



# Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης Hellenic journal of Nursing Science

Τόμος 6, Τεύχος 1, Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μάρτιος 2013

Volume 6, Number 1, January - February - March 2013

Διαπολιτισμική επικοινωνία

Διερεύνηση της σχέσης εφήβων μαθητών με τον ηλεκτρονικό υπολογιστή και οι επιδράσεις της στην υγεία

Αλληλεξάρτηση Υγείας και Κοινωνίας

Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση

Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο (Μέρος III):  
Αξιολόγηση από τους πληρεξούσιους

Το mobbing στον εργασιακό χώρο.  
Επιπτώσεις mobbing στο χώρο της υγείας.  
Ανασκοπική μελέτη

Εργαλείο αξιολόγησης συνεργασίας οικογένειας ηλικιωμένων ασθενών και επαγγελματιών υγείας.  
Πιλοτική μελέτη

Bernhardt-Roth Syndrome in young women. A rare case

Το Επιστημονικό Περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος

The Scientific Journal of the Hellenic Regulatory Body of Nurses



Σελίδες 1.094  
Λιανική τιμή: 90 €

**Guenter B. Risse**

# Η ιστορία των νοσοκομείων

ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ

Το βιβλίο αυτό, απεικονίζοντας το χρονικό της μεταμόρφωσης των νοσοκομείων από οίκους ελέους σε δομές εγκλεισμού ασθενών, από χώρους αποκατάστασης σε χώρους κλινικής διδασκαλίας και έρευνας και από δωμάτια τοκετών και θανάτων σε ιδρύματα επιστήμης και τεχνολογίας, μας προσφέρει μια ιστορική οπτική στην κατανόηση των νοσοκομείων της εποχής μας. Η ιστορία ξετυλίγεται σε δώδεκα επεισόδια τα οποία απεικονίζουν τα νοσοκομεία σε συγκεκριμένα μέρη και χρονικές περιόδους, καλύπτοντας σημαντικά θέματα και εξελίξεις στην ιστορία της ιατρικής και της θεραπευτικής, από την αρχαία Ελλάδα ως την εποχή του AIDS. Το βιβλίο αυτό προσφέρει μια μοναδική και εκ των έσω ματιά στον κόσμο των νοσημάτων και των συναισθημάτων που συσχετίζονται με τη ζωή στα νοσοκομεία και την περίθαλψη των ασθενών, περιλαμβάνοντας αφηγήσεις τόσο των ασθενών, όσο και των θεραπειών τους. Εάν θεωρήσουμε τα νοσοκομεία οίκους «αποκατάστασης της τάξης», ικανούς να δαμάσουν το χάος που συσχετίζεται με τα δεινά, τις ασθένειες και το θάνατο των ανθρώπων, μπορούμε να καταλάβουμε καλύτερα και τη σημασία των τελετουργικών τους ρουτινών και κανόνων. Από τις απαρχές τους, τα νοσοκομεία αποτέλεσαν μέρη πνευματικής και σωματικής ανάρρωσης. Θα πρέπει να συνεχίσουν να ανταποκρίνονται σε κάθε ανθρώπινη ανάγκη. Ως παραδοσιακοί μάρτυρες της ανθρώπινης συμπόνιας και φιλανθρωπίας, τα νοσοκομεία πρέπει να συνεχίσουν να αποτελούν χώρους ίασης.

## ΜΙΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΑΠΟ ΤΗΝ Ε.Ν.Ε.

**Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος, στοχεύοντας στη συνεχή επιμόρφωση των Νοσηλευτών θα διαθέσει ΔΩΡΕΑΝ το βιβλίο «Η Ιστορία των Νοσοκομείων» σε όλους τους επί πτυχίω φοιτητές της Νοσηλευτικής.**

**Όλοι οι υπόλοιποι Νοσηλευτές μπορούν να προμηθευτούν το βιβλίο στην ειδική τιμή των 45 €.**



**ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ:** ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ  
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα, Τηλ.: 210 3648 044  
Fax: 210 3648 049, e-mail: info@enne.gr, www.enne.gr

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ-ΔΙΑΦΗΜΙΣΕΙΣ:** Μ. ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ Α.Ε.  
Αγ. Νικολάου 102, 16674 Γλυφάδα,  
Τηλ.: 210-8947 002, Fax: 210 8941 551  
e-mail: info@pitsilidis.gr, www.pitsilidis.gr

ΕΚΔΟΤΗΣ: **ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ\***  
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: **ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΔΑΓΛΑΣ\***  
ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: **ΜΙΧΑΛΗΣ ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ**  
ΑΡΧΙΣΥΝΤΑΚΤΗΣ: **Δρ. ΑΘΗΝΑ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ** Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ  
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: **Δρ. ΡΟΚΚΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ, Δρ. ΣΑΡΙΔΗ ΜΑΡΙΑ**  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: **ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ\*, ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΠΙΣΤΟΛΑΣ\***  
ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ: **ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΑ ΜΠΕΛΑΛΗ\***  
ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΕΝΤΥΠΟΥ: **ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ\***

ISSN 1791-9002

Το ΔΣ της ΕΝΕ\*:

**Δημήτριος Σκουτέλης:** Πρόεδρος, **Αριστείδης Δάγλας:** Γενικός Γραμματέας, **Νικόλαος Ορφανός:** Α' Αντιπρόεδρος,  
**Γεώργιος Δόντσιος:** Β' Αντιπρόεδρος, **Λάμπρος Μπίζας:** Ταμίας, **Αβραμίδης Γεώργιος:** Οργανωτικός Γραμματέας,  
**Κωνσταντία Μπελαλή:** Αναπληρωτής Γραμματέας

Μέλη ΔΣ:

Πιστόλας Δημήτριος, Αρβανίτης Γεώργιος, Ποντισίδης Γεώργιος, Κωστής Απόστολος, Ριζόπουλος Ρίζος,  
Δημητρέλης Δημήτριος, Γάκης Νικόλαος, Σπυράτος Φώτιος

#### ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**Δρ. ΚΩΝ/ΝΟΣ ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ** Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΣΔΥ  
**Δρ. ΣΟΦΙΑ ΖΥΓΑ** Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου  
**Δρ. ΕΥΜΟΡΦΙΑ ΚΟΥΚΙΑ** Λέκτορας Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ  
**ΘΕΟΧΑΡΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ** MSc Καθηγητής Εφαρμογών ΑΤΕΙ Κρήτης  
**Δρ. ΘΑΛΕΙΑ ΜΠΕΛΑΛΗ** Επίκουρη Καθηγήτρια ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

#### ΜΕΛΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

**Dr. Koutroubas Theodoros**, Professor, UC Louvain.  
**Dr. Ehrenfeld Mally**, RN, PhD, Head of Nursing dep. Associate Professor Tel-Aviv University, Dep of Nursing, Israel.  
**Dr. Papadopoulos Irena**, PhD, MA(Ed), BA, DipNEd, DipN, NDNCert, RGN, RM Professor of Transcultural Health and Nursing and Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health Middlesex University, London UK.  
**Dr. Papastavrou Enridiki**, Lecturer Department of Nursing, Cyprus University of Technology. President of the Council of Nursing and Midwifery.  
**Sironi Cecilia** RN, BSc, MSc Università degli Studi dell' Insubria-Varese Italy.  
**Sasso Lorendana**, Professore Associato, Università degli Studi di Genova.  
**Gennaro Rocco**, Vice Presidente IPASVI.

#### ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:

- 1. ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ**, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ
- 2. ΑΛΕΞΙΟΣ ΠΑΡΑΡΑΣ**, Δικηγόρος Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ
- 3. ΦΩΤΙΟΣ ΛΕΠΙΔΑΣ**, Νομικός Σύμβουλος της όης ΥΠΕ, DEA, Διοικητικό Δίκαιο, Montpellier France
- 4. ΦΩΤΕΙΝΗ ΕΛΕΝΗ ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΥ**, Παιδίατρος Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος Άθλησης και Ανάπτυξης Ν.Π. Αγλαΐα Κυριακού

<b>ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΑΠΟΣΤΟΛΑΡΑ</b> Διαπολιτισμική επικοινωνία .....	3
<b>ΡΕΚΛΕΙΤΗ ΜΑΡΙΑ, ΚΥΛΟΥΔΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, ΣΑΡΙΔΗ ΜΑΡΙΑ</b> Διερεύνηση της σχέσης εφήβων μαθητών με τον ηλεκτρονικό υπολογιστή και οι επιδράσεις της στην υγεία .....	5
<b>REKLEITI MARIA, KYLOUDIS PANAGIOTIS, SARIDI MARIA</b> Investigating adolescent students' relationship with computers and health-related effects .....	6
<b>ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ, ΜΠΙΖΑΣ ΛΑΜΠΡΟΣ</b> Αλληλεξάρτηση Υγείας και Κοινωνίας.....	12
<b>PARAGEORGIΟΥ GEORGIA, BIZAS LAMPROS</b> Interdependence of Health and Society .....	13
<b>ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ ΜΗΤΡΟΥΣΗ, ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΤΡΑΥΛΟΣ, ΕΥΜΟΡΦΙΑ ΚΟΥΚΙΑ, ΣΟΦΙΑ ΖΥΓΑ</b> Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση.....	21
<b>ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ MITROUSI, ANTONIOS TRAVLOS, EVMORFIA KOUKIA, SOFIA ZYGA</b> Stress theories: A critical review.....	22
<b>ΘΕΟΔΟΥΛΑ ΑΔΑΜΑΚΙΔΟΥ, ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΡΟΚΑ, ΑΘΗΝΑ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ</b> Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο (Μέρος ΙΙΙ): Αξιολόγηση από τους πληρεξούσιους .....	2
<b>THEODOULA ADAMAKIDOU, VASILIKI ROKA, ATHENA KALOKERINOU</b> Quality of life and cancer patient (part III): proxy assessment of patient quality of life .....	29
<b>ΚΟΪΝΗΣ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ, ΣΑΡΙΔΗ ΜΑΡΙΑ</b> Το mobbing στον εργασιακό χώρο. Επιπτώσεις mobbing στο χώρο της υγείας. Ανασκοπική μελέτη .....	36
<b>KOINIS ARISTOTELIS, SARIDI MARIA</b> Mobbing in the workplace. Effects mobbing in health care systems.....	37
<b>ΤΖΙΑΦΕΡΗ ΣΤΥΛΙΑΝΗ, ΧΑΝΙΑ ΜΑΡΙΑ, ΣΑΚΕΛΑΡΗ ΕΥΑΝΘΙΑ</b> Εργαλείο αξιολόγησης συνεργασίας οικογένειας ηλικιωμένων ασθενών και επαγγελματιών υγείας. Πιλοτική μελέτη .....	49
<b>TZIAFERI STYLIANI, CHANIA MARIA, SAKELLARI EVANTHIA</b> An Assessment tool of cooperation between elderly family and health professionals. A pilot Study.....	50
<b>CHRISTODOULIDIS GREGORY, WOZNIAC GRETA, TOSKA AIKATHERINE, SARIDI MARIA, ILIADIS CHARALAMBOS</b> Bernhardt-Roth Syndrome in young women. A rare case .....	61

**ΚΡΙΤΕΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

1. ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΥ ΘΕΟΔΟΥΛΗ	11. ΕΥΑΓΓΕΛΙΔΟΥ ΕΥΤΥΧΙΑ	21. ΚΟΥΡΑΚΟΣ ΜΙΧΑΗΛ	30. ΜΠΙΖΑΣ ΛΑΜΠΡΟΣ	39. ΣΤΑΘΑΡΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ
2. ΑΠΟΣΤΟΛΑΡΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ	12. ΕΥΓΕΝΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ	22. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΚΑΚΗ ΒΑΙΑ	31. ΜΟΥΣΟΓΛΟΥ ΓΙΑΝΝΗΣ	40. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ
3. ΒΕΛΟΝΑΚΗ ΒΕΝΕΤΙΑ-ΣΟΦΙΑ	13. ΕΥΛΑΒΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	23. ΜΑΓΓΟΥΛΙΑ ΠΟΥΛΥΞΕΝΗ	32. ΝΤΑΒΩΝΗ ΓΙΑΝΝΟΥΛΑ	41. ΣΤΑΜΑΤΑΚΗ ΠΕΤΡΟΥΛΑ
4. ΒΕΝΕΤΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ	14. ΙΩΑΝΝΙΔΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ	24. ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ ΜΑΡΙΑ	33. ΝΤΑΦΟΓΙΑΝΝΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ	42. ΣΤΟΥΦΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
5. ΓΕΡΑΛΗ ΜΑΡΙΑ	15. ΚΑΝΕΛΗ ΣΤΑΜΑΤΙΑ	25. ΜΕΛΛΟΥ ΚΑΣΣΙΑΝΗ	34. ΝΤΙΟΥΔΗ ΠΑΓΩΝΑ	43. ΤΑΝΗ ΣΟΦΙΑ
6. ΠΑΚΟΥΜΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ	16. ΚΑΠΕΛΛΑ ΜΑΡΙΑ	26. ΜΟΥΓΙΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ	35. ΠΑΛΗΤΖΗΚΑ ΔΗΜΗΤΡΑ	44. ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ
7. ΓΚΟΛΦΙΝΟΠΟΥΛΟΥ ΚΑΣΣΙΑΝΗ	17. ΚΑΡΑΙΣΚΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ	27. ΜΠΑΛΑΣΚΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ	36. ΠΑΝΤΑΖΗ ΚΥΡΙΑΚΟΥΛΑ	45. ΧΑΤΖΙΚΑ ΚΑΛΛΙΟΠΗ
8. ΓΛΟΥΦΤΣΗ ΕΛΕΝΗ	18. ΚΑΡΑΛΗ ΝΕΚΤΑΡΙΑ	28. ΜΠΑΡΕ ΕΛΠΙΔΑ	37. ΠΑΥΛΑΤΟΥ ΝΙΚΗ	46. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ
9. ΔΑΛΛΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	19. ΚΑΥΚΙΑ ΘΕΟΔΩΡΑ	29. ΜΠΑΡΟΥΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	38. ΡΕΚΛΕΙΤΗ ΜΑΡΙΑ	
10. ΔΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑΝΑ	20. ΚΟΛΟΒΟΣ ΠΕΤΡΟΣ			

## Διαπολιτισμική Επικοινωνία

**Η** ποιοτική συνεργασία μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή πραγματοποιείται με την ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων που βασίζονται στην εμπιστοσύνη και την αποτελεσματική επικοινωνία. Η επικοινωνία είναι μια δυναμική και συνεχής διαδικασία κατά την οποία ένα άτομο αλληλεπιδρά με άλλο άτομο με τη χρήση γραπτού ή προφορικού λόγου, χειρονομιών, εκφράσεων προσώπου και στάσης του σώματος.

Η ικανοποιητική επικοινωνία μεταξύ ασθενή και ατόμου που παρέχει φροντίδα υγείας, σύμφωνα με πάρα πολλές μελέτες, συνδέεται με μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών, καλύτερη προσαρμογή στα θεραπευτικά σχήματα και βελτιωμένα θεραπευτικά αποτελέσματα. Η αποτελεσματική διαπολιτισμική επικοινωνία περιλαμβάνει το σεβασμό των πολιτισμικών διαφορών, την επιθυμία απόκτησης γνώσης των αξιών των πολιτισμών και την αποδοχή διαφορετικών πολιτισμικών τρόπων ζωής.

Οι δεξιότητες της επικοινωνίας περιλαμβάνουν τη λεκτική επικοινωνία (γλώσσα, διάλεκτοι, τόνος και αποχρώσεις της φωνής), τη μη λεκτική επικοινωνία (οπτική επαφή, χειρονομίες, κινήσεις του σώματος, εκφράσεις του προσώπου καθώς και ειδικές πρακτικές (αποδεκτοί τρόποι χαιρετισμού, η χρήση του εθιμοτυπικού πρωτοκόλλου κατά τη προσφώνηση των ονομάτων). Όλα αυτά τα στοιχεία είναι πιθανό να διαφέρουν ανάμεσα στις κουλτούρες και η άγνοια τους μπορεί να επιφέρει εμπόδια στην επικοινωνία. Για παράδειγμα σε κάποιους πολιτισμούς το να κουνάς το κεφάλι πάνω κάτω σημαίνει ότι γνέφεις καταφατικά, ενώ το να κουνάς το κεφάλι δεξιά αριστερά σημαίνει όχι, κινήσεις με αντίστροφο μήνυμα σε πολλές κουλτούρες.

Το σημαντικότερο όμως στοιχείο αλλά και εμπόδιο για την αποτελεσματική επικοινωνία είναι η γλώσσα. Οι γλωσσικές διαφορές επηρεάζουν κατά ένα πολύ μεγάλο βαθμό την επικοινωνία. Έλλειψη κατανόησης ή παρερμηνεία των γλωσσικών εκφράσεων μπορεί να οδηγήσει σε επικοινωνιακή αποτυχία. Ως λύση για να υπερκεραστεί ο γλωσσικός φραγμός προτείνεται να λειτουργήσουν σαν διερμηνείς οι συγγενείς, το προσωπικό με το ίδιο πολιτισμικό υπόβαθρο με τον ασθενή ή ένας επαγγελματίας διερμηνέας.

Όλες όμως οι παραπάνω εναλλακτικές προτάσεις έχουν πλεονεκτήματα αλλά και βασικά μειονεκτήματα. Σαφέστατα, η παρουσία των συγγενών και φίλων δίνει στον ασθενή την αίσθηση της ασφάλειας και οι συγγενείς είναι πάντα διαθέσιμοι, αλλά ίσως να μην έχουν ικανοποιητικό επίπεδο της ομιλούμενης γλώσσας ώστε να μεταφράσουν σωστά μια πληροφορία ή να μην μεταφράσουν όλο το περιεχόμενο θεωρώντας ότι μερικά στοιχεία δεν είναι απαραίτητο να ειπωθούν.

Επίσης, ένας σημαντικός αρωγός στην επικοινωνία μεταξύ των διαφορετικών κουλτούρων αποτελεί ένα μεγάλο ποσοστό του προσωπικού με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή που εργάζεται στα νοσοκομεία. Στις γλώσσες όμως υπάρχουν πολλές διαφορές λόγω ποικιλίας στις διαλέκτους αλλά σύμφωνα και με έρευνες οι ομοεθνείς ασθενείς είναι πιο απαιτητικοί ασθενείς σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς, γεγονός που μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στο προσωπικό με το ίδιο πολιτισμικό υπόβαθρο κατά την άσκηση των καθηκόντων του.

Πολλά όμως είναι τα νοσοκομεία που προσπαθούν να παρέχουν επαγγελματίες διερμηνείς. Θα πρέπει η επιλογή τους να είναι πολύ προσεκτική γιατί πρώτον δεν έχουν όλοι οι άνθρωποι τις ίδιες γνώσεις σε θέματα υγείας και δεύτερον να προασπίζεται το ζήτημα της εχεμύθειας μιας και αποτελεί εξέχουσα ηθική αξία στον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας των επαγγελματιών υγείας.

Ίδανικά ο θεσμός του Διαπολιτισμικού Μεσολαβητή, θεσμός ανερχόμενος στην Ελλάδα, θα λειτουργήσει ως δίαυλος επικοινωνίας μεταξύ ατόμων με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή και υπηρεσιών υγείας διασφαλίζοντας θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα.

Ένα ακόμη στοιχείο κατά την επικοινωνία μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας αποτελεί η γνώση των οικογενειακών δεσμών, των μελών του φιλικού υποστηρικτικού δικτύου καθώς και των «σημαντικών άλλων» γιατί είναι απαραίτητα για να προσδιοριστεί ο ρόλος τους κατά την παροχή φροντίδας και για την λήψη σημαντικών αποφάσεων που αφορούν στην υγεία του ασθενή.

Επίσης στη διαπολιτισμική επικοινωνία σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν ο προσωπικός χώρος. Ο προσωπικός χώρος θεωρείται η απόσταση που αναγκαία πρέπει να τηρείται κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας δύο

ή περισσότερων ατόμων η παραβίαση της οποίας συνεπάγεται πιθανή απώλεια της άνεσης, έως και προσβολή του ατόμου. Σε κάποιες χώρες οι άνθρωποι στέκονται σε απόσταση ενός περίπου μέτρου από το συνομιλητή τους και σε άλλες κουλτούρες οι άνθρωποι στέκονται αρκετά κοντά, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει αμηχανία σε κάποιον που δεν είναι εξοικειωμένος με αυτή την προσέγγιση.

Βασικό στοιχείο διαφορετικότητας μεταξύ των διαφορών πολιτισμών αποτελεί και η βλεμματική επαφή, ως μη λεκτική συμπεριφορά επικοινωνίας. Οι Έλληνες επαγγελματίες υγείας προέρχονται από μια κουλτούρα που δίνει έμφαση στην οπτική επαφή κατά την διάρκεια της συνομιλίας, αλλά σε άλλες κουλτούρες για παράδειγμα δείχνουν σεβασμό όταν αποφεύγουν να κοιτούν απευθείας στα μάτια το συνομιλητή τους.

Επίσης, οι χειρονομίες και το άγγιγμα του σώματος ενός ανθρώπου είναι ζητήματα εξέχουσας σημασίας κατά την προσέγγιση ενός ασθενή με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή. Οι χειρονομίες διαφέρουν σε κάποια πολιτισμικά πλαίσια και είναι καλύτερο να αποφεύγονται. Ενώ αναγνωρίζονται τα πολύ σημαντικά οφέλη που προκύπτουν από την εδραίωση θεραπευτικής σχέσης μέσω της επαφής, η φυσική επαφή με τους ασθενείς μπορεί να κρύβει διαφορετικά μηνύματα στους διάφορους πολιτισμούς. Το πιο εμφανές ζήτημα κατά την επαφή αφορά στην εξέταση ασθενούς διαφορετικού φύλου από τον επαγγελματία υγείας, ιδιαίτερα σε κουλτούρες όπως οι μουσουλμάνοι και οι εβραίοι.

Τέλος, οι πολιτισμοί που έχουν πιο συνεκτικό περιεχόμενο λέξεων (high context cultures) επικοινωνούν μεταξύ τους με έμμεσο και πιο σιωπηρό τρόπο (υπάρχουν πολλές ερμηνείες για αυτά που λένε), σε αντίθεση με κουλτούρες που το περιεχόμενο των λέξεων είναι πιο χαλαρό (low context cultures) που οι άνθρωποι επικοινωνούν με άμεσο και σαφή τρόπο. Το περιεχόμενο των λέξεων διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο κατά την αποστολή και τη λήψη μηνυμάτων επικοινωνίας.

Είναι προφανές ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί κατά την οικοδόμηση της θεραπευτικής σχέσης με ασθενείς που προέρχονται από διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο αξιολογώντας με σεβασμό και εντάσσοντας στην καθημερινή πρακτική τα ιδιαίτερα στοιχεία της αποτελεσματικής διαπολιτισμικής επικοινωνίας.

## **ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Andrews M. & Boyle J. (1999) *Transcultural Concepts in nursing care*. Philadelphia: Lippincot, Williams & Wilkins.
- College of Nurses of Ontario (2009). *Practice Guideline: Culturally Sensitive Care*. Available at [http://www.cno.org/Global/docs/prac/41040\\_CulturallySens.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/prac/41040_CulturallySens.pdf) Accessed Jun 22, 2011.
- Giger J., & Davidhizar R. (2008) *Transcultural nursing: Assessment and intervention*. St. Louis: 5th Edition. Mosby/Elsevier.
- Omeri A., & Raymond L. (2009) Diversity in the context of multicultural Australia: Implications for nursing practice. In Daly, J. Speedy S & Jackson D (Eds.) *Contexts of nursing: An introduction*. Ch. 19, 3rd Edition, Australia: Elsevier, ChurchillLivingstone.
- Purnell, L., & Paulanka, B. (2008). *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: F.A. Davis
- Stewart M., Brown B., Boon H., Galadja J., Meredith L., Sangser M. (1999) Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prevention and Control* 3(1):25-30.
- Weech-Maldonado R., Morales S., Spritzer K., Elliot M., Hays D. (2001) Racial and ethnic differences in parents' assessments of pediatric care in Medicaid managed. *Health Services Research* 36(3):575-595.
- Ευρωπαϊκός Διαπολιτισμικός Διάλογος (2007). *Ευρωπαϊκός Διαπολιτισμικός Χώρος εργασίας*. Leonardo Da Vinci: European Intercultural Workplace (EIW). Ανάκτηση από [http://immi.se/eiw/texts/National\\_Report\\_Greek.pdf](http://immi.se/eiw/texts/National_Report_Greek.pdf) Πρόσβαση στις 13 Μαρτίου 2010.
- Papadopoulos I., Καλοκαιρινού Α., Κουτά Χ. (2011) *Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και Πολιτισμική Επάρκεια για τους Επαγγελματίες Υγείας*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Saldana D. (2010). Πολιτισμική επάρκεια, Ένας πρακτικός οδηγός για εργαζόμενους σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αθήνα: Κέντρο Βαβέλ (Βλασοπούλου Α, μτφ, επιστ. επιμ. Γκιωνάκης Ν). Διαθέσιμο σε [http://www.syn-eirmos.gr/Sub\\_vavel/pdfs/Pol\\_epar.pdf](http://www.syn-eirmos.gr/Sub_vavel/pdfs/Pol_epar.pdf) Πρόσβαση στις 9 Σεπτεμβρίου 2011.
- Φίλη Κ. (2006) *Φροντίδα υγείας ατόμων με πολιτισμικές διαφορές: θεωρητικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Τμήμα Νοσηλευτικής: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

**Δρ. Παρασκευή Αποστολάρα**  
Εκπαιδευτικός Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης- Νοσηλεύτρια  
Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΚΠΑ-Τμήματος Νοσηλευτικής  
Εκπαιδεύτρια ΙΕΚ



# Διερεύνηση της σχέσης εφήβων μαθητών με τον ηλεκτρονικό υπολογιστή και οι επιδράσεις της στην υγεία

**Ρεκλείτη Μαρία**, Νοσηλεύτρια, MSc, PhD©, Γ. Ν. Κορίνθου  
e-mail: mrekliti@gmail.com

**Κυλούδης Παναγιώτης**, Νοσηλευτής, MSc, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου» Θεσ/νίκης  
e-mail: pkiloydi@yahoo.gr

**Σαρίδη Μαρία**, Νοσηλεύτρια, BSc, MSc, PhD, Γ. Ν. Κορίνθου  
e-mail: sarmar32@windowslive.com

---

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η παγκόσμια διάδοση της χρήσης του ηλεκτρονικού υπολογιστή έδωσε το πλεονέκτημα της γρήγορης ανταλλαγής της πληροφορίας. Την τελευταία δεκαετία το ερώτημα των ερευνητών και της κοινής γνώμης αφορά τη σχέση των υπολογιστών με διάφορα σωματικά και ψυχικά προβλήματα των χρηστών.

**Σκοπός:** Με την παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιείται προσπάθεια διερεύνησης της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ των εφήβων με τον ηλεκτρονικό υπολογιστή και οι ψυχολογικές και σωματικές επιδράσεις της χρήσης του.

**Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στη διαθέσιμη έντυπη ελληνική βιβλιογραφία και τις βάσεις δεδομένων Medline και Scopus, στην αγγλική γλώσσα και με τη βοήθεια των λέξεων – κλειδίων: “computers”, “students”, “internet and adolescent”, “psychological effects”, “effectiveness in health” μόνες ή σε συνδυασμό μεταξύ τους. Από το σύνολο των μελετών, στην ανασκόπηση εντάχθηκαν όσες αφορούσαν το υπό διερεύνηση θέμα.

**Αποτελέσματα:** Η χρήση του υπολογιστή και του διαδικτύου ως μέσο εκπαίδευσης μπορεί να οριοθετήσει τις διαμορφωμένες συνθήκες διδασκαλίας και να βοηθήσει στη μάθηση και την ανάπτυξη γλωσσικών και άλλων ιδιοτήτων των μαθητών, δεν πρέπει όμως να θεωρηθεί ως η λύση για όλα τα μαθησιακά προβλήματα. Κίνδυνο για τους εφήβους αποτελεί το φαινόμενο της «προβληματικής χρήσης του διαδικτύου», καθώς και οι σωματικές παθήσεις από την πολύωρη ενασχόληση με τον υπολογιστή. Συμπεράσματα: Η εισαγωγή των υπολογιστών στην εκπαιδευτική διαδικασία θεωρείται πλέον επιβεβλημένη για την προαγωγή της μάθησης. Η ορθή χρήση του υπολογιστή και του διαδικτύου μπορεί να υποβοηθήσει στην ανάπτυξη της προσωπικότητας των εφήβων και να αποτελέσει ένα υγιές μέσο αναψυχής στον ελεύθερο χρόνο τους. Επιπλέον, η διδασκαλία των εφήβων από τους επαγγελματίες υγείας για την απαραίτητη εργονομία του χώρου και τη στάση του σώματος κατά τη χρήση του υπολογιστή θα δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για την αποφυγή χρόνιων παθήσεων, που σχετίζονται με αυτόν.

**Λέξεις-κλειδιά:** «διαδίκτυο και έφηβοι», «ηλεκτρονικός υπολογιστής», «επιδράσεις στην υγεία», «μαθητές», «ψυχολογικές επιδράσεις»

# Investigating adolescent students' relationship with computers and health-related effects

**Rekleiti Maria**, RN, MSc, PhD©, General Hospital of Korinthos  
e-mail: mrekliti@gmail.com

**Kyloudis Panagiotis**, RN, MSc, General Hospital "G. Papanikolaou" Thessaloniki  
e-mail: pkiloydi@yahoo.gr

**Saridi Maria**, RN, BSc, MSc, PhD, General Hospital of Korinthos  
e-mail: sarmar32@windowslive.com

---

## ABSTRACT

**Introduction:** International widespread use of computers has led to fast-paced exchange of information. In the last decade, researchers and public opinion share the same questions regarding use of computers and physical or mental problems of the users.

**Aim:** This literature review aims at investigating the relationship between teenagers and computers and psychological and/or physical effects caused by using them.

**Method:** We researched all available Greek printed literature and also Medline and Scopus in English using the following keywords: "computers", "students", "internet and adolescents", "psychological effects", "effectiveness in health" individually and in various combinations. From all the studies found, only those strictly relevant to the topic were included in the present study.

**Results:** The use of computers as a means of education can put a limit to the established teaching conditions and can also help students with their linguistic -and non such- capability, but it shouldn't be considered as the solution to every learning problem. Teenagers run a risk for 'problematic internet use', as well as for medical conditions due to prolonged computer use.

**Conclusions:** The use of computers in the educational procedure is considered necessary in order to promote learning. Correct use of computers and the internet can help adolescents develop their personalities and can also be a healthy means of recreation in their free time. Furthermore, adolescents should be instructed by health professionals about setting up an ergonomically sound computer workstation. This way, computer-related risks and chronic conditions can be avoided.

**Key words:** 'internet and adolescents', 'personal computer', 'health effects', 'students', 'psychological effects'

---





## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Η** ενσωμάτωση των ηλεκτρονικών υπολογιστών στην καθημερινότητα είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός. Η εύκολη πρόσβαση που προσφέρουν σε πληροφορίες, σε γνώσεις και βιβλιογραφικά δεδομένα καθιστούν τη χρήση τους αναπόσπαστο κομμάτι στο οικιακό περιβάλλον, σε κάθε είδους υπηρεσία και στα εκπαιδευτικά ιδρύματα.

Όλες σχεδόν οι εκπαιδευτικές μονάδες και οι οικίες έχουν εξοπλιστεί με υπολογιστές και η συντριπτική πλειοψηφία των μαθητών τους χρησιμοποιεί καθημερινά, αφού αποτελούν ένα πρόσθετο εργαλείο τόσο για εκπαίδευση, όσο και για αναψυχή. Το ερώτημα που συζητείται ευρέως σχετίζεται με το αν τα νέα αυτά τεχνολογικά επιτεύγματα αποτελούν πιθανή απειλή για τη φυσική, σωματική και ψυχολογική κατάσταση των ανήλικων χρηστών (Villani, 2001).

### Ο ηλεκτρονικός υπολογιστής ως χρήσιμο εργαλείο

Ο ηλεκτρονικός υπολογιστής είναι ένα μηχάνημα που εφευρέθηκε και αναπτύχθηκε από τον άνθρωπο, προκειμένου να του απλουστεύσει τη ζωή. Όπως ισχύει και για το σύνολο των μηχανημάτων και εργαλείων, η ωφέλεια ή η βλάβη τους εξαρτάται από τον τρόπο χρήσης.

Ο υπολογιστής, ως εργαλείο επεξεργασίας πληροφοριών, δίνει τη δυνατότητα διασύνδεσης με ηλεκτρονικά δίκτυα και εποπτικά μέσα. Το ιδιαίτερο αυτό χαρακτηριστικό του προσφέρει όγκο πληροφοριών, εμπλουτίζει το μαθησιακό περιβάλλον, παρέχει νέα γνώση, βελτιώνει τη διαδικασία της μάθησης και αναδεικνύεται χρήσιμο εργαλείο για τους εκπαιδευτικούς και το οικογενειακό περιβάλλον. Οι πρώτες μελέτες σχετικά με την επίδραση του υπολογιστή και τη χρήση του διαδικτύου για εκπαίδευση ως βοηθητικό εργαλείο στο σπίτι έβρισκαν σύμφωνους τους γονείς, οι οποίοι δεν επιθυμούσαν να μειονεκτούν τα παιδιά τους σε σχέση με τα υπόλοιπα στην προετοιμασία για το σχολείο (Fouts, 2000). Η χρήση των υπολογιστών από το εκπαιδευμένο εκπαιδευτικό προσωπικό και από τον ενήμερο γονέα θεωρείται κατάλληλη για την διαδικασία της μάθησης. Οι Ράπτης & Ράπτη ορίζουν τρεις παράγοντες αλληλεπίδρασης στην εκπαίδευση: τα παιδιά, τους υπολογιστές και την επικοινωνία. Η αλληλεπίδραση με τον χρήστη-μαθητή ανοίγει νέους ορίζοντες γνώσης, ενδιαφέρουσες προοπτικές και εξαρτάται κατά πολύ από την προσωπικότητα του χρήστη και τον δρόμο που ακολουθεί στην προσωπική του αναζήτηση (Ράπτης & Ράπτη 2000). Επίσης, ο υπολογιστής μπορεί με επιτυχία να υποκαταστήσει τις φυσικές αδυναμίες των παιδιών και να τους βοηθήσει να έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες, ώστε να μην υπολείπεται η εκπαίδευσή τους. Η εκσυγχρονισμένη πλέον τεχνολογία και τα υποστηρικτικά εργαλεία προσφέρουν τα μέγιστα στην εκπαίδευση των παιδιών με ειδικές ανάγκες. Διαφαίνεται η ανάγκη για εμπλουτισμό του διδακτικού προγράμματος στα scho-

λεια με νέες μεθόδους και τεχνολογίες, ώστε να ξεπεραστούν πρακτικά μαθησιακά προβλήματα (Δαναοσύ-Αφεντάκης, 1997).

### ΣΚΟΠΟΣ

Με την παρούσα ανασκοπική μελέτη επιχειρείται η διερεύνηση της σχέσης των εφήβων μαθητών με τον ηλεκτρονικό υπολογιστή τόσο στην εκπαιδευτική διαδικασία, όσο και ως μέσο αναψυχής, η ανάλυση των μειονεκτημάτων και πλεονεκτημάτων της χρήσης του, καθώς και οι επιδράσεις στην υγεία.

### ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων Medline και Scopus, στην αγγλική γλώσσα και με τη βοήθεια των λέξεων – κλειδιών: “computers”, “students”, “education”, “using information technology”, “internet”, “internet and adolescent”, “psychological effects”, “effectiveness in health” μόνες ή σε συνδυασμό μεταξύ τους. Αντίστοιχα, αναζητήθηκαν πληροφορίες στις επίσημες εκδόσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και τη διαθέσιμη έντυπη ελληνική βιβλιογραφία σχετικά με τη χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή και τις ψυχολογικές και σωματικές επιδράσεις του στους εφήβους. Η βιβλιογραφική αναζήτηση αφορούσε τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τη χρησιμότητα του ηλεκτρονικού υπολογιστή ως εργαλείου μάθησης και αναψυχής, διερεύνηση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων της χρήσης του από τους μαθητές και τις ψυχολογικές και σωματικές επιδράσεις της χρήσης τόσο του υπολογιστή, όσο και του διαδικτύου στους εφήβους μαθητές. Το χρονικό διάστημα της ανασκόπησης αφορούσε την τελευταία εικοσαετία, αφού οι σχετικές με το θέμα μελέτες εμφανίζονται δειλά στις αρχές της δεκαετίας του '90 και πολύ αργότερα η επιστημονική κοινότητα αρχίζει τη συστηματική μελέτη των επιδράσεων των υπολογιστών στους εφήβους.

Ως αποδεκτές στη βιβλιογραφική ανασκόπηση κρίθηκαν πρωτότυπες μελέτες, που αναφέρονταν στις επιπτώσεις της χρήσης των ηλεκτρονικών υπολογιστών στην ψυχική και σωματική υγεία των εφήβων και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της χρήσης τους τόσο στη διαδικασία της μάθησης, όσο και της οικιακής χρήσης για αναψυχή. Από το σύνολο των μελετών που προέκυψαν από την ανασκόπηση, στη μελέτη εντάχθηκαν 21, που αφορούσαν το υπό διερεύνηση θέμα. Αποκλείστηκαν ερευνητικές μελέτες με μικρό δείγμα ή ανασκοπικές μελέτες των οποίων τα αποτελέσματα δεν μπορούσαν να γενικευθούν.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η εφαρμογή της τεχνολογίας στην εκπαίδευση αντιμετωπίζει δυσκολία ως προς τον τρόπο της αναγνώρισης ενός μαθησιακού προβλήματος, την αναποτε-

λεσματικότητα των παραδοσιακών μέσων διδασκαλίας και την γνώση χειρισμού από το εκπαιδευτικό προσωπικό. Ανάλογα, η χρήση των υπολογιστών ως μέσων αναψυχής και κοινωνικής δικτύωσης υποκρύπτει κινδύνους για τους εφήβους ως προς τον ορθό τρόπο χρήσης και τις γνώσεις του οικείου περιβάλλοντος σχετικά με την προστασία που χρειάζεται ο ανήλικος χρήστης.

### **Τα πλεονεκτήματα της χρήσης του ηλεκτρονικού υπολογιστή**

Ο υπολογιστής μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο εκπαίδευσης, αφού είναι ιδανικός για τη διδασκαλία κάποιων μαθημάτων, χωρίς να υπερεκτιμηθεί η αξία του. Μπορεί να οριοθετεί τις διαμορφωμένες συνθήκες διδασκαλίας και να περιορίζει τα αισθητηριακά ερεθίσματα, κρατώντας τον μαθητή συγκεντρωμένο στο αντικείμενο διδασκαλίας (Meadows & Leask, 2000). Οι υπολογιστές είναι μηχανήματα που ελέγχονται πλήρως, η «λάθος απάντηση» δεν έχει καμία επίπτωση στη βαθμολογία του μαθητή και είναι σταθεροί στη συμπεριφορά τους, αφού είναι μικρότερη απειλή για τον μαθητή να τον διορθώνει ο υπολογιστής παρά ο δάσκαλος ή ο γονέας του. Τα διδακτικά προγράμματα, εκτός από άμεση και σωστή πληροφόρηση, προσφέρουν θετική ενίσχυση σε κάθε σωστή απάντηση για το αποτέλεσμα της δράσης του (Scrimshaw, 1997).

Επιπλέον, επιδέχονται βελτίωση και προάγουν τόσο τη λεκτική, όσο και τη μη-λεκτική έκφραση. Η δυνατότητα της επανάληψης βοηθά στη μάθηση και την ανάπτυξη γλωσσικών και άλλων ιδιοτήτων των μαθητών, αφού συμπεριλαμβάνουν ακουστικά, αισθητικά, οπτικά και κινητικά ερεθίσματα (Underwood, 2000). Λόγω της ευκολίας του χειρισμού τους τα παιδιά ανακαλύπτουν ένα νέο και συναρπαστικό πεδίο γνώσης και αυτό το γεγονός τους κινεί να μάθουν, βοηθώντας τα να αναπτύξουν την επάλληλη σκέψη. Η αμεσότητα των απαντήσεων που δίνει ο υπολογιστής μειώνει τα λάθη, είναι εύκολη η ανάγνωση κειμένων, τα οποία βρίσκονται με το πάτημα ενός κουμπιού, όλες οι εργασίες και οι πληροφορίες μπορούν να «σωθούν» ή να εκτυπωθούν και η παρουσίασή τους να είναι άψογη εμφανισιακά. Ο υπολογιστής δεν κουράζεται ποτέ, μπορεί να δουλεύει ασταμάτητα και δεν αντιδρά αρνητικά στην επανάληψη δραστηριοτήτων ή πληροφοριών (Detheridge, 1996).

Τα προγράμματα των υπολογιστών επιδέχονται οποιαδήποτε τροποποίηση σύμφωνα με τις ατομικές ανάγκες κάθε παιδιού, καθώς και τα εξαρτήματά τους για τη διευκόλυνση των παιδιών με ειδικές ανάγκες (McKeown, 2000). Προάγουν την κοινωνική αποδοχή σε ευαίσθητες ομάδες μαθητών, ακόμα και χωρίς την υποστήριξη του εκπαιδευτικού. Η δράση μεταξύ παιδιού και υπολογιστή οδηγεί στην ανάπτυξη φιλικού κλίματος, όπου το παιδί μπορεί να εκφραστεί ελεύθερα και αυθόρμητα, δεν φοβάται το «λάθος» και τη γελοιοποίηση.

### **Τα μειονεκτήματα της χρήσης του ηλεκτρονικού υπολογιστή**

Η χρήση του υπολογιστή δεν πρέπει να θεωρηθεί ως η λύση για όλα τα μαθησιακά προβλήματα. Παράλληλα με τις πολλές δυνατότητες που μπορεί να προσφέρει στην εκπαιδευτική διαδικασία, υπάρχουν και κάποια χαρακτηριστικά, που εμφανίζουν τις αδυναμίες του (Στασινός, 1989).

Ο υπολογιστής δεν μπορεί να δώσει απαντήσεις σε όλα τα ερωτήματα και τους προβληματισμούς που ανακύπτουν στην αίθουσα διδασκαλίας, χωρίς όμως να υποβιβάζεται η αξία του. Σημαντική είναι η επιλογή του λογισμικού, αφού υπάρχει πληθώρα προγραμμάτων, τα οποία δεν προάγουν τη μάθηση. Χρειάζεται σωστή επιλογή και εκπαιδευτικοί που να είναι γνώστες του αντικειμένου, ώστε να εντοπίζουν και να κατευθύνουν το μαθητή στη χρήση του σωστού προγράμματος (Σιμάτος, 1995).

Δεν υπάρχει η ανθρώπινη αμεσότητα και ο αυθορμητισμός, χαρακτηριστικά ενάντια στην ανάπτυξη των ανθρωπίνων σχέσεων. Τα λεκτικά μηνύματα του υπολογιστή είναι μονότονα, καθώς λειτουργεί δίχως συνείδηση και συναίσθημα. Δεν μπορούν να υποκαταστήσουν την προσωπικότητα του εκπαιδευτικού και να καλύψουν την ανάγκη της προσωπικής επαφής και επιβράβευσης, ούτε συναισθηματικές ανάγκες των μαθητών σε ευαίσθητες ηλικίες. Επίσης, δεν συμβουλεύουν ούτε κατευθύνουν, δεν παρέχουν ψυχολογική στήριξη, ούτε προτρέπουν τους μαθητές, τον καθένα ξεχωριστά, να καλλιεργήσει τα προσωπικά του χαρίσματα και να αναπτύξει τα προσόντα του (Wilkinson-Tilbrook, 1995).

### **Σχέση και επιδράσεις του ηλεκτρονικού υπολογιστή στον έφηβο μαθητή**

Η Ψυχολογία και η Παιδαγωγική θέτουν τα επιστημονικά κριτήρια για τη συμμετοχή του μαθητή στη διδασκαλία με υπολογιστή.

Η Ψυχολογία εξηγεί τη συναισθηματική τοποθέτηση του μαθητή και την αντίληψή του σε σχέση με τα αγαθά που του παρέχονται στη διαδικασία της μόρφωσής του. Όταν ο υπολογιστής χρησιμοποιείται ως μέσο δεν παρουσιάζονται προβλήματα στη σφαίρα του συναισθήματος. Τα κριτήρια επιλογής του υπολογιστή ως μέσο διδασκαλίας δεν διαφέρουν από τα κριτήρια επιλογής των υπολοίπων αντικειμένων ή εποπτικών μέσων διδασκαλίας. Αναλυτικότερα, το μέσο διδασκαλίας θα πρέπει να κινητοποιεί τη συμμετοχή και τη δράση του μαθητή, να έχει τη δυνατότητα να του ανακαλεί παρελθόντες παραστάσεις μάθησης, να δημιουργεί νέα μαθησιακά ερεθίσματα, να παρέχει γρήγορη ανατροφοδότηση και ενεργοποίηση της απόκρισης του μαθητή και να ενισχύει την πρακτική άσκηση (Rowntree, 1982).

Η αντίληψη του μαθητή, όσον αφορά τη γνώση που του παρέχει ο υπολογιστής, είναι ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας. Η Γνωστική Ψυχολογία εξηγεί, μέσα από έρευνες την τελευταία δεκαετία, τον



τρόπο αντίληψης του μαθητή σχετικά με έννοιες και τον τρόπο δημιουργίας παραστάσεων του περιβάλλοντος. Σύμφωνα με τις μελέτες, η εμπειρία αποτελεί τον σημαντικότερο μέσο δημιουργίας παραστάσεων του ατόμου που αναπτύσσεται. Ο μαθητής σχηματίζει τις παραστάσεις μέσα από την εμπειρία και με αυτόν τον φυσικό τρόπο μπορεί να διακρίνει την οντότητα των πραγμάτων. Υψηλότερος νοητικά τρόπος αντίληψης αποτελεί και η δημιουργία παραστάσεων των πραγμάτων μέσα από τη χρήση συμβόλων. Τα νοητικά εργαλεία είναι τα μέσα που χρησιμοποιεί ο άνθρωπος για τη δημιουργία παραστάσεων με τη χρήση συμβόλων, τα οποία δημιουργούν τη θεωρία των αντικειμένων του περιβάλλοντος και αποσυνδέουν την παράσταση από την εμπειρία (Somekh & Davis, 1997).

Θεωρώντας τη τεχνολογία ως νοητικό εργαλείο που μπορεί εύκολα να προσαρμοστεί στις ανάγκες του ατόμου, παρουσιάζει κάποιες συγκεκριμένες ιδιότητες, όπως την ταχύτητα της διαδικασίας, τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν τα σύμβολα, τη δυνατότητα του μαθητή της μετατροπής των συμβόλων και την αξιολόγηση και παρέμβαση σε ανεκπαιδευτους να αποκτήσουν υψηλές νοητικές δραστηριότητες, μέσω της χρήσης συμβόλων. Ανάλογα, οι ιδιότητες της πληροφορικής, όπως η επικοινωνία ιδεών και πληροφορίας, η ανάκτηση και ο χειρισμός τους, η δυνατότητα κατασκευής προτύπων και η μέτρηση και αξιολόγηση της γνώσης, μπορεί να οδηγήσει τον μαθητή στην απόκτηση της θεωρίας της γνώσης και την αποσύνδεσή της από συγκεκριμένες παραστάσεις. Αν αποφευχθούν οι υπερβολές στη χρήση του υπολογιστή, ο μαθητής βοηθείται επιπλέον στην ανάπτυξη κριτικής σκέψης, που αποτελεί και έναν από τους κύριους στόχους της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Η αντίληψη αφορά την απτή πραγματικότητα και όχι την εικονική, που προβάλλει ο υπολογιστής (Somekh & Davis, 1997).

