

**«Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ
AIDS ΣΤΙΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ Κ.Ε.Ε.Λ.»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΚΟΤΣΙΦΑ ΝΙΚΗ

ΤΣΟΥΚΛΙΔΗ ΣΕΒΑΣΤΗ

ΕΠΟΠΤΗΣ: ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ ΜΑΝΟΣ



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΟΥ
ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΟΥ
Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**

ΠΑΤΡΑ ΙΟΥΛΙΟΣ 2003

«Θυμάμαι, τον
πρώτο καιρό που διάβασα για το
AIDS και την ελαφράδα που το
αντιμετώπισα. Θυμάμαι αργότερα,
ανθρώπους που άρχισαν να
πεθαίνουν ο ένας μετά τον
άλλον. Άγνωστοι στην αρχή,
έπειτα γνωστοί, έως κι αγαπημένοι
φίλοι μου. Θυμάμαι, την
ανησυχία και τον πανικό που
φώλιασαν στην ψυχή μου.
Θυμάμαι εκεί, στα τέλη της
δεκαετίας του '90, που έμαθα
πως ήμουν και εγώ οροθετικός.
Συννέφιασμα και απελπισία,
Απόγνωση και ανατροπή. Το
Κοίταγμα της ζωής μέσα από ένα
άλλο πρίσμα, και το πολύτιμο
αγαθό της στο μέγεθος που του
ταιριάζει.
Και τώρα, μέσα από οδυνηρές
και σκληρές διαδικασίες, η πίστη
μου κι η ελπίδα μου έχουν πάλι
ανδρωθεί και στέκομαι όρθιος
και αλώβητος όσο μπορώ,
πολεμώντας την αρρώστια επί
ίσοις όροις.
Πιστεύω στη ζωή, πιστεύω στον
εαυτό μου. Σίγουρα το AIDS δεν
είναι το τέλος του κόσμου.
Ατενίζω σθεναρά το σήμερα και
προσμένω μ' ελπίδα το ΑΥΡΙΟ!»

Θοδωρής Πάτας

**Η ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

.....
(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

.....
(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

.....
(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

Κ.Ε.Ε.Λ.	Κέντρο ελέγχου ειδικών λοιμώξεων
Τ.Γ.	Τηλεφωνική Γραμμή για το AIDS
Σ.Σ.	Συμβουλευτικός Σταθμός για το AIDS
ΞΕΝ.	Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής στήριξης για το AIDS
ΘΕΣ.	Υπηρεσία του Κ.Ε.Ε.Λ. της Θεσσαλονίκης
Σ.Μ.Ν.	Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΜΗ.ΚΥ.Ο.	Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις
Εκδ.	Εκδόσεις
Π.χ.	Για Παράδειγμα
Ο.π.	Όπως Παραπάνω
Σελ.	Σελίδα-Σελίδες
Περ.	Περιοδικό

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

α. Το πρόβλημα	10
β. Σκοπός της μελέτης	11
γ. Ορισμοί όρων	12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΕΝΟΤΗΤΑ Α. ΔΙΕΘΝΗ ΚΕΙΜΕΝΑ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ AIDS, ΤΟΝ ΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ AIDS.....	16
-Θεωρίες για την προέλευση του AIDS	17
2. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ.....	18
3. ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	20

ΕΝΟΤΗΤΑ Β. ΤΑ ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ HIV ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.

1. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ HIV ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ.....	23
2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ.....	27
3. ΣΞΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	30

4.	ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΙΑ ΚΑΙ AIDS.....	31
5.	ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑ ΚΑΙ AIDS.....	32

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ. ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ Κ.Ε.Ε.Λ.

1.	ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ Κ.Ε.Ε.Λ. ΚΑΙ ΟΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ... 34	
	α. Οι σημαντικότερες δραστηριότητες του Κ.Ε.Ε.Λ.....	35
	β. Οι υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης που λειτουργούν υπό την εποπτεία του Κ.Ε.Ε.Λ.....	37
	- Ο Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Στήριξης.....	37
	- Ο Συμβουλευτικός Σταθμός και η Τηλεφωνική Γραμμή Αθηνών.....	37
	- Το Γραφείο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης.....	37
	- Το Κ.Ε.Ε.Λ. Θεσσαλονίκης.....	37
2.	ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ Κ.Ε.Ε.Λ.....	38
	- Κατ' οίκον Νοσηλεία. (Home Care).....	38
	- Οδοντιατρείο.....	38
	- Το Γραφείο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων.....	38
	- Το Γραφείο Διεθνών Σχέσεων και Επικοινωνίας.....	38

ΕΝΟΤΗΤΑ Ε. ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ

ΤΟ AIDS.

1.	Σύλλογος «Ελπίδα».....	40
2.	Κέντρο Ζωής.....	41

ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΤ. ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1.	ΠΕΝΘΟΣ.....	43
	α. Ορισμοί γύρω από το πένθος.....	43
	β. Είδη πένθους.....	45
	- Ο προπαρασκευαστικός θρήνος.....	45
	- Ο φυσιολογικός θρήνος.....	46

-	Ο περιπλεγμένος θρήνος.....	49
•	Ο χρόνιος θρήνος.....	49
•	Ο ετεροχρονισμένος θρήνος.....	50
-	Ο παραγνωρισμένος θρήνος.....	50
2.	ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΕ ΦΟΡΕΙΣ/ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ AIDS.....	52
-	Μεθοδολογία συμβουλευτικής για άτομα με HIV λοίμωξη.....	52
3.	Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΦΟΡΕΙΣ/ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ AIDS.....	60
α.	Είδη παρέμβασης.....	61
-	Είδη παρέμβασης σε ενήλικες HIV οροθετικούς.....	62
-	Παρέμβαση σε ενήλικες ασθενείς με AIDS.....	64
	<u>ΕΝΟΤΗΤΑ Ζ. ΡΟΛΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ</u>	
1.	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ.....	66
2.	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ.....	68
3.	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ.....	71
4.	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	71
	<u>ΕΝΟΤΗΤΑ Η. ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ</u>	
1.	Ορισμοί Διεπιστημονικής Συνεργασίας.....	73
2.	Προϋπόθεσης ύπαρξης Διεπιστημονικής Συνεργασίας.....	73
3.	Συγκρούσεις και Διεπιστημονική Συνεργασία.....	79
4.	Υπέρ και Κατά της Διεπιστημονικής Συνεργασίας.....	81
5.	Στρατηγικές βελτίωσης της Διεπιστημονικής Συνεργασίας.....	82
6.	AIDS και Διεπιστημονική Συνεργασία.	
	<u>ΕΝΟΤΗΤΑ Θ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ</u>	
1.	Ορισμός επαγγελματικής εξουθένωσης.....	90
2.	Παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης.....	92
3.	Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	94

4.	Πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	94
----	---	----

ΕΝΟΤΗΤΑ Ι. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ AIDS ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ

1.	Στόχοι του Ο.Η.Ε. για την πρόληψη της εξάπλωσης του HIV....	100
2.	Τρόποι πρόληψης.....	101
3.	Προγράμματα πρόληψης του Κ.Ε.Ε.Λ.....	103

ΕΝΟΤΗΤΑ Κ. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ

ΠΟΛΙΤΙΚΗ.

1.	ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ.....	105
2.	ΗΘΙΚΟΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ.....	106
3.	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ.....	111
4.	ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΠΡΟΣ ΤΑ HIV ΟΡΟΘΕΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	117

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1.	Σκοπός της έρευνας-Ερωτήματα- Υποθέσεις.....	120
2.	Είδος Έρευνας.....	121
3.	Ερευνώμενος πληθυσμός.....	122
4.	Πλαίσιο.....	123
5.	Απόφαση για την φύση των πληροφοριών.....	123
6.	Απόφαση για τον τρόπο συλλογής των πληροφοριών.....	124
7.	Τρόποι αντιμετώπισης των αποτυχιών.....	124
8.	Διοικητικά, Κόστος, Χρόνος.....	125

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV.

ΑΝΑΛΥΣΗ- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	128
--	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	218
2. ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ.....	225
α. Σε επίπεδο κρατικής μέριμνας	225
β. Σε επίπεδο Γ΄ βαθμιας εκπαίδευσης.....	226
γ. Σε επίπεδο Κ.Ε.Ε.Λ.....	227
3. ΚΡΙΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ.....	228

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
2. ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ Κ.Ε.Ε.Λ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

α. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

«Περισσότερα από 20 χρόνια πέρασαν από τότε που οι νέοι όροι όπως «AIDS» και «HIV λοίμωξη» μπήκαν στην ζωή μας για να την αλλάξουν μια για πάντα. Πολλοί έσπευσαν να μιλήσουν για κατάρα του θεού προς το ανθρώπινο γένος. Άλλοι για την τιμωρία της αλαζονείας της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας. Και άλλοι, ίσως πιο νηφάλιοι μιλούσαν για έναν πρωτόγνωρο ιό, του οποίου η αντιμετώπιση θα απαιτούσε τεράστια προσπάθεια.»(Στασινός,2002,σελ. 4)

Σε ελάχιστο χρονικό διάστημα, το AIDS από επιστημονικό περίεργο που αφορούσε ειδικές μόνο Πληθυσμιακές ομάδες σε λίγες περιοχές της γης, εξελίχθηκε σε σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας που αφορά κάθε πληθυσμιακή ομάδα, σε παγκόσμια κλίμακα. (Παπαευαγγέλου- Κιοσέογλου- Γρηγοριάδου- Χραπάλου/ Ροβήθη, 1987,σελ.302)

Η σοβαρότητα της νόσου, με την απουσία αποθεραπείας και την θανατηφόρο εξέλιξη της, οδήγησε μεγάλη μερίδα ανθρώπων στην άγνοια και τον παράλογο και υπερβολικό φόβο, με αποτέλεσμα τα οροθετικά άτομα να απομονώνονται από την οικογένεια και την κοινότητα, την στιγμή που χρειάζονται περισσότερη φροντίδα και συμπράσταση. Σε αντίθεση με τα άλλα προβλήματα υγείας που προσβάλλουν είτε τους νέους είτε τους ηλικιωμένους, το AIDS πλήττει κυρίως εκείνους που βρίσκονται στην ηλικία των 20-49 ετών. Στερώντας την κοινωνία από ανθρώπους της πιο παραγωγικής ηλικίας, το AIDS αποτελεί σοβαρή απειλή για την κοινωνική και οικονομική εξέλιξη σε παγκόσμια κλίμακα. (Π.Ο.Υ., εθνικό κέντρο αναφοράς AIDS, 1988,σελ.3-4)

Επίσης είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι με την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και των θεραπευτικών δυνατοτήτων που προσφέρει, το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας έχει γίνει μια χρόνια νόσος. Τα οροθετικά άτομα ζουν περισσότερο και ποιοτικότερα χρόνια. Αυτό σε συνάρτηση με την αύξηση των κρουσμάτων της νόσου κάνει επιτακτική την ανάγκη για την βελτίωση των ήδη υπάρχοντων ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών και την δημιουργία νέων. Όλα τα προαναφερθέντα αποτελούν κριτήρια επιλογής ως θέματος της πτυχιακής μας εργασίας.

Επιπλέον για μας ήταν σημαντικό, το γεγονός ότι η εξάπλωση συνεχίζεται σ' όλο τον κόσμο και αφορά μια συνεχώς αυξανόμενη ομάδα κοινωνικού αποκλεισμού. Όπως επίσης το ότι πραγματοποιείται την παρέμβαση σε κρίση και ειδικότερα την κλινική κοινωνική εργασία που θεωρούμε αρκετά ενδιαφέρουσα και σημαντική. Και τέλος το γεγονός ότι δεν έχει πραγματοποιηθεί ανάλογη έρευνα σε πανελλήνια κλίμακα και εστιασμένη στους ψυχοκοινωνικούς επιστήμονες.

β. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο κύριος σκοπός αυτής της εργασίας είναι η μελέτη, η διερεύνηση και η ανάλυση του προβλήματος του AIDS, από την πλευρά των επαγγελματιών που εργάζονται στις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.).

Ειδικότερα επιδιώκονται οι παρακάτω στόχοι:

A. Να εντοπιστεί και να καταγραφεί, το πρόβλημα, και πως αυτό παρουσιάζεται στην πορεία του χρόνου.

B. Να καταγραφεί η κατάσταση του προβλήματος σήμερα στην Ελλάδα.

Γ. Να παρουσιαστούν οι ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Α. και το έργο τους.

Δ. Να αναφερθούν οι ανάγκες των οροθετικών ατόμων.

Ε. Να καταγραφεί και να παρουσιαστεί η συμβολή και το έργο των μη Κυβερνητικών, εθελοντικών Οργανώσεων και πώς αυτές δραστηριοποιούνται σχετικά με το AIDS.

ΣΤ. Να διεξαχθεί έρευνα στους εργαζόμενους των ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών έτσι ώστε να εντοπιστούν, να διερευνηθούν και να παρουσιαστούν τα προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν λόγω των δυσκολιών που παρουσιάζει η εργασία με άτομα σε κίνδυνο θανάτου.

Ζ. Να εντοπιστεί και να παρουσιαστεί η διεπιστημονική συνεργασία στις ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Α., κατά πόσο αυτή είναι εφικτή, σε ποιο επίπεδο βρίσκεται, και πόσο βοηθά τους επαγγελματίες και τα HIV οροθετικά άτομα.

γ. ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

- **AIDS:** Σοβαρή ασθένεια που προκαλείται από ιό και χαρακτηρίζεται από βίαιη μείωση της ανοσοποιητικής άμυνας του οργανισμού, το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. [αγγλ. AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome] (Κριαράς, 1995, σελ.424)

Σύμφωνα με τους Τεγόπουλο-Φυτράκη

- **AIDS:** Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. Αρρώστια που προκαλείται από ιό, ο οποίος προσβάλλει τα λεμφοκύτταρα του οργανισμού και επιφέρει παράλυση του ανοσοποιητικού συστήματος. (Τεγόπουλος-Φυτράκης, 1989, σελ.236)

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε ο δεύτερος ορισμός.

- **Σύνδρομο:** [<αρχ. Συνδρόμου, ουδ. Του επιθ. Σύνδρομος< συν + δρόμος] σύνολο συμπτωμάτων που καθορίζουν μια αρρώστια. (Τεγόπουλος-Φυτράκης,1989,σελ.712)

Σύμφωνα με τον Κριαρά

- **Σύνδρομο:** σύνολο από συμπτώματα, σημεία ή ανωμαλίες που χαρακτηρίζουν και συνιστούν ορισμένη παθολογική κατάσταση.(Ε. Κριαράς,1995,σελ. 1302)

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε ο δεύτερος ορισμός.

- **Επίκτητη :** επιθ: που δεν υπάρχει στην κατοχή κάποιου εξ' αρχής, που αποκτήθηκε κατόπιν. (Βιολ) που δεν υπήρχε εκ' γενετής, που δεν είναι κληρονομικό. (Κριαράς, 1995, σελ.509)

- **Ανοσοποιητικός-η-ο:** επιθ. (ιατρ) που έχει σχέση με την ανοσοποίηση ή χρησιμοποιείται γι' αυτήν. (Κριαράς, 1995, σελ. 113)

- **Ανεπάρκεια:** ουσ: Έλλειψη το να μην είναι κάποιος επαρκής σε ποσότητα, ποιότητα, ικανότητα. (ιατρ.) το να μην μπορεί να επιτελέσει κάποιο όργανο ή ιστός του σώματος στο ακέραιο τις λειτουργίες του. (Κριαράς, 1995, σελ. 103)

- **Φορέας:** (ο) ουσ. [<αρχ. Φορέυς<φέρω] που φέρνει, μεταδίδει κάτι: φορέας μικροβίων. (Τεγόπουλος-Φυτράκης,1989, σελ.798)

Σύμφωνα με τον Κριαρά

- **Φορέας:** ο, ουσ. αυτός που μεταφέρει, μεταδίδει σε άλλους κάτι που έχει:~ασθένειας/ μικροβίων. (Κριαράς,1995,σελ.1448)

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε ο δεύτερος ορισμός.

- **Ασθενής:** που πάσχει από κάποια αρρώστια. (Κριαρας,1995,σελ.191)

Σύμφωνα με τον Τεγόπουλο- Φυτράκη

- **Ασθενής:** [<αρχ. Ασθενής<α στερητικό + σθένος] ο χωρίς δύναμη, άτονος, ανίσχυρος. (Τεγόπουλος-Φυτράκης,1989,σελ.110)

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε ο πρώτος ορισμός.

- **Ψυχοκοινωνικός, η, ο:** επιθ. Που αναφέρεται στην ανθρώπινη ψυχολογία μέσα από την κοινωνική ζωή. (Κριαράς,1995,σελ.1525)

- **Διεπιστημονική:** [<δια + επιστημονική] η αναφερόμενη στους επιστήμονες όλων των κλάδων// η αποτελούμενη από επιστήμονες όλων των ειδικοτήτων ή διαφόρων κλάδων. (Τεγόπουλος-Φυτράκης, 1989,σελ.211)

Σύμφωνα με τον Κριαρά

- **Διεπιστημονική:** επιθ. Που αναφέρεται σε δύο ή περισσότερες επιστήμες ή που αποτελείται από επιστήμονες διαφόρων κλάδων:/ ομάδα. (Κριαράς,1995,σελ.373)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΕΝΟΤΗΤΑ Α. ΔΙΕΘΝΗ ΚΕΙΜΕΝΑ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ AIDS, ΤΟΝ ΟΡΙΣΜΟ
ΤΟΥ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ
ΑΓΩΓΗ.

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ AIDS

Είκοσι δύο χρόνια έχουν περάσει από τότε που το AIDS μπήκε στη ζωή μας. Από τον Οκτώβριο του 1980 μέχρι το Μάιο του 1981, πέντε νέοι άνδρες, ομοφυλόφιλοι, νοσηλεύονται σε νοσοκομεία της Καλιφόρνιας για πνευμονία από πνευμονοκύστη Carini, ενώ συγχρόνως στην ίδια ομάδα ειδικής συμπεριφοράς εμφανίζεται το σάρκωμα Karosi. γι' αυτό αρχικά η καινούρια αυτή αρρώστια ονομάστηκε «νόσος των ομοφυλόφιλων» (gay syndrome) και Αργότερα G.R.I.D. (Gay Related Immune Deficiency). Σχετιζόμενη, δηλαδή, με ομοφυλόφιλους ανοσολογική ανεπάρκεια. (Αβραμίδης, 1992, Σελ. 27)

Το 1982, εκφράζονται οι πρώτες υπόνοιες ότι η μετάδοση του άγνωστου νοσήματος μπορεί να γίνει μέσω της αιματικής οδού. Το 1982 ο παιδίατρος J. Oleske περιγράφει τις πρώτες περιπτώσεις σε παιδιά που, δυστυχώς, δεν έμειναν μακριά από την επιδημία. Το 1983, υπήρξε η καθοριστική χρονιά για τη μυστηριώδη ως τότε νόσο. Ομάδα Γάλλων ερευνητών υπό τον καθηγητή L. Montagnier, στο Ινστιτούτο Pasteur στο Παρίσι, απομονώνει ρετροϊό, τον Lymrhoadenopathy Associated Virus (LAV). Την ίδια χρονιά, η νόσος έχει διαπιστωθεί σε 33 χώρες. Το 1985, εφαρμόζονται τα πρώτα Test για την αναζήτηση αντισωμάτων στο αίμα. Κι ενώ η ιατρική κοινότητα θα αρχίσει έναν αγώνα δρόμου για την ανακάλυψη φαρμάκου ή την ανεύρεση εμβολίου, ο τρόμος, συνώνυμος του AIDS θα κυριεύσει όλο τον κόσμο. Η HIV λοίμωξη

δεν φείδεται λευκών, εγχρώμων, φτωχών, πλουσίων, γυναικών, παιδιών.
(Λαζανάς, 2002, σελ.12)

Στα πρώτα χρόνια ερευνήθηκε ως περιεργο επιστημονικού μόνο ενδιαφέροντος θέμα που αφορούσε ειδικές μόνο ομάδες πληθυσμού. Οι επιστήμονες δεν συνέλαβαν αμέσως τη γενικότερη σημασία του για τη δημόσια υγεία. Ύστερα από λίγα χρόνια έγινε φανερό στους ειδικούς της δημόσιας υγείας ότι βρισκόμασταν μπροστά σε μια νέα λοιμώδη νόσο με δυναμική ευρείας επέκτασης στο σύνολο του πληθυσμού. Δυστυχώς οι επιστήμονες άργησαν πολύ να πείσουν την πολιτική ηγεσία για την άμεση κατά προτεραιότητα ανάγκη λήψης μέτρων. Έτσι πέρασε αρκετά πολύτιμος χρόνος κατά τον οποίο η πρώτη φάση της επιδημίας, η σιωπηλή εξάπλωση της ασυμπτωματικής λοίμωξης, συνετελέσθηκε χωρίς παρέμβαση. Όταν αποφάσισε η πολιτεία να αναλάβει δράση σε πληθυσμιακό επίπεδο, ήταν ήδη αργά. Η επιδημία είχε ήδη καταστεί πανδημία που προσέβαλε κάθε στρώμα πληθυσμού, σε κάθε περιοχή της γης.(Παπαευαγγέλου, 1995, σελ. 15)

Ο ιός πλέον ανευρίσκεται σε όλα τα κράτη, σε όλες τις ηπείρους. Στο τέλος του 2001 ο Π.Ο.Υ. εκτιμά ότι έχουν προσβληθεί από τον ιό 60 εκατομμύρια άτομα, εκ των οποίων τα 20 εκατομμύρια έχουν χαθεί.(Λαζανάς, 2002, σελ.12)

- ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ AIDS

Παρά τις τεράστιες προόδους στη μελέτη του AIDS εξακολουθεί να αιωρείται το ερώτημα «πώς» και «γιατί» εμφανίστηκε το AIDS. Έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρίες. Μια από αυτές είναι και η πιθανότητα του επιστημονικού λάθους. Να ξέφυγε ή να δημιουργήθηκε και να «δραπέτευσε» ο ιός από κάποια εργαστήρια μελέτης βιολογικού πολέμου. Πιο συγκεκριμένα

από τα εργαστήρια του Αμερικάνικου Ινστιτούτου Ερευνών Βιολογικού Πολέμου, στο Φορντ Ντέρικ της Πολιτείας Μέρυλαντ.

Ο Βίκτωρ Ζντάνωφ, Διευθυντής του Ινστιτούτου Ιολογίας της Ακαδημίας Ιατρικών Επιστημών της πρώην Ε.Σ.Σ.Δ. απέρριψε την εκδοχή «Φορτ Ντέτρικ» και δήλωσε ότι : ο ιός του AIDS είναι ιός που δημιουργήθηκε φυσιολογικά και μάλιστα είναι ιός που εξελίσσεται γρήγορα. Παρόμοιος ιός βρέθηκε σε ένα είδος πιθήκων της Αφρικής.

Ο ιός του AIDS, σύμφωνα με την επικρατούσα άποψη, μεταφέρθηκε από την Κεντρική Αφρική σε άλλες χώρες κυρίως με τους Αίτινούς του Ειρηνευτικού Σώματος ή εκείνους που είχαν μεταναστεύσει στο Ζαΐρ και τις γύρω περιοχές τη δεκαετία του '60 ως πολιτικοί πρόσφυγες οι οποίοι αργότερα επέστρεψαν στη χώρα τους ενώ άλλοι πέρασαν στην Αμερική. Τέλος, με τη μεγάλη μετανάστευση μετά την ανεξαρτητοποίησή τους.(Αβραμίδης, 1992, σελ.16-23)

2. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ- AIDS

Το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας ή σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας, το πασίγνωστο πλέον AIDS(αγγλ. Acquired Immune Deficiency Syndrome ή AIDS) είναι μία από τις πιο επίφοβες για τον άνθρωπο ιώσεις, η οποία οφείλεται σε ομάδα ιών, γνωστών ως ομάδα ρετροϊών HIV, που αναφέρονται απλά ως ιός HIV (ακρωνύμιο του αγγλικού όρου Human Immunodeficiency Virus δηλ. ανθρώπινος ιός ανοσοανεπάρκειας). Πρόκειται για νόσο του ανοσοποιητικού συστήματος, της κατηγορίας των μη γνήσιων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (δηλαδή εκείνων που, εκτός από άλλους τρόπους, μπορούν να μεταδοθούν και με σεξουαλική επαφή). Το AIDS(καταστέλλει το αμυντικό σύστημα του ανθρώπινου σώματος αφήνοντάς το ευάλωτο σε κάθε είδους λοιμώξεις, ενώ

ταυτόχρονα καταστρέφει και τον ίδιο τον ανοσοποιητικό μηχανισμό που θα μπορούσε να τον αντιμετωπίσει.

Το ανοσοποιητικό σύστημα για να επιτελέσει την λειτουργία του, δεν έχει άλλα περιθώρια δράσης από το να προσβάλει τον ίδιο τον εαυτό του. Για να προστατεύσει τον οργανισμό δεν μπορεί να κάνει τίποτε άλλο από το να αυτοκαταστραφεί, τουλάχιστον εν μέρει, «φονεύοντας» όσα από τα κύτταρα του έχουν προσβληθεί. Όσο τεράστιο και αν είναι το κόστος της στρατηγικής αυτής θα ήταν αποτελεσματική αν μπορούσε να καταστρέψει όλα τα σωματίδια του ιού. Αυτό ωστόσο, δεν είναι δυνατόν γιατί ο ιός του AIDS μεταλλάσσεται πολύ γρήγορα, πολλαπλασιάζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τα προβλήματα αναγνώρισης του από το ανοσοποιητικό σύστημα.

Η κλινική εξέλιξη της νόσου γενικά διακρίνεται σε τέσσερα στάδια:

1. Το στάδιο I χαρακτηρίζει την πρωτογενή προσβολή. Πρόκειται για την περίοδο, αμέσως μετά την μόλυνση από τον HIV. Σε ορισμένα άτομα αυτή την περίοδο δεν αποκαλύπτεται κανένα σύμπτωμα, ενώ σε άλλα αναπτύσσονται κάποια συμπτώματα, τα οποία προσομοιάζουν εκείνα της γρίπης. Και στις δύο περιπτώσεις, κατά την περίοδο αυτή, η οποία διαρκεί το μέγιστο μερικές εβδομάδες, η απόκριση σε μια βιολογική δοκιμασία αποκαλύπτεται «θετική».

2. Κατά την διάρκεια του σταδίου II, το προσβεβλημένο άτομο δεν παρουσιάζει απολύτως κανένα κλινικό σύμπτωμα. Αν το άτομο δεν υποβληθεί σε βιολογική δοκιμασία ανίχνευσης της νόσου, είναι αδύνατον να γνωρίζει αν είναι ή όχι φορέας του ιού.

3. Το στάδιο III αντιστοιχεί στην κλινική εικόνα που εμφανίζουν τα γάγγλια. Πολλαπλά, επιφανειακά, ογκώδη, μερικές φορές ευαίσθητα στην αφή αντίθετα, δεν σχετίζονται με κανένα άλλο σύμπτωμα.

4. Η προσβολή λαμβάνει ριζικά διαφορετική μορφή κατά το στάδιο IV, το οποίο χαρακτηρίζει την συμπτωματική φάση της νόσου. Αυτή υποδιαιρείται σε πολλές υποομάδες, οι οποίες αντιστοιχούν σε διάφορους τύπους κλινικών

εκδηλώσεων π.χ. τον πρώτο καιρό ο ασθενής παρουσιάζει «ευκαιριακές» μολύνσεις,(οξεία πνευμονική φυματίωση ή στοματική καντιντίαση) στο στάδιο αυτό, μπορούν επίσης να εμφανιστούν μη ειδικά συμπτώματα, όπως πυρετός ή ακατανόητη διάρροια. Ενώ στο τελευταίο στάδιο ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει περισσότερο σημαντικά συμπτώματα τα οποία χαρακτηρίζουν την νόσο: ευκαιριακές μολύνσεις (π.χ. πνευμονοκύστωση), εγκεφαλοπάθειες και κακοήθεις νόσοι. Εν τούτοις αυτή η προοδευτική χρονική ακολουθία μερικές φορές διαταράσσεται. Ενώ βρίσκονται στο στάδιο II ή III χωρίς κανένα προειδοποιητικό σύμπτωμα, ορισμένοι ασθενείς μπορεί να περάσουν ξαφνικά στο σοβαρά συμπτωματικό (τελικό) στάδιο IV.

Τα γενικά συμπτώματα του σταδίου IV και ορισμένες δευτερεύουσες ευκαιριακές μολύνσεις που παρατηρούνται μαρτυρούν μια αλλοίωση του ανοσοποιητικού συστήματος, η οποία επιδεινώνεται για να καταλήξει στο AIDS.(Πάπυρος Λαρούς Britanika,σελ.85-92)

3. ΑΝΤΙΠΕΤΡΟΪΚΗ ΑΓΩΓΗ

Σήμερα είναι γνωστό ότι με τα φάρμακα που υπάρχουν, δεν είναι δυνατή η εκρίζωση του ιού. Η τάση που υπάρχει, είναι θεραπεία μ' ένα αποτελεσματικό αντιρετροϊκό σχήμα, με στόχο να καταστείλουν το ιϊκό φορτίο σε μη ανιχνεύσιμα -με τις σύγχρονες εργαστηριακές μεθόδους- επίπεδα, να πετύχουν τη μέγιστη δυνατή αποκατάσταση/ διατήρηση της ανοσολογικής λειτουργίας, να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς και να μειώσουν τη νοσηρότητα και θνητότητα που σχετίζεται με την HIV λοίμωξη. Αυτό επιτυγχάνεται με την ταυτόχρονη έναρξη συνδυασμού δραστικών αντιρετροϊκών φαρμάκων, με τα οποία ο ασθενής δεν έχει θεραπευθεί προηγουμένως και τα οποία δεν εμφανίζουν διασταυρούμενη αντοχή με τα αντιρετροϊκά φάρμακα, με τα οποία ο ασθενής έχει προηγουμένως θεραπευθεί. Αυτή η τακτική έχει πιθανά οφέλη και κινδύνους. Τα πιθανά οφέλη είναι:

- ◆ Έλεγχος του ιϊκού πολλαπλασιασμού, των μεταλλάξεων και μείωση του ιϊκού φορτίου.

- ◆ Πρόληψη της προοδευτικά επιδεινούμενης ανοσοανεπάρκειας. Πιθανή διατήρηση ή και αποκατάσταση ενός φυσιολογικού ανοσολογικού συστήματος.

- ◆ Επιβράδυνση της εξέλιξης σε AIDS και παράταση της ζωής.

- ◆ Μειωμένος κίνδυνος επιλογής ανθεκτικών στελεχών του ιού.

- ◆ Μειωμένος κίνδυνος τοξικότητας από τα φάρμακα.

Οι πιθανοί κίνδυνοι είναι:

- ◆ Επιδείνωση της ποιότητας ζωής από τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και την απροσφορότητα των θεραπευτικών σχημάτων που χρησιμοποιούνται σήμερα.

- ◆ Πρωιμότερη ανάπτυξη ανοχής.

- ◆ Περιορισμοί στις μελλοντικές επιλογές αντιρετροϊκών φαρμάκων, λόγω της ανάπτυξης ανοχής.

- ◆ Άγνωστη τοξικότητα των αντιρετροϊκών φαρμάκων μετά από μακροχρόνια χρήση.

- ◆ Άγνωστη διάρκεια αποτελεσματικότητας των σχημάτων αντιρετροϊκής θεραπείας που είναι σήμερα διαθέσιμα. (Παπασταμόπουλος, 2001, σελ.175 - 176)

Επειδή ο ρυθμός της εξέλιξης της νόσου διαφέρει, η θεραπευτική προσέγγιση της λοίμωξης HIV αποτελεί αντικείμενο συνεχούς εξέλιξης, καθώς νέα δεδομένα για την παθογένεια της νόσου έρχονται στην επιφάνεια και επιπλέον γνωστοποιούνται τα αποτελέσματα των κλινικών μελετών που γίνονται παγκοσμίως. Η έννοια, λοιπόν, της «καθιερωμένης» αντιρετροϊκής αγωγής δεν είναι δυνατόν να οριοθετηθεί επακριβώς, στο βαθμό που τα δεδομένα ανατρέπονται συνεχώς. (Κακολύρης, 1995, σελ.52)

Έτσι ενδεικτικά αναφέρουμε ότι εκτός από τα ήδη γνωστά αντιρετροϊκά φάρμακα (AZT, DDI και DDC) που ανήκουν στους «αναστολείς ανάστροφης τρανσκριπτάσης» ή «ανάλογα νουκλεοτιδίων» και θεωρούνται από τα πλέον ενδεδειγμένα φάρμακα ενάντια στον ιό του AIDS, τα νέα φάρμακα παρόμοιου τύπου που εμποδίζουν τον πολλαπλασιασμό του HIV, είναι τα εξής 3TC, D4T. εκτός από αυτού του τύπου τα αντιρετροϊκά φάρμακά, υπάρχουν και άλλα φάρμακα που δρουν με διαφορετικό τρόπο, περισσότερο γνωστά με το όνομα «αναστολείς πρωτεασών». Οι αναστολείς πρωτεασών (Saguinavir, Indinavir, Ritonavir) ανταγωνίζονται ένζυμα απαραίτητα για τον πολλαπλασιασμό του ιού και σήμερα θεωρούνται ιδιαίτερος αποτελεσματικά. Επίσης θεωρούνται ότι είναι αντιρετροϊκά φάρμακα με πολύ λιγότερες παρενέργειες από τα ήδη υπάρχοντα φάρμακα. Επιπλέον φαίνονται ότι είναι ιδιαίτερος σημαντικά αντιρετροϊκά φάρμακα σε συνδυασμούς με τα ανάλογα νουκλεοτιδίων (AZT, DDI, DDC). (Σουγιουλτζής, 1996, σελ.70-71)

Οι νέοι συνδυασμοί αντιρετροϊκών φαρμάκων με τους οποίους διεξάγονται ήδη κλινικές δοκιμές στις Ηνωμένες Πολιτείες, στον Καναδά, στην Αυστραλία και στην Ευρώπη χορηγούνται σε φορείς του AIDS με T4 λεμφοκύτταρα κάτω των 500. Οι συνδυασμοί αυτοί έχουν ήδη προσφέρει θετικά αποτελέσματα και έχουν ελαττώσει θεαματικά το ιϊκό φορτίο στο αίμα των φορέων.(Σουγιουλτζής, 1996, σελ.71-72)

ΕΝΟΤΗΤΑ Β. ΤΑ ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ HIV ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.

1. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ HIV ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ.

Έχει παρατηρηθεί ότι όταν το άτομο πλησιάζει προς το θάνατο, αρχίζει να αποσύρεται συναισθηματικά και να αποδεσμεύεται σταδιακά από τις σχέσεις του με αγαπημένα πρόσωπα. Κι ενώ έχει ανάγκη να νιώθει τους άλλους γύρω του, μειώνει την επικοινωνία μαζί τους, δεν μιλάει πολύ και περιορίζει την επαφή του διατηρώντας ελάχιστες στενές σχέσεις. Αυτή η προοδευτική συναισθηματική και κοινωνική απόσυρση αποτελεί φυσιολογική αντίδραση του αρρώστου που συνειδητοποιεί το γεγονός ότι πρόκειται να πεθάνει και προετοιμάζεται γι' αυτό, ενώ ταυτόχρονα μειώνει τον ψυχικό πόνο που του προκαλεί ο επικείμενος αποχωρισμός από πολλά πρόσωπα που έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη ζωή του. Παρ' όλα αυτά, μερικές φορές ο άρρωστος ωθείται σε κοινωνική απομόνωση, καθώς δεν υπάρχει κανείς στο περιβάλλον πρόθυμος να τον ακούσει ή να επικοινωνήσει μαζί του με ειλικρίνεια, ή όλοι προσποιούνται ότι το πρόβλημα της υγείας του δεν είναι σοβαρό. (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1995, σελ.156)

Οι ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται στα HIV οροθετικά άτομα απορρέουν όχι μόνο από την αρνητική στάση του κοινωνικού συνόλου απέναντι τους, αλλά και από την συνειδητοποίηση της τραγικότητας της ίδιας της πάθησής τους, όπως επίσης και τις νευρολογικές διαταραχές του Κ.Ν.Σ. που προκαλεί η πάθηση (οργανικό ψυχοσύνδρομο). Αυτά τα επίπεδα αποτελούν πηγές που τροφοδοτούν τους αρρώστους με ένταση και άγχος, δημιουργώντας ψυχικούς κλυδωνισμούς, με εναλλασσόμενες φάσεις έξαρσης και ύφεσης (Μερτζάνος – Παραράς, Αθήνα, 1988,σελ.91).

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι ο κάθε φορέας ή ασθενής είναι άτομο με διαφορετική προσωπικότητα και τρόπο ζωής, ανεξάρτητα από τη μόλυνση με τον ιό HIV. Ο ιός είναι κάτι επιπρόσθετο στη μοναδικότητα του ως ατόμου, γι' αυτό και ο τρόπος που προσαρμόζεται στη νόσο είναι επίσης μοναδικός. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι η δύσκολη και απρόβλεπτη πορεία της νόσου κάνει δύσκολη και απρόβλεπτη την κοινωνική, ψυχική και φυσική προσαρμογή του κάθε ατόμου. (Αθανασοπούλου, Αθήνα, 2001, σελ.203)

Έτσι τα κυριότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει ένα HIV οροθετικό άτομο είναι φόβος, ενοχή, άρνηση, κατάθλιψη, απώλεια αυτοεκτίμησης και αίσθημα αποτυχίας, άγχος, θυμός, κοινωνική διάκριση(ρατσισμός), κοινωνικό στίγμα, απώλεια εισοδήματος, έλλειψη στέγης, σεξουαλικές σχέσεις, αλλά και διάφορα νομικά προβλήματα.

Φόβος: Όπως οι περισσότεροι με μια χρόνια ασθένεια, τα άτομα με AIDS φοβούνται την αβέβαιη πρόγνωση και πορεία της νόσου, την πιθανή παραμόρφωση και ανικανότητα, τις επιπτώσεις των φαρμάκων και της θεραπείας, την απομόνωση και την εγκατάλειψη και την κοινωνική ή και σεξουαλική απόρριψη. Έχουν φόβο να μη μολύνουν άλλους αλλά και να μη μολυνθούν όπως επίσης και να μη χάσουν τις νοητικές, οργανικές και κοινωνικές τους ικανότητες.

Ενοχή: Όσο η ασθένεια εξελίσσεται, πολλά άτομα νιώθουν ενοχές προς τον εαυτό τους και προς τους κοντινούς τους ανθρώπους. Αυτό ίσως να σχετίζεται με τη συγκεκριμένη συμπεριφορά που επέφερε την ασθένεια, όπως επίσης και το φόβο ότι έχουν μολύνει άλλους. Άλλες φορές τους δημιουργεί ενοχές το αποτέλεσμα της συμπεριφοράς τους στην οικογένεια και σ' αυτούς που αγαπούν.

Άρνηση: Η άρνηση βοηθάει το άτομο ως άμυνα στην αρχή γιατί λιγοστεύει άλλα συναισθηματικά και ψυχολογικά προβλήματα, όμως ενέχει

κίνδυνο όταν δεν αφήνει περιθώρια αλλαγής συμπεριφοράς προς τους άλλους και προς τον εαυτό του. (Αθανασοπούλου, Αθήνα, 200, σελ.204)

Κατάθλιψη: Συχνά υπάρχει θλίψη για αυτές τις απώλειες που έχουν υποστεί ή περιμένουν ότι θα υποστούν. Αυτό συνήθως εκφράζεται σαν πικρία για ευκαιρίες που χάθηκαν, για επιτυχία σε καριέρα ή σε κάποια συναισθηματική σχέση. Αίσθημα ενοχής επίσης για την συμπεριφορά τους ή για το πόσο άδικα μολύνθηκαν ή μόλυναν άλλους, αισθήματα που φέρνουν θλίψη, μελαγχολία, απελπισία τάσεις αυτοκτονίας ή/και αυτοκαταστροφής, απομόνωση και σωματικά συμπτώματα.

Απώλεια αυτοεκτίμησης και αίσθημα αποτυχίας: Η αυτοεκτίμηση του ατόμου ίσως να ελαττωθεί με την ανακάλυψη της μόλυνσης HIV. Οι αντιδράσεις γνωστών ή άλλων ανθρώπων στην παραμόρφωση ή την ανικανότητα εξαιτίας του AIDS ίσως να χειροτερέψει σοβαρά την γνώμη των ατόμων για τον εαυτό τους. Συχνά νιώθουν ανίκανοι να αγαπηθούν. Πολλοί βλέπουν διαφορετικά το σώμα τους και νιώθουν ότι δεν είναι πλέον σεξουαλικά ελκυστικοί.

Άγχος: Το άγχος γρήγορα γίνεται ένα υπερισχύον και κεντρικό χαρακτηριστικό. Ίσως να είναι μια αντίδραση στις προγνώσεις της υγείας τους και στο φόβο τους μην αρρωστήσουν. Πολλές φορές έχουν κρίσεις πανικού σε κάποια έξαρση συμπτωμάτων, ή κάποια παρενέργεια φαρμάκων. Επίσης έχουν έντονο άγχος μη βρεθούν στη θέση να χρειάζονται βοήθεια και να εξαρτώνται από τους άλλους.» (Αθανασοπούλου, Αθήνα, 2001, σελ.206)

Θυμός: Ο θυμός συχνά είναι σε συνδυασμό με την πικρία ότι αυτός ήταν ο άτυχος να κολλήσει την νόσο. Ο θυμός ίσως να είναι εσωστρεφής όταν ο άλλος κατηγορεί τον εαυτό του που ρίσκαρε, ή εξωστρεφής αν το λάθος το βλέπει στους άλλους. Μπορεί επίσης να προέρχεται από την έλλειψη μιας καλής αποτελεσματικής θεραπείας και την έλλειψη μιας επιβεβαίωσης ότι στο κοντινό μέλλον θα βρεθεί μια ιατρική λύση για το πρόβλημα του, όπως επίσης

για τους νέους περιορισμούς λόγω της κατάστασης της υγείας τους στον τρόπο ζωής τους. Επιπρόσθετα με τα δικά του προβλήματα μπορεί να θυμώνει από την αδιαφορία ή την αποφυγή, την εχθρικότητα των άλλων απέναντι του.

Κοινωνική διάκριση (ρατσισμός): Η κοινωνική διάκριση κατά τον ασθενή και των οικογενειακών φίλων παίρνει την μορφή περιορισμών όσον αφορά τον τόπο διαμονής, την ασφάλεια ζωής, την δυνατότητα να λάβουν μέρος και σε απλές κοινωνικές δραστηριότητες.

Κοινωνικό στίγμα: Αυτό εξαρτάται από την τοπική κατάσταση, παράδοση και αξίες. Το AIDS ίσως να προκαλέσει ρατσισμό και εξοστρακισμό. Μερικοί άνθρωποι βλέπουν το AIDS σαν ένα ηθικό θέμα παρά σαν μία μολυσματική νόσο.

Απώλεια εισοδήματος: Τα εντεινόμενα προβλήματα υγείας οδηγούν σε αδυναμία του ατόμου να εργασθεί και έτσι χάνει το εισόδημα του. Αυτό μπορεί να σημαίνει απώλεια ανεξαρτησίας και ανικανότητα να φροντίσει άτομα που εξαρτώνται από αυτόν.

Έλλειψη στέγης: Σημαντικός αριθμός οροθετικών ατόμων είναι άστεγοι ή αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες τους, οικονομικές και υλικές. Πολλά άτομα αναγκάζονται να αλλάξουν συνθήκες διαμονής γιατί η οικογένεια τους, ο/η συγκάτοικος τους ή ο/η σύντροφος τους φοβάται τη διαμονή μαζί τους. Επιπλέον υπάρχει έλλειψη κατάλληλων χώρων που θα μπορούσαν να φιλοξενήσουν τα άτομα αυτά. . (Μ. Αθανασοπούλου, 2001,206-207)

Σεξουαλικές σχέσεις: Στην περίπτωση του AIDS τα άτομα συχνά αναρωτιούνται αν μπορούν να εκφράζονται σεξουαλικά, ακόμα και όταν οι σεξουαλικές τους ανάγκες παραμένουν. Ο φόβος τους να μολύνουν άλλους ή να απορριφθούν ίσως να φθάνει στο σημείο του να καταπιέζουν ακόμα και την κοινωνική τους ανάγκη να αγκαλιαστούν, να φιληθούν και να αγγιχτούν ή να αγγίξουν. Για πολλούς το σεξ δεν είναι πηγή ευχαρίστησης εξ' αιτίας του

φόβου τους να μην το μάθει ο/η σύντροφος ή το περιβάλλον τους ότι είναι οροθετικοί μήπως κάτι συμβεί και μεταδώσουν τον ιό.

Νομικά προβλήματα: Πολλά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα οροθετικά άτομα έχουν ψυχοκοινωνική αλλά και νομική διάσταση. Νομικές συμβουλές σε σχέση με διαθήκη, φροντίδα παιδιών, κοινωνικές διακρίσεις, απόλυση από την εργασία.

3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ

«Η Ελλάδα παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό, εκείνων που θα επιθυμούσαν, να μπουν σε καραντίνα οι φορείς και όλοι οι ομοφυλόφιλοι. Οι μισοί Έλληνες, δεν θα έστελναν το παιδί τους στο ίδιο σχολείο με ένα παιδί που έχει AIDS.» (Αβραμίδης, 1992, σελ:125)

Έχει επικρατήσει η αντίληψη ότι η προέλευση του HIV είναι πάντα από κάπου αλλού: είτε από διαφορετική χώρα είτε από «διαφορετικές» κοινωνικές ομάδες, για τις οποίες υπάρχει συχνά η πεποίθηση ότι είναι και «παρεκκλίνουσες».

Η ιδέα ότι το AIDS πρωτοεμφανίστηκε και είναι τώρα ευρέως διαδεδομένο στην Αφρική ταιριάζει απόλυτα με τη δυτική αντίληψη μιας καταρρέουσας ηπείρου, όπου ενδημούν η φτώχεια, η ασθένεια και ο λιμός. Στη λεπτομερή ανάλυση της επιστημονικής βιβλιογραφίας γύρω από το AIDS, παρατηρείται ότι:

«Όταν η Δύση βρέθηκε περικυκλωμένη από έναν άγνωστο θανατηφόρο μικροσκοπικό ιό, έψαξε αλλού την προέλευση του: υποστηρίχθηκε ότι τίποτα τέτοιο δεν θα μπορούσε να έχει εμφανιστεί στην αποστειρωμένη Δύση. Έτσι, τα καλύτερα ερευνητικά μυαλά του δυτικού κόσμου ξεκίνησαν ένα φανταστικό ταξίδι ψάχνοντας την προέλευση του AIDS. Πήγαν στην Αϊτή και το Ζαΐρ, επειδή τα πρώτα μη αμερικάνικα και ευρωπαϊκά κρούσματα είχαν διαγνωστεί σε άτομα από αυτές τις χώρες... Δεν υπήρχε επιστημονική αιτία

για να πιστέψει κανείς ότι αυτοί οι άνθρωποι από την Αϊτή και το Ζαΐρ «απέκτησαν» τον υποτιθέμενο ιό στις πατρίδες τους και όχι στις χώρες (ΗΠΑ και Βέλγιο) όπου κατοικούσαν.»(Nettleton,σελ.99)

Η επιδημία του AIDS συνοδεύεται από μια επιδημία φόβου και πανικού. Ο Strong αναφέρεται σ' αυτήν ως «ψυχολογία της επιδημίας», εννοώντας ότι οι κοινωνίες εγκλωβίζονται σε μια συναισθηματική δίνη που μοιάζει, τουλάχιστον προσωρινά, να ξεφεύγει από τον έλεγχο. Η εμφάνιση μιας νέας νόσου, η οποία μεταδίδεται μέσω της πλέον στενής ανθρώπινης επαφής, πλήττει την καρδιά των προσωπικών και κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και γι' αυτό και αποκαλύπτει το εύθραυστο της κοινωνικής ομαλότητας. Είναι αυτή η αίσθηση της απειλής ενάντια στην κοινωνική ομαλότητα που προκαλεί τόσο ένθερμη ηθικολογία. Αυτή η ηθικολογία μπορεί να γίνει επίσης κατανοητή σε επίπεδο ορίων. Όπως μας έδειξε η Douglas, τα σημεία επαφής και μόλυνσης (όπως το να έχεις προσβληθεί από έναν ιό) συνεπάγονται την παραβίαση ενός σωματικού ορίου και γι' αυτό είναι συμβολικά φορτισμένα. Τα σωματικά όρια, με τη σειρά τους, υποστηρίζει η Douglas, έχει βρεθεί ότι μεταφορικά απεικονίζονται ως κοινωνικά όρια. Συνεπώς, εάν το σώμα απειλείται από ένα επικίνδυνο «άλλο», απειλείται και η κοινωνία(Nettleton,σελ.98)

«Το στίγμα σχετίζεται με τον ιό HIV και οι διακρίσεις παραμένουν ένα τεράστιο εμπόδιο για την αποτελεσματική μάχη ενάντια στην πιο καταστροφική επιδημία που έχει γνωρίσει η ανθρωπότητα» λει ο Dr. Peter Piot, διευθυντής του UNAIDS. «Αν το στίγμα που σχετίζεται με τον ιό HIV και οι διακρίσεις δεν αντιμετωπιστούν, τότε το AIDS θα επηρεάσει τον 21^ο αιώνα, όπως ο ρατσισμός επηρέασε τον 20^ο αιώνα.»

Ο φόβος των διακρίσεων μπορεί να σταματήσει τους ανθρώπους από την αναζήτηση θεραπευτικής αγωγής για το AIDS ή από τη δημόσια αναγνώριση της οροθετικότητας τους. Οροθετικοί ή άνθρωποι που τους βαραίνει η υποψία της οροθετικότητας είναι πιθανό να τους αρνηθούν υγειονομικές υπηρεσίες,

στέγη ή πρόσληψη σε εργασία, να εγκαταλειφθούν από τους φίλους και συνεργάτες τους, να μην μπορούν να έχουν ασφαλιστική κάλυψη ή να τους αρνηθούν την είσοδο σε μια ξένη χώρα. Σε μερικές περιπτώσεις οι οικογένειες τους, τους διώχνουν από το σπίτι, οι σύζυγοι ζητούν διαζύγιο και γίνονται θύματα σωματικής βίας, ακόμη και δολοφονίας. Το στίγμα που συνδέεται με το AIDS είναι δυνατό να μεταδοθεί και στην επόμενη γενιά δημιουργώντας συναισθηματικά εμπόδια και στα παιδιά που προσπαθούν να ξεπεράσουν τον θάνατο από AIDS των γονιών τους.

«Ο ιός HIV τρέφεται από την έλλειψη ανεκτικότητας και από την ξενοφοβία. Είναι πάντα ευκολότερο να κατηγορήσουμε τους άλλους για την εξάπλωση του AIDS, αλλά η πρόοδος ενάντια στην επιδημία είναι δυνατή μόνο όταν οι κοινότητες αναγνωρίζουν την ύπαρξη του προβλήματος και στους κόλπους τους», λει ο Dr. Piot.

Η άρνηση πάει χέρι χέρι με τις διακρίσεις και πολλοί άνθρωποι συνεχίζουν να αρνούνται την ύπαρξη του AIDS μέσα στις κοινότητες τους. Κοινωνικά ταμπού για την σεξουαλικότητα εμποδίζουν την ανοιχτή συζήτηση και την αποτελεσματική πρόληψη μέσω της εκπαίδευσης. Είναι πολλοί αυτοί που δε γνωρίζουν αν είναι φορείς του ιού και φοβούνται να εξεταστούν εξ' αιτίας του στίγματος που συνοδεύει την οροθετικότητα.

Στις περισσότερες χώρες, το AIDS έγινε αντιληπτό αρχικά ως μια «αρρώστια περιθωριακών», που εισήχθη από ξένους. Η αντίληψη αυτή τράφηκε από το ρατσισμό και παρήγαγε ξενοφοβία. Ο κοινωνικός αποκλεισμός που ακολούθησε διέκοψε τις σχέσεις ατόμων και κοινοτήτων. Αυτός ο αποκλεισμός με τη σειρά του, προκάλεσε έλλειψη εμπλοκής και κοινωνικής δράσης, αφήνοντας τα άτομα να κρύβονται πίσω από έναν τοίχο σιωπής και εμποδίζοντας την κοινωνική κινητοποίηση, η οποία αποδεδειγμένα είναι το πιο αποτελεσματικό όπλο στη μάχη με το AIDS.

Το AIDS, η φτώχεια και ο ρατσισμός είναι αλληλοενισχυόμενα. Το ευάλωτο στο AIDS συνδέεται με τον κοινωνικό αποκλεισμό που προκαλείται από την φτώχεια και το ρατσισμό.

Dr. Piot αναφέρει ότι: «η μάχη ενάντια στο στιγματισμό είναι αναγκαία για να σταματήσει ο φαύλος κύκλος που συνδέει το AIDS με τη φτώχεια, το ρατσισμό και την ανισότητα των φύλων» (Χαλκιοπούλου, τεύχος.4, 2001, σελ.7-9)

3. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Οι πληροφορίες που παίρνουμε από πολλά κράτη μέσω του Διεθνούς Οργανισμού Υγείας, επιβεβαιώνουν ότι τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των ανθρώπων που έχουν μολυνθεί από Σ.Μ.Ν. έχει αυξηθεί.

Τα Σ.Μ.Ν. είναι μολυσματικές και μεταδοτικές ασθένειες και αυτό σημαίνει ότι μεταφέρονται εύκολα από ένα μολυσμένο άτομο σε ένα άλλο υγιές με τη στενή σωματική επαφή. Η μόνη διαφορά μεταξύ των Σ.Μ.Ν. και άλλων μολυσματικών νόσων είναι ότι κατ' αρχήν η επαφή είναι σεξουαλικής φύσεως. Στις περισσότερες κοινωνίες οι σεξουαλικές σχέσεις δε συζητιούνται ελεύθερα, και η μόλυνση που προέρχεται από σεξουαλική επαφή θεωρείται από την κοινωνία, και από το μολυσμένο άτομο, κάτι που πρέπει να παραμείνει κρυφό. Ο έλεγχος μιας λοιμώδους νόσου εξαρτάται από την θεραπεία του μολυσμένου ατόμου, καθώς και από την ανίχνευση των σεξουαλικών του σχέσεων, έτσι ώστε να μπορέσουν και άλλα άτομα να θεραπευτούν.

Τα Σ.Μ.Ν. θα μπορούσαν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες:

1. Τις σοβαρές ασθένειες, οι οποίες, αν δε θεραπευτούν, προκαλούν βλάβη σε όργανα του σώματος που δε σχετίζονται με τη γεννητική περιοχή.(βλεννόρροια, γεννητικά κονδυλώματα, σύφιλη).

2. Τις λιγότερες σοβαρές ασθένειες, οι οποίες κυρίως εντοπίζονται στη γεννητική περιοχή και δεν έχουν μακροχρόνιες βλαβερές συνέπειες.

3. Τα σπάνια ΣΜ.Ν. τα οποία κυρίως εμφανίζονται στις τροπικές χώρες και προκαλούν βλάβες στην εξωτερική γεννητική περιοχή.(D. Llewellyn-Jones,1985, σελ. 37-40)

- Η εξάπλωση των λοιμωδών νοσημάτων:

Πολλές λοιμώξεις, που περιλαμβάνουν και τις αρρώστιες που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή (π.χ. σύφιλη, γονόρροια, και έρπητας) και η ηπατίτιδα Β εξαπλώνονται με τη στενή επαφή. Η ηπατίτιδα Β είναι πιθανό επίσης να μεταδίδεται από μολυσμένο αίμα και προϊόντα αίματος. Οι ενδοφλέβιες σύριγγες που μοιράζονται οι ναρκομανείς είναι πηγές εξάπλωσης.(K. Mayer- H. Pizer, 1987,σελ. 58)

4. ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΙΑ ΚΑΙ AIDS

«Όταν ένα άτομο μαθαίνει ότι έχει μολυνθεί από τον ιό HIV, σκέπτεται: Πώς είναι δυνατόν να συνέβη αυτό; Από ποιόν; Πότε;

Αυτή είναι μια λογική αντίδραση, πλην όμως, μακροπρόθεσμα δεν προσφέρει καμία βοήθεια.

Μπορεί να παραμείνει αδρανές, γεμάτος αισθήματα ενοχής, εκδίκησης και μίσους ενάντια στον εαυτό του ή τους άλλους. Το ομοφυλόφιλο άτομο πολλές φορές αρχίζει να σκέπτεται αρνητικά. Μπορεί να επανέρχονται στο προσκήνιο τα αισθήματα ενοχής του παρελθόντος. Σ' αυτή την περίπτωση είναι σημαντικό η σεξουαλικότητα να πάρει μία θέση στη ζωή του.

Για πολλούς ομοφυλόφιλους η θέση αυτή είναι ήδη αυτονόητη. Πολλά άτομα είναι υπερήφανα επειδή είναι ομοφυλόφιλα. Για να το επιτύχουν αυτό έχουν παλέψει πολύ. Έχουν κάνει τις δικές τους επιλογές στη ζωή τους, καμία φορά ενάντια στη θέληση του περιβάλλοντος τους.

Μια «θετική» συνέπεια του AIDS είναι το γεγονός ότι το φαινόμενο της ομοφυλοφιλίας έγινε περισσότερο επίκαιρο. Θεραπευτικά ιδρύματα και δημόσιοι φορείς αναγκάστηκαν να ασχοληθούν περισσότερο με το θέμα της ομοφυλοφιλίας. Σήμερα οι ομοφυλόφιλοι διατηρούν το δικό τους τρόπο ζωής και αντιστέκονται σθεναρά σ' αυτούς που εξακολουθούν να πιστεύουν ότι το AIDS είναι η ασθένεια των ομοφυλοφίλων.

Γεγονός είναι ότι έχει εδραιωθεί η συνεργασία της οργάνωσης των ομοφυλοφίλων και του Υπουργείου Υγείας ώστε να έχει συνειδητοποιηθεί το πρόβλημα. Σε ελάχιστο χρονικό διάστημα οι προσπάθειες ενημέρωσης απέδωσαν.»(Καλλίνικος, 1995, σελ.202)

5. ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑ ΚΑΙ AIDS

Είναι γενικά παραδεκτό ότι τα ουσιοεξαρτημένα άτομα (τοξικομανείς) που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ουσιών συγκαταλέγονται στις κοινωνικές ομάδες με τον υψηλότερο δείκτη νοσηρότητας από τον ιό του AIDS και με την υψηλότερη επικινδυνότητα μετάδοσης της λοίμωξης στο γενικό πληθυσμό. Η συνηθισμένη πρακτική της κοινής χρήσης συριγγών, βελόνων ή άλλων εργαλείων για την ένεση της ουσίας καθώς και οι σεξουαλικές σχέσεις μεταξύ χρηστών αιτιολογούν την υψηλή νοσηρότητα. Εξάλλου, η μεγάλη συχνότητα περιστασιακών σεξουαλικών σχέσεων των τοξικομανών και των δύο φύλων με άτομα του γενικού πληθυσμού ως μέσου (χρηματικού ή άλλου) για την εξασφάλιση της ουσίας αιτιολογεί την υψηλή επικινδυνότητα της ομάδας των χρηστών για την διασπορά στον γενικό πληθυσμό. Πηγή διασποράς του ιού προς το γενικό πληθυσμό αποτελεί και η περιγεννητική μετάδοση στα παιδιά που γεννιούνται από μητέρες φορείς του HIV, είτε γιατί χρησιμοποιούν οι ίδιες ναρκωτικά είτε γιατί έχουν σεξουαλικές σχέσεις με τοξικομανείς φορείς HIV. Μελέτες στις Η.Π.Α. αποδίδουν τα 3/4 της ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης του AIDS στην ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών. Στην ίδια αιτία, αποδίδονται και

τα 2/3 της περιγεννητικής μετάδοσης του ιού. (Αλεβίζου, Αρβανίτης, Λιάππας, Στεφανής, 1990)

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ. ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ Κ.Ε.Ε.Λ.

1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ Κ.Ε.Ε.Λ. ΚΑΙ ΟΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ

Το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) άρχισε να λειτουργεί το 1992. Στο τέλος του 2002 συμπλήρωσε 10 χρόνια λειτουργίας στο χώρο της Υγείας. Είναι κοινός αποδεκτό πλέον ότι το Κ.Ε.Ε.Λ. είναι ένας πρωτότυπος και πολυδύναμος Οργανισμός Ιδιωτικού Δικαίου, εποπτευόμενος από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, ο οποίος λειτουργεί μέσα στο πλαίσιο της Πολιτικής Υγείας της χώρας, με κεντρικό στόχο την προστασία και περίθαλψη του πολίτη από το AIDS και τα Σεξουαλικά μεταδιδόμενα Νοσήματα. Πρόκειται για έναν οργανισμό με ποικίλλες παραμέτρους δράσης σε έναν χώρο με ασαφή όρια, με ιατρο-βιολογικές κοινωνικές ψυχολογικές, οικονομικές κ.λ.π. συνιστώσες, ασυνήθειες και ασταθείς.

Είναι γνωστό ότι το Κ.Ε.Ε.Λ. έχει θεσμοθετημένη την δυνατότητα ευελιξίας και αναπροσαρμογής δραστηριοτήτων. Αυτή την ευχέρεια την οποία του παραχώρησε ορθώς η πολιτεία, έχει χρέος να την μεταβάλλει σε πράξη προς όφελος της Δημόσιας Υγείας, μελετώντας τις συνιστώσες εκείνες που κατά καιρούς υπερέχουν ενισχύοντας ή τροποποιώντας ακολούθως τους σχεδιασμούς του. Έτσι λοιπόν το Κ.Ε.Ε.Λ. μοιάζει να είναι ένας καλός «μετασχηματιστής» που παίρνει τα μηνύματα, τα επεξεργάζεται και τα μεταφέρει στην ιατρο-κοινωνική πραγματικότητα και πράξη. (Κ.Ε.Ε.Λ.,1998, σελ.6-7)

α. ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ Κ.Ε.Ε.Λ.

Αναφέρονται στα εξής:

1) Η ενημέρωση του γενικού πληθυσμού και πληθυσμιακών ομάδων, με στόχο την πρόληψη κυρίως του AIDS, αλλά και των άλλων νοσημάτων της αρμοδιότητας του Κ.Ε.Ε.Λ.

2) Επίσης το Κ.Ε.Ε.Λ. σύμφωνα με την ιδρυτική του πράξη, συνεργάζεται με κάθε τρόπο για την ομαλή λειτουργία των νοσηλευτικών μονάδων, των κέντρων ελέγχου και αναφοράς καθώς και των τμημάτων ειδικών λοιμώξεων, ενώ έχει ως σκοπό «Την αντιμετώπιση και παρακολούθηση, συντονισμό και υποβοήθηση των ενεργειών για την πρόληψη της εξάπλωσης ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων και τη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτών». Επομένως έχει δικαίωμα αλλά και υποχρέωση στο πλαίσιο των οριζόμενων αρμοδιοτήτων του, να ενισχύει με κάθε τρόπο ηθικό, υλικό και οικονομικό, με διαφάνεια και με συνεννόηση πάντοτε με την Πολιτική Ηγεσία, τα Κέντρα Αναφοράς και τα Τμήματα Ειδικών Λοιμώξεων που είναι σημαντικά για την αντιμετώπιση του AIDS.

3) Παράλληλα το Κ.Ε.Ε.Λ. έχει δημιουργήσει κλίμα συνεργασίας με τις Μη κυβερνητικές Οργανώσεις που δραστηριοποιούνται στο χώρο του AIDS τις οποίες μάλιστα ενισχύει οικονομικά, στο βαθμό που μπορεί, για μια πληθώρα προγραμμάτων που έχουν αναλάβει. Η συνεργασία με τις Μη κυβερνητικές Οργανώσεις διεξάγεται μέσα σε πνεύμα κατανόησης.

4) Στους στόχους του Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ. είναι η χρηματοδότηση Ερευνητικών Προγραμμάτων που σχετίζονται με το AIDS, εφ' όσον βέβαια υπάρχει η οικονομική δυνατότητα.

5) Επίσης στο Κ.Ε.Ε.Λ. λειτουργεί Γραφείο Νομικής και κοινωνικής Υποστήριξης, στελεχωμένα με εξειδικευμένους επιστήμονες (Νομικούς, Κοινωνιολόγους και Κοινωνικούς Λειτουργούς) οι οποίοι δέχονται οποιουσδήποτε απευθύνονται στο Κ.Ε.Ε.Λ.

6) Στο Κ.Ε.Ε.Α. λειτουργεί επίσης Γραφείο επιδημιολογικής παρακολούθησης της HIV-λοίμωξης στην Ελλάδα.

7) Παράλληλα λειτουργεί γραφείο εποπτείας φαρμάκων που αποτελείται από τη διοικητική υπηρεσία και την επιστημονική επιτροπή, που απαρτίζεται από διακεκριμένους επιστήμονες επικεφαλείς συνήθως των Μονάδων Ειδικών Λοιμώξεων.

8) Τα τελευταία χρόνια έγινε προσπάθεια κατάρτισης ενός εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας του Κ.Ε.Ε.Α., σε συνεργασία, με το Υπουργείο Υγείας. οι δυσκολίες όπως ήταν φυσικό ήταν πολλές, καθώς το Κ.Ε.Ε.Α. αποτελεί σήμερα ένα δίκτυο υπηρεσιών με πολυσχιδή δραστηριότητα στο εσωτερικό και στο εξωτερικό της χώρας με ιδιάζουσα πρωτοτυπία, υπάρχουν δε προοπτικές ακόμη μεγαλύτερης επέκτασης.

9) Το Κ.Ε.Ε.Α. έχει φροντίσει να λειτουργήσει από τη πρώτη στιγμή Γραφείο Τύπου για την παρακολούθηση της δημοσιότητας και την ανάπτυξη σχέσεων με τους δημοσιογράφους τους οποίους εξυπηρετεί με συχνή πληροφόρηση. Στο διάστημα λειτουργίας του Κ.Ε.Ε.Α., οργανώθηκαν πολυάριθμες Συνεντεύξεις Τύπου, όπως ήταν οι ανακοινώσεις για την εξέλιξη της επιδημίας από τον αρμόδιο Υπουργό και οι συνεντεύξεις τύπου της Επιτροπής Ενημέρωσης για την θερινή Καμπάνια και την Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS και άλλες αποσπασματικά, κυρίως εξαιτίας της επικαιρότητας. Το Κ.Ε.Ε.Α. έχει εκμεταλλευτεί στο έπακρο την επικοινωνιακή δύναμη των Μ.Μ.Ε. για την ενημέρωση του πληθυσμού με τις δωρεάν μεταδόσεις ραδιοφωνικών και τηλεοπτικών μηνυμάτων καθώς και τις καταχωρήσεις άρθρων σε εφημερίδες και περιοδικά.

10) Στις δραστηριότητες του Κ.Ε.Ε.Α. συγκαταλέγεται και ένα αξιόλογο εκδοτικό έργο που έχει σαν βασικό άξονα την ενημέρωση και διαφώτιση του κοινού, αλλά και των ιατρών και όλων των επιστημόνων που έχουν σχέση με το χώρο αυτό.

- 11) Παράλληλα οργανώνει συνέδρια, ημερίδες και εκδηλώσεις.
- 12) Από την ίδρυση του μέχρι σήμερα, το Κ.Ε.Ε.Λ. έχει να επιδείξει αξιόλογη δραστηριότητα στον τομέα των Διεθνών Σχέσεων.

**β. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΠΟΥ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝ ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΟΠΤΕΙΑ ΤΟΥ Κ.Ε.Ε.Λ. ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΞΗΣ:**

1. **Ο Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Πειραιά** στον οποίο φιλοξενούνται άπορα οροθετικά άτομα στα οποία εκτός από την διαμονή προσφέρεται κοινωνική ένταξη και η όσο το δυνατόν αναπλήρωση ενός υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος.(Κ.Ε.Ε.Λ., 2000, σελ.12)
2. **Ο Συμβουλευτικός Σταθμός και η Τηλεφωνική Γραμμή Αθηνών** με στόχο την παροχή συμβουλευτικής ενημέρωσης και πρόληψης, ψυχολογικής και κοινωνικής στήριξης καθώς επίσης και ψυχιατρικής αξιολόγησης και παρακολούθησης όπου κρίνεται αναγκαίο. Παράλληλα ο εντοπισμός, η καταγραφή και η επεξεργασία των ψυχοκοινωνικών αναγκών των οροθετικών ατόμων.(Κ.Ε.Ε.Λ., 2000,σελ.13)
3. **Το Γραφείο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης** στο οποίο προσφέρεται κοινωνική στήριξη σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, παρεμβάσεις σε επίπεδο κοινότητας, ενημερώσεις σε σχολεία, συνεργασία με Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις καθώς και συμμετοχή σε επιστημονικές έρευνες.(Κ.Ε.Ε.Λ., 2000, σελ.13)
4. **Το Κ.Ε.Ε.Λ. Θεσσαλονίκης** που λειτουργεί κυρίως ως σταθμός ενημέρωσης πολιτών και ως τηλεφωνική γραμμή προσφέροντας υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Με σκοπό την κάλυψη των αναγκών στην Β. Ελλάδα.(Κ.Ε.Ε.Λ.,2000, σελ.14)

ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ Κ.Ε.Ε.Λ. ΕΙΝΑΙ:

- **Κατ' οίκον Νοσηλεία (Home care)**. Σ' αυτήν την υπηρεσία εξασφαλίζεται η συνέχιση της υγειονομικής φροντίδας των ασθενών με AIDS μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο σε συνεργασία πάντα με τους γιατρούς των Μ.Ε.Λ. καθώς και η επίλυση πολλών Κοινωνικών προβλημάτων με την εκπαίδευση των οικογενειών των πασχόντων και γενικότερα της κοινότητας.(Κ.Ε.Ε.Λ.,2000, σελ.12)
- **Οδοντιατρείο** συστεγάζεται με την Κατ' Οίκον Νοσηλεία και οι παρεχόμενες υπηρεσίες αναφέρονται στην οδοντιατρική περίθαλψη απόρων οροθετικών ατόμων.(Κ.Ε.Ε.Λ.,2000,σελ.12)
- **Το Γραφείο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων** το οποίο παρέχει συμβουλευτική νομική στήριξη κυρίως για θέματα που αφορούν την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των οροθετικών καλώς και του κοινωνικού στίγματος και των διακρίσεων.(Κ.Ε.Ε.Λ.,2000,σελ.13)
- Παράλληλα λειτουργεί **Γραφείο Διεθνών Σχέσεων και Επικοινωνίας**, του οποίου η δομή αποτελείται από το Γραφείο Ενημέρωσης το οποίο αναλαμβάνει και πραγματοποιεί την ενημέρωση του γενικού πληθυσμού καθώς και ειδικών πληθυσμιακών ομάδων όσον αφορά το θέμα του AIDS. Επίσης στην υπηρεσία αυτή λειτουργεί το γραφείο Διεθνών και Δημοσίων Σχέσεων το οποίο είναι υπεύθυνο για την παρακολούθηση των διεθνών εξελίξεων, καθώς επίσης και για την συμμετοχή και εμφάνιση της χώρας μας σε διεθνείς εκδηλώσεις με σκοπό την προβολή των ελληνικών θέσεων. Το Γραφείο Τύπου το οποίο παρακολουθεί τα δημοσιεύματα και μέριμνα για την δημοσίευση τυχόν απαντήσεων του Κ.Ε.Ε.Λ. το γραφείο που συνεργάζεται με τις Μη Κυβερνητικές Οργάνωσης που δραστηριοποιούνται εθελοντικά κατά των Ειδικών Λοιμώξεων.(Κ.Ε.Ε.Λ.,2000,σελ.14)

ΕΝΟΤΗΤΑ Ε. ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ. (ΜΗ.ΚΥ.Ο.)

Οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις στο χώρο του AIDS ξεκίνησαν πριν από χρόνια στις Η.Π.Α., την Ευρώπη και εν συνεχεία στην Ελλάδα, ερχόμενες να καλύψουν ανάγκες για τις οποίες είτε δεν υπήρχαν οι κατάλληλες κρατικές υπηρεσίες είτε οι υπάρχουσες ήταν ανεπαρκείς ή δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν λόγω του επείγοντος ή του ιδιαίτερου χαρακτήρα των αναγκών.

