

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ

ΤΕΥΧΟΣ 103, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ, ΜΑΡΤΙΟΣ, 2019

**ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
ΣΤΟΥΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΤΩΝ
ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ**

**ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΛΛΗΝΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΤΗΣ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ**

**Η ΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΞΕΚΙΝΑ ΑΠΟ
ΤΗΝ ΣΥΛΛΗΨΗ! ΕΝΝΕΑ ΜΗΝΕΣ ΓΙΑ ΥΓΗ ΚΑΙ
ΧΑΡΙΣΜΑΤΙΚΗ ΝΕΑ ΓΕΝΙΑ!**

ΚΑΛΛΙΓΕΝΕΙΑ

Ελληνικό Φάρμακο η λύση



για την ΥΓΕΙΑ

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

Με αυτόν τον τρόπο μπορούμε να πετύχουμε:

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

για την ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Το Ελληνικό Φάρμακο είναι:

- **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ** και **ΑΣΦΑΛΕΣ** γιατί πιστοποιείται από τους σημαντικότερους Οργανισμούς Φαρμάκου παγκοσμίως
- **ΠΟΙΟΤΙΚΟ** γιατί παράγεται σε ελληνικά εργοστάσια που ακολουθούν αυστηρά τα διεθνή πρότυπα διασφάλισης ποιότητας
- **ΔΙΕΘΝΩΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΟ** γιατί εκατομμύρια ασθενείς σε περισσότερες από 85 χώρες το εμπιστεύονται καθημερινά
- **ΠΡΟΣΙΤΟ** για τον Έλληνα ασθενή γιατί μειώνει το κόστος συμμετοχής των ασφαλισμένων

για την ΑΝΑΠΤΥΞΗ

- Παράγεται σε **27** υπερσύγχρονα ελληνικά **ΕΡΓΟΣΤΑΣΙΑ**
- Επηρεάζει πάνω από **53.000 ΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**
- Κατέχει την **2η ΘΕΣΗ ΣΤΙΣ ΕΞΑΓΩΓΕΣ** της Ελλάδας
- Εξάγεται σε **85 ΧΩΡΕΣ**
- Για κάθε €1.000 δαπάνης το **ΑΕΠ ΕΝΙΣΧΥΕΤΑΙ** κατά €3,420
- Συμβάλει συνολικά με **€2,8 δισ.** το χρόνο στο **ΑΕΠ**
- Η Ελληνική Φαρμακοβιομηχανία επενδύει €30 εκατ. ετησίως σε **80 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ**, έχοντας πραγματοποιήσει συνολικές **ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ €800 εκατ.** την τελευταία 10ετία

**Ελληνικό
Φάρμακο**

Αποτελεσματικό | Ασφαλές | Προσιτό

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ
ΕΝΩΣΗ
ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ



ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΥΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Το Εθνικό Δίκτυο Νοσοκομείων και Υπηρεσιών Προαγωγής Υγείας, το οποίο λειτουργεί από το 1998, στοχεύει στην προάσπιση της υγείας των ασθενών, των εργαζομένων και της κοινότητας στην οποία λειτουργεί το κάθε νοσοκομείο και υπηρεσία υγείας. Σε ό, τι αφορά την υγεία των εργαζομένων, από τις έρευνες που πραγματοποιούμε στα νοσοκομεία μέλη του Δικτύου, διαπιστώνουμε πως οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία παρουσιάζουν σε κρίσιμα ζητήματα που επιδρούν στην υγεία, χειρότερη εικόνα απ' ότι ο γενικός ενήλικος πληθυσμός. Καπνίζουν περισσότερο, τρέφονται χειρότερα, ασκούνται λιγότερο και είναι πιο εκτεθειμένοι σε στρεσογόνους παράγοντες. Ειδικά η έκθεση στο στρες είναι ιδιαίτερα υψηλή, πρωτίστως στο νοσηλευτικό προσωπικό, αποτελώντας σοβαρή απειλή για τη σωματική και ψυχική τους υγεία.

Η απειλή αυτή έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια λόγω της πολύχρονης οικονομικής κρίσης. Η απώλεια εισοδήματος, η μείωση του προσωπικού, η υποχρηματοδότηση και το γενικότερο αίσθημα οικονομικής και κοινωνικής ανασφάλειας, αποτελούν σοβαρούς παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην υγεία, ιδιαίτερα στην ψυχική. Γι' αυτό άλλωστε, σε περιόδους οικονομικής κρίσης, τη μεγαλύτερη αύξηση νοσηρότητας παρουσιάζει η κατάθλιψη και θνησιμότητας οι αυτοκτονίες.

Τα ζητήματα αυτά, αλλά και ορισμένα άλλα που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των εργαζομένων στα ελληνικά νοσοκομεία, όπως η επαγγελματική εξουθένωση, η σεξουαλική παρενόχληση, κ.α. αποτέλεσαν τη θεματολογία της 22ης Επιστημονικής Ημερίδας του Δικτύου, η οποία διεξήχθη στο λαϊκό νοσοκομείο στις 29 Μαρτίου 2019. Στο παρών τεύχος του ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ δημοσιεύονται ορισμένες από τις εισηγήσεις που παρουσιάστηκαν.

Γιάννης Τούντας

Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής

Περιεχόμενα

4 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ: Η ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Μ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ

5 Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΠΑΡΕΝΟΧΛΗΣΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΔΟΥΛΕΙΑΣ: ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΛΟΓΩ ΦΥΛΟΥ ΜΕ ΜΕΓΑΛΟ ΨΥΧΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ

Μ. ΣΤΡΑΤΗΓΑΚΗ

6 Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΟ ΕΣΥ: Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕ ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Α. ΑΡΜΑΤΑΣ

7 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Γ. ΘΑΝΑΣΑ

8 - 9 ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΟ ΜΑΣ ΜΕΛΗΜΑ Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

Ζ. ΜΠΙΤΣΩΡΗ

10 ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΛΛΗΝΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Ι. ΤΟΥΠΟΥ

11 Η ΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΞΕΚΙΝΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΥΛΛΗΨΗ! ΕΝΝΕΑ ΜΗΝΕΣ ΓΙΑ ΥΓΙΗ ΚΑΙ ΧΑΡΙΣΜΑΤΙΚΗ ΝΕΑ ΓΕΝΙΑ! ΚΑΛΛΙΓΕΝΕΙΑ

Ι. ΜΑΡΗ

12 Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΕ ΚΡΙΣΙΜΟ ΣΤΑΥΡΟΔΡΟΜΙ

Γ. ΤΟΥΝΤΑΣ

13 Η ΚΡΙΣΗ ΦΡΑΓΜΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Γ. ΤΟΥΝΤΑΣ

14 - 15 ΝΕΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

16 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

17 ΝΕΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ

18 ΠΡΟΣΕΧΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ

ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ

Αλεξανδρουπόλεως 25, 11527 Αθήνα
Τηλ.: 210-7222723, fax: 210-7487564,
e-mail: chsr@med.uoa.gr
website: www.neahygeia.gr

Γραμματεία Σύνταξης: Χ. Δημητρακάκη,
Η. Σχορετσανίτη, Χ. Βλαχοπούλου,
Κ. Γιαννοπούλου, Ν. Παπαδοπούλου

Εκδότης: Γιάννης Τούντας

Ιδιοκτήτης: Γιάννης Τούντας

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ: Η ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Μαρίνα Οικονόμου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής

Στη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία, αξιοσημείωτος όγκος ερευνητικών δεδομένων υπογραμμίζουν τον επιβαρυντικό αντίκτυπο των δυσμενών οικονομικών συνθηκών στην ψυχική υγεία και προδιαγράφουν ως αναμενόμενη την αύξηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας σε κοινωνίες που υφίστανται σοβαρούς οικονομικούς κλυδωνισμούς. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επισημαίνει ότι οι οικονομικές υφέσεις αποτελούν περιόδους υψηλού κινδύνου για την ψυχική υγεία του ευρύτερου πληθυσμού, με τις ασθενέστερες κοινωνικά ομάδες να υφίστανται τις σοβαρότερες και πιο άμεσες συνέπειες.

Ως χαρακτηριστικότερες διαστάσεις της οικονομικής κρίσης που φέρουν επίπτωση στην ψυχική υγεία αναδεικνύονται η μείωση του εισοδήματος και η αύξηση της ανεργίας, μέσα από ευρήματα που κυρίως εστιάζουν στη σχέση ανάμεσα στο εισόδημα και τις ψυχικές διαταραχές. Ωστόσο, ακόμα και στην περίπτωση όσων δεν ανήκουν στις ομάδες του χαμηλού εισοδήματος ή των ανέργων, εντοπίζεται αξιοσημείωτη επίδραση των οικονομικών πιέσεων, της εργασιακής επισφάλειας και των χρεών στην ψυχική τους υγεία. Οι επιπτώσεις των δυσμενών οικονομικών συνθηκών στην ψυχική υγεία έχουν συνδεθεί από το σύνολο των ψυχικών διαταραχών ειδικά με την κατάθλιψη, η οποία θεωρείται ότι αποτελεί και τη μεγαλύτερη απειλή.

Στη χώρα μας η παρατεταμένη οικονομική ύφεση οδηγεί με σχετική ασφάλεια στην υπόθεση των σημαντικών και γενικευμένων επιπτώσεων στην ψυχική υγεία και του ελληνικού πληθυσμού. Ήδη από τα πρώτα χρόνια της οικονομικής ύφεσης στην Ελλάδα, οι μελετητές έκρουσαν τον «κώδωνα του κινδύνου», καθώς τα ποσοστά επικράτησης της κατάθλιψης στον ελληνικό πληθυσμό άρχισαν να σημειώνουν ανοδική πορεία ενώ η σημαντική έξαρση των αυτοκτονιών, ιδίως κατά την πρώτη περίοδο εξαιτίας της κρίσης ήρθε να επιβεβαιώσει τον καταλυτικό ψυχικό αντίκτυπο της. Σε αυτή την πρώτη

περίοδο θα μπορούσε να μιλήσει κανείς για ένα μαζικό «σοκ» εξαιτίας της ραγδαίας και απροσδόκητης ανατροπής των οικονομικών συνθηκών, το οποίο έδωσε τη θέση του σε ένα συλλογικό «πένθος», τόσο για τις υλικές, πραγματικές απώλειες σε αγαθά και σε βιοτικό επίπεδο, όσο και για τις συμβολικές απώλειες, όπως τις σχετιζόμενες με την εθνική ταυτότητα, το κοινωνικό status, αλλά και πολύ περισσότερο, τη ματαιώση των προοπτικών για το μέλλον. Κατά τα επόμενα χρόνια, όπου η κρίση «εγκαταστάθηκε» στην ελληνική κοινωνία ως αναπόδραστη συνθήκη, αφήνοντας καθοριστικά το αποτύπωμά της σχεδόν σε κάθε έκφανση της καθημερινής ζωής, η επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης συνέχισε να ακολουθεί ανοδική πορεία.

Σειρά επιδημιολογικών μελετών του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ) έδειξαν συνεχή αυξητική τάση της μείζονος κατάθλιψης, καθώς και τη σύνδεση της αύξησης αυτής με κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές σχετιζόμενες με την κρίση. Συγκεκριμένα, η μηνιαία επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης στον ελληνικό πληθυσμό, από το ποσοστό του 3,3% όπου ήταν το 2008, πριν γίνουν αισθητές οι συνέπειες της κρίσης, βρέθηκε να κλιμακώνεται σε 6,8% το 2009, 8,2% το 2011 και 12,3% το 2013. Χαρακτηριστική ένδειξη του πρώτου «σοκ» που έπληξε τον ελληνικό πληθυσμό κατά την αρχική περίοδο της κρίσης είναι ο υπερδιπλασιασμός του ποσοστού της μείζονος κατάθλιψης μέσα σε έναν μόλις χρόνο, από το 2008 (3,3%) στο 2009 (6,8%). Ωστόσο, αξιοσημείωτη είναι και η αύξηση του εν λόγω ποσοστού κατά τη διετία 2011-2013 (από 8,2% σε 12,3%), η οποία αντιστοιχεί σε ποσοστιαία μεταβολή κατά 50%.

Από την άλλη πλευρά, αξιοσημείωτο ήταν πως αναφορικά με την αυτοκτονικότητα, δηλαδή τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις απόπειρες αυτοκτονίας, τα ευρήματα των μελετών του ΕΠΙΨΥ σκιαγραφούσαν μια κάπως διαφορετική εικόνα. Από το 2008 έως και το 2011, τα ποσοστά της αυτοκτονικότητας ακολούθησαν ανοδική πορεία, παρεμφερή με αυτήν της κατάθλιψης: η μηνιαία επικράτηση του αυτοκτονικού ιδεασμού κλιμακώθηκε από το ποσοστό του 2,4% το 2008, σε 5,2% το 2009 και 6,7% το 2011, ενώ αντίστοιχα, τα μηνιαία ποσοστά για τις απόπειρες αυτοκτονίας αυξήθηκαν από 0,6% το 2008, σε 1,1% το 2009 και 1,5% το 2011. Ωστόσο, σε αντιδιαστολή

με την κατάθλιψη, τα στοιχεία του 2013 αποτύπωσαν υποχώρηση της αυτοκτονικότητας σχεδόν στα προ της κρίσης επίπεδα, με το μηνιαίο ποσοστό του αυτοκτονικού ιδεασμού να πέφτει στο 2,6% και το αντίστοιχο ποσοστό για τις απόπειρες αυτοκτονίας στο 0,9%.

