


MULTIDISCIPLINARY APPROACH FOR THE WELFARE OF THIRD AGE THROUGH SHARE SURVEY **THE ECONOMIC COSTS OF ACCIDENTS AT WORK IN GREECE** OCCUPATIONAL RISKS FACTORS AND STRESS IN WORKPLACE OF PRISON OFFICER DUTIES **SLEEP PROBLEMS IDENTIFIED IN THE URBAN POPULATION** PREVENTION, EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE AND AWARENESS OF GENERAL POPULATION AND WORKERS ON HEPATITES B AND C IN GREECE **THE DIFFERENT APPROACHES OF PUBLIC HEALTH AND CLINICAL MEDICINE IN THE FIELD OF DISEASE: THE EXAMPLE OF INFLUENZA H1N1** OCCUPATIONAL EXPOSURES AND PUBLIC HEALTH HAZARDS CAUSED BY ANIMAL VENOMS IN SENSITIVE GROUPS OF THE POPULATION IN GREECE **HARASSMENT IN PROFESSIONAL RELATIONS AS A RISK FACTOR FOR WORK STRESS INFORMATION AND ACTION FOR EMPLOYERS BUSINESSES ORGANIZATIONS** SUBJECTIVE OCCUPATIONAL RISK ESTIMATION FROM DOCTORS AND NURSES WORKING IN OPERATING ROOMS **SLEEP DISORDERS IN THE ERA OF GLOBALIZATION** A STUDY IN GREEK-ORTHODOX MONASTERIES ABOUT EFFECTS DUE TO FASTING: PRESENTATION AND COMMENTARY **THE ORTHODOX VIEW** INSTALLATION OF FARMERS REFUGEES IN THE DRAMA REGION **EDITORIAL: HEALTH AND SAFETY IN FEMALES** HEALTH AND SAFETY IN IMMIGRANTS

ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΗΜΕΡΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ SHARE **ΜΕΛΕΤΗ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΤΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑ** ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΩΝ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΡΑΤΗΣΗΣ **ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ** ΠΡΟΛΗΨΗ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ Β ΚΑΙ C ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ **ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ: ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΓΡΙΠΗΣ H1N1** ΖΩΙΚΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΣΕ ΕΥΑΙΣΘΗΤΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ **ΠΑΡΕΝΟΧΛΗΣΗ - HARASSMENT ΣΤΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ** **ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΔΡΑΣΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΡΓΟΔΟΤΕΣ** **ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ** ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΣΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΑΝΘΡΩΠΟ** **ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΠΟΙΗΣΗΣ** ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΛΟΓΩ ΝΗΣΤΕΙΑΣ **ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΛΛΗΝΟΡΘΟΔΟΞΑ ΜΟΝΑΣΤΗΡΙΑ** ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ **Η ΟΡΘΟΔΟΞΗ ΘΕΑΣΗ** ΕΠΟΙΚΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΓΡΟΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΔΡΑΜΑΣ **EDITORIAL: ΥΓΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΦΥΛΟ** **EDITORIAL: ΥΓΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ**



hugείa  **εργασία**

 SCIENTIFIC EDITION OF HELLENIC SOCIETY OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE IN ASSOCIATION WITH PROGRAM OF POSTGRADUATE STUDIES HEALTH AND SAFETY IN WORKPLACES


VOLUME 2 ISSUE 2

ISSN 1792-4731

MAY - AUGUST 2011

hugείa@εργασία 2(2)

hugείa  **εργασία**

 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΤΟΜΟΣ 2 ΤΕΥΧΟΣ 2

ISSN 1792-4731

ΜΑΪΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΗΜΕΡΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ SHARE <i>Αντηγόνη Λυμπεράκη, Πλάτων Τήνιος και Θωμάς Γεωργιάδης</i>	σελ. 9-36
MULTIDISCIPLINARY APPROACH FOR THE WELFARE OF THIRD AGE THROUGH SHARE SURVEY <i>Antigone Lymberaki, Platon Tinios and Thomas Georgiadis</i>	
ΜΕΛΕΤΗ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΤΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑ <i>Β. Μακρόπουλος, Μ. Ορφανίδης και Ι. Μπόρα</i>	σελ. 37-46
THE ECONOMIC COSTS OF ACCIDENTS AT WORK IN GREECE <i>B. Makropoulos, M. Orfanidis and I. Bora</i>	
ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΩΝ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΡΑΤΗΣΗΣ <i>Καραϊσκος Χρήστος, Κουλιεράκης Γεώργιος και Κικεμένη - Ξυδέα Αναστασία</i>	σελ. 47-60
OCCUPATIONAL RISKS FACTORS AND STRESS IN WORKPLACE OF PRISON OFFICER DUTIES <i>Karaiskos C., Koulierakis G. and Kikemeni - Xydea A.</i>	
ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ <i>Δ. Χαδόλιας</i>	σελ. 61-76
SLEEP PROBLEMS IDENTIFIED IN THE URBAN POPULATION <i>D. Hadolias</i>	

ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ: ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΓΡΙΠΗΣ Η1Ν1
Καραθανάση Κ., Σαράφης Π., Μουστάκα Ε. και Μαλλιαρού Μ.

σελ. 77-88

THE DIFFERENT APPROACHES OF PUBLIC HEALTH AND CLINICAL MEDICINE
IN THE FIELD OF DISEASE: THE EXAMPLE OF INFLUENZA H1N1
Karathanassi K., Sarafis P., Moustaka E. and Malliarou M.

ΠΡΟΛΗΨΗ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ Β ΚΑΙ C ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
Δ. Θεοχαρίδου

σελ. 89-98

PREVENTION, EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE AND AWARENESS
OF GENERAL POPULATION AND WORKERS ON HEPATITES B AND C IN GREECE
D. Theocharidou

ΖΩΙΚΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ
ΣΕ ΕΥΑΙΣΘΗΤΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ
Μαρία Χατζάκη

σελ. 99-118

OCCUPATIONAL EXPOSURES AND PUBLIC HEALTH HAZARDS
CAUSED BY ANIMAL VENOMS IN SENSITIVE GROUPS
OF THE POPULATION IN GREECE
M. Chatzaki

ΠΑΡΕΝΟΧΛΗΣΗ - HARASSMENT ΣΤΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ
ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΔΡΑΣΗ ΓΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΕΣ, ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ
Ε. Νυφούδη

σελ. 119-160

HARASSMENT IN PROFESSIONAL RELATIONS AS A RISK FACTOR FOR WORK STRESS
INFORMATION AND ACTION FOR EMPLOYERS BUSINESSES AND ORGANIZATIONS
H. Nyfoudi

ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ
*Βασιλική Κωνσταντινοπούλου, Θ.Κ. Κωνσταντινίδης, Φ. Μπαμπάτσικου,
Βιλελμίνη Καραγιάννη, Ελπίδα Κρουσταλλη και Χαρίλαος Κουτίης*

σελ. 161-178

SUBJECTIVE OCCUPATIONAL RISK ESTIMATION
FROM DOCTORS AND NURSES WORKING IN OPERATING ROOMS
*Vassiliki Konstadinopoulou, T.C. Constantinidis, Fotoula Babatsikou, Vilemini Karagianni,
Elpida Kroustalli and Charilaos Koutis*

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΣΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΑΝΘΡΩΠΟ
ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΠΟΙΗΣΗΣ
Μ. Αγαθοκλέους

σελ. 179-196

SLEEP DISORDERS
IN THE ERA OF GLOBALIZATION
M. Agathokleous

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΛΟΓΩ ΝΗΣΤΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΛΛΗΝΟΡΘΟΔΟΞΑ ΜΟΝΑΣΤΗΡΙΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ Κοντογιώργης Χρήστος και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης	σελ. 197-206
A STUDY IN ORTHODOX MONASTERIES ABOUT EFFECTS DUE TO FASTING PRESENTATION AND COMMENTARY Kontogiorgis Christos and T.C. Constantinidis	
ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΛΟΓΩ ΝΗΣΤΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΛΛΗΝΟΡΘΟΔΟΞΑ ΜΟΝΑΣΤΗΡΙΑ Η ΟΡΘΟΔΟΞΗ ΘΕΑΣΗ Αδελφότης της Ιεράς Μονής «Παναγία του Εβρου»	σελ. 207-208
A STUDY IN ORTHODOX MONASTERIES ABOUT EFFECTS DUE TO FASTING THE ORTHODOX VIEW Brotherhood of the Holy Monastery of "Panagia of Evros"	
Ο ΕΠΟΙΚΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΓΡΟΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΔΡΑΜΑΣ Σ. Κισαγιζλής	σελ. 209-224
INSTALLATION OF FARMERS REFUGEES IN THE REGION OF DRAMA DURING 1922 S. Kisagizlis	
EDITORIAL: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΦΥΛΟ Μπάμπης Αλεξόπουλος	σελ. 225-227
EDITORIAL: HEALTH AND SAFETY IN FEMALES B. Alexopoulos	
EDITORIAL: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ Χρήστος Π. Δετσαρίδης και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης	σελ. 228-232
EDITORIAL: HEALTH AND SAFETY IN IMMIGRANTS Christos P. Detsaridis and T.C. Constantinidis	

ΕΞΩΦΥΛΛΟ: ΣΤΑΧΥΑ ΣΤΟ ΦΩΣ
I.M.G.

COVER PAGE: SPIKES IN THE LIGHT
I.M.G.

Επιστημονική Επιτροπή:

Αθανασίου Αθανάσιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Υπουργείο Εργασίας Κύπρου
Αλαμάνος Γιάννης, Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Πατρών
Αλεξόπουλος Ευάγγελος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Λέκτορας, Τμήμα Ιατρικής Παν. Πατρών
Αλεξόπουλος Χαράλαμπος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Τομεάρχης Ιατρικής της Εργασίας, Διεύθυνση Υγείας και Ασφάλειας Εργασίας ΔΕΗ
Αναστασόπουλος Αναστάσιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, ΔΕΗ
Αρβαντιδού Βαγιανά Μαλαματένια, Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ
Αργυριάδου Στέλλα, Ειδικός Γενικής Ιατρικής, ΕΛΕΓΕΙΑ
Βαλογιάννη Κωνσταντίνα, Χειρουργός, Υγιειν. Επιθ. ΣΕΠΕ, ΚΕΠΕΚ Μακεδονίας - Θράκης
Βελονάκης Μανόλης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Καθηγητής Παν. Αθηνών
Γελαστοπούλου Ελένη, Επ. Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής Παν. Πατρών
Γουσόπουλος Σταύρος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, ΙΚΑ
Γρηγορίου Ιωάννα, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Υπουργείο Υγείας Κύπρου
Δημητρίου Αναστασία, Επ. Καθηγήτρια ΔΠΘ
Δημοσιάτης Γιάννης, Επ. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Ιωαννίνων
Δρακόπουλος Βασίλης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, ΕΛΙΝΥΑΕ
Δρίβας Σπύρος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, ΕΛΙΝΥΑΕ
Δώση - Σιββά Μαρία, Τεχνική Επιθεωρήτρια ΣΕΠΕ, ΚΕΠΕΚ Μακεδονίας - Θράκης
Ζαφειρόπουλος Παντελής, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Ζαχαρίας Ευάγγελος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Ζηλίδης Χρήστος, Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής
Ζημάλης Ευάγγελος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Ζησιμόπουλος Αθανάσιος, Επ. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Ιορδάνου Παναγιώτα, Αν. Καθηγήτρια ΤΕΙ Αθηνών
Καρελή Αργυρώ, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Καρτάλη Σοφία, Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Κογεβίνης Μανόλης, Καθηγητής Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας
Κουκουλιάτα Αλεξάνδρα, Παθολογανατόμος, Υγιειν. Επιθ. ΣΕΠΕ, ΚΕΠΕΚ Μακεδονίας - Θράκης
Κουρούκλης Γιώργος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Κέντρο Διάγνωσης Ιατρικής Εργασίας ΙΚΑ
Κουσκοϊκής Κωνσταντίνος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, τ. Αντιπρύτανης ΔΠΘ
Κουπής Χαρίλαος, Καθηγητής ΤΕΙ Αθηνών, Προϊστάμενος Τμήματος Δημόσιας Υγείας ΤΕΙ Αθηνών
Κυπραίη Ευαγγελία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Επιμελήτρια Β, Τμήμα Ιατρικής της Εργασίας και Προστασίας Περιβάλλοντος, Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας
Κυριόπουλος Γιάννης, Καθηγητής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Κωνσταντινίδης Θεόδωρος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Κωνσταντίνου Γεώργιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Κωστόπουλος Στέλιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διευθυντής Τμήματος Ιατρικής της Εργασίας και Προστασίας Περιβάλλοντος, Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας

Λιού Αθηνά, Αν. Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
Λιονής Χρήστος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Κρήτης
Μακρόπουλος Βασίλειος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Καθηγητής, Διευθυντής Τομέα Επαγγελματικής και Βιομηχανικής Υγιεινής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Μαλιέζος Ευστράτιος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Μαραγκός Νικόλαος, Τεχνικός Επιθ. ΣΕΠΕ, ΚΕΠΕΚ Μακεδονίας - Θράκης
Μερκούρης Μποδοσάκης Πρόδρομος, Ειδικός Γενικής Ιατρικής, Πρόεδρος ΕΛΕΓΕΙΑ
Μόσιαλος Ηλίας, Καθηγητής, London School of Economics, Professor of Health Policy, Department of Social Policy, Director of LSE Health
Μπαμπάτσικου Φωτούλα, Επ. Καθηγήτρια, ΤΕΙ Αθηνών
Μπένος Αλέξης, Αν. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ
Μπεχράκης Παναγιώτης, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
Μπούρος Δημοσθένης, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Νένα Ευαγγελία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Λέκτορας (Π.Δ.407), Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Ντουνιάς Γεώργιος, Επιμελητής Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας
Οικονόμου Ελένη, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Επιμελήτρια Β, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Αττικό
Παναζή Ευγενία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Παναζοπούλου Αναστασία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Γενική Διευθύντρια Δημόσιας Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Παπαδάκης Νίκος, Αν. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ
Παπαδόπουλος Στέλιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Παπαναγιώτου Γεώργιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Πατεντάλακης Μιχάλης, Διευθυντής ΕΣΥ, Σισμανόγλειο Νοσοκομείο Αθηνών
Πέιου Μαρία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Πρασόπουλος Παναγιώτης, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Ραχιώτης Γιώργος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Λέκτορας, Τμήμα Ιατρικής Παν. Θεσσαλίας
Σαραφόπουλος Νικόλαος, Δρ Μηχανολόγος Μηχανικός, Προϊστάμενος Διεύθυνσης ΚΕΠΕΚ Δυτικής Ελλάδας Ηπείρου και Ιόνιων Νησιών
Σιχλιετίδης Λάζαρος, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ
Στάμου Ιωάννης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Επιμελητής Β, Τμήμα Ιατρικής της Εργασίας και Προστασίας Περιβάλλοντος, Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας
Στεϊρόπουλος Πασχάλης, Λέκτορας, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Σωτηριάδης Ελπίδοφορος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Τμήμα Επαγγελματικής και Περιβαλλοντικής Ιατρικής, Κυπριακό Ινστιτούτο Βιοϊατρικών Επιστημών, Τμήμα Περιβαλλοντικής Υγείας, Περιβαλλοντικής και Επαγγελματικής Ιατρικής, Public Health School, University of Harvard
Τζίμας Αλέξης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Τούντας Γιάννης, Αν. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
Τσαρούχα Αλέκα, Επ. Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Φιλαλήτης Αναστάσιος, Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Κρήτης
Φυτιλή Δέσποινα, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Επιμελήτρια Β, Τμήμα Ιατρικής της Εργασίας και Προστασίας Περιβάλλοντος, Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας
Φρουδαράκης Μάριος, Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Χατζάκη Αικατερίνη, Επ. Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Χατζής Χρήστος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Χατζησταύρου Κωνσταντίνος, Αν. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
Χριστοδούλου Αντώνιος, Διευθυντής Διεύθυνσης Διαχείρισης Πληροφόρησης, Επιμόρφωσης και Παρακολούθησης Συνθηκών Εργασίας, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης

Εκδότης: Θ.Κ. Κωνσταντινίδης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Δ.Π.Θ., Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος, tconstan@med.duth.gr

Οδηγίες προς τους συγγραφείς:

Το περιοδικό **hugeia@εργασία** αποτελεί την επιστημονική έκδοση της *Ελληνικής Εταιρείας Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος (ΕΕΙΕΠ)* και εκδίδεται σε συνεργασία με το *Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας (ΠΜΣ ΥΑΕ)*. Το επιστημονικό αυτό περιοδικό δημοσιεύει εργασίες με σκοπό να συμβάλλει στην έρευνα και στην εκπαίδευση των ιατρών και όλων των ειδικοτήτων που εμπλέκονται στο πολυεπιστημονικό πεδίο της Ιατρικής της Εργασίας, της Περιβαλλοντικής Ιατρικής και της Ασφάλειας στην Εργασία. Επίσης έχει σκοπό να υποστηρίξει και να προβάλλει τα επιστημονικά και τα συνδικαλιστικά δικαιώματα της ειδικότητας της Ιατρικής της Εργασίας. *Γενικοί κανόνες υποβολής των άρθρων:* Μετά από κρίση, δημοσιεύονται στο περιοδικό στα ελληνικά ή στα αγγλικά, άρθρα που δεν έχουν δημοσιευτεί ή θα δημοσιευτούν αλλού, στο σύνολό τους. Όλα τα άρθρα συνοδεύονται από ελληνική και αγγλική περίληψη. Κεφαλαία γράμματα εντός του κειμένου και παρενθέσεις, συνιστάται να αποφεύγονται. Τα ακρωνύμια πρέπει να εξηγούνται ολογράφως στη πρώτη αναφορά τους. Τα υποβαλλόμενα άρθρα δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις δέκα τυπωμένες σελίδες. Το ίδιο άρθρο δεν δημοσιεύεται στο αγγλικό και στο ελληνικό τμήμα ταυτόχρονα παρά μόνο σε περίπτωση. Η ακρίβεια των βιβλιογραφικών αναφορών, η ακρίβεια του περιεχομένου, η αυθεντικότητα, η πρωτοτυπία και η τυχόν απαραίτητη λήψη άδειας για την υποβολή και δημοσίευση στο περιοδικό, των πινάκων και σχημάτων όλων των εργασιών, είναι στην απόλυτη υπευθυνότητα των συγγραφέων. Οι συγγραφείς είναι υπεύθυνοι για τυχόν εσφαλμένες θέσεις ή για τη μη εκπλήρωση όλων των υποχρεώσεών τους, σύμφωνα με τις παρούσες οδηγίες προς συγγραφείς. Επί τρία χρόνια μετά τη δημοσίευση του άρθρου είναι δυνατόν να ζητηθεί από τους συγγραφείς να του δώσουν τα βασικά δεδομένα της δημοσιευθείσας εργασίας. Τα άρθρα προς δημοσίευση υποβάλλονται στο περιοδικό με ηλεκτρονική μορφή. Τα κείμενα πρέπει να γράφονται με πεζοκεφαλαία, με χαρακτηριστές γραμμάτων *arial narrow*, μέγεθος γραμμάτων 12 στιγμών, μονή απόσταση σειρών και περιθώρια 2,5 εκατοστών. Η επικοινωνία με τους συγγραφείς γίνεται με ηλεκτρονική μορφή και οι απαντήσεις τους πρέπει να δίδονται σύντομα. Κατηγορίες των άρθρων: *Τα δημοσιεύσιμα άρθρα αφορούν:* α) πρωτότυπα άρθρα, που αφορούν θέμα που δεν έχει δημοσιευτεί μέχρι την ημερομηνία υποβολής του άρθρου, β) ερευνητικά άρθρα, που μελετούν γνωστά θέματα προς επιβεβαίωση, απόρριψη ή περαιτέρω επεξεργασία, γ) εκτεταμένα ή βραχεία άρθρα ανασκόπησης, τα οποία θεωρούνται μονογραφίες ειδικών και γράφονται από έναν ή δύο συγγραφείς από διαφορετικές ειδικότητες, δ) άρθρα βραχείας επικοινωνίας, πρωτότυπα συνήθως ή αξιόλογα ερευνητικά, όταν περιλαμβάνονται σε περιγραφές περιπτώσεων, με μικρότερο ενδεχόμενα αριθμό περιπτώσεων, ε) διακεκριμένες διαλέξεις, στ) τεχνικά σημειώματα, ζ) ειδικά άρθρα γενικού ενδιαφέροντος για την Ιατρική της Εργασίας, την Περιβαλλοντική Ιατρική, την Ασφάλεια στην Εργασία, τα Οικονομικά της Εργασίας, την Ιστορία της Ιατρικής της Εργασίας, η) περιγραφές ενδιαφερωσών περιπτώσεων στις οποίες συνιστάται να μην συμπεριλαμβάνονται βραχείες ανασκοπήσεις του θέματος και θ) επιστολές προς το περιοδικό που πρέπει να περιέχουν

αδημοσίευτες απόψεις, να υπογράφονται από όλους τους συγγραφείς, να μην αποτελούνται από περισσότερες από 1000 λέξεις, να μη γράφονται από περισσότερους από πέντε συγγραφείς και να μην περιλαμβάνουν περισσότερες από 15 βιβλιογραφικές αναφορές και δύο πίνακες, εικόνες ή σχήματα. *Επιστολή υποβολής άρθρων ή επιστολών προς το περιοδικό:* Τα άρθρα και οι επιστολές προς το περιοδικό, συνοδεύονται από επιστολή, στην οποία όλοι οι συγγραφείς δηλώνουν ότι: α) συμφωνούν με τις παρούσες οδηγίες προς τους συγγραφείς, β) συμφωνούν να υποβάλλουν το άρθρο αυτό, μόνο στο περιοδικό και παρέχουν στο περιοδικό τα συγγραφικά τους δικαιώματα, γ) όλοι οι συγγραφείς συμμετείχαν σε όλες τις φάσεις της εργασίας αυτής κατά τρόπο ουσιαστικό, δ) το άρθρο ή η επιστολή προς το περιοδικό, δεν δημοσιεύτηκε ούτε θα δημοσιευτεί εν μέρει ή συνολικά σε άλλο έντυπο, μέχρι να ολοκληρωθεί η κρίση του στο περιοδικό, ε) οι συγγραφείς πρέπει να δηλώσουν αν έχουν οικονομικά συμφέροντα ή προσωπική σχέση με άτομα, οργανισμούς, εταιρείες κλπ. και να δηλώσουν αν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων, στ) οι συγγραφείς που μελετούν εργαζόμενους ή ασθενείς, πρέπει να δηλώσουν ότι αυτοί έδωσαν την ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή τους για την τέλεση των δοκιμασιών της εργασίας και ότι η ειδική επιστημονική επιτροπή αρμόδια για θέματα Ιατρικής Ηθικής του Ιδρύματος όπου τελέστηκε η εργασία, έλεγε και ενέκρινε το σχετικό πρωτόκολλο εργασίας και ζ) για πειράματα σε ζώα πρέπει να αναφέρεται η λήψη σχετικής άδειας από τις αρμόδιες υπηρεσίες και ότι τηρήθηκαν οι αρχές της φροντίδας των ζώων. *Δομή των άρθρων:* Στα άρθρα που υποβάλλονται πρέπει να διακρίνονται τα εξής τμήματα: α) η σελίδα του τίτλου, που δεν πρέπει να μην υπερβαίνει τις 14 λέξεις, πρέπει να περιλαμβάνει τα πλήρη ονόματα των συγγραφέων και των ιδρυμάτων στα οποία ανήκουν, τη διεύθυνση για αλληλογραφία και 4-5 λέξεις ευρητηρίου, β) η σελίδα της περίληψης στα ελληνικά και γ) η σελίδα της περίληψης στα αγγλικά. Οι περιλήψεις περιλαμβάνουν σύντομα: τις επιστημονικές μέχρι τώρα γνωστές θέσεις πάνω στις οποίες βασίστηκε ο σκοπός της εργασίας, το σκοπό της εργασίας, τους μελετηθέντες, το υλικό και τις μεθόδους, την συζήτηση και τα συμπεράσματα. Αναλυτικότερα, στην *Εισαγωγή* περιλαμβάνεται μόνο ό,τι είναι μέχρι σήμερα γνωστό στο θέμα και με βάση αυτό, αναφέρεται στη συνέχεια από τους συγγραφείς για ποιόν ή για ποιούς λόγους ανέλαβαν τη δική τους μελέτη. Το *Υλικό* του άρθρου, ή τα *Άτομα* που μελετήθηκαν και οι *Μέθοδοι* που χρησιμοποιήθηκαν. Ακολουθούν τα *Αποτελέσματα*. Όσα αναφέρονται στους *Πίνακες* δεν επαναλαμβάνονται στο κείμενο, εκτός αν πρόκειται να υπογραμμιστεί απαραίτητα κάποιο αποτέλεσμα. Επεται η *Συζήτηση*. Τα συμπεράσματα αναφέρονται μετά τη συζήτηση και αποτελούν ξεχωριστό κεφάλαιο. Τα συμπεράσματα πρέπει να είναι σύντομα, χωρίς σχόλια και να στηρίζονται μόνο στα ειδικά αποτελέσματα της εργασίας. Ακολουθούν: οι *Ευχαριστίες* και η *Βιβλιογραφία*. Στο κείμενο πρέπει να αναφέρονται οι βιβλιογραφικές αναφορές με αριθμούς σε παρενθέσεις, είτε με τα ονόματα των συγγραφέων. Αν προτιμηθεί να αναφέρονται ονόματα συγγραφέων, τοποθετείται και η χρονολογία της εργασίας και ο αριθμός της εργασίας σε παρένθεση. Η βιβλιογραφία περιέχει διαδοχικά και με αύξοντα αριθμό, μόνο όσες αναφορές αναφέρονται στο κείμενο και έχουν δημοσιευτεί ή πρόκειται να δημοσιευθούν. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται μόνο τα τρία πρώτα ονόματα των συγγραφέων και συνεργάτες. Αν τα ονόματα είναι μόνο τέσσερα, αναφέρονται όλα. Τα ονόματα των βιβλίων και των περιοδικών γράφονται με πλήρη χαρακτηρισμό. Στο κείμενο οι βιβλιογραφικές αναφορές γράφονται σε αγκύλες ως εξής: [2, 12, 13, 14, 15]. «Προσωπικές επικοινωνίες» ή «μη δημοσιευθείσες εργασίες» δεν περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία. Οι Κριτές και ο Εκδότης δύναται να προτείνει επιπλέον ή νεότερες βιβλιογραφικές αναφορές. Οι Πίνακες και τα Σχήματα αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς και έχουν βραχύ τίτλο. Σύντομες ή ακρωνύμια εντός των Πινάκων θα πρέπει να επεξηγούνται στον τίτλο τους με πλήρη χαρακτηρισμό μεθόδους 12 στιγμών.

ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΗΜΕΡΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ SHARE

Αντιγόνη Λυμπεράκη¹, Πλάτων Τήνιος² και Θωμάς Γεωργιάδης³

1. Καθηγήτρια, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Ελληνική Ομάδα SHARE, 2. Επίκουρος Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Ελληνική Ομάδα SHARE, 3. Ερευνητής, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Ελληνική Ομάδα SHARE.

Περίληψη: Η ευημερία των ατόμων τρίτης ηλικίας (50+) προκύπτει ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης επιρροών από τους χώρους της οικογένειας, της υγείας και της περιθαλψής, αλλά και της οικονομικής κατάστασης. Στο πλαίσιο αυτό υπάρχει έντονη ποικιλομορφία: στη φύση και έκταση των προβλημάτων, στις λύσεις που προκρίνονται, στην οριοθέτηση ρόλων και ευθυνών μεταξύ των ατόμων, της οικογένειας, της εργασίας, του συστήματος υγείας, της κοινωνικής πολιτικής, στον τρόπο οργάνωσης της εργασίας αλλά και της απόσυρσης από αυτή κ.ά. Η μελέτη ατόμων μεγάλης ηλικίας απαιτεί στοιχεία που να είναι διεπιστημονικά, διεθνώς συγκρίσιμα και διαχρονικά. Την ανάγκη αυτήν έρχεται να συμπληρώσει η μεγάλη δειγματοληπτική έρευνα SHARE (Survey of Health Ageing And Retirement in Europe) ατόμων 50+. Η μεγάλη αυτή βάση δεδομένων είναι ανοικτή και άμεσα προσβάσιμη από όλους τους ερευνητές. Ενδεικτικά αποτελέσματα με ελληνικό ενδιαφέρον από το πρώτο κύμα της Έρευνας αυτής έχουν κυκλοφορήσει στο βιβλίο με επιμελητές τους Αντιγόνη Λυμπεράκη, Πλάτωνα Τήνιο και Τάσο Φιλαλήθη, με τίτλο: Ζωή 50+. Υγεία, Γήρανση και σύνταξη στην Ελλάδα και την Ευρώπη, που κυκλοφόρησε από τις εκδόσεις Κριτική στα τέλη του 2009 και είχε στόχο να ενθαρρύνει την χρήση του SHARE από Έλληνες ερευνητές. Το κείμενο που ακολουθεί δίδει μια συνολική εικόνα της πληροφόρησης που υπάρχει στο SHARE και παραθέτει μια σειρά από ευρήματα στους τρεις επιστημονικούς τομείς του SHARE: α) την υγεία και την περίθαλψη, β) την οικονομία, την εργασία και τις συντάξεις και γ) την οικογένεια και την φροντίδα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Ο κοινός παρονομαστής των διεργασιών αλλαγής που συντελούνται στην Ευρώπη είναι η γήρανση του πληθυσμού. Η «γηραιά Ευρώπη» είναι η ήπειρος με το υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων πολιτών, ενώ η γήρανση του πληθυσμού προβλέπεται να συνεχίσει για το μεγαλύτερο μέρος του 21ου αιώνα. Είναι πολύ σημαντικό να προσεγγίσουμε το πώς η εξέλιξη αυτή μας επηρεάζει.

Καθώς διαμεσολαβούν διαφορετικές κοινωνικές δομές, διαφορετικές νοοτροπίες και αντιλήψεις, ίσως μάλιστα και γενετικές κληρονομίες, αλλά και διαφορετικές ιστορίες δημόσιας πολιτικής, η εμπειρία της γήρανσης έχει διαφορετική γεύση σε διαφορετικές χώρες. Η ποικιλομορφία αυτή αποκρύπτεται αν η εξέταση της γήρανσης περιορίζεται απλώς σε αριθμητικές ασκήσεις προβολών ποσοτικών τάσεων.

Αν ο αριθμός ηλικιωμένων σε 20 χρόνια είναι, π.χ., κατά 10% μεγαλύτερος, αυτό δεν σημαίνει ότι η τότε κατάσταση θα διαφέρει από σήμερα μόνο κατά το ίδιο ποσοστό μεγέθυνσης. Το ίδιο ποσοστό ατόμων μεγαλύτερων των 50 ετών μπορεί να συνεπάγεται ριζικά διαφορετικά επίπεδα παραγωγής ευημερίας και ποιότητας ζωής.

Η ποικιλομορφία εμπειριών γήρανσης που παρατηρείται σήμερα σε διαφορετικές χώρες και μεταξύ διαφορετικών ατόμων μπορεί να μεταφραστεί στη διαθεσιμότητα ευρύτερων επιλογών κοινωνικής, αλλά και οικονομικής ανάπτυξης.

Στην αξιοποίηση της συσσωρευμένης εμπειρίας μπορεί να βρεθεί το κλειδί για να καταστεί η επιμήκυνση της ζωής αφετηρία εμπλουτισμού της κοινωνίας και όχι εστία προβλημάτων.

Για να μελετηθεί η γήρανση και να προετοιμαστούν οι ευρωπαϊκές κοινωνίες για τις επερχόμενες αλλαγές και προκλήσεις, απαιτούνται στοιχεία που να πρωτοτυπούν σε τρεις διαφορετικές διαστάσεις:

1. *Να είναι διεπιστημονικά.* Η γήρανση του πληθυσμού είναι μια σύνθετη διαδικασία η οποία απαιτεί ερμηνεία και ανάλυση από πολλές επιστήμες ταυτόχρονα: Ιατρική (φυσική κατάσταση), Ψυχιατρική και Ψυχολογία (τρόποι ζωής), Οργάνωση Υγείας, Κοινωνιολογία (οικογένεια, δομές στήριξης), Οικονομία (εργασία, οικονομική κατάσταση, συνταξιοδότηση, δημοσιονομικά). Το ερωτηματολόγιο του SHARE διαμορφώθηκε από ειδικούς σε κάθε μια από τις εμπλεκόμενες επιστήμες και είναι προϊόν επιστημονικού διαλόγου.

2. *Να είναι διεθνώς συγκρίσιμα.* Πολλές από τις συνισταμένες της γήρανσης σε συγκεκριμένες χώρες (π.χ. Σύστημα Περίθαλψης, Σύστημα Συντάξεων) στην ουσία δεν έχουν αλλάξει επί 50 χρόνια, με συνέπεια να πρέπει να αναζητηθεί η απάντηση σε υποθετικά ερωτήματα για το πώς θα συμπεριφερθούν τα άτομα σε μεταρρυθμίσεις που αλλάζουν τις παραμέτρους ουσιαδώς. Αξιοποιώντας συγκρίσιμα στοιχεία από πολλές χώρες με διαφορετικά συστήματα αποκτάται η απαιτούμενη διασπορά παρατηρήσεων για να εκτιμηθούν διαρθρωτικές σχέσεις. Καταβλήθηκε μεγάλη προσπάθεια ώστε οι ερωτήσεις στις διαφορετικές χώρες και γλώσσες να γίνεται αντιληπτές με τον ίδιο ακριβώς τρόπο.

3. *Να έχουν μια διαχρονική δομή.* Πώς ξέρουμε ότι αυτό που ισχύει για τους σημερινούς 60ρηδες (γεννηθέντες πριν το 1950) θα ισχύει και για τους 60ρηδες του 2030 (γεννηθέντες από το 1970); Οι συνήθεις κοινωνικές έρευνες αποτελούν στην ουσία μια σειρά από φωτογραφίες που αναγκαστικά αγνοούν ότι άτομα της ίδιας ηλικίας σε διαφορετικές χρονικές στιγμές είχαν διαφορετικές εμπειρίες και ιστορίες ζωής. Απαιτείται διαχρονική έρευνα τύπου πάνελ όπου παρακολουθούνται τα ίδια άτομα επί σειρά ετών για να εκτιμηθεί (α) η επίπτωση της αλλαγής ηλικιακής κλάσεως (αυτό που η δημογραφία αποκαλεί 'κοόρτη') και (β) η αντίδρασή τους σε συγκεκριμένες αλλαγές και γεγονότα όπως μια αρρώστια, η συνταξιοδότηση και η διακοπή εργασίας κλπ. Το πρώτο κύμα του SHARE συλλέχτηκε το 2004, το 2ο το 2007, το 3ο το 2010, ενώ προβλέπονται και άλλα κύματα ως το 2020.

Η έρευνα SHARE (Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη) σχεδιάστηκε έτσι ώστε να γίνει κατανοητό πώς η γήρανση επηρεάζει τη ζωή των ανθρώπων που ζουν σε διαφορετικές καθημερινές πραγματικότητες.

Η έρευνα SHARE έχει τη μορφή μιας διεπιστημονικής βάσης δεδομένων από χώρες της Ευρώπης (από τη Σκανδιναβία μέχρι τη Μεσόγειο, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας) με στοιχεία για θέματα υγείας, κοινωνικοοικονομικού status, κοινωνικών και οικογενειακών δικτύων για πάνω από 30.000 άτομα ηλικίας 50+ ετών. Επικεφαλής της Ελληνικής Ομάδας ήταν η Οικονομολόγος Καθηγήτρια του Παντείου Αντιγόνη Λυμπεράκη και αναπληρωτής ο Οικονομολόγος Πλάτων Τήνιος, Επικ. Καθηγητής στο Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Υπεύθυνος για θέματα Υγείας είναι ο Ιατρός, Καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, Τάσος Φιλαλήθης.

Τα στοιχεία είναι ιδιαίτερα πλούσια, δεδομένου ότι το κάθε ερωτηματολόγιο απαιτούσε κατά μέσο όρο άνω των 90 λεπτών για να διεξαχθεί. Η συλλογή δεδομένων έχει χρηματοδοτηθεί κατά κύριο από την *Ευρωπαϊκή Επιτροπή* με τα Προγράμματα - Πλαίσια για την Έρευνα και με συμπληρωματικούς πόρους από το *Εθνικό Ινστιτούτο για τη Γήρανση* των ΗΠΑ.

Η συλλογή δεδομένων της SHARE έχει χρηματοδοτηθεί κατά κύριο από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή διαμέσου του 5ου προγραμματικού πλαισίου (έργο QLK6-CT-2001-00360) και του 6ου προγραμματικού πλαισίου (έργο SHARE-I3, RII-CT- 2006-062193, και COMPARE, CIT5-CT-2005-028857). Πρόσθετη χρηματοδότηση αντλήθηκε από το *Εθνικό Ινστιτούτο για τη Γήρανση* των ΗΠΑ.

Τα ερευνητικά προγράμματα SHARE-PREP και SHARE-LEAP χρηματοδοτούνται μέσω της *Ευρωπαϊκής Επιτροπής* (7th framework programme). Αυτήν τη στιγμή είναι ήδη διαθέσιμα σε όλους τους ερευνητές, χωρίς καμία επιβάρυνση, τα στοιχεία από τα τρία πρώτα κύματα συλλογής δεδομένων της έρευνας SHARE (Πίνακας 1).

SHARE 50+	Αριθμός παρατηρήσεων		
	Κύμα 1	Κύμα 2	Κύμα 3
Χώρα			
Αυστρία	1.893	1.341	847
Γερμανία	3.008	2.568	1.858
Σουηδία	3.053	2.745	1.893
Ολλανδία	2.979	2.661	2.210
Ισπανία	2.396	2.228	2.048
Ιταλία	2.559	2.983	2.492
Γαλλία	3.193	2.968	2.483
Δανία	1.707	2.616	2.141
Ελλάδα	2.898	3.243	2.951
Ελβετία	1.004	1.462	1.296
Βέλγιο	3.827	3.169	2.832
Ισραήλ	2.598	-	-
Ιρλανδία	-	1.134	-
Τσεχία	-	2.830	1.873
Πολωνία	-	2.467	1.918
Σύνολο	31.115	34.415	26.836

Πηγή: www.share-project.gr ή www.share-project.org

Πίνακας 1. Αριθμός παρατηρήσεων (αριθμός ατόμων) έρευνας SHARE, ανά χώρα και κύμα. Σημ: Το ερωτηματολόγιο του τρίτου κύματος περιείχε αναδρομικές ερωτήσεις για το σύνολο της ζωής των ερωτώμενων. Απευθύνθηκε σε άτομα που είχαν απαντήσει στο 1ο ή στο 3ο κύμα.

Συνοπτικά πρώτα αποτελέσματα έχουν δημοσιευτεί για το πρώτο κύμα (Börsch-Supan, et al. 2005). Τα πρώτα διαμήκη (panel) στοιχεία παρουσιάστηκαν με την αντίστοιχη δημοσίευση για το δεύτερο κύμα το 2008 (Börsch-Supan, et al. 2008). Το τρίτο κύμα αποτελεί ένα αναδρομικό ερωτηματολόγιο που πραγματεύεται θέματα του συνόλου της ζωής του δείγματος, όπως παιδική ηλικία, όλες τις αλλαγές απασχόλησης και κατοικίας κ.ο.κ. Τα πρώτα αποτελέσματα εμφανίζονται στο Börsch-Supan, et al. (2011). Οι συνολικές επιστημονικές δημοσιεύσεις που χρησιμοποιούν το SHARE ήδη υπερβαίνουν τις 400 παγκοσμίως και αναφέρονται λεπτομερώς στο www.share-project.org, ενώ η Ελληνική Ομάδα διατηρεί και το www.share-project.gr. Στις ιστοσελίδες αυτές βρίσκονται και τα ερωτηματολόγια, όλων των κυμάτων σε όλες τις γλώσσες, επεξηγηματικά στοιχεία ανά μεταβλητή και άλλα στοιχεία χρήσιμα για τους χρήστες της βάσης.

Για να κοινοποιηθούν τα αποτελέσματα του πρώτου κύματος στην Ελλάδα και να ενθαρρυνθεί η χρήση της νέας βάσης δεδομένων από Ελληνες ερευνητές, κυκλοφόρησε το 2009 το βιβλίο με τίτλο: Ζωή 50+. Υγεία, Γήρανση και σύνταξη στην Ελλάδα και την Ευρώπη, με επιμελητές τους *Αντιγόνη Λυμπεράκη, Πλάτωνα Τήνιο* και *Τάσο Φιλαλήθη* (εκδ. Κριτική). Το βιβλίο αυτό απευθύνεται σε δύο διακριτές ομάδες αναγνωστών και έχει δύο διακριτούς στόχους:

Πρώτον, σε όσους ενδιαφέρονται για κοινωνικά φαινόμενα και την κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα. Τα στοιχεία της έρευνας συχνά φωτίζουν πτυχές της κοινωνικής πραγματικότητας και κοινωνικές διασυνδέσεις που γίνονται για πρώτη φορά γνωστές. Τέτοιες είναι η σχέση υγείας και οικονομικής ευμάρειας, η διάρθρωση του νοικοκυριού και οι συντάξεις ή η διασύνδεση μεταξύ της αποχώρησης από την αγορά εργασίας και την κατάθλιψη. Τα ευρήματα αυτά από μόνα τους έχουν την δυνατότητα να εμπλουτίσουν την δημόσια συζήτηση για τις επιπτώσεις της γήρανσης και τις διαθέσιμες επιλογές οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής.

Δεύτερον, απευθύνεται σε ερευνητές που προέρχονται από τους χώρους της ιατρικής, επιδημιολογίας, κοινωνιολογίας, ψυχολογίας και οικονομικών. Μέσω χρηστικών πληροφοριών για το πώς μπορούν να αποκτηθούν και να αναλυθούν τα στοιχεία, αλλά και συγκεκριμένων παραδειγμάτων αξιοποίησης των στοιχείων από επιστήμονες διαφορετικών προελεύσεων, ενδιαφερόντων αλλά και που χρησιμοποιούν διαφορετικές στατιστικές μεθοδολογίες επιχειρείται η διεύρυνση του ενδιαφέροντος για την αξιοποίηση των στοιχείων ως εργαλείου κοινωνικής έρευνας διεθνών προδιαγραφών. Η εύκολη διαθεσιμότητα των στοιχείων SHARE αναμένεται να δώσει την ευκαιρία σε όλο και περισσότερους Έλληνες ερευνητές να συμμετάσχουν επί ίσοις όροις στην διαμορφούμενη διεθνή συζήτηση για την μελέτη της γήρανσης.

ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ: Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΩΣ ΑΤΟΜΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Τα περιεχόμενα και το ερωτηματολόγιο της έρευνας προκύπτουν μέσα από ένα προβληματισμό για την γήρανση ως ατομική εμπειρία η οποία έχει προεκτάσεις που αποτελούν αντικείμενο μελέτης πολλών επιστημών του ανθρώπου: οικονομία, ψυχολογία, ανθρωπολογία, ιατρική, κοινωνιολογία.

Η ατομική εμπειρία της γήρανσης αφορά την επιδείνωση της υγείας, την πτώση της παραγωγικότητας και την ανησυχία για τις προοπτικές της ποιότητας ζωής μετά τη σύνταξη. Πρόκειται για εμπειρία με έντονη συναισθηματική φόρτιση, καθώς επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής. Μετά από μια σχετικά μακρά περίοδο σταθερότητας στη μέση ηλικία, η φάση της ζωής μετά τη συνταξιοδότηση προκαλεί ανησυχίες και αβεβαιότητα. Μέρος της αβεβαιότητας οφείλεται στις μεγάλες διαφορές της επίπτωσης της μεγαλύτερης ηλικίας σε διαφορετικούς ανθρώπους. Κάποιοι γερνούν νωρίτερα από άλλους, ορισμένοι παραμένουν σε καλή φυσική κατάσταση μέχρι μεγάλη ηλικία ενώ άλλοι βλέπουν την υγεία τους να επιδεινώνεται απότομα.

Το οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο εξελίσσονται οι βιολογικές διαδικασίες διαφέρει ριζικά: από χώρες όπου οι κοινωνικές υπηρεσίες προς τους πολίτες αυξάνονται με το γήρας, σε άλλες όπου η οικογένεια αναλαμβάνει την μερίδα του λέοντος της φροντίδας. Οι διαφορές ανάμεσα στους ανθρώπους αυξάνουν δραματικά όσο αυξάνει η ηλικία. Ενώ όλοι γερνάμε, δεν γερνάμε με τον ίδιο τρόπο, ούτε με τους ίδιους ρυθμούς. Επιπλέον, καθώς αυξάνει το προσδόκιμο ζωής, ένας άνθρωπος 70 ετών σήμερα δεν είναι ίδιος με κάποιον εβδομηντάχρονο 25 χρόνια πριν: είναι πιο κοντά σε αυτό που ήταν ένας εξηντάχρονος δύο γενιές νωρίτερα.

Η διαδικασία με την οποία κάθε ομάδα περνά τον δικό της Ρουβίκωνα των 50 ετών ήταν διαφορετική για κάθε γενιά στο παρελθόν και θα είναι διαφορετική και για αυτούς που θα τον περάσουν στο μέλλον. Η διαδικασία γήρανσης δεν είναι κάτι στατικό, ούτε καθορίζεται μονοσήμαντα από την βιολογία. Αντίθετα είναι μια διαδικασία σε συνεχή επαναδιαπραγμάτευση, η οποία χαρακτηρίζεται από δύο έννοιες: την ετερογένεια και την δυναμική. Έτσι, παρά το ότι είναι αριθμητικά βέβαιο ότι το ποσοστό των απόμων μεγαλύτερων από την όποια χ ηλικία θα είναι μεγαλύτερο στο μέλλον, αυτό δεν σημαίνει, απαραίτητα, τίποτε για το τί θα σημαίνει αυτή η 'γήρανση' για τα άτομα που θα την αντιμετωπίσουν, αλλά ούτε και για την κοινωνία και την οικονομία της εποχής εκείνης. Όλα αυτά μπορούν, ακόμη, να διαμορφωθούν προς το καλύτερο, φθάνει να κατανοήσουμε με ποιόν τρόπο μπορεί να γίνει αυτό. Η πορεία της γήρανσης δεν συνίσταται στην μοιρολατρική αποδοχή κάποιου αναπόφευκτου, αλλά μια δυνατότητα και ευκαιρία συνδιαμόρφωσης του μέλλοντός μας.

Η μεγάλη ηλικία επιδρά σε όλες τις διαστάσεις της ζωής του ατόμου. Αλλάζει τις οικονομικές συνθήκες στις οποίες ζει, αλλάζει και τον τρόπο που περνάει το χρόνο του. Η υγεία και η φροντίδα έρχονται στο προσκήνιο.

Ο ρόλος του ατόμου στην οικογένεια αλλάζει, καθώς περισσότερη φροντίδα πηγαίνει και έρχεται μεταξύ των μελών του νοικοκυριού. Όλες αυτές οι πλευρές αλληλο-επηρεάζονται και αλληλεπιδρούν. Ακριβώς για αυτό τον λόγο το ερευνητικό εγχείρημα SHARE είναι διεπιστημονικό. Επιχειρεί να συνδυάσει τη θέαση της γήρανσης από τρεις κυρίως οπτικές: οικονομική κατάσταση, υγεία και κοινωνικά δίκτυα (πρώτα-πρώτα την οικογένεια, αλλά όχι μόνο. Η καλή οικονομική κατάσταση (που εκφράζεται με το εισόδημα και τα περιουσιακά στοιχεία και είναι αποτέλεσμα της εργασίας) εμφανίζει στενή και έντονη συσχέτιση με την υγεία και την ευημερία των ηλικιωμένων. Οι πλουσιότεροι άνθρωποι ζουν περισσότερο από τους φτωχότερους. Η σχέση αιτιότητας όμως δεν είναι απολύτως σαφής. Οι περισσότερο εύποροι άνθρωποι είναι πιθανόν να αγοράζουν την καλή τους υγεία. Μπορεί όμως να συμβαίνει και το αντίστροφο: να είναι δηλαδή εύποροι επειδή η καλή υγεία επιτρέπει την συνέχιση της οικονομικής δραστηριότητας.

Άτομα με κακή υγεία αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις αποδοχές και στην εργασιακή τους ζωή, με αποτέλεσμα να καταλήγουν φτωχότεροι στην τρίτη ηλικία. Αν δεν μπορούμε να εντοπίσουμε τη βασική σχέση αιτιότητας δεν θα μπορούσαμε να αποφασίσουμε πού να δώσουμε προτεραιότητα στην αξιοποίηση των

φορολογικών εσόδων: στην υποστήριξη της υγείας όσων έχουν προβλήματα ή μήπως στην υποστήριξη του εισοδήματος των φτωχότερων;

Ανάλογη ασάφεια επικρατεί και στη σχέση ανάμεσα στην κατάσταση υγείας και στην οικογένεια και τα δίκτυα κοινωνικότητας, φροντίδας και υποστήριξης. Το να ζει κάποιος σε ένα υγιές κοινωνικό περιβάλλον ενθαρρύνει την καλή υγεία. Από την άλλη, η εμφάνιση ξαφνικού προβλήματος υγείας (όπως ένα εγκεφαλικό, για παράδειγμα) ενδέχεται να υπαγορεύσει νέες διευθετήσεις συγκατοίκησης με τα παιδιά.

Είναι σημαντικό να προσεγγίσει κάποιος τις σύνθετες διασυνδέσεις, ιδιαίτερα σε εποχές όπως η σημερινή όπου η φροντίδα από την οικογένεια πέφτει σε ολοένα και μικρότερο αριθμό παιδιών, ενώ το κράτος θα πρέπει να συνεισφέρει αυξάνοντας τη δική του συνεισφορά.

Τέλος, η ασφάλεια του εισοδήματος συνδέεται και με το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον. Το κοινωνικό πλαίσιο που λειτουργεί εύρυθμα αποτελεί έναν πόρο και με την οικονομική έννοια, καθώς προσφέρει υποστήριξη σε χρήμα και σε είδος στους περισσότερο ευάλωτους ηλικιωμένους. Το εισόδημα και τα περιουσιακά στοιχεία επηρεάζουν όμως και τον τόπο κατοικίας των ηλικιωμένων. Συχνά η φτώχεια συνοδεύεται με κοινωνικό αποκλεισμό, επιδεινώνοντας σημαντικά την ποιότητα της ζωής. Οι αλληλεπιδράσεις αυτές επηρεάζονται πολύ από τη δημόσια πολιτική και ιδιαίτερα από προγράμματα στήριξης του εισοδήματος, το ύψος των συντάξεων (γήρατος και αναπηρίας) καθώς και από την πολιτική κατοικίας.

Η επικέντρωση της έρευνας σε άτομα ηλικίας 50 και άνω επιτρέπει την εξέταση τριών διαφορετικών και κρίσιμων φάσεων στη ζωή των ανθρώπων: την περίοδο πριν από τη σύνταξη (και ενώ ακόμα οι άνθρωποι εργάζονται και συχνά έχουν ακόμα μαζί τους τα παιδιά τους), την εποχή μετά τη σύνταξη (σταματάει η σχέση εργασίας, δημιουργείται πολύς ελεύθερος χρόνος, αλλάζουν οι συνήθειες αποταμίευσης και κατανάλωσης) αλλά και την εποχή της ώριμης τρίτης ηλικίας (με τις νέες ανάγκες και απαιτήσεις σε υποστήριξη και διατήρηση της υγείας και της ποιότητας ζωής).

Καθώς το δείγμα ωριμάζει, θα μπορούμε να παρατηρούμε με ποιο τρόπο άτομα σε διαφορετικές χώρες αρχικά βρίσκονται αντιμέτωποι μπροστά στις μεγάλες επιλογές, τις λαμβάνουν, και περνάνε στο επόμενο στάδιο της ζωής τους.

Για αυτούς με ειδικό ενδιαφέρον για τις συνθήκες εργασίας αλλά και για την μετάβαση από την εργασία στην συνταξιοδότηση, το τμήμα του ερωτηματολογίου που αναφέρεται σε απασχόληση (και απαντήθηκε από όλους όσους εργάζονταν) περιέχει εκτενή στοιχεία για την ικανοποίηση από την εργασία, την θέση στην εργασία, επικινδυνότητα κλπ. Οι πληροφορίες αυτές μπορούν να συνδυαστούν με αυτές για το είδος της εργασίας, την φυσική και ψυχική κατάσταση, τα συνταξιοδοτικά δικαιώματα, την απασχόληση άλλων μελών της οικογένειας. Τα δεδομένα έτσι επιτρέπουν μια ουσιαστικότερη προσέγγιση σε κρίσιμα ζητήματα όπως την συνταξιοδότηση, τις συντάξεις αναπηρίας, την συμφιλίωση μεταξύ οικογένειας και εργασίας, αλλά και την διασύνδεση μεταξύ κατάστασης υγείας και εργασίας.

ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ SHARE ΜΕ ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στις σελίδες που ακολουθούν συνοψίζονται ενδεικτικά αποτελέσματα από το πρώτο κύμα της έρευνας αυτής όπως παρουσιάζονται στο βιβλίο που κυκλοφόρησε στα τέλη του 2009 (εκδ. Κριτική) με τίτλο: Ζωή 50+. Υγεία, Γήρανση και σύνταξη στην Ελλάδα και την Ευρώπη, με επιμελητές τους *Αντιγόνη Λυμπεράκη, Πλάτωνα Τήνιο* και *Τάσο Φιλαλήθη*.

Το βιβλίο αυτό συγκεντρώνει κείμενα 17 ερευνητών από ελληνικά πανεπιστήμια, που αξιοποιούν τα στοιχεία για να εξετάσουν πτυχές ιδιαίτερου ελληνικού ενδιαφέροντος.

Αποτελεί έτσι μια εισαγωγή στις δυνατότητες και το εύρος της βάσης δεδομένων και είναι σχεδιασμένο ώστε να διευρύνει την χρήση της βάσης δεδομένων εκ μέρους ελλήνων ερευνητών και για ελληνικά θέματα.

Στην ενότητα που ακολουθεί παρουσιάζονται ευρήματα από τον τόμο των «Πρώτων Συμπερασμάτων του SHARE», όπως και θέματα που έχουν σχέση με τεχνικά θέματα της δειγματοληψίας.

Επεται μία ενότητα που επικεντρώνεται στην υγεία και περίθαλψη, ενώ η επόμενη ενότητα αναφέρεται σε οικονομικά θέματα – περιουσία, συνταξιοδότηση.

Η τελευταία ενότητα εστιάζει σε θέματα της οικογένειας και της αλληλεγγύης. Η τελευταία ενότητα αναφέρεται σε χρηστικά θέματα απαντώντας σε ερωτήματα για την πρόσβαση και χρήση των στοιχείων που απευθύνεται κυρίως σε ερευνητές.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΘΕΜΑΤΩΝ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ

Το κεφάλαιο των *Αντιγόνη Λυμπεράκη, Πλάτωνα Τήνιου* και *Θωμά Γεωργιάδη* «Γήρανση, υγεία και συντάξεις: Ενδεικτικά πρώτα ευρήματα για την Ελλάδα και την Ευρώπη», παρουσιάζει αποτελέσματα που σχετίζονται με ένα ευρύ φάσμα διαστάσεων την έρευνας SHARE. Τα θέματά αυτά αφορούν κυρίως τα πολύ ηλικιωμένα άτομα (τα άτομα ηλικίας 80+), την κατοικία, την φυσική κατάσταση, την οικογενειακή αλληλεγγύη, τις χρηματικές μεταβιβάσεις και τη συνταξιοδότηση. Οι περισσότερες από τις παραπάνω διαστάσεις εμφανίζουν σε μεγάλο βαθμό ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την Ελλάδα, υποδεικνύοντας παράλληλα και μία ευδιάκριτη διαφοροποίηση Βορρά - Νότου, μεταξύ των χωρών της Ευρώπης.

Ξεκινώντας με τη σύνθεση του νοικοκυριού των ατόμων 80+ διαπιστώνεται ότι στις Βόρειες Χώρες η οικογένεια συνιστά το λιγότερο σύννηθες «τύπο» νοικοκυριού, ενώ το ποσοστό που ζει σε μονομελές νοικοκυριό είναι υψηλότερο σε σύγκριση με τις περισσότερες χώρες του δείγματος.

Ειδικότερα, στη Σουηδία, τη Δανία και την Ολλανδία το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 80+ που διαμένει με την οικογένεια κυμαίνεται γύρω στο 2%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ιταλία ξεπερνά το 27% και στην Ισπανία πλησιάζει το 39%.

Μέσα σε αυτή τη ξεκάθαρη διαφοροποίηση μεταξύ Βορρά και Νότου (αναφορικά με το πρότυπο διαμονής των ατόμων ηλικίας 80+) η Ελλάδα αποτελεί εξαίρεση: 62% ζουν σε μονομελές νοικοκυριό ενώ λιγότερο από το 8% στην Ελλάδα διαμένουν με την οικογένειά τους, ποσοστό συγκρίσιμο με την Γερμανία παρά με τις χώρες της Μεσογείου. Η μάλλον αναπάντεχη αυτή κατάσταση αυτή πιθανόν ερμηνεύεται ως αποτέλεσμα του κύματος αστυφιλίας των ετών 1950-1970, όταν τα παιδιά των σημερινών 80ρηδων άφησαν τους γονείς τους πίσω στα χωριά τους.

Εξίσου ενδιαφέροντα ευρήματα προκύπτουν ως προς τη συμμετοχή των ατόμων ηλικίας 80+ σε κοινωνικές δραστηριότητες. Το ποσοστό συμμετοχής σε θρησκευτική τελετή ξεπερνά το 34% για τα άτομα ηλικίας 80+ στην Ελλάδα και είναι μακράν το υψηλότερο μεταξύ των χωρών του δείγματος. Αναφορικά με την οικογενειακή δικτύωση, μία ενδιαφέρουσα παρατήρηση – με ιδιαίτερη σημασία για τα πολύ ηλικιωμένα άτομα – συνδέεται με την παροχή φροντίδας από τα παιδιά: στην Ελλάδα παρατηρείται το υψηλότερο ποσοστό (47%) ατόμων ηλικίας 80+ που έλαβε βοήθεια από τα παιδιά τους

Στρέφοντας την προσοχή στα θέματα της υγείας, πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίζουν χρόνιες ασθένειες ή άλλα προβλήματα υγείας σε σχέση με τα άτομα με κανονικό βάρος.

Παρότι το ποσοστό των παχύσαρκων ατόμων στην Ευρώπη δεν είναι τόσο υψηλό όσο στις Η.Π.Α. η παχυσαρκία θεωρείται ένα σημαντικό ζήτημα και στην Ευρώπη.

Τα δεδομένα SHARE έχουν χρησιμοποιηθεί για την ανάλυση της έκτασης και των προσδιοριστικών παραγόντων της παχυσαρκίας του πληθυσμού ηλικίας άνω των 50 ετών. Ακολουθώντας τον ορισμό για την παχυσαρκία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (δείκτης μάζας σώματος>30) περίπου 20% των ηλικιωμένων ευρωπαϊκών στις χώρες της έρευνα SHARE κατατάσσονται ως παχύσαρκοι. Μέσα στο πλαίσιο αυτό, ο Πίνακας 1 δείχνει ότι το πρόβλημα της παχυσαρκίας συνολικά είναι εντονότερο στην Νότια Ευρώπη, αλλά κυρίως για τις γυναίκες.

Στο σύνολο των ατόμων 50+, το 21% των γυναικών στην Ελλάδα έχουν Δείκτη Μάζας Σώματος σε επίπεδα που τις κατατάσσουν ως παχύσαρκες, ένα ποσοστό που το υπερβαίνουν μόνο οι Ισπανίδες (αλλά όχι οι Ιταλίδες).

Αντίθετα στους άνδρες τα σκήπτρα κατέχει η Ισπανία μαζί με την κεντρική Ευρώπη (Βέλγιο, Αυστρία). Είναι ενδιαφέρον ότι στους άνδρες το ποσοστό παχυσαρκίας μειώνεται με την ηλικία, πράγμα που δεν ισχύει με τις γυναίκες (Πίνακας 2).

Χώρα	Σύνολο 50+		50-64 ετών		65+	
	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
SE	12,9	13,9	15,2	14,2	10,0	13,6
DK	14,1	12,7	15,3	13,4	12,2	12,0
NL	13,0	16,3	14,0	17,0	11,4	15,6
DE	16,8	17,2	15,4	16,0	18,6	18,1
BE	18,8	17,1	21,7	16,9	15,6	17,2
FR	14,8	15,4	15,8	16,4	13,6	14,6
CH	13,0	12,1	14,0	12,6	11,4	11,6
AT	17,8	19,0	21,1	22,9	13,4	15,3
ES	19,5	23,4	20,5	23,4	18,5	23,3
IT	15,8	17,4	16,8	17,8	14,6	17,0
GR	16,3	21,2	18,4	20,8	14,0	21,5

Πηγή: Ζωή 50+, σελ 64.

Πίνακας 2. Εκατοστιαία αναλογία ατόμων με προβλήματα παχυσαρκίας (BMI>30 kg/m²).

Η πρώτη ομάδα κεφαλαίων ολοκληρώνεται με δύο κεφάλαια που περιγράφουν θέματα μεθοδολογίας και δειγματοληψίας της έρευνας SHARE. Μια διεθνής έρευνα πρέπει να υπερβεί πλήθος προβλημάτων για να μπορεί να χαρακτηριστεί ως συγκρίσιμη. Κύριο θέμα είναι η δυνατότητα αναγωγής στο σύνολο του πληθυσμού βάσει πιθανοτήτων, ώστε από το δείγμα της έρευνας να μπορούν να προκύψουν γενικεύσεις για τον πληθυσμό. Το κεφάλαιο του Clive Richardson «Δειγματοληψία και η Έρευνα Πεδίου» εστιάζει σε προβλήματα που έπρεπε να υπερνικηθούν για να υπάρξει συγκρισιμότητα. Η ανυπαρξία καταλόγου του γενικού πληθυσμού σήμαινε ότι η δειγματοληψία έπρεπε βασιστεί σε τηλεφωνικό κατάλογο, χωρίς να είναι γνωστές εκ των προτέρων οι ηλικίες. Αυτό προϋποθέτει δειγματοληψία σε δύο στάδια. Το ποσοστό ανταπόκρισης που επτεύχθη τελικά στην Ελλάδα ήταν 63%, υψηλότερο από τον μέσο όρο SHARE, ενώ μόνο στην Γαλλία επτεύχθη υψηλότερο ποσοστό.

Οι δειγματοληπτικές έρευνες συχνά βασίζονται σε υποκειμενικές αξιολογήσεις των ερευνώμενων για θέματα όπως η κατάσταση υγείας, οι προοπτικές, το αίσθημα κοινωνικού αποκλεισμού. Ιδιαίτερα στην υγεία, η αίσθηση του ερωτώμενου ενδέχεται να είναι περισσότερο ευαίσθητη στον εντοπισμό προβλημάτων, πριν ακόμα αυτά διαγνωστούν «επίσημα». Ωστόσο, σε υποκειμενικές εκτιμήσεις ανακύπτουν θέματα συγκρισιμότητας μεταξύ ατόμων και γεωγραφικών περιοχών. Υποκειμενικοί παράγοντες (αισιόδοξη γενική προδιάθεση) αλλά και θεσμικοί λόγοι (όπως η φύση των συστημάτων μέσα στα οποία καλούνται να πάρουν τις αποφάσεις τους) παρεμβαίνουν με σοβαρές διαφοροποιήσεις στην αξιολόγηση των ίδιων ακριβώς φαινομένων. Το κεφάλαιο των Owen O'Donnell, Teresa Bago d' Uva και Σοφίας Δελιπάλλα «Βελτίωση συγκρισιμότητας στοιχείων βασισμένων σε υποκειμενικές απαντήσεις

χρησιμοποιώντας προτυποποιημένες βινιέτες: Μια εφαρμογή σε κοινωνικο-οικονομικές διαφορές στην υγεία ανάμεσα σε ηλικιωμένους Έλληνες» αξιοποιεί μια πρωτοποριακή μέθοδο που περιλαμβάνει το SHARE για να υπερκεράσει το πρόβλημα της συγκρισιμότητας υποκειμενικών αξιολογήσεων. Μια «βινιέτα» είναι μια υποθετική απρόσωπη ερώτηση που απευθύνεται στον ερωτώμενο για να σταθμιστεί η γενική του στάση προτού του τεθεί η ερώτηση αυτο-αξιολόγησης. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να 'σταθμιστεί' η αυτοαναφορά υγείας σύμφωνα με την γενική του στάση και να τοποθετηθεί σε συγκρίσιμη κλίμακα. Παρουσιάζεται μια εφαρμογή της μεθοδολογίας αυτής στην Ελλάδα: συγκεκριμένα στις διαφορές μεταξύ ατόμων διαφορετικού εκπαιδευτικού επιπέδου στον τρόπο που αξιολογούνται προβλήματα υγείας, ένα κρίσιμο θέμα για την εκτίμηση της ανισότητας στην κατάσταση υγείας. Καταλήγουν στο συμπέρασμα πως τα πιο μορφωμένα άτομα υιοθετούν πιο κριτική στάση σε κάθε δεδομένη κατάσταση υγείας. Δηλαδή, στις συνήθεις μετρήσεις υγείας η ανισότητα υποεκτιμάται, δηλαδή στην πραγματικότητα το χάσμα είναι μεγαλύτερο από ό,τι φαίνεται. Είναι ενδιαφέρον ότι αυτή η ένδειξη δεν εμφανίζει την ίδια ένταση σε όλες τις διαστάσεις της υγείας (είναι περισσότερο έντονη στον τρόπο που αξιολογείται ο πόνος, αλλά λιγότερο έντονη σε ό,τι αφορά τα αναπνευστικά προβλήματα).

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το κεφάλαιο «Διερευνητική Στατιστική Ανάλυση Επιπέδων και Προτύπων Υγείας των Ελλήνων» των Κλ. Τσίμπου και Γ. Βερροπούλου εξετάζει θέματα που αφορούν τη φυσική και ψυχική υγεία των Ελλήνων ηλικίας 50 ετών και άνω καθώς και ορισμένες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή τους ζωή. Πρόκειται για μία περιγραφική και διερευνητική στατιστική ανάλυση που βασίζεται στις αυτοαναφορές των ερευνώμενων. Αρχικά παρουσιάζεται το δημογραφικό προφίλ του ερευνώμενου πληθυσμού και στη συνέχεια υπολογίζονται και σχολιάζονται ορισμένοι βασικοί δείκτες υγείας. Η περιγραφική ανάλυση πλαισιώνεται από ερμηνευτικές αξιολογήσεις με μεθόδους πολυμεταβλητής ανάλυσης. Από την ανάλυση των δεδομένων SHARE προκύπτει ότι η κατάσταση της υγείας των Ελλήνων παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις κατά ηλικία και κυρίως κατά φύλο σε όλους τους δείκτες υγείας. Οι πλέον συνηθισμένες χρόνιες παθήσεις είναι η υψηλή αρτηριακή πίεση, η χοληστερόλη και η αρθρίτιδα-ρευματισμοί. Μεταξύ των συμπτωμάτων ψυχικής υγείας αναφέρονται συχνότερα τα προβλήματα κατάθλιψης, κόπωσης και το ξέσπασμα σε κλάματα, ενώ δυσκολίες στο ανέβασμα της σκάλας, στον προσανατολισμό και στο ντύσιμο αναφέρονται ως τα πιο σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή τους ζωή (Πίνακας 3). Παρόλα αυτά, το 70% των ανδρών και το 57% των γυναικών αξιολογούν το επίπεδο υγείας τους ως καλό ή πολύ καλό. Η ανάλυση επίσης αποκαλύπτει ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ του επιπέδου υγείας και της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης των ερευνώμενων ενώ επιβεβαιώνει τον ευνοϊκό ρόλο της εκπαίδευσης.

Δυσκολίες σε βασικές καθημερινές δραστηριότητες	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Ντύσιμο	4,2	7,1	5,7
Ατομική καθαριότητα (μπάνιο, ντους)	2,9	5,7	4,4
Να ξαπλώνει και να σηκώνεται από το κρεβάτι	2,3	5,0	3,8
Ατομική υγιεινή (χρήση τουαλέτας)	1,5	3,1	2,4
Περπάτημα από τη μία στην άλλη άκρη του δωματίου	1,5	2,5	2,1
Προετοιμασία-λήψη γεύματος (κάψιμο τροφής, κλπ)	1,2	2,0	1,6
Δυσκολίες καθημερινής κινητικότητας (αντοχή, δύναμη)	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Ανέβασμα σκαλοπατιών (άνω του ενός ορόφου)	33,6	50,7	42,8
Γονάτισμα και σκύψιμο	21,5	38,5	30,6
Ανέβασμα σκαλοπατιών (σκάλας) ενός ορόφου	11,9	21,7	17,1
Να σηκώνεται από την πολυθρόνα	10,8	20,2	15,8
Να σηκώνει ή να μεταφέρει βάρη άνω των 5 κιλών	8,2	21,2	15,2
Να τραβάει ή να σπρώχνει μεγάλα αντικείμενα	7,8	20,4	14,6
Να περπατάει 100 μέτρα	6,9	14,4	10,9
Να παραμένει καθιστός για 2 ώρες	7,0	10,3	8,8
Να εκτείνει τα χέρια του πάνω από τους ώμους	3,8	7,3	5,7
Να σηκώνει ένα μικρό νόμισμα από το τραπέζι	2,3	2,9	2,6

Πηγή: Ζωή 50+, σελ 119-120.

Πίνακας 3. Δυσκολίες αναφορικά με διάφορες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής: δείκτες ανά 100 άτομα.

Στο κεφάλαιο «Χρήση και προσπελασιμότητα υπηρεσιών υγείας: Ανάλυση δεδομένων από το Ευρωπαϊκό δείγμα του SHARE» των Λένα Μπορμπουδάκη, Αθανάσιου Αλεγκάκη και Τάσου Φιλαλήθη, μελετώνται δύο μεταβλητές υγείας: α) η χρόνια νοσηρότητα και β) η αυτο-αναφερόμενη υγεία, σε σχέση με τη χρήση και την προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Από τα ευρήματα αυτού του κεφαλαίου διαφαίνεται πως η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι ικανοποιητική σε όλες τις χώρες που συμμετέχουν στην έρευνα, ενώ επιβεβαιώνονται οι διαφοροποιήσεις στη χρήση και στην προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας – και οι επακόλουθες ανισότητες στα αποτελέσματα υγείας, δηλαδή στα επίπεδα των δεικτών χρόνιας ασθένειας και αυτο-αναφερόμενης υγείας – που έχουν αναφερθεί από άλλες έρευνες, τόσο στην Ελλάδα (έστω και με την περιορισμένη έκταση που είχαν), όσο και στο εξωτερικό.

Ειδικότερα, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 4 το 20% των ατόμων 50+ στην Ελλάδα δήλωσε ότι δεν έχει επισκεφτεί γιατρό στη διάρκεια του τελευταίου έτους, το 21% ανέφερε σπάνια συχνότητα επισκέψεων, το 22 % συχνή χρήση και μόλις το 10% πολύ συχνή. Επίσης το 18% δήλωσε ότι το τελευταίο έτος δεν έχει επισκεφτεί γενικό γιατρό καμία φορά, το 29% σπάνια, το 26% μερικές φορές, το 20% συχνά και 6% ανέφερε ότι έχει εξεταστεί από γενικό γιατρό πολύ συχνά κατά το τελευταίο έτος. Στην ερώτηση “εάν το τελευταίο έτος έχετε εισαχθεί σε νοσοκομείο”, το 91% δήλωσε “Όχι”.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ %
Συχνότητα Επαφών με Γιατρό		
Καμία φορά	540	20,6
Σπάνια	559	21,3
Μερικές φορές	687	26,2
Συχνά	579	22,1
Πολύ συχνά	258	9,8
Συχνότητα Επαφών με Γενικό Γιατρό		
Καμία φορά	372	18,0
Σπάνια	608	29,4
Μερικές φορές	546	26,4
Συχνά	421	20,4
Πολύ συχνά	121	5,9
Εισαγωγή σε Νοσοκομείο (το τελευταίο έτος)		
Ναι	228	8,7
Όχι	2395	91,3

Πηγή: Ζωή 50+, σελ. 138.

Πίνακας 4. Συχνότητα Μεταβλητών Χρήσης Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα.

Το κεφάλαιο «Παράγοντες ευθραυστότητας σε δείγμα από την μελέτη SHARE. Η δυναμική της ευθραυστότητας στη Δημόσια Υγεία/Πολιτική της Υγείας» των *Γιάννη Κομνηνού, Αθανάσιου Αλεγκάκη και Τάσου Φιλαλήθη*, προσεγγίζει μια σχετικά νέα έννοια από τον χώρο της γηριατρικής, την ευθραυστότητα (frailty). Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, η ευθραυστότητα ως έννοια, διαφαίνεται ότι συνοψίζει με μετρήσιμα μεγέθη, από όλη την «μεταφυσική» αντίληψη περί γήρανσης, εκείνα τα ποιοτικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν το άτομο και διαμορφώνουν τη φυσική του εξέλιξη στο πέρασμα του χρόνου. Δύο μεταβλητές υγείας που χρησιμοποιούνται συχνά σε παρόμοιες έρευνες, η ταχύτητα βάδισης και η μέγιστη δύναμη χειρολαβής, δύνανται να αξιολογηθούν ως παράγοντες ευθραυστότητας, προσφέροντας μία εναλλακτική προοπτική αμέσων μετρήσεων της φυσικής κατάστασης για την μελέτη της γήρανσης. Οι δείκτες αυτοί περιγράφουν μια διαφορετική εικόνα του ευρωπαϊκού πληθυσμού δίνοντας, επακόλουθα, τη δυνατότητα μιας νέας προσέγγισης στην καταγραφή των αναγκών υγείας και στην μελέτη του σχεδιασμού και της στρατηγικής της δημόσιας υγείας και της πολιτικής της υγείας (Πίνακας 5).

Πιο συγκεκριμένα, σχετικά με την κατανομή της μέσης τιμής της ταχύτητας βάδισης ανά χώρα στις ηλικιακές ομάδες 75-85, παρατηρούμε πως υπάρχουν διαφοροποιήσεις στην κατανομή των τιμών στις έντεκα υπό μελέτη ευρωπαϊκές χώρες. Σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, και υπό το πρίσμα της γεωγραφικής τους θέσης, οι χώρες της Νότιας Ευρώπης (Ισπανία, Ιταλία, Ελλάδα) φαίνεται να παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερες μέσες τιμές ταχύτητας βάδισης σε σχέση με τις Βόρειες καθώς και τις χώρες της Κεντρικής Ευρώπης. Συγκεκριμένα, οι υψηλότερες μέσες τιμές παρουσιάζονται στην Ελβετία (0,78), στην Δανία (0,76), στη Σουηδία (0,76) και στην Ολλανδία (0,75) ενώ την χαμηλότερη μέση τιμή

ταχύτητας βάδισης παρουσιάζει η Ισπανία (0,55) ακολουθούμενη από την Ελλάδα και την Ιταλία (0,57). Παρόμοια χαρακτηριστικά φαίνεται να παρουσιάζει και η κατανομή της δεύτερης υπό μελέτη μεταβλητής, της μέγιστης δύναμης χειρολαβής, όπου η Ισπανία (29,31), η Ιταλία (30,69) και η Ελλάδα παρουσιάζουν τις χαμηλότερες μέσες τιμές. Τις υψηλότερες μέσες τιμές παρουσιάζει η Αυστρία (36,92), η Γερμανία (36,43), η Ολλανδία (36,04) και η Δανία (36,03), ακολουθούμενες από τη Σουηδία (35,27), την Ελβετία (34,90), το Βέλγιο (34,59) και τη Γαλλία (33,09).

Χώρα	Μέγιστη Δύναμη Χειρολαβής Ατόμων 50+	Ταχύτητα Βάδισης Ηλικιακές Ομάδες 75-85
Σουηδία	35,27	0,76
Δανία	36,03	0,76
Ολλανδία	36,04	0,75
Γερμανία	36,43	0,64
Βέλγιο	34,59	0,68
Γαλλία	33,09	0,63
Ελβετία	34,90	0,78
Αυστρία	36,92	0,69
Ισπανία	29,31	0,55
Ιταλία	30,69	0,57
Ελλάδα	32,71	0,57

Πηγή Ζωή 50+, σελ 126.

Πίνακας 5. Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις μέγιστης δύναμης χειρολαβής.

Με το θέμα των άμεσων δαπανών για την υγεία καταπιάνεται και το κεφάλαιο της *Δήμητρας Λαμπρέλλη* και του *Owen O'Donnell*, με τίτλο «Η Καταστροφική Επιβάρυνση των Ασθενών στην Ελλάδα και την Ευρώπη: Αιτίες και Συνέπειες».

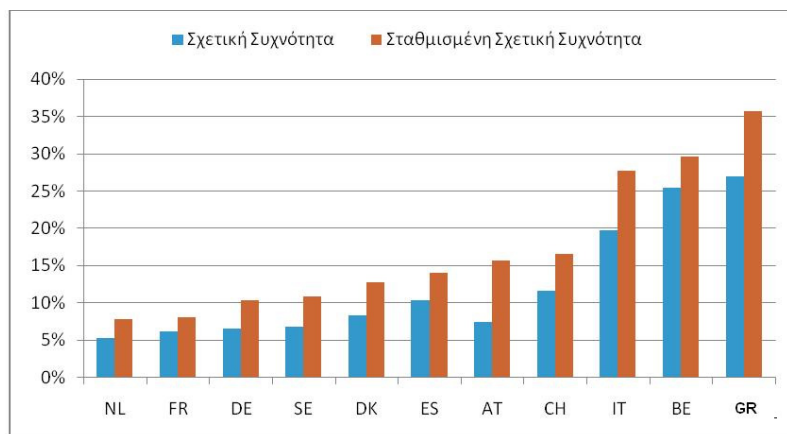
Το θέμα αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για την Ελλάδα, καθώς οι ιδιωτικές πληρωμές για δαπάνες υγείας όχι μόνο βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα αλλά έχουν και την ταχύτερα αυξητική τάση σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Οι ίδιες πληρωμές για υπηρεσίες υγείας εκθέτουν τα νοικοκυριά σε σημαντικό οικονομικό κίνδυνο λόγω του απρόβλεπτου χαρακτήρα των αναγκών και ενδέχεται να διαταράξουν το βιοτικό επίπεδο των νοικοκυριών.

Η επιβάρυνση πληρωμών υγείας προσλαμβάνουν ακόμα μεγαλύτερο ενδιαφέρον καθώς οι ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη είναι πιο έντονες στις πιο ώριμες ηλικίες. Οι συγγραφείς διερευνούν την ένταση αλλά και την κατανομή της οικονομικής επιβάρυνσης που προκαλούν οι ίδιες πληρωμές για υγειονομική περίθαλψη στον ηλικιωμένο πληθυσμό στην Ελλάδα, καθώς και τις διαφοροποιήσεις ανάμεσα σε διαφορετικές εισοδηματικές κατηγορίες.

Επιπλέον, συγκρίνουν τα στοιχεία αυτά με τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας σε άλλες χώρες και βρίσκουν πως στην Ελλάδα, το ποσοστό των νοικοκυριών

που δαπανούν πάνω από 5% του οικογενειακού τους εισοδήματος για ιδιωτικές δαπάνες υγείας (που έχουν κυριαρχήσει να αποκαλούνται «καταστροφικές δαπάνες») είναι το υψηλότερο στην Ευρώπη και φτάνει στο 27% των νοικοκυριών (Διάγραμμα 1).

Αντίστοιχα υψηλά είναι και τα ποσοστά των νοικοκυριών που δαπανούν πάνω από 15% του οικογενειακού τους εισοδήματος για υγεία (8,2%) αλλά και πάνω από 25% του εισοδήματός τους (6%). Αξιοσημείωτο επίσης πως, κατά μέσον όρο, στα νοικοκυριά στην Ελλάδα, οι ίδιες πληρωμές υγειονομικής περίθαλψης απορροφούν μεγαλύτερο μερίδιο του οικογενειακού εισοδήματος από κάθε άλλη χώρα της έρευνας SHARE.



Πηγή: Ζωή 50+, σελ 195

Διάγραμμα 1. Κατανομή της σταθμισμένης και μη σταθμισμένης συχνότητας των καταστροφικών δαπανών. (Άμεσες Πληρωμές >5% του Οικογενειακού Εισοδήματος).

Στη συνέχεια, στο κεφάλαιο «Υπηρεσίες Υγείας και Δαπάνες για Ηλικιωμένους στην Ελλάδα: Ευρήματα από την έρευνα SHARE», οι *Μιλτιάδης Νεκτάριος* και *Θωμάς Γεωργιάδης* εφαρμόζουν οικονομική ανάλυση προκειμένου να εξετάσουν την αποδοτικότητα και την κοινωνική δικαιοσύνη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα ως προς: α) την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, β) την χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης και γ) την κοινωνική δικαιοσύνη ως προς την χρηματοδότηση. Το εύρημα πως η ιδιωτική δαπάνη για φροντίδες υγείας καλύπτει περισσότερο από το μισό των συνολικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα εγείρει τόσο το ζήτημα της αποδοτικότητας όσο και της κοινωνικής δικαιοσύνης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Η έρευνα διαπιστώνει ότι η επιβάρυνση των ηλικιωμένων για ιδιωτικές δαπάνες υγείας είναι αντιστρόφως ανάλογη προς την εισοδηματική τους κατάσταση: για το φτωχότερο 20% που δηλώνουν δαπάνες περίθαλψης, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας

επιβαρύνουν κατά 13% το εισόδημα, ενώ για το πλουσιότερο 20% των ηλικιωμένων το αντίστοιχο ποσοστό δεν ξεπερνά το 2% (Πίνακας 6). Τέλος, τα άτομα με συμπληρωματική ασφάλιση υγείας εμφανίζουν υψηλότερες δαπάνες υγείας σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν ιδιωτική ασφάλιση. Στην Ελλάδα αυτό συμβαίνει τόσο για τις πρωτοβάθμιες και νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας όσο και για τις φαρμακευτικές δαπάνες.

Εισοδηματική ομάδα	Δείγμα ατόμων με δαπάνες: μερίδιο δαπάνης υγείας στο εισόδημα		
	Για περίθαλψη	Για φάρμακα	Για νοσηλεία
1 ^ο πεμπτημόριο (πιο φτωχοί)	13,9%	9,5%	14,5%
2 ^ο πεμπτημόριο	5,2%	3,1%	25,3%
3 ^ο πεμπτημόριο	3,8%	2,3%	8,8%
4 ^ο πεμπτημόριο	2,5%	1,4%	11,3%
5 ^ο πεμπτημόριο (πλούσιοι)	1,8%	0,9%	9,8%

Πηγή: Ζωή 50+, σελ 228

Πίνακας 6. Πόσο χώρο αφήνουν στην τσέπη οι δαπάνες υγείας; Ανάλυση ανά εισοδηματική ομάδα.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗ

Από ποιους παράγοντες εξαρτάται η οικονομική κατάσταση των ατόμων άνω των 50; Η απάντηση «Από τις συντάξεις», είναι μια υπεραπλούστευση που αγνοεί αυτό που ο *Πλάτων Τήνιος* αποκαλεί «ασφαλιστικό καλειδοσκόπιο» («Καλειδοσκόπιο των συντάξεων: Πηγές και διάρθρωση του εισοδήματος των ατόμων 50+ στην Ελλάδα»). Οι συντάξεις αποτελούν μια πηγή εισοδήματος σχεδόν όλων των ατόμων άνω των 65, αλλά όχι την μοναδική πηγή. Ακόμη και για την γηραιότερη ομάδα, περί το 50% ωφελείται και από άλλες πηγές εισοδήματος. Στη Νότια Ευρώπη, ευρίσκουμε πολύ λιγότερα νοικοκυριά όπου εισρέει περισσότερο από ένα εισόδημα, δηλαδή ζευγάρια όπου συμμετείχε μόνο ένας (ο άνδρας) στην απασχόληση, με αποτέλεσμα να είναι περισσότερο ευάλωτα στον κίνδυνο φτώχειας. Η διαδικασία μετάβασης από την εργασία στην συνταξιοδότηση είναι κρίσιμο και ιδιαίτερα σύνθετο θέμα. Στην ηλικία των 50 ετών σχεδόν όλοι οι άνδρες εργάζονται – εκτός από την Ελλάδα όπου 6,5% έχουν ήδη αποχωρήσει. Η διαδικασία συνταξιοδότησης προχωρά μετά τα 55 σε όλες τις χώρες. Η ταχύτητα της είναι όμως πολύ διαφορετική, με τον Νότο να μειώνεται ταχύτερα – αφού στα 60 μόλις το 31% απασχολείται, σε σχέση με 61,3% στο Βορρά. Όταν πλέον αρχίζει η έξοδος του Βορρά, ο Νότος επιβραδύνει την έξοδό του – με αποτέλεσμα στην ηλικία των 65 να εργάζονται 1 στους 5 – περισσότερο από την λοιπή Ευρώπη. Η Ελλάδα ακολουθεί μια διαφορετική πορεία: μια σχετική ταχεία μείωση από τα 50, ακολουθείται μετά τα 55 με ταχύτητα αλλαγών που υπολείπεται των λοιπών χωρών (Πίνακας 7). Στα 60 οι Έλληνες εργάζονται

περισσότερο από τον Βορρά, ενώ στα 65 (όπως και στον Νότο) εργάζεται 1 στους 5. Η εικόνα αυτή είναι συμβατή με την ύπαρξη τμημάτων του πληθυσμού με διαφορετικά δικαιώματα συνταξιοδότησης. Στις γυναίκες η εικόνα είναι ίσως πιο σύνθετη. Στην Κεντρική Ευρώπη, οι διαφορές με τους άνδρες εμφανίζονται μετά τα 65, ενώ στον Βορρά οι διαφορές με τους άνδρες είναι ανεπαίσθητες. Αντίθετα στο Νότο η τάση για φυγή είναι ήδη ορατή μετά τα 50 και επιταχύνεται μεταξύ 55 - 60.

	Ανδρες				Γυναίκες			
	Βορράς	Κέντρο	Νότος	Ελλάδα	Βορράς	Κέντρο	Νότος	Ελλάδα
<i>(% πληθυσμού που απασχολείται) ¹</i>								
Στα 50	95,8	93,1	98,8	93,5	87,6	85,4	90,3	82,8
55	85,0	86,5	71,4	85,7	84,1	83,5	66,5	54,4
60	61,3	49,5	31,2	66,2	68,5	48,2	28,3	34,9
65	10,3	12,8	20,3	19,0	11,2	2,8	8,0	3,7
70	0,7	0,0	0,1	1,1	0,1	2,1	0,0	0,0
<i>(% πληθυσμού με ίδια σύνταξη) ²</i>								
Στα 50	0,5	0,4	0,5	6,5	4,8	3,0	3,1	17,2
55	9,1	6,8	26,7	14,3	8,2	6,3	18,9	40,7
60	34,3	32,8	57,1	33,9	29,4	39,9	63,2	57,3
65	89,7	81,2	76,3	77,9	88,8	96,5	91,1	89,0
70	99,3	100,0	99,8	98,9	99,9	97,9	100,0	100,0

Πηγή: Ζωή 50+, σελ 258.

Πίνακας 7. Κατάσταση απασχόλησης σε διαφορετικές ηλικίες, ανά ομάδα χωρών
Σημ: (1) ορίζεται ως ο λόγος του αριθμού των ατόμων που είναι σε απασχόληση προς τον αριθμό των ατόμων που έχουν συνταξιοδοτηθεί ή είναι άνεργοι, (2) ορίζεται ως ο λόγος του αριθμού των ατόμων που έχουν συνταξιοδοτηθεί ως προς τον αριθμό των ατόμων που βρίσκονται σε απασχόληση ή είναι άνεργοι.

Τέλος, όσον αφορά την κατανομή εισοδήματος, στην Ελλάδα μεγαλύτερο ρόλο παίζει η ανισότητα μεταξύ ταμείων ασφάλισης παρά μεταξύ ατόμων στο ίδιο ταμείο. Οι γυναίκες εισπράττουν σημαντικά χαμηλότερες συντάξεις εργασίας από τους άνδρες ενώ οι ανισότητες στην αγορά εργασίας δεν φαίνεται να αμβλύνονται, πράγμα που οφείλεται πρώτιστα στα λιγότερα έτη ασφάλισης των γυναικών.

Με το κεφάλαιο «Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός: Νέα Προσέγγιση σε ένα Παλιό Θέμα» η Αντιγόνη Λυμπεράκη και ο Πλάτων Τήνιος επιχειρούν να σκιαγραφήσουν τη εικόνα της οικονομικής επισφάλειας στις χώρες του SHARE, συνδέοντας και συγκρίνοντας τα ευρήματα με άλλες πηγές. Αρχικά εξετάζεται ο τρόπος με τον οποίο συγκρίνονται τα δεδομένα της έρευνας SHARE με τα «αδρά δεδομένα» της φτώχειας. Με τη χρήση εναλλακτικών προσεγγίσεων η ανάλυση συντείνει στην άποψη πως η φτώχεια της ηλικιακής ομάδας άνω των 50 ετών ενδέχεται να είναι περισσότερο εκτεταμένη από όσο θεωρείται μέχρι σήμερα. Κατά συνέπεια, η διερεύνηση μη-εισοδηματικών διαστάσεων της φτώχειας γίνεται περισσότερο αναγκαία. Εξετάζοντας την σχέση μεταξύ φτώχειας και γήρανσης, οι

χώρες εμπίπτουν σε τρεις κατηγορίες, ανάλογα με το οι άνω των 65 υπόκεινται ή όχι σε μεγαλύτερο κίνδυνο φτώχειας. Ο 'κανόνας' στην SHARE είναι η μη επιδείνωση της φτώχειας με την ηλικία. Η Ελλάδα αντίθετα βρίσκεται στην μειοψηφία χωρών όπου οι ηλικιωμένοι είναι πολύ πιο επιβαρυνμένοι από τους νεότερους (Πίνακας 8).

Χώρα	Ατομα 65+	Ατομα 50-64
SE	21,6	11,8
DK	40,7	8,7
NL	20,0	22,8
DE	23,0	22,9
BE	22,5	23,3
FR	19,1	23,5
CH	32,5	26,0
AT	17,3	23,6
IT	20,2	20,7
ES	27,1	22,3
GR	27,7	23,3

Πηγή: Ζωή 50+, σελ 281

Πίνακας 8. Ποσοστό φτώχειας ανά ηλικιακή ομάδα.

Τα ευρήματα της ανάλυσης υποδεικνύουν επίσης μια έντονη διασύνδεση φτώχειας και κακής υγείας σε όλες τις χώρες. Η σχετική επιβάρυνση είναι απολύτως σαφής, τόσο για την φυσική όσο και την ψυχική υγεία. Είναι ενδιαφέρον ότι η επιβάρυνση των φτωχών φαίνεται να είναι κατά πολύ μεγαλύτερη στην Βόρεια Ευρώπη. Στο Νότο και στην Ελλάδα, η σχετική επιβάρυνση είναι μικρότερη (για δε την κατάθλιψη στην Ελλάδα δεν υπάρχει επιβάρυνση). Ο αποκλεισμός από θεραπεία λόγω κόστους διαφέρει έντονα ανά χώρα, με τον μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίζεται στο Βέλγιο και την Δανία. Είναι ενδιαφέρον ότι οι φτωχοί στην Ολλανδία (και λιγότερο στην Ισπανία και την Ελβετία) έχουν μικρότερο πρόβλημα αποκλεισμού θεραπείας λόγω κόστους. Κάτι τέτοιο είναι συμβατό με προγράμματα επικεντρωμένα στους έχοντες μεγαλύτερη οικονομική ανάγκη.

Το κεφάλαιο «Εισοδηματικές Ανισότητες και Ανισότητες στον Πλούτο για τις Χώρες της SHARE» του Γ. Παπαδόδη επιχειρεί να διερευνήσει την ανισότητα (σε υλικούς όρους) στις χώρες του SHARE. Εξετάζοντας το διαθέσιμο εισόδημα και την καθαρή περιουσιακή θέση η ανάλυση επικεντρώνεται σε εργαζόμενους και σε διαφορετικές κατηγορίες συνταξιούχων. Οι διαφορές και οι ανισότητες προσεγγίζονται με εναλλακτικές τεχνικές (π.χ. δείκτες Gini, καμπύλες Lorenz, οι αναλογίες πιθανοτήτων – odds ratio), τα αποτελέσματα των οποίων επιδέχονται διαφορετικές ερμηνείες. Ειδικότερα στην περίπτωση της Ελλάδας αφορά τρεις κατηγορίες συνταξιούχων με βάση τον προηγούμενο τομέα απασχόλησης. Τα

συμπεράσματα, όσον αφορά το γενικό πληθυσμό, δείχνουν πως η ανισότητα στην περιουσία είναι σε όλες τις χώρες μεγαλύτερη από αυτή στο εισόδημα (Πίνακας 9). Η ανισότητα πλήττει κυρίως τους συνταξιούχους όσον αφορά το εισόδημα και λιγότερο όσον αφορά τον πλούτο.

	Ανισότητα Εισοδήματος		Ανισότητα Πλούτου	
	Συνταξιούχοι	Εργαζόμενοι	Συνταξιούχοι	Εργαζόμενοι
Σουηδία	0,34	0,31	0,68	0,73
Δανία	0,37	0,27	0,74	0,64
Ολλανδία	0,41	0,39	0,72	0,76
Γερμανία	0,38	0,43	0,71	0,76
Βέλγιο	0,45	0,46	0,63	0,62
Γαλλία	0,49	0,47	0,66	0,70
Ελβετία	0,43	0,43	0,66	0,69
Αυστρία	0,41	0,44	0,63	0,57
Ισπανία	0,43	0,52	0,73	0,73
Ιταλία	0,38	0,46	0,69	0,72
Ελλάδα	0,37	0,40	0,55	0,54

Πηγή: Ζωή 50+, σελ 309.

Πίνακας 9. Δείκτες Gini εισοδήματος και πλούτου για συνταξιούχους και εργαζόμενους.

Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν εν μέρει την τυπολογία περί υποδειγμάτων κοινωνικού κράτους στην Ευρώπη (Βόρεια, Κεντρική και Μεσογειακή Ευρώπη) ως προς το εισόδημα – όχι όμως και τον πλούτο. Επίσης, η σχέση του κοινωνικού κράτους με τις ανισότητες είναι περισσότερο σύνθετη από την εικόνα που συνοψίζει συμβολικά το «ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο». Ακόμη και στις περιπτώσεις όπου οι οικονομικές ανισότητες αμβλύνονται με τη διαμεσολάβηση του κοινωνικού κράτους, παραμένει ασαφές το ποιες ακριβώς αμβλύνονται αλλά και το σε ποιους η κάλυψη είναι πραγματική και σε ποιους ονομαστική. Για παράδειγμα, στην Ελλάδα, η ανισότητα επηρεάζει αρνητικά λιγότερο τους συνταξιούχους που προέρχονται από τον κρατικό τομέα της οικονομίας και περισσότερο άλλες ομάδες συνταξιούχων όπως εκείνες που προέρχονται από τον ιδιωτικό τομέα και την αυτό-απασχόληση.

Ένα ζήτημα στο οποίο έχει υπάρξει ελάχιστη πληροφόρηση ως τώρα – την περιουσιακή κατάσταση των ατόμων 50+ στην Ελλάδα – έρχεται να φωτίσει η ανάλυση των *Μιλτιάδη Νεκτάριου* και *Θωμά Γεωργιάδη* «Ηλικιωμένοι στην Ευρώπη: Ιδιοκτησία και Αξία Περιουσιακών Στοιχείων». Η θεωρία του Κύκλου Ζωής, ερμηνεύει τη διαφοροποίηση των νοικοκυριών στην αποταμίευση και συσσώρευση περιουσιακών στοιχείων. Τα διαθέσιμα περιουσιακά στοιχεία επιδρούν στην απόφαση για πρόωρη συνταξιοδότηση, στην επιλογή για συμπλήρωση των συνταξιοδοτικών παροχών και στον περιορισμό της φτώχειας

κατά την τρίτη ηλικία. Η Ελλάδα εμφανίζει το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό ιδιοκατοίκησης (83.9%) και το υψηλότερο ποσοστό των ατόμων (37%) με ιδιοκτησία και δεύτερης ακίνητης περιουσίας (Πίνακας 10).

Χώρα	(% Ιδιοκατοίκησης	Τρόπος απόκτησης κατοικίας (για όσους /ες διαμένουν σε ιδιόκτητη κατοικία) (%)			
		αποκλειστικά με δικά σας χρήματα	Με βοήθεια από την οικογένεια	κληρονομιά	Δώρο / άλλα μέσα
SE	49,9	91,0	2,6	3,5	2,9
DK	60,2	92,4	2,7	1,2	3,7
NL	54,6	91,8	1,4	2,2	4,6
DE	49,1	62,4	11,7	17,6	8,3
BE	78,5	84,8	5,4	7,7	2,1
FR	71,0	81,8	3,1	10,7	4,4
AT	50,9	76,2	8,5	8,1	7,2
CH	56,1	70,2	7,7	16,7	5,4
ES	86,5	74,8	8,3	13,0	3,9
IT	74,1	60,7	10,7	22,6	6,0
GR	83,9	63,6	14,2	16,2	6,1

Πηγή: Ζωή 50+, σελ 332.

Πίνακας 10. Ποσοστό ιδιοκατοίκησης και τρόπος απόκτησης της κύριας κατοικίας Χώρα (%) Ιδιοκατοίκησης. Τρόπος απόκτησης κατοικίας για όσους/ες διαμένουν σε ιδιόκτητη κατοικία (%).