Η φωνή και η γνώμη των ΜΗ.ΚΥ.Ο. έχει αρχίσει να παίζει ρόλο στη διαμόρφωση πολιτικής και νομοθεσίας. Η άμεση και συχνή επαφή που έχουν με τους ανθρώπους που ζουν με το AIDS τους δίνει την δυνατότητα να γνωρίζουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά και εν συνεχεία να ενημερώνουν τους αρμόδιους για την επίλυση τους. Επίσης οι ΜΗ.ΚΥ.Ο., έχοντας το προνόμιο της ευελιξίας, λόγω έλλειψης γραφειοκρατικών διαδικασιών, διαθέτουν και τη δυνατότητα της γρήγορης αντιμετώπισης των προβλημάτων σε ατομικό επίπεδο. Ένας άλλος πολύ σημαντικός ρόλος των ΜΗ.ΚΥ.Ο. στο χώρο του AIDS είναι η συμβολή τους στην ενημέρωση των πολιτών και στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης. Ιδιαίτερα στο χώρο του AIDS, όπου ο φόβος, το στίγμα και ο κοινωνικός αποκλεισμός ήταν και είναι συχνά φαινόμενα, η γνώση είναι αυτή που μπορεί ν' αλλάξει τις νοοτροπίες των ανθρώπων και να βοηθήσει, βεβαίως, στη μείωση της εξάπλωσης του ιού. (Μπομπου, 2002, σελ.34-34)

1. ΣΥΛΛΟΓΟΣ «ΕΛΠΙΔΑ»

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Υποστήριξης Φορέων του Ιού του AIDS «ΕΛΠΙΔΑ», μη κερδοσκοπική και μη κυβερνητική οργάνωση, ιδρύθηκε το φθινόπωρο του 1989.

Η βάση της φιλοσοφίας του Συλλόγου είναι να εμφυσήσει τη δύναμη στα άτομα που ζουν με το πρόβλημα, ώστε να ελέγχουν τα ίδια τη ζωή τους, παρέχοντας τους πληροφόρηση γύρω από το που και πώς θα προσεγγίσουν το κοινωνικό σύστημα και πώς να το κινητοποιήσουν ώστε να εργαστεί γι' αυτούς. Όπου το σύστημα δεν ανταποκρίνεται, ρόλος του Συλλόγου είναι να εργασθεί εθελοντικά πλάι ή μέσα σ' αυτό ώστε να επιτύχει τελικά την κάλυψη των αναγκών των φορέων και ασθενών.

Ο Σύλλογος αριθμεί περίπου 400 εθελοντές ενώ κατά τη διάρκεια της ύπαρξης του έχει βοηθήσει στη δημιουργία τοπικών ομάδων- παραρτημάτων στη Θεσσαλονίκη, στο Ηράκλειο Κρήτης, στη Ρόδο, στα Χανιά και στα Ιωάννινα με κυρίως ενημερωτικό ρόλο. Συνεργάζεται στενά με το Υπουργείο Υγείας, το Κ.Ε.Ε.Λ., τον Ερυθρό Σταυρό, καθώς και με άλλες εθελοντικές οργανώσεις στην Ελλάδα αλλά και στο εξωτερικό.

ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΕΙΝΑΙ:

- Υπηρεσίες υποστήριξης και συμπαράστασης: Ομάδες εθελοντών υποστηρίζουν και συμπαρίστανται ψυχολογικά, οικονομικά, νομικά και νοσηλευτικά τους ενδιαφερόμενους.

Ειδικευμένα μέλη του «Ελπίδα» (ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί) παρέχουν στους οροθετικά άτομα, καθώς και στις οικογένειες τους ψυχολογική υποστήριξη και συμπαράσταση, είτε ατομικά είτε ομαδικά. Ακόμα, ειδικευμένοι εθελοντές βοηθούν οροθετικά άτομα στο σπίτι τους ή στο νοσοκομείο σε θέματα νοσηλείας.

- Υπηρεσίες στέγασης: Ο Σύλλογος συνεργάζεται με τον ξενώνα του Κ.Ε.Ε.Λ. εξασφαλίζοντας στέγη στους ενδιαφερόμενους. Το 1995 συμμετείχε

στην υλοποίηση προγράμματος στέγασης με την οικονομική συμπαράσταση της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

- Υπηρεσίες πληροφόρησης και ενημέρωσης: Ομάδες από τον Σύλλογο ενημερώνουν το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο σε θέματα πρόληψης και απάλειψης του κοινωνικού ρατσισμού. Επίσης μέλη του «Ελπίδα» λαμβάνουν μέρος σε Παγκόσμια Συνέδρια, συμμετέχοντας με επιστημονικές εργασίες.
- Υπηρεσίες κατάρτισης εθελοντών σε προγράμματα παροχής υπηρεσιών: οι νέοι εθελοντές πριν αναλάβουν κάποιες υποχρεώσεις καταρτίζονται και ενημερώνονται από ειδική ομάδα εθελοντών, με στόχο την καλύτερη εξυπηρέτηση των ενδιαφερομένων.
- Ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης: Ο σύλλογος «Ελπίδα» φέρνει σε επαφή άτομα που αντιμετωπίζουν κοινά προβλήματα για ανταλλαγή εμπειριών, πληροφόρηση και ψυχολογική υποστήριξη. (<http://WWW.Elpidida.gr>,2003)

2. ΚΕΝΤΡΟ ΖΩΗΣ

Δημιουργήθηκε τον Οκτώβριο του 1991, για να προσφέρει συμβουλές και υποστήριξη, ψυχολογική, πνευματική και, ορισμένες φορές, οικονομική, σε οροθετικά άτομα. Στόχοι του Κέντρου είναι πολλαπλοί, αλλά το έργο του έχει δύο κύριες επιδιώξεις. Ένας κύριος σκοπός του είναι να προσφέρει συμβουλές και υποστήριξη σε άτομα που τη χρειάζονται, ενώ άλλος κύριος σκοπός του είναι παράλληλα να ευαισθητοποιήσει το ευρύ κοινό πάνω στο πρόβλημα του AIDS. Αυτό επιδιώκεται μέσω του προγράμματος πληροφόρησης του Κέντρου,

ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΕΙΝΑΙ:

- προγράμματα αλληλοβοήθειας: ειδικά εκπαιδευμένοι εθελοντές επισκέπτονται οροθετικά άτομα στο νοσοκομείο ή στο σπίτι, τους κρατούν

συντροφιά, τους στηρίζουν ψυχολογικά και τους βοηθούν σε κάθε πρακτικό πρόβλημα που τυχόν αντιμετωπίζουν.

- Ομάδα υποστήριξης οροθετικών: Οροθετικά άτομα συναντώνται μια φορά την εβδομάδα στο χώρο του Κέντρου, όπου έχουν τη δυνατότητα να εκφράσουν τις απορίες τους, τις ανησυχίες και τις ελπίδες τους και να μάθουν πως άλλα άτομα αντιμετωπίζουν κοινά προβλήματα.

- Συμβουλευτικές υπηρεσίες: Αν κάποιος αποφασίσει να εξεταστεί για HIV, το Κέντρο παρέχει εμπιστευτικές, προσωπικές συμβουλευτικές συζητήσεις πριν και μετά την εξέταση με ειδικευμένους ψυχολόγους και συμβούλους. Αυτή η ψυχολογική υποστήριξη βοηθά τον εξεταζόμενο να αντιμετωπίσει το οποιοδήποτε αποτέλεσμα.

- Νομική υποστήριξη: Δικηγόροι, εθελοντές του Κέντρου παρέχουν νομικές συμβουλές για την επίλυση νομικών προβλημάτων των φορέων και ασθενών, καθώς και δωρεάν νομική κάλυψη για άπορους ασθενείς και φορείς σε θέματα που σχετίζονται άμεσα με το θέμα της υγείας τους.

- Πρόγραμμα πληροφόρησης: Το «Κέντρο ζωής και έμπνευσης» μέσα στο πλαίσιο του προγράμματος πληροφόρησης και υπό τη διεύθυνση ειδικά εκπαιδευμένης ψυχολόγου έχει ξεκινήσει μια προσπάθεια ευαισθητοποίησης του κοινού μέσα από φυλλάδια και σεμινάρια που διοργανώνονται, καθώς και σε επισκέψεις σε σχολεία, όπου διοργανώνονται διαλέξεις και ανοιχτές συζητήσεις με τους μαθητές πάνω στο θέμα του AIDS. (Καλλίνικος, 1995, σελ.110-111)

ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΤ. ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1. ΠΕΝΘΟΣ

α. ΟΡΙΣΜΟΙ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ

Ο θρήνος είναι το σύνολο των συναισθηματικών αντιδράσεων και εκδηλώσεων που φυσιολογικά εμφανίζονται μετά την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου η και την απώλεια με τη γενικότερη αφηρημένη έννοια, που μπορεί να αναφέρεται στην απώλεια μιας ιδέας, της ελευθερίας ενός ατόμου κ. α.(Parkes)

Είναι κοινά αποδεκτό ότι ο θάνατος αποτελεί μέρος της καθημερινής μας ζωής, μια αναπόφευκτη πραγματικότητα που όλοι θα αντιμετωπίσουμε κάποια στιγμή. Στις αναπτυγμένες χώρες σήμερα η πλειοψηφία των θανάτων οφείλεται σε μια χρόνια και απειλητική για την ζωή ασθένεια. Χάρη στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, οι αιτίες που οδηγούν στο θάνατο και οι συνθήκες μέσα στις οποίες πεθαίνει το άτομο έχουν διαφοροποιηθεί πολύ από τις αρχές του αιώνα.(Παπαδάτου, 1995, σελ.135)

Σύμφωνα με την κλασική άποψη του Freud, σε περιπτώσεις θανάτου το εγώ του προσώπου που θρηνεί έχει να αντιμετωπίσει το γεγονός ότι το πρόσωπο που πέθανε δεν υπάρχει πλέον. Αυτή η αντιμετώπιση γίνεται μέσα από την λειτουργία του εγώ που καλείται δοκιμασία της πραγματικότητας . Σύμφωνα με αυτήν την αρχή, το εγώ του ατόμου πρέπει να αποσύρει όλη τη λίμπιντο- μορφή ψυχικής ενέργειας- με όλες τις προσηλώσεις από το αγαπημένο πρόσωπο που πέθανε.

Πιο απλά: το πρόσωπο που ζει όχι μόνο πρέπει να δεχτεί την απώλεια, αλλά και να αποδεσμευτεί συναισθηματικά από τη σχέση με την εικόνα του ατόμου που χάθηκε. Αυτή, όμως, η ανάγκη για απόσυρση και συναισθηματική αποδέσμευση συνοδεύεται από σημαντική αντίσταση, ακόμα και όταν υπάρχει

έτοιμο ένα υποκατάστατο για το πρόσωπο που χάθηκε. Αυτή η αντίσταση μπορεί να είναι τόσο έντονη, ώστε το πρόσωπο που θρηνεί να φτάσει στο σημείο να αρνείται την πραγματικότητα- δηλαδή να αρνείται ότι το πρόσωπο πέθανε- και να προσκολλάται στην ιδέα ότι το πρόσωπο εξακολουθεί να υπάρχει, ακόμα και με το να αναπαράγει το πρόσωπο υπό μορφή ψυχωσικών εκδηλώσεων. Για παράδειγμα, άτομα μετά από θρήνο, ακούν τη φωνή του αγαπημένου προσώπου.

Όταν, όμως, οι διαδικασίες του θρήνου γίνουν φυσιολογικά, η αρχή της πραγματικότητας τελικά υπερτερεί. Ωστόσο αυτό δε γίνεται αμέσως. Οι διεργασίες του θρήνου γίνονται με βαθμιαία αποδέσμευση της libido, ενώ παράλληλα εξακολουθεί να υφίσταται ψυχικά η παρουσία του προσώπου που χάθηκε. Πιο συγκεκριμένα ο Freud αναφέρει ότι καθεμιά από τις μνήμες και τις προσδοκίες, με τις οποίες η λίμπιντο του προσώπου που ζει είχε επενδύσει το πρόσωπο που χάθηκε, έρχεται βαθμιαία στη συνείδηση και αποδεσμεύεται. Η διεργασία αυτή του θρήνου είναι πολύ επώδυνη, αλλά όταν τελειώσει, η λίμπιντο του προσώπου που ζει αποδεσμεύεται, ελευθερώνεται και μπορεί να επενδυθεί σε νέα πρόσωπα και αντικείμενα. Το πρόσωπο, δηλαδή, που έχει τελειώσει το θρήνο του μπορεί να δημιουργήσει νέες σχέσεις, μπορεί να επενδύει συναισθηματικά στην εξωτερική πραγματικότητα, σε αντίθεση με αυτό που βρίσκεται στο στάδιο του θρήνου, που θεωρητικά δεν έχει διαθέσιμη ψυχική ενέργεια για να δημιουργήσει νέες σχέσεις και να επενδύσει συναισθηματικά στην εξωτερική πραγματικότητα.

Κατά την διάρκεια της διαδικασίας του θρήνου υπάρχει έντονη η επιθυμία να ξαναβρεθεί το πρόσωπο που χάθηκε και είναι, κατά τον Bowlby, η πιο σημαντική αντίδραση που συμβαίνει μετά την απώλεια. Ο Parkes έχει περιγράψει τη χαρακτηριστική συμπεριφορά που αναπτύσσουν τα άτομα μετά την απώλεια και αναφέρει ότι ενεργούν με τέτοιο τρόπο, σαν να ζει το πρόσωπο που χάθηκε, αν και διανοητικά γνωρίζουν ότι αυτό δεν είναι δυνατό.

Η συμπεριφορά αυτή χαρακτηρίζεται από ανησυχία, αυξημένη κινητική δραστηριότητα και ενασχόληση με την εικόνα του προσώπου που χάθηκε, η οποία παίρνει τη μορφή καθαρής οπτικής ανάμνησης. Παράλληλα το άτομο αναζητεί και ψάχνει να βρει στο άμεσο περιβάλλον του το πρόσωπο που πέθανε, μερικές φορές φωνάζει ακόμα και το όνομα του. Υποστηρίζεται, δηλαδή, ότι όλη αυτή η συμπεριφορά αναζήτησης του προσώπου που θρηνεί κατευθύνεται προς το χαμένο πρόσωπο και η αξία της είναι σημαντική, γιατί έχει ως σκοπό να ξανασυναντήσει, να ενωθεί με το πρόσωπο που πέθανε.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας(Π.Ο.Υ.) εκτιμά ότι από την εμφάνιση του HIV μέχρι το 1995 περίπου 4.000.000 άνδρες και γυναίκες και παιδιά είχαν εκδηλώσει την πλήρη εικόνα του AIDS σε όλο τον κόσμο. Πάνω από τους μισούς πέθαναν. Αν υποθέσουμε ότι καθένας από αυτούς τους θανάτους άγγιξε βαθιά και επηρέασε την ζωή τουλάχιστον πέντε ατόμων που είχαν στενό δεσμό με τον άρρωστο, τότε μπορούμε να πούμε το λιγότερο 10.000.000 θρηνούν την απώλεια ενός άνδρα, μιας γυναίκας ή ενός παιδιού από AIDS.

β. ΕΙΔΗ ΠΕΝΘΟΥΣ

-Ο ΠΡΟΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΟΣ ΘΡΗΝΟΣ

Εδώ αξίζει να διευκρινιστεί ότι ο θρήνος δεν εμφανίζεται μετά το θάνατο του αρρώστου, αλλά βιώνεται από την πρώτη κιάλας στιγμή, όταν ο πάσχων και το περιβάλλον του συνειδητοποιούν ότι είναι φορέας ή νοσεί. (Παπαδάτου, 1995,σελ82) Αυτός ο θρήνος ονομάζεται «προπαρασκευαστικός θρήνος» και πρόκειται για την μορφή του θρήνου που παρατηρείται όταν ένα πρόσωπο θρηνείται, ενώ ακόμα ζει, όπως μπορεί να συμβεί σε περιπτώσεις θανατηφόρας ασθένειας. Έχει δε βρεθεί ότι η προσαρμογή του ατόμου στην απώλεια είναι καλύτερη και οι διαδικασίες του θρήνου ακολουθούν τη φυσιολογική τους

πορεία σ' αυτές τις περιπτώσεις που το άτομο εμφανίζει τις εκδηλώσεις του προπαρασκευαστικού θρήνου.

- Ο ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΘΡΗΝΟΣ

Ο θρήνος είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο. Όλοι οι άνθρωποι, όταν χάνουν κάποιο σημαντικό πρόσωπο στην ζωή τους με το οποίο είχαν αναπτύξει στενό δεσμό, θρηνούν. Ωστόσο, ο τρόπος που εκφράζονται μπορεί να διαφέρει από άτομο σε άτομο, ενώ παράλληλα επηρεάζεται από το κοινωνικό- πολιτιστικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ζει κάποιος. Κάθε κοινωνία ορίζει ένα σύνολο κανόνων σχετικά με συμπεριφορές και εκδηλώσεις θρήνου που θεωρεί «επιτρεπτές» και «κατάλληλες» εν όψει του θανάτου. Παράλληλα, θεσπίζει συγκεκριμένες τελετουργικές πράξεις που σκοπό έχουν, από τη μια πλευρά, να τιμήσουν τον νεκρό και να αναγνωρίσουν τη θέση που κατείχε στην κοινωνία, και από την άλλη, να προσδώσουν ένα νέο ρόλο σε αυτόν που πενθεί και να τον στηρίξουν κατά την περίοδο του πένθους. Η συμμετοχή του πενθούντος σε αυτές τις τελετουργίες και η κοινωνική υποστήριξη που δέχεται από το περιβάλλον του, συμβάλλουν ουσιαστικά στην ολοκλήρωση του θρήνου. Όταν αυτός που πενθεί, ολοκληρώνει το θρήνο του, δεν σημαίνει ότι «ξεχνά» ή παύει να βιώνει πόνο σε σχέση με μια σημαντική απώλεια στην ζωή του. Αντίθετα, σημαίνει ότι κάποια στιγμή μαθαίνει να ζει με την απώλεια, την εντάσσει στην ζωή του, δίνει νέο νόημα σ' αυτήν και συνεχίζει να ζει επενδύοντας νέες σχέσεις και στόχους. Αυτό βέβαια δεν γίνεται από την μια στιγμή στην άλλη. Η διαδικασία αυτή απαιτεί χρόνο και ταυτόχρονα την ενεργό συμμετοχή του πενθούντος στην ολοκλήρωση ορισμένων διαδοχικών στόχων/ έργων που σύμφωνα με τον Worden περιλαμβάνουν:

- α. τη συνειδητοποίηση και αποδοχή της απώλειας
- β. τη βίωση της οδύνης που προκαλεί η απώλεια
- γ. την προσαρμογή σε μια νέα πραγματικότητα από όπου απουσιάζει το άτομο που πέθανε

δ. την επανεπένδυση στη ζωή που συνεχίζεται και αποκτά νέο νόημα γι' αυτόν που πενθεί.(Παπαδάτου, 1995, σελ.82-83)

Παράλληλα σύμφωνα πάλι με τον Worden ένας τρόπος να κατανοήσουμε τις φυσιολογικές αντιδράσεις του θρήνου είναι να τις ταξινομήσουμε σε τέσσερις κατηγορίες, σε σχέση με τα συναισθήματα, τις σωματικές εκδηλώσεις, τη νόηση και τη συμπεριφορά:

Στην κατηγορία των συναισθημάτων διακρίνουμε τη θλίψη, το θυμό και την ενοχή, το φόβο και το άγχος, το αίσθημα της μοναξιάς και της αδυναμίας, την κόπωση, το σοκ, τη λαχτάρα για επανασύνδεση με το άτομο που πέθανε, ένα μούδιασμα και, μερικές φορές, μια ανακούφιση.

Στην κατηγορία των σωματικών εκδηλώσεων, γνώριμα είναι το σφίξιμο στο στήθος ή το λαιμό, η ξηρότητα του στόματος, οι στομαχικές διαταραχές, η αυξημένη ευαισθησία στους θορύβους, το αίσθημα μη-πραγματικότητας, το λαχάνιασμα, η μυϊκή αδυναμία και, γενικότερα, η έλλειψη ενεργητικότητας.

Στην κατηγορία των νοητικών διεργασιών και των σκέψεων, χαρακτηριστικές είναι η δυσπιστία, η σύγχυση, η συνεχής προσήλωση στις ίδιες σκέψεις, και η αίσθηση ακόμα της παρουσίας του ατόμου που έχει πεθάνει.

Στην κατηγορία της συμπεριφοράς, φυσιολογική είναι η διαταραχή της όρεξης όπως και η αφηρημάδα, η τάση απόσυρσης, η διάχυτη ανησυχία, η νευρικότητα, το κλάμα, η αποφυγή/ αναζήτηση καταστάσεων που θυμίζουν τον αγαπημένο, και όνειρα σχετικά με αυτόν.(Wrenn,1998, σελ.56-57)

Βέβαια, αν και όλες οι αντιδράσεις πένθους, που μόλις προαναφέρθηκαν, είναι φυσιολογικές, δεν εκδηλώνονται όλες μαζί στο άτομο που πενθεί, ούτε εμφανίζονται όλες σε συγκεκριμένες στιγμές. Η ένταση και η διάρκεια της διεργασίας θρήνου καθορίζονται από προσωπικούς παράγοντες, αφού ο κάθε άνθρωπος επεξεργάζεται το πένθος του ανάλογα με τη δική του ιστορία και τη

δική του προσωπικότητα. Υπάρχουν όμως οι εξής παράγοντες, που φαίνεται να παίζουν ιδιαίτερο ρόλο στην πορεία διεργασίας ενός θρήνου:

α. Ο πρώτος παράγων αφορά, γενικά, τη σχέση που είχε αναπτυχθεί ανάμεσα στον επιζώντα και στο άτομο που πέθανε. Εκτός από την ποιότητα της σχέσης, σημαντικό είναι να γνωρίζουμε πόσο στενή και έντονη υπήρξε ή, αντίθετα, πόσο τη χαρακτήριζε αβεβαιότητα και αμφιθυμία. Κυρίαρχο στοιχείο είναι, επίσης, το μέγεθος της συναισθηματικής επένδυσης που είχε γίνει.

β. Ο δεύτερος παράγων αφορά τις συνθήκες θανάτου, οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν διαφορετικά συναισθήματα και αντιδράσεις θρήνου. Ένας φυσικός θάνατος δίνει στον άνθρωπο που βλέπει έναν αγαπημένο του να πεθαίνει το χρόνο να τον αποχαιρετίσει, να υλοποιήσει τις τελευταίες του επιθυμίες και παρακλήσεις, να λύσει παλαιότερες υποθέσεις, να συγχωρέσει λάθη του παρελθόντος και να εκφράσει με όσους τρόπους ξέρει, την αγάπη του γι' αυτόν- πρωτοβουλίες που, κατά κάποιον τρόπο, μπορεί να απαλύνουν, αργότερα, τον πόνο της απώλειας. Αντίθετα, ένας ξαφνικός θάνατος είναι πολύ δύσκολο να γίνει αποδεκτός, πολύ δύσκολο να γίνει κατανοητός. Συχνά, οι αυτοκτονίες προκαλούν ενοχή και θυμό, οι ανθρωποκτονίες και οι φόνοι προκαλούν οργή, μομφές και κατηγορίες.

γ. Ο τρίτος παράγων αφορά το πώς αντιμετωπίζει κανείς τις προηγούμενες απώλειες στη ζωή του. Όλοι μας έχουμε γνωρίσει απώλειες και αποτυχίες, μερικοί όμως τις αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά από άλλους.

δ. Ο τέταρτος παράγων αφορά τη διαθεσιμότητα του υποστηρικτικού δικτύου προς το άτομο που πενθεί, είτε αυτός συγκροτείται από την οικογένεια, είτε τους φίλους, τους πνευματικούς οδηγούς ή διάφορους άλλους.

ε. Ο πέμπτος παράγων αφορά τον πολιτισμό μέσα στον οποίο θρηνεί κανείς και τους κώδικες συμπεριφοράς που έχουν αναπτυχθεί σ' αυτόν.

(Wrenn, 1998, σελ.57-58)

- Ο ΠΕΡΙΠΛΕΓΜΕΝΟΣ ΘΡΗΝΟΣ

Η μη ολοκλήρωση ενός στόχου/ έργου παρεμποδίζει και την ολοκλήρωση αυτών που έπονται, με αποτέλεσμα το άτομο να εμφανίζει κάποια μορφή περιπλεγμένου πένθους που εκδηλώνεται ως άρνηση της απώλειας, άλλοτε με την απώθηση του θρήνου και την επανεμφάνιση του σε μεταγενέστερο χρόνο, και άλλοτε με εκδηλώσεις χρόνιου και παρατεταμένου θρήνου. (Παπαδάτου, 1995, σελ.82-83)

Ο ΧΡΟΝΙΟΣ ΘΡΗΝΟΣ είναι μια παρατεταμένη, ατελείωτη και αμετάβλητη απάντηση σε μια απώλεια. Ο πένθων εγκλωβίζεται και καθηλώνεται στον ίδιο του τον πόνο. Ανίκανος να αποδεχθεί την απώλεια, προβάλλει αντίσταση στην ιδέα ότι μπορεί να έχει κληρονομήσει κάτι απ' αυτήν. Μπορεί να αναρωτηθούμε γιατί και πότε υιοθετούν μερικά άτομα μια τέτοια συμπεριφορά. Οι Parkes και Weiss και η Rando αναφέρουν τους εξής παράγοντες που προδιαθέτουν στην εμφάνιση του χρόνιου θρήνου.

1) Η αποκόμιση δευτερογενών οφελών. Αυτό συμβαίνει, όταν ο πένθων, αυτοβυθιζόμενος στον πόνο του, προκαλεί και αποδέχεται πολλή συμπάθεια από το περιβάλλον του.

2) Ο δεσμός με το άτομο που πέθανε. Ο διαρκής θρήνος επιτρέπει σ' αυτόν που πενθεί να διατηρήσει ζωντανή τη μνήμη του αγαπημένου του και να διαιωνίζει τη «σύνδεση» μαζί του.

3) Η εμμονή στο θυμό και στην πικρία. Ο πένθων, που δεν αποδέχεται την πραγματικότητα του θανάτου, ακινητοποιεί τα συναισθήματα του και, τροφοδοτώντας και παγιώνοντας τον πόνο του, αποτρέπει κάθε δυνατότητα να γυρέψει και να επωφεληθεί από ένα νόημα της κληρονομιάς που άφησε ο αγαπημένος του.

4) Η έντονη εξάρτηση από το άτομο που πέθανε. Μια τέτοια σχέση αφήνει συνήθως τον πενθούντα ανεπαρκώς εξοπλισμένο για να λειτουργήσει χωρίς το αγαπημένο του πρόσωπο.

5) Η ύπαρξη κατάθλιψης ή μείζονος συναισθηματικής διαταραχής.
Μια άλλη μορφή περιπλεγμένου θρήνου είναι

Ο ΕΤΕΡΟΧΡΟΝΙΣΜΕΝΟΣ ΘΡΗΝΟΣ, αυτός δηλαδή που εμφανίζεται με χρονική καθυστέρηση. Υπάρχουν άτομα που προσεγγίζουν τον πόνο τους – αλλά, τελικά, τον αποφεύγουν. Κι έτσι, δεν είναι σε θέση να εξοικειωθούν με τον πόνο τους και να τον δεχθούν, παραμένουν επομένως ανίκανοι να αναγνωρίσουν και να εκτιμήσουν την κληρονομιά που τους άφησε ο άνθρωπος που πέθανε.

Από τους γνωστούς παράγοντες που εμποδίζουν την ομαλή πορεία ενός θρήνου και ευθύνονται για την αναστολή, την απώθηση και την αναβολή της διεργασίας θρήνου, είναι οι εξής:

- Ο φόβος ότι ο θρήνος μπορεί να καταστήσει το άτομο που πενθεί ιδιαίτερα ευάλωτο, ακόμα και να το εκμηδενίσει,
- Ο φόβος μήπως χάσει την ψυχική του υγεία, με άλλα λόγια «τρελλαθεί»,
- Η δυσκολία να αναγνωρίσει στον εαυτό του κάποια αρνητικά στοιχεία, που συχνά φέρνει στην επιφάνεια ο θρήνος, και
- Η ύπαρξη χαρακτηριστικών στην προσωπικότητα του, που το καθιστούν «φοβικό στον πόνο»- για να δανειστούμε μια έκφραση του Perlz.

Αλλά, και σε αυτές τις περιπτώσεις ακόμα, εάν κάποιο γεγονός προκαλέσει στο άτομο που πενθεί μια ολική –ή μερική- αντίδραση θρήνου, τότε θα πάψει να ισχύει η αναβολή του πένθους. (Fleming,σελ.63-65)

- Ο ΠΑΡΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΟΣ ΘΡΗΝΟΣ

Ένα άλλο είδος θρήνου είναι ο παραγνωρισμένος θρήνος που ορίζεται ως ο θρήνος που δεν είναι αποδεκτός από το κοινωνικό σύνολο, σε καταστάσεις όπου η απώλεια δεν μπορεί να ομολογηθεί ανοιχτά, δεν μπορεί να αποτελέσει

δημόσιο γεγονός που μοιράζεται με άλλους και δεν μπορεί να γίνει κοινωνικά αποδεκτή. Τότε, όσο έντονα και να βιώνει κανείς μια απώλεια, κανείς από το περιβάλλον του δεν την αναγνωρίζει ως απώλεια και, επομένως, κανείς δεν αποδέχεται τις εκδηλώσεις θρήνου.

Οι κυριότερες συνθήκες κάτω από τις οποίες μπορεί να αναπτυχθεί παραγνωρισμένος θρήνος είναι οι εξής:

α. Η πρώτη αφορά σχέσεις που δεν αναγνωρίζονται και δεν είναι κοινωνικά αποδεκτές. Δηλαδή, δικαίωμα στο θρήνο δεν έχουν οι πρώην σύζυγοι, οι εραστές, καμιά φορά οι θετοί γονείς ή τα υιοθετημένα παιδιά.

β. Μια δεύτερη κατηγορία παραγνωρισμένου θρήνου προκύπτει όταν οι απώλειες δεν αναγνωρίζονται ως απώλειες. Αντιπροσωπευτικά παραδείγματα σ' αυτή την κατηγορία είναι ο περιγεννητικός θάνατος, που μόνο τα τελευταία χρόνια δεχόμαστε ότι μπορεί να προκαλέσει έντονο θρήνο στους γονείς, οι εκτρώσεις που, τουλάχιστον σε μερικές γυναίκες, μπορεί να ενεργοποιήσουν ένα πένθος, ή ακόμα και η ίδια η στειρότητα. Στον εργασιακό χώρο, η απόλυση από μια δουλειά είναι και αυτή μια απώλεια για την οποία δύσκολα μιλάμε.

Η Τρίτη κατηγορία ατόμων που μπορεί να βιώσουν έναν παραγνωρισμένο θρήνο είναι αυτοί που δεν αναγνωρίζονται από το κοινωνικό σύνολο ως ικανοί να θρηνούν. Αναφερόμαστε σε άτομα με αναπτυξιακές ή ψυχικές δυσλειτουργίες, σε άτομα με νοητική στέρηση, σε υπερήλικες ή μικρά παιδιά.

δ. Η τέταρτη κατηγορία παραγνωρισμένου θρήνου αφορά άτομα που βιώνουν έναν στιγματισμένο θάνατο, δηλαδή ένα θάνατο τόσο στενά συνδεδεμένο με ντροπή, που είναι αδύνατο να μιληθεί ανοιχτά. Συγγενείς ανθρώπων που πεθαίνουν από AIDS ξέρουν πόσο η κοινωνική κατάκριση που συνοδεύει αυτή την αρρώστια καθιστά το θρήνο τους σιωπηλό και κρυφό. (Doka, σελ. 85-86)

Τα μέλη του συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος του ασθενή με AIDS έχουν αυξημένο κίνδυνο να βιώσουν ένα περιπλεγμένο πένθος. Η περιπλοκή αυτή αποδίδεται σε πολλούς παράγοντες, μερικοί από τους οποίους είναι:

1) ότι εμπλέκονται σε μια χρόνια αρρώστια που συνοδεύεται από ένα βαρύ κοινωνικό στίγμα

2) ότι συχνά πιστεύουν ότι ο θάνατος θα μπορούσε να είχε προληφθεί, αν το άτομο ή το περιβάλλον του είχαν πάρει τα κατάλληλα μέτρα για να αποφευχθεί η HIV μόλυνση και

3) ότι τόσο η σημασία της απώλειας όσο και ο θρήνος των ατόμων αυτών δεν αναγνωρίζεται από την κοινωνία.

Ακριβώς αυτή η περιπλοκή είναι ο λεγόμενος «παραγνωρισμένος θρήνος», ο οποίος βιώνεται, όταν μια απώλεια δεν αναγνωρίζεται και δεν θρηνείται δημοσίως, με αποτέλεσμα να μην παρέχεται η συνήθης κοινωνική στήριξη στους πενθούντες. Έτσι δημιουργείται μια «δεύτερη κατηγορία» πενθούντων που συχνά αποκλείονται από τις καθιερωμένες τελετουργίες και πρακτικές ή εκδηλώσεις που ορίζει η κοινωνία για τα μέλη της που θρηνούν. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις είναι σοβαρές, καθώς περιπλέκεται το πένθος που γίνεται χρόνιο, χωρίς να μπορεί να ολοκληρωθεί. Με λίγα λόγια, ο θρήνος γίνεται μια αποκλειστικά ιδιωτική υπόθεση και τα φυσιολογικά συναισθήματα θυμού, ενοχών, θλίψης, μοναξιάς, απελπισίας, εντείνονται καθώς το άτομο δεν έχει την ευκαιρία να τα μοιραστεί με κανέναν και να τύχει της καθιερωμένης παρηγοριάς και στήριξης από το περιβάλλον. (Παπαδάτου, 1995, σελ.83)

2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΕ ΦΟΡΕΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ AIDS - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ.

Η HIV λοίμωξη δεν είναι ασφαλώς η μόνη ή /και θανατηφόρα ασθένεια της εποχής μας. Κι όμως η εμφάνισή της προκάλεσε και συχνά ακόμα

προκαλεί ιδιαίτερα έντονες αντιδράσεις, τόσο σε κοινωνικό όσο και σε ατομικό επίπεδο. Σε αυτό συντέλεσαν: η γρήγορη εξάπλωσή της, το γεγονός ότι πήρε τη μορφή επιδημίας, για την οποία αρχικά ελάχιστα ήταν γνωστά, όσον αφορά τις αιτίες, τη φύση αλλά και την αντιμετώπισή της. Παράλληλα το γεγονός ότι, εμφανίστηκε σε μία εποχή όπου, η τεράστια ανάπτυξη των ιατρικών γνώσεων και της τεχνολογίας δημιουργούν την ψευδαίσθηση ότι μπορούμε να δαμάσουμε τα πάντα, ακόμα και αυτόν το θάνατο.

Επίσης σημαντικό λόγο αποτέλεσε το γεγονός ότι εμφανίστηκε τη στιγμή που η σεξουαλική απελευθέρωση – κύρια μέσο της εξάπλωσης του αντισυλληπτικού χαπιού- ήταν η επαναφορά της αναγκαιότητας του προφυλακτικού, να βιώνεται σαν ένας περιορισμός, από τις γενιές που είχαν γαλουχηθεί κάτω από το φως της σεξουαλικής ελευθερίας. Αφετέρου δε, το AIDS να επιβαρυνθεί με το στίγμα της «τιμωρίας» ένα μοντέρνο είδος προπατορικού αμαρτήματος.

Το κυριώτερο όμως χαρακτηριστικό που διαφοροποιεί το AIDS από τις άλλες σοβαρές ασθένειες της εποχής είναι ο τρόπος μετάδοσής του, το γεγονός ότι ο ιός μεταδίδεται μέσω της ανθρώπινης επαφής και δη της επαφής του αίματος και σεξουαλικών υγρών.

Το αίμα και το σπέρμα θεμελιώνουν, σε όλες τις κοινωνίες, βασικούς κοινωνικούς δεσμούς και θεσμούς. Η σημασία των συγγενών εξ' αίματος είναι μεγαλύτερη εκείνης των συγγενών εξ' αγχιστείας. Η ανταλλαγή αίματος είναι σημάδι αδελφότητας, ενώ η ερωτική επαφή θεσμοθετείται με το γάμο και τη γονεϊκότητα. (Νικολοπουλου, 1996)

Ένας θανατηφόρος ιός, που μεταδίδεται από την απροφύλακτη επαφή, από την ανταλλαγή και μίξη αίματος και σπέρματος, υγρά με έντονη συμβολική αξία που μέχρι τώρα εγγυούνταν τη συνοχή των κοινωνικών δεσμών και ομάδων, αποτελεί κατ' αρχήν κίνδυνο για την κοινωνική ομάδα. Κίνδυνο διάλυσης και καταστροφής της.

Κάτω από τις σύγχρονες κοινωνικές συνθήκες, οι οποίες δεν εξασθενίζουν τη συνοχή και την ενότητα της κοινωνικής ομάδας και οι οποίες συχνά παραβιάζουν τα όρια του ζωτικού ιδιωτικού χώρου, ενεργοποιείται – ενίοτε με ένταση – η τάση προβολής του «κακού» σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, κύριο χαρακτηριστικό των οποίων είναι η διαφορετικότητα. Η τάση αυτή, δυσχεραίνει την πρόληψη του AIDS και συγχρόνως διέπει τις στάσεις περιθωριοποίησης απέναντι σε φορείς και ασθενείς. Μέσο αυτής, καλλιεργείται η ψευδαίσθηση ότι το AIDS δεν μας αφορά, αφορά κάποιους άλλους, κάποιους διαφορετικούς. (Ο.Π., 1996)

Ο ιός προσβάλλει παράλληλα με το ανοσοποιητικό σύστημα, το σύστημα των σχέσεων του ατόμου: σχέση με τον εαυτό του, σχέση με το χρόνο, σχέση με τους άλλους. Ελλείψει συμπτωμάτων, η HIV λοίμωξη αποτελεί κατ' αρχήν ένα υπαρκτικό πλήγμα. Το άτομο βρίσκεται αντιμέτωπο με έναν πραγματικό αλλά αφανή εχθρό, τον ιό, που δρα μέσα στο σώμα του και εναντίον του, και που καθιστά «επικίνδυνο» στα μάτια του άλλου. Η μετάδοση του εκθέτει συχνά κρυφές, ατομικές και προσωπικές επιλογές. Ένας άνισος αγώνας φέρνει το άτομο αντιμέτωπο με τα σωματικά και ψυχολογικά του όρια, μέσα από μία σειρά, πραγματικών ή αναμενόμενων απωλειών: «τι σχέδια να κάνω για το μέλλον», «εκείνο που φοβάμαι είναι οι αντιδράσεις των γονιών μου και των φίλων μου» ή ακόμα «όταν κοιτώ στον καθρέφτη, δεν είμαι πια ο ίδιος άνθρωπος». Η οροθετικότητα έρχεται να ανατρέψει την υπάρχουσα, περισσότερο ή λιγότερο, λειτουργική ισορροπία. Οι άλλοι, οι προσωπικές αξίες και στόχοι, το παρόν και το μέλλον μπαίνουν κάτω από ένα νέο πρίσμα αξιολόγησης. Ο χρόνος διασπάται, υπάρχει ένα πριν και ένα μετά, ρήξη που μπορεί να μετατραπεί σε ένα αγεφύρωτο χάσμα.

Σε ψυχολογικό επίπεδο, είναι ο τρόπος που το άτομο θα βιώσει το βάρος και την έκταση των απωλειών, που θα έχει καθοριστική σημασία ως προς το αν, μία εμπειρία κρίσιμη και οριακή, όπως αυτή της οροθετικότητας, θα

μετατραπεί σε κρίση για το άτομο που τη βιώνει. Ένας κόσμος κλείνει κι ένας καινούργιος ανοίγει. Το άτομο καλείται να αναδιοργανώσει τις σχέσεις του και σημαντικούς τομείς της ζωής του συνεχίζοντας όμως να αισθάνεται ο εαυτός του. (Ε. Νικολοπούλου, 1996)

Ο ψυχικός τραυματισμός των ατόμων με AIDS συμβαίνει σε τρεις διαφορετικές διαστάσεις:

α) τη φυσική διάσταση, όπου το άτομο αντιμετωπίζει προβλήματα προσαρμογής στην ασθένεια. Αυτό μπορεί να συμπεριλαμβάνει μεγάλες αλλαγές σε ενέργεια και φυσική υγεία, πόνο, παραμόρφωση και αλλαγές στην εικόνα που έχει για το σώμα του, β) στην ψυχολογική διάσταση, όπου το άτομο συχνά αισθάνεται έντονο άγχος, κατάθλιψη, απελπισία, απομόνωση, θυμό, ενώ μπορεί να έχει και μείωση των νοητικών του ικανοτήτων, γ) στην κοινωνική διάσταση, όπου το άτομο αντιμετωπίζει μια διαταραχή στις κοινωνικές του σχέσεις, στην εργασία του, στο εισόδημά του, στο σπίτι του κλπ. Όλες αυτές οι αλλαγές είναι καταστροφικές για το άτομο όπως είναι και για το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον. Τώρα, όσο η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ασθένειας αυξάνεται, τόσο το άγχος και ο φόβος μετατίθενται από την προετοιμασία για τη εξέλιξη της ασθένειας στην προετοιμασία για το θάνατο. (Κωνσταντινίδης, 1999)

Οι ασθενείς συνήθως διαφέρουν στις ανάγκες τους για κοινωνική και συναισθηματική στήριξη και στην ανάγκη στήριξης των αγαπημένων τους προσώπων.

Μερικοί ασθενείς έχουν στενές, υποστηρικτικές σχέσεις τουλάχιστον με ένα άτομο από τη άμεση οικογένεια, ειδικά τη μητέρα και ένα καλό φίλο. Αυτοί οι άνθρωποι μένουν δίπλα στον ασθενή και τον στηρίζουν μέχρι το τέλος. Άλλοι είναι άστεγοι και έχουν ελάχιστη στήριξη και ελάχιστους πόρους ζωής. Μαζί με όλα τα προβλήματα υγείας έχουν και τον πανικό της επιβίωσης. Όταν δεν υπάρχει στήριξη ή δεν υπάρχει κατανόηση, ο ασθενής γίνεται

καταθλιπτικός και εξαρτάται από τις διάφορες υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο π.χ. τροφή, στέγη, κοινωνικές υπηρεσίες, βασική φροντίδα.

Τα άτομα που δεν έχουν από πριν μιλήσει για την ομοφυλοφιλία τους ή την αμφιφυλοφιλία τους, και αντιμετωπίζουν πρόβλημα με ARC ή AIDS συνήθως είναι σε φοβερή συναισθηματική δυσφορία. Η διάγνωση του AIDS και η ταυτόχρονη αποκάλυψη του τρόπου ζωής τους επιταχύνουν την εμφάνιση του άγχους και του φόβου απόρριψης, τότε που χρειάζονται περισσότερο στήριξη, αποδοχή και κατανόηση. Όταν όμως νιώθουν άνετα με την ζωή τους και την ομοφυλόφιλη επιλογή τους και έχουν ομολογήσει την προτίμησή τους στους δικούς τους ανθρώπους, τότε υπάρχει μια πιο θετική προσαρμογή για αυτούς και τους δικούς τους μετά από μια διάγνωση ARC ή AIDS, γιατί είναι περισσότερο προετοιμασμένοι για ό,τι μπορεί να συμβεί.(Ο.Π., 1999)

Η κοινωνική και συναισθηματική στήριξη είναι οι πιο καλοί τρόποι βοήθειας για τα άτομα που έχουν την HIV λοίμωξη, σε οποιοδήποτε στάδιό της. Είναι αναγκαίο λοιπόν να βοηθήσουμε τους ασθενείς να μιλήσουν για τον εαυτό τους και ταυτόχρονα να εξομαλύνουμε τις σχέσεις μεταξύ των ασθενών και των οικογενειών τους ή και των συντρόφων τους, σε σημείο που να καταλάβουν και να αποδεχθούν ευκολότερα τι συμβαίνει και πως αυτοί πρέπει να το αντιμετωπίσουν. (Μ. Κωνσταντινίδης, 1998)

Ο Κεν Βαϊν και Ντιέγκο Λόπεζ μας αναφέρουν κάποιες γενικές μεθοδολογίες συμβουλευτικής για άτομα με HIV λοίμωξη. Οι κυριότερες από αυτές είναι οι εξής:

1.Σκοπός της θεραπείας. Ο σκοπός της συμβουλευτικής προσπάθειας για τους ασθενείς του AIDS διαφέρει σημαντικά από τους στόχους της ψυχοθεραπευτικής θεραπείας. Πιο απλά, στόχος είναι η δημιουργία μιας διαρκώς ανοιχτής κοινωνικής σχέσης. Η θεραπεία συχνά συνίσταται απλά και μόνο στο να βρίσκεται κάποιος με τον ασθενή, να τον ακούει και να

καταλαβαίνει αυτό που το λει. Το να μοιράζεται κανείς έντονα συναισθήματα βοηθάει στην απάλυνση των αρνητικών επιπτώσεων. Για το λόγο αυτό είναι απόλυτα σημαντική η ικανότητα να άκουει κάποιος με προσοχή και συμπάθεια. Επειδή η θεραπεία για τους ασθενείς του AIDS έχει σχέση με το να είναι κάποιος εκεί να ακούει και να μοιράζεται για αυτό ο πλέον κατάλληλος θεραπευτικός τρόπος είναι η προσωπικότητα του συμβούλου. Η συμβουλή για αυτούς είναι επομένως να είναι απλά ο εαυτός τους και να εμπιστεύονται τον εαυτό τους. Οι προσποιήσεις δεν έχουν θέση εδώ και ο ασθενής εύκολα τις διακρίνει.

2. Θέματα ελέγχου. Οι ασθενείς με AIDS τείνουν να γίνουν παθητικοί αποδέκτες της ιατρικής θεραπείας που υπαγορεύεται από γιατρούς και ιδρύματα. Το ιατρικό κατεστημένο μπορεί να είναι απρόσωπο, να δημιουργεί σύγχυση και να οδηγεί στην αίσθηση της απελπισίας. Οι ασθενείς θα πρέπει λοιπόν να ενθαρρύνονται να αναλάβουν ενεργητικό ρόλο στη θεραπεία τους, όσο αυτό είναι δυνατόν. Μπορούν να συμμετέχουν στον τρόπο θεραπείας μέσα από την απόκτηση γνώσεων πάνω στην διατροφή, τον έλεγχο του stress, τις τεχνικές χαλάρωσης, τον υπερβατικό διαλογισμό, τους θετικούς οραματισμούς.

3. Βοήθεια, αλλά όχι υπερβολή. Η βοήθεια που προσφέρεται, με την μορφή του να κάνει κανείς αυτό που μπορεί να κάνει μόνος του ο ασθενής, δεν είναι βοήθεια. Η υπερβολική βοήθεια κάνει τους ασθενείς να αισθάνονται παθητικοί, εξαρτημένοι και αβοήθητοι, και μπορεί να τους δυναμώσει την αίσθηση της κατάπτωσης. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να κάνουν όσα περισσότερα πράγματα μπορούν λαμβάνοντας πάντα υπ' όψιν τους ανάλογους με την περίπτωση περιορισμούς.

4. Μεγιστοποίηση της ποιότητας ζωής του ασθενή. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να έχουν όσο το δυνατόν περισσότερες κοινωνικές ψυχαγωγικές και επαγγελματικές επιδιώξεις ανάλογα με την φυσική τους

κατάσταση και τις ιατρικές οδηγίες. Θα πρέπει να αποθαρρύνεται ο ρόλος του «επαγγελματία ασθενή» σύμφωνα με τον οποίο οι ασθενείς ξοδεύουν όλο τον χρόνο τους σε ομάδες υποστήριξης, σε συμβούλους θεραπευτές και σε γιατρούς.

5. Θα πρέπει να ενθαρρύνεται ο ασθενής να μιλάει και να εκφράζεται. Τα σημαντικά πρόσωπα στην ζωή του ασθενή αποφεύγουν συχνά την συζήτηση γύρω από «δυσάρεστα» θέματα. Εκείνο που συνήθως τους λένε είναι πως σκέφτονται αρνητικά και γίνονται καταθλιπτικοί, ή ότι αρχίζουν και σκέφτονται αρνητικά όταν συζητούν θέματα σχετικά με τον θάνατο. Παρόλα αυτά η συζήτηση για τέτοια θέματα κρίνεται απαραίτητη και ιδιαίτερα με άτομα του στενού περιβάλλοντος, είναι σημαντικό όμως ο ασθενής να παίρνει την πρωτοβουλία από μόνος του και να οδηγεί την συζήτηση εκεί.

6. Η αρνητικότητα επιτρέπεται. Το να μην δέχεται κανείς ευμενώς τα προγνωστικά της εξέλιξης της υγείας του δεν είναι κακό. Η άρνηση μειώνει το άγχος, κάνει τον ασθενή ευτυχισμένο και ικανό να αντιμετωπίσει την ζωή και να διατηρήσει θετικότητα μέσα σ' αυτήν.

7. Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε ομάδες. Η ομαδική θεραπεία είναι ο θεραπευτικός τρόπος που μπορούν να επιλέξουν οι περισσότεροι ασθενείς του AIDS. Οι ομάδες είναι ένας χώρος που δίνει ασφάλεια και υποστήριξη και μπορεί κανείς να συζητήσει εκεί σχετικά θέματα και να ανταλλάξει πληροφορίες. Δίνουν την ευκαιρία ακόμη στους ασθενείς να δουν παραδείγματα τρόπου αποτελεσματικής αντιμετώπισης της όλης κατάστασης ανάμεσα στα άτομα των ομάδων. Επιπλέον η ομαδική θεραπεία έχει πάντα ένα στοιχείο κοινωνικό, το οποίο μειώνει την απομόνωση.

8. Αξιοπιστία, συνέπεια, συνέχεια. Η υποστήριξη που προσφέρουν οι σύμβουλοι θα πρέπει να είναι αξιόπιστη, συνεπής, και συνεχής. Αφού η θεραπεία συνίσταται κυρίως στο να «είναι κανείς εκεί», είναι σημαντικό οι

σύμβουλοι να δεσμευτούν και με τον εαυτό τους και με τους ασθενείς τους ότι θα είναι διαθέσιμοι.

9. Ευαισθησία προς το κοινωνικό περιβάλλον του ασθενή. Οι ασθενείς δεν ζουν στο κενό. Περιβάλλονται από φίλους, οικογένεια, συγκατοίκους και ερωτικούς συντρόφους. Δεν είναι ασυνήθιστο οι ασθενείς να βιώνουν το ίδιο στρες από τα κοντινά τους πρόσωπα με το στρες από την ίδια την αρρώστια. Οι σύμβουλοι θα πρέπει να πάρουν την άδεια του ασθενή να συζητήσουν με αυτά τα άτομα ώστε να αυξήσουν την υποστήριξη του κοινωνικού τους περιβάλλοντος.

10. Ανάπτυξη θεραπευτικής συμμαχίας. Η ανάπτυξη εμπιστοσύνης και η καλλιέργεια μιας διαρκούς σχέσης αποδοχής χρειάζεται αρκετό χρόνο και υπομονή από την πλευρά του συμβούλου.

11. Τακτική επαφή με τον γιατρό του ασθενή. Δεν είναι ασυνήθιστο οι ασθενείς να παρερμηνεύουν τις δηλώσεις των γιατρών. Συχνά το άγχος παρεμβαίνει στις λειτουργίες της ακοής και της αντίληψης.

12. Οι σύμβουλοι ως στόχος της επιθετικότητας των ασθενών. Οι ασθενείς θα βρουν πολλούς λόγους για να θυμώσουν και συχνά το θυμό τους αυτό θα το κατευθύνουν προς οτιδήποτε ή οποιονδήποτε είναι παρών. Οι ειδικοί δεν θα πρέπει να παίρνουν προσωπικά αυτές τις επιθέσεις, αλλά όταν αυτές συμβαίνουν θα πρέπει να βοηθούν τους ασθενείς να τις συζητούν.

13. Συναισθηματική φόρτιση των ειδικών. Οι ειδικοί θα πρέπει να αναγνωρίζουν και να αποφεύγουν την αυτοενοχοποίηση όταν αισθάνονται φόβο, άγχος, ενόχληση την ώρα που βρίσκονται με τους ασθενείς. Η δουλειά με άτομα που αντιμετωπίζουν μια πιθανή θανατηφόρα ασθένεια δεν είναι εύκολη. Οι ειδικοί ενθαρρύνονται να συμμετέχουν σε υπηρεσίες υποστήριξης που έχουν δημιουργηθεί γι' αυτούς.

3. Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΦΟΡΕΙΣ/ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ AIDS.

Γενικά οι ειδικοί φαίνεται να συμφωνούν ότι η ψυχοκοινωνική παρέμβαση στις περιπτώσεις θετικού HIV και ασθενών με AIDS είναι απαραίτητη.

Η Miller προτείνει συμβουλευτική με τον ασθενή πριν από τον έλεγχο αντισωμάτων HIV καθώς και συμβουλευτική μετά την διάγνωση. Σύμφωνα με τον Miller, η προετοιμασία αυτή μπορεί να μετριάσει τις οξείες ψυχολογικές αντιδράσεις των ασθενών κατά την ανακοίνωση της οροθετικότητας.

Ο Nichols προτείνει την παρουσία ενός ακόμα ατόμου κατά την ανακοίνωση. Αργότερα, το άτομο αυτό, αν χρειαστεί, θα μπορεί να επαναλάβει και να επεξεργαστεί με τον ασθενή όσα ειπώθηκαν κατά την ανακοίνωση. «Κατά την διάγνωση» συνεχίζει ο Nichols «θα πρέπει να προσφέρεται στον ασθενή με AIDS συμβουλευτική από έναν ψυχίατρο με ειδικές γνώσεις και πολύ κατανόηση».

Επίσης, οι Nelson και Album τονίζουν την ανάγκη άμεσης ψυχολογικής παρέμβασης από έναν ειδικό ψυχικής υγείας.

Ο Waters και οι συνεργάτες του αναφέρουν ότι, κατά τις δικές τους εμπειρίες με οροθετικά παιδιά και νεαρά άτομα καθώς και τις οικογένειες τους, όλες οι οικογένειες ωφελήθηκαν από την προσφερόμενη συμβουλευτική.

Φαίνεται ότι είναι πολύ σημαντικό να αξιολογείται ο κάθε ασθενής και η οικογένεια του και να προσδιορίζεται η ικανότητα τους να αντιμετωπίσουν την HIV λοίμωξη. Είναι επίσης σημαντικό να διερευνηθούν οι δυνατότητες της οικογένειας να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις που θα προκύψουν κατά την εξέλιξη της νόσου.

Η περιπλοκότητα των προβλημάτων που δημιουργούνται στην πορεία της νόσου δεν μπορούν, όμως, να αντιμετωπιστούν μόνο με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους.

Οι αντιδράσεις και οι στάσεις των γιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού και άλλων ειδικών υγειονομικής φροντίδας, της κοινότητας, του σχολείου, του χώρου εργασίας και της κοινής γνώμης επηρεάζουν τους ασθενείς και τις οικογένειες τους και παρεμποδίζουν τις προσπάθειες τους να αντιμετωπίσουν την οδυνηρή ασθένεια και τον επικείμενο θάνατο. Επιπλέον, οι αντιδράσεις αυτές επιφέρουν τον κοινωνικό στιγματισμό και την απομόνωση του ασθενούς και της οικογένειάς του. (Ι. Τσιάντης, Δ. Πάνιτς, Μ. Meyer, Χ. Ασημόπουλος, Μ. Πιπεριά, Δ. Αναστασόπουλος, Β. Λαδής, Ε. Πλατοκούκη, Σ. Αρώνη, Χ. Καττάμης, 1991,σελ.75-77)

α. ΕΙΔΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Από ψυχοκοινωνική σκοπιά, το AIDS μπορεί να θεωρηθεί σαν να ένα διηνεκές υγείας-ασθένειας που καλύπτει εκείνους που βρίσκονται σε κίνδυνο λόγω του υψηλού κινδύνου συμπεριφοράς τους και εκείνους που είναι οροθετικοί αλλά ασυμπτωματικοί μέχρι τους ασθενείς στους οποίους έχει διαγνωσθεί ARC ή AIDS. Οι συγγραφείς συμφωνούν ότι θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσουν τα άτομα και οι οικογένειες τους στα διάφορα στάδια του διηνεκούς όταν προγραμματίζουμε τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους προσέγγισης τους και τις πιο κατάλληλες μεθόδους για να βοηθήσουμε τους ασθενείς και τις οικογένειες τους στην αντιμετώπιση της νόσου.

Με αφετηρία το παραπάνω σκεπτικό, προτείνεται παρέμβαση σε τρία επίπεδα:

1. Συμβουλευτική πριν από τον έλεγχο
2. Συμβουλευτική μετά από τον έλεγχο για
 - α. HIV οροαρνητικά άτομα

β. HIV οροθετικά άτομα. Στην περίπτωση αυτή, η συμβουλευτική θα περιλαμβάνει ανακοίνωση και παρέμβαση στην κρίση για να αντιμετωπιστεί ο ψυχοκοινωνικός αντίκτυπος της λοίμωξης.

- ΕΙΔΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ HIV ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΥΣ

1. παρέμβαση στην κρίση, σε ατομική βάση, για να αντιμετωπιστεί η ψυχοκοινωνική κρίση την οποία βιώνουν οι ασθενείς. Σκοπός της παρέμβασης είναι να κινητοποιήσει τις υπάρχουσες δυνάμεις που θα τους επιτρέψουν να αντεπεξέλθουν στην κρίση και να αντιμετωπίσουν την αβεβαιότητα του μέλλοντος τους. Ο θεραπευτής λειτουργεί σαν καταλύτης στην διορθωτική διαδικασία. Προσφέρει στον ασθενή και στην οικογένεια την δυνατότητα να ξεπεράσει την κρίση, κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, και να αποκτήσει έναν νέο προσανατολισμό. Ο ρόλος του θεραπευτή δεν είναι να αντιστρέψει το γεγονός που προκάλεσε την κρίση ή να εξαλείψει τα συμπτώματα που εκδηλώθηκαν. Ο θεραπευτής επιτρέπει στον ασθενή να ζήσει το πένθος χωρίς να του δίνει ενθαρρυντικές πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση ή να απομακρύνει από αυτόν συναισθήματα. Εκδηλώνει την κατανόηση του για την κατάσταση του ασθενούς.

Σε γενικές γραμμές, η παρέμβαση στην κρίση επικεντρώνεται στα ακόλουθα:

- Στην εστίαση του προβλήματος στο «εδώ και τώρα» (αποφεύγοντας τις ερμηνείες με όνειρα και μεταβίβαση και τις συνδέσεις με τα βιώματα της παιδικής ηλικίας).

- Σε βραχυπρόθεσμους στόχους (αντιμετώπιση της κρίσης, επανάκτηση ισορροπίας, ενίσχυση των δυνατοτήτων του ασθενούς). Πιο συγκεκριμένα, το μέλος της διεπιστημονικής ομάδας που παίρνει μέρος στην ανακοίνωση πρέπει να είναι αρχικά διαθέσιμο για οποιαδήποτε βοήθεια μπορεί να ζητούσε η οικογένεια.

Οι στόχοι της παρέμβασης, στο στάδιο αυτό, είναι:

- Να παρέχει πληροφορίες για την σημασία της οροθετικότητας HIV, την ίδια την ασθένεια, την αγωγή, τον τρόπο που μεταδίδεται κ.τ.λ. Με άλλα λόγια, να βοηθήσει τους ασθενείς να αποκτήσουν έλεγχο της κατάστασης.

- Να ενθαρρύνει την έκφραση του άγχους και των άλλων συναισθημάτων που προκαλούνται από την κατάσταση.

- Να επιβεβαιώσει τους ασθενείς ότι οι αντιδράσεις τους είναι φυσιολογικές.

2. Ατομική συμβουλευτική εκπαιδευτικής φύσης, στην οποία συμπεριλαμβάνεται και η γνώση του τι σημαίνει οροθετικότητα HIV, πως μεταδίδεται η νόσος και τι προφυλάξεις πρέπει να παίρνουν οι ασθενείς. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να υιοθετήσουν έναν υγιή τρόπο ζωής και να μην εκτίθεται σε νέες λοιμώξεις. Η γνώση των ασθενών και η συμμετοχή τους στον προγραμματισμό της θεραπείας τους βοηθά να αισθανθούν ότι έχουν έλεγχο της κατάστασης τους.

3. Ομάδες υποστήριξης, στις οποίες οι ασθενείς μπορούν να μιλήσουν για τα συναισθήματα τους, τους φόβους, τον θυμό και τις σχέσεις τους και να μοιραστούν τις εμπειρίες αυτές με άλλα άτομα που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση.

Αυτό προσφέρει στους ασθενείς την ευκαιρία να καταπολεμήσουν την κοινωνική απομόνωση και να διαπιστώσουν ότι τα συναισθήματα τους είναι φυσιολογικά.

Ο Nichols προτείνει οι ομάδες υποστήριξης να αποτελούνται από νοσούντες και φορείς. Όμως, όταν συγκροτούνται τέτοιες ομάδες, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το γεγονός ότι η επαφή με ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο της νόσου μπορεί να είναι καταστρεπτική για τους ασθενείς εκείνους που βρίσκονται στη φάση της προσαρμογής λόγω της παραμόρφωσης που επιφέρουν οι αλληπάλληλες λοιμώξεις. Μια από τις αναμενόμενες αντιδράσεις

των φορέων είναι να εγκαταλείψουν την ομάδα. Οι δυσκολίες που δημιουργούν οι μικτές ομάδες (νοσούντων και φορέων) μπορούν να αποφευχθούν με την δημιουργία ξεχωριστών ομάδων για τους ασθενείς ασυμπτωματικούς και για νοσούντες.

4. Ομάδες υποστήριξης για τον/ την σύζυγο, τον/ την σύντροφο και την οικογένεια.

5. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

-ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS

Στις περιπτώσεις όπου ο ασθενής έχει περάσει από το στάδιο της οροθετικότητας στο στάδιο της εκδήλωσης του ARC ή του AIDS και στις περιπτώσεις εκείνων των ασθενών που παρουσιάζουν τα συμπτώματα έχοντας διαγνωσθεί από την αρχή ως νοσούντες, εξακολουθούν να ισχύουν τα προαναφερθέντα είδη της παρέμβασης- στο ατομικό και ομαδικό επίπεδο- για ασθενείς, μέλη της οικογένειας και φίλους.

Εδώ, όμως, το περιεχόμενο της παρέμβασης ποικίλλει, συμπεριλαμβάνοντας διαδικασίες, για τον ασθενή και τον γιατρό, που σχετίζονται με το συγκεκριμένο στάδιο της νόσου. Το 1982, το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Memorial Sloan Kettering Cancer Center χρησιμοποίησε την πείρα του, από την εργασία με ασθενείς που έπασχαν από άλλες θανατηφόρες ασθένειες, για να αναπτύξει ένα πρόγραμμα παρέμβασης σε ασθενείς με AIDS, στους φίλους και τις οικογένειες τους καθώς και στο προσωπικό του νοσοκομείου.

Το πρόγραμμα περιελάμβανε:

α. Συνέχιση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, στο στάδιο που οι ασθενείς εξακολουθούν ακόμα να αγωνίζονται για τη ζωή τους.

β. Αντιμετώπιση της σταδιακής απώλειας των λειτουργιών και της επιδείνωσης της σωματικής κατάστασης.

γ. Αντιμετώπιση σχετικών υπαρξιακών/ πνευματικών θεμάτων, και

δ. Προγραμματισμός για τα επιζώντα μέλη και τη διαδικασία του πένθους.(Ι. Τσιάντης, Δ.Πάνιτς, Μ. Meyer, Χ. Ασημόπουλος, Μ. Πιπεριά, Δ. Αναστασόπουλος, Β. Λαδής, Ε. Πλατοκούκη, Σ. Αρώνη, Χ. Καττάμης, 1991, σελ.78-83)

ΕΝΟΤΗΤΑ Ζ. ΡΟΛΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ

1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Τα άτομα, που έχουν προσβληθεί από την ασθένεια του AIDS αντιμετωπίζουν πληθώρα ψυχοκοινωνικών προβλημάτων τα οποία απορρέουν από την αδυναμία αντιμετώπισης του άγχους που σχετίζεται με την διάγνωση, την πρόγνωση, την θεραπεία, τον πιθανό οικογενειακό και κοινωνικό στιγματισμό και τα ανεπαρκή υποστηρικτικά συστήματα.

Παράλληλα η παραμονή του ατόμου με HIV/ λοίμωξη στο νοσοκομείο είναι μία ιδιαίτερα φορτισμένη συναισθηματική κατάσταση που οφείλεται τόσο στο γεγονός της ίδιας της ασθένειας όσο και στην δομή και λειτουργία των σύγχρονων νοσοκομείων που οδηγεί στην απώλεια της ταυτότητας του ασθενή και τον μετατρέπει σ' ένα «επιστημονικώς ενδιαφέρον» περιστατικό.

Στο σημείο αυτό, κρίνεται αναγκαία η παρουσία του κοινωνικού λειτουργού, ο οποίος θα προσπαθήσει να καλλιεργήσει το πνεύμα της οντότητας, της μοναδικότητας, της ανεπανάληπτης προσωπικότητας του ατόμου, τόσο στο ίδιο, όσο και στο συγγενικό του περιβάλλον.

Παράλληλα ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να είναι σε θέση να ανιχνεύσει και να αναγνωρίσει ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ψυχοσύνθεσης του ασθενούς, που θα βοηθήσουν τον ειδικό να προσεγγίσει τις επιθυμίες, τις ανάγκες και τους φόβους του ατόμου. (Δεληαντώνη-Οικονόμου, 1991, σελ. 65)

Επιπλέον εφαρμόζοντας τις γνώσεις και τις τεχνικές παρέμβασης, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του, όχι μόνο τα υγιή τμήματα της προσωπικότητας του ασθενούς, αλλά να προβαίνει και σε νέα αξιολόγηση του ρυθμού που το «εγώ» του αρρώστου εξασθενεί με βασικό αποτέλεσμα να αυξάνονται οι ανάγκες εξάρτησης του. (Παπαιωάννου, 1989, σελ. 2)

Συγκεκριμένα, αναφέρουμε ότι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού που εργάζεται με φορείς, ασθενείς με AIDS μπορεί να είναι υποστηρικτικός, μεσολαβητικός ή και διαγνωστικός-θεραπευτικός ανάλογα με τις ανάγκες της κάθε περίπτωσης.

Έτσι θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι στον υποστηρικτικό ρόλο, βασικό μέλημα του κοινωνικού λειτουργού είναι η δημιουργία κατάλληλων συνθηκών ώστε το άτομο να αναγνωρίσει τα συναισθήματα που βιώνει σ' αυτήν την δύσκολη φάση της ζωής του και να τα εκφράσει. Έτσι μέσω αυτής της διαδικασίας οδηγούμαστε στην δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας μεταξύ οροθετικού ατόμου και κοινωνικού λειτουργού.

Παράλληλα ο κοινωνικός λειτουργός προσπαθεί να βοηθήσει το άτομο να ιεραρχήσει τα προβλήματα του. Ο επιμερισμός αυτός μπορεί να λειτουργήσει βοηθητικά για το ίδιο το άτομο, καθώς απελευθερώνονται οι δυνάμεις του εγώ και επιτυγχάνεται η σαφέστερη αντίληψη και ο χειρισμός των προβλημάτων. Ερχόμενος σε επαφή με φορείς/ ασθενείς με AIDS είναι πιθανό να διαπιστώσει ότι τα άτομα αυτά στην προσπάθειά τους να αποκτήσουν συναισθηματική ισορροπία κινητοποιούν μερικούς ειδικούς αμυντικούς μηχανισμούς π.χ. με συχνότερη εμφάνιση την άρνηση και ακολουθούν, η παλινδρόμηση καθώς και η απόσυρση. Η γνώση αυτών από τον ειδικό θα συμβάλει σημαντικά ώστε να βοηθήσει το άτομο να αποδεχθεί τελικά την ύπαρξη της ασθένειας.

Επίσης θεωρούμε σημαντική την στήριξη που μπορεί να προσφέρει ο κοινωνικός λειτουργός στο οικογενειακό-φιλικό περιβάλλον του φορέα/ ασθενή του AIDS λόγω του σημαντικού ρόλου που διαδραματίζουν στην πορεία αντιμετώπισης της ασθένειας από τον ασθενή και της επιρροής που ασκούν στην υγεία και την ευεξία του πάσχοντος. Παράλληλα ο κοινωνικός λειτουργός είναι αυτός που αναλαμβάνει το χειρισμό των παροχών προς τους οροθετικούς, παραπέμπει και διασυνδέει με τις υπόλοιπες υπηρεσίες, και δίνει πληροφορίες.

«Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να λειτουργήσει ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας και ως διάμεσος μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, του περιβάλλοντος του ασθενούς και του ίδιου του ασθενούς για να ενημερώσει, να επεξηγήσει την σημασία της διάγνωσης και τον τρόπο της θεραπευτικής αγωγής.»(Βασικά προγράμματα κοινωνικής προστασίας, σελ.35)
Αναφερόμαστε φυσικά στον μεσολαβητικό ρόλο του κοινωνικού λειτουργού, αφού είναι αυτός ο οποίος προετοιμάζει την επαφή μεταξύ του οροθετικού ατόμου και της οικογένειάς του.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι σημαντικός όσον αφορά την διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ των δύο αυτών πλευρών διότι μέσω της υποστήριξης και της επεξεργασίας των συναισθημάτων τόσο του ασθενή όσο και του περιβάλλοντος του, εργάζεται με το κομμάτι των σχέσεων μεταξύ τους, ώστε να τις βελτιώσει σε περίπτωση που έχουν διαταραχθεί ή να τις θέσει σε ρεαλιστικότερες βάσεις.

Με βάση την θεωρία της ολιστικής προσέγγισης, ο ασθενής πλέον αντιμετωπίζεται ως «όλον». Έτσι κρίνεται σημαντική η προσφορά του κοινωνικού λειτουργού στην φάση της διάγνωσης και θεραπείας με την λήψη του ιστορικού ψυχοκοινωνικής κατάστασης του ασθενούς. Συγκεκριμένα ο θεραπευτικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού με φορείς/ ασθενείς του AIDS έχει ως απώτερο σκοπό την διατήρηση της κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου στην πορεία της νόσου.

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ

Είναι πλέον κοινή παραδοχή ότι ο οροθετικός ασθενής παρουσιάζει μεγαλύτερες και πολύ πιο σύνθετες ανάγκες από τον μέσο χρόνιο ασθενή, ανάγκες τόσο σε ιατρικό όσο και κοινωνικό, ψυχολογικό και ψυχιατρικό επίπεδο, με άμεσες συνέπειες στον τρόπο ζωής του ίδιου μετά τη λοίμωξη αλλά και στον τρόπο ζωής των μελών της οικογένειάς του. Στην διάρκεια των

τελευταίων χρόνων που αντιμετωπίζουμε το πρόβλημα του AIDS, είναι πολύ σημαντικό το γεγονός ότι όλα τα μεγάλα νοσοκομεία διαθέτουν πλέον μια ξεχωριστή, εξειδικευμένη μονάδα νοσηλείας για οροθετικούς ασθενείς. Η εξέλιξη αυτή στο νοσηλευτικό χώρο συντείνει στην αποτελεσματικότερη πρόληψη και αντιμετώπιση των λοιμώξεων, αλλά και στη διευκόλυνση του ιατρικού προσωπικού όσον αφορά στην επιλογή των κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων κάθε φορά. (Αθανασοπούλου, 1998,σελ. 37-38).

Ο ρόλος του ψυχολόγου σε μια μονάδα για οροθετικά άτομα είναι πολλαπλός, ιδιαίτερα δύσκολος και σχεδόν πάντα απαραίτητος. Η ψυχολογική κατάσταση των ατόμων αυτών και των συγγενών τους χρήζουν από την παρέμβαση ενός ψυχολόγου στο επίπεδο της στήριξης.

Αν προσπαθήσουμε να αναλύσουμε το ρόλο ενός ψυχολόγου σ' έναν τέτοιο χώρο εργασίας θα ξεκινούσαμε ιεραρχικά από τη στιγμή που ένα άτομο έχει τις υποψίες και μπαίνει στην διαδικασία για το διαγνωστικό τεστ του ιού. Αναφερόμαστε δηλαδή στα πλαίσια της συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης κατά την διάρκεια υποβολής στο διαγνωστικό τεστ. Η παρέμβαση σ' αυτή την φάση αφορά τόσο στην ενημέρωση σε σχέση με την μετάδοση του ιού όσο και στην επεξεργασία ψυχοσυναισθηματικών παραγόντων που μπορούν να διευκολύνουν τη μελλοντική προληπτική συμπεριφορά καθώς και στην προετοιμασία σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος.

Στην συνέχεια περνάμε στην φάση του θετικού αποτελέσματος, δηλαδή όταν κάποιος ανακαλύπτει ότι είναι οροθετικός. Στην περίπτωση αυτή ο ρόλος του ψυχολόγου είναι κυρίως υποστηρικτικός και συμβουλευτικός. Είναι ένας από τους ειδικούς που μπορεί να τους πλησιάσει περισσότερο σ' αυτήν την δύσκολη φάση της ζωής τους και να ανταποκριθεί στις ανησυχίες και τους φόβους τους. Παράλληλα παρέχει διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες.

Ένας ιδιαίτερος τομέας των παρεχόμενων υπηρεσιών αναφέρεται στην παρέμβαση και στην ψυχολογική υποστήριξη των συγγενών των οροθετικών

οι οποίοι εκφράζουν ανησυχία στο πως πρέπει να τους αντιμετωπίζουν τώρα, πως θα αλλάξουν οι μεταξύ τους σχέσεις και πόσο θα επηρεάσει σ' αυτό η πορεία της νόσου και οι δυσκολίες που θα εμφανιστούν.

