

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

«Εκτίμηση ορισμένων δεικτών υγείας στους μαθητές  
της Ε' και ΣΤ' τάξης Δημοτικών Σχολείων του Νομού Καβάλας»

ΘΕΟΛΟΓΙΑ - ΙΩΑΝΝΑ Σ. ΓΙΩΤΣΑ

Δασκάλα - Νοσηλεύτρια

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΣΚΕΝΤΕΡΗΣ

ΛΑΡΙΣΑ 2010

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	3
<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	5
<b>A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	8
1.1 Δράσεις και στρατηγικές του WHO.....	11
1.2 Η πολιτική υγείας της ευρωπαϊκής Ένωσης.....	13
<b>2. ΔΙΑΤΡΟΦΗ</b> .....	16
2.1 Γενικά.....	17
2.2 Η σημασία της διατροφής.....	18
2.3 Τι ονομάζουμε διατροφή.....	18
2.4 Γιατί είναι απαραίτητη η ισορροπημένη διατροφή.....	18
2.5 Το πρόβλημα της παχυσαρκίας.....	20
2.6 Μεσογειακή διατροφή.....	21
2.7 Διατροφικές επιλογές του μαθητικού πληθυσμού.....	23
<b>3. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ</b> .....	26
3.1 Τι ονομάζουμε σωματική άσκηση.....	27
3.2 Γιατί η σωματική άσκηση είναι απαραίτητη .....	28
3.3 Η φυσική άσκηση στον μαθητικό πληθυσμό.....	29
<b>4. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ</b> .....	32
4.1 Τι είναι στοματική υγεία.....	33
4.2 Αιτιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη στοματική υγεία.....	34

4.3	Γιατί είναι απαραίτητη η στοματική υγεία.....	37
<b>5.</b>	<b>ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ.....</b>	<b>39</b>
5.1	Γενικά.....	40
5.2	Τι είναι ατύχημα ή μη σκοπούμενη κάκωση.....	40
5.3	Η αποτίμηση των μη σκοπούμενων κακώσεων.....	41
5.4	Γιατί είναι επικίνδυνα τα παιδικά τραύματα.....	42
5.5	Αριθμητικές συνιστώσες των παιδικών ατυχημάτων στην Ελλάδα.....	43
<b>6.</b>	<b>ΒΙΑ .....</b>	<b>47</b>
6.1	Τι ονομάζουμε βία.....	48
6.2	Ο εκφοβισμός στο σχολικό περιβάλλον.....	49
6.3	Το φαινόμενο του εκφοβισμού στα ελληνικά σχολεία.....	51
<b>Β.</b>	<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>1.</b>	<b>ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....</b>	<b>55</b>
<b>2.</b>	<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>58</b>
<b>3.</b>	<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>87</b>
	<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>92</b>
<b>Γ.</b>	<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>93</b>
	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>105</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εκτίμηση ορισμένων δεικτών υγείας σε μαθητές της Ε΄ και ΣΤ΄ τάξης Δημοτικών Σχολείων του Νομού Καβάλας.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Διανεμήθηκε προς συμπλήρωση ερωτηματολόγιο που διερευνά τις διατροφικές συνήθειες, τη στοματική υγεία και γενικά τις συνήθειες υγιεινής, τη σωματική άσκηση, τα παιδικά ατυχήματα και την παρουσία του φαινομένου της βίας στις εξεταζόμενες ηλικίες. Στο πλαίσιο της έρευνας υπολογίστηκε, επίσης, ο Δείκτης Μάζας Σώματος. Ο απαιτούμενος χρόνος απασχόλησης των μαθητών ήταν μία διδακτική ώρα. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν ανώνυμα και εθελοντικά 285 μαθητές και μαθήτριες της Ε΄ και ΣΤ΄ τάξης Δημοτικών Σχολείων του Νομού Καβάλας. Το αντιπροσωπευτικό δείγμα προερχόταν από αγροτικές και αστικές περιοχές του Νομού και η σύνθεσή του ήταν 53,3% κορίτσια και 46,7% αγόρια, ελληνικής και άλλης καταγωγής.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

**Διατροφή:** 6 στους 10 μαθητές καταναλώναν καθημερινά φρούτα. 2 στους 5 μαθητές ανέφεραν ανεπαρκή πρόσληψη λαχανικών. Καθημερινή λήψη γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων ανέφερε το 67,4% αυτών. Κάθε ημέρα έπιναν αναψυκτικά 1 στους 6 μαθητές. Οι μισοί μαθητές δεν παρέλειπαν το πρωινό. Σχετικά με το Δείκτη Μάζας Σώματος, υπέρβαροι ήταν το 1/5 των μαθητών και παχύσαρκοι 3%. Οι υπέρβαροι μαθητές ήταν τρεις φορές περισσότεροι από τις μαθήτριες.

**Οδοντική Υγεία:** 1 στους 6 μαθητές δε βούρτσιζαν τα δόντια τους καθημερινά. Το 62,5% ανέφερε ότι επισκέφτηκαν τον οδοντίατρο τον τελευταίο χρόνο.

**Φυσική Άσκηση:** Οι μισοί μαθητές ασκούσαν καθημερινά 60΄ την ημέρα, ενώ 1 στους 10 μαθητές καθόλου. 33,3% των μαθητών δεν προσέρχονταν στο σχολείο με τα πόδια ή το ποδήλατο.

**Ελεύθερος Χρόνος:** Πάνω από 3 ώρες την ημέρα ασχολούνταν με καθιστικές δραστηριότητες καθημερινά το 26,6% των μαθητών. Η πλειονότητα των μαθητών (79,7%) κοιμόταν στις 10 - 11 μμ.

**Άσκηση βίας και εκφοβισμού:** Οι μισοί μαθητές είχαν δεχτεί σωματική επίθεση τουλάχιστον 1 φορά τον τελευταίο χρόνο. 1 στους 4 μαθητές είχε έρθει σε βίαιο καβγά σώμα με σώμα μία, δύο ή τρεις φορές, ενώ το 13,8% συχνότερα. Τα αγόρια συμμετείχαν σε βίαιο καβγά σε διπλάσιο ποσοστό από τα κορίτσια.

**Τραυματισμοί:** Ο συχνότερος τόπος που συνέβη ατύχημα ήταν το σχολείο. Ακολουθεί το σπίτι, ο παιδότοπος ή το γήπεδο ή οι χώροι άθλησης, ο δρόμος ή το πεζοδρόμιο και το πάρκο. Ο πιο σοβαρός τραυματισμός που καταγράφηκε από τους μαθητές, κατά σειρά συχνότητας ήταν: κόπηκαν ή πληγώθηκαν σοβαρά (10,5%), έσπασαν κόκαλο ή έπαθαν εξάρθρωση (7%), έπαθαν έγκαυμα (2,8%), έπαθαν διάσειση (2,5%). Οι μισοί μαθητές φορούσαν πάντα ζώνη, ενώ 8 στους 10 δε φορούσαν κράνος όταν έκαναν ποδήλατο.

Τα αποτελέσματα αναμένεται να βοηθήσουν στο σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας και αντίστοιχων παρεμβάσεων.

**Λέξεις κλειδιά:** μαθητές, δείκτες υγείας, διατροφή, υγιεινές συνήθειες, σωματική άσκηση, ασφάλεια, ατυχήματα, βία, στοματική υγεία

### ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παιδική και η εφηβική ηλικία αποτελεί την πιο σημαντική φάση της ζωής του ανθρώπου κατά την οποία υιοθετούνται και εδραιώνονται συμπεριφορές, τάσεις και πεποιθήσεις που αφορούν στην υγεία. Αυτές, συνήθως, παγιώνονται και ακολουθούν τα άτομα στην ενήλικη ζωή τους.

Η εκτίμηση δεικτών υγείας των μαθητών συμβάλλει στην ενημέρωση, στην ευαισθητοποίηση όσων ασχολούνται με θέματα υγείας των νέων (εκπαιδευτικοί, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, κοινωνικοί επιστήμονες και μαθητές) και στην υιοθέτηση επιθυμητών δεξιοτήτων και συμπεριφορών. Παράλληλα, μπορεί να οδηγήσει στο σχεδιασμό εκπαιδευτικών, κοινωνικών και πολιτικών παρεμβάσεων με στόχο τη διασφάλιση καλύτερων συνθηκών υγείας και μάθησης των μαθητών.

Η επιτήρηση των συμπεριφορών υγείας αποτελεί το πρώτο στάδιο διερεύνησης των αναγκών υγείας των μαθητών, προκειμένου να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν προγράμματα αγωγής υγείας που είναι σύμφωνα με τις πραγματικές – υπαρκτές ανάγκες τους και, γενικά, τις ιδιαιτερότητες κάθε σχολικής κοινότητας.

Θέματα που αφορούν στη διατροφή, τη στοματική υγεία, τη σωματική άσκηση, την πρόληψη παιδικών ατυχημάτων στο χώρο του σχολείου και εκτός αυτού, την πρόληψη της βίας, του ρατσισμού και της ξενοφοβίας μπορούν να αποτελέσουν το πεδίο της στοχευμένης παρέμβασης προς τα ίδια τα παιδιά, αλλά και προς το σύνολο της σχολικής κοινότητας.

Η παρούσα εργασία διαρθρώνεται σε δύο κύρια μέρη: Το γενικό και το ειδικό.

Στο πρώτο μέρος γίνεται μια σύντομη θεωρητική προσέγγιση θεμάτων σχετικών με τη διατροφή, τη στοματική υγιεινή, τη σωματική άσκηση, τα παιδικά ατυχήματα και την παρουσία του φαινομένου της βίας και του εκφοβισμού, με την παρουσίαση πρόσφατων επιστημονικών δημοσιευμάτων και ερευνών από τη ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία.

Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται αναλυτικά η έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε μαθητές δημοτικών σχολείων του Νομού Καβάλας. Στο πρώτο κεφάλαιο αυτού του

μέρους περιγράφεται το υλικό και η μέθοδος. Ακολουθεί η παρουσίαση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου από τους μαθητές. Αυτή γίνεται σε θεματικές ενότητες. Τέλος, γίνεται μια συνοπτική συζήτηση των κυριότερων ευρημάτων και επιχειρείται η εξαγωγή συμπερασμάτων, τα οποία μπορούν να αποτελέσουν βασικούς άξονες για στοχευμένες παρεμβάσεις στο χώρο αγωγής και προαγωγής υγείας των μαθητών στο σχολικό περιβάλλον.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κύριο Νικόλαο Σκεντέρη, Επίκουρο Καθηγητή Παιδιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για την πολύτιμη βοήθειά του σε όλη την πορεία της Μεταπτυχιακής Εργασίας.

Ακόμη, εκφράζω τις ευχαριστίες μου στα μέλη της τριμελούς επιτροπής κ.κ. Δημήτριο Αδαμίδη και Θεοδόση Παραλικά.

Επίσης, ευχαριστώ το Υπουργείο Παιδείας και δια Βίου Μάθησης και το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο για τη χορήγηση άδειας υλοποίησης της έρευνας στα σχολεία. Θερμές ευχαριστίες οφείλω στους διευθυντές, στους δασκάλους και στους μαθητές της Ε' και Στ' τάξης των Δημοτικών Σχολείων που περιελήφθησαν στην έρευνα για την ευαισθησία που έδειξαν: α) οι πρώτοι για την ανάγκη υλοποίησης της έρευνας και για την πολύτιμη ανταπόκρισή τους στη διευκόλυνση διεξαγωγής της και β) οι τελευταίοι, με την πρόθυμη συμμετοχή τους στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Ευχαριστώ την Αλεξία Τουρναβίτη για τις χρήσιμες συμβουλές της.

Τέλος, να ευχαριστήσω τον σύζυγό μου, Βασίλη, για τη συμπαράσταση και τη βοήθειά του.

# Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια στην ελληνική εκπαιδευτική πραγματικότητα υπάρχει μία έντονη ευαισθησία σε θέματα υγείας. Τόσο οι διακηρύξεις επίσημων φορέων, όπως των WHO, UNESCO, UNICEF και άλλων, όσο και η ευαισθητοποίηση ορισμένων κοινωνικών, εκπαιδευτικών, οικονομικών και πολιτισμικών παραγόντων οδήγησαν στην ανάγκη επαναπροσδιορισμού του συστήματος των αξιών απέναντι στην υγεία μέσα από τη δημιουργία εκπαιδευτικών προτάσεων – παρεμβάσεων, όπως της Αγωγής Υγείας.

Απόρροια αυτών ήταν η θεσμοθέτηση από την Πολιτεία αποφάσεων που υιοθετούσαν το θεσμό της Αγωγής Υγείας στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση της χώρας<sup>1</sup>. Στοχευμένες δράσεις της Αγωγής Υγείας στην Εκπαίδευση αποσκοπούν στην *ενημέρωση και ευαισθητοποίηση* σε θέματα υγείας, στη *γνώση και κατανόηση* των παραγόντων κινδύνου, στην *αλλαγή στάσεων και παρώθηση της αυτενεργούς συμμετοχής* του μαθητή σε θέματα που αφορούν στην υγεία του και, τέλος, στην *υιοθέτηση δεξιοτήτων* για ατομική και κοινωνική δράση που εγγυώνται την ποιότητα ζωής.

Το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο και το Υπουργείο Παιδείας στο αναλυτικό πρόγραμμα που προτείνουν για την Αγωγή Υγείας διατυπώνουν τους εξής στόχους (Φ.Ε.Κ 543/τ.Β'/0105/2002):

1. Προάσπιση και προαγωγή της ψυχικής, της σωματικής υγείας και της κοινωνικής ευεξίας
2. Αναβάθμιση της σχολικής ζωής και διασύνδεσή της με την κοινωνική πραγματικότητα
3. Πρόληψη του αποκλεισμού των νεαρών ατόμων από την κοινωνία και την αγορά εργασίας
4. Ανάπτυξη και διαμόρφωση ατόμων με κριτική στάση
5. Μείωση της σχολικής αποτυχίας και της πρόωρης εγκατάλειψης της υποχρεωτικής εκπαίδευσης

Από τότε μέχρι σήμερα πολύ ευαισθητοποιημένοι εκπαιδευτικοί εργάζονται με τους μαθητές στηριζόμενοι, κυρίως, στις ατομικές προσπάθειες και πρωτοβουλίες τους<sup>2</sup>.

Ωστόσο, είναι πολλά αυτά που μπορούν να επιτευχθούν από τη σύγχρονη εκπαιδευτική κοινότητα, ώστε η διδασκαλία γνώσεων και δεξιοτήτων να συμβαδίζει με την καθολική υιοθέτηση θετικών στάσεων υγείας από μαθητές, γονείς και εκπαιδευτικούς. Πιθανές ελλείψεις και προτάσεις για βελτιώσεις:

- Έλλειψη ειδικά καταρτισμένου εκπαιδευτικού προσωπικού σε θέματα Αγωγής Υγείας σε όλα τα επίπεδα
- Σχεδόν ανύπαρκτη εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στις ευπαθείς κοινωνικά μαθητικές ομάδες
- Ποιοτική επιμόρφωση των εκπαιδευτικών σύμφωνα με τις σύγχρονες ψυχοπαιδαγωγικές και διδακτικές αρχές
- Διακλαδική συνεργασία φορέων του Υπουργείου Παιδείας και Υγείας για την εξάπλωση της γνώσης σε θέματα υγείας
- Υιοθέτηση εκπαιδευτικής πολιτικής για την Αγωγή Υγείας, που αποϊατρικοποιεί την υγεία και μειώνει σημαντικά πολλά αρνητικά σημεία μιας μονομερούς δημόσιας πολιτικής υγείας<sup>3</sup>.

Για το σχεδιασμό παρεμβάσεων πρόληψης και προαγωγής υγείας στους μαθητές κρίνεται απαραίτητη η αξιόπιστη, έγκυρη και έγκαιρη καταγραφή των συμπεριφορών υγείας που αυτοί υιοθετούν<sup>4,5</sup>.

Την αναγκαιότητα αποτύπωσης της υπάρχουσας κατάστασης κατανόησαν επίσημοι φορείς και οργανισμοί με στόχο την καταγραφή ποιοτικών και κατανοητών δεδομένων για την εκτίμηση συμπεριφορών κινδύνου για την υγεία των μαθητών. Αναφέρονται:

- ✓ Το CDC (Centers for Disease Control and Prevention, Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών και Πρόληψης) με την ανάπτυξη ενός συστήματος επιτήρησης συμπεριφορών κινδύνου των νέων (Youth Risk Behavior Surveillance System, YRBSS)<sup>6</sup>

✓ Ο WHO (World Health Organization, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) με την Παγκόσμια Σχολική Έρευνα Υγείας των Μαθητών (Global School-based Student Health Survey, GSHS)<sup>7</sup>

✓ Το Ευρωπαϊκό Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας με την έρευνα συμπεριφορών υγείας σε παιδιά σχολικής ηλικίας (Health behavior in school-aged children, HBSC)<sup>8</sup>. Η χώρα μας συμμετέχει στην παραπάνω έρευνα, που διενεργείται από το 1998 και κάθε τέσσερα χρόνια<sup>9</sup>. Η έρευνα απευθύνεται σε μαθητές ηλικίας 11, 13 και 15 ετών και αφορά χώρες της Ευρώπης, των ΗΠΑ και τον Καναδά.

Επιπλέον, έρευνες και μελέτες για τις στάσεις των παιδιών στην Ελλάδα γίνονται κατά καιρούς από οργανισμούς, φορείς<sup>10</sup>, ερευνητικά ιδρύματα<sup>11,12</sup>, εφημερίδες, περιοδικά.

Η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται σε μαθητές του Νομού Καβάλας, προκειμένου να καταγραφούν και να εκτιμηθούν οι τάσεις και, ακολούθως, να σχεδιαστούν προγράμματα παρέμβασης και δράσης.

Συγκεκριμένα οι σκοποί της έρευνας είναι:

- ✓ Καταγραφή και αξιολόγηση δεικτών υγείας των μαθητών
- ✓ Εκτίμηση επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας
- ✓ Διερεύνηση ύπαρξης διαφοροποίησης των απαντήσεων μεταξύ πολιτισμικών ομάδων
- ✓ Υπολογισμός του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ)
- ✓ Καταγραφή συνηθειών διατροφής και άσκησης με σκοπό την ανάδειξη του προφίλ των μαθητών και τον εντοπισμό ορισμένων προβλημάτων που αναδεικνύονται από αυτές
- ✓ Εκτίμηση υγιών έξεων των μαθητών (πλύσιμο δοντιών, χεριών)
- ✓ Εκτίμηση συχνότητας άσκησης βίας και ατυχημάτων
- ✓ Αξιολόγηση της ασφαλούς μετακίνησης των μαθητών

Οι παραπάνω μείζονες συμπεριφορές επιβαρύνουν την υγεία των μαθητών και γενικότερα το σύστημα υγείας και εκπαίδευσης, αφού αποτελούν τις κύριες αιτίες θανάτου, αναπηριών και κοινωνικών προβλημάτων, τόσο των νέων όσο και των ενηλίκων στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη<sup>13,14</sup>.

### 1.1 Δράσεις και στρατηγικές του WHO

Ο WHO με τη διάσκεψη της Alma-Ata το 1978 υιοθέτησε την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τη στρατηγική «Υγεία για Όλους»<sup>15</sup>. Δέκα χρόνια σχεδόν μετά και συγκεκριμένα το 1986, ο WHO με τη διακήρυξη της Οτάβας θεσμοθέτησε την πολιτική της Προαγωγής Υγείας (Health Promotion) και έθεσε τη στρατηγική επιδίωξη «Υγεία για Όλους το 2000». Αυτή αποσκοπεί στην ενίσχυση μιας πολιτικής δημόσιας υγείας, στην αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, στον επαναπροσανατολισμό των υγειονομικών υπηρεσιών και στην ενίσχυση παραγόντων που επιδρούν θετικά στην ανθρώπινη υγεία διαμορφώνοντας υγιείς στάσεις και συμπεριφορές<sup>16</sup>. Με τη λήξη της στρατηγικής «Υγεία για Όλους το 2000», ο WHO οδηγήθηκε στην 48<sup>η</sup> Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας και στη λήψη της απόφασης WHA 48.16 για την ανάπτυξη μιας νέας παγκόσμιας πολιτικής υγείας που να ανταποκρίνεται στις προκλήσεις του 21<sup>ου</sup> αιώνα. Το Μάιο του 1998, στην 51<sup>η</sup> Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας, αποφασίστηκε η πολιτική «Υγεία για Όλους τον 21<sup>ο</sup> αιώνα»<sup>17</sup>.

Το 1995 ο WHO εδραιώνει το θεσμό της σχολικής υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Η πρωτοβουλία αυτή αποσκοπεί στη βελτίωση της υγείας των μαθητών, του σχολικού προσωπικού, των οικογενειών και άλλων μελών της κοινότητας με την ενδυνάμωση της προαγωγής υγείας μέσα από εκπαιδευτικές δραστηριότητες σε τοπικό, εθνικό, περιφερειακό και παγκόσμιο επίπεδο<sup>18</sup>. Εγκαθιδρύονται, επίσης και ενδυναμώνονται σχολεία που θα αποκαλούνται «Σχολεία Προαγωγής της Υγείας» (Health Promoting Schools)<sup>19</sup>. Βασικός στόχος είναι η προαγωγή ενός υγιούς περιβάλλοντος διαβίωσης, μάθησης και εργασίας.

Η στρατηγική των προγραμμάτων του Π.Ο.Υ περιλαμβάνεται στα παρακάτω<sup>20</sup>:

- έρευνα για βελτίωση των σχολικών προγραμμάτων υγείας. Η αξιολόγηση της έρευνας και της γνώμης των ειδικών αναλύεται και αξιοποιείται για την περιγραφή της φύσης και της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων σχολικής υγείας.
- δημιουργία των προϋποθέσεων για τη βελτίωση και τη στήριξη των σχολικών προγραμμάτων υγείας. Γενικεύεται η τεχνογνωσία που ενσωματώνει την έρευνα και τη γνώμη των ειδικών. Κάθε τεχνοκρατικό κείμενο που παράγεται συμβάλλει στην ανάδειξη ενός σημαντικού προβλήματος υγείας, προσδιορίζει τα χαρακτηριστικά ενός

ολοκληρωμένου προγράμματος σχολικής υγείας και παρέχει καθοδήγηση για την επίτευξη του στόχου.

- ενδυνάμωση των εθνικών προσπαθειών. Προωθείται η συνεργασία μεταξύ των εκπαιδευτικών και υγειονομικών αρχών και παρέχεται βοήθεια στις χώρες, ώστε να αναπτύξουν στρατηγικές και προγράμματα για τη βελτίωση της υγείας μέσα από το περιβάλλον του σχολείου.

- δημιουργία δικτύων και συνεργασιών για την ανάπτυξη των σχολείων προαγωγής υγείας. Τοπικά δίκτυα για την ανάπτυξη των σχολείων προαγωγής υγείας έχουν ιδρυθεί στην Ευρώπη, τον Δυτικό Ειρηνικό και τη Λατινική Αμερική. Μία παγκόσμια συνεργασία μπορεί να παρέχει τη δυνατότητα στις επαγγελματικές διδασκαλικές ενώσεις, σε παγκόσμιο επίπεδο, να βελτιώσουν την υγεία μέσα από το σχολείο. Σε αυτήν τη συνεργασία συμμετέχουν διεθνείς εκπαιδευτικοί οργανισμοί, κέντρα για τον έλεγχο και την πρόληψη των ασθενειών, η UNESCO, η Οργάνωση των Ηνωμένων Εθνών κατά του AIDS και άλλοι διεθνείς οργανισμοί. Η πρωτοβουλία του Π.Ο.Υ για την παγκόσμια σχολική υγεία προσκαλεί όλους τους κυβερνητικούς και μη οργανισμούς, όπως και αυτούς του συστήματος των Ηνωμένων Εθνών, τοπικές αρχές, καθώς και τον ιδιωτικό τομέα να βοηθήσουν στην μετεξέλιξη των σχολείων σε σχολεία που προάγεται η υγεία.

Ένα σχολείο προαγωγής της υγείας<sup>21</sup>:

- Προάγει την υγεία και τη μάθηση με όλα τα διαθέσιμα μέσα
- Παροτρύνει όσους εμπλέκονται στην εκπαίδευση και την υγεία - την εκπαιδευτική και υγειονομική ηγεσία, τους δασκάλους, τις διδασκαλικές ενώσεις, τους μαθητές, τους γονείς, τους επαγγελματίες υγείας και τους «ηγέτες» της εκάστοτε κοινότητας - να προχωρήσουν σε ενέργειες που θα κάνουν το σχολείο ένα πιο υγιή τόπο διαβίωσης

- Αγωνίζεται για την παροχή ενός υγιούς περιβάλλοντος σχολικής εκπαίδευσης και σχολικών υπηρεσιών υγείας με την εφαρμογή προγραμμάτων υγείας και ενημέρωσης σε θέματα που αφορούν στη διατροφή και την ασφάλεια των τροφίμων, ευκαιριών για αθλητική εκπαίδευση και αναψυχή, καθώς και προγραμμάτων συμβουλευτικής, κοινωνικής υποστήριξης και προαγωγής της ψυχικής υγείας

- Εφαρμόζει πολιτικές και πρακτικές που σέβονται την ατομική ευημερία και αξιοπρέπεια, παρέχοντας πολλαπλές ευκαιρίες επιτυχίας και αναγνωρίζοντας τις καλές προσπάθειες και τις προσωπικές επιτυχίες του καθενός
- Αγωνίζεται για τη βελτίωση της υγείας του σχολικού προσωπικού, των οικογενειών και των μελών της κοινότητας, καθώς και των μαθητών και συνεργάζεται με τους ηγέτες της κοινότητας για να τους βοηθήσει να κατανοήσουν πώς η κοινότητα συνεισφέρει ή υπονομεύει την υγεία και την εκπαίδευση.

Τα σχολεία προαγωγής υγείας επικεντρώνονται:

- Στη φροντίδα του ατόμου και του συνόλου
- Στη λήψη αποφάσεων για την υγεία και τον έλεγχο απειλητικών καταστάσεων για την υγεία
- Στη δημιουργία συνθηκών που προάγουν την υγεία
- Στη εξασφάλιση των προϋποθέσεων για ειρήνη, στέγαση, εκπαίδευση, διατροφή, εισόδημα, υγιές οικοσύστημα, ισότητα στην πράξη, κοινωνική δικαιοσύνη, σταθερή ανάπτυξη
- Στην πρόληψη των κύριων αιτιών θανάτου, ασθενειών και αναπηρίας, όπως της χρήσης του καπνού, του AIDS/HIV, της καθιστικής ζωής, των ναρκωτικών και του αλκοόλ, της βίας, των τραυματισμών και της ανθυγιεινής διατροφής
- Στη διαμόρφωση των συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία, τροποποιώντας γνώσεις, δεξιότητες, απόψεις, ικανότητες, στάσεις και αξίες.

### 1.2 Η πολιτική υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Η δημόσια υγεία μπήκε στην πολιτική ατζέντα της Ευρωπαϊκής Ένωσης με την συνθήκη του Μάαστριχτ το 1992. Το 129 άρθρο της συνθήκης αναφέρεται στη δημόσια υγεία και στην πρόληψη ως εξής<sup>22</sup>: «Η κοινότητα συμβάλλει στην εξασφάλιση ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινης ζωής ενθαρρύνοντας τη συνεργασία μεταξύ των κρατών - μελών και, εάν είναι απαραίτητο, ενισχύοντας τη δράση τους. Η δράση της Κοινότητας αφορά στην πρόληψη των ασθενειών και κυρίως αυτών που θεωρούνται μεγάλη μάστιγα, συμπεριλαμβανομένης και της τοξικομανίας, ευνοώντας την έρευνα σχετικά με τα αίτια και την μετάδοσή τους, καθώς και την ενημέρωση και

την εκπαίδευση στον τομέα της υγείας. Οι απαιτήσεις στον τομέα της προστασίας της υγείας αποτελούν συνισταμένη των άλλων πολιτικών της Κοινότητας».

Το ενδιαφέρον της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία των πολιτών και τη διασφάλιση της Δημόσιας Υγείας καταφαίνεται και στη Συνθήκη του Άμστερνταμ. Στο άρθρο 152 ορίζεται<sup>23</sup>:

*«Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Κοινότητας, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου. Η δράση της Κοινότητας, η οποία συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, αποβλέπει στη βελτίωση της Δημόσιας Υγείας, καθώς και στην πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας σε όλες τις μορφές της και στην αποτροπή των πηγών κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία. Η δράση αυτή καλύπτει την καταπολέμηση των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας στον τομέα της υγείας, ευνοώντας τη διερεύνηση των αιτιών τους, της μετάδοσης και της πρόληψής τους, καθώς και την ενημέρωση και την διαπαιδαγώγηση στον τομέα της υγείας. Η Κοινότητα συμπληρώνει τη δράση των κρατών – μελών για τη μείωση της βλάβης που προκαλούν στην υγεία τα ναρκωτικά, συμπεριλαμβανομένης της ενημέρωσης και της πρόληψης».*

Το 2000 η Ευρωπαϊκή Ένωση ανακοίνωσε τη στρατηγική για τη Δημόσια Υγεία της περιόδου 2000-2008, δίνοντας έμφαση σε τρεις τομείς (COM 2000/285 τελικό):

1. Βελτίωση της πληροφόρησης και της γνώσης για την υγεία, που απευθύνεται σε όλα τα επίπεδα της κοινωνίας
2. Θέσπιση μηχανισμού ταχείας δράσης αντιμετώπισης μεγάλων απειλών για την υγεία
3. Αντιμετώπιση καθοριστικών παραγόντων υγείας.

Στις 23 Οκτωβρίου 2007 εγκρίθηκε μια νέα στρατηγική με τίτλο: «Μαζί για την υγεία: Μια Στρατηγική Προσέγγιση για την Ευρωπαϊκή Ένωση 2008 – 2013» με την απόφαση 1350/2007/ΕΚ<sup>24,25</sup>.

Η νέα στρατηγική επικεντρώνεται σε τέσσερις αρχές που θα αποτελέσουν τους βασικούς στόχους επίτευξης στα επόμενα χρόνια<sup>26</sup>:

- 1<sup>η</sup> Αρχή: Στρατηγική με βάση κοινές αξίες για την υγεία

- 2<sup>η</sup> Αρχή: Η υγεία είναι το μεγαλύτερο αγαθό
- 3<sup>η</sup> Αρχή: «Συμπερίληψη» της υγείας σε όλες τις πολιτικές
- 4<sup>η</sup> Αρχή: Ενδυνάμωση της φωνής της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε θέματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο.

Με βάση αυτές τις αρχές, οι στόχοι που επιδιώκονται για το 2008-2013 είναι:

- Κατάκτηση υψηλού επιπέδου σωματικής και ψυχικής υγείας και μεγαλύτερης ισότητας σε θέματα υγείας σε ολόκληρη την κοινότητα
- Πρόληψη ασθενειών και εξάλειψη πηγών κινδύνου για την υγεία με σκοπό την καταπολέμηση της νοσηρότητας και πρόωρης θνησιμότητας
- Απόκτηση και διάδοση γνώσεων και πληροφοριών σχετικά με την υγεία.

Η πραγματοποίηση των στόχων θα γίνεται με τη δημιουργία και τη λειτουργία ενός μόνιμου συστήματος παρακολούθησης της υγείας. Μέσα από αυτό το σύστημα θα παράγονται συγκρίσιμες πληροφορίες, όσον αφορά στη συμπεριφορά σε θέματα υγείας του πληθυσμού, επιδημιολογικών δεικτών και λειτουργίας των συστημάτων υγείας. Το πρόγραμμα αυτό θα είναι συμπληρωματικό ως προς τις δραστηριότητες και το έργο του κοινοτικού στατιστικού προγράμματος και άλλων διεθνών οργανισμών.



Μ

η απληστεύου εν πάση τρυφή και μη εκχυθής επί εδεσμάτων· εν πολλοίς γαρ βρώμασιν έσται πόνος, και η απληστία εγγιεί έως χολέρας. δι' απληστίαν πολλοί ετελεύτησαν, ο δε προσέχων προσθήσει ζωήν.

Σοφία Σειράχ λζ' 29-31

## 2. ΔΙΑΤΡΟΦΗ

### 2.1 Γενικά

Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο πως η σωστή διατροφή διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας. Επιπλέον, είναι αποδεδειγμένο ότι η Μεσογειακή Διατροφή παρουσιάζει χαμηλούς δείκτες θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο, καθώς και από διάφορες μορφές νεοπλασιών, ενώ η παχυσαρκία διαπιστώνεται σε πολύ μικρό ποσοστό του πληθυσμού.

Είναι επίσης σαφές ότι η νοσολογία των ενηλίκων έχει τις εγγραφές της στις εκτροπές της παιδικής ηλικίας, αλλά και οι διατροφικές συνήθειες στο μαθητικό και γενικότερα στον παιδικό πληθυσμό διατηρούνται και επιδεινώνονται με την πάροδο της ηλικίας.

Είναι προφανής, λοιπόν, η σπουδαιότητα και η ανάγκη μελέτης του θέματος.

### 2.2 Η σημασία της διατροφής

Η διατροφή αποτελεί για τον οργανισμό πρωταρχική ανάγκη μιας και συμβάλλει τόσο στη συντήρηση και στην ομαλή λειτουργία, όσο και στην ανάπτυξή του, όταν βρίσκεται στην αντίστοιχη ηλικία<sup>27</sup>. Είναι αδιαμφισβήτητο ότι αυτή αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της καθημερινής ζωής και συντελεί στη σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου<sup>28</sup>.

Η πρόσληψη της τροφής καλύπτει: 1) *την αύξηση*, γιατί παρέχει τους απαραίτητους οικοδομικούς λίθους των κυττάρων για την κατασκευή των ιστών και την ανάπτυξη του σώματος, πριν από την ενηλικίωση 2) *τη συντήρηση* του οργανισμού με την ανάπλαση και την αποκατάσταση της βιολογικής ύλης, των κυττάρων και των ιστών του οργανισμού που έχουν φθαρεί και 3) *τις ενεργειακές απαιτήσεις* του οργανισμού με τις λειτουργίες του βασικού μεταβολισμού, της θερμορύθμισης και της παραγωγής ενέργειας κατά τη στάση, τη βάδιση και την εργασία<sup>29</sup>.

### 2.3 Τι ονομάζουμε διατροφή

Είναι αλήθεια ότι η υγιεινή διατροφή παίρνει ποικίλες μορφές και γίνεται κατανοητή διαφορετικά μεταξύ των χωρών και των διαφορετικών πολιτισμών.

Η διατροφική ευεξία εξαρτάται από την κατανάλωση ασφαλών τροφίμων ως μέρος μιας κατάλληλης και ισορροπημένης διαίτας, η οποία παρέχει επαρκείς ποσότητες θρεπτικών συστατικών σε σχέση με τις σωματικές απαιτήσεις.

Αντίθετα, η κακή διατροφή είναι μία φυσική κατάσταση, η οποία είναι αποτέλεσμα είτε μιας ακατάλληλης ή ανεπαρκούς διατροφής, όπως μια δίαιτα που περιέχει περισσότερα ή λιγότερα από τα αναγκαία θρεπτικά συστατικά, είτε μιας φυσικής αδυναμίας να απορροφήσει τα συστατικά αυτά και να τα μεταβολίσει. Η κακή διατροφή περιλαμβάνει την υπερθρεψία/επισιτισμό, την υποθρεψία και τον υποσιτισμό<sup>30,31,38</sup>. Οι διατροφικές παρεκτροπές μπορεί να οφείλονται σε ποικίλους παράγοντες, όπως είναι οι λοιμώξεις που οδηγούν σε ανορεξία και δυσαπορρόφηση<sup>32</sup>, η φτώχεια ή η έλλειψη πρόσβασης σε τροφή, ο τρόπος παρασκευής των τροφίμων και η ελλιπής πληροφόρηση σε θέματα διατροφής και υγείας.

Εκτιμάται ότι πάνω από 800 εκατομμύρια ανθρώπων σε όλο τον πλανήτη δεν έχουν πρόσβαση σε τροφή για να ικανοποιήσουν τις καθημερινές βασικές ανάγκες σε ενέργεια και πρωτεΐνες, ενώ περισσότερα από 3 δισεκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από έλλειψη βασικών ιχνοστοιχείων, όπως το ιώδιο (I), η βιταμίνη Α και ο σίδηρος (Fe)<sup>33</sup>. Έτσι, οι παρεμβάσεις είναι απαραίτητες για να πετύχουμε μια υγιεινή διατροφή προσβάσιμη από όλους παντού και πάντα.

