

EDITORIAL: SPECIALTY EDUCATION IN OCCUPATIONAL MEDICINE EDITORIAL: EMPLOYEES STRESS AND WELL-BEING IN COMPANIES' ENVIRONMENTAL, SOCIAL AND GOVERNANCE FRAMEWORK EDITORIAL: HEAT STROKE - THE GREENHOUSE EFFECT THE APPROACH TO HEALTH THROUGH THE MATERIAL OF COMICS: THE CASE OF "ASTERIX" SLEEP DISORDERS AND WORK PERFORMANCE OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY IN THE FOOD INDUSTRY BRICK FACTORIES DURING THE 1950s IN THRACE (GREECE)



TASSOS TERZIS

ΑΡΘΡΟ ΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΡΘΡΟ ΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΤΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ Η ΕΥΕΞΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΤΑΙΡΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΑΡΘΡΟ ΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΘΕΡΜΟΠΛΗΞΙΑ - ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΘΕΡΜΟΚΗΠΙΟΥ Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΟ ΥΛΙΚΟ ΤΩΝ ΚΟΜΙΚΣ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ «ΑΣΤΕΡΙΞ» ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΣΤΙΑΣΗΣ ΚΕΡΑΜΟΙ ΕΝ ΚΑΜΙΝΩ ΣΤΗ ΘΡΑΚΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1950



TASSOS TERZIS

# HYGEIA@ERGAΣIA

SCIENTIFIC EDITION OF HELLENIC SOCIETY OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE IN ASSOCIATION WITH M.Sc. PROGRAM HEALTH AND SAFETY IN WORKPLACES D.U.TH. MEDICAL SCHOOL

VOLUME 13 ISSUE 3

ISSN 1792-4731

SEPTEMBER - DECEMBER 2022

HYGEIA@ERGAΣIA 13(3) ΤΕΥΧΟΣ ΤΡΙΑΚΟΣΤΟ ΕΝΝΑΤΟ

# HYGEIA@ERGAΣIA

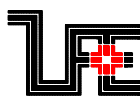
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.

ΤΟΜΟΣ 13 ΤΕΥΧΟΣ 3

ISSN 1792-4731

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2022





## ΑΡΘΡΟ ΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**Θ.Κ. Κωνσταντινίδης**

Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης (Δ.Π.Θ.), Διευθυντής Εργαστηρίου Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμήμα Ιατρικής Δ.Π.Θ., Επιστημονικά Υπεύθυνος και Διευθυντής Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας και Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Κοινωνική Ιατρική και Φαρμακευτική Φροντίδα, που οργανώνονται από το Τμήμα Ιατρικής Δ.Π.Θ.

Εκπαίδευση σε μια ιατρική ειδικότητα προϋποθέτει ότι υπάρχουν ειδικευόμενοι που ενδιαφέρονται να εκπαιδευθούν και ειδικοί που θα τους εκπαιδεύσουν. Για την Ιατρική της Εργασίας φαίνεται ότι εδώ και μια πενταετία τουλάχιστον παρουσιάζονται και στα δύο πεδία υστερήσεις: πλέον υπάρχουν κενές οργανικές θέσεις ειδικευόμενων (σε αντίθεση με τις πολύχρονες αναμονές του παρελθόντος, όπως π.χ. στην Αλεξανδρούπολη, όπου στο παρελθόν φαινόταν πως υπήρχε αναμονή 14 ετών, τώρα όλες οι θέσεις ειδικευόμενων είναι κενές), ενώ οι ειδικοί ήταν και παραμένουν ελάχιστοι σε υγειονομικές δομές, που περιλαμβάνουν θέσεις ειδικευόμενων (και ούτε προσδοκά κανείς να γίνουν άμεσα διορισμοί Ειδικών Ιατρών Εργασίας).

Το εξαιρετικά παράδοξο είναι ότι το μοναδικό Τμήμα Ιατρικής Εργασίας και Περιβάλλοντος, που υφίσταται εδώ και μια εικοσαετία περίπου, αυτήν τη στιγμή είναι στελεχωμένο με τρεις Ειδικούς Ιατρούς Εργασίας και βρίσκεται σε ένα Νοσοκομείο για το οποίο δεν προβλέφθηκε καμία οργανική θέση ειδικευόμενου αυτής της ειδικότητας. Προφανώς, η κατανομή των οργανικών θέσεων για ειδικευόμενους άλλα κριτήρια κάλυπτε (δηλαδή την αξιοποίηση «φθηνών» εργατικών χεριών σε διάφορες Κλινικές, με προσωρινό τρόπο). Μέχρι τώρα, ήταν αδιάφορο το αν καλύπτονταν κάποιο κριτήριο αναλογίας ειδικών προς ειδικευόμενους. Ετσι το Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας δεν είχε και

ακόμα δεν έχει καμία οργανική θέση ειδικευόμενου στην Ιατρική της Εργασίας, ενώ παραμένει η μοναδική υγειονομική δομή στην οποία μπορούσε μέχρι πρόσφατα να ολοκληρωθεί η Πρακτική Άσκηση στην ειδικότητα αυτήν. (Πλέον προβλέπεται η αντίστοιχη άσκηση και στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, παρότι είχε «ξεχασθεί» στο νόμο προς στιγμήν). Το απόηγμα – εσκεμμένο ή μη – που κάποτε πρέπει να διορθωθεί και η λύση βρίσκεται στη μετακίνηση κάποιων κενών οργανικών θέσεων ειδικευόμενων ιατρών από άλλα Νοσοκομεία στο Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας. Θα μπορούσαν (ίσως) να προέρχονται από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης... Αντίστοιχη παράλειψη για Πρακτική Άσκηση ειδικευόμενων στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας πρέπει επίσης να θεραπευθεί.

Από την άλλη πλευρά οι Ιατρικές Σχολές δεν έδειξαν ποτέ ενδιαφέρον να καλύψουν το συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο, ακόμα και όταν δόθηκαν πρόσθετες θέσεις μελών Δ.Ε.Π. για την Ιατρική της Εργασίας. Ωστόσο, δύο Ιατρικές Σχολές έχουν Καθηγητές με τη συγκεκριμένη ιατρική ειδικότητα (δύο μέλη Δ.Ε.Π. στην Ιατρική Αλεξανδρούπολης και ένα μέλος Δ.Ε.Π. στη Ιατρική Λάρισας). Το κύριο ερώτημα που πρέπει να απασχολήσει είναι αν υφίστανται επαρκείς δομές Ιατρικής Εργασίας στα Α.Ε.Ι. Εξάιρεση αποτελεί η πρώην *Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας* (Ε.Σ.Δ.Υ.) ενταγμένη πλέον στο *Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής* (Π.Δ.Α.) ως *Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας*. Στην Ε.Σ.Δ.Υ. υφίστατο παλαιόθεν ο *Τομέας Επαγγελματικής και Βιομηχανικής Υγιεινής* (Ε.Β.Υ.) και μετατράπηκε σε *Μονάδα Φυσιοπαθολογίας της Εργασίας και Επαγγελματικών Νόσων* (Μ.Φ.Ε.Ε.Ν.) που μαζί με τη *Μονάδα Περιβαλλοντικής Παρακολούθησης* (Μ.Π.Π.) απαρτίζουν πλέον το *Εργαστήριο Περιβάλλοντος και Επαγγελματικής Υγείας* (Ε.Π.Ε.Υ.), ενταγμένο στον *Τομέα Επαγγελματικής και Περιβαλλοντικής Υγείας* με Ιδρυτική Απόφαση του Πρύτανη του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΦΕΚ 4729/Β/19.12.2019).

Ξαναγυρνώντας στο ζήτημα της εκπαίδευσης στην ειδικότητα της Ιατρικής της Εργασίας, πρέπει να επισημανθεί ότι χωρίς τη δημιουργία Τμημάτων ή Μονάδων Ιατρικής Εργασίας σε Δημόσιες Υγειονομικές Δομές Ιατρικής Εργασίας, με Συντονιστή και Υπεύθυνο Εκπαίδευσης έναν Ειδικό Ιατρό Εργασίας, δεν είναι δυνατό να πραγματοποιείται ειδίκευση, επομένως παραμένει προσπατούμενο η δημιουργία και στελέχωση δομών αυτού του χαρακτήρα σε όσα Νοσοκομεία θα μπορούν να έχουν οργανικές θέσεις ειδικότητας, καθώς και αξιοποίηση όσων έχουν Τμήματα ή Μονάδες Ιατρικής Εργασίας.

Λύση, που προτάθηκε στο παρελθόν, θα μπορούσε να είναι η συμβολή των ιδιωτών Ειδικών Ιατρών Εργασίας, κατά το πρότυπο των Ιατρικών Σχολών στα Πανεπιστήμια της Κύπρου, που λειτουργεί επαρκώς εδώ και αρκετές δεκαετίες στην Ιταλία για πλειάδα ιατρικών ειδικοτήτων.

Για τη Θεωρητική Εκπαίδευση έχει αναπτυχθεί κατά τα τελευταία χρόνια πολλή συζήτηση, που φαίνεται να καταλήγει στην αναγκαιότητα αναδιάρθρωσής της, όχι τόσο ως προς το περιεχόμενό της (που είναι πάντως εξαιρετικά εκτεταμένο), αλλά

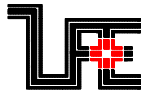
ως προς την εφαρμοσμένη διάστασή της. Το να διδαχθεί θεωρητικά η μεθοδολογία της Επαγγελματικής Επιδημιολογίας ή της Επαγγελματικής Τοξικολογίας μικρή αξία έχει, αν δεν συνοδεύεται από εμπράγματα εφαρμογές. Θεωρητικά προβλέπεται κάτι τέτοιο, στο πλαίσιο της Διπλωματικής Εργασίας, στην πράξη, ωστόσο, η Θεωρητική Εκπαίδευση είναι εστιασμένη σε θεωρητικές διδασκαλίες, ενώ θα είχε ενδιαφέρον η παρακολούθηση της λειτουργίας Ακαδημαϊκών - Ερευνητικών Δομών ή Μονάδων (και η συμμετοχή των ειδικευόμενων της Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος στις δράσεις αυτές), όπως ακριβώς ισχύει για όλες τις ιατρικές ειδικότητες. (Κάτι τέτοιο δεν υπονοεί την εγκατάλειψη των θεωρητικών διαλέξεων, ούτε τον περιορισμό του χρόνου παρουσίας σε Κέντρα Θεωρητικής Εκπαίδευσης, αλλά στοχεύει στο μετασχηματισμό της Θεωρητικής Εκπαίδευσης με εμπράγματα ερευνητικές δράσεις και σαφή περιορισμό των μαθημάτων. Μεταβατικά, θα μπορούσαν να συμβάλουν στην κατεύθυνση αυτήν τα Εργαστήρια Υγιεινής των Ιατρικών Σχολών, εφόσον αναπτύσσουν δράσεις Επαγγελματικής Επιδημιολογίας).

Επίσης για πολλά χρόνια θεωρούνταν απαραίτητο να γίνουν αλλαγές στο περιεχόμενο της Κλινικής Εκπαίδευσης και περιορισμός του χρόνου της. Ενώ ήταν εκτεταμένη η κλινική άσκηση στην Παθολογία, θεωρήθηκε ότι έλλειπε η εκπαίδευση σε θέματα Ψυχιατρικής, Γενικής Χειρουργικής, Επειγόντων, Πρώτων Βοηθειών κ.ά., που μόνο με τη συμβολή ευαισθητοποιημένων κλινικών ιατρών και το συντονισμό Ειδικών Ιατρών Εργασίας θα μπορούσε να παρασχεθεί σε Ειδικά Εξωτερικά Ιατρεία. Είναι πάντως σαφές ότι υφίστανται ελάχιστοι κλινικοί συνάδερφοι ευαισθητοποιημένοι σε ζητήματα επαγγελματικής νοσηρότητας...

Η πρόσφατη δημοσίευση Υπουργικής Απόφασης για την εκπαίδευση στην Ιατρική της Εργασίας και Περιβάλλοντος ελάχιστα συμβάλει στην κατεύθυνση αυτήν. Η εμπειρία των τωρινών ειδικευόμενων κατά τη δίμηνη παρουσία τους στην Ψυχιατρική είναι το να πραγματοποιούν αιμοληψίες, δεδομένου ότι οι ειδικευόμενοι της Ψυχιατρικής έχουν ελάχιστη σχετική εμπειρία... (Επομένως ανακύπτει και πάλι το γνωστό πρόβλημα ότι οι ειδικευόμενοι στην Ιατρική της Εργασίας και Περιβάλλοντος λειτουργούν ως «ορντινάντσα» των ειδικευόμενων συναδέλφων τους άλλων ιατρικών ειδικοτήτων). Αλλωστε, είναι πολύ σαφές ότι η πολυδιάσπαση της εκπαίδευσης στην Ιατρική της Εργασίας σε ποικίλες άλλες ειδικότητες υποβαθμίζει την ειδικότητα αυτήν και βέβαια δεν προσφέρει καμία γνώση η εκπαίδευση 1-2 μηνών στα Εξωτερικά Ιατρεία αλλότριων ειδικοτήτων.

Εντέλει, μοιάζει πολύ, ότι το επείγον και μοναδικό ενδιαφέρον έκδοσης Υπουργικής Απόφασης για την εκπαίδευση στην Ιατρική της Εργασίας και Περιβάλλοντος είναι η «τεκμηρίωση» της δυνατότητας των Ειδικών Ιατρών Εργασίας και Περιβάλλοντος να μπορούν να παραστήσουν τους Οικογενειακούς Ιατρούς... Ενώ είναι σαφές (και διακηρύσσεται εδώ και πενήντα χρόνια τουλάχιστον) το ότι η Ιατρική της Εργασίας ανήκει στις ιατρικές ειδικότητες της *Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας* (Π.Φ.Υ.), είναι πάρα πολύ αμφίβολο ότι έστω και ένας Ειδικός Ιατρός Εργασίας πρόκειται να ενταχθεί στην ομάδα των Οικογενειακών Ιατρών.

# HYGEIA@ERGAΣIA



SCIENTIFIC EDITION OF HELLENIC SOCIETY OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE

IN ASSOCIATION WITH M.Sc. PROGRAM HEALTH AND SAFETY IN WORKPLACES D.U.TH. MEDICAL SCHOOL

---

VOLUME 13 ISSUE 3

SEPTEMBER - DECEMBER 2022

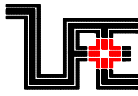
---

## *EDITORIAL* **SPECIALTY EDUCATION IN OCCUPATIONAL MEDICINE**

***T.C. Constantinidis***

Occupational Physician, Professor of Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece, Director of Laboratory of Hygiene and Environmental Protection, Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece, Scientific Coordinator and Director of Program of Postgraduate Studies Health and Safety in Workplaces and Program of Postgraduate Studies Primary Health Care, Social Medicine and Pharmaceutical Care, organized by Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece.

*Abstract:* Proposals for training in the specialty of Occupational Medicine in Greece.



ΑΡΘΡΟ ΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ  
**ΤΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ Η ΕΥΕΞΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ  
ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ  
ΚΑΙ ΕΤΑΙΡΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ**

Δρ **Ευάγγελος Αλεξόπουλος**

Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Οι *Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης*, που τέθηκαν από τη Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε. το 2015, τόνισαν την ανάγκη για ευαισθητοποίηση και δράσεις από τους θεσμούς, τις κοινότητες και τα άτομα για ένα βιώσιμο μέλλον, αλλά οι υπάρχουσες ανισότητες και η έλλειψη εμπιστοσύνης στους θεσμούς υπονομεύουν αυτές τις προσπάθειες [1]. Οι εργοδότες έχουν τη δυνατότητα και την ευκαιρία να ενεργήσουν ως ηγέτες στην οικοδόμηση μιας βιώσιμης κοινωνίας. Δράσεις και αναφορές στην *Περιβαλλοντική, Κοινωνική και Εταιρική Διακυβέρνηση* (E.S.G.) υιοθετούνται από ολοένα αυξανόμενο αριθμό εταιρειών και δημιουργούν αξία για την κοινωνία, αν και υπάρχουν επιφυλάξεις για την αποτελεσματικότητα και τα κίνητρα τους. Η έρευνα δείχνει ότι οι E.S.G. δράσεις και η διαφανής και υπεύθυνη αναφορά τους ωφελούν την εταιρική απόδοση αλλά υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω έρευνα και κοινωνικό διάλογο σχετικά με τις αξιολογήσεις της [2, 3, 4]. Πιστεύουμε ότι οι δείκτες και οι συνιστώσες που επηρεάζουν στην ευεξία των εργαζομένων (π.χ. το εργασιακό στρες, η ισορροπία ή η δυσαρμονία εργασιακής και κοινωνικής / οικογενειακής ζωής, η κατάσταση υγείας, η ικανοποίηση από την εργασία και τη ζωή, η εμπειρία από τις εργασιακές πολιτικές, την κουλτούρα και την ηθική) θα πρέπει να ενσωματωθούν στις βασικές αξίες της E.S.G. των εταιρειών, λαμβάνοντας υπόψη πρότυπα όπως π.χ. αυτά της G.R.I. Είναι αποδεδειγμένο ότι η απόδοση

της εταιρείας, η φήμη της, η ικανότητα προσέλκυσης νέων ταλέντων, όπως και η χαμηλή εναλλαγή εργαζομένων συνδέονται στενά με την ευημερία τους, την αξία και τη φροντίδα που παρέχει ο εργοδότης τους (όχι μόνο για τον εαυτό τους αλλά και για τις οικογένειές τους), τη δέσμευσή τους, τα αισθήματα αξίας, παρακίνησης και ασφάλειας και με την επίτευξη υψηλών βαθμολογιών στους σχετικούς Δείκτες (συμπεριλαμβανομένων αυτών που αποτυπώνουν τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία, τις υποκειμενικές εκτιμήσεις, τις προσδοκίες, την ανθεκτικότητα και το εργασιακό στρες). Συνεπώς, οι E.S.G. δράσεις θα ενισχύσουν την επίτευξη βιώσιμων στόχων και ανάπτυξης. Οι εταιρείες που θα πετύχουν είναι αυτές που θέτουν προτεραιότητα τους ανθρώπους τους.

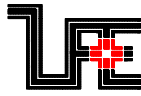
Το πρόσφατο διεθνές πρότυπο για την ψυχική υγεία στο χώρο εργασίας (I.S.O. 45003:2021 - «Διαχείριση επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας - Ψυχολογική υγεία και ασφάλεια στην εργασία - Οδηγίες για τη διαχείριση ψυχοκοινωνικών κινδύνων») προσφέρει οδηγίες για τη διαχείριση ψυχοκοινωνικών κινδύνων και την προώθηση της ευημερίας στην εργασία ως μέρος ενός συστήματος διαχείρισης για την *Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία* (O.H.S.) και παρακινεί περαιτέρω έρευνα [5]. Από την άποψη της Υ.Α.Ε., η αποτελεσματική διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων είναι ζωτικής σημασίας και η σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με ολιστικό τρόπο. Πιθανά και το ελπίζουμε, ο μεγαλύτερος αντίκτυπος της πανδημίας του COVID-19 στην εργασία να είναι η συνειδητοποίηση από τις εταιρικές ηγεσίες της ανάγκης να ακολουθούν ανθρωποκεντρικές προσεγγίσεις. Τελικά, πόσο ηθικό είναι να προωθούνται στρατηγικές E.S.G. χωρίς να επενδύεται φροντίδα στην ευεξία των εργαζομένων; Δίνοντας αξία και καλλιεργώντας εμπιστοσύνη στους εργαζόμενους, οι εταιρείες παράγουν μεγάλη αξία για ολόκληρη την κοινωνία, συμβάλλοντας σε ένα πιο βιώσιμο μέλλον.



## **BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. **Bureau of United Nations Statistical Commission** (2015), UNSC. Technical report by the Bureau of the United Nations Statistical Commission on the process of the development of an indicator framework for the goals and targets of the post-2015 development agenda (Working draft), *Bureau of United Nations Statistical Commission*.
2. **Corporate Finance Institute** (2022), ESG (Environmental, Social and Governance). *Corporate Finance Institute*. Retrieved 20 July 2022.
3. **Xie J., Nozawa W., Yagi M., Fujii H. and Managi S.** (2018), Do Environmental, Social, and Governance Activities Improve Corporate Financial Performance? M.P.R.A. Paper No. 88720; *Munich Personal RePEc Archive (M.P.R.A.)*, Munich, Germany, 2018; Available online: <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/88720/> (accessed on 20 January 2019).
4. **Alsayegh M.F., Rahman R.A. and Homayoun S.** (2020), Corporate Economic, Environmental and Social Sustainability Performance Transformation through E.S.G. Disclosure. *Sustainability* 2020, 12, 3910
5. **I.S.O.** (2021), I.S.O. 45003:2021. Occupational health and safety management - Psychological health and safety at work - Guidelines for managing psychosocial risks. *I.S.O.* available at: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:45003:ed-1:v1:en>.

Guest Editorial - Ειδικό τεύχος «Το στρες και η ευεξία των εργαζομένων στην περιβαλλοντική, κοινωνική και εταιρική διακυβέρνηση (E.S.G.)» του *International Journal of Environmental Research and Public Health* (I.F. 4.614, S.C.I.E. and .S.S.C.I. indexed) (I.S.S.N. 1660-4601). Το ειδικό αυτό τεύχος ανήκει στην ενότητα «Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία». Προθεσμία υποβολής άρθρων: 31 Ιουλίου 2023. Deadline for manuscript submissions: 31 July 2023. [https://www.mdpi.com/journal/ijerph/special\\_issues/5FUTD7YUP9](https://www.mdpi.com/journal/ijerph/special_issues/5FUTD7YUP9)



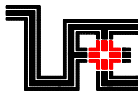
## EDITORIAL

### EMPLOYEES STRESS AND WELL-BEING IN COMPANIES' ENVIRONMENTAL, SOCIAL AND GOVERNANCE FRAMEWORK

Dr *Evangelos C. Alexopoulos*

Occupational Physician, Ph.D. of Medical School of the National and Kapodistrian University of Athens.

*Abstract:* The Sustainable Development Goals set by the U.N. General Assembly in 2015 emphasized the need for policy, institutions, communities, individuals' engagement, and actions toward a sustainable future, but the existing inequalities, implemented practices and the lack of trust in institutions undermine these efforts. Employers have the potential and the opportunity to act as leaders in building a sustainable society. *Environmental, Social, and Governance (E.S.G.)* actions and reporting have already been adopted by a growing number of corporations and create value for society, although there is a lack of belief in its impact on efficiency and on genuine motivation. Research shows that E.S.G. actions and transparent and accountable reporting could benefit corporate performance, although there is a need for further research and social dialogue around E.S.G. evaluations. We believe that indicators and drivers of employees' wellbeing (e.g., occupational stress, work/life balance or conflict, health status, job and life satisfaction, experience on work policies, culture, and ethics) should be incorporated into companies' E.S.G. core values, taking into consideration standards such as G.R.I. It is well established that company performance, reputation, and the ability to attract new talent and maintain employees are strongly associated with their wellbeing, the value and care provided by their employer (not only for themselves but also for their families), their engagement, feeling valued and motivated, feeling psychological safety, and by accomplishing high ratings for relative KPIs (including physical, mental, and social wellbeing and judgments, expectations, resilience, and occupational stress); thus, the implementation of E.S.G. actions can help to accomplish sustainable targets and goals. The corporations that will succeed are the ones that put their people first. The recent international standard on mental health in the workplace (I.S.O. 45003:2021 - "Occupational health and safety management - Psychological health and safety at work - Guidelines for managing psychosocial risks") offers guidance on managing psychosocial risks and promoting wellbeing at work as part of an *occupational health and safety (O.H.S.)* management system and motivates further insights and advancements. From an O.S.H. perspective, effective management of psychosocial risk is crucial, and physical, mental, and social wellbeing should be addressed in a holistic way. Perhaps, and hopefully, the greater impact of the COVID-19 pandemic on work will be leadership and managers realizing the need to follow human-centered approaches. In the end, how ethical is it to promote E.S.G. strategies without caring for employees' wellbeing? By giving value to and building trust in employees, companies give great value to the whole of society, contributing to a more sustainable future.



## ΑΡΘΡΟ ΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΘΕΡΜΟΠΛΗΞΙΑ - ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΘΕΡΜΟΚΗΠΙΟΥ

*Κωνσταντίνος Κουσκούκης*

Καθηγητής Δερματολογίας, Νομικός, Πρόεδρος της Ελληνικής Ακαδημίας Ιαματικής Ιατρικής, Πρόεδρος του Ελληνικού Συνδέσμου Τουρισμού Υγείας, Πρόεδρος της Παγκόσμιας Ακαδημίας Κινέζικης και Συμπληρωματικής Ιατρικής.

Το *σύνδρομο του θερμοκηπίου* κατά το κοινώς λεγόμενο *σύνδρομο του φούρνου* υφίστανται οι κάτοικοι των τσιμεντουπόλεων, υποφέροντας από δύσπνοιες και εξάντληση στα πολυόροφα κτίρια με αυξημένη συγκέντρωση ρύπων, βιώνοντας το *φαινόμενο της θερμικής νησίδας*.

Ο οργανισμός του ανθρώπου λειτουργεί ως ένα προσωπικό σύστημα κλιματισμού εξασφαλίζοντας στον οργανισμό μια μέση θερμοκρασία περιβάλλοντος από 21 έως 29 βαθμούς Κελσίου με υγρασία μικρότερη των 50% και ρεύμα αέρα ταχύτητας 10 εκατ. ανά δευτερόλεπτο.

Ο οργανισμός διαθέτει ανιχνευτές των μεταβολών της θερμοκρασίας στο νωτιαίο μυελό, στο δέρμα, στην κοιλιά και άλλα όργανα, καθώς και ένα θερμοστάτη στον υποθάλαμο. Οι ανιχνευτές δρομολογούν τις διαδικασίες για τη διατήρηση ή αποβολή θερμότητας, είτε με την ακτινοβολία μέχρι 60%, είτε με τον αέρα μέχρι 12% ή με την εξάτμιση του ιδρώτα που αποβάλλει 12%, είτε τέλος μεταδίδει τη θερμότητα στα αντικείμενα του περιβάλλοντός του μέχρι 3%.

Όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση θερμικού στρες, δηλαδή η θερμοκρασία περιβάλλοντος είναι μεγαλύτερη των 32 βαθμών Κελσίου και η υγρασία μεγαλύτερη του 60%, τίθεται η ανθρώπινη μηχανή σε συναγερμό, αν μάλιστα ο καύσωνας είναι μεγάλος ή παρατεταμένος, τότε παρουσιάζονται τα διάφορα θερμικά επεισόδια.

Πρώτον, η *θερμική εξάντληση* που παρουσιάζει κεφαλαλγία, ιλίγγους, ανορεξία, ανία, έντονο αίσθημα εξάντλησης καταλήγοντας σε ξαφνική και μικρής

διάρκειας κατάρρευση, με αρτηριακή χαμηλή πίεση και ταχυκαρδία, ενώ το δέρμα είναι ψυχρό και υγρό, οι κόρες διεσταλμένες και η θερμοκρασία είναι φυσιολογική με μέτρια απώλεια ύδατος και χλωριούχου νατρίου.

Δεύτερον, η *θερμοπληξία*, που εμφανίζεται όταν η θερμοκρασία του περιβάλλοντος είναι πολύ υψηλή και η σχετική υγρασία της ατμόσφαιρας είναι πάνω από το 70%, γεγονός που δυσκολεύει και εμποδίζει την εξάτμιση του ιδρώτα και την αποβολή θερμότητας του σώματος. Τα αρχικά συμπτώματα της θερμοπληξίας είναι η έντονη και ακατανίκητη δίψα και η ξηρότητα του στόματος, του φάρυγγα και του δέρματος. Στη συνέχεια, εμφανίζονται ερυθρότητα προσώπου με άφθονο ιδρώτα, ζάλη, πόνο στο κεφάλι και στο στήθος, κατάπτωση του οργανισμού, αδυναμία στα πόδια και μυϊκές κράμπες, δυσφορία, ταχυσφυγμία με δύσπνοια και πυρετό που μπορεί να φτάσει τους 42 βαθμούς Κελσίου, λυποθυμικά φαινόμενα και τελικά ο θερμοπληκτος καταλήγει αναίσθητος.

Τα *παχύσαρκα άτομα* και όσοι *πάσχουν από αναπνευστικές και καρδιαγγειακές παθήσεις*, οι *αλκοολικοί*, οι *ηλικιωμένοι* και κυρίως τα *βρέφη*, των οποίων ο οργανισμός δεν έχει την ικανότητα να αντιδρά και να προσαρμόζεται στις μεταβολές της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος, προσβάλλονται ευκολότερα από θερμοπληξία.

Οι *γενικές οδηγίες* επιβίωσης στο θερμό περιβάλλον επιβάλλουν αποφυγή ηλιοθεραπείας, αποφυγή βαριάς σωματικής εργασίας, ιδιαίτερα μάλιστα σε χώρους με υψηλή θερμοκρασία και αποφυγή βαδίσματος για πολλή ώρα κάτω από τον ήλιο με ελαφρά ενδυμασία, άνετη και ανοικτόχρωμη, και χρήση του καπέλου. Επίσης συνιστώνται ελαφρά και μικρά γεύματα με φρούτα και λαχανικά και όχι λιπαρά, καθώς και λήψη άφθονων υγρών, όπως νερού και χυμών φρούτων και αποφυγή λήψης οινοπνευματωδών ποτών. Περαιτέρω προτείνονται πολλά χλιαρά ντους στη διάρκεια της ημέρας, ενώ τοθετούνται υγρά καλύμματα στο κεφάλι και στο λαιμό με χρήση μαύρων ή σκουρόχρωμων γυαλιών που προστατεύουν τα μάτια από τον ήλιο.

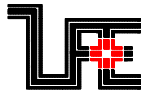
Τέλος, *άτομα που λαμβάνουν φάρμακα και πάσχουν από χρόνια νοσήματα* θα πρέπει να συμβουλευθούν τον γιατρό τους και να αποφύγουν πολύωρα ταξίδια κατά τη διάρκεια της υψηλής ζέστης.

Οδηγίες για *νεογνά και βρέφη* που πρέπει να είναι ντυμένα ελαφρά, με τα χέρια τους και τα πόδια τους να είναι ελεύθερα, να μην παραμένουν στον ήλιο και να φορούν καπέλλο και στην πολλή ζέστη να προσφέρονται συχνά εκτός από το γάλα και υγρά όπως χαμομήλι, νερό κ.λ.π.

Οι οδηγίες για την προστασία και προφύλαξη των *ηλικιωμένων* περιλαμβάνουν μετακίνηση των σε δροσερότερες περιοχές, όπως σε θάλασσα ή σε βουνό, καθώς και παραμονή τους στα κατώτερα διαμερίσματα πολυόροφων σπιτιών, όπου το δωμάτιο πρέπει να είναι ερμητικά κλειστό, αφού έχει δροσισθεί και μείνει ανοικτό όλη τη νύχτα. Οι οικογένειες με ηλικιωμένα άτομα πρέπει να μην

τα εγκαταλείπουν μόνα τους σε περίπτωση θερινών διακοπών με πολυήμερες απουσίες από το σπίτι. Άμεσα πρέπει να μεταφερθεί ο θερμόπληκτος χωρίς χρονοτριβή σε δροσερό μέρος, ευάερο, σκιερό και τον ξαπλώσει ανάσκελα αφαιρώντας τα βαριά ρούχα, αερίζοντας το σώμα του με οποιοδήποτε πρόχειρο μέσο. Τοποθετούνται ψυχρά επιθέματα, όπως κομπρέσες ή παγοκύστη στο μέτωπο και πρέπει να βρέχεται το πρόσωπο, ο λαιμός, το στήθος και γενικά το σώμα με κρύο νερό και κάνοντας ζωηρές εντριβές στα άκρα, ενώ πρέπει να λαμβάνονται άφθονα υγρά και μικρές ποσότητες άλατος και σε βαριές περιπτώσεις επιβάλλεται ιατρική φροντίδα.

# HYGEIA@ERGAΣIA



SCIENTIFIC EDITION OF HELLENIC SOCIETY OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE

IN ASSOCIATION WITH M.Sc. PROGRAM HEALTH AND SAFETY IN WORKPLACES D.U.TH. MEDICAL SCHOOL

---

VOLUME 13 ISSUE 3

SEPTEMBER - DECEMBER 2022

---

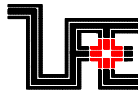
## *EDITORIAL* **HEAT STROKE - THE GREENHOUSE EFFECT**

*Konstantinos Kouskoulis*

Professor of Dermatology, Lawyer, President of the Hellenic Academy of Herbal Medicine, President of the Hellenic Health Tourism Association, President of the World Academy of Chinese and Complementary Medicine.

*Abstract:* The article refers to heatstroke and the greenhouse syndrome.

# HYGEIA@ERGAΣIA



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.

ΤΟΜΟΣ 13 ΤΕΥΧΟΣ 3

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2022

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΡΘΡΟ ΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ:

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**Θ.Κ. Κωνσταντινίδης**

σελ. 1-4

EDITORIAL:

SPECIALTY EDUCATION IN OCCUPATIONAL MEDICINE

**T.C. Constantinidis**

ΑΡΘΡΟ ΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

ΤΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ Η ΕΥΕΞΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΤΑΙΡΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ

**Ευάγγελος Αλεξόπουλος**

σελ. 5-8

EDITORIAL:

EMPLOYEES STRESS AND WELL-BEING

IN COMPANIES' ENVIRONMENTAL, SOCIAL AND GOVERNANCE FRAMEWORK

**Evangelos C. Alexopoulos**

ΑΡΘΡΟ ΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ:

ΘΕΡΜΟΠΛΗΞΙΑ - ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΘΕΡΜΟΚΗΠΙΟΥ

**Κωνσταντίνος Κουσκούκης**

σελ. 9-12

EDITORIAL:

HEAT STROKE - THE GREENHOUSE EFFECT

**Konstantinos Kouskoulis**

Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΟ ΥΛΙΚΟ ΤΩΝ ΚΟΜΙΚΣ:

Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ «ΑΣΤΕΡΙΞ»

**Χ. Ρόιδου, Ε. Νένα, Θ.Κ. Κωνσταντινίδης και Χ. Κοντογιώργης**

σελ. 21-58

THE APPROACH TO HEALTH THROUGH THE MATERIAL OF COMICS:

THE CASE OF "ASTERIX"

**C. Roidou, E. Nena, T.C. Constantinidis and C. Kontogiorgis**

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

**E. Χωλοπούλου, X. Κοντογιώργης, Θ.Κ. Κωνσταντινίδης και E. Νένα**

σελ. 59-106

SLEEP DISORDERS AND WORK PERFORMANCE

**E. Choloroulou, C. Kontogiorgis, T.C. Constantinidis and Evangelia Nena**

ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

ΣΕ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΣΤΙΑΣΗΣ

**K. Πολατίδου, E. Νένα, Θ.Κ. Κωνσταντινίδης και X. Κοντογιώργης**

σελ. 107-162

OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY

IN THE FOOD INDUSTRY

**K. Polatidou, E. Nena, T.C. Constantinidis and C. Kontogiorgis**

ΚΕΡΑΜΟΙ ΕΝ ΚΑΜΙΝΩ ΣΤΗ ΘΡΑΚΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1950

**Θ.Κ. Κωνσταντινίδης**

σελ. 163-174

BRICK FACTORIES DURING THE 1950s IN THRACE (GREECE)

**T.C. Constantinidis**

ΕΞΩΦΥΛΛΟ:

ΠΑΝΑΓΙΤΣΑ, ΚΑΪΜΑΚΤΣΑΛΑΝ (ΝΟΜΟΥ ΠΕΛΛΑΣ)

Φωτογραφία: **Τάσος Τερζής**

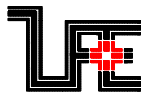
FRONT COVER:

PANAGITSA, KAIMAKTSALAN (PREFECTURE OF PELLA, GREECE)

Foto: **Tassos Terzis**



# HYGEIA@ERGAΣIA



SCIENTIFIC EDITION OF HELLENIC SOCIETY OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE

IN ASSOCIATION WITH M.Sc. PROGRAM HEALTH AND SAFETY IN WORKPLACES D.U.TH. MEDICAL SCHOOL

---

## International Editorial Board:

*Theodore Bazas*, M.D., Ph.D., M.Sc. (London), D.I.H. (Conj. Engl.), Specialist in Occupational Medicine (J.C.H.M.T., U.K.), Fellow (and Dissertation Assessor) of the Faculty of Occupational Medicine of the Royal College of Physicians of London, Member of the International Commission on Occupational Health (I.C.O.H.), President of the Committee of Process Protocols of the Hellenic Society of Occupational and Environmental Medicine, Former W.H.O. (F.T.) Regional Adviser (on Noncommunicable Diseases)

*Stefanos N. Kales*, M.D., Ph.D., M.P.H., F.A.C.P., F.A.C.O.E.M., Professor of Medicine at Harvard Medical School and Professor and Director of the Occupational and Environmental Medicine Residency at the Harvard T.H. Chan School of Public Health (H.S.P.H.)

*Manolis Kogevinas*, M.D., Ph.D., M.Sc., Professor, co-Director of Centre for Research in Environmental Epidemiology (C.R.E.A.L.), President of International Society of Environmental Epidemiology (I.S.E.E.), Director of the European Educational Programme in Epidemiology (E.E.P.E. - Florence course)

*Georgios Lyratzopoulos*, M.D., F.F.P.H., F.R.C.P., M.P.H., D.T.M.H., Clinical Senior Research Associate, H.R. Post-Doctoral Fellow, National Institute for Health Research (N.I.H.R.), Reader in Cancer Epidemiology, Health Behaviour Research Centre, Department of Epidemiology and Public Health, University College, London

*Elias Mosialos*, M.D., Ph.D., M.Sc., Professor of Health Policy, London School of Economics (L.S.E.), Department of Social Policy, Head of Department of Health Policy and Director of L.S.E. Health, London, Professor of Health Policy and Management, Imperial College, London, Co-Director, Centre for Health Policy, Imperial College London

*Epidoforos S. Soteriades*, M.D., S.M., Sc.D., Occupational Medicine Physician, Epidemiologist, Visiting Scientist, Department of Environmental Health, Harvard School of Public Health (H.S.P.H.)

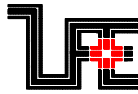
*Agis Tsouros*, M.D., Ph.D., F.F.P.H. (U.K.), International Adviser on Health Policy, Governance and Diplomacy, International Adviser for Global Healthy Cities. Former Director on Policy and Governance for Health and Wellbeing at the World Health Organization, Regional Office for Europe. Former Chairman of the Greek National Board of Public Health. Former President of the Greek Centre for Disease Control, Visiting Professor, Institute for Global Health Innovation, Imperial College, London. Honorary Professor, University of Durham

**HYGEIA@ERGAΣIA** is the scientific journal of the *Hellenic Society of Occupational and Environmental Medicine* and the M.Sc. Program «*Health and Safety in Workplaces*» of the Medical School, Democritus University of Thrace, *Alexandroupolis*, 68100 Greece

**Editor-in-Chief:** Prof. *T.C. Constantinidis*, M.D., Ph.D., Medical School, Democritus University of Thrace  
Post Address: 14, Perifereiaki Odos, *Alexandroupolis*, 68100 Greece, e-mail: [tconstan@med.duth.gr](mailto:tconstan@med.duth.gr)



# HYGEIA@ERGAΣIA



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.

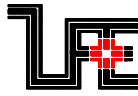
## Επιστημονική Επιτροπή:

Αθανασίου Αθανάσιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής European University Cyprus, Σύμβουλος Ιατρός Εργασίας, Ανώτερος Ιατρικός Λειτουργός, Τμήμα Επιθεώρησης Εργασίας, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων Κύπρου  
Αλεξίου - Χατζάκη Αικατερίνη, Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Διευθύντρια Ινστιτούτου Αγροδιατροφής και Επιστημών Ζωής, Πανεπιστημιακό Ερευνητικό Κέντρο, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο  
Αλεξόπουλος Ευάγγελος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών  
Αλεξόπουλος Χαράλαμπος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, τ. Διευθυντής Υπηρεσίας Ιατρικής της Εργασίας ΔΕΗ  
Αναστασόπουλος Αναστάσιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας  
Ανωγειανάκης Γεώργιος, Ομ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ  
Αρβανιτίδου - Βαγιανά Μαλαματένια, Ομ. Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ  
Αργυριάδου Στέλλα, Ειδικός Γενικής Ιατρικής, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Κρήτης, ΕΛΕΓΕΙΑ  
Βαλογιάννη Κωνσταντίνα, Χειρουργός, Υγιον. Επιθ. ΣΕΠΕ, ΚΕΠΕΚ Μακεδονίας - Θράκης  
Βελονάκης Μανόλης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Καθηγητής Παν. Αθηνών  
Γαλανοπούλου Ελισάβετ, Δρ. Βιοχημικός, τ. Αν. Γενική Διευθύντρια Συνθηκών και Υγιεινής της Εργασίας, Υπουργείο Εργασίας  
Γελαστοπούλου Ελένη, Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής Παν. Πατρών  
Γουσόπουλος Σταύρος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής ΔΠΘ  
Γρηγορίου Ιωάννα, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Ανώτερος Ιατρικός Λειτουργός, Υπουργείο Υγείας Κύπρου  
Δημολιάτης Γιάννης, Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Ιωαννίνων  
Δημητρίου Δημήτριος, Αν. Καθηγητής, Πρόεδρος Τμήματος Οικονομικών Επιστημών ΔΠΘ  
Δόκας Ιωάννης, Αν. Καθηγητής, Τμήμα Πολιτικών Μηχανικών ΔΠΘ  
Δρακόπουλος Βασίλης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών, ΕΛΙΝΥΑΕ  
Δρίβας Σπύρος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας  
Ζαφειρόπουλος Παντελής, Ειδικός Ιατρός Εργασίας  
Ζαχαρίας Ευάγγελος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας  
Ζηλίδης Χρήστος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων, Παν. Θεσσαλίας  
Ζημάλης Ευάγγελος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών  
Ζησιμόπουλος Αθανάσιος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Ζορμπά Ελένη, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής ΔΠΘ  
Θανασιάς Ευθύμιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας  
Κακαγιά Δέσποινα, Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Καναβάρος Παναγιώτης, Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Ανατομίας - Ιστολογίας - Εμβρυολογίας, Τμήμα Ιατρικής Παν. Ιωαννίνων  
Καρελή Αργυρώ, Ειδικός Ιατρός Εργασίας  
Καρτάλη Σοφία, Ομ. Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Κικεμένη Αναστασία, Αν. Καθηγήτρια, Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής  
Κοντογιώργης Χρήστος, Επ. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Κουκουλιάτα Αλεξάνδρα, Διδάκτορας Ιατρικής ΔΠΘ, Υγιον. Επιθ. ΣΕΠΕ, ΚΕΠΕΚ Μακεδονίας - Θράκης  
Κουλουριώτης Δημήτριος, Καθηγητής, Πρόεδρος Τμήματος Μηχανικών Παραγωγής και Διοίκησης ΔΠΘ  
Κουρούκλης Γιώργος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών  
Κουρούσης Χρήστος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών  
Κουσκούκης Κωνσταντίνος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, τ. Αντιπρύτανης ΔΠΘ  
Κουτής Χαρίλαος, Ομ. Καθηγητής, Παν. Δυτικής Αττικής  
Κυπραίου Ευαγγελία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διευθύντρια Τμήματος Ιατρικής Εργασίας και Προστασίας Περιβάλλοντος, Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας  
Κωνσταντινίδης Θεόδωρος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Κωστόπουλος Στέλιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, τ. Διευθυντής ΕΣΥ  
Λινού Αθηνά, Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών, Πρόεδρος Ινστιτούτου Προληπτικής, Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής Prolepsis

Λιονής Χρήστος, Καθηγητής, Διευθυντής Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Κρήτης  
Μακρόπουλος Βασίλειος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Ομ. Καθηγητής, Παν. Δυτικής Αττικής  
Μαλλιάρου Μαρία, Αν. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Παν. Θεσσαλίας  
Μαλιέζος Ευστράτιος, Ομ. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Μαραγκός Νικόλαος, Δρ Μηχανολόγος Μηχανικός, Διευθυντής ΚΕΠΕΚ Μακεδονίας - Θράκης, ΣΕΠΕ  
Μαρχαβίλας Παναγιώτης, Ηλεκτρολόγος Μηχανικός, Μηχανικός Υπολογιστών ΔΠΘ, Διδάκτορας Τμήματος Ηλεκτρολόγων  
Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών ΔΠΘ, Διδάκτορας Τμήματος Μηχανικών Παραγωγής και Διοίκησης ΔΠΘ  
Μερκούρης Μποδοσάκης - Πρόδρομος, Ειδικός Γενικής Ιατρικής, Επ. Πρόεδρος ΕΛΕΓΕΙΑ  
Μπαμπάτσικου Φωτούλα, Αν. Καθηγήτρια, Παν. Δυτικής Αττικής  
Μπεζιρτζόγλου Ευγενία, Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Μπένος Αλέξης, Ομ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Συντονιστής Κέντρου Έρευνας και Εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία,  
την Πολιτικής Υγείας και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας  
Μπεχράκης Παναγιώτης, Ομ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών  
Μπούρος Δημοσθένης, Ομ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών  
Νένα Ευαγγελία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Αν. Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Νταβέλος Αθανάσιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας  
Ντζάνη Ευαγγελία, Καθηγήτρια, Διευθύντρια Εργαστηρίου Υγιεινής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Ιωαννίνων  
Ντούγιας Σπυρίδων, Αν. Καθηγητής, Πρόεδρος Τμήματος Μηχανικών Περιβάλλοντος ΔΠΘ  
Ντουσιάς Γεώργιος, Καθηγητής, Διευθυντής Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Περιβαλλοντικής και Επαγγελματικής  
Υγείας, Πρόεδρος Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Παν. Δυτικής Αττικής  
Οικονόμου Ελένη, Ειδικός Ιατρός Εργασίας  
Οικονομίδου Ειρήνη, Ειδικός Γενικής Ιατρικής, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Κρήτης, Διευθύντρια Κέντρου Υγείας Ευόσμου  
Ορφανίδης Μωυσής, Ειδικός Ιατρός Εργασίας  
Παναζή Ευγενία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών  
Παναζοπούλου Αναστασία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών  
Παπαδάκης Νίκος, Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ  
Παπαδόπουλος Στέλιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας  
Παπαναγιώτου Γεώργιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών  
Πατενταλάκης Μιχάλης, τ. Διευθυντής ΕΣΥ  
Πατούχας Δημήτρης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Πατρών  
Πιπερίδου Χαριτωμένη, Ομ. Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, τ. Αντιπρύτανης ΔΠΘ  
Πρασόπουλος Παναγιώτης, Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ  
Ραχιώτης Γιώργος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Θεσσαλίας  
Σαμπάνη Κωνσταντίνα, Ιατρός, Postdoctoral Research Fellow, Harvard School of Public Health  
Σαραφόπουλος Νικόλαος, Δρ Μηχανολόγος Μηχανικός, τ. Διευθυντής ΚΕΠΕΚ Δυτικής Ελλάδας, ΣΕΠΕ  
Σιμπιζής Αθανάσιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας  
Σιχλιτιδής Λάζαρος, Ομ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ  
Σκούφη Γεωργία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Θεσσαλίας  
Στάμου Ιωάννης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Επιμελητής Α, Τμήμα Ιατρικής Εργασίας και Προστασίας Περιβάλλοντος,  
Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας  
Στεϊρόπουλος Πασχάλης, Αν. Καθηγητής, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Τζίμας Αλέξης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας  
Τούντας Γιάννης, Καθηγητής, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών  
Τσακλής Παναγιώτης, P.T., A.T.C., B. Ph.Ed., Ph.D., Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Εμβιομηχανικής και Εργονομίας  
ErgoMechLab Σ.Ε.Φ.Α.Α.Δ. Τ.Ε.Φ.Α.Α., Παν. Θεσσαλίας, Res. Assoc. Department of Molecular Medicine and Surgery,  
Karolinska Institutet, Sweden  
Τσαρούχα Αλέκα, Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Τσοβίλη Εύα, Ειδικός Ιατρός Εργασίας  
Φιλαλήθης Αναστάσιος, Ομ. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Κρήτης  
Φιτιλή Δέσποινα, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Επιμελήτρια Α, Τμήμα Ιατρικής Εργασίας και Προστασίας Περιβάλλοντος,  
Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας  
Φραντζέσκου Ελπίδα, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών  
Φρουδαράκης Μάριος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ  
Χάλαρης Μιχάλης, Επ. Καθηγητής, Τμήμα Χημείας, Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδας  
Χατζής Χρήστος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών  
Χριστοδούλου Αντώνιος, Ηλεκτρολόγος Μηχανολόγος Μηχανικός, τ. Προϊστάμενος Διεύθυνσης Ασφάλειας και Υγείας στην  
Εργασία, Υπουργείο Εργασίας

**Εκδότης:** Θ.Κ. Κωνσταντινίδης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Καθηγητής Υγιεινής, Διευθυντής Εργαστηρίου Υγιεινής  
και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμήμα Ιατρικής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, e-mail: tconstan@med.duth.gr

# HYGEIA@ERGAΣIA



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Δ.Π.Θ.

## Οδηγίες προς τους συγγραφείς:

Το περιοδικό **HYGEIA@ERGAΣIA** αποτελεί επιστημονική έκδοση που έχει στόχο να συμβάλλει στην έρευνα και στην εκπαίδευση των ιατρών και όλων των ειδικοτήτων που εμπλέκονται στο πολυεπιστημονικό πεδίο της Ιατρικής της Εργασίας, της Περιβαλλοντικής Ιατρικής και της Ασφάλειας στην Εργασία, καθώς και στο ευρύτερο πεδίο της Δημόσιας Υγείας. *Γενικοί κανόνες υποβολής των άρθρων:* Μετά από κρίση, δημοσιεύονται στο περιοδικό στα ελληνικά ή στα αγγλικά, άρθρα που δεν έχουν δημοσιευθεί ή θα δημοσιευθούν αλλού, στο σύνολό τους. Όλα τα άρθρα συνοδεύονται από ελληνική και αγγλική περίληψη. Κεφαλαία γράμματα εντός του κειμένου και παρενθέσεις, συνιστάται να αποφεύγονται. Τα ακρωνύμια πρέπει να εξηγούνται ολογράφως στη πρώτη αναφορά τους. Τα υποβαλλόμενα άρθρα δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις δέκα τυπωμένες σελίδες. Το ίδιο άρθρο δεν δημοσιεύεται στο αγγλικό και στο ελληνικό τμήμα ταυτόχρονα παρά μόνο σε περίπτωση. Η ακρίβεια των βιβλιογραφικών αναφορών, η ακρίβεια του περιεχομένου, η αυθεντικότητα, η πρωτοτυπία και η τυχόν απαραίτητη λήψη άδειας για την υποβολή και δημοσίευση στο περιοδικό, των πινάκων και σχημάτων όλων των εργασιών, είναι στην απόλυτη υπευθυνότητα των συγγραφέων. Οι συγγραφείς είναι υπεύθυνοι για τυχόν εσφαλμένες θέσεις ή για τη μη εκπλήρωση όλων των υποχρεώσεών τους, σύμφωνα με τις παρούσες οδηγίες προς συγγραφείς. Επί τρία χρόνια μετά τη δημοσίευση του άρθρου είναι δυνατόν να ζητηθεί από τους συγγραφείς να αποστείλουν τα βασικά δεδομένα της δημοσιεύσεως εργασίας. Τα άρθρα προς δημοσίευση υποβάλλονται στο περιοδικό με ηλεκτρονική μορφή. Τα κείμενα πρέπει να γράφονται με πεζοκεφαλαία, με χαρακτήρες γραμμάτων arial narrow, μέγεθος γραμμάτων 12 στιγμών, μονή απόσταση σειρών και περιθώρια 2,5 εκατοστών. Η επικοινωνία με τους συγγραφείς γίνεται με ηλεκτρονική μορφή και οι απαντήσεις τους πρέπει να δίδονται σύντομα. Κατηγορίες των άρθρων: *Τα δημοσιευόμενα άρθρα αφορούν:* α) πρωτότυπα άρθρα, που αφορούν θέμα που δεν έχει δημοσιευθεί μέχρι την ημερομηνία υποβολής του άρθρου, β) ερευνητικά άρθρα, που μελετούν γνωστά θέματα προς επιβεβαίωση, απόρριψη ή περαιτέρω επεξεργασία, γ) εκτεταμένα ή βραχεία άρθρα ανασκόπησης, τα οποία θεωρούνται μονογραφίες ειδικών και γράφονται από έναν ή δύο συγγραφείς από διαφορετικές ειδικότητες, δ) άρθρα βραχείας επικοινωνίας, πρωτότυπα συνήθως ή αξιολογικά ερευνητικά, όταν περιλαμβάνονται σε περιγραφές περιπτώσεων, με μικρότερο ενδεχόμενα αριθμό περιπτώσεων, ε) διακεκριμένες διαλέξεις, στ) τεχνικά σημειώματα, ζ) ειδικά άρθρα γενικού ενδιαφέροντος για την Ιατρική της Εργασίας, την Περιβαλλοντική Ιατρική, την Ασφάλεια στην Εργασία, τα Οικονομικά της Εργασίας, την Ιστορία της Ιατρικής της Εργασίας, η) περιγραφές ενδιαφερουσών περιπτώσεων στις οποίες συνιστάται να μην συμπεριλαμβάνονται βραχείες ανασκοπήσεις του θέματος και θ) επιστολές προς το περιοδικό που πρέπει να περιέχουν αδημοσίευτες απόψεις, να υπογράφονται από όλους τους συγγραφείς, να μην αποτελούνται από περισσότερες από 1000 λέξεις, να μη γράφονται από περισσότερους από πέντε

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

# Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΟ ΥΛΙΚΟ ΤΩΝ ΚΟΜΙΚΣ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ «ΑΣΤΕΡΙΞ»

**Χρυσούλα Ρόϊδου, Ευαγγελία Νένα, Θ.Κ. Κωνσταντινίδης και Χρ. Κοντογιώργης**

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη.

*Περίληψη:* Τα κόμικς είναι ένα άμεσο και ισχυρό μέσο μετάδοσης. Ενώ τα εκπαιδευτικά κόμικς χρησιμοποιούνται ευρέως ως εργαλείο για την πληροφόρηση σχετικά με την υγεία, η σχέση της υγείας με τα ψυχαγωγικά κόμικς δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η προσέγγιση της υγείας μέσα από το υλικό των κόμικς, μελετώντας την περίπτωση του *Αστερίξ*. Η μέθοδοι που εφαρμόστηκαν ήταν: Ανάλυση περιεχομένου των 33 πρώτων τευχών του *Αστερίξ*, με καταμέτρηση (ανά καρτέ) και ποσοτική αξιολόγηση των θεμάτων υγείας που εμφανίζονται μέσα στις ιστορίες. Κάθε μήνυμα υγείας κατηγοριοποιήθηκε σε μια από τις εξής έξι κατηγορίες: φαρμακευτική αντιμετώπιση, πρώτες βοήθειες, ιατρική φροντίδα και αντιμετώπιση (ίαση), πρόληψη και ευεξία, ασθένειες, τραυματισμοί. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τα έρευνας τα θέματα που εμφανίζονται με τη μεγαλύτερη συχνότητα αφορούν κυρίως συστατικά στοιχεία της πλοκής (μαγικός ζωμός, τραυματισμοί, δέσιμο επιδέσμου κ.λ.π.), εμφανίσθηκαν όμως επίσης και πολλά άλλα θέματα υγείας, όπως μέθη, δηλητηρίαση / αντίδοτο, αμνησία, συναχι/κρουολόγημα κ.ά. Επίσης απεικονίζονται συχνά τα πρότυπα του ιατρού, του ιατρικού χώρου, της διαγνωστικής διαδικασίας, καθώς και οι παρενέργειες ή αλληλεπιδράσεις φαρμάκων. Πιο σπάνια εμφανίζονται άλλα θέματα, όπως πρώτες βοήθειες (εκτός των επιδέσμων), συστάσεις για καλή υγεία, καθώς και άλλες ασθένειες ή ποικίλα σωματικά συμπτώματα. Συμπερασματικά θεωρήθηκε αναμενόμενο ότι επικρατούν τα θέματα υγείας που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την πλοκή. Πέραν τούτου όμως εμφανίζεται και πλήθος άλλων θεμάτων υγείας, τα οποία αποτυπώνουν γενικά ιδέες και κοινωνικά στερεότυπα σχετικά με την υγεία. Θέματα που προτείνονται για μελλοντική έρευνα: παρόμοια καταμέτρηση θεμάτων υγείας σε άλλα κόμικς, αλλά και αναλυτική μελέτη ενός μόνο θέματος ή κατηγορίας από τα θέματα που εξετάστηκαν σε μεγαλύτερο βάθος. Επίσης, θα παρουσίαζε ερευνητικό ενδιαφέρον η συσχέτιση των θεμάτων υγείας (στο ίδιο ή σε άλλα κόμικς), με τον αντίκτυπό τους στον αναγνώστη, ή με άλλους παράγοντες όπως το φύλο, η εθνότητα ή η κοινωνική τάξη, καθώς και η εργασία και οι επαγγελματικές εκθέσεις.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η προσέγγιση της υγείας μέσα από το υλικό των κόμικς, και συγκεκριμένα η μελέτη περίπτωσης του κόμικ «*Αστερίξ*». Για να επιτευχθεί αυτή η προσέγγιση με λογικά βήματα, σκόπιμο είναι να προηγηθεί μια σύντομη ανασκόπηση σχετικά με τους διαφορετικούς ορισμούς και προσεγγίσεις πάνω στην έννοια της Υγείας. Στη συνέχεια θα εξετάσουμε τα κόμικς ως μέσο, και τη σχέση τους με την υγεία στην υπάρχουσα βιβλιογραφία. Τέλος, θα καταμετρήσουμε και θα εξετάσουμε τα θέματα ή μηνύματα υγείας που περιέχονται στους 33 πρώτους τόμους του κόμικ *Αστερίξ*.

Το πρώτο κεφάλαιο της εργασίας αποτελεί τη βιβλιογραφική επισκόπηση. Στις πρώτες ενότητες του κεφαλαίου, παρουσιάζεται η υγεία ως έννοια και εξετάζονται οι ορισμοί που κατά καιρούς έχουν προταθεί στη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς και διαφορετικές συνιστώσες και εννοιολογικές προσεγγίσεις της υγείας.

Στη συνέχεια ερευνάται η σχέση της υγείας με τα κόμικς. Στην ενότητα αυτή αποτυπώνονται τα χαρακτηριστικά του κόμικς ως μέσου, κάποια ιστορικά στοιχεία που αναδεικνύουν την αλληλεπίδραση που έχει με την κοινωνία, και γίνεται μια βασική διάκριση ανάμεσα στα μηνύματα υγείας που περιέχονται στα 'εκπαιδευτικά' κόμικς (αυτά που σκοπό έχουν να μεταδώσουν μια πληροφορία, και που αποτελούν ένα εργαλείο επικοινωνίας σχετικά με την υγεία), και στα μηνύματα ή θέματα υγείας που αποτυπώνονται στα 'ψυχαγωγικά' κόμικς (σε αυτά δηλαδή που σκοπό έχουν να διασκεδάσουν τον αναγνώστη μέσω κάποιας χιουμοριστικής ή περιπετειώδους ιστορίας). Η προσέγγιση της υγείας μέσα από τη δεύτερη αυτή κατηγορία αποτελεί και το ερώτημα που κατά κύριο λόγο πραγματεύεται η παρούσα εργασία, μέσω της μελέτης περίπτωσης του *Αστερίξ*. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο σκοπός της εργασίας.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της εργασίας, που αποτελεί μια ανάλυση περιεχομένου των 33 πρώτων τευχών του κόμικ *Αστερίξ*. Αποτυπώνονται οι περιορισμοί και οι δυσκολίες που συναντήθηκαν, τα κριτήρια κωδικοποίησης και κατηγοριοποίησης των θεμάτων υγείας, καθώς και η μέθοδος καταμέτρησης.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Αποτελούν μια ποσοτική αξιολόγηση των μηνυμάτων υγείας, της κατανομής τους σε κατηγορίες, και της συχνότητας εμφάνισης των διαφορετικών θεμάτων υγείας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο ξεκινάμε μια συζήτηση πάνω στο ερευνητικό ερώτημα και τα αποτελέσματα της έρευνας. Παρατηρούμε ότι, κατά τα αναμενόμενα, επικρατούν τα μηνύματα υγείας που σχετίζονται άμεσα με τη γενική πλοκή του κόμικ *Αστερίξ* (μαγικός ζωμός, τραυματισμοί, επίδεσμοι κ.ά.), αλλά εμφανίζεται και ένα πλήθος άλλων θεμάτων υγείας, τα οποία εξυπηρετούν την πλοκή μιας συγκεκριμένης ιστορίας ή αποτυπώνουν γενικά ιδέες και κοινωνικά στερεότυπα σχετικά με την υγεία.



Στο έκτο κεφάλαιο αποτυπώνονται τα συμπεράσματα στα οποία καταλήξαμε κατά τη συγκεκριμένη διαδικασία. Θεωρούμε ότι υπάρχει ερευνητικό ενδιαφέρον σε ειδικότερες και πιο στοχευμένες έρευνες πάνω στο ίδιο ή άλλα κόμικς.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ**

### ***Τί είναι η Υγεία: Ορισμοί***

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (όπως διατυπώνεται στο καταστατικό του, το 1948) η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας» [1].

Εκείνη την εποχή, η διατύπωση αυτή ήταν πρωτοποριακή λόγω του εύρους και της φιλοδοξίας της. Ξεπέρασε τον αρνητικό ορισμό της υγείας ως απουσία ασθένειας, και περιλάμβανε τους σωματικούς, ψυχικούς και κοινωνικούς τομείς. Στα χρόνια που ακολούθησαν όμως δέχθηκε πολλές κριτικές, και αναδείχθηκαν πολλοί προβληματισμοί και περιορισμοί: Πρώτον, συμβάλλει ακούσια στην ιατρικοποίηση της κοινωνίας, π.χ. νέες τεχνολογίες προσυμπτωματικού ελέγχου εντοπίζουν ανωμαλίες σε επίπεδα που μπορεί να μην προκαλέσουν ποτέ ασθένειες, και φαρμακευτικές εταιρείες παράγουν φάρμακα για «συνθήκες» που δεν είχαν προηγουμένως οριστεί ως προβλήματα υγείας [2]. Δεύτερον, η δημογραφία των πληθυσμών και η έννοια της νόσου έχουν αλλάξει σημαντικά: ενώ το 1948, που οι οξείες ασθένειες παρουσίαζαν το κύριο βάρος των ασθενειών και οι χρόνιες ασθένειες οδηγούσαν σε πρόωρο θάνατο, η διατύπωση αυτή του Π.Ο.Υ. αποτελούσε μια χρήσιμη φιλοδοξία, σήμερα, τα πρότυπα των ασθενειών έχουν αλλάξει, και με διάφορα μέτρα δημόσιας υγείας όπως βελτιωμένη διατροφή, υγιεινή, και πιο ισχυρές παρεμβάσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ο αριθμός των ανθρώπων που ζουν με χρόνιες ασθένειες για δεκαετίες αυξάνεται παγκοσμίως [2]. Το τρίτο πρόβλημα είναι η λειτουργικότητα του ορισμού: ο Π.Ο.Υ. έχει αναπτύξει διάφορα συστήματα για την ταξινόμηση των ασθενειών και την περιγραφή πτυχών της υγείας, της αναπηρίας, της λειτουργίας και της ποιότητας ζωής, ωστόσο, λόγω της αναφοράς σε μια «πλήρη» κατάσταση, ο ορισμός παραμένει ανέφικτος, επειδή το "πλήρες" δεν είναι ούτε λειτουργικό ούτε μετρήσιμο [2, 3, 4].

