

Exploring Student's Health Behaviour in Vocational High Schools of the Greece Island Region

Abstract at the end of the article

Διερεύνηση των Συμπεριφορών Υγείας Μαθητών Επαγγελματικών Λυκείων σε Νησιωτική Περιοχή της Ελλάδας

Αναστάσιος Φάρος,¹ Παρασκευή Αποστολάρα,²
Ιωάννης Καλεμικεράκης,³ Ελένη Νταλή,⁴
Δήμητρα Τσεκούρα,⁵ Άννα Καυγά³

¹Νοσηλεύτης, Εκπαιδευτικός ΕΠΑΛ Αγίων Αναργύρων, MS(c)
«Κοινωνική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας»
Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

²Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

³Επίκουρος Καθηγητής Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

⁴Νοσηλεύτρια, Εκπαιδευτικός ΕΠΑΛ Καματερού, MS(c) «Κοινωνική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας» Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

⁵Νοσηλεύτρια Συντονίστρια, Κινητή Ομάδα Υγείας, Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός MS(c) «Κοινωνική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας»
Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Υποβλήθηκε: 12/06/2020
Επανυποβλήθηκε: 25/06/2020
Εγκρίθηκε: 30/06/2020

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Αναστάσιος Φάρος, Αγίου Ιωάννου 1,
145 74 Ροδόπολη-Διόνυσος, Αττική
Τηλ: (+30) 6932 089 905
e-mail: farostasos@gmail.com

Εισαγωγή: Η πρόληψη έναρξης ριψοκίνδυνων συμπεριφορών υγείας των μαθητών στην εφηβεία, έχει οφέλη στη μελλοντική τους υγεία και ευημερία. Οι έφηβοι υιοθετούν υγιεινές συμπεριφορές, με παρεμβάσεις στη σχολική υγεία, μέσω προγραμμάτων προαγωγής υγείας. **Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των ατομικών συνθηκών των μαθητών και η επίδρασή τους στον τρόπο ζωής και τις συμπεριφορές προαγωγής υγείας. **Υλικό και Μέθοδος:** Συγχρονική περιγραφική μελέτη που πραγματοποιήθηκε με δειγματοληψία ευκολίας. Το δείγμα αποτέλεσαν 200 μαθητές δύο τομέων, τριών Επαγγελματικών Λυκείων της Λέσβου και το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 100%. Με τη χρήση του αυτοσυμπληρούμενου ανώνυμου ερωτηματολογίου Health Promoting Lifestyle Profile II, αξιολογήθηκαν οι συμπεριφορές υγείας και ο τρόπος ζωής των μαθητών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Νοέμβριο και Δεκέμβριο του 2019. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$. **Αποτελέσματα:** Το 56% ήταν αγόρια και ποσοστό 53,5% φοιτούσε στον Τομέα Υγείας. Η μέση τιμή στην κλίμακα προαγωγής υγείας ήταν $2,56 \pm 0,40$. Η μεγαλύτερη μέση τιμή βρέθηκε στον παράγοντα «Διαπροσωπικές Σχέσεις» ($3,01 \pm 0,52$), ενώ η μικρότερη στον παράγοντα «Φυσική Δραστηριότητα» ($2,29 \pm 0,81$). Οι μαθητές του Τομέα Υγείας συγκριτικά με τους μαθητές του Τομέα Μηχανολογίας είχαν μεγαλύτερη τιμή στη συνολική βαθμολογία ($p < 0,001$), στις υποκλίμακες για την «Υπευθυνότητα της Υγείας» ($p = 0,002$), την «Πνευματική Ανάπτυξη» ($p = 0,02$) και τις «Διαπροσωπικές Σχέσεις» ($p < 0,001$). Οι μαθητές που δεν κάπνιζαν είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σε σχέση με όσους κάπνιζαν, στη «Υπευθυνότητα για την Υγεία» ($p = 0,02$), τη «Φυσική Δραστηριότητα»

($p < 0,001$) και στις «Διατροφικές Συνήθειες» ($p = 0,01$). Οι μαθητές που δεν αθλούσαν (43%) είχαν μικρότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα της «Πνευματικής Ανάπτυξης» ($p = 0,01$) καθώς και της «Διαχείρισης του Άγχους» ($p = 0,04$). Το 40,5% του δείγματος δεν χρησιμοποιούσε μηχανισμούς για τη διαχείριση του άγχους. Ποσοστό 42,5% των μαθητών δεν διάβαζε στις ετικέτες των συσκευασμένων τροφίμων τα θρεπτικά συστατικά, και την περιεκτικότητα σε λιπαρά και αλάτι. Παράλληλα, το 36,9% των μαθητών ήταν καπνιστές και το 72,7% κατανάλωνε αλκοόλ κάθε εβδομάδα. Το 22,5% του δείγματος θεωρούσε ότι η κατάλληλη ηλικία έναρξης σεξουαλικής ζωής είναι τα 17 έτη και σχεδόν το σύνολο του δείγματος (96%) γνώριζε τις μεθόδους προφύλαξης για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και την αντισύλληψη. Το 70%, προτιμούσε να ενημερώνεται για θέματα πρόληψης και προαγωγής υγείας από σχολικό νοσηλευτή. **Συμπεράσματα:** Οι μαθητές Επαγγελματικών Λυκείων εμφανίζουν μέτριες συμπεριφορές προαγωγής υγείας, δεν μπορούν να διαχειριστούν το άγχος τους, δεν επιλέγουν σωστή διατροφή και δεν αθλούνται. Η παρούσα έρευνα αναδεικνύει τον σημαντικό ρόλο του σχολικού νοσηλευτή, ως καθοριστικό παράγοντα εκπαίδευσης του μαθητικού πληθυσμού στην προαγωγή της υγείας και τον υγιεινό τρόπο ζωής. **Λέξεις-ευρητηρίου:** Εφηβεία, συμπεριφορές υγείας, προαγωγή υγείας, σχολικός νοσηλευτής.

Εισαγωγή

Οι έφηβοι αποτελούν το 16% του παγκόσμιου πληθυσμού και τα άτομα ηλικίας από 10 έως 19 ετών υπολογίζονται σε 1,2 δισεκατομμύρια.¹ Η συνεχής κινητικότητα του πληθυσμού σε διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα, η παγκόσμια διασύνδεση, η οικονομική ανάπτυξη καθώς και η βιωσιμότητα του οικοσυστήματος καθορίζουν τη μελλοντική πορεία της ανθρωπότητας. Ενόψει αυτών των παγκόσμιων αλλαγών, διαμορφώνεται η υγεία και ευημερία των εφήβων. Ωστόσο, απειλούνται τόσο αυτή η γενιά όσο και η επόμενη, λόγω της συνεχιζόμενης απροθυμίας των κρατών, να λάβουν προληπτικά μέτρα για την προστασία της υγείας των εφήβων.^{2,3} Ο λόγος που οι έφηβοι μαθητές έχουν συγκεντρώσει μικρό ενδιαφέρον της παγκόσμιας πολιτικής για την υγεία, οφείλεται στην επικρατούσα λανθασμένη άποψη, ότι ανήκουν στην ομάδα των ατόμων με τις λιγότερες ανάγκες υγείας.⁴

Κατά την περίοδο της εφηβείας επιτελείται η δυναμική ανάπτυξη του εγκεφάλου και σε συνδυασμό με την αλληλεπίδραση με το κοινωνικό περιβάλλον, διαμορφώνονται οι συμπεριφορές και συνήθειες που θα ακολουθεί ο έφηβος και στην ενηλικίωσή του.⁵ Το άτομο στην εφηβεία αποκτά τους φυσικούς, γνωστικούς, συναισθηματικούς και κοινωνικούς πόρους που αποτελούν θεμέλιο για την ενήλικη ζωή του. Επομένως, η επένδυση στην υγεία και την ευημερία των εφήβων θα αποφέρει οφέλη τόσο στο

