

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΤΜΗΜΑ: Οικιακής Οικονομίας & Οικολογίας

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

"ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΟΡΘΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΙΣ ΑΝΕΠΤΥΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ"



Φοιτήτρια:

ΤΣΑΒΔΑΡΑ ΣΟΦΙΑ (Α.Μ.: 9319)

Τριμελής επιτροπή:

Υπεύθυνος: Επικ. Καθηγητής κ. Πολυχρονόπουλος Ε.

Μέλη:

Καθηγητής κ. Αποστολόπουλος Κ.

Λέκτορας κα Γιαννακούλια Μ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

“Vale”

Με τη λέξη αυτή έκλειναν οι Ρωμαίοι τις επιστολές τους. Σημαίνει “υγιάινε” και χρησιμοποιείται ακόμη και σήμερα σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του ανθρώπου.

Η υγεία είναι ένα αγαθό για τον κάθε άνθρωπο και γίνεται αντικείμενο συζήτησης τόσο από τα μεμονωμένα άτομα, όσο και από άλλες συλλογικές δομές, όπως είναι η οικογένεια και το σχολείο.

Ταυτόχρονα, τα τελευταία 50 χρόνια διεθνείς οργανώσεις, όπως ο W.H.O. αλλά και πρωτοβουλίες των κρατών συντονίζουν συστηματικά τις προσπάθειές τους με απώτερο στόχο την προαγωγή της υγείας των πληθυσμών.

Η υγεία ως έννοια δεν έχει μια ξεκάθαρη εννοιολογική και πρακτική ταυτότητα και αυτό, γιατί δεν είναι έννοια στατική.

Σήμερα, με τη βοήθεια της τεχνολογίας αλλά και της βιοτεχνολογίας έχει φθάσει σε πολύ υψηλό επίπεδο η γνώση για την υγεία, τις αρρώστιες και τις θεραπευτικές μεθόδους.

Επίσης, η πρόληψη της αρρώστιας, μέσα από την αγωγή και προαγωγή της υγείας απαιτούν κυρίως την ενεργητική συμμετοχή του ατόμου για τη διατήρηση της υγείας του.

Κάτω από το πρίσμα αυτό οι φορείς της αγωγής – γονείς, δάσκαλοι και γιατροί – έχουν την υποχρέωση να οδηγήσουν τα παιδιά στην υιοθέτηση σωστών συνηθειών γύρω από την υγεία. Αυτοί θα συμβάλλουν αποφασιστικά στη διαμόρφωση αντικειμενικών αντιλήψεων, στάσεων και δεξιοτήτων των παιδιών απέναντι στην υγεία. Και αυτό, γιατί η παιδική ηλικία είναι από τη φύση της η κατεξοχήν ηλικία διαμόρφωσης συμπεριφοράς.

Η Αγωγή Υγείας στη χαραυγή της νέας χιλιετίας φαίνεται πως ατενίζει το μέλλον της με αισιοδοξία.

Περίληψη

Η συγκεκριμένη εργασία είναι το καταστάλαγμα ενός ταξιδιού στα μονοπάτια της αγωγής και προαγωγής της αγωγής, και κυρίως της διατροφικής αγωγής. Επιπρόσθετα, φιλοδοξεί να προσφερθεί ένα σωστό εφόδιο στα χέρια του εκπαιδευτικού, του γονιού και κάθε ευαισθητοποιημένου ατόμου, ώστε να αρχίσει μέσα από την οικογένεια και το σχολείο μια προσπάθεια αλλαγής στάσης και συμπεριφοράς των παιδιών απέναντι στις διατροφικές τους συνήθειες. Οι σύγχρονες έρευνες στο χώρο της αγωγής και της ψυχολογίας υποστηρίζουν την εδραίωση των στάσεων και των συνηθειών στη μικρή ηλικία και αυτό αποδεικνύει την αναγκαιότητα μιας προσπάθειας, η οποία εκφράζεται μέσα από τα κεφάλαια που ακολουθούν.

Η συγκεκριμένη μελέτη θα μπορούσε να χωριστεί σε τρία μέρη:

Αναλυτικότερα, στο πρώτο μέρος γίνεται εκτενής αναφορά σε έρευνες που αποδεικνύουν το συσχετισμό της δίαιτας με την εμφάνιση νεοπλασιών καθώς και άλλων χρόνιων νοσημάτων φθοράς.

Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στις κοινωνικοοικονομικές, πολιτικές και περιβαλλοντικές συνθήκες, που χαρακτηρίζουν το σημερινό “status” στις κοινωνίες του ανεπτυγμένου κόσμου και διαμορφώνουν διατροφική συμπεριφορά, καθώς και στην προστατευτική δράση της Μεσογειακής Διατροφής.

Το τρίτο μέρος δίδονται οι ορισμοί για την Αγωγή και Προαγωγή Υγείας. Τονίζεται ο ρόλος του σχολείου, της οικογένειας και ιδιαίτερα του εκπαιδευτικού. Δίνεται έμφαση στα σχολικά εγχειρίδια τα οποία πρέπει να είναι χρηστικά αντικείμενα στα χέρια των εκπαιδευτικών σε ένα πρόγραμμα διατροφικής αγωγής.

Η μελέτη ολοκληρώνεται με την παράθεση της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας, στην οποία γίνονται σχετικές παραπομπές στα κείμενα των κεφαλαίων που αναλύθηκαν παραπάνω.

ΜΕΡΟΣ 1^ο

ΣΧΕΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ

Συγκλίνουσες ενδείξεις από επιδημιολογικές, κλινικές και πειραματικές έρευνες, ενοχοποιούν διατροφικούς παράγοντες για μεγάλο μέρος του σύγχρονου νοσολογικού φάσματος των αναπτυσσόμενων χωρών, το οποίο καλύπτει, μεταξύ των άλλων, αρκετές κακοήθεις νεοπλασίες και τα συχνότερα εμφανιζόμενα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος.

Στο τέλος της δεκαετίας του '60 η Ελλάδα είχε χαμηλούς δείκτες θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο και πολλές νεοπλασίες, καταστάσεις που φαίνονται να έχουν ισχυρές διατροφικές αιτιολογικές συνιστώσες. Η αυξανόμενη επίπτωση των νοσημάτων αυτών στη διάρκεια των τελευταίων σαράντα ετών ακολούθησε τη στροφή ενός μεγάλου μέρους του ελληνικού πληθυσμού προς διατροφικές συνήθειες δυτικού τύπου.

1. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ

Σήμερα είναι γενικώς αποδεκτό, ότι τα 2/3 έως και τα 4/5 των κακοηθών νεοπλασιών του ανθρώπου οφείλονται σε παράγοντες του περιβάλλοντος. Σύμφωνα με σύγχρονες έρευνες, παράγοντες της διατροφής ευθύνονται για τα 50% των κακοηθών νεοπλασμάτων και για πάνω από το 1/3 των καρκίνων στους άντρες¹. Ο προσδιορισμός του ρόλου που διαδραματίζουν οι παράγοντες διατροφής στη διαδικασία της καρκινογένεσης είναι δυσχερής. Η πορεία που διανύεται από την έναρξη της νεοπλασματικής εκτροπής μέχρι τις κλινικές εκδηλώσεις της νόσου είναι μακρά. Εξάλλου, οι διαιτητικοί παράγοντες δε δρουν πάντοτε μεμονωμένα, αλλά αποκτούν καρκινογόνες ιδιότητες σε συνεργασία με άλλους παράγοντες ή κάτω από ορισμένες συνθήκες. Πολλές από τις καρκινογόνες ουσίες προστίθενται στις τροφές ή δημιουργούνται από την επίδραση μικροοργανισμών στην τροφή. Επιπλέον, η περιεκτικότητα της τροφής σε λίπη, πρωτεΐνες, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία μπορεί να προδιαθέτει σε καρκίνο ή να παρεμποδίζει την καρκινογένεση.

Είναι φανερό, ότι όσο σαφέστερες είναι οι γνώσεις μας για τη συμβολή των παραγόντων διατροφής, και γενικότερα του περιβάλλοντος, στην ανάπτυξη

νεοπλασιών, τόσο αποτελεσματικότερα θα είναι και τα προστατευτικά μέτρα που θα μπορούν να ληφθούν.

Επιγραμματικά, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι οι πιο σημαντικοί διαιτητικοί παράγοντες που είναι γνωστό ότι συμβάλλουν στη δημιουργία κακοηθών νεοπλασιών (πίνακας 1.1), στον μαστό, στο ήπαρ και κυρίως στο πεπτικό σύστημα (στομάχι – έντερο – φάρυγγας – οισοφάγος) είναι:

Τα αλκοολούχα ποτά (κυρίως σε συνδυασμό με το κάπνισμα) αυξάνουν τον πρόκλησης καρκίνου του οισοφάγου.

Η κατανάλωση κόκκινου κρέατος και κορεσμένου λίπους ζωικής προέλευσης φαίνεται, ότι αυξάνει τον κίνδυνο κακοήθους νεοπλασίας στο παχύ έντερο και στον προστάτη αντίστοιχα.

Οι ξηροί καρποί ή τα δημητριακά που έχουν μολυνθεί από αφλατοξίνες (ισχυρές καρκινογόνες ενώσεις) εξαιτίας της αποθήκευσής τους για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η υπερκατανάλωση μαγειρικού αλάτος φαίνεται, ότι αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα στην καρκινογένεση του στομάχου.

Βλαπτική δράση έχουν επίσης τα διάφορα πρόσθετα των τροφίμων. Αυτά τα οποία είναι πλούσια σε νιτρικά και νιτρώδη άλατα επιδρούν με αμίνες προερχόμενες από την πέψη του κρέατος στο στομάχι, με αποτέλεσμα το σχηματισμό νιτροζαμινών και άλλων νιτροζοενώσεων. Οι ουσίες αυτές είναι ύποπτες για πρόκληση καρκίνου του στομάχου και του οισοφάγου, καθώς πειράματα σε ζώα έδειξαν έντονη καρκινογόνα δράση. Σημαντικές ποσότητες νιτρικών ενώσεων βρίσκονται στα λαχανικά όπως το μαρούλι και το σπανάκι, καθώς επίσης και διάφορες άλλες βλαβερές ουσίες προερχόμενες κυρίως από τα φυτοφάρμακα.²

Ο ραγδαίος ρυθμός σωματικής αύξησης στα πρώτα χρόνια της ζωής, συμπεριλαμβανομένης ενδεχομένως και της ενδομήτριας ζωής, φαίνεται ότι αυξάνει τον κίνδυνο για αρκετές μορφές καρκίνου.

Η παχυσαρκία αποτελεί σημαντικό παρόντα κινδύνου για το μετεμμηνοπαυσιακό καρκίνο του μαστού, καθώς και τους καρκίνους του ενδομητρίου, του νεφρού και της χοληδόχου κύστης.

Τέλος, η φυσική άσκηση μειώνει τον κίνδυνο του καρκίνου του παχέος εντέρου και ενδεχομένως άλλων μορφών καρκίνου.

Αυτοί είναι, σε γενικές γραμμές οι παράγοντες που πρέπει να αποφεύγει κανείς, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό στη διατροφή του. Ευτυχώς, όμως, μέσα στις τροφές μας εμπεριέχονται και “στοιχεία”, τα οποία όταν προσλαμβάνονται συχνά μπορούν να δράσουν προστατευτικά στη δημιουργία νεοπλασιών.

Πίνακας: 1.1

Διατροφική αιτιολογία του ανθρόπινου καρκίνου ανάλογα με την εντόπιση της νόσου.

	Στοιματική κοιλότητα	Ρινο- φάρυγγας	Οισο- φάγος	Στοιμάχι	Παχύ έντερο	Ήπαρ	Πάγκρεας	Λάγγρνας	Πνεύ- μονας	Μαστός	Ενδο- μήτριο	Τράχηλος μήτρας	Ωοθήκη	Προστάτης	Ουροδό- χος κύστη	Νεφρός
Κατηγορίες τροφίμων*																
Λαχανικά	-		--	--	-	✓	✓	--	--	-	-	-	✓	-	--	✓
Φρούτα	--		--	--	-	✓	✓	--	-	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓
Κόκκινο κρέας					++		++									
Μακροστοιχεία																
Ζωική πρωτεΐνη					++		++				++					
Ίνες					✓		✓									
Κορεσμένα λίπη					++				++	00	++			+		++
Μονοακόρεστα λίπη										✓						
Πολυακόρεστα λίπη					0;					0;				++		
Ουσίες χωρίς θρεπτικές ιδιότητες																
Αιθανόλη	++		++		++	++		++		+						
Λάδι		+		++												
Διατροφικές συμμεταβλητές																
Ύψος					++					++				++		
Παχυσαρκία					+					**	++					++
Σωματική άσκηση					--					✓	--			✓		
Υποθέρψια	+		++									++				
Καντά ποτά			++													

* : Δεν υπάρχουν πειστικές ενδείξεις για συσχέτιση με δημητριακά, όσπρια, ψάρι, αυγά, γάλα, μη αλκοολούχα ποτά και γενικά υδατάνθρακες
 ++, --, 00 : Ισχυρή ένδειξη για θετική (αυτολογική), αληθινή (προστατευτική) ή έλλειψη συσχέτισης, αντίστοιχα
 +, -, 0 : Ένδειξη για θετική (αυτολογική), αληθινή (προστατευτική) ή έλλειψη συσχέτισης, αντίστοιχα
 ++, --, 0; : Ενδεικτικά στοιχεία θετικής (αυτολογικής), αληθινής (προστατευτικής) ή έλλειψης συσχέτισης, αντίστοιχα
 ! : Αξιοσημείωτο ψάρι σε πρώιμη ηλικία.
 ** : Αληθινή συσχέτιση μεταξύ προεμμηνοπαυσιακών γυναικών, θετική μεταξύ μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών

1.1 Μηχανισμοί δράσης των καρκινογόνων παραγόντων

Οι περιβαλλοντικοί καρκινογόνοι παράγοντες, ανάλογα με τον τρόπο δράσης τους, μπορούν να διακριθούν σε εναρκτές και σε προαγωγούς των νεοπλασματικών ασθενειών. Οι δραστικές καρκινογόνες ουσίες αντιδρούν στο πυρηνικό DNA προκαλώντας σε αυτό βλάβες (δομικές αλλοιώσεις).¹ Αντίστροφα, παράγοντες που μπορούν να εμποδίσουν την αντίδραση των εξωγενών παραγόντων με το DNA ή την προαγωγική τους δράση, δρουν προστατευτικά και “εμποδιστικά” στη δράση των καρκινικών παραγόντων. Την ίδια δουλειά κάνουν και παράγοντες που επισπεύδουν το μεταβολισμό τέτοιων καρκινογόνων παραγόντων βοηθώντας, είτε στη γρήγορη αποβολή τους από τον οργανισμό είτε τη μετατροπή τους σε άλλα μη καρκινογόνα παράγωγα. Οι ενώσεις αυτές είναι οι λεγόμενοι επαγωγείς βιομετασχηματισμού.

1.2 Παραγωγή ελευθέρων ριζών οξυγόνου

Σκόπιμο θα ήταν να υπενθυμιστεί, ότι οι πρώτοι οργανισμοί που εμφανίστηκαν στον πλανήτη μας ήταν αναερόβιοι, δηλαδή δε χρησιμοποιούσαν ως οξειδωτικό μέσο το οξυγόνο της ατμόσφαιρας, που έτσι και αλλιώς δεν υπήρχε. Το τελευταίο συγκεντρώθηκε σε μεγάλες ποσότητες μετά την εμφάνιση των φωτοσυνθετικών οργανισμών (κυρίως πράσινα φυτά), σαν παραπροϊόν της φωτοσυνθετικής λειτουργίας. Η εμφάνιση του ατμοσφαιρικού οξυγόνου πρόσφερε στους εξελισσόμενους οργανισμούς την ευκαιρία να χρησιμοποιήσουν το μοριακό οξυγόνο ως τελικό αποδέκτη των ηλεκτρονίων στην αλυσίδα των αντιδράσεων της αναπνοής, αποκτώντας έτσι τεράστια ενεργειακά πλεονεκτήματα σε σχέση με τους οργανισμούς που εξακολουθούσαν να στηρίζονται στις διαδικασίες της ζύμωσης για την εκπλήρωση των αναπνευστικών τους απαιτήσεων.

Ωστόσο, η παρουσία του ενδοκυτταρικού οξυγόνου δεν ήταν απαλλαγμένη και αρνητικών επιδράσεων για τα μεγαλομόρια του κυττάρου. Πιο συγκεκριμένα, επέτρεψε το σχηματισμό ελεύθερων ριζών οξυγόνου που με τη σειρά τους μπορούν να σχηματίσουν υπεροξειδίο του υδρογόνου (H_2O_2) καθώς και ελεύθερες ρίζες υπεροξειδίου. Αυτά είναι μόρια που προξενούν βλάβες στα βιολογικά μακρομόρια (νουκλεϊκά οξέα), καθώς και μια σειρά νοσηρών καταστάσεων στον άνθρωπο, όπως η αρτηριοσκλήρυνση, ο καρκίνος και το γήρας. Υπάρχει μια μεγάλη

σειρά περιβαλλοντικών κυτταροτοξικών παραγόντων που ασκούν την τοξική τους δράση μέσω δημιουργίας ελεύθερων ριζών οξυγόνου. Τέτοιοι είναι οι ακτινοβολίες γ, η υπεριώδης ακτινοβολία, το όζον, ο αμιάντος, καθώς και άλλοι χημικοί παράγοντες. Γι' αυτό, έχει δοθεί μεγάλη σημασία από τους ερευνητές σε όλα εκείνα τα μόρια που είτε τα δημιουργεί μόνος του ο οργανισμός είτε τα παίρνει από το περιβάλλον με την τροφή, τα οποία αδρανοποιούν ή καταστρέφουν τις ελεύθερες ρίζες οξυγόνου. Τα μόρια αυτά ονομάζονται “εκκαθαριστές ριζών οξυγόνου” ενώ οι τροφές που περιέχουν τέτοια μόρια λέμε ότι είναι ή ότι περιέχουν αντιοξειδωτικούς παράγοντες.³

1.3 Βιολογικοί μηχανισμοί προστατευτικής δράσης

Η συσχέτιση της δίαιτας και της εμφάνισης καρκίνου μπορεί να θεωρηθεί ότι απορρέει από μια επερχόμενη διαταραχή ισορροπίας ανάμεσα στην ποσότητα των οξειδωτικών και των αντιοξειδωτικών ουσιών που προσλαμβάνονται από τον οργανισμό. Ο Block και οι συνεργάτες του προσπάθησαν να συσχετίσουν τους θανάτους από καρκίνο με διαιτολόγια πλούσια σε φυτικά προϊόντα και έδειξαν πως όσοι δεν περιλαμβάνουν τέτοιου είδους προϊόντα στη διατροφή τους, διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο εκδήλωσης της ασθένειας σε σχέση με εκείνους που τρέφονται με ικανοποιητική ποσότητα φρούτων και λαχανικών.⁴

Η ισχυρότερη ένδειξη της προστατευτικής των φρούτων και των λαχανικών κατά του καρκίνου προκύπτει από μελέτες για διάφορους τύπους νεοπλασιών. Οι πληροφορίες που έρχονται από τον πίνακα 1.2α, β⁵ αποδεικνύουν ότι τα φρούτα και τα λαχανικά δρουν προστατευτικά ενάντια σε διάφορες μορφές καρκίνου. Τα ωμά και φρέσκα λαχανικά έδειξαν την πλέον μεγαλύτερη προστασία ενάντια στην εμφάνιση καρκίνου, με 87% των μελετών να αποδεικνύουν κάτι τέτοιο. Ενώ περισσότερο από 70% των περιπτώσεων υποδηλώνουν την προστατευτική δράση του κίτρου, των καρότων, του μαρουλιού. Για τα άλλα φρούτα και λαχανικά το ποσοστό είναι μεγαλύτερο του 60%. Παρόλα αυτά, η προστατευτική επίδραση ενός συγκεκριμένου τύπου δίαιτας όσον αφορά τον καρκίνο μπορεί να ποικίλλει, ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου και τη θέση που θα εκδηλωθεί στον οργανισμό. Ισχυρή προστατευτική δράση εμφανίζεται εναντίον καρκίνων του άνω αναπνευστικού συστήματος, των πεπτικών οδών (στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου), όπως και των πνευμόνων. Το ποσοστό παραμένει υψηλό, άνω του 80% και για τον καρκίνο του στομάχου, του παγκρέατος και του τραχήλου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2α, β

Συσχέτιση κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών με κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου με α) τύπο τροφίμου και β) τόπο εμφάνισης καρκίνου.

(1.2α)

<i>Τύπος φρούτων ή λαχανικών</i>	<i>Μελέτες που αναφέρουν για ανάστροφη συσχέτιση</i>
	<i>n (%)</i>
Ωμά ή φρέσκα λαχανικά (n = 15)	13 (87)
Καρότα (n = 34)	27 (79)
Μπρόκολα (n = 10)	7 (70)
Εσπεριδοειδή (n = 17)	12 (71)
Λάχανα (n = 19)	12 (63)
Ωμά ή φρέσκα φρούτα (n = 18)	11 (61)
Δημητριακά (n = 24)	17 (71)

(1.2β)

<i>Θέση καρκίνου</i>	<i>Μελέτες που αναφέρουν για ανάστροφη συσχέτιση</i>
	<i>n(%)</i>
Στοματική κοιλότητα και φάρυγγας (n = 9)	9 (100)
Οισοφάγος (n = 16)	15 (94)
Στόμαχος (n = 19)	17 (89)
Κόλον – έντερο (n = 27)	20 (74)
Πάγκρεας (n = 11)	9 (82)
Λάρυγγας (n = 4)	4 (100)
Μαστός (n = 14)	8 (57)
Προστάτης (n = 14)	4 (29)
Αίμα (n = 5)	3 (60)
Διάφορα μέρη (n = 170)	132 (78)

(n = αριθμός παρατηρήσεων)

ΠΗΓΗ: Tavani and La Vecchia, 1995.

Η προστατευτική δράση μίας διατροφής πλούσιας σε φυτικά συστατικά εναντίον του καρκίνου μάλλον εξαρτάται από έναν συνδυασμό αλληλεπίδρασης ουσιών μεταξύ τους και από κάποιους συνεργιστικούς μηχανισμούς. Είναι μάλλον δύσκολο να μελετηθεί ένα τόσο πολυπαραγοντικό σύστημα καθώς θα πρέπει να λαμβάνονται πάντα υπόψη όποιες συνεργιστικές δράσεις ή, ακόμη, και ανασταλτικές κατά τον συνδυασμό αυτών των ουσιών. Πιθανοί επομένως αντικαρκινικοί παράγοντες οι οποίοι βρίσκονται στα φρούτα, στα λαχανικά, στο ελαιόλαδο, σε ντομάτες και στα εσπεριδοειδή είναι τα καροτενοειδή, οι βιταμίνες C και E, οι ινδόλες, τα ισοθειοκυανιούχα, τα φλαβονοειδή, οι φαινόλες, οι αναστολείς πρωτεασών και στερόλες φυτικής προέλευσης.^{6,7} Οι παράγοντες αυτοί εμπλέκονται σε συμπληρωματικούς και αλληλοεπικαλυπτόμενους μηχανισμούς επαγωγής αναγωγικών ενζύμων, αντιοξειδωτικών δράσεων, αναστολής του σχηματισμού νιτροζαμίνης, δέσμευσης και διαλυτοποίησης καρκινογόνων ουσιών εντός της πεπτικής οδού, διαφοροποίησης του ορμονικού μεταβολισμού κ.λπ.

Συγκεκριμένα η βιταμίνη C ή ασκορβικό οξύ είναι υδατοδιαλυτή αντιοξειδωτική ουσία που υπάρχει στον άνθρωπο. Η αντιοξειδωτική της δράση στην αναστολή σχηματισμού νιτροζαμινών.

Η βιταμίνη E ή τοκοφερόλη, που αφθονεί στους ξηρούς καρπούς δεσμεύει ελεύθερες ρίζες στις μεμβράνες και στις λιποπρωτεΐνες. Η βιταμίνη E αναστέλλει την υπεροξειδωση των λιποειδών με τη συλλογή των υπεροξειδικών ριζών και μπορεί να αναγεννάται με τη βοήθεια της βιταμίνης C συνεχίζοντας έτσι τη δράση της. Όπως και η βιταμίνη C έχει βρεθεί ότι αναστέλλει το σχηματισμό νιτροζαμινών στο στομάχι.

Τα β-καροτένια, που βρίσκονται άφθονα στα καρότα, εκτός του ρόλου τους στο σχηματισμό της βιταμίνης A δρουν αντιοξειδωτικά και όντας λιποδιαλυτά, προστατεύουν τα λιποειδή των μεμβρανών από οξείδωση.

Το σελήνιο είναι ένα ακόμη φυσικό αντικαρκινογόνο. Αναστέλλει σε σημαντικό βαθμό την επαγωγή καρκίνου του δέρματος από μια σειρά γνωστές καρκινογόνες ουσίες ή ιούς, καθώς και του ήπατος, του παχέος εντέρου και του μαστού στα πειραματόζωα. Χαμηλές συγκεντρώσεις σεληνίου στον ανθρώπινο οργανισμό φαίνεται να σχετίζονται με υψηλούς κινδύνους καρκινογένεσης. Το σελήνιο αποτελεί την ενεργό θέση ενός από τα σπουδαιότερα ένζυμα που

συμμετέχουν στην καταστροφή των διαφόρων μορίων που είναι πρόδρομα των ριζών οξυγόνου.

Ένας σημαντικός αριθμός ερευνών, που περιλαμβάνει επιδημιολογικές, κλινικές και πειραματικές μελέτες, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι κίνδυνοι καρκίνου στο παχύ έντερο μπορούν να ελαττωθούν σημαντικά με την πρόσληψη τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες. Με τον όρο ίνες εννοούμε τα υπολείμματα των τοιχωμάτων των φυτικών κυττάρων, δηλαδή λιγνίνες, κυτταρίνη και άλλα πολυμερή, που δεν μπορούν να υδρολυθούν από τα ένζυμα του ανθρώπινου πεπτικού συστήματος. Η κυτταρίνη και τα υπόλοιπα πολυμερή υπάρχουν άφθονα σε μη ραφινάρισμένες ίνες δημητριακών και, σε μικρότερο βαθμό, σε διάφορα άλλα είδη τροφών φυτικής προέλευσης. Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι ασθενείς με καρκίνο στο παχύ έντερο παρουσίαζαν μια κατανάλωση τέτοιων φυτικών τροφών σε επίπεδα κάτω από το μέσο όρο.