### 2.4 Γιατί είναι απαραίτητη η ισορροπημένη διατροφή

Η καλή διατροφή ενισχύει τη μαθησιακή ικανότητα, τη διανοητική ανάπτυξη και την ευεξία των μαθητών<sup>34,35</sup>. Η καλή υγεία και η διατροφή είναι αναγκαία για την επίτευξη των εκπαιδευτικών και μαθησιακών στόχων. Πολλές είναι οι μελέτες που παρουσιάζουν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διατροφικής κατάστασης του παιδιού και των θετικών αποτελεσμάτων σε γνωστικές δοκιμασίες (cognitive test)

ή τη σχολική επιτυχία<sup>35,36,37</sup>. Αντίθετα, ο υποσιτισμός και η υποθρεψία που παρατηρούνται σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες ή σε ευπαθείς κοινωνικά πληθυσμούς αναπτυσσόμενων χωρών, αποδυναμώνει τη μαθησιακή ετοιμότητα, την ευεξία των παιδιών, παρεμποδίζει την ανάπτυξη και, σε ορισμένες περιπτώσεις, προκαλεί τον θάνατο.

Η σωστή και ισορροπημένη διατροφή σε μικρή ηλικία αυξάνει τις πιθανότητες για μια υγιή ενηλικίωση και γήρανση. Ιδιαίτερα τα κορίτσια επωφελούνται διπλά, γιατί αυτή συμβάλλει στη δική τους σωστή ανάπτυξη και στις διατροφικές συνήθειες που έχουν μεγάλη σημασία στην περίοδο της εγκυμοσύνης, της γαλουχίας και της διατροφής των παιδιών τους.

Ακόμη, μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών που σχετίζονται με τη λήψη τροφής (ψυχογενής βουλιμία και ανορεξία), οι οποίες παρουσιάζονται ως κύρια απειλή για την υγεία των εφήβων και μπορεί να οδηγήσουν στο θάνατο. Ψυχολογική υποστήριξη, ιατρική φροντίδα και διαιτητικές συμβουλές μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη και τη θεραπεία αυτών των διατροφικών διαταραχών<sup>38</sup>.

Μακροπρόθεσμα, η εκπαίδευση και η καλή διατροφή ενισχύει την οικονομία. Επαρκής και σωστή διατροφή είναι απαραίτητη ώστε τα παιδιά να γίνουν δραστήριοι και παραγωγικοί ενήλικες<sup>39</sup>, ικανοί να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της ζωής. Άνθρωποι που είναι καλά διατρεφόμενοι και εκπαιδευμένοι είναι σαφώς πιο παραγωγικοί και, συνεπώς, βελτιώνουν το δικό τους εισόδημα για να συνεισφέρουν και στην εθνική οικονομία<sup>34</sup>.

Τέλος, συμβάλλει στη μείωση του κινδύνου που οδηγεί στα κυριότερα σύγχρονα προβλήματα υγείας. Όπως είναι γνωστό, τόσο η ποσότητα όσο και η έλλειψη ισορροπίας ανάμεσα στις βασικές ομάδες τροφίμων δημιουργούν τις διατροφικές εκτροπές που είναι υπεύθυνες για μια πλειάδα νοσολογικών καταστάσεων, όπως της παχυσαρκίας, της στεφανιαίας νόσου της καρδιάς, των αγγειακών επεισοδίων, του σακχαρώδη διαβήτη και ορισμένων καρκίνων. Μελέτες καταδεικνύουν ότι οι πρώτες ενδείξεις των χρόνιων νόσων αρχίζουν από τη νεότητα<sup>40</sup>. Όπως η παχυσαρκία, αν εμφανιστεί σε μικρή ηλικία τείνει να εξακολουθεί να υπάρχει και στην ενήλικη ζωή<sup>41</sup>.

### 2.5 Το πρόβλημα της παχυσαρκίας

Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στην παχυσαρκία των βρεφών, των παιδιών και των ενηλίκων, η οποία θεωρείται ότι είναι το κυριότερο πρόβλημα παγκοσμίως και μία από τις τρεις σημαντικότερες αιτίες θανάτου για τους κατοίκους των αναπτυγμένων χωρών<sup>42</sup>. Ως παχυσαρκία ορίζεται η κατάσταση στην οποία το λίπος στο σώμα είναι τόσο εκτεταμένο ώστε να προκαλεί κίνδυνο για την υγεία του ατόμου<sup>43</sup>.

Για τον έλεγχο της παχυσαρκίας έχει καθιερωθεί να χρησιμοποιείται ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) που υπολογίζεται από το πηλίκο του βάρους (σε κιλά) δια του ύψους (σε μέτρα) στο τετράγωνο ( $\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{β}\acute{\alpha}\rho\omicron\varsigma / \acute{\upsilon}\psi\omicron\varsigma^2$ ).

Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας στους ενήλικες είναι 10%-25% στις περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, 20%-25% σε ορισμένες χώρες της Αμερικής, μέχρι 40% σε ορισμένες χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και πάνω από 50% σε ορισμένες χώρες στο Δυτικό Ειρηνικό. Τα ποσοστά της παχυσαρκίας διπλασιάζονται κάθε 5 έως 10 χρόνια σε πολλά μέρη του κόσμου<sup>31</sup>. Στην Ελλάδα ο επιπολασμός της παχυσαρκίας στο γενικό πληθυσμό είναι από τους υψηλότερους των χωρών της Δυτικής Ευρώπης (22,1%)<sup>44</sup>. Όσον αφορά στην παιδική παχυσαρκία στην Ευρωπαϊκή Ένωση, υπολογίζεται περίπου ότι 3 εκατομμύρια παιδιά είναι υπέρβαρα. Ο αριθμός αυτός αυξάνει κατά 400.000 κάθε χρόνο. Τα υπέρβαρα παιδιά καταλαμβάνουν το 25% στην Ενωμένη Ευρώπη με ορισμένες χώρες να ξεπερνούν το 30%<sup>45</sup>.

Δίκαια, λοιπόν, το πρόβλημα της παχυσαρκίας και ιδιαίτερα η παιδική έχει χαρακτηριστεί ως «επιδημία»<sup>46,47,48,49,50</sup> και αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα των αναπτυγμένων κοινωνιών με αυξητικές τάσεις σε πολλές χώρες όσο και στη χώρα μας<sup>51</sup>.

Η παχυσαρκία κατά την παιδική και εφηβική ηλικία συνδέεται με γενετικούς παράγοντες<sup>52,53</sup> και με τον τρόπο ζωής. Σημαντικότερη αιτία της παχυσαρκίας είναι η υιοθέτηση ανθυγιεινών προτύπων διατροφής και η καθιστική ζωή, που περιλαμβάνει και την πολύωρη χρήση της τηλεόρασης και του ηλεκτρονικού υπολογιστή<sup>54</sup>.

Η παχυσαρκία οδηγεί σε χρόνιες παθήσεις, όπως σακχαρώδη διαβήτη, αυξημένη αρτηριακή πίεση, αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης, αρτηριοσκλήρυνση και ορισμένες μορφές καρκίνου<sup>55,56</sup>. Επίσης, αγγειοεγκεφαλικά επεισόδια και καρδιακές προσβολές<sup>57,58</sup>. Οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας στους εφήβους επηρεάζουν αρνητικά τις κοινωνικο-οικονομικές παραμέτρους στην ενήλικη ζωή, γιατί συνοδεύονται με χαμηλή αυτοεκτίμηση, άγχος για τα περιττά κιλά και την εξωτερική εμφάνιση (επαγγελματική αποκατάσταση, γάμος, κ.ά.). Τέλος, οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι μαθητές αποτελούν συχνά στόχο εκφοβισμού και είναι επιρρεπείς σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, όπως στη χρήση ουσιών<sup>55,59</sup>. Μειώνοντας τη θερμιδική πρόσληψη<sup>38</sup> και αυξάνοντας τη φυσική δραστηριότητα<sup>58,60</sup> μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης της παχυσαρκίας.

### 2.6 Μεσογειακή διατροφή

Στοιχεία θνησιμότητας του ΠΟΥ παρέχουν ισχυρές ενδείξεις πως κάτι ασύνηθες επηρεάζει την υγεία των μεσογειακών λαών. Γίνεται όλο και ευρύτερα αποδεκτό ότι αρκετές πλευρές της μεσογειακής διατροφής και ειδικότερα η κατανάλωση ελαιόλαδου σε συνδυασμό με λαχανικά και όσπρια μπορούν να προσφέρουν σε μεγάλο βαθμό προστασία από ένα ευρύ φάσμα χρονίων νοσημάτων<sup>61</sup>.

Για πολλά χρόνια το διατροφικό πρόβλημα των Ελλήνων ήταν η ποσοτική επάρκεια, ενώ η ποιοτική άποψη της διατροφής τους ήταν βασικά σωστή. Υπήρχε, δηλαδή, μια σωστή έμφαση στο ψωμί, στα όσπρια, στα φρούτα, στα λαχανικά και στο λάδι, περιορίζοντας την κατανάλωση του κρέατος. Εδώ και μερικά χρόνια, όμως, στην Ελλάδα, οι διατροφικές επιλογές των παιδιών και των εφήβων έχουν λάβει ανησυχητική στροφή: από «παραδοσιακού ή μεσογειακού» τύπου, οι οποίες είναι πιο υγιεινές συγκρινόμενες με τις «δυτικού» τύπου, με την υιοθέτηση διατροφικών συνηθειών και προτύπων διαβίωσης, που έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία<sup>62</sup>.

Σύγχρονες έρευνες δείχνουν ότι τα Ελληνόπουλα, συγκεκριμένα, τρώνε υπερβολικά και, κατά τεκμήριο, όχι σωστά, με συνέπεια:

- Να είναι παχύσαρκα
- Η στάθμη των λιπιδίων να είναι δυσανάλογα υψηλή, ιδίως για τα παιδιά του αστικού πληθυσμού

- Η λανθάνουσα σιδηροπενία να είναι συχνότερη στα Ελληνόπουλα παρά στα παιδιά άλλων υγειονομικά προηγμένων χωρών
- Η συχνότητα της τερηδόνας να είναι πολύ μεγάλη, τόσο στον αστικό όσο και στον αγροτικό πληθυσμό του τόπου.

Τα παραπάνω στοιχεία δε σκιαγραφούν μόνο την υγεία του μαθητικού πληθυσμού της χώρας, αλλά προδιαγράφουν και την υγεία του πληθυσμού των ενηλίκων στις δεκαετίες που θα ακολουθήσουν<sup>63</sup>.

Κρίνεται επιτακτική, επομένως, η ανάγκη υιοθέτησης υγιεινών διατροφικών συνηθειών. Αυτές είναι:

- ✓ Η καθημερινή λήψη πρωινού γεύματος<sup>64</sup>, γιατί η παράλειψή του επηρεάζει αρνητικά τις γνωστικές και μαθησιακές δυνατότητες των μαθητών<sup>65</sup> και οδηγεί σε λήψη τροφών χαμηλής θρεπτικής αξίας και συνακόλουθα στον κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας<sup>66</sup>
- ✓ Η στροφή προς τη Μεσογειακή Διατροφή με την καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών<sup>67</sup>, την αποφυγή του ζωικού λίπους, με έμφαση στην κατανάλωση ελαιόλαδου
- ✓ Η αποφυγή αναψυκτικών<sup>68</sup> και τροφίμων που περιέχουν πολύ αλάτι και ζάχαρη

Διαχρονικά, στη χώρα μας, η κατανάλωση κρέατος και γαλακτοκομικών προϊόντων στο γενικό πληθυσμό αυξήθηκε κατά 100-130%, σύμφωνα με μελέτη της FAO<sup>69</sup> τις δύο πρώτες δεκαετίες μετά το 1960 και συνέχισε αυτή την πορεία ανοδικά, με βραδύτερους όμως ρυθμούς.

Αντίστοιχη πορεία ακολούθησε η ημερήσια πρόσληψη λαχανικών και πατάτας. Αντίθετα, μια σημαντική μείωση παρατηρήθηκε στην κατανάλωση οσπρίων και δημητριακών. Μια μικρή αύξηση σημείωσε η κατανάλωση φρούτων. Η χρήση της ζάχαρης υπερδιπλασιάστηκε και η κατανάλωση των ζωικών λιπών σημείωσε αύξηση από τη δεκαετία του 1980. Η κατανάλωση του ελαιολάδου παραμένει υψηλή<sup>70</sup>. Παρά την παρατηρούμενη αύξηση της κατανάλωσης ζωικών λιπών και ζάχαρης, η χώρα μας διατηρεί, συγκριτικά με τις άλλες χώρες, την υψηλότερη κατά κεφαλή κατανάλωση λαχανικών, οσπρίων, φρούτων και δημητριακών.

Ταυτόχρονη αύξηση (25,9%) παρατηρείται και στη μέση κατά κεφαλή κατανάλωση θερμίδων στο γενικό πληθυσμό, με 2912 θερμίδες το χρονικό διάστημα 1961-1963, αυξήθηκαν σε 3666 θερμίδες το 2003. Έτσι, ενώ τη δεκαετία το '60 η χώρα μας συγκαταλέγονταν σε εκείνες της Δυτικής Ευρώπης με χαμηλότερη μέση κατανάλωση θερμίδων, έφτασε το 2000 να ανήκει στις υψηλότερες<sup>44</sup>.

### 2.7 Διατροφικές επιλογές του μαθητικού πληθυσμού

Στο σημείο αυτό κρίνεται απαραίτητη η αποτίμηση της κατάστασης των διατροφικών προτιμήσεων του μαθητικού πληθυσμού.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας HBSC στην Ελλάδα για τις ηλικιακές ομάδες 11, 13 και 15 ετών<sup>71</sup>:

➤ 1 στα 3 παιδιά καταναλώνουν καθημερινά φρούτα και λαχανικά. Μάλιστα από το 1998 ως το 2006 διαπιστώνεται μια σημαντική μείωση στην καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Για την κατανάλωση των φρούτων από 81,4% σε 30,2% και των λαχανικών από 42,7% σε 31,8%

➤ Αντίθετα, 2 στους 5 μαθητές (45,3%) καταναλώνουν γλυκίσματα ή αναψυκτικά που περιέχουν ζάχαρη τουλάχιστον πέντε μέρες την εβδομάδα. Μεταξύ του 1998 και του 2006 παρατηρείται περιορισμός του αριθμού των μαθητών που καταναλώνουν γλυκά ή αναψυκτικά

➤ Μόνο 35% των εφήβων παίρνουν πρωινό καθημερινά. Τα κορίτσια παραλείπουν το πρωινό σε μεγαλύτερο ποσοστό (38,3%) από ότι τα αγόρια (31,6%). Με την αύξηση της ηλικίας αυξάνεται σημαντικά το ποσοστό των μαθητών που δεν παίρνουν το πρωινό τις καθημερινές (30,5%, 35,7% και 38% για τους 11χρονους, τους 13χρονους και τους 15χρονους αντίστοιχα). Το 5,4% των παιδιών δεν παίρνουν ποτέ πρωινό. Διαχρονικά, από το 2002 ως το 2006 παρατηρείται μείωση στη λήψη πρωινού τις καθημερινές από 51,4% σε 47,2%

➤ Σχεδόν 1 στους 5 μαθητές (18,3%) έχει σωματικό βάρος μεγαλύτερο από το ενδεδειγμένο. Το ποσοστό των αγοριών είναι διπλάσιο (24,5%) έναντι των κοριτσιών (12,8%) και για τις τρεις ηλικιακές ομάδες. Οι υπέρβαροι είναι 16% (το 21% των αγοριών και το 11% των κοριτσιών) του συνόλου των μαθητών, ενώ οι παχύσαρκοι το 2,4% (το 3,4% των αγοριών και το 1,6% των κοριτσιών). Από το 1998 ως το 2006 αυξάνεται ο ΔΜΣ και στα δύο φύλα (από 19,8 το 1998 σε 20,2% το 2006).



Η Ελλάδα, σε σύγκριση με άλλες χώρες του προγράμματος HBSC/WHO, παρουσιάζει τα ακόλουθα<sup>71</sup>:

Το ποσοστό των μαθητών στην Ελλάδα που τρώνε καθημερινά πρωινό είναι χαμηλότερο από το μέσο όρο των εφήβων των χωρών της έρευνας στις τρεις ηλικιακές ομάδες. Γενικά, τα ποσοστά των μαθητών που τρώνε καθημερινά πρωινό στις διάφορες χώρες κυμαίνεται από 34% μέχρι 91%. Τα χαμηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στους μαθητές της Σλοβενίας, του Ισραήλ και της Ελλάδας, ενώ τα υψηλότερα στην Ολλανδία, Πορτογαλία, Σουηδία και Ισπανία. Στις περισσότερες χώρες τα κορίτσια τρώνε τουλάχιστον μια φορά την ημέρα φρούτα σε υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τα αγόρια. Ακόμη, στις περισσότερες χώρες, όσο αυξάνει η ηλικία των εφήβων τόσο μειώνεται το ποσοστό αυτών που τρώνε τουλάχιστον μια φορά την ημέρα φρούτα. Τα ποσοστά των μαθητών που καταναλώνουν μια φορά την ημέρα φρούτα κυμαίνεται από 10% - 56%. Τα υψηλότερα ποσοστά καταλαμβάνουν οι μαθητές της Αγγλίας, του Βελγίου και της Πορτογαλίας, ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά κατέχουν οι μαθητές της Φινλανδίας, Λετονίας και Γροιλανδίας.

Για τους μαθητές που πίνουν τουλάχιστον μια φορά την ημέρα αναψυκτικά παρατηρείται ότι τα ποσοστά αυξάνονται με την πρόοδο της ηλικίας. Οι μαθητές στην Ελλάδα πίνουν αναψυκτικά σε χαμηλότερο ποσοστό από το μέσο όρο των μαθητών των χωρών της έρευνας. Τα ποσοστά μεταξύ των χωρών κυμαίνονται από 2% μέχρι 53%. Τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στους μαθητές της Βουλγαρίας, του Βελγίου, του Ισραήλ και της Μάλτας, ενώ τα χαμηλότερα στους εφήβους της Δανίας, της Φινλανδίας και της Σουηδίας.

Το πρόβλημα της παχυσαρκίας εμφανίζεται εντονότερο στις ηλικίες 7-11 ετών. Όσον αφορά στη γεωγραφική κατανομή του φαινομένου, υψηλότερη συχνότητα παρουσιάζεται σε χώρες της νότιας Ευρώπης, με ποσοστά που ξεπερνούν το 30% των παιδιών ηλικίας 7-11 ετών<sup>72</sup>.

Στις περισσότερες χώρες της έρευνας τα κορίτσια είναι λιγότερο υπέρβαρα ή παχύσαρκα έναντι των αγοριών. Στην Ελλάδα, το ποσοστό των υπέρβαρων/παχύσαρκων αγοριών είναι σαφώς αυξημένο σε σχέση με το μέσο όρο των αγοριών των χωρών της έρευνας. Τα ποσοστά των εφήβων που είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι κυμαίνονται στις διάφορες χώρες από 4% μέχρι 35%. Τα υψηλότερα

ποσοστά καταλαμβάνουν οι μαθητές της Μάλτας, των ΗΠΑ, της Πορτογαλίας και του Καναδά, ενώ τα χαμηλότερα της Λετονίας, της Λιθουανίας, της Ολλανδίας και της Ελβετίας.

Α

σκει των περί το σώμα γυμνασίων, μη τα προς ρώμην, αλλά τα προς την υγείαν· τούτου δ' αν επιτύχοις, ει λήγοις των πόνων, έτι πονείν δυνάμενος.

(«Προς Δημόνικον» 14)

Ισοκράτης

Τ

α τε υπερβάλλοντα γυμνάσια και τα ελλείποντα φθείρει την ισχύν.

Αριστοτέλης

Σ

ana mensin, corpore sano.

Ιουβενάλης

Δ

ει τους μέλλοντας αγαθούς άνδρας γενέσθαι, το μεν σώμα γυμνασίοις ασκείν, την δε ψυχήν παιδεύειν.

Αντισθένης

### 3. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

#### 3.1 Τι ονομάζουμε σωματική άσκηση

Ως φυσική άσκηση ορίζεται κάθε σωματική κίνηση, που παράγεται από τους σκελετικούς μύες και η οποία προκαλεί ενεργειακές καύσεις<sup>73</sup>. Ανάλογα με την ένταση διακρίνεται σε: χαμηλή, μέτρια και έντονη. Αντίθετα, η καθιστική ζωή παραπέμπει στην απουσία ή στη μειωμένη σωματική δραστηριότητα.

Τα αποτελέσματα της σωματικής άσκησης στην υγεία εξαρτώνται από την ένταση, τη συχνότητα και τη διάρκειά της<sup>74</sup>. Θεωρείται ως ιδανική η μέτρια φυσική δραστηριότητα, γιατί παράγει μικρότερη αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της αναπνευστικής συχνότητας, σε αντίθεση με την έντονη σωματική άσκηση<sup>75</sup>.

Εθνικές οδηγίες δράσης και ειδικοί υποστηρίζουν ότι οι ενήλικες πρέπει να εξασκούνται με μέτρια ένταση το λιγότερο 30 λεπτά την ημέρα, για 5 ή περισσότερες μέρες της εβδομάδας, με σκοπό να πετύχουν ένα υγιεινό τρόπο ζωής και να εμποδίσουν έτσι την εμφάνιση ασθενειών<sup>75,76</sup>. Σύγχρονες οδηγίες για παιδιά και εφήβους θεωρούν ιδανική τη μέτρια φυσική δραστηριότητα το λιγότερο 60 λεπτά κάθε ημέρα και την έντονη σωματική άσκηση το λιγότερο 2 φορές την εβδομάδα, προκειμένου να επιτευχθεί η οικοδόμηση της σκελετικής πυκνότητας, της μυϊκής δύναμης και της ευελιξίας<sup>75,76,77</sup>.

Στη σχολική ζωή ποικίλα εναύσματα δίνονται προκειμένου να προωθηθεί και να ενισχυθεί η σωματική δραστηριοποίηση του μαθητικού πληθυσμού. Τέτοιες δράσεις είναι: η συμμετοχή στο μάθημα της γυμναστικής, οι αθλοπαιδιές, το ενεργητικό παιχνίδι και ο χορός, το αυθόρμητο παιχνίδι κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων, η μετακίνηση από ή προς το σχολείο με το ποδήλατο ή τα πόδια, η συμμετοχή σε οργανωμένες σχολικές ομάδες και οι εξωσχολικές αθλητικές δραστηριότητες κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου.

Ειδικά, για τη διευθέτηση του ελεύθερου χρόνου των μαθητών, διαπιστώνεται ότι έχει διαφοροποιηθεί σαφώς ως προς το περιεχόμενό του με την είσοδο στη ζωή μας των νέων τεχνολογιών. Τόσο η συρρίκνωσή του όσο και η ποιότητά του έχει

επιφέρει τεράστιες αλλαγές στην καθημερινότητα των παιδιών. Ο καθιστικός τρόπος ζωής, που έχει άμεση σχέση με την καθημερινή παρακολούθηση της τηλεόρασης και τη χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή, σχετίζεται με μελλοντικές νοσογόνες συνήθειες, όπως της κακής φυσικής κατάστασης και του καπνίσματος, που οδηγούν σε αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης και στην παχυσαρκία<sup>78,79,80</sup>. Επιπλέον, η καθημερινή και η αλόγιστη χρήση της τεχνολογίας επιφέρει προβλήματα συμπεριφοράς στους νέους. Συγκεκριμένα, με μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζονται φαινόμενα όπως η επιθετικότητα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η κακή σχολική επίδοση<sup>81,82</sup>. Τέλος, μειώνει σημαντικά το χρόνο των παιδιών για κοινωνική συνδιαλλαγή και οικογενειακή συναναστροφή<sup>83</sup>.

### 3.2 Γιατί η σωματική άσκηση είναι απαραίτητη

Η φυσική δραστηριότητα είναι σημαντική για την υγεία και την ευεξία των μαθητών<sup>75,76,84,85</sup>. Η σωματική άσκηση βελτιώνει τη φυσική κατάσταση των παιδιών, γιατί ενδυναμώνει το μυϊκό σύστημα ώστε να έχουν δύναμη και αντοχή. Επίσης, συμβάλλει στην υγιή ανάπτυξη, στην αποφυγή των ατυχημάτων, στην βελτίωση και ενίσχυση της καρδιο-αναπνευστικής λειτουργίας,<sup>86,87,88,89</sup> στην ευελιξία και στο συντονισμό ματιών – χεριών και χεριών - ποδιών<sup>73</sup>. Επίσης, η μέτρια φυσική άσκηση μπορεί να εμποδίσει ή να μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας ή να συμβάλλει στη διατήρηση του ιδανικού βάρους<sup>90</sup>.

Η σωματική άσκηση βελτιώνει τη γνωστική επίδοση. Υπάρχουν μελέτες οι οποίες συντείνουν στο συμπέρασμα ότι η φυσική άσκηση βοηθάει τους μαθητές να παραμένουν σε κατάσταση εγρήγορσης στην τάξη, η οποία, με τη σειρά της, βελτιώνει την σχολική επιτυχία<sup>91,92</sup>. Επίσης, μετριάζεται η ένταση και η έλλειψη συγκέντρωσης κατά την ώρα του μαθήματος από τη συνεχή παρακολούθηση<sup>93</sup>. Οι μαθητές με φυσική δραστηριότητα είναι αυτοί που επιθυμούν περισσότερο να έχουν καλή επικοινωνία και υψηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις<sup>91,93,94</sup>. Επιπλέον, τα σχολεία τα οποία προωθούν τη σωματική άσκηση δημιουργούν ένα περιβάλλον στο οποίο τα παιδιά μπορούν να αλληλεπιδρούν, να επικοινωνούν με τους συμμαθητές και να προάγουν την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθησή τους, στοιχεία απαραίτητα για τη σχολική επιτυχία<sup>75,92</sup>.

Η συμμετοχή σε σχολικές αθλητικές δραστηριότητες συνεισφέρει στην ψυχολογική και κοινωνική ευεξία<sup>95,96</sup>, μειώνοντας δραστικά την εμφάνιση επικίνδυνων συμπεριφορών στους νέους, όπως τη χρήση καπνού, αλκοόλ και ναρκωτικών<sup>94,97</sup>. Η σωματική άσκηση είναι ένας από τους καλύτερους τρόπους να δημιουργήσει κανείς ευκαιρίες για κοινωνικές επαφές και να βελτιώσει τις επικοινωνιακές του ικανότητες. Ακόμη, ενισχύει την αυτοεκτίμηση, τη θετική αυτοπεποίθηση<sup>98,99</sup>, καθώς και τις κοινωνικές δεξιότητες και αξίες, όπως της συνεργασίας, της υπομονής και της ευγενούς άμιλλας. Συνεισφέρει, επίσης, στη σχολική ατμόσφαιρα με τη δημιουργία εμπειριών συντροφικότητας, αποδοχής και επιτυχίας<sup>100,101</sup>.

Τέλος, η φυσική δραστηριότητα μειώνει τους παράγοντες κινδύνου που οδηγούν σε μελλοντικές χρόνιες νόσους. Μερικές από αυτές είναι οι καρδιακές νόσοι, τα ισχαιμικά επεισόδια, διαβήτης τύπου 2, καρκίνος μαστού και παχέος εντέρου και η παχυσαρκία. Οι ασθένειες αυτές δεν εμφανίζονται άμεσα, αλλά αργότερα και αθροιστικά στην ενήλικη ζωή του ανθρώπου. Πολλοί υποστηρίζουν ότι υπάρχει χρόνος για ένα παιδί να αθληθεί και να δραστηριοποιηθεί στην μετέπειτα ενήλικη ζωή του. Είναι αποδεδειγμένο, όμως, ότι ένα μη δραστήριο παιδί δύσκολα θα μετεξελιχθεί σε ένα δραστήριο και ενεργητικό ενήλικα<sup>75,85</sup>.

### 3.3 Η φυσική άσκηση στον μαθητικό πληθυσμό

Σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας HBCS/WHO<sup>102</sup>, 4 στους 5 εφήβους, (82,5%) εκτελούν έντονη φυσική δραστηριότητα τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα. Η σωματική άσκηση μειώνεται από την ηλικία των 11 και 13 ετών (89,3% και 89% αντίστοιχα) στην ηλικία των 15 ετών (72,3%). Τα αγόρια ασκούνται περισσότερο (88,1%) σε σύγκριση με τα κορίτσια (77,3%). Αντίθετα, για τις ηλικιακές ομάδες 11 και 13 ετών, 1 στους 10 εφήβους (10,9%) αναφέρει μειωμένη φυσική δραστηριότητα. Τα κορίτσια σε διπλάσιο ποσοστό από τα αγόρια.

Σχετικά με τη διευθέτηση του ελεύθερου χρόνου στις εξεταζόμενες ηλικιακές ομάδες (11,13 και 15 ετών) προκύπτουν τα ακόλουθα ποσοστά: Ακρόαση μουσικής (95,4%), αθλητισμός (84,7%), παιχνίδια στον ηλεκτρονικό υπολογιστή ή σε ειδικές

κονσόλες (71,3%), ανάγνωση εξωσχολικών βιβλίων (67,4%), ενασχόληση με ηλεκτρονικό υπολογιστή για επεξεργασία εικόνων (56,3%), για κατέβασμα μουσικών κομματιών (41,3%) και για ζωγραφική (53,4%) αντίστοιχα, χορός (37,9%), συμμετοχή σε δραστηριότητες τέχνης (34,2%), φωτογραφίας (33,1%), προγραμματισμός ηλεκτρονικού υπολογιστή (32,1%) και μουσικό όργανο (23,8%).

Στις πιο πάνω ενασχολήσεις υπάρχει μια διαφοροποίηση ως προς τις προτιμήσεις μεταξύ των δύο φύλων. Έτσι, τα αγόρια προτιμούν να ασχολούνται στον ελεύθερο χρόνο με τον αθλητισμό (90,2% έναντι 79,9% των κοριτσιών) και να παίζουν παιχνίδια στον ηλεκτρονικό υπολογιστή (83% έναντι 60,9% των κοριτσιών).

Εστιαζόμενοι στις ακραίες και επικίνδυνες ως προς την ψυχοκοινωνική υγεία δραστηριότητες των μαθητών, διαπιστώνονται τα ακόλουθα:

✓ οι 11χρονοι μαθητές σε ποσοστό 24,9% παρακολουθούν τηλεόραση τις καθημερινές τουλάχιστον 4 ώρες, ενώ οι 13χρονοι μαθητές σε ποσοστό 31,4%. Τα Σαββατοκύριακα τα ποσοστά αυτά ανέρχονται για τους μεν πρώτους σε 43,8%, ενώ για τους δεύτερους σε 56,3%.

✓ οι 11χρονοι μαθητές σε ποσοστό 10,9% παίζουν παιχνίδια στον ηλεκτρονικό υπολογιστή ή σε ειδικές κονσόλες τις καθημερινές τουλάχιστον 4 ώρες, ενώ οι 13χρονοι σε ποσοστό 8,6%. Τα Σαββατοκύριακα τα ποσοστά αυτά διαμορφώνονται για τους μεν 11χρονους σε 23,1%, ενώ για τους 13χρονους σε 24,3%.

✓ οι 11χρονοι μαθητές σε ποσοστό 3,6% χρησιμοποιούν τον ηλεκτρονικό υπολογιστή τις καθημερινές τουλάχιστον 4 ώρες, ενώ οι 13χρονοι σε ποσοστό 3,2%. Τα Σαββατοκύριακα οι τιμές ανέρχονται για τους 11χρονους σε 6,8%, ενώ για τους 13χρονους σε 8,8%.

Διαχρονικά, καταγράφεται μια σημαντική μείωση στα ποσοστά των εφήβων – και για τα δύο φύλα – που κάνουν έντονη φυσική άσκηση τουλάχιστον τρεις ημέρες την εβδομάδα, από 72,6% το 2002 σε 68,4% το 2006. Αύξηση καταγράφεται στη μέση διάρκεια των ωρών παρακολούθησης τηλεόρασης και για τα δύο φύλα, από 2,3 ώρες την ημέρα το 2002 σε 2,8 ώρες το 2006.

Αξιοσημείωτο είναι ότι το ποσοστό των εφήβων στην Ελλάδα που έχει καθημερινά έντονη φυσική δραστηριότητα είναι χαμηλότερο του μέσου όρου των χωρών της έρευνας. Τέλος, αυξημένα είναι τα ποσοστά τηλεθέασης σε σχέση με το μέσο όρο των υπόλοιπων χωρών.



**A**

ν και τα οδοντικά προβλήματα δεν εμπνέουν άμεσο φόβο, όπως το χαμηλό βάρος γέννησης, οι περιγεννητικοί θάνατοι και η χολέρα εντούτοις έχουν ως συνέπεια τη σταδιακή μείωση του σφρίγγου των παιδιών και της ματαίωσης των φιλοδοξιών τους.

American Surgeon General David Satcher, 2000

## 4. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

### 4.1 Τι είναι στοματική υγεία

Η στοματική υγεία αντανακλά το επίπεδο της γενικής υγείας και είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ποιότητα της ζωής<sup>103</sup>. Με τον όρο στοματική υγεία αναφερόμαστε στην υγεία των δοντιών, των ούλων, των μυών μάσησης, της υπερώας, της γλώσσας, των χειλέων και των σιαλογόνων αδένων.

Η στοματική υγεία εμπεριέχει την απουσία οδοντικής σήψης (τερηδόνας) και της περιοδοντικής νόσου, καταστάσεις οι οποίες είναι ευρέως διαδεδομένες σε όλο τον κόσμο. Σημαντική είναι και η απουσία τραύματος στη στοματική κοιλότητα, συγγενών δυσπλασιών, όπως η χειλοσχιστία ή υπερωιοσχιστία<sup>104</sup>, κακοηθειών του στοματοφάρυγγα και γενικότερα νοσημάτων ή ανωμαλιών που επηρεάζουν τη στοματική κοιλότητα, την κατάσταση των δοντιών, του βλεννογόνου και των οστών της περιοχής<sup>103</sup>.

Ακολουθεί μια αναλυτική έκθεση των νοσογόνων καταστάσεων που επηρεάζουν τη στοματική υγεία.

Η *τερηδόνα* παραμένει μια από τις πιο συχνές παιδικές ασθένειες, η οποία παρουσιάζεται εξίσου στον αναπτυγμένο και τον αναπτυσσόμενο κόσμο. Σύμφωνα με έρευνα της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, τα παιδιά μέχρι 5 ετών έχουν κατά μέσο όρο προβλήματα με τα δόντια σε ποσοστό 1,8%, ενώ στην ηλικία των 20 ετών σε ποσοστό 35%. Στην ηλικία των 12 ετών το ποσοστό είναι 2,1 % έναντι του ποσοστού 4,3 % προ 20 ετίας. Ανησυχητικά είναι τα ευρήματα για τους 15χρονους, καθότι 3 στα 4 παιδιά έχουν χαλασμένα δόντια.

Η *περιοδοντική νόσος* έχει χαρακτηριστεί ως «αόρατη επιδημία», αφού την τελευταία 20ετία εμφανίζεται σε υψηλό ποσοστό του πληθυσμού, αρχής γενομένης από την ώριμη παιδική ηλικία και επεκτεινόμενη στην ενήλικη ζωή. Σε έρευνες διαπιστώθηκε ότι οι δωδεκάχρονοι μαθητές παρουσιάζουν 50% ως 100% σημάδια περιοδοντικής νόσου<sup>105</sup>. Πρόκειται για μια νοσολογική οντότητα που έχει αθόρυβη συμπτωματολογία και εξελικτική πορεία, που μπορεί όμως να προληφθεί με κατάλληλα προγράμματα στοματικής υγείας<sup>106</sup>. Τόσο η τερηδόνα όσο και οι

περιοδοντικές ασθένειες συνοδεύονται από πόνο, δυσανεξία και, ορισμένες φορές, οδηγούν στην απώλεια των δοντιών.

Τα *οδοντικά τραύματα*, τα οποία κυρίως εμφανίζονται στα πάνω μπροστινά δόντια, προκαλούνται συνήθως από ατυχήματα, αθλητικές δραστηριότητες, άσκηση βίας και επιληπτικά επεισόδια. Πολλά από αυτά, κυρίως στη βρεφική ηλικία, έχουν ως συνέπεια την απώλεια των δοντιών, επηρεάζοντας έτσι την ανάπτυξη των μόνιμων δοντιών. Η πρόληψη των ατυχημάτων και η χρήση προστατευτικών μέσων αποτελούν μέρος των στρατηγικών δράσης, οι οποίες είναι πιο αποτελεσματικές όταν πραγματοποιούνται σε ένα γενικότερο πλαίσιο πολιτικής πρόληψης των ατυχημάτων<sup>107</sup>.

Σημαντική κρίνεται, όμως, και η *αισθητική των δοντιών*, που επηρεάζει την ποιότητα της ζωής του ατόμου<sup>108,103</sup>. Μια τέτοια κατάσταση είναι η οδοντική διάβρωση η οποία προκαλείται από αυξημένη κατανάλωση ανθρακούχων ποτών και αναψυκτικών<sup>109</sup>. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η φθορά των δοντιών έχει ως αποτέλεσμα την καταστροφή της φυσιολογικής αδαμαντίνης, η οποία ορισμένες φορές επηρεάζει το εσωτερικό του δοντιού. Άλλες μορφές οδοντικής φθοράς είναι, abrasion and attrition, που σχετίζονται με τις συνήθειες μάσησης, της κατανάλωσης σκληρών και δυσκολομάσητων τροφών και ακατάλληλων πρακτικών περιποίησης των δοντιών (χρήση σκληρής οδοντόβουρτσας, τραχιά οδοντόπαστα κα)<sup>110</sup>.