παρόν όσο και στο μέλλον της ζωής τους αλλά και της κοινωνίας.³

Η εφηβεία χαρακτηρίζεται από αυξημένο στρες, λόγω των πολλαπλών μεταβολών που εμφανίζονται ταυτόχρονα και συμπεριλαμβάνουν εκτός από τη σωματική ανάπτυξη και την ωρίμανση του εγκεφάλου, τη διάθεση για ανεξαρτησία, την αυξημένη αλληλεπίδραση των κοινωνικών συνιστωσών και των ομηλικών.⁶ Η διάθεση αυτονόμησης στους εφήβους, η προσπάθεια αποδέσμευσης από τους γονείς, η αμφισβήτηση του σχολείου καθώς και οι συμπεριφορές υψηλού κινδύνου για την υγεία, αποτελούν πρόβλεψη για πτωχή υγεία και ευεξία στο μέλλον.³ Ειδικότερα οι γενετικοί, κοινωνικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, καθώς και οι συναισθηματικές διαταραχές δημιουργούν άγχος στους εφήβους μαθητές και μπορεί να τους εκθέσουν σε κινδύνους.⁶ Τέτοιοι κίνδυνοι είναι οι επικίνδυνες σεξουαλικές επιλογές, τα ατυχήματα, η κατάθλιψη και οι αυτοκτονίες, η χρήση ουσιών, η βίαιη συμπεριφορά και τα χρόνια νοσήματα εξαιτίας της παχυσαρκίας ή του καπνίσματος. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα στατιστικά δεδομένα παγκοσμίως που δηλώνουν την υιοθέτηση αυτών των συμπεριφορών. Οι έφηβοι σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες εμφανίζουν ποσοστό καπνιστικής συνήθειας μεγαλύτερο από 15%. Στην υποσαχάρια Αφρική και τη Λατινική Αμερική, το 10–20% των εφήβων αναφέρουν την πρώτη σεξουαλική τους επαφή πριν από

την ηλικία των 15 ετών, ενώ το ποσοστό χρήσης προφυλακτικού παραμένει μικρότερο από 50%.³ Παγκοσμίως, το 18% του εφηβικού πληθυσμού είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι.¹ Ταυτόχρονα, 71 εκατομμύρια έφηβοι ηλικίας 15 έως 19 ετών αναφέρουν ότι έχουν κάνει τουλάχιστον μία φορά υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών.² Η υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών υγείας μπορεί να επιτευχθεί εάν οι φόβοι, η υπέρμετρη ευαισθησία, οι υπαρξιακές αναζητήσεις και η συστολή λόγω ηλικίας, προβλεφθούν και αντιμετωπιστούν έγκαιρα. Επιπλέον, πρέπει να αντιμετωπιστεί η άγνοια για την προσφερόμενη βοήθεια που μπορούν να αναζητήσουν οι έφηβοι από επαγγελματίες, φορείς και οργανισμούς.⁷ Ο τρόπος ζωής και οι συμπεριφορές υγείας επηρεάζονται από το σύνολο των προσωπικών αντιλήψεων και βιωμάτων του κάθε ατόμου άμεσα ή έμμεσα.⁸ Παράλληλα, η εφηβική ηλικία είναι περίοδος γνωστικής, κοινωνικής, συναισθηματικής ανάπτυξης, ευαισθησίας και τάσης για ανεξαρτησία, στην οποία διαμορφώνεται η προσωπικότητα.⁹ Μέρος των θετικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας είναι και η απόκτηση συμπεριφορών προαγωγής υγείας, που πρέπει να υιοθετηθούν από τους μαθητές της εφηβικής ηλικίας. Τις συμπεριφορές προαγωγής υγείας αποτελούν η σωματική άσκηση, οι υγιεινές διατροφικές συνήθειες, η διατήρηση φυσιολογικού σωματικού βάρους, ο επαρκής ύπνος, η ανοσοποίηση, η διαχείριση του άγχους, οι καλές οικογενειακές σχέσεις, η αποφυγή χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, η αποχή από το κάπνισμα, η αποφυγή βίας, οι σεξουαλικές σχέσεις με προφύλαξη, η αποδοχή του εαυτού και η αναζήτηση βοήθειας, όταν χρειάζεται.¹⁰ Οι έφηβοι πρέπει να εκπαιδευτούν προκειμένου να αποκτήσουν θετικές συμπεριφορές προαγωγής υγείας έτσι ώστε να διαμορφωθεί η σωματική, η πνευματική, η συναισθηματική και η συμπεριφορική τους υγεία.¹¹ Στην εκπαίδευση, πρέπει να συμμετέχουν ενεργά οι νέοι, έτσι ώστε να επιτευχθεί η προαγωγή της εφηβικής σχολικής υγείας, η ισότητα στην πρόσβαση και στη χρήση προληπτικών υπηρεσιών. Η κοινωνία έχει ουσιαστική και ηθική υποχρέωση να εντοπίσει τις ανάγκες τους και να τις εντάξει στη χάραξη και τον προγραμματισμό της πολιτικής για τη δημόσια υγεία.¹²

Οι νοσηλευτές στις περισσότερες χώρες του κόσμου αποτελούν τον μεγαλύτερο αριθμό παρόχων υπηρεσιών υγείας. Η καίρια θέση που κατέχουν παγκοσμίως, στα εθνικά συστήματα υγείας και στα σχολεία, ως σχολικοί νοσηλευτές, τους δίνει τη δυνατότητα να ηγηθούν της προσπάθειας, σχεδιασμού, οργάνωσης, εφαρμογής και αξιολόγησης του συστήματος παροχής φροντίδας υγείας στους εφήβους. Η εκπαίδευσή τους, η επαφή τους με τη σχολική κοινότητα, αλλά και με όλον τον πληθυσμό της κοινότητας από διαφορετικές θέσεις, καθώς και η ευρύτητα

των γνώσεων και των ερευνητικών αναζητήσεων τους παρέχει όλα τα εχέγγυα, ώστε να ανταποκριθούν στην παγκόσμια πρόκληση της αναβάθμισης των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας στους εφήβους.^{13,14}

Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των ατομικών συνθηκών των μαθητών και η επίδρασή τους στον τρόπο ζωής και στις συμπεριφορές προαγωγής υγείας.

Υλικό και Μέθοδος

Δείγμα της μελέτης

Ο πληθυσμός στόχος της μελέτης ήταν οι έφηβοι μαθητές Επαγγελματικών Λυκείων. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 200 μαθητές/τριες Επαγγελματικών Λυκείων της Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου, (1ο ΕΠΑ.Λ. Μυτιλήνης, 1ο ΕΠΑ.Λ. Καλλονής Λέσβου και 2ο ΕΠΑ.Λ. Μυτιλήνης). Η δειγματοληψία ήταν ευκολίας και τα κριτήρια εισόδου στην έρευνα ήταν η καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας, ηλικία 16 έως 19 ετών και η φοίτηση στη Β΄ ή Γ΄ τάξη των Τομέων Υγείας ή Μηχανολογίας των Επαγγελματικών Λυκείων.

Μεθοδολογία

Διενεργήθηκε συγχρονική περιγραφική μελέτη που πραγματοποιήθηκε με δειγματοληψία ευκολίας. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο και διήρκεσε δύο μήνες (Νοέμβριο και Δεκέμβριο) του 2019. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 100%. Η διαδικασία συλλογής των δεδομένων στις σχολικές μονάδες που επιλέχθηκαν περιελάμβανε ενημέρωση του Διευθυντή, του Συλλόγου Διδασκόντων, του Συλλόγου Γονέων και Κηδεμόνων του σχολείου και των μαθητών που συμμετείχαν στην έρευνα. Κατόπιν δόθηκαν τα έντυπα ενυπόγραφης συγκατάθεσης στους γονείς και κηδεμόνες των ανήλικων μαθητών και συγκεντρώθηκαν υπογεγραμμένα. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων της μελέτης από τους μαθητές έγινε στην έναρξη της διδακτικής ώρας, όπως όρισε ο Διευθυντής του σχολείου, ώστε να μη διαταραχθεί η ομαλή λειτουργία του σχολικού προγράμματος.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε είχε δύο ενότητες: η πρώτη ενότητα περιελάμβανε ερωτήματα για τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, τομέας φοίτησης, τόπος γέννησης του μαθητή, τόπος γέννησης γονέων, μορφωτικό επίπεδο γονέων, μονογονεϊκή οικογένεια, εργασία γονέων) και ερωτήματα σχετικά με τον τρόπο ζωής, τις συνήθειες και τα χαρακτηριστικά

υγείας τους (καπνιστική συνήθεια, άθληση, κατανάλωση αλκοόλ, σεξουαλική ζωή, αντισύλληψη και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα).

