

Πρωτόλεια μορφή με βάση πρωτογενή κείμενα που παρέδωσαν οι μετέχοντες ως συγγραφείς, μετά από σχολιασμούς και ενοποίηση κειμένων από τη συντακτική ομάδα. Μετά από τη συζήτηση επιστημονικού προβληματισμού στη διάρκεια του συνεδρίου θα διαμορφωθούν τα κείμενα προς τελική έγκριση από τους συμμετέχοντες

Ατζέντα Κοινωνικής Παιδιατρικής στην Ελλάδα του 2013

Εφηβιατρική

Λευκή Βίβλος

Έκθεση με βάση τις γνώμες ειδικών

Συντονιστές: Ελένη Πετρίδου, Γεώργιος Χρούσος

Περιεχόμενα



Ελληνική Εταιρία Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας
25^ο Συνέδριο, Ιθάκη, Αύγουστος 2013

Περιεχόμενα.....	2
Πρόλογος	3
Συμμετέχοντες, σχολιαστές & συντονιστές	7
A. Σύγχρονη Θεώρηση για την Εφηβική Υγεία	9
B. Θέματα Ιδιαίτερου Ενδιαφέροντος	14
1. Εμβολιασμοί στην Εφηβεία	14
2. Δελτίο Αυτοαξιολόγησης Υγείας Εφήβων	20
3. Διαδικτυακός Εκφοβισμός (Cyberbullying).....	24
Γ. Χαρτογράφηση Υπηρεσιών Υγείας για Εφήβους στην Ελλάδα.....	30
1. Κέντρα Ολιστικής Φροντίδας Υγείας των Εφήβων	30
2. Παιδιατρική κοινότητα	40
3. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: αναφορά σε υπηρεσίες υγείας για φοιτητές και ανασφάλιστους εφήβους	44
4. Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις.....	48
Δ. Προτάσεις Βελτίωσης.....	52
Παράρτημα	55
Βιβλιογραφία.....	80

Πρόλογος

Η Παιδιατρική καλύπτει τη φροντίδα υγείας των ατόμων από τη γέννηση μέχρι και την ενηλικίωση τους. Η ποιότητα της φροντίδας διαφέρει σημαντικά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων της Παιδιατρικής. Ιδιαίτερα ελλειμματική είναι η φροντίδα υγείας των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων.

Οι ιδιαιτερότητες των προβλημάτων υγείας των ηλικιακών αυτών ομάδων χρειάζονται λεπτομερή μελέτη και ειδική οργάνωση για την αντιμετώπισή τους. Στις ανεπτυγμένες χώρες για τη μελέτη και αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των εφήβων και των νέων, δημιουργήθηκε, την τελευταία εικοσαετία, μια νέα εξειδίκευση στην Παιδιατρική, η Adolescence Medicine (Ιατρική της Εφηβείας ή Εφηβιατρική).

Βασικό πρόβλημα της φροντίδας των νέων είναι και η αντιμετώπιση και νοσηλεία των νέων με χρόνια νοσήματα. Στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες χώρες, το πρόβλημα είναι οξύ και απαιτεί άμεση αντιμετώπιση. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, συνιστά σαν πρώτο βήμα τη δημιουργία και οργάνωση φιλικών προς τους νέους υπηρεσιών υγείας. Πρόδρομος των κέντρων αυτών στη χώρα μας είναι η οργάνωση και λειτουργία των Μονάδων Εφηβικής Ιατρικής στις Α΄ και Β΄ Πανεπιστημιακές Παιδιατρικές Κλινικές του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Στην Ελλάδα η Ιατρική της Εφηβείας βρίσκεται ακόμα στα πρώτα της στάδια. Για τον καθορισμό της ταυτότητάς της και τη δόμηση της σε εξειδίκευση χρειάζονται εντατικές, οργανωμένες προσπάθειες όπως και συνεργασία με ιατρικές ειδικότητες με ενδιαφέρον στα ειδικά προβλήματα των νέων.

Σύμφωνα με την 53η συνεδρίαση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) στη Βιέννη το 2003, η παρούσα κατάσταση της υγείας των εφήβων στην Ευρώπη αφήνει μεγάλα περιθώρια βελτίωσης. Οι Ευρωπαϊκές χώρες καλούνται επίσημα από τον Π.Ο.Υ να δραστηριοποιηθούν σχετικά με την βελτίωση της παροχής Υπηρεσιών Υγείας στους εφήβους.

Το επίπεδο των Υπηρεσιών αυτών δεν είναι βέβαια το ίδιο για όλες τις εμπλεκόμενες χώρες : αξιολογα βήματα έχουν γίνει στην Ιταλία, την Πορτογαλία, τη Σουηδία, ενώ σε άλλες χώρες η πρόοδος δεν είναι σημαντική. Βάση για την ανάπτυξη της ιατρικής των εφήβων στην Ελλάδα είναι η γνώση των προβλημάτων και των ιδιαιτεροτήτων της

ηλικίας, η συνειδητοποίηση των δυσκολιών του αμέσου και γενικότερου περιβάλλοντος, καθώς και η κατανόηση των λόγων που επιβάλλουν μια τέτοια προτεραιότητα.

Ιστορική Αναδρομή

Η Εφηβιατρική αποτελεί τη φυσιολογική διαχρονική εξέλιξη της Παιδιατρικής. Γι' αυτό μια σύντομη αναδρομή στην εξέλιξη της Παιδιατρικής, θα δώσει τις απαραίτητες πληροφορίες για τη διαφοροποίηση των προβλημάτων υγείας των εφήβων και νεαρών ενηλίκων και την αναγκαιότητα μιας οργανωμένης αντιμετώπισής τους.

Στις Η.Π.Α., η Παιδιατρική αναγνωρίστηκε σαν ξεχωριστή ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής στις αρχές του 20ού αιώνα. Η ανάγκη διαχωρισμού προέκυψε

από τη διαπίστωση των σημαντικών διαφορών της υγείας και νοσολογίας της παιδικής και εφηβικής ηλικίας από εκείνη των ενηλίκων. Υπενθυμίζεται ο αρχικός καθορισμός των στόχων της Παιδιατρικής όπως αναφέρεται στα κλασικά συγγράμματα που είναι διαφωτιστικός : «Η Παιδιατρική ασχολείται με

την υγεία των βρεφών, των νηπίων, των παιδιών, των εφήβων και των νέων, με τη σωματική και πνευματική τους ανάπτυξη και με την προετοιμασία και καθοδήγηση τους για την ολοκληρωμένη ψυχοκοινωνική ενσωμάτωση τους στην κοινωνία των ενηλίκων».

Από το περίγραμμα των στόχων της παιδιατρικής είναι φανερό ότι ο παιδίατρος παράλληλα με τη φροντίδα της υγείας αναλαμβάνει και τη φροντίδα για τη φυσιολογική σωματική, πνευματική, ψυχική και κοινωνική ωρίμανση του ατόμου από τη γέννηση μέχρι και την ενηλικίωση του. Οι ηλικίες που καλύπτονται από την παιδιατρική χαρακτηρίζονται από ένα συνεχή, αλλά και κυμαινόμενο ρυθμό αύξησης και ωρίμανσης που επηρεάζεται από βιολογικούς αλλά και εξωγενείς, περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Οι εξωγενείς παράγοντες μπορεί να έχουν ποικίλες και σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία και στην ποιότητα ζωής, στη λειτουργία διαφόρων οργάνων και στις βιολογικές διεργασίες των παιδιών. Οι έφηβοι και οι νέοι αποτελούν το πιο ευαίσθητο ηλικιακό τμήμα της παιδιατρικής στο οποίο οι εξωγενείς παράγοντες προκαλούν ποικίλες και σοβαρές αντιδράσεις που χρειάζονται ειδική αντιμετώπιση. Η αναγνώριση της σημασίας της

δυσμενούς επίδρασης των εξωγενών παραγόντων στην υγεία των εφήβων είναι σχετικά πρόσφατη. Κι αυτό οφείλεται αφ' ενός στην αυξανόμενη δυναμική των δυσμενών επιπτώσεων από τις συνεχώς μεταβαλλόμενες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, αλλά κυρίως από τη θετική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των υπόλοιπων ηλικιακών ομάδων, όπως της νεογνικής,

της βρεφικής, της νηπιακής και της παιδικής.

Με στόχο την καλύτερη μελέτη και αντιμετώπιση των ειδικών προβλημάτων υγείας της εφηβικής ηλικίας, αναπτύχθηκε σταδιακά η εξειδίκευση της "Adolescent Medicine" που έχει αποδοθεί στα Ελληνικά σαν Εφηβική Ιατρική ή Εφηβιατρική.

Σκοπός της έκθεσης

Η έκθεση συντάχθηκε με την ευκαιρία της συμπλήρωσης ενός τετάρτου ζωής της Ελληνικής Εταιρίας Κοινωνικής Παιδατρικής και Προαγωγής της Υγείας και στοχεύει:

- Να περιγράψει συνοπτικά τα βασικά θέματα της εφηβιατρικής όπως αποτυπώνονται σε διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα
- Να μεταφέρει την αντίστοιχη εικόνα από την Ελληνική πραγματικότητα μέσα από επιλεγμένα νοσοκομεία και εξειδικευμένα κέντρα βασιζόμενη στις εμπειρίες των ειδικών
- Να εντοπίσει αδυναμίες/κενά του συστήματος, αλλά ενδεχομένως και αναποτελεσματικές πρακτικές, όπως επισημαίνονται από τους επαγγελματίες του τομέα
- Να παραθέσει παραδείγματα καλής πρακτικής στον τομέα της εφηβιατρικής
- Να προτείνει αλλαγές στοχεύοντας σε μελλοντική βελτίωση, με δράσεις χαμηλού κόστους αλλά υψηλής συλλογικής ευθύνης

Σε ποιους απευθύνεται

- Στους κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς που δραστηριοποιούνται στον τομέα της εφηβιατρικής στην Ελλάδα

Συμμετέχοντες, σχολιαστές & συντονιστές

Συμμετέχοντες

Γαλλή-Τσινοπούλου Ασημίνα, Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Εφηβικής Ιατρικής, Δ΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Δεληγεώρογλου Ευθύμιος, Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Μαντζουράνη Έσα, Καθηγήτρια Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, Διευθύντρια Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Κρήτης, ΠΓΝ Ηρακλείου

Παπαδάκου Σταυρούλα, Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος Νοσοκομείου «Ασκληπιείου» Βούλας

Πρίφτης Κωσταντίνος, Παιδίατρος-Παιδοπνευμολόγος/ Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής-Παιδοπνευμονολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ

Φρετζάγιας Ανδρέας, καθηγητής Παιδιατρικής αναπληρωτής Διευθυντής Γ' Πανεπιστημιακή Κλινική, ΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ

Συγγραφείς

Αντωνόπουλος Κώστας, ειδικευόμενος χειρουργικής

Βλαχαντώνη Ίρις-Θεοδώρα, Ειδικευόμενη Πνευμονολόγος, Υποψήφια διδάκτωρ, Εργαστήριο Ιατρικής Στατιστικής, Υγιεινής & Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Γκουντσίδου Βασιλική, Μέλος της Διοικούσας Επιτροπής του Ευρωπαϊκού Προγράμματος cost για το Cyberbullying/ Φυσικός-Ραδιοηλεκτρολόγος, Τμήμα Φυσικής, Α.Π.Θ.

Κουσουνης Αλέκος, γενικός γραμματέας του ΕΕΚΠΠΥ

Λιονής Χρήστος, Καθηγητής Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

Μάνδουλα-Κουσουνή Μαρία, Παιδίατρος, Ιατροκοινωνικού Κέντρου Κέρκυρας ΕΕΚΠΠΥ

Μανταδάκης Ελπιδοφόρος, Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής ΔΠΘ

Μπακοπούλου Φλώρα, Παιδίατρος Εφηβικής Ιατρικής/ Επιστημονική Υπεύθυνη Ειδικού Κέντρου Εφηβικής Ιατρικής (Ε.Κ.Ε.Ι.), Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Νοσοκομείο Παίδων "Η Αγία Σοφία"

Σκεντέρης Νικόλαος, Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Χαλιάσος Νικόλαος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής, Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Χατζημιχαήλ Αθανάσιος, Καθηγητής Παιδιατρικής Δημοκρίτειο Παν/μιο Θράκης

Σχολιαστές

Συντονιστές

Πετρίδου Ελένη, Καθηγήτρια Προληπτικής Ιατρικής και Επιδημιολογίας, Εργαστήριο Ιατρικής Στατιστικής, Υγιεινής & Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, ΕΚΠΑ

Χρούσος Γεώργιος, Καθηγητής Παιδιατρικής, Διευθυντής Α' Παιδιατρικής Κλινικής Παν/μίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Μπακοπούλου Φλώρα, Ειδικό Κέντρο Εφηβικής Ιατρικής, Έδρα UNESCO Εφηβικής Υγείας και Ιατρικής, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

A. Σύγχρονη Θεώρηση για την Εφηβική Υγεία

Η σημερινή γενιά εφήβων και νέων ηλικίας 10-24 ετών είναι η μεγαλύτερη στην ιστορία - με συνολικό πληθυσμό 1,8 δισεκατομμύρια εκπροσωπούν το ¼ του παγκόσμιου πληθυσμού. Ένα ποσοστό περίπου 90% ζουν σε χώρες χαμηλού και μέσου εισοδήματος, όπου εκπροσωπούν αρκετά μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού από αυτό των χωρών υψηλού εισοδήματος, εξαιτίας του αυξημένου ποσοστού γεννήσεων. Η αύξηση του εφηβικού πληθυσμού συμπίπτει με τη μείωση των λοιμωδών νοσημάτων, του υποσιτισμού και της θνησιμότητας στη βρεφική και πρώτη παιδική ηλικία. Όπως και η πρώτη παιδική ηλικία, έτσι και η εφηβεία είναι μία ευαίσθητη περίοδος κατά την οποία τόσο τα υγιή όσο και τα δυσπροσαρμοστικά πρότυπα διαμορφώνουν τη μελλοντική πορεία του ατόμου. Μέρος αυτής της ευαισθησίας οφείλεται στην κοινωνική ενσωμάτωση των κινδύνων για την υγεία και στις βιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την εφηβεία. Πριν από 100 χρόνια, η εφηβεία θεωρείτο απλώς μια διαδικασία σωματικής ωρίμανσης, που οδηγούσε το άτομο σε διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια που επηρέαζαν την υγεία του. Σύμφωνα με τη σύγχρονη αντίληψη, η εφηβεία είναι μία προγραμματισμένη, βιολογική διαδικασία, που επηρεάζει τη συμπεριφορά, τη συναισθηματική ευεξία και τη γενικότερη υγεία με πολλούς τρόπους. Για παράδειγμα, το χρονοδιάγραμμα της ενήβωσης παρά η χρονολογική ηλικία, σχετίζεται κυρίως με τη συμπεριφορά και την ψυχική υγεία κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Οι αλλαγές στη συμπεριφορά και την ψυχική υγεία πιθανώς εν μέρει να σχετίζονται με ορμονικές μεταβολές της εφηβείας, στην κορίτσια με την έκκριση της ωκυτοκίνης και στα αγόρια με την έκκριση της βασοπρεσίνης, που συνδέονται με την ανάπτυξη συναισθηματικών και κοινωνικών δεσμών και γονεϊκής συμπεριφοράς. Οι εφηβικές ορμόνες πιθανώς να επηρεάζουν επίσης τη δομή και τη λειτουργία του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου. Κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της νεαρής ενηλίκου ζωής επισυμβαίνουν σημαντικές εγκεφαλικές μεταβολές στη φαιά ουσία του φλοιού, στη λευκή ουσία,

το μεταιχμιακό σύστημα, τον επικλινή πυρήνα και τον προμετωπιαίο λοβό. Οι μεταβολές αυτές μπορούν να εξηγήσουν ορισμένες από τις χαρακτηριστικές συμπεριφορές της εφηβείας όπως είναι οι συμπεριφορές υψηλού κινδύνου.

Από την άλλη πλευρά η σύγχρονη έννοια της εφηβείας μεταβάλλεται ραγδαία, αφού η ηλικία έναρξης της ενήβωσης μειώνεται, ενώ η ηλικία επίτευξης ώριμων κοινωνικών ρόλων αυξάνεται. Για πολλά χρόνια θεωρείτο πως η έναρξη της ενήβωσης αποτελεί το σημείο εκκίνησης της εφηβείας, ενώ βασικές μεταβάσεις σε κοινωνικούς ρόλους, όπως η ολοκλήρωση της εκπαίδευσης, η εργασία, ο γάμος και η τεκνοποίηση, σηματοδοτούν τη λήξη της. Μέχρι την εποχή της βιομηχανικής επανάστασης περί το 1800, η επίτευξη της σωματικής ωρίμανσης γενικά συμβάδιζε με την ωρίμανση των κοινωνικών ρόλων του ατόμου. Ακόμα και στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, η καθυστέρηση μεταξύ σωματικής και κοινωνικής ωρίμανσης ήταν πολύ μικρή. Η μείωση στην ηλικία έναρξης της εφηβείας που παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα φαίνεται να σχετίζεται με τη βελτίωση του επιπέδου υγιεινής, διατροφής και υγείας της παιδικής ηλικίας. Αυτή η τάση σε μεγάλο βαθμό διεκόπη πριν τη δεκαετία του 1960 στις χώρες υψηλού εισοδήματος όπου η μέση ηλικία εμμηναρχής σταθεροποιήθηκε περίπου στα 12-13 έτη. Σε αυτές τις χώρες, η αύξηση της ηλικίας υιοθέτησης ενήλικων κοινωνικών ρόλων και ευθυνών ξεκίνησε περίπου την ίδια χρονική στιγμή, γεγονός που κατέστησε ασαφές πότε τελειώνει η εφηβεία. Οι νέοι άνθρωποι σήμερα όχι μόνο παραμένουν περισσότερο χρόνο στην εκπαίδευση και καθυστερούν το γάμο και την τεκνοποίηση, αλλά και οι σύγχρονες κοινωνικές μεταβάσεις όπως η ολοκλήρωση της εκπαίδευσης, η εργασία, ο γάμος και η τεκνοποίηση γίνονται ολοένα λιγότερο καθορισμένα και γραμμικά. Παρά τη διαδεδομένη νομική της σημασία, η ηλικία των 18 ετών, σε πολλές χώρες, δε δηλώνει πλέον την ενηλικίωση του ατόμου.

Οι βιολογικές και κοινωνικές αλλαγές που ορίζουν την εφηβεία σχετίζονται σημαντικά με την υγεία των εφήβων και νέων, μέσω πολύπλοκων και όχι πλήρως κατανοητών διεργασιών. Ο συνδυασμός της πρώιμης ενήβωσης και της καθυστερημένης υιοθέτησης ενήλικων ρόλων σε σχέση με το παρελθόν, έχει αυξήσει τη διάρκεια και έχει αλλάξει τη μορφή της εφηβείας. Αυτή η αλλαγή, εμφανής σε όλες τις χώρες εκτός από τις πολύ φτωχές, επιδρά στην υιοθέτηση συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία, επηρεάζεται δε περαιτέρω

από τοπικούς κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες (οικονομικούς, πολιτιστικούς και πολιτικούς) και από άλλους παράγοντες κινδύνου και προστατευτικούς. Για παράδειγμα, ο χρόνος ενήβωσης σχετίζεται με την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας και τους κινδύνους της εφηβικής εγκυμοσύνης και των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων λοιμώξεων. Ο χρόνος ενήβωσης και η παράταση της εφηβείας συνδέονται επίσης με την κατάχρηση αλκοόλ, ουσιών και άλλες ριψοκίνδυνες συμπεριφορές.

Κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας των εφήβων είναι η οικονομία της χώρας, η εισοδηματική ανισότητα, οι ευκαιρίες για εργασία, η ανισότητα των φύλων και η πρόσβαση στην εκπαίδευση και στις υπηρεσίες υγείας πχ. για αντισύλληψη. Για παράδειγμα, η ανεργία των νέων, αυξάνει τον κίνδυνο για κατάχρηση ουσιών και εμφάνιση ψυχικών διαταραχών στην εφηβεία. Άμεσοι σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας των εφήβων είναι οι συνδέσεις τους με την οικογένεια, το σχολείο και τους συνομηλίκους. Εκτός από τις αναφερόμενες καθιερωμένες επιδράσεις κατά τη διάρκεια της εφηβείας, διάφοροι νέοι σύγχρονοι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία αναδύονται. Η προώθηση ανθυγιεινών προϊόντων και τρόπου ζωής (πχ. κάπνισμα, αλκοόλ, διατροφή υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος, ζάχαρη και αλάτι) έχει ξεκάθαρο στόχο τους νέους ανθρώπους. Η επίδραση των μέσων μαζικής ενημέρωσης είναι ανάλογη με αυτή λοιμώδους επιδημίας, όπου ο μικροβιοφορέας μεταφέρει απόψεις και προϊόντα σε έναν αυξανόμενο αριθμό ξενιστών και οδηγεί σε εκρήξεις ασυνήθιστων συμπεριφορών.

Αν και κάποιες συμπεριφορές υψηλού κινδύνου μπορεί να θεωρηθούν φυσιολογικές πτυχές της ανάπτυξης των εφήβων, ορισμένες έχουν άμεσες αρνητικές επιπτώσεις και πολλές είναι προβλέψιμες. Μια παγκόσμια ανάλυση θνησιμότητας το 2004, έδειξε πως οι βασικές αιτίες θανάτου των νέων ηλικίας 10-24 ετών ήταν τα ατυχήματα (τα ακούσια, όπως τα τροχαία και τα αυτοπροκαλούμενα, όπως οι αυτοκτονίες), τα μητρικά αίτια - μεταδοτικά νοσήματα, διατροφικά και περιγεννητικά αίτια (πχ. φυματίωση, μηνιγγίτιδα και HIV/AIDS) και τα μη μεταδοτικά νοσήματα (όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και ο καρκίνος). Ανεξαρτήτως περιοχής, οι περισσότεροι εφηβικοί θάνατοι είναι προλήψιμοι, γεγονός που δικαιώνει μια παγκόσμια προσπάθεια βελτίωσης της εφηβικής υγείας. Οι ψυχικές διαταραχές αυξάνονται κατακόρυφα κατά τη διάρκεια της εφηβείας και

έχουν τη μεγαλύτερη συμβολή στην επιβάρυνση από νόσο στους εφήβους και νέους 10-24 ετών (45%), περισσότερο από τα ακούσια ατυχήματα (12%) και τα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα (10%).

Η εστίαση στην εφηβεία είναι κεντρικής σημασίας για την επιτυχία πολλών από τους στόχους της δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένων των Αναπτυξιακών Στόχων της Χιλιετίας και των πιο πρόσφατων πρωτοβουλιών για την ψυχική υγεία, τα ατυχήματα και τα μη μεταδοτικά νοσήματα.

Κατά την τελευταία δεκαετία, η παγκόσμια πολιτική για την υγεία καθοδηγείται από τους Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας 'Millennium Development Goals' που έχουν θέσει τα Ηνωμένα Έθνη σε μια προσπάθεια βελτίωσης της υγείας σε παγκόσμιο και εθνικό επίπεδο. Η εφηβεία, βρίσκεται στο επίκεντρο, αφού η βελτίωση της εφηβικής υγείας είναι καθοριστικής σημασίας για την επίτευξη των παγκόσμιων στόχων που σχετίζονται με τη μητρική υγεία, την παιδική θνησιμότητα και το HIV/AIDS. Οι Αναπτυξιακοί Στόχοι της Χιλιετίας εστιάζουν στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, που είναι θεμελιώδης για τη βελτίωση της υγείας των νέων - η μητρική θνησιμότητα είναι μία από τις κύριες αιτίες θανάτου των εφήβων και νεαρών κοριτσιών στις αναπτυσσόμενες χώρες και γενικότερα οι έφηβοι βρίσκονται στο επίκεντρο της HIV/AIDS επιδημίας.

Ωστόσο, οι έφηβοι είναι σημαντικοί για την επιτυχία πολλών άλλων αναδυόμενων θεμάτων υγείας. Το αυξανόμενο παγκόσμιο ενδιαφέρον για την ψυχική υγεία εστιάζει παράλληλα και στην εφηβική υγεία, αφού η εφηβεία είναι η περίοδος κατά την οποία ξεκινούν πολλές ψυχιατρικές διαταραχές και οι νευροψυχιατρικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της κατάχρησης ουσιών, συμβάλλουν σχεδόν κατά το ήμισυ στη νοσηρότητα των νέων 10-24 ετών. Αναμφίβολα, δεν μπορεί να υπάρξει βελτίωση στην ψυχική υγεία χωρίς εστίαση στην εφηβεία.

Η παγκόσμια προσπάθεια για την πρόληψη των ατυχημάτων μπορεί να ωφελήσει σημαντικά την υγεία των εφήβων, αφού η ομάδα αυτή συμβάλλει δυσανάλογα στα ατυχήματα σχετικά με όλες τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Τα τροχαία ατυχήματα, οι αυτοκτονίες, οι ανθρωποκτονίες, η βία και ο πόλεμος, οι πνιγμοί και τα ατυχήματα από φωτιά συμβάλλουν κατά περίπου 40% στη θνητότητα των νέων, σε αντίθεση με τα άτομα τα μεγαλύτερα των 25 ετών στα οποία τα παραπάνω ατυχήματα ευθύνονται μόνο για το 10% των θανάτων.

Η αυξανόμενη νοσηρότητα από μη μεταδοτικά νοσήματα έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του παγκόσμιου ενδιαφέροντος για τον έλεγχο του καπνίσματος και άλλων παραγόντων κινδύνου για νοσήματα ενηλίκων, όπως η παχυσαρκία, τα χαμηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας και η κατανάλωση αλκοόλ. Εκτιμάται πως 70% των πρόωρων θανάτων των ενηλίκων προέρχονται κυρίως από συμπεριφορές που ξεκινούν στην εφηβεία και μοιράζονται κοινούς παράγοντες κινδύνου.