Οι προαναφερόμενες νοσογόνες καταστάσεις επιδεινώνονται στα παιδιά των μεταναστών, τα οποία παρουσιάζουν αυξημένο επιπολασμό των προβλημάτων υγείας του στόματος<sup>111</sup>. Τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά, οι πεποιθήσεις για την υγεία και τη νόσο, οι διατροφικές και άλλες συνήθειες<sup>112</sup>, όπως και το αυξημένο κόστος της οδοντιατρικής περίθαλψης<sup>113</sup>, αποτελούν τροχοπέδη για την ευαισθητοποίηση αυτών των πληθυσμιακών ομάδων και την αντιμετώπιση προβλημάτων που αφορούν στη στοματική υγεία, όπως άλλωστε ισχύει για τις υπόλοιπες μη προνομιούχες ομάδες παγκοσμίως<sup>114,115</sup>.

### **4.2 Αιτιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη στοματική υγεία**

Παράγοντες που σχετίζονται αιτιολογικά με την εμφάνιση στοματικών νοσημάτων είναι οι εξής:

Ελλιπής ή αποσπασματική ενημέρωση, κυρίως του μαθητικού πληθυσμού, σε θέματα που αφορούν στη διατήρηση και την προαγωγή της στοματικής υγείας. Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα, οι Έλληνες μαθητές δεν είναι αρκετά ενημερωμένοι και ευαισθητοποιημένοι σε θέματα αγωγής της στοματικής υγείας<sup>116</sup>.

Ένα σημαντικό ποσοστό του μαθητικού πληθυσμού δεν έχει υιοθετήσει πρακτικές που είναι σημαντικές για τη διατήρησή της. Οι υγιεινές διατροφικές συνήθειες είναι βασικές για την ανάπτυξη και τη διατήρηση μιας καλής στοματικής υγείας. Άλλωστε, είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη η σχέση μεταξύ δίαιτας και στοματικής υγείας. Είναι αυτονόητη η μείωση της ποσότητας και κυρίως, της συχνότητας λήψης τροφίμων που περιέχουν ζάχαρη, των σνακς και των ανθρακούχων ποτών και αναψυκτικών. Τα τρόφιμα αυτά εντάσσονται με αυξημένους ρυθμούς στο διαιτολόγιο των παιδιών, καθώς απομακρύνονται από τα πρότυπα της Μεσογειακής Διατροφής. Τα προηγούμενα πρέπει να αντικατασταθούν με την κατανάλωση φρέσκων φρούτων και λαχανικών.

Στην Ελλάδα, 1 στους 15 μαθητές (6,8%) καταναλώνει καθημερινά γλυκά και αναψυκτικά. Διαχρονικά, με τη συστηματική αγωγή υγείας καταγράφεται μια σημαντική μείωση στα ποσοστά που αναφέρθηκαν, καθώς η κατανάλωση αναψυκτικών από 47% το 1998 μειώθηκε στο 15,3% το 2006. Επίσης, η κατανάλωση των γλυκών από 39,5% το 1998 ελαττώθηκε σε 21,3% το 2006<sup>117</sup>.

Η απουσία ή η ελλιπής φροντίδα των δοντιών σε συνδυασμό με τις ποικίλες διατροφικές συνήθειες ευθύνονται για την εμφάνιση της τερηδόνας και της περιοδοντικής νόσου. Το καθημερινό βούρτσισμα των δοντιών με φθοριούχο οδοντόκρεμα δημιουργεί αντίσταση και εμποδίζει την εμφάνιση της τερηδόνας. Το 70 έως 80% των εφήβων αμελεί την περιποίηση των δοντιών, ενώ 3 στα 4 παιδιά δε βουρτσίζουν τακτικά τα δόντια τους και έχουν μέτρια έως κακή στοματική υγεία.

Η στοματική υγιεινή μετράται με τους δείκτες DI-s (πλάκα), CI-s (τρυγία) και με τον OHI-s, που προκύπτει από το άθροισμα των δύο πρώτων. Όσο υψηλότερη είναι η τιμή τους τόσο μεγαλύτερος είναι και ο αριθμός των επιφανειών με οδοντική πλάκα και τρυγία.

Σε έρευνα με βάση τους δείκτες αυτούς διαπιστώθηκε ότι η πλέον «προβληματική» με όρους στοματικής υγιεινής είναι η ομάδα των 12χρονων με 78,2% των παιδιών να έχουν μέτρια έως κακή στοματική υγιεινή συγκριτικά με τις άλλες ηλικιακές ομάδες (5 και 15 ετών αντίστοιχα)<sup>118</sup>. Επίσης, το 80% των παιδιών δεν χρησιμοποιούν οδοντικό νήμα για τον καθαρισμό των δοντιών<sup>116</sup> ή άλλα μέσα στοματικής υγιεινής, όπως φθοριούχα διαλύματα, τοπικές φθοριώσεις στο οδοντιατρείο, φθοριούχα δισκία κλπ..

Στην Ελλάδα, η χρήση της οδοντόβουρτσας είναι πολύ περιορισμένη και, σύμφωνα με στοιχεία από τη βιομηχανία για το έτος 2005, ήταν 0,5 οδοντόβουρτσα κατά κεφαλή. Δηλαδή για κάθε Έλληνα η μέση διάρκεια χρήσης της οδοντόβουρτσας είναι δύο χρόνια<sup>107</sup>.

Όπως προαναφέρθηκε, η τοπική εφαρμογή του φθορίου έχει ευεργετική επίδραση στην πρόληψη της τερηδόνας. Οι μέθοδοι χορήγησης φθορίου περιλαμβάνουν τη φθορίωση του νερού, την τοπική εφαρμογή φθοριούχων σκευασμάτων, τις φθοριούχες οδοντόπαστες, τη φθορίωση του άλατος και του γάλακτος<sup>119</sup>.

Από όλες τις μεθόδους χορήγησης του φθορίου, η φθοριούχος οδοντόπαστα θεωρείται περισσότερο αποτελεσματική, με τον υψηλότερο βαθμό επιστημονικής τεκμηρίωσης. Το βούρτσισμα των δοντιών δύο φορές την ημέρα με φθοριούχο οδοντόπαστα συμβάλλει όχι μόνο στην πρόληψη της τερηδόνας, αλλά και στη διατήρηση της υγείας των περιοδοντικών ιστών<sup>107</sup>.

Η φθοριούχος οδοντόπαστα κυκλοφορεί στην Ελλάδα, όπως και στις άλλες αναπτυγμένες χώρες, από τις αρχές της δεκαετίας του 1970. Η κατανάλωσή της αυξήθηκε βαθμιαία, με χαμηλούς όμως ρυθμούς. Το 1998 η κατανάλωση ήταν 170ml/κεφαλή/έτος, ενώ το 2005 ήταν 190ml/κεφαλή/έτος. Συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η κατανάλωση της φθοριούχου οδοντόπαστας στην Ελλάδα είναι πολύ χαμηλή και κατέχει την τελευταία θέση.

Απαραίτητη για την άριστη διατήρηση της στοματικής υγείας αποτελεί και η συχνή οδοντιατρική φροντίδα. Ένα σημαντικό ποσοστό των Ελλήνων εφήβων δεν επισκέπτεται συχνά τον οδοντίατρο<sup>116</sup>.

Τέλος, για τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου του στόματος στην ενήλικη ζωή, είναι βασικό να αρχίζει από την πολύ νεαρή ηλικία μια ισορροπημένη διατροφή. Ακόμη, προϋπόθεση είναι η αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ και χρήσης καπνού, καθώς και η προστασία των χειλιών από την υπερέκθεση στον ήλιο.

### **4.3 Γιατί είναι απαραίτητη η στοματική υγεία**

Το κόστος της φροντίδας των στοματικών νόσων και γενικά της διατήρησης της στοματικής υγείας είναι υψηλό. Οι οδοντιατρικές υπηρεσίες καταναλίσκουν το 5-10% του συνόλου των υγειονομικών δαπανών κάθε χρόνο στις βιομηχανικές χώρες, κοστίζοντας δισεκατομμύρια δολάρια<sup>120,121,122</sup>. Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια με την άνοδο του βιοτικού επιπέδου παρουσιάζεται αύξηση της οδοντιατρικής φροντίδας. Βέβαια, αυτή χαρακτηρίζεται από αυξημένες δαπάνες ιδιωτών, μιας και η χρηματοδότηση για οδοντιατρική περίθαλψη στη χώρα μας παραμένει από τις χαμηλότερες των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ)<sup>123</sup>. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το 2005 η υγειονομική δαπάνη των νοικοκυριών υπολογίστηκε σε 6.141 εκατομμύρια ευρώ, από τα οποία το 68% κατευθυνόταν στον εξωνοσοκομειακό τομέα, με την οδοντιατρική φροντίδα να απορροφά το 31,1% των δαπανών υγείας, δηλαδή 1.912 εκατομμύρια ευρώ ή το 1,5% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ).

Πέρα από το οικονομικά υπολογίσιμο κόστος, σημαντικό είναι το εκπαιδευτικό και το κοινωνικό. Υπολογίζεται, ότι περισσότερο από 50 εκατομμύρια σχολικές ώρες χάνονται ετησίως εξαιτίας των στοματικών ασθενειών<sup>104</sup>. Επίσης, πέρα από την απουσία στο σχολείο τα παιδιά που παρουσιάζουν φτωχή στοματική υγεία έχουν περιορισμένες καθημερινές δραστηριότητες και βιώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό τη σχολική αποτυχία<sup>124</sup>.

Η κακή στοματική υγεία συνοδευόμενη από την εμπειρία του πόνου, την παρουσία αποστημάτων, προβλημάτων μάσησης και διατροφής, καθώς και προβλημάτων αισθητικής, όπως η καταστροφή ή κακός σχηματισμός των οδόντων, επηρεάζουν δυσμενώς την ποιότητα της ζωής, της προσωπικής αυτοπεποίθησης, της κοινωνικής συνδιαλλαγής, των προσωπικών σχέσεων, της διαδικασίας μάθησης και της υγείας γενικότερα.

Δράσεις σε συλλογικό επίπεδο κρίνονται αναγκαίες για την προαγωγή της στοματικής υγείας. Συγκεκριμένα, πρέπει να δοθεί έμφαση στην :

- ✓ Εφαρμογή προγραμμάτων προαγωγής της στοματικής υγείας, με αντίστοιχη προώθηση ενός προτύπου διατροφής και φυσικής άσκησης, σύμφωνα με τις στρατηγικές του ΠΟΥ<sup>125</sup> στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Προτεραιότητα πρέπει να δοθεί στον μαθητικό πληθυσμό<sup>126</sup> και σε ευπαθείς κοινωνικά ομάδες

- ✓ Προγράμματα πρόληψης του καρκίνου της στοματικής κοιλότητας και προκαρκινικών καταστάσεων, δίνοντας έμφαση στις βλαπτικές συνέπειες της χρήσης του καπνού και της αλόγιστης κατανάλωσης οινοπνεύματος

- ✓ Αξιολόγηση αυτών των προγραμμάτων

- ✓ Πολιτική φθορίωσης του νερού<sup>127</sup>

- ✓ Καθολική πρόσβαση σε καθαρό και πόσιμο νερό, καθώς και συνθήκες υγιεινής που προάγουν την στοματική υγεία

- ✓ Ενίσχυση της έρευνας για συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών και των παραγόντων που συντηρούν μια κατάσταση<sup>128</sup>, με σκοπό τη στοχευμένη δράση<sup>129</sup>.

Ε

δραιώνοντας ενδεδειγμένες παρεμβάσεις πρόληψης παιδικών ατυχημάτων, θα μπορούσαν να σωθούν χιλιάδες παιδικές ζωές κάθε μέρα.

Dr Margaret Chan,

Director-General, WHO

and Mrs Ann Veneman,

Executive Director, UNICEF



## 5. ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

### 5.1 Γενικά

Τα ατυχήματα και η άσκηση βίας στα παιδιά, αλλά και στους ενήλικες, ευθύνονται για τους περισσότερους θανάτους από κάθε άλλη νοσολογική οντότητα. Αποτελούν τις κύριες αιτίες αναπηριών και απορροφούν μεγάλο οικονομικό κόστος, μιας και καταναλώνουν σημαντικό τμήμα υπηρεσιών στο σύστημα υγείας. Επειδή ο κοινωνικός τους αντίκτυπος, με όποιο τρόπο και να αποτιμηθεί είναι ιδιαίτερα υψηλός, η αντιμετώπιση των ατυχημάτων και της βίας αποτελεί επείγουσα εθνική ανάγκη.

### 5.2 Τι είναι ατύχημα ή μη σκοπούμενη κάκωση

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., ατύχημα ορίζεται ως «ένα απρομελέτητο αλλά πολυπαραγοντικό συμβάν που καταλήγει σε αναγνωρίσιμη βλάβη». Με βάση την «πρόθεση» (intention) διακρίνονται σε<sup>130</sup>: ακούσια και εκούσια ατυχήματα, που είναι το αποτέλεσμα αυτοπρόκλητης ή ετεροπρόκλητης βίας.

Σε πρακτικό επίπεδο ομαδοποιούνται σε:

- A. οικιακού περιβάλλοντος και ελεύθερου χρόνου
- B. οδικά – τροχαία και
- Γ. επαγγελματικά

Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι, αν και τα τροχαία έχουν τη μεγαλύτερη προβολή, λόγω της υψηλής θνητότητας που παρουσιάζουν, η πλειονότητα των ατυχημάτων αφορά στο οικιακό και σχολικό περιβάλλον<sup>131,132,133</sup>.

Ανάλογα με τον αιτιολογικό μηχανισμό, τα θανατηφόρα ατυχήματα ταξινομούνται, με βάση την εξωτερική τους αιτία, στις ακόλουθες κατηγορίες<sup>130</sup>:

1. Τροχαία και συμβάντα σε άλλα μέσα μεταφοράς – Road Traffic Injuries
2. Πτώσεις - Falls
3. Δηλητηριάσεις – Poisonings
4. Εγκαύματα - Burns
5. Πνιγμοί – Πνιγμονές - Drowning

Τα παιδικά ατυχήματα είναι ιδιαίτερα συχνά και μπορούν να συμβούν σε όλα τα παιδιά, οποιαδήποτε στιγμή και οπουδήποτε.

### 5.3 Η αποτίμηση των μη σκοπούμενων κακώσεων

Για να σχεδιάσουμε, οργανώσουμε και υλοποιήσουμε προγράμματα πρόληψης και δράσης θα πρέπει πριν να αποτιμήσουμε και να εκφράσουμε με αριθμητικές συνιστώσες την κατάσταση.

Ετησίως χάνονται πάνω από 790.000 ζωές από ακούσιες κακώσεις στην Ευρώπη<sup>133,134</sup>, αριθμός που αντιπροσωπεύει το 15% όλων των θανάτων από τραυματισμό παγκοσμίως. Οι μη θανατηφόρες κακώσεις αποτελούν επίσης ένα μεγάλο πρόβλημα Δημόσιας Υγείας: εκτιμάται ότι πάνω από 15 εκατομμύρια τραυματισμοί στην Ευρώπη χρειάζονται ιατρική περίθαλψη στο νοσοκομείο, ενώ χάνονται περίπου 6 εκατομμύρια έτη ζωής λόγω μετατραυματικής αναπηρίας. Εντούτοις, τα ατυχήματα που λαμβάνουν χώρα στην Ε.Ε. αντιπροσωπεύουν μόλις το 30% του συνόλου των θανατηφόρων τραυματισμών στην Ευρώπη και ο προτυπωμένος δείκτης θνησιμότητας (standardised mortality rate) από ατύχημα σε αυτή την περιοχή είναι περίπου το ½ του αντίστοιχου αριθμού σε παγκόσμιο επίπεδο.

Πολλές ακούσιες κακώσεις οδηγούν σε μόνιμη αναπηρία, εγκεφαλικές κακώσεις, κατάθλιψη, απόπειρες αυτοκτονίας και υιοθέτηση επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας. Η ειρωνεία είναι ότι 20% έως 40% αυτών των ατυχημάτων μπορεί να προληφθούν με τα υπάρχοντα μέτρα πρόληψης<sup>135</sup>.

Διάφοροι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν τον κίνδυνο πρόκλησης ατυχήματος. Σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ.<sup>136</sup>, η θνησιμότητα που παρατηρείται στις χώρες χαμηλού ή μέσου εισοδήματος είναι υψηλότερη σε σχέση με τις χώρες υψηλού εισοδήματος. Ενδεικτικά, ο δείκτης θνησιμότητας τροχαίων για τον παιδικό πληθυσμό παγκοσμίως στις χώρες υψηλού εισοδήματος είναι 7.0 ανά 100.000 άτομα, ενώ στις χαμηλού και μέσου εισοδήματος χώρες ανέρχεται σε 11.1 ανά 100.000 άτομα<sup>136</sup>.

Συγκεκριμένα, οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου είναι<sup>137</sup>:

- Κοινωνικο-οικονομικοί, όπως χαμηλό εισόδημα και χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης
- Οικογενειακοί, όπως μικρή ηλικία της μητέρας, πολυμελής οικογένεια
- Περιβαλλοντικοί: δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης: πολυμελείς οικογένειες που διαβιούν σε περιορισμένης χωρητικότητας σπίτια, τα οποία συχνά παρουσιάζουν ελλείψεις στην τήρηση των κανόνων ασφάλειας, άμεση πρόσβαση των σπιτιών σε πολυσύχναστους δρόμους πυκνής κυκλοφορίας, ακατάλληλη φροντίδα/επίβλεψη των παιδιών, αυξημένη έκθεση στους παράγοντες κινδύνου και περιορισμένη υγειονομική περίθαλψη
- Μειονοτικές ομάδες πληθυσμού έχουν μεγαλύτερους δείκτες θνησιμότητας και ακούσιας κάκωσης λόγω των αυξημένων επιπέδων ανέχειας και χαμηλού επιπέδου μόρφωσης, πλημμελούς απασχόλησης και εισοδήματος.

Οι κακώσεις έχουν υψηλή συσχέτιση με την ηλικία και το φύλο. Τα μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας από ατυχήματα παγκοσμίως εντοπίζονται στις ηλικιακές ομάδες <1 έτους ( $96,1/10^4$ ), 1 - 4 ετών ( $45,8/10^4$ ) και 15 - 19 ετών ( $40,6/10^4$ )<sup>136</sup>. Αγόρια ηλικίας 10 - 14 ετών έχουν 60% υψηλότερα επίπεδα θανάτων από κακώσεις έναντι των κοριτσιών.

### 5.4 Γιατί είναι επικίνδυνα τα παιδικά τραύματα

Οι ακούσιες κακώσεις είναι η κύρια αιτία θανάτου και αναπηρίας στα παιδιά παγκοσμίως<sup>138</sup>. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο γύρω στα 950.000 παιδιά κάτω των 18 ετών πεθαίνουν από ατυχήματα<sup>136</sup> και σε 10.000.000 έως 30.000.000 επηρεάζεται η ζωή τους από κακώσεις.

Σε 5 από τις νέες χώρες - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 27 και σε 3 χώρες της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Περιοχής με διαθέσιμα στοιχεία θνησιμότητας (Ρουμανία, Λετονία, Εσθονία, Λιθουανία και Βουλγαρία) παρουσιάζονται υψηλοί δείκτες παιδικής θνησιμότητας από ατυχήματα, ενώ στις υπόλοιπες χώρες η θνησιμότητα είναι κάτω από 100 παιδιά ανά εκατομμύριο παιδικού πληθυσμού. Η χώρα μας βρίσκεται στη 15<sup>η</sup> θέση, ενώ η Μάλτα, η Σουηδία και το Ενωμένο

Βασίλειο συγκαταλέγονται στις χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά παιδικής θνησιμότητας από ατυχήματα.

Σε ποσοστό 66,8% των μαθητών που έχουν οδηγήσει ποδήλατο κατά τη διάρκεια των δώδεκα τελευταίων μηνών 85,1% έχει σπάνια ή ποτέ φορέσει κράνος για ποδήλατο<sup>139</sup>. Στην ίδια έρευνα διαπιστώνεται ότι 11,1% των μαθητών έχουν σπάνια ή ποτέ φορέσει ζώνη ασφαλείας, όταν έχουν ανεβεί σε αυτοκίνητο που έχει οδηγήσει κάποιος άλλος<sup>139</sup>.

### **5.5 Αριθμητικές συνιστώσες των παιδικών ατυχημάτων στην Ελλάδα**

Στη χώρα μας τα αριθμητικά δεδομένα, σύμφωνα με σχετικές έρευνες, διαμορφώνονται ως εξής:

Τα ατυχήματα, σύμφωνα με σχετικές μελέτες, θεωρούνται ότι είναι η κύρια αιτία θανάτου στην Ελλάδα. Το ίδιο συμβαίνει σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες και στην Αμερική<sup>140,141,142,143</sup>.

*Όσον αφορά στον τόπο του ατυχήματος:*

Για τις ηλικίες από 5 έως 14 έτη οι περισσότεροι τραυματισμοί συναντώνται στους εκπαιδευτικούς χώρους, σχεδόν διπλάσιοι σε αριθμό από το σπίτι. Ακολουθούν οι χώροι μεταφοράς, ελεύθερου χρόνου και άθλησης<sup>143</sup>.

*Τα δημογραφικά στοιχεία παρουσιάζουν τα εξής:*

Η μεγαλύτερη αναλογία για όλα σχεδόν τα είδη των ατυχημάτων και για όλες τις ηλικίες αφορά στα αγόρια<sup>144,145</sup>.

Ηλικιακά, οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας εντοπίζονται μεταξύ 0 και 4 ετών. Οι χαμηλότεροι μεταξύ 5 και 9 ετών. Στη χρονική περίοδο της πρώιμης εφηβείας, αλλά και αργότερα, οι δείκτες θνησιμότητας αυξάνονται εκ νέου και αυτό γιατί μεγαλώνοντας τα παιδιά αναπτύσσουν μεν την αίσθηση του κινδύνου, επηρεάζονται, όμως, από άλλους παράγοντες<sup>143,144</sup>.

Οι δείκτες θνησιμότητας διαμορφώνονται ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και προέλευση των παιδιών. Έτσι, τα ποσοστά ατυχημάτων από παιδιά με γονείς που έχουν μια συνηθισμένη εργασία είναι διπλάσια, από εκείνα που οι γονείς κατέχουν υψηλές θέσεις με υψηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ. Το ίδιο

συμβαίνει σε παιδιά που ανήκουν στο γηγενή πληθυσμό σε σύγκριση με εκείνα από άλλες χώρες προέλευσης<sup>146,147</sup>.

Τα μέρη του ανθρώπινου σώματος που τραυματίζονται συχνότερα στις ηλικίες που εξετάζουμε είναι:

Τα άνω και κάτω άκρα και έπονται, με μεγάλη διαφορά, τα τραύματα κεφαλής και σκελετού<sup>143</sup>.

Για τα είδη των τραυμάτων και τη συσχέτιση με την ηλικία μελέτης συμπεραίνουμε ότι:

Για τις ηλικίες από 5 έως 14 έτη το μεγαλύτερο ποσοστό καταλαμβάνουν οι μώλωπες, οι ανοιχτές πληγές και οι κακώσεις του μυοσκελετικού. Σημαντική είναι και η τιμή των εγκεφαλικών διασεισεων<sup>143</sup>.

Σχετικά με τη μετατραυματική φροντίδα των παιδιών ηλικίας 5 - 14 ετών το μεγαλύτερο ποσοστό δέχεται θεραπεία με επανεξέταση, έπειτα θεραπεία και, τέλος, απλή εξέταση<sup>143</sup>.

Στην Ελλάδα και συγκεκριμένα σε έρευνα του ΚΕΠΠΑ (Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων) της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, κατά την περίοδο 1992 – 2004 παρατηρήθηκαν 1593 ακούσιοι θάνατοι παιδιών ηλικίας 0 έως 14 ετών, από τους οποίους οι 874 οφείλονταν σε τροχαία, οι 153 σε πνιγμούς, οι 82 σε πτώσεις, οι 45 σε εγκαύματα και οι 23 σε δηλητηριάσεις. Για τους υπόλοιπους 432 θανάτους από ατυχήματα οι αιτίες ήταν αδιευκρίνιστες<sup>144</sup>.

Αναφέρονται τα αίτια, ανάλογα με τη συχνότητα εμφάνισής τους στον ελληνικό χώρο:

### *Τροχαία ατυχήματα -Road Traffic Injuries (RTIs)*

Είναι η κυριότερη αιτία θνησιμότητας και θνητότητας και θεωρείται ότι πρόκειται να γίνει η 6<sup>η</sup> κύρια αιτία θανάτων και η 3<sup>η</sup> κύρια αιτία αναπηρίας παγκοσμίως το έτος 2020.

Τα φτωχότερα κράτη είναι δυσανάλογα επηρεασμένα από τροχαία ατυχήματα (85% των τροχαίων θανάτων και 90% των αναπηριών λόγω τροχαίων ατυχημάτων<sup>147,148</sup>.

Τα παιδιά είναι τα πιο ευπρόσβλητα στα τροχαία ατυχήματα παγκοσμίως<sup>149,150</sup>.

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την έρευνα του ΚΕΠΠΑ, παρατηρούνται κατά μέσο όρο 67 θάνατοι από τροχαία ατυχήματα στις ηλικίες 0 - 14 ετών. Από αυτούς, το 52% αφορά στους επιβαίνοντες, το 37% στους πεζούς και το 11% στους οδηγούς<sup>144</sup>.

### *Πνιγμοί*

Στην Ελλάδα (1992 - 2004) παρατηρούνται ετησίως κατά μέσο όρο δέκα θάνατοι από πνιγμούς στις ηλικίες 0 - 14 ετών. Τα αγόρια συγκριτικά με τα κορίτσια εμφανίζουν υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας, κυρίως στις ηλικίες 5 - 9 ετών<sup>144</sup>.

### *Πτώσεις*

Θεωρείται ως η τρίτη αιτία θανάτου των παιδιών ηλικίας 0 έως 14 ετών στην Ελλάδα. Για την ίδια χρονική περίοδο (1992 - 2004) παρατηρούνται ετησίως 6 θάνατοι κατά μέσο όρο στις πιο πάνω ηλικίες. Τα αγόρια και πάλι εμφανίζουν συστηματικά υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας. Και για τα δύο φύλα, οι υψηλότεροι αυτοί δείκτες εντοπίζονται στις ηλικίες 0 έως 4, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 10 - 14 για τα κορίτσια και 5 - 9 ετών για τα αγόρια<sup>144</sup>.

### *Εγκαύματα*

Σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα θεωρείται η τέταρτη αιτία θανάτου. Στην Ελλάδα (1992 - 2004) παρατηρούνται κατά μέσο όρο 4 θάνατοι το χρόνο από εγκαύματα στις ηλικίες 0 έως 14 ετών. Αγόρια και κορίτσια εμφανίζουν σχεδόν τους ίδιους δείκτες θνησιμότητας και στις τρεις ηλικιακές ομάδες. Κυρίως οι υψηλότεροι δείκτες εντοπίζονται στις ηλικίες 0 έως 4 ετών, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 10 έως 14<sup>144</sup>.

### *Δηλητηριάσεις*

Στην Ελλάδα, για την ίδια περίοδο, παρατηρείται ετησίως κατά μέσο όρο ένας θάνατος από δηλητηριάσεις στις ηλικίες 0 έως 14 ετών και αυτό εξαιτίας της ανόδου του βιοτικού επιπέδου, της λειτουργίας κέντρων δηλητηριάσεων και λοιπών προληπτικών ενεργειών και μέτρων που λήφθηκαν<sup>144</sup>.

**Ο** παλιός νόμος οφθαλμόν αντί οφθαλμού αφήνει τον καθένα τυφλό... Η βία είναι ανήθικη γιατί υποθάλπει το μίσος παρά την αγάπη. Καταστρέφει την έννοια της κοινότητας και καθιστά την αδελφοσύνη αδύνατη.

Martin Luther King, Jr

**Η** προσφέροντας εκπαίδευση στο παιδί του σήμερα, αποτρέπεις τον εγκληματία του αύριο.

Carlyle Guerra de Macedo



## 6. ΒΙΑ

### 6.1 Τι ονομάζουμε βία

Η βία παίρνει πολλές μορφές και γίνεται κατανοητή διαφορετικά μεταξύ των χώρων και των λαών<sup>151</sup>. Αν και δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός της βίας, ο παρακάτω είναι ένας λειτουργικός ορισμός που περικλείει το μεγάλο εύρος της.

Βία είναι η σκόπιμη χρήση σωματικού εξαναγκασμού και δύναμης, με τη μορφή απειλής ή ως πράξη, εναντίον του ίδιου του εαυτού, κάποιου άλλου προσώπου ή εναντίον μιας ομάδας ή μιας κοινότητας, με την οποία είτε καταλήγει το υποκείμενο ή υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να καταλήξει σε κάκωση, θάνατο, ψυχολογική βλάβη, διαταραχή στην ανάπτυξη ή στέρηση<sup>152</sup>.

Διακρίνουμε τρεις κύριες μορφές βίας<sup>153</sup>:

- Βία κατά του ίδιου του εαυτού: αναφέρεται στις σκόπιμες και βλαπτικές συμπεριφορές, που απευθύνονται στον ίδιο τον εαυτό του θύματος. Η αυτοκτονική συμπεριφορά κλιμακώνεται από την απλή σκέψη να τελειώσει κανείς τη ζωή του και το σχεδιασμό αυτής της ενέργειας στο να προσπαθεί να δώσει τέρμα σ' αυτή και να ολοκληρώνει την πράξη. Η αυτοκτονία αντιπροσωπεύει τη θανατηφόρα έκβασή της.

- Διαπροσωπική βία: είναι η βίαιη συμπεριφορά ανάμεσα σε άτομα. Μπορεί καλύτερα να κατηγοριοποιηθεί από τη σχέση του επιτιθέμενου και του θύματος. Διαιρείται σε δυο υποκατηγορίες: την *ενδοοικογενειακή βία*, η οποία ενυπάρχει μεταξύ των μελών μιας οικογένειας και μεταξύ των συζύγων. Συνήθως λαμβάνει χώρα στο σπίτι. Την *κοινωνική βία*, η οποία συμβαίνει μεταξύ μη συγγενικών προσώπων. Θύμα και θύτης μπορεί να είναι γνωστοί ή άγνωστοι μεταξύ τους και συμβαίνει εκτός σπιτιού. Ορισμένες μορφές αυτής της βίας είναι η παιδική κακομεταχείριση, ο εκφοβισμός, η νεανική και η εγκληματική βία, όπως, η σεξουαλική παρενόχληση, ο βιασμός και η ανθρωποκτονία. Τέλος, στην κατηγορία αυτή ανήκει και η βία που μπορεί να υπάρχει σε διάφορα ιδρύματα, όπως σχολεία, χώρους εργασίας, φυλακές και νοσοκομεία.

- Οργανωμένη βία: είναι η βίαιη συμπεριφορά ανθρώπων, οι οποίοι ως μέλη διαφόρων ομάδων υποκινούνται από συγκεκριμένους πολιτικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, με σκοπό να επιτύχουν κάποιους

συγκεκριμένους στόχους. Μορφές αυτής της κατηγορίας είναι οι ένοπλες συγκρούσεις, το οργανωμένο έγκλημα κ. ά.

### 6.2 Ο εκφοβισμός στο σχολικό περιβάλλον

Μια ιδιαίτερη μορφή βίας που συναντάται συχνά στους σχολικούς χώρους είναι ο **ε κ φ ο β ι σ μ ό ς**, που αποτελεί ένα πρόβλημα συμπεριφοράς και επηρεάζει τις ζωές εκατοντάδων παιδιών που πηγαίνουν στο σχολείο και τις οικογένειές τους.

Τα θύματα του εκφοβισμού βιώνουν ταπείνωση, εξευτελισμό, φόβο, ματαίωση, απογοήτευση, κοινωνική απομόνωση και έλλειψη αυτοπεποίθησης. Όταν τα παιδιά αισθάνονται ότι απειλούνται οδηγούνται σε απουσία από το σχολείο, μείωση της σχολικής επίδοσης<sup>154</sup>, επιθετική συμπεριφορά, εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων<sup>155,156</sup>, αδιαθεσία, κατάθλιψη<sup>157</sup> και, σε ακραίες μορφές, σε αυτοκτονία<sup>158</sup>.

Οι επιπτώσεις του εκφοβισμού συνοδεύουν τα παιδιά και στην ενήλικη ζωή τους. Εκείνοι που έχουν υποστεί εκφοβισμό βιώνουν συχνά ως ενήλικες προβλήματα που έχουν σχέση με την ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση. Συγκεκριμένα, εμφανίζουν κατάθλιψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση<sup>159</sup> και δυσκολία στη σεξουαλική τους ζωή<sup>160</sup>. Οι θύτες πάλι εμπλέκονται συχνά σε εγκληματικές και παραβατικές συμπεριφορές πολλές από τις οποίες έχουν καταδικαστεί. Κάποιες φορές εμφανίζουν καταθλιπτικά συναισθήματα<sup>161</sup>.

Ο εκφοβισμός δε γνωρίζει σύνορα, ηλικία, φύλο ή κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Μπορεί να είναι προσωρινός ή μόνιμος και να πάρει οποιαδήποτε μορφή.

Συγκεκριμένα εκφράζεται με<sup>162</sup>:

- Λεκτικές προσβολές ή μειωτικές εκφράσεις
- Σωματικούς αστεϊσμούς ή χτυπήματα
- Χειρονομίες σεξουαλικού περιεχομένου
- Απειλές
- Αποκλεισμό από την παρέα ή τις δραστηριότητες της ομάδας
- Ξεσπάσματα θυμού ή ειρωνικού γέλιου

- Εκβιασμούς οποιασδήποτε μορφής. Στην κατηγορία αυτή συγκαταλέγεται και ο ηλεκτρονικός εκβιασμός.

Τα αγόρια συγκριτικά με τα κορίτσια συμμετέχουν σε εκφοβισμό κατά συνομηλίκων σε μεγαλύτερη συχνότητα<sup>163,164</sup>. Μάλιστα, τα αγόρια υπόκεινται περισσότερο στον εκφοβισμό άλλων<sup>165</sup>. Η μορφή του εκφοβισμού διαφέρει μεταξύ των δύο φύλων<sup>163</sup>. Συγκεκριμένα, στα αγόρια εκδηλώνεται συχνότερα ως άσκηση σωματικής βίας με κινήσεις επιβεβαίωσης και ανωτερότητας, ενώ στα κορίτσια ως έμμεση βία, όπως η διάδοση φημών, αποκλεισμός από την παρέα και κουτσομπολιό.

Το φαινόμενο του εκφοβισμού εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα σε εφήβους μεγαλύτερης ηλικίας<sup>164</sup>. Η συγκεκριμένη ηλικία αποτελεί κομβικό σημείο για το φαινόμενο του εκφοβισμού. Ωστόσο, με την πάροδο του χρόνου περιορίζονται αυτές οι πράξεις και αυτό εξαιτίας της ωρίμανσης του εφήβου. Είναι επιβεβαιωμένο ότι οι μικρότεροι σε ηλικία μαθητές - προέφηβοι και έφηβοι - είναι περισσότερο εκτεθειμένοι στον εκφοβισμό των μεγαλύτερων σε ηλικία εφήβων εντός και εκτός σχολείου<sup>166</sup>.

Πολλές έρευνες συντείνουν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει συσχέτιση του φαινομένου με πολιτισμικές και εθνικές ομάδες<sup>167</sup>. Άλλες πάλι δε συνηγορούν στην παραπάνω θέση<sup>155</sup>, μιας και η σύγχρονη πολυπολιτισμική δόμηση του σχολικού και κοινωνικού περιβάλλοντος ευνοεί την ειρηνική συνύπαρξη και μειώνει των κίνδυνο εμφάνισης των φαινομένων του εκφοβισμού και της επιθετικότητας απέναντι στις μειονότητες<sup>168</sup>.

Σημαντικό ρόλο, επίσης, παίζει η δομή της οικογένειας – μονογονεϊκή ή αναδομημένη - και οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των μελών αυτής. Όσο πιο αναβαθμισμένες είναι οι σχέσεις και η επικοινωνία τόσο τα παιδιά περιορίζουν τέτοιου είδους συμπεριφορές<sup>169,170</sup>. Ένας άλλος ενοχοποιητικός παράγοντας θεωρείται ότι είναι η καθημερινή και πολύωρη παρακολούθηση της τηλεόρασης<sup>171</sup>.

Ο εκφοβισμός συνδέεται και με την παρουσία άλλων συμπεριφορών υψηλού κινδύνου, όπως τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών<sup>164</sup>, τη συχνή κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, την απουσία από το σχολείο, την επιθετικότητα και, γενικά, την αντικοινωνική συμπεριφορά.

