



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**ΤΟ ΧΑΣΜΑ ΜΕΤΑΞΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΟ  
ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ**

**ΑΝΤΡΗ ΙΩΑΝΝΟΥ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
ΔΡ. ΜΑΡΙΑ ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ**

**ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2017**





**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**ΤΟ ΧΑΣΜΑ ΜΕΤΑΞΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΟ  
ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ  
ΑΝΤΡΗ ΙΩΑΝΝΟΥ  
Α.Μ.: 11301386  
ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
ΔΡ. ΜΑΡΙΑ ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ**

**ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2017**

## Πίνακας Περιεχομένων

Περιεχόμενα.....	4
Πίνακες.....	6
Γραφήματα.....	7
Συντομογραφίες.....	8
Στο Ελληνικό Αλφάβητο.....	8
Στο Λατινικό Αλφάβητο.....	8
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	9
ABSTRACT.....	10
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
2. Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ.....	12
3. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ, Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΙΔΗΜΙΑ.....	19
3.1 Μετρώντας την παχυσαρκία: ορισμοί και μεθοδολογία.....	19
3.2 Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία στην Κύπρο.....	20
3.2.1 Σύγκριση των δεδομένων του 2008 και του 2014.....	27
3.2.2 Εξήγηση των αποτελεσμάτων.....	28
4. ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ.....	36
4.1 Διασαφήνιση των όρων.....	36
4.2 Το πλαίσιο του τομέα της εκπαίδευσης.....	37
4.2.1 Η σχολική Αγωγή Υγείας πριν και μετά το 2010.....	37
4.2.2 Η πρόληψη και τα κρατικά πανεπιστήμια.....	40
4.2.3 Η Δία Βίου Μάθηση και η συμμετοχή των κυπρίων σε αυτή.....	41
4.2.4 Η Δια Βίου Αγωγή Υγείας μέσα από την Δια Βίου Μάθηση.....	44
4.2.5 Δημόσιες δαπάνες ανά βαθμίδα εκπαίδευσης.....	46
4.3 Το πλαίσιο του τομέα της υγείας.....	49
4.3.1 Δράσεις σχετικές με την διατροφή και την άσκηση.....	49
4.3.2 Δαπάνες υγείας.....	50
4.4 Αξιολόγηση της Αγωγής Υγείας.....	53
5. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΤΩΝ ΥΠΟΥΡΓΩΝ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ 2011 – 2017.....	60
5.1 Ανάλυση Λόγου – το θεωρητικό πλαίσιο.....	60
5.2 Παχυσαρκία.....	62

5.3	Πρωτογενής Πρόληψη – Πρόληψη.....	64
5.4	Αγωγή Υγείας.....	65
5.5	Συμπεριφορές Υγείας.....	67
5.6	Πολιτικές του κράτους σχετικές με την πρωτογενή πρόληψη.....	69
5.7	Οικονομικοί παράγοντες .....	74
5.8	Συλλογικότητα .....	75
6.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	77
7.	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	80
7.1	Χτίζοντας την Δια Βίου Αγωγή Υγείας .....	80
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	86

## Πίνακες

Πίνακας 1. Άντρες με κάποια μακροχρόνια ασθένεια ή πρόβλημα υγείας με βάση το μορφωτικό επίπεδο (% , 2005-2014).....	12
Πίνακας 2. Γυναίκες με κάποια μακροχρόνια ασθένεια ή πρόβλημα υγείας με βάση το μορφωτικό επίπεδο (% , 2005-2014).....	13
Πίνακας 3. Άτομα στον κίνδυνο της φτώχειας με βάση το επίπεδο μόρφωσης (% , 2006-2015).....	15
Πίνακας 4. Δείκτης Μάζας Σώματος για τους άντρες με βάση το μορφωτικό επίπεδο (% , 2008).....	23
Πίνακας 5. Υπέρβαροι άντρες με βάση τις ηλικίες και το μορφωτικό επίπεδο (% , 2008).....	23
Πίνακας 6. Παχύσαρκοι άντρες με βάση τις ηλικίες και το μορφωτικό επίπεδο (% , 2008).....	23
Πίνακας 7. Δείκτης Μάζας Σώματος για τις γυναίκες με βάση το μορφωτικό επίπεδο (% , 2008).....	24
Πίνακας 8. Υπέρβαρες γυναίκες με βάση τις ηλικίες και το μορφωτικό επίπεδο (% , 2008).....	24
Πίνακας 9. Παχύσαρκες γυναίκες με βάση τις ηλικίες και το μορφωτικό επίπεδο (% , 2008).....	24
Πίνακας 10. Δείκτης μάζας σώματος (BMI) για το σύνολο των αντρών, με βάση το επίπεδο μόρφωσης (% , 2014).....	25
Πίνακας 11. Υπέρβαροι άντρες με βάση το μορφωτικό επίπεδο και τις ηλικίες (% , 2014).....	25
Πίνακας 12. Παχύσαρκοι άντρες με βάση το μορφωτικό επίπεδο και τις ηλικίες (% , 2014).....	25
Πίνακας 13. Δείκτης μάζας σώματος (BMI) για το σύνολο των γυναικών με βάση το επίπεδο μόρφωσης (% , 2014).....	26
Πίνακας 14. Υπέρβαρες γυναίκες με βάση το μορφωτικό επίπεδο και τις ηλικίες (% , 2014).....	26
Πίνακας 15. Παχύσαρκες γυναίκες με βάση το μορφωτικό επίπεδο και τις ηλικίες (% , 2014).....	27
Πίνακας 16. Θέληση για συμμετοχή ή μεγαλύτερη συμμετοχή στην δια βίου μάθηση (% , 2007, 2011).....	42
Πίνακας 17. Συμμετοχή αντρών και γυναικών ηλικίας 25-64 χρονών σε δραστηριότητες μάθησης κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών με βάση το μορφωτικό τους επίπεδο (% , 2006).....	43
Πίνακας 18. Άτομα με πρόσβαση στις πληροφορίες τις σχετικές με τις δυνατότητες μάθησης για όλους τους τύπους μάθησης με βάση το μορφωτικό επίπεδο (% , 2007, 2011).....	44
Πίνακας 19. Δημόσιες Δαπάνες για την Εκπαίδευση (% Κρατικού Προϋπολογισμού, % Α.Ε.Π., 2005-2014).....	46
Πίνακας 20. Συνολικές δημόσιες δαπάνες για την εκπαίδευση με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο και τον προσανατολισμό του προγράμματος (% του ΑΕΠ, 2012,2013).....	48
Πίνακας 21. Υπουργοί Υγείας κατά την περίοδο 2011-2017.....	62
Πίνακας 22. Υπουργοί Παιδείας κατά την περίοδο 2011-2019.....	62
Πίνακας 23. Κατηγορία –Παχυσαρκία.....	63
Πίνακας 24. Κατηγορία - Πρωτογενής Πρόληψη – Πρόληψη.....	64
Πίνακας 25. Κατηγορία- Αγωγή Υγείας.....	66

Πίνακας 26. Κατηγορία - Συμπεριφορές Υγείας.....	67
Πίνακας 27. Κατηγορία - Πολιτικές του κράτους σχετικές με την πρωτογενή πρόληψη.....	70
Πίνακας 28. Κατηγορία – Οικονομικοί παράγοντες.....	74
Πίνακας 29. Κατηγορία – Συλλογικότητα.....	76

## Γραφήματα

Γράφημα 1. Άτομα που αναφέρουν υψηλή πίεση αίματος με βάση το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο (% , 2014).....	14
Γράφημα 2. Αναζήτηση της πληροφορίας υγείας στο Διαδίκτυο με βάση το μορφωτικό επίπεδο (% , 2011,2013,2015).....	18
Γράφημα 3. Παχυσαρκία σε άτομα 18 χρόνων και πάνω (% , 2010, 2014).....	21
Γράφημα 4. Υπερβολικό βάρος σε άτομα 18 χρόνων και πάνω (% , 2010, 2014).....	21
Γράφημα 5. Συνολική δημόσια δαπάνη για τα διάφορα επίπεδα εκπαίδευσης (% του ΑΕΠ, 2002-2011).....	47
Γράφημα 6. Τρέχουσες δαπάνες υγείας (εκατομμύρια ευρώ, 2010-2014).....	51
Γράφημα 7. Δαπάνες υγείας ανά λειτουργία (εκατομμύρια ευρώ, 2010-2014).....	52
Γράφημα 8. Δαπάνες υγείας για διάφορα προγράμματα (εκατομμύρια ευρώ, 2010-2014).....	53

## Συντομογραφίες

### Στο Ελληνικό Αλφάβητο

- 1<sup>ο</sup> / πρώτο μορφωτικό επίπεδο.: Κατώτερη Δευτεροβάθμια, Πρωτοβάθμια και Προσχολική Εκπαίδευση
- 2<sup>ο</sup> /δεύτερο μορφωτικό επίπεδο.: Ανώτερη Δευτεροβάθμια και Μετά-Δευτεροβάθμια, Μη- Τριτοβάθμια Εκπαίδευση
- 3<sup>ο</sup> / τρίτο μορφωτικό επίπεδο.: Τριτοβάθμια Εκπαίδευση/Πρώτο και δεύτερο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης
- Α.Ε.Θ.Ε.Ε.: Ανανεωμένου Ευρωπαϊκού Θεματολογίου για την Εκπαίδευση των Ενηλίκων
- Α.Ε.Π.: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
- ΓΕΣΥ.: Γενικό Σχέδιο Υγείας
- Ε.Ε.: Ευρωπαϊκή Ένωση
- Ν.Ω.Π.: Νέο Ωρολόγιο Πρόγραμμα
- Τ.Ε.Π.Α.Κ. : Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
- Υ.Π.Π.: Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού/Υπουργείο Παιδείας/Υπουργός Παιδείας
- Υ.Υ.: Υπουργείο Υγείας/Υπουργός Υγείας

### Στο Λατινικό Αλφάβητο

- BMI: Body Mass Index
- WHO: World Health Organization



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο: Η αγωγή υγείας έχει αναγνωρισθεί σε διεθνές επίπεδο ως θεμελιώδους σημασίας στην προσπάθεια για την προαγωγή της υγείας και για την μείωση των ανισοτήτων στην υγεία. Στην περίπτωση της Κύπρου η άνοδος των ποσοστών συμπεριφορών που δεν προάγουν την υγεία όπως είναι για παράδειγμα η παχυσαρκία, σε συνδυασμό με τον ισχυρό συσχετισμό που φαίνεται να παρουσιάζουν οι συμπεριφορές υγείας με το μορφωτικό επίπεδο και το φύλο, δημιουργούν ερωτηματικά για το βαθμό στον οποίο η αγωγή υγείας ανταποκρίνεται στις ανάγκες όλου του πληθυσμού.

Σκοπός: α) να διερευνηθεί το κατά πόσον η υγεία σχετίζεται με το μορφωτικό επίπεδο και το φύλο και μέσω ποιών μηχανισμών, β) να ανιχνευθεί ο βαθμός στον οποίο η αγωγή υγείας που παρέχεται σήμερα στην Κύπρο ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού με βάση το μορφωτικό του επίπεδο και το φύλο, με απώτερο σκοπό γ) την ανάδειξη της αγωγής υγείας ως εργαλείου για την επιτυχή αντιμετώπιση ζητημάτων υγείας όπως και ευρύτερων θεμάτων ανισότητας στην υγεία.

Μέθοδος: Η διατριβή βασίστηκε στην θεωρία πεδίου, δηλαδή στην συλλογή δεδομένων με βάση το γενικό ερευνητικό θέμα που τέθηκε εξ αρχής. Τα δεδομένα προέρχονται από σχετικές βάσεις και καλύπτουν κυρίως την περίοδο 2006- 2015, από την βιβλιογραφία όπως και από την ανάλυση λόγου των υπουργών παιδείας και υγείας της περιόδου 2011-2017.

Αποτελέσματα: Βρέθηκαν τρεις περιπτώσεις όπου η κατάσταση υγείας των ατόμων συνδέεται με το μορφωτικό επίπεδο και το φύλο, εκ των οποίων επιλέχθηκε η παχυσαρκία ως κυρίαρχο παράδειγμα για την διερεύνηση της σχέσεως αυτής και για την αξιολόγηση της παρεχόμενης από το κράτος αγωγής υγείας λόγω μεγαλύτερου αριθμού δεδομένων αλλά και λόγω του ισχυρού συσχετισμού του φαινομένου αυτού με συγκεκριμένες συμπεριφορές υγείας.

Συμπεράσματα: Το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων επιδρά θετικά στην κατάσταση υγείας τους και κυρίως των γυναικών μέσα από διάφορους μηχανισμούς. Ένας από αυτούς είναι και η αγωγή υγείας η οποία φαίνεται να μην καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού, αφού ομάδες όπως τα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και σε μεγαλύτερο βαθμό οι γυναίκες, αλλά και οι άντρες στο σύνολο τους είναι πιθανόν να μην λαμβάνουν την ποσότητα και την ποιότητα της συγκεκριμένης γνώσης που θα ικανοποιεί τις ανάγκες τους. Ως εκ τούτου η παρεχόμενη από το κράτος αγωγή υγείας θα πρέπει να βελτιωθεί έτσι ώστε να απευθύνεται στο σύνολο του πληθυσμού.

## ABSTRACT

Background: Health education has been recognized at international level as fundamental in the effort to promote health and reduce health inequalities. In the case of Cyprus, the rise in non-health-promoting behaviors such as obesity, coupled with the strong correlation that health behaviors seem to have with the level of education and gender, raise questions about the extent to which health education responds to the needs of the entire population.

Aim: (a) to explore the extent to which health is related to educational level and gender and through which mechanisms; (b) to ascertain the extent to which the current health education provided in Cyprus responds to the needs of the population based on its educational level and gender, (c) with the ultimate aim of promoting health education as a tool for successfully addressing health issues as well as wider issues of health inequality.

Method: The dissertation was based on field theory, i.e. in data collection based on the general research topic that was originally set. The data comes from relevant bases and covers mainly the period 2006-2015, from the literature and from the discourse analysis of the ministers of education and health of the period 2011-2017.

Results: There have been three cases where the health status of individuals is linked to the educational level and gender, of which obesity was chosen as a predominant example for investigating this relationship and for evaluating the health education provided by the state due to a larger number of data but also because of the strong correlation of this phenomenon with specific health behaviors.

Conclusions: The educational level of individuals has a positive effect on their health status and especially on women through various mechanisms. One of these is health education, which does not seem to cover the entire population, since groups such as low-educated people and to a larger extent women, but men as a whole also are likely not to receive the amount and the quality of the specific knowledge that will meet their needs. Therefore, state-provided health education should be improved to address the entire population.

## 1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στόχος της παρούσας διατριβής είναι η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο η αγωγή υγείας που παρέχεται στην Κύπρο σήμερα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του συνόλου του πληθυσμού με βάση το μορφωτικό του επίπεδο και το φύλο, με απώτερο σκοπό την ανάδειξη της αγωγής υγείας ως εργαλείου για την επιτυχή αντιμετώπιση ζητημάτων υγείας όπως και ευρύτερων θεμάτων ανισότητας στην υγεία.

Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται δεδομένα κυρίως της δεκαετίας 2006-2015 ως της πλέον πρόσφατης και για την οποία υπάρχουν αρκετά στοιχεία, ενώ όπου κρίνεται αναγκαίο το χρονικό πλαίσιο γίνεται πιο ελαστικό, και σε κάποιες περιπτώσεις καλύπτει μόνο συγκεκριμένες χρονιές προκειμένου να συμπεριληφθούν κάποια δεδομένα. Το στοιχείο αυτό περιορίζει σε κάποιες περιπτώσεις την δυνατότητα για πιο οριστικά συμπεράσματα με βάση τα ευρήματα, αλλά πρόκειται για μειονέκτημα που δεν μπορούσε να αντιμετωπιστεί μέχρι την χρονική στιγμή της δημοσιοποίησης της διατριβής αυτής. Όποτε επίσης κρίνεται απαραίτητο γίνεται σύγκριση δεδομένων από τον κυπριακό και τον διεθνή χώρο (κυρίως τον ευρωπαϊκό), όπως και χρήση βιβλιογραφικών αναφορών.

Η δομή της διατριβής στηρίζεται στην λογική του εγγράφου πολιτικής και είναι η ακόλουθη: αρχικά παρουσιάζεται η σχέση της υγείας με το μορφωτικό επίπεδο και το φύλο στην Κύπρο. Στην ενότητα αυτή ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στην οικονομική κρίση και σε φαινόμενα που συνδέονται με αυτή λόγω των συνεπειών τους στην υγεία των ατόμων με βάση το μορφωτικό τους επίπεδο και το φύλο. Στην επόμενη ενότητα παρατίθενται δεδομένα για τον δείκτη μάζας σώματος των Κυπρίων, ενώ με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία γίνεται προσπάθεια να ερμηνευτούν όσα αφορούν στο μορφωτικό επίπεδο και το φύλο. Ακολουθεί η παρουσίαση της Κυπριακής αγωγής υγείας των δέκα περίπου τελευταίων χρόνων που σχετίζεται με την παχυσαρκία και εν συνεχεία η αξιολόγηση της και τέλος, προκειμένου να διερευνηθεί περαιτέρω η στάση του κράτους σε σχέση με την αγωγή υγείας που συνδέεται με την παχυσαρκία αλλά και με γενικότερα ζητήματα πρωτογενούς πρόληψης, επιχειρείται η ανάλυση του λόγου των υπουργών παιδείας και υγείας της Κύπρου από το 2011 μέχρι το 2017. Κάθε μια από τις ενότητες αυτές υποδιαιρείται όπου υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία σε περαιτέρω θέματα. Με το πέρας των τεσσάρων αυτών ενότητων συνοψίζονται τα ευρήματα της μελέτης αυτής και κατατίθενται προτάσεις.

## 2.Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία η εκπαίδευση φαίνεται να εμφανίζει ισχυρό βαθμό συσχέτισης με την κατάσταση υγείας των ατόμων (Zimmerman et al 2013), αφού τα περισσότερα χρόνια μόρφωσης φαίνεται να οδηγούν σε καλύτερη υγεία και ευημερία, σε μείωση της νοσηρότητας και του κινδύνου για κακή υγεία (Feinstein 2006), σε ελάττωση της θνησιμότητας από χρόνιες και κοινές οξείες ασθένειες (Feinberg et al 2016), σε καλύτερη φυσική και διανοητική λειτουργία, σε μικρότερου βαθμού άγχος και κατάθλιψη κλπ. (Cutler & Lleras-Muney n.d), ενώ αντίθετα το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης χειρότερης κατάστασης υγείας, θανάτου σε μικρότερες ηλικίες κ.ά. (Higgins et al 2008).

Στην περίπτωση της Κύπρου για παράδειγμα, με βάση δεδομένα για την δεκαετία 2005-2014, τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες με κατώτερη δευτεροβάθμια, πρωτοβάθμια ή προσχολική εκπαίδευση (1<sup>ο</sup> μορφωτικό επίπεδο) εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ύπαρξης κάποιας μακροχρόνιας ασθένειας ή προβλήματος υγείας από τους άντρες και τις γυναίκες με ανώτερη δευτεροβάθμια και μετά-δευτεροβάθμια μη-τριτοβάθμια εκπαίδευση (2<sup>ο</sup> μορφωτικό επίπεδο) που ακολουθούν, και τους άντρες και τις γυναίκες με τριτοβάθμια εκπαίδευση (3<sup>ο</sup> μορφωτικό επίπεδο) που παρουσιάζουν τα χαμηλότερα ποσοστά. Ακόμη, το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο τα ποσοστά για τα δύο φύλα. Επιπλέον στις γυναίκες είναι σαφής η βελτίωση των ποσοστών με την άνοδο του μορφωτικού επιπέδου ενώ στους άντρες δεν παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση των ποσοστών για τους ανήκοντες στο 3<sup>ο</sup> και στο 2<sup>ο</sup> μορφωτικό επίπεδο (Πίνακας 1, Πίνακας 2).

<b>Πίνακας 1:</b> Άντρες με κάποια μακροχρόνια ασθένεια ή πρόβλημα υγείας με βάση το μορφωτικό επίπεδο (% , 2005-2014)										
Χρονιά Επίπεδο μόρφωσης	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Πρώτο	40,2	44,2	43,3	37,5	41,5	47,9	46,9	48,6	50,1	46,5
Δεύτερο	15,9	19	19,1	17,5	19,6	26,5	25,8	23,1	25,4	25,7
Τρίτο	12,9	15,2	17,1	14,4	18,4	22,5	19,9	22,1	22,1	25,5

Πηγή: Eurostat, 2016

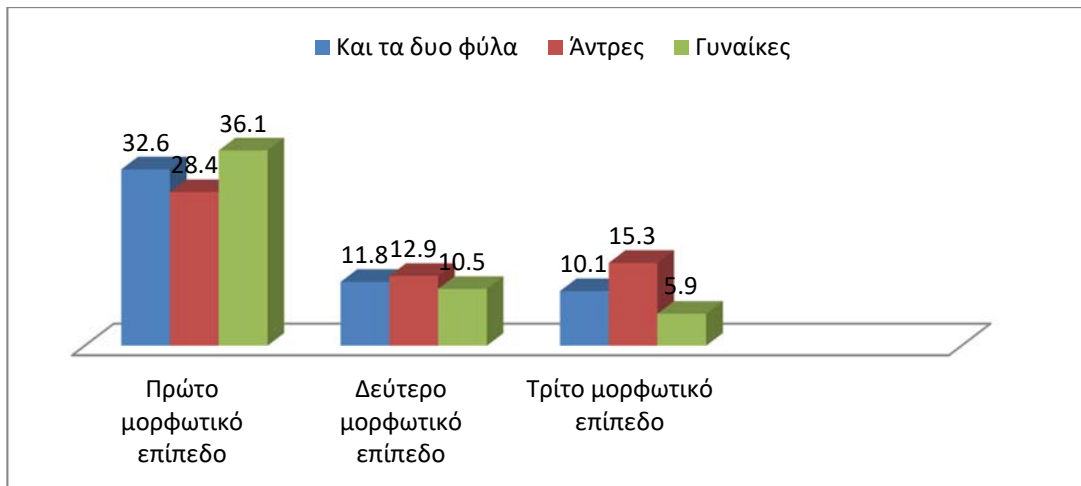
**Πίνακας 2:** Γυναίκες με κάποια μακροχρόνια ασθένεια ή πρόβλημα υγείας με βάση το μορφωτικό επίπεδο (% , 2005-2014)

Χρονιά Επίπεδο μόρφωσης	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Πρώτο	44,8	48,9	50,6	44,1	46,1	54,9	55,8	57,3	58,5	55
Δεύτερο	17	17,7	19	17,8	19,3	25,4	24,2	25,7	25,4	25
Τρίτο	12,8	16,7	14,4	11,9	15,3	15,9	16	15,8	17,2	18

Πηγή: Eurostat, 2016

Μια πιθανή εξήγηση για τα πιο πάνω αποτελέσματα αποτελούν οι αυξημένες πιθανότητες απασχόλησης και κυρίως οι υψηλότεροι μισθοί των ατόμων του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου σε σχέση με τα άτομα του 2<sup>ου</sup> και του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου (Eurostat 2016), αφού τα μεγαλύτερα εισοδήματα συνήθως οδηγούν και σε καλύτερη πρόσβαση στην φροντίδα υγείας και σε μεγαλύτερη κυριότητα πάνω στους πόρους με αποτέλεσμα τη βελτίωση της υγείας (Brunello et al 2013:198). Μέσα στα πλαίσια αυτής της λογικής, τα χαμηλότερα ποσοστά απασχόλησης και οι χαμηλότεροι μισθοί των γυναικών του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου και για τα δυο φύλα και για τα τρία μορφωτικά επίπεδα (Eurostat 2016), είναι πιθανόν να συνδέονται και με τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης μακροχρόνιας ασθένειας ή προβλήματος υγείας που παρουσίασαν οι γυναίκες αυτές, ανεξαρτήτως φύλου και μορφωτικού επιπέδου. Από την άλλη, τα καλύτερα ποσοστά των γυναικών του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου σε σχέση με τους άντρες του ίδιου μορφωτικού επιπέδου, παρά τα χαμηλότερα ποσοστά απασχόλησης και εισοδήματα (Eurostat 2016), είναι πιθανόν να οφείλονται στο ότι οι γυναίκες δρουν σε μεγαλύτερο βαθμό προληπτικά από τους άντρες, επισκεπτόμενες πιο συχνά τον γιατρό τους (Brunello et al 2014).

Ο πιθανός συσχετισμός μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και κατάστασης υγείας φαίνεται και στην περίπτωση της υψηλής αρτηριακής πίεσης, αλλά μόνο για τις γυναίκες. Σύμφωνα λοιπόν με δεδομένα του 2014, ενώ στις γυναίκες τα ποσοστά μειώνονται με την άνοδο του μορφωτικού επιπέδου, στους άντρες τα χαμηλότερα ποσοστά εμφανίζουν οι του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, ακολουθούμενοι από τους άντρες του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου με κοντινά όμως ποσοστά. Παράλληλα, οι γυναίκες του 2<sup>ου</sup> και του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά από τους άντρες με το ίδιο μορφωτικό επίπεδο, ενώ οι γυναίκες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά από τους άντρες του ίδιου μορφωτικού επιπέδου (Γράφημα 1).



**Γράφημα 1:** Άτομα που αναφέρουν υψηλή πίεση αίματος με βάση το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο (% , 2014)

Πηγή: Eurostat, 2016

Και πάλιν η οικονομική κατάσταση των ατόμων όπως προκύπτει από το μορφωτικό τους επίπεδο φαίνεται να αποτελεί μια πιθανή αιτία για την διαμόρφωση της πιο πάνω εικόνας, με τις διεθνείς έρευνες μάλιστα να θεωρούν ότι στην περίπτωση των γυναικών είναι ισχυρότερη η επίδραση στην αρτηριακή πίεση παραγόντων όπως είναι τα εισοδήματα και το μορφωτικό επίπεδο. Οι ίδιες έρευνες αποδίδουν τα μεγαλύτερα ποσοστά υψηλής αρτηριακής πίεσης που παρουσιάζουν οι γυναίκες χαμηλότερου μορφωτικού (κοινωνικό - οικονομικού) επιπέδου στην αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ, στο κάπνισμα σε μεγαλύτερα ποσοστά, στην μειωμένη φυσική δραστηριότητα κ.α. (Baek et al 2015), με το τελευταίο να ισχύει και στην περίπτωση της Κύπρου, όπου δεδομένα του 2014 παρουσιάζουν τις Κύπριες γυναίκες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου να έχουν τα χαμηλότερα ποσοστά αερόβιας σωματική δραστηριότητας εκτός δουλειάς, και για τα δυο φύλα, ανεξαρτήτως μορφωτικού επιπέδου (Eurostat 2016).

Τα μεγαλύτερα εισοδήματα των ατόμων με υψηλό μορφωτικό επίπεδο όμως, πέραν της άμεσης βελτίωσης της κατάστασης της υγείας τους που επιτυγχάνουν, φαίνεται ακόμη να λειτουργούν προστατευτικά και από τον κίνδυνο της φτώχειας (World Bank, n.d:36) και επομένως και από τις αρνητικές συνέπειες της, εκ των οποίων από τις σημαντικότερες είναι αυτές που έχουν να κάνουν με την υγεία των ατόμων, αφού τα

φτωχότερα άτομα είναι πιο πιθανόν να εκδηλώσουν χειρότερη κατάσταση υγείας και ειδικότερα οι γυναίκες και τα κορίτσια (OECD 2003:20)<sup>1</sup>.

Αυτό φαίνεται να συμβαίνει και στην περίπτωση της Κύπρου όπου με βάση δεδομένα της περιόδου 2006 - 2015 για τις ηλικίες 18-64 τα άτομα του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, παρά την μείωση των ποσοστών τους μεταξύ 2006-2013, είχαν σαφώς αυξημένες πιθανότητες να βρεθούν στον κίνδυνο της φτώχειας σε σχέση με τα άτομα του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που ακολουθούν και τα άτομα με τριτοβάθμια εκπαίδευση που εμφανίζουν τα μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 3). Μάλιστα τα σχετικά ποσοστά των ατόμων του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου το 2015 ξεπέρασαν τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, κάτι που στις γυναίκες ίσχυσε και για τις 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου (Eurostat 2016). Επιπλέον η φτώχεια φαίνεται να είναι και έμφυλη, αφού οι γυναίκες ανεξαρτήτως μορφωτικού επιπέδου κατά την περίοδο 2006 – 2015 εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά στον κίνδυνο της φτώχειας από τους άντρες (Eurostat, 2016). Η αύξηση του ποσοστού των ατόμων που βρέθηκαν στον κίνδυνο της φτώχειας, από το 2013 και το 2014 και μετά για το 2<sup>ο</sup> και το 1<sup>ο</sup> μορφωτικό επίπεδο αντίστοιχα, δεν είναι ανεξάρτητη από την οικονομική κρίση η οποία στην Κύπρο θεωρείται ότι ξεκίνησε το 2011<sup>2</sup> με βάση το αρνητικό πρόσημο του ρυθμού ανάπτυξης τις χρονιές που ακολούθησαν<sup>3</sup> (Cyprus Ministry of Finance 2016, Eurostat 2016)<sup>4</sup>.

**Πίνακας 3:** Άτομα στον κίνδυνο της φτώχειας με βάση το επίπεδο μόρφωσης (% , 2006-2015)<sup>5</sup>

Χρονιά Επίπεδο μόρφωσης	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Πρώτο	32,4	32,3	30,4	30	28,8	28,5	27,5	24,9	25,9	27,8
Δεύτερο	9,6	9,7	10,2	11,9	12,2	11,2	11,3	14,8	13,8	16,1
Τρίτο	4,1	4	4,6	4,3	5,4	5,3	6,1	6,1	6	5,8

Πηγή: Eurostat, 2016

<sup>1</sup> Η φτώχεια είναι ένα φαινόμενο πολυδιάστατο, οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό, το οποίο από την σχετικιστική οπτική, συνδέεται με το γενικό επίπεδο της πρόνοιας που εμφανίζει μια κοινωνία, και ως εκ τούτου με την ανισότητα (Katsikas et al 2014, Naschold 2002).

<sup>2</sup> Η παγκόσμια οικονομική κρίση είχε ξεκινήσει το 2008 (Haveman 2009). Στην Κύπρο η οικονομική κρίση οδήγησε και σε αύξηση της ανισότητας της κατανομής του εθνικού ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος (Cyprus Ministry of Finance 2016, Mallis 2015).

<sup>3</sup> Το 2013 ο ρυθμός ανάπτυξης κατέγραψε το χαμηλότερο ποσοστό (-6%) (Cyprus Ministry of Finance 2016, Eurostat 2016), ενώ από το 2015 και μετά σημειώθηκε και πάλι θετικός ρυθμός ανάπτυξης, κάτι που πιθανόν να υποδηλώνει οικονομική ανάκαμψη (Υπουργείο Οικονομικών 2017, Focus Economics 2017).

<sup>4</sup> Σύμφωνα με τους Koutsampelas & Polycarou (2013), η φτώχεια γενικά στην Κύπρο μειώθηκε μεταξύ 2009-2012, για να αυξηθεί το 2013 και να παραμείνει σε υψηλά επίπεδα τα επόμενα χρόνια.

<sup>5</sup> Όπου τα άτομα στον κίνδυνο της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού είναι άτομα με ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα κάτω από το κατώφλι-όριο για τον κίνδυνο φτώχειας, το οποίο τέθηκε στο 60% του εθνικού διάμεσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος (μετά τις κοινωνικές παροχές –social transfers) (Eurostat 2016).

Σε συνδυασμό με την πολυδιάστατη φτώχεια όμως, και εβρισκόμενος σε ισχυρό συσχετισμό με την οικονομική κρίση (Zafiroπούλου 2014, Katsikas et al 2014) αλλά και με το μορφωτικό επίπεδο και το φύλο αφού οι γυναίκες και τα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά, είναι και ο κοινωνικός αποκλεισμός (Eurostat-Statistics Explained 2016a). Πρόκειται για φαινόμενο το οποίο συνδέεται με την στέρηση αγαθών και υπηρεσιών που οδηγούν στην ευημερία (π.χ. πρόσβαση στην φροντίδα υγείας, στην εκπαίδευση, στις κοινωνικές υπηρεσίες, στην απασχόληση και σε άλλες βασικές ανάγκες) (Zafiroπούλου 2014, Katsikas et al 2014), και ως εκ τούτου σχετίζεται αρνητικά με την υγεία<sup>6</sup>.

Και πάλιν η Κύπρος φαίνεται να συμφωνεί με το γενικό παράδειγμα, αφού με βάση δεδομένα της περιόδου 2006-2015 που αναφέρονται στις ηλικίες 18 χρόνων και πάνω τα άτομα του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου και οι γυναίκες εμφάνισαν σημαντικά μεγαλύτερες πιθανότητες να περιέλθουν στον κίνδυνο της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού (αν και από το 2013 και μετά οι άντρες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου ξεπέρασαν τα ποσοστά των γυναικών), σε σχέση με τα άτομα του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που ακολουθούν και τα άτομα του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που εμφανίζουν τα χαμηλότερα ποσοστά (Eurostat 2016).

Προσθετικά για την φτώχεια και την ανισότητα λειτουργεί και η ανεργία (Koutsampelas & Polycarrou 2013), η οποία επίσης σχετίζεται με το μορφωτικό επίπεδο, αφού κατά την περίοδο 2006-2015 και για τις ηλικίες 25-64 επηρέασε κατά κύριο λόγο τους άντρες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, λιγότερο τους άντρες του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, ενώ τα μικρότερα ποσοστά εμφάνισαν οι άντρες του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου (με εξαίρεση κάποιες χρονιές και ηλικιακές ομάδες). Στις γυναίκες επηρεάστηκαν κυρίως οι του 1<sup>ου</sup> αλλά και του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, ενώ ανεξαρτήτως φύλου και μορφωτικού επιπέδου τα ποσοστά της ανεργίας φαίνεται να μειώνονται μετά την ηλικία των 25 (Eurostat, 2016).

Η υψηλότερη μόρφωση όμως, πέραν των μηχανισμών που αναφέρθηκαν πιο πάνω μέσω των οποίων λειτουργεί προστατευτικά για την υγεία φαίνεται πως, σε συνδυασμό με τις καλύτερες γνωστικές ικανότητες που τείνουν να έχουν οι κάτοχοι της, εξασφαλίζει και καλύτερη πρόσβαση στην δρώσα πληροφορία υγείας (Feinberg 2016), αυξάνει την ποσότητα και την ποιότητα της γνώσης υγείας (Health Literacy)

---

<sup>6</sup> Τόσο η φτώχεια, όσο και ο κοινωνικός αποκλεισμός, πάνε πέρα από οικονομικούς όρους, αφού σύμφωνα με τον John Rawls (1982) έχουν να κάνουν με την δικαιοσύνη, υπό την έννοια της ισότητας ως προς την πρόσβαση σε θεμελιώδη αγαθά (Zafiroπούλου et al 2016).



(CDC 2016), βελτιώνει την κατανόηση και την επικοινωνία αυτής (Feinberg 2016), όπως και την διαχείριση της (CDC 2016), με τελικό αποτέλεσμα την καλύτερη κατανόηση της έννοιας της υγιούς ζωής και τις βελτιωμένες επιλογές για την υγεία (Brunello et al 2013:198)<sup>7</sup>, με την ανταπόδοση να είναι μελλοντική και να εκφράζεται μέσα από την καλύτερη ποιότητα υγείας που κερδίζεται (Jinhu & Nattavudh 2015).

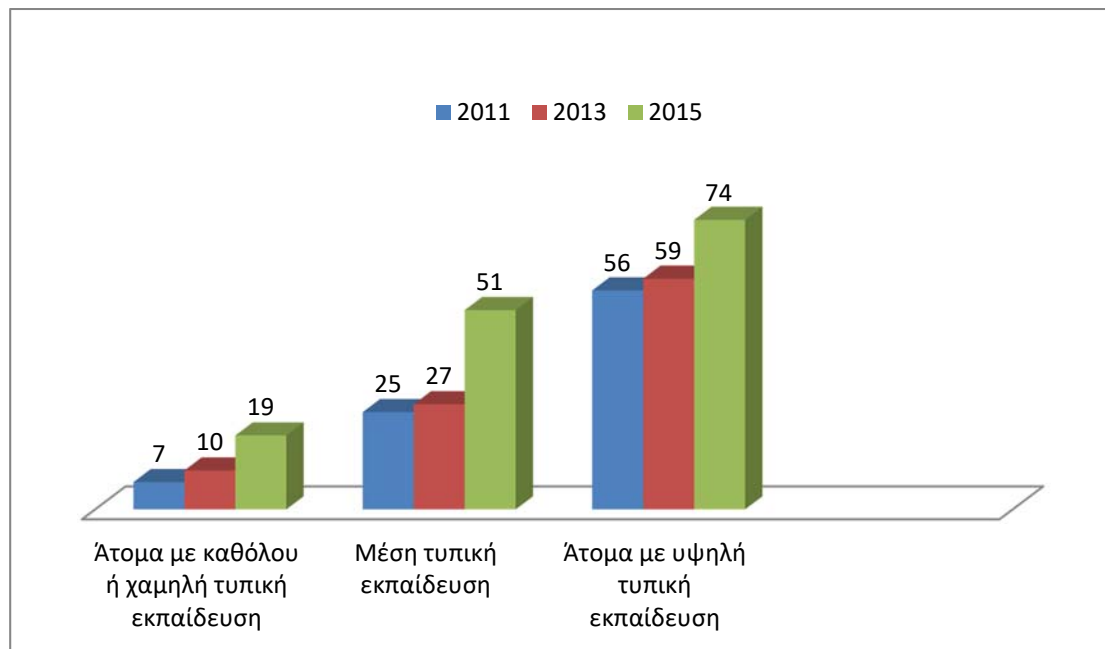
Στα πιο πάνω χαρακτηριστικά είναι πιθανόν να οφείλονται για παράδειγμα οι σημαντικές διαφοροποιήσεις στα ποσοστά καθημερινής πρόσβασης στο διαδίκτυο σύμφωνα με δεδομένα του 2015 για την Κύπρο (87% για τα άτομα με υψηλή τυπική εκπαίδευση, 64% για τα άτομα με μέση τυπική εκπαίδευση και 31% για τα άτομα με καθόλου ή χαμηλή τυπική εκπαίδευση) (Eurostat 2016). Η μεγαλύτερη όμως εξοικείωση με το διαδίκτυο που συνεπάγεται η αυξημένη καθημερινή χρήση του είναι πιθανόν να οδηγήσει τα άτομα αυτά και σε πιο ακριβείς και αξιόπιστες πηγές, που θα τους βοηθήσουν να πάρουν καλύτερες αποφάσεις σχετικές με την βελτίωση ή και την διατήρηση της κατάστασης υγείας τους, αλλά και να τους απαλλάξει από χρονοβόρες διαδικασίες, αφού όταν το ζήτημα υγείας δεν είναι αρκετά σοβαρό, προτιμούν να χρησιμοποιήσουν την συγκεκριμένη πρακτική για να το επιλύσουν από μόνοι τους (Amante et al 2015). Μια ένδειξη για την τάση αυτή δίνουν δεδομένα του 2011, του 2013 και του 2015, σύμφωνα με τα οποία στην Κύπρο τα άτομα του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά στην αναζήτηση της πληροφορίας υγείας στο διαδίκτυο από τα άτομα του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που ακολουθούν και κυρίως από τα άτομα του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που εμφανίζουν τα χαμηλότερα ποσοστά (Γράφημα 2).

Στην καλύτερη παιδεία υγείας που συνήθως έχουν τα άτομα ανώτερου μορφωτικού επιπέδου αλλά και στα υψηλότερα εισοδήματα τους (Mayer & Österle 2014) μπορεί ενδεχομένως να αποδοθεί και η ενασχόληση τους με προληπτικά μέτρα υγείας (Feinberg et al 2016) όπως είναι για παράδειγμα η χρήση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, όπου με βάση δεδομένα του 2008 για τα Κύπρο, το ποσοστό χρήσης τους από τα άτομα του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου ήταν στο 21%, για τα άτομα του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου στο 18,7%, ενώ για τα άτομα του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου το σχετικό ποσοστό ήταν 15,2% (Eurostat 2016). Με άλλα λόγια τα άτομα αυτά, αντί να περιμένουν να δουν κάποιο γιατρό, προτιμούν να ξεκινήσουν τα ίδια, έγκαιρα,

---

<sup>7</sup> Από την άλλη, το υψηλότερο ποσοστό κατανάλωσης αλκοόλ που φαίνεται να παρουσιάζουν τα άτομα των ανώτερων μορφωτικών και οικονομικών στρωμάτων στην Αμερική (Jones 2015), αποτελεί ένα αντιπαράδειγμα για την σχέση άνοδος μορφωτικού επιπέδου – βελτίωση γνώσης υγείας – καλύτερες επιλογές υγείας.

στρατηγικές θεραπείας αλλά και πρόληψης που περιλαμβάνουν και τη χρήση μη-συνταγογραφούμενων φαρμάκων (Mayer & Österle 2014), με τα συμπληρώματα διατροφής μάλιστα να κατέχουν δεσπόζουσα θέση στις προτιμήσεις τους (Cho & Lee 2013).



**Γράφημα 2:** Αναζήτηση της πληροφορίας υγείας στο Διαδίκτυο με βάση το μορφωτικό επίπεδο (% , 2011, 2013, 2015)

Πηγή: Eurostat, 2016

Με βάση λοιπόν τα όσα έχουν αναφερθεί ως τώρα φαίνεται πως, ναι μεν η άνοδος του μορφωτικού επιπέδου επηρεάζει θετικά την κατάσταση υγείας των ατόμων λόγω πιθανώς των αυξημένων πιθανοτήτων για απασχόληση, για καλύτερους μισθούς και για υψηλότερο επίπεδο γνώσης υγείας που συνήθως συνεπάγεται η υψηλότερη μόρφωση<sup>8</sup>, αλλά η επίδραση αυτή φαίνεται να είναι ισχυρότερη στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες πιθανόν λόγω διαφορετικής στάσης σε ζητήματα υγείας. Προκειμένου λοιπόν να διερευνηθεί περαιτέρω η επίδραση της μόρφωσης στην κατάσταση υγείας των ατόμων όπως και ο διαφαινόμενος διαφορετικός βαθμός επίδρασης της μόρφωσης στα δύο φύλα, στην ενότητα που ακολουθεί θα παρουσιασθεί η σχέση Δείκτης Μάζας Σώματος (Body Mass Index, BMI) – μορφωτικό επίπεδο- φύλο για την περίπτωση της Κύπρου, με την χρήση και ηλικιακών δεδομένων.