Η δεύτερη ενότητα περιελάμβανε το ερωτηματολόγιο Προαγωγής Υγείας και Τρόπου Ζωής HPLP-II, που αποτελεί την ελληνική έκδοση της κλίμακας Health Promoting Lifestyle Profile II των Walker SN, Hill-Polerecky DM, 1996.⁸ Το ερωτηματολόγιο HPLP-II μετρά τη συχνότητα συμμετοχής του ατόμου σε συμπεριφορές Προαγωγής Υγείας με κλίμακα βαθμολόγησης τύπου Likert τεσσάρων σημείων (Ποτέ, Μερικές φορές, Συχνά, Διαρκώς). Περιλαμβάνει 52 ερωτήματα και έξι υποκλίμακες. Το εύρος των τιμών της κλίμακας είναι από 52–208. Οι υποκλίμακες περιλαμβάνουν τους παράγοντες: «Υπευθυνότητα για την Υγεία», «Φυσική Δραστηριότητα», «Διατροφικές Συνήθειες», «Πνευματική Ανάπτυξη», «Διαπροσωπικές Σχέσεις» και «Διαχείριση του Άγχους». Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τη συνολική κλίμακα ήταν 0,943 και για τις υποκλίμακες κυμάνθηκε από 0,793 έως 0,872.¹⁵ Η ελληνική έκδοση της κλίμακας έχει υψηλή σταθερότητα στη δοκιμασία των επαναληπτικών μετρήσεων ($r=0,84$, $p<0,001$), (ICC 0,80–0,96) και η εσωτερική συνοχή Cronbach's alpha υπολογίστηκε 0,91 για τη συνολική κλίμακα, κρίθηκε απολύτως ικανοποιητική καθώς ως οριακή κατώτερη τιμή που υποδηλώνει επαρκή αξιοπιστία για ερευνητικούς σκοπούς ορίζεται η τιμή 0,70.⁸

Στατιστική ανάλυση

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων αναλύθηκαν με μεθόδους περιγραφικής στατιστικής. Στη συνέχεια υπολογίστηκε ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha της κλίμακας HPLP-II και των υποκλιμάκων. Οι συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου υπολογίστηκαν με τον συντελεστή συσχέτισης rho του Spearman. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος των παραδοχών των παραμετρικών ελέγχων με Shapiro-Wilk (κανονικότητα των κατανομών), και με έλεγχο Levene (ισότητα των διασπορών). Για τις μεταβλητές που δεν πληρούσαν τις προϋποθέσεις των παραμετρικών στατιστικών ελέγχων χρησιμοποιήθηκαν οι αντίστοιχοι μη παραμετρικοί έλεγχοι. Για τις συγκρίσεις μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε Student's t test (Mann-Whitney), όπου δεν πληρούνται οι παραδοχές ενώ για τις συγκρίσεις περισσότερων των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο μονοπαραγοντικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (one-way ANOVA) και Kruskal-Wallis όπου δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις. Οι στατιστικά σημαντικές κύριες επιδράσεις ακολουθήθηκαν από ανάλυση πολλαπλών συγκρίσεων με διόρθωση του κριτηρίου σημαντικότητας Sidak για την One-Way ANOVA και Dunn-Bonferroni για το Kruskal-Wallis. Τα επίπεδα σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρα και

το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 5% ($p<0,05$).

Ηθική και δεοντολογία

Πριν διανεμηθούν τα ερωτηματολόγια εξασφαλίστηκε η άδεια από το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, η άδεια χρησιμοποίησης της κλίμακας μέτρησης Συμπεριφορών Προαγωγής Υγείας, Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) καθώς και η ενημερωμένη συγκατάθεση από τους γονείς ή τους κηδεμόνες των μαθητών. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της μελέτης, τη διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, την εθελοντική συμμετοχή, την αποχώρηση από την έρευνα αν το επιθυμούν και τη διασφάλιση του απορρήτου των πληροφοριών. Εξασφαλίστηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων και διασφαλίστηκε η προστασία των δεδομένων, η προστασία της πνευματικής ιδιοκτησίας των άλλων ερευνητών και ελήφθησαν μέτρα ηθικής και δεοντολογίας βασιζόμενα κυρίως στη διακήρυξη του Ελσίνκι.¹⁶

Αποτελέσματα

Κοινωνικο - Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν αγόρια (56%) ενώ οι περισσότεροι μαθητές ήταν 17 ετών (47%). Το 77% των μαθητών είχαν γεννηθεί στη Μυτιλήνη. Οι γονείς των μαθητών ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης-Λύκειο (πατέρας 42,9%, μητέρα 40,8%). Η πλειοψηφία του δείγματος 79,5% ζούσε και με τους δύο γονείς. Το 53,5% των συμμετεχόντων φοιτούσαν στον Τομέα Υγείας Πρόνοιας και Ευεξίας ενώ το 46,5% φοιτούσε στον Τομέα Μηχανολογίας. Όλα τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των μαθητών του δείγματος αναφέρονται στον πίνακα 1.

Ατομικές συνήθειες

Οι απαντήσεις των μαθητών του δείγματος σχετικά με τις ατομικές συνήθειες, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, άθληση, έναρξη σεξουαλικής ζωής, αντισύλληψη και προφύλαξη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα παρουσιάζονται στον πίνακα 2. Βάσει της διαμέσου του αριθμού τσιγάρων, ποτών και ωρών άθλησης, οι συμμετέχοντες ταξινομήθηκαν σε τρεις ομάδες (στη μία ομάδα ήταν οι μαθητές που απάντησαν ότι δεν καπνίζουν, δεν καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά και δεν αθλούνται, ενώ στις δύο άλλες ομάδες η ταξινόμηση έγινε σύμφωνα με τη διάμεσο τιμή). Όσον αφορά στο κάπνισμα το 63,1% των μαθητών δήλωσε ότι δεν καπνίζει, ενώ το 19% ανέφερε ότι καπνίζει από 1 έως 10 τσιγάρα την ημέρα. Σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ το 27,3% ανέφερε πως δεν καταναλώνει καθόλου αλκοόλ ενώ το 42,4% ότι καταναλώνει

Πίνακας 1. Κοινωνικο-Δημογραφικά στοιχεία των μαθητών του δείγματος (n=200).

Μεταβλητή	N	(%)
Φύλο		
Αγόρι	112	56,0
Κορίτσι	88	44,0
Ηλικία		
16ετών	88	44,0
17	94	47,0
18	10	5,0
19	8	4,0
Τόπος Γέννησης		
Αθήνα-Αττική	24	12,0
Μυτιλήνη	154	77,0
Ελλάδα-Επαρχία	8	4,0
Εξωτερικό	14	7,0
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα		
Δεν φοίτησε καθόλου	2	1,0
Δημοτικό (μόνο)	24	12,1
Γυμνάσιο	38	19,2
Λύκειο	85	42,9
ΙΕΚ ή μεταλυ/κή εκπαίδευση	1	0,5
ΑΕΙ	34	17,2
Δεν γνωρίζω	13	6,6
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας		
Δεν φοίτησε καθόλου	3	1,5
Δημοτικό (μόνο)	26	13,3
Γυμνάσιο	32	16,3
Λύκειο	80	40,8
ΙΕΚ ή μεταλυ/κή εκπαίδευση	3	1,5
ΑΕΙ	36	18,4
Δεν γνωρίζω	15	7,7
Μονογονεϊκή Οικογένεια		
Ναι	40	20,5
Όχι	159	79,5
Εργασία γονέων		
Εργάζονται και οι δύο γονείς	132	66,0
Ο ένας από τους δύο	58	29,0
Κανένας	10	5,0

περισσότερα από 2 ποτήρια την εβδομάδα. Όσον αφορά στη σωματική άσκηση, το 43% απάντησε ότι δεν αθλείται καθόλου σε εβδομαδιαία βάση, ενώ το 32% αθλείται μέχρι και 5 ώρες την εβδομάδα. Σχετικά με τη σεξουαλική υγεία το 22,5% δήλωσε ότι η κατάλληλη ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής είναι τα 17 έτη και σχεδόν το σύνολο των μαθητών του δείγματος (96%) γνώριζε τις μεθόδους προφύλαξης για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και για την αντισύλληψη. Όσον αφορά στην ενημέρωση για θέματα Προαγωγής Υγείας, οι περισσότεροι μαθητές (70%) απάντησαν ότι θα προτιμούσαν να ενημερώνονται από τον Σχολικό Νοσηλευτή (πίνακας 2).