Κάνοντας μια αναδρομή στις αρχές του αιώνα, παρατηρείται το ενδιαφέρον της Παιδαγωγικής επιστήμης σχετικά με τη σημασία της εμπειρίας του μαθητή στην εκπαιδευτική πρακτική. Ο Dewey αναφέρει ότι η διδασκαλία πρέπει να μιμείται τον τρόπο σκέψης του μαθητή: να ξεκινά από ένα πρόβλημα, να ακολουθεί η αντιμετώπιση του προβλήματος με διάφορες λύσεις και η εμπειρία που αποκτάται κατά τη φάση της επίλυσης του προβλήματος να αξιοποιείται στο μέλλον σε παρόμοιες καταστάσεις (Ψωχέλλης, 1991). Συνεχίζοντας, αναφέρει ότι σημασία έχει και η ποιότητα της εμπειρίας που δέχεται ο μαθητής από το περιβάλλον. Συνεπώς, ευθύνη του εκπαιδευτικού αφορά την παροχή της εμπειρίας που θα οδηγήσει στην ποιοτική γνώση. Εφαρμόζοντας οι εκπαιδευτικοί τις νέες τεχνολογίες στη διαδικασία της διδασκαλίας, πρέπει να έχουν υπόψη τις στάσεις και τις απόψεις του Dewey, στοχεύοντας στην προαγωγή της γνώσης (Cabot, 1998).

Τα αναλυτικά σχολικά προγράμματα συστηματοποι-

ούν τη μαθησιακή εμπειρία, περιορίζοντας την αυτονομία εκπαιδευτικού και μαθητή, εκτελώντας δραστηριότητες σύμφωνα με αυτά. Τα διδακτικά προγράμματα, κυρίως των θεωρητικών μαθημάτων, παρουσιάζουν ορισμένα δομικά χαρακτηριστικά. Θέτουν εξαρχής γενικούς στόχους και σκοπούς, οι οποίοι αποβλέπουν σε εξειδικευμένα θέματα σε σχέση με το μάθημα. Περιλαμβάνουν την διδασκόμενη ύλη, τη μέθοδο διδασκαλίας, τα μέσα που θα χρησιμοποιηθούν, χρονοδιάγραμμα και στο τέλος, έλεγχο και αξιολόγησης της γνώσης. Τα δομημένα αυτά προγράμματα διδασκαλίας αποβλέπουν στην τελική επίτευξη των στόχων του μαθήματος και προϋποθέτουν πιστή ακολουθία και συνεργασία (Westphalen, 1982). Ο εκπαιδευτικός θα αποφασίσει ή όχι τη χρήση του υπολογιστή ως μέσο διδασκαλίας σύμφωνα με τη διδακτική ενότητα που διδάσκει και την επίτευξη των μαθησιακών στόχων. Αφού οριστούν οι στόχοι του μαθήματος, ο εκπαιδευτικός μπορεί να ελέγξει, σύμφωνα με τα κριτήρια της Ψυχολογίας και της Παιδαγωγικής, την καταλληλότητα του υπολογιστή και την ενσωμάτωσή του στη μέθοδο διδασκαλίας για την υποστήριξή της και την πραγμάτωση της μάθησης (Geisert & Futrell, 1990).

#### Η χρήση του διαδικτύου ως εκπαιδευτικό εργαλείο και ως μέσο αναψυχής

Το διαδίκτυο (internet) είναι ένα σύστημα συνδεδεμένων υπολογιστών που λειτουργεί σε παγκόσμιο επίπεδο και επιτρέπει στους χρήστες την ανταλλαγή πληροφοριών (Cambridge Advance Learners Dictionary). Εμφανίστηκε τη δεκαετία του '90 και εξελίχθηκε με ταχείς ρυθμούς, αποκτώντας εκατομμύρια χρήστες. Είναι ένα σύνθετο μέσο επικοινωνίας, παρέχει ελεύθερη και γρήγορη πρόσβαση σε οποιαδήποτε πληροφορία, αναπτύσσει την κοινωνικοποίηση και διευκολύνει την ενημέρωση (Cassell et al, 2006).

Οι μελέτες σχετικά με τη χρήση του διαδικτύου από τους εφήβους μαθητές δείχνουν ότι σε αρκετές περιπτώσεις η επικοινωνία μπορεί να είναι ιδιαίτερα επωφελής για κοινωνικά ανήσυχια, περιθωριοποιημένα ή ντροπαλά παιδιά, αφού μπορούν να εξασκούν τις κοινωνικές τους δεξιότητες δίχως τους κινδύνους που συνεπάγεται η προσωπική αλληλεπίδραση. Επίσης, ότι η χρήση του ως βοηθητικό μέσο για τη μόρφωσή τους διευκολύνει την ανάκτηση νέας γνώσης, επιλύει απορίες ή προβλήματα γρήγορα και άμεσα και ο όγκος της διαθέσιμης βιβλιογραφίας βοηθά στη μελέτη και σύνταξη πληθώρας εργασιών (Heitner, 2002; McKenna et al, 2002; Subrahmanyam et al, 2004). Παρά τους φόβους για διανομή ακατάλληλου για ανηλικούς υλικού μέσω του διαδικτύου, οι γονείς το θεωρούν ένα χρήσιμο εργαλείο για την μόρφωση των παιδιών. Πρόσφατη μελέτη διαπίστωσε ότι έφηβοι από οικογένειες χαμηλού εισοδήματος, με λογική χρήση του διαδικτύου για τη μόρφωσή τους, εμφάνισαν υψηλότερη

Βαθμολογία στις σχολικές επιδόσεις τους σε σχέση με τους εφήβους που έκαναν λιγότερη χρήση του διαδικτύου για το συγκεκριμένο λόγο (Jackson et al, 2006).

Άλλη μελέτη δείχνει ότι οι έφηβοι χρήστες μπορούν να είναι πιο ειλικρινείς στις σχέσεις τους μέσω διαδικτύου και πιο εύκολα να μοιράζονται συναισθήματα σε απευθείας σύνδεση, παρά με την προσωπική επαφή (McKenna & Bargh, 2000). Αυτή η ελευθερία στην επικοινωνία που προσφέρει το διαδίκτυο, μπορεί να βοηθήσει τους εφήβους αλλά μπορεί και να είναι ιδιαίτερα επιβλαβής, αφού είναι πιθανό να τους αποσπάσει την προσοχή από την πραγματικότητα και να τους επιτείνει την μοναχικότητα και το φόβο για διαπροσωπικές σχέσεις. Αμερικανική έρευνα σε εφήβους δηλώνει ότι το διαδίκτυο είναι το βασικό μέσο από το οποίο αντλούν πληροφορίες σχετικά με ευαίσθητα κοινωνικά θέματα, όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις και η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση (Suzuki & Calzo, 2004). Επίσης, με τη δημιουργία ομάδων οι έφηβοι έχουν την ευκαιρία να αναδείξουν τις ηγετικές τους ικανότητες, γεγονός που ενθαρρύνεται από την αυτονομία της δημιουργίας μιας ομάδας, χωρίς κανόνες και προσδοκίες (Rainie & Horrigan, 2005).

Παρά τις θετικές κοινωνικές επιπτώσεις του διαδικτύου, έχει αναπτυχθεί ανησυχία σχετικά με την προστασία της ιδιωτικής ζωής, την ασφάλεια, την πορνόγραφία, την εγκληματικότητα και την εικονική κοινότητα (Greenfield & Yan, 2006). Λόγω της εύκολης πρόσβασης, οι κίνδυνοι για τους εφήβους είναι πολύ μεγάλοι σε σύγκριση με άλλα μέσα ενημέρωσης. Σύμφωνα με έρευνα, οι γονείς σε ποσοστό 85% δηλώνουν ότι η ανησυχία τους για τους κινδύνους που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι έχει μετατοπιστεί από την τηλεόραση στο διαδίκτυο (Polly Klaas Foundation, 2006).

### **Ψυχολογικές επιδράσεις του διαδικτύου στους εφήβους**

Η εφηβεία αποτελεί μία περίοδο αλλαγών που οδηγεί στην ενηλικίωση. Χαρακτηριστικό της, εκτός από τις σωματικές αλλαγές, είναι η τάση αναζήτησης της ταυτότητας και η ένταξη στο κοινωνικό σύνολο. Η ανάγκη για κατανόηση, οι δυσκολίες στην αναζήτηση ταυτότητας, το άγχος και οι περίπλοκες προσωπικές σχέσεις επιδεινώνουν την ψυχολογία του εφήβου. Το διαδίκτυο με τις απεριόριστες ευκαιρίες που τους προσφέρει μπορεί να αποτελεί διέξοδο από τη σκληρή για αυτούς καθημερινότητα.

Πλήθος διεθνών μελετών υποδεικνύουν την ύπαρξη του φαινομένου «προβληματική χρήση του διαδικτύου» και τονίζουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του: (α) προσκόλληση, (β) πολύωρη ενασχόληση και αύξηση των ωρών χρήσης για την απόκτηση αισθήματος ικανοποίησης, (γ) συνεχείς ανεπιτυχείς προσπάθειες για απομάκρυνση ή και διακοπή της χρήσης, (δ) αισθήματα ανησυχίας, κακοδιαθεσίας, θυμού στην προσπάθεια ελάττωσης της χρήσης, (ε) διακινδύνευση ή και απώλεια διαπροσωπικών σχέσεων, εκπαιδευτικής ευκαιρίας, επιμόρφωσης λόγω της προσκόλλησης στο διαδίκτυο, (στ) από-

κρυψη από τους οικείους του σχετικά με τη συχνότητα χρήσης, (ζ) χρήση του διαδικτύου ως τρόπο διαφυγής από προβληματικές καταστάσεις και για ανακούφιση από άγχος, στενοχώρια, ενοχή κλπ., (η) απόσυρση από άλλες δραστηριότητες και ψυχαγωγίες και (θ) αναστάτωση στον ύπνο ή μείωση των ωρών ξεκούρασης (Subrahmanyam et al, 2006; Whitlock et al, 2006).

### **Σωματικές επιδράσεις του ηλεκτρονικού υπολογιστή στους εφήβους**

Οι σωματικές παθήσεις από τη χρήση του υπολογιστή σε παιδιά και εφήβους παρουσιάζουν αυξητική τάση. Τα συχνότερα λάθη αφορούν την πολύωρη ενασχόληση με τον υπολογιστή χωρίς να κινούνται ή να αλλάζουν θέση. Η συνήθεια αυτή δημιουργεί υπερένταση και καταπονεί τους μύες. Λόγω των επαναλαμβανόμενων κινήσεων, όπου εμπλέκονται οι ίδιες αρθρώσεις και μυϊκές ομάδες και από την κακή εργονομική κατάσταση του χώρου ή του γραφείου προκαλούνται διάφορες παθήσεις. Η στάση του σώματος, το επίπεδο της οθόνης σε σχέση με το ύψος των ματιών, η καταλληλότητα του μεγέθους του «ποντικιού» και το γεγονός να μην είναι σε ορθή γωνία οι αγκώνες και τα γόνατα επιδεινώνουν τα σωματικά προβλήματα, κάποια από τα οποία είναι:

(α) Το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα, από επαναλαμβανόμενους τραυματισμούς του μέσου νεύρου και των τενόντων των δακτύλων.

(β) Οι τενοντίτιδες, φλεγμονές των τενόντων, που προκαλούνται από την υπερβολική ένταση των μυών και τις επαναλαμβανόμενες κινήσεις.

(γ) Οι μυϊκοί πόνοι στο κάτω μέρος της πλάτης, τους καρπούς και τους ώμους, από την πολύωρη παρακολούθηση στην οθόνη.

(δ) Οι κεφαλαλγίες, οι πόνοι στον αυχένα και τις ωμοπλάτες, η δυσκαμψία των μυών και των αρθρώσεων, ως αποτέλεσμα της συνεχόμενης παρακολούθησης στον υπολογιστή.

(ε) Οι οφθαλμολογικές παθήσεις και μολύνσεις, όπως μυωπία, αστιγματισμός, επιπεφυκίτιδα, κερατίτιδα κλπ., από τη χρήση και προσήλωση στην οθόνη του υπολογιστή (Clayton et al, 2005; O'Brien & Marakas, 2011).

Επειδή δεν είναι απίθανο τα παθολογικά αυτά σωματικά προβλήματα να καταλήξουν σε χρόνιες παθολογικές καταστάσεις, ιδιαίτερη σημασία έχει η διδασκαλία των παιδιών και των εφήβων του σωστού τρόπου χρήσης του υπολογιστή, την ορθή εργονομία του χώρου και την κατάλληλη στάση του σώματος, ώστε να χρησιμοποιείται ο υπολογιστής χωρίς την πρόκληση σωματικών διαταραχών.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Ένας από τους βασικούς σκοπούς της εκπαίδευσης είναι η παροχή γνώσεων και η προαγωγή της μόρφωσης, σε συνδυασμό με την προσωπική ανάπτυξη του μαθητή και την ένταξή του στην κοινωνία. Η εκπαιδευτική διαδικασία χρησιμοποιεί διάφορα μέσα διδα-





σκαλίας, ώστε να πετύχει στο μέγιστο βαθμό τους σκοπούς της. Ένα μέσο είναι και ο υπολογιστής, ο οποίος μπορεί, με τις δυνατότητες που προσφέρει, να βοηθήσει στην εξέλιξη της διδασκαλίας και την επίτευξη των εκπαιδευτικών στόχων.

Η εισαγωγή των υπολογιστών αποτελεί καινοτόμο δράση στην εκπαιδευτική πράξη και ο ρόλος των εκπαιδευτικών συνοψίζεται στην παροχή ελευθερίας προς τους μαθητές στη σκέψη, το στοχασμό, την κρίση και την πράξη. Για την εισαγωγή των υπολογιστών στο σχολείο πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη η χρησιμότητα και ο τρόπος εφαρμογής σε μια κοινωνία όπου οι τεχνολογικές εξελίξεις είναι ραγδαίες.

Επίσης, η σωστή χρήση του υπολογιστή και του διαδικτύου μπορεί να υποβοηθήσει στην κοινωνικοποίηση και την ανάπτυξη της προσωπικότητας των εφήβων και να αποτελέσει ένα υγιές μέσο αναψυχής στον ελεύθερο χρόνο τους, χωρίς να επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στην ευαίσθητη ψυχολογία τους. Επιπλέον, η διδασκαλία των εφήβων από τους επαγγελματίες υγείας για την απαραίτητη εργονομία του χώρου και τη στάση του σώματος κατά τη χρήση του υπολογιστή θα δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για την αποφυγή χρόνιων παθήσεων, που σχετίζονται με αυτόν. Σκοπός των μελλοντικών ερευνών θα πρέπει να είναι η ενδελεχής διερεύνηση της σχέσης των εφήβων με τον ηλεκτρονικό υπολογιστή, ώστε να συμβάλλουν στην αξιολόγηση της χρήσης του υπολογιστή στην εκπαιδευτική διαδικασία και την αναψυχή των εφήβων.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Διεθνής Βιβλιογραφία

- Cabot, R.H. (1998) *Teaching, Technology, and History: Reaching the Past from the Modern World*. Columbia University, New York, NY, Esther A. and Joseph Klingenstein Center for Independent School Education.
- Cambridge Advance Learners Dictionary. (2011) Cambridge University Press. [on line] available from: <http://dictionary.cambridge.org/> [Sept 2012]
- Cassell, J., Huffaker, D., Tversky, D., Ferriman, K. (2006) "The language of online leadership: Gender and youth engagement on the Internet". *Applied Developmental Psychology* 42 436-449.
- Clayton, B., Seema, V., Ashbala, K., Shrabane, M., Yee, R.W.C. (2005) "Computer Vision Syndrome: A Review". *Department of Ophthalmology and Visual Sciences, Houston Texas* 50(3) 253-262.
- Detheridge, T. (1996) "Information Technology". In Carpenter, B., Ashdow, R., Bovair, K. (eds) *Enabling Access: Effective teaching and Learning for Pupils with Learning Difficulties*. London: David Fulton.
- Geisert, P., Futrell, M. (1990) *Teachers, computers and curriculum: microcomputers in the classroom*, Boston: Allyn and Bacon.
- Greenfield, P., Yan, Z. (2006) "Children, adolescents, and the Internet: A new field of inquiry in developmental psychology". *Applied Developmental Psychology* 42(3) 391-394.
- Fouts, J.T. (2000) *Research on computers and education: Past, present and future*. Bill and Melinda Gates Foundation [on line] available from <http://www.esd189.org/tlp/images/TotalReport3.pdf> [Sept 2011]

- Jackson, L.A., Von Eye, A., Biocca, F.A., Barbatsis, G., Zhao, Y., Fitzgerald, H.E. (2006) "Does home Internet use influence the academic performance of low-income children?" *Applied Developmental Psychology* 2 429-435.
- McKenna, K.Y.A., Bargh, J.A. (2000) "Plan 9 from Cyberspace: The implications of the Internet for personality and social psychology". *Personality and Social Psychology Review* 4 57-75.
- McKenna, K.Y.A., Green, A., Gleason, M. (2002) "Relationship formation on the Internet: What's the big attraction?" *Journal of Social Issues* 58 9-31.
- McKeown, S. (2000) "Dyslexia and modern foreign languages", in *Dyslexia and ICT: Building on Success*, Coventry: Becta, 27-29.
- Meadows, J., Leask, M. (2000) "Why use ICT?" In Leask, M. and Meadows, J. (eds) *Teaching and Learning with ICT in the Primary School*. London: Routledge/ Falmer.
- O'Brien, J., Marakas, G. (2011) *Management Information System*, 10eds. New York, NY. McGraw-Hill Irwin.
- Portal, C.. (1987) *The history curriculum for teachers*, Philadelphia: Taylor & Francis. Polly Klaas Foundation, 2006 [on line] Available from [www.pollyklaas.org/Internetsafety/Internet-pdfs/PollingSummary.pdf](http://www.pollyklaas.org/Internetsafety/Internet-pdfs/PollingSummary.pdf)
- Rainie, L., Horrigan, J. (2005) *A decade of adoption: How the Internet has woven itself into American life*. Washington DC: Pew Internet and Family Life.
- Rowntree, D. (1986) *Educational technology in curriculum development*. London: Harper & Row.
- Scrimshaw, P. (1997) "Computers and the teacher's role". In Somekh, B. and Davis, N. (eds) *Using Information Technology in Teaching and Learning*. London: Routledge.
- Somekh, B., Davis, N. (1997) *Using information technology effectively in the classroom*, New York: Routledge.
- Subrahmanyam, K., Greenfield, P.M., Tynes, B. (2004) "Constructing sexuality and identity in an online teen chat room". *Applied Developmental Psychology* 25 651-666.
- Suzuki, L.K., Calzo, J.P. (2004) "The search for peer advice in cyberspace: An examination of online teen bulletin boards about M health and sexuality". *Applied Developmental Psychology* 25 685-698.
- Underwood, J.D.M. (2000) "A comparison of two types of computer support for reading development". *Journal of Research in Reading* 23(2) 136-148.
- Villani, S. (2001) "Impact of Media on Children and Adolescents: A 10-Year Review of the Research". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40(4) 392-401.
- Whitlock, J.L., Powers, J.L., Eckenrode, J. (2006) "The virtual cutting edge: The Internet and adolescent self-injury". *Applied Developmental Psychology* 42 407-417.
- Wilkinson-Tilbrook, A. (1995) *Information Technology and Pupils with Moderate Learning Difficulties*. Published by NASEN Enterprises Ltd.

### Ελληνική Βιβλιογραφία

- Δανασσής - Αφεντάκης, Α. (1997) *Σύγχρονες τάσεις της αγωγής*. Αθήνα: Γκελμπέσης.
- Ράπτης, Α., Ράπτη, Α. (2001) *Μάθηση και διδασκαλία στην εποχή της πληροφορικής: Ολική προσέγγιση*, ΑΤόμος, Αθήνα.
- Σιβάτος, Α. (1995) *Τεχνολογία & Εκπαίδευση*, Αθήνα: Πατάκη.
- Στασινός, Δ. (1989) *Κομπιούτερς και Ειδική Αγωγή*. Πρακτικά 3ου Συνεδρίου ΤΠΕ στην Εκπαίδευση. Ρόδος.
- Ξωκέλλης, Π. (1991) *Παιδαγωγική του Σχολείου*, Θεσσαλονίκη: Κυριακίδης.
- Westphalen, K. (1982) *Αναμόρφωση των Αναλυτικών Προγραμμάτων (Βτφρ. Ι. Πυργιωτάκης)* Θεσσαλονίκη: Κυριακίδης.

# Αλληλεξάρτηση Υγείας και Κοινωνίας

Παπαγεωργίου Γεωργία<sup>1</sup>, Μπίζας Λάμπρος<sup>2</sup>

1. Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου,  
gpaageorgiou06@yahoo.gr

2. Νοσηλεύτης, Ψυχολόγος, MSc, PhD©, Γενικό Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός»  
lamprosbizas@yahoo.gr

---

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η υγεία βρίσκεται σε μια συνεχή σχέση αλληλεξάρτησης όχι μόνο με παθοφυσιολογικούς αλλά και με κοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι συνεργατικά συντελούν στην εδραίωση μιας δυναμικής ισορροπίας των εννοιών της υγείας και της κοινωνίας.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση των παραγόντων εκείνων που επιδρούν ουσιαστικά και επηρεάζουν την υγεία των ατόμων.

**Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας:** Διενεργήθηκε ανασκόπηση σε διεθνείς και ελληνικές βάσεις δεδομένων (Medline, PubMed, Cinahl, Scopus) και (Iatrotek) (1995-2010). Σημαντικές επίσης πληροφορίες αντλήθηκαν από Ελληνικά και ξενόγλωσσα βιβλία.

**Αποτελέσματα:** Η σχέση που υφίσταται μεταξύ της υγείας και της κοινωνίας είναι σχέση αλληλεξάρτησης και αλληλεπίδρασης και συναντάται από την εμφάνιση των πρώτων κοινωνιών. Η κοινωνιολογική προσέγγιση της έννοιας της υγείας υποστηρίζει ότι η κοινωνία και οι δομές που την απαρτίζουν διευκολύνουν την εγκαθίδρυση ενεργούς αλληλεπίδρασης υγείας και κοινωνίας. Οι κυριότεροι παράγοντες αυτής της αλληλεπίδρασης είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η γεωγραφική χωροταξία, κοινωνικοοικονομικοί, πολιτιστικοί και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες, καθώς και η προσβασιμότητα στις δομές υγείας.

**Συμπεράσματα:** Η υγεία και η ασθένεια εμπλέκονται σε όλες τις πτυχές της κοινωνικής ζωής, χωρίς να διαχωρίζονται από τις αξίες, τα στερεότυπα, τις πεποιθήσεις και την καθημερινή συμπεριφορά μιας κοινωνίας.

**Λέξεις Κλειδιά:** Υγεία, κοινωνία, κοινωνική αναπαράσταση, κοινωνικές σχέσεις

---



# Interdependence of Health and Society

Papageorgiou Georgia<sup>1</sup>, Bizas Lampros<sup>2</sup>

1. RN, Hospital of Corinth

gpapageorgiou06@yahoo.gr

2. RN, Psychologist, MSc, PhD ©, General Hospital "Evangelismos"

lamprosbizas@yahoo.gr

---

## ABSTRACT

**Introduction:** Health is in a continuous interdependence relationship not only to pathophysiological, but also to social factors that act in cooperation with the establishment of a dynamic balance between society and health concepts.

**Aim:** The aim of the present study is the presentation of the factors which substantially affect and influence the individuals' health.

**Literature review:** The review that was conducted, it was based on international and Greek data bases. (Medline, Pub Med, Cinahl, Scopus) and (Iatrotek), (1995-2010). Important information was drawn also from Greek and foreign language books.

**Results:** The relationship between health and society is interdependence and interactive as well and occurs since the appearance of the first societies. The sociological approach of health's concept supports that the society and its structures, facilitates the establishment of an active interaction between health and society. The demographic characteristics, the geographic area, the socio-economic, cultural and environmental factors, are the main factors of this interaction, as well as the accessibility to the health care facilities.

**Conclusions:** The health and disease are involved in all aspects of the social life, without being separated from values, stereotypes, beliefs and daily behavior of a society.

**Key words:** Health, society, social representation, social relationships

---

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Η** υγεία είναι ο βασικός συντελεστής που χρησιμοποιούμε για να υπολογίσουμε την φυσική, πνευματική και κοινωνική κατάσταση ενός ζωντανού οργανισμού. Δεν είναι απλά ένα βιολογικά προσδιορισμένο φαινόμενο, όπως και η ασθένεια, αλλά είναι μια κοινωνική κατάσταση αφού επηρεάζεται από το περιβάλλον μέσα στο οποίο το άτομο γεννιέται, ανατρέφεται, μορφώνεται, εργάζεται και ζει. Οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την υγεία ενός ατόμου είναι γενετικοί, γεωφυσικοί, κλιματολογικές συνθήκες και περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως η κατοικία, η εργασία, η ρύπανση του περιβάλλοντος, ο τρόπος διαβίωσης, παράγοντες που έχουν άμεση σχέση με τις συνθήκες ζωής μας όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, τη διατροφή, τα ναρκωτικά, η άσκηση, κοινωνικοοικονομικοί, πολιτισμικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες, δημογραφικές μεταβολές και μετακινήσεις πληθυσμών, οι κοινωνικές σχέσεις, παράγοντες που σχετίζονται με τις υπηρεσίες και τα συστήματα υγείας όπως για παράδειγμα η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης και παράγοντες που έχουν να κάνουν με την εκπαίδευση της υγείας. (Adam Ph, Herzlich Cl, 1999).

Κάθε κοινωνία για να αντιμετωπίσει τις ασθένειες που δημιουργούνται από κοινωνικά και περιβαλλοντικά αίτια, αναπτύσσει διάφορους μηχανισμούς προστασίας και αντιμετώπισης της ασθένειας με απώτερο σκοπό τη θεραπεία αλλά και τη διαφύλαξη και προαγωγή της υγείας. Τα τελευταία χρόνια, το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας έχει στραφεί στην προσπάθεια να διαμορφωθεί μια ολιστική θεωρία για την υγεία, όχι μόνο ιατροκεντρική αλλά προβάλλοντας και τις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές της διαστάσεις, αφού είναι φανερό ότι η υγεία εξαρτάται περισσότερο από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, την ανθρώπινη συμπεριφορά και κληρονομικότητα και λιγότερο από τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες (Μάντη, Π., Τσελέπη, Χρ., 2000).

## Σκοπός

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια προσπάθεια ανάδειξης της αλληλεξάρτησης υγείας και κοινωνίας, αλλά και παράθεσης των παραγόντων εκείνων που επηρεάζουν την αλληλεξάρτηση και καθορίζουν τις σχέσεις μεταξύ της υγείας και της κοινωνίας.

## Υλικό και μέθοδος

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στηρίχθηκε σε ανασκοπικές και ερευνητικές μελέτες οι οποίες αντλήθηκαν από διεθνείς και ελληνικές βάσεις δεδομένων (Medline, PubMed, Cinahl, Scopus) και (Iatrotek) (1995-2010) με λέξεις κλειδιά: υγεία, κοινωνία, κοινωνική αναπαράσταση και κοινωνικές σχέσεις. Σημαντικές επίσης πληροφορίες αντλήθηκαν από Ελληνικά και ξενόγλωσσα βιβλία με συναφή θεματολογία..

## Κοινωνικές αναπαραστάσεις - Υγεία και κοινωνία

Η εύρυθμη λειτουργία ενός κοινωνικού συστήματος, σε οποιαδήποτε χρονική περίοδο, προϋποθέτει την ατομική και κοινωνική ευεξία των μελών του. Η διαταραχή αυτής της ευεξίας, μπορεί να γίνει απειλή τόσο για το ίδιο το άτομο, όσο και για την κοινωνία. Σύμφωνα με τον ορισμό που έχει διατυπωθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (WHO, 1946). Η υγεία διακρίνεται σε ατομική και δημόσια και αφορά το σύνολο της κοινωνίας. Η ανθρώπινη ζωή είναι λειτουργικά δομημένη και οργανωμένη σε επίπεδα, με πρώτο επίπεδο τα οργανικά μόρια και κύτταρα, δεύτερο τη συγκρότηση του οργανισμού και αυτού του και διαμέσου αυτού οι σχέσεις που αποκτά με το οικογενειακό περιβάλλον και τρίτο επίπεδο τη σχέση που αποκτά με την κοινωνία γενικότερα. Όλα τα επίπεδα έχουν την ίδια αξία για τη ζωή ενός ανθρώπου και σε κάθε επίπεδο πρέπει να υπάρχει επαρκής ποσότητα και ποιότητα των συστατικών του στοιχείων (Σαρής, Μ., 2001). Έτσι λοιπόν η υγεία δεν επηρεάζεται μόνο από την ιατρική επιστήμη, αλλά και από επιπρόσθετους παράγοντες όπως το περιβάλλον, ο πολιτισμός, η εργασία, η κοινωνία, η οικονομία, η πολιτική, η συμπεριφορά κ.α. Απαραίτητη προϋπόθεση λοιπόν για καλή υγεία είναι και η κάλυψη των κοινωνικών, οικονομικών και συναισθηματικών αναγκών του ατόμου. Η προστασία της υγείας αποτελεί μια από τις σημαντικότερες επιδιώξεις της πολιτικής κοινωνίας.

Με τον όρο κοινωνία εννοούμε μια ομάδα ατόμων που συμβιώνουν σε κάποιο τόπο και τα μέλη της έχουν αναπτύξει οργανωμένα πρότυπα σχέσεων μέσω της διαρκούς αλληλεπίδρασης τους. Οι παράγοντες που επιδρούν στην υγεία βρίσκονται σε άμεση συσχέτιση με την «κοινωνική αναπαράσταση» των ατόμων για την υγεία, η οποία και προσδιορίζει τον τρόπο συμπεριφοράς τους για ανάλογα ζητήματα.

Ως κοινωνική αναπαράσταση της υγείας και της αρρώστιας, νοείται ένα ιεραρχημένο σύνολο θεμάτων, ζητημάτων και η σχετική θέση σ' αυτό του δίπολου «υγεία - αρρώστια» όπως το επιλέγει και το διαμορφώνει μία κοινωνική ομάδα αλλά και το αντίστροφο. είναι ένα ιεραρχημένο σύνολο θεμάτων που χαρακτηρίζει μία ομάδα.

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις της υγείας και της ασθένειας χαρακτηρίζονται από μία ιδιαίτερα ισχυρή δομή: η υγεία, για όσους έχουν την τύχη να γεννηθούν υγιείς δεν χρειάζεται καμία εξήγηση. Αντίθετα η ασθένεια χρειάζεται κάποια εξήγηση. Σε έναν μεγάλο βαθμό αποδίδεται στο περιβάλλον στο οποίο ζούμε, στον τεχνητό χαρακτήρα και στον ξέφρενο ρυθμό ζωής στις πόλεις, σε μία μη φυσική και ανθυγιεινή τροφή και στην ρύπανση της ατμόσφαιρας.

Στις κοινωνικές αναπαραστάσεις της υγείας και της ασθένειας συσχετίζονται η ενόραση του βιολογικού



κόσμου με την ενόραση του κοινωνικού κόσμου. Αυτό το φαινόμενο δεν χαρακτηρίζει μόνο τις σύγχρονες βιομηχανικές κοινωνίες, αλλά όλες οι κοινωνίες επιδίδονται στην σύνδεση μιας βιολογικής τάξης με μια κοινωνική τάξη. Δια μέσου των αντιλήψεων που έχουμε για την ασθένεια μιλάμε για την κοινωνία και την σχέση μας μαζί της. Η γένεση της ασθένειας καταλογίστηκε σε μία επιθετική κοινωνία, η οποία καταπιέζει, δια μέσου ενός αστικού και νοσηρού τρόπου ζωής, το άτομο το οποίο ταυτίζεται με την υγεία. Η ασθένεια λοιπόν ενσαρκώνει και αποκρυσταλλώνει την κοινωνική επιθετικότητα. Η αυξημένη σπουδαιότητα όμως που προσδίδεται στην έννοια της υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις ενέργειες που κάνουμε για να την διατηρήσουμε ή να την ανακτήσουμε και ταυτίζεται άμεσα με την ιατρική παρέμβαση. Έτσι, σύμφωνα με τις καινούριες νόρμες, ο άνθρωπος είναι «υποχρεωμένος» να είναι υγιής, ή στην περίπτωση που είναι άρρωστος, είναι «υποχρεωμένος» να γιαιτρευτεί, (Herzlich C., Pierret J., Malades, 1984).

Στο επίπεδο μιας κοινωνίας, όπου η υγεία και η ασθένεια γίνονται αντιληπτές μέσα από το πρίσμα του ιατρικού μοντέλου, η ασθένεια δεν είναι μόνο το σύνολο των συμπτωμάτων που μας οδηγεί στον γιατρό, αλλά είναι μία από τις εξέχουσες ενσαρκώσεις της δυστυχίας. Επίσης η οπτική που έχουμε για το σώμα μας, τις λειτουργίες και τις δυσλειτουργίες του έχει ενσωματώσει ορισμένες από τις κατηγορίες των ιατρικών γνώσεων και τόσο στην διάγνωση όσο και στην παρέμβαση εμπιστευόμαστε τον εαυτό μας στα χέρια ενός ειδικού που είναι ο γιατρός (Παπαστάμου, 1995).

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις της υγείας και της ασθένειας εξηγούν σε έναν βαθμό τους λόγους για τους οποίους εμφανίζονται φαινόμενα όπως η μόδα για τις υγιεινές τροφές, την μακροβιοτική, τους διάφορους τύπους «ήπιας ιατρικής» και την γρήγορη εξάπλωση των οικολογικών ιδεών στις τεχνολογικά ανεπτυγμένες χώρες (Παπαστάμου, 1989).

### Σχέσεις αλληλεξάρτησης υγείας και κοινωνίας

Η υγεία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ευημερίας μιας χώρας και συντελεί σημαντικά στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξή της. Η σχέση που υφίσταται μεταξύ της υγείας και της κοινωνίας είναι σχέση αλληλεξάρτησης και αλληλεπίδρασης, χρονολογείται από τις πρώτες κοινωνίες μέχρι σήμερα και ανάλογα με τις ισχύουσες κοινωνικές συνθήκες οι άνθρωποι διαχειρίζονται καταστάσεις υγείας και ασθένειας. Η επέλευση μιας επιδημίας στην περίοδο του μεσαίωνα, κατά την οποία επικρατούσαν οι επιδημίες, μπορούσε να μετατρέψει την όψη μιας κοινωνίας ή και μιας ολόκληρης χώρας, αφού ο θάνατος αποδεκάτιζε με τρομακτικούς ρυθμούς και προκαλούσε σοβαρές δημογραφικές ανισορροπίες και κοινωνική απόγνωση. Οι άνθρωποι τότε, αν και εργάζονταν σκληρά, υπήρχε ελάχιστη σοδειά και αν προσθέσουμε τις θεομηνίες και τις φυσι-

κές καταστροφές που δεν μπορούσαν να αντιμετωπίσουν, καταλαβαίνουμε ότι με μεγάλη δυσκολία εξασφάλιζαν την τροφή τους. Έτσι, η πείνα και η εξαθλίωση έδινε την δυνατότητα γρήγορης εξάπλωσης των επιδημιών και ταυτόχρονα υπήρχε μεγάλη οικονομική δυσχέρεια αφού ο παραγωγικός πληθυσμός μειωνόταν σημαντικά και δεν μπορούσε να καλλιεργηθεί η γη και να αποδώσει σοδειά. Φαίνεται λοιπόν, η σχέση που υπάρχει μεταξύ του επιπέδου ανάπτυξης μιας κοινωνίας και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. (Omran, Ar., 1971). Ένα σύγχρονο παράδειγμα αλληλεξάρτησης υγείας και κοινωνίας είναι η κατάσταση που επικρατεί σε χώρες του Τρίτου Κόσμου. Ο πληθυσμός ζει κάτω από το όριο της φτώχειας με άθλιες συνθήκες υγιεινής, με αποτέλεσμα οι επιδημίες να μαστίζουν τις χώρες αυτές.

Στο πέρασμα των αιώνων, η βελτίωση της διατροφής, της υγιεινής και των αποχετευτικών συστημάτων, η εξέλιξη στο διοικητικό σύστημα των πόλεων, η άνοδος της οικονομίας και του εμπορίου, η εξέλιξη των αγροτικών τεχνικών, συνέβαλαν στην αντιμετώπιση της πείνας και στη μείωση της θνησιμότητας, με αποτέλεσμα οι επιδημίες να αρχίζουν να περιορίζονται, οι θάνατοι από λοιμώδη νοσήματα μειώνονται, άρχισε να εμφανίζεται αύξηση του πληθυσμού και η ιατροφαρμακευτική επιστήμη εξελίσσεται με ραγδαίους ρυθμούς με συνέπεια την αύξηση του προσδόκιμου ζωής οδηγώντας τις κοινωνίες σε μια υγειονομική πρόοδο. Η διαδικασία αυτή ονομάστηκε δημογραφική μετάβαση και απεικονίζει το πέρασμα ενός πληθυσμού από ένα τύπο σταθερότητας σε κάποιο άλλο (Wahdan Mn., 1996).

Στις αναπτυγμένες χώρες, η υγεία των λαών είναι σε πολύ καλύτερο επίπεδο συγκριτικά με τις αναπτυσσόμενες και τις λιγότερο αναπτυγμένες, διότι το κατά κεφαλήν ΑΕΠ, σε έρευνα που έγινε το 1993, κυμαίνεται από 8.000-37.000 δολάρια το χρόνο (The World Health Report, 1996) και οι συνθήκες διαβίωσης και υγιεινής είναι σε υψηλά επίπεδα όπως και η ποιότητα της διατροφής τους. Το 4% του εργατικού δυναμικού είναι αγρότες, το 27% απασχολείται στη βιομηχανία και το 60% στον τομέα των υπηρεσιών, επίσης το επίπεδο μόρφωσης του πληθυσμού φτάνει το 95%. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η ανάπτυξη μείωσε τα επίπεδα φτώχειας διότι οι χώρες παρουσίασαν οικονομική άνοδο αυξάνοντας τις μηνιαίες αποδοχές και την παραγωγικότητα των εργαζομένων, όπως οι χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, η Ταιβάν και η Ν. Κορέα που έχουν μετατραπεί σε ημι-βιομηχανικές χώρες και το κατά κεφαλήν ΑΕΠ κυμαίνεται από 650-8.000 δολάρια το χρόνο (World Development Report, 1995). Το 29% του εργατικού δυναμικού είναι αγρότες, το 18% δραστηριοποιούνται σε αστικές εργασίες και το 46% στις υπηρεσίες και στη βιομηχανία. Τέλος, στα λιγότερο αναπτυγμένα κράτη, όπως της Αφρικής, της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής, που μαστίζονται από τη φτώχεια και τον υποσιτισμό, με αποτέλεσμα την αυξη-

μένη νοσηρότητα και θνησιμότητα και το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, το κατά κεφαλήν ΑΕΠ είναι περίπου στα 350-695 δολάρια (1993). Το 61% ασχολείται με αγροτικές εργασίες, το 22% σε δραστηριότητες αστικού τομέα και μόλις το 15% απασχολείται σε υπηρεσίες και εργοστάσια. (Μάντη, Π., Τσελέπη, Χρ., 2000).

### **Παράγοντες που επηρεάζουν την σχέση υγείας και κοινωνίας**

Η υγεία επηρεάζεται από ένα σύνολο παραγόντων που την προσδιορίζουν. Δεν σχετίζεται μόνο με μεταβολές στην ανθρώπινη βιολογία, αλλά επηρεάζεται από το περιβάλλον και τον τρόπο που ζούμε, εργαζόμαστε, τρεφόμαστε, από δημογραφικούς παράγοντες, από το σύστημα υγείας και από τις σχέσεις που αναπτύσσουμε με τους άλλους. Μελετητές όπως οι Freidson, Jewson και Foucault έθεσαν την άποψη ότι το βιοϊατρικό μοντέλο ανήκει στο γενικότερο κοινωνικό περιβάλλον, μεταλλάσσεται και αλληλεπιδρά με πολιτικούς, οικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. (Οικονόμου, Χ., 2005).

### **Δημογραφικοί παράγοντες**

Οι δημογραφικοί παράγοντες όπως ο ρυθμός εξέλιξης του πληθυσμού, η γήρανση του πληθυσμού, η υπογεννητικότητα, η μετανάστευση, η σύνθεση του πληθυσμού κατά ηλικία, φύλο, επάγγελμα, κ.ο.κ. επηρεάζουν άμεσα την κατάσταση υγείας του κοινωνικού συνόλου. Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο, το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς, τα εκφυλιστικά νοσήματα και οι χρόνιες παθήσεις κυριαρχούν ενώ οι γεννήσεις μειώνονται αισθητά. Ακόμη και οι πιο αναπτυγμένες, τεχνολογικά, χώρες βρίσκονται στο στάδιο προσαρμογής. Σήμερα παρόλο που η μακροβιότητα είναι επιθυμητή, φέρνει νέες προκλήσεις και απαιτήσεις με σημαντικές επιδράσεις στα συστήματα υγείας όλων των κρατών διότι υπάρχει αυξημένη ζήτηση για ιατροφαρμακευτική κάλυψη και προσαρμογή των συστημάτων στις ανάγκες που δημιουργεί η γήρανση του πληθυσμού. Επομένως, περισσότερα άτομα θα ενηλικιωθούν και θα νοσήσουν με νόσους που είναι συχνότερες στην τρίτη ηλικία όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος. Η γήρανση του πληθυσμού το 2050 θα εμφανίζει τις υψηλότερες τιμές στην Ισπανία (67,5%) και στην Ελλάδα (58,8%), ενώ ο δείκτης νέων για την χώρα μας θα είναι ο χαμηλότερος στην Ε.Ε (22,3%), (ΕΚΚΕ, 2006). Κάθε χρόνο ο πληθυσμός της γης αυξάνεται περίπου κατά 100 εκατομμύρια, το 1955 ήταν 2,8 δισεκατομμύρια ενώ το 2025 αναμένεται να φτάσει τα 8 δισεκατομμύρια. (Τούντας, Γ., 2000).

Η μετανάστευση, επίσης, είναι ένας καθοριστικός παράγοντας και σημειώνονται τα τελευταία χρόνια πολλές ανακατατάξεις πληθυσμών. Κύριες αιτίες εγκατάλειψης των πατρογονικών εστιών είναι οι διώξεις,

οι ένοπλες συρράξεις και η οικονομική δυσχέρεια στην περιοχή όπου ζούσαν με συνέπεια την μετακίνηση πληθυσμών από τις υπανάπτυκτες ή αναπτυσσόμενες στις αναπτυγμένες χώρες. Οι συνέπειες της εισαγωγής μεταναστών για την υγεία μιας κοινωνίας, είναι δυσάρεστες. Ο ρατσισμός κυριαρχεί. Τα άτομα καταλήγουν να ζουν σε ακατάλληλους χώρους, ενώ επικρατεί υπερ-συνωστισμός, αντιμετωπίζουν προβλήματα εργασιακής και κοινωνικής ενσωμάτωσης, χωρίς άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και καταλήγουν να είναι κοινωνικά αποκλεισμένοι από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Ωστόσο, στην εποχή μας, εκατομμύρια άνθρωποι κάθε μέρα διασχίζουν τα διεθνή σύνορα με αποτέλεσμα ένας παθογόνος οργανισμός, όπως η γρίπη, να μπορεί να ταξιδέψει σε όλον τον κόσμο μέσα σε λίγες μόνο ώρες και να εμφανίζονται ξεχασμένες ασθένειες στις αναπτυγμένες χώρες όπως η φυματίωση, λοιμώδη νοσήματα υψηλής μεταδοτικότητας, ψώρα, σύφιλη, AIDS, ηπατίτιδες, κ.ά. λόγω της πυκνοκατοίκησης των αστικών περιοχών, των έντονων διαπροσωπικών επαφών και των ανθυγιεινών συνθηκών διαβίωσης. (Κρεμαστινού, Τ., 1996). Η εθνική υγεία αποτελεί πια μια διεθνή πρόκληση. Έτσι, λοιπόν, οι παγκόσμιοι οργανισμοί επέβαλαν μέτρα υγιονομικής προστασίας, για να προστατέψουν τα ανθρώπινα κοινωνικά δικαιώματα. Η Ελλάδα καλείται να βρει τρόπους αντιμετώπισης της δημογραφικής γήρανσης και υιοθέτηση μεταναστευτικών πολιτικών που θα επιτρέπουν την πραγματοποίηση των δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών αναπτυξιακών στόχων της.

### **Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες**

Οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες και οι συνθήκες διαβίωσης και ζωής όπως διατροφή, άσκηση, κάπνισμα, ναρκωτικά, αλκοόλ επιδρούν στην υγεία αφού επηρεάζουν τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας αλληλεπιδρώντας με το εργασιακό περιβάλλον, το οικογενειακό, την οικονομική ικανότητα, την εκπαίδευση και τα κοινωνικά προνόμια. Έρευνες έδειξαν ότι τα άτομα που ανήκουν σε χαμηλά κοινωνικές τάξεις (χαμηλό εισόδημα, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, κ.ά.), παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό και οι υποβαθμισμένες κοινωνικά περιοχές εμφανίζουν υψηλά ποσοστά εγκληματικότητας, ανεργίας και γενικότερα κοινωνικών προβλημάτων με συνέπεια τον κοινωνικό αποκλεισμό των περιοχών που επιφέρει διάφορα ψυχοσωματικά νοσήματα π.χ. αϋπνία, κατάθλιψη κ.ά.. Ταυτόχρονα, η συχνές επαγγελματικές αλλαγές, αλλαγή κατοικίας και αλλαγή συνθηκών ζωής, ενοχοποιούνται για αύξηση νοσηρότητας. Το άγχος και οι συνήθειες όπως αλκοόλ, ναρκωτικά και κάπνισμα, λειτουργούν επιβαρυντικά στην υγεία επηρεάζοντας την ψυχική σφαίρα του ατόμου. Ας μη ξεχνάμε ότι η αστικοποίηση και η βιομηχανοποίηση των κρατών, προκάλεσε απώλεια



ηθικών και θρησκευτικών αξιών με αποτέλεσμα τη σεξουαλική απελευθέρωση και την γρήγορη εξαπλώση των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, (Μάντη, Π., Τσελέπη, Χρ., 2000). Η εργασία και η ανεργία είναι δύο παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία άμεσα και έμμεσα, διαμορφώνοντας την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και ωρίμανση του ατόμου και την κοινωνικοποίησή του, μιας και αποτελούν σημαντικό παράγοντα στη κοινωνική αναγνώριση ξεπερνώντας κατά πολύ την οικονομική της διάσταση. Η ανεργία αποτελεί στέρση του κοινωνικού του ρόλου. Όσο αυξάνεται η ανεργία τόσο χειροτερεύουν οι συνθήκες διαβίωσης ενός πληθυσμού και συνεπώς αυξάνεται η νοσηρότητα και η θνησιμότητα. Σύμφωνα με έρευνα που έκαναν οι Maclure και Stewart (1984) στη Γλασκόβη, τα παιδιά που ζουν σε υποβαθμισμένες περιοχές ανέργων γονιών έχουν αυξημένες πιθανότητες να νοσήσουν και να εισαχθούν σε νοσοκομείο από άλλα που διαμένουν σε μη υποβαθμισμένες, (Harding, G., Nettleton, S., Taylor, K., 1994). Στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια, λόγω των οικονομικών δυσχερειών η ανεργία έχει αυξηθεί κατά πολύ με σοβαρές συνέπειες στην σωματική αλλά και ψυχική υγεία των πολιτών, όλων των ηλικιών και των δυο φύλων. Επίσης, οι συνθήκες εργασίας μπορούν να θεωρηθούν επαγγελματικοί κίνδυνοι και να προκαλέσουν επαγγελματικά νοσήματα. Οι συμπεριφορικοί παράγοντες (διατροφή, άσκηση, κάπνισμα, ναρκωτικά, αλκοόλ) μπορούν να επηρεάσουν την πορεία της υγείας ενός πληθυσμού. Πολιτισμικοί, κοινωνικοί και οικογενειακοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν και να διαμορφώσουν την συμπεριφορά, αναλόγως της κοινωνικής θέσης και του κοινωνικού ρόλου του ατόμου μέσα στην κοινωνία, των πολιτιστικών διαφορών και πεποιθήσεων που επικρατούν, οι θρησκευτικές αντιλήψεις για την αντιμετώπιση της ζωής και του θανάτου, την αμαρτία, την τιμωρία, κ. ά. (Αγραφιώτης, Δ., 1988).