Το εύρημα αυτό οδήγησε στην σκέψη ότι σε συνθήκες οικονομικής κρίσης, η αυτοκτονικότητα μπορεί να επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες. Γενικότερα, βέβαια, είναι τεκμηριωμένο ότι η παρουσία ψυχοπαθολογίας συνιστά τον βασικότερο παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς, με τη μείζονα κατάθλιψη να αποτελεί το κύριο ψυχοπαθολογικό υπόβαθρο της αυτοκτονικότητας. Ωστόσο, έως ότου η συμπτωματολογία της κατάθλιψης φτάσει σε επίπεδα κλινικής διάγνωσης, συνήθως προηγείται παρατεταμένη χρονικά περίοδος σταδιακής ανάδυσης των συμπτωμάτων, γεγονός που εξηγεί τη βαθμιαία αλλά σταθερά συνεχιζόμενη αύξηση της επικράτησής της στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης. Αντίθετα, η σχετιζόμενη με την οικονομική κρίση αυτοκτονικότητα φαίνεται ότι αποτελεί την άμεση και οξεία αντίδραση του ψυχισμού -ενδεχομένως ενισχυόμενη από ατομικά χαρακτηριστικά παρορμητικότητας και πανικού- απέναντι σε μια απότομη δυσμενή μεταβολή των συνθηκών. Την ανεξάρτητη επίδραση της οικονομικής κρίσης στην αυτοκτονικότητα επιβεβαίωσε και η ανάλυση των στοιχείων της προαναφερθείσας έρευνας του ΕΠΙΨΥ, όπου η οικονομική δυσχέρεια και η ανεργία (προεξάρχουσες συνθήκες της οικονομικής κρίσης) βρέθηκαν να διατηρούν στατιστικά σημαντική επίδραση στην αυτοκτονικότητα σε ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο το οποίο περιελάμβανε και την παρουσία μείζονος κατάθλιψης. Παρότι οι ίδιοι κοινωνικοοικονομικοί δείκτες αποτελούν παράγοντες κινδύνου και για την εμφάνιση κατάθλιψης, από τα σχετικά ευρήματα προέκυψε ότι οι συνθήκες της οικονομικής κρίσης μπορούν να οδηγήσουν από μόνες τους στην ανάδυση αυτοκτονικών συμπεριφορών.

Οι θλιβερές διαπιστώσεις από την ελληνική πραγματικότητα συμπλέουν με διεθνή στοιχεία, καθώς η σύγχρονη ερευνητική δραστηριότητα στρέφεται με αυξημένη έμφαση στη βαρύτητα των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, που, λόγω των παγκόσμιων οικονομικών κλυδωνισμών, αναδύονται ως σημαντική απειλή για την ψυχική υγεία.



Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΠΑΡΕΝΟΧΛΗΣΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΔΟΥΛΕΙΑΣ: ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΛΟΓΩ ΦΥΛΟΥ ΜΕ ΜΕΓΑΛΟ ΨΥΧΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ

Μαρία Στρατηγάκη, Αν. Καθηγήτρια Κοινωνικής Πολιτικής, Αντιδήμαρχος Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Πρόνοιας και Ισότητας, Πρώην Γ.Γ. Ισότητας των Φύλων

Το κίνημα #metoo έφερε στο προσκήνιο επιτακτικά τις τεράστιες διαστάσεις της σεξουαλικής παρενόχλησης στο χώρο δουλειάς, όπως επίσης και τις σημαντικές ψυχικές επιπτώσεις που έχει στα θύματα που είναι κυρίως γυναίκες. Ας δούμε συνοπτικά τον ορισμό της σεξουαλικής παρενόχλησης, το νομοθετικό πλαίσιο και το ψυχικό κόστος που δημιουργεί στα θύματα.

Ορισμός

Η σεξουαλική παρενόχληση στους χώρους δουλειάς αποτελεί την μορφή βίας κατά των γυναικών που ασκείται στον εργασιακό χώρο και αποτελεί έμμεση διάκριση λόγω φύλου εφόσον παρεμποδίζει την εφαρμογή της ισότητας των φύλων στην αγορά εργασίας. Έρευνες στην ΕΕ έδειξαν ότι γύρω στο 40-50% των γυναικών εργαζομένων έχει υποστεί σεξουαλική παρενόχληση. Το κόστος αυτών των συμπεριφορών περιλαμβάνει ψυχοσωματικά συμπτώματα, απώλεια της αυτοπεποίθησης και προβλήματα στην επαγγελματική και οικογενειακή ζωή. Ο βαθμός συνειδητοποίησης του προβλήματος διαφέρει ανάμεσα στον Ευρωπαϊκό βορρά και τον νότο στον οποίο πολλές εκφράσεις σεξουαλικής παρενόχλησης θεωρούνται μέρος των βίαιων συμπεριφορών λόγω φύλου δεν στοιχειοθετούν αξιόποινη πράξη.

Η καταγγελία των περιστατικών σεξουαλικής παρενόχλησης είναι εξαιρετικά δύσκολη, αφού τα θύματα εξαρτώνται επαγγελματικά από τους δράστες. Η υποδεέστερη θέση τους στην επαγγελματική ιεραρχία και η μεγάλη ανεργία των γυναικών αποδυναμώνουν τις δυνατότητες καταγγελίας των σεξουαλικών παρενοχλήσεων, γιατί θέτουν σε κίνδυνο την εργασιακή κατάσταση και τις ευκαιρίες επαγγελματικής σταδιοδρομίας των γυναικών.

Ο Νόμος

Η Οδηγία 2002/73/ΕΚ για την ίση μεταχείριση ανδρών και γυναικών στην απασχόληση ρύθμισε νομοθετικά την σεξουαλική παρενόχληση για πρώτη φορά στην **Ευρωπαϊκή Ένωση**. Η Οδηγία υιοθέτησε τον ορισμό της σεξουαλικής παρενόχλησης ως «διάκρισης στην εργασία»: Σεξουαλική παρενόχληση είναι: **όταν εκδηλώνεται οιαδήποτε μορφή ανεπιθύμητης λεκτικής μη**

λεκτικής ή σωματικής συμπεριφοράς σεξουαλικού χαρακτήρα, με σκοπό ή αποτέλεσμα την προσβολή της αξιοπρέπειας ενός ατόμου, ιδίως με τη δημιουργία εκφοβιστικού, εχθρικού, εξευτελιστικού, ταπεινωτικού, ή επιθετικού περιβάλλοντος.

Η Οδηγία (α) αναγνώρισε την σεξουαλική παρενόχληση ως διάκριση λόγω φύλου, (β) διευκόλυνε την απόδειξη και προστατεύουν τα θύματα και τους μάρτυρες από τις διεκδικητικές ενέργειες των εργοδοτών, (γ) καταλόγισε ευθύνη στους εργοδότες που οφείλουν να εξασφαλίζουν περιβάλλον εργασίας που προστατεύει από την αξιοπρέπεια των εργαζομένων, και (δ) παρέσχε το δικαίωμα στις συνδικαλιστικές οργανώσεις και τις μη κυβερνητικές οργανώσεις να προσφεύγουν για λογαριασμό των θυμάτων με στόχο να διευκολυνθούν οι καταγγελίες.

Μέχρι το 2006, στην **Ελλάδα** η σεξουαλική παρενόχληση δεν αποτελούσε ιδιαίτερο αδίκημα, αλλά διωκόταν ως έργω εξύβριση, ασέλγεια ή σωματική βλάβη ανάλογα με τη βαρύτητα της πράξης, ή ως προσβολή της προσωπικότητας. Η εναρμόνιση έγινε με τον **Ν.3488/2006**. Την ψήφιση του Νόμου συνόδευσε έντονη δημόσια συζήτηση σχετικά με δύο κυρίως ζητήματα που προέκυψαν από την ενσωμάτωση της Οδηγίας. Το πρώτο αφορούσε το ζήτημα του ορισμού της σεξουαλικής παρενόχλησης και το δεύτερο το βάρος απόδειξης.

Το **Εγχειρίδιο Συμβουλευτικής για τη Σεξουαλική Παρενόχληση στο Χώρο Εργασίας «Δεν ανεχόμαστε τη σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας. Προς εργαζόμενες, εργοδότες και κοινωνικούς φορείς»** που εκδώσαμε το 2011 στην Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων διαφώτισε πολλές πλευρές του θέματος.

Το Ψυχικό κόστος

Σύμφωνα με έρευνες (π.χ. Gutek B.A) η σεξουαλική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο έχει ως συνέπεια συναισθηματικό, σωματικό και ψυχικό κόστος. Ειδικά όσον αφορά τις επιπτώσεις στον ψυχολογικό τομέα, αυτές περιλαμβάνουν μείωση της αυτοεκτίμησης, της αυτοπεποίθησης και ενδέχεται να επηρεάσουν τις σχέσεις των γυναικών-θυμάτων παρενόχλησης

με άλλους άνδρες. Μεταξύ των συναισθημάτων που βιώνουν οι εν λόγω γυναίκες είναι τα φαινόμενα άγχους, φόβου, κατάθλιψης, όπως και αίσθηση ευαλωτότητας. Την ίδια στιγμή, η παρενόχληση σχετίζεται με τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης των γυναικών σε σχέση με αυτά των ανδρών. Ήδη από το 1987, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, είχε παρατηρήσει ομοιότητες μεταξύ του απόηχου της σεξουαλικής παρενόχλησης και συμπτωμάτων της μετατραυματικής διαταραχής. Η ανταπόκριση του εργαζομένου περιβάλλοντος στην καταγγελία της παρενόχλησης από το θύμα είναι πολύ σημαντική, καθώς, η ανοχή που δείχνουν οι εργοδότες εντείνει το ψυχικό κόστος.

Η Fitzgerald L.F με την ομάδα της ανέπτυξε ένα θεωρητικό μοντέλο το οποίο περιγράφει τις αιτίες και τα αποτελέσματα της σεξουαλικής παρενόχλησης στον χώρο εργασίας. Σε αυτό το πλαίσιο, η σεξουαλική παρενόχληση αναγνωρίζεται ως στρεσογόνος παράγοντας που μπορεί μεταξύ άλλων να οδηγήσει σε κακή κατάσταση της ψυχικής υγείας. Έχει ενδιαφέρον, ότι ακόμα και συγκρίνοντας την πιθανή σεξουαλική παρενόχληση που θα υποστούν ένας άνδρας και μια γυναίκα στον χώρο εργασίας, η ήδη προνομιακή θέση του άνδρα σε σχέση με τη θέση της γυναίκας πιθανώς θα λειτουργήσει ως «ασπίδα» για την ψυχική του υγεία. Η προνομιακή θέση μπορεί να τους προστατεύσει από τις επιπτώσεις της σεξουαλικής παρενόχλησης, την ίδια στιγμή που για τη γυναίκα, τα αρνητικά αποτελέσματα αυτής μπορεί να ενισχύσουν την υποβάθμιση της θέσης τους στον χώρο εργασίας. Υπό αυτήν την έννοια, όχι μόνο οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να υποστούν σεξουαλική παρενόχληση λόγω φύλου αλλά και αφού την υποστούν, οι ψυχικές επιπτώσεις θα είναι εντονότερες από εκείνες που θα αντιμετώπιζε ένας άνδρας.



Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ: Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕ ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Ανδρέας Αρματάς, MA DCH AFISCP, Clinical & Coaching Psychologist, armatas@hypnosis.gr

Ο επαγγελματίας υγείας που εκδηλώνει επαγγελματική εξουθένωση βιώνει μια κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικής επίτευξης (Maslach, 1982). Ο επαγγελματίας υγείας βιώνει έντονη ψυχική και σωματική κόπωση μαζί με απώλεια διάθεσης. Επιπλέον, υπάρχει απώλεια ενδιαφέροντος και θετικών συναισθημάτων για τους ασθενείς ενώ παρουσιάζει αυξημένη επιθετική και κυνική συμπεριφορά. Τέλος, κλονίζεται η αυτοπεποίθηση και μειώνεται το αίσθημα ικανοποίησης. Το αποτέλεσμα είναι πτώση της απόδοσης ή ακόμα και παραίτηση.

Η επαγγελματική εξουθένωση αναπτύσσεται σταδιακά

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται ξαφνικά. Αναπτύσσεται σε βάθος χρόνου και περνά από διάφορα στάδια (Edelwich & Brodsky, 1980). Αυτό είναι ένα θετικό στοιχείο γιατί αν υπάρξει παρέμβαση στα πρώτα στάδια τότε θα αποφευχθούν τα επόμενα και η επαγγελματική εξουθένωση δεν θα αναπτυχθεί. Στο πρώτο στάδιο του ενθουσιασμού, ο επαγγελματίας υγείας είναι στην αρχή της καριέρας του και φέρει μαζί του μη ρεαλιστικές προσδοκίες και υψηλούς, συχνά ανέφικτους, στόχους. Αφιερώνει πολύ χρόνο και ενέργεια στην εργασία ενώ υπερεπενδύει στις σχέσεις με τους ασθενείς και στις σχέσεις με τους συναδέλφους. Όταν οι προσδοκίες διαψεύδονται, εμφανίζεται η απογοήτευση η οποία οδηγεί στο επόμενο στάδιο.

Στο στάδιο της αμφιβολίας και της αδράνειας υπάρχει απογοήτευση ή/και αυτό-κατηγορία επειδή οι ανάγκες δεν καλύπτονται από την εργασία. Παρόλα αυτά η προσπάθεια επένδυσης όχι μόνο συνεχίζεται αλλά προχωρά πιο εντατικά. Όσο οι προσδοκίες δεν βρίσκουν ανταπόκριση, η εργασία από-ιδανικοποιείται και ο επαγγελματίας

υγείας ενοχλείται συχνότερα από πράγματα που προηγουμένως δεν είχαν ανάλογη επιρροή πάνω του. Υπεισέχεται η αμφισβήτηση κατά πόσο τελικά θα μπορέσει ποτέ η εργασία να ανταποκριθεί στις αρχικές φιλοδοξίες.

Στο στάδιο της απογοήτευσης και ματαιώσης, ο επαγγελματίας υγείας αποθαρρύνεται μετά από τις πολλές άκαρπες προσπάθειες του, απομακρύνεται από τους ασθενείς και νιώθει ματαιώση. Σε αυτό το στάδιο είναι απαραίτητη η αναθεώρηση των προσδοκιών. Στην αντίθετη περίπτωση, οδηγείται στο στάδιο της απάθειας. Στο στάδιο της απάθειας, ο επαγγελματίας υγείας αποφεύγει την υπευθυνότητα και δεν ενδιαφέρεται να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών του. Παύει πια να επενδύει στην επαγγελματική του ιδιότητα και εργάζεται απλά και μόνο για βιοποριστικούς λόγους.

Μην βασίζεστε μόνο στις οργανωτικές παρεμβάσεις.

Στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης το βάρος πέφτει συχνά στις οργανωτικές παρεμβάσεις. Είναι εύλογο ότι χρειάζεται να γίνουν οργανωτικές αλλαγές που στοχεύουν σε αλλαγές στις ηγετικές συμπεριφορές, στη γραφειοκρατία και στις εργασιακές απαιτήσεις, στην αυτονομία και στον έλεγχο πάνω στη δουλειά, στο σύστημα ανταμοιβών και στο κλίμα δικαίου, στην ανάπτυξη 'κοινότητας' και στην υποστήριξη των επαγγελματιών. Κάτι τέτοιο, όμως, δεν είναι στον έλεγχο του επαγγελματία υγείας και εξαρτάται από αποφάσεις τρίτων. Η προσμονή αναλογων πρωτοβουλιών από το δημόσιο τομέα όχι μόνο δεν θα είναι ωφέλιμη αλλά μπορεί να εντείνει τη ματαιώση και την απάθεια. Άλλωστε κεντρικός παράγοντας στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η αναμονή χωρίς αντίκρισμα. Όταν δεν έρχονται οι απαιτούμενες αλλαγές έξωθεν, επενδύουμε σε αλλαγές έσωθεν και το κάνουμε για τη δική μας ψυχική υγεία.

Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο.

Η επαγγελματική εξουθένωση συχνά εξισώνεται με το στρες και προτείνονται παρεμβάσεις με στόχο τη μείωση του. Παρά τη χρησιμότητα των

προγραμμάτων μείωσης του στρες, στην προκειμένη περίπτωση δεν επαρκούν και τα αποτελέσματα τείνουν να είναι βραχυπρόθεσμα. Ο επαγγελματίας υγείας χρειάζεται να (ξανα)επενδύσει στην προσωπική του ζωή γιατί συχνά επιτρέπει στη φύση της εργασίας του να επηρεάσει τις προσωπικές του σχέσεις. Δεν μπορεί να τονιστεί αρκετά η σημασία της οικογενειακής ζωής και η ύπαρξη πηγών ευχαρίστησης εκτός επαγγελματικού χώρου. Επιπλέον, χρειάζεται υπενθύμιση για αυτοφροντίδα καθώς ο επαγγελματίας υγείας έχει μάθει να φροντίζει τους άλλους αλλά αμελεί να συμπεριλάβει τον εαυτό του στις υπηρεσίες που προσφέρει.

Η επίγνωση και η διαχείριση προσωπικών χαρακτηριστικών που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση όπως η επικριτική στάση και η έλλειψη συμπόνιας απέναντι στον εαυτό μας, η τελειομανία και η υπερδέσμευση, ο άκαμπος ιδεαλισμός και η έλλειψη προσαρμοστικότητας μπορούν να φανούν ωφέλιμα. Το σημαντικότερο, όμως, στην πρόληψη αλλά και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η **αναθεώρηση των προσδοκιών** σχετικά με την εργασία.

Ο επαγγελματίας υγείας ξεκινά την καριέρα του και μπαίνει στο σύστημα υγείας με προσδοκίες. Η αποτυχία του συστήματος να ανταποκριθεί σε αυτές τις προσδοκίες πυροδοτεί τις πρώτες εκδηλώσεις απογοήτευσης. Είναι απαραίτητη η αναθεώρηση των αρχικών προσδοκιών και ο επαναπροσδιορισμός της εργασίας για την αναχαίτιση και την αναστροφή της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτή η αναθεώρηση δεν προστατεύει μόνο από καθημερινές απογοητεύσεις αλλά διευκολύνει τον επαγγελματία υγείας να σχεδιάσει (ανεπίσημα) τη εργασία του έτσι ώστε να συμβαδίζει με τα κίνητρα, τα δυνατά σημεία και τα ενδιαφέροντα του. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται job crafting (Berg & Wrzesniewski, 2008) και είναι στον απόλυτο έλεγχο του επαγγελματία. Και στην επαγγελματική εξουθένωση ο έλεγχος χρειάζεται να ξανα-επιστρέψει σε εμάς



ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Γεωργία Θανασιά, Νοσηλεύτρια M.Sc., Υπεύθυνος Γραφείου Πρόληψης και Αγωγής Υγείας, Προϊστάμενος τμήματος Κεντρικής Αποστείρωσης, Μέλος ΕΕ ΕΔΝΥΠΥ Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Οι κοινωνικά ευάλωτοι εργαζόμενοι αποτελούν μία μεγάλη μερίδα εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Αναφέρεται δε ότι κάποια στιγμή στην εργασιακή τους ζωή οι εργαζόμενοι όλοι οι εργαζόμενοι θα χρειαστεί να υποστηρικθούν με κάποιο τρόπο από την υπηρεσία τους προκειμένου να διαχειριστούν κοινωνικά και σοβαρά οικογενειακά τους προβλήματα.

Αναφορικά με την κατηγορία των ψυχικά ασθενών εργαζομένων αυτοί αποτελούν με συνεχώς αυξανόμενο ρυθμό βασική κατηγορία τόσο στο Ευρωπαϊκό όσο και στο Ελληνικό εργασιακό τοπίο. (Work Health European Work related report on CDV and Mental Health II).

Η Ελληνική Νομοθεσία ορίζει σχετικά στον Δημοσιοϋπαλληλικό κώδικα 3582/2007 καθιερώνοντας την αρχή κοινωνικής αλληλεγγύης η οποία οφείλει να διέπει την υπηρεσιακή κατάσταση των ΔΥ οι οποίοι δύνανται να είναι αποδέκτες ένεκα δυσμενών συνθηκών, δυνάμενων να οφείλονται σε πρόβλημα υγείας ενώ το Ελληνικό Σύνταγμα στο άρθρο περί προστασίας της αξίας του ανθρώπου ορίζει την ανάγκη καθιέρωσης ειδικού καθεστώτος μεταχείρισης των νοσούντων υπαλλήλων η οποία ορίζεται ως συνταγματικώς κατοχυρωμένη σχετιζόμενη άμεσα με την προστασία της ανθρώπινης αξίας. (Κώδικας ΔΥ3582/2007, Σύνταγμα της Ελλάδας).

Παρά των ανωτέρω οι πρακτικές που καθορίζουν και διέπουν την διαχείριση του προσωπικού με ψυχοκοινωνικά προβλήματα στην υγείας συνίστανται σε απαξίωση του εργασιακού ρόλου, σε ανάθεση μειωμένων ευθυνών κατά την εργασία, μετακίνηση του εν λόγω προσωπικού σε ρόλους και εργασίες που θα είναι όσο το δυνατόν λιγότερο «ορατοί», σε αδυναμία διαχείρισης ρατσιστικών περιστατικών και συμπεριφορών στιγματισμού.

Οι παραπάνω πρακτικές καταλήγουν συχνά σε προβλήματα που αφορούν το ρόλο των μελών της υγειονομικής ομάδας και αφορούν σε αμφιβολία ρόλου για τα μέλη της ομάδας εργασίας, σε υπερφόρτωση ρόλου για τους ψυχικά υγιείς εργαζόμενους, σε αποφόρτιση ρόλου και εργασιακή ανία για τους ψυχοκοινωνικά ασθενείς εργαζόμενους και εν κατακλείδι σε σύγκρουση ρόλων μέσα στο χώρο εργασίας, προβληματική απόδοση και προστριβές.

Εξαιτίας των ανωτέρω πλήττονται καιρία μέρη της δυναμικής της ομάδας εργασίας που αφορούν τη συνοχή, επικοι-

νωνία και υπευθυνότητα, την αίσθηση ασφάλειας των μελών της ομάδας και την αναζήτηση και τη διατήρηση κινήτρων για εργασία και αποτελεσματικότητα.

Η διαχείριση του προσωπικού με ψυχοκοινωνικά προβλήματα αφορά μία πρόκληση για το σύστημα υγείας και τον προϊστάμενο προκειμένου αυτό να ενταχθεί αποδοτικά και αποτελεσματικά στην εργασία και να κινητοποιηθεί.

Σύμφωνα με τις αρχές κινητοποίησης χρήσιμα σε αυτήν την προσπάθεια είναι το ύψος επικοινωνίας, η ανθρωποκεντρική προσέγγιση, η στόχευση ρόλων με εφικτούς στόχους προσαρμοσμένους στις ιδιαίτερες ικανότητες και δεξιότητες των ατόμων ώστε αυτά να προσλαμβάνουν ικανοποίηση από την εργασία τους και να τους δίδεται η δυνατότητα να αποδώσουν και να αυξήσουν το αίσθημα αυτό-αποτελεσματικότητας τους. Σε όλη αυτή τη διαδικασία κινητοποίησης το ύψος επικοινωνίας πρέπει να είναι αυστηρά μη γονεϊκό αλλά συνεργατικό.

Προκειμένου να γίνουν εφικτά τα ανωτέρω υπάρχουν στην βιβλιογραφία πληθώρα εργαλείων διαχείρισης προσωπικού με ψυχοκοινωνικά προβλήματα τόσο αναφορικά με τα οργανωτικά μέτρα υποστήριξης και διαχείρισης όσο και αναφορικά με την απόδοση των προϊστάμενων στη διαχείριση αυτής της κατηγορίας των εργαζομένων. (ENWPH, Work adapted for all program- move Europe 2010).



Measure	Description	Responsible
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

Συστήματα διαχείρισης που ισχύουν και λειτουργούν αναφέρουν ως ενδεικτικό πλάνο τα εξής βήματα (European

Network for Workplace Health Promotion):

1. Αναγνώριση και καταγραφή του προσωπικού με ψυχοκοινωνικά προβλήματα από το φορέα εργασίας τόσο κατά την περίοδο εργασίας τους όσο και κατά τις περιόδους απουσιασμού από αυτήν.
2. Επικοινωνία τηλεφωνική (κατά την διάρκεια απουσιασμού και πριν την επιστροφή στην εργασία) όσο και διαζώσης με τον εργαζόμενο και ενημέρωση του για τις υποστηρικτικές δομές και διατάξεις καθώς και για την ικανότητα να εκτελεί συγκεκριμένα καθήκοντα και ρόλους.
3. Θέσπιση και απόφαση πλάνου εργασίας για τον εργαζόμενο με ψυχοκοινωνικό πρόβλημα με παράλληλη καταγραφή της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας τους κατά την διάρκεια της εργασίας του.
4. Αναθέωρηση του πλάνου όταν παραστεί ανάγκη.

Η πρόκληση ενσωμάτωσης του προσωπικού με ψυχοκοινωνικά προβλήματα στην εργασία στο χώρο της υγείας αφορά ένα πολύπλοκο θέμα που δεν είναι δυνατό να αντιμετωπιστεί χωρίς την εξατομίκευση της υποστήριξης του εργασιακού αυτού δυναμικού σε ένα οργανωμένο και δομημένο υποστηρικτικό πλαίσιο του φορέα. Αυτό απαιτεί συστηματική ενασχόληση και στόχευση του φορέα εργασίας, εκπαίδευση των υπαλλήλων που διαχειρίζονται το προσωπικό, αποφυγή στερεοτυπικών αντιλήψεων και πρακτικών στη διαχείριση του προσωπικού αυτού αλλά και δράσεις αλλαγής της εργασιακής νοοτροπίας του φορέα ο οποίος οφείλει να αντιληφθεί ότι οι εργαζόμενοι με ψυχοκοινωνικά προβλήματα μπορεί να αποβούν πολύ αποτελεσματικοί για τον φορέα και την εργασία εφόσον ληφθούν υπόψη οι ικανότητες και δεξιότητές τους.



Γ.Ν.Α. Η ΕΛΠΙΣ. ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΟ ΜΑΣ ΜΕΛΗΜΑ Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

Ζωή Μπιτσώρη, RN/Υπεύθυνη Γραφείου Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης

Η ραγδαία εξέλιξη στο χώρο της υγείας είναι εμφανής τόσο στις λειτουργίες της όσο και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πληθώρα εργασιών έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα με σκοπό να διερευνηθεί η έκθεση των επαγγελματιών υγείας σε πιθανούς κινδύνους στον εργασιακό τους χώρο.

Στο χάρτη της Ottawa (1986), η βασικότερη φιλοσοφία της Προαγωγής Υγείας είναι «να προστίθενται χρόνια στη ζωή και ζωή στα χρόνια». Αυτό επιτυγχάνεται με πολλούς τρόπους, όπως με την ανάδειξη υγιών τρόπων ζωής, με την αναβάθμιση ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, αλλά πρωτίστως, με την εκπαίδευση και την πρόληψη υγιών συμπεριφορών.

Η εργασία στο χώρο της υγείας είναι περίπλοκη και από πλευράς οργάνωσης και πλευράς λειτουργίας. Παρουσιάζει πληθώρα κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων. Ωστόσο η υγεία είναι ένα θεμελιώδες αγαθό και δικαίωμα που προστατεύεται από τη νομοθεσία.

Η αποσαφήνιση των επαγγελματικών κινδύνων σε οποιαδήποτε μορφή εργασίας του νοσοκομείου έχει μεγάλη σημασία για τον σχεδιασμό της πρόληψης των εργατικών ατυχημάτων. Σύμφωνα με αυτά, διαμορφώνονται τα μέτρα πρόληψης και αναδιοργανώνονται οι διαδικασίες της εργασίας, ώστε να καταστούν ασφαλείς.

Τα εμπόδια για την πρόληψη επαγγελματικών κινδύνων είναι η έλλειψη εργατικού δυναμικού, χρόνου και οικονομικών μέσων. Η διαμόρφωση του εργασιακού περιβάλλοντος, χαμηλών προδιαγραφών, έχει ως αποτέλεσμα σοβαρές συνέπειες στην ασφάλεια των εργαζομένων καθώς και στην οικονομική και κοινωνική ζωή ενός κράτους.

Τις τελευταίες δεκαετίες το θέμα των ψυχοκοινωνικών κινδύνων στον χώρο εργασίας, έχει γίνει ένα από τα βασικά πεδία έρευνας και μελέτης στο χώρο της επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας. Ζητήματα όπως το εργασιακό άγχος, η επαγγελματική εξουθένωση, η εργασιακή παρενόχληση καθώς και η βία στον χώρο εργασίας αποτελούν φαινόμενα που προκαλούν αυξανόμενο προβληματισμό λόγω της επιδείνωσης τους.

Η ύπαρξη και διατήρηση σε έναν εργασιακό χώρο παραγόντων ευνοϊκών για την ανάπτυξη κακών ψυχοκοινωνικών συνθηκών έχει σοβαρή αρνητική επίδραση στην υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων καθώς και στα αποτελέσματα του οργανισμού. Ο προβληματικός σχεδιασμός και οργάνωση της εργασίας και το αρνητικό ψυχοκοινωνικό περιβάλλον επιδρούν αρνητικά στη δημιουργικότητα των εργαζομένων και κατ' επέκταση στην απόδοση ενός οργανισμού.

Παραδείγματα συνθηκών εργασίας που ενδέχεται να οδηγήσουν σε ψυχοκοινωνικούς κινδύνους είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, οι αντικρουόμενες απαιτήσεις και ασάφειες, η έλλειψη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, η κακή διαχείριση των οργανωτικών αλλαγών, η εργασιακή ανασφάλεια, η αναποτελεσματική επικοινωνία,

η έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση ή τους συναδέλφους, καθώς και η ψυχολογική παρενόχληση που ασκείται από τρίτους.