Από την άλλη πλευρά, η ρευστή περιουσία εμφανίζεται εξαιρετικά περιορισμένη στην Ελλάδα, όπως και στις υπόλοιπες χώρες της Νότιας Ευρώπης, με αποτέλεσμα τα πάγια στοιχεία να εμφανίζονται πολύ σημαντικότερα στην διάρθρωση της συνολικής περιουσίας. Τέλος, έχει σημασία ότι ακόμη και σε απόλυτους όρους, η διάμεση τιμή αξίας των παγίων περιουσιακών στοιχείων των ατόμων ηλικίας 50+ στην Ελλάδα εμφανίζεται υψηλότερη από πολύ πλουσιότερες χώρες όπως η Σουηδία, η Γερμανία και η Ολλανδία.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ

Το κεφάλαιο «Οικογενειακή Συνοχή και Κοινωνικο-Οικονομική Κατάσταση: μια πρώτη διερεύνηση» των *Αντιγόνη Λυμπεράκη*, *Πλ. Τήνιου* και *Γ. Παπαδούδη* επιχειρεί να καταγράψει το ετερογενές φάσμα υποστήριξης για τα άτομα πάνω από 50 ετών στην Ευρώπη. Η οικογένεια δεν αποτελεί ενιαία και ομοιογενή κατηγορία αλλά συχνά αντανακλά διαφορετικούς παράγοντες σε διαφορετικό κοινωνικό περιβάλλον. Ο δείκτης οικογενειακής συνοχής που προτείνεται περιλαμβάνει ενδείξεις από είκοσι μεταβλητές όπως εγγύτητα κατοικίας και συγκατοίκηση, συχνότητα επικοινωνίας και επαφών, μεταβιβάσεις

φροντίδας και χρημάτων. Από τα ευρήματα ξεχωρίζει η διάκριση μεταξύ τριών ομάδων χωρών, με την υψηλότερη τιμή οικογενειακής συνοχής στις χώρες της Μεσογείου και στη συνέχεια οι τιμές να περιορίζονται για την Σκανδιναβία και την Κεντρική Ευρώπη (Πίνακας 11).

Χώρα	Δείκτης οικογενειακής συνοχής	Φτωχότερο 20%	Πλουσιότερο 20%
Σουηδία	0,410	0,339	0,455
Δανία	0,400	0,287	0,484
Ολλανδία	0,408	0,404	0,430
Γερμανία	0,371	0,353	0,408
Βέλγιο	0,438	0,419	0,445
Γαλλία	0,363	0,361	0,388
Ελβετία	0,376	0,350	0,385
Αυστρία	0,367	0,365	0,380
Ισπανία	0,500	0,507	0,524
Ιταλία	0,482	0,480	0,493
Ελλάδα	0,482	0,486	0,501

Πηγή: Ζωή 50+, σελ 357.

Πίνακας 11. Δείκτης οικογενειακής συνοχής ανά χώρα, σύνολο δείγματος, πλουσιότερο και φτωχότερο 20%.

Η ροπή προς αλληλεγγύη γενικά αυξάνει καθώς αυξάνει το εισόδημα. Το πλουσιότερο μέρος του δείγματος συνδέεται με περισσότερη αλληλεγγύη, και σε όλες τις χώρες η συσχέτιση αυτή είναι έντονη ενώ το φτωχότερο μέρος παρουσιάζει σχετικά μικρότερη αλληλεγγύη. Τα ευρήματα, επίσης, φανερώνουν πως η παρουσία ενός ηλικιωμένου ατόμου (άνω των 75 ετών) στην οικογένεια ή ενός ατόμου με κακή κατάσταση υγείας δοκιμάζει τη συνοχή της. Και οι τέσσερις ενότητες που συνθέτουν το συνολικό δείκτη αναπαράγουν επίμονα ένα χάσμα μεταξύ Βορρά και Νότου. Παρεμφερές είναι και το αντικείμενο του κεφαλαίου «Υπάρχει Χάσμα Φροντίδας; Ποιος φροντίζει ποιόν και πώς;» της *Αντιγόνης Λυμπεράκη*. Οι υπηρεσίες φροντίδας προς ηλικιωμένους και ασθενείς εγείρουν θέματα από την «αθέατη πλευρά της πραγματικότητας». Καθώς αφορούν εμπειρίες οικείες (ρόλοι, οικογένεια, ιδιωτική ζωή και ατομικές διευθετήσεις) η εργασία φροντίδας εμπνέει φορτίσεις και σιωπές. Η παροχή και ζήτηση φροντίδας στη Ελλάδα έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς, αν και ο θεσμός της οικογένειας κρατάει ακόμα σθεναρά, το μέγεθός της μειώνεται και παράλληλα σημειώνονται αργές αλλά σταθερές αλλαγές στους ρόλους που είναι διατεθειμένα να παίξουν τα μέλη της (και κυρίως οι γυναίκες). Έτσι, ενώ οι «δεξαμενές» διαθεσιμότητας των γυναικών στο πλαίσιο της οικογένειας σταδιακά στερεύουν, οι ανάγκες σε φροντίδα μεγαλώνουν. Οι υπηρεσίες φροντίδας μοιάζουν με ένα «παγόβουνο» στο τοπίο της ευημερίας: ενώ είναι πολύ αναγκαίες για την ποιότητα της ζωής (ιδιαίτερα των περισσότερων ευάλωτων, όπως οι ηλικιωμένοι, οι

άρρωστοι και τα μικρά παιδιά), η καταγραφή τους στις επίσημες στατιστικές πάσχει, καθώς μικρό μόνο τμήμα των αναγκών αυτών αποτελεί αντικείμενο συναλλαγής στην αγορά (δηλαδή αμειβόμενες υπηρεσίες φροντίδας).

Λήψη οποιουδήποτε τύπου βοήθειας (π.χ. προσωπική φροντίδα, πρακτική βοήθεια ή βοήθεια σε γραφειοκρατικές υποχρεώσεις)					
Εισοδηματική ομάδα	Όλες οι χώρες	Βόρειες χώρες	Ηπειρωτικής Ευρώπης	Νότιες Ευρώπης	Ελλάδα
1ο τεταρτημόριο	28,4	34,7	29,9	24,1	34,9
2ο τεταρτημόριο	23,9	26,2	26,2	19,6	27,4
3ο τεταρτημόριο	19,1	22,9	21,4	14,6	16,2
4ο (πιο πλούσιοι)	19,5	22,0	23,0	14,5	15,7
Κατάσταση υγείας					
Πολύ καλή ή καλή	16,7	22,6	18,0	12,3	16,1
Μέτρια	25,5	32,7	30,0	18,6	31,0
Κακή ή πολύ κακή	43,2	43,1	48,9	36,5	42,3

Πηγή: Ζωή 50+, σελ 375

Πίνακας 12. Προφίλ εκείνων που δέχονται μη-αμειβόμενη βοήθεια: Εισόδημα και κατάσταση υγείας.

Από την ανάλυση των δεδομένων SHARE (Πίνακας 12) διαπιστώνεται ότι το ποσοστό των ατόμων που λαμβάνουν βοήθεια (προσωπική φροντίδα, πρακτική βοήθεια ή βοήθεια σε γραφειοκρατικές υποχρεώσεις) εμφανίζεται υψηλότερο στα πιο φτωχά άτομα (πρώτο εισοδηματικό τεταρτημόριο) και μειώνεται σταδιακά καθώς κινούμαστε σε υψηλότερες (πιο πλούσιες) εισοδηματικές ομάδες). Η συγκεκριμένη τάση αποτυπώνεται έντονα και στην περίπτωση της Ελλάδας καθώς το ποσοστό των ατόμων του πρώτου εισοδηματικού τεταρτημορίου που έλαβαν υποστήριξη από άτομα εκτός νοικοκυριού ανέρχεται στο 35% όντας σχεδόν το τριπλάσιο σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό των ατόμων του τέταρτου τεταρτημορίου 15,7%. Επιπλέον, όπως είναι αναμενόμενο, τα άτομα με πιο επιβαρημένη κατάσταση υγείας εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά λήψης φροντίδας, γεγονός το οποίο αναδεικνύει τη σχετική επίδραση της κατάστασης υγείας στη λήψη φροντίδας.

Η κατηγορία ατόμων που «αντικειμενικά» υπάρχει θέμα αρωγής είναι η ομάδα των ηλικιωμένων που ζούν μόνοι, στους οποίους εστιάζει η συνεισφορά του *Θωμά Γεωργιάδη* («Εστιάζοντας στους ανθρώπους που ζουν μόνοι: δημογραφικά χαρακτηριστικά και κοινωνικο-οικονομικές διαστάσεις»). Η ιδιαίτερη σημασία που αποδίδεται στην εξέταση του φαινομένου των «μοναχικών ηλικιωμένων» απορρέει, πρωτίστως, από την καταγραφή των πρόσφατων τάσεων σύμφωνα με τις οποίες το ποσοστό των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι έχει αυξηθεί σημαντικά.

(%) ατόμων που αντιμετωπίζει δυσκολία σε καθημερινές δραστηριότητες (ADL)						
	Όλες οι χώρες			Ελλάδα		
	Σύνολο 50+	50-64	65+	Σύνολο 50+	50-64	65+
Ζει μόνος /η	16,9%	7,2%	22,0%	17,1%	2,8%	24,1%
Δεν ζει μόνος /η	9,7%	5,0%	15,6%	7,1%	3,4%	11,4%
Σύνολο δείγματος	11,4%	5,3%	17,5%	9,1%	3,4%	14,9%
(%) ατόμων με δυσκολία σε λειτουργικές καθημερινές δραστηριότητες (IADL)						
Ζει μόνος /η	25,5%	10,3%	33,1%	33,1%	6,0%	46,3%
Δεν ζει μόνος /η	14,8%	7,4%	24,0%	15,5%	7,0%	25,6%
Σύνολο δείγματος	17,3%	7,8%	26,8%	19,1%	6,9%	31,3%

Πηγή: Ζωή 50+, σελ 405

Πίνακας 13. Δυσκολίες με τις βασικές καθημερινές δραστηριότητες λόγω της κατάστασης υγείας.

Στην Ελλάδα (Πίνακας 13) ένα στα πέντε άτομα ζει σε μονομελές νοικοκυριό, γεγονός που δείχνει πως ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού ηλικίας 50 ετών και άνω αποκλίνει από την «οικογενειακή» καθημερινότητα. Αναφορικά με το ποιοι ζουν μόνοι τους, πρόκειται κυρίως για τα πιο ηλικιωμένα άτομα, κυρίως δε γυναίκες. Όσον αφορά το «τί σημαίνει η μοναξιά στους ηλικιωμένους ανθρώπους», τα ευρήματα οδηγούν σε τρεις βασικές διαπιστώσεις, η κάθε μία από τις οποίες υπαγορεύει την ανάγκη χάραξης αντίστοιχων πολιτικών. Πρώτον, η απουσία της «χειράς βοήθειας» έχει ως αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό δυσκολίες να κάνουν τις βασικές καθημερινές δραστηριότητες σε σχέση με άλλα συνομήλικα τους άτομα που ζουν με την οικογένεια ή ως ζευγάρι. Δεύτερον, η μοναξιά των ηλικιωμένων «καθρεφτίζεται» έντονα στην ψυχική τους υγεία, ενώ φαίνεται να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τις στάσεις των ατόμων για όσα έζησαν στο παρελθόν και για όσα περιμένουν στο μέλλον. Επομένως, η ανάγκη για πολιτικές παρέμβασης σε θέματα που αφορούν την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας κρίνεται αναγκαία και για τον περιορισμό άλλων «αλυσιδωτών προβλημάτων» που φέρνουν τους μοναχικούς ηλικιωμένους σε ακόμη πιο δυσμενή θέση. Τέλος, τόσο οι υποκειμενικές αξιολογήσεις των ατόμων σχετικά με τη δυνατότητα που έχουν να τα βγάλουν πέρα οικονομικά, όσο και οι περισσότερο τεχνικές προσεγγίσεις μέτρησης του κινδύνου της οικονομικής επισφάλειας υποδεικνύουν ότι οι άνθρωποι που ζουν μόνοι βρίσκονται σε δυσμενέστερη θέση όσον αφορά την οικονομική τους κατάσταση σε σχέση με τους ανθρώπους που ζουν με άλλα μέλη της οικογένειας.

Η σχέση υγείας με το φύλο είναι το αντικείμενο του κεφαλαίου της *Αντιγόνης Λυμπεράκη* και του *Θωμά Γεωργιάδη* «Είναι οι ηλικιωμένες γυναίκες λιγότερο υγιείς; Φύλο και υγεία μετά τα 70». Εξετάζονται δύο υποθέσεις εργασίας: (α) οι διαφορές στην κατάσταση της υγείας μετά τη συνταξιοδότηση είναι «κληρονομιά» της κοινωνικής κατάστασης των ετών του εργάσιμου βίου (β)

Γυναίκες και άνδρες δεν γερνούν με τον ίδιο τρόπο, ενώ οι 'εξωτερικοί' παράγοντες επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο και με διαφορετική ένταση τα δύο φύλα. Με βάση τα ευρήματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 14 πάνω από έξι στα δέκα άτομα ηλικίας 70+ στην Ευρώπη δηλώνουν κακή κατάσταση υγείας.

Ατομα 70+	(%) ατόμων με κακή κατάσταση υγείας			Διαφορά σε ποσοστιαίες μονάδες (Γυναίκες - Άνδρες)	
	Χώρα	Σύνολο 70+	Άνδρες 70+		Γυναίκες 70+
Σουηδία		51,7	45,7	55,9	10,2
Δανία		40,7	36,5	43,5	7,0
Ολλανδία		44,7	43,8	45,3	1,5
Γερμανία		66,1	59,2	69,9	10,7
Βέλγιο		44,6	38,6	48,7	10,1
Γαλλία		55,6	56,7	54,9	-1,8
Αυστρία		54,8	44,4	60,8	16,4
Ελβετία		28,0	25,2	29,8	4,6
Ισπανία		65,9	58,4	71,1	12,7
Ιταλία		69,2	62,4	73,6	11,2
Ελλάδα		60,6	54,9	64,8	9,9

Πηγή: Ζωή 50+, σελ 416.

Πίνακας 14. Ποσοστό ατόμων ηλικίας 70+ ετών με κακή κατάσταση υγείας, ανά φύλο.

Επίσης, σημειώνεται σημαντική διαφοροποίηση του παραπάνω ποσοστού μεταξύ των χωρών. Από την μία πλευρά, το ποσοστό των ατόμων με κακή υγεία εμφανίζεται σχετικά χαμηλότερο στην Ελβετία (28%), το Βέλγιο (44.6%), τη Ολλανδία (44.7%), καθώς και τις Βόρειες χώρες (Σουηδία 51.7% και Δανία 40.7%). Από την άλλη πλευρά, η κακή υγεία φαίνεται να αφορά ένα σημαντικό μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού 70+ στη Γερμανία (66.1%), καθώς και στις χώρες του Νότου (Ιταλία 69.2%, Ισπανία 65.9% και Ελλάδα 60.6%). Από τα παραπάνω, προκύπτει μια ευδιάκριτη διαφοροποίηση μεταξύ των χωρών του Βορρά και του Νότου αναφορικά με την κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων ατόμων. Εστιάζοντας στην σχέση φύλου και κατάστασης υγείας διαπιστώνεται ότι το ποσοστό των γυναικών με κακή υγεία είναι υψηλότερο σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών. Η διαπίστωση αυτή επιβεβαιώνεται σε όλες τις χώρες του δείγματος εκτός από την Ολλανδία και τη Γαλλία στις οποίες οι διαφορές στην κατάσταση υγείας μεταξύ των δύο φύλων θεωρούνται σχεδόν ασήμαντες. Παρουσιάζοντας πιο αναλυτικά τις διαφοροποιήσεις μεταξύ των φύλων αξίζει να αναφερθεί ότι στην πλειοψηφία των χωρών (Σουηδία, Γερμανία, Βέλγιο, Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα) το ποσοστό των γυναικών με κακή υγεία ξεπερνά σχεδόν κατά δέκα ποσοστιαίες μονάδες το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών, ενώ στην Αυστρία η αντίστοιχη διαφορά είναι ακόμη υψηλότερη φτάνοντας τις δεκαέξι ποσοστιαίες μονάδες.

Εκτός από τμήμα του άτυπου δικτύου κοινωνικής προστασίας, πέραν δηλαδή του εργαλειακού τους ρόλου, τα κοινωνικά δίκτυα αποτελούν μια αυτόνομη σημαντική συνιστώσα της γενικότερης ποιότητας ζωής των ιδίων των ατόμων. Το θέμα αυτό προσεγγίζει το κεφάλαιο των *Μαρία Βοζικάκη, Αθανάσιου Αλεγκάκη και Τάσου Φιλαλήθη* «Ποιότητα ζωής και τρίτη ηλικία: Ο ρόλος των κοινωνικών δικτύων».

Η διεθνής ψυχο-κοινωνική έρευνα, μετά από εκτεταμένη εμπειρία, κατέληξε ότι μια δέσμη ερωτήσεων σχετικών με αυτονομία, ικανοποίηση, στάση ζωής κλπ προσδίδει μια περιεκτική εικόνα της άποψης του ερωτώμενου για την ποιότητα ζωής του/της. Η δέσμη αυτή, γνωστή ως CASP-12, έχει μελετηθεί εκτενώς στην βιβλιογραφία και επομένως δίνει μια αξιόπιστη ποσοτικοποίηση της 'ποιότητας ζωής', όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον ίδιο τον ερωτώμενο.

Η σύγκριση του CASP-12 στο SHARE αποκαλύπτει μεγάλες διαφορές στο επίπεδο ικανοποίησης μεταξύ Βορρά και Νότου. Στο Νότο τα άτομα είναι πολύ λιγότερο ευχαριστημένα με την ζωή τους – με την Ελλάδα να βρίσκεται στην τελευταία θέση ακόμη και μεταξύ του Νότου (Πίνακας 15), αλλά και με την ταχύτερη επιδείνωση, καθώς μεγαλώνει η ηλικία. Η ποιότητα ζωής βελτιώνεται αισθητά αν υπάρχει εκτενής κοινωνική δραστηριότητα (με πρώτη την επαφή με τα παιδιά, αλλά και με συμμετοχή σε εθελοντικές και/ή θρησκευτικές δραστηριότητες), η δε επίδραση αυτών των παραμέτρων είναι ισχυρότερη στην Ελλάδα.

ΧΩΡΑ	ΕΛΕΓΧΟΣ	ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ	ΑΥΤΟΠΡΑΓΜΑΤΩΣΗ	ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΗ	CASP-12
<i>Μέση Τιμή</i>					
SE	8,6	8,0	11,1	9,7	37,5
DK	8,8	8,1	11,2	10,1	38,4
NL	9,3	7,9	10,8	9,8	37,8
DE	9,1	7,8	10,6	9,0	36,4
BE	8,7	7,9	10,2	9,5	36,5
FR	8,6	7,7	9,3	9,4	35,1
CH	9,5	8,4	11,2	10,3	39,5
AT	9,0	7,8	10,9	9,4	37,1
ES	8,6	7,3	10,1	8,7	34,7
IT	8,4	7,6	9,3	8,6	33,8
GR	7,7	7,7	9,5	8,4	33,3

Πηγή: Ζωή 50+, σελ 442.

Πίνακας 15. Ποιότητα ζωής ανά χώρα.

Το τελευταίο τμήμα του βιβλίου επιστρέφει σε θέματα που αφορούν την έρευνα αυτήν καθαυτήν και τη χρήση της. Ο επίλογος των τριών επιμελητών προβαίνει σε ανακεφαλαίωση του πού βρίσκεται και πού πηγαίνει η έρευνα SHARE μετά από 7 έτη ερευνητικής συνεργασίας. Το 2009 η Έρευνα SHARE έχει συμπεριληφθεί στις προτάσεις που συζητά η Ευρωπαϊκή Ένωση ως Ερευνητική Υποδομή. Η αλλαγή αυτή θα σηματοδοτεί την 'ενηλικίωση' της Έρευνας από εργαλείο απευθυνόμενο πρωτίστως σε ερευνητές σε ένα εργαλείο

προσαρμοσμένο στις ανάγκες στήριξης της πολιτικής σε εθνικό επίπεδο. Ο αναμενόμενος τριπλασιασμός του δείγματος μετά το 2010 θα επιτρέψει την ανάλυση σε επίπεδο ελληνικής περιφέρειας, ενώ η διαβεβαίωση για την διεξαγωγή 6 κυμάτων ως το 2020, θα σημαίνει ότι θα παρακολουθεί την πορεία των ιδίων ατόμων επί 16 χρόνια: ο νεότερος του δείγματος του 2004 θα είναι ήδη 66 ετών. Η Έρευνα που τώρα αποτελεί μια αποτύπωση της ζωής μετά τα 50, θα έχει εξελιχθεί ως τότε σε λεπτομερή παρακολούθηση της πορείας των σημερινών ατόμων, καθώς προχωρούν στα στάδια της ζωής. Μια (στατική) αποτύπωση του πώς είναι η ζωή σήμερα θα έχει εμπλουτιστεί, ώστε να γίνει διαχρονική παρακολούθηση της δυναμικής της γήρανσης. Η φιλοδοξία όλων των ερευνητών της πρώτης ερευνητικής φάσης του SHARE είναι ότι, ως τότε, η έρευνα αυτή θα έχει συνεισφέρει ώστε η ζωή των μελλοντικών εαυτών μας να είναι κατά τι καλύτερη.

ΣΥΝΟΨΗ

Το τελευταίο κεφάλαιο, από τον *Θωμά Γεωργιάδη*, «Πρόσβαση και αξιοποίηση των στατιστικών δεδομένων του SHARE: Οδηγός προς ναυτιλλομένους», εξηγεί με απλό τρόπο τα βήματα που απαιτούνται για πρόσβαση στα στοιχεία, την δομή τους, και άλλα τεχνικά θέματα (όπως την χρήση σταθμίσεων, τις μεταβλητές κλειδιά, συγχωνεύσεις δεδομένων από διαφορετικά κύματα, κλπ). Προσφέρει δηλαδή έναν απλό οδηγό για όποιον ερευνητή αποφασίσει να αξιοποιήσει τα στοιχεία για δική του έρευνα. Το παρόν κείμενο παρουσίασε ενδεικτικά ευρήματα δεκαεπτά πρωτότυπα κείμενα που βασίζονται σε στοιχεία του πρώτου κύματος της έρευνας SHARE. Τα κείμενα αυτά γράφτηκαν από την σκοπιά όλων των επιστημών που συμπληρώνουν την διεπιστημονική προσέγγιση: Ιατρική, Στατιστική, Οικονομία, Κοινωνιολογία, Ψυχολογία. Με αυτόν τον τρόπο συχνά αποκαλύπτονται όψεις της ζωής των ατόμων 50+ ή διασυνδέσεις μεταξύ παραγόντων που και οι ίδιοι οι ερευνητές δεν είχαν υποψιαστεί ότι υπήρχαν. Το αίνιγμα των επίμονων διαφορών Βορρά-Νότου σε θέματα υγείας αλλά και συνολικής προσέγγισης προς την ζωή είναι ένα παράδειγμα που επαναλαμβάνεται από πολλά άρθρα του τόμου. Η διασύνδεση μεταξύ φτώχειας και μειονεξίας σε άλλες διαστάσεις και ο τρόπος που αυτή η σχέση διαφέρει από χώρα σε χώρα είναι μια άλλη διάσταση. Οι οικογενειακές δομές και οι σχέσεις στήριξης και αλληλοβοήθειας είναι μια τρίτη. Το αναπάντεχο πολλών διαπιστώσεων είναι η γοητεία της εφαρμοσμένης έρευνας για τους ερευνητές, αλλά και η προστιθέμενη αξία μιας έρευνας όπως το SHARE για την χάραξη πολιτικής – ο εντοπισμός ιδεών και τρόπων για την βελτίωση της ζωής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Λυμπεράκη, Α., Τήνιος, Πλ. και Φιλαλήθης, Τ., (2009). Ζωή 50+: Υγεία, Γήρανση και Σύνταξη στην Ελλάδα και στην Ευρώπη. Εκδ. Κριτική.

Börsch-Supan, A., A. Brugiavini, H. Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist and G. Weber. (2005). Health, ageing and retirement in Europe – First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

Börsch-Supan, A., A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist and G. Weber. (2008). Health, ageing and retirement in Europe (2004-2007). Starting the longitudinal dimension. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA)

Börsch-Supan, A., M. Brandt, K. Hank and M. Schröder (eds) (2011). The Individual and the Welfare State. Life Histories in Europe. Heidelberg: Springer.

MULTIDISCIPLINARY APPROACH FOR THE WELFARE OF THIRD AGE THROUGH SHARE SURVEY

Antigone Lyberaki¹, Platon Tinios² and Thomas Georgiadis³

1. Panteion Economic University of Athens, Greek Scientific Group of SHARE Survey, 2. University of Pireas, Greek Scientific Group of SHARE Survey, 3. Researcher, Panteion Economic University of Athens, Greek Scientific Group of SHARE Survey.

Abstract: Overall welfare of people aged over 50, and perhaps especially those older than 75, is the result of an interplay of factors arising in the fields of family relations, health and health care and economic relations. In this context there exists intense heterogeneity. This is evident in the nature and intensity of problems faced, in the solutions selected, in the demarcation and definition of roles and responsibilities between individuals, families, health systems, social policy, etc. The need to study how these processes affect older individuals creates the need for data that is interdisciplinary, comparable internationally and longitudinal in nature. This need is filled by the large sample survey of people aged 50+, SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). Indicative results derived from the first wave of this study that have an especial interest for Greece and for Greek researchers are contained in the book edited by *Antigone Lyberaki, Platon Tinios* and *Tassos Philalithis*, *Life 50+: Health Health, Ageing and Retirement in Greece and in Europe*, published in Greek by *Kritiki publishers* in 2009. This paper provides a summary and presentation of some of the key findings the book in the three key scientific areas of interest for the study of ageing processes: (a) Health and Health care (b) employment, pensions and family finance and (c) family relations and long term care.

ΜΕΛΕΤΗ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΤΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑ

Β. Μακρόπουλος¹, Μ. Ορφανίδης^{1,2,3} και Ι. Μπόρα^{2,3}

1. Τομέας Επαγγελματικής και Βιομηχανικής Υγιεινής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, Τμήμα Ιατρικής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης σε σύμπραξη με τα Τμήματα Δημόσιας Υγιεινής και Νοσηλευτικής Α ΤΕΙ Αθήνας, 3. Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμήμα Ιατρικής.

Περίληψη: Στα πλαίσια των αγωνιωδών προσπαθειών για τη βελτίωση της εθνικής οικονομίας, η υιοθέτηση εθνικών πολιτικών και η εφαρμογή των εναρμονισμένων στρατηγικών με τις κοινοτικές οδηγίες όσον αφορά το χώρο της εργασιακής υγείας και ασφάλειας είναι πλέον επιτακτική. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στον υπολογισμό του οικονομικού κόστους των εργατικών ατυχημάτων βάση των δεδομένων της ειδικής δειγματοληπτικής έρευνας που διεξήχθη το Β' τρίμηνο του 2007 και ανακοινώθηκε από τη Γενική Γραμματεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος. Ως εργατικό ατύχημα ορίζεται κάθε διακριτό συμβάν στη διάρκεια της εργασίας το οποίο οδήγησε σε σωματική ή ψυχολογική βλάβη. Ο κύριος λόγος επιλογής της συγκεκριμένης έρευνας ως βάσης στοιχείων προς επεξεργασία σε αυτή τη μελέτη, είναι ότι, αν και αναλογική, θεωρείται η πλέον αξιόπιστη και αμερόληπτη πηγή πληροφοριών διότι διέπτεται από τις διατάξεις του Κανονισμού του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου (Commission Regulation No 341/2006, 24.02.2006), διασφαλίζοντας έτσι πληθυσμιακούς παράγοντες αξιολόγησης για τα κύρια χαρακτηριστικά εκτίμησης της αγοράς εργασίας, αποτελώντας και το πληθυσμό αναφοράς για τη μεθοδολογία ESAW (European Statistics on Accidents at Work) και την εθνική κάλυψη κάθε χώρας-κράτους, με κατεύθυνση εξαγωγής και υποβολή τους στη Eurostat. Λόγο της ανωτέρω αναλογιστικής μεθόδου, υπολογίσαμε κατά προσέγγιση το άμεσο κόστος των εργατικών ατυχημάτων για λιγότερο από ένα χρόνο απολεσθείσας εργασίας (χρησιμοποιώντας τον αριθμό ημερών απουσίας από την εργασία επί τη μονάδα κόστους του εργασιακού χρόνου), αλλά και το μακροχρόνιο κόστος, δηλαδή το κόστος που προκύπτει για άνω του ενός έτους απολεσθείσας εργασίας (το χαμένο εργασιακό χρόνο λόγω μόνιμης ανικανότητας και στη περίπτωση θανατηφόρου ατυχήματος). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει ένα τεράστιο περιθώριο εξοικονόμησης πόρων από τα ασφαλιστικά ταμεία, γεγονός που κρίνεται απαραίτητο εν όψη της τρέχουσας οικονομικής κρίσης. Η αναντιστοιχία καταγραφής εργατικών ατυχημάτων αλλά και επαγγελματικών ασθενειών μεταξύ των δεδομένων της Eurostat και των μελετών του ΙΚΑ και του ΣΕΠΕ,

καταδεικνύουν την ανάγκη συνολικής καταγραφής από ένα ενιαίο οργανισμό και επισημαίνουν ταυτόχρονα την ανάγκη εισαγωγής της ασφάλειας του επαγγελματικού κίνδυνου (και εν όψει της απουσίας κινήτρων με γνώμονα την ασφάλιση). Όσον αφορά τα λοιπά προβλήματα υγείας που συνδέονται με την εργασία (επαγγελματικά νοσήματα), τα παρεχόμενα στοιχεία δεν επιτρέπουν τον υπολογισμό του κόστους αυτών, αλλά αναδεικνύουν τη σχεδόν μηδενική καταγραφής τους από το ΙΚΑ και την απόλυτα μηδενική καταγραφή τους από τη πλειονότητα των υπόλοιπων ασφαλιστικών ταμείων. Πιθανόν, οι πρόωρες συνταξιοδοτήσεις να σχετίζονται με τις επαγγελματικές παθήσεις, αν και δηλώνονται ως κοινοί νόσοι.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον *Διεθνή Οργανισμό Εργασίας* (ILO) περίπου 270 εκατομμύρια ατυχήματα που σχετίζονται με την εργασία και 2 εκατομμύρια θάνατοι συμβαίνουν παγκοσμίως κάθε χρόνο (1), ενώ αντιστοίχως συμφωνά με τα Ευρωπαϊκά στατιστικά για τα ατυχήματα στο χώρο εργασίας (European Statistics on Accidents at Work, ESAW), κάθε χρόνο στα 15 κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EE-15), προ εκτίμησης, περίπου 5 εκατομμύρια εργαζόμενοι είναι θύματα εργασιακών ατυχημάτων που οδηγούν σε περισσότερο από 3 ημέρες απουσίας από την εργασία, με επιπλέον περίπου 5000 εργαζόμενους να αποτελούν θανατηφόρα περιστατικά. Τα αποτελέσματα της ειδικής δειγματοληπτικής Ευρωπαϊκής έρευνας του εργατικού δυναμικού 2007 (EU-LFS, Ad Hoc Module) έδειξαν ότι το 3,2% των εργαζόμενων στην EE-27 είχαν ένα εργατικό ατύχημα κατά τη περίοδο ενός έτους, το οποίο αντιστοιχεί σε 7 εκατομμύρια εργαζόμενους και με κατά προσέγγιση το 10% των ατυχημάτων να αποτελούν τροχαία ατυχήματα κατά τη διάρκεια της εργασίας (2). Εκτός από τον ανθρώπινο πόνο, ταλαιπωρία ή και απώλεια, αυτά τα ατυχήματα, ενώ είναι δυνητικά αποτρέψιμα, έχουν ένα ισχυρό οικονομικό αντίκτυπο.

Κατ' επέκταση η εργασιακή υγεία και ασφάλεια έχει σαφείς οικονομικές επιπτώσεις. Τα ατυχήματα στο χώρο εργασίας και οι ασθένειες που σχετίζονται με την εργασία επιβαρύνουν τους εργαζόμενους, τις επιχειρήσεις αλλά και το σύνολο της κοινωνίας. Αντίθετα, οι καλές εργασιακές συνθήκες ενισχύουν τη παραγωγικότητα των εργαζομένων και τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και προϊόντων, μειώνουν το χρόνο απουσίας από την εργασία για λόγους υγείας και χαμηλώνουν το κόστος παραγωγής, ελαττώνουν τις ζημιές αλλά και τις χρηματικές αποζημιώσεις που μπορεί να προκύψουν (3). Σε αυτή τη κατεύθυνση η παρούσα μελέτη προσπαθεί να αναδείξει μια οικονομικά ποσοτικοποιημένη επισκόπηση του συνολικού κόστους των εργατικών ατυχημάτων στην Ελλάδα, προβάλλοντας ταυτόχρονα και τις πιθανές εκτιμήσεις εξοικονόμησης δαπανών για την οικονομία και την κοινωνία. Η εφαρμογή εθνικών πολιτικών και εναρμονισμένων στρατηγικών με τις κοινοτικές οδηγίες όσον αφορά το χώρο της εργασιακής υγείας και ασφάλειας δύναται τόσο να εξοικονομήσει πόρους συνεισφέροντας στην ανάπτυξη της οικονομίας, όσο και να εξασφαλίσει τη

ευημερία των εργαζομένων στους χώρους εργασίας. Εξάλλου, ένας από τους βασικούς στόχους της Ευρωπαϊκής επιτροπής μέσω της κοινοτικής πολιτικής για την υγεία και ασφάλεια στην εργασία (ΥΑΕ) για τη περίοδο 2007-2012 (4) είναι η ελάττωση των εργασιακών δεικτών επίπτωσης εντός της Ε.Ε. κατά 25% (5). Ο σκοπός των οικονομικών κινήτρων, τα οποία ορίζονται ως εξωτερικά οικονομικά οφέλη όπως τα κίνητρα ασφαλίσεων, στο πεδίο ΥΑΕ είναι η παρακίνηση των εργοδοτών να επενδύσουν σε πιο ασφαλείς και υγιείς χώρους εργασίας (6).

ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Ως βάση στοιχείων προς επεξεργασία της παρούσας μελέτης επιλέχθηκε η ειδική δειγματοληπτική έρευνα (Ad Hoc), που διεξήχθη το Β' τρίμηνο του 2007 και ανακοινώθηκε από τη Γενική Γραμματεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος (7).

Ο κύριος λόγος επιλογής της συγκεκριμένης έρευνας ως βάσης στοιχείων προς επεξεργασία σε αυτή τη μελέτη, είναι ότι, αν και αναλογική, θεωρείται η πλέον αξιόπιστη και αμερόληπτη πηγή πληροφοριών διότι διέπτεται από τις διατάξεις του Κανονισμού του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου (Commission Regulation No 341/2006, 24.02.2006), διασφαλίζοντας έτσι πληθυσμιακούς παράγοντες αξιολόγησης για τα κύρια χαρακτηριστικά εκτίμησης της αγοράς εργασίας, αποτελώντας και το πληθυσμό αναφοράς για τη μεθοδολογία ESAW (European Statistics on Accidents at Work) και την εθνική κάλυψη κάθε χώρας-κράτους, με κατεύθυνση εξαγωγής και υποβολή τους στη Eurostat.

Εναρμονισμένα δεδομένα εργασιακών ατυχημάτων συλλέγονται από το δίκτυο στατιστικών για τα ατυχήματα στο χώρο εργασίας (ESAW), όπου η μεθοδολογία είναι σύμφωνη με το ψήφισμα του 1998 του Διεθνούς Οργανισμού Εργασίας (ILO) που αφορά τις στατιστικές των επαγγελματικών τραυματισμών οφειλομένων στα επαγγελματικά ατυχήματα. Οι εθνικές πηγές πληροφοριών παρέχουν δηλώσεις ατυχημάτων στο χώρο εργασίας, στους είτε στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, είτε σε συστήματα ιδιωτικών ασφαλίσεων, ή σε άλλες σχετικές εθνικές αρχές.

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως αριθμοί ή ως δείκτες επίπτωσης. Οι δείκτες επίπτωσης (incidence rate) υπολογίζονται ως εξής (ο αριθμός θυμάτων των ατυχημάτων στο χώρο εργασίας, αναλόγως θανατηφόρων ή μη, κατά τη διάρκεια του χρόνου /αριθμό εργαζομένων στο πληθυσμό αναφοράς) επί 100.000.

Τα δεδομένα στα σοβαρά εργασιακά ατυχήματα αναφέρονται σε ατυχήματα που οδηγούν σε περισσότερες από 3 ημέρες απουσία από την εργασία. Ως εργατικό ατύχημα ορίζεται κάθε διακριτό συμβάν στη διάρκεια της εργασίας το οποίο οδήγησε σε σωματική ή ψυχολογική βλάβη. Αυτό εμπεριέχει ατυχήματα κατά τη διάρκεια της εργασίας εκτός των εγκαταστάσεων τη επιχείρησης, ακόμα και εάν οφείλεται σε επιδράσεις τρίτων (στο χώρο του πελάτη, σε εγκαταστάσεις άλλης επιχείρησης, σε δημόσιο μέρος ή κατά τη διάρκεια μεταφορών συμπεριλαμβανομένων και των τροχαίων ατυχημάτων), καθώς και περιπτώσεις οξείας δηλητηρίασης.

Ατυχήματα κατά τη διαδρομή από ή προς την εργασία (ατυχήματα μετακινήσεων), συμβάντα που έχουν αποκλειστικά ιατρική προέλευση (όπως μια καρδιακή προσβολή στο χώρο εργασίας), σκόπιμες αυτοπροκληθείσες ενέργειες τραυματισμών καθώς και επαγγελματικές ασθένειες αποκλείονται από τους προαναφερόμενο δίκτυο στατιστικών, αν και έτσι προκύπτουν κάποιες εθνικές διαφορές με τις διατάξεις του Α.Ν. 1846/51 (άρθρα 8 περίπτωση 4 και 34 παράγραφος 1) περί εργατικών ατυχημάτων και άλλες αποφάσεις, κυρίως ανωτάτων δικαστηρίων.

Επίσης, όλες οι περιπτώσεις εργατικών ατυχημάτων που οδηγούν σε απουσία άνω των 3 ημερολογιακών ημερών, ακόμα και αν αυτές οι ημέρες είναι Σάββατα, Κυριακές ή άλλες ημέρες που το άτομο δεν εργάζεται συνήθως, εμπεριέχονται στη μεθοδολογία αυτών των στατιστικών (8).

Διαφορές μεταξύ των κρατών-μελών της ΕΕ-27 υπάρχουν εκτός από τα συστήματα ασφάλισης του εργατικού δυναμικού, στους δείκτες καταγραφής και στη θεώρηση του ορισμών, όπως αυτή της διαφοράς μεταξύ πλήρους ή μερικής απασχόλησης, ή των αυτοαπασχολούμενων που αποτελούν μια κατηγορία η οποία ενώ στη χώρα μας έφτασε στο 21% του συνολικού εργατικού δυναμικού το 2009 και με μέσο όρο 10% στην ΕΕ-27, παρουσιάζει τόσο προβλήματα καταγραφής εργατικών ατυχημάτων και ασθενειών, όσο και διαφοροποίησης από τη σκοπιά των συστημάτων ασφάλισης, άρα και συνολικής παρακολούθησης (9).

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΚΟΣΤΟΥΣ

Δεν υπάρχει ένας απόλυτα καθορισμένος κατάλογος παραγόντων κόστους που να συμπεριληφθούν στην εκτίμηση του οικονομικοκοινωνικού κόστους των εργατικών ατυχημάτων. Παρόλα αυτά, ένα κοινό σύνολο παραγόντων κόστους έχει προκύψει από τη θεωρία και τη πρακτική.

Προσθήκες και τροποποιήσεις αναλόγως το σκοπό εκτίμησης, τη δομή του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης σε μια χώρα, της δυνατότητας μιας επιχείρησης να βρει κατάλληλα δεδομένα, κ.α. Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός μεταβλητών που μπορεί να συμπεριληφθούν σε μια τέτοια εκτίμηση κόστους. Παραδείγματα αποτελούν τα κρυφά ή έμμεσα κόστη, το ότι το εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ή η νομοθεσία μπορεί να καλύπτει μόνο μέρος των εργατικών ατυχημάτων, αλλά και η διαφοροποίηση σε σχετικούς ορισμούς ανάμεσα στα κράτη-μέλη της ΕΕ.

Οι οικονομικές επιπτώσεις των εργατικών ατυχημάτων αυξάνουν το κόστος στις επιχειρήσεις, στους εργαζόμενους-θύματα και στο σύνολο της κοινωνίας (10).

Μελετήθηκαν διάφορες έρευνες και μοντέλα εκτίμησης κόστους. Μια ανάλυση του κόστους δόθηκε από τον Dornan (11) και διακρίνεται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του σε εσωτερικό και εξωτερικό κόστος (εσωτερικό είναι το κόστος που επωμίζεται η επιχείρηση, ενώ εξωτερικό είναι το κόστος που επιβαρύνει την πολιτεία όπως συντάξεις ή τον παθόντα), σε άμεσο (π.χ ο απουσιασμός) και έμμεσο (διαταραχές παράγωγης, χαμηλό ηθικό, χαμένες ώρες

εργασίας τρίτων, ζημία στην εικόνα της επιχείρησης, απεργίες, κτλ) το οποίο και εκτιμάται έως και τετραπλάσιο του άμεσου κόστους, καθώς και σε σταθερό (αμοιβή προσωπικού ασφαλείας ή ασφάλιστρο σε συστήματα ασφάλισης και όπου αυτό είναι σταθερό) και μεταβλητό κόστος (απουσιασμός ή ασφάλιστρο σε συστήματα ασφάλισης και όπου αυτό αυξομειώνεται ανάλογα με τα ατυχήματα της επιχείρησης).

Μια άλλη άποψη εκφράζει ο καταμερισμός του συνολικού Βρετανικού κόστους των ατυχημάτων και ασθενειών που σχετίζονται με την εργασία για τη χρονική περίοδο 2001 - 2002, ο οποίος έδειξε ότι, ενώ ουσιαστικά πρόκειται για δαπάνες που αναλογούν στις δραστηριότητες των επιχειρήσεων, οι εργοδότες φέρουν το μικρότερο αναλογικά μέρος του συνολικού κόστους, με τα μεμονωμένα άτομα να επιβαρύνονται περισσότερο (σε όρους απώλειας εισοδήματος, επιπρόσθετων δαπανών λόγω τραυματισμού ή ασθένειας καθώς και του υποκειμενικού κόστους λόγω του πόνου, της θλίψης και της ταλαιπωρίας που υπόκεινται) και με την κοινωνία να επωμίζεται το μεγαλύτερο οικονομικό βάρος (το οποίο συνίσταται στη μείωση της παραγωγής, το ιατρικό κόστος περίθαλψης, το κόστος διαχείρισης πληρωμών των επιδομάτων από το Υπουργείο Εργασίας και Συντάξεων και το κόστος διερεύνησης του HSE και των τοπικών αρχών).

Οι πρώτοι υπολογισμοί του εκτελεστικού οργάνου για την υγεία και την ασφάλεια στο Ηνωμένο Βασίλειο (Health & Safety Executive, HSE), ο οποίος καλύπτει ένα ποικίλο φάσμα δραστηριοτήτων στο σχετικό πεδίο και περιλαμβάνει τη μορφοποίηση και την αναθεώρηση των κανονισμών, την παραγωγή έρευνας και της στατιστικής και την επιβολή του νόμου, είχαν διαιρέσει το κόστος ατυχημάτων και ασθενειών που σχετίζονται με την εργασία σε τρεις κατηγορίες: στο κόστος των μεμονωμένων ατόμων (θυμάτων), στο κόστος των εργοδοτών και στο κοινωνικό κόστος (12, 13).

Άλλη μελέτη του HSE περί του Βρετανικού κόστους των ατυχημάτων στο χώρο εργασίας για τη περίοδο 2005 - 2006 υπολογίστηκε κατά προσέγγιση σε £1,2 - £1,3 δις, ενώ αντίστοιχα το κόστος των ασθενειών που σχετίζονται με την εργασία σε £1,7 - £2,0 δις (14). Σε αυτή τη μελέτη, στην οποία έχουν ενσωματωθεί σημαντικές βελτιώσεις υπολογισμού, το κόστος αποτελείται από τέσσερις συνιστώσες: τα επιδόματα ασθενείας, τις διοικητικές δαπάνες, τις δαπάνες πρόσληψης και το κόστος ασφάλισης.

Έχει επίσης υπολογιστεί ότι άνω των 30 εκατομμυρίων ημερών εργασίας χάνονται κάθε έτος στο Ηνωμένο Βασίλειο λόγω των ατυχημάτων στο χώρο εργασίας, με το κόστος του κοινωνικού συνόλου να ανέρχεται στα £10 - £15 δις λίρες, το οποίο περίπου ισοδυναμεί μεταξύ του 1,75% - 2,75% του ΑΕΠ (15). Η μελέτη της οικονομικής ανάλυσης (Economic Analysis Unit, EAU) του εκτελεστικού οργάνου για την υγεία και την ασφάλεια στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει κατηγοριοποιήσει τη συνολική μονάδα του κοινωνικού κόστους σε 3 μέρη: στο ανθρώπινο κόστος (το κόστος του πόνου, της θλίψης και της ταλαιπωρίας του θύματος, φίλων και συγγενών, καθώς και για τα θανατηφόρα ατυχήματα την απώλεια της απόλαυσης της ζωής πάνω από τη κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών που όμως δεν θα υπολογιστούν στην παρούσα μελέτη (16), στο

κόστος χαμένης παραγωγής (το οποίο θεωρείται ισοδύναμο με το κόστος εργασίας που κανονικά θα πρόκευπε από τη μίσθωση του απόντα εργαζόμενου συν το επίδομα ασθενείας) και στο κόστος των πόρων, που εμπεριέχει το κόστος της ιατρικής περίθαλψης, το κόστος διαχείρισης και πρόσληψης και το κόστος διερεύνησης του HSE και των τοπικών αρχών (17).

Ο υπολογισμός του κόστους σε αυτή τη μελέτη είναι βασισμένος στον υπολογισμό του κόστους των εργατικών ατυχημάτων στην ΕΕ-15 (18), ο οποίος έγινε με βάση την εκτίμηση του άμεσου κόστους των ατυχημάτων στο χώρο εργασίας για λιγότερο από ένα χρόνο απολεσθείσας εργασίας (το κόστος που συνδέεται άμεσα με τις χαμένες ημέρες εργασίας εκτιμήθηκε με τις ημέρες απουσίας από την εργασία επί τη μονάδα κόστους του εργασιακού χρόνου) και με βάση την εκτίμηση του μακροχρόνιου κόστους, άνω του ενός έτους απολεσθείσας εργασίας, το οποίο περιλαμβάνει τον χαμένο εργασιακό χρόνο λόγω μόνιμης ανικανότητας, που όμως δεν παρέχονται ευθέως στα δεδομένα της ειδικής δειγματοληπτικής έρευνας (απώλεια εργασιακού χρόνου μέχρι την ηλικία των 65 επί τη μονάδα κόστους του εργασιακού χρόνου) και στη περίπτωση των θανατηφόρων ατυχημάτων, που δεν παρέχονται αλλά μπορούμε να ανατρέξουμε στα αρχεία του ΣΕΠΕ για τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο (απώλεια εργασιακού χρόνου μέχρι την ηλικία των 65 επί τη μονάδα κόστους του εργασιακού χρόνου).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα καταρχήν δείχνουν μια σαφή διάφορα στον αριθμό των ατόμων που είχαν ένα, τουλάχιστον, ατύχημα στο χώρο εργασίας σύμφωνα με την ειδική δειγματοληπτική έρευνα συγκριτικά με τα δηλωθέντα εργατικά ατυχήματα στις υπηρεσίες του Σ.ΕΠ.Ε. (Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας) και την αντίστοιχη καταγραφή στο δελτίο εργατικών ατυχημάτων του 2007 ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, υπογραμμίζοντας μια πολλαπλάσια σχέση αναφοράς.

Η έκθεση πεπραγμένων του Σ.ΕΠ.Ε. για το 2009 (19), αναφέρει ότι ενώ συνεισφέρει στη πτωτική δράση του συνολικού αριθμού των εργατικών ατυχημάτων κατά το Ι.Κ.Α., τα ατυχήματα που δηλώνονται στο Σ.ΕΠ.Ε. είναι λιγότερα σε σχέση με τα αντίστοιχα του Ι.Κ.Α. Η προκύπτουσα αναντιστοιχία καταγραφής εργατικών ατυχημάτων αλλά και επαγγελματικών ασθενειών μεταξύ των δεδομένων της Eurostat και των μελετών του Ι.Κ.Α. και του Σ.ΕΠ.Ε., καταδεικνύουν την ανάγκη συνολικής καταγραφής από ένα ενιαίο οργανισμό και επισημαίνουν ταυτόχρονα την ανάγκη εισαγωγής της ασφάλειας του επαγγελματικού κίνδυνου (και εν όψει της απουσίας κινήτρων με γνώμονα την ασφάλιση). Το τελευταίο συμβαδίζει με τη τρέχουσα στρατηγική, η οποία στοχεύει σε 25% μείωση στο σύνολο της συχνότητας επίπτωσης των ατυχημάτων και ασθενειών που σχετίζονται με την εργασία μέχρι το 2012 στην ΕΕ-27, η οποία εκτός των αμέσων αποτελεσμάτων που θα έχει στους εργαζόμενους, θα συνεισφέρει επιτυχώς στην ανάπτυξη και στη στρατηγική των θέσεων εργασίας (4). Όσον αφορά τα οικονομικά μεγέθη, όπως πρόκευψαν από τον υπολογισμό της μέσης ηλικίας των εργαζομένων που υπήρξαν θύματα θανατηφόρων

εργατικών ατυχημάτων και την αναλογική κοστολόγηση των δαπανών του συνόλου παροχών για επιδότηση για συνταξοδότηση εργατικών ατυχημάτων βάση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ 2006 (20), την Έρευνα Διάρθρωσης και Κατανομής των Αμοιβών στις Επιχειρήσεις για το έτος 2006 και την ειδική έρευνα για τα εργατικά ατυχήματα και τα προβλήματα υγείας που συνδέονται με την εργασία της Γενικής Γραμματείας της *Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος*, ο υπολογισμός του οικονομικού κόστους των εργατικών ατυχημάτων στην Ελλάδα ανέρχεται περίπου στο ένα δις ευρώ.

Ενδεικτικά αντιπαρατίθεται εδώ, σύμφωνα με προηγούμενη μελέτη υπολογισμού του οικονομικού κόστους των εργατικών ατυχημάτων στην Ελλάδα, το ποσό των 10,6 δισεκατομμυρίων δραχμών μόνο για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ για το 1984, όταν για το ίδιο έτος ο γενικός προϋπολογισμός για το υπουργείο εξωτερικών ήταν 8,2 δις δραχμές (21).

Αναδεικνύεται έτσι ένα τεράστιο περιθώριο εξοικονόμησης πόρων από τα ασφαλιστικά ταμεία, γεγονός που κρίνεται απαραίτητο στην τρέχουσα οικονομική κρίση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **International Labour Organization.** Safety in numbers: pointers for the global safety at work. Geneva, 2003.
2. **Eurostat.** Statistics in Focus 63-2009. Population and social conditions. 8.3% of workers in the EU experienced work-related health problems. European Communities, 2009.
3. **World Health Organization.** Protecting Workers, Health Series No2, Understanding and Performing Economic Assessments at the Company Level, Geneva, 2002, World Health Organization).
4. **European Commission (COM).** Improving quality and productivity at work: Community strategy 2007-2012 on health and safety at work. Brussels, 62 final, 2007.
5. **European Agency for Safety and Health at Work.** Working Environment Information. Economic incentives to improve occupational safety and health: a review from the European perspective. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010.
6. **European Agency for Safety and Health at Work.** Forum 14- Effectiveness of economic incentives to improve occupational safety and health, 2005.
7. **Γενική Γραμματεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος,** Ειδική έρευνα για τα εργατικά ατυχήματα και τα προβλήματα υγείας που συνδέονται με την εργασία, 2008.
8. **European statistics on accidents at work (ESAW) – Methodology - 2001 edition -** European Communities - Directorate General Employment and social affairs series.
9. **European Union.** A review of methods used across Europe to estimate work-related accidents and illnesses among the self-employed, European Risk Observatory Report, European Agency for Health and Safety at Work, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010.
10. **European Agency for Safety and Health at Work.** Inventory of socioeconomic costs of work accidents. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2002.
11. **Dorman, P** 2000, The Economics of Safety, Health and Well-Being at Work: An Overview, InFocus Program on Safe Work, International Labour Organisation, The Evergreen State College.
12. **Davies, N.V. and Teasdale, P,** (1994). The costs to the British economy of work accidents and work related ill health. HSE Books ISBN 0 7176 0666 X.
13. **Gordon, F., Risley, D. and EAU economists,** (1999). The costs to Britain of workplace accidents and work related ill health in 1995/96. Second Edition. HSE Books ISBN 0 7176 1709 2.
14. **Health and Safety Executive.** The costs to employers in Britain of workplace injuries and work-related ill health in 2005/06, Discussion Paper Series No. 002, Maniv Pathak, September 2008, Analytical Services Division, Health and Safety Executive.

15. **The Institution of Engineering and Technology**. The Costs to Industry of Accidents and Ill Health, Health and Safety Briefing No 3, July 2010, The Institution of Engineering and Technology.

16. **Department for Transport**, 2007, High Economics Note No.1 (HEN 1):2005.

17. **UK Health and Safety Executive**, The Costs of Workplace Injuries and Work-Related Ill Health in the UK, Stavros Georgiou, Michael Thompson and Anna Richardson-Owen, UK Health and Safety Executive, Economic Analysis Unit and Chemicals Regulation Directorate.

18. **Eurostat**. Working Papers and Studies. Final Report - July 2004. Statistical analysis of socio-economic costs of accidents at work in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004.

19. **Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας (Σ.ΕΠ.Ε.)**, Έκθεση Πεπραγμένων του Σ.ΕΠ.Ε. για το 2009, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης.

20. **Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών**, Δελτίο Εργατικών Ατυχημάτων ΙΚΑ-ΕΤΑΜ 2006.

21. **Παπαδόπουλος Στέλιος**, Το οικονομικό κόστος των εργατικών ατυχημάτων στην Ελλάδα, Ιατρική της Εργασίας, Τόμος 1, Αρ. Τεύχους 1ο, 27-30, 1989.

THE ECONOMIC COSTS OF ACCIDENTS AT WORK

B. Makropoulos¹, M. Orfanidis^{1,2,3} and I. Bora^{2,3}

1. Department of Occupational and Industrial Hygiene, National School of Public Health, Athens, 2. Postgraduate Programme (MSc) Health and Safety in Workplaces, Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, 3. Laboratory of Hygiene and Environmental Protection, Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis.

Abstract: In an attempt to engage in the wider agonizing struggle aimed to improve the national economy, the adaptation of national politics and the implementation of harmonised strategies with European Council recommendations regarding occupational safety and health, seem to be more necessary than ever. The scope of the present study is the estimation of the economic cost of workplace accidents based on the results from the Labour Force Survey (LFS) second semester 2007 ad hoc module, that were published by the Hellenic statistical authority. An accident at work is defined as a discrete occurrence in the course of work which leads to physical or mental harm. The main reason of using the results from the Labour Force Survey (LFS) 2007 ad hoc module as a data source in our study is that despite its analogistic format, is considered to be the most reliable source of information due to its specifications, which have been adopted in Commission Regulation (EC) No 341/2006 of 24.02.2006, providing population estimates for the main labour market characteristics; it is also used as a reference population for the European Statistics on Accidents at Work (ESAW) methodology, which provides data corresponding in the national coverage in each country, in order to be extracted by the member-states and then sent to Eurostat. Based on the analogistic nature of the above module, the costs of accidents at work were calculated using an approximate estimation of the immediate costs for less than one year of lost working time (lost time times the unit cost of working time) and an estimation of the long term costs for more than one year of lost working time (lost working time due to permanent incapacity and fatal accidents at work). The results of our study show that there is an enormous amount of money that can be saved from the national insurance funds, a compelling fact in view of the current economic crisis. The traced inconsistencies among the social insurance institute (Idryma Kinonikon Asfaliseon, IKA), the body of labour inspection (Soma Epitheorisis Ergasias, SEPE) and the results from the Labour Force Survey (LFS) ad hoc module concerning the recording of accidents at work and work-related health problems underline the need for a unified, national-wide relevant recording by a single agency and additionally note the need for introduction and implementation of the concept of the insured occupational risk (insurance-based incentives do not exist). The available data on work-related health problems (occupational diseases) do not allow similar cost estimation, however they illustrate the nearly absent recorded results by IKA and the absolute non-existent results by the majority of the rest insurance funds. Possibly, the early retirements which are reported as common diseases, are actually related to the non-reported occupational diseases.

hugelia@εργασια 2(2): 37-46

ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΩΝ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΡΑΤΗΣΗΣ

Καραϊσκος Χρήστος^{1,2}, Κουλιεράκης Γεώργιος³ και Κικεμένη - Ξυδέα Αναστασία¹

1. Τομέας Επαγγελματικής και Βιομηχανικής Υγιεινής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2. Γ.Ν.Α. Σιαμανόγλειο, 3. Τομέας Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Περίληψη: Το αντικείμενο της παρούσας εργασίας είναι η διαπίστωση των κινδύνων κατά την άσκηση του επαγγέλματος του σωφρονιστικού υπαλλήλου σε Κατάστημα Κράτησης και στη διερεύνηση τυχόν επίδρασής τους στην υγεία των υπαλλήλων. Επιμέρους σκοποί της εργασίας είναι να εκτιμηθεί το επίπεδο προστασίας, η υποκειμενική αντίληψη για τους κινδύνους από τους ίδιους τους υπαλλήλους και επιπλέον να εντοπιστούν οι ανάγκες τους, που προκύπτουν μέσα από την καταγραφή των συνθηκών εργασίας. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου και πιο συγκεκριμένα στο φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης και στη διερεύνηση της προέλευσής του. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε την άνοιξη του 2006. Στη μελέτη συμμετείχαν, με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου κλειστών ερωτήσεων, 94 άνδρες σωφρονιστικοί υπάλληλοι (82 φύλακες και 12 υπαρχιφύλακες) που εργάζονται στο συγκεκριμένο κατάστημα κράτησης και ανήκουν στο φυλακτικό προσωπικό. Τα άτομα της έρευνας έχουν εργαστεί συνολικά κατά μέσο όρο 12,77 έτη (SD=7,42), το 61,7% είναι απόφοιτοι λυκείου και το 26,6% απόφοιτοι ανώτατων και ανώτερων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων. Το 63,8% των ερωτηθέντων ήταν παντρεμένοι ή συζούσαν με σύντροφο και από αυτούς το 70,0% είχαν κατά μέσο όρο 1,60 παιδιά (SD=0,59). Τα σημαντικότερα αποτελέσματα συνοψίζονται στα ακόλουθα: Ο βιολογικός παράγοντας κινδύνου κρίνεται πολύ σημαντικός και το σύνολο των ερωτηθέντων πιστεύει ότι υπάρχει ο κίνδυνος μετάδοσης κάποιου μολυσματικού νοσήματος με σημαντικότερους τρόπους μετάδοσης την επαφή με τα αντικείμενα των κρατουμένων (86,2% των ερωτηθέντων) και τον τραυματισμό κατά τη συμπλοκή με κρατούμενους (85,1%). Σημαντικός κρίνεται και ο κίνδυνος από εργονομικούς παράγοντες με τα συμπτώματα του μυοσκελετικού όπως οι πόνοι στην πλάτη (51,2%), η οσφυαλγία (50%) και οι πόνοι στα πόδια (49%) να είναι από τις συχνότερες ενοχλήσεις. Οι οργανωτικοί παράγοντες κινδύνου, όπως οι εσωτερικοί παράγοντες στρες στη συγκεκριμένη εργασία, φαίνεται να είναι αρκετά αυξημένοι με την το ρυθμό εργασίας να είναι έντονος (47,8%), το βαθμός ευθύνης υψηλό (83,0%) και την επαναληπτικότητα διαδικασίας μεγάλη (60,6%). Το εργασιακό άγχος μπορεί να εντοπιστεί και από πνευματικές και συναισθηματικές

hugeia@ergasia 2(1): 47-60

ενδείξεις, όπως η αίσθηση υπερβολικής κούρασης μετά τη δουλειά (21,3%), η πνευματική κόπωση (38,3%) και το άγχος κατά τη διάρκεια της εργασίας (34%). Ιδιαίτερος οργανωτικός παράγοντας κινδύνου που προέκυψε είναι η εργασία σε βάρδιες, αφού από την ανάλυση προκύπτει ότι η αναλογία των μέσων όρων των πρωινών προς μεσημεριανών και προς νυχτερινών βαρδιών είναι 7:6:4. Όσον αφορά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης γενικότερα παρατηρούμε τη συνύπαρξη και των τριών διαστάσεών του, με περισσότερο όμως επηρεασμένη τη διάσταση της αποπροσωποποίησης και έπειτα αυτής της αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων (μέση τιμή συναισθηματικής εξάντλησης 23,56 (SD=10,00), μέση τιμή αποπροσωποποίησης 13,15 (SD=5,38) και μέση τιμή προσωπικής επίτευξης 33,43 (SD=8,24)).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αναζητώντας την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία για τους παράγοντες κινδύνου στην άσκηση του επαγγέλματος του σωφρονιστικού υπαλλήλου, και πιο συγκεκριμένα του φυλακτικού προσωπικού, τις συνθήκες εργασίας και το επίπεδο της υγείας του πληθυσμού αυτού παρατηρήθηκε μια σοβαρή έλλειψη δεδομένων. Στην ελληνική βιβλιογραφία το θέμα ήταν ανύπαρκτο, ενώ στην ξενόγλωσση υπήρχαν ελάχιστες ερευνητικές εργασίες που πραγματοποιήθηκαν πρόσφατα στη δυτική Ευρώπη και τις Η.Π.Α. Επίσης, εθνικοί αλλά και διεθνείς οργανισμοί υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας δεν περιελάμβαναν στις κατηγοριοποιήσεις των επαγγελμάτων που μελετούν το επάγγελμα του σωφρονιστικού υπαλλήλου. Παρ' όλα αυτά, στην Ελλάδα υπάρχουν πάνω από 2.800 άτομα που ασκούν το επάγγελμα του σωφρονιστικού υπαλλήλου σε 30 Καταστήματα Κράτησης σε όλη τη χώρα και έχουν υπό την επίβλεψή τους πάνω από 10.000 κρατούμενους. Οι προηγούμενοι λόγοι καθώς και το γεγονός ότι τα άτομα που επιδίδονται σε αυτήν την επαγγελματική ενασχόληση αυξάνονται συνεχώς τα τελευταία χρόνια (προκύπτει αναλογικά αν σκεφτούμε ότι ο αριθμός των κρατουμένων από 7.100 το 1999 ξεπέρασε τους 10.000 σήμερα) φανερώνει ότι η ανάγκη για μια έρευνα σχετικά με την υγεία και ασφάλεια στο χώρο εργασίας των φυλακών σήμερα είναι αναγκαία και επίκαιρη.

ΣΚΟΠΟΣ

Η προσπάθεια στην παρούσα εργασία επικεντρώθηκε στη διαπίστωση των κινδύνων στο επάγγελμα του σωφρονιστικού υπαλλήλου σε συνθήκες άσκησής του σε Κατάστημα Κράτησης και στη διερεύνηση τυχόν επίδρασής τους στην υγεία των υπαλλήλων. Ο εντοπισμός των κινδύνων έγινε με την καταγραφή των συνθηκών εργασίας και τη διερεύνηση της έκθεσης των υπαλλήλων σε βλαπτικούς παράγοντες. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου και πιο συγκεκριμένα στο εργασιακό στρες και στη διερεύνηση της προέλευσής του. Επιμέρους σκοποί της εργασίας είναι να εκτιμηθεί το επίπεδο προστασίας και η υποκειμενική αντίληψη για τους

ενδεχόμενους κινδύνους από τους ίδιους τους σωφρονιστικούς υπαλλήλους, ώστε να εντοπιστούν οι ανάγκες τους. Τέλος, με την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων να γίνουν προτάσεις για παρεμβάσεις με στόχο τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και τη μείωση της έκθεσης σε κινδύνους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στο Κατάστημα Κράτησης κατά τους μήνες Μάρτιο, Απρίλιο και Μάιο του 2006. Στη μελέτη συμμετείχαν, με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου, 94 σωφρονιστικοί υπάλληλοι που εργάζονται αποκλειστικά στο συγκεκριμένο κατάστημα κράτησης και ανήκουν στο φυλακτικό προσωπικό (φύλακες, υπαρχιφύλακες, αρχιφύλακες). Από την έρευνα αποκλείστηκαν οι γυναίκες σωφρονιστικοί υπάλληλοι λόγω του μικρού αριθμού τους. Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο πολλαπλής επιλογής, χωρισμένο σε πέντε τμήματα. Το πρώτο μέρος περιείχε ερωτήσεις σχετικά με δημογραφικά στοιχεία, κοινωνικό ιστορικό και διαχείριση του ελεύθερου χρόνου. Στο δεύτερο μέρος οι ερωτήσεις αφορούσαν στο επαγγελματικό ιστορικό (συνολικά χρόνια υπηρεσίας, χρόνια υπηρεσίας στο σημερινό τομέα απασχόλησης, συνάφεια προηγούμενης εργασίας, υπερωριακή εργασία, δεύτερη εργασία, εναλλαγή των βαρδιών). Το τρίτο μέρος αφορούσε στο ιατρικό ιστορικό (συμπτώματα και νοσήματα από το καρδιαγγειακό και το αναπνευστικό σύστημα, το γαστρεντερικό και το μυοσκελετικό σύστημα, το ΚΝΣ, τα αισθητήρια όργανα και την ψυχική σφαίρα). Στο τέταρτο μέρος του ερωτηματολογίου διερευνήθηκαν οι συνθήκες εργασίας, η εργονομία και η οργάνωση της εργασίας και η έκθεση σε βιολογικούς και φυσικούς παράγοντες κινδύνου κατά την εργασία. Το πέμπτο μέρος αφορούσε στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης με το Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (μέτρηση συναισθηματικής εξάντλησης, έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων και αποπροσωποποίησης) βάσει μιας επταβάθμιας κλίμακας Likert. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν, μετά από άδεια για τη διεξαγωγή της έρευνας από το διευθυντή του Καταστήματος προσωπικά από τον ερευνητή και συμπληρώθηκαν από τους σωφρονιστικούς υπαλλήλους κατά τη διάρκεια της εργασίας τους ή για λόγους ευκολίας υπό μορφή συνέντευξης όταν οι ίδιοι το ζητούσαν. Η ανταπόκριση των ερωτηθέντων ανήλθε σε 42% στο σύνολο των διανεμηθέντων ερωτηματολογίων.

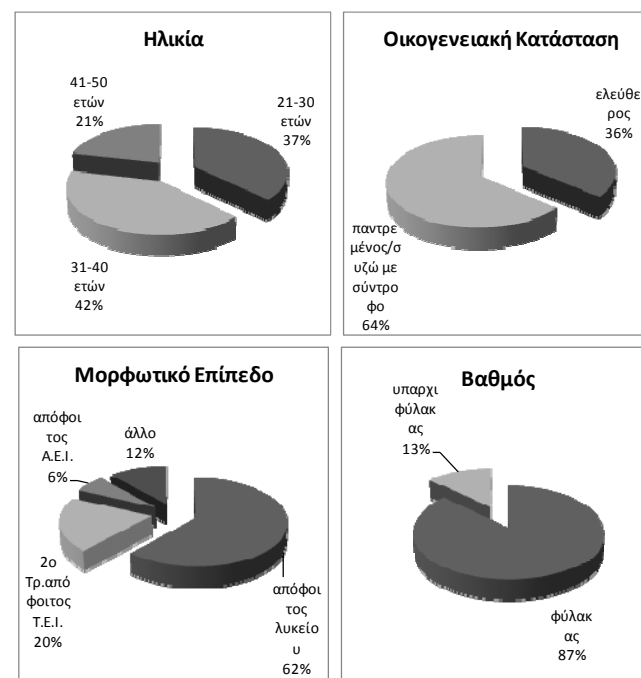
Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το Πακέτο Στατιστικής Ανάλυσης S.P.S.S. Ver. 10.0 από τον ίδιο τον ερευνητή. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων έγινε με καταγραφή συχνοτήτων, ενώ ως μέθοδος στατιστικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 και η απλή ανάλυση διακύμανσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Με βάση την ανάλυση των στοιχείων που συλλέχτηκαν από τα ερωτηματολόγια προέκυψαν τα εξής:

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Από τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα το 37,2% ήταν από 21 – 30 ετών, το 41,5% από 31 - 40 ετών και το 21,3% από 41 - 50 ετών. Σε ό,τι αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση 36,2% ήταν ελεύθεροι, ενώ 63,8% ήταν παντρεμένοι ή συζούσαν με σύντροφο. Το 70,0% των παντρεμένων είχαν παιδιά κατά μέσο όρο 1,60 (SD=0,59). Σε ό,τι αφορά το μορφωτικό επίπεδο το 61,7% των ερωτηθέντων ήταν απόφοιτοι λυκείου, το 20,2% απόφοιτοι Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων, το 6,4% απόφοιτοι Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων και 11,7% απόφοιτοι άλλων σχολών (Ι.Ε.Κ., Τ.Ε.Ε. κ.ά.). Από τους σωφρονιστικούς υπαλλήλους που ερωτήθηκαν το 12,8% κατείχαν το βαθμό του υπαρχιφύλακα και το υπόλοιπο 87,2% ήταν φύλακες (Γράφημα 1).



Γράφημα 1. Δημογραφικά στοιχεία.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Από τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα το 44,7% εργάζεται στην παρούσα εργασία έως και 5 έτη, το 23,4% από 6 έως 10 έτη, το 16,0% από 11 έως 15 έτη, το 13,8% από 16 μέχρι 20 έτη και το 2,1% εργάζεται ως σωφρονιστικός υπάλληλος για πάνω από 21 έτη. Τα άτομα της έρευνας έχουν εργαστεί συνολικά κατά μέσο όρο 12,77 έτη (SD=7,42). Το 3,2% των ερωτηθέντων δεν εργαζόταν πριν διοριστούν στη συγκεκριμένη θέση. Από το 96,8% των ερωτηθέντων που εργαζόταν πριν διοριστούν στη συγκεκριμένη θέση, το 98,9% ασκούσε επάγγελμα που δεν ήταν συναφές με την παρούσα θέση. Σε σχέση με τις βάρδιες οι ερωτηθέντες εκτελούν κατά μέσο όρο σε μηνιαία βάση 7,00 φορές την πρωινή βάρδια (SD=8,11), 6,06 φορές τη μεσημεριανή βάρδια (SD=6,34), 6,32 φορές την απογευματινή βάρδια (SD=6,55) και 3,96 φορές τη νυχτερινή βάρδια (SD=5,23), όπως φαίνεται στον Πίνακα 1.

Αριθμός βαρδιών/μήνα	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	Σταθερή απόκλιση
Πρωινή (07:00-13:00)	94	0	26	7,00	8,11
Μεσημεριανή (13:00-19:00)	94	0	26	6,06	6,34
Απογευματινή (19:00-01:00)	94	0	25	6,32	6,55
Νυχτερινή (01:00-07:00)	94	0	22	3,96	5,23

Πίνακας 1. Κατανομή βαρδιών ανά μήνα.

Στην υποκειμενική αντίληψη της βάρδιας με τη μεγαλύτερη επιβάρυνση το 23,4% πιστεύει ότι είναι η πρωινή, το 17,0% ότι είναι η μεσημεριανή, το 33,0% ότι είναι η απογευματινή και το 26,6% πιστεύει ότι είναι η νυχτερινή. Υπερβολικά δηλώνει ότι εργάζεται το 20,2% των ερωτηθέντων με μέσο όρο τις 24,16 ώρες το μήνα (SD=7,97). Επιπρόσθετη εργασία, παράλληλα με αυτή του σωφρονιστικού υπαλλήλου, δηλώνει ότι εξασκεί το 35,1% των ερωτηθέντων. Από αυτούς που δηλώνουν ότι κάνουν επιπρόσθετη εργασία το 63,6% αναφέρει ότι εργάζεται συνολικά πάνω από 10 ώρες την ημέρα και το 78,8% ότι η επιπρόσθετη εργασία χαρακτηρίζεται από μυοσκελετική καταπόνηση. Ακόμα, το 60,6% πιστεύει ότι η δεύτερη εργασία που κάνει επηρεάζει την κοινωνική του ζωή, ενώ στο 12,1% των περιπτώσεων η επιπρόσθετη εργασία είναι νυχτερινή. Τέλος, στο 9,1% των περιπτώσεων η δεύτερη εργασία είναι παρόμοια με αυτή της κύριας.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

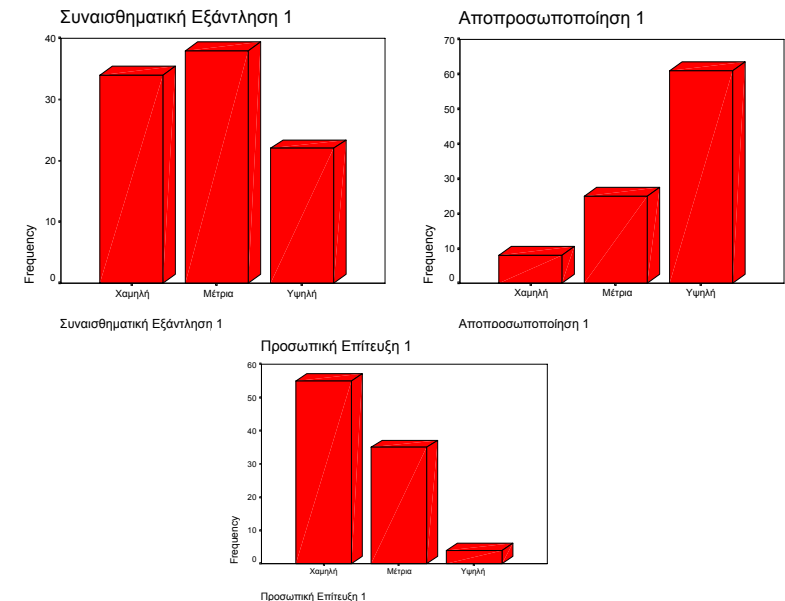
Τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα είχαν μέση τιμή συναισθηματικής εξάντλησης 23,56 (SD=10,00), μέση τιμή αποπροσωποποίησης

13,15 (SD=5,38) και μέση τιμή προσωπικής επίτευξης 33,43 (SD=8,24), όπως φαίνεται στον Πίνακα 2).

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	Σταθερή απόκλιση
Συναισθηματική εξάντληση	94	4	45	23,56	10,00
Αποπροσωποποίηση	94	2	22	13,155	6,38
Προσωπική επίτευξη	94	12	85	33,43	8,24

Πίνακας 2. Τιμές παραμέτρων επαγγελματικής εξουθένωσης.

Κατηγοριοποιώντας τις παραπάνω τιμές σε κλίμακες χαμηλών, μέτριων και υψηλών επιπέδων προκύπτει ότι το 36,2% των ερωτηθέντων χαρακτηρίζονται από χαμηλή τιμή συναισθηματικής εξάντλησης, το 40,4% από μέτρια τιμή συναισθηματικής εξάντλησης και το 23,4% από υψηλή τιμή συναισθηματικής εξάντλησης. Σε ότι αφορά την αποπροσωποποίηση το 8,5% των σωφρονιστικών υπαλλήλων χαρακτηρίζεται από χαμηλή τιμή, το 26,6% από μέτρια τιμή και το 64,9% από υψηλή. Τέλος, το 58,5% των ερωτηθέντων χαρακτηρίζεται από χαμηλές τιμές στην υποκλίμακα της προσωπικής επίτευξης, το 37,2% από μέτριες τιμές και το 4,3% από υψηλές τιμές (Γράφημα 2).



Γράφημα 2. Τιμές παραμέτρων επαγγελματικής εξουθένωσης.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Από την εφαρμογή της δοκιμασίας χ^2 και από την ανάλυση διακύμανσης εξήχθησαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

Συσχετίσεις σχετικές με την επαγγελματική εξουθένωση των υπαλλήλων

Για την επαγγελματική εξουθένωση με τη χρήση της ανάλυσης διακύμανσης διαπιστώθηκαν οι παρακάτω συσχετίσεις:

Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση της συναισθηματικής εξάντλησης με τους εξής παράγοντες:

- Ηλικία ($p=0,000$).
- Συνολικά έτη εργασίας ($p=0,000$).
- Έτη εργασίας ως σωφρονιστικός υπάλληλος ($p=0,000$).
- Βαθμός ($p=0,000$).
- Αριθμός τσιγάρων ημερησίως ($p=0,015$). Επίσης υψηλότερη ήταν η μέση τιμή της συναισθηματικής εξάντλησης στους πρώην καπνιστές, έπειτα στους καπνιστές και τέλος στους μη καπνιστές ($p=0,015$).
- Αναλογία απογευματινών βαρδιών στο σύνολο των υπηρεσιών ($p=0,002$).
- Αίσθηση υπερβολικής κούρασης ($p=0,000$) και υπνηλία μετά την εργασία ($p=0,037$).
- Πνευματική κόπωση ($p=0,000$) και άγχος ($p=0,000$) κατά τη διάρκεια της εργασίας.

Παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση της αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων με τους εξής παράγοντες:

- Ηλικία ($p=0,025$).
- Μορφωτικό επίπεδο ($p=0,006$).
- Αίσθηση υπερβολικής κούρασης ($p=0,021$) και υπνηλία μετά την εργασία ($p=0,001$).

Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση της αποπροσωποποίησης με τους εξής παράγοντες:

- Αναλογία απογευματινών βαρδιών στο σύνολο των υπηρεσιών ($p=0,009$).
- Υπνηλία μετά την εργασία ($p=0,050$).

Τέλος, υψηλότερη ήταν η μέση τιμή της αποπροσωποποίησης στους έγγαμους ή σε αυτούς που συζούν με σύντροφο σε σχέση με τους ελεύθερους ($p=0,028$).

Η περαιτέρω διερεύνηση των προηγούμενων συσχετίσεων, ως προς τους πιθανούς προβλεπτικούς παράγοντες, έγινε με την ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένες μεταβλητές τα τρία χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης και φαίνεται ότι ο αριθμός των απογευματινών βαρδιών ανά μήνα, το άγχος κατά τη διάρκεια της εργασίας και η πνευματική κόπωση ήταν οι σημαντικότεροι προβλεπτικοί παράγοντες της συναισθηματικής εξάντλησης.

Συσχετίσεις σχετικές με την ηλικία των υπαλλήλων

Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση της ηλικίας με τους εξής παράγοντες:

- Συμπτώματα από το μυοσκελετικό σύστημα όπως πόνοι στην πλάτη ($p=0,001$), πόνοι στον αυχένα ($p=0,000$), πόνοι στα πόδια ($p=0,001$).
- Συμπτώματα από το καρδιοαναπνευστικό σύστημα όπως δύσπνοια ($p=0,001$), βάρος στο στήθος ($p=0,001$), αρρυθμίες ($p=0,008$), υψηλή αρτηριακή πίεση ($p=0,000$).
- Συμπτώματα από την όραση όπως οπτική κόπωση ($p=0,000$) και τσούξιμο στα μάτια ($p=0,003$).
- Συμπτώματα από το Κ.Ν.Σ. και την ψυχική σφαίρα όπως υπνηλία μετά την εργασία ($p=0,001$), υπερβολική κόπωση μετά τη δουλειά ($p=0,001$) και πνευματική κόπωση κατά τη διάρκεια της εργασίας ($p=0,046$).
- Αντίληψη για την επιδημιολογία των λοιμωδών νοσημάτων όπως μετάδοσή τους κατά την ομιλία με κρατούμενους ($p=0,007$), μετάδοσή τους λόγω απουσίας εμβολιασμού ($p=0,016$), μείωση του κινδύνου μετάδοσης με αποφυγή συναναστροφής με κρατούμενους ($p=0,001$) και μείωση του κινδύνου μετάδοσης με κατάλληλο εμβολιασμό ($p=0,042$).
- Αναλογία πρωινών βαρδιών στο σύνολο των υπηρεσιών ($p=0,045$).
- Κατανάλωση αλκοόλ ($p=0,005$).

Συσχετίσεις σχετικές με τα χρόνια εργασίας των υπαλλήλων

Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση των ετών εργασίας ως σωφρονιστικών υπαλλήλων με τους εξής παράγοντες:

- Συμπτώματα από το μυοσκελετικό σύστημα όπως πόνοι βάρους στα χέρια ($p=0,002$), πόνοι στον αυχένα ($p=0,000$), πόνοι στην πλάτη ($p=0,001$), πόνοι στα πόδια ($p=0,003$).
- Συμπτώματα από το καρδιοαναπνευστικό σύστημα όπως δύσπνοια ($p=0,000$), βραχνή φωνή ($p=0,001$), βάρος στο στήθος ($p=0,000$), αρρυθμίες ($p=0,001$), υψηλή αρτηριακή πίεση ($p=0,001$).
- Συμπτώματα από το Κ.Ν.Σ. και τα αισθητήρια όργανα όπως οπτική κόπωση ($p=0,003$), τσούξιμο στα μάτια ($p=0,000$), πονοκέφαλοι ($p=0,040$) και μειωμένη ακοή ($p=0,003$).
- Αντίληψη για την επιδημιολογία των λοιμωδών νοσημάτων όπως μετάδοσή τους κατά την ομιλία με κρατούμενους ($p=0,025$) ή με επαφή με αντικείμενα κρατούμενων ($p=0,024$) και μείωση του κινδύνου μετάδοσης με αποφυγή συναναστροφής με κρατούμενους ($p=0,020$).

Συσχετίσεις σχετικές με την επιπρόσθετη εργασία των υπαλλήλων

Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση της επιπρόσθετης εργασίας των σωφρονιστικών υπαλλήλων με τους εξής παράγοντες:

- Αίσθηση υπνηλίας μετά την εργασία ($p=0,003$) και χαρακτηρισμό του ρυθμού εργασίας ως έντονου ($p=0,034$).
- Αναλογία βραδυνών βαρδιών στο σύνολο των υπηρεσιών ($p=0,000$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια να διαμορφωθεί μια σφαιρική άποψη για τον επαγγελματικό κίνδυνο στο επάγγελμα του σωφρονιστικού υπαλλήλου. Μέσα από το ερωτηματολόγιο, προσδιορίστηκε ο κίνδυνος και ο βαθμός έκθεσης σε αυτόν. Οι περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα, εκ των οποίων καμία δεν έχει πραγματοποιηθεί σε σωφρονιστικό κατάστημα στον ελλαδικό χώρο, εστιάζουν περισσότερο σε βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου, που αποτελούν αποδεδειγμένο επαγγελματικό κίνδυνο για τους συγκεκριμένους υπαλλήλους. Στη μελέτη αυτή δόθηκε έμφαση εκτός από τα λοιμώδη νοσήματα και τις διαταραχές της ψυχικής υγείας και σε εργονομικούς ή οργανωτικούς κινδύνους.

Από τις συσχετίσεις που διερευνήθηκαν μεταξύ του επαγγελματικού ιστορικού, των συνθηκών εργασίας και του ιατρικού ιστορικού προέκυψε ότι οι συνιστώσες του επαγγελματικού κινδύνου στο φυλακτικό προσωπικό του Καταστήματος Κράτησης Κορυδαλλού είναι ποικίλες και ότι το ζήτημα πρέπει να αντιμετωπιστεί ολιστικά. Ο βιολογικός παράγοντας κινδύνου κρίνεται πολύ σημαντικός, αφού το σύνολο των ερωτηθέντων πιστεύει ότι υπάρχει ο κίνδυνος μετάδοσης μολυσματικού νοσήματος, αν και το 1/3 των ερωτώμενων δεν έχει ενημερωθεί για τους κινδύνους αυτούς. Σημαντικός κρίνεται και ο κίνδυνος από εργονομικούς παράγοντες με τα συμπτώματα του μυοσκελετικού όπως πόνοι στην πλάτη (51,2% των ερωτηθέντων), οσφυαλγία (50%) και πόνοι στα πόδια (49%) ως συχνότερες ενοχλήσεις.

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει για τους οργανωτικούς παράγοντες κινδύνου. Οι εσωτερικοί παράγοντες στρες στη συγκεκριμένη εργασία φαίνεται να είναι αρκετά αυξημένοι. Πιο συγκεκριμένα, η υποκειμενική αντίληψη των ερωτώμενων για το ρυθμό εργασίας είναι ότι αυτός είναι έντονος (47,8% των ερωτηθέντων), ο βαθμός ευθύνης μεγάλος (83,0% των ερωτηθέντων) και η επαναληπτικότητα μεγάλη (60,6% των ερωτηθέντων). Το εργασιακό άγχος μπορεί να εντοπιστεί και από προβλήματα στη συμπεριφορά ή από πνευματικές και συναισθηματικές ενδείξεις όπως η αίσθηση υπερβολικής κούρασης μετά τη δουλειά (21,3% των ερωτηθέντων), η πνευματική κόπωση (38,3% των ερωτηθέντων), η υπνηλία μετά την εργασία (20,2% των ερωτηθέντων) και το άγχος κατά τη διάρκεια της εργασίας (34% των ερωτηθέντων). Ιδιαίτερος οργανωτικός παράγοντας κινδύνου που πρέπει να μελετηθεί είναι η εργασία σε βάρδιες. Από την ανάλυση προκύπτει ότι η αναλογία των μέσων όρων των πρωινών προς

μεσημεριανών και προς νυχτερινών βαρδιών είναι 7:6:4 δηλαδή απέχει πολύ από πρότυπο 5:3:1.

Όσον αφορά το σύνδρομο της εργασιακής εξουθένωσης γενικότερα παρατηρούμε τη συνύπαρξη και των τριών διαστάσεων του burnout με περισσότερο όμως επηρεασμένη τη διάσταση της αποπροσωποποίησης και έπειτα αυτής της αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων. Οι συσχετίσεις των τιμών της κλίμακας Maslach με πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες (ατομικά χαρακτηριστικά, ενδοατομικοί παράγοντες, διαπροσωπικοί παράγοντες, εργασιακοί παράγοντες), όπως αυτοί αναφέρονται στη βιβλιογραφία επιβεβαιώθηκαν όλες στο δείγμα μας.

Συγχυτικός παράγοντας στην έρευνα αποτέλεσε η επιπρόσθετη (δεύτερη) εργασία των ερωτώμενων, αφού μεγάλο ποσοστό των υπαλλήλων (35,1%) ασκεί και δεύτερη εργασία που σε πολλές περιπτώσεις ξεπερνά σε ώρες αυτή της κύριας εργασίας. Αναφορά πρέπει να γίνει στο μικρό ποσοστό ανταπόκρισης των ερωτηθέντων (μόλις 42%) και στο γεγονός ότι κανείς αρχιφύλακας δεν συμμετείχε στην έρευνα, αν και το σύνολο των υπαλλήλων είχε ενημερωθεί για τη μελέτη. Οι δύο προηγούμενες παρατηρήσεις ίσως να σχετίζονται μεταξύ τους καθώς και με το γεγονός ότι η συγκεκριμένη εργασία γίνεται από τους περισσότερους υπαλλήλους καθαρά για βιοποριστικούς λόγους, χωρίς το επάγγελμα αυτό να ήταν από τις πρώτες επιλογές τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Υπουργείο Δικαιοσύνης**, Σωφρονιστικό σύστημα, στατιστικά στοιχεία. <http://www.ministryofjustice.gr>
2. **Ομοσπονδία Σωφρονιστικών Υπαλλήλων Ελλάδος**. <http://www.osye.gr>
3. **Jeane, Mager, Stellman**. Encyclopaedia of occupational health and safety. 4th edition, Geneva 1998, *International Labour Office* 95.2-95.14
4. **Κουμερτάς Ι.** Υγεία και ασφάλεια στην εργασία. 1η έκδοση, Αθήνα 1987, *Υπουργείο Εργασίας* :105-110
5. **Δρίβας Σ.** και **Παπαδοπούλου Μ.** Εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου. Στο: *ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.* Θέματα υγείας και ασφάλειας της εργασίας. 2η έκδοση. *ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.* Αθήνα 2005 :36-40
6. **Υπουργείο Ανάπτυξης**, Υγεία και ασφάλεια. 1η έκδοση, Αθήνα 2000, έκδοση *ΕΟΜΜΕΧ* :16-26
7. **Baxter, Adams, Aw, Cockcroft, Harrington**. Hunter's diseases of occupations. 9th edition. London, 2000, *Arnold's edition* :6-8
8. **Λινού Α.** Επιδημιολογία και πρόληψη επαγγελματικών νόσων. 1η έκδοση, Αθήνα 2000, *Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών*:61-68
9. **Παπαδάτου Δ.** και **Αναγνωστόπουλος Φ.** Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας 1η έκδοση Αθήνα 1999 *Ελληνικά Γράμματα*: 243-263
10. **Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας**. Τεύχος δεύτερο. Αρ. φύλλου 463. 17 Απριλίου 2003. Αρ. αποφ.58819/07.4.2003
11. **Σιχλιετίδης Λ.** Ιατρική της εργασίας. 1η έκδοση, Θεσσαλονίκη 1999, *University Studio Press* :1-15
12. **Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας**. Τεύχος πρώτο. Προεδρικό Διάταγμα 16/96, Νόμος 2831/00, Υπουργική Απόφαση 3046/304/89 (59/Δ)
13. **Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας**. Προεδρικά Διατάγματα 362/01 (245/Α), 55/00 (22/Α) και 902/75 (287/Α).
14. **Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας**. Προεδρικά Διατάγματα 71/88 (32/Α), 374/88 (168/Α), Υπουργική Απόφαση 5905/Φ.15/839/95, Πυροσβεστική Διάταξη 3/95 (959/Β).
15. **Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας**. Υπουργικές Αποφάσεις 1816/88/04 (470/Β), 6242/185/73 (1525/Β) και 18304/672/66 (293Β).
16. **Κικεμένη Α.** Επαγγελματική Υγεία. Σημειώσεις του μετεκπαιδευτικού προγράμματος σπουδών της Ε.Σ.Δ.Υ. Ακαδημαϊκό έτος 2005 - 2006. *Ε.Σ.Δ.Υ.*
17. **Μπάζας Θ.** Θέματα ιατρικής εργασίας στην πράξη. 2η έκδοση Αθήνα 1999 *ελληνική εταιρία διοικήσεως επιχειρήσεων*: 71-81.

18. **Δρίβας Σ. Ζορμπά Κ. Κουκουλάκη Θ.** Μεθοδολογικός οδηγός για την εκτίμηση και την πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου. 1η έκδοση Αθήνα 2001 *ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.*:86-90.
19. **Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας**. Τεύχος πρώτο. Αρ. φύλλου 97. 30 Μαΐου 1995. Π.Δ.186.
20. **Τριχόπουλος Δ.** Επιδημιολογία 1η έκδοση. *Εκδ. Παρισιάνου*. Αθήνα 1982 :28-29.
21. **Σαραφόπουλος Ν.** Οδηγός υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας. 1η έκδοση, Αθήνα 20002, *εκδόσεις Μεταίχμιο* :237-240.
22. **ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.** Οδηγός για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων 1η έκδοση Αθήνα 2005 *Ε.Κ.Α.* :34.
23. **Μαρμαράς Ν.** Σημειώσεις του μαθήματος Εισαγωγή στην εργονομία. *Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο*, Ακαδημαϊκό έτος 2003-2004.
24. **Carl Zenz**. Occupational medicine. 3rd edition 1994, *Mosby's edition* :3-6.
25. **ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.** Θέματα υγείας και ασφάλειας της εργασίας. 2η έκδοση. Αθήνα 2005 :99-100.
26. **ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.** Πηγές εργασιακού στρες. 1η έκδοση, Αθήνα 2002, *Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων* :9-31.
27. **Papadatou D., Anagnostopoulos F. and Monos D.** Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *B.J.M.P.* 1994 67:187-199.
28. **Πανταζοπούλου - Φωτεινά Α.** Εργασιακό περιβάλλον και ψυχικές επιπτώσεις 1η έκδοση Αθήνα 2003, *ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.*:40-45.
29. **Addley Ken**. Occupational stress, a practical approach. 1st edition 1997, *Butterworth's and Heinemann's edition*.
30. **European Agency for Safety and Health at Work**. *Magazine Working on stress*. 2002 5:5-10.
31. **Βασιλάκη Ε. Τριλιβά Σ. και Μπεζεβέγκης Η.** Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους. 1η έκδοση Αθήνα 2001. *Ελληνικά Γράμματα*:231-241.
32. **Ofungwu J.** Indoor air quality investigation and health risk assessment at correctional institutions. *Integr Environ Assess Manag.* 2005 Apr;1(2):135-41.
33. **Mitchell CS, Gershon RR, Lears MK, Vlahov D, Felknor S, Comstock GW.** Risk of tuberculosis in correctional healthcare workers. *J Occup Environ Med.* 2005 Jun;47(6):580-6.
34. **Borritz M, Rugulies R, Bjorner JB, Villadsen E, Mikkelsen OA and Kristensen TS.** Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. *Scand J Public Health.* 2006; 34(1):49-58.
35. **Fernandes Rde C, Silvano Neto AM, Sena Gde M, Leal Ados S, Carneiro CA, Costa FP.** Work in the prison system: a study of correctional officers in Greater Metropolitan Salvador, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2002 May-Jun;18(3):807-16.

36. Goldberg P, David S, Landre MF, Goldberg M, Dassa S, Fuhrer R. Work conditions and mental health among prison staff in France. *Scand J Work Environ Health*. 1996 Feb;22(1):45-54.
37. Bourbonnais R, Malenfant R, Vezina M, Jauvin N, Brisson I. Work characteristics and health of correctional officers. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2005 Apr;53(2):127-42.

OCCUPATIONAL RISKS FACTORS AND STRESS IN WORKPLACE OF PRISON OFFICER DUTIES

Karaiskos C.^{1,2}, Koulierakis G.³ and Kikemeni - Xydea A.¹

1. Department of Occupational and Industrial Hygiene, National School of Public Health, Athens, 2. Sismanogleion General Hospital, Athens, 3. Department of Sociology, National School of Public Health, Athens.

Abstract: The purpose of this study is to explore the risks associated with the prison officer duties at a prison and to investigate their effects on employees' health. Among the secondary objectives of this study is to evaluate the level of protection, the subjective perception of risks by the employees and their needs, by carefully recording their working conditions. Particular emphasis was placed on psychosocial risk factors and particularly the burnout syndrome and the investigation of its origin. The study was conducted in spring 2006. 94 male employees (82 detention guards and 12 sergeants) took part in the study by filling questionnaires. The mean duration of work for the subjects that took part in the study was 12.77 years (SD = 7,42). 61.7% of them were high school graduates and 26.6% were university or college graduates. 63.8% of the responders were married or living with a partner and 70% of them had 1.60 children (SD = 0,59). The main results are summarized as follows: The biological risk factor is very important and all respondents believe that there is an increased risk of contracting infectious disease with major modes of transmission the contact with the prisoners' objects (86.2% of respondents) and potential injury during clash with detainees (85 1%). The risk of ergonomic factors is important too, with the majority of the officers reporting musculoskeletal symptoms such as back pain (51.2%) and backache (50%) and pain in the legs (49%) as the most common complaints. Organisational risk factors and stress in this workplace seems to be fairly high with subjects reporting an intense mode of work (47.8%), high degree of responsibility (83.0%) and high repeatability of the process (60.6%). Stress at work can be identified by mental and emotional signs such as feeling too tired after work (21.3%), mental fatigue (38.3%) and anxiety during work (34%). Another considerable organizational risk factor that emerged is the shift work, since the analysis shows that the ratio of average morning for lunch and night shifts to be 7:6:4. Regarding the burnout syndrome we observed that all three dimensions were present, but officers were mainly influenced by depersonalization and secondary by the decreased sense of personal achievement (mean emotional exhaustion 23,56 (SD = 10,00), average depersonalization 13,15 (SD = 5,38) and a median personal achievement 33,43 (SD = 8,24).

ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ

Δ. Χαδόλιας^{1,2}

1. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμήμα Ιατρικής Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης σε σύμπραξη με τα Τμήματα Δημόσιας Υγιεινής και Νοσηλευτικής Α του ΤΕΙ Αθήνας, 2. Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ.

Περίληψη: Πρόκειται για μια εργασία βιβλιογραφικής ανασκόπησης που μελετά τα προβλήματα του αστικού πληθυσμού που αναφέρονται στον ύπνο. Για την πραγματοποίησή της χρησιμοποιήθηκαν ελληνικά και ξενόγλωσσα βιβλία, άρθρα και μελέτες. Όπως προκύπτει από την εργασία ο ύπνος σε αστικό περιβάλλον διαταράσσεται από παράγοντες όπως ο αστικός θόρυβος, το εργασιακό στρες, η εργασία σε βάρδιες, η έλλειψη φυσικής άσκησης, η παχυσαρκία, η έλλειψη ελεύθερου χρόνου και η ατμοσφαιρική ρύπανση. Επίσης γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στον τρόπο και στην ένταση με την οποία καθέννας από τους παραπάνω παράγοντες συντελεί στη διαταραχή του ύπνου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για πρώτη φορά στην ανθρώπινη ιστορία, σήμερα περισσότεροι άνθρωποι ζουν σε αστικό περιβάλλον από ό,τι σε αγροτικές περιοχές. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2009). Το 75% του πληθυσμού της Ευρώπης σήμερα ζει σε αστικές περιοχές και έως το 2020 το ποσοστό αυτό εκτιμάται ότι θα ανέλθει στο 80%. Η αστική εξάπλωση επηρεάζει τον τρόπο διαμόρφωσης, την ποιότητα του περιβάλλοντος και την ποιότητα ζωής του ανθρώπου όπως ποτέ άλλοτε. Ο ύπνος αποτελεί βασική συνιστώσα διαμόρφωσης της ποιότητας ζωής και η επίδραση του αστικού περιβάλλοντος αλλά και του αστικού τρόπου ζωής, στο βαθμό που τον διαταράσσει συντελεί στην υποβάθμιση των συνθηκών διαβίωσης του σύγχρονου αστικού πληθυσμού.