Η επίτευξη των παγκόσμιων στόχων στους τομείς αυτούς δημόσιας υγείας, θα είναι δύσκολη εάν δε δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην εφηβεία. Ακόμη και όταν η συμβολή των εφήβων στην παγκόσμια ατζέντα υγείας είναι αδιαμφισβήτητη, συχνά παραβλέπεται από την άποψη της πολιτικής και του προγραμματισμού. Η υγεία των εφήβων έχει βελτιωθεί σε πολύ μικρότερο βαθμό σε σχέση με αυτή των μικρότερων παιδιών κατά τα τελευταία 50 έτη. Για να διορθωθεί αυτή η παράλειψη πρέπει να αναγνωριστεί περισσότερο η σπουδαιότητα της εφηβείας στη διάρκεια της ζωής, ως μια περίοδος κατά την οποία προσφέρονται μεγάλες ευκαιρίες για καλή υγεία και που τίθενται οι βάσεις για μελλοντική υγεία στην ενήλικη ζωή. Ως εκ τούτου η προσοχή πρέπει να στραφεί στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, στην κατάχρηση ουσιών, στην ψυχική υγεία, στα ατυχήματα, στα χρόνια νοσήματα και στην παχυσαρκία, που προεξάρχουν στην εφηβεία και απαιτούν ειδική αντιμετώπιση.

B. Θέματα Ιδιαίτερου Ενδιαφέροντος

1. Εμβολιασμοί στην Εφηβεία

1.1 Επικαιροποιημένα επιστημονικά δεδομένα

Σημασία εμβολιασμών

Η πρόληψη των ασθενειών μέσω της ανάπτυξης και εφαρμογής των εμβολιασμών θεωρείται ως το σημαντικότερο επίτευγμα στον τομέα της Δημόσιας Υγείας του 20^{ου} αιώνα [1]. Οι εμβολιασμοί έχουν οδηγήσει σε σημαντική μείωση πολλών λοιμωδών νοσημάτων στις ανεπτυγμένες χώρες, όπως η πολιομυελίτιδα, η διφθερίτιδα, η συγγενής ερυθρά και η ιλαρά, αλλά και στην παγκόσμια εξάλειψη ενός από αυτά, της ευλογιάς, που μέχρι το τέλος του περασμένου αιώνα οδηγούσαν στο θάνατο και την αναπηρία. Παραδοσιακά, κύριος στόχος της προληπτικής ιατρικής αποτελούσαν τα βρέφη και τα παιδιά προσχολικής ηλικίας και λιγότερο οι έφηβοι και ενήλικες. Σήμερα, η επιτυχής σε γενικές γραμμές και ευρεία εφαρμογή εμβολιαστικών προγραμμάτων σε βρέφη και παιδιά στις ανεπτυγμένες χώρες και η επακόλουθη μείωση των αντίστοιχων λοιμώξεων, σε συνδυασμό με τη μετατόπιση ορισμένων λοιμωδών νοσημάτων σε μεγαλύτερες ηλικίες, αλλά και την κυκλοφορία νέων εμβολίων, έχουν στρέψει το ενδιαφέρον των υπηρεσιών πρόληψης στους εφήβους [2], που αποτελούν το 11% του ελληνικού πληθυσμού, αφού υπολογίζεται ότι 1.300.000 άτομα ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 11-19 ετών [3].

Ιδιαιτερότητες πληθυσμού

Οι έφηβοι αποτελούν μια ομάδα με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά καθώς η εφηβεία αποτελεί τη(ν) μεταβατική περίοδο μεταξύ παιδικής ηλικίας και ενηλικίωσης και χαρακτηρίζεται από σωματική και ψυχολογική αστάθεια. Ο έφηβος, σε μια προσπάθεια αναζήτησης της νέας του ταυτότητας, μπορεί να εκτεθεί σε κινδύνους και να υιοθετήσει συμπεριφορές που επιδρούν και στην ποιότητα της υγείας του.

Έφηβος και εμβολιασμοί – διεθνή δεδομένα

Τα ποσοστά εμβολιασμού των εφήβων παραμένουν χαμηλά, ειδικά αν συγκριθούν με τα υψηλά ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης των βρεφών και παιδιών στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες. Στις ΗΠΑ, σύμφωνα με στοιχεία του Medicaid η πλήρης εμβολιαστική κάλυψη των εφήβων για ηπατίτιδα Β και ιλαρά, παρωτίτιδα, ερυθρά (εμβόλιο MMR)

δεν ξεπερνά το ποσοστό του 52% για το έτος 2003 [4] ενώ σύμφωνα με πιο πρόσφατες μελέτες το 78% των εφήβων είχε λάβει αναμνηστική δόση διφθερίτιδας-τετάνου τύπου ενηλίκου (Tdap) [5]. Οι συχνότερα αναφερόμενες αιτίες για τα χαμηλά ποσοστά της εμβολιαστικής κάλυψης των εφήβων περιλαμβάνουν την περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, την απουσία τακτικών ιατρικών επισκέψεων, την ελλιπή ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για τη σημασία του εμβολιασμού των εφήβων και τον ελλιπή συντονισμό μεταξύ πρωτοβουλιών δημόσιας υγείας και σχολείων [6]. Ένας σημαντικός παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει στη μειωμένη εμβολιαστική κάλυψη είναι και η ελλιπής αξιοποίηση των ευκαιριών για εμβολιασμό, αν και δεν έχει έως σήμερα μελετηθεί στον εφηβικό πληθυσμό [7].

Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών στην εφηβεία – Ελληνικά δεδομένα

Γενικά, οι εμβολιασμοί στην εφηβική ηλικία περιλαμβάνουν τις εξής κατηγορίες: 1) τις αναμνηστικές δόσεις των εμβολίων που έχουν χορηγηθεί στην παιδική ηλικία, 2) τους εμβολιασμούς εκείνους που δεν χορηγήθηκαν στην προβλεπόμενη ηλικία και γίνονται με καθυστέρηση (catch-up), 3) τα νέα εμβόλια που αφορούν αποκλειστικά τους εφήβους και τέλος, 4) τους εφήβους με άγνωστη εμβολιαστική κατάσταση

Vaccines	Birth	1 mo	2 mos	4 mos	6 mos	9 mos	12 mos	15 mos	18 mos	19-23 mos	2-3 yrs	4-6 yrs	7-10 yrs	11-12 yrs	13-15 yrs	16-18 yrs
Hepatitis B ¹ (HepB)	1 st dose	2 nd dose							3 rd dose							
Rotavirus ² (RV) RV-1 (2-dose series); RV-5 (3-dose series)		1 st dose	2 nd dose		See footnote 2											
Diphtheria, tetanus, & acellular pertussis ³ (DTaP; <7 yrs)		1 st dose	2 nd dose	3 rd dose					4 th dose			5 th dose				
Tetanus, diphtheria, & acellular pertussis ⁴ (Tdap; ≥7 yrs)														(Tdap)		
Haemophilus influenzae type b ⁵ (Hib)		1 st dose	2 nd dose	See footnote 5					3 rd or 4 th dose see footnote 5							
Pneumococcal conjugate ^{6a,c} (PCV13)		1 st dose	2 nd dose	3 rd dose					4 th dose							
Pneumococcal polysaccharide ^{6b,c} (PPSV23)																
Inactivated poliovirus ⁷ (IPV) (<18years)		1 st dose	2 nd dose						3 rd dose							
Influenza ⁸ (IV; LAN) 2 doses for some: see footnote 8										Annual vaccination (IV only)						Annual vaccination (IV or LAN)
Measles, mumps, rubella ⁹ (MMR)									1 st dose							
Varicella ¹⁰ (VAR)									1 st dose							
Hepatitis A ¹¹ (HepA)																
Human papillomavirus ¹² (HPV2: females only; HPV4: males and females)																
Meningococcal ¹³ (Hib-MenCY ≥ 6 wks; MCV4-D≥9 mos; MCV4-CRM ≥ 2 yrs.)																

Range of recommended ages for all children
 Range of recommended ages for catch-up immunization
 Range of recommended ages for certain high-risk groups
 Range of recommended ages during which catch-up is encouraged and for certain high-risk groups
 Not routinely recommended

Persons aged 4 months through 6 years					
Vaccine	Minimum Age for Dose 1	Minimum Interval Between Doses			
		Dose 1 to dose 2	Dose 2 to dose 3	Dose 3 to dose 4	Dose 4 to dose 5

Πίνακας 1: Πρόγραμμα εμβολιασμού 0-18 ετών (CDC 2013)					
Tetanus, diphtheria; tetanus, diphtheria, pertussis ⁴	7 years ⁴	4 weeks	age 12 months 6 months if first dose administered at 12 months or older	if first dose administered at younger than age 12 months	
Human papillomavirus ¹²	9 years	Routine dosing intervals are recommended ¹²			
Hepatitis A ¹¹	12 months	6 months			
Hepatitis B ¹	Birth	4 weeks	8 weeks (and at least 16 weeks after first dose)		
Inactivated poliovirus ⁷	6 weeks	4 weeks	4 weeks ⁷	6 months ⁷	
Meningococcal ¹³	6 weeks	8 weeks ¹³			
Measles, mumps, rubella ⁹	12 months	4 weeks			
Varicella ¹⁰	12 months	3 months if person is younger than age 13 years 4 weeks if person is aged 13 years or older			

Πίνακας 2: Πρόγραμμα εμβολιασμού catch-up για άτομα από 4 μηνών έως 18 ετών (CDC 2013)

Αναμνηστικές δόσεις

Εμβόλιο για τον τέτανο, τη διφθερίτιδα και τον κοκκύτη τύπου ενηλίκου (Tdap): στη χώρα μας κυκλοφορεί ως συνδυασμένο με αδρανοποιημένο εμβόλιο πολιομυελίτιδας (ως Tdap-IPV). Η συνιστώμενη ηλικία χορήγησής του είναι τα 11-12 έτη, μπορεί όμως να

χορηγηθεί ως catch up και στους μεγαλύτερους εφήβους έως 18 ετών. Εξάλλου, το εμβόλιο αυτό συστήνεται και σε όλους τους ενήλικες, ιδίως εκείνους που έρχονται σε επαφή με νεογνά και μικρά βρέφη, προς το παρόν σε μία μόνο δόση και ανεξάρτητα από το χρόνο παρέλευσης από προηγθέντα εμβολιασμό με Td ή Te, ενώ η ανά δεκαετία και δια βίου χορήγηση αναμνηστικών δόσεων Td θα πρέπει να συνεχίζεται [8]. Με σκοπό την πρόληψη του νεογνικού και βρεφικού κοκκύτη, το CDC των ΗΠΑ συστήνει και εμβολιασμό με Tdap όλων των εγκύων, συμπεριλαμβανομένων και των εγκύων εφήβων, κατά προτίμηση μεταξύ 27 και 34 εβδομάδων κύησης, σε κάθε εγκυμοσύνη και ανεξάρτητα από προηγθέντα εμβολιασμό με Td [8]. Στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών της χώρας μας (ΕΠΕ), το διαθέσιμο εμβόλιο Tdap-IPV συστήνεται να γίνεται αμέσως μετά τον τοκετό [9].

Εμβολιασμός catch-up

Ως εμβολιασμό catch up ορίζουμε, τον εμβολιασμό που γίνεται με καθυστέρηση από τον κανονικά συνιστώμενο σε βρέφη και παιδιά. Στους εφήβους περιλαμβάνει τα εξής εμβόλια: το εμβόλιο ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας (MMR), το εμβόλιο ηπατίτιδας Β, το εμβόλιο της ανεμευλογιάς, το συζευγμένο εμβόλιο μηνιγγιτιδίοκοκκου C, το εμβόλιο της ηπατίτιδας Α, αλλά και το εμβόλιο διφθερίτιδας και τετάνου. Όπως είναι κατανοητό, η επιλογή αυτή αφορά εμβόλια για νοσήματα των οποίων η πρόληψη παραμένει σημαντική και στους εφήβους.

Συνδυασμένο εμβόλιο ιλαράς-παρωτίτιδας-ερυθράς (MMR): Πρόκειται για ζών εξασθενημένο εμβόλιο το οποίο σε ανεμβολίαστο έφηβο, χορηγείται σε 2 δόσεις με ελάχιστο μεσοδιάστημα τις 4 εβδομάδες. Η κύηση θα πρέπει να αποφεύγεται για χρονικό διάστημα 1 μηνός από τον εμβολιασμό, ενώ σε περίπτωση τυχαίου εμβολιασμού σε έγκυο δε συστήνεται διακοπή της κυήσεως.

Εμβόλιο ανεμευλογιάς: Πρόκειται για ζών εξασθενημένο εμβόλιο το οποίο χορηγείται σε 2 δόσεις με ελάχιστο μεσοδιάστημα τους 3 μήνες και ελάχιστο αποδεκτό μεσοδιάστημα τις 4 εβδομάδες, στους εφήβους εκείνους που δεν έχουν ιστορικό φυσικής νόσου ή δεν έχουν εμβολιασθεί κατάλληλα. Η κύηση θα πρέπει να αποφεύγεται για χρονικό διάστημα 1 μηνός από τον εμβολιασμό, ενώ σε περίπτωση τυχαίου εμβολιασμού σε έγκυο δε συστήνεται διακοπή της κυήσεως.

Εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β: Πρόκειται για ανασυνδυασμένο εμβόλιο που χορηγείται σε 3 δόσεις σε όλους τους ανεμβολίαστους εφήβους σε 3 δόσεις με μεσοδιαστήματα 0, 1 και 6-12 μήνες. Τυχόν καταγεγραμμένες δόσεις που έχουν γίνει στο παρελθόν, δεν επαναλαμβάνονται.

Εμβόλιο κατά του μηνιγγιτιδοκόκκου C: Όλοι οι ανεμβολίαστοι έφηβοι συστήνεται να εμβολιαστούν ως catch up, με 1 δόση συζευγμένου εμβολίου μηνιγγιτιδοκόκκου C (MCC). Εναλλακτικά, μπορεί να εμβολιασθούν με το νέο 4-δύναμο συζευγμένο εμβόλιο μηνιγγιτιδοκόκκου οροομάδων A, C, Y, W135 (MCV4).

Εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Α: Πρόκειται για αδρανοποιημένο εμβόλιο που χορηγείται σε όλους τους εφήβους που δεν είχαν εμβολιασθεί ενωρίτερα, σε 2 δόσεις με μεσοδιάστημα 6 μηνών. Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δίνεται σε εκείνους που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου (ταξιδιώτες σε περιοχές μέσης ή υψηλής ενδημικότητας, άτομα με χρόνια ηπατίτιδα Β, C, κ. ά).

Εμβόλιο κατά του πνευμονιόκοκκου: Ο εμβολιασμός έναντι του πνευμονιόκοκκου συστήνεται *μόνο σε εφήβους αυξημένου κινδύνου για επιπλοκές*, παρά το γεγονός ότι το 13-δύναμο συζευγμένο εμβόλιο πνευμονιόκοκκου έχει πάρει άδεια χορήγησης πλέον για όλες τις ηλικίες υγιών ατόμων. Συγκεκριμένα, προηγουμένως ανεμβολίαστοι έφηβοι με ανατομική ή λειτουργική ασπληνία, HIV λοίμωξη, ανοσοκαταστολή, κοχλιακά εμφυτεύματα ή διαρροή ENY, συστήνεται να ξεκινήσουν τον εμβολιασμό με 13-δύναμο συζευγμένο εμβόλιο πνευμονιόκοκκου (PCV13) και ακολούθως, με μεσοδιάστημα 8 εβδομάδων, να εμβολιασθούν με το 23-δύναμο πολυσακχαριδικό εμβόλιο (PPSV23). Οι έφηβοι με ανατομική ή λειτουργική ασπληνία ή ανοσοκαταστολή θα πρέπει στη συνέχεια να εμβολιασθούν με 1 μόνο επαναληπτική δόση PPSV23 μετά παρέλευση 5ετίας από την πρώτη δόση.

Εμβόλιο γρίπης: Σύμφωνα με το ΕΠΕ, αντιγριπικός εμβολιασμός με 1 δόση αδρανοποιημένου εμβολίου γρίπης συστήνεται μόνο σε εφήβους αυξημένου κινδύνου, καθώς και σε εκείνους που επιθυμούν να προστατευθούν από τη γρίπη.

Νέα εμβόλια

Εμβόλιο κατά του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (Human papilloma virus, HPV): Πρόκειται για ανασυνδυασμένο εμβόλιο το

οποίο έχει ένδειξη χορήγησης στα κορίτσια, ηλικίας 9-26 ετών, ενώ στις Η.Π.Α, στην Αυστραλία και σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης, το τετραδύναμο εμβόλιο έχει λάβει έγκριση χορήγησης και σε αγόρια και νεαρούς άνδρες. Στη χώρα μας συστήνεται μόνο σε κορίτσια ηλικίας 12-15 ετών και ως catch up σε μεγαλύτερες ηλικίες 15-26 ετών, χωρίς όμως να διασφαλίζεται η προφύλαξή τους, εάν ήδη έχουν μολυνθεί από τύπο του ιού που περιέχεται στο εμβόλιο, ιδιαίτερα αν έχουν αλλάξει 3-4 σεξουαλικούς συντρόφους. Στην Ελλάδα κυκλοφορούν δύο εμβόλια: το διδύναμο (HPV2) και το τετραδύναμο (HPV4). Και τα δύο εμβόλια προστατεύουν από τους ογκογόνους τύπους 16 και 18, ενώ το HPV4 προστατεύουν επιπλέον από τους τύπους 9 και 11 που είναι υπεύθυνοι για την πλειοψηφία των κονδυλωμάτων. Και τα δύο εμβόλια χορηγούνται σε 3 δόσεις με δοσολογικό σχήμα 0, 1-2 και 6 μήνες. Και τα δύο εμβόλια είναι ασφαλή, το HPV2 μπορεί να συγχωρηγηθεί με το εμβόλιο HBV, ενώ το HPV4 με το HBV, Tdap, MCV4 [10] με όλα τα εμβόλια της εφηβικής ηλικίας και σύμφωνα με τα υπάρχοντα δεδομένα παρέχουν μακροχρόνια προστασία έναντι των προκαρκινικών αλλοιώσεων.

Τετραδύναμο συζευγμένο εμβόλιο μηνιγγιτιδοκόκκου ορομάδων A, C, Y, W135 (MCV4): Πρόκειται για αδρανοποιημένο εμβόλιο που σύμφωνα με το ΕΠΕ χορηγείται στην ηλικία των 11-18 ετών σε 1 δόση, ανεξάρτητα αν έχει προηγηθεί εμβολιασμός με MCC.

1.2 Ελληνική πραγματικότητα

Σύμφωνα με μία μελέτη δημοσιευμένη το 2011 σχετικά με την εμβολιαστική κάλυψη σε δείγμα 1.005 εφήβων ηλικίας 11-19 ετών στη Μονάδα Εφηβικής Υγείας του Νοσοκομείου Παίδων «Π. & Α. Κυριακού» [11], τα ποσοστά πλήρους εμβολιαστικής κάλυψης για πολιομυελίτιδα και ηπατίτιδα Β (96%), MMR (93%) και μηνιγγίτιδα C (83.4%) ήσαν υψηλά, ενώ αντίθετα, χαμηλά ποσοστά κάλυψης καταγράφηκαν για τον τέτανο/διφθερίτιδα/κοκκύτη (39.6%), ηπατίτιδα Α (59.1%), ανεμευλογιά (13.8%) και HPV (11.9%). Συνολικά μόνο το 22.7% των συμμετεχόντων είχαν εμβολιαστεί πλήρως σύμφωνα με τα κριτήρια της μελέτης. Τα δεδομένα αναδεικνύουν την χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη του δείγματος των εφήβων.

2. Δελτίο Αυτοαξιολόγησης Υγείας Εφήβων

2.1 Επικαιροποιημένα επιστημονικά δεδομένα

Τα ατυχήματα αποτελούν μια διεθνώς αναγνωρισμένη απειλή για τη δημόσια υγεία. Ευθύνονται για 5,8 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο, με το δείκτη θνησιμότητας να ανέρχεται περίπου σε 98 άτομα ανά 100.000 πληθυσμού. Στα ατυχήματα αποδίδεται το 10% της παρατηρούμενης συνολικής θνησιμότητας, γεγονός που τα κατατάσσει ως μία από τις πλέον σημαντικές αιτίες θανάτου σε όλες σχεδόν τις ηλικιακές ομάδες παγκοσμίως. Για κάθε ένα θανατηφόρο ατύχημα, υπολογίζεται ότι αντιστοιχούν δεκάδες σοβαροί τραυματισμοί που απαιτούν ιατρική φροντίδα σε Εξωτερικά Ιατρεία, ενώ άγνωστος είναι ο αριθμός των τραυματιών που αντιμετωπίζονται σε εξωνοσοκομειακή βάση. [1] Ο κίνδυνος ατυχήματος διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία. Ειδικότερα, οι κύριες αιτίες θανάτου μετά από τραυματισμό σε παιδιά είναι τα τροχαία ατυχήματα και οι πνιγμοί, σε εφήβους και νέους τα τροχαία ατυχήματα και οι αυτοκτονίες και στην τρίτη ηλικία οι πτώσεις. [2] Η Ελλάδα, βρίσκεται σε σχετικά δυσμενή θέση σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, όσον αφορά στους τραυματισμούς, με τους τελευταίους να ευθύνονται για περίπου 4.500 θανάτους ετησίως και τον αντίστοιχο δείκτη θνητότητας να ανέρχεται σε 36 θανάτους ανά 100.000 πληθυσμό. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι περισσότεροι θάνατοι οφείλονται σε ακούσιους τραυματισμούς, εκ των οποίων το 60% είναι αποτέλεσμα τροχαίων ατυχημάτων. [3,4]

Η προσπάθεια αντιμετώπισης του ενδημικού χαρακτήρα των ατυχημάτων απαιτεί τη συντονισμένη συνεργασία ειδικών από διάφορους επιστημονικούς και επαγγελματικούς κλάδους. Σε νομοθετικό επίπεδο, συμπεριλήφθηκε στη συνθήκη της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο Μάαστριχτ (1993) ρητή δέσμευση για δράση στον τομέα της δημόσιας υγείας, ενώ τα ατυχήματα και οι τραυματισμοί αναγνωρίστηκαν ως τομείς πρόληψης με αυξημένη προτεραιότητα στις προτάσεις της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. [5] Στη χώρα μας, δυο χρόνια πριν τη Συνθήκη της Ευρωπαϊκής Ένωσης ιδρύθηκε στο Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, το Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΑ) με σκοπό την καταγραφή του προβλήματος, τη διερεύνηση των αιτιών των ατυχημάτων και τη διεπιστημονική

συνεργασία μεταξύ ενδιαφερόμενων φορέων με στόχο την πρόληψη των ατυχημάτων σε εθνικό επίπεδο.