<sup>8</sup> Για άλλες πιθανές πηγές για την προστατευτική επίδραση της μόρφωσης στην υγεία των ατόμων βλέπε στον Feinberg (2016) και στους Brunello et al (2014:2).

### 3. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ, Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΙΔΗΜΙΑ

#### 3.1 Μετρώντας την παχυσαρκία: ορισμοί και μεθοδολογία

Παρά το γεγονός ότι η παχυσαρκία μπορεί να προληφθεί εντούτοις, από το 1980 ως το 2014 ο αριθμός των παχύσαρκων ατόμων άνω των 18 χρόνων σε παγκόσμιο επίπεδο έχει υπέρ – διπλασιαστεί με το σχετικό ποσοστό να φτάνει το 13%, ενώ την ίδια χρονιά το ποσοστό των υπέρβαρων ατόμων για τις ίδιες ηλικίες ήταν 39% και ο αριθμός των παιδιών κάτω των 5 χρόνων που ήταν υπέρβαρα έφτασε τα 41 εκατομμύρια (WHO 2017a). Ο ισχυρός βαθμός συσχέτισης της παχυσαρκίας με την θνησιμότητα για παράδειγμα από διάφορες χρόνιες ασθένειες όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η υπέρταση, ασθένειες της στεφανιαίας νόσου, ο διαβήτης τύπου 2 και κάποιοι τύποι καρκίνου, αλλά και η σύνδεση της με ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικών προβλημάτων την έχουν καταστήσει ως ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα της δημόσιας υγείας (Eurostat-Statistics Explained 2016b, The Lancet 2016, Katzmarzyk 2012). Τα πιο πάνω, σε συνδυασμό με την αύξηση του αριθμού των θανάτων από το συγκεκριμένο φαινόμενο (WHO 2017a) και το επίσης σημαντικό οικονομικό κόστος που αυτό συνεπάγεται, προκάλεσαν τις ανησυχίες τόσο σε πολιτικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη (Brunello et al 2013:195), ενώ οδήγησαν και στην συμπερίληψη της παχυσαρκίας ανάμεσα στους παγκόσμιους στόχους για τις μη μεταδοτικές ασθένειες και για ανάσχεση των ποσοστών της ως το 2025 στα επίπεδα του 2010 (The Lancet 2016)<sup>9</sup>.

Ανάμεσα στα διαφορετικά μέτρα που χρησιμοποιούνται για την παρακολούθηση του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας σε ένα πληθυσμό αλλά και για την μέτρηση τους για το κάθε άτομο ξεχωριστά, ο BMI είναι αυτός που χρησιμοποιείται ευρέως λόγω του χαμηλού του κόστους, της ευκολίας στην χρήση του και της απουσίας επεμβατικών μέσων κατά την εφαρμογή του (NHS 2009), αλλά και λόγω της δυνατότητας χρήσης του και για τα δυο φύλα για όλες τις ηλικίες των ενηλίκων. Από την άλλη θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το ότι πιθανόν για διαφορετικά άτομα να μην αντιστοιχεί στον ίδιο βαθμό πάχους (WHO 2017a).

---

<sup>9</sup> Στην Κύπρο οι θάνατοι από ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος και από νεοπλάσματα, αποτέλεσαν κατά την περίοδο 2004-2014 τις δύο κύριες αιτίες θανάτου και για τα δύο φύλα, με την ηλικία των 40 να σηματοδοτεί την σημαντική αύξηση του αριθμού των θανάτων (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2017, Eurostat 2016, Αθανασιάδου & Παύλου 2015, Υπουργείο Υγείας Κύπρου 2014).

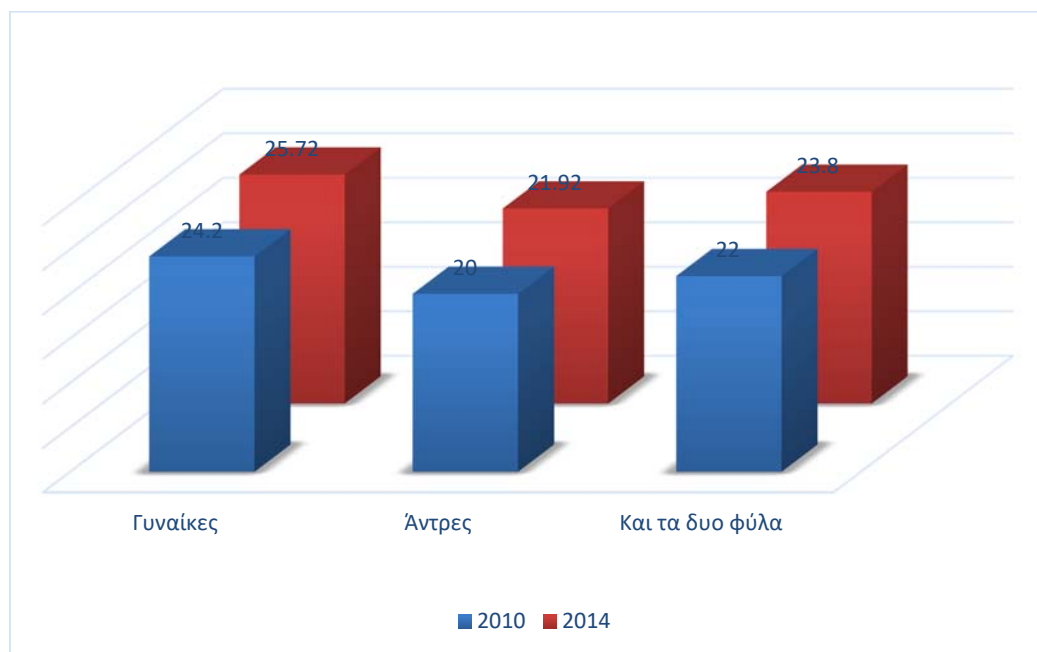
Ο BMI ορίζεται ως το πηλίκο του βάρους του ατόμου σε κιλά διαιρούμενο με το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα ( $\text{kg/m}^2$ ). Ένα άτομο θεωρείται υπέρβαρο αν ο BMI του είναι μεγαλύτερος ή ίσος του 25 και παχύσαρκο αν ο BMI του είναι μεγαλύτερος ή ίσος του 30 (WHO 2017a). Το βάρος θεωρείται ως κανονικό αν ο BMI είναι μεταξύ 18,5 και 24,9, και κάτω από το κανονικό (λιποβαρές άτομο) αν ο BMI είναι κάτω από 18,5. Η περίπτωση του λιποβαρούς ατόμου δεν θεωρείται επίσης υγιής (National Heart, Lung and Blood Institute 2012) αφού συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο τόσο νοσηρότητας όσο και θνησιμότητας, ενώ μπορεί ακόμη να επηρεάσει αρνητικά και την εγκυμοσύνη (The Lancet 2016).

Όλα τα στατιστικά δεδομένα που αφορούν στην παχυσαρκία και το υπερβολικό βάρος τα οποία θα παρατεθούν στην συνέχεια σε σχέση με την περίπτωση της Κύπρου, εξήχθησαν με την χρήση του συγκεκριμένου δείκτη και προέρχονται από διάφορες βάσεις δεδομένων (Eurostat, Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, Knoema, WHO/Europe και WHO). Ειδικότερα όμως τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στην υπό – ενότητα «Δείκτης μάζας σώματος, μορφωτικό επίπεδο και φύλο – η κυπριακή περίπτωση» προέρχονται από τις βάσεις δεδομένων Knoema και Eurostat, αφορούν στις χρονιές 2008 και 2014 και αντλήθηκαν από την European Health Interview Survey (EHIS) στην οποία συμμετείχε και η Κύπρος (Eurostat n.da, Eurostat n.db).

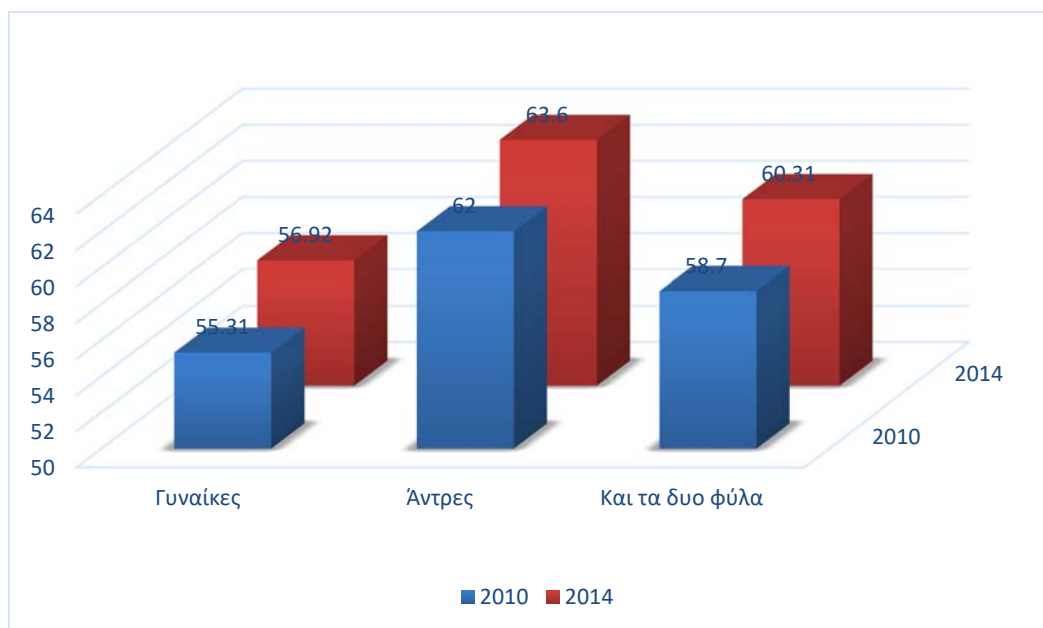
### 3.2 Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία στην Κύπρο

Η παχυσαρκία συνιστά και στην περίπτωση της Κύπρου ένα σημαντικό πρόβλημα για την δημόσια υγεία με βάση δεδομένα για τα τελευταία 12 χρόνια. Έτσι το 2003 για τις ηλικίες 15-100 το ποσοστό των υπέρβαρων αντρών ήταν 53,9% και των παχύσαρκων 12,9% (WHO, 2017b), ενώ για τις γυναίκες όλων των ηλικιών τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 25,9% και 11,8% (Knoema 2017). Το 2008 το 66% των κυπρίων αντρών φαίνεται ότι ήταν υπέρβαροι και το 25,9% παχύσαρκοι με τα αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες να είναι 52,1% και 25,1% (WHO, 2013), ενώ σύμφωνα με εκτιμήσεις του WHO/Europe (2016) για τις χρονιές 2010 και 2014, που αφορούν σε άτομα 18 χρόνων και πάνω, αύξηση σημείωσαν και για τα δυο φύλα τόσο τα ποσοστά της παχυσαρκίας, με τις γυναίκες να έχουν και στις δυο χρονιές υψηλότερα ποσοστά κατά περίπου 4% (Γράφημα 3), όσο και του υπερβολικού

βάρους με τους άντρες να έχουν υψηλότερα ποσοστά κατά περίπου 7% και τις δυο χρονιές<sup>10</sup> (Γράφημα 4).



**Γράφημα 3:** Παχυσαρκία σε άτομα 18 χρόνων και πάνω (% , 2010, 2014)  
Πηγή: WHO/Europe, 2016



**Γράφημα 4:** Υπερβολικό βάρος σε άτομα 18 χρόνων και πάνω (% , 2010, 2014)  
Πηγή: WHO/Europe, 2016

<sup>10</sup> Για όλες τις ηλικίες η βάση δεδομένων Knosma (2017) δίνει για τους άντρες για το υπερβολικό βάρος 41% το 2003, 43% το 2008 και 41,6% το 2014. Για τις ίδιες χρονιές τα ποσοστά των παχύσαρκων αντρών ήταν 12,9%, 16% και 15,5% αντίστοιχα. Ενώ για τις γυναίκες για τις ίδιες χρονιές τα ποσοστά για το υπερβολικό βάρος ήταν 26,9%, 26% και 24,4% ενώ για την παχυσαρκία τα ποσοστά ήταν 11,8%, 13,8% και 12,4% αντίστοιχα.

Πρόσφατη πάντως έρευνα με επικεφαλείς επιστήμονες του Imperial College London η οποία περιλάμβανε δεδομένα για την περίοδο 1975-2014 εμφανίζει τους άντρες από την Κύπρο, την Ιρλανδία και την Μάλτα στην πρώτη θέση με τον υψηλότερο κατά μέσο όρο δείκτη μάζας σώματος (27,8kg/m<sup>2</sup>) ανάμεσα σε 43 ευρωπαϊκές χώρες, ενώ οι κύριες γυναίκες καταλαμβάνουν την 11<sup>η</sup> θέση (The Lancet 2016). Το πρόβλημα μάλιστα ενδέχεται να αυξηθεί, αφού ο WHO (2013) εκτιμά ότι μέχρι το 2030 το 33% των αντρών και το 29% των γυναικών στην Κύπρο θα είναι παχύσαρκοι, ενώ ανάλογες εκτιμήσεις κάνει και το Πανεπιστήμιο του Ντένβερ σύμφωνα με τις οποίες από 23,39% το 2014 το ποσοστό των παχύσαρκων στην Κύπρο θα φτάσει το 2035 στο 28,35% (Ifs n.d). Ενδεικτικά του προβλήματος είναι και τα αυξημένα ποσοστά της παχυσαρκίας και του υπερβολικού βάρους ανάμεσα σε παιδιά και εφήβους στην Κύπρο, σύμφωνα με έρευνες όπως είναι η «Υγεία του παιδιού 2009-2010» (Τορνάριτης, 2012), των Savva et al (2013) και των Böhnhorst et al (2016).

Όπως τώρα έχει φανεί στην προηγούμενη ενότητα η μόρφωση φαίνεται να σχετίζεται με την κατάσταση υγείας των ατόμων, ενώ ο βαθμός επίδρασης της στα δύο φύλα φαίνεται να διαφέρει. Για την πιο αναλυτική εξέταση της πιθανότητας αυτής, και για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, στη συνέχεια θα παρατεθούν δεδομένα του BMI με βάση το μορφωτικό επίπεδο και το φύλο για την περίπτωση της Κύπρου με την χρήση και ηλικιακών δεδομένων<sup>11</sup>.

Σύμφωνα λοιπόν με δεδομένα του 2008 για τις ηλικίες 18-84 της βάσης Knoema, (2017), οι άντρες του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό (47%) στο υπερβολικό βάρος από τους άντρες των δυο άλλων μορφωτικών επιπέδων που ακολουθούν με κοντινά ποσοστά, ενώ στην παχυσαρκία οι άντρες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό (20,6%), από τους άντρες του 2<sup>ου</sup> και του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που ακολουθούν (Πίνακας 4). Το

---

<sup>11</sup> Στην περίπτωση της Κύπρου η σχέση εκπαίδευσης – παχυσαρκίας δεν έχει διερευνηθεί συστηματικά ενώ φαίνεται να υπάρχει και διχογνωμία για τον βαθμό που η μόρφωση επηρεάζει την παχυσαρκία, αφού ενώ οι Lazarou et al (2008) θεωρούν άλλους παράγοντες όπως το φύλο και την ηλικία πιο σημαντικούς για την εξήγηση του φαινομένου, οι Ahrens et al (2014) αναφέρονται σε μη αμελητέο συσχετισμό της παχυσαρκίας με το μορφωτικό επίπεδο. Σε διεθνές επίπεδο οι εμπειρικές μελέτες που διερευνούν την συγκεκριμένη σχέση είναι σχετικά λίγες, χρησιμοποιούν διαφορετικές στρατηγικές σε σχέση με την ενδογένεια της μόρφωσης, δίνουν ασαφή αποτελέσματα, ενώ αρκετές από αυτές δεν βρίσκουν στατιστικά σημαντική επίδραση. Μια σχετικά πρόσφατη όμως έρευνα των Brunello et al (2013) που περιλάμβανε 9 ευρωπαϊκές χώρες κατέληξε στο συμπέρασμα πως η μόρφωση λειτουργεί αιτιωδώς προστατευτικά για το BMI των γυναικών, στις οποίες περίπου κάθε επιπρόσθετο έτος υποχρεωτικής σχολικής εκπαίδευσης μειώνει τον BMI κατά 1,84%, όχι όμως και για το BMI των αντρών στους οποίους δεν εξασκεί στατιστικά σημαντική επίδραση (Brunello et al 2013:199-200).

υπερβολικό βάρος μάλιστα φαίνεται να ξεκινά από την ηλικία των 18 για τους άντρες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, οι οποίοι εμφανίζουν για όλες τις ηλικίες ποσοστά μεταξύ περίπου 40% - 50%, ενώ για τα άλλα δυο μορφωτικά επίπεδα η σημαντική αύξηση των ποσοστών ξεκινά από την ηλικία των 25 (Πίνακας 5).

<b>Πίνακας 4: Δείκτης Μάζας Σώματος για τους άντρες με βάση το μορφωτικό επίπεδο (% , 2008)</b>			
Βάρος Μορφωτικό επίπεδο	Κανονικό βάρος	Υπέρβαρος	Παχύσαρκος
Πρώτο	34,2	44,7	20,6
Δεύτερο	41,8	42,9	14,8
Τρίτο	37,9	47	14,6

Πηγή: Knoema, 2017

<b>Πίνακας 5: Υπέρβαροι άντρες με βάση τις ηλικίες και το μορφωτικό επίπεδο (% , 2008)</b>							
Ηλικίες Μορφωτικό επίπεδο	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84
Πρώτο	40,8	45,5	41,6	42,1	49	46,9	42,4
Δεύτερο	21,2	38,7	49,5	49,2	60,4	47	30,3
Τρίτο	29,4	37,1	52	55,3	51,3	56,9	

Πηγή: Knoema, 2017

Όσον αφορά στην παχυσαρκία τα σχετικά ποσοστά είναι χαμηλά για τις ηλικίες 18-24, στη συνέχεια αυξάνουν μέχρι τα 64 για να σημειώσουν σχετική μείωση ακολούθως (με την εξαίρεση των αντρών του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, των οποίων τα ποσοστά αυξάνουν και μετά τα 64) (Πίνακας 6).

<b>Πίνακας 6: Παχύσαρκοι άντρες με βάση τις ηλικίες και το μορφωτικό επίπεδο (% , 2008)</b>							
Ηλικίες Μορφωτικό επίπεδο	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84
Πρώτο	6,9	7,7	21	23,1	27,8	23,8	18,5
Δεύτερο	5	10,5	16,2	19,7	18,8	23,2	24,7
Τρίτο	9,6	11,2	13,6	19	20,8	17,9	

Πηγή: Knoema, 2017

Την ίδια χρονιά (2008) και για τις ίδιες ηλικίες (18-84), η βάση δεδομένων Knoema (2017) εμφανίζει τις γυναίκες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά και στους δυο δείκτες, υπερβολικό βάρος και παχυσαρκία (36,3% και 23,6% τα αντίστοιχα ποσοστά), ακολουθούμενες από τις γυναίκες του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου (με ποσοστά 25,4% και 10,8% αντίστοιχα), ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά

εμφανίζουν οι γυναίκες του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου (18,6% και 7,1% τα σχετικά ποσοστά) (Πίνακας 7). Μάλιστα οι γυναίκες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου είχαν υψηλότερα ποσοστά υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας σε όλες τις ηλικίες, εκτός από τις ηλικίες 18-24 που παρουσίασαν χαμηλότερα ποσοστά από τις γυναίκες ανώτερου μορφωτικού επιπέδου.

<b>Πίνακας 7: Δείκτης Μάζας Σώματος για τις γυναίκες με βάση το μορφωτικό επίπεδο (% , 2008)</b>			
Βάρος Μορφωτικό επίπεδο	Κανονικό βάρος	Υπέρβαρη	Παχύσαρκη
Πρώτο	38	36,3	23,6
Δεύτερο	57,9	25,4	10,8
Τρίτο	66,3	18,6	7,1

Πηγή: Knoema, 2017

Από την άλλη, οι γυναίκες του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά και στους δυο δείκτες σε όλες τις ηλικίες μετά τα 25, εκτός από τις ηλικίες 45-54 για την παχυσαρκία. Και για τους δυο δείκτες τα ποσοστά ξεκινούν να αυξάνουν με την άνοδο των ηλικιών από την ηλικία των 25 και μετά, μέχρι την ηλικία των 74 για τις γυναίκες του 1<sup>ου</sup> και του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, και μέχρι την ηλικία των 54 στην περίπτωση της παχυσαρκίας, για τις γυναίκες του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου (Πίνακας 8, Πίνακας 9).

<b>Πίνακας 8: Υπέρβαρες γυναίκες με βάση τις ηλικίες και το μορφωτικό επίπεδο (% , 2008)</b>							
Ηλικίες Μορφωτικό επίπεδο	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84
Πρώτο	7,3	22,3	24,9	35,5	42,1	45	35,3
Δεύτερο	10,6	19,8	24,1	33,4	39,9	41,1	18,2
Τρίτο	12,8	13,2	19,2	25,6	34		

Πηγή: Knoema, 2017

<b>Πίνακας 9: Παχύσαρκες γυναίκες με βάση τις ηλικίες και το μορφωτικό επίπεδο (% , 2008)</b>							
Ηλικίες Μορφωτικό επίπεδο	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84
Πρώτο	2,2	16,3	17,3	22,4	27,7	28,6	23,5
Δεύτερο	2,4	6,5	11,6	14,2	18,7	19,4	19,4
Τρίτο		5,4	7,4	15,1	4		

Πηγή: Knoema, 2017



Δεδομένα τώρα του 2014 του Eurostat (2016) για τις ηλικίες 18-84, εμφανίζουν τους άντρες του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου να έχουν το υψηλότερο ποσοστό στο υπερβολικό βάρος (62,2%), ακολουθούμενοι από τους άντρες του 1<sup>ου</sup> και του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου (55,6% και 54,6% τα αντίστοιχα ποσοστά), ενώ στην παχυσαρκία το υψηλότερο ποσοστό παρουσιάζουν οι άντρες του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου (17,1%), ακολουθούμενοι από τους άντρες του 1<sup>ου</sup> και του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου με ποσοστά 15,5% και 13,5% αντίστοιχα (Πίνακας 10).

**Πίνακας 10:** Δείκτης μάζας σώματος (BMI) για το σύνολο των αντρών, με βάση το επίπεδο μόρφωσης (% , 2014)

Βάρος Μορφωτικό επίπεδο	Κανονικό	Υπέρβαρος	Παχύσαρκος
Πρώτο	42,4	55,6	15,5
Δεύτερο	44,5	54,6	17,1
Τρίτο	37,5	62,2	13,5

Πηγή: Eurostat, 2016

Στο υπερβολικό βάρος τα ποσοστά είναι αυξημένα από την ηλικία των 18 (με την εξαίρεση των αντρών του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου των ηλικιών 18-24), για να πάρουν από την ηλικία των 35 και μετά τιμές πάνω από το 60% (Πίνακας 11).

**Πίνακας 11:** Υπέρβαροι άντρες με βάση το μορφωτικό επίπεδο και τις ηλικίες (% , 2014)

Ηλικίες Μορφωτικό επίπεδο	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84
Πρώτο	8,4	49,2	70,8	70,8	68,7	74,1	71,9
Δεύτερο	26,4	46,2	60,7	69,1	70,9	66	73,1
Τρίτο	45,7	47,4	60,4	74,4	85	78,8	69,8

Πηγή: Eurostat, 2016

Ενώ στην παχυσαρκία τα ποσοστά είναι χαμηλά μέχρι τα 34 χρόνια για τους άντρες του 1<sup>ου</sup> και του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, και μέχρι τα 24 χρόνια για τους άντρες του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, για να αυξηθούν στη συνέχεια (Πίνακας 12).

**Πίνακας 12:** Παχύσαρκοι άντρες με βάση το μορφωτικό επίπεδο και τις ηλικίες (% , 2014)

Ηλικίες Μορφωτικό επίπεδο	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 χρόνων και πάνω
Πρώτο	0	4,4	20,4	25,4	17,4	24,7	17,6
Δεύτερο	3,4	16,6	17,1	26,5	22,8	14,8	20,8
Τρίτο	9,5	5,5	13,7	17,6	25,2	14,5	25,9

Πηγή: Eurostat, 2016

Η ίδια βάση δεδομένων (Eurostat 2016), για το 2014 και για τις ηλικίες 18-84, εμφανίζει τις γυναίκες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου με σημαντικά υψηλότερα ποσοστά τόσο στο υπερβολικό βάρος όσο και στην παχυσαρκία (51,3% και 19,9%, τα σχετικά ποσοστά), σε σχέση με τις γυναίκες του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που ακολουθούν (35,3% και 11,9% τα σχετικά ποσοστά), και τις γυναίκες με τριτοβάθμια εκπαίδευση που παρουσιάζουν τα χαμηλότερα ποσοστά (24,6% και 5,8% τα σχετικά ποσοστά) (Πίνακας 13).

<b>Πίνακας 13:</b> Δείκτης μάζας σώματος (BMI) για το σύνολο των γυναικών με βάση το επίπεδο μόρφωσης (% , 2014)			
Βάρος Μορφωτικό επίπεδο	Κανονικό	Υπέρβαρη	Παχύσαρκη
Πρώτο	43,8	51,3	19,9
Δεύτερο	58,3	35,3	11,9
Τρίτο	64,9	24,6	5,8

Πηγή: Eurostat, 2016

Για τις γυναίκες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου το ποσοστό του υπερβολικού βάρους είναι αυξημένο από την ηλικία των 25, για να πάρει στην συνέχεια ακόμη μεγαλύτερες τιμές, ενώ στις γυναίκες του 2<sup>ου</sup> και του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου τα σχετικά ποσοστά αυξάνουν μετά τα 35. Σε όλες τις ηλικίες μεταξύ 25-74 (που υπάρχουν δεδομένα), οι γυναίκες του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου είχαν χαμηλότερα ποσοστά (Πίνακας 14).

<b>Πίνακας 14:</b> Υπέρβαρες γυναίκες με βάση το μορφωτικό επίπεδο και τις ηλικίες (% , 2014)							
Ηλικίες Μορφωτικό επίπεδο	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 και πάνω
Πρώτο	-	27,9	31,9	49,1	71,4	72,7	59,9
Δεύτερο	17,6	18	33,6	41,7	57,1	57,2	65,4
Τρίτο	12,1	16,1	20,3	41,3	49,9	50,8	-

Πηγή: Eurostat, 2016

Στην παχυσαρκία τα ποσοστά είναι χαμηλά μέχρι την ηλικία των 44 για τις γυναίκες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου και μέχρι την ηλικία των 34 για τις γυναίκες του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, για να αυξηθούν στην συνέχεια, με την αύξηση να είναι ιδιαίτερα σημαντική για τις γυναίκες των ηλικιών 55 και πάνω του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου και των ηλικιών 55-74 του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου. Αντίθετα οι γυναίκες του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου διατηρούν χαμηλά ποσοστά σε όλες τις ηλικίες, παρά την σχετική αύξηση στις ηλικίες 55-74 (Πίνακας 15).

**Πίνακας 15:** Παχύσαρκες γυναίκες με βάση το μορφωτικό επίπεδο και τις ηλικίες (% , 2014)

Ηλικίες Μορφωτικό επίπεδο	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 και πάνω
Πρώτο	-	5,4	9,7	14,8	27,2	30,2	28,8
Δεύτερο	6,6	5,1	10,6	13,1	22,6	24,3	12,4
Τρίτο	5,5	3,5	5,7	5,5	13,3	12,5	-

Πηγή: Eurostat, 2016

### 3.2.1 Σύγκριση των δεδομένων του 2008 και του 2014

Στους άντρες καταρχήν σημειώνεται η αύξηση των ποσοστών του υπερβολικού βάρους και για τα τρία μορφωτικά επίπεδα από το 2008 στο 2014. Πέραν τούτου, και τις δυο χρονιές οι άντρες του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου παρουσιάζουν το υψηλότερο ποσοστό στο υπερβολικό βάρος, ακολουθούμενοι με κοντινά μεταξύ τους ποσοστά, από τους άντρες των δυο άλλων μορφωτικών επιπέδων. Επιπλέον, το υπερβολικό βάρος φαίνεται να είναι αυξημένο από την ηλικία των 18, με την εξαίρεση των αντρών του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου το 2008 και του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου το 2014, όπου τα ποσοστά αυξάνουν σημαντικά μετά τα 25. Στην παχυσαρκία τώρα, η μείωση των ποσοστών των αντρών του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου και η ταυτόχρονη αύξηση των ποσοστών των αντρών του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου από το 2008 στο 2014, έφεραν τους τελευταίους στην πρώτη θέση με τα ψηλότερα ποσοστά. Από την άλλη, ναι μεν και τις δυο χρονιές οι άντρες του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου είχαν τα χαμηλότερα ποσοστά, η διαφορά όμως ήταν αρκετά μικρή από την προηγούμενη ομάδα. Τέλος, η αύξηση των ποσοστών φαίνεται να ξεκινά και τις δυο χρονιές από τα 35 για τους άντρες του 1<sup>ου</sup> και του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, και από τα 25 για τους άντρες του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου.

Όσον αφορά στις γυναίκες, και τις δυο χρονιές οι του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου είχαν τα υψηλότερα ποσοστά και στο υπερβολικό βάρος και στην παχυσαρκία, και αντίστροφα τα χαμηλότερα είχαν οι γυναίκες του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου. Ακόμη, από το 2008 στο 2014 τα συνολικά ποσοστά εμφάνισαν αύξηση και για τα τρία μορφωτικά επίπεδα για τον δείκτη του υπερβολικού βάρους, ενώ στην παχυσαρκία υπήρξε μείωση των ποσοστών για το 1<sup>ο</sup> και το 3<sup>ο</sup> μορφωτικό επίπεδο και αύξηση για το 2<sup>ο</sup> μορφωτικό επίπεδο. Επιπλέον, ενώ στις γυναίκες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου τα ποσοστά του υπερβολικού βάρους και στις 2 χρονιές φαίνεται να αυξάνουν από την ηλικία των 25 και μετά, στις γυναίκες του 2<sup>ου</sup> και του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου το όριο φαίνεται να μετατοπίζεται από τα 25 στα 35 και από τα 35 στα 45 αντίστοιχα.

Μετατόπιση όμως παρατηρείται και στις ηλικίες που ξεκινά η αύξηση των ποσοστών της παχυσαρκίας για τις γυναίκες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, από τα 25 στα 35, ηλικία στην οποία ξεκινά η αύξηση των ποσοστών για το 2<sup>ο</sup> μορφωτικό επίπεδο και τις δυο χρονιές. Από την άλλη, για τις γυναίκες του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου τα ποσοστά παραμένουν χαμηλά για όλες τις ηλικίες, παρά την σχετική αύξηση που σημειώνουν στις ηλικίες 45-54 το 2008 και μετά τα 54 το 2014. Τέλος, ενώ οι γυναίκες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου είχαν και τις δυο χρονιές αναφοράς τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας ανεξαρτήτως φύλου και μορφωτικού επιπέδου, οι γυναίκες του 2<sup>ου</sup> και του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου είχαν χαμηλότερα ποσοστά από τους άντρες του ίδιου με αυτές μορφωτικού επιπέδου <sup>12</sup>.

Με βάση τα πιο πάνω φαίνεται πως η εκπαίδευση δεν διαδραματίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην περίπτωση του BMI των αντρών, αφού η άνοδος του μορφωτικού επιπέδου δεν φαίνεται να οδηγεί σε βελτίωση/σημαντική βελτίωση του συγκεκριμένου δείκτη. Αντίθετα στις γυναίκες όσο ανεβαίνει το μορφωτικό επίπεδο, τόσο μειώνονται και τα ποσοστά της παχυσαρκίας και του υπερβολικού βάρους. Σε όλες τις περιπτώσεις, διαφοροποιήσεις παρατηρούνται σε κάποιες ηλικιακές ομάδες. Στην υπό –ενότητα που ακολουθεί θα επιχειρήσουμε να εξηγήσουμε την διαφορά αυτή ανάμεσα στα δυο φύλα.

### **3.2.2 Εξήγηση των αποτελεσμάτων**

Σύμφωνα με τους Brunello et al (2013) τρεις είναι οι πιθανές αιτίες για την διαφοροποίηση αυτή ανάμεσα στα δυο φύλα: η απασχόληση, το εισόδημα και η συχνότητα της έντονης σωματικής δραστηριότητας. Πιο συγκεκριμένα, παρά την σημαντική αύξηση της πιθανότητας απασχόλησης που συνεπάγεται η μόρφωση και για τα δύο φύλα, η πιθανότητα αυτή αυξάνει πολύ περισσότερο με κάθε επιπρόσθετο έτος μόρφωσης για τις γυναίκες παρά για τους άντρες. Επιπλέον, η μόρφωση φαίνεται να ασκεί ισχυρότερη αιτιοκρατική επίδραση στο εισόδημα των γυναικών απ' ότι των αντρών (δηλαδή φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο το εισόδημα των γυναικών απ' ότι των αντρών). Όσον αφορά τώρα την έντονη σωματική δραστηριότητα (δηλαδή αθλήματα, βαριές δουλειές του σπιτιού ή έντονη σωματική προσπάθεια) εντός και εκτός δουλειάς, η οποία όπως είναι γνωστό αυξάνει την δαπάνη θερμίδων, φαίνεται

---

<sup>12</sup>Παρά τα αυξημένα ποσοστά της παχυσαρκίας ανάμεσα στις γυναίκες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι ο κίνδυνος πρόωρου θανάτου (δηλαδή στις ηλικίες κάτω από 70 χρόνων), είναι τριπλάσιος για τους υπέρβαρους και παχύσαρκους άντρες, σε σχέση με τις υπέρβαρες και παχύσαρκες γυναίκες (University of Cambridge 2016).

πως κάθε επιπρόσθετο έτος μόρφωσης αυξάνει την συχνότητα αυτού του είδους της δραστηριότητας στις γυναίκες ενώ στην περίπτωση των αντρών δεν ασκεί στατιστικά σημαντική επίδραση (Brunello et al 2013:213-216).

Στην περίπτωση της Κύπρου και με βάση δεδομένα της περιόδου 2006-2015 για τις ηλικίες 20-64 (Eurostat, 2016), τα άτομα με τριτοβάθμια εκπαίδευση εμφανίζονται με σημαντικά μεγαλύτερες πιθανότητες απασχόλησης (περίπου 86%-76%) σε σχέση με τα άτομα του 2<sup>ου</sup> και του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, των οποίων οι πιθανότητες απασχόλησης κυμαίνονταν περίπου μεταξύ 76% - 64% και 67% - 55% αντίστοιχα. Η συγκεκριμένη διάταξη ισχύει τόσο στους άντρες, στους οποίους η μείωση των ποσοστών απασχόλησης που ξεκίνησε την περίοδο μεταξύ 2008-2009 και κράτησε μέχρι το διάστημα 2014 -2015 επηρέασε πολύ περισσότερο τους ανήκοντες στο 1<sup>ο</sup> μορφωτικό επίπεδο, όσο και στις γυναίκες, στις οποίες η μείωση των ποσοστών απασχόλησης μετά το 2009 φαίνεται να τις επηρέασε εξίσου. Επιπλέον, σε όλες τις χρονιές της δεκαετίας αναφοράς οι άντρες παρουσίαζαν υψηλότερα ποσοστά απασχόλησης από τις γυναίκες του ίδιου μορφωτικού επιπέδου, με τις μεταξύ τους διαφορές στα ποσοστά να είναι σημαντικές<sup>13</sup>. Εντούτοις, παρά την αύξηση των ποσοστών απασχόλησης με την άνοδο του μορφωτικού επιπέδου και για τα δυο φύλα, σημαντική διαφοροποίηση στον δείκτη BMI όπως είδαμε πιο πριν παρατηρήθηκε μόνο στην περίπτωση των γυναικών. Μια πιθανή ερμηνεία για την διαφοροποίηση αυτή ανάμεσα στα δυο φύλα είναι με βάση τα ευρήματα των Brunello et al (2013), η σημαντικά μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση της πιθανότητας απασχόλησης με κάθε επιπρόσθετο έτος μόρφωσης στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες.

Πέραν όμως της αυξημένης πιθανότητας απασχόλησης, το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο είναι και παράγοντας κλειδί για σημαντικά υψηλότερα εισοδήματα και οικονομικές ευκαιρίες, ενώ και σε αυτή την περίπτωση το φύλο επηρεάζει τα εισοδήματα των ατόμων, αφού οι γυναίκες κερδίζουν λιγότερα από τους άντρες του ίδιου με αυτές μορφωτικού επιπέδου ακόμη κι όταν εργάζονται το ίδιο (Georgetown University Center on Education and Workforce 2011).

Έτσι και στην περίπτωση της Κύπρου, κατά την περίοδο 2007-2016 και για τις ηλικίες 18-64, άντρες και γυναίκες του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου είχαν σημαντικά

---

<sup>13</sup> Σύμφωνα με την βιβλιογραφία η σύνδεση της πιθανότητας απασχόλησης τόσο με το μορφωτικό επίπεδο όσο και με το φύλο, αφού η άνοδος του μορφωτικού επιπέδου φαίνεται να οδηγεί σε αύξηση των ποσοστών απασχόλησης ενώ οι άντρες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά απασχόλησης από τις γυναίκες του ίδιου μορφωτικού επιπέδου είναι κάτι που αποτελεί διεθνές φαινόμενο (OECD 2012).

υψηλότερο ενδιάμεσο ισοδύναμο καθαρό εισόδημα από τους άντρες και τις γυναίκες του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που ακολουθούν, ενώ τα χαμηλότερα εισοδήματα είχαν οι άντρες και οι γυναίκες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου. Επιπλέον, οι γυναίκες όλων των μορφωτικών επιπέδων είχαν μικρότερο εισόδημα από αυτών των αντρών του ίδιου μορφωτικού επιπέδου, αν και από το 2013 και μετά οι γυναίκες και οι άντρες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου έχουν παραπλήσιο εισόδημα, ενώ τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες και των τριών μορφωτικών επιπέδων σημειώνεται μείωση των μισθών από το 2013 και μετά ουσιαστικά.

Παρά τώρα την αύξηση των εισοδημάτων με την άνοδο του μορφωτικού επιπέδου και για τα δυο φύλα, εντούτοις σημαντική διαφοροποίηση στον δείκτη BMI όπως ήδη αναφέρθηκε, παρατηρείται μόνο στην περίπτωση των γυναικών. Με βάση τα ευρήματα των Brunello et al (2013) αυτό πιθανόν να οφείλεται στο ότι η αιτιοκρατική επίδραση στο εισόδημα από κάθε επιπρόσθετο έτος μόρφωσης είναι σημαντικά μεγαλύτερη στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες.

Ο τρίτος τώρα μηχανισμός που πιθανόν να εξηγεί την προστατευτική επίδραση του μορφωτικού επιπέδου στο BMI των γυναικών αλλά όχι των αντρών, έχει να κάνει με μια συμπεριφορά υγείας, την άσκηση.

Ως συμπεριφορά υγείας ορίζεται οποιαδήποτε πράξη που αναλαμβάνει ένα άτομο με στόχο την διατήρηση, την επίτευξη ή την ανάκτηση της καλής υγείας αλλά και την πρόληψη των ασθενειών, αντικατοπτρίζει δε τα πιστεύω του ατόμου τα σχετικά με την υγεία. Από τις πλέον κοινές συμπεριφορές υγείας είναι η τακτική άσκηση και η ισορροπημένη διατροφή (The Free Dictionary by Farlex 2017), οι οποίες πέραν του ότι παρουσιάζουν ισχυρό βαθμό συσχέτισης με τον BMI (Foster-Schubert et al 2012, Philippou et al 2012), υπάρχει πληθώρα στοιχείων που συνδέει την αρνητική έκφραση τους που είναι η κακή διατροφή και η ανεπαρκής άσκηση, μαζί και με άλλες μη υγιεινές συνήθειες όπως είναι το κάπνισμα και η υπερκατανάλωση αλκοόλ, με την εκδήλωση χρόνιων ασθενειών όπως είναι ο καρκίνος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα και γενικά με τη χαμηλής ποιότητας υγεία και την αυξημένη θνησιμότητα (AIHW 2017, Jinhu & Nattavudh 2015).

Στην Κύπρο η άσκηση δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα δημοφιλής ως συμπεριφορά υγείας αφού το ποσοστό των κυπρίων που δεν ασκείται είναι υψηλότερο έως σημαντικά υψηλότερο σε όλες τις περιπτώσεις από τους αντίστοιχους ευρωπαϊκούς μέσους όρους, με μοναδικές εξαιρέσεις τους άντρες ηλικίας 65 χρόνων και πάνω και των τριών μορφωτικών επιπέδων που έχουν σχετικά καλύτερα ή περίπου ίδια

ποσοστά με τους ευρωπαϊκούς μέσους όρους, και τις γυναίκες 65 χρόνων και πάνω του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που εμφανίζουν σχετικά υψηλότερο ποσοστό ασκούμενων σε σχέση με τον αντίστοιχο ευρωπαϊκό μέσο όρο (Eurostat 2016).

Εντούτοις σημαντικές διαφοροποιήσεις παρουσιάζονται τόσο στο συνολικό ποσοστό των ατόμων που ασκούνται ανά μορφωτικό επίπεδο και ηλικία, όσο και ανάμεσα στα δυο φύλα. Με βάση λοιπόν δεδομένα του 2014 (Eurostat 2016) για τον χρόνο που ξοδεύεται σε αερόβια σωματική δραστηριότητα (που δεν σχετίζεται με την εργασία) για σκοπούς βελτίωσης της υγείας για τις ηλικίες 15 χρόνων και πάνω, το ποσοστό των αντρών του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που ασκείται είναι σημαντικά μεγαλύτερο από αυτό των αντρών του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που ακολουθεί και των αντρών του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που παρουσιάζει και τα χαμηλότερα ποσοστά ασκούμενων. Εξαιρέση αποτελούν οι ηλικίες 15-24 χρόνων, όπου οι άντρες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ασκούμενων (67,9%) σε σχέση με τους άντρες του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που ακολουθούν (52,8%) και τους άντρες του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που παρουσιάζουν το μικρότερο ποσοστό ασκούμενων (34,7%), όπως και οι ηλικίες 25-34 όπου τα ποσοστά των αντρών του 2<sup>ου</sup> και του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου είναι πολύ κοντά. Η ίδια ακριβώς εικόνα συναντάται και στις γυναίκες, όπου οι του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου ασκούνται σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που ακολουθούν και τις γυναίκες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που εμφανίζουν τα μικρότερα ποσοστά ασκούμενων, με την εξαίρεση των ηλικιών 15-24 όπου οι γυναίκες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου ασκούνται σε μεγαλύτερο ποσοστό (43,2%) από τις γυναίκες του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου (29,1%), και των ηλικιών 25-34 που τα ποσοστά των δυο αυτών μορφωτικών επιπέδων είναι τα ίδια. Γενικά το ποσοστό των αντρών που ασκείται είναι υψηλότερο από αυτό των γυναικών του ίδιου μορφωτικού επιπέδου, εκτός από τις ηλικίες 45-64 του 1<sup>ου</sup> και του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου όπου τα δυο φύλα εμφανίζουν ισορροπία.