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΣΤΙΚΟΥ ΘΟΡΥΒΟΥ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ

Ο θόρυβος ως παράγοντας που διαταράσσει τον ύπνο εμφανίζεται σε μεγαλύτερη ένταση και συχνότητα στο αστικό περιβάλλον. Η πλειοψηφία των ανθρώπων των αστικών κέντρων είναι εκτεθειμένοι σε επίπεδα θορύβου που είναι δυνητικά επικίνδυνα για την υγεία τους. Σε αντιδιαστολή με τις συνθήκες ηρεμίας και χαλάρωσης που επικρατούν στις μικρές αγροτικές περιοχές, στις μεγάλες πόλεις ακόμη και οι δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου έχουν γίνει αρκετά θορυβώδεις (Paul de Vos 2009).

Η διαταραχή του ύπνου αποτελεί μια από τις σοβαρότερες συνέπειες του θορύβου γεγονός που έχει οδηγήσει τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στην έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών. Τα επίπεδα θορύβου για την επίτευξη καλής ποιότητας ύπνου δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 30db, για τον συνεχή θόρυβο. Ενώ ακόμη και μεμονομένα θορυβώδη γεγονότα έντασης μεγαλύτερης των 45db διαταράσσουν τον ύπνο και πρέπει να αποφεύγονται. Στις δυτικές χώρες τα προβλήματα του ύπνου είναι όλο και πιο κοινό πρόβλημα λόγω του τρόπου ζωής και των περιβαλλοντικών παραγόντων. Όλο και περισσότεροι Ευρωπαίοι είναι εκτεθειμένοι σε επίπεδα θορύβου άνω των 55db και το 45% εξ αυτών ζουν σε περιοχές που από άποψη έντασης θορύβου θεωρούνται δυσάρεστες για τους κατικούς τους (Noise and sleep WHO 2009).

Ο ύπνος είναι μια φυσιολογική λειτουργία που δεν πρέπει να διαταράσσεται προκειμένου ο οργανισμός να λειτουργεί ομαλά. Ο περιβαλλοντικός θόρυβος αποτελεί εξωτερικό ερέθισμα, το οποίο γίνεται αντιληπτό από τις αισθητικές λειτουργίες ενός κοιμωμένου, παρά το γεγονός ότι, δεν γίνεται ενσυνείδητως αντιληπτό. Η έκθεση σε θόρυβο κατά τη διάρκεια του ύπνου μπορεί να αυξήσει την πίεση του αίματος, τον καρδιακό ρυθμό καθώς και τις κινήσεις του σώματος. Επιπρόσθετα μπορεί να επηρεάσει τον χρόνο αντιδράσεως, την διάθεση και την απόδοση της επόμενης ημέρας με άμεση συνέπεια την αύξηση της πιθανότητας προκλήσης ατυχημάτων. (Ηχορύπανση Χαρίς Καραγεωργίου Αναπληρώτρια καθηγήτρια Φαρμακολογίας Ιατρικής Αθηνών).

Ενδιαφέροντα ήταν τα αποτελέσματα μελέτης που διεξήχθη με σκοπό να διερευνηθεί την επίδραση του αστικού θορύβου στον ύπνο. Για τη διεξαγωγή της άντρες εκτέθηκαν σε θόρυβο 80db επί 8 ώρες για δύο ημέρες. Ελήφθησαν καταγραφές ύπνου με ΗΚΓ, ΗΕΓ και μελέτη αναπνοής για πέντε συνεχείς νύχτες. Οι πρώτες δύο ήταν διανυκτερεύσεις εκκίνησης, οι επόμενες δύο έγιναν μετά την οκτάωρη έκθεση σε θόρυβο 80db και η τελευταία ήταν όπως οι δύο πρώτες (χωρίς προηγούμενη έκθεση σε θόρυβο).

Τα αποτελέσματα που συλλέχθηκαν κατέδειξαν μια ανεπάρκεια της λειτουργίας ανάκτησης του ύπνου μετά την έκθεση σε θόρυβο. ΗΕΓ δεδομένα κατά την πρώτη νύχτα μετά την έκθεση σε θόρυβο έδειξαν αύξηση του ύπνου βραδέων κυμάτων με παράλληλη μείωση του σταδίου 2 του ύπνου. Τη δεύτερη νύχτα μετά το θόρυβο τα αποτελέσματα αυτά ήταν λιγότερο εμφανή. Επιπρόσθετα τρία άτομα έδειξαν αστάθεια κατά τη διάρκεια του ύπνου με αυξημένους ρυθμούς αναπνευστικής και καρδιακής λειτουργίας, ωστόσο συνολικά οι αυτόνομοι παράμετροι δεν έδειξαν να επηρεάζονται σαφώς από την έκθεση στον θόρυβο. Συνολικά τα ευρήματα έδειξαν πως η ημερήσια θορυβώδης έκθεση μπορεί να επηρεάσει τις μετέπειτα υπνικές διαδικασίες (Fruhstorfer B, Fruhstorfer H, Grass P. 1984)

Μια ακόμη ενδιαφέρουσα μελέτη εξέτασε την επίδραση του θορύβου στην αυθόρμητη ΗΕΓ δραστηριότητα κατά τη διάρκεια του ύπνου και της αγρυπνίας. Δώδεκα υγιείς άνδρες συμμετείχαν σε δύο πειραματικές σειρές, η καθεμία αποτελούμενη από τρεις διαδοχικές νύχτες και τις μεταξύ τους δύο ημέρες. Τα EEG, EOG, EMG, ΗΚΓ και η αναπνοή καταγράφονταν συνεχώς. Κατά τη διάρκεια

της μιας σειράς από τις 09:00 ως τις 21:00 υπήρχε έκθεση σε βιομηχανικό θόρυβο έντασης 85db. Οι άμεση επίπτωση της έκθεσης στον θόρυβο ήταν ένας μικρού βαθμού αποκλεισμός της α και β δραστηριότητας. Προς το βράδυ η αυτοεκτιμώμενη κούραση ήταν μεγάλη και η άλφα και βήτα δραστηριότητα παρουσιάζονταν αυξημένες. Στη συνέχεια κατά τη διάρκεια της νύχτας που ήταν απελευθερωμένη από την επίδραση του θορύβου παρουσιάστηκε μείωση του REM υπνικού σταδίου, συντόμευση των κύκλων του ύπνου και μια αύξηση των βραδέων κυμάτων ύπνου κατά τη διάρκεια του δεύτερου κύκλου του (Frustorpher B, Pritsch MG, Fruhstorfer H. 1988).

Μια από τις σημαντικότερες πηγές θορύβου στα αστικά κέντρα αποτελεί ο κυκλοφοριακός θόρυβος. Μελέτη που διεξήχθη στην Σερβική πόλη Νις (με πληθυσμό 305.518 σύμφωνα με απογραφή του 2002) καταδεικνύει τη σχέση του κυκλοφοριακού θορύβου με τις υπνικές διαταραχές. Σκοπός της ήταν να εκτιμήσει τις επιπτώσεις του αστικού θορύβου στον ύπνο και τη σχέση μεταξύ της αυτοεκτιμώμενης ευαισθησίας στο θόρυβο και των διαταραχών του ύπνου. Μια έρευνα ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε σε 911 κατοίκους της πόλης, εκ των οποίων 388 ήταν άνδρες (42,6%) και 523 γυναίκες (57,4%). Οι δρόμοι στους οποίους κατοικούσαν θεωρήθηκαν θορυβώδεις αν τη νύχτα το επίπεδο θορύβου ήταν μεγαλύτερο από 45db και ήσυχοι αν το επίπεδο θορύβου είναι μικρότερο των 45db. Η ευαισθησία στον θόρυβο μετρήθηκε με την κλίμακα Weinstein.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ερωτώμενοι από την θορυβώδη περιοχή είχαν αναφερθεί σε σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα στη δυσκολία να κοιμηθούν, να ξυπνήσουν, στην κακή ποιότητα του ύπνου, στην κούραση μετά τον ύπνο και στην λήψη φαρμακευτικής αγωγής για να κοιμηθούν. Η ευαισθησία στον θόρυβο φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με τις υπνικές διαταραχές (Stosic L, Belojevic B, Milutinovic S. 2009).

ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΠΗΓΕΣ ΘΟΡΥΒΟΥ ΤΩΝ ΠΟΛΕΩΝ

Ως γενικές κατηγορίες πηγών θορύβου στα αστικά κέντρα μπορούν να θεωρηθούν οι παρακάτω:

A) αεροπλάνα: Πολλά αεροδρόμια βρίσκονται δίπλα ή εντός κατοικημένων περιοχών. Πέραν τις έλλειψης συστήματος καταγραφής του θορύβου και της έλλειψης Μελέτης Περιβαλλοντικών Επιπτώσεων, δεν έχουν παντού θεσπιστεί διαδικασίες μείωσης θορύβου ή όρια εκπομπών θορύβου.

- Ειδικά στις τουριστικές περιοχές γίνεται προσπάθεια αύξησης των νυχτερινών πτήσεων κατά τους μήνες αιχμής. Επειδή η περίοδος αιχμής είναι το καλοκαίρι η όχληση είναι εντονότερη, και αφορά μεγαλύτερο αριθμό ατόμων σε σχέση με τον χειμώνα, ενώ λόγω του θέρους – και παρά την ύπαρξη κλιματιστικών – είναι μεγάλος ο αριθμός των ανοιχτών παραθύρων.

- Πολλά αεροπλάνα ανήκουν στην κατηγορία των τροποποιημένων chapter II αεροπλάνων που παρά την τροποποίηση παραμένουν θορυβώδη.

- Τα κτίσματα που βρίσκονται στις περιοχές αυτές πρέπει να έχουν αυξημένες απαιτήσεις ηχομόνωσης. Αυτό να πρέπει να προβλέπεται στην οικοδομική άδεια βάσει της θέσης του κτιρίου σε σχέση με το αεροδρόμιο και το εκτιμώμενο ή το καταμετρημένο επίπεδο θορύβου ή εφόσον πρόκειται για υφιστάμενο κτίσμα να λαμβάνονται μέτρα βελτίωσης της ηχομονωτικής τους ικανότητας. Το κόστος των μέτρων μπορεί να καλύπτεται από την καταβολή τέλους θορύβου ανάλογα με το είδος του αεροπλάνου (εκπεμπόμενο θόρυβο).

- Ειδικότερα στο αεροδρόμιο των Σπάτων σε ότι αφορά την Αθήνα διαπιστώθηκαν τα εξής: η επιλογή της θέσης του terminal και η χρήση του ανατολικού τροχιόδρομου ως κύριος τροχιόδρομος έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη όχληση στις κατοικημένες περιοχές.

- Τα αεροσκάφη δεν τηρούν πάντοτε τις standard διαδικασίες (συνηθέστερα) απογείωσης με αποτέλεσμα (να μειώνεται η κατανάλωση καυσίμων λόγω του περιορισμού του χρόνου πτήσης αλλά) να αυξάνονται τα επίπεδα θορύβου καθώς αυξάνεται ο χρόνος πτήσης πάνω από κατοικημένες περιοχές και σε χαμηλό, σχετικά, ύψος. (Αντίστοιχο πρόβλημα παρατηρείται και στο αεροδρόμιο του Ηρακλείου Κρήτης).

- Με τις παλινδρομήσεις της διοίκησης σχετικά με την κατασκευή ή όχι του αεροδρομίου αναπτύχθηκαν οικιστικά οι όμοροι, στο αεροδρόμιο, οικισμοί και σε περιοχές που βάσει των εκτιμώμενων επιπέδων θορύβου δεν θα έπρεπε να γίνει επέκταση πόλης.

B) τρένα: Τα τρένα, όπως και τα αεροπλάνα, εξαιτίας της περιοδικότητάς της λειτουργίας τους η όχληση πρέπει να εξετάζεται όχι μόνο σε σχέση με την ένταση αλλά σε σχέση με τη συχνότητα των συμβάντων θορύβου.

- Είναι σημαντικό η υπόβαση των σιδηροτροχιών να περιορίζει τη μετάδοση των θορύβων και των κραδασμών.

- Η λήψη μέτρων για τον περιορισμό του θορύβου από τα τρένα, όταν κινούνται εντός κατοικημένων περιοχών, πρέπει να γίνεται βάσει της συμβολής του τρένου στον συνολικό θόρυβο της περιοχής.

Γ) αυτοκίνητα - δίκυκλα: Ο έλεγχος του εκπεμπόμενου θορύβου από τα οχήματα από τις αρμόδιες υπηρεσίες είναι από ανύπαρκτος έως ελλιπής.

- Σε ελάχιστες περιπτώσεις έχουν ληφθεί μέτρα περιορισμού του θορύβου γύρω από μεγάλους οδικούς άξονες. Υπάρχουν περιπτώσεις που αν και υπάρχει μελέτη και έχουν τοποθετηθεί αντιθορυβικά πετάσματα, δεν επαρκούν εξαιτίας του αναγλύφου του εδάφους εκατέρωθεν του άξονα της οδού.

- Δεν υπάρχει ουσιαστικός έλεγχος της ποιότητας κατασκευής των εξατμίσεων των οχημάτων ή άλλων εξαρτημάτων.

- Κατά το σχεδιασμό των οικοδομικών τετραγώνων και των χρήσεων γης δεν λαμβάνονται υπόψη οι ενδεχόμενες επιπτώσεις από το θόρυβο των οχημάτων ή των επιτρεπόμενων χρήσεων. (Ειδικότερα σε ότι αφορά τον πολεοδομικό σχεδιασμό γενικά δεν προηγείται η εκπόνηση Μελέτης Περιβαλλοντικών Επιπτώσεων).

Δ) *Καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος*: Τα προβλήματα μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες, όχληση από το ωράριο λειτουργίας, όχληση από τη χρήση μουσικής, όχληση από – συνήθως κλιματιστικά – μηχανήματα. Γενικά, πρέπει να αναφερθεί ότι για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας ενός καταστήματος υγειονομικού ενδιαφέροντος – εκτός συγκεκριμένων κατηγοριών – δεν προβλέπεται η λήψη ηχομονωτικών μέτρων.

Όχληση από το ωράριο λειτουργίας

- Ορισμένα καταστήματα ξεκινούν να λειτουργούν τις πρώτες πρωινές ώρες. Η λειτουργία των μηχανημάτων πολλές φορές προκαλούν οχλήσεις (θόρυβο - κραδασμούς). Η όχληση από τη λειτουργία των μηχανημάτων κατά τη διάρκεια της μέρας, λόγω και της ύπαρξης άλλων θορύβων, δεν είναι τόσο έντονη, ή εξαιτίας της απουσίας των ενοίκων μη αντιληπτή. Για την αντιμετώπισή τους απαιτείται η προηγούμενη εξέταση καταλληλότητας του κτιρίου και η λήψη ηχομονωτικών μέτρων.

- Η λειτουργία των καταστημάτων μέχρι αργά το βράδυ ή τις πρώτες πρωινές ώρες προκαλούν οχλήσεις εξαιτίας της ομιλίας των θαμώνων. Η όχληση αυτή είναι εντονότερη ιδίως κατά τους θερινούς μήνες που η ανάπτυξη των τραπεζοκαθισμάτων γίνεται σε υπαίθριους χώρους ή είναι ανοιχτές οι πόρτες και τα παράθυρα των καταστημάτων. Εφόσον πρόκειται για κλειστούς χώρους είναι αναγκαία η λήψη ηχομονωτικών μέτρων πριν την χορήγηση της άδειας λειτουργίας. Η θέσπιση διαφορετικών κατά περίπτωση ωρών λειτουργίας βάσει των συνθηκών μιας περιοχής και της εποχής του έτους, ενδεχομένως να μπορέσει να περιορίσει το πρόβλημα.

Όχληση από τη χρήση μουσικής

- Η άδεια μουσικής αποτελεί χωριστή άδεια που εκδίδεται μετά την χορήγηση της άδειας λειτουργίας ενός καταστήματος και, όπως προαναφέρθηκε, δεν υπάρχει υποχρέωση η λήψη ηχομονωτικών μέτρων για την αδειοδότηση του καταστήματος. Αυτό θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί με τον καθορισμό προδιαγραφών ηχομόνωσης προκειμένου να χορηγηθεί άδεια μουσικής ή πριν την χορήγηση άδειας λειτουργίας να δηλώνεται η πρόθεση χρήσης μουσικής προκειμένου να προβλεφθούν μέτρα ηχομόνωσης πριν τη χορήγηση της άδειας λειτουργίας.

- Η χρήση μουσικής προβλέπεται μόνο σε εσωτερικούς και όχι σε εσωτερικούς χώρους. Το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι η έλλειψη ελέγχων τόσο για την τοποθέτηση των ηχείων σε εξωτερικούς χώρους (ανάλογα ισχύουν και για τα απλά εμπορικά καταστήματα), όσο και για το ωράριο χρήσης της μουσικής και την ένταση. Ακόμη όμως και στις περιπτώσεις που διενεργούνται οι έλεγχοι οι Δήμαρχοι, παρά την ρητή υποχρέωση βάσει του Δημοτικού και Κοινοτικού Κώδικα, σπάνια προβαίνουν στην προσωρινή σφράγιση του καταστήματος ή προβαίνουν στην σφράγιση σε χρόνο που δεν δημιουργεί ιδιαίτερο πρόβλημα

στη λειτουργία του καταστήματος (π.χ. τον Νοέμβριο σε κατάσταση που λειτουργεί σε τουριστική περιοχή κατά τους θερινούς μήνες).

Όχληση από μηχανήματα

- Συχνά η όχληση προέρχεται από τη λειτουργία των μηχανημάτων και ακόμη συχνότερα από τις εξωτερικές κλιματιστικές μονάδες. Το πρώτο μπορεί να λυθεί με τη θέσπιση προδιαγραφών ως προς τον εκπεμπόμενο θόρυβο των μηχανημάτων σε συνδυασμό με τη λήψη ηχομονωτικών μέτρων στο κατάστημα ή στο χώρο που βρίσκονται τα μηχανήματα. Το δεύτερο μπορεί να περιοριστεί με τη θέσπιση προδιαγραφών των μονάδων ως προς των εκπεμπόμενο θόρυβο σε συνδυασμό με την εύρεση της καλύτερης δυνατής θέσης για τον περιορισμό των ανακλάσεων του ήχου και την τοποθέτηση αντιθορυβικών πλαισίων.

- Επίσης, ορισμένα μηχανήματα θα πρέπει να μπαίνουν σε αντικραδασμικές βάσεις ή επί λαστιχένιων βάσεων για τον περιορισμό της διάδοσης του θορύβου. αταστήματος που λειτουργεί σε τουριστική περιοχή κατά τους θερινούς κυρίως μήνες.

Ε) *Βιοτεχνίες - βιομηχανίες*: Τα μεγαλύτερα προβλήματα (πέραν των περιπτώσεων που στερούνται άδειας λειτουργίας αλλά συνεχίζουν να λειτουργούν) οφείλονται στην ανάμιξη των χρήσεων (κατοικία και βιοτεχνία-βιομηχανία) εντός αστικών περιοχών. Το Π.Δ. 1180/1981, που ισχύει ακόμη και σήμερα διαφοροποιεί τα όρια θορύβου βάσει της διαμορφωμένης κατάστασης και όχι βάσει των θεσμοθετημένων χρήσεων και κυρίως βάσει της επίπτωσης στους κατοίκους της περιοχής, ανεξάρτητα από τον αριθμό των βιομηχανικών κτιρίων. (Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η χωροθέτηση βιομηχανίας σε περιοχή που υπήρχαν τρεις μεμονωμένες νόμιμες κατοικίες. Στην περίπτωση αυτή εφαρμόζονται τα όρια βιομηχανικής ζώνης και όχι κατοικίας).

ΣΤ) *Εμπορικές δραστηριότητες* (αποθήκες - φορτοεκφόρτωση εμπορευμάτων)

- Πολλές εμπορικές δραστηριότητες δεν μπορούν να καταταχθούν σε μια από τις παραπάνω κατηγορίες (κυρίως λόγω έλλειψης σχετικής νομοθετικής πρόβλεψης), ωστόσο, λόγω του είδους της δραστηριότητάς τους ή του ωραρίου λειτουργίας, ή του τρόπου λειτουργίας να προκαλούν οχλήσεις. Παραδείγματα είναι:

α. τα καταστήματα διανομής τύπου, τα οποία αν και αποτελούν κατ' ουσίαν μεταφορικές επιχειρήσεις με εξειδικευμένο αντικείμενο δεν αντιμετωπίζονται ως τέτοια. Το ωράριο λειτουργίας ξεκινά τις πρώτες πρωινές ώρες, οι φορτοεκφορτώσεις γίνονται σε μη κατάλληλους χώρους, προσελκύουν πλήθος οχημάτων για τις μεταφορτώσεις.

β. αποθήκες που δεν έχουν μηχανολογικό εξοπλισμό, και κατά συνέπεια δεν μπορούν να καταταχθούν στη σχετική νομοθεσία, αλλά λόγω του ωραρίου λειτουργίας, του είδους των εμπορευμάτων και της χρήσης κινητού εξοπλισμού

(εποχούμενων γερανών κ.ά.) έχουν ανάλογες επιπτώσεις ως προς τον εκλυόμενο θόρυβο.

Από τα παραπάνω γίνεται εμφανές ότι η ανάμιξη και σύγκρουση των χρήσεων στο αστικό περιβάλλον από τη μια δίνει την εικόνα ενός γεμάτου ζωντανίας περιβάλλοντος, από την άλλη όμως τόσο εξαιτίας της έλλειψης ενός κανονιστικού πλαισίου, όσο και από τον ελλιπή διοικητικό έλεγχο προκαλούνται σοβαρά προβλήματα ηχορύπανσης. Ανάλογα με την πηγή του θορύβου πρέπει να ληφθούν μέτρα περιορισμού του, αλλά και τρόποι ελέγχου της στάθμης των εκπεμπόμενων θορύβων. (Νίκος Βίπτης Ειδικός Επιστήμονας Κύκλος Ποιότητας Ζωής Συνήγορος του Πολίτη Τ.Ε.Ε. 2008).

Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΑΣΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΩΣ ΓΕΝΕΣΙΟΥΡΓΟΣ ΑΙΤΙΑ ΥΠΝΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Πέρα όμως από τις παραπάνω γενικές πηγές θορύβου στις οποίες εκτίθεται ο αστικός πληθυσμός ως σύνολο, ο καθένας ξεχωριστά δέχεται θορυβώδεις οχλήσεις στο εργασιακό του περιβάλλον η ένταση των οποίων ποικίλει ανάλογα με τη φύση της εργασίας του. Οι βλαπτικές συνέπειες της επαγγελματικής έκθεσης στο θόρυβο, έχουν επισημανθεί και υπάρχει σχετική νομοθεσία. Έτσι σύμφωνα με τον Νόμο 1568/85, άρθρο 26, παράγραφος 1, ο εργοδότης έχει την υποχρέωση να παίρνει τα κατάλληλα μέτρα, ώστε να περιορίζεται η έκθεση των εργαζομένων σε θόρυβο, όσο είναι πραγματικά δυνατό. Σε κάθε περίπτωση, το επίπεδο έκθεσης θα πρέπει να είναι κατώτερο της οριακής τιμής έκθεσης. Επίσης σύμφωνα με τις γενικές αρχές πρόληψης (Π.Δ.17/1996, άρθρο 7, παράγραφος 7ζ και Οδηγία του Συμβουλίου 89/391/ΕΟΚ, άρθρο 6, παράγραφος 2) ο εργοδότης δίδει πρωτεραιότητα στη λήψη μέτρων ομαδικής προστασίας σε σχέση με τα μέτρα ατομικής προστασίας. Τέτοια μέτρα προστασίας από τον θόρυβο αποτελούν:

- ο περιορισμός του θορύβου στην πηγή του
- η επέμβαση στη διαδρομή του θορύβου από την πηγή στο αυτί του εργαζόμενου
- το διαφορικό ωράριο
- τα ατομικά μέσα προστασίας της ακοής
- ο συνδυασμός των παραπάνω, σε πολλές περιπτώσεις είναι δυνατόν να γίνει ο συνδυασμός πάσης φύσεως μέτρων προκειμένου να επιτευχθεί ο βέλτιστος περιορισμός του θορύβου. (Ο θόρυβος στην εργασία. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. 2007).

Η εργασία του αστικού πληθυσμού διαταράσσει τον ύπνο όχι μόνο εξαιτίας του γεγονότος ότι είναι περισσότερο θορυβώδης από αυτήν του μη αστικού πληθυσμού αλλά και εξαιτίας της ύπαρξης του φαινομένου της εργασίας σε βάρδιες το οποίο συναντάται σε μεγάλη συχνότητα στις βιομηχανικές μονάδες των αστικών κέντρων.

Όπου υπάρχει εργασία σε βάρδιες το 24ωρο χωρίζεται σε δύο ή τρία μέρη. Η πρωινή βάρδια ξεκινά γύρω στις 5-8 π.μ. και τελειώνει γύρω στις 2-6 μ.μ. Η απογευματινή ξεκινά γύρω στις 2-6 μ.μ. και τελειώνει γύρω στις 10π.μ. με 2μ.μ.

τέλος η νυχτερινή βάρδια ξεκινά γύρω στις 10 μ.μ. με 2 π.μ. και τελειώνει γύρω στις 5-8 π.μ.

Σε μικρό χρονικό διάστημα οι εργαζόμενοι σε καθεστώς βάρδιας παρατηρούν αλλαγές στον ύπνο τους.

Οι εργαζόμενοι της νυχτερινής βάρδιας λαμβάνουν το ελάχιστο ποσό ύπνου. Οι εργαζόμενοι της απογευματινής βάρδιας παίρνουν το μεγαλύτερο ποσό ύπνου ενώ αυτοί της πρωινής μια μέση ποσότητα ύπνου. Οι νυχτερινοί εργαζόμενοι κοιμούνται κατά τη διάρκεια της ημέρας σε ώρες που οι κirkάδιοι ρυθμοί τους τους κρατούν περισσότερο ξυπνητούς. Έτσι ο ύπνος την ημέρα γίνεται δύο με τρεις ώρες μικρότερος από τον αντίστοιχο νυχτερινό. Επιπρόσθετα ο ημερήσιος ύπνος είναι ελαφρύτερος (μικρότερου βάθους) από τον νυχτερινό. Συνεπώς όσοι αναγκάζονται να κοιμούνται την ημέρα παραπονούνται ότι δεν κοιμούνται το ίδιο βαθιά με τη νύχτα και ότι ξυπνούν αρκετά συχνά εξ αιτίας και του γεγονότος ότι η ανθρώπινη δραστηριότητα και συνεπώς οι θόρυβοι είναι μεγαλύτεροι κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Αυτό οδηγεί όσους εργάζονται μόνιμα η εκ περιτροπής στη νυχτερινή βάρδια να παρουσιάζουν υπνικές διαταραχές ενώ ενδιαφέρον είναι ότι οι εκ περιτροπής νυχτερινοί εργαζόμενοι παρουσιάζουν περισσότερες διαταραχές στον ύπνο από τους μόνιμα εργαζόμενους στη νυχτερινή βάρδια.

Η απώλεια του ύπνου καθιστά ευκολότερο το να κοιμηθεί κανείς ακατάλληλες στιγμές. Αυτό επηρεάζει την ικανότητα του εργαζομένου να ασκεί τα καθήκοντά του με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα. Η υπνηλία μπορεί να επηρεάσει τις επιδόσεις του τόσο εντός όσο και εκτός εργασίας. Ένα από τα σημαντικότερα πεδία ανησυχίας σε σχέση με τα παραπάνω αποτελεί η δυνατότητα οδήγησης από και προς την εργασία. Αυτή είναι μια διαδικασία που απαιτεί συνεχή και τεταμένη προσοχή με αποτέλεσμα ένα άτομο με υπνηλία να έχει αυξημένες πιθανότητες εμπλοκής σε τροχαίο ατύχημα.

Επιπρόσθετα ένας μεγάλος αριθμός επαγγελματιών προϋποθέτει το χειρισμό επικίνδυνων μηχανημάτων. Κατά τη διάρκεια μιας τέτοιας εργασίας απαιτείται συνεχής εγρήγορση και αν κανείς συνυπολογίσει τα σύντομα ακούσια υπνικά επεισόδια διάρκειας λίγων δευτερολέπτων, που συμβαίνουν σε εργαζόμενους με υπνηλία αυτή μπορεί να αποβεί οδυνηρή για τους ίδιους αλλά και για τους συναδέλφους τους (Roger et al 1997). Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε εργαζομένους που εργάζονται σε καθεστώς οκτάωρης κυλιόμενης βάρδιας και συγκεκριμένα στους εργαζομένους της Kuwait oil, είχε ως σκοπό της την ανάδειξη των συνεπειών της εργασίας σε βάρδιες στον ύπνο, τη γενική υγεία και τις εργασιακές επιδόσεις. Σε αντίθεση με όσους εργάζονταν σε πάγιο ημερήσιο οκτάωρο, αυτοί που εργάζονταν σε οκτάωρη μεταβλητή εργασία παρουσίασαν σε μεγαλύτερα ποσοστά διαταραχές ύπνου, αυξημένη κατανάλωση τσιγάρων, τσαγιού και καφέ. Επιπρόσθετα δυσκοιλιότητα, εργασιακό άγχος, κόπωση, μειωμένη σεξουαλική απόδοση, χαμηλό επίπεδο απόδοσης στην εργασία παρατηρήθηκαν σε αυτούς που εργάζονταν με κυλιόμενο ωράριο. Οι τελευταίοι ήταν σημαντικά πιο επιρρεπείς σε λάθη κατά τη λήψη αποφάσεων που έχουν να κάνουν με την πρόκληση εργατικών ατυχημάτων, παρουσιάζοντας

αυξημένο βαθμό απουσίας από την εργασία κατά τη διάρκεια σχετικών ελέγχων (Fido A., Ghali A. 2008). Οι δύσκολες συνθήκες ζωής που επικρατούν στα σύγχρονα αστικά κέντρα, συντελούν στην ανάπτυξη στρες στον αστικό πληθυσμό. Ο όρος στρες αποδίδει τις αντιδράσεις (π.χ. αισθήματα έντασης) που προκαλούνται από δύσκολες συνθήκες της επαγγελματικής και προσωπικής ζωής (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. 2002). Οι περισσότεροι ενήλικες ξοδεύουν το ένα τρίτο του εικοσιτετράωρου στην εργασία και άλλο ένα τρίτο του είναι η διάρκεια του ύπνου. Σύμφωνα με μελέτη που έγινε στον αμερικανικό πληθυσμό στρεσογόνα γεγονότα που σχετίζονται με την εργασία έχουν ως αποτέλεσμα την κακή ποιότητα του ύπνου. Αυτή η ύπαρξη εργασιακού στρες επιδρά άμεσα υποβιβάζοντας την ποιότητα του ύπνου ανεξάρτητα, με διαφορετικό και διακριτό μάλιστα τρόπο σε σχέση με το ενδοοικογενειακό στρες του σπιτιού (Burgard SA, Ailshire JA University of Michigan 2009).

Μια ακόμη μεγάλη αμερικανική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 1715 Αμερικανοί εργαζόμενοι, έλαβε υπόψη της τρεις μεταβλητές που σχετίζονται με την ποιότητα του ύπνου. Ο αριθμός των ημερών στις οποίες ο εργαζόμενος παρουσίασε δυσκολίες στην επέλευση του ύπνου τον μήνα που πέρασε ο αριθμός των ημερών που παρουσιάστηκε δυσκολία στη διατήρηση του ύπνου και ο αριθμός των ημερών μη αποκατάστασης ομαλού ύπνου. Στη συνέχεια έγινε προσπάθεια οι τρεις αυτοί τύποι κακής ποιότητας ύπνου να συνδεθούν με την υπερβολική πίεση, τον αυξημένο εργασιακό φόρτο, τις συγκρούσεις, την αυτονομία στην εργασία και τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Ο μέσος Αμερικανός ανέφερε 5,3 ημέρες το μήνα δυσκολία στο να κοιμηθεί, 6,6 στο να διατηρήσει τον ύπνο και 5 ημέρες δυσκολίας στο να ξυπνήσει έγκαιρα για να μεταβεί στην εργασία του. Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας έδειξε να σχετίζεται με την κακή ποιότητα του ύπνου. Ο ρόλος των συγκρούσεων στην εργασία σχετίστηκε με την δυσκολία επέλευσης του ύπνου και τη δυσκολία αποκατάστασης του. Τα επαναλαμβανόμενα μονότονα καθήκοντα έδειξαν να συνδέονται με την αδυναμία επέλευσης και διατήρησης του ύπνου. Ωστόσο η αυτονομία στην εργασία έδειξε να συνδέεται θετικά με την αποκατάσταση της ομαλότητας των υπνικών προτύπων. Τα παραπάνω ευρήματα δείχνουν με σαφή τρόπο τη συσχέτιση των συνθηκών εργασίας και του εργασιακού στρες με τις υπνικές διαταραχές, ενώ η συσχέτιση της ακριβούς φύσης και του είδους των εργασιών με τον ύπνο παραμένει μια ανοιχτή πρόκληση (Knudsen HK, Ducharm LJ, Roman PM University of Georgia 2007).

Η ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΚΑΙ Η ΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΩΝ ΕΥΕΡΓΕΤΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΟΥ ΥΠΝΟΥ

Η απώλεια ύπνου έχει συσχετιστεί με αυξημένη υπνηλία, μειωμένη απόδοση, αυξήσεις των φλεγμονωδών κυτοκινών, και αντίσταση στην ινσουλίνη. Ο μεσημεριανός ύπνος έχει προωθηθεί ως αντίμετρο σε αυτήν την απώλεια. Όμως η έλλειψη ελεύθερου χρόνου των κατοίκων των μεγάλων αστικών κέντρων λόγω της εντατικοποίησης των ρυθμών της ζωής τους στερεί αυτή τη δυνατότητα. Για να

αξιολογηθούν οι επιπτώσεις ενός 2ώρου ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας, μετά από μια νύχτα απώλειας ύπνου, όσον αφορά την υπνηλία, τα επίπεδα κορτιζόλης και την IL-6, 41 νεαρά, υγιή άτομα (20 άνδρες, 21 γυναίκες) συμμετείχαν σε ένα 7ήμερο πείραμα στέρησης ύπνου (4 συνεχόμενες διανυκτερεύσεις ακολουθήθηκαν από μια νύχτα απώλειας ύπνου και 2 διανυκτερεύσεις ανάκτησης). Οι μισοί από τους συμμετέχοντες επιλέχθηκαν τυχαία για να λάβουν έναν σύντομο μεσημεριανό ύπνο από τις 14:00 μέχρι τις 16:00 την επόμενη ημέρα μετά από μια νύχτα συνολικής απώλειας ύπνου. Εντατικές καταγραφές: εικοσιτετράωρης δειγματοληψίας αίματος, τεστ πολλαπλής λανθάνουσας κατάστασης ύπνου (MSLT), επιπέδων της υποκειμενικής υπνηλίας, και ψυχοκινητικού έργου επαγρύπνησης (PVT) ολοκληρώθηκαν την τέταρτη (προ στερητική) και την έκτη ημέρα (μεταστερητική). Κατά τη διάρκεια του ημερήσιου ύπνου τα άτομα παρουσίασαν σημαντική πτώση των επιπέδων κορτιζόλης και IL-6. Μετά τον ύπνο εμφάνισαν σημαντικά μικρότερη υπνηλία. Στο ίδιο διάστημα παρουσίασαν μια σημαντική παροδική αύξηση της κορτιζόλης τους. Αντίθετα, τα επίπεδα των IL-6 είχαν την τάση να παραμένουν μειωμένα για περίπου 8 ώρες. Το συμπέρασμα ήταν ότι ένας 2ωρος μεσημεριανός ύπνος βελτιώνει την εγρήγορση, βελτιώνει σε μικρότερο όμως βαθμό την ικανότητα απόδοσης και αναστρέφει τις επιπτώσεις μιας νύχτας με έλλειψη ύπνου σε ότι έχει να κάνει με την κορτιζόλη και την IL-6. Η ανακατανομή της έκκρισης κορτιζόλης και η παρατεταμένη καταστολή της IL-6 έκκρισης είναι ευεργετικές, δεδομένου ότι βελτιώνουν την εγρήγορση και τις επιδόσεις (N. Vgontzas et al 2006).

Η ΕΓΚΑΤΑΛΗΨΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΤΩΝ ΑΣΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΣΣΕΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Η επίδραση της φυσικής άσκησης στην υγεία ήταν γνωστή σε όλες τις περιόδους της ανθρώπινης ιστορίας. Όσο, βέβαια, οι άνθρωποι ζούσαν και εργάζονταν στην ύπαιθρο, ως κυνηγοί, γεωργοί ή πολεμιστές, η άσκηση του σώματος ήταν δεδομένη, λόγω της φύσης της ενασχόλησής τους. Ως ξεχωριστή και αναγκαία δραστηριότητα η άσκηση προέκυψε με τον εκπολιτισμό και την αστικοποίηση, που περιόρισαν την καθημερινή σωματική δραστηριότητα. Δεν είναι τυχαίο, λοιπόν, ότι η φυσική άσκηση, ως γυμναστική ή αθλητισμός, αναδεικνύεται σε σημαντική δραστηριότητα σε όλους τους αρχαίους πολιτισμούς, έστω κι αν αποτελούσε κατά κανόνα αποκλειστικά ανδρική υπόθεση. Σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις, όπως στην αρχαία Ελλάδα και αργότερα στη Ρώμη, οι άνδρες της ιθύνουσας τάξης ξόδευαν για τη σωματική άσκηση περισσότερες ώρες απ' ό,τι για οποιαδήποτε άλλη καθημερινή τους ενασχόληση. Ο Πλούταρχος στο Περί παιδών αγωγής είναι ιδιαίτερα σαφής όταν δηλώνει «περί μεν την του σώματος επιμέλειαν διπτάς εύρον επιστήμας οι άνθρωποι, την Ιατρικήν και την Γυμναστικήν, ων η μεν την υγείαν η δε την ευεξίαν εντίθεισι». Η τάση αυτή ατόνησε σημαντικά στην πορεία εξέλιξης του Δυτικού πολιτισμού, εξαιτίας κυρίως του τρόπου οργάνωσης της εργασίας και της έλλειψης αντίστοιχων δυνατοτήτων στο νέο αστικό περιβάλλον. Στην Ελλάδα, σε έρευνα σε πανελλαδικό δείγμα

αστικού πληθυσμού, το 74,4% δήλωσε ότι δεν ασχολείται με κάποιο είδος γυμναστικής, λόγω έλλειψης χρόνου (45,6%), λόγω έλλειψης διάθεσης (19,4%), για λόγους υγείας (8,2%), για οικονομικούς λόγους (8,2%), λόγω απαρésκειας για τα γυμναστήρια (6,9%), λόγω ηλικίας (3,3%), λόγω έλλειψης χώρου στο σπίτι (2,7%). Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τη φυσική άσκηση, αφού αθλείται το 50% των ανύπαντρων, το 20% των παντρεμένων και το 10% των χήρων και των διαζευγμένων. Μεγάλες είναι και οι διαφορές ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο. Το 70% των ατόμων που ασκούνται είναι μέσου και ανώτερου μορφωτικού επιπέδου, ενώ απ' όσους δεν ασκούνται το 93% έχει τελειώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Απ' όσους πάντως γυμνάζονται, μόνο το 14% ασκείται καθημερινά (Γιάννης Τούντας). Ο αστικός πληθυσμός ο οποίος όπως φαίνεται από τα παραπάνω στατιστικά στοιχεία έχει εγκαταλείψει την φυσική άσκηση, έχει απολέσει και ένα πλήθος ευεργετικών δράσεων της σε σχέση με την υγεία συμπεριλαμβανομένων και αυτών που σχετίζονται με τον ύπνο. Η φυσική άσκηση προσφέρει μια μη φαρμακευτική θεραπευτική αντιμετώπιση των υπνικών διαταραχών. Πιο συγκεκριμένα μεταξύ των ουσιών που χαρακτηρίζονται ως προαγωγείς - ρυθμιστές του ύπνου οι κυτταροκίνες που παράγονται κατά τη διάρκεια της περιόδου αποκατάστασης μετά από άσκηση έχουν κομβικό ρόλο. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει πως η φυσική άσκηση μπορεί να μεταβάλει τη συγκέντρωση στο πλάσμα πολλών προφλεγμονωδών κυτοκινών κλιμακώνοντας τον ύπνο. Στο αποτέλεσμα αυτό μεσολαβούν μια σειρά από παράγοντες όπως η διάρκεια, η ένταση και η μορφή της άσκησης, η θερμοκρασία και οι μεταβολικές αλλαγές. Έτσι η ευεργετική συμβολή της άσκησης στον ύπνο προωθείται από κυτοκίνες οι οποίες αυξάνοντας τον ηREM ύπνο τονώνουν τα αναζωογονητικά του χαρακτηριστικά (R.V.T. Santos, S. Tufik and M.T. De Mello 2007).

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΣΑΑΥ

Η έλλειψη της φυσικής άσκησης σε συνδυασμό με τον καθιστικό τρόπο ζωής αλλά και την αλλαγή του διατροφικού προτύπου των κατοίκων των αστικών κέντρων οδηγεί στην αύξηση της επίπτωσης της παχυσαρκίας η οποία αποτελεί μια από τις γενεσιουργούς αιτίες της υπνικής άπνοιας.

Το ΣΑΑΥ οφείλεται στη σύμπτωση του τοιχώματος του αεραγωγού η οποία συμβαίνει στον ανώτερο φάρυγγα μια περιοχά με ελάχιστη οστική στήριξη, που σταθεροποιείται κυρίως από μύες.

Μελέτες έχουν δείξει ότι η σύμπτωση των τοιχωμάτων μπορεί να συμβαίνει σε πολλά σημεία ταυτόχρονα, τα οποία μπορεί να εναλλάσσονται στα διαφορετικά στάδια του ύπνου. Οι ασθενείς με ΣΑΑΥ φαίνεται πως έχουν μικρότερη διάμετρο αεραγωγών, αλλά δεν έχει προσδιοριστεί κάποια προγνωστική τιμή.

Ο αυξημένος μυϊκός τόνος στην εγρήγορση ελαττώνει την απόφραξη. Σύμφωνα με τον ορισμό του το ΣΑΑΥ ορίζεται ως εξής:

Τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω:

A. Ο ασθενής αναφέρει επεισόδια μη ηθελμένου ύπνου στην εγρήγορση, ημερήσια υπνηλία, μη αναζωογονητικό ύπνο, κόπωση ή αυπνία.

B. Ο ασθενής ξυπνάει με δύσπνοια ή αίσθημα πνιγμονής.

Γ. Ο/η σύντροφός του αναφέρει έντονο ροχαλητό και/ή διαταραχές στην αναπνή κατά τη διάρκεια του ύπνου του ασθενούς.

KAI

>=5 αναπνευστικά γεγονότα (άπνοιες υπόπνοιες, RERAs)/ώρα ύπνου που συνοδεύονται από αναπνευστική προσπάθεια σε όλη τη διάρκεια ή σε μέρος τους, κατά την πολυκαταγραφική μελέτη.

Ή

>=15 αναπνευστικά γεγονότα (άπνοιες υπόπνοιες, RERAs)/ώρα ύπνου που συνοδεύονται από αναπνευστική προσπάθεια σε όλη τη διάρκεια ή σε μέρος τους, κατά την πολυκαταγραφική μελέτη.

Τα γεγονότα δεν ερμηνεύονται από άλλη διαταραχή του ύπνου, ή από παθολογική ή νευρολογική διαταραχή, χρήση φαρμάκων ή κατάχρηση ουσιών (E.Néna και Θ.Κ.Κωνσταντινίδης, 2009). Οι ακριβείς μηχανισμοί που διέπουν τις επιπτώσεις της παχυσαρκίας στον κίνδυνο του ΣΑΑΥ είναι ακόμα ασαφείς. Μπορεί να σχετίζονται με τα αποτελέσματά της εναπόθεσης λίπους στην ανατομία αεραγωγών ή με αλλαγές στη λειτουργία των άνωτερων αναπνευστικών οδών. Η απώλεια βάρους έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με τη μείωση των φαινομένων απόφραξης των άνωτερων αναπνευστικών οδών. Είναι επίσης πιθανό η παχυσαρκία να σχετίζεται με αλλαγές στους κεντρικούς μηχανισμούς που ρυθμίζουν τον τόνο των αεραγωγών. Η λεπτή που παράγεται στους παχύσαρκους διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία ρύθμισης της αναπνοής. Η υπνική άπνοια δεν αποτελεί μονάχα αποτέλεσμα της παχυσαρκίας αλλά και αίτιό της στα πλαίσια ενός φαύλου κύκλου καθώς έχει παρατηρηθεί αύξηση του βάρους σε ασθενείς με ΣΑΑΥ κατά την περίοδο που προηγείται της διάγνωσης του. Ο μηχανισμός αυτής της σύνδεσης είναι πιθανόν πολυπαραγοντικός, μπορεί να σχετίζεται με αλλαγές στον τρόπο ζωής, έτσι ώστε τα άτομα με ΣΑΑΥ μπορεί να τείνουν να κερδίσουν βάρος λόγω της ημερήσιας υπνηλίας και της μείωσης της σωματικής δραστηριότητας. Η αύξηση του βάρους στο ΣΑΑΥ μπορεί ακόμη να οφείλεται σε μια ενδοκρινική δυσλειτουργία. Η λεπτή που παράγεται στα λιποκύτταρα, καταστέλλει την όρεξη, αυξάνει την ενεργειακή δαπάνη και οδηγεί σε απώλεια βάρους. Οι παχύσαρκοι παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα λεπτίνης στο αίμα με αποτέλεσμα να εμφανίζουν αντίσταση στη δράση της. Οι άνδρες ασθενείς με ΣΑΑΥ εμφανίζουν κατά 50% υψηλότερα επίπεδα πλάσματος της λεπτίνης σε σύγκριση με το ίδιο παχύσαρκα άτομα ελέγχου που δεν παρουσιάζουν δυσλειτουργία ύπνου. Η άπνοια του ύπνου σύμφωνα με τα ανωτέρω, συνοδεύεται από ενισχυση της αντίστασης στη λεπτή που έχει ως αποτέλεσμα νέα αύξηση βάρους και συνεπώς ένα νέο κύκλο επιδείνωσης του ΣΑΑΥ. Τέλος η λεπτή μεταβάλλει τον έλεγχο του αναπνευστικού συντελώντας στις διαταραχές της αναπνοής παχύσαρκων υπερλεπτιναιμικών ασθενών με ΣΑΑΥ (Elliot R. Goodman, 2006).

ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΙΚΗ ΡΥΠΑΝΣΗ ΚΑΙ ΥΠΝΟΣ

Το φαινόμενο της ατμοσφαιρικής ρύπανσης που συναντάται στα αστικά κέντρα έχει αρνητικές επιπτώσεις στη λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος και κατ'επέκταση στον ύπνο. Οι αναπνευστικές επιπτώσεις της ατμοσφαιρικής ρύπανσης εξαρτώνται από τον τύπο και την ανάμειξη των ρύπων, τη συγκέντρωσή τους, τη χρονική διάρκεια έκθεσης στον ρύπο, την ποσότητα ρύπου που εισπνέεται και την ποσότητα που διεισδύει στους πνεύμονες. Τα ορατά συμπτώματα στην υγεία των πνευμόνων αμέσως μετά από έκθεση σε υψηλά επίπεδα ρύπανσης περιλαμβάνουν ερεθισμό των αεραγωγών, δύσπνοια και αυξημένη πιθανότητα για κρίση άσθματος. Η παρατεταμένη έκθεση σε ατμοσφαιρικούς ρύπους έχει αποδειχτεί ότι αυξάνει την εμφάνιση πνευμονικών νοσημάτων (π.χ. καρκίνος) και θανάτων από αυτά. Πιο συγκεκριμένα για οι κυριότεροι ατμοσφαιρικοί ρύποι που συναντώνται στην ατμόσφαιρα έχουν τις εξής επιπτώσεις:

ΟΖΟΝ: Ερεθίζει τη μύτη και τον φάρυγγα, Προκαλεί συριγμό, βήχα, πόνο κατά τη βαθιά εισπνοή, Προκαλεί δυσκολίες στην αναπνοή κατά την άσκηση ή υπαίθριες δραστηριότητες, Μειώνει τη χωρητικότητα των πνευμόνων (ποσότητα αέρα που μπορούν να συγκρατήσουν), Επιδεινώνει το άσθμα και έτσι προκαλεί αύξηση στη χρήση βρογχοδιασταλτικών, Αυξάνει την ευπάθεια σε αναπνευστικές ασθένειες όπως πνευμονία και βρογχίτιδα, Αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου από πνευμονικές και καρδιακές παθήσεις, Αυξάνει τις εισαγωγές σε νοσοκομεία για πνευμονικές παθήσεις.

ΤΟ ΔΙΟΞΕΙΔΙΟ ΤΟΥ ΑΖΩΤΟΥ: Ερεθίζει τη μύτη και τον φάρυγγα, Προκαλεί συριγμό, βήχα, πόνο κατά τη βαθιά εισπνοή, Προκαλεί δυσκολίες στην αναπνοή κατά την άσκηση ή υπαίθριες δραστηριότητες, Μειώνει τη χωρητικότητα των πνευμόνων (ποσότητα αέρα που μπορούν να συγκρατήσουν), Επιδεινώνει το άσθμα και έτσι προκαλεί αύξηση στη χρήση βρογχοδιασταλτικών, Αυξάνει την ευπάθεια σε αναπνευστικές ασθένειες όπως πνευμονία και βρογχίτιδα, Αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου από πνευμονικές και καρδιακές παθήσεις, Αυξάνει τις εισαγωγές σε νοσοκομεία για πνευμονικές παθήσεις.

ΑΙΩΡΟΥΜΕΝΑ ΣΩΜΑΤΙΔΙΑ: Ερεθίζουν τη μύτη και τον φάρυγγα, Αυξάνει τις εισαγωγές σε νοσοκομεία για πνευμονικές παθήσεις, Προκαλεί πρόωρους θανάτους από καρδιακές και πνευμονικές παθήσεις, Πιθανή σύνδεση με το άσθμα.

ΔΙΟΞΕΙΔΙΟ ΤΟΥ ΘΕΙΟΥ: Συντελεί στις αναπνευστικές παθήσεις, ιδίως σε παιδιά και ηλικιωμένους, Επιδεινώνει τις υπάρχουσες καρδιακές και αναπνευστικές παθήσεις, ιδίως σε άτομα με άσθμα, Τα θειικά σωματίδια (σχηματίζονται όταν το SO₂ αντιδρά με άλλα χημικά στοιχεία στην ατμόσφαιρα) συγκεντρώνονται στους πνεύμονες και προκαλούν αυξημένα αναπνευστικά συμπτώματα και παθήσεις, δυσκολία στην αναπνοή ακόμα και αυξημένο κίνδυνο πρόωρου θανάτου.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σαν συμπέρασμα όλων όσων αναφέρθησαν στην ανασκόπηση των προβλημάτων του ύπνου που σχετίζονται με τον αστικό πληθυσμό, ο ύπνος στο αστικό περιβάλλον διαταράσσεται από μια πλειάδα παραγόντων όπως ο θόρυβος, η εργασία και το στρες που προκύπτει από αυτήν, η έλλειψη φυσικής άσκησης με τη συνοδό παχυσαρκία, η έλλειψη ελεύθερου χρόνου και η ατμοσφαιρική ρύπανση. Με δεδομένη την εντεινόμενη αστικοποίηση εξαιτίας επαγγελματικών, κοινωνικών επιλογών αλλά και της μη αποκεντρωμένης κρατικής δομής το πρόβλημα βαίνει επιδεινούμενο και η λήψη μέτρων άμεσης αντιμετώπισης όλων ανωτέρω πτυχών του καθίσταται αναγκαία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

EUROPEAN LUNG FOUNDATION, Ατμοσφαιρική ρύπανση και πνεύμονες. *Ενημερωτικό δελτίο*.

Χαρις Καραγεωργίου, Ηχορύπανση. *Ιατρική Σχολή Αθηνών*

ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., Ο θόρυβος στην εργασία 2007, σελ.25,26

Νίκος Βίπης, Πηγές θορύβου στο αστικό περιβάλλον. Προβλήματα του κανονιστικού πλαισίου και εφαρμογής του. Κύκλος Ποιότητας Ζωής Συνήγορος του Πολίτη. *T.E.E.* 2008.

Ε. Νένα και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης, Το σύνδρομο απνοιών στον ύπνο ως πρόβλημα δημόσιας υγείας και υγείας και υγείας και ασφάλειας της εργασίας. *Εκδ. Ελληνική Εταιρεία Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος*. Αθήνα 2009.

E. Zoumakis, H.M. Lin, E.O. Bixler, M. Basta, J. Fang, A. Sarrigiannidis and G.P. Chrousos, Daytime napping after a night of sleep loss decreases sleepiness, improves performance, and causes beneficial changes in cortisol and interleukin-6 secretion N. Vgontzas, S. Pejovic, 2006 *American Journal of Physiology, Endocrinology and Metabolism* 2006.

Fruhstorfer B, Fruhstorfer H, Grass P., Daytime noise and subsequent night sleep in man. 1984.

Fido A. and Ghali A., Dentrimental effects of variable shifts on quality of sleep, general health and work performance. 2008.

R.V.T. Santos, S. Tufik and M.T. De Mello, Eercise sleep and cytokines: is there a relation? 2007.

Frustorpher B, Pritsch MG, Fruhstorfer H., Effects of daytime noise load on the sleep-wake cycle and endocrine patterns in man: 24hours neurophysiological data. 1988

Stosic L, Belojevic B, Milutinovic S., Effects of traffic noise on sleep in an urban population. 2009

Knudsen HK, Ducharm LJ, Roman PM, Job stress and poor sleep quality:Data from an American samle of full time workers. *University of Georgia* 2007.

WHO, Noise and sleep. *WHO* 2009.

Roger R. Rosa and Michael J. Colligan, Plain language against shiftwork. *U.S. Departmen of health and human Services*.1997.

Burgard SA, Ailshire JA, Putting work to bed: stressful experiences on the job and sleep quality. *University of Michigan* 2009.

Elliot R. Goodman, The Link between Morbid Obesity and Sleep Apnea. 2006.

Paul de Vos,The need for quiet. 2009.

SLEEP PROBLEMS IDENTIFIED IN THE URBAN POPULATION

D. Hadolias^{1,2}

1. Postgraduate Programme Health and Safety in Workplaces, 2. Laboratory of Hygiene and Environmental Protection, Medical School, Democritus University of Thrace.

Abstract: This review has to do with sleep problems identified in the urban population. As a resulting from this review, sleep at urban environment is disturbed by factors such as urban noise, working stress, shift work, lack of physical exercise, obesity, lack of leisure time, and air pollution. It also specifically refers to the manner and intensity with which each of these factors contributes to sleep disturbance.

ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΓΡΙΠΗΣ Η1Ν1

Κ. Καραθανάση¹, Π. Σαράφης², Ε. Μουστάκα^{3,5} και Μ. Μαλλιάρου⁴

1. Ταγματάρχης Νοσηλεύτρια, Εξειδικευθείσα στη Νοσηλευτική Χειρουργείου Α.Μ.Ε.Δ.Δ., Texas U.S.A., Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Διοίκησης Μονάδων Υγείας Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, 404 Γ.Σ.Ν. Λάρισας, Εργαστηριακή Συνεργάτης Τ.Ε.Ι. Λάρισας (Σ.Ε.Υ.Π.) Τμήμα Νοσηλευτικής, 2. Καθηγητής Εφαρμογών Τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Λαμίας, 3. Λοχαγός, Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας, Μ.Σc. Πληροφορική Υγείας, Υποψήφια Διδάκτωρ Νοσηλευτικής Ε.Κ.Π.Α., 404 Γ.Σ.Ν. Λάρισας, Εργαστηριακή Συνεργάτης Τ.Ε.Ι. Λάρισας (Σ.Ε.Υ.Π.) Τμήμα Νοσηλευτικής, 4. Ταγματάρχης Νοσηλεύτρια, Μ.Σc. Υγιεινή και Ασφάλεια, Σ.Μ.Υ., Εργαστηριακή Συνεργάτης ΤΕΙ Αθήνας (Σ.Ε.Υ.Π.) Τμήμα Νοσηλευτικής, 5. Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Περίληψη: Οι έντονες δημογραφικές αλλαγές που επέφεραν οι επιδημίες στην αρχή του 20ου αιώνα σε συνδυασμό με την εφαρμογή των μαζικών εμβολιασμών και την ανακάλυψη των αντιβιοτικών αντιμετωπίζοντας πλήρως τα λοιμώδη νοσήματα, ενίσχυσε την κυριαρχία της ιατρικής επιστήμης η οποία βέβαια στην πορεία των ετών διαπιστώθηκε ότι παρά τις μεγάλες ανακαλύψεις στον βιομικρόκοσμο, δεν ήταν αρκετή για να θεραπεύσει όλες τις ασθένειες. Ερευνητές και από άλλες επιστήμες εκτός της ιατρικής, διαπίστωσαν ότι οι αιτίες των ασθενειών δεν ήταν μόνο βιολογικές αλλά οφείλονταν και σε ένα πλήθος κοινωνικο-πολιτιστικο-οικονομικών παραγόντων που μέχρι τότε δεν είχαν διερευνηθεί. Αυτό οδήγησε στον καθορισμό της υγείας ως κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και τις κοινωνίες να λάβουν μέτρα μείωσης κοινωνικών-υγειονομικών ανισοτήτων. Αυτόματα η πρωτοκαθεδρία της ιατρικής επιστήμης χάνεται, αλλά στη πορεία αθέμιτες κυρίως επιστημονικές φιλοδοξίες συνέβαλαν στη δημιουργία του λεγόμενου ιατρο-βιομηχανικού συμπλέγματος το οποίο στο βωμό του κέρδους συγκαλύπτει και διαστρεβλώνει τις ουσιαστικές παραμέτρους των ασθενειών της σύγχρονης εποχής όπως είναι ο ιός Η1Ν1 και τον τρόπο που η κοινωνία θα πρέπει να τις αντιμετωπίσει για το κοινό

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ποιοτικός έλεγχος του ιατρικού έργου σε συνδυασμό με το χαμηλό κόστος ως το κατεξοχήν θέμα συζήτησης της τελευταίας δεκαετίας οδήγησε στον επανακαθορισμό της έννοιας κράτος πρόνοιας αλλά και στον έλεγχο των υπαρχόντων συστημάτων υγείας και πως αυτά μπορεί να γίνουν προσβάσιμα και αποτελεσματικά με το λιγότερο δυνατό κόστος. Έτσι τα τελευταία χρόνια

διαπιστώνουμε την είσοδο στο χώρο της υγείας και άλλων επιστημών πέρα από τις καθαρά βιο-ιατρικές με σκοπό να προσεγγίσουν και να διερευνήσουν την έννοια της υγείας και της αρρώστιας κάτω από το πρίσμα των κοινωνικών και πολιτιστικών πτυχών τους. Βέβαια η συνεισφορά των κοινωνικών επιστημών στο σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας λαμβάνοντας υπόψη κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες που καθορίζουν τη χρήση των υπηρεσιών, έχει αναγνωριστεί από τις αναπτυγμένες κατά το βιομηχανικό πρότυπο χώρες εδώ και δύο περίπου αιώνες όταν οι επιδημίες που μάστιζαν τότε την Ευρώπη, οδήγησαν στη διεθνή συνεργασία των κρατών ιδρύοντας διάφορες υγειονομικές οργανώσεις όπως το *Διεθνές Υγειονομικό Γραφείο* το 1907 στο Παρίσι και μετά τον 2ο Παγκόσμιο πόλεμο τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας - Π.Ο.Υ. (Μάντη, Τσελέπη, 2000). Η μετάβαση αυτή στην παγκόσμια αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας οδήγησε τις χώρες σε μια ολοκληρωμένη οργάνωση των συστημάτων υγείας στο εσωτερικό τους, λαμβάνοντας μέτρα κοινωνικής πολιτικής που αποσκοπούσαν στην παρέμβαση της κοινωνικής πραγματικότητας ουσιαστικά δηλαδή στην άμβλυνση των ανισοτήτων και την προαγωγή της κοινωνικής δικαιοσύνης. Εμφανίζεται λοιπόν η έννοια του κράτους στις αναπτυγμένες καπιταλιστικές χώρες. Εδώ είναι που αλλάζει και η έννοια της υγείας που ως τότε είχε κυρίως αρνητικό χαρακτήρα και καθοριζόταν από την απουσία της ασθένειας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ λοιπόν σήμερα η υγεία χαρακτηρίζεται από την πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου προσδίδοντας όχι μόνο ένα θετικό ορισμό αλλά συμπεριλαμβάνοντας ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που θεωρείται ότι συμβάλουν στον πλήρη καθορισμό αυτού που ονομάζεται «υγεία».

Κάνοντας λοιπόν μία ιστορική αναδρομή στον τρόπο οργάνωσης της κοινωνίας σε επίπεδο πρόσληψης της αρρώστιας διακρίνονται δύο διαφορετικά πρότυπα ανάλογα με την οικονομική και πολιτική σταθερότητα που παρουσιάζεται στις χώρες (αναπτυγμένες και μη αναπτυγμένες) αφού αυτή συμβάλει στην ύπαρξη συστήματος υγειονομικής περίθαλψης των πολιτών και προστασίας της υγείας τους. Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στην ισχύ της ιατρικής κοινότητας που ξεκίνησε από το βιοϊατρικό μοντέλο και οδήγησε στη δημιουργία του ιατροβιομηχανικού συμπλέγματος και πως αυτό συγκαλύπτει και διαστρεβλώνει τις πραγματικές παραμέτρους των προβλημάτων υγείας παγκοσμίως με στόχο ουσιαστικά το ίδιο όφελος, αναλύοντας συγκεκριμένα την αντιμετώπιση της νέας γρίπης Η1Ν1.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ - ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η Αναγέννηση είναι εκείνη που επιφέρει τη μεγάλη αλλαγή με την ανακάλυψη των μικροβίων και των αντιβιοτικών φαρμάκων. Η υγεία μέχρι τότε είναι αντιληπτή ως απουσία της ασθένειας και συγκεκριμένων αιτιών που προκαλούν οργανικές βλάβες, οπότε υγιής είναι εκείνος που δεν εμφανίζει συμπτώματα.

Αρχικά, η ασθένεια αντιμετωπίζεται με δέος και πανικό και προσδίδεται σε αυτή (όπως και σε κάθε φυσικό φαινόμενο που δεν εξηγείται) το κακό ως το κύριο αίτιο. Οι Θεοί και οι μάγοι στέλνουν τις αρρώστιες εξοργισμένοι από τις ηθικές παραβάσεις των ανθρώπων ως τιμωρία για την κακή συμπεριφορά τους απέναντι στους συνανθρώπους τους (Μάντης, Τσελέπη 2000). Αργότερα η Ιπποκρατική θεωρία της ισορροπίας των τεσσάρων χυμών του σώματος (μαύρη χολή, κίτρινη χολή, αίμα και φλέγμα) ως προϋπόθεση της υγείας, καθόρισε την πορεία της ιατρικής στους επόμενους αιώνες. Σε αυτή τη θεωρία στηρίχθηκε και ο Γαληνός κάνοντας τα πρώτα του βήματα στην ανατομία και υποστηρίζοντας τη σχέση του ηλιακού συστήματος στην εμφάνιση και επιδείνωση των χρόνιων νοσημάτων. Είναι όμως η εποχή του Χριστιανισμού οπότε το βάρος της θεραπείας των ασθενών την έχουν τα μοναστήρια που έχουν ιδρύσει οι Απόστολοι. Η αντιμετώπιση της ασθένειας πλέον αφορά το σύνολο της κοινότητας, άλλωστε είναι η εποχή των επιδημιών οπότε δημιουργούνται έντονα δημογραφικά προβλήματα που «επιβάλλουν» τη λήψη κατασταλτικών μέτρων με την απομόνωση των ασθενών, άρα και των μικροβίων για να είναι δυνατή η διακοπή της μετάδοσης της ασθένειας. Εγκαθίσταται λοιπόν σιγά σιγά ο κυρίαρχος ρόλος του ιατρού και με την πάροδο του χρόνου και την εξάλειψη των επιδημιών, η αντιμετώπιση των ασθενειών είναι πλέον ατομική και όχι συλλογική. Επιπρόσθετα η επερχόμενη επανάσταση της βιομηχανίας βελτιώνει το επίπεδο διαβίωσης ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές, με συνέπεια σήμερα πλέον ο βαθμός ανάπτυξης της κάθε χώρας να διαμορφώνει το επίπεδο υγείας των πολιτών της. Έτσι στις ανεπτυγμένες κατά το βιομηχανικό πρότυπο χώρες, από την άνοδο της βιομηχανίας με αυξημένο ΑΕΠ, δίνεται έμφαση στην υγεία των πολιτών και δημιουργούνται προγράμματα πρόληψης και υγειονομικής περιθαλψης, με αυξημένες δαπάνες υγείας, ενώ στις αγροτικές υποανάπτυκτες χώρες εξαιτίας του χαμηλού βιοτικού επιπέδου και του χαμηλού ΑΕΠ, οι συνθήκες υγειονομικής περιθαλψης είναι ανύπαρκτες, η παιδική θνησιμότητα αυξημένη και το γενικότερο επίπεδο υγείας των πολιτών πολύ χαμηλό.

ΑΝΑΠΤΥΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ

Οι χώρες αυτές ικανοποιούν τις ανάγκες τους για τα περισσότερα αγαθά, ενώ αποτελούν μόλις το 19% του παγκόσμιου πληθυσμού. Χρησιμοποιούν το 94% του παγκόσμιου πλούτου και το 80% των ενεργειακών και ορυκτών πόρων και καταναλώνουν 10-35 φορές περισσότερη ενέργεια από ότι οι λιγότερο αναπτυγμένες χώρες. Παρόλα αυτά παρουσιάζουν γήρανση του πληθυσμού τους με μέσο όρο ζωής τα 75,5 έτη, αφού ο ρυθμός αύξησής τους είναι μόλις 1,6%. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια λόγω των παγκόσμιων οικονομικών προβλημάτων η φτώχεια και η κοινωνική ανισότητα μειώνει το συνολικό επίπεδο υγείας των ανεπτυγμένων χωρών το οποίο σχετίζεται επίσης με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή και οικονομική κατάσταση, τη φύση του επαγγέλματος, την ανεργία,

την κοινωνική θέση και την γεωγραφική περιοχή, στην οποία ζει και δραστηριοποιείται ο άνθρωπος (Μάντη, Τσελέπη, 2000).

Στηριζόμενες λοιπόν οι πολιτικές υγείας των ανεπτυγμένων χωρών στο βιοϊατρικό μοντέλο επένδυσαν σε ιατρική τεχνολογία και στη δημόσια υγεία δίνοντας περισσότερη ισχύ στην ιατρική κοινότητα δημιουργώντας αυτό που πολλοί σήμερα ονομάζουν ιατρικό ιμπεριαλισμό ή ιατρικοποίηση της καθημερινότητας (Οικονόμου, 2005). Μετατράπηκαν λοιπόν οι σύγχρονες ανεπτυγμένες κοινωνίες σε πλήρως ιατροκεντρικές όπου ο γιατρός είναι εκείνος που καθορίζει και νομιμοποιεί την ασθένεια προσδίδοντάς του ιδιαίτερη δύναμη απέναντι στον ασθενή του.

Μετά την πρώτη έξαρση της ιατρικής και των επιτευγμάτων της στην εξάλειψη των τότε θανατηφόρων λοιμωδών νοσημάτων, έκαναν την εμφάνισή τους νέες ασθένειες που διαπιστώθηκε στην πορεία ότι οφείλονταν σε μη βιολογικά αίτια αλλά σε ένα πλήθος κοινωνικών, θρησκευτικών, οικονομικών και ψυχολογικών παραγόντων. Συγκεκριμένα μετά τον 2ο Παγκόσμιο πόλεμο οι κοινωνικο-πολιτικο-οικονομικές συνθήκες σε συνδυασμό με τις δημογραφικές και επιδημιολογικές αλλαγές που συντελέστηκαν, είχαν σα συνέπεια τη πληθυσμιακή γήρανση των ανεπτυγμένων χωρών και την εμφάνιση χρόνιων εκφυλιστικών παθήσεων. Η γήρανση του πληθυσμού οφείλονταν τόσο στη βελτίωση του επιπέδου ζωής και αύξησης του χρόνου επιβίωσης αλλά και στη μείωση των γεννήσεων αφού η γυναίκα είναι πλέον εργαζόμενη και οι μέθοδοι αντισύλληψης αποδοκτοί. Επίσης η αλλαγή στο τρόπο ζωής με λιγότερη άσκηση και αύξηση των λιπαρών στη διατροφή σε συνδυασμό με μη υγιεινές συνήθειες όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ ενίσχυαν την αύξηση των χρόνιων ασθενειών. Από την άλλη συγκρίνοντας τις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες με τις αναπτυσσόμενες διαπιστώνουμε διαφορές στο βιοτικό επίπεδο και στην υγεία των ανθρώπων που επηρεάζεται από τα αγαθά και την κοινωνική υποστήριξη που τους παρέχεται. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα μιας ανύπαντρης μητέρας ή μιας ηλικιωμένης χήρας που ούτε η κοινωνία τους υποστηρίζει με ελαφρυντικά μέτρα ούτε η εργασία τους αποδίδει τόσους πόρους ώστε να μπορούν να τους διαθέσουν σε προσωπικές ανάγκες. Η κοινωνική θέση έτσι, η οικονομική ευχέρεια, οι γνώσεις, αλλά και η ηλικία και το φύλο είναι μερικοί ακόμη παράγοντες που καθορίζουν την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Έτσι οι πλούσιοι έχουν το χρόνο και τη γνώση για την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας ακόμη και για αισθητικούς λόγους, ενώ οι οικονομικά ασθενέστερες τάξεις αναζητούν ιατρική βοήθεια λιγότερο πρόθυμα εκτός και αν τα συμπτώματα είναι σοβαρά. Η ανεργία επίσης έχει ιδιαίτερη κοινωνική και ψυχολογική σημασία δημιουργώντας προβλήματα υγείας όπως κατάθλιψη, αϋπνία κ.ά. σε άτομα που έχαναν τη δουλειά τους χάνοντας έτσι τη θέση και το γόητρο που είχαν στο κοινωνικό τους περιβάλλον. Οι παραπάνω εξελίξεις καθώς και η παραδοχή ότι οι ασθένειες αντί να μειώνονται αυξάνονται συνεχώς αλλάζοντας μορφή, καθιστούν πλέον το βιοϊατρικό μοντέλο μη λειτουργικό στην προσπάθεια να αναλυθούν, να αντιμετωπισθούν και να προληφθούν ασθένειες των οποίων η αιτία είναι πολυπαραγοντική και σχετίζεται με πολλά επίπεδα της κοινωνικής ζωής (Ιωαννίδης, 1999).

Η αμφισβήτηση της υπεροχής του ιατρικού μοντέλου και της «δικτατορίας» των ιατρών, στην παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας αλλά και στον κοινωνικό προσδιορισμό της νόσου, οδηγεί στη συνεργασία των συμφερόντων που δραστηριοποιούνται στον υγειονομικό τομέα, των αξιών και των επιλογών του πληθυσμού και το ευρύτερου ιδεολογικοπολιτικού και ιστορικού πλαισίου του κάθε κράτους. Η σχέση λοιπόν περιβάλλοντος και ποιότητας ζωής συνδέουν την υγεία με τη δυνατότητα προσαρμογής του ατόμου στην καθημερινότητα, γεγονός που αποδεικνύεται και από έρευνες των τελευταίων ετών που μετρούν σύνθετους δείκτες ποιοτικής και υποκειμενικής διάστασης της υγείας (Οικονόμου, 2005). Βέβαια το κοινωνικό μοντέλο δεν μπορεί να αναιρέσει όλη την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης που ήταν καθοριστική για την αλλαγή του σκηνικού των ασθενειών, μπορεί όμως να συμπληρώσει την ιατρική γνώση διερευνώντας τα μη βιολογικά αίτια των νόσων και αναζητώντας αίτια όχι μόνο στο μηχανισμό λειτουργίας του σώματος αλλά και στον ψυχολογικό και κοινωνικό παράγοντα αναγνωρίζοντας την πολλαπλότητα των νόσων και κατανοώντας την συμβολή του κοινωνικοπολιτιστικού μορφώματος της κάθε χώρας και κάθε εποχής.

Η εμφάνιση επίσης της βιομηχανίας του φαρμάκου σε συνδυασμό με την πολλή καλή πολιτική οργάνωση του ιατρικού σώματος κατόρθωσε να εξασφαλίσει το μονοπώλιο της θεραπευτικής παρέμβασης και συνταγογράφησης από τον ιατρό αφού εκείνος είναι ο μόνος υπεύθυνος, καθιστώντας την κυριαρχία του ιατροβιομηχανικού συμπλέγματος υπεύθυνου να καθορίζει τις ασθένειες και την αντιμετώπισή τους ανάλογα με τα δικά του συμφέροντα και κέρδη συγκαλύπτοντας και διαστρεβλώνοντας τις ουσιαστικές παραμέτρους των προβλημάτων υγείας που η διεθνής κοινότητα καλείται πλέον να αντιμετωπίσει.

ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΝΑΠΤΥΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ

Το χαμηλό κατά κεφαλήν εισόδημα δεν επιτρέπει την χάραξη μιας ευρείας δημόσιας πολιτικής υγείας πρόληψης αλλά και περίθαλψης οπότε και δεν υπάρχει ολοκληρωμένο και λειτουργικό σύστημα υγείας παρά μόνο κάποιες προσπάθειες ξένων χωρών φιλανθρωπικού χαρακτήρα και παγκόσμιων οργανώσεων όπως «οι γιατροί χωρίς σύνορα». Η έλλειψη τροφής και δημόσιας υγιεινής όπως πόσιμο νερό, κακών συνθηκών διαβίωσης και τα συνήθη λοιμώδη μεταδοτικά νοσήματα, όπως τύφος, χολέρα, ελονοσία αποτελούν τις κύριες αιτίες θανάτου.

Η εφαρμογή βασικών μέτρων δημόσιας υγιεινής, ο υποχρεωτικός εμβολιασμός των νηπίων, η βελτίωση της διατροφής και των συνθηκών διαβίωσης είναι μέτρα που εφαρμόστηκαν από τις ανεπτυγμένες χώρες βελτιώνοντας το επίπεδο υγείας του πληθυσμού τους. Ανάλογα βήματα μπορούν να γίνουν με τη βοήθεια πάντα των πλουσιότερων χωρών στη χρηματοδότηση προγραμμάτων υγείας των φτωχότερων χωρών, υποστηρίζοντας ταυτόχρονα και την οικονομική ανάπτυξη δίνοντάς τους τη δυνατότητα να δημιουργήσουν και εφαρμόσουν συστήματα υγείας που για να είναι επιτυχημένα θα πρέπει να δώσουν έμφαση

στην πρόληψη αποφεύγοντας τη μετατροπή τους σε νοσοκομειοκεντρικά με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών υγείας.

ΚΥΡΙΑΡΧΙΑ ΙΑΤΡΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΣΥΜΠΛΕΓΜΑΤΟΣ

Τις τελευταίες δεκαετίες, οι πολιτικές υγείας προσανατολίστηκαν στην ενίσχυση της ιατρικής τεχνολογίας λόγω της σημασίας που δόθηκε στο ιατρικό επάγγελμα εξαιτίας των εξελίξεων στον τομέα της ιατρικής γνώσης αλλά και λόγω του αγώνα των ιατρικών συλλόγων που κατάφεραν κυρίως μέσω πολιτικής μονιμοποίησης να αξιοποιήσουν την πρόδο τους κάνοντας το ρόλο τους στην κοινωνία καθοριστικό, μονοπωλώντας τη θεραπευτική παρέμβαση και επεκτείνοντας τον έλεγχο στην καθημερινότητα του πολίτη δημιουργώντας αυτό που σήμερα είναι γνωστό ως ιατροκοποίηση της καθημερινότητας ή ιατρικός ιμπεριαλισμός (Οικονόμου, 2005).

Οι πολιτικές και δημογραφικές συνέπειες των επιδημιών που είχαν ως αποτέλεσμα την πείνα και την εξαθλίωση του πληθυσμού, οδήγησαν στην οργάνωση της κοινωνίας με βάση τους κανόνες που καθόριζε η ιατρική επιστήμη αφού ήταν η μόνη που έδινε λύσεις στηριζόμενες σε κανόνες υγιεινής. Η ανακάλυψη των μικροβίων ως αιτιακό παράγοντα των νόσων και η χορήγηση αντιβιοτικών που είχε θεαματικά αποτελέσματα (άρρωστοι που ήταν έως τότε καταδικασμένοι τώρα γίνονται καλά μέσα σε λίγες μόνο ώρες) συνέβαλαν στην κυριαρχία του ιατρικού σώματος και στην αντιμετώπισή του ως πρότυπο επαγγέλματος αφού ξεχώριζε τόσο για την εξειδικευμένη μόρφωση (αυτό επιτείνεται και με τη χρήση δυσνόητης στο κοινό ορολογίας) όσο και του προσανατολισμού στην παροχή υπηρεσιών υγείας που του έδινε αυτόματα ένα χαρακτήρα λειτουργήματος. Η απόκτηση της απόλυτης εξουσίας πάνω στην ασθένεια, συνεχίστηκε και μετά την εμφάνιση των χρόνιων παθήσεων αφού η σχέση πλέον του ασθενή και του ιατρού ήταν πιο συχνή ενισχύοντας έτσι τις φαρμοβιομηχανίες οι οποίες χρησιμοποιούν τον ιατρό ως μεσάζοντα στον πελάτη-ασθενή. Βέβαια η σχέση αυτή του ιατρού με τον ασθενή έχει το χαρακτήρα της καθοδηγούμενης συνεργασίας αφού η ασύμμετρη πληροφόρηση (ο ασθενής δεν έχει γνώση της υπηρεσίας που αγοράζει έστω και διαμέσου της ασφάλισής του), καταργεί την κυριαρχία του καταναλωτή ενώ η μακροχρόνια σχέση εμπιστοσύνης ιατρού ασθενούς δημιουργεί το ιατρικό μονοπώλιο και την εμφάνιση φαινομένων προκλητής ζήτησης για την αύξηση του κέρδους, με αποτέλεσμα οι αθέμιτες επιστημονικές φιλοδοξίες να μετατρέψουν την επιστήμη βορά στο ιδιωτικό επιχειρείν (Κυριόπουλος, 2009). Βέβαια πολλοί υποστηρίζουν ότι αυτό γίνεται ως αποτέλεσμα της μη συμβάδισης του κύρους του επαγγέλματος με τα οικονομικά οφέλη που αυτό αποκομίζει, οπότε δημιουργείται ένα οικονομικό κενό που καλείται να καλύψει η υπερσυνταγογράφηση. Σε αυτό βοηθά και η πλήρης απουσία ελεγκτικών μηχανισμών οπότε έχουμε παραδείγματα ακόμα και σε δημόσια νοσοκομεία εμπροσματοποίησης της υγείας μέσω συνταγογράφησης ακριβών φαρμάκων χωρίς τη νοσηλεία ανάλογων ασθενών. Επιπλέον οι φαρμακοβιομηχανίες λόγω και της τελευταίας οικονομικής κρίσης σε μια

προσπάθεια αύξησης του κέρδους τους, δημιουργούν και με τη βοήθεια των μέσων μαζικής ενημέρωσης πανικό τον οποίο σπεύδουν να εκμεταλλευτούν επικερδώς μέσα από την παροχή υπηρεσιών και σκευασμάτων.

ΝΕΑ ΓΡΙΠΗ Η1Ν1

Η εμφάνιση νέων λοιμογόνων νοσημάτων με μεγάλη μεταδοτικότητα (SARS, Η1Ν1), ξυπνάει στο κόσμο μνήμες των επιδημιών όπου η νόσος συνδέονταν άμεσα με το θάνατο, αποδιοργανώνοντας την κοινωνία αφού έντονη είναι η απειλή της ανθρωπότητας. Τον τελευταίο καιρό μάλιστα έχει ξεσπάσει παγκόσμιος πανικός γύρω από την πανδημία της γρίπης των χοίρων (Η1Ν1) και παρά τον ελάχιστο ως τώρα αριθμό θυμάτων, απασχολεί και ανησυχεί "ειδικούς" και μη σε όλο τον αναπτυσσόμενο κατά το βιομηχανικό πρότυπο κόσμο, αφού στις υποανάπτυκτες χώρες έτσι κι αλλιώς πεθαίνουν κάθε ώρα χιλιάδες άνθρωποι από ασθένειες πιο "απλές". Καταγράφηκε λοιπόν μια γενικευμένη κατάσταση σύγχυσης και ανασφάλειας, που διογκώθηκε παράλληλα με τη διάδοση της νόσου, παρά τη διαβεβαίωση της ιατρικής κοινότητας ότι το ποσοστό θνησιμότητας είναι μικρό και τα συμπτώματα είναι όμοια με αυτά της κοινής γρίπης και η θνησιμότητα της είναι χαμηλή, εκτός αν πρόκειται για ασθενείς που ανήκουν στις λεγόμενες ομάδες υψηλού κινδύνου. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., οι περισσότεροι ασθενείς αναρρώνουν χωρίς να χρειάζεται ιατρική παρέμβαση ή νοσηλεία στο νοσοκομείο, ενώ ο αριθμός των κρουσμάτων σε εθνικό επίπεδο είναι μέχρι στιγμής παρόμοιος με αυτόν της εποχικής γρίπης. Η αντιμετώπιση της νέας γρίπης Η1Ν1 μόνο με τη λήψη μέτρων δημόσιας υγείας όπως συστήνεται από τους διεθνείς οργανισμούς και τις δημόσιες αρχές, σε συνδυασμό με τη διαμάχη που έχει ξεσπάσει στην ιατρική κοινότητα όσον αφορά την ανάγκη λήψης και συμπληρωματικών μέτρων όπως ο εμβολιασμός και η κατάλληλη χρονική στιγμή που αυτός θα πρέπει γίνει και σε ποιες ομάδες πληθυσμού, ενισχύει την υφιστάμενη αβεβαιότητα και συγκαλύπτει τις ουσιαστικές παραμέτρους του προβλήματος που είναι κοινωνικοί και αφορούν τα μέτρα που λαμβάνει η κοινωνία για την προστασία του κόσμου μειώνοντας τον πανικό και το φόβο που επικρατεί, οικονομικοί, από το χάσιμο των εργατοωρών. Υπολογίζεται ότι το κόστος θα υπερβεί τα 4 τρισεκατομμύρια δολάρια παγκοσμίως ενώ στη χώρα μας αν πληγεί το 35% του πληθυσμού θα είναι 4 δισεκατομμύρια ευρώ (Κυριόπουλος, 2009). Ιδιαίτερη σημασία πρέπει λοιπόν να δοθεί στην ευθύνη του κράτους, της επιστημονικής κοινότητας και των διεθνών οργανισμών υγείας στην επισήμανση που πρέπει να γίνει, ότι το πρόβλημα της πανδημίας είναι ζήτημα κυρίως επιδημιολογικής φύσεως αναδεικνύοντας την προτεραιότητα λήψης μέτρων για τη δημόσια υγεία, αφού το πρόβλημα είναι η έντονη μεταδοτικότητα του ιού και όχι η μικρή θνησιμότητα που όμως έχει διογκωθεί ίσως εσκεμμένα από το ιατροβιομηχανικό σύμπλεγμα.

Αποτέλεσμα ήταν εταιρίες φαρμακευτικών ειδών να κερδοφορούν από τα αντισηπτικά διαλύματα που μέχρι τότε δεν παρουσίαζαν μεγάλη κατανάλωση ή δεν υπήρχαν σε ατομικές συσκευασίες. Στις 11 Ιουνίου, ο ΠΟΥ ανέβασε το

επίπεδο της νέας γρίπης στο 6 (πανδημία). Την επόμενη μέρα, 12 Ιουνίου, η Novartis ανακοίνωσε την παρασκευή της πρώτης παρτίδας εμβολίου... Τα κέρδη των φαρμακοβιομηχανιών που δέχθηκαν παραγγελίες για εμβόλια ξεπέρασαν τα 7 δισεκατομμύρια δολάρια. Το βασικό επομένως πρόβλημα είναι ότι γύρω από τη νέα γρίπη έχει στηθεί και συνεχίζεται μια επιχείρηση κέρδους και πανικού. Επιπλέον επιστήμονες εκφράζουν υποψίες δημιουργίας νέων ιών-ασθενειών από τις ίδιες τις φαρμακευτικές εταιρίες ώστε να είναι επιβεβλημένη η χρήση των φαρμάκων που αυτές παράγουν αποκλειστικά αποκτώντας μια μοναδική ευκαιρία αύξησης των εσόδων τους σε μια περίοδο παγκόσμιας οικονομικής κρίσης.

Μάλιστα ο Καθηγητής της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας Γ. Κυριόπουλος αναφέρει: «Το πρόβλημα της πανδημίας της νέας γρίπης είναι πρωτίστως ένα ζήτημα επιδημιολογικής επιτήρησης και δημόσιας υγείας παρά κλινικής ιατρικής και αυτή η θέση δεν έχει γίνει επαρκώς αντιληπτή, δεδομένου ότι θεμιτές επιστημονικές φιλοδοξίες αλλά και επιδιώξεις του ιατροτεχνολογικού συμπλέγματος εκτρέπουν τη συζήτηση σε δευτερογενή θέματα» (Κυριακάκη Ελευθεροτυπία 30.08.2009 Κυριόπουλος). Στην επιστημονική επιτροπή που έχει αναλάβει τον κεντρικό ρόλο διαχείρισης και αντιμετώπισης όλων των ζητημάτων της επιδημίας της νέας γρίπης, δημοσιοποιήθηκαν αντικρουόμενες απόψεις ανάμεσα σε κορυφαίους λοιμωξιολόγους και επιδημιολόγους για το ποιες ομάδες του πληθυσμού θα πρέπει υποχρεωτικά να εμβολιαστούν – οι διαφωνίες αφορούσαν κυρίως τα παιδιά – καθώς και για το αν απαιτείται ή όχι δήλωση συγκατάθεσης για το εμβόλιο. Τελικά ίσως η πρόκληση να αφορά κυρίως τις ιατρικές υπηρεσίες και γενικά τα συστήματα υγείας και πως αυτά θα ανταπεξέλθουν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της πανδημίας (Κυριόπουλος, 2009, Β. Δρακόπουλος και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης 2010).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι παράγοντες που διαμορφώνουν το επίπεδο της υγείας ενός ατόμου καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του, είναι τόσο προσωπικοί και περιλαμβάνουν τις ανατομικές και μεταβολικές παραμέτρους του ατόμου, όσο και περιβαλλοντικοί οι οποίοι αναφέρονται στο πολιτιστικό μόρφωμα περιλαμβάνοντας τα ήθη και τα έθιμα μιας κοινωνίας και τον τρόπο ζωής, τις επικρατούσες αξίες, προσδοκίες και πρακτικές που επηρεάζουν την υγεία όπως για παράδειγμα η μεσογειακή διατροφή. Οι πολιτικές υγείας επίσης όπως η απαγόρευση του καπνίσματος ή κατανάλωσης αλκοόλ δημιουργούν συμπεριφορές υγείας ενώ σημαντικές είναι και οι σχέσεις μεταξύ των ατόμων και οι κοινωνικές επαφές που προσδίδουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση και διατήρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ατόμου. Η πρόσληψη λοιπόν της αρρώστιας, εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες οπότε στην αντιμετώπισή της δεν έχει ρόλο μόνο η ιατρική επιστήμη αλλά και εναλλακτικές θεραπείες των οποίων θα πρέπει να γίνει ενδελεχής και σοβαρή μελέτη ώστε να τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητά τους. Ίσως έτσι μειωθεί και η κυριαρχία του ιατροβιομηχανικού συμπλέγματος που εισήγαγε την έννοια της διαφθοράς στην ιατρική, προβάλλοντας ως στόχο το

κέρδος μειώνοντας ταυτόχρονα τις πραγματικές παραμέτρους των σύγχρονων ιατρικών προβλημάτων που καλείται η διεθνής κοινότητα να αντιμετωπίσει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ιωαννίδης Ε. και συν. (1999) Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοκτησίας και Προκλήσεις. *ΕΑΠ*, Πάτρα.

Κυριόπουλος, Γ. (2009) Διαχείριση της αβεβαιότητας. *Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία*. 30.08.2009

Β. Δρακόπουλος και **Θ.Κ. Κωνσταντινίδης** (2010), Γενικές οδηγίες σε επιχειρήσεις και εργασιακούς χώρους για την πρόληψη της γρίπης από τον νέο ιό Α (H1N1) στους εργαζόμενους. Νέα γρίπη και εργαζόμενοι. Παλαιά ζητήματα πρόληψης στην Υγιεινή της Εργασίας. *Εκδ. Γραμματεία Υγείας και Ασφάλειας Γενικής Συνομοσπονδίας Εργατών Ελλάδας. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας. Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος Τμήματος Ιατρικής ΔΠΘ.*

Λιαρόπουλος Α. (2007), Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας. Βήτα Medical Arts. Αθήνα.

Μάντη Π. και **Τσελέπη Χ.** (2000) Κοινωνιολογικές - Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας, *ΕΑΠ*, Πάτρα.

Οικονόμου Χ. (2005) Κοινωνιολογία Της Υγείας Βασικές Θεωρητικές Προσεγγίσεις. *Διόνικος*.

Adam P.H. and **Herzlich C.L.**, (1999), Η Κοινωνιολογία της Ασθένειας και της Ιατρικής, *ΕΑΠ*, Πάτρα.

Illich I., (1988), Περιορισμοί στην ιατρική. Ιατρική νέμεση. Η απαλλοτρίωση της υγείας, *Εκδοτική Ομάδα*

Caldwell J., (2001), Population health in transition, *Bulletin of the World Health Organization*, **79**(2).

Omran A., (1971), The epidemiologic transition, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, **49**(4):509-538.

Ramonet I. Η μαφία των φαρμακοβιομηχανιών www.enet.gr, 11.10. 2009.

Sen A., (1999), Health in development, *Bulletin of the World Health Organization*, **77**(8).

<http://disabled.gr> Δείκτες υγείας στην Ευρώπη, 20-11-2009.

<http://www.criticalillness.co.uk> National statistics on line, 20-11-2009.

<http://www.who.com> Death rates, 20-11-2007.

http://www.koel.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=3580:2009-10-12-20-44-29&catid=180:275-02102009&Itemid=163 Νέα Γρίπη: Λός της ανασφάλειας, του Δημήτρη Υφαντή (Εφημερίδα Αριστερά!/τ.275, 02/10/2009)

http://www.koel.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=3739:---qq---qq--&catid=187:278-20112009&Itemid=163 Νέα γρίπη: Τα "ναι" και τα "όχι" στο εμβόλιο

http://www.koel.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=3472:2009-07-31-22-53-47&catid=177:272-31072009-&Itemid=163 Νέα γρίπη - Νέα γρίπη: Προκλήσεις και ερωτήματα, του Παναγιώτη Χρονόπουλου

http://www.koel.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=3472:2009-07-31-22-53-47&catid=177:272-31072009-&Itemid=163 Νέα γρίπη - Η κοινωνικοπολιτική πλευρά της γρίπης, του Βασίλη Κυριακάκη

http://www.koel.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=3472:2009-07-31-22-53-47&catid=177:272-31072009-&Itemid=163 Νέα γρίπη - Είναι απειλή η γρίπη Ν1Η1; του Χριστόδουλου Δολαψάκη

http://www.koel.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=3472:2009-07-31-22-53-47&catid=177:272-31072009-&Itemid=163 Νέα γρίπη - Κίνδυνοι και ευκαιρίες με τη νέα γρίπη, του Δημήτρη Υφαντή

http://www.koel.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=3226:2009-05-12-14-32-59&catid=169:265-08052009&Itemid=163 ΤΟ ΘΕΜΑ: Γρίπη των χοίρων, του Δημήτρη Υφαντή

http://www.koel.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=3442:2009-07-29-22-01-35&catid=176:271-17072009&Itemid=163 Πραγματική απειλή η νέα γρίπη, του Δημήτρη Υφαντή.

THE DIFFERENT APPROACHES OF PUBLIC HEALTH AND CLINICAL MEDICINE IN THE FIELD OF DISEASE THE EXAMPLE OF INFLUENZA H1N1

Karathanassi K., Sarafis P., Moustaka E., Malliarou M.

Laboratory of Hygiene and Environmental Protection, Medical School, Democritus University of Thrace, Greece.

Abstract: Strong demographic changes brought by the epidemics in the early 20th century, in addition with the implementation of mass vaccination and the discovery of antibiotics fully addressing infectious diseases increased the dominance of medical science that over the years was found that despite large discoveries could not cure all diseases. Researchers besides medicine found that the causes of diseases were not only biological but also due to a number of socio-cultural and economic factors that had not previously been investigated. This led to the definition of health as a state of complete physical, mental and social well-being and societies to take measures to reduce social, health disparities. Automatically, the supremacy of medical science is lost, but unfair academic ambitions helped create the so-called medical-industrial cluster which disguises and distorts the substantive aspects of the diseases of modern times such as the H1N1 virus and the way in which society will have to face it for the public good.

ΠΡΟΛΗΨΗ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ Β ΚΑΙ C ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Δ. Θεοχαρίδου

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος Ιατρικής Σχολής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης.

Περίληψη: Η Ελλάδα ανήκει στις χώρες μέτριας ενδημικότητας για την ηπατίτιδα Β και χαμηλής ενδημικότητας για την ηπατίτιδα C. Παρόλο που δεν υπάρχουν οροεπιδημιολογικά στοιχεία σχετικά με τον επιπολασμό των παραπάνω νοσημάτων στο γενικό πληθυσμό, η υπάρχουσα βιβλιογραφία παρέχει μια εικόνα της επιδημιολογίας των παραπάνω νοσημάτων στην Ελλάδα με ιδιαίτερη βαρύτητα, συνήθως, σε ειδικές ομάδες πληθυσμών, όπως για παράδειγμα τις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, τους μετανάστες, τις μειονοτικές κοινότητες, τα παιδιά κτλ. Σκοπός της παραπάνω μελέτης είναι η διερεύνηση των στρατηγικών πρόληψης, ενημέρωσης του κοινού (ιδιαίτερα που κοινού υψηλού κινδύνου) και επιδημιολογικής επιτήρησης που εφαρμόζονται στη χώρα, ώστε να περιοριστεί η μετάδοση της νόσου και να ελαχιστοποιηθεί η επίπτωση της. Ιδιαίτερα σε μία εποχή που η επιδημιολογία των παραπάνω λοιμωδών νοσημάτων αλλάζει, απαιτείται αυστηρή επιδημιολογική επιτήρηση σε συνδυασμό με τη στοχευμένη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των νέων ομάδων υψηλού κινδύνου, π.χ. μετανάστες (HBV) ή χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών (HCV).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Ελλάδα κατατάσσεται σύμφωνα με τα στοιχεία του ECDC στις χώρες μέτριου επιπολασμού της χρόνιας ηπατίτιδας Β (HBsAg positive), και χαμηλού επιπολασμού της χρόνιας ηπατίτιδας C. Κατά τον ορολογικό έλεγχο της ηπατίτιδας Β, οι συνήθεις χρησιμοποιούμενοι ορολογικοί δείκτες, κατατοπίζουν πλήρως τον κλινικό ιατρό, σχετικά: με την παρουσία ή όχι λοίμωξης από τον HBV (HBsAg positive = λοίμωξη, οξεία ή χρόνια) και μΜε το επίπεδο της ανοσίας του εξεταζόμενου ατόμου, καθώς και την προέλευση της ανοσίας αυτής: ενεργητική ανοσία μετά από παρελθούσα επαφή με τον HBV (anti-HBc positive, anti-HBs positive/negative) ή μετά από εμβολιασμό (anti-HBs positive, υψηλού τίτλου συνήθως). Σπανιότερες είναι οι περιπτώσεις λοίμωξης με τον HBV, που καταλείπουν anti-HBc negative ανοσία, με χαμηλούς τίτλους antiHBs, γεγονός που

δημιουργεί διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα σχετικά με την προέλευση των αντισωμάτων αυτών, η διευκρίνιση του οποίου απαιτεί ένα λεπτομερές ιστορικό.

Η οξεία ηπατίτιδα C, επίσης μπορεί να εξελιχτεί σε χρόνια, με μόνο ορολογικό δείκτη αξιολόγησης ύπαρξης ή όχι λοίμωξης, τα anti- HCV. Και στις δύο περιπτώσεις, η χρόνια λοίμωξη από τους HBV και HCV, μπορεί να προκαλέσει ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, ή/ και μετάδοση της λοίμωξης στα άτομα που έρχονται σε στενή επαφή με τους χρόνιους φορείς.