Εσωτερική συνέπεια των υποκλιμάκων της HPLP-II

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας HPLP-II και των υποκλιμάκων προσδιορίστηκε με τον συντελεστή Cronbach's alpha και ήταν για τη συνολική κλίμακα 0,89 και για τις έξι υποκλίμακες από 0,54–0,87. Για να υπολογιστούν οι βαθμολογίες των υποκλιμάκων, υπολογίστηκε η μέση τιμή των ερωτημάτων, πιθανή μικρότερη τιμή ήταν το 1 και μεγαλύτερη πιθανή το 4. Η μέση συνολική βαθμολογία ήταν $2,56 \pm 0,40$ με μεγαλύτερη τιμή το 3,67. Η υποκλίμακα με τη μεγαλύτερη μέση τιμή ήταν οι «Διαπροσωπικές Σχέσεις» ($3,01 \pm 0,52$), ενώ η μικρότερη μέση τιμή ($2,29 \pm 0,81$) παρατηρήθηκε στην υποκλίμακα «Φυσική Δραστηριότητα» (πίνακας 3).

Συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών και ατομικών συνθηκών με τις συμπεριφορές υγείας

Στη συσχέτιση του φύλου με την κλίμακα αξιολόγησης συμπεριφορών HPLP-II παρατηρήθηκε στην παράμετρο «Διαπροσωπικές Σχέσεις» μεγαλύτερη βαθμολογία στα κορίτσια $3,17 \pm 0,45$ συγκριτικά με τα αγόρια $2,88 \pm 0,54$ σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p < 0,001$). Στη διαδικασία αυτοαξιολόγησης παρατηρήθηκε ότι οι μαθητές του Τομέα Υγείας είχαν μεγαλύτερες βαθμολογίες σε στατιστικά σημαντικό βαθμό συγκριτικά με τους μαθητές του Τομέα Μηχανολογίας στη συνολική βαθμολογία ($p < 0,001$) και στις υποκλίμακες «Υπευθυνότητα Υγείας» ($p = 0,002$), «Πνευματική Ανάπτυξη» ($p = 0,02$) και «Διαπροσωπικές Σχέσεις» ($p < 0,001$) (πίνακας 4).

Στη συνολική βαθμολογία ($p = 0,001$) η ανάλυση των πολλαπλών συγκρίσεων με διόρθωση Sidak έδειξε πως οι μαθητές που δεν καπνίζουν είχαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό μεγαλύτερη βαθμολογία από εκείνους που καπνίζουν περισσότερο από 11 τσιγάρα την ημέρα ($p < 0,001$). Στην υποκλίμακα «Υπευθυνότητα για την Υγεία» ($p = 0,02$) οι πολλαπλές συγκρίσεις έδειξαν, επίσης, μεγαλύτερη βαθμολογία στους μη καπνιστές σε σχέση με αυτούς που καπνίζουν > 11 τσιγάρα την ημέρα ($p = 0,02$). Στη «Φυσική Δραστηριότητα» οι πολλαπλές συγκρίσεις

Πίνακας 2. Ατομικά χαρακτηριστικά υγείας και συνήθειες (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, άθληση και προτίμηση ενημέρωσης για θέματα υγείας).

Μεταβλητή	N	(%)
Κάπνισμα		
Μη καπνιστής	123	63,1
1-10 τσιγάρα /ημέρα	37	19,0
>11 τσιγάρα /ημέρα	35	17,9
Αριθμός τσιγάρων / ημέρα όσων καπνίζουν	Διάμεσος (Ενδοτεταρτημοριακό Εύρος)	11 (10) τσιγάρα / ημέρα
Κατανάλωση αλκοόλ		
Μη κατανάλωση αλκοόλ	54	27,3
1-2 ποτήρια / εβδομάδα	60	30,3
>2 ποτήρια / εβδομάδα	84	42,4
Αριθμός αλκοολούχων ποτών/εβδομάδα	Διάμεσος (Ενδοτεταρτημοριακό Εύρος)	3 (3,5)
Άθληση		
Καθόλου άθληση	86	43
1-6 ώρες/ εβδομάδα	64	32
>6 ώρες /εβδομάδα	50	25
Ώρες άθλησης /εβδομάδα	Διάμεσος (Ενδοτεταρτημοριακό Εύρος)	5 (5)
Η κατάλληλη ηλικία για έναρξη της σεξουαλικής ζωής σύμφωνα με τους μαθητές του δείγματος		
17	45	22,5
Γνωρίζετε τους τρόπους αντισύλληψης και προστασίας από Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα		
Ναι	192	96,0
Όχι	8	4,0
Από ποιον θα προτιμούσατε να ενημερώνεστε για θέματα Προαγωγής Υγείας		
Από καθηγητές	60	30,0
Από Σχολικό Νοσηλεύτη	140	70,0

Πίνακας 3. Περιγραφικά χαρακτηριστικά και εσωτερική συνέπεια Κλίμακας HPLP-II.

Κλίμακα HPLP-II	Cronbach's alpha	Mean	SD	Min -Max
Συνολική Βαθμολογία	0,89	2,56	0,40	1,60-3,67
Υπευθυνότητα Υγείας	0,75	2,32	0,56	1,11-3,78
Φυσική Δραστηριότητα	0,87	2,29	0,81	1,00-4,00
Διατροφικές Συνήθειες	0,56	2,33	0,45	1,22-3,56
Πνευματική Ανάπτυξη	0,78	2,91	0,57	1,22-4,00
Διαπροσωπικές Σχέσεις	0,75	3,01	0,52	1,44-4,00
Διαχείριση Άγχους	0,54	2,47	0,48	1,13-3,75

Πίνακας 4. Βαθμολογία κλίμακας HPLP-II βάσει του Τομέα Σπουδών.

HPLP-II	T. Υγείας	T. Μηχανολογίας	t(df) ή U	P
	M.T±T.A Διάμεσος (IQR)	M.T±T.A Διάμεσος (IQR)		
Συνολική Βαθμολογία	2,66±0,33 2,65 (0,48)	2,46±0,44 2,42 (0,56)	U=3.514	< 0,001
Υπευθυνότητα Υγείας	2,43±0,51 2,44 (0,67)	2,19±0,59 2,22 (0,78)	t(198)=3,21	0,002
Φυσική Δραστηριότητα	2,39±0,80 2,25 (1,25)	2,18±0,82 2,13 (1,31)	U=4.208	0,06
Διατροφικές Συνήθειες	2,36±0,40 2,33 (0,44)	2,30±0,51 2,22 (0,78)	U=4.442,50	0,19
Πνευματική Ανάπτυξη	3,00±0,51 3 (0,67)	2,81±0,62 2,89 (0,78)	U=4008,50	0,02
Διαπροσωπικές Σχέσεις	3,18±0,42 3,22 (0,56)	2,81±0,56 2,78 (0,67)	U=2985	< 0,001
Διαχείριση Άγχους	2,51±0,43 2,63 (0,50)	2,42±0,53 2,38 (0,74)	t(198)= 1,23	0,22

*M.T.=μέση τιμή, T.A=Τυπική Απόκλιση, IQR=ενδοτεταρτημοριακό εύρος, t=independent samples t-test, U=Mann whitney U test

με Dunn-Bonferonni έδειξαν πως οι μαθητές που δεν καπνίζουν είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία από τους μαθητές που καπνίζουν 1–10 τσιγάρα την ημέρα ($p=0,001$) και από τους μαθητές που καπνίζουν >11 τσιγάρα την ημέρα ($p<0,001$). Για τις «Διατροφικές Συνήθειες», οι συγκρίσεις έδειξαν πως οι μαθητές που δεν καπνίζουν είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σε αυτήν την υποκλίμακα από εκείνους που καπνίζουν >11 τσιγάρα την ημέρα ($p=0,01$). Τέλος, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του καπνίσματος στην «Πνευματική Ανάπτυξη» ($p=0,049$) αλλά οι πολλαπλές συγκρίσεις δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων ($p>0,05$) (πίνακας 5). Στις συγκρίσεις των βαθμολογιών HPLP-II των μαθητών ως προς την κατανάλωση αλκοόλ, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία υποκλίμακα.