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή δημοσκόπηση που διενήργησε ο EU-OSHA δείχνει ότι σχεδόν το ήμισυ των εργαζομένων πιστεύει ότι το εργασιακό άγχος αποτελεί συνηθισμένη κατάσταση στον χώρο εργασίας τους.

Με γνώμονα την Προαγωγή της υγείας το Γραφείο Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης σε συνεργασία με την Διοίκηση του νοσοκομείου αποφάσισε να αναλάβει δράση. Αρχικό μας μέλημα ήταν η αλλαγή της υπάρχουσας κουλτούρας. Στηριζόμενοι στις μεθόδους και τις τεχνικές του κοινωνικού μάρκετινγκ, εφαρμόσαμε σχεδιασμένα προγράμματα τα οποία επιφέρουν αλλαγές στη συμπεριφορά, με κεντρικό στόχο την ασφάλεια των εργαζομένων.

Τέσσερεις είναι οι πυλώνες δράσεις μας:

- Η προαγωγή και η διατήρηση του υψηλότερου επιπέδου φυσικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας των εργαζομένων
- Η πρόληψη των επιδράσεων των εργασιακών συνθηκών, στην υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων
- Η προστασία των εργαζομένων από τους επαγγελματικούς κινδύνους με την λήψη σωστών μέτρων πρόληψης
- Η σωστή εκπαίδευση των εργαζομένων προκειμένου να διαβιούν με ασφάλεια στο εργασιακό περιβάλλον

Στο πλαίσιο αυτό, το Γραφείο Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας



και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης σε συνεργασία με τις τρεις Διευθύνσεις του Γ.Ν.Α. «Η ΕΛΠΙΣ» και την υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου, πραγματοποιεί επιμορφωτικά σεμινάρια για την αντιμετώπιση κρίσεων, όπως Διαχείριση κρίσεων σε περίπτωση Σεισμού-διαλογή Triage, σεμινάριο για το σεισμό στις Μονάδες υγείας, για την Πυρασφάλεια-Πυρόσβεση καθώς και την δημιουργία εντύπων με οδηγίες σε περίπτωση πυρκαγιάς-τρόπου χρήσης των πυροσβεστήρων-είδη πυροσβεστήρων.

Σε συνεργασία με την Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, πραγματοποιούνται μαθήματα για τα Μέτρα Ατομικής Προστασίας, την Υγιεινή των χεριών και την ορθή χρήση γαντιών, την διαχείριση των υγειονομικών αποβλήτων, την ορθή χρήση των αντιβιοτικών, τη διαχείριση των αιχμηρών. Επίσης αναρτώνται αφίσες και μοιράζονται έντυπα στους εργαζόμενους σχετικά με , την υγιεινή των χεριών, την σπουδαιότητα του εμβολιασμού και τα Μέτρα Ατομικής Προστασίας.

Γνωρίζοντας ότι το άγχος θεωρείται από τους μισούς περίπου ευρωπαϊούς εργαζόμενους σύννηθες φαινόμενο στον χώρο εργασίας τους και ευθύνεται περίπου για τις μισές χαμένες εργάσιμες ημέρες, διοργανώνουμε εκπαιδευτικά σεμινάρια με θέματα όπως επαγγελματική εξουθένωση, Mobbing, διαχείριση χρόνου, αποτελεσματική επικοινωνία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, διαχείριση των συγκρούσεων, ασφάλεια και υγιεινή στο χώρο του νοσοκομείου. Επίσης πραγματοποιήθηκε βιωματικό εργαστήριο για την διαχείριση του εργασιακού άγχους με σκοπό την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της επαγγελματικής κόπωσης αλλά και την πρόληψη αυτής.

Τέλος για την αποφόρτωση των εργαζομένων καθώς και για την εξοικονόμηση χρόνου και ομαλής λειτουργίας ενισχύουμε την δημιουργία πρωτοκόλλων, τη δημιουργία κοινών εντύπων

εσωτερικής λειτουργίας και την καταγραφή διαδικασιών με την δημιουργία διαγραμμάτων ροής.

Όλες οι δράσεις, αναφέρονται και αναλύονται στην ετήσια στοχοθεσία που καταθέτουμε στην Διοίκηση, τηρώντας αρχείο με τις πραγματοποιούμενες ενέργειες με σκοπό την αξιοποίησή τους, καθώς και την τήρηση παρουσιολογίου εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων στα πλαίσια ποιότητας.

Γνωρίζοντας, ότι το υγιές ψυχοκοινωνικό περιβάλλον αυξάνει την απόδοση και την προσωπική ανάπτυξη, καθώς και την ψυχική και σωματική ευεξία των εργαζομένων, προσπαθούμε να δημιουργήσουμε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας παρέχοντας κίνητρα και σωστή κατάρτιση στους εργαζόμενους προκειμένου να αποδώσουν το μέγιστο των ικανοτήτων τους.

Είναι γεγονός ότι με την κατάλληλη προσέγγιση, μπορεί να επιτευχθεί η πρόληψη και η επιτυχής διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων και του εργασιακού άγχους, ανεξάρτητα από το μέγεθος ή τον τύπο του οργανισμού. Μια προληπτική, ολιστική και συστηματική προσέγγιση της διαχείρισης των ψυχοκοινωνικών κινδύνων θεωρείται ότι διασφαλίζει τα βέλτιστα αποτελέσματα.

Συμπερασματικά, οι επαγγελματίες υγείας στο χώρο εργασίας τους, έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με πολλούς κινδύνους, προκλήσεις και αντίξοες συνθήκες. Παρατηρείται στην Ελλάδα η προσπάθειά της να εναρμονιστεί με τις οδηγίες- κατευθύνσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ασφάλεια της εργασίας, με σκοπό τη μείωση των εργατικών ατυχημάτων και την Προαγωγή Υγείας στους χώρους εργασίας. Εν κατά κλείδι, στόχος μας είναι η εφαρμογή υγιών πρακτικών ώστε να υπάρξει αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος.



ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΛΛΗΝΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Ιωάννα Τούπου, Εκπαιδευτικός Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης

ΟΗ σεξουαλική υγεία έχει μεγάλη σημασία για την συναισθηματική, την φυσική υγεία και την ευημερία των ατόμων, των ερωτικών συντρόφων, των οικογενειών αλλά και για την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη των διάφορων κοινοτήτων και χωρών. Η σεξουαλική υγεία αποτελεί δικαίωμα όλων των ανθρώπων να διεκδικούν μία ευχάριστη και ασφαλή σεξουαλική ζωή. Για να επιτευχθεί όμως κάτι τέτοιο, θα πρέπει το κάθε άτομο να έχει ολοκληρωμένη πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με τη σεξουαλικότητα, με τους πιθανούς κινδύνους και με τη σεξουαλική φροντίδα, σε ένα περιβάλλον που υποστηρίζει και προωθεί την σεξουαλική υγεία. Η σημασία της κατανόησης της ανάγκης για σεξουαλική αγωγή στα δημοτικά σχολεία είναι κρίσιμης σημασίας στις ημέρες μας, καθώς τα παιδιά είναι αρκετά ευάλωτα και εκτεθειμένα σε διάφορες μορφές σεξουαλικής προβολής, βίας και κακοποίησης. Η ανάγκη εισαγωγής της στο σχολικό πρόγραμμα αρχίζει να κερδίζει έδαφος, αν και ακόμα παρατηρούνται διάφορες δυσκολίες εφαρμογής της στη εκπαιδευτική πράξη, καθώς αποτελεί μία ευαίσθητη περιοχή τόσο για τα παιδιά όσο και για τους γονείς/κηδεμόνες τους αλλά και για τους/τις εκπαιδευτικούς.

Η διεθνής βιβλιογραφία αναγνωρίζει ευρέως ότι οι εκπαιδευτικοί διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο σε αυτή τη διαδικασία, καθώς θεωρούνται αξιόπιστες και σημαντικές πηγές πληροφοριών σχετικά με τη σεξουαλική υγεία και διαπαιδαγώγηση των παιδιών. Ο ρόλος που διαδραματίζουν είναι ζωτικός στην εξασφάλιση ότι οι μαθητές/τριες τους καθώς αναπτύσσονται λαμβάνουν τις απαραίτητες γνώσεις, δεξιότητες και συμπεριφορές έτσι ώστε να κατονοούν και να χαίρονται τη σεξουαλικότητα τους και να προστατεύονται από δυσάρεστες καταστάσεις και προβλήματα που μπορεί να προκύψουν (π.χ.

σεξουαλική κακοποίηση, ακούσιες εγκυμοσύνες κ.ά.). Παρόλα αυτά πολλοί είναι οι εκπαιδευτικοί, οι οποίοι δεν θέλουν ή δεν είναι πάντα κατάλληλα προετοιμασμένοι για να διδάξουν σεξουαλική αγωγή στη τάξη.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των απόψεων των Ελλήνων εκπαιδευτικών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τις διάφορες πτυχές των προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής στο δημοτικό σχολείο.

Ο πληθυσμός της παρούσας έρευνας είναι οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης των δημόσιων και ιδιωτικών δημοτικών της χώρας, οι οποίοι έχουν ήδη προϋπηρεσία, δηλαδή, είχαν τουλάχιστον ένα χρόνο διδακτικής εμπειρίας στο ελληνικό δημοτικό σχολείο. Το δείγμα αποτελείται από 210 συμμετέχοντες και το μέσο συλλογής δεδομένων είναι ένα ειδικά διαμορφωμένο από τους ερευνητές ερωτηματολόγιο, το οποίο είτε συμπληρώθηκε διαδικτυακά (N=146), είτε συμπληρώθηκε σε έντυπη μορφή (N=64). Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και γινόταν σαφές στους συμμετέχοντες ότι οι απαντήσεις ήταν εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους ερευνητικούς σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, ενώ οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν τα θέματα σεξουαλικής αγωγής (δημογραφικά στοιχεία, γενικές γνώμες για σεξουαλική αγωγή, στάσεις για σεξουαλική αγωγή, σημαντικότητα θεμάτων σεξουαλικής αγωγής στο δημοτικό σχολείο, κατάλληλη εκπαιδευτική βαθμίδα για διάφορα θέματα σεξουαλικής αγωγής και άνεση διδασκαλία θεμάτων σεξουαλικής αγωγής).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ορισμένες από τις ανεξάρτητες μεταβλητές επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τις απόψεις των εκπαιδευτικών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τις διάφορες πτυχές των προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής στο δημοτικό σχολείο. Ειδικότερα, οι εκπαιδευτικοί με κατάρτιση στη σεξουαλική αγωγή και με εμπειρία διδασκαλίας είχαν μεγαλύτερη άνεση διδασκαλίας σχετικών θεμάτων. Όσον αφορά

στους/στις εκπαιδευτικούς με περισσότερα έτη διδασκαλίας φάνηκε ότι η αύξηση των ετών διδασκαλίας τους σχετιζόταν με μείωση της βαθμολογίας της χρησιμότητας, της σημασίας και της άνεσης της σεξουαλικής αγωγής. Στη συγκεκριμένη έρευνα, επιβεβαιώνεται επίσης η παραδοχή ότι στο ελληνικό δημοτικό σχολείο η σεξουαλική αγωγή σε ποσοστό 63,2% δεν διδάσκεται. Η πλειοψηφία των Ελλήνων εκπαιδευτικών δήλωσαν ότι το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής δεν υφίσταται σαν μάθημα, αλλά αν υπάρξει κάποια αναφορά σχετικά με θέματα φύλου και σεξουαλικότητας, αυτή γίνεται κυρίως στο μάθημα της φυσικής «Φυσικά» (67,4%), στην έκτη τάξη του δημοτικού (82,1%), με θέμα την ανθρώπινη αναπαραγωγή (77,3%). Επιπλέον, από τους 210 συμμετέχοντες της έρευνας, το 82,4% ανέφερε ότι δεν έχει λάβει κάποια κατάρτιση στη σεξουαλική αγωγή, ενώ το 79,5% δήλωσε ότι δεν είχε προηγούμενη εμπειρία διδασκαλίας τέτοιων θεμάτων. Τα 2 σημαντικότερα εμπόδια διδασκαλίας σεξουαλικής αγωγής σύμφωνα με το μελετώμενο πληθυσμό είναι η έλλειψη κατάρτισης των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (71,4%) και η κουλτούρα της ελληνικής κοινωνίας (41,4%).

Συνολικά, οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης υποστηρίζουν την εισαγωγή της σεξουαλικής αγωγής στο ελληνικό δημοτικό σχολείο (σε ποσοστό 94%) και θεωρούν ότι η σεξουαλική αγωγή είναι αρκετά/πολύ χρήσιμη για τους μαθητές/τριες τους (68,6%). Η θετική τους στάση όμως, δεν είναι αρκεί από μόνη της. Τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν καθημερινά στο σχολικό πλαίσιο είναι πολλά και έχουν να κάνουν κυρίως με την εισαγωγή της σεξουαλικής αγωγής στο δημοτικό σχολείο και τον τρόπο διδασκαλίας της. Οι εκπαιδευτικοί επομένως, πρέπει να εξοπλιστούν με γνώσεις και δεξιότητες ώστε να νιώθουν έτοιμοι και άνετοι να διδάξουν αυτά τα θέματα στη τάξη τους. Για το σκοπό αυτό, η εκπαιδευτική τους κατάρτιση στη σεξουαλική αγωγή παίζει πρωταγωνιστικό ρόλο.



Η ΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΞΕΚΙΝΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΥΛΛΗΨΗ! ΕΝΝΕΑ ΜΗΝΕΣ ΓΙΑ ΥΓΙΗ ΚΑΙ ΧΑΡΙΣΜΑΤΙΚΗ ΝΕΑ ΓΕΝΙΑ! ΚΑΛΛΙΓΕΝΕΙΑ

I. Μάρη, «Ελληνική Εταιρεία Προγεννητικής Αγωγής»

Για να αλλάξουμε τον άνθρωπο πρέπει σωστά να τον αναθρέψουμε εξ απαλών ονύχων, ώστε πρωτίστως να είναι υγιής και εύρωστος κι έπειτα να είναι ευτυχισμένος, χαρούμενος και να στραφεί προς τις αξίες, τα ιδανικά και τον πνευματικό τρόπο ζωής. Πώς όμως οι γονείς να αναστήσουν τέτοια υγιή, χαρούμενα και ωραία παιδιά; στο σώμα και στο πνεύμα που θα γίνουν μεγαλώνοντας άξιοι άνθρωποι; Και πρώτα-πρώτα, από πότε να αρχίσουν την ανατροφή τους;

- 9 μήνες πριν από τη γέννηση ... απαντάει ο Σωκράτης.. Και έτσι πιστεύει και η **σύγχρονη επιστήμη**, η οποία έχει επαληθεύσει με τα σύγχρονα μέσα της την πανάρχαια γνώση. (δρ Michel Odent, δρ Bruce Lipton, δρ Thomas Verny, δρ Chamberlain κ. ά.)