Στην Ελλάδα, παρόλο που η επίπτωση της HBV λοίμωξης στο παρελθόν ήταν πολύ υψηλή, καταλείποντας πληθώρα ατόμων ηλικίας >55 ετών με anti- HBc positive ανοσία, η τήρηση των κανόνων υγιεινής, η χρήση προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική επαφή, η χρήση εργαλείων μιας χρήσεως (π.χ. βελόνες) στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας, ο καθολικός έλεγχος όλων των φιαλών αιμοδοσίας (πρόσφατα έγινε υποχρεωτικός πέρα από τον ορολογικό έλεγχο των φιαλών, και η χρήση της μοριακής τεχνικής NAT) για αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα, καθώς και η εισαγωγή του εμβολίου της ηπατίτιδας Β στο Εθνικό Πρόγραμμα Υποχρεωτικών Εμβολιασμών, κατάφεραν να πετύχουν αξιοσημείωτη μείωση των νέων περιστατικών κυρίως HBV λοίμωξης. Παρόλα αυτά, όμως, σημαντικό παραμένει το ποσοστό των ατόμων με χρόνια ηπατίτιδα Β (2% περίπου σύμφωνα με το ECDC) και χρόνια ηπατίτιδα C [19]. Επίσης, ενδιαφέρουσα είναι η διερεύνηση του παραπάνω θέματος σχετικά με τις διάφορες ομάδες πληθυσμού της Ελλάδας, όπως για παράδειγμα μειονοτικές περιοχές, μετανάστες και κοινότητες αθίγγανων. Σε έρευνα που διεξήχθη σε δύο χρονικές περιόδους (1992- 1994 και 1998- 2006) στη Βορειοανατολική Ελλάδα μεταξύ πληθυσμών αυτοχθόνων κατοίκων, μουσουλμάνων και μεταναστών, παρατηρήθηκε μείωση του επιπολασμού του αυστραλιανού αντιγόνου διαφορετική στις διάφορες ομάδες. Σημαντική ήταν η μείωση του HBsAg (+) μεταξύ των αυτοχθόνων κατοίκων: από 5,4% σε 3,4% μεταξύ ενηλίκων και από 1,9% σε 0,6% μεταξύ παιδιών και εφήβων. Στον μουσουλμανικό πληθυσμό παρόλη την μείωση ο επιπολασμός του HBsAg (+) παρέμεινε υψηλός- 8,2% μεταξύ ενηλίκων και 2% μεταξύ παιδιών και εφήβων, ενώ στον πληθυσμό των μεταναστών από την πρώην Σοβιετική Ένωση τα νούμερα ήταν αρκετά μικρότερα- 4,3% μεταξύ ενηλίκων και 1,1% μεταξύ των παιδιών [1]. Αν πάρουμε τον αρκετά καλά μελετημένο πληθυσμό των αιμοδοτών (οι οποίοι συνήθως αποτελούν ένα δείγμα υγιούς πληθυσμού) θα δούμε, από μεγάλη μελέτη που διεξήχθη στην Αθήνα για 6 συνεχόμενα χρόνια, ότι τα ποσοστά HBsAg (+) είναι αρκετά χαμηλά (0,84%) [2]. Επίσης, πρόσφατες μελέτες που έγιναν (2004-2005) σε πληθυσμούς στρατιωτών δείχνουν τόσο χαμηλό επιπολασμό του HBsAg (+)- 0,32%- όσο και χαμηλά ποσοστά προηγούμενης έκθεσης στον ιό- 1,14% [3]. Παρόλα αυτά τα αναφερόμενα ποσοστά ανοσίας μετά από εμβολιασμό- 62,17%- καταδεικνύουν την ανάγκη ενίσχυσης του υπάρχοντος συστήματος εμβολιασμού. Η μετανάστευση όπως προαναφέρθηκε έχει επηρεάσει σημαντικά την επιδημιολογία των δύο υπό μελέτη νοσημάτων. Σε έρευνες που έγιναν σχετικά με τον επιπολασμό του αυστραλιανού σε ομάδες μεταναστών τα νούμερα κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα: 22,2% [4], 15,4% [5].

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των στρατηγικών πρόληψης, ενημέρωσης του κοινού και επιδημιολογικής επιτήρησης που εφαρμόζονται στην χώρα μας, ώστε να περιορισθεί η μετάδοση της νόσου και να ελαχιστοποιηθεί η επίπτωση της. Ηγετικό ρόλο στην εκστρατεία αυτή παίζει το *Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων* (ΚΕΕΛΠΝΟ).

Το ΚΕΕΛΠΝΟ στα πλαίσια των δραστηριοτήτων του σχετικά με τις ιογενείς ηπατίτιδες, έχει δημιουργήσει το γραφείο ιογενών ηπατίτιδων, και το Εθνικό Πρόγραμμα Ιογενούς Ηπατίτιδας, με κύριους στόχους την επιτήρηση και έλεγχο των νοσημάτων αυτών, την διαρκή προσαρμογή του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών (π.χ. εισαγωγή εμβολίων κατά της ηπατίτιδας Α και Β), την ενημέρωση - εκπαίδευση τόσο των εργαζόμενων στον τομέα υγείας όσο και του κοινού, καθώς και την πρόταση κατευθυντήριων οδηγιών σχετικά με την παρακολούθηση και θεραπεία των παραπάνω λοιμωδών.

Ένα καθοριστικό μέτρο για την πρόληψη της ηπατίτιδας Β, ήταν η εισαγωγή του εμβολίου, στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών. Ήδη ο εμβολιασμός ομάδων υψηλού κινδύνου είχε ξεκινήσει από το 1992, σε κάποιες ομάδες προσφύγων και στους εργαζόμενους στον τομέα υγείας. Τώρα, εκτός από το κλασικό σχήμα εμβολιασμού που απευθύνεται καθολικά σε όλα τα βρέφη, και το σχήμα καθυστερημένου εμβολιασμού, προτείνεται και ξεχωριστός εμβολιασμός ειδικών ομάδων υψηλού κινδύνου. Οι ομάδες υψηλού κινδύνου ορίζονται από το ΚΕΕΛΠΝΟ και είναι οι επαγγελματίες υγείας (νοσηλεύτες, γιατροί, τεχνολόγοι, παρασκευαστές και φοιτητές των παραπάνω σχολών), οδοντίατροι και προσωπικό εργαζόμενο σε οδοντιατρεία, προσωπικό εργαζόμενο και νοσηλεύόμενοι σε Ψυχιατρικά Ιδρύματα, προσωπικό εργαζόμενο σε σταθμού υποδοχής προσφύγων, σε φυλακές, και άτομα που έρχονται σε στενή επαφή με χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών, πολυμεταγγιζόμενοι και αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς, ασθενείς που θα κάνουν μεγάλες επεμβάσεις και μπορεί να χρειαστούν πολλές φιάλες αίματος, άτομα που έρχονται σε στενή επαφή, σεξουαλική ή ενδοοικογενειακή, με φορείς HBsAg, βρέφη των οποίων η μητέρα είναι φορέας HBsAg (μαζί με την χορήγηση HBIG), ομοφυλόφιλοι, εκδιδόμενα άτομα, χρήστες ναρκωτικών ουσιών, άτομα με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ταξιδιώτες σε χώρες υψηλής ενδημικότητας της νόσου, άτομα που πάσχουν από χρόνια ηπατικά νοσήματα, εκτός από χρόνια ηπατίτιδα Β, και ασθενείς που πρόκειται να κάνουν μεταμόσχευση οργάνων ή ιστών. Όσον αφορά την ηπατίτιδα C, η αδυναμία προσδιορισμού του ανοσογόνου αντιγόνου του HCV, καθώς και η παραγωγή από τον ίδιο τον οργανισμό antiHCV, τα οποία όμως δεν προκαλούν ανοσοποίηση και συνυπάρχουν με το αντιγόνο είναι το κύριο εμπόδιο στην παρασκευή εμβολίου έναντι του ιού.

Παρόλα αυτά, έρευνες που έγιναν σχετικά με την εμβολιαστική κάλυψη, σε πληθυσμούς παιδιών, νεαρών ενηλίκων και μειονοτικές κοινότητες, παρατηρείται μειωμένη εμβολιαστική κάλυψη μεταξύ συγκεκριμένων ομάδων. Αν και, μεταξύ των παιδιών που είναι αυτόχθονες κάτοικοι της Ελλάδας

παρατηρούνται σχετικά υψηλά ποσοστά εμβολιασμού (-96%), σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά παρατηρούνται σε αθίγγανους της ίδιας ηλικίας (14%) και σε παιδιά μεταναστών (-63,7%) [6,7]. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι παρόλο που το εμβόλιο έχει ενταχθεί στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού, δεν υπάρχει σύστημα επιτήρησης εμβολιασμού, ή ασφαλιστικές δικλίδες ώστε να επιβεβαιώνουν και να διασφαλίζουν, ότι το πρόγραμμα αυτό τηρείται. Οπότε ο εμβολιασμός αυτών των πληθυσμών, παραμένει έργο φιλανθρωπικών οργανώσεων και περιστασιακών εξορμήσεων ιατρικών οργανώσεων, οι οποίες προσφέρουν μεν πολύτιμο έργο, αλλά δεν αποτελούν μια μεθοδική λύση, που θα καταφέρει να επιτύχει καθολικό εμβολιασμό και άρα περιορισμό της μετάδοσης της νόσου. Επίσης, η μεγάλη εμπλοκή των ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας του παιδιού, δυσκολεύει ακόμα περισσότερο την επιτήρηση του εμβολιασμού.

Σημαντικός για την μετάδοση των δύο υπό μελέτη νοσημάτων είναι ο προγεννητικός έλεγχος της μητέρας, πριν ή με την έναρξη της εγκυμοσύνης, ώστε να διαγνωστούν και να προληφθούν λοιμώδη νοσήματα, κάθεται μεταδιδόμενα στο έμβryo (όπως είναι και η ηπατίτιδα Β και C, η κάθετη μετάδοση των οποίων κατά κανόνα οδηγεί σε χρονιότητα). Στην περίπτωση HBsAg (+) μητέρας καθοριστικής σημασίας είναι η σχέση HBeAg/ AntiHBe. HBeAg (+) και AntiHBe (-) υποδύλωνει υψηλή μολυσματικότητα και άρα αυξημένη πιθανότητα μετάδοσης της νόσου στο έμβryo. Αντιθέτως, HBeAg (-) και AntiHBe (+), συμβαδίζει με μειωμένη πιθανότητα κατακόρυφης μετάδοσης της νόσου. Πρόσφατη μελέτη δίνει υψηλά ποσοστά προγεννητικού ελέγχου μεταξύ των Ελληνίδων εγκύων (93.4%), αλλά στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερα μεταξύ Αλβανίδων μεταναστριών (78.8%), άλλης εθνικότητας μεταναστριών (87.4%) και αθίγγανων (72.1%) [8]. Αυτό καταδεικνύει ότι ακόμα υπάρχουν γυναίκες που δεν ελέγχονται πριν από τον τοκετό, και υπογραμμίζει την ανάγκη για εντατικοποίηση της ενημέρωσης σχετικά με την αξία του προγεννητικού ελέγχου, ιδιαίτερα στις κοινότητες των μεταναστών, οι οποίοι αποτελούν το 20% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας του πληθυσμού μας, και παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά έκθεσης στους HBV και HCV [8]. Αναφορικά, λοιπόν, με τον επιπολασμό του HBsAg (+) στο συγκεκριμένο δείγμα γυναικών αναφέρεται ένα συνολικό ποσοστό 2,89%, ενώ υψηλότερες τιμές παρατηρήθηκαν μεταξύ μεταναστών, και ιδιαίτερα Αλβανίδων γυναικών, στις οποίες το ποσοστό φτάνει το 9,8% [8]. Ο συνολικός επιπολασμός HBsAg (+) σε δείγματα γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας που μελετήθηκαν κυμαίνεται από 1,156% έως 4,1% (το τελευταίο δείγμα αποτελούνταν κατά 50,6% από γυναίκες μετανάστες). Επίσης, ιδιαίτερα υψηλός καταγράφεται σε όλες της παραπάνω μελέτες ο επιπολασμός του HBsAg (+) στις Αλβανίδες: 4,1%- 9,8%. Ομοίως, προβάλλεται το πρόβλημα των χαμηλών ποσοστών εμβολιασμού που παρουσιάζουν οι πληθυσμοί αυτοί των μεταναστών [9- 13]. Σχετικά με την ηπατίτιδα C, μελέτη που έγινε στη Βόρειο Ελλάδα, αναφέρει ένα συνολικό επιπολασμό μεταξύ εγκύων γυναικών 1,95%, με χαμηλή πιθανότητα μετάδοσης της νόσου στο έμβryo.

Ιδιαίτερα σημαντική ομάδα σχετικά με την εμβολιαστική κάλυψη καθώς και την επίπτωση των παραπάνω λοιμωδών είναι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας. Ο ιός της Ηπατίτιδας Β είναι ιδιαίτερα μολυσματικός και ανιχνεύεται σε όλα τα υγρά και τις εκκρίσεις του σώματος του ανθρώπου, ενώ ο ιός της Ηπατίτιδας C, έχει χαμηλότερο ιικό φορτίο στο αίμα από ότι ο προηγούμενος. Ιδιαίτερα σημαντικό πρέπει να θεωρείται για την Επιτροπή Λοιμώξεων κάθε νοσοκομείου η υψηλή εμβολιαστική κάλυψη του προσωπικού του ιδρύματος. Σε μελέτη βάσει ερωματολογίου που διεξήχθη το 2005 στο Σωτηρία στην Αθήνα, το αναφερόμενο ποσοστό εμβολιασμού μεταξύ 175 εργαζόμενων στο νοσοκομείο ήταν 57,1% [14].

Εύκολα γίνεται κατανοητό, λοιπόν, ότι δεν αρκεί απλώς η ενημέρωση του προσωπικού σχετικά με τον εμβολιασμό, αλλά οφείλει το ίδιο το νοσηλευτικό ίδρυμα να αναλάβει τον εμβολιασμό του εργαζόμενου. Μετά από τις τρεις βασικές δόσεις του εμβολίου 0, 1, 6 μηνών, ακολουθεί έλεγχος του τίτλου AntiHBs και σε περίπτωση που αυτός δεν είναι >10 IU/ml, συστήνεται η επανάληψη του ίδιου σχήματος. Σπάνια τα άτομα που εμβολιάζονται δεν απαντούν στον εμβολιασμό. Σε περίπτωση που μη άνοσο άτομο έρθει σε επαφή με επιβεβαιωμένα μολυσμένο, από Ηπατίτιδα Β, βιολογικό υγρό, απαιτείται η χορήγηση HBIG, και η άμεση έναρξη του εμβολιασμού. Η ηπατίτιδα C, επίσης, αποτελεί κίνδυνο για τους εργαζόμενους στον τομέα υγείας. Η αδυναμία παρασκευής εμβολίου, αφήνει σαν μόνο μέτρο πρόληψης την προσεκτική χρήση των αιχμηρών αντικειμένων και την τήρηση των βασικών κανόνων υγιεινής και χειρισμού των μολυσματικών υλικών. Μετά την έκθεση, η υπεράνοση γ-σφαιρίνη δεν συστήνεται καθώς δεν παρουσιάζει ιδιαίτερα αποτελέσματα. Συστήνεται ο ορολογικός έλεγχος του ατόμου μετά το ατύχημα, και ακολούθως έλεγχος anti-HCV και SGPT σε 4-6 μήνες και/ή HCV-RNA σε 6 εβδομάδες (ΚΕΕΛΠΝΟ). Σημειώνεται ότι, συγκεκριμένες και σαφείς είναι οι οδηγίες του ΚΕΕΛΠΝΟ σχετικά με την πρόληψη μετάδοσης αιματογενούς μεταδιδόμενων νοσημάτων τόσο πριν όσο και μετά την έκθεση σε βιολογικά υγρά ασθενών, οι οποίες κοινοποιούνται σε όλα τα δημόσια ιδρύματα παροχής υπηρεσιών υγείας [18].

Παρόλα αυτά, σημαντική για την πρόληψη των ηπατίτιδων Β και C, είναι η εκτενής εκστρατεία ενημέρωσης του κοινού σχετικά με τους τρόπους περιορισμού μετάδοσης της λοίμωξης, διάδοσης του εμβολιασμού, και ενημέρωσης σχετικά με τον τρόπο λοίμωξης, ώστε να μειωθεί το στίγμα των ανθρώπων με ηπατίτιδα Β και C. Αυτό γίνεται ως ένα βαθμό από το ΚΕΕΛΠΝΟ, το οποίο παρέχει ενημερωτικό υλικό τόσο στην ηλεκτρονική του διεύθυνση, όσο και τηλεφωνική ενημέρωση από εργαζόμενους στον τομέα υγείας και ψυχολόγους (σχετικά με την πρόληψη, το μονοπάτι που πρέπει να ακολουθήσει ο ασθενής για την διάγνωση και την θεραπεία, καθώς και τον τρόπο αποφυγής μετάδοσης της λοίμωξης στα άτομα, με τα οποία έρχεται σε στενή επαφή). Επίσης, σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού παίζει το Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής με έντυπο ενημερωτικό υλικό διαθέσιμο στις περισσότερες γαστρεντερολογικές κλινικές και εξωτερικά ιατρεία

γαστρεντερολογίας, αλλά και στο δικτυακό του τόπο: www.eligast.gr. Επίσης, έντυπο αλλά και ηλεκτρονικό υλικό για την ηπατίτιδα Β, συγκεκριμένα, παρέχει και ο δικτυακός τόπος www.hepb.gr, ο οποίος οργανώθηκε με την υποστήριξη ιδιωτικής εταιρείας φαρμάκων.

Προσπάθειες πιο προσιτές στο ευρύ κοινό, είναι κάποιες ημερίδες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης που οργανώνονται σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης, πχ Διαδημοτικό Δίκτυο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ΟΤΑ, καθώς και δημοσιεύματα σε εφημερίδες ή ιατρικά περιοδικά που απευθύνονται στο κοινό. Σημαντικότερη θεωρείται και πρέπει να αναφερθεί η ανακοίνωση του γραφείου Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Ν. Ξάνθης για την ενημέρωση των εκπαιδευτικών σχετικά με την αντιμετώπιση των παιδιών με ηπατίτιδα Β ή C.

Σχετικά με το θέμα της επιδημιολογικής επιτήρησης των δύο εξεταζόμενων νοσημάτων, θα δούμε ότι το ΚΕΕΛΠΝΟ, θεωρεί υποχρεωτικής δήλωσης μόνο τα περιστατικά οξείας ηπατίτιδας Β, και πρωτοδιαγνωσθείσας ηπατίτιδας C, με αναφορά που περιλαμβάνει την συμπλήρωση έτοιμης φόρμας και αποστέλλεται στο ΚΕΕΛΠΝΟ σε εβδομαδιαία βάση. Τα περιστατικά που απαιτούν υποχρεωτική δήλωση, είναι η οξεία ηπατίτιδα Β, καθώς και κάθε νεογνό <12 μηνών με HBsAg positive, και η πρωτοδιαγνωσθείσα, οξεία ή χρόνια ηπατίτιδα C. Παρόλα αυτά όμως, η παθητική αυτή μορφή επιδημιολογικής επιτήρησης, παρουσιάζει σημαντικές αδυναμίες, γεγονός που οδηγεί στην ανεπαρκή δήλωση νέων περιστατικών. Διερευνώντας τους λόγους μειωμένης δήλωσης των παραπάνω νοσημάτων, θα λέγαμε ότι καθοριστικό ρόλο παίζει σε αυτό ο τρόπος λειτουργίας του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Ο διογκωμένος ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας δυσχεραίνει την τακτική δήλωση των παραπάνω λοιμωδών, και σπάνια δηλώνονται νοσήματα που διαγιγνώσκονται σε ιδιωτικά ιατρεία ή ιδιωτικές κλινικές. Επιπλέον, η συμπλήρωση της φόρμας των νοσημάτων από τον κλινικό γιατρό και όχι από το εργαστήριο, που θέτει την εργαστηριακή διάγνωση του λοιμώδους, - η οποία και θεωρείται απαραίτητη για την δήλωση ενός νοσήματος- δημιουργεί ακόμα μεγαλύτερη δυσκολία στη σωστή καταγραφή των κρουσμάτων. Επιπρόσθετα, η έλλειψη οροεπιδημιολογικών μελετών σε εθνικό επίπεδο, τόσο λόγω της ογκώδους χρηματοδότησης, όσο και της μεθοδικότητας που οι μελέτες αυτές απαιτούν σε εθνικό επίπεδο, δεν επιτρέπουν τον ακριβή προσδιορισμό του επιπολασμού της ηπατίτιδας Β και C. Παρολαυτά, στοιχεία σχετικά με τον επιπολασμό των παραπάνω νοσημάτων σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού: πληθυσμούς υψηλού κινδύνου (π.χ. IVDUs), γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, αιμοδότες, ή πληθυσμούς περιορισμένους σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές, υπάρχουν, και παρέχουν μια τμηματική εικόνα της επιδημιολογίας των ηπατίτιδων στην Ελλάδα.

Σημαντικά βήματα στην σύγχρονη επιδημιολογία της ηπατίτιδας Β και C, έγιναν με την μεγάλη πολυκεντρική μελέτη HEPNET.GREECE που ξεκίνησε το 1997 και αξιολόγησε μεγάλο αριθμό HBsAg (+) και Anti-HCV (+) ασθενών. Σχετικά με τον HBsAg (+) πληθυσμό που αξιολογήθηκε, η μελέτη έδειξε ότι μετανάστες, κυρίως από την Αλβανία, αντιπροσωπεύουν το 18,6% του συνόλου, και το 56,6%

των παιδιών. Παρόλο που στις περισσότερες περιπτώσεις η πηγή λοίμωξης ήταν άγνωστη, η ενδοοικογενειακή μετάδοση αναφέρθηκε στο 16,9% των ενηλίκων και στο 33,9% των παιδιών. Μεταξύ των Ελλήνων η συχνότερη μορφή (92,1%) χρόνιας ηπατίτιδας Β ήταν η ΗΒεΑg negative (χαμηλής μολυσματικότητας), ενώ μεταξύ μεταναστών τα ποσοστά ΗΒεΑg positive λοίμωξης ήταν αυξημένα (16,6%) [16]. Σχετικά με τους συχνότερους τρόπους μετάδοσης της ηπατίτιδας Β, άλλη μελέτη αναφέρει την κατακόρυφη μετάδοση από την μητέρα στο έμβρυο, την σεξουαλική επαφή και την ενδοοικογενειακή μετάδοση σαν κύριες πηγές μετάδοσης [17]. Στον πληθυσμό Anti-HCV (+) που μελετήθηκε, η κύρια πηγή λοίμωξης ήταν η χρήση ενδοφλέβιων ουσιών (IVDUse). Ο επικρατέστερος γενότυπος ήταν ο 1 (44%), και ακολούθως ο 3 (32,8%) και ο 4 (15,3%). Με δεδομένο ότι πριν το 1992 ο συχνότερος τρόπος μετάδοσης της ηπατίτιδας C ήταν οι μεταγγίσεις μολυσμένου αίματος, με επικρατέστερο γενότυπο τον 1), εύκολα γίνεται κατανοητή η στροφή στην επιδημιολογία της λοίμωξης προς την χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών (με επικρατέστερο γενότυπο τον 3, ο οποίος γίνεται όλο και πιο συχνός [18]).

Άλλο ζήτημα που αξίζει να διερευνηθεί είναι κατά πόσον οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα οι μονάδες ελέγχου από κλινικής και εργαστηριακής πλευράς για την διάγνωση των παραπάνω λοιμωδών είναι προσπελάσιμες, γεωγραφικά και οικονομικά, στο γενικό πληθυσμό. Και παρόλο που ο ασφαλιστικός φορέας του καθενός είναι υπεύθυνος για την κάλυψη των εξόδων διάγνωσης, νοσηλείας και θεραπείας, υπάρχουν ακόμα ανασφάλιστοι, καθώς και λαθρομετανάστες στη χώρα μας, που διστάζουν να ζητήσουν ιατρική βοήθεια για οποιοδήποτε θέμα υγείας τους απασχολεί. Ακόμα και μετά το νόμο δωρεάν παροχής υπηρεσιών υγείας σε κάθε λαθρομετανάστη που πάσχει από λοιμώδες νόσημα, το νοσοκομείο θεωρείται κρατικός φορέας και γιαυτό αντιμετωπίζεται με μεγάλη επιφυλακτικότητα. Η διάγνωση των συγκεκριμένων νοσημάτων σε επίπεδο κλινικής υποψίας, και ακολούθως σε εργαστηριακό επίπεδο, δεν απαιτεί τίποτα παραπάνω από έναν κλινικά υποψιασμένο και κοινωνικά ευαισθητοποιημένο ιατρό, και εργαστηριακή υποδομή επιπέδου νομαρχιακού νοσοκομείου, στα οποία θεωρητικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι έχουν πρόσβαση η πλειονότητα του γενικού πληθυσμού.

Εντέλει, αυτό που χωλαίνει είναι η μειωμένη πρόληψη, που οφείλεται στην έλλειψη ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης, ιδιαίτερα των ομάδων υψηλού κινδύνου και η ελλιπής επίβλεψη της εμβολιαστικής κάλυψης του παιδικού και νεανικού πληθυσμού. Σε ένα καιρό που η επιδημιολογία της ηπατίτιδας Β και C, αλλάζουν, και παράγοντες κινδύνου όπως η χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών προστίθενται στη λίστα συχνών τρόπων μετάδοσης των νοσημάτων αυτών, κρίσιμη θεωρείται η στροφή στη ρίζα του προβλήματος και η στοχευμένη ενημέρωση των μειονοτικών κοινοτήτων υψηλού επιπολασμού, όπως είναι οι IVDUs, οι αθίγγανοι, οι μετανάστες και τα άτομα που έρχονται σε στενή επαφή μαζί τους.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **G Zacharakis, S Kotsiou, M Papoutselis, N Vafiadis, F Tzara, E Pouliou, E Maltezos, J Koskinas and K Papoutselis.** Changes in the epidemiology of hepatitis B virus infection following the implementation of immunisation programmes in northeastern Greece. *Eurosurveillance*. 2009; **14** (32).
2. **K.P. Kyriakis, L.E. Foudoulaki, E.I. Papoulia and K.E. Sofroniadou.** Seroprevalence of hepatitis B surface antigen (HBsAg) among first-time and sporadic blood donors in Greece: 1991-1996. *Transfusion Medicine*. 2000; **10**: 175-180.
3. **V. German, G. Giannakos, P. Kopterides, K. Liaskonis and M.E. Falagas.** Serologic indices of hepatitis B virus infection in military recruits in Greece (2004-2005). *BMC Infectious Diseases*. 2006; **6**:163.
4. **G.N. Dalekos, E. Zervou, F. Karabini and E. V. Tsianos.** Prevalence of viral markers among refugees from southern Albania: increased incidence of infection with hepatitis A, B and D viruses. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 1995; **7**(6): 553-558.
5. **A. Roussos, C. Goritsas, T. Pappas, M. Spanaki, P. Papadaki and A. Ferti.** Prevalence of hepatitis B and C markers among refugees in Athens. *World Journal of Gastroenterology*. 2003; **9**(5): 993-995.
6. **A. Michos, A. Terzidis, V. Kalampoki, K. Pantelakis, Th. Spanos and E.Th. Petridou.** Seroprevalence and Risk Factors for Hepatitis A, B, and C Among Roma and Non-Roma Children in a Deprived Area of Athens, Greece. *Journal of Medical Virology*. 2008; **80**:791-797.
7. **V. Papaevangelou, C. Hadjichristodoulou, D.C. Cassimos, K. Pantelaki, A. Tzivaras, A. Hatzimichael and M. Theodoridou.** Seroprevalence of Hepatitis B in Greek Children 6 Years After the Implementation of Universal Vaccination. *Infection*. 2008; **36**: 135-139.
8. **V. Papaevangelou, C. Hadjichristodoulou, D. Cassimos and M. Theodoridou.** Adherence to the screening program for HBV infection in pregnant women delivering in Greece. *BMC Infectious Diseases*. 2006; **6**:84.
9. **I.S. Elefsiniotis, I. Glynou, I. Magaziotou, K.D. Pantazis, N.V. Fotos, H. Brokalaki, H. Kada and G. Saroglou.** HBsAg negative serological status and low viral replication levels characterize chronic hepatitis B virus-infected women at reproductive age in Greece: A one-year prospective single center study. *World J Gastroenterol* 2005; **11**(31):4879-4882.
10. **I.S. Elefsiniotis, I. Glynou, H. Brokalaki, I. Magaziotou, K.D. Pantazis, A. Fotiou, G. Liosis, H. Kada and G. Saroglou.** Serological and virological profile of chronic HBV infected women at reproductive age in Greece. A two-year single center study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2007; **132**: 200-203.
11. **I.S. Elefsiniotis, I. Glynou, I. Zorou, I. Magaziotou, H. Brokalaki, E. Apostolopoulou, E. Vezali, H. Kada and G. Saroglou.** Surveillance for hepatitis B virus infection in pregnant women in Greece shows high rates of chronic infection among immigrants and low vaccination - induced protection rates: preliminary results of a single center study. *Eurosurveillance*. 2009; **14**(9).

12. **A. Papadimitriou, D. Theocharidou, V. Koulourida, E. Siskou, E. Martziou, S. Charalampidou and E. Sidiropoulos.** Hepatitis B serological profile and HBsAg(+) prevalence among women inpatients of an obstetrics - gynecological unit in Greece. *ECCMID*. Vienna, 10-13 April, 2010.

13. **M. Raptopoulou - Gigi, E. Orphanou, Th. Lalla, A. Lita and A. Garifallos.** Prevalence of hepatitis C virus infection in a cohort of pregnant women in northern Greece and transmission of HCV from mother to child. *European Journal of Epidemiology*. 2001; **17**: 263-266.

14. **Rachiotis G, Goritsas C, Alikakou V, Ferti A and Roumeliotou A.** Vaccination against hepatitis B virus in workers of a general hospital in Athens. *Med Lav*. 2005. **96**(1):80-86.

15. **M. Raptopoulou, G. Papatheodoridis, A. Antoniou, J. Ketikoglou, D. Tzourmakliotis, T. Vasiliadis, N. Manolaki, G. Nikolopoulou, E. Manesis and I. Pierroutsakos.** Epidemiology, course and disease burden of chronic hepatitis B virus infection. HEPNET study for chronic hepatitis B: a multicentre Greek study. *Journal of Viral Hepatitis*, 2008.

16. **Aggelos Stefanos, Nikolaos Gatselis, Kalliopi Zachou, Eirini Rigopoulou, Christos Hadjichristodoulou and George N. Dalekos.** Descriptive epidemiology of chronic hepatitis B by using data from a hepatitis registry in Central Greece. *European Journal of Internal Medicine* 2009; **20**:35-43.

17. **M. Raptopoulou, D. Tzourmakliotis, N. Nikolopoulou, A. Skoutelis, G. Dalekos, M. Dimopoulou, K.I. Angelidou, A. Avgerinos, G. Chatzis and S. Manolakopoulos.** Epidemiology of hepatitis C in Greece: results of the nationwide HEPNET. REECE cohort study. *41st EASL*, Vienna.

18. **B. Drakopoulos.** Hygiene and work safety in Hospital Environment. May, 2007. *Ed. ELINYAE*. ISBN: 978-960-7678-78-2.

19. **Merja Rentala and M JW van de Laar,** Surveillance and Epidemiology of Hepatitis B and C in Europe - A Review. *Eurosurveillance*. 2008;**13**(21).

PREVENTION, EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE AND AWARENESS OF GENERAL POPULATION AND WORKERS ON HEPATITES B AND C IN GREECE

D. Theocharidou

Postgraduate Programme Health and Safety in Workplaces, Medical School, Democritus University of Thrace, Laboratory of Hygiene and Environmental Protection, Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece.

Abstract: The following report represents an attempt to evaluate already published data concerning HBV and HCV prevalence in Greece. Taking into account the lack of nationwide seroprevalence data, we tried to gather as much information as we could concerning HBV and HCV endemicity, and point out changes taking place in infection epidemiology during the last years, for example high migration rates from highly endemic countries. Although Greece belongs to HBV intermediate and HCV low endemicity countries, high prevalence rates are reported among specific high risk groups, accompanied with low vaccination rates for HBV, which reveals future consequences of the problem. Although provided data are not representative of the general population, they provide a disseminated overview of specific groups such as women of reproductive age, immigrants, children etc. The purpose of this study is to evaluate preventive measures, awareness campaigns- especially among high risk groups- and surveillance policies of our country. Taking into account that nowadays HBV and HCV epidemiology changes, strict surveillance in order to evaluate these changes and awareness campaigns among high risk groups, for example: immigrants (HBV), IVDUs (HCV) are required as a first step to prevention.

ΖΩΙΚΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΣΕ ΕΥΑΙΣΘΗΤΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ

Μαρία Χατζάκη

Λέκτορας, Τμήμα Μοριακής Βιολογίας και Γενετικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Περίληψη: Στη χώρα μας τα πιο επικίνδυνα ζώα για τη δημόσια υγεία ανήκουν στα φίδια (5 είδη οχιάς) που απαντούν σε ολόκληρη την ηπειρωτική και νησιωτική Ελλάδα, στις αράχνες (μαύρη χήρα και αράχνες που προκαλούν νεκρωτικό αραχνιδισμό) και στους σκορπιούς. Δήγμα από τις δύο πρώτες κατηγορίες είναι δυνατό να επιφέρει σημαντικά προβλήματα στην υγεία του ανθρώπου και μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στο θάνατο. Αντίθετα θανατηφόρο δήγμα σκορπιού δεν έχει αναφερθεί ποτέ στη χώρα μας. Ομάδες πληθυσμού με αυξημένη επικινδυνότητα εμφάνισης κρουσμάτων είναι άτομα των οποίων το επάγγελμα ή γενικότερα η απασχόληση σχετίζεται με τη φύση (π.χ. αγρότες, οικοδόμοι, υπάλληλοι δασών, αγροφύλακες, υπάλληλοι της ΔΕΗ που εργάζονται στα δίκτυα καλωδίων, κατασκευαστές κ.ά.), τα παιδιά, οι υπερήλικες και γενικά άτομα με επιβαρυνμένη υγεία, κυρίως ως προς το καρδιαγγειακό τους σύστημα. Το επίπεδο επίσημης καταγραφής κρουσμάτων και τα σχετικά επιδημιολογικά στοιχεία βρίσκονται σε πολύ χαμηλό επίπεδο και δεν αντικατοπτρίζουν την πραγματικότητα, ιδιαίτερα στις περιοχές όπου ο κίνδυνος είναι υψηλότερος (αγροτικές περιοχές, βοσκότοποι, απομακρυσμένα νησιά κυρίως του ανατολικού Αιγαίου). Η ελλιπής γνώση για την πανίδα της περιοχής και τους κινδύνους που εγκυμονεί τόσο από τη μεριά του κοινού όσο και από τα ιατρικά κέντρα, η δυσκολία στη γρήγορη και έγκυρη καταγραφή του ζώου που έχει προκαλέσει το δήγμα και η χαμηλή παροχή υπηρεσιών υγείας σε ακριτικές και απομακρυσμένες περιοχές της χώρας είναι παράγοντες που οδηγούν στα αποσπασματικά κρούσματα θανάτων που συμβαίνουν κατά καιρούς. Προκειμένου να αποφεύγονται περιστατικά σοβαρότερων επιπλοκών σε περιπτώσεις δηγμάτων από δηλητηριώδη ζώα στη χώρα μας θα πρέπει να υπάρξει περισσότερη και επαρκέστερη ενημέρωση και κατάρτιση κοινού και ιατρικών φορέων, ώστε η αντιμετώπιση των κρουσμάτων να γίνεται σωστά και έγκαιρα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τον όρο δηλητήριο εννοούμε μια σειρά από ουσίες (τοξίνες) που χρησιμοποιούνται από ζωικούς και φυτικούς οργανισμούς για άμυνα και θήρευση. Στην αγγλική ορολογία υπάρχει η διάκριση μεταξύ δηλητηρίων (=venoms) που εγχέονται ενεργητικά από ειδικά όργανα (π.χ. κεντρί, δόντια,

χηλήκερα, πλοκάμια) των ζώων που τα παράγουν όταν θέλουν να ακινητοποιήσουν ή και να σκοτώσουν τη λεία τους ή να προστατευτούν από τους εχθρούς τους και δηλητηρίων (=poisons) που διαθέτουν ζώα, φυτά ή μύκητες (μανιτάρια) και τα οποία περνάνε παθητικά σε άλλους οργανισμούς μέσω του πεπτικού τους συστήματος όταν τα καταναλώνουν ή μέσω του δέρματός τους όταν έρχονται σε επαφή με αυτά. (Στην ελληνική υπάρχει ο όρος «ιοβόλος όφις» που χρησιμοποιείται για τα φίδια). Τα τελευταία χρησιμοποιούνται από τους οργανισμούς που τα παράγουν κυρίως για άμυνα και όχι για θήρευση. Πολύ συχνά τα δηλητήρια που έχουν οι οργανισμοί δεν παράγονται από αυτούς τους ίδιους αλλά από συμβιωτικούς μικροοργανισμούς. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η τετροδοτοξίνη, μία νευροτοξίνη η οποία έχει βρεθεί κυρίως σε ψάρια και χταπόδια, αλλά είναι πλέον γνωστό ότι παράγεται από βακτήρια όπως το *Pseudoalteromonas tetraodonis*, και από άλλους μικροοργανισμούς του γένους *Pseudomonas* και *Vibrio*.

Επίσης, θα πρέπει να γίνει η διάκριση μεταξύ τοξινών, δηλαδή φυσικών προϊόντων που παράγονται από οργανισμούς, και τοξικών ουσιών που είναι χημικές ενώσεις που δεν παράγονται από οργανισμούς, αλλά έχουν τοξική δράση.

Οι τοξίνες είναι δυνατό να εμπλέκονται άμεσα ή έμμεσα στη διαγνωστική και θεραπευτική αγωγή διαφόρων ασθενειών ή μπορούν να αποτελέσουν χρήσιμα εργαλεία ανίχνευσης μηχανισμών δράσης σε άλλες.

Οι σύγχρονες φαρμακολογικές και βιοτεχνολογικές εφαρμογές χρησιμοποιούν τις τοξίνες για να παράξουν ουσίες κατά του καρκίνου, της επιληψίας, της θρόμβωσης του αίματος, της υπέρτασης ή αναλγητικά φάρμακα. Εφαρμογή στη βιολογική καταπολέμηση βρίσκει η δημιουργία μέσω γενετικής μηχανικής βακτηριακών στελεχών με εντομοκτόνο δράση που οφείλεται στην έκφραση γονιδίων που κωδικοποιούν για τοξίνες.

Ανάλογα με τη χημική τους σύνθεση και τον τρόπο δράσης τους τα δηλητήρια μπορεί να έχουν πολύ ευρύ ή πολύ στενό πεδίο οργανισμών-στόχων. Μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό από τα δηλητηριώδη ζώα που υπάρχουν στον κόσμο αφορούν την ανθρώπινη υγεία. Ωστόσο, υπάρχουν πολλές περιπτώσεις που το δήγμα (=σίμπημα/δάγκωμα) από ένα τέτοιο ζώο μπορεί να επιφέρει πολύ σοβαρές συνέπειες στον άνθρωπο, πράγμα που δικαιολογεί το φόβο αλλά και την επιστημονική δραστηριότητα γύρω από το θέμα.

Δηλητηριώδη ζώα ανήκουν στα περισσότερα ζωικά φύλα, και απαντώνται τόσο στα χερσαία (αραχνίδια – αράχνες, ακάρεα και σκορπιόι – μυριάποδα – σκολόπεντρες – έντομα – μέλισσες, σφήκες, μυρμήγκια-, φίδια και κάποια αμφίβια) όσο και στα υδάτινα οικοσυστήματα (μεγάλος αριθμός ψαριών -π.χ. σμέρνα, δράκαινα κλπ και υδρόβιων ερπετών καθώς και ασπονδύλων - σαλιγκάρια, κεφαλόποδα, μέδουσες).

Ανεξάρτητα από την ταξινομική ομάδα, τα περισσότερα δηλητηριώδη είδη ζουν σε τροπικές, υποτροπικές και ζεστές εύκρατες περιοχές της γης, όπως για παράδειγμα τα τροπικά δάση του Αμαζονίου ή της Αυστραλίας, αλλά και σε ερήμους. Υπάρχουν επίσης δηλητηριώδη ζώα που προσαρμόζονται στα ανθρωπογενή περιβάλλοντα, είτε αγροτικές περιοχές με καλλιέργειες (π.χ. φίδια,

σαρανταποδαρούσες, αράχνες), είτε πόλεις (π.χ. σαρανταποδαρούσες, αράχνες, σκορπιοί).

Λόγω αλλαγών στο περιβάλλον ή/και στο κλίμα τα τελευταία χρόνια, είδη που δεν σχετίζονταν με το ανθρωπογενές περιβάλλον έχουν εποίκισει σε πρόσφατο χρόνο ανθρώπινες κατοικίες, όπως για παράδειγμα είδη σπηλαιόβιων αραχνών που αναζητούν τη σκιά/δροσιά σε γωνιές σπιτιών ή θερμόφιλα είδη που εποίκίζουν βορειότερα κλίματα και επιλέγουν το εσωτερικό των σπιτιών όπου η θερμοκρασία είναι υψηλότερη των εξωτερικών χώρων.

Ομάδες υψηλού κινδύνου ως προς τα ζωικά δήγματα θεωρούνται οι αγροτικοί πληθυσμοί που έρχονται σε συχνότερη επαφή με καλλιέργειες και άλλες αγροτικές εγκαταστάσεις, αλλά και επαγγελματίες που σχετίζονται με την έκθεση στη φύση, οικοδόμοι, υπάλληλοι δασών, αγροφύλακες, υπάλληλοι της ΔΕΗ που εργάζονται στα δίκτυα καλωδίων κ.ά.

Άλλες ομάδες υψηλού κινδύνου εκτός από τα άτομα με αλλεργίες στα συγκεκριμένα δήγματα, είναι τα παιδιά και οι υπερήλικες καθώς και άτομα με επιβαρυνμένη υγεία κυρίως ως προς το καρδιαγγειακό τους σύστημα. Τέλος ομάδες υψηλού κινδύνου μπορούν να θεωρηθούν άτομα που έρχονται συχνά σε επαφή με τη φύση στο πλαίσιο δραστηριοτήτων ανάπαυλας και χόμπυ.

ΧΗΜΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΔΡΑΣΗ

Τα δηλητήρια είναι συνήθως μίγματα πολλών διαφορετικών μορίων. Οι ουσίες που τα αποτελούν μπορούν να διακριθούν σε δύο βασικές κατηγορίες:

1. Μόρια με τοξική δράση και μεγάλη εξειδίκευση, συνήθως πρωτεϊνικής φύσης (τοξίνες)
2. Μόρια που φυσιολογικά υπάρχουν στα κύτταρα σε χαμηλές συγκεντρώσεις, αλλά στα δηλητήρια γίνονται τοξικά λόγω της υψηλής τους συγκέντρωσης ή λειτουργούν επικουρικά στην όλη διαδικασία, π.χ. διευκολύνοντας τη διείσδυση και ενδοκυτταρική έγχυση της τοξίνης. Τέτοια μόρια μπορεί να είναι ένζυμα, αμίνες (σεροτονίνη, ισταμίνη, ακετυλοχολίνη), ιόντα, άλλες πρωτεΐνες ή αυξητικοί παράγοντες.

Κοινά χαρακτηριστικά όλων των δηλητηρίων είναι τα ακόλουθα:

- Έχουν πολύ γρήγορη δράση, προκαλώντας είτε παράλυση της λείας ώστε να αποφευχθεί η διαφυγή ή η επιθετική της αντίδραση (αλλά πάντως είναι ανεξάρτητη της πέψης καθεαυτής), είτε απώθηση ενός ανεπιθύμητου εχθρού (αμυντικός μηχανισμός).
- Συνήθως πολύ μικρές ποσότητες αρκούν για να επιτευχθεί η δράση τους.
- Υπάρχει μεγάλο εύρος εξειδίκευσης των κυτάρων-στόχων, π.χ. υπάρχουν κυτταροτοξίνες ή καρδιοτοξίνες που έχουν αρκετά γενικευμένη δράση και νευροτοξίνες με πολύ εξειδικευμένο στόχο στις συναπτικές θέσεις των νευρικών κυτάρων όπου αλλάζουν τη διαπερατότητα των διαφόρων ιοντικών καναλιών.

- Εκτός της τοξικής τους δράσης έχουν και αντιγονική δράση, διεγείροντας το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού-στόχου. Σε αυτή τη δράση των δηλητηρίων αποσκοπεί και όλη η διαδικασία εμβολιασμών και οροθεραπείας που συνήθως προτείνονται για την αντιμετώπιση των δηλητηριάσεων.
- Τέλος επηρεάζουν τη συγκόλληση των ερυθρών αιμοσφαιρίων προκαλώντας είτε αιμόλυση είτε θρόμβωση.

ΔΗΛΗΤΗΡΙΩΔΗ ΖΩΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Παρακάτω δίνεται μία σύνοψη σε ό,τι αφορά στα δηλητηριώδη ζώα που απαντώνται στον Ελληνικό χώρο και τη δράση τους στον άνθρωπο, επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον στα χερσαία οικοσυστήματα. Για κάθε ομάδα δίνονται στοιχεία της βιολογίας και της γεωγραφικής κατανομής των επικινδυνών ειδών, μορφολογικά χαρακτηριστικά, ο βαθμός επικινδυνότητας καθώς και τρόποι αντιμετώπισης της δηλητηρίασης από αυτά.

A. ΕΡΠΕΤΑ

Σε αντίθεση με τους σκορπιούς και τις αράχνες στα οποία όλοι οι αντιπρόσωποι (είδη) έχουν δηλητηριώδεις αδένες, τα φίδια δεν έχουν όλα δηλητήριο. Από τα περίπου 2.700 είδη που υπάρχουν σε όλο τον κόσμο, τα 400 έχουν δηλητήριο και από αυτά πολύ λιγότερα είναι επικίνδυνα για τον άνθρωπο. Τα πιο επικίνδυνα για τον άνθρωπο φίδια ανήκουν στις οικογένειες Elapidae (κόμπρα, μάμπα κλπ), Hydrophiidae (φίδια των τροπικών θαλασσών) και Viperidae (κροταλίες και οχιές). Από αυτά, τα τελευταία διαθέτουν το πιο σύνθετο σύστημα έγχυσης του δηλητηρίου τους (σωληνόγλυφα) και κατανέμονται σε περιοχές της Αφρικής, της Ευρώπης και της Κεντρικής Ασίας.

Τα φίδια δεν έχουν αναπτυγμένο σύστημα μάσησης της τροφής τους και καταπίνουν τη λεία τους αμάσητη.

Το δηλητηριώδες είναι πολύ πλούσιο σε ένζυμα που βοηθούν στη διάλυση της τροφής. Κατά τα άλλα το δηλητήριο είναι επίσης πολύ πλούσιο σε άλλες ουσίες όπως τοξίνες που περιέχουν φωσφολιπάσες, ακετυλοχολίνη ή ακετυλοχολινεστεράση και στοχεύουν στο νευρομυϊκό και καρδιαγγειακό σύστημα για την παράλυση της λείας και έχουν ιδιαίτερα συντηρημένο αρχιτεκτονικό πρότυπο, ανεξάρτητα από τη διαφορετική και ποικίλη σύνθεσή τους.

Η τοξικότητα και η σύνθεση του δηλητηρίου μπορεί να διαφέρουν ακόμα και μέσα στο ίδιο είδος, ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, την εποχή και το περιβάλλον στο οποίο απαντάται ένα φίδι.

Περισσότεροι από 2,5 εκατομμύρια άνθρωποι δέχονται δάγκωμα από φίδι και από αυτούς, περισσότεροι από 100.000 οδηγούνται στο θάνατο ετησίως.

Μέρος αυτού οφείλεται στο γεγονός της ελλιπούς υγειονομικής περίθαλψης σε περιοχές όπου τα περιστατικά είναι πολύ συχνότερα. Σε τροπικές περιοχές πολλά δηλητηριώδη φίδια πλησιάζουν τις κατοικίες και είναι δυνατό να μπαίνουν ακόμα και στα σπίτια. Στην περιοχή μας τα πιο επικίνδυνα φίδια ανήκουν στην οικογένεια Viperidae και είναι τα διάφορα είδη οχιάς που απαντώνται στα περισσότερα μέρη της Ελλάδας με λίγες εξαιρέσεις (π.χ. Κρήτη, Αστυπάλαια, Αμοργός και μικρά νησάκια του Αιγαίου).

Macrovipera schweizeri (Werner, 1935)

Κοινή ονομασία: λεβαντόχεντρα, οχιά της Μήλου

Κατανομή: είναι ενδημικό είδος του αρχιπελάγους της Μήλου (Μήλος, Κίμωλος, Πολύαιγος, Σίφνος).

Ενδιαίτημα: βρίσκεται κυρίως σε φρύγανα και μακί, τα οποία κυριαρχούν στα νησιά, όπου συναντάται. Προτιμά υγρές περιοχές κοντά σε ρυάκια, μικρούς ποταμούς και λίμνες, κήπους και καλλιέργειες.

Μορφολογικά χαρακτηριστικά: σε μήκος φτάνει το 1,5 μέτρο. Το κεφάλι είναι μεγάλο, τριγωνικό. Τα μάτια είναι μεγάλα με κατακόρυφη κόρη. Στην κορυφή του ρύγχους υπάρχει ένα κέρασ, χαρακτηριστικό του είδους. Το χρώμα του ποικίλει από γκρι σε μπρούτζινο και ανοικτό καφέ με πιο σκούρα στίγματα ραχιαία.

Στοιχεία βιολογίας: είναι ημερόβιο και δραστηριοποιείται κυρίως κατά το καλοκαίρι. Είναι ικανό αναρριχητικά και κατά την άνοιξη ανεβαίνει σε δέντρα και θηρεύει πουλιά. Το καλοκαίρι είναι δραστήριο και κατά το λυκόφως ή και νωρίς τη νύχτα. Η περίοδος αναπαραγωγής είναι το Μάιο. Τρέφεται με μικρά θηλαστικά (κυρίως τρωκτικά), πουλιά, σαύρες και έντομα. Είναι επιθετικό.

Δηλητήριο: είναι ισχυρότατο και μπορεί να προκαλέσει το θάνατο. Περιέχει φημπρινογενάσες και νευροτοξίνες. Το δάγκωμα προκαλεί συμπτώματα πόνου, πρηξίματος, μελανιάσματος, καθώς και πονοκέφαλο, ναυτία, εμετό, διάρροια, ταχυκαρδία, λιποθυμία και δύσπνοια. Έχουν επίσης αναφερθεί συμπτώματα ζάλης, τοπικής νέκρωσης και κνησμού.

Vipera ammodytes (Linnaeus, 1758)

Κοινή ονομασία: κερασφόρος οχιά

Κατανομή: Ν. Αυστρία, Αλβανία, Αρμενία, Βοσνία & Ερζεγοβίνη, Βουλγαρία, Κροατία, Ελλάδα, Β. Ιταλία, Π.Γ.Δ.Μ., Ρουμανία, Σερβία, Σλοβενία, Αζερμπαϊτζάν, Γεωργία, Τουρκία, Ιράν.

Κατανομή στην Ελλάδα: Συναντάται γενικά σε ολόκληρη την ηπειρωτική Ελλάδα, τα νησιά του Αιγαίου και του Ιονίου. Δεν υπάρχει στην Κρήτη, την Ανάφη και την Αστυπάλαια (στα δύο τελευταία δεν υπάρχουν φίδια), το σύμπλεγμα της

Μήλου (όπου συναντάται το είδος *Macrovipera schweizeri*) και στα νησιά του ανατολικού Αιγαίου (όπου αντικαθίσταται από το είδος *Montovipera xanthina*). Στην Ελλάδα συναντάται το υποείδος *V. a. meridionalis* Boulenger, 1903.

Ενδιαίτημα: Συναντάται σε ποικιλία βιοτόπων, από παραλιακούς αμμόλοφους μέχρι βουνά σε υψόμετρο 2.500 μέτρα, σε βραχώδεις πλαγιές με αραιή βλάστηση, φρυγανικούς βιοτόπους, μεσογειακά δάση, αλλά και σε ανθρωπογενή ενδιαίτηματα (κήποι, ξερολιθιές, καλλιέργειες, ακόμα και κοντά σε σπίτια).

Μορφολογικά χαρακτηριστικά: σε μήκος φτάνει τα 90 εκ., αν και συνήθως είναι μικρότερο από 65 εκ. Το κεφάλι είναι μεγάλο, τριγωνικό. Στην κορυφή του ρύγχους υπάρχει ένα κέρασ, χαρακτηριστικό του είδους. Παρουσιάζει μεγάλη χρωματική ποικιλομορφία (γκρι, κιτρινωπό, σκούρο κόκκινο). Από το λαιμό προς την ουρά εμφανίζεται μια σπονδυλική λωρίδα από ρομβοειδείς κηλίδες σε σχήμα ζικ-ζαγκ.

Στοιχεία βιολογίας: Τα πρότυπα δραστηριότητας μεταβάλλονται ανάλογα με την περίοδο. Αν και συνήθως είναι ημερόβιο, κατά τη θερμή περίοδο του έτους δραστηριοποιείται μετά το λυκόφως ή ακόμα και τη νύχτα. Η περίοδος αναπαραγωγής είναι το διάστημα Απριλίου-Μαΐου. Τα θηλυκά εναποθέτουν 12-20 αυγά. Τρέφεται με μικρά θηλαστικά, πουλιά και σαύρες.

Δηλητήριο: είναι πιθανότατα το πιο δηλητηριώδες φίδι της ηπειρωτικής Ευρώπης. Το δηλητηριώδες του είναι ιδιαίτερα τοξικό, αλλά η τοξικότητα ποικίλει σε σχέση με το χρόνο και τον πληθυσμό. Το LD50 (θανατηφόρος δόση) που έχει βρεθεί για ποντίκια είναι 1,2 mg/kg (ενδοφλέβια), 1,5 mg/kg (περιτοναϊκά) και 2,0 mg/kg (υποδόρια). Μπορεί να αποβεί θανατηφόρο για ανθρώπους. Το δηλητήριο έχει πρωτεολυτικά και νευροτοξικά (προσυναπτικές νευροτοξίνες) συστατικά και περιέχει αιμοτοξίνες με αιμοπηκτικές ιδιότητες, παρόμοιες και ισοδύναμες με αυτές του δηλητηριώδους ειδών κροταλία. Το δάγκωμα προκαλεί συμπτώματα πόνου, πρηξίματος, μελανιάσματος και αποχρωματισμού, τα οποία μπορεί να εμφανίζονται άμεσα. Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν πονοκέφαλο, ναυτία, εμετό, διάρροια, ταχυκαρδία, λιποθυμία, δύσπνοια και υπόταση. Έχουν επίσης αναφερθεί συμπτώματα ζάλης, τοπικής νέκρωσης και κνησμού. Το δηλητήριο του *V. ammodytes* χρησιμοποιείται για την παραγωγή αντιδότην για το δηλητήριο άλλων ευρωπαϊκών ειδών οχιάς.

Vipera berus (Linnaeus, 1758)

Κοινή ονομασία: αστρίτης

Κατανομή: Ευρώπη, Β. Κορέα, Γεωργία, Καζακστάν, Κίνα, Μογγολία.

Κατανομή στην Ελλάδα: Συναντάται στις ορεινές περιοχές της Ηπείρου και της Μακεδονίας. Στην Ελλάδα συναντάται το υποείδος *V. b. bosniensis* Boettger, 1889.

Ενδιαίτημα: συναντάται σε αλπικά λιβάδια και δάση, σε βραχώδεις περιοχές με μέτρια βλάστηση, κοντά σε ρυάκια και μικρούς ποταμούς.

Μορφολογικά χαρακτηριστικά: σε μήκος φτάνει τα 75 εκ.. Το κεφάλι είναι μικρό και πιο πεπλατυσμένο σε σχέση με τις άλλες οχιές. Παρουσιάζει μεγάλη χρωματική ποικιλομορφία (γκρι, μαύρο ή σκούρο καφέ ζιγκ-ζαγκ). Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις μονοχρωμίας (πορτοκαλί, κοκκινωπό ή μελανό χρώμα).

Στοιχεία βιολογίας: είναι ημερόβιο. Μπορεί να δραστηριοποιείται μετά το λυκόφως κατά τις θερμές καλοκαιρινές ημέρες. Είναι ικανό κολυμβητικά και έχει παρατηρηθεί να διασχίζει μικρούς ποταμούς. Γεννά από την άνοιξη έως τα μέσα του καλοκαιριού. Τρέφεται κυρίως με μικρά θηλαστικά, τρωκτικά και σπανιότερα με σαύρες.

Δηλητήριο: εξαιτίας της αυξημένης παρουσίας του σε περιοχές όπου υπάρχει επίσης ανθρώπινη παρουσία, οι περιπτώσεις δηγμάτων είναι σχετικά συχνές. Στη Σουηδία καταγράφονται επισήμως πάνω από 1.300 περιστατικά ετησίως, 12% των οποίων απαιτούν νοσηλεία. Η τοξικότητα του δηλητηρίου είναι σχετικά χαμηλή σε σύγκριση με άλλα είδη οχιάς. Το LD50 που έχει βρεθεί για ποντίκια είναι 0,55 mg/kg (ενδοφλέβια), 0,8 mg/kg (περιτοναϊκά) και 6,45 mg/kg (υποδόρια). Μπορεί να αποβεί θανατηφόρο για παιδιά και σε ορισμένες περιπτώσεις και σε ενήλικες. Το δηλητήριο περιέχει νευροτοξίνες. Το δάγκωμα προκαλεί τοπικό πόνο και μετά από λίγα λεπτά πρήξιμο, μελάνιασμα, πονοκέφαλο, ναυτία, εμετό, διάρροια και υπόταση.

Vipera ursinii (Bonaparte, 1835)

Κοινή ονομασία: νανόχεντρα

Κατανομή: κεντρική και Μικρά Ασία. Στην Ευρώπη υπάρχουν μικροί απομονωμένοι πληθυσμοί στο κεντρικό και ΝΑ τμήμα.

Κατανομή στην Ελλάδα: Συναντάται σε μεγάλα υψόμετρα της οροσειράς της Πίνδου. Στην Ελλάδα συναντάται το υποείδος *V. u. graeca* Nilson and André, 1988.

Ενδιαίτημα: Συναντάται σε ανοικτές περιοχές με βλάστηση, κάτω από πέτρες και πεσμένους κορμούς δέντρων.

Μορφολογικά χαρακτηριστικά: σε μήκος φτάνει τα 60 εκ.. Το χρώμα του είναι συνήθως γκριζωπό προς καφέ με ένα σκούρο ζιγκ-ζαγκ ραχιαία.

Στοιχεία βιολογίας: είναι ημερόβιο. Γεννά κατά το διάστημα Απριλίου-Μαΐου. Τρέφεται με ακρίδες, γρύλους και άλλα έντομα, αλλά και με μικρά θηλαστικά και σαύρες.

Δηλητήριο: το δήγμα του είναι επικίνδυνο, αν και το δηλητηριό του είναι πιο αδύναμο σε σχέση με τα άλλα είδη οχιάς. Προκαλεί τοπικό πόνο, πρήξιμο, μελάνιασμα, σοκ, νέκρωση και αιμορραγία.

Montovipera xanthina (Gray, 1849)

Κοινή ονομασία: οθωμανική οχιά

Κατανομή: Μικρά Ασία μέχρι το Λίβανο και τα νότια του Καυκάσου. Η Ελλάδα είναι η μοναδική ευρωπαϊκή χώρα στην οποία συναντάται.

Κατανομή στην Ελλάδα: συναντάται στα περισσότερα μεγάλα νησιά του ανατολικού Αιγαίου και στα παράλια της Θράκης.

Ενδιαίτημα: συναντάται σε ποικιλία ενδιαιτημάτων, όπως σε ξηρές, ανοικτές, βραχώδεις περιοχές, ελαιώνες, καλλιέργειες και υγροτόπους.

Μορφολογικά χαρακτηριστικά: σε μήκος φτάνει το 1 μέτρο. Το τυπικό χρώμα του είναι καφέ ή γκριζωπό-καφέ με ένα πιο σκούρο ζιγκ-ζαγκ ραχιαία. Πλευρικά φέρει πλατιές, σκούρες κηλίδες.

Στοιχεία βιολογίας: είναι ημερόβιο και νυκτόβιο, ειδικά το καλοκαίρι. Γεννά κατά το διάστημα Απριλίου-Ιουνίου. Τρέφεται με μικρά θηλαστικά, σαύρες και πουλιά.

Δηλητήριο: το δάγκωμά του είναι πολύ επικίνδυνο και το δηλητηριό του είναι ισχυρότατο. Προκαλεί τοπικό πόνο, πρήξιμο, μελάνιασμα, υπόταση, διάρροια, εμετό, ναυτία, δύσπνοια.

Αντιμετώπιση: Το δάγκωμα από τα παραπάνω φίδια μπορεί να προκαλέσει ήπιες έως έντονες τοπικές αντιδράσεις του τύπου που αναφέρθηκε παραπάνω. Τόσο η τοξικότητα όσο και η σύνθεση του δηλητηρίου εξαρτώνται από τις συνθήκες του περιβάλλοντος, την ηλικία και το φύλο του ζώου, την ποσότητα του εγχόμενου δηλητηρίου, αλλά και από την ευαισθησία του θύματος. Επειδή δεν είναι πάντα εύκολη η αναγνώριση του είδους ή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του ζώου που προκάλεσε το δάγκωμα ώστε να γίνεται σωστή εκτίμηση της επικινδυνότητας, όλες οι περιπτώσεις δαγκώματος από φίδι πρέπει να αντιμετωπίζονται ως σοβαρές, επείγουσες και δυνητικά θανατηφόρες.

Πρώτες βοήθειες: Το άτομο είναι καλό να ηρεμήσει και να μην πανικοβληθεί. Συνιστάται σφικτό δέσιμο του μέλους που δαγκώθηκε με κάποιο καθαρό πανί και ακινησία. Αναλγητικά, αντισταμινικά ή αντιφλεγμονώδη φάρμακα είναι καλό να δίνονται αν το άτομο φαίνεται να τα έχει ανάγκη. Συνιστάται επίσης μεταφορά στο κοντινότερο κέντρο υγείας και λήψη έγκυρης ιατρικής συμβουλής.

Θεραπεία: Αντίδοτα πρέπει να παρέχονται πάντα, εκτός από περιπτώσεις κατά τις οποίες το δηλητηριό που εισέρχεται στον οργανισμό είναι ελάχιστο. Πολλαπλές δόσεις είναι πιθανό να είναι απαραίτητες. Παρακάτω δίνεται πίνακας με τα διαθέσιμα αντίδοτα σε χώρες της Βαλκανικής χερσονήσου και τα είδη στα οποία έχουν επίδραση (Πίνακας 1).

Αντίδοτο	<i>Macrovipera schweizeri</i>	<i>Vipera ammodytes</i>	<i>Vipera berus</i>	<i>Vipera ursinii</i>	<i>Montovipera xanthina</i>
Κωδικός: SEU1ZC01 Όνομασία: Viper Venom Antitoxin, European Κατασκευαστής: Institute of Immunology, Inc. Τηλέφωνο: ++385-1-468-4500 Διεύθυνση: Rockefellerova Str. 2, 10000 Zagreb Χώρα: Κροατία	-	√	√	√	√
Κωδικός: SEuMHB01 Όνομασία: Monovalent Κατασκευαστής: National Center of Infectious and Parasitic Diseases (Ministry of Health) Τηλέφωνο: ++359-2-43-471 Διεύθυνση: 26, Yanko Sakasov Blvd., 1504 Sofia Χώρα: Βουλγαρία	-	√	√	√	-
Κωδικός: SEU1V01 Όνομασία: Viper Venom Antitoxin Κατασκευαστής: Torlak, Institute of Immunology and Virology Τηλέφωνο: ++381-11-472-911 / -11-397-0553 Διεύθυνση: 458 Vojvode Stepe St., 11152 Belgrade Χώρα: Σερβία	-	√	√	-	√
Κωδικός: SEuPRO02 Όνομασία: ViperaTab Κατασκευαστής: Protherics Inc. (US) Τηλέφωνο: ++1-615-327-1027 Διεύθυνση: 1207 17th Avenue South Suite 103, Nashville, Tennessee 37212 Χώρα: Η.Π.Α.	-	-	√	-	-

Πίνακας 1. Διαθέσιμα αντίδοτα σε χώρες της Βαλκανικής χερσονήσου.

B. APAXNEΣ

Από τα περίπου 42.000 είδη αραχνών που υπάρχουν σε όλο τον κόσμο, μόνο 10-15 είδη μπορεί να θεωρηθούν επικίνδυνα για τη δημόσια υγεία. Αν και όλες οι αράχνες έχουν δηλητήριο (με την εξαίρεση μιας μόνο οικογένειας), υπάρχει πολύ μεγάλη ποικιλία στη χημική σύσταση και τη μοριακή δομή των τοξινών που τα συνθέτουν, ώστε να δικαιολογείται το πολύ μεγάλο εύρος πιθανών θυμάτων και η μεγάλη εξειδίκευση στην επιλογή της τροφής. Τα δηλητήρια των αραχνών μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο βασικές κατηγορίες: α) τα νευροτοξικά και β) τα νεκρωτικά δηλητήρια. Σε κάθε περίπτωση οι αράχνες, όπως και τα περισσότερα δηλητηριώδη ζώα, χρησιμοποιούν το δηλητήριό τους για να θηρεύσουν και για να αμυνθούν κι έτσι η δράση που αυτό έχει στον άνθρωπο είναι ένα τυχαίο γεγονός. Κατά συνέπεια θα λέγαμε ότι ο φόβος και η απέχθεια του ανθρώπου προς τα συγκεκριμένα ζώα (αραχνοφοβία) είναι μάλλον αδικαιολόγητος και σίγουρα υπερβολικός. Στις τροπικές περιοχές της Κ. και Ν. Αμερικής και στην Αυστραλία συγκεντρώνεται ο μεγαλύτερος αριθμός επικίνδυνων για τον άνθρωπο αραχνών. Στη Μεσογειακή λεκάνη υπάρχουν κυρίως δύο είδη που συνιστούν κίνδυνο για τη δημόσια υγεία.

Latrodectus tredecimguttatus (Rossi, 1790)

Κοινή ονομασία: μαύρη χήρα

Κατανομή: Μεσόγειος μέχρι Κίνα.

Κατανομή στην Ελλάδα: Νησιά του ανατολικού Αιγαίου, Κρήτη, Αττική, Πελοπόννησος, Μακεδονία, Θράκη.

Ενδιαίτημα: Συναντάται σε ξηρές, ανοικτές, βραχώδεις περιοχές, σε καλλιέργειες και σε κατοικημένες περιοχές, προτιμώντας σκιερά και ήσυχα μέρη (π.χ. φρεάτια). Μόνο το θηλυκό φτιάχνει μεγάλους ιστούς ακανόνιστου σχήματος σε ρωγμές ή τρύπες βράχων ή μέσα στις χαμηλές καλλιέργειες.

Μορφολογικά χαρακτηριστικά: Αντίθετα με το πιο γνωστό αμερικάνικο είδος, το είδος αυτό είναι κατάμαυρο και φέρει σε όλο του το σώμα ένα κάλυμμα από πολύ χαρακτηριστικές, πυκνές μαύρες τρίχες. Τα θηλυκά άτομα είναι μετρίου μεγέθους (~2-3 εκ.), ενώ τα αρσενικά είναι κατά πολύ μικρότερα. Συνήθως μπερδεύεται από τους μη ειδικούς με το συγγενικό του είδος *Steatoda paykulliana* (Walckenaer, 1805) του οποίου το τσίμπημα δεν είναι επικίνδυνο για τον άνθρωπο.

Στοιχεία βιολογίας: είναι νυκτόβιο ζώο, δεν είναι επιθετικό αλλά μπορεί να τσιμπήσει όταν νιώσει ότι απειλείται (π.χ. όταν βρεθεί κατά λάθος μέσα στα ρούχα ή στα χέρια ανθρώπου). Δραστηριοποιείται κυρίως το καλοκαίρι. Τρέφεται με σκαθάρια και άλλα έντομα, των οποίων ρουφά τους εσωτερικούς ιστούς και αφήνει το κουφάρι τους πάνω στον ιστό του. Ο λατροδεκτισμός, το σύνδρομο δηλαδή που προκύπτει από τσίμπημα μαύρης χήρας, είναι πιο κοινός στα Βαλκάνια, σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη. Τα περιστατικά συχνά συμβαίνουν κατά την περίοδο του τρύγου στα τέλη του καλοκαιριού, γεγονός που

σχετίζεται με τη συγκομιδή και τη συνεχή επαφή των αγροτών με το φύλλωμα των φυτών, όπου συχνά φωλιάζουν μαύρες χήρες.

Δηλητήριο: αποτελείται κυρίως από τη νευροτοξίνη α-λατροτοξίνη που προκαλεί υπερέκλυση νευροδιαβιβαστών και αλλαγές στη διαπερατότητα ιόντων, με αποτέλεσμα συστηματικά συμπτώματα που σχετίζονται με το νευρομυϊκό και λεμφικό σύστημα (τοπικό πόνο σε κοιλιά και στομάχι, κράμπες, εφίδρωση, υπέρταση, καρδιακές αρρυθμίες, εμετό, ναυτία, oligουρία, καθώς και κακή διάθεση, φόβος, αύπνια κλπ). Τα παραπάνω συμπτώματα προέρχονται από το τσίμπημα θηλυκών ατόμων, ξεκινούν 1-3 ώρες μετά από το τσίμπημα, και συνήθως αντιμετωπίζονται με κλινική θεραπεία των συμπτωμάτων. Το τσίμπημα δεν γίνεται αντιληπτό λόγω του μικρού μεγέθους των εξαρτημάτων που διαθέτουν οι συγκεκριμένες αράχνες για να εγχύσουν το δηλητήριό τους (χηλήκερα). Οι συσπάσεις στους μυς του προσώπου σε συνδυασμό με την εφίδρωση και το τρέμουλο, οδηγούν σε μία έκφραση γνωστή ως “σαρδόνιο γέλιο”, σημαντικό στοιχείο για τη διάγνωση. Τα συμπτώματα των κοιλιακών πόνων και η αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων του αίματος μπορεί να οδηγήσουν λανθασμένα στην υποψία σκωληκοειδίτιδας. Όμως, η απουσία πυρετού και προβλημάτων πέψης, καθώς και τα λοιπά συμπτώματα αρτηριακής πίεσης, μυϊκού σπασμού και έκφρασης προσώπου μπορούν να οδηγήσουν στη σωστή διάγνωση, ακόμα κι αν ο ασθενής δεν έχει αντιληφθεί ότι τσιμπήθηκε από αράχνη. Συνήθως μέσα σε 3-5 μέρες ο ασθενής γίνεται τελείως καλά. Θάνατος είναι δυνατό να προκληθεί και οφείλεται σε πνευμονικό οίδημα. Ωστόσο αν δοθεί εγκαίρως αντίδοτο, το ποσοστό θανάτων μπορεί να είναι πολύ χαμηλότερο του 5% των περιστατικών. Κατά άλλους το αντίδοτο είναι καλό να αποφεύγεται επειδή μπορεί να προκαλέσει αλλεργικές αντιδράσεις, ενώ άλλες θεραπευτικές μέθοδοι είναι ικανές να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα.

Αντιμετώπιση και συμπτωματική θεραπεία: Πρώτες βοήθειες (ζεστές/καυτές κομπρέσες, ιώδιο πάνω στο σημείο τσιμπήματος για αποφυγή μόλυνσης, μεταφορά σε νοσοκομείο), χρήση αντιδότη, αντιτετανικός ορός, ένεση γλυκονικού ασβεστίου, κορτικοστεροειδών, χρήση ξυλοκαΐνης για ελάττωση του μυϊκού πόνου.

Loxosceles rufescens (Dufour, 1820)

Κατανομή: κατανέμεται σε όλη τη Μεσόγειο, αλλά έχει μεταφερθεί και στην Αμερική.

Κατανομή στην Ελλάδα: απαντάται σε όλη την Ελλάδα, κυρίως τη νησιωτική.

Ενδιαίτημα: αγαπούν τη ζέση και στα πιο κρύα μέρη μπαίνουν μέσα στα σπίτια για να την αναζητήσουν. Στην περιοχή μας απαντούν σε σπηλιές, αλλά και σε θαμνότοπους και αμμώδεις περιοχές. Συνήθως βρίσκονται κάτω από πέτρες, μέσα σε ένα μικρό κάλυμμα από ιστό.

Μορφολογικά χαρακτηριστικά: είναι μικρού μεγέθους αράχνες (δεν ξεπερνούν τα 2εκ. μήκος), με χαρακτηριστικό το σχήμα των ματιών τους (έξι μάτια σε τρία ζεύγη) και το τριγωνικό σχήμα του κεφαλοθώρακά τους. Έχουν καφέ – κίτρινο χρώμα.

Στοιχεία βιολογίας: τα αρσενικά είναι πολύ δραστήρια στη διάρκεια της νύχτας, όταν βρίσκονται σε αναζήτηση θηλυκών κατά την περίοδο αναπαραγωγής. Βρίσκονται σε μεγάλη αφθονία από τα τέλη της άνοιξης μέχρι τα μέσα του φθινοπώρου. Τα θηλυκά γεννούν κατά το διάστημα Απριλίου-Ιουνίου.

Δηλητήριο: το δηλητήριό του είδους αυτού είναι δερμονεκρωτικό με κύρια τοξίνη την σφιγγομυελινάση D, πεπτιδίο που υπάρχει μόνο στα μέλη αυτού του γένους, στο συγγενές γένος *Sicarius* και στο παθογόνο βακτήριο *Corynebacterium*. Θεωρείται το γένος με την ισχυρότερη δερμονεκρωτική δράση που συνίσταται σε νέκρωση του δέρματος και μια σειρά από συστηματικά συμπτώματα (αιμόλυση, θρόμβωση και προσβολή των νεφρών), που μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και στο θάνατο κάτω από ορισμένες συνθήκες (π.χ. σε ειδικές κατηγορίες ασθενών όπως ηλικιωμένοι ή παιδιά). Συνολικά το τσίμπημα από αράχνες αυτού του τύπου ονομάζεται λοξοσκελισμός. Το γένος περιλαμβάνει 101 είδη σε όλο τον κόσμο με κατανομή κυρίως στις εύκρατες και τροπικές ζώνες. Τα είδη *L. reclusa*, *L. gaucho*, *L. laeta* και *L. intermedia* που απαντούν σε περιοχές της Β. και Ν. Αμερικής είναι τα καλύτερα μελετημένα επειδή προκαλούν τα πιο σοβαρά προβλήματα στον άνθρωπο και εξάλλου απαντώνται σε κατοικημένες περιοχές με συνέπεια την ύπαρξη συχνών κρουσμάτων τσιμπήματος από αυτά. Το είδος *L. rufescens* (Dufour, 1820) είναι ο μοναδικός αντιπρόσωπος στην Ευρώπη. Αναφορές για τσιμπήματα από το είδος αυτό υπάρχουν από πολλές μεσογειακές χώρες (Ισπανία, Ιταλία, Ελλάδα, Τουρκία, Ισραήλ) όπου είναι πολύ κοινό. Τα συμπτώματα είναι τοπικά (ερύθημα, πρήξιμο, κνησμός, πόνος και σταδιακή νέκρωση του δέρματος) και συστηματικά (πυρετός, πονοκέφαλος, πόνος στις αρθρώσεις και σπάνια λεμφαγγίτιδα, εργαστηριακά ευρήματα αιμόλυσης, αιματοουρίας και θρόμβωσης). Θάνατος δεν έχει αναφερθεί ποτέ στην περιοχή μας.

Αντιμετώπιση: το τσίμπημα δεν πονάει πολύ και συνήθως εξελίσσεται σε μία τοπική αντίδραση που σταδιακά ελαττώνεται μέσα σε τρεις με τέσσερις μέρες. Μετά από 3-8 εβδομάδες δεν υπάρχει ούτε καν το σημάδι από το τσίμπημα. Οι επιπλοκές από τσίμπημα αραχνών αυτής της κατηγορίας συμβαίνουν περίπου στο 10% των περιπτώσεων. Η εξέλιξη είναι αργή και η θεραπεία επίσης (μπορεί να πάρει μέχρι και τέσσερις μήνες), συνίσταται δε κατά κύριο λόγο στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων με χρήση κορτικοστεροειδών, αντιφλεγμονωδών, αντιβιοτικών, με ξεκούραση και ανύψωση των άκρων και όχι στη χορήγηση αντιδότη, τα οποία άλλωστε δεν κυκλοφορούν στη χώρα μας. Η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής αντιτοξικού ορού αμφισβητείται από αρκετούς, ακόμα και σε χώρες όπου υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα κρουσμάτων και κίνδυνος θανάτων. Ο κύριος λόγος της μη αποτελεσματικότητας είναι η καθυστερημένη προσέλευση των θυμάτων σε ιατρικά κέντρα, οπότε η χορήγηση αντιδότη παύει να είναι αποτελεσματική.

Κατανομή: Ευρώπη μέχρι κεντρική Ασία, Η.Π.Α. και Καναδάς.

Κατανομή στην Ελλάδα: Ηπειρωτική Ελλάδα.

Ενδιαίτημα: φτιάχνει επίπεδους ιστούς λίγα εκατοστά πάνω από το έδαφος που καταλήγουν σε μια χοάνη σαν σωλήνα όπου η αράχνη κάθεται και παραμονεύει την έλευση της λείας στη μεγάλη επιφάνεια του ιστού της. Τέτοιοι ιστοί βρίσκονται σε δάση, θαμνότοπους και βραχώδη μέρη. Στις Η.Π.Α. απαντάται κοντά σε κατοικημένες περιοχές, ακόμα και μέσα σε σπίτια, στοιχείο που ίσως εξηγεί γιατί το είδος αυτό έχει ενοχοποιηθεί για αρκετά κρούσματα νεκρωτικού αραχνιδισμού εκεί αλλά όχι στην Ευρώπη, όπου κατά κανόνα δεν εμφανίζεται κοντά σε περιοχές όπου συχνάζει ο άνθρωπος.

Μορφολογικά χαρακτηριστικά: μετρίου μεγέθους αράχνες (2-3 εκ.) με χρώμα καστανό, σκούρο ή ανοιχτό και σχέδια σαν ψαροκόκαλο στη ράχη.

Στοιχεία βιολογίας: είναι ημερόβιο και δραστηριοποιείται κατά τη θερμή περίοδο, ειδικά το καλοκαίρι. Τα θηλυκά γεννούν κατά τις αρχές του φθινοπώρου και επιβιώνουν όλο το χρόνο, ενώ τα αρσενικά ενηλικιώνονται και πεθαίνουν στη διάρκεια της θερμής περιόδου. Αντίθετα με αυτό που πιστευόταν παλιότερα ότι πρόκειται για επιθετικές αράχνες, πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι οι αράχνες αυτές δεν είναι περισσότερο επιθετικές από άλλες και συνήθως τσιμπούν ως απόκριση στην απειλή που αισθάνονται όταν έρθουν σε επαφή με τον άνθρωπο.

Δηλητήριο: το δηλητήριο του είδους αυτού είναι δερμονεκρωτικό και παρόμοιας δράσης και τοξικότητας με αυτό του γένους *Loxosceles*. Φαίνεται πως, σε αντίθεση με τις περισσότερες αράχνες, το δηλητήριο των αρσενικών ατόμων είναι ισχυρότερο εκείνου των θηλυκών σε ότι αφορά στη δράση του σε θηλαστικά. Οι μέχρι τώρα μελέτες δεν δείχνουν να υπάρχει σημαντική διαφορά στη βιοχημική σύσταση του δηλητηρίου των αμερικάνικων και των ευρωπαϊκών πληθυσμών του είδους. Επομένως η μη καταγραφή τσιμπημάτων ιατρικής σημασίας για τον άνθρωπο στην περιοχή μας, όπου το είδος αφθονεί, μάλλον σχετίζεται με τη μη εμφάνισή του σε ανθρωπογενή περιβάλλοντα.

Cheiracanthium spp.

Στην Ελλάδα αναφέρονται επτά είδη του γένους αυτού με κατανομή και σε άλλες μεσογειακές χώρες και στην Ασία. Δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία τσιμπήματος από κάθε είδος ξεχωριστά μια και τα περιστατικά φαίνεται να είναι ανύπαρκτα ή μη τεκμηριωμένα στη χώρα μας. Ωστόσο το τσίμπημα αυτών των αραχνών μοιάζει με εκείνο του *L. rufescens* προκαλώντας κίτρινο πρήξιμο και μερική τοπική νέκρωση στο σημείο τσιμπήματος που περνάει σε μερικές μέρες. Ποτέ δεν έχει αναφερθεί σοβαρή επιδείνωση ή θάνατος. Ο άνθρωπος είναι ευαίσθητος σε είδη που ζουν σε υγρά περιβάλλοντα ή σε κατοικημένες περιοχές και διατρέχει περισσότερο κίνδυνο τη νύχτα όταν οι συγκεκριμένες αράχνες δραστηριοποιούνται.

Οι σκορπιόι αποτελούν μία μικρή σχετικά ομάδα αραχνιδίων με περίπου 1.740 είδη καταγεγραμμένα σε όλο τον κόσμο που περιλαμβάνονται σε 14 οικογένειες. Αν και όλα τα είδη παράγουν δηλητήριο στο τελικό άκρο της ουράς τους, δεν το χρησιμοποιούν αναγκαστικά κατά τη θήρευση, αλλά μόνο όταν χρειάζεται, προκειμένου να προκαλέσουν παράλυση στο θύμα τους. Όλα τα είδη που θεωρούνται επικίνδυνα για τον άνθρωπο ανήκουν στην οικογένεια Buthidae και αριθμούν στα 25-40 είδη σε όλο τον κόσμο, με κύρια κατανομή στην Κεντρική και Νότια Αμερική, στη Βόρεια και Κεντρική Αφρική και στη Μέση Ανατολή.

Το δηλητήριο όλων των σκορπιών έχει κοινή δράση και είναι νευροτοξικό, προσβάλλοντας τις κυτταρικές μεμβράνες των νευρικών και μυϊκών κυττάρων και στοχεύοντας στα κανάλια Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺ και Cl⁻. Αρχικά προκαλούν μία υπερδιέγερση των κυττάρων με αδιάκοπο πέρασμα ιόντων στο εσωτερικό τους (αναστολή του κλεισίματος των καναλιών – τύπος α – ή επαναλαμβανόμενα δυναμικά δράσης – τύπος β) και στη συνέχεια μπλοκάρουν τα αντίστοιχα κανάλια, οδηγώντας τελικά στην παράλυση. Οι τοξίνες που συνθέτουν το δηλητήριο είναι όμοιας δομής αλλά με διαφορετική μοριακή βάση, προσδίδοντας τελικά εξειδίκευση σε έντομα, θηλαστικά και καρκινοειδή. Το αρχιτεκτονικό τους πρότυπο είναι παρόμοιο με τις ντεφανσίνες που υπάρχουν στο ανοσοποιητικό σύστημα όλων των αρθροπόδων και έχουν αντιβακτηριδιακή δράση, γεγονός που υποδεικνύει την εξελικτική συντηρητικότητα των συγκεκριμένων μορίων.

Στη μεσογειακή λεκάνη απαντώνται μερικά από τα πιο δηλητηριώδη είδη σκορπιών στον κόσμο, όπως τα *Androctonus australis* και *Leiurus quinquestriatus*. Με βάση τις μέχρι σήμερα πληροφορίες, στην Ελλάδα και γενικότερα στην Ευρώπη δεν απαντώνται θανατηφόροι σκορπιόι. Από τα μέχρι σήμερα καταγεγραμμένα 63 είδη των παραμεσογειακών χωρών και τα 22 των βαλκανικών χωρών, στην Ελλάδα υπάρχουν τα 9, τα περισσότερα από κάθε άλλη ευρωπαϊκή χώρα. Εξ' αυτών, τα 6 ανήκουν στην οικογένεια Euscorpidae και το δηλητηριό τους δεν θεωρείται επικίνδυνο για τον άνθρωπο, παρά το γεγονός ότι δεν έχει μελετηθεί ακόμα ενδελεχώς.

Αντιμετώπιση: Το κέντρισμα από σκορπιό προκαλεί συνήθως μικρής διάρκειας τοπικά συμπτώματα πόνου. Απαιτείται προσοχή σε περίπτωση τσιμπήματος σε παιδιά αν τα συμπτώματα παραταθούν σε διάρκεια. Πρόσφατα διαπιστώθηκε πως το αντίδοτο για το κέντρισμα του είδους *Androctonus crassicauda*, το οποίο είναι θανατηφόρο και απαντάται σε περιοχές της Μέσης Ανατολής, είναι επίσης αποτελεσματικό για το κέντρισμα από *M. gibbosus*. Για τα υπόλοιπα είδη δεν υπάρχει αντίδοτο. Σε άλλες περιπτώσεις, όπως για παράδειγμα μετά από κέντρισμα του είδους *Iurus dufourei asiaticus* (Birula, 1903) τα συμπτώματα μπορεί να επεκταθούν και να προκαλέσουν πόνο στην κοιλιά, μυϊκές συσπάσεις, ναυτία, υπέρταση, βραδυκαρδία, δύσπνοια, πνευμονικό οίδημα και σοκ, παρά το γεγονός ότι και αυτό το είδος θεωρείται μικρής επικινδυνότητας για τους ανθρώπους.

Δ. ΜΥΡΙΑΠΟΔΑ

Στα Μυριάποδα ανήκουν δύο κύριες ομάδες αρθροπόδων, τα χειλόποδα (κοινώς σαρανταποδαρούσες ή σκολόπεντρες) και τα διπλόποδα (κοινώς ίουλοι). Από αυτά μόνο τα πρώτα είναι θηρευτές και φέρουν δηλητηριώδεις αδένες στο πρόσθιο τμήμα του σώματός τους (το πρώτο ζεύγος ποδιών έχει τροποποιηθεί σε δαγκάνες). Το δηλητήριο περιέχει διάφορα ένζυμα όπως πρωτεϊνάσες, καρβοτεπιδάσες, εστεράσες καθώς και μία καρδιοτοξική πρωτεΐνη (τοξίνη S) που μετουσιώνεται με τη θερμότητα, και μη πρωτεϊνικής φύσης ουσίες όπως σεροτονίνη και ισταμίνη. Το δηλητήριο δρα γενικά ως θρομβωτικό και προκαλεί παράλυση στο θύμα. Στον άνθρωπο αμφισβητείται η πρόκληση θανάτου σε όλο τον κόσμο, εκτός από περιπτώσεις αλλεργικής αντίδρασης. Γενικά η τοξικότητα του δηλητηρίου και οι ποσότητες που ελευθερώνονται σε κάθε τσίμπημα είναι τέτοιες που αποκλείουν το ενδεχόμενο του θανάτου ή την πρόκληση συμπτωμάτων ιδιαίτερης επικινδυνότητας για τη δημόσια υγεία, πέραν του έντονου πόνου, τοπικού καψίματος, ερυθρήματος, φλεγμονής και οίδηματος. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να προκληθεί αίσθημα άγχους, πονοκέφαλος, ναυτία, εμετός, καρδιακές αρυθμίες και αναπνευστικά προβλήματα. Τοπική νέκρωση του δέρματος είναι δυνατό να προκληθεί, οφειλόμενη σε δευτερογενή μόλυνση από βακτήρια στην επιφάνεια των δαγκάνων του ζώου.

Η αντιμετώπιση τσιμπημάτων από σκολόπεντρες είναι αποτελεσματική με τη χορήγηση αντιφλεγμονωδών, αντισταμινικών και κορτικοστεροειδών φαρμάκων, καθώς και αντιτετανικού ορού.

E. ENTOMA

Σε ότι αφορά στα έντομα, τα τσιμπήματα των Υμενοπτέρων (μέλισσες, σφήκες, μυρμήγκια κλπ) είναι δυνατό να προκαλέσουν πρόβλημα στον άνθρωπο, ειδικά όταν συνδυάζονται με αλλεργίες ή με πολλαπλά τσιμπήματα. Το δηλητήριο του γένους *Apis* (κοινή μέλισσα) δεν λειτουργεί αθροιστικά με άλλα, ενώ αντίθετα τα δηλητήρια των γενών *Vespa* (μεγάλη κόκκινη - κίτρινη σφήκα) και *Vespaula* (κοινή κίτρινομαυρή σφήκα) λειτουργούν αθροιστικά στον άνθρωπο κι έτσι είναι δυνατό πολλά μεμονωμένα τσιμπήματα να οδηγήσουν σε εύρος χρόνου σε ευαισθητοποίηση του ατόμου και πιθανή έντονη αντίδραση σε επόμενα τσιμπήματα. Γενικά τα δηλητήρια των υμενοπτέρων επιδρούν στο κυκλοφορικό σύστημα είτε εξαιτίας της αλλεργικής αντίδρασης του ατόμου είτε εξαιτίας των αμινών που εκκρίνονται και προκαλούν αναφυλακτικές αντιδράσεις. Το δηλητήριο της σφήκας είναι πιο ισχυρό, λόγω της παρουσίας κινίνων που έχουν αιμολυτική δράση.

Ένα άλλο μεμνόπτερο που απαντά στην περιοχή μας και έχει επώδυνο τσίμπημα χωρίς όμως άλλες επιπλοκές είναι της οικογένειας *Mutillidae*. Πρόκειται για αρθρόποδα που μοιάζουν με μυρμήγκια και τρέχουν στο έδαφος κατά τις θερμές περιόδους. Έχουν σχετικά διογκωμένο κεφάλι και θώρακα. Ο θώρακας έχει συνήθως κόκκινο ή πορτοκαλί χρώμα.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η καταγραφή δηγμάτων από δηλητηριώδη ζώα είναι εξαιρετικά ελλιπής, ιδιαίτερα σε περιοχές όπου αυτά βρίσκονται σε μεγάλη αφθονία, π.χ. αναπτυσσόμενες περιοχές της Κεντρικής και Νότιας Αμερικής, Αφρική. Πολύ λίγες χώρες στον κόσμο διαθέτουν επίσημα επιδημιολογικά στοιχεία και μπορούν να παρέχουν αξιόπιστα στοιχεία για την καταγραφή και την καταπολέμηση κρουσμάτων, το βαθμό σοβαρότητάς τους και τον αριθμό αυτών που οδηγούν στο θάνατο. Το ακόμα πιο ανησυχητικό είναι ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου υπάρχουν τα περισσότερα δηλητηριώδη ζώα, δεν υπάρχει επαρκώς αναπτυγμένη υγειονομική και ιατρική περίθαλψη ώστε να προλαμβάνονται οι θάνατοι, γι' αυτό και τα ποσοστά θανάτων στις χώρες αυτές είναι κατά πολύ υψηλότερα.

Συνήθως τα στοιχεία καταγραφής κρουσμάτων προκύπτουν από επιστημονικές δημοσιεύσεις που όμως έχουν τοπικό χαρακτήρα. Ένας τρόπος καταγραφής είναι η έρευνα του πληθυσμού με ερωτηματολόγια σε διάφορες περιοχές ενδιαφέροντος και ένας άλλος είναι η μελέτη των καταγεγραμμένων στοιχείων σε ιατρικά κέντρα, κέντρα δηλητηριάσεων και νοσοκομεία. Προκειμένου να καθορισθεί ο βαθμός επικινδυνότητας μιας περιοχής ως προς τα δηλητηριώδη ζώα, τα στοιχεία που ενδιαφέρουν είναι ο αριθμός των δηγμάτων, πόσα από αυτά οδηγούν σε δηλητηρίαση, το ποσοστό θανάτων επί του αριθμού των δηλητηριάσεων, καθώς και το ποσοστό θανάτων επί του γενικού πληθυσμού, όταν πρόκειται για περιοχές με υψηλά ποσοστά δηγμάτων.

Στις αναπτυγμένες περιοχές δήγματα συμβαίνουν κυρίως λόγω του αυξημένου αριθμού καταστημάτων που πουλάνε φίδια, αράχνες και σκορπιούς ως κατοικίδια ζώα και του αντίστοιχου πληθυσμού που σχετίζεται με αυτά. Αντίθετα στις αναπτυσσόμενες χώρες και ειδικά σε αγροτικές περιοχές, τα δήγματα από δηλητηριώδη ζώα οφείλονται στην επαφή πολλών κατοίκων με τη φύση (αγροτικός πληθυσμός), στην καθυστερημένη προσέλευση σε ιατρικά κέντρα για την παροχή πρώτων βοηθειών ή/και αντιδότων, στην ελλιπή γνώση τόσο των κατοίκων όσο και των τοπικών ιατρικών φορέων για την πανίδα της περιοχής και τους κινδύνους της, και τελικά στην απουσία ιατρικών κέντρων σε πολλές αγροτικές περιοχές.

Σε ό,τι αφορά στη χώρα μας, δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία ή μελέτες που να αφορούν στην καταγραφή κρουσμάτων από δήγματα ζώων πλην ελαχίστων. Το Ελληνικό Κέντρο Δηλητηριάσεων (http://www.aglaiakyriakou.gr/roison_b.html) δίνει στοιχεία μόνο για το τρέχον έτος κάθε φορά, τα οποία υποεκτιμούν σαφέστατα τα προβλήματα που μπορεί να σχετίζονται με τα δηλητηριώδη ζώα στη χώρα μας, αν λάβουμε υπόψη ότι για το 2008 το 38,5% των κλήσεων που έγιναν εκείνη τη χρονιά προέρχονταν μόνο από την Αττική. Από το σύνολο των κλήσεων μόνο το 1,6% αφορούσε δήγματα ζώων (όλες οι υπόλοιπες αφορούσαν δηλητηριάσεις από γεωργικά προϊόντα, καλλυντικά, φάρμακα, τροφές και φυτά). Ωστόσο ενδεικτικά αναφέρεται ότι 130 κλήσεις αφορούσαν δάγκωμα από φίδι, 69 τσίμπημα από σκορπιούς, 40 τσίμπημα από μέλισσες και 30 τσίμπημα από αράχνες.

Από τα παραπάνω καταγεγραμμένα είδη δηλητηριωδών φιδιών της χώρας μας, τα *Macronipera schweizeri*, *Vipera ammodytes* και *Montonivipera xanthina* είναι τα πλέον επικίνδυνα. Το είδος *V. ammodytes* φαίνεται να είναι αυτό που προκαλεί το μεγαλύτερο αριθμό κρουσμάτων, μιας και είναι το πιο διαδεδομένο στην ελληνική επικράτεια σε αντίθεση με τα δύο άλλα που εντοπίζονται, το μεν πρώτο αποκλειστικά στο συγκρότημα της Μήλου, το δε τελευταίο στη Θράκη και σε νησιά του Αν. Αιγαίου, περιοχές στις οποίες δεν έχει πραγματοποιηθεί καμία μελέτη ως τώρα. Στην περιοχή της Πάτρας έχει πραγματοποιηθεί η μοναδική επιδημιολογική μελέτη που αφορούσε 147 κρούσματα δήγματος από *V. ammodytes* σε ένα διάστημα πέντε ετών στο Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Αγ. Ανδρέας». Στο 74,82% των περιστατικών αυτών οι ασθενείς έλαβαν νοσηλεία για λιγότερο από πέντε μέρες ενώ μόνο στο 10,58% χρειάστηκε να παραμείνουν για περισσότερες από πέντε μέρες στο νοσοκομείο. Σε όλες τις περιπτώσεις η νοσηλεία ήταν συμπτωματική, δε υπήρξαν θάνατοι ενώ μόνο το 8,16% των ασθενών δέχτηκαν αντίδοτο γενικής χρήσης για όλα τα φίδια της Ελλάδας. Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή η επικινδυνότητα στη χώρα μας έχει να κάνει κυρίως με τη φύση του επαγγέλματος του θύματος και είναι υψηλότερη σε μεσήλικες, σε αντίθεση με άλλες χώρες όπου φαίνεται τα δήγματα να είναι πιο συχνά και με σοβαρότερες επιπλοκές σε άτομα νεαρής ηλικίας (παιδιά και έφηβοι).

Η μοναδική μελέτη λοξοσκελισμού (τσιμπήματα από αράχνες του γένους *Loxosceles*) στην Ελλάδα από τη δερματολογική κλινική του ΠΑ.Γ.Ν.Η. Κρήτης αναφέρει 13 περιστατικά που έχρηζαν νοσοκομειακής φροντίδας μέσα σε διάστημα ενός με δύο χρόνων, γεγονός που υποδηλώνει ότι ο αριθμός των περιστατικών πρέπει να είναι πολύ μεγαλύτερος σε σχέση με τα στοιχεία του κέντρου δηλητηριάσεων. Θάνατος από τσίμπημα μαύρης χήρας στη χώρα μας έχει καταγραφεί μόνο μία φορά στα τελευταία 15 χρόνια και αφορούσε μία κοπέλα στην Άρτα, η οποία διακομίστηκε στο νοσοκομείο των Ιωαννίνων όπου και τελικά κατέληξε. Στοιχεία από γειτονικές χώρες, όπως η Τουρκία που μοιράζεται με τη χώρα μας πολλά κοινά είδη, δείχνουν πως είναι εντελώς απαραίτητη η καταγραφή των κρουσμάτων και η πιο εμπειροστατωμένη γνώση και παρακολούθησή τους από τα μέλη των ιατρικών κέντρων ειδικά της περιφέρειας, όπου υπάρχει και η μεγαλύτερη πιθανότητα να συμβαίνουν τέτοια περιστατικά.

Σε ό,τι αφορά στους σκορπιούς, τα δήγματα από σκορπίο στη χώρα μας δεν θεωρούνται επικίνδυνα για υγιείς ανθρώπους, ενώ προφανώς είναι πιθανό να προκαλέσουν σοβαρές επιπλοκές σε αλλεργικά άτομα ή σε παιδιά. Ωστόσο, έχουν καταγραφεί δύο επεισόδια με σοβαρά συμπτώματα, ένα στη Μεγίστη του Καστελόριζου από το είδος *Calchas nordmanni* (Birula, 1899) και ένα στην Κω από το είδος *Iurus dufourei asiaticus* (Birula, 1903). Και στις δύο περιπτώσεις τα άτομα που τσιμπήθηκαν δεν ήταν αλλεργικά. Από την άλλη αφορούν δήγματα ζώων που δεν σχετίζονται με ανθρωπογενές περιβάλλον. Έτσι η πιθανότητα να προκληθεί ένα τέτοιο περιστατικό είναι πολύ χαμηλή.