Η εκτίμηση των αριθμητικών διαστάσεων του προβλήματος της παιδικής βίας αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την αντιμετώπισή τους.

Σύμφωνα με έρευνα του CDC (National Youth Risk Behavior Survey Overview, YRBS-2007), για τους εφήβους και τους νέους ενήλικες καταδεικνύονται τα ακόλουθα:

- ✓ 35,5% των μαθητών είχαν μπλεχτεί σε καβγά μία ή και περισσότερες φορές κατά τη διάρκεια των δώδεκα τελευταίων μηνών
- ✓ 12,4% των μαθητών είχαν μπλεχτεί σε καβγά στο χώρο του σχολείου μία ή και περισσότερες φορές κατά τη διάρκεια των δώδεκα τελευταίων μηνών
- ✓ 4,2% των μαθητών, που μπλέχτηκαν σε καυγά μία ή περισσότερες φορές κατά τη διάρκεια των δώδεκα τελευταίων μηνών, τραυματίστηκαν και δέχτηκαν ιατρονοσηλευτική φροντίδα
- ✓ 5,5% των μαθητών δεν είχαν πάει στο σχολείο το λιγότερο μία ημέρα κατά τη διάρκεια των τελευταίων δώδεκα μηνών, γιατί αισθάνθηκαν ότι μπορεί να μην είναι ασφαλείς στο σχολείο ή στο δρόμο από ή προς αυτό<sup>139</sup>.

### **6.3 Το φαινόμενο του εκφοβισμού στα ελληνικά σχολεία**

Στην Ελλάδα και σύμφωνα με την έρευνα GSHS<sup>71</sup> ένας στους δύο εφήβους ηλικίας 11 - 15 ετών (49,4%), αναφέρει ότι συμμετείχε σε ενοχλητικό πείραγμα στο σχολείο τουλάχιστον μία φορά το προηγούμενο δίμηνο. Τα αγόρια σε υψηλότερο ποσοστό (59,2%) έναντι των κοριτσιών (40,7%). Όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μεγαλύτερη συμμετοχή υπάρχει σε ενοχλητικά πειράγματα (36,9% για τους εντεκάχρονους, ενώ για τους δεκαπεντάχρονους 53,2%).

Το 51% των μαθητών ηλικίας 11 ως 15 ετών έχουν υποστεί ενοχλητικό πείραγμα το τελευταίο 2μηνο. Αγόρια και κορίτσια χωρίς σημαντικές διαφορές (51,5% τα αγόρια και 51,3% τα κορίτσια).

Μεταξύ των ηλικιακών ομάδων το μεγαλύτερο ποσοστό των πειραγμάτων γίνεται στους μαθητές ηλικίας 11 και 13 ετών (60,1% στους 11χρονους, 60% στους 13χρονους και 48,3% στους 15χρονους).

Το 8,3% των εφήβων αναφέρουν ότι έχουν υποστεί ενοχλητικό πείραγμα αρκετές φορές την εβδομάδα το τελευταίο δίμηνο.

Αναφέρονται οι μορφές ενοχλητικών πειραγμάτων, που εμφανίζονται συχνότερα σ' αυτήν την έρευνα: κοροϊδία (35,2%), υποτιμητικά σχόλια και χειρονομίες σεξουαλικού περιεχομένου (27,8%), διάδοση ψεμάτων και φημών, κυρίως στα κορίτσια (19,7%) και αποκλεισμός από παρέες και κοινές δραστηριότητες (12,1%).

Το 48,9% των εφήβων ηλικίας 11-15 ετών συμμετείχε σε βίαιο καβγά. Τα αγόρια σε μεγαλύτερο ποσοστό (64,8%) έναντι των κοριτσιών (34,6%), ενώ οι 13χρονοι σε μεγαλύτερο ποσοστό (54,6%) έναντι των 11χρονων (49%) και των 15χρονων (44,1%) αντίστοιχα.

Διαχρονικά σημειώνεται μια σημαντική αύξηση στα ποσοστά των μαθητών – αγοριών και κοριτσιών - που έχουν εκφοβίσει κάποιον άλλον, τουλάχιστον δύο φορές το προηγούμενο δίμηνο, από 9,4% το 1998 σε 19,1% το 2006. Επίσης, τα θύματα του εκφοβισμού διπλασιάζονται και για τα δύο φύλα, από 10,3% το 1998 σε 22,5% το 2006.

Το ποσοστό των Ελλήνων εφήβων που έχουν εμπλακεί σε καβγά είναι σχεδόν ίδιο με το μέσο όρο των χωρών της έρευνας.

Το σχολείο δεν μπορεί να ελέγξει όλους τους παράγοντες που συνδέονται με τη βία. Όμως, το πολιτικό και εκπαιδευτικό σύστημα μπορεί να βοηθήσει στο να αναγνωρίσει και να σταματήσει τον κύκλο της βίας. Το σχολείο μπορεί να διευθετήσει ένα εκτεταμένο εύρος από συμπεριφορές, πρότυπα επικοινωνίας, στάσεις, σχολικές πολιτικές και συνθήκες που υποστηρίζουν και διαιωνίζουν τη βία. Επίσης, μπορεί να εμποδίσει τη βία που συμβαίνει στους σχολικούς χώρους, παρέχοντας έτσι ένα ασφαλή τόπο εργασίας και μάθησης για τους μαθητές και το προσωπικό. Συγκεκριμένα σε πολιτικό επίπεδο επείγει:

1. Η δημιουργία δημόσιας πολιτικής που προωθεί την υγεία
2. Ο επαναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας
3. Η ανάπτυξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος.

Σε εκπαιδευτικό επίπεδο απαραίτητα κρίνονται:

- ✓ Η καθιέρωση κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος που προωθεί την ασφάλεια και περιορίζει τις κακώσεις και τη βία
- ✓ Η ανάπτυξη ατομικών δεξιοτήτων επίλυσης προσωπικών διενέξεων

- ✓ Η εφαρμογή προγραμμάτων υγείας, που προσανατολίζουν τους μαθητές στην κατάκτηση γνώσεων, στάσεων και δεξιοτήτων που συμβάλλουν στην υιοθέτηση ασφαλούς τρόπου διαβίωσης
- ✓ Η καθιέρωση μηχανισμών διαχείρισης κρίσεων και η προώθηση κοινωνικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των διαφόρων αναγκών των μαθητών και τη διασφάλιση της πνευματικής τους υγείας.

Είναι αλήθεια ότι η βία είναι μία συμπεριφορά που μαθαίνεται σε πολύ μικρή ηλικία. Ερευνητές υποστηρίζουν ότι υπάρχει η δυνατότητα επαναπροσδιορισμού της επιθετικής συμπεριφοράς με το να αλλάξουν οι συνθήκες<sup>172</sup>. Η σωστή πρόληψη πρέπει να γίνεται πριν η βίαιη συμπεριφορά γίνει ανεξέλεγκτη.

Άλλωστε, είναι γνωστό ότι σε εκπαιδευτικά συστήματα που εφαρμόστηκαν προγράμματα αγωγής υγείας για την πρόληψη και αντιμετώπιση της βίας τα αποτελέσματα ήταν θεαματικά<sup>173</sup>.

## **B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## 1. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα εργασία είναι μια επιτόπια δειγματοληπτική έρευνα σε Δημοτικά Σχολεία του Νομού Καβάλας με τη συμμετοχή μαθητών της Ε΄ και ΣΤ΄ τάξης Δημοτικού.

Η έρευνα στηρίζεται στη συμπλήρωση από τους μαθητές ανώνυμου ερωτηματολογίου. Η κατασκευή του έγινε μετά από μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας<sup>6-12</sup>.

Ως προς το περιεχόμενο επιλέχθηκαν θεματικές ενότητες, οι οποίες συναντώνται σε μεγάλη συχνότητα στον ελληνικό μαθητικό πληθυσμό και αποτελούν μείζονες συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία των μαθητών. Ειδικότερα, το ερωτηματολόγιο περιέχει 48 ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία, τις διατροφικές συνήθειες, τη στοματική υγεία, τις συνήθειες υγιεινής, τη σωματική άσκηση, τα παιδικά ατυχήματα και την παρουσία του φαινομένου της βίας στις εξεταζόμενες ηλικίες.

Στην έρευνα συμμετείχαν 285 μαθητές και μαθήτριες της Ε΄ και ΣΤ΄ τάξης Δημοτικών Σχολείων του Νομού Καβάλας.

Οι συγκεκριμένοι μαθητές φοιτούν σε σχολεία που βρίσκονται σε αστικές και αγροτικές περιοχές του Νομού Καβάλας. Αστικές θεωρούνται (σύμφωνα με την απογραφή 2001 της ΕΣΥΕ)<sup>174</sup> περιοχές με πληθυσμό >2.000 κατοίκους και αγροτικές <2.000 κατοίκους.

Τα σχολεία επιλέχθηκαν με τυχαίο τρόπο από αγροτικές και αστικές περιοχές του Ν. Καβάλας.

### Κριτήρια επιλογής του δείγματος

✓ Ανίχνευση δεικτών υγείας σε μικρές ηλικίες (δημοτικό σχολείο), τότε που είναι δυνατή η αλλαγή του τρόπου σκέψης και της συμπεριφοράς των μαθητών, αλλά και γιατί υπάρχει δυνατότητα πρόληψης πολλών νοσογόνων καταστάσεων. Αυτές επιβαρύνουν την υγεία τους και γενικότερα το σύστημα υγείας



και εκπαίδευσης, αφού αποτελούν τις κύριες αιτίες θανάτου, αναπηριών και κοινωνικών προβλημάτων, τόσο των νέων όσο και των ενηλίκων

✓ Η ικανότητα κατανόησης και απάντησης του ερωτηματολογίου από μαθητές που φοιτούν στις *τελευταίες τάξεις του δημοτικού σχολείου*

✓ Η διασφάλιση της *πολυμορφίας* του δείγματος (μαθητές που φοιτούν σε σχολεία αστικών και αγροτικών περιοχών του Νομού Καβάλας).

### Τρόπος επιλογής

#### Για τον αστικό πληθυσμό επιλέχτηκαν:

- 3 Δημοτικά Σχολεία από την πόλη της Καβάλας (ένα από το αστικό κέντρο και δυο από περιφερειακές συνοικίες) και
- 2 Δημοτικά Σχολεία από την Ελευθερούπολη (έδρα ομώνυμου Δήμου με πληθυσμό 4.898 - απογραφή 2001 της ΕΣΥΕ)

#### Για τον αγροτικό πληθυσμό επιλέχτηκαν:

- Δημοτικά Σχολεία από διάφορους Δήμους και Δημοτικά Διαμερίσματα του Νομού Καβάλας. Συγκεκριμένα, από τους Δήμους Ελευθερών, Ελευθερούπολης, Παγγαίου, Πιερέων και Φιλίππων.

### Στάδια της έρευνας

Αρχικά υποβλήθηκε αίτηση στο Υπουργείο Παιδείας για άδεια έγκρισης διεξαγωγής της έρευνας. Το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο ενέκρινε τη σχετική εργασία. Η απόφαση κοινοποιήθηκε μέσω του Υπουργείου Παιδείας στην οικεία Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους μαθητές έγινε τη χρονική περίοδο Μαΐου – Ιουνίου 2010. Απασχολήθηκαν μια διδακτική ώρα (45 λεπτά). Κατά τη διάρκεια αυτού του χρονικού διαστήματος, τα παιδιά απάντησαν στο σχετικό ερωτηματολόγιο, αφού ενημερώθηκαν από την ερευνήτρια για τον τρόπο συμπλήρωσής του.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 15 σχολεία. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από 285 μαθητές (ποσοστό συμμετοχής 80%), 133 αγόρια και 152

κορίτσια των δυο τελευταίων τάξεων του Δημοτικού Σχολείου. Συγκεκριμένα, απάντησαν σ' αυτά 140 μαθητές της Ε' Δημοτικού και 145 μαθητές της Στ' Δημοτικού (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Αριθμός μαθητών που συμμετείχαν στην έρευνα

	Φύλο		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια	
Τάξη: Ε'	65	75	140
ΣΤ'	68	77	145
Σύνολο	133	152	385

Η διασφάλιση της ανωνυμίας επιτεύχθηκε με τη χορήγηση ανώνυμου ερωτηματολογίου.

Οι τιμές των μεταβλητών που αντιστοιχούν στις απαντήσεις των ερωτήσεων εισήχθησαν στο λογισμικό πρόγραμμα και τα δεδομένα επεξεργάστηκαν από το στατιστικό πρόγραμμα SPSS® με σκοπό την περιγραφική και ποσοτική ανάλυση των συμπεριφορών. Το στατιστικό σφάλμα υπολογίστηκε στο  $\pm 3$ .

## 2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Δημογραφικά χαρακτηριστικά

#### Εθνικότητα γονέων

Οι μαθητές ρωτήθηκαν για τον τόπο γέννησης των γονέων τους και την εθνικότητά τους. Η πλειονότητα των γονέων γεννήθηκε στην Ελλάδα: 79,6% για τις μητέρες και 82,1% για τους πατέρες αντίστοιχα (Πίνακες 2 και 3).

Πίνακας 2: Χώρα γέννησης μητέρας

Χώρα γέννησης μητέρας	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
Ελλάδα	110 82,7%	117 77,0%	227 79,6%	120 81,1%	107 78,1%	227 79,6%
Γερμανία	11 8,3%	16 10,5%	27 9,5%	12 8,1%	15 10,9%	27 9,5%
Αλλού	11 8,3%	18 11,8%	29 10,2%	16 10,8%	13 9,5%	29 10,2%

N=283

Πίνακας 3 : Χώρα γέννησης πατέρα

Χώρα γέννησης πατέρα	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
Ελλάδα	111 83,5%	123 80,9%	234 82,1%	113 76,4%	121 88,3%	234 82,1%
Γερμανία	11 8,3%	14 9,2%	25 8,8%	18 12,2%	7 5,1%	25 8,8%
Αλλού	9 6,8%	12 7,9%	21 7,4%	15 10,1%	6 4,4%	21 7,4%

N=281

## Εκτίμηση δεικτών υγείας

Το 89,8% αναφέρει ότι η μητέρα είναι Ελληνίδα (Πίνακας 4) και το 93,3% ότι ο πατέρας είναι Έλληνας (Πίνακας 5).

Πίνακας 4: Μητέρα Ελληνίδα

Μητέρα Ελληνίδα	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
Ναι	120 90,2%	136 89,5%	256 89,8%	137 92,6%	119 86,9%	256 89,8%
Όχι	11 8,3%	14 9,2%	25 8,8%	10 6,8%	15 10,9%	25 8,8%

N=280

Πίνακας 5: Πατέρας Έλληνας

Πατέρας Έλληνας	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
Ναι	126 94,7%	140 92,1%	266 93,3%	137 92,6%	129 94,2%	266 93,3%
Όχι	5 3,8%	8 5,3%	13 4,6%	8 5,4%	5 3,6%	13 4,6%

N=279

## Διατροφή

Από μια σειρά ερωτήσεων σχετικά με τη συχνότητα κατανάλωσης τροφών από τις διάφορες ομάδες τροφίμων διαπιστώνονται τα ακόλουθα:

**Φρούτα:** Ένας στους τέσσερις μαθητές (25,7%) καταναλώνει καθημερινά τουλάχιστον μία φορά την ημέρα φρούτα. 37,7% των μαθητών τρώνε φρούτα δυο ή περισσότερες φορές την ημέρα (Πίνακας 6).

Αντίθετα, 36,6% των μαθητών δεν καταναλώνουν επαρκώς φρούτα (είτε δεν τρώνε καθόλου στη διάρκεια μιας εβδομάδας, είτε καταναλώνουν 4 έως 6 φορές την εβδομάδα).

Πίνακας 6: Συχνότητα κατανάλωσης φρούτων την εβδομάδα

Τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες φορές την ημέρα συνήθως έτρωγες φρούτα;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
	A. 0 έως 3 ημέρες	25 18,9%	39 25,7%	64 22,5%	32 21,8%	32 23,4%
B. 4 έως 6 ημέρες	21 15,9%	19 12,5%	40 14,1%	22 15,0%	18 13,1%	40 14,1%
Γ. Μία φορά την ημέρα	32 24,2%	41 27,0%	73 25,7%	35 23,8%	38 27,7%	73 25,7%
Δ. Δύο φορές την ημέρα	27 20,5%	21 13,8%	48 16,9%	24 16,3%	24 17,5%	48 16,9%
Ε. Τρεις ή περισσότερες φορές την ημέρα	27 20,5%	32 21,1%	59 20,8%	34 23,1%	25 18,2%	59 20,8%

N = 284

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	4,057	0,39
<b>Περιοχή</b>	1,54	0,81

## Εκτίμηση δεικτών υγείας

**Λαχανικά:** 30,9% των μαθητών καταναλώνει καθημερινά λαχανικά, είτε ως σαλάτα είτε μαγειρεμένα (Πίνακας 7). Δύο ή περισσότερες φορές την ημέρα κατανάλωση λαχανικών αναφέρει ένα ποσοστό 28,4% των μαθητών.

Σχεδόν ένας στους τέσσερις μαθητές (23,5%) αναφέρει ανεπαρκή κατανάλωση λαχανικών.

Πίνακας 7: Συχνότητα κατανάλωσης λαχανικών την εβδομάδα

Τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες φορές την ημέρα έτρωγες λαχανικά;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
A. 0 έως 3 ημέρες	33 24,8%	34 22,4%	67 23,5%	35 23,6%	32 23,4%	67 23,5%
B. 4 έως 6 ημέρες	24 18,0%	25 16,4%	49 17,2%	24 16,2%	25 18,2%	49 17,2%
Γ. Μία φορά την ημέρα	40 30,1%	48 31,6%	88 30,9%	49 33,1%	39 28,5%	88 30,9%
Δ. Δύο φορές την ημέρα	24 18,0%	21 13,8%	45 15,8%	22 14,9%	23 16,8%	45 15,8%
Ε. Τρεις ή περισσότερες φορές την ημέρα	12 9,0%	24 15,8%	36 12,6%	18 12,2%	18 13,1%	36 12,6%

N = 285

	Χ <sup>2</sup>	P
<b>Φύλο</b>	3,71	0,44
<b>Περιοχή</b>	0,89	0,92

**Γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα:** 1 στους 5 μαθητές (19,3%) πίνει γάλα ή τρώει γαλακτοκομικά προϊόντα μια φορά καθημερινά (Πίνακας 8), ενώ 48,1% δύο ή και περισσότερες φορές την ημέρα. Οι μαθητές των αστικών σχολείων υπερτερούν αυτών των αγροτικών περιοχών (80 μαθητές αστικών σχολείων και 57 μαθητές αγροτικών σχολείων) (P=0,05).

Αντίθετα, 16,8% δεν αναφέρουν επαρκή πρόσληψη γαλακτοκομικών προϊόντων (καμία έως τρεις φορές εβδομαδιαία), ελαφρώς περισσότερο στις αγροτικές περιοχές (20,4%) έναντι των αστικών περιοχών (13,5%).

Πίνακας 8: Συχνότητα κατανάλωσης γάλακτος - γαλακτοκομικών προϊόντων

Τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες φορές συνήθως την ημέρα έπινες γάλα ή έτρωγες γαλακτοκομικά προϊόντα;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
	A. 0 έως 3 ημέρες	21 15,8%	27 17,8%	48 16,8%	20 13,5%	28 20,4%
B. 4 έως 6 ημέρες	19 14,3%	26 17,1%	45 15,8%	24 16,2%	21 15,3%	45 15,8%
Γ. Μία φορά την ημέρα	20 15,0%	35 23,0%	55 19,3%	24 16,2%	31 22,6%	55 19,3%
Δ. Δύο φορές την ημέρα	27 20,3%	30 19,7%	57 20,0%	28 18,9%	29 21,2%	57 20,0%
Ε. Τρεις ή περισσότερες φορές την ημέρα	46 34,6%	34 22,4%	80 28,1%	52 35,1%	28 20,4%	80 28,1%

N = 285

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	6,65	0,15
<b>Περιοχή</b>	9,2	<b>0,05</b>

**Αναψυκτικά:** Στους μαθητές τέθηκε η ερώτηση «Πόσες φορές την ημέρα έπινες συνήθως αναψυκτικά τις τελευταίες επτά ημέρες;». Σχεδόν οι μισοί μαθητές δεν καταναλώνουν καθόλου αναψυκτικά (44,9%) ή μία έως έξι φορές εβδομαδιαία (38,9%) (Πίνακας 9).

Οι μαθητές που πίνουν καθημερινά αναψυκτικά μία ή και περισσότερες φορές την ημέρα είναι 16,1%.

## Εκτίμηση δεικτών υγείας

Πίνακας 9: Συχνότητα κατανάλωσης αναψυκτικών την τελευταία εβδομάδα

Τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες φορές την ημέρα συνήθως έπινες αναψυκτικά;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
A. Καμμία ημέρα	50 37,6%	78 51,3%	128 44,9%	63 42,6%	65 47,4%	128 44,9%
B. 1 έως 6 ημέρες	55 41,4%	56 36,8%	111 38,9%	58 39,2%	53 38,7%	111 38,9%
Γ. Μία φορά την ημέρα	20 15,0%	12 7,9%	32 11,2%	18 12,2%	14 10,2%	32 11,2%
Δ. Δύο ή περισσότερες φορές την ημέρα	8 6,0%	6 3,9%	14 4,9%	9 6,1%	5 3,6%	14 4,9%

N = 285

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	7,18	0,06
<b>Περιοχή</b>	1,47	0,68

Στην ερώτηση «Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων επτά ημερών, πόσες ημέρες έφαγες φαγητό από fast – food;» το 39,3% των μαθητών απάντησε ότι δεν τρώει καθόλου, ενώ το 42,1% μία φορά την εβδομάδα (Πίνακας 10).

Πίνακας 8: Συχνότητα κατανάλωσης φαγητού από φαστ – φουντ την εβδομάδα

Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 7 ημερών πόσες ημέρες έφαγες φαγητό από <u>φαστ-φουντ (fast-food)</u> ;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
0 ημέρες	55 41,4%	57 37,5%	112 39,3%	53 35,8%	59 43,1%	112 39,3%
1 ημέρα	49 36,8%	71 46,7%	120 42,1%	66 44,6%	54 39,4%	120 42,1%
2 ημέρες	18 13,5%	13 8,6%	31 10,9%	16 10,8%	15 10,9%	31 10,9%
3 - 7 ημέρες	11 8,3%	11 7,2%	22 7,7%	13 8,8%	9 6,6%	22 7,7%

N = 285

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	3,62	0,30
<b>Περιοχή</b>	1,85	0,60



### Υγιεινές διατροφικές συνήθειες

Οι μαθητές ρωτήθηκαν αν λαμβάνουν πρωινό και πόσο συχνά. Οι μισοί (50,2%) απάντησαν ότι δεν παραλείπουν το πρωινό τους γεύμα (Πίνακας 11).

Ένας στους 10 μαθητές περίπου (9,5%) δε λαμβάνει καθόλου πρωινό (αγόρια και κορίτσια στα ίδια ποσοστά), ενώ 13,3% των μαθητών σπάνια.

Πίνακας 11: Συχνότητα λήψης πρωινού την τελευταία εβδομάδα

Τις προηγούμενες 7 ημέρες, πόσο συχνά έτρωγες πρωινό;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
A. Ποτέ	13 9,8%	14 9,2%	27 9,5%	10 6,8%	17 12,4%	27 9,5%
B. Σπάνια	15 11,3%	23 15,1%	38 13,3%	20 13,5%	18 13,1%	38 13,3%
Γ. Ορισμένες φορές	18 13,5%	15 9,9%	33 11,6%	15 10,1%	18 13,1%	33 11,6%
Δ. Τις περισσότερες φορές	15 11,3%	29 19,1%	44 15,4%	23 15,5%	21 15,3%	44 15,4%
E. Πάντα	72 54,1%	71 46,7%	143 50,2%	80 54,1%	63 46,0%	143 50,2%

N = 285

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	5,21	0,27
<b>Περιοχή</b>	3,89	0,41

Όσον αφορά στην αιτία παράλειψης του πρωινού (Πίνακας 12), η πλειονότητα των μαθητών απάντησε ότι δεν έχει χρόνο (23,5%) ή δε μπορεί να φάει νωρίς το πρωί (12,5%) ή για κάποια άλλη αδιευκρίνιστη αιτία (7,8%).

## Εκτίμηση δεικτών υγείας

Πίνακας 12: Αιτία παράλειψης πρωινού

Ποια είναι η κύρια αιτία που δεν τρώς πρωινό;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
A. Τρώω πάντα πρωινό	79 60,3%	79 52,7%	158 56,2%	92 63,0%	66 48,9%	158 56,2%
B. Δεν έχω χρόνο	30 22,9%	36 24,0%	66 23,5%	31 21,2%	35 25,9%	66 23,5%
Γ. Δεν μπορώ να φάω νωρίς το πρωί	12 9,2%	23 15,3%	35 12,5%	14 9,6%	21 15,6%	35 12,5%
Δ. Κάποια άλλη αιτία	10 7,6%	12 8,0%	22 7,8%	9 6,2%	13 9,6%	22 7,8%

	N = 281	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>		2,91	0,4
<b>Περιοχή</b>		6,22	0,1

Σημαντική κρίνεται και η λήψη του δεκατιανού στο σχολείο. Στην ερώτηση «Τις προηγούμενες 7 ημέρες, πόσο συχνά έφερνες από το σπίτι φαγητό στο σχολείο;» περισσότεροι από τους μισούς μαθητές απάντησαν πάντα (29,5%) ή τις περισσότερες φορές (23,2%) (Πίνακας 13). Αντίθετα, το 18,2% δεν έφερνε ποτέ φαγητό από το σπίτι, ενώ το 15,1% σπάνια.

Πίνακας 13: Συχνότητα λήψης δεκατιανού

Τις προηγούμενες 7 ημέρες, πόσο συχνά έφερνες από το σπίτι φαγητό στο σχολείο;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
A. Ποτέ	27 20,3%	25 16,4%	52 18,2%	28 18,9%	24 17,5%	52 18,2%
B. Σπάνια	22 16,5%	21 13,8%	43 15,1%	26 17,6%	17 12,4%	43 15,1%
Γ. Ορισμένες φορές	18 13,5%	20 13,2%	38 13,3%	23 15,5%	15 10,9%	38 13,3%
Δ. Τις περισσότερες φορές	31 23,3%	35 23,0%	66 23,2%	32 21,6%	34 24,8%	66 23,2%
E. Πάντα	34 25,6%	50 32,9%	84 29,5%	38 25,7%	46 33,6%	84 29,5%

	N = 283	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>		2,24	0,82
<b>Περιοχή</b>		4,28	0,51

## Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)

Για να εκτιμηθεί το ποσοστό των παχύσαρκων, των υπέρβαρων, των κανονικών και των ελλιποβαρών παιδιών, τους ζητήθηκε το βάρος και το ύψος τους. Στη συνέχεια, υπολογίστηκε ο ΔΜΣ με τον τύπο  $\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{βάρος} / \text{ύψος}^2$  και έγινε χρήση των εκατοστιαίων θέσεων (IOTF). Διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα:

Σχεδόν 1 στους 5 μαθητές (19,2%) είναι υπέρβαροι, ενώ 3% είναι παχύσαρκοι. Το 77,8% του συνόλου των μαθητών έχουν κανονικό ή κάτω του κανονικού βάρος. Ειδικότερα τα αγόρια συγκριτικά με τα κορίτσια είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό υπέρβαροι και παχύσαρκοι (34,4% για τα αγόρια και 11,3% για τα κορίτσια) ( $P=0.00$ ). Μάλιστα, οι υπέρβαροι μαθητές είναι σχεδόν τριπλάσιοι (30,4%) από τις μαθήτριες (9,2%) (Πίνακας 14).

Πίνακας 14: Κατανομή του συνόλου των μαθητών με βάση το δείκτη μάζας σώματος

Δείκτης Μάζας Σώματος	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
Κανονικοί	82 65,6%	125 88,7%	207 77,8%	110 81,5%	97 74,0%	207 77,8%
Υπέρβαροι	38 30,4%	13 9,2%	51 19,2%	22 16,3%	29 22,1%	51 19,2%
Παχύσαρκοι	5 4,0%	3 2,1%	8 3,0%	3 2,2%	5 3,8%	8 3,0%

N = 266

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	20,8	<b>0,00</b>
<b>Περιοχή</b>	2,22	0,33

**Οδοντική - στοματική υγεία**

83,7% αναφέρουν ότι βουρτσίζουν τα δόντια μια ή και περισσότερες φορές την ημέρα (Πίνακας 15), με υψηλότερο ποσοστό τα κορίτσια (89,3%) από τα αγόρια (77,3%) (P=0,02). Σχεδόν 1 στους 6 μαθητές (16,3%) δε βουρτσίζουν τα δόντια τους καθημερινά.

Πίνακας 15: Συχνότητα βουρτσίσματος των δοντιών την τελευταία εβδομάδα

Τις προηγούμενες 7 ημέρες, πόσες φορές την ημέρα συνήθως έπλενες τα δόντια σου;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
A. 0 έως 3 ημέρες	15 11,4%	9 6,0%	24 8,5%	13 8,8%	11 8,1%	24 8,5%
B. 4 έως 6 ημέρες	15 11,4%	7 4,7%	22 7,8%	11 7,5%	11 8,1%	22 7,8%
Γ. Μία φορά την ημέρα	15 11,4%	29 19,3%	44 15,6%	25 17,0%	19 14,1%	44 15,6%
Δ. Δύο φορές την ημέρα	59 44,7%	61 40,7%	120 42,6%	64 43,5%	56 41,5%	120 42,6%
Ε. Τρεις ή περισσότερες φορές την ημέρα	28 21,2%	44 29,3%	72 25,5%	34 23,1%	38 28,1%	72 25,5%

N = 282

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	11,35	<b>0,02</b>
<b>Περιοχή</b>	1,23	0,87

Οι μαθητές ρωτήθηκαν πότε ήταν η τελευταία φορά που επισκέφτηκαν τον οδοντίατρο. Το 62,5% απάντησαν τον τελευταίο χρόνο, σε ίδια σχεδόν ποσοστά αγόρια και κορίτσια (Πίνακας 16).

Το 7,4% των μαθητών απάντησαν παραπάνω από χρόνο. Τα αγόρια συγκριτικά περισσότερο (11,3%) από τα κορίτσια (3,9%) ( $P=0.00$ ). Οι μαθητές των αστικών σχολείων δεν πηγαίνουν συχνά στον οδοντίατρο όσο οι μαθητές των αγροτικών περιοχών (17,7% για τους πρώτους και 5,9% για τους δεύτερους) ( $P=0.00$ ).

Πίνακας 16: Επίσκεψη σε οδοντίατρο

Πότε ήταν η τελευταία φορά που επισκέφτηκες τον οδοντίατρο;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
A. Κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών	81 61,4%	97 64,2%	178 62,9%	93 63,3%	85 62,5%	178 62,9%
B. Πριν από 1 και πάνω χρόνια	24 18,2%	10 6,6%	34 12,0%	26 17,7%	8 5,9%	34 12,0%
Γ. Ποτέ/Δεν ξέρω	27 20,5%	44 29,1%	71 25,1%	28 19,0%	43 31,6%	71 25,1%

	N = 283	
	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	10,04	<b>0,00</b>
<b>Περιοχή</b>	12,65	<b>0,00</b>

## Εκτίμηση δεικτών υγείας

Το 58,2% περιέγραψαν την υγεία των δοντιών τους ως εξαιρετική ή πολύ καλή, ενώ μέτρια, κακή ή πολύ κακή το 16,4% (Πίνακας 17).

Πίνακας 17: Περιγραφή υγείας δοντιών

Πώς περιγράφεις την υγεία των δοντιών σου;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
A. Εξαιρετική	24 18,0%	33 21,7%	57 20,0%	35 23,6%	22 16,1%	57 20,0%
B. Πολύ καλή	50 37,6%	59 38,8%	109 38,2%	58 39,2%	51 37,2%	109 38,2%
Γ. Καλή	38 28,6%	35 23,0%	73 25,6%	34 23,0%	39 28,5%	73 25,6%
Δ. Μέτρια και κάτω του μετρίου	21 15,8%	25 16,4%	46 16,1%	21 14,2%	25 18,2%	46 16,1%

N = 285

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	1,37	0,71
<b>Περιοχή</b>	3,66	0,29

Στην ερώτηση «πόσο ικανοποιημένος είσαι με την εμφάνιση των δοντιών σου» το 77,5% απάντησαν θετικά, ενώ το 22,1 % αρνητικά (Πίνακας 18).

Πίνακας 18: Ικανοποίηση από την εμφάνιση δοντιών

Είσαι ικανοποιημένη/ος με την εμφάνιση των δοντιών σου;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
A. Ναι	105 78,9%	116 76,3%	221 77,5%	111 75,0%	110 80,3%	221 77,5%
B. Όχι	27 20,3%	36 23,7%	63 22,1%	36 24,3%	27 19,7%	63 22,1%

N = 284

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	1,57	0,46
<b>Περιοχή</b>	1,87	0,39

## Εκτίμηση δεικτών υγείας

Όσον αφορά στη συχνότητα εμφάνιση πονόδοντου, το 60,5% ανέφεραν ότι δεν αισθάνθηκαν πόνο ποτέ τον τελευταίο χρόνο και το 32,4% σπάνια (Πίνακας 19). Σημαντικές διαφορές δεν υπάρχουν μεταξύ των δύο φύλων.

Πίνακας 19: Εμφάνιση πονόδοντου

Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 12 μηνών, πόσο συχνά είχες πονόδοντο;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
	A. Ποτέ	74 56,5%	96 64,0%	170 60,5%	91 61,9%	79 59,0%
B. Σπάνια	48 36,6%	43 28,7%	91 32,4%	48 32,7%	43 32,1%	91 32,4%
Γ. Ορισμένες φορές ή πάντα	9 6,9%	11 7,3%	20 7,1%	8 5,4%	12 9,0%	20 7,1%

N = 281

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	2,04	0,35
<b>Περιοχή</b>	1,32	0,51

Οι μαθητές ρωτήθηκαν αν έχουν δυσκολία στη μάσηση. Το 97,5% απάντησαν αποφαστικά, ενώ το 2,1% καταφατικά (Πίνακας 20).

Πίνακας 20: Δυσκολία στη μάσηση

Έχεις δυσκολία στη μάσηση;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
	A. Ναι	2 1,5%	4 2,6%	6 2,1%	5 3,4%	1 0,7%
B. Όχι	130 97,7%	148 97,4%	278 97,5%	142 95,9%	136 99,3%	278 97,5%

N = 284

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	1,57	0,46
<b>Περιοχή</b>	3,38	0,19

## Εκτίμηση δεικτών υγείας

Στο σύνολο των μαθητών, η συντριπτική πλειονότητα (95,1%) ανέφεραν ότι δε δέχονται αστεϊσμούς από άλλους για την εμφάνιση των δοντιών του (Πίνακας 21). Σχεδόν 1 στους 20 μαθητές (4,2%) δέχεται ενοχλητικά πειράγματα.

Πίνακας 21: Πειράγματα για την εμφάνιση των δοντιών

Αστειεύονται οι άλλοι μαθητές με τα δόντια σου;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
A. Ναι	7 5,3%	5 3,3%	12 4,2%	9 6,1%	3 2,2%	12 4,2%
B. Όχι	125 94,0%	146 96,1%	271 95,1%	138 93,2%	133 97,1%	271 95,1%

N = 283

	$\chi^2$	P
Φύλο	0,7	0,7
Περιοχή	2,67	0,26



## Συνήθειες υγιεινής

Οι μαθητές ρωτήθηκαν «Πόσο συχνά έπλυνες τα χέρια σου πριν το φαγητό;». Το 78,6% του συνόλου του δείγματος απάντησαν πάντα και το 12,9% τις περισσότερες φορές (Πίνακας 22).

Πίνακας 22: Συχνότητα πλυσίματος των χεριών πριν το φαγητό την εβδομάδα

Τις προηγούμενες 7 ημέρες, πόσο συχνά έπλυνες τα χέρια σου πριν από το φαγητό;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
Α. Ποτέ-Σπάνια-Ορισμένες φορές	11 8,4%	13 8,7%	24 8,6%	11 7,5%	13 9,7%	24 8,6%
Β. Τις περισσότερες φορές	20 15,3%	16 10,7%	36 12,9%	20 13,7%	16 11,9%	36 12,9%
Γ. Πάντα	100 76,3%	120 80,5%	220 78,6%	115 78,8%	105 78,4%	220 78,6%

N = 280

	$\chi^2$	P
Φύλο	1,27	0,52
Περιοχή	10,55	0,75

Η συχνότητα πλυσίματος των χεριών μετά την τουαλέτα διαμορφώνεται ως εξής: 79,3% των μαθητών πλένουν τα χέρια τους πάντα, 12,3% τις περισσότερες φορές, ενώ 8,4% ποτέ ή σπάνια ή ορισμένες φορές (Πίνακας 23).