Μετά την γέννηση είναι αργά! Το παιδί που γεννιέται είναι ήδη 9 μηνών! Η αγωγή του ανθρώπου λοιπόν ξεκινά από την σύλληψη! Στους εννέα μήνες της ενδομήτριας ζωής τίθενται τα θεμέλια της φυσικής και ψυχικής υγείας, επίσης όμως και του χαρακτήρα, των χαρισμάτων του και της ιδιοφυΐας του, όλοι οι επιστήμονες είναι σύμφωνοι. Έτσι έχει προσφάτως αποφανθεί και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η UNISEF.

«Οι μέλλοντες γονείς είναι οι γενετικοί αρχιτέκτονες των παιδιών τους.»

Επείγει αυτό να το μάθουν» dr. Bruce Lipton «Η μητέρα παιδαγωγεί τα παιδιά της μέσα στην μήτρα της με τα ψυχικά της βιώματα» εξηγεί και ο Άγιος Πορφύριος, ο Άγιος Παΐσιος, Σωφρόνιος κ. ά Όλες οι πηγές γνώσης: Σύγχρονη Επιστήμη, Αρχαιοελληνική φιλοσοφία, Πατερική διδασκαλία και παραδόσεις- είναι σύμφωνες.

Πώς όμως οι γονείς να αναστήσουν ωραίους, άξιους ανθρώπους, τι να κάνουν;

Με τον τρόπο της συνετής, ήρεμης, και χαρούμενης ζωής τους, κατά την σύλληψη και την εγκυμοσύνη, με την αγάπη τους μεταξύ τους και προς το

παιδί, και όλους τους ανθρώπους, την φύση και το Σύμπαν, τον Θεό, το Όλον! Με τις ευχές τους αυτή η νέα ύπαρξη που τόσο αγαπούν, να έχει χαρίσματα: Σοφία, Αγάπη, Καλοσύνη, Επιθυμία προσφοράς προς τον συνάνθρωπο! Δυναμισμό, Γενναιοδωρία, Αλτρουισμό! **Και τον οραματισμό τους, να οραματίζονται, να λένε αυτές τις αρετές με την καρδιά τους!**

Με την θέαση της Όμορφης Φύσης, της Τέχνης, του Φωτός, των Χρωμάτων γύρω τους, με το άκουσμα υπέροχης μουσικής! Μότσαρτ, Βιβάλντι, Ροσίνι, Σοπέν, ελληνικής, παραδοσιακής, βυζαντινής, έντεχνης!

Τα κύτταρα έχουν μνήμη. Σκέψεις, συναισθήματα, θεάματα, οράματα, ακούσματα, μουσική, όλα όσα περιβάλλουν το ζευγάρι, όλα όσα με τις ευχές και την αγάπη του τρέφει μέσα του, εφ'όσον εκπροσωπούν τον νόμο της Αρμονίας, της Θετικότητας, της Δικαιοσύνης, της Σοφίας, της Χαράς, της Αγάπης, εγγράφουν στα κύτταρα της νέας ύπαρξης αυτού τους ίδιους νόμους! Και αυτούς θα εκφράσει μετά την γέννησή του, στην διάρκεια της ζωής του.

Όλα αποτελούν χαράγματα (=εντυπώματα) στην νευρική κυτταρική μνήμη του εμβρύου, κι αυτά είναι βαθειά, ισχυρά, **ως πρώτα** και διαμορφώνουν **τον χαρακτήρα** του ως παιδιού και ως ενηλίκου.

Και καθώς όλα αποτελούν το περιβάλλον του εμβρύου, σύμφωνα με την νέα Επιστήμη της Επιγενετικής, αυτά θα δώσουν δυνατότητα έκφρασης των θετικών ιδιοτήτων των γονιδίων. Κι αυτά θα εξουδετερώσουν τυχόν αρνητικές ιδιοτητές τους, ή θα χαράξουν νέες θετικές εγγραφές. Τόσο σπουδαίο είναι το έργο που γίνεται κατά την ενδομήτρια ζωή από την έγκυο και τον πατέρα! **Και βέβαια προσέχοντας διατροφή (μεσογειακή) και ανάπαυση.**

Η **γαλήνη της εγκύου** επιτρέπει την απρόσκοπτη πρόοδο της διαδικασίας της ανάπτυξης και το έμβρυο θα έχει σώμα αρμονικά πλασμένο και θα είναι υγιές. Ενώ η στεναχώρια της μητέρας κατά

την κύηση προσβάλλει ψυχικά και σωματικά το παιδί με αλλεργίες, καρκίνο, καρδιά, διάφορες ελλείψεις. Μεγάλη επίδραση έχει στο παιδί η αγάπη ή η απόρριψη της μητέρας, αυτό έχει αποδειχθεί από πολλές έρευνες.

Ότι σκέπτεται, εύχεται, αισθάνεται και ζει η έγκυος, το έμβρυο το ζει την ίδια στιγμή μαζί της, κι όλα αποτελούν εντυπώματα, χαράγματα που καθορίζουν την μεταγεννητική ζωή του. Γι αυτό και οι παλιοί γυναικολόγοι έγραφαν ότι **η έγκυος είναι μορφοποιός**, δηλαδή δημιουργεί στο παιδί την μορφή (ή κάποια χαρακτηριστικά) που σκέπτεται, ή φαντάζεται. Και ο συγγραφέας Παπαγεωργάκης (άρθρο του 1950, περιοδικό: «Το μυστήριο της ζωής») αυτήν την ιδιότητα της εγκύου ονομάζει **«ιδεοπλασία»**, πράγμα που σημαίνει ότι δίνει μορφή=πλάθει την ιδέα, στο έμβρυό της. Την ίδια λέξη χρησιμοποιεί και ο Άγιος Πορφύριος («Ένας να με ακούσει... και θα του στείλει ο Θεός πλούσια τη Χάρη Του!») Η Μεταμόρφωση του Σωτήρος, Μήλεσι 2018)

Στο ίδιο αυτό μικρό πόνημα ο Άγιος Πορφύριος λέει: «Ότι θέλουμε γεννάμε. **Θέλουμε Αγίου, γεννάμε Αγίου.** Στο χέρι μας είναι να γεννήσουμε Αγίου. Η ψυχοσωματική υγεία του παιδιού αρχίζει να διαμορφώνεται από τη σύλληψη, εν συνεχεία επηρεάζεται από την ζωή της μητέρας κατά την κύηση και φυσικά από τη ζωή του ζεύγους.»

As μάθουν οι νέοι πώς να φέρουν στον κόσμο τα παιδιά της Αγάπης, της Χαράς και των Ιδανικών.

Για ενημέρωση: τηλ 210 9629704, 6972 509156



Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΕ ΚΡΙΣΙΜΟ ΣΤΑΥΡΟΔΡΟΜΙ

Δημοσίευση στην Καθημερινή (23-3-19)

Πάννης Τούντας, Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Διευθυντής του Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Ψυχιατρικής και Νευρολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Κατά τη διάρκεια του 21ου αιώνα παρατηρείται εντεινόμενη στροφή της βιοϊατρικής έρευνας και της κλινικής πρακτικής προς την εξατομικευμένη ιατρική φροντίδα. Νέοι κλάδοι αναπτύσσονται, όπως αυτός της φαρμακογονιδιωματικής, που παντρεύει τη γενετική με τη φαρμακευτική, προκειμένου να χορηγείται το κατάλληλο σκεύασμα σε κάθε ασθενή και στην κατάλληλη δοσολογία ανάλογα με το γονιδίωμα του. Επιπλέον, η εξατομικευμένη ιατρική φροντίδα, βασισμένη στο γονιδίωμα, υπόσχεται καλύτερα αποτελέσματα τόσο στη διάγνωση όσο και στην πρόληψη πολλών νοσημάτων.

Ανάλογη προσέγγιση αναπτύσσει η αναγεννητική ιατρική, η οποία αξιοποιεί βιοϋλικά ως εξατομικευμένα εμφυτεύματα για την αναδόμηση ελλειμμάτων σε ιστούς και όργανα του ανθρώπινου σώματος. Όλες αυτές οι εξελίξεις, καθώς και άλλα «έξυπνα» προϊόντα βιονανοτεχνολογίας, συμβάλλουν στην ανάδειξη ενός νέου βιοτεχνολογικού ιατρικού μοντέλου.

Το νέο αυτό μοντέλο βασίζεται στα επιτεύγματα της τεχνολογίας, αλλά και σε έναν ακραίο αναγωγισμό, ο οποίος έχει τις ρίζες του στον υλισμό του Καρτέσιου ή ακόμα και στην ατομική θεωρία του Δημόκριτου. Η ιστορία της νοσολογίας είναι κυρίως μια αλυσίδα αναγωγών στο επίπεδο της βλάβης. Ενώ μέχρι τον 18ο αιώνα η εστία ήταν ο άρρωστος, στις αρχές του 19ου μετατοπίστηκε στα όργανα και τους ιστούς, στα τέλη του 19ου αιώνα στα κύτταρα και στα μικρόβια, στο τέλος του 20ου στα μόρια και τώρα, στον 21ο αιώνα, στα γονίδια και στο πρωτέωμα. Έτσι, ο αναγωγισμός, μαζί με τη μηχανική αντίληψη του σώματος και τον δυϊσμό σώματος-ψυχής, αποτέλεσαν τα θεμέλια για την ανάπτυξη της σύγχρονης ιατρικής και την κυριαρχία του βιοϊατρικού μοντέλου.

Το μοντέλο αυτό αμφισβητήθηκε σε δύο διαφορετικές περιόδους.

Αρχικά στα μέσα του 19ου αιώνα, όταν η αδυναμία της θεραπευτικής ιατρικής να αντιμετωπίσει τις διάφορες θανατηφόρες επιδημίες οδήγησε στην ανάπτυξη της Κοινωνικής Ιατρικής και της Δημόσιας Υγείας. Τη δεύτερη φορά στη δεκαετία 1960-70, όταν οι ραγδαία αυξανόμενες δαπάνες υγείας και η διάψευση των προσδοκιών για την αποτελεσματική καταπολέμηση των δύο μεγαλύτερων απειλών, των καρδιαγγειακών νοσημάτων και των καρκίνων, δημιούργησε ρωγμές αμφισβήτησης του βιοϊατρικού μοντέλου. Μέσα από τις ρωγμές αυτές πρόβαλε ένας έντονος σκεπτικισμός, ο οποίος οδήγησε κατά τη δεκαετία του 1980 στη διαμόρφωση ενός εναλλακτικού βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου.

Στον πυρήνα του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου βρίσκεται η ολιστική αντίληψη σώματος-ψυχής, η αναγνώριση του καθοριστικού ρόλου που διαδραματίζουν το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον και ο τρόπος ζωής στην πρόκληση της αρρώστιας και στην προστασία της υγείας, καθώς και ο επαναπροσδιορισμός της έννοιας της υγείας ως παρουσία της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι μόνο ως απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας. Η φτώχεια και οι κοινωνικές ανισότητες αναγνωρίστηκαν ως οι πρώτες αιτίες θανάτου στον κόσμο και το κάπνισμα ως η δεύτερη.

Η πολύ σημαντική αυτή εξέλιξη, που αναβίωσε τις βασικές νατουραλιστικές αρχές της Ιπποκράτειας Ιατρικής και έδωσε διεθνώς σωστό προσανατολισμό στις ασκούμενες πολιτικές υγείας με την ανάπτυξη των ομαδικών προγραμμάτων Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας, κινδυνεύει να υποβιβαστεί εξαιτίας του υπέρμετρου ενδιαφέροντος που συγκεντρώνει η εξατομικευμένη ιατρική φροντίδα και το αναδυόμενο βιοτεχνολογικό μοντέλο. Έτσι, όχι μόνο τείνουμε για μια ακόμη φορά να εστιάσουμε στο δέντρο και να χάσουμε το δάσος, αλλά εξαιτίας του ενθουσιασμού που δημιουργούν τα τεχνολογικά

επιτεύγματα και οι νέοι θεραπευτικοί δρόμοι, συχνά παραγνωρίζουμε τα όρια αυτών των εξελίξεων, και κυρίως τις πιθανές αρνητικές τους επιπτώσεις.

Πρώτα απ' όλα, οι επικριτές του αναγωγισμού αμφισβητούν τόσο το υλιστικό υπόβαθρο του βιοτεχνολογικού μοντέλου, όσο και τον κατακερματισμό της ανθρώπινης ύπαρξης σε όλο και μικρότερα μέρη. Επιπρόσθετα, λίγα μόνο νοσήματα προκαλούνται από μονογονιδιακές ή ολιγογονιδιακές διαταραχές. Αντίθετα, σύνθετες αλληλεπιδράσεις πολλών γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων καθορίζουν το φαινότυπο των περισσότερων νόσων. Γι' αυτό και μια απλή γενετική παραλλαγή σπάνια αντιστοιχεί σε έναν νοσολογικό φαινότυπο. Αλλά ακόμα και σε αυτές τις περιπτώσεις, άλλοι περιβαλλοντικοί, επιγενετικοί και πρωτεϊνωματικοί παράγοντες καθορίζουν τον τελικό φαινότυπο. Άλλωστε, δεν είναι τυχαίο που η διερεύνηση του ανθρώπινου γονιδιώματος προχωράει με πολύ αργούς ρυθμούς, ενώ ο αριθμός νέων εξατομικευμένων φαρμάκων παραμένει εξαιρετικά χαμηλός (20-30 ετησίως).

Οι εν λόγω διαπιστώσεις δεν αμφισβητούν την αναγκαιότητα της εξατομικευμένης ιατρικής. Καλοδεχούμενο είναι το νεοϊδρυθέν στη χώρα μας Δίκτυο Μοριακής Ιατρικής, αλλά προτεραιότητα πρέπει να δοθεί, επιτέλους, στην οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας, της Πρόληψης και της Προαγωγής Υγείας. Για να μη χαθεί ο άρρωστος ως ολότητα και ως κοινωνικό ον στον λαβύρινθο της βιοϊατρικής τεχνολογίας, και για να μην πάρει ξανά η ιατρική τον λάθος δρόμο του ιατρικού αναγωγισμού και του νοσοκομειοκεντρικού προσανατολισμού.