Παρά τώρα την αύξηση του ποσοστού των ασκούμενων με την άνοδο του μορφωτικού επιπέδου, από την ηλικία των 25 για τους άντρες και για όλες τις ηλικίες για τις γυναίκες (εκτός από τις ηλικίες που αναφέρθηκαν πιο πάνω), εντούτοις σημαντική διαφοροποίηση στον δείκτη BMI παρατηρείται μόνο στην περίπτωση των γυναικών. Σύμφωνα όμως με τα ευρήματα των Brunello et al (2013) αυτό πιθανόν να οφείλεται στη συχνότητα της έντονης σωματικής δραστηριότητας (στην περίπτωση της Κύπρου στον χρόνο που ξοδεύεται σε αερόβια σωματική δραστηριότητα που δεν

σχετίζεται με την εργασία) από κάθε επιπρόσθετο έτος μόρφωσης, η οποία είναι σημαντικά μεγαλύτερη στις γυναίκες.

Ακόμη όμως κι αν δεχτούμε τους πιο πάνω μηχανισμούς για την εξήγηση των διαφορών ανάμεσα στα δυο φύλα, δυο βασικά ερωτήματα παραμένουν: ποιος είναι ο καθοριστικός παράγοντας στον οποίο οφείλονται τα παρόμοια ποσοστά στην παχυσαρκία και στο υπερβολικό βάρος στους άντρες; Και ποιος είναι ο βασικός λόγος πέραν της απασχόλησης και του εισοδήματος που ευθύνεται για τα χειρότερα ποσοστά των γυναικών του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου και γενικά για την υποδεέστερη κατάσταση υγείας των ατόμων του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου; Προτού απαντήσουμε στο ερώτημα αυτό θα παρουσιάσουμε ακόμη μια συμπεριφορά υγείας, την καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών.

Ως συμπεριφορά υγείας στην περίπτωση αυτή θεωρείται η κατανάλωση 5 τουλάχιστον φρούτων και λαχανικών την ημέρα (Matheson & King & Everett 2012) ή 400 γραμμαρίων και πάνω, αφού η ποσότητα αυτή αποτελεί παράγοντα βελτίωσης της συνολικής υγείας και μείωσης του κινδύνου για συγκεκριμένες μη μεταδοτικές ασθένειες (WHO 2017c), όπως και μείωσης όλων των αιτιών θνησιμότητας. Σύμφωνα μάλιστα με την διεθνή βιβλιογραφία η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, πέραν του ότι αποτελεί μέρος της ισορροπημένης διατροφής (Cambridge Dictionary 2017) και επηρεάζει θετικά και τον BMI συμβάλλοντας έτσι στη μείωση των αρνητικών συνεπειών που έχουν οι υψηλές τιμές του (Heo et al 2011, Harvard Medical School 2011), φαίνεται να συνδέεται με τον τρόπο ζωής των ατόμων, με δημογραφικούς και κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένου και του επιπέδου εκπαίδευσης όπου φαίνεται πως τα άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά κατανάλωσης 5 τουλάχιστον φρούτων και λαχανικών την ημέρα, με το φύλο όπου οι γυναίκες φαίνεται να εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά κατανάλωσης 5 τουλάχιστον φρούτων και λαχανικών την ημέρα, αλλά και με την ηλικία όπου τα άτομα πάνω από 65 χρόνων εμφανίζουν καλύτερα ποσοστά (Heo et al 2011).

Ο θετικός συσχετισμός της συγκεκριμένης συμπεριφοράς υγείας με την εκπαίδευση και το φύλο, όπως και τα καλύτερα ποσοστά μετά τα 65 χρόνια, φαίνεται να ισχύουν και στην περίπτωση της Κύπρου, αφού η άνοδος του μορφωτικού επιπέδου φαίνεται να οδηγεί σε αύξηση των ποσοστών κατανάλωσης 5 τουλάχιστον φρούτων και λαχανικών την ημέρα, ενώ τα ποσοστά είναι πιο υψηλά στον γυναικείο πληθυσμό σε σχέση με τους άντρες του ίδιου μορφωτικού επιπέδου. Αυτό τουλάχιστον προκύπτει



με βάση δεδομένα του 2014 για άτομα πάνω από 15 χρόνων (Eurostat 2016), σύμφωνα με τα οποία τα ποσοστά για την συγκεκριμένη συμπεριφορά υγείας για τους άντρες του 3<sup>ου</sup>, του 2<sup>ου</sup> και του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου ήταν 18,5%, 15,4% και 11% αντίστοιχα, ενώ για τις γυναίκες του 3<sup>ου</sup>, του 2<sup>ου</sup> και του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου τα ποσοστά ήταν 20,7%, 16,9% και 13,5% αντίστοιχα<sup>14</sup>.

Πιο συγκεκριμένα τώρα, στους άντρες σε όλες τις ηλικίες πάνω των 25 χρόνων τα υψηλότερα ποσοστά στην κατανάλωση 5 τουλάχιστον φρούτων και λαχανικών την ημέρα είχαν οι του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, ακολουθούμενοι από τους άντρες του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου (που στις ηλικίες 15-24 είχαν όμως υψηλότερα ποσοστά από τους άντρες των δυο άλλων μορφωτικών επιπέδων), και τους άντρες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που εμφάνισαν τα χαμηλότερα ποσοστά. Και για τα τρία μορφωτικά επίπεδα τα ποσοστά παίρνουν τις υψηλότερες τιμές τους από την ηλικία των 65 χρόνων και πάνω.

Όσον αφορά στις γυναίκες και την κατανάλωση 5 τουλάχιστον φρούτων και λαχανικών την ημέρα, για όλες τις ηλικίες εκτός από τις ηλικίες 15-24 που οι γυναίκες και των τριών μορφωτικών επιπέδων παρουσιάζουν πολύ κοντινά ποσοστά (1<sup>ο</sup> =12,4%, 2<sup>ο</sup>=14,6% και 3<sup>ο</sup>=12,5%), και τις ηλικίες μετά τα 65 που οι γυναίκες του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου έχουν υψηλότερα ποσοστά, οι γυναίκες του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά από τα αντίστοιχα των γυναικών του 2<sup>ου</sup> και του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που ακολουθούν.

Από την άλλη, στην κατανάλωση 1-4 μονάδων φρούτων και λαχανικών την ημέρα για όλες τις ηλικίες από 15 χρόνων και πάνω, πέραν του ότι αυτή βελτιώνεται με την άνοδο των ηλικιών, οι άντρες και οι γυναίκες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου (οι γυναίκες οριακά από τις γυναίκες του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου) παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά από τους άντρες και τις γυναίκες του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που ακολουθούν, ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισαν οι άντρες και οι γυναίκες του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου.

Στο σημείο αυτό θα επαναφέρουμε τα ερωτήματα μας: τι ευθύνεται για τα όμοια ποσοστά των αντρών στην παχυσαρκία και το υπερβολικό βάρος, και ποιος είναι ο βασικός λόγος (εκτός της απασχόλησης και του εισοδήματος) για τα χειρότερα ποσοστά των γυναικών του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου στην παχυσαρκία και γενικά για την υποδεέστερη κατάσταση υγείας των ατόμων του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου;

---

<sup>14</sup> Η τάση για αύξηση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς υγείας με την αύξηση του μορφωτικού επιπέδου φαίνεται να είναι γενικότερη σε ευρωπαϊκό επίπεδο (Eurostat 2016).

Με βάση το παράδειγμα της καθημερινής κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών φαίνεται πως, ένας λόγος για τα χειρότερα ποσοστά των γυναικών (αλλά και γενικά των ατόμων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο) ενδέχεται να είναι και η απουσία της γνώσης υγείας. Αυτό τουλάχιστον προκύπτει από τα ψηλότερα ποσοστά στην κατανάλωση 1-4 φρούτων και λαχανικών την ημέρα και ταυτόχρονα τα χαμηλότερα στην κατανάλωση 5 τουλάχιστον φρούτων και λαχανικών την ημέρα για τα άτομα του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου. Είναι πιθανόν δηλαδή τα άτομα αυτά να μην γνωρίζουν ποια είναι η συμπεριφορά υγείας. Πέραν τούτου, οι στάσεις των ατόμων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο απέναντι σε ζητήματα υγείας φαίνεται επίσης να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο για τα αποτελέσματα υγείας που εμφανίζουν, ίσως και σημαντικότερο και από τα εισοδήματά τους. Αυτό υποστηρίζουν οι Handbury & Rahkovsky & Schnell (2014) σύμφωνα με τους οποίους, μπορεί το εισόδημα να επηρεάζει την ποιότητα των τροφίμων που τα άτομα προμηθεύονται αφού οι φτωχοί παίρνουν λιγότερο υγιεινό φαγητό από τους πλούσιους, αλλά η μόρφωση επηρεάζει σε μεγαλύτερο βαθμό, γιατί οι έχοντες πανεπιστημιακή μόρφωση αναπτύσσουν αντιλήψεις και συνήθειες που προάγουν την υγεία και την υγιεινή διατροφή σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.

Όσον αφορά την περίπτωση των αντρών και την απουσία βελτίωσης των ποσοστών της παχυσαρκίας και του υπερβολικού βάρους με την άνοδο του μορφωτικού επιπέδου φαίνεται πως, ναι μεν τα άτομα με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο έχουν καλύτερη γνώση υγείας που συνήθως (CDC 2016) τους οδηγεί στην ενασχόληση με προληπτικά μέτρα υγείας (Feinberg et al 2016) και σε υγιείς τρόπους ζωής και συμπεριφορές υγείας (Feinstein 2006) όπως είναι για παράδειγμα η πιο υγιής διατροφή αλλά και η πιο συχνή άσκηση (Zimmerman et al 2015), εξ ου και τα καλύτερα ποσοστά των ατόμων του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου στην κατανάλωση 5 τουλάχιστον φρούτων και λαχανικών την ημέρα αλλά και στην άσκηση, αλλά αυτή μάλλον δεν είναι αρκετή στην περίπτωση των αντρών, γιατί πιθανόν οι άντρες να μην παίρνουν στον ίδιο βαθμό με τις γυναίκες στα σοβαρά τις πληροφορίες υγείας που συνοδεύουν συνήθως την επιπρόσθετη μόρφωση (Brunello et al 2014).

Οι στάσεις επομένως των ατόμων για ζητήματα υγείας, οι συμπεριφορές και οι αντιλήψεις τους, αλλά και οι γνώσεις που πιθανόν να μην έχουν, φαίνεται να ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για την κατάσταση υγείας τους. Επειδή όμως οι στάσεις, οι συμπεριφορές, οι αντιλήψεις αλλά και οι γνώσεις που προάγουν την υγεία είναι ζήτημα αγωγής, και πιο συγκεκριμένα αγωγής υγείας, στην ενότητα που ακολουθεί,

αφού παρουσιασθεί η αγωγή υγείας που παρέχει το κυπριακό κράτος σε σχέση με τις συμπεριφορές υγείας της διατροφής και της άσκησης (οι οποίες όπως ήδη αναφέρθηκε, εμφανίζουν ισχυρό βαθμό συσχέτισης με την παχυσαρκία), θα επιχειρηθεί η αξιολόγηση της, προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός στον οποίο απευθύνεται στα άτομα του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου (και κυρίως στις γυναίκες), αλλά και στους άντρες στο σύνολό τους, αφού με βάση τα μέχρι στιγμής δεδομένα αυτές είναι οι ομάδες που φαίνεται να έχουν και τις μεγαλύτερες ανάγκες για τις γνώσεις εκείνες που θα προάγουν την υγεία.

## 4. ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

### 4.1 Διασαφήνιση των όρων

Με τον όρο πρωτογενής πρόληψη νοούνται εκείνες οι δράσεις οι οποίες απευθύνονται κατά κύριο λόγο στο κοινωνικό σύνολο, και στόχο έχουν είτε την μείωση των παραγόντων που αποδεδειγμένα συνδέονται με (αποτελούν αιτίες για) την εκδήλωση νοσημάτων ή συμπτωμάτων, ή και την αποφυγή ακόμη της έκθεσης σε αυτούς. Απώτερος δε σκοπός της είναι η αποτροπή των «πρώρων θανάτων» και η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, σε συνάρτηση με την βελτίωση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Η πρωτογενής πρόληψη αποτελεί ένα από τα πλέον βασικά κομμάτια της προαγωγής υγείας, η οποία στοχεύει αφενός στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών κατά τρόπο που να ευνοείται η υγεία, και αφετέρου στην αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος μέσα από την ενίσχυση εκείνων των παραγόντων που επηρεάζουν θετικά την υγεία.

Ρόλο κλειδί κατά τη διαδικασία της προαγωγής της υγείας και της πρωτογενούς πρόληψης διαδραματίζει η Αγωγή Υγείας, δηλαδή εκείνη η συγκροτημένη – συστηματική – συνεχής εκπαιδευτική δραστηριότητα η οποία μέσα από την γνώση και την τεκμηρίωση με επιστημονικά δεδομένα δίνει την δυνατότητα στον πολίτη να δει την συνολική εικόνα και έτσι να καθοδηγήσει τις επιλογές του προς ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Πρόκειται για μια δραστηριότητα που επιτρέπει τη δημιουργία και την καλλιέργεια στάσεων και συμπεριφορών που επηρεάζουν θετικά την υγεία, καθιερώνει στις συνειδήσεις των ατόμων την Παιδεία Υγείας και προάγει ταυτόχρονα ισότιμα την υγεία για το σύνολο του πληθυσμού (Παπαδόπουλος 2010)<sup>15</sup>. Σε δευτερογενές επίπεδο η Αγωγή, και κατ' επέκταση η Παιδεία Υγείας, επιτρέπουν την ενεργό ανάμιξη του ατόμου και την ανάθεση ευθύνης σε αυτό, σε ότι έχει να κάνει με την φροντίδα υγείας του ιδίου αλλά και γενικότερα (Eurobarometer 2012), ενώ οδηγούν και στην ενδυνάμωση της θέσης του, αφού όντας ενημερωμένος-εκπαιδευμένος, θα μπορεί να παίρνει καλύτερες, και με βάση τις προτιμήσεις του αποφάσεις (Col et al 2011:410).

Η επιτυχία της Αγωγής Υγείας εξαρτάται από δυο βασικούς παράγοντες. Ο πρώτος έχει να κάνει με την ποιότητα και την ποσότητα της πληροφορίας υγείας που παρέχουν τα σχολεία μέσα από τα αναλυτικά τους προγράμματα. Αυτό σημαίνει πως

---

<sup>15</sup> Για το γενικότερο περιεχόμενο των όρων διδασκαλία, εκπαίδευση, αγωγή και παιδεία, βλέπε Ασημακοπούλου (n.d).

η προσφερόμενη γνώση υγείας θα πρέπει να καλύπτει κατά τρόπο επαρκή και ολοκληρωμένο, την πλήρη λειτουργία του ανθρωπίνου σώματος και τις επιδράσεις που έχει στην υγεία ο τρόπος ζωής που επιλέγει το άτομο (Johnston 2015). Εξίσου σημαντικό ρόλο όμως για μια επιτυχημένη Εκπαίδευση Υγείας διαδραματίζει η διατομεακή συνεργασία κυρίως των τομέων της υγείας και της παιδείας, έτσι ώστε αφενός οι πολιτικές, οι επενδύσεις και οι υπηρεσίες να διασυνδέονται για να είναι ο σχεδιασμός επαρκής και τα προγράμματα που θα προκύψουν ολοκληρωμένα, και αφετέρου το τελικό αποτέλεσμα να είναι μια διά βίου στρατηγική για την προαγωγή της υγείας και της πρόληψης που θα ξεκινά από την παιδική ηλικία του ατόμου και θα αφορά ολόκληρη τη ζωή του (WHO 2012:2,4-6,8)<sup>16</sup>.

Με βάση λοιπόν την παραδοχή ότι για την δημιουργία της Παιδείας Υγείας καθοριστικό ρόλο διαδραματίζουν οι τομείς της εκπαίδευσης και της υγείας, στη συνέχεια θα παρουσιαστούν οι σχετικές δράσεις των δυο αυτών τομέων, όπως και δεδομένα που αφορούν τις δαπάνες τους για σκοπούς διαμόρφωσης μιας πιο ολοκληρωμένης εικόνας των πολιτικών του κράτους που αφορούν στην πρωτογενή πρόληψη.

## 4.2 Το πλαίσιο του τομέα της εκπαίδευσης

### 4.2.1 Η σχολική Αγωγή Υγείας πριν και μετά το 2010

Μέχρι το 2010 η Αγωγή Υγείας στα δημοτικά σχολεία δεν υπήρχε ως ξεχωριστό μάθημα αλλά εφαρμόζοταν μέσα από διάφορα άλλα μαθήματα, ενώ και στην μέση εκπαίδευση η παρουσία της ήταν αποσπασματική, μέσω των μαθημάτων της Βιολογίας, της Οικιακής Οικονομίας και της Φυσικής Αγωγής. Τα εγχειρίδια δε που έκαναν πιο ξεκάθαρη αναφορά στην Αγωγή Υγείας και σε θεματικές ενότητες της ήταν αυτά της Οικιακής Οικονομίας και της Οικογενειακής Αγωγής (Ιωάννου & Κούτα & Χαραλάμπους 2009). Την χρονιά αυτή όμως, και στα πλαίσια της Εκπαιδευτικής Μεταρρύθμισης των Σχολικών (αναλυτικών) Προγραμμάτων<sup>17</sup>, δημιουργήθηκε για πρώτη φορά και πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, το οποίο αφού εφαρμόστηκε πιλοτικά σε επιλεγμένα σχολεία την σχολική χρονιά 2010-11,

---

<sup>16</sup> Η βελτίωση φυσικό -κοινωνικών και άλλων παραγόντων που επίσης επηρεάζουν θετικά την υγεία, προϋποθέτει και αυτή τη συνεργασία ενός ευρέως φάσματος φορέων (Παπαδόπουλος 2010).

<sup>17</sup> Το Αναλυτικό Πρόγραμμα είναι ένα κείμενο κατά κύριο λόγο παιδαγωγικό, το οποίο εκφράζει ιδεολογικές, πολιτικές και κοινωνιολογικές επιλογές, οι οποίες με τη σειρά τους θα πρέπει να ερμηνεύονται στα πλαίσια του πολιτικού, κοινωνικού και φιλοσοφικού περιβάλλοντος τους, του τοπικού αλλά και του παγκόσμιου (Κουτσελίνη-Ιωαννίδου 2003).

αξιολογήθηκε, και σταδιακά εφαρμόστηκε σε όλα τα σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Ioannou et al 2012).

Με βάση λοιπόν το Αναλυτικό Πρόγραμμα του 2010 η Αγωγή Υγείας προσφερόταν στα παιδιά της Α΄ και Β΄ τάξης της δημοτικής εκπαίδευσης ως διαθεματικό μάθημα, στους μαθητές/τριες της Γ΄-Στ΄ δημοτικού και Α΄ και Β΄ γυμνασίου ως αυτόνομο μάθημα, στις τάξεις Γ΄ γυμνασίου και Α΄ λυκείου ως διαθεματικό και διεπιστημονικό μάθημα, και στις τάξεις Β΄ και Γ΄ λυκείου ως επιλογή μέσα από το μάθημα της Οικιακής Οικονομίας (Ιωάννου & Κούτα & Χαραλάμπους 2009, Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού n.db).

Από τους βασικούς σκοπούς του προγράμματος είναι η ολιστική προαγωγή της υγείας μέσα από την διδασκαλία στους μαθητές/τριες γνώσεων, στάσεων και δεξιοτήτων σχετικών με τις συνέπειες που έχουν στο σώμα τους ορισμένες συμπεριφορές, έτσι ώστε να αναπτύξουν ένα υγιή και ασφαλή τρόπο ζωής ο οποίος θα προλαμβάνει και ή θα αποτρέπει από μη υγιείς συμπεριφορές (Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού n.da, Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού n.db). Μέσω του προγράμματος προωθείται ακόμη και η εφαρμογή του Σχολείου Προαγωγής Υγείας το οποίο βασίζεται στη συνεργασία των μαθητών/τριών, των εκπαιδευτικών, των γονιών και της κοινότητας, και στην ανάπτυξη από το κάθε σχολείο σχεδίου δράσης προσαρμοσμένου στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του που θα προάγει την Αγωγή Υγείας (Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού n.da, Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού n.db, Ioannou et al 2012).

Τη σχολική χρονιά 2015-16 ξεκίνησε να εφαρμόζεται το Νέο Ωρολόγιο Πρόγραμμα (Ν.Ω.Π.) το οποίο και περιλάμβανε και αλλαγές που αφορούν την Αγωγή Υγείας και την Φυσική Αγωγή. Έτσι στα δημοτικά σχολεία η Αγωγή Υγείας γίνεται Αγωγή Ζωής (Αγωγή Υγείας)/Εκπαίδευση για την Αειφόρο Ανάπτυξη και διδάσκεται μόνο στις τάξεις Α΄ ως Δ΄, ενώ αυξάνεται ο χρόνος της Φυσικής Αγωγής κατά μια περίοδο στις τάξεις Ε΄ και Στ΄ στα πολυδιδάσκαλα σχολεία (στις υπόλοιπες τάξεις μένει ως έχει) (Υπουργείο Παιδείας Κύπρου 2017a). Στα γυμνάσια τώρα με βάση το Ν.Ω.Π. διδάσκεται και στις τρεις τάξεις το μάθημα της Οικιακής Οικονομίας-Αγωγή Υγείας με το ίδιο περιεχόμενο με αυτό της Αγωγής Υγείας που υπήρχε στο προηγούμενο Αναλυτικό Πρόγραμμα, και της Φυσικής Αγωγής/ Πρώτων Βοηθειών. Στα λύκεια το μάθημα της Αγωγής Υγείας απουσιάζει από το πρόγραμμα αλλά προσφέρεται ως επιλογή στην Β΄ και Γ΄ λυκείου και μόνο για την κατεύθυνση Εμπορίου και Υπηρεσιών, το μάθημα της Οικιακής Οικονομίας (Οικογενειακή Αγωγή) που διαθέτει

και αρκετά στοιχεία Αγωγής Υγείας, ενώ η Φυσική Αγωγή υπάρχει στο πρόγραμμα και των τριών τάξεων. Στην μέση γενική και επαγγελματική κατεύθυνση και στις τρεις τάξεις της θεωρητικής και της πρακτικής κατεύθυνσης προσφέρεται το μάθημα της Φυσικής Αγωγής. Δεν προσφέρεται όμως κάποιο μάθημα που να ασχολείται με την Αγωγή Υγείας ή να έχει στοιχεία της (Υπουργείο Παιδείας Κύπρου 2017b).

Η προσπάθεια για συστηματική διδασκαλία της Αγωγής Υγείας συμπεριέλαβε και τα παιδιά προσχολικής ηλικίας και έτσι το 2011 στο Αναλυτικό Πρόγραμμα για την Αγωγή και Εκπαίδευση Παιδιών Πρώτης Σχολικής Ηλικίας (3-6 χρόνων), και πιο συγκεκριμένα στην ενότητα της Φυσικής Αγωγής, εντάχθηκαν ζητήματα σχετικά με την Αγωγή Υγείας (Λοΐζου & Καχριμάνη 2011), ενώ από το 2016 τα συγκεκριμένα ζητήματα αναπτύχθηκαν περαιτέρω στο Αναλυτικό Πρόγραμμα Προσχολικής Εκπαίδευσης (Λοΐζου et al 2016).

Στα πλαίσια τώρα της σχολικής Αγωγής Υγείας (δημοτική και μέση εκπαίδευση) είναι και μια σειρά προγραμμάτων και δράσεων εκ των οποίων θα παρουσιαστούν αμέσως μετά τα πιο σημαντικά που σχετίζονται με ζητήματα διατροφής και άσκησης: Το Ευρωπαϊκό πρόγραμμα Shape Up το οποίο πραγματοποιήθηκε μεταξύ Σεπτεμβρίου 2007 και Ιουνίου 2008 με την συμμετοχή σχολείων και από την Κύπρο, και αφορούσε την δημιουργία περιβαλλόντων που διευκολύνουν τις υγιείς επιλογές (Pike & Ioannou 2013). Το πρόγραμμα «Ευ Ζην» το οποίο πραγματοποιήθηκε με την συνεργασία σχολείων από την Ελλάδα και της Κύπρο και το οποίο στηριζόταν στην εκπόνηση σχεδίου δράσης με θέμα κάποια συμπεριφορά υγείας (π.χ. διατροφή, κάπνισμα κλπ) (Υπουργείο Υγείας Κύπρου 2012). Το πρόγραμμα Ζώνες Εκπαιδευτικής Προτεραιότητας που προωθεί δραστηριότητες με στόχο την ενίσχυση των σχολικών δικτύων, μεταξύ άλλων μέσα και από την επικεντρωμένη πρόληψη (Ministry of Education and culture n.d). Το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Σχολείων Προαγωγής της Υγείας (ΕΔΣΠΥ) που περιλαμβάνει προγράμματα σχετικά με την διατροφή, τις εξαρτησιογόνες ουσίες κ.α., τα οποία ενσωματώνονται σε ορισμένες σχολικές μονάδες και υλοποιούνται με τη συνεργασία του Υπουργείου Παιδείας και Πολιτισμού (Υ.Π.Π.) και του Υπουργείου Υγείας (Υ.Υ.) (Υπουργείο Υγείας Κύπρου 2012). Είναι ακόμη ο θεσμός του Ενιαίου Ολοήμερου Δημοτικού Σχολείου που εφαρμόζεται σε επιλεγμένο αριθμό δημοτικών σχολείων, και το οποίο μεταξύ άλλων περιλαμβάνει και δραστηριότητες που προάγουν την υγεία όπως είναι το κολύμπι, ο χορός, το γεύμα που ετοιμάζεται με βάση τις οδηγίες ειδικών διατροφολόγων (Γενική Διεύθυνση Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων, Συντονισμού και Ανάπτυξης 2015), και ο

θεσμός του Αθλητικού Σχολείου που λειτουργεί σε όλες τις επαρχίες της ελεύθερης Κύπρου σε ένα γυμνάσιο και ένα λύκειο της κάθε μιας, με την συμμετοχή μαθητών που επιλέγονται με βάση τις αθλητικές τους επιδόσεις και τον βαθμό του απολυτηρίου τους, στους οποίους μεταξύ άλλων παρέχεται και ειδικό πρόγραμμα υγιεινής διατροφής (Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού 2013a). Αναφέρεται ακόμη το σχέδιο για την προώθηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών στα σχολεία που ενέκρινε το υπουργικό συμβούλιο την σχολική χρονιά 2013-2014 στα πλαίσια της αντιμετώπισης της παχυσαρκίας (Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας 2014) και η διεξαγωγή σεμιναρίων για το διδακτικό προσωπικό στα πλαίσια της προαγωγής της Αγωγής Υγείας (Ministry of Education and culture n.d).

#### **4.2.2 Η πρόληψη και τα κρατικά πανεπιστήμια**

Κατ' αρχήν θα πρέπει να αναφερθεί πως δράσεις με αυτό το περιεχόμενο έχουν εντοπιστεί για το Πανεπιστήμιο Κύπρου και το Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου (Τ.Ε.Π.Α.Κ.), όχι όμως και για το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Πιο συγκεκριμένα τώρα, το Πανεπιστήμιο Κύπρου διαθέτει ειδική ιστοσελίδα για θέματα πρόληψης των κινδύνων που έχουν να κάνουν με την ασφάλεια και την υγεία όσων βρίσκονται στο χώρο του (Σωφρονίου & Γιάγκου 2013) ενώ διοργανώνει και διάφορες εκδηλώσεις ή και εκδίδει ενημερωτικό υλικό για θέματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων και ζητημάτων πρόληψης (π.χ. σε σχέση με τον καρκίνο, την υπέρταση και τον διαβήτη, τα ατυχήματα στο χώρο εργασίας, τις επαγγελματικές ασθένειες), με τις συγκεκριμένες δράσεις να απευθύνονται κατά κύριο λόγο στο προσωπικό και στους φοιτητές του (Υπηρεσία Ανθρωπίνου Δυναμικού Πανεπιστημίου Κύπρου n.d). Ακόμη, το πανεπιστήμιο λειτουργεί δύο Κέντρα Υγείας που μεταξύ άλλων ετοιμάζουν και διαφωτιστικό/ενημερωτικό υλικό σχετικό με θέματα υγείας για τα μέλη του πανεπιστημίου ενώ αναλαμβάνουν και τον εμβολιασμό των φοιτητών/τριών όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο (Health News n.d), όπως και Αθλητικό Κέντρο στις εγκαταστάσεις του για τα μέλη του, ενώ προσφέρει και ως επιλογή μαθήματα αθλητικού περιεχομένου που απευθύνονται σε όλους τους φοιτητές/τριες του (Πανεπιστήμιο Κύπρου n.d). Συνεργάζεται ακόμη με το Υ.Π.Π. και το Υ.Υ. για την εκπόνηση προγραμμάτων που έχουν σχέση με την αγωγή υγείας, όπως είναι για παράδειγμα το Πρόγραμμα Πρόληψης και Παρέμβασης για το κάπνισμα σε Εφήβους το οποίο απευθύνεται σε μαθητές λυκείου και τεχνικών σχολών (Υπουργείο Υγείας Κύπρου 2012), αλλά και η ετοιμασία των εθνικών οδηγιών διατροφής και άσκησης



στην οποία συμμετείχαν επίσης τα υπουργεία υγείας και παιδείας αλλά και άλλοι φορείς (Υπουργείο Υγείας n.d).

Το Τ.Ε.Π.Α.Κ. λειτουργεί επίσης Αθλητικό Πρόγραμμα για τα μέλη του (ΤΕΠΑΚ 2016a) ενώ συμμετέχει σε έρευνες και προγράμματα που στόχο έχουν να τονίσουν την σημασία της πρόληψης (ΤΕΠΑΚ 2016b). Ακόμη οργανώνει ενημερωτικές ημερίδες για ζητήματα δημόσιας υγείας με έμφαση στην πρόληψη και την προστασία από περιβαλλοντικούς κινδύνους, με την συμμετοχή φορέων του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων και του κοινού (ΤΕΠΑΚ 2016c). Επιπλέον συμμετείχε σε εκδηλώσεις ενημέρωσης μαθητών για τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο δημιουργίας καρκίνου (π.χ. η έκθεση σε χημικές ουσίες, το κάπνισμα, η ρύπανση της ατμόσφαιρας) (Makris 2015), όπως και σε διαλέξεις που αφορούσαν την υγιή διατροφή και απευθύνονταν σε αθλητικούς φορείς, φοιτητές, σωματεία και δρομείς, ενώ το Γραφείο Αθλητισμού και Φοιτητικής Μέριμνας του συμμετείχε στην διοργάνωση σεμιναρίων για τον ρόλο της άθλησης ως παράγοντα πρόληψης στην περίπτωση των χρόνιων παθήσεων (Μάχη News 2016).

Εκτός όμως από την Αγωγή Υγείας που προσφέρεται στα σχολεία και τις δράσεις προληπτικού χαρακτήρα των κρατικών πανεπιστημίων, εξίσου σημαντική για την εξασφάλιση της συστηματικότητας και της συνέχειας της γνώσης αυτής είναι και η ύπαρξη της Δια Βίου Αγωγής Υγείας. Για τον λόγο αυτό ακολουθεί η παρουσίαση του θεσμού της Δια Βίου Μάθησης και της Αγωγής Υγείας που παρέχεται μέσω αυτού.

#### **4.2.3 Η Δία Βίου Μάθηση και η συμμετοχή των κυπρίων σε αυτή**

Σύμφωνα με τον ορισμό της Ευρωπαϊκής Επιτροπής τον οποίο έχει υιοθετήσει και η Κύπρος, οποιαδήποτε μαθησιακή δραστηριότητα που αναλαμβάνει το άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του και που στόχο έχει στα πλαίσια της προσωπικής, της κοινωνικής και της επαγγελματικής του ανάπτυξης να εμπλουτίσει και να βελτιώσει το επίπεδο των γνώσεων, των ικανοτήτων και των δεξιοτήτων του περιλαμβάνεται στην Δία Βίου Μάθηση. Κάτω από τον θεσμό αυτό βρίσκονται τόσο άτυπες μορφές γνώσης όσο και τυπικές μορφές μάθησης μέσα από θεσμοθετημένες διαδικασίες (π.χ. τα Επιμορφωτικά Κέντρα, τα Πανεπιστήμια ιδιωτικά και δημόσια, το Εσπερινό σχολείο κ.α.).

Στην Κύπρο ο συγκεκριμένος θεσμός δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα επιτυχημένος, τόσο με βάση δεδομένα του 2007 και του 2011 σύμφωνα με τα οποία οι κύπριοι δεν φαίνεται να δείχνουν σημαντικό ενδιαφέρον για συμμετοχή ή μεγαλύτερη συμμετοχή στην Δια Βίου Μάθηση (Πίνακας 16), όσο και με βάση δεδομένα του 2015 σύμφωνα με τα οποία το ποσοστό συμμετοχής των κυπρίων ηλικίας 25-64 χρονών σε προγράμματα Δια Βίου Μάθησης για σκοπούς εκπαίδευσης και κατάρτισης παρέμεινε σε χαμηλά επίπεδα (7,5%), σε σχέση και με τον μέσο όρο της Ε.Ε. (28 χώρες) την ίδια χρονιά που ήταν 10,7% (Eurostat 2016), αλλά και με τον ευρωπαϊκό στόχο μέχρι το 2020 που είναι 15%. Και αυτό παρά την εκπόνηση σχεδίων δράσης από το Υ.Π.Π., το ένα κατά την περίοδο Σεπτέμβριος 2012- Αύγουστος 2014 στα πλαίσια της προώθησης του Ανανεωμένου Ευρωπαϊκού Θεματολογίου για την Εκπαίδευση των Ενηλίκων (Α.Ε.Θ.Ε.Ε)<sup>18</sup> το οποίο περιλάμβανε μεταξύ άλλων και την ενημέρωση των ενηλίκων, τόσο για το δια βίου δικαίωμα τους στην εκπαίδευση όσο και για τις ευκαιρίες που υπάρχουν σήμερα στην Κύπρο και αφορούν την εκπαίδευση και την κατάρτιση, και το άλλο κατά την περίοδο 2014-2015 το οποίο στόχευε στους ενήλικες που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες και/ή έχουν χαμηλές δεξιότητες και στους εκπαιδευτές τους (Γενική Διεύθυνση Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων, Συντονισμού και Ανάπτυξης 2015).

**Πίνακας 16:** Θέληση για συμμετοχή ή μεγαλύτερη συμμετοχή στην δια βίου μάθηση (% , 2007, 2011)

Χρονιά Είδος ερωτηθέντων	2007	2011
Δεν απάντησαν		
Ερωτηθέντες που ήδη συμμετείχαν και δεν ήθελαν να συμμετέχουν περισσότερο	10,1	13,6
Ερωτηθέντες που ήδη συμμετείχαν αλλά ήθελαν να συμμετέχουν περισσότερο	30,5	28,7
Ερωτηθέντες που δεν συμμετείχαν και δεν ήθελαν να συμμετέχουν	26,5	32,9
Ερωτηθέντες που δεν συμμετείχαν αλλά θα ήθελαν να συμμετέχουν	32,9	24,8

Πηγή: Eurostat, 2016

Το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να επηρεάζει τον βαθμό συμμετοχής των ατόμων σε αυτά τα προγράμματα, αφού δεδομένα της περιόδου 2005-2015 για τις ηλικίες 18-74 παρουσιάζουν τα άτομα του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου με πάρα πολύ χαμηλό ποσοστό

<sup>18</sup> Το Α.Ε.Θ.Ε.Ε. της περιόδου 2012-2014 ιδιαίτερη έμφαση δίδει στην εκπαίδευση και κατάρτιση για εργασιακούς σκοπούς (Αθανασίου et al 2014, Ευρωπαϊκό Συμβούλιο 2011). Π.χ. η Κύπρος στα πλαίσια του έχει αναλάβει τη εκπόνηση σχεδίου δράσης με στόχο κυρίως τις ευάλωτες ομάδες όπως οι άνεργοι, τα άτομα που εγκατέλειψαν νωρίς το σχολείο και οι νέοι με περιορισμένες δεξιότητες (Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού n.dc).

συμμετοχής σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης (παρά την αύξηση από 2% το 2005 σε 3,9% το 2015 των σχετικών ποσοστών), σε αντίθεση με τα ποσοστά των ατόμων του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου (που από 10,7% το 2005 το ποσοστό τους πήγε στο 12,9% το 2015) και του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου (από 13% το 2005 το ποσοστό τους έφτασε το 14,4% το 2015) (Eurostat 2016).

Το μορφωτικό επίπεδο όμως φαίνεται να σχετίζεται και με δραστηριότητες μάθησης κατά την διάρκεια του έτους, αφού η συμμετοχή των ατόμων του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου το 2006 και το 2012 σε αυτού του είδους τις δραστηριότητες ήταν πολύ χαμηλή, συγκρινόμενη και με την συμμετοχή των ατόμων των δυο άλλων μορφωτικών επιπέδων. Μάλιστα οι γυναίκες και των τριών μορφωτικών επιπέδων παρουσίασαν και τις 2 χρονιές χαμηλότερα ποσοστά από τους άντρες του ίδιου με αυτές μορφωτικού επιπέδου (Πίνακας 17).

<b>Πίνακας 17:</b> Συμμετοχή αντρών και γυναικών ηλικίας 25-64 χρονών σε δραστηριότητες μάθησης κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών με βάση το μορφωτικό τους επίπεδο (% , 2006, 2012)						
Φύλο Μορφωτικό Επίπεδο	Άντρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	2006	2012	2006	2012	2006	2012
Γυμνάσιο ή Κατώτερο	19,6	16,9	12,7	16,9	16,2	16,9
Λύκειο/Τεχνική	42,3	38,8	36,6	32,8	39,5	36,1
Τριτοβάθμια	66,2	63	63,3	63	64,7	63
Σύνολο	43	43,1	38,2	41,5	40,6	42,3

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, (2016)

Τα άτομα του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου όμως υστερούν και ως προς την πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικές με δυνατότητες μάθησης για όλα τα είδη εκπαίδευσης και κατάρτισης, τόσο από τα άτομα του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που ακολουθούν, όσο και από τα άτομα του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που εμφανίζουν σαφώς αυξημένα ποσοστά πρόσβασης στην συγκεκριμένη πληροφορία σε σχέση με τα άτομα των δυο άλλων μορφωτικών επιπέδων όπως και πολύ μικρότερη μείωση των ποσοστών τους από το 2007 στο 2011. Σε σύγκριση δε με τους ευρωπαϊκούς μέσους όρους, η Κύπρος στην συγκεκριμένη περίπτωση εμφανίζεται να υστερεί σε όλα τα μορφωτικά επίπεδα (Πίνακας 18).

**Πίνακας 18:** Άτομα με πρόσβαση στις πληροφορίες τις σχετικές με τις δυνατότητες μάθησης για όλους τους τύπους μάθησης με βάση το μορφωτικό επίπεδο (% ,2007, 2011)

Χώρα	Κύπρος		Ευρωπαϊκή Ένωση (28χώρες)	
	2007	2011	2007	2011
Τύπος εκπαίδευσης				
Πρώτο μορφωτικό επίπεδο	9,9	6,3	9,9	14,5
Δεύτερο μορφωτικό επίπεδο	16,3	10,9	22,8	24,0
Τρίτο μορφωτικό επίπεδο	31,2	30,5	42,8	43,3
Όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης	19,5	17,6	24,2	27,0

Πηγή: Eurostat, 2016

Ένας από τους βασικότερους θεσμούς Δια Βίου Μάθησης στην Κύπρο, και πιθανόν ο σημαντικότερος όσον αφορά την Δια Βίου Αγωγή Υγείας με βάση τα υπάρχοντα δεδομένα, είναι αυτός των Επιμορφωτικών Κέντρων ο οποίος θα παρουσιασθεί στη συνέχεια.

#### 4.2.4 Η Δια Βίου Αγωγή Υγείας μέσα από την Δια Βίου Μάθηση

Ανάμεσα στους διάφορους θεσμούς της δημόσιας συμπληρωματικής εκπαίδευσης και της δια βίου μάθησης (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2016) είναι και τα Επιμορφωτικά Κέντρα, τα οποία φαίνεται να αποτελούν και τον βασικότερο φορέα που ασχολείται σε κάποιο βαθμό με την διδασκαλία ζητημάτων αγωγής υγείας. Γενικά τα μαθήματα των Επιμορφωτικών Κέντρων ξεκινούν τον Νοέμβριο και ολοκληρώνονται τον Μάη, είναι μια φορά την βδομάδα, έχουν διάρκεια 1,5 ώρα και μπορούν να τα παρακολουθήσουν άτομα 15 χρόνων και πάνω, ενώ τα δίδακτρα είναι πάρα πολύ χαμηλά και για τους άνω των 65 και τους έχοντες 75% και πάνω αναπηρία δωρεάν. Οι ώρες παρακολούθησης των μαθημάτων είναι συνήθως απογευματινές ή βραδινές, με την εξαίρεση της γυμναστικής που προσφέρεται και σε πρωινές ώρες σε πολύ μικρό αριθμό μορφωτικών κέντρων, όπως και κάποιων άλλων μαθημάτων (Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού, n.dd). Από την σχολική χρονιά 2012-13 οι δηλώσεις εγγραφής στα προσφερόμενα θέματα διατίθενται μόνο σε ηλεκτρονική μορφή αν και διευκολύνσεις θα παρέχονται από τα κατά τόπους Επιμορφωτικά

Κέντρα για την συμπλήρωση της αίτησης εγγραφής σε ενδιαφερόμενους που δεν διαθέτουν πρόσβαση σε ηλεκτρονικό υπολογιστή (Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού 2012). Από τη σχολική χρονιά 2013-14 και το βιβλιαράκι που ετοιμάζει το Υ.Π.Π. με το θεματολόγιο των Επιμορφωτικών Κέντρων, το ωρολόγιο πρόγραμμα, και όλες τις σχετικές πληροφορίες διατίθενται πλέον μόνο σε ηλεκτρονική μορφή<sup>19</sup> (Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού 2013b). Κατά την περίοδο 2012-2014 οι εγγραφές στα Κέντρα Επιμόρφωσης Ενηλίκων παρουσίασαν μείωση, αφού από 31,148 την χρονιά 2012-13 ο σχετικός αριθμός τη χρονιά 2013-14 ήταν 23,135 (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2016).

