

ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ

ΤΕΥΧΟΣ 126, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2024

Νέος ορισμός και διαγνωστικά κριτήρια της κλινικής παχυσαρκίας
Χρήση υποκατάστατων άλατος χαμηλότερης περιεκτικότητας σε νάτριο
Προαγωγή Ψυχικής Υγείας στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση

Η δύναμη της Ψηφιακής Υγείας στην προαγωγή υγείας
PaRIS - Η πρώτη διεθνή έρευνα ασθενών του ΟΟΣΑ
Η θεραπεία μέσα από το πρίσμα της τέχνης του χορού και της κίνησης



ΧΡΟΝΙΑ

Παράγουμε Ελληνικό Φάρμακο

ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ | ΚΟΙΝΩΝΙΑ | ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ
ΕΝΩΣΗ
ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ

για την ΥΓΕΙΑ

- Το Ελληνικό Φάρμακο μπορεί να καλύψει άμεσα το 70% των αναγκών της **ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ** και το 50% των αναγκών της **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**
- Η ανάδειξη και στήριξη του Ελληνικού Φαρμάκου είναι **ΕΘΝΙΚΗ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ**, με μια **ΕΘΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ** και με **ΚΙΝΗΤΡΑ** σε Πατρούς & Φαρμακοποιούς

Με αυτόν τον τρόπο μπορούμε να πετύχουμε:

- **ΜΕΙΩΣΗ** στις άσκοπες εισαγωγές ακριβών φαρμάκων
- **ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ** του ελλείμματος στο ισοζύγιο εμπορικών συναλλαγών στα φάρμακα
- **ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ** πόρων για τα καινοτόμα φάρμακα που πραγματικά χρειαζόμαστε

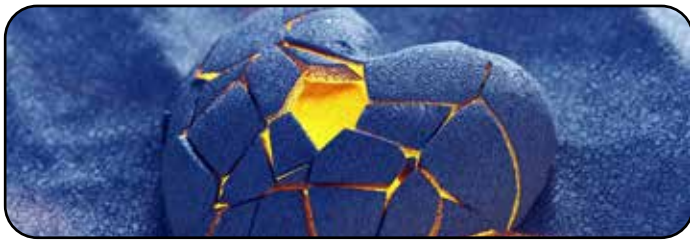
για την ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Το Ελληνικό Φάρμακο είναι:

- **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ** και **ΑΣΦΑΛΕΣ** γιατί πιστοποιείται από τους σημαντικότερους Οργανισμούς Φαρμάκου παγκοσμίως
- **ΠΟΙΟΤΙΚΟ** γιατί παράγεται σε ελληνικά εργοστάσια που ακολουθούν αυστηρά τα διεθνή πρότυπα διασφάλισης ποιότητας
- **ΔΙΕΘΝΩΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΟ** γιατί εκατομμύρια ασθενείς σε περισσότερες από 140 χώρες το εμπιστεύονται καθημερινά
- **ΠΡΟΣΙΤΟ** για τον Έλληνα ασθενή γιατί μειώνει το κόστος συμμετοχής των ασφαλισμένων

για την ΑΝΑΠΤΥΞΗ

- Παράγεται σε 45 υπερσύγχρονα ελληνικά **ΕΡΓΟΣΤΑΣΙΑ**
- Επηρεάζει πάνω από **53.000 ΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**
- Κατέχει την **2η ΘΕΣΗ ΣΤΙΣ ΕΞΑΓΩΓΕΣ** της Ελλάδας
- Εξάγεται σε **147 ΧΩΡΕΣ**
- Για κάθε €1.000 δαπάνης το **ΑΕΠ ΕΝΙΣΧΥΕΤΑΙ** κατά €3.420
- Συμβάλει συνολικά με **€2,8 δισ.** το χρόνο στο **ΑΕΠ**
- Η ελληνική φαρμακοβιομηχανία υλοποιεί την πενταετία 2021-2025 ένα μεγάλο επενδυτικό πρόγραμμα ύψους **1,2 δισ. Ευρώ** σε παραγωγή, έρευνα και ανάπτυξη.



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις της εποχής μας σε ό,τι αφορά την προστασία και βελτίωση της υγείας. Η επίτευξη ενός τέτοιου στόχου είναι εφικτή εφόσον κατανοηθούν και εντοπιστούν οι διαστάσεις και οι αιτίες του φαινομένου, εφαρμοστούν αξιόπιστες διαδικασίες μέτρησης και παρακολούθησης, και βέβαια υλοποιηθούν στοχευμένες πολιτικές για την αντιμετώπισή τους. Για τον σκοπό αυτό, το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής ανέλαβε να εκπονήσει την πρώτη συνολική μελέτη για τις κοινωνικές ανισότητες υγείας στη χώρα μας. Σε συνεργασία με διακεκριμένους συναδέλφους μελετήσαμε το θεωρητικό υπόβαθρο του φαινομένου και καταγράψαμε τα δεδομένα, ανασκοπώντας τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία και εστιάζοντας κυρίως στις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία στη χώρα μας. Με βάση τις διαπιστώσεις και τα συμπεράσματα της μελέτης, διατυπώσαμε προτάσεις για την αντιμετώπισή τους. Οι προτάσεις αυτές αφορούν όλους τους κοινωνικούς προσδιοριστές των ανισοτήτων. Ωστόσο, δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στις αναγκαίες αλλαγές για την ανασυγκρότηση του ΕΣΥ και για την ανάπτυξη του τομέα της Δημόσιας Υγείας. Η δημοσίευση της μελέτης με μορφή βιβλίου θα βοηθήσει σημαντικά στην ανάπτυξη του αναγκαίου διαλόγου. Επίσης, θα βοηθήσει στην ευαισθητοποίηση των εμπλεκόμενων πολιτειακών και επιστημονικών φορέων, καθώς και των ενδιαφερόμενων επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να υποστηριχθεί η περαιτέρω έρευνα των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία και να προωθηθεί η υλοποίηση πολιτικών για την αντιμετώπισή τους. Σε όσους συνέβαλαν στην εκπόνηση της μελέτης και στην έκδοση του βιβλίου, που πραγματοποιήθηκαν με την υποστήριξη της MSD, οφείλω θερμές ευχαριστίες. (Κοινωνικές Ανισότητες στην Υγεία Αιτίες – Δεδομένα – Πολιτικές (2025). Εκδόσεις Επίκεντρο)

Γιάννης Τούντας, Ομότιμος Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Ινστιτούτο Κοινωνικής & Προληπτικής Ιατρικής

Περιεχόμενα

4 Προαγωγή Ψυχικής Υγείας στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση - Το Ευρωπαϊκό έργο wExchange

Ε. Σκελλάρη, - Ζ. Φενερλή, Μ. Παπαντών, Α.Μ. Σιδηροπούλου, Χ. Πράπας, Α. Λάγιου, ,Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

7 Ο νέος ορισμός και τα διαγνωστικά κριτήρια της κλινικής παχυσαρκίας: Κύρια μηνύματα για το κοινό από το Lancet Diabetes & Endocrinology Commission

Συμμαχία για την Καταπολέμηση της Παχυσαρκίας Ελλάδας

13 Η δύναμη της Ψηφιακής Υγείας: Το Ελληνικό οικοσύστημα ως αναπτυσσόμενο πεδίο για την Προαγωγή Υγείας

Ε. Σαλματάνη, MSc Προαγωγή & Αγωγή Υγείας, ΕΚΠΑ, Hellenic Digital Health Cluster (HDHC)

15 Χοροθεραπεία - Η θεραπεία μέσα από το πρίσμα της τέχνης του χορού και της κίνησης

Π. Λιαραμάντζα Διατροφολόγος-Χοροθεραπεύτρια, MSc Προαγωγή & Αγωγή Υγείας, ΕΚΠΑ

18 Νέες κατευθυντήριες οδηγίες για τη χρήση υποκατάστατων άλατος χαμηλότερης περιεκτικότητας σε νάτριο

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 2025

20 Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες των ασθενών, The Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)

ΟΟΣΑ 2025

23 Κοινωνιολογία και Ιατρική Εκπαίδευση στην Ελλάδα: καταγραφή και ανάλυση σε εθνικό επίπεδο

Πελαγία Σουλτάτου, Τρισεύγενη Τραντάλη, Κωνσταντίνος-Χρυσοβαλάντης Πατήθρας & Χαράλαμπος Οικονόμου

25 ΝΕΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

34 ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

38 ΣΥΝΕΔΡΙΑ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ

ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ

ΝΕΣΤΟΥ 3, 11527 Αθήνα
e-mail: info@ispm.gr
website: www.neahygeia.gr

Γραμματεία Σύνταξης: Χ. Δημητρακάκη,
Κ. Γιαννοπούλου, Χ. Βλαχοπούλου

Εκδότης: Γιάννης Τούντας

Ιδιοκτήτης: Γιάννης Τούντας

Προαγωγή Ψυχικής Υγείας στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση - Το Ευρωπαϊκό έργο wExchange

Ε. Σακελλάρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Ε. Ζ. Φενερλή, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Μ. Παπαντώνη, Μαθηματικός και καθηγήτρια Πληροφορικής 9ου Γυμνασίου Καλλιθέας

Α.Μ. Σιδηροπούλου, Φιλολόγος 9ου Γυμνασίου Καλλιθέας

Χ. Πράπας, Επίκουρος Καθηγητής, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Α. Λάγιου, Καθηγήτρια, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Η προαγωγή υγείας των εφήβων αποτελεί έναν κρίσιμο τομέα της Δημόσιας Υγείας δεδομένων των μοναδικών αναπτυξιακών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι (W.H.O., 2024). Μεταξύ των στρατηγικών που αξιοποιούνται για την προαγωγή της υγείας των νέων, η προσέγγιση «peer-to-peer» έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική. Βασίζεται στην επιρροή των ομότιμων (συνομηλίκων) για την προαγωγή θετικών συμπεριφορών, χρησιμοποιώντας τα κοινωνικά δίκτυα των εφήβων και τις κοινές εμπειρίες τους (Fleary & Joseph, 2020).

Στο πλαίσιο αυτό, το έργο «wExchange» αναδεικνύεται ως μια καινοτόμος πρωτοβουλία που ενσωματώνει την προσέγγιση «peer-to-peer» στην πράξη και αξιοποιεί τη δύναμη της αλληλοεκπαίδευσης μεταξύ συνομηλίκων. Το έργο «wExchange» («Promoting mental well-being through online exchange in secondary schools») είναι ένα τριετές ευρωπαϊκό πρόγραμμα χρηματοδοτούμενο από το Erasmus+ (01/09/2022 έως 31/08/2025). Στο έργο συμμετέχουν μαθητές/μαθήτριες ηλικίας 13-16 ετών, εκπαιδευτικοί, ακαδημαϊκοί και επαγγελματίες υγείας από τις χώρες εταίρους. Ο σκοπός του έργου είναι η ανάπτυξη μεθόδων αλληλο-

εκπαίδευσης μεταξύ ομότιμων/συνομηλίκων για την ενίσχυση της εγγραμματοσύνης ψυχικής υγείας και την προαγωγή της ψυχικής υγείας και ευεξίας των νέων.

Η κοινοπραξία του «wExchange» περιλαμβάνει εταίρους από τέσσερις ευρωπαϊκές χώρες, με τη συμμετοχή ενός πανεπιστημίου και μιας σχολικής μονάδας από κάθε χώρα:

- Φινλανδία: Turku University of Applied Sciences (συντονιστής) και Ruustellin Yhtenäiskoulu 6.-9.lk
- Ελλάδα: Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας) και 9ο Γυμνάσιο Καλλιθέας «Μάνος Χατζιδάκις»
- Πορτογαλία: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa και Agrupamento de Escolas de Santo Antonio
- Σλοβενία: University of Novo Mesto και Šolski Center Novo mesto

Το έργο «wExchange» αναπτύσσει υλικό αγωγής υγείας και δραστηριότητες που στηρίζονται στη μέθοδο της αλληλοεκ-



παίδευσης μεταξύ ομοτίμων/συνομηλίκων («peer-to-peer») για την προαγωγή της ψυχικής υγείας των μαθητών/μαθητριών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Οι επιμέρους στόχοι του έργου είναι:

- Η προαγωγή δεξιοτήτων εγγραμματοσύνης ψυχικής υγείας των νέων.
- Η δημιουργία δραστηριοτήτων αλληλοεκπαίδευσης μεταξύ ομοτίμων/συνομηλίκων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και ευεξίας των νέων.
- Η ανάπτυξη μεθόδων εικονικής ανταλλαγής (virtual exchange) για σχολεία.
- Η εφαρμογή στην πράξη των γνώσεων που θα αποκτηθούν από το έργο.

Στο πλαίσιο του έργου σχεδιάστηκαν και αναπτύχθηκαν δραστηριότητες που αρχικά πραγματοποιήθηκαν διαδικτυακά με την ομάδα του έργου και στη συνέχεια εφαρμόστηκαν πιλοτικά στα σχολεία-εταίρους του έργου σε κάθε χώρα με τη μεθοδολογία «peer-to-peer». Στην ομάδα έργου συμμετέχουν 20 μαθητές/μαθήτριες ηλικίας 13-16 ετών από κάθε χώρα-εταίρο, εκπαιδευτικοί και ακαδημαϊκοί. Ο γενικός στόχος αυτής της εικονικής ανταλλαγής (διαδικτυακών συναντήσεων) είναι η ανάπτυξη υλικού για παρεμβάσεις προαγωγής ψυχικής υγείας και ευεξίας. Η ενεργός συμμετοχή των μαθητών/μαθητριών είναι σημαντική ώστε το υλικό που αναπτύσσεται να αφορά στην καθημερινή ζωή των νέων.

Συγκεκριμένα, κατά το σχολικό έτος 2023-2024, πραγματοποιήθηκαν τέσσερις εξ αποστάσεως (διαδικτυακές) συναντήσεις ώστε να γνωρίσουν οι μαθητές/μαθήτριες την έννοια της ψυχικής υγείας και ευεξίας και να ευαισθητοποιηθούν σχετικά με τους τομείς της ζωής που συμβάλλουν στην προστασία και προαγωγή της ψυχικής υγείας και ευεξίας τους. Στη συνέχεια,

δημιούργησαν και συμμετείχαν ενεργά σε δραστηριότητες όπως διαδικτυακά παιχνίδια και quiz, συζητήσεις σε ομάδες, βιωματικές ασκήσεις και δημιουργικές δράσεις, αξιοποιώντας τις νέες τεχνολογίες. Είχαν επίσης την ευκαιρία να ανταλλάξουν ιδέες για την εφαρμογή όλων αυτών στο δικό τους σχολικό περιβάλλον. Οι μαθητές/μαθήτριες της ομάδας έργου εφάρμοσαν πιλοτικά διάφορες δραστηριότητες με τους συμμαθητές τους στα σχολεία της χώρας τους και στο τέλος μοιράστηκαν τις εμπειρίες τους σε μία από τις εξ αποστάσεως συναντήσεις.

Οι θεματικές που συμπεριελήφθησαν με βάση το «χέρι ψυχικής υγείας» (mieli.fi) ήταν οι παρακάτω:

1. Ύπνος και ξεκούραση
2. Διατροφή και διατροφικές συνήθειες
3. Σχέσεις και συναισθήματα
4. Άσκηση και ενσυνειδητότητα
5. Δημιουργικότητα και ευχαρίστηση

Οι διαδικτυακές συναντήσεις αξιολογήθηκαν θετικά από τους/τις μαθητές/μαθήτριες που συμμετείχαν, σχεδόν όλοι/όλες οι συμμετέχοντες/συμμετέχουσες τις βρήκαν ενδιαφέρουσες και η ανατροφοδότηση που πρόσφεραν υπήρξε καθοριστική για τα επόμενα βήματα του έργου. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων/συμμετεχουσών θεώρησε τόσο το υλικό αγωγής υγείας, όσο και τις δραστηριότητες προαγωγής ψυχικής υγείας σημαντικά για τους/τις ίδιους/ίδιες.