Ός προς την άθληση των μαθητών στη συνολική βαθμολογία οι πολλαπλές συγκρίσεις με Sidak έδειξαν, ότι οι μαθητές που δεν αθλούνταν είχαν χαμηλότερη βαθμολογία από εκείνους με 1–5 ώρες άθληση την εβδομάδα ($p<0,001$) και από εκείνους με >5 ώρες άθλησης ($p<0,001$). Στην «Υπευθυνότητα Υγείας», οι μαθητές που δεν αθλούνταν είχαν μικρότερη βαθμολογία από εκείνους που αθλούνταν από 1–5 ώρες ($p=0,04$) και εκείνους που αθλούνταν >5 ώρες την εβδομάδα ($p<0,001$). Στην «Πνευματική Ανάπτυξη», οι μαθητές που δεν γυμνάζονταν είχαν μικρότερη βαθμολογία από εκείνους που γυμνάζονταν ($p=0,01$). Στην υποκλίμακα «Φυσική Δραστηριότητα», οι μαθητές που δεν γυμνάζονταν είχαν μικρότερη βαθμολογία από εκείνους που γυμνάζονταν μέχρι 5 ώρες την

εβδομάδα ($p<0,001$) και εκείνους που γυμνάζονταν >5 ώρες την εβδομάδα ($p<0,001$). Τέλος, στη «Διαχείριση του Άγχους», οι μαθητές που δεν γυμνάζονταν είχαν μικρότερη βαθμολογία από εκείνους που γυμνάζονταν >5 ώρες την εβδομάδα ($p=0,04$) (πίνακας 6).

Τέλος στη συσχέτιση της κλίμακας HPLP-II με την προτίμηση για ενημέρωση σε θέματα υγείας, παρατηρήθηκε ότι στην υποκλίμακα «Διαπροσωπικές Σχέσεις» οι μαθητές που προτιμούσαν ενημέρωση σε θέματα υγείας από τον σχολικό νοσηλευτή είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία $3,07±0,47$ από εκείνους που προτιμούσαν ενημέρωση σε θέματα υγείας από καθηγητές $2,87±0,62$ ($p=0,046$).

Συζήτηση

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τις ατομικές συνήθειες των μαθητών και την επίδρασή τους στον τρόπο ζωής και τις συμπεριφορές προαγωγής υγείας. Η εφηβική ηλικία είναι περίοδος ανάληψης ευθυνών και επιλογών και οι νέοι καλούνται να προστατεύσουν και να προαγάγουν την υγεία τους.¹⁷ Η πρόληψη έναρξης επικίνδυνων συμπεριφορών καθώς και η ενθάρρυνση λήψης αποφάσεων για υγιεινή διατροφή και αύξηση της σωματικής άσκησης κατά την εφηβεία αποφέρει πολλά οφέλη στη μελλοντική τους υγεία.¹⁸ Στη διεθνή βιβλιογραφία οι απόψεις των μελετητών για την εφηβεία δίστανται, άλλοτε παρουσιάζεται ως περίοδος αυξημένης αστάθειας και εκδήλωσης γενικευμένων προβλημάτων και άλλοτε ως στάδιο υγιούς ανάπτυξης χωρίς αντιδράσεις και εντάσεις.^{19,20} Όπως

Πίνακας 5. Βαθμολογία κλίμακας HPLP-II βάσει καπνιστικής συνήθειας μαθητών.

HPLP-II	Μη καπνιστής	1-10 τσιγάρα/ημέρα	>11 τσιγάρα/ημέρα	F(df) ή H(df)	P
	M.T±T.A Διάμεσος (IQR)	M.T±T.A Διάμεσος (IQR)	M.T±T.A Διάμεσος (IQR)		
Συνολική Βαθμολογία	2,65±0,37γ 2,65 (0,58)	2,53±0,37 2,56 (0,54)	2,36±0,44α 2,33 (0,52)	F(2)=7,86	0,001
Υπευθυνότητα Υγείας	2,40±0,52γ 2,44 (0,78)	2,30±0,51 2,22 (0,67)	2,10±0,67α 1,89 (0,78)	F(2)=4,09	0,02
Φυσική Δραστηριότητα	2,52±0,81 2,50 (1,25)β,γ	1,98±0,64 2 (0,63)α	1,85±0,75 1,88 (1,13)α	H(2) =24,87	< 0,001
Διατροφικές Συνήθειες	2,41±0,46 2,33 (0,56)γ	2,25±0,35 2,33 (0,50)	2,16±0,46 2,11 (0,67)α	H(2) =10,73	0,01
Πνευματική Ανάπτυξη	2,98±0,54 3 (0,67)	2,95±0,61 3 (0,89)	2,75±0,55 2,67 (0,56)	H(2)=6,02	0,049
Διαπροσωπικές Σχέσεις	3,02±0,46 3,11 (0,67)	3,17±0,51 3,33 (0,72)	2,90±0,66 2,78 (1,11)	H(2)=5,82	
Διαχείριση Άγχους	2,52±0,40 2,63 (0,50)	2,49±0,62 2,50 (1,06)	2,35±0,55 2,38 (0,75)	F(2)=0,34	

*M.T.=μέση τιμή, T.A=Τυπική Απόκλιση, IQR=ενδοτεταρτημοριακό εύρος, F=OneWayAnova.

H=KruskalWallis H test, α=στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα που δεν καπνίζει, β=στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα που καπνίζει 1-10 τσιγάρα την ημέρα, γ=στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα που καπνίζει πάνω από 10 τσιγάρα την ημέρα

Πίνακας 6. Βαθμολογία κλίμακας HPLP-II βάσει ωρών άθλησης εβδομαδιαίως.

HPLP-II	Καθόλου Άθληση	1-5 ώρες άθλησης/ εβδομάδα	>5 ώρες άθλησης/ εβδομάδα	F(df) ή H(df)	P
	M.T±T.A Διάμεσος (IQR)	M.T±T.A Διάμεσος (IQR)	M.T±T.A Διάμεσος (IQR)		
Συνολική Βαθμολογία	2,37±0,35β,γ 2,39 (0,44)	2,63±0,39α,γ 2,63 (0,57)	2,81±0,32β,γ 2,84 (0,44)	F(2)= 26,04	< 0,001
Υπευθυνότητα Υγείας	2,15±0,52β,γ 2,11 (0,69)	2,37±0,56α 2,33 (0,78)	2,55±0,53α 2,44 (0,72)	F(2)= 2,71	< 0,001
Φυσική Δραστηριότητα	1,68±0,54 1,63 (0,86) β,γ	2,61±0,65 2,56 (0,97) α	2,94±0,66 3,06 (1,13) α	H(2)= 92,75	< 0,001
Διατροφή	2,18±0,37 2,22 (0,56)	2,36±0,41 2,28 (0,44)	2,57±0,52 2,61 (0,81)	H(2)= 21,56	<0,001
Πνευματική Ανάπτυξη	2,83±0,59γ 2,89 (0,78)	2,86±0,59 2,94 (0,83)	3,12±0,46α 3,11 (0,69)	F(2)= 4,42	0,01
Διαπροσωπικές Σχέσεις	2,93±0,53 2,89 (0,89)	3,03±0,58 3,11 (0,78)	3,12±0,43 3,22 (0,61)	H(2)= 4,34	0,11
Διαχείριση Άγχους	2,39±0,48γ 2,38 (0,53)	2,50±0,50 2,38 (0,75)	2,57±0,44α 2,63 (0,63)	H(2)= 0,42	0,04

*M.T.=μέση τιμή, T.A=Τυπική Απόκλιση, IQR= ενδοτεταρτημοριακό εύρος, F=One Way Anova, H=Kruskal Wallis H test, α=στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα που δεν αθλείται, β=στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα που αθλείται μέχρι 6 ώρες την εβδομάδα, γ=στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα που αθλείται πάνω από 6 ώρες την εβδομάδα