Έχουν υπάρξει από τότε αρκετές διαφορετικές προσεγγίσεις σχετικές με τον ορισμό της υγείας, ωστόσο ο Π.Ο.Υ. δεν υιοθέτησε επισήμως καμιά από αυτές τις προτάσεις. Η πιο γνωστή προσπάθεια (που ήταν εργασία που υποστηρίχθηκε από τον Π.Ο.Υ.), ήταν ο «*Χάρτης της Οπάβα*» στο 1ο Παγκόσμιο Συνέδριο Προαγωγής Υγείας (Οπάβα, 1986), η οποία δίνει έμφαση στους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους, καθώς και στη φυσική ικανότητα: «Η προαγωγή της υγείας είναι η διαδικασία που επιτρέπει στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο και να βελτιώσουν την υγεία τους. Για να φθάσει σε μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας, ένα άτομο ή μια ομάδα πρέπει να είναι σε θέση

να αναγνωρίσει και να πραγματοποιήσει φιλοδοξίες, να ικανοποιήσει ανάγκες και να αλλάξει ή να αντιμετωπίσει το περιβάλλον. Επομένως, η υγεία θεωρείται ως πηγή της καθημερινής ζωής και όχι ως στόχος της ζωής. Η υγεία είναι μια θετική έννοια που δίνει έμφαση στους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους, καθώς και στις φυσικές ικανότητες. Ως εκ τούτου, η προαγωγή της υγείας δεν είναι μόνο ευθύνη του τομέα υγείας, αλλά υπερβαίνει τους υγιεινούς τρόπους ζωής προς την ευημερία» [5]. Παρόλο που ο ορισμός της υγείας δεν έχει αλλάξει επισήμως, τα συνέδρια για την προαγωγή της Υγείας συνεχίζονται με την υποστήριξη του Π.Ο.Υ., με τελευταίο το 10ο Παγκόσμιο Συνέδριο για την Προαγωγή της Υγείας, το Δεκέμβριο του 2021. Οι θεματικές του συνεδρίου είναι πλέον προσανατολισμένες στην προαγωγή της υγείας, στην ατομική και κοινωνική ευημερία, και στη βιώσιμη και αειφόρο ανάπτυξη: «Η εκδήλωση πραγματοποιείται σε μια κρίσιμη στιγμή της προόδου μας προς την επίτευξη των *Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης* και την καλύτερη ανάπτυξη στο πλαίσιο της πανδημίας COVID-19. Η προαγωγή της υγείας δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο και να βελτιώσουν την υγεία τους. Σε αυτό το πλαίσιο, η προαγωγή της υγείας δημιουργεί συνθήκες και υγιή περιβάλλοντα για τους ανθρώπους όπου ζουν, εργάζονται, μεγαλώνουν, και παίζουν. Το Συνέδριο θα ασχοληθεί με το πώς η προαγωγή της υγείας μπορεί να προωθήσει την ευημερία. Θα είναι η πρώτη φορά που ο Π.Ο.Υ. θίγει την ευημερία ως θέμα μιας μεγάλης διάσκεψης» [6].

### **Διαφορετικές προσεγγίσεις**

#### **Η ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ**

Οι περιορισμοί που αναφέρθηκαν προηγουμένως, όπως επισημαίνονται από τον *Huber* (και συνεργάτες) επηρεάζουν και περιορίζουν τις πολιτικές υγείας. Όταν, για παράδειγμα, οι πολιτικές υγείας μετρούν το «όφελος» που επιφέρουν σε χρόνια επιβίωσης, μπορεί να οδηγηθούν σε διαφορετικό και λιγότερο σχετικό αποτέλεσμα, από ότι όταν το όφελος αυτό μετρείται σε σχέση με την κοινωνική συμμετοχή και την αύξηση της ικανότητας αντιμετώπισης (των ασθενών), κάτι που μπορεί να είναι περισσότερο σχετικό και ρεαλιστικό από ότι η πλήρης ανάρρωση. Έτσι λοιπόν, ο επαναπροσδιορισμός της υγείας αποτελεί έναν φιλόδοξο και πολύπλοκο στόχο, όπου πρέπει να ληφθούν υπόψη διαφορετικές οπτικές, να ζητηθεί η γνώμη πολλών ενδιαφερόμενων μερών, να αντικατοπτριστούν οι πολιτισμικές διαφορές, και να ληφθούν υπόψη μελλοντικές επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις. Ο *Huber* καταλήγει υπέρ της μετάβασης από την παρούσα στατική διατύπωση της υγείας προς μια πιο δυναμική διατύπωση που βασίζεται στην ανθεκτικότητα, ή διαφορετικά την ικανότητα να αντιμετωπίζει, να διατηρεί και να αποκαθιστά την ακεραιότητα, την ισορροπία και την αίσθηση ευημερίας. Η προτιμώμενη άποψη για την υγεία ήταν «η ικανότητα προσαρμογής και αυτοδιαχείρισης» [2].

Ανάλογη έννοια ως προς την «ικανότητα αντιμετώπισης», περιέχεται και στον ορισμό της υγείας που δίνεται από τον Starfield: «Υγεία είναι ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο ή μια ομάδα είναι σε θέση, αφενός, να πραγματοποιήσει φιλοδοξίες και να ικανοποιήσει ανάγκες, και, από την άλλη, να αντιμετωπίσει το διαπροσωπικό, κοινωνικό, βιολογικό και φυσικό περιβάλλον. Επομένως, η υγεία είναι ένας πόρος για την καθημερινή ζωή, όχι ο στόχος της ζωής. Είναι μια θετική έννοια που περιλαμβάνει κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους καθώς και σωματικές και ψυχολογικές ικανότητες» [7].

## Η ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΕΥΕΞΙΑ

Όπως προαναφέρθηκε, η έννοια της ευεξίας διατυπώνεται ήδη στον καταστατικό ορισμό του Π.Ο.Υ. (1948) καθώς η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας». Η έννοια της υγείας ως ευεξίας όμως συνεχίζει έκτοτε να απασχολεί την ακαδημαϊκή κοινότητα.

Ήδη από το 1980, ο *Harold Elrick*, εισήγαγε την έννοια της *ευεξίας*, συμπεριλαμβάνοντας την καλή φυσική κατάσταση, σε αντιδιαστολή με τον τρόπο που αντιλαμβάνονταν ευρύτερα την υγεία η ιατρική κοινότητα και τα συστήματα υγείας, διακρίνοντας την έννοια της «κανονικής υγείας» (*“normal health”*) από την έννοια της *ευεξίας*, ως βέλτιστης υγείας και φυσικής κατάστασης». Το βασικό σφάλμα του συστήματος υγείας σύμφωνα με τον *Elrick*, ήταν η (τότε) τρέχουσα αντίληψη περί υγείας: «Ζούμε σε έναν κανονικό κόσμο. Το να είσαι φυσιολογικός θεωρείται ασφαλές, επιθυμητό και υγιές. Η φυσιολογική υγεία ορίζεται ως η απουσία ασθένειας όπως προσδιορίζεται από κανονικές εξετάσεις και φυσιολογικές τιμές. Όλοι οι πόροι υγείας μας και το προσωπικό επικεντρώνεται σε μια μειοψηφία του πληθυσμού μας που έχει ανιχνεύσιμες ασθένειες. Η μεγάλη πλειοψηφία, που είναι φυσιολογικοί, ελάχιστα ενδιαφέρει τα επαγγέλματα υγείας» [8].

Η «κανονική» υγεία, λοιπόν, είναι προβληματικά ορισμένη, καθώς όταν κάποιος δεν έχει συμπτώματα ασθένειας ή έχει ‘νορμάλ’ τιμές δεν ενδιαφέρει το σύστημα υγείας. Έτσι, οι ασθένειες που αποτελούν πρόβλημα και προκαλούν θάνατο δεν ανιχνεύονται παρά μόνο όταν είναι ήδη προχωρημένες. Σύμφωνα με τον *Elrick*, πρέπει να κινηθούμε προς την ευεξία, την άριστη υγεία, προκειμένου να εμποδίσουμε/αποφύγουμε τις ασθένειες αυτές στο μέλλον, αλλά και να λάβουμε τα άμεσα οφέλη όπως να χαιρόμαστε τη ζωή, να αποδίδουμε στη δουλειά, και να διατηρούμε τη σωματική και ψυχική υγεία όσο μεγαλώνουμε.

Ορισμοί που συνηγορούν υπέρ της ικανότητας αντιμετώπισης ασθένειας (σε αντιδιαστολή με την απουσία ασθένειας) αλλά και τονίζουν επίσης την έννοια της ευεξίας δίνονται σε αρκετές περιπτώσεις της σχετικής βιβλιογραφίας. Η υγεία σύμφωνα με τον *F. Leonardí* είναι «η ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει και να διαχειρίζεται τις δικές του συνθήκες αδιαθεσίας και ευεξίας» [9], ενώ σύμφωνα με

τον *A.J. Card*, «η υγεία είναι η εμπειρία της σωματικής και ψυχολογικής ευεξίας. Η καλή υγεία και η κακή υγεία δεν συμβαίνουν ως διχοτόμηση, αλλά ως μια συνέχεια. Η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας δεν είναι ούτε επαρκής ούτε απαραίτητη για να δημιουργήσει μια κατάσταση καλής υγείας» [10].

## ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ

Στο έργο «Ορισμός της υγείας και των ανισοτήτων υγείας» ο *G. McCartney* (και συνεργάτες) επιχειρεί να συνδυάσει ορισμούς της υγείας και των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Αναδεικνύει τις ανισότητες στην υγεία, όπως έχουν αποτυπωθεί στην ερευνητική βιβλιογραφία και τονίζει την ανισότητα ως χαρακτηριστικό γύρω από το οποίο πρέπει να υπάρξει κοινή κατανόηση μεταξύ ερευνητών, υπευθύνων χάραξης πολιτικής και επαγγελματιών στο χώρο της φροντίδας υγείας [11].

Εξετάζει προηγούμενους ορισμούς όπου άλλοι έχουν ορίσει την υγεία ως μια συλλογική κατάσταση με την ιδιοκτησία ενός δημόσιου αγαθού, δηλαδή με την οποία η απόλαυσή του από ένα άτομο δεν μειώνει τη χρήση του από άλλους, και κατά την οποία οι άνθρωποι αποκτούν τον έλεγχο της ζωής τους λόγω της δίκαιης κατανομής της εξουσίας και των πόρων. Ωστόσο, μια τέτοια προσέγγιση περιορίζει τον ορισμό της υγείας στο επίπεδο υγείας που επιτυγχάνεται μέσω της δίκαιης κατανομής της δύναμης και των πόρων, καθώς δεν είναι απαραίτητα οι μόνοι δρόμοι μέσω των οποίων μπορεί να επιτευχθεί ατομική και συλλογική υγεία. Επίσης, δεν λαμβάνεται έτσι υπόψη η υγεία η ίδια ως εμπειρία, καθώς είναι πιθανόν να υπάρχει σε ένα κοινωνικό σύνολο ένα επίπεδο υγείας σε ισορροπία, το οποίο όμως είναι για όλους χαμηλό ή χαρακτηρίζεται από ασθένεια, πρόωρη θνησιμότητα κ.λ.π. [11].

Κατά την εξέταση αυτή, παρατηρούμε ότι οι ανισότητες στην υγεία, όπως απεικονίζονται στην προηγούμενη βιβλιογραφία, μπορεί να απαρτίζονται από διαφορετικές συνιστώσες και να επαναλαμβάνουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά: οι ανισότητες είναι αποτέλεσμα συμφερόντων, είναι συστημικές και όχι τυχαίες, είναι άδικες ή μπορούν να αποφευχθούν και παρατηρούνται μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών συνόλων και πληθυσμών [11].

Μέσα από την παρατήρηση και σύνθεση διαφορετικών ορισμών, ο *G. McCartney* (και συνεργάτες) προτείνει τον ορισμό της υγείας ως «μια δομική, λειτουργική και συναισθηματική κατάσταση που είναι συμβατή με την αποτελεσματική ζωή ως άτομο και ως μέλος της κοινωνίας», και συνδυάζοντας τα διάφορα χαρακτηριστικά προηγούμενων ορισμών των ανισοτήτων, καταλήγει πως «οι ανισότητες στον τομέα της υγείας ορίζονται ως οι συστηματικές, αποφεύξιμες και άδικες διαφορές στα αποτελέσματα υγείας που μπορούν να παρατηρηθούν μεταξύ πληθυσμών, μεταξύ κοινωνικών ομάδων εντός του ίδιου πληθυσμού ή ως διαβάθμιση σε έναν πληθυσμό που ταξινομείται κατά κοινωνική θέση» [11].

## ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Στην ιστοσελίδα του Π.Ο.Υ. αναγράφεται σχετικά με την περιβαλλοντική υγεία, ότι «πιο υγιή περιβάλλοντα θα μπορούσαν να αποτρέψουν σχεδόν το ένα τέταρτο του παγκόσμιου βάρους της ασθένειας... Ο καθαρός αέρας, το σταθερό κλίμα, το επαρκές νερό, η αποχέτευση και η υγιεινή, η ασφαλής χρήση χημικών ουσιών, η προστασία από την ακτινοβολία, οι υγιείς και ασφαλείς χώροι εργασίας, οι βέλτιστες γεωργικές πρακτικές, οι «πράσινες» πόλεις, η διατήρηση του φυσικού περιβάλλοντος, είναι όλα προϋποθέσεις για καλή υγεία» [12].

Έναν πιο λεπτομερή ορισμό, μας δίνει η *Εθνική Ένωση Περιβαλλοντικής Υγείας* (National Environmental Health Association): «Η περιβαλλοντική υγεία είναι η επιστήμη και η πρακτική της πρόληψης του ανθρώπινου τραυματισμού και ασθένειας και η προώθηση της ευημερίας, με τον προσδιορισμό και αξιολόγηση των περιβαλλοντικών πηγών και των παραγόντων κινδύνου, και με τον περιορισμό της έκθεσης σε επικίνδυνους φυσικούς, χημικούς και βιολογικούς παράγοντες στον αέρα, το νερό, το έδαφος, τα τρόφιμα, και άλλα περιβαλλοντικά μέσα ή ρυθμίσεις, που μπορούν να επηρεάσουν δυσμενώς την ανθρώπινη υγεία» [13].

Στην τελευταία ενδεδειγμένη έκδοση του Π.Ο.Υ. σχετικά με την περιβαλλοντική υγεία "Preventing disease through health environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks", που εκδόθηκε το 2016 [14], γίνεται μια ευρεία αξιολόγηση και λεπτομερής ανάλυση των περιβαλλοντικών παραγόντων, καθώς και πώς επηρεάζουν την δημόσια και παγκόσμια υγεία, αναδεικνύοντας την ανάγκη συστράτευσης σε παγκόσμιο επίπεδο, για συντονισμένες παρεμβάσεις προς πιο υγιή περιβάλλοντα. Συνοπτικά, μερικά ενδεικτικά σημεία της έκθεσης αυτής είναι τα εξής:

- Οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι αντιπροσωπεύουν μεγάλο κλάσμα της παγκόσμιας επιβάρυνσης ασθενειών: στο σύνολο του πληθυσμού, το 23% του συνόλου των θανάτων παγκοσμίως και το 22% όλων των *disability-adjusted life years* (DALYs), έτος ζωής προσαρμοσμένο στην αναπηρία) αποδίδονται στο περιβάλλον. Η μείωση των περιβαλλοντικών εκθέσεων θα μείωνε σε μεγάλο βαθμό την επιβάρυνση της ασθένειας σε παγκόσμιο επίπεδο.
- Κατά το 2016 13,7 εκατομμύρια θάνατοι, οφείλονται σε τροποποιήσιμους περιβαλλοντικούς κινδύνους. Αυτό σημαίνει ότι σχεδόν το 1 στους 4 των θανάτων ανά την υφήλιο συνδέονται με τις συνθήκες του περιβάλλοντος.
- Οι χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος έχουν τη μεγαλύτερη περιβαλλοντική επιβάρυνση και επιβάρυνση της νόσου.
- Οι περιβαλλοντικές επιπτώσεις στην υγεία είναι άνισες μεταξύ των διαφόρων κοινωνικών ομάδων: η κατανομή της έκθεσης σε περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου σχετίζεται συχνά με κοινωνικά χαρακτηριστικά όπως εισόδημα, κοινωνική θέση, απασχόληση και εκπαίδευση, αλλά και μη οικονομικές πτυχές όπως το φύλο, η ηλικία και η εθνότητα [14].

## ΔΗΜΟΣΙΑ, ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΑΙ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΥΓΕΙΑ

Παρόλο που η παγκόσμια υγεία ως επιστημονικός όρος εμφανίσθηκε για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία στη δεκαετία του 1940, και στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε από τον *Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας* (Π.Ο.Υ.) ως καθοδήγηση και θεωρητική βάση, η ερευνητική βιβλιογραφία δεν ασχολείται ιδιαίτερα με τον όρο και το περιεχόμενο του έως και τις τελευταίες δεκαετίες. Η πρώτη ευρέως διαδεδομένη απόπειρα ορισμού της *Παγκόσμιας Υγείας* γίνεται από τον *Korlan* και τους συναδέλφους του, στο έγγραφο του 2009 «Προς έναν κοινό ορισμό της Παγκόσμιας Υγείας» - «Towards a common definition of Global Health» [15], με στόχους αφενός μεν να διαχωρίσει μεταξύ τους τις έννοιες της *δημόσιας, διεθνούς και παγκόσμιας Υγείας*, αφετέρου δε να δημιουργήσει έναν κοινό ορισμό της «*παγκόσμιας υγείας*». Η υιοθέτηση ενός ευρέως αποδεκτού ορισμού, κρίνεται αναγκαία ώστε να υπάρξουν συμφωνίες και συντονισμένες προσπάθειες: προκειμένου να καταλήξει ένα πλήθος ενδιαφερόμενων μερών (ιατρική κοινότητα, έρευνα, χάραξη πολιτικής, χρηματοδότηση, μέσα ενημέρωσης και ευρύτερο κοινό) σε συμφωνία ως προς το τί προσπαθούν συλλογικά να πετύχουν, τις προσεγγίσεις που πρέπει να ακολουθήσουν και τους απαιτούμενους πόρους και δεξιότητες που πρέπει να διατεθούν προς την εκπλήρωση αυτού του σκοπού.

Προκειμένου να γίνει κατανοητή η έννοια της *παγκόσμιας υγείας*, θα πρέπει πρώτα να αποσαφηνισθεί ότι η *δημόσια, διεθνής και παγκόσμια υγεία* είναι τρεις διαφορετικές έννοιες, οι οποίες έχουν μεταξύ τους κοινά χαρακτηριστικά, δεν είναι όμως καμιά υποκατάστατο της άλλης:

Ο ορισμός της *δημόσιας υγείας* που έχει αντέξει περισσότερο στο χρόνο και έχει γίνει ευρέως αποδεκτός είναι αυτός που πρότεινε ο *Winslow* στο 1920: «Η *δημόσια υγεία* είναι η επιστήμη και η τέχνη της πρόληψης ασθενειών, της παράτασης της ζωής και της προώθησης της σωματικής υγείας και αποτελεσματικότητας μέσω οργανωμένων κοινοτικών προσπαθειών για την υγιεινή του περιβάλλοντος, τον έλεγχο των μεταδοτικών λοιμώξεων, την εκπαίδευση του ατόμου στην προσωπική υγιεινή, την οργάνωση ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών, για την έγκαιρη διάγνωση και προληπτική θεραπεία της νόσου, και την ανάπτυξη κοινωνικού μηχανισμού που θα διασφαλίζει σε κάθε άτομο στην κοινότητα ένα βιοτικό επίπεδο επαρκές για τη διατήρηση της υγείας, οργανώνοντας έτσι αυτά τα οφέλη με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτρέπει σε κάθε πολίτη να συνειδητοποιήσει το εκ γενετής δικαίωμα και τη μακροζωία του» [16].

Η *δημόσια υγεία* ως έννοια επικεντρώνεται στα θέματα που επηρεάζουν την υγεία ενός πληθυσμού σε επίπεδο κοινότητας ή χώρας, σε προγράμματα πρόληψης, στην ισότητα των μελών του πληθυσμού στην υγεία. Η ανάπτυξη και υλοποίηση πολιτικών δεν απαιτεί παγκόσμια συνεργασία ή συντονισμό.

Η *διεθνής υγεία* από την άλλη έχει επεκτείνει τις ανησυχίες της *δημόσιας υγείας* σε ένα υπερεθνικό επίπεδο, αντιμετωπίζοντας θέματα υγείας που ξεπερνούν τα εθνικά

σύνορα. Η *διεθνής υγεία* έχει ως έννοια μια συγκεκριμένη ιστορική πορεία, καθώς για αρκετές δεκαετίες ο όρος χρησιμοποιήθηκε για την εργασία υγείας στο εξωτερικό, εστιάζοντας γεωγραφικά στις αναπτυσσόμενες χώρες, συχνά με περιεχόμενο μολυσματικών και τροπικών ασθενειών, νόσων που σχετίζονται με την ύδρευση / ποχέτευση, τον υποσιτισμό, τις νόσους υγείας μητέρας και παιδιού κ.ά. Πολλά ακαδημαϊκά τμήματα και οργανισμοί εξακολουθούν να χρησιμοποιούν τον όρο αυτόν, περιλαμβάνοντας πλέον ένα ευρύτερο φάσμα θεμάτων, όπως χρόνιες ασθένειες, τραυματισμούς και συστήματα υγείας [15].

Η *διεθνής υγεία* ορίζεται από τους *Merson, Black και Mills* ως «η εφαρμογή των αρχών της *δημόσιας υγείας* σε προβλήματα και προκλήσεις που επηρεάζουν χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος και στη σύνθετη σειρά παγκόσμιων και τοπικών δυνάμεων που τις επηρεάζουν» [17].

Η *παγκόσμια υγεία*, ως συνέχεια ή επέκταση των προηγούμενων δύο εννοιών, περιλαμβάνει στοιχεία και από τις δύο και εστιάζει σε θέματα που άμεσα ή έμμεσα επηρεάζουν την υγεία υπερβαίνοντας τα εθνικά επίπεδα και στα οποία η ανάπτυξη και υλοποίηση λύσεων απαιτεί συχνά παγκόσμια συνεργασία, σε διεπιστημονικό, πολιτικό ή οικονομικό επίπεδο. Ο ορισμός που προτείνει ο *Korlan* (και συνεργάτες) είναι ο ακόλουθος: «Η *παγκόσμια υγεία* είναι ένας τομέας μελέτης, έρευνας και πρακτικής, που δίνει προτεραιότητα στη βελτίωση της υγείας και στην επίτευξη ισότητας στην υγεία για όλους τους ανθρώπους παγκοσμίως. Η *παγκόσμια υγεία* δίνει έμφαση στα διακρατικά ζητήματα υγείας, τους καθοριστικούς παράγοντες και τις λύσεις. Περιλαμβάνει πολλούς κλάδους εντός και εκτός των επιστημών υγείας, προωθεί τη διεπιστημονική συνεργασία και είναι μια σύνθεση πρόληψης βάσει πληθυσμού με κλινική φροντίδα σε ατομικό επίπεδο» [15].

Στο έργο “Global Health: Diseases, Programs, Systems, and Policies” (2012), οι *Merson, Black και Mills*, εξετάζουν διεξοδικά το ευρύ φάσμα των παγκόσμιων προκλήσεων υγείας που αντιμετωπίζουν σήμερα οι χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος και τις διάφορες προσεγγίσεις που υιοθετούν τα έθνη για να τις αντιμετωπίσουν. Οι προκλήσεις αυτές περιλαμβάνουν: τη μέτρηση της κατάστασης της υγείας, τις λοιμώδεις και χρόνιες ασθένειες, τους τραυματισμούς, τη διατροφή, την αναπαραγωγική υγεία, την παγκόσμια περιβαλλοντική υγεία και περίπλοκες καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Διερευνούν επίσης τα αναδυόμενα συστήματα υγείας, τη χρηματοδότηση και τη διαχείρισή τους, καθώς και τους ρόλους των εθνικών κρατών, των διεθνών φορέων, του ιδιωτικού τομέα και των μη κυβερνητικών οργανισμών στην προαγωγή της υγείας. Τέλος, αναδεικνύουν τον τρόπο με τον οποίο η παγκοσμιοποίηση επηρεάζει την *παγκόσμια υγεία* και τη σχέση μεταξύ υγείας και οικονομικής ανάπτυξης [17].

Σχετικά με τον όρο «*παγκόσμια υγεία*», συχνά παρατηρούνται παρανοήσεις σχετικά με τη χρήση της λέξης «*παγκόσμιο*». Πρέπει μια κρίση υγείας να διασχίζει τα εθνικά σύνορα για να θεωρηθεί παγκόσμιο πρόβλημα υγείας; Ο *Korlan* σημειώνει ξεκάθαρα πως δεν πρέπει να περιορίζεται η *παγκόσμια υγεία* στα θέματα υγείας

που κυριολεκτικά ξεπερνούν τα διεθνή σύνορα. Αντίθετα, σε αυτό το πλαίσιο, το παγκόσμιο αναφέρεται σε οποιοδήποτε ζήτημα υγείας που αφορά πολλές χώρες ή επηρεάζεται από διακρατικούς καθοριστικούς παράγοντες, όπως η κλιματική αλλαγή ή η αστικοποίηση ή λύσεις, όπως η εκρίζωση της πολιομυελίτιδας. Οι επιδημικές μολυσματικές ασθένειες, όπως ο δάγκειος πυρετός, η γρίπη H5N1 και η μόλυνση από τον ιό HIV είναι σαφώς παγκόσμιες. Ωστόσο, η παγκόσμια υγεία θα πρέπει επίσης να αντιμετωπίσει τον έλεγχο του καπνού, τις ελλείψεις μικροθρεπτικών συστατικών, την παχυσαρκία, την πρόληψη τραυματισμών, την υγεία των μεταναστών εργαζομένων και τη μετανάστευση εργαζομένων. Το παγκόσμιο στην παγκόσμια υγεία αναφέρεται στο εύρος των προβλημάτων και όχι στην τοποθεσία τους [15].

### **Υγεία και κόμικς**

Το 1990 οι *P. Videlier* και *P. Piras* δημοσίευσαν στο *World Health Forum* το άρθρο "Health in Strip Cartoons" [18] («Υγεία και στριπ-καρτούνς»), που το ακολούθησε το 1992 μια πιο σύντομη δημοσίευση στο περιοδικό του Π.Ο.Υ. *World Health* (Μάιος - Ιούνιος, 1992) με τίτλο "Strip Cartoons for Health" - «Στριπ-καρτούνς για την υγεία» [19]. Αυτές οι δύο δημοσιεύσεις εξετάζουν τα κόμικς σε σχέση με την υγεία, τόσο από άποψη ιστορική και τεχνική, όσο και από άποψη περιεχομένου. Αποτελούν μια περιεκτική αναφορά στη σχέση που έχει γενικά το περιεχόμενο των κόμικς με την υγεία, επικεντρώνοντας στη σχέση που έχουν το μήνυμα με το συμφραζόμενο ή αλλιώς το περιεχόμενο με το γενικό πλαίσιο (στο οποίο τα κόμικς γράφονται ή διαβάζονται): «Τα στριπ καρτούνς επηρεάζονται έντονα από το πολιτιστικό κλίμα (τον χρόνο και τον τόπο) στον οποίο γράφονται. Ως εκ τούτου, αντικατοπτρίζουν τη συμπεριφορά και τους τρόπους ζωής μιας κοινωνίας, υγιείς και μη: το αλκοόλ, ο καπνός, το φαγητό και το περιβάλλον μεγεθύνονται στα στριπ καρτούνς, τα οποία απεικονίζουν την καθημερινή ζωή ως μέρος της γραφιστικής αφήγησης, όπου το μήνυμα μπορεί να συναχθεί μόνο από προσεκτική ανάλυση του πλαισίου» [19].

Καταρχήν, σύμφωνα με τους *Videlier* και *Piras*, είναι σημαντικό να γίνει η διάκριση ανάμεσα στα κόμικς που έχουν φτιαχθεί για ψυχαγωγία (μια μορφή τέχνης) και στις εκπαιδευτικές παραγωγές που απλώς χρησιμοποιούν την αφηγηματική τεχνική. Είναι «η ίδια διαφορά που έχει μια νουβέλα του *Τζακ Λόντον* με ένα εγχειρίδιο πρώτων βοηθειών ή μια ταινία του *Χόλυγουντ* με ένα ντοκιμαντέρ για την εκρίζωση της ελονοσίας» [18].

### **ΤΑ ΚΟΜΙΚΣ ΩΣ ΜΕΣΟ**

Τα κόμικς απευθύνονται σε ένα ευρύ κοινό, και σε όλες τις ηλικίες και εθνοτικές ομάδες, χρησιμοποιώντας μια γλώσσα απλή, καθημερινή, σχεδόν καθολικά



κατανοητή, που μπορεί να είναι ταυτόχρονα διδακτική και διασκεδαστική. Η απλή (αλλά εξελιγμένη) χρήση εικόνας και κειμένου στα κόμικς δημιουργεί μια αφήγηση σύντομη, περιεκτική και ξεκάθαρη, που μπορεί να δημιουργεί ταύτιση με τον αναγνώστη και να παρουσιάζει πληροφορίες με άμεσο τρόπο. Αυτό δίνει στα κόμικς τη δυνατότητα να ψυχαγωγήσουν, να περάσουν μηνύματα, αλλά και να καταστούν ένα διδακτικό εργαλείο.

### Ορισμός

Ένα τυπικό κόμικ είναι ένα περιοδικό ή βιβλίο, με εικόνες και λέξεις σε «μπαλόνια διαλόγου» ή «σύννεφα διαλόγου». (“Speech balloon” ή “speech bubble”: στα ελληνικά αποδίδεται ως *συννεφάκι διαλόγου / ομιλίας* ή *μπαλόνι διαλόγου*). Είναι ένα άσπρο μπαλόνι ή φούσκα που περιέχει λόγια και συνήθως ένα βέλος που δείχνει προς την κατεύθυνση του προσώπου που μιλάει). Αυτές οι εικόνες και οι λέξεις είναι διατεταγμένες σε μια ακολουθία πλαισίων, τα λεγόμενα «κουτάκια», «καρέ» ή «πάνελ», έχοντας συνήθως ένα κενό μεταξύ των πλαισίων, γνωστό και ως «αυλάκι» (“gutter”). Διάφοροι ορισμοί για τα κόμικς που έχουν κατά καιρούς επιχειρηθεί, συγκλίνουν σε ένα σύνολο χαρακτηριστικών, όπως οι διαδοχικές εικόνες, η αφήγηση, η σύμπλεξη εικόνας και κειμένου. Ο *Will Eisner* όρισε τα κόμικς ως «διαδοχική τέχνη», ενώ ο *McCloud* επέκτεινε αυτόν τον ορισμό, κάνοντάς τον πιο συγκεκριμένο ως προς τα χαρακτηριστικά των κόμικς: «Αντιπαρατιθέμενες εικονογραφήσεις και άλλες εικόνες σε σκόπιμη σειρά, με σκοπό να μεταφέρουν πληροφορίες ή/και να παράγουν μια αισθητική απόκριση στον θεατή» [20].

### Τεχνικά χαρακτηριστικά

Ανεξάρτητα από τις συζητήσεις και τις διαφορές που προκύπτουν σχετικά με τον ορισμό των κόμικς, υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά, που είναι μοναδικά σε αυτό το μέσο και συμφωνούνται από ειδικούς σε αυτή τη μορφή τέχνης. Αυτά τα χαρακτηριστικά θα μπορούν να συνοψισθούν ως εξής [21]:

- *Αφήγηση*: Τα κόμικς είναι ως σχεδόν πάντα ένα αφηγηματικό μέσο. Η αφήγηση μπορεί να είναι χιουμοριστική ή σοβαρή, περιπέτεια ή δράμα. Πάντα παρουσιάζεται με τη μορφή εικόνων και κειμένου, κάθε ένα εκ των οποίων στέκεται μεν ικανοποιητικά από μόνο του, είναι όμως η αλληλεξάρτηση της εικόνας και του κειμένου που είναι το πιο διακριτό χαρακτηριστικό των κόμικς. Ο βαθμός του αφηρημένου στις εικόνες, μπορεί να ποικίλει από πραγματικές εικόνες μέχρι ζωγραφισμένα καρτούνς. Συνδυάζοντας εικόνες και κείμενο, τα κόμικς γεφυρώνουν το χάσμα μεταξύ των μέσων που παρακολουθούμε και των μέσων που πρέπει να γίνει ανάγνωση και βοηθούν τους αναγνώστες να βάλουν ένα ανθρώπινο πρόσωπο σε ένα δεδομένο θέμα, ώστε να οικοδομήσουν μια συναισθηματική σύνδεση μεταξύ των αναγνωστών και των χαρακτήρων της ιστορίας.

• *Πάνελς* (ή αλλιώς «*καρέ*» ή «*κουτάκια*»): Η αφήγηση στα κόμικς παρουσιάζεται στον αναγνώστη σε μια σειρά από καρέ ή πάνελ. Τα πάνελ σε ένα κόμικ λειτουργούν ως ένα είδος κατανομής του (ιστορικού) χρόνου ή του χώρου. Ανάμεσα σε δύο πάνελ μπορεί να μεσολαβεί μια στιγμή ή ένα μεγάλο χρονικό διάστημα και αυτό υποδηλώνεται μέσω της επόμενης εικόνας ή κειμένου. Εντός του πάνελ υπάρχουν οι πληροφορίες της εικόνας και οι λεκτικές πληροφορίες. Οι λεκτικές πληροφορίες που βρίσκονται στο πάνελ είναι τεσσάρων διαφορετικών τύπων: (1) *μπαλόνη διαλόγου* (word balloon) - ομιλία ή σκέψεις του χαρακτήρα της ιστορίας, (2) *πλαίσιο* ή *λεζάντα* έξω από το πάνελ (συνήθως χρησιμεύει ως αφήγηση – είναι η φωνή αυτού που λέει την ιστορία), (3) *ηχητικά εφέ* (συνήθως εμφανίζονται μέσα στο πάνελ και αντανακλούν οπτικά τον ήχο που απεικονίζεται (π.χ. ένα ζωγραφισμένο «μπταμ») και (4) *εικόνες λέξεων* μέσα σε ένα πάνελ (όταν, για παράδειγμα, απεικονίζεται μια πινακίδα 'στοπ' ή ένα βιβλίο κ.λ.π.).

• *Παράθεση των πάνελ*: Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό των πάνελ στα κόμικς είναι η χωρική διάταξη, η οποία διαφοροποιεί τα κόμικς από άλλες μορφές μέσων, όπως η τηλεόραση και οι ταινίες στις οποίες τα πάνελ είναι διαδοχικά χρονικά. Στα κόμικς, τα πάνελ τοποθετούνται το ένα δίπλα στο άλλο με τρόπο χωρικό, όχι χρονικό. Λόγω αυτής της χωρικής διάταξης, οι αναγνώστες έχουν τον έλεγχο του πώς παρουσιάζεται η αφήγηση, πώς επεξεργάζεται και γίνεται κατανοητή. Η γλώσσα και τα γραφικά στις ταινίες και τα κινούμενα σχέδια είναι χρονικά δεσμευμένα, ενώ διαβάζοντας κόμικς ο χρόνος προχωρά με το ρυθμό του αναγνώστη, ο οποίος μπορεί να σταματήσει, να επιστρέψει στο πάνελ που διάβασε, να συνεχίσει από το ίδιο πάνελ όπου σταμάτησε και να μεταπηδήσει στο πάνελ στην επόμενη σελίδα. Ο χώρος κάνει για τα κόμικς ό,τι κάνει ο χρόνος για τις ταινίες. Ο χρόνος προχωρά μόνο καθώς τα μάτια του αναγνώστη κινούνται στη σελίδα.

• *‘Αυλάκια’* και *‘κλείσιμο’* (“gutter and closure”): Τα κόμικς περιλαμβάνουν την αλληλεπίδραση εικόνων και κειμένου που παρουσιάζονται σε πάνελ τα οποία αντιπαρατίθενται σε όλες τις σελίδες του κόμικ. Ο χώρος μεταξύ των πάνελ «βρίσκεται στην καρδιά των κόμικς». Αυτός ο χώρος ανάμεσα στα πάνελ στα κόμικς ονομάζεται “gutter” (κυριολεκτικά: υδρορροή). Η ανάγνωση ενός κόμικς απαιτεί μια ενεργή, αν και σε μεγάλο βαθμό υποσυνείδητη, συμμετοχή του αναγνώστη, επειδή μεταξύ δύο πάνελ, είναι που συμβαίνει η σύνθεση των πληροφοριών. Η φαντασία του αναγνώστη συνδυάζει την εικόνα και το κείμενο από τα διπλανά πάνελ και τα μεταμορφώνει σε μια ενιαία ιδέα. Αυτή η διαδικασία, δηλαδή η παρατήρηση των επιμέρους στοιχείων στα πάνελ, αλλά η αντίληψη του όλου είναι αυτό που ο McCloud αποκαλεί «κλείσιμο» [20, 21].

## ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ

Είναι άγνωστο πότε και πώς ξεκίνησαν τα κόμικς, ωστόσο, τα κόμικς στη μορφή που τα ξέρουμε, ξεκίνησαν ως στριπς που τυπώθηκαν σε εφημερίδες τη δεκαετία

του 1890 (“strips” κυριολεκτικά σημαίνει «λωρίδες» και τα «κόμικ-στριπς» είναι μια ακολουθία σχεδίων σε κουτάκια που αφηγούνται μια σύντομη διασκεδαστική ιστορία, συνήθως τυπωμένη σε εφημερίδα ή περιοδικό). Στη δεκαετία του 1930 οι εκδότες επανεκτύπωσαν και πούλησαν αυτά τα κόμικ-στριπς ως συλλογές σε μικρά περιοδικά. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου τα κόμικς θεωρούνταν “lowbrow art” (υπόγειο κίνημα εικαστικής τέχνης, επίσης γνωστό με τον όρο ‘ποπ σουρεαλισμός’, που προέκυψε στην περιοχή του Λος Άντζελες στα τέλη της δεκαετίας του 1960, με τις ρίζες του σε *underground* κόμικς, *punk* μουσική, *γκράφιτι* κ.λ.π.) και ως καλλιτεχνικό επάγγελμα θεωρούνταν χαμηλής καλλιτεχνικής αξίας. Ορισμένοι συγγραφείς και καλλιτέχνες επέλεξαν ακόμη και να δημοσιεύσουν το έργο τους χρησιμοποιώντας ψευδώνυμο [22].

Μέχρι τον *Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο* η δημοτικότητα των κόμικς αυξήθηκε, καθώς χρησιμοποιήθηκαν για να υποστηρίξουν την πολεμική προσπάθεια με δύο τρόπους. Πρώτον, στάλθηκαν σε στρατιώτες στο εξωτερικό ως μορφή ψυχαγωγίας και δεύτερον, πουλήθηκαν σε νεαρούς αναγνώστες στις Η.Π.Α. για να προωθήσουν τον πατριωτισμό. Για παράδειγμα, ο *Batman* και ο *Robin* ενθάρρυναν αγόρια και κορίτσια να αγοράσουν πολεμικά ομόλογα και γραμματόσημα και ο *Captain America* δίδασκε στα παιδιά πώς να συλλέγουν χαρτί και παλιοσίδερα για ανακύκλωση. Μετά τον *Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο*, οι πωλήσεις των κόμικς αυξήθηκαν σημαντικά λόγω του νέου κοινού τους. Ο πόλεμος βοήθησε επίσης να βγει η Αμερική από τη *Μεγάλη Ύφεση*, δίνοντας στα νοικοκυριά (και επακόλουθα στα παιδιά), επιπλέον διαθέσιμο εισόδημα. Στις αρχές της δεκαετίας του 1950 σχεδόν όλα τα παιδιά διάβαζαν κόμικς, με τις εκτιμήσεις της βιομηχανίας για το αναγνωστικό κοινό να φτάνουν στο 95% των αγοριών και το 91% των κοριτσιών (ηλικίες 6-11 ετών). Λίγο μετά από αυτή την «έκρηξη των κόμικς», υπήρξε μια εμφανής αντίδραση απέναντι στα κόμικς από την ιδέα ότι προκαλούσαν νεανική παραβατικότητα, και οι γονείς αποθάρρυναν τα παιδιά τους από το να τα αγοράσουν ή να τα διαβάσουν. Επίσης, μέχρι το 1955 σχεδόν τα τρία τέταρτα του σπιτιού στις Η.Π.Α. διέθεταν τηλεοράσεις, οι οποίες γρήγορα κυριάρχησαν στον ελεύθερο χρόνο των παιδιών [23].

Στη σύντομη αυτή αναδρομή είναι σημαντικό να αναδειχθεί ότι, όπως και άλλα μέσα της *ποπ κουλτούρας*, τα κόμικς αντικατοπτρίζουν συνήθως την εποχή κατά την οποία είχαν κυκλοφορήσει. Για παράδειγμα, όταν τα κόμικς ξεκίνησαν για πρώτη φορά στη δεκαετία του 1930, πολλά από αυτά είχαν δημοσιευθεί από ντόπιους κατοίκους της Νέας Υόρκης, μιας πόλης τότε γνωστής για την έντονη πολιτική διαφθορά. Σε ένα πρώιμο κόμικ του *Σούπερμαν*, ο κεντρικός ήρωας σώζει έναν παγιδευμένο ανθρακωρύχο υπόγειων στοών και στη συνέχεια το alter-ego του – ο *Κλαρκ Κεντ* – ερευνά το ατύχημα. Αργότερα ο *Κλαρκ Κεντ* ανακαλύπτει ότι το ατύχημα οφειλόταν σε μια ελαττωματική συσκευή ασφαλείας και όταν έρχεται αντιμέτωπος με τη διοίκηση, ο ιδιοκτήτης της επιχείρησης του απαντά χωρίς τύψεις: «Είμαι επιχειρηματίας, όχι ανθρωπιστής» [23].

Αντίστοιχα, στη δεκαετία του 1960, τα κόμικς της *Marvel* αντιμετώπισαν το θέμα των φυλετικών διακρίσεων με τα κόμικς των *X-Men*. Κατά τις δεκαετίες 1950-1960 το *Κίνημα των Πολιτικών Δικαιωμάτων* (Civil Rights Movement) ήταν ένας αγώνας για την κοινωνική δικαιοσύνη για τους αφροαμερικανούς, ώστε να κερδίσουν ίσα δικαιώματα βάσει νόμου στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Οι *X-Men* είναι μια ομάδα μεταλλαγμένων, γεννημένων με ειδικές ικανότητες, με επικεφαλής τον καθηγητή *Charles Xavier*. Δεδομένου ότι οι *X-Men* είναι διαφορετικοί στην εμφάνιση, συχνά τους φοβούνται και υφίστανται διακρίσεις στην κοινωνία. Ο *Charles Xavier*, ένα αρχέτυπο του *Martin Luther King Jr.*, αγωνίζεται για την ειρηνική συνύπαρξη μεταξύ ανθρώπων και μεταλλαγμένων, ενώ ο κακός στο κόμικ είναι ο *Magneto*, ο οποίος αντιπροσωπεύει ένα αρχέτυπο του *Malcolm X* και πιστεύει ότι οι μεταλλαγμένοι πρέπει να πολεμούν για την ελευθερία χρησιμοποιώντας βία [22]. Επιπλέον, ο *Black Panther* (Μαύρος Πάνθηρας) είναι ο πρώτος μαύρος υπερ-ήρωας, και κάνει το ντεμπούτο του το 1966, στην ακμή του *Κινήματος για τα Πολιτικά Δικαιώματα*. Πολλές από τις ιστορίες των *X-Men* αντικατοπτρίζουν τους αγώνες τόσο του κινήματος των πολιτικών δικαιωμάτων όσο και του αγώνα για τα δικαιώματα των ομοφυλόφιλων. Αρκετοί χαρακτήρες της *Marvel*, όπως ο *Professor X* ή ο *Daredevil*, έχουν σωματικές αναπηρίες [23].

Ένα ενδιαφέρον ιστορικό παράδειγμα για την αλληλένδετη σχέση που έχουν τα κόμικς με την κοινωνία μέσα στην οποία αναπτύσσονται, που σχετίζεται επίσης με την προαγωγή της υγείας, μπορεί να βρεθεί ήδη στη δεκαετία του 1970: το Υπουργείο Υγείας, Παιδείας και Πρόνοιας των Η.Π.Α. (με Υπουργό τον *P. Νίξον*), ζήτησε από τα κόμικς της *Marvel* να ενσωματώσουν μηνύματα κατά των ναρκωτικών στις ιστορίες τους. Με τη σειρά του, ένας εξέχων συγγραφέας της εποχής, ο *Stan Lee*, έγραψε μια μίνι σειρά τριών τευχών με επίκεντρο τον *Spiderman* που προωθεί μια εκστρατεία κατά της κατάχρησης ναρκωτικών [23].

## ΚΟΜΙΚΣ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα εκπαιδευτικά κόμικς μπορούν να ορισθούν ως «ένα υποσύνολο κόμικς που ο σκοπός τους δεν είναι να αφηγηθούν μια ιστορία ή να ψυχαγωγήσουν, αλλά να μεταφέρουν πληροφορίες ή να μεταδώσουν έννοιες». Στον τομέα της πληροφόρησης σχετικά με την υγεία, τα εκπαιδευτικά κόμικς μπορεί να έχουν διάφορους σκοπούς, όπως την ευαισθητοποίηση (για παράδειγμα, σχετικά με τα συμπτώματα μιας νόσου), την προετοιμασία των ασθενών (τι να περιμένουμε από μια ιατρική διαδικασία), τη βοήθεια στη λήψη αποφάσεων (αποφάσεις μεταξύ διαφορετικών επιλογών θεραπείας), την προώθηση της αυτοδιαχείρισης χρόνιων παθήσεων, ή απλώς την καλύτερη κατανόηση και την αποδοχή μιας συνθήκης [24]. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, οι επαγγελματίες της δημόσιας υγείας έχουν υιοθετήσει ενεργά το μέσο των κόμικς και έχουν αξιοποιήσει τις δυνατότητες αυτού του πειστικού μέσου για σκοπούς επικοινωνίας για την υγεία, σε όλους τους τομείς

της υγειονομικής περίθαλψης, της πρόληψης ασθενειών και της προαγωγής της υγείας. Τα κόμικς έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως ως μέσο για την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις ασθένειες και τα συμπτώματά τους, για να βοηθήσουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους να κατανοήσουν καλύτερα την ασθένεια, για να προωθήσουν την αυτοδιαχείριση χρόνιων παθήσεων, να βελτιώσουν τη θεραπευτική συμμόρφωση στα παιδιά [25], να υποστηρίξουν την τεκμηριωμένη απόφαση ανάμεσα σε κλινικές διαδικασίες και θεραπευτικές επιλογές [26], για τη διευκόλυνση ή βελτίωση της εμπειρίας της υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών, και για την προώθηση των χειρουργικών επεμβάσεων και της δωρεάς οργάνων [27]. Το 2007, μια ομάδα από ακαδημαϊκούς, παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, συγγραφείς, καλλιτέχνες και θαυμαστές των κόμικς, ξεκίνησαν μια διαδικτυακή κοινότητα με το όνομα “Graphic Medicine” («Γραφιστική Ιατρική») για να εξερευνήσουν την αλληλεπίδραση μεταξύ του μέσου των κόμικς και του λόγου της υγειονομικής περίθαλψης. Ο όρος “Graphic Medicine” αποδίδεται στον *Ian Williams*, ως «ένας εύχρηστος όρος που υποδηλώνει το ρόλο που μπορούν να παίξουν τα κόμικς στην υγειονομική περίθαλψη και, με την πάροδο του χρόνου, έχει υιοθετηθεί ως ο αποδεκτός όρος για αυτόν τον τομέα μελέτης και πρακτικής». Εξάλλου, η χρήση της λέξης “medicine” (σημαίνει «ιατρική», αλλά και «φάρμακο») δεν έχει σκοπό να αναδείξει το ιατρικό επάγγελμα σε σχέση με άλλους επαγγελματίες υγείας, ασθενείς, ή καλλιτέχνες κόμικ, αλλά μάλλον να προτείνει ότι η χρήση των κόμικς μπορεί να έχει κάποιου είδους θεραπευτικές δυνατότητες [21, 28].

Σε ένα πρόσφατο άρθρο, εξετάζοντας το ρόλο των κόμικς στην επικοινωνία σχετικά με τη δημόσια υγεία κατά την πανδημία του COVID-19 [29] οι *C. Kearns* και *N. Kearns* αποτυπώνουν το γιατί τα κόμικς είναι ένα ενδιαφέρον μέσο για την επικοινωνία θεμάτων υγείας, καθώς μια ιατρική ιδέα ή πληροφορία μπορεί να αποτυπωθεί σε μια σειρά από πάνελ που συνδυάζουν εικόνες και κείμενο σε γραφικές αφηγήσεις. Η επικοινωνία μιας ιδέας ή ενός μηνύματος μέσω των κόμικς μπορεί να είναι ιδιαίτερα πετυχημένη για μια σειρά από λόγους, που σχετίζονται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους: Οι αναγνώστες διαδραματίζουν ενεργό ρόλο σε αυτήν την ανταλλαγή, καθώς πρέπει να δεσμεύσουν τη φαντασία τους για να καταλάβουν την ιστορία του τί συνέβη μεταξύ των πάνελ. Επίσης, ελέγχουν τον ρυθμό με τον οποίο εισάγονται οι πληροφορίες, με το χρόνο που αφιερώνουν διαβάζοντας και κοιτάζοντας κάθε πάνελ. Συνδυαστικά, όλα αυτά κάνουν την εμπειρία της ανάγνωσης κόμικς κάπως μοναδική για κάθε άτομο. Σχετικά με τον εκπαιδευτικό τους ρόλο, τα κόμικς αξιοποιούν τη θεωρία της «διπλής κωδικοποίησης», όπου η κατανόηση και η διατήρηση των πληροφοριών βελτιώνεται συμπεριλαμβάνοντας την πληροφορία, τόσο από τη διάσταση της εικόνας, όσο και του κειμένου [30]. Τέλος, το ίδιο το κόμικς ως μέσο είναι εξαιρετικά δημοφιλές, καθώς ήδη χρησιμοποιείται και απολαμβάνεται από ένα ευρύ κοινό, καθιστώντάς το έτσι ένα γνώριμο και ελκυστικό μέσο για την ανταλλαγή πληροφοριών για τη δημόσια υγεία με ευχάριστο τρόπο.

Παρουσιάζονται επίσης πτυχές του θέματος (στην προκειμένη περίπτωση, της πανδημίας), στις οποίες τα κόμικς καταφέρνουν να βοηθήσουν καλύτερα από άλλα μέσα. Για παράδειγμα, κατά την αρχή της πανδημίας υπήρξε μια ρατσιστική ρητορική, με αποτέλεσμα ανάλογα την εθνότητα να υπάρχουν περιπτώσεις οικογενειών που εκδιώκονται από τα σπίτια τους, παιδιά που υφίστανται εκφοβισμό στο σχολείο, επιχειρήσεις που αρνούνται να εξυπηρετήσουν συγκεκριμένους πελάτες κλπ. Η απλοποίηση των χαρακτήρων στα κόμικς μετατοπίζει την οπτική αναπαράσταση των ανθρώπων από τη ρεαλιστική προς τη συμβολική, με μια «ραβδο-φιγούρα» (“stick-figure”, δηλαδή μια ανθρωπόμορφη φιγούρα χωρίς χαρακτηριστικά προσδιοριστικά ως προς το έθνος, το φύλο και το χρώμα), να είναι ένα ακραίο παράδειγμα. Αυτό διευκολύνει τους θεατές οποιουδήποτε δημογραφικού στοιχείου να προβάλλουν την ταυτότητά τους στην αφήγηση και να συμπάσχουν με τους χαρακτήρες, δίνοντας μεγαλύτερη συνάφεια στις καταστάσεις που παρατηρούνται [20, 29].

Σε ένα άλλο παράδειγμα, αναδεικνύεται το πώς τα κόμικς δεν περιορίζονται από τους κανόνες της πραγματικότητας που διέπουν τα οπτικά μέσα, όπως πχ η φωτογραφία. Τα κόμικς μπορούν να κάμψουν τους κανόνες της πραγματικότητας για να μεταδώσουν πιο ξεκάθαρα τα μηνύματα, και επιτρέπουν σε αφηρημένες έννοιες να γίνονται απτές. Για παράδειγμα, μια εικόνα που δείχνει πώς ο βήχας απλώνει ένα σύννεφο μολυσματικού υλικού που είναι άορατο στην πραγματική ζωή, και αντιπροσωπεύει την παρουσία μόλυνσης (η οποία μπορεί να είναι ασυμπτωματική ή ανεπαίσθητη) μέσω της χρήσης ενός ξεκάθαρα διακριτικού χρώματος [29].

### ΠΩΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΖΕΤΑΙ Η ΥΓΕΙΑ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΑ ΚΟΜΙΚΣ

Οι ιστορίες περιπέτειας, που άρχισαν γρήγορα να κυριαρχούν στα κόμικς στριπς (εξωτικές ιστορίες, αστυνομικές περιπέτειες, επιστημονική φαντασία και ιστορία) στρέφονται συχνά στη σφαίρα της υγείας. Άλλωστε, για να υπάρχει η περιπέτεια πρέπει να υπάρχει κίνδυνος, και ο κίνδυνος συνεπάγεται κάποια σχέση με την υγεία, επομένως άμεσα ή έμμεσα αποτελεί ένα μήνυμα υγείας. Οι ίδιοι οι ήρωες και οι χαρακτήρες που συναντούν στις περιπέτειές τους εναλλάσσονται στο ρόλο του θύματος και του διασώστη: στην έρημο είναι εκτεθειμένοι στην ηλίαση, στη ζούγκλα απειλούνται από ελονοσία και δηλητηριώδη φίδια, στη θάλασσα απειλούνται από σκορβούτο, και στο Μεσαίωνα η πανούκλα ή η λέπρα αποδεκατίζουν πληθυσμούς. Ανά πάσα στιγμή οι χαρακτήρες μπορεί να πληγωθούν σε ένα ατύχημα ή σε έναν καυγά, που δίνει την ευκαιρία για ένα μήνυμα υγείας, είτε με λόγια είτε με πράξεις: έτσι ο Τεν-Τεν, ο κλασικός ήρωας, σώζει ένα παιδί από πνιγμό και του κάνει τεχνητή αναπνοή, στο *The Blue Lotus*. Παρομοίως, παρακολουθούμε τον *Steve Canyon*, τον Αμερικανό πιλότο που δημιουργήθηκε από τον *Milton Caniff*, να πολεμά μια επιδημία χολέρας στην Αφρική. Επικροτούμε τη ζωηρή *Μαφάλντα* που κάνει

τον πατέρα της να κόψει το κάπνισμα με μια απλή παρατήρηση και επίσης παρακολουθούμε τις περιπέτειες του τραγικού ήρωα *Gen of Hiroshima* που έζησε τον ατομικό εφιάλτη. Τα στριπ κόμικς απεικονίζουν σε πολλές σκηνές διάφορα προβλήματα υγείας (ως περιστατικά στην ιστορία), αλλά και πώς αυτά μπορούν να λυθούν (η επίλυση της κρίσης είναι η προϋπόθεση για να προχωρήσει η ιστορία).

Στην – συχνά – ταχύτατη διαδοχή των γεγονότων, μαθαίνουμε (ως αναγνώστες) πώς να παίρνουμε έναν καρδιακό παλμό, να βράζουμε νερό για να απολυμάνουμε μια πληγή, να εφαρμόζουμε έναν αιμοστατικό επίδεσμο, να κάνουμε έναν αυτοσχέδιο νάρθηκα ή φορείο και ούτω καθεξής. Τα ασθενοφόρα, οι γιατροί, οι νοσηλευτές, τα νοσοκομεία, τα ιατρεία και τα χειρουργεία κάνουν επίσης τακτικά εμφανίσεις [19].

Σύμφωνα με τους *Videlier* και *Piras*, διακρίνονται τρεις (τουλάχιστον) τρόποι, σχετικά με το πώς η υγεία εμφανίζεται μέσα στα κόμικς:

*Με ιατρικές περιπέτειες ή ιστορίες που επικεντρώνονται σε κάποιο γιατρό:*

Οι ιστορίες περιπέτειας με πρωταγωνιστή κάποιον γιατρό δεν είναι καθόλου ασυνήθιστες. Για παράδειγμα, οι διάσημοι *Ιπτάμενοι Γιατροί της Αυστραλίας* έχουν εμπνεύσει αρκετούς διαφορετικούς συγγραφείς και ιστορίες (*Air Hawk, Australia, 1959, Le docteur volant - The flying doctor, Belgium, 1964, Ian McDonald, Le médecin volant - The flying doctor, France, 1969*). Ο ίδιος ο Π.Ο.Υ. επίσης πολλές φορές αποτελεί τη βάση για εξωτικές ιστορίες σε διάφορα κόμικς, όπως το *Pilote* (1966), με πρωταγωνιστές μια ομάδα από τον Οργανισμό. Το γαλλικό περιοδικό *Pif* εξέδιδε ένα δημοφιλές στριπ, το *Dr. Justice* (1970), με πρωταγωνιστή ένα γιατρό του Π.Ο.Υ. τον “*Dr Benjamin Justice of W.H.O.*”. Αργότερα κατά τη δεκαετία του 1980, οι οργανισμοί *Médecins sans Frontières* (*Γιατροί χωρίς Σύνορα*) ή *Médecins du Monde* (*Γιατροί του Κόσμου*) διαδέχθηκαν τον Π.Ο.Υ. ως σύμβολο επείγουσας ιατρικής βοήθειας. Ο ήρωας στις ιστορίες αυτές, ήταν ένας περιπλανώμενος γιατρός με το δικαίωμα να επεμβαίνει σε διαφορετικά έθνη έχοντας μια ασαφή πολιτική δικαιοδοσία, κατά κάποιο τρόπο ένα είδος *Σούπερμαν* υπερασπιστή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ο οποίος μάλιστα ήταν αρκετά δημοφιλής στην Ευρώπη [18].

Υπάρχουν δύο βασικά θέματα στα κόμικς, το *χιούμορ* και η *περιπέτεια* (χωρίς το ένα να αποκλείει το άλλο) και το ίδιο ισχύει και για αυτά που έχουν θέμα τον ιατρικό κόσμο: σε αυτό το αφηγηματικό είδος, η υγεία είναι συνήθως το πρόσχημα ή το πλαίσιο, παρά το επίκεντρο της ιστορίας. Το θέμα υγείας είναι απλά μια σύγκρουση ή μια κατάσταση που πρέπει να λυθεί, και έτσι δεν είναι λίγες οι φορές που ο *Dr Justice* φθάνει σε μια καινούρια χώρα για κάποιο ιατρικό συνέδριο, αλλά γρήγορα μπλέκεται σε απίθανες περιπέτειες, που του αφήνουν ελεύθερο το πεδίο για να επιδείξει τις γνώσεις του στο καράτε [18].

*Με την υγεία ως στοιχείο της πλοκής, ή ως κομμάτι της περιπέτειας:*

Σε αυτή την περίπτωση η υγεία είναι ένα συστατικό της ιστορίας, και τα νοσοκομεία, τα ατυχήματα, η ασθένεια, το δηλητήριο, είναι στοιχεία που χρησιμοποιούνται στην κατασκευή της πλοκής. Η καλή υγεία δεν έχει θέση σε αυτή την περίπτωση, καθώς ο χρόνος στα κόμικς είναι συμπιεσμένος και έντονος, χωρίς να αφήνει περιθώριο για τίποτα το καθημερινό ή περιπτό (στην πλοκή), αλλά η κακή υγεία, η ασθένεια, το ατύχημα απεικονίζονται με διάφορες μορφές. Τα κόμικς είναι ένας συνδυασμός κειμένου και εικόνας που ενώνονται σε ένα γραφικό σύμπαν που είναι ελεύθερο από τα δεσμά του φυσικού κόσμου, όπου η φαντασία με την πραγματικότητα μπλέκονται και τα μέσα για να απεικονιστούν πολύπλοκες ή αφηρημένες ιδέες είναι ισχνά. Τα προβλήματα υγείας δεν μπορούν να απεικονισθούν εύκολα όπως σε μια κινηματογραφική ταινία, π.χ. οι συνέπειες μιας ασθένειας, ή μια χειρουργική επέμβαση. Για αυτό η υγεία στα κόμικς είναι μια αναπαράσταση, όπου η πραγματικότητα υποδηλώνεται μέσα από πράξεις, πρότυπα, ή λέξεις: το κρύωμα υποδηλώνεται με κάποιο πτέρνισμα, η ιλαρά με κηλίδες στο πρόσωπο, οι μελανιές με ένα μαύρο μάτι – η υγεία συμβολίζεται επίσης από το περιβάλλον π.χ. νοσοκομείο, ασθενοφόρο, γιατρός, ή απλά ένα συννεφάκι διαλόγου με ένα σύντομο λεκτικό, όπως μια διάγνωση ή ένα απλό βογγητό [18].

*Με την απεικόνιση (υγιεινών και μη) τρόπων ζωής:*

Παρόλο που η παρουσία υγιεινών και μη υγιεινών τρόπων ζωής (αλκοόλ, καπνός, διατροφή, περιβάλλον κ.λ.π.) είναι διάχυτη στα κόμικς, το θέμα αυτό, σύμφωνα με τους *Videlier* και *Piras*, είναι το πιο δύσκολο να αποσαφηνισθεί, αλλά παράλληλα και το πιο εύκολο στο να παρατηρηθούν οι αλλαγές από την αλληλεπίδραση με το κοινωνικό πλαίσιο. Τα μηνύματα σχετικά με την υγεία στους τρόπους ζωής που απεικονίζονται, δεν είναι μονοσήμαντα, καθώς είναι κοινωνικά σύμβολα. Πολλές φορές το κάπνισμα, η πίπα ή το τσιγάρο, είναι στοιχεία που προσδίδουν μοναδικότητα στο χαρακτήρα χωρίς να απεικονίζονται υποχρεωτικά ως επιβαρυντικά για την υγεία: το τσιγάρο του *Λούκυ Λουκ*, γνωστού ως ‘φτωχού και μόνου καουμπού’, είναι προσδιοριστικό κομμάτι του προφίλ του χαρακτήρα. Και δεν είναι ο μόνος που απεικονίζεται να χρησιμοποιεί καπνό: ναυτικοί (*Ποπάου*, *Κάππεν Χάντοκ* κ.ά.) ή ντετέκτιβς (*Επιθεωρητής Γουέηντ*, *Μπρους Γουέιν*, *Ριπ Κίρμπυ*, *Μπλέηκ*, *Μόρτιμερ* κ.ά.) μπορεί να καπνίζουν πίπα, που συνήθως είναι σύμβολο δραστηριότητας (π.χ. έρευνα), ή ποιότητας, αντοχής ή σοφίας. Από την άλλη το πούρο είναι συνήθως σύμβολο δύναμης, πλούτου, αλαζονείας ή μεγαλομανίας. Αντίστοιχα, το ότι ο *Οβελίξ* θεωρεί τον εαυτό του απλώς ευτραφή (και μισεί να ακούει να τον λένε χοντρό) είναι αναπόσπαστο κομμάτι του χαρακτήρα του, καθώς οι αδυναμίες του (εμμονή με το φαγητό, λαιμαργία, αφέλεια, δύναμη ανάλογη του μεγέθους του) είναι αυτές που του προσδίδουν προσωπικότητα. Από την άλλη, το



ότι ο *Ποπάυ* γίνεται πιο δυνατός όταν τρώει σπανάκι (σε αντίθεση με τον *Γουίμπι*, που συνέχεια τρώει χάμπουργκερς), είναι ένας σύνδεσμος της υγιεινής διατροφής με τη σωματική δύναμη [18].

Οι δημιουργοί της γαλλοβελγικής σχολής (που συχνά έχουν θρησκευτικό υπόβαθρο) έχουν δημιουργήσει ήρωες όπως ο *Τεν-Τεν*, που είναι θετικοί με όλους τους τρόπους («Ευχαριστώ, δεν καπνίζω!» ή «Δεν πίνω ποτέ αλκοόλ»). Βέβαια, ήρωες από κόμικς που απευθύνθηκαν σε πιο ενήλικο κοινό, όπως ιδιωτικοί ντετέκτιβς σε νουάρ ιστορίες, χρησιμοποιούσαν το αλκοόλ, περισσότερο για την αξιοπιστία του ήρωα και το ρεαλισμό της ιστορίας, καθώς εκεί το αλκοόλ παραμένει ένα στερεότυπο, περισσότερο όμως ένα στερεότυπο του "*roman noir*" (ιστορίες με σκληρούς ντετέκτιβς). Συνήθως πάντως, το αλκοόλ στα κόμικς καταναλώνεται από τους κεντρικούς ήρωες σε ειδικές περιστάσεις (για να γιορτάσουν ένα γεγονός με σαμπάνια, ή για να ζεσταθούν μετά από παραμονή στο κρύο), και η συνήθεια του ποτού απεικονίζεται συνήθως αρνητικά: οι χρόνιοι πότες είναι είτε (ευχάριστοι) δευτερεύοντες χαρακτήρες, φίλοι και σύντροφοι των πρωταγωνιστών, αλκοολικοί με μεγάλη καρδιά, είτε (δυσάρεστοι) γραφικοί ή μισητοί «κακοί» ή αντι-ήρωες [18].