Στα πλαίσια τώρα των επιμορφωτικών μαθημάτων εντάσσεται και η θεματική ενότητα Υγεία, η οποία περιλαμβάνει και την καλλιέργεια δεξιοτήτων και γνώσεων που προάγουν την πρόληψη (π.χ. γυμναστικής, ψυχική υγείας, υγιεινής διατροφής). Κατά την χρονιά 2016-2017 στη Λευκωσία η Γυμναστική προσφέρθηκε στην πλειοψηφία των επιμορφωτικών κέντρων της (πόλη και επαρχία), ενώ η Διατροφολογία (υγιεινή διατροφή) προσφέρθηκε σε 3 μόνο επιμορφωτικά κέντρα στην πόλη και τα προάστια και η Ψυχολογία (ψυχική υγεία) σε 9, επίσης όλα στην πόλη και σε προάστια της. Και στα επιμορφωτικά κέντρα της Λεμεσού η Γυμναστική προσφέρθηκε σε ένα μεγάλο αριθμό εξ αυτών με ειδικό πρόγραμμα μάλιστα για ηλικιωμένους σε περιορισμένο αριθμό κέντρων όμως (4 στην πόλη της Λεμεσού και 3 σε χωριά της), ενώ η Διατροφολογία προσφέρθηκε σε 4 επιμορφωτικά κέντρα, 3 στην πόλη και τα περίχωρά της και 1 σε χωριό της επαρχίας, και η Ψυχολογία σε 3, όλα στην πόλη της Λεμεσού. Στην Λάρνακα επίσης η Γυμναστική προσφέρθηκε σε μεγάλο αριθμό κέντρων, ενώ όπως και στη Λεμεσό, σε ένα κέντρο υπήρχε ειδικό πρόγραμμα για άτομα τρίτης ηλικίας. Η Διατροφολογία προσφέρθηκε σε 2 κέντρα, ένα σε προάστιο κι ένα σε χωριό της επαρχίας, ενώ τα θέματα ψυχολογίας (ψυχικής υγείας) προσφέρθηκαν σε 12 κέντρα (που περιλάμβαναν την πόλη, τα προάστια και την ύπαιθρο). Τέλος, στην Αμμόχωστο και στην Πάφο η Γυμναστική προσφέρθηκε σε αρκετά κέντρα στις πόλεις και στην ευρύτερη επαρχία, τα θέματα Ψυχολογίας σε ένα κέντρο της υπαίθρου στην Αμμόχωστο και σε ένα στην πόλη της Πάφου, ενώ η Διατροφολογία δεν προσφέρθηκε καθόλου (Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού n.dd), όπως δεν προσφέρθηκε και κατά την σχολική χρονιά 2015-16 στις δυο αυτές επαρχίες (Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού 2015).

---

<sup>19</sup> Ενδέχεται το σχετικό βιβλιάριο μέχρι τον Δεκέμβριο του 2014 να διανεμόταν και σε έντυπη μορφή (Γενική Διεύθυνση Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων, Συντονισμού και Ανάπτυξης 2015).

Πέραν των Επιμορφωτικών Κέντρων υπάρχει ακόμη το πρόγραμμα του Ανοικτού Σχολείου, το οποίο εφαρμόζεται με επιχορήγηση από το Υ.Π.Π. και με την συνεργασία των δήμων, της Σχολικής Εφορίας, των γονέων και άλλων τοπικών παραγόντων. Σε αυτό μπορούν να συμμετέχουν άτομα ηλικίας 5-85 χρόνων στα οποία δίνεται μεταξύ άλλων η δυνατότητα για αθλητικές δραστηριότητες στους σχολικούς χώρους τα απογεύματα κυρίως. Κατά την σχολική χρονιά 2014-2015 στο πρόγραμμα αυτό συμμετείχαν 10 δήμοι (Γενική Διεύθυνση Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων, Συντονισμού και Ανάπτυξης 2015).

#### 4.2.5 Δημόσιες δαπάνες ανά βαθμίδα εκπαίδευσης

Οι δημόσιες εκπαιδευτικές δαπάνες ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (Α.Ε.Π.) σημείωσαν αύξηση από το 2005 ως το 2011, για να μειωθούν στη συνέχεια, με το σχετικό ποσοστό το 2014 να φτάνει το 6,6%. Ως ποσοστό του κρατικού προϋπολογισμού οι ίδιες δαπάνες μετά από μια περίοδο αύξησης από το 2005 ως το 2008 παρουσίασαν μείωση στη συνέχεια, για να φτάσουν το 2014 στο 13,5%<sup>20</sup> (Πίνακας 19).

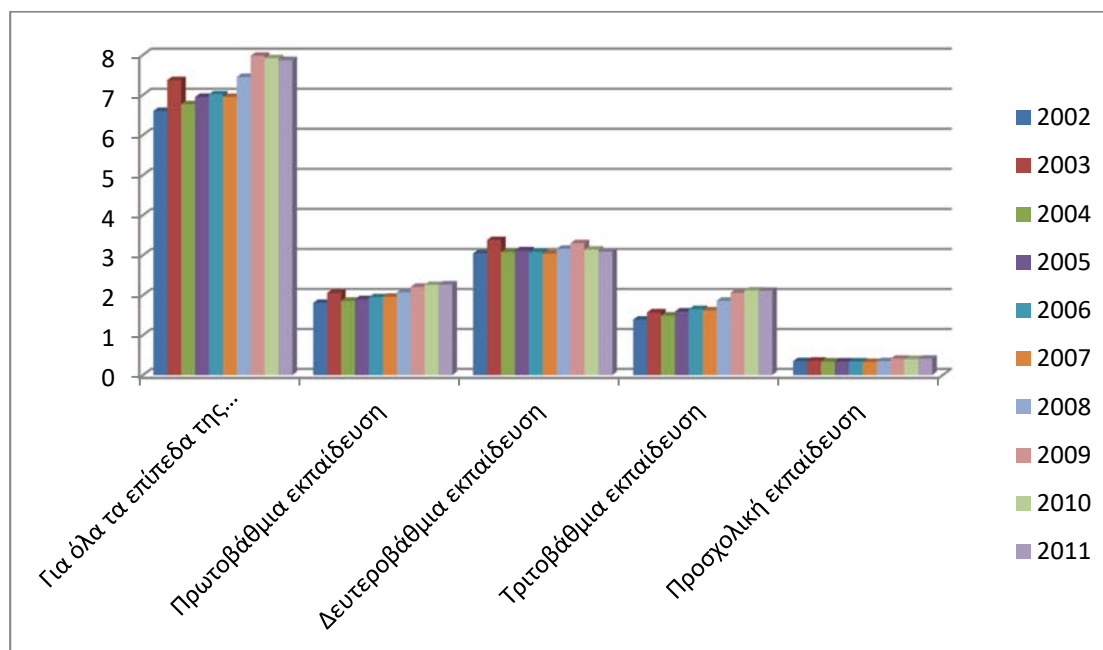
Χρονιά %	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Κρατικού Προϋ/μoύ</b>	16,2	16,5	16,9	17,8	17,4	17,2	17,1	15,4	15,9	13,5
<b>Α.Ε.Π.</b>	6,4	6,4	6,4	6,9	7,3	7,3	7,3	6,4	6,6	6,6

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2016

Κύριο χαρακτηριστικό τώρα των δαπανών για τα διάφορα επίπεδα εκπαίδευσης με βάση δεδομένα για την περίοδο 2002-2011, είναι το σημαντικά μεγάλο μέρος του Α.Ε.Π. που αποσπά το δευτεροβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης (γύρω στο 3% ), και το αντίστροφα πολύ μικρό ποσοστό που απορροφά η προσχολική εκπαίδευση (0.35%-0.4%) (Γράφημα 5). Γενικά οι δαπάνες της Κύπρου για τα διάφορα επίπεδα εκπαίδευσης αλλά και οι συνολικές ως μέρος του Α.Ε.Π. είναι πάνω από τους ευρωπαϊκούς μέσους όρους εκτός από το προσχολικό επίπεδο (Eurostat 2016). Για παράδειγμα το 2011 ενώ οι δημόσιες δαπάνες για την παιδική φροντίδα και την

<sup>20</sup> Σύμφωνα με την Γενική Διεύθυνση Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων, Συντονισμού και Ανάπτυξης (2015), το 2011 η Κύπρος με ποσοστό 7,87% του Α.Ε.Π., κατέλαβε την δεύτερη θέση πίσω από την Δανία (8,75% του Α.Ε.Π.) στις δημόσιες δαπάνες για την παιδεία, σε επίπεδο Ε.Ε.

προσχολική εκπαίδευση στην Κύπρο συνιστούσαν περίπου το 0,4% του Α.Ε.Π., ο αντίστοιχος μέσος όρος για την Ε.Ε. (28 χώρες) ήταν 0,6% (OECD 2016).



**Γράφημα 5:** Συνολική δημόσια δαπάνη για τα διάφορα επίπεδα εκπαίδευσης (% του ΑΕΠ, 2002-2011)

Πηγή: Eurostat, 2016

Δεδομένα για το 2012 και το 2013 εμφανίζουν και πάλι τις δημόσιες δαπάνες για την προσχολική εκπαίδευση ιδιαίτερα χαμηλές, όπως χαμηλές είναι και οι δαπάνες για την ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση-επαγγελματική κατεύθυνση (και κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο του 2013), ενώ δεν φαίνεται να διατίθεται κάποιο μέρος του Α.Ε.Π. για την εκπαίδευση παιδικής ηλικίας – ανάπτυξη (Eurostat 2016, Πίνακας 20). Το ίδιο ισχύει και κατά τη σχολική χρονιά 2013-14 όπου για την προσχολική και τη προδημοτική εκπαίδευση διατέθηκε το 5,4% της συνολικής δημόσιας εκπαιδευτικής δαπάνης, για τη δημοτική εκπαίδευση το 26,6%, για την μέση γενική και τεχνική εκπαίδευση το 40,8%, για την τριτοβάθμια εκπαίδευση το 21,9% και το υπόλοιπο για άλλα προγράμματα (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2016). Το (σημαντικά) μεγαλύτερο μέρος των δημόσιων δαπανών για την εκπαίδευση αποσπών οι αμοιβές του προσωπικού, διδακτικού και διοικητικού, σύμφωνα με δεδομένα της περιόδου 1990-2014, και παρά την σχετική μείωση των ποσών το 2012 και το 2013. Έτσι το 2014 οι συνολικές δαπάνες ήταν 1.142,159 εκ. ευρώ τον μήνα εκ των οποίων οι δαπάνες για το προσωπικό ήταν 893,539 χιλ. ευρώ τον μήνα και για λειτουργικές και ερευνητικές δαπάνες ήταν 59,375 χιλ. ευρώ τον μήνα (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2016), ενώ το 2012 και το 2013 πάνω από το 85% των τρεχουσών δαπανών για τα

δημόσια εκπαιδευτικά ιδρύματα αφορούσε στους μισθούς του προσωπικού (Eurostat 2016).

**Πίνακας 20:** Συνολικές δημόσιες δαπάνες για την εκπαίδευση με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο και τον προσανατολισμό του προγράμματος (% του ΑΕΠ, 2012, 2013)

Χρονιά Εκπαιδευτικό επίπεδο-προσανατολισμός προγράμματος	2012	2013
Εκπαίδευση παιδικής ηλικίας	0,38	0,39
Εκπαίδευση παιδικής ηλικίας-ανάπτυξη		
Προσχολική εκπαίδευση	0,38	0,39
Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	2,18	2,16
Κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση	1,37	1,37
Κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση-γενική	1,37	1,37
Κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση-επαγγελματική		
Ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση	1,57	1,57
Ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση-γενική	1,23	1,23
Ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση-επαγγελματική	0,34	0,34
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	1,17	1,58
Όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης (2011), εκτός από την εκπαίδευση παιδικής ηλικίας-ανάπτυξη	6,67	7,07

Πηγή: Eurostat, 2016

Όπως ήδη αναφέρθηκε, εκτός από τον τομέα της εκπαίδευσης εξίσου σημαντικό ρόλο για την δημιουργία της Παιδείας Υγείας διαδραματίζει και ο τομέας της υγείας, γι' αυτό και στην υπό – ενότητα που ακολουθεί θα παρουσιαστούν δράσεις του συγκεκριμένου τομέα που σχετίζονται με την παχυσαρκία όπως και οικονομικά δεδομένα.



## 4.3 Το πλαίσιο του τομέα της υγείας

### 4.3.1 Δράσεις σχετικές με την διατροφή και την άσκηση

Το 2008 το Υ.Υ. στα πλαίσια της ευρωπαϊκής οδηγίας για διατροφικά θέματα, με την συνεργασία του Υ.Π.Π., του Πανεπιστημίου Κύπρου και διάφορων άλλων φορέων, οργανώσεων και εκπροσώπων ομάδων του πληθυσμού δημιούργησαν την Εθνική Επιτροπή Διατροφής. Το αποτέλεσμα των εργασιών της επιτροπής ήταν οι Εθνικές Οδηγίες Διατροφής και Άσκησης για τον κυπριακό πληθυσμό οι οποίες κυκλοφόρησαν σε βιβλιαράκι με αναλυτικές επεξηγήσεις που τα άτομα θα μπορούν να προμηθεύονται (δεν διευκρινίζεται από πού). Η Επιτροπή μεταξύ άλλων υποδεικνύει για την ορθή διατροφή και την ισορροπημένη δίαιτα ότι θα πρέπει να καθοδηγούνται από διαιτολόγο που είναι εγκεκριμένος, ενώ αναφέρεται και στην κατανάλωση 5 τουλάχιστον φρούτων και λαχανικών την ημέρα στα πλαίσια της σωστής διατροφικής συμπεριφοράς. Επισημαίνει ακόμη την ανάγκη για ένα συνεχές στην άσκηση που θα ξεκινά από το νηπιαγωγείο και θα φτάνει ως την τρίτη ηλικία, ενώ προτρέπει τους ενήλικες να καλύπτουν είτε από μόνοι τους την ανάγκη για άσκηση είτε μέσα από κοινωνικά προγράμματα άσκησης. Σύμφωνα ακόμη με τις οδηγίες της επιτροπής, πριν από την έναρξη ενός προγράμματος γυμναστικής τα άτομα θα πρέπει να συμβουλευονται τον γιατρό τους όπως και τους ειδικούς για την σωστή άσκηση. Η συγκεκριμένη επιτροπή ετοίμασε και ξεχωριστές Εθνικές Οδηγίες Διατροφής και Άσκησης ειδικά για παιδιά ηλικίας 6-12 χρόνων, στις οποίες επίσης γίνεται αναφορά στην κατανάλωση 5 τουλάχιστον φρούτων και λαχανικών την ημέρα (Υπουργείο Υγείας n.d).

Η σημαντικότητα της δίαιτας, της διατροφής και της σωματικής άσκησης αναγνωρίζονται και στο στρατηγικό σχέδιο του Υ. Υ. του 2009 για την αντιμετώπιση του καρκίνου, όπως και της Σχολιατρικής, άλλων μορφών διαφώτισης και προαγωγής της υγείας αλλά και της Αγωγής Υγείας για τον έλεγχο της ασθένειας αυτής. Στο σχέδιο αυτό ιδιαίτερη έμφαση δίδεται και στην συνεργασία με άλλα υπουργεία προκειμένου να προωθηθεί η άσκηση στους χώρους εργασίας (ειδικά αν πρόκειται για εργασία συνεχώς καθιστική), η παροχή υγιεινής διατροφής από όλα τα κυλικεία, η διάθεση φρούτων και λαχανικών σε εκπαιδευτικά και άλλα ιδρύματα και στους εργασιακούς χώρους και ο περιορισμός των διαφημίσεων λιπαρών τροφών (π.χ. γλυκά, αναψυκτικά κ.α.) από τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας στις παιδικές ζώνες (Υπουργείο Υγείας Κύπρου 2009).

Πράγματι η Σχολιατρική Υπηρεσία έχει πρωτεύοντα ρόλο στην προσπάθεια προώθησης της Σχολικής Υγιεινής αλλά και του υγιεινού τρόπου διαβίωσης, μέσα από προγράμματα τα οποία περιλαμβάνουν και την υγιεινή διατροφή και την άσκηση (Υπουργείο Υγείας Κύπρου 2015). Τα προγράμματα αυτά παρέχονται από σχολιάτρους και επισκέπτριες υγείας και έχουν ενημερωτικό χαρακτήρα αφού είναι συγκεκριμένης χρονικής διάρκειας (2-4 σχολικές περίοδοι) και συνήθως χωρίς επανάληψη κατά τη διάρκεια της χρονιάς (Καλακούτα et al 2012:26-28, Υπουργείο Υγείας 2011)<sup>21</sup>.

Υπηρεσίες προληπτικού χαρακτήρα και προαγωγής της υγείας, συμπεριλαμβανομένης και της Αγωγή Υγείας (για το περιεχόμενο της οποίας όμως δεν υπήρχαν παραπάνω λεπτομέρειες) παρέχονται και από τα κρατικά κέντρα υγείας, με τις παρεχόμενες προληπτικές υπηρεσίες από τα αγροτικά κέντρα υγείας να περιλαμβάνουν και τα σχολεία (Theodorou et al 2012, CyprusNet 2005).

Τέλος το στρατηγικό σχέδιο 2016-2018 του Υ. Υ. αναφέρεται στην αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσα από τη δημιουργία και την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας που θα συμπεριλαμβάνουν μεταξύ άλλων την διατροφή, το κάπνισμα, τη σωματική άσκηση, το αλκοόλ κ.α. Δεν δίδονται όμως περισσότερες λεπτομέρειες για τα προγράμματα αυτά (Υπουργείο Υγείας Κύπρου 2015).

#### **4.3.2 Δαπάνες υγείας**

Οι συνολικές δαπάνες υγείας εμφανίζονται μειωμένες το 2013 και το 2014 λόγω της σημαντικής μείωσης των κυβερνητικών δαπανών υγείας που ξεκινά από το 2012 και μετά<sup>22</sup>, αλλά και της κάμψης των απευθείας πληρωμών το 2013 και το 2014, οι οποίες όμως από το 2011 και μετά είναι μεγαλύτερες σε σχέση με τις δημόσιες δαπάνες υγείας (Γράφημα 6)<sup>23</sup> <sup>24</sup>. Ως ποσοστό του Α.Ε.Π. οι συνολικές δαπάνες

---

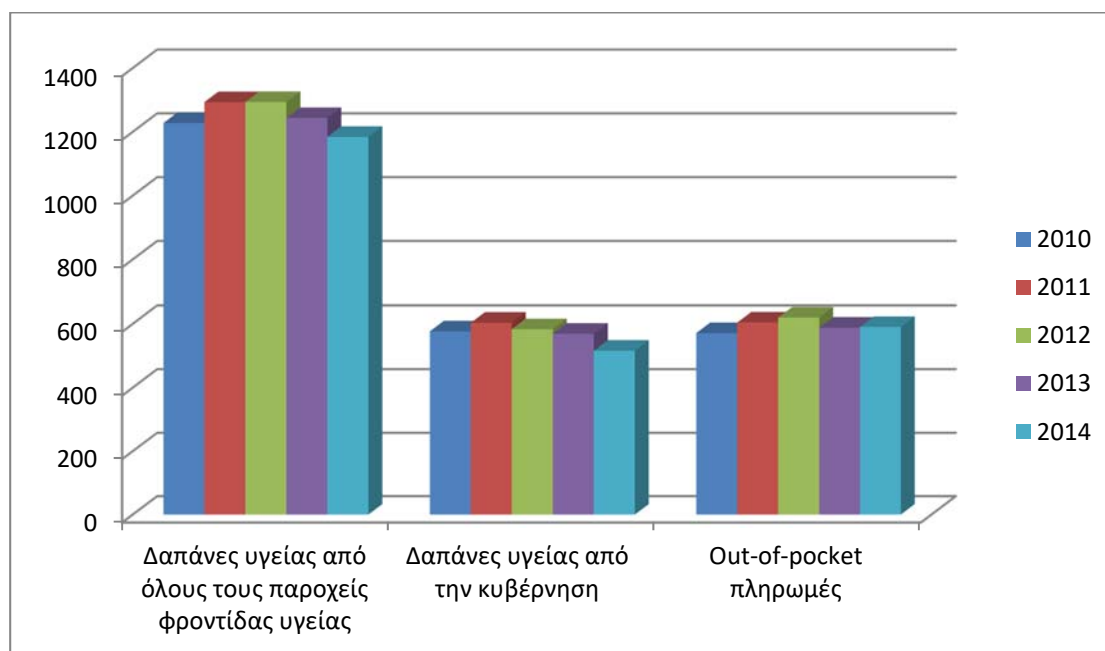
<sup>21</sup> Για το σύνολο της θεματολογίας της σχολιατρικής, βλέπε [http://www.moh.gov.cy/Moh/moh.nsf/All/9C00CE29ACE114EDC225786C006E1722/\\$file/%CE%A3%CF%87%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%A5%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%AF%CE%B1.pdf?OpenElement](http://www.moh.gov.cy/Moh/moh.nsf/All/9C00CE29ACE114EDC225786C006E1722/$file/%CE%A3%CF%87%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%A5%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%AF%CE%B1.pdf?OpenElement)

<sup>22</sup> Η μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας κατά την περίοδο 2011-2015 στα πλαίσια της εφαρμογής του προγράμματος για δημοσιονομική εξυγίανση, έφτασε τα 111 εκ. ευρώ (Cyprus Ministry of Finance 2016).

<sup>23</sup> Σύμφωνα με τις «Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων, 2014» (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2016) οι τρέχουσες δαπάνες των υπηρεσιών υγείας για το 2014 ήταν 1,107 εκ. ευρώ, εκ των οποίων 658,9 εκ. ευρώ αφορούσαν στον ιδιωτικό τομέα και 448,1 εκ. ευρώ στον δημόσιο τομέα.

<sup>24</sup> Οι δαπάνες του δημόσιου τομέα ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας συνιστούσαν κατά την περίοδο 2005-2013 περίπου το 45% σύμφωνα με τον WHO (2016) ενώ το 2014 με βάση τον

υγείας στην Κύπρο θεωρούνται αρκετά χαμηλές, αφού για παράδειγμα ενώ τα σχετικά ποσοστά για την Ε.Ε. (28 χώρες) το 2014 ήταν 10% και το 2015 (ή την πιο κοντινή χρονιά) 9,9% (The World Bank 2017, OECD/European Commission 2016), για την Κύπρο οι τρέχουσες δαπάνες για την υγεία το 2013 ήταν 6,7%, το 2014 ήταν 6,4%<sup>25</sup> (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2016), ενώ το 2015 το σχετικό ποσοστό ήταν στο 6,8% (OECD/European Commission 2016).



**Γράφημα 6:** Τρέχουσες δαπάνες υγείας (εκατομμύρια ευρώ, 2010-2014)  
Πηγή: Eurostat, 2016

Ως ποσοστό του Α.Ε.Π. οι δημόσιες δαπάνες υγείας παρουσίασαν σχετική αύξηση από το 2005 στο 2014 (με τα αντίστοιχα ποσοστά να είναι 2,4% και λίγο πάνω από 3,4%) (Trading Economics 2017), ενώ το 2015 μειώθηκαν στο 2,6% (Europa.eu 2017)<sup>26</sup>. Από την άλλη ο μέσος όρος των δημόσιων δαπανών υγείας για την Ε.Ε. (28 χώρες) ως ποσοστό του ΑΕΠ. ήταν 7,8% για το 2014 και λίγο κάτω από το 8% το 2015 (ή την πιο κοντινή χρονιά) (The World Bank 2017, OECD/European Commission 2016)<sup>27</sup>. Από το 2015 και μετά παρατηρείται σχετική αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία, με το μεγαλύτερο μέρος από την αύξηση του προϋπολογισμού του υπουργείου υγείας για το 2017 να αποσπά το κρατικό μισθολόγιο (Υπουργείο Οικονομικών 2017).

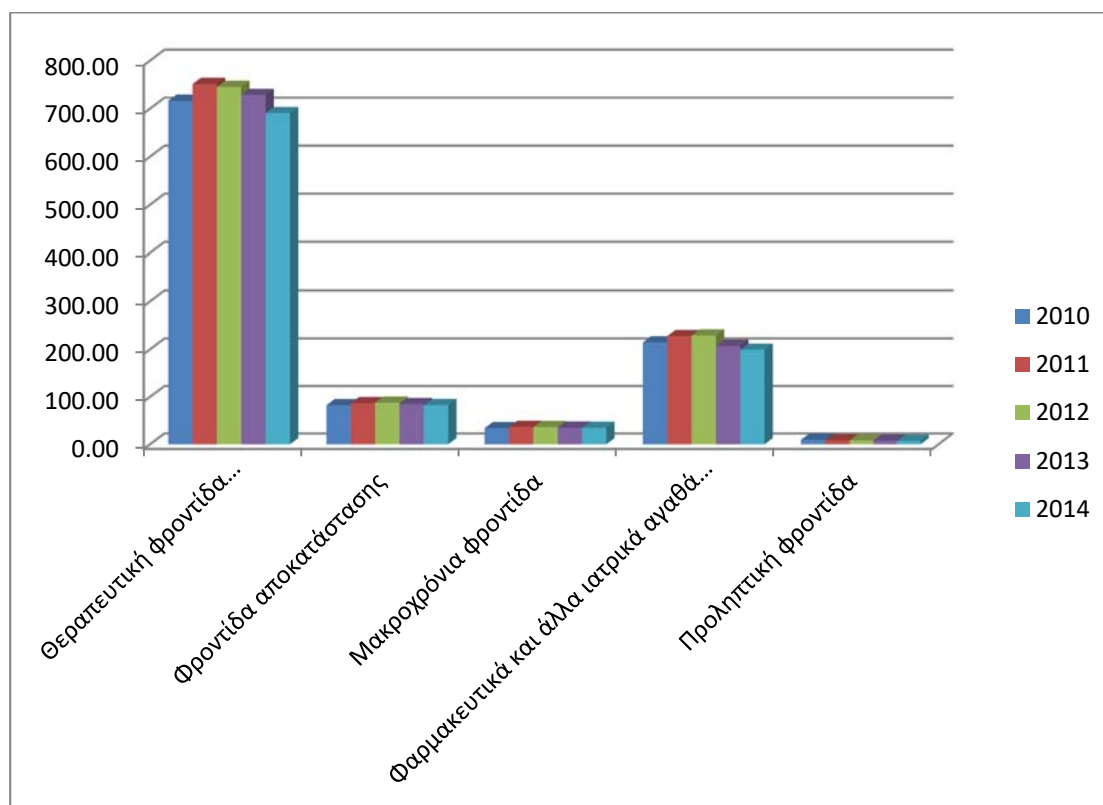
OECD/European Commission (2016) αποτελούσαν το 44% και οι out-of - rocket πληρωμές το 50% (τα αντίστοιχα ποσοστά το 2014 για την Ε.Ε. (28 χώρες) ήταν 37% και 15%).

<sup>25</sup> Η 6,8% σύμφωνα με τον Eurostat Statistics Explained (2017).

<sup>26</sup> Η κοντά στο 3% του Α.Ε.Π. σύμφωνα με τους OECD/European Commission (2016).

<sup>27</sup> Σύμφωνα με την Europa.eu (2017) το 2015 οι δημόσιες δαπάνες υγείας κατά μέσο όρο για την Ε.Ε. (28 χώρες) ήταν 7,2% του Α.Ε.Π.

Σε αυτό το περιβάλλον οι δαπάνες για προληπτική φροντίδα στην Κύπρο περιορίζονται σε ένα ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας που από 0,79% το 2010 (ή 9,65 εκ. ευρώ) μειώθηκε σε 0,6% το 2014 (ή 7,11 εκ. ευρώ). Από την άλλη την περίοδο 2010 – 2014 περίπου το 58% και το 17% των συνολικών δαπανών υγείας αποσπούσαν η θεραπευτική φροντίδα και τα φαρμακευτικά και άλλα ιατρικά αγαθά περιορισμένης διάρκειας αντίστοιχα (Γράφημα 7).

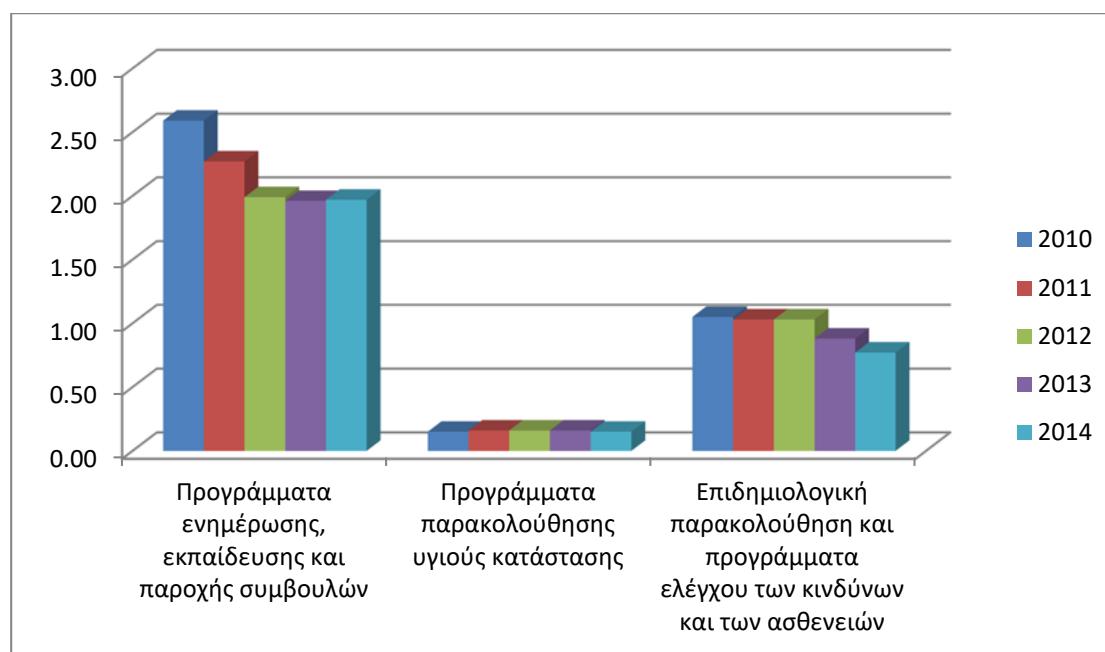


**Γράφημα 7:** Δαπάνες υγείας ανά λειτουργία (εκατομμύρια ευρώ, 2010-2014)  
Πηγή: Eurostat, 2016

Σε αντίθεση όμως με την Κύπρο και τα πολύ χαμηλά ποσά που δαπανά για σκοπούς πρόληψης και δημόσιας υγείας (π.χ. το 2012 οι σχετικές δαπάνες συνιστούσαν το 1,3% των τρεχουσών δαπανών υγείας) (Eurostat 2015), οι ευρωπαϊκές κυβερνήσεις το 2014 δαπανούσαν κατά μέσο όρο για σκοπούς πρόληψης το 2,8% από τον προϋπολογισμό τους για την υγεία (World Health Organization/Regional Office of Europe 2014).

Σε χαμηλά επίπεδα είναι και οι δαπάνες για διάφορα προγράμματα με προληπτικό χαρακτήρα σύμφωνα με δεδομένα της περιόδου 2010-2014. Έτσι για τα προγράμματα ενημέρωσης, εκπαίδευσης και παροχής συμβουλών το διαθέσιμο ποσό από 2,59 εκ. ευρώ το 2010 (ή 0,21% των συνολικών τρεχουσών δαπανών υγείας) μειώθηκε σε 1,97 εκ. ευρώ το 2014 (ή 0,17% των συνολικών τρεχουσών δαπανών υγείας), για την

επιδημιολογική παρακολούθηση και για τα προγράμματα ελέγχου των κινδύνων και των ασθενειών από 1,05 εκ. ευρώ το 2010 το διαθέσιμο ποσό μειώθηκε σε 0,77 εκ. ευρώ το 2014, ενώ για τα προγράμματα παρακολούθησης υγιούς κατάστασης (συνθηκών) το διαθέσιμο ποσό κυμάνθηκε μεταξύ 0,15 εκ. ευρώ με 0,16 εκ. ευρώ (ή 0,01% των συνολικών δαπανών υγείας για την περίοδο αναφοράς) (Γράφημα 8).



**Γράφημα 8:** Δαπάνες υγείας για διάφορα προγράμματα (εκατομμύρια ευρώ, 2010-2014)  
Πηγή: Eurostat, 2016

Η αξιολόγηση της Αγωγής Υγείας που προσφέρεται σήμερα στην Κύπρο σε σχέση με την παχυσαρκία, την υγιεινή διατροφή και την άσκηση, όπως αυτή παρουσιάστηκε πιο πάνω, είναι το θέμα της επόμενης υπό – ενότητας.

#### 4.4 Αξιολόγηση της Αγωγής Υγείας

Ξεκινώντας από τα σχολεία, μέχρι τουλάχιστον το 2010 που διδασκόταν κυρίως ως διαθετικό μάθημα η Αγωγή Υγείας φαίνεται σε σημαντικό βαθμό να μην επιτύγχανε τον στόχο της ως προς την εκμάθηση και εμπέδωση της υγιεινής διατροφής και της άσκησης και άλλοι παράγοντες, εξωγενείς της εκπαίδευσης, πιθανόν να διαδραμάτιζαν σημαντικότερο ρόλο στην διαμόρφωση των στάσεων των παιδιών ως προς τις δύο αυτές συμπεριφορές υγείας. Αυτό φαίνεται να προκύπτει με βάση τα αποτελέσματα διαφόρων ερευνών εκ των οποίων αναφέρονται ενδεικτικά οι εξής:

Η μελέτη IDEFICS η οποία διεξήχθη μεταξύ Σεπτεμβρίου 2007 και Ιουνίου 2008 και παρουσιάζει τα παιδιά από την Κύπρο ηλικίας 2-9 χρόνων να έχουν χαμηλότερα ποσοστά υγιεινών διατροφικών συνηθειών και φυσικής δραστηριότητας και υψηλά

ποσοστά μη υγιεινών συμπεριφορών υγείας σε σχέση με τις περισσότερες από τις χώρες που συμμετείχαν (Τορναρίτης 2010, Idefics Study 2017).

Η έρευνα «Υγεία του παιδιού 2009-2010» σύμφωνα με την οποία όχι μόνο δεν σημειώθηκε καμία βελτίωση των διατροφικών συνηθειών των παιδιών και των εφήβων της Κύπρου από το 2004 που διεξάχθηκε παρόμοια έρευνα, αλλά αντίθετα υπήρξε αύξηση της συχνότητας των παχύσαρκων και των υπέρβαρων παιδιών και εφήβων από το 2000 που πραγματοποιήθηκε ανάλογη έρευνα.

Δεδομένα του 2010 σύμφωνα με τα οποία η πλειοψηφία των παιδιών και των εφήβων της Κύπρου φαίνεται να μην ακολουθεί τις διεθνείς συστάσεις που αφορούν στα πρότυπα διαίτας και φυσικής δραστηριότητας (Τορναρίτης 2012).

Η έρευνα των Savva et al (2013) σύμφωνα με την οποία το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών και εφήβων, κυρίως στις αγροτικές περιοχές και ειδικότερα ανάμεσα στα αγόρια, φαίνεται να αυξήθηκε από το 2000 στο 2010, όπως και η έρευνα των Böhrhorst et al (2016) που εμφανίζει τα παιδιά της Κύπρου να κατέχουν υψηλές θέσεις όσον αφορά το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Το 2010-11 όπως ήδη αναφέρθηκε, για πρώτη φορά δημιουργείται και εφαρμόζεται πρόγραμμα Αγωγής Υγείας για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, δημοτικής και μέσης εκπαίδευσης. Κατ' αρχήν το σημαντικό ποσοστό των παιδιών προσχολικής ηλικίας που εξακολουθεί να μην συμμετέχει στην προσχολική εκπαίδευση, με βάση τα δεδομένα της σχολικής χρονιάς 2013-14 και σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (Eurostat 2016), πέραν του ότι συνεπάγεται την μη παρακολούθηση του προγράμματος της Αγωγής Υγείας, είναι πιθανόν να συνδέεται με έλλειμμα στις ευρύτερες πολιτικές της εκπαίδευσης<sup>28</sup>.

Από κει και πέρα, οι αλλαγές που υπήρξαν σε σχέση με το Αναλυτικό Πρόγραμμα του 2010-2011 με την εφαρμογή των Ν.Ω.Π., και πιο συγκεκριμένα η απουσία του μαθήματος της Αγωγής Υγείας από τις τάξεις Ε' και Στ' του δημοτικού, η ένταξη του στο μάθημα της Οικιακής Οικονομίας στα γυμνάσια, όπως και η ουσιαστική απουσία του μαθήματος από το λύκειο αφού η μόνη εναλλακτική είναι η προσφορά ως επιλογής του μαθήματος της Οικιακής Οικονομίας στις τάξεις Ε' και Στ' σε συγκεκριμένη μόνο κατεύθυνση, ενδέχεται να λειτουργήσουν αρνητικά για την

---

<sup>28</sup> Η φοίτηση στην προδημοτική εκπαίδευση στην Κύπρο, από τη σχολική χρονιά 2004-5 είναι δωρεάν και υποχρεωτική για τα παιδιά των ηλικιών 4 2/3 χρονών μέχρι 5 2/3 χρονών (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2016).

βελτίωση των συμπεριφορών υγείας της υγιεινής διατροφής και της άσκησης από τους μαθητές/τριες λόγω έλλειψης συστηματικότητας και συνέχειας. Αρνητικά όμως ενδέχεται να λειτουργήσει και η απουσία της Αγωγής Υγείας από την μέση τεχνική και επαγγελματική κατεύθυνση, οι μαθητές/τριες της οποίας κατά την χρονιά 2013-14 συνιστούσαν το 15,1% επί του συνόλου των μαθητών μέσης εκπαίδευσης (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2016).

Το πιθανό έλλειμμα στην Αγωγή Υγείας μετά το 2010<sup>29</sup>, αλλά και το χάσμα μεταξύ υγείας και Αγωγής Υγείας πριν από το 2010, πιθανόν να εκφράζεται στα υψηλότερα ποσοστά στο υπερβολικό βάρος και στην παχυσαρκία το 2014 των αντρών των ηλικιών 15-19 του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου από τους άντρες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, όπως και στα υψηλότερα ποσοστά των γυναικών του 2<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου στην παχυσαρκία από τις γυναίκες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου την ίδια χρονιά και για τις ίδιες ηλικίες, αφού άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο εμφάνισαν καλύτερες συμπεριφορές υγείας.

Πέραν του μαθήματος της Αγωγής Υγείας, τα υπόλοιπα προγράμματα που προσφέρονται στους μαθητές/τριες και σχετίζονται με συμπεριφορές υγείας όπως είναι η υγιεινή διατροφή και η άσκηση, αν και είναι αξιόλογα πολλά από αυτά, εντούτοις θα μπορούσαν να γίνουν ακόμη περισσότερα που λόγω σύγκρουσης συμφερόντων καθυστερούν (Joseph et al 2013), ενώ πρόβλημα αποτελεί και η διάρκεια τους, αφού στην συντριπτική τους πλειοψηφία έχουν απλά ενημερωτικό χαρακτήρα.

Επομένως, παρά την απουσία δεδομένων σχετικών με την αποτελεσματικότητα του μαθήματος της Αγωγής Υγείας (Ioannou et al 2012), με βάση τα πιο πάνω φαίνεται πως ο πρώτος παράγοντας για να είναι επιτυχής η Αγωγή Υγείας, δηλαδή η ποιότητα και η ποσότητα της πληροφορίας υγείας που προσφέρουν τα αναλυτικά προγράμματα να είναι επαρκής, δεν πληρείται εντελώς, αφού ενδέχεται η ποσότητα της Αγωγής Υγείας που παρέχεται από τα σχολεία μέσω των Ν.Ω.Π. σε σχέση κυρίως με την υγιεινή διατροφή και σε μικρότερο βαθμό με την άσκηση<sup>30</sup> να μην είναι επαρκής, με πιθανό τελικό αποτέλεσμα το χάσμα μεταξύ υγείας (συμπεριφορών υγείας) και σχολικής Αγωγής Υγείας.

---

<sup>29</sup> Παρά την παραδοχή του προγράμματος για την ύπαρξη διαφόρων παραγόντων, πέραν της εκπαίδευσης, που επιδρούν στην διαμόρφωση και στην αλλαγή των στάσεων και συμπεριφορών υγείας (Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού n.db).

<sup>30</sup> λόγω της αύξησης των σχολικών περιόδων που αφορούν στη Φυσική Αγωγή στα Ν.Ω.Π.

Εκτός σχολικών μονάδων τώρα, το κύριο χαρακτηριστικό των προγραμμάτων που αφορούν στις συμπεριφορές υγείας της υγιεινής διατροφής και της άσκησης είναι ο αποσπασματικός – ενημερωτικός τους χαρακτήρας, η απουσία δηλαδή της συστηματικότητας και της συνέχειας που προϋποθέτει η Αγωγή Υγείας (π.χ. Εθνικές Οδηγίες Διατροφής και Άσκησης), αλλά και η αυξημένη πιθανότητα της μειωμένης πρόσβασης στα σχετικά προγράμματα συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού. Για παράδειγμα δεν είναι βέβαιο ότι εξασφαλίζεται η πρόσβαση του συνόλου του πληθυσμού στην ενότητα της Διατροφολογίας που προσφέρουν τα Επιμορφωτικά Κέντρα, αφού με την εξαίρεση δυο επαρχιών, το μάθημα αυτό προσφέρεται μόνο στις πόλεις και σε αστικές περιοχές, σε πολύ μικρό αριθμό κέντρων, και όχι σε όλες τις επαρχίες<sup>31 32</sup>. Ακόμη, η συμπλήρωση των δηλώσεων εγγραφής στα προσφερόμενα θέματα των Επιμορφωτικών Κέντρων και η παροχή του βιβλιαρίου με τις σχετικές πληροφορίες μόνο ή κατά κύριο λόγω ηλεκτρονικά, είναι πιθανόν να περιορίζει επίσης τον αριθμό των ατόμων που θα ήθελαν να συμμετάσχουν σε αυτά, και κυρίως του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, αφού σύμφωνα με τον Eurostat (2016) να μεν αυξήθηκε το ποσοστό των σπιτιών με πρόσβαση στο Διαδίκτυο από το 2008 (43%) στο 2015 (71%), αλλά μόνο το 31% των ατόμων με καθόλου ή χαμηλή τυπική εκπαίδευση είχαν καθημερινή πρόσβαση σε αυτό το 2015, σε αντίθεση με το 64% των ατόμων με μέση τυπική εκπαίδευση και το 87% των ατόμων με υψηλή τυπική εκπαίδευση. Ενισχυτικό της υπόθεσης αυτής είναι και το ότι το 2015 τα ποσοστά χρήσης του διαδικτύου για σκοπούς αλληλεπίδρασης με τις δημόσιες αρχές και για άντληση πληροφοριών από ιστοσελίδες του δημοσίου ήταν ιδιαίτερα χαμηλά για το σύνολο του πληθυσμού (34% και 31% τα αντίστοιχα ποσοστά), ενώ σημειώθηκε και μείωση των ποσοστών και στις 2 αυτές περιπτώσεις από το 2014 στο 2015.