Η οικονομική κρίση, σε παγκόσμια κλίμακα, αποτελεί καταλυτικό παράγοντα στην κοινωνική ζωή και στην υγεία. Η συρρίκνωση των εισοδημάτων και η αύξηση της ανεργίας, που επιφέρει η οικονομική κρίση, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά μια κοινωνία προξενώντας μεγάλο πλήγμα στην αυτοεικόνα και αυτοεκτίμηση των ατόμων, προκαλώντας ψυχολογικές διαταραχές όπως ανησυχία, άγχος, αϋπνίες, ανασφάλεια, κρίσεις πανικού, κατάθλιψη, διενέξεις στο οικογενειακό και επαγγελματικό περιβάλλον, δημιουργώντας σοβαρά κοινωνικά προβλήματα όπως τον εθισμό και την εξάρτηση σε ουσίες και αλκοόλ, την αύξηση των αυτοκτονιών, την υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής κυρίως στις χαμηλότερα κοινωνικές τάξεις. Η εργασία ταυτίζεται με τον κοινωνικό ρόλο του ατόμου και του δίνει αυτοεκτίμηση και αίσθημα ασφάλειας, βοηθά πολύ στην συγκρότηση της ταυτότητας του και της γενικότερης εικόνας του. Έρευνες έδειξαν ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% αύξησε το ποσοστό των

αυτοκτονιών κατά 0,97%, ενώ όταν αυξάνεται η ανεργία 3% για μεγάλο χρονικό διάστημα το ποσοστό των αυτοκτονιών αυξάνεται σε 4-4,5% (Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β, 2010). Οι άνδρες κυρίως κινδυνεύουν περισσότερο από προβλήματα ψυχικής υγείας όπως οι αυτοκτονίες και η χρήση αλκοόλ. Η οικονομική κρίση θέτει σε κίνδυνο και την οικογενειακή γαλήνη, οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των παιδιών και των εφήβων μπορεί να σηματοδοτήσουν μια κοινωνία. Σε έρευνα που έγινε στην Φιλανδία, η οποία έζησε μια μεγάλη οικονομική κρίση στην δεκαετία του '90, έδειξε πως ένας στους τέσσερις νέους που γεννήθηκαν το 1987 παρουσίασε παραβατική συμπεριφορά και ένας στους πέντε είχε δεχθεί ψυχιατρική φροντίδα (Wahlbeck K, McDaïd D, 2012). Παρατηρούμε λοιπόν ότι διάφοροι κοινωνικοοικονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την ψυχική υγεία των ατόμων. Η εγκληματικότητα, όπως οι κλοπές και οι ανθρωποκτονίες, είναι ένα άλλο μέρος της κοινωνικής ζωής το οποίο επηρεάζεται από την οικονομική κρίση με αποτέλεσμα να υπάρχουν μεγάλες δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις των ανθρώπων όπως ο κοινωνική απόσυρση και ο κοινωνικός αποκλεισμός των ευπαθών ομάδων, όπως των παιδιών, των μονογονεϊκών οικογενειών, των ανέργων, των μεταναστών και των ηλικιωμένων (Wahlbeck K, McDaïd D, 2012).

### Κοινωνικές σχέσεις και υγεία

Έρευνες έδειξαν ότι όταν τα άτομα συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνική ζωή και αναπτύσσουν τις κοινωνικές τους σχέσεις, παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά θνησιμότητας αλλά και νοσηρότητας κυρίως σε ασθένειες όπως η αρτηριοσκλήρυνση, η αρτηριακή υπέρταση, το υποτροπιάζον έμφραγμα του μυοκαρδίου και τα κακοήθη νεοπλασμάτα (Ertel, K., Glymour M. and Berkman L., 2009; Everson-Rose, S. and Lewis, Tené, 2005; Robles, T. and Kiecolt-Glaser, J., 2003; Uchino, B., 2006).

Πρόσφατες μελέτες που έγιναν σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, (Brummett et al. 2001), έδειξαν ότι οι ασθενείς που είχαν ανεπτυγμένη κοινωνική δραστηριότητα παρουσίασαν μικρότερο ποσοστό θνησιμότητας κατά 2,4 από αυτούς που δεν συμμετείχαν στις κοινωνικές δομές. Επίσης, εκτός από τη συμμετοχή σε κοινωνικές και θρησκευτικές εκδηλώσεις, μια άλλη ισχυρή κοινωνική σχέση, ο γάμος, επιδρά θετικά στην υγεία (ψυχική και σωματική) του ανθρώπου. Η έλλειψη σχέσης εμπιστοσύνης σε μια οικογένεια και η απουσία της οικογενειακής θαλπωρής μειώνει την άμυνα του οργανισμού με αποτέλεσμα το άτομο να είναι επιρρεπής στις ασθένειες. (Waite, L., 1995, Denney, J., 2010).

### Κοινωνικές και γεωγραφικές ανισότητες και υγεία

Οι κοινωνικές και γεωγραφικές ανισότητες στον τομέα της υγείας είναι σύνθετες και αρκετά πολύπλοκες. Αυτό συμβαίνει επειδή επηρεάζονται κυρίως από την κατα-





νομή του πλούτου και της δύναμης, από το φύλο, το επάγγελμα, την εκπαίδευση, τον τρόπο ζωής, μέσα στις κοινωνίες αλλά και από τον βαθμό ανάπτυξης των γεωγραφικών περιοχών και την επάρκεια των υγειονομικών υπηρεσιών. Σε μελέτη που έγινε στη Μ. Βρετανία, από τον Douglas Black (1980) και τους συνεργάτες του, για να παρατηρήσουν την σχέση ανάμεσα στην υγεία και την κοινωνική και επαγγελματική τάξη μιας κοινωνίας, χρησιμοποίησαν στατιστικούς δείκτες όπως πληθυσμός και οικογενειακός προϋπολογισμός και μελέτησαν δείκτες θνησιμότητας και κοινωνικής ανισότητας και διαπίστωσαν ότι η θνησιμότητα ήταν σχεδόν τριπλάσια στις χαμηλότερες κοινωνικά κατηγορίες, η θνησιμότητα των βρεφών σχεδόν διπλάσια στα χαμηλά κοινωνικά στρώματα σε σχέση με τα υψηλότερα και τέλος ότι, υψηλές επαγγελματικά κοινωνικές τάξεις χρησιμοποιούσαν πολύ περισσότερο τις υγειονομικές υπηρεσίες από ότι οι ασθενείς τάξεις. (Townsend, P, Davidson, N, 1992). Η κοινωνική θέση του ατόμου, η σχέση του προς τα μέσα παραγωγής, ο τρόπος ένταξής του στην παραγωγική διαδικασία, οι υλικές συνθήκες ύπαρξης, οι κοινωνικές αξίες και οι κυρίαρχες ιδεολογίες, διαμόρφωσαν και διαμορφώνουν κοινωνικές τάξεις και κοινωνικά στρώματα που παρουσιάζουν μεταξύ τους σημαντικές διαφορές ως προς την υγεία. Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία καταγράφονται και στους δείκτες νοσηρότητας. Έχει υποστηριχθεί ότι οι ανισότητες στην υγεία είναι πιο έντονες σε ότι αφορά τη νοσηρότητα απ' ότι τη θνησιμότητα. Σε περιοχές όπου οι βασικές αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι τα λοιμώδη νοσήματα, ο ρόλος των κοινωνικών παραγόντων που επιδρούν στην υγεία είναι εμφανής. Οι χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις υποφέρουν από κακή διατροφή, έλλειψη καθαρού πόσιμου νερού, θέρμανσης, αποχέτευσης, στέγης και από ανθυγιεινές συνθήκες εργασίας. Οι παράγοντες αυτοί έχουν σαφή επίδραση στη διασπορά των λοιμωδών νοσημάτων (Τούντας Γ., 2008).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ο ρυθμός βελτίωσης της υγείας του συνολικού πληθυσμού δεν είναι όμοιος σε όλες τις κοινωνικές ομάδες, παρά την παγκόσμια βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Επίσης παρατηρούνται και ανισότητες στην υγεία μεταξύ ανδρών και γυναικών. Οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και επισκέπτονται τους ιατρούς συχνότερα από τον ανδρικό πληθυσμό. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην χώρα μας, με σκοπό την ανάδειξη της υγείας του πληθυσμού, σε τυχαίο δείγμα ηλικίας 20-65 ετών, έδειξε ότι το 26,5% των ανδρών έπασχαν από μια συγκεκριμένη ασθένεια (ψυχική ή σωματική) ενώ αντίστοιχα στον γυναικείο πληθυσμό το ποσοστό ανερχόταν στο 43,2%. (Μαδιανός, Μ., Γ., Ζάρναρη, Ο., και συν., 1988). Στην χώρα μας το 1990, το προσδόκιμο επιβίωσης για τους άνδρες ήταν στα 74,6 έτη ενώ για τις γυναίκες στα 79,4 έτη, παρατη-

ρείται δηλ. μια διαφορά της τάξης περίπου των 4,8 χρόνων (Μάντη, Π., Τσελέπη, Χρ., 2000).

Η αστικοποίηση, παρουσιάζει ραγδαία άνοδο τα τελευταία έτη, με αποτέλεσμα την γρήγορη οικονομική ανάπτυξη και καλύτερες συνθήκες διαβίωσης. Παρόλα αυτά όμως, ο θόρυβος, τα απόβλητα, η έλλειψη χώρου, η κοινωνική αποξένωση, η έλλειψη πάρκων, αποτελούν αξιόλογους παράγοντες κινδύνου για την υγεία. Σήμερα πολλοί άνθρωποι ζουν απομονωμένοι σε πολυκατοικίες ή σε χωριά αποδυναμωμένα λόγω της αστικοποίησης. Η εμφάνιση ψυχικών νοσημάτων, η τάση αυτοκτονιών και τα τροχαία ατυχήματα κάνουν έντονη την παρουσία τους και εκφράζουν το σύγχρονο πλέον τρόπο ζωής. (Τούντας, Γ., 2007).

### Πρόσβαση στην υγεία

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών αποτελεί βασικό παράγοντα αλληλεξάρτησης κοινωνίας και υγείας. Έρευνες έδειξαν ότι οι μεσαίες και ανώτερες οικονομικά και κοινωνικά τάξεις χρησιμοποιούν περισσότερο τις υγειονομικές υπηρεσίες από τις κατώτερες και οικονομικά ασθενέστερες τάξεις και λαμβάνουν υψηλότερο επίπεδο περίθαλψης, το ίδιο παρατηρείται και στο επίπεδο εκπαίδευσης, όσο μεγαλύτερο είναι το επίπεδο τόσο αυξάνεται η χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών. (Σαρρής, Μ., 2001). Ας μην ξεχνάμε ότι ένα σύστημα υγείας πρέπει να παρέχει ίσες ευκαιρίες στη χρήση των υπηρεσιών του και να είναι πάντα διαθέσιμο και προσπελάσιμο στους πολίτες του ακόμα και σε μειονότητες ή διαφορετικής εθνικότητας πολίτες. Μελέτες που έχουν γίνει στις ΗΠΑ και αφορούν πολίτες διαφορετικής εθνικότητας, από Ν. Ασία και Ευρώπη, κατέγραψαν ότι οι πολίτες της Ν. Ασίας χρησιμοποιούν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περισσότερο από τους Ευρωπαίους (Chaturvedi, Rai and Ben-Shlomo, 1997), αλλά αντιμετωπίζουν γλωσσικές δυσκολίες κυρίως τα άτομα τρίτης ηλικίας στην κατανόηση της ασθένειας και της θεραπευτικής τους αγωγής. (Ebden et al., 1988, Free et al., 1999). Αρκετές φορές, οι θρησκευτικές τους πεποιθήσεις και αξίες που κουβαλάνε, τα ταμπού, οι προκαταλήψεις, τα στερεότυπα και γενικότερα η διαφορετική τους κουλτούρα, με χρησιμοποίηση πρακτικών ή εναλλακτικών θεραπευτικών μέτρων, μπορεί να επηρεάσει τη φαρμακευτική αγωγή ατόμων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, με άσχημα αποτέλεσμα για την υγεία τους. (Carruccio, 1997, Scott, 1998, Shaw et al., 1999). Η κουλτούρα των λαών παίζει σπουδαίο ρόλο στην υγεία των ανθρώπων αφού επηρεάζει σημαντικά την εξέλιξη μιας νόσου. Για παράδειγμα στην Ινδία έχουν καταγραφεί υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας από Σακχαρώδη Διαβήτη, με κατάληξη τη Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, λόγω της μη θεραπευτικής αντιμετώπισης του διαβήτη (Goyder and Botha, 2000).





### Περιβαλλοντικοί και γεωφυσικοί παράγοντες

Οι περιβαλλοντικοί και γεωφυσικοί παράγοντες όπως το φυσικό περιβάλλον και ο φυσικός πλούτος, οι πρώτες ύλες, η ατμοσφαιρική ρύπανση, η κατοικία, οι γενετικά μεταλλαγμένες τροφές, τα βιομηχανικά απόβλητα, η χρήση της ραδιενέργειας, ο θόρυβος, ο βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων, η τρομακτική μείωση της ποσότητας και η υποβάθμιση της ποιότητας του νερού, επιδρούν άμεσα στην υγεία και στην ασθένεια. Οι άνθρωποι που κατοικούν δίπλα ή κοντά σε χώρους πρασίνου, που μπορούν να έχουν επαφή με ελεύθερους δημόσιους χώρους φυτεμένους με δέντρα, εμφανίζουν σημαντικά μικρότερη νοσηρότητα από τους υπόλοιπους κατοίκους. Ένας από τους κρίκους που συνδέει πράσινο και υγεία είναι το στρες. Το στρες είναι μία από τις σύγχρονες ασθένειες της ζωής στην πόλη και προέρχεται από πολλές καθημερινές για τους περισσότερους καταστάσεις (Ελαφρός, 2009).

Η έκθεση σε επιβαρυντικούς για το περιβάλλον παράγοντες πέρα από τα επιτρεπτά όρια και γενικότερα η διαταραχή του οικοσυστήματος αυξάνουν την νοσηρότητα και έχουν σχέση με ορισμένες παθήσεις του ανθρώπινου οργανισμού όπως κακοήθη νεοπλασμάτα, αναπνευστικά νοσήματα και γενετικές βλάβες (Τούντας, Γ., 2000). Το φυσικό περιβάλλον είναι εξαιρετικά σύνθετο και αλλάζει συνεχώς. Οι περισσότερες από τις αλλαγές του περιβάλλοντος είναι προϊόν της δράσης του ανθρώπου, ενώ οι διαδικασίες αλλαγής περιλαμβάνουν και αλλαγές στις περιβαλλοντικές απειλές κατά της ανθρώπινης υγείας. Οι περιβαλλοντικές απειλές κατά της υγείας δεν αφορούν μόνο τις παθογόνες επιδράσεις βιολογικών, χημικών και φυσικών παραγόντων, αλλά και τη γενικότερη υποβάθμιση της ποιότητας της καθημερινής ζωής, που εξαρτάται εν πολλοίς από την ποιότητα του περιβάλλοντος. Τα χαρακτηριστικά της σύγχρονης πόλης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την υγεία των κατοίκων. Οι παράγοντες αυτοί είναι : η ατμοσφαιρική ρύπανση, το νερό, τα τροχαία ατυχήματα, τα απόβλητα, ο θόρυβος, η έλλειψη χώρου, η κοινωνική αποδιοργάνωση (Τούντας Γ., 2007).

### Συμπεράσματα

Με τις διάφορες κοινωνικές και οικονομικές εξελίξεις, που εκτυλίσσονται σε μια κοινωνία, οι απόψεις για την υγεία και την ασθένεια και τα επίπεδα υγείας των πληθυσμών διαφοροποιούνται διαρκώς. Το κοινωνικό περιβάλλον είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για την υγεία. Κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες και παράγοντες επηρεάζουν το είδος και την κατανομή των ασθενειών στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες. Η υγεία και η ασθένεια εμπλέκονται σε όλες τις πτυχές της κοινωνικής ζωής, χωρίς να διαχωρίζονται από τις αξίες, τα στερεότυπα, τις πεποιθήσεις και την καθημερινή συμπεριφορά μιας κοινωνίας.

Η προστασία της υγείας αλλά και η ασθένεια εξαρ-

τώνται από ένα σύστημα παραγόντων του γενικότερου κοινωνικού περιβάλλοντος όπως οικονομικών, κοινωνικών, πολιτιστικών, πολιτικών, περιβαλλοντικών και συμπεριφορικών και δημιουργούν την αλληλεξάρτηση υγείας και κοινωνίας. Τα επίπεδα υγείας των αναπτυγμένων χωρών είναι πολύ υψηλότερα από ότι των λιγότερο αναπτυγμένων εξαιτίας των διαφορετικών κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών συνθηκών που επικρατούν, όμως κανείς δεν μπορεί να αποκλείσει ότι οι ανακατατάξεις που συντελούνται τον τελευταίο καιρό στο παγκόσμιο προσκήνιο δεν θα έχουν άμεσες επιπτώσεις και στις χώρες αυτές. Η επιστημονική κοινότητα έχει κάνει κοινώς αποδεχτή την άποψη ότι κυρίως οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες, αλλά και η κοινωνική υποστήριξη, αποτελεί ουσιαστική βάση για την διατήρηση της υγείας ή αντίστροφα για την πρόκληση της ασθένειας.

Από την πολυπλοκότητα των σχέσεων μπορούμε να αντιληφθούμε τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει σήμερα η κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, μέσα από την αναδιάταξη των κοινωνικών σχέσεων που την χαρακτηρίζει.

Στην Ελληνική πραγματικότητα, με την κρίση να διέπει την ελληνική κοινωνία, η λιτότητα που εφαρμόζεται και οι περικοπές κοινωνικών δαπανών και κυρίως στον χώρο της υγείας, προκύπτει ότι οι υγειονομικές ανισότητες θα ακολουθήσουν μια αυξητική πορεία.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

#### Ξενόγλωσση

- Adam Ph, Herzlich Cl, (1999) Κοινωνιολογία της ασθένειας και της ιατρικής.(μτφρ. Κ. Βασιλικού). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P. (1980) The Black Report. Pelican Books.
- Brummett B, Barefoot J, Siegler I, Clapp-Channing N, Lytle B, Bosworth H, et al. (2001) Characteristics of Socially Isolated Patients with Coronary Artery Disease Who Are at Elevated Risk for Mortality. *Psychosomatic Medicine*. 63:267-72.
- Cappuccio FP. (1997) Ethnicity and cardiovascular risk: variations in people of African ancestry and South Asian origin. *J Hum Hypertens*. 11(9):571-6.
- Chaturvedi N, Rai H, Ben-Shlomo Y. (1997) Lay diagnosis and health-care-seeking behaviour for chest pain in South Asians and Europeans. *The Lancet*. 350(9091): 1578-1583.
- Denney J. (2010) Family and Household Formation and Suicide in the United States. *Journal of Marriage and Family*. 72:202-13.
- Ebden P, Carey O, Bhatt A, and Harrison B. (1988) The bilingual consultation. *The Lancet*. 1:347.
- Ertel K, Glymour M. and Berkam L. (2009) Social Networks and Health: A Life Course Perspective Integrating Observational and Experimental Evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26:73-92.
- Everson-Rose S, Tené T. (2005) Psychosocial Factors and Cardiovascular Diseases. *Annual Review of Public Health*. 26:469-500.
- Free C, Green V, and Newman A. (2003) Bilingual young people's experiences of interpreting in primary care. *British Journal of*



- General Practice. 53:530-535.
- Goyder EC, McNally G, Botha JL. (2000) Inequalities in access to diabetes care: evidence from a historical cohort study. *Qual Health Care*. 9(2): 85-89.
- Harding G, Nettleton S, Taylor K. (1994) *Sociology for Pharmacists*. μτφ. Πρωτοτύπου Τομέας Κοινωνιολογίας ΕΣΔΥ.
- Herzlich C., Pierret J., Malades (1984): *d' hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot. In Παπαστάμου Σ. «Κοινωνικές Αναπαραστάσεις», Οδυσσέας, 1995.
- Omran, Ar. (1971) The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q*. 49:509-538.
- Robles Theodore F. and Kiecolt-Glaser Janice K, (2003) *The Physiology of Marriage: Pathways to Health*. *Physiology and Behavior*. 79:409-16.
- Scott JC. (1998) Seeing Like a State: How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed.
- Shaw M, Gordon D, Dorling D, Davey Smith G. (1999) *The Widening Gap: Health Inequalities and Policy in Britain*. Bristol: The Policy Press.
- The World Health Report (1996) *Fighting disease, Fostering development*. WHO, Geneva.
- Townsend P, Davidson N. (1992) *Inequalities in Health, The Black Report*. London: Penguin Books.
- Uchino, Bert N. (2004) *Social Support and Physical Health: Understanding the Health Consequences of Relationships*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Wahlbeck K, McDaid D (2012) Action to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry*. 11(3):139-145.
- World Development Report (1995) *Workers in an Integrating World*. The World Bank, Washington, D.C.
- Wahdan Mn. (1996) The epidemiologic transition. *East Med Health J*. 2:8-20.
- Waite Linda J. (1995) Does Marriage Matter? *Demography*. 32:483-508
- World Health Organization, WHO, (1946) *International Health Conference*, New York.
- Ελληνική**
- Αγραφιώτης Δ. (1988). *Υγεία και αρρώστια. Κοινωνικο-πολιτιστικές διαστάσεις*. Αθήνα: Λίτσας
- Ελαφρός Γ.(2009). Τα πάρκα, «φάρμακο» για την υγεία μας... Σύμφωνα με επιστημονική έρευνα. (απευθείας σύνδεση), διαθέσιμη από:  
[http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_ell!\\_21/02/2009\\_304406](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell!_21/02/2009_304406) (προσπέλαση 25/02/09).
- Κρεμαστινού Τ. (1996) *Βασικές Αρχές Δημόσιας Υγείας. Σημειώσεις μαθήματος Επιδημιολογίας στο τμήμα Υγιεινολόγων Ιατρών, ΕΣΔΥ*.
- Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β. (2010) Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 27(5): 834-840.
- Μαδιανός ΜΓ, Ζάρναρη Ο. και συν. (1988) *Υγεία και Ελληνική Κοινωνία*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
- Μάντη Π, Τσελέπη Χρ. (2000) *Κοινωνικές - Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Μαντόγλου Α, Παπαστάμου Στ. (1995) *Κοινωνικές Αναπαραστάσεις*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Οικονόμου Χ. (2005) *Κοινωνιολογία της υγείας. Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Διόνικος.
- Παπαστάμου Σ., (1989): *Εγχειρίδιο Κοινωνικής Ψυχολογίας*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Παπαστάμου Σ. (1995): *Κοινωνικές Αναπαραστάσεις*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Σαρρής Μ. (2001) *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Τούντας Γ. (2000) *Κοινωνία και υγεία*. Αθήνα: Οδύσσεια.
- Τούντας Γ.(2007). *Φυσικό περιβάλλον και υγεία*. (απευθείας σύνδεση), διαθέσιμη από:  
<http://www.neahygeia.gr/foreas.php?ParentID=305&ArticleID=561&lang=gr&CategoryID=&IssueID=4> (Προσπέλαση 15/11/08).
- Τούντας Γ. (2008). *Κοινωνικές ανισότητες*. (απευθείας σύνδεση), διαθέσιμη από:  
[http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=4065](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=4065) (προσπέλαση 28/11/08).

# Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση

Σταυρούλα Μητρούση<sup>1</sup>, Αντώνιος Τραυλός<sup>2</sup>, Ευμορφία Κούκια<sup>3</sup>, Σοφία Ζυγά<sup>4</sup>

1. Ψυχολόγος, MSc, PhD(c), Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
2. Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
3. Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
4. Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής

---

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια διαπιστώνεται αυξανόμενο το ενδιαφέρον για τη μελέτη του φαινομένου του στρες. Η μελέτη του στρες είναι δικαιολογημένη, καθώς συνδέεται με την εκδήλωση συμπτωμάτων/ενδείξεων σε οργανικό και ψυχολογικό επίπεδο. Σε ό,τι αφορά το πρώτο, συνήθως εκδηλώνονται ήπια ή σοβαρά ψυχοσωματικά προβλήματα. Σε ό,τι αφορά στο ψυχολογικό επίπεδο, το στρες επηρεάζει τη συμπεριφορά (αυξημένη ανησυχία και ευερεθιστότητα), τις συναισθηματικές αντιδράσεις αυξημένο άγχος, συναισθηματικές μεταπτώσεις, τη γνωστική λειτουργικότητα (δυσκολία συγκέντρωσης) και την κοινωνική συμπεριφορά (απόσυρση, περιορισμό των κοινωνικών σχέσεων). Στο συγκεκριμένο άρθρο γίνεται αναφορά στον ορισμό του στρες, στη θεωρητική προσέγγιση του στρες και κριτική ανασκόπηση των κυριότερων θεωριών του στρες.

**Λέξεις- κλειδιά:** στρες, θεωρίες, προσέγγιση, υγεία.

---

# Stress theories: A critical review

Stavroula Mitrousi<sup>1</sup>, Antonios Travlos<sup>2</sup>, Evmorfia Koukia<sup>3</sup>, Sofia Zyga<sup>4</sup>

1. Psychologist, MSc, PhD(c), Faculty of Human Movement and Quality of Life Sciences, Sparta, Greece
2. Associate Professor, Faculty of Human Movement and Quality of Life Sciences, Department of Nursing, University of Peloponnese, Sparta, Greece
3. Assistant Professor, University of Athens, Department of Nursing, Athens, Greece
4. Assistant Professor, Faculty of Human Movement and Quality of Life Sciences, Department of Nursing, University of Peloponnese, Sparta, Greece

---

## ABSTRACT

In the last few years there has been an increasing interest on the study of the phenomenon of stress. The study of stress is justified, while it is connected with the event of symptoms /clues in organic and psychological level. What concerns the first part, usually mild or serious psychosomatic problems are expressed. What concerns the psychological level, stress influences the behavior (increased concern and irascibility), the sentimental reactions (increased stress, sentimental precessions), the cognitive functionalism (difficulty in self-concentration) and the social behavior as with drawl, restriction of social relations This article deals with issues as the definition of the term "stress", the theoretical approaches of stress and a critical review of theories of stress.

**Key- words:** stress, theories, approaches, health.

---

*Corresponding author: Sofia Zyga, Assistant Professor, University of Peloponnese, Faculty of Human Movement and Quality of Life Sciences, Department of Nursing, Leonidou 3, Sparta Lakonia, Greece, E-mail: zygas@uop.gr*

## ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

### Ορισμός άγχους

Ο άγχος ορίζεται (Μάνος, 1997) η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα.

Το άγχος θεωρείται ένα σύνθετο συναίσθημα που συναντάται αργότερα στην ανάπτυξη του ατόμου και κάνει την εμφάνιση του χωρίς σαφή ή σημαντική για τη ζωή απειλή. Η κινητοποίηση του άγχους περιλαμβάνει πολλές παραμέτρους που έχουν να κάνουν με τη συνολική ψυχική ζωή (συνειδητή και μη), τη σχέση με τον εαυτό και με τους άλλους, το σύστημα αξιών, τον τρόπο ερμηνείας των πραγμάτων, τις απαιτήσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος και τη δυνατότητα ανταπόκρισης σε αυτές, αλλά και με ποικίλους βιολογικούς παράγοντες. Το άγχος είναι, μέχρι ενός σημείου, φυσιολογικό και χρήσιμο στοιχείο της ανθρώπινης προσωπικότητας. Με αυτό, οι σωματικές και πνευματικές επιδόσεις αυξάνονται και ενδυναμώνονται (Barlow, 2000). Σε φυσιολογικό βαθμό αποτελεί την ψυχολογική ετοιμότητα προς επαγρύπνηση και προετοιμασία του ατόμου για να δράσει εφόσον μια κατάσταση απειλεί την ψυχοσωματική συγκρότησή του. Σε υπερβολικό βαθμό, όμως, το άγχος αποτελεί νοσηρή εκδήλωση, χαρακτηριστική διαταραχή της προσαρμοστικής ικανότητας του ανθρώπου.

Πολύ συχνά το άγχος συγχέεται με το στρες και το φόβο και είναι πιθανό να θεωρηθούν ως όμοιες έννοιες, ενώ στην πραγματικότητα δεν είναι. Ο φόβος ορίζεται ως συναίσθημα πολύ στενά συνδεδεμένο με το στρες, που αφορά σε μια ρεαλιστική μάλλον, παρά προσδιοριστή όπως το άγχος, εντύπωση απειλής και ανησυχίας, απέναντι, ακριβώς, σε έναν πραγματικό κίνδυνο (Παλαιολόγου, 2001). Έτσι το άγχος πρέπει να διακριθεί από το φόβο, στον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον κίνδυνο, αναγνωρίζει δηλαδή την πηγή του φόβου του, προετοιμάζει τη δράση του και κατεργάζεται ενδόμυχα τις συνέπειές της, σύμφωνα με τις αρχές της θεωρίας του Cannon. Το άγχος αντίθετα δεν έχει συγκεκριμένο αντικείμενο. Αναφέρεται σε αόριστη απειλή, σε μελλοντικό και αναμενόμενο κίνδυνο τον οποίο το άτομο δεν γνωρίζει και συνεπώς η προετοιμασία του για δράση είναι αδύνατη.

### Συμπτώματα του άγχους

Όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση άγχους είναι πιθανό να εκδηλώσει ορισμένα συμπτώματα, τα οποία κατηγοριοποιούνται σε Ψυχολογικά και Σωματικά συμπτώματα.

Ο Μ. Μαδιανός, στο βιβλίο του «Κλινική Ψυχιατρική» (2003), αναφέρει ότι στα ψυχολογικά συμπτώματα ανήκουν: η ανησυχία και η ανυπομονησία, το αίσθημα απροσδιόριστου φόβου και αγωνίας, η νευρική κατάσταση, η διάσπαση της προσοχής, η δυσκολία στη συγκέντρωση και το αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας.

Στα σωματικά συμπτώματα συγκαταλέγονται: η δύσπνοια, το αίσθημα πνιγμού, το αίσθημα "κόμπου στο λαιμό", ο πόνος στο στήθος, η δυσκαταποσία, το αίσθημα παλμών, τα κρύα χέρια, η λιποθυμική τάση, η ξηροστομία, η ανορεξία, η ναυτία, ο ίλιγγος, τα κοιλιακά άλγη, η μυϊκή τάση, η κινητική ανησυχία, ο τρόμος, η αδυναμία, η ζάλη, οι εφιδρώσεις, η συχνουρία και η κεφαλαλγία τάσης.

### ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

#### Ψυχαναλυτική θεωρία

Ο Freud ήταν εκείνος, που πρώτος εισηγήθηκε τον κρίσιμο ρόλο, που παίζει το άγχος στο σχηματισμό νευρωτικών και ψυχοσωματικών καταστάσεων. Για εκείνον, το άγχος ήταν «το θεμελιακό φαινόμενο και το κεντρικό πρόβλημα της νευρώσεως». Κατέληξε στην άποψη, ότι η κατανόηση του άγχους ήταν «το πιο δύσκολο καθήκον, που τέθηκε μπροστά μας», ένα καθήκον, που η λύση του απαιτούσε «τη σύσταση των σωστών αφηρημένων ιδεών και την εφαρμογή τους στο ακατέργαστο υλικό των παρατηρήσεων, ώστε να φέρουμε τάξη και διαύγεια σ' αυτό» (Spielberger, 1982). Το άγχος λειτουργεί ως «σήμα» ότι το Εγώ απειλείται (Freud, 1926), και γι' αυτό έχει τη δυνατότητα να θέσει σε λειτουργία τους μηχανισμούς άμυνας. Υπάρχουν διάφορα είδη άγχους. Ένα είδος είναι το ηθικό άγχος το οποίο δημιουργείται από τις απαιτήσεις του Υπερεγώ και τις παραβιάσεις των εσωτερικοποιημένων γονεϊκών αξιών. Παρόμοιο είναι το νευρωτικό άγχος, το οποίο προκαλείται από τις πραγματικές ή φανταστικές συγκρούσεις με τους γονείς (ή άλλες μορφές που ασκούν έλεγχο επί των παρορμήσεών μας). Το άγχος αυτό συνδέεται με τις εμπειρίες από σκληρούς ή αδιάφορους γονείς και το φόβο ότι δεν είναι δυνατό να ελεγχθούν οι εσωτερικές παρορμήσεις. Διαφορετικό είναι το άγχος που δημιουργείται από την επιδίωξη αντιτιθέμενων στόχων, και το οποίο έχει να κάνει με την αντίληψη της πραγματικότητας (Hall & Lindzey, 1985, Weiner, 1985). Αυτό ονομάζεται άγχος της πραγματικότητας (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1995).

#### Φαινομενολογικά μοντέλα

Τα φαινομενολογικά μοντέλα-και ειδικά οι ανθρωπιστικές/επικεντρωμένες στον πελάτη προσεγγίσεις και ο υπαρξισμός-είναι κάτι περισσότερο από θεωρίες της προσωπικότητας και της ψυχολογικής προσαρμογής. Αυτά τα μοντέλα συχνά θεωρούνται φιλοσοφίες ζωής ή κατευθυντήριες αρχές, με βάση τις οποίες ζει ένας άνθρωπος τη ζωή του. Ο ανθρω-

πισμός και ο υπαρξισμός είναι φαινομενολογικές θεωρίες, με δεδομένο ότι σε αυτές η κεντρική έννοια είναι η προσωπική εμπειρία του ατόμου ή του πελάτη.

Τα φαινομενολογικά μοντέλα απορρίπτουν την αιτιοκρατική θεώρηση της ανθρώπινης φύσης. Η συμπεριφορά δεν λογίζεται ούτε ως προϊόν των ανεξέλεγκτων ασυνείδητων ενορμήσεων και βιολογικών ενστίκτων, ούτε ως αποτέλεσμα περιβαλλοντικών συνεξαρτήσεων ενίσχυσης. Το άτομο είναι υπεύθυνο να κάνει τις επιλογές του σχετικά με το πώς θα συμπεριφερθεί και θα βιώσει τον κόσμο. Η προσωποκεντρική θεωρία είναι ένα παράδειγμα αυτής της θεωρητικής προσέγγισης.

Η προσωποκεντρική (ή πελατοκεντρική) θεωρία. Αυτό το θεωρητικό ρεύμα προέκυψε από την εξέλιξη της προσέγγισης του Carl Rogers (1942, 1951, 1961) για την ατομική ψυχοθεραπεία. Η πρωταρχική θέση της θεωρίας αυτής είναι ότι οι άνθρωποι έχουν την εγγενή ικανότητα να ενεργοποιούν το δυναμικό τους. Με δεδομένο ότι το δυναμικό κάθε ατόμου είναι μοναδικό, δίνεται πρωταρχική σημασία στην εμπειρία του και στις αντιλήψεις του για τη ζωή. Ο εγγενής αυτοκαθορισμός είναι εμφανής κιάλας από τις πρώτες φάσεις της ανάπτυξης. Η έννοια του εαυτού, η αυτοαντίληψη, αναπτύσσεται όταν το άτομο διαφοροποιεί το φυσικό του εαυτό από το περιβάλλον. Μέσω της συνεχούς αλληλεπίδρασης με τους άλλους, ο κοινωνικός εαυτός αναπτύσσεται και συμβάλλει στη δημιουργία της έννοιας του εαυτού. Η έννοια του εαυτού αναφέρεται στην οργανωμένη και σταθερή εικόνα του εαυτού.

Σε αντιστοιχία με την ανάπτυξη της έννοιας του εαυτού προκύπτει η ανάγκη για θετική εκτίμηση. Η ανάγκη για αυτήν μπορεί να ικανοποιηθεί μόνο όταν το άτομο νιώσει την αναγνώριση και την αποδοχή εκ μέρους των άλλων. Η αναγνώριση από μέρους των άλλων σημαντικών για το άτομο προσώπων συχνά γίνεται υπό όρους, αφού το πρόσωπο που την παρέχει αναμένει να καλύπτονται κάποιες προϋποθέσεις προτού προσφέρει την αναγνώριση αυτή. Αν δεν υπάρχουν περιορισμοί και η αναγνώριση προσφέρεται χωρίς όρους, το παιδί κατορθώνει να αντιμετωπίζει τον εαυτό του με θετικό τρόπο. Αυτό όμως συμβαίνει σπάνια. Τις περισσότερες φορές το παιδί βάζει σε κατώτερη μοίρα τις προσωπικές του αξίες προκειμένου να αποκτήσει την υπό όρους αναγνώριση, δημιουργώντας έτσι συνθήκες αυτοαξίας. Η αυτοαξία γίνεται στη συνέχεια ιδιαίτερα σημαντική, για να καλυφθούν οι απαιτήσεις που έθεσαν προηγουμένως τα πρόσωπα που προσφέρουν αναγνώριση.

Αν οι συνθήκες αξιότητας είναι υπερβολικά περιοριστικές, το άτομο αρνείται κάποιες πλευρές της εμπειρίας του και έτσι παρεμποδίζεται η αυτοπραγμάτωση. Στην περίπτωση που οι συνθήκες αξίας δεν είναι πολύ περιοριστικές και το πρόσωπο μπορεί να συνεχίσει να βιώνει την εμπειρία της δικής του αναγνώρισης και σεβασμού, το άτομο μπορεί να αναπτύξει μια ευέλικτη έννοια του εαυτού.

Αν οι νέες εμπειρίες έρχονται σε μεγάλη ασυμφωνία με την έννοια του εαυτού, η ισορροπία της έννοιας του εαυτού διαταράσσεται. Στην περίπτωση αυτή το αποτέλεσμα μπορεί να είναι η εκδήλωση άγχους ή η αποδιοργάνωση της δομής του εαυτού. Αν η εμπειρία και η έννοια του εαυτού διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό, είναι πιθανό να εμφανιστεί αμυντική συμπεριφορά, όπως η εκλογίκευση, η φαντασίωση και η προβολή. Αυτό καταλήγει σε μια ανικανότητα αυτοπραγμάτωσης η οποία είναι βασισμένη στην υιοθέτηση των αξιών των άλλων, αντί να βασίζεται στην εγγενή διαδικασία αξιών (Καλαντζή-Αζίζι, Α., & Αναγνωστόπουλος, Φ., 1999).

### **Γνωσιακά μοντέλα**

Οι Hoehn-Saric και McLeod (1988) και ο Freeman (1990) περιγράφουν το άγχος ως μια παγκοσμίως γνωστή εμπειρία, η οποία λειτουργεί σα μηχανισμός προειδοποίησης (ασφάλειας). Ο μηχανισμός αυτός εκπέμπει προειδοποιητικά σήματα σε καταστάσεις κινδύνου που έχουν σχέση με αβεβαιότητα, ενώ φαίνεται να δυσλειτουργεί σ' έναν αριθμό περιπτώσεων, όπως όταν: (α) το άγχος είναι υπερβολικά έντονο, (β) διαρκεί πέρα από την έκθεση σε κάποιο κίνδυνο, (γ) παρουσιάζεται σε καταστάσεις οι οποίες αντικειμενικά δεν εμπεριέχουν κίνδυνο ή απειλή, ή (δ) παρουσιάζεται χωρίς κανέναν ιδιαίτερο λόγο.

Μετά τις θεωρίες των Lazarus (1966) και Bandura (1977), το γνωσιακό μοντέλο του Aaron Tim Beck (Beck & Emery, 1985) παρουσιάζεται ως ένα καλά επεξεργασμένο μοντέλο του κλινικού άγχους (Clark & Beck, 1988). Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι υφίσταται μια σχέση μεταξύ συναισθημάτων και σκέψης στις διαταραχές του άγχους, οι οποίες ορίζονται πρωταρχικά ως διαταραχές της σκέψης (Blackburn & Davidson, 1990). Η έμφαση σ' αυτό το μοντέλο τοποθετείται στον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύονται γεγονότα και καταστάσεις από τους ανθρώπους, παρά στα ίδια τα γεγονότα. Αυτές οι ερμηνείες δημιουργούν με τη σειρά τους έναν αριθμό αρνητικών συναισθημάτων (π.χ. άγχος, θυμό, θλίψη) που στην περίπτωση του κλινικού άγχους χαρακτηρίζονται από: (α) μη ρεαλισμό, (β) υπερεκτίμηση της πιθανότητας παρουσίασης και του βαθμού δριμύτητας των άσχημων καταστάσεων, και (γ) υποεκτίμηση των υπάρχοντων τρόπων αντιμετώπισης των καταστάσεων ή των τρόπων επίλυσης (Clark & Beck, 1988).

Οι Clark και Beck (1988) παρουσιάζουν ένα πρόγραμμα άγχους (anxiety program) το οποίο τίθεται σε λειτουργία αυτόματα από τη στιγμή που μια κατάσταση εκλαμβάνεται ως επικίνδυνη. Το πρόγραμμα αυτό θεωρείται ως εξέλιξη ενός πρωτόγονου μηχανισμού του ανθρώπου που σκοπό έχει να τον προστατέψει από κινδύνους. Έτσι παρατηρούνται οργανικές, συμπεριφοριστικές και γνωσιακές αλλαγές: (α) στο αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ) με την προετοιμασία για φυγή ή επίθεση, (β) στην αναστολή της παρούσας συμπε-





ριφοράς και στην αντικατάστασή της από κάποια άλλη η οποία είναι συνήθως λιγότερο αποτελεσματική, και (γ) σε μια συνεχή εξέταση του περιβάλλοντος για άλλους κινδύνους ή απειλές. Με την πάροδο του χρόνου, αυτή η συμπεριφορά αποκτά το νόημα του ότι οι γνωσιακές λειτουργίες δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην ανίχνευση πληροφοριών για πιθανούς κινδύνους και αυτή η έμφαση συμβάλλει έτσι ώστε πληροφορίες που είναι αντίθετες με την ύπαρξη (ή πιθανή ύπαρξη κινδύνου) να μην παρατηρούνται ή να μην λαμβάνονται υπόψη. Οι Clark και Beck παρατηρούν ότι, στην πρωτόγονη εποχή, το πρόγραμμα άγχους θα βοηθούσε, όπως και στη σημερινή εποχή, στην προστασία του ατόμου από πραγματικούς κινδύνους. Ωστόσο, όταν ο κίνδυνος δεν είναι πραγματικός (δηλαδή δεν απειλεί τη ζωή του ατόμου) αλλά μια λανθασμένη ερμηνεία μιας κατάστασης ή κάποιας υπερβολικής εκτίμησης ως προς το μέγεθος του κινδύνου, το πρόγραμμα για την αντιμετώπιση του άγχους είναι ακατάλληλο. Επιπλέον, τα συμπτώματα του άγχους εκλαμβάνονται ως περαιτέρω απειλές, οδηγώντας σε μια σειρά από φαύλους κύκλους οι οποίοι διατηρούν και ενισχύουν την ένταση του άγχους.

Το γνωσιακό μοντέλο του άγχους από τους Blackburn και Davidson (1990) αποτελείται από τρία μέρη: το ερέθισμα (stimulus), τη μεσολάβηση (mediation) και την αντίδραση (response). Η μεσολάβηση μεταξύ ενός ερεθίσματος (που μπορεί να είναι μια κατάσταση, σκέψη, ανάμνηση κ.λπ.) και μιας αντίδρασης (άγχος, συμπτώματα ANΣ κ.ά.) αντιπροσωπεύει το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των εν ενεργεία γνωσιακών σχημάτων και διαδικασιών με τις αυτόματες σκέψεις.

Σύμφωνα με τους Blackburn και Davidson (1990), ο αρνητικός τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται ή σκέφτεται για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον ορίζει την αγχογενή γνωστική τριάδα (anxiogenic cognitive triad), βάσει της οποίας τα άτομα με άγχος θεωρούν:

- τον εαυτό τους ευάλωτο (στο άγχος, στην κατάθλιψη, παρουσιάζουν έλλειψη αυτοπεποίθησης, αποφυγή και αυξημένη εξάρτηση)
- τον κόσμο απειλητικό (συμπτώματα ANΣ, παραγμένος ύπνος, έλλειψη αυθορμητισμού και χαμηλή αυτοσυγκέντρωση) και
- το μέλλον απρόβλεπτο (συνεχής επαγρύπνηση).

Η θεραπεία του άγχους βάσει της γνωσιακής θεωρίας, επικεντρώνει την προσοχή της στην ανακάλυψη των αυτόματων αρνητικών σκέψεων, στην αναγνώριση των πιθανών συνεπειών και στην προσπάθεια αντικατάστασης αυτών των σκέψεων με άλλες, περισσότερο λειτουργικές (ρεαλιστικές, λογικές) σκέψεις (Beck, 1976). Μετά

από αυτή τη διαδικασία, χρειάζεται η κατάλληλη επεξεργασία και αξιολόγηση έτσι ώστε να καθοριστεί η ορθότητα των καινούργιων σκέψεων (Καλπάκογλου, 1998).

### Η Βιολογική Προσέγγιση

Στη βιολογική προσέγγιση του Hans Selye (1950, 1956, 1975), το άγχος γίνεται αντιληπτό ως φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού, η ένταση της οποίας εξαρτάται εξ ολοκλήρου από την ένταση των ερεθισμάτων (τόσο με την έννοια του υπερβολικού ερεθισμού όσο και με την έννοια της αισθητηριακής αποστέρσης). Εν προκειμένω το άγχος γίνεται αντιληπτό ως δύναμη ή δυνάμεις που υπάρχουν έξω από το άτομο και που ασκούν πίεση. Το άγχος εδώ βασίζεται στη μέτρηση της έντασης των εξωτερικών ερεθισμάτων, στην εκτίμηση του βαθμού πίεσης που ασκούν τα διάφορα γεγονότα της ζωής. Το μοντέλο αυτό μοιάζει με εκείνο που χρησιμοποιούν οι μηχανικοί για να περιγράψουν μια κατάσταση στην οποία μία δύναμη (φορτίο) δρα σε ένα φυσικό αντικείμενο προκαλώντας ένταση σε αυτό. Σε μια τέτοια αντίληψη του άγχους δεν υπάρχει καθόλου χώρος για ατομικές διαφορές και ιδιαίτερα για την ιδιοσυγκρασία, καθότι το άγχος θεωρείται ή ορίζεται ως καθαρά εξωτερικός παράγοντας, ως κατάσταση που καθορίζεται εξ ολοκλήρου από την ένταση των εξωτερικών στρεσογόνων ερεθισμάτων ή συνθηκών (από το πόσο πιεστικές είναι για τον οργανισμό κάποιες καταστάσεις). Σε αυτή την προσέγγιση δεν έχει σημασία αν η κατάσταση είναι ευχάριστη ή δυσάρεστη. Το σημαντικό είναι η ένταση της απαίτησης για προσαρμογή στις συνθήκες του περιβάλλοντος.

Ο Selye ανέπτυξε το μοντέλο της αντίδρασης του ατόμου στα στρεσογόνα ερεθίσματα, γνωστό ως «Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής» (General Adaptation Syndrome-GAS), το οποίο αναγνωρίζει τρεις φάσεις αντίδρασης, και συγκεκριμένα:

- την αντίδραση συναγερμού
- το στάδιο αντίστασης
- το στάδιο εξάντλησης.

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η πιο κοινή αντίδραση προσαρμογής του οργανισμού, όταν εκτίθεται σε μια απειλή, είναι η αντίδραση πάλης/φυγής. Ο οργανισμός προκειμένου να προετοιμαστεί για μια τέτοια αντίδραση τροποποιεί κάποιες φυσιολογικές λειτουργίες του, με στόχο να αυξήσει την ενέργεια που είναι διαθέσιμη για έκτακτες περιστάσεις. Εάν η αντίδραση πάλης ή φυγής του οργανισμού επιτευχθεί, ο οργανισμός ανακτά την ισορροπία του. Στην αντίθετη περίπτωση, ο οργανισμός δεν παραιτείται, αλλά συνεχίζει την προσπάθεια μέχρι να επιτύχει ή να εξαντληθεί (στάδιο αντίστασης). Στην περίπτωση που ο οργανισμός δεν καταφέρει να αντιμετωπίσει την απειλή, τότε εισέρχεται στο τρίτο στάδιο (το στάδιο της εξάντλησης) όπου



είναι πλέον εμφανή τα σημάδια εξάντλησης του οργανισμού, λόγω της παρατεταμένης κατάστασης υπερδιέγερσης του (Αντωνίου, 2002).