Τέλος, στα φρούτα και στα λαχανικά περιέχονται και άλλες αντιοξειδωτικές ουσίες όπως φαινολικές ενώσεις και διάφορα φλαβονοειδή. Η δράση πάντως των παραπάνω ουσιών δεν έχει μελετηθεί διεξοδικά.⁸

Ενδείξεις ενισχύουν την άποψη, ότι υπάρχει ένας σύνδεσμος ανάμεσα στο επίπεδο των αντιοξειδωτικών ουσιών του αίματος που οφείλεται στις διατροφικές συνήθειες και στα επίπεδα της οξείδωσης των νουκλεοτιδίων στο κυτταρικό DNA.⁹

2. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα καλύπτουν ευρύ νοσολογικό φάσμα, αλλά η στεφανιαία νόσος δεσπόζει όσον αφορά:

- την επίπτωση,
- τη θνησιμότητα και
- τις δυνατότητες πρόληψης

Η στεφανιαία νόσος αποτελεί σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα σε έκταση, αλλά και σε βαρύτητα, σύγχρονα προβλήματα που σχετίζονται με την υγεία. Είναι η νόσος των στεφανιαίων αρτηριών, η οποία προκαλείται από την αρτηριοσκληρυντική απόφραξη των αρτηριών της καρδιάς.

Επιπλέον, με μικρές διαφοροποιήσεις και εξαιρέσεις, τα προληπτικά μέτρα για τη στεφανιαία νόσο καλύπτουν και άλλα καρδιαγγειακά νοσήματα, συμπεριλαμβανομένων των εγκεφαλικών επεισοδίων.

Η στεφανιαία νόσος αποτελεί την κυριότερη αιτία θνησιμότητας τόσο για τους άνδρες, όσο και για τις γυναίκες στις περισσότερες ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες του κόσμου. Είναι σημαντικό, ότι από το 1970 περίπου παρατηρείται στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες του κόσμου σημαντική μείωση των θανάτων από στεφανιαία νόσο, που σε ορισμένες περιπτώσεις προσέγγισε το 50%. Η πτώση αυτή έχει αποδοθεί κατά το ήμισυ σε προληπτικά μέσα και κατά το άλλο ήμισυ σε θεραπευτικές παρεμβάσεις. Αντίθετα, σε λιγότερο αναπτυγμένες χώρες εξακολουθούν να παρατηρούνται αυξητικές τάσεις, που θεωρείται ότι οφείλονται αφενός σε διαφοροποίηση του τρόπου ζωής και αφετέρου στο γεγονός ότι ένα ποσοστό της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα αποδίδονταν στο παρελθόν σε αιτίες θανάτου που δεν έχουν ουσιαστικό εννοιολογικό περιεχόμενο, όπως “γήρας” ή “ζωική εξάντληση”.

Στην Ελλάδα, η καταγραφόμενη θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο φαίνεται ότι αυξάνει, αλλά η επιφανική αυτή αύξηση δεν είναι εύκολα συμβατή με το γεγονός ότι η ολική θνησιμότητα στη χώρα μας εξακολουθεί να μειώνεται. Είναι ενδεχόμενο να συνυπάρχουν αύξηση της επίπτωσης της στεφανιαίας νόσου εξαιτίας της διαφοροποίησης του τρόπου ζωής, και ταυτόχρονη μείωση της θνησιμότητας

από αυτή τη νόσο εξαιτίας των αναμφισβήτητων θεραπευτικών προόδων που σημειώθηκαν εν τω μεταξύ.

Μολονότι έχουν σημειωθεί σημαντικές πρόοδοι τόσο στη συντηρητική όσο και στη χειρουργική θεραπευτική αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου, αποτελεί γενική διαπίστωση ότι η καλύτερη προσέγγιση για την αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου βρίσκεται στο επίπεδο της πρόληψης.¹⁰

2.1 Παράγοντες κινδύνου

Δεν είναι υπερβολή να λεχθεί, ότι η αναγνώριση μετρήσιμων μεγεθών, παραγόντων κινδύνου, που σχετίζονται με τη Στεφανιαία Νόσο αποτελεί μία από τις σημαντικότερες προόδους στην καρδιολογία.¹¹

Η στεφανιαία Νόσος οφείλεται σε μια σειρά από παράγοντες, από τους οποίους οι σημαντικότεροι είναι η κληρονομικότητα, η ηλικία και το φύλο, το κάπνισμα, η υπέρταση, η χοληστερίνη και η απουσία σωματικής άσκησης. Σε αυτούς όλους τους παράγοντες θα πρέπει να προστεθεί και ο σακχαρώδης διαβήτης.

Το οικογενειακό ιστορικό έχει ιδιαίτερη βαρύτητα στην επισήμανση των παραγόντων που είναι υπεύθυνοι για τη στεφανιαία νόσο. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχουν γονίδια που δημιουργούν προδιάθεση για αρτηριακή υπέρταση και αρτηριοσκλήρυνση.

Επιπροσθέτως, μέχρι την ηλικία των 45 ετών η στεφανιαία νόσος παρουσιάζεται συχνότερα στους άνδρες. Στην Μ. Βρετανία πεθαίνουν τα τελευταία χρόνια 6-7 φορές περισσότεροι άνδρες από τις γυναίκες. Μετά όμως από την εμμηνόπαυση οι γυναίκες χάνουν την προστασία των οιστρογόνων ορμονών και έτσι στην ηλικία των 55-65 ετών η διαφορά μειώνεται στις τρεις φορές περισσότερο στους άνδρες, ενώ μετά την ηλικία των 75 ετών η διαφορά μηδενίζεται.

Όσον αφορά το κάπνισμα, την υπέρταση και τη χοληστερίνη, αποτελούν παράγοντες που είναι οι πλέον σημαντικοί. Αναφέρονται ως κύριοι ή μείζονες παράγοντες κινδύνου. Επειδή η χοληστερόλη (χοληστερίνη) του αίματος σχετίζεται άμεσα με τη διατροφή που είναι πλούσια σε κορεσμένα λίπη, μπορούμε να πούμε ότι οι σπουδαιότεροι παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία της στεφανιαίας Νόσου είναι το κάπνισμα, η υπέρταση και η πλούσια σε κορεσμένα λίπη διατροφή. Η σπουδαιότητα των παραγόντων αυτών έγκειται στο γεγονός ότι η πρόληψη της

στεφανιαίας νόσου είναι θεωρητικά εφικτή αφού οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου προσφέρονται για διακοπή ή διορθωτική ανάταξη.¹²

Τέλος, το επίπεδο εκπαίδευσης ενός ατόμου σχετίζεται άμεσα με τη δυνατότητα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησής του σε θέματα υγείας. Ακόμα συνδέεται με τη δυνατότητα υλοποίησης των μηνυμάτων υγείας. Έτσι, άτομα με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται, ότι διατρέφονται υγιεινότερα, ασκούνται περισσότερο και καπνίζουν λιγότερο. Όσον, επομένως, αφορά τους εξωγενείς παράγοντες για τη πρόκληση καρδιαγγειακών νοσημάτων, το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης ενός ατόμου δίνει τη δυνατότητα ευνοϊκής τροποποίησής τους.¹³

2.2 Διατροφικοί παράγοντες

Η διατροφή που αποτελεί σε μεγάλο βαθμό ένα κοινωνικοοικονομικά προσδιοριζόμενο χαρακτηριστικό, διαδραματίζει καίριο ρόλο στη διαμόρφωση της στάθμης των λιποπρωτεϊνών του αίματος και στη διαμόρφωση της συχνότητας της στεφανιαίας νόσου. Η ευθύνη της διατροφής έχει γίνει δεκτή από διεθνείς οργανισμούς και ειδικές επιστημονικές ενώσεις και αποτελεί αντικείμενο οδηγιών με σκοπό την πρόληψη της στεφανιαίας νόσου.

Η επίδραση της τροφής στην επιδημιολογία της συγκεκριμένης ασθένειας έχει να κάνει σε μεγάλο βαθμό με τον επηρεασμό της στάθμης των λιποπρωτεϊνών χαμηλής πυκνότητας (LDL) και σε μικρότερο βαθμό με επηρεασμό της στάθμης λιποπρωτεϊνών υψηλής πυκνότητας (HDL) και των παραγόντων που ρυθμίζουν την πηκτικότητα του αίματος.

Το κυριότερο στοιχείο της διατροφής που επηρεάζει τη συχνότητα της στεφανιαίας νόσου θεωρείται ότι είναι τα λιπίδια. Ειδικότερα:

Τα κορεσμένα λιπίδια, που είναι κατά κανόνα ζωικής προέλευσης, αλλά και οι μαργαρίνες, ιδιαιτέρως οι σκληρές, που περιέχουν trans – λιπαρά οξέα, αυξάνουν τη στάθμη της LDL λιποπρωτεΐνης στο αίμα.

Αντίθετα, μονοακόρεστα λιπίδια, όπως αυτά που βρίσκονται στο λάδι της ελιάς ή πολυακόρεστα όπως στα σπορέλαια, οδηγούν σε μείωση της στάθμης της χοληστερόλης του αίματος και των λιποπρωτεϊνών χαμηλής πυκνότητας.

Πλεονέκτημα των μονοακόρεστων, σχετικά με τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, είναι ότι τα πρώτα δεν επηρεάζουν τη στάθμη των λιποπρωτεϊνών υψηλής πυκνότητας (HDL), οι οποίες δρουν ευεργετικά, επειδή φαίνεται ότι συμβάλλουν στην αποκομιδή της χοληστερόλης από τις αθηροσκληρωτικές πλάκες, αντίθετα με τα πολυακόρεστα που τείνουν να μειώσουν τις HDL.¹⁰

Η σχέση των διατροφικών παραγόντων με τη Στεφανιαία Νόσο αλλά και γενικότερα με τις αρτηριακές θρομβώσεις έγινε προφανής εδώ και μία εικοσαετία. Αυτό έγινε μέσα από την παρατήρηση πληθυσμών που καταναλώνουν κατά παράδοση λιπαρά διαφορετικής φύσης και παρουσιάζουν πολύ διαφορετικά μεγέθη περιστατικών θρόμβωσης. Η πιο γνωστή από αυτές τις μελέτες είναι η λεγόμενη μελέτη των Επτά Χωρών την οποία πραγματοποίησε η ομάδα του Δρ. A. Keys στις αρχές της δεκαετίας του '50 και περιελάμβανε δύο αγροτικούς πληθυσμούς στην Κρήτη και στην Κέρκυρα.¹⁴ Η μελέτη αυτή έδειξε ότι οι πληθυσμοί των μεσογειακών χωρών, που η διατροφή τους ήταν πάντα πλούσια σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα και φτωχή σε κορεσμένα λιπαρά οξέα, παρουσίαζαν τιμές χοληστερόλης του πλάσματος και επιπολασμό Στεφανιαίας Νόσου χαμηλότερες από εκείνο των πληθυσμών της Βόρειας Αμερικής.

Επίσης άλλοι ερευνητές βασιζόμενοι στα αποτελέσματα της μελέτης των Επτά Χωρών έχουν αναγνωρίσει τον ευεργετικό ρόλο του μεσογειακού τύπου δίαιτας στις καρδιαγγειακές νόσους, σε μεταβολικές διαταραχές και σε διάφορους τύπους κακοηθειών.^{15,16}

Η καρδιαγγειακή αυτή προστασία συνδέεται επίσης με το γενικότερο τύπο της μεσογειακής διατροφής. Μόλις προσφάτως αποδείχθηκε με σαφή τρόπο το αποτέλεσμα των μονοακόρεστων λιπαρών οξέων στη μείωση των επιπέδων της χοληστερίνης. Επιπλέον, οι μελέτες που έγιναν την εποχή αυτή έδειξαν ότι η αντικατάσταση στη διατροφή των κορεσμένων λιπαρών οξέων από μονοακόρεστα ή πολυακόρεστα συνεπάγεται μείωση της LDL. Ένα όμως επιπλέον σημαντικό στοιχείο που έφεραν οι μελέτες αυτές στην επιφάνεια είναι το γεγονός ότι οι πηγές λιπιδίων, οι οποίες είναι πλούσιες σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα είναι οι σημαντικότερες πηγές “υγιεινών” λιπιδίων. Φυσικά, η σπουδαιότερη πηγή γι' αυτού του είδους τα λιπίδια είναι το ελαιόλαδο.

Έρευνες, επίσης, που έχουν γίνει στην Ελλάδα στηρίζουν την άποψη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου, αλλά και ότι τα μονοακόρεστα λιπίδια, όπως αυτά που περιέχονται στο λάδι της ελιάς, παίζουν σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της χοληστερόλης του αίματος στα επιθυμητά επίπεδα. Αξίζει να σημειωθεί ότι η προοδευτική μεταβολή των διαιτητικών συνηθειών του Έλληνα, αντανακλάται ήδη σε προοδευτική αύξηση της στάθμης των λιπιδίων του αίματος ακόμη και σε νεαρά άτομα και προδιαγράφει δυσμενείς εξελίξεις.

2.3 Παχυσαρκία και Στεφανιαία Νόσος

Η σχέση ανάμεσα στην παχυσαρκία και τη στεφανιαία νόσο είναι σύνθετη. Καταρχήν είναι βέβαιο ότι εξαιρετικά ακραίες μορφές παχυσαρκίας αυξάνουν την πιθανότητα στεφανιαίας νόσου με μηχανισμούς μηχανικής φύσης, όπως η αύξηση του απαιτούμενου έργου από τον καρδιακό μυ.

Αντίθετα η σχέση της παχυσαρκίας μικρότερου βαθμού με τη στεφανιαία νόσο είναι λιγότερο διευκρινισμένη. Τη σύγχυση δημιουργεί το γεγονός, ότι τα παχύσαρκα άτομα είναι συχνά άτομα τα οποία δεν ασκούνται αρκετά, δηλαδή δεν απολαμβάνουν την ευεργετική δράση ενός από τους σημαντικότερους προληπτικούς παράγοντες για τη στεφανιαία νόσο.

Είναι επίσης βέβαιο ότι η παχυσαρκία αυξάνει την πιθανότητα και για το βαθμό της αρτηριακής υπέρτασης και μπορεί να οδηγήσει σε υπερλιπιδαιμία και μεταβολική έκφραση υποκείμενης δυσανεξίας στη γλυκόζη.

Κατά συνέπεια η παχυσαρκία μεγάλου και μέσου βαθμού φαίνεται ότι επηρεάζει τη στεφανιαία νόσο, επειδή αντανακλά μειωμένη συχνότητα και ένταση σωματικής άσκησης, καθώς και αυξημένη πιθανότητα βιοχημικών εκτροπών, οι οποίες συσχετίζονται αμεσότερα με τη στεφανιαία νόσο. Εφόσον εξουδετερωθούν οι παθογενετικοί αυτοί μηχανισμοί, η μικρού βαθμού παχυσαρκία εξακολουθεί να διαδραματίζει δυσμενή ρόλο στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου, αλλά η παραμένουσα υπολειμματική συσχέτιση είναι περιορισμένου βαθμού.

2.4 Η Στεφανιαία Νόσος στην παιδική ηλικία

Όπως στην περίπτωση των νεοπλασιών, έτσι και για τη στεφανιαία νόσο, είναι πολύ σημαντικό για τη μετέπειτα εξέλιξη ενός ατόμου, σε ότι αφορά τη

μελλοντική του σχέση με την υγεία ή την ασθένεια, να αρχίσει ένα σωστό τρόπο διαβίωσης από την παιδική ηλικία. Σύμφωνα με πρόσφατες δημοσιεύσεις, η στεφανιαία νόσος ξεκινά από τη νηπιακή ηλικία.

Η υπερχοληστεριναιμία κατά την παιδική ηλικία δημιουργεί προδιάθεση για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου κατά την ενηλικίωση.¹⁴ Η τιμή της χοληστερόλης του πλάσματος στα παιδιά είναι χαμηλότερη σε πληθυσμούς με μικρή συχνότητα εμφάνισης της νόσου στους ενήλικες από ό,τι στους πληθυσμούς των χωρών με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης της νόσου. Υπάρχουν αρκετές μελέτες σήμερα που θεμελιώνουν την άποψη, ότι η αρτηριοσκλήρωση ξεκινά στην παιδική ηλικία.

Επιπλέον, η ύπαρξη σε αυτή την ηλικία υψηλών επιπέδων λιπιδίων, χοληστερόλης και αρτηριακής πίεσης, σχετίζεται με την καταρχήν εναπόθεση λιπιδίων και την ανάπτυξη αργότερα ινώδους πλάκας στις στεφανιαίες αρτηρίες .

3. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παχυσαρκία είναι η πιο συνηθισμένη διαταραχή της θρέψης στις αναπτυσσόμενες χώρες και παίρνει επίσης μεγάλες διαστάσεις και στον αναπτυσσόμενο κόσμο.¹⁷ Η παχυσαρκία στον πληθυσμό σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης. Η συσχέτιση της παχυσαρκίας με το μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης έγινε για πρώτη φορά από τον Ιπποκράτη, ο οποίος είπε, ότι ο ξαφνικός θάνατος είναι περισσότερο συχνός σε αυτούς που είναι παχύσαρκοι, παρά στους ισχνούς.¹⁸

Ο ορισμός της παχυσαρκίας ποικίλει. Η παχυσαρκία είναι μία ετερογενής διαταραχή. Η ανάπτυξή της στον άνθρωπο σχετίζεται με γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν ενδοκρινικά, μεταβολικά και ρυθμιστικά τον οργανισμό. Πάντως, όταν εξετάζεται με την ευρύτερη έννοια η παχυσαρκία θεωρείται μία διαταραχή της ενεργειακής ισορροπίας.

Οι βιομηχανικές κοινωνίες χαρακτηρίζονται από άφθονη παροχή τροφής και μείωση φυσικής στο σπίτι, στη δουλειά και στη μετακίνηση σαν αποτέλεσμα της σύγχρονης τεχνολογίας. Οι αγρότες της σημερινής εποχής και όσοι δουλεύουν στα εργοστάσια χρησιμοποιούν πολύ λιγότερη μυϊκή δύναμη (1%), σε σύγκριση με τις αρχές του αιώνα όπου 30% της ενέργειας προερχόταν από μυϊκή δύναμη.

Παρά τις διάφορες μελέτες για την κατανάλωση ενέργειας στους ανθρώπους, δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί πόσο φαγητό χρειάζονται οι άνθρωποι, ώστε το βάρος τους να διατηρείται σταθερό. Η κατανάλωση ενέργειας το 24/ωρο από τον άνθρωπο προσδιορίζεται με νέες μεθόδους που αποκαλύπτουν μεγάλη ποικιλία στην αυθόρμητη φυσική άσκηση (συνεχής νευρική κίνηση με κατανάλωση ενέργειας από 100 – 800 kcal/ημέρα), η οποία είναι ανεξάρτητη από το μέγεθος του σώματος.¹⁹

Το 81% της διαφοράς της 24ωρης κατανάλωσης ενέργειας ανάμεσα στα άτομα ερμηνεύεται με διαφορές στη μυϊκή μάζα. Οι διαφορές στην ειδική θερμιδική ενέργεια της τροφής και, όπως έχει αποδειχθεί πρόσφατα, οι διαφορές στην αυθόρμητη φυσική άσκηση εξηγούν τις διαφορές στην κατανάλωση ενέργειας ανά 24ωρο.

Οι μεγάλες διαφορές που υπάρχουν στο ρυθμό κατανάλωσης ενέργειας μεταξύ διαφόρων ατόμων δε μπορούν να ερμηνευτούν από διαφορές στο μέγεθος του σώματος, στην ηλικία ή στο φύλο, υποδηλώνοντας έτσι γενετικές διαφορές. Επομένως, συστάσεις για καθημερινές ενεργειακές ανάγκες, που βασίζονται στο μέγεθος του σώματος, στην ηλικία και στο φύλο, θα είναι ακατάλληλες για πολλά άτομα. Αύξηση της φυσικής άσκησης, παράλληλα με μείωση του λίπους στη διατροφή, είναι αναγκαίες για να ελεγχθεί η παχυσαρκία στη σημερινή πλούσια και καθιστική κοινωνία.²⁰

3.1 Ορισμός και συχνότητα της Παχυσαρκίας

Αποκλειστικά, το βάρος του σώματος δεν είναι κριτήριο για την παχυσαρκία. Όταν το βάρος χρησιμοποιείται για να ορίσει την παχυσαρκία, πρέπει να σχετίζεται με κατάλληλες μετρήσεις του λίπους του σώματος. Γι' αυτό το σκοπό πολλοί δείκτες παχυσαρκίας έχουν αναπτυχθεί με βάση τις διάφορες σχέσεις με το ολικό λίπος του σώματος.

Επιθυμητό βάρος σώματος: Είναι το βάρος που σχετίζεται με τη χαμηλότερη θνησιμότητα, όπως καθορίστηκε από την ασφαλιστική εταιρεία Metropolitan Life το 1959. Οι πίνακες που καταρτίστηκαν παρουσίαζαν ένα εύρος βάρους για ένα δεδομένο ύψος, βασισμένο σε ένα λεπτό, μεσαίο και μεγάλο μέγεθος σκελετού.

Σχετικό Βάρος της Metropolitan (ΜΣΒ): Είναι ένας δείκτης που στη μελέτη καρδιοπαθειών του Framingham, βασισμένος στο μεσαίο σημείο του εύρους του επιθυμητού βάρους για το μεσαίο σκελετό, ο οποίος έχει επιλεγεί ως το βάρος αναφοράς για ένα συγκεκριμένο ύψος. Το ΜΣΒ υπολογίζεται από το λόγο του βάρους προς το βάρος αναφοράς για το ύψος και εκφράζεται ως ακέραιος αριθμός επί τοις εκατό.

Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ή Δείκτης Quetelet (ΔQ): Είναι ένας τρόπος υπολογισμού του επιπολασμού της παχυσαρκίας. Αυτός ο δείκτης προκύπτει διαιρώντας το βάρος σε χιλιόγραμμα με το ύψος σε μέτρα υψωμένο στη δεύτερη δύναμη ($B(kg)/Y(m^2)$ (ΔQ)).²¹

3.2 Επιπολασμός της Παχυσαρκίας

Στις αναπτυσσόμενες κοινωνίες, μια τάση για αύξηση του ύψους και του βάρους έχει γίνει φανερή, ακόμα και από το 7ο έτος της ηλικίας. Παρόμοιες τάσεις έχουν σημειωθεί και στους ενήλικες.

Ο υπερσπιτισμός και η καθιστική ζωή έχουν οδηγήσει ένα μεγάλο αριθμό ατόμων να γίνουν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, να έχουν δηλαδή δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) σε τιμές πάνω από 25 και από 30 kg/m² αντίστοιχα. Ο μέσος Αμερικανός έχει δείκτη μάζας σώματος 26,6 kg/m², ο οποίος αντιστοιχεί σε βάρος σώματος 20% πάνω από το επιθυμητό σύμφωνα με τους πίνακες της Metropolitan Life του 1959.

Μελέτες σε άτομα που ζουν σε φυσικό περιβάλλον στη Βρετανία, Καναδά και Η.Π.Α. έχουν δείξει, ότι οι Αμερικανοί άνδρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν παχύσαρκοι σε σύγκριση με άλλους πληθυσμούς (ΔΜΣ=30).²²

3.3 Η παχυσαρκία σε σχέση με τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, η παχυσαρκία σχετίζεται με τη στεφανιαία νόσο και είναι ένας από τους παράγοντες κινδύνου, όπως η υπερλιπιδαιμία και η υπέρταση.²³ Σύμφωνα με τη μελέτη Framingham, η παχυσαρκία αποτελεί ένα σημαντικό και ανεξάρτητο παράγοντα για καρδιακή νόσο, όπως η ηλικία, η χοληστερόλη, η πίεση του αίματος, το κάπνισμα.

Επιπλέον, τα στοιχεία αυτής της μελέτης δείχνουν ότι η επίδραση της παχυσαρκίας στο προσδόκιμο επιβίωσης είναι χειρότερη, όταν αναπτύσσεται σε νέους ενήλικες, σε σύγκριση με την ανάπτυξή της σε άτομα μέσης ηλικίας.

Στα υπέρβαρα άτομα, ο σχετικός κίνδυνος για διαβήτη, υπέρταση και υπερχοληστερολαιμία είναι μεγαλύτερος στην ηλικία των 20 ως 45 χρόνων παρά στην ηλικία 47 ως 75 χρόνων. Επιπρόσθετα, η κατανομή του λίπους σώματος φαίνεται να επηρεάζει τον κίνδυνο της ασθένειας. Άτομα με κεντρική παχυσαρκία (ανδροειδής) παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση για διαβήτη και υπέρταση, από εκείνα που έχουν γυναικοειδή ή γενική παχυσαρκία.²⁴

Όπως διαφαίνεται από τη σχετική βιβλιογραφία, η περισσότερη μελέτη πάνω στη σχέση της παχυσαρκίας προς το μειωμένο προσδόκιμο ζωής έχει

διεξαχθεί σε αναφορά με τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Ωστόσο η Αμερικανική Εταιρία για τον Καρκίνο διεξήγαγε μία μακροπρόθεσμη προοπτική μελέτη, που έδειξε ότι η θνησιμότητα από καρκίνο ήταν αυξημένη σε άτομα που είχαν σωματικό βάρος άνω του 40% από το φυσιολογικό ή και περισσότερο.²⁵

3.4 Παιδική παχυσαρκία και παχυσαρκία ενηλίκων

Η παχυσαρκία της παιδικής ηλικίας φαίνεται να προδιαθέτει για την παχυσαρκία των ενηλίκων. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι τα περισσότερα υπέρβαρα παιδιά και έφηβοι έγιναν υπέρβαροι ενήλικες.

Στις Η.Π.Α. βρέθηκε ότι το 74% και 72% των 11χρονων ως 13χρονων υπέρβαρων αγοριών και κοριτσιών αντίστοιχα, ήταν ακόμα υπέρβαροι ως ενήλικοι. Επίσης, το 40% των υπέρβαρων 11χρονων και το 50% των υπέρβαρων 14χρονων παιδιών ήταν ακόμα υπέρβαρα στο 26ο έτος της ηλικίας τους. Επομένως, ο κίνδυνος να είναι κανείς υπέρβαρος στην εφηβεία σχετίζεται με το βαθμό του επιπλέον βάρους του στην παιδική ηλικία.