Πίνακας 23: Πλύσιμο των χεριών μετά την τουαλέτα

Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 7 ημερών, πόσο συχνά έπλυνες τα χέρια σου μετά την τουαλέτα;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
Α. Ποτέ-Σπάνια-Ορισμένες φορές	7 5,3%	17 11,2%	24 8,4%	16 10,8%	8 5,8%	24 8,4%
Β. Τις περισσότερες φορές	17 12,8%	18 11,8%	35 12,3%	15 10,1%	20 14,6%	35 12,3%
Γ. Πάντα	109 82,0%	117 77,0%	226 79,3%	117 79,1%	109 79,6%	226 79,3%

N = 285

	$\chi^2$	P
Φύλο	3,22	0,19
Περιοχή	3,24	0,19

## Εκτίμηση δεικτών υγείας

Η χρήση του σαπουνιού για το πλύσιμο των χεριών είναι σχεδόν καθολική με 82,5% να το χρησιμοποιούν πάντα, ενώ 9,5% τις περισσότερες φορές (Πίνακας 24). Ποσοστό 8,1% δεν πλένουν συχνά τα χέρια τους με σαπούνι. Στις αστικές περιοχές η χρήση είναι συστηματική απ' ότι στις αγροτικές ( $P=0.04$ ).

Πίνακας 24: Χρήση σαπουνιού για το πλύσιμο των χεριών

Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 7 ημερών, πόσο συχνά χρησιμοποιούσες σαπούνι για το πλύσιμο των χεριών;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
	Α. Ποτέ-Σπάνια-Ορισμένες φορές	13 9,8%		10 6,6%	23 8,1%	
Β. Τις περισσότερες φορές	17 12,8%	10 6,6%	27 9,5%	10 6,8%	17 12,4%	27 9,5%
Γ. Πάντα	103 77,4%	132 86,8%	235 82,5%	130 87,8%	105 76,6%	235 82,5%

N = 285

	$\chi^2$	P
Φύλο	4,53	0,1
Περιοχή	6,18	<b>0,04</b>

Οι ίδιες συμπεριφορές υγείας μελετούμενες στο χώρο του σχολείου παρουσιάζουν τα εξής:

**Πλύσιμο των χεριών πριν το φαγητό στο σχολείο:** Το 39,7% πάντα ή τις περισσότερες φορές (Πίνακας 25). Αντίθετα, οι μισοί σχεδόν μαθητές δεν παρουσιάζουν αυτή τη συνήθεια στο σχολικό χώρο (44,2%).

Πίνακας 25: Πλύσιμο των χεριών πριν το φαγητό στο σχολείο

Τις προηγούμενες 7 ημέρες, πόσο συχνά έπλυνες τα χέρια σου πριν το φαγητό <u>στο σχολείο</u> ;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
A. Ποτέ	25 18,8%	38 25,0%	63 22,1%	35 23,6%	28 20,4%	63 22,1%
B. Σπάνια	28 21,1%	35 23,0%	63 22,1%	42 28,4%	21 15,3%	63 22,1%
Γ. Ορισμένες φορές	19 14,3%	23 15,1%	42 14,7%	21 14,2%	21 15,3%	42 14,7%
Δ. Τις περισσότερες φορές	26 19,5%	25 16,4%	51 17,9%	21 14,2%	30 21,9%	51 17,9%
E. Πάντα	32 24,1%	30 19,7%	62 21,8%	28 18,9%	34 24,8%	62 21,8%

N = 281

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	3,68	0,6
<b>Περιοχή</b>	10,53	0,06

**Πλύσιμο των χεριών μετά την τουαλέτα στο σχολείο:** Ένας στους τρεις μαθητές (69,3%) αναφέρουν ότι πάντα πλένουν τα χέρια τους, ενώ 19% ποτέ ή σπάνια ή ορισμένες φορές (Πίνακας 26).

Πίνακας 26: Πλύσιμο των χεριών μετά την τουαλέτα στο σχολείο

Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 7 ημερών, πόσο συχνά έπλυνες τα χέρια σου μετά την τουαλέτα <u>στο σχολείο</u> ;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
A. Ποτέ-Σπάνια-Ορισμένες φορές	24 18,9%	28 19,0%	52 19,0%	31 22,0%	21 15,8%	52 19,0%
B. Τις περισσότερες φορές	16 12,6%	16 10,9%	32 11,7%	12 8,5%	20 15,0%	32 11,7%
Γ. Πάντα	87 68,5%	103 70,1%	190 69,3%	98 69,5%	92 69,2%	190 69,3%

N = 274

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	0,19	0,9
<b>Περιοχή</b>	3,88	0,14

**Χρήση σαπουνιού για το πλύσιμο των χεριών στο σχολείο:** Οι μισοί μαθητές αναφέρουν ότι πάντα χρησιμοποιούν σαπούνι (53,3%), ενώ 1 στους 5 μαθητές ποτέ ή σπάνια (21%) (Πίνακας 27).

Πίνακας 27: Χρήση σαπουνιού για το πλύσιμο των χεριών στο σχολείο

Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 7 ημερών, πόσο συχνά χρησιμοποιούσες σαπούνι για το πλύσιμο των χεριών στο σχολείο;

- A. Ποτέ
- B. Σπάνια
- Γ. Ορισμένες φορές
- Δ. Τις περισσότερες φορές
- Ε. Πάντα

	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
A. Ποτέ	14 10,5%	22 14,5%	36 12,6%	18 12,2%	18 13,1%	36 12,6%
B. Σπάνια	10 7,5%	14 9,2%	24 8,4%	14 9,5%	10 7,3%	24 8,4%
Γ. Ορισμένες φορές	15 11,3%	10 6,6%	25 8,8%	13 8,8%	12 8,8%	25 8,8%
Δ. Τις περισσότερες φορές	22 16,5%	24 15,8%	46 16,1%	23 15,5%	23 16,8%	46 16,1%
Ε. Πάντα	71 53,4%	81 53,3%	152 53,3%	79 53,4%	73 53,3%	152 53,3%

N = 283

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	2,93	0,71
<b>Περιοχή</b>	0,52	0,99

Στην ερώτηση «Πόσο συχνά πίνεις νερό από τις βρύσες του σχολείου σου;» το 16,8% απάντησαν πάντα και το 14,4% τις περισσότερες φορές (Πίνακας 28). Τα αγόρια χρησιμοποιούν τη βρύση του σχολείου για να πιούν νερό σε διπλάσιο ποσοστό από τα κορίτσια (42,1% τα αγόρια και 21,7% τα κορίτσια) (P=0.00). 45,6% των μαθητών ανέφεραν ότι ποτέ ή σπάνια πίνουν νερό από τις βρύσες του σχολείου.

## Εκτίμηση δεικτών υγείας

Πίνακας 28: Πόσο συχνά πίνουν νερό από τις βρύσες του σχολείου

Πόσο συχνά πίνεις νερό από τις βρύσες του σχολείου σου;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
A. Ποτέ	12 9,0%	30 19,7%	42 14,7%	21 14,2%	21 15,3%	42 14,7%
B. Σπάνια	34 25,6%	54 35,5%	88 30,9%	40 27,0%	48 35,0%	88 30,9%
Γ. Ορισμένες φορές	31 23,3%	35 23,0%	66 23,2%	36 24,3%	30 21,9%	66 23,2%
Δ. Τις περισσότερες φορές	23 17,3%	18 11,8%	41 14,4%	24 16,2%	17 12,4%	41 14,4%
E. Πάντα	33 24,8%	15 9,9%	48 16,8%	27 18,2%	21 15,3%	48 16,8%

N = 285

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	18,67	<b>0,00</b>
<b>Περιοχή</b>	2,8	0,59

## Φυσική άσκηση

Σχεδόν 1 στους 2 μαθητές (48,4%) κάνουν έντονη φυσική άσκηση το λιγότερο 60' την ημέρα 6 ή 7 ημέρες την εβδομάδα (Πίνακας 29). Τα αγόρια ασκούνται σε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά (62,4%) από ό,τι τα κορίτσια (36,2%) (P=0.00). Ένας στους δέκα μαθητές περίπου (11,2%) αναφέρει ανύπαρκτη ή μειωμένη σωματική δραστηριότητα, με τα κορίτσια να υπερτερούν (13,2%) από τα αγόρια (9,0%).

Πίνακας 29: Φυσική άσκηση

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσες ημέρες ασχολήθηκες με φυσική άσκηση-δραστηριότητες το λιγότερο 60 λεπτά την ημέρα;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
0-1 ημέρα	12 9,0%	20 13,2%	32 11,2%	12 8,1%	20 14,6%	32 11,2%
2-3 ημέρες	15 11,3%	39 25,7%	54 18,9%	33 22,3%	21 15,3%	54 18,9%
4 ημέρες	10 7,5%	18 11,8%	28 9,8%	15 10,1%	13 9,5%	28 9,8%
5 ημέρες	13 9,8%	20 13,2%	33 11,6%	13 8,8%	20 14,6%	33 11,6%
6 ημέρες	12 9,0%	13 8,6%	25 8,8%	14 9,5%	11 8,0%	25 8,8%
7 ημέρες	71 53,4%	42 27,6%	113 39,6%	61 41,2%	52 38,0%	113 39,6%

N = 285

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	22,75	<b>0,00</b>
<b>Περιοχή</b>	6,95	0,22

Στην ερώτηση «Πόσες ημέρες πήγες με τα πόδια ή το ποδήλατο στο σχολείο σου την τελευταία εβδομάδα;» σχεδόν οι μισοί (48,8%) απάντησαν όλες τις ημέρες (Πίνακας 30). Σχεδόν 1 στους 3 μαθητές (33,3%) χρησιμοποιεί κάποιο μέσο μεταφοράς για την προσέλευση στο σχολείο.

Πίνακας 30: Προσέλευση στο σχολείο με τα πόδια ή το ποδήλατο

Την τελευταία εβδομάδα, πόσες ημέρες πήγες με τα πόδια ή το ποδήλατο στο σχολείο σου;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
0 ημέρες	41 30,8%	54 35,5%	95 33,3%	53 35,8%	42 30,7%	95 33,3%
1-3 ημέρες	20 15,0%	20 13,2%	40 14,0%	20 13,5%	20 14,6%	40 14,0%
4 ημέρες	5 3,8%	6 3,9%	11 3,9%	5 3,4%	6 4,4%	11 3,9%
5 ημέρες	67 50,4%	72 47,4%	139 48,8%	70 47,3%	69 50,4%	139 48,8%

N = 285

	$\chi^2$	P
Φύλο	0,78	0,85
Περιοχή	0,94	0,81

### Ελεύθερος χρόνος

Οι μαθητές ρωτήθηκαν για το χρόνο που διαθέτουν καθημερινά σε καθιστικές δραστηριότητες, όπως τηλεόραση, παιχνίδια στον Η/Υ, επικοινωνία με τους φίλους και άλλα. Η πλειονότητα των μαθητών (43,8%) αναφέρει ότι ασχολείται με όλες τις παραπάνω καθιστικές δραστηριότητες 1 έως 2 ώρες καθημερινά (Πίνακας 31). Λιγότερο από μία ώρα την ημέρα το 29,5%, ενώ 3 και περισσότερες ώρες το 26,6%.

Πίνακας 31: Καθημερινή διάρκεια καθιστικών δραστηριοτήτων

Πόσες ώρες ξοδεύεις καθημερινά στο να βλέπεις τηλεόραση, να παίζεις παιχνίδια στον ηλεκτρονικό υπολογιστή, να μιλάς με τους φίλους σου ή να ασχολείσαι γενικά με καθιστικές δραστηριότητες;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
A. Λιγότερο από μια ώρα την ημέρα	30 22,9%	53 35,3%	83 29,5%	39 26,9%	44 32,4%	83 29,5%
B. 1 έως 2 ώρες την ημέρα	61 46,6%	62 41,3%	123 43,8%	64 44,1%	59 43,4%	123 43,8%
Γ. 3 έως 4 ώρες την ημέρα	29 22,1%	22 14,7%	51 18,1%	29 20,0%	22 16,2%	51 18,1%
Δ. 5 ή περισσότερες ώρες την ημέρα	11 8,4%	13 8,7%	24 8,5%	13 9,0%	11 8,1%	24 8,5%

N = 281

	$\chi^2$	P
Φύλο	6,25	0,1
Περιοχή	1,35	0,72

## Ώρες ύπνου

Στην ερώτηση «Τι ώρα κοιμάσαι την προηγούμενη, όταν την επόμενη έχεις σχολείο;» οι μισοί σχεδόν μαθητές (47,3%) απάντησαν στις 10.00 μμ και το 32,4% στις 11.00 μμ (Πίνακας 32). Ένα ποσοστό της τάξης του 7,8% απάντησαν τη 12<sup>η</sup> νυχτερινή και μετά αυτής.

Πίνακας 32: Ώρα ύπνου τις καθημερινές

Όταν την επόμενη μέρα έχεις σχολείο, τι ώρα κοιμάσαι την προηγούμενη;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
	9.00	11 8,5%	24 15,9%	35 12,5%	15 10,2%	20 14,9%
10.00	60 46,2%	73 48,3%	133 47,3%	64 43,5%	69 51,5%	133 47,3%
11.00	48 36,9%	43 28,5%	91 32,4%	58 39,5%	33 24,6%	91 32,4%
12.00 και μετά	11 8,5%	11 7,3%	22 7,8%	10 6,8%	12 9,0%	22 7,8%

N = 281

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	4,83	0,18
<b>Περιοχή</b>	7,37	0,06



## Άσκηση βίας και εκφοβισμού

Οι μισοί μαθητές (51,2%) δεν έχουν δεχτεί σωματική επίθεση από κάποιον άλλο το τελευταίο 12μηνο (Πίνακας 33). Οι υπόλοιποι μαθητές και μάλιστα σε ποσοστό 35,7% είναι θύματα επίθεσης στους διάφορους χώρους δραστηριοποίησής τους μια, δυο ή τρεις φορές.

Αξιοσημείωτο είναι ότι ένα ποσοστό της τάξης του 7,1% δέχεται συνεχείς επιθέσεις.

Πίνακας 33: Συχνότητα σωματικής επίθεσης κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, πόσες φορές δέχτηκες από άλλον σωματική επίθεση;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
A. καμία φορά	61 46,2%	84 55,6%	145 51,2%	76 51,7%	69 50,7%	145 51,2%
B. 1 φορά	26 19,7%	27 17,9%	53 18,7%	25 17,0%	28 20,6%	53 18,7%
Γ. 2 ή 3 φορές	24 18,2%	24 15,9%	48 17,0%	25 17,0%	23 16,9%	48 17,0%
Δ. 4 ή 7 φορές	11 8,3%	6 4,0%	17 6,0%	9 6,1%	8 5,9%	17 6,0%
E. 8 ή 11 φορές	10 7,6%	10 6,6%	20 7,1%	12 8,2%	8 5,9%	20 7,1%

N = 283

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	3,88	0,42
<b>Περιοχή</b>	1,02	0,91

## Εκτίμηση δεικτών υγείας

Στην ερώτηση «Πόσες φορές τραυματίστηκες ή πληγώθηκες σοβαρά από κάποιον άλλο κατά τη διάρκεια των τελευταίων δώδεκα μηνών;» το 66,4% δεν αναφέρει κανένα τραυματισμό και το 19,1% μία φορά (Πίνακας 34).

Σχεδόν 1 στους 7 μαθητές (14,5%) αναφέρει ότι πληγώθηκε σοβαρά περισσότερο από 2 φορές τον τελευταίο χρόνο.

Πίνακας 34 : Συχνότητα σοβαρού τραυματισμού

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, πόσες φορές τραυματίστηκες-πληγώθηκες σοβαρά από κάποιον άλλο;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
	A. καμία φορά	88 67,2%	100 65,8%	188 66,4%	103 69,6%	85 63,0%
B. 1 φορά	27 20,6%	27 17,8%	54 19,1%	24 16,2%	30 22,2%	54 19,1%
Γ. 2 ή 3 φορές	9 6,9%	16 10,5%	25 8,8%	13 8,8%	12 8,9%	25 8,8%
Δ. 4 ή 11 φορές	7 5,3%	9 5,9%	16 5,7%	8 5,4%	8 5,9%	16 5,7%

N = 283

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	1,42	0,7
<b>Περιοχή</b>	1,84	0,61

Οι μαθητές απάντησαν στην ερώτηση «Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, πόσες φορές μπλέχτηκες σε καβγά σώμα με σώμα;» τα ακόλουθα: 58,2% δεν μπλέχτηκαν σε καβγά (Πίνακας 35). Σχεδόν 1 στους 4 μαθητές (28%) τον τελευταίο χρόνο έχει έρθει άγρια στα χέρια μία, δύο ή και τρεις φορές και το 13,8% συχνότερα.

Τα αγόρια (56,5%) συμμετέχουν σε βίαιο καβγά σχεδόν σε διπλάσιο ποσοστό από τα κορίτσια (29,1%) (P=0.00).

## Εκτίμηση δεικτών υγείας

Πίνακας 35: Συμμετοχή σε καβγά σώμα με σώμα

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, πόσες φορές μπλέχτηκες σε καβγά σώμα με σώμα;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
	A. καμία φορά	57 43,5%	107 70,9%	164 58,2%	89 60,1%	75 56,0%
B. 1 φορά	25 19,1%	23 15,2%	48 17,0%	26 17,6%	22 16,4%	48 17,0%
Γ. 2 ή 3 φορές	18 13,7%	13 8,6%	31 11,0%	16 10,8%	15 11,2%	31 11,0%
Δ. 4 ή 11 φορές	31 23,7%	8 5,3%	39 13,8%	17 11,5%	22 16,4%	39 13,8%

N = 282

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	28,42	<b>0,00</b>
<b>Περιοχή</b>	1,51	0,68

Μία ιδιαίτερη μορφή επιθετικής συμπεριφοράς, κυρίως μεταξύ συνομηλίκων, είναι και η απειλή ή ο εκφοβισμός (bullying). Το 77,2% των μαθητών δεν αναφέρει ότι δέχτηκε εκφοβισμό οποιασδήποτε μορφής (Πίνακας 36). Το 12,8% απάντησε ότι απειλήθηκε μία ή και δύο ημέρες τον τελευταίο χρόνο.

Το ανησυχητικό είναι ότι 1 στους 10 μαθητές (10%) γίνεται θύμα ενοχλητικών πειραγμάτων σε πολύ μεγάλη συχνότητα. Πιο συγκεκριμένα, οι μαθητές των αστικών σχολείων (14,2%) από τους μαθητές των αγροτικών (5,3%) δέχονται σε μεγαλύτερη συχνότητα απειλές (P=0.02).

Πίνακας 36: Συχνότητα εκφοβισμού ή απειλής

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, πόσες φορές απειλήθηκες από άλλον;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
	A. καμία μέρα	99 76,2%	118 78,1%	217 77,2%	112 75,7%	105 78,9%
B. 1 ή 2 ημέρες	15 11,5%	21 13,9%	36 12,8%	15 10,1%	21 15,8%	36 12,8%
Γ. 3 ή περισσότερες ημέρες	16 12,3%	12 7,9%	28 10,0%	21 14,2%	7 5,3%	28 10,0%

N = 281

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	1,67	0,43
<b>Περιοχή</b>	7,45	<b>0,02</b>

## Τραυματισμοί

Ο πιο σοβαρός τραυματισμός που συνέβη κατά σειρά προτεραιότητας είναι, όπως κατέγραψαν οι μαθητές: κόπηκα ή πληγώθηκα σοβαρά (9,6%) έσπασα κόκαλο ή έπαθα εξάρθρωση ή έπαθα διάσειση (10,6%), έπαθα έγκαυμα ή δηλητηριάστηκα ή κάτι άλλο (15,6%) (Πίνακας 37). Το 64,2% δεν ανέφερε ότι είχε κάποιο σοβαρό τραυματισμό τον τελευταίο χρόνο.

Πίνακας 37: Είδος σοβαρού τραυματισμού

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, ποιος ήταν ο πιο σοβαρός τραυματισμός που σου συνέβη;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
Α. Δεν τραυματίστηκα σοβαρά κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών	80 60,6%	101 67,3%	181 64,2%	101 69,2%	80 58,8%	181 64,2%
Β. Έσπασα κόκαλο ή έπαθα εξάρθρωση ή έπαθα διάσειση ή άλλο τραυματισμό στο κεφάλι ή στον αυχένα ή χτυπήθηκα και έπεσα	11 8,3%	19 12,7%	30 10,6%	11 7,5%	19 14,0%	30 10,6%
Γ. Κόπηκα ή πληγώθηκα σοβαρά	18 13,6%	9 6,0%	27 9,6%	13 8,9%	14 10,3%	27 9,6%
Δ. Έπαθα έγκαυμα ή δηλητηριάστηκα ή κάτι άλλο	23 17,4%	21 14,0%	44 15,6%	21 14,4%	23 16,9%	44 15,6%

N = 282

	$\chi^2$	P
Φύλο	6,53	0,09
Περιοχή	4,53	0,23

## Εκτίμηση δεικτών υγείας

Ο τόπος που συνέβη το ατύχημα ήταν πρώτα το σχολείο (18%), με τα αγόρια (21,2%) να υπερτερούν των κοριτσιών (15,1%) (Πίνακας 38). Ο επόμενος ήταν το σπίτι (10,6%). Τα κορίτσια σε υψηλότερο ποσοστό (11,8%) από τα αγόρια (9,1%). Έπειτα, ο παιδότοπος ή το γήπεδο ή οι χώροι άθλησης ή ο δρόμος ή το πεζοδρόμιο (15,1%), ενώ σε κάποιο αδιευκρίνιστο χώρο το 6% .

Το 50,4% δεν ανέφερε ότι είχε τραυματισμό. Τα αγόρια παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα τραυματισμού (58,3%) από τα κορίτσια (42,1%) (P=0.01).

Πίνακας 38: Τόπος σοβαρού τραυματισμού

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, πού τραυματίστηκες σοβαρά;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
A. Δεν είχα κανένα σοβαρό τραυματισμό	55 41,7%	88 57,9%	143 50,4%	80 54,1%	63 46,3%	143 50,4%
B. Στο σπίτι	12 9,1%	18 11,8%	30 10,6%	19 12,8%	11 8,1%	30 10,6%
Γ. Στο σχολείο	28 21,2%	23 15,1%	51 18,0%	24 16,2%	27 19,9%	51 18,0%
Δ. Σε παιδότοπο (παιδική χαρά) ή σε γήπεδο ή σε χώρους άθλησης ή σε δρόμο ή στο πάρκο	28 21,2%	15 9,9%	43 15,1%	18 12,2%	25 18,4%	43 15,1%
E. Κάπου αλλού	9 6,8%	8 5,3%	17 6,0%	7 4,7%	10 7,4%	17 6,0%

N = 284

	$\chi^2$	P
Φύλο	11,94	<b>0,01</b>
Περιοχή	5,5	0,24

**Ζώνη ασφαλείας των μαθητών**

Η πλειονότητα των μαθητών φορά πάντα ζώνη ασφαλείας. (Πίνακας 39). Ένας στους πέντε μαθητές (21,2%) ποτέ ή σπάνια φορά ζώνη ασφαλείας.

Πίνακας 39: Χρήση ζώνης ασφαλείας

Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 30 ημερών, πόσο συχνά χρησιμοποίησες ζώνη ασφαλείας στο αυτοκίνητο;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
	A. Ποτέ ή σπάνια	34 25,6%	26 17,3%	60 21,2%	27 18,4%	33 24,3%
B. Ορισμένες φορές	14 10,5%	12 8,0%	26 9,2%	12 8,2%	14 10,3%	26 9,2%
Γ. Τις περισσότερες φορές	19 14,3%	36 24,0%	55 19,4%	28 19,0%	27 19,9%	55 19,4%
Δ. Πάντα	66 49,6%	76 50,7%	142 50,2%	80 54,4%	62 45,6%	142 50,2%

N = 283

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	6,18	0,1
<b>Περιοχή</b>	2,63	0,45

**Χρήση κράνους**

Στην ερώτηση «Πόσο συχνά, κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 30 ημερών, χρησιμοποίησες κράνος, ενώ έκανες ποδήλατο;» ένα μεγάλο μέρος (75,8%) των μαθητών απάντησε αρνητικά (Πίνακας 40). Μόνο 11,7% έχει υιοθετήσει αυτήν την ασφαλή συμπεριφορά και φορά συστηματικά κράνος. Τα κορίτσια σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα αγόρια (P=0.02).

Πίνακας 40: Χρήση κράνους κατά την ποδηλασία

Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 30 ημερών, πόσο συχνά χρησιμοποίησες κράνος, ενώ έκανες ποδήλατο;	Φύλο		Σύνολο	Περιοχή		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια		Αστική	Αγροτική	
A. Ποτέ	105 80,8%	102 71,3%	207 75,8%	106 75,2%	101 76,5%	207 75,8%
B. Σπάνια ή Ορισμένες φορές	17 13,1%	17 11,9%	34 12,5%	14 9,9%	20 15,2%	34 12,5%
Γ. Τις περισσότερες φορές ή πάντα	8 6,2%	24 16,8%	32 11,7%	21 14,9%	11 8,3%	32 11,7%

N = 273

	$\chi^2$	P
<b>Φύλο</b>	7,44	<b>0,02</b>
<b>Περιοχή</b>	4,01	0,13

### 3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε πολυμορφικό δείγμα μαθητών και μαθητριών της Ε' και Στ' τάξης Δημοτικών Σχολείων του Νομού Καβάλας. Μελετήθηκαν θέματα που αφορούν στις καθημερινές συνήθειες των μαθητών, από τις οποίες άλλες προάγουν την υγεία και άλλες την επιβαρύνουν.

Χρησιμοποιήσαμε για σύγκριση με τα αποτελέσματα της μελέτης μας μόνο, μεγάλες αντίστοιχες μελέτες από τη σχετική βιβλιογραφία. Πολλές μελέτες από την ελληνική βιβλιογραφία θεωρήσαμε ότι δεν έδιναν συγκρίσιμα αποτελέσματα. Με αντίστοιχη μελέτη του WHO<sup>7</sup> δεν επιχειρήσαμε συγκρίσεις γιατί το δείγμα περιελάμβανε μαθητές, κυρίως, από αναπτυσσόμενες χώρες.

#### Διατροφή

Από τις προτεινόμενες μερίδες της Διατροφικής Πυραμίδας (US Department of Agriculture)<sup>175</sup> τρέφονται σωστά: για την ομάδα των φρούτων 37,7% των μαθητών, για την ομάδα των λαχανικών 28,4% και για την ομάδα του γάλακτος 48,1%.

Αντίθετα, 1 στους 6 μαθητές (16,1%) πίνει καθημερινά μια ή περισσότερες φορές αναψυκτικά. Σχεδόν 1 στους 5 μαθητές (18,6%) καταναλώνει τρόφιμα από φαστ - φουντ δύο ή περισσότερες φορές την εβδομάδα.

Για τις αντίστοιχες ομάδες, τα αποτελέσματα της μελέτης της HSBC/WHO που πραγματοποιήθηκε σε Έλληνες μαθητές της ίδιας ηλικίας<sup>71</sup> είναι τα ακόλουθα: ομάδα φρούτων 30,9% και ομάδα λαχανικών 35,6%.

Μια διακρατική σύγκριση<sup>176</sup>, με τη συμμετοχή μαθητών από όλες τις χώρες που λαμβάνουν μέρος στην έρευνα HSBC/WHO, παρουσιάζει ότι για την κατανάλωση φρούτων τα ποσοστά είναι μεγαλύτερα στο δείγμα μας, ενώ για την κατανάλωση λαχανικών σχεδόν τα ίδια. Αντίστοιχα διακρατική σύγκριση<sup>176</sup> που αφορά στην καθημερινή κατανάλωση αναψυκτικών δείχνει σχεδόν ίδια ποσοστά με το δείγμα μας. Η συχνότητα κατανάλωσης φρούτων συμπίπτει με την έρευνα YRBS η οποία, όμως, αναφέρεται σε μαθητές των ΗΠΑ ηλικίας 15 ετών<sup>177</sup>.



Είναι γνωστό ότι οι διαιτητικές επιλογές ευθύνονται για την παρουσία μεγάλου ποσοστού μαθητών, οι οποίοι είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Αν και η εκτίμηση της παιδικής παχυσαρκίας με βάση τα αυτοαναφερόμενα στοιχεία αποκλίνει σε σχέση με τα αποτελέσματα αντικειμενικών μετρήσεων<sup>178</sup> διαπιστώθηκε ότι περίπου 1 στους 5 μαθητές (19,2%) είναι υπέρβαροι, ενώ 3% παχύσαρκοι. Τα αγόρια εμφανίζουν τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να είναι υπέρβαρα από τα κορίτσια. Τα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων μαθητών σε κάποιες μελέτες αυξάνονται<sup>179</sup>, σε άλλες μειώνονται<sup>180</sup> και σε άλλες είναι σχεδόν ίδια<sup>181</sup>. Τα αγόρια έχουν πάντα το προβάδισμα.

### **Οδοντική υγεία**

Η μεγάλη πλειονότητα των μαθητών αναφέρουν ότι βουρτσίζουν τα δόντια τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα (68,1%). Ακολουθεί η ομάδα που βουρτσίζει τα δόντια της σποραδικά ή μια φορά την ημέρα (23,4%) και ποτέ ή σχεδόν ποτέ (8,5%). Τα κορίτσια βουρτσίζουν τα δόντια συχνότερα από τα αγόρια. Σε αντίστοιχη έρευνα της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας με παιδιά ηλικίας 12 ετών διαπιστώθηκαν για τις πιο πάνω μεταβλητές τα ακόλουθα<sup>116</sup>: τουλάχιστον 2 φορές την ημέρα 31,3%, σποραδικά ή μία φορά την ημέρα 65,5% και ποτέ 3,4%. Στην έρευνα της Κοκκέβη και συν τα αντίστοιχα ποσοστά διαμορφώνονται ως εξής<sup>71</sup>: 43,8%, 41% και 1,6%. Στις προηγούμενες μελέτες υπάρχει συμφωνία στο ότι οι μαθήτριες είναι πιο επιμελείς στην καθαριότητα των δοντιών.

### **Ελεύθερος χρόνος – φυσική άσκηση**

Στη μελέτη μας, ένα σημαντικό ποσοστό των μαθητών (61,9%), στον ελεύθερο χρόνο του ασχολείται με καθιστικές δραστηριότητες (τηλεόραση, παιχνίδια στον Η/Υ κ.α.) από 1 έως 4 ώρες καθημερινά. Από την άλλη, οι μισοί μαθητές (50%) δραστηριοποιείται το λιγότερο 60 λεπτά την ημέρα τουλάχιστον πέντε ημέρες την εβδομάδα. Οι οδηγίες του US Department of Agriculture προτείνουν ως ιδανική άσκηση για τις μελετούμενες ηλικίες το λιγότερο 60 λεπτά την ημέρα καθημερινά ή τις περισσότερες μέρες την εβδομάδα. Αυτές οι συγκριτικές παρατηρήσεις θα ήταν ωφέλιμες σε μελλοντική έρευνα για τη συσχέτιση των «αντικρουόμενων» δραστηριοτήτων του ελεύθερου χρόνου, της φυσικής άσκησης και του καθιστικού βίου - παχυσαρκίας.

Αξιοπρόσεκτο είναι ότι οι μισοί μαθητές της έρευνας (52,7%) χρησιμοποιούν τα πόδια τους ή το ποδήλατο για να πάνε στο σχολείο. Βέβαια 1 στους 3 μαθητές (33,3%) χρησιμοποιούν κάποιο μέσο μεταφοράς για τη μετάβασή τους σε αυτό. Μια πιθανή αιτία είναι ότι τα παιδιά των αγροτικών, κυρίως, περιοχών χρησιμοποιούν το σχολικό λεωφορείο ή κάποιο ιδιωτικό μέσο μεταφοράς για τη μετακίνησή τους σε γειτονικό χωριό –έδρα Δήμου, επειδή δεν υπάρχει στο χωριό τους Δημοτικό Σχολείο.

### **Ατυχήματα**

Σύμφωνα με τη μελέτη μας τα ατυχήματα συμβαίνουν, κατά σειρά συχνότητας, στο σχολείο (18%), στο σπίτι (10,6%), σε παιδική χαρά ή γήπεδο ή χώρους άθλησης ή στο δρόμο (15,1%). Μάλιστα η μεγαλύτερη αναλογία για όλα τα είδη των ατυχημάτων και για τις δύο τάξεις αφορά στα αγόρια<sup>144</sup>. Τα ίδια αποτελέσματα παρουσιάζονται και σε πανελλήνια μελέτη (CEREPRI) που πραγματοποιήθηκε στο παρελθόν στις αντίστοιχες ηλικίες<sup>143</sup>.

Για το είδος του τραυματισμού συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό καταλαμβάνουν οι ανοιχτές πληγές (9,6%), οι κακώσεις του μυοσκελετικού και έπονται τα εγκαύματα και οι εγκεφαλικές διασεισεις. Τα συμπεράσματα αυτά συμφωνούν με τη μελέτη που προαναφέρθηκε με απόκλιση, όμως, στα ποσοστά<sup>143</sup>.

1 στους 5 μαθητές (21,2%) σπάνια ή ποτέ έχουν φορέσει ζώνη ασφάλειας. Τα ποσοστά αυτά σε άλλη μελέτη είναι μικρότερα κατά 11,1%, σε μαθητές οι οποίοι, όμως, είναι μεγαλύτερης ηλικίας<sup>177</sup>.

Ως προς τη χρήση κράνους από τους ποδηλάτες – μαθητές διαπιστώνεται ότι 4 στους 5 μαθητές λαμβάνουν αυτό το μέτρο οδικής ασφάλειας. Σχεδόν ίδια αποτελέσματα με τα προαναφερόμενα παρατηρούνται και στην έρευνα YRBS<sup>177</sup>.

### **Βία**

Σχεδόν 1 στους 2 μαθητές έχουν έρθει σε καβγά σώμα με σώμα το τελευταίο δωδεκάμηνο. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και η έρευνα HBSC/WHO<sup>71</sup>. Παρομοίως,

σε όλες της χώρες της έρευνας HSBC/WHO τα αγόρια εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό αυτή την επιθετική συμπεριφορά<sup>176</sup>.

1 στους 4 μαθητές δέχτηκε εκφοβισμό το τελευταίο δωδεκάμηνο. Τα αποτελέσματα αυτά είναι πολύ χαμηλά σε σχέση με άλλες μελέτες<sup>71,176</sup>. Αυτό προφανώς οφείλεται και στο γεγονός ότι τα παιδιά δεν έχουν κατανοήσει πλήρως την έννοια του εκφοβισμού. Οι μισοί μαθητές έχουν δεχτεί από κάποιον άλλο σωματική επίθεση τον τελευταίο χρόνο. Μάλιστα από αυτούς, 1 στους 3 (33,6%) έχουν πληγωθεί σοβαρά.

Συσχετίσεις θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν όσον αφορά στο κοινωνικό – οικονομικό προφίλ των μαθητών με όλες τις παραμέτρους που εξετάστηκαν, μιας και απαντήθηκαν οι σχετικές ερωτήσεις που αφορούν στο επάγγελμα και τις γραμματικές γνώσεις των δυο γονέων. Ωστόσο, δεν κρίνονται επαρκείς μιας και τα επαγγέλματα που αναφέρονται από τους μαθητές δε συμπίπτουν πάντα με τις αντίστοιχες γραμματικές γνώσεις που πρέπει να διαθέτουν οι γονείς για τις συγκεκριμένες θέσεις εργασίας. Επιπλέον, πολλές από τις απαντήσεις που δόθηκαν για την εργασία των γονέων ήταν αόριστες και γενικές (π.χ ελεύθερος επαγγελματίας, ιδιωτικός ή δημόσιος υπάλληλος). Συνεπώς, δε θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί με εγκυρότητα η κωδικοποίηση των επαγγελμάτων που προτείνει η ΕΣΥΕ.

Το κοινωνικοοικονομικό προφίλ θα μπορούσε να εκτιμηθεί με την Κλίμακα Οικονομικής Ευμάρειας της Οικογένειας που τη χρησιμοποιούν παρόμοιες μελέτες. Αυτή περιλαμβάνει μια σειρά ερωτήσεων σχετικά με τον αριθμό τηλεοράσεων και ηλεκτρονικών υπολογιστών που διαθέτει το σπίτι, τον αριθμό αυτοκινήτων που έχει στην κατοχή της η οικογένεια, εάν έχουν δικό τους δωμάτιο και πόσο συχνά πηγαίνουν οικογενειακές διακοπές. Η προαναφερόμενη κλίμακα δε συμπεριλήφθηκε στο ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας. Συνεπώς, οποιαδήποτε αναφορά ή συσχέτιση με το κοινωνικοοικονομικό προφίλ δε μπορεί να γίνει.

Συγκρίσεις έγιναν μεταξύ μαθητών που προέρχονται από την Ε' και ΣΤ' τάξης Δημοτικού, πάντα σε σχέση με τις προαναφερόμενες μεταβλητές. Δε διαπιστώθηκε, όμως, κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά και για το λόγο αυτό δεν έγινε κανένας ιδιαίτερος σχολιασμός.

Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων απέδωσε σε καινούργια γνώση. Ταυτόχρονα, όμως, δημιουργήθηκαν και ερωτήματα τα οποία αποτελούν εναύσματα για περαιτέρω διερεύνηση και μελέτη στο μέλλον.

Σε κάθε περίπτωση η γνώση αυτή θα μπορούσε να φανεί χρήσιμη στην εκπόνηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, σύμφωνα με τις ανάγκες του εξεταζόμενου μαθητικού πληθυσμού.

### ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η εκπαίδευση σε βασικές δεξιότητες υγείας αποτελεί ένα ζωτικό θέμα προόδου για κάθε κοινωνία. Ακρογωνιαίος λίθος της διασφάλισης της υγείας – σωματικής, ψυχικής, πνευματικής, κοινωνικής - των ενηλίκων, της κοινωνίας και ευρύτερα της ανθρωπότητας είναι η αγωγή σε θέματα υγείας από την πρώιμη ακόμη παιδική ηλικία. Είναι, άλλωστε, αποδεδειγμένο ότι η νοσολογία των ενηλίκων έχει τις εγγραφές της στις εκτροπές της παιδικής ηλικίας, αλλά και οι διάφορες συνήθειες στο μαθητικό και γενικότερα στον παιδικό πληθυσμό διατηρούνται και επιδεινώνονται με την πρόοδο της ηλικίας. Από την άλλη, οι υγιεινές έξεις και συνήθειες γίνονται βίωμα ευκολότερα όταν αποκτηθούν στην παιδική ηλικία.

Κρίνεται απαραίτητη, λοιπόν, η αποτύπωση της υπάρχουσας κατάστασης, ώστε να καταστρωθούν και να εφαρμοστούν προγράμματα Αγωγής Υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες του μαθητικού πληθυσμού.

Η παρούσα μελέτη στόχο είχε να συμβάλει, έστω στο ελάχιστο, στο να συστηματικοποιηθεί η εισαγωγή στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση προγραμμάτων αγωγής υγείας, αφού ανιχνευθούν οι ανάγκες υγείας των μαθητών.

Ευχής έργον θα ήταν αποτελέσματα ερευνών και μελετών να αποτελέσουν το έναυσμα για επιπλέον δράσεις και, προπάντων, για λήψη αποφάσεων σε ατομικό, επαγγελματικό, εκπαιδευτικό - σχολικό, κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο.

Ας επενδύσουμε σε επιστημονική γνώση, εμπειρία και μόχθο πάνω σε θέματα Αγωγής Υγείας στο σχολικό πληθυσμό, σύμφωνα με τα νέα δεδομένα της Διδακτικής, για να προσφέρουμε στα παιδιά του σήμερα ένα καλύτερο μέλλον πιο ανθρώπινο και πιο αισιόδοξο.

<sup>1</sup> Υ.Α. Γ2/4867/28-8-1992 (ΦΕΚ 629 τ. Β/23-10-1992)

Υ.Α. 7668 / Γ2 18-12-1997 (ΦΕΚ 1153 τ. Β /29-12-1997) με θέμα: «Η Αγωγή του καταναλωτή στις σχολικές δραστηριότητες».

Υ.Α. 8976 /Γ2 29-11- 1995 με θέμα: «Καθορισμός καθηκόντων και υποχρεώσεων Υπευθύνων Αγωγής Υγείας».

<sup>2</sup> Γκούβρα Μ, Κυρίδης Α, Μαυρικάκη Ε. Η αγωγή υγείας στο σχολείο. Στο: *Αγωγή Υγείας και Σχολείο. Παιδαγωγική και Βιολογική Προσέγγιση*, Αθήνα: Τυπωθήτω – Δαρδανός, 2003: 16-196.

<sup>3</sup> Ιωαννίδη Β. Αγωγή Υγείας και νεανική παραβατικότητα. Η αγωγή και η προαγωγή της υγείας ως μέσα πρόληψης της νεανικής παραβατικότητας, *Παρουσία ΙΓ'-ΙΔ'*, 1998-2000: 397-406.

<sup>4</sup> Μακρή-Μπότσαρη Ε. Αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση: Μοντέλα, ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2001: 142-164.

<sup>5</sup> Αλεξόπουλος ΔΣ. Ψυχομετρία. Σχεδιασμός τεστ και ανάλυση ερωτήσεων. Τόμος α'. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1998: 29-76, 115-131.

<sup>6</sup> <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/index.htm>

<sup>7</sup> <http://www.who.int/chp/gshs/en/>

<sup>8</sup> <http://www.hbsc.org/>

<sup>9</sup> <http://www.ektepn.gr/ENGLISH.html>

<sup>10</sup> Σωματομετρική και διατροφική αξιολόγηση (έρευνα του ΥΠΕΠΘ και Γ Γ Αθλητισμού στο πλαίσιο του προγράμματος «Υγεία για Όλους», 2008).

<sup>11</sup> Γεννηματά Δ, Μεράκου Κ, Κτενάς Ε, Διαμαντοπούλου Μ, Κουρέα-Κρεμαστινού Τ. Πιλοτική μελέτη ερωτηματολογίου επιτήρησης συμπεριφορών κινδύνου για την υγεία των νέων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2007, 24(3): 270-290.

<sup>12</sup> 1: Koroni M, Garagouni-Areou F, Roussi-Vergou CJ, Zafiropoulou M, Piperakis SM. The stigmatization of obesity in children. A survey in Greek elementary schools. *Appetite*. 2009 Feb, 52(1): 241-4.

2: Tambalis KD, Panagiotakos DB, Kavouras SA, Kallistratos AA, Moraiti IP, Douvis SJ, Toutouzas PK, Sidossis LS. Eleven-year prevalence trends of obesity in Greek children: first evidence that prevalence of obesity is leveling off. *Obesity (Silver Spring)*. 2010 Jan, 18(1): 161-6. Epub 2009 Jun 11.

3: Georgiadis G, Nassis GP. Prevalence of overweight and obesity in a national representative sample of Greek children and adolescents. *Eur J Clin Nutr*. 2007 Sep, 61(9): 1072-4.

4: Papadimitriou A, Douros K, Fretzayas A, Nicolaidou P. The secular trend of body weight of Greek schoolchildren in the 20th century. *Med Sci Monit*. 2007 Jan, 13(1): RA8-11.

5: Papadimitriou A, Kounadi D, Konstantinidou M, Xepapadaki P, Nicolaidou P. Prevalence of obesity in elementary schoolchildren living in Northeast Attica, Greece. *Obesity (Silver Spring)*. 2006 Jul, 14(7): 1113-7.

6: Tokmakidis SP, Kasambalis A, Christodoulos AD. Fitness levels of Greek primary schoolchildren in relationship to overweight and obesity. *Eur J Pediatr*. 2006 Dec, 165(12): 867-74. Epub 2006 Jun 15.

7: Magkos F, Manios Y, Christakis G, Kafatos AG. Age-dependent changes in body size of Greek boys from 1982 to 2002. *Obesity (Silver Spring)*. 2006 Feb, 14(2): 289-94.

8: Magkos F, Piperkou I, Manios Y, Papoutsakis C, Yiannakouris N, Cimponerio A, Aloumanis K, Skenderi K, Papathoma A, Arvaniti F, Sialvera TE, Christou D, Zampelas A. Diet, blood lipid profile and physical activity patterns in primary school children from a semi-rural area of Greece. *J Hum Nutr Diet*. 2006 Apr, 19(2): 101-12, quiz 113-6.

<sup>13</sup> Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Lowry R et al. Youth risk behavior surveillance - United States, 2003. In: *Surveillance summaries*. MMWR 2004, 53: 1-96.

<sup>14</sup> Brener N, Kann L, Kincen S, Grunbaum JA, Whalen L, Eaton D et al. Methodology of the youth risk behavior surveillance system. In: *Recommendations and reports*. MMWR 2004, 53: 1-14.

<sup>15</sup> [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)

<sup>16</sup> WHO - Health Promotion. Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences. In: *The Ottawa Chapter for Health Promotion*. 1-5. Available to: [www.who.int/healthpromotion/milestones\\_ottawa.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/milestones_ottawa.pdf)

<sup>17</sup> Fifty-First Regional Committee of South-East Asia Region. Report of the Fifty-second Session Dhaka, 6-9 September 1999, REGIONAL Committee Provisional Agenda item 11, Fifty – first session SEA/RC51/7, 3 July 1998

<sup>18</sup> WHO/HPR/HEP196.2 Improving school Health programmes: barriers and strategies. Geneva, 1996.

<sup>19</sup> WHO's Expert Committee Recommendation on Comprehensive School Health Education and Promotion, 1995.

<sup>20</sup> [http://www.who.int/school\\_youth\\_health/gshi/en/](http://www.who.int/school_youth_health/gshi/en/)

<sup>21</sup> [http://www.who.int/school\\_youth\\_health/gshi/hps/en/index.html](http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/index.html)

<sup>22</sup> <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:12002E152:EN:HTML>

<sup>23</sup> Cucic S. European Union health policy and its implication for national convergence. *International Journal for Quality in Health Care*. 2000, 12(3): 217-295.

<sup>24</sup> Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Λευκή Βίβλος. Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013. Βρυξέλλες, 2007COM(2007) 630 τελικό.

- <sup>25</sup> Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ΑΠΟΦΑΣΗ αριθ. 1350/2007/ΕΚ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ 23 Οκτ 2007, L 301/3.
- <sup>26</sup>[http://europa.eu/legislation\\_summaries/public\\_health/european\\_health\\_strategy/c11579\\_el.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/european_health_strategy/c11579_el.htm)
- <sup>27</sup> WHO/FAO. Preparation and Use of Food-Based Dietary Guidelines. Geneva: WHO, 1996.
- <sup>28</sup> FAO/WHO. International Conference on Nutrition and Development - A Global Assessment 1992. Rome: FAO/WHO, 1992.
- <sup>29</sup> Κατσουγιανόπουλος Β. Εγχειρίδιο υγιεινής. Θεσσαλονίκη: Κυριακίδη, 1991: 24.
- <sup>30</sup> World Bank, HNP Family Human Development Network. Sector Strategy Paper: Health, Nutrition, and Population. June 30, 1997.
- <sup>31</sup> WHO. Progress Report Programme of Nutrition. Geneva: WHO, June 1997.
- <sup>32</sup> WHO. WHO Information Series on School Health: Strengthening Interventions to Reduce Helminth Infections As an Entry Point Of Health-Promoting Schools. Geneva: WHO, 1996.
- <sup>33</sup> WHO. World Health Report 1997: Conquering suffering, Enriching humanity. Geneva: WHO, 1997.
- <sup>34</sup> UN/ACC/SCN. SCN News. No. 5. Early 1990.
- <sup>35</sup> Pollitt, Ernesto. Malnutrition and Infection in the Classroom. Paris: UNESCO, 1990, July-August 1996, 49(4): 7.
- <sup>36</sup> WHO. The Status of School Health. Geneva: WHO, 1996.
- <sup>37</sup> Levinger, Beryl. Nutrition, Health and Education for All. Newton, MA: Education Development Center, 1996.
- <sup>38</sup> U.S. Congress, Office of Technology Assessment. Adolescent Health - Volume II: Background and the Effectiveness of Selected Prevention and Treatment Services. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1991.
- <sup>39</sup> UN/ACC/SCN. "Update on the Nutrition Situation 1996."
- <sup>40</sup> "Guidelines for School Health Programs to Promote Lifelong Healthy Eating." MMWR 14 June 1996; 45(RR-9): 1-41.
- <sup>41</sup> Gortmaker SL, Dietz WH, Cheung LWY. "Inactivity, Diet, and the Fattening of America," J Am Diet Assoc 1990, 90: 1247-1255. -- quoted by U.S. Congress, Office of Technology Assessment (48,210).
- <sup>42</sup> WHO. Obesity: Preventing and managing the Global Epidemic. Vol WHO/NUT/NCD/98.1.1998. Geneva, Switzerland: WHO, 1998.



- <sup>43</sup> World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, WHO: Technical Report Series 894, 2000.
- <sup>44</sup> WHO. European Health For All Database, 2008.
- <sup>45</sup> Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O & Barnekow Rasmussen V. Young People's Health in Context: international report from the HBSC 2001/02 survey, 2004.
- <sup>46</sup> Levitsky DA, Youn T. The more food young adults are served, the more they overeat. *The Journal of Nutrition* 2004, 134(10): 2546-2549.
- <sup>47</sup> Hedley AA, Ogden CL, Johnson CL, Carroll MD, Curtin LR, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002. *JAMA* 2004 Jun 16, 291(23): 2847-50.
- <sup>48</sup> Mokdad AH, Ford ES, Bowman BA, Dietz WH, Vinicor F, Bales VS, Marks JS. Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors, 2001. *JAMA* 2003 Jan 1, 289(1): 76-9.
- <sup>49</sup> Lobstein T, Baur L, Uauy R. IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev* 2004, Suppl 1: 4-104. Review.
- <sup>50</sup> Lobstein T, Frelut ML. Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Review*. 2003, 4(4): 195-200.
- <sup>51</sup> Karayiannis D, Yannakoulia M, Terzidou M, Sidossis LS, Kokkevi A. Prevalence of overweight and obesity in Greek school-aged children and adolescents. *Eur J Clin Nutr* 2003, 57(9): 1189-1192.
- <sup>52</sup> Kosti RI, Panagiotakos DB, Tountas Y, Mihas CC, Alevizos A, Mariolis A, Papathanassiou M, Zampelas A, Mariolis A. Parental Body Mass Index in association with the prevalence of overweight/obesity among adolescents in Greece; dietary and lifestyle habits in the context of the family environment: the Vyronas study. *Appetite*. 2008 Jul, 51(1): 218-22.
- <sup>53</sup> Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, Emmett PM, Ness A, Rogers I, Steer C, Sherriff A. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ* 2005, 330: 1357
- <sup>54</sup> Berkey CS, Rockett HR, Field AE, Gillman MW, Frazier AL, Camargo CA Jr Colditz GA. Activity, dietary intake, and weight changes in a longitudinal study of preadolescent and adolescent boys and girls. *Pediatrics* 2000 Apr, 105(4): E56.
- <sup>55</sup> Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH, Gidding SS, Hayman LL, Kumanyika S, Robinson TN, Scott BJ, Steyer JA, Williams CL. Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. *Circulation* 2005 Apr 19, 111(15): 1999-2012.
- <sup>56</sup> Pinhas-Hamiel O, Zeitler P. "Who is the wise man?--The one who foresees consequences:". Childhood obesity, new associated comorbidity and prevention. *Prev Med* 2000 Dec, 31(6): 702-5.
- <sup>57</sup> UN/ACC/SCN. Second Report on the World Nutrition Situation. Vol. 1. October 1992.
- <sup>58</sup> WHO Press Release WHO/46, 12 June 1997. "Obesity Epidemic Puts Millions at Risk from related Diseases.

- <sup>59</sup> Strauss RS. Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics* 2000 Jan, 105(1): e15.
- <sup>60</sup> Avons P, James WP. "Energy Expenditure of Young Men From Obese and Nonobese Families" *Human Nutrition: Clinical Nutrition* 1986, 10C: 259-270. -- quoted by U.S. Congress, Office of Technology Assessment (48,209).
- <sup>61</sup> Μαγκλάρα Ε. Παχυσαρκία: Ενός κακού μύρια έπονται. Στους ρυθμούς της καρδιάς, Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας, 2002, 11(125): 129.
- <sup>62</sup> Yannakoulia M, Karayiannis D, Terzidou M, Kokkevi A, Sidossis LS. Nutrition-related habits of Greek adolescents. *Eur J Clin Nutr* 2004, 58: 580 - 586.
- <sup>63</sup> Τριχοπούλου Α, Τριχόπουλος Δ. Προληπτική Ιατρική. Αθήνα: Παρισιάνος, 1986: 163-164.
- <sup>64</sup> Keski-Rahkonen A, Viken RJ, Kaprio J, Rissanen A, Rose RJ. Genetic and environmental in breakfast eating patterns. *Behav Genet* 2004, 34: 503-14.
- <sup>65</sup> Wesnes KA, Pincock C, Richardson D, Helm G, Hails S. Breakfast reduces declines in attention and memory over the morning in schoolchildren. *Appetite* 2003, 41: 329-31.
- <sup>66</sup> Wolfe WS, Campbell CC, Frongillo EA, Jr., Haas JD, Melnik TA. Overweight schoolchildren in New York State: prevalence and characteristics. *Am J Public Health* 1994, 84: 807-13.
- <sup>67</sup> Van Duyn MA, Pivonka E. Overview of the health benefits of fruit and vegetable consumption for the dietetics professional: selected literature. *J Am Diet Assoc* 2000, 100: 1511-21.
- <sup>68</sup> Harnack L, Stang J, Story M. Soft drink consumption among US children and adolescent : nutritional consequences. *J Am Diet Assoc* 1999, 99: 431-41.
- <sup>69</sup> FAO. Production yearbook. Rome, FAO, 1988.
- <sup>70</sup> World Health Organization (WHO). European Health For All Database. 2008.
- <sup>71</sup> Κοκκέβη Α, Φωτίου Α, Κίτσος Γ. Τρόπος Ζωής και Αντιλήψεις Εφήβων Μαθητών: Νεότερα στοιχεία από τη διεθνή έρευνα του ΠΟΥ στην Ελλάδα και σε άλλες 40 χώρες. Αθήνα: Παπαζήσης, 2008: 61-66, 93-95, 112-116, 179.
- <sup>72</sup> International Obesity Taskforce (IOTF). Childhood Obesity Report. 2004.
- <sup>73</sup> Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*, 1985, 100(2): 126-131.
- <sup>74</sup> Oja P. Frequency, duration, intensity and total volume of physical activity as determinants of health outcomes. In: Oja P, Borms J, eds. Health enhancing physical activity. Meyer & Meyer Sport, 2004.
- <sup>75</sup> Department of Health Physical Activity Health Improvement and Prevention. At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship with health. 2004. London, UK. Ref Type: Report.
- <sup>76</sup> U.S.Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention. Promoting physical activity: a guide for community action. Champaign, IL, Human Kinetics, 1999.

- <sup>77</sup> National Association for Sport and Physical Education. Moving into the future: national standards for physical education. A guide to content and assessment. Reston, VA, Mosby, 1995.
- <sup>78</sup> Berkey CS, Rockett HRH, Field MW, Frazier AL, Carmago Jr CA et al. Activity, dietary intake and weight changes in a longitudinal study of preadolescent and adolescent boys and girls. *Pediatrics* 2000, 105: E56
- <sup>79</sup> Maffeis C. Aetiology of overweight and obesity in children and adolescents. *Eur J Pediatr* 2000, 159 Suppl 1: S35-44.
- <sup>80</sup> Hancox RL, Milne BJ, Poulton R. Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. *Lancet* 2004, 364: 257-62.
- <sup>81</sup> Huesmann LR. The impact of electronic media violence: scientific theory and research. *J Adolesc Health* 2007, 41: S6-13.
- <sup>82</sup> Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. Association of television viewing during childhood with poor educational achievement. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005, 159: 614-8.
- <sup>83</sup> Vandewater EA, Bickham DS, Lee JH. Time well spent? Relating television use to children's free-time activities. *Pediatrics* 2006, 117: e181-91.
- <sup>84</sup> Boreham C, Riddoch C. Physical Activity and Health through the Lifespan. In: McKenna J, Riddoch C, eds. *Perspectives on Health and Exercise*. Basingstoke; New York, Palgrave Mcmillan, 2003.
- <sup>85</sup> Boreham C, Riddoch C. The physical activity, fitness and health of children. *Journal of Sports Sciences*, 2001, 19(12): 915-929.
- <sup>86</sup> Nixon PA. Role of exercise in the evaluation and management of pulmonary disease in children and youth. *Med Sci Sports Exercise*, 1996, 28(4): 414-420.
- <sup>87</sup> Tomassoni TL. Introduction: the role of exercise in the diagnosis and management of chronic disease in children and youth. *Med Sci Sports Exercise*, 1996, 28(4): 403-405.
- <sup>88</sup> Andersen LB. Tracking of risk factors for coronary heart disease from adolescence to young adulthood with special emphasis on physical activity and fitness. A longitudinal study. *Dan Med Bull*, 1996, 43(5): 407-418.
- <sup>89</sup> Williams C, Hayman LL, Daniels SR et al. Cardiovascular Health in Childhood: A Statement for Health Professionals from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in Young (AHOY) of the Council on Card
- <sup>90</sup> Epstein LH, Coleman KJ, Myers MD. Exercise in treating obesity in children and adolescents. *Med Sci Sports Exercise*, 1996, 28(4): 428-325.
- <sup>91</sup> Sibley BA, Etnier JL. The relationship between physical activity and cognition in children: A meta-analysis. *Pediatric Exercise Science*, 2003, 15: 243-256.
- <sup>92</sup> Sallis JF, McKenye TL, Kolody BL et al. Effects of health-related physical education on academic achievement: project SPARK. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 1999, 11: 129-143.

- <sup>93</sup> Annesi JJ. Relationship between self-efficacy and changes in rated tension and depression for 9- to 12-yr.-old children enrolled in a 12-wk. after-school physical activity program. *Percept Mot Skills*, 2004, 99(1): 191-194.
- <sup>94</sup> Keays JJ, Allison KR. The Effects of Regular Moderate to Vigorous Physical Activity on Student Outcomes: A Review. *Canadian Journal of Public Health*, 1995, 86.
- <sup>95</sup> Calfas KJ, Taylor WC. Effects of physical activity on psychological variables in adolescents. *Pediatr Exercise Science* 1994, 6: 406-423.
- <sup>96</sup> Brosnahan J, Steffen LM, Lytle L et al. The relation between physical activity and mental health among Hispanic and non-Hispanic white adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2004, 158(8): 818-820.
- <sup>97</sup> Pate RR, Trost SG, Levin S et al. Sports participation and health-related behaviours among US youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2000, 154(9): 904-911.
- <sup>98</sup> Gruber J. Physical activity and self-esteem development in children: A meta-analysis. *American Academy of Physical Education Papers*, 1986, 19: 330-348.
- <sup>99</sup> Robbins LB, Pis MB, Pender NJ et al. Exercise Self-Efficacy, Enjoyment, and Feeling States Among Adolescents. *West J Nurs Res*, 2004, 26: 699-715.
- <sup>100</sup> Spray CM, Wang CK. Goal orientations, self-determination and pupils' discipline in physical education. *J Sports Sci*, 2001, 19(12): 903-913.
- <sup>101</sup> McAuley E, Blissmer B, Katula J et al. Physical activity, self-esteem, and self-efficacy relationships in older adults: a randomized controlled trial. *Ann Behav Med*, 2000, 22(2): 131-139.
- <sup>102</sup> Κοκκέβη Α, Φωτίου Α, Κίτσος Γ. Τρόπος Ζωής και Αντιλήψεις Εφήβων Μαθητών: Νεότερα στοιχεία από τη διεθνή έρευνα του ΠΟΥ στην Ελλάδα και σε άλλες 40 χώρες. Αθήνα: Παπαζήσης, 2008: 66,68-75.
- <sup>103</sup> Petersen PE. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Oral Health Programme Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion, WHO, Geneva, Switzerland, 2003.
- <sup>104</sup> Gift HC, Reisine ST, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health* 1992, 82: 1663-68.
- <sup>105</sup> World Health Organization. *Global Oral Health Data Bank*. Geneva: WHO, 2001.
- <sup>106</sup> World Health Organization. *Local Action: Creating Health-Promoting Schools*. The WHO Information Series on School Health. Geneva: WHO, 2000.
- <sup>107</sup> Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας-Υποεπιτροπή Προαγωγής και Αγωγής Υγείας 2007.
- <sup>108</sup> Inglehart MR, Bagramian RA. *Oral health-related quality of life*. Quintessence, Chicago, 2002
- <sup>109</sup> Gregory JR, Lowe S, Bates CJ, Prentice A, Smithers G, Clarker PC. *National Diet and Nutrition Survey: Young People Aged 4 to 18 Years. Volume 1: Report of the Diet and Nutrition Survey*. London: HMSO, 2000.

- <sup>110</sup> WHO/NMH/NPH/ORH/School/03.3 WHO *Information Series on School Health. Oral Health Promotion: An Essential Element of a Health-Promoting School*. Geneva, Switzerland, 2003
- <sup>111</sup> Σπηλιωτόπουλος Α, Μαραγκού Π, Ντόκος Ε. Επιπολασμός τερηδόνας, ανάγκες θεραπείας και στοματική υγιεινή μαθητών σε αστική περιοχή της νοτιοδυτικής Αττικής. *Στοματολογία* 2008, 65: 32–38.
- <sup>112</sup> Butani Y, Weintraub JA, Barker JC. Oral health-related cultural beliefs for four racial/ethnic groups: Assessment of the literature. *BMC Oral Health* 2008, 8: 26. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/8/26>.
- <sup>113</sup> Κομπόλη-Κοντοβαζαϊνίτη Μ, Καρύδης Α, Χατζηγεωργίου Δ, Πανής Β. Αντιλήψεις και απαιτήσεις νοσοκομειακών γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων του λεκανοπεδίου Αττικής για την ποιότητα παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2004, 21: 437–444.
- <sup>114</sup> Patrick DL, Lee RS, Nucci M, Grembowski D, Jolles CZ, Milgrom P. Reducing oral health disparities: A focus on social and cultural determinants. *BMC Oral Health* 2006, 6(Suppl 1): S4.
- <sup>115</sup> Gilbert GH, Shah GR, Shelton BJ, Heft MW, Bradford EH Jr, Chavers SL. Racial differences in predictors of dental care use. *Health Serv Res* 2002, 37: 1487–1507.
- <sup>116</sup> Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία. *Πρόγραμμα προαγωγής και καταγραφής της στοματικής υγείας. Η επιδημιολογική κατάσταση της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού*. Αθήνα, 2005.
- <sup>117</sup> Κοκκέβη Α, Φωτίου Α, Κίτσος Γ. Τρόπος Ζωής και Αντιλήψεις Εφήβων Μαθητών: Νεότερα στοιχεία από τη διεθνή έρευνα του ΠΟΥ στην Ελλάδα και σε άλλες 40 χώρες. Αθήνα: Παπαζήσης, 2008: 64,66.
- <sup>118</sup> Ουλής Κ, Μαστρογιαννάκης Α, Θεοδώρου Μ, Βλάχος Σ. Η Επιδημιολογική Κατάσταση της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού. Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, Αθήνα, 2005.
- <sup>119</sup> Petersen PE, Lennon MA. Effective Use Of Fluorides for the Prevention of Dental Caries in the 21st Century: the WHO Approach. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004, 32: 319-21.
- <sup>120</sup> U.S. Department of Health and Human Services. *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, 2000.
- <sup>121</sup> Australian Institute of Health and Welfare. *Australia's Health 1998: the Sixth Biennial Report of the Australian Institute of Health and Welfare*. Canberra: AIHW, 1998.
- <sup>122</sup> Sheiham A. Dietary effects on dental diseases. *Public Health Nutr* 2001, 4: 569-91.
- <sup>123</sup> Σουλιώτης Κ. Ανάλυση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα 1989–2000. Στο: Κυριόπουλος Γ, Σουλιώτης Κ (Επιμ.) *Οι δαπάνες Προαγωγή υγείας στην Ελλάδα: Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2002: 65–77.
- <sup>124</sup> US General Accounting Offices. *Oral health: Dental Disease Is a Chronic Problem Among Low-Income Populations*. Report to Congressional Requesters. Washington, 2000.

- <sup>125</sup> Moynihan P, Petersen PE. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutr* 2004, 7: 201–226.
- <sup>126</sup> Kwan SY, Petersen PE, Pine CM, Borutta A. Health-promoting schools: An opportunity for oral health promotion. *Bull World Health Organ* 2005, 83: 677–685.
- <sup>127</sup> World Health Organization. *Fluoride and oral health*. WHO Technical Report Series 846. WHO: Geneva, 1994.
- <sup>128</sup> Morita I, Nakagaki H, Toyama A, Hayashi M, Shimozato M, Watanabe T et al. Behavioral factors to include in guidelines for lifelong oral healthiness: An observational study in Japanese adults. *BMC Oral Health* 2006, 6: 15–24. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/6/15>
- <sup>129</sup> Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005, 33: 81–92.
- <sup>130</sup> WHO/UNICEF. World report on child injury prevention. Switzerland, 2008: 1-332.
- <sup>131</sup> Trichopoulos D, Kalapothaki V, Petridou E. Preventive Medicine and Public Health. Eds Zita, 2000: 176-177.
- <sup>132</sup> Holder Y, Peden M, Krug E, Lund J, Gururaj G, Koibusingye O. Injury Surveillance Guidelines. Geneva: World Health Organization, 2001.
- <sup>133</sup> Petridou E, Alexe DM, McDaid D, Segui-Gomez M and the Task Force on Burden of Injuries (BOI) of the European Commission Working Party on Accidents and Injuries (WP-AI) Burden Of Fatal Injuries In The European Union. Report, prepared for the European Commission, DG SANCO. Athens, Greece, 2005.
- <sup>134</sup> Roberts I. Trauma care research and the war on uncertainty. *BMJ* 2005, 331: 1094-1096.
- <sup>135</sup> Dessypris N, Petridou E, Skalkidis Y, Moustaki M, Koutselinis A, Trichopoulos D. Countrywide estimation of the burden of injuries in Greece: a limited resources approach. *J Cancer Epidemiol Prev* 2002, 7: 123-129.
- <sup>136</sup> WHO (2008), Global Burden of Disease: 2004 update.
- <sup>137</sup> Towner E et al. *Injuries in children aged 0–14 years and inequalities*. London, Health Development Agency, 2005. [http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/injuries\\_in\\_children\\_inequalities.pdf](http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/injuries_in_children_inequalities.pdf)
- <sup>138</sup> WHO and UNICEF. Child and adolescent injury prevention: a global call to action. Geneva: WHO, 2005.
- <sup>139</sup> CDC. Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2007. *MMWR* June 6, 2008, (57): 4.
- <sup>140</sup> Gorman DR, Ramsay Lj, Wilson Gw, Freeland P. Using routine accident and emergency department data to describe local injury epidemiology. *Public Health* 1999, 113: 285-9.
- <sup>141</sup> Bardsley M. Project Megapoles: Health in Europe’s capitals. London: European commission, 1999.
- <sup>142</sup> Lowdell M, Fitzpatrick J, Wallis R, Mindell J, Jacobson B. Too high a price: injuries and accidents in London : London Health Observatory Health of Londoner’s Program, 2002.

- <sup>143</sup> CE.RE.PR.I. Dept. of Hygiene and Epidemiology, Univ. Medical School Athens. Annual Emergency Department Surveillance System- report, 2005.
- <sup>144</sup> Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΑ), Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών. Παιδικά Ατυχήματα: οι αριθμητικές συνιστώσες με βάση την πύλη Στατιστικών δεδομένων (Injury Statistic Portal), Αθήνα, Ιούνιος 2007.
- <sup>145</sup> Konrad J, Samarasundera E, Miracle R, Mitch Blair, Dinech Sethi, Saxena S, Banen S. Attendance for injury at accident and emergency departments in London: a cross-sectional study. *Public Health* 2008, 122: 838-844.
- <sup>146</sup> Edwards P, Green J, et al. Deaths from injury in children and employment status in family: Analysis and trends in class specific death rates *BMJ* 2006, 333: 119 -21.
- <sup>147</sup> Edwards P, Green J, Lachowycz K, Grundy C, Roberts L. Serious injuries in children variation by area deprivation and settlement type. *Arch Dis Child* 2008, 93: 485–489.
- <sup>148</sup> Peden M et al. The world report on road traffic injury prevention. Geneva. World Health Organization, 2004.
- <sup>149</sup> Garg N, Hyder A. A road traffic injuries in India: a review of the literature. *Scand J Public Health* 34: 100-109.
- <sup>150</sup> Sonkin B, Edwards P, Ian R, Green J. Walking, cycling and transport safety: an analysis of child road deaths *J. R. Soc Med* 2006, 99: 402-405.
- <sup>151</sup> WHO, UNESCO, Education International. *WHO Information Series on School Health – Violence Prevention: An Important Element of a Health-Promoting Schools*. Geneva, Switzerland: WHO, 1999.
- <sup>152</sup> Mercy JA, Rosenberg ML, Powell KE, Broome CV, Roper WL. A public health policy for preventing violence. *Health Affairs*, Winter, 1993: 7-29.
- <sup>153</sup> *WHO Violence: A public health priority*. Report of the WHO Global Consultation on Violence and Health. Geneva, 2-3, December, 1996.
- <sup>154</sup> Bond L, Carlin JB, Thomas L, Rubin K, Patton G. Does bullying cause emotional problems? A perspective study of young teenagers. *BMJ* 2001, 323: 480-484.
- <sup>155</sup> Seals D, Young J. Bullying and victimization: Prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem and depression. *Adol* 2003, 38: 735-747.
- <sup>156</sup> Due P, Holstein BE, Lynch J et al. Bullying and symptoms among school-aged children: International comparative cross sectional study in 28 countries. *Eur J Public Health* 2005, 15: 128-132.
- <sup>157</sup> Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Marttunen M, Rimpela A, Rantanen P. Bullying at school – an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *J Adolesc* 2000, 23: 661-674.
- <sup>158</sup> Brunstein, Klomek A, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Bullying, depression and suicidality in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007, 46: 40-49.
- <sup>159</sup> Olweus D. *Bullying at School: What we can do*. Blackwell Publishers: Oxford, 1993.
- <sup>160</sup> Gilmartin BG. Peer group antecedents of severe love-shyness in males. *J Pers* 1987, 55: 467-489.

- <sup>161</sup> Salmon G, James A, Smith DM. Bullying in schools: self reported anxiety, depression and self-esteem in secondary school children. *BMJ* 1998, 317: 924-925.
- <sup>162</sup> Anti-Bullying Centre. *School Bullying: Key Facts*. Trinity College, Dublin: Anti-Bullying Centre, 2002. Available on-line at: [www.abc.tcd.ie/school.htm](http://www.abc.tcd.ie/school.htm)
- <sup>163</sup> Veenstra R, Lindenberg S, Zijlstra BJ et al. The dyadic nature of bullying and victimization: Testing a dual-perspective theory. *Child Dev* 2007, 78: 1843-1854.
- <sup>164</sup> Carlyle KE, Steinman KJ. Demographic differences in the prevalence, co-occurrence and correlates of adolescent bullying at school. *J Sch Health* 2007, 77: 623-9.
- <sup>165</sup> Craig WM, Pepler DJ. Identifying and targeting risk for involvement in bullying and victimization. *Can J Psychiat* 2003, 48: 577-582.
- <sup>166</sup> Kristensen SM, Smith PK. The use of coping strategies by Danish children classed as bullies, victims, bully/victims and not involved in response to different (hypothetical) types of bullying. *Scand J Psychol* 2003, 44: 479-488.
- <sup>168</sup> Hanish LD, Guerra NG. The roles of ethnicity and school context in predicting children's victimization by peers. *Am J Community Psychol* 2000, 28: 201-203.
- <sup>169</sup> Kowaleski-Jones L, Dunifon R. Family structure and community context: Evaluating influences on adolescent outcomes. *Youth Soc* 2006, 38: 110-130.
- <sup>170</sup> Idsoe T, Solli E, Cosmovici EM. Social psychological processes in family and school: More evidence on their relative etiological significance for bullying behavior. *Aggress Behav* 2008, 34: 460-474.
- <sup>171</sup> Kuntsche E, Pickett W, Overpeck M, Craig W, Boyce W, de Matos MG. Television viewing and forms of bullying among adolescents from eight countries. *J Adolesc Health* 2006, 39: 908-15.
- <sup>172</sup> Slaby RG, Roedell, WC, Arezzo D, Hendrix K. *Early violence prevention: Tools for teachers of young children*. National Association for the Education of Young Children, Washington DC, 1995.
- <sup>173</sup> Olweus D. *Bully/victims problems among school children: basic facts and effects of a school based intervention program*. In DJ Pepler, K Rubin (Eds.) *The development and treatment of childhood aggression*, Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, 1991.
- <sup>174</sup> [http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A1602/Other/A1602\\_SAM02\\_MT\\_DC\\_00\\_2001\\_00\\_2001\\_01\\_F\\_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A1602/Other/A1602_SAM02_MT_DC_00_2001_00_2001_01_F_GR.pdf)
- <sup>175</sup> <http://www.mypyramid.gov/>
- <sup>176</sup> Currie C, Gabhainn S, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, Pickett W, Richter M, Morgan A, Barnekow V. Inequalities in young people's health HBSC International Report from the 2005/2006 survey, 2008.
- <sup>177</sup> Eaton D, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, Harris W, Lowry R, Manus T, Chyen D, Lim C, Whittle L, Brener N, Wechsler H. *Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2009*.