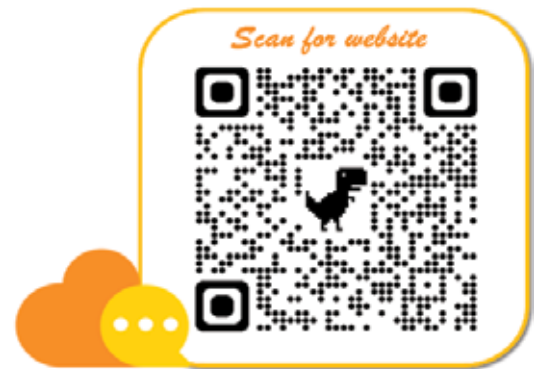


Στην παρούσα φάση, το πρόγραμμα βρίσκεται στο τρίτο και τελευταίο έτος, κατά το οποίο αναπτύσσονται σχετικοί οδηγοί, σε συνέχεια της πιλοτικής εφαρμογής των δραστηριοτήτων προαγωγής ψυχικής υγείας, αξιολόγησής τους και ανατροφοδότησης που οδηγούν την ομάδα έργου στο τελικό υλικό. Οι οδηγοί θα είναι ανοιχτής πρόσβασης και διαθέσιμοι στην ιστοσελίδα του έργου (<https://wexchange.turkuamk.fi>) σε πέντε γλώσσες (Αγγλικά, Ελληνικά Πορτογαλικά, Σλοβένικα και Φινλανδικά) προκειμένου να αξιοποιηθούν από σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και φορείς που ασχολούνται με τους νέους.

Βιβλιογραφία

Fleary, S. A., & Joseph, P. (2020). Adolescents' Health Literacy and Decision-making: A Qualitative Study. American Journal of Health Behavior, 44(4), 392. <https://doi.org/10.5993/AJHB.44.4.3>

World Health Organization. (2024). Adolescent and young adult health. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>



Co-funded by
the European Union



Ο νέος ορισμός και τα διαγνωστικά κριτήρια της κλινικής παχυσαρκίας: Κύρια μηνύματα για το κοινό από το Lancet Diabetes & Endocrinology Commission

Συμμαχία για την Καταπολέμηση της Παχυσαρκίας Ελλάδας

Με πάνω από ένα δισεκατομμύριο ανθρώπους στον κόσμο να εκτιμάται ότι ζουν με παχυσαρκία [1], υπάρχει επείγουσα ανάγκη τα συστήματα υγείας παγκοσμίως να υιοθετήσουν έναν καθολικό, κλινικά αξιόπιστο ορισμό και σαφή διάγνωση της παχυσαρκίας.

Με την υποστήριξη 75 ιατρικών οργανώσεων από όλο τον κόσμο, η **Επιτροπή Διαβήτη και Ενδοκρινολογίας Lancet** καθορίζει ένα νέο διαγνωστικό μοντέλο παχυσαρκίας βασισμένο σε αντικειμενικά μέτρα ασθένειας σε ατομικό επίπεδο και εισάγει δύο νέες κατηγορίες παχυσαρκίας - κλινική παχυσαρκία και προκλινική παχυσαρκία.

Αυτός ο επαναπροσδιορισμός προσδιορίζει ιατρικά σαφείς στόχους για την πρόληψη και τη θεραπεία της παχυσαρκίας και διευκολύνει μια πιο ορθολογική και δίκαιη κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης.

Κύρια μηνύματα:

1. Το πρόβλημα: Οι τρέχουσες μέθοδοι προσδιορισμού της παχυσαρκίας δεν επιτρέπουν την ακριβή διάγνωση της νόσου, δυσχεραίνοντας έτσι τη θεραπεία και τη χάραξη πολιτικών σχετικά με την παχυσαρκία.

2. Η λύση: Η Επιτροπή εισάγει δύο νέες διαγνωστικές κατηγορίες παχυσαρκίας

βάσει αντικειμενικών μεθόδων προσδιορισμού της ασθένειας σε ατομικό επίπεδο: την «κλινική παχυσαρκία», μια χρόνια ασθένεια με συγκεκριμένα σημεία και συμπτώματα τρέχουσας δυσλειτουργίας οργάνων που οφείλεται αποκλειστικά στην παχυσαρκία· και «προκλινική παχυσαρκία», που σχετίζεται με ποικίλο επίπεδο κινδύνου για την υγεία, αλλά όχι τρέχουσα ασθένεια.

3. Το νόημα και οι επιπτώσεις: Όλα τα άτομα που ζουν με παχυσαρκία θα πρέπει να λαμβάνουν συμβουλές για την υγεία τους και επιστημονικά τεκμηριωμένη φροντίδα όταν χρειάζεται - χωρίς στίγμα και ενοχοποίηση - με διαφορετικές στρατηγικές για την κλινική παχυσαρκία και την προκλινική παχυσαρκία.

Αναλυτικά τα κύρια μηνύματα:

1. Οι τρέχουσες μέθοδοι προσδιορισμού της παχυσαρκίας δεν επιτρέπουν την ακριβή διάγνωση της νόσου, δυσχεραίνοντας έτσι τη θεραπεία και τη χάραξη πολιτικών σχετικά με την παχυσαρκία.

● Υπάρχει μια συνεχιζόμενη αντιγνωμία μεταξύ των κλινικών ιατρών και των



υπευθύνων χάραξης πολιτικής σχετικά με τον ορισμό της παχυσαρκίας ως ασθένειας.

ο Ένας καθολικός ορισμός στον οποίο όλα τα άτομα με παχυσαρκία θεωρείται ότι έχουν ασθένεια εγείρει ανησυχίες ότι αυτό μπορεί να οδηγήσει σε υπερδιάγνωση, οδηγώντας σε αδικαιολόγητη χρήση φαρμάκων, ιατρικών τεχνολογιών και χειρουργικών επεμβάσεων, με πιθανή επιβλαβή επίδραση για το άτομο και ιλιγγιώδες κόστος για την κοινωνία.

ο Από την άλλη πλευρά, η θεώρηση της παχυσαρκίας μόνο ως παράγοντα κινδύνου και ποτέ ως ασθένειας, μπορεί άδικα να στερήσει την πρόσβαση σε επείγουσα παροχή φροντίδας από πολλά άτομα που πάσχουν από κακή υγεία αποκλειστικά λόγω της παχυσαρκίας.

● Η παχυσαρκία ορίζεται παρόντως από το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ). Ένας ΔΜΣ ίσος ή μεγαλύτερος από 30 Kg/m² θεωρείται δείκτης παχυσαρκίας για άτομα ευρωπαϊκής καταγωγής. Διαφορετικά, ειδικά ανά χώρα όρια ΔΜΣ χρησιμοποιούνται επίσης για να ληφθεί υπόψη η εθνοτική μεταβλητότητα του κινδύνου που σχετίζεται με την παχυσαρκία.



● Αν και ο ΔΜΣ είναι χρήσιμος για τον εντοπισμό ατόμων με αυξημένο

κίνδυνο προβλημάτων υγείας, ο ΔΜΣ δεν αποτελεί ακριβές μέτρο του λίπους του σώματος, δεν αντικατοπτρίζει την κατανομή του στο σώμα και δεν παρέχει πληροφορίες σχετικά με την υγεία και την ασθένεια σε ατομικό επίπεδο.

● Το να βασίζεται κανείς μόνο στο ΔΜΣ μπορεί να οδηγήσει σε υποδιάγνωση ατόμων που είναι ασθενή και υπερδιάγνωση ατόμων που επί του παρόντος δεν έχουν αρνητικές συνέπειες για την υγεία από την παχυσαρκία.

ο Μερικοί άνθρωποι είναι πιο πιθανό να αποθηκεύουν υπερβολικό λίπος μέσα και γύρω από τα όργανά τους, όπως το ήπαρ, και τους μυς – αυτό σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο για καρδιακές και μεταβολικές ασθένειες, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, από όταν το υπερβολικό λίπος αποθηκεύεται ακριβώς κάτω από το δέρμα σε άλλες περιοχές του σώματος. Αυτοί οι άνθρωποι, ωστόσο, δεν έχουν πάντα ΔΜΣ πάνω από το όριο της παχυσαρκίας, πράγμα που σημαίνει ότι τα προβλήματα υγείας τους μπορεί να περάσουν απαρατήρητα.

ο Οι αθλητές και άλλα άτομα με περισσότερη μυϊκή μάζα τείνουν να έχουν υψηλότερους ΔΜΣ παρά τα φυσιολογικά επίπεδα σωματικού λίπους. Επομένως, ο ΔΜΣ τους μπορεί να τους ταξινομήσει εσφαλμένα ως πάσχοντες από παχυσαρκία.

ο Κάποιοι άνθρωποι μπορεί να έχουν υψηλό ΔΜΣ και αυξημένο σωματικό

λίπος, αλλά να διατηρούν φυσιολογικές λειτουργίες των οργάνων και του σώματος, χωρίς σημεία ή συμπτώματα τρέχουσας ασθένειας. Το να διαγιγνώσκονται τέτοια άτομα ως πάσχοντα από μια ασθένεια μπορεί να οδηγήσει σε περιττές θεραπείες.

- Απαιτείται επειγόντως ένας πιο διαφοροποιημένος ορισμός της παχυσαρκίας καθώς και κλινικά αξιόπιστες μέθοδοι για τη διάγνυσή της.

2. Η Επιτροπή εισάγει δύο νέες διαγνωστικές κατηγορίες παχυσαρκίας βασισμένες σε αντικειμενικές μεθόδους προσδιορισμού της ασθένειας σε ατομικό επίπεδο: την «κλινική παχυσαρκία», μια χρόνια ασθένεια με συγκεκριμένα σημεία και συμπτώματα τρέχουσας δυσλειτουργίας οργάνων που οφείλεται αποκλειστικά στην παχυσαρκία· και την «προκλινική παχυσαρκία», που σχετίζεται με ποικίλο επίπεδο κινδύνου για την υγεία, αλλά όχι τρέχουσα ασθένεια.

- Ενώ αναγνωρίζει τον ΔΜΣ ως χρήσιμο εργαλείο προσυμπτωματικού ελέγχου για τον εντοπισμό ατόμων με πιθανή παχυσαρκία, η Επιτροπή συνιστά την απομάκρυνση από τη διάγνωση της παχυσαρκίας με βάση μόνο τον ΔΜΣ.

- Οι συγγραφείς συνιστούν την επιβεβαίωση της περίσσειας λιπώδους μάζας (παχυσαρκία) χρησιμοποιώντας μία από

τις ακόλουθες μεθόδους:

ο τουλάχιστον μία μέτρηση του μεγέθους του σώματος (περίμετρος μέσης, λόγος μέσης-ισχίων ή λόγος μέσης-ύψους) επιπλέον του ΔΜΣ

ο τουλάχιστον δύο μετρήσεις του μεγέθους του σώματος (περίμετρος μέσης, λόγος μέσης-ισχίων ή λόγος μέσης προς ύψος) ανεξάρτητα από το ΔΜΣ

ο άμεση μέτρηση σωματικού λίπους (όπως με σάρωση οστικής πυκνότητας) ανεξάρτητα από το ΔΜΣ

ο σε άτομα με πολύ υψηλό ΔΜΣ (δηλαδή >40Kg/m²) η παχυσαρκία μπορεί ρεαλιστικά να θεωρηθεί βέβαιη

- Τα άτομα με κλινική παχυσαρκία έχουν μια χρόνια ασθένεια με περιορισμένη λειτουργία ιστών ή οργάνων ή σημαντική δυσχέρεια στην ολοκλήρωση των τυπικών καθημερινών δραστηριοτήτων λόγω υπερβολικής ή ασυνήθιστης κατανομής σωματικού λίπους. Η διάγνωση της κλινικής παχυσαρκίας απαιτεί ένα ή και τα δύο από τα ακόλουθα κύρια κριτήρια:

A. Ενδείξεις περιορισμένης λειτουργίας οργάνων ή ιστών που οφείλεται άμεσα στο υπερβολικό σωματικό λίπος. Η Επιτροπή ορίζει 18 διαγνωστικά κριτήρια για την κλινική παχυσαρκία σε ενήλικες και 13 ειδικά κριτήρια για παιδιά και εφήβους, μετα-



ξύ των οποίων:

- ο Δύσπνοια που προκαλείται από τις επιδράσεις της παχυσαρκίας στους πνεύμονες
- ο Καρδιακή ανεπάρκεια προκαλούμενη από την παχυσαρκία
- ο Πόνος στα γόνατα ή τα ισχία, με δυσκαμψία των αρθρώσεων και μειωμένο εύρος κίνησης ως άμεση επίδραση του υπερβολικού σωματικού λίπους στις αρθρώσεις
- ο Ορισμένες αλλοιώσεις των οστών και των αρθρώσεων σε παιδιά και εφήβους που περιορίζουν την κίνηση
- ο Άλλα σημεία και συμπτώματα που προκαλούνται από δυσλειτουργία άλλων οργάνων, συμπεριλαμβανομένων των νεφρών, των ανώτερων αεραγωγών, μεταβολικών οργάνων, του νευρικού, ουροποιητικού και αναπαραγωγικού συστήματος και του λεμφικού συστήματος στα κάτω άκρα

B. Σημαντική δυσχέρεια στην κίνηση ή τις καθημερινές δραστηριότητες όπως το μπάνιο, το ντύσιμο, η σίτιση και η απουσία ακράτειας, λόγω της επίδρασης του υπερβολικού σωματικού λίπους.

- Τα άτομα που ζουν με προκλινική παχυσαρκία έχουν υπερβολικό σωματικό λίπος αλλά όχι σημεία διαταραγμένης λειτουργίας οργάνων ή ιστών που σχετίζονται άμεσα με την πα-

χυσαρκία και μπορούν να ολοκληρώσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες ανεμπόδιστα. Επομένως, τα άτομα με προκλινική παχυσαρκία δεν έχουν τρέχουσα ασθένεια, αν και έχουν ποικίλο αλλά γενικά αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κλινικής παχυσαρκίας και άλλων ασθενειών όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, οι καρδιοαγγειακές παθήσεις και ορισμένοι καρκίνοι.

3. Όλα τα άτομα που ζουν με παχυσαρκία θα πρέπει να λαμβάνουν συμβουλές υγείας και επιστημονικά τεκμηριωμένη φροντίδα όταν χρειάζεται - χωρίς στίγμα και ενοχοποίηση - με διαφορετικές στρατηγικές για την κλινική παχυσαρκία και την προκλινική παχυσαρκία.

- Τα άτομα με κλινική παχυσαρκία θα πρέπει να λαμβάνουν έγκαιρη, Επιστημονικά τεκμηριωμένη θεραπεία, όπως ενδείκνυται για άτομα που πάσχουν από οποιαδήποτε άλλη χρόνια ασθένεια. Η θεραπεία για την κλινική παχυσαρκία θα πρέπει να στοχεύει στην πλήρη ανάκτηση ή βελτίωση των λειτουργιών του σώματος που διαταράσσονται από το υπερβάλλον σωματικό λίπος.

- Το είδος της θεραπείας και της διαχείρισης – υγιεινοδietetική παρέμβαση, φαρμακευτική αγωγή, χειρουργική επέμβαση κ.λπ. – για την κλινική παχυσαρκία θα πρέπει να βασίζεται στον ατομικό κίνδυνο κάθε ατόμου: αξιολογήσεις πιθανού οφέλους και συζήτηση με τον ασθενή.
- Η επιτυχής θεραπεία και δι-



αχείριση της κλινικής παχυσαρκίας θα πρέπει να αξιολογείται με βάση τη βελτίωση των σημείων και συμπτωμάτων, και όχι μόνο με μέτρα απώλειας βάρους.

