακτήσουν τον χώρο τους ελεύθερα και ανεξάρτητα. Αντί αυτού βιώνουν το περιβάλλον τους ως «τεράστια και άσχετα ‘νησιά’ από ειδικούς χώρους για παιδιά» (Hurrelmann, 2004, 24).

Επίσης, ολοένα και περισσότερα παιδιά περνούν το χρόνο τους μπροστά στην τηλεόραση και τον ηλεκτρονικό υπολογιστή λόγω της αυξανόμενης χρήσης των μέσων ενημέρωσης. Η ενεργός δράση του ατόμου αντικαθίσταται από την παθητική κατανάλωση. Συνέπεια είναι η απώλεια της ίδιας δραστηριοποίησης, η οποία οδηγεί σε μείωση των δυνατοτήτων κινητικής ανάπτυξης (Scheid, 2003α, 291). Φυσικά, πέρα από τις ψυχολογικές επιπτώσεις, η έλλειψη άσκησης μπορεί να καταλήξει και σε παθολογικά προβλήματα. Ενδεικτικά, η πρώτη και κυριότερη προσέγγιση για την πρόληψη του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι η άσκηση σε παχύσαρκα άτομα (Klish & Skelton 2020).

Παρ' όλο που τα παιδιά θεωρούνται σχετικά μη επιβαρημένη ομάδα από πλευράς υγείας, παρουσιάζουν διαταραχές στη λήψη τροφής και στη διατροφική συμπεριφορά καθώς και ελλιπή έλεγχο του συντονισμού των αισθήσεων ή ψυχικές ιδιαιτερότητες.

Η ανθυγιεινή διατροφή και η ελλιπής κίνηση μπορούν να οδηγήσουν σε προβλήματα της σπονδυλικής στήλης, της ικανότητας συντονισμού και του βάρους. Η κατά κύριο λόγο καθιστική απασχόληση στο σχολείο, στην εκπαίδευση και στη δουλειά και η αυξανόμενη μονόπλευρη χρήση των μέσων ενημέρωσης οδηγούν σε μονόπλευρη διέγερση των αισθήσεων. Αυτό κατά τον Hurrelmann (2004) οδηγεί σε «ελλιπή σύνδεση των εγκεφαλικών κέντρων, γεγονός που με τη σειρά του έχει ως συνέπεια τη βλάβη της κινητικότητας».

Εκτός από αυτές τις βλάβες της υγείας ολοένα και περισσότερα παιδιά (10-12%) παρουσιάζουν ψυχολογικές-κοινωνικές ιδιαιτερότητες. Σε αυτές

περιλαμβάνονται «διαταραχές στον τομέα της αντίληψης και της γνωστικής επεξεργασίας, συναισθηματικές διαταραχές, διατροφικές διαταραχές, διαταραχές της σεξουαλικής ανάπτυξης, νευρώσεις και ψυχώσεις» (Lohaus, 1993).

Πολλά παιδιά έχουν να αντιμετωπίσουν ψυχικές απογοητεύσεις και κοινωνικές συγκρούσεις, γιατί η λύση των προβλημάτων αυτών τους φαίνεται δύσκολη. Οι αιτίες είναι πολύπλευρες και μπορούν να εκφραστούν εκτός των άλλων με ψυχικές εντάσεις, οικογενειακές συγκρούσεις ή σοβαρές κοινωνικές σχέσεις (Hurrelmann, 2004).

### **3.4 Εφηβεία: Βασικές αρχές της Εξελικτικής Ψυχολογίας**

Η εφηβική ηλικία χαρακτηρίζει τη μεταβατική περίοδο μεταξύ παιδικής ηλικίας και ενηλικίωσης και αναφέρεται στο στάδιο μετά την ηλικία των 11/12 ή 14 ετών μέχρι περίπου την ηλικία των 25 ετών (πρώιμη εφηβεία: ηλικία περίπου 11-14 ετών, μέση εφηβεία: ηλικία περίπου 15-17 ετών, ύστερη εφηβεία: ηλικία περίπου 18-20 ετών, μετά-εφηβεία: ηλικία περίπου 21-25 ετών). Χαρακτηρίζεται από γεγονότα όπως μετακόμιση από το σπίτι των γονέων, επαγγελματική αποκατάσταση, δημιουργία συντροφικής σχέσης κ.λπ. (Oerter & Dreher, 2002).

Στο στάδιο αυτό της αναμόρφωσης, οι νέοι αντιμετωπίζουν πολύπλευρα καθήκοντα ανάπτυξης, τα οποία πρέπει να ξεπεράσουν.

«... το αναπτυξιακό καθήκον της ανάπτυξης διανοητικών και κοινωνικών ικανοτήτων (επαν-) έρχεται στο προσκήνιο, οι νέοι πρέπει να είναι σε θέση να αντεπεξέλθουν στις σχολικές και επαγγελματικές απαιτήσεις, να ξεκινήσουν μία βιοποριστική εργασία και έτσι να διασφαλίσουν τη δική τους οικονομική και υλική βάση για την ανεξάρτητη ύπαρξή τους ως ενήλικες.» (Hurrelmann, 1990, 99).

Το κεντρικό καθήκον της εφηβικής ηλικίας συνίσταται στην οικοδόμηση μίας σταθερής δομής της προσωπικότητας και της κοινωνικής ταυτότητας. Χαρακτηριστικά καθήκοντα ανάπτυξης της εφηβικής ηλικίας είναι:

- α) η ανάπτυξη διανοητικών και κοινωνικών ικανοτήτων (η ανάληψη ίδιας ευθύνης για σχολικές και επαγγελματικές απαιτήσεις όσον αφορά την απόκτηση προσόντων),
- β) η ανάπτυξη του ρόλου βάσει του φύλου και της συνδετικής συμπεριφοράς,
- γ) η εκπαίδευση προτύπων δράσης για την αγορά καταναλωτικών αγαθών και την ψυχαγωγική αγορά,
- δ) η οικοδόμηση ενός συστήματος αξιών και ηθικής συνείδησης,
- ε) η αποδοχή της ατομικής σωματικής εμφάνισης και η αποτελεσματική χρήση του σώματος και
- ζ) η ανάπτυξη προσωπικής αυτονομίας (αποδέσμευση από τους γονείς και επίτευξη ανεξαρτησίας) (Scheid, 2003β).

Σε φυσιολογικές περιπτώσεις, τα αναπτυξιακά καθήκοντα αντιμετωπίζονται χωρίς υπερφορτώσεις, γιατί η αντιμετώπιση των απαιτήσεων γίνεται διαδοχικά. Ωστόσο, αυτό δεν συμβαίνει αν λείπουν οι απαραίτητες στρατηγικές αντιμετώπισης ή απαιτούνται υπερβολικές ικανότητες από τον νέο και οι πόροι, στους οποίους αυτός μπορεί να ανατρέξει, είναι λίγοι.

«Το πολύπλευρο των αναπτυξιακών εργασιών στην εφηβική ηλικία, η οποία απαιτεί ολόκληρο το φάσμα των σωματικών, φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών-πολιτιστικών ικανοτήτων, εκτός από τη διαρκή ενεργό ικανότητα προσαρμογής απαιτεί και προγράμματα αντιμετώπισης, τα οποία μπορεί να απαιτήσουν υπερβολικές ικανότητες από τον κάθε νέο». (Hurrelmann, 1990, 99).

Αν δεν υπάρχουν επαρκείς στρατηγικές αντιμετώπισης, αυτό μπορεί να οδηγήσει στο να αναζητήσει κανείς λύσεις σε κρίσιμες καταστάσεις της

ζωής, οι οποίες να εμπεριέχουν κίνδυνο για την υγεία. Τέτοιοι τρόποι επικίνδυνης συμπεριφοράς θεωρούνται ως ανεπαρκής δρόμος επίλυσης στην προσπάθεια αντιμετώπισης προβλημάτων που εμφανίζονται (π.χ. υποκατάστατη ικανοποίηση με κατανάλωση ναρκωτικών μετά από προσδοκίες που έφεραν απογοήτευση) (Walper, 1990).

Για τον λόγο αυτό, η πρωτογενής πρόληψη στην εφηβική ηλικία, η οποία επιθυμεί να προλάβει τις δυσλειτουργίες και τις διαταραχές της ανάπτυξης, πρέπει να λάβει υπ' όψιν της δύο τυπικές για τους νέους πλευρές:

α) Επικίνδυνη συμπεριφορά ως φαινόμενο που οφείλεται στην ανάπτυξη. Το στάδιο της εφηβείας είναι ένα στάδιο αυξανόμενης αντίληψης του εγώ, γεγονός που έχει να κάνει με τη γνωστική ανάπτυξη και την αναζήτηση της ταυτότητας του ατόμου. Ο νέος είναι υπερβολικά κολλημένος στον εαυτό του για να μπορεί να νιώσει κατάλληλα τις σκέψεις και τα αισθήματα των άλλων (εφηβικός εγωκεντρισμός) (ROTH, et al 2003). Αυτό οδηγεί σε μικρή εκτίμηση του κινδύνου και του ρίσκου και σε παράλογη εκτίμηση των προβλημάτων. Ο νέος είναι πεπεισμένος για το ότι είναι άτρωτος («Κάτι τέτοιο δεν μπορεί να συμβεί σε μένα»), κάτι που αποκλείει αρνητικές συνέπειες της επικίνδυνης συμπεριφοράς. Βάσει αυτού μπορούν να εξηγηθούν τυπικές εφηβικές επικίνδυνες συμπεριφορές, όπως κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών, επικίνδυνη οδήγηση αυτοκινήτου, fastfood κ.λπ. Από την ηλικία των 17 ετών ξεκινά να μειώνεται η λανθασμένη εκτίμηση ότι ο νέος είναι άτρωτος και δίνει τη θέση της σε έναν πιο ρεαλιστικό τρόπο θεώρησης (ROTH, et al, 2003).

Όσον αφορά την ανθυγιεινή συμπεριφορά όπως κάπνισμα ή κατανάλωση αλκοόλ θα πρέπει κανείς να σκεφτεί ότι απλά και μόνον η απόκλιση από τον κανόνα για την ηλικία αυτή στην εφηβική ηλικία εμφανίζεται ως πρόβλημα. Στην καθημερινότητα ενός ενήλικα, η συμπεριφορά αυτή θεωρείται εντελώς φυσιολογική. Ωστόσο, στην εφηβική ηλικία συχνά η επικίνδυνη πράξη φαίνεται ότι είναι προσπάθεια αντιμετώπισης μίας

δυσκολίας, γιατί λείπουν οι απαραίτητη πόροι. Για τον λόγο αυτό, η μεταβολή της συμπεριφοράς αυτής δεν πρέπει να επιτευχθεί μόνον με την τροποποίηση της συμπεριφοράς, παρά κυρίως από τη διαμόρφωση και την αλλαγή του περιβάλλοντος και την ενίσχυση προσωπικών και κοινωνικών πόρων (Hurrelmann, 1999). Πέραν όμως από την επικινδυνότητα του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ δεν πρέπει να λησμονούμε ότι οι άθελτοι τραυματισμοί, όπως σε τροχαία ατυχήματα αλλά και οι ηθελημένοι όπως οι απόπειρες αυτοκτονίας, μαζί με τις μη ηθελημένες κυήσεις και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα παραμένουν οι κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνητότητας κατά την εφηβική ηλικία (Elster 2020).

β) Αποδέσμευση από τους γονείς και στροφή σε ομάδες συνομήλικων ως εφηβικό καθήκον ανάπτυξης

Η σημασία των γονέων ως συνομιλητών σε έγνοιες, προβλήματα και προσωπικές εμπειρίες μειώνεται αυξητικά στην εφηβεία. Αντίθετα, μεγαλύτερη σημασία αποκτά η ομάδα των συνομήλικων (Peer-Group). Επομένως, μπορεί κανείς να δεχθεί ότι οι γονείς από ένα ορισμένο σημείο και έπειτα γνωρίζουν ολοένα και λιγότερα για την «ιδιωτική ζωή» των παιδιών τους. Το ίδιο ισχύει και για την κατάσταση της υγείας τους και για τη φροντίδα της υγείας τους.

Ένα ακόμα χαρακτηριστικό της εφηβείας είναι η αυξανόμενη επιρροή των νέων στο περιβάλλον τους. Ενώ τα παιδιά είναι ακόμα στενά δεμένα με την οικογένεια και η ζωή τους καθορίζεται από το περιβάλλον τους, οι νέοι όσο μεγαλώνουν ασκούν ενεργό επιρροή στο περιβάλλον τους και το επηρεάζουν. Μπορεί, για παράδειγμα, να αποδεσμευτούν από την ομάδα των συνομήλικών τους, αν οι αξίες και οι θέσεις που αυτοί αντιπροσωπεύουν δεν ταιριάζουν με τις δικές τους (π.χ. κατάχρηση ναρκωτικών).

Η αποδέσμευση από τους γονείς και η στροφή σε ομάδα συνομηλίκων μπορεί όμως να έχει και αρνητικές συνέπειες όσον αφορά την υγιεινή

συμπεριφορά. Η υγεία, με την έννοια της ευεξίας, μπορεί να περιλαμβάνει και ανθυγιεινή συμπεριφορά. Έτσι, σημαντικά κίνητρα για την κατανάλωση αλκοόλ και νικοτίνης είναι η συμμετοχή σε ομάδα συνομηλίκων και η παρουσίαση μίας κατάστασης ενηλίκου (Allmer & Kleinert, 1999).

Στην καθημερινότητά τους, οι νέοι αναζητούν κοινωνική και ατομική ταυτότητα. Πρόκειται για την ιδανική εκπλήρωση της εικόνας του εγώ τους. Προσπαθούν να πετύχουν στον σχολικό τομέα και στον φιλικό κύκλο και θέλουν να είναι αγαπητοί, να επιβάλλονται, να είναι μεγάλοι, ισχυροί, ανεξάρτητοι, σίγουροι, με καλή εμφάνιση και έξυπνοι. Για να πετύχουν αυτόν τον στόχο συχνά αποφασίζουν υπέρ ανθυγιεινών τρόπων συμπεριφοράς σε βάρος των υγιεινών. Έτσι, για παράδειγμα, το κάπνισμα ή η κατανάλωση ναρκωτικών γίνονται μέσα για να επιτευχθεί ο σκοπός της αναγνώρισης στον φιλικό κύκλο. Το να νιώθει ο νέος πραγματικά καλά ψυχικά και κοινωνικά έχει τον πρώτο λόγο στο θέμα αυτό και κανείς δεν σκέφτεται τις πιθανές αρνητικές συνέπειες της βλαβερής συμπεριφοράς (Laaser, et al 1993)

Η υγιεινή και η επικίνδυνη συμπεριφορά ανάγεται σε επικίνδυνους και προστατευτικούς παράγοντες. Αυτοί προκύπτουν από ατομικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Jessor, et al 1999). Σε ατομικό επίπεδο, ρόλο παίζουν η ιδέα που έχει το άτομο για τον εαυτό του, η αυτοπεποίθηση, οι προσδοκώμενες ικανότητες, οι στρατηγικές αντιμετώπισης, το άγχος και η συναισθηματική κατάσταση. Στο κοινωνικό επίπεδο, τεράστια σημασία έχει η κοινωνική υποστήριξη όπως αυτή γίνεται αντιληπτή, ενώ οι περιβαλλοντικοί παράγοντες προκύπτουν από χαρακτηριστικά του περιγύρου όπου ζει το άτομο (διάδοση της ανεργίας, εγκληματικότητα και χρήση ουσιών), τις κοινωνικές αντιλήψεις περί αξιών και κανόνων, τις επιρροές των μέσων ενημέρωσης και τη διαθεσιμότητα τσιγάρων, αλκοόλ και προφυλακτικών. Για τον λόγο αυτό,

ο καθορισμός του κινδύνου και των προστατευτικών παραγόντων είναι αποφασιστικής σημασίας για τα μέτρα πρωτογενούς πρόληψης (Mittag, 2002).

Επομένως, το αν και κατά πόσον τα παιδιά και οι νέοι αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και το πώς ανταποκρίνονται στις συνθήκες της ζωής, υπό τις οποίες μεγαλώνουν, εξαρτάται εκτός των άλλων από αυτούς τους προστατευτικούς παράγοντες. Ιδιαίτερα σε μεταβατικά στάδια ανάπτυξης όπως π.χ. είσοδος στο σχολείο, σωματική ωρίμανση, είσοδος στον επαγγελματικό βίο κ.λπ. οι νέοι είναι περισσότερο ευάλωτοι (Seiffge-Krenke, 1994).

Οι προστατευτικοί παράγοντες μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά και τους νέους στην αντιμετώπιση βλαπτικών επιρροών και συμβάλουν στο να μην οδηγήσουν οι επιβαρύνσεις σε διαταραχές της ανάπτυξης (Zimmer, 2001). Σε αυτούς τους προστατευτικούς παράγοντες περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων:

- ιδιότητες του χαρακτήρα, οι οποίες προκαλούν σε άλλους ανθρώπους θετικές αντιδράσεις,
- καλές ικανότητες επίλυσης προβλημάτων,
- ένα θετικό αίσθημα αυτοπεποίθησης,
- ρεαλιστικά μελλοντικά σχέδια,
- τακτική διεκπεραίωση οικιακών εργασιών και ανάληψη της ευθύνης στο σπίτι,
- υποστηρικτικοί ενήλικες,
- ένας συναισθηματικά σταθερός δεσμός με τουλάχιστον ένα πρόσωπο αναφοράς,
- ένα ενθαρρυντικό κλίμα ανάπτυξης,
- κοινωνική υποστήριξη στην οικογένεια καθώς και
- ένας μονοσήμαντος προσανατολισμός σε αξίες (Zimmer, 2001)

Πώς μπορούν να δομηθούν και να υποστηριχθούν αυτοί οι προστατευτικοί παράγοντες; Πώς μπορεί να προστατευθεί και να ενισχυθεί η ανάπτυξη των παιδιών και των νέων και πως μπορούν να συμβάλουν οι σωματικές και κινητικές εμπειρίες; Τα ερωτήματα αυτά θα εξεταστούν αναλυτικότερα στα επόμενα κεφάλαια.