<sup>178</sup> Χριστόδουλος Α, Δούδα Ε, Τοκμακίδης Σ. Εγκυρότητα των αυτό-αναφερόμενων Ανθρωπομετρικών Δεικτών ως Μεθόδου Εκτίμησης της Παχυσαρκίας σε Παιδιά του Δημοτικού. Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό, 2007, 5 (2), 207 – 214.

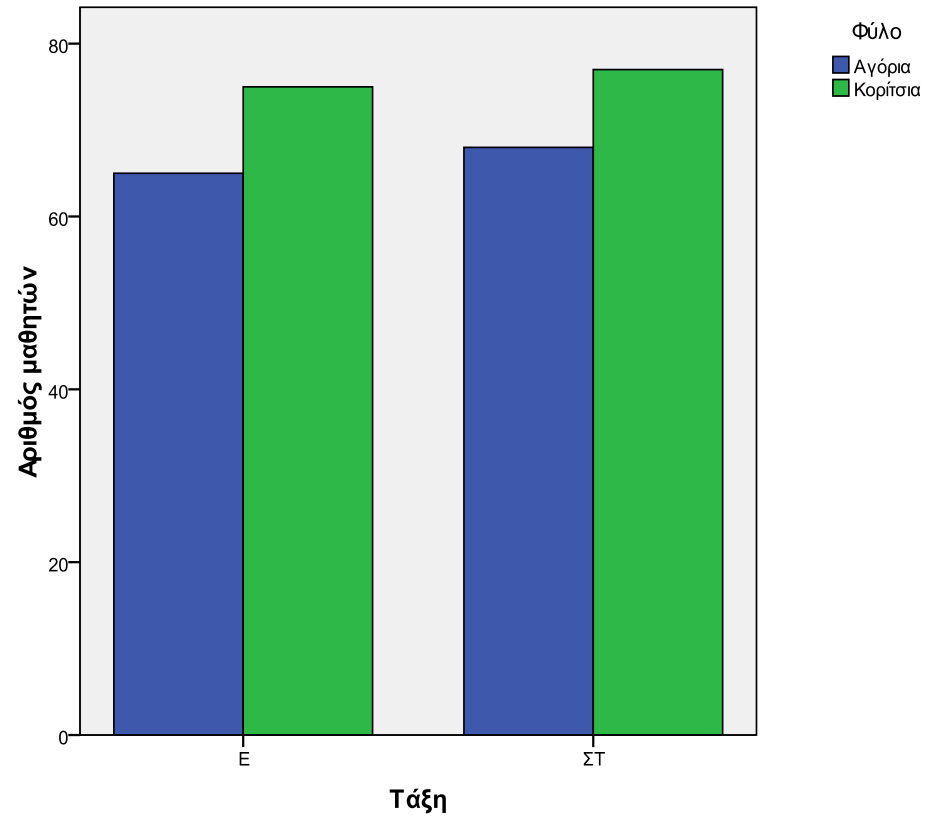
<sup>179</sup> Karantais E et al. First national epidemiological large survey on the prevalence of childhood and adolescent obesity in Greece. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2004, 28(Suppl. 1):S71.

<sup>180</sup> <http://www.who.int/databases/globalchildhoodoverweightmay2010.pdf>

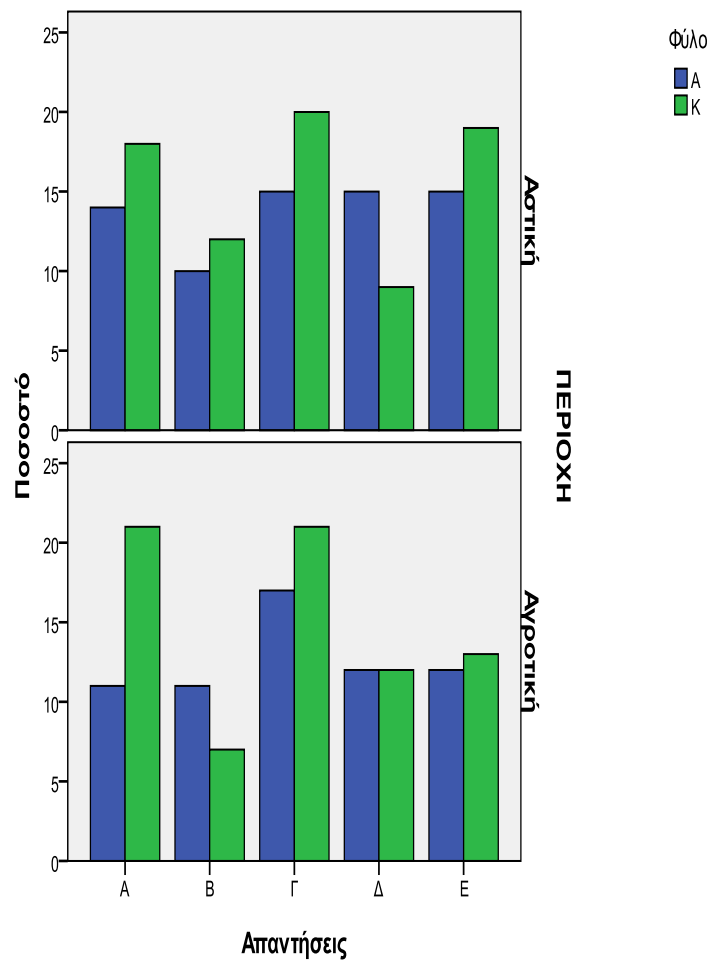
<sup>181</sup> Χιώτης Δ, Κρίκος Ξ, Τσίφτης Γ, Χατζησυμεών Μ, Μανιάτη-Χρηστίδη Μ, Δάκου-Βουτετάκη Α. Δείκτης μάζας σώματος (BMI) και ποσοστό παχυσαρκίας σε άτομα της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών, ηλικίας 0-18 ετών. *Δελ Α΄ Παιδ. Κλιν. Πανεπ. Αθηνών*, 51(2): 139-154.



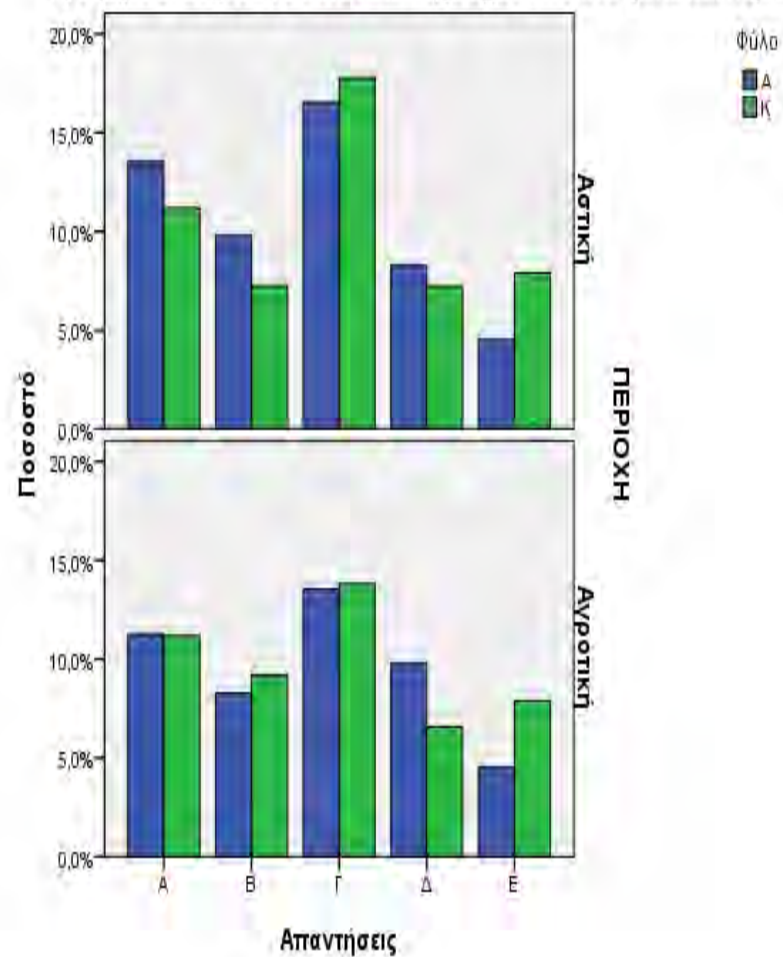
Γράφημα 1: Κατανομή μαθητών ανά τάξη



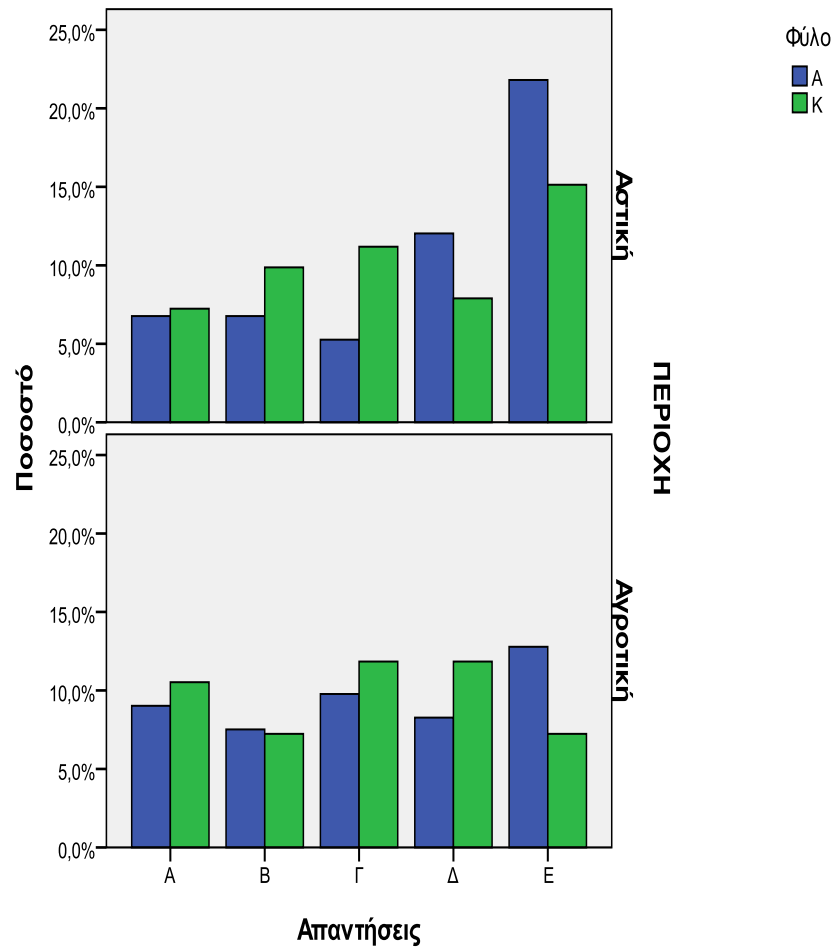
Γράφημα 2: Συχνότητα κατανάλωσης φρούτων ανά φύλο και ανά περιοχή



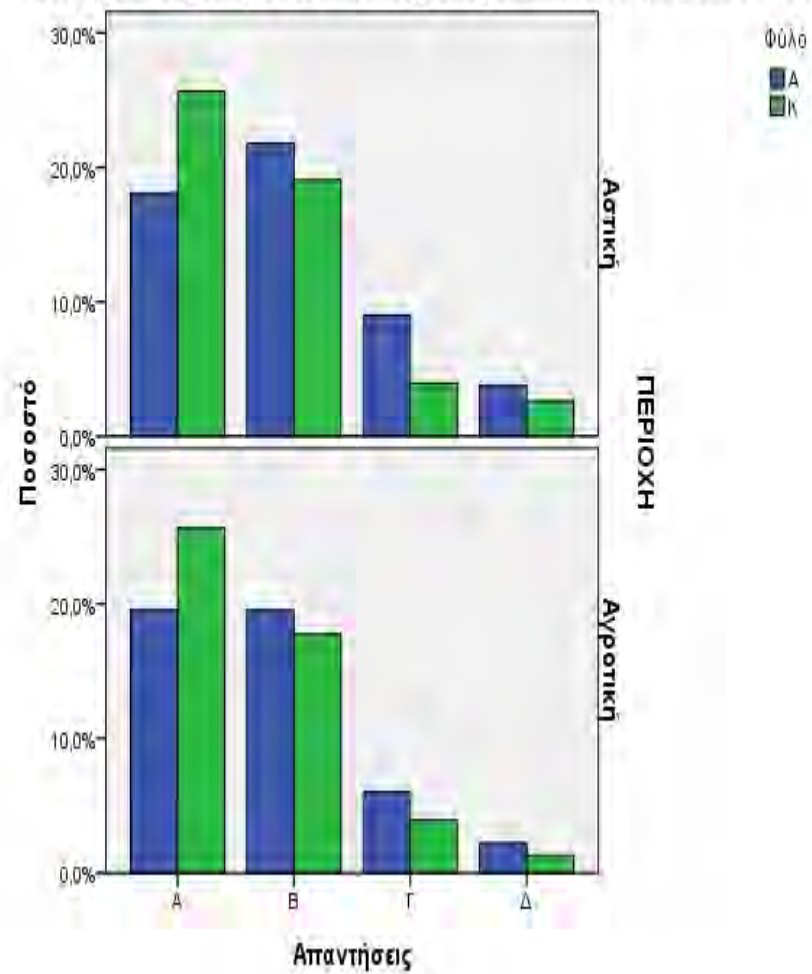
Γράφημα 3: Συχνότητα κατανάλωσης λαχανικών ανά φύλο και περιοχή



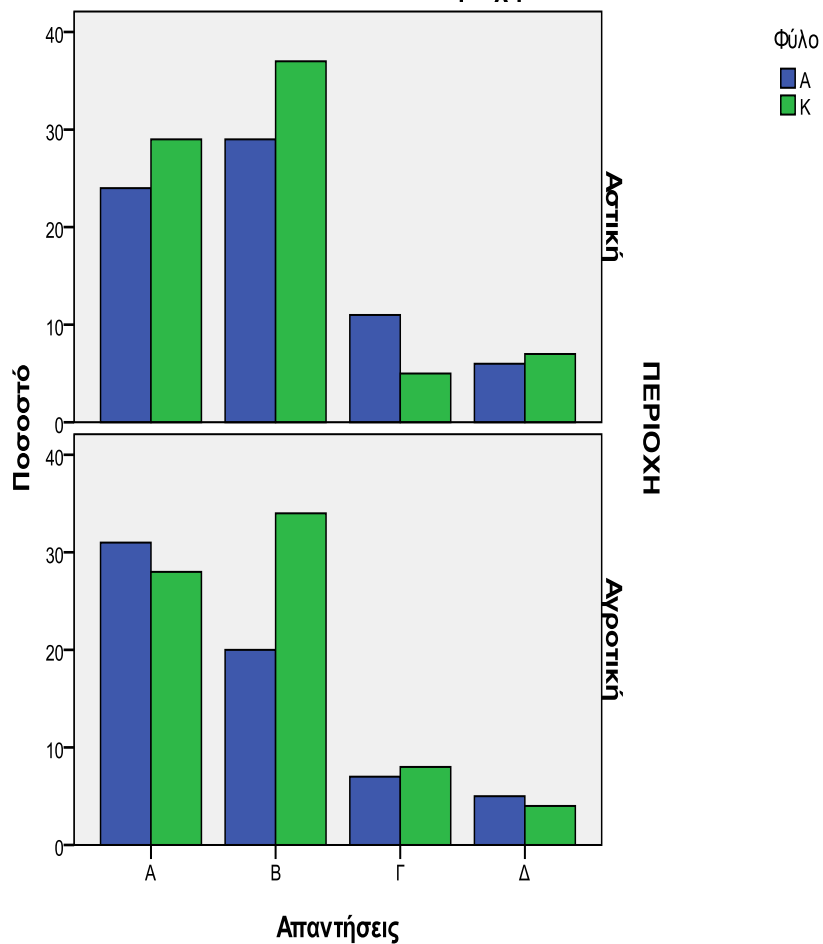
**Γράφημα 4: Κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων ανά φύλο και ανά περιοχή**



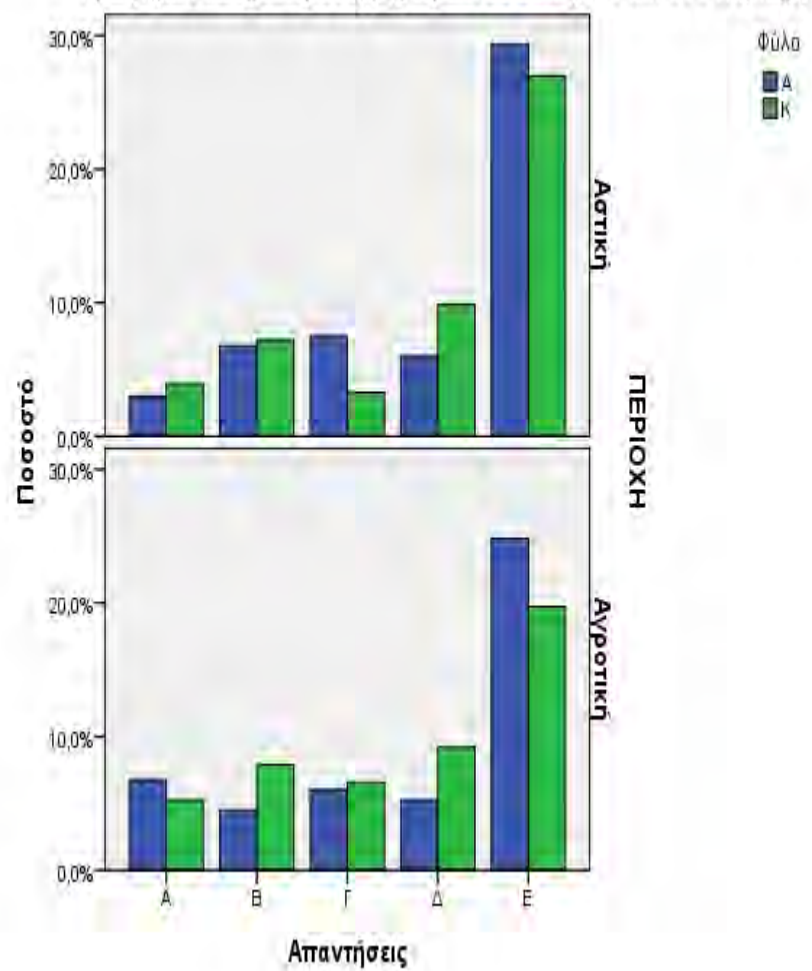
**Γράφημα 5: Συχνότητα κατανάλωσης αναψυκτικών ανά φύλο και ανά περιοχή**



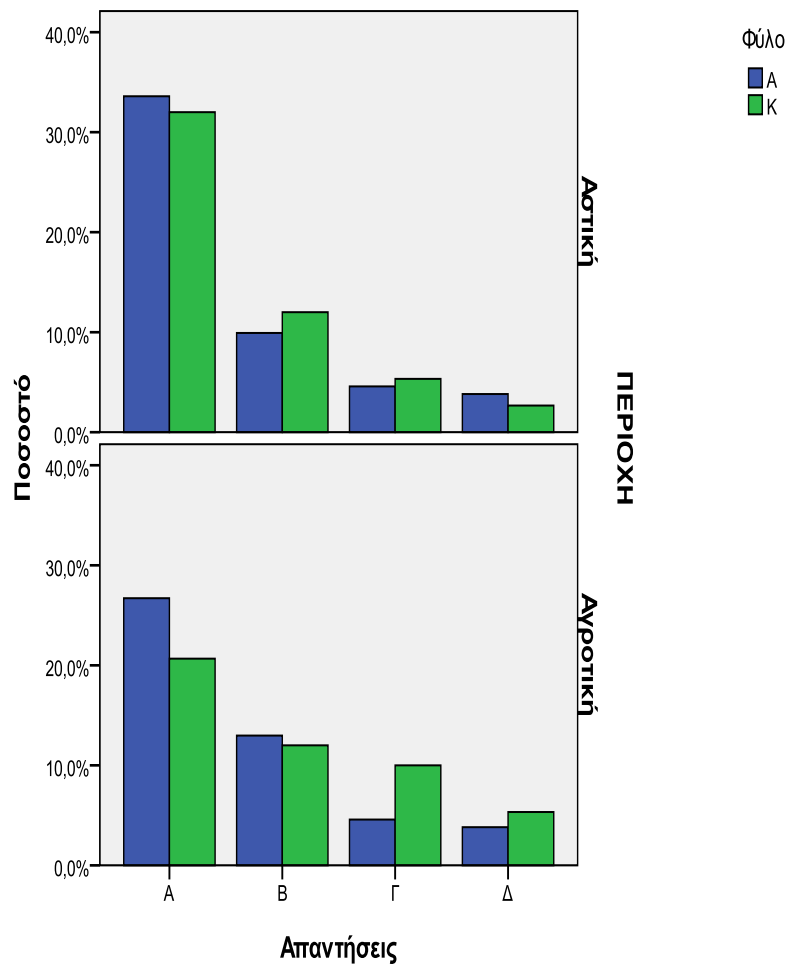
Γράφημα 6: Κατανάλωση φαγητού από φαστ φουντ (fast food) ανά φύλο και ανά περιοχή



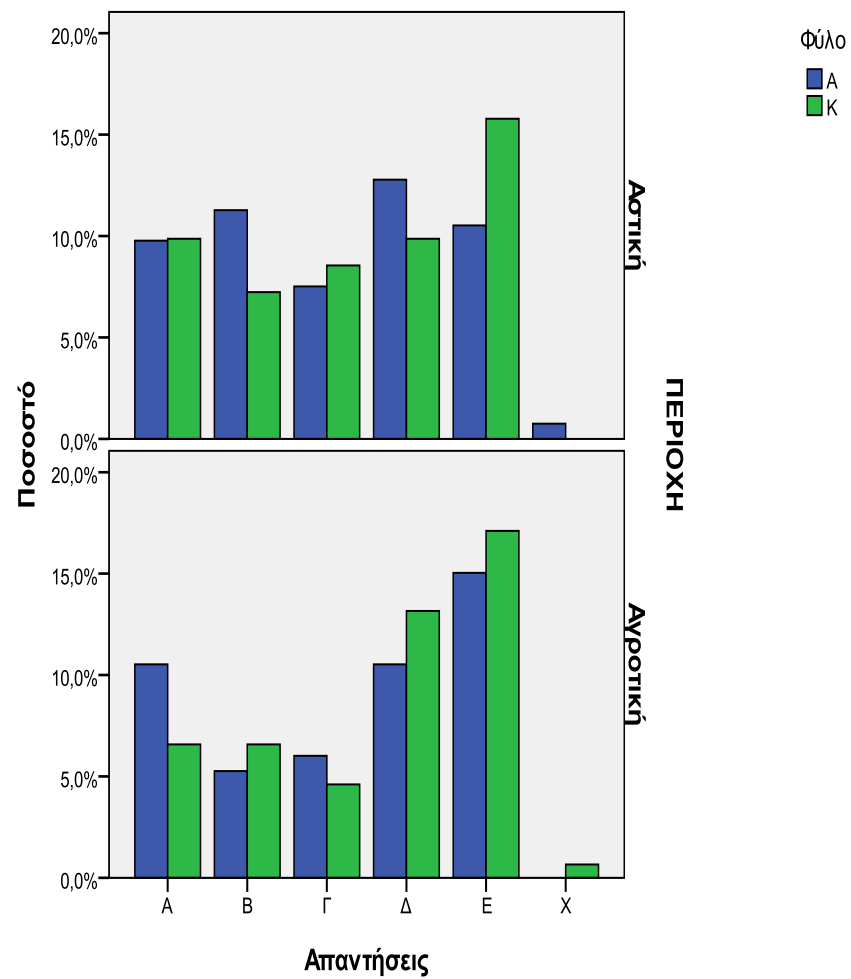
Γράφημα 7: Συχνότητα λήψης πρωινού ανά φύλο και ανά περιοχή



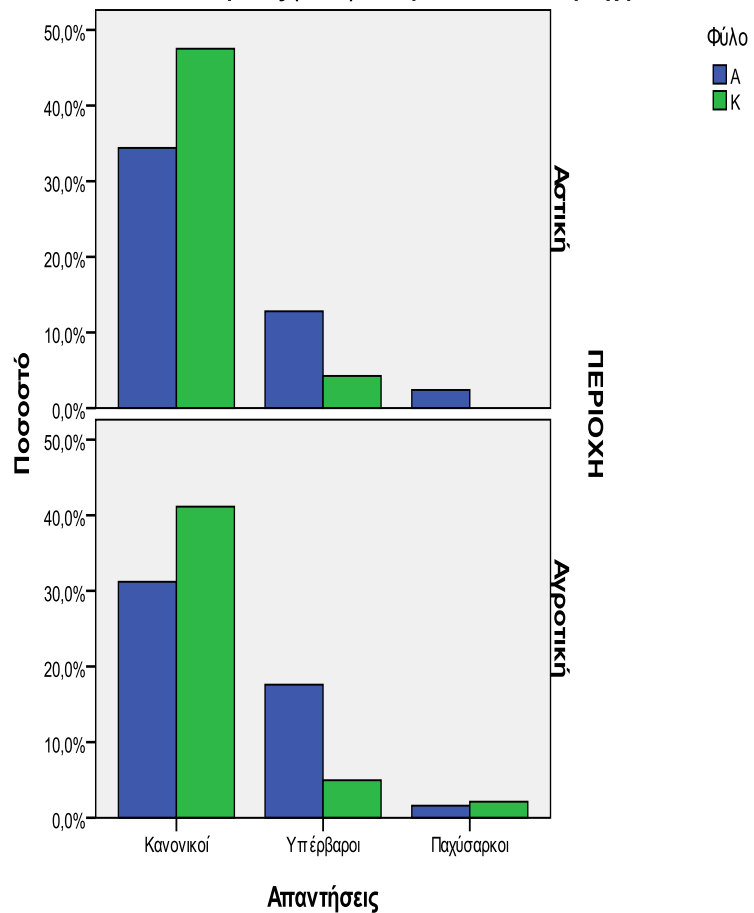
Γράφημα 8: Απία παράλειψης πρωινού ανά φύλο και ανά περιοχή



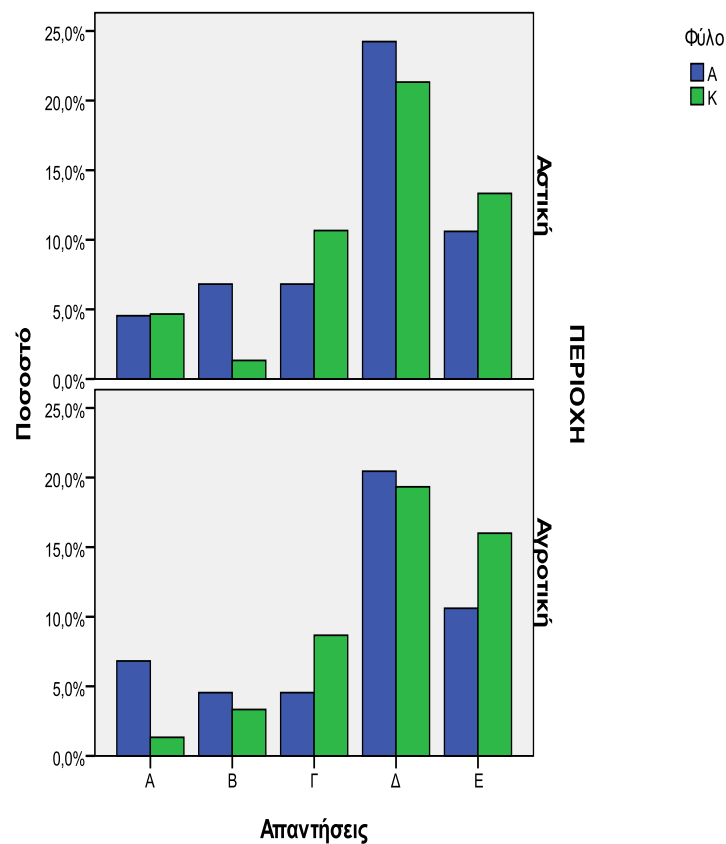
Γράφημα 9: Συχνότητα λήψης δεκαπανού ανά φύλο και ανά περιοχή



**Γράφημα 10: Κατανομή του συνόλου των μαθητών με βάση το Δείκτη Μάζας Σώματος (B.M.I) ανά φύλο και ανά περιοχή**

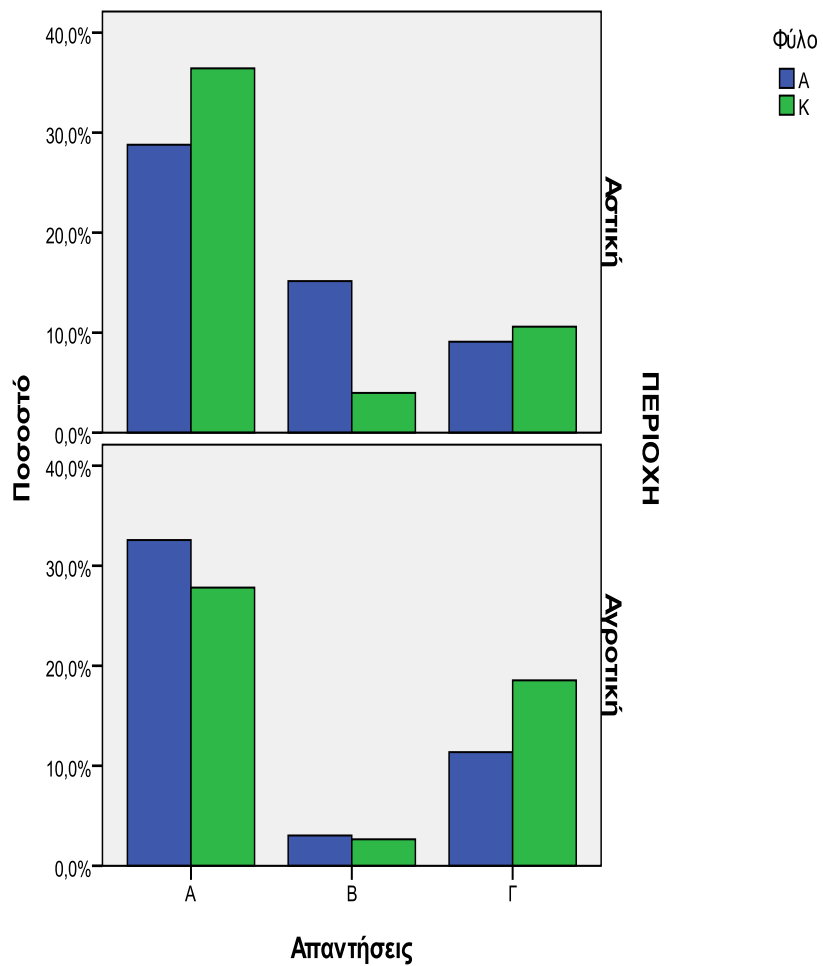


**Γράφημα 11: Συχνότητα βουρτσίσματος των δοντιών ανά φύλο και ανά περιοχή**

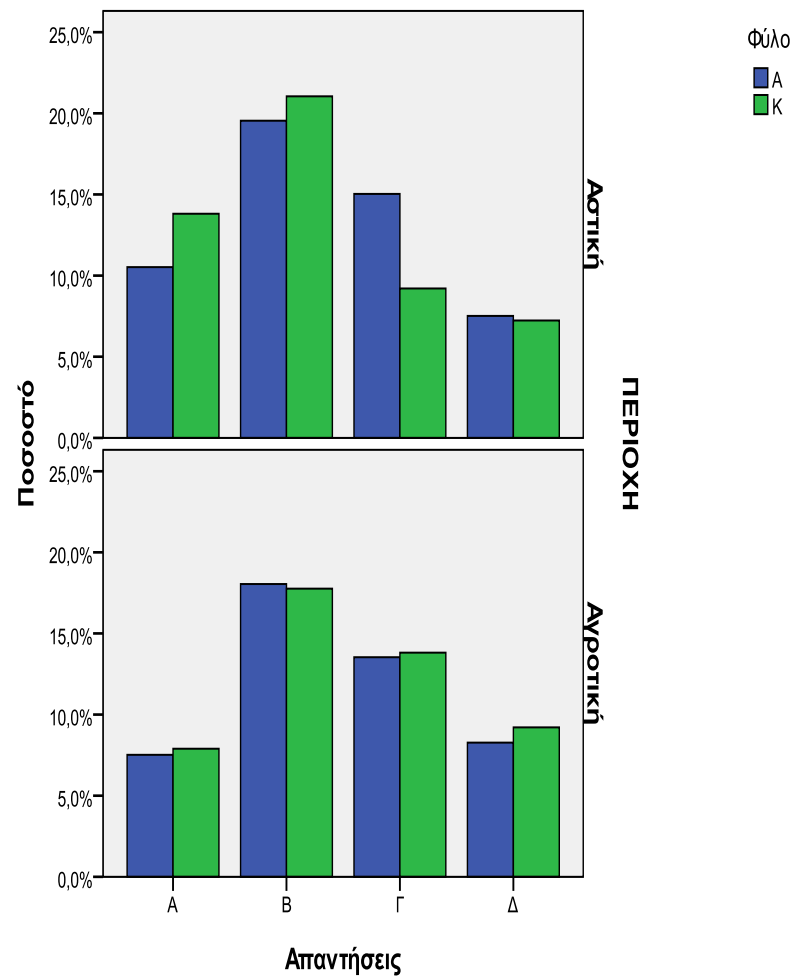




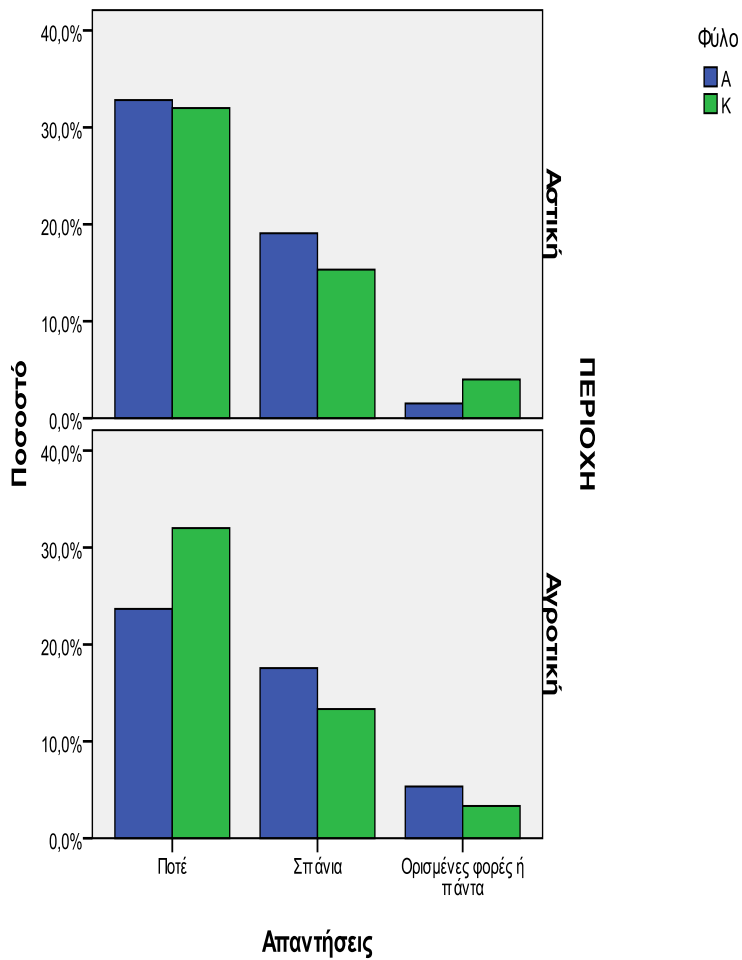
Γράφημα 12: Συχνότητα επίσκεψης σε οδοντίατρο ανά φύλο και ανά περιοχή