Αξιοσημείωτη πάντως είναι η αλλαγή που παρατηρείται καθώς αλλάζουν τα κοινωνικά πρότυπα: ο καπνός, για παράδειγμα, ήταν για πολλά χρόνια ένα αρκετά αποδεκτό κοινωνικό φαινόμενο. Όταν όμως αργότερα ο εθισμός στον καπνό άρχισε να θεωρείται πρόβλημα υγείας, όχι λόγω ηθικής στάσης, αλλά λόγω αποδείξεων σχετικά με τις δυσμενείς επιπτώσεις που είχε στην υγεία, το 1983 ο *Λούκυ Λουκ* (πιθανότατα για να αποκτήσει μεγαλύτερη πρόσβαση στην αμερικάνικη αγορά) αντικαταστάθηκε το τσιγάρο του με ένα κομμάτι στάχυ [18].

## Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΤΕΡΙΞ

«Βρισκόμαστε στο 50 μ.Χ. Όλη η Γαλατία βρίσκεται υπό Ρωμαϊκή κατοχή... Όλη; Όχι! Ένα μικρό ανυπότακτων Γαλατών αντιστέκεται ακόμη και θα αντιστέκεται για πάντα στους εισβολείς. Και η ζωή δεν είναι εύκολη για τους Ρωμαίους λεγεωνάριους που φρουρούν τα οχυρά στρατόπεδα Πετιμπόνουμ, Ακουάριουμ, Λαβδάνουμ και Μπαμπαόρουμ...». (Κάθε τεύχος της σειράς αρχίζει με αυτή την εισαγωγή, απεικονίζοντας το χωριό των Γαλατών σε έναν αρχαίο χάρτη).

Ο «*Αστερίξ*» ή «*Οι Περιπέτειες του Αστερίξ*», στα γαλλικά: *Astérix* ή *Astérix le Gaulois* (*Αστερίξ ο Γαλάτης*) είναι μια γαλλοβελγική σειρά κόμικς για ένα χωριό ανυπότακτων Γαλατών, που αντιστέκονται στη Ρωμαϊκή κατοχή στην εποχή του *Ιουλίου Καίσαρα*, με τη βοήθεια ενός μαγικού ζωμού που παράγεται από τον δρυΐδη *Πανοραμίξ* και τους δίνει προσωρινά υπεράνθρωπη δύναμη. Ο *Αστερίξ* μαζί με τον φίλο του *Οβελίξ* (και το σκύλο τους *Ιντεφίξ*) πρωταγωνιστούν σε διάφορες περιπέτειες. Το κύριο θέμα του κόμικ περιστρέφεται συνήθως γύρω από την εξής πλοκή: καθώς η κατάκτηση του χωριού μέσω πολέμου είναι αδύνατη λόγω της υπερφυσικής δύναμης των Γαλατών, ο *Ιούλιος Καίσαρας* και οι Ρωμαίοι

προσπαθούν κάθε φορά να κατακτήσουν το χωριό χρησιμοποιώντας κάποιο πανούργο τέχνασμα, πάντα όμως με αποτυχημένη κατάληξη. Σε πολλές από τις ιστορίες τους ο *Αστερίξ* και ο *Οβελίξ* ταξιδεύουν σε ξένες χώρες, αν και άλλες τοποθετούνται μέσα και γύρω από το χωριό τους. Στο τέλος κάθε βιβλίου, η νίκη επί των Ρωμαίων γιορτάζεται με ένα μεγάλο σιμπούσι με αγριογούρουνα (αφού πρώτα δεθεί και φιμωθεί ο βάρδος *Κακοφωνίξ* λόγω του ανυπόφορου τραγουδιού του).

Η σειρά εμφανίστηκε για πρώτη φορά στο περιοδικό *Pilote* στις 29 Οκτωβρίου 1959. Σενάριο και κείμενο από τον *René Goscinny* και εικονογραφήθηκε από τον *Albert Uderzo* μέχρι τον θάνατο του *Goscinny* το 1977. Στη συνέχεια ο *Uderzo* ανέλαβε τη συγγραφή μέχρι το 2009 (όταν και πούλησε τα δικαιώματα στην εταιρεία *Hachette*) και πέθανε το 2020. Το 2013 ανέλαβε μια νέα ομάδα αποτελούμενη από τους *Jean - Yves Ferri* (σενάριο) και *Didier Conrad* (σκίτσο). Ως το 2021, έχουν κυκλοφορήσει 39 τόμοι, με τον πιο πρόσφατο τον Οκτώβριο του 2021 [31].

Το χιούμορ της σειράς βασίζεται σε λογοπαίγνια, καρικατούρες, πολλές φορές στερεότυπα σύγχρονων ευρωπαϊκών εθνοτήτων ή περιοχών της Γαλλίας. Το στυλ της σατιρικής γραφής των δημιουργών ακροβατεί ανάμεσα στον αρχαίο και το μοντέρνο κόσμο, και η σειρά είναι γεμάτη από υπαινιγμούς, αναχρονισμούς και πολιτισμικές αναφορές. Για παράδειγμα, οι Έλληνες παρουσιάζονται να τρώνε «γεμιστά αμπελόφυλλα» (ντολμαδάκια), να πίνουν ρετσίνα, και να έχουν πάντα έναν «ξάδερφο κατάλληλο για τη δουλειά» (Ο *Αστερίξ* στους Ολυμπιακούς Αγώνες - *Astérix aux Jeux Olympiques*, 1968), ενώ η στάση των Βρετανών κάνει τους Ρωμαίους να απελπίζονται όσο προσπαθούν να καταλάβουν γιατί οι Βρετανοί δεν πολεμούν τα Σαββατοκύριακα και επίσης σταματούν τη μάχη κάθε μέρα στις πέντε το απόγευμα, για να πιούν ένα φλυτζάνι ζεστό νερό, καθώς το τσάι δεν έχει ακόμη ανακαλυφθεί (Ο *Αστερίξ* στους Βρετανούς - *Astérix chez les Bretons*, 1966). Ο *Αστερίξ* και ο *Οβελίξ* είναι οι πρώτοι που ανακαλύπτουν την Αμερική (Το μεγάλο ταξίδι - *La Grande traversée*, 1975), βοηθούν τους Βρετανούς να ανακαλύψουν το τσάι και είναι η αιτία που η *Σφίγγα της Αιγύπτου* έχει σπασμένη μύτη (*Αστερίξ και Κλεοπάτρα* - *Astérix et Cléopâtre*, 1965). Όταν στο «Ο *Αστερίξ* στους Βρετανούς» μπαίνουν στο Λονδίνο, συναντούν ένα πλήθος κόσμου που κάνει τον *Αστερίξ* να αναφωνήσει «Μα, γίνεται επανάσταση εκεί πέρα!», για να πάρει την απάντηση από τον Βρετανό φίλο τους «Όχι, έχετε μια μοναδική τύχη. Είναι οι πιο δημοφιλείς βάρδοι στα μέρη μας!», ενώ ταυτόχρονα βλέπουμε τέσσερις βάρδους, καρικατούρες των *Beatles* να μοιράζουν αυτόγραφα στο βρετανικό κοινό.

Προηγούμενες δημοσιεύσεις σχετικά με τον *Αστερίξ*, που βρέθηκαν κατά την αναζήτηση στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, ασχολούνται κυρίως με θέματα λογοτεχνικού ή πολιτισμικού ενδιαφέροντος, αλλά όχι ιδιαίτερα με την υγεία: μελετούν τη σχέση ανάμεσα σε λέξεις και χειρονομίες στα κόμικς [32], τον ιμπεριαλισμό [33] ή το όνειρο της αυτοχθονίας [34] μέσα από το κόμικ *Αστερίξ*. Υπάρχει παρόλα αυτά μια δημοσίευση που εξετάζει τις οπτικές αναπαραστάσεις του εξιδανικευμένου γνωστικού μοντέλου του θυμού σε ένα τεύχος του *Αστερίξ* [35].

Τέλος, η πιο σχετική δημοσίευση, είναι μια εργασία του 2011 που εξετάζει τις «τραυματικές εγκεφαλικές κακώσεις στην εικονογραφημένη λογοτεχνία» και καταμετρά πάνω από 700 τραύματα στο κεφάλι στα 33 τεύχη του *Αστερίξ* [36].

Τα θέματα υγείας που εμφανίζονται στο *Αστερίξ* είναι πολλά και ποικίλουν. Όμως τόσο το υλικό των κόμικς γενικά, αλλά και τα μηνύματα υγείας ειδικότερα, πρέπει να αναλύονται σε σχέση με το γενικό πλαίσιο και τα συμφραζόμενα. Για να ερευνήσουμε τί έχουν να πούν αυτά τα μηνύματα σχετικά με την υγεία, πρέπει να διακρίνουμε τί μπορεί να αποκαλύπτουν σχετικά με συνειδητές και μη συνειδητές στάσεις προς την υγεία μέσω αρχετύπων και να κατανοήσουμε πώς τα διάφορα μηνύματα εξαρτώνται από το πλαίσιο [18]. Πολλές φορές είναι δύσκολο να διακριθεί αν η εμφάνιση ενός θέματος αποκαλύπτει ένα πρότυπο υγείας της εποχής που κυκλοφόρησε το κόμικ, αν είναι απλά ένα εύρημα που προωθεί την πλοκή ή το χιούμορ, ή αν υπάρχει ως στοιχείο που προσδίδει στον χαρακτήρα τα ιδιαίτερα του χαρακτηριστικά.

Έτσι, παρόλο που σύμφωνα με τον ευρύτερο ορισμό της υγείας, η παχυσαρκία αποτελεί ένα θέμα υγείας, το σωματικό βάρος του *Οβελίξ* (ο οποίος σιχαίνεται να τον λένε χοντρό, και θεωρεί ότι είναι απλώς εύσωμος) είναι ένα κομμάτι της προσωπικότητάς του (τεράστιος, δυνατός, ευαίσθητος, καλόκαρδος, αφελής, με αδυναμία στα αγριογούρουνα κ.λ.π.) και το ότι δεν έχει συναίσθηση του όγκου του, είναι ένα συνηθισμένο αστείο εντός των ιστοριών (όταν π.χ. οι Ρωμαίοι αναφέρονται στους *Αστερίξ* και *Οβελίξ* ως «ο κοντός και ο χοντρός Γαλάτης», ο *Οβελίξ* πάντα αναρωτιέται «Για ποιόν λένε;» ή «Ποιός είναι ο χοντρός Γαλάτης;» κ.λ.π.). Υπό αυτή τη έννοια το να καταγραφεί το πόσες φορές εμφανίζεται η φιγούρα του *Οβελίξ* στο κόμικ ως θέμα παχυσαρκίας, δεν θα πρόσθετε τίποτα σε αυτή τη μελέτη, αντίθετα θα ήταν μια αποπροσανατολιστική επανάληψη. Αντίστοιχα, το μπαστούνι του *Μαθουσαλίξ* (στα αγγλικά *Geriatric*, στα γαλλικά *Agecanonix* (age canonique, δηλαδή «πολύ μεγάλη ηλικία»), ο οποίος αναφέρεται σε κάποια ιστορία να είναι 93 χρονών, είναι λιγότερο ένα 'γηριατρικό μπαστούνι' ως βοήθημα υγείας, και περισσότερο 'η μαγκούρα ενός γέρου' που σκιαγραφεί το προφίλ του ως γηραιότερο του χωριού, καθώς συνήθως την κουνάει απειλητικά προς οποιονδήποτε δεν του δείχνει τον απαραίτητο σεβασμό (που ο ίδιος θεωρεί ότι του οφείλουν). Συνήθως μάλιστα μπορεί να περπατάει ή και να τρέχει με τη μαγκούρα του στον αέρα, έτοιμος να την κατεβάσει σε κάποιο κεφάλι. Ένα άλλο παράδειγμα, η ασπίδα πάνω στην οποία οι βαστάζοι κουβαλάνε τον *Μαζεστίξ*, θα μπορούσε θεωρητικά να γίνει αντιληπτό ως δείγμα καθιστικής ζωής. Στην πραγματικότητα όμως είναι ένα εύρημα - σύμβολο κύρους για τον αρχηγό του χωριού, το οποίο συνεχώς αποτελεί έναυσμα για κάποιο αστείο που ουσιαστικά απομυθοποιεί αυτό το κύρος: οι βαστάζοι πάντα τον οδηγούν προς άλλη κατεύθυνση από αυτή που θέλει να πάει, τον ρίχνουν κατά λάθος κάτω ή κτυπάει το κεφάλι του στο δοκάρι κάποιος πόρτας κ.λ.π. Συνεπώς, θα ήταν μάλλον υπερβολή να θεωρηθεί ως

σχόλιο ή ακούσια αποτύπωση της καθιστικής ζωής, είτε στον αρχαίο κόσμο, είτε στη Γαλλία του 1960.

Από την άλλη, ο μαγικός ζωμός που δίνει υπεράνθρωπη δύναμη αποφασίστηκε να καταμετρηθεί καθώς, παρόλο που είναι ένα τέχνασμα πάνω στο οποίο βασίζεται η πλοκή του κόμικ, έχει για το Αστερίξ τον ίδιο ρόλο που έχει το σπανάκι στον *Ποπάου*. Καθώς αποτελείται από αγνά υλικά που βρίσκονται στη φύση γύρω από το δάσος, χρησιμοποιείται μόνο όταν είναι ανάγκη (δηλαδή χωρίς κατάχρηση), και εξυπηρετεί την ανάδειξη της αντίθεσης ανάμεσα στον αστικό τρόπο ζωής των – συχνά μαλακών – Ρωμαίων, και στον φυσικό τρόπο ζωής των ζωηρών, καλοφαγάδων Γαλατών, ο μαγικός ζωμός γίνεται περισσότερο αντιληπτός ως ένα είδος υγιούς ‘ντόπινγκ’ ή *υπερτροφής*, με την ίδια λογική που, όπως προαναφέρθηκε, δύσκολα θα φανταζόμασταν τον *Ποπάου* να γίνεται δυνατός, τρώγοντας χάμπουργκερς αντί για σπανάκι.

## **ΣΚΟΠΟΣ**

Η μελέτη ανάλυσης περιεχομένου που πραγματοποιήθηκε είχε ως στόχο να παρέχει μια γενική προσέγγιση και ποσοτική αξιολόγηση των θεμάτων υγείας που περιέχονται στα 33 πρώτα τεύχη του *Αστερίξ*. Συγκεκριμένα, αποτελεί μια καταμέτρηση και κατηγοριοποίηση θεμάτων υγείας που εμφανίζονται σε κάθε καρέ των ιστοριών, με βάση καθορισμένα κριτήρια.

## **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### **Διαδικασία**

Από τον Ιούνιο του 2021 μέχρι και τον Φεβρουάριο του 2022 έγινε συστηματική ανασκόπηση των 33 πρώτων τευχών του κόμικ *Αστερίξ*. Επιλέχθηκε να εξετασθούν τα 33 τεύχη των αρχικών δημιουργών της σειράς *Αστερίξ* – *René Goscinny* και *Albert Uderzo* – και όχι τα μεταγενέστερα των νεότερων δημιουργών, με κάθε τεύχος να έχει συνήθως 48 σελίδες (άν αφαιρέσουμε τις εισαγωγικές, απομένουν 44), και τυπικά 9-11 καρέ ανά σελίδα. Συνολικά καταμετρήθηκαν 12.923 καρέ, δηλαδή «σκηνές» ή απεικονίσεις με λόγια ή χωρίς, όπου μπορεί να εμφανίζονται ή όχι, τα προσδιοριστικά – σχετικά με την υγεία – θέματα που περιγράφονται στα κριτήρια επιλογής. Μελετήθηκαν τα κόμικς των ελληνικών εκδόσεων του κόμικ *Αστερίξ*, άρα στην ελληνική γλώσσα.

Για λόγους μεγαλύτερης αξιοπιστίας έγιναν τρεις (3) βασικές διαδοχικές αναγνώσεις των κόμικς από την ίδια την ερευνήτρια που απείχαν μεταξύ τους 1-2 μήνες. Τα τεύχη εξετάστηκαν κατά τη πρώτη ανάγνωση σε έγχρωμη ηλεκτρονική μορφή PDF, ενώ κατά τη δεύτερη και τρίτη ανάγνωση σε ασπρόμαυρη τυπωμένη μορφή. Κατά την πρώτη ανάγνωση έγινε μια πρώτη παρατήρηση, καταμέτρηση και διαλογή

όλων των σχετικών με την υγεία θεμάτων χωρίς προσδιορισμό των κριτηρίων απόρριψης, ανά τεύχος. Στη συνέχεια, και αφού προσδιορίστηκαν τα κριτήρια απόρριψης, έγινε η δεύτερη καταμέτρηση μονάχα των σχετικών με την υγεία θεμάτων που ανήκαν στα κριτήρια επιλογής, και ακολούθησε η τρίτη καταμέτρηση που αποτελούσε επαλήθευση της δεύτερης. Όπου υπήρξαν αριθμητικές διαφορές ανάμεσα στη δεύτερη και την τρίτη καταμέτρηση επιλέχθηκε να γίνει και μία τέταρτη ανάγνωση / καταμέτρηση για το συγκεκριμένο θέμα υγείας για το οποίο εμφανίζονταν η εν λόγω διαφορά.

Καταγράφηκαν ανά τεύχος τα διαφορετικά θέματα σχετικά με την υγεία, τα οποία εμφανίζονταν είτε στο κείμενο είτε στην εικόνα (π.χ. καταμετρήθηκε τόσο η λέξη «μαγικός ζωμός» όσο και η εικόνα με την κατσαρόλα που περιέχει μαγικό ζωμό, αλλά όχι οι συνέπειες από την κατανάλωση του), χωρίς να γίνει διάκριση αν αυτό το θέμα εμφανίζονταν σε κείμενο ή σε εικόνα. Ανεξάρτητα από το πόσες φορές εμφανίζονταν το ίδιο θέμα μέσα στο ίδιο καρτέ, η μέτρηση κάθε φορά για το κάθε θέμα γίνονταν μία μονάχα φορά ανά καρτέ, και στη συνέχεια η έκταση της εμφάνισης του κάθε θέματος μετρήθηκε στα καρτέ που ακολουθούσαν.

### **Αντικείμενο έρευνας και κριτήρια επιλογής**

Χαρακτηριστικά των ηρώων οι οποίοι σχετίζονται με τα θέματα υγείας που μετρήθηκαν, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η εθνότητα / φυλή, αν ήταν βασικός ή δευτερεύων χαρακτήρας, δεν απεικονίστηκαν.

Τα θέματα υγείας που εμφανίστηκαν στη πρώτη καταμέτρηση και αποφασίστηκε να απορριφθούν/εξαιρεθούν παρότι ευρύτερα ανήκουν στον ορισμό της υγείας, αφορούσαν:

- διατροφικές συνήθειες (κατανάλωση αλκοόλης, φρούτων λαχανικών, λιπαρών τροφών κ)
- ζωμοί / φίλτρα που δε σχετίζονται με ανθρώπινη υγεία (αλλά π.χ. για να φυτρώνει χορτάρι)
- ρύπανση περιβάλλοντος
- σωματική άσκηση / γυμναστική / προπόνηση
- καθιστική ζωή / στάση (π.χ. όταν εμφανίζονταν βάθρο που κουβαλούσαν κάποιον αρχηγό)
- σωματική κατάσταση / παχυσαρκία («χοντρός» / «λεπτός»)
- δύναμη / σωματική αδυναμία / κούραση
- γήρας
- κάπνισμα
- συνέπειες από την κατανάλωση μαγικού ζωμού

Κριτήρια επιλογής αποτέλεσαν οποιαδήποτε εικόνα ή κείμενο ανήκε σε:

- Φαρμακευτική αντιμετώπιση συμπεριλαμβανομένου των εννοιών της δράσης φαρμάκου, τις παρενέργειες, τις αλληλεπιδράσεις φαρμάκων.

- Ιατρική φροντίδα και αντιμετώπιση, συμπεριλαμβανομένων των χώρων (ιατρείο, θεραπευτήριο κ.ά.) όπου υπήρχαν. Για λόγους κατηγοριοποίησης καταγράφηκε ξεχωριστά η ιατρική φροντίδα που αφορά την παροχή πρώτων βοηθειών.
- Πρόληψη και ευρύτερη ευεξία, συμπεριλαμβανομένων συστάσεων υγείας και της έννοιας της ανοσίας.
- Ασθένειες, συμπεριλαμβανομένων των σωματικών συμπτωμάτων που ανήκουν σε ασθένειες.
- Τραυματισμοί (κυρίως κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και άλλοι μικροτραυματισμοί).

### **Περιορισμοί**

Οι ορισμοί που υιοθετήθηκαν προέκυψαν με βάση την κοινή λογική, με βάση την απλότητα και τη σαφήνεια της εφαρμογής τους πάνω στο προς διερεύνηση υλικό, και η κατηγοριοποίηση των ιατρικών θεμάτων πραγματοποιήθηκε με βάση τη μεταξύ τους συνάφεια.

Θεωρούμε ότι οι παραπάνω ορισμοί είναι ορθά εννοιολογημένοι, παρόλα αυτά αποτελεί περιορισμό της έρευνας το γεγονός πως τα θέματα υγείας ορίστηκαν κατά την κρίση της ερευνήτριας και συχνά δεν ήταν απόλυτα ξεκάθαρη η ταξινόμηση τους.

Ακόμη έναν περιορισμό αποτέλεσε το γεγονός πως η καταμέτρηση πραγματοποιήθηκε από ένα μόνο άτομο, εξαιτίας του βαθμού προκατάληψης που ενδεχομένως υπάρχει σε μια τέτοια καταμέτρηση.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Στη συνέχεια, παρατίθενται τα αποτελέσματα της ανασκόπησης και καταμέτρησης των θεμάτων υγείας που εμφανίστηκαν στα 33 τεύχη του κόμικ *Αστερίξ*:

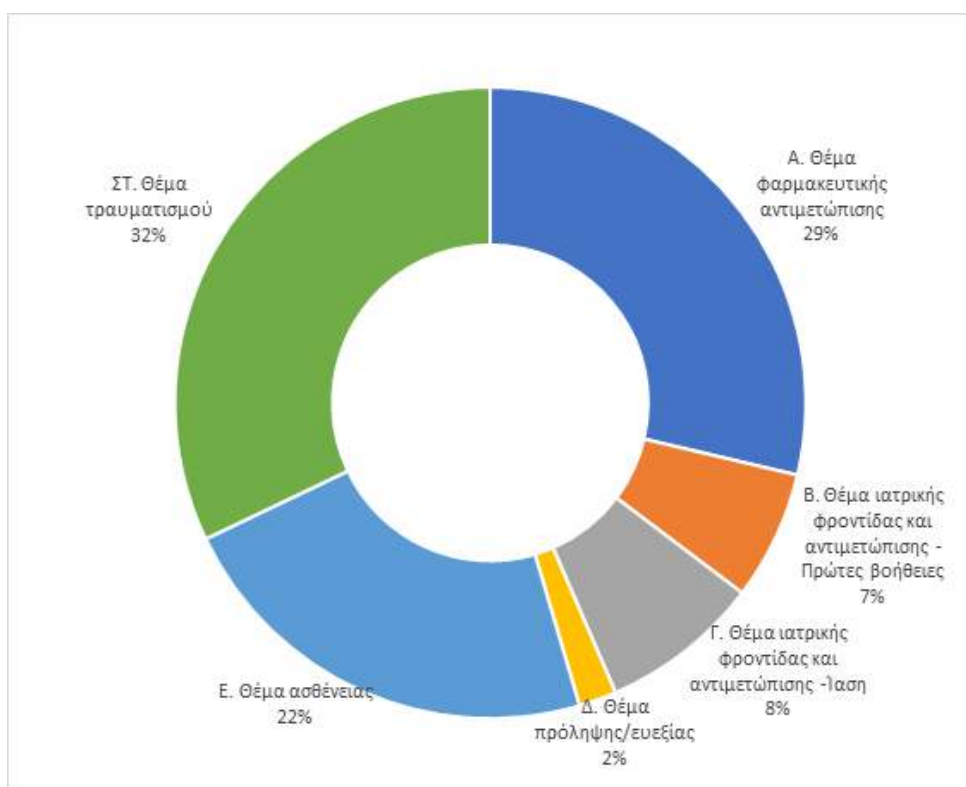
#### **Συνολική καταμέτρηση και κατανομή ανά θέμα**

Εξετάσθηκαν 33 τεύχη, με 1.440 σελίδες, που περιείχαν συνολικά 12.923 καρτέ. Εμφανίστηκαν θέματα υγείας 2.225 φορές. Με το μεγαλύτερο ποσοστό, 32% (714 αναπαραστάσεις), εμφανίζονται θέματα τραυματισμού, ενώ το 29% (638 φορές) των μηνυμάτων υγείας αποτελούν θέματα φαρμακευτικής αντιμετώπισης (συμπεριλαμβανομένου του μαγικού ζωμού, που θεωρήθηκε ενισχυτικό φαρμακευτικό σκεύασμα).

Στη συνέχεια, το 22% (500 φορές) είναι θέματα ασθενείας, το 8% (183 φορές) είναι θέματα ιατρικής φροντίδας (ίαση), ενώ το 7% (147 φορές) αποτελούν απεικονίσεις παροχής πρώτων βοηθειών. Τέλος, σε ένα 2% (43 φορές) του συνόλου των θεμάτων υγείας, εμφανίζονται θέματα σχετικά με την πρόληψη και την ευεξία.

Πίνακας 1. Συγκεντρωτικά στοιχεία και κατανομή ανά κατηγορία θέματος υγείας.

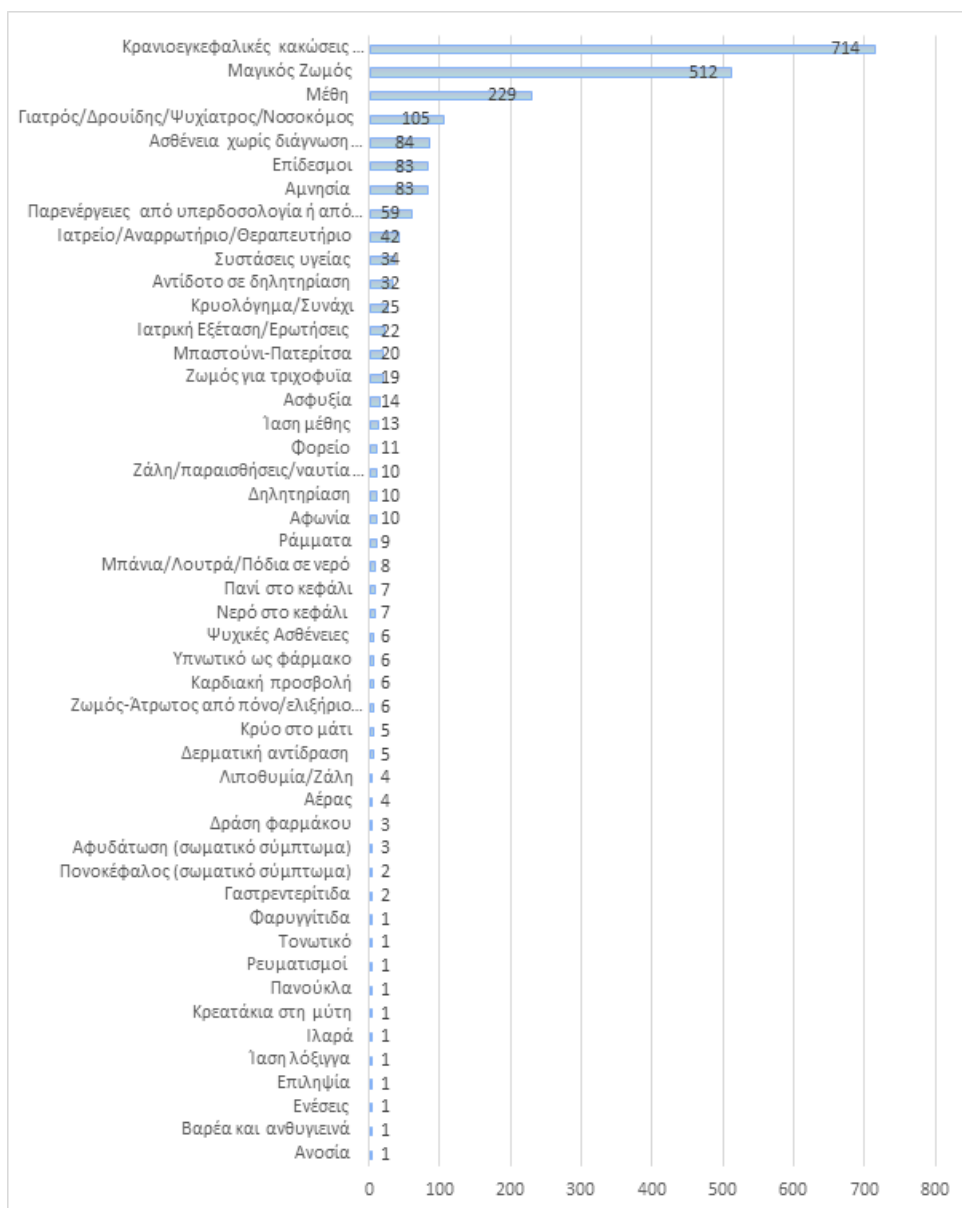
Θέματα Υγείας	Εμφανίσεις	Ποσοστό
A. Θέμα φαρμακευτικής αντιμετώπισης	638	28.67%
B. Θέμα ιατρικής φροντίδας και αντιμετώπισης	147	6.61%
Γ. Θέμα ιατρικής φροντίδας και αντιμετώπισης - Ίαση	183	8.22%
Δ. Θέμα πρόληψης/ευεξίας	43	1.93%
Ε. Θέμα ασθένειας	500	22.47%
ΣΤ. Θέμα τραυματισμού	714	32.09%
Συνολικός αριθμός μηνυμάτων υγείας	2.225	100.00%



Διάγραμμα 1. Κατανομή ανά κατηγορία θέματος υγείας.

Στο Διάγραμμα 1 παρουσιάζονται αναλυτικά (χωρίς κατηγοριοποίηση) όλα τα θέματα, όπως καταμετρήθηκαν: τα θέματα υγείας που εμφανίσθηκαν με μεγαλύτερη συχνότητα είναι: (1) οι τραυματισμοί (κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και άλλοι τραυματισμοί) και (2) το ενισχυτικό των ηρώων (μαγικός ζωμός), αλλά συχνά (3) εμφανίζεται και η μέθη, (4) εμφανίζεται κάποιος ιατρικός ρόλος (του γιατρού / δρυσίδη / νοσοκόμου) ή (5) εμφανίζονται επίδεσμοι.

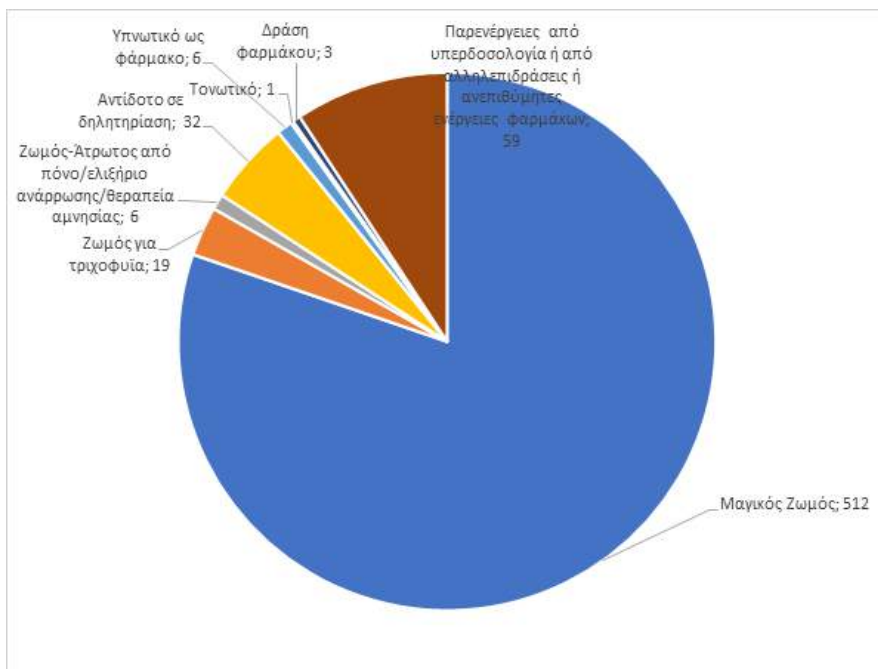
Πίνακας 2. Θέματα υγείας στα κόμικς του Αστερίξ.



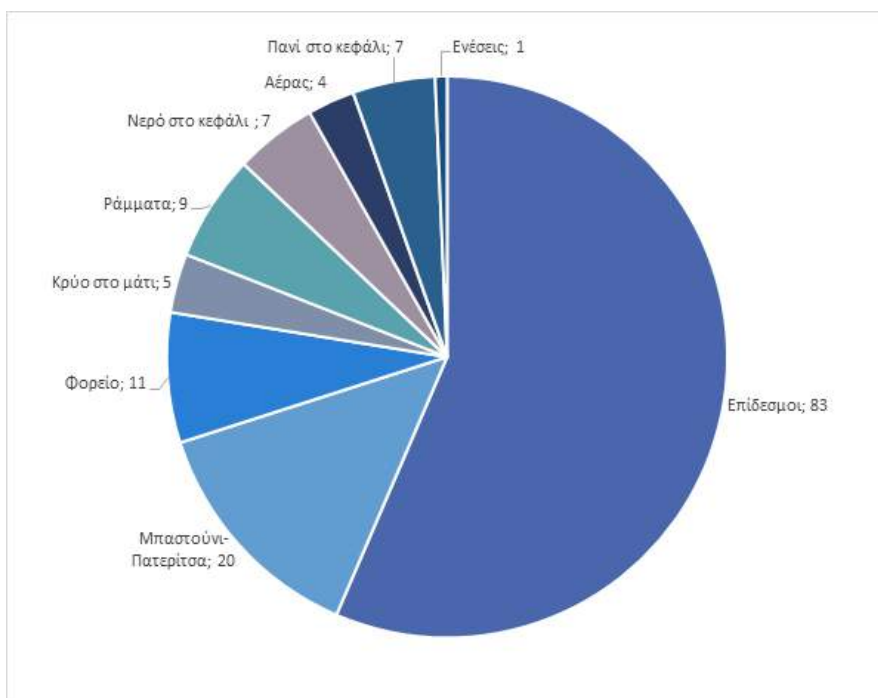
### Εμφάνιση θεμάτων ανά κατηγορία

Στην κατηγορία «Α. Θέμα φαρμακευτικής αντιμετώπισης» εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα ο 'μαγικός ζωμός' (512 φορές), ενώ συχνά εμφανίζονται οι 'παρενέργειες από υπερδοσολογία / αλληλεπιδράσεις ή ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων' (59 φορές) και το 'αντίδοτο σε δηλητηρίαση' (32 φορές).



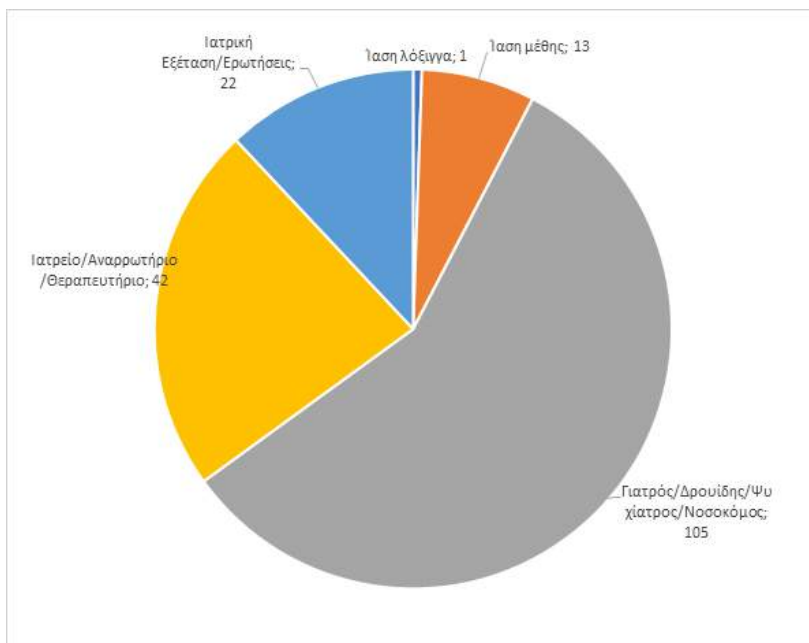


Διάγραμμα 2. Θέμα φαρμακευτικής αντιμετώπισης.



Διάγραμμα 3. Θέμα ιατρικής φροντίδας και αντιμετώπισης - πρώτες βοήθειες.

Στην κατηγορία «Β. Θέμα ιατρικής φροντίδας και αντιμετώπισης - πρώτες βοήθειες» πιο συχνά εμφανίζονται οι 'επίδεσμοι' (83 φορές), εμφανίζεται κάποιος με 'μπαστούνη - πατερίτσα' ως βοήθημα από τραυματισμό (20 φορές) ή κάποιος που τον μεταφέρουν με αυτοσχέδιο 'φορείο' (11 φορές).

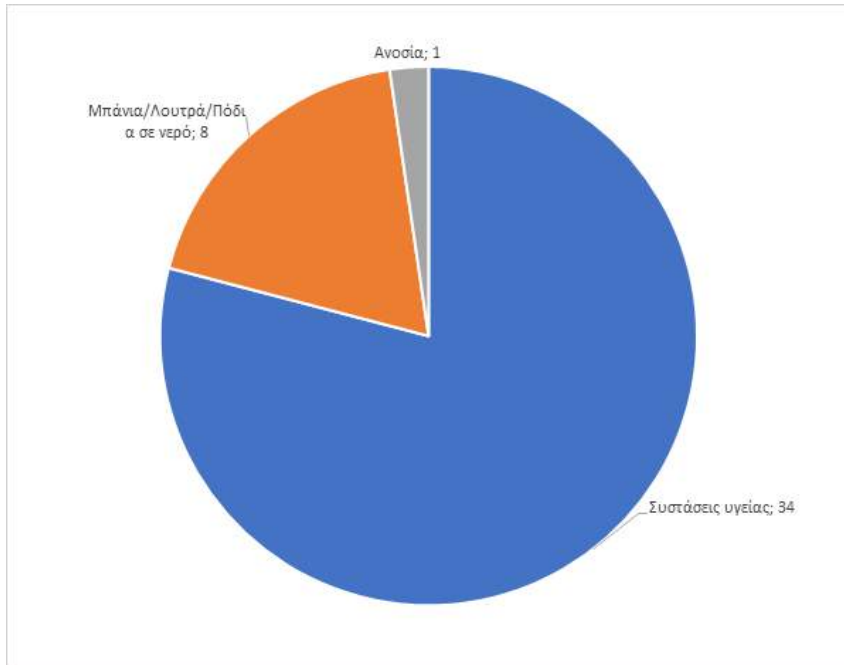


Διάγραμμα 4. Θέμα ιατρικής φροντίδας και αντιμετώπισης - Ίαση.

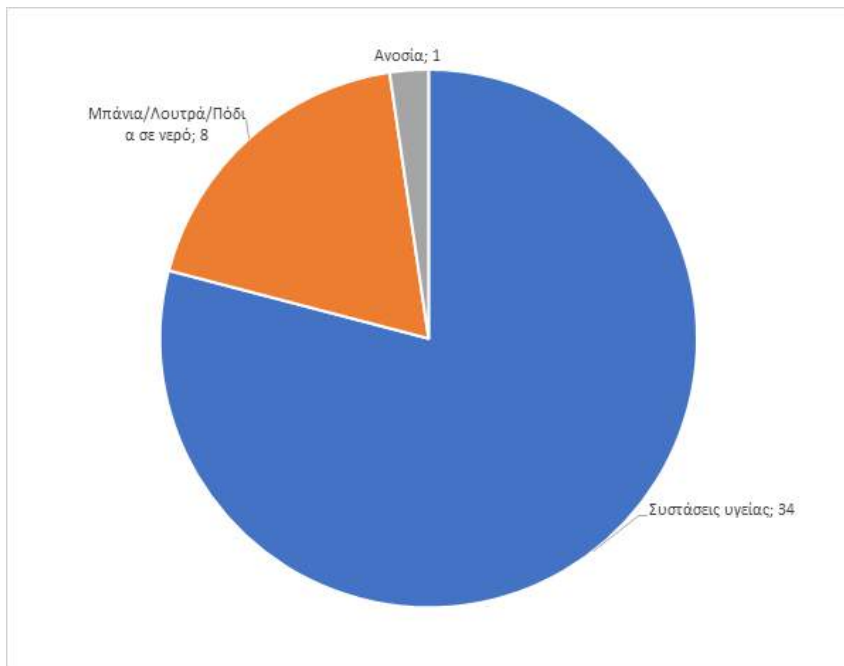
Στην κατηγορία «Γ. Θέμα ιατρικής φροντίδας και αντιμετώπισης - ίαση» συχνά εμφανίζεται κάποιος με το ρόλο του 'γιατρού / δρυνίδη / ψυχίατρο / νοσοκόμου' (105 φορές), κάποιος ιατρικός χώρος, όπως 'ιατρείο / αναρρωτήριο / θεραπευτήριο' (42 φορές), ή λαμβάνει χώρα κάποιου είδους 'ιατρική εξέταση', όπως κλινική εξέταση ή διαγνωστικές ερωτήσεις (22 φορές).

Στην κατηγορία «Δ. Θέμα πρόληψης / ευεξίας», συχνά εμφανίζονται 'συστάσεις υγείας' (34 φορές και σπάνια εμφανίζονται 'μπάνια / λουτρά / πόδια σε νερό' (8 φορές) και η έννοια της 'ανοσίας' (1 φορά).

Στην κατηγορία «Ε. Θέμα ασθένειας», παρατηρούμε ότι το θέμα που παρουσιάζεται συχνότερα είναι η 'μέθη' (229 φορές), και πολλές φορές (84 φορές) αναφέρεται η 'ασθένεια χωρίς διάγνωση, ή πριν από τη διάγνωση' (όταν για παράδειγμα αναφέρεται κάποιος ως «άρρωστος» χωρίς ο αναγνώστης να γνωρίζει τί έχει, ή όταν δεν γνωρίζουμε προσωρινά τί έχει, καθώς η εξέταση / διάγνωση ακολουθεί αργότερα μέσα στην ιστορία). Εμφανίζεται επίσης το ίδιο συχνά το θέμα της 'αμνησίας' (83 φορές) και τέλος λιγότερες φορές εμφανίζεται κάποιος με 'κρουολόγημα / συνάχι' (25 φορές).



Διάγραμμα 5. Θέμα τραυματισμού.



Διάγραμμα 6. Θέμα πρόληψης/ευεξίας.

Τέλος, στην κατηγορία «ΣΤ. Θέμα τραυματισμού», καταμετρήθηκαν 714 τραυματισμοί (κυρίως κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και κτυπήματα στο κεφάλι) και λίγες φορές άλλοι τραυματισμοί.

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται συγκεντρωτικά όλα τα θέματα υγείας που καταγράφηκαν, ομαδοποιημένα ανά κατηγορία (με μπλε χρώμα αναπαρίσταται γραφικά η συχνότητά τους σε σχέση με το σύνολο της κατηγορίας).

Πίνακας 3. Αποτελέσματα καταμέτρησης θεμάτων υγείας ανά κατηγορία.

<u>Θέματα Υγείας</u>	<u>Εμφανίσεις</u>
<b>Α. Θέμα φαρμακευτικής αντιμετώπισης</b>	<b>638</b>
Μαγκός Ζωμός	512
Ζωμός για τριχοφυΐα	19
Ζωμός Άτρωτος από πόνο/ελιξήριο ανάρρωσης/θεραπεία αμνησίας	6
Αντίδοτο σε δηλητηρίαση	32
Υπνωτικό ως φάρμακο	6
Τονωτικό	1
Δράση φαρμάκου	3
Παρενέργειες από υπερδοσολογία ή από αλληλεπιδράσεις ή ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων	59
<b>Β. Θέμα ιατρικής φροντίδας και αντιμετώπισης -Πρώτες βοήθειες</b>	<b>147</b>
Επίδεσμοι	83
Μπαστούνι-Πατερίτσα	20
Φορείο	11
Κρύο στο μάτι	5
Ράμματα	9
Νερό στο κεφάλι	7
Αέρας	4
Πανί στο κεφάλι	7
Ενέσεις	1
<b>Γ. Θέμα ιατρικής φροντίδας και αντιμετώπισης -Ύαση</b>	<b>183</b>
Ύαση λόβγγα	1
Ύαση μέθης	13
Γιατρός/Δρνούδης/Ψυχίατρος/Νοσοκόμος	105
Ιατρείο/Αναρρωτήριο/Θεραπευτήριο	42
Ιατρική Εξέταση/Ερωτήσεις	22
<b>Δ. Θέμα πρόληψης/ευεξίας</b>	<b>43</b>
Συστάσεις υγείας	34
Μπάνια/Λουτρά/Πόδια σε νερό	8
Ανοσία	1

## Θέματα Υγείας

## Εμφανίσεις

Ε. Θέμα ασθένειας		500
Ψυχικές Ασθένειες		6
Μέθη		229
Δηλητηρίαση		10
Καρδιακή προσβολή		6
Κρυολόγημα/Συνάχι		25
Λιποθυμία/Ζάλη		4
Πονοκέφαλος (σωματικό σύμπτωμα)		2
Ζάλη/παραισθήσεις/ναυτία (σωματικό σύμπτωμα)		10
Αφυδάτωση (σωματικό σύμπτωμα)		3
Δερματική αντίδραση		5
Βαρέα και ανθυγιεινά		1
Κρεατάκια στη μύτη		1
Γαστρεντερίτιδα		2
Αμνησία		83
Ασφυξία		14
Αφωνία		10
Φαρυγγίτιδα		1
Επιληψία		1
Πανούκλα		1
Ιλαρά		1
Ρευματισμοί		1
Ασθένεια χωρίς διάγνωση (ή πριν τη διάγνωση)		84

ΣΤ. Θέμα τραυματισμού		714
Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και τραυματισμοί		714

### Ομαδοποίηση ανάλογα με τη συχνότητα εμφάνισης

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται όλα τα επιμέρους θέματα, ομαδοποιημένα ανάλογα με τη συχνότητα εμφάνισης. *Θέματα υγείας που εμφανίζονται σπάνια* (μέχρι 5 φορές): κρύο στο μάτι, δερματική αντίδραση, λιποθυμία / ζάλη, αέρας, αφυδάτωση (σωματικό σύμπτωμα), δράση φαρμάκου, πονοκέφαλος (σωματικό σύμπτωμα), Γαστρεντερίτιδα, Κρεατάκια στη μύτη, ιλαρά, ανοσία, τονωτικό, πανούκλα, Βαρέα και ανθυγιεινά, ρευματισμοί, ενέσεις, φαρυγγίτιδα, επιληψία, ίαση λόξιγκας. *Θέματα υγείας, τα οποία εμφανίζονται λίγο πιο συχνά* (6 με 10 φορές): ζάλη / παραισθήσεις / ναυτία (σωματικό σύμπτωμα), Αφωνία, Δηλητηρίαση, ράμματα, μπάνια / λουτρά / πόδια σε νερό, νερό στο κεφάλι, πανί στο κεφάλι, Ψυχικές ασθένειες, υπνωτικό ως φάρμακο, ζωμός - άπρωτος από πόνο / ελιξίριο ανάρρωσης / θεραπεία αμνησίας, Καρδιακή προσβολή. *Θέματα υγείας που εμφανίζονται συχνά* (11 με 50 φορές): ιατρείο / αναρρωτήριο / θεραπευτήριο, Συστάσεις υγείας, αντίδοτο σε δηλητηρίαση, κρυολόγημα / συνάχι, ιατρική εξέταση / ερωτήσεις, μπαστούνι / πατερίτσα, ζωμός για τριχοφυΐα, ασφυξία, ίαση μέθης, φορείο. *Θέματα υγείας που εμφανίζονται αρκετά έως πολύ συχνά* (πάνω από

50 φορές): κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και τραυματισμοί, μαγικός ζωμός, μέθη, γιατρός / δρυΐδης / ψυχίατρος / νοσοκόμος, ασθένεια χωρίς διάγνωση (ή πριν τη διάγνωση), αμνησία, επίδεσμοι, παρενέργειες από υπερδοσολογία ή από αλληλεπιδράσεις ή ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων.

Πίνακας 4. Ομαδοποίηση θεμάτων ανάλογα με τη συχνότητα εμφάνισης.

Θέματα υγείας που εμφανίζονται 0-5 φορές	Sum of Εμφανίσεις
Κρύο στο μάτι	5
Δερματική αντίδραση	5
Λιποθυμία/Ζάλη	4
Αέρας	4
Αφυδάτωση (σωματικό σύμπτωμα)	3
Δράση φαρμάκου	3
Πονοκέφαλος (σωματικό σύμπτωμα)	2
Γαστρεντερίτιδα	2
Κρεατάκια στη μύτη	1
Ιλαρά	1
Ανοσία	1
Τονωτικό	1
Πανούκλα	1
Βαρέα και ανθυγιεινά	1
Ρευματισμοί	1
Ενέσεις	1
Φαρυγγίτιδα	1
Επιληψία	1
Ίαση λόξιγκα	1
<b>Grand Total</b>	<b>39</b>

Θέματα υγείας που εμφανίζονται 6-10 φορές	Sum of Εμφανίσεις
Ζάλη/παραισθήσεις/ναυτία (σωματικό σύμπτωμα)	10
Αφωνία	10
Δηλητηρίαση	10
Ράμματα	9
Μπάνια/Λουτρά/Πόδια σε νερό	8
Νερό στο κεφάλι	7
Πανί στο κεφάλι	7
Ψυχικές ασθένειες	6
Υπνωτικό ως φάρμακο	6
Ζωμός-Άτριπος από πόνο/ελίξιο ανάρρωσης/θεραπεία αμνησίας	6
Καρδιακή προσβολή	6
<b>Grand Total</b>	<b>85</b>

Θέματα υγείας που εμφανίζονται 11-50 φορές	Sum of Εμφανίσεις
Ιατρείο/Αναρρωτήριο/Θεραπευτήριο	42
Συστάσεις υγείας	34
Αντίδοτο σε δηλητηρίαση	32
Κρυολόγημα/Συνάχι	25
Ιατρική εξέταση/Ερωτήσεις	22
Μπαστούνι-Πατερίτσα	20
Ζωμός για τριχοφυΐα	19
Ασφύξια	14
Ίαση μέθης	13
Φορείο	11
<b>Grand Total</b>	<b>232</b>

Θέματα υγείας που εμφανίζονται πάνω από 50 φορές	Sum of Εμφανίσεις
Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και τραυματισμοί	714
Μαγικός ζωμός	512
Μέθη	229
Γιατρός/Δρυΐδης/Ψυχίατρος/Νοσοκόμος	105
Ασθένεια χωρίς διάγνωση (ή πριν τη διάγνωση)	84
Αμνησία	83
Επίδεσμοι	83
Παρενέργειες από υπερδοσολογία ή από αλληλεπιδράσεις ή ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων	59
<b>Grand Total</b>	<b>1869</b>

## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Στην παρούσα εργασία, μελετήθηκαν οι 33 πρώτοι της σειράς των αρχικών δημιουργών *René Goscinny* και *Albert Uderzo* και καταγράφηκαν όλα τα μηνύματα υγείας που εμφανίζονται στα καρέ των ιστοριών, σε εικόνα ή κείμενο. Η κωδικοποίηση και κατηγοριοποίηση των μηνυμάτων υγείας έγινε με όσο το δυνατόν πιο αντικειμενικά κριτήρια, ταυτόχρονα όμως λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες των κόμικς ως μέσου (λόγου χάρη, το ότι στα κόμικς πολλά πράγματα εννοούνται αντί να απεικονίζονται), αλλά και το πλαίσιο και τα ιδιαίτερα ευρήματα της συγκεκριμένης σειράς ιστοριών, η οποία συνδυάζει φανταστικά και ιστορικά στοιχεία με σκοπό το χιούμορ.

Από την καταμέτρηση και ομαδοποίηση προέκυψε ότι τα θέματα υγείας που εμφανίζονται συχνότερα, έχουν σχέση με το μαγικό ζωμό, τους τραυματισμούς, και τις πρώτες βοήθειες, όπως για παράδειγμα το δέσιμο ενός επιδέσμου. Αυτό θεωρήθηκε αναμενόμενο ως εύρημα, καθώς σχετίζεται με το κύριο θέμα, γύρω από το οποίο περιστρέφεται η πλοκή των ιστοριών (μάχες των Γαλατών με τους Ρωμαίους, καβγάδες, τεχνάσματα των Ρωμαίων να κατακτήσουν το γαλατικό χωριό π.χ. στερώντας τους το μαγικό ζωμό).

Εκτός από τα παραπάνω, βρέθηκαν και διάφορα άλλα θέματα υγείας, είτε ως χιουμοριστικά στοιχεία, είτε ως συστατικά στοιχεία της πλοκής που εξυπηρετούν τη συνέχεια της υπόθεσης, όπως η μέθη, η αμνησία, κάποιο δηλητήριο / αντίδοτο, το κρυολόγημα, είτε ως απεικόνιση / αναπαράσταση πρώτων βοηθειών, όπως το δέσιμο επιδέσμου, το αυτοσχέδιο φορείο, νερό ή αέρας για να συνεφέρουν κάποιον λιπόθυμο, αλλά και ως απεικόνιση (έστω και χιουμοριστικά) του στερεοτύπου του γιατρού, του ιατρού, του ψυχιάτρου, της διαγνωστικής διαδικασίας ή των φαρμακευτικών παρενεργειών. Έστω και σποραδικά, εμφανίζονται επίσης σωματικά συμπτώματα όπως πονοκέφαλος, αφυδάτωση, ζάλη, ναυτία, δερματικές αντιδράσεις, αλλά και ασθένειες όπως φαρυγγίτιδα, γαστρεντερίτιδα, ιλαρά, ρευματισμοί, καρδιακή προσβολή, ιλαρά, πανούκλα, επιληψία κ.ά.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Ερευνώντας τη σχέση της υγείας με τα κόμικς έγινε εμφανής η διάκριση ανάμεσα στα εκπαιδευτικά κόμικς στην υπηρεσία της υγείας (που σκοπό έχουν να μεταφέρουν μια πληροφορία ή να μεταδώσουν ένα μήνυμα σχετικό με την υγεία π.χ. θεραπευτικές επιλογές μιας ασθένειας, πληροφόρηση για την πανδημία κ.ά.), και στα ψυχαγωγικά κόμικς τα οποία έχουν δημιουργηθεί με σκοπό την ψυχαγωγία του αναγνώστη μέσω της αφήγησης μιας ιστορίας. Συχνά όμως, τα ψυχαγωγικά κόμικς περιέχουν πολλά θέματα υγείας, είτε μέσω των πρωταγωνιστών (π.χ. ιατρικές περιπέτειες) ή της πλοκής (π.χ. δηλητηρίαση και αντίδοτο), είτε μέσω της

απεικόνισης ιατρικών πράξεων (π.χ. δέσιμο επιδέσμου), είτε με την απεικόνιση στερεοτύπων και – υγιεινών ή μη – τρόπων ζωής.

Τα εκπαιδευτικά κόμικς στην υπηρεσία της υγείας, έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως τις τελευταίες δεκαετίες, ως μέσο για την επικοινωνία θεμάτων υγείας με τους ασθενείς και το ευρύ κοινό, λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους, που σχετίζονται με την αμεσότητα, τον ενεργό ρόλο του αναγνώστη που ελέγχει το ρυθμό της ιστορίας κατά την ανάγνωση, τη συναισθηματική ταύτιση που διενεργεί η αφήγηση, τη «διπλή κωδικοποίηση» με τον συνδυασμό εικόνας και κειμένου, αλλά και το ότι τα κόμικς είναι ένα εξαιρετικά δημοφιλές και ευχάριστο μέσο.

Δεν βρέθηκε να υπάρχει εκτενής βιβλιογραφία που να μελετάει ή να αξιολογεί τα μηνύματα υγείας όπως εμφανίζονται σε ψυχαγωγικά κόμικς (παρόλο που υπάρχει βιβλιογραφία για άλλα μέσα, όπως για παράδειγμα η τηλεόραση), και δεν βρέθηκε κάτι αντίστοιχο στην ελληνική βιβλιογραφία. Παρόλα αυτά, με τη μελέτη περίπτωσης του *Αστερίξ* αναδείχθηκε ότι υπάρχουν πολλά θέματα υγείας τα οποία απεικονίζονται με διάφορους τρόπους, και ενδεχομένως θα άξιζε να μελετηθούν διεξοδικά και σε βάθος σε επόμενες ερευνητικές προσπάθειες. Υπό αυτή την έννοια, η συμβολή της συγκεκριμένης εργασίας θα ήταν να αποτελέσει την αφετηρία ή ερευνητική βάση για τέτοιου είδους προσπάθειες.

Θεωρούμε ότι θα παρουσίαζε ερευνητικό ενδιαφέρον αντίστοιχη έρευνα σε άλλα δημοφιλή κόμικς, καθώς επίσης και περαιτέρω έρευνα (στο ίδιο ή σε άλλα κόμικς) σχετικά με τα θέματα που δεν καταγράφηκαν σε αυτή την εργασία (διατροφικές συνήθειες, κατανάλωση φρούτων/λαχανικών - λιπαρών τροφών, παχυσαρκία και απεικόνιση σωματικού βάρους, κάπνισμα, ρύπανση περιβάλλοντος κ.λ.π.). Επίσης, ενδιαφέρον θα παρουσίαζε κάποια περισσότερο αναλυτική έρευνα στο ίδιο (ή άλλα) κόμικς, απομονώνοντας κάποιο θέμα και εξετάζοντας περισσότερο διεξοδικά τα επιμέρους χαρακτηριστικά του (π.χ. μέθη - συνέπειες του αλκοόλ - αντιμετώπιση, ή κατά πόσο κάποιο θέμα αναπαρίσταται ορθά και ρεαλιστικά από ιατρική άποψη (π.χ. πρώτες βοήθειες). Ενδεχομένως θα είχε ενδιαφέρον και η συσχέτιση των θεμάτων υγείας που εμφανίζονται στο ίδιο ή σε άλλα κόμικς, με άλλους παράγοντες όπως φύλο, εθνότητα, ηλικία, εργασία, εκθέσεις σε παράγοντες επαγγελματικής επικινδυνότητας, κοινωνική τάξη κ.ά.

Αυτό που αναδείχθηκε από την ερευνητική διαδικασία, είναι ότι το να διακρίνουμε τί είναι αυτό που κάνει π.χ. μια ιατρική εξέταση ή διάγνωση, χιουμοριστική – από ένα τόσο δημοφιλές κόμικ και άρα για τόσους πολλούς αναγνώστες – στην πραγματικότητα αποκαλύπτει (έστω και μεγεθυμένο) κάποιο στερεότυπο σχετικά με τον ιατρό και την ιατρική διαδικασία, π.χ. ότι οι διαγνωστικές ερωτήσεις μπορεί να φαίνονται άσχετες στον ασθενή, ή ότι δεν καταλαβαίνει την ίδια τη διάγνωση, ή το πώς ο γιατρός έφτασε σε αυτή, ή τη δυσπιστία απέναντι στον ψυχίατρο.



Αυτό όμως πολλές φορές είναι δυσδιάκριτο: για παράδειγμα, είναι ευρέως γνωστό ως στερεότυπο ότι ο λόξιγκας περνάει με το φόβο, και ότι στα κόμικς, για να συνεφέρουμε κάποιον του ρίχνουμε στο κεφάλι έναν κουβά νερό, αλλά δεν είναι και τόσο γνωστό, αν ο αναγνώστης θεωρεί ότι αυτό έχει ιατρική βάση, ή αν θα ήταν δόκιμο σε μια πραγματική κατάσταση.

Υπό αυτή την έννοια, θα είχε ερευνητικό ενδιαφέρον να διερευνηθεί περαιτέρω η σχέση των μηνυμάτων αυτών με το αντίκτυπο που προκαλούν στον αναγνώστη, π.χ. έρευνα με ερωτηματολόγια σε αναγνώστες σχετικά με την αναγνώριση μηνυμάτων υγείας, κατά πόσο τα θεωρούν ρεαλιστικά, σε τι βαθμό συμφωνούν με τα μηνύματα που εμφανίζεται, ή επηρεάζουν τη γνώμη τους για τα συγκεκριμένα θέματα κ.λ.π.

Σε κάθε περίπτωση, περιορισμός μια μελέτης πάνω στο υλικό των κόμικς (όπως και σε κάθε άλλο στοιχείο της ποπ κουλτούρας, σε ένα μέσο τέχνης, ή σε οποιοδήποτε υλικό που περιέχει στοιχεία κουλτούρας, πολιτισμού κ.λ.π.), θα αποτελεί πάντα ένας βαθμός προκατάληψης του δημιουργού, του ερευνητή, ή του αποκωδικοποιητή. Άλλη δυσκολία μιας τέτοιας μελέτης, που επίσης συναντήθηκε και στη συγκεκριμένη, θα είναι πάντα η συσχέτιση των μηνυμάτων με το πλαίσιο / το κοινωνικό περιβάλλον, ή ο συνδυασμός του πραγματικού με το φανταστικό.

Τελικά, μπορούμε να ισχυρισθούμε ότι στα κόμικς γενικά (και στα κόμικς του *Αστερίξ* συγκεκριμένα), περιέχονται πολλά θέματα υγείας που αξίζει να αποτελέσουν αντικείμενο έρευνας (όπως συμβαίνει με άλλα μέσα π.χ. τηλεόραση). Σκοπός της μελέτης της προσέγγισης της υγείας μέσα από το υλικό των κόμικς, μπορεί να αποτελεί είτε η βελτίωση του κόμικ ως (διδακτικού) εργαλείου επικοινωνίας θεμάτων υγείας, είτε η ανάδειξη και ανάλυση θεμάτων υγείας που επηρεάζουν τον αναγνώστη, ή αποκαλύπτουν στερεότυπα και πεποιθήσεις του αναγνωστικού κοινού ή/και του κοινωνικού συνόλου. Η προσέγγισή των μηνυμάτων αυτών μπορεί να είναι κάποιες φορές δύσκολη, λόγω της ιδιαιτερότητας του κόμικ ως μέσου, σε κάθε περίπτωση όμως, δεν θεωρούμε ότι αυτό θα έπρεπε να αποθαρρύνει τον ερευνητή, καθώς υπάρχουν οι μέθοδοι και τα ερευνητικά εργαλεία που μπορούν κάθε φορά να αναδείξουν τα κατάλληλα στοιχεία που αναζητούνται σε μια τέτοια έρευνα και να οδηγήσουν σε εύλογα και αντικειμενικά συμπεράσματα.