Οι πιθανότητες όμως τα άτομα του κατώτερου (1<sup>ου</sup>) μορφωτικού επιπέδου να μην γνωρίζουν για προγράμματα και δράσεις που έχουν να κάνουν με την αγωγή υγείας γενικά φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αυξημένες λόγω και: α) των πολύ χαμηλών ποσοστών συμμετοχής τους σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης (σε σχέση και με τα άλλα δυο μορφωτικά επίπεδα), τα οποία είναι και αρκετά κάτω από τον ευρωπαϊκό στόχο για το 2020. Τα συγκεκριμένα ποσοστά μάλιστα

---

<sup>31</sup> Στα θετικά του θεσμού είναι η προσφορά της Γυμναστικής σε πολύ μεγαλύτερο αριθμό κέντρων και σε κάποιες περιπτώσεις και σε πρωινές ώρες.

<sup>32</sup> Ζητήματα προσβασιμότητας τίθενται και για τον θεσμό του Ανοικτού Σχολείου, αφού πρόκειται για πρόγραμμα που απευθύνεται σε μικρό αριθμό δήμων και όχι στο σύνολο του πληθυσμού.



παρέμειναν σε χαμηλά επίπεδα (αλλά με μικρή αύξηση από το 2014 στο 2015) για τα άτομα του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου και μετά την εκπόνηση σχεδίων δράσης από το Υ.Π.Π. που στόχο είχαν την ενημέρωση του κοινού σχετικά με την δια βίου εκπαίδευση,

β) των πολύ χαμηλών ποσοστών συμμετοχής των ατόμων του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου σε δραστηριότητες μάθησης, και ειδικά των γυναικών, σε σχέση με το ποσοστό συμμετοχής των ατόμων των δυο άλλων μορφωτικών επιπέδων, και

γ) της μειωμένης πρόσβασης των ατόμων του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου σε πληροφορίες σχετικές με δυνατότητες μάθησης για όλα τα είδη εκπαίδευσης και κατάρτισης σε σχέση με τα άτομα των δυο άλλων μορφωτικών επιπέδων.

Ένα παράδειγμα που πιθανόν να συνοψίζει τα προβλήματα προσβασιμότητας των ατόμων χαμηλού μορφωτικού επιπέδου στην γνώση υγείας είναι τα υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης 1-4 φρούτων και λαχανικών την ημέρα των αντρών και των γυναικών του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και ταυτόχρονα τα χαμηλότερα ποσοστά από τις ηλικίες 25 χρόνων και πάνω στην κατανάλωση 5 τουλάχιστον φρούτων και λαχανικών την ημέρα από την ίδια ομάδα με βάση την έρευνα του 2014 του Eurostat (2016), παρά την υπόδειξη από το 2008 της Εθνικής Επιτροπής Διατροφής για την κατανάλωση 5 τουλάχιστον φρούτων και λαχανικών την ημέρα γιατί αυτό συνιστά συμπεριφορά υγείας.

Ακόμη όμως κι αν πληροφορούνται για τα συγκεκριμένα προγράμματα είναι πιθανόν, οι μειωμένες γνωστικές δεξιότητες που συχνά χαρακτηρίζουν τα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου να μην τους επιτρέπουν να τα αξιολογήσουν σωστά και να τα χρησιμοποιήσουν προς όφελος τους. Η ακόμη κι αν έχουν αυτού του είδους τις δεξιότητες, να μην έχουν τα μέσα – εισοδήματα για να ακολουθήσουν για παράδειγμα τις υποδείξεις της Εθνικής Επιτροπής Διατροφής να συμβουλευόνται ειδικούς σε θέματα ορθής διατροφής, ισορροπημένης διαίτας και άσκησης. Με άλλα λόγια είναι πιθανόν οι λιγότερο προνομιούχοι, αυτοί δηλαδή που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη από τα προγράμματα αυτά, να ωφελούνται και λιγότερο από όλους από την διεξαγωγή τους, με τελικό αποτέλεσμα οι ανισότητες στην υγεία να διευρύνονται αντί να μειώνονται (Loring & Robertson 2014).

Πέραν όμως των προβλημάτων προσβασιμότητας σε προγράμματα που σχετίζονται με την Αγωγή Υγείας, και κυρίως με την υγιεινή διατροφή και σε μικρότερο βαθμό με την άσκηση που είναι πιθανόν να αντιμετωπίζουν κατά κύριο λόγο τα άτομα του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, αξιοσημείωτη είναι και η απουσία προγραμμάτων που να

απευθύνονται ειδικά στην ομάδα αυτή, και ακόμη ειδικότερα στις γυναίκες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου που με βάση τα δεδομένα φαίνεται να συνιστούν την πλέον ευάλωτη ομάδα του πληθυσμού ως προς την γενικότερη κατάσταση υγείας της. Με μοναδικές λοιπόν εξαιρέσεις τις αναφορές των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών σε αυξημένο πρόβλημα όσον αφορά την στοματική υγεία σε άτομα που ασκούν επαγγέλματα όπου το μορφωτικό επίπεδο που απαιτείται είναι χαμηλό, και του Υ.Υ. στην ανάγκη για προγράμματα ψυχικής υγείας που να στοχεύουν μεταξύ άλλων και σε άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (αναφέρεται ως φτώχη ακαδημαϊκή εκπαίδευση) (Υπουργείο Υγείας Κύπρου 2015), δεν γίνεται καμία άλλη αναφορά στον παράγοντα μορφωτικό επίπεδο και στην σχέση του με την υγεία των ατόμων, ούτε έχει αναληφθεί οποιαδήποτε σχετική δράση<sup>33</sup>. Το τελικό αποτέλεσμα των πιο πάνω είναι η αυξημένη πιθανότητα για το ¼ περίπου του πληθυσμού της Κύπρου ηλικίας 15-64 χρόνων, δηλαδή τα άτομα με κατώτερη δευτεροβάθμια, πρωτοβάθμια ή προσχολική εκπαίδευση, και σε μεγαλύτερο βαθμό για τις γυναίκες (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2016, Eurostat 2016), τα τελευταία τουλάχιστον δέκα χρόνια να μην έλαβε ή να έλαβε ανεπαρκείς γνώσεις Αγωγής Υγείας.

Όσον αφορά τώρα στα κρατικά πανεπιστήμια, πέραν των δράσεων τους που αφορούν στην πρόληψη και απευθύνονται κυρίως στα μέλη τους, και οι οποίες (με την εξαίρεση της άθλησης που προσφέρουν και πάλι για τα μέλη τους και κάποιων αθλητικών προγραμμάτων) έχουν ενημερωτικό χαρακτήρα, αλλά και της εκπόνησης επιστημονικών προγραμμάτων συναφών με την υγεία, δεν έχουν ως σήμερα αναλάβει κάποια δράση προς την κατεύθυνση της διερεύνησης της σχέσεως του BMI με το μορφωτικό επίπεδο και το φύλο που θα αναδείκνυε πιθανόν και την σημασία της εκπαίδευσης ως εργαλείου για τον έλεγχο της παχυσαρκίας.

Εκτός όμως των πιο πάνω, και η συνεργασία των τομέων της παιδείας και της υγείας η οποία και συνιστά τον δεύτερο πυλώνα για να είναι η Αγωγή Υγείας επιτυχής, αν και υπάρχει, ενδέχεται να μην είναι ολοκληρωμένη, αφού κάποια συστηματικότητα και συνέχεια σε αυτή συναντάται μόνο σε δράσεις που αφορούν στους μαθητές/τριες. Και αυτό παρά την αναγνώριση από το ίδιο το κράτος της ανάγκης για αυτού του είδους τη συνεργασία μεταξύ των δυο τομέων, έτσι ώστε μέσα από συγκεκριμένες

---

<sup>33</sup> Παρά τις υποδείξεις για παράδειγμα του WHO/Europe που αφορούν στην εφαρμογή προγραμμάτων υγιεινής διατροφής και άσκησης που θα απευθύνονται στοχευμένα σε παιδιά με χαμηλό κοινωνικό – οικονομικό υπόβαθρο (συμπεριλαμβανομένης και της μόρφωσης των γονιών τους), λόγω του ισχυρού συσχετισμού που θεωρεί υπάρχει μεταξύ παιδικής παχυσαρκίας και κοινωνικό – οικονομικής κατάστασης των γονιών (Loring & Robertson 2014).

πρακτικές που θα διενεργούνται σε συστηματική βάση συμπεριφορές υγείας όπως είναι για παράδειγμα η υγιεινή διατροφή και η άσκηση να εμπεδωθούν από όλους (στρατηγικό σχέδιο του 2009 του Υ. Υ.).

Το αποτέλεσμα όμως των πιο πάνω που συνοψίζεται στην απουσία μιας δια βίου στρατηγικής της Αγωγής Υγείας που θα ξεκινά από την παιδική ηλικία του ατόμου και θα αφορά ολόκληρη τη ζωή του, είναι το χάσμα μεταξύ υγείας και Δια Βίου Αγωγής Υγείας.

Στο χάσμα αυτό και στην απουσία προγραμμάτων που θα ανταποκρίνονται στις ιδιαιτερότητες της περίπτωσης τους είναι πιθανόν να οφείλονται για παράδειγμα και τα αυξημένα ποσοστά υπερβολικού βάρους στους άντρες και των τριών μορφωτικών επιπέδων από τις νεαρές ηλικίες, και η εν συνέχεια μεγαλύτερη αύξηση που παρουσιάζουν, όπως και η αύξηση των ποσοστών της παχυσαρκίας στους άντρες από τα 35 για το 1<sup>ο</sup> και το 3<sup>ο</sup> μορφωτικό επίπεδο και από τα 25 (με βάση τα δεδομένα του 2014) για το 2<sup>ο</sup> μορφωτικό επίπεδο. Η υπόθεση αυτή μάλιστα ενισχύεται και από τα υψηλότερα ποσοστά υπερβολικού βάρους και τα παραπλήσια (αν και χαμηλότερα) ποσοστά της παχυσαρκίας που εμφανίζουν οι άντρες του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου σε σχέση με τους άντρες των δυο άλλων μορφωτικών επιπέδων, αφού ακόμη και αυτοί που ανήκουν στο υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο το οποίο τους εξασφαλίζει αυξημένες πιθανότητες για απασχόληση και υψηλό μισθό, όπως και αυξημένες γνώσεις υγείας, εντούτοις δεν φαίνεται να εκδηλώνουν τις αναμενόμενες συμπεριφορές που προάγουν την υγεία. Από την άλλη βέβαια, οι μεγαλύτερες πιθανότητες για απασχόληση, για υψηλότερα εισοδήματα και για αυξημένη πρόσβαση στην φροντίδα υγείας που έχουν τα άτομα του 3<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, συνεπάγονται και σημαντικά μεγαλύτερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν με μεγαλύτερη επιτυχία το πρόβλημα της παχυσαρκίας. Αυτοί επομένως που είναι σε πραγματικά μειονεκτική θέση είναι τα άτομα του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου. Σε κάθε περίπτωση το ζητούμενο είναι η αποφυγή του προβλήματος (παχυσαρκία), μιας και το κόστος όπως ήδη έχει αναφερθεί σε αυτή την περίπτωση είναι πολυδιάστατο.

Σχετική με την στάση του κράτους απέναντι σε ζητήματα όπως είναι η παχυσαρκία, οι συμπεριφορές υγείας που την αφορούν και γενικότερα η Αγωγή Υγείας και η πρωτογενής πρόληψη είναι και η ενότητα που ακολουθεί, όπου μέσα από την ανάλυση του λόγου των υπουργών παιδείας και υγείας από το 2011 ως το 2017 θα επιχειρηθεί να διερευνηθούν οι θέσεις, οι αντιλήψεις και η οπτική τους σε σχέση με τα συγκεκριμένα ζητήματα.

## 5. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΤΩΝ ΥΠΟΥΡΓΩΝ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ 2011 – 2017

### 5.1 Ανάλυση Λόγου – το θεωρητικό πλαίσιο

Η ανάλυση του λόγου μελετά τους τρόπους που η γλώσσα χρησιμοποιείται ευρέως σε ένα διάλογο ή κείμενο σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο καταστάσεων και συμβάσεων, πολιτιστικών και κοινωνικών, που περιλαμβάνουν και την διαντίδραση του ομιλητή (ή του συγγραφέα αντίστοιχα) με τον ακροατή (ή τον αναγνώστη αντίστοιχα). Αυτό λοιπόν που πρωτίστως ενδιαφέρει τον αναλυτή λόγου είναι η καθομιλουμένη – ανθρώπινη γλώσσα που το αντικείμενο της ανάλυσης του χρησιμοποιεί, τα πιθανά σφάλματα, ολισθήματα και δισταγμοί της γλώσσας όπως και το πλαίσιο, πολιτισμικό (Nordquist, 2017), κοινωνικό και ιστορικό, μέσα στο οποίο ο συγκεκριμένος λόγος δημιουργήθηκε (Schneider 2013).

Για την καλύτερη κατανόηση της σημασίας μιας φράσης κάποιοι από τους αναλυτές λόγου πέραν του να εξετάζουν το ευρύτερο πλαίσιο της φράσης αυτής, θέτουν και ερωτήματα όπως: με τι ασχολείται ο ομιλητής? Τι θεωρεί ότι θα επιτύχει μιλώντας την συγκεκριμένη στιγμή με αυτό τον συγκεκριμένο τρόπο? Ποιο σύστημα ακολουθεί όταν συνομιλεί με άλλον για να πάρει ή να δώσει τον λόγο? Τι σημασία έχουν οι μικρές λέξεις όπως «και», «αλλά», «ω» κλπ που χρησιμοποιούν? Ποια πράξη υπονοεί ένας λόγος (τι αναμένεται δηλαδή από τον συνομιλητή)? (Tannen 2012).

Η ανάλυση της «φυσικής» χρήσης της γλώσσας που χρησιμοποιεί το πρόσωπο του οποίου ο λόγος αναλύεται στόχο έχει το να φέρει στην επιφάνεια κοινωνικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά του προσώπου αυτού, αλλά και να «αποκαλύψει» τις πραγματικές προθέσεις του σε σχέση με συγκεκριμένο ζήτημα οι οποίες είναι πιθανόν να μην γίνονται φανερές ευρέως λόγω της ρητορικής που χρησιμοποιεί (Yatsko 2016).

Ο αναλυτής θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός έτσι ώστε να μην καταλήξει σε ισχυρισμούς οι οποίοι δεν υποστηρίζονται από το υλικό το οποίο τελικά επέλεξε, και να έχει συνεχώς κατά νου πως αυτό που τον ενδιαφέρει είναι το πώς το πρόσωπο του οποίου τον λόγο αναλύει κατασκευάζει ένα επιχείρημα, το πώς αυτό το επιχείρημα συνάδει με τις κοινωνικές πρακτικές που χρησιμοποιούνται ευρέως και κυρίως, τι είναι αυτό που το συγκεκριμένο πρόσωπο προσπαθεί να παρουσιάσει ως αλήθεια και ως αυτονόητο και μέσω ποιών ρητορικών πρακτικών επιδιώκει να το πετύχει αυτό (Schneider 2013).

Η ιδιαιτερότητα του πολιτικού λόγου έγκειται στο τι αναγνωρίζεται ως τέτοιος όπως και στο ορισμό του πλαισίου. Έτσι ο πολιτικός λόγος είναι μορφή πολιτικής και κοινωνικής πράξης και διαντίδρασης όταν αποτελεί μέρος της πολιτικής διαδικασίας (π.χ. προεκλογικές εκστρατείες, συζητήσεις στη βουλή που καταγράφονται στα πρακτικά, προπαγάνδα του κόμματος κλπ). Πολιτικός όμως υπό μια ευρεία έννοια είναι και ο ανεπίσημος λόγος των πολιτικών όπως είναι για παράδειγμα η «προνομιακή επικοινωνία» με ένα δημοσιογράφο λόγω των πολιτικών συνεπειών του. Η ανάλυση δε του πολιτικού λόγου δεν αφορά μόνο στους πολιτικούς αλλά και σε αυτούς στους οποίους απευθύνονται οι πολιτικοί, δηλαδή το ακροατήριο, τις «μάζες», και γενικά περιλαμβάνει όσους συμμετέχουν στην πολιτική διαδικασία. Με άλλα λόγια στο επίκεντρο της ανάλυσης του πολιτικού λόγου βρίσκονται οι συμμετέχοντες και οι δράσεις που λαμβάνουν χώρα, όπως επίσης οι συνθήκες, ο τόπος και ο χρόνος, γιατί το κείμενο (ο λόγος) και το πλαίσιο, σε μια σχέση αμοιβαιότητας, ορίζουν το ένα το άλλο. Εντούτοις, εφόσον οριστεί και αναλυθεί το πολιτικό πλαίσιο, δηλαδή το πλαίσιο στο οποίο λαμβάνει χώρα ο πολιτικός λόγος, η ανάλυση του πολιτικού λόγου είναι σε μεγάλο βαθμό όπως οποιαδήποτε άλλη ανάλυση λόγου (Dijk n.d).

Η ανάλυση λόγου που ακολουθεί χρησιμοποιεί δηλώσεις, συνεντεύξεις και ομιλίες των υπουργών παιδείας και υγείας της περιόδου 2011-2017 και βασίζεται στην οντολογία<sup>34</sup> προκειμένου να εξαχθεί το σχετικό λεξιλόγιο των υπουργών και να βρεθούν δεσμοί μεταξύ διαφορετικών εννοιών<sup>35</sup> (Πίνακας 21, Πίνακας 22). Στόχος είναι η διερεύνηση των θέσεων, των αντιλήψεων και της οπτικής των υπουργών σε σχέση με ζητήματα όπως είναι η πρωτογενής πρόληψη, η αγωγή υγείας, η παχυσαρκία, οι συμπεριφορές υγείας, η συλλογικότητα, αλλά και οι στάσεις τους ως προς διάφορες ηλικιακές ομάδες σε σχέση με την υγεία, ενώ ακόμη καταγράφονται πολιτικές, δράσεις και προγράμματα του κράτους σχετικά με την πρωτογενή πρόληψη, όπως και ο ρόλος των οικονομικών παραγόντων στις αποφάσεις για τις πολιτικές υγείας του κράτους. Απώτερος στόχος είναι η αποκάλυψη κάποιων από τις αιτίες για την δημιουργία του χάσματος που περιγράφηκε πιο πάνω.

---

<sup>34</sup> Με βάση τον ορισμό που δίνει το Oxford Dictionary (2017) για την Οντολογία, ως «του συνόλου των εννοιών και κατηγοριών σε μια θεματική περιοχή ή τομέα που δείχνει τις ιδιότητες τους και τις μεταξύ τους σχέσεις».

<sup>35</sup> Για την ανάλυση λόγου των υπουργών χρησιμοποιήθηκε ως παράδειγμα η έκθεση των Καμέα Α., Θεοδοσίου Α., Μαρίνη Ι., Σερεμέτη Α. και Ζαφειροπούλου Μ., «Framing Poverty, An analysis of poverty & social exclusion before & after the crisis-Content Analysis of interviews from NGOs», από τη σειρά Framex. Athens, October 2014

N/A	Υπουργός	Περίοδος
1	Σταύρος Μαλάς	2011-2012
2	Ανδρούλα Αγρότου <sup>36</sup>	15 Οκτωβρίου 2012 - 28 Φεβρουαρίου 2013
3	Φίλιππος Πατσάλης	2013-2015
4	Γιώργος Παμπορίδης	2015-

N/A	Υπουργός	Περίοδος
1	Γιώργος Δημοσθένους	2011-2013
2	Κυριάκος Κερεβέζος <sup>37</sup>	2013-2014
3	Κώστας Καδής	2014-

Η δομή της ανάλυσης περιλαμβάνει τις κατηγορίες, τις σχέσεις και τις περιπτώσεις – παραδείγματα τα οποία και έχουν προκύψει από την επεξεργασία των δηλώσεων, των συνεντεύξεων και των ομιλιών των υπουργών.

## 5.2 Παχυσαρκία

Σύμφωνα με τα όσα έχουμε καταγράψει πιο πριν, η παχυσαρκία είναι ένα φαινόμενο με παγκόσμιες διαστάσεις η εξέλιξη του οποίου συνιστά μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για τα συστήματα υγείας και το τοποθετεί στην πρώτη γραμμή των ζητημάτων υγείας που έχουν να αντιμετωπίσουν τα κράτη (Brunello et al 2013:195). Πρόκειται για ένα φαινόμενο πολυδιάστατο, με τις συνέπειες πέραν της υγείας των ατόμων να είναι τόσο οικονομικές, άμεσες για το σύστημα υγείας που καλείται να αντιμετωπίσει τα αρνητικά αποτελέσματα του φαινομένου όσο και έμμεσες (χαμένες εργατοώρες, μειωμένη εργοδότηση, κόστος για το άτομο και την οικογένεια του), αλλά και κοινωνικές (διακρίσεις, στιγματισμός, αυξημένες πιθανότητες για χαμηλό μορφωτικό επίπεδο που συνεπάγεται πιο χαμηλό μισθό, αυξημένος κοινωνικός αποκλεισμός κλπ) (NZIER, 2015).

Με βάση τα δεδομένα που παρατέθηκαν στο έγγραφο αυτό η παχυσαρκία φαίνεται να συνιστά και για την Κύπρο ένα σημαντικό ζήτημα που αφορά πλέον την πλειοψηφία του πληθυσμού. Ως εκ τούτου ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η στάση του κράτους απέναντι σε αυτή, και πιο συγκεκριμένα η οπτική των υπουργών παιδείας

<sup>36</sup> Για την Ανδρούλα Αγρότου δεν βρέθηκε κανένα σχετικό κείμενο με τις κατηγορίες που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση.

<sup>37</sup> Για τον Κυριάκο Κερεβέζο δεν βρέθηκε κανένα σχετικό κείμενο με τις κατηγορίες που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση.

και υγείας μιας και πρόκειται για τους τομείς που σχετίζονται άμεσα με τον έλεγχο της.

Καταρχήν αυτό που σημειώνεται ως σημαντικό είναι το ότι τέσσερις υπουργοί, τρεις της υγείας και ένας της παιδείας, καταπιάνονται με το συγκεκριμένο ζήτημα, σε τέσσερις διαφορετικές χρονιές, στοιχείο που φανερώνει την σημαντικότητα η οποία αποδίδεται στο συγκεκριμένο φαινόμενο (Πίνακας 23).

N/A	Υπουργός	Που μίλησε	Πότε
1	Σταύρος Μαλάς	Υπουργείο Υγείας	19/3/2012
2	Φίλιππος Πατσαλής	Υπουργείο Υγείας	Μάιος 2014
3	Κώστας Καδής	Ο Φιλελεύθερος	23/8/2015
4	Γιώργος Παμπορίδης	Ο Φιλελεύθερος	10/5/2016

Μάλιστα οι υπουργοί υγείας για να τονίσουν την έκταση του προβλήματος, αλλά και για να πείσουν το ακροατήριό τους, χρησιμοποιούν διάφορες τεχνικές όπως είναι η επίκληση της λογικής (Quora, 2015) με την παράθεση αριθμών-στατιστικών δεδομένων, η επίκληση του συναισθήματος (Quora, 2015) με την αναφορά στα παιδιά και στους νέους, και στην περίπτωση του Σταύρου Μαλά, η χρήση συγκεκριμένων λέξεων όπως «απειλητικό», «τρομακτικό» αλλά και η χρήση της επανάληψης του όρου παχυσαρκία, προκειμένου να δοθεί έμφαση στην ιδέα/φαινόμενο/κατάσταση (Darcy 2000). Προσεγγίζουν δε την παχυσαρκία ως κοινωνικό φαινόμενο που αφορά στο σύνολο του πληθυσμού και ως θέμα συμπεριφορών υγείας (διατροφή και άσκηση), όχι όμως και ως οικονομικό φαινόμενο, όπως γίνεται για παράδειγμα στην Αμερική, στην οποία το κόστος (άμεσο και έμμεσο) για το 2010 ξεπέρασε τα \$200 δις (Hammond & Levin 2010), ή την Αυστραλία όπου το χαμένο κόστος για την παραγωγικότητα για την περίοδο 2008-2009 ήταν \$6,4 δις (NZIER 2015).

Ακολουθούν τα συγκεκριμένα κείμενα:

*«... Ασφαλώς το πρόβλημα της παχυσαρκίας παραμένει πάντοτε απειλητικό για την υγεία μας με αριθμούς που τρομάζουν, 36.1% του πληθυσμού μας είναι υπέρβαροι και 27.8% παχύσαρκοι. Και ακόμη πιο τρομακτικό, το 50% των παιδιών μας είναι παχύσαρκα. Μέσα από την έκδοση αυτή η οποία προσεγγίζει θέματα διατροφής και*

άσκησης που απασχολούν τους νέους, θέλουμε να συμβάλουμε στην προσπάθεια για μείωση της παχυσαρκίας.» (Σταύρος Μαλάς, Υπουργείο Υγείας, 19/3/2012).

«Στη χώρα μας η παχυσαρκία αγγίζει το 27,8% και το υπερβάλλον βάρος το 36% του συνολικού πληθυσμού .... Τρώγοντας σωστά μπορούμε να συμβάλουμε στη διατήρηση της υγείας και στην πρόληψη της παχυσαρκίας και των ασθενειών» (Φίλιππος Πατσαλής, Υπουργείο Υγείας, Μάιος 2014).

«... η παχυσαρκία είναι άκρως διαδεδομένη στην Κύπρο, προσβάλλοντας και τα παιδιά, λόγω των διατροφικών συνηθειών και του χαμηλού επιπέδου σωματικής άσκησης» (Γιώργος Παμπορίδης, Ο Φιλελεύθερος, 10/5/2016).

Σε αντίθεση τώρα με τους υπουργούς υγείας που δίνουν ιδιαίτερο βάρος στο λόγο τους στο ζήτημα της παχυσαρκίας, ο νυν υπουργός παιδείας Κώστας Καδής επικαλείται την παχυσαρκία μόνο για να αιτιολογήσει τη ενίσχυση του μαθήματος της Φυσικής Αγωγής:«... έχουμε ενισχύσει συγκεκριμένα μαθήματα που κατά γενική ομολογία χρειάζονταν ενίσχυση, όπως είναι ...και το μάθημα της Φυσικής Αγωγής ... στόχος είναι η αντιμετώπιση του φαινομένου της παχυσαρκίας» (Κώστας Καδής, Ο Φιλελεύθερος, 23/8/2015) .

### 5.3 Πρωτογενής Πρόληψη – Πρόληψη

Η έννοια της πρωτογενούς πρόληψης δεν αναφέρεται σε κανένα κείμενο ενώ ο όρος πρόληψη συναντάται σε 4 κείμενα (Πίνακας 24).

N/A	Υπουργός	Που μίλησε	Πότε
1	Φίλιππος Πατσαλής	Υπουργείο Υγείας	Μάιος 2014
2	Φίλιππος Πατσαλής	Βουλή των Αντιπροσώπων	14/11/2014
3	Γιώργος Παμπορίδης	Ο Φιλελεύθερος	4/2/2016
4	Γιώργος Παμπορίδης	Cyprus Times	31/1/2017

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διασύνδεση ανάμεσα στην πρόληψη και το Γενικό Σχέδιο Υγείας (Γ.Ε.Σ.Υ.) την οποία επιχειρεί ο Φίλιππος Πατσαλής, ο οποίος απευθυνόμενος άμεσα στους βουλευτές επικαλείται την λογική (Quora 2015), ενώ έμμεσα απευθυνόμενος στον κόσμο επικαλείται το συναίσθημα (Quora 2015) προκειμένου να τον «κερδίσει» μέσα από την ανάδειξη της αναβάθμισης του μέσω του Γ.Ε.Σ.Υ.: «Με τη δομή του νέου συστήματος ο ασθενής προάγεται και αποκτά



*πρόσβαση ... σε υπηρεσίες που αφορούν την πρόληψη ...» (Φίλιππος Πατσαλής, Βουλή των Αντιπροσώπων, 14/11/2014).*

Ο ίδιος υπουργός θέλοντας πιθανόν να τονίσει τον εκσυγχρονισμό που πρόκειται να επέλθει στο σύστημα με την εφαρμογή του Γ.Ε.Σ.Υ., αναφέρεται σε διεθνή πρότυπα του 21<sup>ου</sup> αιώνα στα οποία αυτό θα βασιστεί: *«Και όλα στη βάση των διεθνών προτύπων του 21ου αιώνα» (Φίλιππος Πατσαλής, Βουλή των Αντιπροσώπων, 14/11/2014).*

Τόσο τώρα ο Φίλιππος Πατσαλής όσο και ο διάδοχος του Γιώργος Παμπορίδης, αναφερόμενοι στην σχέση της πρόληψης με την εκδήλωση των ασθενειών, ο μιν πρώτος στέκεται στην σημασία του τρόπου ζωής ως βασικού προληπτικού παράγοντα, ο δε δεύτερος στο ρόλο της πρόληψης σε σχέση με τον καρκίνο, στοιχείο που ενδεχομένως να φανερώνει την ανησυχία του κράτους για τις διαστάσεις της συγκεκριμένης ασθένειας στην Κύπρο αλλά και την αναγνώριση της πρόληψης ως σημαντικού μέτρου για τον έλεγχο και τον περιορισμό της. Ακολουθούν τα σχετικά αποσπάσματα:

*«Ο καθημερινός τρόπος ζωής σηματοδοτεί, ίσως, έναν από τους πιο βασικούς παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στην πρόληψη των ασθενειών» (Φίλιππος Πατσαλής, Υπουργείο Υγείας, Μάιος 2014).*

*«...το 40% των καρκίνων μπορούν να αποφευχθούν με σωστή τακτική πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση» (Γιώργος Παμπορίδης, Ο Φιλελεύθερος, 4/2/2016).*

*«Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην πρόληψη, η οποία είναι η πιο αποτελεσματική και αποδοτική μέθοδος που αντιμετωπίζει τον καρκίνο» (Γιώργος Παμπορίδης, Cyprus Times, 31/1/2017).*

#### 5.4 Αγωγή Υγείας

Αυτό που σημειώνεται εξ αρχής είναι η πολύ μικρή έκταση των αναφορών στην αγωγή υγείας, αφού αυτή συναντάται μόνο σε 2 κείμενα που αφορούν σε λόγους των υπουργών παιδείας του 2012 και του 2016, όπως και η απουσία οποιασδήποτε προσέγγισης του ζητήματος, είτε μερική είτε συνολική, και από τους δυο υπουργούς στις δηλώσεις τους (Πίνακας 25). Εντούτοις ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι η αναφορά του Γιώργου Δημοσθένους υπουργού της κυβέρνησης του αριστερού Δημήτρη Χριστόφια, ο οποίος εντάσσει την αγωγή υγείας στις πολιτικές πρόληψης: *«Επίσης, λειτουργεί η διατμηματική Συντονιστική Επιτροπή Αγωγής Υγείας και Πολιτότητας, που εποπτεύει γενικότερα την πολιτική πρόληψης του υπουργείου...» (Γιώργος*

Δημοσθένους, SigmaLive, 12/5/2012), και κυρίως αναγνωρίζει στην εισαγωγή του μαθήματος της αγωγής υγείας στα σχολεία την σημαντικότερη δράση του υπουργείου του. Επιπλέον, η έμφαση που δίνει στο ότι αφορά όλους τους μαθητές πιθανόν να εκφράζει τις γενικότερες αντιλήψεις του ΑΚΕΛ (το κόμμα της αριστεράς στην Κύπρο<sup>38</sup>) όσον αφορά τις ίσες ευκαιρίες πρόσβασης όλων των νέων στην εκπαίδευση: «Τέλος, το σημαντικότερο μέτρο που λήφθηκε, και το οποίο ευελπιστούμε ότι σταδιακά θα οδηγήσει στη βελτίωση της κατάστασης, το οποίο αφορά όλους τους μαθητές, είναι η εισαγωγή του μαθήματος της Αγωγής Υγείας σε όλες τις τάξεις» (Γιώργος Δημοσθένους, SigmaLive, 12/5/2012).

<b>Πίνακας 25: Κατηγορία- Αγωγή Υγείας</b>			
<b>N/A</b>	<b>Υπουργός</b>	<b>Που μίλησε</b>	<b>Πότε</b>
<b>1</b>	Γιώργος Δημοσθένους	SigmaLive	12/5/2012
<b>2</b>	Κώστας Καδής	Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών	25/5/2016

Πέραν τώρα του Γιώργου Δημοσθένους, και παρά την πάροδο 6 χρόνων από την εισαγωγή του μαθήματος της αγωγής υγείας την χρονιά 2010-2011, δεν υπήρξε καμία άλλη αναφορά στο συγκεκριμένο ζήτημα, αφού ο νυν υπουργός παιδείας της δεξιάς κυβέρνησης του Νίκου Αναστασιάδη στην δήλωση του που ακολουθεί, περιορίζεται στην διασύνδεση της αγωγής υγείας με την ανάληψη εκπαιδευτικών δράσεων από τα σχολεία.

«Με την ... στήριξη ... των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, τα σχολεία ...θα έχουν αυξημένες δυνατότητες να αναπτύξουν ποικίλες εκπαιδευτικές δράσεις ....» (Κώστας Καδής, Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών, 25/5/2016).

Διαφαίνεται λοιπόν με βάση τις δηλώσεις των υπουργών παιδείας μια προσπάθεια ανάδειξης του ζητήματος της αγωγής υγείας από την αριστερά και αντίστοιχα, υποβάθμισης του από την δεξιά.

38

[https://www.akel.org.cy/2015/05/12/%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B5%CE%B9%CE%B1-%CE%B5%CE%BA%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B5%CF%85%CF%83%CE%B7/#.WSmo6\\_mGPIU](https://www.akel.org.cy/2015/05/12/%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B5%CE%B9%CE%B1-%CE%B5%CE%BA%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B5%CF%85%CF%83%CE%B7/#.WSmo6_mGPIU)

## 5.5 Συμπεριφορές Υγείας

Τέσσερις διαφορετικοί υπουργοί, τρεις της υγείας και ένας της παιδείας από το 2012 μέχρι το 2016, σε έξι κείμενα καταπιάνονται με το ζήτημα των συμπεριφορών υγείας, στοιχείο που φανερώνει και την σημασία που αποδίδεται σε αυτό (Πίνακας 26).

N/A	Υπουργός	Που μίλησε	Πότε
1	Σταύρος Μαλάς	Υπουργείο Υγείας	19/3/2012
2	Σταύρος Μαλάς	Υπουργείο Υγείας	6/4/ 2012
3	Φίλιππος Πατσαλής	Υπουργείο Υγείας	Μάιος 2014
4	Γιώργος Παμπορίδης	Ο Φιλελεύθερος,	4/2/2016
5	Γιώργος Παμπορίδης	Ο Φιλελεύθερος	10/5/2016
6	Κώστας Καδής	I-eidisi news	3/3/2016

Η ανάδειξη του θέματος των συμπεριφορών υγείας σε σημαντικό ζήτημα με βάση τουλάχιστον την ενασχόληση των υπουργών υγείας (κυρίως) και παιδείας με αυτό σε λεκτικό επίπεδο, δεν μπορεί να είναι άσχετη με την γενικότερη γραμμή της Ευρωπαϊκής Ένωσης για μεγαλύτερη έμφαση στα ζητήματα που αφορούν τις συμπεριφορές υγείας (EU Science Hub 2016).

Ιδιαίτερως ενδιαφέρουσα είναι η προσέγγιση του Σταύρου Μαλά ως προς το συγκεκριμένο θέμα, το οποίο αντιμετωπίζει ολιστικά, συνδέοντας την καλή υγεία καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου με την ύπαρξη ενός συνεχούς στις συμπεριφορές αυτές, που θα ξεκινά από την παιδική ηλικία και θα συνεχίζεται μέχρι το γήρας. Επιπλέον, ενώ αναγνωρίζει την ανάγκη ύπαρξης και ψυχικής υγείας για να είναι η γήρανση υγιής παραπέμποντας έτσι σε σημαντικό βαθμό στον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την υγεία<sup>39</sup> ταυτόχρονα, σε μια αντικρουόμενη αναφορά θεωρεί εξίσου σημαντικό παράγοντα για την υγιή γήρανση και την χρήση φαρμάκων. Ακολουθούν τα σχετικά αποσπάσματα:

*«Έχοντας παιδιά υγιή με σωστές διατροφικές συνήθειες και καθημερινή άσκηση, παιδιά απαλλαγμένα από στρες και εξαρτησιογόνες ουσίες, είμαστε σίγουροι ότι θα έχουμε ένα μεγάλο ποσοστό μελλοντικών υγιών ενηλίκων καθώς και μια κοινωνία απαλλαγμένη*

<sup>39</sup> «Η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας» (Τούντας 2002).

από πολλές ασθένειες που οφείλονται στον λανθασμένο τρόπο ζωής» (Σταύρος Μαλάς, Υπουργείο Υγείας, 19/3/2012).

«...η υγιής γήρανση εξαρτάται ... κυρίως όμως από τη συμπεριφορά μας ... καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής μας ... τις διατροφικές μας συνήθειες, ... σε ποιο βαθμό εκθέτουμε τους εαυτούς μας και τους γύρω μας σε περιβαλλοντικούς και άλλους κινδύνους όπως ... το κάπνισμα, την αλόγιστη χρήση αλκοόλ, ή την έκθεση σε τοξικές ουσίες .... Εξίσου σημαντικό ρόλο έχει η σωματική δραστηριότητα, η διατήρηση της ψυχικής υγείας και η χρήση φαρμάκων» (Σταύρος Μαλάς, Υπουργείο Υγείας, 6/4/ 2012).

Και ο Φίλιππος Πατσαλής σε μια ολική προσέγγιση του ζητήματος συνδέει την καλή υγεία με τις συμπεριφορές υγείας:

«Ο καθημερινός τρόπος ζωής ... Η καλή ποιότητα ζωής, η σωστή διατροφή, η καθημερινή άσκηση, ο περιορισμός του άγχος και η απαλλαγή από τις εξαρτησιογόνες ουσίες μπορούν να μας διασφαλίσουν μια καλή υγεία.» (Φίλιππος Πατσαλής, Υπουργείο Υγείας, Μάιος 2014). Από την άλλη ο νυν υπουργός υγείας αναδεικνύει και πάλι το ζήτημα του καρκίνου (όπως και πιο πάνω), συνδέοντας το με τις συμπεριφορές υγείας: « .. ο καρκίνος δεν είναι ανίκητος ... Η διαφώτιση, η ευαισθητοποίηση, η υιοθέτηση υγιεινών επιλογών ζωής αποτελούν όπλα στη μάχη μας» (Γιώργος Παμπορίδης, Ο Φιλελεύθερος, 4/2/2016), ενώ ιδιαίτερη έμφαση δίνει στο ζήτημα των υγιεινών τροφών: «... η ανάπτυξη επίγνωσης επί των διατροφικών συνθηκών μας και ο εμπλουτισμός τους με θρεπτικά τρόφιμα, ουδόλως αποδυναμώνει τη γεύση που η υγιεινή διατροφή προσφέρει» (Γιώργος Παμπορίδης, Ο Φιλελεύθερος, 10/5/2016), εκφράζοντας έτσι μια γενικότερη τάση που θέλει τους ανθρώπους σήμερα, επειδή ζούνε περισσότερο, να προσέχουν τι τρώνε και να ενημερώνονται (κατά κύριο λόγο από το διαδίκτυο) για οτιδήποτε αφορά διατροφικά ζητήματα, συμπεριλαμβανομένης και της γεύσης (Pina 2016).

Αναφορά σε μη υγιεινές συνήθειες και συγκεκριμένα στο κάπνισμα κάνει ο νυν υπουργό παιδείας, ο οποίος τονίζει την κοινωνική διάσταση του ζητήματος του καπνίσματος ανάμεσα στους νέους και στους έφηβους κυρίως, και ως εκ τούτου την σημασία των σχετικών δράσεων των διαφόρων εμπλεκόμενων φορέων. Θέλοντας δε να προσδώσει εγκυρότητα και βάρος στα λεγόμενα του ακολουθεί μια συνήθη πρακτική των πολιτικών, και ειδικά όταν βρίσκονται στην κυβέρνηση, την επίκληση επιστημονικών δεδομένων (LSE n.d): «... η Κύπρος κατέχει μια από τις ψηλότερες θέσεις στην Ευρώπη ως προς τη συχνότητα του καπνίσματος μεταξύ των εφήβων ...

ευρωπαϊκές έρευνες καταδεικνύουν ότι το κάπνισμα, κυρίως στην εφηβική ηλικία, είναι κατεξοχήν κοινωνικό φαινόμενο» (Κώστας Καδής, I-aidisi news, 3/3/2016).

## 5.6 Πολιτικές του κράτους σχετικές με την πρωτογενή πρόληψη

Καταρχάς θα πρέπει να σημειωθεί πως πρόκειται για την κατηγορία για την οποία αναφορές γίνονται από το 2012 μέχρι το 2017 (με την εξαίρεση του 2013) και η οποία συγκεντρώνει τον μεγαλύτερο αριθμό κειμένων (13 συνολικά) και δηλώσεις 4 υπουργών (3 της υγείας και ένας της παιδείας) (Πίνακας 27), αναμενόμενο ίσως, αφού η τεχνική της επίκλησης της λογικής (Quora, (2015) μέσα από την χρήση δεδομένων προκειμένου να πειστεί το ακροατήριο είναι συχνή ανάμεσα στους πολιτικούς (Sutcliffe & Court 2005).