● Τα άτομα που ζουν με προκλινική παχυσαρκία διατρέχουν κίνδυνο για μελλοντικές ασθένειες, αλλά δεν έχουν τρέχουσες επιπλοκές στην υγεία λόγω του υπερβολικού σωματικού λίπους. Κατά συνέπεια, η προσέγγιση της περίθαλψής τους θα πρέπει να αποσκοπεί στη μείωση του κινδύνου. Αυτό μπορεί να απαιτεί μόνο συμβουλευτική και παρακολούθηση της υγείας με την πάροδο του χρόνου ή ενεργή θεραπεία, εάν είναι απαραίτητη για τη μείωση σημαντικά υψηλών επιπέδων κινδύνου.

● Αυτή η πιο λεπτομερής προσέγγιση της παχυσαρκίας, η οποία κάνει ρεαλιστική διάκριση μεταξύ ατόμων που δεν έχουν τρέχουσα ασθένεια, αν και διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για την υγεία τους, και ατόμων που έχουν ήδη τρέχουσα ασθένεια, θα επιτρέψει την εφαρμογή εξατομικευμένων προσεγγίσεων για την πρόληψη, τη διαχείριση και τη θεραπεία της παχυσαρκίας με πιο κατάλληλη και οικονομικά αποδοτική κατανομή πόρων.

● Οι οργανισμοί ασφάλειας υγείας σε όλο τον κόσμο συχνά απαιτούν αποδεικτικά στοιχεία για άλλες καταστάσεις που σχετίζονται με την παχυσαρκία (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2) για να παρέχουν κάλυψη θεραπειών για την πα-

χυσαρκία. Ως διακριτή χρόνια ασθένεια αφ' εαυτής, η κλινική παχυσαρκία δεν θα πρέπει να απαιτεί την παρουσία άλλης νόσου για να δικαιολογήσει την κάλυψη.

● Η προκατάληψη και το στίγμα με βάση το βάρος παρουσιάζουν σημαντικά εμπόδια για την αποτελεσματική πρόληψη, διαχείριση και θεραπεία της παχυσαρκίας. Οι συντάκτες της Επιτροπής πιστεύουν ότι ο παρών αντικειμενικός, κλινικά τεκμηριωμένος επαναπροσδιορισμός της παχυσαρκίας μπορεί να συμβάλει στην εξάλειψη των παρανοήσεων που συμβάλλουν στο στίγμα. Επιπλέον, συνιστούν ισχυρά την κατάλληλη κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας και των υπευθύνων χάραξης πολιτικής για την αντιμετώπιση του σημαντικού αυτού ζητήματος.

Δελτίο Τύπου: ΣΥΜΜΑΧΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ (<https://www.action4obesity.gr/>)

Definition and diagnostic criteria of clinical obesity, Rubino, Francesco et al. The Lancet Diabetes & Endocrinology, Volume 13, Issue 3, 221 – 262 [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(24\)00316-4/abstract](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(24)00316-4/abstract)



Η «ΣΥΜΜΑΧΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ» αποτελεί το πρώτο δίκτυο στην Ελλάδα που περιλαμβάνει όλους τους σχετικούς με τη διαχείριση της παχυσαρκίας επαγγελματίες υγείας, ενώσεις ασθενών, την ακαδημαϊκή κοινότητα, αλλά και εκπροσώπους των δημοτικών αρχών και ξεκίνησε το 2021. Οι 27 εταιρείες-μέλη της Συμμαχίας αποτελούν την πιο ενημερωμένη και εξειδικευμένη επιστημονική κοινότητα που μελετά και καταγράφει τις επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην υγεία, την ποιότητα ζωής και την οικονομία. Ταυτόχρονα, τα μέλη αναδεικνύουν την παχυσαρκία ως υποτροπιάζουσα χρόνια νόσο που απαιτεί για την πρόληψη και την αντιμετώπισή της συντονισμένες προσπάθειες, ορθή πληροφόρηση επιστημόνων και κοινού και την απαλοιφή του στίγματος, με τη συμμετοχή της επιστημονικής κοινότητας, της πολιτείας, των δημοτικών αρχών και των πολιτών.



Η δύναμη της Ψηφιακής Υγείας: Το Ελληνικό οικοσύστημα ως αναπτυσσόμενο πεδίο για την Προαγωγή Υγείας

Εύα Σαλματάνη

MSc Health Promotion & Education, NKUA, Project Manager, Hellenic Digital Health Cluster (HDHC)

Στη σύγχρονη εποχή, η ψηφιακή υγεία αναδιαμορφώνει τον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζουμε τη Δημόσια Υγεία, την πρόληψη ασθενειών και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Από τις φορητές συσκευές (wearables) που παρακολουθούν βιομετρικά δεδομένα σε πραγματικό χρόνο, μέχρι τις διαγνώσεις που βασίζονται στην τεχνητή νοημοσύνη (AI) και την τηλεϊατρική, τα ψηφιακά εργαλεία καθιστούν την εξατομικευμένη φροντίδα υγείας πιο προσβάσιμη από ποτέ. Παράλληλα, επιτρέπουν την έγκαιρη ανίχνευση παραγόντων κινδύνου για την υγεία και την ταχύτερη ανταπόκριση σε υγειονομικές κρίσεις. Η ταχύτητα με την οποία εξελίσσονται οι ψηφιακές καινοτομίες δημιουργεί νέες δυνατότητες, αλλά και προκλήσεις για τα συστήματα υγείας παγκοσμίως.

Οι τεχνολογίες αυτές μπορούν να αποτελέσουν ισχυρά εργαλεία στον σχεδιασμό και υλοποίηση προγραμμάτων προαγωγής υγείας. Τομείς της ψηφιακής υγείας όπως τα δεδομένα υγείας, η ιατρική ακριβείας, οι συσκευές υγείας (medical devices), λογισμικά υγείας, η τεχνητή νοημοσύνη, η τηλεϊατρική και η απομακρυσμένη φροντίδα υγείας μπορούν να συμβάλουν καθοριστικά στην προληπτική ιατρική και στη διαχείριση ζητημάτων δημόσιας υγείας, εξασφαλίζοντας την ενδυνάμωση των πολιτών και την βελτίωση της ποιότητας ζωής. Επιπλέον, η ψηφιακή υγεία μπορεί να συνδράμει θετικά

στην επιδημιολογική παρακολούθηση, στις καμπάνιες ενημέρωσης για την πρόληψη ασθενειών και στην ενίσχυση της διασύνδεσης μεταξύ επαγγελματιών υγείας και πολιτών. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η δυνατότητα ανάλυσης μεγάλου όγκου δεδομένων (big data) για την αναγνώριση προτύπων και την υποστήριξη λήψης αποφάσεων σε πραγματικό χρόνο. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να αξιοποιήσουν αυτές τις νέες δυνατότητες, να εξοικειωθούν με τις τεχνολογίες και να τις αξιοποιήσουν για τον σχεδιασμό ουσιαστικών παρεμβάσεων υγείας στους πληθυσμούς. Με αυτόν τον τρόπο, μπορούν να διαμορφωθούν πιο ευέλικτα και ανθεκτικά συστήματα υγείας που ανταποκρίνονται καλύτερα στις προκλήσεις της εποχής μας.

Το οικοσύστημα ψηφιακής υγείας στην Ελλάδα και ο ρόλος του Hellenic Digital Health Cluster (HDHC)

Το οικοσύστημα ψηφιακής υγείας στην Ελλάδα διαμορφώνεται δυναμικά μέσα από τη συνεργασία δημόσιων και ιδιωτικών φορέων, ερευνητικών ιδρυμάτων και επιχειρήσεων τεχνολογίας. Οι Συνεργατικοί Σχηματισμοί Καινοτομίας διαδραματίζουν κομβικό ρόλο στην ενίσχυση αυτών των διασυνδέσεων, προωθώντας τη μεταφορά γνώσης, την ανάπτυξη καινοτόμων



λύσεων και την υλοποίηση στρατηγικών έργων που προάγουν την υγεία και την ευημερία του πληθυσμού. Το Hellenic Digital Health Cluster (HDHC) ως Συνεργατικός Σχηματισμός για την ψηφιακή υγεία στην Ελλάδα, διαδραματίζει καίριο ρόλο στην ανάπτυξη του οικονομικού συστήματος στη χώρα. Το HDHC, το οποίο ιδρύθηκε τον Μάρτιο του 2021, μέσω της συνεργασίας του Ιδρύματος Τεχνολογίας & Έρευνας (ΙΤΕ) και καινοτόμων εταιρειών ψηφιακής υγείας, συμβάλει στη διασύνδεση σημαντικών φορέων για την ψηφιακή υγεία, προωθεί την ανάπτυξή των εταιρειών – μελών του, και φιλοδοξεί να εντάξει την Ελλάδα ανάμεσα στις κυρίαρχες χώρες στον τομέα της ψηφιακής υγείας σε διεθνές επίπεδο.

Μέσω της υλοποίησης καινοτόμων πρωτοβουλιών με Ευρωπαϊκή συγχρηματοδότηση, το HDHC προσπαθεί να προωθήσει τον ψηφιακό μετασχηματισμό της υγείας στην χώρα. Το έργο VELES Excellence Hub επικεντρώνεται στη δημιουργία ενός Περιφερειακού Χώρου Δεδομένων Υγείας στη Νοτιοανατολική Ευρώπη, σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Χώρο Δεδομένων Υγείας. Το έργο Level Up στοχεύει στην ψηφιακή αναβάθμιση των δεξιοτήτων στελεχών και εργαζομένων μικρομεσαίων επιχειρήσεων (ΜμΕ), παρέχοντας δωρεάν μαθήματα σε ψηφιακά εργαλεία. Τέλος, το έργο IRHIS προωθεί την απομακρυσμένη φροντίδα υγείας μέσω καινοτόμων

ηγμένων μοντέλων φροντίδας και διευκολύνοντας την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ακόμη και σε απομακρυσμένες περιοχές.

Οι προκλήσεις που υπάρχουν στην χρησιμοποίηση της ψηφιακής υγείας είναι πολλαπλές και συνδέονται με σύνθετα ζητήματα όπως είναι οι ψηφιακές ανισότητες, οι ανισότητες υγείας, η ανάγκη για προστασία προσωπικών δεδομένων, η εξασφάλιση της διαλειτουργικότητας μεταξύ διαφορετικών συστημάτων υγείας κ.α. Η αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων είναι κρίσιμη για την πλήρη αξιοποίηση του δυναμικού της ψηφιακής υγείας στην Ελλάδα και παγκοσμίως. Το HDHC αποτελεί σημαντικό μοχλό για την ενίσχυση της ψηφιακής υγείας στην χώρα μέσα από διεπιστημονικές συνεργασίες με νεοφυείς επιχειρήσεις, ακαδημαϊκούς φορείς, ερευνητικά ιδρύματα, μικρομεσαίες επιχειρήσεις, παρόχους υγειονομικής φροντίδας και συλλόγους ασθενών. Για περισσότερες πληροφορίες, επισκεφτείτε την ιστοσελίδα του HDHC www.hdhc.gr ή επικοινωνήστε στο info@hdhc.gr.

λύσεων MedTech με τεχνητή νοημοσύνη, επιταχύνοντας την υιοθέτηση προ-



Χοροθεραπεία - Η θεραπεία μέσα από το πρίσμα της τέχνης του χορού και της κίνησης

Λιαραμάντζα Παναγιώτα, Διατροφολόγος-Χοροθεραπεύτρια, MSc Προαγωγή & Αγωγή Υγείας, ΕΚΠΑ

Τι είναι η χοροθεραπεία;

Η Χοροθεραπεία (Dance Movement Therapy - DMT) αφορά την «ψυχοθεραπευτική δράση της κίνησης για την προώθηση της συναισθηματικής, κοινωνικής, γνωστικής και σωματικής ολοκλήρωσης του ατόμου, με σκοπό τη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας» (AmericanDanceTherapyAssociation-ADTA,2018) και τέλος την πνευματική ολοκλήρωση (EuropeanAssociationofDanceandMovementTherapy-EADMT, 2018). Πρόκειται για μια ολιστική προσέγγιση που στηρίζεται στην έννοια ότι ο νους και το σώμα είναι άρρηκτα συνδεδεμένα και αλληλοεξαρτώμενα, και ότι η κίνηση είναι ένα λειτουργικό και εκφραστικό μέσο για αυτήν την αλληλεξάρτηση [1]. Στοχεύει στην αντιμετώπιση συναισθηματικών και ψυχολογικών ζητημάτων μέσω της έκφρασης αυτών με βασικό εργαλείο την κίνηση.[2]

Ιστορική αναδρομή

Η ιστορία της Χοροθεραπείας ξεκινά από τις αρχές του 20ού αιώνα. Το 1916, ο CarlGustavYung κατέγραψε την ιδέα του χορού ως ψυχοθεραπεία [3]. Η MarianChace, (αμερικανίδα χορεύτρια, ιδρύτρια της Αμερικανικής Ένωσης Χοροθεραπείας,1966) μια κεντρική φιγούρα στην καθιέρωση και ανάπτυξη της Χοροθεραπείας, ανέπτυξε μία από τις θεμελιώδεις βάσεις της:πως η ένταση και οι μεταβολές του σώματος είναι αντανάκλαση του τραυματικού βιώματος.[4]Το έργο της θέσπισε θεμελιώδεις πρακτικές για την ενσωμάτωση του χορού και της κίνησης στη

θεραπευτική διαδικασία, διαμορφώνοντας σημαντικά το πεδίο της Χοροθεραπείας[5]

Το βασικό νόημα το οποίο εισήγαγε στη θεραπεία μέσω τέχνης είναι ότι η κίνηση αναδεικνύει με συμβολικό τρόπο κομμάτια του ασυνείδητου και μέσα από την αποδόμηση του συμβολικού στοιχείου, που προέρχεται από την κίνηση, το κινούμενο άτομο μπορεί να κατακτήσει τόσο την λεκτική όσο και την συναισθηματική έκφραση σε συνειδητό επίπεδο,εξερευνώντας έτσι νέες προοπτικές συναισθηματικής μετακίνησης. Πως μπορεί δηλαδή να ενσωματώσει τον προφορικό και μη προφορικό λόγο με συνεχόμενη ροή από το ένα στο άλλο, χωρίς άβολες μεταβάσεις. Να αναπτύξει δηλαδή τη λεγόμενη κιναισθητική ενσυναίσθηση.[6]

Θεραπευτική διαδικασία

Η Χοροθεραπεία χρησιμοποιεί το σώμα και τα κινησιολογικά του μοτίβακατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, θεωρώντας ότι η κίνηση αντικατοπτρίζει την προσωπικότητά μας [8].Ουσιαστικά, ο/η χοροθεραπευτής/τρια δημιουργεί το λεγόμενο κινητικό προφίλ του ατόμου που βρίσκεται σε θεραπεία και με βάση αυτό μπορεί να κατανοήσει βαθύτερα τις ανάγκες του σε ένα ευρύτερο επίπεδο συναισθηματικής ανάπτυξης. [9]

Η Χοροθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να βελτιώσουν την εικόνα του σώματός τους, να



μειώσουν το άγχος και να ενισχύσουν την συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική και σωματική ενσωμάτωση. [10]

Η χρήση της Χοροθεραπείας ως παρέμβαση για τη βελτίωση της ψυχικής ευημερίας και του συναισθηματικού ελέγχου έχει προκαλέσει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στο πεδίο της ψυχολογικής και θεραπευτικής έρευνας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν έρευνες οι οποίες έχουν χρησιμοποιήσει την χοροθεραπεία ως παρέμβαση για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης.[8]. Η καθοδήγηση των συνεδριών από εξειδικευμένους/νες επαγγελματίες, αξιοποιώντας το χορό και την κίνηση μέσα σε ένα δομημένο θεωρητικό πλαίσιο, αναλόγως τη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που χρησιμοποιείται, στοχεύει στην εξερεύνηση και την έκφραση συναισθημάτων και σκέψεων. [11]

Χορός + Θεραπεία;

Συχνά η λέξη Χορο-θεραπεία παραπέμπει σε μάθημα χορού με δομημένο βηματολόγιο και συγκεκριμένη κατεύθυνση. Αυτό που διεξάγεται στην πραγματικότητα σε μία συνεδρία χοροθεραπείας, είναι η διερεύνηση των συναισθημάτων και των βιωμάτων του ατόμου μέσα από την ελεύθερη, αυθόρμητη και αυθεντική κίνηση. Φυσικά, η τέχνη του χορού εμπλέκεται καθώς η χοροθεραπεία βασίζεται σε ποικίλες τεχνικές που χρησιμοποιούνται και σε ένα μάθημα χορού. Αυτό όμως που τη διακρίνει από τον απλό χορό είναι πως κατά τη διάρκεια της θεραπείας δεν δημιουργείται καμία προσδοκία προς το θεραπευόμενο άτομο, να ανταπεξέλθει σε συγκεκριμένο βηματολόγιο, ρυθμό ή ταχύτητα



κίνησης. Το άτομο χρησιμοποιεί την ανάγκη του σώματος τη δεδομένη χρονική στιγμή και του δίνεται η πλήρης ελευθερία κίνησης και μετακίνησης.