Οι φοιτητές αποτελούν αφενός μια ευάλωτη ηλικιακή ομάδα, αφετέρου μια ενεργή και δυναμικά εξελισσόμενη ομάδα, με μεγάλα περιθώρια τροποποίησης και συνεπώς με μεγαλύτερες προσδοκίες επιτυχίας επικείμενων προληπτικών παρεμβάσεων. Δυστυχώς οι πληροφορίες που έχουμε για νέους κατά την εφηβική ηλικία είναι ελάχιστες, [6] μιας και το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας έχει εστιάσει στη μελέτη των ατυχημάτων και των προληπτικών παρεμβάσεων κυρίως σε παιδιά ηλικίας 6-12 ετών. [7-11]

2.2 Ελληνική πραγματικότητα

Σε αυτό το πλαίσιο λειτουργίας, αναπτύχθηκε το πρόγραμμα «Κάρτα Υγείας Φοιτητή» που λειτουργεί από το έτος 2003-2004 στο Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Πρόκειται για μια προσπάθεια ηλεκτρονικής καταγραφής του ιατρικού ιστορικού των φοιτητών με ταυτόχρονη παροχή ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης σε θέματα πρόληψης και αγωγής της υγείας. Πρόκειται επίσης, για την πρώτη, ουσιαστική προσπάθεια της ακαδημαϊκής κοινότητας να σχεδιάσει και να υλοποιήσει ένα πρόγραμμα που να παρέχει τόσο προληπτική, όσο και θεραπευτική παρέμβαση στον χώρο της καταγραφής των ατυχημάτων και του τραύματος καθώς και να διερευνήσει τους αιτιολογικούς μηχανισμούς και τους παράγοντες κινδύνου που οδηγούν με μεγαλύτερη πιθανότητα σε ατύχημα. Το πρόγραμμα «Κάρτα Υγείας Φοιτητή» είναι ένα καινοτόμο πρόγραμμα που έχει σκοπό να ευαισθητοποιήσει και να εκπαιδεύσει τους φοιτητές Ιατρικής σε θέματα πρόληψης και αγωγής υγείας, καθώς και να παρέχει κατάλληλη ιατρική φροντίδα μέσω ανάπτυξης δικτύου υγειονομικών παροχών σε ευρύτερο πλαίσιο. Επίσης, η εξοικείωση των φοιτητών Ιατρικής με σύγχρονες μεθόδους λήψης ιατρικών πληροφοριών, η ενημέρωσή τους για τις βασικές αρχές προληπτικής ιατρικής, η διενέργεια προληπτικών παρεμβάσεων και η δημιουργία μιας μεγάλης βάσης δεδομένων για το συγκεκριμένο πληθυσμό, που θα οδηγήσει σε χρήσιμα στατιστικά και επιδημιολογικά συμπεράσματα, αποτελούν στόχους του προγράμματος. Άλλωστε η εκπαίδευση γενικότερα, αλλά και ειδικότερα σε θέματα υγείας τον 21^ο αιώνα βασίζεται κυρίως στην τεχνολογία της

πληροφορίας. Μία τέτοια ολοκληρωμένη καταγραφή σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού της χώρας μας έχει τη δυναμική:

- ✓ να αναδείξει τις υπάρχουσες ανάγκες δραστηριοτήτων πρόληψης
- ✓ να οδηγήσει σε εισηγήσεις για την αλλαγή πολιτικής υγείας
- ✓ να βοηθήσει στην συστηματοποίηση της εκπαίδευσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στη σταθεροποίηση και αντιμετώπιση των τραυματιών
- ✓ να οδηγήσει στην εφαρμογή σωστής κλινικής πρακτικής
- ✓ να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για την εδραίωση συστηματικής καταγραφής στο μέλλον

Στο πλαίσιο της λειτουργίας του προγράμματος «Κάρτα Υγείας Φοιτητή, αναπτύχθηκε ένα συγγενές πρόγραμμα που αποτελεί την μεταφορά του προγράμματος στην αγγλική γλώσσα με σκοπό τη συμμετοχή ξένων χωρών και ως εκ τούτου τη σύγκριση των ευρημάτων που θα εξαχθούν μέσω διακρατικών συγκρίσεων και τον εντοπισμό πολιτισμικών διαφορών στην αντίληψη πάνω στα θέματα υγείας. Ανάμεσα στους σκοπούς του προγράμματος είναι να διερευνήσει τις επιπτώσεις που έχει η υιοθέτηση ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς κατά την εμπλοκή σε τροχαία ατυχήματα φοιτητών Πανεπιστημιακών ιδρυμάτων δύο Μεσογειακών χωρών, της Ελλάδας και της Ιταλίας. Ειδικότερα, κατά τη διάρκεια του ακαδημαϊκού έτους 2005-2006, 451 Έλληνες φοιτητές της Ιατρικής οι οποίοι βρίσκονταν στο 8^ο εξάμηνο φοίτησης συμπλήρωσαν την «Κάρτα Υγείας Φοιτητή». Την ίδια χρονική περίοδο, 527 Ιταλοί φοιτητές των Πανεπιστημίων του Μιλάνο και του Τορίνο στη Βόρεια Ιταλία, συμμετείχαν στη μελέτη και συμπλήρωσαν, κατά τη διάρκεια μαθήματος, σε χειρόγραφη μορφή, ένα μέρος της «Κάρτας Υγείας Φοιτητή» που αποτελούνταν από ερωτήσεις σχετικά με ιστορικό ατυχημάτων, συνήθειες του τρόπου ζωής και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά. Από τους Ιταλούς συμμετέχοντες, οι 172 ήταν φοιτητές ιατρικών σχολών, ενώ οι υπόλοιποι 355 σπούδαζαν νοσηλευτική, τεχνολογίες, οικονομικά ή στατιστική. Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν αφορούσαν σε προηγούμενη εμπλοκή τους σε τροχαίο ατύχημα, καθώς επίσης και για οκτώ συμπεριφορικές μεταβλητές, που συμπεριλαμβάνονταν στη δημιουργία μίας κλίμακας ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς. Η ήδη τεκμηριωμένη τάση για συρροή της

ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς επιβεβαιώθηκε και στην παρούσα μελέτη. [12] Αύξηση της κλίμακας ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς κατά μία μονάδα βρέθηκε να αυξάνει τον κίνδυνο εμπλοκής σε τροχαίο ατύχημα κατά 35%. Οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ (Σχετικός Κίνδυνος, ΣΚ: 2,55; 95% Όρια Αξιοπιστίας ΟΑ: 1,53-4,26), επιβίβαση σε αυτοκίνητο με μεθυσμένο οδηγό (ΣΚ: 2,19; 95% ΟΑ: 1,08-4,45) και κάπνισμα (ΣΚ: 1,95; 95% ΟΑ: 1,18-3,22) επίσης βρέθηκε να αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο. Παρά το γεγονός ότι οι Ιταλοί φοιτητές παρουσίασαν καλύτερη συμμόρφωση στα μέτρα ασφαλείας συγκριτικά με τους Έλληνες φοιτητές, ωστόσο φαίνεται ότι είχαν χειρότερες οδηγικές συνήθειες που σχετιζόνταν με το αλκοόλ και έκαναν συχνότερη χρήση του κινητού τηλεφώνου κατά την οδήγηση. Η συρροή ριψοκίνδυνων συμπεριφορών βρέθηκε να είναι ένας σημαντικός προγνωστικός δείκτης εμπλοκής σε τροχαίο ατύχημα.

Η εκπαίδευση σε θέματα υγείας τον 21^ο αιώνα βασίζεται κυρίως στην τεχνολογία της πληροφορίας. Στο αίτημα για ανάπτυξη ενός ηλεκτρονικού συστήματος αξιολόγησης και πρόληψης της υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η «Κάρτας Υγείας Φοιτητή» θα μπορούσε πιθανότατα να αποτελέσει έναν εύκολο και κατάλληλο τρόπο εντοπισμού των ατόμων που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για τροχαίο ατύχημα. Προσυμπτωματικός έλεγχος και γνώση των παραγόντων κινδύνου για τροχαίο ατύχημα θα μπορούσε να συμβάλει στις ενέργειες εντοπισμού των νέων φοιτητών προκειμένου να αποφευχθούν η επικίνδυνη οδήγηση, ο τραυματισμός και ο θάνατος. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται ώστε να η επικυρωθεί η «Κάρτας Υγείας Φοιτητή», όχι μόνο σε άλλους επιστημονικούς κλάδους αλλά και σε άλλες χώρες και να επεκταθεί η χρήση της σε νεαρότερες ηλικιακές ομάδες.

Συμπερασματικά, η “Κάρτα Υγείας Φοιτητών” δύναται να αποτελέσει, με ελάχιστο κόστος, ένα αξιόπιστο εργαλείο συλλογής δεδομένων αναφορικά με την ριψοκίνδυνη συμπεριφορά και την εμπλοκή σε τροχαίο ατύχημα, απαραίτητο για την αξιολόγηση του κινδύνου τόσο σε ατομικό, όσο και συλλογικό επίπεδο.

3. Διαδικτυακός Εκφοβισμός (Cyberbullying)

3.1 Επικαιροποιημένα επιστημονικά δεδομένα

Η βία μεταξύ των παιδιών δεν είναι κάτι το καινούριο. Το θύμα αλλά και ο θύτης μιας σχολικής επίθεσης θα πρέπει να εξετάζεται ως προς το χαρακτήρα, τη συμπεριφορά και την κοινωνική του ζωή σε βάθος χρόνου. Το φαινόμενο μελετήθηκε πρώτη φορά στη Νορβηγία το 1978, ενώ από το 1987 εμφανίζεται για πρώτη φορά ο όρος bullying σε επιστημονικά περιοδικά.

Bullying είναι ο επαναλαμβανόμενος εκφοβισμός ατόμων με πραγματική ή απειλούμενη μαρτυρική ποινή φυσικής, προφορικής, γραπτής, ή συναισθηματικής κακομεταχείρισής τους ή της διάδοσης φημών με απώτερο σκοπό τον κοινωνικό τους αποκλεισμό, ή της αρπαγής της περιουσίας τους. Συμπεριλαμβάνει και τις περιπτώσεις ύβρεων κατά της εθνικότητας, φυλής ή ιδιαιτερότητας κάποιου. Ειδικότερα διακρίνουμε τρία βασικά χαρακτηριστικά: σκοπιμότητα, επανάληψη και πλεονεκτικότερη θέση του θύτη σε σχέση με το θύμα.

Τα θύματα του bullying είναι δυνατόν να παρουσιάσουν εκτός από διαταραχές συμπεριφοράς και ψυχολογικά καθώς και ψυχοσωματικά προβλήματα, όπως πονοκεφάλους, κοιλιακά άλγη, ενούρηση, διαταραχές ύπνου, άγχος, χαμηλή αυτοεκτίμηση, φοβίες, δεν μπορούν να μείνουν μόνα, δεν μπορούν να κοιτάξουν το συνομιλητή στα μάτια, απομακρύνονται από τους φίλους τους και τους δικούς τους ανθρώπους, γίνονται έντονα αντικοινωνικά, παρουσιάζουν ακόμα και τάσεις αυτοκτονίας (bullycide).

Το σχολείο είναι ένας οριοθετημένος χώρος και τα προβλήματα μπορούν να λυθούν πιο ομαλά με την παρέμβαση των εκπαιδευτικών. Ως φυσικό επακόλουθο έρχεται η μεταφορά του bullying στο διαδίκτυο. Στο διαδίκτυο όμως, δεν υπάρχουν σύνορα, ούτε χρονικός περιορισμός και το κοινό είναι απεριόριστο ενώ ο θύτης είναι ανώνυμος. Με τον όρο cyberbullying αναφερόμαστε στις περιπτώσεις εκείνες του εκφοβισμού (bullying) που λαμβάνουν χώρα με τη βοήθεια των ICTs (Information and Communication Technologies) κυρίως δε με τη χρήση των κινητών τηλεφώνων και του διαδικτύου. Η παραδοσιακή γειτονιά έχει αντικατασταθεί από τον κυβερνοχώρο. Οι έφηβοι δημιουργούν το δικό τους προφίλ, δημοσιεύοντας στοιχεία του χαρακτήρα τους, τα οποία μπορεί να παρεκκλίνουν από την πραγματική τους ταυτότητα,

ωραιοποιώντας την, ή αποκρύπτοντάς την. Με τη χρήση των νέων τεχνολογιών οι έφηβοι έχουν ανακαλύψει έναν νέο κοινωνικό περίγυρο στον οποίο επικοινωνούν, ενημερώνονται και διασκεδάζουν. Στον κυβερνοχώρο οι γονείς είναι μετανάστες και οι γνώσεις τους και οι εμπειρίες τους γι αυτόν είναι περιορισμένες. Οφείλουν όμως, ως έχοντες τη γονική μέριμνα, να έχουν ενεργό συμμετοχή στις νέες δραστηριότητες των παιδιών τους. Στους χώρους εργασίας κατ' αναλογία, υπάρχει το working place bullying ή mobbing, που είναι η τάση ορισμένων ατόμων να χρησιμοποιούν επίμονη επιθετική ή λεκτική συμπεριφορά εναντίον κάποιου συναδέλφου ή υφισταμένου.

Υπάρχουν διάφορα είδη cyberbullying: 1. Δυσφήμιση: αποστολή μηνυμάτων με μοναδικό σκοπό να θίξουν τη φήμη ή την υπόληψη του θύματος, ή να τον διαβάλλουν στους φίλους του, 2. Δημιουργία πινάκων όπου ο καθένας μπορεί να εκτονωθεί γράφοντας για συγκεκριμένο άτομο ό, τι κακοήθες σχόλιο επιθυμεί, 3. Σπάσιμο του κωδικού κάποιου, κάνοντας υποκλοπή ή αλλάζοντάς τον, 4. Αποστολή σε τρίτους προσωπικών μηνυμάτων, φωτογραφιών και βίντεο που ήταν για ιδιωτική χρήση και είχε εμπιστευτεί ο χρήστης σε γνωστούς του, 5. Παγίδευση του χρήστη για να του αποσπάσει στοιχεία τα οποία στη συνέχεια διοχετεύει στο διαδίκτυο, 6. Αποκλεισμός του χρήστη από το διαδίκτυο, 7. Το happy slapping, δηλαδή η λήψη φωτογραφιών ή βίντεο ανθρώπων που τυχαία ή κατόπιν στημένης φάρσας βρίσκονται σε δυσχερή θέση και η δημοσιοποίησή τους σε ηλεκτρονικά μέσα για «πλάκα». Πολύ πρόσφατο και διαδεδομένο είδος ιδιαίτερα μετά τη διάδοση των κινητών με κάμερα, 8. Text wars, όταν πολλοί δράστες στοχοποιούν ένα θύμα και το βομβαρδίζουν με κακοήθη μηνύματα, βίντεο κ.λ.π., 9. Κακοήθεις δημοσκοπήσεις μέσω μηνυμάτων ή διαδικτύου που καταλήγουν σε μεγάλο αριθμό χρηστών, 10. Αποστολή ιών για να αχρηστευτεί ο υπολογιστής του θύματος.

Είναι σε όλους μας γνωστά τα οφέλη που αποκομίζουμε από τις εξελίξεις της νέας τεχνολογίας στην καθημερινότητά μας. Άμεση επικοινωνία με οποιονδήποτε και οπουδήποτε με τη βοήθεια του κινητού μας τηλεφώνου, ακόμα και με αποστολή εικόνας και βίντεο. Εύκολη πρόσβαση για πληροφορίες σε όλο τον κόσμο, κοινωνική δικτύωση, επίλυση μοντέλων και αριθμητικών προβλημάτων με τον προσωπικό μας ηλεκτρονικό υπολογιστή ή κάποιο κινητό νέας γενιάς. Τα παιδιά μας είναι πολύ καλύτεροι χειριστές και έχουν περισσότερες γνώσεις από εμάς, αφιερώνουν περισσότερο χρόνο και έχουν γεννηθεί

μέσα στη μεγάλη τεχνολογική επανάσταση. Το ερώτημα που μας απασχολεί όλους είναι αν γίνεται κατάχρηση ή κακή χρήση των νέων μέσων που διαθέτουν.

Οι γονείς θα πρέπει να είναι σε συνεχή επαγρύπνηση για συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάσει ένα παιδί.

Αν κάποιο παιδί υπήρξε θύμα cyberbullying:

1. Διστάζει να χρησιμοποιήσει τον Η/Υ ή γενικότερα τις ηλεκτρονικές συσκευές.

2. Αποφεύγει να συζητά για τον τρόπο με τον οποίο ασχολείται με τον Η/Υ.

3. Δείχνει εξαιρετικά ανήσυχο όταν παίρνει κάποιο ηλεκτρονικό μήνυμα.

4. Είναι ευερέθιστο, λυπημένο και παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης μετά τη χρήση του Η/Υ.

5. Αναζητά τρόπους εκδίκησης.

6. Αν κάποιος περάσει από δίπλα του σταματά απότομα την εργασία του ή βγαίνει από το διαδίκτυο ή απενεργοποιεί το κινητό του.

7. Παρουσιάζει μείωση της απόδοσής του στο σχολείο.

Αν ένα παιδί παρενοχλεί άλλα παιδιά:

1. Χρησιμοποιεί πολλούς λογαριασμούς (accounts) ή λογαριασμούς που δεν είναι δικοί του.

2. Αν κάποιος περάσει από δίπλα του σταματά απότομα την εργασία του ή βγαίνει από το διαδίκτυο ή απενεργοποιεί το κινητό του.

3. Όταν ασχολείται με τον Η/Υ ή με το κινητό γελάει υπερβολικά και παρουσιάζει κάποια ιδιόμορφη συμπεριφορά.

4. Αποφεύγει να συζητά για τη χρήση του κινητού ή του Η/Υ.

5. Είναι φανατικός χρήστης του Η/Υ και κάθεται πολλές ώρες μπροστά στην οθόνη όταν είναι μόνος του ή και κατά τη διάρκεια της νύχτας.

6. Είναι ευερέθιστο και αναστατώνεται πολύ αν του απαγορευτεί η πρόσβαση στις ηλεκτρονικές συσκευές.

Στην περίπτωση που κάποιο παιδί σας υπήρξε θύμα, κουβεντιάσουμε μαζί του για την εμπειρία του, καταγράφουμε προσεκτικά ποιοι εμπλέκονται στο συμβάν, πόσες φορές συνέβη, πού και τι ακριβώς συνέβη, και το διαβεβαιώνουμε ότι έκανε καλά που μας εκμυστηρεύτηκε το περιστατικό. Δεν το ενθαρρύνουμε σε καμιά περίπτωση να εκδικηθεί και τονίζουμε ότι δεν φταίει αυτό για το συμβάν. Όταν ο γονέας του θύματος αναφέρει το περιστατικό στο δάσκαλο θα πρέπει να είναι ήρεμος και να έχει κατά νου ότι μπορεί να μη το γνωρίζει καθόλου ή να έχει ακούσει αλληλοσυγκρουόμενες απόψεις γι' αυτό.

Λαμβάνοντας ως «ασθενείς» τα παιδιά με τις πιθανές ψυχοσωματικές αντιδράσεις τους και το σχολικό εκφοβισμό, την παιδική πορνογραφία και την παρενόχληση στον κυβερνοχώρο ως μη ορθές χρήσεις του διαδικτύου, οφείλουμε να επισημαίνουμε τα χαρακτηριστικά των ομάδων υψηλού κινδύνου, που είναι ιδιαίτερος χρήσιμα για την πρόληψη.

Συνοπτικά

Να ενημερώσουμε τα παιδιά για τα 4 “Άλφα”:

1.Αναγνώριση Να μπορούν να αναγνωρίζουν τις τεχνικές που χρησιμοποιούν οι πιθανοί δράστες για να εξαπατήσουν τα υποψήφια θύματά τους.

2.Άρνηση Να αρνούνται να δώσουν οποιαδήποτε προσωπική πληροφορία.

3.Αντίδραση Να αντιδρούν ακαριαία αν ποτέ βρεθούν σε δύσκολη ή περίεργη κατάσταση βγαίνοντας από το πρόγραμμα, κάνοντας log off, ή απλά κλείνοντας τον υπολογιστή.

4.Αναφορά Να αναφέρουν λεπτομερώς και αμέσως το συμβάν ή οποιαδήποτε ύποπτη ή επικίνδυνη προσέγγιση στους γονείς ή σε κάποιον εκπαιδευτικό ή στο γιατρό.

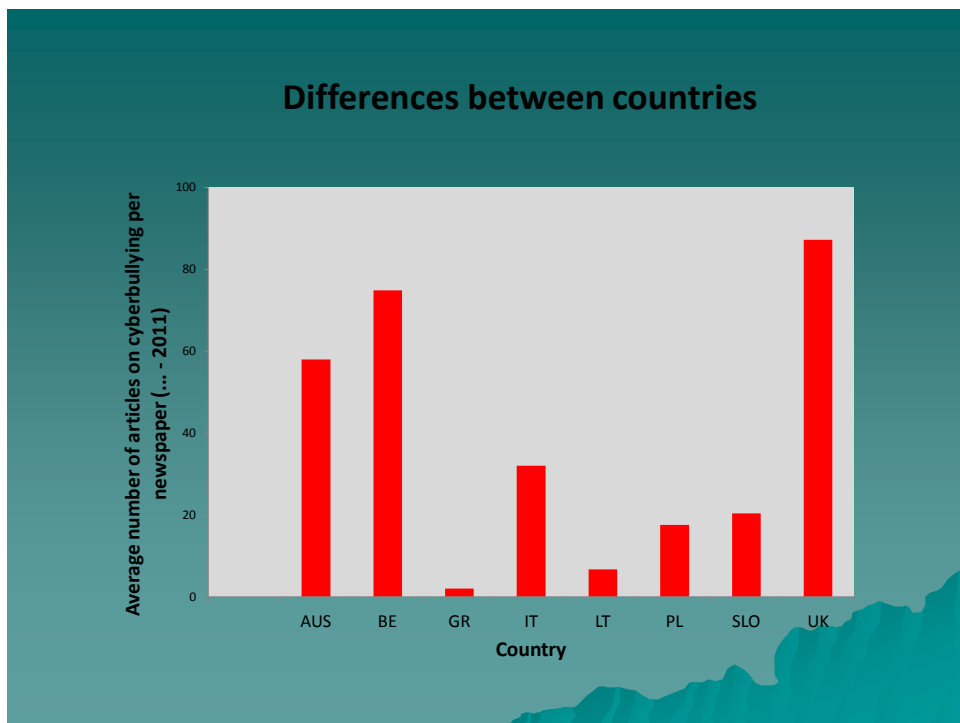
3.2 Ελληνική πραγματικότητα

Στην Ελλάδα εν όψει της προοπτικής του νέου e-school, κρίνεται απαραίτητη η ενημέρωση για το πρόβλημα και τα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης που εφαρμόζονται στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης. Στην ιστοσελίδα του Πανελληνίου σχολικού δικτύου δίνονται οδηγίες

για την ασφαλή χρήση του διαδικτύου που απευθύνονται σε μαθητές γονείς και παιδιά. Έχει ορισθεί από το Υπουργείο Παιδείας και μέρα κατά της σχολικής βίας με την ευκαιρία της οποίας πραγματοποιούνται εκδηλώσεις στα σχολεία, καθώς και παρατηρητήριο για την ενδοσχολική βία.

Με τη συνεργασία Ε.Ε. και ΙΚΥ-Τμήμα Προγραμμάτων Ευρωπαϊκής Ένωσης στα πλαίσια του προγράμματος GRUNDTVIG 2010-2012 lifelong learning programs-partners έλαβε χώρα η δράση με τίτλο «Μπορώ Δράση Επιμόρφωσης Γονέων για τον κυβερνοεκφοβισμό» και απευθυνόταν σε Έλληνες γονείς και γονείς από χώρες της Ε.Ε. που δεν έχουν μητρική γλώσσα την Αγγλική τη γλώσσα του διαδικτύου.

Στον παρακάτω ιστόγραμμα που παρουσιάστηκε σε συνέδριο του προγράμματος cost στην Αμβέρσα φαίνονται τα άρθρα τα σχετικά με το cyberbullying στον ημερήσιο τύπο διαφόρων ευρωπαϊκών κρατών. Όσον αφορά την Ελλάδα το ποσοστό είναι μικρό. Τα περισσότερα άρθρα είχαν δημοσιευτεί στα πλαίσια του 39ου Παιδιατρικού Συμποσίου που διεξήχθη από 11 έως 12 Απριλίου 2009 στη Θεσσαλονίκη όπου είχε γίνει σε ομιλία εκτενής αναφορά στο cyberbullying.



Σχήμα 1.

Σύμφωνα με τις τελευταίες έρευνες η ενδοσχολική βία είναι μια πραγματικότητα που την βιώνουν και στα Ελληνικά σχολεία. Δυστυχώς και ένα μεγάλο ποσοστό από τα ελληνόπουλα δεν εμπιστεύονται στους γονείς ή στους εκπαιδευτικούς το πρόβλημά τους. Η στοχοποίηση του θύματος γίνεται για πολλούς λόγους: παχυσαρκία, χαρακτηριστικά προσώπου, σχολική απόδοση κ.λ.π. Επίσης τα φαινόμενο του εθισμού στο διαδίκτυο απασχολεί την Ιατρική κοινότητα και υπάρχουν αντίστοιχα ιατρεία σε νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης.

Πολλοί φορείς φαίνεται να ασχολούνται στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια με με το cyberbullying. Αναφορές για περιστατικά μπορούν να γίνουν και στο συνήγορο του παιδιού και στην Υπηρεσία Δίωξης Ηλεκτρονικού Εγκλήματος.

Γ. Χαρτογράφηση Υπηρεσιών Υγείας για Εφήβους στην Ελλάδα

1. Κέντρα Ολιστικής Φροντίδας Υγείας των Εφήβων

Πρόληψη αυτοκτονιών και συμπεριφορών αυτοτραυματισμού στους εφήβους της Ελλάδας

Στόχος παρέμβασης

Η παρέμβαση επικεντρώνεται στην ανάδειξη του συνδυασμού των εθνικών και περιφερειακών δομών των υπηρεσιών που απαιτούνται για την παρακολούθηση της ψυχικής υγείας των εφήβων. Δύο Ειδικές Μονάδες Εφήβων λειτουργούν στο Λεκανοπέδιο της Αττικής, όπου κατοικεί περισσότερο από το 40% του πληθυσμού, με στόχο την ολιστική αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας της εφηβείας. Οι έφηβοι και οι οικογένειές τους, δυνητικά από όλη την Ελλάδα, μπορούν να τις επισκεφθούν για συμβουλές και θεραπεία σε ποικιλία προβλημάτων που σχετίζονται με την υγεία και τη ψυχική ευεξία συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, των αυτοκτονικών τάσεων, των διαταραχών της διάθεσης και συμπεριφορών που οδηγούν στον αυτοτραυματισμό.

Προσέγγιση

Η προσέγγιση ήταν περιγραφική και διερευνητική προκειμένου να γίνει κατανοητή η δομή και η συστηματική λειτουργία των δύο Ειδικών Μονάδων Εφηβικής Υγείας. Παράλληλα με την αντιμετώπιση της κάθε ιατρικής προτεραιότητας, που αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία προσέλευσης, η αντιμετώπιση περιλαμβάνει συνδυασμό της διάγνωσης

και της θεραπείας με την εκπαίδευση στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας. Οι υπηρεσίες παρέχονται αναγκαστικά στις εγκαταστάσεις των ακαδημαϊκών ιατρικών ιδρυμάτων που είναι υπεύθυνα για την υγεία των παιδιών και των εφήβων, ενώ για την παροχή υπηρεσιών σε πρωτοβάθμιο επίπεδο είναι επιθυμητή η τροποποίηση των υφιστάμενων υπηρεσιών και υλικοτεχνικών υποδομών.

Τόπος παρέμβασης

Οι δύο Ειδικές Μονάδες Εφήβων στην Ελλάδα, δηλαδή το Κέντρο της Αναπτυξιακής και Εφηβικής Ιατρικής, εδράζεται στις εγκαταστάσεις της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο Παιδων «Αγία Σοφία» (Έδρα της UNESCO σε θέματα «Εφηβικής Υγείας») και η Μονάδα Εφηβικής Υγείας (Adolescent Health Unit - A.H.U.) στις εγκαταστάσεις της Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Νοσοκομείο Παιδων «Π. & Α. Κυριακού» και είναι όμορο του Αγία Σοφία. Από μόνη της η προσέγγιση αυτή, αντανακλά τη δέσμευση των Ακαδημαϊκών Τμημάτων του παλαιότερου Πανεπιστημίου στην Ελλάδα για παροχή σύγχρονων υπηρεσιών αντιμετώπισης της υγείας των εφήβων και την αισιόδοξη σκέψη ότι θα ακολουθήσουν παρόμοιες δομές στην υπόλοιπη χώρα. Ταυτόχρονα επισημαίνει την έλλειψη κάποιου στρατηγικού σχεδίου με χωροταξική κατανομή μετά από αξιολόγηση αναγκών.