Σ' όλες αυτές τις παρεμβάσεις με τους οροθετικούς, ο ψυχολόγος πρέπει να έχει μια λειτουργική συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να έχει μια σαφή εικόνα για την κατάσταση της σωματικής υγείας του ασθενούς και ο δε γιατρός να ενημερώνεται αντίστοιχα για την ψυχική υγεία του ασθενούς ώστε να του παρέχουν και οι δύο μαζί την βοήθεια που χρειάζεται.

Παράλληλα μερικές φορές ο ψυχολόγος λειτουργεί ως μεσολαβητής στις σχέσεις μεταξύ ασθενών και ιατρών ή και των νοσηλευτών τους, αλλά και μεταξύ των ασθενών και των συγγενών τους .

Εξίσου σημαντική είναι και η παρέμβαση του ψυχολόγου σε ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται με άτομα που η κατάσταση της υγείας τους είναι πιο σοβαρή από την δικιά τους, με αποτέλεσμα πολλές φορές σε περιπτώσεις μακροχρόνιας νοσηλείας η επιδείνωση της υγείας των άλλων ασθενών να έχει αρνητική επίδραση και στην δική τους σωματική και ψυχική υγεία. Υπάρχει έτσι κίνδυνος να χάσουν τις ελπίδες τους και να οδηγηθούν σε μονοπάτια συναισθηματικής κρίσης.

Στο έργο της ψυχολογικής στήριξης που προσπαθεί να προσφέρει ο ψυχολόγος στους οροθετικούς έρχεται αντιμέτωπος με συναισθήματα απομόνωσης, απογοήτευσης, κατάθλιψης έως και με σκέψεις αυτοκτονίας σε μερικές περιπτώσεις.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι η απασχόληση και η προσφορά του ψυχολόγου σε μια μονάδα νοσηλείας του AIDS παρουσιάζει απαιτήσεις και δυσκολίες που είναι αναγκαίο να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά.

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ

Ένας από τους σημαντικότερους ρόλους επαγγελματιών στο χώρο του AIDS είναι και αυτός του γιατρού. Και αυτό διότι όπως αναφέρει και ο Copp, η φροντίδα είναι σημαντικό να ανταποκρίνεται στις βιολογικές ανάγκες του αρρώστου, στη μείωση ή τον έλεγχο του πόνου, καθώς και σε οποιαδήποτε κατάσταση του δημιουργεί δυσφορία. Όταν ο ασθενής πονά, κρίνεται απαραίτητη η κατανόηση και αξιολόγηση του πόνου που βιώνει. Τις ανάγκες αυτές του οροθετικού καλείται να αντιμετωπίσει ο γιατρός.

Εάν ο οροθετικός νιώθει, όσο βέβαια αυτό είναι εφικτό καλά με την κατάσταση της υγείας του και δεν έχει ενοχλήσεις, η ψυχολογία του θα είναι καλύτερη και έτσι θα μπορεί να συνεργαστεί αποδοτικότερα με όλους τους υπόλοιπους επαγγελματίες.

Επιπλέον ο γιατρός είναι αυτός που θα πληροφορήσει την διεπιστημονική ομάδα για την κατάσταση της υγείας του οροθετικού, έτσι ώστε να είναι ενήμεροι όλοι για τον τρόπο που μπορούν να δραστηριοποιηθούν.

Παράλληλα είναι ο επαγγελματίας που έχει την ευθύνη περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο να βοηθήσει τον οροθετικό να παλέψει με τον βιολογικό θάνατο και να ζήσει όσο το δυνατόν περισσότερο. Αποφεύγοντας φυσικά να φτάσουμε στο άλλο άκρο όπου ο θάνατος ιατροκοιείται με βασικό στόχο να σώσει μόνο το άτομο χωρίς να κατανοεί το τι μπορεί να νιώθει αυτός ο άνθρωπος για όλα αυτά που του συμβαίνουν.

4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Μια από τις ειδικότητες που έρχεται σε επαφή με τους φορείς/ ασθενείς του AIDS και που ο ρόλος της είναι αδιαμφισβήτητα πολύ σημαντικός είναι και αυτή του νοσηλευτή. Σε μια υπηρεσία που έχει συσταθεί για να καλύψει τις ανάγκες των οροθετικών, ο νοσηλευτής έχει μια πληθώρα υποχρεώσεων. Πιο συγκεκριμένα, οφείλει να είναι υπεύθυνος τόσο για την σωματική, όσο και

για την ψυχολογική άνεση και ευεξία του ασθενή. Είναι το άτομο που εκ των πραγμάτων βρίσκεται συνεχώς κοντά του. Επιδιώκει να αναπτύξει μια ζεστή σχέση και αυτό είναι σημαντικό γιατί ο ασθενής εξαρτάται άμεσα από αυτόν. Χορηγεί φάρμακα στον ασθενή, εκτελεί νοσηλείες και θεραπείες, όμως ταυτόχρονα τους εξηγεί τους σκοπούς όλων αυτών όπως και τους παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της ασθένειας και τον οργανισμό του.

Η ασθένεια αυξάνει την ανάγκη του ατόμου για ενδιαφέρον από τους γύρω του. Εξάλλου, η υποχρεωτική αδράνεια αυξάνει την επιθυμία επιστροφής σε μια εξαρτημένη κατάσταση παρόμοια με αυτή της παιδικής ηλικίας. Παράλληλα διευκολύνει τις επισκέψεις συγγενών και φίλων στον ασθενή και του εξασφαλίζει διάφορα μέσα απασχόλησης που τον ενδιαφέρουν (π.χ. βιβλία), χωρίς ποτέ να σταματά να του συμπεριφέρεται με ενδιαφέρον και ευγένεια.

Επιπλέον η ψυχολογική φόρτιση που δημιουργείται με την επαφή με οροθετικά άτομα, καθώς και η επικινδυνότητα μετάδοσης του ιού δυσχεραίνουν τις συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών, με αποτέλεσμα ο αριθμός αυτών που ενδιαφέρονται για τις συγκεκριμένες θέσεις να είναι μικρός. Σημαντική είναι επίσης η συμβολή τους στην διεπιστημονική συνεργασία, λόγω της άμεσης επαφής με τους οροθετικούς. Αυτή η νοσηλευτική προσέγγιση βοηθά τον ασθενή να αντιμετωπίσει την ασθένεια του με την απαιτούμενη ωριμότητα.

ΕΝΟΤΗΤΑ Η. ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ.

1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο Αριστοτέλης τον τέταρτο προ Χριστού αιώνα έλεγε πως «αυτός που δεν μπορεί να ζήσει στην κοινωνία, αυτός που δεν έχει ανάγκες αλλά είναι αυτάρκης, πρέπει να είναι ή ένα ζώο ή ένας θεός». (Παπαιωάννου, 1994σελ. 7)

Η λέξη συνεργασία συνειρμικά φέρνει στο νου τις έννοιες, μοιράζομαι, υποστηρίζω, προσπάθεια για επίτευξη κοινών στόχων. Ο ορισμός της συνεργασίας που δόθηκε από τους Aradine and Pridham περιγράφει πολύ καλά την έννοια.

«Συνεργασία είναι μια διαδικασία κοινής εργασίας με κοινά αποδεκτούς στόχους και φιλοσοφία, ενώ ταυτόχρονα είναι απαραίτητη η κατανόηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, όπως είναι οι ικανότητες, οι γνώσεις και τα στοιχεία προσωπικότητας και συμπεριφοράς που έχει καθένα από τα συμβαλλόμενα μέλη σαν επαγγελματίες αλλά και σαν άτομα».

Από τον παραπάνω ορισμό συνάγεται ότι η συνεργασία απαιτεί κοινές προσπάθειες και ενέργειες για την καθιέρωση στόχων που ικανοποιούν τα μέλη που συνεργάζονται μεταξύ τους, αλλά επιπλέον πρέπει να αναγνωρίζεται η ιδιαίτερη μερικές φορές συμβολή κάποιου μέλους της ομάδας σαν ειδικού για την επίλυση ενός προβλήματος. Επί πλέον, όπως τονίζεται από τους Bloom & Parad η λέξη συνεργασία περικλείει και την έννοια της Ομάδας Υγείας, δηλαδή της επαγγελματικής συνεργασίας.

Οι Mailick and Ashley δίνουν μια καλή περιγραφή της έννοιας της διεπαγγελματικής συνεργασίας και προσπαθούν με την περιγραφή αυτή να μειώσουν τυχόν παραποιήσεις της παραπάνω έννοιας.

«Ο όρος συνεργασία συνήθως φέρνει στο νου την εικόνα της συνεδρίασης μιας ομάδας. Η συνειρμική αυτή σύνδεση είναι ατυχής επειδή συνεργασία είναι μια ευρύτερη διαδικασία και η συνεδρίαση της ομάδας είναι μόνο ένα στοιχείο από τις τεχνικές και τους μηχανισμούς με τους οποίους

επιτυγχάνεται η διαδικασία της συνεργασίας. Η διεπαγγελματική συνεργασία περιλαμβάνει επικοινωνία, καθοδήγηση με την έννοια της συμβουλευτικής, τήρηση κοινών στοιχείων, επανεκτίμηση των στοιχείων, ανταλλαγή πληροφοριών ιδεών και επίσημα θεσμοθετημένες συναντήσεις και συνεδριάσεις».

Στον τομέα της φροντίδας υγείας η διεπαγγελματική συνεργασία έχει γίνει ένα σημαντικό σημείο σκέψης καθώς η παροχή φροντίδων υγείας στις σύγχρονες κοινωνίες γίνεται ολοένα και πολυπλοκότερη και έτσι πολλά άτομα από διάφορα επαγγέλματα είναι υποχρεωμένα να εργάζονται από κοινού για να είναι δυνατή η παροχή επαρκούς και υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας.

Η διεπαγγελματική συνεργασία και η έννοια της ομάδας υγείας βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των επαγγελματιών υγείας τις τελευταίες δεκαετίες. Ακόμα η διεπαγγελματική συνεργασία υποστηρίζεται από τους επαγγελματίες που εργάζονται στο χώρο της υγείας γιατί πιστεύουν πως με την συνεργασία γίνεται δυνατή η παροχή πιο αποτελεσματικών φροντίδων στα άτομα που ζητούν αυτές τις φροντίδες.

Όπως υποστηρίζεται και από τον William και τους συνεργάτες του, η επίτευξη υψηλής ποιότητας φροντίδας εξαρτάται κατά πολύ από την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας να συνεργάζονται και να συμβάλουν με τις εξειδικευμένες γνώσεις τους στην ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών. Η άποψη αυτή αποκτά μια ιδιαίτερη σημαντικότητα, γιατί οι σύγχρονες τάσεις για την φροντίδα των ασθενών στα νοσοκομεία τονίζουν την ανάγκη να περικλείεται όλη η οικογένεια στις θεραπευτικές φροντίδες που παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας .

Οι νοσηλευτές και οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι δύο ομάδες επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας που μπορούν συνεργαζόμενες να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο στην φροντίδα των ασθενών και των οικογενειών τους, γιατί όπως υποστηρίζεται από πολλούς επίσημους η διεπαγγελματική

συνεργασία βελτιώνει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.(Σαπουντζή-Κρέπια,1995σελ.144)

Ο ρόλος της διεπιστημονικής συνεργασίας πολύτιμος και δύσκολος διότι χωρίς αυτήν η παρεχόμενη βοήθεια θα ήταν κατακερματισμένη και τα άτομα \πελάτες θα ζούσαν τον εφιάλτη όχι μόνο της διαμερισματοποίησης των υπηρεσιών αλλά και της δικής τους, της προσωπικής τους διάλυσης. Η ολιστική αντιμετώπιση του συνόλου του ατόμου δεν είναι δυνατόν να παραβλεφθεί. Η σημασία της αντιμετώπισης του ως ενιαίου συνόλου, του οποίου τα επιμέρους τμήματα αλληλοεπηρεάζονται και αλληλεξαρτώνται είναι αδιαμφισβήτητη σήμερα από όλους τους επιστημονικούς προσανατολισμούς. Οι κοινωνικοί επιστήμονες αποτελούν ενεργούς συντελεστές και η αποτελεσματικότητα της εργασίας τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από το πόσο σωστά συμμετέχουν στη διεπιστημονική ομάδα, συμβάλλοντας ώστε το κάθε τμήμα της να συμμετέχει και να αποδίδει. Ο ανταγωνισμός συνυπάρχει στη σχέση αυτών που προσφέρουν υπηρεσίες, είναι όμως απαραίτητο το ξεπέραςμα του.

Οι επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων, εγκαταλείπουν την επιστημονική απομόνωση και αναζητούν την συνεργασία άλλων επιστημόνων και ειδικοτήτων, διαπιστώνοντας την ανεπάρκεια και την αναγκαιότητα των άλλων, σε σχέση με την πολλαπλότητα και την έκταση των επιστημονικών αντικειμένων, ιδιαίτερα κάτω από την ολιστική θεώρηση της ανθρώπινης υπόστασης και των αναγκών την ίδια στιγμή που η υπερεξειδίκευση και ο επιμερισμός στην επιστημονική, ερευνητική εξέλιξη είναι γεγονός. (Αλτάνης,1991,σελ.110)

Η διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας (γιατρών, νοσηλευτριών/ των, ψυχολόγων, ψυχιάτρων, κοινωνικών λειτουργών κ.λ.π.), όσο απλή φαινομενικά μοιάζει, άλλο τόσο πολύπλοκη είναι στην πράξη. Προϋποθέτει την αναγνώριση του ρόλου, των καθηκόντων αλλά και

των ορίων κάθε ειδικού και τη συμβολή του στην κατανόηση, προσέγγιση και χειρισμό κάθε περίπτωσης. Η συλλογική συνεργασία δεν ισοδυναμεί με την κατανομή των υπηρεσιών ανάμεσα σε ειδικούς. Για παράδειγμα όταν ο άρρωστος κλαίει η εμφανίζει έντονες αντιδράσεις, παραπέμπεται σε ψυχολόγο όταν έχει εγκαταλειφθεί, καλείται ο κοινωνικός λειτουργός όταν ο συγγενής επανειλημμένα ρωτά εάν ο άρρωστος θα πεθάνει, παραπέμπεται στο γιατρό για πληροφόρηση κ.ο.κ. αυτός ο κατακερματισμός των υπηρεσιών- χωρίς προγραμματισμό για μια ολιστική προσέγγιση- εντείνει το πρόβλημα της οικογένειας που είναι ήδη ευάλωτη και συχνά βρίσκεται υπό την απειλή της διάλυσης, ενώ οι ανάγκες της δεν λαμβάνονται υπόψη.(Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος,1995, σελ.260)

Η ψυχιατρική έχει την πρωτοπορία, στη σύγχρονη εποχή, στην ανάπτυξη και καθιέρωση της θεραπευτικής επιστημονικής ομάδας.

Επιστημονικές διαπιστώσεις, επηρέασαν και δημιούργησαν αυτή την εξέλιξη αλλά και συνεχίζουν να τροφοδοτούν ανάλογες εξελίξεις.

Παράλληλα η διαπίστωση των πολυδιάστατων παραγόντων που επηρεάζουν την διατήρηση και το επίπεδο υγείας. Η ασθένεια μέλους της οικογένειας έχει αναφορές και επιπτώσεις στην λειτουργία της αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Οι ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για την υγεία του ατόμου. Η θεραπεία της ασθένειας είναι διαφορετική έννοια από την θεραπεία του ασθενή.(Αλτάνης, 1991, σελ. 110)

Διεπιστημονική συνεργασία στη θεραπευτική ομάδα είναι η επιστημονικά σχεδιασμένη συνεργατική και διασυνδεδετική προσπάθεια για την επίτευξη ενός σκοπού που απαιτεί αλληλοεξαρτώμενες γνώσεις, εμπειρία και υπηρεσίες διαφορετικών επιστημονικών γνωστικών αντικειμένων.

Οι επαγγελματίες που συμμετέχουν, συντονίζουν και προγραμματίζουν την δράση σύμφωνα με το σχεδιασμό που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του

σκοπού. Αυτό δεν σημαίνει ότι τα μέλη της ομάδας είναι συνεχώς μαζί ή ότι «χάνουν» την επαγγελματική τους ταυτότητα. Όμως, η αλυσιδωτή ιδιότητα των προβλημάτων και η ιδιαιτερότητα του σκοπού προσδιορίζουν το διάστημα συνεργασίας της ομάδας.

Η ομάδα συντονίζει την μελέτη του προβλήματος, τον προγραμματισμό του σχεδίου δράσης, αναθέτει υπευθυνότητες, καταμερίζει την εργασία, καθορίζει τις προτεραιότητες, χρησιμοποιεί τις πληροφορίες των μελών για το σχεδιασμό, αξιολογεί τα αποτελέσματα της δράσης και αξιοποιεί τις γνώσεις των μελών για εκπαιδευτικούς σκοπούς. Η δράση κάθε επαγγελματία αποτελεί εκπροσώπηση της ομάδας, δηλ. αποτέλεσμα της διεπιστημονικής συνεργασίας.

Αυτή η λειτουργία της ομάδας προστατεύει τα μέλη του από πράξεις επιστημονικού αυταρχισμού ή επιστημονικής επιθετικότητας και παρέχει την αίσθηση της ισότιμης συνεργασίας.

Σ' αυτό το καθοριστικό σημείο διαφέρει η διεπιστημονική συνεργασία της ομάδας από την ευκαιριακή ιεραρχημένη ή άτυπη συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων, όπου η αίσθηση της χρησιμοποίησης ή εκμετάλλευσης αναπτύσσεται αναπόφευκτα σαν αποτέλεσμα έλλειψης εκπαίδευσης, αντικειμενικών παραγόντων ή στιγμιαίας αφορμής.

2. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΥΠΑΡΞΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τα μέλη της ομάδας πρέπει να είναι προετοιμασμένα συνειδητά. Εξάλλου α) ρυθμοί εργασίας, β) ευαισθητοποίηση της ομάδας, γ) περιεχόμενο, δ) δημόσιο αίσθημα είναι παράγοντες που πρέπει απαραίτητα να ληφθούν υπόψη αν θέλουμε να αναφερόμαστε σε ουσιαστική προετοιμασία.

Η δομή και η οργάνωση. Οι «φυσικοί» παράγοντες παίζουν σοβαρότατο ρόλο π.χ. μέγεθος ομάδας, τόπος, χρόνος διάρκεια κλπ. Η συνεργασία δεν προχωρά μόνη της!

Η «κατάλληλη στιγμή». Μπορεί να ληφθούν υπόψη όλα τα παραπάνω μέτρα και η διεπιστημονική συνεργασία να μην είναι αποδοτική. Σε περιόδους μεγάλης κρίσης λ.χ. υπάρχει η κινητήρια δύναμη για αλληλοκατανόηση και συνεργατικότητα περισσότερο από «ομαλές» εποχές.

Η έμπνευση και η καθοδηγητικότητα ίσως φαίνεται ειρωνικό αλλά χρειάζεται και η προσωπική συμβολή και η πίστη του κάθε μέλους, στοιχεία που μπορεί να οδηγήσουν σε έμπνευση και επινοητικότητα που αναζωογονεί τη συνεργασία και εγγυάται την αποτελεσματικότητά της (Παπαϊωάννου, 1994,σελ. 7-8)

Για την επιτυχία της διεπιστημονικής συνεργασίας είναι απαραίτητο να πληρούνται κάποιες προϋποθέσεις:

Καταρχήν τα εμπλεκόμενα μέρη πρέπει αν επεξεργαστούν τα εξής σημεία:

α) Κανένας δεν παραδέχεται ότι δεν συνεργάζεται. Βέβαια οι ατομικές διαφορές παίζουν τον ρόλο τους αλλά μόνο οι ψυχολογικοί παράγοντες δεν δυσκολεύουν την συνεργασία. Ο παράγων «αντίσταση» στη διαφορά παρουσιάζεται με αποφθεγματικές λέξεις όπως «σωστό ή λάθος», «παρορμητικός ή υποχωρητικός» «αντικείμενος, επιστημονικά σωστός ή τεκμηριωμένος».

β) Το συναίσθημα της υποδεέστερης αξίας ενός επαγγέλματος σε σχέση με ένα άλλο. Η μελέτη της ανθρώπινης φύσης και των δυνάμεων που οδηγούν στην εμφάνιση πολλών επιστημονικών κατευθύνσεων. Όλο αυτό το «υλικό» με τη Διεπιστημονική Συνεργασία ενσωματώνεται σε ένα κοινό χρησιμοποιήσιμο «όλο». Κάθε επαγγελματίας μπορεί να χρησιμοποιεί

διάφορους τρόπους επικοινωνίας μεθόδους συλλογής πληροφοριών και επίλυσης προβλημάτων. Η επικάλυψη αρμοδιοτήτων δεν βοηθά στην προκειμένη περίπτωση ενώ οι διαφορές διευρύνουν και ισχυροποιούν.

Η ταύτιση του κάθε μέλους με την οργάνωση υπάρχει, η αποδοτική όμως συνεργασία απαιτεί σεβασμό, εμπιστοσύνη παραδοχή και κοινή προοπτική, ανταλλαγή απόψεων, σεβασμό στη θέση που παίρνει ένα μέλος. Οι γνώσεις, η παράδοση και οι αξίες που έχει κάθε οργάνωση και οι εκπρόσωποι της, εγγυώνται σταθερή προστασία στο σύστημα πελάτη που δέχεται τις υπηρεσίες. Το θέμα και το πνεύμα της συνεργασίας δεν είναι ποιος θα νικήσει ή ποιος έχει δίκιο αλλά η χρησιμοποίηση των διαφορετικών ικανοτήτων που φέρνει ο κάθε εκπρόσωπος για να διευρυνθεί η γνώση και η έκταση των δεξιοτήτων ώστε να είναι προσιτές στο άτομο πελάτη οι καλύτερες δυνατές υπηρεσίες (Παπαϊωάννου, 1998, σελ.169-170).

3.ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

Αν και θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η παροχή φροντίδας μέσα από συνεργασία διαφόρων επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας έχει θετικές επιδράσεις στην ποιότητα της φροντίδας και αυτό δίνει ικανοποίηση στα άτομα που παρέχουν τη φροντίδα, όμως υπάρχουν επίσης και προβλήματα που προκύπτουν στη συνεργασία. Τα προβλήματα αυτά έχουν τις ρίζες τους σε κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, σε παρανοήσεις, υπάρχουσες στάσεις και στερεότυπα καθώς επίσης στις ατομικές κλίμακες αξιών και στις αξιώσεις υπεροχής και εξουσίας ορισμένων επαγγελματιών.

Επίσης ο φόβος για απώλεια κοινωνικής θέσης και θέσης εξουσίας μέσα στην ομάδα οδηγούν μερικές φορές τα άτομα σε συμπεριφορές που προκαλούν συγκρούσεις.

Ακόμα συγκρούσεις μπορούν να προκύψουν υπό διαφορετικό ορισμό ενός προβλήματος, ή από επικέντρωση σε μέρος μόνο του προβλήματος από ορισμένα άτομα της ομάδας.

Οι ανεπαρκείς οδηγίες, οι ασαφείς καθορισμοί επαγγελματικών καθηκόντων και υποχρεώσεων προκαλούν αβεβαιότητα και ευερεθιστότητα σε μερικούς επαγγελματίες και προκαλούν σύγκρουση.

Όμως η σύγκρουση είναι φυσικό να εμφανίζεται στη διεπαγγελματική συνεργασία και μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε σα θετικό είτε σαν αρνητικό στοιχείο, για την ανάπτυξη της ομάδας. (Σαπουντζή – Κρέπια, 1995, σελ.146).

Η διεπιστημονική συνεργασία για να επιτύχει προϋποθέτει κοινούς σκοπούς και ανάπτυξη ενός και μόνο σχεδίου δράσης όπου το κάθε μέλος της ομάδας είναι διαφορετικό, αλλά γνωρίζοντας το περιεχόμενο του «δικού» του τομέα και όντας ικανοποιημένος και ασφαλής με την επιστημονική του ταυτότητα, δέχεται τη συνεργασία γιατί γνωρίζει ότι συμβάλλει ενεργά στην επιτυχία του κοινού σκοπού που έχει τεθεί (σ' ένα παζλ το κάθε κομμάτι, όσο μικρό και αν είναι, αφήνει ανεκπλήρωτο κενό).

Η θέση αυτή δεν υποβιβάζει κατά κανένα τρόπο τις δυσκολίες που ενδημούν και τα προβλήματα που ανακύπτουν και που τα πιο συνηθισμένα είναι:

1. Η έλλειψη εκπαιδευτικής προετοιμασίας των μελών.
2. Η ασάφεια των ρόλων και η ανακολουθία των προσδοκιών.
3. Οι διαφορές status.
4. Οι δομές ισχύος.
5. Οι ηγετικές τάσεις. (Παπαϊωάννου, 1994, σελ.9)

Άλλοι αρνητικοί παράγοντες που επισημαίνει ο Αλτάνης για την αποτελεσματική λειτουργία της ομάδας διεπιστημονικής συνεργασίας είναι:

1. Έλλειψη ικανοποιητικής ή ασφαλούς επιστημονικής ταυτότητας.
2. Ασάφεια ρόλων και επικάλυψη αντικειμένου.
3. Αντικρουόμενες αντιλήψεις για το πρόβλημα και τους στόχους.
4. Συγκρουόμενα επαγγελματικά συμφέροντα.
5. Αυταρχικές δομές ιεραρχίας .(Αλτάνης, 1991, σελ.111)

4. ΥΠΕΡ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η ανάγκη να συζητηθούν ξεχωριστές αλλά αλληλοσυνδεόμενες επαγγελματικές κατευθύνσεις παρουσιάστηκε με αυξανόμενη γεωμετρική πρόοδο τα 20 τελευταία χρόνια και ήταν η απάντηση στη ραγδαία ανάπτυξη της πολυσυνθετότητας των αναγκών, των γνώσεων και της επακόλουθης ανάγκης για εξειδίκευση. Η αναφορά των κοινωνικών υπηρεσιών του 1959 στη Μ. Βρετανία αναφέρει τα εξής: «... σχετικά με τη διαρκή αύξηση της πολυπλοκότητας, την έκταση της σημερινής γνώσης, κανένα μεμονωμένο επάγγελμα όπου αναφέρεται στο ευρύ φάσμα των ανθρώπινων αναγκών, μπορεί να είναι αποκλειστικά πρωταγωνιστικό και υπεύθυνο σε σύγκριση με άλλα. Κάθε ένα έχει την αποκλειστικά δική του λειτουργία για έξυπνη και παραγωγική συνεργασία. Ακόμη εξασφαλίζει την κατά το δυνατόν ευρύτερη ολιστική αντιμετώπιση του ατόμου...»

Η εμπειρία της συνεργασίας έχει προκαλέσει αντιδράσεις και αποτελέσματα συχνά αρνητικά. Αλλά το ερώτημα δεν είναι διεπιστημονική συνεργασία ή όχι, γιατί αυτή επιβάλλεται να υπάρχει τουλάχιστον σε ορισμένες υπηρεσίες υγείας – πρόνοιας για επιτυχία του έργου τους. Η αλληλεξάρτηση των διαφόρων ειδικών στην αντιμετώπιση πολύπλοκων καταστάσεων όπως όχι τυχαία ατυχήματα σε παιδιά, τους καθιστά αναγκαστικά ομάδα εξ' ορισμού αλλά αν ονομάζονται έτσι, διομαδική συνεργασία υπάρχει όταν ο σκοπός που αναλαμβάνεται απαιτεί τις

αλληλοεξαρτώμενες γνώσεις και εμπειρία δύο τουλάχιστον εκπροσώπων, δυο διαφορετικών επιστημονικών κατευθύνσεων. Δηλαδή οι επαγγελματίες αυτοί είναι απαραίτητο να συνεργαστούν και να συντονίσουν τις ενέργειες τους εφόσον η αντιμετώπιση της κατάστασης δεν είναι εφικτή από τον ειδικό μιας και μόνο επιστήμης. Βεβαίως αυτό δεν σημαίνει ότι τα μέλη της ομάδας είναι συνεχώς μαζί ή ότι «χάνουν» την ταυτότητά τους. Σημαίνει ότι, κατά διαστήματα η υφή του σκοπού απαιτεί συντονισμό για τη μελέτη και τον προγραμματισμό του σχεδίου δράσης, τον καταμερισμό εργασίας τις προτεραιότητες για τη συγκεκριμένη περίπτωση, την κοινή χρησιμοποίηση του πληροφοριακού υλικού ως βάση για τη διεργασία – λύση του προβλήματος.

Η συνεργασία μπορεί να περιέχει σοβαρά προβλήματα επικοινωνίας, όταν η συμμετοχή των «ειδικοτήτων» αλληλοκαλύπτεται ή και είναι σαφώς διαφορούμενη ή ακόμη όταν ο βαθμός της αλληλεξάρτησης είναι περιορισμένος. Έτσι προβλήματα ανταγωνιστικότητας αναφορικά με το κύρος, την ιεραρχία, την αντιστοιχία, τις αντικρουόμενες αντιλήψεις για το ρόλο και τις ευθύνες, την αυτονομία και την ανεξαρτησία περιορίζουν αν όχι εμποδίζουν τις τόσο σημαντικές προοπτικές επιτυχίας (Παπαϊωάννου, 1994, σελ.8-9).

5. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η ανάπτυξη μιας ομάδας είναι η πρώτη στρατηγική για την αντιμετώπιση προβλημάτων σύγκρουσης, επίδειξης εξουσίας και άλλων στοιχείων που αναφέρονται στη συνεργασία όταν δεν έχει εδραιωθεί η συνοχή της ομάδας.

Μέσα στην ομάδα γίνονται προσπάθειες για τη βελτίωση της απόδοσης της ομάδας, αναπτύσσεται πνεύμα αλληλεγγύης και τα άτομα σταδιακά αποδέχονται το ένα το άλλο με τα προτερήματα και τις αδυναμίες τους. Με την

πάροδο του χρόνου όπως υποστηρίζεται από τους Lowe and Herramen οι ομάδες αναπτύσσονται, αποκτούν ευελιξία και οδηγούνται στις ενέργειες και τις αποφάσεις τους κυρίως από τις ανάγκες των ατόμων τα οποία φροντίζουν παρά από τις επαγγελματικές και τις προσωπικές φιλοδοξίες.

Η Lay συνιστά στα άτομα που συμμετέχουν σε ομάδες και θέλουν να βελτιώσουν τη συνεργασία της ομάδας να έχουν υπόψη τους τα παρακάτω:

A) Η συνεργασία καθορίζεται από κανόνες αλληλεπίδρασης

B) Η συνεργασία απαιτεί επίγνωση των ενεργειών που αναπτύσσει ένα άτομο καθώς και των ενεργειών που αναπτύσσουν οι άλλοι

Γ) Η συνεργασία απαιτεί ευέλικτη συμπεριφορά.

Μια άλλη στρατηγική για την ανάπτυξη της διεπαγγελματικής συνεργασίας είναι οι κοινές εκπαιδευτικές εμπειρίες.

Μέσα από την κοινή εκπαίδευση δίνονται ευκαιρίες για συναναστροφή και κατανόηση του διαφορετικού τρόπου σκέψης των διαφόρων επαγγελματιών, καθώς επίσης και των ιδιαίτερων ικανοτήτων και επαγγελματικών αρμοδιοτήτων των άλλων επαγγελματιών. Όπως τονίζεται από τους Sumaker and Gross ένας από τους στόχους της κοινής εκπαίδευσης είναι να προσδιορίσει τις αμοιβαίες ευθύνες των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας μέσα από την ίδια την διαδικασία της εκπαίδευσης. Ακόμα με την κοινή εκπαίδευση οι εκπαιδευόμενοι έχουν ευκαιρίες να δουν και τις ομοιότητες που έχουν με τους άλλους επαγγελματίες που εργάζονται στο χώρο της υγείας και της πρόνοιας ώστε να μην επικεντρώνονται μόνο στις διαφορές τους.

Η διευκόλυνση της συνεργασίας, με τη μορφή της επίσημης θεσμοθέτησης της, αλλά και με την παροχή χώρου και υποστήριξης είναι επίσης μια από τις στρατηγικές για την ανάπτυξη της.

Επί πλέον για μια επιτυχή συνεργασία απαιτείται όχι μόνο διευκόλυνση αλλά και πραγματική επιθυμία να προχωρήσει αυτή η μορφή εργασίας τόσο των αρχών εξουσίας όσο και των επαγγελματιών που εμπλέκονται στη διεπιστημονική συνεργασία (Σαπουτζή – Κρέπια, 1995,σελ.146-147)

6. AIDS & ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

Το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) είναι ένα κατ' εξοχήν σύνδρομο με κοινωνική βάση, μια και σχετίζεται με τη γενετήσια επικοινωνία και καταλήγει σε τελική νοσηλεία. Η βιοψυχο-συναισθηματική αυτή λειτουργία που αποτελεί και διαδικασία διαίωσις του ανθρώπινου γένους διαταράσσεται στην αρμονική λειτουργία του όλου οικολογικού σύμπαντος αλλά ταυτόχρονα διαταράσσει την αρμονία των σχέσεων της επικοινωνίας και της εμπιστοσύνης. Δεν είναι άμεσα ελεγχόμενο ως προς την εμφάνιση των συμπτωμάτων και η άγνοια με την έλλειψη εμπιστοσύνης διαταράσσουν την ασφάλεια της επικοινωνίας, των σχέσεων και των συναισθημάτων (Αλτάνης, 1991,σελ.109-110).

Δεν διαφοροποιείται η θεραπευτική ομάδα για ασθένειες με AIDS από τις άλλες θεραπευτικές ομάδες. Οι αρχές και λειτουργίες είναι κοινές. Αυτό όμως που πρέπει να τονίσουμε είναι κάποια χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την φυσιγνωμία της ασθένειας – προβλήματος και αποτελούν προτεραιότητες ή απαιτούν να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στη διερεύνηση.

Το AIDS σχετίζεται με την σεξουαλική συμπεριφορά, θέμα ταμπού ή τουλάχιστον δύσκολο για τα πολιτιστικά και κοινωνικά δεδομένα της χώρας μας. Επομένως, απαιτείται διακριτικότητα και γνώση της στάσης του ατόμου, της οικογένειας και του ευρύτερου περιβάλλοντος.

Οι ελλειπείς γνώσεις για το AIDS και η έλλειψη εμπιστοσύνης στις υγειονομικές πληροφορίες δημιουργούν ευνοϊκό κλίμα για να αναπτυχθούν αυθαίρετες προκαταλήψεις.

Η σταθερή, ενιαία και σαφής στάση των μελών της θεραπευτικής ομάδας δεν αφήνει περιθώρια ανάπτυξης αμφιβολιών για τις υγειονομικές πληροφορίες. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στους τρόπους μετάδοσης του ιού, πολύ περισσότερο όμως να δοθεί έμφαση στις κοινωνικές και ατομικές εκδηλώσεις που αυτός δεν μεταδίδεται.

Αυτό προλαβαίνει τον κοινωνικό ρατσισμό απέναντι στους ασθενείς με AIDS και την αντιμετώπιση της κοινωνικής σύγχυσης και απομόνωσης. Τα μηνύματα αυτά δεν μπορεί να είναι μόνο παραδοσιακά, λεκτικά, εκφοβιστικά, πατερναλιστικά αλλά μηνύματα πράξης μέσα από την πρακτική μας κατά την διάρκεια της νοσηλείας ή της φροντίδας εκτός νοσοκομείου. Η θεραπευτική ομάδα έχει υποχρέωση να προετοιμάσει τα μέλη της για τους ρόλους και τις λειτουργίες αυτές.

Στόχος η αύξηση της κοινωνικής ανεκτικότητας στη διαφορά και η ανάπτυξη προσωπικής υπευθυνότητας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

Η φροντίδα ασθενών με AIDS περνάει διάφορες φάσεις ανάλογα με την εξέλιξη των επιπτώσεων, η κεντρική φροντίδα όμως στηρίζεται στην προοπτική ζωής και κοινωνικής λειτουργίας του ατόμου και αυτό, με την οργάνωση της ζωής του σε συνδυασμό με την οικογένεια του ή με το ευρύτερο περιβάλλον του. Αναμενόμενο από την ομάδα είναι ο ασθενής να παρουσιάσει ψυχοσυναισθηματικές διακυμάνσεις, όπου ενισχύονται ανάλογα και κινητοποιούνται οι υποστηρικτικές δυνάμεις του ατόμου και του περιβάλλοντος που μπορεί να έχουν αποσυρθεί ή να είναι σε κρίση.

Αναπόφευκτο είναι σε μεγάλο ποσοστό και ζήτημα χρόνου, ασθενείς με AIDS να βρεθούν σε στάδιο τελικής φροντίδας.

Στο στάδιο αυτό δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην συνεργασία, στη στήριξη της οικογένειας και την προετοιμασία της αποδοχής της απώλειας. Τα στελέχη υγείας που εργάζονται σε φάσεις τελικής νοσηλείας, αλλά και γενικότερα με περιπτώσεις σε συνεχή κρίση (χρόνια) παρουσιάζουν ανάγκες επαγγελματικής εκτόνωσης με δημιουργική διεργασία επεξεργασίας συναισθημάτων στα πλαίσια λειτουργίας της θεραπευτικής ομάδας.

Η έκφραση αναγκών, εκπαίδευσης «θεραπευτικής» εκτόνωσης, επιστημονικής και επαγγελματικής επάρκειας και ωριμότητας συνιστούν υπεύθυνη στάση απέναντι στο επιστημονικό αντικείμενο και σεβασμό στην ανθρώπινη υπόσταση.

Η θεραπευτική ομάδα είναι ο φυσικός χώρος για την επιστημονική στήριξη των μελών και την εξελικτική επιστημονική διεργασία των επαγγελματιών υγείας. Η άρνηση αυτής της γενικής παραδοχής πρέπει να διερευνηθεί ανάμεσα στις αντιστάσεις που δημιουργούν οι αρνητικοί παράγοντες που έχουν αναφερθεί. Είναι επιστημονικά και επαγγελματικά τραγικό να βιώνεις μέσα σε ένα περιβάλλον που οι υπηρεσίες σου είναι απόλυτα απαραίτητες αλλά δεν βρίσκεται η διαδικασία να γίνουν πράξη γιατί όλοι «τρέχουν», «δικαιολογούνται», «διαμαρτύρονται», «ταλαιπωρούνται», αλλά δεν ακούνε, δεν συζητάνε και σε χρησιμοποιούν τις περισσότερες φορές όχι από συνειδητή πρόθεση, αλλά από αδυναμία ανεύρεσης άλλης επιλογής. (Τ.Γ. & Σ.Σ. για το AIDS, 1998, σελ. 37-38.)

Ο αγώνας αυτός είναι σημαντικός γιατί τα πράγματα αλλάζουν, όχι βέβαια όσο γρήγορα επιθυμούμε, όμως αλλάζουν και μάλιστα σε όφελος των ανθρώπων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας. Ο επαγγελματικός αγώνας των Κοινωνικών Λειτουργών στα Νοσοκομεία ξέφυγε από την φάση της προσπάθειας να καθιερωθεί η Κοινωνική Υπηρεσία στον τομέα της υγείας. Τώρα προσπαθούν να αυξηθούν αριθμητικά για να καλύψουν τις ανάγκες να

ενημερώσουν για το ρόλο τους τα άλλα στελέχη και να συμμετάσχουν σε μια επώδυνη ομαδική επιστημονική λειτουργία που συνήθως μένει ανεκπλήρωτη.

Σε αυτή την πορεία στο ρόλο τους προσθέτονται και άλλοι παράμετροι που σχετίζονται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Ενδεικτικά μπορούμε να αναφέρουμε την έλλειψη κατάλληλων χώρων εργασίας για ποιοτική άσκηση του έργου τους – τήρηση αξιοπρέπειας και εχεμύθειας, την έλλειψη των αναγκαίων προγραμμάτων και μέσων για την κάλυψη των άμεσων και στοιχειωδών αναγκών των εξυπηρετούμενων. Η περισσότερο συνηθισμένη κατάσταση στα νοσοκομεία είναι, ο ασαφής καθορισμός των ρόλων, η ένταση από την έλλειψη στελεχών και οι διοικητικές παρεμβάσεις για την χρησιμοποίηση των Κοινωνικών Λειτουργών σε διακοσμητικά ή άλλα καθήκοντα.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, είναι ειδικά εκπαιδευμένοι, να εργάζονται ομαδικά, να διερευνούν τις ανθρώπινες ανάγκες και να χρησιμοποιούν ειδικές επιστημονικές μεθόδους για να αναπτύσσουν τις δυνατότητες του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που τους απασχολούν.

Η ύπαρξη Κοινωνικών Λειτουργών στον τομέα της υγείας είναι μια διαρκής πρόσκληση για συνεργασία, η λειτουργία όμως της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας είναι μια σύγχρονη επιστημονική πρόκληση για όλους μας.

Σ' αυτό το σημείο θα ήταν σκόπιμο να αναφέρουμε την σημαντικότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας των ψυχοκοινωνικών επιστημόνων στις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης του Κ.Ε.Ε.Λ. Σε γενικές γραμμές έχει αποδειχθεί ότι η συστηματική συνεργασία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού με τους κοινωνικούς επιστήμονες λειτουργεί θετικά στη συναισθηματική αποφόρτιση όσων φροντίζουν οροθετικούς ασθενείς, και

μάλιστα προληπτικά στην περίπτωση που εκδηλώνονται περιστατικά επαγγελματικής εξουθένωσης. Παράλληλα, πολλές φορές οι κοινωνικοί επιστήμονες λειτουργούν ως μεσολαβητές στις σχέσεις μεταξύ ασθενών και ιατρών ή και των νοσηλευτών τους αλλά και μεταξύ των ασθενών και των συγγενών τους. Μια συστηματική συνεργασία, η αλληλοενημέρωση και η ανταλλαγή απόψεων σε σχέση με την πορεία κάθε περίπτωσης θα διευκόλυνε σημαντικά τους κοινωνικούς επιστήμονες στη στήριξη που καλούνται να παρέχουν στον ασθενή και στα συγγενικά του πρόσωπα (Τ.Γ. & Σ.Σ. για το AIDS, 1998, σελ. 39).

Συμπερασματικά, για να μπορέσει ο επαγγελματίας να φροντίσει αποτελεσματικά τους αρρώστους, είναι βασικό πρώτα να μάθει να φροντίζει τον εαυτό του, χωρίς να θεωρεί την φροντίδα αυτή περιττή η «άχρηστη πολυτέλεια». Η διαδικασία αυτή συμβάλλει στην υπενθύμιση ότι κανένας δεν είναι παντοδύναμος. Άλλωστε, ακόμα και στην ελληνική μυθολογία, ο ρόλος του Μεγάλου «θεραπευτή» αποδίδεται στο Χείρωνα, έναν τραυματισμένο κένταυρο. Όπως είναι γνωστό, ο Χείρωνα, σε αντίθεση με τους άλλους κενταύρους που ήταν βίαιοι, ασυγκράτητοι και ορμητικοί, ξεχώριζε γιατί ήταν πράος, δίκαιος, σοφός και αγαπούσε τους ανθρώπους τους οποίους βοηθούσε στις δύσκολες στιγμές. Ήταν σπουδαίος παιδαγωγός και δεν υπήρχε τέχνη που να μην γνωρίζει. Μεταξύ αυτών γνώριζε και την τέχνη της ανακούφισης από τον πόνο και της ίασης των πληγών με βότανα του βουνού. Σύμφωνα με το μύθο, ο Ηρακλής επισκέφτηκε το φίλο του, τον κένταυρο Φόλο, και στα πλαίσια της φιλοξενίας του προσφέρθηκε κρασί. Η μυρωδιά όμως του κρασιού έφτασε στα ρουθούνια των άλλων κενταύρων οι οποίοι όρμησαν στη σπηλιά του Φόλου για να πάρουν το κρασί και μεθυσμένοι άρχισαν να συγκρούονται. Πάνω στη μάχη, ένα βέλος από το τόξο του Ηρακλή τραυμάτισε κατά λάθος το Χείρωνα στο γόνατο. Συντετριμμένος από το ατύχημα, ο Ηρακλής έτρεξε αμέσως να βοηθήσει το Χείρωνα και ακολουθώντας τις οδηγίες του έβαλε

βότανα πάνω στην πληγή. Επειδή όμως τα βέλη του Ηρακλή ήταν δηλητηριώδη, ο Χείρωνας δεν μπόρεσε ποτέ να γιατρευτεί από το τραύμα του. Αργότερα, διδάσκοντας στον Ασκληπιό την τέχνη της ιατρικής, επισήμανε το «Τραύμα» που ενυπάρχει σε κάθε θεραπευτή. Από το «τραύμα» αυτό, ο θεραπευτής μπορεί να αντλήσει δύναμη και σοφία, καθώς αναγνωρίζει ότι δεν είναι παντοδύναμος, αλλά ευάλωτος, τρωτός και πάνω απ' όλα ανθρώπινος.

Στη σύγχρονη εποχή, με τη ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και την απόδοση σ' αυτήν εξωπραγματικών δυνάμεων, ο επαγγελματίας της υγείας καλείται να αναγνωρίσει τις δυνάμεις, αδυναμίες, αλλά και τα όρια του, ώστε να παρέχει με μεγαλύτερη σοφία και αποτελεσματικότητα μια ανθρώπινη φροντίδα σε άτομα που έχουν ανάγκη. (Παπαδάτου – Αναγνωστοπουλος, 1995, σελ.261 - 262)

Το μέλλον της διεπιστημονικής συνεργασίας περιλαμβάνει τη θετική θεώρηση ότι οι δυσκολίες που υπάρχουν (ασάφεια ρόλων, ακατανόητες απαιτήσεις, έλλειψη προετοιμασίας των μελών κατά την εκπαίδευση τους, διάφορα status, όπως εξουσία, δομές ισχύος, αρχηγικές ανάγκες κλπ) υπογραμμίζουν ότι έχει γίνει συνείδηση η αναγκαιότητα ουσιαστικής συνεργασίας. Η προετοιμασία των εκπροσώπων πολλών και διαφορετικών ειδικοτήτων στις υπηρεσίες υγείας, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας πρέπει να αποτελεί απαραίτητο τμήμα της προπτυχιακής εκπαίδευσης, της έρευνας και του προγραμματισμού με προϋπόθεση καλή πίστη, κατανόηση, γνώση, εμπιστοσύνη. Είναι απαραίτητο επομένως όλοι οι επιστήμονες να είναι γνώστες, έμπειροι και υπέρμαχοι της αξίας και της δύναμης της διεπιστημονικότητας για την καλύτερη, πιο ολοκληρωμένη, διαρκέστερη προσφορά στην πολυπλοκότητα, «την αξία και την αξιοπρέπεια» του ατόμου (Παπαϊωάννου, 1994, σελ.13).

ΕΝΟΤΗΤΑ Θ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ (burn-out)

1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια ψυχολογική διαδικασία συναφής αλλά όχι ταυτόσημη με το επαγγελματικό άγχος, αν και είναι στενά συνδεδεμένη μ' αυτό.

Σύμφωνα με την Maslach, της οποίας το όνομα εδώ και χρόνια έχει συνδεθεί με τη διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, πρόκειται για σύνδρομο που αποτελείται από τρεις επιμέρους διαστάσεις: συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποίηση και μειωμένο αίσθημα προσωπικής επίτευξης (Maslach & Jackson, 1986). Το σύνδρομο αυτό θεωρήθηκε αρχικά ότι εμφανίζεται κυρίως σε άτομα που έχουν εργασία η οποία συνεπάγεται προσφορά υπηρεσιών σε άλλα άτομα (γιατροί, νοσοκόμοι, εκπαιδευτικοί κ.λ.π.), αλλά πρόσφατα η διερεύνηση του συνδρόμου αυτού έχει επεκταθεί και σε άλλα επαγγέλματα. (Κάντας, 1995)

Ειδικότερα, η συναισθηματική εξάντληση αναφέρεται στη μείωση των συναισθημάτων του ατόμου, με αποτέλεσμα να μην μπορεί πλέον να προσφέρει συναισθηματικά στους αποδέκτες των υπηρεσιών του. Ένα κοινό σύμπτωμα είναι να βλέπει το άτομο με δέος την προοπτική ότι την επόμενη μέρα θα πρέπει να πάει ξανά στη δουλειά του. Η δεύτερη διάσταση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, η αποπροσωποίηση, αναφέρεται στην αρνητική, και πολλές φορές κυνική αντιμετώπιση των αποδεκτών των υπηρεσιών του οποίους πολλές φορές αντιμετωπίζονται σαν αντικείμενα. Τέλος η Τρίτη διάσταση του συνδρόμου, η μειωμένη προσωπική επίτευξη, αναφέρεται στην τάση του ατόμου, που πάσχει από το σύνδρομο, να κάνει αρνητική αξιολόγηση του εαυτού, ιδίως όσον αφορά τη δουλειά του με τους αποδέκτες των υπηρεσιών του και σε ένα γενικότερο αίσθημα δυστυχίας και δυσαρέσκειας, όσον αφορά τα αποτελέσματα της εργασίας του. (Καντάς, 1995)

« Σαν ομάδα, οι επαγγελματίες που παρέχουν ανακούφιση είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στο να αναπτύξουν μια κατάσταση που ονομάζεται “burnout”, ίσως ένας από τους πιο εξασθενησμένους τρόπους που το μυαλό χειρίζεται το στρες. Ο όρος επινοήθηκε πρώτη φορά στο 1970 και σήμερα ορίζει την κατάσταση συναισθηματικής εξάντλησης με χαρακτηριστικά την κόπωση, τη ματαιίωση, την αρνητική αυτοεκτίμηση και την απώλεια ενδιαφέροντος προς τους πελάτες» (Rawh, Sley, 1989). Οι επαγγελματίες μπορεί να παρουσιάσουν μελαγχολία, ανία, αποθάρρυνση και ευερεθιστότητα, και παράλληλα να αναφέρουν σωματικά συμπτώματα επίσης. Η αρχική συμπάθεια προς τους πελάτες μπορεί να μετατραπεί σε κυνισμό και νωθρότητα απέναντι τους. (Van der Veer, 1992, σελ.241)

Παράλληλα σύμφωνα με τους Edelwich & Brodsky (1980), η εξουθένωση αφορά μια προοδευτική διεργασία από – ιδανικοποίησης της πραγματικότητας που δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς στόχους ή στα ιδανικά του επαγγελματία. (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1995)

Οι παραπάνω περιέγραψαν λεπτομερώς τα στάδια της απομυθοποίησης, καθώς οι επαγγελματίες πλησιάζουν προς το σύνδρομο επαγγελματικής καταπόνησης. Τα στάδια λοιπόν που παρουσιάζουν είναι τα εξής: Πρώτα περνούν το στάδιο του ενθουσιασμού, το οποίο χαρακτηρίζεται από υπερβολικές προσδοκίες και επενδύσεις, για να καλύψουν προσωπικές απογοητεύσεις. Δεύτερο είναι το στάδιο της στασιμότητας, η οποία επέρχεται όταν το άτομο συνειδητοποιεί ότι η συγκεκριμένη εργασία δεν είναι όπως είχε φανταστεί και ότι δεν καλύπτει τα κενά της προσωπικής του ζωής. Από εκεί οδηγείται στη ματαιίωση, έχοντας νιώσει απογοήτευση από τους περιορισμούς της εργασίας του και αμφισβητεί τις προσωπικές του ικανότητες. Τέλος, επέρχεται η απάθεια για να καταπολεμηθούν οι χρόνιες ματαιώσεις που βιώνει (Weiner, 1989)

2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

«Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα που επιδιώκουν να ερμηνεύσουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης αναζητούν τα αίτια στη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Στην ουσία υπάρχει μια «συζήτηση» και μια «προσφορά» τόσο από τον επαγγελματία προς το εργασιακό περιβάλλον, όσο και από το εργασιακό περιβάλλον προς τον επαγγελματία» (Harrison, 1979 Vachon, 1987)

Στα πλαίσια αυτού του μοντέλου γίνεται αντιληπτό ότι δεν είναι οι εξωτερικές συνθήκες εργασίας που καθορίζουν το βαθμό του στρες που βιώνει ένας επαγγελματίας, όσο ο τρόπος που τις αντιλαμβάνεται και τις αντιμετωπίζει σύμφωνα με τις ικανότητες, τις ανάγκες και τις προσδοκίες του. Έτσι λοιπόν ένας απαιτητικός, γεμάτος προκλήσεις χώρος εργασίας μπορεί για ένα άτομο να είναι απόλυτα ικανοποιητικός, καθώς ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις δυνατότητες του, ενώ για κάποιο άλλο να αποτελεί πηγή χρόνιου στρες. (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1995,σελ.246-247)

Σύμφωνα με την Vachon (1987), ο βαθμός του στρες που βιώνει ο εργαζόμενος στο χώρο δουλειάς εξαρτάται από ένα σύνολο μεσολαβητικών παραγόντων οι οποίοι αυξάνουν ή μειώνουν την αντίσταση του στο στρες. Οι μεσολαβητικοί αυτοί παράγοντες περιλαμβάνουν:

α. Ατομικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλλο, οικογενειακή κατάσταση κ.λ.π.)

β. Ενδοατομικούς παράγοντες (προσωπικότητα, κίνητρα, επιθυμίες, προσδοκίες, στρατηγικές αντιμετώπισης κ.λ.π.)

γ. Διαπροσωπικούς παράγοντες (υποστηρικτικό δίκτυο)

δ. κοινωνικό – πολιτισμικούς παράγοντες (κοινωνικές προσδοκίες από το ρόλο του επαγγελματία, φιλοσοφία εργασίας, κοινωνικές αναπαραστάσεις σχετικά με την αρρώστια, τον άρρωστο, τον θάνατο κ.λ.π.) (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1995, σελ.247)

Σημαντικό ρόλο επίσης παίζουν και τα χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου. Δεν έχει βρεθεί συστηματική σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης με το φύλο γιατί σε ορισμένες έρευνες και, φυσικά, σε ορισμένα περιβάλλοντα ένα από τα δύο φύλα εμφανίζει υψηλότερο βαθμό εξουθένωσης. Οι εμφανιζόμενες διαφορές είναι, όπως φαίνεται, αποτέλεσμα των συνθηκών. Εκεί όπου εμφανίζεται κάποια συστηματική σχέση είναι όσον αφορά την ηλικία και την πείρα. Όπως θα αναμενόταν, εξάλλου υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης, από τους μεγαλύτερους σε ηλικία εργαζόμενους, τους περισσότερο πεπειραμένους και αυτούς που έχουν κάνει μεγάλα βήματα στη σταδιοδρομία τους. Φαίνεται ότι η διάψευση των προσδοκιών στους νεώτερους είναι το κύριο αίτιο. Με την πάροδο του χρόνου το άτομο προσαρμόζεται, τουλάχιστον όσον αφορά τη συναισθηματική εξάντληση και το αίσθημα της αποτυχίας. Αυτό που πρέπει ιδιαίτερα να προσεχθεί είναι ότι εμφανίζονται χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης όταν υπάρχει κοινωνική στήριξη, είτε από το εργασιακό είτε από το οικογενειακό και κοινό περιβάλλον. (Κάντας, 1995)

Παρόλο που τα σύγχρονα μοντέλα επιδιώκουν να κατανοήσουν το φαινόμενο της εξουθένωσης λαμβάνοντας υπόψη τη συμβολή ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, μερικοί επιστήμονες επικεντρώνουν τις μελέτες τους στις στρεσογόνες και αντίξοες συνθήκες εργασίας. Από τους εργασιακούς παράγοντες που θεωρούνται ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση της εξουθένωσης είναι και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η έλλειψη προσωπικού, το εξαντλητικό ωράριο, η ασάφεια όσον αφορά το ρόλο που αναλαμβάνει ο εργαζόμενος, η άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση, η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από τον προϊστάμενο ή τους συναδέλφους, οι αυξημένες απαιτήσεις των αρρώστων και των οικογενειών τους, καθώς και η συχνή έκθεση του επαγγελματία της υγείας στο θάνατο ασθενών. (Παπαδάτου – Αναγνωστόπουλος, 1995, σελ.247-248)

3. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Μπορούμε να διακρίνουμε τριών ειδών επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. (Cordes & Dougherty, 1993) :

α) Στη ψυχική και σωματική υγεία. Τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσιάζουν συχνά χαμηλότερο αυτοσυναίσθημα, κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, αϋπνίες, πονοκεφάλους, αίσθημα σωματικής κόπωσης ή γαστρεντερικά προβλήματα.

β) Στις διαπροσωπικές σχέσεις. Τα άτομα που παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πιθανό να παρουσιάσουν επιδείνωση στις σχέσεις τους με τους συναδέλφους τους στο χώρο εργασίας .

γ) Στην εργασιακή συμπεριφορά, τα άτομα που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πιθανό να παρουσιάσουν μεγαλύτερο βαθμό δυσαρέσκειας προς την εργασία τους, μεγαλύτερο αριθμό απουσιών και μεγαλύτερη τάση για αλλαγή εργασίας ή επαγγέλματος. (Καντάς, 1995)

4. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Συχνά επικρατεί η πεποίθηση ότι ο επαγγελματίας της υγείας δεν πρέπει να έχει προσωπικές ανάγκες, δεν πρέπει να επηρεάζεται από τον πόνο των αρρώστων που φροντίζει, αλλά ασκεί με αυτοθυσία ένα «λειτουργήμα». Η πεποίθηση αυτή ενισχύει το μύθο της παντοδυναμίας του και παραδόξως τον καθιστά ιδιαίτερα ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση. Η πρόληψη και αντιμετώπιση της εξουθένωσης προϋποθέτουν την αμφισβήτηση ότι, για να μπορέσει να φροντίσει και να συνοδεύσει τον άρρωστο στην πορεία του, ο επαγγελματίας της υγείας πρέπει να φροντίζει παράλληλα τον εαυτό του. Η καθημερινή αντιμετώπιση της αρρώστιας, της αναπηρίας, του πόνου και του θανάτου των αρρώστων τον καθιστούν ευάλωτο. Ίσως, επομένως, η εξουθένωση να μην μπορεί να αποφευχθεί πλήρως, αλλά τουλάχιστον τα

αυξημένα επίπεδα της να μπορούν να προληφθούν με την κατάλληλη παρέμβαση. (Παπαδάτου – Αναγνωστόπουλος, 1995,σελ.250)

Είναι συνηθισμένο φαινόμενο οι επαγγελματίες παροχής ανακούφισης να αποφεύγουν να ζητούν στήριξη από υπηρεσίες ψυχικής υγείας ακόμα και όταν αισθάνονται την ανάγκη. Σε μια κατάσταση όπου υπάρχουν «θύματα» και «εμψυχωτές» μέσα σε μια εδραιωμένη δομή εξουσίας, τα θύματα θεωρούνται αδύναμα, ανήμπορα και εξαρτώμενα και οι εμψυχωτές ως δυνατοί, ικανοί και επινοητικοί (Raphael et al,1980 – Harell – Bond, 1986 – Clark, 1985). Με αυτό το σκεπτικό, οι επαγγελματίες μπορεί να αξιολογήσουν την ανάγκη τους για συμβουλευτική ως προσωπική αδυναμία, είτε επειδή νιώθουν περήφανοι για την αντοχή τους για να διατηρήσουν τον αυτοέλεγχο και την απροσβλητότητα τους. Ενώ πιθανά αισθάνονται την ανάγκη για συμβουλευτική, οι επαγγελματίες δεν θέλουν να παραδεχθούν ότι έχουν μια μορφή ψυχικής διαταραχής, από το φόβο ότι θα χάσουν το σεβασμό και την εμπιστοσύνη των συνεργατών τους. Πάντως η άρνηση τους να ζητήσουν βοήθεια υπονομεύει την ικανότητα τους να κάνουν τη δουλειά τους καλά.(Stearns, 1992, σελ.76-77)

Οι επαγγελματίες που εργάζονται σε θέσεις με χρόνια στρες ή ματαιώσεις και σκοπεύουν να μακροημερεύσουν στο χώρο, είναι απαραίτητο να βρουν τους προσωπικούς τους υγιείς τρόπους να τα αντιμετωπίσουν. Υπάρχουν πολλά προληπτικά μέτρα που μπορούν να πάρουν οι εργαζόμενοι στο χώρο ώστε να αποφύγουν τις υπερβολικές αντιδράσεις λόγω του στρες, όπως είναι το «burnout» (Stearns, 1992, σελ.77)

Μερικά από αυτά τα προληπτικά μέτρα σε ατομικό επίπεδο είναι τα εξής:

- Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων που δηλώνουν ότι ο εργαζόμενος βιώνει στρες, επιτρέπει την ενασχόληση με τον εαυτό του πριν οδηγηθεί προοδευτικά στην εξουθένωση. Συνήθως αγνοούνται τέτοιες ενδείξεις, γιατί ο εργαζόμενος πιστεύει ότι «αντέχει» η ότι δεν είναι «αρκετά

άρρωστος» για να φροντίσει τον εαυτό του, με αποτέλεσμα να συνειδητοποιεί το πρόβλημα του όταν πλέον βρίσκεται στο στάδιο της απάθειας ή όταν εμφανίζει κάποια σοβαρή οργανική διαταραχή.

- Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών που έχει ο επαγγελματίας από τον εαυτό του, τους αρρώστους που φροντίζει, τη σχέση με συναδέλφους και προϊστάμενους και τη δουλειά του γενικότερα συμβάλλει στην αναθεώρηση και επαναπροσδιορισμό μερικών από αυτών.

- Η αναγνώριση των στρατηγικών αντιμετώπισης που ενεργοποιεί ο επαγγελματίας του επιτρέπει να αξιολογήσει ποιες έχουν αποτελεσματικό αντίκτυπο στη ρύθμιση των συναισθημάτων και στην επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στο χώρο εργασίας και ποιες δυσχεραίνουν την προσαρμογή του, αυξάνοντας το στρες που βιώνει. (Παπαδάτου - Αναγνωστόπουλος, 1995, σελ.251)

- Η αναζήτηση υποστήριξης τόσο από φίλους και συνεργάτες, όσο και από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση της εξουθένωσης. Παρ' όλα αυτά συχνά τα μέλη του προσωπικού υγείας, ενώ παρέχουν στους αρρώστους υποστήριξη, δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν ότι χρειάζονται ή/ και να ζητήσουν βοήθεια για τον εαυτό τους, άλλοτε γιατί παραγνωρίζουν τις ανάγκες τους και άλλοτε γιατί το θεωρούν ένδειξη αδυναμίας. Ένας ίσως από τους βασικότερους τρόπους για να αντεπεξέλθουν στις στρεσογόνες συνθήκες που βιώνουν, είναι να μοιραστούν τα συναισθήματα και τους προβληματισμούς τους και να νιώσουν ότι υποστηρίζονται σε δύσκολες στιγμές. (Παπαδατου, Αναγνωστόπουλος, 1995, σελ. 253)

- Για την ψυχική ισορροπία του εργαζομένου σημαντική είναι η ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες που του παρέχουν τη δυνατότητα να δημιουργήσει, να εκτονωθεί, να ξεφύγει από την καθημερινή ρουτίνα. (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1995, σελ. 254)

- Η σωστή διατροφή και η άσκηση καθώς και η επάρκεια ανάπαυσης συμβάλλουν στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης και στην προστασία του εργαζόμενου από τις επιπτώσεις ενός χρόνιου στρες.

- Η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή η αλλαγή χώρου εργασίας αυξάνει την αίσθηση προσωπικού ελέγχου, καθώς ο επαγγελματίας νιώθει ότι είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις του. Η αλλαγή χώρου εργασίας θεωρείται μια εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, όταν δεν αποτελεί αντίδραση φυγής και δεν είναι το αποτέλεσμα παρορμητικής απόφασης. (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1995, σελ.255)

Οι οργανώσεις τώρα με την σειρά τους είναι ανάγκη να παραδεχθούν τις πιθανές ψυχολογικές βλάβες που πηγάζουν από την εργασία σε ανθρωπιστικούς χώρους που παρέχουν ανακούφιση. Η εξαρχής δέσμευση από την πλευρά των οργανώσεων για τη μέριμνα των ψυχολογικών αναγκών του προσωπικού τους, μπορεί να αποτρέψει ή να περιορίσει μεταγενέστερες δυσκολίες και σίγουρα θα βελτιώσει την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων βοήθειας που διαθέτουν. (Stearns, 1997, σελ.78)

Κάποιες από τις παρεμβάσεις που μπορεί να κάνει μια οργάνωση για την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι οι ακόλουθες:

- Η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση.
- Η αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων και η συμμετοχή του επαγγελματία στην λήψη αποφάσεων.
- Η δημοκρατική διοίκηση.
- Η πολυμορφία στην εργασία.
- Η δυνατότητα «διαλειμμάτων» και «ειδικών αδειών».
- Οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης.
- Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης.

- Η συμβουλευτική εποπτεία.
- Η δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης.
- Η διεπιστημονική συνεργασία (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1995, σελ.255-260)

ΕΝΟΤΗΤΑ Ι. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ AIDS

Η πρόληψη αποβλέπει στην αποφυγή της μετάδοσης του ιού σε άλλα άτομα. Πράγμα που όμως, είναι τρομερά δύσκολο, εφ' όσον οι περισσότεροι από τα οροθετικά άτομα χωρίς να γνωρίζουν ότι είναι φορείς και χωρίς να παρουσιάζουν κανένα σύμπτωμα ή σημείο της νόσου ακόμη και για χρόνια, μπορεί τελείως ανυποψίαστα να μεταδίδουν τον ιό. Χρειάζεται λοιπόν μία συνετή, λογική και χωρίς υστερισμούς φροντίδα, ώστε με την αρμόζουσα συμπεριφορά να κόβονται οι γέφυρες περάσματος του ιού από το ένα άτομο στο άλλο(Αβραμίδης, 1992,σελ.103).

Όπως προαναφέραμε το AIDS είναι ασθένεια που σχετίζεται με τη συμπεριφορά (σεξουαλικές δραστηριότητες, κοινή χρήση βελόνων και συριγγών). Μόνο η αλλαγή στη συμπεριφορά αυτή μπορεί να μας προστατέψει και να περιορίσει το «κακό» μέχρι να βρεθεί οριστική θεραπεία και εμβόλιο. Αλλά ακόμα και όταν θα έχουμε στη διάθεσή μας αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή ή εμβόλιο, τα προληπτικά μέτρα που προτείνονται σήμερα θα εξακολουθούν να αποτελούν το βασικό όπλο στον αγώνα μας ενάντια στον ιό(Παπαευαγγέλου,1998, σελ.41).

Όπως αναφέρει και ο Γ. Καραβής στο βιβλίο του «Η αντιμετώπιση του AIDS από μια άλλη διάσταση», αποτελεσματική πρόληψη είναι εκείνη που θα θέσει τον πολίτη απέναντι των ευθυνών του για την προστασία της υγείας του με συνεχή (και όχι περιστασιακή όπως συμβαίνει τώρα) πληροφόρηση, ενημέρωση και επιμόρφωση. Τα αποτελέσματα μιας τέτοιας οργανωμένης πρόληψης θα είναι ασφαλώς λιγότεροι οροθετικοί που σημαίνει περισσότερος υγιής πληθυσμός στη παραγωγική ηλικία αλλά και μείωση των κρατικών εξόδων για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

1. ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ Ο.Η.Ε. ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΞΑΠΛΩΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV.

Στη Διακήρυξη Δέσμευσης για το HIV /AIDS αναφέρεται ότι πρέπει να τεθούν περιορισμένοι εθνικοί στόχοι για να επιτευχθεί ο διεθνής συμφωνημένος στόχος της παγκόσμιας πρόληψης μερικοί από αυτούς τους στόχους είναι:

- Να μειωθεί κατά 25% μέχρι το 2005 η επικράτηση του HIV μεταξύ νεαρών ανδρών και γυναικών ηλικίας 15 έως 24 ετών στις πλέον πληττόμενες χώρες και κατά 25% μέχρι το 2010 σε παγκόσμιο επίπεδο, και να ενταθούν οι προσπάθειες να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι, καθώς και να τεθούν υπό αμφισβήτηση τα στερεότυπα και οι στάσεις που αφορούν στο φύλο και οι ανισότητες των δύο φύλων σε σχέση με το HIV/AIDS, ενθαρρύνοντας την ενεργό συμμετοχή ανδρών και αγοριών.

- Μέχρι το 2005, να ενισχυθεί η ανταπόκριση στο HIV/AIDS στον κόσμο της εργασίας εδραιώνοντας και εφαρμόζοντας προγράμματα πρόληψης και περίθαλψης στους τομείς της δημόσιας, ιδιωτικής και άτυπης εργασίας και να λάβουν μέτρα για να παράσχουν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον στο χώρο εργασίας για τους ανθρώπους που ζουν με τον HIV/AIDS.

- Μέχρι το 2005, να αναπτυχθεί και να αρχίζουν να εφαρμόζονται εθνικές, περιφερειακές και διεθνείς στρατηγικές που διευκολύνουν την πρόσβαση σε προγράμματα πρόληψης του HIV/AIDS για μετανάστες και μετακινούμενους εργάτες, περιλαμβανομένης της παροχής πληροφόρησης για τις υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες.

- Μέχρι το 2005 να διασφαλιστεί ότι, ένα ευρύ φάσμα προγραμμάτων πρόληψης που θα λαμβάνουν υπ' όψη τις τοπικές συνθήκες, ηθικούς κανόνες και πολιτισμικές αξίες, θα είναι διαθέσιμο σε όλες τις χώρες, και θα στοχεύουν στη μείωση της ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς και στην ενθάρρυνση υπεύθυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς, περιλαμβανομένων της αποχής και της

μονογαμίας, στη διευρυμένη πρόσβαση σε ουσιώδη αγαθά, περιλαμβανομένων των προφυλακτικών και αποστειρωμένων συριγγών σε προσπάθειες μείωσης των βλαβών σε σχέση με τη χρήση ουσιών, στη διευρυμένη πρόσβαση σε οικειοθελή και εμπιστευτική παροχή συμβούλων και εξετάσεων σε ασφαλή αποθέματα αίματος.

- Μέχρι το 2005, να μειωθεί το ποσοστό των βρεφών που μολύνονται από τον ιό HIV κατά 20%, και κατά 50% μέχρι το 2010. Διασφαλίζοντας ότι το 80% των εγκύων γυναικών που κάνουν χρήση μεταγεννητικής μέριμνας θα έχουν διαθέσιμη πληροφόρηση, παροχή συμβουλών και άλλες υπηρεσίες πρόληψης του ιού HIV. Αυξάνοντας τη διαθεσιμότητα και παρέχοντας πρόσβαση για τις γυναίκες και τα βρέφη που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV, σε αποτελεσματική θεραπεία για να μειωθεί η μετάδοση του HIV από μητέρα σε παιδί, καθώς και μέσω αποτελεσματικών παρεμβάσεων για γυναίκες που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV.

- Μέχρι το 2005, να διασφαλιστεί ότι τουλάχιστον το 90%, και μέχρι το 2010 τουλάχιστον το 95% των νεαρών ανδρών και γυναικών ηλικίας 15 έως 24 ετών θα έχουν πρόσβαση στην πληροφόρηση, την παιδεία, περιλαμβανομένης της εκπαίδευσης από συνομηλίκους και της ειδικά απευθυνόμενης σε νέους εκπαίδευσης για τον ιό HIV, και στις υπηρεσίες που είναι απαραίτητες για να μειωθεί η ευπάθεια τους σε μόλυνση από τον ιό HIV σε πλήρη σύμπραξη με τη νεολαία, τους γονείς, τις οικογένειες, τους εκπαιδευτικούς και όσους παρέχουν υγειονομική περίθαλψη. (Ο.Η.Ε.,2001, σελ.19-21)

2. ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Πρόληψη από σεξουαλική μετάδοση.

Ο ιός βρίσκεται σε μεγάλες συγκεντρώσεις στο σπέρμα, στα κολπικά εκκρίματα και στο αίμα. Οι ομοφυλοφιλικές και οι ετεροφυλοφιλικές σεξουαλικές σχέσεις παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης του ιού HIV.

Ακόμα η συνύπαρξη άλλων σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων που δημιουργούν βλάβες στα γεννητικά όργανα μπορεί να ευνοήσει την μετάδοση του ιού. Ο αποτελεσματικότερος τρόπος προφύλαξης από τον ιό HIV όσον αφορά τον συγκεκριμένο τρόπο μετάδοσης εξακολουθεί να είναι η χρήση του προφυλακτικού.(Παπαευαγγέλου,1998, σελ.42)

Πρόληψη από μετάδοση μέσω κοινής χρήσης μολυσμένων βελόνων και συριγγών.