Μία τυπική συνεδρία χοροθεραπείας

Η συνηθέστερη δομή μίας συνεδρίας χοροθεραπείας σε ομάδα είναι η εξής:

- Σύνδεση της ομάδας μέσω της επαφής σε κύκλο (Τεχνικές αναπνοής για χαλάρωση και συγκέντρωση στο σώμα)
- Λεκτικό μοίρασμα σκέψεων και προβληματισμών
- Κινητικό ζέσταμα (απλό περπάτημα, διατάσεις μυών, shaking, κινητικός αυτοσχεδιασμός μέσα από απλές οδηγίες της/του χοροθεραπεύτριας/την)
- Εκφραστικός χορός (Ελεύθερη κίνηση και χορός για αποσυμφόρηση με μουσική υπόκρουση)
- Αυθεντική κίνηση (ελεύθερη κίνηση διατηρώντας κλειστά τα μάτια, ακολουθώντας την ανάγκη του σώματος τη δεδομένη χρονική στιγμή, με απουσία μουσικής υπόκρουσης)
- **Ενεργητική φαντασία** (activeimagination, τεχνική της ονειροπόλησης σε ένα πλαίσιο όπου η κίνηση έρχεται μέσα από την εικόνα που δημιουργεί/φαντάζεται το κινούμενο άτομο)
- Αναπνοή και επαναφορά στον κύκλο (λεκτικό μοίρασμα σκέψεων μετά τη χοροθεραπευτική δράση)

Η χοροθεραπεία αποτελεί μία θεραπευτική ολιστική προσέγγιση για κάθε άτομο που επιθυμεί να διερευνήσει συναισθήματα,

σκέψεις και τραυματικά βιώματα με έναν πιο δημιουργικό τρόπο, χρησιμοποιώντας την τέχνη της κίνησης. Απευθύνεται σε όλα τα σώματα με ή χωρίς εμπειρία με τον χορό, δίνοντας την ευκαιρία στο θεραπευόμενο άτομο να ανακαλύψει βαθύτερα κομμάτια του εαυτού.



Το φωτογραφικό υλικό αποτελεί προϊόν προσωπικής ιδιοκτησίας μετά από τη διεξαγωγή βιωματικού σεμιναρίου χοροθεραπείας με τίτλο “SOMA”, «Αποδοχή και συμφιλίωση με το σώμα», στον πολυχώρο τέχνης «ΤΕΧΝΟΥΡΓΕΙΟ» (<https://texnourgeio.gr/xorotherapeia/>), με την συγκατάθεση των συμμετεχόντων ατόμων

Λιαραμάντζα Παναγιώτα, Διατροφολόγος-Χοροθεραπεύτρια, liaramantzag@gmail.com

https://www.instagram.com/hourish.to_flourish?igsh=MTF3emY5ZDRmbm5zaQ%3D%3D&utm_source=qr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. C.J.B.i. Berrol Dance/movement therapy in head injury rehabilitation 4 (3) (1990), pp. 257-265
2. L.M. Millman, et al. Towards a neurocognitive approach to dance movement therapy for mental health: A systematic review, 28 (1) (2021), pp. 24-38
3. J. Chodorow Dance Therapy and Depth Psychology: the Moving Imagination Routledge
4. Foundations of Dance/Movement Therapy: The Life and Work of Marian Chace (1993). Sandel S., Chaikim S. and John A.
5. J.R.J.A.J.o.D.T. Bunney Honoring History and Heritage: Roots for New Heights: Marian Chace Memorial Foundation Annual Lecture. American Dance Therapy Association 47th Annual Conference, 35 (1) (2013), pp. 5-17
6. (L.M. Millman, et al. Towards a neurocognitive approach to dance movement therapy for mental health: A systematic review, 28 (1) (2021), pp. 24-38
7. Schoop και Mitchell, 1974 Won't you join the dance? A dancer's essay into the treatment of psychosis [by] Trudi Schoop with Peggy Mitchell. Illus. by Hedi Schoop. Palo Alto, Calif. National Press Books 1974
8. V. Karkou, et al. Effectiveness of dance movement therapy in the treatment of adults with depression: a systematic review with meta-analyses 10 (2019), p. 936
9. https://www.researchgate.net/publication/285795146_Laban_Movement_Analysis_Scaffolding_Human_Movement_to_Multiply_Possibilities_and_Choices
10. J.R.J.A.J.o.D.T. Bunney Honoring History and Heritage: Roots for New Heights: Marian Chace Memorial Foundation Annual Lecture. American Dance Therapy Association 47th Annual Conference, 35 (1) (2013), pp. 5-17.
11. M. Savidaki, S. Demirtoka, R.-M.J.J.o.E.D. Rodríguez-Jiménez Re-inhabiting one's body: a pilot study on the effects of dance movement therapy on body image and alexithymia in eating disorders)



Νέες κατευθυντήριες οδηγίες για τη χρήση υποκατάστατων άλατος χαμηλότερης περιεκτικότητας σε νάτριο από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 2025

Το Τμήμα Διατροφής και Ασφάλειας Τροφίμων (NFS) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) δημοσίευσε τη νέα του οδηγία σχετικά με τη χρήση υποκατάστατων αλατιού χαμηλότερης περιεκτικότητας σε νάτριο τη Δευτέρα 27 Ιανουαρίου 2025.

Παγκοσμίως, κάθε χρόνο 1,9 εκατομμύρια θάνατοι οφείλονται στην υψηλή πρόσληψη νατρίου. Ο ΠΟΥ συνιστά περιορισμό της πρόσληψης νατρίου κάτω από 2 g/ημέρα για μείωση της αρτηριακής πίεσης και του κινδύνου καρδιαγγειακών παθήσεων. Το 2013, τα κράτη μέλη του ΠΟΥ δεσμεύτηκαν να μειώσουν την πρόσληψη νατρίου από τον πληθυσμό κατά 30% έως το 2025. Αλλά η μείωση της πρόσληψης αλατιού έχει αποδειχθεί πολύ δύσκολη. Οι περισσότερες χώρες δεν θα επιτύχουν τον στόχο του ΠΟΥ για μείωση της πρόσληψης νατρίου έως το 2025. Έκτοτε ο ΠΟΥ έχει θέσει τον ίδιο στόχο για το 2030. Η μέση παγκόσμια πρόσληψη νατρίου παραμένει υψηλή – εκτιμάται στα 4,3 g/ημέρα το 2019, υπερδιπλάσια από τη σύσταση του ΠΟΥ και απαιτεί επείγουσες και επιταχυνόμενες ενέργειες.

Ο ΠΟΥ δημοσίευσε νέες κατευθυντήριες οδηγίες για τη χρήση υποκατάστατων αλατιού χαμηλότερης περιεκτικότητας σε νάτριο και συμβουλεύει τους ενήλικες να μειώσουν την πρόσληψη νατρίου σε λιγότερο από 2 γραμμάρια την ημέρα.

Στο πλαίσιο αυτής της προσπάθειας, έχουν εκδώσει μια υπό όρους σύσταση προς το ευρύ κοινό να εξετάσει τη χρήση υποκατάστατων

αλατιού χαμηλότερης περιεκτικότητας σε νάτριο (lower-sodium salt substitutes - LSSS) αντί του κανονικού

επιτραπέζιου αλατιού.

Η έκθεση προέρχεται από τη συστηματική ανασκόπηση του ΠΟΥ 26 τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών που καλύπτουν πάνω από 35.000 άτομα σε διάστημα 30 ετών. Διαπιστώθηκε ότι όταν συγκρίθηκε η χρήση του κανονικού αλατιού με το LSSS, η αρτηριακή πίεση μειώθηκε (2,43 mmHg διαστολική και 4,76 mmHG συστολική).

Με τη σειρά του, αυτό μειώνει τον κίνδυνο:

- ο των μη θανατηφόρων εγκεφαλικών επεισοδίων
- ο μη θανατηφόρου στεφανιαίου συνδρόμου
- ο καρδιαγγειακού θανάτου

Το κύριο υποκατάστατο άλατος χαμηλότερης περιεκτικότητας σε νάτριο ονομάζεται αλάτι εμπλουτισμένο με κάλιο. Αυτό είναι το αλάτι όπου μέρος του χλωριούχου νατρίου έχει αντικατασταθεί με χλωριούχο κάλιο.

Το κάλιο είναι ένα απαραίτητο μέταλλο, που παίζει βασικό ρόλο σε όλες τις λειτουργίες του σώματος. Η υψηλή περιεκτικότητα σε κάλιο των φρέσκων φρούτων και λαχανικών είναι ένας από τους κύριους λόγους που είναι τόσο θρεπτικά. Ενώ οι άνθρωποι τρώνε περισσότερο νάτριο από όσο θα έπρεπε, πολλοί δεν λαμβάνουν αρκετό κάλιο. Ο ΠΟΥ συνιστά ημερήσια πρόσληψη καλίου 3,5 g, αλλά συνολικά, οι άνθρωποι στις περισσότερες χώρες καταναλώνουν πολύ λιγότερο από αυτό. Το εμπλουτισμένο σε κάλιο αλάτι ωφελεί την υγεία μειώνοντας την ποσότητα νατρίου που καταναλώνουμε και αυξάνοντας την ποσότητα καλίου στη διατροφή μας. Και τα δύο βοηθούν στη μείωση της αρτηριακής πίεσης.

Η αλλαγή του κανονικού αλατιού με αλάτι



εμπλουτισμένο με κάλιο έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο καρδιακών παθήσεων, εγκεφαλικού και πρόωρου θανάτου σε μεγάλες δοκιμές σε όλο τον κόσμο.

Μελέτες μοντελοποίησης έχουν προβλέψει ότι η εναλλαγή σε όλο τον πληθυσμό στη χρήση αλατιού εμπλουτισμένου με κάλιο θα αποτρέψει εκατοντάδες χιλιάδες θανάτους από καρδιαγγειακές παθήσεις (όπως καρδιακή προσβολή και εγκεφαλικό) κάθε χρόνο μόνο στην Κίνα και την Ινδία.

Το βασικό πλεονέκτημα της αλλαγής αντί της μείωσης της πρόσληψης αλατιού είναι ότι το εμπλουτισμένο σε κάλιο αλάτι μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μια άμεση εναλλαγή για το κανονικό αλάτι. Φαίνεται το ίδιο, λειτουργεί για καρυκεύματα και συνταγές, και οι περισσότεροι άνθρωποι δεν παρατηρούν καμία σημαντική διαφορά στη γεύση.

Εάν εφαρμοστεί πλήρως, αυτή θα μπορούσε να είναι μια από τις πιο σημαντικές συμβουλές που έχει δώσει ποτέ ο ΠΟΥ. Εκατομμύρια εγκεφαλικά και καρδιακά επεισόδια θα μπορούσαν να προληφθούν σε όλο τον κόσμο κάθε χρόνο με μια απλή αλλαγή στον τρόπο που προετοιμάζουμε τα τρόφιμα. Υπάρχουν όμως κάποια εμπόδια που πρέπει να ξεπεράσουμε πριν φτάσουμε σε αυτό το σημείο.

Πρώτον, θα είναι σημαντικό να εξισορροπηθούν τα οφέλη και οι κίνδυνοι. Για παράδειγμα, τα άτομα με προχωρημένη νεφρική νόσο δεν διαχειρίζονται καλά το κάλιο και έτσι αυτά τα προϊόντα δεν είναι κατάλληλα για αυτούς. Αυτό είναι μόνο ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού, αλλά πρέπει να διασφαλίσουμε ότι τα προϊόντα αλατιού εμπλουτισμένα με κάλιο φέρουν τις κατάλληλες προειδοποιήσεις.

Μια βασική πρόκληση θα είναι να γίνει το εμπλουτισμένο σε κάλιο αλάτι πιο προσιτό και προσβάσιμο. Το χλωριούχο κάλιο είναι πιο ακριβό στην παραγωγή του από το χλωριούχο νάτριο και επί του παρόντος, το εμπλουτισμένο με κάλιο αλάτι πωλείται ως επί το πλείστον

ως εξειδικευμένο προϊόν υγείας σε ακριβότερη τιμή. Τα υποκατάστατα αλατιού μπορεί επίσης να ονομάζονται αλάτι με χαμηλή περιεκτικότητα σε νάτριο, άλας καλίου, αλάτι καρδιάς, ορυκτό αλάτι ή αλάτι με μειωμένο νάτριο.

Στις περισσότερες χώρες, περίπου το 80% του αλατιού που τρώμε προέρχεται από επεξεργασμένα τρόφιμα. Ο ρόλος της βιομηχανίας τροφίμων είναι ουσιαστικής σημασίας για τη μεγιστοποίηση των οφελών για την υγεία και οι πολιτικές πρέπει να πιέσουν και σε αυτήν την κατεύθυνση.

Πηγή: <https://www.who.int/publications/item/9789240105591>

Use of lower-sodium salt substitutes: WHO guideline. Geneva: World Health Organization; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες των ασθενών, σύμφωνα με την πρώτη διεθνή έρευνα ασθενών του ΟΟΣΑ

The Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS), ΟΟΣΑ 2025

Υπάρχει επείγουσα ανάγκη προσαρμογής των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης ώστε να ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες του αυξανόμενου αριθμού ατόμων με χρόνιες παθήσεις, σύμφωνα με τα ευρήματα της πρώτης διεθνούς έρευνας του ΟΟΣΑ για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, το Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS).

Η έρευνα συνέλεξε δεδομένα από περίπου 107.000 ασθενείς ηλικίας 45 ετών και άνω, και 1.800 πρακτικές πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε 19 χώρες.* Σκοπός της είναι να ρίξει φως στα αποτελέσματα και τις εμπειρίες στην υγεία ανθρώπων που ζουν με χρόνιες παθήσεις, όπως υπέρταση, αρθρίτιδα, διαβήτης, καρδιακές παθήσεις ή καρκίνος, οι οποίες αντιμετωπίζονται σε χώρους πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Το 82% των χρηστών πρωτοβάθμιας περίθαλψης που συμμετείχαν στο PaRIS ζει με τουλάχιστον μία χρόνια πάθηση, το 52% ζει με τουλάχιστον δύο και το 27% ζει με τρεις ή περισσότερες παθήσεις. Οι περισσότεροι άνθρωποι αναφέρουν θετικές εμπειρίες φροντίδας και καλύτερα αποτελέσματα υγείας, σε σύγκριση με τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, στην Ελβετία και στις Ηνωμένες Πολιτείες, εστιάζοντας στον πληθυσμό ηλικίας 65 ετών και άνω στο Medicare. Στην Αυστραλία, την Τσεχία, τη Γαλλία και τη Νορβη-

γία, οι περισσότεροι άνθρωποι αναφέρουν επίσης θετικές εμπειρίες και αποτελέσματα περίθαλψης. Χώρες με βαθμολογίες κάτω του μέσου όρου σε περισσότερους από τους μισούς δείκτες είναι η Ελλάδα, η Ισλανδία, η Πορτογαλία, η Ρουμανία και η Ουαλία (Ηνωμένο Βασίλειο).