Το κοινό-στόχος

Το κοινό-στόχος είναι οι έφηβοι και οι γονείς τους, που επισκέπτονται τις δύο Ειδικές Μονάδες Εφήβων για θέματα ψυχοσωματικής υγείας. Παρότι η πρόσβαση στις δυο Ειδικές Μονάδες Εφήβων είναι δωρεάν και

ανοικτή στο ευρύ κοινό, είναι σαφές ότι δεν μπορεί παρά να υπάρχουν ανισότητες στην παροχή υγειονομικής φροντίδας στους εφήβους, που ξεπερνούν το κοινωνικο-οικονομικό, εθνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο και οι οποίες χρειάζεται να αντιμετωπιστούν και να «θεραπευτούν». Και αυτό γιατί η προσφορά ιατρικών υπηρεσιών υψηλής κοινωνικής σημασίας είναι σε τελικό απολογισμό επωφελής για το κοινωνικό σύνολο και περισσότερο από ποτέ απαραίτητη για την Ελλάδα, αν λάβουμε υπόψη μας την τρέχουσα οικονομική, κοινωνική και πολιτική κρίση στη χώρα.

Πόροι

Οι επίσημες δομές που αφορούν συγκεκριμένα την υγειονομική περίθαλψη που χρειάζονται οι έφηβοι, μπορεί να θεωρηθεί ότι ήταν μάλλον κάτω του μετρίου στη χώρα, ακόμη και πριν από την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Έτσι, οποιαδήποτε εκτίμηση των πόρων για τις παρεμβάσεις σχετικά με την πρόληψη της αυτοκτονίας και του αυτοτραυματισμού στην εφηβεία θα είναι μάλλον αυθαίρετη, λόγω της έλλειψης συγκεκριμένα αναφερόμενης χρηματοδότησης στους κρατικούς προϋπολογισμούς, αλλά και οργανωτικών δομών.

Η υλικοτεχνική υποδομή και η βασική λειτουργική υποστήριξη καλύπτονται από τους προϋπολογισμούς των δυο Πανεπιστημιακών Παιδιατρικών Κλινικών, αλλά αξίζει να σημειωθεί ότι και οι δύο Ειδικές Μονάδες Εφήβων λειτουργούν με μη αμειβόμενο προσωπικό και εθελοντές που προσφέρουν καθημερινές υπηρεσίες, για λόγους βιωματικής άσκησης της επιστήμης τους, προσωπικής εξέλιξης ή ηθικής ικανοποίησης, αν και χωρίς άλλο οικονομικό κίνητρο ή απολαβή. Ειδικότερα, δεν προβλέπεται χρηματοδότηση για να καλύψει τους μισθούς της ομάδας εμπειρογνωμόνων, παιδιάτρων, ψυχιάτρων,

ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και άλλων ειδικών (μια ομάδα από 6-8 άτομα σε κάθε Μονάδα) που λειτουργούν τις Ειδικές Μονάδες Εφήβων καθημερινά και σε ετήσια βάση προσφέρουν εθελοντικά τις υπηρεσίες τους για την ευημερία και την υποστήριξη των εφήβων που τις επισκέπτονται και των οικογενειών τους, από όλα τα μέρη της Ελλάδας. Η εκτίμηση του κόστους των προσπαθειών για την υιοθέτηση εφαρμογή και λειτουργία της συνολικής παρέμβασης για ένα έτος, είναι δυνατή μόνο από το άθροισμα των δυνητικών μισθών του προσωπικού υγείας με πλήρη ή μερική απασχόληση (100.000-299.000€), χωρίς να περιλαμβάνονται τα λειτουργικά έξοδα. Συμπερασματικά, δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα διαθέσιμοι από την Πολιτεία οι απαιτούμενοι πόροι για να γίνει το κρίσιμο και σημαντικό αυτό έργο ούτε σε επίπεδο νομοθεσίας ούτε εφαρμογής και ούτε φυσικά παρακολούθησης της λειτουργίας.

Τεκμηρίωση

Παρόμοιες δομές λειτουργίας με αυτές των δυο Μονάδων συστήνονται επανειλημμένως από ανάλογους επιστημονικούς φορείς και λειτουργούν ανταποδοτικά σε άλλες χώρες της ΕΕ και της Βόρειας Αμερικής. Ωστόσο στον «Οδηγό Καλών Πρακτικών για την Ασφάλεια του Παιδιού» δεν αναφέρεται καμιά παρόμοια τεκμηριωμένη προσπάθεια, που να αντανakλά την αναμενόμενη ανταποδοτικότητα από τις ιατρικές, εκπαιδευτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες που προσφέρουν οι δυο Ειδικές Μονάδες Εφήβων, παρά την προφανή σημασιολόγηση του θέματος που έχει επιλεγεί για την περιγραφή της Ελληνικής αυτής μελέτης. Εν κατακλείδι, επειδή δεν υπάρχουν σαφείς προδιαγραφές για τον έλεγχο της ανταποδοτικότητας δομών όπως οι Μονάδες Εφηβιατρικής, ουσιαστικά δυσχεραίνεται η αξιολόγηση τους στη βάση επίσημα αποδεκτών εργαλείων.

Ιστορικό Πλαίσιο

Περιστατικά αυτοκτονιών σε εφήβους βιώνονται σε όλες τις χώρες του κόσμου με περίπου 200.000 νέοι και νεαροί ενήλικες να δίνουν τέλος στη ζωή τους κάθε χρόνο. Η Ελλάδα διαθέτει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών μεταξύ εφήβων στην Ευρώπη. Τα προστατευτικά κοινωνικά χαρακτηριστικά της χώρας, που συμβάλλουν στο χαμηλό επίπεδο αυτοκτονιών στην Ελλάδα, συνδέονται με τα χαμηλά επίπεδα απομόνωσης και αποξένωσης και την αύξηση της συνοχής στα μέλη των οικογενειών μέχρι πρόσφατα τουλάχιστον. Ωστόσο, ακολουθώντας μια Ευρωπαϊκή τάση, το ποσοστό των αυτοκτονιών αυξήθηκε πάνω από 24% από το 2007 έως το 2009. Σοβαρές περικοπές δαπανών στην Ευρώπη έχουν οδηγήσει τους ανθρώπους σε μικρότερη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, όταν ο πληθυσμός τις χρειάζεται ακόμη περισσότερο. Τα τελευταία δύο χρόνια, η κυβέρνηση στην Ελλάδα ζήτησε στα νοσοκομεία να μειώσουν το κόστος κατά 40%. Η Ελλάδα έχει εισέλθει σε μια μακρά περίοδο οικονομικής κρίσης, που επηρεάζει διάφορες πτυχές της καθημερινής ζωής, συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής υγείας των πολιτών της. Πράγματι, το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας ανέφερε πρόσφατα αύξηση 40% στο συνολικό ποσοστό αυτοκτονιών. Ειδικά οι έφηβοι, φαίνεται να αποτελούν μια ιατρικώς υποεξυπηρετούμενη ομάδα, με τα προβλήματα υγείας τους πολύ υποεκτιμημένα. Εξ άλλου περίπου 10-12% πάσχει από σοβαρές χρόνιες παθήσεις, που χρειάζονται πολυτομεακή υποστήριξη. Ωστόσο, συστηματικές προσπάθειες προς τη διαλεύκανση των παραγόντων που οδηγούν τις νεότερες πληθυσμιακές ομάδες σε άκαιρους θανάτους και αναπηρία ή για την αξιολόγηση της ετοιμότητας των υφιστάμενων υπηρεσιών υγείας στην αντιμετώπιση της αυτοπρόκλητης βίας, δεν έχουν εφαρμοστεί.

Κάθε παρέμβαση που στοχεύει στην αξιολόγηση και βελτίωση των υπηρεσιών που προσφέρονται στους εφήβους αποτιμάται ως υψηλής κοινωνικής και οικονομικής αξίας, αφού ένας μεγάλος αριθμός προβλημάτων που εμφανίζεται στην εφηβεία, συμπεριλαμβανομένων των αυτοκτονιών και των αυτοτραυματισμών, μπορεί να προληφθεί. Ένα σημαντικό ζήτημα στην πρόληψη των αυτοκτονιών, είναι ο έλεγχος όλων των παιδιών και των εφήβων για ιστορικό κατάθλιψης και άλλων παραγόντων που μπορεί να ενισχύσουν αυτοκτονικές συμπεριφορές και αυτοτραυματισμό. Μία από τις προτεραιότητες των Ειδικών Μονάδων Εφήβων, που είναι το σημείο εστίασης της παρέμβασης, είναι ο έλεγχος της ψυχικής υγείας όλων των εφήβων που επισκέπτονται τις εγκαταστάσεις τους και η προσφορά συμβουλευτικής και –εφόσον χρειάζεται- ιατρικής, ψυχολογικής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας.

Οι σημαντικοί παράγοντες στην υλοποίηση της παρέμβασης είναι το εξειδικευμένο προσωπικό υγείας οι παιδίατροι, οι ψυχίατροι, οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι ειδικοί που υπηρετούν σε καθημερινή βάση και προσφέρουν εθελοντικά τις υπηρεσίες τους στις Ειδικές Μονάδες Εφήβων. Πρωτεργάτες της παρέμβασης είναι οι ειδικευμένοι παιδίατροι, που διοικούν τις Ειδικές Μονάδες Εφήβων με δική τους πρωτοβουλία και υπό την συνεπή εποπτεία των δυο Παιδιατρικών Κλινικών του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η Μονάδα Εφηβικής Υγείας της Β Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών λειτουργεί από τον Οκτώβριο του 2006 και εξυπηρετεί ανάγκες υγείας νέων 10-19 ετών και το Κέντρο Αναπτυξιακής και Εφηβικής Ιατρικής της Α Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών ιδρύθηκε επισήμως το 2010. Η πρόληψη των αυτοκτονιών και των αυτοτραυματισμών και η προβολή της ανάγκης για ευρεία υιοθέτηση πρακτικών ανίχνευσης, έγκαιρης διάγνωσης,

συμβουλευτικής και θεραπείας στον τομέα αυτό αποτελούν πρωταρχικούς τους στόχους.

Στόχοι

Η προσπάθεια στοχεύει να αξιολογήσει τις υπηρεσίες υγείας για την πρόληψη των περιστατικών αυτοκτονίας και αυτοτραυματισμού στους εφήβους στην Ελλάδα και να διερευνήσει τις δυνατότητες προληπτικών παρεμβάσεων που αναλαμβάνουν οι Ειδικές Μονάδες Εφήβων στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών.

Βασικά βήματα/δράσεις της παρέμβασης

Από τις δύο ακαδημαϊκές Ειδικές Μονάδες Εφήβων που δραστηριοποιούνται στο χώρο της Αθήνας, έγινε συλλογή στοιχείων μέσω 8 ημι-δομημένων συνεντεύξεων με το προσωπικό υγείας και μια ομάδα εστίασης με εφήβους. Η ανάλυση του περιεχομένου των δεδομένων που συνέλλεξαν οι εμπειρογνώμονες, παρείχε τις απαραίτητες πληροφορίες για να γίνει χαρτογράφηση των δομών και των συστηματικών συνδέσεων μεταξύ των θεσμικών οργάνων που είναι αρμόδια για την πρόληψη της αυτοκτονίας και των αυτοτραυματισμών στους Έλληνες εφήβους. Η ομάδα εστίασης αποτελούμενη από εφήβους, συνέβαλε στην περιγραφή των προβλημάτων/ιατρικών απαιτήσεων των εφήβων που επισκέπτονται τις Ειδικές Μονάδες Εφήβων και την αξιολόγηση των παρεμβάσεων που αναλαμβάνουν.

Διευκολυντικοί παράγοντες και εμπόδια στην υιοθέτηση, την εφαρμογή και την παρακολούθηση

Το κυριότερο εμπόδιο αφορά τη γενική δυσκολία αποτύπωσης του μεγέθους του προβλήματος και τη συλλογή των σχετικών δεδομένων. Η γενική έλλειψη πηγών έγκριτης πληροφορίας για πληθυσμιακά δεδομένα αναφορικά με τις περισσότερες νοσολογικές καταστάσεις αντανakλάται και στο υπό διερεύνηση θέμα. Τα στοιχεία που διαθέτουν οι δύο Ειδικές Μονάδες Εφήβων, λόγω του τρόπου λειτουργίας και της ροής των περιστατικών τους, αναγκαστικά αποτυπώνουν τις υποκειμενικές ανάγκες όσων αποφασίζουν να τις επισκεφθούν και όχι τις πραγματικές ανάγκες της κοινότητας. Επιπλέον, λόγω της οικονομικής κρίσης, είναι περιορισμένες οι ad hoc χρηματοδοτούμενες μελέτες που θα μπορούσαν να δώσουν πληροφορίες έστω και μετά από γενίκευση αποτελεσμάτων.

Ένα σημαντικό ζήτημα στην πρόληψη των αυτοκτονιών είναι ο έλεγχος όλων των παιδιών και των εφήβων για ιστορικό κατάθλιψης και άλλων παραγόντων που μπορεί να συνδέονται και να πυροδοτούν συμπεριφορές που οδηγούν στην αυτοκτονία και τον αυτοτραυματισμό. Από προκαταρκτικά αποτελέσματα μελετών θεωρείται ότι στην Ελλάδα το 13% των εφήβων αγοριών και το 29% των εφήβων κοριτσιών, παρουσιάζουν «καταθλιπτικό» συναίσθημα, που μπορεί να οδηγήσει σε συμπεριφορές αυτοτραυματισμού και η ψυχική δυσθυμία συχνά υποτιμάται, λόγω έλλειψης υπηρεσιών προσβάσιμων από τους εφήβους. Μία από τις προτεραιότητες των Ειδικών Μονάδων Εφήβων, που αποτελεί και το σημείο εστίασης της παρέμβασης, είναι ο προσυμπτωματικός έλεγχος για κατάθλιψη των εφήβων που τις επισκέπτονται έστω και αν το αίτημα της επίσκεψης αφορά άλλα ιατρικά ή/και ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Αξίζει να αναφερθεί ότι ορισμένοι νέοι έχουν ήδη διαγνωστεί και παραπεμφθεί στις Ειδικές Μονάδες Εφήβων από ιδιώτες ιατρούς, παιδιάτρους ή περιφερικές ιατρικές

υπηρεσίες. Ο κανόνας όμως είναι ότι η συντηρητική κουλτούρα της ελληνικής περιφέρειας και η χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση κάποιων οικογενειών, εμποδίζουν κάποιους εφήβους και τους γονείς τους, όχι μόνον να αναζητήσουν έγκαιρα την απαραίτητη επαγγελματική συμβουλή, αλλά και να αποδεχτούν την αυτοκτονική τάση του παιδιού τους, λόγω του φόβου στιγματισμού ως «ψυχιατρικού ασθενή». Στο πλαίσιο αυτό, το πραγματικό εμπόδιο στην υλοποίηση οποιασδήποτε παρέμβασης για πρόληψη των αυτοκτονιών είναι η κοινωνικο-γνωστικά λανθασμένη αντίληψη της οικογένειας που εμποδίζει την απόφαση αποδοχής της σύστασης για λήψη ειδικής φαρμακευτικής ή συμβουλευτικής αγωγής ή σε ορισμένες περιπτώσεις, για νοσηλεία, κατά την κρίσιμη περίοδο μετά τη διάγνωση των αυτοκτονικών τάσεων σε εφήβους. Για το σκοπό αυτό έχουν αναληφθεί σε διάφορες χώρες ειδικά σχεδιασμένες εκπαιδευτικές και επικοινωνιακές ενημερωτικές εκστρατείες, που επικεντρώνονται στην ειδική εκπαίδευση των εφήβων και των οικογενειών τους, με σεβασμό στην αποδοχή της πραγματικότητας, της βαρύτητας και του επείγοντος χαρακτήρα των προβλημάτων ψυχικής υγείας, θεμάτων δηλαδή ζωτικής σημασίας στο σημείο της διάγνωσης.

Όπως είναι φυσικό, το μεγαλύτερο μέρος των εμποδίων συνδέεται στενά με την τρέχουσα οικονομική κρίση, τόσο σε προσωπικό όσο και σε εθνικό επίπεδο. Ειδικότερα, οι οικονομικοί περιορισμοί έχουν οδηγήσει τις οικογένειες να δώσουν προτεραιότητα στην οικονομική επιβίωση τους και να υποτιμήσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα έφηβα μέλη τους. Σε εθνικό επίπεδο, η έλλειψη συγκεκριμένης χρηματοδότησης και οργανωτική δομής, οδηγεί επίσης στην έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού και πρακτικών παρεμβάσεων, ιδιαίτερα στην περιφέρεια της χώρας.

Στους διευκολυντικούς για την παρέμβαση παράγοντες περιλαμβάνονται κυρίως όσοι υιοθετούν την αξιοποίηση του πνεύματος αφοσίωσης και συνεργασίας των λειτουργών υγείας διάφορων ειδικοτήτων με υπηρεσίες και ιδρύματα περιφερικών δομών υγείας και εκπαίδευσης και μη κυβερνητικούς οργανισμούς. Οι συνασπισμοί αυτοί προστατευτικών κοινωνικών δομών έκαναν ιδιαίτερα έντονη την εμφάνισή τους τον τελευταίο καιρό, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις ειδικές περιπτώσεις εφήβων με τάσεις αυτοκτονίας ή με σοβαρή κατάθλιψη. Αναγνωρίζεται επίσης ο θετικός ρόλος των υπεύθυνων και του προσωπικού των Μονάδων Εφήβων. Φαίνεται ότι σε κάθε περίπτωση, η παρέμβαση λειτουργεί κυρίως λόγω της προσωπικής και της ομαδικής προσπάθειας ορισμένων ατόμων παρά την παντελή έλλειψη οποιασδήποτε διαρθρωτικής στήριξης από την Πολιτεία.

Τι μάθαμε;

Η εντατική διαλογή, η παρακολούθηση και η θεραπεία των νέων με αυτοκτονικό ιδεασμό είναι απαραίτητες προκειμένου η υγειονομική κοινότητα να ανταποκριθεί στις αυξημένες απόπειρες αυτοκτονίας/αυτοκτονίες που σχετίζονται με την ύφεση. Οι κύριες διαπιστώσεις περιλαμβάνουν:

(1) την ανάγκη να αντιμετωπιστεί το στίγμα του «ψυχιατρικού ασθενή», που οδηγεί σε σοβαρές καθυστερήσεις στην αναγνώριση των περιστατικών/παροχή υπηρεσιών πρόληψης,

(2) τη διαρθρωτική δυσλειτουργία στη συνεργασία και τη συνέχεια της περίθαλψης που παρέχεται από τα αρμόδια κυβερνητικά όργανα, μη κυβερνητικές οργανώσεις και άλλους φορείς και

(3) τη σημασία της δημιουργίας «φιλικών» για τους εφήβους ιδρυμάτων που θα προσεγγίσουν ολιστικά τους εφήβους, δηλαδή ψυχολογικά, ιατρικά, κοινωνικά και πολιτιστικά.

Συμβουλές προς άλλες χώρες/δυνατότητα μεταφοράς της εμπειρίας

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης, η αναδιοργάνωση και ο αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας με στόχο τη συστηματική παρακολούθηση, τις ολιστικές προσεγγίσεις και τις προληπτικές παρεμβάσεις των συμπεριφορών αυτοκτονίας και αυτοτραυματισμών μεταξύ των εφήβων, είναι βασικές προτεραιότητες. Σε αυτό το πλαίσιο, οι ερευνητικές πρωτοβουλίες που αναλαμβάνονται εκ μέρους ακαδημαϊκών ιδρυμάτων και η ενεργοποίηση λειτουργών υγείας και κοινωνικών σχηματισμών για κάλυψη των κενών σε ουσιαστικές ιατροκοινωνικές υπηρεσίες φαίνεται ότι αποτελούν πολύ δυνατούς άξονες, που υπερβαίνουν τις πιο παραδοσιακές παρεμβάσεις.

1.1 Κέντρο Πρόληψης και Υγείας των Εφήβων (ΚΕ.Π.Υ.Ε), Α΄ Παιδιατρική Κλινική Παν/μίου Αθηνών Νοσ. Παίδων «Η Αγία Σοφία»

1.2 Μονάδα Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ.) της Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»

2. Παιδιατρική κοινότητα

2.1 Υπηρεσίες Εφηβικής Ιατρικής στη Βορειοδυτική Ελλάδα και Επτάνησα

Στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων διδάσκεται το κατ' επιλογήν μάθημα «Εφηβική Ιατρική» στους φοιτητές από εξαετίας.

Στην Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων υπάρχει από 20ετίας θάλαμος ξεχωριστός για νοσηλεία εφήβων.

Επίσης λειτουργεί ειδικό εξωτερικό ιατρείο λιπιδίων για παιδιά και εφήβους, καθώς και ειδικά ιατρεία αιματολογικό, νευρολογικό, ρευματολογικό, νεφρολογικό για παιδιά και εφήβους.

Το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων διαθέτει οφθαλμίατρο, γυναικολόγο και ωρορινολαρυγγολόγο με εξειδίκευση στα παιδιά και τους εφήβους.

Στην Ψυχιατρική Κλινική του ίδιου Νοσοκομείου υπηρετούν δύο Παιδοψυχίατροι που ανήκουν στο ΕΣΥ (καλύπτουν παιδική και εφηβική ηλικία).

Στην πόλη των Ιωαννίνων υπάρχουν τρεις ιδιώτες Παιδοψυχίατροι. Επίσης υπάρχει Παιδοψυχίατρος στην Άρτα, Πρέβεζα και Κέρκυρα.

Υπάρχει ικανός αριθμός ψυχολόγων νοσοκομειακών και ιδιωτών σε όλες της πόλεις της Β/Δ Ελλάδας.

Από 15ετίας το όριο νοσηλείας στη γενική Παιδιατρική είναι μέχρι την συμπλήρωση των 16 ετών, ενώ σε χρόνια νοσήματα (αιμοσφαιρινοπάθειες, νευρολογικά, ρευματολογικά, επιλεγμένα νεφρολογικά) μέχρι την ηλικία των 18 ετών.

Η Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική συνεργάζεται με την μονάδα Εφηβικής Ιατρικής της Β Παιδιατρικής Κλινικής του ΕΚΠΑ.

2.2 Υπηρεσίες Εφηβικής Ιατρικής, Παν/μιο Θεσσαλίας

Στην Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας νοσηλεύονται παιδιά και έφηβοι μέχρι 16 χρονών (σύμφωνα με υπουργική απόφαση έφηβοι 14-16 χρονών μπορούν να νοσηλευτούν σε Παιδιατρική Κλινική, αν το επιθυμούν). Άτυπα, όμως, η παρακολούθηση εφήβων με χρόνια νοσήματα και ειδικές ανάγκες μπορεί να παραταθεί, κατά περίπτωση, ακόμη περισσότερο, μέχρι να αναλάβουν τη φροντίδα τους οι γιατροί ενηλίκων. Εδώ πρέπει να μας

απασχολήσει η διαδικασία μετάβασης (transition), για την οποία υπάρχει διεθνής εμπειρία και βιβλιογραφία.

Στην Κλινική μας δεν υπάρχουν χωριστοί θάλαμοι ή Τμήμα για εφήβους, φροντίζουμε όμως οι έφηβοι να είναι μαζί με εφήβους, όσο αυτό είναι εφικτό. Δεν υπάρχει επίσης χωριστό ιατρείο και χώρος αναμονής για εφήβους ούτε ειδικό ιατρείο (προς το παρόν).

Τους εφήβους αντιμετωπίζουν οι γενικοί παιδίατροι της Κλινικής, οι οποίοι παρακολουθούν συνεδριάσεις Εφηβικής Ιατρικής σε Ημερίδες και Συνέδρια και συμβουλεύονται τον υπογράφο, ως ασχολούμενο και διδάσκοντα θέματα Εφηβικής Ιατρικής.

Ιδιαίτερη ενασχόληση με εφήβους από άλλους επαγγελματίες υγείας στο Τμήμα Ιατρικής και στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, απ όσα γνωρίζω, δεν υπάρχει (πλην του

Ιατρείου Αθλητικών Κακώσεων της Πανεπιστημιακής Ορθοπαιδικής Κλινικής).

Παραπομπή εφήβων που αποπειράθηκαν αυτοκτονία γίνεται στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Λάρισας.

Όσον αφορά στην εκπαίδευση φοιτητών της Ιατρικής σε θέματα Εφηβικής Ιατρικής περιλαμβάνονται τόσο στο πρόγραμμα μαθημάτων (Πα 1-3μμ) και στην Κλινική Άσκηση (Δευ 9-11 & 11-1) του Ε' έτους (Ν. Σκεντέρης και εκλεγείς Λέκτορας Παιδοενδοκρινολόγος Σταύρος Διαμαντόπουλος) όσο και στην Κλινική Άσκηση του ΣΤ' έτους (φροντιστηριακό μάθημα 1ώρα) και παρουσίαση περιστατικού από φοιτητή. Σε όλα τα παραπάνω υπάρχει, συνολικά, αναφορά και στα 10 θέματα («περιεχόμενο μαθημάτων»).

Σε μεταπτυχιακό επίπεδο ο υπογράφων, ως υπεύθυνος μαθημάτων σε 2 μεταπτυχιακά προγράμματα, αφιερώνει 2 διδακτικές ώρες στο καθένα σε θέματα υγείας των εφήβων:

- ΠΜΣ «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» μάθημα επιλογής
- «Διαπολιτισμική Φροντίδα» (αριθμός φοιτητών :~ 20)
- ΠΜΣ «Ψυχική Υγεία» ΤΕΙ Λάρισας υποχρεωτικό μάθημα «Διαπολιτισμική φροντίδα Ψυχικής Υγείας» (αριθμός φοιτητών: :~ 40).

Στο πλαίσιο των δύο αυτών ΠΜΣ, έχουν εκπονηθεί εργασίες σε θέματα υγείας των εφήβων.