### 3.5 Πρόληψη και φύλο

Η εφηβική ηλικία είναι ένα στάδιο ανάπτυξης που χαρακτηρίζεται από έντονη εξάρτηση των συμπτωμάτων από την ηλικία και το φύλο. Ενώ τα νεαρά αγόρια τείνουν περισσότερο σε εξωτερικευμένους τρόπους συμπεριφοράς («προσανατολισμένους στη σύγκρουση») όπως κατανάλωση ναρκωτικών, επιθετικότητα και κατάχρηση αλκοόλ, τα νεαρά κορίτσια τείνουν περισσότερο σε σύνδρομα εσωτερικευσης («προσανατολισμένα στην παραίτηση»). Αυτό εκφράζεται π.χ. με ψυχοσωματικές ενοχλήσεις και νοσολογικές εικόνες όπως απίσχναση, καταθλίψεις και φοβίες (Paletta, 2001).

Επομένως στη συγκρότηση των προγραμμάτων πρόληψης πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν τα διαφορετικά προβλήματα, οι διαφορετικοί πόροι και οι διαφορετικές ελλείψεις που έχουν τα αγόρια και τα κορίτσια (Helfferich, 1994).

Για παράδειγμα σύμφωνα με έρευνες τα κορίτσια τα απασχολεί περισσότερο το σώμα τους και εκτιμούν λιγότερο τις ικανότητές τους από τα αγόρια (Mrazek, 1991). Επίσης συχνά παρουσιάζουν ελλείψεις όσον αφορά τη συνειδητή αντίληψη του σώματός τους και των αναγκών τους καθώς και στην αντιμετώπιση του σώματός τους. Αυτές οι πλευρές αποτελούν ένα σημαντικό σημείο σύνδεσης, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τα κορίτσια στην εργασία πρόληψης. Τις περισσότερες



φορές, τα κορίτσια είναι πιο πρόθυμα να αντιμετωπίσουν το σώμα τους σε σχέση με τα αγόρια (Helfferich, 1994).

Κατά τον Helfferich (1995), σε κάθε προσχέδιο ενός προγράμματος πρόληψης πρέπει να προσεχθεί το κατά πόσον αυτό πρέπει να απευθύνεται στα κορίτσια ως κορίτσια και στα αγόρια ως αγόρια και αν η επικίνδυνη συμπεριφορά οφείλεται π.χ. σε προβλήματα συγκεκριμένα για κάθε φύλο. Επίσης, ενδείκνυται η εκμετάλλευση της δυνατότητας προσέγγισης και των ενδιαφερόντων κάθε φύλου και ο έλεγχος αν μπορούν να εφαρμοστούν εύλογα διαφορετικοί πόροι και των δύο φύλων. Επομένως, σε ορισμένες περιπτώσεις μπορούν να εφαρμοστούν καλύτερα ξεχωριστές ομάδες αγοριών και κοριτσιών, ενώ σε άλλες περιπτώσεις τα αγόρια μπορούν να επωφεληθούν από τα κορίτσια και αντίστροφα. Ειδικότερα, όταν πρόκειται για θέματα όπως σώμα, σεξουαλικότητα, εικόνα του θηλυκού/αρσενικού και σχέσεις, φαίνεται ότι η μικτή ομάδα είναι λιγότερο ευνοϊκή, τουλάχιστον όταν η συζήτηση γίνεται βάσει ίδιων εμπειριών και δεν συζητούνται αφηρημένα θέματα (Helfferich, 1994).

Ένα ακόμα παράδειγμα που συνηγορεί υπέρ των ξεχωριστών ομάδων είναι τα θέματα «διατροφικές διαταραχές» και «τροχαία ατυχήματα». Ενώ το πρώτο αφορά κυρίως τα κορίτσια, η πρόληψη των τροχαίων «ατυχημάτων μετά τη ντίσκο» αφορά περισσότερο τα νεαρά αγόρια από ότι τα κορίτσια. Παρ' όλα αυτά στα μέτρα πρόληψης πρέπει να ενσωματωθούν θηλυκά μέρη στα αγόρια και αρσενικά μέρη στα κορίτσια και να γίνει επεξεργασία των ρόλων-κλισέ (Helfferich, 1995).

Αντίθετα, τα μέτρα πρόληψης που αναφέρονται στο κάπνισμα και στην κατανάλωση αλκοόλ, μπορούν να πραγματοποιηθούν καλά με αγόρια και κορίτσια μαζί. Σε αυτές τις μικτές ομάδες, κατά τη γνώμη του Helfferich (1995), τα αγόρια επωφελούνται από τα κορίτσια. Όμως σημαντική προϋπόθεση για αυτό αποτελεί η ανωνυμία των ερωτήσεων, για να αποφεύγονται κατηγορίες οι οποίες θεωρούνται απειλητικές από τα

αγόρια. Αντίθετα, τα κορίτσια φαίνονται πιο παραγωγικά σε ομάδες, οι οποίες είναι ξεχωριστές από τα αγόρια.

Επίσης, πρέπει κανείς να αναλογιστεί τους λόγους που εμποδίζουν τους νέους να αναζητήσουν επαγγελματική βοήθεια. Ανασφάλεια, ντροπή ή προβλήματα διαθεσιμότητας της προσφερόμενης βοήθειας μπορεί να παίξουν κάποιο ρόλο στο θέμα αυτό. Από τη μία, η προθυμία αναζήτησης και λήψης βοήθειας εξαρτάται από το αν ο νέος νιώθει το άτομο που πρόκειται να τον βοηθήσει ως εκπρόσωπο του κόσμου των ενηλίκων, τον οποίο νιώθει ως περιοριστικό, ελεγκτικό ή ποινικό. Από την άλλη, ρόλο παίζει η προσωπική σχέση με το άτομο και αν μπορεί κανείς να αναμένει από αυτό το άτομο υποστηρικτική βοήθεια (Helfferich, 1995).

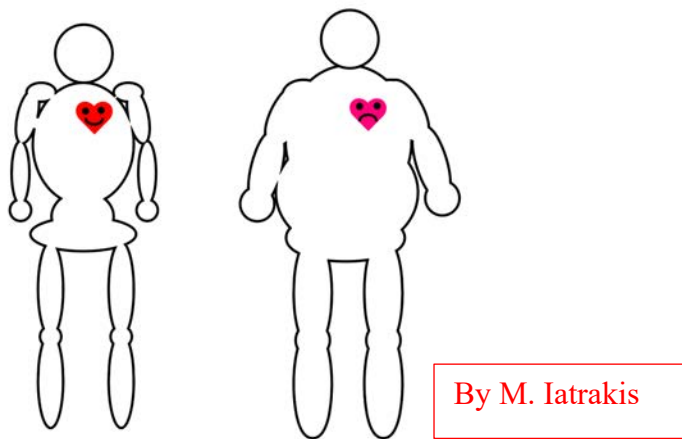
Τα κορίτσια, τις περισσότερες φορές, έχουν ένα καλύτερο κοινωνικό δίκτυο και όταν έχουν ένα προσωπικό πρόβλημα στρέφονται περισσότερο σε άλλες συνομήλικές τους. Είναι περισσότερο πρόθυμες να δεχθούν τη βοήθεια ειδικών (ιατρών, ψυχολόγων) όταν έχουν προσωπικά προβλήματα. Για αυτές, είναι πιο αποδεκτό να ομολογήσουν αδυναμίες, ανασφάλειες και ασθένειες από ότι για τα αγόρια και για τον λόγο αυτό να αναζητήσουν βοήθεια.

Η πρόσβαση σε ομάδες αγοριών γίνεται δυσκολότερα από ότι σε ομάδες κοριτσιών, όπου αποφασιστικό ρόλο παίζει η πίεση μη ομολογίας αδυναμιών και ο «συλλογικός μη γλωσσικός τρόπος επεξεργασίας». Εδώ είναι προτιμότερη η προσφορά επαγγελματικής βοήθειας εκτός της ομάδας, την οποία θα μπορεί να ζητήσει ο καθένας (Helfferich, 1995, 147). Όμως, σε περίπτωση ανάγκης, τα αγόρια απευθύνονται περισσότερο σε επαγγελματίες βοηθούς, παρά σε βοήθεια από το ιδιωτικό τους περιβάλλον (Hurrelmann, 1999).

Κατά τον Helfferich (1994, 164), το καθήκον της συγκεκριμένης πρόληψης για κάθε φύλο συνίσταται στη μείωση των κοινωνικών διαφορών και στη δημιουργία ίσων ευκαιριών όσον αφορά την υγεία.

Όμως, στις θεωρίες απουσιάζει ακόμα η σχέση μεταξύ φύλου και συγκεκριμένων προβλημάτων υγείας και η μετατροπή των αντίστοιχων σκέψεων στην πράξη.

«(Οι συγκεκριμένες προτάσεις πρόληψης για κάθε φύλο πρέπει (...) να περιλαμβάνουν τις βασικές σκέψεις της ιδέας του τρόπου ζωής, όμως να διαφοροποιούνται σύμφωνα με ειδικές για κάθε φύλο ‘μορφές έκφρασης’ και σύμφωνα με συλλογικά ‘καθήκοντα’ που συνδέονται με το φύλο, τα οποία αντιμετωπίζονται με αυτές τις μορφές έκφρασης (...))» (Helfferich, 1994, 171).



### 3.6 Μέτρα πρωτογενούς Πρόληψης

Τα παιδιά και οι νέοι είναι προσανατολισμένοι στο παρόν και δεν σκέφτονται τις συνέπειες μίας συμπεριφοράς. Το στιγμιαίο βίωμα, οι τρέχουσες ανάγκες και η αντιμετώπιση των απαιτήσεων της καθημερινότητας μετρούν περισσότερο από τις πιθανές αρνητικές επιδράσεις και εξελίξεις στο απώτερο μέλλον. Επομένως, κατανοούν λίγο τα μέτρα που αναφέρονται σε μετέπειτα στάδια της ζωής και στον επηρεασμό μετέπειτα συμπεριφορών.

Οι επικίνδυνοι τρόποι συμπεριφοράς στην εφηβική ηλικία εξηγούνται λόγω της υποτίμησης των πιθανών κινδύνων και της λανθασμένης εκτίμησης του κατά πόσον οι νέοι είναι άτρωτοι. Σε ποιους τρόπους

συμπεριφοράς τείνουν, αυτό εξαρτάται από τον κοινωνικό τους περίγυρο και το πόσο καλά αντεπεξέρχονται στις απαιτήσεις όταν αναζητούν ταυτότητα, το νόημα της ζωής, την κοινωνική αναγνώριση, την αποδοχή και την ικανοποίηση προσωπικών αναγκών. Επομένως, μέτρα πρόληψης που βασίζονται σε ενημέρωση, εκφοβισμό και επικαλούνται τον φόβο, δεν είναι πολύ αποτελεσματικά.

Επίσης, η υγεία των παιδιών και των νέων, τις περισσότερες φορές, εκτιμάται θετικά από αυτούς και θεωρείται αυτονόητη. Οι ίδιοι προσωπικοί πόροι και η δυνατότητα σωματικής ανάπτυξης δείχνουν να είναι ανεξάντλητοι. Και τα δύο γεγονότα, ο προσανατολισμός στο παρόν και η θετική εκτίμηση της υγείας, μειώνουν την ικανότητα ανταπόκρισης στα προγράμματα πρόληψης. Με δεδομένο ότι η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη αναφέρονται κυρίως στο μέλλον, δύσκολα μεταδίδονται αντίστοιχα μέτρα και προγράμματα στην ηλικιακή αυτή ομάδα.

Η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας πρέπει να αποτελούν αναπόσπαστο στοιχείο της προσωπικότητας, δηλαδή πρέπει να ανταποκρίνονται στις επιθυμίες των παιδιών και των νέων για δέσμευση, έλεγχο και αύξηση της αυτοεκτίμησης. Με την οικοδόμηση και την ενίσχυση των ικανοτήτων και των πόρων, η αντιμετώπιση της ζωής θα είναι δυνατή χωρίς την καταφυγή σε επικίνδυνες συμπεριφορές.

«(Υποστηρικτικά) μέτρα πρέπει να ενισχύουν τη δυνατότητα των νέων να αναπτύξουν την ατομικότητα και την ταυτότητά τους στο συγκεκριμένο στάδιο ανάπτυξης της εφηβικής ηλικίας. Καθήκον της παιδαγωγικής παρέμβασης είναι η εξάλειψη των μπλοκαρισμάτων και των αρνητικών επηρεασμών των δυνατοτήτων για αυτή την εξελικτική διεργασία.» (Hurrelmann, 1999).

Για να θεωρήσουν τα παιδιά και οι νέοι τα μέτρα πρόληψης ως εναλλακτικές δράσεις, τα μέτρα αυτά πρέπει να είναι κατάλληλα και δελεαστικά, να λαμβάνουν υπόψιν τα ενδιαφέροντα και τις ανάγκες των

παιδιών και των νέων και να είναι έτσι διαμορφωμένα, ώστε να βιώνονται άμεσα τα θετικά αποτελέσματα. Για τα προηγούμενα μέτρα, πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν και οι διαφορές λόγω ηλικίας και φύλου.

Ωστόσο, σε ορισμένες τουλάχιστον περιπτώσεις, πρέπει να ακολουθούνται οι χρονολογικοί κανόνες της πρωτογενούς πρόληψης. Ενδεικτικά, το εμβόλιο για τον HPV που μπορεί να γίνει στην εφηβική ηλικία έχει συγκεκριμένες ηλικίες έναρξης και μεσοδιαστήματα του εμβολιασμού (Ιατράκης 2020).

Επίσης, πρέπει να δοθεί προσοχή στο να επιλεγθούν μεσολαβητές, οι οποίοι να γίνονται αποδεκτοί από τα παιδιά και τους νέους και να θεωρούνται άτομα εμπιστοσύνης. Με άλλα λόγια, πρέπει κανείς να ανατρέξει σε άτομα, στα οποία θα έτρεχαν τα παιδιά και οι νέοι για συμβουλή και σε άλλα θέματα της ζωής τους. Έτσι, τα άτομα στα οποία τα παιδιά και οι νέοι έχουν εμπιστοσύνη σε ήρεμες συνθήκες, είναι εκείνα στα οποία θα μιλήσουν και στην περίπτωση δυσκολιών και προβλημάτων (KOLIP, et al, 1995).

Σε περίπτωση που αυτό δεν είναι δυνατό, ο μεσολαβητής πρέπει να δημιουργήσει θετική, έμπιστη επαφή με την ομάδα-στόχο, η οποία να βασίζεται σε αμοιβαία αποδοχή. Λόγω του ότι η ομάδα συνομηλίκων στην εφηβική ηλικία έχει αυξανόμενη σημασία έναντι των γονέων ή άλλων ενηλίκων, είναι απαραίτητη η εντονότερη συμπερίληψη της ομάδας συνομηλίκων σε προληπτικά προγράμματα (JERUSALEM, 2003).

### **3.7 Ανακεφαλαίωση**

Λόγω περιορισμένων εμπειριών και κατά συνέπεια ελλιπών ικανοτήτων επίλυσης προβλημάτων, τα παιδιά και οι νέοι είναι δύσκολο να αντιμετωπίσουν προβλήματα και κρίσεις και να φερθούν ανάλογα.

Ειδικότερα, σε μεταβατικά στάδια ανάπτυξης (π.χ. είσοδος στο σχολείο, σωματική ωρίμανση, έναρξη της επαγγελματικής ζωής) τα άτομα αυτά είναι πιο ευάλωτα. Οι επιβαρύνσεις αυτές κρύβουν τον κίνδυνο, λόγω έλλειψης στρατηγικών αντιμετώπισης να αναζητήσουν τα παιδιά και οι νέοι λύσεις επικίνδυνες για την υγεία ή επικίνδυνους τρόπους συμπεριφοράς, που τους προτιμούν από τους «πιο συνετούς» υγιείς τρόπους συμπεριφοράς. Για τον λόγο, αυτό είναι σημαντική η παροχή βοήθειας στα παιδιά και τους νέους για την ενίσχυση της υγείας τους και η συνεισφορά στη θετική ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους. Από την έρευνα των επικίνδυνων και προστατευτικών παραγόντων, κατέστη σαφές ότι από τη μία πλευρά υπάρχουν επικίνδυνοι παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να διαταράξουν την παιδική και εφηβική ανάπτυξη, από την άλλη όμως υπάρχει μία σειρά προστατευτικών παραγόντων, οι οποίοι μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά και τους νέους στην οικοδόμηση της προσωπικότητάς τους. Ωστόσο, στη κατάστρωση των προγραμμάτων πρόληψης δεν πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν μόνον αυτές οι βάσεις της Εξελικτικής Ψυχολογίας για την παιδική και εφηβική ηλικία, παρά και συγκεκριμένες απόψεις για κάθε φύλο. Για παράδειγμα, πρέπει να αναλογιστούμε ότι τα αγόρια τείνουν περισσότερο σε τρόπους συμπεριφοράς προσανατολισμένους στη σύγκρουση (επιθετικότητα, κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών) ενώ τα κορίτσια τείνουν περισσότερο σε σύνδρομα παραίτησης (ψυχοσωματικές ενοχλήσεις, καταθλίψεις, απίσχναση κ.ά.).