«Οι άνθρωποι που ζουν με χρόνιες παθήσεις αναφέρουν καλύτερη σωματική υγεία, ψυχική υγεία και ευεξία όταν λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη που επικεντρώνεται στις ανάγκες τους», δήλωσε ο Γενικός Γραμματέας του ΟΟΣΑ, Mathias Cormann. «Το PaRIS δείχνει επίσης ότι, ενώ οι χώρες που δαπανούν περισσότερα για την υγεία τείνουν να επιτυγχάνουν καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία, είναι δυνατό να επιτύχουν ισχυρές επιδόσεις και με χαμηλότερα επίπεδα δαπανών για την υγεία».

Το PaRIS διαπιστώνει ότι τέσσερις στους δέκα ασθενείς δεν αισθάνονται σίγουροι για τη διαχείριση της υγείας τους. Επιπλέον, τέσσερις στους δέκα δεν εμπιστεύονται το σύστημα υγείας τους. Για να προσφέρει καλύτερη υγεία, η υγειονομική περίθαλψη πρέπει να αφιερώνει περισσότερο χρόνο στους ασθενείς. Το 64% των ατόμων που αναφέρουν ότι ο επαγγελματίας πρωτοβάθμιας περίθαλψης τους αφιερώνει αρκετό χρόνο μαζί τους εμπιστεύεται το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, σε σύγκριση με το 34% για τα άτομα που λένε ότι ο επαγγελματίας πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν αφιερώνει αρκετό



χρόνο μαζί τους. Η υγειονομική περίθαλψη πρέπει επίσης να είναι καλύτερα προσαρμοσμένη στις ανάγκες των ανθρώπων. Μόνο το ένα τέταρτο των ασθενών αναφέρει ότι έχει ετοιμάσει ένα σχέδιο φροντίδας μαζί με τον/την επαγγελματία υγείας τους.

Η υγειονομική περίθαλψη πρέπει να είναι «χωρίς προβλήματα» και αξιόπιστη, αναφέρει η έκθεση. Το 45% των ατόμων που έχουν βιώσει ένα αρνητικό επεισόδιο στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που θα μπορούσε να τους προκαλέσει βλάβη, όπως να μην κλείσουν ραντεβού όταν χρειάζεται ή να λάβουν λάθος ή καθυστερημένη διάγνωση ή θεραπεία, εμπιστεύονται το σύστημα υγείας τους, σε σύγκριση με το 70% των ατόμων που δεν έχουν βιώσει τέτοιο αρνητικό επεισόδιο.

Άλλα βασικά σημεία από το PaRIS περιλαμβάνουν:

- Η ευημερία των ασθενών επιδεινώνεται γρήγορα με τον αριθμό των χρόνιων παθήσεων. Η μέση βαθμολογία ευημερίας (μετρούμενη με το WHO-5, μια κλίμακα από το 0 έως το 100) είναι 14 βαθμούς χαμηλότερη μεταξύ των ατόμων με τρεις ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις σε σύγκριση με τα άτομα με μία χρόνια πάθηση.
- Υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των φύλων στις εμπειρίες και τα αποτελέσματα των ασθενών. Από όλους τους ανθρώπους με χρόνιες παθήσεις, το 74% των ανδρών έχουν καλή σωματική υγεία σε σύγκριση με το 65% των γυναικών και το 86% των ανδρών έχουν καλή ψυχική υγεία σε σύγκριση με το 81% των γυναικών. Αυτό επιβεβαιώνει το παράδοξο φύλου-υγείας: οι γυναίκες τείνουν να ζουν περισσότερο από τους άνδρες, ωστόσο

αναφέρουν χειρότερα αποτελέσματα στην υγεία τους. Οι γυναίκες αναφέρουν επίσης ότι έχουν λιγότερη εμπιστοσύνη στην υγειονομική περίθαλψη και είναι λιγότερο πιθανό να έχουν καλή ποιότητα φροντίδας.

- Η ψηφιακή τεχνολογία δεν χρησιμοποιείται στο μέγιστο των δυνατοτήτων της στον τομέα της υγείας. Μόνο το 7% των ασθενών με χρόνιες παθήσεις αναφέρει ότι έχει χρησιμοποιήσει βιντεοδιαβούλευση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και το 17% αναφέρει ότι έχει πρόσβαση στα ιατρικά αρχεία πρωτοβάθμιας φροντίδας στο διαδίκτυο. Επιπλέον, μόνο το 43% των ασθενών με χαμηλή εκπαίδευση συμφωνούν ότι ο ιστότοπος του παρόχου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι εύκολος στη χρήση.

Η έκθεση χρησιμεύει ως έκκληση για δράση για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης ώστε να εμπλέκουν περισσότερο τις προοπτικές των ασθενών στη λήψη αποφάσεων. Τα ευρήματά του μπορούν να ενημερώσουν τις εθνικές στρατηγικές υγειονομικής περίθαλψης, να βελτιώσουν την παροχή υπηρεσιών και να υποστηρίξουν τη στροφή προς πιο ολοκληρωμένα και ανθρωποκεντρικά μοντέλα περίθαλψης.

Η πλήρης έκθεση του PaRIS Flagship είναι διαθέσιμη εδώ https://www.oecd.org/en/publications/does-healthcare-deliver_c8af05a5-en.html

OECD (2025), Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys



(PaRIS), OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/c8af05a5-en>.

Σημείωση: * Συμμετέχουσες χώρες είναι η Αυστραλία, το Βέλγιο, ο Καναδάς, η Τσεχία, η Γαλλία, η Ελλάδα, η Ισλανδία, η Ιταλία, το Λουξεμβούργο, η Ολλανδία, η Νορβηγία, η Πορτογαλία, η Ρουμανία, η Σαουδική Αραβία, η Σλοβενία, η Ισπανία, η Ελβετία, οι Ηνωμένες Πολιτείες και η Ουαλία (Ηνωμένο Βασίλειο).



Κοινωνιολογία και Ιατρική Εκπαίδευση στην Ελλάδα: καταγραφή και ανάλυση σε εθνικό επίπεδο

Πελαγία Σουλτάτου¹, Τρισεύγενη Τραντάλη², Κωνσταντίνος-Χρυσοβαλάντης Πατήθρας² & Χαράλαμπος Οικονόμου³

1. *Τμήμα Επιστημών της Αγωγής, Σχολή Επιστημών της Αγωγής, Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Σπουδών- Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου*
2. *ΠΜΣ «Προαγωγή & Αγωγή Υγείας», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ*
3. *Τμήμα Κοινωνιολογίας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πάντειο Πανεπιστήμιο*

Η κοινωνιολογία έχει συμβάλλει καθοριστικά στη θεώρηση της υγείας, της ασθένειας, της αναπηρίας και των συστημάτων υγείας, εμπλουτίζοντάς τα με τις κοινωνικές διαστάσεις και προεκτάσεις τους. Η δε κοινωνιολογική έρευνα έχει διευρύνει το πεδίο του προβληματισμού στον τομέα της υγείας κυρίως ως προς τους κοινωνικούς προσδιοριστές, τις κοινωνικές ανισότητες, την οργάνωση και χρήση των υπηρεσιών υγείας και τις πολιτικές υγείας. Έχει επηρεάσει σημαντικά την ανάπτυξη της κοινωνικής ιατρικής, αναλύοντας τις σχέσεις γιατρού-ασθενούς, εξετάζοντας θέματα όπως η επικοινωνία, η εμπιστοσύνη και η συμμόρφωση στη θεραπεία, μέσα από το πρίσμα των σχέσεων εξουσίας. Η έννοια της «ιατροκοποίησης» είναι επίσης κεντρική στην κοινωνιολογία της υγείας και αναφέρεται στη διαδικασία κατά την οποία μη ιατρικά ζητήματα (π.χ. γήρανση, κύηση, τοκετός) αντιμετωπίζονται ως ιατρικά προβλήματα και στο ρόλο της ιατρικής στη ρύθμιση της κοινωνικής συμπεριφοράς μέσω του κοινωνικού ελέγχου. Παράλληλα, η κοινωνιολογία έχει συντελέσει στην κατανόηση της εμπειρίας της χρόνιας ασθένειας και της αναπηρίας, εξετάζοντας τις κοινωνικές επιπτώσεις τους και προωθώντας πιο συμπεριληπτικές πολιτικές.

Η απουσία της κοινωνιολογικής οπτικής από τα ιατρικά προγράμματα σπουδών μπορεί να οδηγήσει σε ελλιπή κατανόηση των κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία, εστιάζοντας αποκλειστικά σε βιολογικές δια-

στάσεις. Επιπλέον, χωρίς την κοινωνιολογία, οι μελλοντικοί γιατροί ενδέχεται να μην είναι επαρκώς προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν θέματα υγειονομικής ανισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης, ούτε να κατανοήσουν τις κοινωνικοπολιτισμικές επιρροές στη συμπεριφορά των ασθενών. Υπάρχει επίσης ο κίνδυνος υπερβολικής ιατροκοποίησης προβλημάτων που θα μπορούσαν να επιλυθούν με κοινωνικές παρεμβάσεις.

Ακολουθώντας το υπόδειγμα της ποιοτικής μεθοδολογίας, εκπονήσαμε μία περιγραφική κειμενική μελέτη σε εθνικό επίπεδο διερευνώντας την ένταξη της κοινωνιολογίας ως γνωστικού αντικειμένου στα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών των ιατρικών σχολών της ελληνικής ανώτατης εκπαίδευσης. Η συλλογή και ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω μιας εκτενούς επισκόπησης των προγραμμάτων σπουδών των επτά ιατρικών σχολών της χώρας. Η ανάλυση αποκάλυψε ότι κανένα από τα επτά προπτυχιακά προγράμματα σπουδών δεν περιλαμβάνει την κοινωνιολογία ως αυτόνομο μάθημα. Η κοινωνική ιατρική προσφέρεται ως διακριτό μάθημα σε 3 από τα 7 προγράμματα, ενώ κοινωνιολογικές έννοιες εντοπίζονται στην πλειονότητα των προγραμμάτων (6:7). Αναδεικνύεται ένα σημαντικό κενό στην ενσωμάτωση της κοινωνιολογίας ως αυτόνομου μαθήματος στην ιατρική



εκπαίδευση στην Ελλάδα.

Η έκταση της ενσωμάτωσης της κοινωνιολογίας στην ιατρική εκπαίδευση διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, τον Καναδά και τις Ηνωμένες Πολιτείες, η κοινωνιολογία έχει ενταχθεί στην προπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση εδώ και αρκετές δεκαετίες. Μια έρευνα που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο πριν από μερικά χρόνια κατέγραψε σημαντικές διακυμάνσεις στο θέμα, με δύο ιατρικές σχολές να μην περιλαμβάνουν καθόλου κοινωνιολογία, ενώ άλλες να προσφέρουν πάνω από εξήντα ώρες διδασκαλίας ανά έτος. Επιπλέον, μια λεπτομερής μελέτη κατέγραψε την παρουσία διδακτικού προσωπικού στην κοινωνιολογία της υγείας και ανέλυσε το ρόλο και το περιεχόμενο της κοινωνιολογίας στα προγράμματα σπουδών των ιατρικών σχολών σε Καναδά και ΗΠΑ. Ωστόσο, παρόλο που αναφέρεται ότι έξι ιατρικές σχολές στον Καναδά περιλαμβάνουν κοινωνιολογία στην προπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση, η μελέτη δεν παρέχει το συνολικό αριθμό των ιατρικών σχολών στη χώρα, περιορίζοντας έτσι τη δυνατότητα ουσιαστικών συγκρίσεων.

Η παρούσα έρευνα διαπίστωσε ότι καμία από τις επτά ιατρικές σχολές της ελληνικής τριτοβάθμιας εκπαίδευσης δεν προσφέρει την κοινωνιολογία ως αυτόνομο μάθημα στα προπτυχιακά ιατρικά προγράμματά της. Αυτό το εύρημα αναδεικνύει σαφώς τον περιθωριακό ρόλο της κοινωνιολογίας στην κύρια εκπαίδευση των φοιτητών ιατρικής. Είναι αξιοσημείωτο ότι, παρά την ύπαρξη τμημάτων κοινωνικής ιατρικής στις περισσότερες ιατρικές σχολές, τα τμήματα αυτά δεν προσφέρουν συστηματικά μαθήματα κοινωνιολογίας ή ακόμα και κοινωνικής ιατρικής, όπως

καταδεικνύεται από ιδρύματα όπως το Πανεπιστήμιο Αθηνών, το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων και το

Πανεπιστήμιο Κρήτης. Η πιο ακραία περίπτωση εντοπίζεται στο Πανεπιστήμιο Πατρών, όπου διαπιστώνεται η πλήρης απουσία κοινωνιολογικής θεματολογίας στο πρόγραμμα σπουδών.

Ωστόσο, μελέτες έχουν δείξει ότι οι φοιτητές ιατρικής που λαμβάνουν εκπαίδευση στην κοινωνιολογία είναι πιο πιθανό να αναγνωρίσουν τις κοινωνικές διαστάσεις της φροντίδας υγείας και να υιοθετήσουν μια περισσότερο ασθενοκεντρική προσέγγιση στην επαγγελματική τους πρακτική, κατανοούν και αντιμετωπίζουν τις ανισότητες στην υγεία, επικοινωνούν αποτελεσματικά με ασθενείς από διαφορετικά κοινωνιοπολιτισμικά περιβάλλοντα και διαχειρίζονται τις ηθικές προκλήσεις της σύγχρονης ιατρικής πρακτικής. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η ενσωμάτωση της κοινωνιολογίας έχει επίσης συσχετιστεί με βελτιωμένα αποτελέσματα για τους ασθενείς, καθώς οι γιατροί που κατανοούν τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας είναι καλύτερα προετοιμασμένοι να αντιμετωπίζουν τις ρίζες των ασθενειών, αντί να περιορίζονται μόνο στη θεραπεία.

Επομένως, προτείνεται η ανάπτυξη διαλόγου μεταξύ της κοινωνιολογίας και της ιατρικής, ως επιστημονικά πεδία, καθώς ο διάλογος αναμένεται να οδηγήσει σταδιακά στην αναγνώριση της συμβολής της κοινωνιολογικής σκέψης στην ιατρική επιστήμη και μελλοντικά στην συμπερίληψη του συγκεκριμένου γνωστικού αντικείμενου στην εκπαίδευση των μελλοντικών γιατρών.

Το πλήρες άρθρο:

Soultatou, P., Trantali, T., Patithras, C.-C., & Economou, C. (2024). Sociology in Medical Undergraduate Education: A Survey in Greece. *International Medical Education*, 3(4), 395-405. <https://doi.org/10.3390/ime3040030>



ΝΕΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

Είναι η παχυσαρκία ασθένεια; Όχι πάντα, λέει η νέα έκθεση εμπειρογνομώνων

Μια ομάδα περισσότερων από 50 γιατρών και επιστημόνων κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η παχυσαρκία δεν είναι πάντα ασθένεια. Η έκθεσή τους σήμερα στο *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, η οποία πιέζει για έναν πιο λεπτομερή ορισμό της παχυσαρκίας και νέα διαγνωστικά πρότυπα, υποστηρίζει επίσης την ευρεία πρόσβαση σε θεραπείες απώλειας βάρους για εκείνους που υποφέρουν από επιπλοκές στην υγεία από το επιπλέον σωματικό βάρος. Οι συστάσεις έρχονται καθώς τα φάρμακα για την παχυσαρκία αυξάνονται σε δημοτικότητα στις Ηνωμένες Πολιτείες, αλλά παραμένουν απρόσιτα σε πολλούς ανθρώπους σε άλλα μέρη του κόσμου.