Οι δράσεις που αφορούν στον καρκίνο εμφανίζονται σε 4 κείμενα ενώ έχουν κυρίαρχη θέση στον λόγο των 2 τελευταίων υπουργών υγείας, κάτι που όπως σημειώθηκε και πιο πάνω δεν μπορεί να είναι ανεξάρτητο από την αύξηση των ποσοστών του καρκίνου στην Κύπρο τα τελευταία χρόνια. Πιο συγκεκριμένα τώρα, ο Φίλιππος Πατσαλής του οποίου ο λόγος στηρίζεται στην λογική (Quora 2015), αναφέρεται σε στρατηγικές οι οποίες εκτός από συγκεκριμένες ποικίλουν αφού περιλαμβάνουν: απλοποίηση των διαδικασιών και της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας: *«Ταυτόχρονα, οι Κλινικές Διακοπής του Καπνίσματος, που λειτουργούν από το Υπουργείο Υγείας, προσφέρουν άμεση προσβασιμότητα των ενδιαφερομένων για θεραπεία χωρίς κάρτα νοσηλείας και χωρίς λίστες αναμονής ...»* (Φίλιππος Πατσαλής, Η Σημερινή, 29/4/2015), συνεργασία με άλλους φορείς: *«... λειτουργοί του Υπουργείου Υγείας θα προχωρήσουν στην προσφορά υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος προς τα αστυνομικά μέλη των Αστυνομικών Διευθύνσεων όλων των πόλεων»* (Φίλιππος Πατσαλής, Η Σημερινή, 29/4/2015), αλλά και ακυρωτικές διαδικασίες σε περίπτωση μη συμμόρφωσης: *«... νομοθεσία για το κάπνισμα, ... που θα κατατεθεί περιέχει αυστηρότερα μέτρα και περιορισμούς»* (Φίλιππος Πατσαλής, SigmaLive, 17/10/2014).

Αντίθετα ο Γιώργος Παμπορίδης περιορίζεται σε αναφορές πιο γενικές, ενημερωτικού κυρίως χαρακτήρα για τον καρκίνο, που αφορούν είτε σε στρατηγικές που ετοιμάζονται: *« ...έχει ήδη ετοιμαστεί σχετικό προσχέδιο της στρατηγικής, το οποίο βρίσκεται στο τελικό στάδιο επεξεργασίας του...»* (Γιώργος Παμπορίδης, Ιερά Μητρόπολη Ταμασού και Ορεινής, 31/1/2016), είτε σε υποστηρικτικούς των δράσεων του υπουργείου του φορείς: *« ... η πολυσχιδής δράση τα τελευταία πέντε*

χρόνια είχε την αμέριστη στήριξη της Εθνικής Επιτροπής κατά του καρκίνου» (Γιώργος Παμπορίδης, Ο Φιλελεύθερος, 4/2/2016).

<b>Πίνακας 27:</b> Κατηγορία - Πολιτικές του κράτους σχετικές με την πρωτογενή πρόληψη			
N/A	Υπουργός	Που μίλησε	Πότε
1	Σταύρος Μαλάς	Υπουργείο Υγείας	19/3/ 2012
2	Σταύρος Μαλάς	Υπουργείο Υγείας	6/4/ 2012
3	Φίλιππος Πατσαλής	Υπουργείο Υγείας	Μάιος 2014
4	Φίλιππος Πατσαλής	SigmaLive	17/10/2014
5	Φίλιππος Πατσαλής	Η Σημερινή	29/4/2015
6	Κώστας Καδής	Ο Φιλελεύθερος	23/8/2015
7	Κώστας Καδής	Reporter	21/12/2015
8	Γιώργος Παμπορίδης	Ιερά Μητρόπολης Ταμασού και Ορεινής	31/1/2016
9	Γιώργος Παμπορίδης	Ο Φιλελεύθερος	4/2/2016
10	Κώστας Καδής	Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών	25/5/2016
11	Γιώργος Παμπορίδης	Cyprus Times	31/1/2017
12	Γιώργος Παμπορίδης	Ο Φιλελεύθερος	23/3//2017
13	Κώστας Καδής	Κυπριακός Οργανισμός Αθλητισμού	10/4/2017

Και οι δράσεις που αφορούν σε ζητήματα διατροφής και άσκησης όμως κατέχουν σημαντική θέση στον λόγο των υπουργών κυρίως της υγείας, αφού εμφανίζονται επίσης σε 4 κείμενα, καλύπτουν μια περίοδο 6 χρόνων (από το 2012 μέχρι το 2017), ενώ το ενδιαφέρον επικεντρώνεται σε ότι αφορά την αντιμετώπιση του καρκίνου και γενικά την μείωση των ασθενειών αλλά και τον έλεγχο της παχυσαρκίας.

Ιδιαίτερα μεγάλης έκτασης είναι η αναφορά του Σταύρου Μαλά σε συμπεριφορές υγείας, η ρητορική του οποίου στηρίζεται στην παράθεση γεγονότων -επίκληση της λογικής (Quora 2015) προκειμένου να πείσει το ακροατήριό του:

*«... έκδοση των Εθνικών Οδηγιών Διατροφής και Άσκησης για Εφήβους... προγράμματα που ... εφαρμόζονται ανελλιπώς σε όλα τα σχολεία όπως το μεσογειακό γεύμα και το υγιεινό πρόγευμα... αποτελεσματικό δίκτυο κλινικών διαιτολόγων στα κρατικά νοσηλευτήρια ... εκπαιδευτικά προγράμματα στον τομέα της διατροφής... δωρεάν διανομή φρούτων και λαχανικών στα σχολεία ... πρόγραμμα προαγωγής της άσκησης και της διατροφής... έχουμε ενεργό δράση στον τομέα για τη μείωση αλατιού στη διατροφή μας αλλά και για τον έλεγχο των διαφημίσεων των τροφίμων στα παιδιά ... και να εξαγγείλω επίσης την έναρξη διαγωνισμού παραγωγής διαφημιστικού φιλμ, ... με θέμα τη διατροφή και την άσκηση» (Σταύρος Μαλάς, Υπουργείο Υγείας, 19/3/2012).*

Ο ίδιος υπουργός αναφέρεται και στην παχυσαρκία: *«...καθώς και στη συνεχή επιτήρηση της παιδικής παχυσαρκίας σε όλα τα παιδιά της Κύπρου ηλικίας 7-10 χρόνων...» (Σταύρος Μαλάς, Υπουργείο Υγείας, 19/3/2012), για την παρακολούθηση της οποίας όμως η πλειοψηφία των κρατών μελών της Ε.Ε. διαθέτει εθνικό σύστημα (Τορναρίτης 2012).*

Προκειμένου τώρα να πείσει τους κύπριους για την σημασία της μεσογειακής διατροφής αλλά και της άσκησης, των οποίων οι διατροφικές συνήθειες έχουν αλλάξει πάρα πολύ για διάφορους λόγους τα τελευταία 40 χρόνια, και σε σχέση και με το παραδοσιακό μεσογειακό μοντέλο διατροφής που ακολουθείτω (Τορναρίτης 2012), ο Φίλιππος Πατσαλής επικαλείται τους ειδικούς (LSE n.d): *«Μια σωστή μεσογειακή διατροφή σε συνδυασμό με ένα ποτήρι κρασί και καθημερινή άσκηση είναι η συνταγή που μας προτείνουν οι ειδικοί για να διασφαλίσουμε την υγεία μας (Φίλιππος Πατσαλής, Υπουργείο Υγείας, Μάιος 2014).*

Σε αντίθεση όμως με τους υπουργούς υγείας που αφιερώνουν μεγάλο μέρος του λόγου τους σε δράσεις που αφορούν στις συμπεριφορές υγείας, οι αναφορές από υπουργούς παιδείας σε σχέση με αυτές είναι πολύ λίγες και προέρχονται μόνο από τον νυν υπουργό παιδείας. Περιορίζονται δε στην αιτιολόγηση της αύξησης των ωρών της Φυσικής Αγωγής, την οποία συνδέει με την παχυσαρκία: *«...έχουμε ενισχύσει συγκεκριμένα μαθήματα ..., όπως είναι ... και το μάθημα της Φυσικής Αγωγής ... στόχος είναι η αντιμετώπιση του φαινομένου της παχυσαρκίας» (Κώστας Καδής, Ο Φιλελεύθερος, 23/8/2015).*

«...μαθήματα που κατά γενική ομολογία χρειάζονταν ενίσχυση, όπως ... η Φυσική αγωγή, τα οποία αναβαθμίστηκαν.» (Κώστας Καδής, Reporter, 21/12/2015).

Ο ίδιος υπουργός παιδείας εξάρει την σημασία του προγράμματος μαζικού αθλητισμού λόγω κυρίως των ίσων ευκαιριών που αυτό παρέχει:

«Ο μαζικός Αθλητισμός ... Η αξία και η σημασία του ... έγκειται στο γεγονός ότι παρέχει ίσες ευκαιρίες και δημιουργεί κίνητρα, ώστε η άθληση να γίνει αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας του κάθε πολίτη» (Κώστας Καδής, Κυπριακός Οργανισμός Αθλητισμού, 10/4/2017). Το πρόγραμμα Αθλητισμός Για Όλους προσφέρεται σε όλες τις επαρχίες της ελεύθερης Κύπρου, με τον αριθμό των συμμετεχόντων σε αυτό την τρέχουσα χρονιά να έχει ξεπεράσει τις 16000 (ΑΓΟ-ΚΟΠ 2017, ΚΟΑ 2017). Ωστόσο δεν είναι γνωστό το κοινωνικό – οικονομικό υπόβαθρο αυτών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα για να εξαχθούν ολοκληρωμένα συμπεράσματα για τον βαθμό επιτυχίας του.

Οι αναφορές σε διεθνείς οργανισμούς και η συνεχής επίκληση τους κατέχει σημαντική θέση στον λόγο του Σταύρου Μαλά, είτε γιατί προσπαθεί να δείξει την συμμόρφωση της Κύπρου με τις γραμμές και τις οδηγίες της Ε.Ε. αλλά και με τις συστάσεις του WHO σχετικά με ζητήματα διατροφής και άσκησης (Millstone et al 2006), ή/και λόγω της προεδρίας της Ε.Ε. που η Κύπρος θα αναλάμβανε το δεύτερο εξάμηνο του 2012 (CY2012EU 2013) (η συγκεκριμένη ομιλία έγινε τον Μάρτη του 2012), είτε γιατί προσπαθεί να παρουσιάσει στο ακροατήριο του αυτά που λέει ως κοινή λογική, είτε για σκοπούς συνοχής (Khemlani-David 2014): «*συνεργασία μας με Ευρωπαϊκές Επιτροπές καθώς και με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ... προώθηση προγραμμάτων όπως αυτά καθορίζονται από την Ευρωπαϊκή Ένωση, αλλά και από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας... επιτήρηση της παιδικής παχυσαρκίας... μέσω προγραμμάτων της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.... ενεργό συμμετοχή της αντιπροσωπείας μας στην Επιτροπή Υψηλού Επιπέδου για τη διατροφή και την άσκηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης... η Κύπρος είναι ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες που έχουν εκδώσει ξεχωριστές οδηγίες διατροφής για ομάδες πληθυσμού, όπως απαιτείται από την πλατφόρμα παχυσαρκίας...*» (Σταύρος Μαλάς, Υπουργείο Υγείας, 19/3/ 2012).

Η συνεργασία των τομέων της παιδείας και της υγείας αναφέρεται στις δηλώσεις των δυο τελευταίων υπουργών υγείας που ευθυγραμμίζονται έτσι με τις οδηγίες του (WHO 2012:2,4-6,8) σύμφωνα με τις οποίες η συνεργασία των δυο αυτών τομέων συνιστά μια από τις βασικές προϋποθέσεις για την επιτυχημένη αγωγή υγείας. Εντούτοις πρόκειται για συνεργασία που φαίνεται να περιορίζεται στον σχολικό



χώρο: «*Η Πρωτογενής Πρόληψη προσφέρεται μέσω της Σχολιατρικής Υπηρεσίας, σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας*» (Γιώργος Παμπορίδης, *Cyprus Times*, 31/1/2017).

«... σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας, έχει ενταχθεί και εφαρμόζεται στα σχολεία το μεσογειακό γεύμα για παιδιά, εκπαιδευτικούς και γονείς» (Φίλιππος Πατσαλής, Υπουργείο Υγείας, Μάιος 2014).

Παρά τώρα τα όσα έχουν καταγραφεί μέχρι στιγμής, δράσεις, προγράμματα, στρατηγικές που αφορούν στην πρόληψη, σύμφωνα με τον Γιώργο Παμπορίδη, νυν υπουργό υγείας στην δεξιά κυβέρνηση του Νίκου Αναστασιάδη, τα προγράμματα πρόληψης δεν μπορούν να προωθηθούν αν δεν εφαρμοστεί το Γ.Ε.Σ.Υ.: «... τα προγράμματα πρόληψης και έγκαιρης παρέμβασης δεν μπορούν αυτή τη στιγμή να προωθηθούν, ... ό,τι και να κάνεις τώρα, για το οποιοδήποτε θέμα, ό,τι και να προωθήσεις, θα είναι δώρο άδωρο, διότι στη συνέχεια, με την εφαρμογή της μεταρρύθμισης, θα υποχρεωθείς να το αλλάξεις, να το αναπροσαρμόσεις για να συμβαδίζει με τις αρχές του ΓεΣΥ ...» (Γιώργος Παμπορίδης, *Ο Φιλελεύθερος*, 23/3//2017). Η δήλωση αυτή έρχεται ως συνέχεια της αναφοράς του προκάτοχου του Φίλιππου Πατσαλή, επίσης της ίδιας κυβέρνησης, που συνέδεε την πρόληψη με το Γ.Ε.Σ.Υ., στο οποίο όμως γίνεται μεν αναφορά στην πρόληψη, αλλά δεν διευκρινίζεται τι αυτή θα περιλαμβάνει (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας 2012).

Δυο ομάδες του πληθυσμού φαίνεται τώρα να βρίσκονται στο επίκεντρο των δράσεων στις οποίες αναφέρονται οι υπουργοί. Η πρώτη ομάδα είναι τα άτομα της τρίτης ηλικίας που βρίσκονται στο επίκεντρο της ομιλίας του Σταύρου Μαλά, για λόγους που εξηγεί ο ίδιος:

«*Για το 2012, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επέλεξε ένα θέμα ... πολιτική της «ενεργού γήρανσης» ... προϋποθέτει την υιοθέτηση από τα άτομα ενός υγιεινού τρόπου ζωής και από τα κράτη, τη δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος που θα καταστήσει δυνατή την ευημερία των ηλικιωμένων*» (Σταύρος Μαλάς, Υπουργείο Υγείας, 6/4/ 2012).

Πρόκειται δηλαδή για οδηγία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας με βάση την οποία «... η Υγιής Γήρανση (*Healthy Ageing*) αποτελεί θέμα πρωτεύουσας σημασίας για την περίοδο της Προεδρίας της Κύπρου» (Σταύρος Μαλάς, Υπουργείο Υγείας, 19/3/ 2012).

Η ανάδειξη της υγιούς γήρανσης είναι ιδιαίτερα σημαντική, αφού σύμφωνα με την Δημογραφική Έκθεση του 2015 της Στατιστικής Υπηρεσίας Κύπρου το ποσοστό των

ατόμων ηλικίας 65 χρόνων και πάνω από 10,8% που ήταν το 1982 έφτασε το 15,1% το 2015, ενώ για τις ίδιες χρονιές τα ποσοστά για τα παιδιά ηλικίας κάτω των 15 χρόνων ήταν 25% και 16,4% αντίστοιχα, υπάρχει δηλαδή τάση γήρανσης του πληθυσμού<sup>40</sup>.

Η δεύτερη ομάδα στόχος είναι τα παιδιά και οι έφηβοι στην οποία απευθύνονται 4 από τα προγράμματα στα οποία αναφέρθηκαν πιο πάνω οι υπουργοί. Σύμφωνα με τον WHO/Europe (2005), «τα παιδιά συνιστούν επένδυση για το αύριο», αφού αποτελούν πηγή για οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, ενώ επηρεάζουν και την σταθερότητα και την ευημερία μιας χώρας. Γι' αυτό τον λόγο παρέχει μια σειρά κατευθυντήριων γραμμών συμπεριλαμβανομένων και συστάσεων που αφορούν σε ζητήματα διατροφής και άσκησης, για την δημιουργία της καλής υγείας για όλη τη ζωή του ατόμου. Ευθυγραμμισμένος με την θέση του WHO/Europe είναι ο Σταύρος Μαλάς ο οποίος αναγνωρίζει στην συγκεκριμένη ομάδα, την σημαντικότερη του πληθυσμού: «... έκδοση Εθνικών Οδηγιών Διατροφής ... απευθύνεται σε μια ευαίσθητη ομάδα του πληθυσμού μας, τους εφήβους. ... τα παιδιά και οι έφηβοι αποτελούν την πιο σημαντική ομάδα του πληθυσμού ενός κράτους, αφού μέσω τους μπορούμε να επενδύσουμε για να κτίσουμε ένα γερό και υγιές μέλλον για κάθε κοινωνία» (Σταύρος Μαλάς, Υπουργείο Υγείας, 19/3/ 2012).

## 5.7 Οικονομικοί παράγοντες

Προκειμένου να «δικαιολογήσουν» τους οικονομικούς περιορισμούς στον τομέα της υγείας οι Σταύρος Μαλάς και Φίλιππος Πατσαλής που διετέλεσαν υπουργοί υγείας την περίοδο που η οικονομική κρίση στην Κύπρο βρισκόταν στο απόγειο της επικαλούνται οικονομικούς παράγοντες (Πίνακας 28).

<b>Πίνακας 28:</b> Κατηγορία – Οικονομικοί παράγοντες			
<b>N/A</b>	<b>Υπουργός</b>	<b>Που μίλησε</b>	<b>Πότε</b>
<b>1</b>	Σταύρος Μαλάς	Υπουργείο Υγείας	6/4/ 2012
<b>2</b>	Φίλιππος Πατσαλής	Υπουργείο Υγείας	2014

40

[http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/All/70008808DEA438F8C2257833003402FB/\\$file/D EMOGRAPHIC\\_REPORT-2015-301116.pdf?OpenElement](http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/All/70008808DEA438F8C2257833003402FB/$file/D EMOGRAPHIC_REPORT-2015-301116.pdf?OpenElement)

Ο Σταύρος Μαλάς σε ένα πιο γενικό πλαίσιο όπου όμως δίνει έμφαση στην ορθολογική διαχείριση των περιορισμένων πόρων: «... σημαντικές πιέσεις για αλλαγή που επιδέχεται ο τομέας της υγείας, ιδιαίτερα εν όψει της παγκόσμιας οικονομικής στενότητας..... ορθολογιστική κατανομή των περιορισμένων μας πόρων...» (Σταύρος Μαλάς, Υπουργείο Υγείας, 6/4/ 2012), ενώ ο Φίλιππος Πατσαλής σε ένα πιο ειδικό πλαίσιο, διασυνδέει την μείωση του προϋπολογισμού με το Μνημόνιο: «*Δυστυχώς, ο προϋπολογισμός του Υπουργείου Υγείας πρέπει να παραμείνει μέσα στις οροφές που ορίζονται από το Μνημόνιο και ανέρχεται στα 535 εκ. Ευρώ ....με ένα προϋπολογισμό μειωμένο κατά 10% πριν από την εφαρμογή του Μνημονίου, καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε τις προκλήσεις της οικονομικής κρίσης*» (Φίλιππος Πατσαλής, Υπουργείο Υγείας, 2014).

Πέραν τώρα του ότι με βάση την διεθνή βιβλιογραφία οι περικοπές στις δαπάνες υγείας μπορεί να αυξήσουν τους κινδύνους για την υγεία του γενικού πληθυσμού αλλά και για τις υπηρεσίες υγείας (Kondilis et al 2013), να διευρύνουν τις ανισότητες στην υγεία, και είναι αποδοτικές μόνο αν συνοδεύονται από ουσιαστική αναβάθμιση των προληπτικών παρεμβάσεων (World Health Organization/Regional Office of Europe 2014), τα δεδομένα που έχουν παρατεθεί πιο πριν σύμφωνα με τα οποία οι δημόσιες δαπάνες υγείας στην Κύπρο των 10 τουλάχιστον τελευταίων χρόνων είναι από τις χαμηλότερες στην Ευρώπη, όπως και οι δαπάνες για προγράμματα πρόληψης από το 2010 ως το 2014, αλλά και με βάση το ότι το κρατικό μισθολόγιο είναι αυτό που απέσπασε το μεγαλύτερο μέρος της αύξησης των κρατικών δαπανών για την υγεία το 2017, φαίνεται να φανερώνουν μια πάγια τακτική του κράτους για χαμηλές δαπάνες για την υγεία και για ακόμη χαμηλότερες για την πρόληψη.

## 5.8 Συλλογικότητα

Το ζήτημα της κοινωνίας - συνόλου που σε μια σχέση αμφίδρομη επηρεάζει και επηρεάζεται από το άτομο σε ζητήματα υγείας θίγεται από τον Σταύρο Μαλά και από τον νυν υπουργό παιδείας Κώστα Καδή. Από μια φαινομενολογική προοπτική σύμφωνα με την οποία ο κοινός κόσμος – κοινωνική πραγματικότητα είναι δι – υποκειμενικός, δηλαδή κατασκευάζεται συλλογικά μέσα από την ανταλλαγή νοημάτων, πρακτικών και σχέσεων που είναι κοινά (Μαυρίδης n.d), οι δυο υπουργοί ανάγουν το ζήτημα της υγείας σε αυτή την αμφίδρομη σχέση όπου άτομο και κοινωνία αλληλεπιδρούν και αλληλοεπηρεάζονται, με το τελικό αποτέλεσμα να είναι η καλύτερη υγεία για το άτομο και το σύνολο (Πίνακας 29).

<b>Πίνακας 29: Κατηγορία – Συλλογικότητα</b>			
<b>N/A</b>	<b>Υπουργός</b>	<b>Που μίλησε</b>	<b>Πότε</b>
<b>1</b>	Σταύρος Μαλάς	Υπουργείο Υγείας	19/3/ 2012
<b>2</b>	Σταύρος Μαλάς	Υπουργείο Υγείας	6/4/ 2012
<b>3</b>	Κώστας Καδής	I-eidisi news	3/3/2016
<b>4</b>	Κώστας Καδής	Κυπριακός Οργανισμός Αθλητισμού	10/4/2017

Η ατομική λοιπόν συμπεριφορά μπορεί να επηρεαστεί από το σύνολο: «*Επιδίωξη μας είναι το σχολείο να γίνει χώρος ευαισθητοποίησης της κοινωνίας σε σχέση με σημαντικά θέματα υγείας και ασφάλειας.. Συνεπώς, (σημείωσε), η κοινωνική αλλαγή μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην αλλαγή συμπεριφοράς του ατόμου*» (Κώστας Καδής, I-eidisi news, 3/3/2016).

Αλλά και η ατομική δράση μπορεί να επηρεάσει το σύνολο:

«... *Στόχος, λοιπόν, είναι να γίνει βίωμα ότι η καλή υγεία σε όλη τη διάρκεια της ζωής μπορεί να βοηθήσει τους μεγαλύτερους να έχουν μια πλήρη και παραγωγική ζωή και να αποτελούν σημαντικές και δραστήριες μονάδες των οικογενειών τους και των κοινωνιών στις οποίες ζουν*» (Σταύρος Μαλάς, Υπουργείο Υγείας, 6/4/ 2012).

«...*τα οφέλη του Αθλητισμού είναι πολλά και αναμφισβήτητα για τον καθένα ξεχωριστά αλλά και για ολόκληρη την κοινωνία*» (Κώστας Καδής, Κυπριακός Οργανισμός Αθλητισμού, 10/4/2017).

Με απώτερο στόχο την δημιουργία υγιών πολιτών – κοινωνίας:

«*Μέσα από την έκδοση .... θέλουμε να συμβάλουμε ....και στη δημιουργία μιας κοινωνίας ενημερωμένης, υπεύθυνης, με υγιείς πολίτες*» ( Σταύρος Μαλάς, Υπουργείο Υγείας, 19/3/ 2012).

Κλείνοντας στο σημείο αυτό την ανάλυση του λόγου των υπουργών υγείας και παιδείας της περιόδου 2011-2017 δυο είναι τα βασικά στοιχεία που καταγράφονται: α) να μεν αναλαμβάνονται δράσεις που αφορούν σε παιδιά και σε εφήβους οι οποίες χαρακτηρίζονται από κάποια συστηματικότητα και συνέχεια, όπως και κάποιες δράσεις που αφορούν στην τρίτη ηλικία, όμως φαίνεται να υπάρχει ένα κενό στις ηλικίες που μεσολαβούν των δυο άκρων και β) φαίνεται να είναι διαφορετική η προτεραιότητα που δίνουν στα ζητήματα πρόληψης (συμπεριλαμβανομένων και των συμπεριφορών υγείας και της παχυσαρκίας) τα δυο υπουργεία, κάτι που πιθανόν να υπονοεί απουσία συν - αντίληψης στα συγκεκριμένα ζητήματα.

## 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Επιδίωξη της διατριβής αυτής ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την σχέση της υγείας με το μορφωτικό επίπεδο όπως και η ανίχνευση του κατά πόσον η αγωγή υγείας που παρέχεται σήμερα στην Κύπρο ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού με βάση το μορφωτικό του επίπεδο και το φύλο, με απώτερο σκοπό την ανάδειξη της αγωγής υγείας ως του εργαλείου εκείνου που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επιτυχή αντιμετώπιση ζητημάτων υγείας όπως και ευρύτερων θεμάτων ανισότητας στην υγεία.

Με βάση λοιπόν τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν φαίνεται ότι η άνοδος του μορφωτικού επιπέδου συνδέεται θετικά με την κατάσταση υγείας των ατόμων και κυρίως των γυναικών πιθανών λόγω: α) των υψηλότερων ποσοστών απασχόλησης και των μεγαλύτερων εισοδημάτων των ατόμων με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο γιατί αυτά οδηγούν σε αυξημένη πρόσβαση στην φροντίδα υγείας και μεγαλύτερη κυριότητα πάνω στους πόρους με αποτέλεσμα τη βελτίωση της υγείας, ενώ ακόμη προστατεύουν από φαινόμενα όπως η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός και η ανεργία που σχετίζονται αρνητικά με την υγεία, β) της αυξημένης πληροφορίας – γνώσης υγείας που τα άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου κατέχουν: π.χ. τα μεγαλύτερα ποσοστά στην αναζήτηση της πληροφορίας υγείας στο Διαδίκτυο και στη χρήση μη – συνταγογραφούμενων φαρμάκων, όπως και οι καλύτερες συμπεριφορές υγείας (π.χ. τα υψηλότερα ποσοστά στην καθημερινή κατανάλωση 5 τουλάχιστον φρούτων και λαχανικών την ημέρα, όπως και σε χρόνο που ξοδεύεται σε αερόβια σωματική δραστηριότητα (που δεν σχετίζεται με την εργασία),

γ) της μεγαλύτερης επίδρασης της οικονομικής κατάστασης των ατόμων στις γυναίκες, π.χ. η περίπτωση της υψηλής αρτηριακής πίεσης όπου οι γυναίκες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου είχαν τα υψηλότερα ποσοστά και από τα δύο φύλα και ο πιθανός συσχετισμός με τα χαμηλότερα ποσοστά απασχόλησης και τα εισοδήματα των γυναικών αυτών, όπως και με τον κίνδυνο φτώχειας και τον κοινωνικό αποκλεισμό όπου οι γυναίκες αυτές είχαν τα υψηλότερα ποσοστά και από τα δυο φύλα.

δ) των χαμηλότερων ποσοστών φυσικής δραστηριότητας (άσκηση) των γυναικών του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου και από τα δυο φύλα (περίπτωση υψηλής αρτηριακής πίεσης).

Ο θετικός συσχετισμός της υγείας με την άνοδο του μορφωτικού επιπέδου στις γυναίκες φαίνεται να ισχύει και στην περίπτωση της παχυσαρκίας και του

υπερβολικού βάρους, αφού στους άντρες το πρόβλημα είναι κοινό και συνήθως ξεκινά από τις νεαρές ηλικίες (κυρίως όσον αφορά το υπερβολικό βάρος). Ενδέχεται μάλιστα η διαφοροποίηση αυτή ανάμεσα στα δυο φύλα να οφείλεται στην ισχυρότερη επίδραση της απασχόλησης, του εισοδήματος και της σωματικής δραστηριότητας στις γυναίκες. Με βάση τους μηχανισμούς αυτούς, και με δεδομένα τα χαμηλότερα ποσοστά απασχόλησης, τους χαμηλότερους μισθούς και τα μικρότερα ποσοστά άσκησης που εμφανίζουν οι γυναίκες του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, είναι πιθανόν να εξηγούνται τα υψηλότερα ποσοστά της παχυσαρκίας που εμφανίζουν οι γυναίκες αυτές ανεξαρτήτως φύλου και μορφωτικού επιπέδου. Σε κάθε περίπτωση το παράδειγμα με το BMI φαίνεται να επιβεβαιώνει την γενικά μειονεκτική θέση των γυναικών του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου ως προς την κατάσταση υγείας τους.

Από την άλλη, η παρόμοια συμπεριφορά των αντρών, αλλά και τα μεγαλύτερα ποσοστά κατανάλωσης 1-4 φρούτων και λαχανικών την ημέρα από τα άτομα του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου και ταυτόχρονα τα χαμηλότερα ποσοστά στην κατανάλωση 5 τουλάχιστον φρούτων και λαχανικών την ημέρα από την ίδια ομάδα οδηγούν στην υπόθεση ότι το πρόβλημα της παχυσαρκίας είναι σε σημαντικό βαθμό ζήτημα συμπεριφορών υγείας – αγωγής υγείας. Η οποία αγωγή υγείας σε σχολικό επίπεδο μέχρι το 2010 που εφαρμοζόταν μέσα από διάφορα άλλα μαθήματα φαίνεται σε σημαντικό βαθμό να μην επιτύγχανε την εκμάθηση και την εμπέδωση της υγιεινής διατροφής και της άσκησης στα παιδιά με βάση τα αποτελέσματα διάφορων ερευνών. Το πρόβλημα μάλιστα ενδέχεται να συνεχιστεί και λόγω της μειωμένης παρουσίας του μαθήματος στα Ν.Ω.Π., του ενημερωτικού χαρακτήρα των συμπληρωματικών προγραμμάτων και της απουσίας μιας ιδιαίτερης προσέγγισης των συγκεκριμένων ζητημάτων με βάση το φύλο. Στα μείον μπορεί να προστεθεί και η τάση υποβάθμισης του μαθήματος από την σημερινή κυβέρνηση όπως τουλάχιστον αυτό προκύπτει από την πολύ μικρή αναφορά του νυν Υ.Υ. στο μάθημα της αγωγής υγείας, σε αντίθεση με τον υπουργό παιδείας της αριστερής κυβέρνησης του Δημήτρη Χριστόφια που χαρακτήρισε την εισαγωγή του μαθήματος της αγωγής υγείας στα σχολεία ως το σημαντικότερο επίτευγμα του υπουργείου του.

Εκτός σχολικών μονάδων ο αποσπασματικός – ενημερωτικός χαρακτήρας των προγραμμάτων που αφορούν στις συμπεριφορές υγείας της υγιεινής διατροφής και της άσκησης, η αυξημένη πιθανότητα της μειωμένης πρόσβασης στα σχετικά προγράμματα συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού και κυρίως των ατόμων του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου, όπως και η απουσία προγραμμάτων που να απευθύνονται στις

ανάγκες της ομάδας αυτής αλλά και στο σύνολο των αντρών έχουν ως αποτέλεσμα το χάσμα μεταξύ υγείας και αγωγής υγείας που αντικατοπτρίζεται για παράδειγμα στα αυξημένα ποσοστά της παχυσαρκίας των γυναικών του 1<sup>ου</sup> μορφωτικού επιπέδου αλλά και στα παρόμοια ποσοστά των αντρών στην παχυσαρκία και στο υπερβολικό βάρος.

Η συνεργασία των τομέων της παιδείας και της υγείας είναι πιθανόν να αποτελεί μια από τις βασικές αιτίες για το χάσμα μεταξύ υγείας και αγωγής υγείας αφού κάποια συστηματικότητα και συνέχεια σε αυτή συναντάται μόνο σε δράσεις που αφορούν στον σχολικό χώρο. Όπως επίσης και η διαφαινόμενη απουσία συν – αντίληψης των δύο τομέων στα ζητήματα της πρωτογενούς πρόληψης όπως αυτή προκύπτει από τις δηλώσεις των υπουργών της υγείας και της παιδείας, όπου ενώ οι της υγείας φαίνεται να αναγνωρίζουν την σημασία για παράδειγμα των συμπεριφορών υγείας και της ύπαρξης ενός συνεχούς σε αυτές για τον έλεγχο και τον περιορισμό διαφόρων ασθενειών (π.χ. καρκίνος) εντάσσοντας την ανάδειξη τους στις προτεραιότητες τους, ο νυν υπουργός παιδείας περιορίζεται σε μια πολύ μικρή αναφορά σε αυτές που αφορά σε παιδιά/ εφήβους. Η περίπτωση της παχυσαρκίας είναι ένα παράδειγμα που φαίνεται να εκφράζει την απουσία συν – αντίληψης των τομέων της υγείας και της παιδείας.

Παρά την επίκληση της οικονομικής κρίσης και του μνημονίου από τους δυο κατά σειρά τελευταίους υπουργούς υγείας για τα μειωμένα ποσά που διατίθενται για την υγεία, και της μη εφαρμογής του Γ.Ε.ΣΥ. για την μη προώθηση της πρόληψης από τον νυν υπουργό υγείας, ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα για το χάσμα μεταξύ υγείας και αγωγής υγείας είναι πιθανόν να αποτελεί και η πάγια τακτική του κράτους να μην προάγει την πρόληψη όπως αυτό προκύπτει από τις δαπάνες που αφορούν τα προληπτικά προγράμματα για την υγεία και την προσχολική εκπαίδευση από την οποία θα πρέπει να ξεκινά η πρόληψη.

Η μη ορθολογική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας δεν αφορά όμως μόνο στο χάσμα μεταξύ υγείας και αγωγής υγείας αλλά και στην οριοθέτηση της (από τους υπουργούς υγείας) ως κοινωνικού φαινομένου και ως ζητήματος συμπεριφορών μόνο, και όχι και ως οικονομικού φαινομένου, περιορίζοντας έτσι ως ένα βαθμό την ανάδειξη του σε θέμα πρώτης γραμμής που θα υπογράμιζε ακόμη περισσότερο την ανάγκη να μπει στο επίκεντρο των πολιτικών υγείας.

## 7. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το βασικότερο μέτρο που αφορά στον έλεγχο της παχυσαρκίας έχει να κάνει με την δημιουργία εθνικού συστήματος παρακολούθησης της (Τορναρίτης 2012), αφού στην αντίθετη περίπτωση η βιωσιμότητα οποιασδήποτε πολιτικής υγείας σχετικής με το συγκεκριμένο φαινόμενο θα είναι αμφισβητήσιμη (Joseph et al 2013). Από κει και πέρα η διερεύνηση και η ανάδειξη της αιτιοκρατικής σχέσης μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και BMI (Cohen et al 2013) και στην περίπτωση της Κύπρου, έτσι ώστε να τεκμηριωθεί η ύπαρξη του συσχετισμού άνοδος του μορφωτικού επιπέδου –βελτίωση BMI στις γυναίκες και η απουσία στατιστικά σημαντικής επίδρασης της μόρφωσης στο BMI των αντρών, συνιστά την βάση για την χάραξη οποιασδήποτε πολιτικής που θα στηρίζεται στην εκπαίδευση. Η γενικότερη ανάγκη για τοπικές έρευνες που να αφορούν στην παχυσαρκία τονίζεται και από τον Τορναρίτη (2012), ο οποίος σημειώνει πως στην Κύπρο η πολιτική για τα ζητήματα της παχυσαρκίας καθοδηγείται ως επί τω πλείστον από διεθνείς έρευνες, κάτι που πιθανόν να μην συνάδει με τα δεδομένα της χώρας. Σε όλες τις περιπτώσεις η συνεργασία μιας πλειάδας φορέων από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα είναι επίσης απαραίτητη για την επιτυχία της οποιασδήποτε δημόσιας πολιτικής υγείας που αφορά στην παχυσαρκία (Joseph et al 2013).

Υπό αυτές προϋποθέσεις, η Διά Βίου Αγωγή Υγείας που θα στηρίζεται σε μια επίσης δια βίου στρατηγική που θα εξασφαλίζει την συστηματικότητα και την συνέχεια στην καλλιέργεια στάσεων και συμπεριφορών που προάγουν την υγεία αποτελεί την απάντηση στο χάσμα μεταξύ υγείας και παρεχομένης από το κράτος Αγωγής Υγείας που φαίνεται ότι υπάρχει, στην παχυσαρκία και άλλα προβλήματα υγείας, όπως και στις ανισότητες στην υγεία<sup>41</sup>.

### 7.1 Χτίζοντας την Δια Βίου Αγωγή Υγείας

Σύμφωνα με τις σύγχρονες θεωρίες συμπεριφοράς, η γενετική και το περιβάλλον ευρισκόμενα σε μια σχέση αλληλεξάρτησης φαίνεται να επηρεάζουν και τα δυο τις συμπεριφορές που εκδηλώνει ένας οργανισμός και τις στάσεις που εν τέλει παγιώνει

---

<sup>41</sup> Οι οποίες ανισότητες διευρύνονται ακόμη περισσότερο αν δεχτούμε τον συσχετισμό της παιδικής παχυσαρκίας με την παχυσαρκία στους γονείς όπως προτείνουν οι Savva et al (2002) για την Κύπρο, αλλά και την πιθανή βελτίωση του BMI των παιδιών με την άνοδο του μορφωτικού επιπέδου των γονιών πιθανόν γιατί τα παιδιά έχουν ένα υγιές διατροφικό πρότυπο, χωρίς βέβαια να αποκλείεται και η επίδραση άλλων παραγόντων (π.χ. γενετικοί, περιβαλλοντικοί, ηλικία, εισόδημα, οικογενειακές συνθήκες κλπ) (Börnhorst et al 2016, Ahrens 2014, Tornaritis et al 2014).



σε ποσοστά που διαφοροποιούνται κατά περίπτωση<sup>42</sup>. Έτσι ένα άτομο μπορεί να έχει γενετική προδιάθεση για ένα συγκεκριμένο χαρακτηριστικό αλλά πολύ σημαντικό ρόλο για την τελική έκφραση του χαρακτηριστικού αυτού θα παίξει το περιβάλλον του, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, ενώ το κληρονομήσιμο αυτό χαρακτηριστικό μπορεί να αλλάξει, με την αλλαγή αυτή να μην αφορά απαραίτητα την γενετική. Μέρος του εξωτερικού περιβάλλοντος του ατόμου συνιστά και η μόρφωση, η οποία φαίνεται να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τις συμπεριφορές που τα άτομα εκδηλώνουν (Αφένδρα 2014).

Με βάση λοιπόν τις θεωρίες συμπεριφοράς, και χωρίς να παραγνωρίζεται η επίδραση άλλων παραγόντων του περιβάλλοντος, οδηγούμαστε στην υπόθεση πως αν κανείς επιδράσει έγκαιρα στο περιβάλλον ενός ατόμου ξεκινώντας από την παιδική του ηλικία ή και πιο πριν, και συνεχίζοντας καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του μέσα από την συγκροτημένη - συστηματική εκπαίδευση (και όχι την αποσπασματική ενημέρωση), ακόμη κι αν οι συνθήκες δεν είναι οι πλέον ευνοϊκές, μπορεί να καλλιεργήσει εκείνες τις συμπεριφορές και τις στάσεις που προάγουν την υγεία, μπορεί δηλαδή να επιτύχει την Αγωγή Υγείας.

Έτσι και οι διατροφικές συνήθειες και οι συνήθειες που έχουν να κάνουν με την σωματική δραστηριότητα του ατόμου, οι οποίες όπως αναφέρθηκε πιο πριν παρουσιάζουν ισχυρό βαθμό συσχέτισης με την παχυσαρκία, και οι οποίες σύμφωνα με όλες τις ενδείξεις επηρεάζονται τόσο από τις γνώσεις του όσο και από τις στάσεις του ατόμου σε σχέση με τις συμπεριφορές αυτές (National Obesity Observatory 2011), μπορούν να καλλιεργηθούν και μάλιστα έτσι ώστε να έχουν διάρκεια εφόσον ακριβώς επιδράσει κανείς από νωρίς στο περιβάλλον του ατόμου και συνεχίσει να επιδρά σε αυτό για όλη τη ζωή του μέσω της Δια Βίου Αγωγής Υγείας.

Την σημασία της Αγωγής Υγείας τόσο της σχολικής όσο και αυτής που αφορά στους ενήλικες για τον έλεγχο της παχυσαρκίας αναγνώρισε από το 2006 το πρόγραμμα ProGrow της Ε.Ε. στο οποίο συμμετείχε και η Κύπρος, το οποίο και υπογράμμισε την ανάγκη τόσο του σχεδιασμού και της υλοποίησης εκείνων των μέτρων που θα ξεκινήσουν να εφαρμόζονται από τις πολύ μικρές ηλικίες των ατόμων προκειμένου να επιτευχθεί η βελτίωση των επιπέδων γνώσης και κατανόησης τους σχετικά με θέματα διατροφής και φυσικής κατάστασης, όσο και της βελτίωσης της Αγωγής

---

<sup>42</sup> Η συμπεριφορά περιλαμβάνει όλες εκείνες τις ενέργειες ενός ατόμου, αλλά και την κατάσταση του νου του, που απευθύνονται στον περιβάλλοντα κόσμο του, κατά τρόπο συνειδητό αλλά και ακούσιο (Αφένδρα 2014).

Υγείας των πολιτών (Millstone et al 2006). Το ίδιο πρόγραμμα τόνιζε μάλιστα πως οι εκπαιδευτικές πολιτικές για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι πρωταρχικής σημασίας, ενώ άλλες πολιτικές όπως είναι αυτές που έχουν να κάνουν με τα τρόφιμα (έλεγχος διαφημίσεων, εισαγωγή υποχρεωτικής σήμανσης) αλλά και με την βελτίωση των αθλητικών εγκαταστάσεων των κοινοτήτων μπορούν να ακολουθήσουν σε επόμενα στάδια (González-Zapata et al 2009). Με άλλα λόγια, κύριο χαρακτηριστικό των προληπτικών παρεμβάσεων θα πρέπει να είναι η συνέχεια (Joseph et al 2013).