Παρόμοιες προσεγγίσεις παρουσιάζονται από τους Elliot και Eisdorfer (1982), τον Weick (1970) και άλλους. Μερικοί μάλιστα μιλούν για την ύπαρξη αντικειμενικών, καθολικών στρεσογόνων παραγόντων (αναφερόμενοι στις τραυματικές, κρίσιμες ή ακραίες αλλαγές της ζωής, όπως είναι, για παράδειγμα, μια μεγάλη καταστροφή, ο πόλεμος, ο θάνατος, κ.λπ.) που προκαλούν άγχος, ανεξάρτητα από την αντίληψη, την ηλικία, το φύλο, την κοινωνική κατάσταση ή τάξη, την εκπαίδευση κ.λπ. των ατόμων (Aldwin, Levenson, Spiro, & Bosse, 1989, Freedy, Kilpatrick, & Resnick, 1993, Pellegrini, 1990). Η προσέγγιση των κρίσιμων γεγονότων ζωής, αν και έχει εν μέρει τροποποιηθεί, δέχθηκε αρκετή κριτική, κυρίως λόγω των μονοδιάστατων αντικειμενικών της παραδοχών. Οι διάφορες κλίμακες κρίσιμων γεγονότων ζωής χαρακτηρίστηκαν ως απλοϊκές και μονοδιάστατες, με χαμηλούς δείκτες εγκυρότητας. Καμιά από αυτές, για παράδειγμα, δεν δίνει έγκυρα στοιχεία για την πρόβλεψη της ψυχοσωματικής κατάστασης του ατόμου στο μέλλον (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974). Μερικοί από τους βασικότερους παράγοντες που θεωρείται ότι αγνοούνται εντελώς στην προσέγγιση των κρίσιμων γεγονότων ζωής είναι οι εξής:

1. Οι διαμεσολαβητικοί παράγοντες που σχετίζονται με την υποκειμενική αντίληψη (π.χ. ενός ατόμου με την νοητική καθυστέρηση), την προσωπικότητα και τις ατομικές διαφορές γενικότερα.

2. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση, το επάγγελμα κ.ά.

3. Η αναδρομική επίδραση της μνήμης στις επαναληπτικές έρευνες (Mongee, 1982).

4. Οι αμφισημίες όσον αφορά το τι επιδρά σε τι (π.χ. δυσκολίες στην ξεκάθαρη διαφοροποίηση μεταξύ ενός στρεσογόνου γεγονότος ζωής και του παρατηρήσιμου υποτιθέμενου αποτελέσματός του. Για παράδειγμα, το διαζύγιο θεωρείται αιτιατός παράγοντας για την ανάπτυξη της κατάθλιψης, αλλά η κατάθλιψη σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να είναι παράγοντας που συμβάλλει στην επιδείνωση της κατάστασης όσον αφορά το διαζύγιο.

5. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνικοοικονομική διαστρωμάτωση και εθνικότητα (ταξικές και εθνικές διαφορές) όσον αφορά την επιλογή του δείγματος και την ανάλυση των δεδομένων (οι Dohrenwend και Dohrenwend [1969], για παράδειγμα, παρουσίασαν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ της τάξης και της εθνικότητας των ατόμων και του τρόπου με τον οποίο βιώνουν τα κρίσιμα γεγονότα ζωής).

Μερικοί ερευνητές, ασκώντας κριτική στην προσέγγιση των κρίσιμων γεγονότων ζωής, εστίασαν την προσοχή τους στα καθημερινά στρεσογόνα μικρογεγονότα ζωής των ατόμων (daily hassles) και στις αλληλεπιδράσεις τους με τα πράγματα και τους άλλους (DeLongis και συν., 1988, Lazarus, 1984). Η προσέγγιση των καθημερινών στρεσογόνων μικρογεγονότων, αν και αύξησε το βαθμό εγκυρότητας των χρησιμοποιούμενων κλιμάκων μέτρησης του στρες (Kanner και συν., 1981, Zika & Chamberlain, 1987), δεν έλυσε πολλά από τα προβλήματα που αναφέρθηκαν πιο πάνω (Βασιλάκη Ε., Τριλιβα Σ., & Μπεζεβέγκης Η., 2001).

### Η θεωρία του Spielberger

Αν και η διάκριση ανάμεσα στο παροδικό άγχος και στο άγχος ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας ξεκίνησε να αναδύεται κατά τη δεκαετία του 1950, ο Spielberger (1966b) ήταν αυτός που διαμόρφωσε τη θεωρία του παροδικού και μόνιμου άγχους. Σύμφωνα με τον Spielberger, το παροδικό άγχος (state anxiety) αναφέρεται στην ύπαρξή της ή άμεση συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ανησυχία και ένταση. Το άγχος ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας (trait anxiety) αναφέρεται στην προδιάθεση να αντιλαμβάνεται κανείς συγκεκριμένες καταστάσεις ως απειλητικές και να αντιδρά σε αυτές με ποικίλα επίπεδα παροδικού άγχους. Χρησιμοποιώντας τα λόγια του Spielberger (1966b), το παροδικό άγχος χαρακτηρίζεται από υποκειμενικά, αντιληπτά συναισθήματα ανησυχίας και έντασης, συνοδευόμενα ή συσχετιζόμενα με την ενεργοποίηση ή διέγερση του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος. Το μόνιμο άγχος είναι μια αποκτημένη συμπεριφορική προδιάθεση που κάνει το άτομο να αντιλαμβάνεται ένα σύνολο αντικειμενικά μη απειλητικών καταστάσεων ως απειλητικές και να αντιδρά σε αυτές με άγχος δυσανάλογο στην ένταση σε σχέση με το μέγεθος του αντικειμενικού κινδύνου. Τα άτομα που χαρακτηρίζονται από υψηλό δομικό άγχος είτε αντιλαμβάνονται περισσότερες καταστάσεις ως απειλητικές και αντιδρούν στις απειλητικές καταστάσεις με υψηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους κατάστασης είτε και τα δύο ανωτέρω.

Η θεωρία του Spielberger (1972a) για το μόνιμο και παροδικό άγχος βασίζεται στις παρακάτω υποθέσεις:

1. Τα εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα για ένα άτομο που γίνονται αντιληπτά ως απειλητικά προκαλούν αντιδράσεις παροδικού άγχους. Μέσω των αισθητηριακών και γνωστικών μηχανισμών ανατροφοδότησης τα υψηλά επίπεδα παροδικού άγχους βιώνονται ως δυσάρεστα.

2. Όσο μεγαλύτερη είναι η ένταση της απειλής που γίνεται αντιληπτή, τόσο πιο έντονη είναι η αντίδραση παροδικού άγχους.

3. Όσο μεγαλύτερης διάρκειας είναι η απειλή που το άτομο βιώνει, τόσο πιο μόνιμη είναι η αντίδραση παροδικού άγχους.

4. Σε σύγκριση με τα άτομα που συγκεντρώνουν χαμηλό επίπεδο μόνιμου άγχους, τα άτομα με υψηλό επίπεδο



δο μόνιμου άγχους, αντιλαμβάνονται περισσότερες καταστάσεις ως απειλητικές, απαντούν με πιο έντονες αντιδράσεις παροδικού άγχους ή και τα δύο. Οι καταστάσεις που ενέχουν τον κίνδυνο αποτυχίας ή απειλής της αυτοεκτίμησης είναι περισσότερο πιθανό να αποτελέσουν πηγές απειλής απ' ό,τι είναι οι καταστάσεις που μπορούν να απειλήσουν τη φυσική υγεία.

5. Τα υψηλά επίπεδα παροδικού άγχους εμπεριέχουν τέτοια ώθηση ώστε να εκ-δηλώνονται στη συμπεριφορά ή να κινητοποιούν τους ψυχολογικούς μηχανισμούς που έχουν υπάρξει ικανοί κατά το παρελθόν στη μείωση του παροδικού άγχους.

6. Η συχνή εμφάνιση στρεσογόνων καταστάσεων μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην ανάπτυξη συγκεκριμένων ψυχολογικών μηχανισμών άμυνας με στόχο τη μείωση του παροδικού άγχους.

Βάσει της θεωρίας γίνεται ξεκάθαρο ότι έμφαση πρέπει να δοθεί στο ερέθισμα που προκαλεί παροδικό άγχος, στις γνωστικές διαδικασίες που ερμηνεύουν το ερέθισμα ως απειλητικό και στις συμπεριφορές που εκδηλώνονται σε απάντηση στην αντιλαμβανόμενη απειλή (Martens, R. & συν, 1990).

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aldwin, C. M., Levenson, M. R., Spiro, A., & Bosse, R. (1989). Does Emotional-ity Predict Stress? Findings From the Normative Aging Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 618-624.

Αττωνίου, Α. Σ. (2002). Ζώντας με στρες. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological review*, 84, 191-215.

Barlow (2000). Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια σύνθετη Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση. Α' τόμος. Αθήνα: Έλλην.

Βασιλάκη, Ε., Τριλιβα, Σ., & Μπεζεβέγκης, Η. (2001). Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press, New York. Paperback edition by Penguin Books, London.

Beck, A.T., & Emery, G. (with Greenberg, R. ) (1985). *Anxiety disorders and phobias*. Basic Books, New York.

Blackburn, I., & Davidson, K. (1990). *Cognitive therapy for depression and anxiety*. Blackwell Scientific Publications, Oxford.

Clark, D. M., Beck, A. T. (1988). *Cognitive Approaches*. In C. G. Last & M. Hersen (eds), *Handbook of Anxiety Disorders*, Pergamon Press, Oxford.

DeLongis, A., Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). The Impact of Daily Stress on Health and Mood: Psychological and Social Resources as Mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 486-495., 19

Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (Eds.) (1974). *Stressful Life*. New York: Wiley.

Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. S. (1969). *Social Status and Psychological Disorder*. New York: Wiley Interscience.

Elliot, G.R., & Eisdorfer, C. (1982). *Stress and Human Health*. New York: Springer.

Freedy, J. R., Kilpatrick, D. G., & Resnick, H.S. (1993). Natural Disasters and Mental Health: Theory, Assessment, and Intervention. *Journal of Social Behavior and Personality*, 8, 49-103.

Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., Simon, K.M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*, Plenum, New York.

Freud, S. (1926/1959). Inhibitions, symptoms and anxiety. In Sigmund Freud, 1856-1939: The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol.14) (pp.117-140). London: Hogarth Press.

Hall, C. S., & Lindzey, G. (1985). *Introduction to theories of personality*. New York: Wiley.

Hoehn-Saric, R., & McLeod, D.R. (1988). Panic and Generalized Anxiety Disorders. In C.G. Last & M. Hersen (eds), *Handbook of Anxiety Disorders*, Pergamon Press, Oxford.

Καλαντζή-Αζίζι, Α., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (επιμ.) (1999). *Εισαγωγή στην Κλινική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Καλπάκογλου, Θ. (1998). Άγχος και Πανικός. Γνωσιακή θεωρία και θεραπεία. Β' έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Kanner, D. H., Coyne, F., Schaefer, R., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of Two Modes of Stress Measurement: Daily Hassles and Uplifts Versus Major Life Events. *Journal of Behavioural Medicine*, 4, 1-39.

Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1995). *Ψυχολογία Κινήτρων*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw Hill, New York.

Lazarus, R. S. (1984). Puzzles in the Study of Daily Hassles. *Journal of Behavioural Medicine*, 4, 1-39.

Μαδιανός, Μ. (2003). *Κλινική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτη.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Martens, R., Vealey, R. S. & Burton, D. (1990). *Competitive anxiety in sport*. Champaign, IL: Human Kinetics.

Παλαιολόγου, Α. Μ. (2001). *Προσανατολισμοί Κλινικής Ψυχολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Pellegrini, D. S. (1990). Psychological Risk and Protective Factors in Child-hood. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11, 201-209.

Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1951). *Client - centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

Selye, H. (1950). *Stress*. Montreal: Acta.

Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.

Selye, H. (1975). *Stress Without Distress*. New York: New American Library

Spielberger, C.D. (1966b). Theory and research on anxiety. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and behavior* (pp. 3-20). New York: Academic Press.

Spielberger, C.D. (1972a). Anxiety as an emotional state. In C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 1, pp.23-49). New York: Academic Press.

Spielberger, C. (1982). Άγχος, Stress και πώς να το καταπολεμήσετε. Αθήνα: Ψυχογιός.

Weick, K. E. (1970). The "ess" in Stress. Some Conceptual and Methodological Problems. Στο J. E. McGrath (Ed.), *Social and Psychological Factors in Stress*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Weiner, B. (1985). *Human motivation*. New York: Springer-Verlag.

Zika, S., & Chamberlain, K. C. (1987). Relation of Hassles and Personality to Subjective Well Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 155-162.

# Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο (Μέρος III): Αξιολόγηση από τους πληρεξούσιους

Θεοδούλα Αδαμακίδου<sup>1</sup>, Βασιλική Ρόκα<sup>2</sup>, Αθηνά Καλοκαιρινού<sup>3</sup>

1. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD, Νοσοκομείο ΑΟΝΑ Αγ. Σάββας, adamakidou@yahoo.gr
2. Πλωτάρχης (ΥΝ), PhD, Προϊσταμένη ΤΕΠ, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, vassoroka2003@yahoo.gr
3. Καθηγήτρια Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, athkal@nurs.uoa.gr  
Εργαστήριο Κοινωνικής Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

Το παρόν άρθρο αποτελεί αναδημοσίευση στην ελληνική γλώσσα του άρθρου Adamakidou T, Roka V, Kalokerinou A (2012) Quality of Life and cancer patient (Part III): proxy assessment. BMMR 15(4): 317-326.

---

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή.** Οι ασθενείς με καρκίνο αντιμετωπίζουν έντονη σωματική και ψυχοκοινωνική καταπόνηση, η οποία επηρεάζει άμεσα την Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) τους. Συχνά η κατάσταση τους δεν επιτρέπει την παροχή πληροφοριών από τους ίδιους για τη φροντίδα τους και στις περιπτώσεις αυτές η παροχή πληροφοριών από τους πληρεξούσιους, ως εναλλακτική πηγή πληροφοριών, είναι πολύ σημαντική για την πορεία της κατάστασης τους και τη λήψη αποφάσεων. Η παρούσα ανασκόπηση αποτελεί το τρίτο μέρος του αφιερώματος στην ΠΖ των ασθενών με καρκίνο.

**Σκοπός** της παρούσας ανασκόπησης είναι η παρουσίαση ευρημάτων της βιβλιογραφίας που σχετίζονται με την αξιολόγηση της ΠΖ από πληρεξούσιους και η αναφορά σε πιθανές ερμηνείες που σχετίζονται με την ασυμφωνία στην αξιολόγησή της από τους πληρεξούσιους.

**Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας.** Η συγγραφή του άρθρου πραγματοποιήθηκε μετά από ανασκόπηση της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας, της τελευταίας τριακονταετίας, η οποία διαπραγματεύεται την αξιολόγηση της ΠΖ από τους πληρεξούσιους και τους παράγοντες που μπορεί να την επηρεάζουν. Η έκταση της βιβλιογραφίας στα δύο είδη χαρακτηρίζεται από υψηλού βαθμού ετερογένεια στη μεθοδολογία αλλά και ποικιλία στα αποτελέσματα.

**Συμπεράσματα.** Επίσημοι και ανεπίσημοι φροντιστές συχνά καλούνται να αξιολογήσουν της ΠΖ των ασθενών με καρκίνο και τις συνιστώσες αυτής εξαιτίας της επιβεβαρωμένης κατάστασης των ασθενών. Μελέτες επιδιώκουν να ερμηνεύσουν με διάφορα εργαλεία, τη συμφωνία ή τη διαφωνία στις εκτιμήσεις της ΠΖ μεταξύ ασθενών και πληρεξούσιων. Τα αποτελέσματα ποικίλουν ως προς το μέγεθος της συμφωνίας και τις διαστάσεις της ποιότητας στις οποίες παρατηρείται η συμφωνία. Οι ερευνητές πρέπει να αξιολογούν με κριτική σκέψη και προβληματισμό τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων, να είναι γνώστες των παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν την κρίση των πληρεξούσιων και να προβαίνουν σε ανάλογες εξατομικευμένες για τον ασθενή παρεμβάσεις που θα βελτιώσουν την ΠΖ του σε κάθε φάση της νόσου.

**Λέξεις κλειδιά:** ποιότητα ζωής, αξιολόγηση από πληρεξούσιους, συμφωνία ασθενών-πληρεξούσιων, επίσημοι φροντιστές, ανεπίσημοι φροντιστές



# Quality of life and cancer patient (part III): proxy assessment of patient quality of life

Theodoula Adamakidou<sup>1</sup>, Vasiliki Roka<sup>2</sup>, Athena Kalokerinou<sup>3</sup>

1. RN, MSc, PhD, St. Savvas Anticancer Hospital, Laboratory of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Athens, Greece, adamakidou@yahoo.gr

2. Lieutenant Commander, Naval Hospital of Athens, Hellenic Navy, vassoroka2003@yahoo.gr

3. Professor in Community Nursing, University of Athens, Faculty of Nursing, athkal@nurs.uoa.gr

Laboratory of Community Health Nursing Athens, Greece

---

## ABSTRACT

**Introduction.** Cancer patients face a wide breadth of physical and psychosocial tension which affects their QoL. Using the proxies as an alternative source of information, when self-evaluation is not obtainable, can offer valuable information about the patients' condition and the decision-making concerning their care. The present review is the third part of the feature about cancer patients' QoL.

**The aim** of this review is to present the bibliography that deal with the evaluation of the QoL from a proxy and to report possible interpretations dealing with the proxy's disagreement over the QoL evaluation.

**Review of the literature.** The writing of the article was completed after reviewing international and Greek bibliography of the last thirty years which deals with the proxy's evaluation of the QoL and the factors that can affect it. The bibliography length concerning these two factors is characterized as highly heterogenic in its methodology, producing a variety of results.

**Conclusions.** Formal and informal caregivers are often called to evaluate cancer patients' QoL and its dimensions due to the patients' frail condition. Studies are trying to interpret using various tools the patients and proxies' agreement and disagreement concerning the evaluations of the QoL. The results vary as to the extent of the agreement and the dimensions of the quality where the agreement is observed. Researchers must evaluate results with a critical reflection and speculation, they must be aware of the factors that can influence the proxies' judgment and proceed to individualized interventions that would improve the patient's QoL in every stage of the disease.

**Key words:** quality of life, proxy assessment, patient-proxy agreement, formal caregiver, informal caregiver

---





## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Η** ολιστική και εξατομικευμένη προσέγγιση των ασθενών κατέχει κεντρική θέση στη φιλοσοφία των επ. υγείας. Η υποκειμενική φύση της ΠΖ επιβάλλει ο ασθενής να είναι η πρώτη και κύρια πηγή πληροφοριών (gold standard) που σχετίζονται με την εκτίμησή της (Adamakidou & Kalokerinou 2011; Carr & Higginson 2001; Carr et al, 2001; Sprangers 2002). Εντούτοις, συχνά η αξιολόγησή της από τον ίδιο τον ασθενή μπορεί να είναι αδύνατη (μικρά παιδιά, ηλικιωμένοι, άτομα με διαταραχές της συμπεριφοράς και προβλήματα επικοινωνίας, ιδιαίτερα επιβεβαρυμένοι από τη νόσο ασθενείς). Στις περιπτώσεις αυτές, πληροφορίες συλλέγονται από πρόσωπα που εμπλέκονται άμεσα στη φροντίδα, όπως είναι οι σημαντικοί άλλοι (informal caregivers) και οι επαγγελματίες υγείας (formal caregivers), οι οποίοι μπορούν να υποκαταστήσουν, να ενισχύσουν ή να συμπληρώσουν τις εκτιμήσεις των ασθενών στις κλινικές μελέτες, τη λήψη αποφάσεων και την καθημερινή φροντίδα, όταν οι τελευταίοι αδυνατούν να εκφέρουν τη δική τους κρίση (Pickard & Knight 2005; Jocham et al, 2006). Τα πρόσωπα αυτά αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως «πληρεξούσιοι» (proxy raters) (Sprangers 2002).

Η συμμετοχή των πληρεξούσιων στην εκτίμηση της ΠΖ διαπιστώνεται σε πολλές μελέτες με μεγάλο εύρος διαγνώσεων όπως σε ασθενείς με ΑΕΕ (Pickard et al, 2004), με σχιζοφρένεια (Boyer et al, 2004), με καρκίνο (Pearcy et al, 2008), με ετερογενείς διαγνώσεις κακοήθειας (Sneeuw et al, 1998), άτομα με αναπηρία (Andresen et al 2001), με κατάγματα ισχίου (Jones & Feeny 2005), σε ηλικιωμένους (Tamim et al 2002), καθώς και σε άλλες περιπτώσεις (Sprangers & Aaronson 1992; Sprangers 2002).

Αναφέρεται ότι οι εκτιμήσεις της ΠΖ από τους πληρεξούσιους (proxy assessment) εγκυμονούν προβλήματα σχετικά με την internal and external validity (Pickard SA & Knight SJ, 2005).

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η παρουσίαση ευρημάτων της βιβλιογραφίας που σχετίζονται με την αξιολόγηση της ΠΖ από πληρεξούσιους και η αναφορά των πιθανών εξηγήσεων που σχετίζονται με την ασυμφωνία στην αξιολόγηση της ΠΖ από τους πληρεξούσιους.

### Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας

Για την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας τέθηκαν στη βάση δεδομένων Pubmed οι λέξεις κλειδιά quality of life, cancer, proxy, spouse, health care providers, significant others, family assessment. Συνολικά βρέθηκαν 234 άρθρα από το έτος 1980. Από τη μελέτη των περιλήψεων των άρθρων διαπιστώθηκε ότι 139 αναφέρονταν σε συγκρίσεις της ποιότητας ζωής ή διαστάσεων αυτής ασθενών με καρκίνο και των πληρεξούσεών τους, 9 σε παιδιατρικούς ασθενείς, 33 σε άλλα νοσήματα εκτός του καρκίνου (π.χ. Alzheimer,

σχιζοφρένεια, ΑΕΕ, ηλικιωμένοι ασθενείς, ασθενείς με διαβήτη, με ρευματοειδή αρθρίτιδα, με αναπηρία, κ.α), 37 αναφέρονταν σε διαφορετικές προσεγγίσεις στη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών και 16 ήταν σε άλλη γλώσσα πλην της αγγλικής. Από τα 139 σχετικά άρθρα, τα 46 αναφερόταν στην αξιολόγηση από επαγγελματίες υγείας (επίσημοι φροντιστές), 51 από τους σημαντικούς άλλους (ανεπίσημοι φροντιστές) και 42 και από τους δύο (εικόνα 1).

### Οι «πληρεξούσιοι» στο επίκεντρο των μελετών

Οι ασθενείς με προχωρημένη νόσο που λαμβάνουν έξω- ή ένδο-νοσοκομειακή φροντίδα, χρειάζονται ακρίβεια στην αξιολόγηση των συμπτωμάτων, παροχή ανακουφιστικής και υποστηρικτικής φροντίδας, οργανωμένη και καλά συντονισμένη φροντίδα από τους formal and informal caregivers και φυσικά επαρκή ροή πληροφοριών και προς τις δύο κατευθύνσεις (Horton 2002).

Οι μελέτες σχετικά με την αξιολόγηση της ΠΖ ζωής των ασθενών από τους proxy διακρίνονται σε αυτές που εκτιμούν την ποιότητα ζωής με αυτοαναφορές των ασθενών σε σύγκριση με τις αναφορές (1) των informal caregiver (σύζυγοι, φίλοι, γείτονες, σημαντικοί άλλοι, κ.α) (Rothman et al 1991; Rubenstein et al 1984; Lampic, Sjoden 2000; Sneeuw et al 1999; Sneeuw et al 1997; Santos-Eggimann et al 1999; Tang & McCorkle 2002; Lobchuk & Denger 2002; McPherson et al 2003; Steel et al, 2005; Kutner et al, 2006; Pearcy et al, 2008), (2) των formal caregiver (νοσηλεύτες, ιατροί) (Idvall et al 2002, Zhao et al 2003; Lampic et al 1996; Stromgren et al 2000).

Η έκταση της βιβλιογραφίας στα δύο είδη χαρακτηρίζεται ετερογένεια στη μεθοδολογία αλλά και ποικιλία στα αποτελέσματα (Sneeuw et al 1997).

Μελέτες επιδιώκουν να εκτιμήσουν με διάφορα εργαλεία και να ερμηνεύσουν, τη συμφωνία ή τη διαφωνία στις εκτιμήσεις της ποιότητας ζωής μεταξύ ασθενών και επίσημων ή/και ανεπίσημων φροντιστών. Τα αποτελέσματα ποικίλουν ως προς το μέγεθος της συμφωνίας και τις διαστάσεις της ποιότητας στις οποίες παρατηρείται η συμφωνία ενώ υπό αμφισβήτηση βρίσκεται η άποψη ότι οι ανεπίσημοι φροντιστές έχουν το πλεονέκτημα της συνεχούς παρακολούθησης των ασθενών για μεγάλο εύρος δραστηριοτήτων, στο οποίο οι formal caregivers υστερούν (Magaziner et al, 1988; Aaronson, 1991; Sneeuw et al 1999).

Ενδεικτικά αναφέρονται τα αποτελέσματα μελετών εκτίμησης της ΠΖ ογκολογικών ασθενών (in-outpatient) από τους ίδιους και από τους πληρεξούσιους.

Οι Jones et al (2011) μελέτησαν 167 ασθενείς και 118 μέλη της οικογένειας και 7 επαγγελματίες υγείας με το εργαλείο McGill Quality of Life Questionnaire την 3η και 6η μέρα της εισαγωγής τους στη μονάδα ανακουφιστικής φροντίδας και διαπίστωσαν ότι οι πληρεξούσιοι τείνουν να υποεκτιμούν τη ΠΖ των ασθενών,



ενώ η συμφωνία ήταν μεγαλύτερη με τους περισσότερο σωματικά επιβεβαρυσμένους ασθενείς και αυτούς με γνωστικές δυσκολίες. Μεγαλύτερη συμφωνία διαπιστώθηκε στην αξιολόγηση των συμπτωμάτων όπως ο πόνος, η ναυτία, η κόπωση από τους επ. υγείας σε σύγκριση με τους άτυπους φροντιστές.

Οι Pearcy et al (2008) σε μελέτη 47 ασθενών με καρκίνο του προστάτη, 25 συζύγων και των ιατρών τους, με το εργαλείο SEIQoL-DW, VAS και FACT G και P, αναφέρουν ότι οι σύντροφοί τους ήταν ικανοί να αξιολογούν με ακρίβεια τομείς της ζωής που ήταν σημαντικοί για τους ασθενείς ενώ οι ιατροί, οι οποίοι λάμβαναν αποφάσεις για τους ασθενείς, ήταν κακοί κριτές των προτεραιοτήτων (οικογένεια, οικογενειακή ζωή, χόμπι) που είχαν στη ζωή τους οι ασθενείς και της ΠΖ τους.

Ο Brunelli και οι συνεργάτες του (1998) μελέτησαν 159 ασθενείς τελικού σταδίου, οι οποίοι συμπλήρωσαν μαζί με το προσωπικό υγείας το εργαλείο Therapy Impact Questionnaire (TIQ), και διαπίστωσαν ότι το ποσοστό συμφωνίας ήταν υψηλότερο για τα σωματικά συμπτώματα παρά για τα ψυχολογικά ή τα συμπεριφορικά συμπτώματα τα οποία υπερτιμήθηκαν από το προσωπικό. Η ομοφωνία ήταν μεγαλύτερη στην απουσία παρά στην παρουσία κάποιου προβλήματος.

Ο Horton (2002) μελέτησε 55 ζεύγη ασθενών στο σπίτι και νοσηλευτών που συμπλήρωσαν το εργαλείο Palliative Care Outcome Scale (POS). Διαπίστωσε πως υπάρχει καλή συσχέτιση και συμφωνία μεταξύ τους στην εκτίμηση του πόνου -σε αντίθεση με άλλες μελέτες- και τον έλεγχο των συμπτωμάτων. Σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν στην εκτίμηση του άγχους, της πληροφόρησης, των προσωπικών σκέψεων και άλλων πρακτικών θεμάτων. Αναφέρεται ότι η ακρίβεια-ορθότητα της εκτίμησης του προσωπικού είναι χαμηλότερη με την παρουσία του προβλήματος.

Οι Sneeuw et al (1999) μελέτησαν την εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε ένα ετερογενές δείγμα 90 ασθενών και τις αναφορές των σημαντικών άλλων, των ιατρών και των νοσηλευτών, με το εργαλείο Dartmouth COOP Functional Health Assessment charts/WONCA. Αναφέρουν ότι ομοφωνία παρατηρήθηκε μεταξύ τους σε περισσότερο αναγνωρίσιμα προβλήματα (καθημερινές δραστηριότητες, πόνος) η οποία επηρεάζεται θετικά από την καλή λειτουργική κατάσταση του ίδιου του ασθενούς. Επισημαίνουν ότι ο βαθμός συμφωνίας-διαφωνίας δε σχετίζεται πάντα με το είδος του 'φροντιστή' (proxy), ενώ οι νοσηλευτές είναι η καλύτερη πηγή πληροφόρησης της κατάστασης των ασθενών. Ανάλογα ήταν τα αποτελέσματα και παλαιότερης μελέτης τους (Sneeuw et al, 1997).

Οι Widmark-Petersson et al (2000) μελέτησαν 21 ζεύγη ασθενών - νοσηλευτών που συμπλήρωσαν το εργαλείο Caring Assessment Instrument (CARE). Αναφέρουν ότι δεν βρέθηκε συσχέτιση των απόψεων

μεταξύ τους για τη σημασία των συμπεριφορών φροντίδας, την υγεία του ασθενή, την ποιότητα ζωής ή γενικότερα το ενδιαφέρον για την κατάστασή του. Καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το προσωπικό δεν μπορεί να εκτιμήσει επιτυχώς τις παραπάνω παραμέτρους. Τονίζουν τη σημαντικότητα της αναγνώρισης αντιλήψεων του ασθενή για το τι ο ίδιος θεωρεί σημαντικό στη φροντίδα του καθώς και την ανάγκη επαναπροσδιορισμού των αντιλήψεων του προσωπικού όσον αφορά τις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα των ασθενών.

Οι Nekolaichuk και συν (1999a) στην προσπάθειά τους να συγκρίνουν την εκτίμηση, από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, των συμπτωμάτων 49 ασθενών με κακοήθεια με την κλίμακα Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), διαπίστωσαν ότι ο μέσος όρος των εκτιμήσεων των νοσηλευτών παρουσίασε μεγαλύτερη συμφωνία με τις εκτιμήσεις των ασθενών, σε αντίθεση με τις εκτιμήσεις των ιατρών. Οι εκτιμήσεις της έντασης των συμπτωμάτων από το ιατρικό προσωπικό ήταν σημαντικά χαμηλότερες από τις αυτόαναφορές των ασθενών.

Οι Steel et al (2005) πραγματοποίησαν μελέτη με σκοπό την διερεύνηση της συμφωνίας των εκτιμήσεων της ποιότητας ζωής 82 ασθενών με ηπατοκυτταρικό καρκίνο και των φροντιστών τους (μέλος της οικογένειας και ιατρικό προσωπικό) με το εργαλείο FACT-Hep, διαπίστωσαν συμφωνία μεταξύ ασθενών -ογκολόγων τη στιγμή της διάγνωσης μόνο στη διάσταση της φυσικής ευεξίας της ΠΖ, σε επανεκτίμηση 3 μήνες από τη διάγνωση συμφωνία δεν υπήρχε στη διάσταση της κοινωνικής και οικογενειακής ευεξίας και της συνολικής εκτίμησης της ΠΖ, ενώ σε επανεκτίμηση σε 6 μήνες, δεν διαπιστώθηκε συμφωνία σε καμία από τις διαστάσεις της ΠΖ. Γενικότερα, οι ογκολόγοι υποεκτίμησαν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και βρέθηκε να συμφωνούν λιγότερο με τους ασθενείς σε σύγκριση με τους οικογενειακούς φροντιστές τους.

Οι Fitzsimmons et al (1999) διερεύνησαν τις διαφορετικές απόψεις σχετικά με την ασθένεια, τη θεραπεία και τη φροντίδα 21 ασθενών με κακοήθεια του παγκρέατος και 6 επαγγελματιών υγείας με τη συμπλήρωση του εργαλείου EORTC QLQ-C30. Αναφέρουν ότι οι επαγγελματίες υγείας κράτησαν μια 'μηχανιστική θεώρηση' διότι υποστήριξαν πως η επίδραση των συμπτωμάτων και των προβλημάτων είναι άμεση στην ποιότητα της ζωής. Οι ασθενείς υποστήριξαν ότι αυτή επηρεάζεται από τις στρατηγικές αντιμετώπισης (άρνηση, επίκριση, ορθολογισμός, βοήθεια από άλλους και άμεση δράση) γεγονός που αιτιολόγησαν αφενός από το μέγεθος της απειλής που νιώθει ο ασθενής βιώνοντας το πρόβλημα και αφετέρου από την επιτυχή εφαρμογή των στρατηγικών αντιμετώπισης για τη διατήρηση του ελέγχου.

Οι Petersen et al (2006) σε μελέτη τους με σκοπό



την εκτίμηση της συμφωνίας μεταξύ ασθενών που ελάμβαναν ανακουφιστική φροντίδα και των ιατρών τους στην αξιολόγηση της HRQoL, με τη χρήση του ερωτηματολογίου EORTC QLQ-C30, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ ασθενών και ιατρών στην εκτίμηση των διαστάσεων της ΠΖ. Συγκεκριμένα οι ιατροί ανέφεραν λιγότερα προβλήματα-συμπτώματα σε σύγκριση με τους ασθενείς για όλες τις διαστάσεις της ΠΖ εκτός από την φυσική και κοινωνική λειτουργικότητα. Η συμφωνία μεταξύ τους χαρακτηρίστηκε φτωχή.

Οι Zloklikovits et al (2005) σε μελέτη τους για την εκτίμηση των συμπτωμάτων σε ασθενείς τελικού σταδίου από επίσημους και ανεπίσημους φροντιστές με το εργαλείο 13-item Symptom List for Quality Assurance in Palliative Care διαπίστωσαν ότι το προσωπικό υπερεκτιμά τα ψυχολογικά και κοινωνικά συμπτώματα αλλά όχι τα βιολογικά συμπτώματα και τη λειτουργικότητα. Η οικογένεια είχε την τάση να υπερεκτιμά την ένταση των συμπτωμάτων.

Οι Bahrami et al (2008) στη μελέτη τους για τη σύγκριση των αντιλήψεων των ασθενών και των νοσηλευτών για την ποιότητα ζωής των πρώτων, σε ένα ετερογενές δείγμα ογκολογικών ασθενών (in-outpatients) με το εργαλείο WHOQoL-BREF, αναφέρουν μέτρια συμφωνία για την σωματική διάσταση της ποιότητας ζωής και χαμηλή συμφωνία για τις υπόλοιπες διαστάσεις. Επίσης, οι νοσηλευτές εκτιμούν χαμηλότερα από τους ασθενείς τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την κοινωνικότητα και το περιβάλλον, ενώ η μεγαλύτερη κλινική εμπειρία των νοσηλευτών βρέθηκε να σχετίζεται με την καλύτερη εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Μελέτη της Αδαμακίδου (2009) σε ελληνικό πληθυσμό 150 κατ'οίκον ογκολογικών ασθενών και των 5 νοσηλευτών τους με το εργαλείο EORTC QLQ-C30, ανέδειξε υψηλά επίπεδα συμφωνίας στο συνολικό σκορ της ΠΖ των ασθενών και μικρού βαθμού υποεκτίμηση σε έντεκα από τις 15 συνιστώσες της ΠΖ που αξιολογήθηκαν με το ερωτηματολόγιο. Η λειτουργική κατάσταση του ασθενούς (ECOG performance status) βρέθηκε να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη συμφωνία αλλά και το βαθμό της υποεκτίμησης.

Οι Sprangers & Aaronson (1992) στην πολύ περιεκτική ανασκόπησή τους, συνέκριναν ένα μεγάλο αριθμό μελετών που αξιολογούσαν την εκτίμηση των ασθενών και των πληρεξούσιων (ιατροί, νοσηλευτές, σύζυγος, φροντιστής).

Τα συμπεράσματά τους όσον αφορά τις εκτιμήσεις των επαγγελματιών υγείας, όπως και άλλων μελετών, μπορούν να συνοψιστούν (Holmes et al 1989; von Essen et al, 1994; Faller et al, 1995; Merluzzi et al, 1997; Grootendorst et al, 1997; Lampic & Sjoden, 2000; Sprangers & Aaronson 1992; Sneeuw et al, 2002; Steel et al, 2005; Broberger et al, 2005; Kutner et al, 2006; Pearcy et al, 2008) ως εξής:

1. το προσωπικό υγείας έχει την τάση να υποτιμά την ποιότητα ζωής των ασθενών,

2. το προσωπικό υγείας φαίνεται να εκτιμά την ποιότητα ζωής των ασθενών με ένα συγκριτικό βαθμό ακρίβειας ή ανακρίβειας

3. το προσωπικό υγείας τείνει να υποτιμά τη λειτουργικότητα, την υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών και να υπερεκτιμά τα συμπτώματα,

4. η ομοφωνία προσωπικού-ασθενών είναι μεγαλύτερη όταν αφορά παραμέτρους της ποιότητας ζωής των οποίων η εκτίμηση βασίζεται στην απλή παρατήρηση.

Βέβαια, οι διαφορές του μεγέθους του δείγματος, τα σφάλματα (bias) και οι διαφορές στη μεθοδολογία των ερευνών που μελετήθηκαν, επιτρέπουν μόνο περιορισμένες γενικεύσεις.

Ως συμπέρασμα μπορεί να αναφερθεί ότι η υποστήριξη και η θετική επίδραση στην ΠΖ των ασθενών με καρκίνο κατά τη διάρκεια της φροντίδας τους αποτελεί ένα είδος δέσμευσης για τους επ. υγείας. Η δέσμευση αυτή αντανακλάται στη επαγγελματική δεοντολογία και εκπαίδευση ότι η ΠΖ είναι μια εκτίμηση η οποία είναι χρόνο-εξαρτώμενη και γεγονότων-εξαρτώμενη δεδομένου ότι εσωτερικοί (π.χ κυτταρική απάντηση στη θεραπεία) και εξωτερικοί παράγοντες (π.χ παρεμβάσεις φροντίδας) μπορούν να τη μεταβάλλουν. Η δέσμευση αυτή σε συνδυασμό με την επίγνωση της επίδρασης των απόψεων του ασθενούς για την ΠΖ του, μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα τη θετική έκβαση σε όλες τις συνιστώσες της ζωής του.

### Εξηγήσεις της υπερεκτίμησης ή της υποεκτίμησης της ΠΖ από τους πληρεξούσιους

Η παραδοχή ότι ο ασθενής είναι η καλύτερη πηγή παροχής πληροφοριών για την ποιότητα ζωής του δεν συνεπάγεται και την γενική απόρριψη άλλων πηγών παροχής πληροφοριών (Sprangers & Aaronson 1992, Adamakidou & Kalokerinou 2012).

Η σημαντικότητα της επίγνωσης της επαρκούς εκτίμησης της κατάστασης του ασθενούς, της ΠΖ και της ποιότητας της φροντίδας του από τους φροντιστές έγκειται αφενός στο μεγάλο βαθμό επίδρασης των εκτιμήσεων στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με τη θεραπεία και την γενικότερη φροντίδα του και αφετέρου στο μεγάλο αριθμό ασθενών που δεν μπορούν να επικοινωνήσουν και να δώσουν οι ίδιοι πληροφορίες για την κατάστασή τους με αποτέλεσμα οι αποφάσεις να λαμβάνονται ερήμην τους (Aaronson 1991; Sneeuw et al 1997; Sneeuw et al 1999; Brunelli et al 1998; Sprangers & Sneeuw 2000). Ακόμη συμβάλλει στη μείωση της έκτασης της απώλειας των missing data (Brunelli et al 1998) και στην αύξηση της αξιοπιστίας των εργαλείων (Nekolaichuk et al 1999).

Για τους παραπάνω λόγους συχνά οι proxies χρησιμοποιούνται ως εναλλακτικές πηγές πληροφορή-



σης, με την υπόθεση ότι παρέχουν αξιόπιστες και έγκυρες εκτιμήσεις για την ΠΖ του συγκεκριμένου ασθενούς (Detmar & Aaronson, 1998; Detmar et al 2000; Gundy & Aaronson 2008).

Οι ερευνητές προσπαθούν να ερμηνεύσουν τις αιτίες που οδηγούν στην υπερεκτίμηση ή την υποεκτίμηση του άγχους, των συμπτωμάτων, της ΠΖ των ασθενών από τους ροχίους.

Αναφέρεται η υπόθεση της «ανάγκης του πένθους» (requirement of mourning, ROM) δηλαδή την ανάγκη των φροντιστών να πιστεύουν ότι οι ασθενείς υποφέρουν προκειμένου να προσπατήσουν το δικό τους σύστημα αξιών και ιδιαίτερα την σωματική τους υγεία. Διακρίνεται στην «ανάγκη πένθους από ενσυναίσθηση» (empathic requirement of mourning) στην οποία ο φροντιστής φαντάζεται τον εαυτό του στη θέση του ασθενούς (σκέφτεται για παράδειγμα, 'εγώ θα ήμουν πολύ αγχωμένος και θα υπέφερα τρομερά'), και στην «ανάγκη πένθους λόγω αυτο-υπεροχής» (self-aggrandizing requirement of mourning) δηλαδή την ανάγκη του φροντιστή να διαφυλάξει, να εξυψώσει τη δική του κατάσταση και να νιώσει την δική του υπεροχή όσον αφορά βασικές θεμελιώδεις αξίες ('είναι καλύτερο να

είσαι υγιής παρά άρρωστος') (Fitzsimmons et al 1999; Lampic et al 1996).

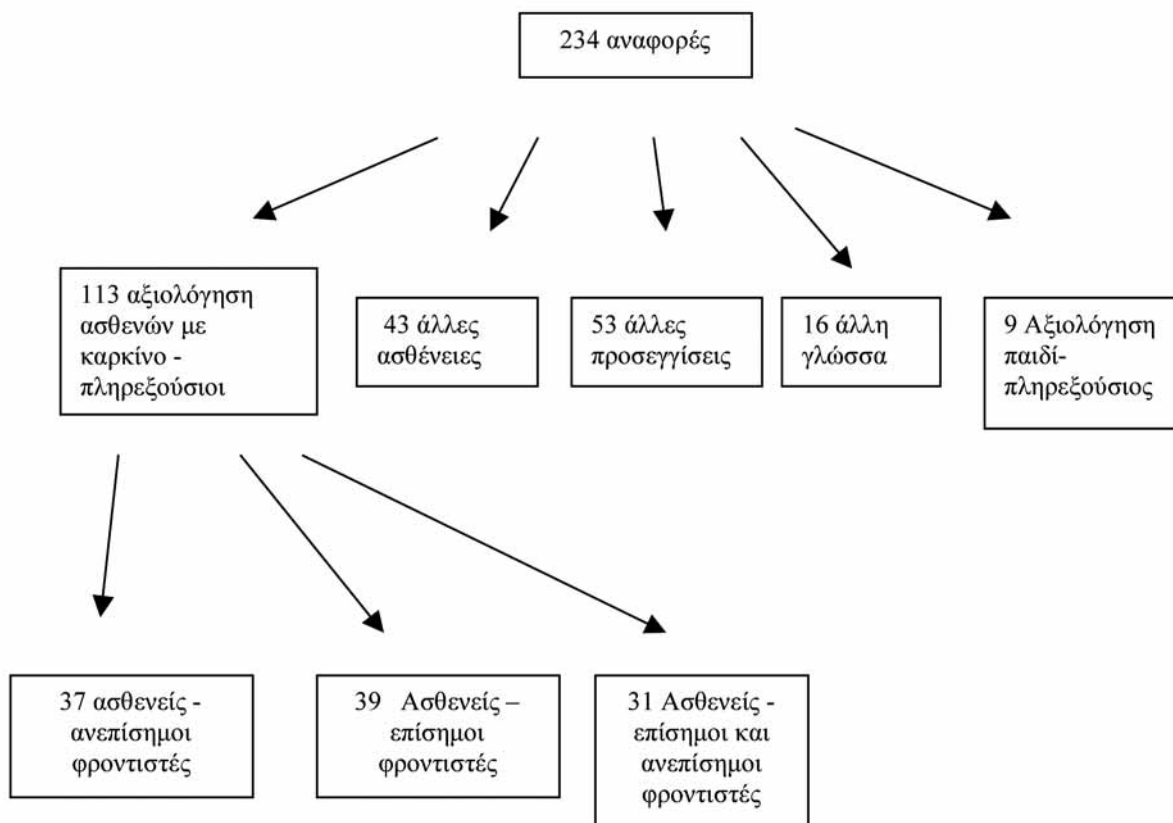
Οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα (Widmark-Petersson et al, 2000) όπως για παράδειγμα ότι η νεαρή ηλικία του ασθενούς επιτείνει την ένταση των συμπτωμάτων και η μακροχρόνια εργασία σε ογκολογικά τμήμα φαίνεται να σχετίζονται με την προβολή των συναισθημάτων κατάθλιψης στους ασθενείς (Lampic et al, 1996).

Οι Widmark-Petersson et al (2000) αναδεικνύουν τις πιθανότητες αναποτελεσματικής πληροφόρησης και επικοινωνίας (Aaronson 1991; Horton 2002; Zachariae et al 2003; Thorne et al, 2005; Travado et al 2005) ως αιτίες οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά το είδος, την ποιότητα και την έκβαση της παρεχόμενης φροντίδας.

Οι Brunelli C et al (1998) κάνουν νύξη για το Hawthorne effect, δηλαδή την αλλαγή στη συμπεριφορά που προκαλεί η γνώση της συμμετοχής στην έρευνα και των σκοπών αυτής.

Η ελλιπής μεθοδολογική προσέγγιση μπορεί να κάνει εντονότερο το φαινόμενο της ασυμφωνίας μεταξύ ασθενών - πληρεξούσιων (Sprangers & Sneeuw 2000), η ανεπαρκής επίγνωση της κατάστασης που βιώνει ο ασθενής καθώς και η διαφορετική αντίληψη των ερω-

Εικόνα 1. Ευρήματα Βιβλιογραφικής αναζήτησης





τήσεων του ερωτηματολογίου από ασθενείς και πληρεξούσιους (Groenbold et al 1997) και η παρουσία ή όχι του ερευνητή (Groenbold et al, 1997; Addington-Hall & Karla 2001) αναφέρονται ως πιθανές ερμηνείες της συμφωνίας στην εκτίμηση της ΠΖ.

Οι Pickard & Knight (2005) διακρίνουν την «προοπτική πληρεξούσιου-πληρεξούσιου» (proxy-proxy perspective) κατά την οποία οι proxy αξιολογούν την ΠΖ του ασθενούς από τη δική τους οπτική γωνία και την «προοπτική πληρεξούσιου-ασθενή» (proxy-patient perspective) κατά την οποία ο πληρεξούσιος καλείται να εκτιμήσει την ΠΖ του ασθενούς αναλογιζόμενος πώς θα την εκτιμούσε ο ίδιος ο ασθενής, «να μπει στα παπούτσια του ασθενή», να σκεφτεί και να απαντήσει όπως αυτός. Εντούτοις, οι Gundy & Aaronson (2008) που διερεύνθησαν τις δύο προοπτικές αναφέρουν ότι δε διαπιστώθηκε κανένα είδους πλεονέκτημα για τη μία ή την άλλη προοπτική και ότι χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση για εύρεση πιθανής συσχέτισης. Αναφέρουν όμως, ότι υπάρχουν ενδείξεις για την υιοθέτηση της οπτικής γωνίας του «πληρεξούσιου-πληρεξούσιου» όταν χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια του EORTC.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση (McPherson & Addington-Hall 2003) για την αξιοπιστία των πληροφοριών που παρέχουν οι πληρεξούσιοι αναφέρει παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή και τον πληρεξούσιο (όπως η σχέση τους, οι προσδοκίες και οι απόψεις, οι στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων) (Καλλέργης, Αθανασοπούλου 1993; Ιακωβίδης και συν., 2004; Καλλέργης και συν., 2008), παράγοντες που σχετίζονται με την εκτίμηση (το εργαλείο, πολύπλοκες ερωτήσεις, μεγάλο εύρος επιλογής απάντησης, η περίοδος, ο χρόνος εκτίμησης και τα συναισθήματα), παράγοντες που σχετίζονται με την εγκυρότητα των μελετών (το δείγμα, ο τρόπος εύρεσης της συμφωνίας) και το πόσο χειροπιαστό, ορατό και σημαντικό είναι το πρόβλημα που επηρεάζει την ΠΖ (Addington-Hall & Karla 2001; McPherson & Addington-Hall 2003).