Η μετάδοση του ιού του AIDS (HIV) από μολυσμένες σύριγγες ή βελόνες καθώς και από μολυσμένα κουτάλια ή από τα σκεύη που είναι απαραίτητα για την παρασκευή ναρκωτικών. Αποτελούν λόγο για την διακοπή χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Αν αυτό δεν είναι εφικτό τότε θα πρέπει να λαμβάνονται προληπτικά μέτρα από τα άτομα που κάνουν χρήση αυτών των ουσιών. Αυτά τα προληπτικά μέτρα είναι αποκλειστικά ατομική χρήση βελόνων και συριγγών, και σε κάθε φορά χρήση νέας ή απολυμασμένης σύριγγας και βελόνων.(Παπαευαγγέλου, 1998 σελ.44)

Πρόληψη από μετάδοση με μετάγγιση αίματος και χρήση παραγόντων αυτού.

Από το 1983, το Συμβούλιο της Ευρώπης, διαθέτοντας την ικανότητα να προβλέπει, έκανε έκκληση στους αρμόδιους να μην εισάγουν πλέον πλάσμα που προέρχεται από αμειβόμενους αιμοδότες, να μην συλλέγουν αίμα από αιμοδότες που εντάσσονται σε ομάδες κινδύνου, να μην παρασκευάζουν παράγωγα πλάσματος χρησιμοποιώντας «δεξαμενές» αίματος όπου συγκεντρώνεται το αίμα χιλιάδων αιμοδοτών, και να μην διενεργούν παρά μόνον τις απολύτως απαραίτητες μεταγγίσεις. Στόχος όλων αυτών των μέτρων ήταν να περιοριστούν οι κίνδυνοι των μολύνσεων (P. Hagen, 1994, σελ.10).

Πρόληψη μετάδοσης από μητέρα που έχει μολυνθεί στο έμβρυο.

Η γυναίκα που έχει την υποψία ότι έχει μολυνθεί θα πρέπει να συμβουλευθεί το γιατρό της πριν μείνει έγκυος ή όσο το δυνατόν νωρίτερα σε περίπτωση εγκυμοσύνης. Ο κίνδυνος μετάδοσης από μολυσμένη μητέρα στο παιδί κυμαίνεται από 20% έως 50%. (Παπαευαγγέλου, 1998, σελ.44)

Οι νεότερες μέθοδοι ανιχνεύσεως της αντιγοναιμίας, αποκαλύπτουν ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών που γεννιούνται υγιή, χωρίς δηλαδή να είναι φορείς. Υπάρχουν επίσης δεδομένα βάσει των οποίων με τη βοήθεια συνδυασμού αντι- ικών φαρμάκων, μπορεί να παρεμποδίζεται η κάθετη μετάδοση.(Αβραμίδης, 1992,σελ.86)

3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ Κ.Ε.Ε.Λ.

Η επιστημονική ομάδα του συμβουλευτικού σταθμού για το AIDS, ως μέλος της υποεπιτροπής ενημέρωσης πληθυσμού του Κ.Ε.Ε.Λ., έχει αναλάβει την οργάνωση και διεξαγωγή ενημερωτικών εκδηλώσεων – ομιλιών με θέμα την πρόληψη του AIDS, κατά κύριο λόγο σε Λύκεια και Γυμνάσια.

Τα άτομα εφηβικής και νεαρής ηλικίας (κάτω των 25 ετών) αποτελούν την πλειοψηφία των ατόμων που απευθύνονται στην Τηλεφωνική Γραμμή για το AIDS. Ως εκ τούτου, η επιστημονική ομάδα του Συμβουλευτικού Σταθμού και της Τηλεφωνικής Γραμμής (επαγγελματίες ψυχικής υγείας και κοινωνικών επιστημών με ειδική κατάρτιση πάνω στη HIV λοίμωξη) έχει επιδείξει ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε θέματα πρόληψης και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για το AIDS που αφορούν σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. (Νικολοπούλου, 1997)

Κάθε παρουσίαση, εκτός από το θεωρητικό μέρος περιλαμβάνει και οπτικο- ακουστικό υλικό. Πέρα από ενημερωτικά φυλλάδια και αφίσες, χρησιμοποιείται σειρά σλαϊτς και την βιντεοκασέτα «Μπαλαντέρ», που δημιουργήθηκε με γνώμονα την ανταπόκριση στις ανάγκες ατόμων νεαρής ηλικίας. Το υλικό αυτό δίνει θέση και αφορμή για ανοιχτή συζήτηση, με βάση

τη συμμετοχική διαδικασία. (Μοστριού, Νικολοπούλου, Γουναροπούλου, 1997, τευχος 12^ο,σελ. 23)

Αξίζει να σημειωθεί ότι προγράμματα ενημέρωσης πραγματοποιούνται και από άλλες υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Λ. Επίσης πραγματοποιείται και η θερινή καμπάνια ενημέρωσης του Κ.Ε.Ε.Λ. Τέλος θεωρούμε σημαντικό να αναφέρουμε και το καθεστώς που υπάρχει με το Υπουργείο Υγείας, σύμφωνα με το οποίο το Κ.Ε.Ε.Λ. έχει τη δυνατότητα να ενημερώνει τα σχολεία τα οποία είναι ενταγμένα στο πρόγραμμα αγωγής υγείας.

Η πρόληψη παραμένει το μόνο μέσο ενάντια στη διασπορά του HIV.

ΕΝΟΤΗΤΑ Κ. ΝΟΜΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ.

1. ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Πολλές φορές η ανθρωπότητα στην μακραίωνη ιστορία της ήρθε αντιμέτωπη με επιδημικές ασθένειες. Στο παρελθόν, και σε μικρότερη κλίμακα σήμερα, η αντίδραση ήταν ο φόβος, η μαζική υστερία και ο πανικός. Η άγνοια, η λανθασμένη πληροφόρηση, η υπερβολή και η παραμόρφωση γενικών δεδομένων μπορεί να δημιουργήσουν σύγχυση, αλλά και ειδικότερα κοινωνικά, ηθικά, δεοντολογικά και νομικά προβλήματα. Στο παρελθόν, στην Αμερική αλλά και στην Ευρώπη δημιουργήθηκαν καταστάσεις υστερίας εξαιτίας του AIDS. Πολλές φορές το κοινό στράφηκε ενάντια στις ομάδες «υψηλού κινδύνου». Το νοσηλευτικό προσωπικό αρνήθηκε να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε οροθετικά άτομα. Το πρόγραμμα εμβολιασμού της ηπατίτιδας Β συνάντησε αντιδράσεις. Στην εθελοντική αιμοδοσία δημιουργήθηκαν προβλήματα. Τα όργανα της τάξεως αρνήθηκαν να συλλάβουν παρανομούντες τοξικομανείς. Γιατροί και οδοντίατροι αρνήθηκαν την θεραπευτική αγωγή σε ασθενείς με AIDS. Παιδιά με AIDS απομακρύνθηκαν από τα σχολεία τους. (Παπαευαγγέλου – Καλλίνικος, 1986, σελ.161-162)

«Έτσι οι κυβερνήσεις βρέθηκαν υπό φοβερή πίεση. Τα κοινοβούλια στις χώρες της Ευρώπης σείονταν μαζί με συζητήσεις, θέσεις, απόψεις. Λόγω της φύσης της νόσου έπρεπε να ληφθούν μέτρα που πριν θα φάνταζαν ως απολύτως εξωπραγματικά, να χορηγούνται ελεύθερα σύριγγες από τα φαρμακεία για χρήστες τοξικών ουσιών, ακόμη και σε ένα βαθμό στις φυλακές, να χορηγούνται ελεύθερα και ανώνυμα προφυλακτικά. Ο HIV/ AIDS εξανάγκασε τις κυβερνήσεις σε πιο πραγματιστικές λύσεις, που θα λάμβαναν

υπόψη εκείνο που στην πραγματικότητα συμβαίνει και όχι εκείνο που πρέπει να συμβαίνει. Ακόμη τότε εκφράστηκαν και βάσιμοι φόβοι όχι μόνο για τη δημόσια υγεία, αλλά και για τη δημόσια ασφάλεια. Το ποινικό δίκαιο απευθύνεται σε άτομα που είναι κυρίως υγιή. Η γενική και ειδική πρόληψη του δικαίου απευθύνεται σε άτομα που έχουν μέλλον και θέλουν να έχουν μέλλον. Πιο επικίνδυνοι όμως είναι οι απελπισμένοι, εκείνοι που δεν περιμένουν τίποτα. Η αντιμετώπιση του HIV/ AIDS έδειξε το δρόμο. Η κοινωνική περίθαλψη, η φροντίδα, η ψυχοκοινωνική στήριξη αποδείχθηκαν ισχυρότερες από τους φόβους. Και όσοι με τον έναν ή τον άλλο τρόπο είναι υπέρμαχοι και εφαρμόζουν την πολιτική της ψυχοκοινωνικής στήριξης του να είναι οι κρατικές υπηρεσίες και οι κρατικοί φορείς πολύ κοντά στα καθημερινά προβλήματα των ατόμων που χρειάζονται στήριξη, δικαιώθηκαν απόλυτα.» (Πολίτης, 2002, σελ.17-18)

Τα νομικά ζητήματα που προέκυψαν στην πορεία της αντιμετώπισης του HIV/ AIDS είναι αρκετά. Ενδεικτικά αναφέρουμε μερικούς από τους τομείς που προέκυψαν ζητήματα, όπως στην τήρηση του απορρήτου, στην εξασφάλιση της νοσηλείας, στην προστασία των δικαιωμάτων των ευπαθών ομάδων όπως αλλοδαποί – μετανάστες, στην παροχή κοινωνικής ασφάλισης – πρόνοιας, στην εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού για την προστασία των ιδίων αλλά και ουσιαστικότερη προσφορά τους στα οροθετικά άτομα, στην προστασία από ιδιοσκευάσματα και διαφήμιση, στην κοινωνική ζωή, στον εργασιακό τομέα, στην εκπαίδευση, στο στρατό και στις φυλακές. (Πολίτης, 2002,σελ.29-38)

2. ΗΘΙΚΟΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ AIDS

Η λεπτομερής παράθεση όλων των κοινωνικών προεκτάσεων του AIDS, μιας νόσου με κατ' εξοχήν ιατροκοινωνικό χαρακτήρα είναι εξαιρετικά

δύσκολη. Άνετα άλλωστε θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι τα προβλήματα που έχουν δημιουργηθεί αφορούν περισσότερο τον ευρύτερο κοινωνικό χώρο και λιγότερο τον άρρωστο αυτό καθεαυτό.

Το AIDS είναι ένα λοιμώδες νόσημα που δημιούργησε στην επιδημική του εξάπλωση χιλιάδες θύματα, που προσβλήθηκαν από τον ιό και που νοιώθουν να μη μπορούν ν' αντιδράσουν. Ότι είναι αδύνατο να βοηθηθούν από την επιστήμη, η αδυναμία της οποίας έσπειρε το φόβο και τον πανικό στο πλήθος, σε τέτοια έκταση και βαθμό που να απειλούνται σοβαρές κοινωνικές ανακατατάξεις, με απροσδόκητες συνέπειες

Έτσι όμως συνέβαινε και στο παρελθόν. Η σκιά των μεγάλων επιδημιών είναι ο πανικός, η ζωντανή έκφραση της ανησυχίας, του άγχους και του φόβου για κάτι ανώτερο από τις δυνατότητες του ανθρώπου, αφού ο ίδιος δε μπορεί να το αντιμετωπίσει. Άγχος μαζί με απώλεια της ψυχραιμίας που καταργεί τελικά κάθε δυνατότητα λογικής, ακόμα και στο πλαίσιο που είναι δυνατόν αυτή να βοηθήσει.

Δύο είναι τα κυριότερα στοιχεία που καλλιεργούν τον πανικό στο πλήθος, σε περιπτώσεις μεγάλων επιδημικών νοσημάτων. Το πρώτο είναι η δυνατότητα της εύκολης μόλυνσης και το δεύτερο η αδυναμία της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Εξίσου σημαντικά και τα δύο, προβάλλουν το καθένα, ανάλογα με την περίπτωση, λιγότερο ή περισσότερο.

Στο AIDS παρατηρείται ότι η μετάδοση γίνεται από άτομο σε άτομο και δεν υπάρχει θεραπεία. Και το σημαντικότερο, το AIDS μεταδίδεται με την ερωτική επικοινωνία των ατόμων, μια λειτουργία-ένστικτο που αποτελεί τη βάση για τη διαίωνιση του ανθρώπινου είδους. Ο τρόπος δηλαδή μόλυνσης παρακολουθεί μια λειτουργία απόλυτα συνυφασμένη με τη ζωή, χωρίς δικαίωμα ή δυνατότητα άρνησης. Μια λειτουργία που από τη φύση της δεν μπορεί να καταργηθεί ή έστω και να περιορισθεί, αφού το πρώτο αντιβαίνει

στην οικονομία της φύσης και το δεύτερο με τις κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες που σήμερα έχουν δημιουργηθεί.

Το AIDS μεταδίδεται με το σπέρμα και το αίμα. Με κάποια φιλοσοφική διάθεση εύκολα διακρίνεται ότι οι δύο βασικές μονάδες της ζωής, μετατρέπονται εδώ σε φορείς ενός θανατηφόρου μηνύματος. Έτσι, ο πανικός φαίνεται, σε μια πρώτη βιαστική θεώρηση δικαιολογημένος. Αλλά μόνο σε βιαστική και κυρίως χωρίς ψυχραιμία και λογική σκέψη, αφού για την αντιμετώπιση του AIDS υπάρχουν ασφαλή μέτρα πρόληψης που μειώνουν μέχρι και εξαφανίζουν τον κίνδυνο.

Μία πρώτη αντίδραση του πλήθους είναι οι διακρίσεις. Η ομαδοποίηση και η απομόνωση φορέων και ασθενών, η αποκοπή τους από το υπόλοιπο «υγιές κοινωνικό σύνολο», η δημιουργία ή καλύτερα η ανασύσταση των διαφόρων μορφών «γκέτο». Αλλά μια τέτοια αντίδραση, στηριγμένη σε μια τέτοια συλλογιστική απομόνωσης, αν υιοθετηθεί, πέρα από το σαφές αντικοινωνικό της στοιχείο, δεν μπορεί να έχει και τελειωμό. Μοιραία μια τέτοια τακτική θα προχωρήσει και σε άλλες ειδικότερες διακρίσεις με βάση άλλα κοινωνικά κριτήρια, που μπορεί, σ' ορισμένες ειδικές περιπτώσεις να χρησιμοποιούνται ίσως για τη μελέτη της συγκρότησης μιας κοινωνίας, αλλά όχι για την αντιμετώπιση μιας επιδημικής νόσου.

Υποστηρίχθηκε αρχικά ότι το AIDS αφορούσε ορισμένους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου. Τους ομοφυλόφιλους και τους τοξικομανείς κυρίως που βρίσκονται περισσότερο κοντά στις οδούς μόλυνσης. Κοντά σε μια παρέκκλιση της γενετήσιας πράξης, ή και δίπλα σε μια σύριγγα. Ήταν μια πρώτη διάκριση που επεβλήθη βέβαια με βάση ορισμένα επιδημιολογικά στοιχεία που είχαν αρχικά συγκεντρωθεί, στοιχεία που συνέδεαν πράγματι αίτια και αιτιατό στη διερεύνηση του τρόπου μόλυνσης. Σήμερα όμως είναι γνωστό ότι η μόλυνση έχει κατ' εξοχήν σχέση με συμπεριφορά υψηλού κινδύνου, μια συμπεριφορά που δεν αφορά μόνο τις αρχικά προσδιορισθείσες

πληθυσμιακές ομάδες των ομοφυλοφίλων, των τοξικομανών ή των πολυμεταγγιζόμενων ατόμων, αλλά ολόκληρο τον πληθυσμό. Κι αυτή η συμπεριφορά είναι εκείνη που δημιούργησε το πρόβλημα σ' ορισμένες ομάδες στις οποίες η περισσότερο ελευθεριάζουσα διάθεση στην αντιμετώπιση ορισμένων θεμελιωδών αξιών της ζωής, μετέτρεψε σε «υψηλού κινδύνου».

Η αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού από διεθνείς Οργανισμούς, αλλά και από τη χώρα μας είναι δεδομένη. Και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καλείται για μια ακόμη φορά να εκπληρώσει την αποστολή του μέσα στα πλαίσια του λειτουργήματος που ασκεί.

Η ιατρική είναι επάγγελμα -δεν πρέπει να λησμονείται- με έντονο κοινωνικό χαρακτήρα και κατά συνέπεια τα προβλήματα που κατά την άσκηση της αναφέρονται, προβλήματα που σχετίζονται με την υγεία- σωματική και ψυχική- του ανθρώπου και ζητούν συχνά άμεση και επιτακτική λύση, έχουν κοινωνικό και βαθύτερα ηθικό χαρακτήρα. Η τήρηση δε των βασικών αρχών της δεοντολογίας αποτελεί υποχρέωση όλων των επαγγελματιών παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ειδικότερα για AIDS υπενθυμίζονται κι εδώ μερικές από τις αρχές αυτές, βασικής και καθοριστικής σημασίας για την αντιμετώπιση της επιδημίας:

- Το ενδεχόμενο των «διακρίσεων». Οποιοδήποτε πρόγραμμα πρόληψης του AIDS πρέπει να στηρίζεται στη διαφύλαξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και στο σεβασμό της προσωπικότητας του ατόμου. Έτσι, πρέπει να αποκλεισθεί ο περιορισμός των ασθενών σε ορισμένους ειδικούς χώρους, η αποβολή τους από τα σχολεία, ο περιορισμός και ο αποκλεισμός από τους χώρους εργασίας κ.λ.π. Τέτοιες ενέργειες αποτελούν κατάφωρη προσβολή της προσωπικότητας του ατόμου και των προσωπικών ελευθεριών που πρέπει να απολαμβάνει.

- Προσυμπτωματικός – προληπτικός έλεγχος. Δεν μπορεί να καθιερωθεί αναγκαστικός έλεγχος για HIV σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες ή ακόμη και

σε αριθμητικά μικρότερες, έλεγχος που πρέπει να διενεργείται μόνο με τη θέληση ή/ και τη σύμφωνη γνώμη των ενδιαφερομένων. Ως γενικός κανόνας πρέπει να ισχύει ότι ο έλεγχος επιτρέπεται μόνο μετά από πληροφορημένη συναίνεση του ατόμου, ενώ το αντίθετο συνιστά προσβολή της προσωπικότητας και παραβίαση του δικαιώματος για σεβασμό της ιδιωτικής ζωής του.

Μπορεί να επιτραπεί ένας τέτοιος έλεγχος μόνον όταν διενεργείται ανώνυμα, χωρίς ταυτοποίηση και για καθαρά επιδημιολογικούς λόγους.

Πρέπει να παρέχονται με ευκολία όλες οι δυνατότητες ελέγχου σε όσους ανώνυμους θέλουν να εξεταστούν, ένας τέτοιος δε έλεγχος πρέπει να συνοδεύεται και από ενημέρωση, παροχή των σχετικών οδηγιών και συμβούλων, κ.λ.π.

Με ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να τονισθεί η ανάγκη ελέγχου της αξιοπιστίας της μεθόδου δοκιμασίας που εφαρμόζεται, κάτι που μπορεί να γίνει μέσω ειδικών «Κέντρων Αναφοράς» και τη διαμόρφωση και πιστή εφαρμογή ορισμένων βασικών τεχνικών προδιαγραφών.

- Δικαιώματα των αρρώστων. Βασίζονται στις αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Εδώ περιλαμβάνονται το δικαίωμα του σεβασμού της προσωπικότητας του ατόμου και της αυτοδιάθεσης. Το δικαίωμα της λεπτομερούς ενημέρωσης και συγκατάθεσης, της διατήρησης του απορρήτου, κ.λ.π. Πρωταρχικό δικαίωμα των αρρώστων θεωρείται η απαίτηση για άμεση παροχή ιατρικής φροντίδας και μέριμνας και – στη συνέχεια- για κοινωνική αποδοχή και υποστήριξη.

- Η διαφύλαξη του απορρήτου. Το απόρρητο πρέπει να διατηρείται σε κάθε περίπτωση. Η αναφορά περιστατικών AIDS (για επιδημιολογικούς σκοπούς) πρέπει να γίνεται με αυστηρές προϋποθέσεις. Επίσης αν κριθεί απαραίτητο, προκειμένου να διαφυλαχθεί το απόρρητο, μπορεί να συζητηθεί και το ενδεχόμενο καθιέρωσης προϋποθέσεων και κανόνων με ισχύ νόμου.

- Νοσηλεία. Οι άρρωστοι πρέπει να νοσηλεύονται όπως και οι υπόλοιποι πάσχοντες από άλλες νόσους. Ο κίνδυνος λοίμωξης στο νοσηλευτικό προσωπικό είναι ελάχιστος, όπως επίσης μικρός είναι ο κίνδυνος από ένα ατύχημα (π.χ. από βελόνα). Είναι επομένως αδικαιολόγητη η άρνηση νοσηλευτικών μονάδων να περιθάλψουν ασθενείς, εκτός αν συντρέχουν «κατ' εξαίρεση» άλλες συνθήκες.

- Ευθύνη και δικαιώματα. Κάθε άτομο είναι υπεύθυνο για τις πράξεις του. Ο κάθε πολίτης έχει υποχρέωση να διαφυλάσσει τη δική του υγεία, παράλληλα δε να αποφεύγει την πρόκληση βλάβης της υγείας των συνανθρώπων του. Από την πλευρά του το κράτος πρέπει να λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα για την προάσπιση της δημόσιας υγείας και των πολιτών. Για τα δικαιώματα των αρρώστων HIV δεν είναι απαραίτητη η διατύπωση ειδικού «καταστατικού χάρτη», αλλά η υπενθύμιση των όσων ισχύουν για τα δικαιώματα και όλων των άλλων αρρώστων.

- Η νομοθεσία. Ειδική νομοθετική ρύθμιση δεν είναι ίσως απαραίτητη. Το AIDS είναι λοιμώδες νόσημα και δεν πρέπει- σε ουδεμία περίπτωση- να θεωρείται ότι ανήκει σε διαφορετική κατηγορία. Αρκεί μόνο να επανεξεταστεί η υπάρχουσα για τον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων νομοθεσία και να ερευνηθεί αν καλύπτει την περίπτωση του AIDS, με βάση πάντοτε την προστασία των δικαιωμάτων του ατόμου και της κοινότητας. Είναι, τέλος, αυτονόητο ότι η νομοθεσία πρέπει να βοηθήσει, κατά τρόπο θετικό, την εκπαίδευση και τη σωστή πληροφόρηση με στόχο τη συνειδητή και υπεύθυνη, από τον καθένα, αλλαγή της σεξουαλικής- κυρίως- συμπεριφοράς.

3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Σαν θέμα υγείας, το AIDS συνδέεται με κοινωνικές παραμέτρους που έχουν τις προεκτάσεις τους στα πρόσωπα, στις οικογένειες, στις κοινωνίες, στα έθνη.

Στην Ελλάδα η πολιτεία έχει αναλάβει την υποχρέωση να περιθάλλει τα άτομα που πάσχουν από HIV-λοίμωξη και να τους παρέχει υγειονομική φροντίδα, χωρίς διακρίσεις. Παράλληλα η ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη θεωρείται απαραίτητη, τόσο προς τους ασθενείς όσο και προς τις οικογένειες τους.(Εκατό, 1995,σελ: 76)

Δυστυχώς όμως αυτό τις περισσότερες φορές δεν επιτυγχάνεται με αποτέλεσμα να έχουν συσσωρευθεί πληθώρα προβλημάτων που αφορούν τους οροθετικούς και δυσκολεύουν ακόμα περισσότερο την κατάσταση τους.

Ένα πρώτο συχνό εμπόδιο είναι ότι η νεαρή ηλικία των φορέων δεν εμπεριέχει τις ασφαλιστικές προϋποθέσεις για συνταξιοδότηση. Σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης όπου ζητείται το εφ' άπαξ προνοιακό επίδομα, παρατηρείται το γνωστό φαινόμενο μιας αργοκίνητης γραφειοκρατικής διαδικασίας για την διεκπεραίωση του αιτήματος, στην περίπτωση βέβαια που γίνει δεκτό. Επιπλέον για κάποιες χρονικές περιόδους γίνεται ανάκληση αυτού του προγράμματος.

Όσον αφορά το επίδομα της οροθετικότητας, που δικαιούχοι είναι όλοι οι φορείς και ασθενείς ανεξαιρέτως προκύπτει το εξής πρόβλημα. Ενώ για την έκδοση του απαιτείται μόνο η υποβολή της βεβαίωσης από τον γιατρό κρατικού νοσοκομείου καθώς και άλλα τυπικά έγγραφα (όπως αστυνομική ταυτότητα, πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, κ.λ.π.) οι Διευθύνσεις Πρόνοιας διατηρούν το δικαίωμα ελέγχου με κοινωνική έρευνα κατ' οίκον, με σκοπό την εξακρίβωση της πραγματικής διεύθυνσης του δικαιούχου και την παροχή κοινωνικής βοήθειας. Εκτός του ότι σήμερα, η προσέγγιση αυτή του ενδιαφερόμενου δεν είναι ενδεδειγμένη, επιπλέον έρχεται σε αντίθεση με την φιλοσοφία του επιδόματος. Τέτοια περιστατικά με προβλήματα που προκύπτουν από την επίσκεψη κατ' οίκον του κοινωνικού λειτουργού-υπαλλήλου της πρόνοιας που πηγαίνει να γνωμάτευσει τις κοινωνικές ανάγκες του φορέα και να εξακριβώσει το αληθές της δήλωσης διεύθυνσης του, είναι

συχνά αποτρεπτικά για τους ίδιους να διεκδικήσουν το επίδομα εκ νέου ή να υποβάλλουν τα δικαιολογητικά για να το λάβουν.» (Κωνσταντινίδης, 1999)

«Παράλληλα στα πλαίσια των αλλαγών που επιφέρει η οροθετικότητα στη ζωή ενός ανθρώπου, η απώλεια της εργασίας, έρχεται να προστεθεί και ως βασικός παράγων τόσο σε πρακτικό, οικονομικό επίπεδο όσο και σε ψυχολογικό, κοινωνικό. Μειώνεται η αυτοεκτίμηση του και κινδυνεύει η αυτονομία που είχε αποκτήσει ή μεγαλώνει η εξάρτηση από την οικογένεια και αναγκάζει βίαια το άτομο να επαναπροσδιορίσει αξίες, ρόλους, δυνατότητες.» (Ο.Π.,1999)

«Εκτός από την βιοποριστική διάσταση της εργασίας ο κοινωνικός ρόλος της- που συνήθως υποτιμάται- είναι καθοριστικός για τον άνθρωπο. Η απομόνωση και περιθωριοποίηση που συντελούνται από αυτή τη μεταβολή, η απώλεια της θέσης του στην κοινωνική επαγγελματική ομάδα, με ενδεχόμενες αλλαγές στον τρόπο ζωής, στις επιλογές ψυχαγωγίας και των πνευματικών αναγκών του, σηματοδοτούν μια πορεία προσανατολισμένη στην ασθένεια και συνοδεύεται μοιραία από μια γενική απραξία, στέρηση φιλοδοξιών και μακροπρόθεσμων στόχων, καταστάσεις που είναι ανακόλουθες με τις προβαλλόμενες σήμερα κοινωνικές αξίες. Μειώνονται οι προϋποθέσεις κάλυψης των αναγκών υποστήριξης του ατόμου δια μέσω της εργασίας, που είναι η απόκτηση και διατήρηση του κύρους, της αναγνώρισης, της προαγωγής της προσωπικότητας.(Ο.Π. 1999)

Δημιουργείται ένα ρήγμα στην αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και της κοινωνίας αφού το εργασιακό περιβάλλον αποτελεί και αυτό κοινωνικό σύνολο όπως η οικογένεια, οι φίλοι, που είναι σχηματικές μικρογραφίες της. Η θεραπευτική απασχόληση, η εργοθεραπεία δεν αναπληρώνει ούτε την κοινωνική σημασία της εργασίας, δεδομένου ότι προτείνεται εναλλακτικά σε ορισμένες περιπτώσεις. (Ο.Π., 1999)

«Στη χώρα μας οι φορείς και ασθενείς του AIDS αποτελούν κατά κάποιο τρόπο μια «κρυφή» ομάδα κοινωνικού αποκλεισμού. Ενώ ορίζονται ως άτομα με ειδικές ανάγκες υπάρχουν πλήθος διαρροών στις κατά περίπτωση διεκδικήσεις δικαιωμάτων. Δεν αποτελούν ομάδα πίεσης όπως άλλες κατηγορίες των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Γιατί ακριβώς αυτό π.χ. η δημιουργία συλλόγου συνεπάγεται έκθεση στον κοινωνικό περίγυρο με τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Σε Αμερική και Ευρώπη κάτι τέτοιο ισχύει, στην Ελλάδα όμως το ρόλο επιτελούν σε μικρό σε μικρό βαθμό και άτυπα οι εθελοντικές μη κυβερνητικές οργανώσεις.» (Κωνσταντινίδης, 1999)

Σημαντικό είναι επίσης να λάβουμε υπόψη μας και τα συναισθήματα των γονέων που μέσα στην οικογένεια αντιμετωπίζουν το AIDS. Δεν είναι τυχαίο ότι όλοι όσοι είναι γονείς, κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων, συζητούν την αγωνία του δικού τους θανάτου, αλλά και την αγωνία τους για την τύχη των δικών τους ανθρώπων αφού οι ίδιοι θα έχουν φύγει.

Εν μέρει το συγκεκριμένο πρόβλημα λύνεται, γιατί ακόμα και σήμερα, ο θεσμός της οικογένειας στην Ελλάδα λειτουργεί με το πατριαρχικό πρότυπο. Βλέπουμε δηλαδή ότι υπάρχει ελπίδα για τα περισσότερα ανήλικα παιδιά να περιέλθει η φροντίδα τους στην ευρύτερη οικογένεια, όταν οι γονείς τους θα έχουν πεθάνει. Ποιο θα είναι όμως το μέλλον των παιδιών για τα οποία δεν θα υπάρχει οικογενειακό περιβάλλον ή αυτών που το οικογενειακό τους περιβάλλον κρίνεται ακατάλληλο;

Εδώ θα πρέπει να τονίσουμε ότι η Πολιτεία δεν έχει αναλάβει μέχρι σήμερα καμία πρωτοβουλία για προγράμματα ανάδοχων οικογενειών ή προγράμματα υιοθεσίας, που να περιλαμβάνουν αυτήν την ομάδα παιδιών. Λαμβάνοντας υπόψη μας το πόσο δύσκολη είναι στη χώρα μας σήμερα η υιοθεσία παιδιών που έχουν ξεπεράσει την βρεφική ηλικία και το ότι δεν υπάρχει κανένα πρόγραμμα ευαισθητοποίησης και πληροφόρησης του κοινού για το συγκεκριμένο θέμα, αναλογιζόμαστε όλοι την τύχη αυτών των παιδιών

που εκτός από την ταμπέλα του ορφανού, θα έχουν και το στίγμα ορφανά από γονείς με AIDS ή ακόμα ορφανά που τα ίδια θα είναι οροθετικά, πρόβλημα πολύ πιο έντονο, που πολύ σύντομα, θα το ζήσουμε από κοντά και χωρίς ορατή λύση προς το παρόν.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να τονίσουμε ότι επειδή το AIDS συνδέθηκε από την αρχή, με τις ομάδες υψηλού κινδύνου που είναι οι ομοφυλόφιλοι και οι ναρκομανείς, η εμφάνιση του συνοδεύτηκε από κοινωνικό ρατσισμό. (Εκατό, 1995, σελ.78)

Οικογένειες απομονώθηκαν, ασθενείς εκδιώχθηκαν από το οικογενειακό τους περιβάλλον, άτομα έχασαν την εργασία τους. Παγκόσμια δεν έχει αναφερθεί κανένα περιστατικό μετάδοσης, από απλή συμβίωση. Ο φόβος όμως του στιγματισμού αναγκάζει τα άτομα, τις οικογένειες να κρατούν την αρρώστια τους μυστική. « Το μυστικό» επεκτείνεται και προς τα παιδιά των μολυσμένων γονέων. Όμως πότε, πως και από ποιόν θα μάθουν ότι οι γονείς τους πέθαναν από AIDS, πως θα αντιδράσουν; ποιος θα είναι τότε δίπλα τους για να τα βοηθήσει;

Τα προβλήματα που προαναφέρθηκαν είναι ένα μόνο μέρος των προβλημάτων που παρουσιάζονται καθημερινά.

Ποια είναι η θέση της οικογένειας, της οποίας έχει φύγει ένα μέλος της; κατά την διάρκεια της ασθένειας υπερισχύουν τα συναισθήματα της λύπης και της ανάγκης για προσφορά στον άνθρωπο που χάνεται. Θα περίμενε κάποιος ότι τώρα επιτέλους, η οικογένεια θα μπορέσει να πενήσει τον άνθρωπο της και να αμβλύνει τον πόνο της με τα τελετουργικά που ορίζει η θρησκεία μας. Σε αυτό ακριβώς το σημείο για πολλές οικογένειες αρχίζει ο δεύτερος Γολγοθάς. Ο κοινωνικός στιγματισμός δεν δίνει το δικαίωμα σ' αυτήν την οικογένεια να λειτουργήσει φυσιολογικά υψώνοντας παντού μπροστά σε κάθε κίνηση της εμπόδια.

Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα είναι η ανικανότητα της Πολιτείας, να μπορέσει μέσα από κατάλληλα ενημερωτικά προγράμματα να ευαισθητοποιήσει όλους τους κοινωνικούς φορείς που αναγκαστικά εμπλέκονται με το πρόβλημα (σχολείο, τοπική αυτοδιοίκηση, εκκλησία, ιατρικός χώρος).

Σε αυτό το σημείο θα μπορούσαμε να αναφέρουμε και την ευθύνη που φέρουν τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας, τόσο τα ηλεκτρονικά όσο και ο έντυπος τύπος. Πολλές φορές απομονώνουν και μεγαλοποιούν κάποιο συγκεκριμένο γεγονός με μοναδικό σκοπό την πρόκληση εντυπώσεων και όχι την ενημέρωση. Αρκετές φορές μεταδίδουν λαθεμένες ή παραπλανητικές ειδήσεις, χωρίς να υπάρχει διασταύρωση των πληροφοριών που μεταδίδουν, με αξιόπιστες πηγές ή θυμούνται την ύπαρξη του AIDS, μόνο σε επετειακές ημερομηνίες . (Εκατό, 1995, σελ.79-80)

«Πίσω από τα προβαλλόμενα αιτήματα τα σχετικά με διευθετήσεις οικονομικού χαρακτήρα εδρεύει ακέραια η ανάγκη για κάτι βαθύτερο και πιο ουσιαστικό. Ο επαγγελματίας καλείται να βοηθήσει τα άτομα να εκφραστούν, να επεξεργαστούν συναισθήματα και σκέψεις για την απειλητική για την ζωή τους ασθένεια και τον θάνατο, δυνατότητες που δεν είναι εφικτό να πραγματοποιήσουν μέσα στις υπάρχουσες δομές πλέγματος των προσφερόμενων υπηρεσιών.

«Δεν υπάρχει στη χώρα μας η απαραίτητη τεχνογνωσία για την κάλυψη του αιτήματος, τα περιστατικά χάνονται μέσα σε δαιδαλώδεις δόδους των παραπομπών από υπηρεσία σε υπηρεσία, δεν αντιμετωπίζεται ολιστικά το πρόβλημα του AIDS και η σημασία που έχει σ' όλες τις διαστάσεις ενώ είναι αναμφισβήτητη η ιερή ιατροκεντρική προσέγγιση και παραγνωρίζεται η ανάγκη να ειπωθεί το AIDS και ως κοινωνική νόσος.» (Κωνσταντινίδης, 1999)

«Ο συντονισμός των υπηρεσιών υγείας-πρόνοιας με άξονα μια ενιαία και σχεδιασμένη, διεπιστημονική, προληπτική παρέμβαση στήριξης αποτελεί

σήμερα αναγκαιότητα καθώς ένα μεγάλο κομμάτι παραγωγικού δυναμικού κινδυνεύει να μείνει παροπλισμένο από την αγορά εργασίας τη στιγμή που η δια βίου εκπαίδευση, η συνεχής κατάρτιση είναι η νέα πραγματικότητα που προωθείται στην Ενωμένη Ευρώπη. Υπάρχει κίνδυνος να παγιωθεί μια διαρκώς διογκούμενη αποκλεισμένη και εξαρτημένη ομάδα που προχωρεί προς την εξαθλίωση, με όλες τις συνέπειες που συνεπάγεται αυτό.» (Ο.Π., 1999)

«Πολιτεία με κοινωνικό πρόσωπο χαρακτηρίζεται εκείνη που έχει ευαισθησία προς τις δοκιμαζόμενες ομάδες πληθυσμού και αναλαμβάνει στα πλαίσια της κοινωνικής πολιτικής να αρθρώσει λόγο και να κάνει πράξη σκονισμένες διακηρύξεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ίσως όμως πάρει χρόνια να αποδειχθεί-αν γίνεται-ότι αυτό που συνηθίζουμε να ονομάζουμε «κρατικός μηχανισμός» δεν είναι μια απρόσωπη μηχανή αλλά άνθρωποι με συναισθήματα.(Κωνσταντινίδης,1999)»

4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΠΡΟΣ ΗΙV ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

Υπεύθυνο για τις κοινωνικές παροχές και γενικότερα για την εφαρμογή της πολιτικής που ακολουθείται σε θέματα που σχετίζονται με το AIDS σε εθνικό επίπεδο είναι το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Δυστυχώς στην χώρα μας δεν υπήρξε καμία νομοθετική ρύθμιση που να αφορά το AIDS παρά μόνο υπουργικές αποφάσεις. Οι κυριότερες λοιπόν από τις παροχές που δικαιούνται στην Ελλάδα οι οροθετικοί είναι οι εξής:

Ένα μηνιαίο προνοιακό επίδομα ύψους 357 ευρώ, ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης. Οι ιατρικές εξετάσεις καθώς και η ιατρονοσηλευτική περίθαλψη στις μονάδες ειδικών λοιμώξεων που επιθυμούν, παρέχονται δωρεάν, καθώς και τα αντίστοιχα αντιρετροϊκά φάρμακα. Επίσης υπάρχει η

δυνατότητα όσοι θέλουν να πάρουν πρόωρη αναπηρική σύνταξη, εφόσον βέβαια έχουν τον απαραίτητο αριθμό ενσήμων.

Μπορούν να συμμετάσχουν στις ετήσιες προκηρύξεις του Ο.Α.Ε.Δ. για τα Α.Μ.Ε.Α. καθώς και στα προγράμματα για νέους ελεύθερους επαγγελματίες και στα προγράμματα επιχορήγησης εργοδοτών που προσλαμβάνουν οροθετικά άτομα.

Παράλληλα εκτός από τον Ο.Α.Ε.Δ., και τα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.) λειτούργησαν επιδοτούμενα προγράμματα κατάρτισης με την στήριξη των Κέντρων Συνοδευτικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών (ΚΕ.Σ.Υ.Υ.) για την ομάδα στόχο οροθετικών και ανεξαρτημένων από ουσίες.

Πολύ πρόσφατα άλλαξε κάτι θεσμικό για τους οροθετικούς όσον αφορά την στρατιωτική θητεία τους. Επιτρέπεται πλέον να υπηρετήσουν, ενώ πριν το Μάιο του 2002 δινόταν από τις επιτροπές απαλλαγών διετής αναβολή, και στη συνέχεια απολυτήριο στρατού με την εκτίμηση Ι5 παθολογικό, παρόλο που στην σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας αναφερόταν ότι δεν επιτρέπεται ο αποκλεισμός τους από την στρατιωτική θητεία χωρίς την βούληση τους, όταν μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους και η κατάσταση της υγείας τους το επιτρέπει.

Η τελική εκτίμηση είναι ότι οι παροχές είναι πολύ λίγες σε σχέση με τις αντίστοιχες ανάγκες των οροθετικών. Χρειάζεται ακόμα να γίνει μεγάλη προσπάθεια ώστε να δημιουργηθούν οι κατάλληλες προϋποθέσεις πάνω στις οποίες θα στηριχτεί μια συνολική και ενιαία αντιμετώπιση του προβλήματος του AIDS τόσο σε ιατρικό όσο και κοινωνικό επίπεδο. Χωρίς να στέκονται εμπόδια τα γρανάζια της γραφειοκρατίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ- ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ- ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθούν τα προβλήματα των οροθετικών ατόμων καθώς και οι τρόποι προσέγγισης τους όπως αυτά γίνονται αντιληπτά στις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης του Κ.Ε.Ε.Λ., καθώς και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι κοινωνικοί επιστήμονες που εργάζονται στις αντίστοιχες υπηρεσίες και κυρίως η διεπιστημονική συνεργασία τους.

1. Είναι κοινά αποδεκτό ότι τα οροθετικά άτομα λόγω της φύσης της ασθένειας τους αντιμετωπίζουν μια πληθώρα προβλημάτων. Καλύπτονται αυτά από τις είδη υπάρχουσες ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Λ.;

2. Η κοινωνική εργασία με άτομα σε περίοδο κρίσης, διαφοροποιείται κατά την εφαρμογή της σε σχέση με άλλες ομάδες. Συναντά ο επαγγελματίας και ειδικότερα ο κοινωνικός επιστήμονας στις ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Λ. δυσκολίες κατά την άσκηση του επαγγελματικού του ρόλου;

3. Είναι επιβεβλημένη η διεπιστημονική προσέγγιση των προβλημάτων των οροθετικών ατόμων; Κατά πόσο αυτή υφίσταται στις ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Λ., και πόσο βοηθητική είναι τόσο για τους οροθετικούς όσο και για τους εργαζόμενους με απώτερο σκοπό την βελτίωση της ποιότητας ζωής των πρώτων;

Για την σύνταξη του ερωτηματολογίου κρίθηκε αναγκαίο να διατυπωθούν ερωτήματα τα οποία και αποτελούσαν την δομή του ερωτηματολογίου της έρευνας.

Τα κυριότερα ερωτήματα ήταν:

1. Ποια τα συχνότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ένα HIV οροθετικό άτομο;

2. Ποιες είναι οι παροχές που προσφέρονται στους οροθετικούς από τις ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Λ.;

3. Ποιες είναι οι κυριότερες ειδικότητες επιστημόνων που στελεχώνουν τις ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Λ.;

4. Ποιες οι κυριότερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην προσπάθεια εκτέλεσης του έργου τους τα στελέχη ψυχοκοινωνικής στήριξης;

5. Κατά πόσο θεωρούν σημαντική την ύπαρξη της διεπιστημονικής συνεργασίας στην υπηρεσία τους;

6. Κατά πόσο η κοινωνική πολιτική στο χώρο της Ελλάδας βοηθά στην ομαλή διεξαγωγή του έργου τους;

7. Έχουν παρατηρηθεί σημάδια ψυχολογικής εξουθένωσης των εργαζομένων στις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης του Κ.Ε.Ε.Λ.; Και πως αντιμετωπίζονται;

2. Είδος Έρευνας

Στην εργασία αυτή χρησιμοποιήσαμε την διερευνητική μέθοδο έρευνας.

Ο βασικός σκοπός είναι η διερευνητική μελέτη των προβλημάτων των οροθετικών, όπως αυτά γίνονται αντιληπτά στις ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Λ. καθώς και η ιδιαιτερότητα εφαρμογής του έργου των επαγγελματιών σ' αυτές τις υπηρεσίες

«Στη διερευνητική έρευνα η βασική έμφαση δίνεται στην ανακάλυψη»(Παρασκευόπουλος, 1993) γεγονός που έχει άμεση σχέση με την επίτευξη των στόχων που θέσαμε στην έρευνα μας.

Η επιλογή των επαγγελματιών των ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών του Κ.Ε.Ε.Λ. ως τον πλέον αρμόδιο πληθυσμό για την πραγματοποίηση της έρευνας μας έγινε λαμβάνοντας υπόψη τις εξής παραμέτρους:

1. Η διεξαγωγή έρευνας σε οροθετικά άτομα έχει πρακτικές δυσκολίες, αφού υπάρχει το απόρρητο στα αρχεία των αντίστοιχων υπηρεσιών

και επιπλέον συναισθηματικές και κοινωνικές παραμέτρους που δεν μας επιτρέπει την άμεση επαφή με τα άτομα αυτά που ίσως βρίσκονται στην πιο δύσκολη περίοδο της ζωής τους.

2. Και επειδή το βασικό μέρος της έρευνας μας κινούταν γύρω από τους επαγγελματίες των ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών του Κ.Ε.Ε.Λ. και συγκεκριμένα στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και στη διεπιστημονική τους συνεργασία, θεωρούμε ότι είναι οι πλέον αρμόδιοι να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια μας, δίνοντας μας σαφή πληροφορίες. Επιπλέον είναι σε θέση να μας απαντήσουν για τα προβλήματα και τις ανάγκες των οροθετικών ατόμων, λόγω της εμπειρίας που έχουν αποκτήσει από την άμεση συνεργασία μαζί τους.

3. Ερευνώμενος πληθυσμός

Η έρευνα αποτελεί έναν τρόπο, μέσω του οποίου επιχειρούμε να ανακαλύψουμε την αλήθεια. Αυτή έχει οριστεί από τον Kerlinger ως η συστηματική, ελεγχόμενη, εμπειρική και κριτική διερεύνηση υποθετικών προτάσεων σχετικά με τις εικαζόμενες σχέσεις ανάμεσα σε φυσικά φαινόμενα. (L. Cohen-L. Manion, 1997, σελ.15)

Ένα ερώτημα που συχνά ταλανίζει τους αρχάριους ερευνητές είναι πόσο μεγάλα ακριβώς πρέπει να είναι τα δείγματά τους, προκειμένου να διεξάγουν μια ικανοποιητική έρευνα. Όπως είναι φυσικό δεν υπάρχει καμία σαφής απάντηση στο συγκεκριμένο ερώτημα, εφόσον το σωστό μέγεθος του δείγματος εξαρτάται από το στόχο της μελέτης και τη φύση του υπό διερεύνηση πληθυσμού. (Cohen-Manion, 1997, σελ.131)

Έτσι εμείς κρίναμε αναγκαίο λόγω τη φύσης του θέματος της ερευνάς μας και του γεγονότος ότι το μέγεθος του υπό διερεύνηση πληθυσμού είναι

περιορισμένο, να επιλέξουμε καθολική δειγματοληψία με απώτερο σκοπό να εξασφαλίσουμε τη μέγιστη εγκυρότητα και γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Ο πληθυσμός στον οποίο απευθυνθήκαμε για την υλοποίηση της ερευνάς μας είναι το επιστημονικό προσωπικό που στελεχώνει τις ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Λ. (προϊστάμενοι, εργαζόμενοι) συνολικός αριθμός 19 ατόμων.

4. Πλαίσιο

Τους επαγγελματίες των ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών του Κ.Ε.Ε.Λ., τους βρήκαμε στις καταστάσεις εργαζομένων, σε συνεργασία με τις γραμματείες των ανάλογων υπηρεσιών.

5. Απόφαση για την φύση των πληροφοριών

«Για να χρησιμοποιήσουμε κάποιο μέσο συλλογικής πληροφορίας θα πρέπει οι μετρήσεις να πληρούν ορισμένους όρους. Δύο από τους πιο σημαντικούς είναι η αξιοπιστία και η εγκυρότητα» (Παρασκευόπουλος, 1993, σελ.57)

Κατά την γνώμη μας, και σύμφωνα με τις ανάγκες της έρευνας, ο καλύτερος τρόπος συλλογής πληροφοριών ήταν η δομημένη συνέντευξη με τη μορφή ερωτηματολογίου, που έχει όμως και κάποιο διερευνητικό χαρακτήρα.

Στις συνεντεύξεις ουσιαστικά μέσω ερωτηματολογίου οι επαγγελματίες του Κ.Ε.Ε.Λ., προτρέπονται να απαντήσουν σε μια σειρά ερωτήσεων, όπου ο αριθμός, η σειρά και το περιεχόμενο, προκαθορίζονταν από το έντυπο ερωτηματολόγιο.

Τα ερωτηματολόγια τα στείλαμε σε φακέλους, μέσα στους οποίους είχαμε τοποθετήσει κάποιο έντυπο με τυχόν διευκρινήσεις, αλλά και τα τηλεφώνά μας εάν προκύψει κάτι διαφορετικό.

6. Απόφαση για τον τρόπο συλλογής των πληροφοριών.

Ως κύριο μέσο για την συλλογή πληροφοριών επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο με διερευνητική μορφή.

Η διαδικασία της επίδοσης και της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου απαιτούσε 35 λεπτά. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και συμπληρώθηκαν από τους επαγγελματίες των ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών του Κ.Ε.Ε.Λ. μέσα στο ωράριο εργασίας τους και έπειτα από άδεια των υπευθύνων με τους οποίους είχαμε έρθει σε επικοινωνία νωρίτερα και έδειξαν πρόθυμοι να μας εξυπηρετήσουν.

Οι επαγγελματίες έπρεπε να απαντήσουν σε ερωτήσεις αναγκαστικής επιλογής και σε ανοικτές ερωτήσεις. Θεωρήσαμε απαραίτητο να συμπεριλάβουμε στο ερωτηματολόγιο και κάποιο αριθμό ανοικτών ερωτήσεων.

Εξάλλου «Μολονότι η χρήση κλειστών ερωτήσεων έχει πρακτική αξία, διότι μπορούν να καταγραφούν και να ταξινομηθούν συντομότερα από ότι οι απεριόριστες απαντήσεις στις ανοικτές ερωτήσεις για λόγους σκοπιμότητας και πληρέστερης κάλυψης των ερευνόμενων θεμάτων κρίθηκε αναγκαία η εκτενέστερη χρήση ανοικτών ερωτήσεων. Επίσης συχνή υπήρξε η χρήση σύνθετων ερωτήσεων με περισσότερα του ενός θέματα-σκέλη, η οποία επίσης αποτελεί πρόβλημα στην ανάλυση αλλά πολλές φορές κρίνεται ως «αναγκαίο κακό» (Παρασκευόπουλος, 1993, σελ.107-109)

Κατά την κωδικοποίηση των ανοικτών ερωτήσεων, έγινε προσεκτική μελέτη και ομαδοποίηση τους σε όσο το δυνατόν περιορισμένο αριθμό κατηγοριών.

7. Τρόπος αντιμετώπισης των αποτυχιών

Κατά την διάρκεια της συλλογής των πληροφοριών δεν αντιμετωπίστηκαν ιδιαίτερες δυσκολίες. Οι περισσότεροι επαγγελματίες ήταν

πρόθυμοι να απαντήσουν στα ερωτήματα. Ενώ ένα μικρό ποσοστό δήλωσε άγνοια να απαντήσει σε κάποιες ερωτήσεις. Το θέμα-λόγω ότι είχε σχέση με το αντικείμενο εργασίας τους-κρίθηκε ιδιαίτερα ενδιαφέρον και το ερωτηματολόγιο σαφές και ολοκληρωμένο, με ουσιαστική προσέγγιση του θέματος. Παρόλα αυτά ο υπεύθυνος μιας υπηρεσίας αρνήθηκε να επιδώσουμε ερωτηματολόγια. Δεδομένου ότι οι επαγγελματίες που εργάζονται στην υπηρεσία είναι τρεις, δεν επηρεάζει κατά οποιοδήποτε τρόπο την έρευνα μας.

Όμως η ανταπόκριση των περισσότερων επαγγελματιών υπήρξε, ιδιαίτερα ενισχυτικός παράγοντας για τους ερευνητές.

8. Διοικητικά, Κόστος, Χρόνος

Η διατύπωση του σκοπού, η κατάρτιση του σχεδίου και η μέθοδος συλλογής πληροφοριών διήρκησε 6 μήνες.

Αρχικά πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία με τους υπεύθυνους των υπηρεσιών του Κ.Ε.Ε.Λ. στα μέσα Δεκεμβρίου 2002 και ενημέρωση για την έρευνα που επρόκειτο να πραγματοποιήσουμε στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας. Στα μέσα Ιανουαρίου του 2003 πραγματοποιήθηκε δεύτερη επικοινωνία, ώστε να έρθουμε σε άμεση επαφή με τους υπευθύνους, να γνωρίσουμε από κοντά όλες της υπηρεσίες και τον τρόπο που λειτουργούν, καθώς και για να δώσουμε για συμπλήρωση ένα ερωτηματολόγιο που είχαμε ετοιμάσει για τους υπευθύνους με σκοπό να βοηθηθούμε από τις απαντήσεις τους, ώστε να συμπεριλάβουμε όσο το δυνατόν περισσότερα και εύστοχα ερωτήματα στο τελικό ερωτηματολόγιο. Στις αρχές Απριλίου του 2003 επικοινωνήσαμε για τρίτη φορά με τους υπευθύνους για να τους ενημερώσουμε ότι πρόκειται να στείλουμε τα τελικά ερωτηματολόγια για συμπλήρωση.

Χρησιμοποιήθηκαν 19 ερωτηματολόγια για τα οποία αγοράστηκε γραφικό υλικό. Στο κόστος της έρευνας συμπεριλαμβάνεται εκτός από την

αγορά γραφικής ύλης και τα ερωτηματολόγια και τα έξοδα ταξιδιών στην Αθήνα για την διεξαγωγή της έρευνας. Η επεξεργασία των πληροφοριών έγινε με Η/Υ από τους ερευνητές.

Η ανάλυση αυτή έδωσε αριθμητικές μονάδες, για την κάθε ερώτηση που αφορούσαν την συχνότητα των απαντήσεων από τους επαγγελματίες, καθώς και τις εκατοστιαίες μονάδες που παρουσιάζουν τα ποσοστά που αντιστοιχούν σε κάθε ερώτηση. Για λόγους διευκόλυνσης των ερευνητών στην ανάλυση κρίθηκε αναγκαίο να στρογγυλοποιηθούν οι δεκαδικές μονάδες στα αποτελέσματα της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΑΝΑΛΥΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

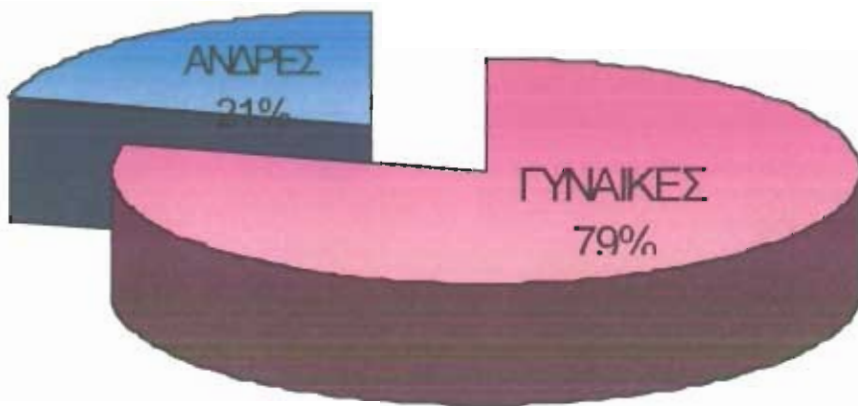
Στις επόμενες σελίδες ακολουθούν τα αποτελέσματα της έρευνας μας με την συνοδεία διαγραμμάτων.

ΕΡΩΤΗΣΗ 1

Φύλο

α. Άνδρας

β. Γυναίκα



Το δείγμα μας συνολικά αποτελείται από 19 επαγγελματίες, οι οποίοι εργάζονται σε τέσσερις υπηρεσίες του ΚΕΕΑ. Οι οποίες είναι ο Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής στήριξης, ο Συμβουλευτικός Σταθμός, η Τηλεφωνική Γραμμή και η Τηλεφωνική Γραμμή και ο Συμβουλευτικός Σταθμός Θεσσαλονίκης. Από αυτούς τους επαγγελματίες οι 15 είναι γυναίκες δηλαδή το 79% του δείγματος, ενώ οι άνδρες μόλις τέσσερις δηλαδή το 21% του δείγματος. Παρατηρούμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων σ' αυτές τις υπηρεσίες είναι γυναίκες λόγω της μεγαλύτερης αναλογίας έναντι των ανδρών που υπάρχει γενικότερα στα ψυχοκοινωνικά επαγγέλματα. Αυτό μπορεί να βασίζεται στην προκατάληψη που υπάρχει ακόμα και σήμερα, για επαγγέλματα που ταιριάζουν περισσότερο στην γυναικεία φύση όπως παιδαγωγοί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί κ.τ.λ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 2

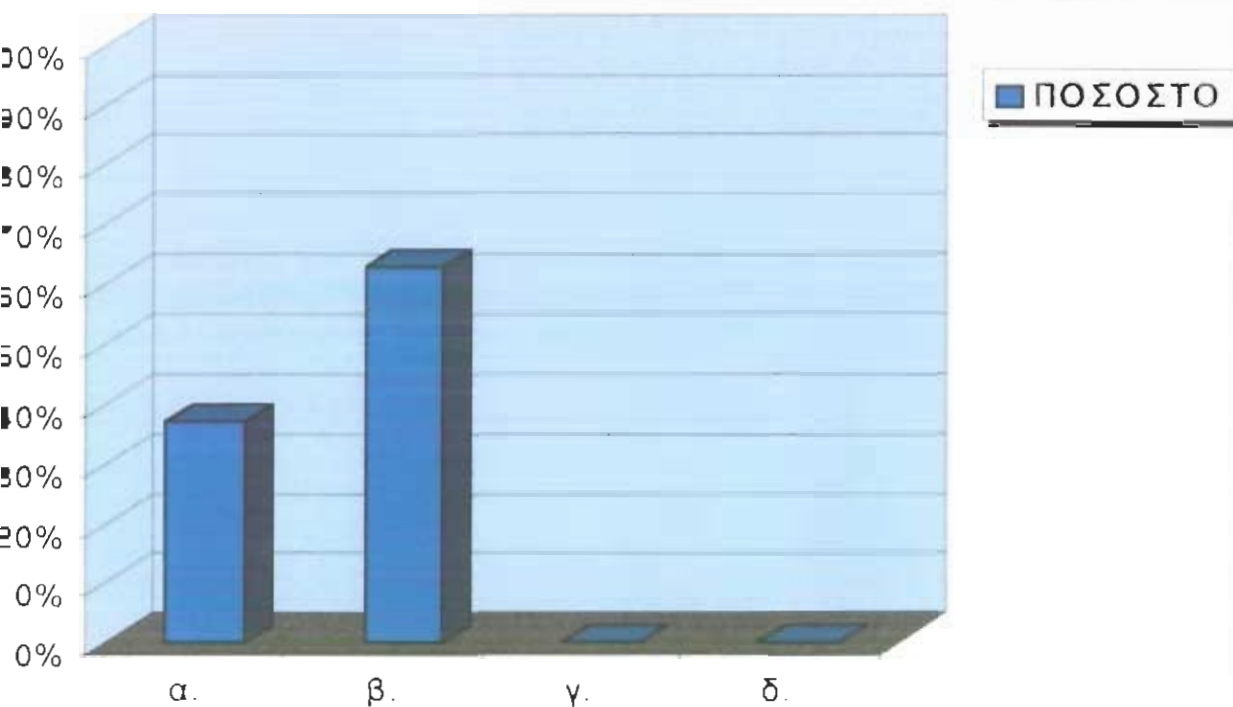
Ποια είναι η ηλικία σας;

α. Από 25-35

β. Από 36-45

γ. Από 46-55

δ. Από 56 και άνω



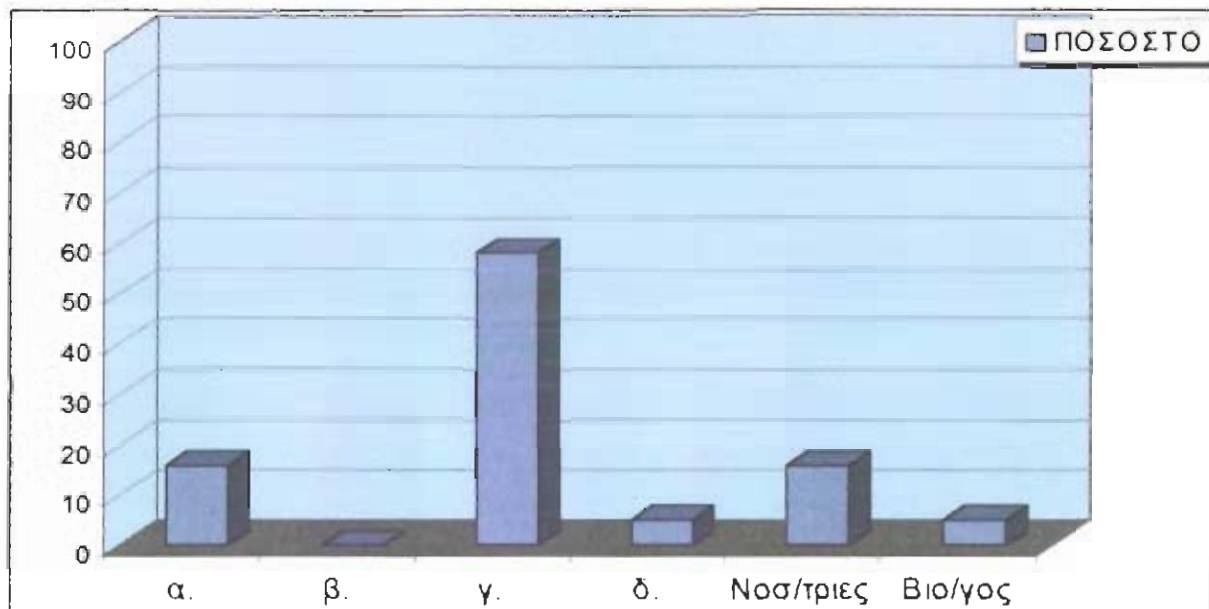
Σ' αυτήν την ερώτηση παρατηρούμε ότι το 37% του δείγματος δηλαδή οι 7 επαγγελματίες είναι μεταξύ 25-35 χρόνων. Και το 63% από 36-45 χρόνων. Εύκολα οπότε φτάνουμε στο συμπέρασμα ότι το επαγγελματικό προσωπικό αποτελείται από σχετικά νεαρής ηλικίας άτομα. Πράγμα που δείχνει ότι ίσως υπάρχει μεγαλύτερη επιθυμία για εργασία. Επιπλέον είναι αξιοσημείωτο να τονίσουμε ότι τα στατιστικά στοιχεία παγκοσμίως αναφέρουν ότι ως επί το πλείστον άτομα των ίδιων ηλικιακών ομάδων πλήττονται από τον HIV στοιχείο που δείχνει ότι ίσως το προσωπικό των υπηρεσιών μπορεί να κατανοήσει και να ανταποκριθεί καλύτερα στις ανάγκες των οροθετικών λόγω αυτού του κοινού χαρακτηριστικού.

ΕΡΩΤΗΣΗ 3

Ποια είναι η ειδικότητά σας,
α. Κοινωνικός/η Λειτουργός
δ. Ψυχίατρος

β. Κοινωνιολόγος
ε. Κάτι άλλο

γ. Ψυχολόγος



Σ' αυτή την ερώτηση παρατηρούμε ότι το επαγγελματικό δυναμικό των ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών του ΚΕΕΛ απαρτίζεται κυρίως από ψυχολόγους με ποσοστό 58% (11 ψυχολόγοι) ακολουθούν οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι νοσηλεύτριες με ποσοστό 16% (3 επαγγελματίες ανά ειδικότητα) και τέλος από ένα ψυχίατρο και ένα βιολόγο. Οι ψυχολόγοι δηλαδή υπερτερούν σε μεγάλο βαθμό από τους υπόλοιπους ψυχοκοινωνικούς επιστήμονες (Ψυχίατρος, Κοινωνικός Λειτουργός). Σύμφωνα με αυτά τα αποτελέσματα παρατηρούμε ότι από κάποια /ες υπηρεσίες απουσιάζουν οι ειδικότητες του Κοινωνικού Λειτουργού και του Ψυχιάτρου πράγμα που λογικά θα δημιουργεί προβλήματα, αφού το σύνδρομο του AIDS δεν περιορίζεται μόνο σε σωματικά συμπτώματα, αλλά αντίθετα πλήττει τον οροθετικό τόσο σε συναισθηματικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Επομένως ο οροθετικός έχει ανάγκη από μία διεπιστημονική προσέγγιση και αντιμετώπιση των αναγκών του, που λόγω της έλλειψης των παραπάνω ειδικοτήτων δεν μπορούμε να γνωρίζουμε κατά πόσο μπορεί να επιτευχθεί στις εν λόγω υπηρεσίες.

ΕΡΩΤΗΣΗ 4

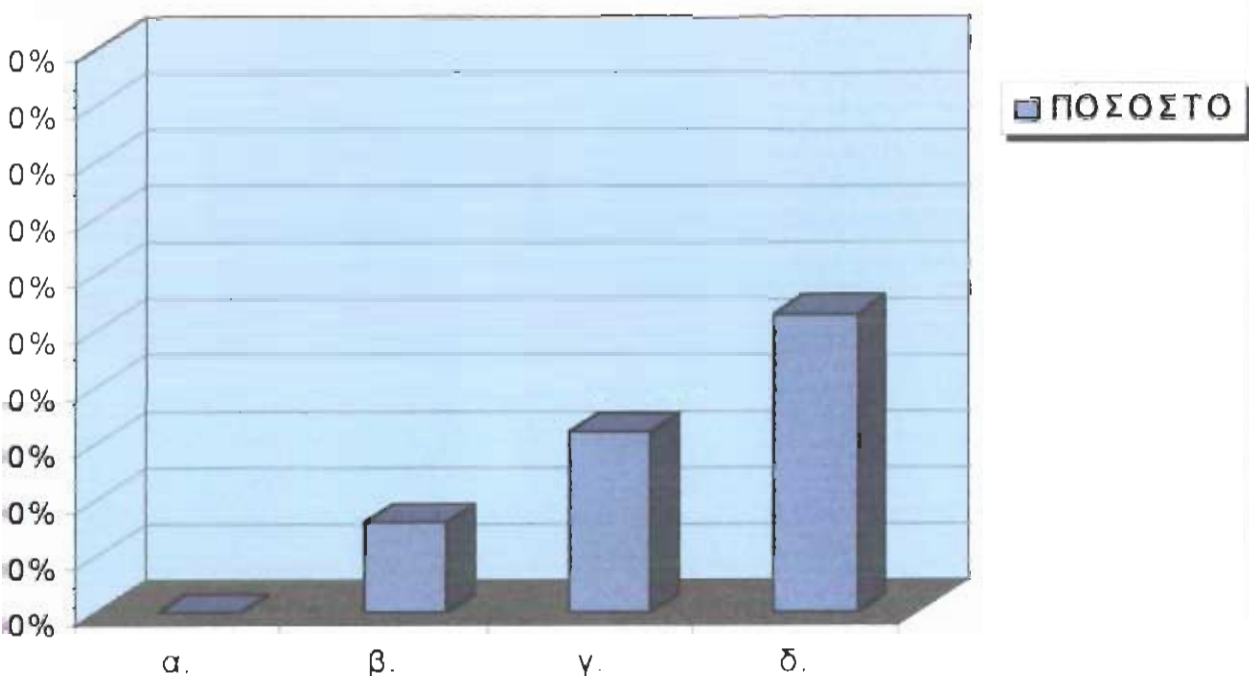
Ποιο είναι το χρονικό διάστημα εργασίας σας στην υπηρεσία ;

α. 0-2 έτη

β. 3-5 έτη

γ. 6-9 έτη

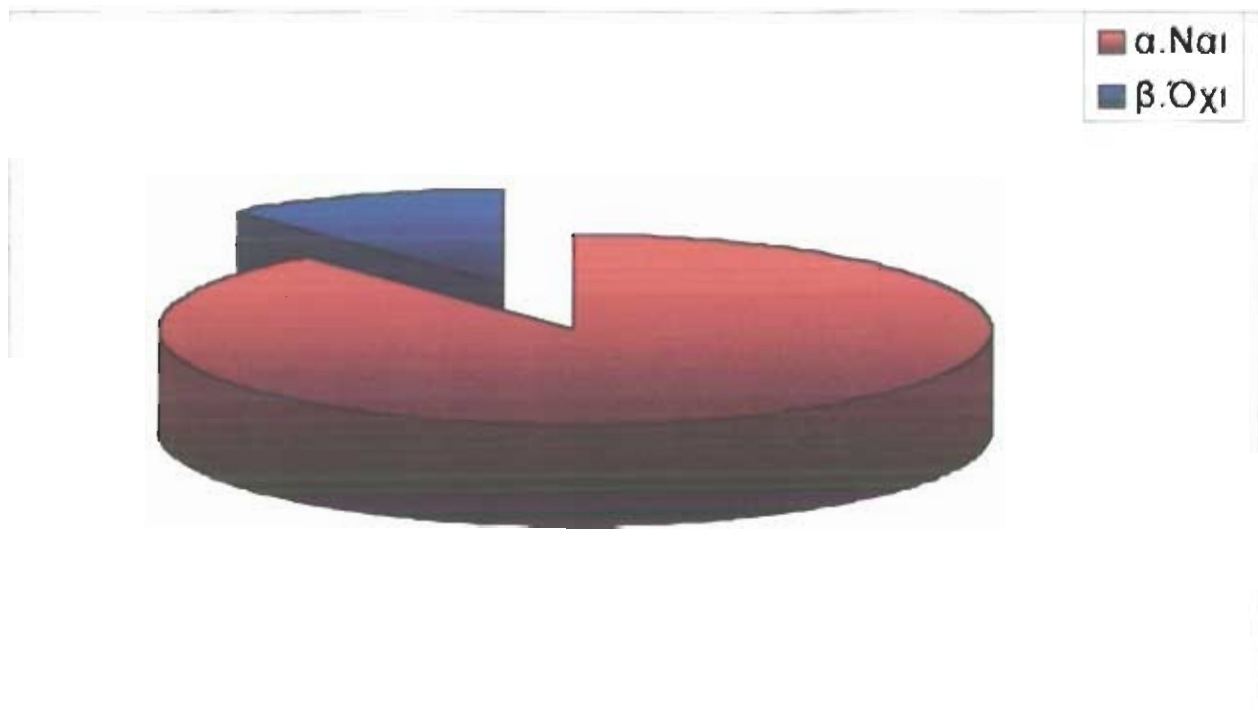
δ. πάνω από 10



Σ' αυτήν την ερώτηση παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες εργάζονται στις αντίστοιχες υπηρεσίες από την ίδρυση τους, αφού το 53% του δείγματος (10 επαγγελματίες) δηλώνουν ότι εργάζονται σ' αυτές πάνω από 10 χρόνια. Ακολουθεί το 32% (6 επαγγελματίες) που δηλώνει ότι εργάζεται από 6-9 έτη και τέλος το 16% που εργάζεται από 3-5 έτη. Αυτό που εύκολα μπορεί να συμπεράνει κανείς είναι ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες έχουν αποκτήσει πλέον μεγάλη εμπειρία σε θέματα που αφορούν το AIDS.

ΕΡΩΤΗΣΗ 5^Α

Έχετε εργαστεί σε κάποια άλλη υπηρεσία;
α. Ναι β. Όχι



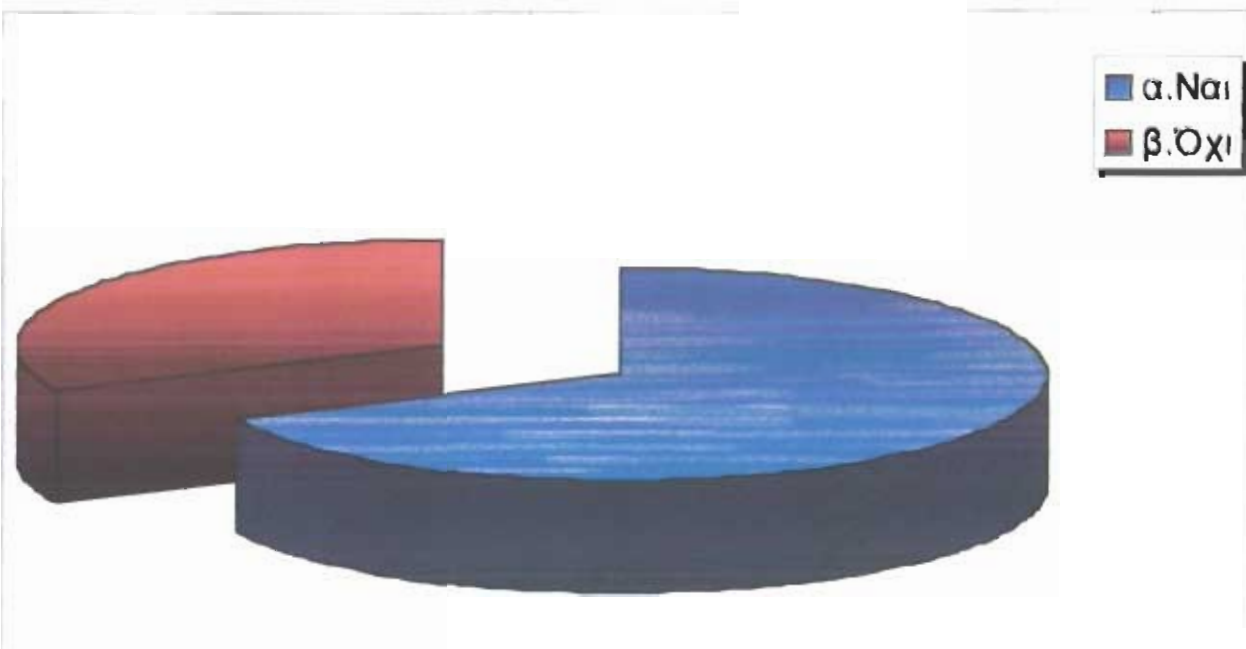
Σ' αυτήν την ερώτηση παρατηρούμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 89% (17 επαγγελματίες) προσελήφθησαν έχοντας προϋπηρεσία ενώ μόλις το 10% (2 επαγγελματίες) δεν είχαν ξανά εργασθεί στο παρελθόν.