Η ελλιπής γνώση για την πανίδα της περιοχής και τους κινδύνους που εγκυμονεί τόσο από τη μεριά του κοινού όσο και από τα ιατρικά κέντρα, η δυσκολία στη γρήγορη και έγκυρη καταγραφή του ζώου που έχει προκαλέσει το δήγμα και η χαμηλή παροχή υπηρεσιών υγείας σε ακριτικές και απομακρυσμένες περιοχές της χώρας είναι παράγοντες που οδηγούν στα αποσπασματικά κρούσματα θανάτων που ακούγονται κατά καιρούς από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τα οποία ίσως να μπορούσαν να αποφευχθούν εάν υπήρχε έγκαιρη και αποτελεσματική ιατρική φροντίδα.

Τα παραπάνω καταδεικνύουν ότι προβλήματα υπάρχουν αλλά δεν αντιμετωπίζονται σωστά και έγκαιρα. Σε περιοχές όπου απαντώνται πολύ πιο επικίνδυνα για τον άνθρωπο ζώα, οι πληθυσμοί είναι περισσότερο σε επαγρύπνηση λαμβάνοντας μέτρα προφύλαξης (π.χ. γάντια, μπότες, μακριά παντελόνια κλπ) κατά τη διάρκεια της εργασίας τους κι έτσι αποφεύγουν σε μεγάλο βαθμό ατυχήματα μεγάλης επικινδυνότητας. Συμπερασματικά, προκειμένου να αποφεύγονται περιστατικά σοβαρότερων επιπλοκών σε περιπτώσεις δηγμάτων από δηλητηριώδη ζώα στη χώρα μας θα πρέπει να υπάρξει περισσότερη και επαρκέστερη ενημέρωση και κατάρτιση κοινού και ιατρικών φορέων.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Binford G.J.**, 2001. An analysis of geographic and intersexual chemical variation in venoms of the spider *Tegenaria agrestis* (Agelenidae). *Toxicon* 39: 955-968.
2. **Brown J.H.**, 1973. Toxicology and Pharmacology of Venoms from Poisonous Snakes. ISBN:0398028087.
3. **Chippaux J. - P.** 1991. Snake-bites: appraisal of the global situation. *Toxicon* 29: 1279-1303.
4. **Cloudsley - Thompson J.L.**, 1990. Scorpions in mythology, folklore, and history. In *The biology of scorpions: 462-485*. **Polis G.A.** (Ed.). Stanford: Stanford University Press.
5. **Frangides C.Y., Koulouras V., Kounic S.N., Tzortzatos G.V., Nikolaou A., Pneumatikos J., Pierrakeas C., Niarchos C., Kounis N.G. and Koutsojannis C.M.**, 2006. Snake venom poisoning in Greece. Experiences with 147 cases. *European Journal of Internal Medicine*, 17(1): 24-27.
6. **Goyffon M. and Heurtault J.** 1995. La fonction venimeuse. *Masson*, Paris, Milan, Barcelone. ISBN: 2-225-84463-1.
7. **Kaltsas D., Stathi I. and Mylonas M., 2008.** The foraging activity of *Mesobuthus gibbosus* (Scorpiones: Buthidae) in central and south Aegean archipelago. *Journal of Natural History*, 42: 513-527.
8. **Loret E. and Hammock B.**, 2001. Structure and neurotoxicity of venoms. In: Brownell PH, Polis GA, editors. *Scorpion biology and research*. Oxford: *Oxford University Press*. p 204-233.
9. **Mallow, D., Ludwig, D. and Nilson, G., 2003.** True Vipers: Natural History and Toxinology of Old World Vipers. ISBN:0894648772.
10. **Stefanidou M.P., Chatzaki M., Lasithiotakis K.G., Ioannidou J. and Tosca A.D.**, 2006. Necrotic arachnidism from *Loxosceles rufescens* harbored in Crete, Greece. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*, 20(4): 486-487.
11. **Stidworthy J.**, 1974. Snakes of the world. ISBN: 0448118564.
12. **Valakos E.D., Pafilis P., Sotiropoulos K., Lympirakis P. Maragou P. and Fofopoulos J.**, 2008. The Amphibians and Reptiles of Greece. ISBN: 9783899734614.
13. **Vetter R.S. and Visscher P.K.**, 1998. Bites and stings of venomous arthropods. *International Journal of Dermatology* 37: 481-496.

OCCUPATIONAL EXPOSURES AND PUBLIC HEALTH HAZARDS CAUSED BY ANIMAL VENOMS IN SENSITIVE GROUPS OF THE POPULATION IN GREECE

M. Chatzaki

Department of Molecular Biology and Genetics, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis.

Abstract: Toxins are natural substances, or substances produced by living organisms, in contrast to toxic substances from chemicals, which are toxicants. Living organisms producing or using toxins do so as either venoms or poisons. Venoms are toxins, or more commonly, collections of varying toxins, that are used actively against prey or predators in order to subdue, kill and digest prey, or dissuade predators. The effect of animal toxins to humans may thus be considered as a side-effect of the fact that most animal systems share a more or less common mechanism of function and may be affected by the same kind of chemical factors. In Greece, the most venomous animals belong to snakes (five species of vipers across the country), spiders (members of the black widow *Latrodectus* and the recluse spider *Loxosceles*) and scorpions (nine species of which the majority are not considered as highly dangerous, but some are reported to have caused serious bites to humans). With the exception of scorpion stings, bites from the above cited animals may be lethal to humans, if adequate care is not taken in due time. Some deaths have been sporadically reported. Increased health hazards due to envenomations are faced by people whose occupation is related to the natural environment (e.g. rural people, shepherds, farmers, builders, foresters, haywards, etc), children, elders and people with health problems, especially in the cardiovascular system. The literature addressing envenomations in Greece is very scarce. Up to now there has not been a systematic review of clinical cases of animal envenomation in Greece or any other neighboring country of the East Mediterranean, where venomous species do thrive. There are frequently non-diagnosed or misdiagnosed cases, mainly due to ignorance and lack of awareness on behalf of both public and medical personnel, leading to inappropriate treatment. Insufficient and/or inappropriate treatment is the rule, especially in the areas of higher risk, i.e. rural areas and isolated islands. This is partly due to a deficiency in the correct and immediate identification of the species causing the accidents which is crucial to the correct treatment choice (especially if antidotes are involved). Correct and immediate identification is not always feasible, first because, often the patient is unaware of the animal causing the bite, and secondly because this most often is quite difficult and requires high expertise.

ΠΑΡΕΝΟΧΛΗΣΗ - HARASSMENT ΣΤΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΔΡΑΣΗ ΓΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ

Νυφούδη Ελένη

Χημικός Μηχανικός, M.Sc., Κέντρο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης.

Περίληψη: Η Υγεία και η Ασφάλεια στην εργασία αναγνωρίζονται σαν θεμελιώδη δικαιώματα και ζωτικά στοιχεία της ατζέντας για την ευπρεπή εργασία (decent work). Σύμφωνα με τον European Agency for Safety and Health at Work¹ το εργασιακό άγχος αποτελεί σύμπτωμα κάποιου οργανωτικού προβλήματος, και όχι προσωπική αδυναμία². Στο άρθρο αυτό παρουσιάζεται καταρχήν η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στον παράγοντα 'Σχέσεις' ο οποίος μπορεί να προκαλέσει άγχος, (όπου περιλαμβάνεται η παρενόχληση) και στο εργασιακό άγχος. Μέσα λοιπόν από την βιβλιογραφία σκοπός είναι να αντιληφθούμε τι είναι 'το φαινόμενο της παρενόχλησης' (harassment-bullying-mobbing) (όπως θα περιγράφαμε π.χ. τι είναι το φαινόμενο του θερμκηπίου) και πως πρέπει να αντιμετωπισθεί με υπευθυνότητα μιας και αποτελεί ένα σοβαρό ζήτημα για την εποχή μας. Πρέπει λοιπόν καταρχήν να μπορεί κάποιος να το αναγνωρίσει. Παρουσιάζονται και αναλύονται οι έννοιες, 'βία στο χώρο εργασίας', 'βία από τρίτους' 'harassment-bullying- mobbing' με αναφορές στην υπάρχουσα βιβλιογραφία και τις σχετικές έρευνες. Κοινωνικά προβλήματα όπως η αύξηση της βίας στην κοινωνία και ένας λιγότερο υγιής πληθυσμός (και τα συνδεδεμένα κόστη της υγειονομικής περίθαλψης και του απουσιασμού) εισάγονται στους χώρους εργασίας. Αναλύονται οι επιπτώσεις, πώς μπορεί η παρενόχληση ή harassment ή bullying ή mobbing να κάνει κάποιον να αισθάνεται. Παρουσιάζονται οι αιτίες των κινδύνων και τα συμπεράσματα για την ασφάλεια και την υγεία. Φαίνεται ότι τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν πρέπει να είναι σε επίπεδο οργανισμών και επιχειρήσεων, πρακτικές και λύσεις που πρέπει να γίνουν πράξη όσο γίνεται συντομότερα. Ο εργοδότης πρέπει να καταλάβει ότι και σύμφωνα με την εργατική νομοθεσία είναι υποχρέωσή του να μεριμνά και για αυτού του είδους τους κινδύνους, οι οργανισμοί ότι έχουν υποχρέωση να συμπεριλάβουν συστήματα αντιμετώπισης αυτού του προβλήματος που μοιάζει με ένα παγόβουνο δυστυχώς. Παρουσιάζονται τα 'Πιθανά μέτρα πρόληψης' και 'πως πρέπει οι εργοδότες να αντιδράσουν σε ένα παράπονο για bullying ή harassment', 'η διαδικασία της μεσολάβησης', 'πότε πρέπει να ληφθούν πειθαρχικές κυρώσεις', 'τι θα πρέπει να

ληφθεί υπόψη πριν γίνει μια κύρωση'. Παρουσιάζεται πίνακας για τα διαφορετικά επίπεδα για παρεμβάσεις για το bullying, όπως και οι δείκτες για την διαχείριση ψυχοκοινωνικών κινδύνων. Παρουσιάζεται ένα εργαλείο πρόληψης του bullying: Ο καταστατικός Χάρτης του προσωπικού. Παρουσιάζεται η υπάρχουσα εργατική νομοθεσία η οποία αφορά αυτό το θέμα περιλαμβάνει: τον 'Νόμο 3850, Κύρωση του Κώδικα νόμων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων', τον Νόμο 3304/2005 που ρυθμίζει το γενικό πλαίσιο για την καταπολέμηση και εξάλειψη των διακρίσεων', τον 'Νόμο 3488/2006 που εξασφαλίζει την εφαρμογή της Αρχής της ίσης Μεταχείρισης', την 'Συμφωνία για το εργασιακό στρες', την 'Συμφωνία πλαίσιο για την παρενόχληση και την βία στην εργασία', την 'Ευρωπαϊκή Συμφωνία για την ψυχική υγεία και ευεξία'. Στην συνέχεια παρουσιάζονται χώροι εργασίας και ομάδες εργαζομένων, που διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο. Στην συνέχεια παρουσιάζονται 'οι μύθοι για το bullying'(όπου ξεκαθαρίζονται πολλές παρανοήσεις σχετικά με το θέμα αλλά και έμμεσα δίνονται και πολλές πληροφορίες γιατί ακμάζει το bullying και η βία στην εποχή μας).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Υγεία και η Ασφάλεια στην εργασία αναγνωρίζονται σαν θεμελιώδη δικαιώματα και ζωτικά στοιχεία της ατζέντας για την *ευπρεπή εργασία* (decent work) (ILO). Επιπλέον, κοινωνικά προβλήματα όπως η αύξηση της βίας στην κοινωνία και ένας λιγότερο υγιής πληθυσμός (και τα συνδεδεμένα κόστη της υγειονομικής περίθαλψης και του απουσιασμού) εισάγονται στους χώρους εργασίας. Η αύξηση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων στην κοινωνία μας και η αυξανόμενη συχνότητα των ψυχοκοινωνικών διαταραχών είναι πράγματι ένα παράδειγμα της εξέλιξης της κοινωνίας, όπου οι επιχειρήσεις μπορούν άμεσα να συνεισφέρουν στην μείωση αυτού του κοινωνικού προβλήματος κάνοντας κατάλληλη διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων στους χώρους εργασίας (εμποδίζοντας έτσι την μεταφορά των προβλημάτων στην κοινωνία, τους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους). Η παρεμπόδιση 'της μεταφοράς των συνεπειών στην κοινωνία' είναι καθαρά μια *ηθική αρχή* (ethical principle).

Το αυξημένο ενδιαφέρον για αξιόπιστες πρακτικές στις επιχειρήσεις συμβαδίζει χέρι χέρι με την αναζωογόνηση του ενδιαφέροντος για την «*ηθική*» της *επιχείρησης* (business ethics). [1]

Οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι, το στρες που σχετίζεται με την εργασία η workplace violence¹, harassment και το bullying έχουν τώρα σημαντικό ενδιαφέρον για την υγεία και την ασφάλεια, και συνενώνονται στα παραδοσιακά

¹ Στη μελέτη 'Workplace violence and Harassment: a European Picture, European Agency for Safety and Health at work' 2010, οι όροι 'work-related violence' ή 'workplace violence' χρησιμοποιούνται για την αναφορά όλων των βίαιων περιστατικών στην εργασία, συμπεριλαμβανοντας την βία από τρίτους και την παρενόχληση (bullying, mobbing) στην εργασία.(σελ.9)

προβλήματα της ανεργίας και της έκθεσης στους φυσικούς, χημικούς και βιολογικούς κινδύνους (Ευρωπαϊκοί Κοινωνικοί εταίροι 2004).[1]

Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την υγεία και ασφάλεια (European Agency for Safety and Health at Work) 'Το εργασιακό άγχος (άγχος που οφείλεται στην εργασία) παρουσιάζεται όταν οι απαιτήσεις του εργασιακού περιβάλλοντος υπερβαίνουν την ικανότητα αντιμετώπισης (ή ελέγχου) της κατάστασης από τον εργαζόμενο'. 'Να θυμάστε: το εργασιακό άγχος αποτελεί σύμπτωμα κάποιου οργανωτικού προβλήματος, και όχι προσωπική αδυναμία'.

Οι παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν εργασιακό άγχος είναι οι ακόλουθοι:

- *Ατμόσφαιρα* (ή «φιλοσοφία») που επικρατεί στο χώρο εργασίας σας και τρόπος με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η έννοια του άγχους.
- *Απαιτήσεις* που αφορούν εσάς, όπως το εάν έχετε υπερβολικά πολλή ή υπερβολικά λίγη εργασία και εκτίθεσθε σε σωματικούς κινδύνους όπως επικίνδυνες χημικές ουσίες ή θόρυβο.
- *Έλεγχος*- σε ποιο βαθμό μπορείτε να διαμορφώνετε εσείς τον τρόπο με τον οποίο εκτελείτε την εργασία σας,
- *Διαπροσωπικές σχέσεις* στο χώρο εργασίας σας, συμπεριλαμβανομένου του ενδεχομένου να ασκείται παρενόχληση,
- *Αλλαγή-πόση* πληροφόρηση σας παρέχεται σχετικά με τις αλλαγές και κατά πόσο αυτές εμφανίζονται καλοσχεδιασμένες,
- *Ρόλος*- πόσο καλά κατανοείτε τη φύση της εργασίας σας, και ενδεχόμενη ύπαρξη συγκρούσεων,
- *Υποστήριξη* από συναδέλφους και διευθυντικά στελέχη, και
- *Κατάρτιση* ώστε να αποκτήσετε τις απαραίτητες δεξιότητες για την εκτέλεση της εργασίας σας.[2]²

Η Ευρωπαϊκή Στρατηγική 2007-12 για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία είναι να συνδυάσει την μακροπρόθεσμη οικονομική ανάπτυξη, την κοινωνική συνοχή και την προστασία του περιβάλλοντος, εν ολίγοις να δημιουργήσει περισσότερες και καλύτερες εργασίες σε μια αναπτυσσόμενη Ευρώπη. Αυτό περιλαμβάνει την βελτίωση της ποιότητας της εργασίας συμπεριλαμβάνοντας την υγεία και ασφάλεια. Αυτές οι πρόσφατες εξελίξεις κάνουν τα προβλήματα που σχετίζονται με το στρες και τους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους γενικά, περισσότερο σημαντικούς. [1]

² Αλλάζοντας την αρίθμηση στο τέλος στο <http://osha.europa.eu/el/publications/factsheets/31> μπορείτε να δείτε όλα τα fact sheets που έχει κυκλοφορήσει ο Οργανισμός (1-94) μέχρι σήμερα και συγκεκριμένα τα 22. Άγχος που οφείλεται στην εργασία, 23. Παρενόχληση στο χώρο εργασίας, 24. Βία στην εργασία, 31. Πρακτικές συμβουλές προς τους εργαζόμενους για την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και των αιτιών του, 32. Τρόποι αντιμετώπισης των ψυχοκοινωνικών θεμάτων και μείωσης του άγχους που οφείλεται στην εργασία, 47. Πρόληψη της βίας εναντίον του προσωπικού που εργάζεται στον κλάδο της εκπαίδευσης, 74. Έκθεση πρόβλεψης εμπειρογνομόνων σχετικά με τους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους που σχετίζονται με την επαγγελματική ασφάλεια και υγεία.

Σύμφωνα με την κοινοτική στρατηγική 2007-2012 δίνεται βαρύτητα στην αντιμετώπιση νέων κινδύνων που αποκτούν ολοένα και μεγαλύτερη βαρύτητα και αναφέρει ότι είναι αναγκαίο να προωθηθεί η ψυχική υγεία στην εργασία για παράδειγμα με μέτρα ενίσχυσης της πρόληψης της βίας και της παρενόχλησης στην εργασία ή και καταπολέμησης του στρες.[3]

Η οδηγία πλαίσιο 89/391/EEC³ για την επαγγελματική υγεία και ασφάλεια καθορίζει ότι οι εργοδότες είναι υποχρεωμένοι να υπολογίζουν όλους τους τύπους των κινδύνων συμπεριλαμβανομένων των ψυχοκοινωνικών κινδύνων. Παρόλα αυτά η εφαρμογή, το συλλ επιβολής οι σχετικές πηγές και οι υποδομές διαφέρουν στα διαφορετικά μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και η συμμόρφωση είναι εν μέρει σχετικά χαμηλή. Είναι για παράδειγμα ποιο δύσκολο να εφαρμοστούν σε κάποια νέα κράτη μέλη εξαιτίας της έλλειψης των δυνατοτήτων, των πηγών και της εμπειρογνομοσύνης σε εθνικό επίπεδο. Οι κοινωνικοί εταίροι από τα παλιά και νέα κράτη μέλη συμφώνησαν ότι η εκπαίδευση, οι οδηγοί και εργαλεία χρειάζονται για όλους τους εμπλεκόμενους φορείς. [1]

Στο 'Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health' του 'European Agency for Safety and Health at Work' στο κεφάλαιο 'VIOLENCE AND BULLYING' αναφέρει: *Η έννοια της βίας στο χώρο εργασίας είναι εκτεταμένη και πολύπλοκη, γι' αυτό έχει πολλούς ορισμούς.*

Ο ILO ορίζει τη βία ως «οποιαδήποτε ενέργεια, συμβάν ή συμπεριφορά που αποκλίνει από την λογική συμπεριφορά και στην οποία το άτομο δέχεται επίθεση, απειλείται, τραυματίζεται, πληγώνεται είτε κατά τη διάρκεια, ή ως άμεση συνέπεια της εργασίας του/της».

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την βία στο χώρο εργασίας ως την «Εκ προθέσεως χρήση δύναμης, ως απειλή ή πράξη, έναντι άλλου προσώπου ή εναντίον ομάδας σε περιστάσεις που σχετίζονται με την εργασία, που έχουν ως αποτέλεσμα ή έχουν υψηλό βαθμό κινδύνου να οδηγήσουν σε τραυματισμό, θάνατο, ψυχολογική βλάβη, κακή εξέλιξη ή απόλυση».

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ορίζει τη βία στο χώρο εργασίας ως: «Περιστατικά, όπου το προσωπικό κακοποιείται, απειλείται ή δέχεται επίθεση υπό συνθήκες που σχετίζονται με την εργασία του, συμπεριλαμβανομένης της καθημερινής μετακίνησης προς και από την εργασία και περιλαμβάνει ξεκάθαρη ή έμμεση απειλή για την ασφάλειά του, την ευεξία του και την υγεία του» [4]

Ο όρος 'βία από τρίτους' (third party violence) χρησιμοποιείται για την αναφορά σε απειλές, φυσική βία και ψυχολογική βία (όπως λεκτική βία) από τρίτα πρόσωπα όπως πελάτες, υπαλλήλους ή ασθενείς που λαμβάνουν αγαθά ή υπηρεσίες. [5].

³ Εμείς έχουμε εναρμονιστεί με το ΠΔ. 17/96 το οποίο έχει κωδικοποιηθεί και καταργηθεί με τον νόμο 3850/2010 (Δείτε: ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ)

Ο όρος *παρενόχληση* (harassment) αναφέρεται στο φαινόμενο που καλείται και bullying ή mobbing, περιγράφοντας επαναλαμβανόμενη, αδικαιολόγητη συμπεριφορά που απευθύνεται προς ένα εργαζόμενο ή μια ομάδα εργαζομένων από ένα συνάδελφο, προϊστάμενο ή υφιστάμενο που απασκοπεί στην ταπείνωση του θύματος, την υπονόμευσή του ή την απειλή του [5]. Μπορεί επίσης να λάβει τη μορφή της σεξουαλικής παρενόχλησης- sexual harassment (ανεπιθύμητη σεξουαλική προσοχή- unwanted sexual attention).

Η έρευνα δείχνει ότι τόσο για τα θύματα όσο και για τους μάρτυρες, η βία από τρίτους και η παρενόχληση οδηγεί στο άγχος και μπορεί να επηρεάσει τόσο την πνευματική όσο και την σωματική υγεία, κατάθλιψη, μειωμένη αυτοεκτίμηση, φοβίες, διαταραχές του ύπνου, προβλήματα μυοσκελετικά και στο πεπτικό και την διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι όλα πιθανά αποτελέσματα [6].

Παρακάτω θα ασχοληθούμε με το θέμα της παρενόχλησης (harassment) Bullying - Mobbing. Παρενόχληση συνήθως μέσα από την ίδια την επιχείρηση, μπορεί να συνιστά μια επιθετική συμπεριφορά, τόσο λεκτική όσο και σωματική καθώς και λιγότερο εμφανείς ενέργειες, όπως η κοινωνική απομόνωση [7]. Μπορούμε να βρούμε διαφορετικούς ορισμούς και έννοιες του bullying που προτείνονται από τους ερευνητές, αλλά όλοι τους επισημαίνουν ότι αυτό το φαινόμενο σχετίζεται με την επαναλαμβανόμενη και παρατεταμένη συμπεριφορά, συνήθως εναντίον ενός προσώπου, αλλά μπορεί επίσης να είναι, αν και δεν είναι η κλασική περίπτωση, κατά περισσότερων από ένα άτομα [4]. Δεν υπάρχει νομικός ορισμός του εργασιακού bullying. Παρόλα αυτά οι ειδικοί πιστεύουν ότι το bullying περιλαμβάνει αρνητική συμπεριφορά η οποία έχει στόχο ένα άτομο ή άτομα επανειλημμένα και επίμονα στην πάροδο του χρόνου.

ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Η αρνητική συμπεριφορά περιλαμβάνει:

- Να σε αγνοούν ή να μην σε συμπεριλαμβάνουν
- Το να σου δίνουν έργα τα οποία δεν επιτυγχάνονται ή 'να σου την στήνουν για να αποτύχεις'
- Να διαδίδουν μοχθηρές διαδόσεις ή κουτσομπολιά
- Το να σου δίνουν έργα χωρίς ουσία ή μη ευχάριστες εργασίες
- Να κάνουν υποτιμητικά σχόλια
- Να υποτιμούν την ακεραιότητά σου
- Να κρύβουν πληροφορίες ηθελήμενα
- Να σε κάνουν να φαίνεσαι κουτός δημόσια
- Υποτιμώντας την συνεισφορά σου-να μην σου δίνουν την αναγνώριση εκεί που πρέπει [8]

Διακρίνονται δύο είδη παρενόχλησης:

- 1) η παρενόχληση ως συνέπεια κλιμακούμενης διαπροσωπικής διαμάχης

2) η παρενόχληση κατά την οποία, χωρίς να συντρέχει λόγος διαμάχης, το θύμα δέχεται την επιθετική συμπεριφορά του δράστη. Το παράδειγμα του 'αποδιοπομπαίου τράγου' είναι ενδεικτικό τέτοιου είδους παρενόχλησης.[9]

Ο Leymann πρότεινε τον πρώτο ορισμό της έννοιας του mobbing: «Η ψυχολογική τρομοκρατία ή «mobbing» στην επαγγελματική ζωή συνεπάγεται εχθρική και ανήθικη επικοινωνία που κατευθύνεται με συστηματικό τρόπο από ένα ή περισσότερα άτομα, κυρίως προς ένα άτομο. Λόγω mobbing αυτό το άτομο ωθείται σε μια ανίσχυρη και ανυπεράσπιστη θέση και μένει εκεί μέσω συνεχιζόμενων ενεργειών mobbing.

Οι δράσεις αυτές συμβαίνουν τακτικά και επί μακρό χρονικό διάστημα». Η Ευρωπαϊκή Συμβουλευτική επιτροπή για την ασφάλεια, την υγιεινή και την προστασία της υγείας στο χώρο εργασίας αναφέρει ότι Mobbing «είναι μια αρνητική μορφή συμπεριφοράς μεταξύ συναδέλφων ή μεταξύ ιεραρχικά ανωτέρων και ιθύνοντων, με την οποία ο ενδιαφερόμενος κατ'επανάληψη ταπεινώνεται και δέχεται επίθεση άμεσα ή έμμεσα από ένα ή περισσότερα πρόσωπα με σκοπό και αποτέλεσμα την αποξένωση του / της».

Μια άλλη σύλληψη της έννοιας, με εκτεταμένη προβολή και αντίκτυπο, προέρχεται από τον Hirigoyen, ο οποίος περιγράφει την «harcèlement moral» (ηθική παρενόχληση) ως «καταχρηστική συμπεριφορά που εκδηλώνεται με λόγια, συμπεριφορά, δράσεις, με χειρονομίες ή γραπτές λέξεις που μπορούν να παραβιάζουν το πρόσωπο, την αξιοπρέπεια ή την ψυχική ή η σωματική ακεραιότητα του προσώπου, με σκοπό να θέσει τη δουλειά του σε κίνδυνο ή να υποτιμήσει το περιβάλλον εργασίας» [4].

Διαφορετικές πτυχές ενός προσώπου μπορεί να αποτελέσουν αντικείμενο bullying: η αξιοπρέπεία του, οι επαγγελματικές του ικανότητες, η ιδιωτική ζωή του ή η σωματική και ηθική ποιότητα του. Οι τύποι συμπεριφοράς που μπορεί να χαρακτηρισθούν ως επιθετικοί είναι τόσο πολλοί που είναι αδύνατον να συνταχθεί εξαντλητικός και απόλυτος κατάλογος αυτών. Μορφές συμπεριφοράς bullying περιλαμβάνουν ταπείνωση, λεκτική κακοποίηση, θυματοποίηση, αποκλεισμό, απειλές, προσβολές, σταθερά αρνητικές επιθέσεις και εσκεμμένη υπονόμευση. Όμως είναι αξιοσημείωτο ότι ορισμένοι συγγραφείς θεωρούν το bullying (mobbing) να συνδέεται τόσο με ψυχολογική όσο και με σωματική βία, αν και θεωρούν την σωματική βία να είναι σχετικά σπάνια. Το bullying αντικειμενικά βλάπτει τα ατομικά δικαιώματα και δεν είναι επιθυμητό από το πρόσωπο που δέχεται επίθεση.

Τέλος, τέτοιες συμπεριφορές οδηγούν στην καταστροφή, απομόνωση του θύματος, αποξένωση και αποκλεισμό από τον οργανισμό. Παραδείγματα harassment, όταν χρησιμοποιείται στο πλαίσιο του σεξ, είναι η σκόπιμη, ανεπιθύμητη και περιιτή στενή σωματική επαφή, τα προσβλητικά τηλεφωνήματα, επιστολές ή μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, προσβλητικά γλώσσα, και επανάληψη σχολίων σεξουαλικού περιεχομένου ή χειρονομιών, αστείων ή προτάσεων. Η σωματική βία χαρακτηρίζεται από τη χρήση ή την απειλή χρήσης της δύναμης εναντίον άλλων προσώπων.

Παραδείγματα σωματικής βίας είναι ληστείες, σωματικές επιθέσεις, λάκτισμα, δάγκωμα, αγενείς χειρονομίες, επιθετική στάση σώματος, εχθρική συμπεριφορά και φωνές. [4]

Πώς μπορεί το bullying και το harassment να σε κάνουν να αισθάνεσαι; Το bullying μπορεί να επηρεάσει την υγεία σου, για παράδειγμα:

- Μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ψυχολογικά προβλήματα υγείας όπως κατάθλιψη, ανησυχία ή χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα σωματικά προβλήματα υγείας όπως στομαχικά προβλήματα ή δυσκολίες στον ύπνο.
- Εάν βιώσεις το bullying από ένα συνάδελφο αυτό μπορεί να σε αναστατώσει πολύ και να επηρεάσει την υγεία σου.
- Η απόδοσή σου στην εργασία μπορεί να επηρεασθεί.[8]

Αν δεν σταματήσει άμεσα η παρενόχληση, δεν ερευνηθούν οι αιτίες που την προκάλεσαν μέσα στον εργασιακό χώρο και δεν ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα, υπάρχει ο κίνδυνος τα προβλήματα να γίνουν τόσο σοβαρά, ώστε να χρειαστεί μακροχρόνια ιατρική και ψυχοθεραπευτική φροντίδα από ειδικούς [11] (Πίν. 1).

ΑΙΤΙΕΣ ΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΩΝ

Όσον αφορά το bullying, μερικές μελέτες έχουν επικεντρωθεί στον εντοπισμό των οργανωτικών παραγόντων που δρουν ως ευνοϊκές συνθήκες για 'αυτό το φαινόμενο, όπως η κουλτούρα οργάνωσης η οποία μπορεί να υποστηρίζει συμπεριφορές bullying. Οι μελέτες έδειξαν ότι το bullying σχετίζεται επίσης με:

- ένα αρνητικό εργασιακό περιβάλλον, για παράδειγμα, πολύ ανταγωνιστική και αγχωτική εργασία, μονότονη εργασία, χαμηλό επίπεδο ελέγχου της εργασίας, σύγκρουση ρόλων ή ασάφεια, ύπαρξη πολλαπλών ιεραρχιών, και υπερβολικός φόρτος εργασίας
- κακή ή ακατάλληλη διαχείριση των συγκρούσεων, για παράδειγμα στην πραγματικότητα δεν χρησιμοποιούνται στο επίπεδο 'χώρος εργασίας' πολιτικές διαχείρισης των συγκρούσεων, ή με άρνηση της ύπαρξης των συγκρούσεων
- laissez-faire στυλ ηγεσίας (παραίτηση από αρχηγία) και απολυταρχικό στυλ ηγεσίας
- οργανωτικές αλλαγές, για παράδειγμα, τεχνολογικές και αλλαγές στην δομή ή αλλαγές στους ιδιοκτήτες του οργανισμού.

Ο ρόλος της προσωπικότητας του ατόμου στο να γίνει στόχος(target) του εργασιακού bullying ήταν σε μεγάλο βαθμό αντιφατικός. Κάποιοι ερευνητές όπως ο Leymann είχε υποστηρίξει ότι η προσωπικότητα είναι εντελώς άσχετη με την διαδικασία θυματοποίησης.

Στην εποχή μας οι ερευνητές αρκετά ευρέως μοιράζονται την γνώμη ότι τα ατομικά και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς ενός εργαζόμενου μπορεί μερικές φορές να παίζουν ένα ρόλο στην εμφάνιση και την κλιμάκωση της διαδικασίας bullying [5].

Τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των θυμάτων σχετίζονταν με χαμηλή αυτοεκτίμηση, υψηλό επίπεδο άγχους, νευρωτική συμπεριφορά, υποχωρητικότητα, ευσυνειδησία και εσωστρέφεια [4].

Επιπλέον, οι ειδικοί ανέφεραν ότι η παρενόχληση έχει επίσης συσχετισθεί με ατομικούς παράγοντες των δραστών, καθώς και των θυμάτων τους.

Οι επιτιθέμενοι συχνά χαρακτηρίζονται από χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως ένα υψηλό επίπεδο επιθετικότητας, παρορμητικότητας, υψηλής ή ασταθούς αυτοεκτίμησης, ανταγωνιστικότητας ή έλλειψη κατανόησης της δικής τους συμπεριφορά [4].

Οι ατομικές αναφορές και η αναφορά κατά 'ομάδα με ομότιμο αξίωμα' (peer group) των δραστών βρέθηκαν να είναι διαφορετικές από το δείγμα ελέγχου, όσον αφορά την ψυχική ευστάθεια.⁴

Υπάρχει επίσης σύνδεση της εχθρικής ή επιθετικής συμπεριφοράς και της έλλειψης κοινωνικής ικανότητας, (2011) [5].

Οι συγκρούσεις αποτελούν συχνό φαινόμενο στο χώρο της προνοσοκομειακής φροντίδας [10].

Πηγές συγκρούσεων μπορεί να αποτελούν: η οργανωτική δομή του οργανισμού, η ασάφεια σχετικά με ρόλους και αρμοδιότητες, οι διαφορετικές προσδοκίες, η έλλειψη κοινών δεδομένων η οποία οδηγεί στο σχηματισμό διαφορετικών απόψεων, οι διαφορές στην επαγγελματική κοινωνικοποίηση, οι διαφορές προσωπικότητας ή ασύμβατοι χαρακτήρες και αντιπαράθεση μεταξύ ισχυρών προσωπικοτήτων, ο ανταγωνισμός, η αβεβαιότητα ενόψει επερχόμενης αλλαγής, η προκλητική συμπεριφορά, το επείγον του περιστατικού, ο πανικός των συνοδών, η κρισιμότητα της κατάστασης του ασθενούς, η χρήση απειλής, το άγχος του επαγγέλματος, οι διαφορετικές προσδοκίες και οι προηγούμενες ανεπίλυτες συγκρούσεις.

Εάν παραμείνουν ανεπίλυτες, μπορεί να προκαλέσουν μείωση της αποτελεσματικότητας και της παραγωγικότητας των εργαζομένων, μείωση του ηθικού και αύξηση του stress, διάσπαση των εργασιακών σχέσεων και δημιουργία έντασης, η οποία συσσωρευμένη μπορεί να οδηγήσει σε μελλοντικές συγκρούσεις, αυξημένη επίπτωση περιστατικών απaráδεκτης συμπεριφοράς εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας. 'Οι πιθανές εξηγήσεις για την αυξημένη επίπτωση των συγκρούσεων στο χώρο του ΕΚΑΒ⁵ συνοψίζονται στα εξής:

Θεωρία της καταπίεσης. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή οι διασώστες αποτελούν μια καταπιεσμένη επαγγελματική ομάδα, που εμπλέκεται σε συγκρούσεις με συναδέλφους και στρέφει τα αρνητικά της συναισθήματα προς τα μέλη της, αντί να τα στρέψει εναντίον αυτών που ευθύνονται για την καταπίεσή της.

⁴ Δείτε και Το σύνδρομο 'Mobbing'(σελ 27-29)στο Παράρτημα του 'Πηγές εργασιακού στρες-Το σύνδρομο "Mobbing", Το σύνδρομο "Burn out". http://www.elinyae.gr/el/category_details.jsp?cat_id=33 (σελ.6)

⁵ Η περίπτωση του ΕΚΑΒ Αθήνας είναι ίσως δυστυχώς, μια τυπική περίπτωση-απεικόνιση του Δημόσιου Τομέα για την χώρα μας.

Διαίωνηση της κακομεταχείρισης. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία και με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας οι οποίοι υπέστησαν κακομεταχείριση από τους συναδέλφους τους όταν ήταν νεοεισερχόμενοι στο επάγγελμα θεωρούν κεκτημένο δικαίωμα τους να συμπεριφερθούν με τον ίδιο τρόπο στους νεότερους συναδέλφους τους.

Σχηματισμός κλειστών ομάδων ανάμεσα στους διασώστες. Τα μέλη του προσωπικού συγκροτούν μικρές κλειστές ομάδες, οι οποίες μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά. Τα άτομα που αισθάνονται αβέβαιο να εκφράσουν τις απόψεις και τις ανάγκες τους μπορούν να το πράξουν μέσα στο ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον της ομάδας αυτής. Η ταύτιση με τη ομάδα έχει ως αποτέλεσμα την περιθωριοποίηση όσων είναι διαφορετικοί και την απομόνωση όσων θεωρούνται απειλή⁶ [10].

Μερικοί συγγραφείς διακρίνουν τρεις ομάδες παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση βίας και bullying: (α) δομές που το καθιστούν δυνατό ή αναγκαίο πρόγονοι (όπως αντίληψη της έλλειψης ισορροπίας στην εξουσία, δυσαρέσκειας και απογοήτευσης) (β) δομών παρακίνησης ή κινήτρων (π.χ. ο εσωτερικός ανταγωνισμός και συστήματα ανταμοιβής) και (γ) εξελίξεις που υποκινούν κρίση ή καταστάσεις πυροδότησης (π.χ. οργανωτικές αλλαγές, μείωση προσωπικού και αναδιάρθρωση-restructuring).^{6,7}[4]

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Οι αρνητικές για την υγεία των εργαζομένων επιπτώσεις του mobbing καθώς και οι διαστάσεις του προβλήματος, έχουν προκαλέσει αυξημένο ενδιαφέρον σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Μεμονωμένες εθνικές νομοθεσίες (Ιταλία, Σουηδία, Γερμανία), αναγνωρίζουν πλέον το σύνδρομο mobbing ως

⁶ Στους 58 ανέρχεται ο αριθμός των εργαζομένων της ημικρατικής France Telecom που έχουν οδηγηθεί στην αυτοκτονία από το 2008. Ο αριθμός των θανάτων τη φετινή χρονιά ανήλθε σε 23 και συνδέονται με τις συνθήκες εργασίας στην κολοσισιαία εταιρεία τηλεπικοινωνιών η οποία απασχολεί 100.000 εργαζόμενους. Το Φεβρουάριο έκθεση για τις συνθήκες εργασίας στην France Telecom που παρουσιάστηκε στον εισαγγελέα του Παρισιού συμπέρανε ότι μπορεί να σχηματιστεί δικογραφία και να κατηγορηθεί η εταιρία για ηθική παρενόχληση(Πηγή ΑΠΕ-Γαλλικό Πρακτορείο)

⁷ Στην εργατική νομοθεσία της Γαλλίας (Labor code) αναφέρεται 'κανένας εργαζόμενος δεν πρέπει να υπόκειται σε επαναλαμβανόμενες πράξεις ηθικής παρενόχλησης (moral harassment), που έχουν σκοπό στο να οδηγήσουν στην χειρότερη των συνθηκών εργασίας με πιθανότητα να μειώσουν τα δικαιώματα των εργαζομένων και την αξιοπρέπειά τους, να υποτιμήσουν την φυσική (physical) και πνευματική (mental) υγεία τους ή να διακινδυνεύσουν το επαγγελματικό τους μέλλον (Άρθρο L1152-1, Άρθρο L 1152-4, 1.5.2008) [5]. Στο Workplace violence and Harassment: a European Picture[5], θα βρείτε και τις μεμονωμένες εθνικές νομοθεσίες, που μερικά κράτη μέλη έχουν θεσπίσει για την ηθική παρενόχληση.

επαγγελματική ασθένεια και ως βασική αιτία για την εκδήλωση σοβαρών εργατικών ατυχημάτων [11].

Η έκθεση σε κάθε μορφή βίας ή του bullying στην εργασία έχει αρνητικές συνέπειες για τα άτομα, τους οργανισμούς και την κοινωνία σαν σύνολο. Όπως τα άτομα διαφέρουν ως προς την αντίληψη των γεγονότων και την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν την κατάσταση, οι επιπτώσεις της βίας και του bullying ποικίλλει μεταξύ των ατόμων.[4]

Σύμφωνα με τον Van Heck (1997) η προσωπικότητα είναι πιθανό να λειτουργεί ως συνδετικό στοιχείο μεταξύ του ψυχοπνευστικού περιβάλλοντος και της έναρξης της διεργασίας, που καταλήγει στην εκδήλωση της νόσου. Έρευνα που έγινε σε άτομα που μολύνθηκαν από τον ιό Epstein-Barr και τον ιό του έρπη, έδειξε ότι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, γνωστό ως καταστολή ή καταπίεση των συναισθημάτων, συνδέεται με έκπτωση της λειτουργικότητας του ανοσοποιητικού συστήματος και της ικανότητάς να ελέγχει την προσβολή του οργανισμού από τους διάφορους νοσογόνους εισβολείς. Επίσης έχει φανεί ότι η αισιοδοξία είναι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που και αυτό έχει επίδραση στην άμυνα του οργανισμού απέναντι στην ασθένεια. Ο απαισιόδοξος τρόπος σκέψης, έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με ανεπαρκέστερη κυτταρική ανοσία.[12]

Η βία και το bullying είναι σημαντικές πηγές άγχους και, συνεπώς, επηρεάζουν αρνητικά την σωματική και ψυχική υγεία. Μπορεί να εμφανιστούν σωματικές παθήσεις όπως οργανικές, λειτουργικές και διαταραχές του ύπνου, αλλαγές στον κύκλο της κορτιζόλης, απώλεια της όρεξης, υπέρταση, εμετός, χρόνια κόπωση, πόνοι στην πλάτη, στους μύες, στις αρθρώσεις και πονοκέφαλοι. Στην ειδική περίπτωση της έκθεσης σε σωματική βία, μερικές έρευνες δείχνουν ότι πάνω από το 40% των επιθέσεων κατά την εργασία κατέληξαν σε κάποιο τύπο πραγματικής ζημίας στο θύμα, παρόλο που για τους περισσότερους ο τραυματισμός ήταν σχετικά ασήμαντος.

Σε ότι αφορά την πνευματική υγεία διαταραχές όπως το μετα-τραυματικό στρες (PTSD), μείωση της αυτοεκτίμησης, άγχος, κατάθλιψη, απάθεια, ευερεθιστότητα, διαταραχές μνήμης, φόβος και δυσπιστία μπορεί να παρατηρηθούν. Στην περίπτωση του bullying, ανάλογα με τη διάρκεια και την ένταση, μπορεί να εμφανιστούν διαταραχές όπως παράνοια, ακόμα και αυτοκτονία. Επιπλέον, ορισμένοι συγγραφείς καθορίζουν, σε σχέση με το κοινωνικό και οικογενειακό τομέα, ότι τα θύματα δημιουργούν σχέσεις με το περιβάλλον τους, που βασίζονται στο ότι επηρεάζονται εύκολα, δείχνουν υπερευαίσθησία στην κριτική, συμπεριφορά απομόνωσης, εχθρότητα και κοινωνική αδυναμία στην προσαρμογή. Επιδείνωση των σχέσεων, και ψυχαναγκαστική συμπεριφορά έχει επίσης παρατηρηθεί. Στην εργασία, δημιουργεί έντονη δυσαρέσκεια, έλλειψη κινήτρων και δέσμευσης, καθώς και χαμηλή αποδοτικότητα.

Ο Riñuel διερεύνησε το mobbing σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα δημοσίων υπαλλήλων στην Ισπανία. Η μελέτη έδειξε ότι το 76% των θυμάτων του mobbing υπέφεραν από απάθεια και έλλειψη πρωτοβουλίας, το 74% από

κατάθλιψη, το 73% από πόνους στην πλάτη, και το 72% από προβλήματα στη συγκέντρωση.

Γενικά, όσο μεγαλύτερη είναι η συχνότητα και πιο σοβαρή η μορφή της βίας, τόσο πιο σοβαρή θα είναι και η επίδραση. Μια μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο δείχνει ότι το επίπεδο επαναλαμβανόμενης θυματοποίησης από τη βία στην εργασία ήταν υψηλότερη από αυτό της βίας εκτός εργασίας, και ορίζει ότι το 28% των θυμάτων βίωσαν τρία ή περισσότερα περιστατικά στην εργασία τους. Ορισμένες αρνητικές επιδράσεις φαίνεται επίσης να επεκτείνονται, καθώς από μαρτυρίες από περιπτώσεις βίας, ένα κλίμα φόβου έχει παρόμοια αρνητικά αποτελέσματα με τις προσωπικές προσβολές ή επιθέσεις. Ορισμένες μελέτες αναφέρουν ότι οι παρατηρητές του bullying έχουν το ίδιο υψηλό επίπεδο άγχους με τα θύματα του bullying.

Λίγες μελέτες έχουν ερευνήσει τις επιπτώσεις της βίας και του bullying, για τον οργανισμό, αλλά φαίνεται ότι οδηγούν σε μείωση της παραγωγικότητας, αύξηση των ασθενειών, απουσιασμό και αύξηση στο ρυθμό αλλαγής εργατικού δυναμικού, καθώς και κόστος για τις αντικαταστάσεις και πρόσθετα κόστη συνταξιοδότησης. Χρειάζονται περισσότερες μελέτες στον τομέα αυτό. [4]

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Νόμος υπ' αριθ. 3850⁸. Κύρωση του Κώδικα νόμων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων⁹.

Σύμφωνα με το άρθρο 42 ο εργοδότης υποχρεούται να εξασφαλίζει την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων ως προς όλες τις πτυχές της εργασίας και να λαμβάνει μέτρα που να εξασφαλίζουν την υγεία και την ασφάλεια των τρίτων. Παρακάτω αναφέρει: z) να ενθαρρύνει και διευκολύνει την επιμόρφωση και εκπαίδευση των εργαζομένων και των εκπροσώπων τους σύμφωνα με τα άρθρα 22 και 48. Στο άρθρο 48 αναφέρει ότι η εκπαίδευση αυτή πρέπει: α) να προσαρμόζεται στην εξέλιξη των κινδύνων και στην εμφάνιση νέων κινδύνων (η *παρενόχληση* (harassment) επίσης καλείται bullying ή mobbing ανήκει σε αυτούς

⁸ Επισημαίνεται ότι με το νόμο 3850/2010, κωδικοποιήθηκαν τα πλαισιακά νομοθετήματα για την Ασφάλεια και Υγεία στην Εργασία, μεταξύ των οποίων ο Ν.1568/85 και το Π.Δ. 17/96 και καταργήθηκε κάθε διάταξη γενική ή ειδική που αφορά θέματα ρυθμιζόμενα από αυτόν.

⁹ Βρείτε το νόμο 3850 /2010 (ΦΕΚ 84, Τεύχος Α) και κάθε άλλο νομοθέτημα που εμφανίζεται στην παρούσα δημοσίευση από την ιστοσελίδα του Εθνικού Τυπογραφείου <http://www.et.gr> όπου τα φύλλα Εφημερίδας της Κυβερνήσεως είναι πλέον στο σύνολό τους δωρεάν διαθέσιμα στους πολίτες σε ηλεκτρονική μορφή προς ανάγνωση, αποθήκευση και εκτύπωση.

τους κινδύνους)¹⁰. ('Expert forecast on emerging¹¹ psychosocial risks related to occupational safety and health του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και υγεία στην εργασία, σελ. 76-83). Σύμφωνα με το άρθρο 43 ο εργοδότης οφείλει να έχει στην διάθεσή του μια γραπτή εκτίμηση των υφισταμένων κατά την εργασία κινδύνων για την ασφάλεια και την υγεία, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που αφορούν ομάδες εργαζομένων που εκτίθενται σε ιδιαίτερους κινδύνους. Η εκτίμηση αυτή πραγματοποιείται από τους τεχνικό ασφαλείας, ιατρό εργασίας, ΕΣ.Υ.Π.Π. ή ΕΞ.Υ.Π.Π. σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Παρακάτω αναφέρεται: Η εκτίμηση πρέπει να περιλαμβάνει την αναγνώριση και καταγραφή των κινδύνων, που υπάρχουν στην επιχείρηση καθώς και αυτών που ενδέχεται να εμφανισθούν, όπως κίνδυνος πτώσης, κίνδυνος από μηχανήματα και εξοπλισμό, κίνδυνος πυρκαγιάς, ηλεκτροπληξίας, έκρηξης, κίνδυνος από έκθεση σε βλαπτικούς παράγοντες (φυσικούς, χημικούς, βιολογικούς) *κίνδυνος από την οργάνωση της εργασίας*.

Στο άρθρο 17 αναφέρει: Ο ιατρός εργασίας παρέχει υποδείξεις και συμβουλές στον εργοδότη, στους εργαζόμενους και τους εκπροσώπους τους, γραπτά ή προφορικά σχετικά με τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται για την σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων. Τις γραπτές υποδείξεις ο ιατρός εργασίας καταχωρεί στο ειδικό βιβλίο του άρθρου 14. Ο εργοδότης λαμβάνει γνώση ενυπογράφως των υποδείξεων που καταχωρούνται σε αυτό το βιβλίο. Ειδικότερα ο ιατρός εργασίας συμβουλεύει σε θέματα: α)... β)... γ) φυσιολογίας και ψυχολογίας της εργασίας, εργονομίας και υγιεινής της εργασίας, της διευθέτησης και διαμόρφωσης των θέσεων και του περιβάλλοντος της εργασίας και της οργάνωσης της παραγωγικής διαδικασίας δ)... ε) αρχικής τοποθέτησης και αλλαγής θέσης εργασίας για λόγους υγείας προσωρινά ή μόνιμα, καθώς και

¹⁰ Οι προβλέψεις για τους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους αντανακλούν τις απόψεις των εμπειρογνομώνων οι οποίοι συμπλήρωσαν τρία ερωτηματολόγια που βασίζονταν σε έρευνες που έγιναν το 2003 και 2004. 62 ειδικοί στον πρώτο γύρο και 79 ειδικοί στον δεύτερο και τρίτο γύρο προσκλήθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα. Οι ειδικοί αντιπροσωπεύτηκαν από 13 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και την Διεθνή Οργάνωση Εργασίας (ILO) και είχαν τουλάχιστον πέντε χρόνια εμπειρίας στον τομέα της ΕΑΥ και των ψυχοκοινωνικών κινδύνων. Οι περισσότεροι εργαζόνταν στο πεδίο της ψυχολογικής έρευνας και πολλοί εμπλέκονταν στην συμβουλευτική, δραστηριότητες διδασκαλίας και εκπαίδευσης. Κάποιοι είχαν θέσεις στην επιθεώρηση εργασίας και την ανάπτυξη πολιτικής [6].

¹¹ Ως *αναδυόμενοι κίνδυνοι* ΕΑΥ ορίζονται οι επαγγελματικοί κίνδυνοι που είναι *νέοι* και *αυξανόμενοι*. Με τον όρο *νέοι* σημαίνει ότι: ο κίνδυνος ήταν προηγουμένως άγνωστος και δημιουργείται από νέες διαδικασίες, νέες τεχνολογίες, νέους τύπους εργασίας ή κοινωνικές ή οργανωτικές αλλαγές ή ένα μακροχρόνιο ζήτημα θεωρείται πλέον κίνδυνος λόγω της αλλαγής των κοινωνικών αντιλήψεων ή της κοινής γνώμης, ή νέα επιστημονικά δεδομένα επιτρέπουν ένα υπάρχον θέμα να αναγνωρίζεται σαν κίνδυνος. Ο κίνδυνος θεωρείται ότι *αυξανόμενος* όταν: ο αριθμός των κινδύνων που εγκυμονούν τον κίνδυνο αυξάνεται ή αυξάνεται η πιθανότητα έκθεσης στην πηγή κινδύνου που εγκυμονεί τον κίνδυνο (το επίπεδο της έκθεσης και / ή ο αριθμός των ανθρώπων που εκτίθενται) ή η επίδραση του κινδύνου στην υγεία των εργαζομένων επιδεινώνεται (σοβαρότητα των επιδράσεων στην υγεία και / ή ο αριθμός των ανθρώπων που επηρεάζονται).[6].

ένταξης ή επανένταξης μειονεκτούντων ατόμων στην παραγωγική διαδικασία, ακόμη και με υπόδειξη αναμόρφωσης της θέσης εργασίας.

Νόμος 3304/2005

Άρθρο 1

Σκοπός

Σκοπός του παρόντος νόμου είναι η θέσπιση του γενικού πλαισίου ρυθμίσεως για την καταπολέμηση των διακρίσεων λόγω φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής καθώς και για την καταπολέμηση των διακρίσεων λόγω θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού στον τομέα της απασχόλησης και της εργασίας, σύμφωνα με τις Οδηγίες 2000/43/ΕΚ του Συμβουλίου της 29ης Ιουνίου 2000 και 2000/78/ΕΚ του Συμβουλίου της 27ης Νοεμβρίου 2000, ώστε να διασφαλίζεται η εφαρμογή της αρχής της ίσης μεταχείρισης.

Άρθρο 2

Η αρχή της ίσης μεταχείρισης

1. Απαγορεύεται η άμεση ή έμμεση διάκριση για έναν από τους λόγους που αναφέρονται στο άρθρο 1.

2. Ως διάκριση νοείται και η *παρενόχληση* ή κάθε άλλη προσβλητική ενέργεια, η οποία εκδηλώνεται με ανεπιθύμητη συμπεριφορά που σχετίζεται με έναν από τους λόγους του άρθρου 1 και έχει ως σκοπό ή αποτέλεσμα την προσβολή της αξιοπρέπειας προσώπου και τη δημιουργία εκφοβιστικού, εχθρικού, εξευτελιστικού, ταπεινωτικού ή επιθετικού περιβάλλοντος. Κατά την εξειδίκευση της έννοιας της παρενόχλησης λαμβάνονται υπόψη και τα χρηστά και συναλλακτικά ήθη.

3. Ως διάκριση νοείται επίσης οποιαδήποτε εντολή για την εφαρμογή διακριτικής μεταχείρισης σε βάρος προσώπου για οποιονδήποτε από τους αναφερόμενους στο άρθρο 1 λόγους.

Ο Νόμος 3304/2005 ρυθμίζει το γενικό πλαίσιο για την καταπολέμηση των διακρίσεων

Α) Λόγω θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή σεξουαλικού προσανατολισμού, παρέχοντας προστασία:

- Στον τομέα της απασχόλησης και της εργασίας ειδικότερα:
 - Στους όρους πρόσβασης και πρόσληψης στην εργασία
 - Στους όρους και τις συνθήκες εργασίας
 - Στις αμοιβές και στις απολύσεις
 - Στην επαγγελματική εξέλιξη
 - Στην συνδικαλιστική δράση
 - Στον τομέα της επαγγελματικής κατάρτισης, σε όλα τα επίπεδα επαγγελματικού προσανατολισμού, στην απόκτηση επαγγελματικής εμπειρίας

Β) λόγω φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, παρέχοντας προστασία στους παραπάνω τομείς καθώς επίσης και στους τομείς:

- Της κοινωνικής προστασίας και των κοινωνικών παροχών,
- Της εκπαίδευσης
- Της υγειονομικής περίθαλψης
- Καθώς και της πρόσβασης σε αγαθά και υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης και της στέγης.[13]

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υποστηρίζει διάφορες ενέργειες πληροφόρησης, μεταξύ των οποίων και μια ιστοσελίδα www.stop-discrimination.info, στην οποία υπάρχουν διάφορες πληροφορίες για θέματα διακρίσεων σε όλες τις επίσημες γλώσσες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.[13]

Ο Νόμος 3488/2006 κωδικοποιεί τις διατάξεις της οδηγίας 2002/73/ΕΚ του Ευρωπαϊκού κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 23ης Σεπτεμβρίου 2002 και εξασφαλίζει την Έφαρμογή της αρχής της ίσης μεταχείρισης ανδρών και γυναικών όσον αφορά την πρόσβαση στην απασχόληση, στην επαγγελματική εκπαίδευση και ανέλιξη στους όρους και στις συνθήκες εργασίας.

Σε ποιες περιπτώσεις μπορεί να υποβληθεί αναφορά και πού υποβάλλεται αυτή:

• Αν η αρχή της ίσης μεταχείρισης ανεξαρτήτως φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού, παραβιάζεται από δημόσια υπηρεσία, η αναφορά υποβάλλεται στον Συνήγορο του Πολίτη.

• Αν υπάρχει διάκριση λόγω φύλου όσον αφορά στην πρόσβαση στην απασχόληση, στην επαγγελματική εκπαίδευση και ανέλιξη, στους όρους και στις συνθήκες εργασίας στον ιδιωτικό τομέα, η αναφορά υποβάλλεται στα κατά τόπον Τμήματα Κοινωνικής Επιθεώρησης του Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας (ΣΕΠΕ). Η καταγγελία διερευνάται από το ΣΕΠΕ και τα αποτελέσματα υποβάλλονται στον Συνήγορο του Πολίτη, ο οποίος επιφυλάσσεται προς ιδίαν έρευνα και διαμόρφωση του τελικού πορίσματος επί της καταγγελίας.

• Για τις άλλες διακρίσεις, λόγω φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού, στα πεδία της απασχόλησης και της εργασίας, στον ιδιωτικό τομέα, επιλαμβάνεται αποκλειστικά στο ΣΕΠΕ και η αναφορά υποβάλλεται στα κατά τόπον Τμήματα Κοινωνικής Επιθεώρησης.

• Αν η αρχή της ίσης μεταχείρισης παραβιάζεται από φυσικά και νομικά πρόσωπα που δεν εμπίπτουν στις παραπάνω δύο κατηγορίες και επίσης αν η διάκριση αφορά σε θέματα κοινωνικής προστασίας, κοινωνικών παροχών, εκπαίδευσης, παροχής αγαθών ή υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης και της στέγης, η αναφορά υποβάλλεται στην Επιτροπή Ίσης Μεταχείρισης του Υπουργείου Δικαιοσύνης. (Πληροφορίες στα τηλέφωνα: 1529 και 210.7767052)

Ποιός μπορεί να υποβάλει αναφορά:

• άτομα τα οποία έχουν υποστεί ή υφίστανται διακριτική μεταχείριση ή παρενόχληση.

• νομικά πρόσωπα τα οποία έχουν ως σκοπό τη διασφάλιση της τήρησης της αρχής της ίσης μεταχείρισης, ανεξαρτήτως φυλετικής ή εθνικής καταγωγής, θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού. Όμως, είναι απαραίτητο να έχει παρασχεθεί η συναίνεση του προσώπου που υφίσταται διακριτική μεταχείριση, με συμβολαιογραφικό ή ιδιωτικό έγγραφο, το οποίο θα φέρει θεώρηση του γνησίου της υπογραφής (άρθρο 13 του Ν.3304/2005). Στην περίπτωση της διάκρισης λόγω φύλου στο πεδίο της απασχόλησης, μπορούν να υποβάλλουν αναφορές συνδικαλιστικά σωματεία, άλλα νομικά πρόσωπα και ενώσεις προσώπων που έχουν συναφές έννομο συμφέρον, βάσει του σκοπού τους, με τη συναίνεση του θιγόμενου (άρθρο 12 του Ν.3488/2006).[14]

Η Συμφωνία πλαίσιο για το Εργασιακό στρες (άγχος) η οποία αποτελεί αναπόσπαστο πλέον τμήμα της Εθνικής γενικής συλλογικής σύμβασης εργασίας 2008-2009 (άρθρο 7) <http://www.gsee.gr/userfiles/file/EGSSE/egsse2008-2009.pdf> όμως όπως δηλώνεται εκεί, δεν ασχολείται με την βία, την παρενόχληση και το μετατραυματικό στρες.

Η Συμφωνία πλαίσιο¹² για την παρενόχληση και τη βία στην εργασία¹³ <http://olme-attik.att.sch.gr/files/diethi/SIMFONIAPLAISIOVIAETUC.pdf> υπογράφηκε τον Απρίλιο του 2007. Στόχος του εγγράφου αυτού είναι να αυξήσει την ευαισθητοποίηση και την κατανόηση των εργαζομένων, εργατών και των αντιπροσώπων τους σε όλα τα επίπεδα με ένα κατευθυνόμενο πλαίσιο για να προσδιορίσουν και διαχειριστούν τα προβλήματα από την παρενόχληση και τη βία στην εργασία.

Τα μέλη όλων των οργανισμών που υπέγραψαν αυτό το έγγραφο είναι υποχρεωμένοι να εφαρμόσουν αυτές τις απαιτήσεις (παρεμποδίζοντας και κάνοντας διαχείριση της παρενόχλησης και της βίας στην εργασία) εντός τριών ετών (δηλαδή έως τις 26 Απριλίου 2010) από την υπογραφή αυτού του εγγράφου, σε συμφωνία με τις διαδικασίες και πρακτικές που είναι ειδικές για την διοίκηση (management) και την εργασία (labour) στα κράτη μέλη και στις χώρες του Ευρωπαϊκού Οικονομικού χώρου.

Επίσης η **Ευρωπαϊκή Συμφωνία για την ψυχική υγεία και ευεξία** (European Pact for Mental Health and Well-being) http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf που ετέθη σε ισχύ τον Ιούνιο του

¹² Η ευρωπαϊκή συμφωνία-πλαίσιο σχετικά με την παρενόχληση και τη βία στην εργασία υπεγράφη στις 26 Απριλίου 2007 από τις CES, BUSINESS EUROPE, UEAPME και CEEP. Προέκυψε από διαβούλευση που οργανώθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, όπως προβλέπεται στο άρθρο 138 της συνθήκης ΕΚ.

¹³ Η συμφωνία αυτή υπογράφει από τους κοινωνικούς εταίρους σε Ευρωπαϊκό επίπεδο οι οποίοι ανταποκρίθηκαν θετικά και με ευαισθησία κατά την γνώμη μου. Σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό εργασίας (ILO) ο κοινωνικός διάλογος είναι ένας από τους τέσσερις αντικειμενικούς στόχους που αφορούν την 'Decent Work-Ευπρεπή εργασία'. [1]

2008 από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή καλεί αυτούς που διαμορφώνουν πολιτική, τους κοινωνικούς εταίρους και άλλους κοινωνικούς φορείς να αναλάβουν δράση στην ψυχική υγεία στην εργασία βελτιώνοντας την εργασία στον οργανισμό, την κουλτούρα του οργανισμού και τις πολιτικές διοίκησης, εφαρμόζοντας προγράμματα ψυχικής υγείας και ευεξίας και επαναστρατολογώντας και υποστηρίζοντας άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας.[6]

ΠΙΘΑΝΑ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Ο αμοιβαίος σεβασμός της αξιοπρέπειας των άλλων σε όλα τα επίπεδα στο χώρο εργασίας είναι ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά των επιτυχημένων οργανώσεων. Γι' αυτό το λόγο η παρενόχληση και η βία δεν είναι αποδεκτές [15]. Η αύξηση της ευαισθητοποίησης και η κατάλληλη κατάρτιση των διευθυντικών στελεχών και των εργαζομένων μπορούν να μειώσουν την πιθανότητα παρενόχλησης και βίας στο χώρο εργασίας.[15]

Υπάρχει συμφωνία στο ότι δεν υπάρχουν απλές λύσεις ή μοναδικές και γενικές αρχές για την αντιμετώπιση της βίας και του bullying στο χώρο εργασίας.

Η σύσταση είναι να αναπτυχθούν γραπτές πολιτικές και διαδικασίες (με κώδικες συμπεριφοράς), εφαρμογή προληπτικών μέτρων, διασφάλιση ότι οι εργαζόμενοι συμμετέχουν στον εντοπισμό των κινδύνων [4]

Είναι πολύ σημαντική η έγκαιρη λήψη μέτρων προκειμένου να αποτρέπεται η παρενόχληση. Κατ' αρχάς πρέπει να διενεργείται εκτίμηση του κινδύνου ώστε να προσδιορίζεται η κατάλληλη δράση. [15]

Όσον αφορά το bullying, η σύσταση είναι η ανάπτυξη και εξάπλωση μιας γραπτής πολιτικής που θα πρέπει να ενισχύσει τα ηθικά κριτήρια της οργάνωσης («μηδενική ανοχή στη βία») και θα καθορίσει την απαράδεκτη συμπεριφορά στον οργανισμό. [5]

Χρειάζεται καθορισμένο πρότυπο για την συμπεριφορά, μια δήλωση από τον οργανισμό για όλο το προσωπικό με το πρότυπο της αναμενόμενης συμπεριφοράς που μπορεί να κάνει ευκολότερο για όλα τα άτομα να είναι πλήρως ενημερωμένα για τις υποχρεώσεις τους προς τους άλλους.

Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει πληροφορίες για το τι συνιστά bullying και harassment και τι σχέσεις εργασίας είναι αποδεκτές και μη αποδεκτές. Πολλοί οργανισμοί το θεωρούν χρήσιμο να συμπληρώσουν τις βασικές πληροφορίες με βιβλία με οδηγίες και συνεδριάσεις εκπαίδευσης ή σεμινάρια. Η εκπαίδευση μπορεί να αυξήσει την ευαισθητοποίηση όλων για την ζημιά που κάνει το bullying και το harassment και στον οργανισμό και στο άτομο. Το βιβλίο οδηγιών του προσωπικού είναι επίσης ένας καλός τρόπος επικοινωνίας με τους εργαζόμενους και μπορεί να περιλαμβάνει ειδική μνεία στις απόψεις του οργανισμού για το bullying και το harassment και τις συνέπειες τους. [16]

Σκεφτείτε καταρχήν να ορίσετε μια τυπική πολιτική. Αυτή δεν πρέπει να είναι πολύ πολύπλοκη ειδικά για τις μικρές εταιρείες και μπορεί να περιλαμβάνονται σε άλλες πολιτικές για το προσωπικό, αλλά μια λίστα ελέγχου

για μια συγκεκριμένη πολιτική για το bullying και το harassment θα μπορούσε να περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Δήλωση δέσμευσης από την ανώτερη διοίκηση
- Αναγνώριση ότι το bullying και το harassment είναι προβλήματα για τον οργανισμό
- Ξεκάθαρη δήλωση ότι το bullying και το harassment δεν είναι νόμιμα, δεν θα γίνουν ανεκτά και ότι οι αποφάσεις δεν θα πρέπει να παίρνονται με βάση ή εάν κάποιος δέχεται ή αρνείται ένα συγκεκριμένο περιστατικό harassment
- Παραδείγματα απαράδεκτης συμπεριφοράς
- Δήλωση ότι το bullying και το harassment μπορεί να αντιμετωπισθούν σαν πειθαρχικές παραβάσεις¹⁴
- Τα βήματα τα οποία ο οργανισμός παίρνει για να παρεμποδίσει το bullying και το harassment
- Ευθύνες για επόπτες και διευθυντές
- Εμπιστευτικότητα για κάθε άτομο που υποβάλει παράπονο
- Αναφορά στις διαδικασίες για τα παράπονα, συμπεριλαμβανοντας χρονοδιάγραμμα δράσης
- Αναφορά στις πειθαρχικές διαδικασίες συμπεριλαμβανοντας το χρονοδιάγραμμα για την συμβουλευτική δράση και την δυνατότητα υποστήριξης
- Εκπαίδευση των διευθυντών
- Προστασία από θυματοποίηση
- Πως θα εφαρμοστεί η πολιτική, αναθεωρηθεί και παρακολουθηθεί

Η δήλωση της πολιτικής θα αποκτήσει επιπλέον αυθεντία αν το προσωπικό αναμειχθεί στην ανάπτυξη. Θα πρέπει να γίνει σαφές ότι η πολιτική εφαρμόζεται στο προσωπικό και εκτός των εγκαταστάσεων συμπεριλαμβανοντας αυτούς που εργάζονται μακριά από την βάση. Η πολιτική θα πρέπει να κάνει σαφές ότι το bullying και το harassment του προσωπικού από τους επισκέπτες στον οργανισμό δεν θα γίνονται ανεκτά.

Όλοι οι οργανισμοί μεγάλοι και μικροί, θα πρέπει να έχουν πολιτικές και διαδικασίες για να αντιμετωπίσουν τα παράπονα και τα πειθαρχικά θέματα. Το προσωπικό θα πρέπει να γνωρίζει σε ποιον μπορεί να απευθυνθεί εάν έχει ένα πρόβλημα που σχετίζεται με την εργασία του και οι διευθυντές θα πρέπει να εκπαιδεύονται σε όλα τα θέματα των πολιτικών του οργανισμού σε αυτή την ευαίσθητη περιοχή.

Δώστε το καλό παράδειγμα. Η συμπεριφορά των εργοδοτών και των υψηλόβαθμων στελεχών είναι τόσο σπουδαία όσο και κάθε τυπική πολιτική. Η σθεναρή διοίκηση μπορεί μερικές φορές να γυρίσει σε συμπεριφορά bullying.

¹⁴ Το mobbing εκφράζει τη δολιότητα που αναπτύσσεται μεταξύ συναδέλφων και αποσκοπεί στην εξάλειψη των ανταγωνιστών, μέσα από μια συνεχή αντισυναδελφική συμπεριφορά. [11]

Μια κουλτούρα όπου δίνονται συμβουλές στους εργαζόμενους και τα προβλήματα συζητούνται είναι λιγότερο πιθανό να ενθαρρύνουν το bullying και το harassment από έναν ο οποίος έχει το αυταρχικό στυλ διοίκησης. Ο οργανισμός πρέπει να κάνει ξεκάθαρο ότι το bullying και το harassment είναι απαράδεκτα.[16]

Στη συμφωνία πλαίσιο σχετικά με την παρενόχληση και τη βία στην εργασία αναφέρει: Οι επιχειρήσεις πρέπει να διαθέτουν μια σαφή δήλωση, στην οποία να διακηρύσσεται ότι η παρενόχληση και η βία δεν είναι ανεκτές. Η δήλωση αυτή θα καθορίζει τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθούνται, όταν ανακύπτουν σχετικά περιστατικά. Οι διαδικασίες μπορεί να περιλαμβάνουν ένα ανεπίσημο στάδιο, στο οποίο ένα άτομο που χαιρεί εμπιστοσύνης από τη διοίκηση και τους εργαζόμενους είναι διαθέσιμο να παρέχει συμβουλές και βοήθεια.

Μια κατάλληλη διαδικασία στηρίζεται αλλά δεν περιορίζεται από τα ακόλουθα:

- είναι προς το συμφέρον όλων των μερών να εφαρμόζεται η απαραίτητη διακριτικότητα, ώστε να προστατεύεται η αξιοπρέπεια και η ιδιωτική ζωή όλων·
- δεν πρέπει να αποκαλύπτονται πληροφορίες σε μέρη που δεν εμπλέκονται στην υπόθεση·
- οι καταγγελίες πρέπει να ερευνώνται και να αντιμετωπίζονται χωρίς άσκοπη καθυστέρηση·
- σε όλα τα εμπλεκόμενα μέρη πρέπει να παρέχεται αμερόληπτη ακρόαση και δίκαιη αντιμετώπιση·
- οι καταγγελίες πρέπει να τεκμηριώνονται με λεπτομερείς πληροφορίες·
- δεν πρέπει να υπάρχει ανοχή για ψευδείς κατηγορίες, και αυτές μπορεί να συνεπάγονται πειθαρχική ποινή·
- μπορεί να βοηθήσει η παροχή εξωτερικής βοήθειας.

Εάν στοιχειοθετηθεί ότι συνέβη παρενόχληση και βία, λαμβάνονται κατάλληλα μέτρα σε σχέση με το(-ους) δράστη(-ες)· αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν πειθαρχικά μέτρα, συμπεριλαμβανομένης μέχρι και της απόλυσης.

Στο(-α) θύμα(-τα) παρέχεται στήριξη και, εφόσον απαιτείται, βοήθεια επανένταξης.

Οι εργοδότες, κατόπιν διαβούλευσης με τους εργαζόμενους ή/ και τους αντιπροσώπους τους, καθιερώνουν, επανεξετάζουν και παρακολουθούν αυτές τις διαδικασίες, έτσι ώστε να εξασφαλίσουν την αποτελεσματικότητά τους όσον αφορά τόσο την πρόληψη των προβλημάτων όσο και την αντιμετώπισή τους, όταν ανακύπτουν. Όταν απαιτείται, οι διατάξεις του παρόντος κεφαλαίου μπορούν να εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση περιστατικών εξωτερικής βίας.[15]

Τα μέτρα πρόληψης καταπολέμησης του bullying συμπεριλαμβάνουν επίσης:

- αποφυγή ελλείψεων στο σχεδιασμό των θέσεων εργασίας (π.χ. καταλληλότητα του εργαζομένου για το φορτίο εργασίας, στις απαιτήσεις και τον έλεγχο, εξάλειψη των ασαφειών και της σύγκρουσης ρόλων)

- συντήρηση μιας ηγεσίας και συστημάτων διοίκησης καλής ποιότητας (π.χ. αναγνώριση των συγκρούσεων και επαρκής χειρισμός τους, κατάλληλη διαχείριση των πληροφοριών, και εφαρμογή των συστημάτων για παρακίνηση μέσω κινήτρων) και
- ορθή διαχείριση των διαφορών, των καταγγελιών και των συγκρούσεων (π.χ. ανάπτυξη επίσημης διαδικασίας υποβολής παραπόνων και εγγύηση της ανωνυμίας).

Τα μέτρα αυτά μπορούν να εφαρμοστούν με πολλούς διαφορετικούς τρόπους: με τη δημιουργία νέας νομοθεσίας, ανάπτυξη νέων διαδικασιών, διατύπωση κωδικών συμπεριφοράς, «συλλογικές συμφωνίες» ή υλοποίηση ορθών πρακτικών.

Όσον αφορά τη σωματική βία, οι ειδικοί μέθοδοι, τόσο προληπτικοί όσο και αντίδρασης, που μπορούν να υιοθετηθούν εξαρτώνται από τον τύπο του ιδρύματος ή του οργανισμού, το είδος του προϊόντος ή της υπηρεσίας που προσφέρεται, καθώς και τον τύπο και την ένταση της βίας που είναι πιθανότερο να συμβεί. Αυτό απαιτεί μια κατάλληλη αξιολόγηση και περιγραφή των κινδύνων βίας

Τα προληπτικά μέτρα πρέπει να στοχεύουν στη μείωση του επιπέδου των κινδύνων και εξάλειψη των καταστάσεων που μπορούν να οδηγήσουν σε βία και μείωση της πιθανότητας πρόκλησης βλάβης ή τραυματισμού¹⁵.

Μέσα σε αυτά μπορούν να υιοθετηθούν επίσης μέτρα, τα οποία αναφέρονται:

- στο εργασιακό περιβάλλον και το σχεδιασμό των χώρων εργασίας (π.χ. εγκατάσταση ειδικών εμποδίων και μετρητές (counters) ή έλεγχος της εισόδου και οθόνες παρακολούθησης στους χώρους εργασίας)
- στις διαδικασίες εργασίας (π.χ. διαδικασίες για την ασφάλεια, τροποποίηση των διαδρομών εργασίας, αποφυγή της μοναχικής εργασίας, καταλληλότητα του προσωπικού, ή περιορισμός στην πρόσβαση για το κοινό) και τέλος
- στα συστήματα ασφαλείας (π.χ. εξοπλισμός ειδικά σχεδιασμένος για την πρόληψη ή αναχαίτιση της βίας, όπως συναγερμοί και συστήματα παρακολούθησης βίντεο ή συστήματα επικοινωνίας για έκτακτη ανάγκη).

Τα μέτρα αντίδρασης αναφέρονται σε αυτά που έχουν σκοπό να διαχειριστούν τα βίαια επεισόδια από τη στιγμή που συμβούν. Η βιβλιογραφία δείχνει ότι τα ακόλουθα μέτρα θα πρέπει να ληφθούν:

- Κατ' αρχάς, το επίπεδο του κινδύνου για τα άτομα και τους γύρω του πρέπει να μειωθεί (π.χ. δημιουργία ομάδων διαχείρισης κρίσεων και επαφή με την αστυνομία και τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης).
- Δεύτερον, η φυσική και ψυχολογική ευεξία των εμπλεκόμενων πρέπει να σταθεροποιηθεί δίνοντας μια μικρής διάρκειας, αρχική ανταπόκριση. Γι' αυτό το

¹⁵ Τα παρακάτω ισχύουν και για την περίπτωση βίας από τρίτους'

λόγο η παροχή επαγγελματικής υποστήριξης και νομικών συμβουλών στους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους, συνιστάται. Μακροπρόθεσμη στήριξη μπορεί επίσης να είναι αναγκαία.

- Κατά τρίτο λόγο, η έρευνα του συγκεκριμένου γεγονότος θα πρέπει να διεξαχθεί για την αποφυγή επανάληψης ενός τέτοιου περιστατικού στο μέλλον.

Η σωστή εκπαίδευση των εργαζομένων αποτελεί επίσης ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της βίας στο χώρο εργασίας. Όλοι οι εργαζόμενοι πρέπει να γνωρίζουν τους τρόπους πρόβλεψης και αντιμετώπισης της βίας κατά τη διάρκεια και μετά από βίαια γεγονότα. [4] Π.χ. Για να μπορέσει ο διασώστης να είναι αποτελεσματικός, χρειάζεται να διαθέτει εκτός από τις κλινικές δεξιότητες και αναπτυγμένες διαπροσωπικές δεξιότητες¹⁶. Οι διασώστες πρέπει να δώσουν έμφαση όχι μόνο στην εκτέλεση των επαγγελματιών δραστηριοτήτων τους, αλλά και στη διατήρηση αρμονικών εργασιακών σχέσεων. Η επίλυση των συγκρούσεων είναι αναγκαία γιατί οι ανεπίλυτες συγκρούσεις υπομονεύουν τη συνεργασία, δυσχεραίνουν την άμεση και αποτελεσματική επικοινωνία και συντελούν στη δημιουργία «τοξικού» εργασιακού περιβάλλοντος' [10].

- Συντηρείστε επαρκείς διαδικασίες για να αντιμετωπίσετε γρήγορα τα παράπονα από τους εργαζόμενους. Τα παράπονα από το bullying και το harassment μπορούν να αντιμετωπισθούν με την χρήση πειθαρχικών διαδικασιών και ξεκάθαρα παράπονα. Τέτοιες διαδικασίες θα πρέπει να προνοούν για εμπιστευτικότητα τόσο για το άτομο που κάνει το παράπονο και το υποκείμενο των παραπόνων, να συνοδεύονται από έναν συνάδελφο ή αντιπρόσωπο του εργατικού σωματείου της επιλογής τους (το δικαίωμα για συνοδεία στις ακροάσεις παραπόνων έχει οριστεί στην Act 1999 για τις Επαγγελματικές σχέσεις).
- Κάνετε γνωστό στους εργαζόμενους ότι τα παράπονα σχετικά με το bullying και το harassment ή η πληροφόρηση που σχετίζεται με αυτά τα παράπονα, από το προσωπικό, θα αντιμετωπισθεί δίκαια και εμπιστευτικά και με ευαισθησία. Οι εργαζόμενοι θα είναι αρνητικοί να το κάνουν από μόνοι τους αν νοιώσουν ότι μπορεί να έχουν μη συμπαθητική μεταχείριση ή ότι μπορεί να αντιμετωπισθούν άγρια από το άτομο για του οποίου την συμπεριφορά παραπονιούνται. [16]

Πώς πρέπει οι εργοδότες να αντιδράσουν σε ένα παράπονο για bullying και harassment;

Ερευνείστε το παράπονο γρήγορα και αντικειμενικά. Λάβετε το παράπονο σοβαρά υπόψιν. Οι εργαζόμενοι συνήθως δεν αποδίδουν σοβαρές κατηγορίες εκτός και εάν νιώσουν σοβαρά αδικούμενοι. Η έρευνα θα πρέπει να είναι

¹⁶ Η διεκδίκηση με σωστό τρόπο «assertiveness» και η εκπαίδευση σχετικά με αυτό το θέμα (Δείτε και Πίνακα 1), βοηθά στην διαχείριση των διαπροσωπικών σχέσεων.

αντικειμενική και ανεξάρτητη. Αποφάσεις μπορεί τότε να ληφθούν ως προς το ποιες δράσεις πρέπει να γίνουν. Οι εργοδότες που ερευνούν ισχυρισμούς για harassment θα πρέπει να λάβουν υπόψιν τους όλες τις συνθήκες πριν φτάσουν σε ένα συμπέρασμα και ειδικά η αντίληψη από κάποιον για το harassment συχνά γίνεται διαφορετικά αντιληπτή από διαφορετικούς ανθρώπους. Έχοντας μαζέψει όλες τις πληροφορίες οι εργοδότες θα πρέπει να ρωτήσουν τον εαυτό τους 'μπορεί αυτό που συνέβη να ληφθεί λογικά ότι έχει προκαλέσει παρενόχληση;'

Ανεπίσημες προσεγγίσεις

Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι δυνατόν να διορθωθούν τα πράγματα ανεπίσημα. Μερικές φορές οι άνθρωποι δεν αντιλαμβάνονται ότι η συμπεριφορά τους δεν είναι ευπρόσδεκτη και μια ανεπίσημη συζήτηση μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη κατανόηση και σε μια συμφωνία ότι αυτή η συμπεριφορά θα σταματήσει. Μπορεί το άτομο να επιλέξει να το κάνει αυτό από μόνο του ή μπορεί να χρειάζεται συμπαράσταση από το προσωπικό, ένα διευθυντή, έναν αντιπρόσωπο εργαζομένων ή έναν σύμβουλο.[16]

Συμβουλευτική

Τόσο στους μεγάλους όσο και στους μικρούς οργανισμούς η συμβουλευτική μπορεί να παίξει ένα ζωτικό ρόλο για τα παράπονα σχετικά με το bullying και το harassment παρέχοντας μια δίοδο εμπιστευτικότητας για μια ανεπίσημη προσέγγιση, και μπορεί να δοθεί η ευκαιρία να λυθεί το παράπονο χωρίς να χρειάζεται περαιτέρω ή τυπική δράση. Κάποιοι οργανισμοί είναι ικανοί να εκπαιδεύσουν το προσωπικό από μέσα, άλλοι να κάνουν συμβόλαιο με μια ειδική υπηρεσία συμβουλευτικής. Τα προγράμματα βοήθειας του εργαζόμενου είναι υπηρεσίες συμβουλευτικής που παρέχονται και πληρώνονται από τον εργοδότη και είναι δωρεάν για τον εργαζόμενο. Οι υπηρεσίες διοίκησης μπορεί να είναι ικανές να παρέχουν πληροφορίες για την εκτίμηση καλών υπηρεσιών συμβουλευτικής.

Η συμβουλευτική μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη όπου η έρευνα δείξει ότι δεν υπάρχει κανένας λόγος για πειθαρχική πράξη, ή όπου υπάρχει αμφιβολία για την βαρύτητα του παραπόνου. Η συμβουλευτική μπορεί να λύσει το θέμα ή να βοηθήσει στην υποστήριξη του ατόμου που κατηγορείται όπως και αυτού που παραπονείται.

Μεσολάβηση

Ένα ανεξάρτητο τρίτο πρόσωπο ή μεσολαβητής μπορεί ορισμένες φορές να βοηθήσει να λυθούν θέματα πειθαρχικά και παραπόνων. Η μεσολάβηση είναι μια εθελοντική διαδικασία όπου ο μεσολαβητής βοηθά δύο (ή περισσότερα) άτομα που διαφωνούν να βρουν μια λύση σε ένα θέμα στο οποίο μπορεί και οι δύο να συμφωνούν. Ο Μεσολαβητής δεν παίρνει το μέρος κανενός και δεν λέει σε αυτούς που διαφωνούν τι να κάνουν.

Η μεσολάβηση μπορεί να είναι επιτυχημένη και για τις δύο πλευρές όταν: Καταλαβαίνουν τι περιλαμβάνει η μεσολάβηση, Μπον στην διαδικασία εθελοντικά, Προσπαθούν να επιδιορθώσουν την εργασιακή σχέση. Η μεσολάβηση είναι ένας καλός τρόπος να αντιμετωπισθούν οι καταστάσεις bullying διάκρισης ή το harassment ανάλογα με την φύση κάθε ισχυρισμού. Δράσεις διακρίσεων ή bullying μπορεί να κυμαίνονται από μη σκόπιμες παρεξηγήσεις και έλλειψη επίγνωσης έως τις εσκεμμένες και μοχθηρές πράξεις. Σε κάποιες περιπτώσεις το άτομο και ο οργανισμός μπορεί να εκτιμήσουν ότι οι ισχυρισμοί είναι τέτοιας φύσης που η έρευνα και οι πιθανές πειθαρχικές πράξεις είναι η μόνη εναλλακτική. Οι μεσολαβητές μπορεί να είναι εργαζόμενοι που έχουν εκπαιδευτεί να ενεργούν σαν εσωτερικοί μεσολαβητές στον χώρο εργασίας τους επιπλέον της καθημερινής τους εργασίας. Ή μπορεί να είναι από ένα εξωτερικό παροχέα μεσολάβησης.

Πειθαρχικές διαδικασίες

Όταν μια ανεπίσημη λύση δεν είναι δυνατή, ο εργοδότης μπορεί να αποφασίσει ότι το θέμα είναι ένα πειθαρχικό θέμα το οποίο χρειάζεται να αντιμετωπισθεί με την τυπική στο κατάλληλο επίπεδο πειθαρχική διαδικασία του οργανισμού. Όπως με κάθε πειθαρχικό πρόβλημα είναι σημαντικό να ακολουθείται μια σωστή διαδικασία. Στην περίπτωση παραπόνου για bullying ή harassment θα πρέπει να υπάρχει δικαιοσύνη τόσο σε αυτόν που παραπονείται όσο και στο πρόσωπο που κατηγορείται.[16]

Τι θα πρέπει να ληφθεί υπόψιν πριν γίνει μια κύρωση

Η δράση που θα ληφθεί πρέπει να είναι λογική υπό το φως των γεγονότων. Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να βγει το συμπέρασμα ότι μια κύρωση δεν είναι απαραίτητη ή ότι η συμβουλευτική ή η εκπαίδευση είναι προτιμότερη- το άτομο μπορεί τώρα να είναι ποιο ικανό να δεχτεί την ανάγκη να αλλάξει την συμπεριφορά του.

Όταν πρόκειται να δοθεί μια κύρωση θα πρέπει να ληφθούν υπόψη όλες οι συνθήκες περιλαμβάνοντας: το γενικό φάκελο και το πειθαρχικό φάκελο του εργαζόμενου, εάν η διαδικασία υποδεικνύει σε πιθανή κύρωση, δράσεις που ελήφθησαν σε προηγούμενες περιπτώσεις, κάθε εξήγηση και περιπτώσεις που μπορούν να ληφθούν υπόψη και εάν η κύρωση είναι λογική. Γραπτές προειδοποιήσεις, διαθεσιμότητα ή μεταφορά του bully/harasser είναι παραδείγματα πειθαρχικών κυρώσεων που μπορεί να τεθούν στην αποδεδειγμένη περίπτωση.

Διαθεσιμότητα ή μεταφορά (εκτός αν παρέχεται από την σύμβαση του εργαζόμενου ή συμφωνείται από τον εργαζόμενο) θα μπορούσε να αθετήσει την σύμβαση εάν υποφέρει ζημιά από αυτές, για παράδειγμα μεταφορά σε διαφορετική θέση η οποία σημαίνει επιπλέον έξοδα ή λιγότερο υπεύθυνη εργασία. Όταν προκύψει περίπτωση bullying ή harassment οι εργοδότες θα πρέπει να το αντιμετωπίσουν ως την ευκαιρία να εξετάσουν πολιτικές, διαδικασίες και μεθόδους εργασίας για να δουν εάν μπορούν να βελτιωθούν. Οι προηγούμενες πληροφορίες μπορεί να είναι χρήσιμες. [16]

Εν συντομία το επίπεδο εργασιακές σχέσεις αφορά την προαγωγή της θετικής εργασίας έτσι ώστε να αποφεύγονται οι συγκρούσεις και να αντιμετωπισθεί η απαράδεκτη συμπεριφορά.

Το πρότυπο:

Οι εργαζόμενοι δείχνουν ότι δεν υπόκεινται σε απαράδεκτη συμπεριφορά (όπως το bullying) κατά την εργασία τους.

Υπάρχουν συστήματα τοπικά για να ανταποκρίνονται στις ανησυχίες των ατόμων θα πρέπει :

- Ο οργανισμός να προάγει θετικές συμπεριφορές στην εργασία για να αποφύγει τις συγκρούσεις και να διασφαλιστεί η δικαιοσύνη.
- Οι εργαζόμενοι να μοιράζονται πληροφορίες σχετικά με την εργασία τους.
- Ο οργανισμός να έχει συμφωνήσει πολιτικές και διαδικασίες για να εμποδίσει ή να επιλύσει την απαράδεκτη συμπεριφορά.
- Να υπάρχουν συστήματα που κάνουν εφικτή και ενθαρρύνουν τους διευθυντές να αντιμετωπίζουν την απαράδεκτη συμπεριφορά.
- Να υπάρχουν συστήματα τα οποία κάνουν εφικτή και ενθαρρύνουν τους εργαζόμενους να αναφέρουν την απαράδεκτη συμπεριφορά [17].

Πίνακας 1: Διαφορετικά επίπεδα για παρεμβάσεις για το bullying (η ταξινόμηση έχει υιοθετηθεί από τους Murphy & Sauter, 2004).[1]

ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΙΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ	ΣΤΑΔΙΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ		
	Πρωτοβάθμια	Δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ/ ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	Πολιτικές Anti-bullying Κώδικες καθοδήγησης Ανάπτυξη της κουλτούρας του οργανισμού Επιχειρησιακή έρευνα	Διαδικασίες Διαχείρισης	Εταιρικές συμφωνίες και προγράμματα για εξωιδρυματική φροντίδα
ΕΡΓΑΣΙΑ/ΕΡΓΟ	Επανασχεδιασμός του περιβάλλοντος της ψυχοκοινωνικής εργασίας Ανάλυση των κινδύνων	Έρευνα του προσωπικού Ανάλυση περιπτώσεων Εκπαίδευση (π.χ. διαχείριση των συγκρούσεων) Επίλυση των συγκρούσεων Μεσολάβηση	Ομαδικά Προγράμματα για ανάρρωση
ΑΤΟΜΟ/ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ Η ΜΕ ΕΡΓΑΣΙΑ	Εκπαίδευση (π.χ. εκπαίδευση για 'δικδίκηση με σωστό τρόπο' (assertiveness training))	Κοινωνική στήριξη Συμβουλευτική	Θεραπεία Συμβουλευτική

Πίνακας 2. Δείκτες που θεωρούνται σχετικοί και χρήσιμοι ως σημείο αναφοράς μετρήσεων σε σχέση με την διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων σε μεγάλο επίπεδο[1].

Δείκτες για διαχείριση ψυχοκοινωνικών κινδύνων - Σε μεγάλο επίπεδο	
Περιοχή	Δείκτες
Ενσωμάτωση στην κυβερνητική πολιτική	<p>Διαθεσιμότητα των κυβερνητικών προγραμμάτων να προάγουν ή ενεργοποιήσουν την διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων στις επιχειρήσεις.</p> <p>Διαθεσιμότητα υπηρεσιών και κατάλληλα εκπαιδευμένων ειδικών (στην χώρα) για την υποστήριξη των οργανισμών στην διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων</p> <p>Διαθεσιμότητα οικονομικών κινήτρων για την λήψη προληπτικών μέτρων για τα ψυχοκοινωνικά θέματα ειδικά στις μικρομεσαίες επιχειρήσεις.</p>
Ενσωμάτωση στις πολιτικές των οργανισμών των εργοδοτών και στους οργανισμούς των επιχειρήσεων	<p>Ποσοστό των επιχειρήσεων που έχουν δεσμευτεί στην διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων</p> <p>Αριθμός των τομέων της βιομηχανίας που δεσμεύονται σε επίπεδο τομέα να αντιμετωπίσουν τους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους</p> <p>Οδηγοί (guidance) που αναπτύσσονται από τους εργοδότες και τους οργανισμούς των επιχειρήσεων για την διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων</p>
Ενσωμάτωση στις πολιτικές των σωματείων	<p>Αριθμός των 'Αντιπροσώπων' των εργαζομένων, που επιμορφώνονται στην διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων</p> <p>Οδηγοί (guidance) που αναπτύσσονται από τα σωματεία για την διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων</p>
Ενσωμάτωση του διαλόγου με την αστική κοινωνία και μηνύματα προς τα μέσα μαζικής ενημέρωσης	<p>Συχνότητα με την οποία δίνεται προσοχή από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης στους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους/ θέματα στην εργασία</p> <p>Αριθμός των συλλογικών συμφωνιών που απευθύνονται στην διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων</p> <p>Επίπεδο του εθνικού (τριμερούς) κοινωνικού διαλόγου για την διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων και για την προαγωγή της ψυχικής (mental) υγείας στους χώρους εργασίας</p> <p>Αριθμός από (και νέοι τύποι από) κοινωνικούς εταίρους που εμπλέκονται στην διαχείριση των ψυχοκοινωνικών</p>

	κινδύνων
Ενσωμάτωση στην θεωρητική και επαγγελματική εκπαίδευση	<p>Με δεσπόζον θέμα τους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους ευαισθητοποίηση στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση</p> <p>Ποσοστό των επαγγελματικών σχολείων και άλλων σχολείων που προσφέρονται στους εργοδότες ή στις επαγγελματικές ενώσεις που απευθύνονται στην διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων</p> <p>Συνεχή προγράμματα εκπαίδευσης επαγγελματικής ανάπτυξης που προσφέρονται από τους εργοδότες ή από τις επαγγελματικές ενώσεις που απευθύνονται στην διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων</p> <p>Συνεχή προγράμματα εκπαίδευσης επαγγελματικής ανάπτυξης που προσφέρονται από τα σωματεία και απευθύνονται στην διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων</p> <p>Συνεχή προγράμματα εκπαίδευσης επαγγελματικής ανάπτυξης που προσφέρονται από τις κυβερνήσεις και τους φορείς (σώματα) υγείας και ασφάλειας και απευθύνονται στην διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων</p> <p>Επαγγελματική εκπαίδευση στους επιθεωρητές υγείας και ασφάλειας για την διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων</p>
Κύριοι κοινωνικοί εταίροι που εμπλέκονται στην διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων	<p>Οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης (δημόσιοι ή ιδιωτικοί) που εμπλέκονται στην πρόληψη των ψυχοκοινωνικών κινδύνων (μέσω ειδικών προγραμμάτων)</p> <p>Συχνότητα των συνεργασιών (ή χρηματοδότησης) ανάμεσα στις επιχειρήσεις και τους οργανισμούς για την ψυχική υγεία (mental health care organizations) και /ή τους οργανισμούς για τους ασθενείς (patient organizations).</p> <p>Αριθμός των επιχειρήσεων που ασκούν διαχείριση κινδύνων και προαγωγή της mental health στους χώρους εργασίας</p>

Παρουσίαση ενός εργαλείου πρόληψης του bullying

Μέσα στα εργαλεία πρόληψης του bullying, mobbing και harassment είναι η δημιουργία ενός staff charter - Καταστατικού Χάρτη για το προσωπικό με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των εργαζομένων ο οποίος τοιχοκολλείται σε όλους τους χώρους εργασίας.

Στην Μεγάλη Βρετανία όπως φαίνεται δεν αποτελεί καλή πρακτική απλώς, αλλά πάγια πρακτική για τους Οργανισμούς.

Για να είναι πιο κατάλληλο στο παράδειγμα που ακολουθεί όπου αναφέρεται Πανεπιστήμιο σκεφτείτε π.χ. τον εκάστοτε Οργανισμό / επιχείρηση: «Το Πανεπιστήμιο έχει δεσμευτεί να αξιολογεί, υποστηρίζει και φέρεται σε όλο το προσωπικό με σεβασμό. Ο Χάρτης για το Προσωπικό παρουσιάζει έναν κώδικα συμπεριφοράς στο οποίο υπάρχει μια προσέγγιση μηδενικής ανοχής σε διακρίσεις και κάθε μορφής bullying και harassment. Σε όλο το Χάρτη για το Προσωπικό ο όρος «προσωπικό», συμπεριλαμβάνει τα διευθυντικά στελέχη. Είναι ευθύνη του συνόλου του προσωπικού να προασπίζεται τις αξίες και αρχές [18].

ΕΞΙ ΑΡΧΕΣ ΚΑΛΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ

1. *Αμοιβαία ευθύνη* - Όλο το προσωπικό αναμένεται να συμβάλει πλήρως στην επιτυχία του Πανεπιστημίου, καθώς και του Κολεγίου, Σχολής ή Τμήματος, μέσω της συνεργασίας με το πλήρες δυναμικό τους. Το προσωπικό θα ενθαρρύνεται να αναπτύξει τον ρόλο και τις ευθύνες του και αυτό θα πρέπει να επανεξετάζονται τακτικά, με την αναγνώριση των επιτευγμάτων και την αξιολόγησή τους. Όλο το προσωπικό πρέπει να διατηρήσει το σεβασμό και την ακεραιότητά τους σε οποιοδήποτε αλληλεπίδραση με τους συναδέλφους.

2. *Σεβασμός, Δικαιοσύνη και αμεροληψία* - Όλο το προσωπικό έχει το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται με προσοχή και ανοχή από τους συναδέλφους, και να δώσει και να λάβει εποικοδομητική κριτική όπου χρειάζεται, απαλλαγμένη από τον φόβο και την προκατάληψη. Καθένας έχει το δικαίωμα να αρνηθεί να παρενοχλείται ή εκφοβίζεται.

3. *Η καλή επικοινωνία* - Όλο το προσωπικό έχει το δικαίωμα να λαμβάνει ενημέρωση η οποία είναι απλή, έγκαιρη και αποτελεσματική. Η γλώσσα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή και ευαισθησία και η εμπιστευτικότητα πρέπει να τηρείται. Σε ερωτήματα αλληλογραφίας, e-mail και τηλεφωνικά πρέπει να δίνεται απάντηση γρήγορα και αποτελεσματικά, όσο είναι δυνατόν. Όλο το προσωπικό αναμένεται να διευρύνει τις γνώσεις του για το Πανεπιστήμιο από την πρόσβαση στην πληροφόρηση και την καθοδήγηση, που παρέχεται.