Επομένως, η ύλη και οι στόχοι των προγραμμάτων πρόληψης συγκεκριμένα για κάθε φύλο μπορούν να διαμορφωθούν ξεχωριστά, όπως η πρόσβαση σε ομάδες κοριτσιών και αγοριών. Για παράδειγμα, τα κορίτσια παρουσιάζουν συχνότερα προβλήματα όσον αφορά την αντίληψη που έχουν για το σώμα τους. Επομένως, αυτό είναι ένα σημαντικό σημείο σύνδεσης μαζί τους για την εργασία πρόληψης. Στον σχεδιασμό ενός

προγράμματος πρόληψης πρέπει να δοθεί προσοχή στο κατά πόσον πρέπει κανείς να απευθύνεται στα κορίτσια ως κορίτσια και στα αγόρια ως αγόρια, δηλαδή σε ποιες περιπτώσεις μπορούν να επωφεληθούν οι μεν από τους δε. Για παράδειγμα, το θέμα «διατροφικές διαταραχές» είναι πιο διαδεδομένο στα κορίτσια, ενώ τα νυχτερινά «ατυχήματα μετά τη ντίσκο» με το αυτοκίνητο αφορούν περισσότερο τα αγόρια. Αντίθετα, μέτρα πρόληψης που αφορούν την κατανάλωση αλκοόλ και νικοτίνης μπορούν να εκτελεστούν από κοινού με τα κορίτσια και τα αγόρια. Επίσης, πρέπει να σκεφτούμε ότι τις περισσότερες φορές η πρόσβαση σε ομάδες νέων είναι δύσκολη. Αυτοί τις περισσότερες φορές έχουν δυσκολία να παραδεχθούν τις αδυναμίες και τις ανασφάλειές τους, κάτι που μπορεί να αντιμετωπιστεί π.χ. με την ανωνυμία. Με τον τρόπο αυτό, τους δίνεται η ευκαιρία να «διαφυλάξουν το γόητρό τους». Σημαντική είναι επίσης η επεξεργασία του κλισέ των ρόλων.

Επομένως, από τη μία πλευρά πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν στα σοβαρά οι διαφορές που οφείλονται στο φύλο. Από την άλλη όμως πλευρά πρέπει να εισέλθουν θηλυκά μέρη στην εργασία πρόληψης των αγοριών και αντίστροφα.

Η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας πρέπει να βοηθήσουν τα αγόρια και τα κορίτσια εξ' ίσου στη διαμόρφωση μίας ισχυρής, ανθεκτικής προσωπικότητας. Η μετάδοση γνώσεων και πληροφοριών αποτελεί μεν μία σημαντική βάση, όμως από μόνη της δεν επαρκεί για να επιφέρει αλλαγή συμπεριφοράς ή για τη σταθεροποίηση μακροπρόθεσμα μίας υγιούς συμπεριφοράς.

### 3.8 Βιβλιογραφία

- Allmer H., Kleinert J. (Hrsg.) (1999):** Gesundheitsfoerderung für Jugendliche – Eine Chance für den Sportverein! Sankt Augustin.
- Elben C., Lohaus A. (2003):** Praevention im Kindesalter. In: Jerusalem M., Weber H. (Hrsg.): Psychologische Gesundheitsfoerderung. Goettingen, 381-397.
- Elster A.** Guidelines for adolescent preventive services. UpToDate 2020.
- Helfferich C. (1994):** „Gesundheit, langes Leben und viel Kinderchen!“ Geschlechtsrollen als Thema der Gesundheitsfoerderung und Suchtpraevention in der Jugend. In: Kolip P. (Hrsg.): Lebenslust und Wohlbefinden. Weinheim & Muenchen, 163-176.
- Helfferich C. (1995):** Ansaetze geschlechtsbezogener Praevention und Gesundheitsfoerderung bei Jugendlichen. In: Kolip P., Hurrelmann K., Schnabel P.-E. (Hrsg.): Jugend und Gesundheit. Weinheim & Muenchen, 135-156.
- Hurrelmann K. (1990):** Sozialisation und Gesundheit. In: Schwarzer R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Goettingen, 99-101.
- Hurrelmann K. (1999):** Lebensphase Jugend. Weinheim & Muenchen.
- Hurrelmann K. (2000):** Gesundheitssoziologie. Weinheim & Muenchen.
- Hurrelmann K. (2004):** Entwicklungs- und Gesundheitsprobleme von Kindern. Warum die Bewegungsfoerderung so wichtig ist. In: Zimmer R., Hunger I. (Hrsg.): Wahrnehmen – Bewegen – Lernen. Kindheit in Bewegung. Schorndorf, 19-31.
- Ιατράκης Γ. Οικογενειακός Προγραμματισμός. Εκδόσεις «Desmos Digital IKE» 2020.



**Klish WJ, Skelton JA.** Overview of the health consequences of obesity in children and adolescents. UpToDate 2020.

**Jerusalem M. (2003):** Praevention in Schulen. In: Jerusalem M., Weber H.: Psychologische Gesundheitsfoerderung. Goettingen, 461-477.

**Jessor R., Turbin M. S., Costa F. M. (1999):** Protektive Einflussfaktoren auf jugendliches Gesundheitsverhalten. In: Kolip P.: Programme gegen Sucht. Weinheim & Muenchen, 41-69.

**Kolip P., Hurrelmann K., Schnabel P.-E. (Hrsg.) (1995):** Jugend und Gesundheit. Weinheim & Muenchen.

**Laaser U., Hurrelmann K., Wolters P. (1993):** Praevention, Gesundheitsfoerderung und Gesundheitserziehung. In: Hurrelmann K., Laaser U. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Weinheim & Basel, 176-2003.

**Mittag G. (2002):** Gesundheitsverhalten Jugendlicher. In: Schwarzer R., Jerusalem M., Weber H. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie von A-Z. Goettingen, 213-216.

**Montada L. (1998):** Fragen, Konzepte, Perspektiven. In: Oerter R., Montada L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim, 1-83.

**Montada L. (2002):** Fragen, Konzepte, Perspektiven. In: Oerter R., Montada L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim / Basel / Berlin, 3-53.

**Mrazek J. (1991):** Einstellungen zum eigenen Koerper. In: Bielefeld J. (Hrsg.): Koerpererfahrung. Goettingen, 223-249.

**Oerter R., Dreher E. (2002):** Jugendalter. In: Oerter R., Montada L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim / Basel / Berlin, 258-318.

**Oerter R., Montada L. (Hrsg.) (2002):** Entwicklungspsychologie. Weinheim / Basel / Berlin.

**Paletta A. (2001):** Gesundheitsfoerderung durch Sport und Bewegung

bei Jugendlichen. Butzbach.

**Scheid V. (2003):** Stichwort „Entwicklungsaufgabe“. In: Roethig P., Prohl R. (Hrsg.): Sportwissenschaftliches Lexikon. Schorndorf, 127.

**Scheid V. (2003a):** Stichwort “Kindheit”. In: Roethig P., Prohl R. (Hrsg.): Sportwissenschaftliches Lexikon. Schorndorf, 290-292.

**Scheid V. (2003b):** Stichwort “Jugend”. In: Roethig P., Prohl R. (Hrsg.): Sportwissenschaftliches Lexikon. Schorndorf, 283-285.

**Seiffge-Krenke I. (1994):** Gesundheitspsychologie des Jugendalters. Goettingen.

**Walper S. (1990):** Jugend: Normale und pathogene Entwicklung am Beispiel Drogengebrauch. Psychomed 2, 155-161.

**Zimmer R. (2001):** Identitaet und Selbstkonzept. Zur Bedeutung von Bewegungserfahrungen für die Persoenlichkeitsentwicklung.

In: Zimmer R., Hunger I. (Hrsg.): Kindheit in Bewegung. Schorndorf, 13-23.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

# Πρόληψη επικίνδυνης συμπεριφοράς στην παιδική και εφηβική ηλικία

## 4.1 Εισαγωγή

Οι πρώτες προτάσεις για την εξήγηση της σημαντικής για την υγεία συμπεριφοράς παιδιών και νέων αναφέρονται σε μοντέλα που προσανατολίζονται στη γνώση και σε μοντέλα που αναφέρονται στις αντιλήψεις. Όμως τα μοντέλα δεν φαίνεται να ανταποκρίνονται στην πραγματική συμπεριφορά ως προς την υγεία, γιατί δεν εξηγούν το πώς προκύπτουν τρόποι συμπεριφοράς που αναφέρονται στην υγεία. Επίσης, η συμπεριφορά των νέων ως προς την υγεία δεν είναι προβλέψιμη με τη γνώση που αναφέρεται στην υγεία και με αντιλήψεις για την υγεία.

Η σημαντική για την υγεία συμπεριφορά εξαρτάται λιγότερο από αντιλήψεις και στοιχεία γνώσεων. Έτσι, πρέπει να εξεταστεί όσον αφορά τα βασικά της κίνητρα στο πλαίσιο διαφορετικών καταστάσεων ζωής και σταδίων ζωής ποικίλης λειτουργικότητας ενώ χρησιμεύει για την υποκειμενική ικανοποιητική αντιμετώπιση καθηκόντων και απαιτήσεων, τα οποία στην εφηβική ηλικία συμβαδίζουν με τη διαδικασία της ατομίκευσης και της ολοκλήρωσης.

Για τον λόγο αυτό, στο παρόν κεφάλαιο εξηγείται το ποιες απαιτήσεις πρέπει να ικανοποιούν οι πετυχημένες προτάσεις πρόληψης στην παιδική και εφηβική ηλικία. Ωστόσο, σημειώνεται ότι σε ορισμένες περιπτώσεις, αντικοινωνικής συμπεριφοράς μπορεί να κριθεί απαραίτητη η παραπομπή σε ειδικούς, όπως στην αντικοινωνική συμπεριφορά της προσωπικότητας (antisocial personality disorder) κατά την οποία πρέπει να εφαρμοστεί ειδική θεραπεία αντιμετώπισης που, συνήθως δεν είναι φαρμακευτική (Black 2020).

## 4.2 Αρχές και κριτήρια πετυχημένης πρόληψης

Τα παιδιά και οι νέοι είναι έντονα προσανατολισμένοι στο παρόν. Κύριο λόγο έχουν η ικανοποίηση των σημερινών αναγκών και η δυνατότητα νέων εμπειριών και βιωμάτων. Η επισήμανση αρνητικών μετέπειτα συνεπειών της ανθυγιεινής πράξης δεν έχει καμία σημασία για τα παιδιά και τους νέους. Έχουν άλλες φροντίδες από την ‘πρόληψη’.

Οι επικίνδυνοι τρόποι συμπεριφοράς των νέων έχουν μία λειτουργική αξία στη ζωή τους όπως π.χ. για την αντιμετώπιση των εργασιών ανάπτυξης, την απόκτηση αναγνώρισης από τον φιλικό κύκλο, τη διεύρυνση του ατομικού ορίζοντα εμπειριών, την αύξηση της αυτοπεποίθησης, την αντιμετώπιση καθημερινών δυσκολιών, τη διαμαρτυρία ενάντια σε κοινωνικά πρότυπα ή την πρόκληση ευχάριστων συναισθημάτων. Επομένως, τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να διαθέτουν ελκυστικές εναλλακτικές δράσεις, οι οποίες να έχουν το ίδιο ψυχολογικό-κοινωνικό αποτέλεσμα. Πρέπει τα παιδιά και οι νέοι να νιώσουν ότι ‘αξίζει’ να ζουν υγιείς (Hurrelmann, 1999).

Για τον λόγο αυτό, η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας πρέπει να είναι προσανατολισμένες κυρίως στον κόσμο των παιδιών και των νέων, στις εμπειρίες τους, στα βιώματά τους, στο ωραίο σώμα και στην τρέχουσα ευεξία και να μην είναι τόσο πολύ προσαρμοσμένα σε μετέπειτα προσδοκίες από τη ζωή.

Τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να ξεπερνούν το γνωστικό επίπεδο της μετάδοσης γνώσεων και να βασίζονται στην πρόκληση, την περιέργεια και την επιθυμία των νέων για ζωή και περιπέτεια. Δεν επιτρέπεται να λάβουν το χαρακτήρα ενός «μη ελκυστικού, δίχως επιθυμία και απαγορευτικού-πειθαρχικού γεγονότος» (Laaser, et al 1993). Επομένως, δεν πρέπει να τα

νιώθουν ως επιβολή των προτύπων και κανόνων των ενηλίκων, γιατί ιδιαίτερα στην εφηβική ηλικία συναντάται η άρνηση αυτών. Επίσης, τα προγράμματα πρέπει να λαμβάνουν υπ' όψιν τους πλευρές συγκεκριμένων ομάδων-στόχων και συγκεκριμένων φύλων και να επιτρέπουν επαρκή βαθμό διαφοροποίησης.

Για να γίνει η υγιεινή συμπεριφορά πιο ελκυστική στα παιδιά και τους νέους έναντι της ανθυγιεινής συμπεριφοράς, η τελευταία πρέπει όχι μόνον να συνδεθεί με αρνητικές βιολογικές συνέπειες, παρά και με αρνητικούς κοινωνικούς και ψυχικούς συνειρμούς (π.χ. το υπερβολικό φαγητό σε κάνει χοντρό, το κάπνισμα συνοδεύεται από δυσάρεστες καταστάσεις όπως π.χ. τη μυρωδιά ή αρνητικές συνέπειες για την εμφάνιση κ.λπ.). Αντίθετα, οι συνέπειες της συνειδητής υγιεινής συμπεριφοράς πρέπει να βιώνονται θετικά (π.χ. ωραίο σώμα, ζωτικότητα, αυξημένη αντίσταση στο άγχος, μεγαλύτερη απόλαυση της ζωής κ.λπ.) (Kolip 1999, 14).

Για τους νέους και τα παιδιά, τα μέτρα πρόληψης και προαγωγής της υγείας πρέπει να λαμβάνουν υπόψιν τους τον καθημερινό τρόπο ζωής τους, να γίνονται κατανοητά ως «βοήθεια για την αντιμετώπιση της ζωής» και να συνδέονται με την προσπάθεια για αυτοπραγμάτωση, ανεξαρτησία και χαρά της ζωής (Franzkowiak 1986). Κατά τους Laaser, et al (1993) οι πλευρές αυτές αποτελούν ένα σημαντικό σημείο σύνδεσης για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, γιατί την κάνουν ενδιαφέρουσα για τα παιδιά και τους νέους.

Ως βοήθεια κατά την υποστήριξη μίας ατομικής άποψης για τη ζωή (που διαφέρει από τους βιωθέντες δρόμους της ζωής των ενηλίκων), η αγωγή υγείας για παιδιά, νέους και νεαρούς ενήλικες είναι μία ενδιαφέρουσα και γοητευτική άποψη προαγωγής της εξεύρεσης και της ανάπτυξης του εγώ (LAASER, et al 1993).

Η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας πρέπει να υποστηρίζουν τέτοιους τρόπους ζωής και συνήθειες, που να ευνοούν την κοινωνική, ψυχική και

φυσική ευεξία και να ικανοποιούν τις ανάγκες των νέων για ανάπτυξη του εαυτού τους. Στο σημείο αυτό, σημαντικό ρόλο έχουν οι προτάσεις που βασίζονται σε ένα υγιές επίπεδο περιπέτειας, διασκέδασης, βιώματος και πρόκλησης.

Ένας ακόμα όρος για την πετυχημένη πρόληψη είναι η γνώση των ιδανικών, αξιών και αναγνωρισμένων προτύπων των παιδιών και των νέων. Οι εκτελεστές των προγραμμάτων, εκτός από την εμπιστοσύνη των ομάδων-στόχων, πρέπει να κατέχουν τις αντίστοιχες κοινωνικές και επικοινωνιακές ικανότητες και να παρουσιάζονται αξιόπιστοι και έντιμοι. Η παρουσίαση προσωπικών πλευρών και η μετάδοση ίδιων εμπειριών πείθει περισσότερο από την επίκληση της λογικής και την προειδοποίηση για αρνητικές συνέπειες.

Οι αναφερθείσες αρχές στο παρελθόν εφαρμόστηκαν σε διαφορετικές ιδέες που είχαν κύριο θέμα τη σεξουαλική συμπεριφορά, τη διατροφική συμπεριφορά, την κινητική συμπεριφορά, τη συμπεριφορά κατά την οδική κυκλοφορία, τον κίνδυνο αυτοκτονίας καθώς και το ξεπέρασμα του άγχους (Kolip, 1999). Τα ανωτέρω κριτήρια ικανοποιούνται περισσότερο σε προγράμματα που στοχεύουν στην ενίσχυση των γενικών ικανοτήτων της ζωής και στον χειρισμό της κοινωνικής επιρροής. Αυτά είναι, για παράδειγμα, προγράμματα που προσανατολίζονται στην πρόταση των ικανοτήτων για τη ζωή (Botvin & Tortu 1988) ή προγράμματα προσανατολισμένα στις ικανότητες (Mittag & Jerusalem 1999), που παρουσιάζονται αναλυτικότερα στη συνέχεια (Mittag, 2002).

Τονίζεται και πάλι ότι, σε ορισμένες περιπτώσεις, η πρόληψη της αντικοινωνικής συμπεριφοράς απαιτεί κάποια εξειδίκευση όπως στην αντικοινωνική συμπεριφορά της προσωπικότητας (antisocial personality disorder [ASPD]) κατά την οποία έχουν γίνει ορισμένες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις με σκοπό τη μείωση της κακής συμπεριφοράς και την

ελάττωση του κινδύνου η ASPD να εκδηλώνεται και κατά την ενήλικη ζωή (Black 2020).

### **4.3 Ψυχοκοινωνικές προτάσεις πρόληψης**

Από τη δεκαετία του '80 απεδείχθησαν ιδιαίτερα αποτελεσματικές δύο ψυχοκοινωνικές προτάσεις: η εκμάθηση της σταθερότητας (αντιμετώπιση της κοινωνικής επιρροής) και η εκμάθηση των ικανοτήτων για τη ζωή (ενίσχυση των γενικών ικανοτήτων για τη ζωή). Αυτές λαμβάνουν υπόψη τη σχέση της ανάπτυξης της προσωπικότητας, του κοινωνικού περιγύρου των παιδιών και των εφήβων και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα της συμπεριφοράς (Jerusalem, 2003). Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις, αποτελεσματικές φάνηκαν και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις σε επίπεδο οικογένειας (Sholevar 2001).