Η νέα έκθεση «νομιμοποιεί την παχυσαρκία ως πραγματική ασθένεια», αλλά ξεπερνά τον δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) ως τον τρόπο ορισμού της, λέει η Katherine Saunders, γιατρός παχυσαρκίας στο Weill Cornell Medicine και συνιδρυτής της εταιρείας FlyteHealth, η οποία συνάπτει συμβάσεις με επιχειρήσεις για να επεκτείνει την πρόσβαση στην ιατρική θεραπεία της παχυσαρκίας. Η Saunders, η οποίος δεν συμμετείχε στην έκθεση, συμφωνεί με τους συγγραφείς της ότι η επιστημονική έρευνα υποστηρίζει τη χρήση μέτρων πέρα από τον ΔΜΣ, συμπεριλαμβανομένης της σύστασης του σώματος και των αξιολογήσεων της συνολικής

υγείας. Αυτά τα μέτρα θα μπορούσαν να προσδιορίσουν καλύτερα ποιος πρέπει να λάβει θεραπεία, αλλά σημειώνει ότι μερικές φορές μπορεί να είναι δύσκολο να εφαρμοστούν.

Περισσότερες από 75 επαγγελματικές ομάδες σε όλο τον κόσμο έχουν υποστηρίξει την έκθεση, συμπεριλαμβανομένων των American Heart Association, European Federation of Internal Medicine και World Obesity Federation,, αν και μένει να δούμε πώς οι συστάσεις θα επηρεάσουν την ιατρική πρακτική.

«Το ερώτημα είναι τι ορίζει την ασθένεια;» λέει ο Francesco Rubino, πρόεδρος μεταβολικής και βαριατρικής χειρουργικής στο King's College του Λονδίνου, ο οποίος το 2019 πρότεινε τη συνεργασία που οδήγησε στην έκθεση. Όσον αφορά την παχυσαρκία —που εκτιμάται ότι επηρεάζει περισσότερους από 1 δισεκατομμύριο ανθρώπους παγκοσμίως— αυτό το ερώτημα έχει ταλαιπωρήσει εδώ και καιρό το πεδίο. Ο ΔΜΣ, υπολογιζόμενος από το ύψος και το βάρος ενός ατόμου, επινοήθηκε τη δεκαετία του 1830 από έναν Βέλγο μαθηματικό και συνήθως ένας ΔΜΣ τουλάχιστον 30 χαρακτηρίζεται ως παχυσαρκία. Μελέτες έχουν προσδιορίσει την παχυσαρκία που ορίζεται από το ΔΜΣ ως οδηγό παθήσεων όπως η καρδιακή



ανεπάρκεια, ο διαβήτης τύπου 2 και η οστεοαρθρίτιδα. Ορισμένοι οργανισμοί, συμπεριλαμβανομένης της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης, δηλώνουν ότι η παχυσαρκία είναι μια χρόνια ασθένεια, εν μέρει για να προσπαθήσουν να μειώσουν το στίγμα που την περιβάλλει.

Όμως, παρόλο που ο Rubino πιστεύει ότι ο ΔΜΣ μπορεί να είναι ένα χρήσιμο εργαλείο, αυτός και άλλοι λένε ότι δεν είναι ιατρική διάγνωση, επειδή σαφώς δεν καταγράφει την κακή υγεία και τις δυσκολίες. Πολλοί άνθρωποι με παχυσαρκία είναι μεταβολικά υγιείς και σε καλή φυσική κατάσταση, δεν θεωρούν ότι η ζωή τους επηρεάζεται αρνητικά από το βάρος τους και μπορεί να μην χρειάζονται καμία θεραπεία.

Αναγνωρίζοντας αυτή την ποικιλομορφία, η νέα έκθεση αντιπροσωπεύει «μια απομάκρυνση από πολλές απόψεις» από την ιατρική πρακτική σήμερα, λέει ο Sadaf Farooqi, ο οποίος μελετά και φροντίζει άτομα με παχυσαρκία στο Πανεπιστήμιο του Cambridge και υπηρέτησε σε μια συντονιστική επιτροπή για την έκθεση. (Υποστηρίχτηκε από το The Lancet, το οποίο σχηματίζει επιτροπές ακαδημαϊκών ειδικών για να κάνουν συστάσεις για ένα θέμα.) Το κεντρικό επιχείρημα της έκθεσης είναι ότι οι γιατροί πρέπει να

χωρίζουν τα άτομα με παχυσαρκία σε δύο κατηγορίες: σε αυτούς με «κλινική παχυσαρκία» των οποίων το βάρος

προκαλεί προβλήματα υγείας ή επηρεάζει την καθημερινή λειτουργία, και σε αυτούς με «προκλινική παχυσαρκία, που βασίζεται σε άλλες εξετάσεις αίματος».

Αυτός ο διαχωρισμός θα πρέπει να έχει επιπτώσεις στη φροντίδα, σημείωσε η ομάδα. Τα άτομα με κλινική παχυσαρκία θα πρέπει να μπορούν να λαμβάνουν φάρμακα όπως φάρμακα που μοιάζουν με γλυκαγόνη πεπτιδίο-1 ή βariatρική χειρουργική επέμβαση, όπως τα άτομα με καρκίνο ή καρδιακές παθήσεις λαμβάνουν τακτικά θεραπείες που στοχεύουν την ασθένειά τους. Αυτό δεν συμβαίνει πάντα σήμερα, λέει ο Farooqi. "Το θεμελιώδες πρόβλημα τόσο για τους γιατρούς όσο και για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής [είναι], "Χρειάζεται πραγματικά να σας θεραπεύσουμε ή πρέπει να συνέλθετε και να συμμορφωθείτε (και να αδυνατίσετε) ώστε να μην υπάρχει πρόβλημα;"

Για τα άτομα με προκλινική παχυσαρκία - τα οποία οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι δεν είναι επί του παρόντος άρρωστα αλλά μπορεί να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο ασθένειας - οι αποφάσεις θεραπείας θα είναι πιο διαφοροποιημένες. «Δεν λέμε ότι δεν πρέπει να έχουν θεραπεία», λέει ο Rubino, αλλά ότι «η προσέγγιση... είναι διαφορετική». Μπορεί να επικεντρωθεί περισσότερο στη συμβουλευτική υγείας για να βοηθήσει στη μείωση του κινδύνου μελλοντικών προβλημάτων υγείας. Η φαρμακευτική αγωγή απώλειας βάρους μπορεί να εξακολουθήσει να δικαιολογείται με βάση άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως το



οικογενειακό ιστορικό ασθένειας που σχετίζεται με την παχυσαρκία.

Ο Farooqi και ο Rubino ελπίζουν επίσης ότι αυτή η σύσταση θα ωφελήσει ορισμένες εθνοτικές ομάδες - ιδιαίτερα αυτές της ασιατικής καταγωγής, που φαίνεται να κινδυνεύουν από επιπλοκές από την παχυσαρκία με χαμηλότερο ΔΜΣ από τους λευκούς Ευρωπαίους, τον κυρίαρχο πληθυσμό που μελετήθηκε σε πρώιμες έρευνες για τον ΔΜΣ και τους κινδύνους για την υγεία.

Μια άλλη σύσταση: Κοιτάξτε πού βρίσκεται το λίπος του σώματος, όχι μόνο το ΔΜΣ. Πολυάριθμες επιστημονικές μελέτες έχουν τεκμηριώσει ότι το κοιλιακό λίπος ενέχει περισσότερους κινδύνους για την υγεία από το λίπος στους μηρούς ή τους γοφούς. Ωστόσο, η ενσωμάτωση των αξιολογήσεων της σύστασης του σώματος στην ιατρική περίθαλψη μπορεί να είναι πιο σκληρή από ό,τι ακούγεται, λέει η Saunders, ειδικά για τους γενικούς ιατρούς που μπορεί να έχουν λιγότερο χρόνο να περάσουν με τους ασθενείς τους. Δεν υπάρχει καν συμφωνία για το πώς να μετρήσετε την περίμετρο της μέσης. «Για να υιοθετηθεί ευρέως ένα νέο σύστημα ταξινόμησης, θα πρέπει να είναι γρήγορο, φθινό και αξιόπιστο», λέει.

Και το να καταλάβουμε εάν και πώς να αντιμετωπίσουμε ένα άτομο με προκλινική παχυσαρκία - λαμβάνοντας υπόψη όχι μόνο την υγεία του, αλλά τους γενετικούς ή άλλους παράγοντες κινδύνου για ασθένεια στο μέλλον - μπορεί να είναι

«πραγματικά δύσκολο», προσθέτει.

Ο Farooqi συμφωνεί ότι αν οι γιατροί υιοθετήσουν τις συστάσεις της ομάδας, μπορεί κάλλιστα να υπάρχουν εμπόδια στο δρόμο. Οι τεχνολογικές βελτιώσεις, όπως φθινοί και εύκολοι τρόποι μέτρησης της σύστασης του σώματος, θα μπορούσαν να κάνουν μεγάλη διαφορά. «Νομίζω ότι από ορισμένες απόψεις θα υπάρξει επιπλέον δουλειά για τους γιατρούς» σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, αλλά η έκθεση «μας δίνει μια πιο ενημερωμένη άποψη για το πώς πρέπει να αξιολογούμε κάποιον με παχυσαρκία», υποστηρίζει, και αυτό είναι «μέρος του να είσαι καλός γιατρός».

Is obesity a disease? Not always, new expert report says (14 Jan 2025, Jennifer Couzin-Frankel) <https://www.science.org/content/article/obesity-disease-not-always-new-expert-report-says>

Definition and diagnostic criteria of clinical obesity, Rubino, Francesco et al. The Lancet Diabetes & Endocrinology, Volume 13, Issue 3, 221 – 262 [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(24\)00316-4/abstract](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(24)00316-4/abstract)



Η άσκηση και η υγιεινή διατροφική συμπεριφορά μαζί παρέχουν την καλύτερη προστασία έναντι των καρδιαγγειακών παθήσεων μετά την εμμηνόπαυση

Οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι οι γυναίκες που παρουσιάζουν διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές και ασκούν χαμηλή σωματική δραστηριότητα τείνουν να έχουν περισσότερο κεντρικό σωματικό λίπος και υψηλότερο κίνδυνο μεταβολικής φλεγμονής χαμηλού βαθμού.

Αυτή η κατάσταση αυξάνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων, οι οποίες γίνονται πιο διαδεδομένες μετά την εμμηνόπαυση. Ωστόσο, η συνδυασμένη επίδραση της άσκησης και της υγιεινής διατροφικής συμπεριφοράς προσφέρει την πιο αποτελεσματική προστασία έναντι της φλεγμονής και μπορεί επίσης να τη μειώσει μετά την εμμηνόπαυση.

Η κατανομή του σωματικού λίπους αλλάζει καθώς εξελίσσεται η εμμηνόπαυση και τα επίπεδα οιστρογόνων μειώνονται, με αποτέλεσμα ο λιπώδης ιστός που συγκεντρώνεται στους γοφούς και τους μηρούς να μετατοπίζεται σταδιακά στο μεσαίο τμήμα ως επιβλαβές σπλαχνικό λίπος. Αυτό προδιαθέτει τις γυναίκες σε χαμηλού βαθμού φλεγμονές και καρδιαγγειακά νοσήματα, τα οποία αυξάνονται σημαντικά μετά την εμμηνόπαυση.



Μια μελέτη από το Πανεπιστήμιο Jyväskylä διερεύνησε τη σύνδεση

μεταξύ συμπεριφορών υγείας και χαμηλής φλεγμονής. Οι συμπεριφορές υγείας σε αυτή τη μελέτη περιλαμβάνουν τον ύπνο, το φαγητό και τη σωματική δραστηριότητα και σχετικές διαταραχές. Για παράδειγμα, η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά αναφέρεται ως μια κατάσταση στην οποία ένα άτομο περιορίζει το φαγητό του για να ελέγξει το βάρος ή το σχήμα του σώματός του. Μπορεί επίσης να έχουν περιορισμένη κατανόηση του τι επιτρέπεται να τρώνε ή πώς θα πρέπει να είναι το σώμα τους.

«Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες, μια υψηλότερη ποσότητα σπλαχνικού λίπους, όπως αναμενόταν, σχετίστηκε με φλεγμονή χαμηλού βαθμού», λέει ο Hannamari Lankila, της Σχολής Επιστημών Αθλητισμού και Υγείας. «Το σπλαχνικό λίπος που συσσωρεύεται στο μεσαίο τμήμα εκκρίνει κυτοκίνες που αυξάνουν τη φλεγμονή και αυτό μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο μεταβολικών ασθενειών».

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι εκείνα τα άτομα που εμφάνισαν πιο διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά, καθώς και εκείνα που ήταν σωματικά λιγότερο δραστήρια, είχαν περισσότερο σπλαχνικό λίπος και επομένως ο κίνδυνος χαμηλής φλεγμονής ήταν επίσης υψηλότερος. Όταν εξετάστηκαν μαζί οι συμπεριφορές διατροφής και σωματικής δραστηριότητας, η υψηλότερη σωματική δραστηριότητα συσχετίστηκε με χαμηλότερο σπλαχνικό λίπος, ειδικά σε εκείνες τις γυναίκες που δεν εμφάνιζαν διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά. «Η σύνδεση ήταν πιο αδύναμη, πράγμα που σημαίνει ότι η προστατευτική επίδραση ακόμη και μιας μεγάλης

ποσότητας άσκησης ήταν μικρότερη εάν το άτομο είχε δυσκολίες που σχετίζονται με το φαγητό». Παραδόξως, ο ύπνος δεν ήταν σημαντικός παράγοντας σε αυτή την εξίσωση.

Προηγούμενη έρευνα έχει δείξει ότι τόσο η άσκηση όσο και διάφορες δίαιτες και τροφές σχετίζονται με φλεγμονή χαμηλού βαθμού σε κάποιο βαθμό, αλλά οι συνδυασμένες επιπτώσεις των συμπεριφορών στην υγεία κατά την εμμηνόπαυση δεν έχουν μελετηθεί προηγουμένως. Η φάση της εμμηνόπαυσης είναι ωστόσο σημαντική, καθώς οι γυναίκες ζουν περισσότερο από το ένα τρίτο της ζωής τους μετά την εμμηνόπαυση κατά μέσο όρο. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, ο κίνδυνος μεταβολικών και καρδιαγγειακών παθήσεων αυξάνεται σημαντικά. Η μελέτη τόνισε τη σχέση μεταξύ του σπλαχνικού λίπους και της φλεγμονής, ειδικά σε γυναίκες με χαμηλή σωματική δραστηριότητα. Τόσο η σωματική δραστηριότητα όσο και η ευέλικτη διατροφική συμπεριφορά μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση του σπλαχνικού λίπους, αλλά το αποτέλεσμα είναι πιθανό να είναι πιο αποτελεσματικό όταν συνδυάζονται και τα δύο.

«Είναι καλό να θυμόμαστε ότι ακόμη και μετά την εμμηνόπαυση, είναι δυνατό να μειωθεί η συσσώρευση επιβλαβούς σπλαχνικού λίπους και έτσι να αποτραπούν μεταβολικές και καρδιαγγειακές παθήσεις που μπορεί να προκύψουν από αυτήν», καταλήγει η Lankila.

Η μελέτη αξιολόγησε επίσης τη διάρκεια

του ύπνου και την αντιληπτή ποιότητα ύπνου καθώς και τη σωματική δραστηριότητα με τη βοήθεια ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς. Η διατροφική συμπεριφορά αξιολογήθηκε με το Ερωτηματολόγιο Εξέτασης Διατροφικής Διαταραχής (EDE-Q), το οποίο αποτελούνταν από 28 ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αξιολογηθεί εάν ένα άτομο περιορίζει το φαγητό του και εάν έχει συγκεκριμένες ανησυχίες σχετικά με το φαγητό, το βάρος ή το σχήμα του σώματός του. Επιπλέον, ελήφθησαν υπόψη η ηλικία των συμμετεχόντων, το επίπεδο εισοδήματος και η χρήση της ορμονοθεραπείας στην εμμηνόπαυση.