4. *Αποτελεσματική Ηγεσία και Διοίκηση* - Όλο το προσωπικό έχει το δικαίωμα να περιμένει διοίκηση και ηγεσία αποτελεσματική. Οι διευθυντές θα πρέπει να ασχοληθούν με τις διενέργειες γρήγορα και αποτελεσματικά. Σαφείς κατευθυντήριες γραμμές θα πρέπει να δίνονται όσον αφορά τις προσδοκίες από τον φόρτο εργασίας και την επακόλουθη διαχείριση του φόρτου εργασίας. Οι διευθυντές θα πρέπει να εξασφαλίζουν ότι υπάρχει ένα περιβάλλον στο οποίο το προσωπικό

μπορεί να αναπτύξει τις σχετικές δεξιότητες και γνώσεις. Η παροχή των κατάλληλων οδηγιών ή κατευθύνσεων δεν πρέπει να εκλαμβάνεται ως παρενόχληση.

5. *Μάθηση και Ανάπτυξη* - Όλο το προσωπικό ενθαρρύνεται να αξιοποιήσει πλήρως τις δυνατότητές του στο σημερινό του ρόλο μέσω της ανάπτυξης του προσωπικού και να συνεχίσει την προσωπική και επαγγελματική εξέλιξη που προσδιορίζεται μέσω δοκιμασιών, εποπτείας και συναντήσεων αξιολόγησης. Όλο το προσωπικό πρέπει επίσης να λάβει ατομική ευθύνη για συνεχή ανάπτυξη.

6. *Σεβασμός της ποικιλομορφίας και διαφορετικότητας* - Όλο το προσωπικό θα πρέπει να αναγνωρίζει και να αξιολογεί την πολυμορφία και την διαφορετικότητα και να είναι σε θέση να ακούει, και να ασχολείται με τη γνώμη των άλλων με την κατάλληλη προσοχή και ευαισθησία. Το προσωπικό θα πρέπει να ξετάσει τις πιθανές επιπτώσεις των λέξεων και της συμπεριφοράς του σχετικά με τους γύρω τους. Καθένας έχει το δικαίωμα να διαφωνεί, αλλά το δικαίωμα αυτό πρέπει να ασκείται στο πλαίσιο της κατανόησης τόσο των κοινών όσο και των επιμέρους αρμοδιοτήτων των υπαλλήλων.

ΑΠΑΡΑΔΕΚΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Το Πανεπιστήμιο δεν θα ανεχθεί εκφοβισμό, γενική ή ειδική παρενόχληση. Αν αισθάνεστε ότι βιώνετε απαράδεκτη συμπεριφορά και θέλετε να παραπονεθείτε έχετε αυτό το δικαίωμα και θα ληφθεί σοβαρά υπόψη.

Οι *διακρίσεις* (discrimination) όχι μόνο έχουν επιπτώσεις στις λεγόμενες «μειονοτικές» ομάδες στην κοινωνία, αλλά είναι ένα φαινόμενο το οποίο μπορεί να επηρεάσει κάθε ένα από εμάς όταν είμαστε θύμα εκφοβισμού, γελιοποίησης ή ανάρμοστης συμπεριφοράς λόγω ενός από τα προσωπικά χαρακτηριστικά μας. Είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσουμε πόσο οι προσωπικές προκαταλήψεις μας, επηρεάζουν τη συμπεριφορά μας και την επίπτωση που αυτό μπορεί να έχει στους άλλους.

Η *παρενόχληση* (harassment) είναι αδικαιολόγητη συμπεριφορά (από την πλευρά του καταγγέλλοντος) που έχει σκοπό (σκόπιμα) ή επίδραση (ακούσια) να θίγεται η αξιοπρέπεια του καταγγέλλοντος ή τη δημιουργία ενός εκφοβιστικού, εχθρικού, εξευτελιστικού, ταπεινωτικού ή επιθετικού περιβάλλοντος για τον καταγγέλλοντα.

Ο *εκφοβισμός* (bullying) είναι μια μορφή σωματικής ή ψυχολογικής βίας και μπορεί μερικές φορές να προέρχεται από ένα άτομο το οποίο θεωρεί ότι ακολουθεί μια σκληρή γραμμή κατά του άλλου ατόμου. Ο εκφοβισμός μπορεί επίσης να είναι

ακατάλληλη συμπεριφορά ή επαφή, όπως το να φωνάζεις στους ανθρώπους. Όλοι οι συνάδελφοι, το προσωπικό και οι διευθυντές, πρέπει να σκεφτούν πολύ προσεκτικά και με ευαισθησία για την πρόθεση της επικοινωνίας τους, ιδίως τις πιθανές επιπτώσεις της γλώσσας και του τόνου τους. Ο εκφοβισμός, η γενική παρενόχληση και η συγκεκριμένη παρενόχληση (π.χ. φυλετικής, σεξουαλικής, θρησκευτικής ή πεποιθήσεων παρενόχληση), μπορεί να πάρει πολλές μορφές και μπορεί να είναι η συμπεριφορά από μέλος του προσωπικού στο διευθυντή τους ή το αντίθετο, ή μεταξύ συναδέλφων - όλες είναι εξίσου απαράδεκτες. Μερικές φορές η συμπεριφορά μπορεί να είναι ραφιναρισμένη, ή να φαίνεται ως κάτι ασήμαντο, αλλά όταν είναι επίμονη, μπορεί να είναι τόσο βλαβερή όσο η πιο ακραία συμπεριφορά.

Ο εκφοβισμός (bullying) και η παρενόχληση (harassment) μπορεί να περιλαμβάνει ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

- Λεκτική κακοποίηση ή προσβλητική συμπεριφορά, καθώς και προσβλητικά αστεία ή γελοιοποίηση, φυλετικά και σεξουαλικά υπονοούμενα
- Άμεση λεκτική επιθετικότητα, προσβλητική γλώσσα, άσεμνες παρατηρήσεις
- Κακόβουλα προσωπικά σχόλια για ένα συνάδελφο
- Επιθετικά κουτσομπολιά ή αδικαιολόγητα επικριτικά σχόλια
- Εκ προθέσεως κατάχρηση εξουσίας ή ρόλος που εξευτελίζει ένα συνάδελφο
- Ταπεινωτική και ακατάλληλα αστεία ή βρισιές, η υπερβολικά πειράγματα ή αστεϊσμός
- Σωματική επίθεση ή ακατάλληλη σωματική επαφή
- Σκόπιμη επιβολή μη ρεαλιστικού στόχου ή υπερβολικός φόρτος εργασίας
- Σαμποτάζ στα αποτελέσματα της εργασίας ενός ατόμου ή σκοπίμως να εμποδίζεται η πρόοδός του
- Αποστολή προσβλητικής, επιθετικής ή απειλητικής έγγραφης ή σε ηλεκτρονική μορφή υλικού, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου
- Ανοικτή έκθεση δημοσιεύσεων ρατσιστικών ή προσβλητικών από σεξουαλικής

απόψεως

- Συμπεριφορά που υποδαυλίζει το φυλετικό μίσος, π.χ. φορώντας ρατσιστικά διακριτικά εμβλήματα ή σήματα
- Εσκεμμένη κακή πληροφόρηση συναδέλφου ή παρακράτηση πληροφοριών
- Εξοστρακισμός, απομόνωση ή ηθελημένα να αγνοείται κάποιος
- Ανάθεση εμφανώς ακατάλληλων δευτερεύουσων εργασιών
- Μη λογικό μπλοκάρισμα των αιτήσεως άδειας ή κατάρτισης ή ευκαιρίας Προαγωγής
- Παράλογη ή υπερβολική κριτική
- Εσκεμμένη εχθρική συμπεριφορά ή εξαναγκασμός

Μια τέτοια συμπεριφορά μπορεί να είναι συνεχής, ή μπορεί να λάβει τη μορφή ενός μεμονωμένου περιστατικού προς ένα ή περισσότερα άτομα. Αξίζει να θυμηθούμε ότι όταν κάποιος λέει κάτι σε σας που δεν σας αρέσει, δεν είναι απαραίτητα εκφοβισμός ή παρενόχληση.

Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι λογικοί και αν πουν κάτι που σας φαίνεται αγενές μπορεί να βοηθήσει να δείτε την κατάσταση από τη δική τους άποψη.

Είναι κάτω από την πίεση; Είναι αναστατωμένος; Μπορεί να βοηθήσει τη σχέση, αν μπορείτε να δείτε και να καταλάβετε τη θέση τους. Ωστόσο, είναι σημαντικό να τον αφήσετε να γνωρίζει πώς μπορεί να ερμηνευθεί η συμπεριφορά του. Είναι επίσης πολύ σημαντικό ότι η απαραίδεκτη συμπεριφορά που συνιστά παρενόχληση και εκφοβισμό δεν είναι ανεκτή.

Το προσωπικό θα πρέπει να συμβουλευθεί την διαδικασία υποβολής καταγγελιών σε περίπτωση εκφοβισμού ή παρενόχλησης. Αρχικές ανεπίσημες συμβουλές μπορούν να δοθούν από το δίκτυο επαφής για την Παρενόχληση (Harassment): [18]

Καταστατικός Χάρτης του προσωπικού

Προσδοκίες

Αρμοδιότητες

Μπορείτε να περιμένετε ...	Περιμένουν από σας να ...
Διοίκηση <ul style="list-style-type: none"> Ο κάθε διευθυντής να ενσωματώνει και να προωθεί τις αξίες, τα δικαιώματα και τις ευθύνες του Χάρτη του προσωπικού. 	<ul style="list-style-type: none"> Ενσωματώνετε και προωθείτε τις αξίες, τα δικαιώματα και τις αρμοδιότητες του Χάρτη του προσωπικού σε όλες τις επαφές με συναδέλφους.
Σεβασμό <ul style="list-style-type: none"> Να αντιμετωπίζετε με σεβασμό και εμπιστοσύνη. (Δείτε «Απαράδεκτη συμπεριφορά»). 	<ul style="list-style-type: none"> Να δείχνετε ευγένεια και σεβασμό προς όλους τους συναδέλφους
Πολυμορφία <ul style="list-style-type: none"> Να μην είστε σε μειονεκτική θέση εξαιτίας του φύλου, φυλής, εθνικής ή εθνικής προέλευσης, των θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων, αναπηρίας, οικογενειακής κατάστασης, ηλικίας, υγείας, τις ευθύνες της οικογένειας, τη σεξουαλικότητα, ή οποιοσδήποτε άλλες διακρίσεις. Μηδενική ανοχή σε διακρίσεις, βία και όλες τις μορφές εκφοβισμού και παρενόχλησης. (Δείτε «Απαράδεκτη συμπεριφορά») Ποικιλομορφία και πολιτικές ίσων ευκαιριών να κοινοποιούνται και να προωθούνται 	<ul style="list-style-type: none"> Αναλάβετε την ευθύνη για να διασφαλίσετε ότι η συμπεριφορά σας είναι χωρίς διακρίσεις ανά πάσα στιγμή. Αναλάβετε τις ευθύνες και τα καθήκοντα που επενδύονται στο ρόλο σας χωρίς εκφοβισμό ή παρενόχληση άλλων. Σεβαστείτε και αξιολογείτε την πολυμορφία και την διαφορετικότητα μεταξύ των συναδέλφων. Να είστε υπεύθυνοι για να ακολουθείτε τις κατευθυντήριες γραμμές για την διαφορετικότητα και τις ίσες ευκαιρίες.
Οι αξίες σε δράση <ul style="list-style-type: none"> Ατομικούς, ομαδικούς και Τμήματος / Σχολής, στόχους, που είναι ρεαλιστικοί και αποτελούν πρόκληση. Ξεκάθαρη ενημέρωση για το φόρτο εργασίας και τις προσδοκίες επίδοσης από τους διευθυντές του έργου. Κατάλληλα επίπεδα υποστήριξης, διαχείρισης και εποπτείας (συμπεριλαμβανομένων των συνεντεύξεων δοκιμής και αξιολόγησης). Τα επιτεύγματα σας να 	<ul style="list-style-type: none"> Να είστε υπεύθυνοι για την αναθεώρηση και για να αντανακλάται στις δικές σας επιδόσεις το καλύτερο των δυνατοτήτων σας. Να επιδιώξετε την επίλυση θεμάτων και προβλημάτων στην εργασία εποικοδομητικά και ταχέως, με τους διευθυντές, όπου πρέπει. Κρατάτε τον διευθυντή ενήμερο για την πρόοδο σας στην εργασία και τα τυχόν προβλήματα που μπορεί να προκύψουν.

<p>αναγνωριστούν και να δοθεί ενθάρρυνση.</p> <ul style="list-style-type: none"> Δέουσα προσοχή στα ζητήματα της επικοινωνίας, αν είστε μερικής απασχόλησης / περιστασιακό μέλος του προσωπικού. 	<ul style="list-style-type: none"> Να συμβάλετε στην οικοδόμηση καλών σχέσεων εργασίας, να εργάζεστε συνεργατικά και υποστηρικτικά με τους άλλους συναδέλφους.
<ul style="list-style-type: none"> Ανάπτυξη Να συμμετέχετε στο σχεδιασμό δράσης, την εκπαίδευση του προσωπικού και τις αναπτυξιακές δραστηριότητες για την επέκταση της προσωπικής και επαγγελματικής ανάπτυξης. Να καταλάβετε πως ο δικός σας μεμονωμένος ρόλος συμβάλλει στους ευρύτερους σκοπούς και στόχους του Πανεπιστημίου. 	<ul style="list-style-type: none"> Να αναλάβετε προσωπική ευθύνη για την ανάπτυξη του προσωπικού. Να συμβάλλετε όπου είναι δυνατό στην ευρύτερη ζωή και επιτυχία του Πανεπιστημίου. Αντιπροσωπεύετε το Πανεπιστήμιο στο εξωτερικό με τον κατάλληλο τρόπο, εάν κληθείτε να το πράξετε.
Ευεξία <ul style="list-style-type: none"> Πολιτικές και πρακτικές για την προώθηση της ευέλικτης εργασίας και την υποστήριξη των προσωπικών, οικιακών και οικογενειακών δεσμεύσεων. Να μην είστε κακόπιστα σε μειονεκτική θέση επειδή εργάζεστε με ευελιξία / μερική απασχόληση, ή σε περιστασιακή βάση. Να υπάρχει ενεργή επικοινωνία για τις πολιτικές υγείας και ασφάλειας. Τα θέματα που αφορούν εργασιακό άγχος, να αντιμετωπίζονται αμέσως. Πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με όλες τις μορφές στήριξης που παρέχονται από ή μέσω του Πανεπιστημίου 	<ul style="list-style-type: none"> Δείξετε ότι υπολογίζετε τους συναδέλφους με διαφορετικούς ρυθμούς εργασίας. Ισορροπείτε τις δικές σας ανάγκες απέναντι στις ανάγκες και τις ευθύνες όλων των συναδέλφων. Έχετε την ευθύνη για τη χρήση του πλήρους φάσματος των καναλιών επικοινωνίας που παρέχονται από το Πανεπιστήμιο. Να είστε υπεύθυνοι για ασφαλή εργασία. Να αξιολογείτε τους κινδύνους στο χώρο εργασίας, με τους κατάλληλους συναδέλφους και να πραγματοποιείτε κάθε αναγκαία δράση. Να προωθείτε την δική σας υγεία και ευεξία και να είστε υπεύθυνοι να γνωρίζετε σχετικά με τη στήριξη που προσφέρει το Πανεπιστήμιο. [18]

Υπογραφές: Διεύθυνση Προσωπικού, Ηγεσία, Εκπρόσωποι Εργαζομένων, κλπ.»

ΧΩΡΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΟΜΑΔΕΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΤΡΕΧΟΥΝ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΚΙΝΔΥΝΟ

Τα στοιχεία που παρουσιάζονται από τους ερευνητές¹⁷ σχετικά με το μέγεθος του bullying και της σωματικής βίας μπορεί να είναι αρκετά διαφορετικά, δεδομένου ότι αντανακλούν θέματα όπως την μέθοδο που χρησιμοποιείται στην μελέτη και τις πολιτιστικές διαφορές.

Σε γενικές γραμμές, τα προβλήματα αυτά αφορούν όλους τους τύπους απασχόλησης και τομείς δραστηριοτήτων, παρόλο που η συχνότητα είναι υψηλότερη στον τομέα των υπηρεσιών. Οι μεγάλες διακυμάνσεις στα στοιχεία εξηγείται, για παράδειγμα, από τους διαφορετικούς ορισμούς των χρησιμοποιούμενων εννοιών, διαφορετικές μεθοδολογίες, επίπεδο ευαισθητοποίησης του πληθυσμού αναφοράς, και τα συστήματα συλλογής πληροφοριών. Όλα αυτά σημαίνουν ότι, αν και η ποσότητα των δεδομένων και πληροφοριών σχετικά με το φαινόμενο έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, τα στοιχεία δεν είναι πάντοτε άμεσα συγκρίσιμα. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένες μελέτες που βασίζονται σε έρευνες με συγκρίσιμες μεθοδολογίες. Όσον αφορά την συχνότητα του bullying, δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση με συγκεκριμένα επαγγέλματα και τομείς. Ωστόσο, οι εργαζόμενοι στην παροχή υπηρεσιών και στις πωλήσεις είναι κατά κάποιον τρόπο πιο ευάλωτοι από ότι οι εργαζόμενοι σε άλλα επαγγέλματα. Οι διαφορές αυτές είναι αρκετά συχνές μεταξύ όλων των χωρών όπου έχει μελετηθεί το bullying.

Τα στοιχεία για τη βία και το bullying σε Ευρωπαϊκούς χώρους εργασίας λαμβάνονται περιοδικά από την ευρωπαϊκή έρευνα για τις συνθήκες εργασίας (που πραγματοποιείται από το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας). Η Τρίτη Ευρωπαϊκή έρευνα για τις συνθήκες εργασίας - 2000 αποκάλυψε ότι, κατά κανόνα (στην ΕΕ-15), τα ποσοστά εμφάνισης της σωματικής βίας και το bullying έχουν αυξηθεί κατά τα τελευταία χρόνια. Ωστόσο, είναι δύσκολο να εκτιμηθεί το πραγματικό επίπεδο αυτής της αύξησης εξαιτίας της ταυτόχρονης αύξησης της συνειδητοποίησης των θεμάτων αυτών. Ειδικότερα, αναφέρθηκε ότι:

- οι γυναίκες περισσότερο από τους άνδρες υπέφεραν από όλες τις μορφές βίας (σωματικής βίας 7% των γυναικών και το 5% των ανδρών εργαζομένων, bullying το 11% των γυναικών και 9% των ανδρών εργαζομένων και σεξουαλικής παρενόχλησης (sexual harassment) 4% των γυναικών και το 1% των ανδρών εργαζομένων)

- το bullying εντοπίστηκε ως επί το πλείστον στην παροχή υπηρεσιών όπου : αναφέρθηκε από το 14% των εργαζομένων στους τομείς εκπαίδευσης και υγείας, δημόσιας διοίκησης και τομέα άμυνας, στον τομέα των ξενοδοχείων και εστιατορίων, καθώς και από το 12% των εργαζομένων στις μεταφορές και στον τομέα των επικοινωνιών και το 9% των εργαζομένων στο χονδρικό και λιανικό εμπόριο

- 4% περίπου του συνόλου των εργαζομένων ήταν το αντικείμενο εξωτερικής φυσικής βίας (βία που έρχεται στο χώρο εργασίας από έξω) και το 1,5% του συνόλου των εργαζομένων ήταν το αντικείμενο της σωματικής βίας που πηγάζει από τους συναδέλφους

- η σωματική βία ήταν πιο έντονη στον τομέα της εκπαίδευσης και της υγείας (11% των εργαζομένων), ακολουθούμενη από τη δημόσια διοίκηση και τον τομέα της άμυνας (9%) και τον τομέα των ξενοδοχείων και εστιατορίων (7%). Για τις υπό ένταξη και υποψήφιες χώρες (τώρα αποτελούν 12 νέα κράτη μέλη), η Ευρωπαϊκή έρευνα για τις συνθήκες εργασίας (2001), έκρινε ότι :

- υπήρχαν περίπου παρόμοια ποσοστά μεταξύ της ΕΕ και των υπο ένταξη και υποψήφιων χωρών για την επικράτηση των διαφόρων μορφών βίας σε χώρους εργασίας, αν και, σε αντίθεση με την ΕΕ, η βία και το bullying εκεί επηρέαζαν ελαφρώς περισσότερο τους άνδρες από τις γυναίκες.

- η σωματική βία (εξωτερική) επηρέαζε ιδιαίτερα τους εργαζόμενους στην δημόσια διοίκηση και στον τομέα της άμυνας (9%), τον τομέα των ξενοδοχείων και εστιατορίων (8%) και σε μικρότερο βαθμό, τον τομέα των ακινήτων (5%)

- Το bullying βιώθηκε ως επί το πλείστον από τους εργαζόμενους στα ξενοδοχεία και τα εστιατόρια (12%), την δημόσια διοίκηση και την άμυνα (11%), στις μεταφορές (10%) και στα ορυχεία (9%).

Τα αποτελέσματα της Τέταρτης Ευρωπαϊκής έρευνας των συνθηκών εργασίας, η οποία διεξήχθη το 2005 και καλύπτει όλες τις ΕΕ-27 χώρες, είναι παρόμοια. Σε γενικές γραμμές, περίπου 5 με 6% του συνόλου των εργαζομένων δήλωσε ότι έχουν υποβληθεί σε κάποια μορφή βίας, bullying ή harassment. Σε σύγκριση με την περίοδο 1995-2005, το επίπεδο της βίας έχει αυξηθεί ελαφρώς στην ΕΕ-15 (από 4% έως 6%). Σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, οι γυναίκες, κυρίως νέες γυναίκες, ήταν πιο συχνά από τους άνδρες το θέμα του bullying και του harassment (εκτός της φυσικής βίας από άλλους ανθρώπους, την οποία βιώναν ελαφρώς περισσότερο οι άντρες).

Επιπλέον, υπάρχουν οι μετανάστες εργαζόμενοι που διατρέχουν ιδιαίτερα τον κίνδυνο του bullying. Μια μελέτη από την Ηνωμένο Βασίλειο (υπάρχει στη «μελέτη βιβλιογραφίας σχετικά με τους διακινούμενους εργαζομένους») έδειξε ότι το 10% των νοσοκόμων γενικά, και περίπου το 40% των νοσοκόμων από εθνική μειονότητα, βίωσαν φυλετική παρενόχληση από συναδέλφους, και το 20% των νοσοκόμων γενικά, και πάνω από το 60% των νοσοκόμων από εθνική μειονότητα υποβλήθηκαν σε ρατσιστικές ύβρεις από τους ασθενείς. Η βία στο χώρο εργασίας, ή απειλές βίας, ήταν πιο διαδεδομένες στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης καθώς και στην Ολλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο (περίπου 10 έως 12% των εργατών απειλήθηκαν με σωματική βία).

Ομοίως, εκφοβισμός ή παρενόχληση εμφανίστηκαν πιο συχνά στη Φινλανδία (17%) ή στην Ολλανδία (12%) από ότι, για παράδειγμα, στην Ιταλία ή Βουλγαρία (2%). Οι διαφορές αυτές, όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, μπορεί να σχετίζονται με το επίπεδο της έκθεσης σε αυτό το είδος των κινδύνων, καθώς και

¹⁷ Τα στοιχεία αφορούν και την 'βία από τρίτους'.

το επίπεδο ευαισθητοποίησης σχετικά με αυτά τα ζητήματα στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες [4].

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ 'ΜΥΘΩΝ ΓΙΑ ΤΟ BULLYING'

Απόσπασμα από το www.bullyonline.org/workbully/myths.htm της Μεγάλης Βρετανίας. (Όπου ξεκαθαρίζονται πολλές παρανοήσεις σχετικά με το θέμα αλλά και έμμεσα δίνονται και πολλές πληροφορίες γιατί ακμάζει το bullying και η βία στην εποχή μας).

Θύμα (victim)

Προτιμάται η λέξη στόχος (target). Η λέξη θύμα επιτρέπει σε ανειλικρινείς ανθρώπους να εφαρμόσουν την παγίδα και να προβοκάρουν παρανοήσεις και προκαταλήψεις σχετικά με την θυματοποίηση οι οποίες περιλαμβάνουν την εξαγωγή του συμπεράσματος ότι το άτομο ήταν με κάποιο τρόπο συνένοχο στην κακοποίηση. Ο 'στόχος' αναγνωρίζει την επιλογή αυτού που εκφοβίζει να το κάνει, αντί την απυχία του στόχου να γίνεται άθελά του η πιο πρόσφατη καταστροφή από την βία του διαταραγμένου, δυσλειτουργικού, επιθετικού εκφοβιστή.

Μα σίγουρα οι στόχοι κάνουν κάτι και ενθαρρύνουν το bullying

Τα παιδιά που κακοποιούνται από παιδόφιλους δεν ενθαρρύνουν την κακοποίηση, οι γυναίκες που βιάζονται δεν ενθαρρύνουν τον βιασμό, οι έγχρωμοι άνθρωποι δεν ενθαρρύνουν την παρενόχληση και την διάκριση εξαιτίας του χρώματος του δέρματός τους, οι ομοφυλόφιλοι άνθρωποι δεν ενθαρρύνουν την παρενόχληση και την διάκριση εξαιτίας του σεξουαλικού προσανατολισμού τους, και οι στόχοι του bullying δεν ενθαρρύνουν την κακοποίηση στην εργασία απλά γιατί είναι διαθέσιμοι. Οι έξι πιο κοινοί λόγοι που οι εκφοβιστές επιλέγουν τους στόχους τους είναι εξαιτίας της διαθεσιμότητάς τους (λάθος τόπος, λάθος στιγμή), ανταγωνισμός (ζήλια), δημοτικότητα (ζήλια), ευπαθής (εισόδημα και ανάγκη να πληρωθεί η υποθήκη), συναισθηματική ωριμότητα και αξίες, ακεραιότητα. Οι στόχοι εκπροσωπούν ότι δεν είναι οι εκφοβιστές και δεν θα γίνουν ποτέ.

Τα θύματα είναι κάποιοι που αποφεύγουν τους άλλους

Οι στόχοι του bullying είναι άτομα ανεξάρτητα, στηριζόμενα στον εαυτό τους, παρακινούνται από μόνα τους, δεν έχουν καμιά ανάγκη να φτιάξουν συμμορίες ή να συμμετέχουν σε κλίκες, δεν έχουν ανάγκη να εντυπωσιάσουν και δεν έχουν κανένα ενδιαφέρον σε πολιτικές του γραφείου.

Τα θύματα είναι απομονωμένα

Αυτή είναι σωστή παρατήρηση, οι εκφοβιστές απομονώνουν τους στόχους τους με στόχο να τους αποδυναμώσουν. Είναι μια τακτική που χρησιμοποιείται από όλους που κάνουν κατάχρηση εξουσίας.

Τα θύματα δεν είναι ομαδικοί παίκτες

Οι στόχοι του bullying δεν είναι εταιρικοί κλώνοι και κηφήνες. Είναι ανεξάρτητοι, στηριζόμενοι στους εαυτούς τους, παρακινούμενοι από τον εαυτό τους, με φαντασία, πρωτοτυπία, και με πολλές ιδέες. Οι εκφοβιστές λειτουργούν με το σύστημα του διαίρει και βασίλευε και εργάζονται σκληρά για να απομονώσουν, εξαιρέσουν και αποδυναμώσουν τον στόχο τους τον οποίο τότε ψευδώς κατηγορούν ότι δεν είναι ομαδικός παίκτης.

Δεν θα μπορέσεις ποτέ να αποδείξεις το bullying

Το ίδιο επιχείρημα είχε παρουσιασθεί πριν την εισαγωγή των νόμων για σεξουαλική παρενόχληση και διάκριση λόγω φύλου. Η λύση είναι η μόρφωση, δεν μπορείς ποτέ να αποδείξεις κάτι που δεν καταλαβαίνεις.

Οι εκφοβιστές έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση

Οι εκφοβιστές επιδεικνύουν αλαζονεία, ναρκισσισμό, αληθοφάνεια, βεβαιότητα, ότι δεν μπορεί κανείς να τους ακουμπήσει, αυτοπεποίθηση, εγωισμό, μια αίσθηση ότι είναι άτρωτοι και μια απόλυτη πίστη στην ορθότητα και στο ότι είναι αλάνθαστοι. Οι εκφοβιστές επίσης είναι τέλειοι στην απάτη και στην αποφυγή της υπευθυνότητας. Κάποιοι άνθρωποι τα περνούν αυτά για αυτοπεποίθηση, που δεν είναι.

Οι άνθρωποι με υψηλή αυτοπεποίθηση φανερώνουν την υψηλή αυτοεκτίμησή τους έχοντας μόνο θετική αλληλεπίδραση με τους άλλους. Οι εκφοβιστές έχουν μόνο αρνητική αλληλεπίδραση με τους άλλους, η αρνητική αλληλεπίδραση είναι χαρακτηριστικό της χαμηλής αυτοεκτίμησης. Οι εκφοβιστές κινητοποιούνται από την ζήλια, το φθόνο, και τις προκαταλήψεις τα οποία είναι ενδείξεις χαμηλής αυτοεκτίμησης. Το bullying είναι το αντίθετο της υψηλής αυτοεκτίμησης. Οι άνθρωποι με υψηλή αυτοεκτίμηση δεν έχουν την ανάγκη να εκφοβίζουν.

Τα θύματα είναι αδύναμα και ανεπαρκή

Είναι πάντα ο εκφοβιστής αδύναμος και ανεπαρκής. Οι εκφοβιστές καταφεύγουν να πουν τους άλλους 'αδύναμους' και ότι 'δεν είναι στα καλά τους' με σκοπό να φανούν 'κανονικοί' μετά την σύγκριση. Οι νορμάλ άνθρωποι δεν χρειάζεται να εκφοβίζονται, μόνο οι αδύναμοι άνθρωποι χρειάζεται να εκφοβίζονται για να κρύψουν την αδυναμία και την ανεπάρκειά τους. Έτσι λοιπόν όποιος επιδεικνύει συμπεριφορά bullying αποκαλύπτει και παραδέχεται ότι είναι αδύναμος και ανεπαρκής.

Οι στόχοι είναι απλά μεμψίμοιροι που δεν τα πάνε καλά με τους ανθρώπους

Οι στόχοι γίνονται στόχοι γιατί είναι ικανοί και δημοφιλείς. Οι εκφοβιστές ζηλεύουν την ευκολία και τις σταθερές σχέσεις που οι στόχοι έχουν με τους άλλους. Η ζήλια και ο φθόνος φαίνεται να είναι τα κανάλια για την απελευθέρωση του εσωτερικού θυμού που βράζει, που περικλείει έχθρα και μνησικακία.

Εάν ένας στόχος πραγματικά εκφοβίζεται γιατί όχι περισσότεροι εργοδότες δεν παίρνουν το μέρος του στόχου;

Οι εργοδότες εξαφανίζουν τον στόχο επειδή αυτοί (οι εργοδότες) έχουν αποτύχει να καλύψουν το νομικό τους καθήκον και να παρέχουν στους εργαζόμενους ένα ασφαλές περιβάλλον εργασίας. Οι εργοδότες θα έκαναν τα πάντα για να αποφύγουν την απόδοση ευθυνών και να πρέψει να πληρώσουν την ζημιά. Οι περισσότεροι οργανισμοί ειδικά στον δημόσιο τομέα έχουν ένα πολύ βαθύ πορτοφόλι όταν πρόκειται να υπερασπιστούν την νομική δράση για αμέλεια. Ο σκοπός του bullying είναι να κρύψει την ανεπάρκεια και το περισσότερο bullying είναι ιεραρχικό. Το bullying που κάποιος βλέπει ή βιώνει είναι συνήθως η άκρη του παγόβουνου του ότι κάτι δεν πάει καλά. Επίσης, οι εργοδότες φοβούνται περισσότερο τους κατά συρροή εκφοβιστές από ότι φοβούνται τους στόχους, έτσι είναι ευκολότερο, φθηνότερο και λιγότερο επικίνδυνο να ξεφορτωθούν τον στόχο, όταν δε ο εργοδότης φτάσει να ακούσει για την περίπτωση bullying εναντίον τους, ο στόχος έχει πιθανότατα τραυματιστεί, υποφέρει από σοβαρή ψυχιατρική βλάβη, αντιμετωπίζει απώλεια εργασίας και εισοδήματος, και μπορεί να μην έχει την υποστήριξη του σωματίου και την νομική υποστήριξη, έτσι ο εργοδότης είναι περισσότερο πιθανόν να κερδίσει την υπόθεση εναντίον του στόχου παρά ενάντια σε ένα εκδικητικό, αποφασισμένο και μνησικάκο κατά συρροή εκφοβιστή [19].

Φορείς που μπορεί κάποιος να απευθυνθεί:

Συνήγορος του Πολίτη
(http://www.synigoros.gr/diakriseis/odigos_01.htm)
Διεύθυνση: Χατζηγιάννη Μέξη 5, 11528 Αθήνα
Τηλ.: 210 7289600, Φαξ: 210 7292129,

Επιτροπή Ίσης Μεταχείρισης - Υπουργείου Δικαιοσύνης
Διεύθυνση: Μεσογείων 96, 115 27 Αθήνα
Τηλ.: 210 7700207, 210 7767052 Φαξ: 210 7767489
E-mail: nomodik@otenet.gr
Ιστοσελίδα: www.ministryofjustice.gr

Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας (Σ.ΕΠ.Ε.)
Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας
(για παραβιάσεις στον τομέα της απασχόλησης και εργασίας)
Διεύθυνση: Σταδίου 29 101 10 Αθήνα
Τηλ.: 210 3312915, 210 3748830, Φαξ: 210 3702346
E-mail: ypersepe@otenet.gr
Ιστοσελίδα: www.yrakp.gr/

Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος (Γ.Σ.Ε.Ε.)
Διεύθυνση : Ποσειδών 69 & Αινιάνος 2-4, 10434, Αθήνα
Τηλέφωνο: 210-8202284, 210-8202198
Ιστοσελίδα :www.gsee.gr
Τμήματα: 1. Νομική Υπηρεσία Γ.Σ.Ε.Ε.

Ανώτατη Διοίκηση Ενώσεων Δημοσίων Υπαλλήλων (Α.Δ.Ε.ΔΥ)
Τμήμα: Γραμματεία Γυναικών
Διεύθυνση: Φιλελλήνων και Ψύλλα 2, 10557, Αθήνα
Τηλέφωνο: 213-1616900, Fax: 2103246165
Ιστοσελίδα:www.adedy.gr
Ηλεκτρονική διεύθυνση:adedy@adedy.gr, adedy1@adedy.gr

Δίκτυο Ενίσχυσης και Στήριξης Μεταναστριών
Τηλέφωνο : 2103244380
Ιστοσελίδα: www.genderissues.org.gr [20]

Διεύθυνση Κοινωνικής Προστασίας, Τμήμα Ισότητας Ευκαιριών
Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας
Διεύθυνση: Πειραιώς 40, 10182 Αθήνα
Τηλ. 210 5295193, 209, ΦΑΞ: 210 5295156, E-mail: ypergdkp@otenet.gr[13]

Υπουργείο Δικαιοσύνης Διεύθυνση Νομοθετικού Συντονισμού
και Ειδικών Νομικών Σχέσεων, Τμήμα Ίσης Μεταχείρισης
Διεύθυνση: Μεσογείων 96, 11527 Αθήνα
Τηλ. 210 7767310, Φαξ: 210 7767489, E-mail: nomodic@otenet.gr[13]

Βιβλία, Πηγές που προτείνονται (στο Ίντερνετ):

1. Πηγές εργασιακού στρες - Το σύνδρομο "Mobbing", Το σύνδρομο Burn out. http://www.elinyae.gr/el/category_details.jsp?cat_id=33 (σελ. 6).
2. Εργασία χωρίς άγχος. Πρόληψη των ψυχοκοινωνικών κινδύνων και του εργασιακού άγχους στην πράξη <http://osha.europa.eu/el/publications/reports/104>
3. Preventive Workplace Harassment and violence (joint guidance implementing a European social partner agreement) Αυτό το έργο οργανώθηκε με την οικονομική υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.
4. The European Framework for Psychosocial Risk Management PRIMA-EF <http://prima-ef.org/book.aspx>¹⁸
<http://prima-ef.org/outcomes.aspx>
<http://prima-ef.org/default.aspx>
5. Code of Practice on the Prevention of Workplace Bullying , Health and Safety Authority <http://www.westcd.ie/VRS/Docs/Safety/Prevention%20of%20Workplace%20Bullying.pdf>
6. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health, European Agency for Safety and Health at work http://riskobservatory.osha.europa.eu/risks/forecasts/psychosocial_risks
7. Managing conflict at work (A survey of the UK and Ireland), Survey Report.
8. Bullying and Harassment at work, Guidance for managers and employees. www.acas.org.uk
9. Health, work and wellbeing, booklet, www.acas.org.uk
10. Βία ενάντια στις γυναίκες στο χώρο εργασίας τους. Ας μιλήσουμε γι' αυτό, 2010 Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την ψυχική υγεία. Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την ψυχική υγεία. Στο <http://www.ekpse.gr/docs/DAPHNE%20III/Guide.pdf> (στα ελληνικά, στο πίσω μέρος αναφέρονται και άλλοι φορείς για βοήθεια).
11. Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με ψυχοκοινωνικά ζητήματα που συνδέονται με την εργασία, συμπεριλαμβανομένων του άγχους και της ψυχολογικής κακομεταχείρισης μπορείτε να βρείτε στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://osha.eu.int/ew2002/>
12. Autonomous Framework Agreement on Harassment and Violence at work ETUC interpretation guide (Σελίδα 6) http://www.etuc.org/IMG/pdf_CES-Harcelement-Uk-2.pdf
13. Δίκτυο Προαγωγής της Υγείας <http://www.enwhp.org/>
14. OSH IN FIGURES STRESS AT WORK-FACTS AND FIGURES

¹⁸ Το PRIMA-EF είναι μέρος του πλαισίου για Υγιείς Χώρους Εργασίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η κοινοπραξία PRIMA-EF (2008) βρίσκεται υπό την ηγεσία του Ινστιτούτου Εργασίας, Υγείας και Οργανισμών (University of Nottingham) και περιλαμβάνονται οι ΒΑυΑ, ISPESL, TNO, CIOP και FIOH. Τα ιδρυτικά μέλη της Κοινοπραξίας, είναι συνεργαζόμενα Κέντρα για την Επαγγελματική Υγεία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ).

- http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work
15. Research on Work-related Stress. <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/203>
 16. Working together to reduce stress at work ,A guide to employees, Health and Safety Executive <http://www.hse.gov.uk/pubns/indg424.pdf>
 17. How to tackle work-related stress ,A guide for employers on making the Management Standards work, Health and Safety Executive <http://www.hse.gov.uk/pubns/indg430.pdf>
 18. Bullying and Harassment at work, Guidance for employees. www.acas.org.uk

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. PRIMA-EF book , 2008 σελ. 68, 62, 63, 96, 129, 141.
2. Fact sheet 31. Πρακτικές συμβουλές προς τους εργαζόμενους για την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και των αιτίων του , European Agency for Safety and Health at work <http://osha.europa.eu/el/publications/factsheets/31>
3. http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/health_hygiene_safety_at_work/110114_el.htm
4. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health, European Agency for Safety and Health at work σελ. 76-83, 2007.
5. Workplace violence and Harassment: a European Picture, European Agency for Safety and Health at work σελ. 9, 29, 69, 71.
6. OSH in figures: stress at work-facts and figures, European Agency for Safety and Health at work , 2009 σελ.19, 102, 109, 117.
7. http://osha.europa.eu/el/topics/stress/index_html/harassment
8. www.hse.uk/stress/furtheradvice/bullyingindividuals.htm
9. Παρενόχληση στον χώρο εργασίας, Fact sheet 23, Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την υγεία στην Εργασία. <http://osha.europa.eu/el/publications/factsheets/23>
10. Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας για τους εργαζόμενους στον τομέα της επείγουσας διακομιδής ασθενών (Εκτίμηση επικινδυνότητας εργασίας στη λειτουργία του Ε.Κ.Α.Β. Αθήνας). Ι. Καρούτσου, Θ. Λαμπρούσης και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης. Σελ. 45, 46.
11. Πηγές εργασιακού στρες. Το σύνδρομο "Mobbing". Το σύνδρομο "Burn out". 2007, σελ. 28, 29.
12. Εκφάνσεις του Εργασιακού Άγχους στην ψυχική και τη σωματική Υγεία (Έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό). Ε. Μουστάκα, Ι. Ζάντζος και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης. 2010, σελ 20.
13. Καταπολέμησε τις διακρίσεις. Μάθε τα δικαιώματά σου. Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, 2007.
14. http://www.synigoros.gr/diakriseis/odigos_02.htm
15. <http://olme-attik.att.sch.gr/files/diethi/SIMFONIAPLAISIOVIAETUC.pdf>
16. ACAS 'Bullying and harassment at work' A guide for managers and employers
17. <http://www.hse.gov.uk/stress/standards/relationships.htm>
18. <http://www.arts.ac.uk/hr/36600.htm>
19. www.bullyonline.org/workbully/myths.htm
20. Βία ενάντια στις γυναίκες στο χώρο εργασίας τους. Ας μιλήσουμε γι'αυτό, 2010 <http://www.ekpse.gr/docs/DAPHNE%20III/Guide.pdf>

HARASSMENT IN PROFESSIONAL RELATIONS AS A RISK FACTOR FOR WORK STRESS

Helen Nyfoudi

Chemical Engineer, M.Sc., Centre for Occupational Health and Safety at Work, Ministry of Labour.

Abstract: The Health and Safety at work are recognized as fundamental rights and essential elements of the agenda for 'decent work'. According to the European Agency for Safety and Health at Work 'work-related stress is a symptom of an organizational problem, not a personal weakness'. This article first presents the relationship between the possible stress factor 'relationships'(Including harassment) and job stress. The main aim is to understand what is 'the harassment effect' (harassment-bullying-mobbing), as we would describe e.g. what is the greenhouse effect, and how to deal with it responsibly, since it becomes a serious issue in nowadays. First of all everyone must be able to recognize it. The article presents and analyzes the concepts, 'workplace violence', 'violence by others' 'harassment-bullying-mobbing' with references to existing literature and relevant studies. Social problems such as 'increased violence' in society and a 'less healthy population' (and the associated health care costs and absenteeism) are entering the workplaces. The article presents the implications for how the harassment or bullying or mobbing make someone feel. It shows the causes of risk and conclusions for health and safety. It presents the measures (some of them) to be taken. It appears that the interventions must be at business or organisation level and practices and solutions to be put into practice as soon as possible. The employer must understand that according also to the Labour Law is his obligations to care for such risks and organizations have to introduce systems to address this problem which unfortunately looks like an iceberg. The article presents the 'Possible preventive measures' and 'how should employers respond to a complaint about bullying or harassment', 'the process of mediation', 'when to take disciplinary action', 'what should be considered before making a sanction". It presents a table with the different levels of intervention for bullying, as well as indicators for the management of psychosocial risks. It presents a tool for the prevention of bullying: The staff charter plan. It presents the existing labour legislation on this issue which include: the '3850 Law, Ratification of the Code of Laws on health and safety of workers', Law 3304/2005, which regulates the general framework for combating and eliminating discrimination' Law 3488/2006, which ensures the principle of equal treatment", the "Agreement on work stress', the 'Framework agreement on harassment and violence at work', the 'European Pact on Mental Health and wellbeing'. It presents the workplaces and groups of employees who are at high risk.

ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ

**Βασιλική Κωνσταντινοπούλου¹, Θ.Κ. Κωνσταντινίδης², Φ. Μπαμπάτσικου³,
Βιλελμίνη Καραγιάννη⁴, Ελπίδα Κρουσταλλη⁵ και Χαρίλαος Κουτής⁶**

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Σισμανόγλειο Νοσοκομείο, ΠΜΣ Υγιεινή και Ασφάλεια Εργασίας, Τμήμα Ιατρικής Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης σε σύμπραξη των Τμημάτων Δημόσιας Υγιεινής και Νοσηλευτικής Α' του Τ.Ε.Ι Αθήνας, 2. Αν. Καθηγητής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Τμήμα Ιατρικής, 3. Επίκουρος Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Α' Τ.Ε.Ι Αθήνας, 4. Επίκουρος Καθηγήτρια Βιοστατιστικής, Τμήμα Δημόσιας Υγιεινής, Τ.Ε.Ι Αθήνας, 5. Νοσηλεύτρια MSc, Νοσοκομείου Ε.Σ., 6. Καθηγητής, Τμήμα Δημόσιας Υγιεινής, Τ.Ε.Ι Αθήνας..

Περίληψη: Η εκτίμηση επαγγελματικού κινδύνου είναι σημαντική για την πρόληψη ατυχήματος σε μία συγκεκριμένη θέση ή δραστηριότητα. Στην παρούσα εργασία η εκτίμηση αφορά τον χώρο του χειρουργείου, μιας σύνθετης δομής που χαρακτηρίζεται από ποικιλία εργασιακών δραστηριοτήτων. Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του κινδύνου υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων στα χειρουργεία. Το υλικό της μελέτης απετέλεσαν 131 άτομα, νοσηλευτές και γιατροί εργαζόμενοι σε χειρουργεία τριών νοσοκομείων της Αθήνας. Για την εκπλήρωση του σκοπού της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο που μελετούσε τα απαραίτητα στοιχεία της παρούσας εργασίας. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS και εφαρμόστηκε το χ^2 test. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 42,03 ± 8,85 έτη. Από τους 131 συμμετέχοντες οι 58 (44,3%) ήταν άνδρες και οι 73 (55,7%) ήταν γυναίκες, οι 55 (42%) ήταν ιατροί και οι 65 (49,6%) ήταν νοσηλευτές. Με τη εφαρμογή του $\times 2$ test βρέθηκε ότι οι γυναίκες ήταν πιο πολλές από τους άνδρες στο νοσηλευτικό κλάδο ($p=0,000$), περισσότερες γυναίκες έπασχαν από κισούς κάτω άκρων ($p=0,049$). Οι ιατροί δεν γνώριζαν εάν στο χώρο εργασίας υπάρχει φωτισμός ασφαλείας ($p=0,001$), επίσης δεν έβλεπαν σκόνες σχεδόν ποτέ ή σπάνια ($p=0,023$), περισσότεροι ιατροί είχαν κάνει εμβόλιο για τέτανο ($p=0,011$). Περισσότεροι εργαζόμενοι με προϋπηρεσία <10 ετών είχαν υποστεί ατύχημα στο χειρουργείο ($p=0,021$). Οι εργαζόμενοι με λιγότερα χρόνια προϋπηρεσίας που είχαν υποστεί ατύχημα ανέφεραν υψηλότερη συχνότητα (>7) ατυχημάτων σε σχέση με τους εργαζόμενους που είχαν υποστεί ατύχημα και είχαν μεγαλύτερη προϋπηρεσία ($p=0,015$). Περισσότεροι εργαζόμενοι με υπνηλία είχαν υποστεί ατύχημα στο χειρουργείο ($p=0,005$). Οι εργαζόμενοι που αλλάζουν συχνά ωράριο είχαν περισσότερους τραυματισμούς σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες εργαζομένων ($p=0,047$). Υψηλότερη αναλογία των ανδρών που δεν είχαν ποτέ τραυματιστεί ενώ σημαντικά υψηλότερη αναλογία γυναικών είχαν υποστεί από 5 τραυματισμούς και πάνω.

hugelia@εργασια 2(1): 161-178

Συμπερασματικά οι εργαζόμενοι εκτιμούν ότι υπάρχουν εργασιακοί κίνδυνοι στο χειρουργείο. Σημαντικό ρόλο παίζουν το φύλο, η ειδικότητα και τα χρόνια προϋπηρεσίας με στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι επαγγελματικοί κίνδυνοι υπάρχουν οπουδήποτε παρέχεται ιατρική φροντίδα αλλά τον μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχει το προσωπικό των νοσοκομείων και των ερευνητικών κέντρων λόγω της παρουσίας μεγάλου αριθμού επαγγελματικών κινδύνων (Gestal, 1987), και όταν δεν υπάρχει η κατάλληλη μέριμνα και αντιμετώπιση, τότε προκαλούνται επαγγελματικά νοσήματα και εργατικά ατυχήματα (Κωνσταντινίδης, 2007).

Ένας παράγοντας μπορεί να θεωρηθεί επικίνδυνος εάν μπορεί να επηρεάσει την υγεία ενός ατόμου, να προκαλέσει τραυματισμό ή θάνατο, να βλάψει ή να μολύνει τον αέρα, το νερό ή τη γη (Seibert, 1994). Αυτοί οι παράγοντες ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες: τους φυσικούς, τους χημικούς, του βιολογικούς και τους ραδιενεργούς (ATSDR, 2008).

Οι Κατηγορίες Επαγγελματικών Κινδύνων είναι ως ακολούθως: 1η ομάδα: Κίνδυνοι για την ασφάλεια ή κίνδυνοι ατυχήματος, που οφείλονται σε: Κτιριακές δομές, Μηχανές, Ηλεκτρικές εγκαταστάσεις, Επικίνδυνες ουσίες, Πυρκαγιές-εκρήξεις. 2η ομάδα: Κίνδυνοι για την υγεία, που οφείλονται σε: Χημικούς παράγοντες, Φυσικούς παράγοντες, Βιολογικούς παράγοντες, 3η ομάδα: Κίνδυνοι για την υγεία και την ασφάλεια (εγκάρσιοι), που οφείλονται σε: Οργάνωση εργασίας, Ψυχολογικούς παράγοντες, Εργονομικούς παράγοντες, Αντίξοες συνθήκες εργασίας (Δρίβας 2000, ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., 2000).

Οι κίνδυνοι για την ασφάλεια περικλείουν την πιθανότητα να προκληθεί τραυματισμός ή βλάβη στους εργαζόμενους, ως συνέπεια της έκθεσης στην επικίνδυνη κατάσταση. Η φύση της επικίνδυνης κατάστασης καθορίζει την αιτία και το είδος του τραυματισμού ή της βλάβης, που μπορεί να είναι μηχανική, ηλεκτρική, χημική, κ.ά. (Gardiner K et al, 2009).

Οι εγκάρσιοι, για την υγεία και την ασφάλεια, κίνδυνοι προκύπτουν και χαρακτηρίζονται από την αλληλεπίδραση της σχέσης εργαζόμενου και οργάνωσης της εργασίας αυτού. Οι αιτίες των κινδύνων αυτών εντοπίζονται στην ίδια τη δομή της παραγωγικής διαδικασίας, που οδηγεί στην αναγκαστική προσαρμογή του ανθρώπου στις απαιτήσεις της εργασίας. Συναντώνται και με την ονομασία «οργανωσιακοί κίνδυνοι».

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κατά την διάρκεια της άσκησης της εργασίας τους εκτίθενται σε αρκετές ύποπτες ή γνωστές ουσίες για την καρκινογόνο δράση τους και γενικά συμπεριλαμβάνουν τις ιοντίζουσες ακτινοβολίες, τα ηλεκτρομαγνητικά πεδία, τα αποστειρωτικά μέσα καθώς και τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα (Lie 2003, Tompa et al, 2006).

Οι Φυσικοί Κίνδυνοι είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τις μυοσκελετικές παθήσεις που σχετίζονται με την εργασία, εντοπίζονται κυρίως στην οσφυϊκή χώρα, τον αυχένα, τους ώμους καθώς επίσης τα άνω και κάτω άκρα και

εμφανίζονται με τη μορφή επώδυνων μυϊκών σπασμών και φλεγμονών όπως προεπιγονατική και υποεπιγονατική θυλακίτιδα, ωλεκρανική θυλακίτιδα, θυλακίτιδα του ώμου, σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα κ.ά. (Ιντζόγλου & Κούβδος 2008).

Βρέθηκε ότι το εργασιακό στρες, η κατάθλιψη, η κόπωση, η μη ικανοποίηση από την εργασία και η καταπίεση, είναι δείκτες χαμηλής απόδοσης στην εργασία, απώλειας ημερών εργασίας λόγω ασθένειας και μυοσκελετικών προβλημάτων των εργαζομένων. Εργαζόμενοι υπό καταπίεση έχουν 27 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εγκαταλείψουν την εργασία τους από εργαζόμενους χωρίς καταπίεση (Myette, ACOEM 2009, Hales RE 2002, Dersh 2006).

Οι χημικοί ρυπογόνοι παράγοντες μπορούν να είναι παρόντες, ως μίγματα, στον εσωτερικό αέρα. Οι κύριοι χημικοί ρυπογόνοι παράγοντες περιλαμβάνουν: Αέρια που παράγονται από τις καύσεις (NO₂, SO₂, CO). Το διοξείδιο του αζώτου (NO₂) είναι η σημαντικότερη και η πιο άφθονη ένωση στην εσωτερική ρύπανση.

Ο μολυσματικός κίνδυνος συνδέεται ουσιαστικά με τραυματισμούς από αιχμηρά αντικείμενα κυρίως στα χέρια, τα αντιβράχια και τα κάτω άκρα.

Τα βακτήρια τα οποία είναι ανθεκτικά στην βανκομικίνη και στην μεθυσιλίνη αποτελούν έναν ακόμη βιολογικό επαγγελματικό κίνδυνο για το εν λόγω προσωπικό (Donaldson, 2000). Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των χειρουργείων μπορεί να εκτεθεί σε κάποιον βιολογικό παράγοντα (Hadadi, et al, 2008) μέσω λύσης της συνέχειας του δέρματος που συνήθως προέρχεται από τρύπημα με βελόνα ή από κόψιμο με αιχμηρό αντικείμενο, μέσω της αναπνευστικής οδού, των βλεννογόνων μεμβρανών, της επαφής με αίμα, ιστούς και άλλα σωματικά υγρά όπως το αμνιακό, το εγκεφαλονωτιαίο, το ενδοπλευρικό, το περιτοναϊκό καθώς και το περικάρδιο υγρό.

Το να γνωρίζουμε ποιοι είναι οι πιθανοί επαγγελματικοί κίνδυνοι και σε ποιες συνθήκες υπάρχουν στα νοσοκομεία μπορεί να φανεί πολύ χρήσιμο για την ανάπτυξη κατάλληλων οδηγιών και μεθόδων προφύλαξης μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων (Hadadi et al 2008)

Η εφαρμογή των διεθνών μέτρων πρόληψης από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα είναι σε χαμηλά επίπεδα. Τα στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχει ανάγκη εύρεσης και εφαρμογής παρεμβάσεων σε σχέση με την προφύλαξη του προσωπικού χειρουργείου (Matziou et al 2002).

Ένας από τους χώρους των νοσοκομείων που αποτελεί πηγή πολλών τέτοιων κινδύνων είναι τα χειρουργεία αφού αντιπροσωπεύουν ένα πολύπλοκο περιβάλλον και χρήζουν συνεχούς παρακολούθησης για την ασφάλεια τόσο του ασθενή όσο και των εργαζομένων. Από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας (Βαγιώκας 2007, Henderson et al. 1990, Houtman et al. 1999, Κινιτάκι 2002, Θεοφάνης 2007, Κωνσταντινίδης 2007α, Κωνσταντινίδης 2007β) έγινε διαπίστωση του μεγέθους του επαγγελματικού κινδύνου στο χώρο του χειρουργείου, γεγονός που συνετέλεσε στον καθορισμό του σκοπού της παρούσας εργασίας, ώστε να διερευνηθεί ο επαγγελματικός κίνδυνος στο χώρο των χειρουργείων μέσω της υποκειμενικής εκτίμησης των εργαζομένων.

Ως στόχος της μελέτης τίθεται η διερεύνηση των εργασιακών συνθηκών των εργαζομένων στα χειρουργεία και η εκτίμησης του επιπέδου πρόληψης από τον εκάστοτε οργανισμό των νοσοκομείων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων.

Ελπίζουμε ότι θα προκύψει εξαγωγή συμπερασμάτων και προτάσεων που ίσως φανούν χρήσιμα για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και την προαγωγή της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων στα χειρουργεία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το υλικό της μελέτης απετέλεσαν νοσηλεύτες και γιατροί, από τρία νοσοκομεία της Αθήνας. Για την εκπλήρωση του σκοπού της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ειδικό Σουηδικό ερωτηματολόγιο Διεθνούς βιβλιογραφίας που μελετούσε τα απαραίτητα στοιχεία της παρούσας εργασίας. Αυτό περιείχε ερωτήσεις ανοικτού τύπου που αφορούσαν τις συνθήκες εργασίας των εργαζομένων, τους βλαπτικούς εργασιακούς παράγοντες για την υγεία και την ασφάλεια, την επίδραση των παραπάνω παραγόντων στην υγεία των εργαζομένων στα χειρουργεία καθώς και τις παρεμβάσεις πρόληψης, αν υπήρχαν, που αφορούσαν τη συνολική υγεία των εργαζομένων με την αρχική προσθήκη των δημογραφικών χαρακτηριστικών.

Αναλυτικότερα, το ερωτηματολόγιο κατανεμήθηκε σε τέσσερες ενότητες, την πρώτη ενότητα με τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Στη δεύτερη ενότητα διερευνώνται οι κίνδυνοι για την υγεία και τρίτη ενότητα αναφέρονται οι κίνδυνοι για την ασφάλεια που προκύπτουν από πτώσεις υλικών, ηλεκτροπληξία και τον χειρισμό επικίνδυνων εργαλείων κ.ά. Στην τέταρτη ενότητα αναφέρονται οι εργονομικοί κίνδυνοι για την υγεία και ασφάλεια όπως η στάση κατά την εργασία, ο ρυθμός εργασίας, η μονοτονία, η επαναληπτικότητα, η μετακίνηση ασθενών, ο βαθμός ευθύνης, η πνευματική κόπωση και η πίεση από τους συνεργάτες, κίνδυνοι από ατυχήματα όπως τραυματισμός, έλεγχος ηλεκτροστατικότητας δαπέδων, έγκαυμα από διαθερμία καθώς και προβλήματα υγείας από αιμορροϊδοπάθεια και κισσούς.

Για την συλλογή των στοιχείων διανεμήθηκαν στα υποκείμενα της μελέτης 200 ερωτηματολόγια και συγκεντρώθηκαν 131. Τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν από την ερευνήτρια ήταν ανώνυμα και αυτοσυμπληρούμενα και μοιράστηκαν μετά από συνεχείς επισκέψεις και προσωπική επαφή με την πλειονότητα των απόμων και τους προϊσταμένους των χειρουργείων.

Η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε με τυχαιοποίηση. Αντικειμενικά προβλήματα στην εκτέλεση της έρευνας ήταν το πολυσύνθετο εργασιακό περιβάλλον και η πρόσβαση στα Νοσοκομεία. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS και η μέθοδος χ^2 test. Η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά

Η πρώτη σε συχνότητα κατηγορία είναι οι νοσηλευτές (49,6%) και ακολουθούν οι γιατροί (42%). Οι γυναίκες εμφανίζουν σχετικά υψηλότερη αναλογία στο δείγμα (55,7%). Η μέση ηλικία στο δείγμα ήταν τα 42,03 έτη (SD=8,85). Λεπτομερέστερα, ο μέσος όρος ηλικίας για τους άνδρες ήταν τα 42,17 έτη (SD=9,12) και για τις γυναίκες τα 41,92 έτη. Το μέσο βάρος στο δείγμα ήταν 74,45 (14,74) κιλά, λοιπά δημογραφικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στον Πίνακα 1 που ακολουθεί.

Κίνδυνος για την υγεία

Μειοψηφία φαίνεται να είναι οι εργαζόμενοι (18,7% επί των αποκριθέντων) που έχουν πρόβλημα συχνά με τον φωτισμό στον εργασιακό τους χώρο. Το 50,4% των αποκριθέντων δήλωσε ότι έχει συχνά προβλήματα στη δουλειά του με τον αερισμό. Το 54,2% του δείγματος απάντησε ότι έχει συχνά στο χώρο εργασίας του προβλήματα με τον κλιματισμό το χειμώνα. Η πλειοψηφία του δείγματος (66,4%) δήλωσε ότι έχει προβλήματα στον εργασιακό χώρο με τον κλιματισμό το καλοκαίρι. Το 33,9% των αποκριθέντων δήλωσε ότι έχει παρατηρήσει συχνά να υπάρχουν στον εργασιακό του χώρο διαλύτες. Το 45,7% των αποκριθέντων δήλωσε ότι έχει παρατηρήσει συχνά να υπάρχουν στο χώρο εργασίας του αναισθητικά αέρια. Η πλειοψηφία του δείγματος (51,1%) δήλωσε ότι έχει παρατηρήσει συχνά στον εργασιακό του χώρο ιοντίζουσες ακτινοβολίες. Η πλειοψηφία του δείγματος (61,8%) δεν έχει ενημερωθεί για τους κινδύνους που προέρχονται από το περιβάλλον εργασίας. Το 71% των εργαζομένων δεν έχουν εκπαιδευτεί από την υπηρεσία τους ειδικά σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας εργασίας. Η πλειοψηφία των εργαζομένων (83,6% των αποκριθέντων ήτοι το 82% του δείγματος) πιστεύει ότι υπάρχει κίνδυνος να πάθει κάποιου είδους λοίμωξη. Το 82% των εργαζομένων έχει εξεταστεί για ηπατίτιδες. Το 46,6% των εργαζομένων έχει εμβολιαστεί για τέτανο. Το 75,6% των εργαζομένων έχει εμβολιαστεί για ηπατίτιδα Β. Η πλειοψηφία των εργαζομένων (61,8%) δεν έχει εμβολιαστεί για φυματίωση. Η πλειοψηφία των εργαζομένων (69,5%) δήλωσε ότι δεν έχει εμβολιαστεί για γρίπη. Η πλειοψηφία των εργαζομένων (90,2% των αποκριθέντων) δήλωσε ότι δεν τηρείται αρχείο εμβολιασμού στο χειρουργείο.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	N	%
ΦΥΛΟ		
Άνδρες	58	44,3
Γυναίκες	73	55,7
ΗΛΙΚΙΑ		
Μέση ηλικία και SD σε έτη	42,03	SD=8,85
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ		
Αθήνα και Ευρύτερη περιοχή Αττικής	131	100,0
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
Έγγαμοι	90	68,7
Άγαμοι	34	26,0
Διαζευγμένοι	6	4,6
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΑΝΑ ΤΜΗΜΑ		
Χειρουργείο	88	67,2
αναισθησιολογικό	43	32,8
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		
Γιατροί	55	42,0
Νοσηλευτές	65	49,6
Τραυματιοφορείς	6	4,6
Κλιβανιστές	3	2,3
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ		
Δημοτικό	1	,8
Γυμνάσιο	3	2,3
Λύκειο	10	7,6
Επαγγελματική Σχολή	15	11,5
ΑΕΙ/ΤΕΙ	99	75,6
Διδακτορικό	2	1,5
ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ		
Ναι	85	65,89
Όχι	50	34,11
ΕΑΝ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ		
Όχι	73	55,7
Ναι	58	44,3
ΩΡΑΡΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ		
Πρωινό	34	26
Πρωινό και απογευματινό	9	6,9
Όλα τα ωράρια	84	64,1
Μόνο νυχτερινό	1	0,8

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Η πλειοψηφία του δείγματος (81,7%), δήλωσε ότι δεν υπάρχει ατομικός του ιατρικός φάκελός στον χώρο εργασίας. Το 87,8% του δείγματος δήλωσε πως δεν έχει υποβληθεί σε αντίστοιχους ιατρικούς ελέγχους.

Κίνδυνος για την ασφάλεια

Περίπου το 60% των αποκριθέντων (58% του δείγματος) δήλωσε ότι οι διάδρομοι κυκλοφορίας είναι άνετοι/ελεύθεροι συχνά. Το 18% περίπου του δείγματος δήλωσε ότι υπάρχει συχνά κίνδυνος από πτώση υλικών. Το 37,2% των αποκριθέντων δήλωσε ότι υπάρχει συχνά κίνδυνος ολίσθησης. Σχετικά υψηλότερη αναλογία παρουσιάζουν στο δείγμα οι εργαζόμενοι που δήλωσαν ότι υπάρχει συχνά κίνδυνος πτώσης στον εργασιακό τους χώρο (30,7% επί των αποκριθέντων) Γενικά, το 58,3% των αποκριθέντων θεωρεί ότι υπάρχει τουλάχιστον μερικές φορές κίνδυνος πτώσης. Το 62,1% των εργαζομένων δήλωσε ότι κίνδυνος από εύφλεκτα υλικά στον εργασιακό τους χώρο δεν υπάρχει σχεδόν ποτέ/σπάνια, ενώ το 12,2% δήλωσε συχνά. Το 72,6% των αποκριθέντων δήλωσε ότι δεν υπάρχει σχεδόν ποτέ ή σπάνια κίνδυνος εκρήξεων. Το 39,7% των αποκριθέντων δήλωσε ότι χειρίζεται συχνά επικίνδυνα εργαλεία. Γενικά, η πλειονότητα των αποκριθέντων (69,1%) δήλωσε ότι χειρίζεται τουλάχιστον μερικές φορές επικίνδυνα εργαλεία.

Το 61,8% των εργαζομένων δήλωσε ότι υπάρχει φωτισμός ασφαλείας στον εργασιακό του χώρο ενώ δεύτεροι σε συχνότητα έρχονται οι εργαζόμενοι που (22,1%) δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν αν υπάρχει. Το 55% των εργαζομένων δήλωσε ότι το χειρουργείο τους διαθέτει σύστημα κλιματισμού καθέτου ροής. Η πλειονότητα των εργαζομένων (86,3%) δήλωσε ότι δεν έχει παρακολουθήσει ενδουπηρεσιακά σεμινάρια πυρασφάλειας. Το 91,6% των εργαζομένων δήλωσε ότι δεν έχει συμμετάσχει σε άσκηση πυρασφάλειας ή εκκένωσης χειρουργείου. Το 72,5% των εργαζομένων δήλωσε ότι έχει υπάρξει θύμα εργατικού ατυχήματος από τρυπήματα ή τραυματισμούς με αιχμηρά εργαλεία. Το 56,5% των εργαζομένων είχε τέτοιο ατύχημα από 1 έως το πολύ 5 φορές και ο μέσος όρος του αριθμού ατυχημάτων ήταν 3,62 (SD=12,22). Το 56,5% των εργαζομένων είχε τέτοιο ατύχημα από 1 έως το πολύ 5 φορές και ο μέσος όρος του αριθμού ατυχημάτων ήταν 3,62 (SD=12,22). Το 51,2% των αποκριθέντων δήλωσαν ότι δεν λειτουργεί στο νοσοκομείο τους Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας.

Εργονομικός κίνδυνος για την υγεία και ασφάλεια:

Το 50,8% των αποκριθέντων βρίσκει το χώρο εργασίας του επαρκή. Το 51,2% των αποκριθέντων βρίσκει ότι η σωματική στάση που έχει κατά την εργασία του δεν είναι ανεκτή. Η πλειονότητα των εργαζομένων, το 84,6%, δήλωσε ότι ο ρυθμός εργασίας τους είναι συχνά έντονος ενώ μόλις το 3,1% των εργαζομένων δήλωσε ότι δεν παρατηρείται σχεδόν ποτέ ή σπάνια έντονος ρυθμός εργασίας. Το 19,8% των εργαζομένων δήλωσε ότι νιώθει συχνά στο χώρο

εργασίας του μονοτονία. Γενικά το 60,5% των αποκριθέντων δήλωσε ότι νιώθει τουλάχιστον μερικές φορές μονοτονία. Το 28% των εργαζομένων δήλωσε ότι νιώθει συχνά επαναληπτικότητα στο χώρο εργασίας του. Γενικά το 73,2% των εργαζομένων δήλωσε ότι νιώθει επαναληπτικότητα τουλάχιστον μερικές φορές. Η πλειονότητα των εργαζομένων (80,2%) δήλωσε ότι ο βαθμός ευθύνης στο χώρο εργασίας τους είναι συχνά πολύ υψηλός. Το 49,2% των εργαζομένων δήλωσε ότι νιώθει συχνά στο χώρο εργασίας του πνευματική κόπωση. Γενικά, το 84,8% των εργαζομένων νιώθει τουλάχιστον μερικές φορές στο χώρο εργασίας πνευματική κόπωση. Το 42% των εργαζομένων δήλωσε ότι διακινεί συχνά στο χώρο εργασίας του χειρωνακτικά βάρη. Γενικά, η πλειονότητα του δείγματος (65,7%), δήλωσε ότι τουλάχιστον μερικές φορές διακινεί χειρωνακτικά βάρη. Το 23,1% δήλωσε ότι μετακινεί συχνά ασθενείς στο χώρο εργασίας του. Γενικά η πλειονότητα του δείγματος (53,4%) δήλωσε ότι μετακινεί ασθενείς τουλάχιστον μερικές φορές.

Στατιστικός έλεγχος

Για τον έλεγχο εξάρτησης μεταξύ συλλεχθέντων ποιοτικών μεταβλητών στο δείγμα μας χρησιμοποιήσαμε το τεστ ανεξαρτησίας χ^2 . Ελέγξαμε σε επίπεδο σημαντικότητας 5% τον κάθε παράγοντα με βάση τις εναλλακτικές υποθέσεις: H_0 υπόθεση: οι 2 παράγοντες είναι ανεξάρτητοι, έναντι της εναλλακτικής: H_1 υπόθεση: οι 2 παράγοντες δεν είναι ανεξάρτητοι.

Στις συσχετίσεις ειδικότητας που έγιναν, μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=5\%$ βρέθηκε ότι:

Περισσότεροι ήταν οι ιατροί που δεν γνώριζαν αν υπάρχει φωτισμός ασφαλείας στο χώρο εργασίας τους ($p=0,002$), δεν γνώριζαν ότι συχνά στο χώρο εργασίας τους οι διάδρομοι ήταν ελεύθεροι-χωρίς εμπόδια ($p=0,002$), ότι υπάρχει ιατρικός φάκελος ($p=0,015$), ότι σχεδόν ποτέ/σπάνια υπήρχαν στο χώρο εργασίας τους σκόνες ($p=0,018$) και ότι σχεδόν ποτέ/σπάνια υπήρχε κίνδυνος από πτώση υλικών ($p=0,007$). Αναλογικά ήταν πιο πολλοί οι νοσηλευτές από τους ιατρούς που δεν έβρισκαν ανεκτή τη στάση σώματος κατά την εκτέλεση της εργασίας τους ($p=0,002$). Επομένως, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση περί έλλειψης συσχέτισης μεταξύ ειδικότητας και των παραπάνω μεταβλητών.

Επίσης, είναι περισσότεροι αναλογικά οι ιατροί που δε γνωρίζουν εάν στο χώρο εργασίας σας υπάρχει σήμανση ασφαλείας και σχετικά υψηλότερη η αναλογία των νοσηλευτών που απάντησαν ότι δεν υπάρχει σήμανση ασφαλείας ($p=0,013$). Αναλογικά είναι περισσότεροι οι γιατροί που είχαν κάνει εμβόλιο για τέτανο ($p=0,011$).

Αναλογικά είναι υψηλότερη η αναλογία των ιατρών από των νοσηλευτών που δεν έχουν ποτέ τραυματιστεί στο χώρο του Χειρουργείου.

Προβλήματα στο χώρο εργασίας	Σχεδόν ποτέ (%)	Σπάνια (%)	Μερικές φορές (%)	Συχνά (%)
Θόρυβος	10 (8,1)	14 (11,4)	43 (35)	56 (45,5)
Φωτισμός	13 (10,6)	30 (24,4)	57 (46,3)	23 (18,7)
Αερισμός	12 (9,4)	16 (12,6)	35 (27,6)	64 (50,4)
Κλιματισμός				
Χειμώνας	7 (5,6)	18 (14,4)	29 (23,2)	71 (56,8)
Καλοκαίρι	4 (3,1)	5 (3,9)	31 (24,4)	87 (68,5)
Σκόνες	22 (17,5)	32 (25,4)	25 (19,8)	47 (37,3)
Απολυμαντικά	15 (12,1)	21 (16,9)	31 (25)	57 (46)
Απορρυπαντικά	17 (13,7)	24 (19,4)	37 (29,8)	46 (37,1)
Διαλύτες	23 (19,5)	30 (25,4)	25 (21,2)	40 (33,9)
Αναισθησιολογικά αέρια	10 (7,9)	28 (22)	31 (24,4)	58 (45,7)
Ιονίζουσες ακτινοβολίες	18 (14,2)	14 (11)	28 (22)	67 (52,8)
Μη ιονίζουσες ακτινοβολίες	37 (31,1)	25 (21)	30 (25,2)	27 (22,7)
Χρήση γαντιών για φλεβοπαρακεντήσεις	9 (7,4)	14 (11,6)	32 (26,4)	66 (54,5)

Πίνακας 2α. Κίνδυνος για την υγεία στο χώρο του χειρουργείου.

Προβλήματα στο χώρο εργασίας	OXI (%)	NAI (%)
Ενημέρωση για κίνδυνο υγείας	81(62,8)	48(37,2)
Εκπαίδευση για κίνδυνο υγείας	93(72,1)	36(27,9)
Χορήγηση ΜΑΠ	46(35,1)	85(64,9)
Αλλεργία στο latex	74(56,5)	57(43,5)
Κίνδυνος για λοίμωξη - HB - τέτανος	21(16,4)	107(83,6)
Εξέταση για ηπατίτιδες	24(18,3)	107(81,7)
Τηρείται αρχείο εμβολιασμού	111(90,2)	12(9,8)
Τήρηση ιατρικού φακέλου από ιατρό εργασίας	107(86,3)	17(13,7)
Εργαστηριακός ή άλλος ιατρικός έλεγχος για επαγγελματική έκθεση	115(92,7)	9(7,3)

Πίνακας 2β. Κίνδυνος για την υγεία στο χώρο του χειρουργείου.

Προβλήματα για την ασφάλεια	Σχεδόν ποτέ (%)	Σπάνια (%)	Μερικές φορές (%)	Συχνά (%)
Διάδρομοι χωρίς εμπόδια	10(7,9)	18(14,2)	23(18,1)	76(59,8)
Κίνδυνος από πτώση υλικών	22(17,2)	45(35,2)	38(29,7)	23(18)
Κίνδυνος ολίσθησης	11(8,5)	30(23,3)	40(31)	48(37,2)
Κίνδυνος πτώσης εργαζομένων	16(12,6)	37(29,1)	35(27,6)	39(30,7)
Κίνδυνος από εύφλεκτα υλικά	36(29)	41(33,1)	31(25)	16(12,9)
Κίνδυνος εκρήξεων	46(37,1)	44(35,5)	22(17,7)	12(9,7)
Κίνδυνος ηλεκτροπληξίας	24(19)	46(36,5)	36(28,6)	20(15,9)
Χειρισμός επικίνδυνων εργαλείων	17(13,5)	22(17,5)	37(29,4)	50(39,7)

Πίνακας 3α. Κίνδυνος για την ασφάλεια στο χώρο του χειρουργείου.

Προβλήματα για την ασφάλεια	OXI (%)	NAI (%)
Ύπαρξη φωτισμού ασφαλείας	17(13,4)	81(63,8)
Ύπαρξη σήμανσης ασφαλείας	28(21,7)	60(46,5)
Ύπαρξη συστήματος πυρόσβεσης	11(8,6)	97(75,8)
Ύπαρξη συστήματος κλιματισμού καθέτου ροής	46(39)	72(61)
Παρακολούθηση σεμιναρίων πυρασφάλειας στο νοσοκομείο	113(87,6)	16(12,4)
Συμμετοχή σε άσκηση πυρασφάλειας ή κένωσης χειρ/ου	120(93,8)	8(6,3)
Ατύχημα από αιχμηρά εργαλεία	36(27,5)	95(72,5)
Δήλωση ατυχήματος	98(81)	23(19)
Επιτροπή Υγιεινής κι Ασφάλειας	64(51,2)	61(48,8)

Πίνακας 3β. Κίνδυνος για την ασφάλεια στο χώρο του χειρουργείου.

Προβλήματα εργονομίας	OXI (%)	NAI (%)
Επάρκεια χώρου	61(49,2)	63(50,8)
Ανεκτή στάση σώματος	60(48,8)	63(51,2)

Πίνακας 4α. Εργονομικός κίνδυνος για την υγεία και την ασφάλεια.

Προβλήματα εργονομίας	Σχεδόν ποτέ (%)	Σπάνια (%)	Μερικές φορές (%)	Συχνά (%)
Έντονος ρυθμός στην εργασία	1(0,8)	3(2,3)	16(12,3)	110(84,6)
Μονοτονία στην εργασία	21(16,3)	30(23,3)	52(40,3)	26(20,2)
Επαναληπτικότητα στην εργασία	11(8,5)	22(17,1)	59(45,7)	37(28,7)
Υψηλή ευθύνη στην εργασία	1(0,8)	4(3,1)	18(14,1)	105(82)
Πνευματική κόπωση στην εργασία	8(6,2)	11(8,5)	47(36,2)	64(49,2)
Διακίνηση βαρών χειρωνακτικά	17(13)	28(21,4)	31(23,7)	55(42)
Μετακίνηση ασθενών	30(23,1)	30(23,1)	40(30,8)	30(23,1)
Πίεση από συνεργάτες	17(13,2)	23(17,8)	40(31)	49(38)

Πίνακας 4β. Εργονομικός κίνδυνος για την υγεία και την ασφάλεια.

Αναλογικά είναι υψηλότερη η αναλογία των εργαζομένων με προϋπηρεσία <10 ετών που είχαν υποστεί ατύχημα στο χειρουργείο, οι ίδιοι δε, έχουν υψηλότερη συχνότητα (>7) σε ατυχήματα.

Οι εργαζόμενοι που αλλάζουν συχνά ωράριο έχουν υποστεί σε υψηλότερη αναλογία τραυματισμούς στο Χειρουργείο σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες εργαζομένων (P=0,047).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη δείχνει την υποκειμενική εκτίμηση των επαγγελματιών κινδύνων των ιατρών και των νοσηλευτών και γίνεται σύγκριση και συσχέτισης, μεταξύ διαφόρων παραγόντων και μεταξύ των απόψεων ιατρών και νοσηλευτών.

Όσον αφορά στους περιβαλλοντικούς επαγγελματικούς κινδύνους και συγκεκριμένα τον θόρυβο, το ποσοστό της παρούσας εργασίας εμφανίζεται μειωμένο σε σχέση με αυτό που έδειξε μια αντίστοιχη έρευνα στην Ελλάδα (Δρακόπουλος, 2007), ωστόσο ο θόρυβος έχει βρεθεί να αποτελεί πρόβλημα και σε μια αντίστοιχη μελέτη του εξωτερικού (Merllie ans Paoli, 2001).

Οι βιολογικοί κίνδυνοι και πιο συγκεκριμένα ο κίνδυνος των λοιμώξεων φαίνεται ότι απασχολεί ένα υψηλό ποσοστό των εργαζομένων που δηλώνει ότι κινδυνεύει από διαφόρων ειδών λοιμώξεις, και πιο συγκεκριμένα για τους ιούς της ηπατίτιδας και του HIV, στοιχεία τα οποία επιβεβαιώνονται από τη διεθνή βιβλιογραφία (Hadadi, et al, 2008, Pruss-Ustin, et al, 2005, Azar A., et al. 2005).

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι ικανό ποσοστό του δείγματος δεν γνωρίζουν εάν στο χώρο εργασίας υπήρχε σήμανση ασφαλείας. Επιπλέον, βρέθηκε ότι είναι περισσότεροι αναλογικά οι ιατροί που δε γνωρίζουν εάν στο χώρο εργασίας τους υπάρχει σήμανση ασφαλείας ενώ είναι σχετικά υψηλότερη η αναλογία των νοσηλευτών που απάντησαν ότι δεν υπάρχει σήμανση ασφαλείας δηλαδή το γνώριζαν. Μια ερμηνευτική άποψη μπορεί να είναι ότι οι ιατροί στο χειρουργείο ασχολούνται μόνο με την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και όχι γενικότερα με άλλα θέματα και ζητήματα του χειρουργικού περιβάλλοντος, όπως οι νοσηλευτές οι οποίοι είναι περισσότερο γνώστες του εργασιακού περιβάλλοντος.

Επίσης, αναφέρουν ότι οι επικίνδυνοι χώροι για πυρκαγιά και τα επικίνδυνα υλικά είναι κατάλληλα επισημασμένα και εκτιμάται ότι ο κίνδυνος ελαχιστοποιείται καθώς δεν υπάρχουν εργαζόμενοι ή επισκέπτες που βρίσκονται σε άμεσο κίνδυνο από εκδήλωση πυρκαγιάς ή έκρηξης. Βέβαια, πάντα υπάρχει ο κίνδυνος δημιουργίας τοξικών προϊόντων κατά την καύση υλικών όπως μάσκες, γάντια, υλικά μιας χρήσης κ.λπ. (Δρακόπουλος, 2007).

Όσον αφορά τα εργατικά ατυχήματα, η μελέτη αυτή δείχνει ότι οι διαδερμικοί τραυματισμοί ήταν ένα σύννηθες φαινόμενο κυρίως λόγω της φύσης του επαγγέλματος. Αυτό τεκμηριώνεται και από διεθνείς μελέτες που υποστηρίζουν ότι οι διαδερμικές τρώσεις μπορούν να μεταδώσουν ιούς και προέρχονται κυρίως από τη χρήση βελόνων και αιχμηρών αντικειμένων όπως καταγράφεται και από τους Smiths 2006, Hadadi 2008.

Αναλογικά είναι υψηλότερη η αναλογία των ιατρών από των νοσηλευτών που δεν έχουν ποτέ τραυματιστεί στο χώρο του Χειρουργείου. Σε μελέτη του Nagao 2009 αναφέρουν την έκπληξη τους για αυτή την διαφορά η οποία είναι και δικό τους εύρημα. Υποστηρίζουν ότι ιατροί και νοσηλευτές χρησιμοποιούν τα ίδια αιχμηρά αντικείμενα, στον ίδιο χώρο και σε κοινούς ασθενείς και επομένως θα έπρεπε να υπάρχει και ίδια αναλογία ατυχημάτων. Προφανώς η διαφορά αυτή αντανάκλα τους διαφορετικούς ρόλους των εργαζομένων. Με το τέλος κάθε χειρουργικής επέμβασης τελειώνει και η ιατρική πράξη ενώ οι νοσηλευτές θα συνεχίσουν για την συγκέντρωση, τον καθαρισμό, την τακτοποίηση σε set και αποστείρωση των εργαλείων. Ο Nagao 2009 δίνει έμφαση στην γνώση για τον κίνδυνο των ατυχημάτων και τις συνέπειες του και σημειώνει ότι χρειάζονται σχετικά σεμινάρια και εκπαίδευση για τους νοσηλευτές ώστε να χρησιμοποιούν τα ανάλογα μέσα προστασίας, γεγονός το οποίο συστήνεται και από την παρούσα εργασία.

Τα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα απασχολούν ένα μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών των νοσοκομείων του δείγματος, που εκτιμά ότι έχει ακατάλληλη στάση σώματος κατά την εργασία, διακινεί χειρωνακτικά βάρη και μετακινεί ασθενείς, γνωστές αιτίες μυοσκελετικών προβλημάτων όπως φαίνεται και σε μια αντίστοιχη έρευνα στην Ιαπωνία (Shoko 2000). Αναλογικά είναι πιο πολλοί οι νοσηλευτές από τους ιατρούς που δεν βρίσκουν ανεκτή τη στάση σώματός τους κατά την εργασία, αυτό μπορεί να αποδοθεί στην διαφορά των ρόλων, ίσως και των γνώσεων, των δύο κλάδων εργαζομένων. Τα ευρήματα αυτά

φαίνεται ότι συμφωνούν με την διεθνή βιβλιογραφία (Engels 1996, Bongers, 1993) καθώς και με την Ελληνική (Λώμη 2003, 2006).

Είναι περισσότεροι αναλογικά οι ιατροί που δε γνώριζαν εάν στο χώρο εργασίας υπήρχε σήμανση ασφαλείας ενώ είναι σχετικά υψηλότερη η αναλογία των νοσηλευτών που απάντησαν ότι δεν υπήρχε σήμανση ασφαλείας. Αυτό οφείλεται στο ότι ο χώρος του χειρουργείου βρίσκεται στην ευθύνη των νοσηλευτών και στο ότι δεν γίνονται ασκήσεις πυρασφάλειας λόγω του ότι οι διοικήσεις δεν φροντίζουν γι αυτό.

Επίσης, βρέθηκε ότι οι γυναίκες είναι πιο πολλές στο νοσηλευτικό κλάδο, γεγονός που αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο, λόγω του ότι από αρχής της η νοσηλευτική ήταν γυναικείο επάγγελμα.

Οι ιατροί που εκτιμούν ότι σχεδόν ποτέ δεν υπήρχε κίνδυνος από πτώση υλικών είναι περισσότεροι αναλογικά και αντίστοιχα υψηλότερη η αναλογία των νοσηλευτών που θεωρούσαν ότι αυτός ο κίνδυνος υπήρχε συχνά. Γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στο ότι η τάξη και όλη η διαχείριση των υλικών γίνεται από τους νοσηλευτές.

Ακόμη, αναλογικά είναι περισσότεροι οι ιατροί που έχουν κάνει εμβόλιο για τέτανο και υψηλότερο το ποσοστό των ανδρών που έχουν εμβολιαστεί για τέτανο. Το αποτέλεσμα αυτό οφείλεται στο ότι οι περισσότεροι ιατροί είναι άνδρες και ο εμβολιασμός για τέτανο ήταν υποχρεωτικός στη θητεία τους στο στρατό.

Είναι υψηλότερη η αναλογία των εργαζομένων με προϋπηρεσία <10 ετών που έχουν υποστεί ατύχημα στο χειρουργείο, οι ίδιοι δε, έχουν υψηλότερη συχνότητα (>7) σε ατυχήματα. Μεταξύ των πλέον λοιμογόνων επαγγελματικών ρίσκων είναι η ηπατίτιδα Β και ο κίνδυνος λοίμωξης από αυτή την ασθένεια είναι ιδιαίτερα αυξημένος κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων εργασίας και σε τμήματα όπως οι μονάδες αιμοκάθαρσης, τα χειρουργεία και τα εργαστήρια. Το γεγονός ότι πολλοί ασθενείς εισάγονται στα νοσοκομεία για άλλους θεραπευτικούς λόγους, οι φορείς της ηπατίτιδας Β θέτουν σε μεγαλύτερο κίνδυνο το προσωπικό του νοσοκομείου. Εάν εισάγονταν εξαιτίας της ηπατίτιδας Β τα μέτρα ασφαλείας θα ήταν αυξημένα (Gestal, 1987).

Αναλογικά είναι υψηλότερη η αναλογία των εργαζομένων που παρουσίαζαν υπνηλία μετά την εργασία και είχαν υποστεί ατύχημα στο χειρουργείο. Υπάρχει συμφωνία αποτελεσμάτων με άλλους μελετητές (Δρακόπουλος, 2007, EFICWC - European foundation 2005) όπου αναφέρεται ότι αυτό οφείλεται σε συναισθηματική καταπόνηση και stress, λόγω συνθηκών εργασίας.

Οι εργαζόμενοι που άλλαζαν συχνά ωράριο είχαν υποστεί σε υψηλότερη αναλογία τραυματισμούς στο χειρουργείο σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες εργαζομένων. Ο Δρακόπουλος (2007) αναφέρει ότι στα νοσοκομεία το σύστημα των βαρδιών ή ωραρίων εργασίας είναι πρωταρχικής σημασίας όχι μόνο για την μεγαλύτερη πιθανότητα επαγγελματικών λαθών ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της νυχτερινής βάρδιας, αλλά για τις συνέπειες στην κοινωνική ζωή και την υγεία των εργαζομένων. Οι επιρροές που σημειώθηκαν στην υγεία τους είναι πολλές, όπως

διαταραχή ύπνου, πεπτικής λειτουργίας και αυξομειώσεις της προσοχής και της ετοιμότητας (Kivimäki et al (2002).

Επιπλέον αξίζει να σημειωθεί, ότι τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας είναι σύμφωνα με αυτά της έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε εργαζόμενους ελληνικών νοσοκομείων και προέκυψαν σημαντικές ανισότητες στα επίπεδα υγείας μεταξύ των υγειονομικών όπως:

- οι άνδρες είχαν υψηλότερα επίπεδα υγείας από τις γυναίκες
- οι γιατροί και το προσωπικό των τεχνικών υπηρεσιών είχαν υψηλότερα
- επίπεδα υγείας από τους νοσηλευτές και το βοηθητικό προσωπικό
- οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι παρουσίαζαν καλύτερη φυσική και νοητική κατάσταση από τους νεότερους συναδέλφους τους (Tountas 2003).

Οι άσχημες συνθήκες εργασίας κοστίζουν στην Ευρώπη κάθε χρόνο περισσότερους από 100.000 πρόωρους θανάτους και άλλες τόσες νέες περιπτώσεις επαγγελματικών παθήσεων (Ertem et al 2008) και απουσία από την εργασία λόγω ασθένειας (Bureau of Labor Statistics 2009). Τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν για την προστασία του προσωπικού αφορούν τόσο τον ίδιο τον οργανισμό όσο και το άτομο (Ganczak 2006, OSHA 2009). Όσον αφορά στο οργανωτικό επίπεδο θα πρέπει να υπάρχει ένα συντονιστικό όργανο στο οποίο θα συμμετέχει υποχρεωτικά μια ομάδα εργασίας και επέμβασης, η επιτροπή νοσοκομειακών λοιμώξεων, ένας ιατρός εργασίας, επισκέπτες υγείας που ασχολούνται με τους εμβολιασμούς, ένας επόπτης υγείας, ένας ιατρός υγεινολόγος και ένας διοικητικός υπάλληλος (Αλεξόπουλος 2007). Επιπλέον, θα πρέπει να εκπαιδεύει το προσωπικό και να δίνει έμφαση στο πλύσιμο χεριών, στους τρόπους μετάδοσης των κυριότερων λοιμωδών νοσημάτων και στη συμμόρφωση με τους βασικούς κανόνες πρόληψης όπως συμπεραίνεται και αναφέρεται και από άλλους μελετητές (Κουτής Χ. 2007, Βουτσινάς 2007, Δρακόπουλος 2007, Kulini 2011).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει κίνδυνος στο χώρο των χειρουργείων σύμφωνα με την υποκειμενική εκτίμηση των εργαζομένων. Υπάρχουν προβλήματα εξαιρισμού, υπάρχουν προβλήματα με τα αιχμηρά αντικείμενα αφού η πλειονότητα του προσωπικού έχει υποστεί ατύχημα από αυτά. Επίσης, υπάρχουν προβλήματα με το βιολογικό και χημικό κίνδυνο, μυοσκελετικές παθήσεις και αυξημένη εργασιακή ευθύνη και stress. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των γιατρών και των νοσηλευτών και μεταξύ του φύλου. Αναλογικά είναι υψηλότερη η αναλογία των εργαζομένων με προϋπηρεσία <10 ετών που έχουν υποστεί ατύχημα στο χειρουργείο, οι ίδιοι δε, έχουν υψηλότερη συχνότητα (>7) σε ατυχήματα.

Επομένως, και από τα αποτελέσματα της παρούσης εργασίας προέκυψε πόσο σημαντική είναι η πρόληψη στην ιατρική της εργασίας η οποία αφορά την συνολική υγεία των εργαζομένων μέσω της εξάλειψης των επαγγελματικών

βλαπτικών παραγόντων, με σκοπό την εξάλειψη ή ελάττωση των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλεξόπουλος Ε. (2007). Οδηγός για την εκτίμηση και πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου. ΕΛΙΝΥΑΕ, 2007.

Βαγιώκας Ν. (2007). Ελάχιστες προδιαγραφές των χώρων εργασίας. Θέματα υγείας και ασφάλειας της εργασίας για επιχειρήσεις Γ κατηγορίας, ΕΛΙΝΥΑΕ Αθήνα, 49

Βουτινάς Δ., Πηρουνάκη Μ., Ποταμούση Π., Ρουμπελάκη Μ., Τσέρων Μ. (2007). Κατευθυντήριες οδηγίες για την προφύλαξη του προσωπικού από λοιμώδη νοσήματα σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας. ΚΕΕΛΠΝΟ, 2007. Διαθέσιμο στο www.keel.org.gr

Δρακόπουλος Β. (2007). Υγεία και ασφάλεια στους χώρους εργασίας των νοσοκομείων. Εκδ. ΕΛΙΝΥΑΕ.

Δρίβας Σ., Ζορμπά Κ., Κουκουλακή Θ. (2000). Μεθοδολογικός οδηγός για την εκτίμηση και την πρόληψη του Επαγγελματικού Κινδύνου. Αθήνα: ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε

Θεοφάνης Φ. (2007). Προτεινόμενες πρακτικές λειτουργίας των χειρουργείων. Νοσηλευτική. Διαθέσιμο στο www.medtime.gr.

Ιντζόγλου ΕΔ., Κούβδος Θ. (2008). Η μηχανική του σώματος σύμμαχος στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων της χρόνιας καταπόνησης από τις συνθήκες εργασίας στο χειρουργείο. Διαθέσιμο στο www.sseh.gr/journals

Κουτής Χ. (2007). Υγεία-Νόσος. Αλεξανδρούπολη. Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Κωνσταντινίδης, Θ.Κ. (2007α). Η Υγιεινή και Ασφάλεια στο Χώρο του Νοσοκομείου και η Συνάρθρωση της με την Ιατρική της Εργασίας. Αλεξανδρούπολη. Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών.

Κωνσταντινίδης, Θ.Κ. (2007β). Τα Πεδία Πολυεπιστημονικών Δράσεων της Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας. Αλεξανδρούπολη. Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών.

Κωνσταντινίδης, Θ.Κ. (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών Ιατρικής της Εργασίας στους Χώρους Εργασίας των Νοσοκομείων ως Τμήμα της Δημόσιας Υγείας-Δημόσιας Υγιεινής. INTERREG III, ΕΤΠΑ.

Λώμη Κ. 2003. Θέματα υγείας και ασφάλειας της Εργασίας: Εργονομία, μυοσκελετικές παθήσεις που σχετίζονται με την εργασία. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., Αθήνα 2003 8.

Λώμη Κ. Εργονομία - πρόληψη μυοσκελετικών παθήσεων που σχετίζονται με την εργασία. 1η ημερίδα υγιεινή και ασφάλεια στο χώρο του ΓΝ Μελισσιών «Αμαλία Φλέμινγκ», Αθήνα, 25 Μαΐου 2006.

ATSDR agency for toxic substances and disease registry (2008). Managing hazardous materials incidents volume II. Hospital emergency department: a planning guide for the management of contaminated patients. Διαθέσιμο στο www.atsdr.cdc.gov

Azap A., Ergonul O., Mermiloglu KO., et al. (2005). Occupational exposure to blood and body fluids among health care workers in Ankara, Turkey. Am. J. Infect. Control 33:48-52
Bongers PM., Winter CR., Kompier MA., et al. 1993. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. Scand J Work Environ Health 19:297-312

Dersh J. (2006). Prevalence of psychiatric disorders in patients with chronic disabling occupational spinal disorders. Spine, 31(10): 1156-62.

Donaldson J. (2000). Infection control today- operating room-hazardous materials emergencies in surgery. Hazardous materials emergencies in surgery. Διαθέσιμο στο www.infectioncontroltoday.com

EFICWC – European foundation for the improvement of living and working conditions (2005). Work related stress. Available at www.eurofound.europa.eu

Engels JA., Gulden JWJ., Sender T., et al. 1996. Work related risk factors for musculoskeletal complaints in nursing profession: results of a questionnaire survey. Occup Environ Med 53:636-41

Ertem M., Dalar Y., Cevik U., Sahin H. (2008). Injury or body fluid splash incidence rate during three months period in elective surgery procedure.

Ganczak M., Milona M., Szych Z. (2006). Nurses and occupational exposures to bloodborne viruses in Poland. Infection Control and Hospital Epidemiology 27(2):175-180

Gardiner K, Harrington M. (2009). Occupational Hygiene. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης **Χ. Κουτής, Φ.Π. Μπαμπάτσικου.** Υγιεινή της Εργασίας. Εκδόσεις Παρισιάνος Α.Ε.

Gestal JJ. (1987). Occupational hazards in hospitals : risk of infection. Occup Environ Med, 44:435-442. Διαθέσιμο στο www.oem.bmj.com

Hadadi A., Afhami S., Karbakhsh M., Esmailpour N. (2008). Occupational exposure to body fluids among healthcare workers: a report from Iran. Singapore Medical Journal 49(6): 492-496. Διαθέσιμο στο <http://smaj.sma.org>

Hales RE, Yudofsky SC. (2002). Fourth ed. The American Psychiatric Publishing Textbook of J Clinical Psychiatry.

Henderson DK., Fahey B.J. Willy M. et al. (1990). Risk for occupational transmission of human immunodeficiency virus type 1 associated with clinical exposures: a prospective evaluation. Ann Intern Med 113:740-6

Houtman ILC., Kornitzer M., et al. (1999). The job stress, absenteeism and coronary heart disease European cooperative study (the JACE study). Design of a multicentre prospective study. EJPH 9: 52-57

Kivimäki, M., Leino-Arjas P., Luukkonen, R., Riihimäki, H., Vahtera, J. and Kirjonen, J. (2002). 'Work stress and risk of coronary mortality: Prospective cohort study of industrial employees', British Medical Journal, 325, pp. 857-863.

Kulin J, Reaston M. (2011). Musculoskeletal disorders early diagnosis: A retrospective study in the occupational medicine setting. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 6:1.

Lie JAS., Kjarheim K. (2003). Cancer risk among female nurses: a literature review. *European Journal of Cancer Prevention* 12:517-526

Matziou V., Brokalaki H., Zyga S., Evangelou E., Brokalaki I. (2002). Preventive Measures against HIV in Greece: operating room staff compliance. *ICUS and nursing web journal* issue 11th. Διαθέσιμο στο www.nursing.gr.