#### **4.3.1 Εκμάθηση της σταθερότητας**

Η εκμάθηση της σταθερότητας αναπτύχθηκε στα πλαίσια της πρόληψης του καπνίσματος και αναφέρεται σε εργασίες του Bandura (1997) για την κοινωνική μάθηση και τις προσδοκίες αυτό-δραστικότητας.

Τα παιδιά και οι νέοι υπόκεινται σε μία ορισμένη κοινωνική πίεση από τα μέσα ενημέρωσης, τους συνομήλικους, τους γονείς κ.λπ. που, υπό ορισμένες συνθήκες, μπορεί να ευνοήσει ακατάλληλες ενέργειες. Αν, για παράδειγμα, ένας νέος αρνηθεί ένα τσιγάρο που του προσφέρεται, αυτό μπορεί να αποτελέσει αφορμή να αντιδράσουν απαξιωτικά οι νέοι που του το προσέφεραν και να θέσουν με αυτόν τον τρόπο τον έφηβο υπό πίεση. Επομένως, ο έφηβος ίσως να πάρει το τσιγάρο, παρά την πεποίθησή του («το κάπνισμα είναι ανθυγιεινό»), για να αποφύγει την κοροϊδία της

ομάδας. Σε ορισμένες καταστάσεις, μπορεί επίσης να είναι δύσκολο για τους νέους να αντισταθούν στην κοινωνική πίεση του περιβάλλοντός τους διότι δεν διαθέτουν τις απαραίτητες στρατηγικές δράσης για να αποφύγουν την επιρροή των άλλων ή για να μπορέσουν να αντιτάξουν κάτι άλλο (Lohaus, 1993). Για τον λόγο αυτό, στα προγράμματα εκμάθησης της σταθερότητας διδάσκεται η ικανότητα αναγνώρισης προσπαθειών άσκησης κοινωνικής επιρροής και αντίστασης στην ομαδική πίεση. Στα προγράμματα αυτά παρουσιάζονται εναλλακτικές ενέργειες για το πώς μπορεί κανείς να αντισταθεί σε απόπειρες να τον πείσουν να καπνίσει. Επίσης, συζητούνται με τους νέους ψευδείς αντιλήψεις για τη διάδοση του καπνίσματος και την εκτίμηση σχετικά με το ότι αποτελεί αναμενόμενο κανόνα ότι πρέπει κανείς να καπνίζει.

Για παράδειγμα, με το παίξιμο ρόλων μπορεί να οικοδομηθεί μία θετική εικόνα του μη καπνιστή με το να αναλάβει ένας νέος με υψηλή κοινωνική θέση τον ρόλο του μη καπνιστή, που συνειδητά αντιστέκεται στις αντίθετες προσπάθειες. Έτσι, μπορούν να διδαχθούν υγιεινά πρότυπα, συγκεκριμένες προσδοκίες, αντιλήψεις και τρόποι συμπεριφοράς που να ενθαρρύνουν τους νέους να τα μιμηθούν. Η αποτελεσματικότητα τέτοιων προγραμμάτων αποδεικνύεται με μελέτες που δείχνουν ότι η έναρξη κατανάλωσης νικοτίνης και αλκοόλ μπορεί να καθυστερήσει για πολλά χρόνια. Ωστόσο, δεν φάνηκε να έχει καμία επίδραση στους νέους που ήδη έχουν συνηθίσει το κάπνισμα, γεγονός που επισημαίνει την αναγκαιότητα να ξεκινούν τα προληπτικά μέτρα όσο το δυνατόν πιο νωρίς (Jerusalem, 2003).

#### **4.3.2 Εκμάθηση γενικών ικανοτήτων για τη ζωή**



Η εκμάθηση των ικανοτήτων για τη ζωή στοχεύει στην προαγωγή των γενικών ικανοτήτων για τη ζωή και την αντιμετώπιση καταστάσεων και δεν αναφέρεται σε συγκεκριμένες ουσίες ή στην υγεία (Jerusalem, 2003).

«Αν με τον όρο υγεία εννοεί κανείς μία όσο το δυνατόν υψηλή θετική έκφραση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, τότε έχουν μεγάλη σημασία οι ικανότητες που επιτρέπουν την αντιμετώπιση της ζωής.» (Jerusalem, 2002).

Στις ικανότητες αυτές ανήκουν κατά τον Jerusalem (2002)

- α) γνωστικές ικανότητες (γνώση, ικανότητες επίλυσης προβλημάτων, δημιουργικότητα κ.λπ.),
- β) αισθητικο-κινητικές ικανότητες (κινητικές ικανότητες, ευαισθησία στα σήματα του σώματος, ικανότητα χαλάρωσης και απόλαυσης κ.λπ.),
- γ) κοινωνικές ικανότητες (ικανότητες επικοινωνίας, συνεργασίας, επίλυσης συγκρούσεων, αισθαντικότητας, επιβολής κ.λπ.) και
- δ) συναισθηματικές ικανότητες (ικανότητα δέσμευσης, ικανότητα αντιμετώπισης αρνητικών συναισθημάτων, αναβολή ανταμοιβής, αντίληψη και έκφραση συναισθημάτων κ.λπ.).

Προϋπόθεση για την πετυχημένη αντιμετώπιση των απαιτήσεων της ζωής είναι η ύπαρξη των ικανοτήτων αυτών και η ικανότητα εφαρμογής τους με τέτοιο τρόπο, ώστε να μπορεί να ελέγχεται η συμπεριφορά του ατόμου (Jerusalem, 2002).

Στη συνέχεια, εξετάζεται αναλυτικότερα μόνον ένας τομέας της εκμάθησης των ικανοτήτων για τη ζωή. Με το παράδειγμα της εκμάθησης κοινωνικών ικανοτήτων, θα καταστεί σαφές το πώς μπορούν να διδαχθούν και να υποστηριχθούν οι ικανότητες αυτές.

#### **4.3.2.1 Η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων ως προληπτικό μέτρο**

Η κοινωνική ικανότητα ορίζεται ως

«... η ικανότητα αντιμετώπισης των απαιτήσεων της κοινωνικής ζωής.» (Lautmann, 1994).

Επομένως περιλαμβάνει την ικανότητα αναγνώρισης των αναγκών, των ενδιαφερόντων και των δικαιωμάτων του ίδιου του ατόμου, όπως και την ικανότητα έκφρασης αυτών και της μετατροπής τους σε πράξεις (Feldhege & Krauthan, 1979). Προγράμματα που στοχεύουν να ενισχύσουν αυτές τις ικανότητες εξειδικεύονται στην εκπαίδευση συγκεκριμένων ικανοτήτων που αναφέρονται στη συμπεριφορά και προσπαθούν, με τη βοήθεια μεθόδων όπως παίξιμο ρόλων ή εκμάθηση μοντέλων, να διδάξουν μη λεκτικά και λεκτικά τις επικοινωνιακές ικανότητες. Τα προληπτικά αυτά προγράμματα διδάσκουν ικανότητες για διάφορους λειτουργικούς τομείς και τομείς της ζωής, όπως για παράδειγμα την προαγωγή ικανοτήτων πέραν συγκεκριμένων καταστάσεων (διαπροσωπική ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, κοινωνικές ικανότητες και ικανότητες αντιμετώπισης του άγχους για συγκεκριμένα προβλήματα), ενίσχυση των ικανοτήτων σε ορισμένες επιβαρυντικές καταστάσεις και ενίσχυση των ικανοτήτων προς αποφυγή ορισμένων διαταραχών. Μελέτες αποδεικνύουν ότι παιδιά που συμμετείχαν σε τέτοια προγράμματα, δείχνουν καλύτερη κοινωνική συμπεριφορά, ενσωματώνονται καλύτερα κοινωνικά, γίνονται πιο αγαπητά και έχουν λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς (Roehrl, 2002).

Την κοινωνική εκμάθηση πρέπει να την αναλάβουν άτομα που να έχουν περίπου την ίδια ηλικία με την ομάδα-στόχο. Ως ιδιαίτερα αποτελεσματικοί στο θέμα αυτό έχουν αποδειχθεί νέοι της αμέσως επόμενης ηλικιακής ομάδας, γιατί έχουν τους ίδιους κανόνες και τις ίδιες αξίες με την ομάδα-στόχο, όμως παρ' όλα αυτά λόγω της κάπως μεγαλύτερης ηλικίας τους μπορούν να λειτουργήσουν ως οδηγοί και πρότυπα. Οι προηγούμενοι γίνονται αποδεκτοί στην κοινωνική ομάδα,

γιατί η διαφορά ηλικίας είναι μικρή ώστε να θεωρούνται ακόμα συνομήλικοι με παρόμοια προβλήματα και εμπειρίες. Επίσης η αποδοχή αυτών μπορεί να αυξηθεί βάσει θετικών κοινωνικών σχέσεων, ενός παρόμοιου κοινωνικού-πολιτιστικού υποβάθρου ή από μία θετική εικόνα στην ομάδα-στόχο (Lohaus, 1993).

«Η συμπεριφορά των κοινωνικών μοντέλων αποτελεί μία σημαντική πηγή πληροφοριών για την αξιολόγηση των ιδίων ικανοτήτων (...). Η ένταση της επίδρασης αυτών των μοντέλων εξαρτάται από την ομοιότητα όπως την αντιλαμβάνεται ο παρατηρητής, η οποία προκύπτει από χαρακτηριστικά του μοντέλου όπως ηλικία, φύλο και κοινωνική κατάσταση (...) και τη συμπεριφορά του ατόμου που λειτουργεί ως μοντέλο (...)» (Bund 2001). Ωστόσο, η επιτυχία αυτή φαίνεται ότι δεν ισχύει για ομάδες υψηλού κινδύνου όσον αφορά την υγεία, παρά μόνον για αυτές με μέσο ή κάτω του μέσου όρου κίνδυνο. Στις ομάδες υψηλού κινδύνου, στο θέμα της υγείας, φαίνεται ότι είναι απαραίτητη η συμπλήρωση με άλλα μέτρα πρόληψης.

#### **4.4 Η πρόταση ικανοτήτων για ζωή**

Μία γνωστή πρόταση για την ενίσχυση των διαφόρων ικανοτήτων για τη ζωή είναι η «πρόταση ικανοτήτων για τη ζωή» του Botvin και Tortu (1988). Η πρόταση βασίζεται στην αποδοχή ότι οι επικίνδυνοι τρόποι συμπεριφοράς είναι ένα πρόβλημα που οφείλεται στην ανάπτυξη και σε ελλειπείς στρατηγικές αντιμετώπισης για την επίλυση των καθημερινών προβλημάτων. Συνεπώς, η πρόταση αυτή στοχεύει στην προαγωγή της προσωπικότητας των παιδιών και των νέων με την ενίσχυση ατομικών ικανοτήτων για την αντιμετώπιση του άγχους, την επίλυση συγκρούσεων, τη λήψη αποφάσεων, την επικοινωνία, την ανάληψη ευθύνης, την αντίσταση κατά της ομαδικής πίεσης και την προαγωγή του αισθήματος

της πίστης του ατόμου στον εαυτό του. Η αποφυγή τρόπων συμπεριφοράς που είναι επικίνδυνοι για την υγεία θεωρείται ως επιθυμητή παρενέργεια της θετικής ανάπτυξης της προσωπικότητας.

Μελέτες έδειξαν ότι τέτοια ψυχολογικά-κοινωνικά προγράμματα μπορούν να καθυστερήσουν την έναρξη χρήσης ουσιών. Όμως τα αποτελέσματα αυτά αναφέρονται κυρίως σε προγράμματα από τις Η.Π.Α. ενώ στη Γερμανία εφαρμόστηκαν περιορισμένα ψυχολογικά-κοινωνικά προγράμματα. Επίσης, τις περισσότερες φορές απουσίαζε η συστηματική αξιολόγηση των προηγούμενων προγραμμάτων (Jerusalem, 2003).

Ο LEPPIN (1999) εξέτασε στο γερμανόφωνο χώρο το κατά πόσον ένα πρόγραμμα προσανατολισμένο στις ικανότητες για τη ζωή συμβάλει στον επηρεασμό των κοινωνικών ικανοτήτων και την αντίληψη της κοινωνικής συγκράτησης. Επίσης, εξετάστηκε αν οι επιδράσεις ισχύουν για όλους τους συμμετέχοντες ή μόνον για ορισμένες ομάδες ατόμων. Στο πρόγραμμα αυτό συμμετείχαν συνολικά 30 σχολικές τάξεις (15 ομάδες παρέμβασης και 15 ομάδες ελέγχου), ξεκινώντας από την 5<sup>η</sup> τάξη. Σε 25-28 διδακτικές ενότητες τέθηκαν στις τάξεις από 7-11 θεματικές ενότητες, η ύλη των οποίων αναφέρεται στην προαγωγή κοινωνικών ικανοτήτων και ικανοτήτων ρύθμισης του άγχους (επίλυση συγκρούσεων, ικανότητα συνεργασίας, αντίσταση στην ομαδική πίεση, προκοινωνική συμπεριφορά, ρύθμιση των συναισθημάτων / αντιμετώπιση του άγχους και ενίσχυση της εμπιστοσύνης του ατόμου στον εαυτό του).

Όσον αφορά την εκτίμηση των κοινωνικών ικανοτήτων, από το αποτέλεσμα φάνηκε ότι μόνον οι νέοι χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα και με εξαιρετικά καλές σχολικές επιδόσεις επωφελήθηκαν από το πρόγραμμα. Αντίθετα, οι νέοι με ψυχικά ή σχολικά προβλήματα φάνηκε ότι ωφελήθηκαν λιγότερο από το πρόγραμμα. Ωστόσο, όσον αφορά την ανάληψη κοινωνικής συγκράτησης όλοι οι συμμετέχοντες επωφελήθηκαν σε έναν ορισμένο βαθμό. Επομένως πρέπει ακόμα να ξεκαθαριστεί το ποια

χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων συμβάλουν στη μεγαλύτερη ή μικρότερη επιτυχία των προγραμμάτων πρόληψης.

Ο Leppin (1999) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι για την ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων φαίνεται ότι είναι απαραίτητο ένα λιγότερο ευρέως προσανατολισμένο πρόγραμμα και ότι πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στις διαφορετικές επιδράσεις των προγραμμάτων πρόληψης.

#### **4.5 Ψυχολογικό-κοινωνικό πρόγραμμα πρόληψης και προαγωγή υγείας στο σχολείο**

Στη συνέχεια, παρουσιάζεται ένα ψυχολογικό-κοινωνικό πρόγραμμα πρόληψης για τη σχολική πρόληψη και την προαγωγή της υγείας (Mittag & Jerusalem, 1999). Το πρόγραμμα αναπτύχθηκε για την πρόληψη της χρήσης και κατανάλωσης αλκοόλ και φαρμάκων, όμως μπορεί να μεταφερθεί και σε άλλους τομείς διότι αποτελείται κυρίως από στοιχεία που δεν αναφέρονται σε συγκεκριμένες ουσίες. Η πρόταση στοχεύει στην ανάπτυξη και την ενίσχυση βασικών ικανοτήτων και στο βίωμα των ικανοτήτων δράσης του ίδιου του ατόμου. Οι επικίνδυνοι τρόποι συμπεριφοράς (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών) εξετάζονται εν' όψει των προβλημάτων και των αναπτυξιακών εργασιών των νέων.

Για τη σύλληψη του προγράμματος, το οποίο πραγματοποιήθηκε στις τάξεις 7-9 δύο μικτών σχολείων, αναπτύχθηκαν δύο παραλλαγές. Η μία ήταν μη τυποποιημένη παραλλαγή, στην οποία οι διδάσκοντες ήταν ελεύθεροι να διαμορφώσουν όπως ήθελαν τη χρονική διαδοχή και το είδος των ασκήσεων που επρόκειτο να χρησιμοποιηθούν. Η άλλη ήταν μία τυποποιημένη παραλλαγή, στην οποία ήταν καθορισμένα το είδος και η χρονική διαδοχή των ασκήσεων.

Για να εξασφαλιστεί η σωστή εκτέλεση του προγράμματος, προηγουμένως, πραγματοποιήθηκε εκπαίδευση των διδασκόντων, ώστε αυτοί να διδαχθούν τις απαραίτητες βασικές γνώσεις για την πραγματοποίηση των μαθημάτων.

Η βασική μορφή του προγράμματος αποτελείται από οκτώ συνιστώσες, όπου κάθε μία αποτελείται από 2-12 ασκήσεις ή διδακτικές ενότητες.

**1. Ιδέα του ατόμου για τον εαυτό του και αυτοπεποίθηση** (αναφέρεται στις πλευρές αντίληψης που έχει το άτομο για τον εαυτό του και την αξία του και την εμπιστοσύνη στον εαυτό του).

Πρόκειται για

- α) την προαγωγή της υπευθυνότητας και της αποδοχής του εγώ,
- β) την παρακίνηση για αλλαγή συμπεριφοράς,
- γ) την αύξηση της αξίας της προσωπικότητας και του ατόμου και
- δ) την ενίσχυση της εμπιστοσύνης του ατόμου στον εαυτό του και στις ικανότητές του να ενεργήσει.

**2. Αντίληψη του εγώ και συναισθήματα** (ευαισθητοποίηση για ίδιες αντιλήψεις και συναισθήματα).

Οι διδακτικοί στόχοι αποτελούνται από

- α) την επίδειξη και την άσκηση δημιουργικών ικανοτήτων αντιμετώπισης του θυμού,
- β) το βίωμα ιδίων αντιλήψεων και αντιλήψεων τρίτων (βελτίωση της αυτοεκτίμησης) και
- γ) την προαγωγή της ικανότητας αυτοπαρατήρησης και αυτοελέγχου.