University of Jyväskylä - Jyväskylän yliopisto <https://www.jyu.fi/en/news/exercise-and-healthy-eating-behaviour-together-provide-the-best-protection-against-cardiovascular>

Hannamari Lankila, Tiia Kekäläinen, Enni-Maria Hietavala, Eija K. Laakkonen. A mediating role of visceral adipose tissue on the association of health behaviours and metabolic inflammation in menopause: a population-based cross-sectional study. Scientific Reports, 2025; 15 (1)



Η καρδιοαναπνευστική γυμναστική μειώνει τους θανάτους και τις ασθένειες κατά σχεδόν 20%

Τρέξιμο, ποδήλατο ή κολύμπι, αν γυμνάζεστε τακτικά, είστε σε καλό δρόμο για μια μακρά και υγιή ζωή, καθώς μια νέα πρωτοποριακή έρευνα από το Πανεπιστήμιο της Νότιας Αυστραλίας διαπιστώνει ότι ένα καλό επίπεδο καρδιακής φυσικής κατάστασης μειώνει τον κίνδυνο θανάτου από οποιαδήποτε αιτία κατά 11-17%.

Η μελέτη που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό *BJSM*, διαπίστωσε ότι για κάθε αύξηση της καρδιοαναπνευστικής ικανότητας κατά 1 MET -το ποσό της ενέργειας που χρησιμοποιείται για το ήρεμο κάθισμα- ένα άτομο μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο θανάτου κατά 11-17% και συγκεκριμένα τον κίνδυνο καρδιοπάθειας κατά 18%.

Περιλαμβάνοντας 26 συστηματικές ανασκοπήσεις με μετα-ανάλυση που αντιπροσωπεύουν περισσότερες από 20,9 εκατομμύρια παρατηρήσεις από 199 μοναδικές μελέτες κοόρτης, είναι η πρώτη μελέτη που συγκεντρώνει όλα τα επιστημονικά στοιχεία που εξέτασαν την προοπτική σχέση μεταξύ καρδιοαναπνευστικής ικανότητας και αποτελεσμάτων υγείας μεταξύ ενηλίκων.

Ο επικεφαλής συγγραφέας, καθηγητής Grant Tomkinson της UniSA, αναφέρει ότι η καρδιοαναπνευστική φυσική κατάσταση είναι πιθανώς ο σημαντικότερος τύπος φυσικής κατάστασης για την καλή υγεία.

«Η καρδιοαναπνευστική ικανότητα (ή CRF) είναι η ικανότητά σας να

εκτελείτε σωματική δραστηριότητα για μεγάλο χρονικό διάστημα, όπως τρέξιμο, ποδηλασία και κολύμπι», λέει ο καθηγητής Tomkinson. «Σε αυτή τη μελέτη διαπιστώσαμε ότι η παρατεταμένη καρδιοαναπνευστική ικανότητα σχετίζεται ισχυρά και σταθερά με όλους τους τύπους πρόωρου θανάτου και περιστατικών ασθενειών που καλύπτουν την καρδιακή ανεπάρκεια, την κατάθλιψη, το διαβήτη, την άνοια, ακόμη και τον καρκίνο.

Συνοψίσαμε τα στοιχεία που συνδέουν την CRF με πολλές επιπτώσεις στην υγεία και διαπιστώσαμε ότι τα άτομα με χαμηλά επίπεδα CRF έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν νωρίς ή να αναπτύξουν χρόνιες παθήσεις, όπως καρδιακές παθήσεις αργότερα στη ζωή τους.

Συγκεκριμένα, διαπιστώσαμε ότι κάθε αύξηση κατά 1-MET της CRF, δηλαδή της ποσότητας ενέργειας που καταναλώνεται όταν κάθεται κανείς ήρεμα, μείωνε τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου από οποιαδήποτε αιτία και από καρδιακή ανεπάρκεια κατά 11-17% και 18% αντίστοιχα.

Για τους περισσότερους ανθρώπους, μια αύξηση της CRF κατά 1-MET μπορεί να επιτευχθεί μέσω ενός τακτικού προγράμματος αερόβιας άσκησης.

Το μήνυμα είναι πολύ απλό: αν κάνετε πολλά «ξεφυσήματα», τότε μειώνεται ο κίνδυνος πρόωρου θανάτου ή εμφάνισης ασθενειών στο μέλλον. Εάν αποφεύγετε την άσκηση, η υγεία σας μπορεί να υποφέρει».

Οι χρόνιες παθήσεις της υγείας αποτελούν συνεχή αιτία κακής υγείας, αναπηρίας και πρόωρου θανάτου. Στην Αυστραλία, εκτιμάται ότι 11,6 εκατομμύρια



άνθρωποι (47%) πάσχουν από χρόνιες και εξουθενωτικές παθήσεις υγείας, οι οποίες συμβάλλουν στα δύο τρίτα του φορτίου των ασθενειών.

Ο επικεφαλής συγγραφέας από τον Οργανισμό Δημόσιας Υγείας του Καναδά και επίκουρος καθηγητής στο UniSA, Dr Justin Lang, λέει ότι η μελέτη παρέχει ένα ισχυρό μήνυμα για τη δημόσια υγεία: ότι η καρδιοαναπνευστική ικανότητα αποτελεί σημαντικό δείκτη της κατάστασης της υγείας.

«Είναι σαφές ότι η καρδιοαναπνευστική ικανότητα είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την καλή υγεία. Αν ήδη ασκείστε, αυτά είναι καλά νέα. Αλλά αν γνωρίζετε ότι πρέπει να αυξήσετε τη φυσική σας κατάσταση και την κίνησή σας, τότε αυτή είναι μια έγκαιρη υπενθύμιση», λέει ο Δρ Lang.

«Οι άνθρωποι μπορούν να επιτύχουν σημαντικές βελτιώσεις μέσω πρόσθετης μέτριας σωματικής δραστηριότητας, όπως το γρήγορο περπάτημα, τουλάχιστον 150 λεπτά την εβδομάδα. Και καθώς βελτιώνουν τη φυσική τους κατάσταση, ο κίνδυνος θανάτου και ασθενειών θα μειώνεται.

Αλλά το βάρος της βελτίωσης δε θα πρέπει να πέφτει μόνο στο άτομο, αλλά θα πρέπει επίσης να αξιολογείται τακτικά στην κλινική πρακτική και στην πρακτική της δημόσιας υγείας, έτσι ώστε να μπορούμε να υποστηρίξουμε τους ανθρώπους να βελτιώσουν τα αποτελέσματα της υγείας τους.

Μέσω της τακτικής αξιολόγησης, οι κλινικοί γιατροί και οι επαγγελματίες της άσκησης θα μπορούσαν να εντοπίζουν

καλύτερα τους ενήλικες που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο πρόωρου θανάτου και να ξεκινούν προγράμματα άσκησης με στόχο την αύξηση της CRF μέσω της τακτικής σωματικής δραστηριότητας».

University of South Australia <https://unisa.edu.au/media-centre/Releases/2024/cardio-fitness-cuts-death-and-disease-by-nearly-20/>

Justin J Lang, Stephanie A Prince, Katherine Merucci, Cristina Cadenas-Sanchez, Jean-Philippe Chaput, Brooklyn J Fraser, Taru Manyanga, Ryan McGrath, Francisco B Ortega, Ben Singh, Grant R Tomkinson. Cardiorespiratory fitness is a strong and consistent predictor of morbidity and mortality among adults: an overview of meta-analyses representing over 20.9 million observations from 199 unique cohort studies. British Journal of Sports Medicine, 2024; bjsports-2023-107849 DOI: 10.1136/bjsports-2023-107849

Δεν ζούμε πια περισσότερο: νέα μελέτη σε όλη την Ευρώπη

Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής του ανθρώπου έχει επιβραδυνθεί σε ολόκληρη την Ευρώπη από το 2011, σύμφωνα με νέα έρευνα. Μια νέα μελέτη, που δημοσιεύτηκε σήμερα στο περιοδικό The Lancet Public Health, αποκαλύπτει ότι ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό τα τρόφιμα που τρώμε, η σωματική αδράνεια και η παχυσαρκία, καθώς και η πανδημία του Covid.

Από όλες τις χώρες που μελετήθηκαν, η Αγγλία γνώρισε τη μεγαλύτερη επιβράδυνση στο προσδόκιμο ζωής. Αυτό σημαίνει ότι αντί να ανυπομονούμε να ζήσουμε περισσότερο από τους γονείς ή τους παπ-



πούδες μας, μπορεί να ανακαλύψουμε ότι πεθαίνουμε νωρίτερα. Η ομάδα λέει ότι για να επεκτείνουμε το γήρας μας, πρέπει να δώσουμε προτεραιότητα σε πιο υγιεινούς τρόπους ζωής στα νεότερα μας χρόνια — με τις κυβερνήσεις να καλούνται να επενδύσουν σε τολμηρές πρωτοβουλίες για τη δημόσια υγεία.

Ο επικεφαλής ερευνητής, καθηγητής Nick Steel, από την Ιατρική Σχολή Norwich της UEA, δήλωσε: «Η πρόοδος στη δημόσια υγεία και την ιατρική τον 20ο αιώνα σήμαινε ότι το προσδόκιμο ζωής στην Ευρώπη βελτιωνόταν χρόνο με το χρόνο. Αλλά αυτό δεν ισχύει πλέον. «Από το 1990 έως το 2011, οι μειώσεις των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνους συνέχισαν να οδηγούν σε ουσιαστικές βελτιώσεις στο προσδόκιμο ζωής. «Αλλά δεκαετίες σταθερών βελτιώσεων τελικά επιβραδύνθηκαν γύρω στο 2011, με έντονες διεθνείς διαφορές. «Διαπιστώσαμε ότι οι θάνατοι από καρδιαγγειακές παθήσεις ήταν ο κύριος μοχλός της μείωσης των βελτιώσεων στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ 2011-19. Όπως ήταν αναμενόμενο, η πανδημία του Covid ευθύνεται για τις μειώσεις του προσδόκιμου ζωής που παρατηρήθηκαν μεταξύ 2019-21. «Μετά το 2011, μεγάλοι κίνδυνοι όπως η παχυσαρκία, η υψηλή αρτηριακή πίεση και η υψηλή χοληστερόλη είτε αυξήθηκαν είτε έπαψαν να βελτιώνονται σχεδόν σε όλες τις χώρες. «Οι καλύτερες θεραπείες για τη χοληστερόλη και την

αρτηριακή πίεση δεν ήταν αρκετές για να αντισταθμίσουν τις βλάβες από την παχυσαρ-

κία και την κακή διατροφή», πρόσθεσε.

Η ερευνητική ομάδα μελέτησε δεδομένα από το Global Burden of Disease 2021 του Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) — τη μεγαλύτερη και πιο ολοκληρωμένη έρευνα για την ποσοτικοποίηση της απώλειας υγείας σε περιοχές και σε σχέση με την πάροδο του χρόνου, βασισμένη στο έργο σχεδόν 12.000 συνεργατών σε περισσότερες από 160 χώρες και περιοχές. Συνέκριναν τις αλλαγές στο προσδόκιμο ζωής, τις αιτίες θανάτου και την έκθεση του πληθυσμού σε παράγοντες κινδύνου σε ολόκληρη την Ευρώπη μεταξύ 1990-2011, 2011-19 και 2019-21. Οι χώρες που μελετήθηκαν ήταν η Αυστρία, το Βέλγιο, η Δανία, η Φινλανδία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ελλάδα, η Ισλανδία, η Ιρλανδία, η Ιταλία, το Λουξεμβούργο, η Ολλανδία, η Νορβηγία, η Πορτογαλία, η Ισπανία, η Σουηδία, η Αγγλία, η Βόρεια Ιρλανδία, η Σκωτία και η Ουαλία.

Η ομάδα λέει ότι παρά την ύφεση, δεν έχουμε ακόμη φτάσει σε ένα βιολογικό ανώτατο όριο μακροζωίας. Ο καθηγητής Steel εξήγησε: «Το προσδόκιμο ζωής για τους ηλικιωμένους σε πολλές χώρες εξακολουθεί να βελτιώνεται, δείχνοντας ότι δεν έχουμε φτάσει ακόμη σε ένα φυσικό ανώτατο όριο μακροζωίας. «Το προσδόκιμο ζωής αντανάκλα κυρίως τη θνησιμότητα σε μικρότερες ηλικίες, όπου έχουμε πολλά περιθώρια για τη μείωση των επιβλαβών κινδύνων και την πρόληψη των πρόωρων θανάτων». «Συγκρίνοντας χώρες, οι εθνικές πολιτικές που βελτίωσαν την υγεία του πληθυσμού συνδέθηκαν με καλύτερη ανθεκτικότητα σε μελλοντικούς κραδασμούς». «Χώρες



όπως η Νορβηγία, η Ισλανδία, η Σουηδία, η Δανία και το Βέλγιο διατήρησαν καλύτερο προσδόκιμο ζωής μετά το 2011 και είδαν μειωμένες βλάβες από σημαντικούς κινδύνους για καρδιακές παθήσεις, με τη βοήθεια των κυβερνητικών πολιτικών. «Αντίθετα, η Αγγλία και τα άλλα έθνη του Ηνωμένου Βασιλείου τα πήγαν χειρότερα μετά το 2011 και επίσης κατά τη διάρκεια της πανδημίας του Covid, και αντιμετώπισαν μερικούς από τους υψηλότερους κινδύνους για καρδιακές παθήσεις και καρκίνο, συμπεριλαμβανομένων της κακής διατροφής.

“Αυτό υποδηλώνει ότι απαιτούνται ισχυρότερες κυβερνητικές πολιτικές για τη μείωση των σημαντικών κινδύνων για την υγεία, όπως η παχυσαρκία, η κακή διατροφή και η χαμηλή σωματική δραστηριότητα — για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού μακροπρόθεσμα”. Ο καθηγητής John Newton, από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Περιβάλλοντος και Ανθρώπινης Υγείας στο Πανεπιστήμιο του Έξετερ, δήλωσε: “Αυτά τα αποτελέσματα προκαλούν ανησυχία ειδικά εδώ στο Ηνωμένο Βασίλειο, αλλά και κάποια ελπίδα. Θα πρέπει να ανησυχούμε γιατί πολλές ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένου του Ηνωμένου Βασιλείου, παρουσιάζουν τόσο κακή πρόοδο, αλλά και να έχουμε αισιοδοξία, επειδή η αντιμετώπιση των υποκείμενων αιτιών μεγάλων ασθενειών φαίνεται να είναι αποτελεσματική, εάν μόνο οι βελτιώσεις μπορούν να διατηρηθούν.”

Η Sarah Price, NHS England, Εθνική Διευθύντρια Δημόσιας Υγείας, δήλωσε: «Αυτή η σημαντική μελέτη ενισχύει ότι η πρόληψη είναι ο ακρογωνιαίος λίθος μιας πιο υγιούς κοινωνίας και είναι ακριβώς ο

λόγος για τον οποίο θα είναι τόσο βασικό μέρος του 10ετούς σχεδίου υγείας για το οποίο εργαζόμαστε με την κυβέρνηση. «Η επιβράδυνση των βελτιώσεων του προσδόκιμου ζωής, ιδιαίτερα λόγω των καρδιαγγειακών παθήσεων και του καρκίνου, υπογραμμίζει την επείγουσα ανάγκη για ισχυρότερη δράση για τις βασικές αιτίες — κακή διατροφή, σωματική αδράνεια και παχυσαρκία. «Το NHS παίζει τον ρόλο του και έχει ήδη βοηθήσει εκατοντάδες χιλιάδες ανθρώπους να χάσουν βάρος μέσω του ψηφιακού προγράμματος διαχείρισης βάρους 12 εβδομάδων, ενώ περισσότεροι από ένα εκατομμύριο άνθρωποι ετησίως λαμβάνουν έλεγχο αρτηριακής πίεσης στα φαρμακεία του NHS, κάτι που είναι το κλειδί για τον εντοπισμό καρδιαγγειακών προβλημάτων και τη σημαντική βελτίωση της συνολικής υγείας των ανθρώπων. «Ωστόσο, χρειάζεται περισσότερη δράση σε ολόκληρη την κοινωνία, επειδή δεν μπορούμε να αντιμετωπίσουμε την έξοδο από την κρίση της παχυσαρκίας και πρέπει να την αναχαιτίσουμε στην πηγή».