### **Συμπεράσματα**

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδεικνύει την αναγκαιότητα της εξατομικευμένης προσέγγισης κάθε ασθενή για την αξιολόγηση της ΠΖ του, τη δυνατότητα αξιοποίησης των πληρεξούσιων ως εναλλακτικές πηγές πληροφόρησης αλλά και την αναγκαιότητα περαιτέρω έρευνας προκειμένου να διευκρινιστούν τα χαρακτηριστικά των πληρεξούσιων και πώς αυτά επηρεάζουν την κρίση τους για την εκτίμηση της ΠΖ των ασθενών. Οι κλινικοί και οι ερευνητές οφείλουν να αξιοποιούν τις πληροφορίες από τους πληρεξούσιους, να αξιολογούν τους περιορισμούς, να είναι ενήμεροι για τα κενά που υπάρχουν έχοντας συνειδητά ως υπόβαθρο ότι ο ασθενής είναι αυτός που πρέπει να έχει την 'τελευταία λέξη'..

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Aaronson NK, (1991). Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients. *Cancer*, 67(3):844-850
- Adamakidou T (2009) Cancer patients self-assessment of quality of life at home in comparison with nursing assessment. PhD Thesis, National and Kapodistrian University of Athens, Faculty of Nursing, Greece
- Adamakidou T & Kalokerinou A (2011) Quality of life and cancer patient (part I): meaning and concept. *Balkan Military Medical Review*, 14(4): 289-302
- Adamakidou T & Kalokerinou A (2012) Quality of life and cancer patient (part II): instruments for its assessment. *Balkan Military Medical Review*, 15(1): 47-56
- Addington-Hall J & Karla L (2001). Measuring quality of life. Who should measure quality of life? *BMJ*, 322: 1417-1420
- Andresen EM, Vahle VJ, & Lollar D (2001). Proxy reliability: health related quality of life measures for people with disability. *Qual Life Res*, 10:609-619
- Bahrami M, Parker S, Blackman I (2008). Patients' quality of life: a comparison of patient and nurse perceptions. *Contemp Nurse*, 29:67-79
- Broberger E, Tishelman C & von Essen L (2005). Discrepancies and similarities in how patients with lung cancer and their professional and family caregivers assess symptom occurrence and symptom distress. *J Pain Symptom Manage*, 29: 572-583
- Brunelli C, Costantini M, Di Giulio P, et al (1998). Quality of life evaluation: when do terminal cancer patients and health care providers agree? *Journal of Pain and Symptom Management*, 15(3): 151-158
- Carr AJ & Higginson IJ (2001). Measuring quality of life. Are quality of life measures patient centered? *BMJ*, 322: 1357-1360
- Carr AJ, Gibson B & Robinson PG (2001). Measuring quality of life. Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ*, 322: 1240-1243
- Detmar SB, Aaronson NK (1998). Quality of life assessment in daily oncology clinical practice: a feasibility study. *Eur J Cancer* 34:1181-1186
- Detmar SB, Aaronson NK, Wever LD, Muller M, Schornagel JH (2000). How are you feeling? Who wants to know? Patients and oncologists preferences for discussing health related quality of life issues. *J Clin Oncol*, 18: 3295-301
- Faller H, Lang H, Schilling S (1995). Emotional distress and hope in lung cancer patients, as perceived by patients, relatives, physicians, nurses and interviewers. *Psycho-Oncology*, 4: 21-31
- Fitzsimmons D, George S, Payne S, Johnson CD (1999). Differences in perception of quality of life issues between health professionals and patients with pancreatic cancer. *Psychooncology*, 8(2 Mar-Apr):135-43.
- Gundy C & Aaronson NK (2008). The influence of proxy perspective on patient-proxy agreement in the evaluation of health related quality of life. An empirical study. *Med Care*, 46:209-216
- Holmes CA (1989). Health care and the quality of life: a review. *J Adv Nurs*, 14:833-839
- Horton R(2002). Differences in assessment of symptoms and quality of life between patients with advanced cancer and their specialist palliative care nurses in a home care setting. *Palliat Med*, 16 Nov (6):488-94
- Jocham H, Dassen T, Widdershoven G & Halfens R (2006). Quality of life in palliative care cancer patients: literature review. *J Clin Nurs*, 15(9): 1188-1195
- Jones A & Feeny D (2005). Agreement between patient and proxy responses of health related quality of life after hip fracture. *J Am Geriatr Soc*, 53: 1227-1233





- Jones J, McPherson C, Zimmerman C, et al (2011) Assessing Agreement Between Terminally Ill Cancer Patients' Reports of Their Quality of Life and Family Caregiver and Palliative Care Physician Proxy Ratings. *J Pain Symp Manage* 42(3): 354-365
- Kutner JS, Bryant L, Beaty B & Fairclough D (2006). Symptom distress and quality of life assessment at the end of life: the role of proxy response. *J Pain Symp Manage*, 32: 300-310
- Lampic C & Sjoden PO (2000). Patient and staff perceptions of cancer patients' psychological concerns and needs. *Acta Oncol*, 39(1):9-22
- Lampic C, von Essen L, Peterson VW, Larsson G, Sjoden PO (1996). Anxiety and depression in hospitalized patients with cancer: agreement in patient-staff dyads. *Cancer Nurs*, 19 Dec (6):419-28.
- Lobchuk MM & Degner LF (2002). Patients with cancer and next-of-kin response comparability on physical and psychological symptom well-being. *Cancer Nursing*, 25: 358-374
- Magaziner J, Simonsick EM, Kashner TM, et al (1988). Patient-proxy response comparability on measures of patient health and functional status. *J Clin Epidemiol*, 41: 1065-1078
- McPherson CJ & Addington -Hall JM (2003). Judging the quality of care at the end of life: can proxies provide reliable information? *Soc Sci Med*, 56:95-109
- Merluzzi TV & Martinez Sanchez MA (1997). Perceptions of coping behaviours by persons with cancer and health care providers. *Psychooncology*, 6(3):197-203.
- Nekolaichuk CL, Bruera E, Spachynski K, MacEachern T, Hanson J, Maguire TO (1999). A comparison of patient and proxy symptom assessments in advanced cancer patients. *Palliat Med*, 13(4):311-23
- Pearcy et al (2008) Proxy assessment of quality of life in patients with prostate cancer: how accurate are partners and urologists? *J R Soc Med* 2008; 101: 133-138. DOI 10.1258/jrsm.2008.081002
- Pearcy R, Waldron D, O'Boyle C & MacDonagh R (2008). Proxy assessment of quality of life in patients with prostate cancer: how accurate are partners and urologists? *J R Soc Med*, 101: 133-138
- Petersen MA, Larsen H, Pedersen L, Sonne N, Groenvold M (2006). Assessing health related quality of life in palliative care: Comparing patient and physician assessments. *European Journal of Cancer*, 42: 1159-1166
- Pickard AS & Knight SJ (2005). Proxy evaluation of health related quality of life: a conceptual framework of understanding multiple proxy perspectives. *Med Care*, 43: 493-499
- Rothman M, Hedrick SC, Bulcroft KA, Hickman D & Rubenstein LZ (1991). The validity of proxy-generated scores as measures of patient health status. *Med Care*, 29(2): 115-124
- Rubenstein LV, Schairer C, Wieland DG et al (1984). Systematic biases in functional status assessment of elderly adults: effects on different data sources. *J Gerontol*, 39: 686-695
- Sneeuw KC, Aaronson NK, Osoba D, Muller MJ, Hsu MA, Yung WK, Brada M, Newlands ES (1997). The use of significant others as proxy raters of the quality of life of patients with brain cancer. *Med Care*, 35(5):490-506.
- Sneeuw KC, Aaronson NK, Sprangers MA, Detmar SB, Wever LD, Schornagel JH (1999). Evaluating the quality of life of cancer patients: assessments by patients, significant others, physicians and nurses. *Br J Cancer*, 81 Sep (1):87-94.
- Sneeuw KC, Aaronson NK, Sprangers MA, et al (1998). Comparison of patient and proxy EORTC QLQ-C30 ratings in assessing the quality of life of cancer patients. *J Clin Epidemiol*, 51:617-631
- Sneeuw KC, Sprangers MA & Aaronson NK (2002). The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease. *J Clin Epidemiol*, 55: 1130-1143
- Sprangers MA & Sneeuw K, (2000). Are health care providers adequate raters of patients quality of life -Perhaps more than we think? *Acta Oncologica*, 39(1): 5-8
- Sprangers MA (2002). Quality of life assessment in oncology. Achievements and challenges. *Acta Oncol*, 41(3): 229-237
- Sprangers MA, Aaronson NK (1992). The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease: a review. *J Clin Epidemiol*, 45 Jul (7):743-60.
- Steel JL, Geller D & Carr BI (2005). Proxy ratings of health related quality of life in patients with hepatocellular carcinoma. *Qual Life Res*, 14: 1025-1033
- Stromgren AS, Groenvold M, Sorensen A & Andersen L (2001). Symptom recognition in advanced cancer. A comparison of nursing records against patient self-rating. *Acta Anaesthesiol Scand*, 45: 1080-1085
- Tamim H, McCusker J & Dendukuri N (2002). Proxy reporting of quality of life using the EQ-5D. *Med Care*, 40:1186-95
- Tang ST & McCorkle R (2002). Use of family proxies in quality of life research for cancer patients at the end of life: a literature review. *Cancer Invest*, 20(7-8):1086-104.
- Thorne SE, Bultz BD, Baile WF. Is there a cost to poor communication in cancer care? a critical review of the literature. *Psychooncology*. 2005;14(10): 875-884
- Travado L, Grassi L, Gil F, Ventura C, Martins C. Physician-patient communication among Southern European cancer physicians: the influence of psychosocial orientation and burnout. *Psychooncology*. 2005;14(8):661-670.
- von Essen L (2004). Proxy ratings of patient quality of life. *Acta Oncol*, 43:229-234
- Widmark-Petersson V, von Essen L, Sjoden PO (2000). Perceptions of caring among patients with cancer and their staff. Differences and disagreements. *Cancer Nurs*, 23 Feb (1):32-9.
- Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, von der MH. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer*. 2003;88(5):658-665.
- Zhao H, Kanda K, Liu SJ & Mao XY (2003). Evaluation of quality of life in Chinese patients with gynecological cancer: assessment by patients and nurses. *Int J Nurs Pract*, 9: 40-48
- Zloklikovits S, Andritsch E, Frohlich B, Verebes J, Dietmaier G & Samonigg H (2005). Assessing symptoms of terminally-ill patients by different raters: A prospective study. *Palliat Support Care*, 3: 87-98
- Ιακωβίδης Β, Καλλέργης Γ, Σπυροπούλου Β, Μπεντενίδης Χ (2004). Διασυνδετική ψυχιατρική σε ογκολογικό νοσοκομείο: εκπαίδευση του ογκολογικού προσωπικού. *Ψυχιατρική*, 15(2): 57-66
- Καλλέργης Γ, Αθανασοπούλου Χ (1993). Εκπαιδευτικές ομάδες νοσηλευτριών. Δεκαεπτά χρόνια επιστημονικής δραστηριότητας. *Ελληνική Ιατρική Εταιρία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων*, Αθήνα, σελ. 75-78
- Καλλέργης Γ, Σπυροπούλου Β, Μπεντενίδης Χ (2008). Η δραματοθεραπεία στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στα πλαίσια της διασυνδετικής Ψυχιατρικής. 20ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Κρήτη

# Το mobbing στον εργασιακό χώρο. Επιπτώσεις mobbing στο χώρο της υγείας Ανασκοπική μελέτη

Κοΐνης Αριστοτέλης<sup>1</sup>, Σαρίδη Μαρία<sup>2</sup>

1. Ψυχολόγος M.A., MSc., Γενικό Νοσοκομείο Άργους  
e-mail: telis\_psyc@hotmail.com
2. Νοσηλεύτρια, PhD, Διευθύντρια Ν.Υ., Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου,  
e-mail: sarmar32@windowslive.com

---

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης (mobbing), στον εργασιακό χώρο, αποτελεί σημαντικά ανασταλτικό παράγοντα τόσο για την ψυχοπνευματική ισορροπία των εργαζομένων όσο και για την εύρυθμη λειτουργία των οργανισμών. Με την πάροδο του χρόνου, περιστατικά ηθικής παρενόχλησης στους υγειονομικούς χώρους εργασίας είναι συνεχώς αυξανόμενα σε αριθμούς.

**Υλικό και Μέθοδος:** Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης καθώς και των επιπτώσεών του στον εργασιακό χώρο της υγείας. Διεξήχθη βιβλιογραφική ανασκόπηση δημοσιευμένων άρθρων από τις βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων Medline, Pub Med, Scholar google, για την περίοδο 1985-2010, χρησιμοποιώντας λέξεις-κλειδιά και συνδυασμό αυτών: “mobbing”, “harassment”, “physical effects”, “psychological effects”, “health professionals”, “mobbing confrontation”, “prevention”.

**Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας:** Την τελευταία 15-ετία, παρατηρήθηκε αύξηση των περιστατικών ηθικής παρενόχλησης στους χώρους εργασίας των επαγγελματιών υγείας (Νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές), κυρίως σε νοσηλευτικό προσωπικό και ειδικευόμενους ιατρούς. Εξαιτίας τέτοιων γεγονότων, επίμονων και επαναλαμβανόμενων, ηθικής παρενόχλησης, οι επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία των επαγγελματιών υγείας είναι εξαιρετικά αυξανόμενες. Αυτοί ήταν και οι βασικοί παράγοντες, εξαιτίας των οποίων, οι εργαζόμενοι εμφανίζονταν απρόθυμοι να εργαστούν, ή, σε πολλές περιπτώσεις σκέφτονταν ακόμη και να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους.

**Συμπεράσματα:** Είναι φανερό από τη βιβλιογραφία, ότι η ηθική παρενόχληση δεν πρέπει να υφίσταται και να γίνεται αποδεκτή σε κανένα εργασιακό περιβάλλον και αυτό της υγείας. Παρόλο που το φαινόμενο είναι ακόμη υπό διερεύνηση, οι διοικήσεις των χώρων υγείας (νοσοκομεία, κλινικές κτλ.), οι επαγγελματίες υγείας, καλούνται να αποκτήσουν τις γνώσεις για την αναγνώρισή τους στους χώρους εργασίας, ώστε να αναπτύξουν τις πολιτικές για την πρόληψη και την αντιμετώπισή του.

**Λέξεις κλειδιά:** Ηθική παρενόχληση, χώρος υγείας, επαγγελματίες υγείας, πρόληψη και αντιμετώπιση ηθικής παρενόχλησης, επιπτώσεις

---



# Mobbing in the workplace. Effects mobbing in health care systems

Koinis Aristotelis<sup>1</sup> Saridi Maria<sup>2</sup>

1. M.A, MSc, General Hospital Argos. e-mail: telis\_psyd@hotmail.com
2. RN, PhD, General hospital of Korinthos .e-mail: sarmar32@windowslive.com

---

## ABSTRACT

**Introduction:** The concept of mobbing in workplace is a significant limitation in the psycho-spiritual balance of employees as well as for the proper functioning of the organization. Over the years, the constantly-increasing number of incidents which have been reported in the studies is understandably worrying.

**Materials and Methods:** The purpose of the current study is to investigate the context of mobbing. Also this review attempts to provide a framework for examining the impact of mobbing in health organizations. A review of the literature relating to published articles from scientific databases such as Medline, Pub Med, Scholar google, using a combination of keywords such as "mobbing", "harassment", "physical effects", "psychological effects", "health professionals", "mobbing confrontation", "prevention" has been conducted.

**Literature Review:** The last fifteen years there was a significant increase of incidents of mobbing in workplace and specifically in health organizations (hospitals, private clinics etc). The amount of employees who were victims of mobbing varies, even though the vast majority was nurses and practitioner doctors. However it is important to note that because of these cases, (which were persistent and repetitive), there were (increasing), negative impacts in mental and physical health of professionals. These were the key factors, due to which the employees are reluctant to work, or in many cases they think to quit their profession.

**Conclusions:** According to the literature it is obvious and immediately recognisable that mobbing should not exist in workplaces in health care services as well as in other placement. Although the context is still under investigation by the authorities of health facilities (hospitals, clinics, etc.) Also, health care professionals are invited to acquire knowledge for recognition of mobbing in the workplace and to develop policies and intervention in order to prevent and cope with the phenomenon.

**Key words:** Mobbing, health area, health professionals, prevention and treatment of mobbing, effects, verbal abuse

---



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης στους χώρους εργασίας είναι ένα θέμα που κατά την τελευταία δεκαετία έχει μελετηθεί από την επιστημονική κοινότητα και έχει απασχολήσει αρκετά την κοινή γνώμη. Βιβλία (Hirigoyen, 2002, 2003), έρευνες (Scialpi, 1999, Meschkutat et al., 2002) και δημοσιεύσεις (Ventin-Lorenzo, 2007, Καρακιουλάφη, 2005) στο εξωτερικό αλλά και στην Ελλάδα (Σπυριδάκης, 2009, Δρίβας, 2002), αποδεικνύουν το υψηλό ποσοστό εμφάνισης του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης αλλά και το αυξανόμενο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας. Είναι ένα κοινωνικό πρόβλημα που πολλοί εργαζόμενοι έχουν αντιμετωπίσει κάποια φορά στο εργασιακό τους περιβάλλον και επηρεάζει άμεσα με τις συνέπειες του τη ζωή τους, αφού δημιουργεί πλήθος ψυχολογικών και άλλων προβλημάτων υγείας. Συχνά, αντιμετωπίζεται με δυσπιστία όσον αφορά στο πόσο σημαντικό είναι. Ένας από τους λόγους για τους οποίους αντιμετωπίζεται το φαινόμενο με δυσπιστία είναι πως στις υπάρχουσες οικονομικές συνθήκες, το ζήτημα της επιβίωσης μπαίνει σε πρώτη προτεραιότητα και πολλοί εργαζόμενοι παραμερίζουν πολλές από τις διεκδικήσεις τους ενώ φαίνεται πως αυξάνεται η ανεκτικότητα τους απέναντι σε εκδηλώσεις βίας. Η αντίθετη άποψη είναι, πως ειδικότερα στις σημερινές κοινωνικές συνθήκες, επιβάλλεται η προάσπιση της αξιοπρέπειας και της ασφαλούς εργασίας και η ανάδειξη αυτών των αξιών σε πρωταρχικά ζητούμενα για την κατάκτηση περισσότερων και καλύτερων συνθηκών εργασίας και διαβίωσης (Κωνσταντινίδης, 2010).

### Εννοιολογική προσέγγιση

Το φαινόμενο συναντάται στην διεθνή βιβλιογραφία, αλλά και σε σχετικές εθνικές νομοθεσίες, με διαφορετικές ονομασίες αλλά με την ίδια περίπου έννοια (CDC/NIOSH, 1996). Ο όρος χρησιμοποιήθηκε πρώτα από τον εθνολόγο Konrad Lorenz (1963), ο οποίος τον χρησιμοποίησε για να περιγράψει τις επιθετικές συμπεριφορές που είχαν αγέλες ζώων προκειμένου να διώξουν από την ομάδα τους κάποιον παρείσακτο. Ο Leymann, το 1990, χρησιμοποίησε τον όρο για να περιγράψει μορφές παρενόχλησης σε οργανισμούς. Η λέξη που περιγράφει την ηθική παρενόχληση είναι ο όρος "mobbing", ο οποίος χρησιμοποιείται ευρέως και προέρχεται από το αγγλικό ρήμα "to mob" που μεταφράζεται ως: "κακομεταχειρίζομαι κάποιον", ενώ ο Δρίβας (2002), αναφέρει ότι η λέξη σημαίνει επιτίθεμαι, περικυκλώνω, ενοχλώ.

Μια από τις μορφές βίας, με την οποία έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι χιλιάδες άνθρωποι στο χώρο εργασίας τους, συνιστά η ηθική παρενόχληση ή αλλιώς mobbing (εκ του αγγλικού ρήματος mob=επιτίθεμαι, περικυκλώνω, ενοχλώ), όπως είναι ο αγγλοσαξονικός όρος με τον οποίο είναι ευρέως διαδεδομένο το φαινόμενο της «επαναλαμβανόμενης, καταχρηστικής συμπεριφοράς οποιασ-

δήποτε προέλευσης, προερχόμενης είτε από το εξωτερικό είτε από το εσωτερικό περιβάλλον ενός οργανισμού, η οποία εκδηλώνεται ιδιαιτέρως με λέξεις, απειλές, πράξεις, χειρονομίες, ή κείμενα με σκοπό ή αποτέλεσμα την προσβολή της προσωπικότητας, της αξιοπρέπειας ή της φυσικής ή ψυχολογικής ακεραιότητας ενός εργαζομένου ή οποιουδήποτε άλλου προσώπου κατά την άσκηση της εργασίας του, θέτοντας σε κίνδυνο την απασχόλησή του ή δημιουργώντας έναν εκφοβιστικό, εχθρικό, υποτιμητικό, ταπεινωτικό ή επιθετικό περιβάλλον» (Hirigoyen, 2002).

Με τον όρο «παρενόχληση στο χώρο της εργασίας» πρέπει να εννοήσουμε κάθε καταχρηστική συμπεριφορά που εκδηλώνεται με λόγια, πράξεις, γραπτά μηνύματα και μπορεί να ζημιώσει την προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια ή τη σωματική ή ψυχική ακεραιότητα του ατόμου, να θέσει σε κίνδυνο την εργασία του ή να διαταράξει το εργασιακό κλίμα (Namie, 2003). Πιο συγκεκριμένα, «η απασχόληση βιώνεται ως απάνθρωπη, και οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι είναι αποκλεισμένοι από το κοινωνικό περιβάλλον στους χώρους και αντιμετωπίζουν απαιτήσεις ασυμβίβαστες με την εργασία χωρίς να έχουν τις φυσιολογικές δυνατότητες για να τις αντιμετωπίσουν» (Shallcross και συν., 2008).

Παρόλο που η παρενόχληση στο χώρο εργασίας είναι τόσο παλιό φαινόμενο, μόνο στις αρχές του '90 αντιμετωπίστηκε ως φαινόμενο που καταστρέφει το εργασιακό κλίμα, μειώνει την παραγωγικότητα αλλά και ευνοεί απουσίες των εργαζομένων, λόγω των ψυχολογικών προβλημάτων που προκαλεί (Hill, 2001). Το φαινόμενο μελετήθηκε αρχικά στις αγγλοσαξονικές και σκανδιναβικές χώρες (Munthe, 1989). Στην ερευνητική αυτή δραστηριότητα πρωτοπόρο θέση κατέχουν οι σκανδιναβικές χώρες, που είναι και οι μόνες που έχουν θεσπίσει νόμους για την αντιμετώπιση της ηθικής παρενόχλησης στους χώρους εργασίας. Μελέτες στις χώρες αυτές πραγματοποιήσαν στη Νορβηγία οι Matthiesen, Raknes & Røkkum (1989), Kihle (1990) και Einarsen & Raknes (1991) στη Φινλανδία οι Paanen & Vartia (1991), Björkqvist et al (1994) και Kivimäki, Elovainio & Vahtera (2000). Βέβαια, επιβάλλεται να ειπωθεί πως αυτές είναι κάποιες απ' τις μελέτες που έχουν διεξαχθεί παγκοσμίως. Επίσης, σε πολλούς χώρους και σε σχέση με διαφορετικούς πληθυσμούς, όπως το σχολείο (Glover και συν., 1998, Smith, 2003), το πανεπιστήμιο (Björkqvist και συν., 1994, Spertlan, 1995) και ο δημόσιος τομέας (Shallcross και συν., 2008).

Στην Ελλάδα το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης επίσης δεν είναι άγνωστο. Τα τελευταία χρόνια φαίνεται να εξαπλώνεται με γρήγορους ρυθμούς σε όλα τα εργασιακά περιβάλλοντα και συνεπώς και σε αυτό του χώρου της υγείας (Μ. Σπυριδάκης, 2009). Σε έρευνα που έκανε πρόσφατα η δημοσιογράφος Πίπη (Ελευθεροτυπία, 2006), βρήκε ότι ο ένας στους δέκα Έλληνες παραδέχεται συνθήκες εκφοβισμού στη δουλειά του, ενώ το 5% των Ελλήνων έχουν υποστεί περιστατικά σωματικής



βιας στη δουλειά τους. Επίσης, η έρευνα με νοσηλευτές/τριες στα ελληνικά Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, κατέδειξε ότι οι συγκρούσεις που συνιστούν εργασιακή παρενόχληση, μεταξύ συναδέλφων, εμφανίζονται σε ένα ποσοστό της τάξεως του 24% (Nέλλα, Γκούζου, Κολοβός και συν., 2004). Σε συγκριτική μελέτη για την ύπαρξη ηθικής παρενόχλησης σε ιδιωτικό και δημόσιο νοσοκομείο, έδειξε ότι και στους δυο χώρους υγείας, παρατηρείται υψηλό ποσοστό πιθανής εκδήλωσης ηθικής παρενόχλησης (Τζαμαλούκα, Μακράκης, 2009).

### **Μεθοδολογία**

Η αναζήτηση των πηγών της συγκεκριμένης ανασκόπησης έγινε στο διαδίκτυο. Χρησιμοποιήθηκαν οι βάσεις δεδομένων: Medline, Pub Med και οι μηχανές αναζήτησης scholar google, altavista. Η αναζήτηση περιελάμβανε άρθρα που περιέγραφαν το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης και τις επιπτώσεις του σε χώρους εργασίας. Επίσης περιελάμβανε δημοσιευμένες έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε χώρους υγείας. Τα χρονολογικά όρια που τέθηκαν, αφορούσαν στην εύρεση άρθρων μετά το 1985 και μέχρι το 2010. Αποκλείστηκαν άρθρα πριν από το 1985 και άρθρα στα οποία δεν υπήρχε πρόσβαση σε ολόκληρο το κείμενο. Χρησιμοποιήθηκαν λέξεις-κλειδιά και συνδυασμός αυτών: "mobbing", "harassment", "physical effects", "psychological effects", "health professionals", "mobbing confrontation", "prevention".

### **Νομοθετικό Πλαίσιο**

Σε εθνικό επίπεδο υπάρχει στην Ελλάδα ειδικό νομοθετικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης. Μία πρώτη προσέγγιση προς την ανεύρεση νομικής βάσης για την αποτελεσματική προστασία των θυμάτων από την ψυχολογική βία στο χώρο εργασίας αποτελούν οι Γενικές Διατάξεις του Αστικού Κώδικα. Η ηθική παρενόχληση συνιστά αναμφίβολα μία συμπεριφορά που προσβάλλει το δικαίωμα του ατόμου στην προσωπικότητα. Σύμφωνα με το άρθρο 57ΑΚ καθένας έχει δικαίωμα να απαιτήσει την άρση κάθε παράνομης προσβολής της προσωπικότητάς του. Η ως άνω προσβολή δύναται να εγείρει αξίωση αποζημίωσης σύμφωνα με τις περί αδικοπραξίας διατάξεις (Άρθρα 914 και 932 Α.Κ. (Πίνη, 2006). Αν και οι διατάξεις αυτές θα μπορούσαν να αποτελέσουν τη νομική βάση μίας αγωγής για ηθική παρενόχληση, ωστόσο δεν είναι βέβαιο κατά πόσο θα μπορούσαν να προσφέρουν και ένα επαρκές επίπεδο έννομης προστασίας, δεδομένης κυρίως της γενικής τους φύσης καθώς επίσης και του γεγονότος ότι η έκβαση της αντιδικίας θα βασιζόταν αποκλειστικά και μόνο στην απόδειξη. Λαμβανομένης υπόψη της δυσκολίας του να στραφεί ένας μεμονωμένος εργαζόμενος κατά ενός φορέα εργασίας ή μίας συγκεκριμένης ομάδας ή προσώπου αυτού του φορέα, είναι εύληπτο, ότι το επίπεδο νομικής προστασίας που

θα του προσφέρεται θα πρέπει να είναι επαρκές (π.χ. να φέρει ο κατηγορούμενος το βάρος απόδειξης).

Επιπλέον, το 2005 ψηφίστηκε ο Νόμος 3304 για την εφαρμογή της αρχής της ίσης μεταχείρισης ανεξαρτήτως φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού. Ο Νόμος αυτός αποτελεί σημαντικό βήμα για την ίση μεταχείριση των εργαζομένων στον εργασιακό τους χώρο ασχέτως φυλετικής ή εθνικής τους καταγωγής. Τέλος, ο νόμος 2000/78/ΕΚ για τη διαμόρφωση γενικού πλαισίου για την ίση μεταχείριση στην απασχόληση και την εργασία έχει ως βασικό σκοπό την καταπολέμηση των διακρίσεων λόγω φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής καθώς και την καταπολέμηση των διακρίσεων λόγω θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού στον τομέα της απασχόλησης και της εργασίας.

Ωστόσο ο ως άνω Νόμος, όπως αντίστοιχα έχει διατυπωθεί και σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο για τις Οδηγίες των οποίων αποτελεί ενσωμάτωση, ενώ έχει ως σκοπό να πατάξει το κατάφορο της παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της προσβολής της ανθρώπινης αξιοπρέπειας στον εργασιακό χώρο, ωστόσο, περιορίζει το παράνομο των παρενοχλήσεων μόνο σε αυτές που έχουν ως έρεισμα τη φυλετική ή εθνική καταγωγή, το θρήσκευμα ή τις πεποιθήσεις του εργαζόμενου, την αναπηρία, την ηλικία ή το γενετήσιο προσανατολισμό και δεν εστιάζει στην πάταξη του τελικού αποτελέσματος των οποιονδήποτε παρενοχλητικών και υβριστικών ενεργειών των οποίων κάποιος μπορεί να γίνει αντικείμενο στο χώρο εργασίας και που είναι η καταρράκωση της ανθρώπινης τιμής, η στέρση της δημιουργικής έκφρασης που επιτυγχάνεται κατά βάση μέσω της εργασίας, οι επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική του υγεία, η απώλεια της ίδιας της εργασίας. Εφόσον αυτό που ενδιαφέρει τον νομοθέτη (κοινωνικό και εγχώριο) είναι η εξασφάλιση υγιών συνθηκών στην εργασία για όλους τους εργαζόμενους, είναι εξαιρετικά επιτακτική η ανάγκη τροποποίησης και συμπλήρωσης του Νόμου 3304, ή η εισαγωγή μίας νέας ad hoc νομοθετικής πρωτοβουλίας προκειμένου να καλύπτεται και να θεωρείται κολάσιμη κάθε μορφή ψυχολογικής βίας που αντίκειται στην έννοια του σεβασμού του ανθρώπου και όχι να περιορίζεται στο τιμωρητέο συγκεκριμένων μόνο πράξεων (Ντότσινα, 2003).

### **Ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας**

#### **Αίτια του Φαινομένου**

Η ηθική παρενόχληση στον χώρο εργασίας αφορά σε επαναλαμβανόμενες και διαρκείς συμπεριφορές, που επαναλαμβάνονται για μεγάλα χρονικά διαστήματα και με μεγάλη συχνότητα. Η χρονική διάρκεια και η συχνότητα με την οποία το άτομο δέχεται την ηθική παρενόχληση, ο σκοπός για τον οποίο παρενοχλεί ο θύτης το

θύμα και η σχέση εξουσίας θύματος-θύτη είναι στοιχεία που συμβάλλουν σημαντικά στην κατανόηση της έννοιας (Τζαμαλούκα Γ., 2007). Καταρχάς, οι λόγοι και οι τρόποι με τους οποίους κάποιος γίνεται θύμα μιας τέτοιας συμπεριφοράς, υπακούν σε κάποιους γενικούς κανόνες. Υποστηρίζεται ότι αιτίες του φαινομένου ενδέχεται να είναι η διαφορετικότητα κάποιου (από τις σεξουαλικές του προτιμήσεις έως τον τρόπο που σκέφτεται), η ζήλια και ο ανταγωνισμός, ο φόβος για ό,τι δεν ελέγχουμε, η περιφρόνηση ανομολόγητων «μυστικών» (μια ομάδα εργαζόμενων μπορεί να παρενοχλήσει όποιον δεν ενταχθεί στις μικροσπάτες που κάνουν όλοι) και συχνότερα η προσπάθεια για εξαναγκασμό του θύματος σε παραιτήση με το ελάχιστο δυνατό κόστος για την εταιρεία/οργανισμό/εργοδότη (Hirigoyen, 2002).

Η επιλογή των συμπεριφορών ποικίλει και εξαρτάται εν πολλοίς από την ιεραρχική θέση του «δράστη». Παρενόχληση μπορεί να ασκηθεί από τον ιεραρχικά ανώτερο, από συναδέλφους της ίδιας βαθμίδας και από υφισταμένους (Einarsen S & Skogstad A, 1996). Τα ως άνω πρόσωπα δύναται να ενεργούν τόσο σε ομάδες όσο και μόνα τους. Οι τρόποι να πληγώσεις τον παρενοχλούμενο; Η απομόνωση, η παράλογη ανάθεση υπερβολικών καθηκόντων ή αντίθετα η ανάθεση άχαρων και υποτιμητικών καθηκόντων, διαρκείς και αδικαιολόγητες επικρίσεις και συκοφαντίες, η επιδίωξη να χάσει το θύμα την αίσθηση της ευθυκρισίας, η χρησιμοποίηση ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και γενικά

ενέργειες που θα μπορούσαν να θίξουν την επαγγελματική και κοινωνική εικόνα του θύματος στο πλαίσιο των εργασιακών του σχέσεων (Hirigoyen, 2002).

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες οι οποίοι συντελούν στην ενεργοποίηση φαινομένων ηθικής παρενόχλησης σε εργασιακούς χώρους είναι οι παρακάτω:

#### • Άγχος

Είναι αναπόφευκτο σ' ένα εργασιακό περιβάλλον να υπάρχει άγχος λόγω του φόρτου εργασίας και αυτό είναι φυσιολογικό ως ένα βαθμό. Στόχος δεν είναι μέσω του άγχους να καταστραφεί ο εργαζόμενος, αλλά, αντίθετα, επιδιώκεται να γίνει πιο αποδοτικός. Στην ηθική παρενόχληση, απεναντίας, βρίσκεται στο στόχαστρο το ίδιο άτομο, με σκοπό -λιγότερο ή περισσότερο συνειδητό- να του προκληθεί βλάβη. Σ' αυτή την περίπτωση, η πρόθεση δεν είναι η βελτίωση της παραγωγής ή η καλύτερευση των αποτελεσμάτων, αλλά η προσβολή του εργαζόμενου (Leymann H., 1993).

#### • Επαγγελματικές δυσκολίες, κακές εργασιακές συνθήκες, φόρτος εργασίας

Η ηθική παρενόχληση δεν πρέπει να μπερδεύεται με ορισμένες επαγγελματικές δυσκολίες, όπου δεν έχουν παρασχεθεί στον εργαζόμενο τα απαραίτητα υλικά μέσα για να φέρει εις πέρας το έργο του ή αυτό είναι δυσανάλογο των ικανοτήτων του. Η ίδια σύγχυση πρέπει να αποφεύγεται και όταν γίνεται λόγος για κακές εργασιακές συνθήκες ή αυξημένο φόρτο εργασίας. Σε περίπτωση ηθικής παρενόχλησης, η υποβάθμιση των συνθηκών εργασίας γίνεται σταδιακά και είναι τόσο αδιόρατη, που γίνεται αντιληπτή μόνο συγκρινόμενη με την κατάσταση των υπόλοιπων συναδέλφων. Υφίσταται παρενόχληση, αν ένας μόνο εργαζόμενος έχει αυτή την ειδική μεταχείριση ή αν αυτό έχει ως σκοπό να τον υποβαθμίσει ή/και να πλήξει το ηθικό του (Cooper C.L., 1988, Leymann H & Girard R., 1993).

#### • Αυστηρότητα των ανώτερων στελεχών

Κάποιος που βρίσκεται σε μία ανώτερη ή διευθυντική θέση, είναι αναμενόμενο να επιδεικνύει αρκετές φορές αυστηρή στάση λόγω των αυξημένων ευθυνών και αρμοδιοτήτων που έχει. Αρχίζει όμως να υπάρχει ηθική παρενόχληση, όταν ένας προϊστάμενος χρησιμοποιεί διαστροφικά μέσα και επιδεικνύει τυραννική συμπεριφορά μεταβαίνοντας στην εκμετάλλευση. Ασκεί, τότε, μια τρομερή πίεση στους υφισταμένους του ή τους φέρεται βίαια λοιδορώντας και προσβάλλοντάς τους χωρίς κανένα σεβασμό στο πρόσωπό τους (Τζαμαλούκα., 2007).

#### • Σύγκρουση – παρεξήγηση

Είναι αναπόφευκτο σ' ένα περιβάλλον εργασίας, όπου συνυπάρχουν πολλοί, να προκύψουν διαφωνίες, διαπληκτισμοί και συγκρούσεις. Όμως μια σύγκρουση είναι πηγή ανανέωσης και αναδιοργάνωσης, που δημιουργεί

**Πίνακας 1.**

#### Ψυχολογικές Επιπτώσεις της ηθικής παρενόχλησης

- Έντονο άγχος
- Μειωμένη αντοχή στο άγχος
- Έντονη δυσφορία
- Ευερεθιστότητα/επιθετικότητα
- Ανταγωνισμός
- Απώλεια αυτοελέγχου
- Δυσκολία επικοινωνίας
- Ανικανότητα εξωτερικής συναισθημάτων
- Μελαγχολία/κατάθλιψη
- Συναισθήματα μοναξιάς, αποτυχίας, ανικανότητας, απογοήτευσης, παραιτήσης
- αίσθημα ενοχής ή/και ντροπής
- Διαταραχές προσωπικότητας
- Φοβίες
- Μανία
- Κατάχρηση ουσιών (καπνός, καφεΐνη, αλκοόλ)
- Αυτοκτονικές τάσεις
- Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες



Πίνακας 2.

**Οργανικές Επιπτώσεις της ηθικής παρενόχλησης**

- Κεφαλαλγίες/ημικρανίες
- Γαστρεντερικές διαταραχές
- Διαταραχές ύπνου
- Ταχυκαρδία
- Πόνοι στήθους
- Τρόμος - ταραχή
- Κοιλιακά άλγη
- Δυσπεψία, αίσθημα καύσου, μετεωρισμός
- Ναυτία, εμετοί
- Λιποθυμικά επεισόδια
- Διαταραχές εμμήνου ρύσεως
- Μυαλγίες, κράμπες, μυϊκοί σπασμοί
- Νευρικές συσπάσεις, tics
- Υπόταση / υπέρταση
- Έντονη εφίδρωση
- Κνησμοί
- Συχνουρία
- Διαταραχές σεξουαλικής διάθεσης
- Χαμηλή θερμοκρασία άνω και κάτω άκρων

Πίνακας 3.

**Επιπτώσεις σε Οργανισμούς**

- χαμηλή διαχείριση της απόδοσης
- αυξανόμενες αδικαιολόγητες επανειλημμένες απουσίες
- υψηλός κύκλος κίνησης εργαζομένων
- αυξανόμενες υπερωρίες,
- μείωση των προδιαγραφών ποιότητας,
- αδυναμία τήρησης προθεσμιών,
- ελλιπής εξυπηρέτηση πελατών
- πτώση του ηθικού των εργαζομένων,
- αυξημένος κύκλος κίνησης εργαζομένων
- μειωμένη ικανοποίηση πελατών
- αυξανόμενος αριθμός ατυχημάτων
- αυξημένη ανάγκη για στενότερη επίβλεψη
- αδυναμία λήψης σωστών αποφάσεων ή παράταση της διαδικασίας
- επιδείνωση της φήμης του οργανισμού

την ανάγκη του προβληματισμού και της λειτουργίας με καινούργιους τρόπους. Όσο όμως μια σύγκρουση παραμένει άλυτη, έχει την τάση να διογκώνεται. Οι διαμάχες

που αργούν να λυθούν, δημιουργούν μια κρυφή πληγή και συνεχίζουν να δρουν υπόγεια. Σ' αυτή την περίπτωση υπάρχει ο κίνδυνος να περάσουμε στη διαδικασία της ηθικής παρενόχλησης. Στην ηθική παρενόχληση δεν πρόκειται πλέον για μια συμμετρική σχέση όπως στη σύγκρουση, άλλα για μια σχέση εξουσιαστή-εξουσιαζόμενου, όπου ο πρώτος κάνει το "θύμα" να χάσει τη ταυτότητά του (Einarsen S, Skogstad A., 1996, Cooper C.L., 1988).

**• Δικαιολογημένες επιθέσεις**

Μια δικαιολογημένη λεκτική επίθεση είναι μια πράξη βίας αλλά μπορεί να είναι απλά η έκφραση μιας αντίδρασης και μιας παρόρμησης. Αντίθετα, επαναλαμβανόμενες κατηγορίες είναι ηθική παρενόχληση, ειδικά αν συνοδεύεται και από άλλες υποτιμητικές πράξεις εναντίον του ατόμου. Η παρενόχληση είναι μια επίθεση «διπνικής» (Cooper C.L., 1988).

**Κατηγορίες Εργασιακής Παρενόχλησης**

Οι ερευνητές χωρίζουν την εργασιακή παρενόχληση σε 3 κατηγορίες:

- Κατιούσα ή κάθετη: είναι η παρενόχληση που προέρχεται από τον προϊστάμενο προς κάποιον υφιστάμενο. Ο ίδιος ο ορισμός του υφισταμένου παραπέμπει σε μια σχέση ανισότητας κάνοντας πάντα δύσκολη τη διάκριση ανάμεσα στις καταχρηστικές συμπεριφορές και στα προνόμια των ιεραρχικά ανώτερων.
- Οριζόντια: είναι η παρενόχληση που γίνεται μεταξύ συναδέλφων της ίδιας βαθμίδας
- Ανιούσα: είναι η παρενόχληση που γίνεται από κάποιον υφιστάμενο ή ομάδα υφισταμένων εναντίον προϊσταμένου. Είναι η σπανιότερη μορφή παρενόχλησης, εντούτοις όμως μπορεί να είναι εξίσου καταστροφική. (Cooper C.L. & Payne R, 1988, Leymann H., 1993, Hirigoyen M-F, 2002, ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., 2002, Ντότσικα, Μ., 2007).

**Διαφοροποίηση παρενόχλησης μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα εργασίας**

Παρόλο που η παρενόχληση εφαρμόζεται όπου το επιτρέπει ο τρόπος οργάνωσης, υπάρχουν εργασιακοί χώροι που είναι περισσότερο εκτεθειμένοι. Τέτοιοι χώροι είναι ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας. Στον δημόσιο τομέα, η παρενόχληση μπορεί να διαρκέσει αρκετά μεγάλο διάστημα, ως και χρόνια, γιατί κατά βάση τα άτομα προστατεύονται και δεν μπορούν εύκολα ν'απολυθούν, παρά σε περίπτωση πολύ σοβαρού παραπτώματος. Αντίθετα, στον ιδιωτικό είναι βιαιότερη, διαρκεί πιο λίγο και αρκετά συχνά τελειώνει με την αποχώρηση του θύματος. Γι' αυτό το λόγο, στο δημόσιο τομέα, οι μέθοδοι της παρενόχλησης είναι περισσότερο ολέθριες και έχουν δραματικά αποτελέσματα στην υγεία αλλά και στην προσωπικότητα των θυμάτων. Η κατάχρηση εξουσίας είναι συχνή στον τομέα αυτό. Έτσι, γίνεται κατανοητό γιατί μερικοί υπάλληλοι που είχαν εξιδανικεύσει το δημόσιο έχουν απογοητευτεί. (Shallcross και συν., 2008).



### Εκδηλώσεις ηθικής παρενόχλησης

Σ' όποιον τομέα ή εργασιακό περιβάλλον κι αν συναντάται η ηθική παρενόχληση ή αλλιώς το mobbing, στο πλαίσιο μεταξύ συναδέλφων ή μεταξύ ανώτερου και κατώτερου στην ιεραρχία, είναι σχεδόν στερεότυποι οι τρόποι με τους οποίους εκφράζεται. Η Δρ. Marie-France Hirigoyen (2002) συνοψίζει όλες αυτές τις αδικαιολόγητες συμπεριφορές ταξινομημένες σε πέντε κατηγορίες:

1. Προσβολές των συνθηκών εργασίας
2. Απομόνωση και άρνηση επικοινωνίας
3. Προσβολή της αξιοπρέπειας
4. Λεκτική, σωματική ή σεξουαλική βία.
5. Προσβολές με βάση το κοινωνικό πρότυπο, δηλαδή ( το φύλο, την ηλικία, το θρήσκευμα, τη φυλή, την κοινωνική καταγωγή).

Όλες οι μελέτες και οι ερευνητές (Leymann 1996, Quine 1999, Ίδρυμα Δουβλίνου 2000, Hirigoyen 2002, Έκθεση Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου 2001, ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. 2002), κάνουν εκτενή λόγο για τις σοβαρές επιπτώσεις της εργασιακής παρενόχλησης.

### Επιπτώσεις στο Άτομο που Υφίσταται Ηθική Παρενόχληση

Οι επιπτώσεις της ηθικής παρενόχλησης είναι ιδιαίτερα σημαντικές τόσο για την πνευματική, ψυχολογική και σωματική υγεία του εργαζομένου που την υφίσταται, αλλά και για τον ίδιο τον οργανισμό στα πλαίσια

του οποίου παρατηρούνται τέτοια φαινόμενα. Αν και δεν είναι ακόμα δυνατόν να αποτιμηθούν ξεκάθαρα όλες οι διαστάσεις του φαινομένου, αφού μόλις πρόσφατα έχει ξεκινήσει η εκτεταμένη μελέτη του, οι πρώτες επιστημονικά τεκμηριωμένες μελέτες δείχνουν ότι τα αποτελέσματα της ηθικής παρενόχλησης μπορεί να αποβούν καταστροφικά (Einarsen & Raknes, 1997).

#### • Ψυχολογικές επιπτώσεις της παρενόχλησης

Ός προς τις επιπτώσεις της παρενόχλησης στην ψυχολογία του εργαζομένου ακολουθεί μια λίστα (πίνακας 1) με τα πιο συνηθισμένα και σοβαρά συμπτώματα που ο εργαζόμενος παρουσιάζει, χωρίς αυτό να σημαίνει πως δεν υπάρχουν και άλλα που παρουσιάζονται λιγότερο συχνά. Μελετώντας τη βιβλιογραφία βρέθηκε από τις παραπάνω επιπτώσεις της εργασιακής παρενόχλησης να συναντώνται με μεγαλύτερη συχνότητα το άγχος και η κατάθλιψη (Mayhew και συν., 2004, Hirigoyen, 2002).

#### • Οργανικές επιπτώσεις της παρενόχλησης

Επανερχόμενοι στις αρνητικές επιπτώσεις της ηθικής παρενόχλησης στην εργασία ή αλλιώς του Mobbing, προχωράμε στην αναφορά των συμπτωμάτων που προκαλεί στον εργαζόμενο σε σωματικό επίπεδο. Η πίεση, η ανασφάλεια και η ανησυχία καθώς και το άγχος που προκαλεί μια διαρκής παρενόχληση στον εργασιακό χώρο προκαλεί μια σειρά ψυχοσωματικών διαταραχών στον εργαζόμενο (πίνακας 2). (Hirigoyen, 2002, Felson, 1992).