**3. Αντιλήψεις για αξίες και στόχοι ζωής** (συζήτηση και αντιπαραβολή προσωπικών αξιών, στόχων και κινήτρων)

Η ύλη είναι

- α) η αποδοχή διαφορετικών αντιλήψεων,
- β) η υπεράσπιση των θέσεων του καθενός,

- γ) η παρότρυνση για τη λήψη αποφάσεων και τη δημιουργία προτύπων όσον αφορά τις μελλοντικές προοπτικές του ατόμου και
- δ) η ενίσχυση ρεαλιστικής συμπεριφοράς ως προς τους στόχους που τίθενται και ο προγραμματισμός συγκεκριμένων σταδίων δράσης.

**4. Η αυτοεπιβολή** (προαγωγή της αυτοεπιβολής, της σιγουριάς και της εμπιστοσύνης που έχει το άτομο στον εαυτό του)

Εδώ ρόλο παίζουν

- α) η εκμάθηση της σταθερότητας και
- β) η συνειδητοποίηση της κοινωνικής απομόνωσης.

**5. Επίλυση συγκρούσεων**

Αυτή η διδακτική ενότητα αναφέρεται

- α) στην εξέταση καταστάσεων προσωπικών και κοινωνικών συγκρούσεων από τη ζωή των νέων και
- β) στη συζήτηση για το ξεπέραςμα των προβλημάτων των συγκρούσεων αυτών.

**6. Κοινωνικές και επικοινωνιακές ικανότητες** (προαγωγή και ανάπτυξη των επικοινωνιακών ικανοτήτων)

Πιθανά θέματα είναι

- α) η ευαισθητοποίηση για τη μη λεκτική επικοινωνία με ασκήσεις αντίληψης και έκφρασης,
- β) η διδασκαλία κανόνων συζήτησης για να αποφεύγονται οι επικοινωνιακές διαταραχές,
- γ) η συνειδητοποίηση των ικανοτήτων του ατόμου, της εμπιστοσύνης και της επαφής με την ομάδα μέσω διαδραστικών ασκήσεων,
- δ) η συνειδητοποίηση του κλίματος της τάξης και του μαθήματος και η συζήτηση προτάσεων βελτίωσης και
- ε) η ενίσχυση της προθυμίας συνεργασίας και επίλυσης προβλημάτων από κοινού.

## **7. Χαλάρωση και καταπολέμηση του άγχους** (ρύθμιση του επιπέδου έντασης και συναισθηματικής ευεξίας)

Αυτή η διδακτική ενότητα αποτελείται από

- α) την καταπολέμηση του άγχους και τη μείωση των φορτίων,
- β) το γκρέμισμα των φόβων και
- γ) την ενίσχυση της ικανότητας συγκέντρωσης και της ανάπτυξης της προσωπικότητας.

## **8. Γνώση και ενημέρωση**

Η συνιστώσα αυτή περιλαμβάνει

- α) τη διδασκαλία γενικών πληροφοριών για το αλκοόλ και τα φάρμακα καθώς και για τη δράση τους,
- β) τη θεματοποίηση των σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών επιδράσεων και
- γ) τη θεματοποίηση των αιτιών κατάχρησης και εξάρτησης (Mittag & Jerusalem, 1999).

Τα αποτελέσματα, τα οποία παρουσιάζουν οι Jerusalem & Mittag (1999) αναφέρονται κυρίως στην κατανάλωση αλκοόλ, γιατί τα αποτελέσματα από την κατανάλωση φαρμάκων δύσκολα μπορούν να ερμηνευθούν σύμφωνα με τους συγγραφείς.

Φάνηκε ότι η οφειλόμενη στην ηλικία αύξηση κατανάλωσης αλκοόλ μεταξύ των νέων, οι οποίοι πριν από την υλοποίηση του προγράμματος δεν κατανάλωναν καθόλου ή πολύ λίγο αλκοόλ, στάθηκε δυνατό να μειωθεί και βραχυπρόθεσμα αλλά και μακροπρόθεσμα. Ωστόσο, η μακροπρόθεσμη επίδραση σε νέους που καταναλώνουν λίγο αλκοόλ αποδείχθηκε μόνον στην ομάδα της τυποποιημένης παραλλαγής του προγράμματος. Στη μη τυποποιημένη παραλλαγή, στην οποία πραγματοποιήθηκαν λίγες ασκήσεις με θέμα τις παραμέτρους «αντίληψη του εγώ / αυτοπεποίθηση», «αυτοεπιβολή», «επίλυση συγκρούσεων», «κοινωνικές και επικοινωνιακές ικανότητες», η επίδραση είχε μικρότερη



διάρκεια και διαπιστώθηκε ελαφρά αύξηση κατανάλωσης από την περίοδο πριν από το τεστ μέχρι μετά το τεστ. Επομένως, οι ανωτέρω παράμετροι φαίνεται ότι έχουν καθοριστική σημασία για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα της τυποποιημένης έκδοσης ήταν ομοίως περιορισμένη σε νέους που κινδύνευαν ιδιαίτερα. Εκεί φάνηκε μόνον μία βραχυπρόθεσμη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, όπου οι συγγραφείς αμφισβητούν το αν και κατά πόσον μπορούν να επιτευχθούν μακροπρόθεσμα αποτελέσματα σε αυτή την ομάδα κινδύνου με πρόσθετες διδακτικές ενότητες. Μόνιμα θετικά αποτελέσματα σε νέους που ήδη κινδυνεύουν ή ενδέχεται να κινδυνέψουν δέχονται ότι μπορούν να αναμένονται μόνον αν τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης συμπληρωθούν με παρεμβατικά μέτρα που να απευθύνονται ειδικά στην ομάδα κινδύνου .

Οι Mittag και Jerusalem (1999, 179) καταλήγουν συνοπτικά στο ακόλουθο συμπέρασμα:

«Μέτρα προαγωγής της υγείας στο σχολείο (...) μπορούν να οδηγήσουν πολλά παιδιά και νέους σε επιθυμητές αλλαγές της συμπεριφοράς (...). Όμως για να επιτευχθούν μακροπρόθεσμα αποτελέσματα από τα προγράμματα και σε παιδιά και νέους που ήδη κινδυνεύουν ή που ενδέχεται να κινδυνέψουν, οι προσπάθειες πρόληψης πρέπει να διευρυνθούν με συγκεκριμένα μέτρα για την ομάδα-στόχο και να ενσωματωθούν μονίμως στη σχολική καθημερινότητα ή τουλάχιστον να συνεχίζονται μετά το τέλος του προγράμματος με πρόσθετες διδακτικές ενότητες.».

#### **4.6 Πρόληψη εξαρτήσεων μέσω αθλητισμού**

Η Ομοσπονδιακή Κεντρική Υπηρεσία Ενημέρωσης για Θέματα Υγείας (BzgA) από τα μέσα της δεκαετίας του '90 συνεργάζεται με γερμανικούς αθλητικούς συλλόγους με στόχο την πρόληψη των εξαρτήσεων. Στα πλαίσια της συνεργασίας αυτής, προέκυψε η εκστρατεία «Να κάνουμε τα παιδιά ισχυρά» - ένα πρόγραμμα για την πρόληψη εξαρτήσεων στον παιδικό και εφηβικό αθλητισμό. Η βασική αρχή του προγράμματος είναι ότι η προστασία από επικίνδυνες συμπεριφορές καθώς και η κατανάλωση ναρκωτικών είναι δυνατές μόνον με την ενίσχυση προσωπικών και κοινωνικών ικανοτήτων. Για τον λόγο αυτό, πρέπει να προσφερθούν στα παιδιά και στους νέους εναλλακτικές προτάσεις, που να τους επιτρέπουν να αποκτήσουν ικανότητες και δυνατότητες και να πετύχουν προσόντα που να τους καθιστούν ικανούς να εκμεταλλευτούν τις ευκαιρίες της ζωής και να αντισταθμίζουν τους κινδύνους της (BzgA, 2003).

Ο στόχος του προγράμματος «Να κάνουμε τα παιδιά ισχυρά» συνίσταται στην προαγωγή της ανάπτυξης της προσωπικότητας των παιδιών και των νέων, που να τους επιτρέπει να απορρίψουν τα παράνομα ναρκωτικά και να πετύχουν την υπεύθυνη και συνειδητή αντιμετώπιση των νόμιμων ναρκωτικών. Για τον σκοπό αυτό, απαραίτητη είναι η ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης, της αυτοπεποίθησης, της εμπιστοσύνης του ατόμου στον εαυτό του, της ανεξαρτησίας, της υπευθυνότητας, της ανάληψης πρωτοβουλιών και της ικανότητας αντιμετώπισης συγκρούσεων. Κατά την άποψη της BzgA (2003), ο αθλητικός σύλλογος αποτελεί το ιδανικό πεδίο μάθησης. Τα παιδιά και οι νέοι μέσα σε έναν σύλλογο θα μάθουν το τι σημαίνει ανάληψη ευθύνης και σεβασμός.

Τις περισσότερες φορές, ο αθλητισμός περιορίζεται από έναν κανονισμό, με τον οποίο μπορεί κανείς να βιώσει εξωτερικές απαιτήσεις και τα όριά του. Με τη συνειδητοποίηση των ορίων της ατομικής επίδοσης και της ικανότητας και με την αξιολόγησή τους από άλλους μπορεί να επιτευχθεί η συνεισφορά στη διαφορετική αυτοεκτίμηση. Από την άλλη, η κίνηση και

η άθληση μπορούν να συμβάλουν στο ξεπέραςμα αυτών των ορίων των επιδόσεων. Επομένως, ο αθλητισμός διαθέτει ένα μεγάλο δυναμικό θετικής φυσιολογικής, ψυχικής και κοινωνικής επίδρασης. Όμως πέραν των βοηθητικών αποτελεσμάτων, ο αθλητισμός αρχικά καθορίζει τη διαμόρφωση του πεδίου και το είδος της παιδαγωγικής παρεμβολής, δηλαδή το πώς οι προπονητές και οι γυμναστές μπορούν να πετύχουν τα ανωτέρω αποτελέσματα της άθλησης. Οι γυμναστές δεν είναι μόνον δάσκαλοι, παρά και πρότυπο και καθημερινοί βοηθοί. Τόσο η αθλητική όσο και η εξωαθλητική συμπεριφορά τους γίνεται αντιληπτή από τα παιδιά και τους νέους. Για τον λόγο αυτό, στα πλαίσια του προγράμματος προσφέρονται επιμορφωτικά σεμινάρια, τα οποία στοχεύουν στην εκπαίδευση των προπονητών και των γυμναστών ώστε να ενισχυθεί η δυνατότητα πρόληψης σε επίπεδο αθλητικών συλλόγων. Ειδικότερα, οι αθλητικοί σύλλογοι οφείλουν να καταστήσουν ικανούς τους γυμναστές και τις γυμνάστριες, οι οποίοι δουλεύουν με παιδιά και νέους σε ευρέως διαδεδομένα αθλήματα, να προλαμβάνουν τις εξαρτήσεις. Ενδεικτικά, τα σεμινάρια της BzgA αποτελούνται από πρακτικό και θεωρητικό μέρος και περιλαμβάνουν στην ύλη τους τα ακόλουθα θέματα:

- α) Ποιες προσδοκίες έχουν τα παιδιά και οι νέοι από έναν αθλητικό σύλλογο;
- β) Ποια σημασία έχει ο ελεύθερος χώρος, η περιπέτεια και το βίωμα στη ζωή του συλλόγου;
- γ) «Σωστή» αντιμετώπιση των νομίμων εξαρτησιογόνων ουσιών,
- δ) Επικοινωνία και ικανότητες επίλυσης συγκρούσεων,
- ε) Διαμόρφωση της προπόνησης στην πράξη,
- ζ) Συγκεκριμένοι συνδετικοί δεσμοί μεταξύ των γυμναστών και των παιδιών/ των νέων (BzgA, 2003).

Η εξέταση της αποτελεσματικότητας των σεμιναρίων έδειξε ότι αυτά από τη μία πλευρά οδήγησαν σε αύξηση των γνώσεων των γυμναστών και από

την άλλη πλευρά αναπτύχθηκε μία αυξημένη ευαισθησία για θέματα με συγκεκριμένες ουσίες, αλλά και για προβλήματα που δεν αναφέρονται άμεσα σε εξαρτήσεις. Ωστόσο, σε επίπεδο δράσης φάνηκαν λίγες αλλαγές, γιατί προφανώς είναι δύσκολη η εφαρμογή στην πράξη. Για τον λόγο αυτό, είναι απαραίτητες περαιτέρω έρευνες και παρεμβάσεις για να γίνει εύλογη χρήση του δυναμικού του αθλητισμού.

«Αν η έρευνα της Αθλητικής Επιστήμης και οι αθλητικοί σύλλογοι βάσει των μέχρι σήμερα εφαρμοστέων γνώσεων καταφέρει να εκμεταλλευτεί παιδαγωγικά στην καθημερινή πρακτική το σημαντικό δυναμικό του αθλητισμού, τότε ο οργανωμένος αθλητισμός μπορεί να αναπτυχθεί σε έναν τομέα, ο οποίος θα προσφέρει πετυχημένες λύσεις σε προβλήματα που αφορούν κινδύνους σε προσωπικό και ατομικό επίπεδο. (...). Όμως έχει πολύ ακόμα δρόμο να βαδίζει.» (BzgA, 2003).

#### **4.7 Ανακεφαλαίωση**

Τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στην επιθυμία για ζωή και στις εμπειρίες των παιδιών και των νέων. Το ωραίο σώμα, η ζωτικότητα, η απόλαυση της ζωής και η διασκέδαση έχουν ιδιαίτερη αξία ειδικότερα για τους νέους και επομένως πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν κατά τη μελέτη προληπτικών παρεμβάσεων. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στην επικίνδυνη συμπεριφορά των νέων. Με τέτοιους τρόπους συμπεριφοράς, οι νέοι προσπαθούν, για παράδειγμα, να πετύχουν περισσότερη αναγνώριση. Για τον λόγο αυτό, θα πρέπει να δοθεί στα παιδιά και στους νέους χώρος και ευκαιρία να πετύχουν και με διαφορετικό τρόπο τον στόχο αυτό.

Οι μέχρι τώρα πιο πετυχημένες προτάσεις πρόληψης στοχεύουν στην ενίσχυση των γενικών ικανοτήτων για τη ζωή. Καθοριστικό ρόλο στο θέμα αυτό παίζουν οι προσωπικοί πόροι, όπως μία θετική εικόνα του ατόμου για

τον εαυτό του, η ιδέα που έχει το άτομο για το σώμα του και η αυτοπεποίθησή του καθώς και οι κοινωνικοί πόροι. Η δυνατότητα υποστήριξης αυτών των παραγόντων προκύπτει από τον τομέα της κίνησης, του παιχνιδιού και της άθλησης. Αυτοί μπορούν να δράσουν θετικά με φυσιολογικό, ψυχικό και κοινωνικό τρόπο. Για τον σκοπό αυτό είναι απαραίτητη μια ορισμένη διαμόρφωση του περιγύρου και μία ορισμένη παιδαγωγική καθοδήγηση. Αυτό προϋποθέτει ειδικές και παιδαγωγικές ικανότητες των γυμναστών, γιατί αυτοί με την προσωπικότητά τους και τη συμπεριφορά τους αποτελούν πρότυπο για τα παιδιά και τους νέους. Οι ευκαιρίες κίνησης, παιχνιδιού και άθλησης δεν βρίσκονται μόνον στην ικανοποίηση της ανάγκης των παιδιών και των νέων να χαρούν τη ζωή, να βιώσουν κάτι και στην προσπάθειά τους για ανεξαρτησία, αλλά αποτελούν και ένα πιθανό μέσο ενίσχυσης των γενικών ικανοτήτων (γνωστικών, κινητικών, αισθητικών, κοινωνικών και συναισθηματικών).

## 4.8 Βιβλιογραφία

- Bandura A. (1997):** Self-Efficacy. The exercise of control. New York.
- Black DW.** Treatment of antisocial personality disorder. UpToDate 2020.
- Botvin G.J., Tortu S. (1988):** Prevention adolescent substance abuse through life skills training. In: PRICE R.H., COWEN E.L., LORION R., RAMOS McKAY J. (Hrsg.): Fourteen ounces of prevention. 98-110. Washington.

- Bund A. (2001):** Selbstvertrauen und Bewegungslernen. Studien zur Bedeutung selbstbezogener Kognitionen fuer das Erlernen (sport-) motorischer Fertigkeiten. Schorndorf.
- Bzga (2003):** Suchtpraevention im Kinder- und Jugendsport. Theoretische Einordnung und Evaluation der Qualifizierungsinitiative „Kinder stark machen“, Bd 21. Koeln.
- Feldheege F.-J., Krauthan G. (1979):** Verhaltenstrainingsprogramm zum Aufbau sozialer Kompetenzen. Heidelberg.
- Franzkowiak P. (1986):** Risikoverhalten und Gesundheitsbewusstsein bei Jugendlichen. Der Stellenwert von Rauchen und Alkoholkonsum im Alltag von 15-20jaehrigen. Heidelberg.
- Hurrelmann K. (1999):** Lebensphase Jugend. 6. Auflage. Weinheim & Muenchen.
- Jerusalem M. (2002):** Stichwort „Kompetenzfoerderung“. In: SCHWARZER R., JERUSALEM M., WEBER H.: Gesundheitspsychologie von A-Z. 270-273. Goettingen.
- Jerusalem M. (2003):** Praevention in Schulen. In: JERUSALEM M., WEBER H.: Psychologische Gesundheitsfoerderung. 461-477. Goettingen.
- Kolip P. (1999):** Gesundheitliches Risikoverhalten im Jugendalter. Epidemiologische Befunde und Ansaetze zur Praevention. In: KOLIP P. (Hrsg.): Programme gegen Sucht. 7-24. Weinheim & Muenchen.
- Laaser U., Hurrelmann K., Wolters P. (1993):** Praevention, Gesundheitsfoerderung und Gesundheitserziehung. In: HURRELMANN K., LAASER U. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. 176-2003. Weinheim und Basel.
- Lautmann R. (1994):** Stichwort „Kompetenz, soziale“. In: FUCHS-HEINRITZ W., LAUTMANN R., RAMMSTEDT O., WIENHOLD H. (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie. Opladen.