ΕΡΩΤΗΣΗ 5B

Εάν ναι, με παρόμοιο αντικείμενο εργασίας;

α. Ναι

β. Όχι



Σ' αυτήν την ερώτηση παρατηρούμε ότι το 68% του δείγματος (13 επαγγελματίες) είχε εργαστεί στο παρελθόν σε παρόμοιο εργασιακό χώρο, σε αντίθεση με το 32% (6 επαγγελματίες) που δεν είχε συναφή εργασιακή εμπειρία.

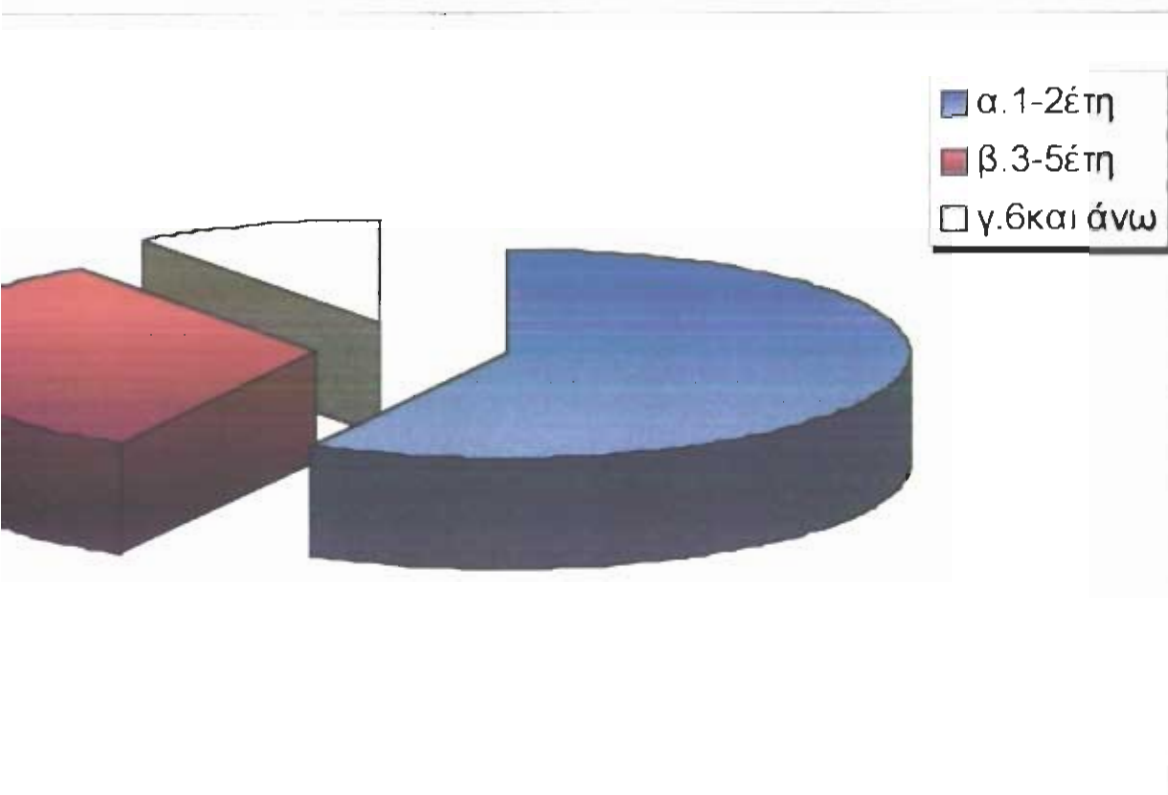
ΕΡΩΤΗΣΗ 5Γ

5Γ. Για πόσο χρονικό διάστημα;

α. 1-2 έτη

β. 3-5 έτη

γ. 6 και άνω



Στην συγκεκριμένη ερώτηση παρατηρούμε ότι το 58% του δείγματος (11 επαγγελματίες) είχαν προϋπηρεσία 1-2 έτη, το 32% (6 επαγγελματίες) 3-5 έτη και ακολουθεί το 10% (2 επαγγελματίες) με προϋπηρεσία πάνω από 6 χρόνια. Σ' αυτό το σημείο αξίζει να αναφέρουμε ότι παρατηρούμε ανακολουθία με τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση 5^Α, όπου φάνηκε ότι μόνο οι 17 είχαν προϋπηρεσία ενώ εδώ εμφανίζεται ότι έχουν όλοι.

ΕΡΩΤΗΣΗ 6

6. Ποιες οι δραστηριότητες και τα προγράμματα που υλοποιούνται από την υπηρεσία σας;

α. Ψυχολογική στήριξη

β. Κοινωνική – Προνοιακή στήριξη

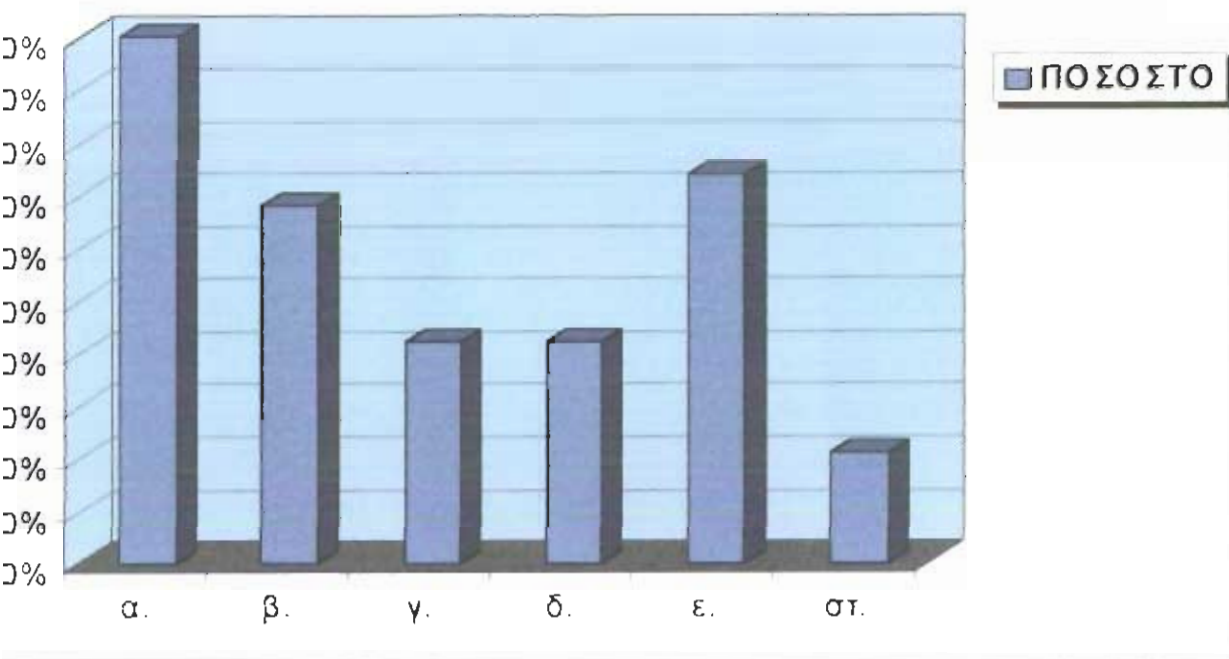
γ. Οικονομική στήριξη

δ. Φιλοξενία ή / και Νοσηλεία

ε. Παραπομπές σε άλλες υπηρεσίες

στ. Εύρεση ασύλου

ζ. Κάτι άλλο προσδιορίστε



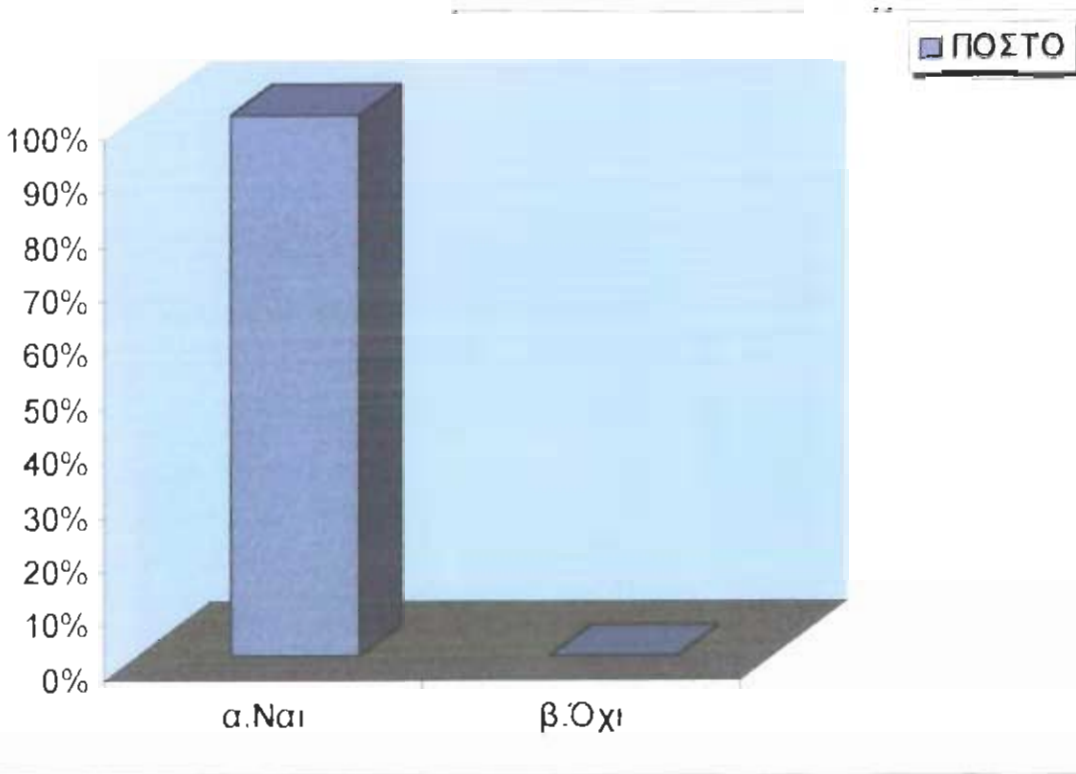
Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

Παρατηρούμε ότι το 100% του δείγματος, δηλαδή και 19 επαγγελματίες υποστηρίζουν ότι οι υπηρεσίες τους προσφέρουν ψυχολογική στήριξη.

Στη συνέχεια ακολουθεί το 74% (14 επαγγελματίες) που μιλούν και για παραπομπές σε άλλες υπηρεσίες, όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο. Ακολουθεί το 68% (13 επαγγελματίες) που αναφέρουν ότι προσφέρεται και κοινωνική-Προνοιακή στήριξη, το 42% (8 επαγγελματίες) που υποστηρίζουν ότι προσφέρεται και οικονομική στήριξη καθώς και φιλοξενία ή/και νοσηλεία. Και τέλος το 21% (4 επαγγελματίες) που αναφέρουν ως παροχή και την εύρεση ασύλου.

ΕΡΩΤΗΣΗ 7Α

Υπάρχει εργασιακός κανονισμός στην υπηρεσία σας;
α. Ναι β. Όχι



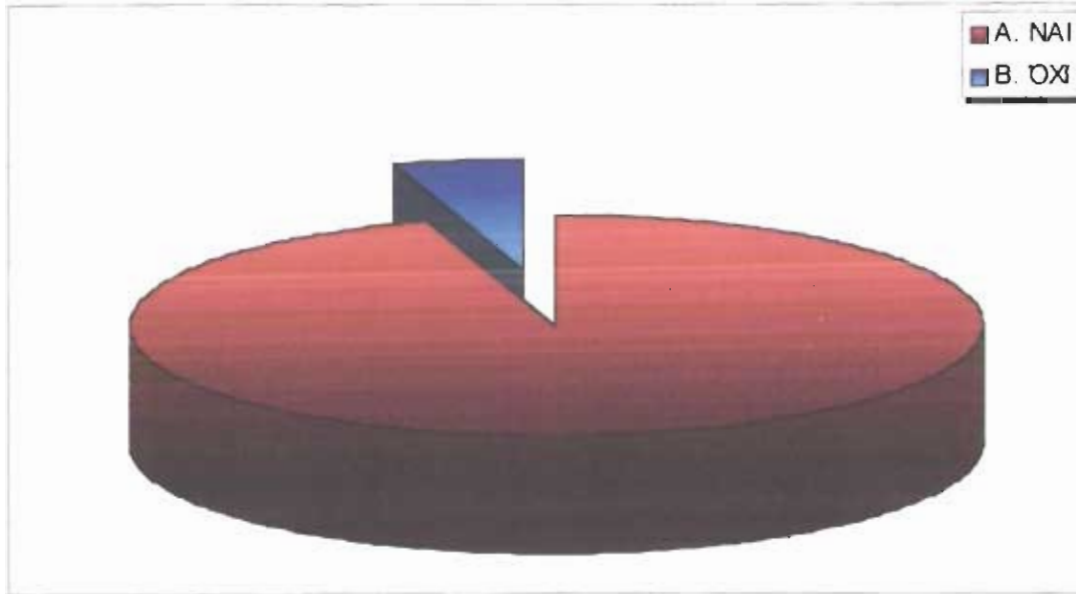
Μέσα από την ανάλυση αυτής της ερώτησης, παρατηρείται ότι υπάρχει εργασιακός εσωτερικός κανονισμός σε όλες τις υπηρεσίες, λόγω του ότι όλοι απάντησαν θετικά.

ΕΡΩΤΗΣΗ 7B

7B. Κατανέμονται τα καθήκοντα αντίστοιχα με την ειδικότητα του κάθε εργαζόμενου;

α. Ναι

β. Όχι



Παρατηρούμε ότι ο εργασιακός κανονισμός τηρείται αφού το 95% του δείγματος (18 στελέχη) υποστηρίζουν ότι τα καθήκοντα κατανέμονται αντίστοιχα σε κάθε ειδικότητα. Ενώ μόλις το 5% (1 στέλεχος) όπως φαίνεται από το διάγραμμα έχει αντίθετη γνώμη.

ΕΡΩΤΗΣΗ 8Α-8Β

8Α. Υπάρχει σύλλογος εργαζομένων;

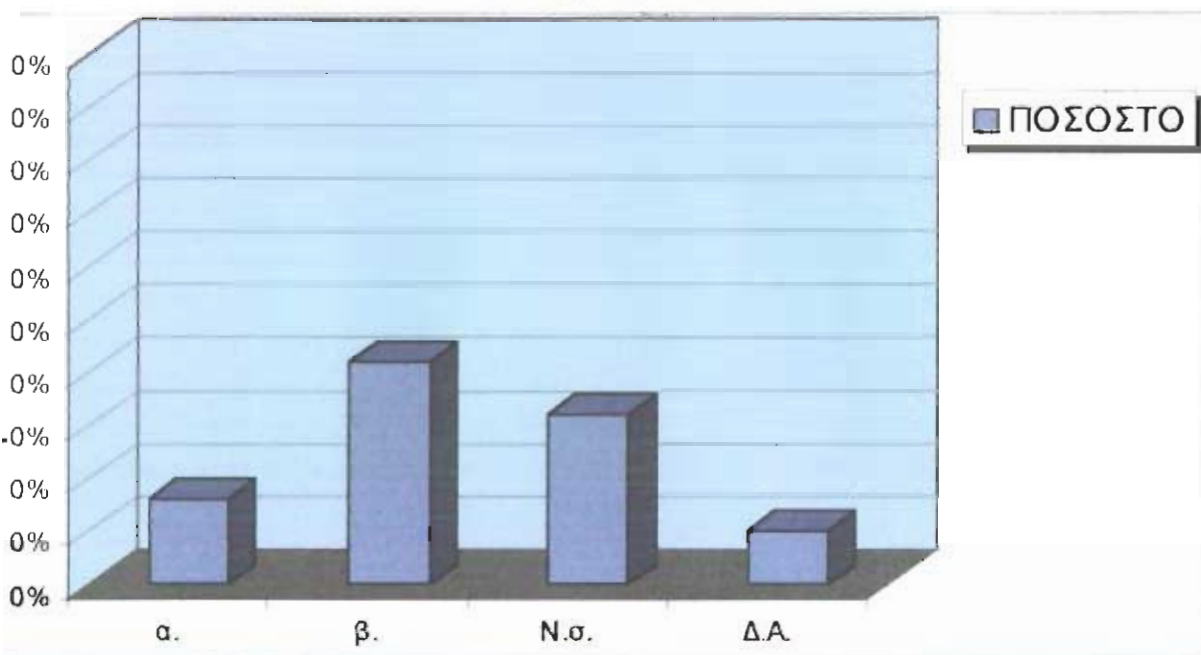
α. Ναι

β. Όχι

8Β. Αν ναι, λειτουργεί αποτελεσματικά ως προς τα συμφέροντα των εργαζομένων;

α. Ναι

β. Όχι



Στις ερωτήσεις 8Α και 8Β παρατηρούμε ότι υπάρχει σύλλογος εργαζομένων όπως επίσης παρατηρούμε ότι το 42% του δείγματος (8 επαγγελματίες) υποστηρίζουν ότι ο σύλλογος λειτουργεί αναποτελεσματικά ως προς τα συμφέροντα των εργαζομένων. Ακολουθεί όμως το 32% (6 επαγγελματίες) τα οποία αναφέρουν ότι δεν μπορούν να εκφράσουν ακόμα γνώμη για την αποτελεσματικότητα ή όχι του συλλόγου, λόγω του ότι είναι νεοσύστατος (Ν.σ.), γεγονός που μας παραπέμπει να σκεφτούμε ότι ίσως η δυσαρέσκεια των προηγούμενων να οφείλεται σ' αυτόν τον λόγο. Στην συνέχεια έχουμε το 16% (3 επαγγελματίες) που είναι θετικοί απέναντι στη δράση του συλλόγου. Ενώ το 11% (2 επαγγελματίες) δεν εξέφρασαν άποψη.

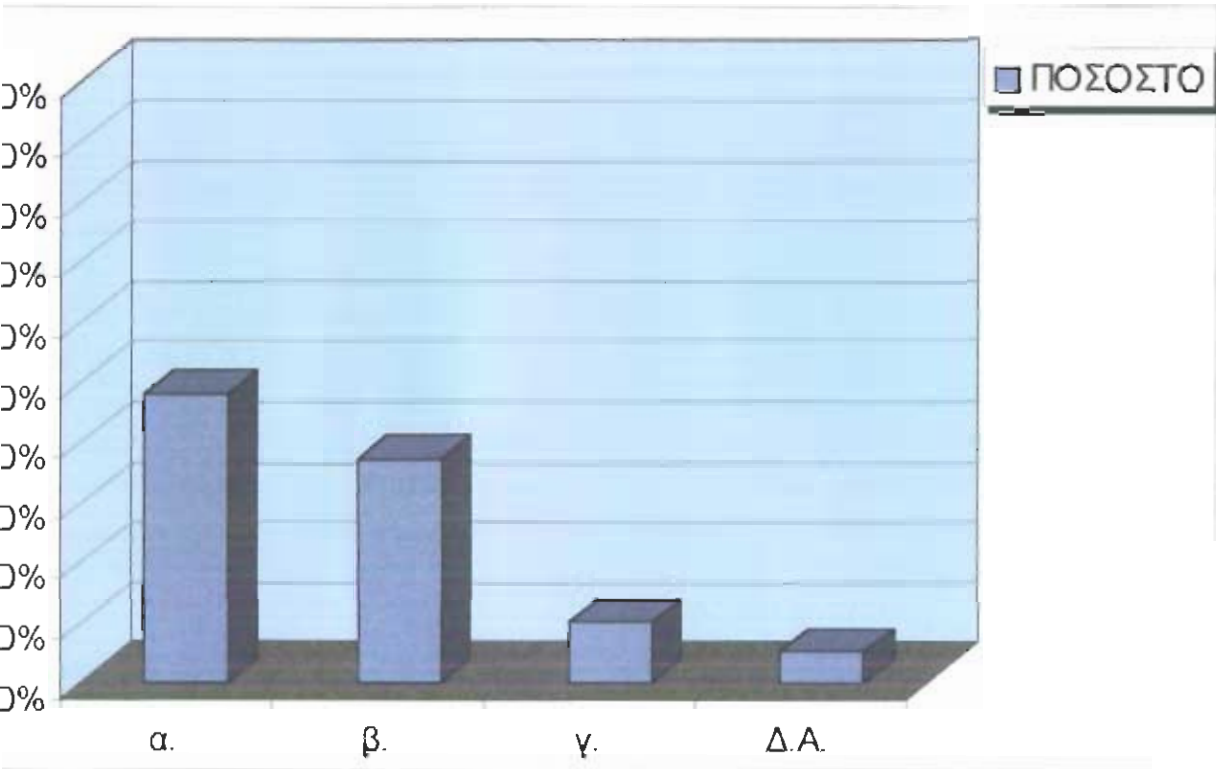
ΕΡΩΤΗΣΗ 9

Ποιο το ωράριο εργασίας των στελεχών ψυχοκοινωνικής στήριξης στην υπηρεσία σας;

α. Μόνο πρωί

β. Από το πρωί μέχρι το βράδυ

γ. Όλο το 24ωρο



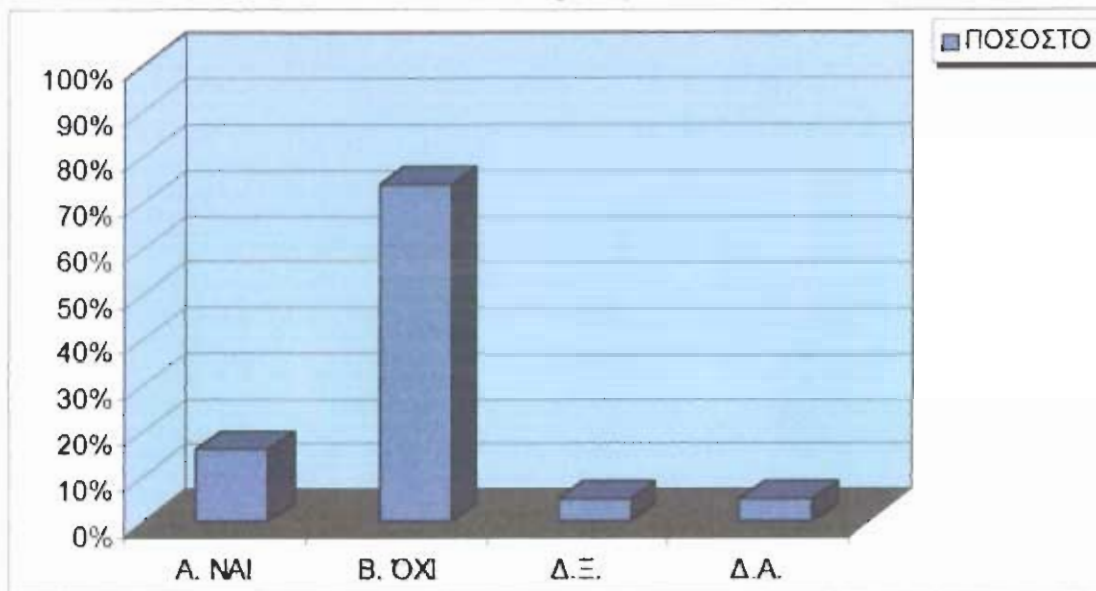
Σ' αυτήν την ερώτηση διαπιστώνουμε ότι το 47% του δείγματος (9 στελέχη) απάντησαν ότι εργάζονται μόνο πρωί. Το 37% (7 στελέχη) απάντησαν ότι οι βάρδιες των ψυχοκοινωνικών επιστημόνων είναι από το πρωί μέχρι το βράδυ. Ενώ μόλις το 11% (2 στελέχη) απάντησαν όλο το 24ωρο. Από αυτήν την ερώτηση παρατηρείται ότι η κάθε υπηρεσία έχει διαμορφώσει το ωράριο εργασίας των επαγγελματιών ανάλογα με τις ανάγκες των οροθετικών που καλείται να αντιμετωπίσει.

ΕΡΩΤΗΣΗ 10Α

Πιστεύετε ότι ο αριθμός κοινωνικών επιστημόνων που υπάρχει στην υπηρεσία σας επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών των οροθετικών ατόμων που παρακολουθείτε;

α. Ναι

β. Όχι



Διαπιστώνουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 74% (14 στελέχη) υποστηρίζει ότι ο αριθμός των κοινωνικών επιστημόνων που εργάζονται στις αντίστοιχες υπηρεσίες δεν επαρκεί. Μόλις το 16% (3 στελέχη) υποστηρίζει ότι επαρκεί. Ενώ το 5% (1 στέλεχος) απάντησε ότι δεν ξέρει όπως επίσης και (1) ένας ακόμα δεν απάντησε σε αυτήν την ερώτηση. Καταλήγουμε λοιπόν στο γεγονός ότι υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις προσωπικού στις υπηρεσίες αυτές, σύμφωνα πάντα με τους εργαζόμενους.

ΕΡΩΤΗΣΗ 10B

Εάν όχι, μπορείτε να αναφέρετε σε ποια /ες ειδικότητες υπάρχει έλλειψη;

α. Ψυχολόγοι

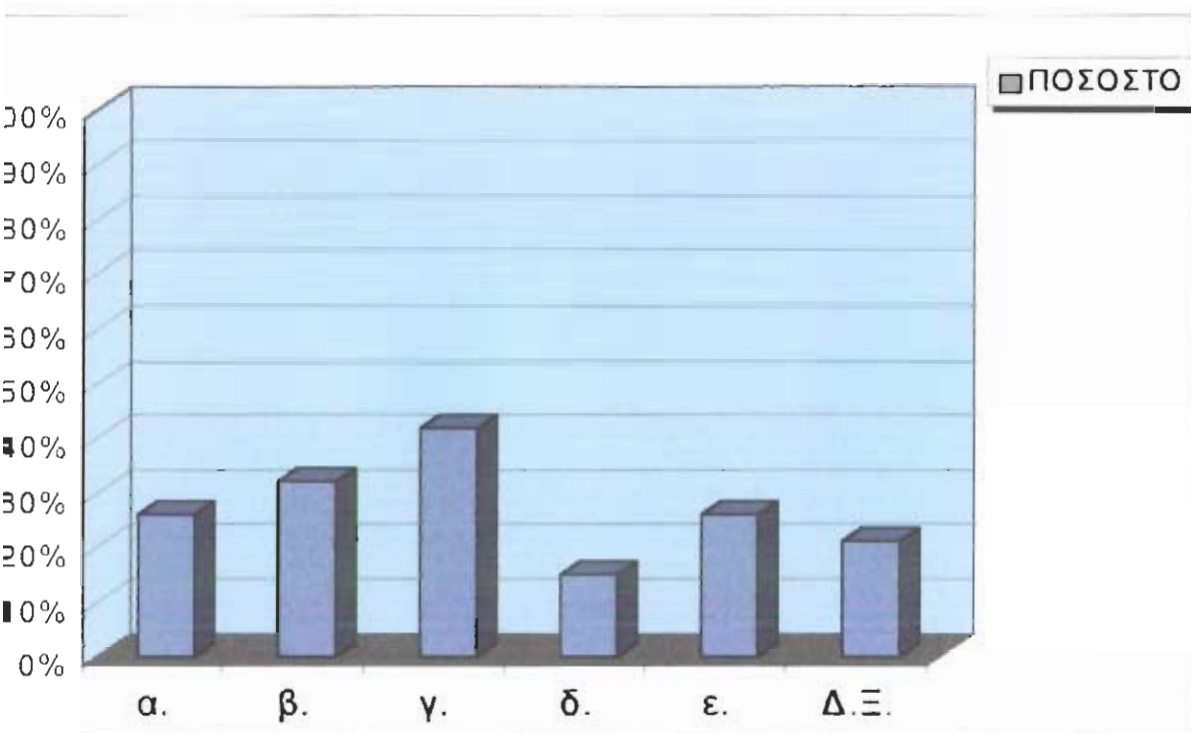
β. Ψυχίατροι

γ. Κοινωνικοί Λειτουργοί

δ. Κοινωνιολόγοι

ε. Νοσηλευτές

Άλλη ειδικότητα, προσδιορίστε



Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

Από αυτήν την ερώτηση διαπιστώνουμε ότι μεγαλύτερη έλλειψη υπάρχει στην ειδικότητα Κοινωνικών Λειτουργών αφού το 42% του δείγματος (8 στελέχη) το δηλώνουν. Ακολουθεί η ειδικότητα των Ψυχιάτρων με ποσοστό 32% των ερωτηθέντων (6 στελέχη). Στη συνέχεια ελλείψεις παρουσιάζονται στις ειδικότητες των ψυχολόγων, νοσηλευτών, εργασιοθεραπευτών με ποσοστό 26% (5 στελέχη). Τέσσερα (4) στελέχη ποσοστό 21% εξέφρασαν την ανάγκη για στατιστικό, τρία στελέχη 26% για κοινωνιολόγο και προσωπικό ασφαλείας. Ενώ ένα στέλεχος μίλησε για έλλειψη καθαρίστριας και χειριστή Η/Υ, που θεωρούν ότι είναι απαραίτητοι στις υπηρεσίες.

ΕΡΩΤΗΣΗ 11

Ποιες επιπλέον υπηρεσίες πιστεύετε ότι χρειάζεται να λειτουργήσουν στο πλαίσιο των ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών του Κ.Ε.Ε.Λ.;

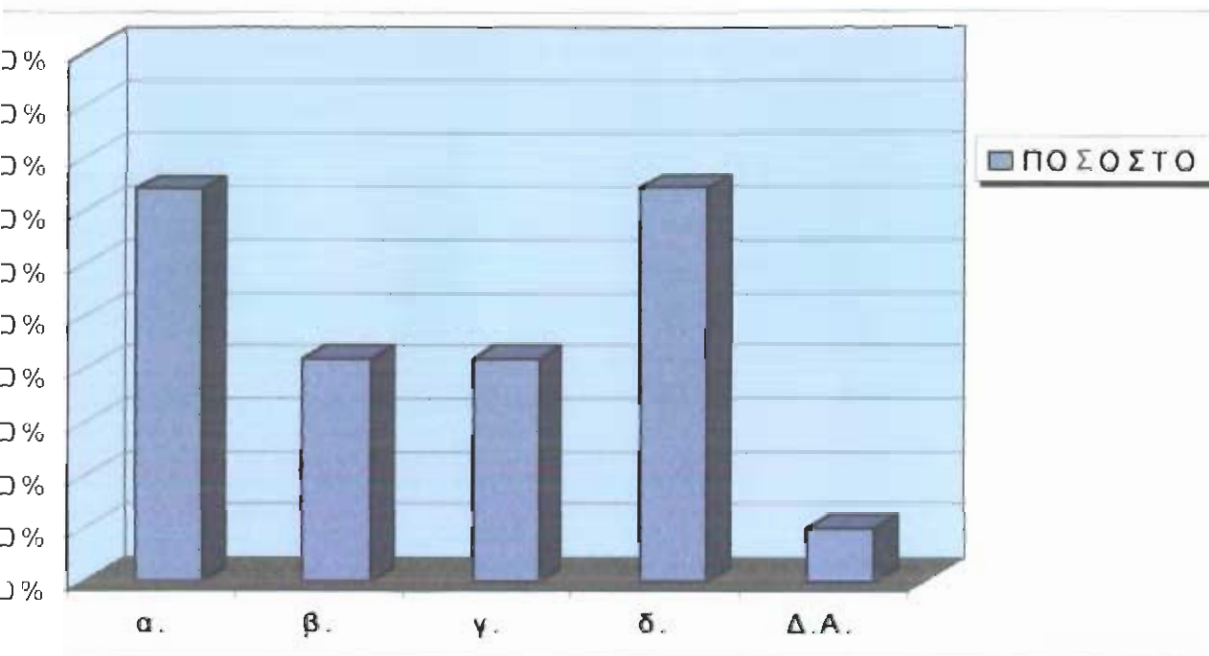
α. Γραφείο για επαγγελματική αποκατάσταση οροθετικών ατόμων

β. Πρόγραμμα ενημέρωσης στο δρόμο

γ. Τηλεφωνική γραμμή για εκδιδόμενους άνδρες

δ. Προστατευόμενα διαμερίσματα

ε. Κάτι άλλο, προσδιορίστε



Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

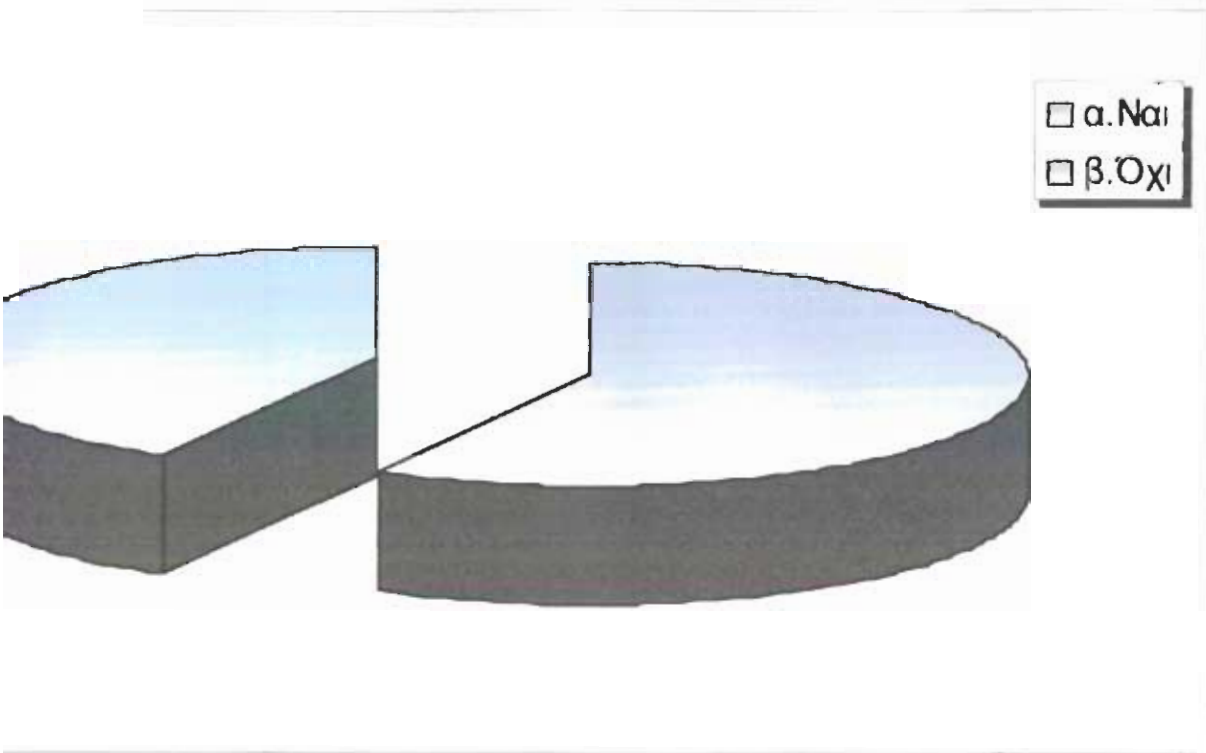
Σ' αυτήν την ερώτηση παρατηρούμε ότι το 74% του δείγματος (14 επαγγελματίες) εξέφρασαν την επιθυμία να λειτουργήσει Γραφείο για επαγγελματική αποκατάσταση οροθετικών ατόμων καθώς και προστατευόμενα διαμερίσματα. Το 42% (8 επαγγελματίες) επεσήμαναν ότι καλό θα ήταν να λειτουργήσει κάποιο πρόγραμμα ενημέρωσης στο δρόμο καθώς και τηλεφωνική γραμμή για εκδιδόμενους άνδρες. Παράλληλα αναφέρθηκε και η ανάγκη για πανελλήνια ενημέρωση στα σχολεία καθώς και η ίδρυση εξειδικευμένης υπηρεσίας πρόληψης. Ένας επαγγελματίας δεν εξέφρασε γνώμη απαντώντας ότι δεν ξέρει ενώ επίσης 2 δεν απάντησαν.

ΕΡΩΤΗΣΗ 12Α

Πριν την πρόσληψη σας στην συγκεκριμένη υπηρεσία του Κ.Ε.Ε.Λ. είχατε καταρτιστεί σε θέματα που αφορούν το AIDS;

α. Ναι

β. Όχι



Σ' αυτήν την ερώτηση παρατηρούμε ότι το 58% του δείγματος (11 επαγγελματίες) είχαν καταρτιστεί σε θέματα που αφορούν το AIDS πριν την πρόσληψη τους, ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν καλύτερα στις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις. Ενώ το 42% (8 επαγγελματίες) δεν είχαν την ανάλογη κατάρτιση. Δυστυχώς διαπιστώνουμε ότι δεν υπήρχε η κατάλληλη κατάρτιση σε όλο το προσωπικό.

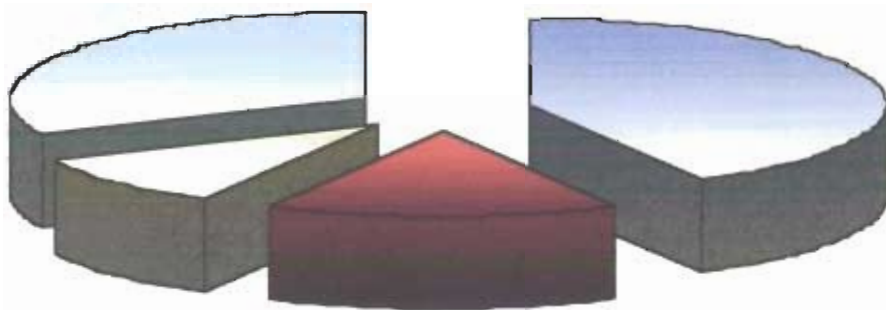
ΕΡΩΤΗΣΗ 12B

Θεωρείτε ότι η κατάρτιση αυτή ήταν κατάλληλη;

α. Ναι

β. Όχι

γ. Ίσως



- α. Ναι
- β. Όχι
- γ. Ίσως
- Δ. Ξ.

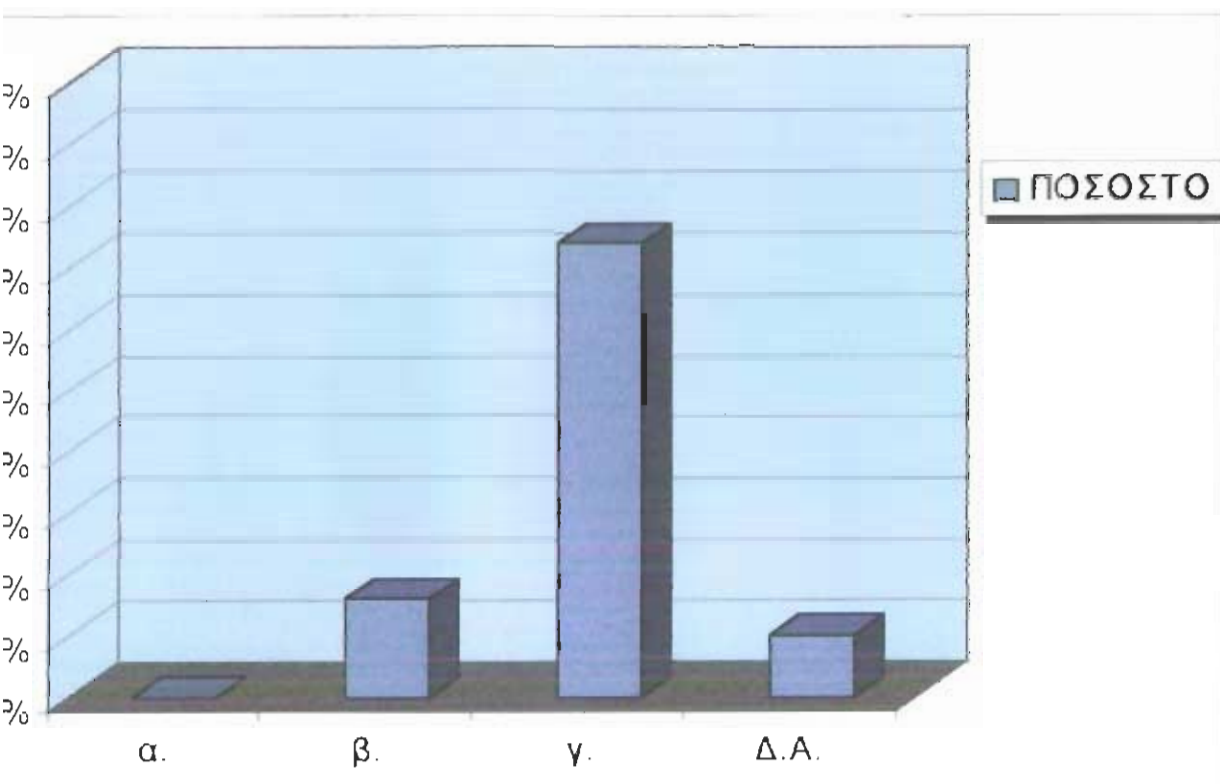
Ικανοποιημένοι από την καταλληλότητα της κατάρτισης τους παρουσιάζεται το 42% (8 επαγγελματίες). Αντίθετα δυσαρεστημένο δηλώνει το 16% (3 επαγγελματίες). Ενώ το 10% (2 επαγγελματίες) δεν είναι βέβαιοι απαντώντας «ίσως».

Παρατηρούμε όμως ότι υπάρχει ανακολουθία με τις απαντήσεις της προηγούμενης ερώτησης, αφού 11 επαγγελματίες είχαν απαντήσει ότι είχαν καταρτιστεί και στην προκειμένη παρουσιάζονται 13.

ΕΡΩΤΗΣΗ 12Γ

Ποίο το χρονικό διάστημα κατάρτισης σας;

- α. Μια εβδομάδα
- β. 15μέρες έως 1 μήνα
- γ. Πάνω από ένα μήνα



Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

Το 74% του δείγματος (14 επαγγελματίες) απάντησε ότι το χρονικό διάστημα κατάρτισης του ήταν πάνω από ένα μήνα. Ενώ το 16% (3 επαγγελματίες) 15ημέρες-1μήνα.

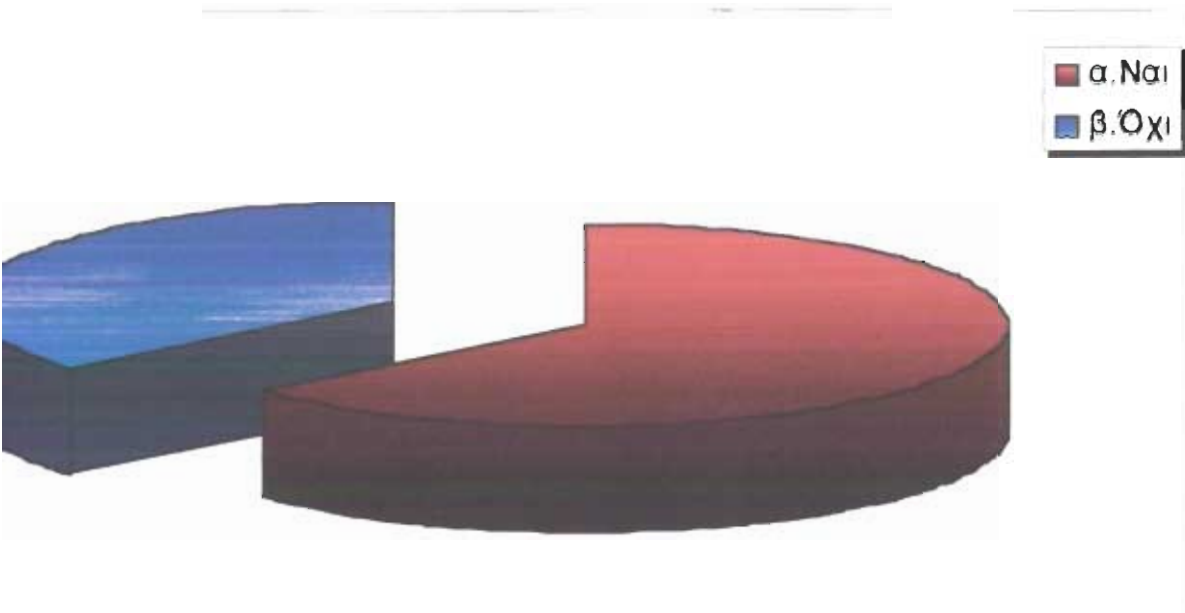
Παρουσιάζεται και εδώ ανακολουθία με τις απαντήσεις των προηγούμενων ερωτήσεων.

ΕΡΩΤΗΣΗ 13Α

Σας παρέχονται από τον οργανισμό επιμορφωτικά σεμινάρια;

α. Ναι

β. Όχι



Στην συγκεκριμένη ερώτηση παρατηρούμε ότι το 63% του δείγματος (12 επαγγελματίες) υποστηρίζει ότι το ΚΕΕΑ του παρέχει επιμορφωτικά σεμινάρια. Ενώ αντίθετα το 37% (7 επαγγελματίες) υποστηρίζει ότι δεν του παρέχεται αυτή η δυνατότητα.

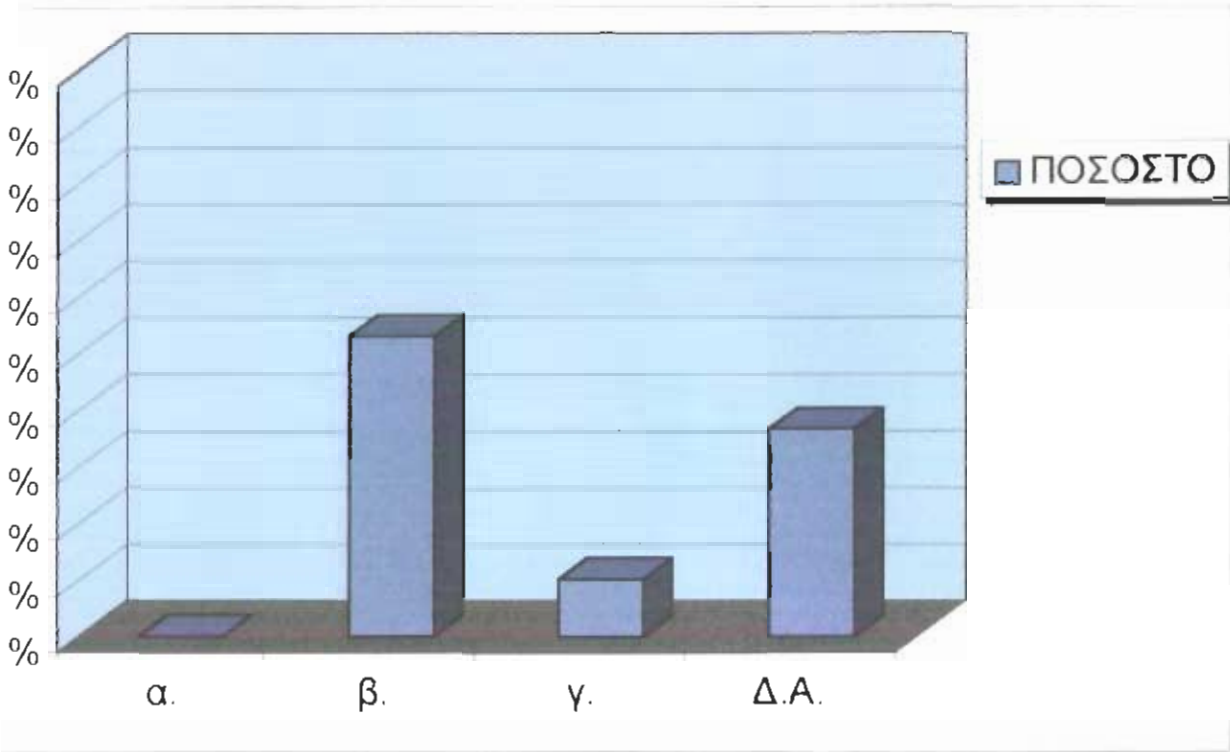
ΕΡΩΤΗΣΗ 13B

Αν ναι, πόσο συχνά;

α. Κάθε 6 μήνες

β. Κάθε χρόνο

γ. Κάθε 3 χρόνια ή πιο σπάνια



Από αυτούς που απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση το 53% (10 επαγγελματίες) υποστηρίζουν ότι παρακολουθούν επιμορφωτικά σεμινάρια κάθε χρόνο, ενώ το 11% (2 επαγγελματίες) κάθε 3 χρόνια ή πιο σπάνια.

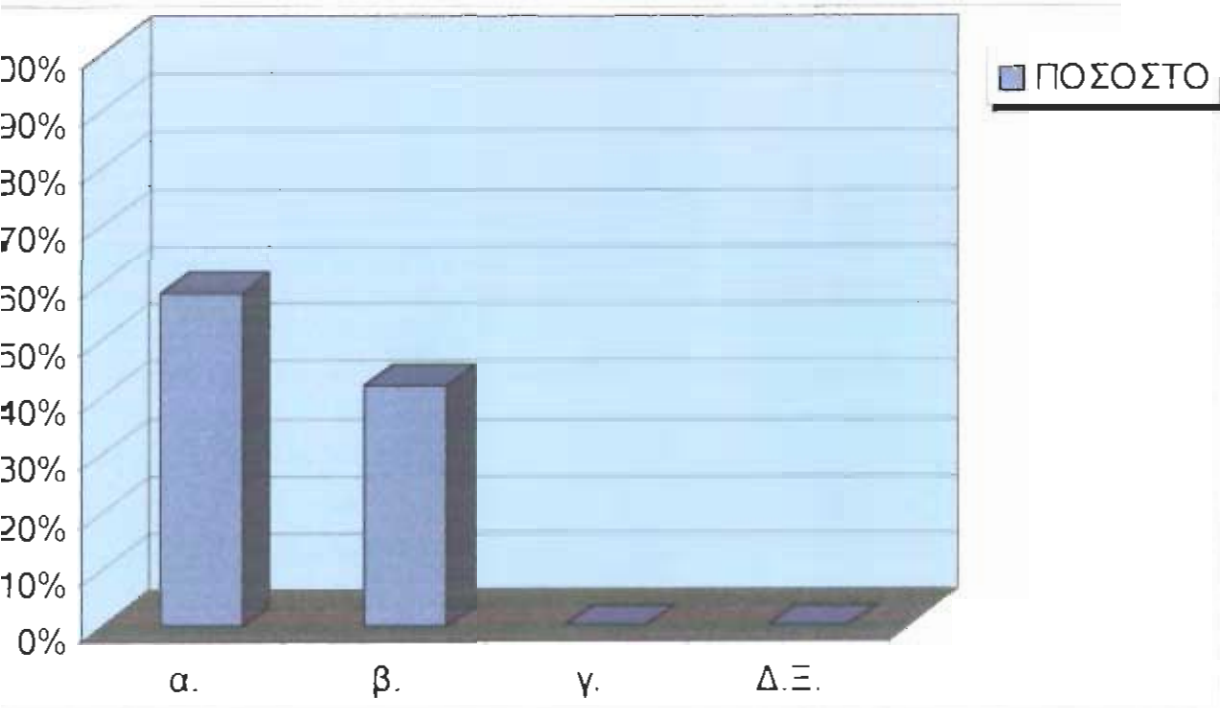
ΕΡΩΤΗΣΗ 13Γ

Ποια η χρονική τους διάρκεια;

α. 1-3 ημέρες

β. 15 ημέρες-1 μήνα

γ. 1-6 μήνες



Και η χρονική διάρκεια αυτών όπως υποστήριζαν οι 11 επαγγελματίες (58% του δείγματος) είναι 1-3 ημέρες.

Παρατηρείται ότι η διάρκεια τους είναι μικρή για την κάλυψη των απαιτούμενων θεμάτων που σχετίζονται με ένα κοινωνικό θέμα όπως αυτό του AIDS.

ΕΡΩΤΗΣΗ 14

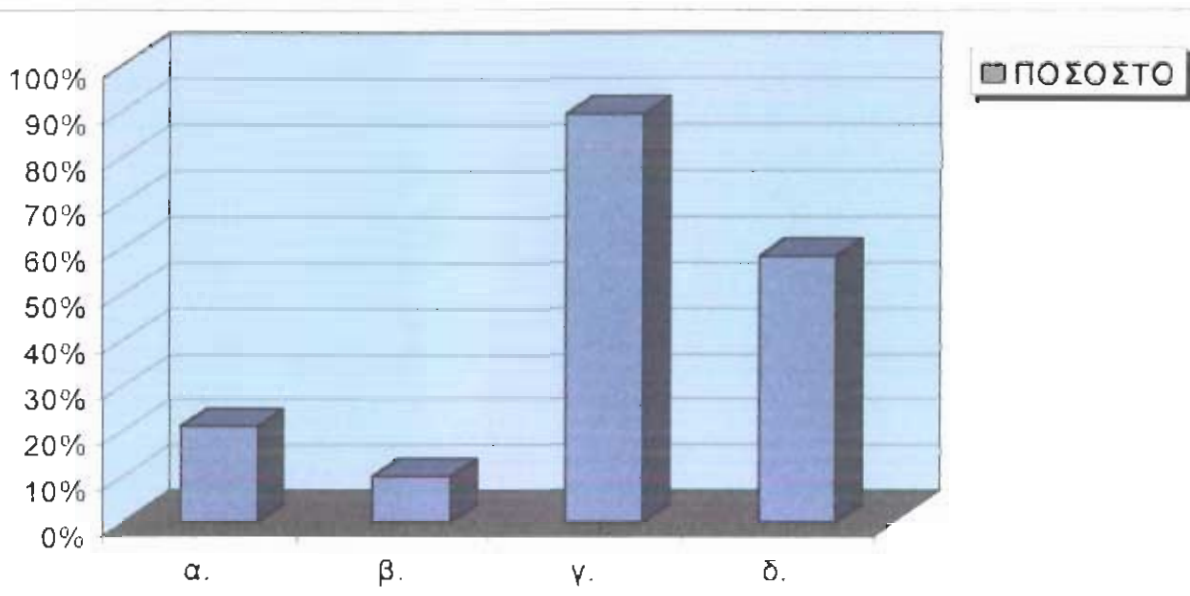
14. Υπάρχουν άλλες παροχές προς τους εργαζόμενους ;

α. Εκπαιδευτικές άδειες

β. Εποπτείες

γ. Συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα

δ. Δυνατότητα ανακοινώσεων ή δημοσιεύσεων

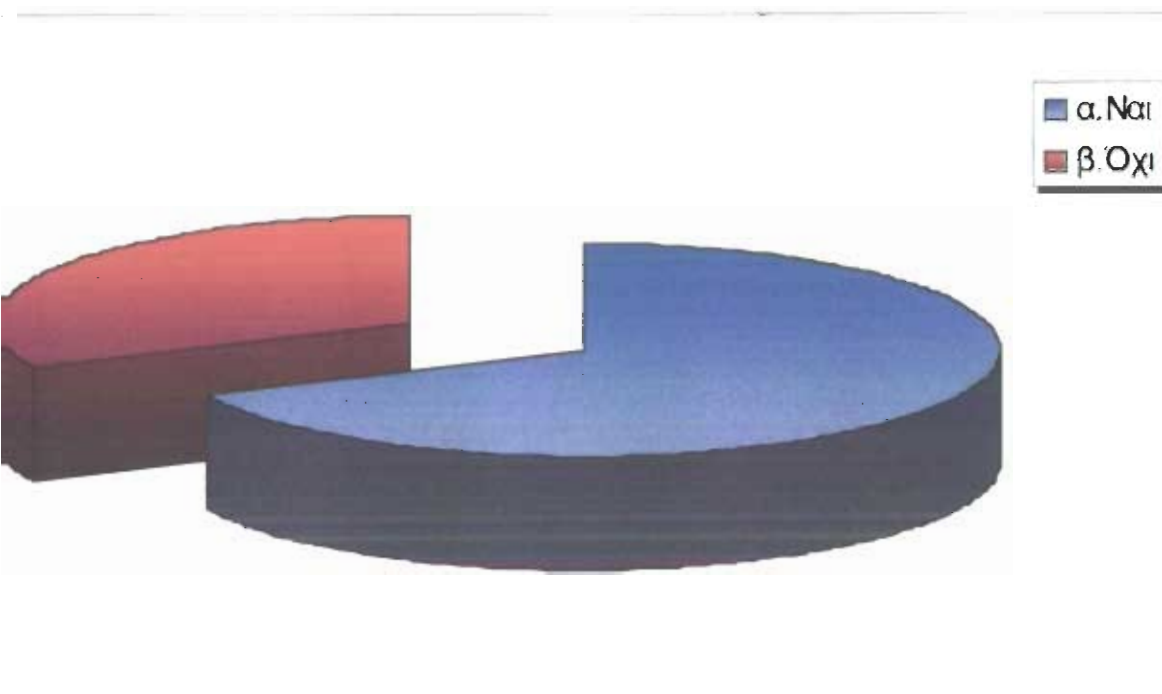


Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

Στην συγκεκριμένη ερώτηση παρατηρούμε ότι το 89% του δείγματος (17 άτομα) απάντησαν ότι τους παρέχεται η δυνατότητα ανακοινώσεων ή δημοσιεύσεων. Το 58% (11 άτομα) ανέφεραν ότι τους παρέχεται και η δυνατότητα συμμετοχής σε ερευνητικά προγράμματα. Ακολουθεί το 21% (4 άτομα) που υποστήριξαν την παροχή εκπαιδευτικών αδειών. Και τέλος το 10% (2 άτομα) αναφέρεται στην παροχή εποπτειών, αναφέρθηκαν επίσης και κάποιες δυσάρεστες για εποπτείες με πληρομή όπως επίσης και ένα άτομο έκανε λόγο για καμία παροχή.

ΕΡΩΤΗΣΗ 15Α

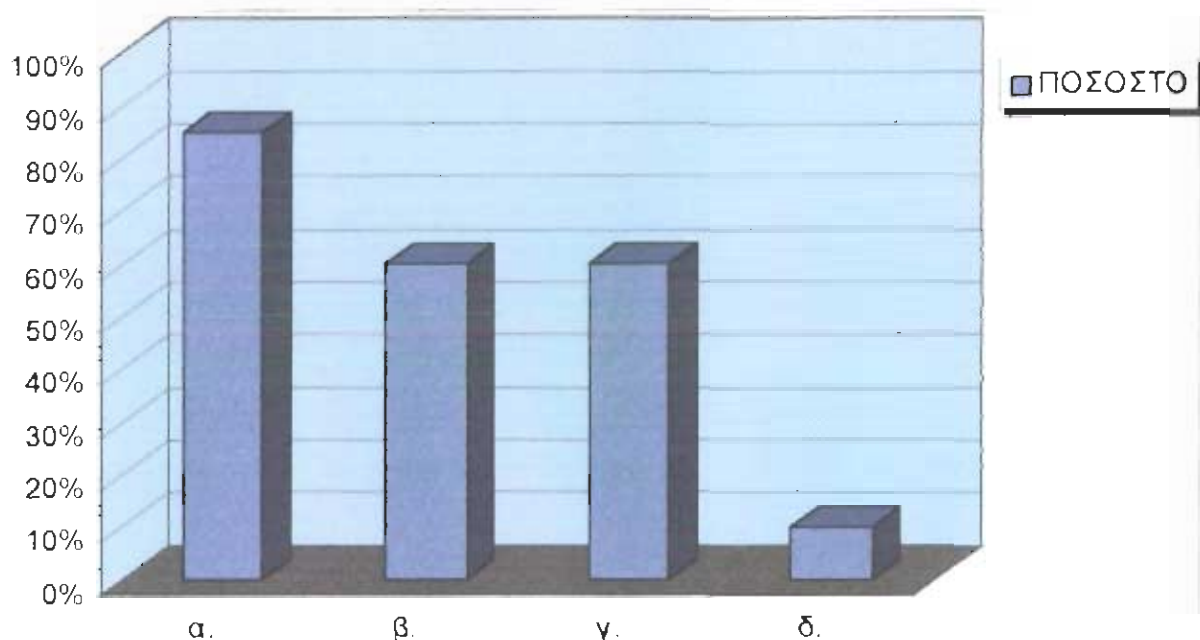
Συμμετέχει η υπηρεσία σας σε κάποια ερευνητικά προγράμματα;
α. Ναι β. Όχι



Από αυτήν την ερώτηση προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: Το 68% του δείγματος (13 άτομα) υποστήριξε ότι η υπηρεσία του συμμετέχει σε κάποια ερευνητικά προγράμματα, ενώ το 32% (6 άτομα) όχι.

ΕΡΩΤΗΣΗ 15B

Αν ναι, σε ποια και με τι αντικείμενο;



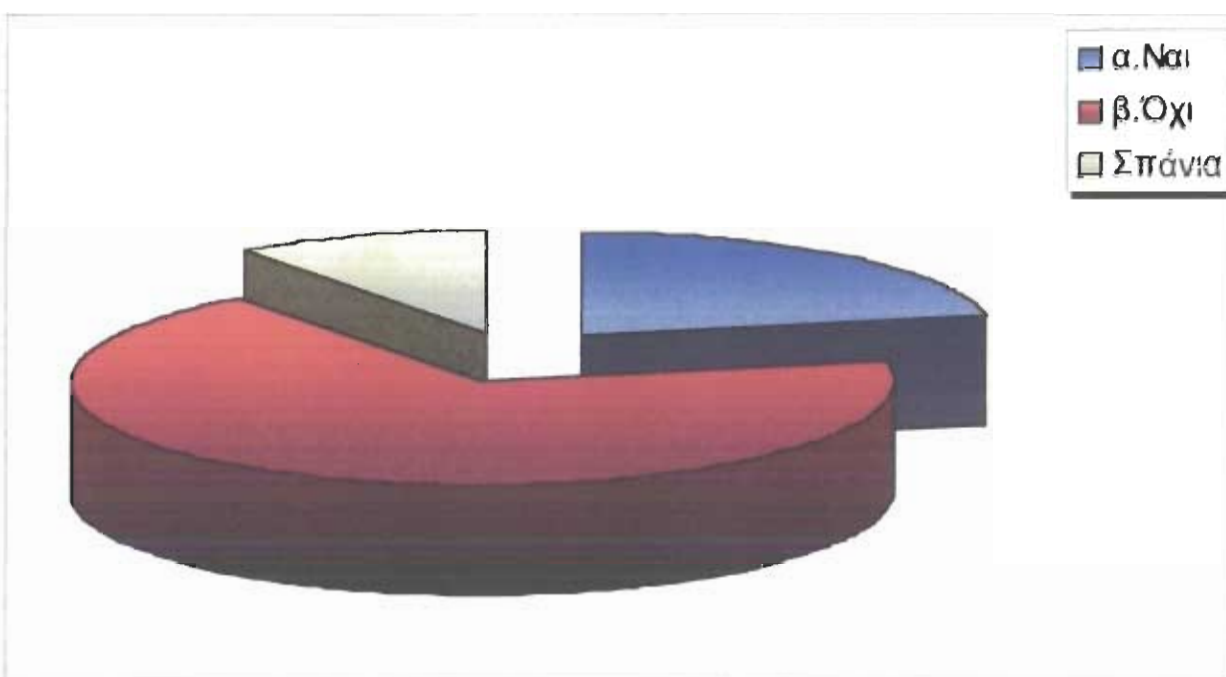
Τα προγράμματα που αναφέρθηκαν είναι τα εξής: Το Μεσογειακό Δίκτυο Γυναικών που παρουσιάζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις απαντήσεις των ερωτηθέντων. Το Equal, το AIDS και Mobility καθώς και προγράμματα της ΕΟΚ σε συνεργασία με το υπουργείο εργασίας.

ΕΡΩΤΗΣΗ 16Α

Ζητείται η γνώμη σας στη χάραξη κοινωνικής πολιτικής όσον αφορά το AIDS;

α. Ναι

β. Όχι



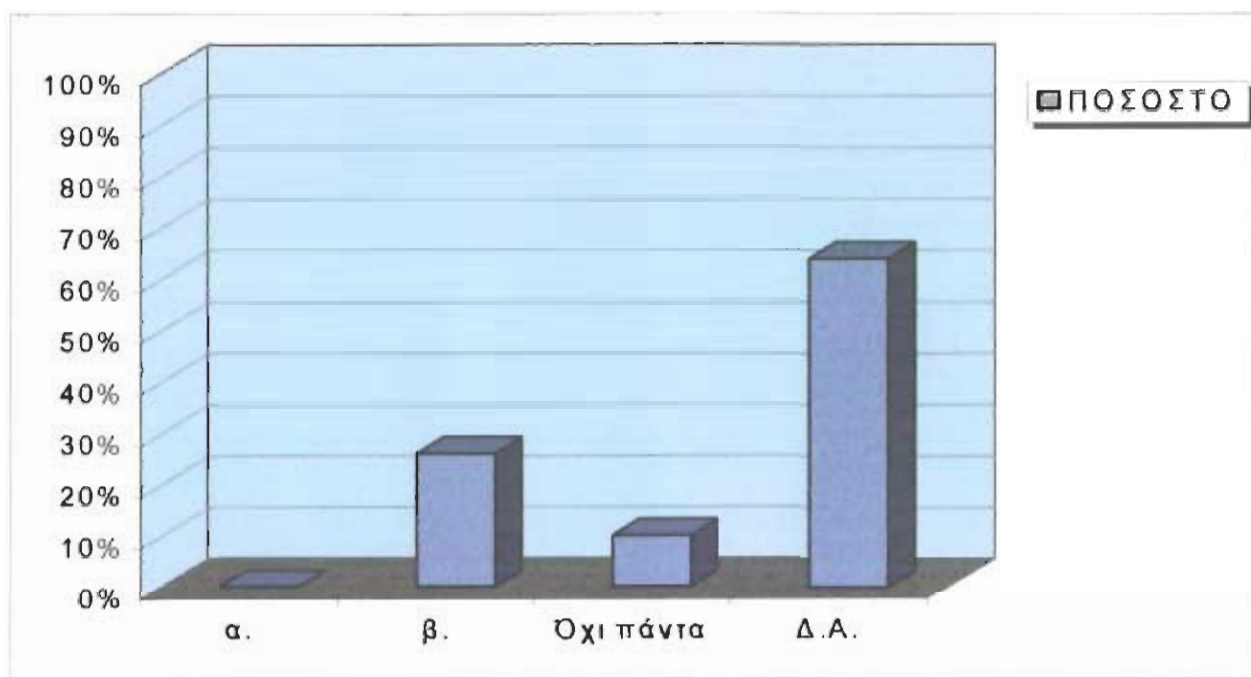
Από αυτήν την ερώτηση διαπιστώνουμε δυστυχώς ότι η **πολιτεία** δεν ζητά την γνώμη των ειδικών στην **χάραξη** κοινωνικής πολιτικής. Το 47% του δείγματος (13 επαγγελματίες) μας έδωσαν αρνητική απάντηση. Μονό το 21% (4 επαγγελματίες) **απάντησε** θετικά ενώ το 10% (2 επαγγελματίες) δήλωσαν ότι **σπάνια** μπορεί να συμβεί κάτι τέτοιο. Γεγονός που είναι αρνητικό για την καλυτέρευση των ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών και την προώθηση τυχόν θεσμικών αλλαγών και καλυτέρευση της παρεχόμενης βοήθειας στα οροθετικά άτομα δεδομένου ότι οι επαγγελματίες των ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών έχει άμεση επαφή και γνωρίζει τα προβλήματα της ομάδας των οροθετικών ατόμων.

ΕΡΩΤΗΣΗ 16B

Αν ναι, ακολουθούν τις προτάσεις σας;

α. Ναι

β. Όχι



Σ' αυτήν την ερώτηση το 64% του δείγματος (12 επαγγελματίες) δεν απάντησε το 26% (5 επαγγελματίες) απάντησε όχι. Ενώ το 10% (2 επαγγελματίες) μας ανέφερε όχι πάντα.

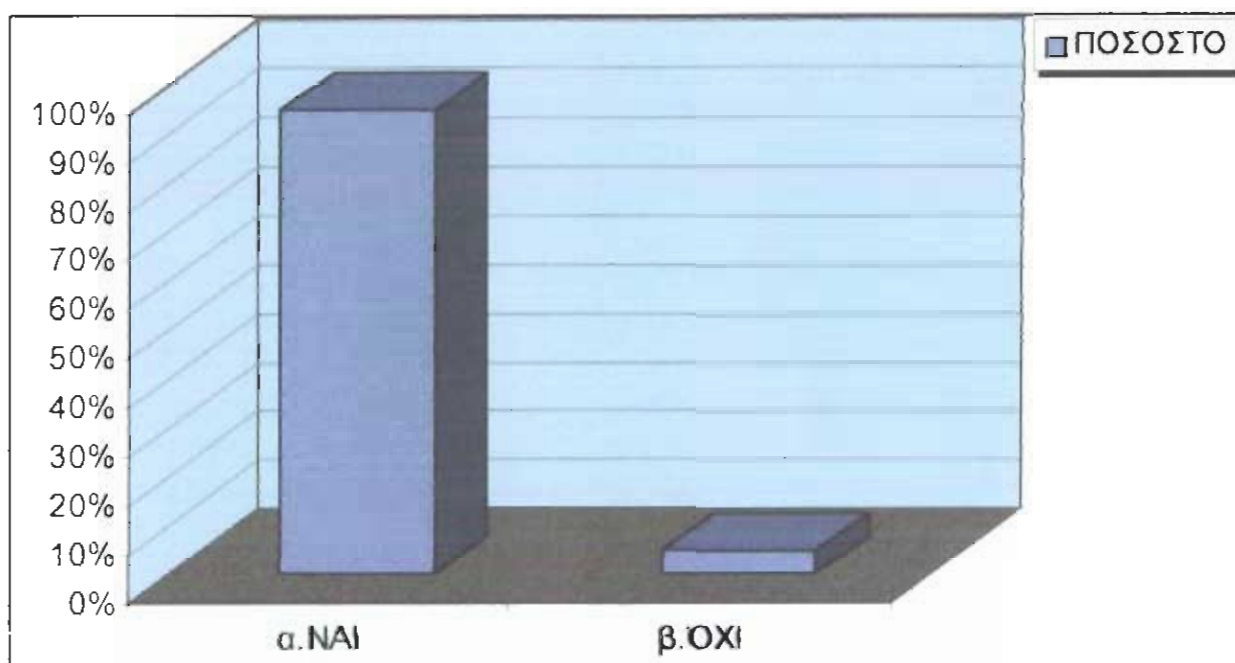
Άρα διαπιστώνουμε ότι τελικά η πολιτεία δεν λαμβάνει ουσιαστικά υπόψη της, την γνώμη των ειδικών.

ΕΡΩΤΗΣΗ 17

Κατά την γνώμη σας χρειάζεται να γίνει κάποια νομοθετική ρύθμιση ή ρύθμιση στην λειτουργία της υπηρεσίας για την καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών των HIV οροθετικών ατόμων;

α. Ναι

β. Όχι



Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (18 επαγγελματίες) ποσοστό 95% απάντησε ότι χρειάζεται να γίνει κάποια νομοθετική ρύθμιση ή ρύθμιση στη λειτουργία της υπηρεσίας για την καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών των HIV οροθετικών, πράγμα που δείχνει ότι υπάρχουν όντως κάποια σημαντικά προβλήματα τα οποία είναι απαραίτητο να ξεπεραστούν εάν θέλουμε να επιτύχουμε την όσο το δυνατόν πληρέστερη προσφορά βοήθειας προς τα οροθετικά άτομα.

Μόλις το 5% του δείγματος (1 επαγγελματίας) απάντησε αρνητικά σ' αυτήν την ερώτηση.