Πίνακας 4.

Προληπτικά μέτρα για την Ηθική Παρενόχληση	
Πρόληψη στο εργασιακό περιβάλλον	Πρόληψη σε Κοινωνικό και ατομικό επίπεδο
• Ενεργοποίηση των ανώτερων στελεχών	• Αυτοκριτική – Αυτοσεβασμός
• Καλές συνθήκες εργασίας-καλό εργασιακό κλίμα	• Ευαισθητοποίηση-πληροφόρηση των παιδιών στο σχολείο
• Έγκαιρος εντοπισμός	• Γνωστοποίηση των περιπτώσεων παρενόχλησης
• Διαρκής επαγρύπνηση	• Άρνηση της χειραγώγησης
• Όρια – Κώδικας καλής συμπεριφοράς	
• Θέσπιση εσωτερικού κανονισμού	
• Σεβασμός της μοναδικότητας του ατόμου	
• Ενίσχυση του διαλόγου	
• Καλή επικοινωνία	
• Αποδοχή της αντιπαράθεσης	
• Σεβασμός και καλλιέργεια των ηθικών αξιών	
• Επιμόρφωση διευθυντικών στελεχών	
• Ευαισθητοποίηση, πληροφόρηση των εργαζομένων	
• Διαμεσολαβητικό όργανο	
• Διατήρηση του "image"	





• **Επιπτώσεις της παρενόχλησης στο εργασιακό περιβάλλον**

Οι σοβαρές επιπτώσεις της ηθικής παρενόχλησης στον χώρο εργασίας δεν περιορίζονται αποκλειστικά και μόνο στο ίδιο το θύμα αλλά επεκτείνονται και στον οργανισμό στον οποίο εκδηλώνονται τέτοιου είδους φαινόμενα και αναφέρονται κυρίως: α) στο οικονομικό κόστος για την αποζημίωση των παρενοχληθέντων που καταφεύγουν σε παραίτηση και το κόστος πρόσληψης νέων υπαλλήλων προς αντικατάσταση αυτών που αποχώρησαν και β) το επιπρόσθετο κόστος της πολύτιμης εμπειρίας και γνώσης που στερούν από τον οργανισμό τα θύματα με την παραίτησή τους (Einarsen και συν., 1994).

Ο οικονομικός αντίκτυπος για τις επιχειρήσεις είναι σημαντικός καθώς το επίπεδο απόδοσης ενός εργαζόμενου που υφίσταται ηθική παρενόχληση δύναται να μειωθεί αισθητά ιδίως όσον αφορά τις ικανότητες του, τις αντιστάσεις του στο εργασιακό άγχος και την προσοχή του, με συχνό αποτέλεσμα την εκδήλωση ψυχικής ή σωματικής ασθένειας. Το ως άνω μεταφράζεται σε αύξηση των δαπανών λόγω μακροχρόνιας απουσίας για λόγους υγείας (αναρρωτικές άδειες), πρόωρης συνταξιοδότησης και κατά συνέπεια πτώσης της παραγωγικότητας (Zarf και συν., 1996α Abrams & Robinson, 2002). Επίσης η Εργασιακή Ψυχολογική Κακομεταχείριση διαβρώνει το κεφάλαιο που λέγεται ανθρώπινο δυναμικό της επιχείρησης, γιατί στην πραγματικότητα δηλητηριάζει όλο το εργασιακό κλίμα και όχι μόνο τον εργαζόμενο-στόχο (Einarsen & Skogstad, 1996). Ως προς τις επιπτώσεις ακολουθεί λίστα (πίνακας 3), (Spector και συν., 1988a Hirigoyen, 2002).

**Η παρενόχληση σε χώρους υγείας**

Ιστορικά, τα νοσοκομεία είχαν πάντοτε μια αυστηρά ιεραρχημένη δομή, στην οποία οι ιατροί ανήκουν σε διαφορετικό καθεστώς. Οι νοσηλευτές εξαρτώνται ταυτόχρονα από τους/τις προϊστάμενους/ες ή και τους ιατρούς πολλές φορές, γεγονός που μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση που ευνοεί τις παρεξηγήσεις, τις προσβολές και την κατάχρηση εξουσίας. Παράλληλα όμως, η επαφή με την ασθένεια, τον πόνο και το θάνατο επηρεάζει το ιατρό-νοσηλευτικό προσωπικό που αντιδρά όπως μπορεί- ακόμη και κυνικά κάποιες φορές. Οι εργασιακές δυσκολίες έρχονται στην επιφάνεια διογκωμένες και ο εργαζόμενος μπορεί να στιγματιστεί. Το mobbing προκαλεί καταστροφικά αποτελέσματα στη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων και κατ' επέκταση, των οικογενειών τους. Η προσβλητική μεταχείριση και η λεκτική κακοποίηση οδηγεί πολλούς εργαζόμενους σε μακροχρόνια απουσία από την εργασία (Quine, 1999).

Το σύνδρομο mobbing εκδηλώνεται κυρίως με σοβαρές επιπτώσεις που μπορεί να λάβουν τη μορφή αυξημένων δυσκολιών συνεργασίας, μειωμένης αντοχής στο άγχος, σωματικής δυσφορίας, καταχρήσεων και ψυχολογικών αντιδράσεων. Επίσης μπορεί να επιφέρει στον εργαζόμενο δυσκολίες στον ύπνο, κατάθλιψη, έντονη επιθετικότητα και σωματική κόπωση. Οδηγεί σε ασθένειες που σχετίζονται με το εργασιακό άγχος, την επαγγελματική εξουθένωση και συνιστούν σοβαρό κίνδυνο για την υγεία, καθώς υφίσταται σαφής σχέση μεταξύ αφ' ενός της ηθικής παρενόχλησης και αφ' ετέρου του άγχους και της εργασίας με υψηλό βαθμό έντασης, αυξημένο ανταγωνισμό και μειωμένη αίσθηση εργασιακής ασφάλειας

Πίνακας 5.

**Μέτρα προληπτικής δράσης**

- **Εκστρατεία πληροφόρησης των εργαζομένων.** Αποτελεί την πιο ενδεδειγμένη μέθοδο πρόληψης, που μπορεί να πάρει πολλές μορφές. Μία από αυτές είναι η έκδοση και διάθεση ενημερωτικών εντύπων, μέσα από τα οποία οι εργαζόμενοι θα μπορούν να πληροφορηθούν για τα δικαιώματά και τις υποχρεώσεις τους, παράλληλα με τις αρνητικές επιπτώσεις του φαινομένου στον οργανισμό.
- **Συστηματική συλλογή πληροφοριών** σχετικά με φαινόμενα ηθικής παρενόχλησης στον οργανισμό. Η συλλογή αυτή μπορεί να γίνει μέσω ειδικών ερωτηματολογίων, τακτικών συζητήσεων με το προσωπικό, ή με την αναζήτηση των αιτιών για τις συχνές απουσίες των εργαζομένων.
- **Εκπαίδευση και επιμόρφωση** των εργαζομένων από ειδικούς επιστήμονες.
- **Δημιουργία κατάλληλων υποδομών** για την αντιμετώπιση του φαινομένου, που μπορεί να περιλαμβάνουν από ομάδες στήριξης των εργαζομένων έως τη σύνταξη ενός κοινού κώδικα δεοντολογίας ενάντια στην ηθική παρενόχληση.
- **Αναδιοργάνωση του καταμερισμού εργασίας και της κατανομής ευθυνών.** Το μέτρο αυτό μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα διευκολυντικό στο Δημόσιο Τομέα, όπου αρκετά συχνά η έλλειψη συγκεκριμένων κανόνων και ευθυνών ευνοεί φαινόμενα κατάχρησης εξουσίας και παρενόχλησης.

(Hirigoyen, 2002). Σε ελληνική συγκριτική μελέτη για την ηθική παρενόχληση σε νοσηλευτικό προσωπικό σε Δημόσιο και Ιδιωτικό Νοσοκομείο (2007), έδειξε ότι οι κυριότερες ψυχολογικές επιπτώσεις της παρενόχλησης στους Νοσηλευτές είναι το άγχος (47,2%), η μειωμένη αντοχή σ' αυτό (23,9%), η δυσκολία επικοινωνίας (18,7%), η ευερεθιστότητα (20,8%) η δυσφορία (18,4%), επιθετικότητα (14,7%) και η κατάθλιψη (8,2%). Σοβαρές είναι και οι οργανικές επιπτώσεις της παρενόχλησης με συνηθέστερες τις κεφαλαλγίες (52,8%), τις διαταραχές ύπνου (31,2%), την ταχυκαρδία (22,8%), τις γαστρεντερικές διαταραχές (20,7%) και τις διαταραχές αρτηριακής πίεσης (12,6%). (Παπαδάκη Μ., Χουστουλάκη Ε., Τσιράκος Δ., 2007).

Από τις σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις της ηθικής παρενόχλησης στην ψυχική υγεία των εργαζομένων, κυρίαρχη θέση κατέχουν το άγχος, η κατάθλιψη, η επαγγελματική εξουθένωση και το μετατραυματικό stress. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και από τις πρόσφατες μελέτες που έχουν διεξαχθεί. Πιο συγκεκριμένα, από την έρευνα που διεξήγαγε το Ίδρυμα του Δουβλίνου (2000), άγχος παρουσίαζε το 28% του συνολικού δείγματος (n=21.500) των εργαζομένων στα κράτη-μέλη. Σε άλλη έρευνα (Quine 1999), άγχος παρουσιάζει το 22,5% των εργαζομένων, κατάθλιψη το 8% και έντονη ανησυχία το 30%. Μια από τις πλέον πρόσφατες μελέτες είναι αυτή που έκανε δι' αλληλογραφίας η Marie-France Hirigoyen στη Γαλλία. Από τα αποτελέσματα, τα οποία παραθέτει σε βιβλίο της (2001), βρήκε ότι το 69% του δείγματός της παρουσίασαν βαριά μορφή κατάθλιψη, που σημαίνει ότι χρειάζονται ιατρική παρακολούθηση, και το 52% εμφάνισαν ψυχοσωματικές διαταραχές.

Η φύση του επαγγέλματος του ιατρού και του νοσηλευτή είναι τέτοια ώστε να δημιουργούνται συγκρούσεις μεταξύ των νοσηλευτών και μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών ή και ανωτέρων. Αυτό συμβαίνει λόγω της απουσίας, συχνά πυκνά, καταμερισμού των ευθυνών και καθορισμού των ρόλων για κάθε ομάδα. Σύμφωνα με έρευνα στην Νέα Ζηλανδία, οι συγκρούσεις ρόλων, καθηκόντων και ευθυνών μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών αποτελεί επίσης αιτία άγχους και ψυχολογικών προβλημάτων (Dewe, 1987). Σύμφωνα με τους Ivancevich & Matteson (1980), σύγκρουση ρόλων έχουμε όταν ο εργαζόμενος αισθάνεται ότι πρέπει να ικανοποιήσει διαφορετικών ειδών απαιτήσεις και προσδοκίες ή όταν η συμμόρφωση με ορισμένες απαιτήσεις του ρόλου κάνει δύσκολη ή αδύνατη τη συμμόρφωση με κάποιες άλλες πλευρές του ρόλου. Μια τέτοια κατάσταση μπορεί να προέρχεται από δύο διαφορετικούς ρόλους που ασκεί το ίδιο το άτομο (π.χ. προϊστάμενος και υφιστάμενος, ταυτόχρονα), οπότε υπάρχουν διαφορετικές προσδοκίες απ' αυτόν από διαφορετικές ομάδες στον ίδιο χώρο εργασίας» (Καντάς, 1995).

Μια άλλη σημαντική πηγή στρες είναι η αμφισβήτηση του ρόλου. Κάθε άτομο που εργάζεται με ζήλο περιμένει τη θετική ανταπόκριση και την αναγνώριση από τους άλλους. Όταν όμως δεν υπάρχει αναγνώριση από τους

άλλους αλλά αντίθετα υπάρχει αμφισβήτηση, τότε το άτομο στρεσάρεται, απογοητεύεται και βρίσκεται σε μία συνεχή αγωνία και υπερένταση, γεγονός που μπορεί να το κάνει να χάσει την αυτοπεποίθησή του και να «παραιτηθεί», από τις προσπάθειες του. Η αμφισβήτηση του ρόλου επιδρά δυσμενώς στην ψυχική ευεξία του ατόμου, ειδικά όταν χαρακτηρίζεται από μειωμένο αυτοέλεγχο (Jimmieson, 2000). Αξίζει να σημειωθεί η μελέτη του Margolis και συν. (1974), όπου ερευνητές εντόπισαν ορισμένες σημαντικές σχέσεις μεταξύ αμφισβήτησης ρόλου και συγκεκριμένων συμπτωμάτων ψυχικής και σωματικής νόσου όπως: κατάθλιψη, επαγγελματικής δυσαρέσκειας, δυσαρέσκειας από τη ζωή, μειωμένων εργασιακών κινήτρων, μειωμένων επιπέδων αυτοεκτίμησης και πρόθεσης αποχώρησης από την εργασία (Αντωνίου, 2006).

Γιατροί, νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας, υπερασπίζονται την άποψη ότι συχνά δημιουργούνται συναισθηματικά προβλήματα όταν οι σχέσεις μεταξύ των υφισταμένων και του διευθυντή για τον ένα ή άλλον λόγο, κωλώνουν σε ψυχολογικό επίπεδο (Cooper, 2002). Ο ερευνητής του στρες Hans Selye, υποστήριζε, ότι το να μάθει κανείς να ζει με άλλους ανθρώπους είναι μια από τις πιο στρεσογόνες πλευρές της ζωής. Οι αρμονικές σχέσεις μεταξύ των μελών μιας ομάδας, είναι το κλειδί για την καλή υγεία του ατόμου και την καλή λειτουργία του οργανισμού (Cooper, 2002).

Υπερβολικές και σε πολλές περιπτώσεις ανεξέλεγκτες απαιτήσεις και πιέσεις μπορούν να προκληθούν από κακό σχεδιασμό της εργασίας, κακή διαχείριση και ανικανοποίητες εργασιακές συνθήκες. Εξαιτίας λοιπόν αυτών των συνθηκών είναι δυνατό οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία να μην λαμβάνουν την ικανοποιητική υποστήριξη από τους άλλους ή να μην έχουν αρκετό έλεγχο της εργασίας τους και των πιέσεών της (Leka et al., 2003). Σε έρευνα που έγινε σε ιατρούς στη Βοσνία (2006) για την ηθική παρενόχληση, το άγχος και τις συνθήκες εργασίας, έδειξε ότι η έλλειψη υποστήριξης από προϊστάμενους και συναδέλφους ήταν προγνωστικοί παράγοντες για την εκδήλωση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων (Pranjic N., Males-Bilic L., et al, 2006). Έρευνα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων σε νοσηλευτές, με σκοπό να διερευνηθούν οι αγχογόνοι παράγοντες, έδειξαν ότι η κακή διοίκηση και η άσκηση εξουσίας, αποτελεί σημαντικό παράγοντα άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους νοσηλευτές (Καυκιά, & Σπυρόπουλος, 1995). Τελικά οι περισσότερες αιτίες εμφάνισης του φαινομένου ηθικής παρενόχλησης στους επαγγελματίες υγείας αφορούν τον τρόπο με τον οποίο είναι σχεδιασμένη η εργασία και τον τρόπο με τον οποίο τα νοσοκομεία διοικούνται. Επειδή αυτές οι πτυχές της εργασίας έχουν τη δυνατότητα για την πρόκληση της βλάβης, καλούνται κίνδυνοι, σχετιζόμενοι με το στρες ή (αλλιώς) πιο απλά στρεσογόνοι παράγοντες. Ας μην ξεχνάμε ότι το να είναι οι εργαζόμενοι υγιείς και ικανοποιημένοι από την εργασία τους και από τις συν-

θήκες, ωφελεί και τον οργανισμό. Το όφελος δηλαδή του οργανισμού έγκειται στην μεγαλύτερη αφοσίωση του προσωπικού στην εργασία και στην καλύτερη απόδοση (Καυκιά, Σπυρόπουλος, 1995).

### **Αντιμετώπιση Εργασιακής παρενόχλησης**

Μέχρι σήμερα αρκετοί συγγραφείς έχουν αναφερθεί στην ανάγκη για λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης στον εργασιακό χώρο (π.χ., Quine, 1999, Zapf & Gross, 2001). Τα μέτρα αυτά, ανάλογα με την προσέγγιση του κάθε συγγραφέα, μπορεί να είναι είτε επικεντρωμένα στο άτομο (θύτη ή θύμα της παρενόχλησης) είτε στον ίδιο τον οργανισμό. Αναλυτικότερα, κάποιες από τις παρεμβάσεις που έχουν προταθεί ή και θεσπιστεί για την αντιμετώπιση του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης στον εργασιακό χώρο είναι οι ακόλουθες:

#### **• Ψυχολογική Παρέμβαση**

Η ψυχολογική υποστήριξη του θύματος παρενόχλησης μπορεί να επιτευχθεί μέσω της επαγγελματικής αποκατάστασης, της ψυχοθεραπείας, της οργάνωσης ομάδων αυτο-βοήθειας και της θεραπευτικής αγωγής. Η συμμετοχή του εργοδότη στην όλη διαδικασία έγκειται κατά βάση όχι μόνο στην παροχή επαρκών πληροφοριών αλλά κυρίως στην συνεχή παρακολούθηση του εργασιακού περιβάλλοντος όπου εντοπίστηκε το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης, ιδίως στην περίπτωση όπου θύτης και θύμα θα πρέπει να εξακολουθούν να συνυπάρχουν στο ως άνω περιβάλλον (Zapf & Gross, 2001a Duffy και συν., 2002). Το σίγουρο είναι ότι στις καταστάσεις αυτές δεν μπορεί το θύμα να τα βγάλει πέρα μόνο του. Χρειάζεται κάποια διαμεσολάβηση, από το ίδιο το εργασιακό του περιβάλλον, από συνδικάτα, από επιτροπές επιθεώρησης, από γιατρούς εργασίας, από διευθυντές ανθρώπινου δυναμικού, από ειδικούς συμβούλους ή χρειάζεται να αναζητήσει εξωτερικοί βοήθεια από κάποιο δικηγόρο, ψυχολόγο ή ψυχίατρο. Η υιοθέτηση συγκεκριμένων μέτρων για την θεραπευτική αποκατάσταση των εργαζόμενων που υφίστανται ή έχουν υποστεί κατά το παρελθόν παρενόχληση στον χώρο εργασίας αποσκοπεί στην υποστήριξη του ατόμου μέσα στο ίδιο το περιβάλλον που του προκάλεσε τα ψυχοσωματικά συμπτώματα (Keashly, 1998). Ωστόσο, για να αναζητήσει το θύμα βοήθεια από κάποιο ειδικό, θα πρέπει καταρχάς να συνειδητοποιήσει το ίδιο το πρόβλημα. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η πρώτη φάση της παρενόχλησης αποσκοπεί στην αποσταθεροποίηση του θύματος. Πρέπει λοιπόν να συμβουλευτεί έναν ψυχίατρο ή έναν ψυχοθεραπευτή προκειμένου να εξασφαλίσει την απαραίτητη ενέργεια για να αμυνθεί. Οι ψυχίατροι και οι γιατροί-σύμβουλοι της κοινωνικής ασφάλισης καλούνται τότε να αναλάβουν την προστασία των θυμάτων και να διευθετήσουν τα επαγγελματικά προβλήματα, ενώ οι λύσεις που πρέπει να δοθούν είναι νομικές (Vartia, 1996).

#### **• Παρεμβάσεις στον Οργανισμό**

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο σε μία έρευνα του 2001 για τη βία στο χώρο εργασίας παρουσίασε μεταξύ άλλων και τις βασικότερες προτάσεις που έχουν διατυπωθεί για την αποτελεσματικότερη προστασία των εργαζομένων από το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης. Οι ως άνω προτάσεις δύνανται να διακριθούν σε δύο κύριες κατηγορίες: α) στα μέτρα πρόληψης και β) στις παρεμβατικές ενέργειες. Η εμπλοκή του ίδιου του οργανισμού στη λύση του προβλήματος είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς, οι ατομικές λύσεις είναι δύσκολες όταν το κακό έχει ήδη συμβεί. Η εμπλοκή του ατομικού με το συλλογικό κάνει τις διαμεσολαβήσεις περίπλοκες, και συνήθως η διεκπεραίωση συνίσταται σε απομάκρυνση του θύματος και παραμονή του θύτη στη θέση του. Προστασία ίσως για το θύμα, αλλά ουσιαστικά αποτυχία της απόδοσης δικαιοσύνης. Οι οργανισμοί οφείλουν να λάβουν γενναία μέτρα (που σε κάποιες περιπτώσεις θα παραβιάσουν την «αποτελεσματικότητά» τους στον οικονομικό ανταγωνισμό) και οι σύλλογοι, τα συνδικάτα, οι γιατροί και οι δικηγόροι οφείλουν να ευαισθητοποιηθούν επαρκώς για τα φαινόμενα αυτά (Leymann, 1996). Η Hirigoyen (2002) κάνει κάποιες προτάσεις οργάνωσης και ευαισθητοποίησης, (πίνακας 4), με κεντρικό άξονα την σύνταξη ενός θεμελιώδους «εσωτερικού νόμου» και την ειδική εκπαίδευση ατόμων στη διοίκηση προσωπικού που θα λειτουργούν ως δικλείδες εμπιστοσύνης.

#### **• Άλλα μέτρα πρόληψης εργασιακής παρενόχλησης**

Η κοινωνία άρχισε να συνειδητοποιεί το μέγεθος του προβλήματος που δημιουργεί η εργασιακή παρενόχληση και τα τελευταία χρόνια αρκετά θύματα -κατά κύριο λόγο στο εξωτερικό- έχουν τολμήσει να φέρουν στη δικαιοσύνη αυτές τις υποθέσεις. Πρέπει να εφαρμοστεί μια δραστική πολιτική πρόληψης, χωρίς να περιμένουμε να υπάρξει σημαντικός αριθμός θυμάτων για ν' αντιδράσουμε. Όταν ένα άτομο είναι θύμα εργασιακής παρενόχλησης κι αυτό προκαλεί μόνιμες βλάβες στην υγεία του, οι γιατροί δεν έχουν άλλη επιλογή απ' το ν' απομακρύνουν το άτομο απ' αυτή την παθογενή κατάσταση. Η απομάκρυνση του θύματος είναι ένας τρόπος προστασίας αλλά συγχρόνως και μια αποτυχία, γιατί αποδεικνύει ότι δεν υπήρξε έγκαιρη αντίδραση κι αυτό δεν εμποδίζει την εμφάνιση νέων κρουσμάτων εργασιακής παρενόχλησης στο ίδιο περιβάλλον. Δεν υπάρχει μια μοναδική λύση. Χρειάζεται δράση σε όλα τα σημεία-κλειδιά του συστήματος. Η πρόληψη της ηθικής παρενόχλησης στον εργασιακό χώρο πρέπει γενικότερα να ενταχθεί στην πρόληψη των επαγγελματικών κινδύνων, γιατί η υγεία στην εργασία -συμπεριλαμβανομένης και της ψυχικής υγείας- είναι ένα θεμελιώδες δικαίωμα των εργαζομένων. Από την λεπτομερή μελέτη της Βιβλιογραφίας (Leymann 1993, Davenport, Schwartz & Elliott 1999, Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σχετικά με την παρενόχληση στους χώρους εργασίας 2001,



Hirigoyen 2002, Ντότσικα 2003) καταρτίστηκε ένα συγκροτημένο πλάνο για την πρόληψη της ηθικής παρενόχλησης στους χώρους εργασίας (πίνακας 5).

### Συμπεράσματα

Μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, επιχειρήσαμε να εξετάσουμε το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης, δίνοντας ιδιαίτερα έμφαση στις προεκτάσεις που έχει στο χώρο της υγείας. Η εντυπωσιακή αύξηση φαινομένων όπως η ηθική παρενόχληση στο εργασιακό περιβάλλον αποτελεί ένδειξη του ατομικισμού που κυριαρχεί στη σύγχρονη κοινωνία.

Τεκμηριώνεται βιβλιογραφικά ότι η ηθική παρενόχληση τραυματίζει τις εργασιακές σχέσεις και πλήττει την αξιοπρέπεια του ατόμου μέσα στο εργασιακό του χώρο απειλώντας την ασφάλεια της επαγγελματικής του ζωής και μερικές φορές την ασφάλεια της ψυχικής και σωματικής του ακεραιότητας. Για να αποφευχθούν τέτοια περιστατικά στο χώρο υγείας, θα πρέπει οι Διοικήσεις των Νοσοκομείων, να έχουν ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα, να διατίθεται Συμβουλευτική Υπηρεσία εντός του νοσοκομειακού χώρου, αρμόδιας για περιπτώσεις εργασιακής παρενόχλησης και εργασιακών σχέσεων. Οι προϊστάμενοι των τμημάτων από την μεριά τους, είναι σημαντικό να εκπαιδεύονται και να ευαισθητοποιούνται, έτσι ώστε να γνωρίζουν πώς να αντιμετωπίσουν τυχόν προβλήματα εργασιακής παρενόχλησης, καθώς επίσης και να διοργανώνουν σεμινάρια ευαισθητοποίησης και πληροφόρησης για τους εργαζόμενους και ομάδες αυτοβοήθειας, μέσα από ειδικά κατάλληλα προγράμματα υποστήριξης, αποκατάστασης και επανένταξης για άτομα που έχουν υποστεί ηθική παρενόχληση.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

#### Ελληνική

Αντωνίου, ΑΣ. (2006). Η εργασιακή υγεία των νοσοκομειακών γιατρών. Τόμος Β', Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.

Αντωνίου, ΑΣ. (2006). Εργασιακό Στρες. Τόμος α', Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.

Δρίβας, Σ. (2002). Το σύνδρομο mobbing στην εργασία. Πετρελαιοειδή-Διυλιστήρια & χημική Βιομηχανία, 9ο, 8-9.

Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας. Πηγές εργασιακού στρες – Το σύνδρομο Mobbing. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., Αθήνα 2002. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

[http://www.elinyae.gr/el/lib\\_file\\_upload/\\_mobbing.1113227245104.pdf](http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/_mobbing.1113227245104.pdf) (10/2/07)

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. Έκθεση σχετικά με την παρενόχληση στους χώρους εργασίας. Επιτροπή Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, 2001/2339 (INI). Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://www.futureofeuropa.parlament.gvat/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A5-2001-0283+0+DOC+PDF+V0//EL> (13/3/2007).

Καντάς, Α. (1995). Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία: 3ο μέρος. Διεργασίες ομάδας, Σύγκρουση, Ανάπτυξη και αλλαγή-Κουλτούρα, Επαγγελματικό Άγχος. Β' έκδοση, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Καυκιά, Θ., Σπυρόπουλος, Χ., (1995). Σύνδρομο Κόπωσης των Νοσηλευτών που εργάζονται σε Εξειδικευμένα Τμήματα. 23ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο-Πρακτικά, 99-108.

Καντάς, Α. (1999). Επαγγελματικό άγχος και επαγγελματική εξουθένωση στους δημόσιους υπαλλήλους. Στο Η Ψυχολογία στο σταυροδρόμι των επιστημών του ανθρώπου και της κοινωνίας. Καστανιώτης, Αθήνα.

Καρακιουλάφης, Χ. (2003). Ψυχολογική και ηθική παρενόχληση στους χώρους εργασίας: ορισμοί του προβλήματος, θεσμική αντιμετώπιση του και εμπλοκή των φορέων εκπροσώπησης των εργαζομένων στη διαχείριση και αντιμετώπισή του. Επιθεώρηση Εργασιακών Σχέσεων, 32, 21-37.

Κωνσταντινίδης Μ., (2011). Εργασιακή παρενόχληση: Μια πρόταση έρευνας και παρέμβασης. Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, τ. 47 Μακράκης Χ., Τζαμαλούκα Σ., 2009 (Πτυχιακή εργασία).

Νέλλα, Π., Γκούζου Μ., Κολοβός Π. και συν. (2004). Νοσηλευτές ΤΕΠ και επεισόδια Βίας-Επιπτώσεις στην διοίκηση. 6ο Πανελλήνιο συνέδριο Management υπηρεσιών υγείας, Αλεξανδρούπολη, 9 Οκτωβρίου 2004.

Ντότσικα Μ. Ηθική παρενόχληση στην εργασία και έμμεσες διακρίσεις σε βάρος των γυναικών τραπεζοϋπαλλήλων – Νομική προστασία και ουσιαστική εφαρμογή της ισότητας των φύλων. Γραμματεία Ισότητας 2003. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://www.otoe.gr/Isotita/UplDocs/EIΣΗΓΗΣΗ%20M.NΤΟΤΣΙΚΑ.doc> (12/5/2007).

Παπαδάκη Μ, Χουσουλάκη Ε., Τσιράκος Δ., 2007 (Πτυχιακή εργασία).

Πίνη, Μ. (2006). Εργασιακή Τρομοκρατία. Ελευθεροτυπία, 09/04/2006 [Αναφέρεται στον ιστοχώρο [http://www.enet.gr/online/online\\_text/c=114,dt=09.04.2006,ld=8147688](http://www.enet.gr/online/online_text/c=114,dt=09.04.2006,ld=8147688)].

Σπυριδάκης, Μ. (2009). Εξουσία και παρενόχληση στην εργασία. Αθήνα: Διόνικος

Τζαμαλούκα, Γ. Σ. (2007). Διεκδικητικές σχέσεις στον εργασιακό χώρο. Σημειώσεις μαθήματος.

Τούκας Δ., Δεληπάς Μ., Καραγεωργίου Α. Ενωσιολογικοί ορισμοί και αιτιολογικοί παράγοντες της ψυχολογικής βίας στην εργασία. Ο ρόλος τους στην αξιολόγηση της επικινδυνότητας του φαινομένου mobbing. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2012, 29(2):162-173

Φώτης Θ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. Η Υπαρξη του Εκφοβισμού στον Εργασιακό Χώρο των Νοσηλευτών. Φαινόμενο-Πρόκληση για τους Διευθυντές των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 49(2), 141-147, 2010

Hirigoyen, M. F. (2002). Ηθική Παρενόχληση στον Χώρο Εργασίας. Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα

Nettleton S., Η κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα, 2002

#### Ξενόγλωσσον

Abrams, K. M., & Robinson, G. E. (2002). Occupational effects of stalking. Canadian Journal of Psychiatry, 47 (5), 468-472.

Aquino, K., Tripp, T. M., & Bies, R.J. (2001). How employees respond to personal offense: The effects of blame attribution, victim status, and offender status on revenge and reconciliation in the workplace. Journal of Applied Psychology, 86, 52-59.

Beganlic A., Pranjic N., et al (2009). The effects of Mobbing on the temporary incapacity for work in nurses and medical technicians. Sigurnost, vol.51, No. 1

Björkqvist, K., Österman, K., & Hjelt- Bäck, M. (1994) Aggression among university employees. Aggressive Behavior, 20, 173-184.

Brennan, W. (1999). I'm talking to you! Managing bullying and harassment in the workplace. Emergency Nurse, 7, 16-20, 1999.

Cox, T. (1987). Stress, coping and problem solving. Work & Stress, 1, 5- 14.

Crawford, N. (1997). Bullying at work: a Psychoanalytic Perspective. Journal of Community and Applied Social Psychology, 7, 219-226.





- Davenport N, Schwartz R.D, Elliott G.P. Mobbing: Emotional Abuse in the American Workplace. Civil Society Publishing, 1999.
- Dewe, P.J., (1987). Identifying the Courses of Nurse Stress: A survey of New Zealand Nurses. *Work & Stress* 1(1), pp.15-24
- Duffy, M. K., Ganster, D., & Pagon, M. (2002). Social undermining and social support in the workplace. *Academy of Management Journal*, 45, 331-351.
- Einarsen, S. (1999). The nature and causes of bullying at work. *International Journal of Manpower*, 20, 16-27.
- Einarsen, S., & Raknes, B. (1997). Harassment in the workplace and the victimisation of men. *Violence and Victims*, 12, 247-263.
- Einarsen, S., & Skogstad, A. (1996). Bullying at work: epidemiological findings in public and private organisations. *European Journal of Work and Organisational Psychology*, 5, 185-201.
- Einarsen, S., & Raknes, B. I. (1997). *Violence and Victims*, 12, 247-63.
- Einarsen, S., Raknes, B. I., & Matthiesen, S.M (1994). Bullying and harassment at work and their relationships to work environment quality? An exploratory study. *European Work and Organizational Psychologist*, 4, 381-401.
- Felson, R. B. (1992). Kick 'em when they 're down?: explanations of the relationships between stress and interpersonal aggression and violence. *Sociological Quarterly*, 33, 1-16.
- Fendrich, M. (2001). The structure of harassment and abuse in the workplace: a factorial comparison of two measures. *Violence and Victims*, 17 (4), 491-505.
- Fitzgerald, L. F., Hulin, C. L., Drasgow, F. (1995). The antecedents and consequences of sexual harassment in organisations: a test of an integrated model. *Journal of Applied Psychology*, 51, 711-15.
- Giles, P. (1998). Bullying and workplace abuse. *Australian Nursing Journal*, 5 (8), 4-5.
- Girard R. Je vois satan tomber comme d' éclair. Grasset, Παρίσι 1999
- Glover, D., Cartwright, N., Gough, G., & Johnson, M. (1998). The introduction of anti-bullying policies: Do policies help in the management of change? *School Leadership & Management*, 18,89-105.
- Hecker, T. E. (2007). Workplace mobbing: A discussion for librarians. *The Journal of Academic Librarianship*, 33 (4), 439-445.
- Hill, M. (2001). Harassment in the workplace. *Canadian Operating Room Nurses Journal*, 19 (1), 6-7.
- Ivancevich, M., Matteson, T.(1980). Stress and work: a managerial perspective. Glenview, Scott.Foresman.
- Jarreta, B. M. (2004). Medico-legal implications of mobbing. A false accusation of psychological harassment at the workplace. *Forensic Science International*, 146, 17-18.
- Keashly, L. (1998). Emotional abuse in the workplace: Conceptual and empirical issues. *Journal of Emotional Abuse*, 1, 85-117.
- Jimmiesson N.L. (2000), "Employee reactions to behavioral control under conditions of stress:the moderating role of self-efficacy. *Work&Sress*. (14), pp. 262-280.
- Keashly, L. (2001). Interpersonal and systemic aspects of emotional abuse at work: the target's perspective. *Violence and Victims*, 16(3), 133-168.
- Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occup Environ Med* 2000;57:656-660. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://oem.bmj.com/cgi/content/full/57/10/656> (25/9/2005)
- Leather, P. (2001). Workplace violence: Scope, definition and global context. In C. L. Cooper & N. Swanson (Eds.), *Violence in the health sector*. ILO Report, Geneva.
- LeBlanc, M. M., & Kelloway, E. K. (2002). Predictors and outcomes of workplace violence and aggression. *Journal of Applied Psychology*, 87, 444-453.
- Leka, S., Griffiths, A., Cox, T.(2003).Work organisations and stress, protecting workers health (n 3). Work Health Organisation, Switzerland.
- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims*, 5, 119-126.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organisational Psychology*,5, 165-184.
- Leymann, H., & Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 251-76.
- Mayhew, C., McCarthy, P., Chappell, D., Quinlan, M., Barker, M., &Sheehan, M. (2004). Measuring the extent of impact from occupational violence and bullying on traumatized workers. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 16, 117-134.
- Meschkutat, B., Stackelbeck, M. et Langenhoff, G.(2002). Der Mobbing-Report. Sozialforschungsstelle, Dortmund.
- Mikkelsen, E. G., & Einarsen, S. (2002). Relationships between exposure to bullying at work and psychological and psychosomatic health complaints: the role of state negative affectivity and generalized self-efficacy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43 (5), 397-405.
- Munthe, E. (1989). Bullying in Scandinavia. *Bullying: an International Perspective*, 7, 66-78.
- Namie, G. (2003). Workplace bullying: Escalated incivility. *Ivey Business Journal*, 1-7.
- Neuman, J. H., & Baron, R. A. (1998). Workplace violence and workplace aggression: Evidence concerning specific forms, potential causes, and preferred targets. *Journal of Management*,24, 391-411.
- Niedl, K. (1996). Mobbing and well-being: economic and personnel development implications. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 239-250.
- Paoli, P., & Merillie, D. (2000). Third European survey on working conditions. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg.
- Pranjic N., Males-Bilic L., et al(2006). Mobbing, Stress and Work Ability Index among Physicians in Bosnia and Herzegovina: Survey Study. *Croatian Medical Journal* vol. 47, No. 5
- Quine, L. (1999). Workplace bullying in NHS Community Trust: staff questionnaire survey. *British Medical Journal*, 318, 228-232.
- Quine, L. (2003). Workplace bullying, psychological distress, job satisfaction in junior doctors. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 12 (1), 91-101.
- Ramsay, S., Barker, M., & Shallcross, L., (2008). Counterproductive forces at work: Challenges faced by skilled migrant job-seekers. *International Journal of Organisational Behaviour*, Vol. 13 (2) pp. 110-121.
- Rayner, C. (1997). The incidence of workplace bullying. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 7, 199-208.
- Rayner, C., & Höel, H. (1997). A summary review of literature relating to workplace bullying. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 7, 181-191.
- Salin, D. (2001). Prevalence and forms of bullying among business professionals: A comparison of two different strategies for measuring bullying. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10, 425-441.
- Salmivalli, C., Lagerspetz, K, Björkqvist, K., Österman, K., & Kaukiainen, A. (1996). Bullying as a group process: participant roles and their relations to social status within the group. *Aggressive Behavior*, 22, 1-15.
- Scialpi, D. (1999). *Violencias en la administracion publica, Casos y Miradas para pensar la administracion Publica como ambito laboral*. Buenos Aires:Catalogos.



- Selye, H. (1993). History of the stress concept. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2nd ed. p.p. 7-17), New York. The Free Press.
- Shallcross, L., Sheehan, M., & Ramsay, S., (2008). Workplace Mobbing: Experiences in the public sector, *International Journal of Organisational Behaviour*, Vol. 13 (2) pp. 56-70.
- Sheehan, M. (1999). Workplace bullying: responding with some emotional intelligence. *International Journal of Manpower*, 20, 57-69.
- Smith, P. K. (2003). Victimization in the school and the workplace: are there any links? *British Journal of Psychology*, 94, 175-188.
- Soliva Pares, M. (2002). Peritacion social. La ayuda en los procesos judiciales por mobbing. *Jurisprudencia argentina*, 3, 57-64.
- Spector, P. E., Dwyer, D. J., & Jex, S.M. (1988). The relationship of job stressors to affective, health, and performance outcomes: A comparison of multiple data sources. *Journal of Applied Psychology*, 73, 11-19.
- Spratlan, L. P (1995). Interpersonal conflict which includes mistreatment in a university workplace. *Violence and Victims*, 10, 285-297.
- Stephens Tina & Hallas Jane (2006). *Bullying and Sexual Harassment, A practical handbook*, Chandos publishing, Oxford- England.
- Tata, J. (1993). The structure and phenomenon of sexually harassing behaviour, gender and hierarchical level. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 199-221.
- Terpstra, D. E., & Baker, D. D. (1991). Sexual harassment at work: the psychosocial issues?. *Vulnerable Workers: Psychosocial and Legal Issues*, 35, 179-201.
- Vartia, M. (1996). The sources of bullying: psychological work environment and organizational climate. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 203-214.
- Ventin-Lorenzo, E. (2007). El mobbing como delito. *Prevenir o lamentar*. <http://evaventin.com> (Πρόσβαση, 2/3/2010).
- Wilson, C. B (1991). US businesses suffer from workplace trauma. *Personnel Journal*, 8, 47-50.
- Zapf, D. (1999). Organisational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. *International Journal of Manpower*, 20, 70-84.
- Zapf, D., Knortz, C., & Kulla, M. (1996). On the relationship between mobbing factors and job content, social work environment, and health outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 215-237.
- Zapf, D., & Einarsen, S. (2001). Bullying in the Workplace: Recent trends in Research and practice. *Journal of Managerial Psychology*, 41, 212-220.
- Zapf, D., & Gross, C. (2001). Conflict escalation and coping with workplace bullying: A replication and extension. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10, 497-522.
- Zapf, D., Einarsen, S., Hoel, H., & Varta M. (2003). Empirical findings on bullying in the workplace. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C.L. Cooper (Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice*. Taylor & Francis, London/New York.
- European Commission, Quality in and equality of access to healthcare services, *European Communities*, 2008
- Hill, M. (2001). Harassment in the workplace. *Canadian Operating Room Nurses Journal*, 19 (1), 6-7.
- Kassimis, C., and C. Kassimi (2004) *Greece*
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 165-184.
- Loughna, S., "What Is Forced Migration?," *Forced Migration Online*
- Munthe, E. (1989). Bullying in Scandinavia. *Bullying: an International Perspective*, 7, 66-78.
- Norwegian Refugee Council- Internal Displacement Monitoring Center's Internal Displacement. *Global Overview of Trends and developments in 2008*.
- Quine, L. (1999). Workplace bullying in NHS Community Trust: staff questionnaire survey. *British Medical Journal*, 318, 228-232.
- Shallcross, L., Sheehan, M., & Ramsay, S., (2008). Workplace Mobbing: Experiences in the public sector, *International Journal of Organisational Behaviour*, Vol. 13 (2) pp.56-70.



# Εργαλείο αξιολόγησης συνεργασίας οικογένειας ηλικιωμένων ασθενών και επαγγελματιών υγείας. Πιλοτική μελέτη

Τζιαφέρη Στυλιανή<sup>1</sup>, Χανιά Μαρία<sup>2</sup>, Σακελλάρη Ευανθία<sup>3</sup>

1 Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

2 Τομέαρχης Ν.Υ. Γ. Ν. Σπάρτης

3 Καθηγήτρια Εφαρμογών ΤΕΙ Αθηνών Τμήμα Επισκεπτών Υγείας

---

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η φροντίδα του ηλικιωμένου εμπεριέχει την ανάγκη ανάπτυξης καλύτερης συνεργασίας με τους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους καθώς και σύγχρονων μεθόδων για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων που διαβιούν.

**Σκοπός:** η εκτίμηση της συνεργασίας μεταξύ συγγενών ηλικιωμένων ασθενών και νοσηλευτών μελετώντας πιλοτικά ένα εργαλείο που φτιάχτηκε για αυτό τον σκοπό.

**Υλικό Μέθοδος:** στην παρούσα προοπτική, περιγραφική μελέτη 111 συγγενείς ηλικιωμένων ασθενών άνω των 65, σε γενικό νοσοκομείο συμπλήρωσαν, σε χρονικό διάστημα πέντε μηνών, την Κλίμακα Συνεργασίας με την Οικογένεια (Family Collaboration Scale –FCS36) που καλύπτει τις ακόλουθες διαστάσεις: Επιρροή στη λήψη αποφάσεων, Εμπιστοσύνη και οι προϋποθέσεις της, Ποιότητα επαφής, Επίπεδο πληροφόρησης, Επιρροή στην αλλαγή.

**Αποτελέσματα:** Η παραγοντική ανάλυση υπέδειξε πέντε παράγοντες. Το ποσοστό της συνολικής διακύμανσης που εξηγείτο από τους πέντε παράγοντες ήταν 48,4%. Αποδεκτή αξιοπιστία βάση του δείκτη Cronbach's  $\alpha$  βρέθηκε σε όλους τους παράγοντες καθώς οι δείκτες κυμαίνονται από 0,71 για την Εμπιστοσύνη έως 0,91 για την Επιρροή στις αποφάσεις που είναι πάνω από το αποδεκτό όριο (0,7). Οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων του ερωτηματολογίου ήταν στις περισσότερες περιπτώσεις σημαντικοί υποδεικνύοντας καλή εγκυρότητα δομής. Το ερωτηματολόγιο βρέθηκε να έχει καλή διακριτική ικανότητα καθώς όλοι οι παράγοντες βρέθηκε να διαφέρουν ανάλογα με το βαθμό ικανοποίησης.

**Συμπεράσματα:** Η συνεργασία ορίζεται ως μία διαδικασία όπου δύο άνθρωποι ή περισσότεροι «δουλεύουν μαζί για να δημιουργήσουν ή να επιτύχουν το ίδιο πράγμα», που στην παρούσα μελέτη είναι η επιτυχημένη φροντίδα του ηλικιωμένου. Η προαναφερόμενη κλίμακα συνεργασίας με την οικογένεια βρέθηκε κατάλληλη και εφαρμόσιμη στην Ελλάδα, διαθέτοντας έτσι, ένα αξιόπιστο εργαλείο για την εκτίμηση της οικογενειακής φροντίδας και την καθοδήγηση της πρακτικής.

---

# An Assessment tool of cooperation between elderly family and health professionals. A pilot Study

Tziaferi Styliani, Chania Maria, Sakellari Evanthia

---

## ABSTRACT

**Introduction:** The care of the elderly in the community includes the need to develop better cooperation with the elderly and their families as well as modern methods to deal with health problems of the elderly living in the community.

**Purpose:** To assess the cooperation between relatives of elderly patients and nurses by piloting a tool developed for this purpose.

**Material and Method:** In this prospective, descriptive study of 111 relatives (response rate: 65.3%) elderly patients over 65 in general hospital of the 6th health region of Peloponnese completed in a period of five months the Family Collaboration Scale Scale (FCS36) which covers the following dimensions: Influence on decisions, Trust and its prerequisites, Quality of contact, Achieved Information level, Influence on discharge.

**Results:** Factor analysis revealed five factors. The percentage of total variance of the five factors was 48.4%. Acceptable reliability of Cronbach's  $\alpha$  was found in all the factors, ranging from 0.71 for the Trust to 0.91 for the Influence on the decisions which are above the acceptable limit (0.7). The correlation coefficient between the factors were in most cases significant, indicating good validity structure. The questionnaire was found to have good resolution as all the factors found to vary with the degree of satisfaction.

**Conclusions:** Collaboration is defined as a process where two or more people "work together to create or achieve the same thing," which in this study is the successful care of the elderly. The above scale of cooperation with the family has been found suitable and applicable in Greece, thus, there is a reliable tool for the assessment of family care and practice implications.

---

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

**Τ**ο πρόβλημα της γήρανσης του πληθυσμού σήμερα αποτελεί ένα από τα πιο σύνθετα προβλήματα των κοινωνιών. Η πρόοδος της επιστήμης και η βελτίωση των συνθηκών υγιεινής, της διατροφής και της υγείας είχαν ως αποτέλεσμα την προσθήκη 20 ετών στη μέση διάρκεια ζωής σε παγκόσμια κλίμακα τα τελευταία πενήντα χρόνια (1950–2000), ενώ αναμένεται περαιτέρω αύξηση αν εξακολουθήσουν οι παρούσες δημογραφικές τάσεις.

Τη δημογραφική γήρανση ακολούθησε και ο πληθυσμός της Ελλάδας (ΕΣΥΕ 2007, UN 2002). Το ποσοστό των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών στην Ελλάδα το 2001, όπως παρουσίασε στην καταγραφή του πληθυσμού η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας (ΕΣΥΕ), ήταν 16,71%. Μέχρι το έτος 2025 το ποσοστό των ηλικιωμένων αναμένεται να αυξηθεί σε 23,12%. Επομένως, ο πληθυσμός θα εξακολουθήσει να γηράσκει, ενώ ταυτόχρονα αναμένεται να αρχίσει να μειώνεται, αφού παρατηρείται συνεχής μείωση της αναπαραγωγής του πληθυσμού (Λαμπρινού 2007).