Myette L. (2009). Depression in the Working Population. *ACOEM*

Nagao M, Iinuma Y, Igawa J, Matsumura Y, Shirano M, Matsushima A, Saito T, Takakura S, Ichiyama S. (2009). Accidental exposures to blood and body fluid in the operation room and the issue of underreporting. *Am J Infect Control*; 37: 541-4

Bureau of Labor Statistics (2009). Nonfatal Occupational Injuries and Illnesses Requiring Days Away from Work, Bureau of Labor Statistics; U.S. Dept of Labor; [http://www.bls.gov/iif/oshcdnew.htm], News Release.

OSHA (2009). Anaesthetics. Διαθέσιμο στο www.museio.unimo.it

Pruss-Ustin A., Rapiti E., Hutin Y. (2005). Estimation of the global burden of disease attributable to contaminated sharp injuries among health-care workers. *American Journal of Industrial Medicine*.

Shoko A., Yuichiro O., Midori S., et al. 2000. Associations of self estimated workloads with musculoskeletal symptoms among hospital nurses. *Occup Environ Med* 2000;57:211. Διαθέσιμο στο www.oem.bjm.com

Smiths D R, Choe M A E, Jeong J S, Jeon M Y, Chae Y R, An G J (2006) Epidemiology of needlestick and sharps injuries among professional Korean nurses *Journal of Professional Nursing* 22(6): 359-366.

Tompa A., Jakab M., Biro A., Magyar B., et al. (2006). Chemical safety and health conditions among Hungarian Hospital Nurses. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1076:635-648

Tountas Y., Demakakos PT., Yfantopoulos Y., Aga J., Pavi E. (2003) The Health Related Quality of Life of the Employees in the Greek Hospitals: assessing how healthy are the health workers. 1(61) στο: www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=269998.

SUBJECTIVE OCCUPATIONAL RISK ESTIMATION FROM DOCTORS AND NURSES WORKING IN OPERATING ROOMS

Vassiliki Konstadinou¹, T.C. Constantinidis², Fotoula Babatsikou³, Vilemini Karagianni⁴, Elpida Kroustalli⁵ and Charilaos Koutis⁶

1. Nurse M.Sc., Sismanoglio Hospital, Program of Postgraduate Studies Health and Safety in Workplace. Organized by Medical School of Democritus University of Thrace in Cooperation with depts. of Public Health and Nursing A' of T.E.I. Athens, 2. Associate Professor, Laboratory of Hygiene, Medical School of Democritus University of Thrace, 3. Assistant Professor Nursing A', T.E.I. of Athens, 4. Assistant Professor Biostatistics, dept. of Public Health, T.E.I. of Athens, 5. Nurse M.Sc., Red Cross Hospital, Athens, 6. Professor, dept. of Public Health, T.E.I. of Athens

Abstract: The occupational risk estimation is important for preventing an accident in a certain post or activity. In the present study the occupational risk estimation concerns the operating room of hospitals, which is a complex working place characterized by a variety of working procedures. The aim of this study is the occupational risk estimation in health and safety of the personnel's working in the operating room. The material of this study was consisted of 131 nurses and doctors working in the operating rooms of three hospitals of Athens. For the accomplishment of the aim of this study a special questionnaire has been used, which examined the necessary elements of this current study. The statistic program SPSS and the χ^2 method was performed for data analysis. According to the results, sample's mean age was 42.03 ± 8.85 years. From the 131 participants of the study the 58 (44,3%) were men and the 73 (55,7%) women, the 55 (42%) were doctors and the 65 (49,6%) nurses. With the implementation of χ^2 test it was found that women were much more than men in the nursing field ($p=0.000$), more women suffered from feet varix ($p=0.049$). Doctors didn't know if safety light was in the working place ($p=0.001$), as well as they were never or seldom watching any dust ($p=0.023$), the majority of doctors had done the tetanus vaccination ($p=0.011$). Most employees with a < 10 years working experience had an accident in the operating room ($p=0.021$). Those employees working less years who had the accident, had higher frequency (>7) from those with more years at work ($p=0.015$). More employees working with somnolence had an accident ($p=0.005$). Employees with more change in shift had more injuries in relation to other categories of workers ($p=0.047$). There was a higher percentage of men who had never an injury while there was a higher percentage of women who had more than 5 injuries. In conclusion the results showed that there is certain risk in the environment of the operating room according to the personnel's subjective estimation. There are statistically significant differences between doctors' and nurses' perceptions and between sexes.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΣΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΑΝΘΡΩΠΟ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΠΟΙΗΣΗΣ

M. Αγαθοκλέους^{1,2}

1. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμήμα Ιατρικής Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης σε σύμπραξη με τα Τμήματα Δημόσιας Υγιεινής και Νοσηλευτικής Α του ΤΕΙ Αθήνας, 2. Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ.

Περίληψη: Ο σύγχρονος άνθρωπος εκτίθεται σε αυξημένα φορτία και προκλήσεις σε σχέση με το παρελθόν. Το άγχος, το στρες, η κακή διατροφή (fast food), τα καυσαέρια, αποτελούν στοιχεία της καθημερινότητας του. Αυτός ο απόηχος της πολυθρόμβης ζωής του δε θα μπορούσε να μην επηρεάσει δυσμενώς τον ύπνο του σύγχρονου ανθρώπου. Έρευνες συσχετίζουν το πρωτοπαθές ροχαλητό με την υπέρταση, κάποιες άλλες με την αγγειακή εγκεφαλική νόσο και τη νόσο των στεφανιαίων αγγείων. Η αϋπνία είναι η μια άλλη παθολογική κατάσταση κατά την οποία ένα άτομοιώθει ότι η διάρκεια ή η ποιότητα του ύπνου του δεν είναι ικανοποιητικές. Μπορεί να υποκρύπτονται τόσο σωματικές νόσοι όσο να υπάρχει ψυχολογικό-ψυχοπαθολογικό υπόβαθρο. Οι εφιάλτες μπορούν να εκδηλώνονται σε όλες τις ηλικίες. Στα παιδιά είναι συχνότεροι. Η πλειονότητα των παιδιών παρουσιάζει εφιάλτες στις ηλικίες μεταξύ 3 και 7 ετών. Φαίνεται ότι στην ηλικιακή αυτή ομάδα αποτελούν μέρος της κανονικής ανάπτυξης των παιδιών. Στους ενήλικες η συχνότητα των εφιαλτών μειώνεται. Εκτιμάται ότι 50% των ενηλίκων βιώνουν περιστασιακά εφιάλτες, με τις γυναίκες να υπερτερούν των ανδρών. Ο επιπολασμός του συνδρόμου άπνοιας στον ύπνο υπολογίζεται μεταξύ 3% και 7% για τους ενήλικες άνδρες και μεταξύ 2% και 5% για τις ενήλικες γυναίκες στο γενικό πληθυσμό. όμως ένα 20% του πληθυσμού υπολογίζεται ότι πάσχει από το σύνδρομο αλλά αυτό παραμένει αδιάγνωστο λόγω των μη θορυβωδών συμπτωμάτων του. Πρόσφατες έρευνες καταδεικνύουν ότι οι γιατροί πρέπει να γνωρίζουν την πιθανότητα ύπαρξης συνδρόμου άπνοιας στον ύπνο στους ασθενείς με συγγενή υπερπλασία των επινεφριδίων πράγμα που μπορεί να αυξήσει τη δόσολογία της μακροχρόνιας λήψης γλυκοκορτικοειδών για τον ασθενή, η οποία μπορεί να προκαλέσει πολλές αρνητικές επιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένου αύξηση του σωματικού βάρους του ασθενή. Η υπνοβασία, η νυχτερινή διάρροια, η ναρκοληψία, η ιδιοπαθής υπερυπνία καθώς και το σύνδρομο Kleine-Levin είναι επίσης διαταραχές που σχετίζονται με τον ύπνο. Στην Φιλανδία μια πρόσφατη έρευνα καταδεικνύει ότι τα προβλήματα ύπνου αυξάνουν με την ηλικία και στα δύο φύλα, αλλά οι γυναίκες είναι πιο ευαίσθητες σε όλες τις ηλικίες. Επίσης η εμμηνόπαυση θεωρείται ένα σημαντικό ορόσημο, καθώς η μείωση τόσο των οιστρογόνων όσο και της προγεστερόνης έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν την ποιότητα του ύπνου. Επιπλέον η αύξηση των

προβλημάτων ύπνου είναι ήδη εμφανής στην μέση ηλικία καθώς υπάρχει αυξημένη συχνότητα εμφάνισης άλλων νόσων, καθώς και αλλαγή της διάθεσης, η οποία μπορεί να ασκήσει επίδραση στην ποιότητα του ύπνου, είτε απευθείας είτε μέσω των παρενεργειών των χορηγούμενων φαρμάκων. Ακόμα οι αλλαγές βάρους στη μέση ηλικία και την εμμηνόπαυση μπορούν επίσης να επηρεάσουν την ποιότητα του ύπνου. Πρόσφατα, έχουν βρεθεί κάποια γονίδια που έχουν ενοχοποιηθεί για κάποιες διαταραχές του ύπνου, γεγονός που έχει ανοίξει νέες γραμμές της έρευνας για την κατανόηση της παθοφυσιολογίας των διαταραχών αυτών.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκοπική μελέτη των προβλημάτων του ύπνου που αντιμετωπίζει ο σύγχρονος άνθρωπος, όπως αυτά καταγράφονται στη σύγχρονη βιβλιογραφία. Για το προσδιορισμό των παραπάνω χρησιμοποιήθηκε ελληνική όσο και ξένη βιβλιογραφία καθώς και ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων. Καταγράφηκε η συμπτωματολογία τους, επιδημιολογικά δεδομένα, αιτιοπαθογένεια καθώς και θεραπευτικές αντιμετώπισεις.

ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΡΟΧΑΛΗΤΟ

Το πρωτοπαθές ροχαλητό, το οποίο είναι επίσης γνωστό ως απλό ροχαλητό ή καλοήθες ροχαλητό χαρακτηρίζεται από δυνατούς, εκ του ανωτέρου αναπνευστικού ήχους, κατά τη διάρκεια του ύπνου χωρίς όμως επεισόδια άπνοιας. Έχει μέτρια δυνατή έως δυνατή ένταση και ήχο συνήθως αρμονικό με χαμηλές συχνότητες. Ο ύπνος δεν διακόπτεται.

Οι περισσότεροι άνθρωποι που πάσχουν από πρωτοπαθές ροχαλητό, δεν παρουσιάζουν υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας, αλλά και ούτε οι σύντροφοι τους έχουν προσέξει διακοπές αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου (W.PIRSING, 1995).

Το ροχαλητό προκαλείται από τη δόνηση των μαλακών μορίων του φάρυγγα, της μαλακής υπερώας και μερικές φορές ακόμα και της σταφυλής. Συνήθως εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εισπνοής και της εκπνοής (Jigajinni S, 2009).

Υπάρχουν διάφορες απόψεις όσον αφορά το πρωτοπαθές ροχαλητό και τις επιπτώσεις του στην υγεία.

Κάποιες έρευνες το συσχετίζουν με την υπέρταση, κάποιες άλλες με την αγγειακή εγκεφαλική νόσο και τη νόσο των στεφανιαίων αγγείων, αυτά τα στοιχεία όμως δεν είναι επιβεβαιωμένα (Bhatia, 2009).

Ως παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση του ροχαλητού αναφέρονται στη βιβλιογραφία:

▮ Ηλικία: Με τη πάροδο της ηλικίας αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων που ροχαλίζουν.

▫ Φύλο: Διακρίνεται μια σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες και στους άνδρες, με τους άνδρες να υπερτερούν. Πιθανό οι γυναικείες ορμόνες ασκούν προστατευτική επίδραση.

▫ Κληρονομικότητα.

▫ Βάρος σώματος: Αποθηκεύεται λίπος στη μαλακή υπερώα, στη βάση της γλώσσας και στο λαιμό και έτσι δυσχεραίνεται η δίοδος του αέρα κατά τον ύπνο όπου οι μύες χαλαρώνουν.

▫ Κατανάλωση οιοπνεύματος: μειώνει την τάση των μυών. Ακόμα και άτομα που δε ροχαλίζουν, μετά την κατανάλωση οιοπνεύματος πριν τον ύπνο, ροχαλίζουν κατά τη διάρκεια του ύπνου τους. Επίσης το οιοπνεύμα διαταράσσει την επικοινωνία εγκεφάλου με τους αναπνευστικούς μύς.

▫ Φάρμακα: υπνωτικά, ηρεμιστικά, αντισταμινικά.

▫ Η ύπνια θέση ύπνου ευνοεί το ροχαλητό.

▫ Κάπνισμα, καφές.

▫ Ανατομικές ανωμαλίες: Μεγάλη υπερώα αμυδαλή, κακή σύγκλιση γνάθων, κ.ά. (Poceta J Steven, 1998).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς ροχαλητού επικεντρώνεται κυρίως στην άρση των παραγόντων που το προκαλούν αποφυγή παραγόντων που το επιδεινώνουν, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, φάρμακα είναι το πρώτο βήμα. Η απώλεια βάρους, οι στοματικές συσκευές, η χειρουργική επέμβαση των ανώτερων αναπνευστικών οδών και η κατάλληλη θέση κατά τον ύπνο πολύ πιθανόν να απαλλάξουν τον ασθενή από το πρόβλημα (Jouvet, 1993).

ΑΥΠΝΙΑ

Η αϋπνία είναι η κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο νιώθει ότι η διάρκεια ή η ποιότητα του ύπνου του δεν είναι ικανοποιητικές. Οι λόγοι που μπορούν να οδηγήσουν σ' αυτό είναι:

▫ δυσκολία στο να αποκοιμηθεί το άτομο

▫ συχνά ξυπνήματα κατά τη διάρκεια της νύχτας με δυσκολία στο να επέλθει ξανά ο ύπνος

▫ το άτομο ξυπνά πολύ νωρίς το πρωί

▫ ύπνος ο οποίος δεν επανορθώνει και δεν ξεκουράζει τον οργανισμό (Jean-micheal Gaillard, 1996).

Η αϋπνία ταξινομείται με κριτήριο τη διάρκεια των συμπτωμάτων: παροδική θεωρείται η αϋπνία που διαρκεί μόνο λίγες ημέρες, βραχυχρόνια θεωρείται εκείνη που διαρκεί λίγες εβδομάδες και μακροχρόνια εκείνη που επιμένει για μεγάλα χρονικά διαστήματα και έχει συχνότητα τουλάχιστον τρεις φορές τη βδομάδα. Η χρόνια αϋπνία είναι συχνότερη στις γυναίκες, στα ηλικιωμένα άτομα και σε αυτούς που παρουσιάζουν ψυχολογικά ή κοινωνικοοικονομικά προβλήματα. Υπάρχει μια ιδιαίτερη σχέση ψυχιατρικών

διαταραχών με την αϋπνία, ιδικά με την κατάθλιψη. Παρόλα αυτά και πολλά σωματικά νοσήματα σχετίζονται με την αϋπνία (Κ.Ρ Σολδάτος, 1993).

Η παροδική αϋπνία συνήθως δεν έχει κλινική σημασία εκτός από κάποιες περιπτώσεις που επισημαίνεται μια άλλη συννοσηρή κατάσταση, όπως μια οξεία ψυχιατρική νόσος. Η αιτία της παροδικής και της βραχυχρόνιας αϋπνίας είναι συνήθως σαφής στον ασθενή, όπως η απώλεια ή ο χωρισμός από ένα αγαπημένο πρόσωπο, το άγχος σχετικά με ένα αναμενόμενο γεγονός (όπως ο γάμος), η αλλαγή της χρονικής ζώνης μετά από ταξίδι ή η δυσφορία που προκαλούν οι ασθένειες και οι τραυματισμοί (Pressman Mark R, 1997)

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΥΠΝΙΑΣ

Τρόποι με τους οποίους μπορούμε να αντιμετωπίσουμε την αϋπνία είναι κάποιες πολύ απλές τακτικές υγιεινής ύπνου.

▫ Όχι καφεΐνη, νικοτίνη και αλκοόλ πριν την κατάκλιση.

▫ Όχι βαριά γεύματα πριν τον ύπνο.

▫ Αποφυγή "υπνάκων" κατά την διάρκεια της ημέρας.

▫ Εξασφάλιση καλών συνθηκών ύπνου (άνετο κρεβάτι, καλός αερισμός, φωτισμός, θερμοκρασία ικανοποιητική, ησυχία)

▫ Αύξηση της σωματικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια της ημέρας ,όχι όμως αργά το βράδυ.

Όταν η αϋπνία δεν υποχωρεί παρά τη λήψη μέτρων υγιεινής του ύπνου, τότε διάφορες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές μπορούν να βοηθήσουν φαρμακευτική θεραπεία με υπνωτικά σκευάσματα πρέπει να περιορίζεται στην αρχική κυρίως φάση ως συμπλήρωμα της όλης θεραπείας και κύριο στόχο της έχει να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει το φόβο του για τον ύπνο. Η μακροχρόνια λήψη υπνωτικών χαπιών μπορεί να αποβεί επιβλαβής για τον ασθενή. Γενικά η αϋπνία πρέπει να έχει πολυδιάστατη θεραπευτική αντιμετώπιση (Bhatia P, 2009). Είναι απαραίτητο να διερευνάται περαιτέρω η αϋπνία γιατί υπολανθάνοντα αίτια μπορεί να προκαλούν το πρόβλημα. Πιθανά οργανικά αίτια ίσως υποκρύπτονται.

ΕΦΙΑΛΤΕΣ

Ο όρος Εφιάλης χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα όνειρο που προκαλεί μια δυνατή δυσάρεστη αισθηματική αντίδραση σε αυτόν που το βιώνει. Η αντίδραση συνήθως είναι φόβος ή τρόμος, προκαλεί ακόμα και αισθήματα πόνου και πνιγμού, ενώ πολλές φορές δημιουργεί την αίσθηση ότι κάποιος πέφτει από μεγάλο υψόμετρο. Αυτοί που βιώνουν ένα εφιάλη συνήθως ξυπνούν με αίσθημα έντονου άγχους και είναι δύσκολο να πάνε για ύπνο για πολλή ώρα.

Καρδιαγγειακά νοσήματα
<ul style="list-style-type: none"> • Στεφανιαία ανεπάρκεια • Ανεπάρκεια αριστερής κοιλίας • Αρρυθμίες
Διαταραχές Αναπνευστικού Συστήματος
<ul style="list-style-type: none"> • Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια • Άσθμα • Σύνδρομο αϋπνίας κατά τον ύπνο • Ρινική απόφραξη μεγάλης αιτιολογίας
Διαταραχές γαστρεντερικού συστήματος
<ul style="list-style-type: none"> • Οισοφαγίτις • Διαφραγματοκοίλη • Γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση • Γαστρο-δωδεκαδακτυλικό έλκος • Διαρροϊκά σύνδρομα
Διαταραχές ουροποιογεννητικού συστήματος
<ul style="list-style-type: none"> • Πολυουρία ποικίλης αιτιολογίας • Συχνουρία ποικίλης αιτιολογίας • Κausalgίες κύστης • Κρίσεις πριαπισμού
Διαταραχές ενδοκρινικού Συστήματος
<ul style="list-style-type: none"> • Θυρεοειδοπάθειες • Φαιοχρωμοκύττωμα
Διαταραχές του Νευρομυϊκού Συστήματος
<ul style="list-style-type: none"> • Κεφαλαλγίες • Νόσος Πάρκινσον • Θαλαμικά σύνδρομα • Εγκεφαλίτιδες • Εκφυλιστικά νοσήματα Κ.Ν.Σ. • Σκλήρυνση κατά πλάκας • Μυελίτιδες • Περιφερικές νευρίτιδες • Μεταβολικές και άλλες νευροπάθειες • Βαρεία μασθένεια • Μυοσπασμοί (κράμπες)
Άλλες καταστάσεις
<ul style="list-style-type: none"> • Πόνοι ποικίλης αιτιολογίας • Πυρετός • Εγκυμοσύνη • Ραγδαία απώλεια βάρους

Πίνακας 1. Σωματικά νοσήματα σχετιζόμενα με την αϋπνία.

Φάρμακα
<ul style="list-style-type: none"> • Ψυχοδιεγερτικά • Αντικαταθλιπτικά • Κατασταλτικά Κ.Ν.Σ. (ανοχή ή διακοπή) • Κορτικοστεροειδή • Βρογχοδιασταλτικά • Β-αναστολείς κ.α. αντιυπερτασικά
Άλλες Ουσίες
<ul style="list-style-type: none"> • Αλκοόλ • Καφεΐνη • Νικοτίνη • Κάνναβης

Πίνακας 2. Ουσίες σχετιζόμενες με αϋπνία.

<ul style="list-style-type: none"> • Καταθλιπτικά σύνδρομα • Μανιακά σύνδρομα • Αγχώδης διαταραχές • Φοβικές διαταραχές • Ιδιοψυχαναγκαστικές διαταραχές • Κρίσεις πανικού • Σχιζοφρενικές ψύχωσης • Οργανικά ψυχοσύνδρομα • Διαταραχές σωματοποίησης • Διαταραχές προσαρμογής
--

Πίνακας 3. Ψυχιατρικά νοσήματα σχετιζόμενα με την αϋπνία.

<ul style="list-style-type: none"> • Ιδιοψυχαναγκαστικού τύπου • Οιστριονικού τύπου • Εξαρτητικού τύπου • Αποφευκτικού τύπου • Μεθωριακού τύπου • Σχιζοειδικού τύπου
--

Πίνακας 4. Διαταραχές προσωπικότητας σχετιζόμενες με την αϋπνία.

Τα θέματα των εφιαλτών, η σοβαρότητα και η συχνότητα τους διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των ανθρώπων. Επίσης στο ίδιο άτομο μπορεί να παρατηρείται αλλαγή της μορφής των εφιαλτών του με την πάροδο του χρόνου.

Οι εφιάλτες μπορούν να εκδηλώνονται σε όλες τις ηλικίες. Στα παιδιά είναι συχνότεροι. Η πλειονότητα των παιδιών παρουσιάζει εφιάλτες στις ηλικίες μεταξύ 3 και 7 ετών. Φαίνεται ότι οι εφιάλτες στην ηλικιακή αυτή ομάδα αποτελούν μέρος της κανονικής ανάπτυξης των παιδιών. Στους ενήλικες η συχνότητα των εφιαλτών μειώνεται. Εκτιμάται ότι 50% των ενηλίκων βιώνουν περιστασιακά εφιάλτες. Οι γυναίκες έχουν συχνότερα εφιάλτες από ότι οι άνδρες. Περίπου 5% έως 10% των ενηλίκων έχουν εφιάλτες μία ή περισσότερες φορές το μήνα (Parnigiani G, 2009).

Τα αίτια που μπορούν να προκαλέσουν σε ένα άτομο εφιάλτες ποικίλλουν. *Αναπτυξιακοί παράγοντες:* οι εφιάλτες είναι πολύ πιο συχνόι και έντονοι στα παιδιά και υποχωρούν με τη πάροδο της ηλικίας. *Οργανικοί παράγοντες:* κατά τη διάρκεια εμπύρετων νόσων, μετά από χειρουργεία, διαταραχές του ύπνου όπως το σύνδρομο υπνικής άπνοιας. *Φαρμακευτικοί παράγοντες:* ρεζεπίνη, θειοριδαζίνη, δοξεπίνη, οι λιποφιλικό β-αδρενεργικοί αναστολείς (προκαλούν αύξηση του REM ύπνου) βαρβιτουρικά, αλκοόλ (προκαλούν μείωση του REM ύπνου), (Κ.Ρ Σολδάτος, 1993). *Ψυχολογικά αίτια:* άγχος, στρες.

Η αντιμετώπιση των εφιαλτών στα παιδιά συνίσταται κυρίως στη σωστή ενημέρωση των γονιών για τη καλοήγη φύση τους. Η ενέργεια αυτή αποσκοπεί στο να τους καθησυχάσει καθώς επίσης και στο περιορισμό ψυχοτραυματικών εμπειριών όπως η παρακολούθηση ταινιών τρόμου. Στους ενήλικες ενδείκνυται ψυχοθεραπεία και κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή (όπως αντικαταθλιπτικά) για αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς ψυχιατρικής διαταραχής αν υπάρχει (Parnigiani G, 2009).

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΝΟΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΥΠΝΟ

Το σύνδρομο αυτό είναι μία διαταραχή που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια πλήρους ή μερικής απόφραξης των ανώτερων αεραγωγών κατά τη διάρκεια του ύπνου, που οδηγούν σε διακοπή (άπνοια) ή σημαντική ελάττωση (υπόπνοια) της ροής του αναπνεόμενου αέρα. Αυτά τα επεισόδια διαταραχής του αερισμού συνήθως συνοδεύονται από έντονο ροχαλητό, υποξαιμία και πολλές φορές καταλήγουν σε αφυπνίσεις με αποτέλεσμα κατακερματισμό του ύπνου (Culprepper L, 2009). Τα επεισόδια διακοπής της αναπνοής διαρκούν συνήθως 10 δευτερόλεπτα. Οι διακοπές αυτές είναι πολλές και η συχνότητά τους μπορεί να είναι και μέχρι 20 έως 30 ανά ώρα (Jigajinni S, 2009). Έτσι καταστρέφεται ο φυσιολογικός ύπνος και ο ασθενής παρουσιάζει δυσκολία στην αφύπνιση, πρωινούς πονοκεφάλους, έντονη κόπωση και υπνηλία την ημέρα. Επίσης οι ασθενείς μπορούν να παρουσιάσουν πρωινή κεφαλαλγία, μείωση σεξουαλικής επιθυμίας, νυκτουρία, νυκτερινές εφιδρώσεις.

Ο επιπολασμός του συνδρόμου υπολογίζεται μεταξύ 3% και 7% για τους ενήλικες άνδρες και μεταξύ 2% και 5% για τις ενήλικες γυναίκες στο γενικό πληθυσμό. όμως ένα 20% του πληθυσμού υπολογίζεται ότι πάσχει από το σύνδρομο αλλά αυτό παραμένει αδιάγνωστο λόγω των μη θορυβωδών συμπτωμάτων του (Ε. Νένα και Θ.Κ Κωνσταντινίδης, 2009).

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται διάφοροι προδιαθεσικοί παράγοντες όπως:

- η αύξηση του σωματικού βάρους
- οικογενής προδιάθεση
- το αλκοόλ
- η ρινική απόφραξη
- υπερτροφία αμυγδαλών και αδενοειδών εκβλαστήσεων
- διάφορα φάρμακα (ηρεμιστικά κλπ.)
- κρανιο-προσωπικές «δυσμορφίες» (μικρογναθία, μακρογλωσσία κλπ)
- ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές (υποθυρεοειδισμός , ακρομεγαλία , σύνδρομο Cushing)
- λαρυγγομαλακία
- διαταραχές του κινητικού νευρώνα κ.ά. (Culebras Antonio, 1996).

Το σύνδρομο άπνοιας στον ύπνο χρήζει έγκυρης διάγνωσης και θεραπείας γιατί μπορεί να αποβεί πολύ επικίνδυνο για τη ζωή. Οι συνέπειες είναι πολλές και σοβαρές όπως ο αυξημένος κίνδυνος αιφνίδιου θανάτου κατά τον ύπνο, αρτηριακή υπέρταση, εγκεφαλικό επεισόδιο, διαταραχές καρδιαγγειακού συστήματος, τροχαία ή εργατικά ατυχήματα (πολλά από τα τροχαία ατυχήματα οφείλονται στο σύνδρομο αυτό), ψυχολογικές και ενδοκρινολογικές διαταραχές (Meek D, 2009).

Η διάγνωση του συνδρόμου γίνεται με τη μελέτη του ασθενούς κατά τη διάρκεια του ύπνου σε εργαστήριο ύπνου (πολυπνογραφία). Η σταδιοποίηση του ύπνου γίνεται με τη βοήθεια ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος, καταγραφής των κινήσεων των οφθαλμών, ηλεκτρομυογραφήματος (καταγραφής των μυών της κάτω γνάθου), ηλεκτροκαρδιογράφημα, καταγραφή των κινήσεων του θώρακα και της κοιλιάς. Επίσης γίνεται καταγραφή της ροής του αέρα στη μύτη και το στόμα και ο κορεσμός της αιμοσφαιρίνης. Με βάση τα πιο πάνω καθορίζεται ο απνοϊκός δείκτης που είναι ο αριθμός απνοιών ανά ώρα ύπνου. Η θεραπεία της πάθησης εξαρτάται στο μεμονωμένο ασθενή, με βάση το ιατρικό ιστορικό, τη φυσική εξέταση και τα αποτελέσματα της πολυπνογραφίας (Ogata J, 2010). Οι αλλαγές στη συμπεριφορά είναι ένα σημαντικό μέρος της θεραπείας και, σε ήπιες περιπτώσεις, μπορεί να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Το άτομο πρέπει να αποφύγει τη χρήση του οινοπνεύματος, του καπνού και των ηρεμιστικών χαπιών. Τα υπέρβαρα άτομα μπορούν να ωφεληθούν από την απώλεια βάρους. Σε μερικούς ασθενείς με ήπιο σύνδρομο άπνοιας ύπνου, οι μικρές διακοπές της αναπνοής εμφανίζονται μόνο όταν κοιμούνται ανάσκελα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η χρησιμοποίηση των μαξιλαριών που βοηθούν τον ύπνο σε μια δευτερεύουσα θέση είναι συχνά χρήσιμη.

Τα φάρμακα δεν είναι γενικά αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της άπνοιας ύπνου. Η συνεχής ροή αέρα υπό πίεση κατευθείαν στη μύτη (CPAP) είναι η πιο κοινή αποτελεσματική αντιμετώπιση για την πάθηση. Σε αυτήν τη διαδικασία, ο ασθενής φορά μια μάσκα στη μύτη κατά τη διάρκεια του ύπνου και, μέσω των αεραγωγών, εισέρχεται αέρας υπό πίεση. Η πίεση αέρα ρυθμίζεται έτσι ώστε να αποτρέψει την κατάρρευση των μυών της περιοχής κατά τη διάρκεια του ύπνου. Η πίεση είναι σταθερή και συνεχής. Νεότερες παραλλαγές της συσκευής προσπαθούν να ελαχιστοποιήσουν τα δευτερεύοντα αποτελέσματα που εμφανίζονται μερικές φορές, όπως ένα αίσθημα ξηρότητας στη μύτη ή ο ερεθισμός του δέρματος.

Σε βαρύτερες περιπτώσεις, στις οποίες το πρόβλημα είναι πολύ σοβαρότερο, πραγματοποιούνται ειδικές χειρουργικές επεμβάσεις για την αποκατάσταση της ανατομίας της περιοχής της μύτης και του ρινοφάρυγγα, με τις οποίες το πρόβλημα αντιμετωπίζεται σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις (Culperper L, 2009).

ΥΠΝΟΒΑΣΙΑ

Η υπονοβασία είναι μια κατάσταση κατά την οποία συνυπάρχουν φαινόμενα ύπνου και εγρήγορσης. Τα άτομα κάνουν συνήθως αδέξιες κινήσεις και μιλάνε μπερδεμένα χωρίς να βγάζουν νόημα, ενώ υπάρχει περίπτωση να σηκωθούν από το κρεβάτι και να συνεχίσουν να περπατούν σαν να μη συμβαίνει τίποτα. Προκύπτει στην πρώτη φάση του νυχτερινού μας ύπνου, μετά από ένα παρατεταμένο στάδιο ύπνου μη-REM και αμέσως πριν από τη μετάβαση σε ύπνο REM. Απαντάται πιο συχνά στα μικρά παιδιά, με ένα ποσοστό περίπου 15% να αντιστοιχεί στις ηλικίες 5-12. Επηρεάζει τα αγόρια σε μεγαλύτερο βαθμό. Τα περισσότερα από αυτά το ξεπερνούν καθώς ενηλικιώνονται, αλλά σε κάποιες περιπτώσεις κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει με αποτέλεσμα ένας στους σαράντα ενήλικες να υπονοβατεί τακτικά (Borbely, 1984).

Ένα επεισόδιο ξεκινάει περίπου 90-120 λεπτά από τη στιγμή που το παιδί (ή ο ενήλικας) αποκοιμηθεί. Η μέση διάρκεια ενός επεισοδίου υπονοβασίας κυμαίνεται από 5 έως 15 λεπτά, αν και μπορεί να διαρκέσει μέχρι και 30 λεπτά (Αλχανάτης Μάνος Α., 1998).

Στα παιδιά η υπονοβασία δεν φαίνεται να σχετίζεται με παθολογικές καταστάσεις. Γι' αυτό πρέπει να καθησυχάζονται καθώς και να ενημερώνονται οι γονείς για τη καλοήγη φύση της υπονοβασίας. Ένδειξη για τη συμμετοχή οργανικών παραγόντων αποτελούν η εμφάνιση υπονοβασίας σε παιδιά κατά τη διάρκεια εμπύρετων καταστάσεων (Κ.Ρ Σολδάτος, 1993). Στους ενήλικες όμως είναι πιο συχνόι σε άτομα που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας. Ενήλικες υπονοβάτες χαρακτηρίζονται από υπερβάλλουσα εξωκατευθυνόμενη επιθετικότητα, όπως και από παρορμητικότητα και αντικοινωνικότητα. Συνηθέστερες ψυχιατρικές διαγνώσεις των υπονοβατών είναι οι διαταραχές προσωπικότητας κυρίως εκρηκτικού ή αντικοινωνικού τύπου (PocetaJ Steven, 1998).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει την ενημέρωση τόσο του ασθενούς όσο και της οικογένειας του. Το σημαντικότερο στοιχείο όμως είναι η φροντίδα προστασίας του ασθενούς με σκοπό την πρόληψη ατυχημάτων. Απότομο ξύπνημα του υπονοβάτη πρέπει να αποφεύγεται καθώς μπορεί να του προκαλέσει συγχυτικό επεισόδιο και να τον καταστήσει βίαιο. Ακόμα είναι σημαντικό να λαμβάνονται μέτρα προστασίας ώστε ο υπονοβάτης να μην εκτίθεται σε κινδύνους. Πόρτες και παράθυρα πρέπει να παραμένουν κλειστά καθώς και εμπόδια να απομακρύνονται. Τέλος κάποια φάρμακα που καταστέλλουν τον ύπνο βραδένων κυμάτων μπορούν να βοηθήσουν αλλά πρέπει να μην δίνονται αδιάκριτα. Κάποια από αυτά είναι οι βενζοδιαζεπίνες. Στα παιδιά μακροχρόνια λήψη φαρμάκων αντενδείκνυται (PERETZ LAVIE, 1999).

ΝΥΧΤΕΡΙΝΟΙ ΤΡΟΜΟΙ

Οι νυχτερινοί τρόμοι είναι επεισόδια που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια του ύπνου, συνήθως στον ύπνο βραδένων κυμάτων και στο πρώτο τρίτο της νύχτας. εκδηλώνονται με πανικό, κραυγές ίσως και κλάμα. Παρατηρείται γενικότερα αυξημένη δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος με τυπικά ευρήματα όπως ταχυκαρδία, ταχύπνοια, εφίδρωση, υπέρταση και αυξημένο μυϊκό τόνο (Poceta J Steven, 1998). Παρατηρούνται σε 3% παιδιών ηλικίας 18 μηνών έως 6 ετών. Στους ενήλικες παρατηρείται πολύ πιο σπάνια, πολύ πιο κάτω από 1% (Κ.Π. ΣΟΛΔΑΤΟΣ, 1993). Επέρχονται 60 έως 120 λεπτά μετά την έναρξη του ύπνου (Borbely, 1984).

Τα επεισόδια νυχτερινών τρόμων συχνά συνδέονται με υπονοβατική δραστηριότητα. Ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει παράλληλα και τις δυο καταστάσεις ή μπορεί να είχε αρχίσει σε κάποια περίοδο με υπονοβασία και αργότερα να ανέπτυξε νυχτερινούς τρόμους. Όπως και η υπονοβασία έτσι και οι νυχτερινοί τρόμοι εμφανίζονται κατά πλειοψηφία στα παιδιά, στα οποία όμως δεν συνοδεύονται από παρουσία αξιολογής ψυχοπαθολογίας. Με τον ερχομό της εφηβείας συνήθως οι νυχτερινοί τρόμοι φεύγουν. Αντίθετα οι ενήλικες με νυχτερινούς τρόμους χαρακτηρίζονται από ενδοκατευθυνόμενη επιθετικότητα, ιδεοληπτικά και φοβιστικά στοιχεία και τάση για καταθλιπτικές αντιδράσεις (Κ. Ρ. Σολδάτος, 1993).

Έχει διαπιστωθεί ότι η κληρονομικότητα αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα εμφάνισης της διαταραχής. εκτός της κληρονομικής επιβάρυνσης για την εμφάνιση νυχτερινών τρόμων στη παιδική ηλικία σημαντικό ρόλο παίζουν αναπτυξιακοί και οργανικοί παράγοντες.

Σημαντικό στοιχείο για την αντιμετώπιση τους είναι η φροντίδα προστασίας του ασθενούς με σκοπό την πρόληψη ατυχημάτων στον ίδιο ή σε άλλους που μπορεί να επιχειρήσουν από άγνοια διακοπή ενός επεισοδίου. Επίσης ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στη σωστή ενημέρωση του ασθενούς και των οικείων του ως προς τη φύση και τη πορεία της διαταραχής του. Η χρήση φαρμάκων που καταστέλλουν τον ύπνο βραδένων κυμάτων πρέπει να περιορίζεται στις βαρύτερες περιπτώσεις και να εφαρμόζεται μόνο παροδικά,

ιδίως στα παιδιά. Έχει αποδειχθεί ότι νυχτερινοί τρόμοι σε ενήλικους μπορούν να αντιμετωπιστούν επιτυχώς με ψυχοθεραπεία (Damien Stevens, 2005).

ΝΑΡΚΟΛΗΨΙΑ

Η ναρκοληψία είναι μια ασυνήθιστη νευρολογική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από υπερβολική ανεξέλεγκτη υπνηλία, ακόμη και μετά από επαρκή ύπνο. Το άτομο που πάσχει από ναρκοληψία, ο ναρκοληπτικός, έχει επαναλαμβανόμενες ακαταμάχητες προσβολές ύπνου, που όταν έρχονται δεν μπορεί να αντισταθεί και μπορεί ως αποτέλεσμα να αποκοιμηθεί οποτεδήποτε και όπουδήποτε, ακόμη και σε ακατάλληλες ή επικίνδυνες συνθήκες, στο μέσο μιας συζήτησης για παράδειγμα ή κατά την οδήγηση (Colombo PP, Zaccagni M, 2009). Επίσης το άτομο μπορεί να εκδηλώνει σε ποσοστό 70% βραχεία επεισόδια καταπληξίας, δηλαδή αιφνίδια απώλειας του μυϊκού τόνου συχνά ως αποτέλεσμα έντονης συγκίνησης. Μετά δηλαδή από έντονο γέλιο, θυμό, έκπληξη το άτομο μπορεί να σωριαστεί κάτω χωρίς όμως να έχει χάσει τις αισθήσεις του ή απλά να του πέσουν αντικείμενα που κρατά, να χαλαρώσει το σαγόνι του, να πέσουν τα βλέφαρα του, το κεφάλι του ή τα χέρια του.

Τέλος 30-50% των ατόμων που πάσχουν από ναρκοληψία κατά το μεταβατικό διάστημα μεταξύ ύπνου και εγρήγορσης βιώνουν παράλυση κατά τον ύπνο, αδυναμία δηλαδή να κινηθούν και 20-40% βιώνουν υπναγωγικές ψευδαισθήσεις, είτε οπτικές είτε ακουστικές ή κιναισθητικές. Τόσο η παράλυση όσο και οι ψευδαισθήσεις διαρκούν δευτερόλεπτα ως λίγα λεπτά και θεωρούνται ότι είναι το αποτέλεσμα εισβολής στοιχείων REM ύπνου κατά τη διάρκεια εγρήγορσης του ατόμου (Pressman Mark R, 1997).

Συνοπτικά τα κυριότερα συμπτώματα της ναρκοληψίας είναι τα ακόλουθα τέσσερα:

- ▣ Υπερβολική κατάσταση υπνηλίας κατά τη διάρκεια της ημέρας: Πρόκειται για το συχνότερο σύμπτωμα της ναρκοληψίας που υπάρχει σχεδόν σε όλους τους ασθενείς. Είναι το πρώτο που εμφανίζεται κλινικά. Επηρεάζει σημαντικά τις δραστηριότητες των ασθενών.
- ▣ Καταπληξία: Ξαφνική απώλεια του εκούσιου μυϊκού τόνου.
- ▣ Παισιότητες: Έντονες παραισθήσεις που εκδηλώνονται κατά την έναρξη του ύπνου ή κατά την αφύπνιση.
- ▣ Επεισόδια ολικής παράλυσης: Σύντομα επεισόδια ολικής παράλυσης που συμβαίνουν στην αρχή ή στο τέλος.

Η γενική επίπτωση της ναρκοληψίας είναι παρόμοια στα δυο φύλα, αλλά διαφέρει αρκετά μεταξύ διαφορετικών εθνικών ομάδων. Ο επιπολασμός είναι πολύ χαμηλός σε ορισμένους πληθυσμούς, όπως του Ισραήλ, όπου εκτιμάται πως περιορίζεται σε έναν στους 500.000. Αντίθετα στην Ιαπωνία ο επιπολασμός είναι ένας στους 600 ανθρώπους. Άτομα 15-30 ετών είναι πιθανότερο να αναπτύξουν συμπτώματα. Η εμφάνιση των συμπτωμάτων πριν από την ηλικία των 5 ή μετά από την ηλικία των 50 ετών είναι πολύ σπάνια (Damien Stevens, 2005).

Η ναρκοληψία είναι άγνωστης αιτιολογίας ενώ έχει ενοχοποιηθεί γενετικός παράγοντας και έχει καταδειχθεί η ισχυρή συσχέτιση της νόσου με το HLA-DR2 αντιγόνο. Της νόσου υπόκειται μια διαταραχή της φυσιολογικής εναλλαγής των σταδίων του ύπνου και ειδικά των νευροφυσιολογικών εκείνων μηχανισμών που ελέγχουν τον REM ύπνο (B.Μαντούβαλος, 1993).

Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει μη φαρμακευτικούς χειρισμούς, στους οποίους ανήκουν κυρίως εκούσιοι μικρής διάρκειας ύπνοι κατά τη διάρκεια της ημέρας σε συνδυασμό με φάρμακα. (B.Μαντούβαλος, 1993). Από το 1999 έχει εγκριθεί ένα φάρμακο για την αντιμετώπιση της πάθησης το οποίο ονομάζεται μοδαφινίλη.

Υπάρχουν επίσης δύο κατηγορίες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που βοηθούν στον έλεγχο της καταπληξίας σε πολλούς ασθενείς. Η πρώτη κατηγορία είναι τα τρικυκλικά (ιμιπραμίνη, δεσιπραμίνη, κλομιπραμίνη και προτροπιπίνη). Η δεύτερη κατηγορία είναι οι επιλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI, φλουοξετίνη, σερταλίνη), (Culebras Antonio, 1996).

ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΥΠΝΙΑ

Η υπερυπνία είναι ένα σύμπτωμα που συχνά απαντάται στην κλινική πράξη. Η χαρακτηριστική εκδήλωσή της είναι η υπνηλία κατά την ημέρα σε ακατάλληλες περιστάσεις. Την επιθυμία τους για ύπνο επιτυγχάνουν να την υπερνικήσουν όταν βρίσκονται σε δραστηριότητα σε αντίθεση με τους πάσχοντες από ναρκοληψία. Επίσης εδώ η διάρκεια του ύπνου φθάνει τη μια έως περισσότερες ώρες. Ο βραδινός ύπνος επέρχεται γρήγορα, είναι βαθύς, παρατεταμένος (μέχρι είκοσι ώρες). Το πρωινό ζύπνημα είναι ιδιαίτερα δυσχερές, μπορεί να χρειασθεί και μια ώρα μέχρι να ανασηκωθεί από το κρεβάτι ο πάσχων και όταν σηκωθεί είναι αποπροσανατολισμένος, συγχυτικός, συχνά δε απαιτούνται μέχρι και τέσσερις ώρες μέχρι να προσαρμοστεί στις συνθήκες εγρήγορσης (υπνική μέθη). Μερικές φορές οι ασθενείς παρουσιάζουν αγχώδεις εκδηλώσεις, σεξουαλικές ή άλλες διαταραχές της συμπεριφοράς, κατάθλιψη, διαταραχές μεταβολισμού του ύδατος (Σ. Μαλλιαρά - Λουλακάκη, 1993).

Συνήθως η έναρξη της υπερυπνίας συμβαίνει κατά τη δεύτερη έως τη τέταρτη δεκαετία της ζωής αν και σε ορισμένες περιπτώσεις προϋπάρχει υπνική μέθη από την παιδική ηλικία. Ως παθοφυσιολογικός μηχανισμός θεωρείται η υπερβολική ευόδωση του συστήματος του μη REM ύπνου. Πιθανολογείται γενετική προδιάθεση (PocetaJ Steven, 1998).

Για τη θεραπεία της πρωτοπαθούς υπερυπνίας χρησιμοποιούνται φάρμακα διεγερτικά του ΚΝΣ. Η δεξτροαμφεταμίνη την ώρα της κατάκλισης διευκολύνει την πρωινή έγερση και βοηθά την επαναδραστηριοποίηση χωρίς να παρεμποδίζει το νυχτερινό ύπνο. Στις περιπτώσεις που συνυπάρχει κατάθλιψη τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και οι αναστολείς MAO μπορούν να βοηθήσουν (Pressman Mark R, 1997).

ΣΥΝΔΡΟΜΟ KLEINE-LEVIN

Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από επεισόδια υπερυπνίας διάρκειας 5 έως 7 ημερών κατά την οποία ο ασθενής κοιμάται έως και 20 ώρες με συχνότητα ένα το μήνα έως ένα το χρόνο και υπερφαγία. Συνυπάρχουν διαταραχές της συμπεριφορά και του συναισθήματος.

Εμφανίζεται κυρίως σε άρρενες στην εφηβεία και θεωρείται αυτοπεριοριζόμενο μέχρι την ηλικία των σαράντα ετών. Η έναρξη του συνδρόμου στην εφηβεία, η συσχέτιση του με πυρετό και η φύση των συμπτωμάτων δηλώνουν ενδεχομένως μια διαταραχή στη νευροορμονική λειτουργία του υποθαλάμου.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση με αμφεταμίνες, νευροληπτικά και αντικαταθλιπτικά έχουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα (Σ. Μαλλιάρα-Λουλακάκη, 1993).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΡΟΣΦΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ

Στο Κυότο της Ιαπωνίας μελετήθηκε μια περίπτωση ενός άνδρα 75 χρονών που έπασχε από συγγενή υπερπλασία των επινεφριδίων και παραπονέθηκε για διαταραχές του ύπνου, διαγνώστηκε σύνδρομο άπνοιας στον ύπνο. Μετά την εισαγωγή της ρινικής συνεχούς θετικής πίεσης αεραγωγών (nCPAP), τα συμπτώματα από τις διαταραχές του ύπνου βελτιώθηκαν. Επιπλέον, ήταν σε θέση να μειώσει τη δόση των γλυκοκορτικοειδών χωρίς αρνητικές επιπτώσεις στον ύπνο του. Συμπερασματικά οι γιατροί πρέπει να γνωρίζουν την πιθανότητα ύπαρξης συνδρόμου άπνοιας στον ύπνο στους ασθενείς με συγγενή υπερπλασία των επινεφριδίων πράγμα που μπορεί να αυξήσει τη δοσολογία της μακροχρόνιας λήψης γλυκοκορτικοειδών για τον ασθενή, η οποία μπορεί να προκαλέσει πολλές αρνητικές επιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένου αύξηση του σωματικού βάρους του ασθενή (Hamada S et al, 2011).

Μια άλλη μελέτη που έγινε στη Γλασκόβη αναλύει τα μέτρα που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της ποιότητας του ύπνου (QoS) και τις επιπτώσεις κατά τη διάρκεια της ημέρας καθώς και την επίπτωση της αύπνιας στην κοινωνία που χρησιμοποιούν τα εν λόγω μέτρα. Παρά το γεγονός ότι οι ορισμοί και κλίμακες μέτρησης που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της ποιότητας του ύπνου διαφέρουν σημαντικά, είναι σαφές ότι οι κοινωνικές συνέπειες της αύπνιας είναι σημαντικές και περιλαμβάνουν μειωμένη ποιότητα ζωής και αύξηση της υγειονομικής περίθαλψης. Οι επιπτώσεις της κακής ποιότητας ύπνου και η μείωση της λειτουργικότητας την ημέρα μπορεί να οδηγήσει σε έμμεσες επιπτώσεις, όπως η χαμηλότερη παραγωγικότητα στην εργασία, αυξημένη άδεια ασθενείας, καθώς και ένα υψηλότερο ποσοστό των ατυχημάτων μηχανοκίνητων οχημάτων. Συμπερασματικά οι διαταραχές του ύπνου έχουν σημαντικό άμεσο και έμμεσο κόστος για την κοινωνία. Είναι όμως σχεδόν αδύνατο να διαχωριστεί το κόστος που συνδέεται με την πρωτοπαθή και δευτεροπαθή αύπνια (CPS Research, Glasgow, Scotland, 2011).

Μια έρευνα που έγινε πρόσφατα στο Λος Άντζελες πραγματοποιείται τις ρευματολογικές διαταραχές που συνδέονται με διαταραχές του ύπνου. Οι συμμετέχοντες ήταν 180 ασθενείς σε μια μελέτη παρατήρησης. Οι ασθενείς έχουν μια μέση τιμή 7.1 ώρες ύπνου το βράδυ. Επίσης παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς με ρευματολογικές παθήσεις έχουν χειρότερη ποιότητα ύπνου σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό στις ΗΠΑ. ($p < 0,001$). Συμπερασματικά οι διαταραχές ύπνου είναι κοινές στους ρευματολογικούς ασθενείς και συνδέονται με επιδείνωση της δύσπνοιας, καταθλιπτική διάθεση και με επιδείνωση των συμπτωμάτων παλινδρόμησης (Frech T et al, 2011).

Έρευνα που έγινε στην Φιλαδέλφια, πραγματοποιείται τις μεθόδους που χρησιμοποιούν οι ηλικιωμένοι για να βελτιώσουν τις διαταραχές του ύπνου που μπορεί να έχουν καθώς και την αποτελεσματικότητα αυτών των μεθόδων. Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενες παρεμβάσεις είναι βλέποντας τηλεόραση ή ακούγοντας ραδιόφωνο (66,4%) καθώς και η ανάγνωση βιβλίων (56,2%). Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη φαρμακοθεραπεία είναι αναλγητικά φάρμακα (40,1%).

Τα συνταγογραφούμενα υπνωτικά χάπια είχαν την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Περίπου οι μισοί από όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα οι οποίοι έκαναν χρήση αλκοόλ ή χρησιμοποιούσαν πολλές μεθόδους αντιμετώπισης των προβλημάτων ύπνου δεν είχαν συζητήσει τα προβλήματα ύπνου τους με το γιατρό τους.

Συμπερασματικά οι ηλικιωμένοι επιλέγουν συχνά θεραπείες για τα προβλήματα ύπνου τους, που μπορούν να επιδεινώσουν τα δυνητικά προβλήματα ύπνου. Πολλοί ασθενείς δεν έχουν μιλήσει στο γιατρό τους σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές τους. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν την σπουδαιότητα της συζήτησης των συνηθειών ύπνου και τις αυτοεπιλογές για ανακούφιση, καθώς και την αντιμετώπιση των διαταραχών του ύπνου, σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (Gooneratne NS et al, 2011).

Έρευνα που εκπονήθηκε στο Λονδίνο με θέμα τα παιδιά που πάσχουν από επιληψία καταλήγει ότι τα παιδιά που πάσχουν από επιληψία συχνά εμφανίζουν διαταραχές του ύπνου που είτε συνδέονται άμεσα με επιληπτικές κρίσεις ή εμφανίζονται ως ανεξάρτητο νόσημα. Επίσης η νευρολογική σημειολογία μπορεί να επηρεαστεί. Παρουσιάζονται κλινικά και πειραματικά στοιχεία που δείχνουν ότι η διαταραχή της αρχιτεκτονικής του ύπνου από επιληπτικόμορφες διαταραχές μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στη παρουσία γνωστικών διαταραχών στα παιδιά με επιληψία (Chan S et al, 2011).

Στην Φιλανδία μια πρόσφατη έρευνα καταδεικνύει ότι τα προβλήματα ύπνου αυξάνουν με την ηλικία και στα δύο φύλα, αλλά οι γυναίκες είναι πιο ευαίσθητες σε όλες τις ηλικίες. Επίσης η εμμηνόπαυση θεωρείται ένα σημαντικό ορόσημο, καθώς η μείωση τόσο των οιστρογόνων όσο και της προγεστερόνης έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν την ποιότητα του ύπνου.

Επιπλέον η αύξηση των προβλημάτων ύπνου είναι ήδη εμφανής στην μέση ηλικία καθώς υπάρχει αυξημένη συχνότητα εμφάνισης άλλων νόσων, καθώς και η αλλαγή της διάθεσης, η οποία μπορεί να ασκήσει επίδραση στην ποιότητα

του ύπνου, είτε απευθείας είτε μέσω των παρενεργειών των χορηγούμενων φάρμακα. Ακόμα οι αλλαγές βάρους στη μέση ηλικία και την εμμηνόπαυση μπορούν επίσης να επηρεάσουν την ποιότητα του ύπνου. Εκτός από την ελάττωση στην ποιότητα του ύπνου, συγκεκριμένες διαταραχές του ύπνου, όπως οι διαταραχές της αναπνοής κατά τον ύπνο και το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών, γίνονται πιο διαδεδομένα στη μέση ηλικία και ιδιαίτερα μετά την εμμηνόπαυση. Επειδή τα προβλήματα ύπνου συνήθως συνυπάρχουν με άλλες παθήσεις, η θεραπεία είναι συχνά περίπλοκη και είναι απαραίτητη η συνεργασία πολλών ειδικών (Polo-Kantola P, 2011).

Πρόσφατα, έχουν βρεθεί κάποια γονίδια που έχουν ενοχοποιηθεί για κάποιες διαταραχές του ύπνου. έχουν εντοπιστεί τέσσερις παραλλαγές γονιδίων που συνδέονται με το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών (BTBD9, MEIS1, MAP2K5/LBXCOR1 και PTPRD), καθώς και δύο παραλλαγές που συνδέονται με τη ναρκοληψία (ένα στους α υποδοχείς των Τ-κυττάρων και μια άλλη μεταξύ CPT1B και CHKB). Αυτές οι ανακαλύψεις έχουν ανοίξει νέες γραμμές της έρευνας για την κατανόηση της παθοφυσιολογίας των διαταραχών αυτών (Raizen DM, 2011).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **K.P. ΣΟΛΔΑΤΟΣ**, 1993. Διαταραχές του ύπνου. Αντιμετώπιση στη γενική ιατρική. Ιατρικές εκδόσεις «σελίδα» 85-87, 100-101, 109-110, 120-122, 131-132, 149-150.
2. **DAMIEN STEVENS**, 2005, Secrets Ιατρικής του ύπνου, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 24-25, 38-42, 59-61, 63.
3. **PERETZ LAVIE**, 1999, Ο μαγικός κόσμος του ύπνου. Όνειρα, αύπνία, υπνηλία και διαταραχές του ύπνου, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΘΗΝΑ 14-15, 28-29, 50-52.
4. **JEAN-MICHEAL GAILLARD**, Η αύπνία, 1996, Εκδόσεις Π. Τραυλός – Ε. Κωσταράκη. Σειρά DOMINOS 23-25, 37.
5. **W. PIRSING** and **J.SCHAFER**, 1995, Το ροχαλητό ευχάριστη ενόχληση ή ασθένεια, Εκδόσεις ΣΑΛΤΟ 19-21, 30-33, 39.
6. **David N.F. Fairbanks, Shiro Fujita**, 1994, Snoring and obstructive sleep apnea, 2nd ed. New York: Raven Press 82-84, 95-96.
7. **Borbely and J. Valatx**, 1984, Sleep mechanisms, New York :Springer-Verlag.
8. **Pressman Mark R, Orr William**, 1997, Understanding sleep: the evaluation and treatment of sleep disorders. - (Application and practice in health psychology) Washington, DC: American Psychological Association, 1st ed 57-59, 62-65, 67-70, 99-101, 108.
9. **Poceta J Steven, Mitler Merrill Morris**, 1998, Sleep disorders: diagnosis and treatment. HUMANA PRESS 102-105, 178-180, 200-201.
10. **Jouvet, Michel**, 1993, Ο ύπνος και το όνειρο, κάτοπτρο, 1η έκδοση 92-95, 103.
11. **Culebras Antonio**, 1996, Clinical handbook of sleep disorders, Boston: Butterworth-Heinemann 30-34, 49-52, 83.

12. **Αλχανάτης Μάνος Α.**, 1998, Διαταραχές της αναπνοής στον ύπνο: από τη θεωρία στην κλινική πράξη, *Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης*, σσ. 34-36, σσ. 76-80, σσ. 91-92.

13. **Ε. Νένα και Θ.Κ Κωνσταντινίδης**, 2009, Το σύνδρομο απνοιών στον ύπνο ως πρόβλημα δημόσιας υγείας και υγείας και ασφάλειας της εργασίας. Οι επιπτώσεις του στον ανθρώπινο οργανισμό και στο κοινωνικό σύνολο μέσω της εργασίας. σσ. 9-10. *Εκδ. Ελληνική Εταιρεία Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος*. Αθήνα.

14. **Α. Λιακοπούλου**, Σύνδρομο άπνοιας ύπνου, 1998.

15. http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=4419

16. **Ogata J, Udaka T**, 2010, Screening of sleep apnea syndrome with Sleeprecorder SD-101, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

17. **Jigajinni S, Sultan P**, 2009, Not just a patient that snores. Obstructive sleep apnoea: the perioperative concerns through the eye of the anaesthetist, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20077781?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=5

18. **Meek D, Chakravorty I**, 2009, Obstructive sleep apnoea increases risk of CVD., http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20043505?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=7

19. **Culpepper L and Roth T**, 2009, Recognizing and managing obstructive sleep apnea in primary care.

20. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20098525?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=3

21. **Bhatia P and Abdelaziz MM**, 2009, Sleep-disordered breathing and heart failure, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20081616?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=16

22. **Colombo PP and Zaccagni M**, 2009, Narcolepsy, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20066934?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=4

23. **Parmigiani G and Gentili P.**, 2009, [Nightmares and psychopathology], http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20066794?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=8

24. **Β. ΜΑΝΤΟΥΒΑΛΟΣ και Σ. ΓΚΑΤΖΩΝΗΣ** στο: Διαταραχές του ύπνου αντιμετώπιση στη γενική ιατρική, 1993, ιατρικές εκδόσεις.

25. **Σ. ΜΑΛΛΙΑΡΑ - ΛΟΥΛΑΚΑΚΗ και Μ. ΣΠΑΝΑΚΗ**, στο διαταραχές του ύπνου αντιμετώπιση στη γενική ιατρική, 1993, ιατρικές εκδόσεις σελίδα.

26. **Hamada S, Chin K and Hitomi T**, 2011, Impact of nasal continuous positive airway pressure for congenital adrenal hyperplasia with obstructive sleep apnea and bruxism. Department of Respiratory Medicine, Graduate School of Medicine, Kyoto University, Kyoto, Japan. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21331507>

27. **CPS Research**, Glasgow, Scotland, The societal costs of insomnia. Abstract, 2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21326650>

28. **Frech T, Hays RD, Maranian P, Clements PJ, Furst DE and Khanna D.** 2011, Department of Internal Medicine, Division of Rheumatology, University of Utah, Salt Lake City, UT, Division of General Internal Medicine and Division of Rheumatology, Department of Medicine, David Geffen School of Medicine, Los Angeles, CA, USA. Prevalence and correlates of sleep disturbance in systemic sclerosis--results from the UCLA scleroderma quality of life study. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21324979>

29. **Gooneratne NS, Tavaría A et al,** 2011, Perceived Effectiveness of Diverse Sleep Treatments in Older Adults, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21314649>

30. **Chan S, Baldeweg T and Cross JH.,** 2011, A role for sleep disruption in cognitive impairment in children with epilepsy, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21310668>

31. **Polo-Kantola P,** Department of Obstetrics and Gynaecology, University Central Hospital of Turku, FIN-20520 Turku, Finland, 2011, Sleep problems in midlife and beyond. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21295422>

32. **Raizen DM and Wu MN.** Department of Neurology, Johns Hopkins University, 2011 Genome-wide association studies of sleep disorders, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21285061>

SLEEP DISORDERS IN THE ERA OF GLOBALIZATION

M. Agathokleous^{1,2}

1. Postgraduate Programme Health and Safety in Workplaces, 2. Laboratory of Hygiene and Environmental Protection, Medical School, Democritus University of Thrace.

Abstract: The modern man is exposed to increased loads/charges and challenges in relation to the past. Stress, bad diet, poor nutrition, the exhaust, constitutes elements of everyday life/routine. The echo of this multi noisy could influence unfavourably the sleep of modern person. Some studies associate the primary snoring with hypertension and some others with cerebral vascular disease and coronary arteries. Insomnia is another pathological condition in which a person feels that is not satisfied about the length or quality of sleep. Both physical illnesses and psychological-psychiatric conditions may coexist with insomnia. Nightmares can occur at any age. They are more frequent at children. The majority of children has nightmares between the ages of 3 and 7. It seems that in this age, this may be a part of normal child development. In adults, the frequency of nightmares is decreased. It is estimated that 50% of adults, experience nightmares occasionally, with women being greater than men. The prevalence of obstructive sleep apnea is estimated at between 3% and 7% for adult men and between 2% and 5% for adult women in the general population. But 20% of the population is estimated to remain undiagnosed because of the non-noisy symptoms. Recent surveys show that doctors need to know the probability of sleep apnea syndrome in patients with congenital adrenal hyperplasia which may increase the dose of long-term use of glucocorticoids to the patient, which can cause many adverse effects, including increased weight of the patient. Sleepwalking, night terrors, narcolepsy, idiopathic hyperpnoia and the Kleine-Levin syndrome are also disorders associated with sleep. In Finland, a recent study shows that sleep problems increase with age in both sexes, but women are more sensitive to all ages. Also, menopause is an important milestone, as the reduction of both estrogen and progesterone have been shown to decrease the quality of sleep. Moreover, the increase in sleep problems is already apparent in middle age and there is an increased incidence of other diseases. The change of mood may have an impact on sleep quality, either directly or through the effects of administered drugs. Also the weight changes in middle age and menopause can also affect the quality of sleep. Recently, some genes were found that are implicated in some sleep disorders, thing that opened new lines of research for understanding the pathophysiology of these disorders.

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΛΟΓΩ ΝΗΣΤΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΛΛΗΝΟΡΘΟΔΟΞΑ ΜΟΝΑΣΤΗΡΙΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ

Κοντογιώργης Χρήστος και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης

Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμήμα Ιατρικής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης.

Περίληψη: Πλειάδα μελετών έχει ασχοληθεί με την κρητική και μεσογειακή διατροφή και τις θετικές επιδράσεις της στην υγεία, με προεξάρχουσες αυτές των Τριχοπούλου και Καφάτου. Για τον ελληνικό χώρο η σχέση της διατροφής με τη θρησκευτικής νηστείας είναι σαφής. Η συγκεκριμένη έρευνα διερευνά το ερώτημα άνι η μεσογειακή δίαιτα από μόνη της, δεν παράγει αυτόματα φυσιολογικά επίπεδα λιπιδίων στο πλάσμα, αλλά πιθανόν η φυσική δραστηριότητα είναι ένας αποφασιστικός παράγοντας στο μεταβολισμό, εφόσον τα περισσότερα μέλη επηρεαζόμενα από θρησκευτικούς παράγοντες, εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης και LDL χοληστερόλης, παρά τη μία συγκεκριμένη χορτοφαγική δίαιτα με βάση το ελαιόλαδο. Η παρερμηνευμένη ανάγκη κατανάλωσης πρωτεϊνών σε πολλά μοναστήρια προκαλεί την κατανάλωση ενός μεγάλου αριθμού αυγών (10-12 την εβδομάδα). Το χταπόδι όπως και οι γαρίδες περιέχουν μεγάλη ποσότητα χοληστερόλης, οπότε παρόλο που η δίαιτα αποτελείται κυρίως από γεύματα λαχανικών χωρίς κρέας, η ποσότητα της χοληστερόλης που καταναλώνεται είναι συνήθως μεγάλη. Μόνο η νηστεία που απαγορεύει την κατανάλωση αυγών, δείχνει τα βασικά πλεονεκτήματα της μεσογειακής διαίτας. Η συγκεκριμένη έρευνα τεκμηριώνει ότι η 40ήμερη νηστεία ομαλοποιεί σε μεγάλο βαθμό τα επίπεδα της χοληστερόλης. Εφόσον η ελληνορθόδοξη εκκλησία προτείνει τέτοιου είδους νηστεία δύο φορές το χρόνο, τα ευεργετικά αποτελέσματα που απορρέουν από αυτήν δεν πρέπει να υποτιμώνται.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ενδιαφέρον για υγιεινή διατροφή συνεχώς αυξάνεται εξαιτίας μεγάλου αριθμού ερευνών οι οποίες έδειξαν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της διατροφής και των ασθενειών που σχετίζονται με τον σύγχρονο τρόπο ζωής.

Το προφίλ της καθημερινής διατροφής στη περιοχή της Μεσογείου θεωρείται ως ένας ιδιαίτερα επιτυχής συνδυασμός καλής γεύσης και ευεργετικής επίδρασης στην υγεία. Είναι δημοφιλές εξαιτίας της εργασίας της Ancel Keys, η οποία έδειξε πως, στα 1960, η περιεκτικότητα σε λιποειδή που περιλαμβάνονται στην ελληνική και ιταλική διατροφή λειτούργησε ως ένας προστατευτικός παράγοντας στην εμφάνιση της στεφανιαίας καρδιακής νόσου. Κατ' αυτόν τον τρόπο, βρέθηκε ότι η συγκεκριμένη δίαιτα όχι μόνο έχει ευεργετικά αποτελέσματα στο λιπιδαιμικό προφίλ του αίματος, αλλά επίσης λειτουργεί ανασταλτικά στα

συμπτώματα του στρες και της καρκινογένεσης. Ο όρος «μεσογειακή δίαιτα» υποδηλώνει πως όλες οι χώρες που βρίσκονται στη Μεσόγειο είναι ίσες, στην πραγματικότητα όμως διαφέρουν στην κουλτούρα και τη θρησκεία τους. Μακροζωΐα με χαμηλά ποσοστά στεφανιαίας καρδιακής νόσου και καρκίνου συναντάται κυρίως στην Ελλάδα.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς της χειρουργικής μονάδας του επαρχιακού νοσοκομείου της Σπάρτης, αναφορικά με την διατροφική τους κατάσταση, οδήγησε σε εκπληκτικά αποτελέσματα. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν παχύσαρκοι είχαν ανεβασμένες τιμές χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων και LDL, ενώ τα επίπεδα της HDL και του σιδήρου ήταν χαμηλά. Η αναμενόμενη θετική επίδραση της μεσογειακής διαίτας δεν βρέθηκε σε αυτόν τον πληθυσμό.

Αυτό οδήγησε στην εξής ερώτηση: έχει αλλάξει η καθημερινή διατροφή τα τελευταία χρόνια ή ο σύγχρονος τρόπος ζωής των Ελλήνων με την περιορισμένη φυσική άσκηση και το αυξημένο στρες επέδρασαν στο μεταβολισμό με τέτοιο τρόπο ώστε τα πλεονεκτήματα της μεσογειακής διαίτας δεν είναι πλέον εμφανή; Γι' αυτόν το λόγο θελήσαμε να πραγματοποιήσουμε μια άλλη έρευνα σχετικά με τη διατροφή σε έναν πληθυσμό ο οποίος ακόμη ακολουθεί τον παλιό παραδοσιακό τρόπο διατροφής καθώς και τον παραδοσιακό τρόπο ζωής. Συνεπώς, χρειαζόμαστε έναν πληθυσμό ο οποίος ακόμη τρέφεται σύμφωνα με την αυστηρή μεσογειακή δίαιτα. Οι ελληνορθόδοξοι μοναχοί και μοναχές είναι βαθιά συνδεδεμένοι με την παράδοση και επίσης η καθημερινή τους διατροφή αντιστοιχεί κατά ένα μεγάλο βαθμό με την επονομαζόμενη μεσογειακή δίαιτα.

Η επαφή της ερευνητικής ομάδας με τα ελληνικά μοναστήρια έστρεψε την προσοχή μας σε έναν παράγοντα ο οποίος ποτέ δεν αναφέρθηκε στην συζήτηση σχετικά με την «κρητική δίαιτα». Η έρευνα της Ancel Keys δεν έλαβε υπόψη της τον πιθανό ρόλο της θρησκευτικής νηστείας. Στα 1960 ο ελληνικός πληθυσμός ήταν ακόμη βαθιά συνδεδεμένος με την ορθόδοξη παράδοση και περισσότερες οικογένειες τηρούσαν τις προκαθορισμένες νηστείες, γεγονός που σημαίνει ότι καθόλου κρέας ή ζωικό λίπος δεν καταναλωνόταν κάθε Τετάρτη και Παρασκευή, 15 ημέρες τον Αύγουστο και 40 ημέρες πριν από τα Χριστούγεννα και το Πάσχα.

Η επίδραση της νηστείας στις παραμέτρους που συνδέονται με τη διατροφή ήταν γνωστή εδώ και πολλά χρόνια. Εντωμεταξύ, η νηστεία προτεινόταν ως ένας τρόπος βελτίωσης της υγείας. Πολλές μελέτες έχουν εξετάσει το μοντέλο Ramadan. Είναι όμως εκπληκτικό ότι η αυστηρή 40ήμερη νηστεία που τηρείται από τον ορθόδοξο πληθυσμό δεν έχει ποτέ μελετηθεί, ούτε ως ένας επιπλέον ευεργετικός παράγοντας της επονομαζόμενης «κρητικής διαίτας».

Έτσι η ερευνητική ομάδα ήρθε σε επαφή με πέντε μοναστήρια της Πελοποννήσου με σκοπό να πραγματοποιηθεί μια έρευνα διατροφής. Οι ερωτήσεις που επρόκειτο να απαντηθούν ήταν οι εξής: 1. Ποιά είναι τα διατροφικά σχετιζόμενα επίπεδα πλάσματος (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, HDL, LDL, ουρία, κρεατινίνη, αιμοσφαιρίνη, αιματοκρίτης, σίδηρος, φερριτίνη κ.ά.) στα μέλη αυτών των θρησκευτικών παραμέτρων, και ποιες είναι οι ανθρωπομετρικές τιμές τους, όπως βάρος σώματος, BMI, περιφέρεια βραχίονα και δερματική πτυχή τρικεφάλου, 2. Ποιές αλλαγές παρατηρούνται μετά την αυστηρή 40ήμερη νηστεία;

ΜΕΘΟΔΟΙ

Στην έρευνα πήραν μέρος συνολικά 36 άτομα, μοναχοί και μοναχές από 5 μοναστήρια (25 γυναίκες, 11 άνδρες, Μ.Ο. ηλικίας = 42,4±14,6). Όλα τα άτομα συμμετείχαν στην έρευνα εθελοντικά και με την συγκατάθεσή τους. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο της νηστείας πριν από τα Χριστούγεννα.

Όλα τα άτομα ήταν υγιή και δεν ακολουθούσαν κάποια φαρμακευτική αγωγή. Έγιναν μετρήσεις μία μέρα πριν την έναρξη της νηστείας και την τελευταία μέρα της 40ήμερης νηστείας.

Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου στο οποίο προστέθηκαν ανθρωπομετρικές μετρήσεις, όπως βάρος, ύψος, περιφέρεια βραχίονα και δερματική πτυχή τρικεφάλου. Επίσης, δείγματα αίματος λήφθηκαν για να προσδιοριστούν οι σχετικές με τη διατροφή εργαστηριακές τιμές (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, HDL, LDL, ουρία, κρεατινίνη, αιμοσφαιρίνη, αιματοκρίτης, σίδηρος, φερριτίνη, λευκοκύτταρα, γλυκόζη αίματος, ολικές πρωτεΐνες, CRP). Ο BMI προσδιορίστηκε χρησιμοποιώντας τη μέθοδο BMI=βάρος (kg)/ύψος (m²).

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ

Η φυσιολογική διαίτα στα μοναστήρια κατά τις μη νηστίσιμες περιόδους περιλαμβάνει αυγά, γαλακτοκομικά προϊόντα, φρούτα, λαχανικά, όσπρια, ξηρούς καρπούς, ψωμί, χειροποίητα ζυμαρικά και λίπος με τη μορφή του ελαιόλαδου. Σπάνια καταναλώνεται κρέας ενώ πουλερικά μόνο μια φορά το μήνα.

Η κατανάλωση θαλασσινών εξαρτάται από τη γεωγραφική θέση του μοναστηριού. Στα ελληνορθόδοξα μοναστήρια είθισται να τηρούνται οι 40ήμερες νηστείες πριν από τα Πάσχα και τα Χριστούγεννα, κατά τη διάρκεια των οποίων όλα τα μέλη της κοινότητας ακολουθούν κοινή αυστηρή διαίτα. Κατά τη διάρκεια της νηστείας δεν καταναλώνονται αυγά, γαλακτοκομικά προϊόντα ή κρέας.

Επίσης, δύο με τρεις φορές την εβδομάδα καταναλώνονται τροφές χωρίς λάδι. Τα θαλασσινά επιτρέπονται μόνο μια φορά την εβδομάδα, τις Κυριακές. Συνεπώς, η διαίτα περιλαμβάνει φρούτα, λαχανικά, όσπρια και ψωμί ενώ ελαιόλαδο προστίθεται στο φαγητό μόνο 4 με 5 φορές την εβδομάδα.

Τα διαιτολόγια του κάθε μοναστηριού καταγράφηκαν και το φαγητό ζυγιζόταν πριν μαγειρευτεί για μία εβδομάδα πριν την έναρξη της νηστείας και κατά τη διάρκειά της, ώστε να υπολογιστούν τα θρεπτικά συστατικά που καταναλωνόταν σε καθημερινή βάση.

Οι μέρες υπολογίστηκαν ξεχωριστά σύμφωνα με τους πίνακες διατροφής για τη μεσογειακή διαίτα, και τέλος ο μέσος όρος υπολογίστηκε από τις επτά ημέρες της εβδομάδας με σκοπό να συγκριθεί η μέση ημερήσια πρόσληψη θερμίδων, και υποστρωμάτων χοληστερόλης πριν και κατά τη διάρκεια της νηστείας (Πίνακες 1 και 2).

	Πριν τη νηστεία	Κατά τη διάρκεια	Μείωση κατά τη διάρκεια (%)
Kcal	2255±425	1811±377	- 20
πρωτεΐνες	69±18	57±12	- 17
υδρογονάνθρακες	221±92	185±62	- 17
λίπαρα	122±42	94±35	- 33

Πίνακας 1. Μέση ημερήσια πρόσληψη θρεπτικών συστατικών (g /ημέρα).

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Δείγματα αίματος ελήφθησαν 2 φορές, στην αρχή και στο τέλος της νηστείας. Όλα τα δείγματα μεταφέρθηκαν στο εργαστήριο μέσα σε μία ώρα, όπου έγινε ο διαχωρισμός σε ορό και πλάσμα.

Η γλυκόζη ορού προσδιορίστηκε χρησιμοποιώντας μία μέθοδο οξειδάσης της γλυκόζης.

Για τον προσδιορισμό της HDL το πλάσμα έγινε διαχωρισμός από τις άλλες λιποπρωτεΐνες με φυγοκέντρηση αφού προστέθηκε ένας παράγοντας που προκαλεί καθίζηση (PAP).

Η ολική χοληστερόλη πλάσματος και η HDL υπολογίστηκαν με τη χρήση ενός ενζυματικού PAP. Τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων του πλάσματος καθορίστηκαν με τη χρήση ενζυματικού GPO/PAP. Η LDL υπολογίστηκε χρησιμοποιώντας την ισοτιμία κατά Friedwad:

$$(LDL - Chol = (ολική Chol - Trig/5) - HDL - Chol)$$

Η ουρία προσδιορίστηκε με τη μέθοδο της ουρεάσης του Berthold και η κρεατινίνη με τη μέθοδο Jaffe, αφού αποσπάστηκε η πρωτεΐνη. Η φερριτίνη προσδιορίστηκε με μία μέθοδο ELISA.

Καθόλη τη διάρκεια της έρευνας τηρήθηκαν αυστηροί ποιοτικοί έλεγχοι συμπεριλαμβανομένων σταθερών που χρησιμοποιούνται σε ελληνικά εργαστήρια.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Τα αποτελέσματα εκφράστηκαν ως μέσοι όροι και συγκεκριμένες αποκλίσεις από το μέσο $\bar{x} \pm SD$.

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το συνδυασμό των student t-test και ANOVA.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το σύνολο της πρόσληψης θερμίδων κατά την μη-νηστίσιμη περίοδο παρουσίασε μεγάλη διακύμανση στα διάφορα μοναστήρια. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές αναφορικά με την κατανομή των θρεπτικών συστατικών μεταξύ της νηστίσιμης και μη-νηστίσιμης περιόδου, παρόλο που διαφορετικές τροφές κυριαρχούσαν σε καθεμιά από αυτές. Σε γενικές γραμμές, κυρίως η πρόσληψη λίπους μειώθηκε κατά τη διάρκεια της νηστείας.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η φυσιολογική δίαιτα περιελάμβανε μεγάλες ποσότητες χοληστερόλης (αυγά, χταπόδι, γαρίδες). Ωστόσο, τα ποσοστά χοληστερόλης μειώθηκαν στα τέσσερα από τα πέντε μοναστήρια κατά τη διάρκεια της νηστείας περισσότερο από 80% ($\chi = -77\%$) εξαιτίας της τήρησης αυστηρής χορτοφαγικής διαίτας (Πίνακας 2). Η πρόσληψη χοληστερόλης ήταν εξαιρετικά υψηλή (533 mg/ημέρα) στο μοναστήρι που βρίσκεται σε παραθαλάσσια περιοχή, όπου και η κύρια πηγή πρόσληψης πρωτεϊνών είναι τα θαλασσινά.

	Πριν τη νηστεία	Κατά τη διάρκεια	Μείωση κατά τη διάρκεια (%)
Χοληστερόλη	346±108	80±62	-77,23
Κορεσμένα λιπαρά οξέα	31±6	19±7	-39,47
Πολυακόρεστα λιπαρά οξέα	28±6	18±11	-36,35
Μονοακόρεστα λιπαρά οξέα	60±16	61±21	+0,05

Πίνακας 2. Μέση ημερήσια πρόσληψη χοληστερόλης (mg) και λιπιδίων (g).

Η μεγάλη ποσότητα ελαιόλαδου που χρησιμοποιείται άφθονο στις σουπές, τα πιάτα λαχανικών και τις σαλάτες, δίνει μεγάλη ποσότητα MUFA τόσο στο φυσιολογικό όσο και στο νηστίσιμο διαιτολόγιο.

Η 40ήμερη νηστεία είχε ως αποτέλεσμα την μείωση όλων των ανθρωπομετρικών τιμών: το βάρος (2-3%) και ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) μειώθηκαν αντίστοιχα. Ιδιαίτερα εντυπωσιακή ήταν η μείωση της δερματικής πτυχής του τρικεφάλου έως και 10% κατά μέσο όρο, ενώ η περιφέρεια του βραχίονα δεν παρουσίασε αξιοσημείωτη διαφορά. Το επίπεδο της πρωτεΐνης του πλάσματος μειώθηκε σημαντικά κατά τη νηστεία αλλά η διαφορά ήταν σε μη σχετικά επίπεδα κλινικά. Οι τιμές της ουρίας πλάσματος και της κρεατινίνης μειώθηκαν επίσης παρόλο που η συνολική πρόσληψη πρωτεϊνών δεν μεταβλήθηκε

σημαντικά. Η γλυκόζη του αίματος παρέμεινε στα ίδια φυσιολογικά επίπεδα (Πίνακας 3).

	Βάρος σώματος (kg)	BMI	Περιφέρεια βραχίονα (cm)	Δερματική πτυχή δικεφάλου (mm)
Πριν	71,2±15,9 *	26,4±4,0 *	28±3,4	30,2±14,6 *
Μετά	69,7±15,9	25,8±4,0	27,5±3,2	27,0±12,4
	Χοληστερόλη (μg/dl)	LDL Χοληστερόλη (μg/dl)	HDL Χοληστερόλη (μg/dl)	Τριγλυκερίδια (μg/dl)
Πριν	225,5±45,8 *	150,8±41,3 *	58,0±15,4 *	81,3±37,8
Μετά	197,7±38,3	129,3±32,9	50,8±13,4	90,7±41,2
	Γλυκόζη (mg/dl)	Λεύκωμα (g/dl)	Ουρία (mg/dl)	Κρεατινίνη (mg/dl)
Πριν	83,7±10,8	7,7±14,5 *	38,5±14,5 *	0,86±0,18 *
Μετά	85,2±12,6	7,4±0,67	28,4±10,7	0,77±0,14

Πίνακας 3. Ανθρωπομετρικές παράμετροι, τιμές πλάσματος πριν και στο τέλος της νηστείας (όπου υπάρχει αστερίσκος βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά).

Οι τιμές του σιδήρου (πριν: 84±36, μετά: 91±38), αλλά και της φερριτίνης (πριν: 53±49, μετά: 56±50) δεν παρουσίασαν αξιοσημείωτη μεταβολή. Τα επίπεδα φερριτίνης δεν παρουσίασαν κάποια σημαντική διαφορά σε καμία περίπτωση, ενώ οι χαμηλές τιμές φερριτίνης που παρατηρήθηκαν στις γυναίκες έχουν σχέση με τη φυσιολογική διακύμανση διασποράς. Εξαιρετικά ενδιαφέρον παρουσίασαν τα επίπεδα των λιποπρωτεϊνών του ορού. Τα σχετικά υψηλά επίπεδα χοληστερόλης πριν τη νηστεία, ιδιαίτερα στις μοναχές ήταν εκπληκτικά (περισσότερο για την LDL χοληστερόλη). Εξαιρετική απετέλεσε ένα μοναστήρι που βρίσκεται ψηλά στην περιοχή του Πάρνωννα, όπου τα επίπεδα της χοληστερόλης πλάσματος ήταν φυσιολογικά σε όλες τις μετρήσεις.

Η συνολική χοληστερόλη πλάσματος μειώθηκε σημαντικά εξαιτίας της νηστείας, καθώς επίσης και η LDL και η HDL χοληστερόλη πλάσματος. Κατά τη διάρκεια της νηστείας όλα τα μοναστήρια παρουσίασαν μια μέτρια μείωση του δείκτη της LDL/HDL, ενώ τα τριγλυκερίδια αυξήθηκαν, όχι όμως στατιστικά σημαντικά (Πίνακας 3).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα μέλη των μοναστικών κοινοτήτων είναι ένας ιδανικός πληθυσμός για έρευνα καθώς η αυστηρή μοναχική πειθαρχία και η απόλυτη υπακοή

εξασφαλίζουν μια ισορροπημένη διαίτα χωρίς ενδιάμεσα γεύματα. Αυτό διευκολύνει στην παρακολούθηση και τον υπολογισμό της πρόσληψης τροφής. Επειδή τα ελληνικά μοναστήρια είναι ανεξάρτητα ήταν ανέφικτο να επιβληθεί ένα κοινό πρόγραμμα διατροφής σε όλα τα συμμετέχοντα μοναστήρια.

Οι ελληνορθόδοξοι μοναχοί και μοναχές ακολουθούν συνήθως μεσογειακή διαίτα όσον αφορά στην καθημερινή τους διατροφή και τηρούν αυστηρή 40ήμερη νηστεία σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους (πριν τα Χριστούγεννα και το Πάσχα) ανεξάρτητα από τις νηστίσιμες ημέρες κατά τη διάρκεια του έτους. Αυτού του είδους η θρησκευτική άσκηση, που παρατηρείται στα ελληνορθόδοξα μοναστήρια, καθώς και σε παραδοσιακές ελληνορθόδοξες οικογένειες είναι μια εξαιρετική ευκαιρία για έρευνα διατροφής. Παρόλο που τα αποτελέσματα διέφεραν μεταξύ τους αναφορικά με το κάθε μοναστήρι, παρουσιάζοντας μεγάλο εύρος δεν έγινε ομαδοποίηση των δεδομένων λόγω του μικρού αριθμού των συμμετεχόντων.

Κατά τη διάρκεια της νηστείας η πρόσληψη θερμίδων μειώθηκε έως και 41% σε κάποιες περιπτώσεις (εύρος 5-41%), κατά μέσο όρο -20%. Παράλληλα, παρατηρήθηκε μείωση του βάρους και του δείκτη μάζας σώματος. Όσον αφορά στις ανθρωπομετρικές μεθόδους αυτή της δερματικής πτυχής του τρικεφάλου ήταν η πιο κατάλληλη για να καταδειχτεί η μεταβολή. Οι υπόλοιπες ανθρωπομετρικές παράμετροι, όπως το βάρος και η περιφέρεια του βραχίονα μεταβλήθηκαν ελάχιστα κατά τη διάρκεια της νηστείας. Επομένως, η μέτρηση της δερματικής πτυχής του τρικεφάλου με παχύμετρο είναι μια καλή και απλή μέθοδος για έρευνες πεδίου. Εξαιρετικά σημαντική είναι η μείωση της πρόσληψης χοληστερόλης ($x = -77\%$) κατά τη περίοδο της νηστείας, όμως και η πρόσληψη κορεσμένων και πολυακόρεστων λιπαρών οξέων μειώθηκε περισσότερο από 35%. Τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης, που παρατηρήθηκαν στα περισσότερα μοναστήρια πριν από την έναρξη της νηστείας οφείλονται πιθανόν στην μεγάλη κατανάλωση αυγών όχι μόνο ως τηγανητά αυγά, αλλά και ως συστατικά σε κέικ και πίτες. Εξαιρετική απετέλεσε ένα ανδρικό μοναστήρι τα μέλη του οποίου παρουσίασαν κανονικές τιμές χοληστερόλης τόσο πριν όσο και μετά τη νηστεία. Το μοναστήρι αυτό βρίσκεται ψηλά στο βουνό και οι μοναχοί ασχολούνται κυρίως με σκληρή σωματική εργασία. Αυτές οι συνθήκες δίνουν μια εξήγηση στα χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης που παρατηρήθηκαν. Η επίδραση της σωματικής εργασίας φαίνεται καθαρά στη διαφορά που παρουσιάζουν τα δύο ανδρικά μοναστήρια. Στο δεύτερο ανδρικό μοναστήρι παρατηρήθηκαν τα υψηλότερα επίπεδα χοληστερόλης πλάσματος με διαχωριστικό όριο στο ηπικό HDL/LDL >4 . Αυτό είναι το πλέον ευημερές μοναστήρι της Πελοποννήσου τοποθετημένο κοντά στην πόλη. Οι μοναχοί του δεν ασκούν σωματική εργασία και χάρις των πολλών δωρεών που λαμβάνουν τα γεύματα είναι σχετικά πλούσια με υψηλό ποσοστό σε θαλασσινά συστατικά. Ήταν επίσης το μοναστήρι όπου ούτε οι θερμίδες, ούτε η πρόσληψη χοληστερόλης μειώθηκε αξιοσημείωτα κατά τη διάρκεια της νηστείας. Αυτοί οι μοναχοί δεν παρουσίασαν αύξηση στις τιμές των λιπιδίων του πλάσματος και το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει την υπόθεση ότι η 40ήμερη νηστεία είναι σημαντική για το μεταβολισμό του λίπους. Το μοναστήρι που δεν εφάρμοσε

μία αυστηρή νηστεία έχασε αυτό το πλεονέκτημα και συνέχισε να εμφανίζει υψηλά επίπεδα λιποπρωτεϊνών πλάσματος. Τα περισσότερα ελληνικά μοναστήρια διέπονται από θεωρητικούς κανόνες χωρίς φυσική άσκηση. Τα σχετικά υψηλά επίπεδα χοληστερόλης πλάσματος μειώνονται σε όλα αυτά τα μοναστήρια κατά τη διάρκεια της 40ήμερης νηστείας, μάλιστα σε πολλές περιπτώσεις φτάνουν ακόμη και τα φυσιολογικά επίπεδα.

Η σύντομη επισκόπηση του M. Nestle σχετικά με τη μεσογειακή διαίτα έχει ήδη δείξει πως οι διατροφικές συνήθειες στην περιοχή της Μεσογείου αλλάζουν. Αυτή η δημοσίευση επίσης θέτει το ερώτημα σχετικά με το ρόλο της φυσικής δραστηριότητας και του τρόπου ζωής όσον αφορά χρόνιους κινδύνους. Η έρευνα στις μονές της Πελοποννήσου επιβεβαιώνει το γεγονός ότι η διαίτα επιδρά σε μεγάλο βαθμό στα επίπεδα λιπιδίων του πλάσματος. Επίσης, αποδεικνύει πως η νηστεία μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στη μείωση των επιπέδων της χοληστερόλης του ορού. Το γεγονός αυτό είχε αγνοηθεί ως τώρα, αλλά μπορεί να έχει επηρεάσει το αποτέλεσμα πρόσφατων μελετών που πραγματοποιήθηκαν στην Κρήτη και την Ελλάδα. Η αύξηση των τριγλυκεριδίων μπορεί πιθανόν να εξηγηθεί από μία αύξηση της λιπόλυσης κατά τη διάρκεια της νηστείας. (Μια τελευταία ερμηνεία της αύξησης των τριγλυκεριδίων θα μπορούσε να είναι η κινητοποίηση του λιπώδους ιστού, λόγω της νηστείας).

Η μείωση της ουρίας και της κρεατινίνης κατά τη διάρκεια της νηστείας, μπορεί να προκλήθηκε μερικώς εξαιτίας της μειωμένης λήψης πρωτεϊνών (-17% NS), αλλά και επειδή η φυσική δραστηριότητα μειώνεται ακόμη περισσότερο κατά τη διάρκεια της 40ήμερης νηστείας πριν τα Χριστούγεννα. Οι μοναχοί και οι μοναχές περνούν περισσότερο χρόνο με νηστεία και προσευχή και δεν υπάρχει εργασία στα χωράφια και στους κήπους.

Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια του Ραμαζανιού έχουν ήδη δείξει την ευεργετική επίδραση της νηστείας. Η 40ήμερη νηστεία που προτείνεται από την ελληνορθόδοξη εκκλησία έχει επίσης αξιοσημείωτη ευεργετική επίδραση αυτού που νηστεύει και επομένως αξίζει να συστήνεται. Ο χαμηλός κίνδυνος αρτηριοσκλήρυνσης, που παρατηρήθηκε στους κρήτες και τους υπόλοιπους έλληνες σε προηγούμενες επιδημιολογικές μελέτες, πιθανόν να οφείλεται σε αυτή, τη νηστεία. Πράγματι, παρατηρείται προφανής βελτίωση στο μεταβολισμό των λιπιδίων κατά τη διάρκεια της 40ήμερης νηστείας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η συγκεκριμένη έρευνα αποδεικνύει ότι η μεσογειακή διαίτα από μόνη της, δεν παράγει αυτόματα φυσιολογικά επίπεδα λιπιδίων στο πλάσμα, αλλά πιθανόν η φυσική δραστηριότητα είναι ένας αποφασιστικός παράγοντας στο μεταβολισμό, εφόσον τα περισσότερα μέλη επηρεαζόμενα από θρησκευτικούς παράγοντες, εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης και LDL χοληστερόλης, παρά τη μία συγκεκριμένη χορτοφαγική διαίτα με βάση το ελαιόλαδο. Η παρερμηνευμένη ανάγκη κατανάλωσης πρωτεϊνών σε πολλά μοναστήρια προκαλεί την κατανάλωση ενός μεγάλου αριθμού αυγών (10-12 την εβδομάδα). Το

χαπαόδι όπως και οι γαρίδες περιέχουν μεγάλη ποσότητα χοληστερόλης, οπότε παρόλο που η δίαιτα αποτελείται κυρίως από γεύματα λαχανικών χωρίς κρέας, η ποσότητα της χοληστερόλης που καταναλώνεται είναι συνήθως μεγάλη. Μόνο η νηστεία που απαγορεύει την κατανάλωση αυγών, δείχνει τα βασικά πλεονεκτήματα της μεσογειακής διαίτας. Η συγκεκριμένη έρευνα έδειξε ότι η 40ήμερη νηστεία ομαλοποιεί σε μεγάλο βαθμό τα επίπεδα της χοληστερόλης.

Εφόσον η ελληνορθόδοξη εκκλησία προτείνει τέτοιου είδους νηστεία δύο φορές το χρόνο, τα ευεργετικά αποτελέσματα που απορρέουν από αυτήν δεν πρέπει να υποτιμώνται. Οι αρχικές έρευνες από τον Rockefeller (1948/49) και τον Keys (1952) ποτέ δεν ανέφεραν αυτές τις νηστείες, παρόλο που στην πολύ ευσεβή αγροτική κοινωνία της Κρήτης εκείνης της εποχής τηρούσαν αυτές τις θρησκευτικές νηστείες όλες οι οικογένειες. Συμπληρωματικά με την επίδραση του ελαιολάδου με την υψηλή περιεκτικότητα σε MUFA, τα χορτοφαγικά γεύματα με τα αντιοξειδωτικά όπως βιταμίνη C, E, β-καροτένιο και αναρίθμητα φυτικά συστατικά, οι καθορισμένες περιοδικές νηστείες πρέπει να συνεισφέρουν σε μεγάλο βαθμό στη μείωση του κινδύνου της αρτηριοσκλήρυνσης.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

M. Hourdakis, D. Papandreou, P. Malindretos, D. Vassilakou, N. Papastergiou, D. Tantsidis and D. Kouvelas (2010). Effect of Greek orthodox Easter holidays on body weight gain. *Nutrition and Food Science*. **40**(1):49-54.

A. Basilakis, K. Kiprouli, S. Mantzourakis, T.C. Constantinidis, M. Dionysopoulou and J.M. Hacki (2002). Nutritional study in Greek-Orthodox Monasteries. Effect of a 40day Religious Fasting. *Aktuel Ernaehr Med*. **27**(3):250-255.

A STUDY IN ORTHODOX MONASTERIES ABOUT EFFECTS DUE TO FASTING PRESENTATION AND COMMENTARY

Kontogiorgis Christos and T.C. Constantinidis

Laboratory of Hygiene and Environmental Protection, Medical School, Democritus University of Thrace.

Abstract: The so-called “Mediterranean diet” is acknowledged to be a very successful combination promoting longevity through a lower rate of coronary heart disease and of cancer. Particularly Crete has a long-lived population, which was traditionally credited to the high intake of olive oil and wild plants. The role of religious fasting in Orthodox Greece has never been considered in this context. We therefore contacted several Greek monasteries, because their diet still corresponds to the traditional “Mediterranean diet” and they observe a strict 40-day fast twice a year. We wanted to answer two questions: What are the nutritionally relevant plasma levels of these nuns and monks, and what changes are seen after a 40-day fast? Thirty-six members (25 w, 11 m, x = 42.4 a) of five Greek monasteries were enrolled in the study. Using a structured questionnaire weight, upper arm circumference and triceps skin fold were measured. Blood samples were taken to measure hemoglobin, hematocrit, leucocytes, blood glucose, protein, cholesterol, HDL and LDL cholesterol, triglycerides, ferritin, iron, urea, creatinine and CRP. All measurements were taken before and at the end of the 40-day fast. The diet was calculated per day for calories, nutrients, fat and cholesterol content; means were calculated from seven days of normal daily food and of the fasting diet. Statistical analysis was performed with Student's T test and ANOVA ($p < 0.01$) was considered significant. Results: Total calorie intake varied strongly between the monasteries and was reduced by $x = -20\%$ during the fast. Regular diet contained large quantities of cholesterol, which was reduced by more than 80% in some monasteries during fasting $x = -77\%$. All anthropometric data dropped slightly, the triceps skin fold even by 10%. Before fasting plasma cholesterol levels, particularly those in the nuns, were elevated. This was especially true for LDL cholesterol. During the fast all study participants showed a consistent drop in plasma cholesterol, an increase in triglycerides and a moderate drop in LDL/HDL quotient. In conclusion the drastic reduction in fat and cholesterol intake during fasting causes a normalisation of most elevated cholesterol levels. The religious practice of a 40-day fast brings about a pronounced improvement in plasma lipid levels, and as pious Greek orthodox people observe such a fast twice a year the positive effect of this fast must not be underestimated.

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΛΟΓΩ ΝΗΣΤΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΛΛΗΝΟΡΘΟΔΟΞΑ ΜΟΝΑΣΤΗΡΙΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ Η ΟΡΘΟΔΟΞΗ ΘΕΑΣΗ

Ἀδελφότης τῆς Ἱεράς Μονῆς «Παναγία τοῦ Ἑβρου»

Ἀξιότιμε κ. Καθηγητά, σᾶς συγχαίρομεν διὰ τὴν ἔρευναν τῆς ὁποίας, ἐκτός του καθαρῶς επιστημονικοῦ χαρακτήρος, τὰ πρακτικὰ ὄφελῃ εἶναι καταφανῆ.

Ἐπειδὴ τὸ ἀντικείμενό της εἶναι τὸ πλέον συγγενές μὲ τὰ καθ' ἡμᾶς, ἐπιθυμοῦμεν νὰ καταστήσωμεν σαφέστερες τίς θέσεις μας ὡς πρὸς τὸν Ὁρθόδοξον Μοναχικὸν δεσμόν. Εὐχαριστοῦμεν διὰ τὴν τιμὴν νὰ μᾶς περιλάβετε εἰς τὸ δυναμικὸν τῆς παρουσίας μελέτης, μὲ τὴν ἐπιφύλαξιν ὅτι σᾶς εὐρίσκουν σύμφωνον αἱ ἰδικαὶ μας ἀπόψεις.