ΕΡΩΤΗΣΗ 18Α

Ποιες γεωγραφικές περιοχές καλύπτει η υπηρεσία σας;

α. Αθήνα

β. Στερεά Ελλάδα

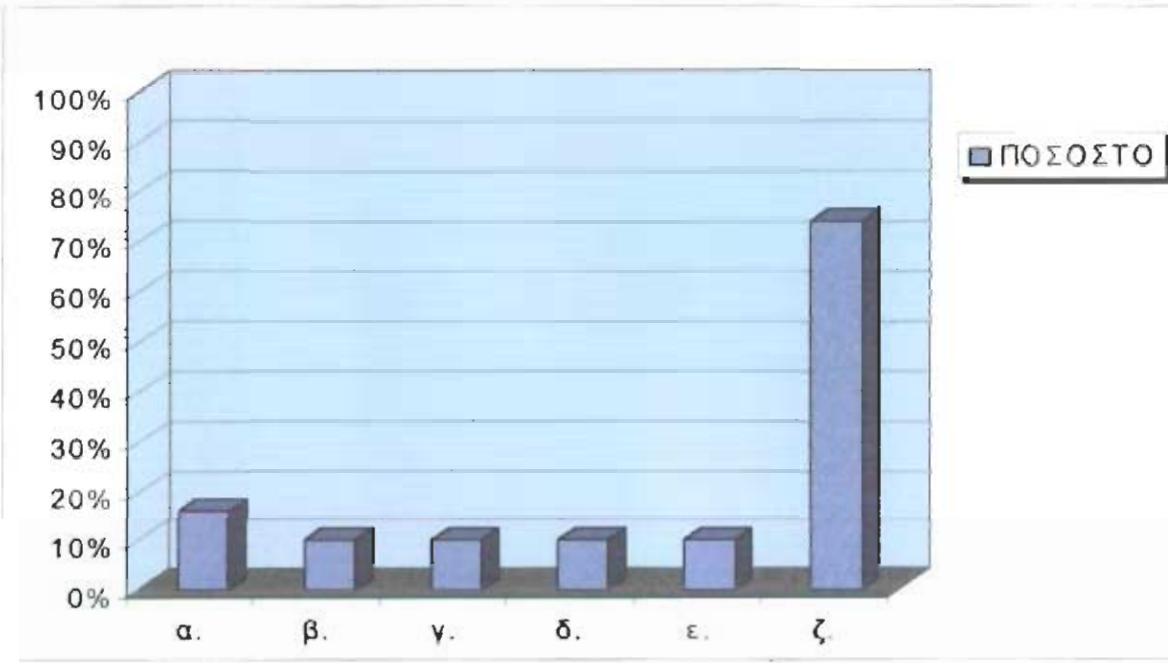
γ. Πελοπόννησος

δ. Μακεδονία/ Θράκη

ε. Ήπειρο/ Ν. Ιονίου

στ. Ν. Αιγαίου

ζ. Πανελλαδικά



Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

Σ' αυτήν την ερώτηση, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος ποσοστό 74% (14 επαγγελματίες) απάντησε ότι η υπηρεσία του καλύπτει όλη την Ελλάδα.

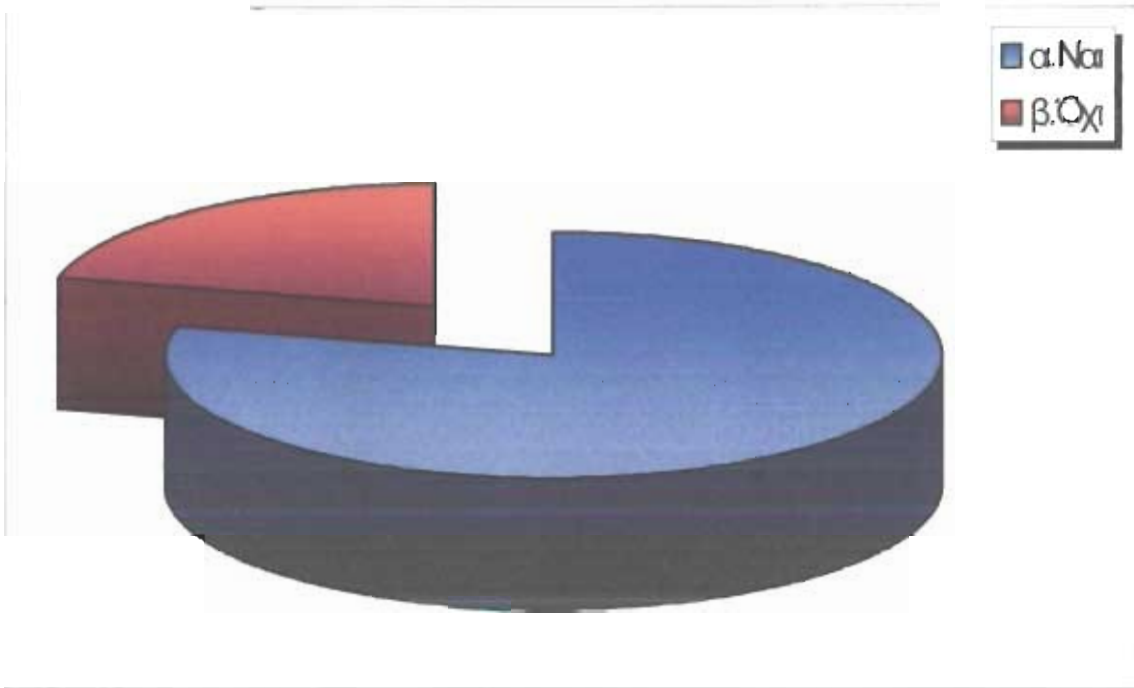
Ακολουθεί το 16% (3 επαγγελματίες) που αναφέρεται σε προσφορά υπηρεσιών στην περιοχή της Αθήνας. Με ποσοστό 11% (2 στελέχη) αναφέρονται σε προσφορά υπηρεσιών σε Στερεά Ελλάδα, Πελοπόννησο, Ν. Αιγαίου, Μακεδονία/ Θράκη αντίστοιχα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 18B

Έχει πραγματοποιηθεί παρέμβαση της υπηρεσίας σας σε περιοχές εκτός Αθηνών;

α. Ναι

β. Όχι



Από την συγκεκριμένη ερώτηση παρατηρούμε ότι ενώ οι περισσότερες υπηρεσίες εδρεύουν στην Αθήνα δραστηριοποιούνται κατά τακτά χρονικά διαστήματα και εκτός Αθηνών, αφού το 79% του δείγματος (15 επαγγελματίες) μιλούν για παρέμβαση των υπηρεσιών τους και σε άλλες περιοχές εκτός της Αθήνας. Ενώ μόλις το 21% (4 επαγγελματίες) έδωσαν αρνητική απάντηση.

ΕΡΩΤΗΣΗ 19Α

Ποιος ο αριθμός των περιστατικών που δέχεστε ετησίως;

Από την συγκεκριμένη ερώτηση προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:

Ο Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής στήριξης όπως προέκυψε κατά προσέγγιση από τις απαντήσεις των ερωτώμενων δέχεται 80-90 οροθετικούς ετησίως.

Ο Συμβουλευτικός Σταθμός εξυπηρετεί γύρω στους 200-250 οροθετικούς.

Η Τηλεφωνική Γραμμή δέχεται γύρω στις 4000 κλήσεις ενδιαφερομένων ετησίως.

Τέλος η Τηλεφωνική Γραμμή της Θεσσαλονίκης δέχεται γύρω στις 100 κλήσεις.

ΕΡΩΤΗΣΗ 19B

Και με ποια αιτήματα;

α. Ενημέρωση σχετικά με τον ιό AIDS (πορεία της νόσου)

β. Ψυχολογική στήριξη

γ. Κοινωνική στήριξη

δ. Οικονομική στήριξη

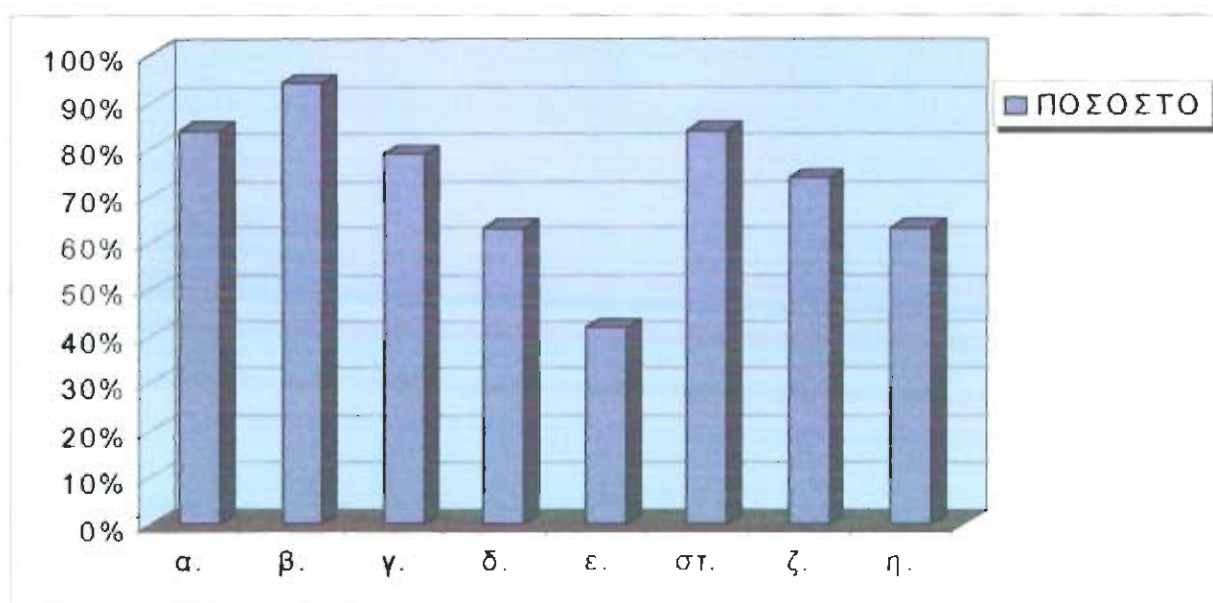
ε. Φιλοξενία

στ. Βοήθεια για την ανακοίνωση του θετικού αποτελέσματος στο οικείο τους περιβάλλον

ζ. ανθρωπιά δικαιώματα/ νομικά ζητήματα

η. Συμβουλευτική πριν το test

Κάτι άλλο, προσδιορίστε



Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

Τα κυριότερα αιτήματα τα οποία έχουν οι οροθετικοί όταν προσεγγίζουν τις υπηρεσίες όπως προέκυψαν από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων είναι τα εξής:

Με ποσοστό 95% (18 επαγγελματίες) ως πρώτο αίτημα παρουσιάζεται η ψυχολογική στήριξη. Ακολουθούν η ενημέρωση σχετικά με τον ιό του AIDS

(πορεία της νόσου) καθώς και η βοήθεια για την ανακοίνωση του θετικού αποτελέσματος στο οικείο τους περιβάλλον με ποσοστό 84% (16 επαγγελματίες). Κοινωνική στήριξη με ποσοστό 79% (15 επαγγελματίες). Αναφορά στα ανθρώπινα δικαιώματα/ νομικά ζητήματα με ποσοστό 74% (14 επαγγελματίες). Στη συνέχεια με ποσοστό 63% (12 επαγγελματίες) ακολουθούν ως αιτήματα η οικονομική στήριξη και η συμβουλευτική πριν το test. Τέλος με το μικρότερο ποσοστό 12% (8 επαγγελματίες) παρουσιάζεται η φιλοξενία. Από έναν επαγγελματία διατυπώθηκε το αίτημα AIDS-φοβίες.

ΕΡΩΤΗΣΗ 20Α

Ποιά προσέγγιση / μοντέλο παρέμβασης πιστεύετε ότι αποδίδει στους περισσότερους πελάτες;

α. Γνωσιακή – Συμπεριφορική προσέγγιση

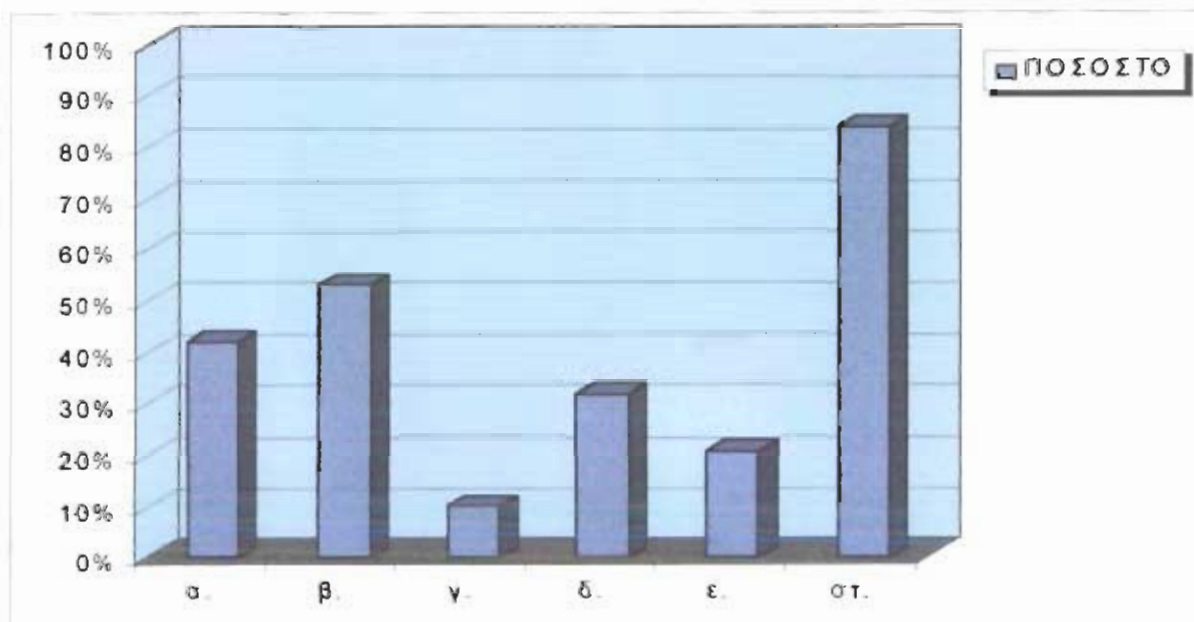
β. Ψυχαναλυτικού τύπου προσέγγιση

γ. Συστημική

δ. Παρέμβαση σε κρίση

ε. Εκλεκτική προσέγγιση

στ. Υποστηρικτική



Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

Στην συγκεκριμένη ερώτηση παρατηρούμε ότι σύμφωνα με τους ειδικούς η προσέγγιση/ μοντέλο παρέμβασης είναι κυρίως η υποστηρικτική με ποσοστό 84% (16 επαγγελματίες). Ακολουθεί η ψυχοδυναμική ψυχαναλυτικού τύπου προσέγγιση με ποσοστό 53% (10 επαγγελματίες). Η γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση με ποσοστό 42% (8 επαγγελματίες). Η παρέμβαση σε κρίση με ποσοστό 21% (4 επαγγελματίες). Ενώ με το μικρότερο ποσοστό απαντήσεων 11% (2 επαγγελματίες) παρουσιάζεται η Συστημική παρέμβαση.

Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι η υποστηρικτική γενικά είναι ίσως η πιο σημαντική βοήθεια που μπορούμε να προσφέρουμε σ' έναν οροθετικό σ' αυτήν την δύσκολη φάση της ζωής του.

ΕΡΩΤΗΣΗ 20B

20B. Εσείς ποια εφαρμόζετε;

α. Γνωσιακή – Συμπεριφορική προσέγγιση

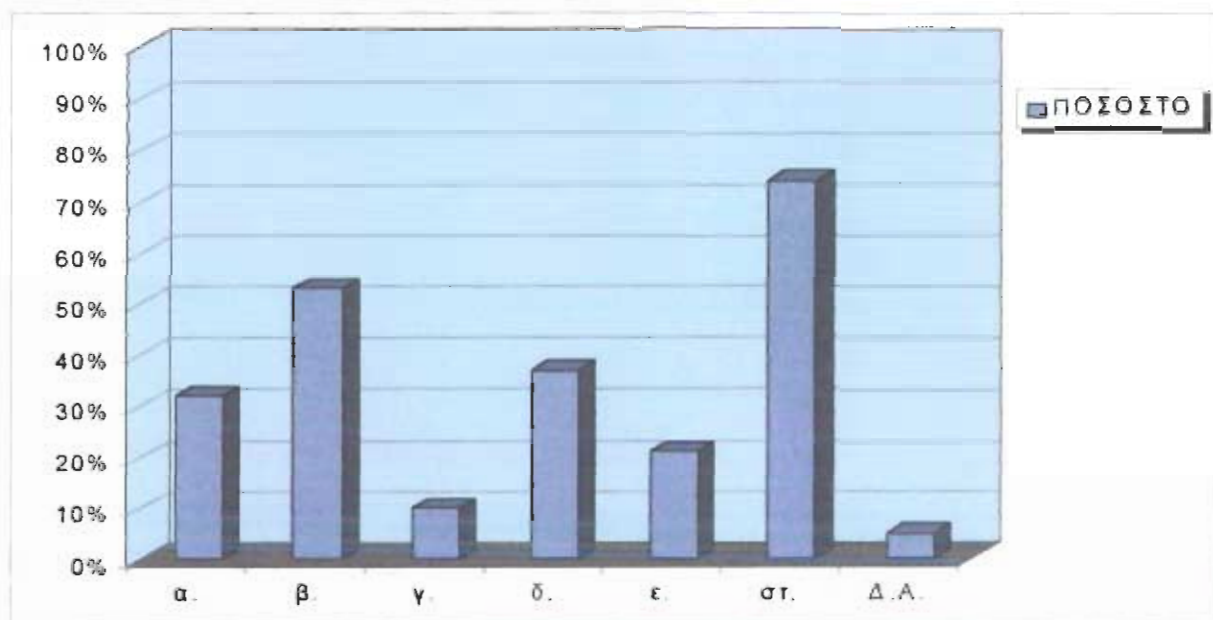
β. Ψυχαναλυτικού τύπου προσέγγιση

γ. Συστημική

δ. Παρέμβαση σε κρίση

ε. Εκλεκτική προσέγγιση

στ. Υποστηρικτική



Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

Όπως προκύπτει και από αυτήν την ερώτηση το μεγαλύτερο ποσοστό των ειδικών 74% (14 επαγγελματίες) εφαρμόζουν την υποστηρικτική προσέγγιση περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη. Ακολουθεί η ψυχοδυναμική ψυχαναλυτικού τύπου προσέγγιση με ποσοστό 53% (10 επαγγελματίες). Η παρέμβαση σε κρίση με ποσοστό 32% (6 επαγγελματίες). Η εκλεκτική προσέγγιση με ποσοστό 21% (4 επαγγελματίες). Η προσέγγιση που φαίνεται να εφαρμόζεται λιγότερο είναι η συστημική αφού εμφανίζεται με ποσοστό μόλις 11% (2 επαγγελματίες).

ΕΡΩΤΗΣΗ 21

Τι ποσοστό (περίπου) από τους πελάτες σας βλέπει

- α. Ψυχολόγο
- β. Κοινωνικό Λειτουργό
- γ. Ψυχίατρο
- δ. Νομικό
- ε. Κοινωνιολόγος
- στ. κάτι άλλο

Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

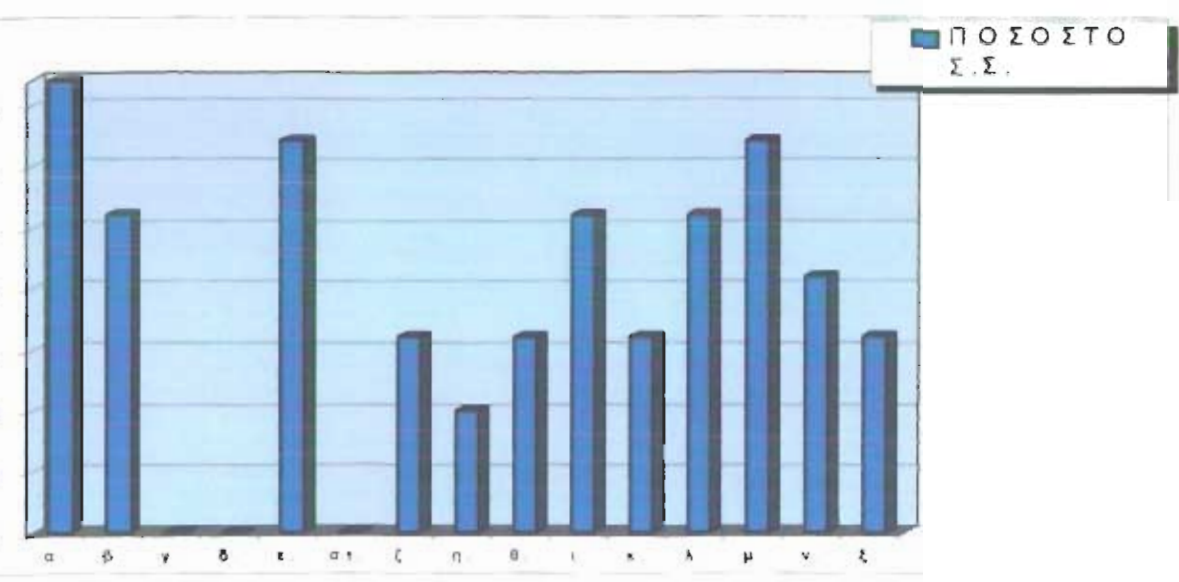
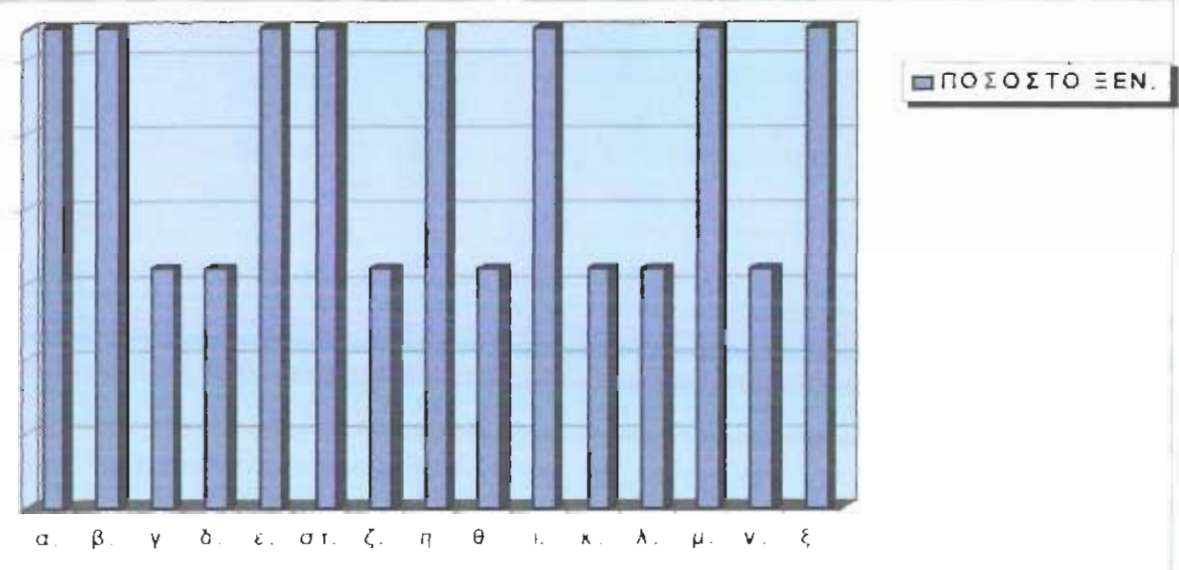
Επειδή στην συγκεκριμένη ερώτηση, οι ερωτώμενοι αδυνατούσαν να απαντήσουν με ποσοστά και έδωσαν περιγραφικές απαντήσεις καταλήξαμε μετά από ανάλυση στα εξής συμπεράσματα:

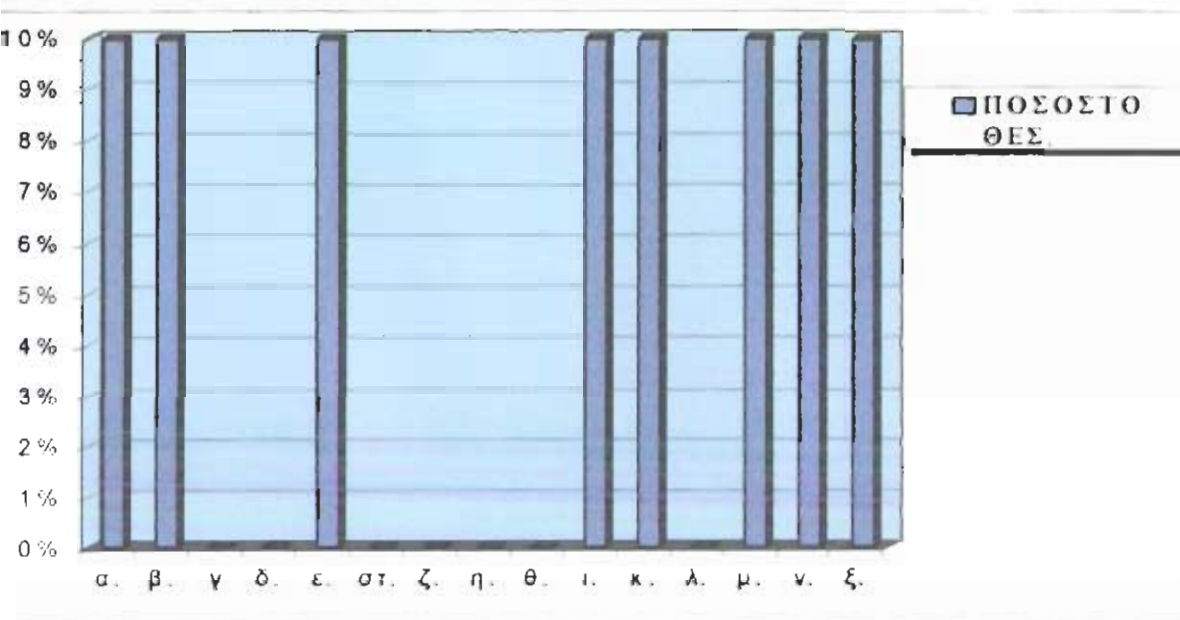
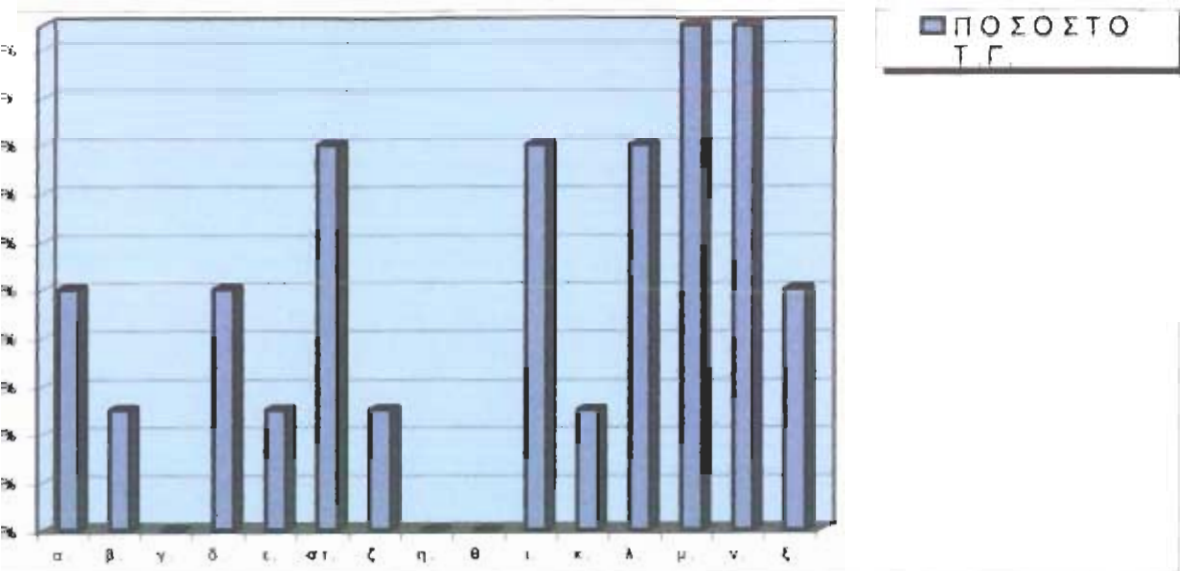
Οι περισσότεροι πελάτες βλέπουν κυρίως Ψυχολόγο (50%). Αρκετοί έρχονται σ' επαφή με Κοινωνικό λειτουργό (40%) και λιγότεροι με Ψυχίατρο (10%)

ΕΡΩΤΗΣΗ 22Α

Από ποιες υπηρεσίες παραπέμπονται οι πελάτες σας;

- | | |
|---|--|
| <p>α. Νοσοκομεία
 β. Μ.Ε.Λ.
 γ. Κέντρα ψυχικής υγιεινής
 δ. Άλλες κοινωνικές υπηρεσίες
 ε. Τηλεφωνικές γραμμές AIDS
 στ. Συμβουλευτικός Σταθμός AIDS
 ζ. Ξενώνας ψυχοκοινωνικής στήριξης
 η. Γραφείο ψυχοκοινωνικής στήριξης
 θ. HOME CARE</p> | <p>ι. Κέντρα Ελέγχου
 κ. Εθελοντικοί Σύλλογοι
 λ. Μ.Μ.Ε.
 μ. Ενημερωτικά Φυλλάδια
 ν. Τηλεφωνικός κατάλογος
 ξ. Κάποιους φίλους/ γνωστούς
 ο. Κάτι άλλο, προσδιορίστε</p> |
|---|--|





Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

Για να μπορέσουμε να δώσουμε αξιόπιστα αποτελέσματα στην συγκεκριμένη ερώτηση, θεωρήσαμε βοηθητικό να παρουσιάσουμε ξεχωριστά αποτελέσματα για καθεμιά από τις υπηρεσίες που συμπεριλαμβάνουμε στην έρευνα μας. Έτσι λοιπόν για τον ξενώνα ψυχοκοινωνικής στήριξης (Ξεν.) οι πελάτες που εξυπηρετεί προέρχονται κυρίως από νοσοκομεία, Μ.Ε.Λ., Τηλεφωνικές γραμμές, AIDS, Συμβουλευτικός σταθμός για το AIDS, Γραφείο ψυχοκοινωνικής στήριξης, Κέντρα ελέγχου, ενημερωτικά φυλλάδια, κάποιους φίλους/ γνωστούς, όπως απάντησαν οι έξι εργαζόμενοι του ξενώνα (32%). Ενώ

τρεις ακόμη μα ανέφεραν τα εξής: Κέντρα ψυχικής υγιεινής, άλλες κοινωνικές υπηρεσίες, Home care, Εθελοντικοί σύλλογοι, Μ.Μ.Ε., τηλεφωνικός κατάλογος.

Ο Συμβουλευτικός σταθμός (Σ.Σ.)για το AIDS δέχεται κυρίως πελάτες από νοσοκομεία όπως μας απάντησαν όλοι οι ειδικοί που εργάζονται στην συγκεκριμένη υπηρεσία με ποσοστό 37% (7 επαγγελματίες). Ακολουθούν οι τηλεφωνικές γραμμές για το AIDS, ενημερωτικά φυλλάδια με ποσοστό 32% (6 επαγγελματίες). Με ποσοστό 26% (5 άτομα) παρουσιάζονται οι Μ.Ε.Λ., τα κέντρα ελέγχου, Μ.Μ.Ε. Ο τηλεφωνικός κατάλογος με ποσοστό 21% (4 επαγγελματίες). Ο ξενώνας ψυχοκοινωνικής στήριξης, Home care, εθελοντικοί σύλλογοι, κάποιους φίλους/ γνωστούς με ποσοστό 16% (3 επαγγελματίες), και τέλος γραφείο ψυχοκοινωνικής στήριξης με ποσοστό 10% (2 επαγγελματίες).

Η τηλεφωνική γραμμή (Τ.Γ.)για το AIDS που λειτουργεί στην Αθήνα δέχεται κλήσεις από άτομα που ενημερώνονται για την ύπαρξη της κυρίως από ενημερωτικά φυλλάδια και τηλεφωνικό κατάλογο όπως απάντησαν οι περισσότεροι ερωτώμενοι με ποσοστό 21% (4 επαγγελματίες). Αξίζει να σημειωθεί ότι αυτό υποστήριξαν όλοι οι εργαζόμενοι της τηλ. Γραμμής. Ακολουθούν παραπομπές από τον συμβουλευτικό σταθμό, τα κέντρα ελέγχου και τα Μ.Μ.Ε. με ποσοστό 16% (3 επαγγελματίες). Τα νοσοκομεία, από άλλες κοινωνικές υπηρεσίες και από κάποιους φίλους/ γνωστούς με ποσοστό 10% (2 επαγγελματίες). Και τέλος Μ.Ε.Λ. ξενώνας ψυχοκοινωνικής στήριξης, εθελοντικοί σύλλογοι με ποσοστό 5% (1 επαγγελματίας).

Και τέλος η τηλεφωνική γραμμή για το AIDS που λειτουργεί στην Θεσσαλονίκη (Θες.) δέχεται κλήσεις μετά από ενημέρωση για την ύπαρξη της κυρίως από τα εξής: νοσοκομεία, Μ.Ε.Λ., τηλεφωνικές γραμμές AIDS, κέντρα ελέγχου, εθελοντικοί σύλλογοι, ενημερωτικά φυλλάδια, τηλεφωνικός κατάλογος, κάποιους φίλους/ γνωστούς όπως μας απάντησαν και οι δύο ερωτώμενοι από την συγκεκριμένη υπηρεσία (10%) του όλου δείγματος.

ΕΡΩΤΗΣΗ 22B

Σε ποιες υπηρεσίες έχει χρειαστεί να παραπέμψετε πελάτες σας;

α. Νοσοκομεία

β. Μ.Ε.Λ.

γ. Κέντρα ψυχικής υγιεινής

δ. Άλλες κοινωνικές υπηρεσίες

ε. Τηλεφωνικές γραμμές AIDS

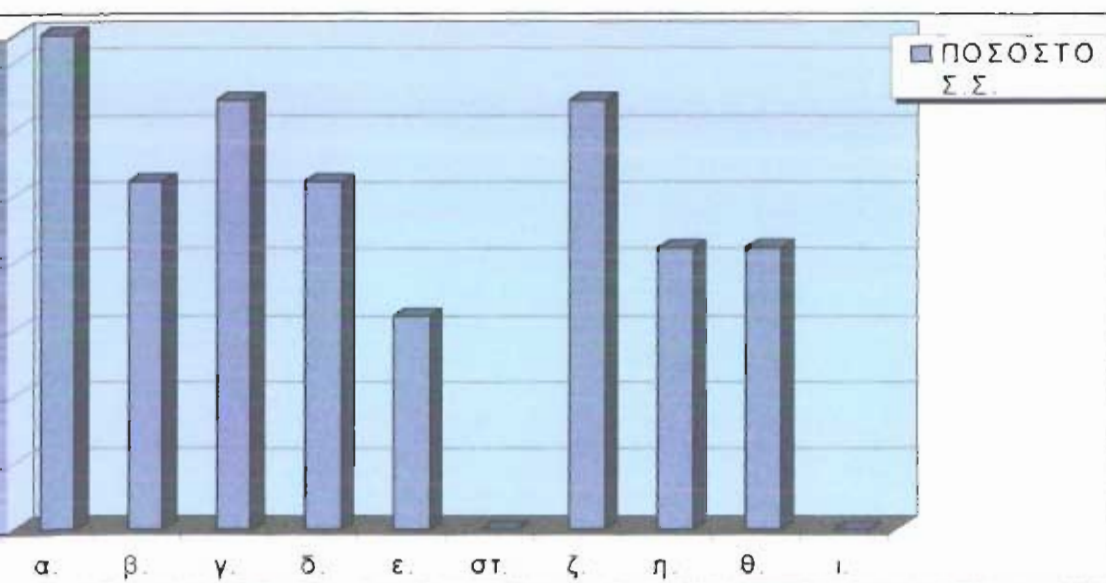
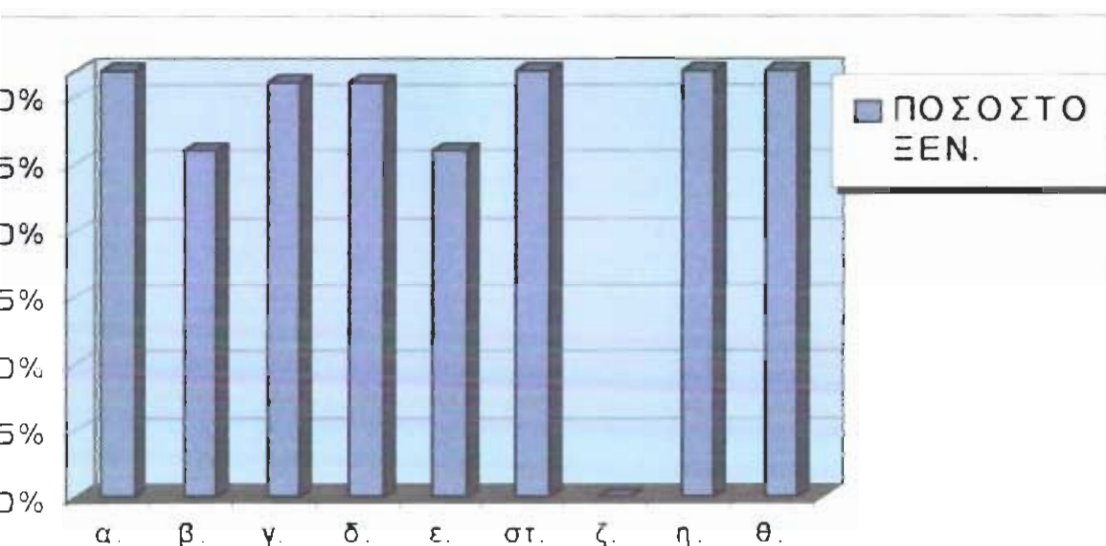
στ. Συμβουλευτικός Σταθμός AIDS

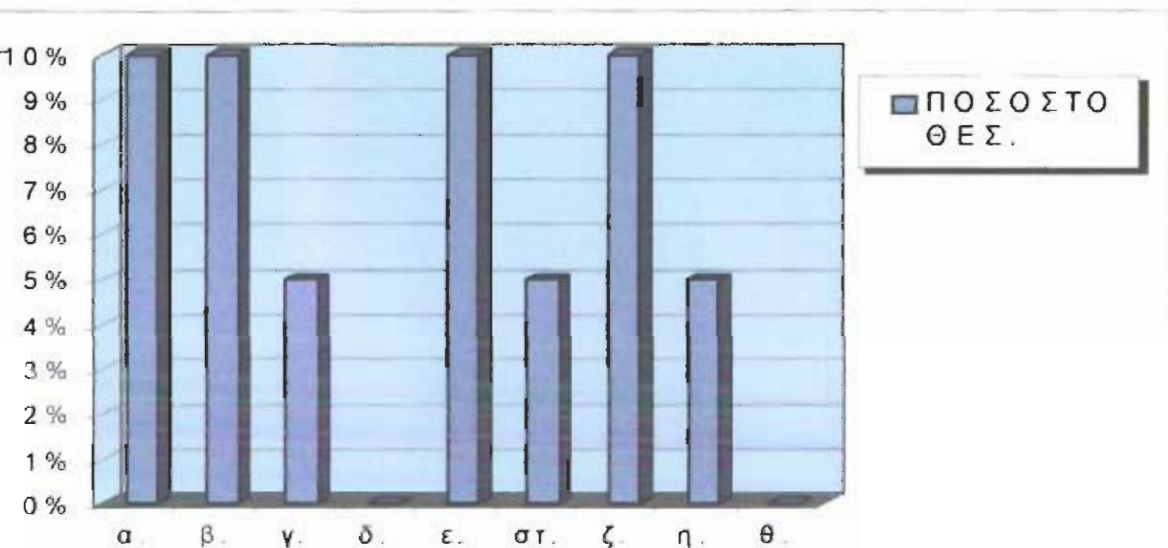
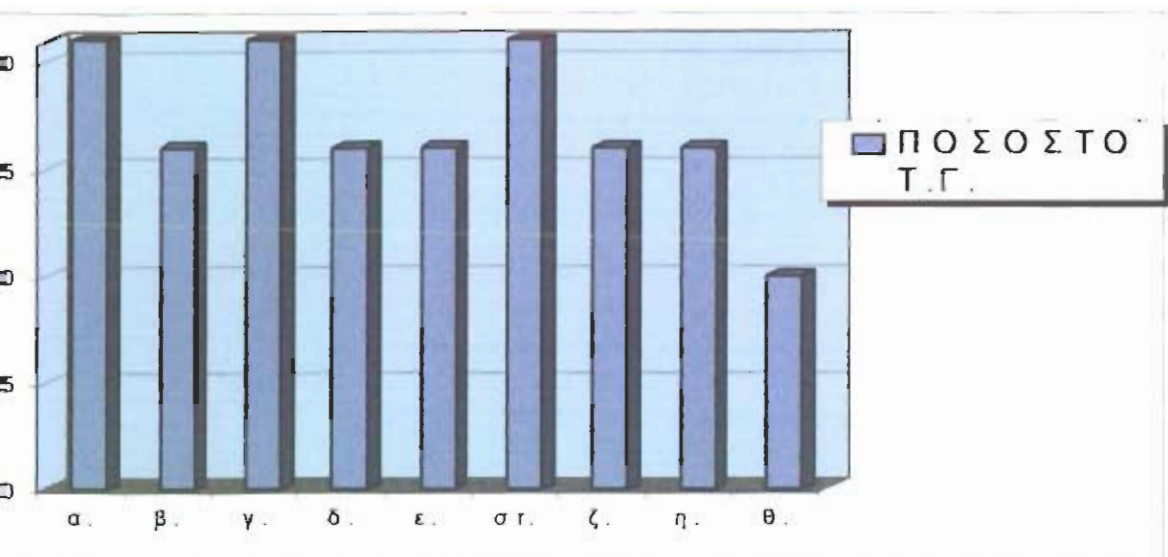
ζ. Ξενώνας ψυχοκοινωνικής στήριξης

η. Γραφείο ψυχοκοινωνικής στήριξης

θ. HOME CARE

ι. Κάτι άλλο, προσδιορίστε





Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

Η καθεμιά από αυτές τις υπηρεσίες με την σειρά της παραπέμπει τους εξυπηρετούμενους της σ' άλλες υπηρεσίες προκειμένου να καλύπτουν πιο ικανοποιητικά οι ανάγκες τους. Έτσι λοιπόν ο Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Στήριξης (Ξεν.) παραπέμπει κυρίως στις εξής υπηρεσίες: νοσοκομεία, Κέντρα ψυχικής υγιεινής, άλλες κοινωνικές υπηρεσίες, Συμβουλευτικός Σταθμός για το AIDS, Γραφείο Ψυχοκοινωνικής Στήριξης, Home care όπως παρουσιάζεται από τις απαντήσεις που μας έδωσαν και οι έξι ειδικοί που εργάζονται στον

Ξενώνα με ποσοστό 32%. Με ποσοστό 26% (5 επαγγελματίες) εμφανίζονται ως πιθανοί χώροι παραπομπής οι Μ.Ε.Α. και οι τηλεφωνικές γραμμές για το AIDS.

Ο Συμβουλευτικός σταθμός για το AIDS (Σ.Σ.) με την σειρά του παραπέμπει πελάτες του στις εξής υπηρεσίες: με μεγαλύτερο ποσοστό 37% (7 επαγγελματίες) παρουσιάζονται τα νοσοκομεία. Ακολουθούν τα Κέντρα ψυχικής υγιεινής, Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Στήριξης με ποσοστό 32% (6 άτομα).

Οι Μ.Ε.Α. και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες με ποσοστό 26% (5 επαγγελματίες). Το Γραφείο Ψυχοκοινωνικής Στήριξης και το Home care με ποσοστό 21% (4 επαγγελματίες). Στις τηλεφωνικές γραμμές με ποσοστό 16% (3 επαγγελματίες).

Η τηλεφωνική γραμμή για το AIDS που λειτουργεί στην Αθήνα (Τ.Γ.) παραπέμπει πελάτες στις εξής υπηρεσίες:

Με μεγαλύτερο ποσοστό 21% (4 επαγγελματίες) παρουσιάζονται τα νοσοκομεία και τα Κέντρα ψυχικής υγιεινής. Ακολουθούν οι Μ.Ε.Α., άλλες κοινωνικές υπηρεσίες, Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής στήριξης, καθώς και το Γραφείο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης με ποσοστό 16% (3 επαγγελματίες). Και τέλος το Home care με το μικρότερο ποσοστό 10% (2 επαγγελματίες).

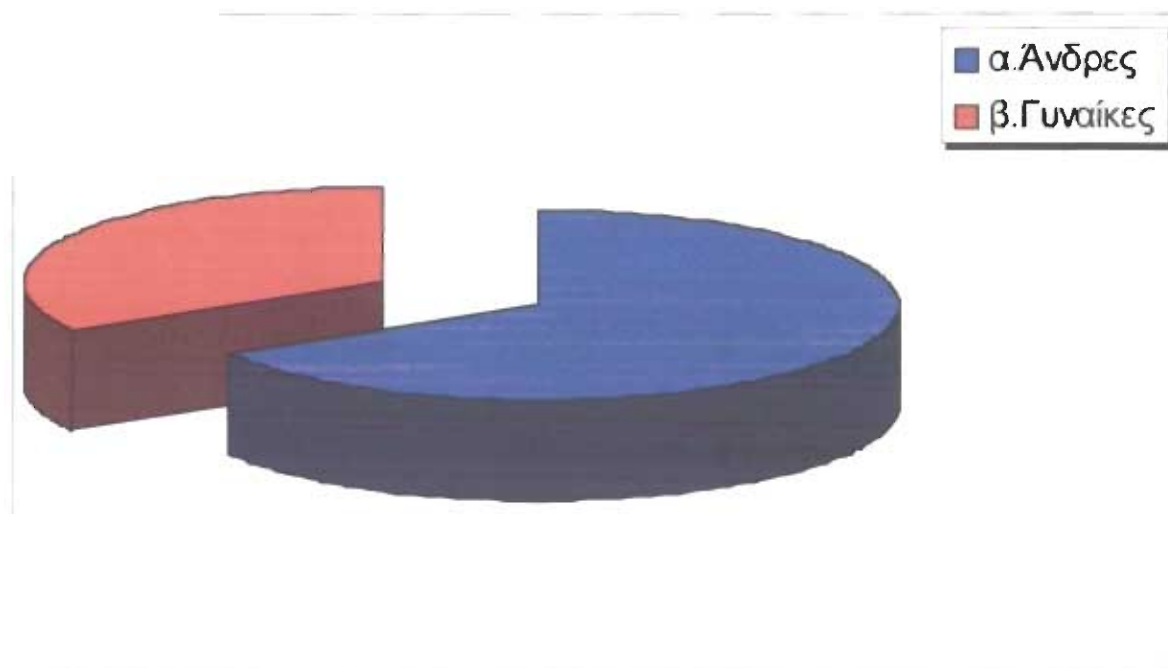
Η Τηλεφωνική Γραμμή για το AIDS που λειτουργεί στην Θεσσαλονίκη (Θεσ) παραπέμπει στις εξής υπηρεσίες.

Με το μεγαλύτερο ποσοστό 10% (2 επαγγελματίες) που είναι και το σύνολο των ερωτηθέντων για τη συγκεκριμένη υπηρεσία εμφανίζονται τα Νοσοκομεία, οι Μ.Ε.Α., Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Στήριξης. Ακολουθούν τα Κέντρα ψυχικής υγιεινής, ο Συμβουλευτικός Σταθμός για το AIDS, Γραφείο Ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, που παρουσιάζονται με ποσοστό 5% (1 επαγγελματίας).

ΕΡΩΤΗΣΗ 23

Ποιος είναι ο αριθμός οροθετικών ατόμων ανά φύλλο που παρακολουθείτε ετησίως;

α. Άνδρες β. Γυναίκες



Επειδή στην έρευνα μας συμπεριλαμβάνουμε υπηρεσίες όπου η καθεμιά από αυτές εξυπηρετεί διαφορετικό αριθμό οροθετικών και με ποικίλες ανάγκες κάθε φορά στην συγκεκριμένη ερώτηση προσπαθήσαμε να παρουσιάσουμε όσο το δυνατόν το πιο αντιπροσωπευτικό αποτέλεσμα που προέκυψε ως εξής: οι οροθετικοί που εξυπηρετούνται είναι κυρίως άνδρες, οι οποίοι μάλιστα υπερτερούν κατά πολύ έναντι των γυναικών. Περίπου λοιπόν τα 2/3 των εξυπηρετούμενων από τις υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Λ. είναι άνδρες ενώ μόλις το 1/3 γυναίκες.

ΕΡΩΤΗΣΗ 24Α

24Α. Ποιος είναι ο αριθμός των οροθετικών ατόμων, ανά κατηγορία μετάδοσης και φύλο που παρακολουθείτε;

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ
Ομο /αμφίφυλόφιλοι	
Χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών	
Πολυμεταγγιζόμενοι	
Παιδιά	
Ετεροφυλόφιλοι	

Στην συγκεκριμένη ερώτηση απάντησαν οι 13 από τους 19 ερωτώμενους όπου δεν έδωσαν ακριβή στοιχεία. Από τις απαντήσεις τους όμως προέκυψαν τα εξής: οι περισσότεροι εξυπηρετούμενοι είναι ομοφυλόφιλοι, ακολουθούν οι ετεροφυλόφιλοι και οι χρήστες ουσιών. Ενώ με μικρότερη συχνότητα εμφανίζονται παιδιά και σπανιότατα πολυμεταγγιζόμενοι.

ΕΡΩΤΗΣΗ 24B

Εσείς πόσους πελάτες δέχεστε με συχνότητα:

(Παρακαλούμε δώστε αριθμούς ή αριθμούς περίπου)

α. Μια – δύο φορές την εβδομάδα

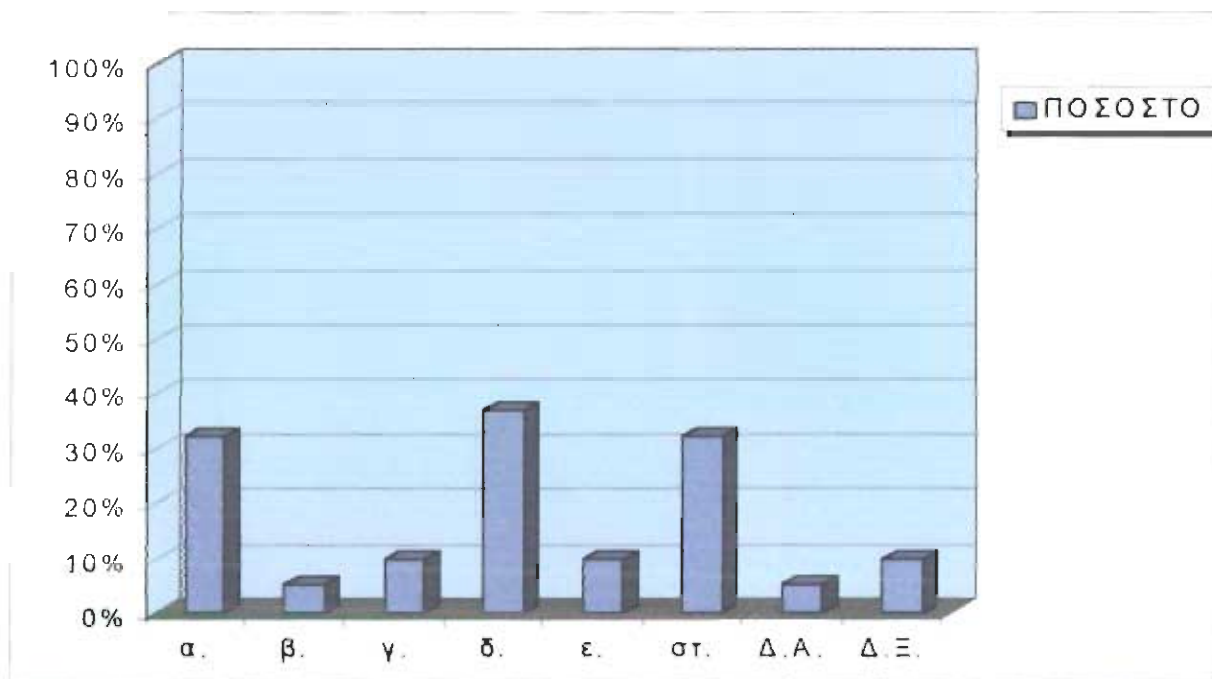
β. Ανά 15ήμερο

γ. Ανά μήνα

δ. Ανά έξι μήνες ή έτος

ε. Μια – δύο φορές εφ' άπαξ

στ. όποτε χρειαστούν βοήθεια



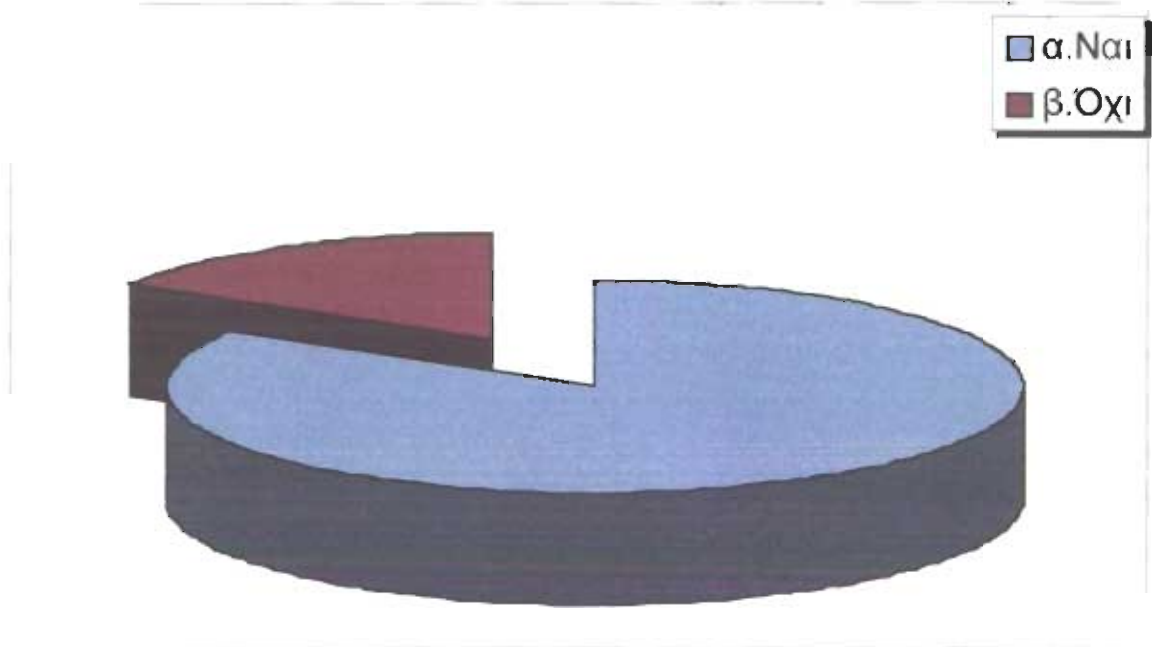
Από την συγκεκριμένη ερώτηση προκύπτει ότι οι περισσότεροι ειδικοί παρακολουθούν τους πελάτες τους με συχνότητα ανά έξι μήνες ή έτος, όπως μας απάντησαν 7 επαγγελματίες που αποτελούν το 37% του συνολικού δείγματος. Έξι ειδικοί απάντησαν μια- δύο φορές την εβδομάδα ή όποτε χρειαστούν βοήθεια (32%). Δύο ειδικοί ανά μήνα και μία- δύο φορές εφ' άπαξ (11%). Και τέλος ένας ειδικός απάντησε ανά μήνα (5%). Αξίζει να σημειωθεί ότι 3 άτομα δεν απάντησαν στην συγκεκριμένη ερώτηση και δύο υποστήριξαν ότι αδυνατούν να απαντήσουν.

ΕΡΩΤΗΣΗ 25Α

Υπάρχουν μετανάστες /αλλοδαποί μεταξύ των οροθετικών ατόμων που παρακολουθείτε;

α. Ναι

β. Όχι



Στην συγκεκριμένη ερώτηση το 84% του συνολικού δείγματος (16 επαγγελματίες) απάντησε ότι υπάρχουν μετανάστες/ αλλοδαποί μεταξύ των οροθετικών ατόμων που παρακολουθούνται στις υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Α. Ενώ μόλις το 16% (3 επαγγελματίες) υποστήριξε το αντίθετο.

ΕΡΩΤΗΣΗ 25B

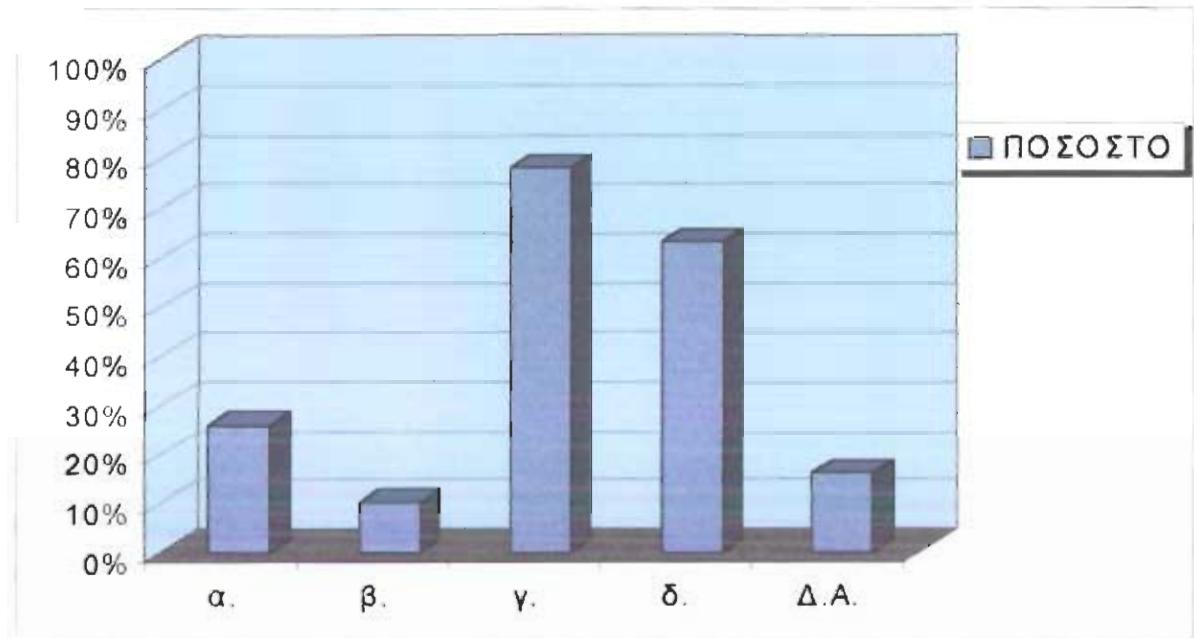
Εάν ναι, ποιες οι χώρες καταγωγής τους;

α. Ανατολική Ευρώπη

β. Ασία

γ. Αφρική

δ. Βαλκανικές χώρες



Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

Οι κυριότερες χώρες καταγωγής των αλλοδαπών οροθετικών που εξυπηρετούνται από τις κυριότερες υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Λ, είναι οι εξής: Σαν πρώτη χώρα καταγωγής παρουσιάζονται οι χώρες της Αφρικής με ποσοστό απαντήσεων 79% (15 επαγγελματίες). Ακολουθούν οι Βαλκανικές χώρες με ποσοστό 63% (12 επαγγελματίες). Η Ανατολική Ευρώπη με ποσοστό 26% (5 επαγγελματίες), και τέλος η Ασία με ποσοστό 11% (2 επαγγελματίες).

ΕΡΩΤΗΣΗ 25Γ

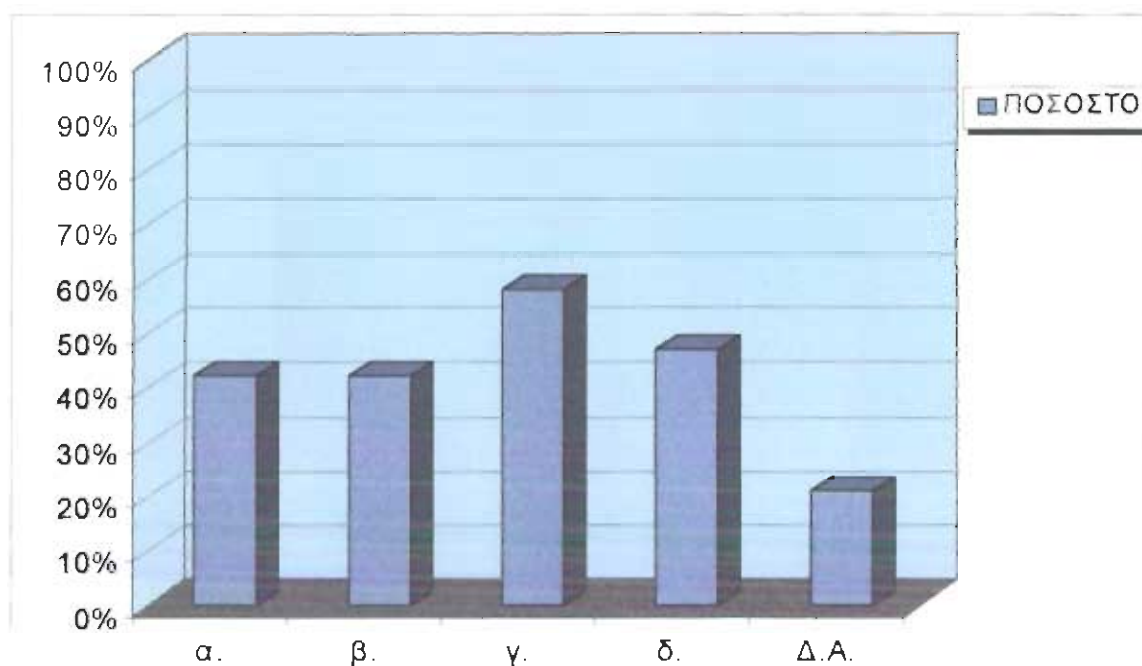
Ποια προβλήματα αντιμετωπίζετε στην προσπάθεια σας να τους βοηθήσετε;

α. Ελλιπτική νομοθεσία

β. Έλλειψη ασύλου

γ. Έλλειψη παροχών γι' αυτούς

δ. Δυσκολία στο να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ε. Κάτι άλλο



Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

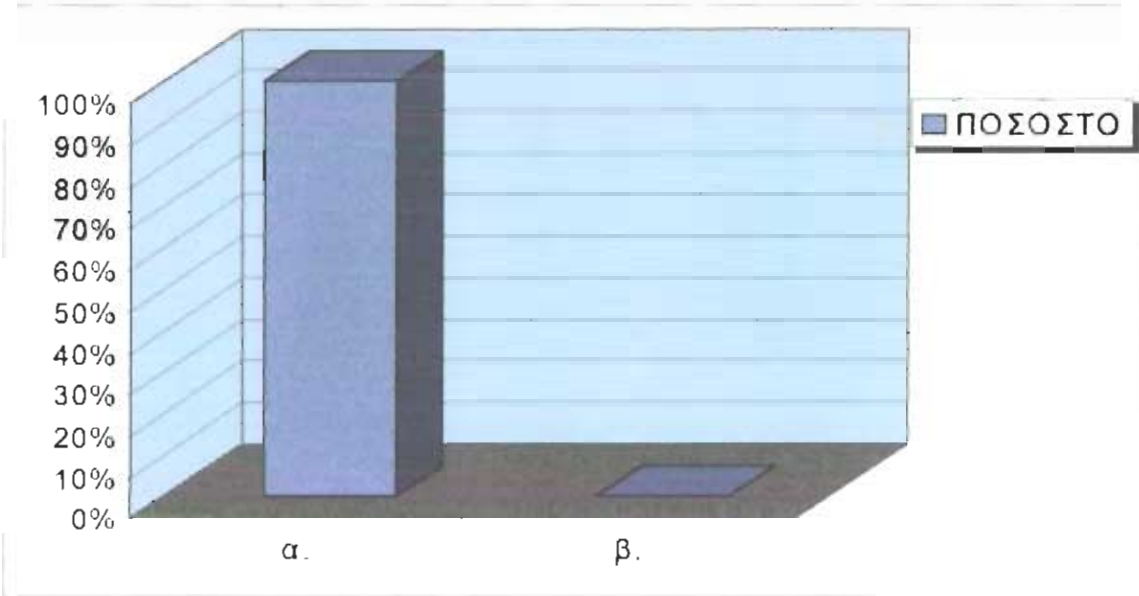
Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ειδικοί στην προσπάθεια τους να βοηθήσουν τους αλλοδαπούς οροθετικούς όπως προκύπτουν από την συγκεκριμένη ερώτηση είναι τα εξής: η έλλειψη παροχών γι' αυτούς που εμφανίζεται ως το κυριότερο πρόβλημα με ποσοστό απαντήσεων 58% (11 επαγγελματίες). Ακολουθεί η δυσκολία στο να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες με ποσοστό 47% (9επαγγελματίες), και τέλος η ελλιπτική νομοθεσία καθώς και η έλλειψη ασύλου με ποσοστό 42% (8επαγγελματίες).

ΕΡΩΤΗΣΗ 26Α

Υπάρχουν συναντήσεις των εργαζομένων για θέματα της υπηρεσίας σας;

α. Ναι

β. Όχι



Στην συγκεκριμένη ερώτησης το 100% του δείγματος δηλαδή και οι 19 ερωτηθέντες απάντησαν ότι υπάρχουν συναντήσεις μεταξύ των εργαζομένων για θέματα της υπηρεσίας τους.

ΕΡΩΤΗΣΗ 26B

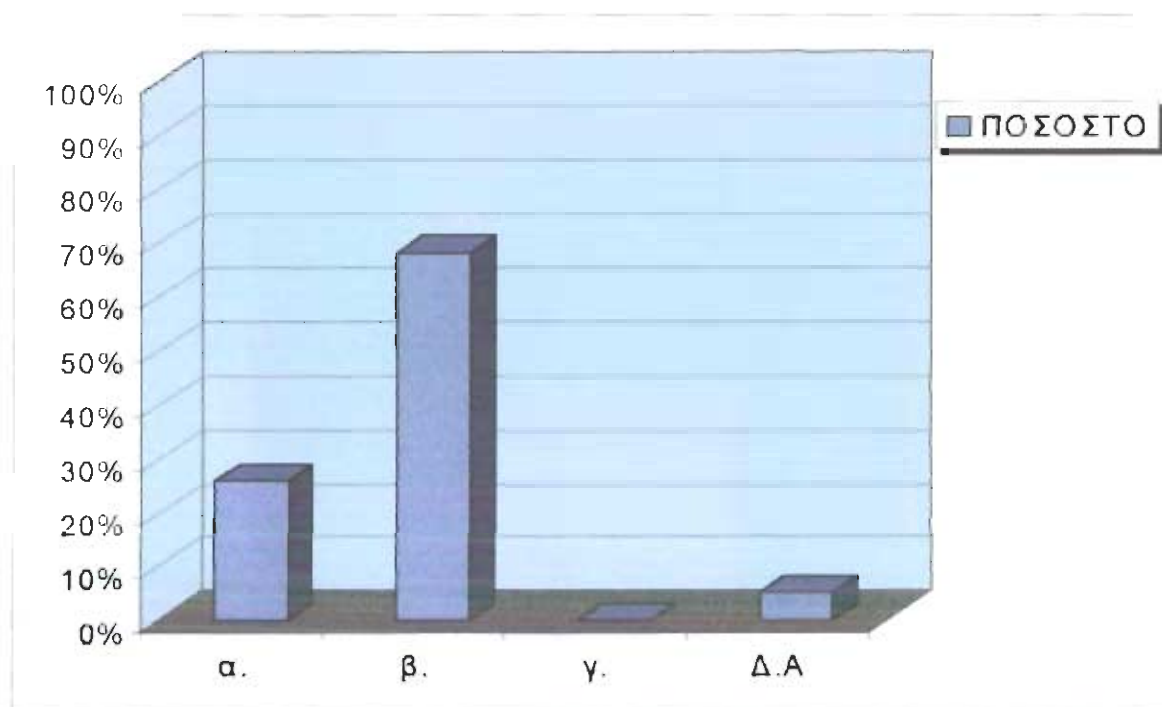
Αν ναι κάθε πότε;

α. Κάθε εβδομάδα

β. Κάθε 15ημερο

γ. Κάθε μήνα

δ. Άλλο χρονικό διάστημα προσδιορίστε



Σ' αυτήν την ερώτηση παρατηρούμε ότι το 68% του συνολικού δείγματος (13 στελέχη) υποστήριξε ότι οι εργαζόμενοι συναντούνται κάθε δεκαπενθήμερο, ενώ το 26% (5 στελέχη) κάθε εβδομάδα.

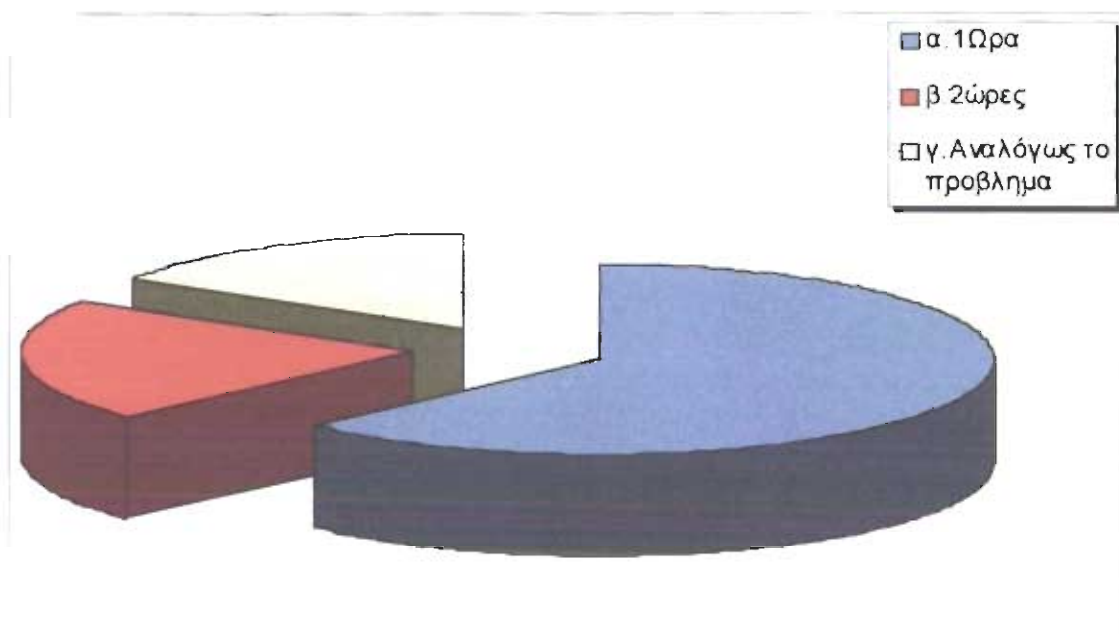
ΕΡΩΤΗΣΗ 26Γ

26Γ. Πόσο διαρκεί ή συνάντηση;

α. Μία ώρα

β. Δύο ώρες

γ. Άλλο



Το 63% του συνολικού δείγματος δήλωσε ότι οι συναντήσεις αυτές διαρκούν μία ώρα, το 16% (4 στελέχη) δύο ώρες και τέλος το 14% (3 στελέχη) ανάλογα με τα προβλήματα που απασχολούν την υπηρεσία. Πράγμα που δείχνει ότι υπάρχει συνεργασία και γίνεται προσπάθεια για ομαδική αντιμετώπιση των προβλημάτων που παρουσιάζονται.

ΕΡΩΤΗΣΗ 27

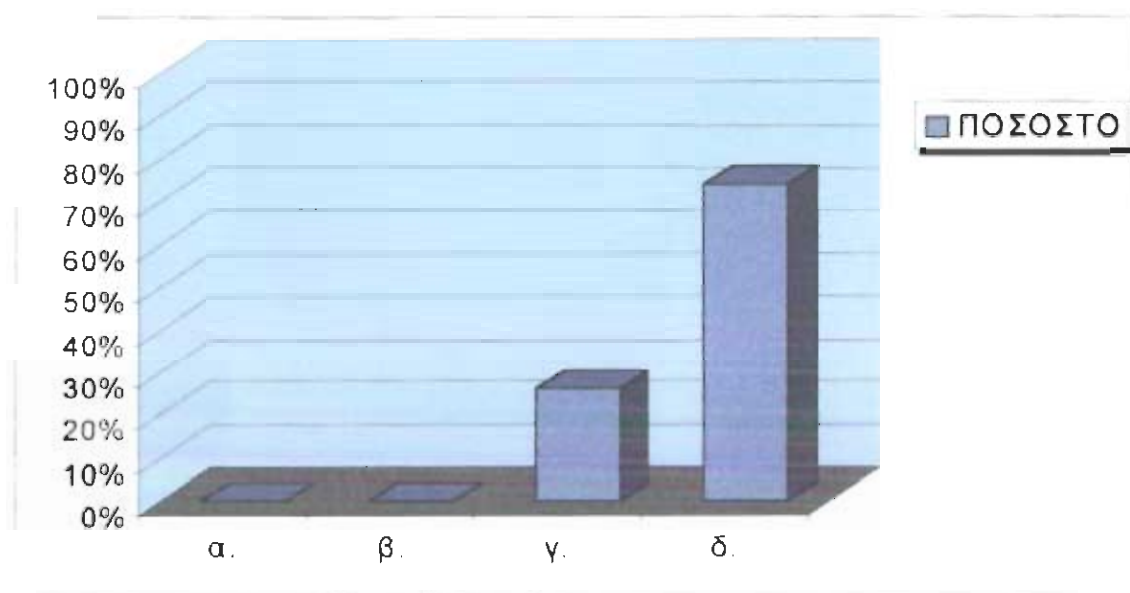
Θεωρείτε απαραίτητη τη συνεργασία σας με τους υπόλοιπους κοινωνικούς επιστήμονες της υπηρεσίας σας;

α. Καθόλου

β. Λίγο

γ. Πολύ

δ. Πάρα πολύ



Στην συγκεκριμένη ερώτηση παρατηρείται ότι το 74% του δείγματος (14 επαγγελματίες) δήλωσε ότι θεωρεί απαραίτητη τη συνεργασία του με τους υπόλοιπους κοινωνικούς επιστήμονες της υπηρεσίας που ανήκει. Και το 26% (5 επαγγελματίες) δήλωσε ότι την θεωρεί πολύ απαραίτητη.