Η ΚΡΙΣΗ ΦΡΑΓΜΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Δημοσίευση στο Κυριακάτικο Βήμα (31-3-19)

Γιάννης Τούντας, Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Διευθυντής του Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Ψυχιατρικής και Νευρολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Η φτώχεια είναι η πρώτη αιτία θανάτου και αρρώστιας στον κόσμο. Το αν είμαστε υγιείς ή άρρωστοι εξαρτάται περισσότερο από το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον, από τις συνθήκες και τον τρόπο ζωής και λιγότερο από βιολογικούς παράγοντες. Γι' αυτό εξάλλου, κάθε οικονομική κρίση απειλεί την υγεία είτε άμεσα, αυξάνοντας τη συχνότητα ορισμένων νοσημάτων, κυρίως λοιμωδών, ψυχικών και καρδιαγγειακών, είτε έμμεσα εξαιτίας της υποβάθμισης της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Η ανεπάρκεια του συστήματος υγείας σε περιόδους οικονομικής κρίσης οφείλεται συνήθως στην υποχρηματοδότηση, λόγω της μείωσης των δημοσίων δαπανών, στην υποστελέχωση, λόγω των περιορισμών στις προσλήψεις και στη δυσκολία πρόσβασης στον ιδιωτικό τομέα υγείας, λόγω της οικονομικής δυσχέρειας.

Τα προβλήματα αυτά πήραν απειλητικές διαστάσεις στη χώρα μας, όχι μόνο επειδή η ελληνική οικονομική κρίση έχει καταγραφεί ως μια από τις πιο έντονες και μακροχρόνιες παγκοσμίως, αλλά και γιατί στο σύστημα υγείας επικρατούσαν σημαντικές στρεβλώσεις και αδυναμίες πριν ξεσπάσει η κρίση: Συσσωρευμένα χρέη, κακοδιοίκηση, ανορθολογική κατανομή υλικών και ανθρώπινων πόρων, απουσία σχεδιασμού και αξιολόγησης, εκτεταμένες ιδιωτικές δαπάνες και παραοικονομία, καθώς και ανυπαρξία οργανωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).

Παρά το γεγονός ότι όλοι οι αρμόδιοι διεθνείς οργανισμοί συνηγορούν στις χώρες που βρίσκονται σε οικονομική κρίση να επενδύσουν κατά προτεραιότητα στην ΠΦΥ και στην Πρόληψη, στη χώρα μας στα χρόνια της κρίσης, η πρόσβαση στις κατακερματισμένες και ανεπαρκείς πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας και στην πρόληψη έγινε ακόμα πιο δυσχερής.

Σύμφωνα με τα ευρήματα των επτά πανελλαδικών ερευνών που έχουμε πραγματοποιήσει από το 2006 στο Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ) σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ενήλικου ελληνικού πληθυσμού, παρατηρείται την τελευταία δεκαετία αύξηση του ποσοστού όσων πολιτών δηλώνουν ότι δεν έλαβαν κατά τους τελευταίους 12 μήνες θεραπεία ή ιατρική εξέταση για κάποιο πρόβλημα υγείας. Από 5,5% κατά την περίοδο 2007-2010, το ποσοστό αυξάνεται σε 10% την περίοδο 2013-2014, για να διπλασιαστεί στη συνέχεια (21%) την περίοδο 2015-2017. Ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό βρέθηκε για τους φοιτητές

(32,6%) και τους άνεργους (26,9%). Η ανικανοποίητη ζήτηση υπηρεσιών υγείας οφείλεται κατά κύριο λόγο (56,7%) στην αδυναμία κάλυψης του σχετικού κόστους και δευτερευόντως (30,7%) στην έλλειψη χρόνου. Αξίζει να σημειωθεί ότι το πρόβλημα εμφανίζεται πιο έντονο στις αστικές περιοχές, στις οποίες οι δημόσιες πρωτοβάθμιες δομές υγείας χαρακτηρίζονται από υποστελέχωση και ελλείψεις σε εξοπλισμό.

Όπως ήταν αναμενόμενο, οι άνεργοι δηλώνουν το κόστος ως τον βασικό παράγοντα αποκλεισμού από τις υπηρεσίες υγείας (84,2%) και ακολουθούν οι ελεύθεροι επαγγελματίες (62,3%), ενώ το μικρότερο ποσοστό (44,6%) το παρουσιάζουν οι συνταξιούχοι. Σε ό,τι αφορά το οικονομικό επίπεδο, το κόστος αποτελεί, για ευνότερους λόγους μεγαλύτερο εμπόδιο για το κατώτερο εισοδηματικό επίπεδο (62,6%) και λιγότερο για το ανώτερο (47,1%). Οι δυσκολίες στην πρόσβαση στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες στις αστικές περιοχές χειροτέρευαν μετά την ένταξη των πολυιατρείων του ΙΚΑ στο ΠΕΔΥ λόγω της παραιτήσιμης σημαντικού αριθμού γιατρών στο ΙΚΑ.

Στην πιο πρόσφατη έρευνα μας του 2017, το 62% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι χρειάστηκε να πληρώσει για την παροχή ιατρικής φροντίδας, το 49% αντιμετωπίζει δυσκολία στην πληρωμή των φαρμάκων, ενώ το 45% δηλώνει ιδιαίτερα ανησυχία για την κάλυψη εξόδων για συνταγογραφούμενα φάρμακα. Επιπρόσθετα, ένας στους δέκα έλληνες αναφέρει δυσκολίες στην προσπάθεια για εμβολιασμό, κυρίως λόγω έλλειψης εμβολίων.

Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί και η περιτριτομένη διενέργεια των αναγκαίων προληπτικών εξετάσεων. Οι μισές περίπου γυναίκες άνω των 50 ετών δεν έχουν πραγματοποιήσει μαστογραφία στη διάρκεια της τελευταίας τριετίας, το 40% των γυναικών 21-69 ετών δεν έχει πραγματοποιήσει τεστ ΠΑΠ, ενώ στους άντρες και στις γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών, λιγότερο από το 10% έχει πραγματοποιήσει εξέταση για αιμορραγία από το παχύ έντερο. Τα ποσοστά αυτά διαφέρουν σημαντικά ανάμεσα στα ανώτερα και κατώτερα εισοδήματα. Η μέτρηση του PSA για την πρόληψη του καρκίνου του προστάτη διενεργείται από το 41,4% των αντρών στα ανώτερα εισοδήματα και μόνο από το 19,7% στα κατώτερα. Ψηλάφηση μαστού από γιατρό αναφέρει το 81,5% των γυναικών στα ανώτερα και μόνο το 52,5% στα κατώτερα εισοδήματα.

Σχετικά ευρήματα αναφέρουν και οι εκθέσεις των εθνικών και διεθνών

οργανισμών, καθώς και άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, το 2017 το 24,5% του ενήλικου ελληνικού πληθυσμού δεν έλαβε όταν χρειάστηκε την αναγκαία περίθαλψη, κυρίως λόγω οικονομικής αδυναμίας (74,6%) και δευτερευόντως λόγω μακράς αναμονής (13,6%). Ανάλογα ποσοστά καταγράφει για τις εξετάσεις το 2016 η Eurostat, κατατάσσοντας την Ελλάδα στη δεύτερη χειρότερη θέση μετά την Εσθονία στο σύνολο των 28 χωρών της ΕΕ. Ανάμεσα δε στα υψηλότερα εισοδήματα και στα χαμηλότερα παρουσιάζεται σχεδόν πενταπλάσια διαφορά. Σε έκθεση του ΟΟΣΑ το 2016 για το προφίλ υγείας στην Ελλάδα, περισσότερο από 60% των ελλήνων αναφέρουν δυσκολία πρόσβασης σε γιατρούς λόγω κόστους (μ.ο. στην ΕΕ 18%), 42% λόγω απόστασης (μ.ο. στην ΕΕ 19%), 58% λόγω αναμονής (μ.ο. στην ΕΕ 36%).

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα ευρήματα σχετικής πανελλαδικής έρευνας το 2015 της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, όπου το 29,9% των ερωτηθέντων δηλώνει αδυναμία πρόσβασης σε γιατρό λόγω κόστους και το 24,5% αδυναμία πρόσβασης στις αναγκαίες υπηρεσίες υγείας. Τα εμπόδια στην πρόσβαση είναι ιδιαίτερα απειλητικά για τους χρόνιους πάσχοντες. Σε μελέτες του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου διαπιστώθηκε ότι το 26% των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα αντιμετώπισε το 2010-2013 πρόβλημα στην πρόσβαση σε ρευματολόγο, ενώ το 49% αντιμετώπισε δυσκολία στο να λάβει τη φαρμακευτική αγωγή. Το 2014, το 31% των ασθενών με καρκίνο αντιμετώπισαν εμπόδια στην πρόσβαση στη θεραπεία τους, ενώ το 44% δεν μπορούσε να καλύψει το κόστος της επίσκεψης σε ιδιώτη γιατρό.

Όλα τα παραπάνω προβλήματα θα μπορούσαν να έχουν αντιμετωπιστεί πιο αποτελεσματικά εάν όλες οι κυβερνήσεις στη διάρκεια της κρίσης ασκούσαν πιο στοχευμένες πολιτικές και παρεμβάσεις. Θα έπρεπε να υπάρξει καλύτερη διαπραγματεύση με τους δανειστές για να μην μειωθούν τόσο πολύ οι δημόσιες δαπάνες υγείας και για να προκριθούν διαρθρωτικές αλλαγές έναντι των οριζόντιων παρεμβάσεων. Σε κάθε δε περίπτωση, θα έπρεπε να εφαρμοστούν εισοδηματικά κριτήρια για την άρση κάθε οικονομικού εμποδίου. Πάνω απ' όλα όμως, θα έπρεπε να δοθεί προτεραιότητα στην οργάνωση και λειτουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με έμφαση στην Πρόληψη και στην Προαγωγή Υγείας.

Νέα από την Ευρώπη



ΓΙΑ ΝΑ ΜΕΓΑΛΩΣΟΥΝ ΥΓΙΗ, ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΘΟΝΤΑΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΚΑΙ ΝΑ ΠΑΙΖΟΥΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ

Νέες κατευθυντήριες γραμμές του ΠΟΥ για τη σωματική άσκηση, την καθιστική συμπεριφορά και τον ύπνο για παιδιά κάτω των 5 ετών

Γενεύη, 24 Απριλίου 2019

Σύμφωνα με τις νέες κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τα παιδιά κάτω των πέντε ετών, προκειμένου να μεγαλώσουν υγιή, πρέπει να περνούν λιγότερο χρόνο μπροστά τις οθόνες παρακολούθησης ή καθισμένα σε καροτσάκια και καθίσματα, να έχουν καλύτερη ποιότητα ύπνου και να έχουν περισσότερο χρόνο για ενεργό παιχνίδι.

«Η επίτευξη της υγείας για όλους σημαίνει να κάνει κανείς ότι είναι καλύτερο για την υγεία του από το ξεκίνημα της ζωής του», λέει ο γενικός διευθυντής του ΠΟΥ Δρ Tedros Adhanom Ghebreyesus. «Η πρώιμη παιδική ηλικία είναι μια περίοδος ταχείας ανάπτυξης και μιας περιόδου όπου τα πρότυπα του οικογενειακού τρόπου ζωής μπορούν να υιοθετηθούν από τα παιδιά προκειμένου να αποκομίσουν οφέλη για την υγεία τους».

Οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες για τη σωματική άσκηση, την καθιστική συμπεριφορά και τον ύπνο για τα παιδιά κάτω των 5 ετών αναπτύχθηκαν από μια ομάδα εμπειρογνομόνων του ΠΟΥ. Εκτίμησαν τις επιπτώσεις στα μικρά παιδιά του ανεπαρκούς ύπνου και του χρόνου παρακολούθησης στις οθόνες καθώς και του χρόνου που περνούν καθισμένα σε καρέκλες ή στο καρότσι. Εκτίμησαν επίσης τα ευρήματα της βιβλιογραφίας σχετικά με τα οφέλη από τα αυξημένα επίπεδα δραστηριότητας των παιδιών. Αναθεώρησαν επίσης τα στοιχεία σχετικά με τα οφέλη από τα αυξημένα επίπεδα δραστηριότητας.

«Η αύξηση του χρόνου σωματικής δραστηριότητας, η μείωση του καθιστικού χρόνου και η εξασφάλιση ποιοτικού ύπνου στα μικρά παιδιά θα βελτιώσουν τη σωματική, ψυχική τους υγεία και ευεξία και θα βοηθήσουν στην πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας και των σχετιζόμενων νοσημάτων αργότερα στη ζωή», λέει η Δρ Fiona Bull, υπεύθυνη των προγραμμάτων του ΠΟΥ για την παρακολούθηση και την πρόληψη των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Η μη τήρηση των σημερινών συστάσεων για τη σωματική άσκηση είναι υπεύθυνη για περισσότερους από 5 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως κάθε χρόνο σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Επί του παρόντος, πάνω από το 23% των ενηλίκων και το 80% των εφήβων δεν είναι επαρκώς σωματικά δραστήριοι. Εάν η επαρκής σωματική δραστηριότητα, η απουσία αυξημένου χρόνου καθιστικής συμπεριφοράς και οι υγιείς συνήθειες ύπνου καθιερώνονται νωρίς στη ζωή, αυτό βοηθά στη διαμόρφωση των υγιών συνθηκών μέσα από την παιδική ηλικία, την εφηβεία και στην ενηλικίωση.

«Αυτό που πραγματικά πρέπει να κάνουμε είναι να επαναφέρουμε το παιχνίδι για τα παιδιά», λέει η Dr Juana Williamsen, εστιακό σημείο για την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας και τη προαγωγή της σωματικής άσκησης, σύμφωνα με τον ΠΟΥ. «Πρόκειται για τη μετατόπιση από τον καθιστικό χρόνο σε χρόνο δραστηριότητας και παιχνιδιού, προστατεύοντας παράλληλα τον ύπνο».

Το πλάνο της συνολικής 24ωρης δραστηριότητας είναι το κλειδί. Αυτό συνεπάγεται αντικατάσταση του παρατεταμένου καθιστικού χρόνου με πιο ενεργό παιχνίδι και παράλληλα καλής ποιότητας και επαρκούς ύπνου

στα μικρά παιδιά. Ωστόσο ο ποιοτικός καθιστικός χρόνος ο οποίος αφιερώνεται σε διαδραστικές δραστηριότητες του παιδιού με τον φροντιστή του, όπως η ανάγνωση, η αφήγηση, το τραγούδι και τα παζλ, είναι πολύ σημαντικός για την ανάπτυξη των παιδιών.