Η γήρανση του πληθυσμού, οι αντιλήψεις για τη γήρανση και η αύξηση του κόστους έχουν επηρεάσει σημαντικά τα συστήματα παροχής φροντίδας υγείας (Thegarne 1990, Drennan και συν 2004). Στα υπάρχοντα συστήματα φροντίδας υγείας, οι αδύναμοι ηλικιωμένοι λαμβάνουν βοήθεια και υποστήριξη από τους συγγενείς τους, όπως οι σύζυγοι, τα παιδιά, τα εγγόνια, τα αδέρφια, τους φίλους και τους γείτονες και διεξοδική έρευνα έχει εξετάσει το ρόλο τους και τις συνέπειες (Bowers 1988, Brody EM 1990, Nolan και συν 1995). Η πλειοψηφία αυτών των μελετών έχει επικεντρωθεί στο άγχος που σχετίζεται με το ρόλο του φροντιστή και την ανάγκη των συγγενών για υποστήριξη με αποτέλεσμα οι συγγενείς να μην παίζουν μόνο το ρόλο του φροντιστή, αλλά και αυτού που χρειάζεται φροντίδα (Nolan και συν 1995, Lundh και Nolan 1996). Ωστόσο, οι συγγενείς μπορούν να είναι επαρκείς και σημαντικοί συνεργάτες για το νοσηλευτικό προσωπικό, ακόμη και στην περίπτωση οξείας νοσηλείας σε νοσοκομειακές μονάδες. Η γνώση τους περί της υγείας του ασθενή και των λειτουργικών τους προβλημάτων μπορεί να βελτιωθεί με τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία. Επιπρόσθετα, η συνεργασία νοσηλευτή-συγγενή, υπό όρους συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων και στην ανταλλαγή γνώσης και πληροφορίας, μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ποιότητα της φροντίδας, όταν αφορά σε αδύναμους και ευάλωτους ασθενείς,

οι οποίοι μπορεί να είναι ανήμποροι ή απρόθυμοι στο να συμμετέχουν σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων εντός του νοσοκομείου. Βέβαια, δεν είναι όλες οι σχέσεις οικογενειών καλές, θετικές και εποικοδομητικές, και υπάρχουν και ηλικιωμένοι που δύναται να εκφράσουν οι ίδιοι τις ανάγκες της υγείας τους και να αποφασίσουν σχετικά οι ίδιοι.

Η αυτοδιαχείριση των χρόνιων νοσημάτων έχει προταθεί ως ολιστική και ολοκληρωμένη προσέγγιση που μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη των υποτροπών και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Willison και Andrews 2005). Η αυτοδιαχείριση αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει τα συμπτώματά του, τη θεραπεία του, τις συνέπειες της νόσου και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής που επιβάλλει η χρόνια νόσος (Barlow και συν 2002). Επίσης, περιλαμβάνει και τη διαχείριση των ψυχολογικών και κοινωνικών επιπτώσεων της χρόνιας νόσου (Newman και συν, 2004). Η εκπαίδευση των ασθενών στην αυτοδιαχείριση της νόσου αποσκοπεί στην παροχή δεξιοτήτων ώστε να αυξηθεί η αυτοπάρκειά τους, δηλαδή η εμπιστοσύνη των ατόμων στην ικανότητά τους να πετύχουν τα επιθυμητά κλινικά αποτελέσματα (Bodenheimer και συν 2002, Lorig 2003). Η εκπαίδευση στην αυτοδιαχείριση διαφέρει από την παραδοσιακή έννοια της εκπαίδευσης ασθενών (patient education) λόγω του ότι είναι ευρύτερη και επειδή επιδιώκει την ενεργό συμμετοχή του ατόμου (Σταθοπούλου και Κουλούρη, 2010).

Οι συγγενείς εμπλέκονται, λοιπόν συχνά στη φροντίδα και λήψη αποφάσεων που γι' αυτό αποτελούν σημαντικούς συνεργάτες των νοσηλευτών. Όπου η ανάμειξη των συγγενών δεν υφίσταται, ο ρόλος των νοσηλευτών μπορεί να συμβάλει στο να συμβεί κάτι τέτοιο. Ο τελευταίος έχει ερευνηθεί ελάχιστα και κυρίως από την πλευρά των νοσηλευτών. Επίσης, υπάρχει και έλλειψη εργαλείων που μετρούν τη συνεργασία, των προϋποθέσεων και πιθανών αποτελεσμάτων της.

Οι λίγες μελέτες που σχετίζονται με ηλικιωμένους σε υπηρεσίες υγείας οξείας νοσηλείας έχουν επικεντρωθεί στην ανάμειξη των συγγενών, που σημαίνει τη λήψη δράσεων φροντίδας παρά την ανάμειξή τους ως συνεργάτες στη λήψη αποφάσεων (Laitinen 1992, Latinen και Isola 1996, Li και συν 2000). Αυτές οι μελέτες φαίνεται να βασίζονται στην υπόθεση ότι οι συγγενείς των ηλικιωμένων ασθενών επιθυμούν να παρέχουν φροντίδα στο νοσοκομείο. Ωστόσο, οι συγγενείς μπορεί να μην επιθυμούν να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες φροντίδας αν και συνεχίζουν

να αισθάνονται υπεύθυνοι για την ενδο-νοσοκομειακή φροντίδα (Li και συν 2000, Allen 2000) και γι' αυτό πιθανώς να θέλουν να εμπλακούν στη λήψη αποφάσεων. Επίσης, η εμπιστοσύνη μπορεί να αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο συνεργασίας καθώς και συνέπειας για την ικανοποίηση των συγγενών και την εκτίμηση της φροντίδας. Αυτό, ωστόσο, χρειάζεται να ερευνηθεί αναφορικά με τους συγγενείς των ηλικιωμένων ασθενών σε μονάδες οξείας νοσηλείας. Η βιβλιογραφία που αναφέρεται στην ικανοποίηση των συγγενών ευαίσθητων και ανήμπορων ηλικιωμένων επικεντρώνεται κυρίως στην ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που παρέχονται και στην υποστήριξη που λαμβάνει ο συγγενής, με το περιεχόμενο αυτών να είναι η κοινοτική ή μακροχρόνια φροντίδα (Savard και συν 2006, Durand και συν 1995). Οι παράγοντες που επηρεάζουν αυτή την ικανοποίηση σπανίως έχουν εξεταστεί.

Σχετικές μελέτες δείχνουν ότι οι συγγενείς (Lindhardt και συν 2008) είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (Allen 2000, Li και συν 2000). Επίσης γνωρίζουν την αξία του σχεδιασμού της φροντίδας των ασθενών που αδυνατούν να φροντίσουν τον εαυτό τους χωρίς αυτούς (Harvath και συν 1994, Leahey και συν 1995). Αν δεν συμμετέχουν ενεργά ως συνεργάτες, η ποιότητα φροντίδας και θεραπείας μειώνεται επίσης, παρέχουν εκτενή ανεπίσημη φροντίδα (Lindhardt και συν 2006). Δύο είδη συγκρουόμενων συμπεριφορών των νοσηλευτών επικρατούν: ιδεολογική και πρακτική, με τη δεύτερη να καθορίζει τη συμπεριφορά. Σχεδιασμένη και δομημένη διαδικασία συνεργασίας δεν υπάρχει. Οι νοσηλευτές φαίνεται να αποφεύγουν τους συγγενείς και ισχύει ένας άγραφος κώδικας του ρόλου των συγγενών. Η συνεργασία σε επίπεδο αποφάσεων ανταλλαγής γνώσης και συμφωνίας στον ορισμό της κατάστασης ασθενούς είναι φτωχή (Lindhardt και συν 2008).

Αν και η ανάμειξη των συγγενών έχει ερευνηθεί ως ένα σημείο σε κατ' οίκον υπηρεσίες, (Laitinen 1992, Laitinen & Isola 1996, Li 2002) και σε «οίκους νοσηλείας» (nursing homes) (Bowers 1988, Hertzberg και συν 2003), λίγες μελέτες εστιάζουν σε υπηρεσίες οξείας νοσηλείας και επικεντρώνονται στην ενδο-νοσοκομειακή φροντίδα που παρέχεται από συγγενείς (Eriksson και Lauri 2000b, Allen 2000, Li και συν 2000, Lindhardt και συν 2006, Casey 1995, Glasdam 2002, Sharp 1990) παρά στη συμμετοχή τους ως συνεργάτες στο σχεδιασμό της φροντίδας. Επίσης, απαιτείται και καλλιέργεια της γνώσης της συνεργασίας μεταξύ ασθενών και προσωπικού φροντίδας υγείας σε επίπεδο οξείας φροντίδας.

Αν και οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες είναι μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) και οι αποστάσεις μεταξύ τους είναι σχετικά μικρές, ο ρόλος των μελών της οικογένειας ηλικιωμένων ασθενών μπορεί να διαφέρει σε διαφορετικές χώρες αναλόγως του συστήματος υγείας, των οικογενειακών σχέσεων και της κουλτούρας. Πώς αυτό επηρεάζει την ανάμειξή τους στη λήψη αποφάσεων κατά την ενδο-νοσοκομειακή περίθαλψη και πώς εκλαμβάνουν οι συγγενείς τη συνεργασία με το προσωπικό δεν έχει ακόμη ερευνηθεί. Υπάρχει διεθνώς έλλειψη έγκυρων και εύχρηστων εργαλείων για την αξιολόγηση συνεργασίας μεταξύ συγγενών και προσωπικού υγείας. Η κλίμακα συνεργασίας με την οικογένεια (Family Collaboration Scale- FCS36) αναπτύχθηκε με σκοπό την αξιολόγηση, από τη πλευρά των συγγενών, της συνεργασίας μεταξύ συγγενών ηλικιωμένων ασθενών και νοσηλευτών σε μονάδες βραχείας νοσηλείας. Δοκιμάστηκε και βρέθηκε έγκυρη και αξιόπιστη, αρχικά στη Δανική γλώσσα, ενώ έχει σταθμιστεί στη Σουηδική και στην Αγγλική.

Η παρούσα πιλοτική μελέτη αναφέρεται στο πρώτο στάδιο μίας ερευνητικής προσπάθειας μίας ομάδας αποφοίτων Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Νοσηλευτικής Επιστήμης (EANS) εκπροσώπων 10 κρατών: Ελλάδα, Γερμανία, Αυστρία, Ελβετία, Πορτογαλία, Ολλανδία, Λιθουανία, Σουηδία, Νορβηγία και Δανία και λαμβάνει χώρα σε ευρωπαϊκό επίπεδο, θέλοντας να εκτιμήσει αυτή ακριβώς τη συνεργασία μεταξύ συγγενών ηλικιωμένων ασθενών και νοσηλευτών κάνοντας χρήση του εργαλείου που φτιάχτηκε για αυτό το σκοπό.

### Σκοπός

Σκοποί της διακρατικής έρευνας είναι να: περιγράψει και να συγκρίνει τη συνεισφορά /εμπλοκή του συγγενή σε ανεπίσημη παροχή φροντίδας υγείας σε αστικό πληθυσμό. Επίσης να περιγράψει και να συγκρίνει την ικανοποίηση και τις προσδοκίες των συγγενών κατά τη συνεργασία τους με τους νοσηλευτές σε μονάδες οξείας νοσηλείας σε αστικά νοσοκομεία ή ανάλογες δομές που υπάρχουν σε κάθε χώρα. Να δοκιμάσει την αναθεωρημένη έκδοση του εργαλείου FCS36 για δυνατή εφαρμογή, διαστατικότητα, στάθμιση, αξιοπιστία και εγκυρότητα μεταξύ των 10 κρατών. Στα πλαίσια της παρούσας πιλοτικής μελέτης η Κλίμακα FCS36 θα δοκιμαστεί για τον έλεγχο εγκυρότητας και αξιοπιστίας στην ελληνική γλώσσα και κουλτούρα.

### Υλικό - Μέθοδος

Πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη επισκόπησης και συσχέτισης στα πλαίσια της οποίας η

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά του δείγματος

	N (%)
Ηλικία, μέση τιμή (SD)	45,2 (13,3)
Φύλο	
Άντρες	26 (23,9)
Γυναίκες	83 (76,1)
Οικογενειακή κατάσταση	
Έγγαμοι	67 (61,5)
Άγαμοι	32 (29,4)
Χήροι	10 (9,2)
Ποία η σχέση σας με τον ηλικιωμένο συγγενή σας;	
Σύζυγος	15 (13,6)
Παιδί	52 (47,3)
Γαμπρός/ νύφη	15 (13,6)
Αδερφός/η	5 (4,5)
Εγγονός/ή	8 (7,3)
Ανηψιός/ά	5 (4,5)
Γείτονας	1 (0,9)
Φίλος	6 (5,5)
Άλλο	3 (2,7)
Μένετε μαζί με τον ηλικιωμένο;	
Ναι	42 (37,8)
Όχι	69 (62,2)
Αν όχι, πόσο μακριά μένετε από τον ηλικιωμένο συγγενή σας;	
<10 χλμ	31 (47)
10-19 χλμ	8 (12,1)
20-49 χλμ	12 (18,2)
50-100 χλμ	4 (6,1)
> 100 χλμ	11 (16,7)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	
Δημοτικό / γυμνάσιο	28 (25,2)
Λύκειο	43 (38,7)
ΑΕΙ/ ΤΕΙ	40 (36)
Έχετε εκπαιδευτεί σε θέματα υγείας;	
Ναι	31 (27,9)
Όχι	80 (72,1)
Εργάζεστε	
Ναι	69 (63,9)
Όχι	39 (36,1)
Αν ναι	
Πλήρης	53 (84,1)
Ημιαπασχόληση	10 (15,9)
Έχετε παιδιά τα οποία μένουν σε σας;	
Ναι	51 (47,7)
Όχι	56 (52,3)

Κλίμακα FSC36 διανεμήθηκε σε δείγμα ευκολίας 111 συγγενών ασθενών που προσήλθαν σε νοσηλευτικό ίδρυμα της Περιφέρειας Πελοποννήσου από τον Ιούνιο ως τον Σεπτέμβριο του 2012. Άδεια για τη διεξαγωγή της μελέτης και πρόσβαση στους συγγενείς των ασθενών δόθηκε από την Επιστημονική Επιτροπή του νοσηλευτικού ιδρύματος. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο. Οι συγγενείς πληροφορούνταν προφορικά για τον σκοπό της μελέτης από τις ερευνήτριες και διαβεβαιώνονταν για το εθελοντικό της συμμετοχής. Μετά από άδεια των συγγραφέων πραγματοποιήθηκε μετάφραση της Κλίμακας του ερωτηματολογίου από τη δανική στην ελληνική γλώσσα, αντίστροφη μετάφραση και έλεγχος από ομάδα ειδικών. Η κλίμακα καλύπτει τις ακόλουθες διαστάσεις:

1. Επιρροή στη λήψη αποφάσεων,
2. Εμπιστοσύνη και οι προϋποθέσεις της,
3. Ποιότητα επαφής,
4. Επίπεδο πληροφόρησης,
5. Επιρροή στην αλλαγή.

Εμπεριέχει 27 αυτό-συμπληρούμενες τύπου Likert δηλώσεις και 9 κατηγορικές μεταβλητές, με όλες να καλύπτουν τέσσερις περιοχές συνεργασίας: α) χαρακτηριστικά: επιρροή στη λήψη αποφάσεων, ανταλλαγή πληροφοριών και γνώσεων, διαπραγμάτευση αποφάσεων, ρόλων και δραστηριοτήτων, β) προϋποθέσεις συνεργασίας – επαφών, επικοινωνίας με νοσηλευτές (π.χ. συχνότητα και ποιότητα, προσέγγιση αυτών, πρόκληση και ακρόασή τους) & ποιότητας σχέσης με νοσηλευτές (π.χ. εμπιστοσύνη, σεβασμός, κατανόηση), γ) αποτέλεσμα συνεργασίας: ικανοποίηση, συμφωνία με τον ορισμό της κατάστασης ασθενούς και αναγκών του, επίπεδο πληροφόρησης, επιτυχής πορεία νόσου, δ) εμπόδια και προαγωγή συνεργασίας (προηγούμενη εμπειρία, συμπεριφορά προσωπικού, οργάνωση φροντίδας, φόρτος εργασίας, φυσικό περιβάλλον και πολιτική επισκέψεων).

#### Στατιστική Ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές συχνότητες (%) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για την διερεύνηση της δομής του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση "factor analysis" (Rotation Method: varimax). Οι επιβαρύνσεις των ερωτήσεων έγιναν δεκτές εφόσον είχαν τιμή πάνω από 0,4. Για τις ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος των απαντήσεων. Η συνολική βαθμολογία για κάθε παράγοντα μετατράπηκε σε κλίμακα από 0 έως 100 και μεγαλύτερες



Πίνακας 2. Φορτίσεις των παραγόντων όπως προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση

	Επιρροή στις αποφάσεις	Επίπεδο πληροφόρησης	Ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό	Ικανοποίηση από φυσικό περιβάλλον	Εμπιστοσύνη
Ενημερώθηκα καλά για: την ασθένεια του ηλικιωμένου συγγενή μου		0,65			
Ενημερώθηκα καλά για: την ανάγκη του ηλικιωμένου συγγενή μου από νοσηλεία		0,68			
Ενημερώθηκα καλά για: τα σχέδια κατά την έξοδο		0,80			
Ενημερώθηκα καλά για: πως να βοηθήσω τον συγγενή μου στο μέλλον με τον καλύτερο τρόπο		0,73			
Ήμουν σίγουρος/η στο ότι ο ηλικιωμένος συγγενής μου έλαβε την απαραίτητη φροντίδα κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο		0,67			
Περίπου πόσο συχνά είχατε επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας		0,53			
Πόσο συχνά ήταν με δική σας πρωτοβουλία η επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό;		0,40			
Το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετώπιζε τους ασθενείς με σεβασμό		0,43			
Είχα την εντύπωση, ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν ικανό		0,46			
Ήμουν σύμφωνη με τις οδηγίες για μετά από το εξιτήριο		0,42			
Κατά την γνώμη μου το νοσηλευτικό προσωπικό είχε μεγάλο φόρτο εργασίας				0,44	
Το φυσικό περιβάλλον στο τμήμα Ήταν ευρύχωρο				0,81	
Το φυσικό περιβάλλον στο τμήμα Ήταν καθαρό				0,80	
Το φυσικό περιβάλλον στο τμήμα Ήταν τακτοποιημένο				0,77	
Υπήρχε πιθανότητα για ιδιωτικό χώρο				0,52	
Το φυσικό περιβάλλον επηρέασε τη συνολική μου εμπειρία κατά τη νοσηλεία				0,50	
Πάρα πολλά διαφορετικά άτομα συμμετείχαν στη νοσηλεία του ηλικιωμένου συγγενή μου	0,42				
Το νοσηλευτικό προσωπικό με ρώτησε για το τι γνώριζω για την κατάσταση του ηλικιωμένου συγγενή μου	0,56				
Οι γνώσεις μου σχετικά με τον ηλικιωμένο συγγενή μου χρησιμοποιήθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό	0,63				
Το νοσηλευτικό προσωπικό με ρώτησε για τις απόψεις μου σχετικά με αποφάσεις που έπρεπε να ληφθούν	0,73				
Ενημερωθίμου για τις αποφάσεις, οι οποίες ελήφθησαν σχετικά με τη θεραπεία	0,63				

Ενημερώνομαι για τις αποφάσεις οι οποίες ελήφθησαν σχετικά με τη φροντίδα	0,63
Ενημερώνομαι για τις αποφάσεις οι οποίες ελήφθησαν σχετικά με το εξιτήριο	0,49
Ενημερώνομαι για τις αποφάσεις οι οποίες ελήφθησαν σχετικά με τις οδηγίες για μετά το εξιτήριο	0,52
Μπορώ να επηρεάσω τις αποφάσεις οι οποίες ελήφθησαν σχετικά με τη θεραπεία	0,79
Μπορώ να επηρεάσω τις αποφάσεις οι οποίες ελήφθησαν σχετικά με τη φροντίδα	0,70
Μπορώ να επηρεάσω τις αποφάσεις οι οποίες ελήφθησαν σχετικά με το εξιτήριο	0,75
Μπορώ να επηρεάσω τις αποφάσεις οι οποίες ελήφθησαν σχετικά με τις οδηγίες για μετά το εξιτήριο	0,68
το νοσηλευτικό προσωπικό και εγώ συμφωνήσαμε σε ότι έπρεπε να γίνει με τον ηλικιωμένο συγγενή μου	0,54
Ήμουν ικανοποιημένος/η με τον βαθμό επιφοχής που είχα	0,63
Ήταν εύκολο να βρω μια νοσηλεύτρια η οποία γνώριζε τον συγγενή μου τηλεφωνικά	0,50
Ήταν εύκολο να βρω μια νοσηλεύτρια η οποία γνώριζε τον συγγενή μου προσωπικά	0,45
Το νοσηλευτικό προσωπικό ανταποκρινόταν όταν απευθυνόμουν σε αυτό	
Το πρόβλημα το οποίο οδήγησε στην εισαγωγή του ηλικιωμένου συγγενή μου αντιμετωπίστηκε κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο;	0,42
Το νοσηλευτικό προσωπικό είχε χρόνο να μου μιλήσει	0,43
Από την εμπειρία μου μπορούσα άνετα να εκφράσω τα αισθήματά μου	0,71
Από την εμπειρία μου μπορούσα άνετα να εκφράσω κριτική	0,69
Από την εμπειρία μου το νοσηλευτικό προσωπικό κατάλαβε την θέση μου ως συγγενή	0,45
Είμαι ικανοποιημένος με την επικοινωνία που είχα με το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με τη διάρκεια	0,72
Είμαι ικανοποιημένος με την επικοινωνία που είχα με το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με την ποιότητα	0,66
Κατά τη γνώμη μου, ο ηλικιωμένος συγγενής μου, πήρε εξιτήριο	0,42
Κατά αυτή την παραμονή στο νοσοκομείο αντιμετώπισα τα παρακάτω	0,65
Σε προηγούμενες παραμονές/επαφές με το υπηρεσίες υγείας αντιμετώπισα τα παρακάτω	0,75
Έπρεπε να προσέξω, ο ηλικιωμένος συγγενής μου να λάβει την φροντίδα που χρειαζόταν	0,42
Πέρασα περισσότερο χρόνο στο νοσοκομείο, από ότι είχα σχεδιάσει	0,41
Ήταν δική μου ευθύνη να προσέξω τις ανάγκες του συγγενή μου, σχετικά με τις προετοιμασίες μετά από το εξιτήριο	0,47
Κατά τη γνώμη μου ο ηλικιωμένος συγγενής μου δεν ήταν πάντα ρεαλιστής στην αξιολόγηση της κατάστασής του/της	0,52

Πίνακας 3. Μέσες τιμές και δείκτες αξιοπιστίας Cronbach's  $\alpha$  των διαστάσεων του ερωτηματολογίου

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD	Cronbach's $\alpha$
Επιρροή στις αποφάσεις	20,39	89,32	59,25	15,77	0,91
Επίπεδο πληροφόρησης	25,58	81,40	42,76	13,12	0,83
Ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό	20,00	86,67	38,98	12,49	0,81
Ικανοποίηση από φυσικό περιβάλλον	29,17	91,67	58,86	16,42	0,83
Εμπιστοσύνη	9,09	57,58	31,13	11,10	0,71

Πίνακας 4. Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των διαστάσεων του ερωτηματολογίου

	Επίπεδο πληροφόρησης	Ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό	Ικανοποίηση από φυσικό περιβάλλον	Εμπιστοσύνη
Επιρροή στις αποφάσεις	0,42***	0,52***	0,63***	0,27**
Επίπεδο πληροφόρησης		0,56***	0,21*	0,07
Ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό			0,35***	0,07
Ικανοποίηση από φυσικό περιβάλλον				0,24*

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$

τιμές δηλώνουν χειρότερο αποτέλεσμα. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των μετρήσεων των παραγόντων της κλίμακας χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Cronbach's  $\alpha$ . Για να ελεγχθεί η εγκυρότητα δομής του ερωτηματολογίου υπολογίστηκαν οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των παραγόντων όπως προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση. Η διακριτική ικανότητα του ερωτηματολογίου διερευνήθηκε συγκρίνοντας τους παράγοντες με τις απαντήσεις τους σχετικά με την ικανοποίηση από τη νοσηλεία με Student's t-test και οι ερωτήσεις αυτές σχετικές με την ικανοποίηση δεν μπήκαν στην διερευνητική παραγοντική ανάλυση. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 18.0.

#### Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελείται από 111 άτομα με μέση ηλικία τα 45,2 έτη (SD=13,3 έτη). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες με το ποσοστό να φτάνει το 76,1% (Πίνακας 1). Το 61,5%

των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι. Επίσης, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ήταν τα παιδιά των ηλικιωμένων ασθενών με το ποσοστό να φτάνει το 47,3%. Το 62,2% των συνοδών δεν μένουν μαζί με τους ασθενείς αλλά οι περισσότεροι από αυτούς μένουν σε κοντινή περιοχή. Το 38,7% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι λυκείου και το 27,9% είχε εκπαιδευτεί σε θέματα υγείας. Ακόμα, το 63,9% των συμμετεχόντων εργάζονται και μάλιστα το 84,1% με πλήρη απασχόληση. Το 47,7% των συμμετεχόντων είχαν παιδιά που έμεναν μαζί τους.

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης η οποία υπέδειξε πέντε παράγοντες όπως και σε προηγούμενη μελέτη. Το ποσοστό της συνολική διακύμανσης που εξηγείται από τους πέντε παράγοντες ήταν 48,4%. Η ερώτηση «Επιθυμούσα να μπορώ να επηρεάσω τις αποφάσεις οι οποίες ελήφθησαν για τον ηλικιωμένο συγγενή μου» καθώς και η ερώτηση «Γνώριζα τις ώρες επισκεπτηρίου του τμήματος» δεν ομαδοποιήθηκαν σε κανένα παράγοντα και είχαν επιβάρυνση με τιμή  $< 0,3$ . Ο πρώ-

Πίνακας 5. Μέσες τιμές των παραγόντων ανάλογα με την ικανοποίησή τους από τη νοσηλεία του συγγενή τους.

Είμαι ικανοποιημένος/η με τη συνολική νοσηλεία του ηλικιωμένου συγγενή μου στο νοσοκομείο:	Επιτροπή		Επίπεδο πληροφόρησης		Ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό		Ικανοποίηση από φυσικό περιβάλλον		Εμπιστοσύνη	
	Μέση τιμή (SD) ή P*	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	P*	Μέση τιμή (SD)	P*	Μέση τιμή (SD)	P*	Μέση τιμή (SD)	P*
Κατά την εισαγωγή										
σε υψηλό βαθμό	55,9 (16,8)	0,034	40,4 (13,5)	0,007	35,2 (11,1)	0,001	54,8 (15)	0,033	30,1 (11)	0,184
καθόλου έως σε κάποιο βαθμό	62,8 (14,1)		47,6 (11,8)		43,8 (12,8)		61,6 (16,4)		33,1 (11,6)	
Κατά την παραμονή στο τμήμα του νοσοκομείου										
σε υψηλό βαθμό	55,7 (16,8)	0,109	37,1 (10,7)	<0,001	35 (9,9)	<0,001	58,8 (17,9)	0,731	30 (9,4)	0,001
καθόλου έως σε κάποιο βαθμό	61,2 (12,8)		49,5 (11,8)		44,2 (12,7)		57,5 (14,8)		37,7 (11,5)	
Κατά το εξιτήριο										
σε υψηλό βαθμό	54,8 (16,7)	0,117	38,3 (11,9)	0,001	34,9 (10)	0,001	57,1 (17)	0,968	29,8 (9,7)	<0,001
καθόλου έως σε κάποιο βαθμό	60,5 (14)		47,8 (11,9)		43,7 (13,1)		56,9 (15,4)		38,2 (11)	

\*Student's t-test

↑ υψηλότερες τιμές δηλώνουν χειρότερο αποτέλεσμα

τος παράγοντας αποδόθηκε ως «Επιρροή στις αποφάσεις» και επεξηγούσε 15,3% της μεταβλητότητας (αποτελείτε από 15 ερωτήσεις). Ο δεύτερος παράγοντας (αποτελείτε από 10 ερωτήσεις) ερμηνεύτηκε ως Επίπεδο πληροφόρησης και επεξηγούσε 9,9% της μεταβλητότητας, ενώ ο τρίτος ονομάστηκε «Ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό» και επεξηγούσε 8,8% της μεταβλητότητας (αποτελείται από 8 ερωτήσεις). Ο τέταρτος και πέμπτος παράγοντας «Ικανοποίηση από φυσικό περιβάλλον» και «Εμπιστοσύνη» επεξηγούσαν το υπόλοιπο 8,8% και 5,8% από τη συνολική επεξηγούμενη μεταβλητότητα αντίστοιχως και περιέχουν από 6 ερωτήσεις ο καθένας.

Αποδεκτή αξιοπιστία βάση του δείκτη Cronbach's  $\alpha$  έχουμε σε όλους τους παράγοντες (πίνακας 3) καθώς οι δείκτες κυμαίνονται από 0,71 για την Εμπιστοσύνη έως 0,91 για την Επιρροή στις αποφάσεις που είναι πάνω από το αποδεκτό όριο (0,7).

Οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων του ερωτηματολογίου ήταν στις περισσότερες περιπτώσεις σημαντικοί (πίνακας 4) υποδεικνύοντας καλή εγκυρότητα δομής. Δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων Εμπιστοσύνη και Επίπεδο πληροφόρησης καθώς και μεταξύ των παραγόντων Εμπιστοσύνη και Ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό. Επιπλέον το ερωτηματολόγιο βρέθηκε να έχει καλή διακριτική ικανότητα (πίνακας 5) καθώς όλοι οι παράγοντες βρέθηκαν να διαφέρουν ανάλογα με το βαθμό ικανοποίησης. Πιο συγκεκριμένα, η βαθμολογία στον παράγοντα Επιρροή στις αποφάσεις ήταν σημαντικά υψηλότερη στις περιπτώσεις όπου η ικανοποίηση κατά την εισαγωγή ήταν χαμηλή υποδεικνύοντας ότι η μειωμένη ικανοποίηση συνδυάζεται με χαμηλότερου βαθμού επιρροή. Επιπλέον, η βαθμολογία στον παράγοντα Επίπεδο πληροφόρησης ήταν σημαντικά υψηλότερη στις περιπτώσεις όπου η ικανοποίηση κατά την εισαγωγή, κατά την παραμονή στο τμήμα του νοσοκομείου και κατά το εξιτήριο ήταν χαμηλή. Παρομοίως, η Ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό βρέθηκε να είναι χειρότερη όταν η ικανοποίηση κατά την εισαγωγή, κατά την παραμονή στο τμήμα του νοσοκομείου και κατά το εξιτήριο ήταν χαμηλή. Επιπρόσθετα ο παράγοντας Ικανοποίηση από φυσικό περιβάλλον ήταν σημαντικά διαφορετικός ανάλογα με την ικανοποίηση κατά την εισαγωγή, ενώ ο παράγοντας Εμπιστοσύνη ήταν σημαντικά διαφορετικός ανάλογα με την ικανοποίηση κατά την παραμονή στο τμήμα του νοσοκομείου και κατά το εξιτήριο.

### Συζήτηση

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας της Κλίμακας FSC36 στον ελληνικό πληθυσμό.

Η παρούσα πιλοτική μελέτη καταλήγει στο ότι το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο-εργαλείο είναι έγκυρο και αξιόπιστο προκειμένου να εκτιμηθεί το επίπεδο συνεργασίας μεταξύ συγγενών ηλικιωμένων ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού στο νοσοκομείο. Συνεπώς, το παρόν ερωτηματολόγιο-εργαλείο θεωρείται κατάλληλο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της συνεργασίας και της ικανοποίησης των συγγενών των ηλικιωμένων ασθενών με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποδεικνύουν ότι η μειωμένη ικανοποίηση των συγγενών των ηλικιωμένων ασθενών συνδυάζεται με χαμηλότερου βαθμού επιρροή. Επιπλέον, η βαθμολογία στον παράγοντα Επίπεδο πληροφόρησης ήταν σημαντικά υψηλότερη στις περιπτώσεις όπου η ικανοποίηση κατά την εισαγωγή, κατά την παραμονή στο τμήμα του νοσοκομείου και κατά το εξιτήριο ήταν χαμηλή. Άλλες μελέτες δείχνουν επίσης την σημαντικότητα της πληροφόρησης κατά το εξιτήριο (Li et al 2003). Επίσης, η Ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό βρέθηκε να είναι χειρότερη όταν η ικανοποίηση κατά την εισαγωγή, κατά την παραμονή στο τμήμα του νοσοκομείου και κατά το εξιτήριο ήταν χαμηλή, το οποίο στηρίζεται και από πρόσφατη μελέτη των Lindhardt, Nyberg & Rahm-Hallberg (2008). Ωστόσο, ποιοτική έρευνα σε νοσηλευτές έδειξε ότι οι συγγενείς ενώ θεωρούνται ένα ιδανικό μέσο βοήθειας, είναι και απαιτητικοί με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να τους αποφεύγουν (Lindhardt, Rahm-Hallberg & Poulsen, 2008).

Η σημασία της συμβολής των συγγενών στην ποιότητα της φροντίδας είναι σημαντική και αναδεικνύεται ο ρόλος τους ως συνεργάτες στη φροντίδα με κοινό στόχο το όφελος του ασθενή, αποτελώντας πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας. Ωστόσο, είναι αναγκαία η διεξαγωγή μίας μελέτης μεγάλης κλίμακας, προκειμένου να επιτευχθεί η γενίκευση των αποτελεσμάτων που θα οδηγήσουν σε συμπεράσματα και προτάσεις για την κλινική πράξη των επαγγελματιών υγείας.

### Συμπέρασμα

Η συνεργασία ορίζεται ως μία διαδικασία όπου δύο άνθρωποι ή περισσότεροι «δουλεύουν μαζί για να δημιουργήσουν ή να επιτύχουν το ίδιο πράγμα», που αναφερόμενη στην παρούσα εισήγηση είναι η επιτυχημένη φροντίδα του ηλικιωμένου. Συνεργασία ή σχετικές έννοιες όπως η από κοινού εργασία, συμμετοχή και συμμαχία,



έχουν κυρίως μελετηθεί και αναλυθεί υπό το πρίσμα συνεργασίας ασθενή-νοσηλευτή, επικεντρώνοντας στη συμμόρφωση (Henneinan και συν 1995, Sahlsten και συν 2005, Tapp 2000, Kim 2001). Συχνά χαρακτηρίζεται από συμπεριφορές όπως η λήψη αποφάσεων και η στοχοθέτηση, η κοινή ισχύς, η επιρροή του χρήστη και η ανταλλαγή πληροφορίας και γνώσης. Η εννοιολογική βάση είναι ηθική ή πολιτική και έγκειται σε κανονιστικές υποθέσεις όπως οι αρχές που υποστηρίζουν την ισονομία και την ισότητα.

Η προαναφερόμενη κλίμακα συνεργασίας με την οικογένεια βρέθηκε κατάλληλη και εφαρμόσιμη στον ελληνικό πληθυσμό, η οικογενειακή φροντίδα θα έχει στη διάθεσή της ένα εργαλείο για την εκτίμηση και την καθοδήγηση της πρακτικής. Η σημασία της συμβολής των συγγενών στην ποιότητα της φροντίδας είναι μεγάλη καθώς και στον σχεδιασμό της παρέμβασης στην νοσηλευτική πρακτική. Ένας νέος ρόλος, ως συνεργάτες στη λήψη αποφάσεων παρά ως απλοί παθητικοί αποδέκτες εντολών, αναδεικνύεται. Επιπρόσθετα αποτελεί πρόκληση και για τους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά και τα συναισθήματα των συνεργατών τους με σκοπό την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών την υπέρβαση συγκρούσεων αξιών στην καθημερινή πρακτική.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας. Προβολές Πληθυσμού της Ελλάδας. Αθήνα, ΕΣΥΕ, www.statistics.gr. Ανακτήθηκε στις 6/9/2007

Κουλούρη Αγ. (2009) Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά και Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Νοσηλευτική, 48(3):292-299

Λαμπρινού Α., Σουρτζή Π. (2007) Αξιολόγηση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων. Νοσηλευτική, 46(4): 460-467

Σταθοπούλου Χ., Κουλούρη Α. (2010) Προαγωγή της Αυτοδιαχείρισης της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας στην Κοινότητα. Νοσηλευτική, 49(2): 148-156

Allen, D. (2000). Negotiating the role of expert carers on an adult hospital ward. *Sociology of Health and Illness* 22 (2), 149-171

Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. (2002) Selfmanagement approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Educ Couns*, 48:117-187

Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. (2002) Patient selfmanagement of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288:2469-2475

Bowers BJ. (1987) Intergenerational caregiving: adult caregivers and their aging parents. *ANS Adv Nurs Sci*. 1987 Jan;9(2):20-31.

Bowers, B.J.(1988). Family perceptions of care in a nursing home. *The Gerontologist* 28 (3), 361-368.

Brody EM, Dempsey NP, Pruchno RA. (1990) Mental health of sons and daughters of the institutionalized aged. *Gerontologist*. Apr;30(2):212-9

Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing* 22 (6), 1058-1062.

Eriksson, E., Lauri, S., (2000b). Participation of relatives in the care of cancer patients. *Eur. J. Oncol. Nurs.* 4 (2), 99-107.

Drennan V, Levenson R, Goodman C, Evans C.(2004) The workforce in health and social care services to older people: develop ing an education and training strategy. *Nurse Educ Today*, 24:402-408

Durand P, Krueger PD, Chambers L, Grek A, Charles C. (1995) Predictors of caregivers' dissatisfaction with community longterm care services for seniors: results from the Canadian Study of Health and Aging. *Can J Public Health*, 86: 325-32.

Glasdam, S. (2002). Inclusion and exclusion of cancer patients' relatives in an oncological clinic (Inklusion og eksklusion af kræftpatientes pårørende i en onkologisk klinik (Danish)). In: Humanistic Faculty, Institute for Philosophy, Pedagogy and Rethorics. Copenhagen University, Denmark, Copenhagen, pp. 313.

Harvath, T.A., Archbold, P.G., Stewart, B.J., Gadow, S., Kirschling, J.M., Miller, L., Hagan, J., Brody, K., Schook, J., (1994). Establishing partnerships with family caregivers: local and cosmopolitan knowledge. *Journal of Gerontological Nursing* 20 (2), 29-35, 42-23.

Hertzberg, A., Ekman, S.L., Axelsson, K., (2003). 'Relatives are a resource, buty': registered nurses' views and experiences of relatives of residents in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 12 (3), 431-441.

Laitinen, P. (1992). Participation of informal caregivers in the hospital care of elderly patients and their evaluations of the care given: pilot study in three different hospitals. *Journal of Advanced Nursing* 17 (10), 1233-1237.

Laitinen, P., Isola, A. (1996). Promoting participation of informal caregivers in the hospital care of the elderly patient: informal caregivers' perceptions. *Journal of Advanced Nursing* 23 (5), 942-947.

Leahey M, Harper JS, Stout L, Levac AM. (1995) The impact of a family systems nursing approach: nurses' perceptions. *J Contin Educ Nurs* 1995; 26(5): 219-25.

Li, H., Stewart, B.J., Imle, M.A., Archbold, P.G., Felver, L. (2000). Families and hospitalized elders: a typology of family care actions. *Research in Nursing and Health* 23 (1), 3-16.

Li, H. (2002). Family caregivers' preferences in caring for their hospitalized elderly relatives. *Geriatric Nursing* 23 (4), 204-207

Li H., Melnyk B.M., McCann R., Chatcheydang J., Koulouglioti C., Nichols L., Lee M.D. & Ghassemi A. (2003). Creating avenues for relative empowerment (CARE): a pilot test of an intervention to improve outcomes of hospitalized elders and family caregivers. *Research in Nursing & Health*, 26: 284-299.

Lindhardt, T., Bolmsjo, I.A., Hallberg, I.R. (2006). Standing guard-being a relative to a hospitalised, elderly person. *Journal of Aging Studies* 20 (2), 133-149.

Lindhardt T., Nyberg P. & Rahm Hallberg I. (2008). Collaboration between relatives of elderly patients and nurses and its relation to satisfaction with the hospital care trajectory. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22: 507-519.

Lindhardt T., Rahm-Hallberg I. & Poulsen I. (2008). Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly

patients in acute hospital wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45: 668-681

Lorig K. Self-management education. [2003] More than a nice extra. *Med Care*, 41:699-701

Lundh U, Nolan M. (1996) Aging and quality of life. 1: Towards a better understanding. *Br J Nurs*. Nov 14-27;5(20):1248-51.

Newman S, Steed L, Mulligan K.(2004) Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*, 364:1523-1537

Nolan M, Nolan J, Grant G. (1995) Maintaining nurses' job satisfaction and morale. *Br J Nurs*. Oct 26-Nov 8;4(19):1149-54.

Savard J, Simard S, Giguere I, Ivers H, et al (2006). Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression

in women with metastatic breast cancer: psychological and immunological effects. *Palliative and Supportive Care* 4(3):219-37.

Sharp, T., (1990). Relatives' involvement in caring for the elderly mentally ill following long-term hospitalization. *Journal of Advanced Nursing* 15 (1), 67-73.

Theharne G. Attitudes towards the care of elderly people: are they getting better? *J Adv Nurs* 1990, 15:777-781

United Nations. *World Population Ageing 1950-2050*. (2002) New York, Department of International Economic and Social Affairs Population Division

Willison KD, Andrews GJ. (2005) The potential of public health to enhance chronic disease management. *Public Health*, 119:1130-1132

# Bernhardt-Roth Syndrome in young women. A rare case

Christodoulidis Gregory<sup>1</sup>, Wozniak Greta<sup>1</sup>, Toska Aikatherini<sup>2</sup>, Saridi Maria<sup>3</sup>, Iliadis Charalambos<sup>1</sup>.

1. MD, PhD, University of Thessaly, Larissa, Greece
2. RN, MSc, PhD©, University of Peloponnese, Greece
3. RN, MSc, PhD, General Hospital Of Korinthos, Greece

---

## ABSTRACT

Originally known as the Bernhardt-Roth syndrome, meralgia paresthetica (MP) is a condition caused by entrapment of the lateral femoral cutaneous nerve of the thigh, (Greeke: meros-thigh, algos-pain). It is a purely sensory branch with contributions from L2-L3 nerve roots and it enters to the thigh through the opening between the inguinal ligament and its attachment to the anterior iliac spine.

Hydatid disease (Greek for 'watery cyst') is an uncommon cause of peripheral nerve compression. Progressive neurological and mechanical deterioration over the years was the most frequently reported disease course.

We present a patient with MP caused by a large echinococcal cyst-mass, localized in the pelvis. A woman was admitted on to our hospital with chronic mild lower abdominal pain, severe constipation, which had lasted for about a month, and pain on the left thigh. The diagnosis after all (blood, serological and radiological tests) was an echinococcal large cystic mass (9cm x 4cm).

Total cystectomy was performed en block. Postoperatively there were significant improvement of constipation and completed resolve of femoral cutaneous nerve compression. The pain on the left thigh has disappeared.

**Key words:** Echinococcus cysts, meralgia paresthetica, antihelminthic, hydatid disease.

## INTRODUCTION

**B**ernhardt-Roth syndrome is a distinctive condition, characterised by paraesthesiae and often burning pain over the anterolateral aspect of the thigh. The disorder is caused by compression of the lateral femoral cutaneous nerve as it exits the pelvis. It more commonly occurs in men than women, and is generally found in middle-aged or overweight individuals (Pearce, 2006).

Hydatid disease or hydatidosis is the most widespread, serious human cestode infection in the world. It is a zoonosis caused by *Echinococcus granulosus* that is transmitted from domestic and wild members of the canine family.

The genus *Echinococcus* contains three species: *E. granulosus*, *E. multilocularis*, and *E. vogeli*. Man is an incidental intermediate host for all three species.

The dog and other Canidae are the primary definitive host of the adult worm, (adult parasite < 0.6cm). Ova in the thousands are shed in the dog feces and contaminate the grass eaten by sheep. After ingestion, the embryos hatch and the parasite burrows through the duodenal wall to gain hematogenous access to multiple organs (liver, lungs, heart, bone, brain). Dogs eat these infested organs and the parasite enters the intestine where it remains. Man is infected either by eating food contaminated with eggs, or by direct contact with dogs. Echinococcal cyst are mostly frequency (60%-70% of cases), followed by the lung (10%-25%), spleen, ovaries, kidneys, brain, bones and elsewhere in the body. Hydatid disease in extrahepatic locations usually remains asymptomatic unless and produces symptoms due to pressure, rupture to the pleural or peritoneal cavity, secondary infection reaction. Treatment is surgical removal of the intact cyst (Prousalidis et al, 1998;) Tepetes et al, 2007).

## CASE REPORT

An 28-year-old woman presented to our institution complaining of severe burning dysesthesias in the lateral aspect of the upper thigh, occasionally just above the knee, usually with increased sensitivity to clothing (hyperpathia). Hip extensions also cause pain and she mentioned that she had occasionally low back pain and vague abdominal pain. She did not report any other symptoms. The signs and symptoms begun one year ago but the last month they had worsened.

She underwent at blood and serological tests as well as radiological examinations (X-rays, abdominal-US, CT-scans, lumbar-abdominal-pelvis-MRIs). The diagnosis was a large retroperitoneal multiloculated echinococcal cystic mass (9cm x 4cm), being in contact with the left ovary and the left ureter.

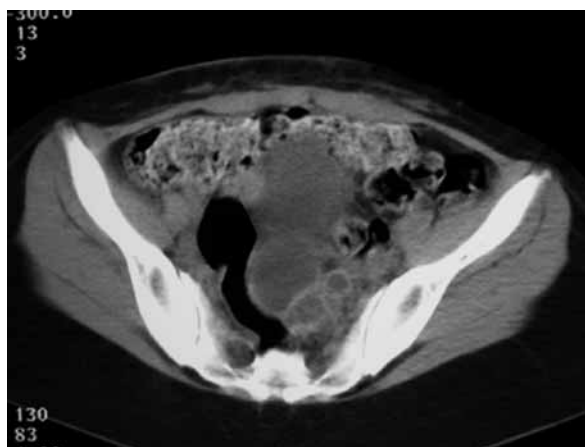
Total cystectomy was performed en block. Postoperatively there were significant improvement of constipation and completed resolve of femoral cutaneous nerve compression. The pain on the left thigh has disappeared.

## DISCUSSION

Meralgia paresthetica is a clinical pain syndrome caused by entrapment, compression, or neurinoma of the lateral femoral cutaneous nerve (LFCN). The LFCN arises from the second and third ventral rami. It passes posterior to the psoas muscle, then at the lateral border emerges to run anterior to the iliacus. It continues a caudal course to the pelvic floor supplying the parietal peritoneum of the iliac fossa. To exit the pelvis the LFCN commonly passes beneath or through the inguinal ligament medial to the anterior superior iliac spine and through or anterior to the Sartorius muscle. This course of the nerve makes it very vulnerable to stretching or compressing by big masses into the pelvis. Conservative nonoperative management is successful in relieving symptoms in the majority of cases 91% and should be tried prior to considering surgery (Williams et al, 1991). However the refractory case needs more aggressive treatment.

Once meralgia paresthetica is confirmed with history, examination, and electrodiagnostic testing (including the exclusion of a rare L2 radiculopathy), patients with bothersome symptoms may attempt a trial of oral medication prior to surgery. If this does not help or the side effects are problematic, then surgery is an option. For surgical candidates, the lateral femoral

**Figure 1: A CT image of a large retroperitoneal multiloculated echinococcal cyst being in contact with the left ovary and the left ureter**



cutaneous nerve at the anterior superior iliac spine is blocked with lidocaine, not only to confirm the diagnosis, but also to let the patient understand what a resected nerve would feel like.

Causes of the condition are numerous. A few of those reported in the literature include, tumors metastasis to the iliac crest, tumor involving the psoas, surgical positioning, rapid weight loss, seat-belt injury, open or laparoscopic hernia repair, surgical scars post-abdominal surgery, cardiac catheterization, sports trauma, tumor involving the lumbar vertebral bodies, pregnancy, ascites, obesity, metabolic neuropathies, and abdominal or pelvic mass (retroperitoneal tumors) [Amoiridis et al, 1993; Baldini et al, 1982; Rinkel et al, 1990] .

In the cases of retroperitoneal mass possible the large mass-size pressure and stretched the nerve at enter point to the thigh though the opening between the inguinal ligament and its attachment to the anterior iliac spine figure-1.