ΕΡΩΤΗΣΗ 28

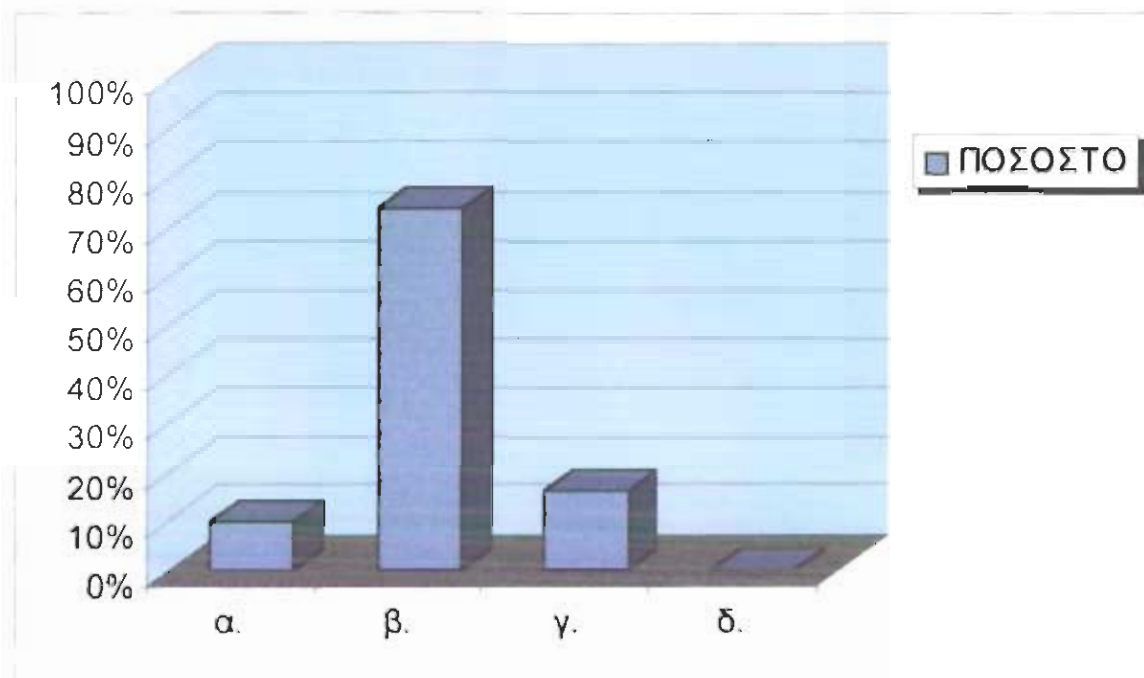
Κατά την γνώμη σας η συνεργασία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας είναι:

α. Όχι ικανοποιητική

β. ικανοποιητική

γ. Αρκετά ικανοποιητική

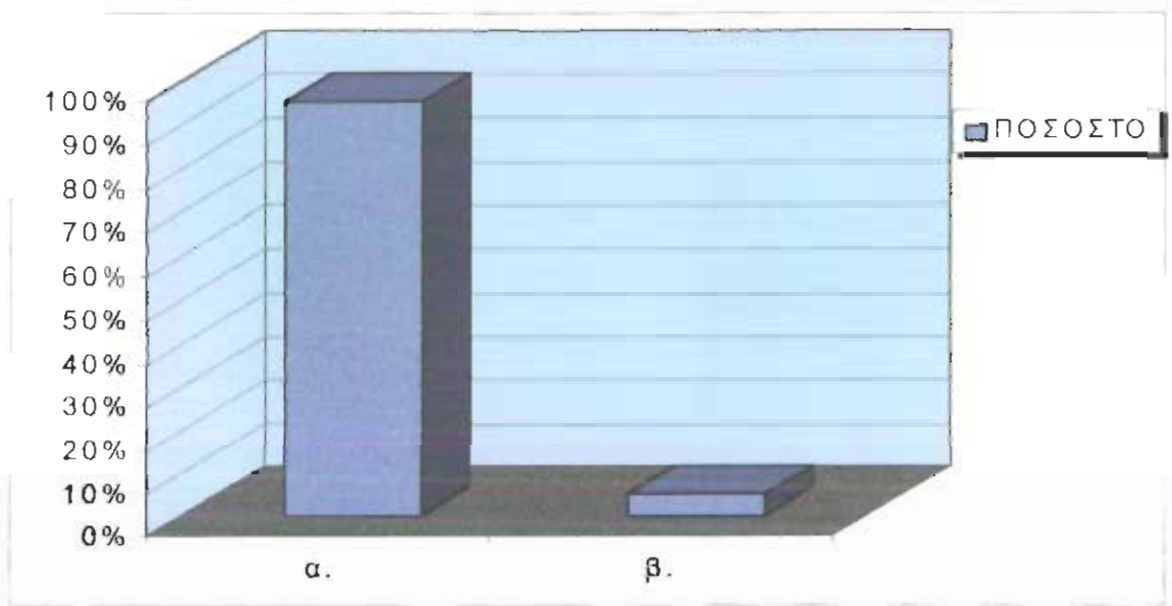
δ. πολύ ικανοποιητική



Από την συγκεκριμένη ερώτηση προκύπτει ότι οι περισσότεροι ειδικοί (14 στελέχη), το 74% του συνολικού δείγματος θεωρούν την συνεργασία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας ικανοποιητική. Τρεις ειδικοί, δηλαδή το 16% του συνολικού δείγματος θεωρούν την διεπιστημονική συνεργασία αρκετά ικανοποιητική. Ενώ μόλις το 10% του δείγματος (2 στελέχη) όχι ικανοποιητική.

ΕΡΩΤΗΣΗ 29

Θεωρείται ότι όταν υπάρχει σωστή διεπιστημονική συνεργασία αυξάνεται το αίσθημα της ικανοποίησης και της ασφάλειας των ασθενών που δέχονται την σφαιρική και συλλογική βοήθεια;
α. Ναι β. Όχι

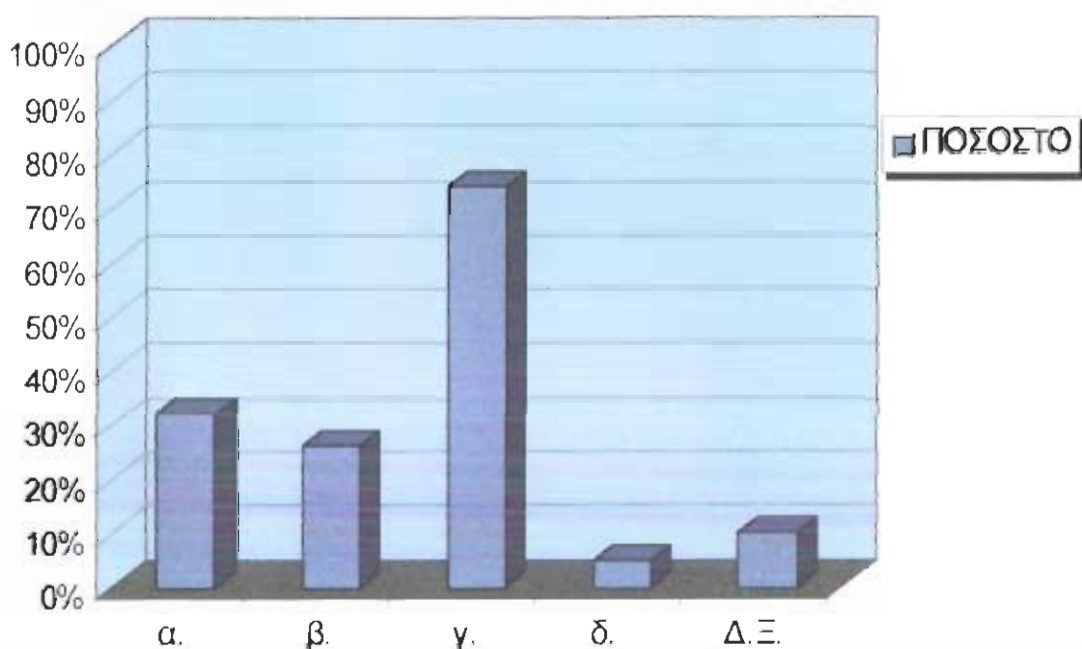


Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων όπως προκύπτει από την συγκεκριμένη ερώτηση θεωρεί ότι όταν υπάρχει σωστή διεπιστημονική συνεργασία, αυξάνεται το αίσθημα ικανοποίησης και ασφάλειας από την πλευρά των οροθετικών, αφού το 95% του συνολικού δείγματος (18 επαγγελματίες) απάντησαν θετικά στην συγκεκριμένη ερώτηση, ενώ μόνο ένας επαγγελματίας είχε διαφορετική άποψη.

ΕΡΩΤΗΣΗ 30

Μέσα από ποιους τρόπους παίρνετε ανατροφοδότηση σε σχέση με την παροχή βοήθειας στους χρήστες της υπηρεσίας;

- α. Τηλεφωνούν για να ευχαριστήσουν β. Έρχονται οι ίδιοι
γ. Φαίνεται μέσα από την πορεία της συνεργασίας
δ. Κάτι άλλο, προσδιορίστε



Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

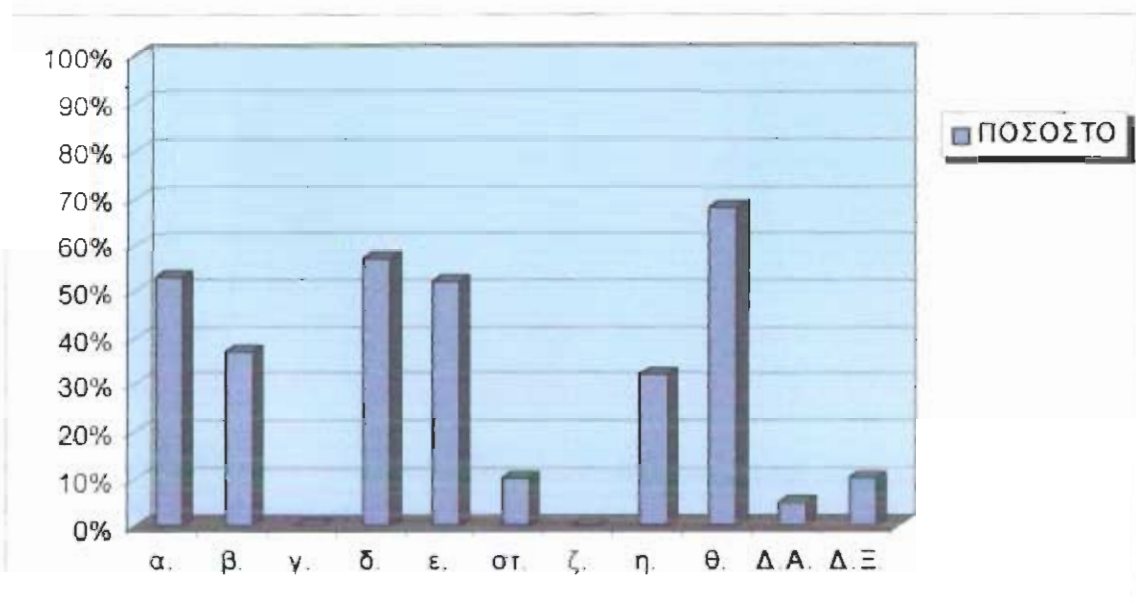
Οι κυριότεροι τρόποι μέσα από τους οποίους οι ειδικοί παίρνουν ανατροφοδότηση σε σχέση με την παροχή βοήθειας στους χρήστες των υπηρεσιών τους είναι οι εξής: Η ανατροφοδότηση φαίνεται μέσα από την πορεία της συνεργασίας, όπου εμφανίζεται με το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων 74% (14 επαγγελματίες). Ακολουθούν τα τηλεφωνήματα για να ευχαριστήσουν με ποσοστό 32% (6 επαγγελματίες).στη

συνέχεια με μικρή διαφορά, έρχονται οι ίδιοι να ευχαριστήσουν τον ειδικό, με ποσοστό απαντήσεων 21% (5 επαγγελματίες). Λξίζει βέβαια να σημειωθεί ότι οι ειδικοί που εργάζονται στις τηλεφωνικές γραμμές μας δήλωσαν ότι αυτοί συνήθως δεν λαμβάνουν ανατροφοδότηση, αφού κάτι τέτοιο είναι πολύ δύσκολο μέσω μιας κλήσης. Σε πολύ λίγες περιπτώσεις όμως κάτι τέτοιο μπορεί να φανεί από την πορεία του διαλόγου κατά την διάρκεια της κλήσης.

ΕΡΩΤΗΣΗ 31

Ποια είναι τα κυριότερα συναισθήματα ή καταστάσεις που βιώνουν οι ειδικοί στην συνεργασία τους με τα οροθετικά άτομα;

- α. Θλίψη β. Θυμό γ. Ενοχές δ. Άγχος
ε. Γενική κούραση ή αδυναμία στ. Πονοκεφάλους
ζ. Δυσκολεύονται να αυτοσυγκεντρωθούν η. Αϋπνίες
θ. αίσθημα αδυναμίας επίλυσης του προβλήματος των πελατών



Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

Σ' αυτήν την ερώτηση παρατηρούμε ότι τα κυριότερα συναισθήματα που μπορεί να βιώσει ένας ειδικός μέσω της επαφής του με τους οροθετικούς είναι τα εξής: το κυρίαρχο συναίσθημα είναι το αίσθημα αδυναμίας επίλυσης του προβλήματος των πελατών που εμφανίζεται με ποσοστό απαντήσεων 68% (13 στελέχη). Ακολουθεί το άγχος με ποσοστό απαντήσεων 58% (11 στελέχη). Άλλα συναισθήματα είναι η θλίψη, η γενική κούραση ή η αδυναμία, που εμφανίζονται με ποσοστό 53% (10 στελέχη). Αϋπνίες με ποσοστό 32% (6 στελέχη), και τέλος πονοκεφάλους με ποσοστό 10% (2 στελέχη).

ΕΡΩΤΗΣΗ 32

32. Υπάρχουν κάποιοι μηχανισμοί άμυνας ή ειδικές συμπεριφορές που εμφανίζουν οι ειδικοί μέσα από την επαφή τους με τα οροθετικά άτομα;

α. Μηχανισμός εκλογίκευσης

β. Μηχανισμός προβολής

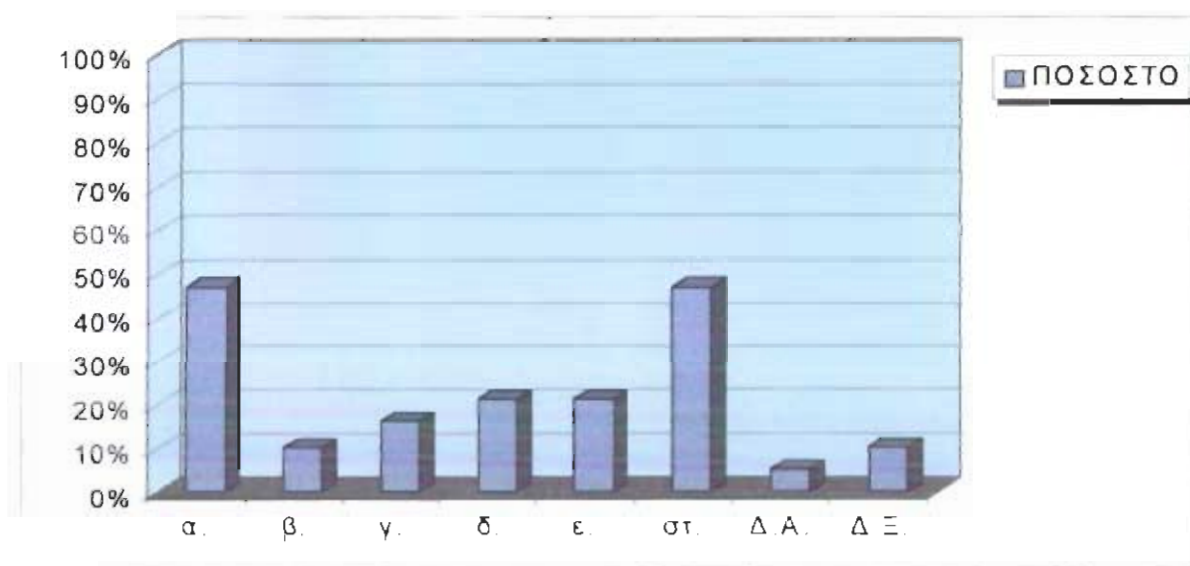
γ. Μηχανισμός μετάθεσης

δ. Χιούμορ

ε. Προκατάληψη

στ. Άρνηση

ζ. Κάτι άλλο, προσδιορίστε



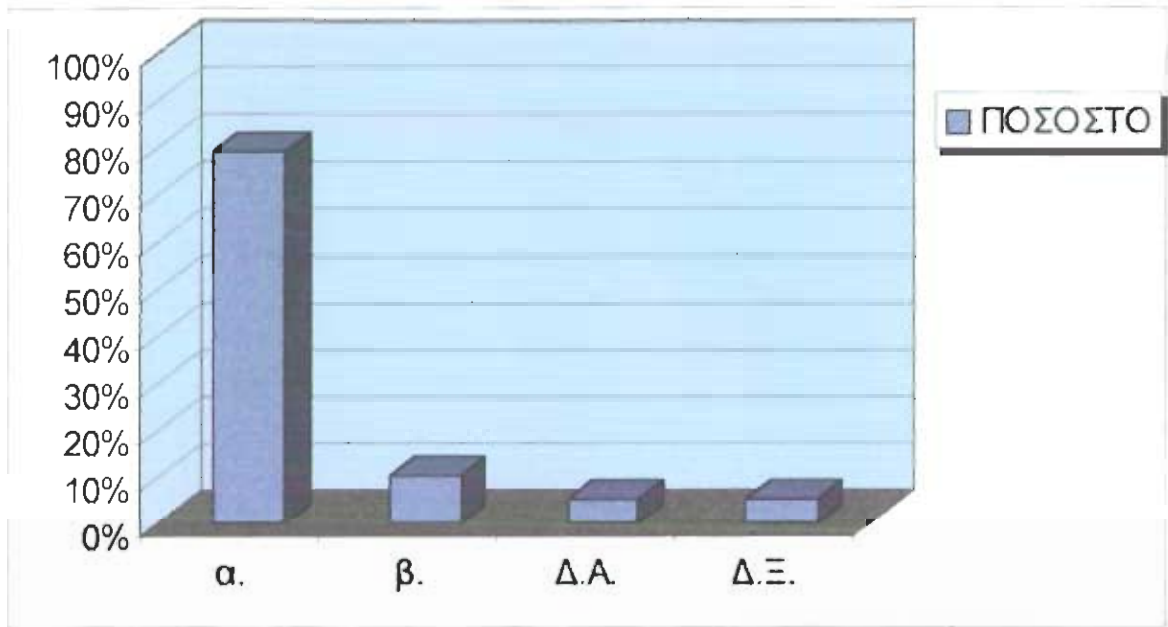
Σ' αυτήν την ερώτηση παρουσιάζονται τα έξης στοιχεία: από τους κυριότερους μηχανισμούς άμυνας ή ειδικές συμπεριφορές που παρουσιάζουν οι ειδικοί όπως υποστηρίχτηκε από το δείγμα μας είναι ο μηχανισμός εκλογίκευσης καθώς και η άρνηση αφού τονίστηκαν με ποσοστό 47% του συνόλου (9 επαγγελματίες). Ακολουθούν το χιούμορ και η προκατάληψη με ποσοστό 21% του συνολικού δείγματος (4 επαγγελματίες). Ο μηχανισμός μετάθεσης με ποσοστό 16% (3 επαγγελματίες), και τέλος ο μηχανισμός της προβολής με ποσοστό 10% (2επαγγελματίες).

ΕΡΩΤΗΣΗ 33Α

Πιστεύετε ότι η εργασία με οροθετικά άτομα εξουθενώνει ψυχολογικά το προσωπικό;

α. Ναι

β. Όχι



Όπως προκύπτει από την συγκεκριμένη ερώτηση η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 79% (15 επαγγελματίες) υποστηρίζει ότι η εργασία με οροθετικά άτομα εξουθενώνει ψυχολογικά το προσωπικό. Ενώ μόλις το 10% (2 επαγγελματίες) υποστήριξε το αντίθετο.

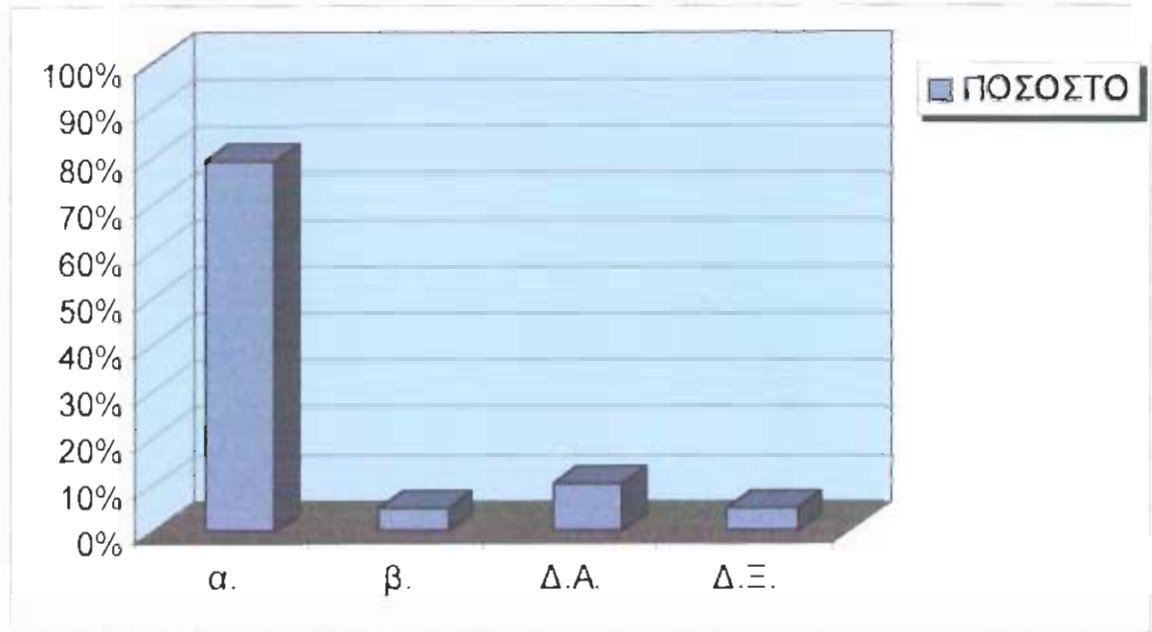
Ενώ επίσης και δύο επαγγελματίες από τους οποίους ο ένας δεν απάντησε και ο άλλος δεν γνώριζε.

ΕΡΩΤΗΣΗ 33B

Έχετε παρατηρήσει κάτι τέτοιο;

α. Ναι

β. Όχι



Όπως μπορούμε να δούμε από το παραπάνω διάγραμμα οι 15 επαγγελματίες, δηλαδή το 79% του συνολικού δείγματος απαντά ότι έχει συναντήσει κατά την διάρκεια της επαγγελματικής του πορείας άτομα να παρουσιάζουν ψυχολογική – επαγγελματική εξουθένωση, ενώ μόλις το 5% (1 επαγγελματίας) είχε αντίθετη γνώμη. Δύο άτομα δεν ήξεραν να απαντήσουν όπως δήλωσαν, ενώ και πάλι ένας δεν απάντησε.

ΕΡΩΤΗΣΗ 34Α

Για ποιους λόγους πιστεύετε ότι η εργασία με οροθετικά άτομα μπορεί να προκαλέσει επαγγελματική εξουθένωση;(παρακαλούμε σημειώστε)

α. Λόγω του θανάτου σε νεανική ηλικία

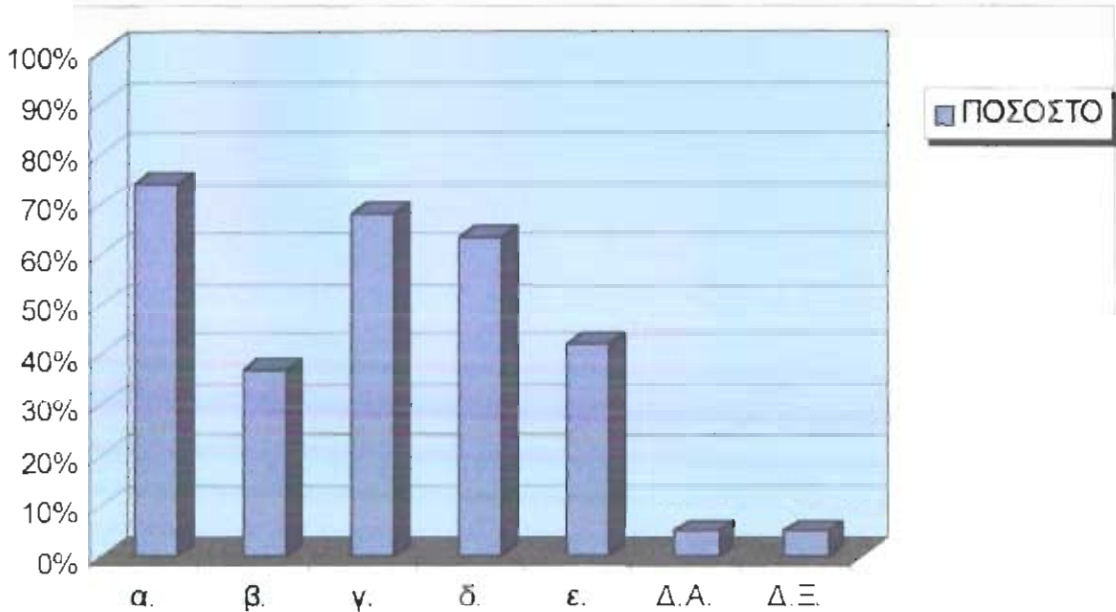
β. Λόγω του κοινωνικού στίγματος

γ. Λόγω των μειωμένων δυνατοτήτων βοήθειας/ παροχών

δ. Λόγω έλλειψης δομών/ υπηρεσιών

ε. Λόγω του ότι είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα

στ. Κάτι άλλο, προσδιορίστε



Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

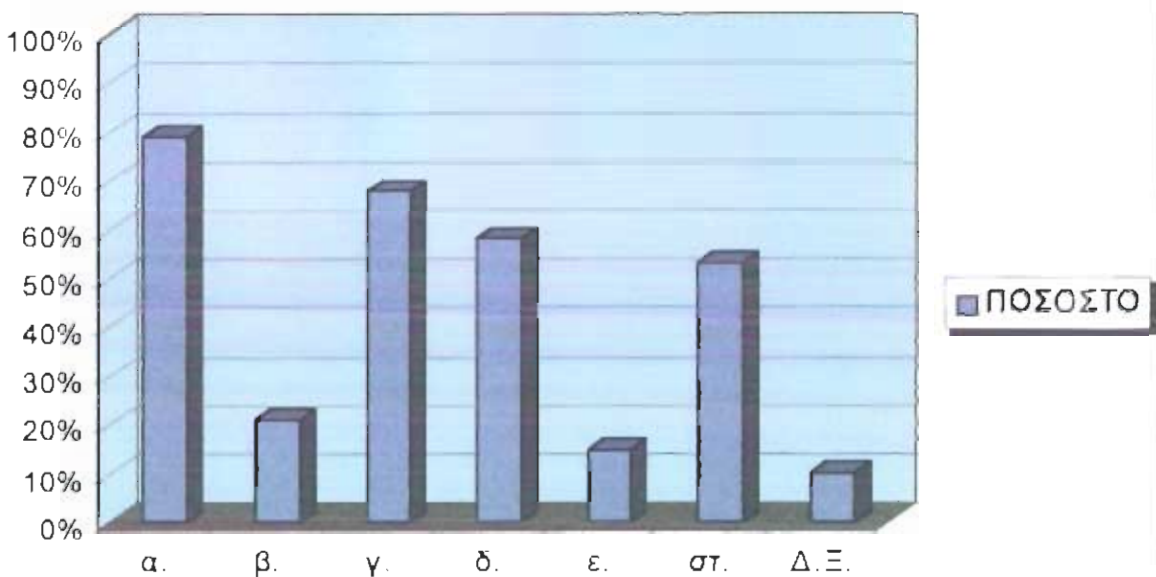
Οι λόγοι τώρα για τους οποίους η εργασία με οροθετικά άτομα μπορεί να προκαλέσει επαγγελματική εξουθένωση, όπως φαίνονται κατά σειρά προτίμησης από τις απαντήσεις των ειδικών στο παραπάνω διάγραμμα είναι οι εξής: με το μεγαλύτερο ποσοστό 74% (14 επαγγελματίες) παρουσιάζεται η νεανική ηλικία θανάτου που

παρατηρείται με τους οροθετικούς. Ακολουθεί η μειωμένη δυνατότητα βοήθειας/ παροχών με ποσοστό 68% (13 επαγγελματίες). Η έλλειψη δομών/ υπηρεσιών υποστηρίχτηκε με ποσοστό 63% (12 επαγγελματίες). Λιγότερο πιθανοί λόγοι εμφανίζονται το γεγονός ότι το AIDS πρόκειται για ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα που υποστηρίχτηκε με ποσοστό 42% (8 επαγγελματίες). Και τέλος λόγω του κοινωνικού στίγματος με ποσοστό 37% (7 επαγγελματίες).

ΕΡΩΤΗΣΗ 34B

Ποιες είναι κυρίως οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης που παρουσιάζουν οι επαγγελματίες που ασχολούνται με οροθετικά άτομα;

- α. Δυσαρέσκεια προς την εργασία
- β. Μεγάλο αριθμό απουσιών
- γ. Τάση για αλλαγή εργασίας
- δ. Επιδείνωση των σχέσεων με τους συναδέλφους
- ε. Μείωση της αυτοεκτίμησης
- στ. Κατάθλιψη
- ζ. Κάτι άλλο, προσδιορίστε



Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

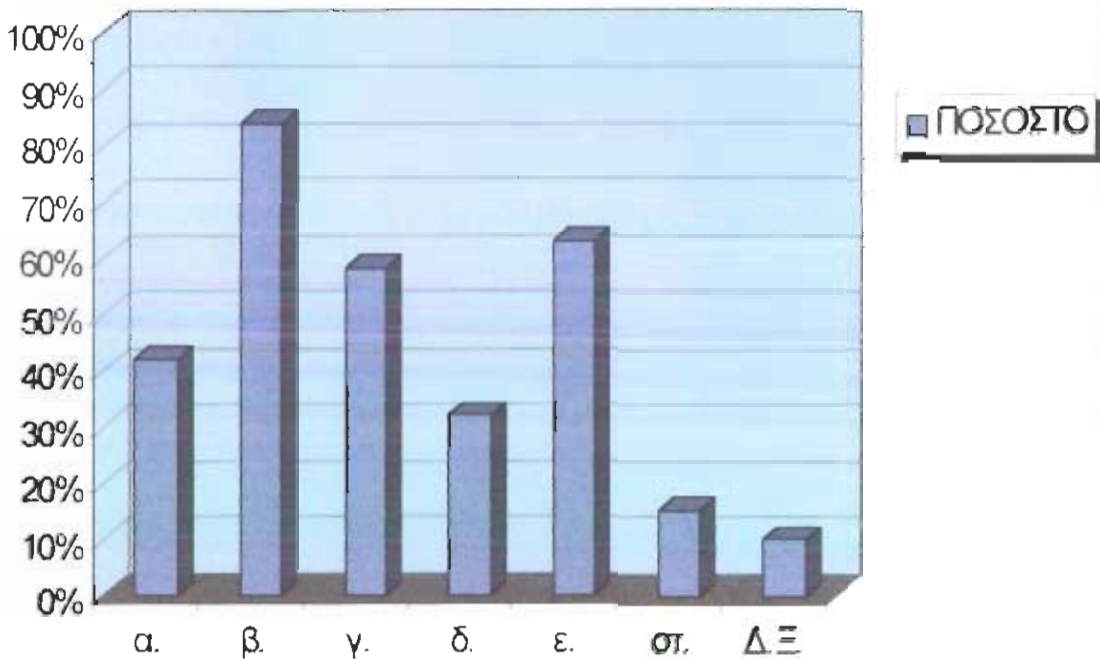
Οι κυριότερες επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης που παρουσιάζουν οι επαγγελματίες που ασχολούνται με οροθετικά άτομα είναι οι εξής: σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στο παραπάνω διάγραμμα, ως κυριότερη επίπτωση εμφανίζεται η

δυσaréσκεια προς την εργασία, αφού απαντήθηκε από το μεγαλύτερο ποσοστό 79% του συνολικού δείγματος (15 επαγγελματίες). Ως επίσης σημαντική επίπτωση, παρουσιάζεται η τάση για αλλαγή επαγγέλματος με ποσοστό απαντήσεων 68% (13 επαγγελματίες). Ακολουθεί η επιδείνωση των σχέσεων με τους συναδέλφους με ποσοστό 58% (11 επαγγελματίες). Η εμφάνιση καταστάσεων κατάθλιψης με ποσοστό 53% (10 επαγγελματίες), μεγάλος αριθμός απουσιών με ποσοστό απαντήσεων 21% (4 επαγγελματίες), και τέλος η μείωση της αυτοεκτίμησης που απαντήθηκε από το 16% του δείγματος (3 επαγγελματίες).

ΕΡΩΤΗΣΗ 34Γ

Με ποιους από τους παρακάτω τρόπους μπορεί το προσωπικό να βοηθηθεί στην άσκηση του δύσκολου έργου του;

- α. Ατομική εποπτεία
- β. Ομαδική εποπτεία
- γ. Διεπιστημονική συνεργασία
- δ. Περισσότερες άδειες
- ε. Επιμόρφωση
- στ. Συμβουλευτική σε ομάδες θεραπείας-αυτογνωσίας
- ζ. Κάτι άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε



Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

Σ' αυτήν την ερώτηση παρατηρούμε ότι ο κυριώτερος τρόπος που μπορεί να βοηθηθεί το προσωπικό στην άσκηση του έργου του είναι η ομαδική εποπτεία αφού απαντήθηκε από το 84% του συνολικού δείγματος (16 επαγγελματίες). Ακολουθεί η επιμόρφωση με ποσοστό 63%

(12 επαγγελματίες). Η διεπιστημονική συνεργασία με ποσοστό 58% (11 επαγγελματίες). Η ατομική εποπτεία με ποσοστό 42% (8 επαγγελματίες).

Ενώ με μικρότερη συχνότητα απαντήσεων εμφανίζονται οι περισσότερες άδειες και η συμβουλευτική σε ομάδες θεραπείας-αυτογνωσίας με ποσοστό 32% (6 επαγγελματίες) και 16% (3 επαγγελματίες) αντίστοιχα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 35

Έχετε παρατηρήσει παρόμοια σημάδια ψυχολογικής εξουθένωσης σε κάποια από τις παρακάτω ειδικότητες; Κυρίως σε ποιες; (Αριθμήστε από μια έως τρεις επιλογές)

α. Κοινωνικούς Λειτουργούς

β. Ψυχολόγους

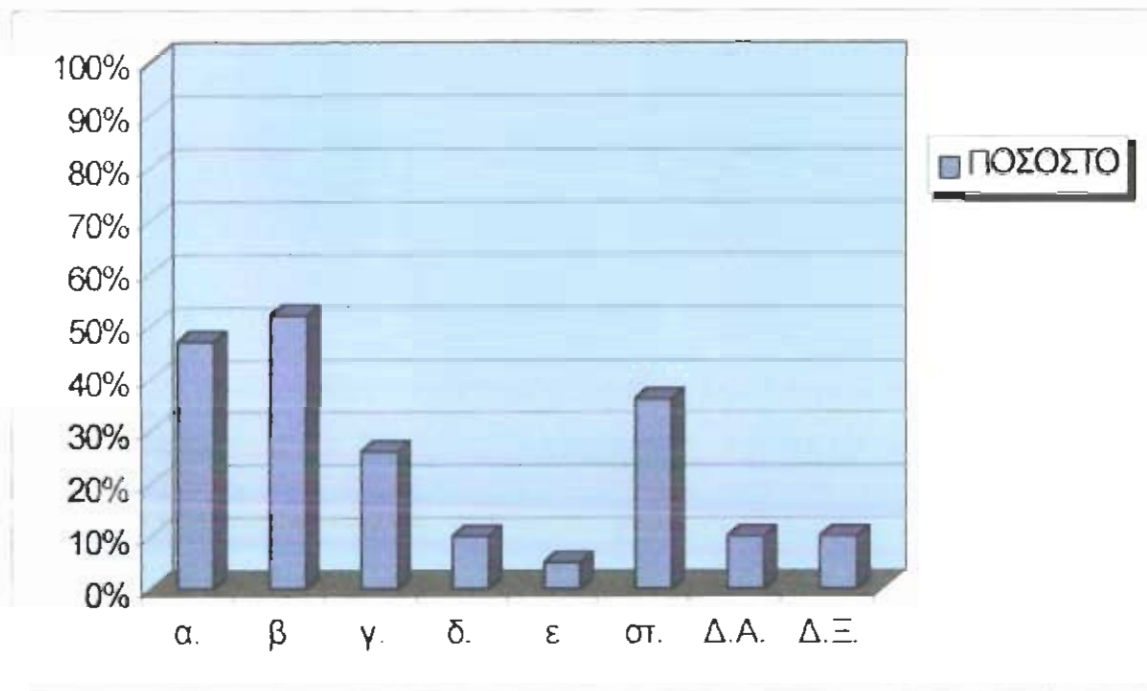
γ. Ψυχιάτρους

δ. Κοινωνιολόγους

ε. Νομικούς

στ. Σε όλες

ζ. Άλλη ειδικότητα, προσδιορίστε



Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

Όπως φαίνεται από το παραπάνω διάγραμμα, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων οι ειδικότητες που μπορεί να παρουσιάσουν σημάδια ψυχολογικής εξουθένωσης είναι οι εξής: μια από τις πιο ευάλωτες ειδικότητες προκύπτει να είναι οι ψυχολόγοι αφού απαντήθηκε από το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 53% (10 στελέχη).

Ακολουθούν οι κοινωνικοί λειτουργοί με ποσοστό 47% (9 στελέχη). Το 37% του δείγματος (7 στελέχη) υποστήριξαν ότι σημάδια ψυχολογικής εξουθένωσης μπορεί να παρουσιαστούν σε όλες ειδικότητες. Το 26% του δείγματος (5 στελέχη) απάντησαν τους ψυχίατρους. Ενώ με μικρότερη συχνότητα απαντήσεων 10% (2 στελέχη) και 5% (1 στέλεχος) εμφανίζονται οι κοινωνιολόγοι και οι νομικοί αντίστοιχα.

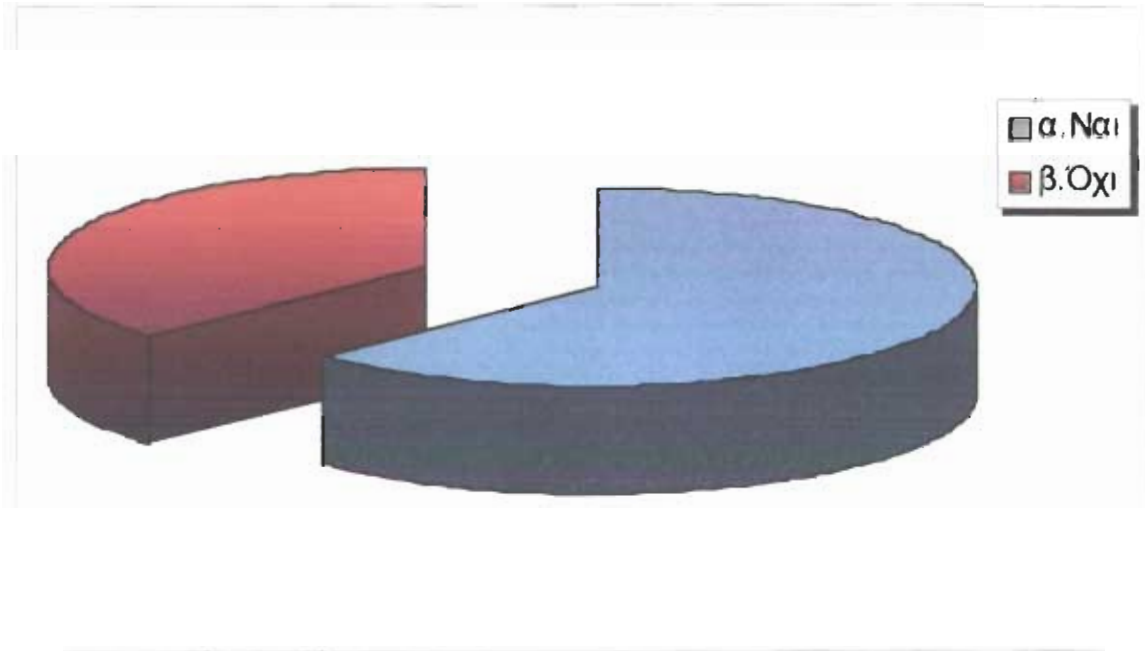
Ενώ παράλληλα θα ήταν σημαντικό να αναφέρουμε ότι μας απάντησαν και τις ειδικότητες των γιατρών και νοσηλευτριών.

ΕΡΩΤΗΣΗ 36Α

Πραγματοποιούνται συναντήσεις με τις υπόλοιπες υπηρεσίες
ψυχοκοινωνικής στήριξης του Κ.Ε.Ε.Λ.;

α. Ναι

β. Όχι



Όπως μπορείτε να παρατηρήσετε από το παραπάνω διάγραμμα, οι περισσότεροι ερωτηθέντες, το 63% (12 επαγγελματίες) του συνολικού δείγματος υποστηρίζουν ότι πραγματοποιούνται συναντήσεις όλων των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης του Κ.Ε.Ε.Λ. Ενώ το 37% (7 επαγγελματίες) υποστηρίζουν το αντίθετο. Βάσει των παραπάνω αποτελεσμάτων δεν μπορούμε να οδηγηθούμε σε κάποιο ασφαλές συμπέρασμα για το αν γίνονται ή όχι συναντήσεις.

ΕΡΩΤΗΣΗ 36B

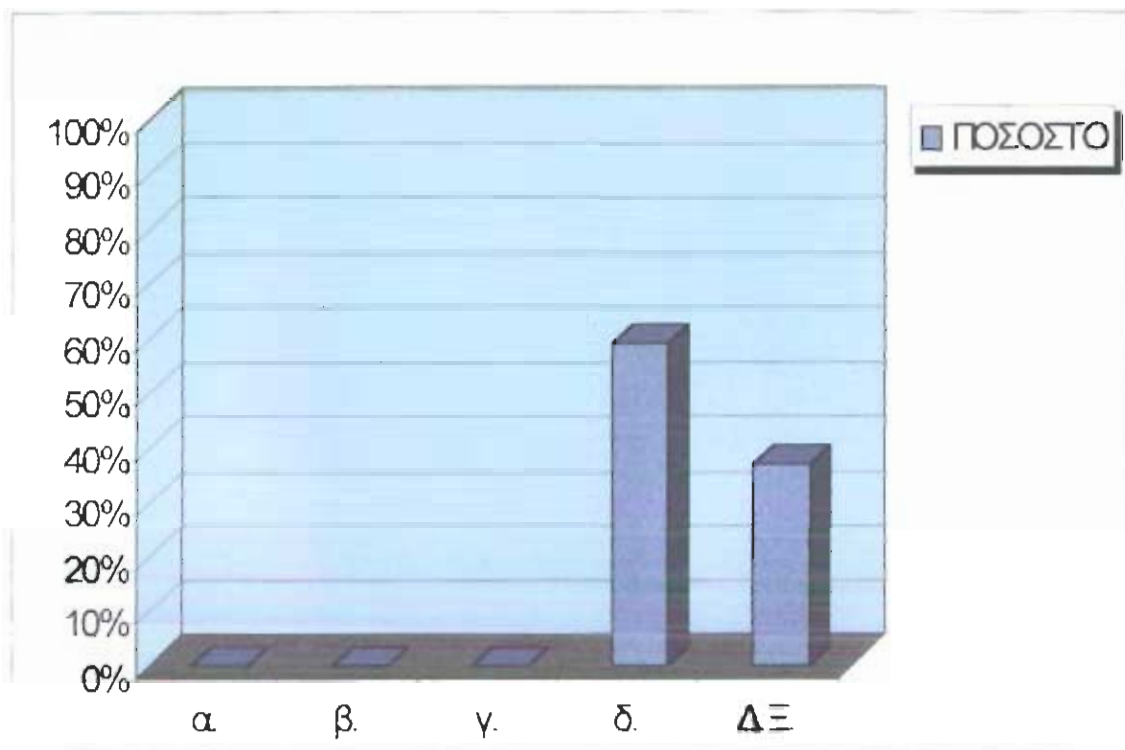
Αν ναι, πόσο συχνά;

α. Κάθε μήνα

β. Κάθε 6 μήνες

γ. Κάθε χρόνο

δ. Με την αφορμή συζήτησης συγκεκριμένου θέματος



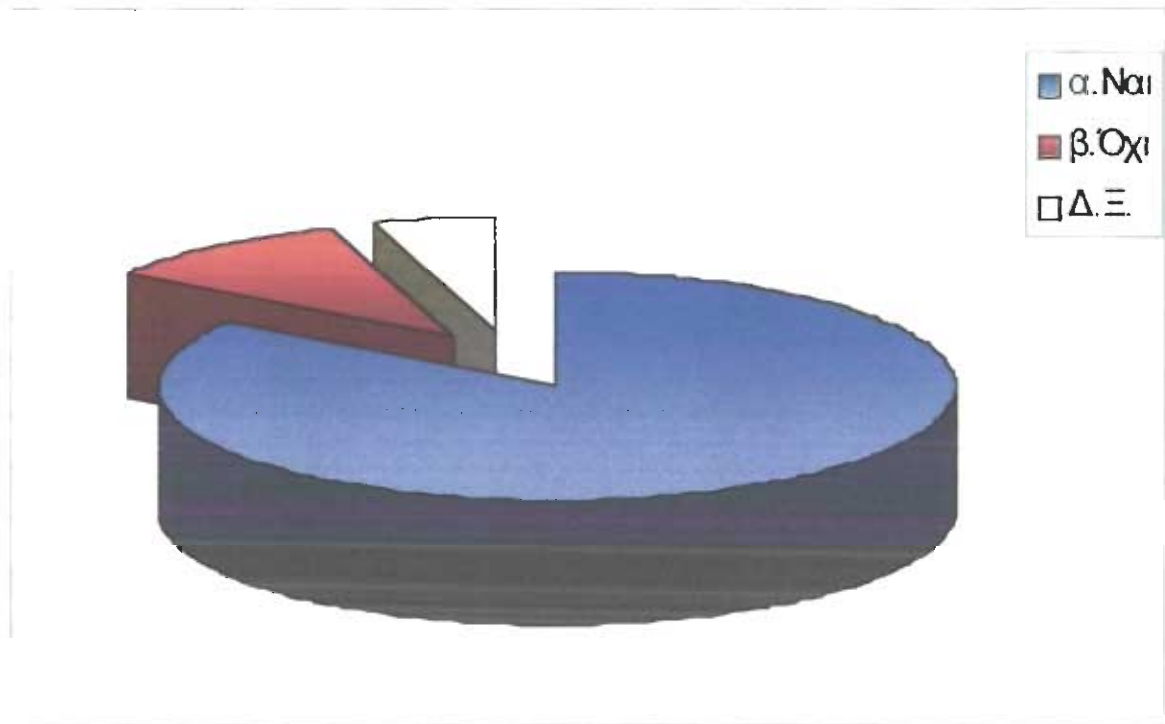
Οι συναντήσεις αυτές που τουλάχιστον υποστήριξαν την ύπαρξη τους οι 12 επαγγελματίες, πραγματοποιούνται όταν προκύψει αφορμή συζήτησης συγκεκριμένου θέματος όπως απάντησε το 58% του δείγματός (11 επαγγελματίες). Ενώ ένας επαγγελματίας μας είπε ότι οι συναντήσεις αυτές πραγματοποιούνται σπάνια.

ΕΡΩΤΗΣΗ 37Α

Επιδιώκετε την συνεργασία με τους θεράποντες ιατρούς των περιπτώσεων σας;

α. Ναι

β. Όχι



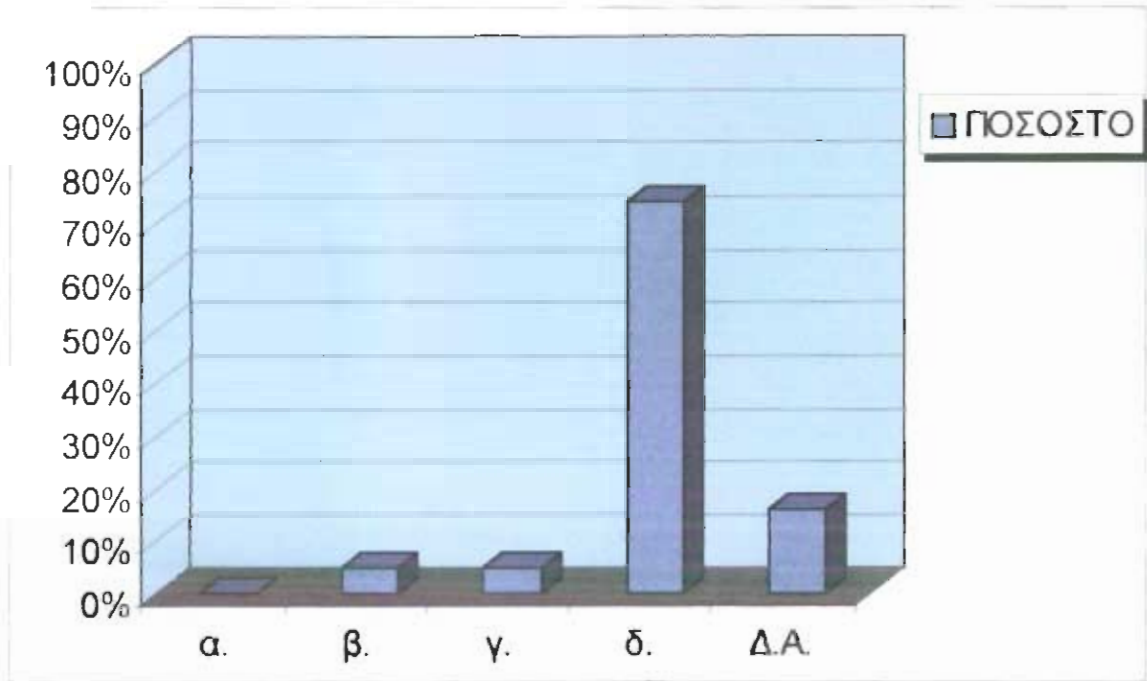
Το 84% του δείγματος (16 επαγγελματίες) απάντησαν ότι επιδιώκουν την συνεργασία με τους θεράποντες ιατρούς των περιπτώσεων που παρακολουθούν. Πράγμα που δείχνει ότι υπάρχει θέληση για διεπιστημονική συνεργασία. Ενώ μόλις το 10% (2 επαγγελματίες) είχαν αντίθετη γνώμη.

ΕΡΩΤΗΣΗ 37B

Εάν ναι, κάθε πότε;

α. 1-5 ημέρες την εβδομάδα
γ. Κάθε μήνα

β. Κάθε 15 ημέρες
δ. Όποτε χρειαστεί



Οι περισσότεροι απάντησαν όποτε χρειαστεί με ποσοστό απαντήσεων 73% (14 επαγγελματίες). Ενώ μόνο ένας απάντησε κάθε 15 ημέρες. Αυτό δείχνει ίσως ότι η επικοινωνία με τους γιατρούς δεν είναι συχνή και ίσως επίσης τελικά να μην υπάρχουν οι κατάλληλες συνθήκες ώστε να επιτευχθεί κάτι τέτοιο.

ΕΡΩΤΗΣΗ 38B

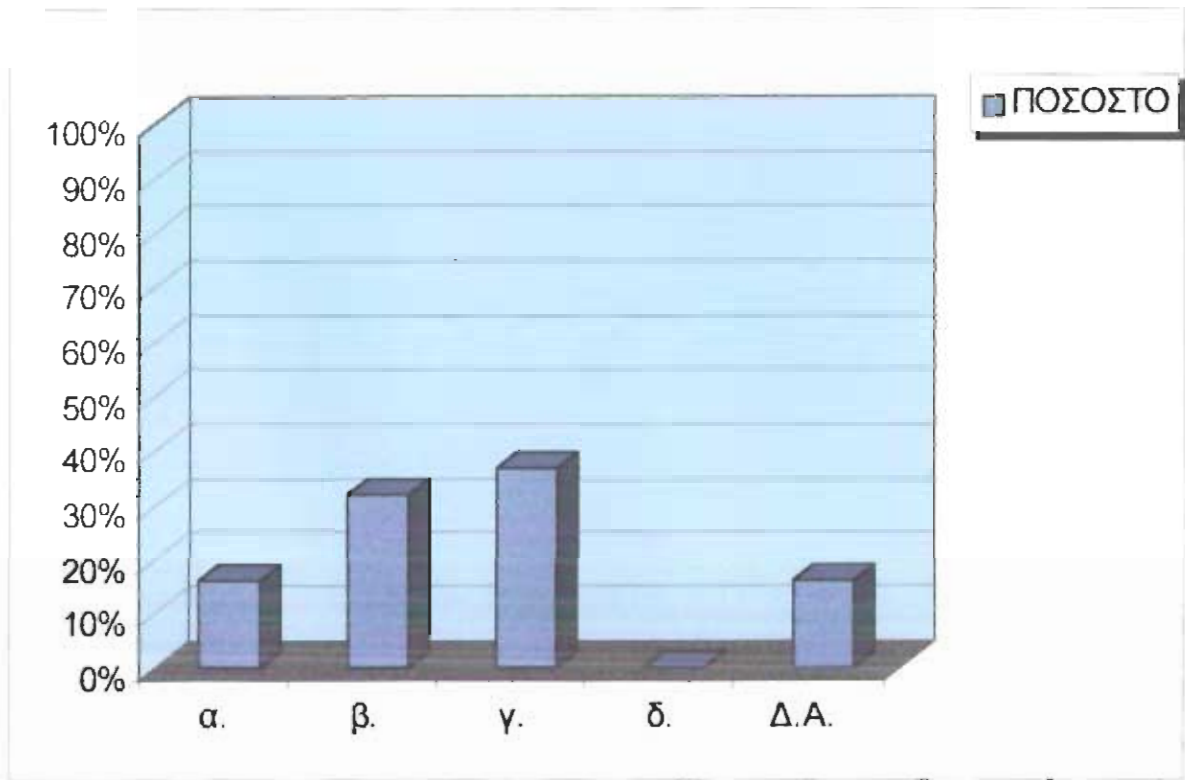
Εάν ναι, κάθε πότε;

α. Πολύ συχνά

β. Συχνά

γ. Σπάνια

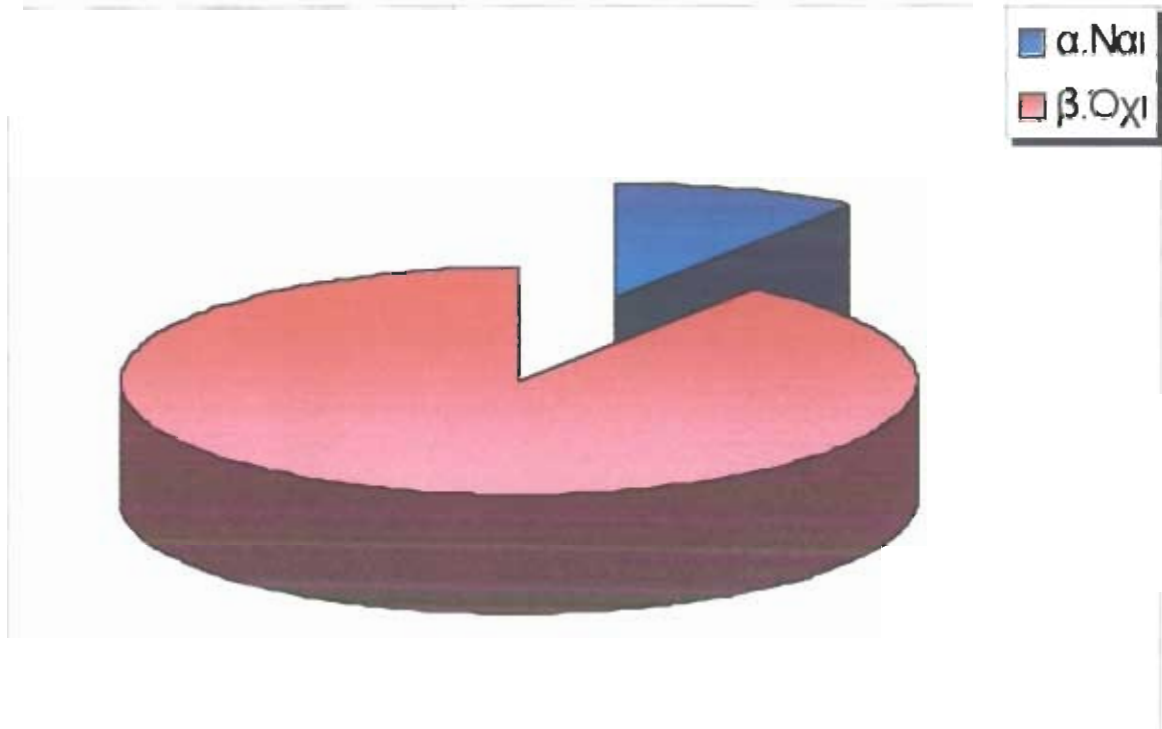
δ. Καθόλου



Και σ' αυτήν την ερώτηση παρατηρούμε ότι παρόλο που υπάρχει θέληση συνεργασίας δυστυχώς αυτή είναι σπάνια, όπως τουλάχιστον φαίνεται από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, αφού το 37% του δείγματος (7 επαγγελματίες) απάντησε σπάνια. Ακολουθεί το 32% (6 επαγγελματίες) που υποστήριξαν ότι η συνεργασία είναι συχνή, ενώ μόλις το 16% (3 επαγγελματίες) δήλωσε ότι η συνεργασία αυτή είναι **πολύ** συχνή.

ΕΡΩΤΗΣΗ 39

Συμμετέχετε στις ανακοινώσεις των θετικών αποτελεσμάτων;
α. Ναι β. Όχι



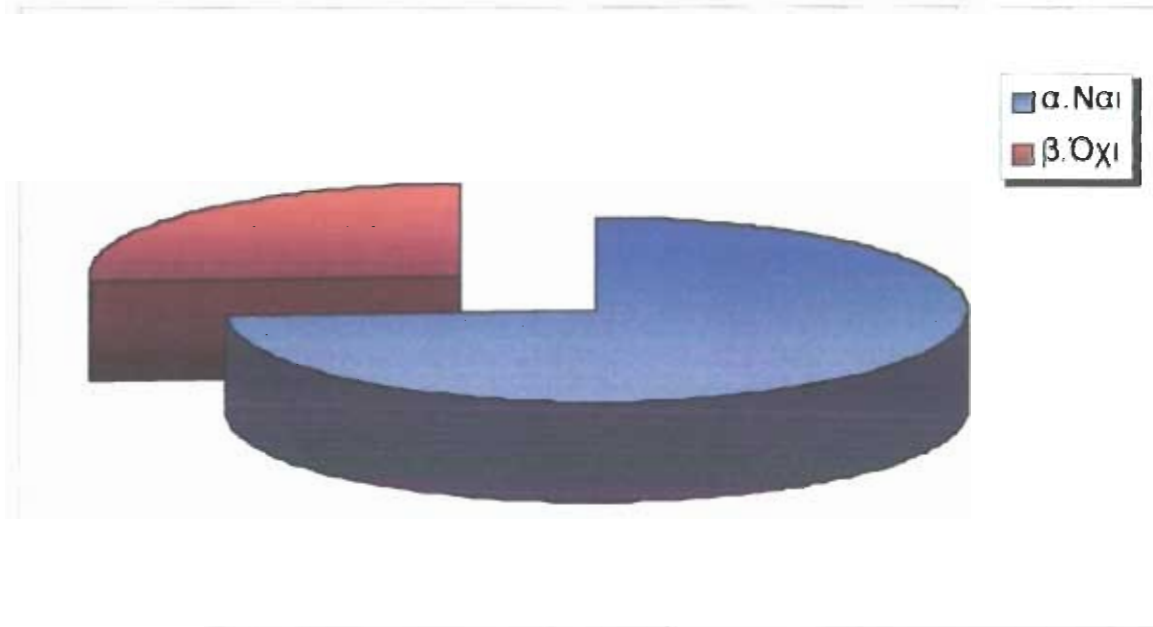
Όπως διαπιστώνουμε από αυτήν την ερώτηση το 89% του συνολικού δείγματος δεν έχει τη δυνατότητα να συμμετέχει στις ανακοινώσεις των θετικών αποτελεσμάτων και μόλις το 10% (2 επαγγελματίες) συμμετέχει.

ΕΡΩΤΗΣΗ 40Α

Γίνεται αξιολόγηση του έργου της υπηρεσίας από κάποιον αρμόδιο φορέα;

α. Ναι

β. όχι



Το 74% του δείγματός (14 επαγγελματίες) απάντησε ότι πραγματοποιείται εσωτερική αξιολόγηση του έργου της υπηρεσίας του από κάποιον αρμόδιο φορέα. Ενώ μόλις το 26% (5 επαγγελματίες) δήλωσε ότι δεν αξιολογείται το έργο της υπηρεσίας του.

ΕΡΩΤΗΣΗ 40B

**Αν ναι, από πότε;
(Παρακαλούμε γράψτε έτος)**

Οι ειδικοί που εργάζονται στις υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Λ. που εδρεύουν στην Αθήνα μας έδωσαν ως ημερομηνία έναρξης της αξιολόγησης τους το 2002.

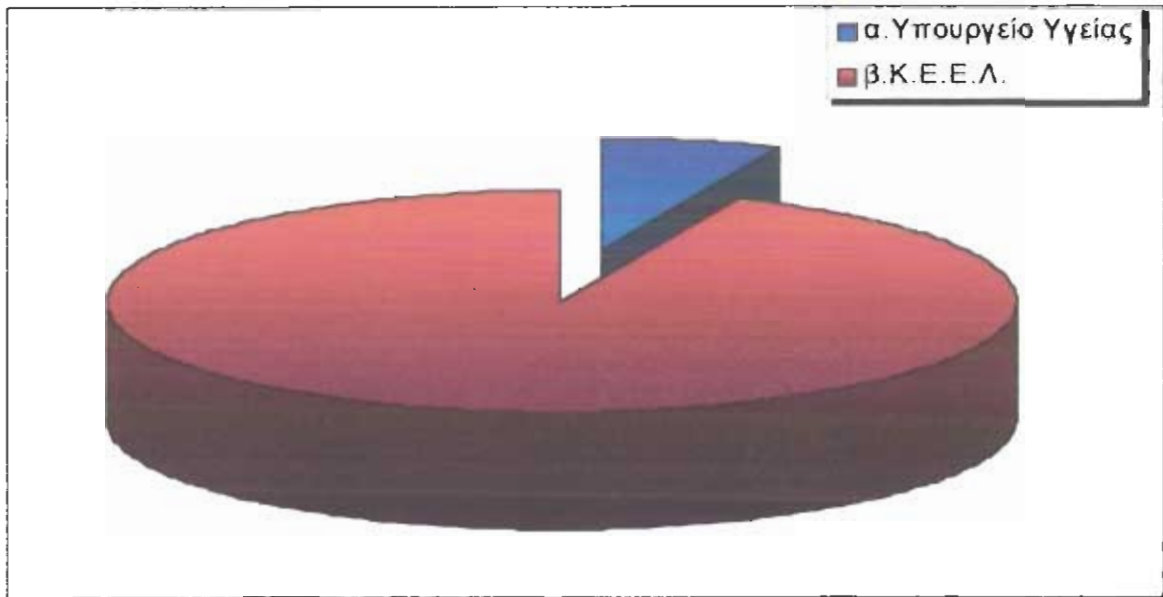
Ενώ η τηλεφωνική γραμμή της Θεσσαλονίκης απάντησε ότι η αξιολόγηση τους ξεκίνησε για πρώτη φορά φέτος (2003). Αυτό ίσως σημαίνει ότι ήταν η τελευταία υπηρεσία που αξιολογήθηκε, μιας και η αξιολόγηση άρχισε τον Οκτώβριο / Νοέμβριο του 2002.

ΕΡΩΤΗΣΗ 40Γ

Και από ποιον;

α. Υπουργείο υγείας

β. Κ.Ε.Ε.Λ.



Σ' αυτήν την ερώτηση παρατηρούμε ότι το 74% του συνολικού δείγματος (14 επαγγελματίες) μας ανέφερε ως αρμόδιο φορέα που πραγματοποιεί την αξιολόγηση, το Κ.Ε.Ε.Λ. Ενώ ένα άτομο έκανε αναφορά στο Υπουργείο Υγείας. Βλέπουμε ότι δεν είναι ξεκάθαρο για όλους το ποιος είναι ο αρμόδιος φορέας για την αξιολόγηση.

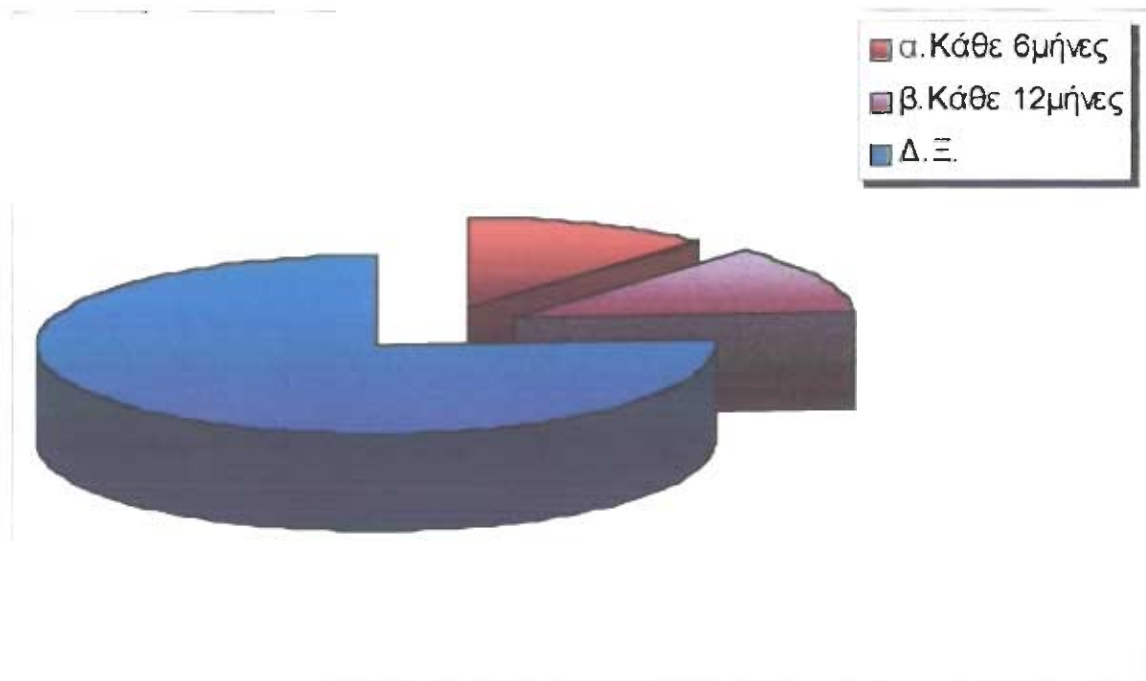
ΕΡΩΤΗΣΗ 40Δ

Κάθε πότε;

α. Κάθε 6 μήνες

γ. Άλλο χρονικό διάστημα, προσδιορίστε;

β. Κάθε 12 μήνες



Σ' αυτήν την ερώτηση αυτό που παρατηρήσαμε είναι ότι οι περισσότεροι δυσκολεύτηκαν να απαντήσουν και αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι η αξιολόγηση τους είναι πολύ πρόσφατη. Ωστόσο δύο άτομα μίλησαν για μια φορά το εξάμηνο, επίσης δύο μια φορά το χρόνο, ενώ ένα άτομο αναφέρθηκε στο γεγονός ότι η αξιολόγηση πραγματοποιείται ανάλογα με την περίπτωση κάθε φορά. Μπορούμε δηλαδή να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει ενημέρωση σχετικά με την συχνότητα της αξιολόγησης ή αν πρόκειται να επαναληφθεί.

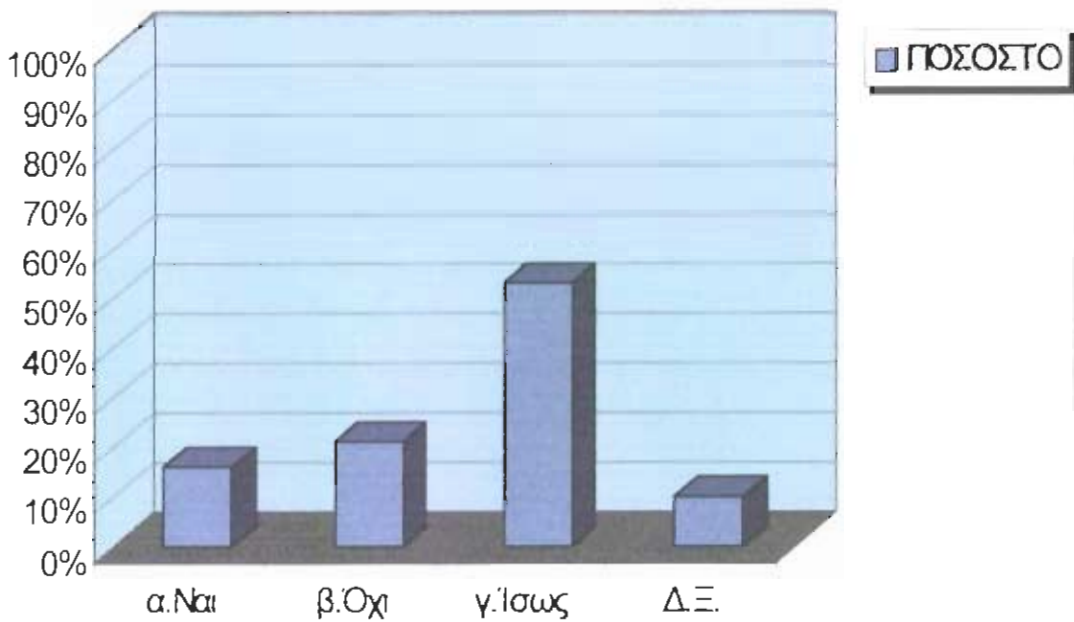
ΕΡΩΤΗΣΗ 41

Σκέφτεστε να αλλάξετε αντικείμενο εργασίας;

α. Ναι

β. Όχι

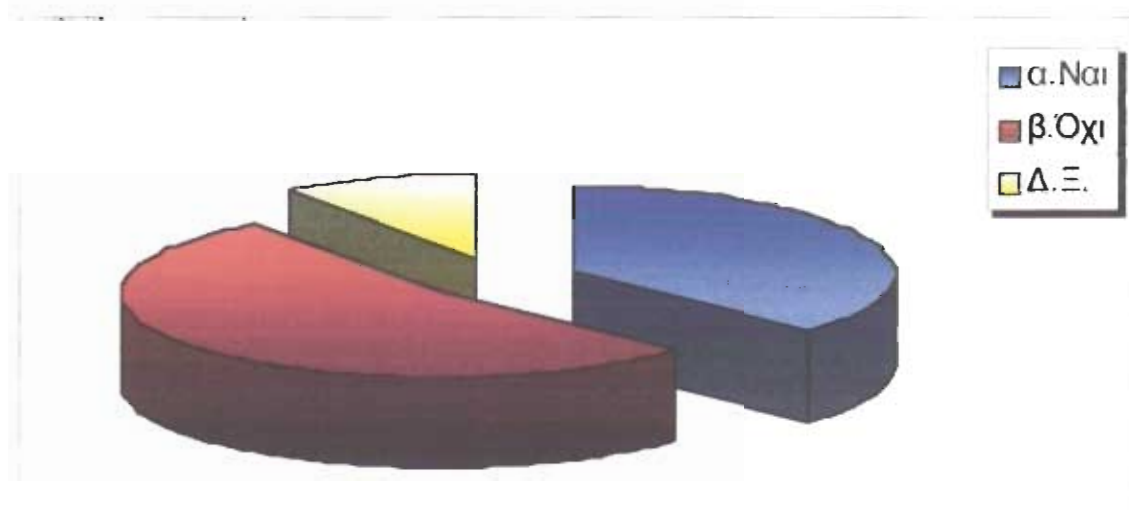
γ. Ίσως



Από ότι διαπιστώνουμε στην συγκεκριμένη ερώτηση το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 53% (10 στελέχη) σκέφτεται να αλλάξει αντικείμενο εργασίας, και αυτό φυσικά ακούγεται λογικό αν αναλογιστεί κανείς την δυσκολία της επαφής και συνεργασίας με άτομα που αντιμετωπίζουν πολύ σοβαρό πρόβλημα υγείας όπως αυτό του AIDS. Τρεις από τους ερωτηθέντες (16%) σκέφτονται όντως να αλλάξουν αντικείμενο εργασίας ενώ μόλις το 21% (4 επαγγελματίες) δεν έχει σκεφτεί κάτι τέτοιο. Δύο επαγγελματίες (10%) μας απάντησαν ότι ξέρουν πραγματικά τι θέλουν.