Οι σημαντικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ σωματικής δραστηριότητας, καθιστικής συμπεριφοράς και επαρκούς χρόνου ύπνου και η επίδρασή τους στη σωματική και ψυχική υγεία και ευημερία αναγνωρίστηκαν από την Επιτροπή για την Καταπολέμηση της Παιδικής Παχυσαρκίας, η οποία ζήτησε σαφή καθοδήγηση σχετικά με τη σωματική δραστηριότητα, την καθιστική συμπεριφορά και τον ύπνο στα μικρά παιδιά.

Η εφαρμογή των συστάσεων αυτών που περιλαμβάνονται στις κατευθυντήριες γραμμές, στο διάστημα των πέντε πρώτων ετών της ζωής, θα συμβάλει στην κινητική και τη γνωστική ανάπτυξη των παιδιών και στη δια βίου υγεία.

Συστάσεις με μια ματιά:

Τα βρέφη (κάτω του 1 έτους) θα πρέπει:

- **Να είναι σωματικά δραστήρια αρκετές φορές την ημέρα** με διάφορους τρόπους, ιδιαίτερα μέσω διαδραστικού παιχνιδιού στο πάτωμα. Όσο περισσότερο τόσο το καλύτερο. Για τα πιο μικρά παιδιά, που ακόμη δεν μπουσουλάνε ή περπατάνε, η σωματική δραστηριότητα μπορεί να περιλαμβάνει τουλάχιστον 30 λεπτά σε θέση μπρούμυτα στηριζόμενα στην κοιλιακή χώρα, σε διαστήματα καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, και ενώ είναι ξύπνια.

- **Να μην είναι περιορισμένα για περισσότερο από 1 ώρα συνεχόμενα** (π.χ. σε καροτσάκια, καρέκλες ή μάρσιπο). Η παρακολούθηση προγραμμάτων σε κάθε είδους οθόνη δεν συνιστάται. Στο χρόνο που τα παιδιά είναι καθισμένα, το διάβασμα και η αφήγηση ιστοριών με το φροντιστή του παιδιού θα πρέπει να ενθαρρύνονται.

- **Να έχουν καλό και ποιοτικό ύπνο διάρκειας 14-17 ωρών** για τα βρέφη 0-3 μηνών και 12-16 ωρών για τα βρέφη 4-11 μηνών, συμπεριλαμβανόμενου του χρόνου των σύντομων ενδιάμεσων ύπνων.

Τα παιδιά ηλικίας 1-2 ετών θα πρέπει:

- **Να περνούν τουλάχιστον 180 λεπτά ασχολούμενα με μια ποικιλία τύπων σωματικής δραστηριότητας οποιαδήποτε έντασης**, συμπεριλαμβανομένης της μέτριας έως έντονης σωματικής δραστηριότητας, σε διάστημα καθ' όλης της διάρκειας της ημέρας. Όσο περισσότερο ασκούνται τόσο το καλύτερο.

- **Να μην είναι περιορισμένα για περισσότερο από 1 ώρα συνεχόμενα** (π.χ. σε καροτσάκια, καρέκλες ή μάρσιπο) ή να καθονται για παρατεταμένη χρονική περίοδο. **Για τα παιδιά ηλικίας 1 έτους, ο χρόνος που περνούν καθισμένα απέναντι από μια οθόνη (όπως η παρακολούθηση τηλεόρασης ή βίντεο, η αναπαραγωγή παιχνιδιών σε υπολογιστές) δεν συνιστάται. Για τα παιδιά ηλικίας 2 ετών, ο χρόνος που περνούν καθισμένα απέναντι από μια οθόνη δεν πρέπει να υπερβαίνει τη 1 ώρα.** Όσο λιγότερο τόσο το καλύτερο. Στο χρόνο που τα παιδιά είναι καθισμένα, το διάβασμα και η αφήγηση ιστοριών με το φροντιστή του παιδιού θα πρέπει να ενθαρρύνονται.

- **Να έχουν καλό και ποιοτικό ύπνο διάρκειας 11-14**

ωρών συμπεριλαμβανόμενου του χρόνου των σύντομων ενδιάμεσων ύπνων.

Τα παιδιά 3-4 ετών θα πρέπει:

- **Να περνούν τουλάχιστον 180 λεπτά σε μια ποικιλία τύπων σωματικής δραστηριότητας οποιαδήποτε έντασης**, εκ των οποίων τουλάχιστον τα 60 λεπτά θα αφορούν σωματική άσκηση μέτριας έως έντονης έντασης, σε διάστημα καθ' όλης της διάρκειας της ημέρας. Όσο περισσότερο ασκούνται τόσο το καλύτερο.
- **Να μην είναι περιορισμένα για περισσότερο από 1 ώρα συνεχόμενα** (π.χ. σε καρτσάκια, καρτέλες ή μάρσιπο) ή να κάθονται για παρατεταμένη χρονική περίοδο. **Ο χρόνος που περνούν καθισμένα απέναντι από μια οθόνη δεν πρέπει να υπερβαίνει τη 1 ώρα.** Όσο λιγότερο τόσο το καλύτερο. Στο χρόνο που τα παιδιά είναι καθισμένα, το διάβασμα και η αφήγηση ιστοριών με το φροντιστή του παιδιού θα πρέπει να ενθαρρύνονται.
- **Να έχουν καλό και ποιοτικό ύπνο διάρκειας 10-13 ωρών** συμπεριλαμβανόμενου του χρόνου των σύντομων ενδιάμεσων ύπνων.

Για περισσότερες πληροφορίες:

World Health Organization online at <https://www.who.int/news-room/detail/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>

Ο ΠΟΥ ΚΑΛΩΣΟΡΙΖΕΙ ΤΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΥΓΡΑΜΜΙΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥΣ ΕΞΑΛΕΙΨΗΣ ΤΩΝ ΤΡΑΝΣ ΛΙΠΑΡΩΝ

Γενεύη, 7 Μαΐου 2019

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας χαιρετίζει τη δέσμευση της Διεθνούς Συμμαχίας Τροφίμων και Ποτών (IFBA) να ευθυγραμμιστεί με τον στόχο του ΠΟΥ για την εξάλειψη των παραγόμενων trans λιπαρών ουσιών από την από την παγκόσμια βιομηχανία τροφίμων έως το 2023.

Ο Γενικός Διευθυντής του ΠΟΥ, Δρ. Tedros Adhanom Ghebreyesus, συναντήθηκε στις 2 Μαΐου 2019 με εκπροσώπους της IFBA, συμπεριλαμβανομένων των διευθυντικών στελεχών από πολλές από τις 12 εταιρείες που απαρτίζουν τη συμμαχία, για να συζητήσουν τις ενέργειες που πρέπει να αναληφθούν για την εξάλειψη των βιομηχανικών trans-λιπαρών ουσιών και τη μείωση του αλατιού, της ζάχαρης και των κορεσμένων λιπών στα επεξεργασμένα τρόφιμα.

Στη συνάντηση τονίστηκε επίσης η αξία των ρυθμιστικών δράσεων και μέτρων σε ότι αφορά στην επισήμανση των τροφίμων με τις ετικέτες και στην προώθηση των προϊόντων και η σημαντικότητα της πλήρους συμμόρφωσης της βιομηχανίας στον κώδικα του ΠΟΥ για την προώθηση των υποκατάστατων του μητρικού γάλατος.

Η δέσμευση της IFBA είναι σύμφωνη με τον στόχο του ΠΟΥ να εξαλείψει έως το 2023 τις trans λιπαρές ουσίες που παράγονται από τη βιομηχανία. Ο Δρ. Tedros δήλωσε «Ο ΠΟΥ θα παρακολουθεί τα επόμενα βήματα που πρέπει να ακολουθήσουν οι εταιρείες για να διασφαλιστεί η υλοποίηση της δέσμευσης».

Ιδιαίτερης σημασίας ήταν η απόφαση των μελών της IFBA να διασφαλίσουν ότι το ποσοστό των βιομηχανικών trans λιπαρών (iTFA) στα προϊόντα τους δεν θα υπερβεί τα 2 g iTFA ανά 100 g λίπους, παγκοσμίως, μέχρι το 2023. Αυτό είναι σύμφωνο με τον στόχο του ΠΟΥ και τις συστάσεις

του πακέτου δράσης REPLACE, το οποίο αναπτύχθηκε και προωθήθηκε το 2018.

«Η εξάλειψη των trans λιπαρών ουσιών που παράγονται από τη βιομηχανία, αποτελεί έναν από τους απλούστερους και αποτελεσματικότερους τρόπους για να σωθούν ζωές και να δημιουργηθεί η παροχή πιο υγιεινών τροφίμων», πρόσθεσε ο Δρ Tedros.

Σύμφωνα με την πρωτοβουλία REPLACE, ο ΠΟΥ έχει καλέσει όλους τους παραγωγούς τροφίμων και τους κατασκευαστές λιπαρών ουσιών, όχι μόνο μέλη της IFBA, να δεσμευτούν για την εξάλειψη των trans λιπαρών που παράγονται από την βιομηχανία από την παγκόσμια προσφορά τροφίμων.

Η πρόσληψη των trans λιπαρών ευθύνεται για πάνω από 500.000 θανάτους από στεφανιαία νόσο κάθε χρόνο παγκοσμίως.

Για περισσότερες πληροφορίες:

World Health Organization online at <https://www.who.int/news-room/detail/07-05-2019-who-welcomes-industry-action-to-align-with-global-trans-fat-elimination-targets>

ΝΕΑ ΕΚΘΕΣΗ ΖΗΤΑ ΤΗΝ ΑΝΑΛΗΨΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΡΟΠΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών, διεθνείς οργανισμοί και εμπειρογνώμονες εξέδωσαν μια πρωτοποριακή έκθεση που απαιτεί άμεση, συντονισμένη και φιλόδοξη δράση για την αποτροπή μιας δυνητικά καταστροφικής κρίσης, αναφορικά με την ανθεκτικότητα στα αντιβιοτικά.

Η αρμόδια επιτροπή του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, που δημοσίευσε την έκθεση, προειδοποιεί πως εάν δεν ληφθούν μέτρα για την μικροβιακή ανθεκτικότητα, οι ανθεκτικές στις φαρμακευτικές ουσίες ασθένειες θα μπορούσαν να προκαλέσουν 10 εκατομμύρια θανάτους ετησίως έως το 2050 και ζημία στην οικονομία εξίσου καταστροφική όπως η παγκόσμια οικονομική κρίση της περιόδου 2008-2009. Έως το 2030, η μικροβιακή ανθεκτικότητα θα μπορούσε να οδηγήσει έως και 24 εκατομμύρια ανθρώπους σε συνθήκες ακραίας φτώχειας.

Για περισσότερες πληροφορίες:

World Health Organization online at <https://www.who.int/antimicrobial-resistance/interagency-coordination-group/final-report/en/>

Βιβλιογραφία

MORAL DISTRESS IN PHYSICIANS AND NURSES: IMPACT ON PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE AND TURNOVER

Psychol Trauma.
2017 Jul;9
(4):399-406
Austin CL, Saylor R, Finley PJ.

Objective: The purpose of this study was to investigate moral distress (MD) and turnover intent as related to professional quality of life in physicians and nurses at a tertiary care hospital. **Method:** Health care providers from a variety of hospital departments anonymously completed 2 validated questionnaires (Moral Distress Scale-Revised and Professional Quality of Life Scale). Compassion fatigue (as measured by secondary traumatic stress [STS] and burnout [BRN]) and compassion satisfaction are subscales which make up one's professional quality of life. Relationships between these constructs and clinicians' years in health care, critical care patient load, and professional discipline were explored. **Results:** The findings ($n = 329$) demonstrated significant correlations between STS, BRN, and MD. Scores associated with intentions to leave or stay in a position were indicative of high versus low MD. We report highest scoring situations of MD as well as when physicians and nurses demonstrate to be most at risk for STS, BRN and MD. Both physicians and nurses identified the events contributing to the highest level of MD as being compelled to provide care that seems ineffective and working with a critical care patient load >50%. **Conclusion:** The results from this study of physicians and nurses suggest that the presence of MD significantly impacts turnover intent and professional quality of life. Therefore implementation of emotional wellness activities (e.g., empowerment, opportunity for open dialog regarding ethical dilemmas, policy making involvement) coupled with ongoing monitoring and routine assessment of these maladaptive characteristics is warranted.

COPING WITH STAFF BURNOUT AND WORK-RELATED POSTTRAUMATIC STRESS IN INTENSIVE CARE

Pediatr Crit Care Med.
2017 Jul;
18(7):e267-e273
Colville GA, Smith JG, Brierley J, Citron K, Nguru NM, Shaanak PD, Tam O, Perkins-Porras L

Objectives: To examine the associations with symptoms of 1) burnout and 2) work-related posttraumatic stress, in adult and pediatric intensive care staff, focusing on the particular contributions of resilience and coping strategies. **Design:** Point prevalence cross-sectional study. **Setting:** Three adult ICUs and four PICUs. **Subjects:** Three hundred seventy-seven ICU staff. **Interventions:** None. **Measurements and main results:** Brief Resilience Scale, abbreviated Maslach Burnout Inventory, Trauma Screening Questionnaire, and Hospital Anxiety and Depression Scale. Prevalence of burnout (defined as high emotional exhaustion or high depersonalization) was 37%. Prevalence of clinically significant posttraumatic stress symptoms was 13%. There was a degree of overlap between burnout and other measures of distress, most notably for anxiety (odds ratio, 10.56; 95% CI, 4.12-27.02; $p < 0.001$). Hierarchical logistic regression demonstrated that self-reported resilience was strongly associated with decreased likelihood of meeting criteria for both forms of work-related distress (burnout: odds ratio, 0.52; 95% CI, 0.36-0.74; $p < 0.001$ and posttraumatic stress: odds ratio, 0.28; 95% CI, 0.16-0.46; $p < 0.001$) and that physicians were twice as likely as nurses to be at risk of reporting burnout (odds ratio, 2.11; 95% CI, 1.18-3.78; $p = 0.012$). After controlling

for resilience, profession, and setting, the following coping strategies were independently associated with outcomes: attending debriefing reduced risk of burnout (odds ratio, 0.45; 95% CI, 0.21-0.95; $p = 0.036$), whereas the odds of posttraumatic stress were less if staff used talking to seniors (odds ratio, 0.43; 95% CI, 0.20-0.92; $p = 0.029$) or hobbies (odds ratio, 0.46; 95% CI, 0.23-0.93; $p = 0.030$) to cope with stress at work. Venting emotion (odds ratio, 1.92; 95% CI, 1.12-3.31; $p = 0.018$) and using alcohol (odds ratio, 2.30; 95% CI, 1.26-4.20; $p = 0.006$) were associated with a doubling in risk of reporting burnout.