## **BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. **World Health Organization.** Constitution of the World Health Organization. *Am J Public Health Nations Health.* 1946;36(11):1315-1323. doi:10.2105/AJPH.36.11.1315
2. **Huber M., André Knottnerus J., Green L., et al** How should we define health? *British Medical Journal.* 2011;343(7817). doi:10.1136/bmj.d4163
3. **Jadad A.R. and O'Grady L.** How should health be defined? *British Medical Journal.* 2008;337(7683):1363-1364. doi:10.1136/bmj.a2900
4. **Smith R.** BMJ Group blogs BMJ Richard Smith : The end of disease and the beginning of health. *British Medical Journal. Opin.* Published online 2013:1-4.
5. **Ottawa International Conference on Health.** Ottawa charter for health promotion. *Health Promot Int.* 1986;1(4):405. doi:10.1093/heapro/1.4.405
6. **10th Global Conference on Health Promotion.** 10GCHP. Accessed March 13, 2022. <https://10gchp.org/>
7. **Starfield B.** Basic concepts in population health and health care. *J Epidemiol Community Health.* 2001;55(7):452-454. doi:10.1136/jech.55.7.452
8. **Elrick H.** A new definition of health. *J Natl Med Assoc.* 1980;72(7):695-699.
9. **Leonardi F.** The Definition of Health: Towards New Perspectives. *Int J Heal Serv.* 2018;48(4):735-748. doi:10.1177/0020731418782653
10. **Card AJ.** Moving Beyond the WHO Definition of Health: A New Perspective for an Aging World and the Emerging Era of Value-Based Care. *World Med Heal Policy.* 2017;9(1):127-137. doi:10.1002/wmh3.221
11. **McCartney G., Popham F., McMaster R. and Cumbers A.** Defining health and health inequalities. *Public Health.* 2019;172:22-30. doi:10.1016/j.puhe.2019.03.023
12. **World Health Organization.** Environmental health. Accessed March 21, 2022. [https://www.who.int/health-topics/environmental-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/environmental-health#tab=tab_1)
13. **National Environmental Health Association.** Definitions of Environmental Health | National Environmental Health Association: N.E.H.A. Accessed March 21, 2022. <https://www.neha.org/about-neha/definitions-environmental-health>
14. **Prüss - Ustün A., Wolf J., Corvalán C., Bos R. and Neira M.** Preventing Disease through Health Environments: A Global Assessment of the Burden of Disease from Environmental Risks.; *World Health Organization,* 2016.
15. **Koplan J.P., Bond T.C., Merson M.H.** et al Towards a common definition of global health. *Lancet.* 2009;373(9679):1993-1995. doi:10.1016/S0140-6736(09)60332-9
16. **Winslow C.E.A.** The untilled fields of public health. *Science* (80- ). 1920;51(1306):23-33. doi:10.1126/science.51.1306.23
17. **Merson M.H., Black R. and Mills A.** Global Health: Diseases, Programs, Systems, and Policies.; 2012.
18. **Videliér P. and Piras P.** Health in strip cartoons. *World Health Forum.* Published online 1990:14-31.

19. **Videlier P.** and **Piras P.** Strip cartoons for health. *TT - WORLD Heal.* Published online 1992:22-23.
20. **McCloud S.** *Understanding Comics: The Invisible Art.* 1994.
21. **Muzumdar J.** An Overview of Comic Books as an Educational Tool and Implications for Pharmacy. *Inov Pharm.* 2016;7(4). doi:10.24926/iip.v7i4.463
22. **Branscum P.** and **Sharma M.** Comic books an untapped medium for health promotion. [https://www.researchgate.net/publication/246545517\\_Comic\\_books\\_an\\_untapped\\_medium\\_for\\_health\\_promotion](https://www.researchgate.net/publication/246545517_Comic_books_an_untapped_medium_for_health_promotion). Published 2009. Accessed August 15, 2020.
23. **Mergen B.** and **Wright B.W.** Comic Book Nation: The Transformation of Youth Culture in America. *J Am Hist.* 2002;89(1):295. doi:10.2307/2700909
24. **McNicol S.** The potential of educational comics as a health information medium. *Health Info Libr J.* 2017;34(1):20-31. doi:10.1111/hir.12145
25. **Massetti T., Crocetta T.B., Guarnieri R.** et al A didactic approach to presenting verbal and visual information to children participating in research protocols: The comic book informed assent. *Clinics.* 2018;73. doi:10.6061/clinics/2018/e207
26. **Furuno Y.** and **Sasajima H.** Medical comics as tools to aid in obtaining informed consent for stroke care. *Med (United States).* 2015;94(26). doi:10.1097/MD.0000000000001077
27. **Aleman - Pagès M., Azul A.M.** and **Ramallo - Santos J.** The use of comics to promote health awareness: A template using nonalcoholic fatty liver disease. *Eur J Clin Invest.* 2022;52(3). doi:10.1111/eci.13642
28. **Michael G.** and **Kimberley M.** (2010). Graphic medicine: use of comics in medical education and patient care *British Medical Journal.* 2010;340:c863. What is "Graphic Medicine"? Accessed April 28, 2022. <https://www.graphicmedicine.org/why-graphic-medicine/>
29. **Kearns C.** and **Kearns N.** The role of comics in public health communication during the COVID-19 pandemic. *J Vis Commun Med.* 2020;43(3):139-149. doi:10.1080/17453054.2020.1761248
30. **Aleixo P.A.** and **Sumner K.** Memory for biopsychology material presented in comic book format. *J Graph Nov Comics.* 2017;8(1):79-88. doi:10.1080/21504857.2016.1219957
31. **Wikipedia** (2022). Asterix. Accessed April 22, 2022. <https://en.wikipedia.org/wiki/Asterix>
32. **Fein O.** and **Kasher A.** How to do things with words and gestures in comics. *J Pragmat.* 1996;26(6):793-808. doi:10.1016/S0378-2166(96)00023-9
33. **Clark A.** *Imperialism in Asterix. Belphégor.* Published online 2004.
34. **Barnett S.** Astérix and the dream of autochthony. *Son Class bandes Dessin.* Published online 2016:131-142.
35. **Forceville C.** Visual representations of the idealized cognitive model of anger in the Asterix album La Zizanie. *J Pragmat.* 2005;37(1):69-88. doi:10.1016/j.pragma.2003.10.002
36. **Kamp M.A., Slotty P., Sarikaya - Seiwert S., Steiger H.J.** and **Hänggi D.** Traumatic brain injuries in illustrated literature: Experience from a series of over 700 head injuries in the Asterix comic books. *Acta Neurochir (Wien).* 2011;153(6):1351-1355. doi:10.1007/s00701-011-0993-6

# THE APPROACH TO HEALTH THROUGH THE MATERIAL OF COMICS: THE CASE OF "ASTERIX"

**Chrysoula Roidou, Evangelia Nena, T.C. Constantinidis and Ch. Kontogiorgis**

Program of Postgraduate Studies, organized by Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece.

*Abstract:* Comics are a direct and powerful medium. While educational comics are widely used as a tool for health information, the relationship between health and entertainment comics has not been sufficiently explored. The objective of this study was to approach health through the content of comics, studying the case of *Asterix*. A content analysis of the first 33 volumes of *Asterix*, consisting of a counting (per frame) and a quantitative evaluation of the health issues presented in the stories. Each health message was categorized into one of the following six categories: medication, first aid, medical care and treatment (cure), prevention and well-being, illness, injury. Topics that appear most often, are mainly those related to basic plot elements (magic potion, injury, bandaging, e.t.c.), but a lot of other health related topics appeared as well, such as intoxication, poisoning/antidote, amnesia, runny nose/cold etc. The archetypes of doctor, medical facilities, diagnostic procedure, as well as the side effects or interactions of drugs, are also often depicted. More rarely, other first aids besides bandaging, good health recommendations, and other illnesses or physical symptoms are depicted. In conclusion it was expected, that health issues, directly or indirectly related to the plot, would prevail. Beyond that, however, a number of other health issues appeared, which generally reflect ideas and social stereotypes about health. Topics suggested for future research: similar counting of health issues in other comics, as well as detailed analysis of a single topic or category of the topics examined, in more depth. Another point of interest could be the correlation between health topics (in the same comic or other comics) and their impact on the reader, or other factors such as gender, ethnicity or social class.

# ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

*Ευτυχία Χωλοπούλου, Χρ. Κοντογιώργης, Θ.Κ. Κωνσταντινίδης και Ε.Νένα*

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη.

*Περίληψη:* Ο ύπνος είναι θεμελιώδης για τη φυσιολογική και γνωστική λειτουργία των ατόμων, αλλά τα τελευταία χρόνια αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από διαταραχές ύπνου, που μπορούν να οδηγήσουν σε μειωμένη απόδοση στην εργασία. Στο πλαίσιο αυτό εξετάστηκε η σχέση μεταξύ διαταραχών ύπνου και απόδοσης της εργασίας σε ένα δείγμα 87 εργαζομένων (διοικητικές, οικονομικές, τεχνικές υπηρεσίες κ.λ.π.) στην Περιφέρεια της Δυτικής Μακεδονίας. Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της καθυστέρησης ύπνου και της απόδοσης στην εργασία, που σημαίνει ότι οι εργαζόμενοι έχουν μειωμένη απόδοση που σχετίζεται με την καθυστέρηση του ύπνου. Επίσης, βρέθηκε πως το φύλο (γυναίκες), η ηλικία (άνω των 61 ετών), καθώς και η κατανάλωση καπνού (μη καπνίζοντες) συσχετίζονται με προβλήματα ύπνου (διαταραχές ύπνου, χρήση υπνωτικών φαρμάκων και καθυστέρηση ύπνου αντίστοιχα). Ως εκ τούτου, υπάρχει ανάγκη για πρωτοβουλίες σε οργανωσιακό επίπεδο. Ωστόσο, είναι σαφές ότι η βελτιστοποίηση του ύπνου απαιτεί πρωτοβουλίες σε ατομικό επίπεδο, αλλά και σε επίπεδο δημόσιας υγείας.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο ύπνος είναι θεμελιώδης για τη φυσιολογική και γνωστική λειτουργία των ατόμων (Fullagar and Bartlett, 2016). Η επιστήμη του ύπνου και της κερκαδικής βιολογίας έχει δείξει ότι ο επαρκής, υψηλής ποιότητας ύπνος είναι ο τρίτος πυλώνας της υγείας, μαζί με τη διατροφή και την άσκηση (Barger and Quan, 2013, Perry, Patil and Presley - Cantrell, 2013). Διάφορες στρατηγικές με στόχο την προώθηση του ύπνου έχουν χρησιμοποιηθεί εκτενώς σε κλινικές συνθήκες, ως θεραπεία για διάφορες ασθένειες. Ωστόσο, τα προβλήματα ύπνου είναι διαδεδομένα εκτός αυτών των σφαιρών, με το 56% των Αμερικανών, το 31% των Δυτικοευρωπαίων και το 29% των Ιαπώνων να υποφέρουν από προβλήματα ύπνου το 2015 (Fullagar and Bartlett, 2016). Εργαζόμενοι σε ορισμένες κατηγορίες επαγγελματιών, όπως επαγγελματίες υγείας και ιδίως σε μονάδες εντατικής θεραπείας, αντιμετωπίζουν ακόμα περισσότερες και μεγαλύτερες διαταραχές ύπνου (Karlow, 2016). Επίσης, υποστηρίζεται ότι τα τελευταία χρόνια μειώνονται οι διαθέσιμες ώρες ποιοτικού ύπνου.

Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για την μείωση του ύπνου, συμπεριλαμβανομένων των εξής: κοινωνικών πιέσεων όπως ως πολλές ώρες εργασίας, ανταγωνιστικές προτεραιότητες (π.χ. εργασία πολλαπλών θέσεων ή/και παιδική μέριμνα), ευρεία χρήση / κατάχρηση καφεΐνης και άλλων διεγερτικών, τεχνητός φωτισμός, χρήση διαδικτύου, τηλεόρασης και βιντεοπαιχνιδιών, κοινωνική και ατομική στάση απέναντι στον ύπνο, αντιληπτή ανάγκη χρήσης ηλεκτρονικών συσκευών, π.χ. έξυπνα τηλέφωνα, tablet για μία 24/7 διασύνδεση (Barger and Quan, 2013).

Οι διαταραχές του ύπνου οδηγούν όχι μόνο σε αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία και την ευεξία σε ατομικό επίπεδο, αλλά και σε σημαντικές αρνητικές οικονομικές συνέπειες για την κοινωνία στο σύνολό της (Barger and Quan, 2013). Στο πλαίσιο αυτό αρκετές μελέτες έχουν εστιάσει στη σχέση μεταξύ του ύπνου και της επαγγελματικής απόδοσης των εργαζομένων, αναφέροντας πως διαταραχές ύπνου επηρεάζουν αρνητικά την εργασιακή απόδοση (Robbins et al, 2011, Burton, Chen, Schultz and Li, 2017, Litwiller, Snyder, Taylor and Steele, 2017). Για παράδειγμα, η χρόνια στέρηση ύπνου είναι συχνή μεταξύ των εργαζομένων και έχει συσχετισθεί με αρνητικά εργασιακά αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένης της απουσίας και των επαγγελματικών ατυχημάτων (Swanson et al, 2011).

Κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, τα πεδία της ιατρικής ύπνου και της χρονοβιολογίας έχουν μετασχηματισθεί, κάτι το οποίο κατέστη δυνατό εξαιτίας της εκθετικής αύξησης των γνώσεων που σχετίζονται με διαταραχές του ύπνου και του κερκαδικού ρυθμού, καθώς επίσης και τη διάγνωση και τη θεραπεία τους. Έχουν αναπτυχθεί πλέον νέες ιατρικές συσκευές, φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες παρεμβάσεις που έχουν τη δυνατότητα όχι μόνο να βελτιώσουν τον ύπνο, αλλά και την ποιότητα ζωής των ατόμων με διαταραχές ύπνου και να μειώσουν δραματικά τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα που σχετίζονται με ανεπάρκεια και διαταραχές ύπνου, όπως καρδιαγγειακά νοσήματα και σακχαρώδης διαβήτης (Tregear, Reston, Schoelles and Phillips, 2010).

Αν και η παγκόσμια ανησυχία για τη δημόσια υγεία για τις διαταραχές ύπνου και τον αρνητικό τους αντίκτυπο στην εργασιακή απόδοση έχει αυξήσει τη ζήτηση για παρεμβάσεις προώθησης του ύπνου, η αποτελεσματικότητα αυτών των στρατηγικών είναι ασαφής σε υγιείς πληθυσμούς. Μία πιθανότητα οφείλεται στην παρουσίαση και ανάλυση ομαδοποιημένων δεδομένων, παρά το γεγονός ότι ο ύπνος είναι φυσικά ένα πολύ μεταβλητό και εγγενές χαρακτηριστικό. Ως εκ τούτου, υπάρχει ανάγκη για εξατομικευμένες παρεμβάσεις προώθησης του ύπνου (Fullagar and Bartlett, 2016). Άλλωστε, ο ύπνος είναι μια εύπλαστη συμπεριφορά που μπορεί να βελτιωθεί με ατομικές και οργανωσιακές αλλαγές (Litwiller et al, 2017). Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω έρευνες σε συγκεκριμένους πληθυσμούς του εργατικού δυναμικού, ούτως ώστε να διαπιστωθεί το εύρος των προβλημάτων διαταραχών ύπνου και να κατατεθούν οι κατάλληλες προτάσεις. Προς αυτήν την κατεύθυνση ελήφθη η απόφαση για τη διεξαγωγή της παρούσας

έρευνας, με σκοπό τη διερεύνηση της συσχέτισης των διαταραχών ύπνου και της απόδοσης στην εργασία σε ένα δείγμα εργαζομένων. Τα δύο βασικά ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται προς απάντηση είναι:

- α) ποιά είναι η σχέση μεταξύ των διαταραχών ύπνου και απόδοσης στην εργασία,
- β) αν τα δημογραφικά, εργασιακά και ιατρικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων επηρεάζουν τις διαταραχές ύπνου και την απόδοση των εργαζομένων.

## **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ**

### *Γενικά στοιχεία*

Ο ύπνος είναι βασικό συστατικό της υγείας και ο χρόνος, η διάρκεια και η ποιότητά του είναι καθοριστικοί παράγοντες για την υγεία (Fullagar and Bartlett, 2016). Ο ύπνος μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση του μεταβολισμού, στη ρύθμιση συναισθημάτων, στην απόδοση, στη σταθεροποίηση της μνήμης, στις διαδικασίες αποκατάστασης του εγκεφάλου και στη μάθηση (Siegel, 2005). Λόγω της σημασίας αυτών των λειτουργιών, ο ύπνος πρέπει να θεωρείται τόσο κρίσιμος για την υγεία, όσο η διατροφή και η σωματική δραστηριότητα (Barger and Quan, 2013, Perry et al, 2013).

Έκθεση του Ινστιτούτου Ιατρικής με τίτλο «Διαταραχές ύπνου και στέρηση ύπνου» έχει καταδείξει ότι οι μέσες βασικές ανάγκες ύπνου των ενηλίκων είναι περίπου 7 έως 8 ώρες και η βέλτιστη διάρκεια ύπνου για τους εφήβους είναι 9 ώρες (Perry et al, 2013). Ωστόσο, περισσότερο από το 35% των ενηλίκων αναφέρουν ότι κοιμούνται λιγότερες από 7 ώρες κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 24 ωρών και σχεδόν το 70% των μαθητών λυκείου αναφέρουν ότι κοιμούνται λιγότερες από 8 ώρες σε μια μέση βδομάδα τη νύχτα (McKnight - Eily et al, 2011, Perry et al, 2013). Συνολικά, περίπου 15 εκατομμύρια παιδιά στις Ηνωμένες Πολιτείες δεν κοιμούνται επαρκώς (Smaldone, Honig and Bryne, 2007). Μεταξύ των ενηλίκων, οι λόγοι για την απώλεια ύπνου φαίνεται να σχετίζονται κυρίως με τον τρόπο ζωής, τα προγράμματα εργασίας (βάρδιες και πολλές ώρες) ή διαταραχές του ύπνου. Περίπου το 20% των εργαζομένων απασχολούνται σε εργασία με βάρδιες, κάτι που συχνά οδηγεί σε μεγαλύτερες ώρες εργασίας (Perry et al, 2013, Barger and Quan, 2013). Μεταξύ των εφήβων, ο ανεπαρκής ύπνος σχετίζεται με μεγαλύτερη χρήση της τεχνολογίας των κοινωνικών μέσων και μεταξύ των νεότερων παιδιών σχετίζεται με καταθλιπτική συμπτωματολογία, οικογενειακές διαφωνίες και θέματα ασφάλειας γύρω από το σπίτι, το σχολείο και τη γειτονιά (Smaldone et al, 2007, Barger and Quan, 2013).

Ο ανεπαρκής ύπνος έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία σε ενήλικες, εφήβους και μικρά παιδιά. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι στους ενήλικες ο ανεπαρκής ύπνος έχει σημαντική επίδραση σε πολλές καταστάσεις υγείας, συμπεριλαμβανομένης της χρόνιας ανάπτυξης ασθενειών (Barger and Quan,

2013; Perry et al, 2013). Για παράδειγμα, η μικρή διάρκεια ύπνου (<7 ώρες ύπνου ανά διανυκτέρευση) και η κακή ποιότητα ύπνου σχετίζονται με καρδιαγγειακή νοσηρότητα και μεταβολικές διαταραχές όπως δυσανεξία στη γλυκόζη, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε παχυσαρκία, διαβήτη, καρδιακές παθήσεις και υπέρταση (Perry et al, 2013). Τα άτομα που έχουν μικρή διάρκεια ύπνου διατρέχουν 1,48 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης και θανάτου από στεφανιαία νόσο από ό, τι οι έλεγχοι και 1,15 φορές πιο πιθανό να υποστούν εγκεφαλικό επεισόδιο (Carruccio, Cooper, D'Elia, Strazzullo and Miller, 2011). Τα παιδιά που παρουσιάζουν μικρή διάρκεια ύπνου είναι πιο πιθανό να γίνουν παχύσαρκα (Carruccio et al, 2008). Ο ανεπαρκής ύπνος επηρεάζει επίσης την ανοσολογική λειτουργία και την ανάπτυξη διαταραχών της διάθεσης και σχετίζεται με την κατάθλιψη, ελλείμματα στη γνώση, τη μνήμη και τη μάθηση, καθώς και μειωμένη ποιότητα ζωής (Perry et al, 2013). Οι ενήλικες που κοιμούνται λιγότερες από 7 ώρες ανά διανυκτέρευση έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να συγκεντρωθούν, να θυμηθούν και να εκτελέσουν άλλες καθημερινές δραστηριότητες από εκείνους που κοιμούνται 7 έως 9 ώρες τη νύχτα. Τα παιδιά και οι έφηβοι που έχουν ανεπαρκή ύπνο έχουν μειωμένη συμπεριφορά, διάθεση και απόδοση (Perry et al, 2013). Μια σημαντική συνέπεια του ανεπαρκούς ύπνου είναι η υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας, η οποία μειώνει την εγρήγορση και προκαλεί αργό χρόνο αντίδρασης, οδηγώντας σε επαγγελματικά και ιατρικά λάθη, τραυματισμούς στο χώρο εργασίας, μειωμένη οδήγηση και ατυχήματα με αυτοκίνητα οχήματα. Το 2005, η υπνηλία οδήγησε σε 100.000 τροχαία ατυχήματα και 15.000 θανάτους (Vaca, 2005).

Συνολικά, υπάρχουν αρκετές βραχυπρόθεσμες συνέπειες που σχετίζονται με την στέρηση ύπνου: α) η στέρηση ύπνου προκαλεί σημαντικές μειώσεις στην απόδοση και την εγρήγορση. Η μείωση του νυχτερινού ύπνου κατά 1,5 ώρα μόνο για μία νύχτα θα μπορούσε να οδηγήσει σε μείωση της εγρήγορσης κατά τη διάρκεια της ημέρας έως και 32%, β) η μειωμένη εγρήγορση και η υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας επηρεάζουν τη μνήμη και την ικανότητα σκέψης και επεξεργασίας πληροφοριών, γ) διαταραχή του ύπνου ενός συντρόφου μπορεί να προκαλέσει σημαντικά προβλήματα στη σχέση, όπως π.χ. ξεχωριστά υπνοδωμάτια και συγκρούσεις, δ) στέρηση ύπνου μπορεί να οδηγήσει σε κακή ποιότητα ζωής. Η συμμετοχή σε ορισμένες δραστηριότητες που απαιτούν συνεχή προσοχή μπορεί να γίνει πιο δύσκολη λόγω της έλλειψης ύπνου, ε) η υπερβολική υπνηλία συμβάλλει επίσης σε έναν διπλάσιο υψηλότερο κίνδυνο πρόκλησης επαγγελματικού τραυματισμού. Για παράδειγμα, η *Εθνική Υπηρεσία Ασφάλειας της Κυκλοφοριακής Ασφάλειας* (N.H.T.S.A.) στην Αμερική εκτιμά ότι κάθε χρόνο οι οδηγοί με υπνηλία ευθύνονται για τουλάχιστον 100.000 τροχαία ατυχήματα, 71.000 τραυματισμούς και 1.550 θανάτους (Fort Health Care Business Health, 2014). Το αμερικανικό εργατικό δυναμικό χάνει 1,23 εκατομμύρια εργάσιμες ημέρες λόγω διαταραχών ύπνου των εργαζομένων. Το οικονομικό κόστος της



στέρησης ύπνου κυμάνθηκε μεταξύ 280 και 411 δισεκατομμυρίων δολαρίων Η.Π.Α. το 2015 (Sleep.org, 2021).

Μακροπρόθεσμα, οι μη θεραπευμένες διαταραχές του ύπνου συνδέονται με πολλές σοβαρές ασθένειες, όπως: καρδιακή προσβολή, υψηλή αρτηριακή πίεση, καρδιακή ανεπάρκεια, εγκεφαλικό, παχυσαρκία, τραυματισμός από ατυχήματα, ψυχιατρικά προβλήματα συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης και άλλων διαταραχών της διάθεσης, καθυστέρηση στην ανάπτυξη της παιδικής ηλικίας, διαταραχή της ποιότητας του ύπνου του συντρόφου, κακή ποιότητα ζωής κ.ά. (Fort Health Care Business Health, 2014).

### *Κατηγορίες διαταραχών ύπνου*

Η *Διεθνής Ταξινόμηση Διαταραχών Ύπνου - Τρίτη Έκδοση (ICSD-3)* είναι το έγκυρο κλινικό κείμενο για τη διάγνωση διαταραχών ύπνου. Η αναθεωρημένη έκδοση του 2014 περιλαμβάνει σημαντικές αλλαγές περιεχομένου, συμπεριλαμβανομένης της νέας ονοματολογίας, ταξινομήσεων και διαγνώσεων. Οι διαταραχές ύπνου ομαδοποιούνται σε έξι μεγάλες κατηγορίες (Sateia, 2014):

- *Αυπνία*: Η ταξινόμηση των διαταραχών αϋπνίας στο ICSD-3 αντιπροσωπεύει μια αξιοσημείωτη απόκλιση από αυτήν των προηγούμενων εκδόσεων. Ιστορικά, οι διαταραχές αϋπνίας έχουν διχοτομηθεί με διάφορους τρόπους που σχετίζονται με τη διάρκεια και την υποτιθέμενη παθοφυσιολογία. Η διάκριση της οξείας και της χρόνιας αϋπνίας υπάρχει στα περισσότερα διαγνωστικά συστήματα από την αρχή της νοσολογίας των διαταραχών ύπνου - αφύπνισης. Υπό το πρίσμα των ανησυχιών που εγείρονται από αυτά τα ζητήματα, η ομάδα εργασίας I.C.S.D.-3 συνένωσε όλες αυτές τις διαταραχές υπό μία, χρόνια διαταραχή αϋπνίας. Αυτή η απόφαση δεν προορίζεται να υποδηλώσει ότι μπορεί να μην υπάρχουν σημαντικές παθοφυσιολογικές διαφορές μεταξύ των υποτύπων χρόνιας αϋπνίας, αλλά μάλλον, είναι η αναγνώριση ότι είναι ακόμα δυνατό να γίνουν αξιόπιστα τέτοιες διακρίσεις ούτε να μεταφραστούν σε πιο προσαρμοσμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

- *Διαταραχές αναπνοής που σχετίζονται με τον ύπνο*: Οι αναπνευστικές διαταραχές που σχετίζονται με τον ύπνο χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες που είναι: α) *αποφρακτική άπνοια κατά τον ύπνο (O.S.A.)*, β) *σύνδρομο κεντρικής υπνικής άπνοιας (C.S.A.)*, γ) *διαταραχές υποαερισμού που σχετίζονται με τον ύπνο και δ) διαταραχή υποξαιμίας που σχετίζεται με τον ύπνο*.

- *Κεντρικές διαταραχές υπερϋπνίας*: Αυτές οι διαταραχές χαρακτηρίζονται από υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας που δεν αποδίδεται σε άλλη διαταραχή ύπνου, συγκεκριμένα εκείνες που έχουν ως αποτέλεσμα διαταραγμένο ύπνο (π.χ. αναπνευστικές διαταραχές που σχετίζονται με τον ύπνο) ή ανωμαλίες του κίρκαδικού ρυθμού. Οι κεντρικές διαταραχές της υπνηλίας προκαλούνται συχνά από εγγενείς ανωμαλίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος στον έλεγχο της αφύπνισης, αν και άλλες ιατρικές καταστάσεις ή

ουσίες μπορεί να ευθύνονται για την υπνηλία. Ο ανεπαρκής ύπνος που προκαλείται από τη συμπεριφορά περιλαμβάνεται επίσης σε αυτήν την ομάδα διαταραχών. Το I.C.S.D.-3 τις ορίζει ως καθημερινά επεισόδια μιας μεγάλης ανάγκης για ύπνο ή ύπνος κατά τη διάρκεια της ημέρας.

- *Διαταραχές του καρδιακού ρυθμού ύπνου - αφύπνιση:* Η ονοματολογία για αυτές τις διαταραχές έχει αλλάξει σε "ύπνος - αφύπνιση" για να υπογραμμίσει ότι οι φυσιολογικές αλλαγές που σχετίζονται με αυτές τις καταστάσεις είναι εμφανείς καθ' όλη τη διάρκεια των 24 ωρών της ημέρας. Οι διαγνώσεις και τα κριτήρια που περιλαμβάνονται είναι οι ίδιες με αυτές του I.C.S.D.-2. Οι ιατροί ενθαρρύνονται πιο έντονα να εξετάσουν τη χρήση ακτιγραφίας και βιοδεικτών, όπως η εμφάνιση μελατονίνης χαμηλού φωτισμού, για τη δημιουργία διάγνωσης *διαταραχής κικαδίου ρυθμού ύπνου - αφύπνισης* (C.R.S.W.D.), αν και αυτά δεν απαιτούνται για να πληρούν τα κριτήρια για οποιαδήποτε διάγνωση. Ενθαρρύνεται επίσης η χρήση ερωτηματολογίων για τον προσδιορισμό του χρονοτύπου. Όπως και στο ICSD-2, ένα γενικό σύνολο κριτηρίων ισχύει για όλες τις C.R.S.W.D. Αυτές περιλαμβάνουν (1) ένα χρόνιο ή επαναλαμβανόμενο μοτίβο διαταραχής του ρυθμού ύπνου - αφύπνισης που προκαλείται κυρίως από αλλοίωση στο ενδογενές κικαδικό σύστημα χρονισμού ή κακή ευθυγράμμιση μεταξύ του ενδογενούς κικαδικού ρυθμού και του προγράμματος ύπνου - αφύπνισης που επιθυμείται ή απαιτείται, (2) διαταραχή του ξύπνιου (δηλ. αύπνια ή υπερβολική υπνηλία) και (3) σχετιζόμενη δυσφορία ή εξασθένηση. Επίσης, έχει προστεθεί κριτήριο διάρκειας τουλάχιστον 3 μηνών.

- *Παραϋπνίες:* Χωρίζονται σε τρεις ομάδες που είναι α) *μη ταχεία κίνηση των ματιών* (N.R.E.M.), β) *γρήγορη κίνηση των ματιών* (R.E.M.) και γ) άλλες.

- *Διαταραχές κίνησης που σχετίζονται με τον ύπνο* (I.C.S.D.) - *Σύνδρομο ανήσυχων ποδιών* (R.L.S.): Τα κριτήρια για το R.L.S. αντανακλούν τα κριτήρια της *Διεθνούς Ομάδας Μελέτης για το Σύνδρομο των Ανήσυχων Ποδιών*. Και τα δύο σύνολα κριτηρίων βασίζονται σε μια ώθηση για κίνηση των ποδιών, συνοδευόμενη μερικές φορές από μια δυσάρεστη αίσθηση ότι (1) εμφανίζεται κυρίως με ξεκούραση/αδράνεια, (2) υπάρχει ανακούφιση μερικώς ή πλήρως από την κίνηση, για όσο διάστημα πραγματοποιείται η κίνηση και (3) εμφανίζεται κυρίως το βράδυ. Δεδομένης της κάπως απεριγράπτης φύσης των συμπτωμάτων, και τα δύο σύνολα κριτηρίων τονίζουν τη σημασία αποκλεισμού άλλων διαταραχών, τα συμπτώματα των οποίων μπορεί να μιμούνται εκείνα του R.L.S. (π.χ. αρθρίτιδα, κράμπες στα πόδια και μυαλγίες). Τα κριτήρια I.C.S.D.-3 διαφέρουν από αυτά της *Διεθνούς Ομάδας Μελέτης για το Σύνδρομο Ανήσυχων Ποδιών* στο ότι η τλαιπωρία, η σχετική διαταραχή του ύπνου ή η εξασθένηση απαιτούνται για να τεθεί η διάγνωση της ICSD. Αυτή η διαφορά βασίζεται στην ιδέα ότι, αν και οι ερευνητές μπορεί να επιθυμούν να συμπεριλάβουν ολόκληρο τον πληθυσμό ατόμων που εκδηλώνουν οποιοδήποτε βαθμό σωματικών συμπτωμάτων για σκοπούς μελέτης, μια πραγματική κλινική διαταραχή θα πρέπει να περιλαμβάνει κάποια μορφή δυσμενών

συνεπειών. Πολλά άτομα, όταν ερωτηθούν, θα αναγνωρίσουν την παρουσία σπάνιων και/ή ηπιότερων μορφών R.L.S., αλλά δεν έχουν κανένα σχετικό παράπονο. Αυτά τα άτομα δεν πρέπει να λαμβάνουν διάγνωση I.C.L.-3 για R.L.S.

### *Επιδημιολογικά δεδομένα*

Υπάρχουν αρκετές επιδημιολογικές μελέτες που αξιολογούν τις διαταραχές ύπνου στον γενικό πληθυσμό. Η μελέτη του *Ohayon* (Ohayon, 2011) συνοψίζει τα κύρια ευρήματα αυτών των μελετών και υπογραμμίζει μερικές από τις πτυχές που πρέπει ακόμη να διερευνηθούν. Η αϋπνία είναι μια από τις πιο μελετημένες διαταραχές ύπνου. Σχεδόν το ένα τρίτο του γενικού πληθυσμού παραπονιέται για αϋπνία, αλλά η διάγνωση αιτιολογείται μόνο στο 6% έως 15% του πληθυσμού. Η υπερβολική υπνηλία είναι επίσης ένα άλλο συχνό πρόβλημα διαταραχών ύπνου. Ωστόσο, ο ορισμός και η μέθοδος αξιολόγησής του είναι τόσο ποικίλες που είναι δύσκολο να υπάρξει μια σαφής εκτίμηση του επιπολασμού του στο γενικό πληθυσμό: τα ποσοστά επιπολασμού κυμαίνονται μεταξύ 4% και 26%. Η ναρκοληψία είναι μια σπάνια διαταραχή με επιπολασμό κατά μέσο όρο 0,04% στον γενικό πληθυσμό. Το σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας στον ύπνο, που συχνά σχετίζεται με αϋπνία ή υπερβολική υπνηλία, βρίσκεται περίπου στο 2% έως 4% του γενικού πληθυσμού και έχει υψηλότερο επιπολασμό στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Το *σύνδρομο ανήσυχων ποδιών* (R.L.S.), ανάλογα με το πώς αξιολογείται, ποικίλλει από 1% στις ασιατικές χώρες έως 19% στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης. Το R.L.S. είναι υψηλότερο στις γυναίκες και αυξάνεται με την ηλικία.

Υπολογίζεται ότι 150 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως και σχεδόν το 17% του πληθυσμού στις αναπτυσσόμενες χώρες υποφέρουν από προβλήματα ύπνου. Σε αυτό το πλαίσιο, σκοπός της μελέτης των Berhanu, Mossie, Tadesse και Geleta (2018) ήταν να προσδιορισθεί ο επιπολασμός και οι σχετικοί παράγοντες της ποιότητας του ύπνου σε 422 τυχαία επιλεγμένους ενήλικες στην Αιθιοπία χρησιμοποιώντας τον Δείκτη Ποιότητας Ύπνου του Πίτσμπουργκ. Ο συνολικός επιπολασμός της κακής ποιότητας ύπνου (βαθμολογία P.S.Q.I. > 5) ήταν 65,4% με υψηλότερο ποσοστό μεταξύ ανδρών (63,0%) που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 40-49 ετών (28,6%). Προσδιοριστικοί παράγοντες της κακής ποιότητας του ύπνου βρέθηκαν ότι είναι η ηλικία (40-49 ετών), το μηνιαίο εισόδημα ( $\leq$  1000 E.T.B.), η διατροφή και η παχυσαρκία.

Ο σκοπός της μελέτης των *Bjorøy, Jørgensen, Pallesen και Bjorvatn* (Bjorøy et al, 2020) ήταν να εξετάσει τον επιπολασμό των υποτύπων αϋπνίας σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά Νορβηγών, καθώς και να διερευνήσει τον επιπολασμό πιθανού άγχους και κατάθλιψης, κατανάλωσης αλκοόλ, αλλά και χρήσης υπνωτικών εντός των διαφόρων υποτύπων αϋπνίας. Η μελέτη βασίστηκε σε μια εκτενή διαδικτυακή έρευνα που δημοσιοποιήθηκε το 2012. Τα δεδομένα αναλύθηκαν τον Ιανουάριο του 2019, αφού 113.887 άτομα είχαν

απαντήσει σε τμήματα ή ολόκληρο το ερωτηματολόγιο, εκ των οποίων 64.503 συμμετέχοντες που πληρούσαν τα κριτήρια για χρόνια διαταραχή αϋπνίας σύμφωνα με το *Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχιατρικών Διαταραχών* (DSM-5). Η μελέτη διέκρινε την αϋπνία σε επτά υποτύπους με βάση τον τύπο της αναφερόμενης δυσκολίας ύπνου: αϋπνία έναρξης ύπνου (SOL-αϋπνία), αϋπνία συντήρησης ύπνου (WASO-αϋπνία), αϋπνία αφύπνισης νωρίς το πρωί (EMA-αϋπνία) και συνδυασμοί αυτών. Πάνω από το 60% του πληθυσμού της μελέτης πληρούσε τα κριτήρια είτε για SOL-αϋπνία είτε για μικτό υποτύπο αϋπνίας που αποτελείται από SOL-, WASO- και EMA-αϋπνία. Η ποσοστιαία κατανομή των υποτύπων αϋπνίας στα δημογραφικά χαρακτηριστικά έδειξε ότι οι συμμετέχοντες που ήταν γυναίκες, μεγάλης ηλικίας, χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, που ήταν διαζευγμένοι / χήροι, είχαν υψηλότερο επιπολασμό αϋπνίας. Ο επιπολασμός πιθανού άγχους, πιθανής κατάθλιψης και χρήσης υπνωτικών ήταν υψηλότερος μεταξύ των συμμετεχόντων με αϋπνία SOL + WASO + EMA σε σύγκριση με τους άλλους υποτύπους αϋπνίας. Ο συνδυασμός WASO- και EMA-αϋπνίας συσχετίστηκε με τη συχνότερη κατανάλωση αλκοόλ. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των υποτύπων αϋπνίας, τόσο όσον αφορά στα δημογραφικά στοιχεία, αλλά και όσον αφορά στον τρόπο με τον οποίο μπορεί να επηρεάσουν την καθημερινή ζωή. Οι συμμετέχοντες με συνδυασμούς SOL, WASO και EMA ήταν πιο πιθανό από τους συμμετέχοντες με άλλους υποτύπους να έχουν πιθανό άγχος και πιθανή κατάθλιψη, υψηλή κατανάλωση αλκοόλ και να χρησιμοποιούν υπνωτικά.

Οι *Stickley, Leinsalu, DeVlyder, Inoue και Koyanagi* (Stickley et al, 2019) εστίασαν τη μελέτη τους στη σχέση προβλημάτων ύπνου και κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, εξέτασαν τη συννοσηρότητα των προβλημάτων ύπνου και κατάθλιψης σε 46 χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος σε 237.023 ενήλικες ηλικίας  $\geq 18$  ετών από την *Παγκόσμια Έρευνα Υγείας* (W.H.S.) 2002-2004, καθώς και εάν τα προβλήματα ύπνου με κατάθλιψη συνεπάγονται πρόσθετο κίνδυνο για μείωση της υγείας σε σύγκριση μόνο με τα προβλήματα ύπνου. Τα προβλήματα ύπνου συσχετίστηκαν με υποσύνδρομη κατάθλιψη, σύντομο καταθλιπτικό επεισόδιο και καταθλιπτικό επεισόδιο. Τα προβλήματα ύπνου σε συνδυασμό με την ύπαρξη κατάθλιψης (έναντι μόνο των προβλημάτων ύπνου) επέφεραν πρόσθετο κίνδυνο για άγχος, αντιληπτό άγχος και μείωση της ποιότητας υγείας στους τομείς της κινητικότητας, της αυτοφροντίδας, του πόνου, της γνώσης και των διαπροσωπικών δραστηριοτήτων.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η εργασία σε βάρδιες έχει ευρύτατο αντίκτυπο στην κερκαδική βιολογία και τη λειτουργία του ύπνου, φαίνεται πιθανό ότι η εργασία με βάρδιες αυξάνει τον κίνδυνο γενικής διαταραχής του ύπνου, που εκτείνεται σε πολλές συνυπάρχουσες διαταραχές ύπνου. Στη βάση αυτήν, άλλη μελέτη (Kerkhof, 2018) είχε σκοπό να αναλύσει και να παρουσιάσει τα δεδομένα για τις διαταραχές του ύπνου 250 εργαζομένων σε βάρδιες και 971 μόνιμων ημερήσιων εργαζομένων. Πρόσθετα δεδομένα σχετικά με τη διάρκεια, τον χρόνο και την ποιότητα του ύπνου,

τη λειτουργία της ημέρας και τις κοινωνικές/οικογενειακές μεταβλητές προστέθηκαν στις αναλύσεις. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι σε βάρδιες αντιμετώπισαν σημαντικά περισσότερες δυσκολίες με τη μεταβλητότητα των ωρών ύπνου τους και ανέφεραν πιο φτωχή ποιότητα ύπνου. Το πιο σημαντικό, η εργασία με βάρδιες, σε σύγκριση με την ημερήσια εργασία, εμφανίστηκε συνδεδεμένη με σημαντικά υψηλότερη επικράτηση των κλινικών συμπτωμάτων σχεδόν όλων των κύριων διαταραχών του ύπνου (συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής της βάρδιας). Για τους εργαζόμενους σε βάρδιες, ο επιπολασμός μιας γενικής διαταραχής ύπνου ήταν 39,0%, σημαντικά υψηλότερος από τους εργαζόμενους χωρίς βάρδια (24,6%). Επιπλέον, οι εργαζόμενοι σε βάρδιες χαρακτηρίζονταν από υψηλά επίπεδα συννοσηρότητας διαταραχών ύπνου. Επιπλέον, αποκλειστικά για τους εργαζόμενους σε βάρδιες, ο επιπολασμός του διαταραγμένου ύπνου μειώθηκε συστηματικά με την πάροδο του χρόνου και την αύξηση της ηλικίας και ήταν σημαντικά υψηλότερος για τους άγαμους έναντι των έγγαμων / σε συμβίωση.

Εκτός των ενηλίκων και οι ηλικιωμένοι έχουν αποτελέσει δείγμα μελετών επιπολασμού των διαταραχών ύπνου. Σε άλλη μελέτη οι ερευνητές σημειώνουν πως, με τη γήρανση, συντελούνται αλλαγές που επηρεάζουν την ποιότητα και την ποσότητα του ύπνου (Mendoza - Meléndez, et al, 2016). Αυτές οι αλλαγές θα μπορούσαν να προκαλέσουν διαταραχές ύπνου σε ηλικιωμένους, προκαλώντας σοβαρές συνέπειες για την υγεία και την ποιότητα ζωής τους. Η έρευνά τους επικεντρώθηκε σε 148 ηλικιωμένους άνω των 65 ετών κατά την περίοδο 2009-2013 στην Κλινική Διαταραχών Ύπνου U.N.A.M. στο Γενικό Νοσοκομείο του Μεξικού. Το 82,2% των ασθενών διαγνώστηκε με *σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας στον ύπνο* (O.S.A.S.). Οι σχετικοί παράγοντες που βρέθηκαν ήταν ξύπνημα τη νύχτα (89%), ιατρικές συννοσηρότητες (84,5%), δυσκολία στο ξύπνημα (70,7%), υπέρβαροι ή παχύσαρκοι ηλικιωμένοι (69,1%). Επίσης, βρέθηκε καθυστέρηση ύπνου R.E.M. 160 λεπτών. Η μελέτη των διαταραχών ύπνου είναι σημαντική λόγω των επιπτώσεων της στην υγεία και την ποιότητα ζωής, οπότε η κατανόηση των κλινικών χαρακτηριστικών αυτού του πληθυσμού θα βελτιώσει τη διάγνωση, τη διαχείριση και την παραπομπή αυτών των ασθενών.

Εκτός των ενηλίκων και των ατόμων τρίτης ηλικίας, προβλήματα ύπνου εμφανίζονται και σε παιδιά και εφήβους. Έως και 50% των παιδιών αντιμετωπίζουν πρόβλημα ύπνου. Η έγκαιρη αναγνώριση των προβλημάτων ύπνου μπορεί να αποτρέψει αρνητικές συνέπειες, όπως ημερήσια υπνηλία, ευερεθιστότητα, προβλήματα συμπεριφοράς, μαθησιακές δυσκολίες, τροχαία ατυχήματα σε εφήβους και κακές ακαδημαϊκές επιδόσεις. Η αποφρακτική άπνοια ύπνου εμφανίζεται στο 1% έως 5% των παιδιών. Επίσης, υπνοβασία, ομιλία στον ύπνο, σύγχυση και τρόμοι στον ύπνο τείνουν να εμφανίζονται το πρώτο μισό της νύχτας, ενώ οι εφιάλτες είναι πιο συχνόι το δεύτερο μισό της νύχτας. Παράλληλα, η συμπεριφορική αϋπνία της παιδικής ηλικίας είναι συχνή και χαρακτηρίζεται από μια αδυναμία των παιδιών να κοιμηθούν. Η διαταραχή

της καθυστερημένης φάσης του ύπνου είναι συχνότερη στην εφηβεία, παρουσιάζοντας δυσκολία στον ύπνο και την αφύπνιση σε κοινωνικά αποδεκτές περιόδους (Carter et al, 2014).

Στους εφήβους εστίασαν ορισμένοι ερευνητές (Liang et al, 2021). Σύμφωνα με την Έκθεση Έρευνας Ποιότητας Ύπνου της Κίνας το 2018, μεταξύ των 100.000 ερωτηθέντων, το 83,81% υπέφερε από κάποιο είδος διαταραχής ύπνου. Διαταραχές ύπνου όπως ο ανεπαρκής χρόνος ύπνου, τα ακανόνιστα πρότυπα ύπνου, η κακή ποιότητα ύπνου και η υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας είναι συχνές στους Κινέζους εφήβους, λόγω της ανταγωνιστικότητας στην εκπαίδευση και της έντονης κοινωνικής πίεσης. Επιπλέον, η έγκαιρη ώρα έναρξης για το σχολείο, ο μεγάλος φόρτος μαθημάτων, οι βραδινές και νυχτερινές κοινωνικές δραστηριότητες και ο εθισμός στο διαδικτυακό παιχνίδι επιταχύνει τα προβλήματα ύπνου των Κινέζων εφήβων. Ωστόσο, η κακή ποιότητα ύπνου μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές της διάθεσης, όπως αρνητικό συναίσθημα, άγχος και κατάθλιψη, κακές ακαδημαϊκές επιδόσεις, γνωστική εξασθένηση, παχυσαρκία και υψηλή αρτηριακή πίεση. Στη βάση αυτή οι συγκεκριμένοι ερευνητές (Liang et al, 2021) διερεύνησαν μέσω συστηματικής ανασκόπησης τον επιπολασμό των διαταραχών του ύπνου στους Κινέζους εφήβους. Συνολικά 63 μελέτες συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση, καλύπτοντας 430.422 έφηβους σε όλη την Κίνα, εκ των οποίων 104.802 έφηβοι είχαν διαταραχές ύπνου. Ο συνολικός επιπολασμός ήταν 26%. Οι έφηβοι στο λύκειο είχαν υψηλότερο επιπολασμό διαταραχών ύπνου από εκείνους στο γυμνάσιο (28% έναντι 20%). Μελέτες με μέγεθος δείγματος μεταξύ 1.000 και 3.000 εφήβων επίσης είχαν τον υψηλότερο επιπολασμό (30%). Ο επιπολασμός των διαταραχών του ύπνου δεν επηρεάστηκε από άλλους παράγοντες. Συνολικά καταδείχθηκε ότι οι διαταραχές του ύπνου είναι συχνές στους Κινέζους εφήβους και μπορεί να χρειασθεί αποτελεσματική ψυχολογική και συμπεριφορική παρέμβαση για να βοηθηθούν ώστε να λύσουν τα προβλήματα ύπνου τους.

Στους εφήβους στις Η.Π.Α. εστίασε μια πρόσφατη μελέτη (Kansagra, 2020). Η Έρευνα Συμπεριφοράς Κινδύνου Νέων διαπίστωσε ότι το 72,7% των μαθητών ανέφεραν κατά μέσο όρο λιγότερες από 8 ώρες ύπνου τα σχολικά βράδια. Αυτό είναι παρόμοιο με την έρευνα του *National Sleep Foundation*, η οποία ανέφερε ότι το 62% των μαθητών κοιμάται λιγότερο από 8 ώρες την νύχτα. Έφηβοι μεγαλύτερης ηλικίας ήταν οι περισσότεροι που είχαν έλλειψη ύπνου, με το 75% να αναφέρει. Τα κορίτσια και οι Αφροαμερικανοί μπορεί να επηρεαστούν δυσανάλογα. Οι υποκειμενικές αναφορές για τη διάρκεια του ύπνου είναι συνήθως λιγότερες από αντικειμενικά μέτρα και επομένως, ο επιπολασμός της στέρησης ύπνου μπορεί να είναι πιο σοβαρός από ότι υποδεικνύεται από τα δεδομένα της έρευνας. Παρ' όλο που μια ποικιλία σημαντικών διαταραχών ύπνου μπορεί να διαταράξει την ποιότητα του ύπνου στους εφήβους, όπως αποφρακτική άπνοια ύπνου, σύνδρομο ανήσυχων ποδιών και ναρκοληψία, κοινές διαταραχές που επηρεάζουν την ποσότητα του ύπνου είναι η κακή υγιεινή ύπνου, διαταραχές στον κερκάρδιο ρυθμό και αϋπνία.

Οι διαταραχές αυτές επεξηγούνται από την ερευνητική ομάδα της *Kansagra* ως ακολούθως:

α) *Κακή υγιεινή ύπνου*: Η υγιεινή του ύπνου αναφέρεται στις συμπεριφορές και στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τον ύπνο. Ορισμένες πτυχές της καλής υγιεινής του ύπνου περιλαμβάνουν την τήρηση μιας νυχτερινής ρουτίνας, τη διατήρηση ενός σταθερού προγράμματος ύπνου, τη διατήρηση ενός δροσερού και χωρίς θόρυβο περιβάλλοντος ύπνου και την αποφυγή πηγών διαταραχών του ύπνου, όπως το φως και η οθόνη. Οι κακές πρακτικές υγιεινής του ύπνου φαίνεται να συμβάλλουν στη διαταραχή του ύπνου σε παιδιά και εφήβους. Ωστόσο, δεν υπάρχει συναίνεση ως προς το ποια στοιχεία υγιεινής του ύπνου είναι κρίσιμα, ούτε ως προς το ποια είναι απαραίτητα κατά την εφαρμογή στρατηγικών υγιεινής ύπνου για την αύπνια. Ομοίως, δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν τον ρόλο της κακής υγιεινής του ύπνου στην πρόκληση αύπνιας ή της καλής υγιεινής του ύπνου που αποτρέπει την αύπνια.

β) *Διαταραχή φάσης ύπνου - αφύπνιση*: Αντιστοιχεί σε μια βιολογικά διαμεσολαβούμενη μεταβολή του χρόνου ύπνου με προδιάθεση για μεταγενέστερο κύκλο ύπνου - αφύπνιση και μεσολαβείται από δύο διαφορετικές διαδικασίες. Πρώτον, η ομοιοστατική επιθυμία για ύπνο, η οποία συνεπάγεται αυξημένο χρόνο αφύπνισης, συσσωρεύεται πιο αργά κατά την εφηβεία. Αυτό μεταφράζεται σε περισσότερο χρόνο για ύπνο και ευκολότερη ικανότητα να μένουν οι έφηβοι ξύπνιοι τη νύχτα. Δεύτερον, η έκκριση μελατονίνης μετατοπίζεται σε μεταγενέστερο χρόνο, προκαλώντας καθυστέρηση στον κερκάρδιο ρυθμό. Η καθυστέρηση στην κερκαδική φυσιολογία προδιαθέτει σε αναντιστοιχία μεταξύ του προτιμώμενου χρόνου ύπνου ενός εφήβου και των κοινωνικών απαιτήσεων, όπως το σχολείο. Η *διαταραχή φάσης ύπνου - αφύπνισης* (D.S.P.D.) διαγιγνώσκεται όταν αυτή η αναντιστοιχία προκαλεί λειτουργική βλάβη. Ένας έφηβος με D.S.P.D. έχει φυσιολογική ποσότητα και ποιότητα ύπνου όταν του επιτρέπεται να κοιμάται κατά βούληση. Ωστόσο, όταν κοιμάται σε λάθος ώρες με βάση τις κοινωνικές απαιτήσεις, το D.S.P.D. είναι συνηθισμένο. Μελέτες δείχνουν επιπολασμό έως και 14% στους εφήβους.

γ) *Αύπνια*: Η αύπνια αναφέρεται σε μείωση του ύπνου λόγω δυσκολίας να κοιμηθεί κάποιος, δυσκολία να παραμείνει σε φάση ύπνου ή ξύπνημα πολύ νωρίς. Η *ψυχοφυσιολογική αύπνια* (P.I.) είναι ένας κοινός υποτύπος αύπνιας. Χαρακτηρίζεται από την αδυναμία να κοιμηθεί κάποιος ή να παραμείνει σε φάση ύπνου λόγω αγχωτικών σκέψεων. Η αύπνια είναι συχνή στους εφήβους, με ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 7% και 40% με βάση τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται. Τα άτομα με P.I. συχνά κοιμούνται καλύτερα σε καινοτόμα περιβάλλοντα, όπως δωμάτια ξενοδοχείων. Έως και 88% των εφήβων με ιστορικό P.I. αναφέρουν δυσκολίες με συνεχή αύπνια, καθιστώντας αυτό το πρόβλημα χρόνιο.

Συνολικά, οι διαταραχές του ύπνου είναι συχνές σε παιδιά και εφήβους, αλλά συχνά δεν αντιμετωπίζονται. Υπάρχουν αρκετά συστήματα ταξινόμησης των διαταραχών του ύπνου, τα οποία περιλαμβάνουν προσπάθειες για την ανάπτυξη

πιο συγκεκριμένων νοσολογικών κατηγοριών που αντικατοπτρίζουν αναπτυξιακές πτυχές του ύπνου. Ο επιπολασμός των διαταραχών του ύπνου έχει μελετηθεί σε διάφορα δείγματα υγιών, τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών και εκείνων με ειδικές ιατρικές, ψυχιατρικές και νευροαναπτυξιακές ανάγκες. Οι διαταραχές ύπνου είναι ιδιαίτερα διαδεδομένες σε παιδιά και εφήβους με ψυχιατρικές διαταραχές, καθιστώντας σημαντικό για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να γνωρίζουν τα προβλήματα ύπνου και να τα αντιμετωπίζουν στο πλαίσιο ψυχιατρικών συννοσηρότητας (Trosman and Ivanenko, 2021).

Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί η άποψη του Paiva (2017) πως, η επιδημιολογική ανάλυση των διαταραχών ύπνου σε παιδιά και εφήβους αντιμετωπίζει αρκετές δυσκολίες. Υπάρχει μια σημαντική διαπρωπική μεταβλητότητα κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής και κατά συνέπεια ο ορισμός του "φυσιολογικού" μπορεί να καταστεί ένα δύσκολο ζήτημα στο οποίο οι πολιτισμικές και εθνοτικές διαφορές θα μπορούσαν να προσθέσουν επιπρόσθετη πολυπλοκότητα. Επιπλέον, πολλές διαθέσιμες έρευνες στερούνται αντικειμενικών δεδομένων. Αυτό το ζήτημα είναι ιδιαίτερα σημαντικό κάθε φορά που παρέχονται δεδομένα από τους φροντιστές, καθώς υπάρχουν γνωστές αποκλίσεις μεταξύ των παιδιών και των φροντιστών και το γεγονός ότι τα δεδομένα που λαμβάνονται από νεότερα άτομα υπόκεινται σε σημαντικούς κανόνες δεοντολογίας είναι πιθανό να μειώσει τον αριθμό των διαθέσιμων μελετών. Άλλα θέματα που συμβάλλουν είναι η θέση του παιδιατρικού ύπνου στον τομέα της ιατρικής του ύπνου και οι διαδοχικές ταξινομήσεις των διαταραχών του ύπνου και οι μεθοδολογικές τροποποιήσεις, καθιστώντας δύσκολες τις συγκρίσεις.

Τέλος, τον επιπολασμό των διαταραχών ύπνου κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 εξέτασαν μέσω συστηματικής ανασκόπησης οι Tasnim et al (2020). Συνολικά ανακλήθηκαν 78 άρθρα, στα οποία ο επιπολασμός των διαταραχών ύπνου κυμάνθηκε από 2,3% έως 76,6%. Η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο μόρφωσης, η σωματική και η ψυχική υγεία, οι παράγοντες που σχετίζονται με τον COVID-19, το επάγγελμα, ιδίως οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, βρέθηκαν να είναι οι προσδιοριστικοί παράγοντες.

## **ΑΠΟΔΟΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ**

### *Έννοια της απόδοσης στην εργασία*

Η έννοια της απόδοσης είναι ένα σημαντικό θέμα στο οποίο πρέπει να δοθεί έμφαση, προκειμένου να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση των εργαζομένων σχετικά με τις δυνατότητές τους και να επιτευχθούν καλύτερα αποτελέσματα σε οργανωσιακό επίπεδο. Η απόδοση είναι ένα θέμα που εξετάζεται συνεχώς στους περισσότερους κλάδους της διοίκησης, συμπεριλαμβανομένης της



στρατηγικής διαχείρισης, τόσο από ακαδημαϊκούς μελετητές, όσο και από εξειδικευμένους διευθυντές (Kazan and Gumus, 2013).

Σε γενικές γραμμές, η απόδοση στην εργασία μπορεί να ορισθεί ως ο λόγος μεταξύ ενός μέτρου παραγωγής και ενός μέτρου εισροής. Με τον τρόπο αυτό η απόδοση από μέρους των εργαζομένων μπορεί να μετρηθεί στη βάση της συσχέτισης των εισροών (για παράδειγμα ώρες και κόστος εργασίας) και των εκροών (για παράδειγμα μονάδες που παράγονται ανά ώρα). Η απόδοση στην εργασία βασίζεται παραδοσιακά σε συγκεντρωτικά μέτρα που αφορούν τον εκάστοτε οργανισμό, όπως για παράδειγμα την προστιθέμενη αξία από μέρους του εκάστοτε εργαζομένου. Ωστόσο, προκειμένου να συμπεριληφθούν τυχόν διαφορές που υπάρχουν στις εισροές, το μέτρο της προστιθέμενης αξίας του κάθε εργαζόμενου διακρίνεται σε διαφορετικούς τύπους εργασίας, όπως για παράδειγμα το επίπεδο εξειδίκευσης των εργαζομένων. Ωστόσο, ακόμη και σε αυτό το επίπεδο, τα μέτρα παραγωγικότητας της εργασίας μπορούν να καλύψουν σημαντικές διαφορές ως προς την υποκείμενη παραγωγικότητα των εργαζομένων, είτε μεταξύ των εργαζομένων, είτε με την πάροδο του χρόνου (Sauerbmann, 2016).

Η απόδοση της εργασίας είναι ένα σύνολο των συμπεριφορών των εργαζομένων που παρατηρούνται στον οργανισμό σε σχέση με τους στόχους που έχουν τεθεί από τον οργανισμό (Campbell, McHenry, and Wise, 1990). Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι οι ορισμοί της εργασιακής απόδοσης θα πρέπει να δίνουν έμφαση όχι στα αποτελέσματα των εργαζομένων, αλλά στις συμπεριφορές που επιδεικνύουν. Αυτό οφείλεται στο ότι μέσα από την επικέντρωση αποκλειστικά στα αποτελέσματα οι εργαζόμενοι ενδέχεται να αναζητήσουν εύκολους τρόπους για την επίτευξη των στόχων της θέσης εργασίας τους και των στόχων του οργανισμού. Αυτό με τη σειρά του, όμως, μπορεί να μην είναι προς όφελος του οργανισμού, καθώς μπορεί οι εργαζόμενοι να μην υιοθετούν άλλες πιο σημαντικές συμπεριφορές. Κατά συνέπεια, η απόδοση της εργασίας αναφέρεται στις συμπεριφορές που επιδεικνύει πραγματικά το ανθρώπινο δυναμικό, οι οποίες μπορούν να παρατηρηθούν. Σε αντίθεση με τους αυστηρά συμπεριφορικούς ορισμούς της απόδοσης της εργασίας, οι *Motowidlo, Borman* και *Schmit* (Motowidlo et al, 1997) υποστηρίζουν ότι η εργασιακή απόδοση είναι συμπεριφορές με μια αξιολόγηση. Αυτός ο ορισμός είναι σύμφωνος με τις κυρίαρχες μεθόδους που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της απόδοσης της εργασίας, όπως βαθμολογίες απόδοσης από επόπτες και συναδέλφους. Άλλωστε, ένα ακόμη στοιχείο της απόδοσης, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, είναι ότι οι συμπεριφορές πρέπει να σχετίζονται με τους στόχους του οργανισμού (Campbell et al, 1990).

Αν και ο *Motowidlo* και οι συνεργάτες του τονίζουν αυτήν την αξιολογητική ιδέα στον καθορισμό του τομέα απόδοσης, εξακολουθούν να υποστηρίζουν ότι η απόδοση της εργασίας είναι συμπεριφορές και όχι αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, η απόδοση της εργασίας σύμφωνα με τους συγγραφείς ορίζεται ως η συνολική αναμενόμενη τιμή για τον οργανισμό των διακριτών τύπων

συμπεριφοράς ενός εργαζομένου για μια τυπική χρονική περίοδο (Motowidlo et al, 1997). Ένα σημαντικό στοιχείο σε αυτόν τον ορισμό είναι ότι η απόδοση είναι απόρροια συμπεριφοράς και ειδικότερα είναι μια συγκεντρωτική ιδιότητα πολλαπλών διακριτών συμπεριφορών που εμφανίζονται σε κάποιο χρονικό διάστημα. Ένα δεύτερο σημαντικό στοιχείο είναι ότι η ιδιότητα της συμπεριφοράς στην οποία αναφέρεται η απόδοση είναι η αναμενόμενη αξία της για τον οργανισμό. Έτσι, η έννοια της απόδοσης σε αυτόν τον ορισμό είναι μια μεταβλητή που διακρίνει μεταξύ διαφόρων συνόλων συμπεριφορών που πραγματοποιούνται από διαφορετικά άτομα και μεταξύ συνόλων συμπεριφορών που πραγματοποιούνται από το ίδιο άτομο σε διαφορετικούς χρόνους. Η διάκριση βασίζεται στο πόσο πιθανό να συμβάλουν ή να μειώσουν την οργανωτική αποτελεσματικότητα αυτά τα σύνολα συμπεριφορών.

Υπάρχουν δύο εννοιολογικά και πρακτικά πλεονεκτήματα της σύνδεσης της έννοιας της απόδοσης με τη συμπεριφορά ενός ατόμου και όχι με τα αποτελέσματα αυτής της συμπεριφοράς, όπως υποστηρίζεται (Motowidlo and Kell, 2012). Πρώτον, οι καταστάσεις ή οι συνθήκες πραγμάτων ή ανθρώπων που αλλάζουν από τη συμπεριφορά ενός ατόμου επηρεάζονται επίσης συχνά από άλλους παράγοντες που δεν βρίσκονται υπό τον έλεγχο ενός παρατηρητή / αξιολογητή. Αυτό το επιχείρημα προϋποθέτει διάκριση μεταξύ δύο τύπων περιορισμών κατάστασης και ευκαιριών. Ένας τύπος επηρεάζει την πιθανότητα ότι οι άνθρωποι θα εμπλακούν σε συμπεριφορές που αναμένεται να βοηθήσουν ή να βλάψουν τον οργανισμό. Αυτός ο τύπος είναι καθοριστικός για την απόδοση της εργασίας, όπως ορίστηκε νωρίτερα. Παράγοντες κατάστασης αυτού του τύπου καθιστούν ευκολότερο ή πιο δύσκολο για τους ανθρώπους να εκτελούν ενέργειες που έχουν τη δυνατότητα να συμβάλλουν ή να μειώνουν την οργανωσιακή αποτελεσματικότητα παρεμβαίνοντας άμεσα ή διευκολύνοντας τις συμπεριφορές. Για παράδειγμα, η διαθεσιμότητα κατάλληλων εργαλείων ή πρώτων υλών θα επηρεάσει την πιθανότητα ότι οι άνθρωποι εκτελούν συμπεριφορές που περιλαμβάνουν τη χρήση αυτών των εργαλείων για να λειτουργήσουν στις πρώτες ύλες προκειμένου να παράγουν οργανωτικά αγαθά και υπηρεσίες. Ωστόσο, ένας δεύτερος τύπος περιορισμών και ευκαιριών κατάστασης επηρεάζει τα οργανωσιακά αποτελέσματα χωρίς να επηρεάζει απαραίτητα τις συμπεριφορές απόδοσης των ατόμων. Για παράδειγμα, οι οικονομικοί παράγοντες και οι συνθήκες της αγοράς μπορούν να έχουν άμεσες επιπτώσεις στον όγκο των πωλήσεων και στην κερδοφορία χωρίς να περιορίζουν απαραίτητα ή να διευκολύνουν τις ατομικές συμπεριφορές απόδοσης που εμπλέκονται στην παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών. Έτσι, παρ' όλο που οι ευκαιρίες κατάστασης και οι περιορισμοί που επηρεάζουν τη συμπεριφορά ενός ατόμου θεωρούνται καθοριστικοί παράγοντες της απόδοσης της εργασίας, οι ευκαιρίες κατάστασης και οι περιορισμοί που επηρεάζουν μόνο τα αποτελέσματα της συμπεριφοράς ενός ατόμου δεν θεωρούνται καθοριστικοί παράγοντες της απόδοσης της εργασίας.