προκύπτει από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι έφηβοι παρουσιάζουν μέτριες συμπεριφορές υγείας, τόσο στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας HPLP-II, όσο και στις επιμέρους διαστάσεις της, γεγονός που συμφωνεί με την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία σε εφήβους σε άλλες χώρες.²¹⁻²³ Στην Ελλάδα δεν έχει χρησιμοποιηθεί η κλίμακα HPLP-II σε εφήβους. Στην παρούσα μελέτη η μέση τιμή της βαθμολογίας της κλίμακας HPLP-II ήταν μικρότερη της μέσης τιμής της μελέτης των Hwang et al,²³ αλλά μεγαλύτερη της μέσης τιμής στη μελέτη των Hendricks et al.²¹ Στη μελέτη των Hwang et al διερευνήθηκαν οι συμπεριφορές υγιούς τρόπου ζωής 62 εφήβων μητέρων σε γυμνάσιο των ΗΠΑ. Σκοπός της μελέτης ήταν να αναδειχθεί η σημασία των παρεμβάσεων για την ενίσχυση της ποιότητας ζωής του δείγματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν πολύ καλύτερες συμπεριφορές υγείας μετά την παρέμβαση.²³ Οι Hendricks et al μελέτησαν σε αγροτική περιοχή των ΗΠΑ τον τρόπο ζωής 1036 εφήβων και φάνηκε ότι είχαν μέτριες συμπεριφορές υγείας.²¹ Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, στις «Διαπροσωπικές Σχέσεις» βρέθηκε η υψηλότερη βαθμολογία δηλώνοντας την ικανότητα των εφήβων στην Ελλάδα να διαχειρίζονται καλύτερα τις οικογενειακές, φιλικές και κοινωνικές τους σχέσεις. Αναλυτικότερα στη συσχέτιση του φύλου με τις υποκλίμακες του HPLP-II φάνηκε ότι τα κορίτσια του δείγματος διαχειρίζονται καλύτερα τις διαπροσωπικές τους σχέσεις σε σύγκριση με τα αγόρια. Το αποτέλεσμα αυτό δεν συμφωνεί με τα αποτελέσματα τριών άλλων ερευνών,²⁴⁻²⁶ που έγιναν σε έφηβες μαθήτριες στο Ιράν και βρέθηκε ότι υστερούν στη διαχείριση των διαπροσωπικών τους σχέσεων. Αυτό μπορεί να οφείλεται στη διαφορετικότητα του πολιτισμικού περιβάλλοντος των δύο χωρών. Σύμφωνα με τους Afsar & Motaghi στο Ιράν, επιλέχτηκαν ως δείγμα κορίτσια στην εφηβεία λόγω της δυνατότητας που έχουν οι γυναίκες να μεταδώσουν γνώσεις προαγωγής υγείας στις μελλοντικές οικογένειές τους.²⁵

Η «Πνευματική Ανάπτυξη» είναι υποκλίμακα με υψηλή βαθμολογία στο δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσμα που συμφωνεί και με άλλες παρόμοιες μελέτες.^{21,25} Ωστόσο, δεν συνάδει με τα αποτελέσματα των Rezazadeh et al²⁶ σύμφωνα με τα οποία οι έφηβες Ιρανές μαθήτριες έχουν μέτρια πνευματική ανάπτυξη. Οι διαφορές στα αποτελέσματα μεταξύ των ερευνών, οι οποίες έγιναν με την κλίμακα HPLP-II, πιθανόν να οφείλονται στην ιδιαιτερότητα του πολιτισμικού περιβάλλοντος στο οποίο μεγαλώνουν οι έφηβοι του Ιράν. Στην παρούσα μελέτη μέτρια είναι η ικανότητα για τη «Διαχείριση Άγχους», αφού το 40,5% του δείγματος αναφέρει ότι ποτέ δεν χρησιμοποιεί μηχανισμούς για τη διαχείριση του άγχους. Η δυσκολία στη διαχείριση του άγχους στους εφήβους αναδεικνύεται από την παρούσα μελέτη και συμφωνεί με τα αποτελέσματα άλλων μελετών,^{21,25,27} ως ένα παγκόσμιο πρόβλημα

που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Όσον αφορά στη συμπεριφορά για τις «Διατροφικές Συνήθειες» βρίσκεται σε μέτριο επίπεδο όπως έχει φανεί και σε άλλες μελέτες^{21,28} ενώ στα αποτελέσματα μελέτης στο Ιράν²⁵ οι έφηβες φάνηκε να έχουν κακές διατροφικές επιλογές. Τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της διατροφής των μαθητών στην παρούσα μελέτη, εξηγούν τις μέτριες διατροφικές τους συνήθειες. Αναλυτικότερα, οι μαθητές δεν καταναλώναν λαχανικά και φρούτα, δεν επέλεξαν διατροφή χαμηλή σε λιπαρά, και παρέλειπαν το πρωινό γεύμα. Οι ίδιες διατροφικές επιλογές παρατηρούνται επίσης σε μελέτη εφήβων στη Σερβία.²⁸ Μέτρια συμπεριφορά παρουσιάζουν οι έφηβοι στην «Υπευθυνότητα για την Υγεία» εύρημα που συνάδει με τα αποτελέσματα άλλων μελετών.^{24,25} Διαφορετικά είναι τα αποτελέσματα της μελέτης των Rezazadeh et al²⁶ το 2015 σύμφωνα με τα οποία φαίνεται ότι η υπευθυνότητα για την υγεία στις έφηβες μαθήτριες του Ιράν, είναι σε καλύτερο βαθμό. Τα μέτρια αποτελέσματα για την υπευθυνότητα στην υγεία στην παρούσα μελέτη πιθανόν να οφείλονται στο γεγονός ότι οι έφηβοι είναι γενικά υγιείς και θεωρούν την υγεία ως δεδομένο αγαθό. Ενδεικτικές είναι οι απαντήσεις των μαθητών που δηλώνουν ότι δεν ενημερώνονται διαβάζοντας ή παρακολουθώντας προγράμματα στην τηλεόραση, σχετικά με τη βελτίωση της υγείας τους και σχεδόν οι μισοί δεν παρακολουθούν εκπαιδευτικά προγράμματα για τη φροντίδα της προσωπικής τους υγείας. Η μικρότερη μέση τιμή στη μελέτη παρατηρήθηκε στην υποκλίμακα «Φυσική Δραστηριότητα» και συμφωνεί με άλλες μελέτες.^{21,28} Στην παρούσα μελέτη η χαμηλότερη μέση τιμή που βρέθηκε στη «Φυσική δραστηριότητα» πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι σχεδόν οι μισοί μαθητές του δείγματος δήλωσαν ότι δεν αθλούνται καθόλου και ένας στους τρεις μαθητές απάντησαν ότι δεν ακολουθούν ένα προσχεδιασμένο πρόγραμμα άσκησης. Τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των απαντήσεων φανερώνουν ότι η οποιαδήποτε σωματική άσκηση, δεν αποτελεί οργανωμένη άθληση, που να εντάσσεται σε πρόγραμμα σχολείου ή αθλητικού φορέα.

Συγκρίνοντας τους δύο Τομείς Υγείας και Μηχανολογίας, παρατηρείται ότι οι μαθητές του Τομέα Υγείας έχουν περισσότερες γνώσεις και είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένοι σε θέματα υγείας, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό σε σχέση με τους μαθητές του Τομέα Μηχανολογίας. Η συνολικά καλύτερη βαθμολογία των μαθητών του Τομέα Υγείας πιθανόν οφείλεται στο διαφορετικό πρόγραμμα σπουδών, το οποίο έχει ανθρωποκεντρικό προσανατολισμό και πολλά από τα μαθήματα ενισχύουν την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα αποτελέσματα μελέτης που έγινε στην Τουρκία για να συγκρίνει τις συμπεριφορές προαγωγής υγείας μεταξύ φοιτητών νοσηλευτικής και φοιτητών κοι-

ωνικών επιστημών. Οι φοιτητές νοσηλευτικής παρουσιάζουν καλύτερες συμπεριφορές υγείας σε σχέση με φοιτητές άλλων ειδικοτήτων.²⁹

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι σχεδόν τέσσερις στους δέκα εκ των μαθητών του δείγματος κάπνιζαν. Στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι οι μαθητές που δεν καπνίζουν, έχουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό μεγαλύτερη βαθμολογία από εκείνους που καπνίζουν περισσότερο από 11 τσιγάρα την ημέρα. Ειδικότερα στις υποκλίμακες «Υπευθυνότητα Υγείας», «Φυσική Δραστηριότητα» και «Διατροφικές Συνήθειες» η βαθμολογία στους μη καπνιστές είναι μεγαλύτερη από τους καπνιστές. Παράλληλα, η πλειοψηφία των μαθητών δηλώνει ότι καταναλώνει αλκοόλ. Ωστόσο, στις συγκρίσεις στις βαθμολογίες του HPLP-II ως προς την κατανάλωση αλκοόλ, δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στις συμπεριφορές υγείας των μαθητών και πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο περαιτέρω έρευνας.