Τα παραπάνω αποτελέσματα αποδεικνύουν ότι δεν υπάρχει βέλτιστη ηλικία κατά τη διάρκεια της παιδικής ζωής για την πρόβλεψη του επιπλέον βάρους στην ενήλικη ζωή και ότι η υπερβολική αύξηση βάρους μπορεί να αρχίσει οποιαδήποτε στιγμή. Τα υπέρβαρα παιδιά έχουν περισσότερες πιθανότητες να παραμείνουν υπέρβαρα, από ότι τα συνομήλικά τους με φυσιολογικό βάρος.

Από την εθνική μελέτη υγείας των Η.Π.Α. I και II σε παιδιά ηλικίας 6-11 και 12-17 χρόνων προέκυψε ότι η παχυσαρκία αυξήθηκε κατά 54% και 98% αντίστοιχα. Και στις δύο ομάδες η αύξηση στην επίπτωση της παχυσαρκίας ήταν μεγαλύτερη στους μαύρους παρά στους λευκούς. Από τα παραπάνω δεδομένα προκύπτει ότι η παχυσαρκία είναι επιδημική στον παιδικό πληθυσμό και τονίζεται η ανάγκη για περισσότερο αποτελεσματική θεραπεία και πρόληψη.²⁶

Επιπλέον, ερευνητές που ασχολήθηκαν με την παχυσαρκία μέσα στα πλαίσια της οικογένειας κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι το παχύσαρκο παιδί προσχολικής ηλικίας, σε μία μη παχύσαρκτη οικογένεια ίσως να μη χρειάζεται καμία θεραπευτική παρέμβαση. Αντίθετα, ένα παχύσαρκο παιδί σε μία παχύσαρκτη οικογένεια χρειάζεται περισσότερη προσοχή. Το οικογενειακό περιβάλλον προδικάζει

τη μελλοντική πορεία της παχυσαρκίας και η οφείλει να συμμετέχει, αν θέλουμε να πετύχει η θεραπευτική παρέμβαση.²⁷

Τα αποτελέσματα μελέτης 40 ετών στη Σουηδία έδειξαν ότι ο βαθμός παχυσαρκίας στην οικογένεια και ο βαθμός παχυσαρκίας στην εφηβεία ήταν οι σημαντικότεροι παράγοντες για το βάρος που αποκτήθηκε με την ενηλικίωση.²⁸ Υπερβολικά αυξημένο βάρος στην εφηβεία σχετιζόταν με υψηλότερη από την αναμενόμενη νοσηρότητα και θνησιμότητα στην ενήλικη ζωή. Τα μέτρα, επομένως, για τη μείωση του βάρους πρέπει να αρχίζουν νωρίς στη ζωή, έτσι ώστε να βελτιώσουν τη μη ευνοϊκή μακροπρόθεσμη πρόγνωση για πολύ παχύσαρκα παιδιά. Στην ίδια μελέτη οι καρδιαγγειακές, οι νεοπλασματικές και οι ασθένειες του πεπτικού συστήματος εμφανίστηκαν νωρίτερα στα παχύσαρκα άτομα από ό,τι στο μέσο πληθυσμό.

Ο κίνδυνος για τις περισσότερες από τις συνηθισμένες χρόνιες ασθένειες είναι μεν πολυπαραγοντικός, το επιπλέον ωστόσο βάρος συμβάλλει σε διάφορους βαθμούς στη νοσηρότητα στις πληθυσμιακές ομάδες. Όπως επίσης αποδεικνύεται από επιστημονικές μελέτες, η αυξημένη συχνότητα της παχυσαρκίας, του σακχαρώδη διαβήτη, της στεφανιαίας νόσου και της αυξημένης πίεσης αίματος στην οικογένεια αυξάνει την πιθανότητα να αναπτύξουν και οι απόγονοι τις ίδιες ασθένειες. Ιδιαίτερη φροντίδα, επομένως, πρέπει να δοθεί, ώστε να εξασφαλιστεί για τα νεαρά άτομα σε αυτές τις οικογένειες η παραμονή μέσα στα όρια του φυσιολογικού βάρους. Η διατήρηση του φυσιολογικού βάρους γίνεται επιτακτική ανάγκη, αν αναλογιστεί κανείς ότι ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού, χωρίς τις παραπάνω οικογενειακές ασθένειες, διατρέχει τον κίνδυνο να τις αναπτύξει.²⁰

ΜΕΡΟΣ 2^ο

4. ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟΝ ΑΙΩΝΑ ΜΑΣ

Στα προηγούμενα κεφάλαια έγινε προσπάθεια να δοθεί συνοπτικά η σχέση της διατροφής με την υγεία και με τα νοσήματα φθοράς, που παρατηρούνται στη σημερινά εποχή. Με τον τρόπο αυτό μπορούμε καλύτερα να αναπτύξουμε τις ιδιαιτερότητες της διατροφής του αιώνα μας. Το πώς τρώμε, το τι τρώμε, το γιατί και πότε το τρώμε, είναι εντελώς διαφοροποιημένα σήμερα. Το είδος της νοσηρότητας που απορρέει από τη διατροφή είναι διαφορετικό από αυτό που γνωρίζαμε.

Γνωρίζοντας λοιπόν τις αλήθειες του “σήμερα” μπορούμε να αντιμετωπίσουμε καλύτερα αλλά και να διαφοροποιήσουμε τις διατροφικές συνήθειες του “αύριο”.

Τα χαρακτηριστικά του αιώνα μας, που έχουν άμεση σχέση με τη διατροφή όλων μας είναι:

- Η βιομηχανοποίηση των τροφίμων
- Η αστικοποίηση του πληθυσμού
- Η ριζική αλλαγή των καλών και των κακών επιδράσεων των τροφών στον ανθρώπινο οργανισμό
- Η αύξηση του συνολικού πληθυσμού της γης, αλλά με χαρακτηριστικά πολύ βραδύ ρυθμό αύξησης πληθυσμού των ανεπτυγμένων χωρών
- Η γήρανση του πληθυσμού των ανεπτυγμένων χωρών, γεγονός που παρατηρείται έντονα στη χώρα μας

Η αστικοποίηση του πληθυσμού είναι ένα αναμφισβήτητο χαρακτηριστικό, δυστυχώς προοδευτικά διογκούμενο, της εποχής μας αλλά και της χώρας μας.

Ο ζωτικός χώρος για τον κάθε κάτοικο των μεγάλων, αλλά και των μικρών πόλεων συρρικνείται αργά, προοδευτικά και σταθερά. Αυτό εκτός των άλλων επιδρά και στις διατροφικές μας συνήθειες. Το σύνολο των διατροφικών αναγκών σήμερα και ιδιαίτερα όσον αφορά τους κατοίκους των μεγάλων πόλεων καλύπτεται πρακτικά

από τη βιομηχανία. Ακόμα και κάποια προϊόντα με ετικέτες “χωριάτικο” ή “παράδοσιακό”, είναι στην ουσία μόνο ετικέτες.

Η συνεχής αύξηση του συνολικού πληθυσμού της γης αυξάνει και τις ανάγκες σε τρόφιμα. Η βιομηχανία και η βιοτεχνολογία τυπικά έρχονται να προσφέρουν λύσεις στο πρόβλημα. Ωστόσο, παρατηρείται το εξής παράδοξο: η παραγωγή τροφίμων στις βιομηχανοποιημένες χώρες αυξάνει δυσανάλογα με την ομολογουμένως μικρή αύξηση του πληθυσμού τους.

Επίσης η γήρανση του πληθυσμού των βιομηχανοποιημένων χωρών έχει και θα έχει πολλές επιδράσεις στη συνολική διαιτητική συμπεριφορά των λαών, όσον αφορά τις διατροφικές επιλογές, τις γευστικές προτιμήσεις και τις ποσότητες των καταναλισκόμενων τροφών.

4.1 Η διατροφή σε έναν βιομηχανοποιημένο κόσμο

Η βιομηχανοποίηση καλύπτει σήμερα σχεδόν όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων του ανθρώπου, ειδικά όμως η διατροφή μας εξαρτάται απόλυτα από αυτή.

Όσον αφορά την **παραγωγή** τροφίμων τόσο φυτικής όσο και ζωικής προέλευσης, αλλά και αυτού ακόμα του νερού, έχει συνολικά βιομηχανοποιηθεί.

Οι καλλιέργειες γίνονται με συγκεκριμένους σπόρους (υβρίδια) για να εξασφαλιστεί η μεγαλύτερη δυνατή παραγωγή. Η εκτεταμένη χρήση γενετικώς τροποποιημένων σπόρων έχει μπει πια οριστικά στη ζωή μας. Η χρήση χημικών λιπασμάτων έχει γενικευτεί. Τα παρασιτοκτόνα και τα ζιζανιοκτόνα αποτελούν σταθερό “συστατικό” των περισσότερων τροφίμων φυτικής προέλευσης, με πολλές γνωστές, αλλά και άγνωστες επιπτώσεις στην υγεία του σύγχρονου ανθρώπου.

Η παραγωγή τροφίμων ζωικής προέλευσης είναι τις περισσότερες φορές εντελώς διαφορετική από αυτή που ξέραμε πριν από λίγα ακόμα χρόνια. Είναι διαφορετικές οι ράτσες ζώων που χρησιμοποιούνται για παραγωγή κρέατος και διαφορετικές για παραγωγή γαλακτοκομικών προϊόντων, με συνέπεια να υπάρχει διαφορά και στην ποιότητα των προϊόντων που παράγουν. Η διατροφή των ζώων είναι συνήθως ζωοτροφές που παράγονται από ανακυκλωμένα προϊόντα ζωικής επίσης προέλευσης, με αποτέλεσμα τα φυτοφάγα ζώα να γίνονται σαρκοβόρα, με όλες τις γνωστές σήμερα επιπτώσεις (σπογγώδης εγκεφαλοπάθεια κ.ά.). Τα ζώα

αναπαράγονται με τεχνητή γονιμοποίηση και έτσι παρεμποδίζεται η φύση να αναπτύξει διεργασίες φυσικής εξέλιξης. Γεννιούνται και μεγαλώνουν μέσα στο ίδιο και ασφυκτικά στενό περιβάλλον, με αποτέλεσμα να παχαίνουν γρήγορα (αύξηση παραγωγής) και το κρέας τους να είναι πολύ μαλακό λόγω διήθησης από το πολύ λίπος.

Ψάρια και θαλασσινά έχουν και αυτά υποστεί τις επιδράσεις της βιομηχανοποίησης. Ο φυσικός πληθυσμός των ψαριών έχει μειωθεί ανησυχητικά, λόγω της χημικής μόλυνσης των θαλασσών και της υπερ-αλίευσης. Το μεγαλύτερο ποσοστό ψαριών και θαλασσινών που διακινούνται σήμερα στην αγορά των ανεπτυγμένων χωρών είναι προϊόντα από ιχθυοκαλλιέργειες.

Η **ασφάλεια** και η **υγιεινή**, ωστόσο, των τροφίμων σήμερα είναι πολύ καλύτερη από αυτή των προηγούμενων χρόνων. Η βιομηχανοποίηση έχει απομακρύνει όλα τα ξένα σώματα, τα μικρόβια καθώς και το μειονεκτικό μέρος του προϊόντος.²⁹

Όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά βελτιώνουν την **ποιότητα** των τροφίμων. Η ποιότητα δεν είναι μόνο καλύτερη, αλλά και πιο σταθερή στα προϊόντα της ίδιας εταιρίας και ανταγωνιστικών εταιριών, κάτι που δεν υπήρχε παλαιότερα.

Η **σύσταση** των τροφών σε μακροστοιχεία, βιταμίνες, άλατα και ιχνοστοιχεία διαφέρει ουσιαστικά στο βιομηχανοποιημένο σε σχέση με το φυσικό τρόφιμο. Η διαφοροποίηση αυτή ενισχύεται σημαντικά από την πληθώρα των “πρόσθετων” που χρησιμοποιούνται στη βιομηχανία. Τα μακροστοιχεία της διατροφής στα βιομηχανοποιημένα τρόφιμα (θερμίδες, λίπος, ζάχαρη, πρωτεΐνες) είναι άφθονα. Το γεγονός αυτό, όσον αφορά τις ανεπτυγμένες χώρες, συνδέεται άμεσα με την τραγικά αυξημένη συχνότητα παχυσαρκίας. Ακόμη, βασικά συστατικά στη σύσταση των βιομηχανοποιημένων τροφίμων είναι τα trans-λιπαρά και η περίσσια μαγειρικού αλατος, χαρακτηριστικά που ενοχοποιούνται για καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνο. Στα βιομηχανοποιημένα τρόφιμα παρατηρείται επίσης μειωμένη περιεκτικότητα βιταμινών, σε σχέση με το ανάλογο φυσικό προϊόν, ωστόσο υπάρχει η δυνατότητα εμπλουτισμού τους με βιταμίνες και ιχνοστοιχεία.

Η **συσκευασία** των τροφών σήμερα αποτελεί μία εντελώς νέα πραγματικότητα. Η “επικοινωνία” του καταναλωτή με το τρόφιμο είναι ένα επιστημονικά σχεδιασμένο περιτύλιγμα, που έχει ως κύριο σκοπό την προσέλκυση

του αγοραστή. Η συσκευασία διατηρεί τα τρόφιμα, καθώς τα προστατεύει από αλλοιώσεις και νοθείες.

Στον τομέα που έχει επιδράσει καθοριστικά η βιομηχανοποίηση είναι η **κατανάλωση** και η **διατροφική συμπεριφορά**. Τα βιομηχανοποιημένα τρόφιμα απευθύνονται σε βιομηχανοποιημένους ανθρώπους. Είμαστε όλοι ένα μικρό γρανάζι σε μία μηχανή που κινείται συνεχώς και ακολουθούμε τους ρυθμούς της. Οι ρυθμοί αυτοί μας υπαγορεύουν συχνά τι, πότε και πώς θα φάμε. Τα έτοιμα να καταναλωθούν συσκευασμένα τρόφιμα είναι συχνά λύσεις ανάγκης, αλλά με το χρόνο επιδρούν καθοριστικά και στη διαιτητική μας συμπεριφορά. Η συχνή χρήση βιομηχανοποιημένων, γρήγορων και εύκολων τροφών από ενήλικες και παιδιά αποτελεί πρακτική, που με τον επαναλαμβανόμενο χαρακτήρα της γίνεται με τον καιρό διατροφική συμπεριφορά. Επίσης, στο δυτικό κόσμο σήμερα, παρατηρείται γενικευμένο το φαινόμενο της κατανάλωσης έτοιμων ή προπαρασκευασμένων φαγητών, με άμεση συνέπεια την πλήρως βιομηχανοποιημένη διατροφή για όλη την οικογένεια, αλλά και τις οικογένειες που θα προέλθουν από αυτή. Η διατροφική συμπεριφορά της οικογένειας επιδρά καθοριστικά στους απογόνους της.

Οι επιδράσεις της διατροφής στη διατήρηση της καλής υγείας, στη μεγιστοποίηση της απόδοσης του οργανισμού και στην αποφυγή νόσων που σχετίζονται με αυτή είναι άμεσες και απώτερες. Πριν από λίγα χρόνια το κύριο μέλημα του ανθρώπου ήταν η εξασφάλιση της απαραίτητης για την επιβίωση ποσότητας τροφής. Τότε, οι άμεσες δυσμενείς επιδράσεις της διατροφής ήταν τα στερητικά σύνδρομα και οι μικροβιακές λοιμώξεις που οφείλοντο στην κακή επεξεργασία και συντήρηση των τροφών. Σήμερα, οι επιδράσεις της διατροφής έχουν μεταβάλει ριζικά τη νοσηρότητα που απορρέει από αυτή. Στερητικά σύνδρομα δεν υπάρχουν, αλλά καθημερινά αντιμετωπίζουμε τα δεινά της υπερπροσφοράς (παχυσαρκία, διαβήτης, υπέρταση, χοληστερόλη, έμφραγμα, νεοπλασίες). Αυτές είναι οι απώτερες δυσμενείς επιδράσεις της βιομηχανοποιημένης διατροφής. Θα πρέπει βέβαια να τονιστεί, ότι μερικές φορές είναι δύσκολο να αποδώσουμε ευθύνες στη διατροφή για κάποια νόσο, που εξελίσσεται αργά και που η αιτιολογία της είναι πολυπαραγοντική. Εντούτοις, σήμερα είναι τόσες πολλές οι επιστημονικές ενδείξεις που αποτελούν μάλλον απόδειξη.³⁰

4.2 Ο Ρόλος της διαφήμισης των τροφίμων

Σκοπός της διαφήμισης είναι να κάνει ένα τρόφιμο γνωστό στο ευρύ καταναλωτικό κοινό και παράλληλα να κερδίσει την προτίμησή του από άλλα ομοειδή προϊόντα.

Σήμερα, στις αρχές του 21^{ου} αιώνα, η ποικιλία των προϊόντων που κατακλύζει τα ράφια και τις βιτρίνες των σούπερ-μάρκετς είναι τόσο μεγάλη, που θα ήταν αδύνατο ακόμα και να τη φανταστεί η προηγούμενη γενιά. Τα βιομηχανοποιημένα τρόφιμα προσφέρουν λύσεις για κάθε γευστική προτίμηση και καλύπτουν τις διατροφικές ανάγκες όλων των επιμέρους ομάδων πληθυσμού. Οι καταναλωτές, επίσης, έχουν τη δυνατότητα κάθε στιγμή να ικανοποιήσουν τις επιθυμίες τους (ποικιλία). Στο σημείο αυτό επεμβαίνει η διαφήμιση, ρόλος της οποίας είναι να βοηθάει τον καταναλωτή στις επιλογές του και πολύ συχνά να του τις επιβάλλει.

Στη σημερινή εποχή μεγάλο μέρος της νοσηρότητας του ανεπτυγμένου κόσμου απορρέει από την υπερκατανάλωση. Αυτό το γεγονός καθιστά αναγκαίο σε όλους μας και κυρίως στα παιδιά να αποκτήσουμε διατροφική εκπαίδευση στα πλαίσια μιας γενικότερης διατροφικής πολιτικής σε εθνικό επίπεδο. Η ενημέρωση-εκπαίδευση υπολείπεται κατά πολύ, συγκριτικά με την ενημέρωση του κοινού που γίνεται από τη διαφήμιση. Συνέπεια αυτού είναι να ζούμε σε μία εποχή που οι διατροφικές συνήθειες του πληθυσμού μας, κατά περιοχές αλλά και συνολικά, να καθορίζονται από τις εκάστοτε τάσεις του μάρκετινγκ.

Τα δύο μέρη που σχετίζονται άμεσα με την επιστήμη του μάρκετινγκ είναι η διαφήμιση από τη μία μεριά και ο καταναλωτής από την άλλη:

Η **διαφήμιση** είναι μια τέλεια “σύνθεση” ανθρώπινου δυναμικού και μέσων. Οι διαφημιστικοί οργανισμοί διαθέτουν σήμερα πληθώρα ειδικευμένων και εμπνευσμένων ανθρώπων, όλων των ειδικοτήτων. Οι ειδικοί αυτοί έχουν τη δυνατότητα μέσω της έρευνας αγοράς, να ανιχνεύουν τις ανάγκες του σύγχρονου ανθρώπου και της κοινωνίας. Τα εργαλεία και τα μέσα που έχουν στη διάθεσή τους είναι άφθονα: εικόνα, ήχος, κίνηση, χρώμα, γραπτός και προφορικός λόγος, ψυχολογία κ.ά. Επίσης, όλος αυτός ο μηχανισμός έχει μία πολύ σημαντική κινητήρια δύναμη, τα μεγάλα χρηματικά ποσά που δαπανούνται. Πιστοί σύμμαχοί τους είναι

όλα τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τα οποία άλλωστε συντηρούνται στο μεγαλύτερο ποσοστό από τη διαφήμιση.

Απέναντι σε αυτό το μηχανισμό βρίσκεται ο **καταναλωτής**, ο οποίος αποτελεί ένα δέκτη συχνά αδύναμο να αντισταθεί στην ένταση των σημάτων που εκπέμπει η διαφήμιση. Το γεγονός αυτό δε σχετίζεται άμεσα με το μορφωτικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδό του. Ο μηχανισμός του μάρκετινγκ με τα μέσα που διαθέτει είναι σε θέση να γνωρίζει πριν από εμάς και καλύτερα από εμάς όλες τις αδυναμίες του σύγχρονου ανθρώπου και των σύγχρονων κοινωνιών. Ακόμη, έχει τη δυνατότητα στα σημεία που δεν υπάρχουν αδυναμίες να δημιουργεί και αδυναμίες και ανάγκες. Και οι “κακοί” δέκτες κάποια στιγμή ενδίδουν στην επανάληψη και το βομβαρδισμό των διαφημίσεων.

Η διαφήμιση, επομένως, συντελεί καθοριστικά στη δημιουργία καταναλωτικής συμπεριφοράς. Ειδικότερα, όταν αναφέρεται σε είδη διατροφής, μπορεί να επιβαρύνει ακόμα και την υγεία. Η διαφήμιση των τροφίμων μπορεί να είναι άμεση ή έμμεση. Η δύναμη της έμμεσης διαφήμισης είναι τεράστια και για αυτό το λόγο, απαιτεί και μεγαλύτερη δαπάνη χρημάτων. Έχει τη δυνατότητα να μας καθιστά δέκτες μηνυμάτων χωρίς αυτό να γίνεται αντιληπτό. Επίσης, σπάνια η διαφήμιση προβάλλει την πραγματική θρεπτική αξία του τροφίμου που προωθεί. Αυτό γίνεται μόνο στην περίπτωση που η ομάδα-στόχος του πληθυσμού που απευθύνεται, έχει αυξημένο ενδιαφέρον για τέτοιου είδους ιδιότητες του τροφίμου.

Κατά κανόνα πάντως, στα κύρια διαφημιστικά μηνύματα των τροφίμων περιλαμβάνονται:

Καταρχήν η **ηδονή**. Είναι αναμφισβήτητη και ιδιαιτέρως δυνατή η ηδονική επίδραση της διατροφής. Αυτός είναι ο λόγος που προβάλλονται τόσο έντονα στις διαφημίσεις τροφίμων οι φράσεις όπως: “ατελείωτη ευχαρίστηση”, “δροσιά”, “γεύση”, “απόλαυση” κ.ά. Συχνά βεβαίως, γινόμαστε δέκτες των ίδιων μηνυμάτων και ίσως πιο ισχυρών χωρίς ήχους και προφορικό λόγο, μέσω της εικόνας. Με τον τρόπο αυτό συνδυάζεται η τροφή μόνο με την ευχαρίστηση, μπαίνει ο καταναλωτής στο μονόδρομο της ατελείωτης αναζήτησης της ηδονής, αγνοώντας την πραγματική σημασία της τροφής.

Η **ομορφιά** είναι ένα σλόγκαν που χρησιμοποιείται συχνά στο τρόφιμα με λίγες θερμίδες και σε αυτά που έχουν εμπλουτιστεί με βιταμίνες.

Ακόμη, η **παραίσθηση** χρησιμοποιείται για αρκετά τρόφιμα, κυρίως οινοπνευματώδη ποτά, προβάλλοντας έντονα τη δύναμη που έχουν να σε βγάλουν από την πραγματικότητα, να σε μεταμορφώσουν και να σε μεταφέρουν σε ένα ονειρικό κόσμο.

Η διαφήμιση εκμεταλλεύεται άριστα την έλλειψη χρόνου της εργαζόμενης κυρίως γυναίκας και κατά συνέπεια την αδυναμία της για προετοιμασία “σπιτικού” φαγητού. Χρησιμοποιεί, λοιπόν, την **ευκολία**, με αποτέλεσμα να προβάλλονται καθημερινά τρόφιμα έτοιμα για κατανάλωση ή με ελάχιστη προετοιμασία. Με τον τρόπο αυτό οδηγούμαστε στην πλήρη βιομηχανοποίηση της διατροφής μας.

Το μεγαλύτερο ίσως πρόβλημα σήμερα είναι τα **κέρδη** και τα **δώρα** που προσφέρουν ή υπόσχονται ότι προσφέρουν τα τρόφιμα. Οι πρακτικές αυτές, εκτός των άλλων, εγκαθιστούν στα μικρά παιδιά και στα ανώριμα άτομα τις ψυχικές διεργασίες των τυχερών παιχνιδιών.³¹

Κρίσιμο, επομένως, σήμερα διεθνώς θεωρείται το ερώτημα, αν θα πρέπει η διαφήμιση να απευθύνεται στα παιδιά. Οι νόμοι στις χώρες του δυτικού κόσμου είναι πολύ διαφορετικοί ή δεν προβλέπονται καθόλου ανάλογες διατάξεις. Αλλά και η εφαρμογή τους απέχει συνήθως πολύ από αυτό που προβλέπει ο νομοθέτης. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, επίσης, πολλές φορές προτιμούν να παραβαίνουν το νόμο και να πληρώνουν πρόστιμο, παρά να καταργήσουν τις διαφημίσεις που απευθύνονται στα παιδιά.

Οφείλει, συνεπώς, να γίνει κατανοητό στις μέρες μας, ότι τα παιδιά έχουν μειωμένη ικανότητα επεξεργασίας των ερεθισμάτων της διαφήμισης, με απρόβλεπτες συχνά επιδράσεις.

Θα πρέπει να αποφεύγεται η δημιουργία στο μυαλό των παιδιών, μέσω της διαφήμισης, ανεκπλήρωτων προσδοκιών.

Η διαφήμιση μπορεί να επιδράσει στο χαρακτήρα και τη συμπεριφορά των παιδιών. Είναι επομένως ιδιαίτερα σημαντικό να δίνονται τα σωστά μηνύματα, ώστε να εξελιχθούν αναλόγως και πετύχουν την ηθικοπνευματική τους ολοκλήρωση.

5. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

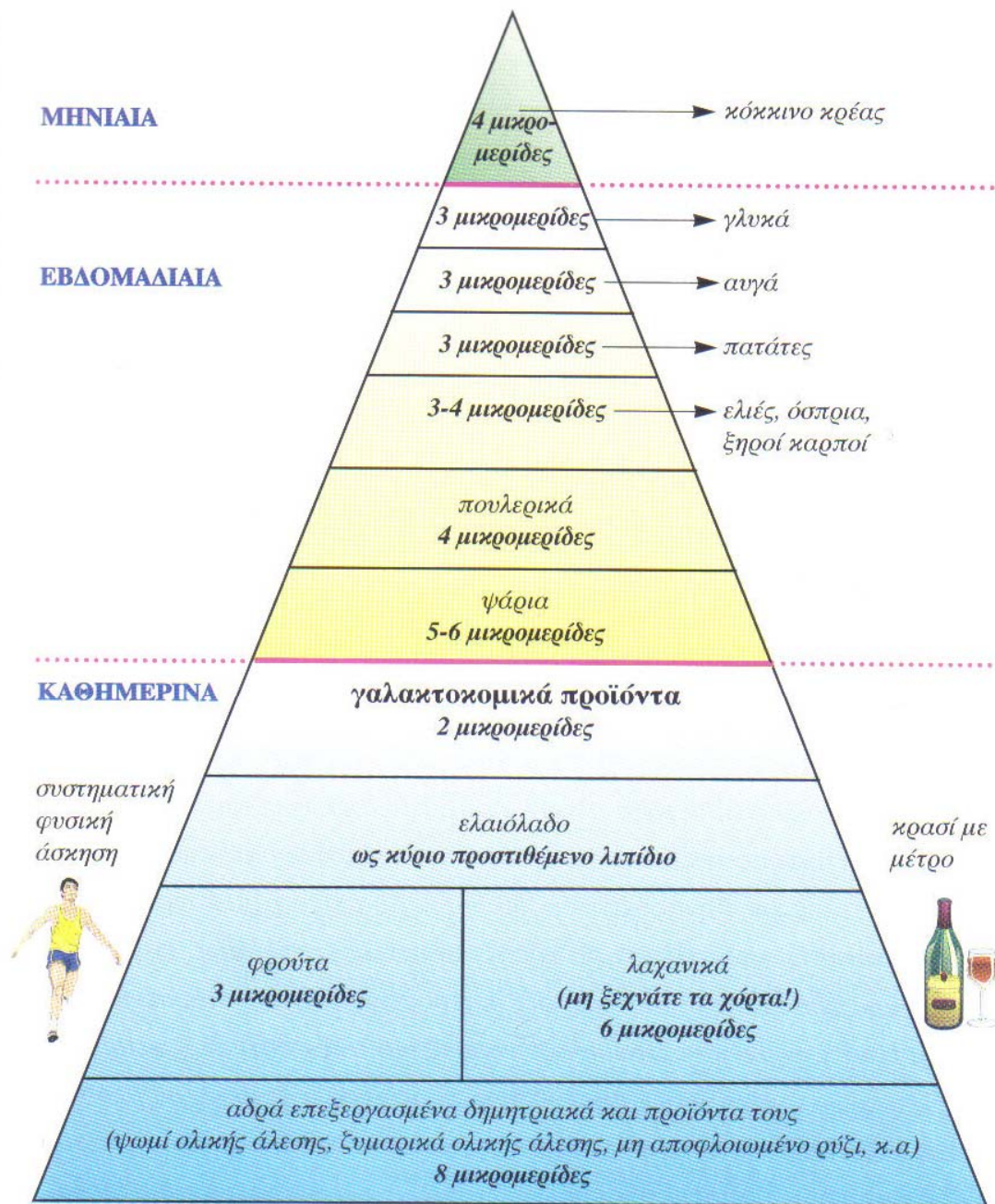
Όπως έχει προαναφερθεί, ο καρκίνος οφείλεται στη συσσώρευση μεταλλάξεων σε κρίσιμα γονίδια του γενετικού υλικού (DNA). Οι μεταλλάξεις αυτές προκαλούνται από βλάβες στο DNA που μπορεί να δημιουργούνται από την επίδραση διάφορων εξωτερικών παραγόντων. Η διατροφή παίζει ιδιαίτερο ρόλο στην πρόληψη της εμφάνισης του καρκίνου.

Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου στις Μεσογειακές χώρες είναι πολύ χαμηλότερη από την αντίστοιχη στις Βορειοευρωπαϊκές και τις Ηνωμένες Πολιτείες, ιδιαίτερα μάλιστα σε συγκεκριμένα όργανα όπως στα σπλάχνα, στο μαστό, στο ενδομήτριο και στον προστάτη. Οι μορφές αυτές του καρκίνου έχουν συνδεθεί με διατροφικούς παράγοντες και συγκεκριμένα με τη χαμηλή λήψη λαχανικών και φρούτων και με ταυτόχρονα υψηλή λήψη κρέατος.

Η παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή χαρακτηρίζεται από υψηλή περιεκτικότητα σε τροφές φυτικής προέλευσης, και σε σχετικά χαμηλή περιεκτικότητα σε κόκκινο κρέας. Ιδιαίτερα υψηλή είναι η περιεκτικότητα σε λάδι ελιάς, το οποίο εκτεταμένες μελέτες έχουν αποδείξει ότι συνιστά μεγάλο προστατευτικό παράγοντα ενάντια σε διάφορες μορφές καρκίνου, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες μορφές λιπαρών οξέων.

Έχοντας υπόψη μας ότι η διατροφή σχετίζεται με την εμφάνιση καρκίνου, μπορούμε να υπολογίσουμε την πιθανότητα ο καρκίνος να οφείλεται στη διατροφή χρησιμοποιώντας ως μέτρο σύγκρισης την υγιεινή παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή. Το 25% του καρκίνου στο κόλον, το 15% του καρκίνου του μαστού αλλά και το 10% του καρκίνου του προστάτη, του παγκρέατος και του ενδομητρίου θα μπορούσε να αποφευχθεί αν οι πληθυσμοί των δυτικών χωρών τροποποιούσαν τη διατροφή τους σύμφωνα με το μεσογειακό πρότυπο.³²

Εικόνα 5.1: Παραδοσιακή Υγιεινή Μεσογειακή Πυραμίδα Διατροφής



Σχήμα 12.2. Μεσογειακή διατροφή.

Μια μικρομερίδα αντιστοιχεί περίπου στο μισό της μερίδας που καθορίζουν οι αγορανομικές διατάξεις. Θυμηθείτε επίσης:

- πίνετε άφθονο νερό,
- αποφεύγετε το αλάτι και χρησιμοποιείτε μυρωδικά (ορίγανη, βασιλικό, θυμάρι, κ.λπ.) στη θέση του.

Πηγή: Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 1999



Πηγή: ΕΛΙΚΑΡ (Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας).

Ποια όμως είναι τα χαρακτηριστικά της μεσογειακής διαίτας; Όπως φαίνεται στην Εικόνα 5.1³³ μπορούν να παρασταθούν από μια πυραμίδα στην οποία περιέχονται τόσο οι τροφές όσο και οι δόσεις των τροφών που συνιστούν την παραδοσιακή μεσογειακή διαίτα.

Η Μεσογειακή διαίτα είναι βασισμένη σε στοιχεία από διαιτητικά πρότυπα της Κρήτης και της Ελλάδας ευρύτερα αλλά και της νοτίου Ιταλίας. Η επιλογή των χωρών αυτών έγινε βάσει της παρατήρησης ότι οι συχνότητες χρόνιων ασθενειών σε αυτές βρίσκονται μεταξύ των χαμηλότερων ανά τον κόσμο, ενώ η μέση διάρκεια ζωής εκτείνεται σε εκπληκτικά υψηλά επίπεδα.

Μέριμνα δίνεται επίσης, στις τροφές που συνήθως προτιμούν τα παιδιά και δεν είναι οι κατάλληλες για τη διατροφή τους όπως τα γαριδάκια, τα πολλά γλυκά, τα παγωτά, οι σοκολάτες, οι καραμέλες κ.λπ. Αυτές οι τροφές αν και ακατάλληλες δεν μπορούν να παραλειφθούν τελείως από την πυραμίδα αλλά θα πρέπει να δίνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να αποτρέπουν το παιδί να τις καταναλώσει.

Τέλος, προσοχή θα πρέπει να δίνεται και στην εμφάνιση της παιδικής πυραμίδας η οποία, εφόσον απευθύνεται σε παιδιά, θα πρέπει να είναι πολύχρωμη και γενικά ευχάριστη.

Η παραδοσιακή μεσογειακή διαίτα παρέχει το 40% της μέσης ημερήσιας απαίτησης σε θερμίδες από τα λιπαρά οξέα. Εντούτοις, οι περιπτώσεις καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι εξαιρετικά χαμηλές. Τι συμβαίνει, λοιπόν, με όλη αυτή την ποσότητα των λιπών; Η απάντηση βρίσκεται στο ελαιόλαδο αλλά και στο συνδυασμό των τροφών που συνιστά το μεσογειακό διαιτητικό πρότυπο.

Συγκεντρωτικά, τα κυριότερα χαρακτηριστικά της μεσογειακής διαίτας είναι:

- υψηλή αναλογία μονοακόρεστων προς πολυακόρεστα λιπαρά οξέα
- υψηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών
- υψηλή κατανάλωση φυτικών ινών και δημητριακών
- μέτρια κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων
- μέτρια κατανάλωση κρέατος
- μέτρια κατανάλωση αλκοολούχων ποτών

Ο κύριος ίσως άξονας της μεσογειακής διαίτας είναι η κατανάλωση ελαιολάδου, από το οποίο άλλωστε απορρέουν τα περισσότερα χαρακτηριστικά της. Στην Ελλάδα, όπως προαναφέραμε, η πρόσληψη μονοακόρεστων λιπαρών οξέων φτάνει μέχρι και το 40% της ολικής ημερήσιας θερμιδικής κατανάλωσης, ενώ στην υπόλοιπη Ευρώπη το ποσοστό αυτό δεν ξεπερνά το 30%.

Εξαντλητικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί από πλειάδα ερευνητών ανά τον κόσμο κατόρθωσαν να ερμηνεύσουν το αντιφατικό αυτό σημείο της μεσογειακής διαίτας. Συγκεκριμένα, κατά το μεσογειακό πρότυπο τα λιπαρά οξέα στη συντριπτική τους πλειοψηφία είναι φυτικής προέλευσης. Το ελαιόλαδο, ως γνωστό, συνίσταται ως επί το πλείστον από μονοακόρεστα λιπαρά οξέα γι' αυτό και δεν έχει την αυξητική δράση στη χοληστερίνη που παρατηρείται από τα κορεσμένα λιπαρά οξέα ζωικής προέλευσης.

Πίνακας 5.1

	Ολικά λιπαρά οξέα (g/ημέρα)	Λιπαρά οξέα προερχόμενα από ελαιόλαδο (9 mg/ημέρα)
Βέλγιο	44	0,58
Ιρλανδία	43	0,05
Ελλάδα	90	70
Κρήτη	123	112

Πηγή:DAFNE databank, Circa 1990.³⁴

Η υψηλή περιεκτικότητα του ελαιολάδου σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα ελαττώνει την LDL ή “κακή” χοληστερίνη ενώ αυξάνει τα ποσοστά της “καλής” HDL χοληστερίνης.

Ας σημειωθεί ότι ο συνδυασμός του ελαιολάδου και των φρέσκων φρούτων, λαχανικών, δημητριακών αποτελεί εγγύηση για την πρόσληψη από τον οργανισμό ικανών ποσοτήτων αντιοξειδωτικών ουσιών όπως είναι τα β-καροτένια και οι βιταμίνες C και E που λειτουργούν ως δεσμευτές των ελεύθερων ριζών, εξουδετερώνοντας έτσι τις ποικίλες καταστρεπτικές επιδράσεις τους.³⁵

Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό είναι η κατανάλωση κρασιού σε μέτριες ποσότητες και σχεδόν πάντα κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Ας σημειωθεί ότι υπεραιωνόβιοι απέδιδαν την καλή υγεία τους στις ευεργετικές ιδιότητες του ελαιολάδου και του κρασιού.

Η συσχέτιση της δίαιτας και της εμφάνισης καρκίνου μπορεί να θεωρηθεί ότι απορρέει από μια επερχόμενη διαταραχή ισορροπίας ανάμεσα στην ποσότητα των οξειδωτικών και των αντιοξειδωτικών ουσιών που προσλαμβάνονται από τον οργανισμό.

Η ισχυρότερη ένδειξη της προστατευτικής δράσης των φρούτων και των λαχανικών κατά του καρκίνου προκύπτει από μελέτες για διάφορους τύπους νεοπλασιών. Οι πληροφορίες που προέρχονται από τον Πίνακα 5.1, αποδεικνύουν ότι τα φρούτα και τα λαχανικά δρουν προστατευτικά ενάντια σε διάφορες μορφές

καρκίνου. Τα ωμά και φρέσκα λαχανικά έδειξαν την πλέον μεγαλύτερη προστασία ενάντια στην εμφάνιση καρκίνου, με 87% των μελετών να αποδεικνύουν κάτι τέτοιο. Ενώ περισσότερο από 70% των περιπτώσεων υποδηλώνουν την προστατευτική δράση του κίτρου, των καρότων, του μαρουλιού. Για τα άλλα φρούτα και λαχανικά το ποσοστό είναι μεγαλύτερο του 60%.

Παρ' όλα αυτά, η προστατευτική επίδραση ενός συγκεκριμένου τύπου δίαιτας όσον αφορά τον καρκίνο μπορεί να ποικίλλει, ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου και τη θέση που θα εκδηλωθεί στον οργανισμό. Ισχυρή προστατευτική δράση εμφανίζεται εναντίον καρκίνων του άνω αναπνευστικού συστήματος, των πεπτικών οδών (στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου), όπως και των πνευμόνων. Το ποσοστό παραμένει υψηλό, άνω του 80% και για τον καρκίνο του στομάχου, του παγκρέατος και του τραχήλου.

Η προστατευτική δράση της μεσογειακής δίαιτας εναντίον του καρκίνου μάλλον εξαρτάται από ένα συνδυασμό αλληλεπίδρασης ουσιών μεταξύ τους και από κάποιους συνεργατικούς μηχανισμούς.

Οι παράγοντες αυτοί εμπλέκονται σε συμπληρωματικούς και αλληλοεπικαλυπτόμενους μηχανισμούς επαγωγής αναγωγικών ενζύμων, αντιοξειδωτικών δράσεων, αναστολής του σχηματισμού της νιτροζαμίνης, δέσμευσης και διαλυτοποίησης καρκινογόνων ουσιών εντός της πεπτικής οδού, διαφοροποίησης του ορμονικού μεταβολισμού κ.λπ.³⁶

Συγκεκριμένα η βιταμίνη C ή ασκορβικό οξύ είναι η πλέον διαδεδομένη υδατοδιαλυτή αντιοξειδωτική ουσία που υπάρχει στον άνθρωπο. Η αντιοξειδωτική της δράση συνίσταται στην αναστολή σχηματισμού νιτροζαμινών.

Η βιταμίνη E που αφθονεί στους ξηρούς καρπούς, είναι ο σημαντικότερος παράγοντας δέσμευσης ελεύθερων ριζών στις μεμβράνες και στις λιποπρωτεΐνες. Η βιταμίνη E αναστέλλει την υπεροξειδωση των λιποειδών με τη συλλογή των υπεροξειδικών ριζών και μπορεί και αναγεννάται με τη βοήθεια της βιταμίνης συνεχίζοντας έτσι τη δράση της. Όπως και η βιταμίνη D έχει βρεθεί ότι αναστέλλει το σχηματισμό νιτροζαμινών στο στομάχι. Τα β-καροτένια, που βρίσκονται άφθονα στα καρότα, εκτός του ρόλου τους στο σχηματισμό της βιταμίνης A δρουν αντιοξειδωτικά και όντας λιποδιαλυτά, προστατεύουν τα λιποειδή των μεμβρανών από οξείδωση.

Τέλος, στα φρούτα και στα λαχανικά περιέχονται και άλλες αντιοξειδωτικές ουσίες όπως οι φαινολικές ενώσεις και διάφορα φλαβονοειδή. Η δράση πάντως των παραπάνω ουσιών δεν έχει μελετηθεί διεξοδικά.⁸

Ενδείξεις ενισχύουν την άποψη, ότι υπάρχει ένας σύνδεσμος ανάμεσα στο επίπεδο των αντιοξειδωτικών ουσιών του αίματος που οφείλεται στις διατροφικές συνήθειες και στα επίπεδα της οξείδωσης των νουκλεοτιδίων στο κυτταρικό DNA.

ΜΕΡΟΣ 3^ο

6. ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Υπάρχει μια σειρά από (περισσότερο ή λιγότερο) σύνθετους ορισμούς σχετικά με το τι είναι η Αγωγή Υγείας. Σύμφωνα με τη διακήρυξη της ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) που έγινε από το 1984 “Η εκπαίδευση για την υγεία/Αγωγή Υγείας είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που αποβλέπει στη διαμόρφωση (ή/και τροποποίηση) προτύπων συμπεριφοράς, τα οποία οδηγούν στην προάσπιση, προαγωγή και βελτίωση του επιπέδου υγείας”.³⁷

Ένας πιο απλός, φαινομενικά, ορισμός είναι αυτός του Downie. Σύμφωνα με αυτόν “Αγωγή Υγείας είναι ένα σύνολο μορφωτικών δραστηριοτήτων, οι οποίες απευθύνονται είτε στα άτομα είτε στις κοινότητες και σχετίζονται με την πρόληψη της ασθένειας ή της βλάβης και με την προαγωγή μιας θετικής υγείας”.³⁸

Από το συγκεκριασμό αυτών των δύο ορισμών συμπεραίνουμε ότι η Αγωγή Υγείας είναι μια μορφωτική διαδικασία που εμπλέκει, για την επίτευξη των στόχων της, τέσσερις βασικές δραστηριότητες: αυτές που έχουν ιατρικό χαρακτήρα, αυτές που έχουν παιδαγωγικό-μορφωτικό τύπο και αυτές που αφορούν δράσεις στο κοινοτικό - κοινωνικό και κοινωνικό - πολιτικό επίπεδο.

Μπορούμε να πούμε, λοιπόν, ότι η Αγωγή Υγείας είναι μια θεμελιώδης εκπαιδευτική διαδικασία που στόχο έχει την υιοθέτηση υγιών στάσεων και συμπεριφορών, βασισμένων στην πολύπλευρη επιστημονική προσέγγιση, στη μάθηση μέσα από την πράξη, στην ανάπτυξη των διανοητικών και κοινωνικών ικανοτήτων των μαθητών, ώστε να μάθουν να επικοινωνούν, να συνδιαλέγονται και να βρίσκουν λύσεις στα προβλήματα τους.

Ένα βασικό ερώτημα που μπορεί να τεθεί στο σημείο αυτό είναι το εξής: Μπορούμε να θεωρήσουμε την Αγωγή Υγείας σαν ένα νέο γνωστικό αντικείμενο; Για να απαντήσουμε σε μια τέτοια ερώτηση θα πρέπει πρώτα να δούμε τι είναι ένα Γνωστικό Αντικείμενο.

Ο όρος γνωστικό αντικείμενο αναφέρεται είτε σε μια περιοχή γνώσης είτε στις διαδικασίες εκείνες που προάγουν τις γνώσεις μας (σε μια συγκεκριμένη περιοχή γνώσης). Η Γεωγραφία, λ.χ. μας βοηθάει να μάθουμε καλύτερα πού βρίσκεται ένα

μέρος, από τι περιοχές αποτελείται, τι βουνά έχει, κλπ. Η Φυσική μας μαθαίνει τους νόμους που διέπουν το φυσικό κόσμο κτλ.

Η Αγωγή Υγείας από τη μεριά της, αποβλέπει κυρίως στην αλλαγή ή/και την υιοθέτηση νέων στάσεων (και συμπεριφορών) σε θέματα που αφορούν την υγεία. Στο να αποκτήσει δηλαδή το άτομο “την τάση για μια ορισμένη συμπεριφορά”. Με την έννοια αυτή θα μπορούσε κανείς να χαρακτηρίσει την Αγωγή Υγείας, σαν μια “διαδικασία εκπαιδευτικού τύπου” που δεν περιορίζεται στην απλή μετάδοση γνώσεων. Γι’ αυτό, στη διάρκεια της εφαρμογής προγραμμάτων Αγωγή Υγείας δεν είναι αρκετή η απλή μετάδοση γνώσεων με τις συνηθισμένες διδακτικές διαδικασίες, αλλά είναι απαραίτητες οι διαδικασίες της Ενεργητικής Μάθησης και της Βιωματικής προσέγγισης.

6.1 Οι φορείς της Αγωγής Υγείας

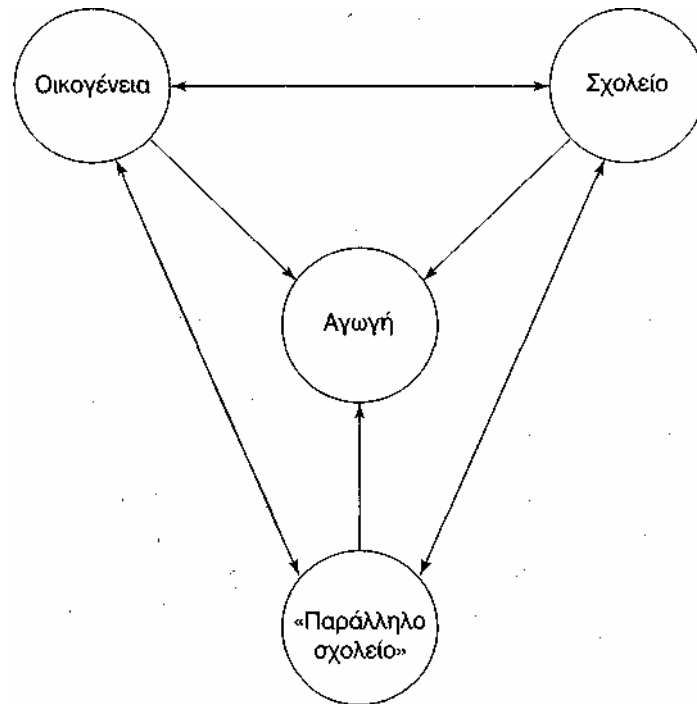
Η Αγωγή Υγείας αποτελεί ένα σύνολο μορφωτικών δραστηριοτήτων, οι οποίες απευθύνονται είτε στα άτομα, είτε στις κοινότητες και σχετίζονται με την πρόληψη της ασθένειας ή της βλάβης και με την προαγωγή μιας θετικής υγείας.³⁹

Αυτές οι μορφωτικές δραστηριότητες είναι δυνατό να αναπτυχθούν από συγκεκριμένους φορείς και σε συγκεκριμένους χωροχρόνους του κοινωνικού οικοδομήματος. Οι φορείς αυτοί μπορεί να είναι η οικογένεια ή οι ομάδες των συνομηλίκων, αλλά και ιδιωτικοί ή δημόσιοι φορείς, όπως το σχολείο. Εξάλλου, η αγωγή αποτελεί μια κοινωνική δράση, η οποία δεν εγκλωβίζεται σε στεγανούς χωροχρόνους και τυποποιημένες κοινωνικές πρακτικές.

Πρόκειται για μια διαδικασία πολυσχιδή, που είναι παρούσα σε κάθε φάση της ζωής του ανθρώπου και μετέρχεται μιας τεράστιας ποικιλίας μεθόδων και τεχνικών προκειμένου να πετύχει τους στόχους της, οι οποίοι είναι κοινωνικά προσδιορισμένοι. Έτσι, οι φορείς της αγωγής μπορούν να είναι όλα τα άτομα που συναναστρεφόμαστε και είναι σε θέση να μας μεταλαμπαδεύσουν γνώσεις, στάσεις, αντιλήψεις, δεξιότητες και αξίες που θα μας επιτρέψουν να αναπτυχθούμε ολόπλευρα και να ενταχθούμε ομαλά στο κοινωνικό σύνολο. Για λόγους μεθοδολογικούς και αναλυτικούς μπορούμε να διακρίνουμε τους φορείς της αγωγής σε τρεις ευρύτερες κατηγορίες: το σχολείο, την οικογένεια και το “παράλληλο

σχολείο.” Το παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζει τους παράγοντες της αγωγής και την ισορροπία που υπάρχει μεταξύ τους.⁴⁰

Εικόνα 5: Παράγοντες αγωγής σε αλληλεξάρτηση.



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

- Η **οικογένεια**, η οποία αναλαμβάνει τη διαπαιδαγώγηση του παιδιού κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του και ο ρόλος της περιορίζεται, καθώς το παιδί εντάσσεται σε περισσότερα οργανωμένα και περίπλοκα κοινωνικά σχήματα, όπως το σχολείο (εκπαιδευτικό σύστημα), η εργασία και ούτω καθεξής.
- Το **σχολείο**, το οποίο αποτελεί την έκφραση της συστηματικής και τυπικά διαρθρωμένης διαδικασίας της αγωγής αναλαμβάνει τη διαπαιδαγώγηση, την κοινωνικοποίηση, τη μόρφωση και την εκπαίδευση (με τη μορφή της επαγγελματικής προετοιμασίας) του νεαρού κοινωνού.

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

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

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

- Υιοθέτηση τυποποιημένων και λιγότερο ή περισσότερο οργανωμένων μορφών δράσης.
- Χρήση των κατάλληλων μεθοδολογικών εργαλείων που θα του επιτρέψουν την επίτευξη των στόχων του.
- Υποχρέωση των παιδιών να ενταχθούν στις σχολικές μονάδες για τουλάχιστον εννέα χρόνια.
- Ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών δυναμικών που διαμορφώνουν το κατάλληλο κλίμα μάθησης και καλλιέργειας των αντιλήψεων, στάσεων, αξιών που η κοινωνία θεωρεί ως απαραίτητες για την κοινωνικοποίηση και την ομαλή ένταξη του παιδιού στους κόλπους της.
- Ύπαρξη δυνατότητας ικανοποιητικού ελέγχου τόσο των διαδικασιών που επιστρατεύει, όσο και των παραγόμενων αποτελεσμάτων. Η δυνατότητα αυτή δε δίνεται σε ικανοποιητικό βαθμό στους άλλους φορείς της αγωγής.^{39,41}

6.2 Η Αγωγή και Προαγωγή Υγείας στο σχολείο

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

- Τα παιδιά βρίσκονται σε ηλικία διαμόρφωσης της προσωπικότητας που είναι κρίσιμη για την απόκτηση της κατάλληλης “ισορροπίας” για την υγεία. Βιώνουν τις σχέσεις τους με το περιβάλλον (φυσικό και τεχνητό) και μαθαίνουν να το αντιμετωπίζουν σωματικά και νοητικά. Η Αγωγή Υγείας πρέπει να βοηθήσει το παιδί να αποκτήσει αντίληψη και γνώση του εαυτού του και του σώματός του και να αντιμετωπίσει τους κανόνες και τις επιδράσεις του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντός του.
- Αυτή η ηλικία είναι επίσης κρίσιμη για τη διαμόρφωση στάσεων που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία. Η εκπαίδευση μπορεί να βοηθήσει το παιδί να αισθάνεται ευχάριστα αποκτώντας θετικές για την υγεία συνήθειες ή να αντιμετωπίζει κριτικά αρνητικές επιδράσεις. Σε αυτή την ηλικία η πράξη είναι πολύ σημαντική για τη μάθηση και η Αγωγή Υγείας στα σχολεία εστιάζεται στην πρακτική εφαρμογή για την ανάπτυξη δεξιοτήτων που αφορούν την υγεία.
- Η σχολική περίοδος χαρακτηρίζεται από τη χρήση μεθόδων μάθησης που θα βοηθήσουν τους μαθητές να αντιμετωπίσουν διάφορα προβλήματα κατά την κοινωνικοποίηση τους. Τα παιδιά πρέπει να αποκτήσουν την ικανότητα της κριτικής μάθησης που είναι πρωταρχικής σημασίας για την Αγωγή Υγείας. Η Αγωγή για την Υγεία αποτελεί από τη φύση της μια πολυσχιδή διαδικασία, η οποία δεν περιορίζεται ούτε ως προς τα χωροχρονικά πλαίσια ανάπτυξης της, ούτε ως προς τη μορφή που μπορεί να πάρει κάθε φορά. Για παράδειγμα, οι συμβουλές του οδοντιάτρου για τον τρόπο βουρτσίσματος των δοντιών ή η τιμωρία που επιβάλλει η μαμά στο παιδί που δεν έπλυνε τα χέρια του πριν καθίσει στο τραπέζι, ή η δημοσιογραφική συζήτηση για τον HIV που παρακολουθούμε στην τηλεόραση, ή η συμμετοχή σε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την

πρόληψη των ναρκωτικών, είναι μερικές μόνο από τις μορφές που μπορεί να πάρει η Αγωγή Υγείας.