Ξεκινώντας λοιπόν από την σχολική Αγωγή Υγείας στην περίπτωση της Κύπρου, αφενός οι προληπτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να ξεκινούν από την προσχολική ηλικία όπου η συχνότητα των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών είναι χαμηλή (Τορναρίτη 2012), και αφετέρου θα πρέπει η σχολική Αγωγή Υγείας να ενισχυθεί μέσα από την αύξηση των ωρών που τις διατίθενται στο σχολικό πρόγραμμα και την διδασκαλία της σε όλες τις τάξεις, όπως επίσης και μέσα από την διεύρυνση του ρόλου και του χρόνου της σχολιατρικής υπηρεσίας. Όσον αφορά στη βελτίωση της Αγωγής Υγείας των πολιτών ρόλο κλειδί στη διαδικασία αυτή μπορούν να διαδραματίσουν οι εκπαιδευτές υγείας, δηλαδή επαγγελματίες με κατάρτιση που τους επιτρέπει μέσα από τις κατάλληλες μεθόδους και στρατηγικές να μαθαίνουν σε άλλα άτομα και/ή ομάδες ατόμων συμπεριφορές που ευνοούν την προαγωγή, την διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας (Gold & Miner 2002), επηρεάζουν με άλλα λόγια τις στάσεις τους σε ζητήματα υγείας αυξάνοντας τους την σχετική γνώση μέσα από διαδικασίες προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους (WHO 2016).

Αν λοιπόν θεωρήσουμε ότι στην Κύπρο τον ρόλο του εκπαιδευτή υγείας τον αναλάμβαναν ως τώρα κάποιοι εκπαιδευτικοί και σε μικρότερο βαθμό τα μέλη της σχολιατρικής υπηρεσίας, αυτό που προτείνουμε είναι η διεύρυνση του συνόλου των εκπαιδευτών υγείας με την προσθήκη σε αυτό όλων των επαγγελματιών υγείας του δημόσιου τομέα (γιατρών, νοσηλευτών, φαρμακοποιών κλπ)<sup>43</sup>. Τα άτομα αυτά αφού τύχουν εκπαίδευσης (Millstone et al 2006) σε ζητήματα Αγωγής Υγείας<sup>44</sup> θα μπορούν να αναλαμβάνουν δράση σε τοπικό – κοινοτικό επίπεδο σε χρόνους που θα έχουν καθοριστεί, ενώ σε τακτά χρονικά διαστήματα θα πρέπει να επικαιροποιούν τις

---

<sup>43</sup> Τον σημαντικό ρόλο των επαγγελματιών υγείας για την βελτίωση των επιπέδων γνώσης και κατανόησης των ατόμων σχετικά με θέματα διατροφής, φυσικής κατάστασης, τροφίμων και υγείας, είχε επισημάνει και το πρόγραμμα PorGrow (Millstone et al 2006).

<sup>44</sup> Για παράδειγμα θα πρέπει να είναι γνώστες των θεωριών που σχετίζονται με τις συμπεριφορές υγείας (health believe model, Social cognitive theory, behavior change theories, Self-efficacy, motivational education techniques) (National Obesity Observatory 2011).

γνώσεις τους μέσω σεμιναρίων. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, και μέσα από προγράμματα προσαρμοσμένα στις ανάγκες των ατόμων χαμηλού μορφωτικού επιπέδου αλλά και των αντρών στο σύνολό τους, θα μπορούν να επηρεάσουν τις στάσεις τους που αφορούν την υγεία και να τις βελτιώσουν εφόσον η συγκεκριμένη διαδικασία θα γίνεται σε συστηματική βάση. Αυτό μας φέρνει στον δεύτερο σημαντικό παράγοντα προκειμένου ο συγκεκριμένος σχεδιασμός να λειτουργήσει με επιτυχία που είναι η συνεργασία των κοινοτήτων. Οι τοπικές αρχές λοιπόν θα είναι υπεύθυνες για την ενημέρωση του συνόλου των κατοίκων για την ύπαρξη αυτών των μαθημάτων, όπως και για την εξασφάλιση κατάλληλου χώρου για την διεξαγωγή τους. Με τον τρόπο αυτό ο κάθε επαγγελματίας υγείας θα αναλαμβάνει μέρος της ευθύνης για την διάδοση της Αγωγής Υγείας και παράλληλα θα διασφαλίζεται ένα συνεχές στη γνώση αυτή. Σε ένα δεύτερο επίπεδο οι τοπικοί φορείς με την βοήθεια των εκπαιδευτών υγείας θα επιδιώξουν και την προαγωγή της αθλητικής κουλτούρας μέσα από δραστηριότητες που θα καλύπτουν τις ανάγκες του συνόλου της κοινότητας. Ρόλο επικουρικό αλλά και συντονιστικό του σχεδίου αυτού όπως και της εφαρμογής του θα έχει το κράτος, το οποίο θα αναλαμβάνει να παρέχει την υλικό – τεχνική αλλά και άλλη υποστήριξη που θα κρίνεται αναγκαία.

Εκτός όμως από την συστηματική Εκπαίδευση Υγείας στην οποία βασίζεται η Αγωγή Υγείας σημαντικό ρόλο για την ενδυνάμωση των πολιτών και ειδικότερα των ατόμων χαμηλού μορφωτικού επιπέδου που είναι και η πλέον ευάλωτη ομάδα διαδραματίζει και η Γνώση Υγείας, δηλαδή *«ο βαθμός στον οποίο τα άτομα έχουν την ικανότητα να αποκτούν, να επεξεργάζονται και να κατανοούν τις βασικές πληροφορίες υγείας και υπηρεσίες, απαραίτητες για να πάρουν τις κατάλληλες αποφάσεις για την υγεία»* (NIH n.d). Ναι μεν δηλαδή τα άτομα θα αποκτούν Αγωγή Υγείας αλλά ταυτόχρονα θα χρειάζονται και τις γνώσεις που θα τους εξασφαλίζουν την πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικές με αυτή, όπως και τις γνωστικές δεξιότητες να διαχειριστούν αυτή την γνώση. Και σε αυτή την περίπτωση το κράτος θα μπορούσε να παρέμβει, και όπως έγινε στην περίπτωση των κλινικών διακοπής του καπνίσματος όπου εξασφαλίστηκε η άμεση προσβασιμότητα των ενδιαφερομένων σε αυτές, θα μπορούσε να παρέχει για παράδειγμα δωρεάν πρόσβαση στο διαδίκτυο σε άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, και σε συνδυασμό με την επίσης δωρεάν εκμάθηση των βασικών αρχών χρήσης του να τους δίνει στην συνέχεια την δυνατότητα να έχουν μέσω κατάλληλα σχεδιασμένων προγραμμάτων πρόσβαση στο συγκεκριμένο είδος πληροφορίας, το οποίο θα μπορούν να επεξεργάζονται και να χρησιμοποιούν.

Ενισχυτική της στρατηγικής αυτής μπορεί να είναι και η πρόταση για δράσεις όπως αυτές του Ανοικτού Πανεπιστημίου του Bangladesh (BOU), το οποίο στην προσπάθεια για Δια Βίου Αγωγή Υγείας για όλους παρέχει το εξ αποστάσεως πρόγραμμα Άτυπης Εκπαίδευσης Υγείας που μπορούν να παρακολουθήσουν και άτομα που αποχώρησαν από την εκπαίδευση, αλλά και τα μη - τυπικά (ανεπίσημα) προγράμματα τα οποία μεταδίδονται από την τηλεόραση σε καθορισμένες ώρες, περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων και ζητήματα υγείας, διατροφής, περιβάλλοντος, τροφίμων, κλπ. και απευθύνονται σε ανθρώπους από όλα τα κοινωνικά στρώματα. Τα συγκεκριμένα προγράμματα διανέμονται μάλιστα σε όλα τα εκπαιδευτικά κέντρα που υπάρχουν σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο προκειμένου να βοηθηθούν τόσο οι εκπαιδευτές όσο και οι εκπαιδευόμενοι (Numan & Kamrunnaher 2011).

Σε συνδυασμό με μια τέτοια στρατηγική θα μπορούσαν να είναι και προγράμματα που συμβάλλουν στη μείωση των ανισοτήτων μέσα από την ενεργοποίηση των ατόμων που εγκατέλειψαν νωρίς το σχολείο. Για παράδειγμα το πρόγραμμα Mura στη Σλοβενία το οποίο πέραν από την βελτίωση των διατροφικών συνηθειών αυτών των ατόμων, πέτυχε ακόμη την κατάρτιση και την απασχόληση τους, ενώ ταυτόχρονα προήγαγε τον τουρισμό υγείας σε τοπικό επίπεδο και την προώθηση των τοπικών προϊόντων (Loring & Robertson 2014).

Κανείς βέβαια δεν μπορεί να αμφισβητήσει πως σημαντικές είναι και οι πολιτικές που αυξάνουν τα χρόνια εκπαίδευσης ευάλωτων ατόμων, ειδικά σε περιπτώσεις όπως της παχυσαρκίας όπου η αποτελεσματικότητα των πληροφοριακών (ενημερωτικών) πολιτικών που στόχο έχουν την αλλαγή της γνώσης και των στάσεων που σχετίζονται με αυτή αμφισβητείται ξεκάθαρα. Και σε αυτή την περίπτωση όμως, και προκειμένου να υπάρξει αποτέλεσμα, η εκπαίδευση θα πρέπει να έχει αιτιώδη προστατευτική δράση τόσο στην παχυσαρκία όσο και στο υπερβολικό βάρος (Brunello et al 2013:195-96).

Ειδικότερα μάλιστα για τις γυναίκες το γεγονός ότι συνιστούν την πλειοψηφία των ατόμων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, τόσο στην Κύπρο με βάση τα στοιχεία που παρατέθηκαν πιο πριν όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο όπου τα 2/3 των αναλφάβητων το 2012 ήταν γυναίκες (Unesco 2013), φανερώνει την ανάγκη για αναβάθμιση της Δια Βίου Εκπαίδευσης, η οποία θα ξεκινά από το σπίτι και την οικογένεια και θα συνεχίζεται στην τοπική κοινότητα. Υπό την προϋπόθεση λοιπόν ότι ζητήματα όπως

το κόστος συμμετοχής σε τέτοιου είδους προγράμματα<sup>45</sup> και η ποιότητα της διδασκαλίας και των προγραμμάτων σπουδών θα έχουν επιλυθεί, η δια βίου εκπαίδευση φαίνεται να συμβάλλει θετικά στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων, και κυρίως των γυναικών, αφού οι καλύτερα εκπαιδευμένες μητέρες φαίνεται να επηρεάζουν θετικά τα παιδιά τους και ειδικότερα τις κόρες τους. Επιπλέον, η Δια Βίου Εκπαίδευση φαίνεται να αυξάνει και τις πιθανότητες βελτίωσης του εργασιακού καθεστώτος των γυναικών αυτών, κάτι που ως γνωστό μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της κατάστασης υγείας τους και της ευεξίας τους (Wetheridge 2016).

Είτε λοιπόν πρόκειται για την Δια Βίου Εκπαίδευση, είτε για την Δια Βίου Αγωγή Υγείας, είτε για τον συνδυασμό αυτών των δυο, η απάντηση για την μείωση των ανισοτήτων στην υγεία αλλά και για την αντιμετώπιση φαινομένων όπως είναι η παχυσαρκία φαίνεται να βρίσκεται στην παιδεία.

Γενικά τώρα οι προληπτικού χαρακτήρα παρεμβάσεις και πολιτικές συμπεριλαμβανομένης και της προαγωγής των συμπεριφορών υγείας, σύμφωνα και με το πλαίσιο της πολιτικής υγείας για την Υγεία 2020 στην Ευρώπη, πέραν του ότι οδηγούν σε οφέλη σε ατομικό, κοινωνικό και περιβαλλοντικό επίπεδο, είναι οικονομικά αποδοτικές, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα προάγοντας έτσι την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας αλλά και την οικονομική παραγωγικότητα, ενώ ταυτόχρονα συμβάλλουν και στην μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας (World Health Organization/Regional Office of Europe 2014), στοιχείο ιδιαίτερα σημαντικό και για τα άτομα που εγκαταλείπουν νωρίς το σχολείο και γενικά για όσους ανήκουν στο ευρύτερο σύνολο των μη προνομιούχων κοινωνικό-οικονομικών ομάδων (OECD 2011).

Εν κατακλείδι προτάσεις για τον έλεγχο της παχυσαρκίας υπάρχουν, στηρίζονται σε μια διά βίου στρατηγική για την προαγωγή της Αγωγής Υγείας και μπορούν να υλοποιηθούν εφόσον πληρούνται δυο βασικές προϋποθέσεις που είναι: η αλλαγή της νοοτροπίας πως ότι είναι αποτελεσματικό για τον μέσο όρο του πληθυσμού είναι αποτελεσματικό για όλους (Loring & Robertson 2014) και κυρίως, η αλλαγή της διαφαινόμενης αρνητικής στάσης του κράτους απέναντι σε ζητήματα πρωτογενούς πρόληψης – Αγωγής Υγείας.

---

<sup>45</sup> να μην είναι απαγορευτικό για τα φτωχότερα άτομα που είναι και εκείνα που τα έχουν και την μεγαλύτερη ανάγκη

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνόφωνες πηγές

ΑΓΟ-ΚΟΑ, (2017). «Καλωσορίσατε στο πρόγραμμα ΑΓΟ». Διατίθεται <

<http://ago.org.cy/>>[ανακτήθηκε στις 29 Μαΐου 2017].

Αθανασιάδου, Μ., Παύλου, Π., (2015). «Στατιστικές θνησιμότητας στην Κύπρο (2004-2013)». Διατίθεται στο <

[http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/22CC07AF5424F041C22579C7002A45DF/\\$file/%CE%95%CE%9A%CE%98%CE%95%CE%A3%CE%97%20%CE%93%CE%99%CE%91%20%CE%A4%CE%99%CE%A3%20%CE%A3%CE%A4%CE%91%CE%A4%CE%99%CE%A3%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%95%CE%A3%20%CE%98%CE%9D%CE%97%CE%A3%CE%99%CE%9C%CE%9F%CE%A4%CE%97%CE%A4%CE%91%CE%A3%20%CE%A3%CE%A4%CE%97%CE%9D%20%CE%9A%CE%A5%CE%A0%CE%A1%CE%9F,%202004-2013.pdf](http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/22CC07AF5424F041C22579C7002A45DF/$file/%CE%95%CE%9A%CE%98%CE%95%CE%A3%CE%97%20%CE%93%CE%99%CE%91%20%CE%A4%CE%99%CE%A3%20%CE%A3%CE%A4%CE%91%CE%A4%CE%99%CE%A3%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%95%CE%A3%20%CE%98%CE%9D%CE%97%CE%A3%CE%99%CE%9C%CE%9F%CE%A4%CE%97%CE%A4%CE%91%CE%A3%20%CE%A3%CE%A4%CE%97%CE%9D%20%CE%9A%CE%A5%CE%A0%CE%A1%CE%9F,%202004-2013.pdf)>[ανακτήθηκε στις 3 Ιουνίου 2017].

Αθανασίου, Α., Μπαλτούκας, Α., Παναούρα, Ρ., (2014). «Εγχειρίδιο προς Εκπαιδευτές Ενηλίκων. Βασικές αρχές διδασκαλίας ενηλίκων που ανήκουν στις ενόλωτες ομάδες». Διατίθεται στο <

[http://www.moec.gov.cy/aethee/synedria/2014\\_teliko/2014\\_06\\_26\\_handbook\\_greek.pdf](http://www.moec.gov.cy/aethee/synedria/2014_teliko/2014_06_26_handbook_greek.pdf)>[ανακτήθηκε στις 18 Απριλίου 2017].

Ασημακοπούλου, ΑΕ., (n.d). «Έκφραση - Έκθεση Γ' Λυκείου». Διατίθεται στο <

[http://lykenag.att.sch.gr/autosch/joomla15/images/e\\_yliko/Ekfrasi\\_Ekthesi/Asimakopoulou/ThematografiaSynoliko.pdf](http://lykenag.att.sch.gr/autosch/joomla15/images/e_yliko/Ekfrasi_Ekthesi/Asimakopoulou/ThematografiaSynoliko.pdf)>[ανακτήθηκε στις 2 Ιουλίου 2017].

Αφένδρα, ΑΣ., (2014). «Εφαρμοσμένη Γενετική. Γενετική της Συμπεριφοράς».

Έκδοση: 1.0. Ιωάννινα 2014. Διατίθεται στο <

[http://ecourse.uoi.gr/pluginfile.php/96379/mod\\_resource/content/2/%CE%93%CE%B5%CE%BD%CE%B5%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%A3%CF%85%CE%BC%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%B9%CF%86%CE%BF%CF%81%CE%AC%CF%82.pdf](http://ecourse.uoi.gr/pluginfile.php/96379/mod_resource/content/2/%CE%93%CE%B5%CE%BD%CE%B5%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%A3%CF%85%CE%BC%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%B9%CF%86%CE%BF%CF%81%CE%AC%CF%82.pdf)>[ανακτήθηκε στις 30 Οκτωβρίου 2016].

Γενική Διεύθυνση Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων, Συντονισμού και Ανάπτυξης (2015).

«Δεύτερη Έκθεση Προόδου της Εθνικής Στρατηγικής Διά Βίου Μάθησης 2007-2013

στην Κυπριακή Δημοκρατία». Λευκωσία – Κύπρος, Σεπτέμβριος 2015. Διατίθεται στο

[:http://www.dgepcd.gov.cy/dgepcd/dgepcd.nsf/67530FE73D3DBD58C2257C7D00486315/\\$file/2%CE%B7%20%CE%88%CE%BA%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%B7%20%CE%A0%CF%81%CE%BF%CF%8C%CE%B4%CE%BF%CF%85%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CE%A3%CF%84%CF%81%CE%B1%CF%84%CE%B7%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%20%CE%94%CE%B9%CE%AC%20%CE%92%CE%AF%CE%BF%CF%85%20%CE%9C%CE%AC%CE%B8%CE%B7%CF%83%CE%B7%CF%82%202007-2013%20%CE%BC%CE%B5%20%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%AF%CE%BF%CE%B4%CE%BF%20%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%86%CE%BF%CF%81%CE%AC%CF%82%202010-2014.pdf](http://www.dgepcd.gov.cy/dgepcd/dgepcd.nsf/67530FE73D3DBD58C2257C7D00486315/$file/2%CE%B7%20%CE%88%CE%BA%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%B7%20%CE%A0%CF%81%CE%BF%CF%8C%CE%B4%CE%BF%CF%85%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CE%A3%CF%84%CF%81%CE%B1%CF%84%CE%B7%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%20%CE%94%CE%B9%CE%AC%20%CE%92%CE%AF%CE%BF%CF%85%20%CE%9C%CE%AC%CE%B8%CE%B7%CF%83%CE%B7%CF%82%202007-2013%20%CE%BC%CE%B5%20%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%AF%CE%BF%CE%B4%CE%BF%20%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%86%CE%BF%CF%81%CE%AC%CF%82%202010-2014.pdf)[ανακτήθηκε στις 14 Απριλίου 2017].

Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας, (2014). «Παράρτημα Τέταρτο. Μέρος Ι. Αποφάσεις Υπουργικού Συμβουλίου». Διατίθεται στο :<  
[http://www.mof.gov.cy/mof/gpo/gpo.nsf/All/5DD62350A01FFA1CC2257CE8002748A2/\\$file/4399%2030%205%202014%20PARARTIMA%204o%20MEROS%20I.pdf](http://www.mof.gov.cy/mof/gpo/gpo.nsf/All/5DD62350A01FFA1CC2257CE8002748A2/$file/4399%2030%205%202014%20PARARTIMA%204o%20MEROS%20I.pdf)>[ανακτήθηκε στις 18 Μαΐου 2017].

Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, (2011). «Ψήφισμα του Συμβουλίου σχετικά με ένα ανανεωμένο ευρωπαϊκό θεματολόγιο για την εκπαίδευση των ενηλίκων (2011/C 372/01)». Διατίθεται στο :<  
[http://www.moec.gov.cy/aethee/chrisimo\\_yliko/celex\\_el\\_txt.pdf](http://www.moec.gov.cy/aethee/chrisimo_yliko/celex_el_txt.pdf)>[ανακτήθηκε στις 18 Απριλίου 2017].

Ιωάννου, Σ., Κούτα, Χ., Χαραλάμπους, Ν., (2009). «Πρόγραμμα Σπουδών Αγωγής Υγείας». Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού. Παιδαγωγικό Ινστιτούτο Κύπρου-Υπηρεσία Ανάπτυξης Προγραμμάτων. Έκδοση 2010. Διατίθεται στο :<  
[http://www.paideia.org.cy/upload/analytika\\_programmata\\_2010/20.agogygeias.pdf](http://www.paideia.org.cy/upload/analytika_programmata_2010/20.agogygeias.pdf)>[ανακτήθηκε στις 28 Μαΐου 2017].

Καλακούτα, Ο., Αριστοτέλους, Α., Ασιήκκαλη, Ξ., Ηροδότου, Η., Πέτα, Χ., Χατζησωτηρίου, Μ., (2012). «Εθνική Στρατηγική για τον Έλεγχο του Καπνίσματος στην Κύπρο». Υπουργείο Υγείας, 2012. Διατίθεται στο :<  
[http://www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/0/3559BA3C98A56F4BC2257A4C001D8A4A/\\$file/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%A3%CF%84%CF%81%CE%B1%CF%84%CE%B7%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%B3%CE%B9%CE%B1%20%CF%84%CE%BF%CE%BD%20%CE%88%CE%BB%CE%B5%CE%B3%CF%87%CE%BF%20%CF%84%CE%BF%CF%85%20%CE%9A%CE%B1%CF%80%CE%BD%CE%AF%CF%83%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82.pdf](http://www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/0/3559BA3C98A56F4BC2257A4C001D8A4A/$file/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%A3%CF%84%CF%81%CE%B1%CF%84%CE%B7%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%B3%CE%B9%CE%B1%20%CF%84%CE%BF%CE%BD%20%CE%88%CE%BB%CE%B5%CE%B3%CF%87%CE%BF%20%CF%84%CE%BF%CF%85%20%CE%9A%CE%B1%CF%80%CE%BD%CE%AF%CF%83%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82.pdf)>[ανακτήθηκε στις 28 Μαΐου 2017].

ΚΟΑ, (2017). «Η Λεμεσός γιόρτασε το πρόγραμμα Αθλητισμός Για Όλους». Διατίθεται :<  
<http://cyprussports.org/2012-03-08-10-50-41/announcements/1161-%CE%B7-%CE%BB%CE%B5%CE%BC%CE%B5%CF%83%CF%8C%CF%82-%CE%B3%CE%B9%CF%8C%CF%81%CF%84%CE%B1%CF%83%CE%B5-%CF%84%CE%BF-%CF%80%CF%81%CF%8C%CE%B3%CF%81%CE%B1%CE%BC%CE%BC%CE%B1-%CE%B1%CE%B8%CE%BB%CE%B7%CF%84%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%8C%CE%BB%CE%BF%CF%85%CF%82-2017.html>>[ανακτήθηκε στις 29 Μαΐου 2017].

Κουτσελίνη-Ιωαννίδου, Μ., (2003). «Τα Αναλυτικά Προγράμματα της Παιδαγωγικής Ακαδημίας Κύπρου (1959-1993) και οι κοινωνικό-πολιτικές τους διαστάσεις». Διατίθεται στο :<  
<http://www.eriande.elemedu.upatras.gr/eriande/synedria/synedrio2/praktika/koutselini.htm>>[ανακτήθηκε στις 10 Φεβρουαρίου 2017].

Λοΐζου, Ε., Τηλεμάχου, Ν., Κοντοβούρκη, Σ., Ηρακλέους, Μ., Μελετίου-Χαραλάμπους, Χ., Καραπατάκη, Ρ., Σιακαλλή, Μ., Παναγιώτου, Ε., Σάββα Α., Τσαγγαρίδου, Ν., Κιουμουρτζόγλου, Ε., Φιλίππου Σ., Φωτίου Σ., Περικλέους Λ., Κάρουλας, Γ., Λουκά Λ., Ζαχαρία Ζ., Πίττα Δ., Χρίστου Κ., Παναούρα Ρ., Παπαριστοδήμου, Ε., Κορφιάτης, Κ., Ζαχαρίου, Α., Ιωάννου-Γεωργίου, Σ., Τζιαμπάζη, Ε., Κυριάκου Μ., Μιχαηλίδη, Α., Ρωσσίδου, Σ., Ηρακλέους, Β., Κυριακίδου, Ε., Δανού-Νικολάου, Χ., (2016). «*Αναλυτικό Πρόγραμμα Προσχολικής Εκπαίδευσης (3-6 χρόνων) -2016*». Διατίθεται στο :<  
[http://archeia.moec.gov.cy/ed/5/ap\\_nip\\_proscholiki\\_ekpaidefsi.pdf](http://archeia.moec.gov.cy/ed/5/ap_nip_proscholiki_ekpaidefsi.pdf)>[ανακτήθηκε στις 8 Φεβρουαρίου 2017].

Λοΐζου, Ε., Καχριμάνη-Παπαδημήτρη, Χ., (2011). «*Αναλυτικό Πρόγραμμα για την Αγωγή και Εκπαίδευση Παιδιών Πρώτης Σχολικής Ηλικίας (3-6 χρόνων)*». Διατίθεται στο :<  
[https://www.ucy.ac.cy/nursery/documents/Analytika\\_programmata/analytiko\\_programma\\_ypp.pdf](https://www.ucy.ac.cy/nursery/documents/Analytika_programmata/analytiko_programma_ypp.pdf)>[ανακτήθηκε στις 9 Φεβρουαρίου 2017].

Μαυρίδης, Η., (n.d). «*Για την «κατασκευή» της κοινωνικής πραγματικότητας: Μετά – φαινομενολογικές προοπτικές του κοινωνικού κοστρουζιονισμού*». Διατίθεται στο :  
<http://www.koinpolpanteion.gr/pdf/keimeno%20mauridis.pdf>[ανακτήθηκε στις 30 Μαΐου 2017].

Μάχη News, (2016). «*Διάλεξη για τη διατροφή και υγεία διοργάνωσαν ΤΕΠΑΚ και σωματείο «Εν-Ζην»*». Διατίθεται στο :<  
<http://www.maxhnews.com.cy/upsilongammaepsiloniotaalpha---deltaiotaalphataurhoomicronphieta/2250717>>[ανακτήθηκε στις 14 Απριλίου 2017].

Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (2012). «*Πρόταση για την εφαρμογή του ΓΕΣΥ*». Διατίθεται στο:<  
[http://www.hio.org.cy/docs/protasi\\_efarmoghs\\_gesy\\_april2012.pdf](http://www.hio.org.cy/docs/protasi_efarmoghs_gesy_april2012.pdf)>[ανακτήθηκε στις 3 Ιουνίου 2017].

Πανεπιστήμιο Κύπρου, (n.d). «*Αθλητισμός*». Διατίθεται στο :<  
<http://www.ucy.ac.cy/athletics/index.php/en/>>[ανακτήθηκε στις 14 Απριλίου 2017].

Παπαδόπουλος, Α. (2010). «*Η έννοια της πρωτογενούς πρόληψης*». *Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής*. Διατίθεται στο: <  
<http://proliptiki.blogspot.com.cy/2010/06/blog-post.html> >[ανακτήθηκε στις 24 Οκτωβρίου 2016].

Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου (2017). «*Στατιστική Υπηρεσία*». Διατίθεται στο:<  
[http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/index\\_gr/index\\_gr?OpenDocument](http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/index_gr/index_gr?OpenDocument)>[ανακτήθηκε στις 2 Ιανουαρίου 2017].

Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, (2016). «*Στατιστικές της Εκπαίδευσης, 2013-2014*». Διατίθεται στο :<  
[http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/All/204AA86C4060D499C22577E4002CA3E3/\\$file/EDUCATION-13\\_14-021216.pdf?OpenElement](http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/All/204AA86C4060D499C22577E4002CA3E3/$file/EDUCATION-13_14-021216.pdf?OpenElement)>[ανακτήθηκε στις 23 Απριλίου 2017].



Σωφρονίου, Α., Γιάγκου, Α., (2013). «*Ασφάλεια και Υγεία στο Πανεπιστήμιο Κύπρου. Πρόληψη των κινδύνων με την συμμετοχή όλων*». Διατίθεται στο :<  
[http://www.mlsi.gov.cy/mlsi/dli/dliup.nsf/All/AD09F0B7A39799D1C2257E0C00414C3A/\\$file/%CE%A0%CE%A1%CE%9F%CE%9B%CE%97%CE%A8%CE%97%20%CE%A4%CE%A9%CE%9D%20%CE%9A%CE%99%CE%9D%CE%94%CE%A5%CE%9D%CE%A9%CE%9D%20%CE%9C%CE%95%20%CE%A4%CE%97%20%CE%A3%CE%A5%CE%9C%CE%9C%CE%95%CE%A4%CE%9F%CE%A7%CE%97%20%CE%9F%CE%9B%CE%A9%CE%9D%2013-9-2013%20Health%20and%20Safety\\_UCY.pdf](http://www.mlsi.gov.cy/mlsi/dli/dliup.nsf/All/AD09F0B7A39799D1C2257E0C00414C3A/$file/%CE%A0%CE%A1%CE%9F%CE%9B%CE%97%CE%A8%CE%97%20%CE%A4%CE%A9%CE%9D%20%CE%9A%CE%99%CE%9D%CE%94%CE%A5%CE%9D%CE%A9%CE%9D%20%CE%9C%CE%95%20%CE%A4%CE%97%20%CE%A3%CE%A5%CE%9C%CE%9C%CE%95%CE%A4%CE%9F%CE%A7%CE%97%20%CE%9F%CE%9B%CE%A9%CE%9D%2013-9-2013%20Health%20and%20Safety_UCY.pdf)>[ανακτήθηκε στις 14 Απριλίου 2017].

ΤΕΠΑΚ, (2016ε). «*2<sup>η</sup> Ημερίδα Δημόσιας Υγείας – Ερευνητικά αποτελέσματα στην Κύπρο*». Διατίθεται στο :<  
<https://www.cut.ac.cy/news/article/?contentId=131731>>[ανακτήθηκε στις 14 Απριλίου 2017].

ΤΕΠΑΚ, (2016β). «*Διεθνές Ινστιτούτο Κύπρου για την Περιβαλλοντική και Δημόσια Υγεία-Ερευνα*». Διατίθεται στο :<  
<http://www.cut.ac.cy/cii/?contentId=121243&languageId=1>>[ανακτήθηκε στις 14 Απριλίου 2017].

ΤΕΠΑΚ, (2016α). «*Σπουδές και Φοίτηση-Αθλητισμός*». Διατίθεται στο :<  
<https://www.cut.ac.cy/studies/sport/events/article/?contentId=128050>>[ανακτήθηκε στις 14 Απριλίου 2017].

Τορναρίτης, Μ., (2012). «*Αγωγή Υγείας. Χρήσιμα Ερευνητικά στοιχεία για Εκπαιδευτικούς*». Διατίθεται στο :<Δρ Τορναρίτης Μιχάλης -  
[Schools.ac.cy](http://Schools.ac.cy)>[ανακτήθηκε στις 28 Μαΐου 2017].

Τορναρίτης, Μ., (2010). «*Τα Αναλυτικά Προγράμματα και τα επίπεδα υγείας των μαθητών μας*». Στο Δελτίο Παιδαγωγικού Ινστιτούτου Κύπρου, Δεκέμβριος 2010. Αρ. Τεύχους 12. Διατίθεται στο  
:<[http://www.pi.ac.cy/pi/files/tekmiriosi/ekdoseis/deltia/deltio12\\_dec2010.pdf](http://www.pi.ac.cy/pi/files/tekmiriosi/ekdoseis/deltia/deltio12_dec2010.pdf)>[ανακτήθηκε στις 19 Απριλίου 2017].

Τούντας, Γ., (2002). «*Τι Είναι Υγεία. Η Νέα Ολιστική Αντίληψη*». Διατίθεται στο :<  
<http://www.neahygeia.gr/page.asp?p=726>>[ανακτήθηκε στις 27 Μαΐου 2017].

Υπηρεσία Ανθρωπίνου Δυναμικού Πανεπιστημίου Κύπρου, (nd). «*Ασφάλεια και Υγεία στην Εργασία*». Διατίθεται στο :< <https://www.ucy.ac.cy/hr/el/office-of-safety-health-and-environment/22-gr-articles/office-of-safety-health-and-environment/64-safety-and-health-at-work>>[αναρτήθηκε στις 14 Απριλίου 2017].

Υπουργείο Οικονομικών, (2017). «*Προϋπολογισμός για το έτος 2017 και Μεσοπρόθεσμο Δημοσιονομικό Πλαίσιο 2017-2019*». Διατίθεται στο :<  
[http://mof.gov.cy/assets/modules/wnp/articles/201607/12/docs/egkyklios\\_p2017.pdf](http://mof.gov.cy/assets/modules/wnp/articles/201607/12/docs/egkyklios_p2017.pdf)> [ανακτήθηκε στις 7 Ιουνίου 2017].

Υπουργείο Παιδείας Κύπρου, (2017α). «*Το Νέο Ωρολόγιο Πρόγραμμα (ΝΩΠ) στο Δημοτικό Σχολείο (από τη σχολική χρονιά 2015-16)*». Διατίθεται στο :<  
<http://nop.moec.gov.cy/index.php/domi/dimotiko-scholeio>>[ανακτήθηκε στις 15 Απριλίου 2017].

Υπουργείο Παιδείας Κύπρου, (2017b). «Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού». Διατίθεται στο: [www.moec.gov.cy/](http://www.moec.gov.cy/)[ανακτήθηκε στις 15 Απριλίου 2017].

Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού (2015). «Ενημέρωση Υπουργείου Παιδείας και Πολιτισμού με θέμα: Εγγραφές στα Επιμορφωτικά Κέντρα του Υπουργείου Παιδείας και Πολιτισμού». Διατίθεται στο :<  
<http://enimerosi.moec.gov.cy/ypp2742>>[ανακτήθηκε στις 20 Απριλίου 2017].

Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού, (2013a). «Αθλητικό Σχολείο». Διατίθεται στο :<  
<http://lyk-athlitiko-lef.schools.ac.cy/data/uploads/mydata/athlitiko-sxolio-filosofia.pdf>>[ανακτήθηκε στις 20 Απριλίου 2017].

Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού, (2013b). «Επιμορφωτικά Κέντρα Λευκωσίας». Διατίθεται στο :<  
[http://www.moec.gov.cy/epimorfotika/programme/2013/lefkosia\\_2013\\_14.pdf](http://www.moec.gov.cy/epimorfotika/programme/2013/lefkosia_2013_14.pdf)>[ανακτήθηκε στις 20 Απριλίου 2017].

Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού, (2012). «Επιμορφωτικά Κέντρα Λευκωσίας». Διατίθεται στο :<  
[http://www.moec.gov.cy/epimorfotika/programme/2012/lefkosia\\_2012.pdf](http://www.moec.gov.cy/epimorfotika/programme/2012/lefkosia_2012.pdf)>[ανακτήθηκε στις 20 Απριλίου 2017].

Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού, (nda.). «Αγωγή Υγείας». Διατίθεται στο :  
[http://www.moec.gov.cy/agogi\\_ygeias/](http://www.moec.gov.cy/agogi_ygeias/)[ανακτήθηκε στις 10 Απριλίου 2017].

Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού, (ndb). «Αναλυτικά Προγράμματα. Δείκτες Επιτυχίας –Επάρκειας». Διατίθεται στο:<  
[http://www.moec.gov.cy/analytika\\_programmata/programmata\\_spondon.html](http://www.moec.gov.cy/analytika_programmata/programmata_spondon.html)>[ανακτήθηκε στις 2 Απριλίου 2017].

Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού, (ndc). «Αναθεωρημένο Ευρωπαϊκό Θεματολόγιο για την Εκπαίδευση Ενηλίκων (ΑΕΘΕΕ) 2014-2015. Σχέδιο Δράσης». Διατίθεται στο :<  
[http://www.moec.gov.cy/aethee/perigrafia\\_ergou.html](http://www.moec.gov.cy/aethee/perigrafia_ergou.html)>[ανακτήθηκε στις 18 Απριλίου 2017].

Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού, (nnd). «Επιμορφωτικά Κέντρα- Θέματα Υγείας». Διατίθεται στο :<  
[http://www.moec.gov.cy/epimorfotika/themata\\_ygeias.html](http://www.moec.gov.cy/epimorfotika/themata_ygeias.html)>[ανακτήθηκε στις 16 Απριλίου 2017].

Υπουργείο Υγείας Κύπρου, (2015). «Υπουργείο Υγείας – Στρατηγικό Σχέδιο 2016-2018». Διατίθεται στο :<  
<http://ygeia-news.com/content/files/61246495.pdf>>[ανακτήθηκε στις 11 Απριλίου 2017].

Υπουργείο Υγείας Κύπρου, (2014). «Ετήσια Έκθεση 2014. Διοίκηση Υπουργείου Υγείας». Διατίθεται στο:<  
[http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/FBCE8EA2FCD2654AC225784800383F45/\\$file/2014.%CE%94%CE%B9%CE%BF%CE%AF%CE%BA%CE%B7%CF%83%CE%B7%20%CE%A5%CF%80%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%BF%CF%85%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82.pdf](http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/FBCE8EA2FCD2654AC225784800383F45/$file/2014.%CE%94%CE%B9%CE%BF%CE%AF%CE%BA%CE%B7%CF%83%CE%B7%20%CE%A5%CF%80%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%BF%CF%85%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82.pdf)>[ανακτήθηκε στις 20 Μαρτίου 2017].

Υπουργείο Υγείας Κύπρου, (2012). «*Εθνική Στρατηγική για τον Έλεγχο του Καπνίσματος στην Κύπρο*». Διατίθεται στο :<  
[http://www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/3559BA3C98A56F4BC2257A4C001D8A4A/\\$file/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%A3%CF%84%CF%81%CE%B1%CF%84%CE%B7%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%B3%CE%B9%CE%B1%20%CF%84%CE%BF%CE%BD%20%CE%88%CE%BB%CE%B5%CE%B3%CF%87%CE%BF%20%CF%84%CE%BF%CF%85%20%CE%9A%CE%B1%CF%80%CE%BD%CE%AF%CF%83%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82.pdf](http://www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/3559BA3C98A56F4BC2257A4C001D8A4A/$file/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%A3%CF%84%CF%81%CE%B1%CF%84%CE%B7%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%B3%CE%B9%CE%B1%20%CF%84%CE%BF%CE%BD%20%CE%88%CE%BB%CE%B5%CE%B3%CF%87%CE%BF%20%CF%84%CE%BF%CF%85%20%CE%9A%CE%B1%CF%80%CE%BD%CE%AF%CF%83%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82.pdf)>[ανακτήθηκε στις 9 Απριλίου 2017].

Υπουργείο Υγείας, (2011). «*Αγωγή Υγείας μέσω του Αναλυτικού Προγράμματος στη Δημοτική Εκπαίδευση*». Αρ. Φακ. : Υ.Υ. 5.12.13. Απόφαση του Υπουργείου Υγείας που στάλθηκε με τηλεμοιότυπο στις 20 Οκτωβρίου 2011 στις κατά τόπους επικεφαλές επισκέπτριες υγείας.

Υπουργείο Υγείας Κύπρου, (2009). «*Στρατηγική Αντιμετώπισης του Καρκίνου στην Κύπρο*». Διατίθεται στο :<  
[http://www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/E534DDEEBC9AC093422579D70039D61E/\\$file/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%A3%CF%84%CF%81%CE%B1%CF%84%CE%B7%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%B3%CE%B9%CE%B1%20%CF%84%CE%B7%CE%BD%20%CE%91%CE%BD%CF%84%CE%B9%CE%BC%CE%B5%CF%84%CF%8E%CF%80%CE%B9%CF%83%CE%B7%20%CF%84%CE%BF%CF%85%20%CE%9A%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%85.pdf](http://www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/E534DDEEBC9AC093422579D70039D61E/$file/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%A3%CF%84%CF%81%CE%B1%CF%84%CE%B7%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%B3%CE%B9%CE%B1%20%CF%84%CE%B7%CE%BD%20%CE%91%CE%BD%CF%84%CE%B9%CE%BC%CE%B5%CF%84%CF%8E%CF%80%CE%B9%CF%83%CE%B7%20%CF%84%CE%BF%CF%85%20%CE%9A%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%85.pdf)>[ανακτήθηκε στις 8 Απριλίου 2017].

Υπουργείο Υγείας,(nd.). «*Υπουργείο Υγείας -Προαγωγή και Προστασία της Υγείας- Προγράμματα*». Διατίθεται στο :  
[http://www.moh.gov.cy/Moh/moh.nsf/page76\\_gr/page76\\_gr?OpenDocument](http://www.moh.gov.cy/Moh/moh.nsf/page76_gr/page76_gr?OpenDocument)[ανακτήθηκε στις 10 Απριλίου 2017].

### Αγγλόφωνες πηγές

Ahrens, W., Pigeot, I., Pohlmann, H., De Henauw, S., Lissner, L., Molnár, D., Moreno, AL., Tornaritis, M., Veidebaum, T., Siani, A., (2014). «*Prevalence of overweight and obesity in European children below the age of 10*». Διατίθεται στο :<  
<http://www.nature.com/ijo/journal/v38/n2s/full/ijo2014140a.html>>[ανακτήθηκε στις 3 Ιουνίου 2017].

AIHW, (2017). «*Health behaviours and their role in the prevention of chronic disease*». Διατίθεται στο :< <http://www.aihw.gov.au/chronic-disease/risk-factors/ch1/>>[ανακτήθηκε στις 10 Μαρτίου 2017].

Amante, DJ., Hogan, TP., Pagoto, SL., English, TM., Lapane, KL., (2015). «*Access to Care and Use of the Internet to Search for Health Information: Results From the US National Health Interview Survey*». Διατίθεται στο :  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4430679/>[ανακτήθηκε στις 10 Μαρτίου 2017].

Australian Women's Health Network, (2014). «*Women and Non-Communicable Diseases (Chronic Conditions)*». Διατίθεται στο :<  
<http://www.parliament.tas.gov.au/ctee/Joint/Submissions/No.%2010%20->

%20AWHN%20Postion%20Paper%20160215.pdf>[ανακτήθηκε στις 18 Μαρτίου 2017].

Baek, TH., Lee HY., Lim, NK., Park HY., (2015). «*Gender differences in the association between socioeconomic status and hypertension incidence: the Korean Genome and Epidemiology Study (KoGES)*». Διατίθεται στο:<  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4558783/>>[ανακτήθηκε στις 18 Μαρτίου 2017].

Börnhorst C., Siani A., Russo P., Kourides Y., Sion I., Molnár D., et al, (2016). «*Early Life Factors and Inter-Country Heterogeneity in BMI Growth Trajectories of European Children: The IDEFICS Study*». Διατίθεται στο:<  
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0149268>>[ανακτήθηκε στις 13 Μαρτίου 2017].