Conclusions: The use of particular coping strategies was systematically associated with symptoms of burnout and work-related posttraumatic stress in this group of intensive care staff, even after controlling for resilience and other factors. More research on how best to promote adaptive coping is needed in these challenging settings.

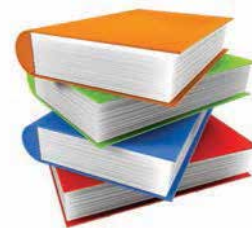
MINDFULNESS, PERCEIVED STRESS, AND SUBJECTIVE WELL-BEING: A CORRELATIONAL STUDY IN PRIMARY CARE HEALTH PROFESSIONALS

BMC Complement Altern Med.
2015 Sep 2;
15:303.
Atanes AC, Andreoni S, Hirayama MS, Montero-Marin J, Barros VV, Ronzani TM, Kozasa EH, Soler J, Cebolla A, Garcia-Campayo J, Demarzo MM.

BACKGROUND: Primary health care professionals (PHPs) usually report high levels of distress and burnout symptoms related to job strain. Mindfulness, defined as non-judgmental-present-moment awareness, seems to be a moderator in the causal association between life stressors and well-being. This study aimed to verify correlations among self-reported mindfulness, perceived stress (PS), and subjective well-being (SW) in Brazilian PHPs. **Methods:** We performed a correlational cross-sectional study in a purposive sample of Brazilian PHPs (physicians, nurses, nursing assistants, and community health workers), working in community-oriented primary care programs (known locally as "Family Health Programs"). We used validated self-reporting instruments: the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), the Perceived Stress Scale (PSS), and the Subjective Well-being Scale (SWS). We performed a multivariate analysis of variance (MANOVA), through regression coefficients (beta) in relation to the professional category (nursing assistant), in addition to the length of time in the same job (under than 6 months) that had indicated the lowest level of PS. **Results:** Participants ($n=450$) comprised community health workers (65.8%), nursing assistants (18%), registered nurses (10.0%), and doctors (family physicians) (6.0%); 94% were female and 83.1% had worked in the same position for more than one year. MANOVA regression analysis showed differences across professional categories and length of time in the same job position in relation to mindfulness, PS, and SW. Nurses demonstrated lower levels of mindfulness, higher PS, and SW negative affect, as well as lower SW positive affect. Being at work for 1 year or longer showed a clear association with higher PS and lower SW positive affect, and no significance with mindfulness levels. Pearson's coefficient values indicated strong negative correlations between mindfulness and PS, and medium correlations between mindfulness and SW. **Conclusion:** In this study, there were clear correlations between mindfulness, PS, and SW across different primary care professional categories and time in the same job position, suggesting specific vulnerabilities that should be addressed through the development of staff awareness, stress prevention, and well-being interventions.



Νέες Εκδόσεις



ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Γιάννης Κυρίοπουλος
Εκδόσεις Καστανιώτη
Αθήνα, 2018
ISBN: 978-960-03-6415-6

Το βιβλίο αυτό είναι το αποτέλεσμα μιας μακρόχρονης διαδικασίας προβληματισμών και συζητήσεων σχετικά με τη φύση και το χαρακτήρα της υγείας, της κλινικής ιατρικής και της φροντίδας για την υγεία, όπως εμφανίζονται ιδιαίτερα τις τελευταίες δεκαετίες του 20ού και στην αυγή του 21ου αιώνα. Στο εγχείρημα αυτό επιχειρείται η ανίχνευση και αποσαφήνιση του πεδίου διαμόρφωσης των εννοιών της υγείας και της αρρώστιας, η επιστημολογική διερεύνηση και ο έλεγχος της επιστημονικότητας της κλινικής πρακτικής, η εξέταση των διαδικασιών κοινωνικής παραγωγής της υγείας και της νόσου, οι επιπτώσεις της ασφάλισης υγείας και της τεχνολογίας στη συγκρότηση της βιομηχανίας ιατρικής περίθαλψης, ο κοινωνικός ρόλος του υγειονομικού τομέα, καθώς και οι πολιτικές και ιδεολογικές διαστάσεις των φαινομένων αυτών.

Το εγχείρημα αυτό αποτελεί ένα «τέχνασμα» για την αποκάλυψη των *contradictio in terminis* στην κλασική βιοϊατρική θεωρία και τη συναφή ρητορική της, και ταυτόχρονα για την ανάδειξη των μεζόνων αλλαγών στις αντιλήψεις μας με επίκεντρο την «επιστημονικοποίηση» της κλινικής ιατρικής και την ταυτόχρονη διευκρίνιση και προσπάθεια διαμόρφωσης ερμηνευτικού υποδείγματος για τα φαινόμενα της υγείας και της νόσου, καθώς και για τις διεργασίες διά των οποίων επιτυγχάνεται η παραγωγή και η διανομή της φροντίδας για την υγεία, η οποία εμπεριέχει συνιστώσες επιστημολογικής, ιδεολογικής και πολιτικής φύσης, ενώ παράλληλα αναδεικνύονται οι θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής αποτελεσματικότητας, της οικονομικής αποδοτικότητας, της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης ως κριτήρια για τη δέσμευση και την κατανομή των σπάνιων πόρων στην υγεία και στη διανομή της ιατρικής περίθαλψης.

ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ Σύγχρονες Θεωρητικές Προκλήσεις και Ερευνητικές Προοπτικές

Αναστασία Ζήση & Μάνος Σαββάκης
Εκδόσεις Τζιόλα
Αθήνα, 2019
ISBN: 978-960-418-827-7

Ο συλλογικός αυτός τόμος καλύπτει ένα αδιαμφισβήτητο κενό στην ελληνική βιβλιογραφία σχετικά με τη διεπιστημονική προσέγγιση της αναπηρίας και τη συσχέτισή της με τις κοινωνικές παραμέτρους και αναφορές. Μέσα από τη συνδρομή κοινωνικών και ανθρωπιστικών επιστημών, όπως η κοινωνιολογία, η ανθρωπολογία, η ψυχολογία, η παιδαγωγική και η ειδική αγωγή αποσαφηνίζονται συγκεκριμένες θεωρητικές έννοιες και μελετώνται εμπειρικά, κυρίως με την ποιοτική έρευνα, διάφορα ζητήματα σε πεδία σχετιζόμενα με την υγεία, την ασθένεια, το σώμα, τον κοινωνικό στιγματισμό και τη βιογραφική αναδόμηση.

Εξειδικευμένες συμβολές εξετάζουν κριτικά διάφορες διαστάσεις της σωματικής και ψυχικής αναπηρίας προτείνοντας στο μέτρο του δυνατού τρόπους κατανόησης, πρακτικές ενδυνάμωσης και αντιμετώπισης της. Η δυνατότητα θεωρητικής και ερευνητικής μελέτης της αναπηρίας συνδυασταυρώνεται ενεργά με ευρύτερα διακυβεύματα κοινωνικού, πολιτικού, οικονομικού, εργασιακού, ασφαλιστικού, νοσοκομειακού, ιατρικού, ψυχολογικού, εκπαιδευτικού και παιδαγωγικού περιεχομένου, ειδικότερα στις σημερινές συνθήκες αυξημένης ρευστότητας και γενικευμένης επισφάλειας.

ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΛΟΓΩΝ ΣΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

Κώστας Αθανασάκης, Βασιλική Ναούμ, Ελπίδα Πάβη, Γιάννης Κυρίοπουλος
Εκδόσεις Καστανιώτη
Αθήνα, 2018
ISBN: 978-960-03-6533-7

Παραδοσιακά, η κατανομή των σπάνιων υγειονομικών πόρων βασίζεται, κατά κύριο λόγο, σε «λογιστικές» προσεγγίσεις μονοδιάστατου χαρακτήρα. Άλλες φορές προκύπτει από την προσκόλληση στην «αδράνεια» των ιστορικών στοιχείων ή ακόμα και ως αποτέλεσμα της πίεσης ομάδων συμφερόντων. Κατά συνέπεια, οι αποφάσεις κατανομής αποτυγχάνουν συστηματικά να ενσωματώσουν τις αξίες και τις προτιμήσεις της κοινωνίας.

Σε αντίθεση με την επικρατούσα πρακτική, η προσέγγιση που παρουσιάζεται σε αυτό το βιβλίο αποτελεί την πρώτη απόπειρα διαμόρφωσης ενός διαφορετικού και νεωτερικού υποδείγματος κατανομής των πόρων υγείας. Με τη χρήση της πολυκριτηριακής μεθοδολογίας στη λήψη αποφάσεων, η παρούσα εναλλακτική προσέγγιση έχει ως στόχο μια κοινωνικά δίκαιη και αποδοτική κατανομή των σπάνιων υγειονομικών πόρων, με έμφαση στα νεοπλάσματα.

Το βιβλίο αυτό απευθύνεται στους επιστήμονες της υγείας, σε όσους λαμβάνουν αποφάσεις οι οποίες σχετίζονται με την κατανομή των πόρων και, ευρύτερα, σε όσους ενδιαφέρονται για τα ζητήματα της υγείας, και αποσκοπεί στη βελτίωση των «εργαλείων» αναζήτησης της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας, της ισότητας και της κοινωνικής ευημερίας.

Προσεχή Συνέδρια

- ▶ **16TH EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHOLOGY**
July 2-5 2019, Moscow, Russia
Οργ./Πληρ.: Russian Psychological Society / European Federation of Psychologists' Associations
Τηλ.: +7 (925) 520-66-50 / +32 2 503-49-53
Email: : info@ecp2019.ru / headoffice@efpa.eu
Website: <https://ecp2019.ru/>

- ▶ **5TH INTERNATIONAL CONFERENCE ON PUBLIC HEALTH 2019**
July 25-27 2019, Kuala Lumpur, Malaysia
Οργ./Πληρ.: International Institute of Knowledge Management
Τηλ.: +94 113 132 828
Φαξ: +94 112 835 571
Email: info@publichealthconference.co
Website: <https://publichealthconference.co/>

- ▶ **19TH EUROPEAN CONFERENCE ON DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY**
29 August - 1 September 2019, Divani Caravel Hotel, Athens, Greece
Οργ.: European Association for Developmental Psychology (EADP)
Πληρ.: Global Events
Τηλ.: +30210 3250260
Email: info@ecdp2019.gr
Website: www.ecdp2019.gr

- ▶ **EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY INTERNATIONAL CONGRESS 2019**
28 September - 2 October 2019, Madrid, Spain
Οργ./Πληρ.: European Respiratory Society
Email: info@ers2019annualcongress.org
Website: <https://ers2019annualcongress.org>

- ▶ **THE 15TH ANNUAL CONFERENCE OF THE TOBACCO INDUCED DISEASES (TID)**
October 13-15 2019, Tokyo, Japan
Οργ.: International Society for the Prevention of Tobacco Induced Diseases & National Cancer Center Research Institute
Πληρ.: ISPTID
Τηλ. 0030 2810391714
Email: info @ isptid.org
Website: <http://www.isptid.org/>

- ▶ **4^Ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗΣ**
8-10 Νοεμβρίου 2019, Ξενοδοχείο Grand Hotel, Θεσσαλονίκη
Οργ.: Ελληνική Ψυχοπροφυλακτική Εταιρεία
Πληρ.: MDcongress
Τηλ. 2106074240
Email: md@mdcongress.gr
Website: www.psychoprophylaxis2019.mdcongress.gr

- ▶ **12TH EUROPEAN PUBLIC HEALTH CONFERENCE.**
“Building bridges for solidarity and public health
20-23 November, Marseille, France
Οργ.: The European Public Health Conference Foundation (EPH), The European Public Health Association (EUPHA) and the Société Française de Santé Publique (SFSP)
Πληρ.: EPH
Email: office@ephconference.eu/abstract@ephconference.eu/registration@ephconference.eu
Website: <https://ephconference.eu/>

- ▶ **2^Ο ΠΡΟΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΤΗΣ EUROPEAN GERIATRIC MEDICINE SOCIETY (EUGMS).** «Γηριατρικός Ασθενής σε Ανάγκη Χρόνιας Φροντίδας: από την Κοινότητα στις Δομές Υγείας και Πάλι Πίσω»
22-23 Νοεμβρίου 2019, Mediterranean Palace, Θεσσαλονίκη
Οργ.: Ελληνική Ένωση Γηριατρικής
Πληρ.: SIGNUS Congress & AMC
Τηλ. 210-6016345
Email: congress@signus.gr
Website: www.hcgm.gr

- ▶ **8TH EUROPEAN CONFERENCE ON TOBACCO OR HEALTH - ECTOH 2020**
19-22 February 2020, Berlin Germany
Οργ./Πληρ.: German Cancer Society.
Τηλ.: +32 2 256 2000
Φαξ: +32 2 256 2003
Email: ectoh@europeanconferleagues.org
Website: <http://www.ectoh.com/>

- ▶ **16TH WORLD CONGRESS ON PUBLIC HEALTH. “Public Health for the Future of Humanity: Analysis, Advocacy, and Action”**
12-17 October 2020, La Nuvola, Rome, Italy
Οργ./Πληρ.: WFPHA, SItI and EUPHA
Email: office@ephconference.eu/abstract@ephconference.eu/registration@ephconference.eu
Website: <https://wcph2020.com/>



Προσθέτουμε αξία

- . Διεθνώς αναγνωρισμένα, ασφαλή, αποτελεσματικά και οικονομικά φάρμακα
- . Επένδυση στις δυνατότητες της Ελλάδας
- . Σημαντική συμβολή στην εθνική οικονομία
- . Νέες θέσεις εργασίας, απασχόληση και προοπτική
- . Έρευνα, εκπαίδευση και καινοτομία
- . Ηγετική θέση

+ Θέτουμε υγιή πρότυπα



Η πρωτοπόρος Ελληνική φαρμακευτική Βιομηχανία

www.elpen.gr

pharmaserve.gr



Νέα Ηλεκτρονική Βιβλιοθήκη

Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας,
εγγραφείτε και αποκτήστε πρόσβαση σε χρήσιμες πληροφορίες.

ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



www.pharmaserve.gr



ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.

15° χλμ. Εθνικής Οδού Αθηνών - Λαμίας, 145 64 Κηφισιά

Τηλ.: 210 62 94 600 | Fax: 210 62 94 610 | info@pharmaserve.gr



AENORASIS

Intuition in Healthcare

20
YEARS

PHARMA

CONSUMER
HEALTH

MEDICAL
DEVICES &
DIAGNOSTICS

VET CARE