Ο υπογράφων έχει ανταποκριθεί πολλές φορές σε προσκλήσεις διοργανωτών Επιστημονικών Συνεδρίων και Συλλόγων Γονέων ή συμμετάσχει επίσης με τη συγγραφή κεφαλαίων σε επιστημονικά βιβλία/συγγράμματα.

Μελλοντικοί στόχοι: •η ανάπτυξη Ιατρείου Εφηβικής Ιατρικής στο ΠΓΝΛ •η εκπαίδευση των ειδικευόμενων στην Παιδιατρική γιατρών σε θέματα Εφηβικής Ιατρικής και •η δημιουργία δικτύου (με άλλους επαγγελματίες υγείας) για την ολοκληρωμένη (διεπιστημονική) φροντίδα της υγείας των εφήβων.

2.3 Εφηβιατρικές Υπηρεσίες στη Θράκη

Είναι γεγονός ότι στην ευρύτερη περιοχή της Θράκης δεν υπάρχει οργανωμένο δίκτυο παρακολούθησης εφήβων με ιατρικά προβλήματα λόγω του ελάχιστου προσωπικού και των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. Συγκεκριμένα, το προσωπικό του Τομέα Υγείας Παιδιού του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης δεν επαρκεί για να ανταποκριθεί στις βασικές καθημερινές ανάγκες παρά τις επιπλέον ώρες που αναγκάζεται να εργασθεί. Η παιδιατρική κλινική του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου είναι απαραίτητο να εφημερεύει σε καθημερινή βάση καθώς είναι η μοναδική τριτοβάθμια Παιδιατρική Κλινική της ευρύτερης περιοχής και αποτελεί εξαίρεση σε σχέση με άλλες μεγάλες πόλεις της Ελλάδας που διαθέτουν τουλάχιστον δυο παιδιατρικές κλινικές. Επιπλέον το προσωπικό του ΕΣΥ της Παιδιατρικής Κλινικής δεν μπορεί να καλύψει εφηβιατρικά περιστατικά λόγω της έλλειψης κατάλληλης εκπαίδευσης ή κλινικής εμπειρίας.

Σχετικά με τη νοσηλεία των εφήβων στην Παιδιατρική κλινική του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, τα περιστατικά αφορούν είτε ασθενείς με χρόνια νοσήματα, όπως αιματολογικά νοσήματα που διαγνώστηκαν σε μικρότερη ηλικία, είτε σε μικρότερο βαθμό ασθενείς που οι ίδιοι ή οι γονείς τους επιθυμούσαν νοσηλεία στην Παιδιατρική Κλινική για κάποιο οξύ πρόβλημα υγείας, κατ' εφαρμογή της Υπουργικής απόφασης που επιτρέπει τη νοσηλεία εφήβων μέχρι 16 ετών στις Παιδιατρικές Κλινικές. Στο Νοσοκομείο υπάρχουν οι περισσότερες συναφείς με την Εφηβική Ιατρική ειδικότητες (Παιδοψυχίατρος, Παιδοψυχολόγος, Γυναικολόγος, Ενδοκρινολόγος), παρ' όλα αυτά η αντιμετώπιση των εφήβων είναι αποσπασματική.

Καταβάλλονται σημαντικές προσπάθειες βελτίωσης της παρούσας

κατάστασης και ήδη σε ορισμένα θέματα όπως οι εμβολιασμοί, γίνεται ενημέρωση της τοπικής ιατρικής κοινότητας για την ανάγκη σύγχρονης εμβολιαστικής κάλυψης των εφήβων, με βάση και το ισχύον Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών στα πλαίσια επιστημονικών εκδηλώσεων που διοργανώνονται από την κλινική ενώ υπάρχουν σχέδια για λειτουργία ενός εξωτερικού ιατρείου Εφηβικής Ιατρικής.

3. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: αναφορά σε υπηρεσίες υγείας για φοιτητές και ανασφάλιστους εφήβους

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχουν να διαδραματίσουν ουσιαστικό ρόλο σε σχέση με τη φροντίδα υγείας των εφήβων. Αν και στη χώρα μας οι υπηρεσίες αυτές είναι κατακερματισμένες και χωρίς ουσιαστικό συντονισμό και επίβλεψη, θα μπορούσαν να αναπτύξουν ένα μεγάλο φάσμα υπηρεσιών ανάμεσα στις οποίες θα συμπεριλαμβάνονταν οι παρακάτω:

(α) εκτίμηση των αναγκών υγείας και φροντίδας εφήβων στη σχολική ή και πανεπιστημιακή περίοδο και παροχή υπηρεσιών όπου απαιτείται

(β) εφαρμογή προγραμμάτων προαγωγής υγείας με κύριο στόχο τη διατήρηση ή τροποποίηση της συμπεριφοράς αλλά και την εκτίμηση του κινδύνου τόσο για μεταδοτικά όσο και για μη μεταδοτικά νοσήματα.

Τέτοια προγράμματα θα μπορούσαν να σχεδιαστούν και αναπτυχθούν στο χώρο του σχολείου ή πανεπιστημίου καθώς και στο σπίτι ή και ευρύτερα στη γειτονιά ή στην κοινότητα.

Πολύ πρόσφατα το περιοδικό Pediatrics (Αύγουστος 2013) δημοσίευσε μια σειρά από συστάσεις που προσυπόγραψε η Αμερικάνικη Εταιρία Παιδιατρικής για την υγεία των αρρένων εφήβων και νεαρών ενηλίκων. Στις συστάσεις αυτές υπογραμμίζεται η εμπιστευτική προσέγγιση των νέων σε ευαίσθητα θέματα στην οποία θα χρησιμοποιούνται τεχνικές συνέντευξης που θα παρακινούν στην επιθυμητή συμπεριφορά και η οποία σαφώς που θα πρέπει να προτιμάται από τις συνηθισμένες διαλέξεις. Σε αυτές επίσης σημαντική θέση κατέχουν οι παρεμβάσεις για τα χρόνια νοσήματα με αναφορά στη διαλογή των εφήβων/νεαρών ενηλίκων σε σχέση με το κάπνισμα, την παχυσαρκία (χρήση το σχετικού βάρους), του σακχαρώδη διαβήτη (σε εκείνους που είναι υπέρβαροι και έχουν δυο παράγοντες κινδύνου) και την υπερλιπιδαιμία. Ιδιαίτερες συστάσεις γίνονται για τη σεξουαλική συμπεριφορά με στόχο την πρόληψη των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων και την αποφυγή ανεπιθύμητης σύλληψης στους σεξουαλικούς τους συντρόφους. Οσον αφορά τους εμβολιασμούς

συστάσεις γίνονται για την πρόληψη της ηπατίτιδας Α και Β και τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων.

Οι συστάσεις αυτές αποτελούν ένα κατάλληλο πλαίσιο παραίनेσης στο οποίο μπορούν να βασιστούν οι δραστηριότητες των υπηρεσιών ΠΦΥ όπως συνοψίστηκαν στις κατηγορίες (α) και (β). Στην κατεύθυνση των συστάσεων αλλά αρκετά χρόνια πριν στόχευε η ανάπτυξη του Ιατρείου για φοιτητές στις Σχολές του Πανεπιστημίου Κρήτης που έχουν την έδρα τους στην πόλη του Ρεθύμνου. Ο συντονισμός και η στήριξη της προσπάθειας αυτής είχε αναληφθεί από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης με τη συνεισφορά ιατρών γενικής ιατρικής και επαγγελματιών υγείας που εργάζονταν σε υπηρεσίες ΠΦΥ. Το ιατρείο αυτό που λειτουργεί μέχρι σήμερα αξιοποίησε την υποχρέωση για ιατρικό έλεγχο που απαιτούσε η εγγραφή των πρωτοετών φοιτητών που όμως καταργήθηκε τα τελευταία τρία χρόνια. Ο έλεγχος υγείας τους περιλάμβανε την εκτίμηση των συνηθειών υγείας τους, την εκτίμηση των αναγκών τους σε εμβολιασμούς, πλήρη καταγραφή του προσωπικού και οικογενειακού τους ιστορικού, καταγραφή και εκτίμηση των σωματομετρικών τους δεδομένων και της αρτηριακής τους πίεσης, πλήρη κλινική κατάσυστήματα εξέταση, διενέργεια ηλεκτροκαρδιογραφήματος και κατά περίπτωση σπιρομέτρησης. Ο όλος έλεγχος γινόταν με διαδραστικά μέσα και οι φοιτητές ενθαρρύνονταν να συμπληρώσουν όλα τους τα δελτία μετά από ενημέρωση του και η όλη διαδικασία ήταν μαθησιακή για φοιτητές και επαγγελματίες ΠΦΥ.

Αποτελέσματα από τις δραστηριότητες αυτές του ιατρείου αυτού δημοσιεύθηκαν σε ξενόγλωσσα περιοδικά στο πλαίσιο μιας διδακτορικής διατριβής (Lionis, et al 2004; Lionis, et al 2006). Στην πρώτη δημοσίευση γίνεται αναφορά στη συμβολή της μελέτης των δικαιολογητικών της σχετικής δηλαδή τεκμηρίωσης που υποβάλλουν οι φοιτητές σχετικής με την κατάσταση υγείας των γονέων τους για να τους δοθεί δυνατότητα φοιτητικής πανεπιστημιακής στέγης ως πηγής για την εκτίμηση των αναγκών υγείας των φοιτητών. Στη δεύτερη δημοσίευση ανάμεσα σε άλλα υπογραμμίζονται τα κενά στην ολοκλήρωση των εμβολιασμών των φοιτητών με κύρια αναφορά στα εμβόλια για ιλαρά, ερυθρά και παρωτίτιδα και στο εμβόλιο της ηπατίτιδας Β.

Σε μια χειρόγραφη αναφορά πεπραγμένων του ιατρείου αυτού (Αντωνοπούλου Μ, Τρούλη Ν, Τζιράκη Μ, Τσουρδαλάκη Ε, Μοσχανδρέα Ι, Λιονής Χ) συνοψίζονται τα αποτελέσματα από την εξέταση των πρωτοετών φοιτητών του Πανεπιστημίου Κρήτης που κατατάχθηκαν στις Σχολές που έχουν έδρα την πόλη του Ρεθύμνου κατά το ακαδημαϊκό έτος 2005-2006. Συνολικά εξετάστηκαν 610 φοιτητές (532

γυναίκες) με μέση ηλικία 19 έτη. Τα νοσήματα του θυρεοειδή αδένος (24.2%), τα κακοήθη νεπλάσματα (19%) και η υπερλιπιδαιμία (18.2%) ήταν τα πιο συχνά νοσήματα που οι φοιτητές ανέφεραν στο οικογενειακό τους ιστορικό. Το 16.4% των φοιτητών δήλωσαν συστηματικό κάπνισμα και μόλις το ¼ από αυτούς δήλωνε άσκηση περισσότερη των 3 ωρών την εβδομάδα. Το 17.6% των φοιτητών είχαν το δείκτη μάζας σώματος (BMI) μεγαλύτερο του 25Kg/m², ενώ το 28% ήταν ολιγοβαρείς. Υψηλή τιμή αρτηριακής πίεσης (τιμές προυπέρτασης 120-139mmHg για τη συστολική και 80-89mmHg για τη διατολική) μετρήθηκε σε 226 φοιτητές (37%) με στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την αύξηση του BMI. Από τα προβλήματα υγείας που ανέφεραν οι φοιτητές η αναιμία (κύρια σιδηροπενική) σε ποσοστό 20%, η κεφαλαλγία/ημικρανία (11.2%), τα νοσήματα του θυρεοειδούς (6.6%) και το βρογχικό άσθμα (6.1%) ήταν τα περισσότερο συχνά.

Σε θέματα υγείας των φοιτητών Πανεπιστημίων και Ανώτατων Τεχνολογικών Ιδρυμάτων κυρίως Ιατρικής, Νοσηλευτικής, Οδοντιατρικής, Διατροφολογίας και Μαιευτικής αναφέρονται αρκετές δημοσιευμένες εργασίες από τα Πανεπιστήμια της χώρας μας. Μια «αφηγηματική» (narrative) αναζήτηση στο PubMed ανέδειξε τα θέματα με τα οποία οι μελέτες αυτές ασχολήθηκαν και ανάμεσα σε αυτά περιλαμβάνονται και τα παρακάτω:

- εμβολιασμό έναντι του HPV (Donadiki, et al, 2012), εμβολιασμό έναντι H1N1 (Mavros, et al 2011), γνώσεις, έλεγχος και εμβολιασμός για τον HPV (Dinas, et al 2009)
- stress κατά τη διάρκεια των ακαδημαϊκών εξετάσεων Costarelli and Patsai, 2012), πηγές αντιλαμβανόμενου stress (Polychronopoulou and Divaris, 2005), σχέση μεταξύ δομής της οικογένειας και συσχετιζόμενων με την υγεία στάσεων και συμπεριφοράς (Theodorakis, et al 2004)
 - προσωπικό φάκελλο υγείας (Karamanlis, et al 2012),
 - διαιτητικές συνήθειες και παράγοντες κινδύνου για την καρδιαγγειακή νόσο (Chourdakis, et al 2011), διαιτητικές συνήθειες, συνήθειες υγείας και παχυσαρκία (Chourdakis, et al 2010), προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή (Van Diepen, et al 2011), διαιτητικές συνήθειες και συσχετιζόμενοι παράγοντες (Gonidakis, et al 2009), διαιτητικές συνήθειες (Papadaki, et al 2007), πρόσληψη θρεπτικών ουσιών και κατανάλωση τροφίμων (Mammas, et al 2004),
 - διακοπή και έλεγχο του καπνίσματος (Patelaru, et al 2011), κάπνισμα και σύγκριση ανάμεσα σε φοιτητές διαφόρων σχολών (Alexopoulos, et al 2010), κάπνισμα σε φοιτητές με άσθμα (Krommydas, et al 2004), καπνιστικές συνήθειες (Polychronopoulou, et al 2004), κάπνισμα τσιγάρου, κατανάλωση οίνοπνεύματος και λιπίδια ορού (Mammas, et al 2003)
- υγιεινό τρόπο ζωής (Tirodimos, et al 2009)

- χρήση υπηρεσιών διαδικτύου (Frangos, et al 2011),
- μη ασφαλής χρήση νόμιμων ουσιών (Samakouri, et al 2010)
- γνώσεις και πηγές πληροφόρησης για τη σεξουαλική αγωγή (Matziou, et al 2009), επίπεδο ενημέρωσης για τις μεθόδους αντισύλληψης (Dinas, et al 2009; Dinas, et al 2008), σεξουαλικές πρακτικές (Paraharitou, et al 2008), γνώσεις, στάση και συμπεριφορά σχετική με την αντισύλληψη (Kallipolitis, et al 2003)
- συμπεριφορά στη φροντίδα του στόματος (Polychronopoulou and Kawamura, 2005), διαπολιτισμική διακύμανση στις συνήθειες της στοματικής υγείας (Kawamura, et al, 2005)

Από την αναζήτηση αυτή εντοπίστηκαν δημοσιεύσεις που δεν αναφέρονταν στην υγεία των φοιτητών αλλά σε πεποιθήσεις και γνώσεις τους για επιλεγμένα θέματα υγείας όπως: τον καρκίνο του παχέος εντέρου (Paranikolaou, et al, 2012), της σχιζοφρένειας (Economy, et al, 2012) και τις μεταμοσχεύσεις (Dardavessis, et al, 2011), γνώσεις για τη λοίμωξη των γεννητικών οργάνων από χλαμύδια (Dinas, et al 2010), στάσεις σχετικές με παιδιά με αναπηρία (Matziou, et al 2009), στάσεις για την ευθανασία (Kontaxakis, et al 2009), στάσεις για τους ηλικιωμένους (Lambrinou, et al 2009), στάσεις για την ασθενοκεντρική φροντίδα (Tsimptsiou, et al 2007), χρήση doping (Paradopoulos, et al 2006), απόψεις για την προπτυχιακή εκπαίδευση στην ογκολογία (Karamouzis, et al 2006), στάσεις για την ηλεκτροσπασμοθεραπεία (Papakosta, et al 2005), αλλαγή στις στάσεις για τη ψυχική υγεία μετά από κλινική άσκηση στη ψυχιατρική (Madianos, et al, 2005).

Παρόμοιες δραστηριότητες εκτίμησης της υγείας των φοιτητών έγιναν από το την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου των Ιωαννίνων.

Επιπρόσθετα όλα τα Πανεπιστήμια της χώρας μας έχουν αναπτύξει υπηρεσίες για τους φοιτητές που παρουσιάζονται μέσα από τις διαδικτυακές σελίδες τους. Σύμφωνα με αυτές υγειονομική υπηρεσία δηλώνει το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (www.uoa.gr/foithtes-drasthriothtes/ygeionomiki-peri8alch.html) με λειτουργούντα ιατρεία παθολογικό, γυναικολογικό, δερματολογικό, οδοντιατρικό, μονάδα ψυχοκοινωνικής παρέμβασης, και ακτινολογικό εργαστήριο. Στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης οι υπηρεσίες περίθαλψης (Ιατρείο και συμβουλευτικός σταθμός ψυχολογικής υποστήριξης) περιλαμβάνονται στις δραστηριότητες της Πανεπιστημιακής Φοιτητικής Λέσχης (www.auth.gr/units/506). Την υγειονομική περίθαλψη των φοιτητών στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων έχει αναλάβει το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο με 16 Πανεπιστημιακές Κλινικές να αναλαμβάνουν την ευθύνη των φοιτητών μετά από προσυνεννόηση με τις υπηρεσίες των εξωτερικών τους Ιατρείων (www.uoi.gr/students/social/medicare.php). Ανάλογες είναι και οι

δραστηριότητες όλων των Πανεπιστημίων της χώρας μας και η πλήρης αναφορά τους θα ξέφευγε των στόχων αυτού του κειμένου, πλην όμως μια αναλυτική παρουσίαση και καταγραφή του όχι μόνο μέσω της διαδικτυακής τους προβολής φαίνεται αναγκαία και θα μπορούσε να γίνει στο πλαίσιο μιας άλλης εκδοτικής προσπάθειας.

Μια τρίτη κατηγορία δραστηριοτήτων των υπηρεσιών ΠΦΥ προστέθηκε μετά την οικονομική κρίση των τελευταίων ετών στη χώρα μας και αυτή αφορά τις:

(γ) υπηρεσίες προαγωγής της υγείας και θεραπευτικής φροντίδας σε γονείς και εφήβους χωρίς ασφαλιστική κάλυψη.

Εδώ εντάσσονται οι υπηρεσίες εκτίμησης και πιστοποίησης υγείας παιδιών και εφήβων ανασφάλιστων οικογενειών, συμπεριλαμβανομένων και της εμβολιαστικής κάλυψης τους με αφορμή τη χορήγηση πιστοποιητικού υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές προσφέρονται από τη Μονάδα ΠΦΥ της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής του ΠαΓΝΗ που λειτουργεί σε συνεργασία με το Εργαστήριο Προγραμματισμού Υπηρεσιών Υγείας σε συνεργασία με το Δήμο Ηρακλείου και τη στήριξη του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης στο κέντρο του Ηρακλείου. Στη Μονάδα αυτή προσφέρονται μια φορά την εβδομάδα υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από παιδίατρο και επισκέπτρια υγείας στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και διενέργεια εμβολιασμών. Στη Μονάδα αυτή στις οποίες προσφέρουν με βάση συγκεκριμένο εβδομαδιαίο πρόγραμμα προσφέρουν τις υπηρεσίες τους 2 μέλη ΔΕΠ του Τμήματος Ιατρικής, ένας ιατρός Κοινωνικής Ιατρικής ΕΣΥ και μια επισκέπτρια υγείας από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, μια νοσηλεύτρια κοινοτικής νοσηλευτικής και μια διατροφολόγος από το Τμήμα Ιατρικής, μια ψυχολόγος και δυο νοσηλεύτριες από το Δήμο Ηρακλείου.

4. Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις

Γενικά η επαρχία υστερεί σημαντικά όσον αφορά τις υποδομές για τη διάγνωση, αντιμετώπιση και παρακολούθηση των παιδιών με ένα οποιοδήποτε χρόνιο νόσημα. Η ίδια ανεπάρκεια παρουσιάζεται και στους φορείς της εκπαίδευσης. Διαπιστώνεται έλλειψη ενημέρωσης των στοιχειωδών γνώσεων για την άμεση αντιμετώπιση κάποιων επειγόντων περιστατικών, καθώς και αδυναμία προσέγγισης των μηχανισμών πρόσβασης.

Κρίνεται περισσότερο από αναγκαίο η αντιμετώπιση ενός παιδιού με χρόνιο νόσημα και της οικογένειάς του από ειδικό ψυχολόγο. Όμως όσον αφορά το Νοσοκομείο της Κέρκυρας, εδώ και ένα χρόνο στερείται

ψυχολόγου, με αποτέλεσμα περιστατικά αυτοκτονιών ή άλλες σοβαρές ψυχικές διαταραχές ή χρόνια νοσήματα (π.χ. Μεσογειακή αναιμία, σακχαρώδης διαβήτης) να μην τυγχάνουν ψυχολογικής στήριξης. Η έλλειψη αυτή έχει σοβαρές επιπτώσεις, ιδιαίτερα σήμερα, εποχή της κρίσης, που οι γονείς αδυνατούν να πληρώνουν ιδιώτες ψυχολόγους.

Το ίδιο μεγάλο κενό δημιουργείται και στο θέμα των μαθησιακών δυσκολιών, αφού οι ασφαλιστικοί φορείς αδυνατούν να πληρώσουν.

Ο 'στιγματισμός' ακόμη στην κλειστή κοινωνία της επαρχίας είναι μεγαλύτερος με επακόλουθο να διαταράσσεται η ψυχική ισορροπία των παιδιών και των οικογενειών τους. Οι γονείς πολλές φορές νοιώθουν φοβισμένοι, μήπως 'στιγματιστούν' αυτοί και το παιδί τους, κλείνονται στον εαυτό τους και δεν συμμετέχουν σε ομάδες.

Βέβαια στην Κέρκυρα λειτουργεί το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου (ΚΨΥ)-Ιατροπαιδαγωγικό. Όμως τα ραντεβού καθυστερούν, λόγω του ολοένα μειούμενου και μη αναπληρούμενου προσωπικού.

Στα πλαίσια αυτών των δυσκολιών δημιουργήθηκε στην Κέρκυρα προ διετίας το Δίκτυο Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας Κέρκυρας..

Σκοπός αυτής της συνεργασίας είναι ο συντονισμός των δράσεων και άλλων πρωτοβουλιών έτσι ώστε μέσω της συγκροτημένης δικτύωσης να μεγιστοποιείται η αποδοτικότητα στους άξονες της Πρόληψης και της έγκαιρης αντιμετώπισης των αιτημάτων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα και η Πρόληψη, ενώ πρέπει να κατέχει τον κεντρικό ρόλο στην αντιμετώπιση των θεμάτων υγείας, στη χώρα μας εστιάζονται σε δευτεροβάθμιο επίπεδο, ενώ συγχρόνως διαπιστώνεται μία ραγδαία αύξηση των αιτημάτων για την κάλυψη πρωτοβάθμιων αναγκών.

Ταυτόχρονα διαπιστώνεται έλλειμμα κοινωνικού σχεδιασμού για την υγεία. Η διασύνδεση των φορέων υγείας, εκπαίδευσης και κοινωνικής φροντίδας, που υλοποιήθηκε στην Κέρκυρα, πιστεύουμε ότι θα αμβλύνει τις δυσκολίες, που προκαλεί ο κατακερματισμός της παροχής φροντίδας και θα συμβάλλει στην πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Παράλληλα θα φέρει σημαντικά

αποτελέσματα σχετικά με τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας με ταυτόχρονη εξοικονόμηση χρόνου και ανθρώπινου δυναμικού.¹

Σήμερα οι φορείς που συμμετέχουν στο Δίκτυο είναι οι κάτωθι:

Κέντρο Ψυχικής Υγείας – Ιατροπαιδαγωγικό Κέρκυρας

Δημοτική Μονάδα Πρόληψης κατά των εξαρτησιογόνων ουσιών και του AIDS- ΔΗ.ΜΟ.Π. «Νίκος Μώρος»

Κέντρο Διάγνωσης – Διαφοροδιάγνωσης και Υποστήριξης Κέρκυρας

Περιφερειακό Ιατρείο Άνω Κορακιάνας

Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»

Δ/ση Κοινωνικής Μέριμνας Περιφερειακής Ενότητας Κέρκυρας

Ιόνιο Διεπιστημονικό Ινστιτούτο Υγείας Κέρκυρας – Εργαστήριο Ψυχοογκολογίας

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Κέρκυρας – Λευκάδας

Ιατροχειρουργική Εταιρεία Κέρκυρας

Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας– παράρτημα Κέρκυρας

Σχετικά με τα άλλα χρόνια νοσήματα, όπως ο καρκίνος, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο σακχαρώδης διαβήτης, κ.ά. δυστυχώς δεν υπάρχει ανάλογη υποδομή στο Παιδιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου και τα παιδιά και οι γονείς τους αναγκάζονται να πηγαίνουν στα μεγάλα αστικά κέντρα, Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Ιωάννινα, Πάτρα, για εξειδικευμένο εργαστηριακό έλεγχο και παρακολούθηση.

Η στελέχωση των νοσοκομείων της επαρχίας με το κατάλληλο επιστημονικό προσωπικό, για την παρακολούθηση τέτοιων περιστατικών, κρίνεται αναγκαία, καθόσον το κόστος μεταφοράς και νοσηλείας αυτών των παιδιών επιβαρύνει ιδιαίτερα τις οικογένειες και την Πολιτεία, σε εποχές οικονομικής κρίσης, με αντίκτυπο στην υγεία και την ποιότητα ζωής των παιδιών αυτών.