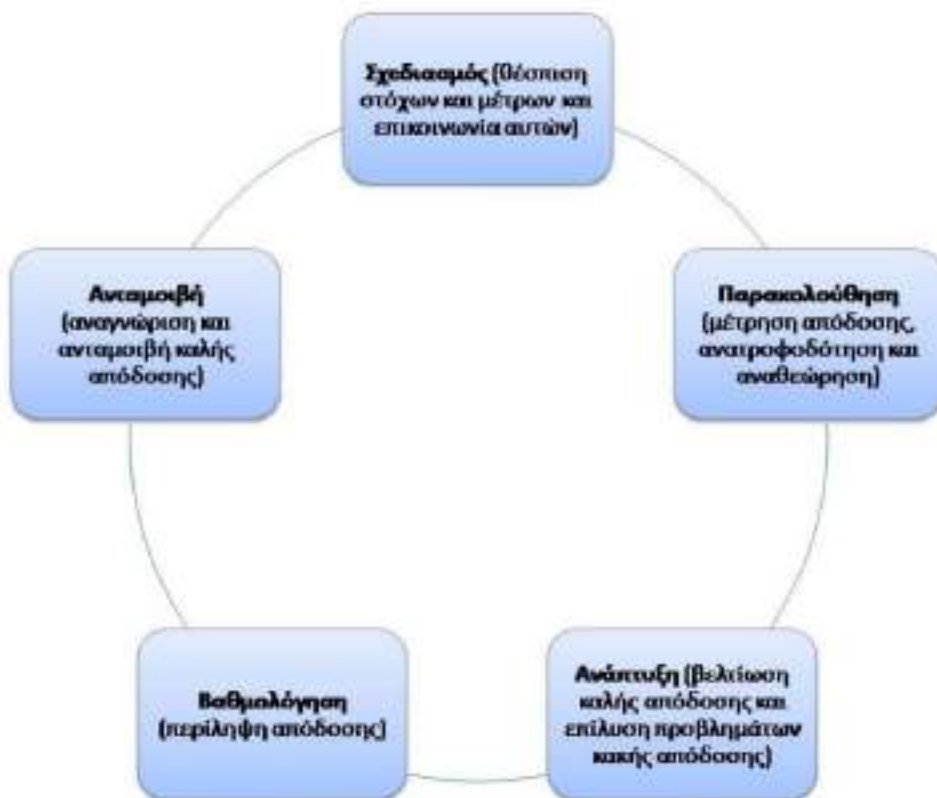
Το δεύτερο πλεονέκτημα που αναφέρουν οι Motowidlo και Kell (2012) είναι ότι, εάν η ψυχολογία είναι μια επιστήμη της συμπεριφοράς και εάν οι (οργανωσιακοί) ψυχολόγοι θέλουν να κατανοήσουν και να διαχειριστούν την απόδοση της εργασίας, είναι πιθανότατα καλύτερα να ερμηνεύσουν την απόδοση ως φαινόμενο συμπεριφοράς. Ο καθορισμός της απόδοσης σύμφωνα με τις ιδιότητες της συμπεριφοράς αντί των αποτελεσμάτων της συμπεριφοράς επιτρέπει την ανάπτυξη μίας κατανόησης των ψυχολογικών διαδικασιών που διέπουν την επιλογή, την εκπαίδευση, τα κίνητρα των εργαζομένων, καθώς και τη διευκόλυνση ή την αντιμετώπιση διαφόρων καταστάσεων διαδικασιών. Στη βάση αυτών, μία τέτοια ερμηνεία επιτρέπει επίσης να εφαρμοστούν βασικές ψυχολογικές αρχές στη διαχείριση αυτών των διαδικασιών.

Αυτό που θα πρέπει να τονισθεί είναι πως, η απόδοση πρέπει να διακρίνεται από την αποτελεσματικότητα και από την παραγωγικότητα ή την αποδοτικότητα (Sonnentag et al, 2008). Η αποτελεσματικότητα αναφέρεται στις αξιολογήσεις των αποτελεσμάτων της απόδοσης (δηλαδή στην οικονομική αξία). Συγκριτικά, η παραγωγικότητα είναι ο λόγος αποτελεσματικότητας προς το κόστος επίτευξης του αποτελέσματος. Για παράδειγμα, η αναλογία ωρών εργασίας (εισροές) σε σχέση με τα συναρμολογημένα προϊόντα (αποτέλεσμα) περιγράφει την παραγωγικότητα. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει επίσης να δοθεί στη διάκριση μεταξύ εργασίας και επιδόσεων με βάση τα συμφραζόμενα. Υπάρχουν τρεις βασικές διαφορές μεταξύ της εργασίας και της απόδοσης με βάση τα συμφραζόμενα (Sonnentag et al, 2008). Η πρώτη είναι πως οι δραστηριότητες απόδοσης με βάση τα συμφραζόμενα είναι συγκρίσιμες για σχεδόν όλες τις θέσεις εργασίας, ενώ η απόδοση των εργασιών είναι συγκεκριμένη με βάση θέσεις εργασίας. Η δεύτερη είναι ότι η απόδοση των εργασιών προβλέπεται κυρίως από την ικανότητα, ενώ η απόδοση των συμφραζομένων προβλέπεται κυρίως από το κίνητρο και την προσωπικότητα. Η τελευταία είναι ότι η εκτέλεση εργασιών είναι συμπεριφορά εν ενεργεία και μέρος της επίσημης περιγραφής εργασίας, ενώ η ερμηνεία με βάση τα συμφραζόμενα είναι συμπεριφορά εκτός ρόλου και χαρακτηρίζεται από διακριτική ευχέρεια (δεν είναι εκτελεστή) και συχνά δεν ανταμείβεται από επίσημα συστήματα ανταμοιβής ή εξετάζεται άμεσα ή έμμεσα από τη διοίκηση.

### *Μέτρηση της απόδοσης στην εργασία*

Σκοπός της μέτρησης της απόδοσης είναι η αύξηση των κινήτρων των εργαζομένων, η έγκαιρη και γρήγορη ανατροφοδότηση, η δικαιοσύνη στη δομή του οργανισμού, η παροχή ίσων ευκαιριών, η υποστήριξη των εργαζομένων και η βελτίωσή τους. Η μέτρηση απόδοσης μπορεί να ορισθεί ως μέθοδος μέτρησης του τρόπου με τον οποίο εκτελούνται οι εργασίες μέσα σε ένα πρόγραμμα αμερόληπτα κατά την υλοποίηση προϊόντων, υπηρεσιών ή διαδικασιών. Επίσης, καθορίζει εάν πληρούνται ή όχι οι απαιτήσεις των πελατών, βοηθώντας

στην κατανόηση των διαδικασιών και στον προσδιορισμό των τομέων που χρήζουν βελτίωσης (Kazan and Gumus, 2013). Κατά συνέπεια, η μέτρηση της απόδοσης των εργαζομένων αποτελεί ένα από τα πέντε στάδια της διαχείρισης της απόδοσης (μαζί με τον σχεδιασμό, την παρακολούθηση, την ανάπτυξη και την ανταμοιβή), όπως απεικονίζεται στο Σχήμα 1. Κατά καιρούς, οι οργανισμοί θεωρούν χρήσιμο να μετρήσουν τις επιδόσεις των εργαζομένων. Αυτό βοηθά στη σύγκριση της απόδοσης με την πάροδο του χρόνου ή σε ένα σύνολο εργαζομένων. Στο πλαίσιο των τυπικών απαιτήσεων αξιολόγησης της απόδοσης, η αξιολόγηση σημαίνει την αξιολόγηση της απόδοσης των εργαζομένων ή της ομάδας σε σχέση με τα στοιχεία και τα πρότυπα στο σχέδιο απόδοσης ενός υπαλλήλου και τον καθορισμό μιας συνοπτικής βαθμολογίας. Η βαθμολογία αποδίδεται σύμφωνα με τις διαδικασίες που περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα αξιολόγησης του οργανισμού. Βασίζεται σε εργασίες που εκτελούνται κατά τη διάρκεια μιας ολόκληρης περιόδου αξιολόγησης. Η βαθμολογία επηρεάζει διάφορες άλλες ενέργειες διαχείρισης ανθρωπίνου δυναμικού, όπως μισθολογικές αυξήσεις και προαγωγές (United States Office of Personnel Management, 2001).



Σχήμα 1. Στάδια της διαχείρισης της απόδοσης. [Πηγή: United States Office of Personnel Management, 2001].

Η αξιολόγηση της απόδοσης έχει ορισθεί ως ένα προγραμματισμένο εργαλείο που ενσωματώνει την επιτυχία του ατόμου σε μια συγκεκριμένη εργασία, τη στάση και τις συμπεριφορές του στην εργασία, τις ηθικές συνθήκες και τα χαρακτηριστικά του και την αξιολόγηση της συνεισφοράς των εργαζομένων στην επιτυχία του οργανισμού. Γενικά, η απόδοση είναι ένα είδος διαδικασίας που αποτελείται από φάσεις όπως ο καθορισμός στόχου, η μέτρηση, η αξιολόγηση, η ανατροφοδότηση, η ανταμοιβή για καλά αποτελέσματα, η βελτίωση για τα κακά αποτελέσματα και η επιβολή κυρώσεων σε περίπτωση ανάγκης. Αυτή η αναφερόμενη διαδικασία είναι μια σημαντική καθοδήγηση όσον αφορά σε θέματα, όπως, ποιες είναι οι προσδοκίες από τον εργαζόμενο, ποιοι είναι οι στόχοι του οργανισμού γενικά και του εργαζομένου ξεχωριστά, ποιοι είναι οι κανόνες κατά την επίτευξη των αναφερόμενων στόχων, είτε χρειάζεται είτε όχι τεχνική υποστήριξη ή εκπαίδευση. Αυτή η καθοδήγηση θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε όλες τις επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται σε τομείς παραγωγής και υπηρεσιών και επιθυμούν να συμβαδίζουν με τις συνθήκες ανταγωνισμού (Kazan and Gumus, 2013).

Η απόδοση των εργαζομένων μπορεί να είναι συνάρτηση πολλών χαρακτηριστικών, συμπεριλαμβανομένης της προσπάθειας, της εκπαίδευσης, της ηλικίας ή της προϋπηρεσίας του εργαζομένου και των χαρακτηριστικών της επιχείρησης, όπως το εργασιακό περιβάλλον, οι μισθοί ή τα κίνητρα. Μια παρατηρούμενη αλλαγή στην απόδοση ενός εργαζομένου μπορεί να οφείλεται σε διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένων παραγόντων εκτός του ελέγχου του εργαζομένου. Οι δύο πιο συνηθισμένοι λόγοι είναι οι αλλαγές στις δεξιότητες του εργαζομένου, π.χ. λόγω προγραμμάτων κατάρτισης ή από την εκμάθηση στην εργασία και αλλαγές στην προσπάθεια που παρέχει ο εργαζόμενος, π.χ. λόγω διαφορετικών κινήτρων που θέτει η διοίκηση. Η τεχνολογική αλλαγή θα ήταν επίσης ένα σχετικό αντικείμενο προς εξέταση, αλλά λόγω των τυπικά μικρών χρονικών οριζώντων που ελήφθησαν στις διαθέσιμες μελέτες (συνήθως θέμα εβδομάδων), η τεχνολογία θεωρείται γενικά ως σταθερά σε αυτές τις περιπτώσεις. Η χρησιμότητα ενός μέτρου απόδοσης για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς των εργαζομένων εξαρτάται καθοριστικά από τον βαθμό στον οποίο ο εργαζόμενος έχει επιρροή στο μέτρο. Τα μέτρα θα είναι αναξιόπιστοι προγνωστικοί παράγοντες της παραγωγικότητας των εργαζομένων εάν καθοδηγηθούν σε μεγάλο βαθμό από παράγοντες που βρίσκονται εκτός του ελέγχου των εργαζομένων. Παρ' όλο που οποιοδήποτε μέτρο απόδοσης θα περιέχει τυχαίες διαφοροποιήσεις, τα κατάλληλα μέτρα απόδοσης των εργαζομένων θα πρέπει να εξισορροπούνται ως προς τους καθοριστικούς παράγοντες που βρίσκονται υπό τον έλεγχο του εργαζομένου (Sauermann, 2016).

Στη βιβλιογραφία έχουν προσδιορισθεί οι εξής διαστάσεις της απόδοσης στην εργασία (Campbell et al, 1990, Iacob, 2010): (1) συγκεκριμένα καθήκοντα των δεξιοτήτων εργασίας, (2) καθήκοντα μη ειδικών δεξιοτήτων εργασίας, (3) εργασίες γραφής και προφορική επικοινωνία, (4) επίδειξη προσπάθειας, (5) διατήρηση της

προσωπικής πειθαρχίας, (6) διευκόλυνση της ομαδικής απόδοσης, (7) επίβλεψη και (8) διαχείριση και διοίκηση. Στη βιβλιογραφία, οι ατομικές διαστάσεις απόδοσης περιλαμβάνουν στοιχεία που αφορούν τα εξής (Iacob, 2010): εγκαταστάσεις παραγωγής, ποιότητα εργασίας, ιδιοκτησία, δεξιότητες εποπτείας και ηγεσίας, απόδοση, χαμένο χρόνο, πρόθεση αποχώρησης από τον οργανισμό, αλλά και επαγγελματική ικανοποίηση. Άλλοι παράγοντες που έχουν αναφερθεί ως προσδιοριστικοί της απόδοσης της εργασίας είναι (Iacob, 2010): προηγούμενες επιδόσεις σε σχέση με τη θέση που κατέχει ένας εργαζόμενος, γνώσεις σχετικά με τη θέση, τις ψυχοκινητικές δεξιότητες, τις γνωστικές, κοινωνικές και στάσεις στη θέση όπως η ανάγκη για μάθηση, ο ενθουσιασμός και ο έλεγχος του στρες, συνολική απόδοση, απόδοση ή παραγωγικότητα εργασίας, ηγεσία, διοικητικές εξουσίες διαπροσωπική ικανότητα, δυνατότητα ανάληψης πρωτοβουλιών, οργανωσιακή δέσμευση και οργανωσιακή ιθαγένεια, κοινωνικό-ψυχολογικό περιβάλλον του χώρου εργασίας, καθώς και όροι και προϋποθέσεις της σύμβασης εργασίας (π.χ. ωράριο, ανταμοιβές).

Η Koormans (2014) διακρίνει τέσσερις διαστάσεις μέτρησης της απόδοσης της εργασίας, που έχουν ως εξής:

*Απόδοση εργασίας* (task performance): Σχεδόν όλα τα πλαίσια ανέφεραν την απόδοση της εργασίας ως σημαντική διάσταση της ατομικής απόδοσης εργασίας. Η απόδοση των εργασιών μπορεί να ορισθεί ως η επάρκεια (δηλαδή η ικανότητα) με την οποία κάποιος εκτελεί κεντρικά καθήκοντα εργασίας, αλλά και η μη ειδική ικανότητα εργασίας (εργασίες που δεν αφορούν συγκεκριμένη εργασία, αλλά αναμένεται από όλους τους εργαζόμενους). Επίσης αναφέρεται ως η ικανότητα εργασίας ανά συγκεκριμένη εργασία, η τεχνική επάρκεια ή η απόδοση σε κάποιον συγκεκριμένο ρόλο. Περιλαμβάνει για παράδειγμα την ποσότητα εργασίας, την ποιότητα εργασίας και τις γνώσεις εργασίας. Σε αντίθεση με τα γενικά πλαίσια, τα συγκεκριμένα πλαίσια εργασίας συχνά χρησιμοποιούν πολλαπλές, συγκεκριμένες διαστάσεις για να περιγράψουν την απόδοση της εργασίας.

*Απόδοση περιεχομένου* (Contextual performance): Παρ' όλο που η απόδοση των εργασιών ήταν το παραδοσιακό επίκεντρο της έρευνας, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ατομική απόδοση της εργασίας είναι κάτι περισσότερο από την επίτευξη των καθορισμένων οργανωσιακών στόχων. Τόσο σε γενικά πλαίσια όσο και σε συγκεκριμένα πλαίσια εργασίας, έχουν συμπεριληφθεί μία ή περισσότερες διαστάσεις της απόδοσης βάσει συμφραζομένων. Η απόδοση με βάση τα συμφραζόμενα μπορεί να ορισθεί ως μεμονωμένες συμπεριφορές που υποστηρίζουν το οργανωσιακό, κοινωνικό και ψυχολογικό περιβάλλον στο οποίο πρέπει να λειτουργεί ο τεχνικός πυρήνας του οργανισμού. Υπάρχουν αρκετές κατηγορίες που εμπίπτουν σε αυτήν τη διάσταση, όπως η ικανότητα εργασίας που δεν σχετίζεται με την εργασία, η απόδοση εκτός ρόλου, η συμπεριφορά της οργανωσιακής ιθαγένειας, επικοινωνιακή ικανότητα, η ηγεσία, η συμμόρφωση με/αποδοχή εξουσίας ή οι

διαπροσωπικές σχέσεις. Όλες οι έννοιες, ωστόσο, αναφέρονται σε συμπεριφορές που υπερβαίνουν τους τυπικά καθορισμένους εργασιακούς στόχους, όπως η ανάληψη επιπλέον καθηκόντων, η ανάδειξη πρωτοβουλίας ή η καθοδήγηση νεοεισερχομένων στη δουλειά. Τα συγκεκριμένα πλαίσια εργασίας συχνά χρησιμοποιούν πολλαπλές, πιο συγκεκριμένες διαστάσεις για να περιγράψουν την απόδοση με βάση τα συμφραζόμενα. Συνολικά οι διαστάσεις που συχνά αναφέρονται στο πλαίσιο της απόδοσης είναι η επικοινωνία, η προσπάθεια, η πειθαρχία, η διαπροσωπική συμπεριφορά και η καθοδήγηση και ανάπτυξη άλλων. Λιγότερο συχνά αναφέρονται διαστάσεις όπως ο προγραμματισμός, η επίλυση προβλημάτων, η διαχείριση και η υπευθυνότητα.

*Αντιπαραγωγική εργασιακή συμπεριφορά* (Counter productive work behavior): Το ακαδημαϊκό ενδιαφέρον για *αντιπαραγωγική εργασιακή συμπεριφορά* (C.W.B.), που ορίζεται ως συμπεριφορά που βλάπτει την ευημερία του οργανισμού, έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Περιλαμβάνει συμπεριφορές όπως απουσίες, καθυστέρηση στη δουλειά, συμπεριφορά εκτός εργασίας, κλοπή και κατάχρηση ουσιών. Σχεδόν τα μισά από τα γενικά ατομικά πλαίσια απόδοσης εργασίας ενσωμάτωσαν μία ή περισσότερες διαστάσεις αντιπαραγωγικής εργασιακής συμπεριφοράς, όπως: διαστάσεις των καταστρεπτικών/επικίνδυνων συμπεριφορών (συμπεριφορές που οδηγούν σε σαφή κίνδυνο απώλειας παραγωγικότητας, ζημιών ή άλλων αναποδιών), συμπεριφορές μειωμένου χρόνου (συμπεριφορές αποφυγής εργασίας), διαστάσεις της συμπεριφοράς εκτός εργασιών, της ασυδοσίας, της κλοπής και της κατάχρησης ναρκωτικών.

*Άλλες διαστάσεις:* Ορισμένοι ερευνητές έχουν επικεντρωθεί στην αυξανόμενη αλληλεξάρτηση και αβεβαιότητα των συστημάτων εργασίας και στην αντίστοιχη αλλαγή στη φύση των επιμέρους εργασιακών επιδόσεων. Στο πλαίσιο αυτό έχει υποστηριχθεί ότι η προσαρμοστική απόδοση πρέπει να είναι μια ξεχωριστή διάσταση της ατομικής απόδοσης εργασίας. Η προσαρμοστική απόδοση ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο προσαρμόζεται στις αλλαγές στο σύστημα εργασίας ή στους ρόλους εργασίας, δηλαδή η ικανότητα ενός εργαζομένου να προσαρμόζεται σε νέες συνθήκες εργασίας ή απαιτήσεις. Περιλαμβάνει, για παράδειγμα, τη δημιουργική επίλυση προβλημάτων, την αντιμετώπιση αβέβαιων ή απρόβλεπτων καταστάσεων εργασίας, την εκμάθηση νέων καθηκόντων, τεχνολογιών και διαδικασιών, την προσαρμογή σε άλλα άτομα, πολιτισμούς ή φυσικό περιβάλλον, την ατομική προληπτική δραστηριότητα που αντανακλά τον βαθμό στον οποίο τα άτομα επιδίδονται σε συμπεριφορές που ξεκινούν από τον εαυτό τους και προσανατολίζονται προς το μέλλον για να αλλάξουν τις εργασιακές τους καταστάσεις, τους εργασιακούς τους ρόλους ή τον εαυτό τους. Σε ορισμένα μοντέλα ερευνητών η προσαρμοστική απόδοση δεν συμπεριλήφθηκε ως ξεχωριστή διάσταση, αλλά μάλλον ως μέρος της παράστασης με βάση τα συμφραζόμενα.

Σε ατομικό (εργατικό) επίπεδο, οι μελέτες χρησιμοποιούν συχνά μέτρα εισροής, όπως οι μισθοί των εργαζομένων, ως μέτρο αποδοτικότητας. Αν και συσχετίζεται με

την υποκείμενη παραγωγικότητα του κάθε εργαζομένου, υπάρχουν αρκετοί λόγοι για τους οποίους οι μισθοί δεν αντικατοπτρίζουν άμεσα την πραγματική απόδοση του εργαζομένου. Για παράδειγμα, θεσμικές ρυθμίσεις, όπως αυτές που προκύπτουν από συλλογικές συμβάσεις, συχνά καθιστούν τους μισθούς εξαρτημένους από την ηλικία ή τη θητεία και όχι από την απόδοση. Αυτό περιπλέκεται από το γεγονός ότι τα περισσότερα δεδομένα δεν περιέχουν πληροφορίες για ωριαίες αμοιβές, αλλά μάλλον για μηνιαίους μισθούς. Οι διακυμάνσεις στους μηνιαίους μισθούς μπορεί όχι μόνο να αντικατοπτρίζουν διαφορές στην απόδοση, αλλά και στον αριθμό των ωρών εργασίας. Επιπλέον, η αύξηση των μισθών συχνά καθορίζεται από αξιολογήσεις εποπτικών αρχών, οι οποίες μπορεί να αντικατοπτρίζουν προκατάληψη λόγω φύλου ή μετανάστευσης (Sauermann, 2016).

Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να τονισθεί πως, υπάρχει ένα βασικό σύνολο ιδιοτήτων που πρέπει να πληρούνται κατά την αξιολόγηση των μέτρων απόδοσης των εργαζομένων (Sauermann, 2016):

*Αντικειμενικότητα:* τα μέτρα πρέπει να είναι αντικειμενικά, σε αντίθεση με υποκειμενικά, σε σχέση με τις αξιολογήσεις εποπτικών ή ομοτίμων,

*Διαθεσιμότητα:* τα μέτρα πρέπει να είναι διαθέσιμα σε ατομικό (εργαζόμενο) επίπεδο (δηλαδή όχι σε συγκεντρωτικά επίπεδα, όπως επίπεδο ομάδας ή επιχείρησης),

*Συγκρισιμότητα:* οι μετρήσεις πρέπει να είναι οι ίδιες μεταξύ εργαζομένων και χρόνου,

*Ποιότητα και δυνατότητα ελέγχου:* οι εργαζόμενοι πρέπει να έχουν επαρκή επιρροή στο αποτέλεσμα, δηλαδή επιλέγοντας τα δικά τους επίπεδα προσπάθειας.

Συνολικά, για να είναι ένας οργανισμός αποτελεσματικός για τους στόχους του, είναι πολύ σημαντικό να παρακολουθεί ή να μετρά την απόδοση των εργαζομένων του σε τακτική βάση. Το πιο δύσκολο μέρος της πολιτικής αξιολόγησης της απόδοσης είναι η ακριβής και αντικειμενική μέτρηση της απόδοσης των εργαζομένων.

Η μέτρηση της απόδοσης καλύπτει την αξιολόγηση των κύριων εργασιών που ολοκληρώθηκαν και των επιτευγμάτων του εργαζομένου σε μια δεδομένη χρονική περίοδο σε σύγκριση με τους στόχους που τέθηκαν στην αρχή της περιόδου. Η μέτρηση περιλαμβάνει επίσης την ποιότητα των επιτευγμάτων, τη συμμόρφωση με τα επιθυμητά πρότυπα, το κόστος και το χρόνο που απαιτείται για την επίτευξη των αποτελεσμάτων. Η μέτρηση της απόδοσης των εργαζομένων αποτελεί τη βάση της πολιτικής αξιολόγησης της απόδοσης και της διαχείρισης της απόδοσης.

Η ακριβής και αποτελεσματική μέτρηση της απόδοσης όχι μόνο αποτελεί τη βάση μιας ακριβούς ανασκόπησης των επιδόσεων, αλλά είναι επίσης σημαντική για την κρίση και τη μέτρηση του δυναμικού των εργαζομένων. Για τους σκοπούς μέτρησης της απόδοσης των εργαζομένων, μπορούν να χρησιμοποιηθούν διαφορετικές φόρμες εισαγωγής για τη λήψη ανατροφοδότησης



από διάφορες πηγές, όπως ο επόπτης, οι συνάδελφοί τους κ.λ.π. Όλες οι πληροφορίες που λαμβάνονται θα πρέπει να συνδυάζονται με τον κατάλληλο τρόπο και να έχουν μια συνολική, πλήρη εικόνα της απόδοσης των εργαζομένων (Akinbowale, Lourens and Jinabhai, 2014).

Η αποτελεσματική παρακολούθηση και μέτρηση περιλαμβάνει επίσης την παροχή έγκαιρης ανατροφοδότησης και αναθεωρήσεων των εργαζομένων για την εργασία και την απόδοσή τους σύμφωνα με τους προκαθορισμένους στόχους και την επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν.

Η έγκαιρη αναγνώριση του επιτεύγματος παρακινεί και βοηθά στη βελτίωση της απόδοσης των εργαζομένων. Επίσης, η μέτρηση της απόδοσης των εργαζομένων βάσει μόνο ενός ή ορισμένων παραγόντων μπορεί να παράσχει ανακριβή αποτελέσματα και να αφήσει κακή εντύπωση στους εργαζομένους καθώς και στον οργανισμό.

Για παράδειγμα, μετρώντας μόνο τις δραστηριότητες στην απόδοση των εργαζομένων, ένας οργανισμός μπορεί να βαθμολογήσει τους περισσότερους υπαλλήλους του ως εξαιρετικούς, ακόμη και όταν ο οργανισμός στο σύνολό του μπορεί να μην κατάφερε να επιτύχει τους στόχους του. Επομένως, πρέπει να χρησιμοποιηθεί ένα ισορροπημένο σύνολο μέτρων για τη μέτρηση της απόδοσης των εργαζομένων (Akinbowale et al, 2014).

## **ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Με στόχο να παρέχει μια ισχυρότερη βάση για μελλοντική θεωρία και έρευνα σχετικά με τον ύπνο των εργαζομένων, η μελέτη των Litwiller et al (2017) προσπάθησε να προσδιορίσει μέσω της μετα-ανάλυσης, συσχετισμούς ποιότητας ύπνου και ποσότητας ύπνου από 152 κύριες μελέτες σε δείγματα εργαζομένων σε διάφορους οργανισμούς. Τα ευρήματα κατέδειξαν ότι, τόσο η ποιότητα του ύπνου όσο και η ποσότητα του ύπνου συσχετίζονταν αρνητικά με τον φόρτο εργασίας, καθώς και με προβλήματα υγείας, αλλά και συμπεριφορά και συναισθηματικά προβλήματα. Ένα ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι, οι σχέσεις μεταξύ της ποιότητας του ύπνου και των εξεταζόμενων συσχετισμών ήταν ισχυρότερες στην περίπτωση που αντανάκλασαν αντιλήψεις των ιδίων των ατόμων. Αυτό σημαίνει ότι οι σχέσεις μεταξύ ποιότητας και ποσότητας ύπνου μπορεί να επηρεαστούν από τη μέθοδο μέτρησης και τον αριθμό των αντικειμένων αυτοαναφοράς που χρησιμοποιήθηκαν, ενώ υπάρχουν λίγα στοιχεία για την επίδραση του χρονικού πλαισίου μέτρησης.

Τα προγράμματα προώθησης της υγείας των εργαζομένων που βασίζονται στο χώρο εργασίας στοχεύουν συχνά την απώλεια βάρους ή τη σωματική δραστηριότητα, ωστόσο υπάρχει αυξανόμενη προσοχή στον ύπνο καθώς επηρεάζει την υγεία και την απόδοση των εργαζομένων. Στη βάση αυτή, ο στόχος μίας βιβλιογραφικής επισκόπησης (Robbins et al, 2019) ήταν να

εξετάσει συστηματικά τις παρεμβάσεις για την υγεία των εργαζομένων που βασίζονται στο χώρο εργασίας που μετρούν τη διάρκεια του ύπνου ως αποτέλεσμα. Στις έρευνες, οι μετρήσεις της διάρκειας του ύπνου περιελάμβαναν αυτοαναφορά από ένα γενικό ερωτηματολόγιο, αυτοαναφορά βάσει του *Δείκτη Ποιότητας Υπνου* του Pittsburgh και συνδυασμός αυτοαναφορών και ακτινογραφίας. Οι μελέτες περιελάμβαναν συνήθως παρεμβάσεις που σχετίζονταν με την υγιεινή του ύπνου, τη γιόγκα, τη σωματική δραστηριότητα και τη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία για την αϋπνία. Σε όλες τις παρεμβάσεις χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικές τεχνικές αλλαγής συμπεριφοράς. Οι μισές από τις μελέτες διαπίστωσαν ότι η έκθεση στο πρόγραμμα προώθησης της υγείας στο χώρο εργασίας σχετίζεται με την επιθυμητή αύξηση της μέσης διάρκειας του νυκτερινού ύπνου. Τα ευρήματα της μελέτης αυτής καταδεικνύουν ότι τα οργανωσιακά προγράμματα προώθησης της υγείας μπορεί να είναι χρήσιμα για την αύξηση της διάρκειας ύπνου των εργαζομένων και την επακόλουθη απόδοσή τους στην εργασία.

Ο στόχος άλλης μελέτης (Swanson et al, 2011) ήταν να εξετάσει πώς ο ύπνος επηρεάζει την απόδοση της εργασίας και πώς η εργασία επηρεάζει τον ύπνο σε άτομα που δεν διατρέχουν κίνδυνο για την εμφάνιση κάποιας διαταραχής ύπνου (αϋπνία, αποφρακτική άπνοια ύπνου και σύνδρομο ανήσυχων ποδιών). Χίλιοι Αμερικανοί που εργάζονται 30 ώρες την εβδομάδα ή περισσότερο, ρωτήθηκαν σχετικά με την απασχόληση, τις επιδόσεις στην εργασία και τον ύπνο στην τηλεφωνική δημοσκόπηση 2008 *Sleep in America* του *National Sleep Foundation*. Οι πολλές ώρες εργασίας συσχετίστηκαν με μικρότερους χρόνους ύπνου και μικρότεροι χρόνοι ύπνου συσχετίστηκαν με περισσότερες δυσλειτουργίες. Ένα ποσοστό της τάξης του 37% των ερωτηθέντων ταξινομήθηκαν ως ότι είναι σε κίνδυνο για την εμφάνιση οποιασδήποτε διαταραχής ύπνου. Αυτά τα άτομα είχαν πιο αρνητικά εργασιακά αποτελέσματα σε σύγκριση με εκείνα που δεν διατρέχουν κίνδυνο για διαταραχή του ύπνου. Η μη παρουσία στην εργασία ήταν ένα σημαντικό πρόβλημα για άτομα με συμπτώματα αϋπνίας, σε σύγκριση με τους ερωτηθέντες που δεν διατρέχουν κίνδυνο. Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι οι πολλές ώρες εργασίας μπορεί να συμβάλλουν στη χρόνια απώλεια ύπνου, η οποία με τη σειρά της μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη εργασιακή απόδοση. Ο κίνδυνος για διαταραχές του ύπνου αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα αρνητικών εργασιακών αποτελεσμάτων, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματικών ατυχημάτων και της παρουσίας - απουσίας στην εργασία.

Άλλοι ερευνητές (Burton et al, 2017) εξέτασαν τους κινδύνους για την υγεία, τις ιατρικές καταστάσεις και τα οικονομικά αποτελέσματα στο χώρο εργασίας που σχετίζονται με τις ώρες ύπνου που αναφέρθηκαν μεταξύ των εργαζομένων μιας πολυεθνικής εταιρείας χρηματοοικονομικών υπηρεσιών. Μια ισχυρή σχέση σχήματος U βρέθηκε μεταξύ του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, της

βραχυπρόθεσμης αναπηρίας, της απουσίας, της απώλεια εργασίας κατά την εργασία και των ωρών ύπνου. Το κατώτατο σημείο της καμπύλης U εμφανίζεται για 7 ή 8 ώρες ύπνου. Στη βάση αυτή προτείνουν οργανωσιακά προγράμματα ευεξίας με την ενσωμάτωση της εκπαίδευσης σχετικά με τις συνήθειες ύπνου.

Ο σκοπός της μελέτης των *Nena, Steiropoulos, Constantinidis, Perantoni* και *Tsara* (Nena et al, 2010) ήταν να εκτιμηθεί η παραγωγικότητα της εργασίας σε υγιείς ασθενείς με *αποφρακτική άπνοια ύπνου* (O.S.A.) και να διερευνηθούν συσχετίσεις μεταξύ της παραγωγικότητας της εργασίας και των διαφορετικών χαρακτηριστικών των ασθενών με O.S.A. Η παραγωγικότητα της εργασίας αξιολογήθηκε με την κλίμακα *Endicott Work Productivity Scale* (E.W.P.S.) σε 115 επιβεβαιωμένους ασθενείς με O.S.A. σε ηλικία εργασίας, χωρίς συννοσηρότητες. Η υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας μετρήθηκε με την κλίμακα *υπνηλίας Epworth*. Μια σημαντική συσχέτιση αποκαλύφθηκε μεταξύ των βαθμολογιών E.W.P.S. και *Epworth Sleepiness Scale*. Η μέση βαθμολογία EWPS ήταν σημαντικά υψηλότερη σε ασθενείς με υπνηλία. Κανένα άλλο χαρακτηριστικό ύπνου ή ανθρωπομετρίας δεν συσχετίζεται με το EWPS. Αυτή η μελέτη καταδεικνύει την αρνητική επίδραση της υπνηλίας κατά τη διάρκεια της ημέρας στην παραγωγικότητα εργασίας των κατά τα άλλα υγιών ασθενών με O.S.A., υπογραμμίζοντας την ανάγκη για έλεγχο για OSA και υπνηλία μεταξύ των εργαζομένων.

## **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### *Σκοπός μελέτης*

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των διαταραχών ύπνου και της απόδοσης στην εργασία.

### *Δείγμα - Πληθυσμός μελέτης*

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 87 εργαζομένους σε διάφορους τομείς της Δυτικής Μακεδονίας. Ο συγκεκριμένος οργανισμός επιλέχθηκε διότι αποτελεί τόπο εργασίας της ερευνήτριας και επομένως διασφαλίζεται η εύκολη πρόσβαση στο δείγμα των εργαζομένων. Επομένως, χρησιμοποιήθηκε η βολική δειγματοληψία.

### *Μέθοδος και εργαλείο συλλογής δεδομένων*

Για τον σκοπό αυτής της έρευνας επιλέχθηκε η ποσοτική μέθοδος με ειδικό ερωτηματολόγιο ως εργαλείο για τη συλλογή των δεδομένων. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται συνολικά από τρία μέρη (Παράρτημα Α). Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με το δημογραφικό και ιατρικό προφίλ των ερωτηθέντων (π.χ.

φύλο, ηλικία, έτη προϋπηρεσίας, λήψη φαρμακευτικής αγωγής, κατανάλωση καφεΐνης, αλκοόλ και καπνού). Το δεύτερο μέρος αποτελείται από το *Δείκτη Ποιότητας Ύπνου του Πίτσμπουργκ* (Pittsburgh Sleep Quality Index - P.S.Q.I.) στην ελληνική γλώσσα, σε ασθενείς με και χωρίς διαταραχή της αναπνοής στον ύπνο. Το PSQI είναι ένα τυποποιημένο ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης της ποιότητας ύπνου κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα, αποτελούμενο από πέντε ερωτήσεις. Αποτελείται από επτά κλινικά διακριτές υποκατηγορίες δυσκολιών στον ύπνο, οι οποίες είναι:

- *υποκειμενική ποιότητα ύπνου* (μία ερώτηση),
- *καθυστέρηση ύπνου* (δύο ερωτήσεις),
- *διάρκεια ύπνου* (μία ερώτηση),
- *αποδοτικότητα ύπνου* (τρεις ερωτήσεις),
- *διαταραχές ύπνου* (επτά ερωτήσεις),
- *χρήση υπνωτικών φαρμάκων* (μία ερώτηση) και
- *ημερήσια δυσλειτουργία* (δύο ερωτήσεις).

Το τρίτο μέρος έχει μία ερώτηση με 26 υποερωτήσεις που βασίζονται στο ερωτηματολόγιο απόδοσης στην εργασία. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο απαντάται σε μία εξαβάθμια κλίμακα Likert ως εξής: 1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ αρκετά, 3=Διαφωνώ κάπως, 4=Συμφωνώ κάπως, 5=Συμφωνώ αρκετά, 6=Συμφωνώ απόλυτα. Διαμορφώνονται πέντε κατηγορίες ως εξής:

- *Εργασία* (12 ερωτήσεις),
- *Καριέρα* (4 ερωτήσεις),
- *Καινοτομία* (3 ερωτήσεις),
- *Ομάδα εργασίας* (5 ερωτήσεις) και
- *Οργανισμός* (2 ερωτήσεις).

### *Διαδικασία της έρευνας*

Η ερευνήτρια ενημέρωσε τους συμμετέχοντες στην έρευνα σχετικά με τον σκοπό αυτής, την τήρηση της εχεμύθειας και προστασίας των προσωπικών δεδομένων των ερωτηθέντων, καθώς και την τήρηση της ανωνυμίας τους. Όλα τα παραπάνω διασφαλίζουν τη δεοντολογία της έρευνας. Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας, εφόσον σχεδιάστηκε το ερωτηματολόγιο, εγκρίθηκε από την *Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης* με αριθμό πρωτοκόλλου ΑΠ:18/10/2021-ΔΠΘ/ΕΗΔΕ/10927/65.

### *Στατιστική ανάλυση*

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα S.P.S.S. ver. 21.0. Η περιγραφική στατιστική χρησιμοποιήθηκε για να παρουσιάσει τα περιγραφικά μέτρα των απόψεων των ερωτηθέντων στα δύο ερωτηματολόγια,

καθώς και το δείγμα που συμμετείχε στην έρευνα. Η επαγωγική στατιστική χρησιμοποιήθηκε για να εξετάσει τυχόν συσχετίσεις μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων, καθώς και μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων και των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων στην έρευνα. Για όλους τους ελέγχους τέθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $p < 0,05$ .

## **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### *Δημογραφικά χαρακτηριστικά ερωτηθέντων*

Ο Πίνακας 1 απεικονίζει το δημογραφικό προφίλ των συμμετεχόντων στην έρευνα. Όπως παρατηρείται, η πλειοψηφία είναι άντρες (78,2%), 51-60 ετών (43,7%), με άνω των 21 ετών προϋπηρεσία (56,3%), απόφοιτοι τεχνικού λυκείου (43,7%), έγγαμοι / σε συμβίωση (73,6%), με ένα παιδί (49,4%). Επίσης, θα πρέπει να τονισθεί πως όλοι οι εργαζόμενοι έχουν πρωινό ωράριο εργασίας.

*Πίνακας 1. Δημογραφικό προφίλ ερωτηθέντων.*

		Συχνότητα	Ποσοστό
Φύλο	Άντρας	68	78,2
	Γυναίκα	19	21,8
Ηλικία	Έως 30 ετών	4	4,6
	31-40	11	12,6
	41-50	27	31,0
	51-60	38	43,7
	61 και άνω	7	8,0
Έτη προϋπηρεσίας	0-5	7	8,0
	6-10	6	6,9
	11-15	13	14,9
	16-20	12	13,8
	21 και άνω	49	56,3
Επίπεδο εκπαίδευσης	Γυμνάσιο	4	4,6
	Γενικό λύκειο	10	11,5
	Τεχνικό λύκειο	38	43,7
	ΤΕΙ	14	16,1
	ΑΕΙ	10	11,5
	Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	11	12,6

Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	19	21,8
	Έγγαμος / Συμβίωση	64	73,6
	Διαζευγμένος / Σε διάσταση	4	4,6
Αριθμός παιδιών	0	34	39,1
	1	43	49,4
	2	8	9,2
	3	2	2,3

Ο Πίνακας 2 περιλαμβάνει ορισμένα στοιχεία σχετικά με την υγεία των ερωτηθέντων. Αρχικά παρατηρείται πως ο μέσος όρος του βάρους και του ύψους των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι 86,6 κιλά (Τ.Α. = 14,998) και 1,76 εκ. (Τ.Α. = 0,080). Η πλειοψηφία δεν πάσχει από άσθμα (97,7%), θυροειδή (87,4%) σακχαρώδη διαβήτη (97,7%) ή άλλο νόσημα (82,8%). Επίσης, δε λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για κάποιο νόσημα (67,8%), δεν καπνίζει (67,8%) και δεν καταναλώνει αλκοόλ (66,7%). Ωστόσο, η πλειοψηφία καταναλώνει καφέ (80,5%).

Πίνακας 2. Στοιχεία σωματικής υγείας των ερωτηθέντων.

		Συχνότητα (Μέσος όρος)	Ποσοστό (Τυπική απόκλιση)
Βάρος		(86,60)	(14,998)
Ύψος		(1,76)	(0,080)
Βρογχικό άσθμα	Ναι	2	2,3
	Όχι	85	97,7
Πάθηση θυροειδούς	Ναι	11	12,6
	Όχι	76	87,4
Σακχαρώδης διαβήτης	Ναι	2	2,3
	Όχι	85	97,7
Άλλο	Ναι	15	17,2

	Όχι	72	82,8
Φαρμακευτική αγωγή	Ναι	28	32,2
	Όχι	59	67,8
Κάπνισμα	Ναι	28	32,2
	Όχι	59	67,8
Κατανάλωση αλκοόλ	Ναι	29	33,3
	Όχι	58	66,7
Κατανάλωση καφέ	Ναι	70	80,5
	Όχι	17	19,5

### Περιγραφική στατιστική

Ο Πίνακας 3 που ακολουθεί περιλαμβάνει τα περιγραφικά μέτρα των διαστάσεων του ερωτηματολογίου *Pittsburgh Sleep Quality Index* (P.S.Q.I.).

Πίνακας 3. Περιγραφικά μέτρα διαστάσεων ερωτηματολογίου *Pittsburgh Sleep Quality Index*.

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Υποκειμενική ποιότητα ύπνου	87	1,00	6,00	1,816	0,869
Ημερήσια δυσλειτουργία	87	1,00	2,50	1,304	0,440
Χρήση υπνωτικών φαρμάκων	87	1,00	2,00	1,011	0,107
Διαταραχές ύπνου	78	1,00	3,29	1,228	0,390
Διάρκεια ύπνου	87	1,00	4,00	1,471	0,912
Καθυστέρηση ύπνου	87	1,00	4,00	2,143	0,927
Αποδοτικότητα ύπνου	87	2,07	11,43	5,529	3,473

Παρατηρείται υψηλότερος μέσος όρος στην αποδοτικότητα ύπνου (M=5,52, TA=3,473) και της καθυστέρησης ύπνου (M=2,14, TA=0,927). Αντίθετα, παρατηρείται χαμηλός μέσος όρος στη διάσταση της διάρκειας ύπνου (M=1,47, TA=0,912), της ημερήσιας δυσλειτουργίας (M=1,30, TA=0,440), των διαταραχών ύπνου (M=1,22, TA=0,390) και τέλος στη χρήση των υπνωτικών φαρμάκων (M=1,01, TA=0,107).

Τα αποτελέσματα αυτά σημαίνουν πως οι συμμετέχοντες στην έρευνα δεν κάνουν χρήση υπνωτικών φαρμάκων, παρά το γεγονός ότι υπάρχει υψηλός μέσος όρος στην καθυστέρηση ύπνου. Επίσης, δεν παρατηρείται υψηλό επίπεδο δυσλειτουργίας των ερωτηθέντων κατά τη διάρκεια της ημέρας και διαταραχών ύπνου, ενώ αντίθετα παρατηρείται υψηλό επίπεδο στην αποδοτικότητα ύπνου.

Αμέσως παρακάτω παρουσιάζονται οι πίνακες συχνοτήτων που αφορούν τις δυσκολίες ύπνου τον τελευταίο μήνα από μέρους των ερωτηθέντων.

Ο Πίνακας 4 απεικονίζει τα περιγραφικά μέτρα των διαστάσεων του ερωτηματολογίου απόδοσης στην εργασία.

Παρατηρείται υψηλότερος μέσος όρος στη διάσταση του οργανισμού (M=5,04, TA=0,928), έπειτα της καριέρας (M=4,91, TA=1,031) και στη συνέχεια της καινοτομίας (M=4,87, TA=0,936). Η διάσταση της εργασίας (M=4,43, TA=0,758) και της ομαδικής εργασίας (M=3,52, TA=1,088) κατατάσσονται στις τελευταίες δύο θέσεις. Τα αποτελέσματα αυτά καταδεικνύουν πως δεν υπάρχει υψηλή απόδοση στον τομέα της εργασίας και του ομαδικού πνεύματος στο χώρο εργασίας.

*Πίνακας 4.* Περιγραφικά μέτρα διαστάσεων ερωτηματολογίου απόδοσης στην εργασία.

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Εργασία	87	1,00	6,00	4,438	0,758
Καριέρα	87	1,00	6,00	4,919	1,031
Καινοτομία	87	1,00	6,00	4,873	0,936
Ομαδική εργασία	87	1,00	6,00	3,528	1,088
Οργανισμός	87	1,00	6,00	5,040	0,928

#### *Επαγωγική στατιστική*

Αρχικά εξετάζεται η ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των διαστάσεων των δύο ερωτηματολογίων. Για τον έλεγχο χρησιμοποιήθηκε ο *συντελεστής Pearson*. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 5, από όπου διαπιστώνεται πως υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της απόδοσης στην εργασία και της καθυστέρησης ύπνου. Αυτό σημαίνει πως η καθυστέρηση στον ύπνο οδηγεί σε μειωμένη απόδοση στην εργασία.



Πίνακας 5. Συσχετίσεις διαστάσεων ερωτηματολογίων διαταραχών ύπνου και απόδοσης στην εργασία.

		Εργασία	Καριέρα	Καινοτομία	Ομαδική εργασία	Οργανισμός
Υποκειμενική ποιότητα ύπνου	Pearson	-0,008	-0,078	0,052	-0,023	0,110
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	0,938	0,471	0,632	0,832	0,310
	N	87	87	87	87	87
Ημερήσια δυσλειτουργία	Pearson	-0,067	-0,169	-0,023	-0,045	-0,158
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	0,539	0,117	0,832	0,681	0,143
	N	87	87	87	87	87
Χρήση υπνωτικών φαρμάκων	Pearson	-0,063	-0,097	0,015	-0,053	-0,063
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	0,564	0,373	0,893	0,628	0,561
	N	87	87	87	87	87
Διαταραχές ύπνου	Pearson	-0,073	-0,218	0,101	0,029	-0,002
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	0,525	0,055	0,379	0,801	0,987
	N	78	78	78	78	78
Διάρκεια ύπνου	Pearson	-0,131	-0,015	-0,007	-0,094	0,025
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	0,226	0,892	0,952	0,388	0,815
	N	87	87	87	87	87
Καθυστέρηση ύπνου	Pearson	-0,263*	-0,208	-0,135	-0,061	-0,132
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	<b>0,014</b>	0,053	0,212	0,576	0,224
	N	87	87	87	87	87
Αποδοτικότητα ύπνου	Pearson	-0,023	-0,144	-0,188	-0,103	-0,118
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	0,831	0,184	0,080	0,341	0,275
	N	87	87	87	87	87

Στη συνέχεια εξετάζεται αν τα δημογραφικά, εργασιακά και ιατρικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων επηρεάζουν τις απόψεις τους στις διαστάσεις των δύο ερωτηματολογίων, δηλαδή αν υπάρχει διαφορά στους μέσους όρους των απαντήσεων (σκορ διαστάσεων) στη βάση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στην έρευνα. Αρχικά εξετάζεται η ύπαρξη διαφορών στους μέσους όρους των απαντήσεων των ερωτηθέντων στη βάση του φύλου.

Πίνακας 6. Συσχετίσεις διαστάσεων ερωτηματολογίων και φύλου.

	Φύλο	N	Μέση τιμή	Σταθερή απόκλιση	p-value
Εργασία	Αντρας	68	4,481	0,789	0,321
	Γυναίκα	19	4,285	0,633	
Καριέρα	Αντρας	68	5,018	1,027	0,091
	Γυναίκα	19	4,565	0,988	
Καινοτομία	Αντρας	68	4,872	0,963	0,985
	Γυναίκα	19	4,877	0,854	
Ομαδική εργασία	Αντρας	68	3,563	1,094	0,574
	Γυναίκα	19	3,403	1,086	
Οργανισμός	Αντρας	68	5,084	0,913	0,403
	Γυναίκα	19	4,881	0,987	
Υποκειμενική ποιότητα ύπνου	Αντρας	68	1,735	0,803	0,101
	Γυναίκα	19	2,105	10,048	
Ημερήσια δυσλειτουργία	Αντρας	68	1,257	0,427	0,058
	Γυναίκα	19	1,473	0,455	
Χρήση υπνωτικών φαρμάκων	Αντρας	68	1,014	0,121	0,600
	Γυναίκα	19	1,000	0,000	
Διαταραχές ύπνου	Αντρας	62	1,184	0,362	0,047
	Γυναίκα	16	1,401	0,458	
Διάρκεια ύπνου	Αντρας	68	1,470	0,921	0,980
	Γυναίκα	19	1,473	0,904	
Καθυστέρηση ύπνου	Αντρας	68	2,110	0,905	0,528
	Γυναίκα	19	2,263	1,018	
Αποδοτικότητα ύπνου	Αντρας	68	5,260	3,374	0,173
	Γυναίκα	19	6,491	3,740	

Για τον έλεγχο χρησιμοποιήθηκε το *independent samples t-test*. Διαπιστώνεται πως υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ φύλου και διαταραχών ύπνου, με τις γυναίκες να έχουν υψηλότερο μέσο όρο σε σύγκριση με τους άνδρες.

Στη συνέχεια εξετάζεται η διαφορά στους μέσους όρους των απαντήσεων των ερωτηθέντων στη βάση της ηλικίας. Για τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας χρησιμοποιήθηκε το *test one-way Anova*.

Άτομα άνω των 61 κάνουν υψηλότερη χρήση υπνωτικών χαπιών από άλλες ηλικιακές ομάδες.

Πίνακας 7. Συσχετίσεις διαστάσεων ερωτηματολογίων και ηλικίας.

	P
Εργασία	0,241
Καριέρα	0,404
Καινοτομία	0,403
Ομαδική εργασία	0,653
Οργανισμός	0,170
Υποκειμενική ποιότητα	0,979
Ημερήσια δυσλειτουργία	0,940
Χρήση υπνωτικών	<b>0,019</b>
Διαταραχές ύπνου	0,051
Διάρκεια ύπνου	0,255
Καθυστέρηση ύπνου	0,792
Αποδοτικότητα ύπνου	0,380

Στη συνέχεια εξετάζεται η διαφορά στους μέσους όρους των απαντήσεων των ερωτηθέντων στη βάση των ετών προϋπηρεσίας. Για τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας χρησιμοποιήθηκε το *test one-way Anova*, χωρίς να διαπιστωθεί κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 8. Συσχετίσεις διαστάσεων ερωτηματολογίων και έτη προϋπηρεσίας.

	p
Εργασία	0,343
Καριέρα	0,357
Καινοτομία	0,077
Ομαδική εργασία	0,814
Οργανισμός	0,128
Υποκειμενική ποιότητα	0,421
Ημερήσια δυσλειτουργία	0,846
Χρήση υπνωτικών	0,945
Διαταραχές ύπνου	0,569
Διάρκεια ύπνου	0,638
Καθυστέρηση ύπνου	0,869
Αποδοτικότητα ύπνου	0,865

Στη συνέχεια εξετάζεται η διαφορά στους μέσους όρους των απαντήσεων των ερωτηθέντων στη βάση του μορφωτικού επιπέδου. Για τον έλεγχο χρησιμοποιήθηκε το *test one-way Anova*. Διαπιστώνεται διαφορά στη διάσταση της καριέρας, με υψηλότερο μέσο όρο στην περίπτωση αποφοίτων Τ.Ε.Ι. και κατόχους μεταπτυχιακού / διδακτορικού τίτλου.

Πίνακας 9. Συσχετίσεις διαστάσεων ερωτηματολογίων και επιπέδου εκπαίδευσης.

	p
Εργασία	0,190
Καριέρα	<b>0,044</b>
Καινοτομία	0,615
Ομαδική εργασία	0,414
Οργανισμός	0,229
Υποκειμενική ποιότητα	0,716
Ημερήσια δυσλειτουργία	0,191
Χρήση υπνωτικών	0,397
Διαταραχές ύπνου	0,109
Διάρκεια ύπνου	0,393
Καθυστέρηση ύπνου	0,108
Αποδοτικότητα ύπνου	0,878

Στη συνέχεια εξετάζεται η διαφορά στους μέσους όρους των απαντήσεων των ερωτηθέντων με τη βάση την οικογενειακή κατάσταση των μελών του δείγματος της έρευνας.

Για τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας χρησιμοποιήθηκε το *test one-way Anova*. Διαπιστώνεται διαφορά στη διάσταση της καινοτομίας και του οργανισμού, με υψηλότερο μέσο όρο στην περίπτωση διαζευγμένων / σε διάσταση.

Πίνακας 10. Συσχετίσεις διαστάσεων ερωτηματολογίων και οικογενειακής κατάστασης.

	P
Εργασία	0,133
Καριέρα	0,065
Καινοτομία	<b>0,043</b>
Ομαδική εργασία	0,610
Οργανισμός	<b>0,001</b>
Υποκειμενική ποιότητα	0,538
Ημερήσια δυσλειτουργία	0,674
Χρήση υπνωτικών	0,839
Διαταραχές ύπνου	0,956
Διάρκεια ύπνου	0,998
Καθυστέρηση ύπνου	0,723
Αποδοτικότητα ύπνου	0,606

Εν συνεχεία, εξετάζεται η διαφορά στους μέσους όρους των απαντήσεων των ερωτηθέντων στη βάση του αν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για κάποιο υφιστάμενο νόσημα.

Για τον έλεγχο χρησιμοποιήθηκε το *independent samples t-test*, χωρίς να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 11. Συσχετίσεις διαστάσεων ερωτηματολογίων και λήψης φαρμακευτικής αγωγής.

	Λήψη φαρμάκων	N	Μέση τιμή	Σταθερή απόκλιση	p-value
Εργασία	Ναι	28	4,428	0,644	0,932
	Όχι	59	4,443	0,812	
Καριέρα	Ναι	28	4,875	0,953	0,783
	Όχι	59	4,940	1,073	
Καινοτομία	Ναι	28	4,845	0,761	0,847
	Όχι	59	4,887	1,014	
Ομαδική εργασία	Ναι	28	3,345	0,970	0,281
	Όχι	59	3,615	1,137	
Οργανισμός	Ναι	28	5,187	0,783	0,311
	Όχι	59	4,970	0,988	
Υποκειμενική ποιότητα ύπνου	Ναι	28	1,678	0,669	0,312
	Όχι	59	1,881	0,948	
Ημερήσια δυσλειτουργία	Ναι	28	1,339	0,452	0,616
	Όχι	59	1,288	0,437	
Χρήση υπνωτικών φαρμάκων	Ναι	28	1,035	0,188	0,148
	Όχι	59	1,000	0,000	
Διαταραχές ύπνου	Ναι	24	1,291	0,483	0,348
	Όχι	54	1,201	0,343	
Διάρκεια ύπνου	Ναι	28	1,714	1,049	0,087
	Όχι	59	1,355	0,825	
Καθυστέρηση ύπνου	Ναι	28	2,160	0,758	0,907
	Όχι	59	2,135	1,003	
Αποδοτικότητα ύπνου	Ναι	28	5,924	3,528	0,468
	Όχι	59	5,341	3,461	

Επίσης, εξετάζεται η διαφορά στους μέσους όρους των απαντήσεων των ερωτηθέντων στη βάση του αν καπνίζουν. Για τον έλεγχο χρησιμοποιήθηκε το *independent samples t-test*. Όσοι δεν καπνίζουν έχουν υψηλότερο μέσο όρο στην διάσταση της καθυστέρησης ύπνου.

Πίνακας 12. Συσχετίσεις διαστάσεων ερωτηματολογίων και καπνίσματος.

	Κάπνισμα	N	Μέση τιμή	Σταθερή απόκλιση	p-value
Εργασία	Ναι	28	4,511	1,016	0,538
	Όχι	59	4,404	0,607	
Καριέρα	Ναι	28	5,044	1,234	0,439
	Όχι	59	4,860	0,925	
Καινοτομία	Ναι	28	5,071	1,148	0,176
	Όχι	59	4,779	0,810	
Ομαδική εργασία	Ναι	28	3,559	1,244	0,857
	Όχι	59	3,514	1,017	
Οργανισμός	Ναι	28	5,089	1,124	0,736
	Όχι	59	5,016	0,828	
Υποκειμενική ποιότητα ύπνου	Ναι	28	1,571	0,878	0,070
	Όχι	59	1,932	0,848	
Ημερήσια δυσλειτουργία	Ναι	28	1,410	0,578	0,122
	Όχι	59	1,254	0,352	
Χρήση υπνωτικών φαρμάκων	Ναι	28	1,035	0,188	0,148
	Όχι	59	1,000	0,000	
Διαταραχές ύπνου	Ναι	28	1,239	0,528	0,856
	Όχι	50	1,222	0,293	
Διάρκεια ύπνου	Ναι	28	1,357	0,780	0,425
	Όχι	59	1,525	0,971	
Καθυστέρηση ύπνου	Ναι	28	1,678	0,830	<b>0,001</b>
	Όχι	59	2,364	0,894	
Αποδοτικότητα ύπνου	Ναι	28	5,860	3,595	0,543
	Όχι	59	5,372	3,433	



Επίσης, εξετάζεται η διαφορά στους μέσους όρους των απαντήσεων των ερωτηθέντων στη βάση του αν καταναλώνουν αλκοόλ. Για τον έλεγχο χρησιμοποιήθηκε το *independent samples t-test*, χωρίς να διαπιστωθεί κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Πίνακας 13. Συσχετίσεις διαστάσεων ερωτηματολογίων και κατανάλωσης αλκοόλ.

	Κατανάλωση αλκοόλ	N	Μέση τιμή	Σταθερή απόκλιση	p-value
Εργασία	Ναι	29	4,485	0,669	0,686
	Όχι	58	4,415	0,804	
Καριέρα	Ναι	29	5,051	1,011	0,401
	Όχι	58	4,853	1,042	
Καινοτομία	Ναι	29	4,931	0,905	0,688
	Όχι	58	4,844	0,957	
Ομαδική εργασία	Ναι	29	3,574	1,064	0,782
	Όχι	58	3,505	1,108	
Οργανισμός	Ναι	29	5,137	0,849	0,491
	Όχι	58	4,991	0,968	
Υποκειμενική ποιότητα ύπνου	Ναι	29	1,862	0,580	0,730
	Όχι	58	1,793	0,986	
Ημερήσια δυσλειτουργία	Ναι	29	1,344	0,519	0,550
	Όχι	58	1,284	0,398	
Χρήση υπνωτικών φαρμάκων	Ναι	29	1,034	0,185	0,159
	Όχι	58	1,000	0,000	
Διαταραχές ύπνου	Ναι	27	1,211	0,467	0,778
	Όχι	51	1,238	0,348	
Διάρκεια ύπνου	Ναι	29	1,517	0,986	0,742
	Όχι	58	1,448	0,882	
Καθυστερήση ύπνου	Ναι	29	2,137	1,068	0,968
	Όχι	58	2,146	0,858	
Αποδοτικότητα ύπνου	Ναι	29	5,260	3,429	0,613
	Όχι	58	5,663	3,516	

Τέλος, εξετάζεται η διαφορά στους μέσους όρους των απαντήσεων των ερωτηθέντων στη βάση του αν καταναλώνουν καφέ. Για τον έλεγχο χρησιμοποιήθηκε το *independent samples t-test*, χωρίς να διαπιστωθεί κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Πίνακας 14. Συσχετίσεις διαστάσεων ερωτηματολογίων και κατανάλωσης καφέ.

	Κατανάλωση καφέ	N	Μέση τιμή	Σταθερή απόκλιση	p-value
Εργασία	Ναι	70	4,429	0,760	0,825
	Όχι	17	4,475	0,773	
Καριέρα	Ναι	70	4,935	1,075	0,768
	Όχι	17	4,852	0,848	
Καινοτομία	Ναι	70	4,933	0,960	0,229
	Όχι	17	4,627	0,806	
Ομαδική εργασία	Ναι	70	3,490	1,073	0,509
	Όχι	17	3,686	1,169	
Οργανισμός	Ναι	70	5,071	0,962	0,528
	Όχι	17	4,911	0,785	
Υποκειμενική ποιότητα ύπνου	Ναι	70	1,842	0,911	0,563
	Όχι	17	1,705	0,685	
Ημερήσια δυσλειτουργία	Ναι	70	1,328	0,457	0,306
	Όχι	17	1,205	0,356	
Χρήση υπνωτικών φαρμάκων	Ναι	70	1,014	0,119	0,625
	Όχι	17	1,000	0,000	
Διαταραχές ύπνου	Ναι	64	1,216	0,400	0,552
	Όχι	14	1,285	0,354	
Διάρκεια ύπνου	Ναι	70	1,442	0,845	0,559
	Όχι	17	1,588	1,175	
Καθυστέρηση ύπνου	Ναι	70	2,085	0,904	0,239
	Όχι	17	2,382	1,008	
Αποδοτικότητα ύπνου	Ναι	70	5,739	3,536	0,254
	Όχι	17	4,663	3,148	

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

### *Συζήτηση των αποτελεσμάτων και τελικά συμπεράσματα*

Από τη βιβλιογραφική επισκόπηση που προηγήθηκε εξάγεται το συμπέρασμα πως, τα συμπτώματα στέρησης ύπνου περιλαμβάνουν κάτι περισσότερο από απλή αίσθηση κόπωσης. Οι διαταραχές ύπνου μπορεί να οδηγήσουν σε εκνευρισμό, δυσκολία σκέψης, μνήμης, εγρήγορσης, συγκέντρωσης, και λήψης αποφάσεων, σε λάθη και τραυματισμούς και συνολικά σε έλλειψη γνωστικής λειτουργίας, κάτι που έχει αρνητικό αντίκτυπο στην απόδοση της εργασίας.

Η αλληλεπίδραση μεταξύ ύπνου και συμπεριφορών που σχετίζονται με την εργασία επηρεάζουν πολλές πτυχές της απόδοσης, της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων, καθώς και την επιτυχία σε επίπεδο οργανισμού. Παρ' όλο που έχει αποδειχθεί καλά ότι η ποσότητα και η ποιότητα του ύπνου μπορούν να επηρεάσουν διαφορετικούς τύπους απόδοσης και προσωπικής υγείας, οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των συνηθειών ύπνου και των οργανωσιακών συμπεριφορών έχουν λάβει πολύ λιγότερη προσοχή. Η ανάπτυξη μιας βαθύτερης κατανόησης του τρόπου με τον οποίο οι συνήθειες ύπνου και τα προβλήματα ύπνου επηρεάζουν τους εργαζόμενους και τον οργανισμό, μπορεί να βοηθήσει στην παροχή του απαραίτητου υπόβαθρου για τη διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, για την ανάπτυξη δικτύων υποστήριξης για τους εργαζόμενους που θα ωφελήσουν τόσο τον εργαζόμενο, όσο και τον οργανισμό στο σύνολό του. Οι άνθρωποι πόροι και οι εργαζόμενοι θα πρέπει να τονίζουν τον αντίκτυπο του καλού ύπνου και των συνηθειών ύπνου στην οργανωσιακή και ατομική παραγωγικότητα και ασφάλεια (Pilcher and Morris, 2020). Προς αυτόν τον σκοπό διεξήχθη η παρούσα έρευνα σε ένα δείγμα 87 εργαζομένων (διοικητικές, οικονομικές, τεχνικές υπηρεσίες κ.λ.π.) στην περιοχή της Δυτικής Μακεδονίας.