Επιπρόσθετα, όσο περισσότερες είναι αυτές οι μορφές τόσο ευκολότερη είναι η πραγματοποίηση των στόχων της, γιατί τα ερεθίσματα και η μέθοδοι που χρησιμοποιούνται ποικίλλουν ώστε να προσεγγίζεται πολλαπλώς το παιδί και να επιτυγχάνονται τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα.

Από την άλλη, πολύμορφα είναι και τα αρνητικά μηνύματα που δέχονται τα παιδιά, είτε από τα Μ.Μ.Ε. είτε από τους φίλους είτε από άλλες καθημερινές καταστάσεις, ακόμα και από τους ίδιους τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς (π.χ. κάπνισμα στο σπίτι ή στο σχολείο, παχυσαρκία κ.λπ.).

Το σχολείο, όμως, διαθέτει ένα σημαντικότερο πλεονέκτημα: είναι σε θέση να επεξεργάζεται, να πιστοποιεί, να ελέγχει και να φιλτράρει τις γνώσεις, τις αντιλήψεις, τις στάσεις και τις αξίες που υπάρχουν σε έναν κοινωνικό μηχανισμό επιλέγοντας και προωθώντας αυτές που εξασφαλίζουν τη διατήρηση και αναπαραγωγή των. Επιλέγει να προωθήσει αυτές που θεωρεί ως απαραίτητες για τη θεμελίωση των κοινωνικών δομών και την κοινωνική ανάπτυξη γενικότερα.

Πρόσφατη έρευνα της Dixey R. σε 10 Δημοτικά σχολεία, αποδεικνύει τη σημασία της εφαρμογής προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στις σχολικές κοινότητες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας, το 89% του προγράμματος Αγωγής Υγείας εφαρμόστηκε μέσα στα πλαίσια της σχολικής δραστηριότητας. Σημαντικές αλλαγές παρατηρήθηκαν στα σχολικά γεύματα. Αξιοσημείωτη ήταν η υποστήριξη της προώθησης της Διατροφικής Αγωγής από δασκάλους και γονείς (το 64% των γονέων ανταποκρίθηκε σε ερωτηματολόγια, που αφορούσαν αλλαγές που θα ήθελαν να δουν στο σχολείο). Από τους εκπαιδευτικούς 19 στους 20 παρακολούθησαν την εκπαίδευση σε θέματα Αγωγής Υγείας, ενώ τα παιδιά που πήραν μέρος, στο τέλος της έρευνας έδειξαν υψηλότερα επίπεδα γνώσεων, στάσεων και συμπεριφορών όσον αφορά την υγιεινή διατροφή και τη σωματική άσκηση.⁴²

6.3 Ο ρόλος της οικογένειας

Η Αγωγή Υγείας αποτελεί μια σημαντική εκπαιδευτική διαδικασία, η οποία σε καμία περίπτωση δε θα πρέπει να περιορίζεται στα πλαίσια του σχολείου. Εξάλλου, ο πρώτος και ίσως ο κυριότερος φορέας για την παροχή Αγωγής Υγείας

στα παιδιά είναι η οικογένεια και σε καμία περίπτωση δε θα πρέπει να αμφισβητηθεί η πρωταρχικότητά της.

Από την άλλη, η προσπάθεια για την προστασία και την προαγωγή της υγείας του ανθρώπου αποτελεί μια συνεχή και δυναμική διαδικασία που δε θα πρέπει να περιορίζεται ούτε χρονικά, ούτε ως προς τους φορείς που την παρέχουν, ούτε ως προς το περιεχόμενο της. Η δυναμική και πολυσχιδής μορφή της αποτελεί το κυριότερο εργαλείο για την επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας. Αυτό ακριβώς το πλεονέκτημα θα πρέπει να εκμεταλλευτεί το σχολείο ώστε να μπορέσει να αφυπνίσει τους μαθητές, αλλά και όλους τους πολίτες για τους κινδύνους που απειλούν την υγείας τους και να τους προτείνει τρόπους να τους αντιμετωπίσουν.

Εξάλλου, φαίνεται ότι η πρόοδος της επιστήμης και της τεχνολογίας δεν εξάλειψε τους κινδύνους για την ανθρώπινη υγεία. Ίσως τους έδωσε άλλα ονόματα, ίσως δημιούργησε καινούργιους, αλλά το αποτέλεσμα παραμένει το ίδιο. Υπάρχουν ακόμα ασθένειες που προκαλούν θάνατο σε χιλιάδες ανθρώπους. Ασθένειες που προϋπήρχαν και ασθένειες που εμφανίστηκαν τα τελευταία χρόνια.

Η αντιμετώπιση αυτών των κινδύνων για την ανθρώπινη υγεία απαιτεί συστράτευση όλων των ατόμων ή των φορέων που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση τους. Πολύ περισσότερο δε της οικογένειας, η οποία θα πρέπει να στέκεται κοντά στα μέλη της, ώστε να τους εξασφαλίζει τη μεγαλύτερη ηθική, ψυχολογική και υλική στήριξη και να τα καθοδηγεί.

Ο ρόλος της οικογένειας ως προς την κατεύθυνση της Αγωγής Υγείας εξαρτάται από κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι ποικίλλουν ανάλογα με τη μορφή του κοινωνικού σχηματισμού και τη μορφή της οικογένειας. Για παράδειγμα, τα τελευταία χρόνια, η οικογένεια έχει συρρικνωθεί σημαντικά ως προς τον αριθμό των μελών της λόγω του εξαστισμού και της ανάγκης για οικονομικό και οικογενειακό προγραμματισμό.

Έχει αποκτήσει πυρηνική μορφή και αποτελείται συνήθως από τρία έως τέσσερα άτομα. Ωστόσο, παρά τις αλλαγές που έχουν σημειωθεί στη σύνθεση και στο μέγεθος της οικογένειας (εκτεταμένη - πυρηνική), οι ανάγκες των παιδιών για προστασία, καλή διατροφή, αγάπη και φροντίδα δεν έχουν αλλάξει. Θα μπορούσαμε μάλιστα να υποστηρίξουμε ότι λόγω των κοινωνικών αλλαγών οι ανάγκες αυτές

έχουν αυξηθεί και απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή και επαγρύπνηση των γονέων. Το γεγονός ότι η εκπαίδευση γενικεύτηκε και ότι τα παιδιά παραμένουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα στο σχολείο δε μειώνει σε καμία περίπτωση το ρόλο της οικογένειας για τη φροντίδα τους.

Εξάλλου, η κοινωνική, ψυχική, ηθική και πνευματική ανάπτυξη τους μοιράζεται μεταξύ του εκπαιδευτικού θεσμού και άλλων κοινωνικών θεσμών με προεξάρχοντα αυτόν της οικογένειας. Η ανάπτυξη των παιδιών αποτελεί μια θεσμική ευθύνη την οποία αναλαμβάνουν από κοινού η οικογένεια και το σχολείο. Και ειδικά στην περίπτωση της Αγωγής Υγείας η κοινή αντιμετώπιση αυτής της ευθύνης γίνεται ακόμα πιο έντονη, γιατί το πλαίσιο που αποκαλούμε υγεία του παιδιού και γενικότερα του ατόμου αποτελεί τη συνισταμένη ενός συνόλου επιρροών, παραμέτρων και εμπειριών, οι οποίες προέρχονται από διαφορετικούς χώρους κοινωνικής δράσης.

Για να σχηματιστεί μια αποτελεσματική διαδικασία Αγωγής Υγείας θα πρέπει να υπάρξει συνεργασία μεταξύ των δύο βασικών φορέων παροχής Αγωγής Υγείας στα παιδιά: του σχολείου και της οικογένειας και με δεδομένο τον πρωταρχικό ρόλο της οικογένειας, η συνεργασία αυτή θα πρέπει να είναι ομαλή και να μην αποτελεί τροχοπέδη για το σύνολο της διαδικασίας. Αν και είναι πιθανό να υπάρξουν αντιγνώμεις και συγκρούσεις κάτι τέτοιο δε θα πρέπει να αποτελέσει εμπόδιο για τη συνέχιση της διαδικασίας, αφού τα δύο μέρη διαπνεόμενα από την υποχρέωση τους για τη φροντίδα του παιδιού θα πρέπει να πλησιάσουν το ένα το άλλο, να συνεργαστούν και να επιτύχουν τους κοινούς, τελικά, στόχους τους.

Αυτό που πρέπει να γίνει, όχι μόνο όσον αφορά την Αγωγή Υγείας, είναι ότι θα πρέπει να ισχυροποιηθούν οι σχέσεις μεταξύ σχολείου και οικογένειας. Εξάλλου, η ευθύνη για την ανάπτυξη των παιδιών είναι μοιρασμένη και ο στόχος κοινός. Θεωρείται ότι το σχολείο είναι αυτό που θα πρέπει να κάνει τα βήματα προσέγγισης, γιατί αυτό είναι που διαθέτει, τουλάχιστον τυπικά, την ολοκληρωμένη εμπειρία, τις γνώσεις και τις πληροφορίες.

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

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

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

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

Παρακάτω παρουσιάζονται μερικοί από τους τρόπους με τους οποίους το σχολείο θα μπορέσει να γίνει ελκυστικό για τους γονείς και να κερδίσει τη συνεργασία τους:⁴³

- Βιβλιοθήκες για τους γονείς: Η δημιουργία αυτών των βιβλιοθηκών θα δώσει την ευκαιρία στους γονείς να έχουν εύκολη και ανέξοδη πρόσβαση σε πληροφορίες και γνώσεις σχετικές με τα παιδιά τους ή με άλλα θέματα και τις οποίες δε θα μπορούσαν ή θα δυσκολεύονταν να προσεγγίσουν με άλλο τρόπο.
- Μαθήματα για τους γονείς: Τα μαθήματα αυτά θα μπορούσαν να προσφέρονται από το προσωπικό του σχολείου ή από ειδικούς προσκεκλημένους ομιλητές και το περιεχόμενο τους θα πρέπει να σχετίζεται με θέματα που αφορούν τη διαπαιδαγώγηση των παιδιών, τη φροντίδα τους, καθώς και με άλλα θέματα ειδικότερου ή ευρύτερου ενδιαφέροντος.

- Χώρος όπου μπορούν να συγκεντρώνονται και να συνεργάζονται οι γονείς: Αν τελικά οι γονείς αρχίσουν να επισκέπτονται τους χώρους του σχολείου και να συνεργάζονται με αυτό, τότε θα πρέπει να αποκτήσουν το δικό τους χώρο, ώστε να είναι άνετη η διαμονή τους και να μη νιώθουν ξένοι.
- Επισκέψεις του προσωπικού του σχολείου στα σπίτια των μαθητών: Οι γονείς, πολύ συχνά, λόγω των συνθηκών εργασίας τους ή άλλων προβλημάτων, δεν είναι σε θέση να επισκεφτούν το σχολείο κατά τις ώρες και τις ημέρες που το σχολείο ορίζει. Από την άλλη, δε σπανίζει το φαινόμενο να επισκέπτονται το σχολείο και να αισθάνονται απολογούμενοι ή σε αμυντική θέση. Για να αρθούν αυτά τα προβλήματα, θα μπορούσαν και οι εκπρόσωποι του σχολείου να επισκέπτονται, κάποιες φορές, τους γονείς στα σπίτια τους και να συνεργάζονται μαζί τους.

Οι γονείς μπορούν με πολλούς τρόπους να συνδράμουν στους στόχους του σχολείου και να συνεργαστούν μαζί του για την επίτευξη αυτών των στόχων και για την αύξηση του ποσοστού αποτελεσματικότητας του. Η συνεργασία αυτή θα πρέπει να οικοδομηθεί σταδιακά και να ανανεώνεται συνεχώς.

Ακόμα, οι γονείς μπορούν να συνδράμουν τους στόχους του σχολείου χρηματοδοτώντας τα εργαστήρια και τη βιβλιοθήκη του σχολείου, να επιτρέπουν στα παιδιά τους να συμμετέχουν στις εκδηλώσεις που διοργανώνει το σχολείο, είτε εντός είτε εκτός του σχολικού συγκροτήματος, να συμμετέχουν ή να διοργανώνουν αυτόβουλα πολιτιστικές, αθλητικές ή άλλες εκδηλώσεις, βοηθώντας στη γραφειοκρατική και λειτουργική οργάνωση του σχολείου ή και κάποιων άλλων εκδηλώσεων, αναλαμβάνοντας την ευθύνη για την ομαλή διεξαγωγή συγκεκριμένων εκδηλώσεων, καλώντας ομιλητές και διοργανώνοντας εκδηλώσεις και για το προσωπικό του σχολείου, ακολουθώντας τους κανόνες υγιεινής και καθαριότητας που θέτει το σχολείο κ.ά.

Το σχολείο θα πρέπει να βρει τρόπους να ενημερώσει τους γονείς για τους τρόπους με τους οποίους επιδιώκει την επίτευξη των στόχων του, να τους ενημερώσει για τη μορφή του Αναλυτικού Προγράμματος, για τη διδακτική

μεθοδολογία που χρησιμοποιείται και φυσικά για το σκοπό και τους στόχους που θέτει.

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

Τέλος, αξίζει να επισημάνουμε το γεγονός ότι, τουλάχιστον στην Ελλάδα, υφίσταται το νομικό πλαίσιο που επιτρέπει ή και κάποιες φορές επιβάλλει τη συνεργασία μεταξύ σχολείου και οικογένειας. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε το Ν. 1304/1982, το Π.Δ. 485/1983, την Υ.Α. 6492/1983 και την Υ.Α. 52091/1978.

7. ΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ ΠΟΥ ΠΡΟΑΓΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Εδώ και 20 τουλάχιστον χρόνια, η προστασία και η προαγωγή της υγείας έχουν τεθεί στο επίκεντρο της κοινωνικής πολιτικής των περισσότερων χωρών και διεθνών οργανισμών και η προσπάθεια αυτή διαφαίνεται μέσα από τις πολιτικές που αναπτύσσονται προς την κατεύθυνση:

- Της μορφοποίησης και συστηματοποίησης των κοινωνικών παροχών υγείας μέσα από την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.
- Της ανάπτυξης ερευνητικών δραστηριοτήτων με στόχο τη βελτίωση των συνθηκών ζωής των πολιτών και τη βελτίωση και προαγωγή της υγείας τους.
- Της ανάπτυξης διεθνών συνεργασιών και της υιοθέτησης πολιτικών που καθιστούν την υγεία ένα συνδεδετικό κρίκο για την ειρήνη και τη φιλία μεταξύ των κρατών.
- Της ανάπτυξης της Αγωγής Υγείας ως κοινωνικής πολιτικής στα πλαίσια του κράτους πρόνοιας.
- Της εισαγωγής της Αγωγής Υγείας, ως γνωστικό αντικείμενο, στο σχολείο και της αξιοποίησης των πλεονεκτημάτων που προσφέρει το εκπαιδευτικό δίκτυο ως προς την εμπέδωση αξιών, στάσεων και πρακτικών.
- Όλες οι παραπάνω πολιτικές δείχνουν τη διαμόρφωση μιας νέας αντίληψης για την υπόσταση του ανθρώπου, καταρχήν, και του εθνικού και παγκόσμιου πολίτη, κατά δεύτερο λόγο. Δείχνουν τη συνειδητοποίηση της ανάγκης της προστασίας των πολιτών και από κινδύνους που παλαιότερα θεωρούνταν ατομική υπόθεση και ευθύνη.

Στη βάση αυτή αναπτύχθηκε και το Ευρωπαϊκό Δίκτυο των Σχολείων που προάγουν την Υγεία.⁴⁴ Το δίκτυο αυτό (Ε.Δ.Σ.Π.Υ.) έχει συσταθεί υπό την επίβλεψη και οργανωτική διαχείριση του Συμβουλίου της Ευρώπης, της Επιτροπής Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (ΕΕΕ) και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO). Η

δημιουργία του δικτύου και κεντρικός στόχος του είναι η ώση υγιεινού τρόπου ζωής για ολόκληρο τον πληθυσμό των σχολείων που θα συμμετέχουν στο πρόγραμμα (μαθητές, εκπαιδευτικούς, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό) και γενικά η προώθηση συνηθειών ζωής που προστατεύουν, προάγουν και βελτιώνουν την υγεία.

Η επίτευξη αυτού του στόχου διέρχεται μέσα από την ανάπτυξη και προστασία ενός υγιεινού σχολικού περιβάλλοντος τόσο ως προς τα φυσικά του χαρακτηριστικά όσο και ως προς τα κοινωνικά του, το οποίο θα εμπνεύσει το σχολικό πληθυσμό προς την κατεύθυνση της εμπέδωσης ενός τρόπου ζωής, ο οποίος θα προστατεύει, θα προάγει και θα βελτιώνει την υγεία.

Οι επιμέρους στόχοι του προγράμματος είναι οι εξής:⁴¹

- Η δημιουργία και υποστήριξη ενός σχολικού περιβάλλοντος, το οποίο να προάγει την εκπαιδευτική διαδικασία τόσο ως προς τη διαδικασία μάθησης εκ μέρους των μαθητών όσο και ως προς τις συνθήκες διδασκαλίας εκ μέρους των εκπαιδευτικών. Ως σχολικό περιβάλλον εννοείται το κτιριακό συγκρότημα, οι χώροι παιχνιδιού, άθλησης και διαλείμματος, η ποιότητα των τροφών που παρέχονται δωρεάν ή πωλούνται, καθώς και τα μέτρα ασφαλείας.
- Η προαγωγή της ατομικής, οικογενειακής και κοινοτικής ευθύνης για την υγεία.
- Η ενθάρρυνση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και η παρουσίαση και ανάπτυξη ενός ρεαλιστικού και ελκυστικού συστήματος υγιεινών επιλογών τόσο για τους μαθητές όσο και για το σύνολο του προσωπικού του σχολείου.
- Η ενθάρρυνση και η καθοδήγηση όλων των μαθητών ως προς την κατεύθυνση της συγκρότησης του φυσικού, ψυχολογικού και κοινωνικού δυναμικού τους και της ανάπτυξης της αυτοεκτίμησής τους.
- Η υιοθέτηση ξεκάθαρων στόχων για την προαγωγή της υγείας και της ασφάλειας για το σύνολο της σχολικής κοινότητας.

- Η ενδυνάμωση και βελτίωση των σχέσεων μεταξύ των μαθητών, του προσωπικού του σχολείου, των οικογενειών τους και της κοινότητας γενικότερα.
- Η εκμετάλλευση των κοινωνικών και κοινοτικών πόρων προς την κατεύθυνση της προστασίας και της προαγωγής της υγείας.
- Η σχεδίαση και εφαρμογή ενός δυναμικού Αναλυτικού Προγράμματος για την Αγωγή Υγείας, με υιοθέτηση των κατάλληλων παιδαγωγικών μεθόδων και με έμφαση στην εμπλοκή όλων των μαθητών στην εφαρμογή του.
- Ο εφοδιασμός όλων των μαθητών με τις απαραίτητες δεξιότητες και γνώσεις ώστε να είναι σε θέση να παίρνουν μόνοι τους τις αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους και να εργάζονται προς την κατεύθυνση της προστασίας του περιβάλλοντος και της υγείας της οικογένειάς τους και της ευρύτερης κοινότητας.
- Η ανάπτυξη ενδοσχολικών υπηρεσιών υγείας.

Η παρουσίαση των επιμέρους στόχων του Δικτύου των Σχολείων που προάγουν την Υγεία καθιστά ξεκάθαρη την έμφαση που προσπαθούν να δώσουν οι τρεις οργανισμοί που στηρίζουν το δίκτυο στην υγεία των πληθυσμών και στην εμπέδωση των παραμέτρων που προστατεύουν και προάγουν την υγεία εκ μέρους των πολιτών από τα σχολικά ακόμα χρόνια τους.

Πρόκειται στην πραγματικότητα για μια προσπάθεια εμπέδωσης και ενδυνάμωσης της σχολικής Αγωγής Υγείας μέσα από την ανάπτυξη προγραμμάτων και ενεργειών που εμπλέκουν με πιο δυναμικό τρόπο τους εκπαιδευτικούς και τους μαθητές.

Στα σχολεία που προάγουν την υγεία υπάρχουν τρεις βασικοί άξονες ανάπτυξης του προγράμματος:

- Η Αγωγή Υγείας αποκτά συγκεκριμένες υποχρεωτικές ώρες στο σχολικό πρόγραμμα, εκμεταλλεύομενη ως προς την εφόρμηση τις θεματικές περιοχές άλλων μαθημάτων.
- Η παρουσία της Αγωγής Υγείας στο κρυφό Αναλυτικό Πρόγραμμα αναδεικνύεται και συστηματοποιείται μέσα από πρακτικές που στοχεύουν στην ενδυνάμωση των σχέσεων σχολείου και οικογένειας, στη δημιουργία και προστασία ενός υγιεινού σχολικού περιβάλλοντος.
- Η Αγωγή Υγείας ενδυναμώνεται ως γνωστικό αντικείμενο και σχολική δραστηριότητα μέσα από την ανάπτυξη ενός συστήματος παροχών και φροντίδας της υγείας στο σχολείο.^{45,46}

Ο ρόλος των εκπαιδευτικών, στα σχολεία που προάγουν την υγεία, αποκτά μια διαφορετική διάσταση. Η συμπεριφορά των εκπαιδευτικών αναδεικνύεται σε κεντρικό άξονα για τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς των μαθητών και την υιοθέτηση αξιών, στάσεων και συμπεριφορών. Είναι γνωστό ότι ο τρόπος συμπεριφοράς των εκπαιδευτικών, οι στάσεις που υιοθετούν και οι αξίες που πρεσβεύουν επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τους μαθητές τους. Και είναι κοινώς παραδεκτό ότι οι εκπαιδευτικοί πολλές φορές υποτιμούν τη δυναμική της δικής τους συμπεριφοράς ως προς τον επηρεασμό της συμπεριφοράς και των στάσεων των μαθητών τους. Συχνά ξεχνούν ότι οι μαθητές τους δεν παύουν ποτέ να παρατηρούν ή και να μιμούνται τη συμπεριφορά τους, τις στάσεις τους και τις συνήθειες τους.^{47,48}

Ένας ακόμα βασικός κατευθυντήριος άξονας του Σχολείου που Προάγει την Υγεία είναι η εφαρμογή μεθόδων που θα βοηθήσουν τους μαθητές να αναπτύξουν την αυτοεκτίμησή τους. Η ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης και της αυτογνωσίας των μαθητών θα μπορέσει να τους βοηθήσει να σκέφτονται θετικά και ανεπηρέαστα για ζητήματα που αφορούν την υγεία τους και τις συνθήκες της ζωής τους. Και το σχολείο θα πρέπει να τους αποδεικνύει με κάθε ευκαιρία και τρόπο, ότι ασχολείται με μεγάλη φροντίδα και αίσθηση ευθύνης με κάθε μαθητή, παρέχοντας του κάθε δυνατή βοήθεια και καθοδήγηση, ώστε να αποφασίζει ο ίδιος για την υγεία του και τη ζωή του γενικότερα.

Ο ρόλος των εκπαιδευτικών και προς αυτή την κατεύθυνση είναι το ίδιο σημαντικός και καθόλου ανεξάρτητος με τις πρακτικές και τις αρχές που υιοθετεί ο σχολικός οργανισμός. Οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να βοηθούν τους μαθητές να

αποκτούν τις δεξιότητες που θα τους επιτρέψουν να οικοδομήσουν θετική εικόνα και αίσθηση ευθύνης απέναντι στον εαυτό τους και τους άλλους.

Οι μαθητές αναλαμβάνουν ευθύνη και για την εκπαιδευτική διαδικασία οργανώνοντας προσωπικά τις διαδικασίες και τα επίπεδα απόκτησης των απαραίτητων γνώσεων και πληροφοριών. Ανακαλύπτουν οι ίδιοι τις πηγές των γνώσεων και των πληροφοριών και αναμειγνύονται ενεργά στη συλλογή, την αξιολόγηση και την επεξεργασία τους. Οι εκπαιδευτικοί στέκονται αρωγοί στην προσπάθεια αυτή και ισότιμοι συμμετοχοί στις διαδικασίες, τους καθοδηγούν συνεργατικά και συμμετέχουν ισότιμα στην εκπαιδευτική διαδικασία, η οποία βρίσκεται και στην ευθύνη των μαθητών.

Ταυτόχρονα, το σχολείο θα πρέπει να εξασφαλίσει τη συμμετοχή όλων των φορέων που θα μπορούσαν να ανθήσουν να επιτύχει τους στόχους του, από ειδικευμένους επαγγελματίες, κρατικούς και κοινοτικούς φορείς μέχρι τους γονείς και διεθνείς οργανισμούς. Είναι προφανές ότι η αποτελεσματικότητα της σχολικής Αγωγής Υγείας δεν είναι πάντα επιτεύξιμη. Και αυτό οφείλεται κυρίως στα βιολογικά χαρακτηριστικά των μαθητών που δεν επιτρέπουν την ανάπτυξη ενοποιημένων και ολοκληρωμένων μεθόδων. Κάθε μαθητής διαθέτει διαφορετικά χαρακτηριστικά και προσωπικότητα, τα οποία διαμορφώνουν στάσεις ζωής και συμπεριφορές που δεν προάγουν πάντα την υγεία.