¹ <http://ygeia-pronoia-corfou.blogspot.gr>

Μέσα σ' αυτά τα πλαίσια για την ενίσχυση όλων αυτών των ομάδων λειτουργεί δωρεάν στην Ιατροχειρουργική Εταιρεία-Ιατρείο Κέρκυρας ομάδα ψυχολογικής στήριξης από εθελοντές ψυχολόγους. Επίσης παρέχεται δωρεάν λογοθεραπεία και συμβουλευτική σε ανασφάλιστα παιδιά. Σημαντικό ρόλο παίζει και η 'Σχολή Γονέων' του παραρτήματος της Κέρκυρας της ΕΕΚΠΠΥ, όπου συζητούνται διάφορα θέματα ψυχικής και σωματικής υγείας των παιδιών από εξειδικευμένους ομιλητές και δίνονται κατευθύνσεις στους γονείς για την καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων και τη λειτουργία της οικογένειας.

Θεωρούμε ότι σε βάση εθελοντισμού θα μπορούσαν να λειτουργήσουν πολλές δομές στην κοινωνία μας, σύμφωνα με το παράδειγμα της Κέρκυρας, ώστε να ελαφρύνουν το κόστος από τις αδυναμίες της Πολιτείας και να δώσουν δύναμη και κουράγιο στις οικογένειες των παιδιών με χρόνια νοσήματα για να αντιμετωπίσουν με επιτυχία το πρόβλημά τους και να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο ως ένας ακόμη υγιής κρίκος της αλυσίδας του.

Αν η Πολιτεία φροντίσει να ελαχιστοποιηθεί η ψυχική και σωματική ταλαιπωρία παιδιών με χρόνια νοσήματα και των οικογενειών τους, ενισχύοντας τις δομές δημόσιας υγείας (π.χ. η λειτουργία τμημάτων βραχείας νοσηλείας για παιδιά με καρκίνο), θα μπορούμε σίγουρα να μιλάμε για έναν άλλο πολιτισμό, ένα πολιτισμό της ψυχής και της αγάπης προς τα παιδιά μας, το μέλλον μας.

Ας γίνει ο εθελοντισμός σ' αυτή τη χώρα σημαία ανθρωπιάς και να μην έχουμε να ζηλέψουμε πια τίποτα από τον εθελοντισμό του εξωτερικού, που αναφέρουν οι γονείς που τον βίωσαν!

Δ. Προτάσεις Βελτίωσης

·Οργάνωση εκστρατειών ενημέρωσης και υπενθύμισης με ευθύνη κρατικών (Υπουργείο Υγείας, ΚΕΕΛΠΝΟ) και επιστημονικών φορέων (Ελληνική Παιδιατρική Εταιρεία, Ελληνική Εταιρεία Παιδιατρικών Λοιμώξεων, Εφηβικής Γυναικολογίας, Προληπτικής Ιατρικής κλπ), μέσω των μαζικών μέσων επικοινωνίας (εφημερίδες, περιοδικά, διαδίκτυο, τηλεόραση, ραδιόφωνο).

·Για μια πληρέστερη ενημέρωση για την κατάσταση υγείας των εφήβων απαιτείται μια συστηματική ανάγνωση και σύνθεση των ευρημάτων της βιβλιογραφίας που αναφέρεται στην Ελλάδα και διατύπωση συγκεκριμένων προτάσεων στη βάση των διαπιστώσεων της.

·Ανάπτυξη οργανωμένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη βάση των προσφάτως δημοσιευμένων οδηγιών της Αμερικάνικης Παιδιατρικής Εταιρείας για φοιτητές Πανεπιστημίων και Ανώτατων Τεχνολογικών Ιδρυμάτων. Μια συστηματική αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης και διατύπωση προτάσεων κρίνεται επίσης αναγκαία πριν τη θεσμοποίηση των υπηρεσιών αυτών.

·Η χώρα δεν διαθέτει υποδομή μαζικού εμβολιασμού στα σχολεία, συνεπώς είναι απαραίτητη η αναγνώριση και αξιοποίηση κάθε ευκαιρίας (επίσκεψη στον Παιδίατρο, τον Ιατρό Γενικής Ιατρικής, το Γυναικολόγο ή τον Παθολόγο για λόγους υγείας ή πιστοποιητικό υγείας) για συμπλήρωση εμβολιαστικής κάλυψης.

·Με την υπάρχουσα οικονομική κρίση, είναι απαραίτητη η διατήρηση της ΔΩΡΕΑΝ χορήγησης των απαραίτητων εμβολίων σε όλους τους εφήβους με ή χωρίς ασφάλιση, καθώς και η διευκόλυνση για προσέγγισή τους με δημιουργία κατάλληλων υποδομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (δημόσια ιατρεία, κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων με προμήθεια εμβολίων για τους άπορους και ανασφάλιστους εφήβους, τα οποία θα έχουν και διευρυσμένο ωράριο).

·Ανάπτυξη/βελτίωση συστήματος καταγραφής εμβολιαστικής κάλυψης εφήβων. Οργάνωση βάσης δεδομένων για καταγραφή όλων

των εμβολιασμών από τη βρεφική ηλικία, με την ευκαιρία της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, που όμως απαιτεί χρόνο από το λειτουργό υγείας και κατάλληλη εκπαίδευση. Το ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής των εμβολιασμών μπορεί να συνεισφέρει στην ηλεκτρονική ή μέσω sms (σε κινητό τηλέφωνο) υπενθύμιση επαναληπτικών δόσεων.

·Ενημέρωση εκπαιδευτικών για σημασία εμβολιασμού και βελτίωση συνεργασίας επαγγελματιών υγείας με εκπαιδευτικούς. Οργάνωση ενημερωτικών ημερίδων και διανομή ενημερωτικών εντύπων σε σχολεία.

·Ενημέρωση γονέων για σημασία εμβολιαστικής κάλυψης και σύσταση για χρήση υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο

·Αξιοποίηση και διαφήμιση/προώθηση υπάρχοντων δομών εφηβικής ιατρικής

Προσαρμογή δομών εφηβικής ιατρικής στις ανάγκες των εφήβων (προσαρμογή ωραρίου, μείωση χρόνων αναμονής, ενημέρωση με κατανοητούς όρους)

Διαδικτυακός εκφοβισμός

Η εμπειρία από το πρόγραμμα GRUNDTVIG έδειξε ότι οι γονείς σε οποιαδήποτε χώρα και να βρίσκονται αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα με το cyberbullying. Η ανταλλαγή εμπειριών μεταξύ τους στις ομάδες εργασίας στις οποίες συμμετείχαν υπό τη δική μας καθοδήγηση ήταν εξαιρετικά πολύτιμη γι αυτούς. Όσο ποιο ενημερωμένοι είναι οι γονείς σε θέματα πρόληψης και αναγνώρισης των κινδύνων που ελοχεύουν για τα παιδιά τους και όσο περισσότερο είναι δίπλα στα παιδιά τους και επικοινωνούν ουσιαστικά μαζί τους τόσο ασφαλέστερα θα είναι αυτά στην διαδικτυακή τους ζωή. Μια σωστή πολιτική αντιμετώπισης του προβλήματος περιλαμβάνει υπεύθυνη ενημέρωση για τα παιδιά, τους γιατρούς και όλη τη σχολική κοινότητα. Υπό την αιγίδα του προγράμματος cost για το cyberbullying τον Ιούλιο του 2012 έλαβε χώρα στο Παρίσι ένα dissemination conference που απευθυνόταν όχι μόνο στην επιστημονική κοινότητα αλλά και σε άλλους φορείς όπως οι πάροχοι internet, οι υπηρεσίες Δίωξης Ηλεκτρονικού Εγκλήματος και τα υπουργεία Παιδείας και Υγείας των ευρωπαϊκών

κρατών. Διανεμήθηκε και ένα φυλλάδιο με οδηγίες για την αντιμετώπιση του cyberbullying που προέκυψε από την εμπειρία διαχείρισης του προβλήματος από συνολικά 28 χώρες της Ευρώπης.

Παράρτημα

Κέντρο: Αρεταίειο	Απαντήσεις
Μέγιστη ηλικία νοσηλευόμενων εφήβων	
Επίσημη (κάνουν οι γονείς χρήση της διακριτικής ευχέρειας για νοσηλεία των παιδιών έως 16 ετών στα παιδιατρικά νοσοκομεία)	18 ετών
Ανεπίσημη: εξηγείστε πχ για παιδιά με χρόνια προβλήματα υγείας	
Παρεχόμενες υπηρεσίες	
1. Ιατρείο Εφήβων Ναι/Όχι, αν Ναι από πότε	ΝΑΙ. Από το 1997 στο Αρεταίειο Νοσοκομείο
2. Θάλαμοι Εφήβων Ναι/Όχι, αν Ναι από πότε	ΝΑΙ. Ένα δίκλινο
Επιστημονικό δυναμικό	
1. Γενικοί παιδίατροι αποκλειστικά/ αναλύστε ειδικότερα ενδιαφέροντα	Επιστημονικοί συνεργάτες, που εξειδικεύθηκαν στην Παιδική και Εφηβική Γυναικολογία, στο Αρεταίειο Νοσοκομείο
2. Εξειδικευμένοι παιδίατροι ή άλλες συναφείς ειδικότητες/περιγράψτε αναλυτικά	Εφηβίατροι
Επιστημονικοί συνεργάτες, στο χώρο του νοσοκομείου	
1. Γυναικολόγος	ΝΑΙ-ΠαιδοΓυναικολόγοι κάτοχοι διεθνούς διπλώματος παιδικής και εφηβικής Γυναικολογίας (IFEPAG)
2. Ψυχίατρος/παιδοψυχίατρος	ΝΑΙ
3. Ψυχολόγος	ΝΑΙ
4. Διατροφολόγος	ΝΑΙ
5. Γυμναστής	
6. Εκπαιδευτικός	
7. Ειδικοί χρόνιων νοσημάτων	
8. Άλλοι ειδικοί τι ακριβώς	
Επιστημονικοί συνεργάτες με παραπομπή εκτός νοσοκομείου/ Τι ακριβώς	ΝΑΙ
Πρόγραμμα μετάβασης εφήβων σε υπηρεσίες υγείας ενηλίκων Τι	ΌΧΙ

ακριβώς?	
Δραστηριότητες εκπαίδευσης στην εφηβιατρική/ Σημειώστε ώρες και στοιχεία επικοινωνίας υπευθύνου, από πότε άρχισε η διδασκαλία	ΑΠ'Ο ΤΟ 1997. Υπεύθυνοι: Καθ. Γ. Κ. Κρεατσάς και Αναπληρωτής Καθηγητής Ε. Δεληγεώρογλου
1. Προπτυχιακό επίπεδο	ΝΑΙ
2. Μεταπτυχιακά μαθήματα ή πρόγραμμα	ΝΑΙ
3. Μαθήματα σε ειδικευμένους	ΝΑΙ
Περιεχόμενο μαθημάτων (συμπληρώστε σε τι από τα παρακάτω αναφέρονται 1. παχυσαρκία 2.βουλιμία, ανορεξία 3. ριψοκίνδυνες συμπεριφορές 4. σωματικές κατώσεις 5. ψυχική επιβάρυνση 6. Αυτοκτονικότητα και κατάθλιψη 7. Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία 8. Ενδοκρινολογικά προβλήματα 9. Μαθησιακά προβλήματα, διάσπαση προσοχής 10. κοινωνικοποίηση)	1. 2. 7. 8.
Δραστηριότητες επαφής με τους εφήβους στην κοινότητα ή μέσω ηλεκτρονικών μέσων	
Περιγράψτε σύντομα 3 τουλάχιστον θετικά σημεία της εμπειρίας σας από τη σημερινή παροχή υγειονομικών υπηρεσιών σε εφήβους και 5 τουλάχιστον ρεαλιστικές προτάσεις για βελτιώσεις στην κλινική ή την περιοχή ευθύνης σας στα επόμενα 5 χρόνια	1. ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΔΙΕΘΝΩΝ ΜΑΘΗΤΙΚΩΝ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ
	2.ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΣΕ ΣΧΟΛΕΙΑ ΑΝΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΜΕ ΘΕΜΑ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ-ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ
	3. ΠΑΙΔΟΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠ'Ο ΤΗΝ ΓΕΝΝΗΣΗ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ 20 ΕΤΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΟΥΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ, ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ
	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ
	1. ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ

	2. ΣΩΣΤΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΑΠ'Ο ΤΑ ΜΜΕ
	3. ΕΤΗΣΙΑ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΜΑΘΗΤΙΚΩΝ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ
	4. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΑΝΤΙΣΣΥΛΗΨΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ
	5. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΦΗΒΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ

Κέντρο: Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου	Απαντήσεις
Μέγιστη ηλικία νοσηλευόμενων εφήβων	14 ετών για τη γενική παιδιατρική και 18 ετών για τα χρόνια νοσήματα
Επίσημη (κάνουν οι γονείς χρήση της διακριτικής ευχέρειας για νοσηλεία των παιδιών έως 16 ετών στα παιδιατρικά νοσοκομεία)	πολύ σπάνια για νοσηλεία, πολύ συχνά για εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία- συμβουλευτική
Ανεπίσημη: εξηγείστε πχ για παιδιά με χρόνια προβλήματα υγείας	Έφηβοι με σακχαρώδη διαβήτη, κυστική ίνωση, βρογχικό άσθμα και άλλα χρόνια νοσήματα νοσηλεύονται τακτικά στην παιδιατρική κλινική
Παρεχόμενες υπηρεσίες	
1. Ιατρείο Εφήβων Ναι/Όχι, αν Ναι από πότε	Ναι από το 2009 (Μάιος)
2. Θάλαμοι Εφήβων Ναι/Όχι, αν Ναι από πότε	Όχι
Επιστημονικό δυναμικό	
1. Γενικοί παιδίατροι αποκλειστικά/ αναλύστε ειδικότερα ενδιαφέροντα	
2. Εξειδικευμένοι παιδίατροι ή άλλες συναφείς ειδικότητες/περιγράψτε αναλυτικά	Η Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ διαθέτει εξειδικευμένους παιδίατρος -μέλη ΔΕΠ (παιδιατρική ενδοκρινολογία, παιδιατρική πνευμονολογία, παιδιατρική καρδιολογία, παιδιατρική γαστρεντερολογία, παιδιατρική νευρολογία, παιδιατρική νεφρολογία, παιδιατρική ανοσολογία-ρευματικά νοσήματα) οι οποίοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε εφήβους όταν αυτό ζητηθεί, σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων ή νοσηλευόμενων νεαρών ασθενών σε κλινικής του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου (όπως Παθολογική, Γυναικολογική, Παιδοχειρουργική, Ορθοπαιδική, Νευροχειρουργική κλπ)

Επιστημονικοί συνεργάτες, στο χώρο του νοσοκομείου	
1. Γυναικολόγος	Υπάρχει στενή συνεργασία και παραπομπήεφήβων νεανίδων στο ιατρείο εφηβικής Γυναικολογίας που ανήκει στην Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ και λειτουργεί κάθε Δευτέρα
2. Ψυχίατρος/παιδοψυχίατρος	
3. Ψυχολόγος	Υπάρχει συνεργασία με ομάδα ψυχολόγων της Ψυχιατρικής Κλινικής ΑΠΘ στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου καθώς και πρωτόκολλα παρακολούθησης εφήβων- προς το παρόν- με χρόνιο νόσημα
4. Διατροφολόγος	Υπάρχει συνεργασία με επιστημονικούς συνεργάτες-διαιτολόγους της Δ΄ Παιδιατρικής Κλινικής
5. Γυμναστής	Δεν υπάρχει
6. Εκπαιδευτικός	Υπάρχει εκπαιδευτικός για απασχόληση των παιδιών που νοσηλεύονται στη Δ΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ. Δεν υπάρχει κάποιος εκπαιδευτικός για εφήβους.
7. Ειδικοί χρόνιων νοσημάτων	Υπάρχουν εξειδικευμένοι παιδίατροι μέλη ΔΕΠ που παρακολουθούν χρόνια νοσήματα (ενδοκρινολογία-διαβητολογία, νευρολογία, πνευμονολογία, καρδιολογία, νεφρολογία, γαστρεντερολογία-διατροφή, ρευματολογία-ανοσολογία). Εξειδικευμένοι διαιτολόγοι (διαβήτης κλπ).
8. Άλλοι ειδικοί τι ακριβώς	Επιστημονικοί συνεργάτες, μεταπτυχιακοί φοιτητές με ενδιαφέρον στην εφηβική ιατρική
Επιστημονικοί συνεργάτες με παραπομπή εκτός νοσοκομείου/ Τι ακριβώς	Μονάδα Εφήβων Ψυχιατρικής Κλινικής Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ
Πρόγραμμα μετάβασης εφήβων σε υπηρεσίες υγείας ενηλίκων Τι ακριβώς?	Υπάρχει πρόγραμμα μετάβασης εφήβων με χρόνιο πρόβλημα σε μονάδα ενηλίκων. Προς το παρόν λειτουργεί υποδειγματικά η μετάβαση των παιδιών-εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 στη μονάδα ενηλίκων με σακχαρώδη διαβήτη αφού στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου στεγάζεται ειδικό Διαβητολογικό Κέντρο με την απαραίτητη στελέχωση από ιατρούς, διατολόγους, νοσηλευτές κλπ. και παραπέμπεται ο έφηβος με τη συνοδεία του παιδίατρου-εφηβιάτρου. Για άλλα χρόνια νοσήματα η μετάβαση γίνεται με προσωπική επικοινωνία των ιατρών ή των

	<p>ασθενών με ιατρούς άλλων νοσοκομείων πχ για την κυστική ίνωση με ιατρούς του Νοσοκομείου Παπανικολάου.</p>
<p>Δραστηριότητες εκπαίδευσης στην εφηβιατρική/ Σημειώστε ώρες και στοιχεία επικοινωνίας υπευθύνου, από πότε άρχισε η διδασκαλία</p>	<p>ΕΦΗΒΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης Ιατρική Σχολή Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Γενικές Πληροφορίες Μαθήματος Υπεύθυνη μαθήματος: Ασημίνα Γαλλή-Τσινοπούλου, Επίκ. Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας Χώρος: Αίθουσα Διδασκαλίας Δ' Παιδιατρικής Κλινικής ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ.Παπαγεωργίου Εγχειρίδιο: Στους φοιτητές διατίθεται δωρεάν το βιβλίο «Βασικές Αρχές Εφηβικής Ιατρικής» των εκδόσεων Ροτόντα Ώρες διδασκαλίας: 15.00-17.00 (Τετάρτη) Εξάμηνο διδασκαλίας: 3ο εξάμηνο Επικοινωνία: agalli@auth.gr , gallitsin@gmail.com</p> <p>Σκοπός του μαθήματος της Εφηβικής Ιατρικής είναι η εκπαίδευση των μεταπτυχιακών φοιτητών της Ιατρικής αλλά και άλλων ενδιαφερομένων, στο αντικείμενο της Εφηβικής Ιατρικής και η ευαισθητοποίηση των κρατικών φορέων, των Ιδρυμάτων και του κοινωνικού συνόλου για την ιδιαιτερότητα της ιατρικής φροντίδας των εφήβων.</p> <p>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Φυσιολογία – σωματικές μεταβολές • Ενδοκρινολογία- μεταβολές • Εφηβική Γυναικολογία • Κοινωνική εφηβική ιατρική • Ψυχιατρική στην εφηβεία • Εφηβική νοσολογία • Χρόνια νοσήματα <p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ Η αποτίμηση της προόδου των μεταπτυχιακών φοιτητών θα γίνεται:</p> <p>A) είτε με 2- 3 βιβλιογραφικές εργασίες σε θεματικές ενότητες του μαθήματος είτε με 1 πλήρες ερευνητικό πρωτόκολλο κατά περίπτωση, κατά τη διάρκεια του εξαμήνου B) είτε με γραπτή</p>

δοκιμασία, στο τέλος του εξαμήνου

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

(εκπονήθηκαν στα πλαίσια του μαθήματος «Εφηβική Ιατρική»)

1. 2005. Ελευθερία Εμμανουηλίδου: Η ποιότητα ζωής των παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου I και οι σχέση της με το ίδιο το νόσημα και τη θεραπεία του. Δημοσιεύθηκε στο Hippokratia. 2008 Jul;12(3):168-75. (Quality of life of children and adolescents with diabetes of Northern Greek origin. Emmanouilidou E, Galli-Tsinopoulou A, Karavatos A, Nousia-Arvanitakis S.) Βραβεύθηκε από στο 5ο Επιστημονικό Συνέδριο της Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, 2-5 Απριλίου 2009

2. 2006. Στυλιανή Γκίζα: Μελέτη των HLA αντιγόνων σε παιδιά και εφήβους με θυρεοειδίτιδα Hashimoto. Δημοσιεύθηκε στο Indian Pediatr. 2008 Jun;45(6):493-6. (HLA-DQB1*05 association with Hashimoto's thyroiditis in children of Northern Greek origin. Giza S, Galli-Tsinopoulou A, Lazidou P, Trachana M, Goulis D.) Βραβεύθηκε στο 5ο Επιστημονικό Συνέδριο της Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, 2-5 Απριλίου 2009.

3. 2007. Αικατερίνη Χατζηδημητρίου: Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 και αρρυθμίες στα παιδιά. Δημοσιεύτηκε στην Παιδιατρική 2009. Βραβεύθηκε με το 2ο Χωρέμειο Βραβείο, στο 46ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Κέρκυρα Ιούνιος 2007.

4. 2008. Μαγδαληνή Πατσεάδου: Σεξουαλική συμπεριφορά σε μαθητικό πληθυσμό Λυκείων του νομού Θεσσαλονίκης. Δημοσιεύθηκε στο Eur J Contracept Reprod Health Care. 2010 Oct;15(5):357-66. (Factors associated with the onset of sexual activity among Greek high school students. Patseadou M, Galli-Tsinopoulou A, Goulis DG, Arvanitidou M.) Βραβεύθηκε με το Βραβείο Κοινωνικής Παιδιατρικής Σ. Δοξιάδη, της Ελληνικής Παιδιατρικής Εταιρείας, 47ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Ιούνιος 2009.

5. 2010. Ιωάννης Κύργιος: Προσδιορισμός επιπέδων πεπτιδίου ΥΚL-40 στον ορό

παχύσαρκων προεφηβικών παιδιών. Συσχέτισμε παχυσαρκία και αντίσταση στην ινσουλίνη. Δημοσιεύτηκε στο Metabolism 2012 Apr;61(4):562-8. (Elevated circulating levels of the serum acute-phase protein YKL-40 (chitinase 3-like protein 1) are a marker of obesity and insulin resistance in prepubertal children. Kyrgios I, Galli-Tsinopoulou A, Stylianos C, Parakonstantinou E, Arvanitidou M, Haidich AB) Βραβεύθηκε με το 3ο Βραβείο στο Διεθνές Συνέδριο 1st International Diabetes and Obesity Forum (IDOF) , 21-23 Οκτωβρίου 2010.

6. 2011. Ελένη Κοτανίδου: Η παιδική παχυσαρκία στην Ελλάδα: Μετα-ανάλυση δεδομένων 2001-2010. Βραβεύθηκε με το Βραβείο Κοινωνικής Παιδιατρικής Σ. Δοξιάδη, της Ελληνικής Παιδιατρικής Εταιρείας, 50ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Ιούνιος 2012. Υπό δημοσίευση στο Hormones.

7. 2011. Αντιγόνη Παυλάκη: Μετα-ανάλυση των επιπέδων του αναστολέα του ενεργοποιητή του πλασμινογόνου1 (PAI -1) σε παχύσαρκα παιδιά και εφήβους. Υπό δημοσίευση στο J Pediatr Endocrinol Metab

8. 2012. Δωροθέα Στεργίδου: Ανίχνευση μεταλλάξεων του γονιδίου KAL-1 σε παιδιά με αγενεσία του νεφρού.

ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ

Για την πληρέστερη παρακολούθηση του μεταπτυχιακού μαθήματος «Εφηβική Ιατρική», διανέμεται δωρεάν στους μεταπτυχιακούς φοιτητές το Εγχειρίδιο «Βασικές Αρχές Εφηβικής Ιατρικής» των εκδόσεων Ροτόντα.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΙΔΑΣΚΩΝ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

10-10-2012 Γαλλή-Τσινοπούλου Ασημίνα :

Εφηβεία-Ηβη: Ορισμοί – φυσιολογία— φυσιολογικές παραλλαγές , Αναπτυξιακές περίοδοι εφηβείας, Ειδικά πρωτόκολλα εξέτασης εφήβων

17-10-2012 Γουλής Δημήτριος : Το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών στις έφηβες

24-10-2012 Τρακατέλλη Μυρτώ : Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

	<p>24-10-2012 Αλατάκη-Παπαδοπούλου Ευφημία: Εμβολιασμοί στην εφηβική ηλικία</p> <p>31-10-2012 Ζηλίκης Νικόλαος : Ψυχικές και συναισθηματικές μεταβολές κατά την εφηβεία (I)</p> <p>31-10-2012 Αμπατζόγλου Γρηγόριος : Ψυχικές και συναισθηματικές μεταβολές κατά την εφηβεία (II)</p> <p>07-10-2012 Γκουντσίδου Βασιλική : Έφηβοι και διαδίκτυο</p> <p>14-11-2012 Κοβάτση Λήδα : Επίδραση και κατανομή ναρκωτικών ουσιών στον εγκέφαλο κατά την εφηβεία</p> <p>21-11-2012 Χατζηπαντελής Εμμανουήλ: Καρκίνος στους έφηβους</p> <p>21-11-2012 Δαρδαβέσης Θεόδωρος: Κοινωνική εφηβική ιατρική I (Οικογενειακός Προγραμματισμός –Αντισύλληψη στην εφηβεία)</p> <p>28-11-2012 Σκεντέρης Νικόλαος: Διαπολιτισμική φροντίδα υγείας του εφήβου</p> <p>28-11-2012 Λαλιώτης Νικόλαος : Συνήθη ορθοπαιδικά προβλήματα στην εφηβεία</p> <p>05-12-2012 Τσίτσικα Άρτεμις: Συνέντευξη με τον έφηβο -Υπηρεσίες παροχής υγείας φιλικές προς τον έφηβο (WHO)</p> <p>12-12-2012 Οικονόμου Μαρίνα: Χρόνια νοσήματα στην εφηβεία (αιματολογικά)</p> <p>12-12-2012 Ροηλίδης Εμμανουήλ : Το AIDS στους έφηβους</p> <p>19-12-2012 Παπαγεωργίου Βάγια : Διαταραχές πρόσληψης τροφής στην εφηβεία – Νευρογενής Ανορεξία και Βουλιμία</p> <p>09-01-2013 Αγοραστός Θεόδωρος: Πρωτογενής πρόληψη του τραχηλικού καρκίνου – Εμβολιασμός</p> <p>09-01-2013 Καρδαράς Παναγιώτης: Κοινωνική εφηβική ιατρική II</p> <p>16-01-2013 Μπακοπούλου Φλώρα :Εφηβική Γυναικολογία</p>
1. Προπτυχιακό επίπεδο	Όχι
2. Μεταπτυχιακά μαθήματα ή πρόγραμμα	Ναι από το 2004
3. Μαθήματα σε ειδικευμένους	προαιρετικά

<p>Περιεχόμενο μαθημάτων (συμπληρώστε σε τι από τα παρακάτω αναφέρονται 1. παχυσαρκία 2.βουλιμία, ανορεξία 3. ριψοκίνδυνες συμπεριφορές 4. σωματικές κακώσεις 5. ψυχική επιβάρυνη 6. Αυτοκτονικότητα και κατάθλιψη 7. Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία 8. Ενδοκρινολογικά προβλήματα 9. Μαθησιακά προβλήματα, διάσπαση προσοχής 10. κοινωνικοποίηση)</p>	<p>ΝΑΙ ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ. ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ1. παχυσαρκία 2.βουλιμία, ανορεξία 3. ριψοκίνδυνες συμπεριφορές 4. σωματικές κακώσεις 5. ψυχική επιβάρυνη 6. Αυτοκτονικότητα και κατάθλιψη 7. Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία 8. Ενδοκρινολογικά προβλήματα 9. Μαθησιακά προβλήματα, διάσπαση προσοχής 10. κοινωνικοποίηση</p>
<p>Δραστηριότητες επαφής με τους εφήβους στην κοινότητα ή μέσω ηλεκτρονικών μέσων</p>	<p>Διοργάνωση ημερίδων για την εφηβεία και διανομή έντυπου υλικού με θέματα που απασχολούν τους εφήβους, ομιλίες από συνεργάτες σε σχολεία (γυμνάσια-λύκεια). Από την εμπειρία μου : Υπάρχει πολύ μεγάλη "δίψα" αλλά και ανταπόκριση των εφήβων σε θέματα ενημέρωσης εφηβικής υγείας. Οι έφηβοι που φθάνουν να ζητήσουν τη βοήθειά μας δείχνουν ότι μας έχουν εμπιστοσύνη και προσδοκούν πολλά από εμάς. Προσοχή να μην τους απογοητεύσουμε και αυτό συμβαίνει όταν δεν τους λέμε κατευθείαν την αλήθεια. Απογοητεύει πολλές φορές το "σύστημα": ραντεβού, αναμονή, Όχι ξεχωριστοί χώροι-συνοστισμός με τα "μικρά παιδιά". Επίσης η απαίτηση των εφήβων να εξετάζονται μόνοι τους χωρίς τους γονείς τους δεν βρίσκει ανταπόκριση από ορισμένους ιατρούς και από το διοικητικό σύστημα μιάς και δεν υπάρχει σαφής νομική κάλυψη για το ιατρικό απόρρητο στην εφηβική ηλικία. Ο έφηβος αντιμετωπίζεται ως ανήλικος και νομικά-δοικητικά απαιτείται η παρουσία ή η συγκατάθεση του γονέα-κηδεμόνα που αυτό δυσκολεύει την εμπιστευτικότητα - εχεμύθεια ανάμεσα στον έφηβο και στον ιατρό. ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ: 1) Εκπαίδευση των παιδιάτρων (επιπλέον εξειδίκευση) και άλλων λειτουργών υγείας σε θέματα εφηβικής ιατρικής. 2) Δημιουργία μονάδων εφηβικής υγείας μέσα στις παιδιατρικές κλινικές 3) Στελέχωση των μονάδων από εξειδικευμένους παιδιάτρους- δυνατότητα εφημεριών στα ΤΕΠ- μόνο για εφήβους 4)</p>

	Εφαρμογή ελαστικού ωραρίου λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων, δωρεάν εξέταση και γενικά εφαρμογή των οδηγιών του WHO σχετικά με τα Adolescent friendly health services (An agenda for change)
<p>Περιγράψτε σύντομα 3 τουλάχιστον θετικά σημεία της εμπειρίας σας από τη σημερινή παροχή υγειονομικών υπηρεσιών σε εφήβους και 5 τουλάχιστον ρεαλιστικές προτάσεις για βελτιώσεις στην κλινική ή την περιοχική ευθύνη σας στα επόμενα 5 χρόνια</p>	<p>Από την εμπειρία μας σε ημερίδες ή ομιλίες σε γυμνάσια και λύκεια προκύπτει ότι οι έφηβοι "διψούν" και ανταποκρίνονται σε όλα τα ενημερωτικά θέματα για την εφηβική υγεία. Επενδύουν πολλά στην προσωπική επαφή και προσέγγιση του λειτουργού υγείας και απογοητεύονται εύκολα αν κάτι δεν τους αρέσει. Με τις υπάρχουσες δομές στα νοσοκομεία αποτρέπονται οι εφηβοί να προσεγγίσουν τους ειδικούς λειτουργούς υγείας γιατί το νομικό κενό και οι διοικητικές γραφειοκρατίες δεν επιτρέπουν την πλήρη εχεμύθεια και την τήρηση του ιατρικού απορρήτου από μέρους πολλών ιατρών. ΠΕΝΤΕ ΡΕΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ: 1) Εκπαίδευση των παιδιάτρων (επιπλέον για τους ήδη υπηρετούντες και μέσα στα πλαίσια της ειδικότητας για τους μελλοντικούς) αλλά και άλλων λειτουργών υγείας σε θέματα εφηβικής ιατρικής 2) Δημιουργία και στελέχωση εξωτερικών ιατρείων και επειγόντων ιατρείων ΤΕΠ μόνο για εφήβους 3) Δημιουργία και στελέχωση μέσα στις παιδιατρικές κλινικές μονάδων εφηβικής υγείας (νοσηλεία-εκπαίδευση) 4) Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινωνίας για θέματα εφηβικής υγείας -συνεργασία με διάφορες ειδικότητες και φορείς 5) Εφαρμογή των οδηγιών του WHO Adolescent friendly health services (An agenda for change) για δημιουργία δομών παροχής υπηρεσιών υγείας δωρεάν, σε κατάλληλη ώρα και κατάλληλο χώρο και από εκπαιδευμένο προσωπικό.</p>

<p>Κέντρο: Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης</p>	<p>Απαντήσεις</p>
<p>Μέγιστη ηλικία νοσηλευόμενων εφήβων</p>	
<p>Επίσημη (κάνουν οι γονείς χρήση της διακριτικής ευχέρειας για νοσηλεία των παιδιών έως 16 ετών</p>	<p>Οι γονείς δηλώνουν την προτίμησή τους για νοσηλεία σε παιδιατρική η παθολογική κλινική</p>

στα παιδιατρικά νοσοκομεία)	
Ανεπίσημη: εξηγήστε πχ για παιδιά με χρόνια προβλήματα υγείας	18 ετών για παιδιά με χρόνια νοσήματα
Παρεχόμενες υπηρεσίες	
1. Ιατρείο Εφήβων Ναι/Όχι, αν Ναι από πότε	Όχι
2. Θάλαμοι Εφήβων Ναι/Όχι, αν Ναι από πότε	Ναι κατά περίπτωση
Επιστημονικό δυναμικό	
1. Γενικοί παιδίατροι αποκλειστικά/ αναλύστε ειδικότερα ενδιαφέροντα	Ναι (διατροφή, ενδοκρινολογία, καρδιολογία)
2. Εξειδικευμένοι παιδίατροι ή άλλες συναφείς ειδικότητες/περιγράψτε αναλυτικά	παιδοπνευμονολογοί, παιδοενδοκρινολογός, παιδονευρολόγος, παιδορευματολόγος
Επιστημονικοί συνεργάτες, στο χώρο του νοσοκομείου	
1. Γυναικολόγος	Ναι
2. Ψυχίατρος/παιδοψυχίατρος	Ναι
3. Ψυχολόγος	Ναι
4. Διατροφολόγος	Ναι
5. Γυμναστής	Όχι
6. Εκπαιδευτικός	Ναι
7. Ειδικοί χρόνιων νοσημάτων	Ναι
8. Άλλοι ειδικοί τι ακριβώς	Γυναικολόγος με εξειδίκευση "εφηβική Γυναικολογία"
Επιστημονικοί συνεργάτες με παραπομπή εκτός νοσοκομείου/ Τι ακριβώς	Όχι
Πρόγραμμα μετάβασης εφήβων σε υπηρεσίες υγείας ενηλίκων Τι ακριβώς?	Όχι
Δραστηριότητες εκπαίδευσης στην εφηβιατρική/ Σημειώστε ώρες και στοιχεία επικοινωνίας υπευθύνου, από πότε άρχισε η διδασκαλία	
1. Προπτυχιακό επίπεδο	Όχι
2. Μεταπτυχιακά μαθήματα ή πρόγραμμα	Όχι
3. Μαθήματα σε ειδικευμένους	Παχυσαρκία, ενδοκρινολογία, Γυναικολογία,

<p>Περιεχόμενο μαθημάτων (συμπληρώστε σε τι από τα παρακάτω αναφέρονται 1. παχυσαρκία 2.βουλιμία, ανορεξία 3. ριψοκίνδυνες συμπεριφορές 4. σωματικές κακώσεις 5. ψυχική επιβάρυνη 6. Αυτοκτονικότητα και κατάθλιψη 7. Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία 8. Ενδοκρινολογικά προβλήματα 9. Μαθησιακά προβλήματα, διάσπαση προσοχής 10. κοινωνικοποίηση)</p>	
<p>Δραστηριότητες επαφής με τους εφήβους στην κοινότητα ή μέσω ηλεκτρονικών μέσων</p>	<p>Όχι</p>
<p>Περιγράψτε σύντομα 3 τουλάχιστον θετικά σημεία της εμπειρίας σας από τη σημερινή παροχή υγειονομικών υπηρεσιών σε εφήβους και 5 τουλάχιστον ρεαλιστικές προτάσεις για βελτιώσεις στην κλινική ή την περιοχή ευθύνης σας στα επόμενα 5 χρόνια</p>	<p>1. Η δυνατότητα επιλογής του εφήβου για την Κλινική νοσηλείας του, και η εξοικείωση των παιδιάντρων με τους εφήβους</p>
	<p>2. Η δυνατότητα παραχώρησης εκπαιδευτικού σε παιδιά με συχνές νοσηλείες</p>
	<p>3. Η χορήγηση πιστοποιητικού Υγείας σε παιδιά 1ης Λυκείου που εξασφαλίζει ενημέρωση για πρόληψη σε βασικά θέματα υγείας</p>
	<p>Ρεαλιστικές Προτάσεις</p>
	<p>1. Τακτική ενημέρωση των εφήβων (σε ειδικό ιατρείο) για εμβολιασμό εφήβων (επαναληπτικό τετάνου, προληπτικό για Ca τραχήλου μήτρας , νεότερο μηνιγγίτιδας, γρίππης, πνευμονιόκοκκου)</p>
	<p>2. Τακτική ενημέρωση για μεθόδους αντισύλληψης από ιατρικό προσωπικό στα σχολεία</p>
	<p>3. Ενίσχυση των παιδιατρικών κλινικών με παιδοψυχίατρο λόγω αύξησης ποσοστων απόπειρας δολοφονίας, σωματικής και λεκτικής κακοποίησης, παραμέλησης, σεξουαλικής βίας κτλ</p>
	<p>4. Τακτική ενημέρωση/ διδασκαλία για την σωστή διατροφή, τους κινδύνους παχυσαρκίας, υποσιτισμού, χρήσης αλκοόλ, εθιστικών ουσιών</p>

	κτλ
	5. Δημιουργία ιστοσελίδας απευθυνόμενης στους εφήβους με υπεύθυνο ιατρό της Παιδιατρικής Κλινικής. Οι εφηβοί μπορούν να συμβουλευούνται για θέματα που τους απασχολούν

Κέντρο: Γ΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικόν»	Απαντήσεις
Μέγιστη ηλικία νοσηλευόμενων εφήβων	
Επίσημη (κάνουν οι γονείς χρήση της διακριτικής ευχέρειας για νοσηλεία των παιδιών έως 16 ετών στα παιδιατρικά νοσοκομεία)	Για το ΠΓΝ «Αττικόν» μέγιστη ηλικία νοσηλείας εφήβων στην Παιδιατρική Κλινική είναι τα 18 έτη.
Ανεπίσημη: εξηγείστε πχ για παιδιά με χρόνια προβλήματα υγείας	Παιδιά με χρόνια νοσήματα π.χ. νευρολογικά, που παρακολουθούνται από νεαρότερες ηλικίες προτιμούν να συνεχίσουν και κατά την εφηβεία να παρακολουθούνται από τον ίδιο γιατρό.
Παρεχόμενες υπηρεσίες	
1. Ιατρείο Εφήβων Ναι/Όχι, αν Ναι από πότε	Όχι. Όλα τα ειδικά ιατρεία παρακολουθούν και εφήβους
2. Θάλαμοι Εφήβων Ναι/Όχι, αν Ναι από πότε	Όχι. Όποτε χρειάζεται νοσηλεύονται σε ξεχωριστό θάλαμο.
Επιστημονικό δυναμικό	
1. Γενικοί παιδίατροι αποκλειστικά/ αναλύστε ειδικότερα ενδιαφέροντα	
2. Εξειδικευμένοι παιδίατροι ή άλλες συναφείς ειδικότητες/περιγράψτε αναλυτικά	<ul style="list-style-type: none"> - αναπτυξιολόγος - νεογνολόγος - παιδο-αλλεργιολόγος - παιδο-γαστρεντερολόγος - παιδο-ενδοκρινολόγος - παιδο-λοιμωξιολόγος - παιδο-νευρολόγος - παιδο-πνευμονολόγος
Επιστημονικοί συνεργάτες, στο χώρο του νοσοκομείου	
1. Γυναικολόγος	Ναι
2. Ψυχίατρος/παιδοψυχίατρος	Ναι
3. Ψυχολόγος	Ναι
4. Διατροφολόγος	Ναι
5. Γυμναστής	Φυσιοθεραπευτής

6. Εκπαιδευτικός	Όχι
7. Ειδικοί χρόνιων νοσημάτων	Ναι
8. Άλλοι ειδικοί τι ακριβώς	Όχι
Επιστημονικοί συνεργάτες με παραπομπή εκτός νοσοκομείου/ Τι ακριβώς	Όχι
Πρόγραμμα μετάβασης εφήβων σε υπηρεσίες υγείας ενηλίκων Τι ακριβώς?	Όχι
Δραστηριότητες εκπαίδευσης στην εφηβιατρική/ Σημειώστε ώρες και στοιχεία επικοινωνίας υπευθύνου, από πότε άρχισε η διδασκαλία	Όχι
1. Προπτυχιακό επίπεδο	
2. Μεταπτυχιακά μαθήματα ή πρόγραμμα	
3. Μαθήματα σε ειδικευμένους	
Περιεχόμενο μαθημάτων (συμπληρώστε σε τι από τα παρακάτω αναφέρονται 1. παχυσαρκία 2.βουλιμία, ανορεξία 3. ριψοκίνδυνες συμπεριφορές 4. σωματικές κακώσεις 5. ψυχική επιβάρυνση 6. Αυτοκτονικότητα και κατάθλιψη 7. Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία 8. Ενδοκρινολογικά προβλήματα 9. Μαθησιακά προβλήματα, διάσπαση προσοχής 10. κοινωνικοποίηση)	Γίνονται όλα
Δραστηριότητες επαφής με τους εφήβους στην κοινότητα ή μέσω ηλεκτρονικών μέσων	Όχι
Περιγράψτε σύντομα 3 τουλάχιστον θετικά σημεία της εμπειρίας σας από τη σημερινή παροχή υγειονομικών υπηρεσιών σε εφήβους και 5 τουλάχιστον ρεαλιστικές προτάσεις για βελτιώσεις στην κλινική ή την περιοχή ευθύνης σας στα επόμενα 5 χρόνια	Στη διάρκεια των τελευταίων ετών νοσηλεύτηκαν στην Κλινική έφηβοι με ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές -νευρογενή ανορεξία, υπερφαγία- όπου διαπιστώθηκε η ιδιαιτερότητα των απαιτούμενων χειρισμών στην προσέγγιση των εφήβων και η ουσιαστική συνεισφορά των παιδοψυχιάτρων, παιδοψυχολόγων. Ανάλογη ήταν η εμπειρία από τη νοσηλεία εφήβων (κοριτσιών) με ελεύθερες σχέσεις. Τέλος, από την εμπειρία με ασθματικούς εφήβους που καπνίζουν (δεν είναι αυτός ο κανόνας, συνήθως

	πειθαρχούν) προκύπτει ότι απαιτείται ειδική προσέγγιση και συνεργασία ομάδας. Στις προθέσεις της Γ Παιδιατρικής Κλινικής είναι η λειτουργία Ιατρείου Εφήβων . Η ευρύτερη περιοχή που καλύπτει υγειονομικά το Νοσοκομείο «Αττικόν» –Δυτική Αττική- είναι πολυπληθής με πραγματικές ανάγκες. Η δυσκολία συνίσταται στην ανάγκη ανάληψης πρωτοβουλίας από κατάλληλα εκπαιδευμένο επιστημονικό προσωπικό με σοβαρή προετοιμασία και ανάλογο συντονισμό των επιμέρους επιστημονικών συνεργατών.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Κέντρο: Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας	Απαντήσεις
Μέγιστη ηλικία νοσηλευόμενων εφήβων	0-16
Επίσημη (κάνουν οι γονείς χρήση της διακριτικής ευχέρειας για νοσηλεία των παιδιών έως 16 ετών στα παιδιατρικά νοσοκομεία)	
Ανεπίσημη: εξηγείστε πχ για παιδιά με χρόνια προβλήματα υγείας	
Παρεχόμενες υπηρεσίες	
1. Ιατρείο Εφήβων Ναι/Όχι, αν Ναι από πότε	Όχι
2. Θάλαμοι Εφήβων Ναι/Όχι, αν Ναι από πότε	Όχι
Επιστημονικό δυναμικό	
1. Γενικοί παιδίατροι αποκλειστικά/ αναλύστε ειδικότερα ενδιαφέροντα	9
2. Εξειδικευμένοι παιδίατροι ή άλλες συναφείς ειδικότητες/περιγράψτε αναλυτικά	0
Επιστημονικοί συνεργάτες, στο χώρο του νοσοκομείου	
1. Γυναικολόγος	0
2. Ψυχίατρος/παιδοψυχίατρος	0
3. Ψυχολόγος	0
4. Διατροφολόγος	0
5. Γυμναστής	0
6. Εκπαιδευτικός	0
7. Ειδικοί χρόνιων νοσημάτων	Δεν είναι συγκεκριμένο

8. Άλλοι ειδικοί τι ακριβώς	0
Επιστημονικοί συνεργάτες με παραπομπή εκτός νοσοκομείου/ Τι ακριβώς	Όχι
Πρόγραμμα μετάβασης εφήβων σε υπηρεσίες υγείας ενηλίκων Τι ακριβώς?	Όχι
Δραστηριότητες εκπαίδευσης στην εφηβιατρική/ Σημειώστε ώρες και στοιχεία επικοινωνίας υπευθύνου, από πότε άρχισε η διδασκαλία	
1. Προπτυχιακό επίπεδο	1ώρα στο 5ο έτος και 1ώρα στο 6ο έτος
2. Μεταπτυχιακά μαθήματα ή πρόγραμμα	Όχι
3. Μαθήματα σε ειδικευμένους	Όχι

Κέντρο: Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων- Παιδιατρική Κλινική	Απαντήσεις
Μέγιστη ηλικία νοσηλευόμενων εφήβων	16 ετών
Επίσημη (κάνουν οι γονείς χρήση της διακριτικής ευχέρειας για νοσηλεία των παιδιών έως 16 ετών στα παιδιατρικά νοσοκομεία)	
Ανεπίσημη: εξηγείστε πχ για παιδιά με χρόνια προβλήματα υγείας	παιδιά με χρόνια πρόβλημα υγείας
Παρεχόμενες υπηρεσίες	
1. Ιατρείο Εφήβων Ναι/Όχι, αν Ναι από πότε	Όχι
2. Θάλαμοι Εφήβων Ναι/Όχι, αν Ναι από πότε	
Επιστημονικό δυναμικό	από το 1990
1. Γενικοί παιδίατροι αποκλειστικά/ αναλύστε ειδικότερα ενδιαφέροντα	
2. Εξειδικευμένοι παιδίατροι ή άλλες συναφείς ειδικότητες/περιγράψτε αναλυτικά	
Επιστημονικοί συνεργάτες, στο χώρο του νοσοκομείου	ρευματολογία, αιματολογία, νευρολογία, νεφρολογία, καρδιολογία, γαστρεντερολογία
1. Γυναικολόγος	

2. Ψυχίατρος/παιδοψυχίατρος	Ναι
3. Ψυχολόγος	Ναι
4. Διατροφολόγος	Ναι
5. Γυμναστής	Ναι
6. Εκπαιδευτικός	Όχι
7. Ειδικοί χρόνιων νοσημάτων	Όχι πάντοτε
8. Άλλοι ειδικοί τι ακριβώς	ενδοκρινολόγος
Επιστημονικοί συνεργάτες με παραπομπή εκτός νοσοκομείου/ Τι ακριβώς	εξειδικευμένοι, φυσιοθεραπευτές
Πρόγραμμα μετάβασης εφήβων σε υπηρεσίες υγείας ενηλίκων Τι ακριβώς?	Όχι
Δραστηριότητες εκπαίδευσης στην εφηβιατρική/ Σημειώστε ώρες και στοιχεία επικοινωνίας υπευθύνου, από πότε άρχισε η διδασκαλία	Όχι
1. Προπτυχιακό επίπεδο	διδασκαλία από τον αναπληρωτή καθηγητή παιδιατρικής Χαλιάσο Νικόλαο, 20 ώρες διδασκαλία στο I εξάμηνο. Οι ακριβείς ώρες καθορίζονται σε συνεννόηση με τους φοιτητές. Επικοινωνία με τον διδάσκοντα τηλ.6945550899, email nchalias@cc.uoi.gr. Είναι επιλεγόμενο μάθημα από βετίας
2. Μεταπτυχιακά μαθήματα ή πρόγραμμα	επιλεγόμενο μάθημα εφηβικής ιατρικής
3. Μαθήματα σε ειδικευμένους	
Περιεχόμενο μαθημάτων (συμπληρώστε σε τι από τα παρακάτω αναφέρονται 1. παχυσαρκία 2.βουλιμία, ανορεξία 3. ριψοκίνδυνες συμπεριφορές 4. σωματικές κακώσεις 5. ψυχική επιβάρυνση 6. Αυτοκτονικότητα και κατάθλιψη 7. Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία 8. Ενδοκρινολογικά προβλήματα 9. Μαθησιακά προβλήματα, διάσπαση προσοχής 10. κοινωνικοποίηση)	σε όλα
Δραστηριότητες επαφής με τους εφήβους στην κοινότητα ή μέσω ηλεκτρονικών μέσων	Όχι

<p>Περιγράψτε σύντομα 3 τουλάχιστον θετικά σημεία της εμπειρίας σας από τη σημερινή παροχή υγειονομικών υπηρεσιών σε εφήβους και 5 τουλάχιστον ρεαλιστικές προτάσεις για βελτιώσεις στην κλινική ή την περιοχή ευθύνης σας στα επόμενα 5 χρόνια</p>	<p>συνέχεια της παρακολούθησης από τον ίδιο ιατρό. Καλύτερη συνεργασία του εφήβου. Ευκολότερη εμπλοκή των γονέων</p>
	<p>Πληρέστερη εξειδίκευση των νέων ιατρών στην εφηβική ιατρική. Λειτουργία τακτικού ιατρείου εφηβιατρικής. Τακτική συνεργασία ψυχολόγου με την παιδιατρική κλινική. Συνεργασία των άλλων ειδικοτήτων σε τακτική βάση. Εύρεση κονδυλίων για δραστηριότητες (ερευνητικές-ενημερωτικές) στην κοινότητα και το σχολείο για την υγεία και τα προβλήματα γενικά των εφήβων.</p>

Κέντρο: Κέντρο: Παιδιατρικό Τμήμα Ασκληπιείου Βούλας	Απαντήσεις
<p>Μέγιστη ηλικία νοσηλευόμενων εφήβων</p>	
<p>Επίσημη (κάνουν οι γονείς χρήση της διακριτικής ευχέρειας για νοσηλεία των παιδιών έως 16 ετών στα παιδιατρικά νοσοκομεία)</p>	<p>Επίσημη (κάνουν οι γονείς χρήση της διακριτικής ευχέρειας για νοσηλεία των παιδιών έως 16 ετών στα παιδιατρικά νοσοκομεία)</p>
<p>Ανεπίσημη: εξηγήστε πχ για παιδιά με χρόνια προβλήματα υγείας</p>	<p>ναι, έως 18 ετών</p>
<p>Παρεχόμενες υπηρεσίες</p>	
<p>1. Ιατρείο Εφήβων Ναι/Όχι, αν Ναι από πότε</p>	<p>ναι. Από το 1995</p>
<p>2. Θάλαμοι Εφήβων Ναι/Όχι, αν Ναι από πότε</p>	<p>ναι. Από το 1995 ναι. (κλίνες, όχι θάλαμοι ξεχωριστοί). Από το 1995</p>
<p>Επιστημονικό δυναμικό</p>	
<p>1. Γενικοί παιδίατροι αποκλειστικά/ αναλύστε ειδικότερα ενδιαφέροντα</p>	<p>γενικοί παιδίατροι/άσθμα, αναπτυξιακή παιδιατρική, εφηβική ιατρική αναπτυξιακή παιδιατρική, εφηβική ιατρική</p>
<p>2. Εξειδικευμένοι παιδίατροι ή άλλες συναφείς ειδικότητες/περιγράψτε αναλυτικά</p>	<p>αναπτυξιακή παιδιατρική, εφηβική ιατρική</p>
<p>Επιστημονικοί συνεργάτες, στο χώρο του νοσοκομείου</p>	
<p>1. Γυναικολόγος</p>	<p>Όχι</p>