- Leppin A. (1999):** Foerderung von sozialer Kompetenz bei Jugendlichen: Wenn helfen Praeventionsprogramme? In: ROEHRLE B., SOMMER G. (Hrsg.): Praevention und Gesundheitsfoerderung. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsfoerderung. Bd. 4. 203-219. Tuebingen.
- Lohaus A. (1993):** Gesundheitsfoerderung und Krankheitspraevention im Kindes- und Jugendalter. Goettingen.
- Mittag W., Jerusalem M. (1999):** Gesundheitsfoerderung bei Kindern und Jugendlichen. In: ROEHRLE B., SOMMER G. (Hrsg.): Praevention und Gesundheitsfoerderung. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsfoerderung. Bd. 4, 161-179. Tuebingen.
- Mittag G. (2002):** Gesundheitsverhalten Jugendlicher. In: Schwarzer R., Jerusalem M., Weber H. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie von A-Z. Σελ. 213-216. Goettingen.
- Roehrle B. (Hrsg.) (2002):** Praevention und Gesundheitsfoerderung. Bd. II. Tuebingen.
- Sholevar GP (2001).** Family therapy for conduct disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 10:501.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

# Σημασία, περιεχόμενα και στόχοι κινητικής αγωγής

## 5.1 Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο εξετάζονται η σημασία τα περιεχόμενα και οι στόχοι της πρόληψης με προσανατολισμό στην κίνηση και την προαγωγή της υγείας. Πρόκειται για το ερώτημα, το κατά πόσον η κίνηση, το παιχνίδι και η άθληση συμβάλλουν στη θετική ανάπτυξη της προσωπικότητας, το πώς καταλήγουν σε βελτίωση της ιδέας του έχει το άτομο για τον εαυτό του, που οφείλεται στην κίνηση και την άθληση, και ποια σημασία αποδίδεται στην αντίληψη του σώματος και στις αποδοχές αυτό-δραστηκότητας. Επίσης, εξηγείται ποιο ρόλο παίζουν οι προσωπικοί και κοινωνικοί πόροι και πώς μπορούν να αναπτυχθούν και να ενισχυθούν.

Οι δυνατότητες να χρησιμοποιηθούν η κίνηση, το παιχνίδι και η άθληση ως μέτρα πρόληψης συνίστανται λιγότερο σε μέτρα ενημέρωσης, παροχής πληροφοριών ή εκφοβισμού, και περισσότερο στην υποστήριξη και τον θετικό επηρεασμό της σωματικής και ψυχικής ανάπτυξης των παιδιών και των νέων. Η κίνηση από τη μία πλευρά ρυθμίζει τη χορήγηση της τροφής και την κατανάλωση θερμίδων, από την άλλη πλευρά συμβάλει στην αντιμετώπιση του άγχους και στην απομάκρυνση εσωτερικών εντάσεων και επιθετικότητας. Η κατάλληλη κίνηση είναι το σημαντικότερο μέσο για τη σωματική και ψυχική ανάπτυξη, επιτρέπει την αναγνώριση και την οικειοποίηση του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος, φροντίζει για τον συντονισμό όλων των εμπειριών των αισθήσεων και είναι ο κινητήρας για τη συνολική σωματική, ψυχική και κοινωνική ανάπτυξη ενός παιδιού. Σε ορισμένες παθήσεις μικρών ηλικιών, η άσκηση είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη βελτίωση της κλινικής εικόνας. Ενδεικτικά, στα κορίτσια με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (Ιατράκης 2020), πέρα από



τις διαιτολογικές προσαρμογές είναι χρήσιμη και η άσκηση ως μέσο για την απώλεια βάρους.



## 5.2 Κινητική αγωγή

Το καθήκον της κίνησης, του παιχνιδιού και του αθλητισμού όσον αφορά την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας στην παιδική και εφηβική ηλικία είναι η βέλτιστη πνευματική και σωματική ανάπτυξη. Αποτελεί μία σημαντική βάση για την ανάπτυξη γνωστικών, κοινωνικών και συναισθηματικών τρόπων συμπεριφοράς. Αυτό επιτυγχάνεται με την ολιστικά προσανατολισμένη κινητική αγωγή που βοηθά την προσωπικότητα (Hollmann, 2004). Σημειώνεται ότι η άσκηση είναι απαραίτητο μέσο ελέγχου διαφόρων καταστάσεων κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Ωστόσο, αν και αυτός ο έλεγχος διαμέσου της άσκησης μπορεί να εκτελεστεί με ασφάλεια στα περισσότερα παιδιά, θα πρέπει να επιλεγούν προσεκτικά τα παιδιά εκείνα στα οποία η άσκηση θα είχε αντενδείξεις. Ενδεικτικά, στις απόλυτες αντενδείξεις της άσκησης

περιλαμβάνονται οι ασθενείς με οξεία μυοκαρδιακή ή περικαρδιακή φλεγμονώδη νόσο (Pivarnik & Coe 2020).

Κατά τους Wollff-Brembach (1987), η κινητική αγωγή είναι μία πολυδιάστατη μαθησιακή διεργασία που επιδιώκει ψυχικούς, κινητικούς και κοινωνικούς στόχους.

Οι ψυχικοί στόχοι αφορούν μεταξύ άλλων

- την προαγωγή των ατομικών λειτουργιών και τομέων αντίληψης ως προϋπόθεση για μία βελτιωμένη κινητική προαγωγή (αφορά κυρίως τον συντονισμό ολόκληρου του σώματος),
- τη δημιουργία, αποκατάσταση ή διατήρηση μίας αποδεκτής αίσθησης για το σώμα για την αποφυγή ή τη μείωση ψυχικών και ψυχοσωματικών διαταραχών,
- την αύξηση της εμπιστοσύνης του ατόμου στον εαυτό του και της εμπιστοσύνης στις ικανότητές του,
- τη διάλυση κινητικών φόβων,
- την αντιστάθμιση του άγχους για επιδόσεις και για το σχολείο,
- την προθυμία για σωματική προσπάθεια και πολύπλευρες κινητικές ενέργειες.

Οι κινητικοί στόχοι περιλαμβάνουν εκτός των άλλων

- τη δυνατότητα και την ενίσχυση πολύπλευρων σωματικών εμπειριών,
- την πρόληψη καρδιο-κυκλοφορικών παθήσεων, της παχυσαρκίας και της βλάβης του κινητικού συστήματος,
- την αποφυγή ή πρόληψη αδυναμιών της σπονδυλικής στήλης και
- τη βελτίωση κινητικών ικανοτήτων και ικανοτήτων απόδοσης.

Στους κοινωνικούς στόχους αξίζει να αναφερθούν

- η ανάπτυξη ή ενίσχυση της αυτοσυναίσθησης,

- η αντιμετώπιση διαταραχών συμπεριφοράς και των επακόλουθων βλαβών,
- η αντιμετώπιση ή η αποφυγή επικοινωνιακών και γλωσσικών διαταραχών,
- η οικοδόμηση και η σταθεροποίηση μίας ψυχο-κοινωνικής ισορροπίας
- η οικοδόμηση ή η σταθεροποίηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης και
- η οδήγηση στον αθλητισμό του ελεύθερου χρόνου.

Η κινητική αγωγή θα πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν της την ανάπτυξη ολόκληρης της προσωπικότητας και να έχει ως στόχο την ανάπτυξη όλων των τομέων της προσωπικότητας. Πρέπει να λειτουργεί ως ενδιάμεσο μεταξύ της προσωπικότητας και της υγείας καθώς και να συμβάλει στην υπευθυνότητα και την ανεξαρτησία. Επίσης, αφορά την πρόληψη κινητικών, ψυχοσωματικών και κοινωνικών αδυναμιών καθώς και την ενίσχυση, τη σταθεροποίηση και τη βελτίωση σωματικών, προσωπικών και κοινωνικών πόρων.

Επίσης, με την κίνηση, το παιχνίδι και την άθληση μπορεί να βοηθηθεί η ανάπτυξη συγκεκριμένων πεποιθήσεων όσον αφορά τον έλεγχο. Έτσι το άτομο δεν αντιλαμβάνεται την υγεία και την ασθένεια ως αμετάβλητη κατάσταση, παρά τη βιώνει ως κατάσταση που μπορεί να την επηρεάσει.

Οι Abele και Brehm (1989) ερεύνησαν το κατά πόσον η αθλητική δραστηριότητα μπορεί να συνεισφέρει στην αντιμετώπιση διαφόρων καταστάσεων και «ενίσχυση του εγώ». Από αυτή και άλλες έρευνες διαπιστώθηκε τελικά ότι η άθληση συμβάλλει:

#### **α) Στην εμπιστοσύνη του ατόμου στις ικανότητές του**

Όσο λιγότερο εκτιμά κανείς τις ικανότητές του τόσο μικρότερο είναι το αναμενόμενο αποτέλεσμα της ίδιας ενέργειας και τόσο μικρότερες είναι οι προσπάθειες αντιμετώπισης. Με την κίνηση, το παιχνίδι και την άθληση μπορούν να αποκτηθούν τέτοιες σημαντικές ικανότητες δράσης.

#### **β) Στον «αντιληπτό έλεγχο»**

Κάθε άνθρωπος έχει την ανάγκη να ασκήσει έλεγχο στη ζωή του και να θεωρεί τον εαυτό του ως υπεύθυνο για τα αποτελέσματα. Το αίσθημα ελέγχου είναι μία σημαντική προϋπόθεση για συναισθηματική σταθερότητα και προθυμία για προσπάθεια. Αν ένας νέος για μεγάλο χρονικό διάστημα δεν ζει ως υπεύθυνος για τα αποτελέσματα και οι προσπάθειες επανάκτησης του ελέγχου αποτύχουν, σιγά-σιγά οι προσπάθειες μειώνονται και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια κινήτρου και κατάθλιψη. Όσο περισσότερο διαρκεί το αίσθημα της απώλειας ελέγχου, τόσο λιγότερες γίνονται οι προσπάθειες αντιμετώπισης.

Με κινητικές ενέργειες και με την επαφή με συσκευές και υλικά τα παιδιά και οι νέοι μπορούν να διαπιστώσουν ότι είναι δημιουργοί ορισμένων αποτελεσμάτων και ότι έχουν τον έλεγχο των κινητικών τους πράξεων και μπορούν να βελτιωθούν μέσω της άσκησης (Zimmer, 1998).

#### **γ) Στη βασική θετική συναισθηματική κατάσταση**

Αν επικρατεί κυρίως ένα αρνητικό βασικό συναίσθημα, η προσοχή σιγά-σιγά στρέφεται στην κατάσταση του ατόμου. Αυτό έχει ως συνέπεια να μπορούν να κατευθυνθούν εξ' ίσου λιγότερο σε άλλους τομείς οι προσπάθειες αντιμετώπισης. Τα θετικά αποτελέσματα που προκαλούνται από την άθληση όπως η «διασκέδαση» και το «νιώθω καλά» μπορούν να συνεισφέρουν σε μία θετική βασική διάθεση (Abele & Brehm, 1989).

#### **δ) Στη γενική δραστηριοποίηση**

Με την άθληση, ο αθλούμενος μπορεί αντικειμενικά να καταστεί πιο αποδοτικός και έτσι αισθάνεται «υποκειμενικά δραστηριοποιημένος».

### 5.2.1 Προαγωγή κοινωνικών και προσωπικών πόρων

Ο τρόπος που επιδρούν η κίνηση και ο αθλητισμός όσον αφορά τους πόρους της σωματικής υγείας αποδεικνύεται από διάφορες έρευνες. Αυτές αφορούν π.χ. την αποδοτικότητα του καρδιο-κυκλοφορικού συστήματος ή του ανοσολογικού συστήματος καθώς και την ανθεκτικότητα του παθητικού κινητικού συστήματος (Brinkhoff, 1998).

Στο παρόν κεφάλαιο εξετάζουμε μόνον τα αποτελέσματα της κίνησης, του παιχνιδιού και της άθλησης σε κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους.

Οι κοινωνικοί πόροι της υγείας αναφέρονται στη συγκράτηση και τη συναισθηματική και κοινωνική υποστήριξη από την κοινωνική ομάδα αναφοράς όπως π.χ. συγγενείς και φίλους (Kurz & Tietjens, 1998).

Αυτοί έχουν καθοριστική σημασία για τη διατήρηση της υγείας και τη μείωση των παραγόντων κινδύνου.

Το αν και σε ποια έκταση διατίθενται στα παιδιά και στους νέους κοινωνικοί πόροι και σε ποιο βαθμό αυτοί χρησιμοποιούνται, εξαρτάται εκτός των άλλων από τις κοινωνικές ικανότητες (ειδικότερα από την ικανότητα επικοινωνίας και συνεργασίας). Στις ικανότητες αυτές περιλαμβάνονται π.χ. η κατανόηση, η ανοχή, η συμβιβαστικότητα, η ευελιξία στην αντιμετώπιση έτοιμων κανόνων και κριτηρίων αξιολόγησης, η δικαιοσύνη κ.ο.κ. (Brodtmann, 1997).

«Δεν μπορούν όλα τα παιδιά να πλησιάζουν θετικά άλλους δίχως πρόβλημα και να συνεργαστούν δημιουργικά με άλλους» (Brodtmann, 1997).

Για τον λόγο αυτό, είναι σημαντικό να δημιουργούνται διαρκώς ευκαιρίες, οι οποίες απαιτούν από τα παιδιά και τους νέους να δράσουν από κοινού, ώστε να συνεισφέρουν έτσι στην ανάπτυξη των κοινωνικών ικανοτήτων.

Θα πρέπει να δημιουργηθεί μία ατμόσφαιρα αμοιβαίας αναγνώρισης και «ψυχικά χαλαρής κοινωνικότητας».

Οι κοινωνικοί πόροι σχετίζονται με ιδιότητες της προσωπικότητας που εκφράζονται στο πως αντιλαμβάνεται ένας άνθρωπος τον εαυτό του. Σε αυτούς περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων μία θετική ιδέα που έχει κανείς για το σώμα και για τον εαυτό του, οι πεποιθήσεις περί ελέγχου και οι προσδοκίες του πόσο αποτελεσματικός είναι κανείς.

Οι προσωπικοί πόροι αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να συμβάλουν στην αντιμετώπιση καθημερινών φορτίων και κρίσιμων γεγονότων.

Τέτοιοι προστατευτικοί παράγοντες είναι π.χ.

- η πεποίθηση ότι η πράξη του ατόμου έχει νόημα,
- η προθυμία ενασχόλησης,
- η πεποίθηση ότι μπορεί κανείς να διατηρήσει τον έλεγχο εν' όψει κρίσιμων συμβάντων της ζωής (πεποίθηση εσωτερικού ελέγχου),
- μία βασικά αισιόδοξη αντιμετώπιση (αισιοδοξία),
- μία γενική αντιμετώπιση των μεταβολών στη ζωή ως προκλήσεις (θετική αντιμετώπιση των μεταβολών).
- η προσδοκία ότι μπορεί κανείς να γίνει αποτελεσματικός χάρη στις ικανότητες που διαθέτει (εμπιστοσύνη του ατόμου στον εαυτό του, θετικό αίσθημα αυτοπεποίθησης),
- η προθυμία επιδίωξης ιδίων στόχων,
- η βασική δεκτικότητα στο καινούργιο, περιέργεια για τη ζωή,
- εμπιστοσύνη σε άλλους ανθρώπους / ικανότητα κοινωνικών σχέσεων,
- μία αμέριμνη αυτοεκτίμηση και
- η ικανότητα αντοχής σε συγκρούσεις.

(PALETTA, 2001).

Στη συνέχεια εξετάζεται το πώς μπορούν τα παιδιά και οι νέοι να οικοδομήσουν και να σταθεροποιήσουν αυτούς τους προστατευτικούς παράγοντες και το πώς οι πόροι των ατόμων που ωριμάζουν μπορούν να ενισχυθούν ώστε αυτοί να είναι σε θέση να επηρεάσουν οι ίδιοι θετικά τη σημερινή και τη μελλοντική τους ζωή. Σημαντικό ρόλο εδώ παίζουν η ιδέα που έχει το άτομο για τον εαυτό του και για το σώμα του και οι πεποιθήσεις αυτό-δραστηκότητας.

### **5.2.1.1 Η αντίληψη του εγώ**

Το πώς εκτιμούν τα παιδιά και οι νέοι τις ικανότητές τους, δηλαδή το αν έχουν εμπιστοσύνη στις ικανότητές τους, αν ανταποκρίνονται στις προκλήσεις ή τα παρατούν γρήγορα όταν παρουσιάζονται προβλήματα, αν πλησιάζουν ενεργά τους άλλους ή συμπεριφέρονται αναμένοντας, εξαρτάται από την εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους. Στην εικόνα αυτή του εγώ αντικατοπτρίζονται οι εμπειρίες που έχουν αποκτηθεί κατά την αντιπαράθεση με το περιβάλλον τους και οι προσδοκίες που θέτει το περιβάλλον σε αυτούς.

Η εικόνα του εγώ καθορίζεται από τις σωματικές εμπειρίες που αποκτά το παιδί τα πρώτα χρόνια της ζωής του. Μέσω του σώματος και της κίνησης αναπτύσσει μία εικόνα των ικανοτήτων του και αποκτά μία αντίληψη για τον εαυτό του. Με κινητικές πράξεις, τα παιδιά μπορούν να συγκεντρώσουν εμπειρίες για το τι μπορούν και τι δεν μπορούν. Βιώνουν την επιτυχία και την αποτυχία καθώς και την απόδοση και τα όρια. Μαθαίνουν επίσης το πώς τους εκτιμούν οι άλλοι και τι εμπιστεύονται σε αυτούς οι άλλοι. Όλες αυτές οι συγκεντρωμένες εμπειρίες, γνώσεις και πληροφορίες ωριμάζουν στην καλούμενη «αντίληψη του εγώ».