Από την άλλη, ο καταιγισμός πληροφοριών από κάθε μορφής Μέσο Μαζικής Επικοινωνίας διαμορφώνει πιο εύκολα στάσεις και αντιλήψεις, παρά το σχολείο. Ο σχολικός θεσμός για πολλούς μαθητές αντιπροσωπεύει τη συντήρηση και αναχρονιστικές αντιλήψεις.

Παράλληλα, η εφαρμογή διδακτικών μεθόδων και η γραφειοκρατική μορφή του σχολικού δικτύου δεν επιτρέπει την άνετη προσέγγιση των δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται από τους μαθητές. Το σχολείο δύσκολα θα αποβάλει την ταυτότητα του καταπιεστικού μηχανισμού.

Εξάλλου, έχει υιοθετήσει συγκεκριμένες μεθόδους ελέγχου και καταπίεσης που μπορούν να διακριθούν πολύ εύκολα μέσα στις πρακτικές που υιοθετεί. Η πρόκληση για τα σχολεία που προάγουν την υγεία έγκειται προς αυτήν ακριβώς την κατεύθυνση. Να υιοθετήσουν μεθόδους, τόσο διδακτικές όσο και λειτουργικές, που θα τους επιτρέψουν να γίνουν ελκυστικά στους μαθητές

αποβάλλοντας την ταυτότητα της καταπίεσης και της γραφειοκρατίας. Παράλληλα, τα σχολεία αυτά θα πρέπει να μπορούν να προσφέρουν εναλλακτικές λύσεις στους μαθητές που θα τους επιτρέψουν και να ψυχαγωγηθούν και να εκπαιδευτούν, όπως μουσική, τέχνες, αθλητισμό, εκδρομές και ψυχολογική στήριξη.

7.1 Κριτήρια των σχολείων που προάγουν την υγεία

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

- Να προαγάγει ενεργά την αυτοεκτίμηση όλων των μαθητών, δείχνοντας τον τρόπο με τον οποίο καθένας μπορεί να συνεισφέρει στη ζωή του σχολείου.
- Να αναπτύξει καλές σχέσεις ανάμεσα στους εκπαιδευτικούς και τους μαθητές καθώς και ανάμεσα στους ίδιους τους μαθητές κατά την καθημερινή ζωή στη σχολική κοινότητα.
- Να αποσαφηνίσει τις κοινωνικές αξίες και τους στόχους του σχολείου σε όλο το προσωπικό και τους μαθητές.
- Να προσφέρει κίνητρα σε όλους τους μαθητές μέσα από μια μεγάλη ποικιλία δραστηριοτήτων.
- Να εκμεταλλευτεί κάθε ευκαιρία για να βελτιώσει το φυσικό περιβάλλον του σχολείου.
- Να αναπτύξει ισχυρούς δεσμούς ανάμεσα στο σχολείο, την οικογένεια και την κοινότητα.
- Να προαγάγει ουσιαστικά την υγεία όλων των εργαζομένων.
- Να δώσει έμφαση στη σημασία που έχει το παράδειγμα του εκπαιδευτικού για τους μαθητές.
- Να λάβει υπόψη τη σημασία των σχολικών γευμάτων, όταν αυτά προσφέρονται, και των κυλικείων στο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας.

- Να αξιοποιήσει το δυναμικό και τις ειδικές υπηρεσίες της τοπικής κοινότητας, ώστε να εξασφαλίσει υποστήριξη και καθοδήγηση στην εφαρμογή της Αγωγής Υγείας.
- Να αναπτύξει καλούς δεσμούς με τα σχολεία, των άλλων βαθμίδων, της περιοχής, προκειμένου να σχεδιάσουν από κοινού ένα ενιαίο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας.
- Να επεκτείνει τις υπηρεσίες υγείας του σχολείου, όταν αυτές υπάρχουν, έτσι ώστε εκτός από την οργάνωση ανιχνευτικών προγραμμάτων ρουτίνας, να υποστηρίζουν το πρόγραμμα αγωγής και προαγωγής της υγείας με ενημέρωση και συμβουλευτική καθοδήγηση.⁹

Το Δίκτυο των Σχολείων που Προάγουν την Υγεία έδωσε μια διαφορετική κατεύθυνση στη σχολική Αγωγή Υγείας. Μια κατεύθυνση που δίνει νέες προοπτικές τόσο ως προς την επιστημονική οριοθέτηση της όσο και ως προς τις παιδαγωγικές μεθόδους και το Αναλυτικό της πρόγραμμα.⁴⁹

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τις διαφορές μεταξύ της παραδοσιακής ολικής Αγωγής Υγείας και της ανάπτυξης της μέσω των σχολείων που προάγουν την υγεία.

Από την παραδοσιακή σχολική Αγωγή Υγείας στα Σχολεία που Προάγουν την Υγεία	
Παραδοσιακή σχολική Αγωγή Υγείας	Το Σχολείο που Προάγει την Υγεία
Αναπτύσσεται στα στενά όρια της σχολικής τάξης	Αναπτύσσεται στα ευρύτερα όρια του σχολείου και της κοινότητας, μετατρέποντας το σχολείο σε μια κοινότητα φροντίδας
Δίνει έμφαση στην ατομική υγιεινή και στη φυσική υγεία, αποκλείοντας ευρύτερους τομείς της υγείας	Βασίζεται σε ένα μοντέλο υγείας, το οποίο διαμορφώνεται στη βάση της αλληλεπίδρασης μεταξύ φυσικών, πνευματικών και περιβαλλοντικών παραγόντων

Επικεντρώνεται σε οδηγίες που αφορούν την υγεία και στην παροχή πληροφοριών	Επικεντρώνεται στην ενεργό συμμετοχή των μαθητών με χρήση μιας ποικιλίας μεθόδων
Στερείται μιας συμπυκνωμένης και συνεργατικής προσέγγισης, η οποία θα λαμβάνει υπόψη όλες τις επιρροές που δέχεται η υγεία των μαθητών	Αναγνωρίζει την ποικιλία των επιρροών που δέχεται η υγεία των μαθητών και προσπαθεί να λάβει υπόψη της τις ήδη διαμορφωμένες στάσεις και αντιλήψεις των μαθητών
Τείνει να ανταποκρίνεται σε δεδομένα προβλήματα και καταστάσεις με μοναδικούς κατά περίπτωση τρόπους	Αναγνωρίζει τις κοινές μεθόδους και προσεγγίσεις για διάφορα θέματα υγείας και προσχεδιάζει την προσέγγιση τους μέσα από το Αναλυτικό Πρόγραμμα
Παρουσιάζει μια περιορισμένη προσέγγιση των ψυχολογικών και των κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία	Θεωρεί την ανάπτυξη της θετικής εικόνας του εαυτού ως τον κυριότερο παράγοντα για την καλλιέργεια της ικανότητας των μαθητών να αποφασίζουν για την υγεία τους και τη ζωή τους γενικότερα
Δεν αναγνωρίζει σε ικανοποιητικό βαθμό τη σπουδαιότητα του σχολείου και του περιβάλλοντος του	Αναγνωρίζει τη σημασία του φυσικού περιβάλλοντος του σχολείου τόσο ως προς την αισθητική, όσο και ως προς τις συνθήκες υγιεινής
Δεν προάγει την υγεία και τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας του προσωπικού του σχολείου	Θεωρεί την προαγωγή της υγείας του σχολείου σχετική και με την υγεία και τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας του προσωπικού
Δεν ενθαρρύνει την ενεργό εμπλοκή των γονέων στα προγράμματα Αγωγής Υγείας	Θεωρεί την ενεργό συμμετοχή και τη συνεργασία της οικογένειας ως κεντρικό άξονα της αγωγής και προαγωγής της υγείας

Αντιμετωπίζει τις υπηρεσίες υγείας του σχολείου μόνο ως παροχέα φροντίδας και πρόληψης ασθενειών.	Θεωρεί τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει το σχολείο και ως ενεργό στοιχείο του Αναλυτικού Προγράμματος
---	---

Πηγή: Scottish Health Education Group (1990).⁵⁰

Βέβαια, παρόλο που η Αγωγή Υγείας έχει τύχει ευρείας εξάπλωσης και αποδοχής διεθνώς, στην Ελλάδα ελάχιστη πρόοδος έχει σημειωθεί προς την κατεύθυνση της θεώρησης της ως αναπόσπαστο στοιχείο της σχολικής δραστηριότητας.

Στον τομέα αυτόν η ελληνική σχολική Αγωγή Υγείας έχει κάνει ελάχιστα βήματα και θεωρούμε ότι θα πρέπει πρώτα να διέλθει από το στάδιο της ενδυνάμωσης της, τόσο ως γνωστικό αντικείμενο όσο και ως εκπαιδευτική δραστηριότητα. Και ως προς την κατεύθυνση αυτή θα πρέπει να βοηθήσουν η πολιτεία, οι εκπαιδευτικοί, οι οικογένειες και οι κοινότητες.

7.2 Η χρήση των σχολικών εγχειριδίων

Τα σχολικά εγχειρίδια αποτελούν την αποκρυστάλλωση των Αναλυτικών Προγραμμάτων μορφοποιώντας την ύλη σε γνωστικές ενότητες με ταξινομική και χρονική ακολουθία και διαγράφοντας τις διδακτικές της παραμέτρους.

Οι Αχ. Καψάλης και Δ. Χαραλάμπους παρατηρούν ότι “Το σχολικό εγχειρίδιο είναι το αποτέλεσμα της “τεχνολογικής” διαδικασίας, με βάση την οποία εξειδικεύονται και ερμηνεύονται τα περιεχόμενα του Αναλυτικού Προγράμματος. Με άλλα λόγια, δηλαδή, τα σχολικά εγχειρίδια δίνουν ζωή στα Αναλυτικά Προγράμματα. Μόνο με τα περιεχόμενα των σχολικών εγχειριδίων, με τα κείμενα, τις εργασίες, τις ασκήσεις, τις εικόνες κτλ., αποκτούν συγκεκριμένο νόημα οι γενικόλογες και, συνήθως, δεοντολογικές διατυπώσεις των Αναλυτικών Προγραμμάτων”.⁵¹

Εύκολα λοιπόν διαπιστώνουμε, ότι τα σχολικά εγχειρίδια αποτελούν θεμελιώδη στοιχεία της εκπαιδευτικής πράξης με μεγάλη χρησιμότητα για την αποτελεσματικότητα της.

Παρά το γεγονός αυτό, συχνά αμφισβητείται η λειτουργικότητα και ο ρόλος τους. Ειδικά όταν πρόκειται για εκπαιδευτικές δραστηριότητες, όπως η Αγωγή

Υγείας ο ρόλος του εγχειριδίου αμφισβητείται και η χρηστικότητα του υποβαθμίζεται. Κάτι τέτοιο όμως μοιάζει να είναι υπερβολή γιατί η συγκεκριμένη εκπαιδευτική διαδικασία εμπεριέχεται σε Αναλυτικό Πρόγραμμα. Περιλαμβάνει κάποια συγκεκριμένη γνωστική ύλη, ερωτήσεις, εργασίες, εικόνες κ.λπ. Θα ήταν υπερβολή λοιπόν να αγνοήσουμε την ύπαρξη του και να μην εκμεταλλευτούμε, έστω και τις περιορισμένες δυνατότητες που μας δίνονται.

Όπως έχουμε επισημάνει, η Αγωγή Υγείας στο σχολείο αναπτύσσεται με δύο τρόπους:

- Μέσα από τη διάχυση της θεματικής της στα Αναλυτικά Προγράμματα διαφόρων σχολικών μαθημάτων και
- Μέσα από την εκπόνηση προγραμμάτων

Ανάλογη λοιπόν χρήση επιφυλάσσεται και στα σχολικά εγχειρίδια. Αν πρόκειται για ανάπτυξη θεματολογίας που ενυπάρχει στο Αναλυτικό Πρόγραμμα κάποιου μαθήματος είναι προφανές ότι θα υπάρχουν και σχετικές αναφορές στα σχολικά εγχειρίδια, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως βασικό τμήμα του πληροφοριακού υλικού που θα χρησιμοποιηθεί κατά τη διδασκαλία. Σε αυτή την περίπτωση το εγχειρίδιο θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί σύμφωνα με τις οδηγίες που περιέχονται στο αντίστοιχο βιβλίο του εκπαιδευτικού. Παράλληλα, η ανάπτυξη πρωτοβουλίας εκ μέρους του εκπαιδευτικού, ώστε να δώσει έμφαση στο περιεχόμενο του θέματος που σχετίζεται με την Αγωγή Υγείας θα πρέπει να λάβει υπόψη της τα περιεχόμενα του εγχειριδίου και να τα εκμεταλλευτεί με τον καταλληλότερο τρόπο.

Από την άλλη, η εκπόνηση προγραμμάτων που σχετίζονται με την Αγωγή Υγείας είναι προφανές ότι δεν απαιτεί τη χρήση κάποιων εγχειριδίων, αλλά στην ερευνητική φάση μπορεί να χρησιμοποιηθεί βιβλιογραφία. Η βιβλιογραφία αυτή μπορεί να ξεκινά από τα επίσημα σχολικά εγχειρίδια που περιέχουν αναφορές στο συγκεκριμένο θέμα και να αναπτύσσεται ανάλογα με τις ερευνητικές ανάγκες. Έτσι, και σε αυτή την περίπτωση το σχολικό εγχειρίδιο μπορεί να αξιοποιηθεί ανάλογα.

Δε θα πρέπει να παραλείψουμε να αναφερθούμε και στη χρήση του συνόλου του εκπαιδευτικού υλικού που απαρτίζει το σύγχρονο σχολικό εγχειρίδιο. Και αναφερόμαστε, εκτός από το κύριο σχολικό εγχειρίδιο, στο βιβλίο εργασιών και

στο βιβλίο του εκπαιδευτικού. Το υλικό που περιλαμβάνουν θα πρέπει να αξιοποιείται πλήρως, χωρίς όμως να αρκείται ο εκπαιδευτικός σε αυτό και μόνο.

Το υλικό αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πρωτογενής βάση δεδομένων και να χρησιμεύσει για πιο εμπεριστατωμένες αναζητήσεις και αναφορές. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί όμως στο βιβλίο του εκπαιδευτικού, “το οποίο περιλαμβάνει μεθοδολογικές υποδείξεις για τη διεξαγωγή του μαθήματος, βασικές πληροφορίες για το γνωστικό αντικείμενο, παιδαγωγικές υποδείξεις κ.λπ.”

7.3 Ο ρόλος του εκπαιδευτικού

Έχουμε ήδη επισημάνει ότι η Αγωγή Υγείας αποτελεί μια εκπαιδευτική διαδικασία, η οποία έχει παρεισδύσει στα Αναλυτικά Προγράμματα διαφόρων μαθημάτων του σχολείου. Ειδικά στην περίπτωση του ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος, η παρουσία της θεματικής της είναι διακριτική, μιας και δεν υπάρχουν σαφείς αναφορές ούτε για τους στόχους της ούτε για τη διδακτική της μεθοδολογία. Το γεγονός αυτό προδίδει την ανυπαρξία μιας ξεκάθαρης εκπαιδευτικής πολιτικής προς τον τομέα αυτόν και δημιουργεί σημαντικά προβλήματα κατά τη διδασκαλία θεμάτων που σχετίζονται με την Αγωγή Υγείας.

Τα προβλήματα πηγάζουν από το γεγονός ότι παρά τη σημαντική παρουσία θεμάτων που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την Αγωγή Υγείας, στα Αναλυτικά Προγράμματα πολλών μαθημάτων του σχολείου δεν υπάρχουν οι σχετικές οδηγίες για τους τρόπους με τους οποίους θα προσεγγιστούν διδακτικά τα θέματα αυτά.

Για παράδειγμα, με ποιον τρόπο θα προσεγγίσει ο εκπαιδευτικός που διδάσκει Βιολογία Γενικής Παιδείας στη Β' Λυκείου την ενότητα: “Ένζυμα - Βιολογικοί καταλύτες”, όπου σε παράθεμα αναφέρονται οι συνέπειες στον ανθρώπινο οργανισμό, λόγω έλλειψης ενζύμων. Στην περίπτωση αυτή, όσο και αν φαίνεται παράδοξο, ο εκπαιδευτικός δεν έχει καμία υποχρέωση να κάνει έστω και μια μικρή αναφορά, γιατί οι συνέπειες λόγω έλλειψης ενζύμων βρίσκονται σε παράθεμα, του οποίου η αξιοποίηση έγκειται στη διακριτική ευχέρεια του εκπαιδευτικού, σύμφωνα με το Αναλυτικό Πρόγραμμα.

Αντίθετα, για την ενότητα 3.5 της Βιολογίας της Α' Γυμνασίου, το βιβλίο του εκπαιδευτικού αναφέρεται λεπτομερώς σε διδακτικές δραστηριότητες που

σχετίζονται με τη διαδικασία της θρέψης, της υγιεινής των δοντιών κ.ά. Πουθενά δε γίνεται βέβαια λόγος για Αγωγή Υγείας.

Αναφέραμε παραπάνω δύο μόνο από τα πάμπολλα παραδείγματα από τη θεματική της Αγωγής Υγείας στο Αναλυτικό Πρόγραμμα της Βιολογίας δύο τάξεων του Γυμνασίου και του Λυκείου. Παρατηρήσαμε ότι στα βιβλία των εκπαιδευτικών υπάρχουν κάποιες οδηγίες για τη διδασκαλία κάθε ενότητας με τη βοήθεια των κατάλληλων διδακτικών δραστηριοτήτων.

Και θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι η άμεση υπαγωγή του γνωστικού αντικειμένου της Αγωγής Υγείας στη Βιολογία εξυπηρετεί τη διδακτική της προσέγγιση μέσα από τα εννοιολογικά και διδακτικά εργαλεία που προσφέρει η Βιολογία. Συμβαίνει, όμως, το ίδιο με κάποιο θέμα υγείας, το οποίο έχει παρεισδύσει στα Νέα Ελληνικά ή στα Αρχαία Ελληνικά ή στα Θρησκευτικά ή στην Ιστορία ή στη Φυσική και στη Χημεία; Οι εκπαιδευτικοί αυτών των ειδικοτήτων είναι ικανοί να προσεγγίσουν διδακτικά ένα τέτοιο θέμα; Μπορούν να αναγνωρίσουν τη χρησιμότητα της περιγραφής ενός τροχαίου ατυχήματος για την Αγωγή Υγείας; Θα σταθούν έστω και για λίγο παρακινώντας το ενδιαφέρον των μαθητών; Πώς θα προσεγγίσουν τη λογοτεχνική αναφορά σε μια επιδημική ασθένεια; Πώς θα προσεγγίσουν τη λογοτεχνική αναφορά σε ένα εργατικό ατύχημα; Ποιός πρέπει να είναι τελικά ο ρόλος του εκπαιδευτικού στη σχολική Αγωγή Υγείας; Θα πρέπει να αντιμετωπίζει τα θέματα υγείας ως ενότητες του μαθήματος που διδάσκει; Ή μήπως θα πρέπει να τα προσεγγίζει από διαφορετικές μεθοδολογικές και διδακτικές σκοπιές;

Στην πραγματικότητα, οι εκπαιδευτικοί έχουν τρεις επιλογές:

Η **πρώτη επιλογή** είναι η πιο απλή και ίσως η πιο εύκολη για τον ίδιο τον εκπαιδευτικό. Αν το Αναλυτικό Πρόγραμμα δεν προβλέπει κάποια διαφορετική προσέγγιση, τότε τα θέματα υγείας αντιμετωπίζονται ως απλές ενότητες του διδασκόμενου μαθήματος χωρίς να δίνεται κάποια ιδιαίτερη έμφαση και χωρίς την υιοθέτηση κάποιας ιδιαίτερης διδακτικής προσέγγισης. Η Αγωγή Υγείας κατ' αυτόν τον τρόπο δεν αποκτά κάποια ξεχωριστή υπόσταση. Αποτελεί στην πραγματικότητα μέρος της γνωστικής ύλης που περιλαμβάνεται στην ύλη κάποιου σχολικού μαθήματος και το οποίο μαθητές και εκπαιδευτικοί καλούνται να το προσεγγίσουν σύμφωνα με τις προδιαγραφές που ισχύουν για το μάθημα και, γενικότερα, σύμφωνα με το διδακτικό κλίμα που ισχύει.

Η επιλογή αυτή είναι ανάλογη με τη θέση του εκπαιδευτικού ως δημοσίου υπαλλήλου, δηλαδή ενός εργαζόμενου που ακολουθεί τις παραμέτρους και τις μεθόδους που η σχολική γραφειοκρατία ορίζει. Προφανώς, κατ' αυτόν τον τρόπο η Αγωγή Υγείας και η εφαρμογή της στο σχολικό πρόγραμμα παραμένει στην απόλυτη δικαιοδοσία των εκπαιδευτικών αρχών και η ενδεχόμενη παραμέλησή της είναι πλέον δική τους ευθύνη.

Η **δεύτερη επιλογή** απαιτεί την ανάληψη πρωτοβουλίας εκ μέρους του εκπαιδευτικού και προϋποθέτει την ευαισθητοποίηση του σε θέματα υγείας και μια θετική στάση απέναντι στην Αγωγή Υγείας. Στην περίπτωση αυτή, οι εκπαιδευτικοί διακρίνουν στην ύλη του μαθήματος τα τμήματα που σχετίζονται με την Αγωγή Υγείας και αναλαμβάνουν την πρωτοβουλία να επιμείνουν σε αυτά χωρίς να ξεπερνούν κατά πολύ τις χρονικές προδιαγραφές που θέτει το Αναλυτικό Πρόγραμμα του μαθήματος που διδάσκουν.

Εφιστούν την προσοχή των μαθητών στη θεματική αυτή και τονίζουν τη σημασία των πληροφοριών και των αξιών που αναφέρονται στην υγεία τους. Προσπαθούν επίσης να προσεγγίσουν διδακτικά την ύλη με τον προσφορότερο τρόπο, ώστε να επιτύχουν να κερδίσουν το ενδιαφέρον τους και να εντείνουν την ευαισθησία τους στο συγκεκριμένο θέμα. Η επιλογή αυτή δεν απαιτεί ιδιαίτερο κόπο εκ μέρους του εκπαιδευτικού και είναι σε θέση να δώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Και τα αποτελέσματα αυτά θα μπορούσαν να είναι ακόμα καλύτερα αν οι εκπαιδευτικοί αφιέρωναν λίγο χρόνο ώστε να προετοιμάσουν την παρέμβαση τους.

Η **τρίτη επιλογή** απαιτεί τον υψηλότερο βαθμό εμπλοκής του εκπαιδευτικού στην Αγωγή Υγείας και έχει τις μεγαλύτερες απαιτήσεις τόσο από την πλευρά του εκπαιδευτικού όσο και από την πλευρά των μαθητών, αφού η συμμετοχή και των δύο πόλων της εκπαιδευτικής διαδικασίας θα πρέπει να είναι ενεργή και πέρα των χωροχρονικών ορίων που θέτει το Αναλυτικό Πρόγραμμα του μαθήματος.

Στην πραγματικότητα, πρόκειται για τη διαμόρφωση μιας νέας εκπαιδευτικής δραστηριότητας που θα μπορούσαμε να αποκαλέσουμε Αγωγή Υγείας, η οποία ξεπερνά τα όρια του ωρολογίου προγράμματος και αναπτύσσει τη δική της δυναμική και μεθοδολογία. Οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να αποφασίσουν να διαθέσουν περισσότερο από το συνηθισμένο χρόνο για την ανάμειξη τους σε αυτή τη

δραστηριότητα, αφού απαιτεί περισσότερες ώρες ημερήσιας και εβδομαδιαίας διδακτικής εργασίας και προετοιμασίας. Θα πρέπει ακόμα να εξασφαλίσουν και τη συμμετοχή των μαθητών με ανάλογες χρονικές προδιαγραφές. Πρόκειται για την πιο δυναμική, ίσως και την πιο αποτελεσματική, εμπλοκή στην Αγωγή Υγείας και απαιτεί επιμόρφωση των εκπαιδευτικών και την ευαισθητοποίηση τους σε ανάλογα θέματα.

Έχουμε επισημάνει παραπάνω την πολυπλοκότητα των περιεχομένων της Αγωγής Υγείας, τόσο σε σχέση με την ποικιλία των θεμάτων που πραγματεύεται όσο και με τη φύση αυτών των θεμάτων. Και τα δύο αυτά χαρακτηριστικά δυσκολεύουν σε σημαντικό βαθμό το ρόλο του εκπαιδευτικού, γιατί απαιτούν γνώσεις που κάποιες φορές ξεπερνούν τα όρια του γνωστικού του αντικειμένου και υψηλό επίπεδο πληροφόρησης.

Επιπροσθέτως, απαιτείται ικανότητα χειρισμού λεπτών ζητημάτων, τα οποία κάποιες φορές είναι πολύ προσωπικά και δυσκολεύουν τους μαθητές. Θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι ο εκπαιδευτικός αποκτά τις τρεις κουλτούρες που επισημαίνει ο Κ. Δελγκωστάντης: “την επιστημονική, την ανθρωπιστική και την παραδοσιακή”.⁵²

Έτσι, μπροστά στο πολυεπιστημονικό φάσμα της Υγείας και της προστασίας της, ο εκπαιδευτικός καλείται να επιστρατεύσει την επιστημονική του “κουλτούρα”. Παράλληλα, μπροστά στα “ανθρώπινα” θέματα, με την τεράστια κοινωνική ευαισθησία που καλείται να αντιμετωπίσει, θα πρέπει να ξεδιπλώσει και την ανθρωπιστική του κουλτούρα στεκόμενος δίπλα στους μαθητές του, ασχολούμενος με τα προβλήματα τους και τις ευαισθησίες τους. Τέλος, θα πρέπει να επιδείξει το απαραίτητο ήθος, ώστε η κοινωνική παθογένεια και προβληματισμοί να μην ξεθωριάζουν μέσα από ρηχές αναλύσεις και επιστημονικές σημασιοδοτήσεις.