2. Ψυχίατρος/παιδοψυχίατρος	Ναι
3. Ψυχολόγος	Ναι
4. Διατροφολόγος	Ναι
5. Γυμναστής	Όχι
6. Εκπαιδευτικός	Όχι
7. Ειδικοί χρόνιων νοσημάτων	Φυσική Ιατρική
8. Άλλοι ειδικοί τι ακριβώς	
Επιστημονικοί συνεργάτες με παραπομπή εκτός νοσοκομείου/ Τι ακριβώς	Μονάδα εφηβικής υγείας (Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών)
Πρόγραμμα μετάβασης εφήβων σε υπηρεσίες υγείας ενηλίκων Τι ακριβώς?	
Δραστηριότητες εκπαίδευσης στην εφηβιατρική/ Σημειώστε ώρες και στοιχεία επικοινωνίας υπευθύνου, από πότε άρχισε η διδασκαλία	
1. Προπτυχιακό επίπεδο	
2. Μεταπτυχιακά μαθήματα ή πρόγραμμα	
3. Μαθήματα σε ειδικευμένους	Ναι
Περιεχόμενο μαθημάτων (συμπληρώστε σε τι από τα παρακάτω αναφέρονται 1. παχυσαρκία 2.βουλιμία, ανορεξία 3. ριψοκίνδυνες συμπεριφορές 4. σωματικές κακώσεις 5. ψυχική επιβάρυνση 6. Αυτοκτονικότητα και κατάθλιψη 7. Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία 8. Ενδοκρινολογικά προβλήματα 9. Μαθησιακά προβλήματα, διάσπαση προσοχής 10. κοινωνικοποίηση)	Όλα γίνονται
Δραστηριότητες επαφής με τους εφήβους στην κοινότητα ή μέσω ηλεκτρονικών μέσων	
Περιγράψτε σύντομα 3 τουλάχιστον θετικά σημεία της εμπειρίας σας από τη σημερινή παροχή υγειονομικών υπηρεσιών σε εφήβους και 5 τουλάχιστον ρεαλιστικές προτάσεις για βελτιώσεις	1) Προγραμματισμός αγωγής υγείας σε εφήβους από κλιμάκιο παιδιάτρων και επισκέπτριας υγείας (κάπνισμα, ναρκωτικά, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, νευρογενής ανορεξία-βουλιμία, παχυσαρκία, ορθή χρήση διαδικτύου, bullying, ατυχήματα)- Οκτώβριος

στην κλινική ή την περιοχή ευθύνης σας στα επόμενα 5 χρόνια	2013. 2) Δημιουργική απασχόληση νοσηλευόμενων παιδιών από εθελοντές εφήβους.
	1) Προτίμηση γονέων για νοσηλεία των παιδιών σε παιδιατρικές κλινικές, 2) Προσπάθεια ένταξης και συμμόρφωσης των εφήβων στα προγράμματα προληπτικής ιατρικής (εμβολιασμός, προαθλητικός έλεγχος) 3) Προσφορά εθελοντικής εργασίας από ομάδα εφήβων για δημιουργική απασχόληση νοσηλευόμενων
	1) Επέκταση του προγράμματος αγωγής υγείας σε εφήβους από κλιμάκιο παιδιάτρων και επισκέπτριας υγείας σε όλα τα σχολικά συγκροτήματα της περιοχής ευθύνης μας κατόπιν αιτήματος της τοπικής αυτοδιοίκησης. 2) Εκπαίδευση-ενημέρωση των εκπαιδευτικών πάνω στα προβλήματα της εφηβείας και αντιμετώπιση τους μέσα σε πλαίσιο μιας
<p>Ανακοινώσεις-Δημοσιεύσεις θεμάτων που αφορούν στην εφηβεία 1) Α. Συντονισμός σε στρογγυλό τραπέζι Αθλητισμός και Έφηβος. Β. Προεδρείο στη Διατροφή στην Εφηβεία. Στο 10ο Παγκόσμιο Συνέδριο του Διεθνούς Κολεγίου Παιδιατρικής και φροντίδας του Παιδιού 6-10 Οκτωβρίου 1996, Αθήνα.2) Συμμετοχή στην συγγραφή του βιβλίου: «Ο Έφηβος στην Ελλάδα», Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 1985. 3) Συγγραφή του άρθρου «Έφηβος με χρόνια πρόβλημα υγείας», στο υπό την έκδοση βιβλίο «Ο Έφηβος» της Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών (Καθηγήτρια Χ Σταυρούλα Παπαδάκου-Λαγογιάννη Συμπόσιο Ελληνικής Εταιρείας Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού και Διεθνές Κέντρο Έρευνας για το παιδί και την οικογένεια, 22-25/04/82, Αθήνα.5) Έφηβος και χρόνια νοσήματα στην Ελλάδα Παπαδάκου-Λαγογιάννη Στ., Κατσαντώνη Α., Κυριόπουλος Ι., Λαζοπούλου-Ηλιάδου Δ., Σομαράκης Μ., Χατζηλιαμή-Γρηγορακάκη Α. 2ο Διεπιστημονικό Συνέδριο του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, Δεκέμβριος, 1984.6) Παχυσαρκία και υπερλιπιδαιμία σε παιδιά και εφήβους της Ν.Α. Αττικής Ο. Φιλίππου, Κ. Καρανάσιου, Μ. Δολιανίτη, Β. Τασιοπούλου, Μ. Ζήβα Πετροπούλου, Σ. Παπαδάκου-Λαγογιάννη- Παιδιατρικό τμήμα Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας 7ο Διεθνές Συνέδριο Παχυσαρκίας, Μεταβολισμού και Διαταραχών Διατροφής, Γιάννενα, 2007.7) Καθιστική ζωή και παχυσαρκία σε παιδιά και εφήβους Ο. Φιλίππου, Κ. Καρανάσιου, Χ. Βλιώρα, Μ. Δολιανίτη, Δ. Μπερή, Στ. Παπαδάκου-Λαγογιάννη 8ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο Παχυσαρκίας, Αθήνα, Μάρτιος 2010. 8)Αλλεργίες και Έφηβοι- Ιδιαιτερότητες Ζωή Μεταξά, Αδριανή Διβόλη, Χρήστος Τράσιας, Σταυρούλα Παπαδάκου 49ο Παιδιατρικό Συνέδριο, Πύλος- Μεσσηνίας, 2011 9) Ασυνήθης περίπτωση εφήβου με νόσο Kawasaki Μαρία Αγραπίδη, Καλλιόπη Κουλουφάκου-Γρατσία, Άννα Ηλιοπούλου, Μαρία Φιλιππίδου, Ζωή Μεταξά, Λουκία Ιωαννίδη, Βασιλική Μεταξά, ΌλγαΦιλίππου, Ανδριανή Διβόλη, Σταυρούλα Παπαδάκου-Λαγογιάννη 49ο Παιδιατρικό Συνέδριο, Πύλος- Μεσσηνίας, 2011 10 Εφηβικές δραστηριότητες-Αιτία αποκάλυψης οικογενούς έμμεσης</p>	

υπερχοληρυθριναιμίας(πιθανό σ.Gilbert) Λουκία Ιωαννίδου, Μαρία Φιλιππίδου, Βασιλική Μεταξά, Ζωή Μεταξά, Μαρία Αγραπίδη, Άννα Ηλιοπούλου, Καλλιόπη Κουλουφάκου-Γρατσιά, Όλγα Φιλίππου, Ιωάννης Πιτυκάκης, Ανδριανή Διβόλη, Σταυρούλα Παπαδάκου-Λαγογιάννη 49ο Παιδιατρικό Συνέδριο, Πύλος- Μεσσηνίας, 2018. Ψυχολογικές εργασίες σε ομάδα εφήβων που πάσχουν από χρόνια νόσημα Παπαδάκου-Λαγογιάννη Στ., Καπετανάκης Κ. Πρακτικά του Α΄ Μετεκπαιδευτικού Σεμιναρίου της Παιδοψυχιατρικής 59-66, Εκδ. 198431.11) Παχυσαρκία και μεταβολικό σύνδρομο σε παιδιά και εφήβους της Ν.Α. Αττικής Ο. Φιλίππου, Μ. Δολιανίτη, Χ. Βλιώρα, Κ. Καρανάσιου, Σ. Παπαδάκου-Λαγογιάννη Παιδιατρική 2010;73:98-10319. 12) The Greek Adolescent: A study in Neglect. Nakou S., Lambidi A., Loumakou M., Soulpi K., Stathakopoulou N., Voskaki E., and Papadaku- Lagogianni S. Institute of Child Health, Athens, Greece. Lapte-Essop-Appe 1985. 16) Prevalence, epidemiology and demographics of obesity in children and adolescents in South East Attica (prodromal announcement of a prospective study). Ο. Filippou, Κ. Roubani, Κ. Karanasiou, Μ. Ziva – Petropoulou, S. Papadaku – Lagogianni. Asklepeion Voula District General Hospital. Athens. Pediatric Department. 12th European Meeting of the International Association for Adolescent Health, Athens, 2006.17) Metabolic syndrome in overweight an 18) Relations between hypertension and lifestyle parameters and dietary patterns in overweight children and adolescents. Ο. Filippou, Κ. Karanasiou, Μ. Dolianiti, Τ. Sergeantanis, Μ. Ziva-Petropoulou, S. Papadaku-Lagogianni. Asklepeion Voula District General Hospital, Athens, Pediatric Department, XIth World Congress of Echocardiography and Vascular Ultrasound and 1st International Congress of Hypertension and Cardiovascular Preventions, Rodos 20 19) Hypertension in overweight children and adolescents of South East Attica. Prevalence and correlations with lifestyle factors and eating habits.Ο. Filippou, Κ. Karanasiou, Μ. Dolianiti, Τ. Sergeantantis, Μ. Ziva-Petropoulou, S. Papadaku-Lagogianni. Asklepeion Voula District General Hospital. Athens. Pediatric Department. 25th International Congress of Pediatrics, Athens 2007. 20) Prevalence of hypertension and its association with blood lipid abnormalities in overweight children and adolescents. Ο. Filippou, Κ. Karanasiou, Μ. Dolianity, Τ. Sergeantanis, Μ. Ziva-Petropoulou, S. Papadaku-Lagogianni. Asklepeion Voula District General Hospital. Athens. Pediatric Department. 25th International Congress of Pediatrics, Athens 2007.21) Hypertension in children and adolescents: relationship with BMI and other cardiovascular risk factors.

<p>Κέντρο: ΕΙΔΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (Ε.Κ.Ε.Ι.) ΕΔΡΑ UNESCO ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, Α' ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"</p>	<p>Απαντήσεις</p>
<p>Μέγιστη ηλικία νοσηλευόμενων εφήβων</p>	<p>24 ΕΤΗ</p>

Επίσημη (κάνουν οι γονείς χρήση της διακριτικής ευχέρειας για νοσηλεία των παιδιών έως 16 ετών στα παιδιατρικά νοσοκομεία)	21 ΕΤΗ
Ανεπίσημη: εξηγείστε πχ για παιδιά με χρόνια προβλήματα υγείας	24 ΕΤΗ
Παρεχόμενες υπηρεσίες	
1. Ιατρείο Εφήβων Ναι/Όχι, αν Ναι από πότε	ΝΑΙ ΑΠ'Ο 2005
2. Θάλαμοι Εφήβων Ναι/Όχι, αν Ναι από πότε	
Επιστημονικό δυναμικό	
1. Γενικοί παιδίατροι αποκλειστικά/ αναλύστε ειδικότερα ενδιαφέροντα	ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ
2. Εξειδικευμένοι παιδίατροι ή άλλες συναφείς ειδικότητες/περιγράψτε αναλυτικά	ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
Επιστημονικοί συνεργάτες, στο χώρο του νοσοκομείου	
1. Γυναικολόγος	1 ΠΑΙΔΟΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ
2. Ψυχίατρος/παιδοψυχίατρος	2 ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΙ
3. Ψυχολόγος	7 ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ
4. Διατροφολόγος	2 ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΙ
5. Γυμναστής	
6. Εκπαιδευτικός	
7. Ειδικοί χρόνιων νοσημάτων	1 ΠΑΙΔΟΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΣ, 1 ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΟΣ, 2 ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΙ
8. Άλλοι ειδικοί τι ακριβώς	1 ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
Επιστημονικοί συνεργάτες με παραπομπή εκτός νοσοκομείου/ Τι ακριβώς	ΕΙΔΙΚΟΣ ΠΑΙΔΑΓΩΓΟΣ ΓΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΑΘΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ
Πρόγραμμα μετάβασης εφήβων σε υπηρεσίες υγείας ενηλίκων Τι ακριβώς?	ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ
Δραστηριότητες εκπαίδευσης στην εφηβιατρική/ Σημειώστε ώρες και στοιχεία επικοινωνίας υπευθύνου, από πότε άρχισε η διδασκαλία	ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ Φ. ΜΠΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΑΠΟ 2006
1. Προπτυχιακό επίπεδο	ΚΑΤ' ΕΠΙΛΟΓΗΝ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟ ΜΑΘΗΜΑ "ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ-ΕΦΗΒΙΑΤΡΙΚΗ"

2. Μεταπτυχιακά μαθήματα ή πρόγραμμα	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ (ΑΘΗΝΑ-ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ), ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
3. Μαθήματα σε ειδικευμένους	ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ 1 ΜΗΝΟΣ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΩΝ ΑΠ'Ο ΤΟ 2010, ΠΕΡΙΠΟΥ 20 ΩΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ
Περιεχόμενο μαθημάτων (συμπληρώστε σε τι από τα παρακάτω αναφέρονται 1. παχυσαρκία 2.βουλιμία, ανορεξία 3. ριψοκίνδυνες συμπεριφορές 4. σωματικές κακώσεις 5. ψυχική επιβάρυνση 6. Αυτοκτονικότητα και κατάθλιψη 7. Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία 8. Ενδοκρινολογικά προβλήματα 9. Μαθησιακά προβλήματα, διάσπαση προσοχής 10. κοινωνικοποίηση)	ΌΛΑ
Δραστηριότητες επαφής με τους εφήβους στην κοινότητα ή μέσω ηλεκτρονικών μέσων	1) ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ ΤΑ ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗΝ UNESCO, 2) ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΣΠΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΤΟΥΣ ΔΗΜΟΥΣ Π. ΦΑΛΗΡΟΥ, ΑΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΚΑΙ ΑΛΙΜΟΥ ΜΕ ΦΟΡΗΤΗ ΤΗΛΕΙΑΤΡΙΚΗ, 3) ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΜΕΣΩ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗΣ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ
Περιγράψτε σύντομα 3 τουλάχιστον θετικά σημεία της εμπειρίας σας από τη σημερινή παροχή υγειονομικών υπηρεσιών σε εφήβους και 5 τουλάχιστον ρεαλιστικές προτάσεις για βελτιώσεις στην κλινική ή την περιοχή ευθύνης σας στα επόμενα 5 χρόνια	Η ΠΡΟΕΦΗΒΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΕΙΝΑΙ ΗΛΙΚΙΑ ΚΛΕΙΔΙ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΟ ΖΩΗ. ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΕΓΑΛΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΤΩΝ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΤΩΝ ΚΑΙ Η ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΙΣ ΦΙΛΙΚΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ ΕΊΝΑΙ ΑΞΙΟΣΗΜΕΙΩΤΗ. ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΑΡΞΕΙ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΚΑΙ ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ. ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΕΙΝΑΙ Η ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΦΙΛΙΚΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΕΙΝΑΙ ΝΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΘΟΥΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΜΕΤΑΒΑΣΗΣ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ, ΔΙΚΤΥΟ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ

	ΕΦΗΒΩΝ.
--	---------

Κέντρο: Αγία Σοφία	Απαντήσεις
Μέγιστη ηλικία νοσηλευόμενων εφήβων	
Επίσημη (κάνουν οι γονείς χρήση της διακριτικής ευχέρειας για νοσηλεία των παιδιών έως 16 ετών στα παιδιατρικά νοσοκομεία)	
Ανεπίσημη: εξηγείστε πχ για παιδιά με χρόνια προβλήματα υγείας	
Παρεχόμενες υπηρεσίες	
1. Ιατρείο Εφήβων Ναι/Όχι, αν Ναι από πότε	
2. Θάλαμοι Εφήβων Ναι/Όχι, αν Ναι από πότε	
Επιστημονικό δυναμικό	
1. Γενικοί παιδίατροι αποκλειστικά/ αναλύστε ειδικότερα ενδιαφέροντα	
2. Εξειδικευμένοι παιδίατροι ή άλλες συναφείς ειδικότητες/περιγράψτε αναλυτικά	
Επιστημονικοί συνεργάτες, στο χώρο του νοσοκομείου	
1. Γυναικολόγος	
2. Ψυχίατρος/παιδοψυχίατρος	
3. Ψυχολόγος	
4. Διατροφολόγος	
5. Γυμναστής	
6. Εκπαιδευτικός	
7. Ειδικοί χρόνιων νοσημάτων	
8. Άλλοι ειδικοί τι ακριβώς	
Επιστημονικοί συνεργάτες με παραπομπή εκτός νοσοκομείου/ Τι ακριβώς	
Πρόγραμμα μετάβασης εφήβων σε υπηρεσίες υγείας ενηλίκων Τι ακριβώς?	
Δραστηριότητες εκπαίδευσης	

στην εφηβιατρική/ Σημειώστε ώρες και στοιχεία επικοινωνίας υπευθύνου, από πότε άρχισε η διδασκαλία	
1. Προπτυχιακό επίπεδο	
2. Μεταπτυχιακά μαθήματα ή πρόγραμμα	
3. Μαθήματα σε ειδικευμένους	
Περιεχόμενο μαθημάτων (συμπληρώστε σε τι από τα παρακάτω αναφέρονται 1. παχυσαρκία 2.βουλιμία, ανορεξία 3. ριψοκίνδυνες συμπεριφορές 4. σωματικές κακώσεις 5. ψυχική επιβάρυνη 6. Αυτοκτονικότητα και κατάθλιψη 7. Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία 8. Ενδοκρινολογικά προβλήματα 9. Μαθησιακά προβλήματα, διάσπαση προσοχής 10. κοινωνικοποίηση)	
Δραστηριότητες επαφής με του εφήβους στην κοινότητα ή μέσω ηλεκτρονικών μέσων	
Περιγράψτε σύντομα 3 τουλάχιστον θετικά σημεία της εμπειρίας σας από τη σημερινή παροχή υγειονομικών υπηρεσιών σε εφήβους και 5 τουλάχιστον ρεαλιστικές προτάσεις για βελτιώσεις στην κλινική ή την περιοχή ευθύνης σας στα επόμενα 5 χρόνια	

Βιβλιογραφία

Βιβλιογραφία ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

1. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet* 2011; 377: 1438–47.

2. Blakemore S-J. The social brain in adolescence. *Nat Rev Neurosci* 2008; 9: 267–77.

3. Blum RW, Nelson-Mmari K. The health of young people in a global context. *J Adolesc Health* 2004; 35: 402–18.

4. Casey BJ, Getz S, Galvan A. The adolescent brain. *Dev Rev* 2008; 28: 62–77.

5. Cohen P, Kasen S, Chen H, Hartmark C, Gordon K. Variations in patterns of developmental transitions in the emerging adulthood period. *Dev Psychol* 2003; 39: 657–69.

6. Galvan A, Hare TA, Parra CE, et al. Earlier development of the accumbens relative to orbitofrontal cortex might underlie risk-taking behavior in adolescents. *J Neurosci* 2006; 26: 6885–92.

7. Giedd JN, Blumenthal J, Jeffries NO, et al. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nat Neurosci* 1999; 2: 861–63.

8. Gluckman PD, Hanson MA. Evolution, development and timing of puberty. *Trends Endocrinol Metab* 2006; 17: 7–12.

9. Glynn JR, Kayuni N, Floyd S, et al. Age at menarche, schooling, and sexual debut in northern Malawi. *PLoS One* 2010; 5: e15334.

10. Gore FM, Bloem PJN, Patton GC, et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet* 2011; 377: 2093–102.

11. Hall GS. *Adolescence: its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. London: Appleton, 1905.

12.Hingson RW, Heeren T, Winter M. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160: 739–46.

13.Insel TR. A neurobiological basis of social attachment. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 726–35.

14.Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 593–602.

15.Lloyd C, ed, for the Panel on Transitions to Adulthood in Developing Countries. *Growing up global: the changing transitions to adulthood in developing countries*. Washington, DC: The National Academies Press, 2005.

16.Mortimer JT, Vuolo M, Staff J, Wakefi eld S, Xie W. Tracing the timing of “career” acquisition in a contemporary youth cohort. *Work Occup* 2008; 35: 44–84.

17.Parent A-S, Teilmann G, Juul A, Skakkebaek NE, Toppari J, Bouguignon J-P. The timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity: variations around the world, secular trends, and changes after migration. *Endrocr Rev* 2003; 24: 668–93.

18.Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet* 2009; 374: 881–92.

19.Patton GC, Viner R. Pubertal transitions in health. *Lancet* 2007; 369: 1130–39.

20.Paus T, Keshavan M, Giedd JN. Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nat Rev Neurosci* 2008; 9: 947–57.

21.Petanjek Z, Judas M, Simic G, et al. Extraordinary neoteny of synaptic spines in the human prefrontal cortex. *Proc Natl Acad Sci USA* 2011; 108: 13281–86.

22.Peto R, Boreham J, Lopez AD, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339: 1268–78.

23.Poelen EA, Scholte RH, Engels RC, Boomsma DI, Willemsen G. Prevalence and trends of alcohol use and misuse among adolescents and young adults in the Netherlands from 1993 to 2000. *Drug Alcohol Depend* 2005; 79: 413–21.

24.Raznahan A, Lerch JP, Lee N, et al. Patterns of coordinated anatomical change in human cortical development: a longitudinal neuroimaging study of maturational coupling. *Neuron* 2011; 72: 873–84.

25.Roudi-Fahimi F, Mederios Kent M. Challenges and opportunities—the population of the Middle East and Africa. *Population Bulletin* 62, no. 2. Washington, DC: Population Reference Bureau, 2007.

26.Shaw P, Kabani NJ, Lerch JP, et al. Neurodevelopmental trajectories of the human cerebral cortex. *J Neurosci* 2008; 28: 3586–94.

27.Smith L, Foxcroft D. Drinking in the UK: an exploration of trends. York: Joseph Rowntree Foundation, 2009.

28.UN. Prevention and control of non-communicable disease. New York, NY: United Nations, 2010.

29.Viner RM, Ozer EM, Denny S, et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* 2012; published online April 25. DOI:10.1016/S0140-6736(12)60149-4.

30.WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, 2009.

Βιβλιογραφία ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

1.Frenkel ID, Neilsen K. Immunization issues for the 21st century. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2003;90(suppl6):45-52

2.D'Angelo L. Preventing the preventable: challenges in immunizing adolescents. *Advanced studies in Medicine*. 2004;4(2B):134-141

3.Μονάδα Εφηβικής Υγείας, Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», www.youth-health.gr

4.National Committee for Quality Assurance. State of Health. Care Quality Report. Available at: www.ncqa.org/tabid/447/Default.aspx. Accessed August 6, 2008

5.Centers for Disease Control and Prevention. Teen vaccination coverage, 2011 National Immunization Survey (NIS), <http://www.cdc.gov/vaccines/who/teens/vaccination-coverage.html>

6.Handal GA. Adolescent immunization. *Adolesc Med.* 2000;11(2):439-452

7.G.M.Lee et al. Adolescent immunizations: missed opportunities for prevention. 2008 *Pediatrics*;122:711

8.Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Recommended Immunization Schedule for Adults Aged 19 Years and Older - United States, 2013, Supplements February 1, 2013 / 62(01);9-19

9.Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Γενική Δ/νση Σχεδιασμού & Ανάπτυξης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Πρόληψης & Προαγωγής Υγείας, Νέο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών, Εφήβων & Ενηλίκων, 2011, <http://www.eopyg.gov.gr>

10.Safety, tolerability, and immunogenicity of Gardasil given concomitantly with Menactra and Adacel in healthy adolescents. Reisinger KS, et al. *Pediatrics* 2010; 125 (6): 1-10

11.Sakou et al. Vaccination coverage among adolescents and risk factors associated with incomplete immunization. *Eur J Pediatr.* 2011 Nov;170(11):1419-26.

Βιβλιογραφία CYBERBULLYING

1. Pyżalski J., Dzieckokrzywdzone. Teoria, badania, praktyka, Agresja elektroniczna dzieci i młodzieży, Różne wymiary zjawiska, (2009), 1 (26), 12-27

2. Smith, P.K., Mahdavi, J., Carvalho, M., & Tippett, N., An investigation into cyberbullying, its forms, awareness and impact, and the relationship between age and gender in cyberbullying, (2006), Research Brief No.RBX03-06, London: DfES

3. Smith, P.K., Pepler, D.J., & Rigby, K.(Eds.). Bullying in schools: How successful can interventions be? Cambridge: Cambridge University Press, (2004)

4. Gountsidou V., Teenagers and their profile in cyberspace. Proceedings COST 298 Conference: The Good, the bad and the Challenging, Κοπεγχάγη, (2009).