Η ανάπτυξη μίας θετικής εικόνας του εγώ θεωρείται ως σημαντικός εκπαιδευτικός στόχος.

Η έννοια αντίληψη του εγώ ορίζεται ως

«(...) .. η γνώση που αποκτά το άτομο για τον εαυτό του βάσει της εμπειρίας, η οποία είναι αποθηκευμένη στη μνήμη, κυρίως για σωματικά χαρακτηριστικά, για γενικές προϋποθέσεις για δράση, για την τεκμαρτή αποτελεσματικότητα της συμπεριφοράς σε διάφορες απαιτητικές καταστάσεις και τους στόχους ανάπτυξης του ίδιου του ατόμου.» (Schroeder, 1992, 315).

Στην αντίληψη του εγώ εισρέουν τόσο ίδιες ερμηνείες καθώς και αναδράσεις από τον περίγυρο.

Η αντίληψη του εγώ αποτελείται από διάφορα μέρη: από τη μία από γνωστικά προσανατολισμένες συνιστώσες (= εικόνα του εγώ) και από την άλλη από συναισθηματικά προσανατολισμένες συνιστώσες (= αυτοπεποίθηση). Η εικόνα του εγώ αναφέρεται σε ουδέτερα περιγράψιμα χαρακτηριστικά ενός ατόμου και περιλαμβάνει τη γνώση για τον εαυτό του (εμφάνιση, ικανότητες, δυνάμεις κ.λπ.). Το αίσθημα αυτοπεποίθησης περιγράφει την ικανοποίησή του από τα χαρακτηριστικά όπως τα αντιλαμβάνεται και παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των προβλημάτων.

Άτομα με ασθενή αυτοπεποίθηση μπορούν δυσκολότερα να επιβληθούν συγκριτικά με άτομα που έχουν ισχυρή αυτοπεποίθηση και εμπιστοσύνη στις ικανότητές τους. Ειδικότερα, στην παιδική και εφηβική ηλικία είναι σημαντικό να ζήσει κανείς ενθάρρυνση, συμμετοχή και σεβασμό, γιατί κάποιος που δεν έχει αντιμετωπίσει την εκτίμηση δεν μπορεί να αναπτύξει θετική εικόνα του εαυτού του. Ένα θετικό αίσθημα αυτοπεποίθησης μπορεί να δημιουργηθεί μόνον υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Ακόμα και αν έχει κάποια στιγμή διαμορφωθεί, μπορεί να κινδυνέψει λόγω φορτίων και προβλημάτων. Για τον λόγο αυτό τα παιδιά και οι νέοι πρέπει να αναπτύξουν ένα αίσθημα αυτοπεποίθησης που να είναι τόσο ισχυρό σε



αρνητικές εξωτερικές συνθήκες, ώστε να μπορεί να αντέξει στις συνθήκες αυτές (Alfermann & Stiller, 2003).

Η διαμόρφωση του αισθήματος αυτοπεποίθησης συνδέεται επίσης στενά με το αίσθημα αυτοπεποίθησης για το σώμα (Sygusch, 2000).



### 5.2.1.2 Η αντίληψη του σώματος

Η αντίληψη του σώματος και η αυτοπεποίθηση αναπτύσσονται κυρίως μέσω του σώματος. Τα παιδιά αποκτούν τις πρώτες εμπειρίες για τον εαυτό τους και το περιβάλλον τους αρχικά μέσω του σώματός τους.

Κατά τον Mrazek (1991), η αξιολόγηση του σώματος αποτελεί τη βάση για την εκτίμηση της αξίας του εγώ. Για τον λόγο αυτό, η ανάπτυξη της

σωματικής και κινητικής εξέλιξης είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη φροντίδα της βέλτιστης παιδικής ανάπτυξης. Ναι μεν αντικειμενικά ανατομικά και φυσιολογικά χαρακτηριστικά αποτελούν μία σημαντική προϋπόθεση για την αυτοπεποίθηση, σημαντικότερη όμως είναι η αντιμετώπιση αυτών. Το παιδί δεν βιώνει αντικειμενικά τις σωματικές ικανότητες, παρά τις αντιλαμβάνεται και τις αξιολογεί βάσει προηγούμενων εμπειριών. Εδώ παίζει ρόλο η προσωπική εμπειρία με το σώμα, η αξιολόγηση του ίδιου σώματος από τους άλλους και το πώς αντιλαμβάνεται κανείς τα σώματα των άλλων.

Επομένως, η αυτοεκτίμηση και η στάση ως προς το σώμα συνδέονται στενά μεταξύ τους. Μία θετική στάση ως προς το ίδιο του το σώμα αποτελεί μία σημαντική προϋπόθεση για την ικανοποίηση του ατόμου από τον εαυτό του και από τη ζωή του. Από την άλλη πλευρά, μία αρνητική στάση ως προς το σώμα μπορεί να επιφέρει προβλήματα που μπορεί να μην αφορούν μόνον το σώμα, παρά και άλλους τομείς.

Ειδικότερα στην εφηβική ηλικία, η αντίληψη του σώματος αποτελεί μία βασική παράμετρο:

«Σε ένα περιβάλλον που γίνεται ολοένα και πιο πολύπλοκο, το σώμα ως μοναδικό συγκεκριμένο βιώσιμο μέρος του εγώ αποτελεί ένα κεντρικό στήριγμα της ταυτότητας του ατόμου.» (Mrazek & Hartmann, 1989).

Για τους νέους, το σώμα παίζει καθοριστικό ρόλο στο πως αυτοί αντιλαμβάνονται και κατανοούν τον εαυτό τους. Οι σημαντικότερες πλευρές της αντίληψης του σώματος στην εφηβική ηλικία είναι η εμφάνιση, η υγεία, η σωματική αποδοτικότητα, το ωραίο σώμα, η σωματική επαφή, η φροντίδα του σώματος, η διατροφή κ.λπ. Η σωματική αποδοτικότητα αποτελεί μία από τις σημαντικότερες συνιστώσες της αντίληψης του σώματος. Με μεγαλύτερη σωματική αποδοτικότητα (π.χ.

με την άθληση) ή με την μεταβληθείσα θετική αντίληψη της εικόνας που έχει το άτομο για το σώμα του μπορεί να επηρεαστεί θετικά η αντίληψη του σώματος και επομένως και η αντίληψη που έχει το άτομο για τον εαυτό του.

Σε μία κοινωνία, στην οποία το σωματικό μέρος παίζει ολοένα και πιο σημαντικό ρόλο, δηλαδή ένα νεαρό αθλητικό σώμα είναι της μόδας, η αντίληψη του σώματος γίνεται ένα σημαντικό συστατικό της αντίληψης του εγώ (Mrazek & Hartmann, 1989).

### **5.2.1.3 Αυτό-δραστηκότητα και πεποιθήσεις ελέγχου**

Η αυτό-δραστηκότητα είναι μία σημαντική παράμετρος της αντίληψης του εγώ. Περιλαμβάνει την υποκειμενική πεποίθηση ότι κανείς μπορεί να πετύχει και να αλλάξει κάτι μόνος του, δηλαδή ότι μπορεί να ασκήσει επίδραση στο υλικό και κοινωνικό περιβάλλον. Περιλαμβάνει επίσης την πεποίθηση ότι έχει κανείς τον έλεγχο της εκάστοτε κατάστασης. Με την αντίληψη της αποτελεσματικότητας των ιδίων πράξεων και της συμπεριφοράς αντλεί κανείς συμπεράσματα για το ίδιο το άτομο.

Σε κινητικές ενέργειες, π.χ. σε επαφή με συσκευές ή υλικά για παιχνίδια, τα παιδιά μπορούν να διαπιστώσουν ότι προκαλούν τα ίδια ορισμένα αποτελέσματα (π.χ. χτίζουν ένα πύργο από ξυλαράκια, τον γκρεμίζουν και στη συνέχεια τον ξαναχτίζουν κ.λπ.). Έτσι, αποδίδουν το αποτέλεσμα στις ίδιες τους τις πράξεις, την προσπάθεια και τις ικανότητές τους. Με τον τρόπο αυτόν, δημιουργείται μία πρώτη αντίληψη των ικανοτήτων τους.

Και στον αθλητισμό, τα παιδιά και οι νέοι βλέπουν ότι είναι οι ίδιοι υπεύθυνοι για τις επιτυχίες τους (π.χ. για την επίτευξη ενός κινητικού καθήκοντος) και ότι με την επανάληψη και την άσκηση μπορούν να

βελτιωθούν. Το αίσθημα ότι πέτυχαν και μπορούν να κάνουν κάτι αποτελεί τη βάση για την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους.

Υπάρχουν όμως και καταστάσεις όπου συμβαίνει το αντίθετο. Αν ένα πετυχημένο αποτέλεσμα αποδοθεί στην τύχη ή η δραστικότητα του ατόμου εκτιμάται ως μικρή, τότε το παιδί μπορεί να δείξει μικρότερη υπερηφάνεια για αυτό που επιτεύχθηκε. Αυτό μπορεί να έχει ως συνέπεια συμπεριφορά αποφυγής και αρνητική εκτίμηση του εγώ. Τα παιδιά και οι νέοι που εμπιστεύονται λίγο τον εαυτό τους, συχνά θα βιώνουν λιγότερο την επιτυχία και, επομένως, οι αρνητικές τους προσδοκίες θα επιβεβαιώνονται. Αυτό μπορεί να γίνει ένας διαρκής κύκλος.

Αν αντίθετα το άτομο έχει υψηλές προσδοκίες αυτό-δραστικότητας, δηλαδή αν κάποιος τον εμπιστεύεται ότι μπορεί να ελέγξει μία κατάσταση ή να διεκπεραιώσει μία εργασία, θα εμπιστευτεί και στον εαυτό του ένα ορισμένο βαθμό δυσκολίας και θα παρακινηθεί να λύσει την εργασία. Η θετική προσδοκία των ικανοτήτων οδηγεί σε αύξηση της αυτοπεποίθησης και είναι πιθανό ένα κέρδος όσον αφορά την εμπιστοσύνη που έχει το άτομο στον εαυτό του. Η βιωθείσα ψυχική σταθερότητα μπορεί να καταστήσει το άτομο ικανό «να ενεργήσει αυτοκαθοριστικά, να αναφερθεί στις δικές του θέσεις, να μπορεί επιβληθεί κατά της συνήθους άποψης, να δημιουργήσει δικούς του κανόνες και μέτρα αξιών, να προσέχει τους πιο αδύναμους και να προσπαθεί για τους άλλους» (Zimmer, 1998, 30). Η ικανότητα αυτή παίζει ρόλο ιδιαίτερα όσον αφορά τον καταναγκασμό από την ομάδα και τους επικίνδυνους τρόπους συμπεριφοράς (Zimmer, 2000).

### **5.3 Σχέση μεταξύ κίνησης, παιχνιδιού, αθλητισμού και αντίληψης του εγώ**

«Η κινητική επιδεξιότητα, η σωματική απόδοση και οι κινητικές ικανότητες έχουν μεγάλη αξία για τα παιδιά. Συνεπώς, η εμπειρία

σωματικής κατωτερότητας, ο φόβος και η ανασφάλεια επιδρούν γρήγορα στο πώς αντιλαμβάνεται κανείς τον εαυτό του και, επομένως, και στην αντίληψη των παιδιών για το εγώ τους, ενώ ταυτόχρονα επηρεάζουν την κοινωνική κατάσταση και τη θέση εντός της ομάδας.» (Zimmer, 2001, 17)

Η αντίληψη του εγώ επιδρά στη συμπεριφορά των παιδιών και των νέων. Ο τρόπος που αντιλαμβάνονται και εκτιμούν τον εαυτό τους καθορίζει την ικανοποίησή τους, την προθυμία τους να προσπαθήσουν και το πώς χειρίζονται τα προβλήματα ή αντιμετωπίζουν νέες καταστάσεις (Zimmer, 2001a).

Αν, για παράδειγμα, υπάρχει ως βάση μία θετική αντίληψη του εγώ, το παιδί ή ο νέος είναι πεπεισμένος ότι μπορεί να ξεπεράσει δύσκολες απαιτήσεις και προβλήματα. Οι νέες απαιτήσεις θεωρούνται μάλλον ως πρόκληση.

Αντίθετα, σε μία αρνητική αντίληψη του εγώ οι άγνωστες καταστάσεις συχνά βιώνονται ως απειλητικές και υπάρχει μόνον μικρή προσδοκία επιτυχίας. Αν ένα παιδί εμπιστεύεται τον εαυτό του λιγότερο από όσο στην πραγματικότητα μπορεί και θεωρείται και από τους άλλους ως αδέξιο, τότε το παιδί αισθάνεται ότι επιβεβαιώνεται ότι κατέχει το ρόλο του αποτυχημένου.

Αν τα παιδιά/οι νέοι έχουν διαρκώς άσχημα βιώματα σε κινητικές καταστάσεις, π.χ. λόγω αρνητικών σωματικών εμπειριών, υπάρχει ο κίνδυνος αυτό να μεταφερθεί σε άλλους τομείς. Δηλαδή δεν φοβούνται μόνον ότι θα αποτύχουν σε καταστάσεις κίνησης και αθλητισμού ή ότι δεν θα αναγνωριστούν από άλλα παιδιά / άλλους νέους, αλλά υποχωρούν και σε άλλες καθημερινές καταστάσεις.

Η αντίληψη του εγώ, η δράση και το βίωμα αλληλεξαρτώνται. Αν, για παράδειγμα, κάποιος θεωρείται αθλητικός, αυτός θα γίνει ευκολότερα δραστήριος αθλητικά. Αντίθετα, το βίωμα συχνών αποτυχιών μπορεί να

οδηγήσει στη διαμόρφωση μίας αρνητικής αντίληψης του εγώ (Alfermann & Stiller, 2003). Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι το βίωμα της αποτυχίας πρέπει με κάθε τίμημα να αποφεύγεται, γιατί και το βίωμα της αποτυχίας μπορεί να αποβεί διδακτικό και να βοηθήσει το άτομο να μάθει να εκτιμά τον εαυτό του και τις καταστάσεις. Καθοριστικό είναι εκτός των άλλων αν αυτή η αποτυχία αποδίδεται στην πιθανή ελλιπή κίνηση ή π.χ. σε ελλιπή προσπάθεια. Αν η επιτυχία μίας πράξης αποδίδεται σε εσωτερικές αιτίες, δηλαδή το άτομο νιώθει ότι την προκάλεσε το ίδιο, μπορούν να παρουσιαστούν μεταβολές της αντίληψης του εγώ.

«Η απόδοση της επιτυχίας ή της αποτυχίας σε συγκεκριμένες αιτίες, έχει αποφασιστική επίδραση στην εικόνα του εγώ διότι το παιδί έτσι οικοδομεί γνωστικές αντιλήψεις που δρουν ως ερμηνευτικά σχήματα.» (Zimmer, 2001, 20).

Τα παιδιά και οι νέοι αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους με έναν ορισμένο τρόπο, κατατάσσουν ορισμένες ιδιότητες και αξιολογούν τον εαυτό τους. Έτσι επηρεάζουν την ατομική τους ικανότητα για δράση.

Για την αντίληψη και την αξιολόγηση των δυνατοτήτων και των ικανοτήτων τους οι σωματικές και κινητικές ικανότητες έχουν ιδιαίτερη σημασία. Μέσω σωματικών και κινητικών ικανοτήτων στην κίνηση, το παιχνίδι και τον αθλητισμό, συχνά, μπορεί να επιτευχθεί η εκτίμηση της αξίας. Οι αθλητικές επιδόσεις και επιτυχίες βρίσκουν αναγνώριση τόσο από τους συνομήλικους όσο και από τους ενήλικες (Kurz & Brinkhoff, 1999).

«Ο αθλητισμός προσφέρει στους νέους τη δυνατότητα να πετύχουν επιδόσεις που χαίρουν αναγνώρισης, εκτίμησης και σεβασμού και στον κόσμο των ενηλίκων και σε αντίθεση με τους αφηρημένους σχολικούς

επαίνους χαρακτηρίζονται άμεσα από μία αισθητή, περιεκτική ανταμοιβή.» (Kurz & Brinkhoff, 1989).

Από τη μία πλευρά, με τη βοήθεια σωματικών και κινητικών ικανοτήτων, τα παιδιά και οι νέοι μπορούν να εκτιμήσουν τις ικανότητές τους. Από την άλλη πλευρά, οι ικανότητες αυτές επηρεάζουν και τις προσδοκίες που τίθενται σε αυτούς από το κοινωνικό περιβάλλον. Ωστόσο, αντικειμενικά ίδιες επιδόσεις υποκειμενικά μπορούν να αξιολογηθούν εντελώς διαφορετικά. Αυτό συμβαίνει διότι όλες οι πληροφορίες που λαμβάνει ένα άτομο για τον εαυτό του, αξιολογούνται και ερμηνεύονται υποκειμενικά. Η εκτίμηση των ιδίων ικανοτήτων προκύπτει από την αξιολόγηση των ιδίων πράξεων και επομένως δεν πρέπει να αντιστοιχεί ακριβώς στο πραγματικό ταλέντο. Επομένως, ένα ακόμα σημαντικό κριτήριο για την αξιολόγηση του εγώ είναι η εικόνα που έχουν οι άλλοι για ένα άτομο σύμφωνα με τις δικές τους αντιλήψεις.

«Ένα παιδί συχνά βλέπει τον εαυτό του στον καθρέφτη των όσων παίζουν μαζί του.» (Zimmer, 2001).