Όπως προέκυψε από την παρούσα μελέτη σχεδόν οι μισοί μαθητές δεν αθλούνταν και είχαν συνολικά χαμηλότερη βαθμολογία από τους μαθητές που αθλούνταν πάνω από 5 ώρες. Στη διεθνή βιβλιογραφία δεν βρέθηκαν ανάλογες μελέτες σε εφήβους, που να διερευνούν την επίδραση των ατομικών συνθηκών στις συμπεριφορές υγείας που μετρά η κλίμακα HPLP-II, με τις οποίες να μπορούν να συγκριθούν τα αποτελέσματα της μελέτης μας. Στην παρούσα μελέτη παρατηρείται άμεση επίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών στις συμπεριφορές υγείας των μαθητών. Ειδικότερα συμπεριφορές υψηλού κινδύνου όπως το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ επηρεάζουν αρνητικά τις επιλογές των ατόμων, ενώ η ενθάρρυνση ανάπτυξης υγιεινών συμπεριφορών όπως η άθληση βοηθά στην προαγωγή υγείας των εφήβων.²⁰

Σχεδόν όλοι οι μαθητές, στην παρούσα μελέτη, δήλωσαν ότι γνωρίζουν τις μεθόδους αντισύλληψης και προστασίας από σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα. Το εύρημα αυτό συνάδει με τα αποτελέσματα έρευνας του 2018 στην Ελλάδα, όπου τρεις στους τέσσερις εφήβους αναφέρουν ότι χρησιμοποιούν προφύλαξη κατά τη σεξουαλική επαφή.³⁰ Επίσης, ένας στους τέσσερις μαθητές θεωρεί ως καταλληλότερη ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής τα 17 έτη ωστόσο, σύμφωνα με άλλη έρευνα στην Ελλάδα, ο ένας στους τέσσερις μαθητές είχε ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή στην ηλικία των δεκαπέντε ετών.³⁰ Τέλος, όσον αφορά στην ενημέρωση για θέματα υγείας, το μεγαλύτερο ποσοστό των μαθητών απάντησαν ότι θα προτιμούσαν να ενημερώνονται για θέματα προαγωγής υγείας από τον Σχολικό Νοσηλευτή. Οι μαθητές που προτιμούν ενημέρωση σε θέματα υγείας από τον σχολικό νοσηλευτή βρέθηκε ότι διαχειρίζονται καλύτερα τις διαπροσωπικές τους σχέσεις από εκείνους που προτιμούν ενημέρωση σε θέματα υγείας από καθη-

γητές του σχολείου. Οι νοσηλευτές μπορούν να αποτελέσουν τη γέφυρα συνεργασίας μεταξύ της εκπαίδευσης και της υγείας.³¹ Ο σχολικός νοσηλευτής χρησιμοποιεί μεθόδους προσέγγισης και διδασκαλίας κατάλληλες για το αναπτυξιακό επίπεδο του μαθητή, σύμφωνα με τις ανάγκες μάθησης, την ετοιμότητα και την ικανότητά του να μαθαίνει. Η αντιμετώπιση θεμάτων όπως ο υγιεινός τρόπος ζωής, οι συμπεριφορές μείωσης του κινδύνου, οι αναπτυξιακές ανάγκες, οι δραστηριότητες καθημερινής ζωής και η προληπτική αυτοφροντίδα αποτελούν μέρος του πεδίου δράσης του στην κοινότητα.³²

Περιορισμοί μελέτης

Τα ευρήματα παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για τις συμπεριφορές υγείας των εφήβων μαθητών και την επίδραση των ατομικών συνθηκών τους στην προαγωγή της υγείας τους. Ωστόσο, θα πρέπει να ερμηνευθούν με προσοχή καθώς υπάρχουν περιορισμοί για τη γενίκευσή τους αφού προέρχονται από μαθητές Επαγγελματικών-Λυκείων ενός μόνο νησιού της Ελλάδας. Είναι αναγκαίο να σχεδιαστούν παρόμοιες μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα και με τυχαία δειγματοληψία έτσι ώστε τα αποτελέσματα να μπορούν να γενικευτούν.

Συμπεράσματα

Φαίνεται ότι οι έφηβοι μαθητές, δεν ακολουθούν συμπεριφορές που προάγουν την υγεία τους, διακατέχονται από άγχος που δεν καταφέρνουν να διαχειριστούν, δεν έχουν σωστές διατροφικές συνήθειες και δεν αθλούνται. Καθώς αποτελούν ένα σημαντικό κεφάλαιο για τη μελλοντική πορεία της ανθρωπότητας, η κοινωνία πρέπει να επενδύσει για να επιτευχθεί, τόσο η ατομική τους ευεξία όσο και η συνολική ανάπτυξη. Η κατανόηση των αναγκών, συμπεριφορών και συνθηκών τους, πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο περαιτέρω έρευνας παγκοσμίως. Η επιθυμία των μαθητών να ενημερώνονται για θέματα υγείας από τον σχολικό νοσηλευτή δείχνει την αναγκαιότητα εφαρμογής του θεσμού σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης. Το γραφείο του σχολικού νοσηλευτή είναι το ασφαλές καταφύγιο για τις πολλαπλές ανάγκες των εφήβων μαθητών. Παράλληλα, οι νοσηλευτές μπορούν να προγραμματίσουν παρεμβάσεις, που θα αφορούν στους μαθητές, τους εκπαιδευτικούς, τους γονείς και στην κοινότητα, συμβάλλοντας στην καλύτερη κατανόηση και ικανοποίηση των αναγκών των εφήβων μαθητών. Η εκπαιδευτική κοινότητα, οι πάροχοι φροντίδας υγείας, οι σχολικοί νοσηλευτές, οι γονείς και η κοινότητα πρέπει να συνεργαστούν προκειμένου να ανταποκριθούν στην πρόκληση της ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή της σχολικής υγείας.

ABSTRACT

Exploring Student's Health Behaviour in Vocational High Schools of the Greece Island Region

Anastasios Faros,¹ Paraskevi Apostolara,² Ioannis Kalemikerakis,³ Eleni Ntali,⁴ Dimitra Tsekoura,⁵ Anna Kavga³¹RN, Vocational High School Teacher 1st Vocational School Agioi Anargiroi, MS(c) "Community and Public Health Nursing" Department of Nursing, University of West Attica,²Lecturer, Department of Nursing, University of West Attica,³Assistant Professor of community Nursing, Department of Nursing, University of West Attica,⁴RN, Vocational High School Teacher 1st Vocational School Kamatero, MS(c)⁵RN, Coordinator Mobile Health Team Hellenic Red Cross MS(c)⁵RN, Coordinator Mobile Health Team Hellenic Red Cross MS(c) "Community and Public Health Nursing" Department of Nursing, University of West Attica, Greece