Τα αποτελέσματα κατέδειξαν αρχικά πως ενώ υπάρχει καθυστέρηση ύπνου, υπάρχει και υψηλό επίπεδο στην αποδοτικότητα ύπνου, μη χρήση υπνωτικών φαρμάκων, καθώς και χαμηλό επίπεδο δυσλειτουργίας των ερωτηθέντων κατά τη διάρκεια της ημέρας, αλλά και διαταραχών ύπνου. Παράλληλα, διαπιστώθηκε χαμηλό επίπεδο απόδοσης στον τομέα της εργασίας και του ομαδικού πνεύματος, αλλά υψηλός μέσος όρος στις διαστάσεις του οργανισμού, της καριέρας και της καινοτομίας. Από τις συσχετίσεις που διεξήχθησαν διαπιστώθηκε μία στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της καθυστέρησης ύπνου και της απόδοσης στην εργασία. Το εύρημα αυτό δεν έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα προηγούμενων μελετών (Robbins et al, 2011, Swanson et al, 2011, Burton, Chen, Schultz and Li, 2017, Litwiller, Snyder, Taylor and Steele, 2017), βάσει των οποίων διαταραχές ύπνου επηρεάζουν αρνητικά την απόδοση των εργαζομένων.

Εκτός των ανωτέρω, διαπιστώθηκε από τη διεξαγωγή των συσχετίσεων που προηγήθηκαν πως το φύλο (γυναίκες), η ηλικία (άνω των 61 ετών), καθώς και η κατανάλωση καπνού (μη καπνίζοντες) συσχετίζονται με προβλήματα ύπνου (διαταραχές ύπνου, χρήση υπνωτικών φαρμάκων και καθυστέρηση ύπνου αντίστοιχα). Τα ευρήματα που αφορούν το φύλο και την ηλικία έρχονται σε αντίθεση με τα όσα παρουσιάσθηκαν σε προηγούμενη έρευνα (Berhanu et al, 2018), αλλά συνάδουν με τα ευρήματα άλλης μελέτης (Bjorøy et al, 2020). Επίσης άλλοι ερευνητές (Mendoza - Meléndez et al, 2016) βρήκαν πως άτομα μεγαλύτερης ηλικίας αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον ύπνο. Τέλος, σε άλλη έρευνα (Tasnim et al, 2020) επίσης βρέθηκε πως το φύλο, το επίπεδο μόρφωσης και η ηλικία συσχετίζονται με προβλήματα στον ύπνο.

### *Προτάσεις πρακτικής εφαρμογής*

Ο ανεπαρκής ύπνος, σε αντίθεση με άλλους παράγοντες κινδύνου για την υγεία, όπως το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η παχυσαρκία και η σωματική αδράνεια, έχει λάβει πολύ λιγότερη προσοχή στη δημόσια υγεία. Πληροφορίες σχετικά με τη φυσιολογία του ύπνου και των διαταραχών του ύπνου είναι ευρέως διαθέσιμες, αλλά έχουν γίνει πολύ λιγότερες προσπάθειες για αποτελεσματικές στρατηγικές για την προώθηση του ύπνου ως μια υγιή συμπεριφορά (Perry et al, 2013). Ως εκ τούτου, θα πρέπει να ληφθούν μέτρα προς αυτήν την κατεύθυνση.

Ένα απλό πρώτο βήμα σε οργανωσιακό επίπεδο θα ήταν να προσθέσουν οι οργανισμοί την υγεία του ύπνου στα υπάρχοντα προγράμματα ευεξίας τους. Θα μπορούσαν να παρασχεθούν εκπαιδευτικά μαθήματα για υγιή ύπνο. Με τον ίδιο τρόπο που πολλές εταιρείες έχουν προγράμματα για απώλεια βάρους ή προκλήσεις ή εκδηλώσεις διακοπής του καπνίσματος, θα μπορούσαν να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν καινοτόμοι διαγωνισμοί υγιεινού ύπνου. Τα ευάλωτα άτομα που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για διαταραχές του ύπνου θα μπορούσαν να εντοπιστούν με απλά ερωτηματολόγια διαλογής και να παραπεμφθούν για περαιτέρω αξιολόγηση και θεραπεία, εάν απαιτείται (Rajaratnam et al, 2011, Barger and Quan, 2013). Προκειμένου αυτό να είναι εφικτό, είναι αναγκαίο να διεξάγονται έρευνες από μέρους των οργανισμών, ούτως ώστε να διαπιστωθεί η ύπαρξη σχετικών προβλημάτων, το είδος των προβλημάτων, αλλά και τα χαρακτηριστικά των ατόμων που σημειώνουν περισσότερα προβλήματα. Αυτό θα επιτρέψει την πιο στοχευμένη δράση από μέρους των οργανισμών.

Πολλοί οργανισμοί, όπως η *Pricewaterhouse Coopers*, η *Google*, η *N.A.S.A.* και η *Ben and Jerry's*, έχουν ενσωματώσει πρακτικές για τη βελτίωση του ύπνου των εργαζομένων. Ορισμένες πρακτικές που προτείνονται για τους οργανισμούς είναι οι κάτωθι (Center for Creative Leadership, n.d.):

1) *Παροχή εκπαίδευσης για τον ύπνο*: οι οργανισμοί μπορούν να δημιουργήσουν ένα πρόγραμμα ή εκστρατεία «επίγνωσης ύπνου» για να αμφισβητήσουν την πολιτισμική αντίληψη ότι ο ύπνος είναι χάσιμο χρόνου ή αδυναμία. Η προσπάθεια αυτή θα μπορούσε να αποτελέσει συστατικό ενός προγράμματος ευεξίας για τους εργαζόμενους ή μιας μεγαλύτερης αναπτυξιακής πρωτοβουλίας που θα επισημαίνει πως: α) περισσότερη δουλειά δεν σημαίνει απαραίτητα και καλύτερη δουλειά, β) όταν οι εργαζόμενοι είναι κουρασμένοι, είναι λιγότερο αποτελεσματικοί και ο ύπνος αποτελεί έναν εύκολο και μη κοστοβόρο τρόπο αύξησης της αποτελεσματικότητας και της παραγωγικότητας, γ) η σύνδεση αποδοτικότητας και ύπνου έχει τονισθεί σε διάφορες έρευνες και επομένως θα είναι χρήσιμη η γνωστοποίηση / κοινοποίηση επιστημονικών δεδομένων, δ) ο ύπνος εκτιμάται πραγματικά στον οργανισμό και οδηγεί στη βέλτιστη απόδοση στην εργασία.

2) *Ενθάρρυνση προτύπων ενάντια στην κουλτούρα 24/7*: επιστράτευση ανωτέρων στελεχών για την επικοινωνία του μηνύματος ότι ο ύπνος υποστηρίζει την απόδοση και την ευημερία των εργαζομένων και του οργανισμού στο σύνολό του. Για παράδειγμα, ανώτεροι ηγέτες θα μπορούσαν να αναφέρουν τις προκλήσεις ύπνου που αντιμετωπίζουν οι ομάδες και να συζητήσουν πιθανές λύσεις σε συνηθισμένες συναντήσεις, καθώς και να ενθαρρύνουν και να υποστηρίζουν τους εργαζόμενους να ξεκουράζονται περισσότερο.

3) *Διάκριση ορίων μεταξύ του χρόνου εργασίας και του χρόνου αναψυχής*: θα πρέπει να συνυπολογισθεί ο ύπνος στις πολιτικές και τα χρονοδιαγράμματα. Παράλληλα με τα μηνύματα κουλτούρας και ευαισθητοποίησης, οργανωσιακές πολιτικές (π.χ. χρόνοι διακοπών, ώρες βαρδιών, χρόνος μετάβασης μεταξύ οικίας και εργασίας) μπορεί να αποθαρρύνουν τον χρόνο ανάπαυσης και αποκατάστασης και για αυτόν τον λόγο θα πρέπει να αναθεωρηθούν και να αλλάξουν. Στο πλαίσιο αυτό μπορούν επίσης οι οργανισμοί να προσφέρουν ευέλικτες ώρες και τηλεργασία για να επιτρέψουν στους εργαζόμενους να εργάζονται όταν είναι πιο πιθανό να λειτουργήσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Επιπλέον, απαιτούνται αρκετές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση των διαταραχών ύπνου σε επίπεδο δημόσιας υγείας μέσω της αύξησης της ευαισθητοποίησης του κοινού σχετικά με τη σημασία του ύπνου και της βελτίωσης της διάγνωσης και της θεραπείας των διαταραχών του ύπνου. Η επίτευξη αυτών των στόχων απαιτεί:

- α) βελτιωμένη δημόσια εκπαίδευση σχετικά με την ανάγκη για ύπνο και τις συνέπειες του ανεπαρκούς ύπνου,
- β) περισσότερη κατάρτιση για επαγγελματίες της δημόσιας υγείας και παρόχους υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με τον έλεγχο και την παροχή συμβουλών,

γ) βελτιωμένα στοιχεία για το βάρος του ανεπαρκούς ύπνου που αποκτήθηκαν μέσω εργαλείων παρακολούθησης (Perry et al, 2013).

Τέλος, σημαντική είναι και η λήψη μέτρων σε ατομικό επίπεδο. Είναι σύνηθες για ορισμένα άτομα να θυσιάζουν τον ύπνο τους για την εργασία τους, ή για λόγους κοινωνικοποίησης. Ωστόσο, είναι σημαντικό να υπάρξει μία αξιολόγηση των προτεραιοτήτων και να δημιουργηθούν όρια μεταξύ του χρόνου εργασίας και του προσωπικού χρόνου. Επίσης, αν το πρόγραμμα εργασίας προκαλεί απώλεια ύπνου, μπορεί να είναι χρήσιμο να συζητηθεί αυτό το ζήτημα με τον προϊστάμενο, με το συνδικαλιστικό σωματείο ή το τμήμα ανθρώπινου δυναμικού της εταιρείας. Έρευνες δείχνουν ότι η δυνατότητα ψυχολογικής απόσπασης μετά τις ώρες εργασίας και η υποστήριξη των αναγκών των εργαζομένων για σταθερό ύπνο, έχει θετικά αποτελέσματα, βελτιώνοντας τη συγκέντρωση και την παραγωγικότητα κατά τη διάρκεια των ωρών εργασίας (Newsom, 2021). Σύμφωνα με το *Fort Health Care Business Health* ορισμένες συμβουλές για τη βελτίωση του ύπνου είναι οι κάτωθι: α) διατήρηση ενός κανονικού προγράμματος ύπνου και αφύπνισης, β) καθιέρωση μίας τακτικής και χαλαρωτικής ρουτίνας πριν τον ύπνο, γ) δημιουργία ενός περιβάλλοντος που ευνοεί τον ύπνο, δ) ολοκλήρωση φαγητού και προπόνησης τουλάχιστον μερικές ώρες πριν τον ύπνο, ε) αποφυγή της καφεΐνης (όπως καφέ, τσάι, σοκολάτα) και του αλκοόλ κοντά στην ώρα του ύπνου (Fort Health Care Business Health, 2014),

Σε κάθε περίπτωση, είναι σημαντική η εξεύρεση λύσεων για τη βελτιστοποίηση της ποιότητας του ύπνου (π.χ. εξατομικευμένο σχέδιο για τη βελτιστοποίηση του περιβάλλοντος του υπνοδωματίου, σταθερό πρόγραμμα ύπνου, βελτιστοποίηση ρουτίνας πριν τον ύπνο και εξάλειψη τυχόν καθημερινών συνηθειών που καθιστούν πιο δύσκολο τον ύπνο). Προς αυτήν την κατεύθυνση μπορεί να βοηθήσει μία συζήτηση με έναν ιατρό ή έναν επιστήμονα ειδικό σε ζητήματα ύπνου, ώστε να δημιουργηθεί ένα σχέδιο για τη βελτίωση του ύπνου και να παρασχεθούν εξατομικευμένες συμβουλές για τη διαχείριση της κόπωσης που σχετίζεται με την εργασία (Newsom, 2021).

### *Περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνα*

Η παρούσα έρευνα διερεύνησε τις απόψεις ενός μικρού δείγματος εργαζομένων σε έναν συγκεκριμένο οργανισμό. Αυτό, όμως, αποτελεί σημαντικό περιορισμό αυτής της έρευνας, καθώς δεν παρέχει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Ως εκ τούτου, απαιτούνται περαιτέρω έρευνες σε μεγαλύτερο δείγμα ερωτηθέντων και σε άλλους οργανισμούς, που ανήκουν σε διάφορους κλάδους της οικονομίας. Με τον τρόπο αυτό θα είναι δυνατή η διερεύνηση των ιδιαιτεροτήτων συγκεκριμένων κλάδων και επομένως η κατάθεση προτάσεων πρακτικής εφαρμογής που θα είναι συγκεκριμένες και θα απαντούν στα

χαρακτηριστικά των εργαζομένων σε αυτούς τους οικονομικούς κλάδους. Ένας δεύτερος περιορισμός αυτής της έρευνας αφορά στο ότι το δείγμα αποτελείτο μόνο από εργαζόμενους. Ωστόσο, σε μία τέτοια μελέτη έχει ενδιαφέρον να διερευνηθεί και η άποψη των προϊσταμένων / διευθυντών, καθώς αποτελούν σημαντικό ενδιαφερόμενο μέρος. Μία τέτοια έρευνα θα μπορούσε να οδηγήσει σε ενδιαφέροντα αποτελέσματα ως προς το κατά πόσο διεξάγονται έρευνες που να εξετάζουν το συγκεκριμένο αντικείμενο, καθώς και ζητήματα που αφορούν την εφαρμογή σχετικών μέτρων (π.χ. αν εφαρμόζονται πρωτοβουλίες σε οργανωσιακό επίπεδο, ποιοι είναι οι διευκολυντικοί και οι αποτρεπτικοί παράγοντες προς αυτήν την κατεύθυνση).

Τέλος, μία μελλοντική έρευνα μπορεί να επεκταθεί και σε παιδιά / εφήβους, στη διερεύνηση των προσδιοριστικών παραγόντων προβλημάτων ύπνου (π.χ. φύση της εργασίας, φόρτος εργασίας, φόρτος μαθημάτων στο σχολείο, ισορροπία προσωπικής και επαγγελματικής ζωής), καθώς και στον προσδιορισμό των επιπτώσεων των προβλημάτων ύπνου (π.χ. στην ακαδημαϊκή επίδοση, στη συγκέντρωση και σε άλλες γνωστικές λειτουργίες, σε λάθη / τραυματισμούς, σε απουσίες από τον χώρο εργασίας). Μέσα από μία τέτοια μελέτη είναι δυνατή η αποτύπωση εκείνων των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου και επομένως η κατάθεση προτάσεων πρακτικής εφαρμογής προς συγκεκριμένες κατευθύνσεις.

## **BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

**Barger L.** and **Quan S.F.** (2013). A movement to promote healthy sleep: the case for corporate involvement. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 9(8), 739-740.

**Berhanu H., Mossie A., Tadesse S. and Geleta D.** (2018). Prevalence and Associated Factors of Sleep Quality among Adults in Jimma Town, Southwest Ethiopia: A Community-Based Cross-Sectional Study. Ανακτήθηκε από: <https://www.hindawi.com/journals/sd/2018/8342328/>

**Bjorøy I., Jørgensen V.A., Pallesen S. and Bjorvatn S.** (2020). The Prevalence of Insomnia Subtypes in Relation to Demographic Characteristics, Anxiety, Depression, Alcohol Consumption and Use of Hypnotics. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00527>.

**Burton W.N., Chen C.-Y., Schultz A.B. and Li X.** (2017). Association Between Employee Sleep With Workplace Health and Economic Outcomes. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 59(2), 177-183.

**Campbell J.P., McHenry J.J. and Wise L.L.** (1990). Modeling job performance in a population of jobs. *Personnel Psychology*. 43, 313-333.

**Cappuccio F.P., Cooper D., D'Elia L., Strazzullo P. and Miller M.A.** (2011). Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European Heart Journal*. 32(12), 1484-1492.

**Cappuccio F.P., Taggart F.M., Kandala N.B., Currie A., Peile E. and Stranges S.** (2008). Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep*. 31(5), 619-626.

**Carter K.A., Hathaway N.E. and Lettieri C.F.** (2014). Common Sleep Disorders in Children. *American Family Physician*. 89(5), 368-377.

**Center for Creative Leadership** (n.d.). Actions Organizations Can Take to Improve Employee Sleep and Work Performance. Ανακτήθηκε από: <https://www.ccl.org/articles/leading-effectively-articles/sleep-can-make-stronger-leader/>

**Fort Health Care** (2014). Sleep deprivation and work performance. Ανακτήθηκε από: <https://www.forthehealthcare.com/wp-content/uploads/2014/06/sleep-deprivation-and-work-performance.pdf>

**Fullagar H.H.K. and Bartlett J.D.** (2016). Time to wake up: individualising the approach to sleep promotion interventions. *British Journal of Sports Medicine*. 50(3), 143-144.

**Grandner M.A.** (2018). The Cost of Sleep Lost: Implications for Health, Performance, and the Bottom Line. *American Journal of Health Promotion*. 32(7), 1629-1634.

**Hui S.A. and Grandner M.A.** (2015). Trouble Sleeping Associated With Lower Work Performance and Greater Health Care Costs. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 57(10), 1031-1038.

**Iacob G.A.** (2010). Factors that determine job performance. *Studies and Scientific Researches; Economics Edition*. 15, 365-372.

**Kansagra S.** (2020). Sleep Disorders in Adolescents. *Pediatrics*. 145(S2), S204-S209.

**Kaplow R.** (2016). Sleep Disturbances and Critical Illness. *Critical Care Nursing Clinics of North Africa*. 28(2), 169-182.



- Kazan H. and Gumus S.** (2013). Measurement of Employees' Performance: A State Bank Application. *International Review of Management and Business Research*. 2(2), 429-441.
- Kerkhof G.A.** (2018). Shift work and sleep disorder comorbidity tend to go hand in hand. *Chronobiology International*. 35(2), 219-228.
- Koopmans L.** (2014). Measuring Individual Work Performance. *CPI Koninklijke Wöhrmann*, Zutphen, The Netherlands.
- Liang M., Guo L., Huo J. and Zhou G.** (2021). Prevalence of sleep disturbances in Chinese adolescents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 16(3), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247333>.
- Litwiller B., Snyder L.A., Taylor W.D. and Steele L.M.** (2016). The Relationship between Sleep and Work: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology*. 102(4), 682-699.
- McKnight - Eily L.R., Eaton D.K., Lowry R., Croft J.B., Presley - Cantrell L.R. and Perry G.S.** (2011). Relationships between hours of sleep and health-risk behaviors in US adolescent students. *Preventive Medicine*. 53(4-5), 271-273.
- Mendoza - Meléndez M.A., Jimenez - Correac U., Gallegos - Caria A., Ayala - Guerrero F., Jiménez - Anguiano A. and de Neuroci A.** (2016). Prevalence of sleep disorders, daytime sleepiness and clinical symptomatology in older adults. *Revista Médica del Hospital General de México*. 79(3), 136-143.
- Motowidlo S.J. and Kell H.J.** (2012). Job performance. In: **Schmitt N.W. and Highhouse S.** (Eds.), *Handbook of psychology*, vol. 12: Industrial and organizational psychology (σσ. 82-103). New York. *Wiley*.
- Motowidlo S.J., Borman W.C. and Schmit M.J.** (1997). A theory of individual differences in task and contextual performance. *Human Performance*. 10, 71-83.
- Nena E., Steiropoulos P., Constantinidis T.C., Perantoni E. and Tsara V.** (2010). Work productivity in obstructive sleep apnea patients. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 52(6), 622-625.
- Newsom R.** (2021). The Link Between Sleep and Job Performance. Ανακτήθηκε από: <https://www.sleepfoundation.org/sleep-hygiene/good-sleep-and-job-performance>
- Ohayon M.M.** (2011). Epidemiological Overview of sleep Disorders in the General Population. *Sleep Medicine Research*. 2(1), 1-9.
- Paiva T.** (2017). Epidemiology of sleep disorders in children and adolescents. In: **Nevšimalová S. and Bruni O.** (Eds.), *Sleep disorders in children* (σσ. 53-67). *Springer International Publishing*.
- Perry G.S., Patil S.P. and Presley - Cantrell L.R.** (2013). Raising Awareness of Sleep as a Healthy Behavior. *Preventing Chronic Disease*. doi: 10.5888/pcd10.130081.
- Pilcher J.J. and Morris D.M.** (2020). Sleep and Organizational Behavior: Implications for Workplace Productivity and Safety. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00045>.
- Rajaratnam S.M., Barger L.K., Lockley S.W., Shea S.A., Wang W., Landrigan C.P., O'Brien C.S., Qadri S., Sullivan J.P., Cade B.E., Epstein L.J., White D.P. and Czeisler C.A.** (2011).

Harvard Work Hours, Health and Safety Group. Sleep disorders, health, and safety in police officers. *Journal of American Medical Association*. 306, 2567-2578.

**Ramos - Villagrasa P.J., Barrada L.R., Fernandez - del - Rio E. and Koopmans L.** (2019). Assessing Job Performance Using Brief Self-report Scales: The Case of the Individual Work Performance Questionnaire. *Journal of Work and Organizational Psychology*. 35(3), 195-205.

**Redeker N.S., Caruso C.C., Hashmi S.D., Mullington J.M., Grandner M. and Morgenthaler T.I.** (2019). Workplace Interventions to Promote Sleep Health and an Alert, Healthy Workforce. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 15(4), 649-657.

**Robbins R., Jackson C.L., Underwood P., Vieira D., Jean - Louis G. and Buxton O.M.** (2019). Employee Sleep and Workplace Health Promotion: A Systematic Review. *American Journal of Health Promotion*. 33(7), 1009-1019.

**Sateia M.J.** (2014). International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. Highlights and Modifications. *Chest*. 146(5), 1387-1394.

**Sauermann J.** (2016). Performance measures and worker productivity. Ανακτήθηκε από: <https://wol.iza.org/uploads/articles/260/pdfs/performance-measures-and-worker-productivity.pdf>

**Siegel J.M.** (2005). Clues to the function of mammalian sleep. *Nature*. 437(7063), 1264-1271.

**Sleep.org** (2021). How Sleep Improves Work Productivity. Ανακτήθηκε από: <https://www.sleep.org/sleep-and-productivity-at-work/>

**Smaldone A., Honig J.C. and Bryrne M.W.** (2007). Sleepless in America: inadequate sleep and relationships to health and well-being of our nation's children. *Pediatrics*. 119(Suppl1), 29-37.

**Sonnentag S., Volmer J. and Spychala A.** (2008). Job Performance. Στο: **Barlingand J. and Cooper C.L.** (Ed.), *The SAGE Handbook of Organizational Behavior: Volume I - Micro Approaches* (σ. 427-447). London. Sage.

**Stickley A., Leinsalu M., DeVlyder J.E., Inoue Y. and Koyanagi A.** (2019). Sleep problems and depression among 237 023 community-dwelling adults in 46 low- and middle-income countries. *Scientific Report*. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-48334-7>.

**Swanson L.M., Arnedt T., Rosekind M.R., Belenky G., Balkin T.J. and Drake C.** (2010). Sleep disorders and work performance: findings from the 2008 National Sleep Foundation Sleep in America poll. *Journal of Sleep Research*. 20(3), 487-494.

**Tasnim S., Rahman M., Pawar P., Chi X., Yu Q., Zou L., Sultana A., McKyer E.L.J., Ma P. and Hossain M.** (2020). Epidemiology of sleep disorders during COVID-19 pandemic: A systematic scoping review. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.08.20209148v1.full.pdf>

**Tregear S., Reston J., Schoelles K. and Phillips B.** (2010). Continuous positive airway pressure reduces risk of motor vehicle crash among drivers with obstructive sleep apnea: systematic review and meta-analysis. *Sleep*. 33, 1373-1380.

**Trosman I. and Ivanenko A.** (2021). Classification and Epidemiology of Sleep Disorders in Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 30(1), 47-64.

**United States Office of Personnel Management** (2001). A Handbook for Measuring Employee Performance: Aligning Employee Performance Plans with Organizational Goals. Ανακτήθηκε από:

<http://www.waljob.net/download/hrbook/HRM%20-%20Measure%20Employee%20Performance%20Handbook.pdf>

**Vaca F.** (2005). National Highway Traffic Safety Administration notes. Drowsy driving. *Annals of Emergency Medicine*. 45(4), 433-434.

**Yazdi Z., Sadeghniaat - Haghighi K., Loukazadeh Z., Elmizadeh K. and Abbasi M.** (2014). Prevalence of Sleep Disorders and Their Impacts on Occupational Performance: A Comparison between Shift Workers and Nonshift Workers. *Sleep Disorders*. 2014 (6), <http://dx.doi.org/10.1155/2014/870320>.

# SLEEP DISORDERS AND WORK PERFORMANCE

***Eftychia Cholopoulou, Ch. Kontogiorgis, T.C. Constantinidis and E. Nena***

Program of Postgraduate Studies, organized by Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece.

*Abstract:* Sleep is a fundamental function in human beings. In recent years, however there has been an increase in the number of individuals suffering from sleep disorders, which can lead to reduced performance at work. In this context, aim of this study was to examine the association between sleep disorders and work performance in a sample of employees in various sectors (administrative financial services, e.t.c.) in the area of Western Macedonia, Greece. A statistically significant negative correlation between sleep delay and performance at work was demonstrated, which can be interpreted as follows: employees have reduced performance associated with sleep delay. It was also found that gender (women), age (over 61 years), as well as tobacco consumption (non-smokers) are factors significantly correlated with the following sleep problems: sleep disorders, use of hypnotics and delayed sleep, respectively. In discussion initiatives at the organizational level are necessary so as to promote sleep quality among employees. However, optimizing sleep requires initiatives not only from individuals but also from public health policies.

# ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΣΤΙΑΣΗΣ

**Κ. Πολατίδου, Ε. Νένα, Θ.Κ. Κωνσταντινίδης και Χ. Κοντογιώργης**

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη.

*Περίληψη:* Η υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας στη βιομηχανία τροφίμων αποτελεί πρωταρχικό ζήτημα τόσο για τους εργοδότες όσο και για τους εργαζόμενους. Παρόλα αυτά, πολλές φορές παρατηρείται λόγω του αυξημένου φόρτου εργασίας και ενδεχομένως της ρουτίνας της εργασίας αύξηση του αριθμού των ατυχημάτων. Τα δύο τελευταία χρόνια ο πλανήτης αντιμετωπίζει μία νέα κατάσταση, πρωτόγνωρη για τα μέχρι τώρα δεδομένα, την πανδημία του κορονοϊού. Ο κλάδος της εστίασης είναι από τους πιο βαριά πληττόμενους τόσο οικονομικά όσο και εργασιακά καθώς έχουν προστεθεί νέα μέτρα και ολόκληρα πρωτόκολλα για την αντιμετώπιση της πανδημίας. Η παρούσα εργασία, έχει σκοπό να μελετήσει τις συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας κάτω από τις οποίες εργάζεται το προσωπικό που απασχολείται σε επιχειρήσεις μαζικής εστίασης και ζαχαροπλασטיών καθώς και ο εντοπισμός του βαθμού στον οποίο οι εργαζόμενοι κατανοούν τους κινδύνους και εφαρμόζουν τα μέτρα προστασίας τόσο αυτά που ήδη υπήρχαν όσο και τα νέα μέτρα που έχουν προστεθεί με την έναρξη της πανδημίας του COVID-19 και το κατά πόσο όλα αυτά επιδρούν στην υγεία. Οι ανωτέρω εργαζόμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο 18 ερωτήσεων αποτελούμενο από ερωτήσεις που αφορούσαν δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις συνθήκες εργασίας, τα μέτρα προστασίας, τον βαθμό στον οποίο έχουν εκπαιδευθεί, καθώς και σε ερωτήσεις σχετικά με τα συναισθήματα και τις στάσεις τους ως προς την εργασία τους. Από τα αποτελέσματα της εργασίας διαφαίνεται πως οι συμμετέχοντες γνωρίζουν τους κινδύνους που υπάρχουν στο χώρο εργασίας τους, γνωρίζουν να χειρίζονται τον εξοπλισμό και τις χημικές ουσίες, έχουν λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση και συμμορφώνονται με τους κανόνες, ταυτόχρονα όμως υπάρχει και ένα μικρό αλλά σημαντικό ποσοστό που φαίνεται να μην έχει λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση και να μην γνωρίζει τους κινδύνους που υπάρχουν. Επίσης, βρέθηκε ότι χρησιμοποιούν Μέσα Ατομικής Προστασίας και έχουν κατανοήσει σε μεγάλο βαθμό τα νέα δεδομένα που προέκυψαν από την πανδημία COVID-19. Συμπερασματικά οι κίνδυνοι που διατρέχουν οι εργαζόμενοι στις συγκεκριμένες επιχειρήσεις είναι αρκετοί και αφορούν όλο το εύρος των εργασιών τους. Η σωστή ενημέρωση σχετικά με την υγιεινή, την ασφάλεια στην εργασία και την πρόληψη των ατυχημάτων στο χώρο εργασίας αποτελεί πρωταρχική ανάγκη ώστε να μειωθούν οι κίνδυνοι, όσο το δυνατόν στο ελάχιστο, ώστε να υπάρχει ασφάλεια στους χώρους εργασίας.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

### **ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Ο ορισμός της Υγείας, που ισχύει από το 1948, ορίζει πως «Υγεία είναι μία κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας». Η έννοια της Υγιεινής εμπεριέχει τη λέξη υγεία.

Η Υγιεινή είναι η επιστήμη που μελετά τους παράγοντες εκείνους που σχετίζονται με την εκδήλωση, μετάδοση και πρόληψη μιας ασθένειας στον πληθυσμό με σκοπό την διασφάλιση της υγείας του. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι περιβαλλοντικοί, μικροβιολογικοί, φυσιολογικοί και γενετικοί. Όπως φαίνεται λοιπόν, η Υγιεινή εξαρτάται άμεσα από την Υγεία, η οποία δεν αποδίδεται μόνο στην Ιατρική ως επιστήμη και σε άλλους παράγοντες όπως το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.ά.

Η Υγιεινή στην Εργασία είναι μια πολυδιάστατη δραστηριότητα που αφορά στην πρόληψη της ασθένειας, αλλά επίσης τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας στους εργασιακούς χώρους. Κύριος σκοπός της είναι να αποτρέψει και λιγότερο να θεραπεύσει την ασθένεια από όπου και αν προέρχεται στο χώρο εργασίας (Gardiner and Harrington, 2007).

Οι βάσεις για την Προαγωγή της Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία μπαίνουν το 1985 με τον Ν. 1568/85. Ο νόμος αναφέρεται στην «Υγιεινή και Ασφάλεια των Εργαζομένων» και περιέχει γενικές αρχές και οδηγίες σχετικά με την πρόληψη και εξάλειψη επαγγελματικών κινδύνων, την επίβλεψη των συνθηκών εργασίας, τις υποχρεώσεις του τεχνικού ασφαλείας και του ιατρού εργασίας καθώς και γενικές υποχρεώσεις των εργοδοτών και των εργαζομένων. Σήμερα, το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα αποτελεί ο Κώδικας Νόμων για την Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία, ο οποίος περιλαμβάνει πληθώρα επιμέρους νομοθετημάτων, κυρώθηκε με το άρθρο ένα του Ν. 3850/2010 και έχει ως αντικείμενο την εφαρμογή μέτρων για την προαγωγή της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων κατά την εργασία. Προς το σκοπό αυτό, περιέχει γενικές αρχές σχετικά με την πρόληψη των επαγγελματικών κινδύνων και την προστασία της υγείας και της ασφάλειας, την εξάλειψη των συντελεστών κινδύνου των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών, την ενημέρωση, τη διαβούλευση, την ισόρροπη συμμετοχή, την κατάρτιση των εργαζομένων και των εκπροσώπων τους, καθώς και τους κανόνες για την εφαρμογή των γενικών αυτών αρχών.

### **ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ**

Η υγιεινή των τροφίμων περιλαμβάνει όλα τα μέτρα και τους όρους που είναι αναγκαία προκειμένου να ελεγχθούν οι πηγές κινδύνου ώστε να διασφαλισθεί

ότι να τα τρόφιμα είναι κατάλληλα για ανθρώπινη κατανάλωση, λαμβάνοντας υπόψη το σκοπό της χρήσης τους (Codex Alimentarius Commission, 1997).

Στις σύγχρονες βιομηχανίες τροφίμων, έχει δημιουργηθεί η ανάγκη ύπαρξης ενός συστήματος το οποίο θα προλαμβάνει και θα ελέγχει τους παράγοντες κινδύνου, παρέχοντας την βεβαιότητα ότι τα προϊόντα που θα παραχθούν θα είναι απολύτως ασφαλή για την υγεία των καταναλωτών διατηρώντας τα ποιοτικά τους χαρακτηριστικά.

Το σύστημα, που έχει θεσπισθεί, αναγνωρίζει, αξιολογεί και ελέγχει τους κινδύνους που είναι σημαντικοί για την ασφάλεια των τροφίμων, το οποίο ονομάζεται σύστημα *Ανάλυσης Κινδύνων και Κρίσιμων Σημείων Ελέγχου* ή αλλιώς όπως είναι διεθνώς γνωστό, *Hazard Analysis and Critical Control Points* (H.A.C.C.P.), του οποίου οι ρίζες φτάνουν στα τέλη της δεκαετίας του 1950 στα εργαστήρια της *Pillsbury*.

Το H.A.C.C.P. είναι ένα προληπτικό σύστημα διασφάλισης της υγιεινής στα τρόφιμα, το οποίο προλαμβάνει και ελέγχει τους παράγοντες κινδύνου (βιολογικούς, χημικούς, φυσικούς) που μπορούν δυνητικά να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία των καταναλωτών. Αποτελεί μια επιστημονική και συστηματική προσέγγιση που σκοπό έχει να αποτρέψει προβλήματα που σχετίζονται με την ασφάλεια τροφίμων σε όλα τα στάδια της παραγωγής, από την ανάπτυξη και την παραγωγή των πρώτων υλών μέχρι την διανομή και τελική κατανάλωση του προϊόντος (Motarjemi et al, 1999).

Το 1993, ο *Διεθνής Κώδικας Τροφίμων* (Codex Alimentarius), ενσωμάτωσε τη χρήση του H.A.C.C.P., το οποίο είναι υποχρεωτικό δια νόμου (Κανονισμός 852/2004/ΕΚ, Για την Υγιεινή των Τροφίμων) σε πολλές χώρες. Το σύστημα αυτό σε συνδυασμό με τους *Κανόνες Ορθής Βιομηχανικής Πρακτικής* (Good Manufacturer Practices - G.M.P.), διασφαλίζει την ασφάλεια των τροφίμων αναγνωρίζοντας του κινδύνους και αναπτύσσοντας προληπτικά μέτρα για την αντιμετώπισή τους (Untermann, 2004).

## **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΣΤΙΑΣΗΣ ΚΑΙ ΖΑΧΑΡΟΠΛΑΣΤΕΙΑ**

Τα θέματα Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας αποτελούν σημαντική πρόκληση στο εργασιακό περιβάλλον που έχουν να αντιμετωπίσουν νομοθέτες, επιχειρήσεις αλλά και οι εργαζόμενοι παγκοσμίως. Εκτιμάται, πως 2,34 εκατομμύρια άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους από ατυχήματα ή ασθένειες που αφορούσαν την εργασία τους το 2008, εκ των οποίων, τα 2,02 εκατομμύρια οφείλονταν σε διάφορες ασθένειες, ενώ τα 321.000 σε ατυχήματα (I.L.O., 2011). Ανάμεσα στις διάφορες βιομηχανίες, η βιομηχανία Τροφίμων και Ποτών περιέχει αυξημένες πιθανότητες εργατικών ατυχημάτων, κάτι που την κατατάσσει στα πιο δύσκολα επαγγέλματα (Tezera et al, 2017).

Ως «χώροι εργασίας» ορίζονται οι χώροι που πρόκειται να περιλάβουν θέσεις εργασίας μέσα στην εγκατάσταση της επιχείρησης, αλλά και κάθε άλλου χώρου όπου ο εργαζόμενος ενδέχεται να έχει πρόσβαση στο πλαίσιο της εργασίας του. Για παράδειγμα, χώροι εργασίας θεωρούνται οι χώροι αποθήκευσης, η κουζίνα, ο χώρος ανάπαυσης κ.λ.π.

Ο όρος «επαγγελματικός κίνδυνος» αναφέρεται στον κίνδυνο για την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων, όταν αυτοί εκτίθενται σε βλαπτικούς παράγοντες στο χώρο εργασίας του. Ο επαγγελματικός κίνδυνος περιλαμβάνει την πιθανότητα ή συχνότητα της έκθεσης ενός εργαζόμενου σε έναν βλαπτικό παράγοντα στο περιβάλλον εργασίας (π.χ θόρυβος) και την σοβαρότητα των συνεπειών, δηλαδή την βιολογική βλάβη που προκλήθηκε από την έκθεση αυτή, π.χ. βαρηκοΐα.

Οι εργαζόμενοι στις επιχειρήσεις μαζικής εστίασης και στα ζαχαροπλαστεία βρίσκονται καθημερινά εκτεθειμένοι σε ένα μεγάλο εύρος εργασιακών κινδύνων οι οποίοι περιλαμβάνουν πτώσεις, ολισθήσεις, καψίματα, υψηλές θερμοκρασίες, ορθοστασία, αυξημένο φόρτο εργασίας, μεγάλες αποστάσεις που πρέπει να διανύσουν, μεταφορά βαρών φορτίων, περίεργη στάση σώματος και ανεπαρκή ξεκούραση είναι μερικοί από τους παράγοντες που αυξάνουν τα ατυχήματα των εργαζομένων στον τομέα αυτό (Jeong, 2015, Elsayed, 2017).

Οι επαγγελματικοί τραυματισμοί συνήθως προκύπτουν από ένα γεγονός που σχετίζεται με την εργασία ή από μία παρορμητική έκθεση στο χώρο εργασίας. Υπάρχουν πολλοί κίνδυνοι και απειλές στην εστίαση οι οποίοι προκαλούνται από συνδυασμό των χαρακτηριστικών του χώρου εργασίας, της εργασίας και του εργαζόμενου που μπορεί να συμβάλλουν στον τραυματισμό. Οι συνηθέστεροι τραυματισμοί περιλαμβάνουν μυοσκελετικά προβλήματα, κοψίματα, εγκαύματα και τραυματισμούς στα μάτια.

Στις κουζίνες οι συνηθέστερες αιτίες ατυχημάτων είναι η έκθεση σε θερμές επιφάνειες και ατμό, η μεταφορά φορτίων αυξημένου βάρους, οι ολισθήσεις και το παραπάτημα, ο τραυματισμός από κινούμενα μέρη και εργαλεία χειρός καθώς και η έκθεση σε φωτιά και η ηλεκτροπληξία (Bindu and Reddy, 2016).

Εξετάζοντας τους επαγγελματικούς κινδύνους, θα μπορούσαμε να πούμε ότι ταξινομούνται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες.

Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι κίνδυνοι για την ασφάλεια ή κίνδυνοι ατυχήματος. Οι κίνδυνοι αυτοί περικλείουν την δυνατότητα να προκληθεί τραυματισμός ή βλάβη στους εργαζόμενους ως συνέπεια της έκθεσης στην επικίνδυνη κατάσταση. Οι κίνδυνοι μπορεί να οφείλονται στις κτηριακές δομές, στα μηχανήματα, στις ηλεκτρικές εγκαταστάσεις, σε επικίνδυνες ουσίες και σε πυρκαγιές-εκρήξεις (Δρίβας και συν., 2000).

Τα τελευταία χρόνια, έχει γίνει σημαντική πρόοδος στην κατασκευή των κτηρίων που προορίζονται για χώροι εργασίας. Πολλά κτίρια κατασκευάζονται βάσει μελετών ώστε να πληρούν τις προδιαγραφές για τις εκάστοτε επιχειρήσεις,



λαμβάνοντας υπόψη την αρχιτεκτονική των χώρων, το φωτισμό το περιβάλλον και άλλα. Παρόλα αυτά, υπάρχουν επιχειρήσεις που στεγάζονται σε παλιά κτήρια τα οποία παρουσιάζουν αξιοσημείωτα προβλήματα (Δρίβας και συν., 2003).

Στους χώρους εργασίας επίσης, συναντάμε ηλεκτρικό ρεύμα υψηλής και χαμηλής τάσης, ενώ σε κάποιες επιχειρήσεις υπάρχουν ακόμα και υποσταθμοί. Εάν δεν τηρούνται οι κανόνες ασφαλείας στην ηλεκτρική εγκατάσταση, τότε μπορεί να προκληθεί ηλεκτροπληξία στους εργαζόμενους ή σε τρίτους, πυρκαγιά με πιθανή πρόκληση ατυχήματος και υλικές ζημιές και τέλος έκρηξη εξαιτίας του ηλεκτρικού ρεύματος. Τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν για να αποφευχθούν τα παραπάνω, είναι ο τακτικός έλεγχος της ηλεκτρικής εγκατάστασης και η αντικατάσταση των φθαρμένων καλωδίων. (Δρίβας και συν., 2003).

Ένας πολύ βασικός παράγοντας κινδύνου επίσης στις επιχειρήσεις μαζικής εστίασης και τα ζαχαροπλαστεία είναι και ο εξοπλισμός και τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται. Οι εργαζόμενοι στις επιχειρήσεις αυτές χρησιμοποιούν πολύ συχνά αιχμηρό και επικίνδυνο εξοπλισμό για την επεξεργασία διάφορων πρώτων υλών (Fawzy et al, 2021). Για παράδειγμα, για την επεξεργασία κρέατος χρησιμοποιούνται βαριά και αιχμηρά μαχαίρια για το κόψιμό του τα οποία μπορεί να γλιστρούν πάνω στο ξύλο κοπής εάν γίνει λάθος χειρισμός (Kim, 2016). Στις επιχειρήσεις μαζικής εστίασης και τα ζαχαροπλαστεία ο εξοπλισμός ποικίλει και είναι μεταξύ άλλων μεγάλοι αναδευτήρες, φούρνοι, παγωτομηχανές, επικαλυπτικές μηχανές σοκολάτας, κοπτικά μηχανήματα, συσκευαστικές μηχανές αλλά και άλλα αιχμηρά αντικείμενα όπως μαχαίρια. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος από τη χρήση των μηχανών αυτών είναι η επαφή των εργαζομένων με τα κινούμενα μέρη των μηχανών. Η καλύτερη μέθοδος πρόληψης ατυχημάτων κατά την εργασία με μηχανήματα είναι η τοποθέτηση προφυλακτήρων που προστατεύουν τους εργαζόμενους από οποιαδήποτε επαφή με τα κινούμενα μέρη των μηχανών (Δρίβας και συν., 2003).

Επικίνδυνες και τοξικές ενώσεις δημιουργούνται από την καύση καυσίμων και τις αναθυμιάσεις από το μαγείρεμα (Juntarawijit and Juntarawijit, 2017). Το διοξείδιο του αζώτου, το μονοξείδιο του άνθρακα καθώς και τα μικροσωματίδια που δημιουργούνται από την καύση μπορεί να επηρεάσουν την εμφάνιση ή την έξαρση του άσθματος, για παράδειγμα (Belanger and Triche, 2008).

Επίσης, κάτω από υψηλές θερμοκρασίες, η αποικοδόμηση σακχάρων και λίπους, η πυρόλυση πρωτεϊνών και αμινοξέων μπορεί να δημιουργήσουν ερεθιστικές ενώσεις για το αναπνευστικό σύστημα, όπως η ακρολεΐνη και η φορμαλδεΐδη (Zhong et al, 1999).

Τέλος, έχει αναφερθεί πως ο καπνός που δημιουργείται περιέχει πολλές ουσίες, μερικές από τις οποίες είναι καρκινογόνες, όπως πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες, αμίνες και βενζόλιο (Juntarawijit and Juntarawijit, 2017).

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι κίνδυνοι για την υγεία. Οι κίνδυνοι αυτοί περικλείουν την πιθανότητα να προκληθεί ασθένεια στους εργαζόμενους σαν

συνέπεια της συμμετοχής τους σε παραγωγικές διαδικασίες που επιτρέπουν την έκθεση σε φυσικούς, χημικούς και βιολογικούς παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος (Δρίβας και συν., 2000).

Στους φυσικούς κινδύνους περιλαμβάνονται παράγοντες όπως ο φωτισμός και η θερμότητα. Τα επίπεδα φωτισμού μπορεί να επηρεάσουν την υγεία και την ασφάλεια με πολλούς τρόπους. Ο χώρος εργασίας αρχικά θα πρέπει να είναι επαρκώς φωτισμένος ώστε οι εργαζόμενοι να μπορούν να βλέπουν λεπτομέρειες προκειμένου να εκτελέσουν εργασία τους, αλλά και όταν μετακινούνται να μπορούν να βλέπουν εμπόδια που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε ατυχήματα σε περίπτωση που σκοντάψουν ή πέσουν ή απλά με το να πέσουν πάνω τους (Aw et al, 2007). Ιδιαίτερη σπουδαιότητα πρέπει να δίνεται στον φυσικό φωτισμό, ο οποίος θα πρέπει να ενισχύεται από επαρκή τεχνητό φωτισμό, ώστε να προστατεύεται η υγεία και η ασφάλεια των εργαζομένων (Δρίβας και συν., 2003). Η θερμοκρασία επίσης παίζει σημαντικό ρόλο. Στο χώρο μιας κουζίνας, η συνεχής λειτουργία των φούρνων και των εστιών αυξάνουν και την θερμοκρασία του χώρου. Η σοβαρότητα των επιδράσεων στην υγεία αυξάνει με την διάρκεια έκθεσης σε αυξημένη θερμοκρασία και υγρασία. Οι εν λόγω επιδράσεις μπορεί να είναι ατονία, ευερεθιστότητα, έλλειψη συγκέντρωσης, δυσφορία, μειωμένη απόδοση εργασίας, εξανθήματα, κράμπες και εξάντληση από την θερμότητα και ενδεχομένως θερμοπληξία (Aw et al, 2007).

Στις επιχειρήσεις τροφίμων, οι συνηθέστεροι βιολογικοί κίνδυνοι προέρχονται από τα τρόφιμα που επεξεργάζονται οι εργαζόμενοι. Οι μικροοργανισμοί που υπάρχουν στα τρόφιμα, μπορεί να μολύνουν τους εργαζόμενους λόγω κακών χειρισμών και να δημιουργήσουν προβλήματα στην υγεία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο μικροοργανισμός *Staphylococcus aureus* ο οποίος έχει μεγάλη εξάπλωση σε χερσαίο και υδάτινο περιβάλλον, από όπου και μεταφέρεται στα ζώα και στον άνθρωπο. Οι χοίροι θεωρούνται ως η δεξαμενή του μικροβίου για την μετάδοσή του στον άνθρωπο. Η έκθεση στο ωμό κρέας κατά την διάρκεια της εργασίας, όπως συμβαίνει καθημερινά στην μαζική εστίαση, μπορεί να δημιουργήσει την προδιάθεση για μόλυνση και την δημιουργία αποικιών στα χέρια ή στο ρινικό σύστημα των εργαζομένων (Boost et al, 2012, Ho et al, 2014). Έρευνες έχουν δείξει, πως τρόφιμα από τα οποία απομονώθηκαν αποικίες του *S. Aureus*, το φρέσκο κρέας είχε τα μεγαλύτερα ποσοστά μόλυνσης (Di Diannatale et al, 2011, Ho et al, 2014). Τέλος, οι εργαζόμενοι σε επιχειρήσεις υγειονομικού ενδιαφέροντος είναι υποχρεωμένοι να υποβάλλονται σε ιατρικές εξετάσεις ώστε να βεβαιώνεται πως δεν πάσχουν από κάποιο μεταδοτικό ή άλλο νόσημα μη συμβατό με την εργασία τους.

Οι *επαγγελματικές δερματικές παθήσεις* (occupational skin disease - O.S.D.) είναι από τις πιο γνωστές επαγγελματικές παθήσεις (Dierpjen et al, 2006). Η αρχική πρόληψη και η έγκαιρη αναγνώριση της ασθένειας μειώνουν την

ανάπτυξη των παθήσεων και βελτιώνουν τα αποτελέσματά τους, ωστόσο μπορεί να μην εφαρμοσθούν λόγω έλλειψης της επίγνωσης του προβλήματος (Elsner, 2007). Ο τομέας των υπηρεσιών που προσφέρουν τα εστιατόρια, οι επιχειρήσεις τροφίμων, ο τουρισμός, η φιλοξενία και οι πωλήσεις, αποτελείται από έναν αριθμό από βιομηχανίες οι οποίες περιλαμβάνουν έκθεση σε υγρή εργασία με αποτέλεσμα υψηλότερο κίνδυνο για δερματικές παθήσεις (Holness, 2016). Οι επαγγελματικές δερματίτιδες μπορούν ευρέως να χωριστούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία είναι η πρωτοπαθής εξ επαφής δερματίτιδα στην οποία ανήκουν τα τρία τέταρτα του συνόλου των περιπτώσεων. Στην περίπτωση αυτή οι ερεθιστικές ουσίες επιδρούν απευθείας στην επιδερμίδα με την οποία έρχονται σε επαφή και η επίδρασή τους εξαρτάται περισσότερο από την ποσότητα της ουσίας και την διάρκεια έκθεσης σε αυτή παρά σε οποιαδήποτε έμφυτη αντίδραση από το ίδιο το άτομο. Ο βαθμός της επίδρασης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως η ξηρότητα του δέρματος, η εφίδρωση, η ακεραιότητα της επιδερμίδας (δηλαδή εάν έχει υποστεί βλάβη από τραύμα), η ταυτόχρονη ή προϋπάρχουσα δερματοπάθεια και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως η θερμοκρασία, η υγρασία και η τριβή (Gardiner and Harrington, 2007). Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι αλλεργικές δερματίτιδες εξ επαφής οι οποίες ευθύνονται για το 15-20% των περιπτώσεων επαγγελματικής δερματίτιδας. Η αντίδραση περιορίζεται σε έναν μόνο παράγοντα και η δερματική αντίδραση μετά την επαφή μπορεί να καθυστερήσει για μία εβδομάδα ή και περισσότερο. Για να προκληθεί επεισόδιο χρειάζεται σημαντικές συγκεντρώσεις και παρατεταμένη επαφή ενώ σε χρόνια μορφή οδηγεί σε πυκνό και με ραγάδες δέρμα (Gardiner and Harrington, 2007). Σε έρευνα που πραγματοποίησε η *Sylvia Teo* (Teo, 2009) και οι συνεργάτες της σε εστιατόρια, μαζική εστίαση και επιχειρήσεις ταχυφαγείων στην Σιγκαπούρη βρέθηκε ότι από το σύνολο των εργαζομένων που εξετάστηκαν, οι 25 διαγνώστηκαν με ερεθιστική δερματίτιδα εξ επαφής η οποία οφειλόταν σε ιστορικό επαφής με γνωστούς ερεθιστικούς παράγοντες στο περιβάλλον εργασίας όπως έλαια, υγρασία και απορρυπαντικά, ενώ αναφέρθηκε και περιστατικό με ερεθιστικό παράγοντα την επαφή με αυγό και θαλασσινά.

Τέλος, στην τρίτη κατηγορία ανήκουν οι κίνδυνοι τόσο για την υγεία όσο και για την ασφάλεια ή εγκάρσιοι κίνδυνοι. Οι κίνδυνοι αυτοί προέρχονται από την αλληλεπίδραση του εργαζόμενου με το περιβάλλον εργασίας και μπορεί να οφείλονται τόσο σε ψυχολογικούς παράγοντες, όσο επίσης και σε εργονομικούς παράγοντες, καθώς και στις αντίξοες συνθήκες εργασίας, όπως επίσης και στην οργάνωση της εργασίας (Δρίβας και συν., 2000).

Ο βασικότερος ψυχολογικός παράγοντας που συναντάται σε ένα περιβάλλον εργασίας είναι το εργασιακό άγχος. Τα πιθανά αίτια δημιουργίας άγχους ποικίλουν και μπορεί να είναι μεταξύ άλλων ο υπερβολικός όγκος δουλειάς, η πίεση χρόνου, η εργασία σε βάρδιες, το απρόβλεπτο ωράριο εργασίας, η

έλλειψη σαφήνειας της εργασίας και η αντίθεση απόψεων καθώς και το περιβάλλον εργασίας (Aw Tet al, 2007).

### ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» πρωτοεμφανίσθηκε στη βιβλιογραφία την δεκαετία του 1970 όταν ο ψυχίατρος *Freudenberger* παρατήρησε ένα σύνολο συμπτωμάτων υπερκόπωσης σε επαγγελματίες που εργάζονταν στο χώρο της ψυχικής υγείας ορίζοντάς το ως την εξάντληση του ατόμου η οποία προέρχεται από υπερβολική χρήση των ενεργειακών του αποθεμάτων. Παρομοίασε την έννοια του όρου αυτού σαν ένα κτίριο που έχει καταστραφεί από πυρκαγιά. Σύμφωνα με τον *Freudenberger* το άτομο γίνεται ευέξαπτο, ξεροκέφαλο, υπερευαίσθητο, άκαμπτο και προσπαθεί να αποφύγει οποιαδήποτε αλλαγή καθώς πιστεύει πως είναι πολύ δύσκολο να ανταπεξέλθει σε αυτήν. Επίσης, ο *Freudenberger* θεωρεί πως οι πιο επιρρεπείς στο να αναπτύξουν επαγγελματική εξουθένωση είναι οι αφοσιωμένοι και οι απορροφημένοι στην εργασία τους, αυτοί δηλαδή που νιώθουν πίεση τόσο για να δουλέψουν και να προσφέρουν όσο και για να αποδώσουν (*Freudenberger*, 1974).

Άλλοι συγγραφείς περιγράφουν την επαγγελματική εξουθένωση ως «ένα σύνδρομο σωματικού και συναισθηματικού κενού, το οποίο περιλαμβάνει μία αρνητική στάση ως προς την εργασία, χαμηλή αυτοεκτίμηση και απώλεια ενδιαφέροντος για τους ασθενείς» (*Jones*, 1980). Ένας άλλος ορισμός περιγράφει την επαγγελματική εξουθένωση ως «την προοδευτική απώλεια του ιδεαλισμού, της ενέργειας και του σκοπού, την οποία βιώνουν οι άνθρωποι που το επάγγελμά τους έχει να κάνει με την προσφορά, ως αποτέλεσμα της εργασίας τους» (*Sturgess et al*, 1983).

Αργότερα, ένας από τους πιο αποδεκτούς ορισμούς που αφορά την επαγγελματική εξουθένωση διατυπώθηκε από την *Maslach* (*Maslach*, 1982), η οποία περιέγραψε το φαινόμενο ως σύνδρομο σωματικής, νοητικής και ψυχικής εξάντλησης που αναπτύσσεται σε όσους έρχονται σε επαγγελματική σχέση με άλλους ανθρώπους. Σταδιακά ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον του και τα θετικά του συναισθήματα προς την εργασία του, παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία και την απόδοσή του και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του. Η επαγγελματική εξουθένωση δεν αποτελεί μόνο μία συναισθηματική αντίδραση στο αυξημένο στρες που βιώνει ο εργαζόμενος στο χώρο εργασίας του. Εμπειρείει έναν μηχανισμό άμυνας, καθώς ο εργαζόμενος «αποστασιοποιείται» προσπαθώντας έτσι να διατηρήσει τη δουλειά του χωρίς να επηρεάζεται από τις σχέσεις που αναπτύσσει μέσα σε αυτήν.

Σύμφωνα με τις *Christina Maslach* και *Susan Jackson* (*Maslach*, 1982, *Jackson*, 1986), υπάρχουν τρία δομικά στοιχεία που περιγράφουν την επαγγελματική εξουθένωση:

- Η *συναισθηματική εξάντληση*, που αναφέρεται στην αίσθηση συνεχούς έντασης και συναισθηματικής αποξένωσης στις διαπροσωπικές σχέσεις των εργαζομένων,
- Η *αποπροσωπποίηση*, που ταυτίζεται με την αρνητική και πολλές φορές αγενή συμπεριφορά κατά τη συναναστροφή με άλλα άτομα και τέλος,
- Η *έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων*, που εκδηλώνεται κατά τη συνεργασία με άλλους με την πεποίθηση ότι η ικανότητα και η επιθυμία τους για επιτυχία μειώνονται συνεχώς.

Ο παραπάνω ορισμός των *Christina Maslach* και *Susan Jackson* σε συνδυασμό με την ανάπτυξη, εφαρμογή και τεκμηρίωση ενός μεθοδολογικού εργαλείου για την μελέτη και μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο για την εμπειρική μελέτη. Το εργαλείο αυτό λέγεται *Maslach Burnout Inventory* (M.B.I.) και δίνει στους ερευνητές τα απαραίτητα εφόδια για την μελέτη και εκτίμηση του συνδρόμου αυτού.

### *Κλίμακα Maslach*

Η *κλίμακα Maslach* αποτελεί την πιο διαδεδομένη και δημοφιλή κλίμακα μέτρησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Το ερωτηματολόγιο της *Maslach* (Maslach, 1982, Maslach and Jackson, 1981, Maslach and Leiter, 1997) αποτελείται από 22 ερωτήματα, τα οποία εξετάζουν τα τρία δομικά στοιχεία του συνδρόμου. Το συγκεκριμένο εργαλείο ζητά από τους εργαζόμενους να δείξουν την συχνότητα των συναισθημάτων τους στην διάρκεια του εργασιακού έτους. Κάθε μία από τις ερωτήσεις βαθμολογείται από μία επταβάθμια κλίμακα όπου το 1 σημαίνει ότι ποτέ δεν εμφανίζει αυτό που ερωτάται, ενώ το 7 σημαίνει ότι το βιώνει κάθε μέρα.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω το μοντέλο αυτό αποτυπώνει τα συναισθήματα που αφορούν τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Πιο συγκεκριμένα, η υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης αποτυπώνει τον βαθμό στο οποίο το άτομο νιώθει υπερφορτισμένο και εξουθενωμένο συναισθηματικά από την εργασία του. Η υποκλίμακα αυτή θεωρείται από τις πιο σημαντικές τους ερωτηματολογίου, χαρακτηρίζεται ως πυρήνας και αποτελεί κυρίαρχο συστατικό του συνδρόμου (Maslach et al, 2001). Η υποκλίμακα της αποπροσωπποίησης περιγράφει την στάση που κρατά το άτομο απέναντι στους άλλους, η οποία τις περισσότερες φορές είναι μηχανική και αποστασιοποιημένη. Αργότερα η αποπροσωπποίηση ονομάστηκε «*κυνισμός*», περιγράφοντας όλες τις αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές που έχει ο εργαζόμενος στον χώρο εργασίας (Maslach et al, 2001). Τέλος, η υποκλίμακα της μειωμένης προσωπικής επίτευξης αποτυπώνει τα αισθήματα της μειωμένης αποτελεσματικότητας και επίδοσης του εργαζόμενου σε σχέση με αυτά που προσδοκά ο ίδιος από τον εαυτό του. Η

μειωμένη προσωπική επίτευξη μετονομάστηκε αργότερα σε «μειωμένη αποτελεσματικότητα» και αναφέρεται σε όλα τα συναισθήματα του εργαζόμενου που αφορούν μια προσωπική εκτίμηση του ελλείμματος της αποτελεσματικότητας, της επίτευξης, καθώς επίσης και της ικανότητάς του να αποδώσει σε οτιδήποτε του ανατεθεί (Leiter and Maslach, 2001).

Οι παράγοντες που επιδρούν στην υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας, είναι κάτι παραπάνω από εμφανές, πως είναι αρκετοί και ποικίλοι. Η κάθε επιχείρηση θα πρέπει να καθιερώσει μια πολιτική υγιεινής και ασφάλειας στον χώρο εργασίας η οποία θα έχει ως σκοπό την δημιουργία μιας κουλτούρας γύρω από τα θέματα που σχετίζονται με αυτή.

Συγκεκριμένα, η κάθε διοίκηση θα πρέπει να καθιερώνει, να εφαρμόζει και να διατηρεί μια πολιτική η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει την δέσμευση της διοίκησης ως προς την παροχή υγιών και ασφαλών συνθηκών εργασίας προκειμένου να προλαμβάνονται τα εργατικά ατυχήματα και οι ασθένειες και θα είναι κατάλληλα προσαρμοσμένη στις ανάγκες και στο σκοπό της επιχείρησης, θα παρέχει τους προς επίτευξη στόχους όσο αφορά την υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας και τέλος θα κάνει κατανοητή την δέσμευση για την διαβούλευση και συμμετοχή των εργαζομένων ή των εκπροσώπων αυτών (I.S.O. 45001:2018). Η πολιτική αυτή θα πρέπει να είναι γραπτή και να γνωστοποιείται στα διάφορα μέρη της εκάστοτε επιχείρησης (I.S.O. 45001:2018).

Επιπροσθέτως, θα πρέπει να καταστεί σαφής η σπουδαιότητα της ατομικής ευθύνης του κάθε εργαζόμενου στα θέματα υγιεινής και ασφάλειας, καθώς επίσης και η ανάγκη για ενεργό συμμετοχή στην προσπάθεια αυτή, θεωρώντας δεδομένο ότι είναι κάτι που αφορά τον κάθε εργαζόμενο.

## *ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ*

Η επιβίωση ενός οργανισμού εξαρτάται από την ικανότητα του να μαθαίνει γρηγορότερα από τους ανταγωνιστές του, να εξελίσσεται και να προσαρμόζεται στις απαιτήσεις των πελατών του και στις διάφορες αλλαγές, οικονομικές, τεχνολογικές που παρατηρούνται στο περιβάλλον (Μπουραντάς, 2003).

Για να επιτευχθεί αυτό, απαιτείται συστηματική και μακροχρόνια προσπάθεια ούτως ώστε οι εργαζόμενοι να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι και να υλοποιούν με τον καλύτερο τρόπο τους στόχους της επιχείρησης. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιείται η εκπαίδευση.

Εκπαίδευση είναι η οργανωμένη διαδικασία μάθησης που στοχεύει στην απόκτηση γνώσεων και ικανοτήτων για ένα ορισμένο σκοπό. Η εκπαίδευση στόχο έχει την μεταφορά γνώσεων, ή δεξιοτήτων από ένα πομπό (εκπαιδευτή), σε ένα δέκτη (εκπαιδευόμενο), μέσω μιας τυπικής διαδικασίας (διδασκαλία) πάνω σε ένα ή περισσότερα αντικείμενα (Μπουραντάς, 2003). Μια άλλη εκδοχή του ορισμού της εκπαίδευσης είναι ότι ως εκπαίδευση ορίζεται μια συστηματικά σχεδιασμένη

διαδικασία που έχει ως σκοπό της τη διερεύνηση των γνώσεων καθώς και την εκμάθηση τρόπων συμπεριφοράς οι οποίοι θα συμβάλλουν στην επίτευξη των στόχων και της στρατηγικής της επιχείρησης (Ξηροτύρη - Κουφίδου, 2010). Η εκπαίδευση, είναι η παροχή προς τους εργαζομένους συγκεκριμένων δεξιοτήτων ή βοήθειας προκειμένου να φέρουν εις πέρας τις εργασίες τους. Εστιάζει αποκλειστικά στη τρέχουσα εργασία καθώς και στις άμεσες ανάγκες της επιχείρησης (Τερζίδης και Τζωρτζάκης, 2004). Θεμελιώδης στόχος της εκπαίδευσης είναι να βοηθήσει την επιχείρηση να επιτύχει τους στρατηγικούς της στόχους προσθέτοντας αξία στην εργασία των ανθρώπων που απασχολεί. Εκπαίδευση σημαίνει επένδυση στους ανθρώπους ώστε να αποδίδουν καλύτερα και να κάνουν καλύτερη χρήση των φυσικών τους ικανοτήτων (Χυτήρης, 2001).