Brunello, G., Fort, M., Schneeweis N., Winter-Ebmer, R., (2014). «*The Causal Effect of Education on Health: What is the Role of Health Behaviors?*». Διατίθεται στο:<  
[http://cdecon.jku.at/wp-content/uploads/health\\_bfsw.pdf](http://cdecon.jku.at/wp-content/uploads/health_bfsw.pdf)>[ανακτήθηκε στις 19 Φεβρουαρίου 2017].

Brunello, G., Fabbri, D., Fort, M., (2013). «*The Causal Effect of Education on Body Mass: Evidence from Europe*». Διατίθεται στο:<  
<http://eprints.lancs.ac.uk/67288/1/article.pdf>>[ανακτήθηκε στις 12 Φεβρουαρίου 2017].

Cambridge Dictionary, (2017). «*Balanced Diet*». Διατίθεται στο:<  
<http://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/balanced-diet>>[ανακτήθηκε στις 11 Φεβρουαρίου 2017].

CDC, (2016). «*What is Health Literacy?*». Διατίθεται στο:<  
<https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/>>[ανακτήθηκε στις 12 Μαρτίου 2017].

Cho, JH., Lee TJ., (2013). «*The Factors Contributing to Expenditures on Over-the-Counter Drugs in South Korea*». Διατίθεται στο:  
<https://www.ispor.org/ValueInHealth/ShowValueInHealth.aspx?issue=EEAE46A2-2B8D-4D1A-9337-920526F01D78>[ανακτήθηκε στις 8 Μαρτίου 2017].

Cohen, AK., Rai, M., Rehkopf, DH., Abrams, B., (2013). «*Educational attainment and obesity: A systematic review*». Διατίθεται στο:<  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3902051/>>[ανακτήθηκε στις 14 Μαρτίου 2017].

Col, N., Bozzuto, L., Kirkegaard, P., Koelewijn-van loon, M., Majeed, H., Ng, C.J., Pacheco-Huergo, V. (2011). «*Interprofessional education about shared decision making for patients in primary care settings*». *Journal of Interprofessional Care*, 2011; 25(6): 409-415. Διατίθεται στο:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=42&sid=0fbd05ff-b84c-45f3-8bf3-87bc169cce22%40sessionmgr112&hid=116>[ανακτήθηκε στις 30 Δεκεμβρίου 2016].

Cutler, D., Lleras-Muney, (n.d.). «*The Effects of Education on Health*». Διατίθεται στο:< <http://www.nber.org/digest/mar07/w12352.html>>[ανακτήθηκε στις 4 Μαρτίου 2017].

CY2012EU, (2013). «*Cyprus Presidency of the Council of the European Union*». Διατίθεται στο :< <http://www.cy2012.eu/index.php/el/page/home>>.[ανακτήθηκε στις 28 Μαΐου 2017].

Cyprus Ministry of Finance, (2016). «*Income distribution dynamics and health patterns amid Cyprus economic downturn*». Διατίθεται στο:< [http://www.mof.gov.cy/mof/mof.nsf/All/79F99E4093EA94A9C2257FAB002FD44B/\\$file/working%20paper\\_EM1.pdf](http://www.mof.gov.cy/mof/mof.nsf/All/79F99E4093EA94A9C2257FAB002FD44B/$file/working%20paper_EM1.pdf)>[ανακτήθηκε στις 12 Μαρτίου 2017].

CyprusNet, (2005). «*Cyprus Health*». Διατίθεται στο :< [https://www.cyprusnet.com/article\\_cyprus-health](https://www.cyprusnet.com/article_cyprus-health)>[ανακτήθηκε στις 18 Απριλίου 2017].

Darcy, JD., (2000). «*The Use of Repetition in Your Speech*». Διατίθεται :< <http://www.cfug-md.org/speakertips/782.html>>[ανακτήθηκε στις 29 Μαΐου 2017].

Dijk, TA Van., (n.d). «*What is Political Discourse Analysis?*». Διατίθεται στο :< <http://discourses.org/OldArticles/What%20is%20Political%20Discourse%20Analysis.pdf>>[ανακτήθηκε στις 25 Μαΐου 2017].

EU Science Hub, (2016). «*Public Health*». Διατίθεται στο :< <https://ec.europa.eu/jrc/en/research-topic/public-health>>[ανακτήθηκε στις 27 Μαΐου 2017].

Eurobarometer (2012). «*Patients involvement. Qualitative Study*». Διατίθεται στο:<[http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/quali/ql\\_5937\\_patient\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/quali/ql_5937_patient_en.pdf)>[ανακτήθηκε στις 5 Δεκεμβρίου 2016].

Europa.eu, (2017). «*Government expenditure on health*». Διατίθεται στο :< [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Government\\_expenditure\\_on\\_health](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Government_expenditure_on_health)>[ανακτήθηκε στις 23 Απριλίου 2017].

Europa.eu, (2015). «*Healthcare expenditure by function, 2012 (% of current health expenditure)*». Διατίθεται στο :< [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthcare\\_expenditure\\_by\\_function,\\_2012\\_\(%25\\_of\\_current\\_health\\_expenditure\)\\_YB15.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthcare_expenditure_by_function,_2012_(%25_of_current_health_expenditure)_YB15.png)>[ανακτήθηκε στις 23 Απριλίου 2017].

Eurostat Statistics Explained, (2017). «*Current Healthcare expenditure, 2014*». Διατίθεται στο:< [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Current\\_healthcare\\_expenditure,\\_2014\\_YB17.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Current_healthcare_expenditure,_2014_YB17.png)>[ανακτήθηκε στις 4 Φεβρουαρίου 2017].

Eurostat-Statistics Explained, (2016a). «*Europe 2020 indicators - poverty and social exclusion*». Διατίθεται στο:< [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Europe\\_2020\\_indicators\\_-\\_poverty\\_and\\_social\\_exclusion](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Europe_2020_indicators_-_poverty_and_social_exclusion)>[ανακτήθηκε στις 12 Μαρτίου 2017].

Eurostat-Statistics Explained, (2016b). « *Overweight and obesity-BMI statistics*». Διατίθεται στο:[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Overweight\\_and\\_obesity\\_-\\_BMI\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics)[ανακτήθηκε στις 7 Φεβρουαρίου 2017].

Eurostat, (2016). « *Your key to European statistics*». Διατίθεται στο:<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>[ανακτήθηκε στις 13 Νοεμβρίου 2016].

Eurostat, (n.da). «*European Health Interview Survey (EHIS)*». Διατίθεται στο :<[http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth\\_det\\_esms.htm](http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_det_esms.htm)>[ανακτήθηκε στις 9 Ιουνίου 2017].

Eurostat, (n.db). «*European Health Interview Survey (EHIS)*». Διατίθεται στο :<<http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>>[ανακτήθηκε στις 9 Ιουνίου 2017].

Focus Economics, (2017). «*Cyprus Economic Outlook*». Διατίθεται στο :<<http://www.focus-economics.com/countries/cyprus>>[ανακτήθηκε στις 12 Μαρτίου 2017].

Feinberg,I., Frijters, J., Johnson-Lawrence, V., Greenberg,D., Nightingale, E., Moodie , C., (2016). «*Examining Associations between Health Information Seeking Behavior and Adult Education Status in the U.S.: An Analysis of the 2012 PIAAC Data*». Διατίθεται στο :<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4755661/>>[ανακτήθηκε στις 10 Μαρτίου 2017].

Feinstein, L., Sabates, R., Anderson, TM., Sorhaindo A., Hammond C., (2006). «*What are the effects of education on health?*» Διατίθεται στο :<<https://www1.oecd.org/edu/innovation-education/37425753.pdf>>[ανακτήθηκε στις 4 Μαρτίου].

Foster-Schubert,KE., Alfano, CM., Duggan, CR., Xiao, L., Campbell, KL., Kong, A., Bain, C., Wang, CY.,Blackburn, G., Tiernan, A Mc., (2012). «*Effect of diet and exercise, alone or combined, on weight and body composition in overweight-to-obese post-menopausal women*». Διατίθεται στο :<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3406229/>>[ανακτήθηκε στις 13 Φεβρουαρίου 2017].

Georgetown University Center on Education and Workforce, (2011). «*The College Payoff. Education, Occupations, Lifetime Earnings*». Διατίθεται στο:<<https://cew.georgetown.edu/wp-content/uploads/2014/11/collegepayoff-complete.pdf>>[ανακτήθηκε στις 18 Μαρτίου 2017].

Gold, RS., Miner, KR., (2002). «*Report of the 2000 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology*». Διατίθεται στο :[https://www.researchgate.net/publication/11495943\\_Report\\_of\\_the\\_2000\\_Joint\\_Committee\\_on\\_Health\\_Education\\_and\\_Promotion\\_Terminology](https://www.researchgate.net/publication/11495943_Report_of_the_2000_Joint_Committee_on_Health_Education_and_Promotion_Terminology)[ανακτήθηκε στις 4 Ιουλίου 2017].

González-Zapata LI., Alvarez-Dardet C., Ortiz-Moncada R., Clemente V., Millstone E., Holdsworth M., Sarri K., Tarlao G., Horvath Z., Lobstein T., Savva S. (2009). «*Policy options for obesity in Europe: a comparison of public health specialists with other stakeholders*». Διατίθεται στο :<  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18662488>>[ανακτήθηκε στις 3 Ιουνίου 2017].

Grounded Theory Institute, (2008). «*What is Grounded Theory?*». Διατίθεται στο :<  
<http://www.fomo.gr/word-pos-vazo-ano-teleia-dialytika-eisagogika-klp/>>[ανακτήθηκε στις 4 Ιουλίου 2017].

Hammnod, RA., Levine, R., (2010). «*The economic impact of obesity in the United States*». Διατίθεται στο  
:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3047996/>>[ανακτήθηκε στις 26 Μαΐου 2017].

Handbury J., Rahkovsky, I., Schnell, M., (2014). «*Is the focus on food deserts fruitless? Retail access and food purchases across the socioeconomic spectrum*». Διατίθεται στο :<<http://www.nber.org/papers/w21126.pdf>>[ανακτήθηκε στις 11 Ιουνίου 2017].

Harvard Medical School, (2011). «*Top five habits that harm the heart*». Διατίθεται στο:< <http://www.health.harvard.edu/heart-health/top-five-habits-that-harm-the-heart>>[ανακτήθηκε στις 12 Φεβρουαρίου 2017].

Havemann, J. (2009). «*The financial Crisis of 2008: Year in Review 2008*». Διατίθεται στο:<<https://www.britannica.com/topic/Financial-Crisis-of-2008-The-1484264>>[ανακτήθηκε στις 5 Φεβρουαρίου 2017].

Health News, (n.d). «*Το Πανεπιστήμιο Κύπρου θεραπεύει τους φοιτητές*». Διατίθεται στο :< <http://healthnews.reporter.com.cy/health/article/1572/to-panepistimio-kyproy->>[ανακτήθηκε στις 14 Απριλίου 2017].

Heo M., Kim RS., Wylie-Rosett J., Allison DB., Heymsfield SB. Faith MS., (2011). «*Inverse Association between Fruit and Vegetable Intake and BMI even after Controlling for Demographic, Socioeconomic and Lifestyle Factors*». Διατίθεται στο :< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3338984/>>[ανακτήθηκε στις 17 Μαρτίου 2017].

Higgins, C., Lavin, T., Metcalfe, O., (2008). «*Health Impacts of Education. A review*». Διατίθεται στο:<  
<https://www.publichealth.ie/files/file/Health%20Impacts%20of%20Education.pdf>>[ανακτήθηκε στις 8 Μαρτίου 2017].

Idefics Study, (2017). «*Examinations*». Διατίθεται στο :<  
<http://www.ideficsstudy.eu/the-idefics-cohort/examinations.html>>[ανακτήθηκε στις 19 Απριλίου 2017].

Ifs, (n.d). «*Country profile – Cyprus*». Διατίθεται στο :<  
[http://www.ifs.du.edu/ifs/frm\\_CountryProfile.aspx?Country=CY#Health](http://www.ifs.du.edu/ifs/frm_CountryProfile.aspx?Country=CY#Health)>[ανακτήθηκε στις 3 Ιουνίου 2017].

Ioannou, S., Kouta, C., Charalambous, N., (2012). «*Moving from health education to health promotion. Developing the health education curriculum in Cyprus*». Διατίθεται στο :<  
<http://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/09654281211203420>>[ανακτήθηκε στις 19 Απριλίου 2017].

Jinhu L., Nattavudh P., (2015). «*Does more education lead to better health habits? Evidence from the school reforms in Australia*». Διατίθεται στο:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795361400450X>[ανακτήθηκε στις 2 Νοεμβρίου 2016].

Johnston, DW., Lordan, G., Shields, MA., Suziedelyte, A. (2015). «*Education and health knowledge: Evidence from UK compulsory schooling reform*». Διατίθεται στο:  
<  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953614006728>>[ανακτήθηκε στις 2 Νοεμβρίου 2016].

Jones, J., (2015). «*Drinking Highest Among Educated, Upper – Income Americans*». Διατίθεται στο :<<http://www.gallup.com/poll/184358/drinking-highest-among-educated-upper-income-americans.aspx>>[ανακτήθηκε στις 11 Μαρτίου 2017].

Joseph, G., Genakritis, M., Vezyridis, P. , Samoutis, A., (2013). «*Interventions for Childhood Obesity Control in Cyprus: An analysis and Evaluation of Programmes and Protocols*». Διατίθεται στο  
:<[https://www.researchgate.net/publication/237006320\\_Interventions\\_for\\_Childhood\\_Obesity\\_Control\\_in\\_Cyprus\\_An\\_analysis\\_and\\_Evaluation\\_of\\_Programmes\\_and\\_Protocols](https://www.researchgate.net/publication/237006320_Interventions_for_Childhood_Obesity_Control_in_Cyprus_An_analysis_and_Evaluation_of_Programmes_and_Protocols)>[ανακτήθηκε στις 11 Ιουνίου 2017].

Katsikas, D., Karakitsios, A., Filinis, K., Petralias, A., (2014). «*Social Profile on Poverty, Social Exclusion and Inequality before and after the Crisis in Greece*». Διατίθεται στο :<  
[https://www.files.ethz.ch/isn/188285/%CE%A0%CE%B1%CF%81%CE%B1%CE%B4%CE%BF%CF%84%CE%AD%CE%BF-1-1-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CE%AD%CF%81%CE%B3%CE%BF%CF%85-FRAGMEX\\_Revised\\_final\\_Conference.pdf](https://www.files.ethz.ch/isn/188285/%CE%A0%CE%B1%CF%81%CE%B1%CE%B4%CE%BF%CF%84%CE%AD%CE%BF-1-1-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CE%AD%CF%81%CE%B3%CE%BF%CF%85-FRAGMEX_Revised_final_Conference.pdf)>[ανακτήθηκε στις 9 Μαρτίου 2017].

Katzmarzyk, PT., Reeder, BA., Elliott, S., Joffres, MR., Pahwa, P., Raine, KD., Kirkland ,SA., Paradis, G., (2012). «*Body mass index and risk of cardiovascular disease, cancer and all-cause mortality*». Διατίθεται στο:<  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22530540>>[ανακτήθηκε στις 12 Φεβρουαρίου 2017].

Khemlani-David, M., (2014). «*Language, Power and Manipulation: The Use of Rhetoric in Maintaining Political Influence*». *Frontiers of Language and Teaching, Volume 5 (2014)*. Διατίθεται στο :<  
[https://www.academia.edu/8833432/Language\\_Power\\_and\\_Manipulation\\_The\\_Use\\_of\\_Rhetoric\\_in\\_Maintaining\\_Political\\_Influence](https://www.academia.edu/8833432/Language_Power_and_Manipulation_The_Use_of_Rhetoric_in_Maintaining_Political_Influence)>[ανακτήθηκε στις 28 Μαΐου 2017].

Knoema, (2017). «*Get data for your report, research or assignment in seconds*». Διατίθεται στο:<<https://knoema.com/>>[ανακτήθηκε στις 13 Μαρτίου 2017].



Kondylis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H., Benos, A., (2013). «*Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case*». Διατίθεται στο :<  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3698730/#bib18>>[ανακτήθηκε στις 30 Μαΐου 2017].

Koutsampelas C., Polycarpou A., (2013). «*The Distributional Consequences of the Cypriot Crisis*». Διατίθεται στο :<  
[https://www.ucy.ac.cy/erc/documents/Koutsampelas\\_Polycarpou\\_47-61.pdf](https://www.ucy.ac.cy/erc/documents/Koutsampelas_Polycarpou_47-61.pdf)>[ανακτήθηκε στις 4 Μαρτίου 2017].

Lazarou, C., Panagiotakos, DB., Panayiotou, G., Matalas, AL., (2008). «*Overweight and obesity in preadolescent children in their parents in Cyprus: prevalence and associated socio-demographic factors – the CYKIDS study*». Διατίθεται στο :<  
[https://www.researchgate.net/publication/5756163\\_Overweight\\_and\\_obesity\\_in\\_preadolescent\\_children\\_and\\_their\\_parents\\_in\\_Cyprus\\_Prevalence\\_and\\_associated\\_socio-demographic\\_factors\\_-\\_The\\_CYKIDS\\_study](https://www.researchgate.net/publication/5756163_Overweight_and_obesity_in_preadolescent_children_and_their_parents_in_Cyprus_Prevalence_and_associated_socio-demographic_factors_-_The_CYKIDS_study)>[ανακτήθηκε στις 3 Ιουνίου 2017].

Loring, B., Robertson, A., (2014). «*Obesity and Inequities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity*». World Health Organization, Regional Office for Europe. Διατίθεται στο :<  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/247638/obesity-090514.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/247638/obesity-090514.pdf)>[ανακτήθηκε στις 3 Ιουνίου 2017].

LSE, (n.d). «*Evidence-based politics. Government and the production of policy research*». Διατίθεται στο :<  
<http://www.lse.ac.uk/government/research/resgroups/CPPAR/Documents/Evidence-based-politics-Government-and-the-production-of-policy-research.pdf>>[ανακτήθηκε στις 28 Μαΐου 2017].

Makris, K., (2015). «*Εργαστήριο ποιότητας νερού και υγείας*». Διατίθεται στο :<  
<http://web.cut.ac.cy/waterandhealth/2015/02/04/%CF%80%CF%81%CF%8C%CE%BB%CE%B7%CF%88%CE%B7-%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%AC-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%85/?lang=el>>[ανακτήθηκε στις 14 Απριλίου 2017].

Mallis, E., (2015). «*Income distribution in the aftermath of economic downturn in Cyprus*». Διατίθεται στο :<  
[http://www.mof.gov.cy/mof/mof.nsf/All/525EB3E73120303EC2257DD5002C51D0/\\$file/Income%20distribution%20&%20Economic%20Growth%20%5BCompatibility%20Mode%5D.pdf](http://www.mof.gov.cy/mof/mof.nsf/All/525EB3E73120303EC2257DD5002C51D0/$file/Income%20distribution%20&%20Economic%20Growth%20%5BCompatibility%20Mode%5D.pdf)>[ανακτήθηκε στις 12 Μαρτίου 2017].

Matheson, EM., King, DE., Everett, CJ., (2012). «*Health Lifestyle Habits and Mortality in Overweight and Obese Individuals*». Διατίθεται στο :<  
<http://www.jabfm.org/content/25/1/9.long>>[ανακτήθηκε στις 13 Φεβρουαρίου 2017].

Mayer, S., Österle, A., (2014). «*Socioeconomic determinants of prescribed and non-prescribed medicine consumption in Austria*». Διατίθεται στο :<  
<https://academic.oup.com/eurpub/article/25/4/597/2398731/Socioeconomic-determinants-of-prescribed-and-non->>[ανακτήθηκε στις 9 Μαρτίου 2017].

Millstone, E. , Lobstein, T., Stirling, A. Mohebati, L., the PorGrow National Teams, (2006). «*Policy options for responding to obesity: cross-national report of the PorGrow project*». Διατίθεται στο :<  
[http://www.healthykids.gr/cms/images/stories/pdf/porgrow\\_eu\\_report.pdf](http://www.healthykids.gr/cms/images/stories/pdf/porgrow_eu_report.pdf)>[ανακτήθηκε  
κε στις 28 Μαΐου 2017].

Ministry of Education and culture, (n.d). «*Health Education. Department of secondary general education*». Διατίθεται στο :<  
[http://www.moec.gov.cy/dme/en/health\\_education.html](http://www.moec.gov.cy/dme/en/health_education.html)>[ανακτήθηκε στις 16  
Απριλίου 2017].

Naschold F., (2002). «*Why Inequality Matters for Poverty*». Διατίθεται στο:  
<https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/3876.pdf>[ανακτήθηκε στις 8 Μαρτίου 2017].

National Heart, Lung, and Blood Institute, (2012). «*Assessing your Weight and Health Risk*». Διατίθεται στο: <  
[https://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/lose\\_wt/risk.htm](https://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/lose_wt/risk.htm)>[ανακτήθηκε στις 18  
Φεβρουαρίου 2017].

National Obesity Observatory, (2011). «*Knowledge and attitudes towards healthy eating and physical activity: what the data tell us*». Διατίθεται στο: <  
[http://www.noo.org.uk/uploads/doc/vid\\_11171\\_Attitudes.pdf](http://www.noo.org.uk/uploads/doc/vid_11171_Attitudes.pdf)>[ανακτήθηκε στις 11  
Φεβρουαρίου 2017].

NHS, (2009). «*Body Mass Index as a measure of obesity*». Διατίθεται στο: <  
[http://www.noo.org.uk/uploads/doc789\\_40\\_noo\\_BMI.pdf](http://www.noo.org.uk/uploads/doc789_40_noo_BMI.pdf)>[ανακτήθηκε στις 14  
Μαρτίου 2017].

NIH, (n.d). «*Health Literacy*». Διατίθεται στο :<<https://nnlm.gov/professional-development/topics/health-literacy>>[ανακτήθηκε στις 10 Μαΐου 2017].

Nordquist, R., (2017). «*Discourse Analysis - Observing the Use of Language*». Διατίθεται στο :< <https://www.thoughtco.com/discourse-analysis-or-da-1690462>>[ανακτήθηκε στις 25 Μαΐου 2017].

Numan, S., Kamrunnaher, (2011). «*Lifelong Health Education through Distance Mode: Bangladesh Open University Perspective*». Διατίθεται στο :<  
[https://www.researchgate.net/publication/236985729\\_Lifelong\\_Health\\_Education\\_th  
rough\\_Distance\\_Mode\\_Bangladesh\\_Open\\_University\\_Perspective](https://www.researchgate.net/publication/236985729_Lifelong_Health_Education_through_Distance_Mode_Bangladesh_Open_University_Perspective)>[ανακτήθηκε στις  
12 Μαΐου 2017].

NZIER, (2015). «*The wider economy and social costs of obesity: A discussion of non-health impacts of obesity in New Zealand*». Διατίθεται στο :<  
<http://www.healthyaucklandtogether.org.nz/assets/Uploads/Economic-and-social-cost-of-obesity.pdf>>[ανακτήθηκε στις 24 Μαΐου 2017].

OECD, (2016). «*Public spending on childcare and early education*». Διατίθεται στο :  
[https://www.oecd.org/els/soc/PF3\\_1\\_Public\\_spending\\_on\\_childcare\\_and\\_early\\_education.pdf](https://www.oecd.org/els/soc/PF3_1_Public_spending_on_childcare_and_early_education.pdf)[ανακτήθηκε στις 23 Απριλίου 2017].

OECD, (2012). «*The economic and social benefits of education. Education at a Glance, 2012*». Διατίθεται στο: < <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/9612041ec011.pdf?expires=1489906101&id=id&accname=guest&checksum=8AA8EA96C2747CAABBEE1D1EE7620990>>[ανακτήθηκε στις 18 Μαρτίου 2017].

OECD, (2011). «*Exploring the Relationship Between Education and Obesity*». Διατίθεται στο :< <https://www.oecd.org/eco/growth/relationship%20education%20and%20obesity.pdf>> [ανακτήθηκε στις 9 Μαΐου 2017].

OECD, (2003). «*Poverty and Health*». Διατίθεται στο: < [http://www.who.int/tobacco/research/economics/publications/oecd\\_dac\\_pov\\_health.pdf](http://www.who.int/tobacco/research/economics/publications/oecd_dac_pov_health.pdf)>[ανακτήθηκε στις 9 Μαρτίου 2017].

OECD/European Commission, (2016). «*Health at a Glance: Europe 2016-State of Health in the EU Cycle*». Διατίθεται στο :< <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-Europe-2016-CHARTSET.pdf>>[ανακτήθηκε στις 23 Απριλίου 2017].

Oxford Dictionary, (2017). «*Ontology*». Διατίθεται στο :< <https://en.oxforddictionaries.com/definition/ontology>.[ανακτήθηκε στις 26 Μαΐου 2017].

Philippou, C., Andreou E., Menelaou N., Papandreou D., (2012). «*Effects of diet and exercise in 337 overweight/obese adults*». Διατίθεται στο: < [https://www.researchgate.net/publication/255716324\\_Effects\\_of\\_diet\\_and\\_exercise\\_in\\_337\\_overweightobese\\_adults](https://www.researchgate.net/publication/255716324_Effects_of_diet_and_exercise_in_337_overweightobese_adults)>[ανακτήθηκε στις 13 Μαρτίου 2017].

Pike, J., Ioannou, S., (2013). «*Evaluating school-community health in Cyprus*». Διατίθεται στο :< <https://academic.oup.com/heapro/article/32/2/185/3062460/Evaluating-school-community-health-in-Cyprus>>[ανακτήθηκε στις 22 Απριλίου 2017].

Pina, P., (2016). «*2016 Food Trends from Google Search Data: The Rise of Functional Foods*». Διατίθεται στο :< <https://www.thinkwithgoogle.com/consumer-insights/2016-food-trends-google/>>[ανακτήθηκε στις 27 Μαΐου 2017].

Quora, (2015). «*What are the names of the techniques that politicians use during presidential campaigns?*». Διατίθεται :< <https://www.quora.com/What-are-the-names-of-the-techniques-that-politicians-use-during-presidential-campaigns>>[ανακτήθηκε στις 29 Μαΐου].

Savva, S.C., Kourides, Y.A., Hadjigeorgiou, C., Tornaritis, M.J. (2013). «*Overweight and obesity prevalence and trends in children and adolescents in Cyprus 2000–2010*». *Obesity Research and Clinical Practice*, vol. 8(5), p.p. 426-434. Διατίθεται στο: <[http://www.obesityresearchclinicalpractice.com/article/S1871-403X\(13\)00206-8/abstract](http://www.obesityresearchclinicalpractice.com/article/S1871-403X(13)00206-8/abstract)>[ανακτήθηκε στις 6 Νοεμβρίου 2016].

Savva, SC., Kourides, Y., Tornaritis, M., Epiphaniou-Savva, M., Chadjigeorgiou, C., Kafatos, A., (2002). «*Obesity in children and adolescents in Cyprus. Prevalence and predisposing factors*». Διατίθεται στο:<  
[http://www.nature.com/ijo/journal/v26/n8/pdf/0802042a.pdf?origin=publication\\_detail](http://www.nature.com/ijo/journal/v26/n8/pdf/0802042a.pdf?origin=publication_detail)>[ανακτήθηκε στις 13 Φεβρουαρίου 2017].

Schneider, F., (2013). «*Getting technical: discourse analysis in ten steps*». Διατίθεται στο :< <http://www.politicseastasia.com/studying/how-to-do-a-discourse-analysis/>>[ανακτήθηκε στις 25 Μαΐου 2017].

Sutcliffe, S., Court, J., (2005). «*Evidence – Based Policymaking: What is it? How does it work? What relevance of developing countries?*». Διατίθεται στο :< <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/3683.pdf>>[ανακτήθηκε στις 3 Ιουλίου 2017].

Tannen, D., (2012). «*Discourse Analysis—What Speakers Do in Conversation*». Διατίθεται στο :< <http://www.linguisticsociety.org/resource/discourse-analysis-what-speakers-do-conversation>>[ανακτήθηκε στις 25 Μαΐου 2017].

The Lancet, (2016). «*Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19·2 million participants*». Διατίθεται στο :< [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30054-X/fulltext#sec1](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30054-X/fulltext#sec1)>[ανακτήθηκε στις 6 Νοεμβρίου 2016].

The Free Dictionary by Farlex, (2017). «*Health Behavior*». Διατίθεται στο:<  
<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/health+behavior>>[ανακτήθηκε στις 11 Φεβρουαρίου 2017].

Theodorou M, Charalambous C, Petrou C, Cylus J., (2012). «Cyprus: Health system review». *Health Systems in Transition* 2012, vol. 14(6), pp.1–128. European Observatory on Health Systems and Policies. Διατίθεται στο:  
<[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/174041/Health-Systems-in-Transition\\_Cyprus\\_Health-system-review.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/174041/Health-Systems-in-Transition_Cyprus_Health-system-review.pdf)>[ανακτήθηκε στις 11 Οκτωβρίου 2016].

The World Bank, (2017). «*Health expenditure, total (% of GDP)*». Διατίθεται στο :<  
<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>>[ανακτήθηκε στις 7 Ιουνίου 2017].

Tornaritis, M., Philippou, E., Hadjigeorgiou, C., Kourides, YA., Panayi, A., Savva, SC., (2014). «*A study of the dietary intake of Cypriot children and adolescents aged 6–18 years and the association of mother’s educational status and children’s weight status on adherence to nutritional recommendations*». Διατίθεται στο:<  
<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-13>>[ανακτήθηκε στις 7 Φεβρουαρίου 2017].

Trading Economics, (2017). «*Health expenditure-Public (% of GDP) in Cyprus*». Διατίθεται στο :<http://www.tradingeconomics.com/cyprus/health-expenditure-public-percent-of-gdp-wb-data.html>[ανακτήθηκε στις 4 Φεβρουαρίου 2017].

Unesco, (2013). «*Girl's education-The facts*». Διατίθεται στο :<  
<http://en.unesco.org/gem-report/sites/gem-report/files/girls-factsheet-en.pdf>>[ανακτήθηκε στις 11 Μαΐου 2017].

University of Cambridge, (2016). «*Obesity link to premature death, with greatest effect in men*». Διατίθεται στο :< <http://www.cam.ac.uk/research/news/obesity-linked-to-premature-death-with-greatest-effect-in-men>>[ανακτήθηκε στις 18 Μαΐου 2017].

Wetheridge, L., (2016). «*Girls' and women's literacy with a lifelong learning perspective: issues, trends and implications for the Sustainable Development Goals*». Διατίθεται στο :<  
<http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002449/244959e.pdf>>[ανακτήθηκε στις 11 Μαΐου 2017].

WHO, (2017a). «*Obesity and overweight*». Διατίθεται στο:<  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>[ανακτήθηκε στις 7 Φεβρουαρίου 2017].

WHO, (2017b). «*Global Database on Body Mass Index*». Διατίθεται στο :<  
<http://apps.who.int/bmi/index.jsp>>[ανακτήθηκε στις 18 Μαρτίου 2017].

WHO, (2017c). «*Increasing fruit and vegetable consumption to reduce the risk of noncommunicable diseases*». Διατίθεται στο:  
[http://www.who.int/elena/titles/fruit\\_vegetables\\_ncds/en/](http://www.who.int/elena/titles/fruit_vegetables_ncds/en/)[ανακτήθηκε στις 19 Φεβρουαρίου 2017].

WHO (2016). «*Health Education*». Διατίθεται στο :<  
[http://www.who.int/topics/health\\_education/en/](http://www.who.int/topics/health_education/en/)>[ανακτήθηκε στις 23 Οκτωβρίου 2016].

WHO, (2013). «*Nutrition, Physical Activity and Obesity Cyprus*». Διατίθεται στο :<  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/243292/Cyprus-WHO-Country-Profile.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/243292/Cyprus-WHO-Country-Profile.pdf?ua=1)>[ανακτήθηκε στις 14 Μαρτίου 2017].

WHO (2012). «*Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*». Διατίθεται στο:<  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf)>[ανακτήθηκε στις 6 Νοεμβρίου 2016].

WHO/Europe (2016). «*European Health for all databases (HFA-DB)*». Διατίθεται στο:< <http://data.euro.who.int/hfad/>>[ανακτήθηκε στις 5 Δεκεμβρίου 2016].

WHO/Europe, (2005). «*European strategy for child and adolescent health and development*». Διατίθεται :  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/79400/E87710.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/79400/E87710.pdf)>[ανακτήθηκε στις 29 Μαΐου 2017].

World Bank, (n.d.). «*Education and Poverty*». Διατίθεται στο :<  
[http://siteresources.worldbank.org/INTMENA/Resources/Poverty\\_ch3\\_06.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTMENA/Resources/Poverty_ch3_06.pdf)>[ανακτήθηκε στις 9 Μαρτίου 2017].

World Health Organization/Regional Office of Europe, (2014). «*The case for investing in public health*». Διατίθεται στο :<  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/278073/Case-Investing-Public-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/278073/Case-Investing-Public-Health.pdf)>[ανακτήθηκε στις 23 Απριλίου 2017].

Yatsko, VA., (2016). «*Yatsko's Computational Linguistics Laboratory*». Διατίθεται στο :<  
<http://yatsko.zohosites.com/integrational-discourse-analysis-conception.html>>[ανακτήθηκε στις 3 Ιουλίου 2017].

Zafiropoulou M., Pérez A., Marini I., Christodouloupoulou A., Peeva R., (2015). «*Winners and losers of the Greek crisis as a result of a double fragmentation and exclusion: a discourse analysis of Greek NGOs*». The research described in this paper has been funded by the Fragma (ΓΓΕΤ GER\_2365) (2013-2015) 'Fragmentation and Exclusion: Understanding and Overcoming the multiple impacts of European crisis', European project, co-financed by the European Union (European Regional Development Fund) and Greek national funds through the Operational Program of Competitiveness and entrepreneurship (OPC II). The Hellenic Open University (<http://www.eap.gr>) and the ELIAMEP-Crisis Observatory (<http://crisisobs.eu/>) were the Greek partners of this project. Opinions expressed are those of the authors only.

Zafiropoulou, M., (2014). «*Exclusion from Healthcare Services and the Emergence of New Stakeholders and Vulnerable Groups in Times of Economic Crisis: A Civil Society's Perspective in Greece*». Διατίθεται στο :<  
<https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/scr.2014.12.issue-2/scr-2015-0003/scr-2015-0003.pdf>>[ανακτήθηκε στις 12 Μαρτίου 2017].

Zimmerman, EB., Woolf, SH., Haley, A., (2015). «*Understanding the Relationship between Education and Health: A Review of the Evidence and an Examination of Community Perspectives*». Διατίθεται στο :<  
<https://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/population-health/zimmerman.html>>[ανακτήθηκε στις 4 Μαρτίου 2017].

### **Κείμενα που χρησιμοποιήθηκαν στην Ανάλυση Λόγου**

Βουλή των Αντιπροσώπων, (2014). «*Πρακτικά της Βουλής των Γερόντων. 16<sup>η</sup> Σύνοδος, Συνεδρίαση 14<sup>η</sup> Νοεμβρίου*». Διατίθεται στο :<  
<http://www.parliament.cy/images/media/redirectfile/%CE%A0%CE%A1%CE%91%CE%9A%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%91%20%CE%92%CE%9F%CE%A5%CE%9B%CE%97%CE%A3%20%CE%A4%CE%A9%CE%9D%20%CE%93%CE%95%CE%A1%CE%9F%CE%9D%CE%A4%CE%A9%CE%9D-16%CE%B7%20%20%CE%A3%CE%A5%CE%9D%CE%9F%CE%94%CE%9F%CE%A3.pdf>>[ανακτήθηκε στις 15 Μαΐου 2017].

Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών, (2016). «*Χαιρετισμός Υπουργού Παιδείας κ. Κ. Καδή, στον εορτασμό για τα 111 χρόνια λειτουργίας του Α' Δημοτικού Σχολείου Παλλουριώτισσας*». Διατίθεται στο :<  
<http://www.pio.gov.cy/moi/pio/pio2013.nsf/All/AC0056CA971F9C6FC2257FBE00604299?OpenDocument&L=G>>[ανακτήθηκε στις 16 Μαΐου 2017].

Διάλογος, (2015). «*Υπέρταση έχουν το 25% των Κύπριων*». Διατίθεται στο :<  
[http://dialogos.com.cy/blog/ipertasi-echoun-25-ton-kiprion/#.WRyIv\\_197IV](http://dialogos.com.cy/blog/ipertasi-echoun-25-ton-kiprion/#.WRyIv_197IV)>[ανακτήθηκε στις 15 Μαΐου 2017].

Η Σημερινή, (2014). «Εξώδικο πέραν των 85 ευρώ...». Διατίθεται στο :< <http://www.sigmalive.com/simerini/politics/227761/eksodiko-peran-ton-85-euro>>[ανακτήθηκε στις 15 Μαΐου 2017].

Ιερά Μητρόπολης Ταμασού και Ορεινής, (2016). «Δημοσιογραφική Διάσκεψη στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Εβδομάδας Πρόληψης του Καρκίνου του τραχήλου της μήτρας». Διατίθεται στο :< <http://www.imtamasou.org.cy/imt/epikerotita/activities/anakinosis/3788>>[ανακτήθηκε στις 15 Μαΐου 2017].

I-eidisi news, (2016). «Καδής : Χώρος ευαισθητοποίησης το σχολείο ενάντια στο κάπνισμα». Διατίθεται στο :< <http://www.i-eidisi.com/2016/03/03/kadis-choros-evesthitopiisis-to-scholio-enantia-sto-kapnisma/>>[ανακτήθηκε στις 16 Μαΐου 2017].

Κυπριακός Οργανισμός Αθλητισμού, (2017). «Αθλητική Πανδαισία η γιορτή του ΑΓΟ στη Λευκωσία». Διατίθεται στο :< <http://ago.org.cy/athlitiki-pandesia-i-giorti-tou-ago-sti-lefkosia/>>[ανακτήθηκε στις 16 Μαΐου 2017].

Ο Φιλελεύθερος, (2015). «Οι «δέκα εντολές Καδή» για την Παιδεία». Διατίθεται στο :< <http://archive.philenews.com/el-gr/top-stories/885/272695/oi-deka-entoles-kadi-gia-tin-paideia>>[ανακτήθηκε στις 16 Μαΐου 2017].

Ο Φιλελεύθερος, (2016a). «Υπ. Υγείας : Στην Κύπρο καταγράφονται ετησίως 1200 θάνατοι από καρκίνο». Διατίθεται στο :< <http://archive.philenews.com/el-gr/koinonia-eidiseis/160/297637/yp-ygeias-stin-kypro-katagrafontai-etisios-1200-thanatoi-apo-karkino>>[ανακτήθηκε στις 16 Μαΐου 2017].

Ο Φιλελεύθερος, (2016b). «Πρωτιά στην παχυσαρκία καταγράφουν οι Κύπριοι άνδρες». Διατίθεται στο :< <http://archive.philenews.com/el-gr/koinonia-eidiseis/160/312383/protia-stin-pachysarkia-katagrafoun-oi-kyprioi-andres>>[ανακτήθηκε στις 16 Μαΐου 2017].

Ο Φιλελεύθερος, (2017). «Παμπορίδης για ΓεΣΥ: Ήρθε η ώρα να αντιδράσουν οι πολίτες». Διατίθεται στο :< <http://www.philenews.com/koinonia/eidiseis/article/358689/pamporidis-ga-gsy-irthe-i-ora-na-antidrasoun-oi-polites>>[ανακτήθηκε στις 16 Μαΐου 2017].

Reporter, (2015). «Κώστας Καδής στον Ρεπόρτερ: «Επαναστατικές αλλαγές στο Λύκειο»». Διατίθεται στο :< <http://www.reporter.com.cy/local-news/article/20882/>>[ανακτήθηκε στις 16 Μαΐου 2017].

SigmaLive, (2014). «Υπ. Υγείας: Υψηλού επιπέδου το σύστημα υγείας στην Κύπρο». Διατίθεται στο :< <http://www.sigmalive.com/news/politics/171511/ypygeias-ypsilon-epipedou-to-systima-ygeias-stin-kypro>>[ανακτήθηκε στις 15 Μαΐου 2017].

SigmaLive, (2012). «Λουκέτο στα παράνομα φροντιστήρια». Διατίθεται στο :< <http://www.sigmalive.com/archive/simerini/politics/interviews/489039>>[ανακτήθηκε στις 16 Μαΐου 2017].

Typos.com.cy, (2014). «Οι καπνιστές στην Κύπρο αυξάνονται συνεχώς λόγω... οικονομικής κρίσης!». Διατίθεται στο :<  
<http://www.typos.com.cy/cat/1/article/5625>>[ανακτήθηκε στις 15 Μαΐου 2017].

Υπουργείο Υγείας, (2014). «Χαιρετισμός Υπουργού Υγείας κ. Φίλιππου Πατσαλή επί ευκαιρία της Παγκύπριας Ημέρα Διατροφής «Τρώω σωστά και το απολαμβάνω!»». Μάιος, 2014. Διατίθεται στο :<  
<http://www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/CE247FA967A7BCC5C2257CE0004ACF8F?OpenDocument>>[ανακτήθηκε στις 15 Μαΐου 2017].

Υπουργείο Υγείας, (2012a). «11:00 - Χαιρετισμός του Υπουργού Υγείας δρος Σταύρου Μαλά σε συνέντευξη Τύπου για την έκδοση των Εθνικών Οδηγιών Διατροφής και Άσκησης για Εφήβους, στη Λευκωσία 19/03/2012». Διατίθεται στο :<  
<http://www.moh.gov.cy/MOH/MOH.nsf/All/4B48A7530A0EC69CC22579C70031EABB?OpenDocument>>[ανακτήθηκε στις 15 Μαΐου 2017].

Υπουργείο Υγείας, (2012b). «Ομιλία του Υπουργού Υγείας δρος Σταύρου Μαλά σε συνέντευξη Τύπου που διοργανώθηκε με την ευκαιρία της Παγκόσμιας Ημέρας Υγείας 06/04/2012». Διατίθεται στο :<  
<http://www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/10FE0308BBA19461C22579DC00236B30?OpenDocument>>[ανακτήθηκε στις 15 Μαΐου 2017].

Υπουργείο Υγείας, (2014), «Δηλώσεις του Υπουργού Υγείας μετά τη συζήτηση του προϋπολογισμού του Υπουργείου για το 2015 στην Κοινοβουλευτική Επιτροπή Οικονομικών». Διατίθεται στο :<  
<http://www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/B83399AEF898D5F8C2257D800027AF11?OpenDocument>>[ανακτήθηκε στις 15 Μαΐου 2015].

Cyprus Times, (2017). «Υπουργός Υγείας: Περίπου 3.200 νέα περιστατικά καρκίνου το χρόνο στην Κύπρο». Διατίθεται στο :< <http://cyprustimes.com/2017/01/31/ypourgos-ygias-peripou-3-200-nea-peristatika-karkinou-chrono-stin-kypro/>>[ανακτήθηκε στις 16 Μαΐου 2017].