The condition can usually be diagnosed on clinical grounds. Differential diagnosis have to be done between femoral neuropathy, (sensory sings tend to be more anteromedial than MP), L2-L3 radiculopathy, (usually there are motor weakness- knee extension or/and thigh flexion), and nerve compression by abdominal or pelvic tumor, (it is very important to suspected if there are GI or GU symptoms).

Confirmation can be helped by tests, these tests are: EMG may be difficult, the electromyographer

cannot always find the nerve, Magnetic Resonance Imaging, (MRI), somatosensory evoked potential (SEP)[ Greenberg, 1997].

### CONCLUSION

Although extremely rare, primary pelvic hydatid cyst-infection can cause meralgia paresthetica in man living in endemic countries and sought after with imaging, serology and clinical manifestation. Aggressive surgery combined with antihelminthic therapy is recommended to eradicate the disease and prevent recurrence.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Amoiridis, G., Wöhrle, J., Grunwald, I., Przuntek, H. (1993). "Malignant tumour of the psoas: another cause of meralgia paraesthetica". *Electromyogr Clin Neurophysiol* 33 109-112.
- Baldini, M., Raimondi, P.L., Princi, L.(1982). "Meralgia paraesthetica following weight loss. Case report". *Neurosurg Rev* 5 45-47.
- Greenberg, M.S.( 1997). "Peripheral nerves. Handbook of Neurosurgery". (1) 427-459. Edition by Greenberg Graphics, Fourth Edition. Inc. Lakeland Florida. *J Neurosurg* 74 76-80.
- Pearce, J.M. (2006). "Meralgia paraesthetica [Bernhardt-Roth syndrome]". *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 77(1) 84.
- Prousalidis, J., Tzardinoglou, K., Sgouradis, .L, Katsohis, C., Aletras, H.(1998) "Uncommon sites of hydatid disease". *World J Surg* 22(1)17-22
- Rinkel, G.J., Wokke, J.H. (1990). "Meralgia paraesthetica as the first symptom of a metastatic tumor in the lumbar spine". *Clin Neurol Neurosurg* 92 365-367.
- Tepetes, K., Christodoulidis, G., Spyridakis, M., Hatzitheofilou, K. (2007). "Large solitary retroperitoneal echinococcal cyst: A rare case report". *World J Gastroenterol* 13(45) 6101-3.
- Williams, P. H., Trzil, K. P. (1991). Management of Meralgia Paresthetica.



## ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης (ΕΠΝΕ) είναι το επίσημο περιοδικό της ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ. Είναι ένα διεπιστημονικό περιοδικό με σύστημα κριτών, με σκοπό την προώθηση της Νοσηλευτικής επιστήμης στην Ελλάδα.

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης παρέχει την δυνατότητα για τη δημοσίευση ακαδημαϊκών άρθρων που εκθέτουν ερευνητικά συμπεράσματα, ανασκοπήσεις βασισμένες στην έρευνα, άρθρα συζήτησης και σχόλια που ενδιαφέρουν το διεθνές αναγνωστικό κοινό των επαγγελματιών, των εκπαιδευτικών, των διοικητών και των ερευνητών σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής, και των επιστημών φροντίδας υγείας.

### ΤΥΠΟΙ ΑΡΘΡΩΝ

Το ΕΠΝΕ δημοσιεύει τα άρθρα κάτω από τρεις κύριες κατηγορίες:

- Άρθρα σύνταξης
- Τα άρθρα σύνταξης που είναι σχετικά σύντομα (μέγιστο 200 λέξεων).
- Πρωτότυπα άρθρα - ερευνητικές εργασίες

- Τα πλήρη άρθρα που αναφέρονται σε πρωτογενή έρευνα μπορούν να είναι μέχρι 5.000 λέξεις.
- Τα πρωτόκολλα των κλινικών δοκιμών πρέπει να είναι μέχρι 2.500 λέξεις. Οι συγγραφείς πρέπει να δηλώσουν τον αριθμό μπρώου της δοκιμής (εάν υπάρχει), καθώς επίσης και πότε θα παρουσιαστούν τα συμπεράσματα.

Ανασκοπήσεις και σύντομες παρουσιάσεις (μέχρι 2000 λέξεις)

- Ανασκοπήσεις, που περιλαμβάνουν:
  - συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-ανάλυση,
  - βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις,
  - πολιτικές ανασκοπήσεις,
  - άλλου είδους (π.χ κοινωνικο-οικονομικές)
- Άρθρα κριτικής βιβλίων: Να είναι μέχρι 1000 λέξεις.

### ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΡΘΡΩΝ

Οι συγγραφείς πρέπει να υποβάλλουν τα χειρόγραφα στο περιοδικό ηλεκτρονικά μέσω του ηλεκτρονικού

ταχυδρομείου του περιοδικού: [journal@enne.gr](mailto:journal@enne.gr). Όλη η αλληλογραφία, συμπεριλαμβανομένης της ανακοίνωσης της απόφασης του υπεύθυνου σύνταξης και των αιτημάτων για επανεξέταση, θα γίνονται με το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο. Η υποβολή ενός άρθρου, προϋποθέτει ότι δεν έχει δημοσιευθεί προηγουμένως, ότι δεν είναι υπό εξέταση για δημοσίευση αλλού και ότι εάν γίνει αποδεκτό δεν θα δημοσιευθεί αλλού, στα αγγλικά ή σε οποιαδήποτε άλλη γλώσσα, χωρίς τη γραπτή συγκατάθεση του εκδότη.

### Διαδικασία αξιολόγησης

Αρχικά όλα τα άρθρα αξιολογούνται από την συντακτική επιτροπή και κατανέμονται ανά θεματικό τομέα στους κριτές. Ακολούθως γίνονται αποδεκτά για δημοσίευση μετά από μια διπλή μυστική αξιολόγηση από τουλάχιστον δύο κριτές.

Οι κριτές αποφαινόμενοι εάν το άρθρο είναι:

- (α) Αποδεκτό για δημοσίευση χωρίς τροποποιήσεις.
- (β) Αποδεκτό για δημοσίευση με μικρές τροποποιήσεις.
- (γ) Αποδεκτό για δημοσίευση κατόπιν σημαντικών τροποποιήσεων.
- (δ) Μη αποδεκτό για δημοσίευση στην παρούσα μορφή.

### ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΟΥ

**Γενικές οδηγίες:** Οι υποβληθείσες εργασίες πρέπει να είναι κατάλληλες για διεθνές ακροατήριο και οι συγγραφείς δεν πρέπει να περιορίζονται μόνο στις εθνικές και πολιτικές πρακτικές και την εγχώρια νομοθεσία. Κάθε άρθρο πρέπει να συνοδεύεται από επιστολή του συγγραφέα, υπόδειγμα της οποίας υπάρχει στην σελίδα του περιοδικού που φιλοξενείται στην ηλεκτρονική διεύθυνση της ΕΝΕ: [www.enne.gr](http://www.enne.gr)

Στην επιστολή θα αναφέρονται τα ακόλουθα:

- Βεβαίωση ότι η εργασία δεν έχει δημοσιευτεί ολόκληρη ή τμήμα αυτής σε άλλο περιοδικό.
- Δήλωση ότι το τελικό κείμενο της εργασίας αναγνώστηκε και εγκρίθηκε από όλους τους συγγραφείς.
- Γραπτή βεβαίωση άδειας (Αρ. πρωτοκόλλου έγκρισης) διεξαγωγής της μελέτης από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του φορέα στον οποίο διεξήχθη η εν λόγω μελέτη.
- Το ονοματεπώνυμο, την ταχυδρομική και την ηλεκτρονική διεύθυνση καθώς και το τηλέφωνο του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία. Αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία

ηλεκτρονικής υποβολής του άρθρου δημοσιεύονται στην ιστοσελίδα μας.

### ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΟΥ

Οργανώστε το χειρόγραφο στην ακόλουθη σειρά: τίτλος του άρθρου, σελίδα τίτλου, ευχαριστίες, περίληψη και λέξεις κλειδιά, κείμενο, βιβλιογραφικές αναφορές, πίνακες, αριθμοί, παράρτημα (γραμματοσειρά: TIMES NEW ROMAN μέγεθος 12, 1.5 διάστημα γραμμών). Παρακαλούμε αριθμήστε τις σελίδες του χειρογράφου σας.

**Τίτλος:** Ο τίτλος ενός άρθρου πρέπει να περιγράφει το θέμα του και όπου είναι σχετικό τον πληθυσμό, το κλινικό πρόβλημα και την μέθοδο της έρευνάς του.

**Σελίδα τίτλου:** Η σελίδα τίτλου περιλαμβάνει:

- Το πλήρες όνομα, τον πλήρη τίτλο του άρθρου (μέχρι 90 χαρακτήρες), τα ακαδημαϊκά και επαγγελματικά προσόντα και το ινστιτούτο για κάθε συγγραφέα.
- Την διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου για τον κάθε συγγραφέα.
- Την ημερομηνία υποβολής του άρθρου.

**Ευχαριστίες:** Γράφονται ευχαριστίες στους βασικούς συνεισφέροντες.

**Περίληψη:** Οι περιλήψεις πρέπει να είναι μέχρι 250 λέξεις, και δεν πρέπει να περιλάβουν βιβλιογραφικές αναφορές ή τις συντμήσεις.

Οι περιλήψεις των ερευνητικών εργασιών πρέπει να υιοθετήσουν τους ακόλουθους τίτλους, όπου είναι δυνατόν: (α) Εισαγωγή, (β) Υλικό και μέθοδος, (γ) Αποτελέσματα, (δ) Συζήτηση, (ε) Περιορισμοί μελέτης και (στ) Συμπεράσματα, τα οποία πρέπει να αφορούν τους στόχους και τις υποθέσεις μελέτης. Και προτάσεις για εφαρμογή των αποτελεσμάτων στην κλινική πράξη.

Οι περιλήψεις για τις ανασκοπήσεις πρέπει να παρέχουν μια περίληψη υπό τους ακόλουθους τίτλους, όπου είναι δυνατόν: Εισαγωγή, σκοπός, επί μέρους στόχοι, ανασκόπηση βιβλιογραφίας: πηγές δεδομένων, μέθοδοι ανασκόπησης, αποτελέσματα, συμπεράσματα.

Οι περιλήψεις για τα άρθρα κριτικής βιβλίων πρέπει να παρέχουν μια συνοπτική περίληψη της γραμμής επιχειρήματος που ακολουθείται και συμπερασμάτων.

**Λέξεις-κλειδιά:** Ο αριθμός αυτών να είναι μέχρι έξι λέξεις-κλειδιά κατά αλφαβητική σειρά, οι οποίες προσδιορίζουν ακριβώς το θέμα του άρθρου, σκοπό και μέθοδο. Χρησιμοποιήστε τον ιατρικό θησαυρό τίτλων (MeSH®) και (CINAHL) όπου είναι δυνατόν.

**Κείμενο:** Στην εισαγωγή του κειμένου απαιτείται για

όλα τα άρθρα να έχουν μια αναφορά σε αυτό που είναι ήδη γνωστό για το θέμα και τι είναι αυτό που το άρθρο προσθέτει στην νοσηλευτική επιστήμη. Αναλόγως της κατηγορίας του άρθρου ακολουθείται η ακόλουθη μορφή:

Οι ανασκοπήσεις πρέπει απαραίτητα να περιλαμβάνουν (α) Εισαγωγή, (β) Σκοπό, (γ) Υλικό και μέθοδο, (δ) Αποτελέσματα, (ε) Συζήτηση, (στ) Συμπεράσματα και να ακολουθούν την ανάπτυξη της περίληψης αλλά σε μεγαλύτερη έκταση.

Οι ερευνητικές εργασίες πρέπει να ακολουθούν συγκεκριμένη δομή: (α) Εισαγωγή, (β) Υλικό και μέθοδος, (πρέπει απαραίτητα να αναφέρεται η χρονική περίοδος συγκέντρωσης των δεδομένων, η πηγή των δεδομένων, το μέγεθος και η μέθοδος επιλογής του δείγματος, λεπτομέρειες για το πώς επιλέχθηκαν, κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού, αριθμοί αυτών που εισάγονται και που αφήνουν τη μελέτη, τα σχετικά κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, η μεθοδολογία συλλογής των δεδομένων, το εργαλείο για τη συλλογή των δεδομένων, η άδεια χρήσης αυτού, η διαδικασία στάθμισης αυτού, το ποσοστό ανταπόκρισης, το είδος της στατιστικής ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκε), (γ) Αποτελέσματα που πρέπει να συνοδεύουν ακριβείς τιμές στατιστικής σημαντικότητας (δ) Συζήτηση, (ε) Περιορισμοί μελέτης και (στ) Συμπεράσματα, τα οποία πρέπει να αφορούν τους στόχους και τις υποθέσεις μελέτης, και προτάσεις για εφαρμογή των αποτελεσμάτων στην κλινική πράξη.

Οι ενδιαφέρουσες περιπτώσεις διακρίνονται στα τμήματα: (α) Εισαγωγή, (β) Περιγραφή περίπτωσης, (γ) Σχόλιο.

Οι βραχείες δημοσιεύσεις διακρίνονται στα τμήματα: (α) Εισαγωγή, (β) Υλικό και μέθοδος, (γ) Αποτελέσματα, (δ) Συζήτηση.

**Πίνακες/αριθμοί:** Οι πίνακες και οι αριθμοί είναι τυπωμένοι μόνο όταν εκφράζουν κάτι περισσότερο από αυτό που μπορεί να γίνει από τις λέξεις. Οι πίνακες πρέπει να αριθμηθούν με συνέπεια και να τους δοθεί ένας κατάλληλος τίτλος και κάθε πίνακας να δακτυλογραφείται σε ξεχωριστή σελίδα.

**Μονάδες μέτρησης:** Μετρήσεις μήκους, ύψους, βάρους και όγκου πρέπει να αναφέρονται σε μετρικές μονάδες σύμφωνα με τα διεθνώς αναγνωρισμένα σύμβολα.

**Συντμήσεις:** Αποφύγετε τις συντμήσεις οπουδήποτε είναι δυνατόν. Οποιοσδήποτε συντμήσεις που οι συγγραφείς σκοπεύουν να χρησιμοποιήσουν, πρέπει να καταγραφούν πλήρως και να ακολουθηθούν από γράμματα εντός παρενθέσεως την πρώτη φορά που εμφανίζονται.

Οι συντμήσεις των τίτλων των περιοδικών πρέπει να

γράφονται σύμφωνα με το Index Medicus, που δημοσιεύονται κάθε χρόνο, τον Ιανουάριο, σε χωριστό τεύχος (List of Journals Indexed in Index Medicus). Για τις συντμήσεις των ελληνικών περιοδικών υπάρχει ο σχετικός κατάλογος του ΙΑΤΡΟΤΕΚ.

**Στατιστική:** Πρέπει να χρησιμοποιηθούν πρότυποι και διεθνώς αναγνωρισμένοι μέθοδοι παρουσίασης στατιστικού υλικού.

**Συγκατάθεση Ενημέρωσης:** Οι συγγραφείς θα πρέπει να επιβεβαιώσουν ότι τήρησαν τις αρχές δεοντολογίας για την έρευνα, όπως αυτές διατυπώνονται σαφώς από τη Διεθνή Επιτροπή Εκδοτών Ιατρικών Επιστημονικών Περιοδικών (International Committee of Medical Journal Editors, [www.icmje.org](http://www.icmje.org)) και τη Διακήρυξη του Ελσίνκι (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2000). Δηλαδή όπου είναι απαραίτητο οι συγγραφείς πρέπει να επιβεβαιώσουν ότι τα αποτελέσματα των μελετών τους προέκυψαν από ερευνητικές εργασίες, που η συγκατάθεση ενημέρωσης λήφθηκε από τους συμμετέχοντες ανθρώπους και τις αρμόδιες αρχές ηθικής και δεοντολογίας.

**Άδειες:** Η άδεια να αναπαραχθεί το προηγούμενως δημοσιευμένο υλικό πρέπει να ληφθεί εγγράφως από τον κάτοχο πνευματικών δικαιωμάτων.

**Ερωτηματολόγια:** Ερωτηματολόγια και προγράμματα αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται στις ερευνητικές μελέτες που δεν είναι καθιερωμένα και γνωστά πρέπει να περιληφθούν ως παράρτημα.

**Βιβλιογραφικές Αναφορές:** Όλες οι δημοσιεύσεις που αναφέρονται στο κείμενο πρέπει να παρουσιαστούν σε έναν κατάλογο βιβλιογραφικών αναφορών. Οι αναφορές πρέπει να δοθούν με το σύστημα «Harvard» Revised for 2009 version 3.0 editions of: The Coventry University (CU) Harvard Reference Style Guide v3.0, Quickstart Guide v3.0, Glossary v3.0.

**Παράδειγμα:**

1. Για βιβλίο με ένα συγγραφέα: Biggs, G. (2000) *Gender and Scientific Discovery*. 2nd edn. London: Routledge
2. Για βιβλίο με πολλούς συγγραφείς: Ong, E., Chan, W. and Peters, J. (2004) *Advances in Engineering*. 2nd edn. London: Routledge
3. Για ένα κεφάλαιο ή δοκίμιο συγκεκριμένου συγγραφέα σε ένα βιβλίο: Aggarwal, B. (2004) "Has the British Bird Population Declined?" In a Guide to Contemporary Ornithology. ed by Adams, G. London: Palgrave, 66-99
4. Για ένα τυπωμένο άρθρο σε περιοδικό: Padda, J. (2003) "Creative Writing in Coventry". *Journal of Writing Studies* 3 (2) 44-59
5. Για μια ιστοσελίδα: Centre of Academic Writing The List of References Illustrated [online] available from <http://home.ched.coventry.ac.uk/caw/harvard/index.htm> [Sept 2009]
6. Για ένα άρθρο σε ηλεκτρονικό περιοδικό: Dhillon, B. (2004) "Should Doctors Wear Ties?" *Medical Monthly* [online] 3 (1) 55-88. available from <http://hospitals/infections/latest-advice> [20 April 2005]

### ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ

Εάν υποβάλλετε ένα άρθρο που έχει ήδη αξιολογηθεί από την συντακτική επιτροπή του ΕΠΝΕ, παρακαλώ να συνοψοβάλλετε ηλεκτρονικό μήνυμα που παρέχει τις τυχόν παρατηρήσεις σας στα σχόλια του εκδότη και των κριτών.

### ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Οι Αποδείξεις της διακίνησης των άρθρων γίνονται ΜΟΝΟ ηλεκτρονικά.

### Ανάτυπα

Τρία ανάτυπα θα δοθούν δωρεάν στον υπεύθυνο επικοινωνίας του άρθρου.

### Πνευματικά δικαιώματα

Τα Πνευματικά δικαιώματα των δημοσιευθέντων άρθρων ανήκουν στους συγγραφείς. Το Περιοδικό διατηρεί το δικαίωμα της αναπαραγωγής ή της αναδημοσίευσης του άρθρου με σκοπό την προαγωγή της Νοσηλευτικής Επιστήμης.

Η ΕΝΕ θα προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες για την εγγύηση της προστασίας των πνευματικών δικαιωμάτων των συγγραφέων.

## INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

The Hellenic Journal of Nursing Science (HJNS) is the official journal of the Hellenic Regulatory Body of Nurses HRBoN. It is a peer-reviewed, cross-disciplinary journal with the purpose of promoting nursing science in Greece.

The Hellenic Journal of Nursing Science provides opportunity for the publication of academic articles presenting research conclusions, research based reviews, discussion articles and commentaries of interest to an international readership of professionals, educators, administrators and researchers in all the fields of nursing, and health care professionals.

### TYPE OF ARTICLES

HJNS publishes articles which fall into three main categories:

- Editorial articles
- Editorial articles which are relatively brief (200 words maximum)
- Original articles – research work
  
- Full articles relating to primary research can have up to 5000 words.
- Clinical trials protocols should not exceed 2.500 words. Authors must state the trial registration number (where available), as well as the timing of the presentation of the conclusions.

Reviews and brief presentations (2000 words maximum)

- Reviews that contain:
  - systematic reviews, meta-analysis
  - book reviews
  - political reviews
  - other type (e.g. socio-economic)
  
- Book reviews: Should not exceed 1000 words.

### ARTICLE SUBMISSION

Authors must submit manuscripts via the journal email address: [journal@enne.gr](mailto:journal@enne.gr). All correspondence, including the editorial decision statement and re-review requests, will be carried out online. An article is submitted on the condition that it has not been previously published, that it is not under consideration

for publication elsewhere and that if accepted it will not be published elsewhere, either in English or in any other language, without the written consent of the publisher.

### REVIEW PROCESS

All articles are initially evaluated by the editorial team and are thematically assigned to the reviewers. Subsequently they are admitted for publication following a double-blind review by at least two anonymous reviewers. Reviewers decide whether the article is:

- (a) Accepted for publication without alterations.
- (b) Accepted for publication after minor modifications.
- (c) Accepted for publication after extensive revision.
- (d) Rejected for publication in its present form

### PREPARATION OF MANUSCRIPT

General Guidelines: All submitted work should be suitable for an international audience and authors should not limit their work to national and political practices and to legislation specific to their country. Each article must be accompanied by a cover letter, an example of which can be found on the journal website: [www.enne.gr](http://www.enne.gr)

The cover letter must provide the following:

- Statement that the work has not been published in whole or in part in another journal.
- Statement that the final version has been acknowledged and approved by all the authors.
- Written permission (registration number of approval) for the research from the ethics committee of the institution where the work was carried out.
- Full name, postal address, email address and telephone number of the author responsible for correspondence.

Detailed information about online submission of manuscripts can be found on our website.

### ORGANIZATION OF MANUSCRIPT

Organize your manuscript in the following order: article title, title page, acknowledgements, abstract and keywords, text, references, tables, figures, supplements (Font: TIMES NEW ROMAN size12, 1.5 line spacing). Please number the pages of your manuscript.

**Title:** The title must describe the topic of the article,

participants where relevant, clinical problem and research method used.

**Title page:** The title page contains:

- Full name, full article title (maximum 90 characters), academic and professional qualifications and institute for every author.
- Email address of every author.
- Submission date of article.

**Acknowledgements:** Basic contributors to the work are thanked in the acknowledgements.

**Abstract:** Abstracts should be no more than 250 words and should not include any references or abbreviations. Abstracts of research work should be structured under the following headings, where possible: (a) Introduction, (b) Materials and Methods, (c) Results, (d) Discussion, (e) Research limitations and (f) Conclusions, which must have a bearing on the objectives and the context of the study, and provide recommendations for clinical implementation of the results.

Abstracts of reviews should come under the following headings, where possible: Introduction, purpose, secondary aims, references: data bases, review methods, results, conclusions.

Abstracts of book reviews should provide a brief summary of the rationale and conclusions.

**Keywords:** Up to six keywords in alphabetical order should be included, stating clearly the context of the article, objective and method used.

Use the medical title thesaurus (MeSH®) and (CINAHL) where possible.

**Text:** The text introduction must refer to what is already known on the topic and what this article has to add to nursing science. Depending on the type of article, it should be set out as follows:

Reviews should carry: (a) Introduction, (b) Purpose, (c) Materials and Methods, (d) Results, (e) Discussion, (f) Conclusions, and must expand in detail on the summary.

Research works must follow a specific structure: (a) Introduction, (b) Materials and Methods, (it is necessary to state the time period for the collection of data, data source, sample sizes and sample selection methods, details of how they were chosen, selection and exclusion criteria, number of new participants or dropouts, relevant clinical and demographic characteristics, data collection methods, data collection device and permission and approval process for its use, response rates, statistical methods used for analysis (c) Results along with accurate rates of

statistical importance (d) Discussion, (e) Research limitations and (f) Conclusion, which must have a bearing on the objective and the context of the review, and provide recommendations for clinical implementation of the results.

Interesting cases are divided into: (a) Introduction, (b) Case reports, (c) Comments.

Prolonged publications are separated into: (a) Introduction, (b) Materials and Methods, (c) Results, (d) Discussion.

**Tables/figures:** Tables and figures are printed only when presenting further supporting data not provided by text. Tables should be numbered consecutively, given a concise title and must each be typed on a separate page.

**Units of Measurement:** Length, height, weight and volume must be expressed in metric units in accordance with internationally recognized symbols.

**Abbreviations:** Avoid using abbreviations wherever possible. All abbreviations to be used by the authors must be written in their expanded form along with their abbreviated form in parenthesis at first use. Titles of journals should be abbreviated according to the list of Index Medicus, which is published in January every year in a separate issue (List of Journals Indexed in Index Medicus). There is a relevant list (IATROTEK) with abbreviations of Greek journals.

**Statistics:** Standardized and internationally approved methods must be used to present statistical material.

**Statement of Informed Consent:** Authors must ensure that research has been conducted in accordance with the ethical principles clearly laid down in the International Committee of Medical Journal Editors ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)) and the World Medical Association Declaration of Helsinki, 2000. In other words it is imperative that authors assure that the results of their studies arise from research work which has obtained informed consent from the participants and approval from the formal ethics committee.

**Permissions:** Permission to reprint previously published material must be obtained in written form from the copyright holder.

**Questionnaires:** Non-standard and unfamiliar questionnaires and evaluation programmes used in research work should be applied to supplements.

**References:** All publications referring to the text must be cited in a reference list. References should



be presented according to the style used in «Harvard»  
Revised for 2009 version 3.0 editions of: The Coventry  
University (CU) Harvard Reference Style Guide  
v3.0, Quickstart Guide v3.0, Glossary v3.0.

### Examples

1. Book with one author: Biggs, G. (2000) *Gender and Scientific Discovery*. 2nd edn. London: Routledge
2. Book with many authors: Ong, E., Chan, W. and Peters, J. (2004) *Advances in Engineering*. 2nd edn. London: Routledge
3. Chapter or dissertation of specific author in a book: Aggarwal, B. (2004) "Has the British Bird Population Declined?" In *a Guide to Contemporary Ornithology*, ed by Adams, G. London: Palgrave, 66-99
4. Journal article: Padda, J. (2003) "Creative Writing in Coventry". *Journal of Writing Studies* 3 (2) 44-59
5. Website: Centre of Academic Writing *The List of References Illustrated* [online] available from <http://home.ched.coventry.ac.uk/caw/harvard/index.htm> [Sept 2009]
6. Article in electronic journal: Για ένα άρθρο σε ηλεκτρονικό περιοδικό: Dhillon, B. (2004) "Should Doctors Wear Ties?" *Medical Monthly* [online] 3 (1) 55-88. available from <http://hospitals/infections/latest-advice> [20 April 2005]

### IMPORTANT NOTE

If submitting an article that has already been reviewed by the editorial team of EPNE, please attach the email message with your response to the comments of the editor and reviewers.

### AUTHOR SERVICES

Article progress can be checked ONLY online.

### Reprints

Three reprints will be given free of charge to the corresponding author of the article.

### Copyright

Copyright of published articles belongs to the authors. The journal retains the right to reproduce or republish an article for the purposes of promoting Nursing Science.

EPNE will take all necessary measures to protect authors' rights.

## Επιτομή χρήσιμων πληροφοριών

### Σύσταση της ΕΝΕ

Η ΕΝΕ συστάθηκε δια του Νόμου 3252/2004 υπό την μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου και λειτουργεί ως επίσημος επαγγελματικός σύλλογος των Νοσηλευτών. Η εγγραφή σε αυτήν όλων των Νοσηλευτών, είναι υποχρεωτική, όπως συμβαίνει σε κάθε αντίστοιχο επιμελητήριο άλλων επαγγελματιών που λειτουργεί ως ρυθμιστικός φορέας και επίσημος σύμβουλος της Πολιτείας (Πανελληνιος Ιατρικός Σύλλογος, Δικηγορικός Σύλλογος Αθηνών, Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδος, κ.τ.λ).

### Κυριότεροι σκοποί της ΕΝΕ

Για να γίνουν κατανοητοί οι λόγοι που πρέπει όλοι οι νοσηλευτές να είναι εγγεγραμμένοι, παραθέτουμε τους βασικότερους στόχους που περιγράφει ο Νόμος 3252/2004 και που καλείται να επιτελέσει η Ε.Ν.Ε:

- την προαγωγή και ανάπτυξη της Νοσηλευτικής ως ανεξάρτητης και αυτόνομης επιστήμης και τέχνης
- την έρευνα, ανάλυση και μελέτη των νοσηλευτικών θεμάτων και τη σύνταξη και υποβολή επιστημονικά τεκμηριωμένων μελετών για τα διάφορα νοσηλευτικά προβλήματα της χώρας
- τη διατύπωση εισηγήσεων για νοσηλευτικά θέματα
- τη διαρκή εκπαίδευση, μετεκπαίδευση και επιμόρφωση των Νοσηλευτών και την υλοποίηση και αξιοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων
- τη συμμετοχή στην υλοποίηση προγραμμάτων που επιχορηγούνται από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή άλλους διεθνείς οργανισμούς
- την έκδοση πιστοποιητικών, απαραίτητων για την άδεια άσκησης επαγγέλματος των Νοσηλευτών
- τον περιορισμό της αντιποίησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος
- την αξιολόγηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας
- την εκπροσώπηση της χώρας σε διεθνείς οργανισμούς του νοσηλευτικού κλάδου
- την έκδοση περιοδικού, ενημερωτικού δελτίου, συγγραμμάτων και φυλλαδίων για την ενημέρωση των μελών της αλλά και του κοινωνικού συνόλου
- τη μελέτη υγειονομικών θεμάτων και την οργάνωση επιστημονικών συνεδρίων αυτόνομα ή σε συνεργασία με άλλους φορείς
- τη δημιουργία επιτροπής δεοντολογίας και ηθικής του

επαγγέλματος του νοσηλευτή

- τον καθορισμό και κοστολόγηση των νοσηλευτικών πράξεων και
- την προστασία και προαγωγή της υγείας του Ελληνικού Λαού.

### Μέλη της ΕΝΕ

Μέλη της Ε.Ν.Ε είναι υποχρεωτικώς όλοι οι νοσηλευτές που είναι απόφοιτοι: α) Τμημάτων Νοσηλευτικών Α.Ε.Ι., β) Νοσηλευτικών Τμημάτων Τ.Ε.Ι., γ) Πρώην Ανώτερων Σχολών Αδελφών Νοσοκόμων, Επισκεπτριών Αδελφών Νοσοκόμων, αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, δ) Πρώην Νοσηλευτικών Σχολών ΚΑΤΕΕ, ε) Νοσηλευτικών Σχολών ή Τμημάτων της αλλοδαπής, των οποίων τα διπλώματα έχουν αναγνωριστεί ως ισότιμα με τα πτυχία των νοσηλευτικών σχολών της ημεδαπής από τις αρμόδιες υπηρεσίες και στ) Στρατιωτικών Ανωτάτων Νοσηλευτικών Σχολών.

### Διάρθρωση της ΕΝΕ

Η ΕΝΕ διαρθρώνεται σε Κεντρική Διοίκηση, που εδρεύει στην Αθήνα και σε επτά Περιφερειακά Τμήματα, που λειτουργούν σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας.

### Κεντρική Διοίκηση

Η Κεντρική Διοίκηση αποτελείται από 15μελές Δ.Σ και έχει έδρα την Αθήνα. Η διεύθυνση των γραφείων είναι: Λεωφόρος Βασιλίσσης Σοφίας 47, Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049. Η ιστοσελίδα της Ε.Ν.Ε είναι [www.enne.gr](http://www.enne.gr) και το e-mail: [info@enne.gr](mailto:info@enne.gr).

### Περιφερειακά Τμήματα

Τα δεκατρία Περιφερειακά Τμήματα (Π.Τ) της Ε.Ν.Ε, ακολουθούν τον αριθμό των Υγειονομικών Περιφερειών (Υ.Π.Ε) και είναι τα ακόλουθα:

1. Πρώτο Περιφερειακό Τμήμα Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης: Β. ΠΑΥΛΟΥ 10Α ΚΟΜΟΤΗΝΗ ΤΗΛ. 6944152505-6948625299 FAX. 2531080126. Περιλαμβάνει τους Νομούς Δράμας, Έβρου, Καβάλας, Ξάνθης και Ροδόπης. Έδρα του 1ου ΠΤ Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης είναι η Κομοτηνή
2. Δεύτερο Περιφερειακό Τμήμα Κεντρικής Μακεδονίας: ΜΑΒΙΛΗ 11, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, Τ.Κ.54630, τηλ. 2310522822 και fax. 2310522219. Περιλαμβάνει τους Νομούς Ημαθίας, Θεσσαλονίκης, Κιλκίς, Πιερίας, Πέλλας, Σερρών και Χαλκιδικής. Έδρα του 2ου ΠΤ Κεντρικής Μακεδονίας είναι η Θεσσαλονίκη.

3. Τρίτο Περιφερειακό Τμήμα Δυτικής Μακεδονίας: ΑΕΤΟΡΑΧΗΣ & ΓΡΑΜΜΟΥ 5, ΚΟΖΑΝΗ ΤΗΛ.24610 49591 FAX:2461067817. Περιλαμβάνει τους Νομούς Γρεβενών, Καστοριάς, Κοζάνης και Φλώρινας. Έδρα του 3ου ΠΤ Δυτικής Μακεδονίας είναι η Κοζάνη
4. Τέταρτο Περιφερειακό Τμήμα Ηπείρου: ΥΠΑΤΗΣ 1 & Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ ΤΗΛ. 2610423830 FAX. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Άρτας, Θεσπρωτίας, Ιωαννίνων, και Πρεβέζης. Έδρα του 4ου ΠΤ Ηπείρου είναι τα Ιωάννινα.
5. Πέμπτο Περιφερειακό Τμήμα Θεσσαλίας: ΝΑΥΑΡΙΝΟΥ 2, ΛΑΡΙΣΑ ΤΚ 41223 ΤΗΛ 2410284866 FAX. 2410284871. Περιλαμβάνει τους Νομούς Καρδίτσας, Λάρισας, Μαγνησίας και Τρικάλων. Έδρα του 5ου ΠΤ Θεσσαλίας είναι η Λάρισα.
6. Έκτο Περιφερειακό Τμήμα Ιονίων Νήσων: ΥΠΑΤΗΣ 1 & Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ ΤΚ 26441 ΤΗΛ. 2610423830 FAX. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Ζακύνθου, Κέρκυρας, Κεφαλληνίας και Λευκάδας καθώς και το δήμο Ιθάκης που αποτελεί αυτοτελή περιφερειακή ενότητα.
7. Έβδομο Περιφερειακό Τμήμα Δυτικής Ελλάδας: ΥΠΑΤΗΣ 1 & Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ, ΤΚ 26441 ΤΗΛ. 2610423830 FAX. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Αιτωλοακαρνανίας, Αχαΐας και Ηλείας. Έδρα του 7ου ΠΤ Δυτικής Ελλάδας είναι η Πάτρα.
8. Ογδοο Περιφερειακό Τμήμα Στερεάς Ελλάδας: ΝΑΥΑΡΙΝΟΥ 2 ΤΚ. 41223 ΤΗΛ.2410284866 FAX. 2410284871. Περιλαμβάνει τους Νομούς Βοιωτίας, Ευβοίας, Ευρυτανίας, Φθιώτιδος και Φωκίδος. Έδρα του 8ου ΠΤ Στερεάς Ελλάδας είναι η Λαμία.
9. Ένατο Περιφερειακό Τμήμα Αττικής: ΛΕΩΦΟΡΟΣ ΒΑΣΙΛΙΣΣΗΣ ΣΟΦΙΑΣ 47, Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049. Περιλαμβάνει το Νομό Αττικής.
10. Δέκατο Περιφερειακό Τμήμα Πελοποννήσου: ΥΠΑΤΗΣ 1 & Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ ΤΚ 441 ΤΗΛ. 2610423830 ΦΑΞ. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Αργολίδος, Αρκαδίας, Κορινθίας, Λακωνίας και Μεσσηνίας. Έδρα του 10ου ΠΤ Πελοποννήσου είναι η Τρίπολη.
11. Ενδέκατο Περιφερειακό Τμήμα Βορείου Αιγαίου: ΑΛΚΑΙΟΥ 8, ΜΥΤΙΛΗΝΗ ΤΚ 81100 ΤΗΛ. 22510-46272 ΦΑΞ. 22510-46272. Περιλαμβάνει τους Νομούς Λέσβου, Σάμου και Χίου.
12. Δωδέκατο Περιφερειακό Τμήμα Νοτίου Αιγαίου: ΛΕΩΦΟΡΟΣ ΒΑΣΙΛΙΣΣΗΣ ΣΟΦΙΑΣ 47, Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049. Περιλαμβάνει τους Νομούς Κυκλάδων και Δωδεκανήσου.
13. Δέκατο Τρίτο Περιφερειακό Τμήμα Κρήτης: ΣΠΙΝΑΛΟΓΚΑΣ 6, ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΤΚ 71201 τηλ. 2810310366, 2810311684 και fax.2810310014. Περιλαμβάνει τους Νομούς Ηρακλείου, Λασιθίου, Ρεθύμνου και Χανίων. Έδρα του 13ου ΠΤ Κρήτης είναι το Ηράκλειο.

### Εγγραφή και συνδρομή των μελών

Κάθε Νοσηλευτής υποχρεούται να υποβάλλει αίτηση εγγραφής στο οικείο Περιφερειακό Τμήμα. Η αίτηση συνοδεύεται υποχρεωτικά από επικυρωμένα αντίγραφα πτυχίου και αστυνομικής ταυτότητας, δυο έγχρωμες φωτογραφίες, το αποδεικτικό της τραπεζικής κατάθεσης των 65 €, απλό φωτοαντίγραφο της άδειας άσκησης επαγγέλματος και προαιρετικά από τους τίτλους που τυχόν κατέχει το υποψήφιο μέλος (μεταπτυχιακοί τίτλοι, πιστοποιητικά γνώσης ξένης γλώσσας, κοινωνικές δραστηριότητες κ.τ.λ.). Κάθε Νοσηλευτής υποχρεούται να ανανεώνει την εγγραφή του ετησίως, αυτοπροσώπως ή ταχυδρομικώς (όχι με fax) μέχρι το τέλος Φεβρουαρίου, υποβάλλοντας σχετική δήλωση στο Περιφερειακό Τμήμα όπου ανήκει. Η δήλωση υποβάλλεται ταυτόχρονα με την καταβολή της ετήσιας συνδρομής, που έχει οριστεί δια του Νόμου 3252/2004 στο ποσό των σαράντα πέντε (45) ευρώ. Σε κάθε Νοσηλευτή που εγγράφεται ή ανανεώνει την εγγραφή του στην ΕΝΕ χορηγείται Δελτίο Ταυτότητας Νοσηλευτή.

### Άδεια άσκησης επαγγέλματος

Για την έκδοση από τις κατά τόπους Νομαρχίες της άδειας άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος, οι νοσηλευτές οφείλουν να συμπεριλάβουν, μεταξύ των δικαιολογητικών, και βεβαίωση εγγραφής στο οικείο Περιφερειακό Τμήμα της Ε.Ν.Ε. Με την παραλαβή της άδειας άσκησης επαγγέλματος, υποχρεούνται να καταθέσουν άμεσα αντίγραφο αυτής, στο Περιφερειακό Τμήμα όπου ανήκουν. Βάσει του Νόμου 3252/2004, όποιος ασκεί τη νοσηλευτική χωρίς να έχει άδεια άσκησης επαγγέλματος διώκεται ποινικά σύμφωνα με το άρθρο 458 του Ποινικού Κώδικα. Καταγγελία για παράνομη άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος μπορεί να κάνει οποιοσδήποτε ιδιώτης στα Περιφερειακά Συμβούλια ή στο Δ.Σ. της Ε.Ν.Ε., το οποίο στη συνέχεια υποχρεούται να γνωστοποιήσει το γεγονός στις αρμόδιες δικαστικές αρχές.

Στις περιπτώσεις που επιβάλλεται πειθαρχική ποινή προσωρινής ή οριστικής διαγραφής από την Ε.Ν.Ε., αναστέλλεται αυτοδίκαια η άδεια άσκησης επαγγέλματος.

### Όργανα διοίκησης

Η Ε.Ν.Ε διοικείται από την Συνέλευση των Αντιπροσώπων και το Διοικητικό Συμβούλιο. Τα Περιφερειακά Τμήματα διοικούνται από την Γενική Συνέλευση και το Περιφερειακό Συμβούλιο.

### Διεθνής εκπροσώπηση της Ε.Ν.Ε

Η Ε.Ν.Ε είναι μέλος της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου Νοσηλευτών (F.E.P.I.), κατέχοντας μια από τις επτά θέσεις του Διοικητικού της Συμβουλίου. Στην εν λόγω Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία συμμετέχουν ακόμα η Αγγλία, η Ιταλία, η Ισπανία, η Ιρλανδία, η Πολωνία, η Κροατία, η Ρουμανία, η Πορτογαλία και υπό ένταξη είναι η Γαλλία, η Κύπρος και το Βέλγιο. Για περισσότερες πληροφορίες, συνδεθείτε με την ιστοσελίδα [www.fepi.org](http://www.fepi.org).

### Ανάδειξη και Θητεία των αιρετών οργάνων διοίκησης

Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Ν.Ε, εκλέγεται από την Συνέλευση των Αντιπροσώπων. Οι Αντιπρόσωποι εκλέγονται χωριστά για κάθε Περιφερειακό Τμήμα από τα μέλη της Γενικής Συνέλευσης του Τμήματος. Τα Περιφερειακά Συμβούλια εκλέγονται ομοίως από τα μέλη της Γενικής Συνέλευσης του Περιφερειακού Τμήματος. Οι εκλογές διεξάγονται κάθε τρία (3) χρόνια, ενώ συμμετέχουν σ' αυτές όσοι Νοσηλευτές είναι οικονομικώς τακτοποιημένοι.

### Πειθαρχικός έλεγχος

Ο πειθαρχικός έλεγχος των μελών της Ε.Ν.Ε ασκείται σε πρώτο βαθμό από τα Περιφερειακά Συμβούλια, που λειτουργούν και ως Πειθαρχικά Συμβούλια.

Ο δευτεροβάθμιος πειθαρχικός έλεγχος, καθώς και ο πειθαρχικός έλεγχος των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου και των Περιφερειακών Συμβουλίων ασκείται από το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο, στο οποίο προεδρεύει Εφέτης των Πολιτικών Δικαστηρίων.

### Επιστημονικό Περιοδικό

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος δημιούργησε το 2008 το «Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης» που αποτελεί και το επίσημο περιοδικό της. Είναι ένα περιοδικό πολυδιάστατο με κριτική επιτροπή που στοχεύει στην προώθηση της Νοσηλευτικής Επιστήμης στην Ελλάδα. Το «Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης» αποτελεί ένα αξιόπιστο, σύγχρονο, τριμηνιαίο επιστημονικό περιοδικό που εκδίδεται στην Ελληνική και την Αγγλική γλώσσα και είναι διαθέσιμο σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή με συμβολική αμοιβή σε όλους τους ενδιαφερόμενους ερευνητές, πανεπιστημιακούς δασκάλους, φοιτητές, σε όλη τη νοσηλευτική κοινότητα γενικότερα αλλά και στα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα (ΑΤΕΙ και ΑΕΙ) της ημεδαπής και της αλλοδαπής.

Παράλληλα παρέχει τη δυνατότητα σε νέους επιστήμονες να έχουν εύκολη πρόσβαση στη γνώση και στην πρόοδο της νοσηλευτικής ενώ αποτελεί το επιστημονικό βήμα για τους νοσηλευτές που απασχολούνται στην εκπαίδευση και στην κλινική νοσηλευτική να δημοσιεύσουν το έργο τους και να δεχθούν εποικοδομητικές κριτικές. Στο περιοδικό δημοσιεύονται ερευνητικές μελέτες, ανασκοπήσεις, πρωτότυπες πραγματείες και βιβλιοκριτικές. Οι εργασίες που δημοσιεύονται, μοριοδοτούνται με τρόπο θεσμικά προβλεπόμενο και επικυρωμένο από την ελληνική νομοθεσία και σύμφωνα πάντα με τη διεθνή πρακτική.

### Ενημερωτικό περιοδικό

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος δημιούργησε το 2008 το μηνιαίο ενημερωτικό περιοδικό «Ο Ρυθμός της Υγείας», με σκοπό την ανάδειξη του νοσηλευτή ως ενιαίας ψυχοσωματικής, και επαγγελματικής οντότητας, με ενδιαφέροντα που κινούνται πέρα από τα τετριμμένα, αγκαλιάζοντας όλα τα επίπεδα της πολύπλευρης κοινωνικής του υπόστασης.

Ο Έλληνας νοσηλευτής, εκτός από την ανάγκη για την επίλυση πρωταρχικών ζητημάτων που τον απασχολούν ως επαγγελματία, έχει ανάγκη να εκφραστεί, να επικοινωνήσει, να διασκεδάσει και να προβάλλει πολύπλευρα τον κοινωνικό του προορισμό.

Έτσι, «Ο Ρυθμός της Υγείας», σκοπεύει να ενώσει τη φωνή όλων των νοσηλευτών της χώρας και να αποτελέσει ένα άμεσο και έγκυρο κανάλι επικοινωνίας, δίνοντας βήμα σε όλες ανεξαιρέτως της φωνές της επαγγελματικής –και όχι μόνο– κοινότητας.

### Μελλοντικοί Στόχοι

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας, με τη συνεργασία όλων των μελών της, στοχεύει να υλοποιήσει και να ολοκληρώσει κάποια σημαντικά έργα που αποτελούν πάγια αιτήματα της νοσηλευτικής κοινότητας, ορισμένα από τα οποία ήδη άρχισαν να εκπονούνται:

- Καθορισμός και κοστολόγηση των νοσηλευτικών πράξεων
- Δημιουργία ανοιχτής γραμμής επικοινωνίας με σκοπό την καταγραφή και επίλυση των προβλημάτων των νοσηλευτών
- Ενίσχυση των διεθνών σχέσεων των ελλήνων νοσηλευτών με οργανισμούς, fora και ινστιτούτα του εξωτερικού
- Δημιουργία ηλεκτρονικής ψηφιακής βιβλιοθήκης η χρήση της οποίας θα είναι δωρεάν για τα μέλη της ΕΝΕ και προσβάσιμη από όλη την επικράτεια
- Προσφορά ειδικών εκπαιδευτικών και μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων
- Διοργάνωση επιστημονικών συνεδρίων και ημερίδων με μοριοδότηση των συνέδρων νομικά ισχύουσα και κατοχυρωμένη
- Δημιουργία Ειδικών Επιτροπών Έργου, όπως Εκπαίδευσης, Τεκμηρίωσης, Διεθνών Σχέσεων και Ενημέρωσης
- Οργάνωση δικτύου εμπειρογνομόνων για νοσηλευτικά θέματα και παροχή νομοτεχνικών συμβουλών
- Οργάνωση και λειτουργία προγραμμάτων εξειδίκευσης
- Πιστοποίηση Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων και Νοσηλευτικής επάρκειας

### Επικοινωνία

Οι νοσηλευτές μπορούν να απευθύνονται στα τηλέφωνα: 210 3648044, 3648048 (08:00- 15:00), στα fax:210 3648049, 3617859 και στο e- mail: info@enne.gr

- για επαγγελματικά θέματα
- για θέματα εκπαίδευσης
- για νομικά θέματα
- για την εγγραφή τους ή την ανανέωση αυτής
- για γενική ενημέρωση (συνέδρια, δράσεις, εκδηλώσεις κλπ)
- για τις προκηρύξεις μέσω ΑΣΕΠ
- για θέσεις εργασίας στον ευρύτερο τομέα της υγείας



# Τώρα, όλα τα έντυπά μας στο **διαδίκτυο!**



Κάντε κλικ...

username: abcd password: 1234

Diabetes Care - Greek Edition  
<http://diacare.gr>

Harvard Review of Psychiatry -  
Greek Edition  
<http://hrps.gr>

Heartreat  
<http://heartreat.gr>

Neurologic Clinics  
Greek Edition  
<http://semneuro.gr>

Medical Express  
<http://medicalexpress.gr>

Pharmanews  
<http://pharmanews.gr>

Διάγνωση  
<http://diagnosispress.gr>

**Μ. ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ**  
ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΕΞΙΛΙΣΙΑ  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ

Μ. ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ Α.Ε. | 210 8947 002 | info@pitsilidis.gr | www.pitsilidis.gr



**E.N.E.**   
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ  
[www.enne.gr](http://www.enne.gr)