University of East Anglia <https://www.uea.ac.uk/about/news/article/we-are-no-longer-living-longer-uea-study-shows>

Nicholas Steel et al. Changing life expectancy in European countries 1990–2021: a subanalysis of causes and risk factors from the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet Public Health, 2025; DOI: 1016/S2468-2667(25)00009-X



ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

ΑΙΤΙΕΣ-ΔΕΔΟΜΕΝΑ-ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ

Επιστημονική επιμέλεια:

Γιάννης Τούντας (συντονιστής)

Ελπίδα Πάβη

Κυριάκος Σουλιώτης

 επίκεντρο

Κοινωνικές Ανισότητες στην Υγεία **Αιτίες – Δεδομένα – Πολιτικές**

Επιστημονική επιμέλεια: Γιάννης Τούντας(συντονιστής), Ελπίδα Πάβη, Κυριάκος Σουλιώτης

Εκδόσεις Επίκεντρο, 2025

Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία αποτελούν μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις στην άσκηση της πολιτικής υγείας διεθνώς. Σε όλες τις χώρες παρατηρούνται μεγάλες διαφορές στο επίπεδο υγείας ανάμεσα στις οικονομικά ισχυρότερες και ασθενέστερες κοινωνικές τάξεις. Εκτός από την παροχή ανεπαρκούς ιατρικο-φαρμακευτικής περίθαλψης, βασικές αιτίες κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία αποτελούν το χαμηλό εισόδημα, οι υποβαθμισμένες συνθήκες διαβίωσης, οι ανθυγιεινές συνθήκες εργασίας, καθώς και το περιορισμένο κοινωνικό και προσωπικό κεφάλαιο. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και άλλοι κοινωνικοί παράγοντες, όπως είναι το φύλο, η πολιτισμική ιδιαιτερότητα κάθε κοινωνικής ομάδας, καθώς και οι συμπεριφορές υγείας που υιοθετούν τα άτομα.

Το βιβλίο αυτό αποτελεί συλλογική προσπάθεια προσδιορισμού των βασικών σχετικών εννοιών, κατανόησης των αιτιών του φαινομένου, καταγραφής των διεθνών και ελληνικών ερευνητικών δεδομένων, καθώς και διατύπωσης προτάσεων για την αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, στη χώρα μας. Οι προτάσεις αφορούν όλους τους κοινωνικούς προσδιοριστές των ανισοτήτων. Ωστόσο, δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στις αναγκαίες αλλαγές για την ανασυγκρότηση του ΕΣΥ και για την ανάπτυξη του τομέα της Δημόσιας Υγείας.

ΠΡΟΚΗΡΥΞΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΣΤΟ ΔΙ-ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ» για το νέο ακαδημαϊκό έτος 2025-202



Η Ιατρική Σχολή και το Τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, οργανώνουν και λειτουργούν από το 2004 το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στα αντικείμενα της Προαγωγής και Αγωγής Υγείας, σε συνεργασία με το Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας του Παν/μίου Δυτικής Αττικής. Το διετές διεπιστημονικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (Π.Μ.Σ.) πρόκειται να δεχθεί φοιτητές/τριες κατά το ακαδημαϊκό έτος 2025-2026 για μεταπτυχιακές σπουδές που οδηγούν στην απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Μ.Δ.Ε) στην Προαγωγή και Αγωγή Υγείας. Το πρόγραμμα μαθημάτων αρχίζει τον Οκτώβριο του 2025 με απογευματινές διαζώσης ή/και διαδικτυακές παρακολουθήσεις τριών ημερών ανά εβδομάδα.

Το Π.Μ.Σ στην Προαγωγή και Αγωγή Υγείας οδηγεί στην απονομή Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην Προαγωγή και Αγωγή Υγείας. Σκοπός του είναι να εκπαιδεύσει και να εξειδικεύσει νέους επιστήμονες στο ευρύ και αναπτυσσόμενο πεδίο του σχεδιασμού, υλοποίησης και αξιολόγησης προγραμμάτων Προαγωγής και Αγωγής Υγείας, καθώς και του σχεδιασμού, εφαρμογής και αξιολόγησης πολιτικών Προαγωγής Υγείας. Οι απόφοιτοι του Π.Μ.Σ. θα μπορούν: α) να στελεχώσουν κρατικούς και μη-κρατικούς οργανισμούς/φορείς και δομές στους χώρους της υγείας, δημόσιας υγείας, εκπαίδευσης, κοινωνικές υπηρεσίες και να απασχοληθούν σε θέσεις που απαιτούν υψηλού επιπέδου εξειδικευμένες υπηρεσίες στον τομέα της έρευνας, του σχεδιασμού, εφαρμογής και αξιολόγησης προγραμμάτων Προαγωγής Υγείας και Αγωγής Υγείας, καθώς και στρατηγικών πολιτικών πρόληψης στη χώρα μας και στο εξωτερικό.

Στο Π.Μ.Σ. «ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ» γίνονται δεκτοί κάτοχοι τίτλου του Α΄ κύκλου σπουδών των Τμημάτων Ιατρικής, Ψυχολογίας, Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, Οδοντιατρικής, Φιλοσοφίας Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας, Παιδαγωγικών Σπουδών, Κοινωνιολογίας, Επικοινωνίας και Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, Νοσηλευτικής, Διατροφής, Ανθρωπολογίας, Κοινωνικής Εργασίας, Μαιευτικής και συναφών Τμημάτων ΑΕΙ και ΤΕΙ της ημεδαπής ή ομοταγών, αναγνωρισμένων από τον ΔΟΑΤΑΠ, ιδρυμάτων της αλλοδα-



πής. Η χρονική διάρκεια φοίτησης στο Π.Μ.Σ. «Προαγωγή και Αγωγή Υγείας» ολοκληρώνεται σε τέσσερα (4) ακαδημαϊκά εξάμηνα, συμπεριλαμβανομένου του χρόνου εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας.

Η επιλογή των εισακτέων πραγματοποιείται από τα μέλη της Συντονιστικής Επιτροπής του Π.Μ.Σ, τα οποία αξιολογούν τους υποψηφίους με βάση τα ακόλουθα κριτήρια: – Βαθμό πτυχίου – Προφορική συνέντευξη – Συστατικές επιστολές – Επίδοση σε δοκιμασία απόδοσης περίληψης επιστημονικής δημοσίευσης από τα αγγλικά στα ελληνικά – Επίδοση σε διπλωματική εργασία (εφόσον υπάρχει) – Ερευνητική & επαγγελματική δραστηριότητα (εφόσον υπάρχει)

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΣΤΟ Π.Μ.Σ.

Η διαδικασία της αξιολόγησης και της επιλογής των φοιτητών/τριών περιλαμβάνει τα παρακάτω στάδια:

A) Αξιολόγηση φακέλου υποψηφίου από τη Συντονιστική Επιτροπή του Π.Μ.Σ

B) Συνέντευξη υποψηφίου από τα μέλη της Συντονιστικής Επιτροπής του Π.Μ.Σ. Οι συνεντεύξεις των υποψηφίων για την Α' Ανακοίνωση, θα πραγματοποιηθούν τον Μάιο 2025.

ΠΡΟΘΕΣΜΙΕΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ

Οι αιτήσεις και τα δικαιολογητικά κατατίθενται ηλεκτρονικά στη Γραμματεία του Π.Μ.Σ. έως 30/04/2025 στη διεύθυνση e-mail: chsr@med.uoa.gr.

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση μπορείτε να συμβουλευτείτε την ιστοσελίδα του ΠΜΣ (<https://healthpromotion.med.uoa.gr/>) και να μας αποστείλετε οποιοδήποτε ερώτημα με e-mail στην παραπάνω διεύθυνση.



ΣΥΝΕΔΡΙΑ

From convenience to crisis: understanding the public health risks of ultra-processed foods

6 Mar 2025 / Webinar

Organiser: EUPHA Food and nutrition Section

Rehabilitation - the health strategy to deal with chronic diseases

20 Mar 2025 / Webinar

Organiser: EUPHA Chronic diseases section

Midterm conference: Responding to challenges in health and care workforce: innovative research, policies and practices

20 Mar 2025 - 21 Mar 2025 / Budapest, Hungary

Organiser: EUPHA Health and care workforce section

Behaviour Change for Health and Sustainability 2025 Conference

2 Apr 2025 - 3 Apr 2025 / Lisbon, Portugal

Organiser: UCL Centre for Behaviour Change/NOVA National School of Public Health, Lisbon

The Pandemic Treaty. A new Global Public Health Instrument

9 May 2025 / Lisbon, Portugal

Organiser: Erasmus Law School and NOVA NSPH

International Symposium: Nutrition and Chronic Disease Prevention: Time for a Paradigm Shift

5 Jun 2025 - 6 Jun 2025 / Pozzilli, Italy

Organiser: EUPHA Chronic diseases section

European Sociological Association RN16 Mid-Term Conference

11 Jun 2025 - 12 Jun 2025 / Evora, Portugal

Organiser: European Sociological Association

Health and Risk Communication in Pandemics and Beyond: Strategies for a Systems Thinking, Community-Centered, and Equity-Driven Approach

7 Jul 2025 - 18 Jul 2025 / Rome, Italy

Organiser: The American University of Rome

LEPH 2025

13 Jul 2025 - 16 Jul 2025 / Ottawa, Canada

Organiser: Global Law Enforcement & Public Health Association Inc

Observatory Venice Summer School 2025

20 Jul 2025 - 26 Jul 2025 / Venice, Italy

Organiser: European Observatory on Health Systems and Policies



European Summer School in Evidence-Based Public Health 2025**21 Jul 2025 - 25 Jul 2025 / München, Germany**

Organiser: Pettenkofer School of Public Health (PSPH) at Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU).

the 37th Annual Conference of the International Papillomavirus Society (IPVS 2025)**23 Oct 2025 - 26 Oct 2025 / Bangkok, Thailand**

Organiser: IPVS 2025

Leibniz ScienceCampus Digital Public Health (LSC DiPH) Summer School 2025**18 Aug 2025 - 22 Aug 2025 / Bremen, Germany**

Organiser: Leibniz ScienceCampus

SSPH+ Lugano Summer School in Public Health Policy, Economics and Management**18 Aug 2025 - 23 Aug 2025 / Lugano, Switzerland and online**

Organiser: Swiss School of Public Health, ICPP at USI, DEASS at SUPSI, and Swiss TPH

Gateway to Global Aging**4 Sep 2025 - 5 Sep 2025 / Boston, Massachusetts**

Organiser: Gateway to Global Aging

60th Annual Conference of the German Society for Social Medicine and Prevention (DGSMP)**17 Sep 2025 - 19 Sep 2025 / Berlin, Germany**

Organiser: German Society for Social Medicine and Prevention (DGSMP)





Χρησιμοποιούμε τη δύναμη επιστημών αιχμής για να σώζουμε και να βελτιώνουμε τις ζωές των ανθρώπων σε όλο τον κόσμο.

Για περισσότερο από έναν αιώνα βρισκόμαστε στην πρώτη γραμμή της έρευνας, ανακαλύπτοντας φάρμακα, εμβόλια και καινοτόμες λύσεις υγείας που κάνουν τη διαφορά στη ζωή εκατομμυρίων ανθρώπων. Ακούμε τις ανάγκες των ασθενών και λειτουργούμε υπεύθυνα ώστε να διασφαλίζουμε πως οι θεραπείες μας είναι προσβάσιμες σε όσους τις χρειάζονται.

Δεσμευόμαστε ότι θα συνεχίσουμε να εργαζόμαστε για ένα υγιέστερο, φωτεινότερο μέλλον για όλους.

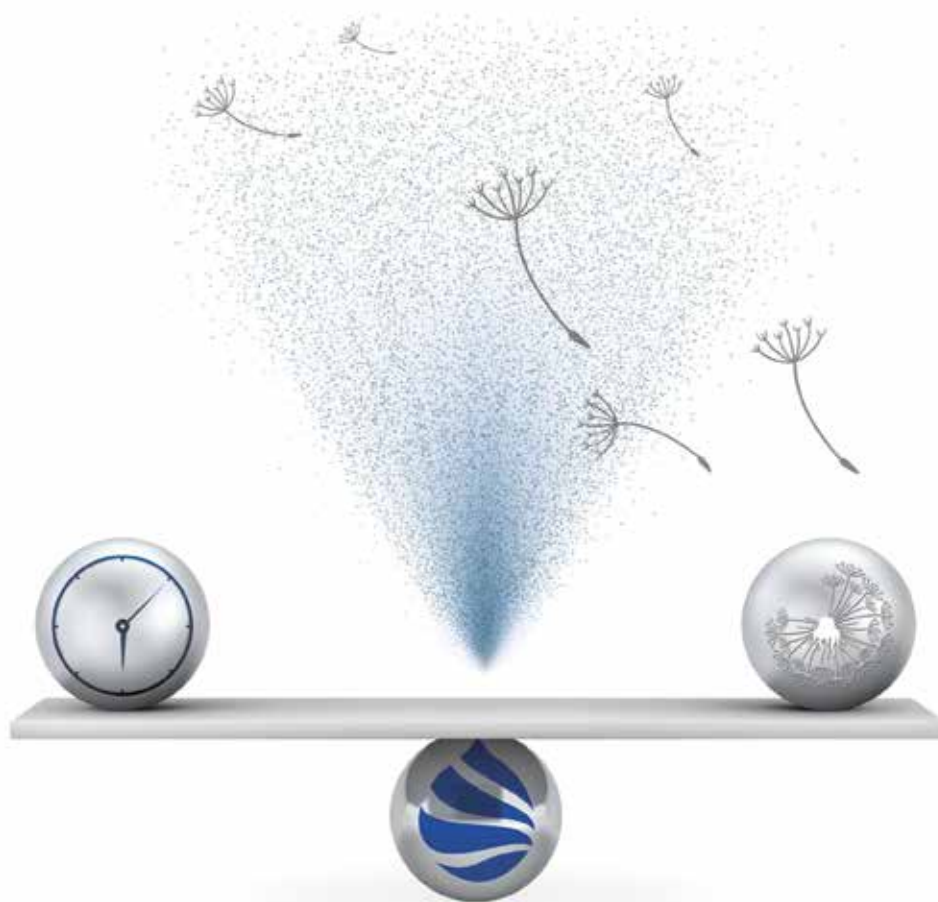


AZEMISTA™

ΡΙΝΙΚΟ ΕΚΝΕΦΩΜΑ

Υδροχλωρική
Αζελαστίνη

Προπιονική
Φλουτικαζόνη



Σφαιρική Κάλυψη στην αλλεργική ρινίτιδα¹

ΝΕΑ
ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ
ΦΑΡΜΑΚΟΥ



ELPEN A.E
Φαρμακευτική Βιομηχανία
Λεωφ. Μαραθώνος 95
Πικέρμι Αττικής 190 09
Τηλ.: 2111865000
www.elpen.gr

Για την ΠΧΠ του
AZEMISTA σαρώστε εδώ



Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται
ιατρική συνταγή. Λ.Τ.: 14,87€

Αναφέρετε κάθε εικαζόμενη/
πιθανολογούμενη ανεπιθύμητη ενέργεια
απευθείας στον ΕΟΦ, σύμφωνα με το εθνικό
σύστημα αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.

1. Papadopoulos N. 2020, Hell. Allerg. & Clinical Immun, Sweries B', 13(2):87-94.