Στις επιχειρήσεις μαζικής εστίασης, οι εργαζόμενοι εκτίθενται σε ένα μεγάλο αριθμό κινδύνων που αφορούν την υγεία και την ασφάλεια όπως μαχαίρια, ζεστές επιφάνειες μαγειρέματος, μηχανές κοπής και τεμαχισμού, ολισθηρές επιφάνειες κ.ά (Hendricks and Layne, 1999, Sinclair et al, 2003). Επιπλέον, υπάρχει μεγάλος αριθμός εργαζομένων όλων των ηλικιών, οι οποίοι δεν διαθέτουν την απαιτούμενη εμπειρία καθώς και μεγάλος κύκλος εργασιών (Woods and Macaulay, 1989). Οποιοσδήποτε από αυτούς τους παράγοντες, όπως είναι φυσικό, μπορεί να συμβάλει σε ένα εργατικό ατύχημα.

Η πρόληψη αυτών των τραυματισμών εξαρτάται από την συντονισμένη προσπάθεια εργοδοτών και εργαζομένων. Μεταξύ των διάφορων στρατηγικών πρόληψης, η εκπαίδευση σε θέματα ασφάλειας έχει πλεονεκτήματα επειδή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να διδάξει ασφαλείς συμπεριφορές, να παρέχει χρόνο εξάσκησης και να παρακινεί του εργαζόμενους να αποδίδουν με ασφάλεια. Στις επιχειρήσεις μαζικής εστίασης, η εκπαίδευση είναι υψηλή λόγω του μεγάλου κύκλου εργασιών, όμως η εκπαίδευση σε θέματα ασφάλειας δεν είναι τόσο συχνή (Sinclair et al, 2003).

Μολονότι πολλοί εργοδότες παρέχουν εκπαίδευση σε θέματα ασφάλειας, υπάρχει μια μεγάλη μερίδα εργοδοτών η οποία θεωρεί πως δεν υπάρχει αρκετός χρόνος για εκπαίδευση. Στην βιομηχανία τροφίμων, οι ημερήσιες απαιτήσεις παραγωγής κατά τις οποίες γίνεται χρήση ευπαθών πρώτων υλών, ενδέχεται να επισκιάσει τις ανάγκες για εκπαίδευση, ακόμα και να αυτή μπορεί μακροπρόθεσμα να συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα και την εξοικονόμηση πόρων (Sinclair et al, 2003).

#### *ΠΡΟΤΥΠΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ*

Τα θέματα ασφάλειας και υγείας των εργαζομένων είχαν πάντα αξιοσημείωτη θέση στις ανησυχίες των επιχειρήσεων σχετικά με τους εργαζομένους. Η ανάλυση κινδύνων, στην ασφάλεια τροφίμων αλλά και στην ασφάλεια της εργασίας αποτελεί βασικό εργαλείο για την εφαρμογή συστημάτων

αυτορρύθμισης για την παραγωγή ασφαλών προϊόντων για τους καταναλωτές αλλά και την εφαρμογή συστημάτων και μέτρων για την διασφάλιση της ευημερίας των εργαζομένων με ένα κοινό στόχο, την ενίσχυση της πρόληψης.

Παράλληλα, τα τελευταία χρόνια οι απαιτήσεις της κοινωνίας σε θέματα που αφορούν την ασφάλεια των προϊόντων που φτάνουν στους καταναλωτές και την πρόληψη της υγείας έχουν αυξηθεί δραματικά.

Είναι γνωστό ότι ο *Διεθνής Οργανισμός Πιστοποίησης* (International Organization of Standardization - I.S.O.) είναι μια διεθνής οργάνωση δημιουργίας και έκδοσης προτύπων η οποία αποτελείται από αντιπροσώπους των εθνικών οργανισμών πιστοποίησης.

Ο οργανισμός αυτός, ο οποίος είναι *Μη Κυβερνητικός Οργανισμός* (Μ.Κ.Ο.), ιδρύθηκε στις 23 Φεβρουαρίου 1947, εδρεύει στη Γενεύη και παράγει βιομηχανικά και εμπορικά πρότυπα σε παγκόσμια κλίμακα, τα επονομαζόμενα πρότυπα I.S.O. Μέλος του I.S.O. μπορεί να γίνει το *Εθνικό Ίδρυμα Πρωτοτυποποίησης* κάθε χώρας και σήμερα τα υπάρχοντα μέλη ανέρχονται στα 165.

Ενώ όπως αναφέρθηκε παραπάνω ο *Διεθνής Οργανισμός Πιστοποίησης* ορίζεται ως μη κυβερνητική οργάνωση, λόγω της ιδιότητάς του να θέτει πρότυπα, τα οποία οι εκάστοτε κυβερνήσεις αποφασίζουν μέσω *Νόμων, Κοινών Υπουργικών Αποφάσεων, Οδηγιών και Συνθηκών* πως πρέπει να τηρούνται, καθίσταται πιο ισχυρός από άλλες μη κυβερνητικές οργανώσεις με ισχυρούς δεσμούς και συνδέσµους με κυβερνήσεις.

*Πρότυπο Διαχείρισης για την Υγεία και Ασφάλεια στην εργασία (I.S.O. 45001:2018)*

Το *Πρότυπο Διαχείρισης για την Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία* εκδόθηκε αρχικά το 1999 και αναθεωρήθηκε το 2018. Είναι σαφές πως ο κάθε οργανισμός είναι υπεύθυνος για την *Υγεία και Ασφάλεια των Εργαζομένων* του, αλλά και κάθε άλλου που μπορεί να επηρεασθεί από τις δραστηριότητες του. Η εν λόγω υπευθυνότητα περιλαμβάνει την ενίσχυση και την προστασία της φυσικής και ψυχικής τους υγείας. Με άλλα λόγια, σκοπός του συστήματος αυτού είναι να παρέχει ασφαλείς και υγιείς χώρους εργασίας, να αποτρέπει εργατικά ατυχήματα και την κακή κατάσταση της υγείας των εργαζομένων και να βελτιώνει συνεχώς της επιδόσεις της Υγείας και Ασφάλειας (I.S.O. 45001:2018). Πιο συγκεκριμένα, στόχος του συστήματος διαχείρισης είναι να παρέχει το πλαίσιο για την διαχείριση των απειλών και ευκαιριών της Υγείας και Ασφάλειας.

Ο σκοπός και τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα είναι η αποτροπή ενός εργατικού ατυχήματος και της κακής κατάστασης της υγείας των εργαζομένων και η παροχή ασφαλών και υγιών χώρων εργασίας. Συνεπώς, για κάθε οργανισμό η εξάλειψη των κινδύνων και η ελαχιστοποίηση της διακινδύνευσης έχει κρίσιμη σημασία (I.S.O. 45001:2018).



## *Πρότυπο Διαχείρισης Ασφάλειας Τροφίμων (I.S.O. 22000:2018)*

Το Πρότυπο Διαχείρισης Ασφάλειας Τροφίμων I.S.O. 22000 αρχικά εκδόθηκε το 2005 και αναθεωρήθηκε το 2018. Το σύστημα αυτό αποτελεί μια συστηματική προσέγγιση στην αναγνώριση, την εκτίμηση της επικινδυνότητας και της σοβαρότητας, καθώς και τον έλεγχο των μικροβιολογικών, χημικών και φυσικών κινδύνων που σχετίζονται με όλα τα στάδια παραγωγής ενός τροφίμου, από την ανάπτυξη και τη συγκομιδή των πρώτων υλών μέχρι την τελική κατανάλωση του προϊόντος. Το I.S.O. 22000 είναι ένα προληπτικό σύστημα διασφάλισης της ασφάλειας στα τρόφιμα, το οποίο προλαμβάνει τους κινδύνους και αναγνωρίζει τα Κρίσιμα Σημεία Ελέγχου στα οποία μπορούν να ελεγχθούν οι πιθανοί αυτοί κίνδυνοι (I.S.O. 22000:2018). Σκοπός του προτύπου είναι η ενσωμάτωση των αρχών του συστήματος *Hazard Analysis and Critical Control Points* (H.A.C.C.P.) σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα διαχείρισης (I.S.O. 22000:2018).

## *Η ΠΑΝΔΗΜΙΑ ΤΟΥ ΚΟΡΟΝΟΪΟΥ*

Ο νέος κορονοϊός, ο οποίος ξεκίνησε ως μια ζωνοσογόνος στην Κίνα τον Δεκέμβριο του 2019, χαρακτηρίστηκε *πανδημία* τον Μάρτιο του 2020 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ. - W.H.O.), αφού πρώτα είχε εξαπλωθεί ραγδαία στις περισσότερες χώρες του κόσμου (W.H.O., 2020). Η ασθένεια του κορονοϊού, γνωστή κυρίως ως COVID-19, είναι μια μολυσματική ασθένεια και προκαλείται από τον κορονοϊο SARS-COV-2.

Τα συμπτώματα της νόσου ποικίλουν και τα πιο συχνά είναι πυρετός, ξηρός βήχας και αίσθηση εξάντλησης. Σε περίπτωση σοβαρής εξέλιξης της νόσου τα συμπτώματα περιλαμβάνουν δυσκολία στην αναπνοή, απώλεια όρεξης, σύγχυση, επίμονο πόνος ή πίεση στο στήθος και υψηλό πυρετό, άνω των 38°C. Λιγότερο συχνά συμπτώματα είναι η σύγχυση, η μειωμένη συνείδηση, η ανησυχία, η κατάθλιψη, οι διαταραχές ύπνου, πιο σοβαρές και σπάνιες νευρολογικές επιπλοκές (W.H.O., 2021). Η περίοδος επώασης του ιού, μέχρι την εμφάνιση της ασθένειας, κυμαίνεται έως 14 ημέρες, με διάμεσο χρόνο τις 5,1 ημέρες και το 97.5% των ατόμων που θα εμφανίσουν συμπτώματα θα το κάνουν έως 11,5 ημέρες από την μόλυνση (Laurel et al, 2020).

Πολλές χώρες, ήδη από τις αρχές του 2020, εφάρμοσαν μερικό ή ολικό Lockdown προκειμένου να μειώσουν την διασπορά του ιού. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να ανασταλεί η λειτουργία των επιχειρήσεων αλλά και των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, να απαγορευτούν τα ταξίδια και οι μαζικές συγκεντρώσεις. Παρόλα αυτά, τα καταστήματα εστίασης έπρεπε να παραμείνουν ανοικτά προκειμένου να καλύπτονται οι ανάγκες του πληθυσμού. Το φαγητό, μαζί με την υγειονομική περίθαλψη, την ενέργεια και τον τομέα της επικοινωνίας, θεωρείται ζωτικής σημασίας για την καθημερινότητα και ως εκ τούτου θα πρέπει να διατηρηθεί η ορθή

λειτουργία των σχετικών επιχειρήσεων ώστε να είναι διαθέσιμο κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Nakat and Bou - Mitri, 2021).

Ο τομέας αυτός, συνεχίζει να αντιμετωπίζει νέες προκλήσεις κατά τη διάρκεια της πανδημίας, από την διακοπή της εφοδιαστικής αλυσίδας και τις επιπτώσεις στα συστήματα τροφίμων, μέχρι την υψηλή ζήτηση της αγοράς, τη διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου ασφάλειας τροφίμων αλλά και την προστασίας του ανθρωπίνου δυναμικού (Galanakis, 2020).

Μέχρι σήμερα, παρά το εύρος της πανδημίας, δεν υπάρχουν αναφορές πως ο κορονοϊός μεταφέρετε μέσω της κατανάλωσης τροφίμων (E.F.S.A., 2020). Η κύρια πηγή μετάδοσης είναι μέσω της αναπνευστικής οδού, από άτομο σε άτομο, μέσω σωματιδίων που αιωρούνται στην ατμόσφαιρα μετά από το πτέρνισμα, το βήχα και την εκπνοή (European Commission, Directorate - General for Health and Food Safety, 2020). Στη βιομηχανία τροφίμων, οι Κανόνες Ορθής Παρασκευαστικής και Υγιεινής Πρακτικής διέπουν ήδη την παραγωγή των τροφίμων και η εφαρμογή τους υπόκειται σε έλεγχο από τις δημόσιες αρχές.

Οι κανόνες αυτοί έχουν σχεδιασθεί για να αποτρέπον την μόλυνση των τροφίμων από οποιοδήποτε παθογόνο και ως εκ τούτου στοχεύει και στην πρόληψη της μόλυνσης από τον SARS-CoV-2. (European Commission, Directorate - General for Health and Food Safety, 2020). Οι επιχειρήσεις τροφίμων πρέπει να συνεχίσουν να εφαρμόζουν αυτούς τους αυστηρούς κανόνες για την υγιεινή και ασφάλεια των τροφίμων, ενώ παράλληλα θα πρέπει να προσέχουν για πιθανούς κινδύνους που απορρέουν από τα πρόσθετα μέτρα σχετικά με τον COVID-19 (W.H.O., 2020).

### *Μέτρα Προστασίας σε Επιχειρήσεις Μαζικής Εστίασης και Ζαχαροπλαστεία*

Οι κύριοι χώροι μετάδοσης και οι διαδικασίες στις επιχειρήσεις μαζικής εστίασης και τα ζαχαροπλαστεία, όπου μπορεί να υπάρξει έκθεση στον ιό είναι συνοπτικά οι ακόλουθοι:

- Χώροι παραλαβής / προμήθειας πρώτων υλών και υλικών συσκευασίας,
- Αποθήκευση και μεταφορά στον χώρο επεξεργασίας,
- Επεξεργασία τροφίμων, προετοιμασία γευμάτων και γλυκών,
- Λάντζα (χώροι πλύσεις σκευών),
- Αποστολή προς διανομή,
- Πωλήσεις (ταμείο, εξυπηρέτηση),
- Προσέλευση και αποχώρηση του προσωπικού της επιχείρησης,
- Υποπτο ή επιβεβαιωμένο κρούσμα στο προσωπικό,
- Επίσκεψη και παραμονή εξωτερικών συνεργατών και επισκεπτών στον χώρο εργασίας,
- Γραφεία (χρήση ίδιου εξοπλισμού, κοινών εργαλείων),
- Τουαλέτες,
- Χώρος διαλείμματος / ανάπαυσης προσωπικού (E.Φ.Ε.Τ., 2020).

Από τα κύρια οργανωτικά μέτρα που πρέπει να ληφθούν είναι η αποφυγή συγχρωτισμού και η τήρηση των αποστάσεων (Ε.Φ.Ε.Τ., 2020). Αυτό είναι δυνατόν να συμβεί, διαμορφώνοντας ένα πρόγραμμα σταδιακής προσέλευσης και αποχώρησης του προσωπικού ώστε να υπάρχει περιορισμένη αλληλεπίδραση μεταξύ τους, όπως επίσης και ένα πρόγραμμα ελεγχόμενης πρόσβασης των υπαλλήλων στους κοινόχρηστους χώρους όπως για παράδειγμα χώροι διαλειμμάτων, ανάπαυσης, αποδυτήρια και τουαλέτες. Επίσης, θα πρέπει να εγκατασταθούν χωρίσματα μεταξύ των εργαζομένων, όπως πλεξιγκλάς, να αυξηθεί ο αερισμός των χώρων, να προστεθούν σταθμοί πλυσίματος και απολύμανσης χεριών και τέλος η απόσταση μεταξύ των εργαζομένων να είναι μεταξύ 1-2 μέτρων (Ο.Σ.Η.Α., 2020). Οι εργαζόμενοι θα μπορούσαν να έρθουν σε επαφή με τον ιό λόγω της στενής επαφής στην γραμμή παραγωγής και συσκευασίας, στους χώρους ποιοτικού ελέγχου, στους κοινόχρηστους χώρους, καθώς και στις εισόδους και εξόδους της επιχείρησης (Nakat and Bou - Mitri, 2021).

Τα διοικητικά μέτρα αφορούν κυρίως αλλαγές στην εργασιακή πολιτική ή διαδικασίες ώστε να μειωθεί ή να ελαχιστοποιηθεί ο χρόνος έκθεσης στον κίνδυνο. Επίσης, οι εργοδότες θα πρέπει να ενθαρρύνουν τους εργαζόμενους που είναι άρρωστοι να παραμείνουν στο σπίτι, να αναθεωρήσουν την πολιτική της αναρρωτικής άδειας, να ενημερώσουν το πρόγραμμα καθαριότητας, καθώς και να τροποποιήσουν τα εργαλεία εκπαίδευσης και κατάρτισης (Ο.Σ.Η.Α., 2020).

Τα *Μέσα Ατομικής Προστασίας* (Μ.Α.Π.), εάν χρησιμοποιούνται σωστά, είναι απόλυτα χρήσιμα στην βιομηχανία τροφίμων και μπορούν να βοηθήσουν τόσο στην ελαχιστοποίηση της μόλυνσης από τον COVID-19, όσο και στην ελαχιστοποίηση της διασταυρούμενης επιμόλυνσης των τροφίμων, παράλληλα με την σωστή προσωπική υγιεινή πρακτική και τις πρακτικές πλυσίματος και απολύμανσης χεριών (W.H.O., 2020). Τα Μέσα Ατομικής Προστασίας στην βιομηχανία τροφίμων περιλαμβάνουν την προστατευτική μάσκα, γάντια, προσωπίδες, καλύμματα κεφαλής, καθαρές στολές εργασίας καθώς και κλειστά αντιολισθητικά παπούτσια. Η χρήση της μάσκας είναι πιο απαραίτητη ωστόσο από τα υπόλοιπα μέσα ατομικής προστασίας, λόγω του γεγονότος πως ο ιός προσβάλλει το αναπνευστικό σύστημα. Από την έναρξη της πανδημίας έχουν δοθεί πολλαπλές οδηγίες από διάφορους οργανισμούς, όπως ο *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας* (W.H.O.) και το *Αμερικάνικο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων* (C.D.C.), που αφορούν την σωστή χρήση της μάσκας τόσο για την εφαρμογή όσο και για την απόρριψή της (Nakat and Bou - Mitri, 2021).

Οι επιχειρήσεις τροφίμων θα πρέπει να εξετάσουν πώς να προστατεύσουν καλύτερα την υγεία των εργαζομένων μέσω του κατάλληλου ελέγχου, προσέχοντας παράλληλα ζητήματα φόβου, άγχους και προστασίας του απορρήτου. Σύμφωνα με τα *Αμερικανικά Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων* (C.D.C.), οι εργαζόμενοι που βρίσκονται στις ομάδες υψηλού κινδύνου είναι οι εργαζόμενοι άνω των 65 ετών, ή εκείνοι που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια όπως καρδιακές

παθήσεις, υπέρταση, ασθένεια πνευμόνων, διαβήτης, άσθμα (C.D.C., 2020). Τυπικά, ο εργαζόμενος θα πρέπει να υποβάλλεται σε κάποιες μορφές έλεγχου κατά την άφιξη του στην εργασία. Για παράδειγμα, η επιχείρηση μπορεί να ρωτά εάν ο εργαζόμενος αισθάνεται αδιαθεσία ή έχουν συμπτώματα του ιού, εάν έχει έρθει σε επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα (C.D.C., 2020). Επίσης, οι επιχειρήσεις θα μπορούσαν και να θερμομετρούν τους εργαζόμενους, χρησιμοποιώντας ένα θερμόμετρο υπέρυθρων, έχοντας υπόψη βέβαια πως δεν παρουσιάζουν όλοι οι ασθενείς πυρετό. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται και στο εποχικό και προσωρινό προσωπικό (B.R.C.G.S., 2020).

Υψίστης σημασίας, επίσης, είναι και η σωστή υγιεινή των χεριών. Οι επιχειρήσεις θα πρέπει να διασφαλίσουν ότι θα υπάρχουν σταθμοί πλύσης χεριών στους χώρους παραγωγής, ο οποίος θα παρέχουν ζεστό νερό, σαπούνι και χαρτοπετσέτες μιας χρήσης. Οι εργαζόμενοι σε αυτές τις επιχειρήσεις θα πρέπει να διασφαλίζουν το σωστό και τακτικό των χεριών τους. (F.D.A., 2020). Τέλος, η απολύμανση των χεριών με αντισηπτικό θα πρέπει να εφαρμόζεται ως πρόσθετο μέτρο, χωρίς ωστόσο να αντικαθιστά το σωστό πλύσιμο των χεριών (W.H.O., 2020).

Στις επιχειρήσεις τροφίμων, ωστόσο, ακρογωνιαίο λίθο για την καλύτερη εφαρμογή των μέτρων κατά του COVID-19 αποτελούν η σωστή εκπαίδευση, όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο, και η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ εργαζομένων και διοίκησης. Τα πρωτόκολλα εκπαίδευσης θα πρέπει να ανανεώνονται και να αναθεωρούνται συνεχώς προκειμένου οι εργαζόμενοι να ενημερώνονται για τους κινδύνους και την σωστή εφαρμογή των μέτρων προστασίας. Είναι πρωταρχικής σημασίας επίσης το εκπαιδευτικό υλικό να είναι κατανοητό και διαθέσιμο προς όλους τους εργαζόμενους όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων (C.D.C., 2020, Nakat and Bou - Mitri, 2021).

## **ΣΚΟΠΟΣ**

Ο σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας κάτω από τις οποίες εργάζεται το προσωπικό των επιχειρήσεων μαζικής εστίασης και ζαχαροπλαστείων και ο εντοπισμός του βαθμού στον οποίο οι εργαζόμενοι κατανοούν τους κινδύνους και εφαρμόζουν τα μέτρα προστασίας τόσο αυτά που ήδη υπήρχαν όσο και αυτά που έχουν προστεθεί με την έναρξη της πανδημίας του COVID-19 και κατά πόσο όλα αυτά επιδρούν στην υγεία. Ζητούμενο, επίσης, είναι η διερεύνηση του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων αυτών.

Τα θέματα που πρόκειται να εξετάσει η μελέτη είναι η εκπαίδευση πάνω στις συνθήκες ασφάλειας και υγιεινής της εργασίας, οι άνθρωποι και ο τεχνικός εξοπλισμός, το μικροκλίμα του περιβάλλοντος εργασίας (υγρασία, θερμοκρασία κλπ), οι κίνδυνοι από χημικές ουσίες και πως όλα αυτά συνθέτουν ένα ασφαλές περιβάλλον εργασίας.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η έρευνα διεξήχθη στην Π.Ε. Ξάνθης. Συγκεκριμένα, επιλέχθηκαν επιχειρήσεις μαζικής εστίασης και τα ζαχαροπλαστεία που εδρεύουν στον νομό. Η έρευνα έλαβε χώρα τον μήνα Μάιο του έτους 2021, πριν την έναρξη των αδειών λόγω καλοκαιριού ώστε να εξασφαλισθεί η μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή του υπό μελέτη πληθυσμού.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 345 εργαζόμενοι που εργάζονταν στις επιχειρήσεις που προαναφέρθηκαν. Επιλέχθηκε όλο το προσωπικό ανεξάρτητα από την ειδικότητά τους. Όλοι οι εργαζόμενοι ήταν ενήλικες με φυσιολογική νοητική κατάσταση και μητρική γλώσσα τα ελληνικά.

Για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οι εργαζόμενοι ενημερώθηκαν γραπτά και προφορικά και τους παρέχονταν οι απαραίτητες διευκρινήσεις σε τυχόν απορίες. Ο χρόνος που απαιτούνταν για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 15 λεπτά.

Για την προετοιμασία του ερωτηματολογίου αρχικά καθορίστηκαν οι πληροφορίες που έπρεπε να συλλεχθούν με βάση τα χαρακτηριστικά της εργασίας του συγκεκριμένου δείγματος. Έπειτα προσδιορίστηκε ο τύπος του ερωτηματολογίου και η σειρά των ερωτήσεων.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 2 ομάδες ερωτήσεων κλειστού τύπου. Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις που αφορούν τα κοινωνικά, δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία των εργαζομένων. Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει 17 ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικές με τις συνθήκες εργασίας των εργαζομένων γενικά, αλλά και μετά την έναρξη της πανδημίας. Η 18η ερώτηση αφορά το *ερωτηματολόγιο καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (M.B.I.)*.

Το εργαλείο αυτό θεωρείται αξιόπιστο, έγκυρο και εύκολο στη χρήση του. Το ερωτηματολόγιο *Maslach* αποτελείται από 22 ερωτήσεις κλειστού τύπου και αποτελείται από τρεις υποομάδες που εκφράζουν την συναισθηματική εξάντληση, τα προσωπικά επιτεύγματα και την αποπροσωπιοποίηση. Η βαθμολογία υπολογίζεται με διαβάθμιση 7 σημείων. Υψηλή βαθμολογία την υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωπιοποίησης αποτελεί ένδειξη υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων αποτελεί ένδειξη χαμηλού κινδύνου για την ανάπτυξη του συνδρόμου αυτού. Η βαθμολογία για κάθε ερώτηση εκφράζει την συχνότητα και έχει αρίθμηση από το ένα μέχρι το επτά, όπου το ένα εκφράζει το «ποτέ» ενώ το επτά το «κάθε μέρα».

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος S.P.S.S. version 25, ενώ και για τη δημιουργία των διαγραμμάτων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα EXCEL.

Πριν ξεκινήσει η παρούσα έρευνα έλαβε σχετική έγκριση από την *Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας* του Δ.Π.Θ με αριθμό πρωτοκόλλου ΔΠΘ/ΕΗΔΕ/47311/476 με ημερομηνία 28.04.2021.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### ΓΕΝΙΚΑ / ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ρωτήθηκαν 380 άτομα και συμμετείχαν 345 άτομα (90,7% απαντητικότητας).

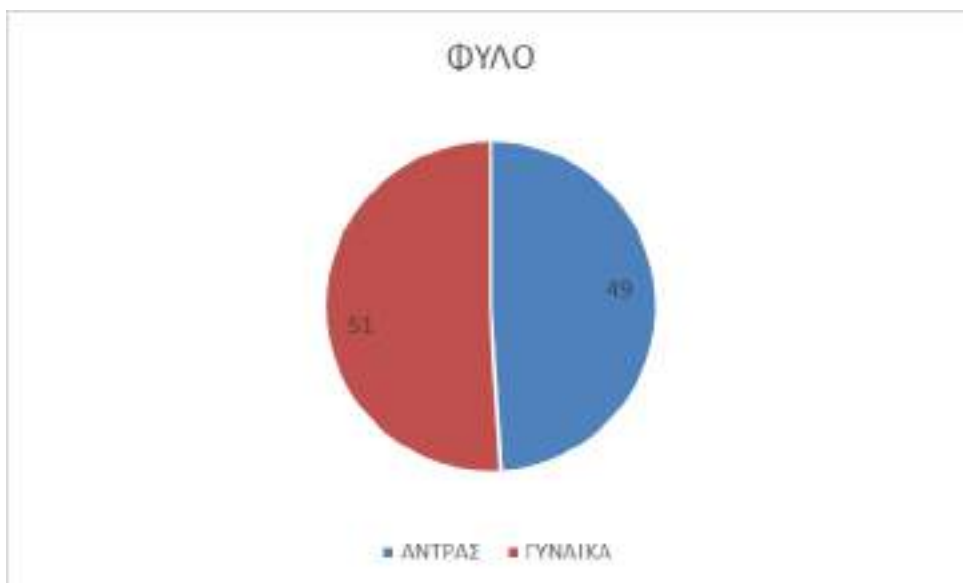
Πίνακας 1. Δημογραφικά δεδομένα.

Μεταβλητές	Αριθμός	Ποσοστό (%)
<i>Φύλο</i>		
Άνδρας	170	49%
Γυναίκα	175	51%
<i>Ηλικιακές Ομάδες</i>		
18-29	100	29%
30-39	131	38%
40-49	62	18%
50-59	48	14%
60-69	4	1%
<i>Μέσος Ορος Ηλικίας Συμμετεχόντων</i>	36,1 έτη (SD 10,27)	
<i>Μορφωτικό Επίπεδο</i>		
Απόφοιτος Δημοτικού	29	8%
Απόφοιτος Γυμνασίου	37	11%
Απόφοιτος Λυκείου	97	28%
Απόφοιτος Επαγγελματικής Σχολής	161	47%
Απόφοιτος Ανωτάτης Σχολής	21	6%
<i>Θέση εργασίας στην επιχείρηση</i>		
Μάγειρας	100	29%
Ζαχαροπλάστης	63	19%
Παρασκευαστής Τροφίμων	80	23%
Υπάλληλος Καθαριότητας	25	7%
Υπεύθυνος Επιχείρησης	21	6%
Πωλητής / Πωλήτρια	56	16%
<i>Είδος Απασχόλησης</i>		
Εποχιακή	100	29%
Μόνιμη	245	71%
<i>Προϋπηρεσία σε αντίστοιχη θέση εργασίας</i>		
0-5 έτη	140	41%
6-10 έτη	67	19%
11-15 έτη	37	11%
16-20 έτη	41	12%
21-25 έτη	29	8%
25 έτη και άνω	31	9%

Αναλυτικότερα τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος της έρευνας που πραγματοποιήθηκε παραθέτονται ακολούθως περιγραφικά, αλλά και με μορφή διαγραμμάτων

## ΦΥΛΟ

Από το σύνολο των 345 εργαζομένων που συμμετείχαν στην έρευνα το 49% ήταν άνδρες, ενώ το 51% ήταν γυναίκες, που αντιστοιχεί στην κατά φύλο αναλογία που καταγράφεται για το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού σύμφωνα με τα δεδομένα των πρόσφατων απογραφών, όπως καταγράφονται από την *Ελληνική Στατιστική Αρχή* (ΕΛ.ΣΤΑΤ.), παρότι δεν πραγματοποιήθηκε επιλογή δείγματος με διαστρωμάτωση.

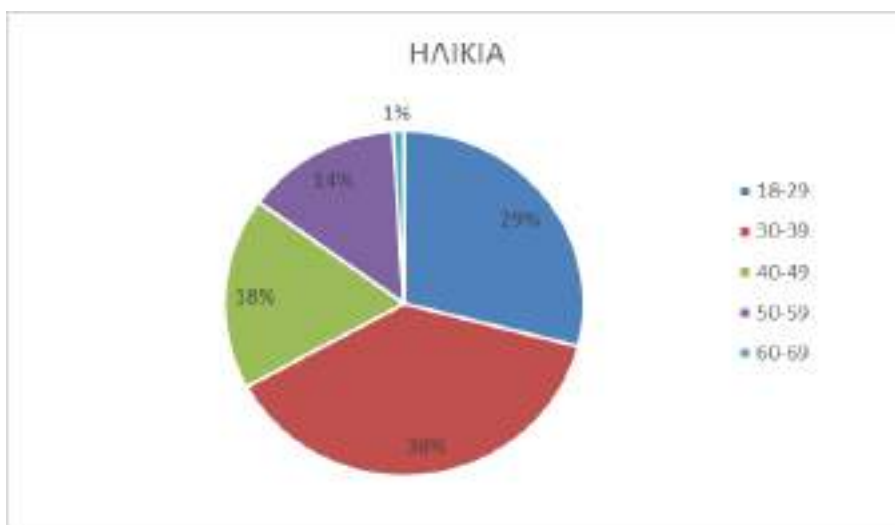


*Διάγραμμα 1.* Κατανομή συμμετεχόντων με βάση το φύλο.

## ΗΛΙΚΙΑ

Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαίνεται από 18 έως 65 έτη. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων διανύει την τέταρτη δεκαετία της ζωής του (131 άτομα σε ποσοστό 38%), ενώ το αμέσως επόμενο ποσοστό (29%) ανήκει σε άτομα ηλικίας 18 έως 29 ετών.

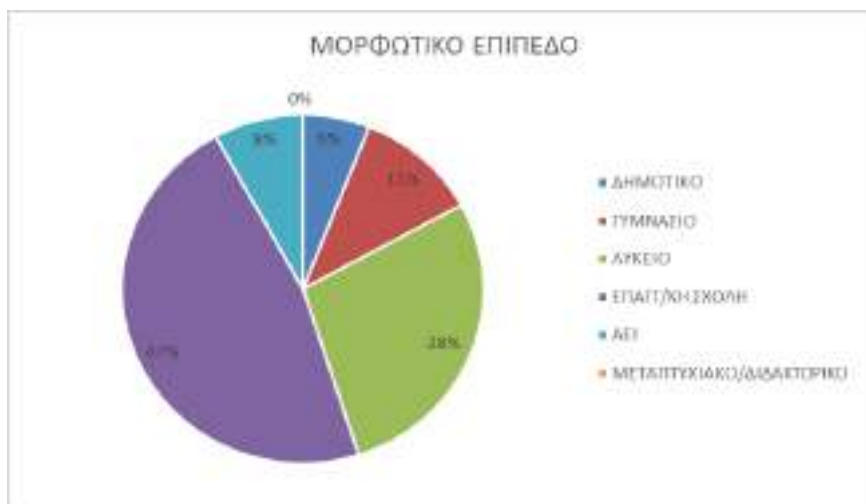
Ακολουθούν τα άτομα ηλικίας 40 έως 49 ετών σε ποσοστό 18%, ενώ οι ερωτηθέντες ηλικίας 50 έως 59 ετών αποτελούν το 14% του δείγματος. Τέλος, μόλις το 1% των ερωτηθέντων είναι ηλικίας 60 έως 69 ετών.



Διάγραμμα 2. Κατανομή συμμετεχόντων με βάση την ηλικία.

### ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων. Το 47% των εργαζομένων, ποσοστό που αντιστοιχεί σε 161 άτομα, είναι απόφοιτοι Επαγγελματικής Σχολής, ενώ το 28% (97 άτομα) είναι απόφοιτοι Λυκείου. Ακολουθούν οι απόφοιτοι Γυμνασίου και Δημοτικού, με ποσοστό 11% (37 άτομα) και 8% (29 άτομα) αντίστοιχα. Μόλις το 6% των ερωτηθέντων, ποσοστό που αντιστοιχεί σε 21 άτομα, είναι απόφοιτοι Ανωτάτης Εκπαίδευσης ενώ δεν υπήρχε κανένας ερωτώμενος κάτοχος κάποιου Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού τίτλου.



Διάγραμμα 3. Κατανομή συμμετεχόντων με βάση το μορφωτικό επίπεδο.



## ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ

Σύμφωνα με το ακόλουθο γράφημα, οι θέσεις εργασίας στην επιχείρηση διαμορφώνονται ως εξής:

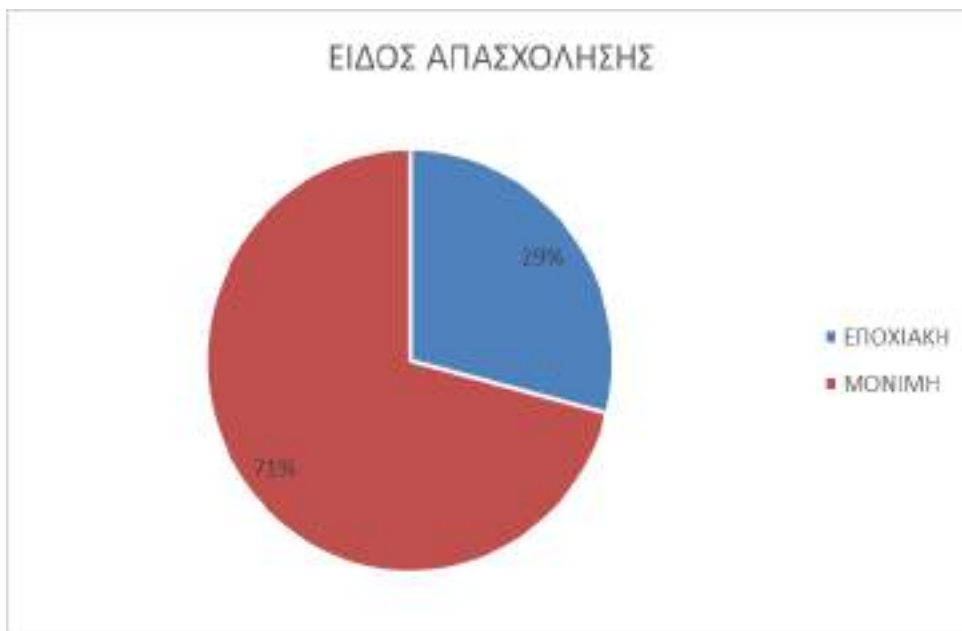


*Διάγραμμα 4.* Κατανομή συμμετεχόντων με βάση τη θέση εργασίας στην επιχείρηση.

Το 29% των εργαζομένων που συμμετείχαν στην έρευνα αποτελούνταν από μάγειρες και το 19% από ζαχαροπλάστες. Το 23% είναι παρασκευαστές τροφίμων, το 16 % πωλητές/τριες ενώ το 7% ήταν υπάλληλοι καθαριότητας. Μόλις το 6% των συμμετεχόντων ανήκει στους υπεύθυνους της εκάστοτε επιχείρησης.

## ΕΙΔΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

Όπως φαίνεται και στο παρακάτω γράφημα, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων, που αντιστοιχεί σε 71% εργάζονται με καθεστώς μόνιμης απασχόλησης, ενώ το 29% είναι εποχικό προσωπικό.



Διάγραμμα 5. Κατανομή συμμετεχόντων με βάση το είδος απασχόλησης

### ΠΡΟΥΪΠΗΡΕΣΙΑ



Διάγραμμα 6. Κατανομή συμμετεχόντων με βάση την προϋπηρεσία σε αντίστοιχη θέση εργασίας

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (41%), όπως φαίνεται στο γράφημα, έχουν προϋπηρεσία έως 5 έτη σε αντίστοιχη θέση εργασίας, ενώ μόνο το 9% έχει προϋπηρεσία από 25 έτη και πάνω. Το 19% των συμμετεχόντων έχει προϋπηρεσία 6 έως 10 έτη, το 12% έχει προϋπηρεσία 16 έως 20 έτη και ακολουθεί το 11% με προϋπηρεσία 11 έως 15 έτη και τέλος το 8% με προϋπηρεσία 21 έως 25 έτη.

*Πίνακας 2. Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Έχετε ενημερωθεί για τους κινδύνους που υπάρχουν».*

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
1	1	0,3
3	12	3,5
4	25	7,2
5	26	7,5
6	75	21,7
7	51	14,8
8	61	17,7
9	60	17,4
10	34	9,9
Σύνολο	345	100,0

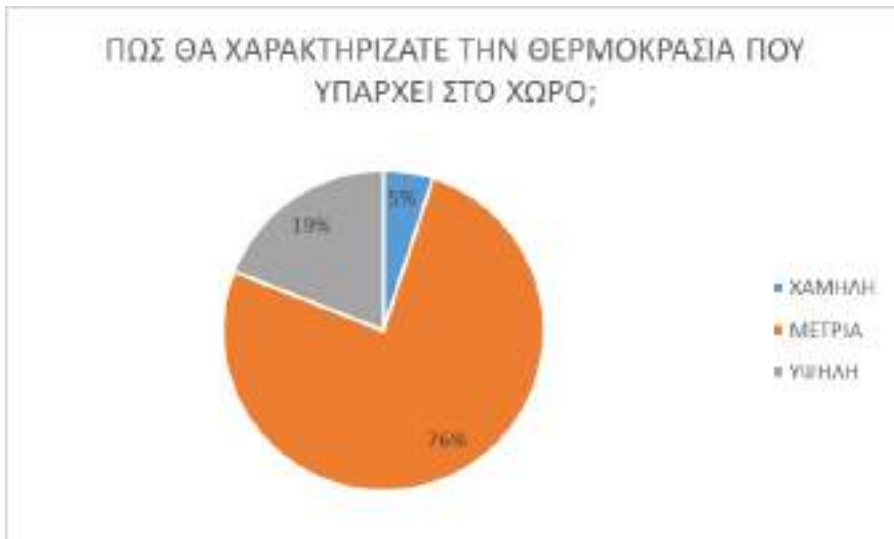
Στην ερώτηση σχετικά με την ενημέρωση για τους κινδύνους που έχουν λάβει, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (21,7%) απάντησε ΜΕΤΡΙΑ ενώ το αμέσως επόμενο ποσοστό που θεωρεί ότι ενημερώθηκε ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ είναι το 17,7%.

*Πίνακας 3. Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Η ενημέρωση που έχετε λάβει θεωρείτε πως είναι επαρκής για την διεξαγωγή της εργασίας σας».*

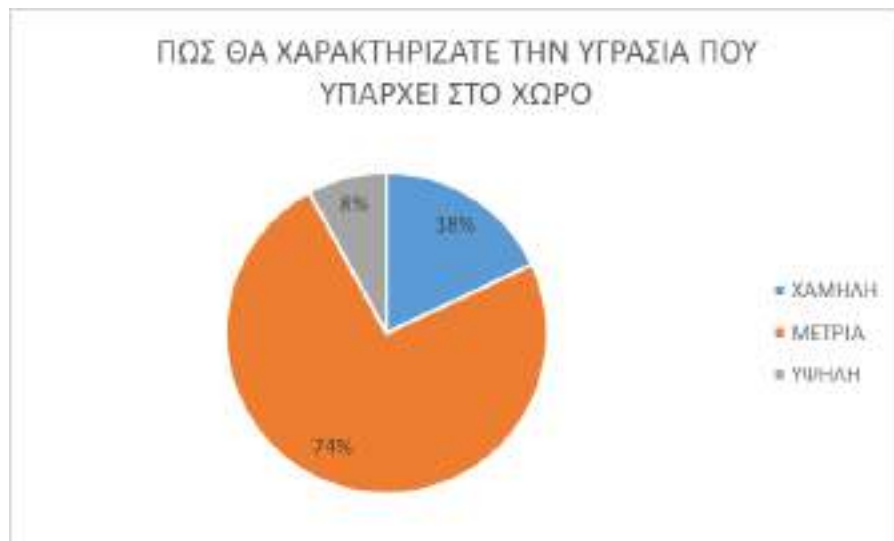
Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
1	1	0,3
3	11	3,2
4	21	6,1
5	38	11,0
6	74	21,4
7	63	18,3
8	39	11,3
9	58	16,8
10	40	11,6
Σύνολο	345	100,0

Αντίστοιχα, στην ερώτηση εάν θεωρούν επαρκή την ενημέρωση που έχουν λάβει για την διεξαγωγή της εργασίας τους το μεγαλύτερο ποσοστό (21,4%) απάντησε ΜΕΤΡΙΑ, ενώ το (16,8%) απάντησε ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ.

Όπως φαίνεται και στα παρακάτω διαγράμματα, οι εργαζόμενοι στην πλειονότητά τους θεωρούν την θερμοκρασία και την υγρασία που υπάρχει στο χώρο ότι βρίσκονται σε μέτρια επίπεδα με ποσοστό 76% και 74% αντίστοιχα.



Διάγραμμα 7. Ποσοστιαία κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Πώς θα χαρακτηρίζατε την θερμοκρασία που υπάρχει στο χώρο»



Διάγραμμα 8. Ποσοστιαία κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Πώς θα χαρακτηρίζατε την υγρασία που υπάρχει στο χώρο»

Στην ερώτηση σχετικά με την χρήση μαχαιριών και άλλων αιχμηρών αντικειμένων τα μεγαλύτερα ποσοστά (16,2%, 18,3% και 33,3%) δηλώνουν ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ, κάτι που δικαιολογείται και από τις ειδικότητες των εργαζομένων καθώς οι περισσότεροι είναι μάγειρες, ζαχαροπλάστες και παρασκευαστές τροφίμων.

*Πίνακας 4.* Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Χρησιμοποιείτε μαχαίρια ή άλλα αιχμηρά αντικείμενα στην εργασία σας».

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
1	31	9,0
2	7	2,0
3	18	5,2
4	17	4,9
5	2	0,6
6	10	2,9
7	26	7,5
8	56	16,2
9	63	18,3
10	115	33,3
Σύνολο	345	100,0

Το μεγαλύτερο ποσοστό επίσης έχει εκπαιδευτεί στην ορθή χρήση αυτών των αντικειμένων σε ποσοστό 55,7%, όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί παρακάτω:

*Πίνακας 5.* Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Εάν ναι, έχετε εκπαιδευθεί στην ορθή χρήση αυτών».

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
1	192	55,7
2	117	33,9
3	36	10,4
Σύνολο	345	100,0

Ομοίως με την χρήση αιχμηρών αντικειμένων, έτσι και με την χρήση μηχανημάτων ή εξοπλισμού κατά την διάρκεια της εργασίας, οι εργαζόμενοι δηλώνουν πως τα χρησιμοποιούν ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ σε ποσοστά 10,7%, 20,9% και 31,3%.

Πίνακας 6. Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Χειρίζεστε μηχανήματα η εξοπλισμό κατά τη διάρκεια της εργασίας σας; (π.χ. μίξερ, μηχανές κοπής, συσκευαστικές μηχανές)».

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
1	34	9,9
2	14	4,1
3	4	1,2
4	22	6,4
5	15	4,3
6	10	2,9
7	29	8,4
8	37	10,7
9	72	20,9
10	108	31,3
Σύνολο	345	100,0

Επίσης, όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα, το 57,2% των εργαζομένων δηλώνει πως έχει εκπαιδευτεί στην ορθή χρήση των μηχανημάτων αυτών.

Πίνακας 7. Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Εάν ναι, έχεις εκπαιδευθεί στην ορθή χρήση των μηχανημάτων αυτών».

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
1	197	57,1
2	128	37,1
3	20	5,8
Σύνολο	345	100,0

Οι παρακάτω πίνακες αντιστοιχούν σε ερωτήσεις που σκοπό έχουν την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εργαζομένων και διαφόρων χημικών ουσιών που χρησιμοποιούν κατά την εργασία τους.

Όπως φαίνεται και παρακάτω, το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων δηλώνει ότι έρχεται αρκετά συχνά σε επαφή με χημικές ουσίες κατά την διάρκεια της εργασίας του σε ποσοστό 22,9%.

Πίνακας 8. Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Έχετε επαφή με χημικές ουσίες (π.χ. απορρυπαντικά ή απολυμαντικά)».

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
1	30	8,7
2	3	,9
3	28	8,1
4	5	1,4
5	26	7,5
6	44	12,8
7	79	22,9
8	53	15,4
9	20	5,8
10	57	16,5
Σύνολο	345	100,0

Πίνακας 9. Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Εάν ναι, έχετε ενημερωθεί για τη φύση και την επικινδυνότητα των ουσιών που χρησιμοποιείτε κατά την εργασία σας».

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
1	30	8,7
2	5	1,4
3	3	,9
4	15	4,3
5	10	2,9
6	43	12,5
7	58	16,8
8	64	18,6
9	18	5,2
10	99	28,7
Σύνολο	345	100,0

Επίσης, το 28,7% των εργαζομένων, ποσοστό που αντιστοιχεί σε 99 άτομα, δηλώνει ενημερωμένο σχετικά με τη φύση και την επικινδυνότητα των ουσιών αυτών, ενώ το 24,9% θεωρεί πως έχει εκπαιδευθεί ορθά στη χρήση των ουσιών αυτών, σε αντίθεση με το 8,7%, ποσοστό που αντιστοιχεί σε 30 άτομα, τα οποία θεωρούν πως δεν έχουν λάβει σωστή εκπαίδευση για την ορθή χρήση των χημικών ουσιών.

Το 29,6% των εργαζομένων δηλώνει πως γνωρίζει τα υλικά προστασίας που πρέπει να χρησιμοποιεί κατά την χρήση των χημικών ουσιών, ενώ μόλις το 0,3% δηλώνει πως δεν γνωρίζει καθόλου τα υλικά προστασίας.

Τέλος, 92 από τους εργαζόμενους (26,7%) δηλώνουν πως εφαρμόζουν τα υλικά προστασίας κάθε φορά που θα χρησιμοποιήσει τις ουσίες αυτές.

*Πίνακας 10. Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Εάν ναι, έχετε εκπαιδευθεί στην ορθή χρήση των ουσιών αυτών».*

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
1	30	8,7
2	5	1,4
3	11	3,2
4	8	2,3
5	12	3,5
6	45	13,0
7	46	13,3
8	77	22,3
9	25	7,2
10	86	24,9
Σύνολο	345	100,0



Πίνακας 11. Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Γνωρίζετε τα υλικά προστασίας που πρέπει να χρησιμοποιείτε κατά τη χρήση των ουσιών αυτών».

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
1	17	4,9
2	5	1,4
3	1	,3
4	24	7,0
5	17	4,9
6	19	5,5
7	51	14,8
8	102	29,6
9	50	14,5
10	59	17,1
Σύνολο	345	100,0

Πίνακας 12. Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Εφαρμόζετε τα υλικά αυτά κάθε φορά που χρησιμοποιείτε τις ουσίες αυτές».

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
1	19	5,5
2	3	,9
3	6	1,7
4	20	5,8
5	33	9,6
6	36	10,4
7	92	26,7
8	45	13,0
9	55	15,9
10	36	10,4
Σύνολο	345	100,0

Στον πίνακα που ακολουθεί, οι εργαζόμενοι σε ποσοστό 32,5% δηλώνουν πως χρησιμοποιούν μέσα ατομικής προστασίας κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, ενώ μόλις το 0,6%, που αντιστοιχεί σε 2 άτομα, δηλώνει πως δεν χρησιμοποιεί ποτέ μέσα ατομικής προστασίας.

*Πίνακας 13. Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Κατά τη διάρκεια της εργασίας σας χρησιμοποιείτε μέσα ατομικής προστασίας (π.χ. προστατευτικό σκούφο, γάντια, ποδονάρια, στολή εργασίας, ειδικά παπούτσια)».*

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
1	2	0,6
2	5	1,4
3	4	1,2
4	4	1,2
6	9	2,6
7	31	9,0
8	76	22,0
9	102	29,6
10	112	32,5
Σύνολο	345	100,0

Ομοίως, στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι το 34,5% των εργαζομένων δηλώνει πως έχει εκπαιδευθεί σωστά στην χρήση των μέσων ατομικής προστασίας. Επίσης το ποσοστό των εργαζομένων που εφαρμόζει τα μέσα αυτά κατά τη διάρκεια της εργασίας του ανέρχεται στο 39,4%, ενώ μόνο το 0,6% των εργαζομένων δηλώνει πως δεν τα εφαρμόζει ποτέ.

Πίνακας 14. Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Εάν ναι έχετε εκπαιδευθεί στη σωστή χρήση αυτών)».

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
1	2	,6
2	5	1,4
3	3	,9
4	4	1,2
5	8	2,3
6	20	5,8
7	40	11,6
8	43	12,5
9	101	29,3
10	119	34,5
Σύνολο	345	100,0

Πίνακας 15. Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Εφαρμόζετε τα μέσα αυτά κατά τη διάρκεια της εργασίας σας».

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
1	2	,6
2	5	1,4
3	3	,9
4	4	1,2
5	6	1,7
6	22	6,4
7	37	10,7
8	42	12,2
9	88	25,5
10	136	39,4
Σύνολο	345	100,0

Στην ερώτηση σχετικά με το εάν έχουν κινδυνεύσει ποτέ από πτώση / γλίστρημα ή έγκαυμα τα ποσοστά κυμαίνονται, ωστόσο από την μέση τιμή των απαντήσεων που προέκυψε από την στατιστική ανάλυση φαίνεται ότι η συχνότητα είναι μέτρια ως προς αυτό.

Πίνακας 16. Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Έχετε κινδυνεύσει ποτέ από πτώση / γλίστρημα ή έγκαυμα».

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
1	54	15,7
3	27	7,8
4	15	4,3
5	54	15,7
6	50	14,5
7	49	14,2
8	30	8,7
9	13	3,8
10	53	15,4
Σύνολο	345	100,0

Επίσης, σε ένα μεγάλο ποσοστό οι εργαζόμενοι δηλώνουν πως μεταφέρουν συχνά βαριά φορτία και αντικείμενα, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 17. Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Μεταφέρετε βαριά φορτία ή αντικείμενα».

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
1	18	5,2
2	9	2,6
3	18	5,2
4	23	6,7
5	18	5,2
6	65	18,8
7	39	11,3
8	47	13,6
9	38	11,0
10	70	20,3
Σύνολο	345	100,0

Το μεγαλύτερο ποσοστό (20,9) των εργαζομένων δηλώνει πως μετά το τέλος της βάρδιας του νιώθει πόνο σε κάποιο σημείο του σώματος ο οποίος μπορεί να οφείλεται στην εργασία του σε μέτρια συχνότητα, ωστόσο απουσία πόνου δήλωσαν μόνο 16 εργαζόμενοι οι οποίοι αποτελούν το 4,6% του δείγματος.

*Πίνακας 18.* Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Μετά το τέλος της βάρδιας σας νιώθετε κάποιο πόνο σε κάποιο σημείο του σώματος σας ο οποίος να οφείλετε στον τρόπο εργασίας σας».

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
1	16	4,6
3	6	1,7
4	26	7,5
5	8	2,3
6	72	20,9
7	58	16,8
8	62	18,0
9	35	10,1
10	62	18,0
Σύνολο	345	100,0

Τέλος, από το σύνολο των 345 εργαζομένων που έλαβαν μέρος στην έρευνα μόνο 7 δήλωσαν πως το εργασιακό τους περιβάλλον τους δημιουργεί άγχος σε πολύ μεγάλο βαθμό, ενώ 125 εργαζόμενοι, σε ποσοστό 36,2%, απάντησαν πως το εργασιακό τους περιβάλλον τους δημιουργεί άγχος σε μέτρια συχνότητα.

Πίνακας 19. Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Νιώθετε πως το εργασιακό σας περιβάλλον και το αντικείμενο εργασίας σας σας προκαλεί άγχος».

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
2	8	2,3
3	10	2,9
4	31	9,0
5	125	36,2
6	59	17,1
7	60	17,4
8	35	10,1
9	10	2,9
10	7	2,0
Σύνολο	345	100,0

Παρακάτω ακολουθούν τα αποτελέσματα των ερωτήσεων οι οποίες αφορούσαν ενδεχόμενες αλλαγές που υπήρξαν στο περιβάλλον εργασίας και εφαρμόζονται λόγω της πανδημίας COVID-19.

Οι εργαζόμενοι σε ποσοστό 56,2% δηλώνουν πως τους γίνεται καθημερινά θερμομέτρηση κατά την άφιξη τους στην εργασία τους, ενώ το 43,8% δήλωσε πως δεν τους γίνεται θερμομέτρηση.

Πίνακας 20. Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Κατά την άφιξη στην εργασία σας γίνεται καθημερινά θερμομέτρηση».

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
1	194	56,2
2	151	43,8
Σύνολο	345	100,0

Παρακάτω φαίνεται πως σχεδόν το 50% των εργαζομένων, για την ακρίβεια το 49,6%, δηλώνει πως μετά την έναρξη της πανδημίας υπάρχει ρητή εφαρμογή των μέσων ατομικής προστασίας κατά την διάρκεια της εργασίας τους.

Πίνακας 21. Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «η χρήση των μέσων ατομικής προστασίας (πχ προστατευτικός σκούφος, γάντια, ποδονάρια, στολή εργασίας, ειδικά παπούτσια) και κυρίως η χρήση προστατευτικής μάσκας εφαρμόζονται ρητά καθόλη τη διάρκεια της εργασίας σας)».

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
4	2	,6
5	4	1,2
6	11	3,2
7	11	3,2
8	62	18,0
9	84	24,3
10	171	49,6
Σύνολο	345	100,0

Επίσης μεγάλο ποσοστό (42,9%) έχει λάβει εκπαίδευση όσο αφορά την σωστή εφαρμογή και απόρριψη των μέσων αυτών, ενώ μόνο το 0,9% δηλώνει πως έχει λάβει μέτρια εκπαίδευση ως προς αυτό.

Πίνακας 22. Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Έχετε εκπαιδευθεί στη σωστή εφαρμογή και απόρριψη των μέσων αυτών».

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
4	3	,9
5	8	2,3
6	15	4,3
7	15	4,3
8	57	16,5
9	99	28,7
10	148	42,9
Σύνολο	345	100,0

Από την άλλη μεριά, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα, οι αποστάσεις δεν τηρούνται κατά την διάρκεια της εργασίας ή τηρούνται σε μέτριο βαθμό.

Πίνακας 23. Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Κατά τη διάρκεια της εργασίας σας τηρείτε απόσταση τουλάχιστον 1,5 μέτρο από τον διπλανό σας».

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
1	17	4,9
2	5	1,4
3	69	20,0
4	65	18,8
5	25	7,2
6	23	6,7
7	73	21,2
8	24	7,0
9	37	10,7
10	7	2,0
Σύνολο	345	100,0

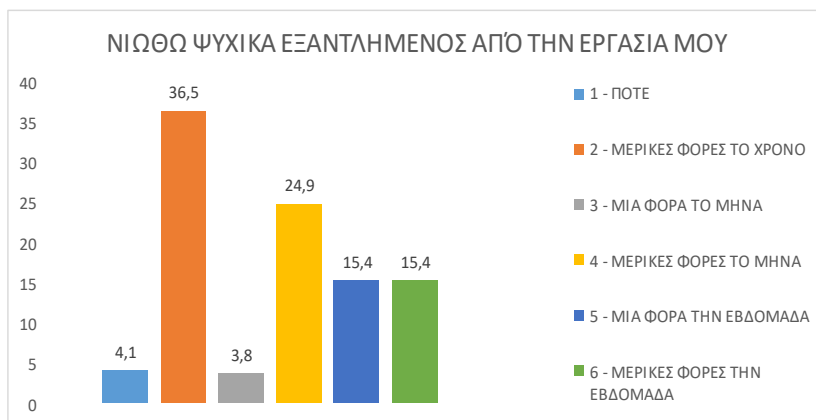
Τέλος, φαίνεται πως οι πλειοψηφία των εργαζομένων έχει λάβει οδηγίες σχετικά με τις ενέργειες που πρέπει να ακολουθούνται εάν εμφανίσουν συμπτώματα οι ίδιοι ή οι συνάδελφοί τους.

Πίνακας 24. Συχνότητα και Ποσοστιαία Κατανομή αποτελεσμάτων στην ερώτηση «Έχετε λάβει οδηγίες σχετικά με τις ενέργειες που πρέπει να κάνετε σε περίπτωση που εμφανίσετε συμπτώματα εσείς ή κάποιος συνάδελφός σας».

Τιμή	Αριθμός Απαντήσεων	%
3	11	3,2
4	4	1,2
5	26	7,5
6	32	9,3
7	28	8,1
8	58	16,8
9	53	15,4
10	133	38,6
Σύνολο	345	100,0

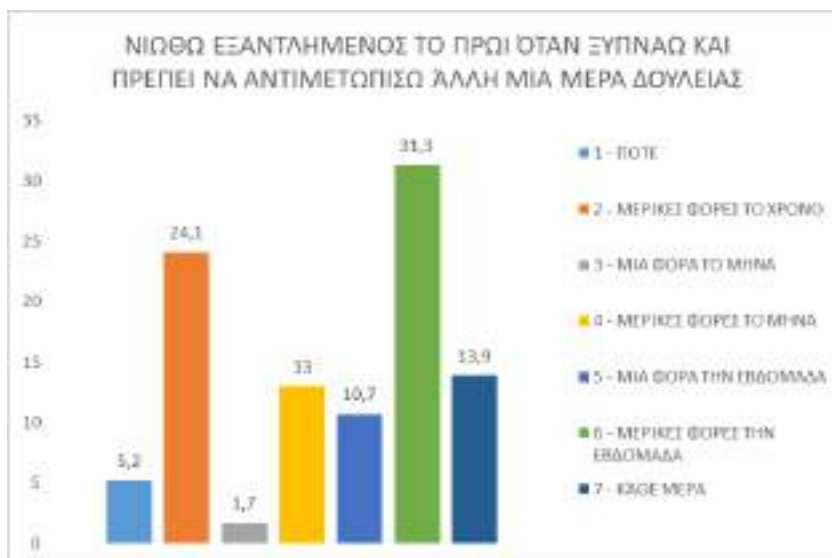


Παρακάτω, ακολουθούν τα αποτελέσματα των ερωτήσεων που σκοπό έχουν να διερευνήσουν τα συναισθήματα και τις στάσεις των εργαζομένων ως προς την εργασία τους.



**Διάγραμμα 9.** Κατανομή αποτελεσμάτων στην δήλωση «Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος από την εργασία μου».

Με βάση το παραπάνω γράφημα φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων που αντιστοιχεί στο 36,5% νιώθουν ψυχικά εξαντλημένοι από την εργασία του Μερικές φορές το χρόνο, ενώ το 15,4% εργαζομένων νιώθει έτσι μία φορά την εβδομάδα έως μερικές φορές την εβδομάδα.



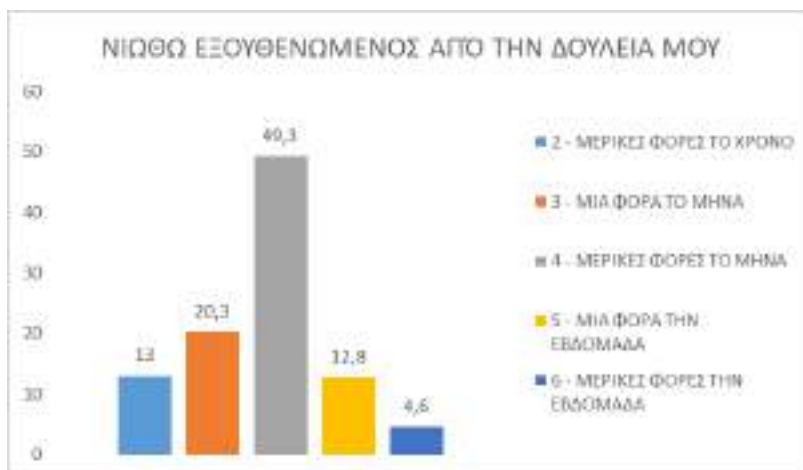
**Διάγραμμα 10.** Κατανομή αποτελεσμάτων στην δήλωση «Νιώθω εξαντλημένος το πρωί όταν ξυπνώω και πρέπει να αντιμετωπίσω άλλη μία μέρα στην δουλειά».

Σχετικά με το εάν νιώθουν εξάντληση το πρωί πριν την εργασία τους, το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων δηλώνει πως αισθάνεται έτσι μερικές φορές την εβδομάδα σε ποσοστό 31,3%, ενώ μόνο το 5,2% δήλωσε πως δεν νιώθει ποτέ έτσι.



*Διάγραμμα 11.* Κατανομή αποτελεσμάτων στην δήλωση «Είναι πολύ κουραστικό για μένα να δουλεύω με ανθρώπους όλη την ημέρα».

Το 38,8% των εργαζομένων πιστεύει πως είναι πολύ κουραστικό να δουλεύουν με ανθρώπους όλη την ημέρα τουλάχιστον μία φορά το μήνα ενώ το 9% έχει αυτό το συναίσθημα μία φορά την εβδομάδα.

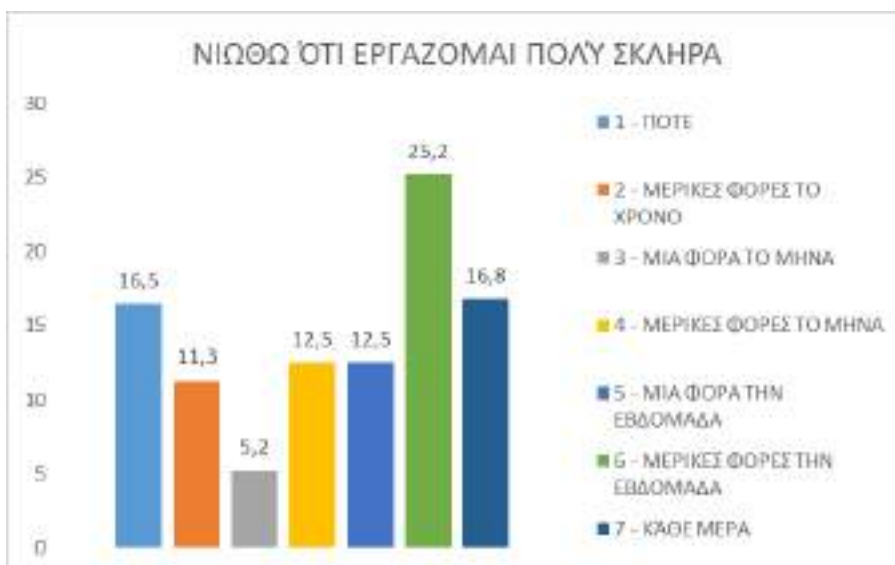


*Διάγραμμα 12.* Κατανομή αποτελεσμάτων στην δήλωση «Νιώθω εξουθενωμένος από τη δουλειά μου».