Introduction: Preventing students from engaging in risky behaviors during adolescence has benefits for their future health and well-being. Adolescents adopt healthy behaviors, with interventions in school health, through health promotion programs. **Aim:** The purpose of this study was to investigate individual student habits and their impact on lifestyle and health promotion behaviors. **Material and Method:** Contemporary descriptive study was performed with ease sampling. The sample consisted of 200 students from two sectors, three Vocational High Schools of Lesbos with response rate 100%. Students' health behaviors and lifestyles were assessed using the self-filled Anonymous Promoting Lifestyle Profile II questionnaire. The survey was conducted in November and December 2019. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$. **Results:** 56% were boys and 53,5% were students in the Health Department. The average value on the health promotion scale was $2,56 \pm 0,40$. The highest average value was found in the "Interpersonal Relationship" factor ($3,01 \pm 0,52$), while the lowest in the "Physical Activity" factor was found ($2,29 \pm 0,81$). The students of the Health Department compared to the students of the Department of Mechanical Engineering had a higher price in the overall score ($p < 0,0005$), in the subscales for "Health Responsibility" ($p = 0,002$), "Spiritual Development" ($p = 0,02$) and the "Interpersonal Relationships" ($p < 0,0005$). Non-smoking students had a higher score than those who smoked, in "Health Responsibility" ($p = 0,02$), "Physical Activity" ($p < 0,0005$) and "Nutritional Habits" ($p = 0,01$). Students that did not exercise (43%) had a lower score on the "Spiritual Development" subscale ($p = 0,01$) and "Stress Management" ($p = 0,04$). 40,5% of the sample did not use mechanisms for stress management. 42,5% of the students did not read on the labels of packaged food, nutrients, and fat and salt content. Further, 36,9% of students were smokers and 72,7% consumed alcohol every week. 22,5% of the sample thought that the appropriate age for sexual initiation was 17 years old and almost the entire sample (96%) knew the methods of prophylaxis for sexually transmitted diseases and contraception. 70% preferred to be informed about health prevention and promotion issues by a school nurse. **Conclusion:** Vocational High School students exhibit mediocre health promotion behaviors, lack stress management, do not choose the right diet, and do not exercise. The present study highlights the important role of the school nurse as a determining factor in the education of the student population in promoting health and a healthy lifestyle.

Key-words: Adolescence, healthy behaviors, health promotion, school nurse.

✉ **Corresponding Author:** Anastasios Faros, 1 Agiou Ioannoy street, GR-145 74 Rodopolis-Dionysos, Attica, Greece, Tel: (+30) 6932 089 905, e-mail: farostasos@gmail.com

Βιβλιογραφία

1. UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women. Adolescent Demographics. October 2019. Available at <https://data.unicef.org/topic/adolescents/demographics/> accessed 29/12/2019
2. Azzopardi PS, Hearn SJ, Francis KL, Kennedy EC, Mokdad AH, Kassebaum NJ et al. Progress in adolescent health and wellbeing: tracking 12 headline indicators for 195 countries and territories 1990–2016. *Lancet* 2019, 393:1101–1118
3. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 2016, 387:2423–2478
4. Dishion TJ, Nelson SE, Bullock BM. Premature adolescent autonomy: Parent disengagement and deviant peer process in

- the amplification of problem behaviour. *Journal Adolescence* 2004, 27:515–530
5. Blakemore SJ, & Mills KL. Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annual Review Psychology* 2014, 65:187–207
 6. Casey BJ, Jones RM, Levita L, Libby V, Pattwell SS, Ruberry EJ et al. The storm and stress of adolescence: insights from human imaging and mouse genetics. *Developmental Psychobiology. Journal International Society Developmental Psychobiology* 2010, 52:225–235
 7. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry* 2010, 10:113
 8. Καυγά-Παλτόγλου Α. Συμπεριφορές προαγωγής υγείας οικογένειας ασθενούς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στην κοινότητα. Διδακτορική Διατριβή Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής. Τομέας Δημόσιας Υγείας 2016
 9. Worker S. M, Iaccopucci A. M, Bird M, & Horowitz M. Promoting positive youth development through teenagers-as-teachers programs. *Journal Adolescent Research* 2019, 34:30–54
 10. McNeely C, Blanchard J. The teen years explained: A guide to healthy adolescent development. Jayne Blanchard. Center for Adolescent Health at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 2010 Available at https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/center-for-adolescent-health/_docs/TTYE-Guide.pdf accessed 28/12/2019
 11. AlBuhairan FS, Olsson TM. Advancing adolescent health and health services in Saudi Arabia: exploring health-care providers' training interest and perceptions of the health-care needs of young people. *Advances Medical Education Practice* 2014, 5:281–287
 12. Zaza S, Dittus PJ, Michael SL, & Brindis CD. Adolescence: Preparing for Lifelong Health and Wellness | Public Health Grand Rounds | CDC 2015. Available at <https://www.cdc.gov/grand-rounds/pp/2015/20150818-adolescent-wellness.html> accessed 23/12/2019
 13. World Health Organization. Adolescent health and development in nursing and midwifery education (No.WHO/EIP/HRH/NUR/2004.1). Geneva: World Health Organization 2004. Available at https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69039/WHO_EIP_HRH_NUR_2004.1.pdf?sequence=1 accessed 27/12/2019
 14. Institute of Medicine (US). Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing. The future of nursing: Leading change advancing health. Washington DC: National Academies Press 2011:221–251
 15. Walker SN, Hill-Polerecky D. M. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. Unpublished manuscript University of Nebraska Medical Center 1996:120–126
 16. Τζαβέλλα Φ. Δεοντολογικά προβλήματα στην κλινική έρευνα. Το Έντυπο Συγκατάθεσης. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2010, 27:230–238
 17. Can HO, Ceber E, Sogukpinar N, Saydam BK, Otlas S, Ozenturk G. Eating habits knowledge about cancer prevention and the HPLP scale in Turkish adolescents. *Asian Pac J Cancer Prev* 2008, 9:569–574
 18. Banspach S, Zaza S, Dittus P, Michael S, Brindis CD, Thorpe P. CDC Grand Rounds: Adolescence — Preparing for Lifelong Health and Wellness. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report* 2016, 65:759–762
 19. Viejo C, Gómez-López M, Ortega-Ruiz R. Adolescents' psychological well-being: A multidimensional measure. *International Journal Environmental Research Public Health* 2018, 15:2325
 20. National Research Council (US). Risks and opportunities: Synthesis of studies on adolescence. National Academies Press 1999:6–17
 21. Hendricks CS, Murdaugh C, Tavakoli A, Hendricks DL. Health promoting behaviors among rural southern early adolescents. *ABNF JOURNAL* 2000, 11:123–128
 22. Black C, Ford-Gilboe M. Adolescent mothers: resilience family health work and health-promoting practices. *Journal Advanced Nursing* 2004, 48:351–360
 23. Hwang EJ, Maverick MA, Savini KE, Newman S. Correlating self-efficacy and lifestyle with quality of life among adolescent mothers. *Journal Occupational Therapy Schools Early Intervention* 2014, 7:272–283
 24. Hashem Mohamadian MG, Kortdzanganeh J, Meihan L. Reliability and construct validity of the Iranian version of health-promoting lifestyle profile in a female adolescent population. *International Journal Preventive Medicine* 2013 4:42–49
 25. Afsar M, Motaghi M. Health behaviors among high school girls. *International Journal School Health* 2015, 2:24994
 26. Rezazadeh A, Solhi M, Azam K. Determinants of responsibility for health spiritual health and interpersonal relationship based on theory of planned behavior in high school girl students. *Medical Journal o Islamic Republic Iran* 2015, 29:204
 27. Wilson HK, Scult M, Wilcher M, Chudnofsky R, Malloy L, Drewel E, Denninger JW. Teacher-led relaxation response curriculum in an urban high school: Impact on student behavioral health and classroom environment. *Education* 2015, 19:6–14
 28. Đorđić V, Božić P, Milanović I, Radisavljević S, Batez M, Jorga J, Ostojic S. M. Guidelines-driven educational intervention promotes healthy lifestyle among adolescents and adults: a Serbian national longitudinal study. *Medicina* 2019, 55:39
 29. Can G, Ozdilli K, Erol O, Unsar S, Tulek Z, Savaser S et al. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul Turkey. *Nursing Health Sciences* 2008, 10:273–280
 30. Κοκκέβη Α, Σταύρου Μ, Καναβού Ε, Φωτίου Α. Σεξουαλική συμπεριφορά και υγεία των εφήβων. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας Νευροεπιστημών και Ιατρικής Ακριβείας ΚΩΣΤΑΣ ΣΤΕΦΑΝΗΣ (ΕΠΙΨΥ) 2019
 31. Fauteux N. Unlocking the potential of school nursing: Keeping children healthy in school and ready to learn. *Charting Nursing's Future* 2010, 14:1–8
 32. National Association of School Nurses. The role of the 21st century school nurse. *NASN School Nurse* 2016, 32:56–58