1. Ἐπ' οὐδενὶ δεχόμεθα τὰ σχετικά περὶ τῆς ἀνδρώας Μονῆς «μὲ τὰς πολλὰς δωρεὰς καὶ τὰ πλούσια γεύματα» πού ἐκ τοῦ ἀρνητικοῦ στηρίζει τὰ εὐρήματα τῆς ἐρέυνης.

2. Ἐπίσης δὲν ἀποδεχόμεθα τὰ περὶ «θεωρητικοῦ Μοναχικοῦ βίου» ὡς ἀνέτου καὶ ὡς ἐκ τούτου αἰτιολογεῖται ἡ ὑπερχοληστεριναμία τῶν Μοναχῶν.

Ἀμφότερα ὡς διγόντα τὸν δεσμόν δὲν μᾶς εὐρίσκουν συμφώνους καὶ ἐν εἴδει ἐνημερώσεως καταθέτομεν τὰ κάτωδι:

Ὁ Ὁρθόδοξος Μοναχικὸς βίος δὲν εἶναι ἀπλᾶ ἢ μόνον «θεωρητικός» δηλαδὴ μὲ τὴν καλὴ καὶ ὀρθὴ ἔννοια βίος θεωρίας = προσευχῆς καὶ κατὰ Θεὸν μελέτης καὶ φιλοσοφίας. Εἶναι κατὰ βάσιν βίος ἀσκήσεως. Δηλαδὴ μεγάλου κόπου ἀκόμη καὶ εἰς τὸ λατρευτικὸν μέρος, διότι ὁ «Μοναχικὸς κανὼν» (προσευχὴ ἀτομικὴ καὶ ὑποχρεωτικὴ ἡμερησίως) περιλαμβάνει πολλὰς γονυκλισίας, ἕως καὶ χιλιάδας. Ὅμως αἱ ἐν λόγῳ ἀσκήσεις τελοῦνται ἐν τῷ κρυπτῷ καὶ δὲν ἀποκαλύπτονται δημοσίως.

Αὕτη καθ' ἑαυτὴ ἡ δομὴ τοῦ Μοναχικοῦ βίου εἶναι κατ' ἐξοχὴν κοπιώδης. Ὁφείλει μία Ὁρθόδοξος Μοναχικὴ Ἀδελφότης ν' ἀνταποκρίνεται εἰς ἀπείρους ἐργασίας πέραν τῶν καθιερωμένων παραδοσιακῶν διακονημάτων - ἐργοχειρῶν (ὅπως εἶναι ἡ ἀγιογραφία - κέντημα - ραπτικὴ - ξυλογλυπτικὴ - ψηφιδωτὰ κτλ). Ἡ **κουζίνα** καὶ ἡ **ἐτομασία τραπεζῶν** ἐπὶ 2 φορές ἡμερησίως δι' ἅπασαν τὴν Ἀδελφότητα, μὲ τὴν φιλοξενίαν αὐτῆς, εἶναι ἀπὸ τὰ καθ' ἡμέραν βαρέα διακονήματα μὲ ὑπερωριακὴν ἀπασχόλησιν. Ὁ **ξενὼν** μὲ τὰ τῆς φιλοξενίας συνεπαγόμενα (καθαριότητες χώρων, κλινοσκεπασμάτων, εἰδικῶν φροντιδῶν). Αἱ **ἀγροτικαὶ ἀσχολίαι** (ἐλαιόδενδρα, καρποφόρα, κήποι, κηπουρικὴ, ἀνθοκαμία κτλ). **Ἐργασίαι** ζυμωτηρίου (ὁ ἐπιούσιος ἄρτος, ἄρτοι ἐκκλησιαστικοὶ καὶ πρόσφορα, κόλλυβα). Ὡς καὶ αὐταὶ τῆς τοῦ **Ναοῦ** **εὐπρεπείας ἀσχολίαι**, ἅπασαι εἶναι ἀέναος κινήσεις, ἄρσις βαρῶν, κόπος. (Δὲν

συναριθμοῦμε τὰς κοινὰς χειρωνακτικὰς ἐργασίας, κοινῶς «παγγοινίες», προεργασίαι μαγειρικῆς, καθαρισμὸς κηπευτικῶν, ἰχθύων, μεταφρά καυσοξύλων, ταξινομήσεις χώρων κλπ, ἂν καὶ πολλακίς ἐβδομαδιαίως ἀπασχολοῦν τὴν Ἀδελφότητα). Πολλὰ Κοινόβια τῶν ὁποίων ἡ βιοποριστικὴ συντήρησις ἐπιβάλλει οἰκολογικὰ προϊόντα, ἐπαυξάνουν τὸν ἐκ τῆς γεωργίας μόχθον καὶ μὲ τὰ πρὸς πώλησιν ἐπεξεργασμένα εἶδη διατροφῆς. Δηλαδὴ μόνον δὲν ἀσκοῦν θεωρητικὴ ζωὴ οἱ Μοναχοί.

Συμπέρασμα ἐνημερωτικὸ ἐπὶ τοῦ δεσμοῦ:

Ὁ Ὁρθόδοξος Μοναχικὸς βίος εἶναι ἰσόβιος ἄσκησις, κόπος ἐν ἐπιγνώσει καὶ προσευχῇ «ἐμπονος» (κοπιώδης). Τὸ Κοινόβιον εἶναι μία ὀλοζώντανη ἐν ἀκμῇ κυψέλη μὲ ἀέναη δραστηριότητα ἀδύρβον καὶ σεμνὴν - διὸ καὶ ἀπαρατήρητον - καὶ μυστικὸν ἔργον ἐξαγιασμοῦ ἐν προσευχῇ.

Ἐπομένως καταρρίπτεται τὸ ἐπιχείρημα τῆς μὴ σημαντικῆς ἀσκήσεως, ὡς αἴτιον τῆς ὑπερχοληστεριναμίας.

Φρονοῦμεν ὅτι ἀποκλειστικῶς εὐδύνεται ἡ διατροφικὴ ἄγνοια τῶν Μοναχῶν, συμπεριλαμβανομένης καὶ τῆς ἐν λόγῳ ἀνδρώας Μονῆς. Νηστεύοντες ἢ μὴ οἱ Μοναχοὶ καταναλώνουν εἰς ποσότητα τροφᾶς (ἔστω καὶ τὸ Σάββατον καὶ Κυριακῆν) ὑπευδύνους καὶ μὴ ἀντισταθμιζόμενας μὲ τὸ ὑπόλοιπον ἀνέλαιον ἐξ ὀρισμοῦ αὐστηρὸν διαιτολόγιον τῶν πέντε - ἕξ ἡμερῶν τῆς ἐβδομάδος. Εἶναι κατὰ τὴν γνώμην μας ὁ μοναδικὸς ἐνοχοποιητικὸς παράγων διὰ τὸ φαινόμενον τῆς ὑπερχοληστεριναμίας τῶν Μοναχῶν.

Μακρηγορήσαμεν διὰ νὰ ἀποσαφήνωμεν τὰς ἀγνώστους πτυχεὰς τοῦ καθ' ἡμᾶς βίου καὶ εὐελπιστοῦμεν εἰς τὴν κατανόησιν σας, διότι ἀφοροῦν εἰς λεπτὰ σημεῖα δεχόμενα πολλὰς παρερμηνείας.

Εὐχόμεθα ἡ ὑφ' Ἑμῶν ἀξιόλογος καὶ σοβαρὰ ἔρευνα νὰ ἀποδώσῃ καὶ τὰ πρακτικὰ ὄφελῃ εἰς τὸν χώρον ὅπου διεξήχθη διὰ τῆς ὀρθῆς ἐνημερώσεως.

Μετά τῆς προσηκούσης τιμῆς καὶ εὐχαριστιῶν

Ἡ Ἀδελφότης τῆς Ἱεράς Μονῆς «Παναγία τοῦ Ἑβρου»

Ο ΕΠΟΙΚΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΓΡΟΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΔΡΑΜΑΣ

Σ. Κισαγιζλής

Γραφείον Εποικισμού Δράμας, Εποικιστική Υπηρεσία.

Ἡ περιφέρεια τοῦ Γραφείου Ἐποικισμοῦ Δράμας, μεγαλειτέρα εἰς ἑκτασιν καὶ εἰς ἀριθμὸν προσφύγων ἀπὸ τὰ λοιπὰ Ἐποικιστικὰ Γραφεῖα, συγκεντρώνει 54 Κοινότητες περιλαμβανούσας 236 χωρία, ἐκ τῶν ὁποίων 192 εἶναι καθαρῶς προσφυγικά, 24 μικτὰ καὶ 20 ἀκατοίκητα. Ἐκ τῶν 192 προσφυγικῶν χωρίων τὰ 33 εἶναι νέα, ἀνεγερθέντα δαπάναις τῆς Ἐποικιστικῆς ὑπηρεσίας καὶ ἐπὶ χέρσων ἐκτάσεων.

Ἡ ὅλη περιφέρεια, διαμερίζεται εἰς τέσσαρας μεγάλας περιοχάς, εἰς τὴν πεδινὴν μὲ Κέντρον τὴν πόλιν Δράμας, εἰς τὴν ὄρεινὴν καὶ παραμεθόριον, ἀλλὰ πυκνῶς κατοικημένην περιοχὴν Ζυρνόβου, εἰς τὴν ἐπίσης ὄρεινὴν καὶ παραμεθόριον, ἀραιῶς κατοικημένην λόγφ ἑλλείψεως συγκοινωνίας περιοχὴν Ὀσενίτης καὶ εἰς τὴν τραχεῖαν καὶ ὄρεινὴν Μπουκίων.

1) Ἄστοι Πρόσφυγες

Ἡ πόλις τῆς Δράμας, μικρὰ ἄλλοτε εἰς πληθυσμὸν καὶ ἀσήμαντος ἐν τῇ ἐμπορικῇ τῆς ζωῇ, ἀπὸ τῆς ἀφίξεως τῶν προσφύγων γίνεται ἀγνώριστος ἀπὸ πάσης σχεδὸν ἀπόψεως.

Ὁ πληθυσμὸς τῆς πόλεως Δράμας κατὰ τὰς ἐπισήμους Στατιστικὰς, μετὰ τὴν ἀφίξιν τῶν προσφύγων εἶναι ὁ ἑξῆς:

	οἰκογένειαι	ἄτομα
1) Ἐντόπιοι καὶ Π. Ἑλλάδος	3250	11.100
2) Πρόσφυγες	9010	34.000
3) Ἰσραηλίται	215	800
4) Ἀρμένιοι	155	600
	<u>12630</u>	<u>46500</u>

Ἐκ τῶν 9010 προσφυγικῶν οἰκογενειῶν τῆς πόλεως Δράμας αἱ 2000 εἶναι ἀναμφισβητήτως ἀγροτικά δυνάμεναι νὰ εὐδοκιμήσουν εἰς

τὴν ὑπαιθρον, ἀλλὰ ὡς εἶναι γνωστὸν, ὁ Ἕλλην ἀγαπᾷ νὰ καταφεύγῃ εἰς τὰς πόλεις, τὰς παλαιὰ καὶ ἴσως κληρονομικῇ.

2) Ἀγροτικὸς Προσφυγικὸς Πληθυσμὸς

Ὁ Γεωργικὸς προσφυγικὸς πληθυσμὸς τοῦ Γραφείου Ἐποικισμοῦ Δράμας ὁ καὶ νομίμως παρὰ τῆς ὑπηρεσίας ἐγκατεστημένος εἶναι ὁ ἑξῆς κατὰ προελεύσεις.

	οἰκογένειαι	ἄτομα	Ἀναλ. ἀτόμ. κατ' οἶκον.
1) Πόντιοι	8326	28732	3.45
2) Μικρασιάται	3931	14217	3.61
3) Θράκες	2836	11362	4.00
4) Καυκάσιοι	583	1988	3.40
5) ἐκ Βουλγαρίας	457	1777	3.80
6) Διάφοροι	3	10	
	<u>16.186</u>	<u>58.086</u>	

Πλὴν τῶν ἀνωτέρω γεωργικῶς ὑπὸ τῆς Ἐποικιστικῆς Ἐπηρεσίας ἐγκατεστημένων προσφυγικῶν οἰκογενειῶν, ὑπάρχουσι καὶ πολλοὶ ἄλλοι αὐθαίρετως ἐγκατασταθεῖσαι εἰς διάφορα χωρία, τῶν ὁποίων ἡ ἐγκατάστασις θὰ ὀριστικοποιηθῇ μετὰ τὴν κατάμετρησιν τῶν γαιῶν καὶ ἐφ' ὅσον θὰ παρουσιασθῇ ἐπάρκεια.

Κατὰ ἐπαγγέλματα καὶ εἰδικότητα, οἱ πρόσφυγες κατανέμονται ὡς ἑξῆς.

	οἰκογένειαι	ἄτομα
1) Καπνοκαλλιεργηταί	11126	39250
2) Σιτοπαραγωγοὶ	3368	12551
3) Ἀμπελοργοὶ	411	1624
4) Κτηνοτρόφοι	475	1662
5) Διάφορα ἐπαγγέλματα	555	2195
6) Ἐμποροὶ παντὸς εἶδους	201	804
	<u>16136</u>	<u>58086</u>

3) Ἀγροτικὸς Πληθυσμὸς γηγενῶν

Πλὴν τῶν προσφύγων γεωργῶν οἱ ὁποῖοι ἐγκατεστάθησαν κατὰ τὸ πλεῖστον εἰς Τουρκικὰ καὶ Βουλγαρικὰ χωρία, ὑπάρχουν καὶ γηγεν-

νεῖς γεωργοὶ ἀνερχόμενοι εἰς 4855 οἰκογενεῖας, ἄτομα 24854. Ὁ ἐντόπιος χωρικός εἶναι μᾶλλον συντηρητικός, ἐργατικός, φιλήσυχος καὶ ἀγαπᾷ ὑπερβολικὰ τὸ συμφέρον του.

4) Γαῖαι

Εἰς τοὺς ἀγροτικῶς ἐγκατασταθέντας ἐν τῇ περιφερείᾳ μας πρόσφυγας παρεχωρήθησαν στρέμματα γαιῶν περίπου 956444 ἐκ τῶν ὁποίων καλλιεργήσιμα εἶναι περίπου 458.014, τὸ δὲ ὑπόλοιπον στρέμματα 508530 εἶναι βοσκαὶ καὶ ἀνεπίδεκτα καλλιεργείας. Ὁ κλῆρος ἐκάστης οἰκογενεῖας ποικίλει ἀναλόγως τῆς εἰδικότητος καὶ τῶν τοπικῶν συνθηκῶν ἀπὸ 20 ἕως 40 στρέμματα.

5) Διανομὴ τῶν γαιῶν

Διὰ τὴν ὀριστικὴν διανομὴν τῶν γαιῶν καὶ διὰ τὴν ἐξομάλυνσιν τῶν μεταξὺ ἰδιωτῶν καὶ προσφύγων ἀναρυσμένων διαφορῶν, διετέθη ἡ Ἐποικιστικὴ Ὑπηρεσία ὕπως προβῆ εἰς τὴν ἐξακριβώσιν τῶν ἐγκαταλειμμένων ἀγρῶν καὶ τὴν διανομὴν αὐτῶν διὰ τοπογραφικῶν συνεργειῶν εἰς τοὺς ἀκτήμονας γηγενεῖς καὶ πρόσφυγας. Τὸ ζήτημα τοῦτο εἶναι σοβαρώτατον, διότι εἶναι στενωτάτα συνδεδεμένον μετὰ τῆς γεωργίας ἀπὸ ἀπόψεως οἰκονομολογικῆς καὶ διότι ἔχει ἰδιαίτουσαν καὶ σπουδαιότητα σημασίαν διὰ τὴν περιφέρειαν τῆς Δράμας, ὅπου ὑπάρχουν πλεῖστοι γηγενεῖς ἀγρόται, διότι ἐκ τῆς καλῆς ἢ κακῆς, δικαίας ἢ μεροληπτικῆς λύσεώς του ἐξαρτᾶται ἐὰν θὰ ζήσουν ἢ ὄχι ἀδελφικῶς οἱ πρόσφυγες μετὰ τοὺς γηγενεῖς.

Ἡ διχόνοια τῶν τέκνων μιᾶς καὶ τῆς αὐτῆς οἰκογενεῖας εἶναι βέβαιον ὅτι μόνον κατὰ ἀνυπολογίστου σημασίας δύναται νὰ φέρῃ καὶ διὰ τοῦτο εἶναι ἀνάγκη νὰ μὴν ὑπάρχουν μεταξὺ προσφύγων καὶ γηγενῶν σοβαροὶ ἐκκρεμῆς λογαριασμοὶ ἀλλ' οὔτε καὶ μεταξὺ προσφύγων οἱ δὲ ὑπάρχοντες, καὶ τοιοῦτοι εἶναι μόνον τὸ ζήτημα τῶν γαιῶν, νὰ λυθῶν τάχιστα καὶ κατὰ τὸ δίκαιον.

Δὲν δύναται ὁ γεωργὸς νὰ ἐπιδοθῇ ἡσυχῶς καὶ ὀλοφύχως εἰς τὴν παραγωγικὴν του ἐργασίαν ἐὰν δὲν παύσῃ ἢ ἐκκρεμότης αὐτῆ καὶ ἐδραιωθῇ ἢ πίστις του πρὸς τὴν μονιμότητα ἧτις πρέπει ἀπαραιτήτως νὰ δεχθῇ τὴν σημερινὴν ἀτάξιαν τῆς υπαίθρου χώρας.

Ἡ Γενικὴ Διεύθυνσις Ἐποικισμοῦ Μακεδονίας, δεόντως ἐκτιμῆσα-

σα τὴν σοβαρότητα τῆς καταμετρήσεως καὶ διανομῆς τῶν γαιῶν διώρισεν ἐννέα τοπογραφικὰ συνεργεῖα διὰ τὴν περιφερείαν μας. Ἡ ἐργασία ἤρχισεν λειτουργοῦσα κανονικῶς, μέχρι στιγμῆς δὲ κατεμετρήθησαν 43 χωρία ἐκτάσεως 600.000 περίπου στρεμμάτων τῶν ὁποίων ἡ διανομὴ θ' ἀρχίσῃ κατὰ τὴν ἀνοιξιν.

6) Στέγασις

Εἰς τὴν περιφερείαν μας ὑπάρχουν ἐγκαταλελειμμένοι Τουρκοβουλγαρικοὶ οἰκίαι περίπου 13000 ἐν αἷς ἔχουσι ἐγκατασταθῆ ἀγρόται πρόσφυγες. Ἀπὸ ὀκταμήνου ἐπὶ ἐπιτροπαὶ ἐργάζονται εἰς τὴν ἐκτίμησιν τῶν ἐγκαταλελειμμένων Τουρκοβουλγαρικῶν οἰκιῶν καὶ τὴν ὀριστικὴν δυνάμει πρωτοκόλλων παραχώρησιν αὐτῶν εἰς γεωργοὺς πρόσφυγας.

Εἰς τὴν πεδινὴν περιφέρειαν λόγῳ τῶν ἀπεράντων ἀνεκμεταλλεύτων ἐκτάσεων, αἵτινες ἐχρησιμοποιοῦντο ὡς χειμερινοὶ βοσκότοποι ἀνηγήρθησαν πλεῖστοι ὅσοι συνοικισμοὶ ὑπὸ τῆς Ἐποικιστικῆς Ὑπηρεσίας, μετὰ κύριον σκοπὸν τὴν σιτοκαλλιέργειαν. Ἀπὸ τοῦ ἔτους 1923 μέχρι τέλους τοῦ 1927 εἶχον ἀνεγερθῆ 3500 οἰκίσκοι πλὴν τῶν ἀνεγερθέντων ὑπὸ τῶν ἰδίων προσφύγων εἴτε ἰδίαις αὐτῶν δαπάναις, εἴτε τῇ ἐνισχύσει τῆς ὕπηρεσίας χορηγησάσης αὐτοῖς τὰ ἀναγκαίου ἔλαια. Κατὰ τὸ αὐτὸ ὡς ἄνω διάστημα ἐπεσκευάσθησαν ὑπὸ τῆς ὕπηρεσίας 1695 οἰκῆματα.

7) Ληξιαρχεῖον προσφύγων

Ἐκ τῶν ληξιαρχικῶν γεγονότων κατὰ τὸ ἔτος 1923 καὶ ἐπὶ 8650 οἰκογενειῶν, αἱ γεννήσεις ἀνῆλθον εἰς 740 καὶ οἱ θάνατοι εἰς 319 οἱ δὲ γάμοι εἰς 147.

Ἐκ τῆς συγκρίσεως τῆς ἀναλογίας τῶν γεννήσεων καὶ θανάτων τοῦ ἔτους 1923 ἐξάγεται ὅτι αἱ γεννήσεις ὑπερβαίνουν τοὺς θανάτους κατὰ 421 ἢτοι ἐπὶ 11,7 οἰκογενειῶν ἀναλογεῖ ἐν βρέφος, ἐπὶ 91, 8 ἀτόμων εἰς θάνατος καὶ ἐπὶ 58,8 οἰκογενειῶν εἰς γάμος.

Κατὰ τὸ ἔτος 1924 καὶ ἐπὶ 14130 οἰκογενειῶν αἱ γεννήσεις ἀνῆλθον εἰς 1484 καὶ οἱ θάνατοι εἰς 374 οἱ δὲ γάμοι εἰς 271. Ἐκ τῆς συγκρίσεως τῶν γεννήσεων καὶ θανάτων τοῦ ἔτους 1924 ἐξάγεται ὅτι αἱ γεννήσεις ὑπερβαίνουν τοὺς θανάτους κατὰ 1110, ἡ ἀναλογία τῶν γεννήσεων πρὸς τοὺς θανάτους εἶναι περίπου 4 γεννήσεις πρὸς 1 θάνατον,

ἦτοι ἐπὶ 9,5 οἰκογενειῶν ἀναλογεῖ ἓν βρέφος ἐπὶ 130,6 ἀτόμων εἰς θάνατος καὶ ἐπὶ 52 οἰκογενειῶν εἰς γάμος.

Κατὰ τὸ ἔτος 1925 καὶ ἐπὶ 16262 οἰκογενειῶν αἱ γεννήσεις ἀνῆλθον εἰς 1797 καὶ θάνατοι 454 οἱ δὲ γάμοι εἰς 511. Ἐκ τῆς συγκρίσεως τῆς ἀναλογίας τῶν γεννήσεων καὶ θανάτων προκύπτει ὅτι αἱ γεννήσεις ὑπερβαίνουν τοὺς θανάτους κατὰ 1343 ἦτοι ἡ ἀναλογία τῶν γεννήσεων πρὸς τοὺς θανάτους εἶναι περίπου 4 γεννήσεις πρὸς ἓνα θάνατον ἦτοι ἐπὶ 0,95 οἰκογενειῶν ἀναλογεῖ ἓν βρέφος, ἐπὶ 131,8 ἀτόμων εἰς θάνατος καὶ ἐπὶ 31,82 οἰκογενειῶν εἰς γάμος.

Κατὰ τὸ ἔτος 1926 καὶ ἐπὶ 16113 οἰκογενειῶν αἱ γεννήσεις ἀνῆλθον εἰς 1667 καὶ οἱ θάνατοι 405 οἱ δὲ γάμοι εἰς 399. Ἐκ τῆς συγκρίσεως τῶν γεννήσεων καὶ θανάτων ἐξάγεται ὅτι αἱ γεννήσεις ὑπερβαίνουν κατὰ 1262. Ἡ ἀναλογία τῶν γεννήσεων πρὸς τοὺς θανάτους εἶναι 4 γεννήσεις πρὸς ἓνα θάνατον, ἦτοι ἐπὶ 9,6 οἰκογενειῶν ἀναλογεῖ ἓν βρέφος, ἐπὶ 143 ἀτόμων εἰς θάνατος καὶ ἐπὶ 40-30 οἰκογενειῶν εἰς γάμος.

8) Ἐκχερσώσεις

Διὰ τὴν αὐξησιν τῶν καλλιεργησίμων ἐκτάσεων τῶν προσφύγων τῆς πεδινῆς περιοχῆς, ἐργάζονται 5 βενζινάροισι **STOCK** ἐκχερσώσαντα μέχρι τῆς σήμερον με βαθείας καὶ συνήθεις ἀρόσεις 9000 στρέμματα. Διὰ τῶν ζώων καὶ ὑπὸ τῶν ἰδίων προσφύγων ἐξεχερσώθησαν ἄνω τῶν 25.000 στρέμματα.

9) Καλλιέργεια

Εἰς ἅπαντας ἀνεξαιρέτως τοὺς προσφυγικοὺς συνοικισμοὺς ἰδιαιτέρως δὲ εἰς τοὺς πεδινοὺς παρατηρήθη ἐξαιρετικὴ πρόοδος εἰς τὴν καλλιέργειαν. Εἰδικιώτεροι εἰς τὴν καλλιέργειαν τοῦ καπνοῦ εἶναι οἱ ἐντόπιοι καὶ ἀκολούθως οἱ ἐκ Μπάφρας, Σαμφοῦντος, Νικομηδείας καὶ Σωκίων πρόσφυγες, οἵτινες εὗρηται εἰς τὰς μᾶλλον καπνοπολυγωγικὰς περιφερείας. Σὺν τῷ χρόνῳ ὅμως καὶ οὗτοι θέλουσι ἐξομοιωθῆ πρὸς τοὺς ἐντοπίους πολὺ πιθανὸν δὲ καὶ νὰ ὑπερτερήσουν. Κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη εἰσῆχθησαν καὶ καλλιέργειαι τοῦ βίκου, τῶν λουπίων, τοῦ τριφυλλίου, ἐν καιρῷ δὲ θέλουσιν εἰσαχθῆ καὶ ἕτεραι τοιαῦται.

Ἡ παρατηρηθεῖσα λόγφ τῆς φιλοργείας τῶν προσφύγων γεωργῶν διαφορὰ εἰς τὴν καλλιέργειαν ἐμφαίνεται ἐκ τῶν ἑξῆς στατιστικῶν πινακῶν.

Εἶδος Καλλιεργείας	1922-23		1923-24		1924-25		1925-26	
	Καλλιερ- γηθεῖσα ἐκτασις εἰς Β. στρέμ.	Παραγωγὴ εἰς Β. στρέμ.	Καλλιερ- γηθεῖσα ἐκτασις εἰς Β. στρέμ.	Παραγωγὴ εἰς Β. στρέμ.	Καλλιερ- γηθεῖσα ἐκτασις εἰς Β. στρέμ.	Παραγωγὴ εἰς Β. στρέμ.	Καλλιερ- γηθεῖσα ἐκτασις εἰς Β. στρέμ.	Παραγωγὴ εἰς Β. στρέμ.
Σῖτος	3387	2593080	40288	1915459	48034	3358548	60000	420000
Κριθὴ	37240	2970000	35071	2590222	41104	3669360	73000	6250000
Ἄραβ.	39339	5956115	49906	1680255	51525	5152500	55676	6200000
Βρώμη	2070	130800	8709	609633	930	79050	989	79000
Σίκαλις	69296	4500000	13723	453380	6283	591233	18064	1700000
Φασίολ.	325	17754	1335	59217	429	28314	3607	144000
Κύαμοι	105	5750	=	=	=	=	=	=
Φακὴ	50	5420	180	5230	29	1178	16	900
Λουπὰ ὄσ.	68	5300	570	18228	545	29430	2369	142000
Γεώμηλα	119	28270	465	85240	3310	1800500	2043	1327000
Ἑτερ. πρ.	2455	134700	525	127025	4050	245000	2119	750000
Καπνὸς	57686	2996830	55088	2389225	53250	4080000	70574	5070698
Βάμβαξ	225	3000	300	4000	510	21000	570	24000
Σίσαμ.	=	=	261	9810	619	31606	1230	63000
Βρώμη	=	=	=	=	=	=	819	330000

Ὡς ἐκ τῶν ἀνωτέρω ἀριθμῶν ἐμφαίνεται, ἡ καλλιέργεια τῶν δημητριακῶν εἰς τὴν περιφέρειαν Δράμας εἶναι σχετικῶς περιορισμένη.

Ἡ καλλιέργεια ἀπὸ 33887 δεκαδικὰ στρέμματα κατὰ τὸ ἔτος 1926, ἠδέχθη εἰς 60000 στρεμ. κατὰ τὸ ἔτος 1926, τοῦτ' αὐτὸ συνέβη καὶ διὰ τὴν κριθὴν καὶ τὸν ἀραβόσιτον, ἠλαττώθη ὁμοῦ κατὰ πολὺ εἰς τὴν καλλιέργειαν τῆς σικάλεως διότι ἀπὸ 69296 στρεμ. κατὰ τὸ ἔτος 1923 ἠλαττώθη εἰς 18064 στρεμ. κατὰ τὸ ἔτος 1926.

Ἡ ἀπόδοσις κατὰ στρέμμα παραμένει σχεδὸν ἡ αὐτὴ, δύναται ὁμοῦ ν' ἀυξηθῆ καὶ πρὸς τοῦτο ἀποβλέπει τὸ Γραφεῖον, τὸ ὁποῖον δὲν ἔπαυσε νὰ συνιστᾷ εἰς τοὺς γεωργοὺς τὴν καλλιετέραν προπαρρασκευὴν τοῦ ἐδάφους διὰ βαθειῶν ἀρόσεων καὶ σβαρνωσιῶν καὶ τὴν χρῆσιν τῶν χημικῶν λιπασμάτων.

10) Ὑγιεινὴ Κατάστασις

Ἡ ὑγιεινὴ κατάστασις τῆς περιφέρειας εἶναι ἱκανοποιητικὴ. Οἱ πεδινοὶ συνοικισμοὶ οἱ εὐρισκόμενοι πλησίον τῶν ἐλῶν τῶν Φιλίππων διατελοῦν ὑπὸ δυσμενεστέρας ὑγιεινῆς συνθήκας. Ἄλλα ἔλη μόνιμα, ἐκτὸς μικρῶν τελμάτων σχηματιζομένων ἐκ τῶν κακῶς διοχετευομένων ὑδάτων δὲν ὑφίστανται.

Καθ' ὅλην τὴν περιφέρειαν λειτουργοῦσιν ἐν ὄλῳ ἑπτὰ ἀγροτικὰ ἰατρεῖα μετ' ἰσορίθμων φαρμακείων ἐξοπλιστοῦντα πλήρως τὰς ἀνάγκας τῶν γεωργῶν.

11) Ὑδρευσις

Εἰς τὴν περιφέρειάν μας συνετελέσθησαν τὰ ἐξῆς ἔργα ὕδρευσεως ὑπὸ τῆς Ἐποικιστικῆς Ὑπηρεσίας.

Γεωτρήσεις. 8—Βάθος εἰς μέτρα 821,03.

Φρέατα.—Νέα 40.—Βάθος εἰς μέτρα 349,60.

Ὑδραγωγεῖα.—Νέα 11.—Μῆκος εἰς μέτρα 12.075.

12) Ἀμπελοργία

Ἐπὶ Τουρκοκρατίας ὑπῆρχον εἰς τὴν περιφέρειαν τοῦ Γεωργικῶν Γραφείου Δράμας ἐν ὄλῳ 1500 περίπου δεκαδικὰ στρέμματα ἅτινα λόγῳ τῶν καταστροφῶν ἃς ὑπέστησαν ἐκ τῶν πολέμων ἀπέμειναν ἕξ αὐτῶν μόνον περὶ τὰ 700 στρέμματα.

Ἐντὸς τῆς περιοχῆς τῆς πόλεως Δράμας κατὰ τὸ ἔτος 1925 ἰδρύ-

θησαν τρεῖς ἀμπελοργικὸι συνεταιρισμοὶ ὁ Βότρους, ἡ Ὁμόνοια καὶ ὁ τῶν Στενημαχητῶν.

Εἰς τοὺς συνεταιρισμοὺς τούτους τὸ Γραφεῖον Ἐποικισμοῦ Δράμας, λόγῳ τῆς εἰδικότητος πλείστων μελῶν, διότι εἰς τὰς ἰδιαιτέρας τῶν πατρίδας κατεγίνοντο ἰδιαιτέρως εἰς τὴν ἀμπελοργίαν παρεχώρησεν εἰς τὴν τοποθεσίαν γνωστὴν ὑπὸ τὸ ὄνομα Ροντίνα ἐκτάσεις γαιῶν, αἱ ὁποῖαι ἦσαν μέχρι τῆς ἐποχῆς ἐκείνης χέρσοι καὶ ἐκχερσωθεῖσαι ὑπὸ βενζιναρότρων τῆς ὑπηρεσίας, πρὸς ἀμπελοφυτεῖαν 2500 περίπου στρεμμάτων. Τὸ Γραφεῖον Ἐποικισμοῦ ἀντιληφθὲν ὅτι πλείστοι τῶν ἀμπελοργῶν ἐτρόπησαν εἰς ἄλλα βιοποριστικὰ ἐπαγγέλματα εἰς βλάβην τῆς ἀμπελοργίας, προσεπάθει διὰ τῆς ἠθικῆς καὶ ὑλικῆς του ὑποστηρίξεως νὰ τοὺς ἐπαναφέρῃ καὶ αὐθις εἰς τὴν προηγουμένην εἰδικότητά των καὶ σὺν τῷ χρόνῳ ἀσχολούμενοι μετὰ τὴν ἀμπελοργίαν καταστῶσι παραγωγικοὶ πρὸς τὸ ἴδιον αὐτῶν συμφέρον καὶ πρὸς τὸ συμφέρον τῆς Ἐθνικῆς Οἰκονομίας. Ἡ ἀμπελοκαλλιέργεια κατὰ τὰ ἔτη 1923-1924 καὶ ἐν μέρει κατὰ τὸ 1925 ἦτο παρημελημένη, περιοριζέτο δὲ εἰς τὰ παλαιὰ ἀμπέλια ἅτινα λόγῳ τῆς ἀναχωρήσεως τῶν Τούρκων καὶ τῆς φυλλοξήρας ὁλονὲν καὶ ἠλαττοῦτο εἰς ἑκτασίαι. Μόνον κατὰ τὸ ἔτος 1925 εἰσήχθησαν καὶ ἀμπελοφυτεῦθησαν εὐχαιρῶς ἐμβολιασμένα Ἀμερικανικὰ μοσχεύματα. Κατὰ τὸ ἔτος 1926, ἤρχισεν ἡ συστηματικὴ καὶ εἰς μεγάλην κλίμακα ἀμπελοφύτευσις.

Κατωτέρω παραθέτομεν λεπτομερῆ πίνακα εἰσαχθέντων καὶ φυτευθέντων Ἀμερικανικῶν μοσχευμάτων ὑπὸ τῶν διαφόρων Συνεταιρισμῶν δαπάναις τῆς Ἐποικιστικῆς Ὑπηρεσίας κατὰ τὸ ἔτος 1926.

Εἰς Ἀμπελοργικὸν Συνεταιρισμὸν	ὁμόνοια	μοσχεύματα	147.635
»	»	»	»
»	»	Βότρους	» 66,100
»	»	Στενημαχος	» 115.185
»	»	Στάριστα	» 23.000
»	»	Καλαμπακίου	» 35.000
»	»	Ὁργανιζῆ Κυργίων	» 60.000
»	»	Διομετλῆ	» 40.000
		Τὸ ὅλον	<u>486920</u>

Πλήν τῶν ἀνωτέρω ἐφρυτεύθησαν καὶ ὑπὸ τῶν ἐντοπιῶν δαπάναις αὐτῶν τὰ ἐξῆς μωσχεύματα κατὰ χωρία.

		Μωσχεύματα
Διάφοροι γηγενεῖς	Δράμα	12.500
» »	Τουρκοχωρίου	12.500
» »	Προσωτσάνης	81.475
» »	Ἄλιστράτης	74.000
		<hr/>
		180.475

Ἐκ τῶν ἀνωτέρω φρυτευθέντων κλημάτων τὰ 50% εἶναι ἐπιτραπέζια τὰ δὲ ἕτερα 50% οἰνοφόρα.

Κατὰ τὰ ἔτη 1925 καὶ 1926 διατέθησαν τὰ ἐξῆς χρηματικὰ ποσὰ ὑπὸ τοῦ Γραφείου Ἐποικισμοῦ διὰ τὴν ἀμπελοκαλλιέργειαν.

Κατὰ τὸ ἔτος 1925 διατέθησαν 173700 δραχ. εἰς τὸν συνεταιρισμὸν τῶν Στενημαχητῶν κατὰ δὲ τὸ ἔτος 1926 τὰ ἐξῆς

		Δραχ.
Ἄμπελοφυγικὸς Συνεταιρισμὸς	Ἰομόνια	583200
» »	Στενήμαχος	514500
» »	Χιμετλῆ Κυργίων	33000
» »	Σταρτίστης	52500
» »	Ὁργαντζῆ Κυργίων	159000
» »	Δισμετλῆ Κυργίων	108000
» »	Καλαμπακίου	93000
		<hr/>
		1543200

Κατὰ τὸ ἔτος 1927 διατέθησαν ὑπὸ τῆς ὑπηρεσίας τὰ ἐξῆς μωσχεύματα.

		μωσχεύματα
Εἰς Ἄμπελοφυγ. Συνεταιρισμὸν	Ἰομόνια	92260
» »	Στενήμαχος	83475
» »	Ἄγιος Τρύφων	38030
» »	Ἐφτελιὰ	9336
Κεντρικὸν Ὁρφαν. Ἀρρένων		1000
		<hr/>
Τὸ ὅλον		224101

Πλήν τῶν μωσχευμάτων κατὰ τὸ 1927 διατέθησαν καὶ τὰ ἐξῆς χρηματικὰ ποσὰ.

		Δραχμ.
Ἄμπελοφυγικὸς Συνεταιρισμὸς	Ἰομόνια	189900
» »	Στενήμαχος	151780
» »	Ἐφτελιὰ	72000
» »	Ἄγιος Τρύφων	101400
		<hr/>
Τὸ ὅλον		515080

Πλήν τῶν ὑπὸ τῆς ὑπηρεσίας χορηγηθέντων καὶ κατὰ τὸ ἔτος 1927 ἐπρωμηθεύθησαν δι' ἰδίων τῶν ἐξόδων γηγενεῖς καὶ πρόσφυγες ἀρκετὰς χιλιάδας ἀμερικανικῶν μωσχευμάτων.

Κατὰ τὸ τρέχον ἔτος προτιθέμεθα νὰ χορηγήσωμεν τὰ ἐξῆς:

		μωσχεύματα
Συνεταιρισμὸς	Ἄγιος Τρύφων	85900
»	Ἐφτελιὰ	10000
»	Σκρίτζοβον	5000
»	Νέα Στενήμαχος	73950
»	Ἰομόνια	23000
		<hr/>
		197850

Ἐκ τῶν μέχρι σήμερον συντελεσθέντων, ἀσφαλῶς δυνάμεθα μετὰ πεποιθήσεως νὰ ἀποβλέψωμεν εἰς καλὸν μέλλον διὰ τὴν ἀμπελοκαλλιέργειαν ἐν τῇ περιφερείᾳ Δράμας, δὲν θὰ εἴμεθα δὲ ὑπερβολικὸι ἐὰν τολμήσωμεν νὰ πιστεύσωμεν ὅτι εἰς τὸ προσεχὲς μέλλον εἶναι δυνατὸν νὰ μετατραποῦν οἱ διάφοροι ἀμπελοφυγικοὶ Συνεταιρισμοὶ εἰς μίαν σοβαρὰν ἀνώνυμον βιομηχανικὴν Οἰνοποιητικὴν Ἐταιρίαν, λαμβάνοντες μάλιστα ὑπ' ὄψιν καὶ τὸν ζῆλον τῶν ἐνδιαφερομένων, διότι κατὰ τὴν γνώμην μας θὰ ἦτο ἀσυγχώρητον ἐὰν κατόπιν τῆς μετὰ πάσης σχετικῆς δυνατῆς ἐπιστημονικῆς ὑποδείξεως καὶ τῆς διαθέσεως τόσον σοβαροῦ χρηματικοῦ ποσοῦ, γενομένης ἐργασίας, ἐγκατελείπετο αὕτη καὶ μετετρέπετο εἰς κοινὴν ἐργασίαν καὶ δὲν ἐγένετο ἡ βιομηχανικὴ ἐξέγερσις τῶν προϊόντων τῶν πρὸς ὄφελος τόσον τῶν μελῶν, ὅσον καὶ τῶν καταναλωτῶν τῆς περιφερείας μας.

13) Ἐφοδιασμὸς

Διὰ τὸν ἐφοδιασμὸν τῶν γεωργῶν προσφύγων τῆς περιφερείας τοῦ Γραφείου Δράμας ἡ Ἐποικιστικὴ Ὑπηρεσία μέχρι τῆς 31ης Δεκεμ-

βρίου 1927 έχορήγησε τὰ ἑξῆς χρηματικά ποσά.

Διὰ τὴν Στέγασιν	25.127.117.60	δραχ.
» » Ζωόρκειαν	30.018.059.10	»
» » Ἀροτριῶντα	64.694.418.50	»
» » Σποράν	11.767.247.60	«
» » Γεωργικὰ Ἔργαλεία	5.648.437.85	»
» » Ἐπαγγελματικά Δάνεια	3.177.578.65	»
Τὸ ὅλον	140.432.859.30	»

14) Δενδροκομία

Διὰ τὴν ἀνάπτυξιν τῆς δενδροκομίας συντρέχουν ὅλοι οἱ εἰθνοϊκοὶ ὄροι εἰς τὴν περιφέρειαν τῆς Δράμας ὄρεινὴν καὶ πεδινὴν, ἐκ παραλλήλου δὲ μετὰ τὴν πρόσοδον τῆς ἀμπελοκαλλιέργειας, ἤρχισε καὶ ἡ φύτευσις ἐξευγενισμένων ὄπωροφόρων δένδρων διὰ τὴν δημιουργίαν συστηματικῶν ὄπωρόνων.

Εἰς τὴν ὄρεινὴν περιφέρειαν Δράμας υπάγχουν τὰ ἑξῆς ὄπωροφόρα δένδρα, πολλὰ ἔξ αὐτῶν ἐξευγενισμένα καὶ ἐκλεκτά.

	Δένδρα	Ἀπόδοσις εἰς ὀκάδ. κατὰ τὸ 1923
Καρυδέαι	23184	250.000
Ἀπιδέαι	1781	25.000
Μηλέαι	4263	90.000
Καστανέαι	11805	290.000
Συκαῖ	1568	40.000
Δαμασκηναί	3195	55.000
Κερασέαι	3555	55.000
Ἀμυγδαλέαι	633	6.000
Κραγιές	12800	100.000
Βερικοκέαι	675	12.000
Κυδωνέαι	190	2.000
Βαλανιδιές	68500	380.000
Τὸ ὅλον	132149	1305.000

Ἡ παραγωγή τοῦ ἔτους 1924 ἦτο κατὰ τι μικροτέρα τῆς προηγουμένης. ὑπελογίσθη δὲ κατὰ προσέγγισιν εἰς 1128000 ὀκάδες. Τὸ

1925 ἡ παραγωγή ἦτο 1323130 ὀκάδας, τὸ δὲ 1926 ἦτο 1361355 ὀκ. Ἐκ τῆς περιφέρειας Δράμας ἐξήχθησαν κατὰ τὸ παρελθὸν ἔτος αἱ ἑξῆς ποσότητες καρπῶν.

Καρύδια	100000	ὀκάδ.	διὰ	Θεσ/νίκην καὶ Πειραιᾶ
Μῆλα	30000	»	»	»
Κάστανα	120000	»	»	Σέρρας καὶ Ἐάνθην
Ἀμύγδαλα	10000	»	»	Θεσσαλονίκην
Λεπτοκάρα	2000	»	»	»

Κατὰ τὸ παρελθὸν ἔτος εἰσήχθησαν τὸ ἑξῆς ὄπωροφόρα δένδρα ἐκ Βουλγαρίας καὶ Ἰταλίας ἀπ' εὐθείας ὑπὸ τῶν προσφύγων καὶ ἐφυντεύθησαν ἐν Δράμα καὶ εἰς διάφορα ἄλλα χωρία.

Ροδακινέαι	735
Δαμασκηναί	946
Βερυκοκέαι	865
Μηλέαι	1004
Ἀπιδέαι	900
Βυσινέαι	850
Μουσμολέαι	305
Κερασέαι	905

6510

Κατὰ τὸ τρέχον ἔτος ἡ Ἐποικιστικὴ Ὑπηρεσία δια τὰ ἐνισχύση ἔτι περισσότερον τὴν καλλιέργειαν τῶν ἐξευγενισμένων ὄπωροφόρων δένδρων εἰσήγαγεν ἔξ Ἰταλίας καὶ ἐκ τοῦ φυτωρίου τῶν ἀδελφῶν Σκαρβατίη τὰ ἑξῆς δένδρα.

Δενδρύλλια

	τεμ.	
Α' Ἀποστολὴ		660
1) Δαμασκηναί	»	249
2) Βερυκοκέαι	»	448
3) Κερασέαι	»	600
4) Ροδακινέαι	»	410
5) Μηλέαι	»	150
6) Κυδωνέαι	»	540
7) Ἀπιδέαι	»	90
8) Ἀμυγδαλαῖ		
Β' Ἀποστολὴ		
9) Κερασέαι	»	250
Τὸ ὅλον τεμ.		3997

Ταῦτα διέθεσεν εἰς ἕξ εἰδικούς δενδροκαλλιεργητὰς πρόσφυγας ἐγκατεστημένους εἰς ἕξ διαφόρους συνοικισμούς ἐνισχύσασα αὐτούς καὶ ἀνὰ 20.000 δραχ., ἕκαστον διὰ τὴν καλλιέργειαν.

15) Μωρέαι

Εἰς πολλοὺς συνοικισμούς τῆς περιφερείας μας ἐνδείκνυται ἡ εἰσαγωγή τῆς σηροτροφίας, καθόσον καὶ ἔδαφος καὶ κλίμα πρόσφορον καὶ εἰδικοί σηροτρόφοι πρόσφυγες ἕξ Ὀρτάκιοι καὶ Προύσης ὑπάρχουν. Κατὰ τὸ παρελθὸν ἔτος τῇ ὑποκινήσει τοῦ Γραφείου ἰδρύθη εἰς σηροτροφικὸς Συνεταιρισμὸς εἰς Προσωτσάνην εἰς δὲ τὴν Στάρτισαν παρεχωρήθη ἕκτασις πρὸς ἐκχέρσωσιν καὶ φύτευσιν μωρεώνων, τοῦτο αὐτὸ ἔγινε καὶ εἰς Ἐφτελιάν. Ἐφέτος ἰδρύθησαν καὶ ἕτεροι 3 σηροτροφικοὶ συνεταιρισμοὶ δύο εἰς Προσωτσάνην καὶ εἰς εἰς Μοῦσγαν, πρόκειται δὲ νὰ ἐνισχυθοῦν παρὰ τῆς ὑπηρεσίας μὲ 30.000 δένδρα καὶ μὲ ἀνάλογον χρηματικὸν ποσὸν διὰ τὴν καλλιέργειαν.

Εἰς τὴν περιφέρειαν ὑπῆρχον περὶ τὰς 311 μωρέαι. Κατὰ τὸ παρελθὸν ἔτος ἐφυτεύθησαν 500.

Ἐλπίζομεν ὅτι τῇ ὑποκινήσει τοῦ Γραφείου ταχέως θὰ ἀναπτυχθῇ καὶ ἡ σηροτροφία.

16) Μελισσοκομία

Ἐπιβάλλεται ἡ διάδοσις τῆς μελισσοκομίας εἰς τοὺς ὄρεινους παραμεθορίους συνοικισμούς ὅπου ὑπάρχουν ἄφθονα μελιφόρα ἄνθη. Διετέθησαν ὑπὸ τῆς ὑπηρεσίας Ἐποικισμοῦ εἰς τοὺς εἰδικούς 350 κυψέλαι εὐρωπαϊκαί.

17) Κτηνοτροφία

Λόγω τῆς διαμορφώσεως τοῦ ἔδαφους ἡ περιφέρεια πρέπει νὰ διαιεθῇ εἰς δύο κανηγορίας, εἰς τὴν πεδινὴν καὶ ὄρεινὴν.

Πεδινὴ

Διὰ μὲν τὴν πεδινὴν ἐπιβάλλεται ἡ χορήγησις γαλακτοφόρων ἀγελάδων καὶ ἰδίως εἰς τοὺς πέριξ τῆς Δράμας συνοικισμούς ἵνα εὐρίσκουν εὐκόλον κατανάλωσιν τοῦ γάλακτος.

Ὀρεινὴ

Οἱ Τοῦρκοι κάτοικοι τῶν ὄρεινῶν παραμεθορίων συνοικισμῶν, ὡς κυρίαν ἐνασχόλησιν τῶν εἶχον τὴν κτηνοτροφίαν καὶ μόνον δι' αὐτῆς ἠδυνήθησαν νὰ πλουτίσουν.

Συμφώνως πρὸς τὰ στοιχεῖα ἅτινα ἠδυνήθημεν νὰ συλλέξωμεν προκύπτει ὅτι κατὰ τὰ ἔτη 1915, 1916, 1921, καὶ 1922 ὑπῆρχον εἰς τὴν ὄρεινὴν περιφέρειαν τῆς Δράμας 272732, 185161 καὶ 142862 φορολογούμενα αἰγοπρόβατα τῶν Τούρκων κατοίκων τῆς περιφερείας ταύτης. Οἱ ἀνωτέρω ἀριθμοὶ εἶναι ἀρκετοὶ διὰ νὰ μᾶς δώσουν ἔστω καὶ ἀμυδρὰν εἰδῆαν τῆς σημασίας τῆς μικρᾶς κτηνοτροφίας εἰς τὴν περιφέρειαν τῆς Δράμας.

Διὰ νὰ ἀντιληφθῶμεν τὴν σημερινὴν δύναμιν τῆς κτηνοτροφίας ἐν συγκρίσει μὲ προηγούμενα ἔτη παραθέτομεν τὸν κατωτέρω πίνακα.

Εἶδος ζώου	1918	1919	1920	1927
Βόες	14818	11468	12220	12147
Ἀγελάδες	6359	3555	6110	7952
Βούβαλοι	403	510	275	1515
Ἴπποι	411	643	1749	3795
Φορβάδες	70	141	—	750
Ἡμίονοι	2199	1798	2032	2750
ὄνοι	3924	3939	3589	5965
Πρόβατα	50018	44975	45920	70829
Αἴγες	49709	53060	43474	16992
Χοίροι	1398	1598	2556	502

18) Συγκοινωνία

Τὸ ζήτημα τῆς συγκοινωνίας εἶναι ἐκεῖνο τὸ ὁποῖον ἀπασχολεῖ τὴν Ἐποικιστικὴν Ὑπηρεσίαν διὰ τὴν ὄρεινὴν περιφέρειαν. Ἡ ἔλλειψις συγκοινωνίας ἐν τῇ περιοχῇ ταύτῃ ἐκμηδενίζει ὅλα τὰ ἄλλα φυσικὰ προτερήματα, παραλύει τὴν ζωὴν καὶ καθιστᾷ ἀδύνατον τὴν συγκράτησιν τῶν ἐποικισθέντων γεωργῶν προσιρύγων.

Ὡς ἀπαραίτητοι κρίνονται οἱ ὁδοὶ Δράμας - Ὀσενίτσης χιλιόμετρα 50 διὰ τὴν ἐπισκευὴν τῆς ὁποίας θὰ ἀπαιτηθοῦν 20.000.000 περίπου δραχμῶν. Διὰ τῆς ὁδοῦ ταύτης ἐξυπηρετοῦνται ἐν ὄλῳ 37 χωρία κατὰ κημένα ὑπὸ προσφύγων ὡς καὶ ἕτερα 18 χωρία ἀκατοίκητα εἰς τὰ ὁποῖα δύνανται νὰ ἐγκατασταθοῦν πρόσφυγες.

Κατὰ τὸ ἔτος 1920 ὁπότε ἡ περιοχὴ Ὀσενίτσης κατὰ μὲν ἀποκλειστικῶς ὑπὸ Τούρκων ὑπῆρχον ἐν ὄλῳ 13617 ἄτομα, ἐνῶ σήμερον μόνον 3015. Ἐκ τῆς ἀνωτέρω ἀντιπαραβολῆς γίνεται ἀντιληπτὴ ἡ ἐλάττωσις τοῦ πληθυσμοῦ εἰς τὴν περιφέρειαν Ὀσενίτσης καὶ τὸ δυνατόν τῆς ἐποικίσεως διὰ νέων 25000 οἰκογενειῶν ἐν περιπτώσει ἐκτελέσεως συγκοινωνιακῶν ἔργων.

Ἐτέρα ἀπαραίτητος ὁδὸς εἶναι ἡ Ζυρνόβου-Μπορόβου 25 περίπου

χιλιόμετρων διὰ τὴν ἐπισκευὴν τῆς ὁποίας θὰ ἀπαιτηθοῦν 12 ἑκατομύρια δραχμαί.

Τῇ φροντίδι τοῦ κ. Καρμαμόνου Γενικοῦ Διοικητοῦ Ἐποικισμοῦ Μακεδονίας ἐπεσκέφθη τὴν περιφέρειαν ὁ ἀντιπρόεδρος τῆς Ε.Α.Π. κ. **SIMPSON** ἵνα ἰδίως ὁμοίᾳ ἀντιληφθῆ τὴν κατάστασιν, περὶ τῆς ἀνάγκης καὶ εἰσηγηθῆ εἰς τὴν Κοινωνίαν τῶν Ἑθνῶν τὸ ἀπαραίτητον τῆς ἐκτελέσεως τῶν σοβαρῶν τούτων συγκοινωνιακῶν ἔργων. Ἡδη ἀπὸ μηνὸς ἐργάζονται 4 μηχανικοὶ διὰ τὴν χάραξιν καὶ μελέτην, ἐλπίζομεν δὲ ὅτι κατὰ τὸν Ἀπρίλιον θ' ἀρχίσῃ ἡ ἐκτέλεσις τῶν ἔργων.

19) Ταπητουργία

Ἡ ὑπηρεσία τοῦ Ἐποικισμοῦ συνεκέντρωσεν εἰς δύο συνουσιασμοὺς εἰς τὸ Γιουρεντζίκ καὶ Φωτολεῖβος ταπητουργοὺς, ἴδρυσεν δὲ καὶ δύο ταπητουργεῖα προοικισθέντα διὰ τῶν καταλλήλων ἐργαλείων καὶ τὰ ὁποῖα ἐλπίζομεν ν' ἀρχίσουν λειτουργοῦντα κατὰ τὸ τρέχον ἔτος.

Ἀπασαί αἱ μέχρι τοῦδε ἐργασίαι τοῦ Ἐποικισμοῦ διὰ τὴν ἐγκατάστασιν τῶν προσφύγων γεωργῶν, εἶχον σκοπὸν νὰ ἐφοδιάσουν τοὺς παραγωγοὺς τούτους μὲ τὰ παραγωγικὰ μέσα, ἥτοι γαίαις πρὸς καλλιέργειαν καὶ βοσκήν, κτίρια πρὸς κατοικίαν τῶν καὶ στέγασιν τῶν ζώων καὶ τῶν προϊόντων τῶν, ἀροτριῶντα κτήνη καὶ παραγωγικὰ ζῶα, σφόδρους ἐργαλεῖα κλπ πρὸς ἐπιτυχῆ παραγωγὴν γεωργικῶν προϊόντων, διὰ τὴν συντήρησίν των καὶ σὺν ταύτῃ διὰ τὴν αὔξησιν τοῦ Ἐθνικοῦ πλούτου. Ἐὰν ἐπισκοπήσωμεν μετὰ τῆς δεούσης προσοχῆς τὴν γενομένην ὡς ἄνω ἐργασίαν, θὰ εὐρωμεν, ὅτι ἐν πολλοῖς ὁ ἐφοδιασμὸς οὗτος δὲν εἶναι τόσον πλήρης, ὥστε ν' ἀπασχαλῆ ἐπαρκῶς οὐδ' αὐτὰς τὰς πρώτας ἐργατικὰς χεῖρας τοῦ παραγωγοῦ ἐπιχειρηματίου.

Ὑπὸ τοὺς ὅρους τούτους, βεβαίως θὰ δυσκολευθοῦν πολὺ οἱ πρόσφυγες νὰ δυνηθοῦν νὰ γίνουν ἔστω καὶ αὐτάρχεις μόνον, πολὺ δὲ ὀλιγώτερον νὰ συντείνουσι εἰς τὴν αὔξησιν τοῦ Ἐθνικοῦ πλούτου. Καὶ ὅμως τὰ δύο ταῦτα ἐπιβιβάζεται πάσῃ θυσίᾳ νὰ ἐπιτευχθῶσι καὶ πρὸς τοῦτο ἀπομένει μία μόνη ὁδὸς, ἡ τῆς ἐφαρμογῆς τῆς γεωπονικῆς ἐπιστήμης.

Ἐχουσα πάντα ταῦτα ὑπ' ὄψει ἡ Ἐποικιστικὴ Ὑπηρεσία ἤρχισεν διὰ τῶν γεωπόνων τῆς ν' ἀσχολῆται μὲ τὴν διδασκαλίαν τῆς συστη-

ματικῆς καλλιέργειας, ἐλπίζομεν δὲ ὅτι καὶ εἰς τὸ στάδιον τοῦτο οἱ γεωπόνοι τῆς Ἐποικιστικῆς Ὑπηρεσίας οἱ θυσιάσαντες ἀρχετοὺς κόπους διὰ τὴν ἀποκατάστασιν τῶν προσφύγων θὰ φανοῦν ἀντάξιον τοῦ προορισμοῦ των.

INSTALLATION OF FARMERS REFUGEES IN THE REGION OF DRAMA DURING 1922

S. Kisagizlis

Office of Refugees in Drama.

Ο ΕΠΟΙΚΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΓΡΟΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΔΡΑΜΑΣ

Ἡ περιφέρεια τοῦ Γραφείου Ἐποικισμοῦ Δράμας, μεγαλειτέρα εἰς ἑκτάσιν καὶ εἰς ἀριθμὸν προσφύγων ἀπὸ τὰ λοιπὰ Ἐποικιστικὰ Γραφεῖα, συγκεντρώνει 54 Κοινότητες περιλαμβανούσας 236 χωρία, ἐκ τῶν ὁποίων 192 εἶναι καθαρῶς προσφυγικὰ, 24 μικτὰ καὶ 20 ἀκατοίχητα. Ἐκ τῶν 192 προσφυγικῶν χωρίων τὰ 33 εἶναι νέα, ἀνεγερθέντα δαπάναις τῆς Ἐποικιστικῆς ὑπηρεσίας καὶ ἐπὶ χέρσων ἐκτάσεων.

Ἡ ὅλη περιφέρεια, διαιρεῖται εἰς τέσσαρας μεγάλας περιοχάς, εἰς τὴν πεδινὴν μὲ Κέντρον τὴν πόλιν Δράμας, εἰς τὴν ὄρεινὴν καὶ παραμεθόριον, ἀλλὰ πυκνῶς κατοικημένην περιοχὴν Ζυρνόβου, εἰς τὴν ἐπίσης ὄρεινὴν καὶ παραμεθόριον, ἀραιῶς κατοικημένην λόγφ ἑλλείψεως συγκοινωνίας περιοχὴν Ὀσενίτσας καὶ εἰς τὴν τραχειὰν καὶ ὄρεινὴν Μπουκίων.

ΣΤΑΥΡΟΣ ΚΙΣΑΓΙΖΛΗΣ
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΕΠΟΙΚΙΣΜΟΥ ΔΡΑΜΑΣ

EDITORIAL

hugείa@εργασία και γυναικείο φύλο

Πριν παρουσιάσουμε τις ειδικές παθήσεις που προκύπτουν στο γυναικείο φύλο εξαιτίας της εργασίας, θα αναφερθούμε σε ορισμένες παραμέτρους/παράγοντες εξαιτίας των οποίων είναι επιφορτισμένο επιπλέον το γυναικείο φύλο σε σχέση με το ανδρικό. Οι οικογενειακές επιφορτίσεις και υποχρεώσεις (καθαρισμός και συντήρηση της οικίας, ανατροφή και αγωγή των παιδιών σε μικρή ηλικία, η αγορά των απαραίτητων προϊόντων αναγκών για την ομαλή και καθημερινή λειτουργία του οικογενειακού περιβάλλοντος κλπ) αποτελούν μη αμειβόμενη εργασία. Η μη αμειβόμενη εργασία είναι ταυτόχρονα και διπλή εργασία επιφέροντας ή επαυξάνοντας παθολογίες (κεφαλαλγία, οσφυαλγία, δερματικές παθήσεις, ψυχοσωματικές παθήσεις, stress κλπ). Το πρόβλημα της διπλής εργασίας σε μερικές περιπτώσεις, σήμερα, έχει λυθεί στα ζευγάρια που θέλουν και οι δυο να σταδιοδρομήσουν στον επαγγελματικό τους χώρο. Η ταυτόχρονη επιδιωκόμενη καριέρα, όμως, επιφέρει πολλές φορές εντός της οικογένειας έναν ανοιχτό αγώνα ή μια σπλισμένη εκχειρίδα μεταξύ των δυο φύλων. Οι διενέξεις, οι προστριβές, οι διαμάχες, οι εκνευρισμοί, οι υστεροβουλίες αυξάνονται στο ζεύγος ιδιαίτερα αν η εργασίες που εκτελούν είναι παρόμοιες ή παρεμφερείς. Το stress, η οικογενειακή ηρεμία, η οργάνωση και η διοίκηση της οικογένειας, η αγωγή των παιδιών, η τρόπος ψυχαγωγίας και διασκέδασης, η επιλογή τόπου κατοικίας, η επιλογή βοηθητικού προσωπικού κ.λπ. είναι αιτίες που μπορούν να επιφέρουν εκτός των ψυχοσωματικών παθήσεων και άλλες παθολογίες κατά περίπτωση και στη γυναίκα και στον άνδρα καθώς και στα τέκνα τους. Η εργασία σε βάρδιες επιδρά βιωματικά χρονικώς στο γυναικείο φύλο, λόγω της αλληλεπίδρασης που υπάρχει μεταξύ του κερκάρδιου ρυθμού που ακολουθεί ο κάθε οργανισμός σε όλο το 24ωρο και της έμμηνης ρύσης. Παρόλα ταύτα δεν υπάρχει ψυχοφυσιολογική αιτιολόγηση ή επιχείρημα που γενικώς να επιβεβαιώνει ότι το γυναικείο φύλο δεν μπορεί να εργάζεται σε βάρδιες. Τα προβλήματα που προκύπτουν στη γυναίκα που εργάζεται τη νύχτα, εκτός ορισμένων περιπτώσεων που θα αναφερθούν, είναι κυρίως κοινωνικά και ψυχολογικά μη εξαιρώντας τις παθολογίες που προκύπτουν και στα δυο φύλα στην εργασία σε βάρδιες. Δημιουργούνται επιπλέον ψυχοσωματικά προβλήματα και καταστάσεις stress που πολλές φορές φαίνονται δυσβάστακτα λόγω της μη ξεκούρασης της εφόσον ταυτόχρονα πρέπει να υποστηρίξει την οικογένεια, να συνδράμει στην αγωγή των παιδιών, να αξιοποιήσει την παρουσία της στη κοινωνία κλπ. Εφόσον υπάρχει μια κατήληψη νεκείωσης της βραδινής εργασίας για τις

γυναίκες θα προκληθούν προβλήματα που επιδρούν στη κοινωνική και οικογενειακή δομή και είναι δυνατόν να επιφέρουν επώδυνα καταστάσεις για το κοινωνικό σύνολο. Η σεξουαλική ενόχληση και η παρενόχληση από το ανδρικό φύλο προς το γυναικείο στους χώρους εργασίας υπήρχε πάντα. Τα τελευταία χρόνια έλαβε γνώση το ευρύ κοινό του εν λόγω προβλήματος, είτε διαμέσου των οργανώσεων των γυναικών, είτε διαμέσου των συνδικαλιστικών φορέων, είτε διαμέσου μελετών συγκεκριμένων επιστημόνων (ψυχολόγων, ιατρών εργασίας). Η παρενόχληση γίνεται συνήθως από τον προϊστάμενο ή τον εργοδότη ή τον «κατά τους τύπους» ανωτέρου επιστημονικού ή μορφωτικού επιπέδου συνάδελφο προς το υφιστάμενο γυναικείο προσωπικό. Η σεξουαλική παρενόχληση πολλές φορές καταλήγει σε εκβιασμό και άσκηση βίας. Όλες εκείνες οι παθολογίες που προκαλούνται εξαιτίας και της «Mobbing» παρενόχλησης είναι όλες αυτές που προκαλούνται και από το «Mobbing». Επιβαρύνουν τις παθήσεις αυτές, το άγχος, η κατάθλιψη, η αισθηματική και σεξουαλική ανισορροπία, οι αμφίβολες διαπροσωπικές σχέσεις, η υφιστάμενη οικογενειακή ανισορροπία. Τέλος, δεν θα πρέπει να παραληφθούν εκείνες οι περιπτώσεις που παρατηρείται η αδιαφορία προς την εργασία ή η παρατεταμένη και μερικές φορές συστηματική απουσία από την εργασία του γυναικείου φύλου. Οι γυναίκες είναι λιγότερο συνεπείς σε σχέση με τους άνδρες στην αμειβόμενη εργασία. Η εξήγηση ότι το γυναικείο φύλο έχει ταυτόχρονα πολλαπλές απασχολήσεις, εκτός της αμειβόμενης, είναι δυνατόν εν μέρει να δώσει μια απάντηση αλλά και το ότι κατά το παρελθόν οι γυναίκες δεν είχαν τα κίνητρα το οποία είχαν οι άνδρες. Είναι ένα θέμα που ακόμα δεν έχει μελετηθεί συστηματικά από την επιστημονική κοινότητα. Οι περισσότερες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με την εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου και τη συσχέτιση βλαπτικών παραγόντων και συντελεστών κινδύνων και παθολογίες οφειλόμενες σε αυτούς, αφορούσαν, όντως, το ανδρικό φύλο. Δεν έχει αναλυθεί σε βάθος, σε όλα τα επίπεδα της παραγωγικής διαδικασίας, αν οι παθολογίες είναι οι ίδιες και στα δυο φύλα εφόσον κάνουν την ίδια εργασία και είναι εκτεθειμένοι στους ίδιους κινδύνους. Πραγματοποιήθηκαν και πραγματοποιούνται μελέτες για ορισμένα επαγγέλματα στα οποία απασχολούνται ως επί το πλείστον γυναίκες και ιδιαίτερα για τη συσχέτιση της απασχόλησης με είδη καρκίνου στο γυναικείο φύλο. Τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα δεν έφεραν στην επιφάνεια διαφορετικά συμπεράσματα από τα ισχύοντα μέχρι σήμερα, ότι δηλαδή οι παθήσεις δεν είναι κοινές και για τα δυο φύλα, εκτός ορισμένων και συγκεκριμένων περιπτώσεων. Αυτό το οποίο ανέδειξαν οι μελέτες είναι ότι σίγουρα υπάρχουν διαφορές σε παθολογίες που αφορούν τα δυο φύλα σχετικά με παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος, τη φυσιολογική λειτουργία της αναπαραγωγής της γυναίκας, δερματολογικές παθήσεις, παθήσεις του αναπνευστικού και τα οικιακά ατυχήματα. Το ότι το ποσοστό των οικιακών ατυχημάτων είναι υψηλότερο για το γυναικείο φύλο οφείλεται πρακτικά στο ότι η γυναίκα κάνει διπλή εργασία. Η κούραση, είτε ψυχική είτε σωματική, προκαλεί τα ατυχήματα. Ο καθαρισμός της οικίας με διάφορα απορρυπαντικά προκαλεί ή επιδεινώνει δερματολογικές παθήσεις και παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος. Οι νοσηλεύτριες, οι εργαζόμενες σε οίκους ευγηρίας, οι εργαζόμενες στην καθαριότητα, οι φυσιοθεραπεύτριες, οι εργαζόμενες στη βιομηχανία στην αλυσίδα παραγωγής, οι εργαζόμενες σε εμπορικά κέντρα και πολυκαταστήματα τροφίμων και ένδυσης, οι χειρίστριες και οδηγίες

βαρέων οχημάτων συχνά παρουσιάζουν αυξημένες και πιο συχνές παθολογίες που αφορούν όλο εν γένει το μυοσκελετικό σύστημα σε σχέση με το ανδρικό φύλο. Πολλοί είναι οι βλαπτικοί παράγοντες που είναι δυνατόν να προκαλέσουν ανωμαλίες στη φυσιολογική λειτουργία της αναπαραγωγής της γυναίκας. Γενικώς γυναίκες που εργάζονται παρουσιάζουν – σε σχέση με τις μη εργαζόμενες γυναίκες – προβλήματα στην ωοθυλακιορρηξία, στην εγκυμοσύνη, στη διακοπή της κύησης, στους πρόωπους τοκετούς και βρεφικούς θανάτους καθώς και ανωμαλίες στην έμμηνη ρύση. Ανωμαλίες στην έμμηνη ρύση μπορεί να επιφέρει, επίσης, η έκθεση σε διθειάνθρακα (CS₂), η έκθεση στο κρύο είτε και σε συνδυασμό με την εργασία σε βάρδιες. Αμνιόρροια μπορεί να προέλθει από την έκθεση στο στρόβιλο ή στο κρύο. Αυτόματη διακοπή της κύησης μπορεί να προέλθει από έκθεση σε ιοντίζουσα ακτινοβολία, σε φυτοφάρμακα, σε υδροχλωριωμένους και οργανοφωσφορικούς υδρογονάνθρακες, σε αναπνευστικά αέρια, μονοξείδιο του αιθυλενίου, stress κατά την εργασία, ανύψωση και μεταφορά βαρέων αντικειμένων, η νυκτερινή εργασία, εργασία σε βάρδιες. Ο πρόωπος τοκετός μπορεί να οφείλεται σε εργασίες που πραγματοποιούνται σε όρθια στάση καθώς και σε αυτές τις γυναίκες που εκτελούν χειρονακτικές εργασίες. Η γέννηση λιπόβαρων βρεφών μπορεί να οφείλεται στην έκθεση της μητέρας σε μόλυβδο, υδράργυρο, νικέλιο, θόρυβο, δονήσεις, φυτοφάρμακα κλπ. Παρατηρήθηκε ότι σε γυναίκες που εργάζονται σε εργασία με βάρδιες, τα βρέφη είναι λιπόβαρα σε σχέση με τα βρέφη γυναικών που εργάζονται σε ημερησία βάρδια. Διανοητικές καθυστερήσεις και σωματικές δυσλειτουργίες παρατηρήθηκαν σε βρέφη που η μητέρα τους είχε εκτεθεί κατά την εργασία της σε διθειάνθρακα. Παλινδρομη κύηση προκαλεί η έκθεση των γυναικών σε μόλυβδο και ιοντίζουσα ακτινοβολία. Η ιατρική της εργασίας βρίσκεται μπροστά σε μια πρόκληση. Η μετανάστευση της γυναίκας από τον κόσμο της οικογένειας στο κόσμο της αμειβόμενης εργασίας δεν δημιούργησε σε αυτόν καινούργιο αμάλγαμα. Η ταλαιπωρημένη δυνατότητα πρόσβασης της γυναίκας σε όλα τα επίπεδα της παραγωγικής διαδικασίας δεν απάλειψε τα προβλήματα, μόνο τα μετέφερε και μοίρασε διαφορετικά τα καθήκοντα και την εργασία μεταξύ των δυο φύλων. Οι γυναίκες πήραν οφέλη και πλεονεκτήματα αλλά και μειονεκτήματα και προκαταλήψεις. Αυτή η μετανάστευση, όμως, έσπασε τον τοίχο που υπήρχε μεταξύ των δυο φύλων. Η νέα εποχή και οι νόμοι της εργασίας και του εμπορίου κατέστησαν την γυναίκα πρωταγωνίστρια αλλά ταυτόχρονα και θύμα. Μελέτες που θα διασαφηνίζουν εξίσου ποιοτικά και ποσοτικά σε όλα τα επίπεδα παραγωγής (πρωτογενές, δευτερογενές, τριτογενές) τους παράγοντες κινδύνου στα δύο φύλα θα μπορούσαν να δώσουν λύσεις σε κοινά προβλήματα του εργατικού δυναμικού που αφορούν και τα δυο φύλα, αλλά και το κάθε φύλο χωριστά. Η σημερινή επιβαλλόμενη μεθοδολογία της παγκοσμιοποίησης για την υποταγή στην απασχόληση επιφέρει κοινωνικά προβλήματα. Ξαναβρισκόμαστε σε μια νέα διεκδίκηση δικαιωμάτων των εργαζομένων όπως στην εποχή της βιομηχανικής επανάστασης. Τα δικαιώματα και των δυο φύλων δεν εξαλείφθηκαν αλλά επιτείνονται.

Μπάμπης Αλεξόπουλος

Ο κ. Μπάμπης Αλεξόπουλος είναι Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Ιατρικός Διευθυντής της ΕΣΥΠΠ της ΔΕΗ και πρώην Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος.

hugeia@εργασια 2(2): 225-227

EDITORIAL

hugeia@εργασια στους μετανάστες

Το ζήτημα της μετανάστευσης, της μετακίνησης δηλ. ανθρώπων μαζικά ή ατομικά, από περιοχή σε περιοχή, με σκοπό την αναζήτηση καλύτερων συνθηκών ζωής και εργασίας, δεν αποτελεί φαινόμενο των τελευταίων ετών, αλλά εμφανίζεται από την αρχαιότητα. Ωστόσο, αυτό που κατά το πέρασμα των αιώνων έχει παρατηρηθεί είναι ότι το ρεύμα της μετανάστευσης ολοένα και αυξάνεται, με αποτέλεσμα σήμερα να αποτελεί για διάφορες χώρες, μεταξύ των οποίων και η χώρα μας, το σημαντικότερο εσωτερικό τους πρόβλημα. Η πολιτική αστάθεια σε χώρες του τρίτου κόσμου σε συνδυασμό με την τεράστια οικονομική κρίση, που επικρατεί στις χώρες αυτές, άλλα και το γεγονός ότι η Ελλάδα αποτελεί μέρος της ενωμένης Ευρώπης, έγινε πόλος έλξης για άτομα στα οποία η χώρα μας φαντάζει, ως ο οικονομικός παράδεισος. Έτσι η Ελλάδα από χώρα, εξαγωγής μεταναστών, όταν τις δεκαετίες του 50 και του 60 Έλληνες μετανάστευαν για να βρουν εργασία στη κεντρική Ευρώπη και την Αμερική, σταδιακά μετατρέπεται σε χώρα υποδοχής οικονομικών μεταναστών. Με βάση της τρέχουσες συγκυρίες ο Έλληνας νομοθέτης σταθμίζει τις καταστάσεις του μεταναστευτικού φαινομένου και τους υπάρχοντες εσωτερικούς κοινωνικούς συσχετισμούς και ανάλογα καθορίζει την στάση της κρατικής εξουσίας απέναντι στους μετανάστες αλλοδαπούς, με βάση τους κανόνες της κοινωνικής δικαιοσύνης και του σεβασμού των ιδιαιτεροτήτων τους. Αρχικά με τους Ν. 1975/1991, Ν. 2910/2001 και Ν. 3386/2005 και στη συνέχεια με τους Ν. 3448/2006, Ν. 3536/2007, Ν. 3613/2007, Ν. 3731/2008, Ν. 3772/2009, Ν. 3900/2010 και τέλος με το Ν. 3907/2010 έγιναν πολλές νομοθετικές επεμβάσεις στα πλαίσια της θέσπισης σύγχρονου πλαισίου για το μεταναστευτικό ζήτημα. Τα σφοδρά κύματα μετανάστευσης από τις χώρες του τρίτου κόσμου σε χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης δεν μπορούσαν να αφήσουν ανεπηρέαστο το κοινοτικό δίκαιο και έτσι σε επίπεδο παράγωγου δικαίου ακολούθησε πλήθος διατάξεων. Πλέον στους στόχους της ΕΕ προστέθηκε και αυτός της επίτευξης κοινής μεταναστευτικής πολιτικής για όλη την Ένωση. Η ΕΕ μέχρι και σήμερα καταβάλει προσπάθεια, ώστε το ζήτημα των αλλοδαπών και της μετανάστευσης να αντιμετωπισθεί ενιαία με την εναρμόνιση των νομοθεσιών των κρατών μελών μέσα από τις οδηγίες και τους κανονισμούς, που κάθε τόσο εκδίδει ανάλογα με τα ζητήματα που κάθε φορά προκύπτουν. Η ΕΕ έθεσε ως βασική αρχή αντιμετώπισης της μεταναστευτικής πολιτικής την αρχή της δίκαιης μεταχείρισης των αλλοδαπών, χαρακτηρίζοντάς την, ως τον ακρογωνιαίο λίθο της πολιτικής αυτής. Στο πλαίσιο αυτό κινείται και η βασική προσπάθεια της ΕΕ για προοδευτική σύγκλιση των νομοθετικών καθεστώτων των κρατών μελών, ώστε η νομοθεσία για τους αλλοδαπούς και τα προστατευόμενα μέσα από αυτή δικαιώματά τους να έχουν καθολική εφαρμογή. Σύμφωνα με τη Συνθήκη Λειτουργίας αναπτύσσεται κοινή πολιτική στους τομείς του ασύλου, της μετανάστευσης, της προστασίας και της προσωρινής προστασίας με στόχο να παρέχεται το κατάλληλο καθεστώς σε οποιοδήποτε υπήκοο τρίτης χώρας, που χρήζει διεθνούς προστασίας (άρθρο 78 παρ. 1 ΣυνθΛειτουργίας). Οι παραγόμενοι κανόνες θα πρέπει να βρίσκονται σε απόλυτη εναρμόνιση με τις αρχές και τις θέσεις της Σύμβασης της Γενεύης της 28ης Ιουλίου 1951, του Πρωτοκόλλου της 31ης Ιανουαρίου 1967 περί του καθεστώτος των Προσφύγων. (Η σύμβαση κυρώθηκε με το ΝΔ 3989/1959 ΦΕΚ Α 201/1959), καθώς

hugeia@εργασια 2(2): 228-232

και με όλες τις άλλες συναφείς συμβάσεις. Χαρακτηριστικό της σοβαρότητας με την οποία είναι αντιμετωπίζει η Συνθήκη το όλο και αυξανόμενο ρεύμα των μεταναστών τρίτων χωρών είναι η πρόβλεψη της δυνατότητας να εκδοθεί από το Συμβούλιο μετά από πρόταση της Επιτροπής προσωρινών μέτρων υπέρ κράτους μέλους, που αντιμετωπίζει επείγουσα κατάσταση, λόγω αιφνίδιας εισροής υπηκόων τρίτων χωρών (άρθρο 78 παρ. 3 Συνθ/ΛεπΕΕ). Στα πλαίσια αυτά κινούνται οι Κανονισμοί και οι Οδηγίες που εκδίδονται σχετικά με την αντιμετώπιση των μεταναστών στην ΕΕ. Πρόσφατα με το ΠΔ 114/2010 (ΦΕΚ Α 195/2010) εισήχθη στην εσωτερική έννομη τάξη η Οδηγία 2005/85/ΕΚ του Συμβουλίου «σχετικά με τις ελάχιστες προδιαγραφές για τις διαδικασίες με τις οποίες τα κράτη μέλη χορηγούν και ανακαλούν το καθεστώς του πρόσφυγα» με στόχο την καθιέρωση ενιαίας διαδικασίας αναγνώρισης σε αλλοδαπούς και ανιθαγενείς του καθεστώτος του πρόσφυγα ή δικαιούχου επικουρικής προστασίας. Στη ρυθμιστή εμβέλεια της Οδηγίας εμπίπτει ο αλλοδαπός ή ανιθαγενής, ο οποίος δηλώνει προφορικά ή εγγράφως ενώπιον οποιασδήποτε ελληνικής αρχής στα σημεία εισόδου στην ελληνική επικράτεια ή εντός αυτής ότι ζητεί άσυλο ή επικουρική προστασία στη χώρα μας ή με οποιονδήποτε τρόπο ζητεί να μην απελαθεί σε κάποια χώρα εκ φόβου δίωξης λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, κοινωνικής τάξεως ή πολιτικών πεποιθήσεων, σύμφωνα με την ως άνω Σύμβαση της Γενεύης ή επειδή κινδυνεύει να υποστεί σοβαρή βλάβη σύμφωνα με το άρθρο 15 του Π.Δ. 96/2008 (Α 152) και επί του αιτήματος του οποίου δεν έχει ληφθεί ακόμη τελεσίδικη απόφαση. Επίσης, ο αλλοδαπός, ο οποίος εισέρχεται στη χώρα μας, κατ' εφαρμογή του Κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 343/2003 του Συμβουλίου, για τη θέσπιση των κριτηρίων και μηχανισμών για τον προσδιορισμό του κράτους μέλους που είναι υπεύθυνο για την εξέταση αίτησης ασύλου που υποβάλλεται σε κράτος μέλος από υπήκοο τρίτης χώρας (L 050/ 25.02.2003). Σύμφωνα με την Οδηγία (άρθρο 3) όλες οι αιτήσεις διεθνούς προστασίας εξετάζονται καταρχήν ως αιτήσεις ασύλου και, εφόσον δεν πληρούνται τα κριτήρια της Σύμβασης της Γενεύης για το καθεστώς του πρόσφυγα, εξετάζονται με βάση τα κριτήρια του καθεστώτος επικουρικής προστασίας, εκτός εάν ρητά υποβάλλεται αίτηση παροχής επικουρικής προστασίας. Ωστόσο όμως μετά την υποβολή του αιτήματος, σύμφωνα με την οδηγία, ενδέχεται να κρατηθεί ο αλλοδαπός σε κατάλληλους χώρους μέχρι την έκδοση απόφασης επί του αιτήματός του, η δε κράτησή του αυτή μπορεί να διαρκέσει μήνες. Με το Ν. 3907/2010 επιχειρήθηκε η προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2008/115/ΕΚ «σχετικά με τους κοινούς κανόνες και διαδικασίες στα κράτη - μέλη για την επιστροφή των παρανόμως διαμενόντων υπηκόων τρίτων χωρών και λοιπές διατάξεις». Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στην αιτιολογική του έκθεση ένα από τα ζητήματα που ο νόμος επιχειρεί να θεραπεύσει είναι ο ελλιπής ιατρικός έλεγχος των αλλοδαπών, ο οποίος περιοριζόταν μόνο στην παροχή επείγουσας υγειονομικής περίθαλψης και φαρμακευτικής αγωγής. Ειδικότερα σύμφωνα με το άρθρο 14 και 16 της Οδηγίας (29 και 31 Ν. 3907/2010) κατά το χρονικό διάστημα της οικειοθελούς αναχώρησης υπηκόου τρίτης χώρας από την Ελλάδα και κατά και το χρονικό διάστημα που αναβάλλεται η απομάκρυνση των κρατούμενων αλλοδαπών, οι αρμόδιες κατά περίπτωση αρχές μεριμνούν για να λαμβάνονται κατά το δυνατό μέτρα ώστε να παρέχεται επείγουσα υγειονομική περίθαλψη και η απαραίτητη θεραπευτική αγωγή, και να λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαίτερες ανάγκες των ευάλωτων

ατόμων. Η Ελλάδα δεν αρνείται σε κανέναν νοσοκομειακή περίθαλψη επειδή βρίσκεται παράνομα στη χώρα. Ωστόσο, τυπικά, οι μη νόμιμα διαμένοντες αλλοδαποί δεν γίνονται δεκτοί σε υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας παρά μόνο σε νοσοκομεία για επείγοντα περιστατικά μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους. Ανεξαρτήτως επείγοντος, ή όχι, χαρακτήρα του περιστατικού, έχουν πρόσβαση στις παραπάνω υπηρεσίες τα ανήλικα παιδιά. Με το πλαίσιο αυτό, όπως έχει διαμορφωθεί όλος αυτός ο όγκος των μεταναστών, που παραμένουν σε χώρους κράτησης, είτε διότι αναμένουν την έκδοση απόφασης επί της αίτησής τους για παροχή ασύλου, είτε βρίσκονται σε διαδικασία αναχώρησης από τη χώρα, θα πρέπει αφενός να τύχουν της απαραίτητης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, όταν αυτό χρειασθεί, και αφετέρου θα πρέπει προληπτικά να εξετάσουν για μεταδοτικές ασθένειες. Ειδικότερα, τα προβλήματα υγείας των μεταναστών στους κύριους πυλώνες εισόδου (όπως είναι και ο Εβρος), αποτελούν μείζον ζήτημα Δημόσιας Υγείας για τη χώρα μας. Πρωτίστως τίθεται η διάσταση της ανθρωπιστικής αντιμετώπισης των μεταναστών, αφού αφορά την κατάσταση της υγείας των ταλαιπωρημένων από καταπονήσεις υπό δυσχερείς συνθήκες κατά τη μετακίνηση ανθρώπινων υπάρξεων ποικίλων ηλικιών και εθνοτήτων αμοτέρων των φύλων. Ιατρικές έρευνες κατά το παρελθόν έχουν τεκμηριώσει το επιρρετές των μεταναστών για εμφάνιση νοσημάτων όπως η φυματίωση. Οι γεωστρατηγικές μεταβολές στην επιτήρηση των συνόρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έχουν μετατρέψει τον Εβρο σε κύρια πύλη της λαθρομετανάστευσης προς την Ευρώπη, οδηγώντας σε μετασχηματισμό του προτύπου των χωρών προέλευσης των εισερχόμενων, που μέχρι πρόσφατα αφορούσε κυρίως ασιάτες, ενώ πλέον προεξάρχουν αφρικανικές εθνότητες, συμπεριλαμβανομένης και της υποσαχάριας Αφρικής. Το συμπέρασμα αυτό προκύπτει όχι μόνο από τις δημοσιογραφικές πληροφορίες, αλλά και από τη σύγκριση των δεδομένων ιατρικών επιδημιολογικών ερευνών που πραγματοποιήθηκαν στο παρελθόν από το *Τμήμα Ιατρικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης* και τη *Μονάδα Προληπτικής Ιατρικής* του Ι.Κ.Α. στην Αλεξανδρούπολη, με την πρόσφατη εικόνα που έχουν διαμορφώσει ιατρικές ομάδες που δραστηριοποιούνται για την υγεία των λαθρομεταναστών στην περιοχή, όπως οι *Γιατροί Χωρίς Σύνορα*. Συνακόλουθη των επισημάνσεων αυτών είναι η μεταβολή του δημοσολογικού προτύπου στους λαθρομετανάστες (δηλαδή των νοσημάτων που είναι αναμενόμενο να συναντώνται). Εκτός από τη φυματίωση, η οποία αναφέρεται, στην επιστημονική βιβλιογραφία ως το κυριότερο ιατρικό πρόβλημα, προστίθεται η ελονοσία, όπως και οι ηπατίτιδες (Α, Β, C και D), αφού τα νοσήματα αυτά έχουν υψηλό επιπολασμό στις χώρες προέλευσης. (Μελέτες της Ιατρικής Σχολής ΔΠΘ έχουν τεκμηριώσει την παρουσία του πλασμοδίου της ελονοσίας σε περιβαλλοντικούς θύλακες, αλλά και σε πολίτες της περιοχής και βρίσκεται σε εξέλιξη νεώτερη επιδημιολογική έρευνα σε συνέχεια των προηγούμενων, για την πλήρη διερεύνηση του θέματος της ελονοσίας). Από τα αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα, η ελονοσία είναι το πλέον επικίνδυνο από τη θεώρηση της Δημόσιας Υγείας. Η όλη προσέγγιση έχει χαρακτήρα κυρίαρχα ανθρωπιστικό και διόλου ρατσιστικό, αφού και το μέλημα πρέπει να είναι η αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των λαθρομεταναστών τόσο σε σωματικό, όσο και σε ψυχικό επίπεδο. Επιπροσθέτως, δεδομένου του νέου προτύπου χωρών προέλευσης των λαθρομεταναστών, πολλοί

από τους οποίους προέρχονται από την υποσαχάρια Αφρική, είναι προσδοκώμενο να είναι συχνή η φυματίωση, αλλά και το AIDS. Βεβαίως υψηλή επικινδυνότητα από τη σκοπιά της Δημόσιας Υγείας έχει η φυματίωση και όχι το AIDS, που μόνο αιματογενώς μπορεί να μεταδοθεί. Όπως είναι γνωστό, οι μετανάστες συγκεντρώνονται από τις ελληνικές αρχές σε Κέντρα Υποδοχής και εκεί παραμένουν για ένα τριήμερο συνήθως (το πολύ τρεις μήνες). Υπηρεσίες φροντίδας υγείας υφίστανται στα Κέντρα Υποδοχής: ένας γιατρός και μία νοσηλεύτρια, που υπάγονται στην *4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας - Θράκης* σε κάθε Κέντρο Υποδοχής και συχνά δραστηριοποιούνται ομάδες των Γιατρών Χωρίς Σύνορα. Οι πρόσφατες πρωτοβουλίες του Διοικητή της *4ης ΥΠΕ* Καθηγητή κ. *Αρη Μπουσουλέγκα*, αλλά και η εντατικοποίηση των Ιατρικών δράσεων με τη συμβολή του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., την ενεργοποίηση του *Περιφερειακού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης* (Π.Ε.Δ.Υ. Α.Μ.Θ.) και τη συμμετοχή του υγειονομικού προσωπικού των *Κέντρων Υποδοχής Μεταναστών* μπορούν να είναι αποτελεσματικές για την πρόσπιση της υγείας σε τελική ανάλυση του γενικού πληθυσμού της περιοχής. Στο πρόσφατο παρελθόν η διερεύνηση του ζητήματος από *Ομάδα Εργασίας του Εργαστηρίου Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος της Ιατρικής Δ.Π.Θ.* είχε καταλήξει στην αναγκαιότητα να οργανωθεί θεσμικά από την Πολιτεία αρχική εξέταση (με την προϋπόθεση της συναίνεσης), ώστε μέσα στο τριήμερο της παρουσίας στα Κέντρα Υποδοχής να έχει διασαφηνισθεί η αναγκαιότητα χορήγησης θεραπείας, ειδικά για τα λοιμώδη νοσήματα, που λειτουργούν ως βόμβες διασποράς. Έχουν ήδη καταγραφεί οι τεχνικές Μοριακής Βιολογίας που εφαρμόζονται στη Δημόσια Υγεία, ώστε με πολύ μικρές ποσότητες αίματος να δίνεται απάντηση τόσο για τη φυματίωση, όσο και για την ελονοσία σε διάστημα λίγων ωρών και με τον τρόπο αυτόν να γίνεται άμεσα η σχετική παραπομπή στο Εθνικό Σύστημα Υγείας για τα περαιτέρω. Αυτού του τύπου η παροχή φροντίδας υγείας προς τους μετανάστες, ασφαλώς αποτελεί μέριμνα για την υγεία τους, αλλά και θωράκιση της Δημόσιας Υγείας για την Ευρωπαϊκή Ένωση συνολικά (και όχι μόνο για τον Εβρο και την Ελλάδα). Το ευαίσθητο κομμάτι του AIDS (όπως και της ηπατίτιδας Β), έχει ισχνό ενδιαφέρον, αφού η μετάδοση είναι αιματογενής και επομένως δεν μπορεί να θεωρηθεί προτεραιότητα. Το επόμενο ζήτημα που πρέπει να απασχολήσει είναι οι εργαζόμενοι (συνοριοφύλακες και λοιπό προσωπικό), που υφίστανται επαγγελματική έκθεση και επομένως είναι απαραίτητο να υπάρχει μέριμνα επαγγελματικής υγείας με θεώρηση Δημόσιας Υγείας (κλινική εξέταση από την πλευρά της Ιατρικής της Εργασίας, εργαστηριακός έλεγχος και εμβολιασμοί). Εκτός από το γεγονός ότι πρόκειται για υποχρέωση της Πολιτείας για παροχή υπηρεσιών Υγείας στην Εργασία προς τους συνοριοφύλακες, τα όποια εμπειρικά δεδομένα νοσηρότητας, μπορούν να είναι τεκμηριωτικά για το σχεδιασμό και την οριοθέτηση των προτεραιοτήτων όσον αφορά την υγεία των μεταναστών. Ευχερής είναι η ανάπτυξη Ομάδας Επιδημιολογικής Επιτήρησης στη Θράκη (ιατροί, τεχνολόγοι εργαστηρίων, νοσηλεύτες), ώστε να γίνει αξιοποίηση των ανθρώπινων πόρων των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας της περιοχής της Θράκης, αλλά και του εξοπλισμού Μοριακής Βιολογίας για εφαρμογές στη Δημόσια Υγεία, που έτσι κι αλλιώς ήδη υφίσταται. Η όλη στρατηγική μπορεί να περιλαμβάνει και έλεγχο στους υφιστάμενους θύλακες νοσηρότητας της περιοχής. Από προηγούμενες έρευνες, που πραγματοποιήθηκαν

στη Μονάδα Προληπτικής Ιατρικής του Ι.Κ.Α. Αλεξανδρούπολης, στη Θράκη υφίστανται θύλακες υψηλού επιπολασμού ηπατίτιδας Β, C E και άλλων τύπων ηπατίτιδας (A και D). Στη Θράκη, επιπλέον, υπάρχει υψηλός επιπολασμός χρόνιας ηπατίτιδας, λόγω της γεινιάσης με χώρες που έχουν μεγάλη διασπορά των νοσημάτων που προαναφέρθηκαν, της εγκατάστασης οικονομικών προσφύγων από τις Ανεξάρτητες Δημοκρατίες της πρώην Ε.Σ.Σ.Δ. χώρες, καθώς και της διέλευσης μεγάλου όγκου λαθρομεταναστών. Δεδομένου ότι τα νοσήματα αυτά είναι προλήψιμα, είναι σκόπιμο να αναπτυχθεί (σε συναρμογή με τα προηγούμενα που αφορούν τους λαθρομετανάστες), πρόγραμμα για τον εργαστηριακό έλεγχο και τη μοριακή ταυτοποίηση των στελεχών μετά από επιτόπιες αιμοληψίες σε πληθυσμιακή βάση, με ταυτόχρονη ενημέρωση των πολιτών σε θέματα αγωγής και προαγωγής υγείας, πρωτίστως στις περιοχές, όπου εντοπίστηκε υψηλός επιπολασμός των προαναφερθέντων νοσημάτων. Σε έρευνα που διεξήχθη σε δύο χρονικές περιόδους (1992-1994 και 1998-2006) στην Ανατολική Μακεδονία και Θράκη μεταξύ πληθυσμών αυτοχθόνων κατοίκων, μουσουλμάνων και μεταναστών, παρατηρήθηκε μείωση του επιπολασμού του αυστραλιανού αντιγόνου διαφορετική στις διάφορες ομάδες. Σημαντική ήταν η μείωση του HBsAg(+) μεταξύ των αυτοχθόνων κατοίκων: από 5,4% σε 3,4% μεταξύ ενηλίκων και από 1,9% σε 0,6% μεταξύ παιδιών και εφήβων. Στον μουσουλμανικό πληθυσμό παρόλη την μείωση ο επιπολασμός του HBsAg(+) παρέμεινε υψηλός 8,2% μεταξύ ενηλίκων και 2% μεταξύ παιδιών και εφήβων, ενώ στον πληθυσμό των μεταναστών από Ανεξάρτητες Δημοκρατίες της πρώην ΕΣΣΔ τα μεγέθη ήταν αισθητά υποδεέστερα (4,3% σε ενήλικες και 1,1% σε παιδιά). Σε αιμοδοτές η συνχρόνια παρουσία HBsAg(+) είναι της τάξης του 0,84%. Η μετανάστευση, όπως προαναφέρθηκε, έχει επηρεάσει σημαντικά την επιδημιολογία των δύο υπό μελέτη νοσημάτων. Σε έρευνες που έγιναν σχετικά με τον επιπολασμό του αυστραλιανού σε ομάδες μεταναστών τα μεγέθη κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα: 15,4-22,2%. Υπάρχουν τεχνικές, χαμηλού σχετικά κόστους, που μπορούν ευχερώς να εφαρμοσθούν και να δίνουν αποτελέσματα άμεσα. Για το σχεδιασμό της όλης δράσης προτείνεται να συγκροτηθεί ομάδα υγειονομικών του πεδίου της Δημόσιας Υγείας, που με επισκέψεις στα Κέντρα Υποδοχής να πραγματοποιεί εξετάσεις τύπου *rapid tests* σε όλους τους μετανάστες (σταγόνα αίματος) για φυματίωση και ελονοσία (πιθανόν και για ηπατίτιδα Β και ηπατίτιδα C). Ο έλεγχος αυτός μπορεί να πραγματοποιείται με τη βοήθεια των ιατρών και των νοσηλευτών του κάθε Κέντρου Υποδοχής, με συναίνεση των εξεταζόμενων. Τα αποτελέσματα θα πρέπει να δίνονται εγγράφως στους εξετασθέντες και στους ιατρούς των Κέντρων Υποδοχής και αμέσως μετά θα μπορούσαν να γίνονται αιμοληψίες στα θετικά, με συναίνεση των εξεταζόμενων. (Είναι συζητήσιμο αν πρέπει να γίνεται αιμοληψία σε όλους τους μετανάστες). Όλα τα δείγματα θα πρέπει να μεταφέρονται σε ειδικά Εργαστήρια, όπου με τεχνική PCR μετά από 2 ώρες είναι διαθέσιμα τα αποτελέσματα, που αποστέλλονται ως επιβεβαιωτικά και πάλι στους ιατρούς των Κέντρων Υποδοχής για να γίνουν οι αντίστοιχες παραπομπές στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Χρήστος Π. Δεσαριδής
Θ.Κ. Κωνσταντινίδης

Ο κ. Χ.Π. Δεσαριδής είναι Λέκτορας της Νομικής Σχολής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης και ο κ. Θ.Κ. Κωνσταντινίδης είναι Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Αναπλ. Καθηγητής του Τμήματος Ιατρικής Δ.Π.Θ.