Ο εκπαιδευτικός που περιγράψαμε δεν είναι ένας απλός δημόσιος υπάλληλος. Είναι κάτι παραπάνω. Είναι ένας λειτουργός της εκπαίδευσης, ένας λειτουργός που έχει θέσει τις υπηρεσίες του στους μαθητές του και στην κοινωνία. Και γνωρίζουμε πολύ καλά ότι δεν παύει να είναι ένας επαγγελματίας με απαιτήσεις για τις συνθήκες εργασίας του και τις οικονομικές του απολαβές. Και το σημερινό σχολείο δεν του προσφέρει ούτε τις συνθήκες εργασίας ούτε τις απολαβές που θα έπρεπε.

Από την άλλη, η θεματική της Αγωγής Υγείας είναι τόσο σημαντική και τόσο ευαίσθητη που απαιτεί θυσίες τόσο από τον εκπαιδευτικό όσο και από τους μαθητές.

Οι γνώσεις και οι δεξιότητες που θα πρέπει να διαθέτουν οι εκπαιδευτικοί, ώστε να είναι σε θέση να ασχοληθούν με την Αγωγή Υγείας στο σχολείο, είναι οι εξής:⁵³

- Θα πρέπει να αντιλαμβάνονται το γεγονός ότι για να είναι αποτελεσματική η Αγωγή Υγείας στην τάξη χρειάζεται την ενίσχυση της επίσημης πολιτικής του σχολείου, το πλέγμα των φυσικών και κοινωνικών συνιστωσών του σχολείου, καθώς και μια διασύνδεση με ένα σύνολο προσπαθειών που να απορρέουν από την οικογένεια και την κοινότητα.
- Θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα ζητήματα υγείας που είναι πρωταρχικής σημασίας για να συμπεριληφθούν στην Αγωγή Υγείας, φροντίζοντας ταυτόχρονα να τα οριοθετούν μέσα σε ένα πλαίσιο προαγωγής υγιεινών τρόπων ζωής και πιο υγιεινών συνθηκών διαβίωσης.
- Να είναι σε θέση να ξεκινούν από το σημείο στο οποίο βρίσκονται οι μαθητές σε ό,τι αφορά τις αντιλήψεις τους, τις γνώσεις και τις στάσεις τους σχετικά με ζητήματα-κλειδιά που αφορούν την υγεία.
- Να είναι σε θέση να προάγουν την υιοθέτηση κατάλληλων στάσεων και δεξιοτήτων σε σχέση με αυτά τα ζητήματα υγείας.
- Να είναι σε θέση να κατανοήσουν τη σπουδαιότητα οικοδόμησης ενός ολιστικού σχολείου, μέσα από την ανάπτυξη ενός σπειροειδούς προγράμματος μαθημάτων στην Αγωγή Υγείας.
- Να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τρόπους μέσα από τους οποίους τα παραδοσιακά διδακτικά αντικείμενα είναι δυνατό να επανεκτιμηθούν και να καταστούν πιο σχετικά με τη ζωή των μαθητών μέσα από την ενσωμάτωση σε αυτά θεμάτων σχετικών με την υγεία.

- Να μπορούν να χρησιμοποιούν μια ποικιλία διδακτικών μεθόδων, οι οποίες να εμπλέκουν τους μαθητές αποτελεσματικότερα με τη διαδικασία της μάθησης.
- Να εκτιμούν τη σπουδαιότητα της αξιολόγησης για την οικοδόμηση ενός επιτυχημένου προγράμματος Αγωγής Υγείας.

Ο εκπαιδευτικός που ασχολείται με την Αγωγή Υγείας θα πρέπει να είναι:

- **Παιδαγωγός:** Αυτή είναι η βασική αποστολή του εκπαιδευτικού. Να παιδαγωγήσει και όχι μόνο να μεταφέρει και να αναπαράγει τις γνώσεις που προδιαγράφει το Αναλυτικό Πρόγραμμα. Αυτός είναι ο ρόλος που ο εκπαιδευτικός δεν πρέπει να ξεχνά ποτέ. Είναι η αφετηρία και η απόληξη του επαγγέλματος του. Όπως σημειώνει ο Αχ. Καψάλης "... ο εκπαιδευτικός είναι ο ειδικός σε θέματα αγωγής των παιδιών και η παιδαγωγική του μόρφωση θεωρείται απαραίτητο συμπλήρωμα του επιστημονικού του ρόλου".⁵¹
- **Καθοδηγητής:** Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο να μιμούνται οι μαθητές του εκπαιδευτικούς τους και να τους καθιστούν πρότυπα. Στην περίπτωση αυτή ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι κρίσιμος, γιατί θα πρέπει να τους καθοδηγεί με μαεστρία, ευαισθησία και ιδιαίτερη προσοχή. Θα πρέπει να είναι ο καθοδηγητής τους τόσο στον κόσμο της γνώσης όσο και στον κοινωνικό κόσμο, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στις κοινωνικές αξίες. Εξάλλου, είναι δεκτό ότι ορισμένες μορφές κοινωνικής συμπεριφοράς είναι σε θέση να τις καλλιεργεί ο εκπαιδευτικός.
- **Οργανωτής:** Ο εκπαιδευτικός είναι ο φυσικός ηγέτης της κοινωνικής ομάδας που σχηματίζει η σχολική τάξη. Και από το ρόλο του αυτόν προκύπτει η δυνατότητα του να οργανώνει την εκπαιδευτική διαδικασία σύμφωνα με τα πρότυπα που θέτει το σχολικό σύστημα. Παράλληλα, οργανώνει κοινωνικά τους μαθητές δημιουργώντας τις κατάλληλες συνθήκες για την ομαλή και αποτελεσματική κοινωνικοποίηση τους και δημιουργεί το πρόσφορο κλίμα για την ανάπτυξη των κοινωνικών και εκπαιδευτικών διαδικασιών.

- **Ισότιμο μέλος της ομάδας:** Παρά την ηγετική του θέση, ο εκπαιδευτικός μέσα από τις εκπαιδευτικές διαδικασίες της Αγωγής Υγείας πλησιάζει τους μαθητές. Γίνεται και αυτός ισότιμο μέλος της ομάδας της σχολικής τάξης. Και αυτός είναι ο καλύτερος τρόπος να προσεγγίσει τους μαθητές ώστε να μπορέσει να φέρει εις πέρας και με υψηλό ποσοστό αποτελεσματικότητας τα προγράμματα Αγωγής Υγείας που απαιτούν από τη φύση τους ένα διαφορετικό ρόλο για τον εκπαιδευτικό.
- **Εμψυχωτής:** Η ομάδα της σχολικής τάξης, αλλά και ο κάθε μαθητής ξεχωριστά χρειάζονται τη συμπαράσταση και τη βοήθεια του εκπαιδευτικού. Ακόμα περισσότερο όταν οι δραστηριότητες της σχολικής τάξης επικεντρώνονται σε θέματα υγείας. Σε μια ευαίσθητη περιοχή όπου “το πρόβλημα έχει όνομα” και κάποιος ή κάποιοι μαθητές το αντιμετωπίζουν. Ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να σταθεί δίπλα τους και να εμψυχώσει όλους τους μαθητές να σκεφτούν και ενσκήψουν κριτικά σε τέτοιου είδους προβλήματα. Ακόμα θα πρέπει να τους εμψυχώσει να εδραιώσουν νέες στάσεις ζωής. Αυτές που θα προστατέψουν και θα βελτιώσουν όχι μόνο τη δική τους υγεία, αλλά και την υγεία των γύρω τους.
- **Ερευνητής:** Έχουμε ήδη επισημάνει ότι η θεματική της Αγωγής Υγείας; απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση. Έτσι, ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να ανακαλύψει και ο ίδιος τις γνώσεις που θα του χρειαστούν για να διεκπεραιώσει τη διδασκαλία του. Θα πρέπει να ερευνήσει, να συλλέξει πληροφορίες, να τις αναλύσει, να τις αξιολογήσει επιστημονικά και παιδαγωγικά και να τις παρουσιάσει στους μαθητές του. Ακόμα, η διδακτική μεθοδολογία που συχνά εφαρμόζεται κατά την Αγωγή Υγείας, η “βιωματική” μάθηση και διδασκαλία με τη μέθοδο project απαιτεί και την ερευνητική ενασχόληση του εκπαιδευτικού.
- **Φίλος:** Ο εκπαιδευτικός με την Αγωγή Υγείας έρχεται πολύ κοντά με τους μαθητές, που θα πρέπει να τον νιώθουν και ως φίλο τους για να τον εμπιστευθούν και να συμμετάσχουν άνετα στην εκπαιδευτική διαδικασία που θα επιλέξει. Εξάλλου, είναι και η φύση των θεμάτων

που συζητούνται τέτοια, που απαιτούν τη φιλική διάθεση μεταξύ των συμμετεχόντων. Σε μια έκθεση επιθεώρησης σχολείων στη Μ. Βρετανία αναφέρεται ότι “οι εκπαιδευτικοί αναλαμβάνουν μεγάλο ρίσκο όταν προσεγγίζουν προσωπικά θέματα των μαθητών” (Scottish Health Education Group, 1989).⁵⁰

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

Πολλές από τις παραπάνω ιδιότητες θα πρέπει να τις διαθέτουν οι εκπαιδευτικοί ούτως ή άλλως. Δηλαδή είτε εμπλέκονται είτε όχι στη διαδικασία της Αγωγής Υγείας. Ωστόσο αναφέρονται για να αναδείξουν κυρίως τη φύση αυτής της εκπαιδευτικής δραστηριότητας και την ευαισθησία με την οποία θα πρέπει να προσεγγίζεται.

Παρακάτω παρουσιάζουμε κάποια στοιχεία στα οποία οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να εστιάσουν την προσοχή τους όταν εφαρμόζουν προγράμματα Αγωγής Υγείας ώστε να είναι αποτελεσματικά και κυρίως να μη δημιουργούν δυσλειτουργίες στη σχολική τάξη και στην εκπαιδευτική διαδικασία:

Τι πρέπει να προσέχει ο εκπαιδευτικός όταν εφαρμόζει με τους μαθητές προγράμματα Αγωγής Υγείας.⁵²

1. Γλώσσα

- Να είναι αμοιβαία κατανοητή
- Να μην ενοχλεί ή προσβάλλει

2. Αποκαλύψεις

- Να μην ενθαρρύνονται οι μαθητές να αποκαλύπτουν λεπτομέρειες της ιδιωτικής τους ζωής, που τους προκαλούν αμηχανία

- Να υπάρχει σεβασμός στον “ιδιωτικό κόσμο” του εαυτού και των άλλων

3. Ερωτήσεις

- Καμιά ερώτηση δεν είναι “χαζή” αν το άτομο που τη ρωτά είναι ειλικρινές
- Δεν είναι απαραίτητο όλες οι απαντήσεις να δίνονται δημόσια
- Ο δάσκαλος έχει το δικαίωμα να μη γνωρίζει κάποια απάντηση

4. Θέματα

- Βασικά αμφιλεγόμενα θέματα ίσως να μην είναι κατάλληλα για ομάδες κάθε ηλικίας
- Να υπάρχει σεβασμός του επιπέδου ωριμότητας των μαθητών
- Στην επιλογή των θεμάτων να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η γνώμη των παιδιών

5. Βοήθεια

- Θέματα που εμφανίζονται μέσα στην τάξη μπορεί να χρειάζονται παρακολούθηση ή αντιμετώπιση έξω από αυτήν
- Να υπάρχει δυνατότητα ιδιαίτερης συζήτησης

6. Εμπιστοσύνη

- Να γίνεται προσπάθεια για τη δημιουργία κλίματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης

7. Συναισθήματα

- Όλα τα συναισθήματα είναι αποδεκτά, αλλά όχι όλες οι συμπεριφορές
- Να αναγνωρίζεται η ποικιλία στις ηθικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις

8. Χιούμορ

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

9. Επισκέπτες - Καλεσμένοι

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

10. Υλικά, Μέσα, Μέθοδοι

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

11. Απόψεις γονέων

- Πρέπει να είναι σεβαστές

12. Πολιτική του Σχολείου

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

13. Επικοινωνία

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

Το σύγχρονο σχολείο επιφυλάσσει για τους εκπαιδευτικούς ένα διαφορετικό ρόλο, διαφορετικό από τον παραδοσιακό, με περισσότερες απαιτήσεις. Ένα ρόλο που ξεπερνά την παραδοσιακή εικόνα του ανθρώπου με τις γενικές γνώσεις και το ταλέντο. Απαιτεί από τον εκπαιδευτικό υψηλού επιπέδου γνώσεις τόσο ως προς το επιστημονικό του πεδίο όσο και ως προς την παιδαγωγική του κατάρτιση. Για το λόγο αυτόν κρίνεται αναγκαία η συνεχής επιμόρφωση του. Μια

επιμόρφωση που θα εξασφαλίσει όχι μόνο τη διδακτική του ικανότητα, αλλά και την επιστημονική του αυτοβελτίωση.

Τα γνώρισματα που θα πρέπει να διαθέτει ο εκπαιδευτικός που θα συντονίζει - εκπονεί προγράμματα Αγωγής Υγείας θα πρέπει να είναι τα εξής:³⁹

Γνώρισματα του εκπαιδευτικού:

- Ακρόαση: Ικανότητα του εκπαιδευτικού να ακούει τους μαθητές χωρίς να διακόπτει ή να διορθώνει. Να μπορεί να “χτίζει” με τις ιδέες τους.
- Κατανόηση: Ικανότητα του εκπαιδευτικού να κατανοεί και να αντιλαμβάνεται τα αισθήματα και τις εμπειρίες της ομάδας και του κάθε μέλους της.
- Σεβασμός: Ικανότητα του εκπαιδευτικού να επιβάλλει αμοιβαίο σεβασμό μεταξύ εκπαιδευτικού - μαθητών και μεταξύ των μαθητών.
- Εμπιστοσύνη: Ικανότητα να ενθαρρύνει την ελεύθερη έκφραση, ανταλλαγή απόψεων και αποριών των μαθητών χωρίς το φόβο της αμφισβήτησης.
- Ανεκτικότητα: Ικανότητα για δημιουργία ήρεμης και ανεκτικής ατμόσφαιρας που ενθαρρύνει την ελεύθερη έκφραση και παραγωγική σκέψη και δράση των μελών της ομάδας.
- Ευελιξία: Ικανότητα να κάνει κατάλληλες για τα μέλη της ομάδας αναπροσαρμογές και να αποφεύγει αυταρχικές συμπεριφορές, στερεότυπα, ηθικοπλαστικές απόψεις και την επιβολή ιδεών.
- Συμμετοχή: Ικανότητα να εξασφαλίζει τη συμμετοχή όλων των μελών της ομάδας σε όλες τις διαδικασίες σεβόμενος τις ατομικές ιδιαιτερότητες και ικανότητες κάθε μέλους.
- Συνεργασία: Ικανότητα να ενθαρρύνει και να αναζητεί τη συνεργασία του κάθε μέλους της ομάδας, αλλά και εξωτερικών συνεργατών, αναγνωρίζοντας τις ελλείψεις και τις συνέπειες που μπορεί να έχει στον ίδιο και στην ομάδα ο αποκλεισμός από το σύνολο.

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

Η Αγωγή Υγείας, η οποία χαρακτηρίζεται από διεπιστημονικότητα και αυξημένες διδακτικές απαιτήσεις, αποτελεί ένα κλασικό παράδειγμα για την ανάδειξη της ανάγκης για άρτια εκπαίδευση και μετεκπαίδευση των εκπαιδευτικών. Έτσι η εμπλοκή των εκπαιδευτικών σε θέματα Αγωγής Υγείας, είτε αυτή γίνεται οικειοθελώς με συμμετοχή σε σχετικά προγράμματα είτε όχι, απαιτεί την αρχική κατάρτιση και την επιμόρφωση των εκπαιδευτικών. Στο επίπεδο που θέλουμε η Αγωγή Υγείας να τύχει της κατάλληλης αντιμετώπισης, να κερδίσει την εμπιστοσύνη των εκπαιδευτικών και κυρίως των μαθητών και να επιτευχθούν οι στόχοι της θα πρέπει να προσεγγιστεί διδακτικά με τους κατάλληλους τρόπους. Και οι τρόποι αυτοί κάποιες φορές απαιτούν από τους εκπαιδευτικούς να ξανακαθίσουν στα θρανία, να ενημερωθούν και να εξασκηθούν σε αυτές τις μεθοδολογίες.

Η εκπαίδευση και η μετεκπαίδευση των εκπαιδευτικών στη θεματική και τη μεθοδολογία της Αγωγής Υγείας θα πρέπει να γίνεται για τους εξής λόγους:

- Η Αγωγή Υγείας αποτελεί μια εκπαιδευτική διαδικασία και ένα γνωστικό αντικείμενο, το οποίο έχει εντονότατη παρουσία σε όλα σχεδόν τα σχολικά μαθήματα κάθε τάξης και κάθε σχολικής βαθμίδας.
- Η Αγωγή Υγείας, για να είναι αποτελεσματική, απαιτεί τη χρήση συγκεκριμένων τρόπων διδακτικής προσέγγισης, που τις περισσότερες φορές δεν χρησιμοποιείται στο σχολικό περιβάλλον.
- Η θεματική της Αγωγής Υγείας απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση, την οποία τις περισσότερες φορές οι εκπαιδευτικοί δεν είναι σε θέση να εφαρμόσουν.
- Οι εξελίξεις, τόσο στο επίπεδο των επιστημών της υγείας, όσο και στο επίπεδο της διδακτικής μεθοδολογίας είναι ταχύτατες.

Η Αγωγή Υγείας θίγει και κοινωνικά θέματα ιδιαίτερης βαρύτητας και απαιτεί την εφαρμογή προσεκτικών προσεγγίσεων.

Η θεματική της Αγωγής Υγείας κάποιες φορές υπεισέρχεται σε προσωπικά θέματα των μαθητών και απαιτεί ειδικούς και λεπτούς χειρισμούς.

Η σχολική τάξη, ως κοινωνική ομάδα, κατά την εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας μορφοποιείται με διαφορετικούς τρόπους που απαιτούν την αυξημένη προσοχή και παρέμβαση του εκπαιδευτικού.

Η πληροφόρηση των εκπαιδευτικών σε θέματα της Αγωγής υγείας θα πρέπει να είναι ακριβής και επιστημονική ώστε να μη δημιουργούνται παρερμηνείες και συγχύσεις.

Ως προς την κατεύθυνση της επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών σε θέματα Αγωγής Υγείας, θα πρέπει:

Να αναπτυχθούν εθνικά και διεθνή δίκτυα, τα οποία να μεριμνούν για τη συνεχή επιμόρφωση των εκπαιδευτικών στο συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο, να παράγουν εκπαιδευτικό υλικό, να συγκεντρώνουν τις προτάσεις τους και να προτείνουν βελτιώσεις.

Να αναπτυχθεί ένα δίκτυο ανταλλαγής απόψεων και υλικού μεταξύ των εκπαιδευτικών.

Να δημιουργηθεί ένα δίκτυο συνεχούς παροχής πληροφοριών στους εκπαιδευτικούς σχετικών με θέματα υγείας.

Να ενθαρρυνθεί η εξοικείωση των εκπαιδευτικών με τις νέες τεχνολογίες.

Ως προς τη βασική εκπαίδευση των εκπαιδευτικών θα πρέπει να εισαχθεί, τουλάχιστον σε αυτή των εκπαιδευτικών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, σχετικό μάθημα με τη θεματική και τη μεθοδολογία της Αγωγής Υγείας.

Εύκολα μπορεί να διαπιστώσει κανείς ότι το πρόγραμμα βασικής εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών που προτείνεται ακολουθεί τη φιλοσοφία και τις πρακτικές που εφαρμόζονται στην εκπαίδευση των εκπαιδευτικών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα. Άρα, η εισδοχή του με τη μορφή μαθήματος διδακτικής μεθοδολογίας δε θα συναντήσει ούτε τυπικά ούτε λειτουργικά προβλήματα! Απαιτείται μόνο η θέληση αφού προηγηθεί η κατανόηση της σημασίας της Αγωγής Υγείας για την ατομική και τη δημόσια υγεία.

8. Η ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ ΒΑΣΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΗΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ.

Σύμφωνα με στοιχεία του Οδηγού Αγωγής Διατροφής στο σχολείο, τα διδασκόμενα προγράμματα σπουδών στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης (συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας) δίνουν την ευκαιρία:

- να διδαχθούν θέματα διατροφής και υγιεινών τρόπων ζωής μέσω διαφόρων γνωστικών αντικειμένων, όπως η Μελέτη Περιβάλλοντος, οι Φυσικές Επιστήμες (Science) – είτε ως ενιαίο μάθημα, όπως στην Αμερική και Αγγλία, είτε ως ξεχωριστά μαθήματα Βιολογίας και Χημείας σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες και στην Ελλάδα – η Οικιακή Οικονομία, η Σωματική Αγωγή, αλλά και η Γλώσσα, η Γεωγραφία, κ.ά., τόσο στην Πρωτοβάθμια, όσο και στην Δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Η σκοπιά, κάτω από την οποία παρουσιάζονται τα θέματα διατροφής από το κάθε γνωστικό αντικείμενο, είναι, φυσικά, διαφορετική στο βαθμό που το θέμα διατροφή προσφέρεται κατ' εξοχήν για διαθεματική προσέγγιση,
- να πραγματοποιηθούν ειδικά προγράμματα αγωγής διατροφής (τύπου project) στο πλαίσιο της Αγωγής Υγείας. Αν και η συμμετοχή σε αυτά δεν είναι υποχρεωτική, με την προώθηση υγιεινών τρόπων ζωής και με την ανάπτυξη αποτελεσματικών δεξιοτήτων λήψης αποφάσεων προσφέρουν το περισσότερο συστηματικό και αποτελεσματικό διαθέσιμο μέσο για βελτίωση της υγείας των νέων,³⁹
- να πραγματοποιηθούν Διαθεματικές (cross-curricular) Δραστηριότητες για θέματα διατροφής (Διαθεματικό Ενιαίο πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών, ΔΕΠΠΣ),
- να πραγματοποιηθούν επιπλέον δραστηριότητες, όπως συνεργασίες με ειδικούς υγείας, συμβούλους, εμπορικούς συνεργάτες, υπηρεσίες δημόσιας υγείας, εκδρομές σε μονάδες παραγωγής τροφίμων και αγροκτήματα, εβδομάδες project, παροχή πρωινού κ.ά.

Η εκπαίδευση αναλαμβάνεται από δασκάλους στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση, και εκπαιδευτικούς διαφόρων ειδικοτήτων στη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση, κυρίως Βιολογίας, Οικιακής Οικονομίας, Χημείας, Σωματικής Αγωγής. Ωστόσο, και άλλες ειδικότητες, όπως Φιλολογίας και Μαθηματικών κ.λπ, μπορούν εν δυνάμει να εμπλακούν στο πλαίσιο προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και Διαθεματικών Δραστηριοτήτων. Με εξαίρεση κάποιες ειδικότητες, στις σπουδές των οποίων περιλαμβάνεται κάποια εκπαίδευση σε προπτυχιακό επίπεδο (κυρίως Οικιακής Οικονομίας και Σωματικής Αγωγής), οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί δεν είναι εκπαιδευμένοι σε θέματα διατροφής. Ωστόσο, επειδή θεωρείται ότι οι εκπαιδευτικοί μπορούν να προσεγγίσουν τους μαθητές αποτελεσματικότερα από τους ειδικούς σε θέματα υγείας, το θέμα τείνει να αντιμετωπισθεί (τουλάχιστον σε Ευρωπαϊκό επίπεδο) με σύντομης διάρκειας επιμορφώσεις, οι οποίες προς το παρόν δεν είναι συστηματικές.

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία και δεδομένης της σημασίας της Διατροφικής Αγωγής προκύπτει η ανάγκη ενός πλαισίου-οδηγού αγωγής διατροφής στο σχολείο σε εθνικό επίπεδο που θα στηρίζεται στα εκάστοτε επιστημονικά ευρήματα για τη σχέση διατροφής-υγείας και θα ενημερώνεται τακτικά. Ο οδηγός αυτός θα μπορούσε να αποτελεί τη βάση για συντονισμένα μηνύματα αγωγής διατροφής τόσο μέσα από τα διάφορα γνωστικά αντικείμενα που φιλοξενούν την διατροφική αγωγή, όσο και μέσα από τις Διαθεματικές δραστηριότητες και τα προγράμματα τύπου project.

Στην κατεύθυνση αυτή και στο βαθμό που η διατροφική αγωγή εντοπίζεται ως προτεραιότητα των εκπαιδευτικών συστημάτων μιας χώρας, συμμετέχουν στο σχεδιασμό της διάφοροι εθνικοί φορείς (στο πλαίσιο της διατομεακής αντιμετώπισης θεμάτων Προαγωγής Υγείας). Είναι προφανής η συνεργασία υπουργείων υγείας και παιδείας καθώς και επιστημονικών οργανισμών. Οι παραπάνω φορείς, εκδίδουν εκπαιδευτικό υλικό για τα σχολεία, και προβάλλουν θέματα αγωγής διατροφής στο διαδίκτυο. Για παράδειγμα, το British Nutrition Foundation του Ηνωμένου Βασιλείου έχει δημιουργήσει μια διαδραστική εκπαιδευτική εφαρμογή πολυμέσων (interactive CDROM) με τον τίτλο “Nutrition, a fact of life” που απευθύνεται στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Επίσης στο δικτυακό τόπο με το όνομα “Wired for Health”, αποτέλεσμα συνεργασίας του Department of Health και του Department for Education and Skills, στο θέμα “healthy eating” αναφέρεται η διατροφική πολιτική της

χώρας και το πρόγραμμα σπουδών διατροφικής αγωγής για το σχολείο με μορφή στόχων για τις διάφορες σχολικές βαθμίδες. Σημειώνεται ότι το «Wired for Health» έχει στόχο την ηλεκτρονική σύνδεση όλων των σχολείων και κολεγίων μέσω διαδικτύου, έτσι ώστε “κάθε νέος άνθρωπος στην χώρα να μπορεί να έχει πρόσβαση σε πληροφορίες που χρειάζεται για να παίρνει υπεύθυνες αποφάσεις για την υγεία του”. Η ιστοσελίδα απευθύνεται σε εκπαιδευτικούς και μαθητές ανάλογα με την ηλικία τους, μέσω επιμέρους ιστοσελίδων.