Αυτό σημαίνει ότι ένα παιδί μπορεί να θεωρήσει τον εαυτό του ως αδέξιο και ατάλαντο διότι οι άλλοι (γονείς, δάσκαλοι, άλλα παιδιά) το εκτιμούν έτσι, παρ' όλο που αντικειμενικά ίσως να μην είναι καθόλου αδέξιο.

Η αντίληψη της αξιολόγησης από τους άλλους μπορεί να οδηγήσει στο να δεχθεί κανείς τα κριτήριά τους και να προσαρμόσει σε αυτά την εικόνα του εγώ του. Αυτό ισχύει κυρίως για τα παιδιά που παρουσιάζουν πρόβλημα στην κίνηση ή κινητικές ιδιαιτερότητες (Zimmer & Hunger, 2004).

### 5.3.1 Η αντίληψη του εγώ μέσω της μεταβολής της αντίληψης του σώματος

Λόγω του ότι η αντίληψη του εγώ είναι ιεραρχικά διαρθρωμένη (το ανώτερο επίπεδο είναι η αυτοπεποίθηση) δεχόμαστε ότι ο θετικός επηρεασμός μίας επιμέρους αντίληψης (όπως η αντίληψη του σώματος) επιδρά θετικά και στα άλλα επίπεδα.

Κατά τον Mrazek (1991), η αυτοπεποίθηση και η στάση ως προς το σώμα αλληλοεξαρτώνται στενά. Η θετική στάση ως προς το σώμα αποτελεί έναν σημαντικό όρο για τη θετική αυτοεκτίμηση που, με τη σειρά της, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ανθρώπινη ύπαρξη και για μία ζωή δίχως άγχος. Επομένως, μία ικανοποιητική ζωή προϋποθέτει θετική στάση ως προς το σώμα. Αντίθετα, μία αρνητική στάση ως προς το σώμα δημιουργεί προβλήματα που δεν αφορούν μόνον το σώμα, παρά φτάνουν και σε άλλους τομείς της ζωής.

Για να επηρεαστεί θετικά η εξέλιξη της σωματικότητας και της αντίληψης του σώματος, κατ' αρχάς θα πρέπει κανείς να αναπτύξει και να προωθήσει την αντίληψη του σώματος, δηλαδή τη συνειδητή αντίληψη του σώματος, του αποδοτικού του δυναμικού και των ορίων του καθώς και την ικανότητα αντιμετώπισης ενοχλήσεων και συναισθημάτων (Sygusch, 2000).

Αυτό περιλαμβάνει το να μάθε κανείς να γνωρίζει τις αντιδράσεις του σώματός του και να αντιλαμβάνεται, να βιώνει και να κατανοεί το πώς νιώθει ψυχικά όταν κινείται (εξάντληση, χαλάρωση, ζέσταμα, μέτρηση παλμών, ζωτικότητα και ικανοποίηση). Με το βίωμα της κόπωσης και της προσπάθειας, της χαλάρωσης μετά τον κόπο, της συγκέντρωσης κινητικών εντυπώσεων στο τρέξιμο, το άλμα, τις ρίψεις κ.λπ. και το βίωμα της ζέστης και του κρύου, της αναπνοής, των καρδιακών παλμών κ.λπ. μπορεί να ενισχυθεί η σωματική αισθητικότητα. Επομένως, με την κίνηση και την



άθληση υπάρχει η δυνατότητα ανάπτυξης της δυνατότητας ίδιου επηρεασμού του ατόμου με αναφορά στο σώμα που μπορεί να παρέχει κίνητρα για τον ενεργό επηρεασμό της κατάστασης της υγείας του ατόμου (Paletta, 2001).

Δεν υπάρχουν πολλές έρευνες σχετικά με τις μεταβολές της αντίληψης του εγώ σε σχέση με την αθλητική δραστηριότητα. Ωστόσο, σε παιδιά και νέους διαπιστώνεται μία περισσότερο μακροπρόθεσμη αύξηση της αυτοπεποίθησης με την αθλητική δραστηριότητα, ενώ τα αποτελέσματα στην αυτοπεποίθηση των ενηλίκων είναι λιγότερο εμφανή. Αυτό εξηγείται από τη μεγάλη σχέση της αντίληψης του σώματος και της αυτοπεποίθησης στην παιδική και εφηβική ηλικία (Alfermann, 1998).

Φάνηκε ότι:

«... η φυσική δραστηριότητα βελτιώνει την αντίληψη του εγώ, η αθλητική επιτυχία ευνοεί μία θετική αντίληψη του εγώ και η αυτοπεποίθηση ειδικότερα των παιδιών και των νέων (...) επηρεάζεται θετικά από (υποκειμενικά πετυχημένη) φυσική δραστηριότητα.» (Alfermann & Stiller 2003, 470).

Οι μεταβολές της αντίληψης του εγώ μέσω της άθλησης επιτυγχάνονται κυρίως από τη μεταβολή της αντίληψης του σώματος, όπου οι βασικές παράμετροι αποτελούνται από σωματική αποδοτικότητα, εμφάνιση και υγεία. Η σωματική αποδοτικότητα είναι η σημαντικότερη συνιστώσα της αντίληψης του σώματος των νέων και επομένως και της αντίληψης του εγώ.

Έρευνα των Mrazek & Hartmann (1989) δείχνει ότι οι αθλητικά δραστήριοι νέοι διαφέρουν από τους αθλητικά μη δραστήριους νέους όσον αφορά την αντίληψη του εγώ και του σώματος. Έτσι, οι δραστήριοι νέοι αξιολογούν πιο θετικά την εμφάνισή τους και την προσέχουν περισσότερο.

Αξιολογούν πιο θετικά τις κοινωνικές επαφές, έχουν μεγαλύτερη σιγουριά και είναι πιο ικανοποιημένοι από τον εαυτό τους. Επομένως, διαθέτουν πιο θετική εικόνα του εγώ από τους μη δραστήριους νέους.

Σύμφωνα με το μοντέλο των Sonstroem & Morgan (1989), η αθλητική δραστηριότητα οδηγεί σε βελτιωμένη αντίληψη του σώματος, κάτι που πρόκειται να συμβάλει στη βελτιωμένη αυτοπεποίθηση και επομένως σε θετικότερη αντίληψη του εγώ. Καθοριστικά για το θέμα αυτό είναι η ενισχυμένη εικόνα του εγώ και η αυτοπεποίθηση στον φυσικό τομέα που προκλήθηκε από την αθλητική δραστηριότητα.

Η αθλητική δραστηριότητα μεταβάλλει την αντίληψη για το σώμα με τρόπο ώστε διαφορετικές πλευρές, όπως π.χ. η φυσική αποδοτικότητα να επηρεάζεται π.χ. με άθληση για την απόκτηση αντοχής. Με την αθλητική δραστηριότητα, βελτιώνεται και η αντιλαμβανόμενη αυτό-δραστικότητα με αποτέλεσμα στα παιδιά και στους νέους να παρατηρείται μεταβολή της αυτοπεποίθησης (Alfermann, 1998). Η αυτοεπιβεβαίωση μέσω των αθλητικών επιδόσεων μπορεί έτσι να ενισχύσει την εμπιστοσύνη στις ικανότητες του ατόμου και να έχει θετική επίδραση στην οικοδόμηση της αυτοπεποίθησης όσον αφορά το σώμα, γεγονός που με τη σειρά του μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένη αυτοεκτίμηση. Ωστόσο, πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν μας ότι συχνά βιώματα αποτυχίας μπορούν να έχουν το αντίθετο αποτέλεσμα. Με την έλλειψη ικανοποίησης από τις επιδόσεις, τον στιγματισμό ή τις κατηγορίες των άλλων στην ομάδα ή των γυμναστών υπάρχει ο κίνδυνος να αμφισβητήσουν τα παιδιά την αποδοτικότητά τους. Αυτό μπορεί να εμποδίσει την οικοδόμηση μίας σταθερής αυτοπεποίθησης όσον αφορά το σώμα και επομένως μίας γενικής αυτοπεποίθησης (Sygusch, 2000). Για να αποφευχθεί αυτό πρέπει κανείς να δώσει στα παιδιά και τους νέους εφικτούς στόχους σε κινητικές και αθλητικές καταστάσεις και να εξατομικεύσει τον τρόπο διδασκαλίας και μάθησης. Πρέπει να νιώσουν τις επιδόσεις τους ως θετικές. Αυτό προϋποθέτει,

επίσης, οι παιδαγωγοί, οι γυμναστές, οι προπονητές κ.λπ. να κάνουν λιγότερο θέμα τα σφάλματα αλλά να τονίζουν και να ενισχύουν τις μικρές επιτυχίες. Η αντίληψη του εγώ πρέπει να αναπτυχθεί με την αναγνώριση και τη θετική αντιμετώπιση, όπως π.χ. μέσω της επιτυχίας των πράξεων ή τη βελτίωση της απόδοσης όπως αυξημένη αντοχή κ.λπ. (Bund, 2001).

Η αντίληψη του σώματος και η αντίληψη του εγώ θεωρούνται ως σημαντικοί πόροι για την υγεία. Ιδιαίτερα στην παιδική και εφηβική ηλικία, μπορούν να βελτιωθούν με την αθλητική δραστηριότητα. Λόγω του ότι η κίνηση, το παιχνίδι και η άθληση επηρεάζουν την αντίληψη του σώματος και επομένως και την αντίληψη του εγώ, κυρίως με τη θετική έννοια, ενισχύουν γενικά τους πόρους της υγείας που είναι δεδομένοι μέσω της αντίληψης του εγώ (Alfermann, 1998).

«Αν ο νέος καταφέρει μέσω αθλητικών δραστηριοτήτων και επιτυχιών να ενισχύσει την αντίληψη του εγώ και την αποδοχή του εγώ, τότε (ο νέος) έχει οικοδομήσει αρκετή συναίσθηση του εγώ, δεν χρειάζεται πλέον να αντισταθμίσει πιθανές αδυναμίες με επικίνδυνα για την υγεία συμπεριφορά και την επιδεικτική κατανάλωση νικοτίνης, αλκοόλ και σκληρών ναρκωτικών.» (Kurz & Brinkhoff, 1999).

Βεβαίως, με την άσκηση μπορούν να εξαχθούν και άλλα χρήσιμα συμπεράσματα όσον αφορά τη γενικότερη υγεία του παιδιού. Ενδεικτικά, με ειδική μέτρηση, μπορεί να διαπιστωθεί η αερόβιος ικανότητα, που είναι ο μέγιστος όγκος καταναλωμένου οξυγόνου (maximum volume of oxygen consumed [VO<sub>2</sub>max]) από το σώμα κατά την άσκηση (Pivarnik & Coe 2020). Τέλος, με δεδομένο ότι για την ασφαλή άσκηση των παιδιών, πάγια τακτική υπήρξε η ιατρική βεβαίωση της ικανότητας του παιδιού, αυτή μπορεί να διαπιστωθεί με ειδικές εξετάσεις (Blais et al 2015).

## 5.4 Ανακεφαλαίωση

Έρευνες αποδεικνύουν ότι η τακτική και κατάλληλη κίνηση και άθληση επηρεάζει τη σωματική/κινητική ανάπτυξη και την υγεία. Ειδικότερα στον τομέα των παιδιών και των εφήβων, η άθληση με τη σωστή καθοδήγηση μπορεί να συμβάλει την προαγωγή της ανάπτυξης και στην πρόληψη παθήσεων που οφείλονται σε έλλειψη κίνησης. Ενισχύει κοινωνικούς πόρους (π.χ. ενσωμάτωση και υποστήριξη) και προσωπικούς πόρους (π.χ. αίσθημα αυτοπεποίθησης) που παίζουν σημαντικό ρόλο σε διεργασίες φορτίων και υπερνίκησης αυτών. Οι πόροι αυτοί μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να ενεργήσουν ενάντια στα καθημερινά φορτία και τις υπερκοπώσεις. Οι καλοί προσωπικοί πόροι, όπως π.χ. μία θετική εικόνα που έχει κανείς για τον εαυτό του, δρουν έτσι ώστε όταν εμφανιστεί ένα κρίσιμο γεγονός στη ζωή, να εκτιμώνται περισσότερο θετικά οι δυνατότητες ίδιας δράσης. Επομένως, δεχόμαστε βασικά ότι η κίνηση, το παιχνίδι και η άθληση μπορούν να συμβάλουν στο να επηρεάσουν θετικά την εικόνα που έχει κανείς για τον εαυτό του, γεγονός που με τη σειρά του επιδρά θετικά στο ξεπέρασμα των δυσκολιών.

Η αθλητική δραστηριότητα όχι μόνον ενισχύει τους προσωπικούς πόρους, παρά και προστατεύει από επιβαρύνσεις μεγάλης διάρκειας – κάτι σαν «αποσβεστήρας του άγχους». Για παράδειγμα, τα φορτία και οι εντάσεις μπορούν να μειωθούν με την πρόκληση ευεξίας λόγω της άθλησης και έτσι να προστατευθεί η εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του από αρνητικές επιρροές.

## 5.5 Βιβλιογραφία

- Abele A./ Brehm W. (1989): Sport zum "Sich-Wohlfühlen" als Beitrag zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben des Jugendalters. In: Brettschneider W.-D./ Baur J./ Bräutigam M. (Hrsg.): Sport im Alltag von Jugendlichen, 114-132. Schorndorf.
- Alfermann D. (1998): Selbstkonzept und Körperkonzept. In: BÖS K./ Brehm W. (Hrsg.): Gesundheitssport. Ein Handbuch. Σελ. 212-220. Schorndorf.
- Alfermann D./ Stiller J. (2003): Stichwort, Selbstkonzept". In: Röthig P./ Prohl R. (Hrsg.): Sportwissenschaftliches Lexikon. 7. Auflage. Σελ. 469. Schorndorf.
- Blais S, Berbari J, Counil FP, Dallaire F. A Systematic Review of Reference Values in Pediatric Cardiopulmonary Exercise Testing. *Pediatr Cardiol* 2015, 36:1553-64.
- Brodthmann D. (1997): Kinder - Bewegung – Gesundheit. Was sind die wirklichen Risikofaktoren? In: ZIMMER R. (Hrsg.): Bewegte Kindheit. Σελ. 32-41. Schorndorf.
- Bund A. (2001): Selbstvertrauen und Bewegungslernen. Studien zur Bedeutung selbstbezogener Kognitionen für das Erlernen (sport-) motorischer Fertigkeiten. Schorndorf.
- Hollmann W. (2004): Körperliche Aktivität und Gesundheit in Kindheit und Jugend. In: Zimmer R./ Hunger I. (Hrsg.): Wahrnehmen – Bewegen – Lernen. Kindheit in Bewegung. Σελ. 32-43. Schorndorf.
- Ιατράκης Γ. Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών. Στο: Γυναικολογία-Μαιευτική. Αθήνα, Εκδόσεις «Desmos Digital IKE» 2020.

- Kurz D./ Brinkhoff K.-P. (1989): Entwicklung jugendlicher Identität im Sport. In: Brettschneider W.-D./ Baur J./ Bräutigam M. (Hrsg.): Sport im Alltag von Jugendlichen. Σελ. 95-113. Schorndorf.
- Kurz D./ Tietjens M. (1998): Kinder und Jugendliche. In: BÖS K./ BREHM W. (Hrsg.): Gesundheitssport. Ein Handbuch. Σελ. 95-107. Schorndorf.
- Laaser U./ Sassen G./ Murza G./ Sabo P. (Hrsg.) (1987): Prävention und Gesundheitserziehung. Heidelberg.
- Mrazek J./ Hartmann I. (1989): Selbstkonzept und Körperkonzept. In: Brettschneider W.-D./ Baur J./ Bräutigam M. (Red.): Bewegungswelt von Kindern und Jugendlichen. Σελ. 218-230. Schorndorf.
- Mrazek J. (1991): Einstellungen zum eigenen Körper. In: Bielefeld J. (Hrsg.): Körpererfahrung. 2. Auflage. Σελ. 223-249. Göttingen.
- Paletta A. (2001): Gesundheitsförderung durch Sport und Bewegung bei Jugendlichen. Butzbach.
- Pivarnik JM, Coe DP. Exercise testing in children and adolescents: Principles and clinical application. UpToDate 2020.
- Schröder H. (1992): Stichwort "Selbstkonzept". In: Tewes U./ WILDGRUBE K. (Hrsg.): Psychologielexikon. Σελ. 315-317. München.
- Sonstroem R.J./ Morgan W.P. (1989): Exercise and self-esteem: Rationale und model. Medicine and Science in Sports an Exercise, 21, σελ. 329-337.

- Sygusch R. (2000): Sportliche Aktivität und subjektive Gesundheitskonzepte: Eine Studie zum Erleben von Körper und Gesundheit bei jugendlichen Sportlern. Schorndorf.
- Wolff-Brembach I. (1987): Präventive und rehabilitative Aspekte der Bewegungserziehung für behinderte Kinder und Jugendliche. In: LAASER U./ SASSEN G./ MURZA G./ SABO P. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitserziehung. Σελ. 535-542. Heidelberg.
- Zimmer R. (1998): Die Kinder stark machen – Zur Bedeutung von Bewegung, Spiel und Sport für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: ZIMMER R. (Hrsg.): Kinder- und Jugendarbeit im Sport. Σελ. 11-32. Aachen.
- Zimmer R. (2000): Handbuch der Psychomotorik. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau.
- Zimmer R. (2001): Identität und Selbstkonzept. Zur Bedeutung von Bewegungserfahrungen für die Persönlichkeitsentwicklung. In: ZIMMER R./ HUNGER I. (Hrsg.): Kindheit in Bewegung. Σελ. 13-23. Schorndorf.
- Zimmer R. (2001a): Handbuch der Bewegungserziehung. 11. Auflage. Freiburg im Breisgau.
- Zimmer R./ HUNGER I. (Hrsg.) (2004): Wahrnehmen – Bewegen – Lernen. Kindheit in Bewegung. Schorndorf.