Το 49,3% των εργαζομένων νιώθει εξουθενωμένο από την δουλειά του μερικές φορές το μήνα όπως φαίνεται στο παραπάνω διάγραμμα, ενώ το 65,2% νιώθει απογοητευμένο από την δουλειά του μερικές φορές το χρόνο, όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα.

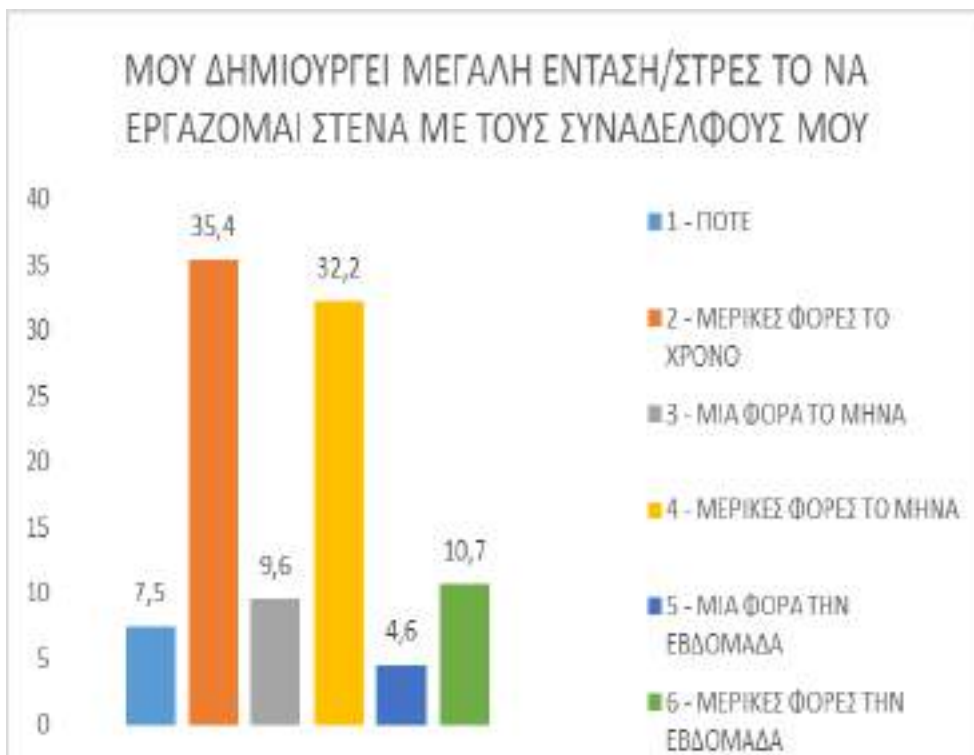


Διάγραμμα 13. Κατανομή αποτελεσμάτων στην δήλωση «Νιώθω απογοητευμένος από τη δουλειά μου».



Διάγραμμα 14. Κατανομή αποτελεσμάτων στην δήλωση «Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά».

Στην ερώτηση εάν νιώθουν ότι εργάζονται πολύ σκληρά, το 25,2% απάντησε πως νιώθει έτσι μερικές φορές την εβδομάδα, ενώ το 16,5% δεν νιώθει ποτέ έτσι, ενώ όπως φαίνεται μόλις το 5,2% δηλώνει πως νιώθει έτσι μία φορά το μήνα.

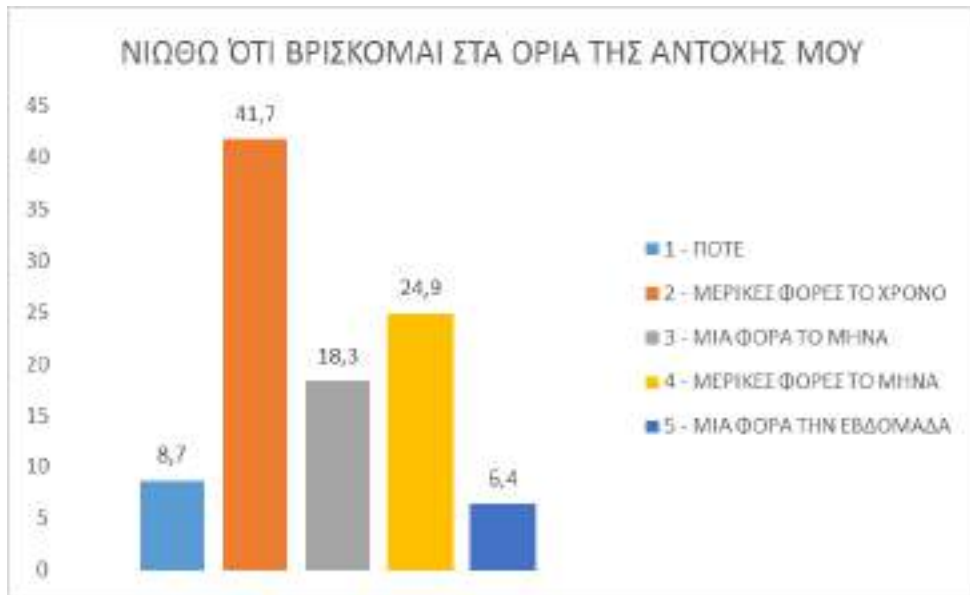


*Διάγραμμα 15.* Κατανομή αποτελεσμάτων στη δήλωση «Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση / στρες το να εργάζομαι στενά με τους συναδέλφους μου».

Μεγάλη ένταση και στρες κατά την εργασία με συναδέλφους τους νιώθει το 35,4% των εργαζομένων στον κλάδο της μαζικής εστίασης και των ζαχαροπλασטיών μερικές φορές το χρόνο, ενώ με πολύ μικρή διαφορά ακολουθεί το 32,2% των εργαζομένων το οποίο αισθάνεται έτσι μερικές φορές κατά τη διάρκεια του μήνα.

Μόλις το 10,7 % δηλώνει πως νιώθει έτσι μερικές φορές την εβδομάδα, όπως συμπεραίνουμε από το παραπάνω διάγραμμα.

Στο παρακάτω διάγραμμα παρατηρείται ότι το 41,7% των εργαζομένων νιώθουν ότι βρίσκονται στα όρια της αντοχής τους μερικές φορές το χρόνο και το 6,4% έχει αυτό το συναίσθημα μια φορά την εβδομάδα.



Διάγραμμα 16. Κατανομή αποτελεσμάτων στην δήλωση «Νιώθω ότι βρίσκομαι στα όρια της αντοχής μου».



Διάγραμμα 17. Κατανομή αποτελεσμάτων στην δήλωση «Νιώθω άδειος/α στο τέλος μιας εργασιακής μέρας».

Όπως φαίνεται στο παραπάνω διάγραμμα, το 36,5% των εργαζομένων δηλώνει πως νιώθει άδειο στο τέλος μιας εργασιακής μέρας, το 30,7 δηλώνει πως δεν νιώθει ποτέ έτσι ενώ μόνο το 2% έχει αυτό το συναίσθημα κάθε μέρα.



Διάγραμμα 18. Κατανομή αποτελεσμάτων στην δήλωση «Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως αισθάνονται οι συναδέλφοί μου».

Εν συνεχεία, παρατηρούμε ότι το 51,6% των εργαζομένων μπορούν να καταλάβουν εύκολα πως αισθάνονται οι συναδέλφοί τους μερικές φορές την εβδομάδα, το 29,6% μπορεί να τους καταλάβει κάθε μέρα, ενώ το 2,0% δηλώνει πως μόνο μερικές φορές το χρόνο μπορεί να καταλάβει πως αισθάνονται οι συναδέλφοί τους.



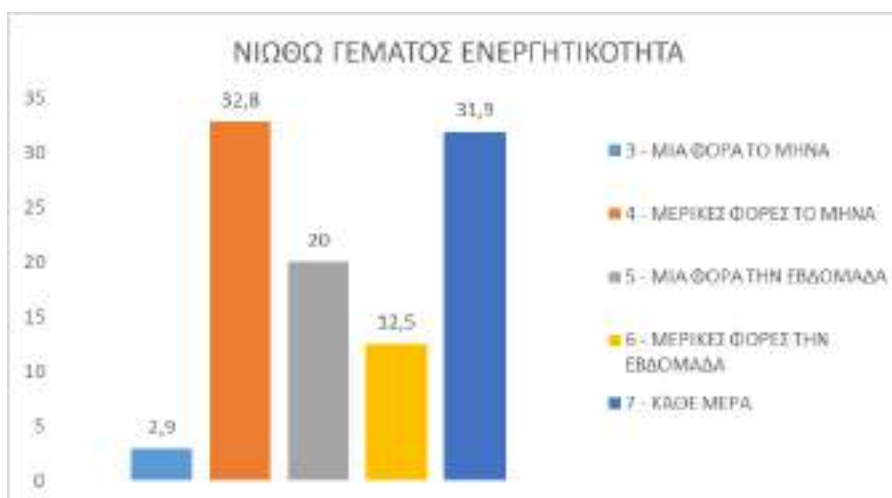
Διάγραμμα 19. Κατανομή αποτελεσμάτων στην δήλωση «Αντιμετωπίζω τα προβλήματα των συναδέλφων μου πολύ αποτελεσματικά».

Όπως απεικονίζεται στο παραπάνω διάγραμμα, τα υψηλότερα ποσοστά των εργαζομένων, δηλαδή το 34,2% και το 33,6%, δηλώνουν πως αντιμετωπίζουν τα προβλήματα των συναδέλφων τους πολύ αποτελεσματικά και το 7,2% δηλώνει πως αντιμετωπίζει τα προβλήματα αυτά αποτελεσματικά όνο μερικές φορές το χρόνο.



*Διάγραμμα 20.* Κατανομή αποτελεσμάτων στην δήλωση «Νιώθω ότι με την εργασία μου επηρεάζω θετικά τις ζωές των άλλων».

Σύμφωνα με το σχετικό διάγραμμα, το 30,7% των εργαζομένων αισθάνεται μία φορά την εβδομάδα, πως με την εργασία του επηρεάζει θετικά τις ζωές το άλλων, το 27,5% μερικές φορές το χρόνο και το 8,1% κάθε μέρα.



*Διάγραμμα 21.* Κατανομή αποτελεσμάτων στην δήλωση «Νιώθω γεμάτος ενεργητικότητα».

Το 32,8% των εργαζομένων νιώθει γεμάτο ενεργητικότητα μερικές φορές το μήνα ενώ με πολύ μικρή διαφορά ακολουθεί το 31,9% που νιώθει γεμάτο ενεργητικότητα κάθε μέρα.



**Διάγραμμα 22.** Κατανομή αποτελεσμάτων στην δήλωση «Μπορώ να δημιουργήσω μία άνετη ατμόσφαιρα με τους συναδέλφους του».

Άνετη ατμόσφαιρα με τους συναδέλφους μπορεί να δημιουργήσει το 48,7% των εργαζομένων μερικές φορές την εβδομάδα, το 30,4% μία φορά την εβδομάδα, ενώ το 8,4% κάθε μέρα, σύμφωνα με το σχετικό διάγραμμα.



**Διάγραμμα 23.** Κατανομή αποτελεσμάτων στην δήλωση «Έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά».



Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι το 40,9% των εργαζομένων πιστεύει πως έχει καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά μερικές φορές το μήνα, το 37,4% μερικές φορές την εβδομάδα και το 6,7% κάθε μέρα.



Διάγραμμα 24. Κατανομή αποτελεσμάτων στην δήλωση «Αντιμετωπίζω ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν από τη δουλειά μου».

Ήρεμα αντιμετωπίζει τα προβλήματα που προκύπτουν από τη δουλειά το 42,6% των εργαζομένων μερικές φορές την εβδομάδα, ενώ το 9,0% δηλώνει πως ποτέ δεν μπορεί να αντιμετωπίσει ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν από τη δουλειά του, όπως παρατηρείται παραπάνω.



Διάγραμμα 25. Κατανομή αποτελεσμάτων στη δήλωση «Νιώθω αναζωογονημένος όταν δουλεύω με τους συναδέλφους μου».

Το 30,4% των εργαζομένων νιώθει αναζωογονημένο όταν δουλεύει με τους συναδέλφους μία φορά την εβδομάδα, το 19,4% μερικές φορές την εβδομάδα, το 26,1% μερικές φορές το χρόνο και το 11,9% ποτέ.



Διάγραμμα 26. Κατανομή αποτελεσμάτων στη δήλωση «Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι σε μερικούς συναδέλφους μου απρόσωπα, σαν να είναι αντικείμενα».

Από το παραπάνω διάγραμμα προκύπτει ότι το 31,9% νιώθει μερικές φορές το χρόνο πως συμπεριφέρεται στους συναδέλφους του απρόσωπα, σαν να είναι αντικείμενα, ενώ σχεδόν το ίδιο ποσοστό (31,6%) δεν νιώθει ποτέ έτσι. Αντιθέτως, το 15,4% έχει αυτό το συναίσθημα μερικές φορές την εβδομάδα.



Διάγραμμα 27. Κατανομή αποτελεσμάτων στην δήλωση «Έχω γίνει περισσότερο σκληρός με τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά».

Στην ερώτηση εάν έχουν γίνει περισσότερο σκληροί από τότε που άρχισαν αυτή τη δουλειά το 36,2% των εργαζομένων απαντά πως ποτέ δεν αισθάνεται έτσι, σε αντίθεση με το 6,1% που νιώθει έτσι κάθε μέρα. Ωστόσο, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, το 25,5% αισθάνεται έτσι μία φορά το μήνα.



**Διάγραμμα 28.** Κατανομή αποτελεσμάτων στην δήλωση «Ανησυχώ μήπως η δουλειά αυτή με κάνει περισσότερο σκληρό».

Στο διάγραμμα 28, φαίνεται ότι το 35,4% δεν ανησυχεί ποτέ μήπως αυτή η δουλειά το κάνει πιο σκληρό, ενώ το 24,1% νιώθει έτσι από μερικές φορές το μήνα έως μερικές φορές το χρόνο. Μόνο το 6,1% των εργαζομένων έχει αυτή την πεποίθηση κάθε μέρα.



**Διάγραμμα 29.** Κατανομή αποτελεσμάτων στην δήλωση «Αισθάνομαι ότι οι συνάδελφοί μου κατηγορούν εμένα για μερικά από τα προβλήματά τους».

Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρείται ότι το 33,6% των εργαζομένων αισθάνεται ότι οι συνάδελφοί του κατηγορούν αυτόν για μερικά από τα προβλήματά τους μερικές φορές το χρόνο, το 22,6% δεν αισθάνεται ποτέ έτσι, ενώ το 9% νιώθει έτσι κάθε μέρα.



*Διάγραμμα 30.* Κατανομή αποτελεσμάτων στην δήλωση «Στην πραγματικότητα δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς συναδέλφους μου».

Τέλος, σε ποσοστό 45,8% οι εργαζόμενοι δηλώνουν πως δεν νιώθουν ποτέ ότι δεν τους ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς συναδέλφους, ενώ το 4,6% δηλώνει πως νιώθει έτσι κάθε μέρα.

## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Η παρούσα εργασία μελετά την εμπειρική άποψη των εργαζομένων σε επιχειρήσεις μαζικής εστίασης και στα ζαχαροπλαστεία.

Όσον αφορά το φύλο, στην παρούσα εργασία από τα 345 άτομα που έλαβαν μέρος, το 49% αποτελούνται από άντρες, ενώ το 51% ήταν γυναίκες. Σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί ωστόσο στο παρελθόν, είναι πιο σύνηθες οι άντρες να είναι περισσότεροι από τις γυναίκες. Για παράδειγμα, ο Fawzy και οι συνεργάτες του σε έρευνα που πραγματοποίησαν σχετικά με τις γνώσεις και τις πρακτικές για την υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας των εργαζομένων των εστιατορίων στο Πανεπιστήμιο Ασιουτ της Αιγύπτου, η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων ήταν άντρες σε ποσοστό 65,3%, που αναλογούσε σε 526 άτομα έναντι των 280 που ήταν οι γυναίκες (Fawzy et al, 2021).

Η ηλικία των εργαζομένων στην παρούσα εργασία κυμαίνεται κατά 38% ανάμεσα στα 30-39 έτη με μέση ηλικία τα 36 έτη. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα των *Ercan* και *Kiziltan*, όπου σε έρευνα που πραγματοποίησαν σχετικά με τις γνώσεις και τις πρακτικές που ακολουθούν όσοι χειρίζονται τρόφιμα στην Κωνσταντινούπολη της Τουρκίας η μέση ηλικία των εργαζομένων ήταν τα 35,8 έτη (*Ercan and Kiziltan, 2014*).

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης το 47% των εργαζομένων, ποσοστό που αντιστοιχεί σε 161 άτομα, είναι απόφοιτοι Επαγγελματικής Σχολής, ενώ το 28% (97 άτομα) είναι απόφοιτοι Λυκείου. Ακολουθούν οι απόφοιτοι Γυμνασίου και Δημοτικού, με ποσοστό 11% (37 άτομα) και 8% (29 άτομα) αντίστοιχα. Μόλις το 6% των ερωτηθέντων, ποσοστό που αντιστοιχεί σε 21 άτομα, είναι απόφοιτοι Ανωτάτης Εκπαίδευσης (Α.Ε.Ι.), ενώ δεν υπήρχε κανένας ερωτώμενος κάτοχος κάποιου Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού τίτλου. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με παλαιότερες έρευνες που έδειξαν πως το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (*Ajambó, 2013*).

Σχετικά με την ειδικότητα των ερωτηθέντων βρέθηκε ότι το 29% των εργαζομένων που συμμετείχαν στην έρευνα αποτελούνταν από μάγειρες και το 19% από ζαχαροπλάστες. Το 23% είναι παρασκευαστές τροφίμων, το 16 % πωλητές/τριες ενώ το 7% ήταν υπάλληλοι καθαριότητας. Μόλις το 6% των συμμετεχόντων ανήκει στους υπεύθυνους της εκάστοτε επιχείρησης. Σε παλαιότερες έρευνες που έχουν διεξαχθεί βρέθηκε γενικά πως το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων αποτελούνταν από σερβιτόρους όπως για παράδειγμα ο *Carayanni* που με συνεργάτες του διεξήγαγε έρευνα σχετικά με τη διακύμανση των περιστατικών εργατικών ατυχημάτων στον τομέα των εστιατορίων (*Carayanni et al, 2011*). Βέβαια αυτό οφείλεται και στην επιλογή του αντικειμένου που έχει η κάθε επιχείρηση διότι στην περίπτωση την μαζικής εστίασης στη συγκεκριμένη εργασία μελετήθηκαν catering και στα ζαχαροπλαστεία απουσίαζαν τραπεζοκαθίσματα. Ίσως θα μπορούσε να συσχετισθεί η ειδικότητα του πωλητή στην παρούσα μελέτη, αλλά και πάλι το ποσοστό τους είναι πολύ χαμηλό σε σχέση με το σύνολο.

Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 41% απάντησε πως έχει προϋπηρεσία σε αντίστοιχη θέση εργασίας 0-5 έτη, το 19% έχει προϋπηρεσία 6-10 έτη ενώ μόνο το 8% των ερωτηθέντων έχει προϋπηρεσία από 25 έτη και πάνω. Επίσης, το 71% των εργαζομένων δουλεύει με καθεστώς μόνιμης απασχόλησης, ενώ μόλις το 27% ανήκει στο εποχιακό προσωπικό.

Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν στην παρούσα εργασία και αναλύθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, φαίνεται γενικά πως οι εργαζόμενοι γνωρίζουν και έχουν ενημερωθεί για τους κινδύνους που υπάρχουν στο χώρο της εργασίας του και θεωρούν μέτρια έως επαρκή την εκπαίδευση που έχουν λάβει για την διεξαγωγή της εργασίας τους. Επίσης θεωρούν επαρκή κατά μεγάλο ποσοστό την εκπαίδευση που έχουν λάβει σχετικά με τον χειρισμό αιχμηρών αντικειμένων και την μηχανημάτων και του εξοπλισμού εργασίας τους.

Αυτά τα αποτελέσματα βέβαια έρχονται σε αντιδιαστολή με άλλες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σχετικά με τις γνώσεις και τις πρακτικές για την υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας των εργαζόμενων των εστιατορίων στο Πανεπιστήμιο Ασιουτ της Αιγύπτου, τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες δεν είχαν λάβει εκπαίδευση σχετικά με τα μέτρα υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία τους, αλλά αποκτούσαν τις πληροφορίες που ήθελαν για την διεξαγωγή της εμπειρικά (Fawzy et al, 2021). Οι ερευνητές σε εκείνη την περίπτωση υποστήριξαν πως αυτό μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη προσωπικού που είναι ικανό να εκπαιδεύσει σε πρακτικές υγείας και ασφάλειας στην εργασία. Αυτά τα ευρήματα συμφωνούν και με πρόσφατες έρευνες που αναφέρουν ότι τα δύο πέμπτα των εργαζομένων που μελετήθηκαν δεν είχαν εκπαιδευθεί σε ότι αφορά τους κανόνες επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας (Jahangiri et al, 2019). Όσον αφορά την επαφή με τις χημικές ουσίες, οι εργαζόμενοι στην παρούσα εργασία στην πλειονότητα του δηλώνουν πως έχουν επαφή με αυτές κατά την διάρκεια της εργασίας τους, είναι ενημερωμένοι και μάλιστα ορθά σε ότι αφορά τον τρόπο χρήσης και τους κινδύνους που ενέχουν, γνωρίζουν τα υλικά που πρέπει να χρησιμοποιούν για την προστασία τους και τέλος τα εφαρμόζουν κατά την διάρκεια της εργασίας τους (Fawzy et al, 2021). Αυτά τα αποτελέσματα είναι αρκετά ενθαρρυντικά, καθώς η εργασία έλαβε χώρα σε περίοδο πανδημίας, όπου η χρήση των απολυμαντικών ήταν ιδιαίτερα αυξημένη και καθώς φαίνεται οι εργαζόμενοι γνώριζαν τον τρόπο χρήσης και αντιμετώπισής τους. Σχετικά με τα μέσα ατομικής προστασίας, τα αποτελέσματα της έρευνας είναι στην ίδια γραμμή με αυτά άλλων ερευνητών, οι οποίοι ανέφεραν ότι περισσότεροι από τα δύο πέμπτα των εργαζομένων που μελετήθηκαν στην έρευνά τους φορούσαν γάντια πριν από την εργασία τους (Asmawi et al, 2018). Επιπλέον, η πλειοψηφία τους φοράει ποδιά και περισσότερο από το ένα τρίτο φοράει μάσκα ενώ εργάζονται. Μάσκα ενώ εργάζονται φορά και περισσότερο από το ένα πέμπτο των εργαζομένων σε έρευνα που διεξήγαγαν οι *Hemati* και *Fadaei* (Hemati and Fadaei, 2020). Αντιθέτως, ο *Nwamaka* το 2016 διαπίστωσε σε έρευνά του πως η πλειοψηφία των εργαζομένων που μελετήθηκε δεν χρησιμοποιούσε γάντια κατά την προετοιμασία φαγητού, κάτι το οποίο δεν συγκαταλέγεται στις σωστές πρακτικές ιδιαίτερα όταν αναφερόμαστε σε τρόφιμα (Nwamaka, 2016). Η παρούσα εργασία παρέχει στοιχεία που αναφέρουν πως οι εργαζόμενοι δεν κινδυνεύουν ιδιαίτερα συχνά από πτώση ή γλίστρημα, ωστόσο όμως μεταφέρουν κατά ένα μεγάλο ποσοστό βαριά φορτία ή αντικείμενα. Επίσης τα επίπεδα του άγχους που οφείλονται στην εργασία είναι σε μέτρια συχνότητα. Αυτά συνάδουν με τα αποτελέσματα άλλων ερευνητών (Carayanni et al, 2011), που αναφέρουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος που μελέτησαν και αφορούσε προσωπικό κουζίνας σε εστιατόρια στην περιοχή του Πειραιά μεταφέρουν επίσης βαριά φορτία και αντικείμενα και το μεγαλύτερο ποσοστό σπάνια βιώνει στρες κατά την εργασία του (Carayanni et al, 2011). Όσον αφορά τα μέτρα που λήφθηκαν μετά την έναρξη της πανδημίας COVID-19, οι

εργαζόμενοι φαίνεται να είναι σε μεγάλο ποσοστό ενημερωμένοι σχετικά με τα μέσα ατομικής προστασίας και τη ρητή εφαρμογή τους, καθώς και με τον τρόπο απόρριψής τους. Επίσης περισσότερο από το 50% του δείγματος θερμομετράται καθημερινά κατά την άφιξη του στην εργασία του, εφόσον είχε διαπιστωθεί πως ο πυρετός είναι από τα πρώτα συμπτώματα μόλυνσης του ιού σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (W.H.O., 2020). Τέλος, από τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου επαγγελματικής εξουθένωσης φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι έχουν αυξημένο στρες λίγες φορές το μήνα ή το χρόνο. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με άλλες έρευνες (Murray - Gibbons and Gibbons, 2007), όπου βρήκαν πως οι σεφ έδειξαν μειωμένα επίπεδα στρες ως απόκριση στην ποικιλία και στις προκλήσεις της εργασίας τους, όπως για παράδειγμα στην ευκαιρία να δημιουργήσουν ένα νέο μενού (Murray - Gibbons and Gibbons, 2007). Από την άλλη μεριά, έχει βρεθεί πως οι υπάλληλοι σε υπηρεσίες τροφίμων επειδή εκτελούν επαναλαμβανόμενες εργασίες οι οποίες απαιτούν λιγότερες δεξιότητες, έχουν περιορισμένοι αυτονομία, έλεγχο και ευελιξία ως προς την απόδοσή τους, έχουν γενικά αυξημένα επίπεδα στρες (Chiang et al, 2010).

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η παρούσα έρευνα έδειξε πως γενικά οι εργαζόμενοι είναι ενήμεροι για τους κινδύνους που διατρέχουν, γνωρίζουν πώς να χρησιμοποιούν τον εξοπλισμό και τις επικίνδυνες ουσίες που χρησιμοποιούν κατά την διάρκεια της εργασίας του. Η εκπαίδευση που έχουν λάβει για τα θέματα αυτά φαίνεται να είναι επαρκής όπως επίσης και η συμμόρφωσή τους με τα νέα θέματα που υπάρχουν και αφορούν την πανδημία COVID-19. Παρόλα αυτά, η ανάγκη για εκπαίδευση είναι σαφώς επιτακτική και θα πρέπει να είναι συνεχιζόμενη στον τομέα αυτό.

Το γεγονός επίσης ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι δεν ανέφεραν ιδιαίτερους πόνους σε σημεία του σώματος μπορεί επίσης να οφείλεται στην σωστή εκπαίδευση που έχουν λάβει ώστε να αυξήσουν την εργονομία κατά την διάρκεια της εργασίας τους προκειμένου να αποφεύγονται τέτοιου είδους προβλήματα.

Επίσης ιδιαίτερα σημαντικό είναι το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων είναι νεαρής ηλικίας, απόφοιτοι κάποιας επαγγελματικής σχολής και εργάζονται με καθεστώς μόνιμης απασχόλησης κάτι που είναι σπάνια διότι ο συγκεκριμένος κλάδος συνήθως απασχολεί προσωπικό εποχιακά κατά τους θερινούς μήνες που η ζήτηση είναι αυξημένη.

Κλείνοντας, θα ήταν ιδιαίτερη παράλειψη να μην αναφερθεί η ανάγκη που πηγάζει για εκπαίδευση των επαγγελματιών Τεχνολόγων Τροφίμων, σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων σε επιχειρήσεις όχι μόνο μαζικής εστίασης και ζαχαροπλαστικής, αλλά γενικά στις επιχειρήσεις που ασχολούνται με τα τρόφιμα, προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι κίνδυνοι για την υγεία των εργαζομένων τόσο στο παρόν, αλλά και μακροπρόθεσμα, δηλαδή μετά το πέρας του επαγγελματικού τους βίου.

## **BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

**Ajambo Z.** (2013). Adherence to Occupational Safety and Health Measures by Employees in selected restaurants in Kampala District. Submitted to the Institute of Health Policy and Management in Partial Fulfillment of the Requirements for the award of Bachelor's Degree in Public Health of International Health Sciences University. *Ed. Public Health of International Health Sciences University.* 38-40.

**Asmawi U., Norehan A., Salikin K., Rosdi N., Munir N., Basri N., Selamat M. and Nor N.** (2018). An Assessment of Knowledge, Attitudes, and Practices in Food Safety Among Food Handlers Engaged in Food Courts. *Curr Res Nutr Food Sci.* 6(2), 85-99.

**Aw T.C., Gardiner K. and Harrington J.M.** (2007). Pocket Consultant: Occupational Health, 5rd Edition. Oxford. *Ed. Blackwell Publishing Ltd.*

**Belanger K. and Triche E.** (2008). Indoor combustion and asthma. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2008;28(3):507-519.

**Bindu S. and Reddy M.** (2016). Occupational Hazards among Cooks in Commercial Kitchens. *International Journal of Science and Research.* 5 (6), 970-974.

**Boost M., Ho J., Guardabassi L. and O'Donoghue M.** (2012). Colonization of butchers with livestock associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Ed. Zoonoses Pub. Health.*

**B.R.C.G.S.** (2020). B.R.C.G.S. guidance document: Managing food safety during COVID-19. <https://www.brcgs.com/media/2082504/food-safety-covid-19-guideline-unlocked.pdf>.

**Carayanni V., Kalogeraki A., Babatsikou F., Chalkias A. and Koutis, C.** (2011). Covariates of Occupational accident Occurrence in the restaurant sector in Greece, The case of the restaurants in the Piraeus municipality. *Health Science Journal.* 5 (3), 1-9.

**C.D.C.** (2020). Symptoms of coronavirus. May 13, 2020 <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019cov/symptomstesting/symptoms.html>.

**Chiang F.T., Birtch T.A. and Kwan - Kwong H.** (2010). The moderating roles of job control and work-life balance practices. *International Journal of Hospitality Management,* (29) 25-32.

**Di Giannatale E., Prencipe V., Tonelli A., Marfoglia C. and Migliorati G.** (2011). Characterisation of *Staphylococcus aureus* strains isolated from food for human consumption. *Vet. Ital.* 47, 165-173.

**Diepgen T.L. and Kanerva L.** (2006). Occupational skin diseases. *Eur J Dermatol.* 16: 324-330.

**Δρίβας Σ., Ζορμπά Κ. και Κουκουλάκη Θ.** (2003). Μεθοδολογικός οδηγός για την εκτίμηση και πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου. *Εκδ. Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας Εργασίας.*

**E.F.S.A. 2020.** Coronavirus: No evidence that food is a source or transmission route, 9 March, 2020. <https://www.efsa.europa.eu/en/news/coronavirus-no-evidence-food-source-or-transmission-route>.

**Elsayed H.** (2017). Effect of Educational Intervention about Work-Related Musculoskeletal Disorders on Restaurant Workers in Toshiba Alarabi Factories at Benha City. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing.* 4 (3), 1-15.

**Elsner P.** (2007). Skin protection in the prevention of skin diseases. *Curr Probl Dermatol.* 34:1-10.



**Ercan A. and Kiziltan G.** (2014). Kitchen Safety in Hospitals: Practices and Knowledge of Food Handlers in Istanbul, Turkey. *Workplace Health and Safety*. 62 (10), 1-6.

**European Commission. Directorate - General for Health and Food Safety** (2020). Crisis management in food, animals and plants: Food hygiene. COVID-19 and food safety, Questions and Answers. April 8, 2020. [https://ec.europa.eu/food/sites/food/files/safety/docs/biosafety\\_crisis\\_covid19\\_qandas\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/food/sites/food/files/safety/docs/biosafety_crisis_covid19_qandas_en.pdf).

**F.D.A.** (2020). Food safety and the coronavirus disease 2019 (COVID-19). March 06, 2020 <https://www.fda.gov/food/food-safety-during-emergencies/food-safety-and-coronavirus-disease-2019-covid-19>.

**Freundenburger H.J.** (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*. 30(1), 159-166.

**Galanakis C.M.** (2020). The food systems in the era of the Coronavirus (COVID 19) pandemic crisis. *Foods*. 9, 523-533.

**Gardiner K. and Harrington J.M.** (2007). Occupational Hygiene, 3rd Edition. Oxford. *Ed. Blackwell Publishing Ltd*.

**Hemati S. and Fadaei A.** (2020). Knowledge, Attitude, and Practice among Food Workers in Restaurants of Shahrekord, Iran. *Annals Food Science and Technology*. 21(1), 243-248.

**Hendricks K.J. and Layne L.A.** (1999). Adolescent occupational injuries in fast food restaurants: An examination of the problem from a national perspective. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 41(12), 1146-1153.

**Ho J., O'Donoghue M.M. and Boost M.V.** (2014). Occupational exposure to raw meat: A newly-recognized risk factor for Staphylococcus aureus nasal colonization amongst food handlers. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*. 217, 347-353.

**Holness D.L., Kudla I., Brown. J. and Miller S.** (2016). Awareness of occupational skin disease in the service sector. *Occupational Medicine*. 67:256-259.

**I.L.O.** (2011). XIX World Congress on Safety and Health at Work - I.L.O. Introductory Report: Global Trends and Challenges on Occupational Safety and Health. I.L.O. - International Labour Office, Geneva. ISBN: 978-92-2-125340-2 (webpdf). *International Journal of Contemporary Hospitality Management*. 19 (1), 32-42.

**Jahangiri M., Eskandari F., Karimi F., Hasanipour S., Shakerian M. and Za A.** (2019). Self-Reported, Work-Related Injuries and Illnesses Among Restaurant Workers. *Annals of Global Health*. 85 (1), 1-9.

**Jeong B.Y.** (2015). Cooking processes and Occupational Accidents in Commercial Restaurant Kitchens. *Safety Science*. 80, 87-93.

**Jones J.W.** (1980). Preliminary Test Manual for the Staff Burnout Scale for Health Professionals. *Ed. House Management Consultants Inc.* Illinois, London.

**Juntarawijit C. and Juntarawijit Y.** (2017). Cooking smoke and respiratory symptoms of restaurant workers in Thailand. *BMC Pulmonary Medicine*. 17(41), 1-11.

**Juntarawijit C. and Juntarawijit Y.** (2017). Cooking smoke and respiratory symptoms of restaurant workers in Thailand. *BMC Pulmonary Medicine*. 17-41

**Kim I.** (2016). Safety and Health Practices in the Food Industry and Ergonomic Interventions. *J Ergonomics*. 6 (1), 146.

**Leiter P.M. and Maslach C.** (2001). Burnout and Quality in a Sped-up World. *The Journal for Quality and Participation*. 24(2), 48-51.

**Maslach C.** (1982). Burnout-The Cost of Caring, Englewood Cliffs, NJ. *Ed. Prentice Hall*.

**Maslach C. and Jackson E.S.** (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 2, 99-113.

**Maslach C. and Jackson, E.S.** (1982). Burnout in the Health Professions: A Social Psychological Analysis, Social Psychology of Health and Illness. Hillsdale, NJ. *Ed. Erlbaum*. 227-251.

**Maslach, C. and Jackson E.S.** (1986). Maslach Burnout Inventory Manual. 2nd ed. *Ed. Consulting Psychologists Press*. Palo Alto, CA.

**Maslach C. and Leiter P.M.** (1997). The Truth about Burnout. *Ed. Jossey - Bass*. San Francisco.

**Maslach C., Schaufeli W. and Leiter P.M.** (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*. 52, 397-422.

**Motarjemi Y. et al** (1999). H.A.C.C.P. principles and practice: teacher's handbook, W.H.O./I.C.D. training manual in collaboration with F.A.O. *Ed. World Health Organization*.

**Μπεζιρτζόγλου Ε.** (2007). Υγιεινή βιομηχανιών, τροφίμων και φαρμάκων. *Εκδ. Δίσιγμα*. Αθήνα.

**Murray - Gibbons R. and Gibbons C.** (2007). Occupational stress in the chef profession.

**Nakat Z. and Bou - Mitri C.** (2021). Covid-19 and the food industry: Readiness assessment. *Food Control*. 121, 1-10

**Nwamaka O.** (2016). Assessment of Food Safety Knowledge and Practices among Food Handlers in Restaurants in Nnewi Urban. in partial fulfillment of the requirement for the award of MSc nursing (community health), 65-69.

**Ξηροτύρη - Κουφίδου Σ.** (2001). Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων. *Εκδ. Ανικούλα*. Θεσσαλονίκη.

**O.S.H.A.** (2020). Guidance on preparing workplaces for COVID-19. Occupational safety and health administration. <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3990.pdf>.

**Παπαλεξανδρή Ν. και Μπουραντάς Δ.** (2003). Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων. *Εκδ. Μπένου*. Αθήνα.

**Sinclair R.C., Smith R., Colligan M., Prince M., Nguyen T. and Stayner L.** (2003). Evaluation of a safety training program in three food service companies. *Journal of Safety Research*. 34: 547-558.

**Sturgess J. and Poulsen A.** (1983), The Prevalence of Burnout in Occupational Therapists, *Occupational Therapy in Mental Health*. 3(4), 47-60.

**Teo S., Teik A., Goon J., Siang H., Siok G. and Koh D.** (2009). Occupational dermatoses in restaurant, catering and fast-food outlets in Singapore. *Occupational Medicine*. 59:466-471.

**Τερζίδης Κ. και Τζωρτζάκης Κ.** (2004). Διοίκηση ανθρώπινων πόρων (διοίκηση προσωπικού). *Εκδ. Rosili*.

**Tezera S., Chercos D. and Dessie A.** (2017). Self-reported safety practices and associated factors among employees of Dashen brewery share company, Gondar, Ethiopia: a cross-sectional study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 12(22), 2-7.

**Untermann F.** (1999). Encyclopedia of food Microbiology, Hazard appraisal (H.A.C.C.P.), The overall Concept. *Ed. Academic Press*. pp.982-990.

**W.H.O.** (2020). W.H.O. timeline - COVID-19. April 27, 2020 <https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline-covid-19>.

**W.H.O.** (2020). COVID-19 and food safety: Guidance for food businesses: Interim guidance, 07 April 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/covid-19-and-food-safety-guidance-for-food-businesses>.

**Woods R.H.** and **Macaulay J.F.** (1989). Rx for turnover: Retention programs that work. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*. 30(1), 78-90.

**Zhong L., Goldberg M., Parent M.** and **Hanley J.** (1999). Risk of developing lung cancer in relation to exposure to fumes from Chinese-style cooking. *Scand J Work Environ Health*. 25(4):309-316.

**Χυτήρης Λ.** (2001). Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων. *Εκδ. Interbooks*.

# OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY IN THE FOOD INDUSTRY

***K. Polatidou, E. Nena, T.C. Constantinidis and C. Kontogiorgis***

Programm of Postgraduate Studies, organized by Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece.

*Abstract:* Occupational health and safety in the food industry is a top priority for both employers and employees. However, there is often an increase in the number of accidents due to the increased workload and possibly the work routine. In the last two years, the planet is facing a new situation, which is a phenomenal circumstance so far, the COVID-19 pandemic. The catering industry is one of the most severely affected both financially and professionally as new measures and whole protocols have been added to deal with the pandemic. The aim of this thesis is to study the health and safety conditions under which employees in the catering industry work as well as to identify the extent to which employees understand the risks and apply protecting measures that already existed and also the new measures that have been added since the COVID-19 pandemic started and whether all of these are affecting health. The employees mentioned above were called to fill out a questionnaire, consisted of 18 questions about their demographic characteristics, working conditions, protection measures, the extent of their training and also questions about their feelings and attitude towards their work. The results of the work show that the participants are aware of the dangers in their workplace, know how to handle equipment and chemicals, have received appropriate training and comply with the rules, but at the same time there is a small but significant percentage which does not seem to have received the appropriate training and does not know the risks that exist in the workplace. It was also found that they know how to use Personal Protective Equipment and have largely understood the new data that emerged from the COVID-19 pandemic. In conclusion the risks faced by employees in these companies are many and related to the full range of their work. Proper information on hygiene, safety at work and accident prevention at work is a primary need to reduce risks in the most effective way so that there is safety in the workplace.

# ΚΕΡΑΜΟΙ ΕΝ ΚΑΜΙΝΩ ΣΤΗ ΘΡΑΚΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1950

**Θ.Κ. Κωνσταντινίδης**

Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης (Δ.Π.Θ.), Διευθυντής Εργαστηρίου Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμήμα Ιατρικής Δ.Π.Θ., Επιστημονικά Υπεύθυνος και Διευθυντής Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας και Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Κοινωνική Ιατρική και Φαρμακευτική Φροντίδα, που οργανώνονται από το Τμήμα Ιατρικής Δ.Π.Θ.

Φωτογραφίες από κεραμοποιεία στην Αλεξανδρούπολη κατά τη δεκαετία του 1950. Επρόκειτο για υπαίθριους χώρους, όπου μεταφέρονταν με κάρα αργιλώδες χώμα και ακολούθως η πρώτη ύλη έμπαινε στα *τσεκούρια* (τεχνητές τάφροι), όπου προσθέτονταν νερό και γινόταν το ζήμωμα, καθώς την ποδοπατούσαν οι εργάτες, ώστε να ομογενοποιηθεί. Στη συνέχεια η λάσπη μεταφερόταν πάνω σε ξύλινους πάγκους και με ειδικά καλούπια κοβόντουσαν τα τούβλα στην αρχική τους ωμή μορφή, που ονομάζονται *ωμόπλινθοι* (κερπίτσια), τα οποία στη συνέχεια αραδιάζονταν στον ήλιο για το πρώτο στέγνωμα. Ακολούθως τα τούβλα στοιβάζονταν μεταξύ τους με κενά για να λειτουργήσει η θερμότητα και ο αέρας, αφού κεντρικά άναβαν φωτιά και καθώς η θερμοκρασία διακλαδωνόταν ανάμεσα τους, αυτά ψηνότουσαν, παίρνοντας έτσι την τελική μορφή τους.



*Εικόνα 1. Μεταφορά αργιλώδους πρώτης ύλης για την κατασκευή των τούβλων.*



*Εικόνα 2. Αναμνηστική οικογενειακή φωτογραφία σε διάλειμμα εργασίας.*



*Εικόνα 3. Μεταφορά της ζυμωμένης πρώτης ύλης σε πάγκο εργασίας.*





*Εικόνα 4. Πάγκος εργασίας για τη μορφοποίηση των τούβλων σε ειδικά καλούπια.*



*Εικόνα 5. Πάγκος εργασίας για τη μορφοποίηση των τούβλων σε ειδικά καλούπια.*



*Εικόνα 6.* Εύπλαστα τούβλα που μόλις σχηματίστηκαν τοποθετούνται στο έδαφος για το πρώτο στέγνωμα.



*Εικόνα 7. Μεταφορά των τούβλων μετά το πρώτο στέγνωμα.*



*Εικόνα 8. Τοποθέτηση των τούβλων μετά το πρώτο στέγνωμα για το τελικό ψήσιμο.*



*Εικόνα 9. Αναμνηστική φωτογραφία πάνω στα τούβλα μετά το πρώτο στέγνωμα.*



Εικόνα 10. Αναμνηστική φωτογραφία πάνω στα τούβλα μετά το πρώτο στέγνωμα.

Οι πληροφορίες και οι φωτογραφίες προέρχονται από αναρτήσεις της Ομάδας «Γειτονιές και Αναμνήσεις της Αλεξανδρούπολης (που αλλάζει...)». Πρόκειται για Ομάδα Δημόσια στο *facebook* στην οποία συμμετείχαν 22.400 μέλη στις 12.07.2022 ([https://www.facebook.com/AlexandroupoliHistory/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/AlexandroupoliHistory/?ref=page_internal)), ιδρυτής και διαχειριστής της οποίας είναι ο κ. *Ηλίας Τζιώρας*, υπ. Διδάκτορας Ψηφιοποίησης Πολιτιστικής Κληρονομιάς και Τοπικής Ιστορίας (Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου).

# BRICK FACTORIES DURING THE 1950s IN THRACE (GREECE)

***T.C. Constantinidis***

Occupational Physician, Professor of Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece, Director of Laboratory of Hygiene and Environmental Protection, Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece, Scientific Coordinator and Director of Program of Postgraduate Studies Health and Safety in Workplaces and Program of Postgraduate Studies Primary Health Care, Social Medicine and Pharmaceutical Care, organized by Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece.

*Abstract:* Photos from brick factories in Thrace (Greece). Information and photos from posts by the "Neighborhoods and Memories of Alexandroupolis (changing...)", Public Group on *facebook* in which 22.400 members participated on 12.07.2022 ([https://www.facebook.com/AlexandroupoliHistory/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/AlexandroupoliHistory/?ref=page_internal)), the founder and administrator of which is Mr. *Ilias Tzioras*, Ph.D.c. on Digitization of Cultural Heritage and Local History (University of Peloponnese).



# ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΣΤΟΝ 21ο ΑΙΩΝΑ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

*Ιδρυμα Μποδοσάκη\**

\* Συντονιστές της 10ης Θεματικής Ομάδας (Επαγγελματική Υγεία): **Θ.Κ. Κωνσταντινίδης, Γ. Ντουινιάς**. Μέλη της 10ης Θεματικής Ομάδας (Επαγγελματική Υγεία): **Χ. Αλεξόπουλος, Ε. Βασιλείου, Ι. Δαμικούκα, Γ. Ζέρβας, Ο. Κάβουρα, Ε. Κυπραίου, Γ. Μακρυνός, Ε. Νένα, Π. Νικολοπούλου - Σταμάτη, Α. Παπαγιάννης, Γ. Ραχιώτης, Ε. Ριζά, Γ. Σκούφη, Ι. Χρόνης**. Συντονιστές της 11ης Θεματικής Ομάδας (Περιβαλλοντική Υγιεινή): **Α. Βατόπουλος, Β. Καραούλη**. Επιστημονική Επιτροπή Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία στον 21ο Αιώνα: **Α. Τσουρός (Πρόεδρος), Γ. Κυριόπουλος (Αντιπρόεδρος), Γ. Χρούσος (Αντιπρόεδρος), Ν.-Τ. Βασιλάκου, Α. Βατόπουλος, Θ. Βοζίκης, Ε. Γελαστοπούλου, Σ. Γκάρανη, Α. Γκρόζου, Β. Διαμαντόπουλος, Λ. Εβρένογλου, Λ. Θηραίος, Χ. Καρανίκας, Β. Καραούλη, Μ. Κογεβίνας, Ξ. Κοντιάδης, Γ. Κουλιεράκης, Τ. Κρεμαστινού, Θ.Κ. Κωνσταντινίδης, Χ. Λιονής, Γ. Μακρυνός, Μ. Μαλλιώρα, Α.Δ. Μαριόλης, Β. Μαυρέας, Κ. Μεράκου, Φ. Μπακοπούλου, Ν. Μπαρμπούνη, Α. Μωραϊτάκη - Τσάμη, Ε. Νένα, Ε. Ντζάνη, Γ. Ντουινιάς, Ε. Πάβη, Δ. Παναγιωτάκος, Τ. Παναγιωτόπουλος, Μ. Παπαδακάκη, Μ. Παπαδογιαννάκης, Ν. Παπαθανασοπούλου, Ε. Πατσουλά, Ε. Πιτέλου, Μ. Σακουφάκη, Γ. Σαρόγλου, Κ. Σουλιώτης, Ν.Κ. Στεφανής, Τ. Τζανακάκη, Γ. Τουλούμη, Γ. Τούντας, Μ. Τσαντίδου, Ι. Τσιλιγιάννη, Σ. Τσινόρεμα, Σ. Τσιόδρας, Τ. Φιλαλήθης, Α. Χατζάκης, Γ. Υφαντόπουλος**.

*Περίληψη:* Απόσπασμα από το «Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία στον 21ο αιώνα», που περιλαμβάνει τα κείμενα της 10ης Θεματικής Ομάδας (Επαγγελματική Υγεία) και της 11ης Θεματικής Ομάδας (Περιβαλλοντική Υγιεινή) σε ενιαία μορφή.

## **ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ**

Η υγεία και η ευημερία του ανθρώπου συνδέονται άμεσα και επηρεάζονται από το περιβάλλον. Η βελτίωση της ποιότητας του περιβάλλοντος σε βασικούς τομείς, όπως ο αέρας, τα ύδατα και ο θόρυβος, μπορεί να λειτουργήσει προληπτικά έναντι των ασθενειών και να ενισχύσει την ανθρώπινη υγεία. Σύμφωνα με έκθεση του Π.Ο.Υ. εκτιμάται ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες ρύπανσης ευθύνονται για το 12-18% των θανάτων στις 53 χώρες της ευρωπαϊκής περιφέρειας του Π.Ο.Υ.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι δεν κατανέμονται ομοιογενώς στην κοινωνία, καθώς επηρεάζουν δυσανάλογα τις κοινωνικά μειονεκτούσες και ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση ενός ατόμου

επιηρεάζει την έκθεσή του σε περιβαλλοντικούς παράγοντες ρύπανσης, δεδομένου ότι οι φτωχότεροι άνθρωποι είναι πιθανότερο να ζουν σε υποβαθμισμένα περιβάλλοντα. Τα κοινωνικά μειονεκτούντα άτομα ενδέχεται να είναι περισσότερο ευαίσθητα στις επιπτώσεις των περιβαλλοντικών παραγόντων ρύπανσης λόγω προβλημάτων υγείας που προϋπάρχουν, κακής διατροφικής κατάστασης και συγκεκριμένων συμπεριφορών, όπως το κάπνισμα ή η καθιστική ζωή.

Η ατμοσφαιρική ρύπανση αποτελεί τον μεγαλύτερο περιβαλλοντικό κίνδυνο για την υγεία στην Ευρώπη και συνδέεται με τα χρόνια νοσήματα (καρδιαγγειακά νοσήματα, πνευμονοπάθειες και καρκίνο πνευμόνων). Εκτιμάται ότι η έκθεση στην ατμοσφαιρική ρύπανση έχει ως αποτέλεσμα περισσότερους από 400.000 πρόωρους θανάτους στην Ε.Ε. ετησίως.

Η έκθεση σε επικίνδυνες χημικές ουσίες μέσω του περιβάλλοντος αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Οι άνθρωποι ενδέχεται να εκτίθενται σε ευρύ φάσμα χημικών ουσιών στην καθημερινή τους ζωή, μέσω της ρύπανσης του ατμοσφαιρικού αέρα και των υδάτων, καθώς επίσης μέσω των καταναλωτικών προϊόντων και της διατροφής. Λόγω των ιδιοτήτων τους, ορισμένες επικίνδυνες χημικές ουσίες είναι ανθεκτικές στο περιβάλλον και βιοσυσσωρεύονται στην τροφική αλυσίδα.

Η έκθεση στον θόρυβο από πηγές του τομέα των μεταφορών και από τη βιομηχανία μπορεί να οδηγήσει σε ενοχλήσεις, διαταραχές του ύπνου και συναφείς αυξήσεις του κινδύνου εμφάνισης υπέρτασης και καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Τέλος, πρέπει να λάβουμε υπόψη τις επιπτώσεις της κλιματικής αλλαγής, οι οποίες συνιστούν άμεσες απειλές για την υγεία, όπως για παράδειγμα τα κύματα καύσωνα και οι μεταβολές στα πρότυπα εμφάνισης λοιμωδών νόσων και αλλεργιογόνων.

## ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Υπάρχει συναρμοδιότητα των Υπουργείων Υγείας και Περιβάλλοντος στον τομέα αυτό. Οι αιρετές Περιφέρειες και οι Δήμοι, καθώς και η Ε.Δ.Ε.Υ.Α. που αντιπροσωπεύει τις εταιρείες ύδρευσης, εφαρμόζουν τις ισχύουσες διατάξεις και διενεργούν τακτικούς ελέγχους, όπου, επίσης, εμπλέκεται και το Υπουργείο Εσωτερικών σε σχέση με τις Ο.Τ.Α. Το ισχύον θεσμικό πλαίσιο συναρμοδιοτήτων είναι δυσλειτουργικό (έλλειψη συνεργειών και κοινής αντίληψης/προσέγγισης στα θέματα) και στερείται προσβάσιμων για όλους τους εμπλεκόμενους ενιαίων βάσεων δεδομένων ελέγχου ποιότητας.

Οι βασικές διατάξεις προδιαγραφών ποιότητας αφορούν στα πόσιμα νερά, τα εμφιαλωμένα νερά, τα νερά των ακτών κολύμβησης και κολυμβητικών δεξαμενών, το νερό δικτύων ύδρευσης σε υγειονομικές και τουριστικές εγκαταστάσεις σχετικά με την παράμετρο της legionella, τα επιφανειακά και

υπόγεια νερά, τα αστικά λύματα, τα βιομηχανικά απόβλητα και τα τοξικά απόβλητα, τις επιπτώσεις από μεγάλες φυσικές και βιομηχανικές καταστροφές, τη διαχείριση ιατρικών και στερών αποβλήτων, την ατμοσφαιρική ρύπανση, την ηχορύπανση και την έκθεση σε ιοντίζουσες και μη ακτινοβολίες. Οι τομείς αυτοί διευρύνονται καθημερινά με την εξέλιξη της τεχνολογίας και την εμφάνιση νέων κινδύνων για την υγεία του ανθρώπου.

Η Ελλάδα εναρμονίζεται με την Ευρωπαϊκή Πολιτική για την «προστασία των πολιτών της Ένωσης από περιβαλλοντικές πιέσεις και κινδύνους για την υγεία και την ευημερία». Σε επίπεδο Ε.Ε., οι βασικοί τομείς πολιτικής για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων του περιβάλλοντος στην υγεία περιλαμβάνουν την δέσμη μέτρων πολιτικής «Καθαρός αέρας» για την Ευρώπη και τη στρατηγική της Ε.Ε. για την προσαρμογή στην κλιματική αλλαγή.

Η Ευρωπαϊκή Διαδικασία και οι Οδηγίες του Π.Ο.Υ. στον τομέα του Περιβάλλοντος στοχεύουν στην επίτευξη των σκοπών και των στόχων του θεματολογίου του 2030 για τη βιώσιμη ανάπτυξη, όσον αφορά την υγεία που συνδέεται με το περιβάλλον.

#### ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

Για τη διασφάλιση της υγιεινής και της ασφάλειας των τροφίμων απαιτείται καθορισμός προδιαγραφών και έλεγχος σε όλο το μήκος της τροφικής αλυσίδας, καθώς επίσης και διεπιστημονική συνεργασία. Δεδομένου ότι οι εμπλεκόμενοι φορείς από την παραγωγή έως την κατανάλωση των τροφίμων είναι πολλοί (Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων, Υπουργείο Ανάπτυξης, Υπουργείο Υγείας, Ε.Φ.Ε.Τ., Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας Περιφερειακών Ενοτήτων), η ανάπτυξη ενός δικτύου συνεργασίας που θα εξασφαλίζει την ποιότητα, την υγιεινή και την ασφάλεια των τροφίμων κρίνεται απαραίτητη.

Η παραγωγή και κατανάλωση ασφαλών τροφίμων έχει άμεσα και μακροπρόθεσμα οφέλη για τους ανθρώπους, τον πλανήτη και την οικονομία. Η παγκοσμιοποίηση του εμπορίου τροφίμων, ο αυξανόμενος παγκόσμιος πληθυσμός, η κλιματική αλλαγή και τα ταχέως μεταβαλλόμενα συστήματα τροφίμων έχουν αντίκτυπο στην υγιεινή και ασφάλεια των τροφίμων. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στον επανασχεδιασμό των συστημάτων τροφίμων, ώστε μια ποικιλία θρεπτικών τροφίμων να φτάνει στους πολίτες σε προσιτές τιμές και να έχει παραχθεί, χρησιμοποιώντας μεθόδους παραγωγής που είναι φιλικές προς το περιβάλλον, ενώ παράλληλα προστατεύουν τη βιοποικιλότητα, τα αποθέματα νερού, αέρα και εδάφους και που περιορίζουν στο ελάχιστο τους κινδύνους για την υγεία, τη σπατάλη τροφίμων, την παραγωγή αερίων στο περιβάλλον και προστατεύουν την ευημερία των ζώων. Για να επιτευχθεί αυτό απαιτείται επαναπροσανατολισμός ολόκληρου του συστήματος προς μια προοπτική όπου οι στόχοι της υγείας, του περιβάλλοντος και της οικονομίας, συνδέονται.

Η συνεργασία και ο συντονισμός μεταξύ των διαφορετικών εμπλεκόμενων φορέων είναι ουσιώδης, ώστε ασφαλείς και ποιοτικές τροφές να είναι διαθέσιμες στο σύνολο των πολιτών της χώρας μας. Η επιδημία των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων έχει άμεση σχέση με την ποιότητα των τροφών που καταναλώνουμε και ο Π.Ο.Υ. δίνει ιδιαίτερη σημασία στους εμπορικούς προσδιοριστές της υγείας (commercial determinants of health) σχετικά με τα τρόφιμα. Η βελτίωση των διατροφικών συνθηκών του πληθυσμού, με έμφαση στη μεσογειακή διατροφή, αποτελεί σημαντικό άξονα παρέμβασης των στρατηγικών στόχων του Υπουργείου Υγείας. Το Υπουργείο Υγείας δίνει προτεραιότητα στην προώθηση μητρικού θηλασμού, της ισορροπημένης διατροφής στην παιδική ηλικία και στην ενήλικη ζωή.

Στον τομέα της ασφάλειας των τροφίμων, έχει δημιουργηθεί ένα νέο θεσμικό πλαίσιο που αποσαφηνίζει τους ρόλους και τις αρμοδιότητες μεταξύ των αρμόδιων υπηρεσιών και ενοποιεί το σύνολο των διαδικασιών. Ωστόσο, εξακολουθεί να επικρατεί μία δυσλειτουργική επικοινωνία μεταξύ των συναρμόδιων υπηρεσιών με αποτέλεσμα τη δημιουργία επικαλύψεων εις βάρος της ομαλής λειτουργίας του Κράτους και των επιχειρήσεων τροφίμων.

Η συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, Κτηνιατρικής, Αγροτικής Ανάπτυξης, και Εμπορίου των Περιφερειών της χώρας, όσο και του Ε.Φ.Ε.Τ. με τα συναρμόδια Υπουργεία Υγείας και Ανάπτυξης κρίνεται απολύτως αναγκαία, καθώς και η καθιέρωση ενιαίων διαδικασιών ελέγχου για την επίτευξη του στόχου της διάθεσης ασφαλών τροφίμων στην αγορά.

## **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

Η λίστα των στόχων βιωσιμότητας του Ο.Η.Ε. για το 2030 (I.L.O.) περιλαμβάνει τη μείωση της έκθεσης των εργαζομένων σε επιβλαβείς ουσίες και σε δυσμενείς συνθήκες και τη μείωση των σχετιζόμενων με την εργασία ασθενειών και θανάτων. Δεδομένα από την ΕΛ.ΣΤΑΤ. δείχνουν μία μικρή μείωση των εργατικών ατυχημάτων στην Ελλάδα κατά τα έτη 2018-2019, ενώ οι εκτιμήσεις για τις επαγγελματικές ασθένειες είναι δύσκολο να προσδιορισθούν εξαιτίας της υπο-αναφοράς και της υπο-διάγνωσης που παρατηρείται, όχι μόνο στη χώρα μας, αλλά και διεθνώς. Ένα μεγάλο ποσοστό περιστατικών επαγγελματικών νοσημάτων άλλωστε, προσφεύγει και αντιμετωπίζεται ως κοινά νοσήματα στις δομές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

Επιπλέον, οι νέες μορφές εργασίας που αναπτύχθηκαν κυρίως κατά τη διάρκεια της πανδημίας (π.χ. τηλε-εργασία, χρήση νέων τεχνολογιών κ.λ.π.), καθώς και οι ευέλικτες / επισφαλείς μορφές εργασίας, που αναπτύχθηκαν μέσα στην οικονομική κρίση αποτελούν προκλήσεις για την εργασιακή και κατ' επέκταση τη δημόσια υγεία. Κύριος στόχος των σύγχρονων πολιτικών Δημόσιας Υγείας είναι η ενσωμάτωση ολοκληρωμένων προγραμμάτων πρόληψης (πρωτογενούς, δευτερογενούς, τριτογενούς)

και προαγωγής υγείας στον χώρο εργασίας. Προς αυτήν την κατεύθυνση, προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί στα εξής:

- Στην επικαιροποίηση *Εθνικής Στρατηγικής για την Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία* στη βάση του νέου Στρατηγικού Πλαισίου της Ε.Ε.
- Στη δημιουργία *Εθνικού Κέντρου Έρευνας και Αναφοράς Μετρήσεων Προσδιορισμού Βλαπτικών Παραγόντων για την Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία*.
- Στην εφαρμογή συστηματικής καταγραφής των επαγγελματικών ασθενειών μαζί με οργανωμένη επιτήρηση υγείας μέσω της ανάπτυξης σχετικών μητρώων.
- Στην ενίσχυση προγραμμάτων εμβολιασμών ενηλίκων μέσω των εργασιακών χώρων.
- Στην τροποποίηση του υπάρχοντος θεσμικού πλαισίου και την υποχρέωση παροχής υπηρεσιών επαγγελματικής υγείας σε εργαζόμενους μικρών και μεσαίων επιχειρήσεων (με αριθμό έως 50 εργαζόμενους).
- Στην ευαισθητοποίηση της κοινωνίας (εργοδοτών και εργαζομένων), την ύπαρξη καλά εκπαιδευμένων επαγγελματιών υγείας και θεσμοθετημένων διαδικασιών αναγνώρισης επαγγελματικών νόσων, καθώς και την ύπαρξη μηχανισμών αποζημίωσης.

#### *ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΔΡΑΣΗ*

- Κρίνεται αναγκαία η βελτίωση της διατομεακής διακυβέρνησης για την περιβαλλοντική υγιεινή σε όλα τα επίπεδα και η δημιουργία συστημάτων που θα επιτρέπουν την από κοινού πρόσβαση σε τεχνογνωσία και δεδομένα.
- Καθιέρωση ενιαίων διαδικασιών ελέγχου για την επίτευξη του στόχου της διάθεσης ασφαλών τροφίμων στην αγορά.
- Θεσμική επικαιροποίηση και συστηματική αναβάθμιση του ρόλου και των υπηρεσιών για την επαγγελματική υγεία.

# ACTION PLAN FOR PUBLIC HEALTH IN THE 21st CENTURY ENVIRONMENTAL HYGIENE AND OCCUPATIONAL HEALTH

## *Bodosakis Foundation\**

\* Coordinators of 10th Thematic Group (Occupational Health): **T. C. Constantinidis, G. Dounias**. Members of the 10th Thematic Group (Occupational Health): **C. Alexopoulos, E. Vassiliou, I. Damikouka, G. Zervas, O. Kavoura, E. Kypraiou, G. Makrynos, E. Nena, P. Nikolopoulou - Stamati, A. Papagiannis, G. Rachiotis, E. Riza, G. Skoufi, I. Chronis**. Coordinators of 11th Thematic Group (Environmental Hygiene): **A. Vatopoulos, B. Karaoulis**. Scientific Committee on Action Plan for Public Health in the 21st Century: **A. Tsouros** (President), **J. Kyriopoulos** (Vice President), **G. Chrousos** (Vice President), **N. - T. Vasilakou, A. Vatopoulos, T. Vozikis, E. Gelastopoulou, S. Garani, A. Grozou, V. Diamantopoulos, L. Evrenoglou, L. Thireos, H. Karanikas, V. Karaoulis, M. Kogevas, X. Kontiadis, G. Koulierakis, T. Kremastinou, T.C. Constantinidis, C. Lionis, G. Makrynos, M. Mallioris, A.D. Mariolis, V. Mavreas, K. Merakou, F. Bakopoulou, N. Barbouni, A. Moraitaki - Tsami, E. Nena, E. Dzani, G. Dounias, E. Pavi, D. Panagiotakos, T. Panagiotopoulos, M. Papadakaki, M. Papadogiannakis, N. Papathanasopoulou, E. Patsoula, E. Pitelou, M. Sakoufaki, G. Saroglou, K. Souliotis, N.K. Stefanis, T. Tzanakaki, G. Touloumi, J. Toundas, M. Tsantidou, I. Tsiligianni, S. Tsinorema, S. Tsiodras, T. Filalithis, A. Hatzakis, G. Yfantopoulos**.

*Abstract:* Excerpt from the "Action Plan for Public Health in the 21st Century", which includes the text of 10th Thematic Group (Occupational Health) and 11th Thematic Group (Environmental Hygiene) in a single format.