Στην Ελλάδα η υπευθυνότητα της διατροφικής αγωγής στο σχολείο ανήκει στο τμήμα Αγωγής Υγείας (ΑΥ) του Υπουργείου Παιδείας σε συνεργασία με το Τμήμα ΑΥ του Υπουργείου Υγείας. Το τμήμα ΑΥ του Υπουργείου Παιδείας είναι υπεύθυνο για το πρόγραμμα σπουδών της ΑΥ (στο οποίο περιλαμβάνεται και η διατροφική αγωγή) όπως και για την έκδοση εκπαιδευτικού υλικού, όπως το πακέτο «Διατροφή και Υγεία» που έχει κυκλοφορήσει το σχ. έτος 2002-2003 από την Κλινική Προληπτικής Ιατρικής και Διατροφής του Πανεπιστημίου Κρήτης, αλλά δεν έχει χρησιμοποιηθεί μέχρι σήμερα.

Στην εργασία αυτή επιχειρήθηκε η διερεύνηση της παρεχόμενης διατροφικής αγωγής στα σχολεία της βασικής εκπαίδευσης της Ελλάδας υπαγορευόμενη από τα απογοητευτικά αποτελέσματα έρευνας του INKA σύμφωνα με τα οποία α) το ποσοστό παχύσαρκων και υπέρβαρων παιδιών στην Ελλάδα (7,2% για τα αγόρια και 9,4% για τα κορίτσια) είναι πολύ υψηλότερο από το αντίστοιχο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των Η.Π.Α. και β) οι μαθητές δήλωσαν μη “ενημερωμένοι σε θέματα διατροφής” κατά 53% και μη “ενημερωμένοι από το σχολείο” κατά 21-72%. Η απάντηση στην ερώτηση γιατί τα παιδιά δηλώνουν σε τόσο μεγάλο ποσοστό μη ενημερωμένα αναζητήθηκε στα διδακτικά εγχειρίδια επειδή αφενός αποτελούν το εκπαιδευτικό εργαλείο για την υλοποίηση των στόχων του προγράμματος σπουδών αφετέρου δε στην Ελλάδα υπάρχει η ιδιομορφία του “ενός και μοναδικού” εγχειριδίου για κάθε γνωστικό αντικείμενο. Η μελέτη, ως εκ τούτου, των σχολικών εγχειριδίων επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων από την μελέτη των προγραμμάτων σπουδών, τα οποία είναι μάλλον άγνωστα στους εκπαιδευτικούς και των δυο βαθμίδων.

Τόσο στο Δημοτικό, όσο και στο Γυμνάσιο την τελευταία δεκαετία διενεργούνται στο πλαίσιο της Αγωγής Υγείας προγράμματα τύπου project πολλά από τα οποία (περίπου 25%) έχουν θέμα σχετικό με τη διατροφή. Ωστόσο, τα

προγράμματα αυτά αφενός αφορούν ένα μικρό αριθμό μαθητών, στο βαθμό που η συμμετοχή σε αυτά είναι προαιρετική, αφετέρου δεν υλοποιούνται με βάση κάποιο συγκεκριμένο διδακτικό υλικό το οποίο θα μπορούσε να κριθεί.

9. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΧΩΡΑ ΣΤΟΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΧΩΡΟ ΚΑΙ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΑΜΕΣΑ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ξεκίνησε ένα πρόγραμμα τη δεκαετία του `90, που είχε ως στόχο να “εκπαιδεύσει” τους πολίτες της απέναντι στη μάστιγα του καρκίνου.

Η Επιτροπή πρότεινε τη διεξαγωγή ερευνών και προγραμμάτων που θα θωράκιζαν τους ανθρώπους απέναντι στους κινδύνους που απειλούσαν την υγεία τους.

Μέσα σε αυτό το κλίμα, οργανώθηκε ένα πρόγραμμα δράσης με αντικείμενο τη διατροφική αγωγή. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα θα διεξαγόταν το χρονικό διάστημα 1990-1994.

Στα πλαίσια αυτού του προγράμματος θα πραγματοποιούνταν 3 θερινά σχολεία διατροφικής αγωγής σε 3 πόλεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

- το 1ο στο Sankelmark της Γερμανίας
- το 2ο στο Λαγονήσι
- το 3ο στην Πορτογαλία

Στόχος της πρωτοβουλίας αυτής ήταν να εκπαιδεύσει “εκπαιδευτές” από την Ε.Ε., που στη συνέχεια θα γυρνούσαν στις χώρες τους για να εκπαιδεύσουν με τη σειρά τους δασκάλους της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, προκειμένου να διαμορφωθεί στο σχολείο μια αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες. Ειδικότερα, να ενθαρρυνθεί ένας νέος τρόπος διατροφής βασισμένος στο Μεσογειακό τρόπο διατροφής.

2° ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΘΕΡΙΝΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΠΟΥ ΠΡΟΑΓΕΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ Report “Europe against Cancer” 1992

Lagonissi, 18-25 Οκτωβρίου 1992⁵⁴

Διοργανωτές

Το 2ο ευρωπαϊκό θερινό σχολείο γύρω από τη διατροφική αγωγή πραγματοποιήθηκε στο Λαγονήσι στην Ελλάδα, από τις 18 Οκτωβρίου έως τις 25 Οκτωβρίου το 1992 και συνδιοργανώθηκε από κοινού από το τμήμα διατροφής και βιοχημείας της σχολής δημόσιας υγείας, το ελληνικό Υπουργείο Παιδείας, και την Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

Στόχοι του προγράμματος

Το θερινό σχολείο στόχευε στην προώθηση της εκπαίδευσης διατροφής, στα πλαίσια του προγράμματος δράσης 1990-94 του προγράμματος "Η Ευρώπη ενάντια στον καρκίνο" και ειδικότερα της "ενθάρρυνσης στο σχολείο μιας αλλαγής στις διαιτητικές συνήθειες και ειδικότερα, της ενθάρρυνσης της κατανάλωσης φρούτων και των λαχανικών κατά τη διάρκεια του διαλείμματος".

Ο στόχος του θερινού σχολείου ήταν να στηριχτεί στην εμπειρία του προηγούμενου θερινού σχολείου που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία το 1991 και να παρασχεθεί στους συμμετέχοντες μια αποτελεσματική ευκαιρία να τοποθετηθεί η διατροφή στα πλαίσια μιας υγείας που θα προάγει το σχολείο και έναν υγιή τρόπο ζωής:

- προσδιορίζοντας τις βασικές αρχές διατροφής εφαρμόσιμες στην αρχική και δευτεροβάθμια εκπαίδευση
- συζητώντας τις διαφορετικές μεθόδους στους σπουδαστές για να αποκτήσει τις βασικές γνώσεις και τις δεξιότητες προκειμένου να ληφθούν υγιεινές αποφάσεις για τη διατροφή
- Παρέχοντας διαφορετικές μεθόδους αναθεώρησης εφαρμόσιμες σε ποικίλες διαφορετικές πολιτιστικές καταστάσεις
- εξέταση των πολιτιστικών, κοινωνικών, οικονομικών και ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την κατανάλωση - συνήθειες στα διαφορετικά στάδια ανάπτυξης των μαθητών
- πειραματισμός με τις καινοτόμες μεθόδους που προωθούν την εκπαίδευση διατροφής και υγιούς τρόπου ζωής

- Παροχή συστάσεων στους σχολικούς διοικητές και στους σχολικούς διευθυντές για την παραγωγή διαθέσιμων και προσφερόμενων τροφίμων και ποτών συμβατών με μια κατάλληλη και καλά ισορροπημένη διατροφή.

Συμμετέχοντες

Σαράντα τρεις συμμετέχοντες (35 γυναίκες και 8 άντρες), από τις δώδεκα χώρες της ΕΕ, παρακολούθησαν το θερινό σχολείο. (Παρά τα αρχικά σχέδια, το Συμβούλιο της Ευρώπης δεν μπόρεσε να ορίσει 10 συμμετέχοντες από τις χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης, λόγω δημοσιονομικών προβλημάτων.)

Το Βέλγιο, η Δανία, η Ιρλανδία, η Ιταλία, το Λουξεμβούργο, οι Κάτω Χώρες, η Πορτογαλία και η Ισπανία όρισαν τρεις συμμετέχοντες, ενώ η Γαλλία, η Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο αντιπροσωπεύονταν από δύο συμμετέχοντες ο κάθε ένας. Η Ελλάδα όρισε δέκα τρεις συμμετέχοντες (δέκα πρόσθετοι Έλληνες συμμετέχοντες προσκλήθηκαν, όπως είναι συνηθισμένο στις παραδόσεις των θερινών σχολείων).

Συστήθηκε ότι οι συμμετέχοντες έπρεπε να υποστηρίξουν τις θέσεις στις χώρες τους, όταν θα επέστρεφαν σε αυτές για να εφαρμόσουν τις ιδέες και τις έννοιες του θερινού σχολείου.

Πρόγραμμα σπουδών του θερινού σχολείου

Το πρόγραμμα σπουδών του θερινού σχολείου περιέλαβε διάφορα απαραίτητα στοιχεία:

- στόχοι προ-σειράς μαθημάτων για να ενισχυθούν οι συμμετέχοντες να προετοιμαστούν για το θερινό σχολείο
- συζήτηση για τις συνήθειες κατανάλωσης και τις επιρροές σχετικά με τις συνήθειες κατανάλωσης
- εισαγωγή της έννοιας της υγείας που προάγει το σχολείο
- ευκαιρίες για τις εθνικές θρεπτικές οδηγίες και τον τρόπο εξατομικευμένης κατανόησης για τις θρεπτικές πληροφορίες

- ευκαιρίες για πληροφορίες για την εκπαίδευση διατροφής σε κάθε χώρα αντιπροσωπείας
- διευκρίνιση και συζήτηση για τους στόχους της εκπαίδευσης διατροφής στα σχολεία
- αρχικά βήματα για την ανάπτυξη ενός σπειροειδούς προγράμματος σπουδών στην εκπαίδευση διατροφής για τα παιδιά από 5 έως 16 ετών
- ευκαιρίες για το εκπαιδευτικό υλικό στη διατροφή που χρησιμοποιείται σε κάθε χώρα αντιπροσωπείας σχετικά με τις βέλτιστες μεθόδους και τους όρους για εφαρμογή του σπειροειδούς προγράμματος σπουδών στην εκπαίδευση διατροφής
- η αγορά των ιδεών, για να παρέχει την εμπειρία της διατροφής σύνδεσε τις ιδέες/τα γεγονότα των διάφορων ειδών, σχεδιασμένα για να υποστηρίξει ένα βασισμένο στο σχολείο πρόγραμμα της εκπαίδευσης διατροφής
- ευκαιρίες για τα προβλήματα που εμφανίζονται όταν προκαλούνται αλλαγές στη διατροφή
- η εκπαίδευση προωθεί προγράμματα δράσης, σε επίπεδο χωρών, για την εφαρμογή των ιδεών του θερινού σχολείου.⁵⁵

10. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και Διατροφικής Αγωγής στο σύγχρονο σχολείο εμπεριέχει αρκετές ιδιομορφίες και δυσκολίες, οι οποίες πρέπει να συζητηθούν, αλλά κυρίως να αντιμετωπιστούν κατάλληλα αν θέλουμε να έχουν αυτές οι παρεμβάσεις κάποια τύχη.

Σε ό,τι αφορά την Ελλάδα, και πιθανότατα κι άλλες χώρες, το σημαντικότερο πρόβλημα, που είναι υπαρκτό και πρέπει το συντομότερο να απασχολήσει τους φορείς της εκπαίδευσης, είναι η συνεχής επιμόρφωση και κατάρτιση των δασκάλων, των νηπιαγωγών και των καθηγητών της ΜΕ σε θέματα Αγωγής και Προαγωγής Υγείας. Ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τους δασκάλους και τους νηπιαγωγούς μόλις τελευταία διαφαίνονται κάποιες τάσεις αλλαγής στα προγράμματα σπουδών κάποιων πανεπιστημιακών τμημάτων, με στόχο την ενσωμάτωση της Αγωγής Υγείας σε αυτά.

Αυτό που κρίνεται απαραίτητο, ως απόρροια των σημερινών δεδομένων, είναι η καθιέρωση προγραμμάτων συνεχούς επιμόρφωσης για εκπαιδευτικούς που ήδη υπηρετούν στην εκπαίδευση και έχουν στα χέρια τους, σε σημαντικό βαθμό, το μέλλον της υγείας της νέας γενιάς.

Σε ό,τι αφορά τη διδασκαλία της Αγωγής Υγείας και της Διατροφικής Αγωγής υπάρχουν αρκετές ιδιομορφίες και δυσκολίες από τις οποίες μερικές αξίζει να συζητηθούν στα πλαίσια του παρόντος κεφαλαίου. Έτσι, μια από τις πιο φανερές δυσκολίες είναι ότι το γνωστικό πεδίο της Αγωγής Υγείας αλλάζει ή εξελίσσεται πολύ γρήγορα, με αποτέλεσμα πολλές φορές να είναι δύσκολη η διαμόρφωση συστάσεων στα άτομα-στόχους.

Βέβαια, οι αλλαγές στο πεδίο της γνώσης είναι συνηθισμένο φαινόμενο σε όλα τα γνωστικά αντικείμενα. Αυτό που διαφοροποιεί την Αγωγή Υγείας είναι το γεγονός ότι η τελευταία στοχεύει σε αλλαγές στον τρόπο ζωής των ατόμων. Κάθε καινούργιο δηλαδή γνωστικό στοιχείο πρέπει να διαμορφωθεί σε σύσταση για εφαρμογή στην πράξη. Αυτό σημαίνει αφενός συνεχή και σε βάθος ενημέρωση των επιμορφωτών της υγείας κι αφετέρου κριτική στάση από την πλευρά τους απέναντι σε κάθε νέο εύρημα που έρχεται στην επιφάνεια πριν το τελευταίο ενσωματωθεί ως μέρος των συστάσεων για καλύτερη υγεία στον πληθυσμό.

Η Αγωγή Υγείας δεν αποτελεί γνωστική περιοχή ενός μόνο επιστημονικού κλάδου. Υποστηρίζεται η διευρυμένη επιστημονική της θεώρηση και καλείται η επιστημονική κοινότητα να “αγκαλιάσει” γνωστικά και μεθοδολογικά την Αγωγή Υγείας. Ίσως τότε να εγερθεί και το κρατικό ενδιαφέρον προς την κατεύθυνση, το σχεδιασμό και εκπόνηση προσπαθειών, οι οποίες θα συμπυκνώνουν όχι μόνο την επιστημονική γνώση και το ενδιαφέρον, αλλά και την κρατική δυναμική, συγκροτημένη και “υλικά” στηριγμένη παρέμβαση.

Η μέχρι τώρα πρακτική έχει δείξει ότι το κράτος στηρίζει προσπάθειες και πρωτοβουλίες επιστημονικών φορέων. Έχουν τεθεί τα θεμέλια και οι όροι για την επικοινωνία και τον προγραμματισμό αυτών των προσπαθειών. Όμως, ακόμη δεν έγινε το μεγάλο βήμα προς την κατεύθυνση της επίσημης, προγραμματισμένης και δυναμικής εισαγωγής της Αγωγής Υγείας και συγκεκριμένα της Διατροφικής Αγωγής στο ελληνικό σχολείο, χωρίς να παραγνωριστεί η έντονη παρουσία του συγκεκριμένου γνωστικού τομέα στη σχολική πρακτική. Είναι απαραίτητο, όμως, να υπάρξει ο συντονισμός, η οργάνωση και η παροχή των θεωρητικών εχεγγύων, τα οποία θα εξασφαλίσουν την αποτελεσματικότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Τριχοπούλου Α, Τριχόπουλος Δ. (1986) Προληπτική Ιατρική- Αγωγή Υγείας- Κοινωνική Ιατρική- Δημόσια Υγιεινή
2. Λυδάκη Ε, Καφάτος Α, Κουνάλη Δ, Αποστολάκη Ι, (1994). Διαιτητικές συνήθειες, φυσική δραστηριότητα και λιπίδια παχύσαρκων παιδιών ηλικίας 12-14 χρονών. Παιδιατρική 57: 330-343.
3. Τούτουζας Π (1993), Ελεύθερες Ρίζες Οξυγόνου, 19^ο ετήσιο Ιατρικό Συνέδριο
4. Ferro-Lucci A, Chiselli A. (1993), Protective aspects of the Mediterranean diet. Adv Nutr Cancer, 41:137-144
5. Tavani A., La Vecchia C. (1995), Fruit and vegetable consumption and cancer risk in a Mediterranean population. Cancer epidemiol biomarkers, Prev., 9: 869-73
6. Collins A.R. (1999), Oxidative DNA damage, antioxidants, and cancer. BioEssays, 21: 238-246
7. Collins A.R., Ai-guo, M. Duthe, S. J. (1995). The kinetics of repair of oxidative DNA damage (strand breaks and oxidised pyrimidines) in human cells. Mutation Res, 336: 69-77
8. Καλδής Α.Δ. – Πιπεράκης Σ Μ. (1998), Διατροφικές συνήθειες, Βλάβες στο DNA από οξειδωτικούς παράγοντες και καρκίνος, 16: 73-82
9. Πιπεράκης Σ. (2002). Επιμέλεια. Τροφή-διατροφή-ανατροφή. Οι διατροφικές συνήθειες: ενημέρωση-εκπαίδευση-τρόπος ζωής. Αθήνα.
10. Τριχόπουλος Δ. Πετρίδου Ε. Επιδημιολογία και πρόληψη Στεφανιαίας Νόσου, 2001, 5: 100-124
11. Wood D. (2001) Established and emerging cardiovascular risk factors. Am Heart J, 141:49-57
12. Πίτσας Χ, Παναγιωτάκος Δ, Στεφανάδης Χ (2004), Η επιδημιολογία της Στεφανιαίας Νόσου στην Ελλάδα, Αθήνα
13. Ενημερωτικό Φυλλάδιο ΕΠΙΚ, Δεκέμβριος (1999)
14. Keys A. Coronary heart disease in seven countries. Circulation (1970),41: Suppl 4:1-211
15. Kafatos A, Verhagen H, Moschandreas J, Apostolaki I, Van Westerop JJ. (2000) Mediterranean diet of Crete. Foods and nutrient content. J Am Diet Assoc; 100 (12): 1487-93
16. De Lorgeril M, Salen P, Martin J-L, Monjaud I, Delaye J, Mamelle N, (1999) Mediterranean diet, traditional risk factors and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction. Final report of Lyon Diet Heart Study. Circulation;99:779-785
17. Lara-Pantin E. (1987) Obesity in Developing countries, In: Recent Advances in Obesity, London: 5
18. Chadwick J, Mann WN (1950). Medical Works of Hippocrates, Blackwell, Oxford,,: 154
19. Ravussin E, Lillioja S, Anderson TE, et al (1986). Determinants of 24-hour energy expenditure in man: methods and results using a respiratory chamber, J Clin Invest:78
20. Σιμποπούλου Α (1990).Τα χαρακτηριστικά της Παχυσαρκίας.
21. Καφάτος Α, Λαμπαδάριος Ν (1990), Τελευταίες εξελίξεις στη Κλινική Διατροφή και Επιδημιολογία των νοσημάτων Διατροφής, Ηράκλειο Κρήτης,
22. Millar WJ, Stefens T (1987). The prevalence of overweight and obesity in Britain, Canada and United States. Am J Publ Hlth.:77
23. Keys A, Aravanis C. (1972), Blackburn H et al. Coronary heart disease: overweight and obesity as risk factors. Ann Intern Med.:77:15

24. Bjorntorp P (1987). Classification of obese patients and complications related to the distribution of surplus fat. *Am J Clin Nutr.*:45
25. Lew EA, Garfinkel L (1979). Variations in mortality by weight among 750.000 men and women. *J Chron Dis.*:32
26. Dietz WH, Gortmaker SL, Sobol AM, Wehler CA (1985). Trends in the prevalence of childhood and obesity in the US. *Pediatr Res.*:19
27. Garn SM, La Velle M (1985). Two-decade follow-up of fatness in early childhood. *Am J Dis Child.*:139
28. Mossberg HO (1989). 40-year follow-up of overweight children. *Lancet*
29. Sanco-news@cec.eu.int. DG Health & Consumer Protection
30. Μόρτογλου Τ & Κ (2002). Διατροφή από το σήμερα για το αύριο I, II, Αθήνα
31. Μαλλιάρης Π (1990), Εισαγωγή στο Μάρκετινγκ, Πειραιάς
32. Κανέλλου Α. (2001). Διατροφή και ηλικιακές ομάδες-Διατροφή σε ειδικές περιστάσεις και σε ασθένειες. Πανεπιστημιακές παραδόσεις. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο. Τμήμα Οικιακής Οικονομίας & Οικολογίας, Αθήνα.
33. Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας, (1994). Η καρδιά σου - Πώς θα την προστατέψεις.
34. DAFNE. Νέα Υγεία. τ. 28, σελ.6. Αθήνα. www.med.uoa/nut.gr
35. Καφάτος Α. Αποστολάκη Ι, Καντιδάκη Ε, Λιόνης Χ, (1991). Συνήθειες των παιδιών στο σχολείο. *Παιδιατρική* 54: σελ. 10-25.
36. Καμμένου Μ, Ματάλα Α, Πιπέρκου Ι. (2000). Διατροφή. Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, Τ.Ε.Ε. Τομέας Υγείας και Πρόνοιας, Β΄ Τάξη Α΄ κύκλου, Αθήνα.
37. Downie RS. (1990). Ethics in Health Education: An Introduction. In *Ethics in Health Education*, Edited by S. Doxiadis. John Wiley & Sons Ltd.
38. Downie RS. and Fyfe C. (1990). Health Education in Schools, In *Ethics in Health Education*, Edited by S. Doxiadis. John Wiley & Sons Ltd.
39. Σώκου Κ. (1994). Οδηγός αγωγής και προαγωγής της υγείας. Πρότυπο πρόγραμμα “αλκοόλ και ατύχημα”. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
40. Τούντας Γ. (1996). Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας. Αθήνα
41. Beattie A. (1994). Health education and the Science teacher: invitation to a debate. *Education and Health*: 2, 9-16.
42. Dixey R, Pinki S, Rudolf M, Hill A, Bath J, Cade J (2001). Evaluation of implementation and effect of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity
43. Μακρής, Γ. (1995). “Αγωγή Υγείας: Ανάγκη για την εισαγωγή της στο εκπαιδευτικό σύστημα και επιστημονική ενημέρωση”. Στο Αθανασίου Κ, (2000). Αγωγή Υγείας. Θεσσαλονίκη.
44. Malcolm T, Keirle K. (2000). The health promoting status of secondary schools in Wales pre -and post - local government reorganization: perspectives of health education co-ordinators. *Health Education*, Vol. 101, No.1. pp 31-37.
45. Ζυμβρακάκη Ε. (1996). Ζητήματα θεωρίας και μεθόδου στην επιστήμη της Αγωγής και προαγωγής της Υγείας. Σύγχρονη Εκπαίδευση, τεύχ. 89.
46. Ζυμβρακάκη Ε. (1998). Αναπαραστάσεις μαθητών/ριων και εκπαιδευτικών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τα τρόφιμα και την υγεία. Μια μελέτη Αγωγής Υγείας. Διδακτορική Διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης. Θεσσαλονίκη.
47. Ινστιτούτο Προληπτικής Ιατρικής Περιβαλλοντολογικής και Εργασιακής Ιατρικής. Europe against cancer
48. Oshaug A, Benbouzid D, Gilbert J.J. (1993). Educational Handbook for Nutrition Trainers. Geneva: World Health Organization
49. Downie RS, Tannahill C. and Tannahill A. (1997). Health Promotion. Oxford University Press.
50. Scottish Health Education Group (1989). The Healthy School. Edinburg, World Health Organization Group
51. Καψάλης Α, Χαραλάμπους Δ, (1995): Σχολικά Εγχειρίδια, Αθήνα, Έκφραση

52. Δεληκωνσταντής Κ. (1998). Οι τρεις κουλτούρες του σύγχρονου εκπαιδευτικού.
53. Αθανασίου Κ. (2000). Αγωγή Υγείας. Θεσσαλονίκη
54. Report "Europe against Cancer", Nutrition Education in the Health Promoting School. 2nd European Summer School. Lagonissi 18 to 25 October 1992
55. Trichopoulou A. (1992). Nutrition Education in the Health Promoting School. 2nd European Summer School, Lagonissi.
56. Κανέλλου Α. (2000). Διατροφή 1 – Βασικές αρχές της Διατροφής. Πανεπιστημιακές παραδόσεις. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο. Τμήμα Οικιακής Οικονομίας & Οικολογίας, Αθήνα
57. Λάγιου Π, Τριχοπούλου Α. (1993). Βοήθημα για την οργάνωση ομάδων εργασίας σε θέματα Αγωγής Υγείας. Σεμινάρια Αγωγής Υγείας για δασκάλους και νηπιαγωγούς. Ερευνητικό και Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Διατροφής, Υγειονομική Σχολή Αθηνών. Αθήνα.
58. Ματάλα Α. (1998). Εισαγωγή στην επιστήμη της Διατροφής. Σημειώσεις του μαθήματος. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Οικιακής Οικονομίας & Οικολογίας, Αθήνα.
59. Νάσκα Α, Στυλιανού Σ, Χλόπτσιος, Ι, (2000). Διαχρονική Παρακολούθηση και Σύγκριση των Διατροφικών Συνηθειών Ευρωπαϊκών Πληθυσμών-Πρόγραμμα
60. Πετρίδου Ε. Καρπάθιος Θ. Τριχόπουλος Δ. (1999), Παρασυμπτωματικός Έλεγχος παιδιών και εφήβων: Δυνατότητες, Περιορισμοί και Προβληματισμοί. Αθήνα.
61. Πολυχρονόπουλος Ε. (2000). Διατροφική Αγωγή. Σύγχρονη Μεθοδολογία και Παράδοση. Νέα Υγεία. τ. 28, σελ.8. Αθήνα
62. Τριχόπουλος Δ, Καλαποθάκη Β, Πετρίδου Ε (2001). Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία, Αθήνα
63. Τριχοπούλου Α. (2000). Διατροφική Πολιτική. Νέα Υγεία. τ. 28, σελ.5. Αθήνα.
64. Αποστολόπουλος Α, Γεωργιτισογιάννη Ε, Ζαμπέλας Α, Ματάλα Α, Σδραλή Δ, Χονδρογιάννης Γ, Οικιακή Οικονομία, βιβλίο – τετράδιο μαθητή, Α' Γυμνασίου, ΟΕΔΒ, Αθήνα
65. Αποστολόπουλος Α, Γεωργιτισογιάννη Ε, Ζαμπέλας Α, Ματάλα Α, Σδραλή Δ, Χονδρογιάννης Γ, Οικιακή Οικονομία, βιβλίο – τετράδιο μαθητή, Β' Γυμνασίου, ΟΕΔΒ, Αθήνα