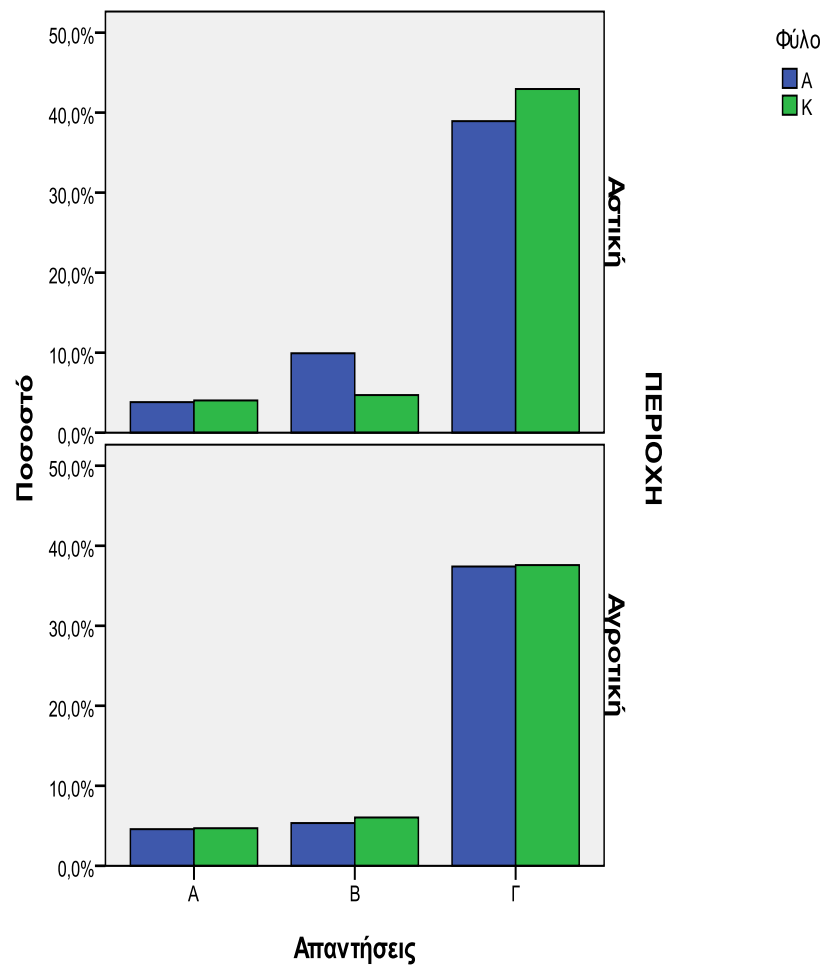
Γράφημα 13: Περιγραφή υγείας δοντιών ανά φύλο και ανά περιοχή



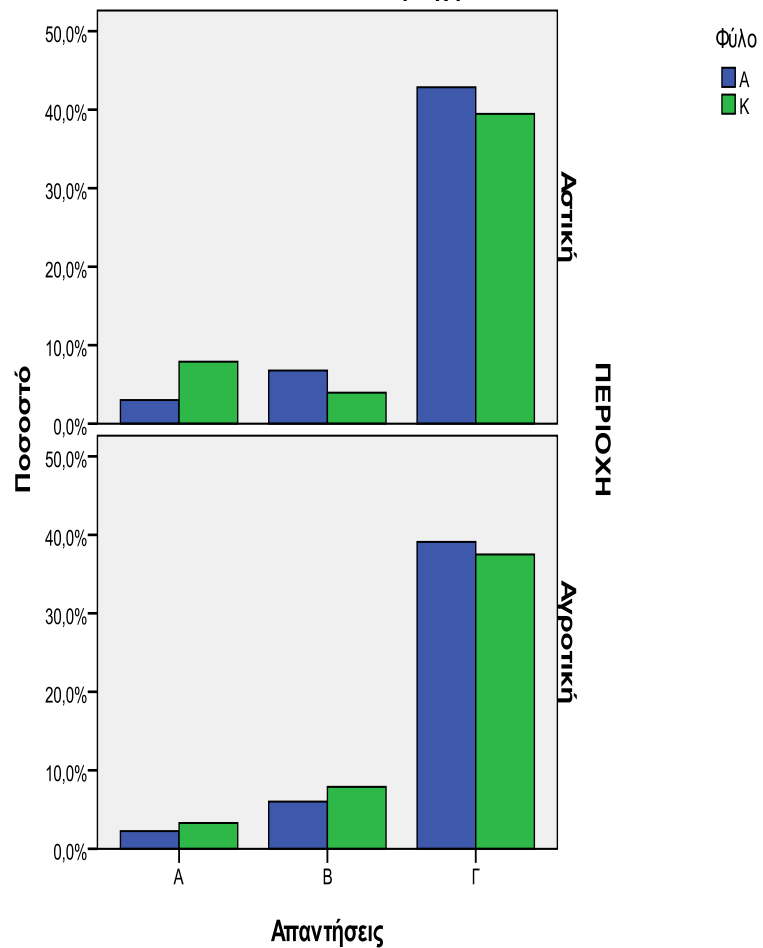
Γράφημα 14: Εμφάνιση πονόδοντου ανά φύλο και ανά περιοχή



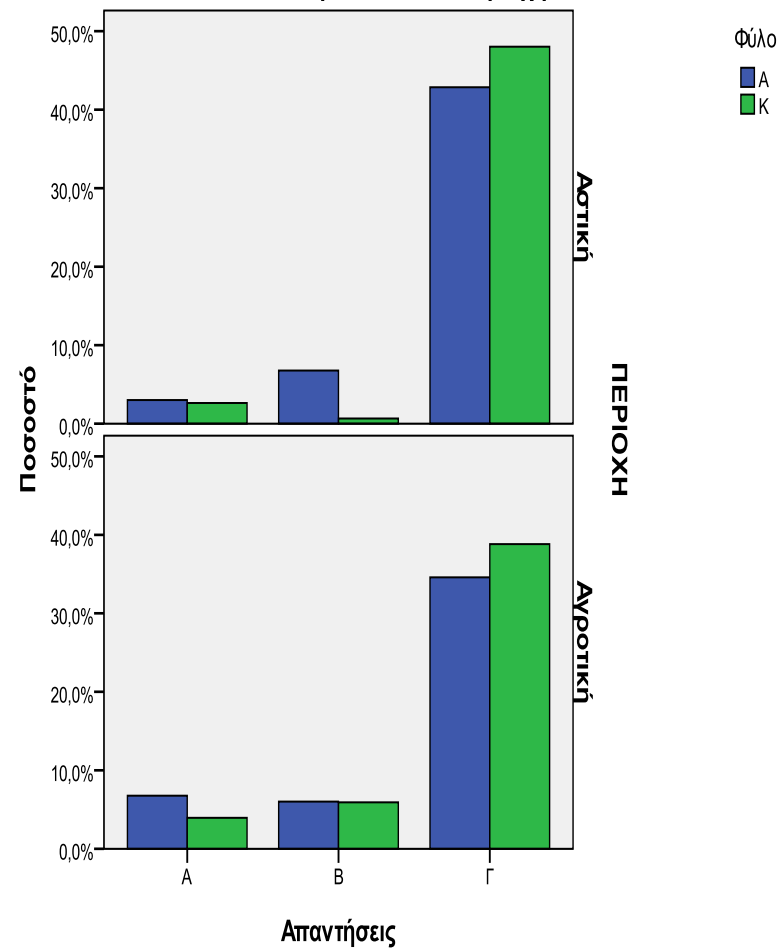
Γράφημα 15: Συχνότητα πλυσίματος χεριών ανά φύλο και ανά περιοχή



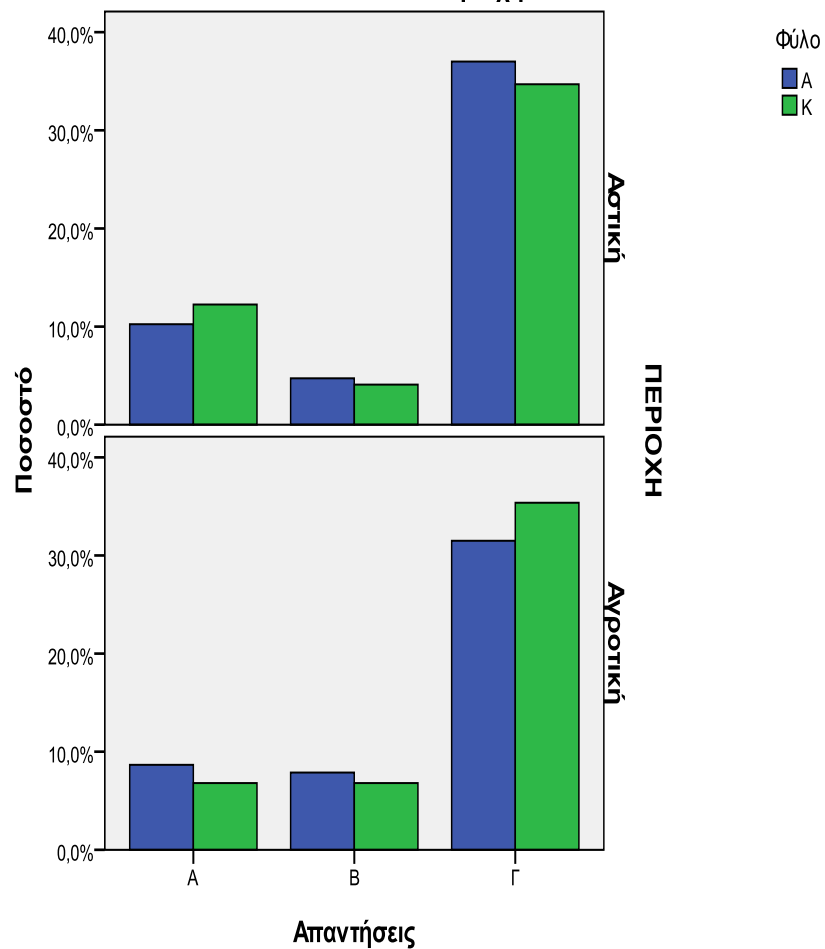
**Γράφημα 16: Συχνότητα πλυσίματος χεριών μετά την τουαλέτα ανά φύλο και ανά περιοχή**



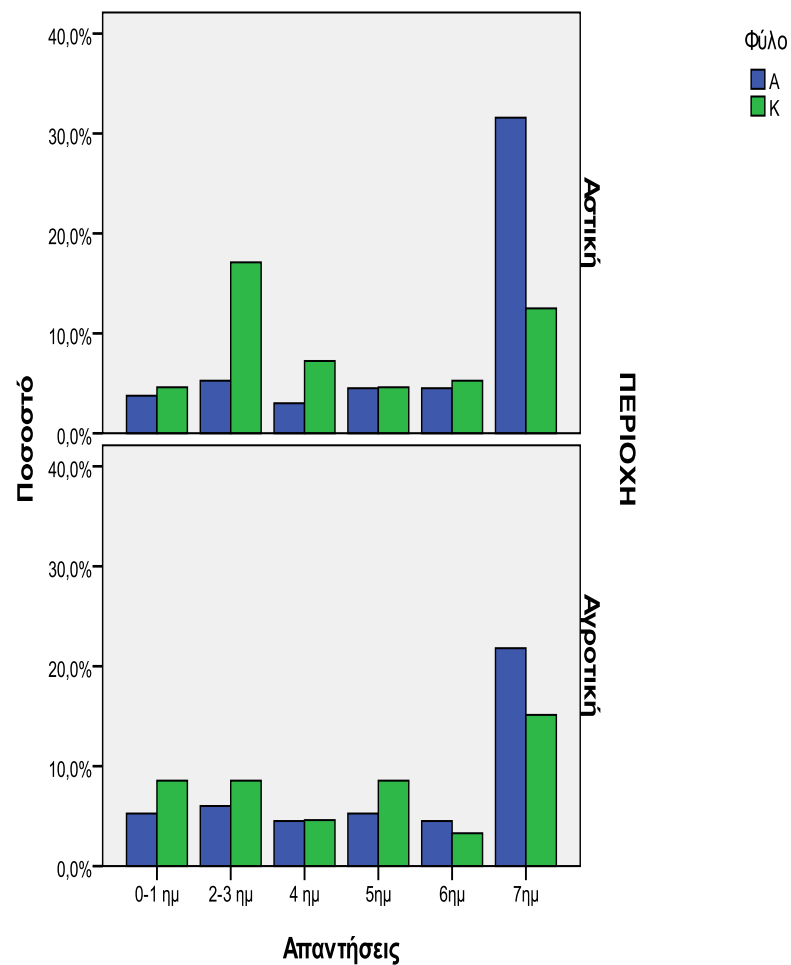
**Γράφημα 17: Συχνότητα χρήσης σαπουνιού για το πλύσιμο των χεριών ανά φύλο και ανά περιοχή**



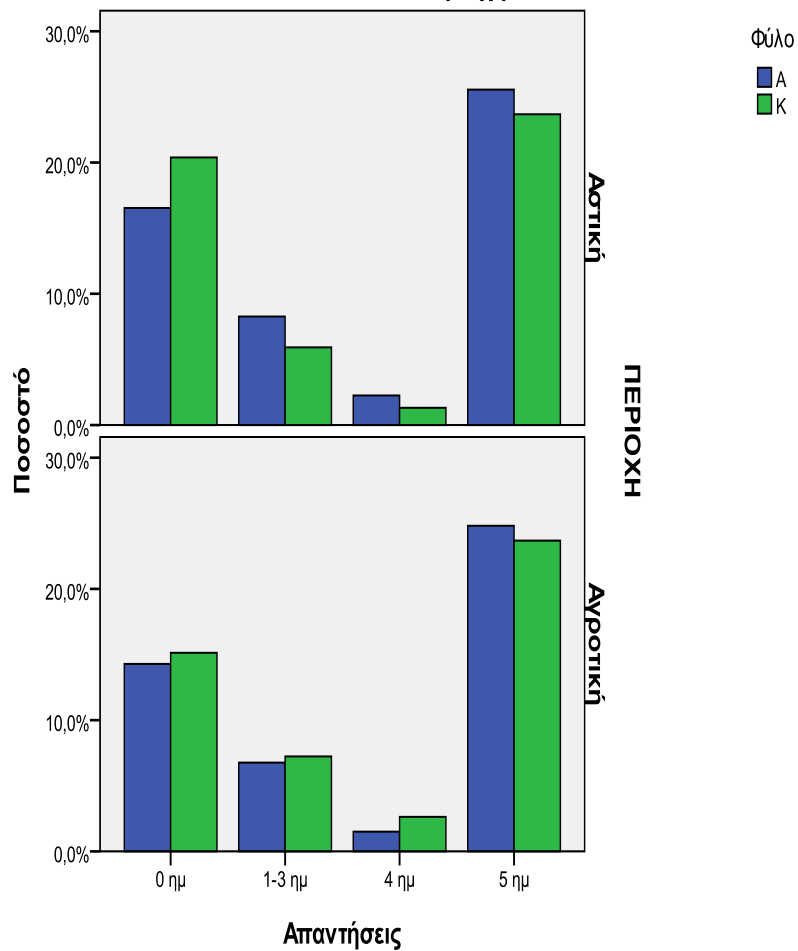
**Γράφημα 18: Πλύσιμο των χεριών μετά την τουαλέτα στο σχολείο ανά φύλο και ανά περιοχή**



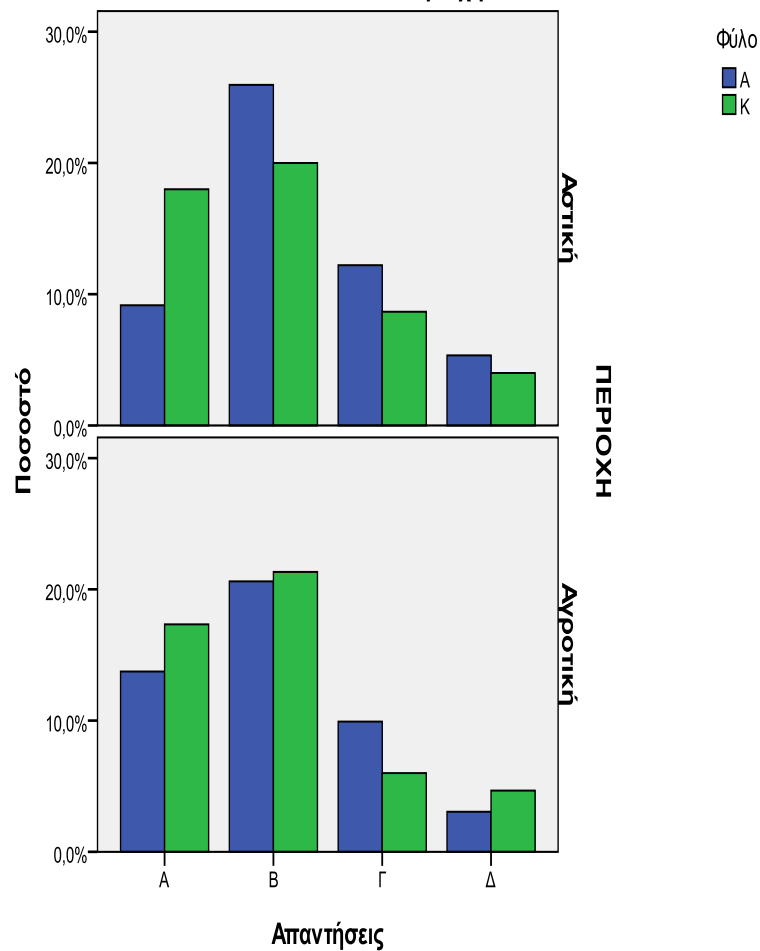
**Γράφημα 19: Συχνότητα φυσικής άσκησης ανά φύλο και ανά περιοχή**



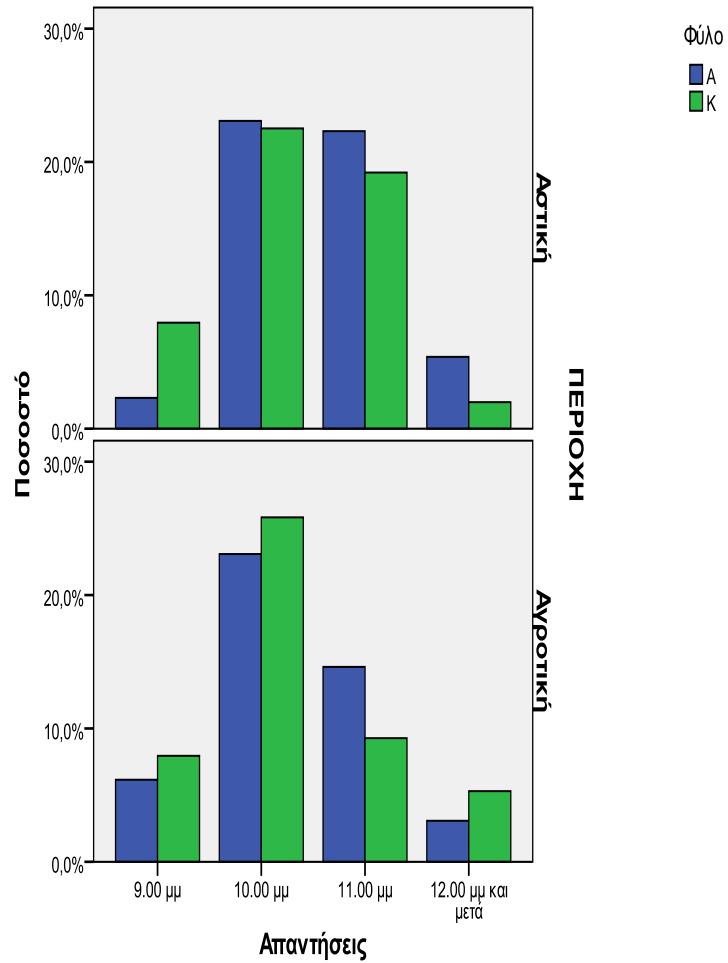
**Γράφημα 20: Προσέλευση στο σχολείο με τα πόδια ή το ποδήλατο ανά φύλο και ανά περιοχή**



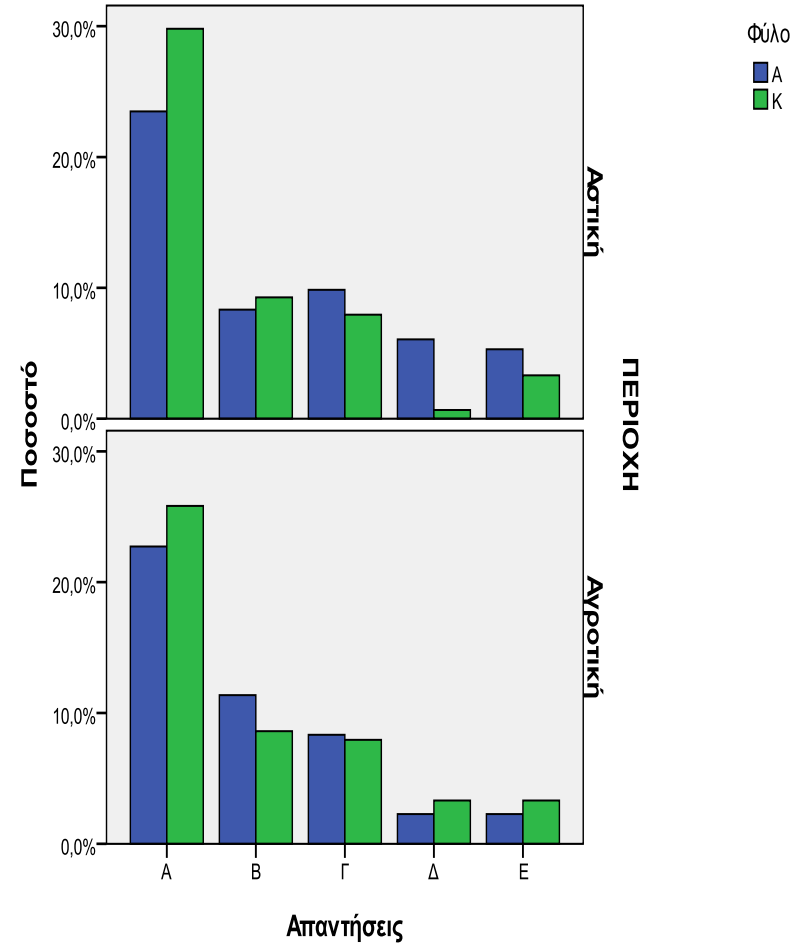
**Γράφημα 21: Καθημερινή διάρκεια καθιστικών δραστηριοτήτων ανά φύλο και ανά περιοχή**



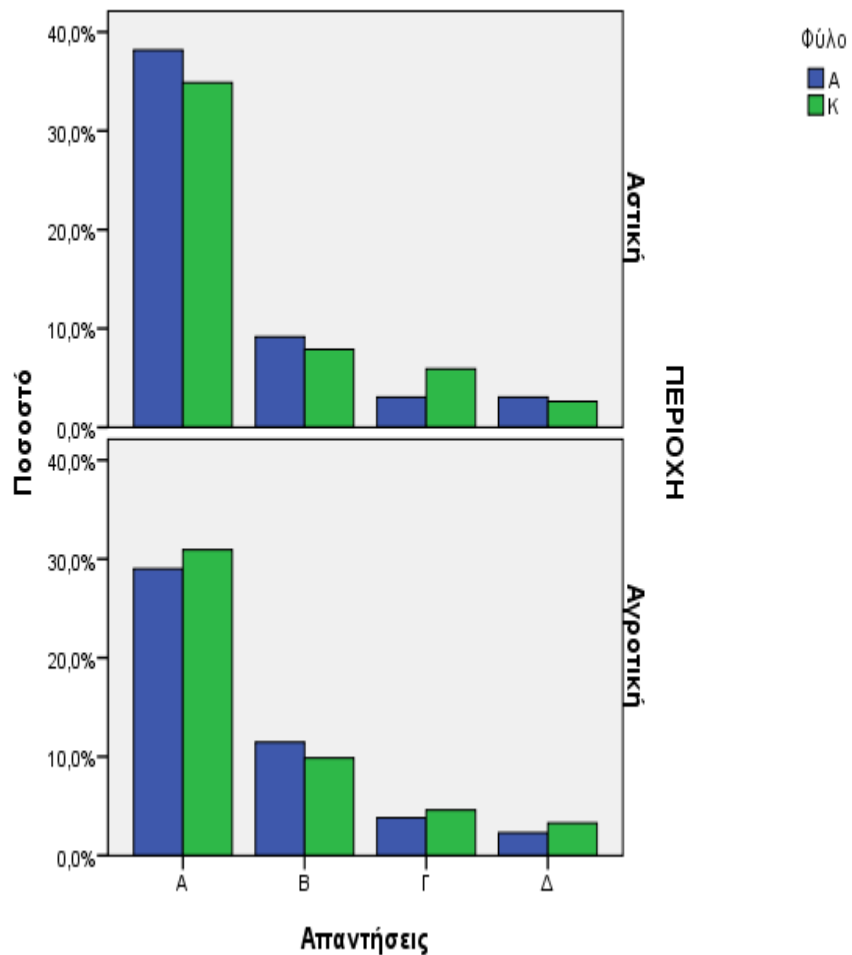
Γράφημα 22: Ώρα ύπνου ης καθημερινές ανά φύλο και ανά περιοχή



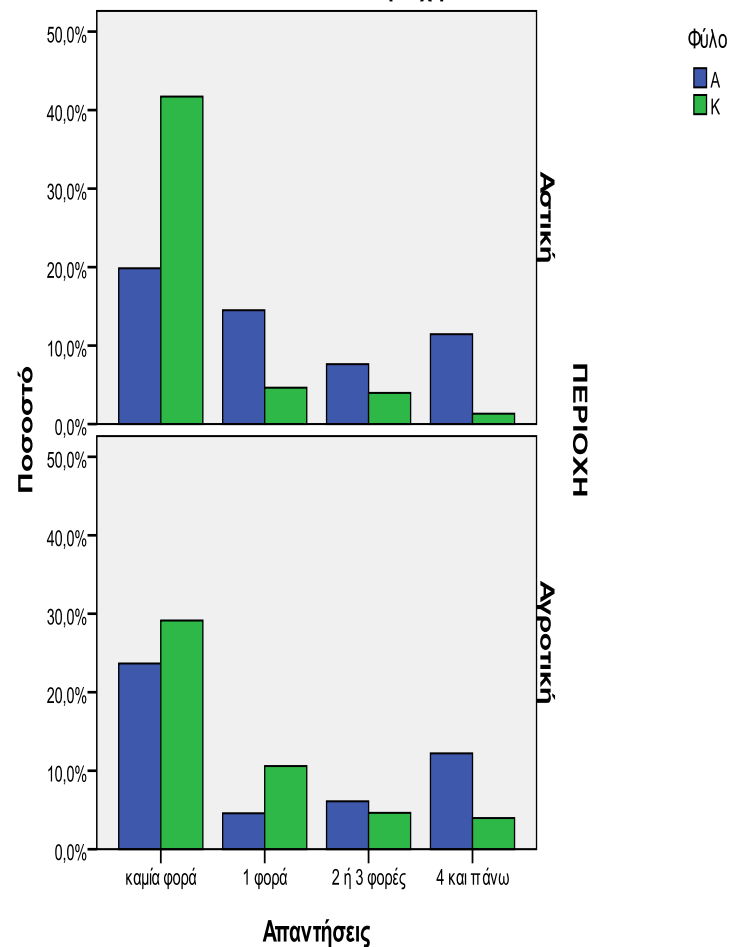
Γράφημα 23: Συχνότητα σωματικής επίθεσης κατά τη διάρκεια των τελευταίων δώδεκα μηνών ανά φύλο και ανά περιοχή



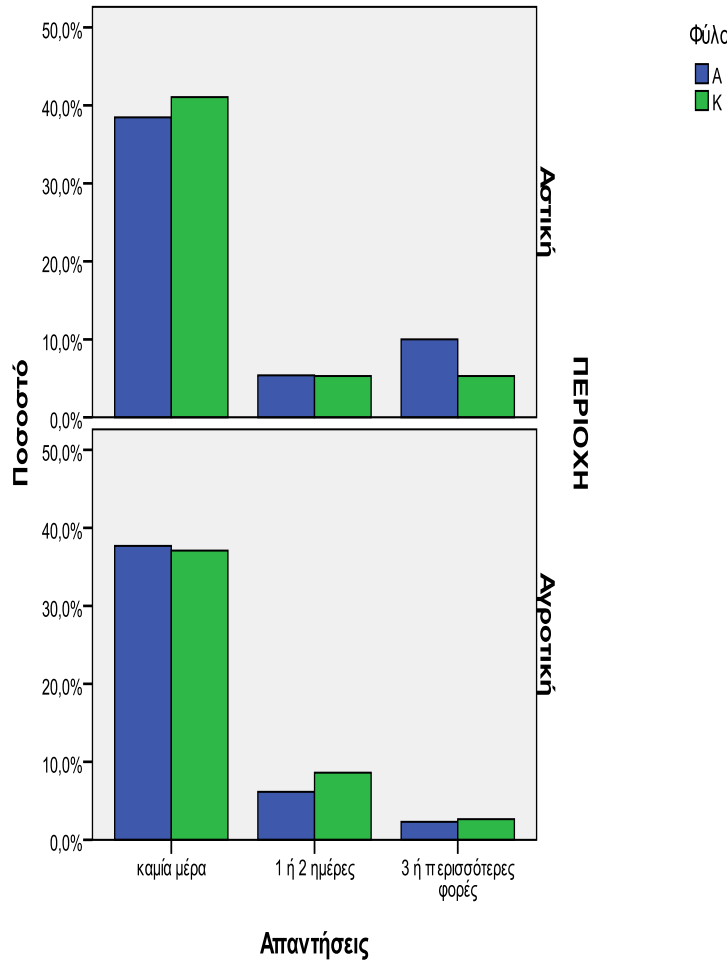
Γράφημα 24: Συχνότητα σοβαρού τραυματισμού ανά φύλο και ανά περιοχή



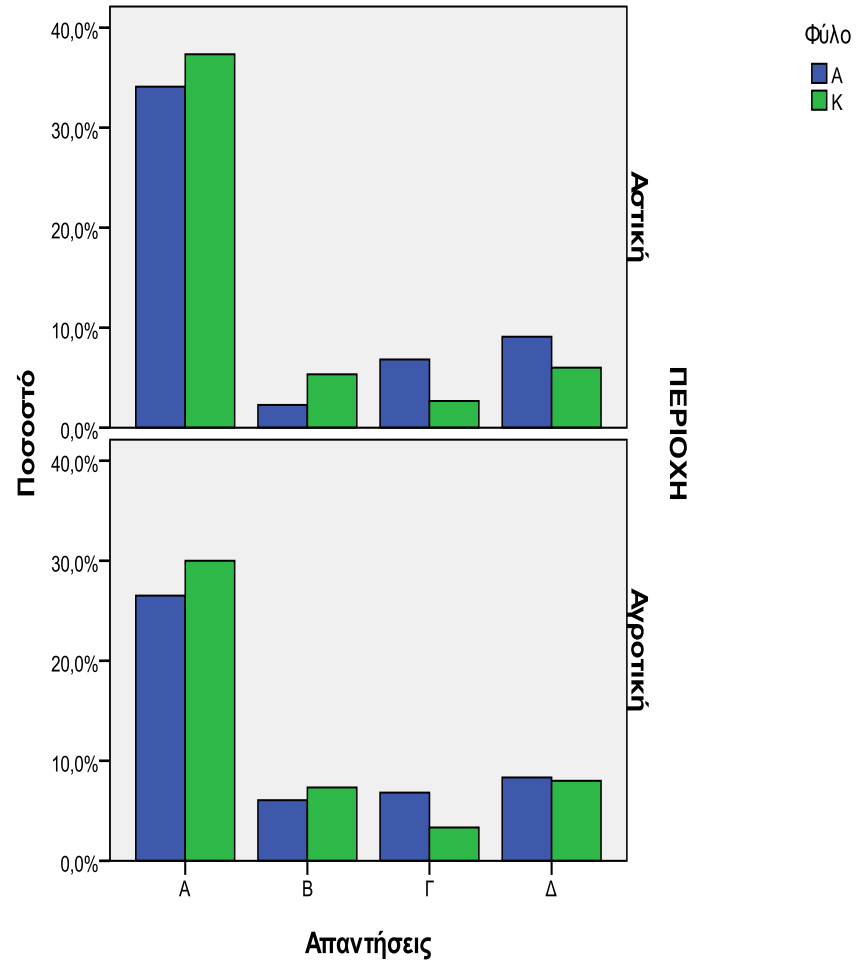
Γράφημα 25: Συχνότητα συμμετοχής σε καβγά σώμα με σώμα ανά φύλο και ανά περιοχή



Γράφημα 26: Συχνότητα εκφοβισμού ή απειλής ανά φύλο και ανά περιοχή

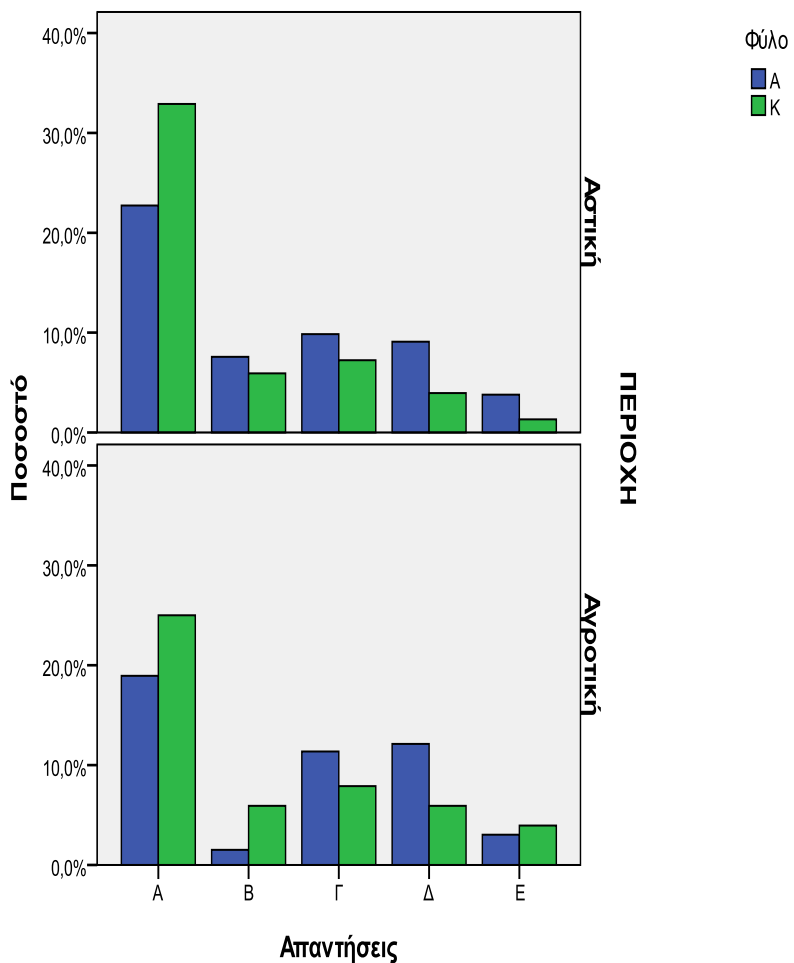


Γράφημα 27: Είδος σοβαρού τραυματισμού ανά φύλο και ανά περιοχή

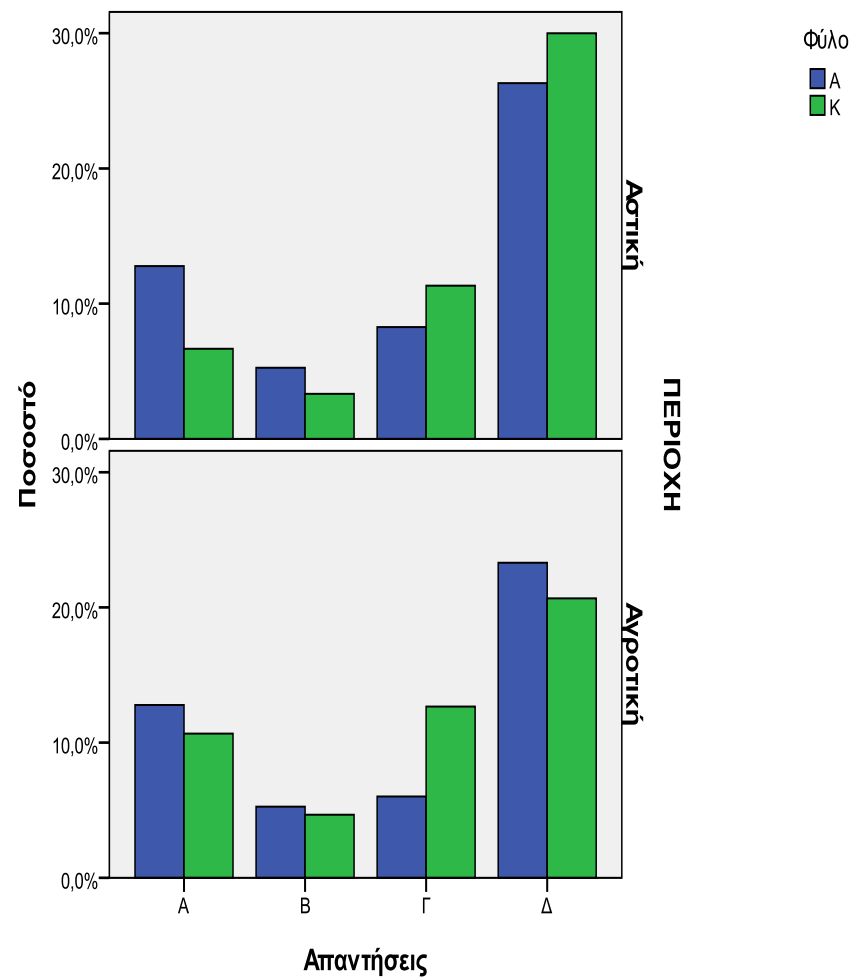




Γράφημα 28: Τόπος σοβαρού τραυματισμού ανά φύλο και ανά περιοχή



Γράφημα 29: Συχνότητα χρήσης ζώνης ασφαλείας ανά φύλο και ανά περιοχή



**Γράφημα 30: Συχνότητα χρήσης κράνους κατά την ποδηλασία**