ΕΡΩΤΗΣΗ 42

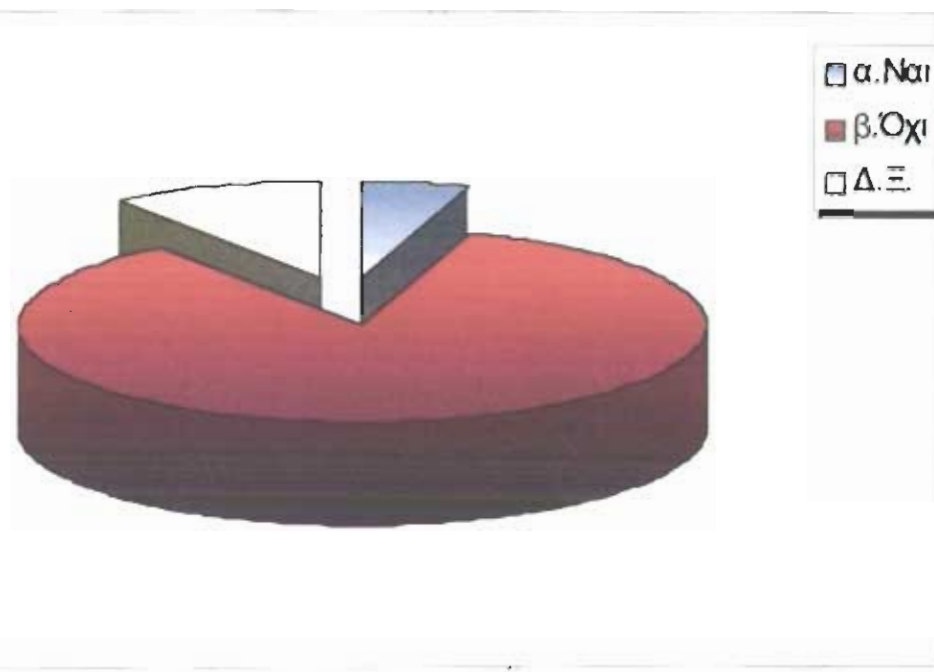
Είστε ευχαριστημένος /η από το ωράριο;
α. Ναι β. Όχι



Το 53% του δείγματος (10 επαγγελματίες) απάντησαν ότι δεν είναι ευχαριστημένοι από το ωράριο εργασίας τους. Το 37% (7 επαγγελματίες) δήλωσαν ευχαριστημένοι από το ωράριο τους. Ενώ το 10% (2 επαγγελματίες) απάντησαν ότι δεν ξέρουν.

ΕΡΩΤΗΣΗ 43

Είστε ευχαριστημένος /η από τις αποδοχές σας;
α. Ναι β. Όχι



Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματός με ποσοστό 84% (16 επαγγελματίες) δήλωσαν δυσαρεστημένοι από τις αποδοχές του, ενώ μόλις ένα άτομο υποστήριξε το αντίθετο. Υπήρξαν και δύο επαγγελματίες βέβαια οι οποίοι μας δήλωσαν ότι δεν ξέρουν, προφανώς αποφεύγοντας την ερώτηση.

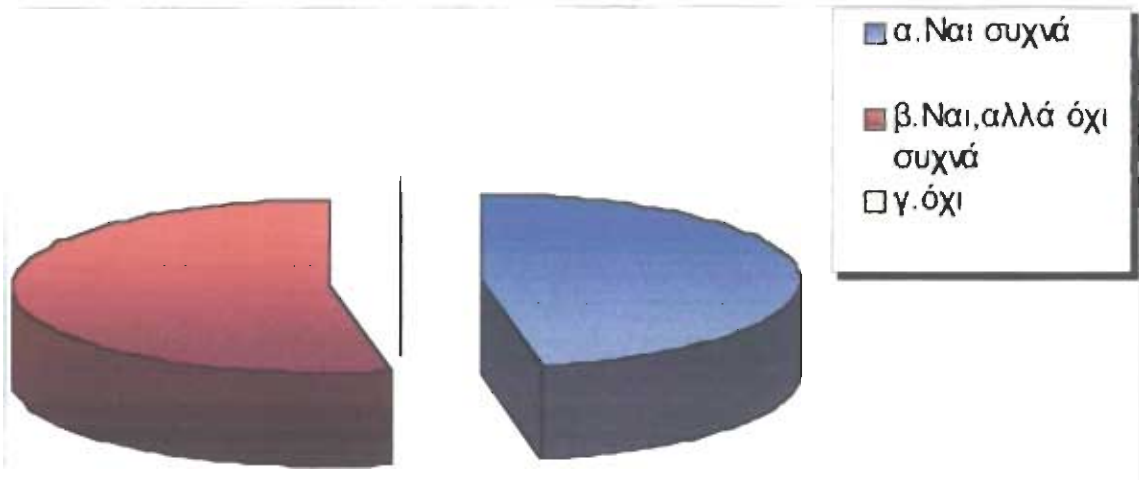
ΕΡΩΤΗΣΗ 44Α

Συνεργάζεστε με εθελοντικές οργανώσεις για το AIDS;

α. Ναι, συχνά

β. Ναι, αλλά όχι συχνά

γ. Όχι



Σ' αυτήν την ερώτηση παρατηρούμε ότι το 53% του δείγματός (10 επαγγελματίες) υποστήριξαν ότι έχουν συνεργασία με εθελοντικές οργανώσεις για το AIDS, αλλά όχι συχνά. Το 47% (9 επαγγελματίες) δήλωσε ναι και μάλιστα συχνά. Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών του Κ.Ε.Ε.Α. και των εθελοντικών οργανώσεων σε κάποιες περιπτώσεις.

ΕΡΩΤΗΣΗ44Β

Εάν ναι, με ποιες από αυτές;

α. ACT UP

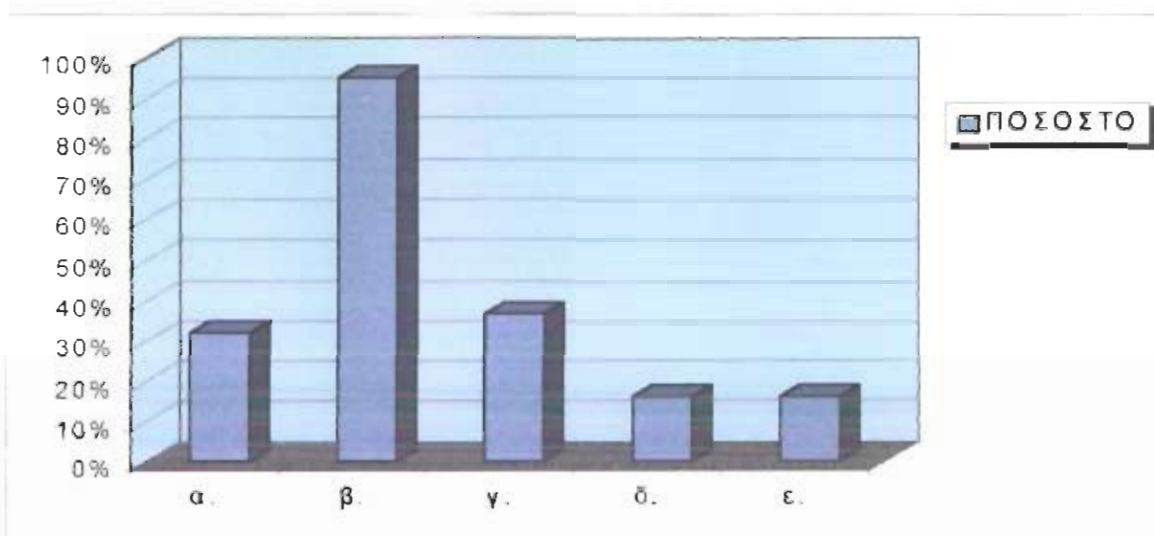
β. Κέντρο ζωής

γ. Πανελλήνιος Σύλλογος Υποστήριξης κατά του AIDS «Ελπίδα»

δ. Εταιρεία Συλλογικής Υποστήριξης κατά του AIDS

ε. AIDS- Προστασία- Σύλλογος Συμπαράστασης φορέων και ασθενών με AIDS

στ. Κάποια άλλη, αναφέρετε



Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 95% (18 επαγγελματίες) δήλωσε ότι συνεργάζεται κυρίως με το «Κέντρο Ζωής». Το 37% (7 επαγγελματίες) με τον πανελλήνιο σύλλογο κατά του AIDS «Ελπίδα». Το 32% (6 επαγγελματίες) συνεργάζεται με την «ACT UP». Ενώ λιγότερο συχνή συνεργασία φαίνεται να έχουν με την «Εταιρεία συλλογικής υποστήριξης κατά του AIDS» καθώς και με το «AIDS- Προστασία- Σύλλογος-Συμπαράστασης φορέων και ασθενών με AIDS» όπως προκύπτει από τις απαντήσεις που έδωσε το 16% του δείγματος (3 επαγγελματίες).

ΕΡΩΤΗΣΗ 44Γ

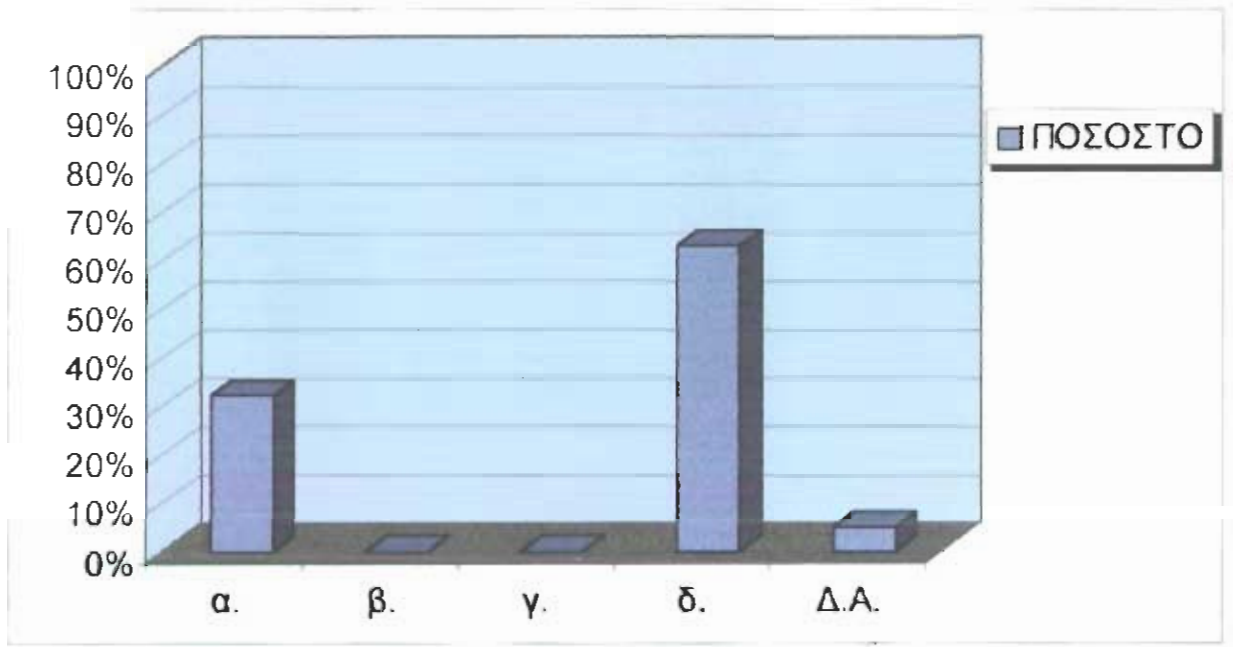
44Γ. Κάθε πότε;

α. Σε τακτική βάση

γ. Κάθε 12 μήνες

β. Κάθε 6 μήνες

δ. Όταν παραστεί ανάγκη



Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

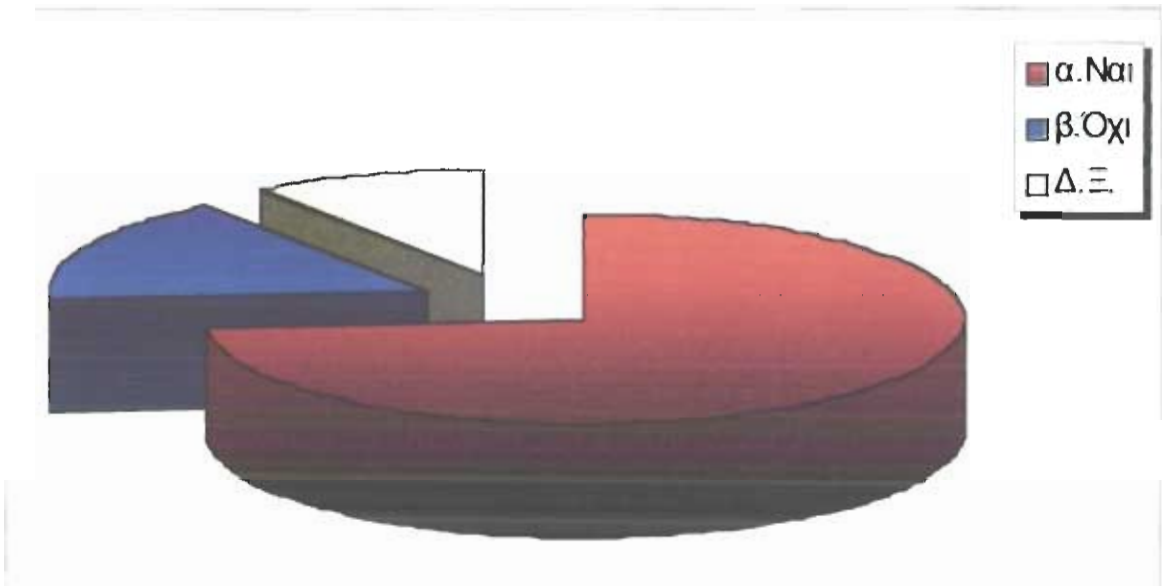
Στην συγκεκριμένη ερώτηση παρατηρούμε ότι το 63% του δείγματος (12 στελέχη) αναφέρει ότι συνεργάζεται με τις εθελοντικές οργανώσεις όταν παραστεί ανάγκη. Το 32% (2 επαγγελματίες) αναφέρθηκε σε τακτική συνεργασία.

ΕΡΩΤΗΣΗ 45Α

Πιστεύετε ότι **άλλαξαν** οι ανάγκες των οροθετικών ατόμων τα τελευταία 5 χρόνια;

α. Ναι

β. Όχι



Όπως διαπιστώνουμε από το παραπάνω διάγραμμά, το 74% (14 επαγγελματίες) των ερωτηθέντων υποστηρίζει ότι οι ανάγκες των οροθετικών έχουν αλλάξει τα τελευταία 5 χρόνια. Ενώ μόλις το 16% (3 επαγγελματίες) δήλωσε το αντίθετο.

ΕΡΩΤΗΣΗ 45B

Αν ναι, ως προς τι;

α. Ανάγκη προώθησης στην αγορά εργασίας

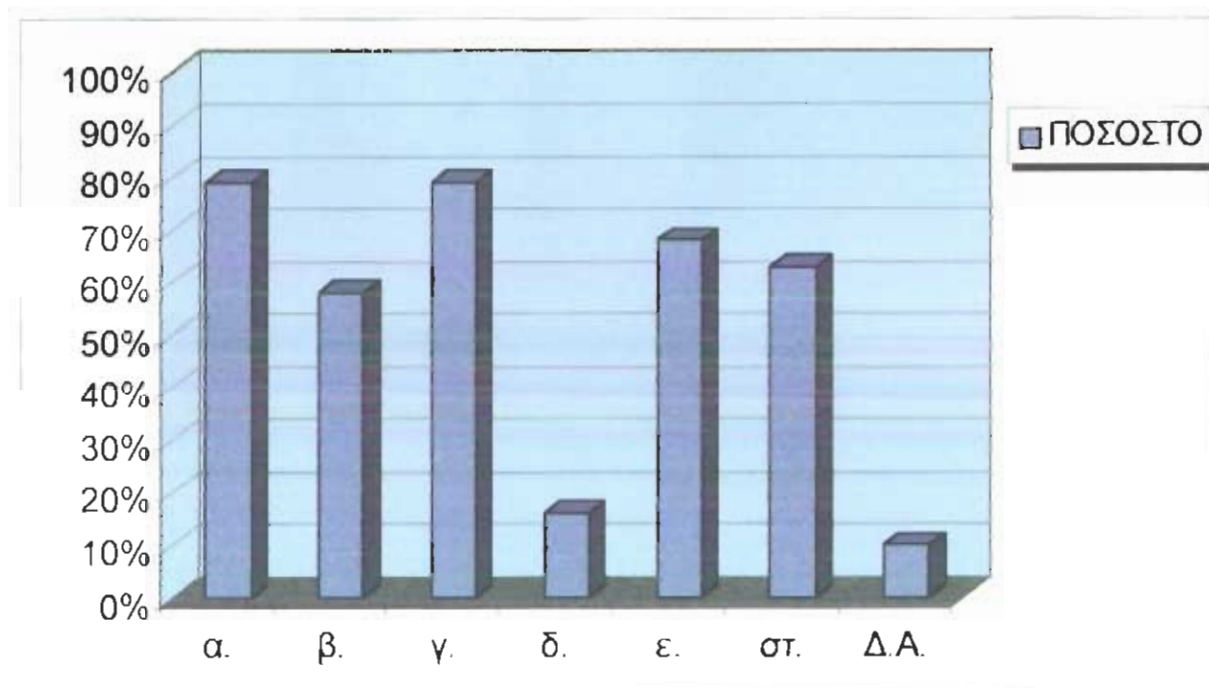
β. Ανάγκη για ψυχολογική στήριξη

γ. Ανάγκη ενημέρωσης για οικογενειακό προγραμματισμό

δ. Ανάγκη για επιπλέον επιδόματα

ε. Ανάγκη για εκπαίδευση

στ. Άλλα θέματα κοινωνικής πολιτικής



Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντηση.

Οι ανάγκες των οροθετικών έχουν αλλάξει κυρίως, όπως διαπιστώνουμε και από τις απαντήσεις στην συγκεκριμένη ερώτηση, ως προς την προώθηση στην αγορά εργασίας καθώς και την ενημέρωση για οικογενειακό προγραμματισμό, αφού αυτές απαντήθηκαν από το

μεγαλύτερο ποσοστό 79% του δείγματος (15 επαγγελματίες). Ακολουθεί η ανάγκη για εκπαίδευση με ποσοστό 68% των απαντήσεων (13 επαγγελματίες). Άλλα θέματα κοινωνικής πολιτικής με ποσοστό 63% (12 επαγγελματίες), η ανάγκη για ψυχολογική στήριξη με ποσοστό 58% (11 επαγγελματίες), και τέλος η ανάγκη για επιπλέον επιδόματα που εμφανίζεται με το χαμηλότερο ποσοστό απαντήσεων 16% (3 επαγγελματίες).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Στις επόμενες σελίδες παρουσιάζονται τα ουσιώδη συμπεράσματα που προέκυψαν από την έρευνα μας. Λόγω του ότι παρουσιάσαμε εκτενέστερα τα αποτελέσματα αυτά στην ανάλυση με τα διαγράμματα, θεωρήσαμε σημαντικό να σχολιάσουμε περαιτέρω τα πιο ουσιώδη από αυτά, με την σειρά πάντοτε που παρουσιάζονται τα βασικά ερωτήματα μας στον κεντρικό σκοπό της έρευνας.

1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθούν τα προβλήματα των οροθετικών ατόμων καθώς και οι τρόποι προσέγγισης τους όπως αυτά γίνονται αντιληπτά στις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης του Κ.Ε.Ε.Λ., καθώς και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι κοινωνικοί επιστήμονες που εργάζονται στις αντίστοιχες υπηρεσίες και ιδιαίτερα η διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ τους. Παρακάτω εστιάζουμε στα συμπεράσματα τα, σχετικά με τρεις άξονες που αποτελούν και την κύρια δομή του εργαλείου της έρευνας που ήταν το ερωτηματολόγιο και είναι οι εξής:

1. Είναι κοινά αποδεκτό ότι τα οροθετικά άτομα λόγω της φύσης της ασθένειας τους αντιμετωπίζουν μια πληθώρα προβλημάτων. Καλύπτονται αυτά από τις είδη υπάρχουσες ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Λ.;(Αυτό διερευνάται με τις εξής ερωτήσεις: 6, 10Α, 10Β, 11, 13Α, 13Β, 13Γ,16Α, 16Β, 17, 18Α, 18Β, 19Α, 19Β, 20Α, 25Α,25Γ, 45Α, 45Β).

2. Η κοινωνική εργασία με άτομα σε περίοδο κρίσης, διαφοροποιείται κατά την εφαρμογή της σε σχέση με άλλες ομάδες. Συναντά ο επαγγελματίας και ειδικότερα ο κοινωνικός επιστήμονας στις

ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Λ. δυσκολίες κατά την άσκηση του επαγγελματικού του ρόλου;(Αυτό διερευνάται με τις εξής ερωτήσεις: 7B, 12A, 12B, 12Γ, 13A,13B, 13Γ, 14, 19A, 24B, 30, 31, 32, 33A, 33B, 34A, 34B, 34Γ, 35, 41, 42).

3. Είναι επιβεβλημένη η διεπιστημονική προσέγγιση των προβλημάτων των οροθετικών ατόμων; Κατά πόσο αυτή υφίσταται στις ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Λ., και πόσο βοηθητική είναι τόσο για τους οροθετικούς όσο και για τους εργαζόμενους με απώτερο σκοπό την βελτίωση της ποιότητας ζωής των πρώτων;(Αυτό προκύπτει από τις εξής ερωτήσεις: 8A, 26A, 26B, 26Γ, 27, 28, 29, 36A, 36B, 37A, 37B, 38A , 38B, 39, 44A, 44B, 44Γ)

Τα συμπεράσματα λοιπόν με βάση τα αρχικά ερωτήματα της μελέτης, αναφέρονται ως εξής:

Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι το κυριώτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα HIV οροθετικά άτομα είναι η φύση της ίδιας της νόσου λόγω της απουσίας αποθεραπείας. Παράλληλα εμφανίζεται το πρόβλημα του κοινωνικού αποκλεισμού που συνοδεύει το συγκεκριμένο σύνδρομο με αποτέλεσμα να δυσχεραίνονται οι ανθρώπινες σχέσεις των οροθετικών και τα άτομα αυτά να αντιμετωπίζουν δύσκολες καταστάσεις τόσο σε οικογενειακό, φιλικό, όσο και σε εργασιακό επίπεδο. Επιπλέον η έλλειψη σχετικών υπηρεσιών, για την κάλυψη των αναγκών τους, δημιουργεί επιπρόσθετα προβλήματα. Επίσης ανάλογα με την προσωπικότητα του κάθε HIV οροθετικού ατόμου εμφανίζονται ψυχοκοινωνικά προβλήματα όπως φόβος, ενοχή, άρνηση, κατάθλιψη, απώλεια αυτοεκτίμησης και αίσθημα αποτυχίας, άγχος, θυμός, έλλειψη στέγης, απώλεια εισοδήματος αλλά και διάφορα νομικά προβλήματα.

Από αυτά τα προβλήματα καταλήγουμε στο γεγονός ότι οι κυριότερες ανάγκες των οροθετικών πέραν της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που εξυπακούεται, είναι η ψυχολογική και κοινωνική στήριξη, ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους, η συμπαράσταση σε νομικά ζητήματα που τυχόν αντιμετωπίζουν.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι δυστυχώς στην Ελλάδα παρόλο που ο αριθμός των HIV οροθετικών ατόμων αυξάνεται συνεχώς, οι υπηρεσίες που λειτουργούν για την εξυπηρέτηση αυτών των ατόμων είναι πολύ λίγες, και βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα. Ιδιαίτερα στο Κ.Ε.Ε.Λ. όλες οι υπηρεσίες λειτουργούν στην πόλη της Αθήνας με εξαίρεση μια τηλεφωνική γραμμή που λειτουργεί στην Θεσσαλονίκη εξυπηρετώντας Μακεδονία/ Θράκη.

Παρόλα αυτά γίνεται μια αξιόλογη προσπάθεια εκ μέρους των εργαζομένων των υπηρεσιών αυτών -αφού τα περιστατικά που εξυπηρετούν είναι πολλά- γεγονός που αποδεικνύει την θέληση για κάλυψη και των εκτός Αθήνας αναγκών.

Παράλληλα πέραν της προσφοράς των υπηρεσιών σε ψυχολογική, κοινωνική και οικονομική στήριξη προς τους οροθετικούς, σε μερικές περιπτώσεις παρέχεται φιλοξενία και νοσηλεία όπως στον Ξενώνα ψυχοκοινωνικής στήριξης του Κ.Ε.Ε.Λ., ψυχιατρική παρακολούθηση, ευαισθητοποίηση, ενημέρωση του κοινού, εύρεση ασύλου για τους αλλοδαπούς οροθετικούς που εξυπηρετούν.

Σε ερώτηση μας για το ποιες επιπλέον υπηρεσίες πιστεύουν ότι χρειάζεται να λειτουργήσουν στα πλαίσια του Κ.Ε.Ε.Λ. αυτό που προέκυψε είναι κυρίως ένα γραφείο για επαγγελματική αποκατάσταση οροθετικών ατόμων και προστατευόμενα διαμερίσματα, ενώ ακολουθούν οι ανάγκες για προγράμματα ενημέρωσης στους δρόμους, όπως και τηλεφωνικές γραμμές για εκδιδόμενους άνδρες. Παρατηρούμε δηλαδή

μια γενικότερη ταύτιση απόψεων των ίδιων των εργαζομένων για αύξηση των υπηρεσιών και παροχών, ώστε να μπορούν να καλύψουν πλήρως τις ανάγκες των οροθετικών. Δυστυχώς όμως οι απόψεις τους δεν λαμβάνονται ιδιαίτερα υπόψη, αφού όπως προέκυψε από την έρευνα δεν τους ζητείται η γνώμη τους στην χάραξη κοινωνικής πολιτικής τις περισσότερες φορές, και αν συμβεί κάτι τέτοιο δεν πραγματοποιούνται ποτέ οι προτάσεις τους.

Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι ο αριθμός των κοινωνικών επιστημόνων που εργάζονται στις αντίστοιχες υπηρεσίες δεν επαρκεί. Οι ψυχολόγοι υπερτερούν κατά πολύ έναντι των άλλων ειδικοτήτων, ενώ βασικές ελλείψεις παρουσιάζονται στις θέσεις κοινωνικών λειτουργών με βάση πάντα τις απαντήσεις των ίδιων. Λόγω του ότι το AIDS είναι μια πολυδιάστατη νόσος με αντίκτυπο τόσο σε σωματικό, ψυχικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, πιστεύουμε ότι η στήριξη είναι ανάγκη να είναι πολύπλευρη.

2.Όσον αφορά τα συμπεράσματα για το δεύτερο ερώτημα, όπως διαπιστώνεται παρατηρούνται σημάδια ψυχολογικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες των ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών του Κ.Ε.Ε.Λ.

Από τη βιβλιογραφική μελέτη προκύπτει ότι οι λόγοι που συμβάλλουν στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες που εργάζονται με οροθετικά άτομα είναι κυρίως το γεγονός της νεανικής ηλικίας θανάτου των οροθετικών, η μειωμένη δυνατότητα παροχών βοήθειας/ προσφοράς, το έντονο στρες λόγω της άμεσης επαφής. Πολλές φορές νιώθουν οι ίδιοι οι επαγγελματίες εκτεθειμένοι λόγω της έλλειψης σχετικών δομών/ υπηρεσιών. Επίσης η απογοήτευση των οροθετικών ατόμων σε συνδυασμό με το κοινωνικό στίγμα που βιώνουν, συνιστούν αιτία αύξησης του κινδύνου εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης.

Εκτός από τους πιο πάνω λόγους που επαληθεύονται και στην περίπτωση των επαγγελματιών στις ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Λ., μέσω της έρευνας μας εντοπίσαμε και κάποιους άλλους πιθανούς λόγους, όπως το γεγονός ότι ο κάθε επαγγελματίας δέχεται μεγάλο αριθμό περιστατικών αφού οι υπηρεσίες είναι ελάχιστες. Οι περισσότεροι ειδικοί δέχονται τα περιστατικά αυτά με συχνότητα κυρίως κάθε έξι μήνες ή μια φορά το χρόνο πράγμα που ίσως δείχνει ότι οι οροθετικοί προσεγγίζουν τους επαγγελματίες μόνο όταν τους χρειάζονται για κάτι συγκεκριμένο, ή όταν οι ίδιοι το νιώσουν ως ανάγκη, αμφισβητώντας κατά κάποιό τρόπο την βοήθεια τους. Επιπλέον οι δυνατότητες για ανατροφοδότηση είναι ελάχιστες, αν αναλογιστούμε ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υποστήριξαν ότι ανατροφοδότηση λαμβάνουν μέσα από την πορεία της σχέσης με τους οροθετικούς, εύκολα καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι εφόσον και οι συναντήσεις είναι σπάνιες, ελάχιστη θα είναι και η ικανοποίηση που λαμβάνουν οι επαγγελματίες.

Οι περισσότεροι επαγγελματίες επίσης υποστήριξαν ότι έχουν εντοπίσει κατά την διάρκεια εργασίας τους στην υπηρεσία σημάδια ψυχολογικής εξουθένωσης σε συναδέλφους. Οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι οι ειδικότητες που κινδυνεύουν περισσότερο και αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι έρχονται σε άμεση επαφή με τους οροθετικούς, προσπαθούν να τους στηρίξουν και ταυτόχρονα να ακούσουν και να κατανοήσουν τις ανάγκες τους. Επιπλέον κυρίως οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι αυτοί που μπορεί να έρθουν σε επαφή και με το οικογενειακό περιβάλλον του οροθετικού λόγο της κοινωνική έρευνας που είναι στις αρμοδιότητες τους.

Τα κυριότερα συναισθήματα που βιώνουν οι ειδικοί στην επικοινωνία τους με αυτές τις δύσκολες καταστάσεις και που είναι

εκδηλώσεις επαγγελματικής εξουθένωσης είναι συχνά 1) αδυναμία να βοηθήσουν στην επίλυση των προβλημάτων των πελατών τους 2) Άγχος 3)θλίψη 4)γενική κούραση ή αδυναμία 5)θυμός και 6) αϋπνία.

Για να μπορέσουν να επικαλύψουν αυτά τα συναισθήματα φαίνεται ότι συχνά παρουσιάζουν κάποιους μηχανισμούς άμυνας όπως αυτός της εκλογίκευσης και της άρνησης, του χιούμορ, και της μετάθεσης, καθώς και προκαταλήψεις σχετικά με τους πελάτες.

Οι κυριότερες επιπτώσεις που παρατηρούνται σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η δυσαρέσκεια προς την εργασία, η τάση για αλλαγή επαγγέλματος, η επιδείνωση των σχέσεων με τους συναδέλφους, ο μεγάλος αριθμός απουσιών, και σημάδια κατάθλιψης.

Μέσα από την έρευνά μας αποδεικνύεται ότι και σε κάποιους από τους επαγγελματίες του Κ.Ε.Ε.Λ. έχουν αρχίσει να διαφαίνονται σημάδια επαγγελματικής εξουθένωσης αφού δεν είναι λίγοι αυτοί που σκέφτονται να αλλάξουν αντικείμενο εργασίας και δεν είναι ευχαριστημένοι από το ωράριο και τις αποδοχές τους.

Επιπλέον δεν υπάρχουν και οι κατάλληλες παροχές βοήθειας προς τους εργαζομένους αφού αυτές αρκούνται κυρίως σε κάποιες ομαδικές εποπτείες που πληρώνουν οι ίδιοι, επιμορφωτικά σεμινάρια, η διεπιστημονική συνεργασία και η συμπαράσταση και συμβολή των συναδέλφων σε δύσκολες καταστάσεις βρίσκεται σε πρώιμα στάδια.

Ενώ αναφέρθηκε το γεγονός ότι για κάποιες ομαδικές εποπτείες επιβαρύνονται οικονομικά οι ίδιοι, ενώ ελάχιστοι είναι εκείνοι που με δική τους πρωτοβουλία συμμετέχουν σε ομάδες ψυχοθεραπείας, αυτογνωσίας ή συμβουλευτικής.

Επομένως αυτό που προκύπτει είναι ότι ενώ υπάρχουν σημάδια επαγγελματικής εξουθένωσης λόγω της δυσκολίας της εργασίας, δεν έχει γίνει καμία πρόβλεψη για μια άρτια υποστήριξη των στελεχών αυτών. Με

αποτέλεσμα να συγκεντρώνονται αρκετά προβλήματα και να μην επιτυγχάνεται στο ακέραιο ο σκοπός λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών, που είναι η όσο το δυνατόν πληρέστερη κάλυψη των αναγκών των οροθετικών.

Καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι η διεπιστημονική συνεργασία στις ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Λ. είναι ελλιπής, και αυτό μπορεί να οφείλεται τόσο στην δομή και την ελλειπτική οργάνωση της υπηρεσίας που μπορεί να μην εξυπηρετεί από θέμα χρόνου, τόπου και μεγέθους της ομάδας όσο και στην προετοιμασία και συνειδητοποίηση που έχουν οι επαγγελματίες για κάτι τέτοιο. Καθένας οφείλει να γνωρίζει τη συμβολή και τα όρια του επαγγέλματος του, καθώς και την χρησιμότητα κάποιων συμβουλών ή πληροφοριών από κάποιον άλλον ειδικό.

Το ευχάριστο είναι ότι θεωρούν την διεπιστημονική συνεργασία απαραίτητη για την όσο το δυνατόν πληρέστερη κάλυψη των αναγκών των οροθετικών και την σωματική και ψυχική τους ασφάλεια, πράγμα που δείχνει ότι έχει αναγνωριστεί η σημαντικότητα της. Αναφέρθηκαν σε κάποιες συναντήσεις μεταξύ των εργαζομένων για θέματα της υπηρεσίας τους, οι οποίες ίσως πραγματοποιούνται ανά δεκαπενθήμερο. Αλλά όπως προκύπτει ίσως ακόμα να μην έχουν κατανοήσει το νόημα της διεπιστημονικότητας, γιατί δεν είναι μόνο η συνάντηση κατά την οποία μπορεί να επιλύσουν και διοικητικά θέματα, αλλά κυρίως αυτή η άμεση επαφή των συναδέλφων για κάποιο περιστατικό. Η αδυναμία τους αυτή διαφαίνεται και από το γεγονός ότι δεν ήταν σε θέση να μας απαντήσουν σε ερώτηση σχετικά με το ποσοστό πελατών που βλέπουν συγχρόνως Ψυχολόγο, Κοινωνικό Λειτουργό ή και κάποια άλλη ειδικότητα και ποια είναι η επικοινωνία μεταξύ τους για να μπορέσουν να το αντιμετωπίσουν σφαιρικά. Επιπλέον μιλούν για συνεργασία με τους θεράποντες ιατρούς

των περιστατικών τους, η οποία όμως είναι σπανιότατη, ενώ συγχρόνως κανείς από τους ερωτηθέντες δεν έχει την δυνατότητα να συμμετέχει στην ανακοίνωση των θετικών αποτελεσμάτων!

Παρόλα αυτά αναφέρουν ότι συνεργάζονται με τις υπόλοιπες υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Λ. για άμεση επίλυση όταν προκύψει κάποιο θέμα. Παράλληλα υπάρχει και συνεργασία με τις πιο γνωστές και δραστηριοποιημένες ΜΗ.ΚΥ.Ο. στο χώρο του AIDS όπως «Κέντρο Ζωής», ο σύλλογος «ΕΛΠΙΔΑ» και «Act Up».

Εν κατακλείδι, συμπεραίνουμε ότι υπάρχει διάθεση για άμεση επικοινωνία και διεπιστημονική συνεργασία από την πλευρά των ειδικών ωστόσο η διεπιστημονικότητα σε επίπεδο υπηρεσιών και περιστατικών είναι ελλιπής. Πραγματοποιούνται από την πλευρά των στελεχών προσπάθειες και παρουσιάζεται κάποια θετική στάση όμως χρειάζονται ακόμα πολλά να γίνουν. Εξάλλου διακρίνεται ότι το έχουν συνειδητοποιήσει και οι ίδιοι αφού χαρακτηρίζουν την συνεργασία τους απλά ικανοποιητική, αφήνοντας να εννοηθεί η απαραίτητη ανάπτυξη της.

2. ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Με βάση τα προηγούμενα συμπεράσματα της έρευνας αλλά και της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, προτείνεται:

- ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΡΑΤΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

1. Να υπάρχει διαρκής επαγρύπνηση για τον εντοπισμό των εξελισσόμενων αναγκών των οροθετικών.
2. Την αύξηση του αριθμού των υπηρεσιών του Κ.Ε.Ε.Λ. Πανελλαδικά, ώστε να εξυπηρετούνται οι ανάγκες των οροθετικών ικανοποιητικά.

3. Την παροχή περισσότερων κονδυλίων από τα αρμόδια υπουργεία ώστε να υλοποιηθούν περισσότερα προγράμματα για τους οροθετικούς, όπως επαγγελματικής αποκατάστασης οροθετικών, προστατευόμενα διαμερίσματα, προγράμματα ενημέρωσης δρόμου, τηλεφωνικές γραμμές για εκδιδόμενους άνδρες και ότι άλλο κριθεί αναγκαίο από τους επαγγελματίες που εργάζονται με οροθετικά άτομα.

4. Επίσης προτείνεται η αύξηση των κονδυλίων που δίνονται από το κράτος προς τους οργανισμούς που ασχολούνται με το AIDS με σκοπό να επεκταθούν οι δραστηριότητες τους σε προγράμματα ευαισθητοποίησης-ενημέρωσης του κοινού ώστε να μετριαστεί το κοινωνικό στίγμα.

5. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας να μεριμνήσει για την πραγματοποίηση προγραμμάτων ενημέρωσης στα σχολεία για θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

- ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ Γ' ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

1. Προτείνεται επίσης το πρόγραμμα σπουδών σε επίπεδο εκπαίδευσης των ψυχοκοινωνικών επαγγελμάτων να συμπεριλαμβάνει μαθήματα που το περιεχόμενό τους να εστιάζεται στο AIDS αλλά και στα άλλα λοιμώδη νοσήματα και επιδημίες .

2. Επιπλέον σημαντικό θα ήταν στο πρόγραμμα σπουδών των ανθρωπιστικών και κοινωνικών επιστημών να συμπεριλαμβάνονται μαθήματα τα οποία να αναφέρονται στο ρόλο της διεπιστημονικότητας και της σημαντικότητας της στους χώρους των υπηρεσιών.

- ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ Κ.Ε.Ε.Λ.

1. Προτείνεται επίσης η πρόσληψη περισσότερων ειδικών στις υπηρεσίες του Κ.Ε.Ε.Λ., για την καλύτερη ανταπόκριση στις ανάγκες των οροθετικών,

2. Οι ειδικότητες που θα προσληφθούν να είναι αρκετές, και πάντα σε συνάρτηση με τις πραγματικές ανάγκες. Όπως προέκυψε άλλωστε από την έρευνα οι κύριες ελλείψεις παρουσιάζονται στις ειδικότητες των κοινωνικών λειτουργών, ψυχιάτρων, κοινωνιολόγων, ενώ αντίθετα σε σχέση με τις προηγούμενες οι ψυχολόγοι είναι αρκετοί, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει σφαιρική αντιμετώπιση των εξυπηρετούμενων.

3. Τα στελέχη των υπηρεσιών αυτών να καταρτίζονται πριν την έναρξη ανάληψης των καθηκόντων τους .

4. Να υπάρχουν περισσότερες παροχές προς τους ειδικούς ώστε να αποφεύγονται οι περιπτώσεις επαγγελματικής εξουθένωσης, αφού υπάρχει μεγάλος κίνδυνος εμφάνισης της λόγω της φύσης του επαγγέλματος. Παροχές όπως, ομαδικές εποπτείες, συνεχής επιμόρφωση, δυνατότητα για συμμετοχή σε ομάδες θεραπείας-αυτογνωσίας, δυνατότητα για ανάπτυξη διεπιστημονικής συνεργασίας και περισσότερες άδειες.

5. Προτείνεται επίσης η πραγματοποίηση σεμιναρίων τα οποία θα επιμορφώνουν για θέματα που αφορούν την διεπιστημονικότητα, καθώς και την σημαντικότητα της.

6. Προτείνεται επίσης η συνεργασία με επαγγέλματα εμμέσως σχετιζόμενα ώστε να αντιμετωπίζονται ικανοποιητικότερα οι ανάγκες των οροθετικών.

7. Να πραγματοποιούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα συναντήσεις των ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών του Κ.Ε.Ε.Λ.

8. Όπως προέκυψε από την έρευνα μας τα περισσότερα στελέχη είναι νεαρής ηλικίας, επομένως είναι σημαντικό να τους προσφέρονται κατάλληλα εφόδια καθώς και δυνατότητες εξέλιξης.

9. Παράλληλα προτείνεται η κάλυψη των αναγκαίων θέσεων βοηθητικού προσωπικού.

10. Τέλος προτείνεται η περαιτέρω δραστηριοποίηση του συλλόγου των εργαζομένων, για την διασφάλιση και υπεράσπιση του έργου των επαγγελματιών.

11. Αξιολόγηση εσωτερική και εξωτερική των επαγγελματιών σε τακτά χρονικά διαστήματα.

3. ΚΡΙΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ

Την εμπειρία της συγγραφής της πτυχιακής μας εργασίας θα μπορούσαμε να την χαρακτηρίσουμε αρκετά ενδιαφέρουσα, μιας και μας δόθηκε η ευκαιρία μέσα από αυτή να ασχοληθούμε ενδελεχώς με ένα θέμα που θεωρούμε ιδιαίτερα ενδιαφέρον, αν σκεφτεί κανείς ότι ηλικιακά βρισκόμαστε στο ίδιο στάδιο με πολλούς από τους οροθετικούς. Το θέμα δηλαδή μας ενδιέφερε αρκετά αφού απευθύνεται κυρίως σε άτομα νεαρής ηλικίας.

Επίσης θεωρούμε αρκετά ενδιαφέρουσες τις γνώσεις που αποκομίσαμε μέσω της ενασχόλησης μας με τη συγγραφή του μέρους της βιβλιογραφικής ανασκόπησης όχι μόνο γύρω από το AIDS αλλά και ευρύτερες γνώσεις γύρω από σημαντικά θέματα που μας απασχολούν όπως η διεπιστημονικότητα αλλά και η επαγγελματική εξουθένωση.

Επιπλέον η άμεση επαφή με τους εργαζομένους των υπηρεσιών του Κ.Ε.Ε.Λ., μας βοήθησε στο να αποκτήσουμε μια σαφή και ολοκληρωμένη εικόνα στον τρόπο που λειτουργούν οι υπηρεσίες, αλλά εκτός αυτού το πρακτικό αυτό μέρος, ίσως ήταν και το περισσότερο εκπαιδευτικό.

Σε γενικές γραμμές είμαστε ευχαριστημένες από την συνεργασία με τους ειδικούς, εκτός μικρών εξαιρέσεων, οι οποίες μας λύπησαν ιδιαίτερα λόγω του ότι δεν μπορέσαμε να εξηγήσουμε την στάση τους αυτή.

Η συνεργασία μεταξύ μας ήταν ικανοποιητική αν και λόγω του σύντομου χρονικού διαστήματος διεξαγωγής της πτυχιακής (6 μηνών) η κόπωση ήταν μεγάλη.

Επιπλέον θα θέλαμε να αναφέρουμε ότι η πολύτιμη για μας συμπαράσταση και καθοδήγηση του εισηγητή μας ενθάρρυνε στην όλη προσπάθεια και μας βοήθησε να αποδώσουμε.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ◆ **ΒΙΒΛΙΑ**
- ◆ **ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΑ - ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΕΝΤΥΠΑ**
- ◆ **ΑΡΘΡΑ – ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ**
- ◆ **ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ – ΣΥΝΕΔΡΙΑ**
- ◆ **ΛΕΞΙΚΑ - ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ**
- ◆ **INTERNET**

BIBΛΙΑ

1. Αβραμίδη Α., AIDS ... με απλά λόγια, Εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα, 1992
2. Αθανασοπούλου Μ. στο, HIV/AIDS βασικές γνώσεις, Επιμέλεια Ζαγοραΐος Ι., Αθήνα, 2001.
3. Βαϊν Κ. – Λόπεζ Ν., Επισκόπηση ψυχολογικών θεμάτων που έχουν σχέση με το AIDS.
4. Coene D. – Καλλίνικου Γ., Το AIDS μας αφορά, Εκδόσεις Advance, Αθήνα, 1995
5. Doka K. στο, Το πένθος στους ενήλικες
6. Hagen P., Η αιμοδοσία στην Ευρώπη μια «Λευκή Βίβλος», Εκδόσεις Κ.Ε.Ε.Λ., 1994
7. Κάντας Α. Οργανωτική βιομηχανική ψυχολογία, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1995.
8. Καραβή Μ., Η αντιμετώπιση του AIDS από μια άλλη διάσταση, Εκδόσεις Ιπποκράτειου κέντρου Ελλάδας, Αθήνα, 1990
9. Llewellyn- Jones D., Σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, εκδόσεις Λύχνος, 1985.
10. Mayer K. – Pizer H., AIDS, Εκδόσεις Φλώρος, Αθήνα, 1987
11. Nettleton S., Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας
12. Παπαδάτου Δ. – Αναγνωστόπουλος Φ., Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα, 1995
13. Παπαευαγγέλου Γ., AIDS τα δεδομένα οι προσδοκίες, 11^η αναθεωρημένη Έκδοση, Αθήνα, 2002
14. Παπαευαγγέλου Γ. – Καλλίνικου Γ., AIDS διεθνή Επιστημονικά δεδομένα, Εκδόσεις Ιατρικές Λίτσας, 1986
15. Παπαϊωάννου Κ., Κλινική Κοινωνική Εργασία- Κοινωνική Εργασία με Άτομα, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 1998

16. Παπασταμόπουλου Κ. στο, HIV/AIDS βασικές γνώσεις, Επιμέλεια Ζαγοραίου Ι., Αθήνα, 2001
17. Πολίτη Χ., HIV/AIDS- δημόσια υγεία και ανθρώπινα δικαιώματα, Αθήνα, 2002
18. Σουγιουλτζή Χ., Οι ασθενείς του AIDS, Εκδόσεις Ηβος, Αθήνα, 1996
19. Fleming S. στο, Το πένθος στους ενήλικες
20. Wrenn R. στο, Το πένθος στους ενήλικες

ΑΡΘΡΑ-ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Αλεβίζου Σ., Αρβανίτη Ι., Λιάππα Ι., Στεφανή Κ., AIDS και τοξικομανία. Η συμπεριφορά και οι στάσεις στη μετάδοση της λοίμωξης, περ. «ΙΑΤΡΙΚΗ» τεύχος 58, Αθήνα, 1990.
2. Αλτάνη Π., Η συμμετοχή του κοινωνικού λειτουργού στη θεραπευτική ομάδα- διεπιστημονική συνεργασία και AIDS, περ. «ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ» τεύχος 22, Αθήνα, 1991.
3. Γαργαλιάνο- Κακολύρη Π., Η καθιέρωση της αντιρετροϊκής αγωγής, περ. «Ελληνικά αρχεία AIDS» τόμος 3, τεύχος 1, Ιανουάριος – Μάρτιος 1995.
4. Εκατό Ε., Κοινωνική πρόνοια και κοινωνικές υπηρεσίες για την πρόληψη και αντιμετώπιση του AIDS, περ. «Ελληνικά αρχεία AIDS» τεύχος 1, τόμος 3, Αθήνα, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1995.
5. Κωνσταντινίδη Μ., Από την εμπειρία στην κοινωνική υπηρεσία του Συμβουλευτικού Σταθμού: Σκέψεις σε θέματα κοινωνικής πολιτικής, Αθήνα, 1999.
6. Κωνσταντινίδη Μ., Λοιμώδη νοσήματα και ψυχοκοινωνική στήριξη, Αθήνα, 1999.
7. Λαζανά Μ., AIDS: Η ιστορία, περ. «Ε Ιατρικά» τεύχος 38, Αθήνα, 26 Νοεμβρίου 2002.

8. Μοστριού Α., Νικολοπούλου Ε., Γουναροπούλου Μ., Η πρόληψη του AIDS στα πλαίσια αγωγής υγείας στα σχολεία., τεύχος 12, Αθήνα, 1997.
9. Μπόμπου Α., Κέντρο ζωής. Πνοή ζωής., περ. «Ε Ιατρικά» τεύχος 38, Αθήνα, 26 Νοεμβρίου 2002.
10. Παπαευαγγέλου Γ., AIDS: Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον., περ. «Ελληνικά Αρχεία AIDS» τόμος 3, τεύχος 1, Αθήνα, Ιανουάριος-Μάρτιος 1995.
11. Παπαϊωάννου Κ., Κλινική κοινωνική εργασία και διεπιστημονική συνεργασία., περ. «Κοινωνική Εργασία» τεύχος 33, Αθήνα, 1994.
12. Παπαϊωάννου Κ., Ιατροκοινωνική Εργασία., περ. «Κοινωνική Εργασία» τεύχος 9, Αθήνα, 1998.
13. Piot P. στο, Το στίγμα και οι διακρίσεις πυροδοτούν την επιδημία., Χαλκιοπούλου Ε., περ. «Συνάνθρωπος» τεύχος 4, Αθήνα, Οκτώβριος-Νοέμβριος- Δεκέμβριος 2001.
14. Σαπουντζή – Κρέπια Δ., Νοσηλεύτριες- Κοινωνικοί λειτουργοί διεπαγγελματική συνεργασία και διαφορές στην αντίληψη αναγκών φροντίδας., περ. «Κοινωνική Εργασία» τεύχος 39, Αθήνα, 1995.
15. Stearns D., Ψυχολογική πίεση και προσπάθεια για αποφόρτιση: ποιος στηρίζει τους επαγγελματίες., περ. «Κοινωνική Εργασία» τεύχος 46, Αθήνα, 1997.
16. Τσιάντη Ι., Πάντις Δ., Meyer M., Ασημακόπουλου Χ., Πιπεριά Μ., Αναστασόπουλου Δ., Λάδη Β., Πλατοκούκη Ε., Αρώνη Σ., Καττάμη Χ., Μοντέλο παρέμβασης σε πολλά επίπεδα για HIV- οροθετικούς ασθενείς που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία και αιμορροφιλία και τις οικογένειες τους καθώς και για τους ειδικούς επαγγελματιών υγείας., περ. «Κοινωνική Εργασία» τεύχος 22, Αθήνα, 1991.

17. Χαλκιοπούλου Ε., Εκτακτη σύνοδος του Ο.Η.Ε. για το AIDS., περ. «Συνάνθρωπος» τεύχος 4, Αθήνα, Οκτώβριος- Νοέμβριος- Δεκέμβριος 2001.

ΕΝΧΕΙΡΙΔΙΑ- ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΕΝΤΥΠΑ

1. Απολογισμός έργου Κ.Ε.Ε.Λ. 1993-1998, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Κ.Ε.Ε.Λ., Αθήνα.
2. Διακήρυξη Δέσμευσης για το HIV/AIDS., Ειδική σύνοδος της γενικής συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών για το HIV/AIDS., 25- 27 Ιουνίου 2001.
3. Δράσεις του Κ.Ε.Ε.Λ. για την αντιμετώπιση της λοίμωξης HIV/AIDS., Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Κ.Ε.Ε.Λ., Αθήνα, Δεκέμβριος 2000.
4. Ενημέρωση σε θέματα AIDS και στήριξη στον εφηβικό και νεανικό πληθυσμό., Συμβουλευτικός Σταθμός σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ – ΣΥΝΕΔΡΙΑ

1. Νικολοπούλου Ε., Η πολιτική για το AIDS: Η αντιμετώπιση των φορέων/ ασθενών και των οικογενειών τους., Συνέδριο Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, Μάιος 1996.
2. Δεληαντώνη- Οικονόμου, Ιδιαιτερότητες στο ρόλο του κοινωνικού λειτουργού σε αντικαρκινικό νοσοκομείο, Σεμινάριο κοινωνικών λειτουργών με θέμα: Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου. Σ.Κ.Λ.Ε. – Ε.Ε.Κ. Η Ευρώπη κατά του καρκίνου., εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 1991.

ΛΕΞΙΚΑ

1. Κριαρά Ε., Νέο ελληνικό λεξικό της σύγχρονης δημοτικής γλώσσας, Εκδόσεις: Εκδοτική Αθηνών, Αθήνα, 1995.
2. Τεγόπουλο Γ. – Φυτράκη Α., Ελληνικό λεξικό, Εκδόσεις Αρμονία, Αθήνα, 1993.

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ

1. Πάπυρος Λαρούς, Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, Πάπυρος Λαρούς, Τόμος 56^{ος}, Αθήνα, 1993.

INTERNET

1. [http:// www. Elpidia. gr](http://www.Elpidia.gr).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΙΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ Κ.Ε.Ε.Λ.

ΜΕΡΟΣ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΘΕΜΑ: Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ AIDS ΣΤΙΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ
Κ.Ε.Ε.Λ.

ΤΕΛΕΙΟΦΟΙΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ

ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ : ΚΟΤΣΙΦΑ ΝΙΚΗ

ΤΣΟΥΚΛΙΔΗ ΣΕΒΑΣΤΗ

Ι. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο

α. Άνδρας

β. Γυναίκα

2. Ποια είναι η ηλικία σας;

α. Από 25-35

β. Από 36-45

γ. Από 46-55

δ. Από 56 και άνω

3. Ποια είναι η ειδικότητά σας,

α. Κοινωνικός /η Λειτουργός

β. Κοινωνιολόγος

γ. Ψυχολόγος

δ. Ψυχίατρος ε. Κάτι άλλο

4. Ποιο είναι το χρονικό διάστημα εργασίας σας στην υπηρεσία ;

α. 0-2 έτη

β. 3-5 έτη

γ. 6-9 έτη

δ. πάνω από 10

5Α. Έχετε εργαστεί σε κάποια άλλη υπηρεσία;

α. Ναι

β. Όχι

5Β. Εάν ναι, με παρόμοιο αντικείμενο εργασίας;

α. Ναι

β. Όχι

5Γ. Για πόσο χρονικό διάστημα;

α. 1-2 έτη

β. 3-5 έτη

γ. 6 και άνω

II. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

6. Ποιες οι δραστηριότητες και τα προγράμματα που υλοποιούνται από την υπηρεσία σας;

α. Ψυχολογική στήριξη

β. Κοινωνική – Προνοιακή στήριξη

γ. Οικονομική στήριξη

δ. Φιλοξενία ή / και Νοσηλεία

ε. Παραπομπές σε άλλες υπηρεσίες

στ. Εύρεση ασύλου

ζ. Κάτι άλλο προσδιορίστε.....

.....

7Α. Υπάρχει εργασιακός κανονισμός στην υπηρεσία σας;

α. Ναι

β. Όχι

7Β. Κατανέμονται τα καθήκοντα αντίστοιχα με την ειδικότητα του κάθε εργαζόμενου;

α. Ναι

β. Όχι

8Α. Υπάρχει σύλλογος εργαζομένων;

α. Ναι

β. Όχι

8Β. Αν ναι, λειτουργεί αποτελεσματικά ως προς τα συμφέροντα των εργαζομένων;

α. Ναι

β. Όχι

9. Ποιο το ωράριο εργασίας των στελεχών ψυχοκοινωνικής στήριξης στην υπηρεσία σας;

α. Μόνο πρωί

β. Από το πρωί μέχρι το βράδυ

γ. Όλο το 24ωρο

10Α. Πιστεύετε ότι ο αριθμός κοινωνικών επιστημόνων που υπάρχει στην υπηρεσία σας επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών των οροθετικών ατόμων που παρακολουθείτε;

α. Ναι

β. Όχι

10Β. Εάν όχι, μπορείτε να αναφέρετε σε ποια /ες ειδικότητες υπάρχει έλλειψη;

α. Ψυχολόγοι

β. Ψυχίατροι

γ. Κοινωνικοί Λειτουργοί

δ. Κοινωνιολόγοι

ε. Νοσηλευτές

Άλλη ειδικότητα, προσδιορίστε.....

11. Ποιες επιπλέον υπηρεσίες πιστεύετε ότι χρειάζεται να λειτουργήσουν στο πλαίσιο των ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών του Κ.Ε.Ε.Λ.;

α. Γραφείο για επαγγελματική αποκατάσταση οροθετικών ατόμων

β. Πρόγραμμα ενημέρωσης στο δρόμο

γ. Τηλεφωνική γραμμή για εκδιδόμενους άνδρες

δ. Προστατευμένα διαμερίσματα

ε. Κάτι άλλο, προσδιορίστε

12Α. Πριν την πρόσληψη σας στην συγκεκριμένη υπηρεσία του Κ.Ε.Ε.Λ. είχατε καταρτιστεί σε θέματα που αφορούν το AIDS;

α. Ναι

β. Όχι

12Β. Θεωρείτε ότι η κατάρτιση αυτή ήταν κατάλληλη;

α. Ναι

β. Όχι

γ. Ίσως

12Γ. Ποίο το χρονικό διάστημα κατάρτισης σας;

α. Μια εβδομάδα

β. 15 μέρες έως 1 μήνα

γ. Πάνω από ένα μήνα

13Α. Σας παρέχονται από τον οργανισμό επιμορφωτικά σεμινάρια;

α. Ναι

β. Όχι

13Β. Αν ναι, πόσο συχνά;

α. Κάθε 6 μήνες

β. Κάθε χρόνο

γ. Κάθε 3 χρόνια ή πιο σπάνια

13Γ. Ποια η χρονική τους διάρκεια;

α. 1-3 ημέρες

β. 15 ημέρες-1 μήνα

γ. 1-6 μήνες

14. Υπάρχουν άλλες παροχές προς τους εργαζόμενους ;

α. Εκπαιδευτικές άδειες

β. Εποπτείες

γ. Συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα

δ. Δυνατότητα ανακοινώσεων ή δημοσιεύσεων

15 Α.. Συμμετέχει η υπηρεσία σας σε κάποια ερευνητικά προγράμματα;

α. Ναι

β. Όχι

15Β. Αν ναι, σε ποια και με τι αντικείμενο;.....

.....

.....

.....

16Α. Ζητείται η γνώμη σας στη χάραξη κοινωνικής πολιτικής όσον αφορά το AIDS;

α. Ναι

β. Όχι

16Β. Αν ναι, ακολουθούν τις προτάσεις σας;

α. Ναι

β. Όχι

17. Κατά την γνώμη σας χρειάζεται να γίνει κάποια νομοθετική ρύθμιση ή ρύθμιση στην λειτουργία της υπηρεσίας για την καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών των HIV οροθετικών ατόμων;

α. Ναι

β. Όχι

18Α. Ποιες γεωγραφικές περιοχές καλύπτει η υπηρεσία σας;

α. Αθήνα

β. Στερεά Ελλάδα

γ. Πελοπόννησος

δ. Μακεδονία/ Θράκη

ε. Ήπειρο/ Ν. Ιονίου

στ. Ν. Αιγαίου

ζ. Πανελλαδικά

18Β. Έχει πραγματοποιηθεί παρέμβαση της υπηρεσίας σας σε περιοχές εκτός Αθηνών;

α. Ναι

β. Όχι

19Α. Ποιος ο αριθμός των περιστατικών που δέχεστε ετησίως;.....

19Β. Και με ποια αιτήματα;

α. Ενημέρωση σχετικά με τον ιό AIDS (πορεία της νόσου)

β. Ψυχολογική στήριξη

γ. Κοινωνική στήριξη

δ. Οικονομική στήριξη

ε. Φιλοξενία

στ. Βοήθεια για την ανακοίνωση του θετικού αποτελέσματος στο οικείο τους περιβάλλον

ζ. ανθρώπινα δικαιώματα/ νομικά ζητήματα

η. Συμβουλευτική πριν το test

Κάτι άλλο, προσδιορίστε.....

.....

.....

20Α. Ποιά προσέγγιση / μοντέλο παρέμβασης πιστεύετε ότι αποδίδει στους περισσότερους πελάτες;

- α. Γνωσιακή – Συμπεριφορική προσέγγιση
β. Ψυχαναλυτικού τύπου προσέγγιση γ. Συστημική
δ. Παρέμβαση σε κρίση ε. Εκλεκτική προσέγγιση στ. Υποστηρικτική

20Β. Εσείς ποια εφαρμόζετε;

- α. Γνωσιακή – Συμπεριφορική προσέγγιση β. Ψυχαναλυτικού τύπου προσέγγιση
γ. Συστημική δ. Παρέμβαση σε κρίση
ε. Εκλεκτική προσέγγιση στ. Υποστηρικτική

21. Τι ποσοστό (περίπου) από τους πελάτες σας βλέπει

- α. Ψυχολόγο
β. Κοινωνικό Λειτουργό
γ. Ψυχίατρο
δ. Νομικό
ε. Κοινωνιολόγος
στ. κάτι άλλο

22Α. Από ποιες υπηρεσίες παραπέμπονται οι πελάτες σας;

- | | |
|---|---|
| α. Νοσοκομεία <input type="checkbox"/> | η. Γραφείο ψυχοκοινωνικής στήριξης <input type="checkbox"/> |
| β. Μ.Ε.Λ. <input type="checkbox"/> | θ. HOME CARE <input type="checkbox"/> |
| γ. Κέντρα ψυχικής υγιεινής <input type="checkbox"/> | ι. Κέντρα Ελέγχου <input type="checkbox"/> |
| δ. Άλλες κοινωνικές υπηρεσίες <input type="checkbox"/> | κ. Εθελοντικοί Σύλλογοι <input type="checkbox"/> |
| ε. Τηλεφωνικές γραμμές AIDS <input type="checkbox"/> | λ. Μ.Μ.Ε. <input type="checkbox"/> |
| στ. Συμβουλευτικός Σταθμός AIDS <input type="checkbox"/> | μ. Ενημερωτικά Φυλλάδια <input type="checkbox"/> |
| ζ. Ξενώνας ψυχοκοινωνικής στήριξης <input type="checkbox"/> | ν. Τηλεφωνικός κατάλογος <input type="checkbox"/> |
| ξ. Κάποιους φίλους/ γνωστούς <input type="checkbox"/> | |
| ο. Κάτι άλλο, προσδιορίστε..... | |

22B. Σε ποιες υπηρεσίες έχει χρειαστεί να παραπέμψετε πελάτες σας;

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| α. Νοσοκομεία | <input type="checkbox"/> | στ. Συμβουλευτικός Σταθμός AIDS | <input type="checkbox"/> |
| β. Μ.Ε.Λ. | <input type="checkbox"/> | ζ. Ξενώνας ψυχοκοινωνικής στήριξης | <input type="checkbox"/> |
| γ. Κέντρα ψυχικής υγιεινής | <input type="checkbox"/> | η. Γραφείο ψυχοκοινωνικής στήριξης | <input type="checkbox"/> |
| δ. Άλλες κοινωνικές υπηρεσίες | <input type="checkbox"/> | θ. HOME CARE | <input type="checkbox"/> |
| ε. Τηλεφωνικές γραμμές AIDS | <input type="checkbox"/> | | |
| ι. Κάτι άλλο, προσδιορίστε | | | |

23. Ποιος είναι ο αριθμός οροθετικών ατόμων ανά φύλλο που παρακολουθείτε ετησίως;

- α. Άνδρες..... β. Γυναίκες.....

24A. Ποιος είναι ο αριθμός των οροθετικών ατόμων, ανά κατηγορία μετάδοσης και φύλο που παρακολουθείτε;

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ
Ομο /αμφίφυλόφιλοι	
Χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών	
Πολυμεταγγιζόμενοι	
Παιδιά	
Ετεροφυλόφιλοι	

24B. Τσεκάρετε τις συχνότητες με τις οποίες δέχεστε τους πελάτες σας:

- α. Μια – δύο φορές την εβδομάδα β. Ανά 15θήμερο γ. Ανά μήνα
 δ. Ανά έξι μήνες ή έτος ε. Μια – δύο φορές εφ' άπαξ
 στ. όποτε χρειαστούν βοήθεια

25Α. Υπάρχουν μετανάστες /αλλοδαποί μεταξύ των οροθετικών ατόμων που παρακολουθείτε;

α. Ναι β. Όχι

25Β. Εάν ναι, ποιες οι χώρες καταγωγής τους;

α. Ανατολική Ευρώπη
β. Ασία
γ. Αφρική
δ. Βαλκανικές χώρες

25Γ. Ποια προβλήματα αντιμετωπίζετε στην προσπάθεια σας να τους βοηθήσετε;

α. Ελλιπτική νομοθεσία β. Έλλειψη ασύλου γ. Έλλειψη παροχών
γι' αυτούς δ. Δυσκολία στο να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ε. Κάτι άλλο,
προσδιορίστε

26Α. Υπάρχουν συναντήσεις των εργαζομένων για θέματα της υπηρεσίας σας;

α. Ναι β. Όχι

26Β. Αν ναι κάθε πότε;

α. Κάθε εβδομάδα β. Κάθε 15ημερο γ. Κάθε μήνα

δ. Άλλο χρονικό διάστημα προσδιορίστε.....

26Γ. Πόσο διαρκεί ή συνάντηση;

α. Μία ώρα β. Δύο ώρες γ. Άλλο.....

27. Θεωρείτε απαραίτητη τη συνεργασία σας με τους υπόλοιπους κοινωνικούς επιστήμονες της υπηρεσίας σας;
- α. Καθόλου
- β. Λίγο
- γ. Πολύ
- δ. Πάρα πολύ
28. Κατά την γνώμη σας η συνεργασία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας είναι:
- α. Όχι ικανοποιητική
- β. ικανοποιητική
- γ. Αρκετά ικανοποιητική
- δ. πολύ ικανοποιητική
29. Θεωρείται ότι όταν υπάρχει σωστή διεπιστημονική συνεργασία αυξάνεται το αίσθημα της ικανοποίησης και της ασφάλειας των ασθενών που δέχονται την σφαιρική και συλλογική βοήθεια;
- α. Ναι
- β. Όχι
30. Μέσα από ποιους τρόπους παίρνετε ανατροφοδότηση σε σχέση με την παροχή βοήθειας στους χρήστες της υπηρεσίας;
- α. Τηλεφωνούν για να ευχαριστήσουν
- β. Έρχονται οι ίδιοι
- γ. Φαίνεται μέσα από την πορεία της συνεργασίας
- δ. Κάτι άλλο, προσδιορίστε.....
-
-
31. Ποια είναι τα κυριότερα συναισθήματα ή καταστάσεις που βιώνουν οι ειδικοί στην συνεργασία τους με τα οροθετικά άτομα;
- α. Θλίψη
- β. Θυμό
- γ. Ενοχές
- δ. Άγχος
- ε. Γενική κούραση ή αδυναμία
- στ. Πονοκεφάλους
- ζ. Δυσκολεύονται να αυτοσυγκεντρωθούν
- η. Αϋπνίες
- θ. αίσθημα αδυναμίας επίλυσης του προβλήματος των πελατών

32. Υπάρχουν κάποιοι μηχανισμοί άμυνας ή ειδικές συμπεριφορές που εμφανίζουν οι ειδικοί μέσα από την επαφή τους με τα οροθετικά άτομα;

- α. Μηχανισμός εκλογίκευσης
- β. Μηχανισμός προβολής
- γ. Μηχανισμός μετάθεσης
- δ. Χιούμορ
- ε. Προκατάληψη
- στ. Άρνηση
- ζ. Κάτι άλλο, προσδιορίστε.....

33A. Πιστεύετε ότι η εργασία με οροθετικά άτομα εξουθενώνει ψυχολογικά το προσωπικό;

- α. Ναι
- β. Όχι

33B. Έχετε παρατηρήσει κάτι τέτοιο;

- α. Ναι
- β. Όχι

34A. Για ποιους λόγους πιστεύετε ότι η εργασία με οροθετικά άτομα μπορεί να προκαλέσει επαγγελματική εξουθένωση;(παρακαλούμε σημειώστε)

- α. Λόγω του θανάτου σε νεανική ηλικία
- β. Λόγω του κοινωνικού στίγματος
- γ. Λόγω των μειωμένων δυνατοτήτων βοήθειας/ παροχών
- δ. Λόγω έλλειψης δομών/ υπηρεσιών
- ε. Λόγω του ότι είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα
- στ. Κάτι άλλο, προσδιορίστε.....

34B. Ποιες είναι κυρίως οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης που παρουσιάζουν οι επαγγελματίες που ασχολούνται με οροθετικά άτομα;

- α. Δυσaréσκεια προς την εργασία
- β. Μεγάλο αριθμό απουσιών
- γ. Τάση για αλλαγή εργασίας
- δ. Επιδείνωση των σχέσεων με τους συναδέλφους
- ε. Μείωση της αυτοεκτίμησης
- στ. Κατάθλιψη
- ζ. Κάτι άλλο, προσδιορίστε.....

34Γ. Με ποιους από τους παρακάτω τρόπους μπορεί το προσωπικό να βοηθηθεί στην άσκηση του δύσκολου έργου του;

- α. Ατομική εποπτεία
- β. Ομαδική εποπτεία
- γ. Διεπιστημονική συνεργασία
- δ. Περισσότερες άδειες
- ε. Επιμόρφωση
- στ. Συμβουλευτική σε ομάδες θεραπείας-υτογνωσίας
- ζ. Κάτι άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε.....

35. Έχετε παρατηρήσει παρόμοια σημάδια ψυχολογικής εξουθένωσης σε κάποια από τις παρακάτω ειδικότητες; Κυρίως σε ποιες; (Αριθμήστε από μια έως τρεις επιλογές)

- α. Κοινωνικούς Λειτουργούς
- β. Ψυχολόγους
- γ. Ψυχιάτρους
- δ. Κοινωνιολόγους
- ε. Νομικούς
- στ. Σε όλες
- ζ. Άλλη ειδικότητα, προσδιορίστε.....

36Α. Πραγματοποιούνται συναντήσεις με τις υπόλοιπες υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης του Κ.Ε.Ε.Λ.;

- α. Ναι
- β. Όχι

36Β. Αν ναι, πόσο συχνά;

- α. Κάθε μήνα
- β. Κάθε 6 μήνες
- γ. Κάθε χρόνο
- δ. Με την αφορμή συζήτησης συγκεκριμένου θέματος

37Α. Επιδιώκετε την συνεργασία με τους θεράποντες ιατρούς των περιπτώσεων σας;

- α. Ναι
- β. Όχι

37Β. Εάν ναι, κάθε πότε;

- α. 1-5 ημέρες την εβδομάδα
- β. Κάθε 15 ημέρες
- γ. Κάθε μήνα
- δ. Όποτε χρειαστεί

38Α. Οι γιατροί ζητούν την συνεργασία σας γι' αυτές τις περιπτώσεις;

α. Ναι β. Όχι

38Β. Εάν ναι, κάθε πότε;

α. Πολύ συχνά β. Συχνά γ. Σπάνια δ. Καθόλου

39. Συμμετέχετε στις ανακοινώσεις των θετικών αποτελεσμάτων;

α. Ναι β. Όχι

40Α. Γίνεται αξιολόγηση του έργου της υπηρεσίας από κάποιον αρμόδιο φορέα;

α. Ναι β. Όχι

40Β. Αν ναι, από πότε;

(Παρακαλούμε γράψτε έτος).....

40Γ. Και από ποιον;

α. Υπουργείο υγείας β. Κ.Ε.Ε.Λ.

40Δ. Κάθε πότε;

α. Κάθε 6 μήνες β. Κάθε 12 μήνες

γ. Άλλο χρονικό διάστημα, προσδιορίστε;.....

.....

41. Σκέφτεστε να αλλάξετε αντικείμενο εργασίας;

α. Ναι β. Όχι γ. Ίσως

42. Είστε ευχαριστημένος /η από το ωράριο;

α. Ναι β. Όχι

43. Είστε ευχαριστημένος /η από τις αποδοχές σας;

- α. Ναι β. Όχι

44Α. Συνεργάζεστε με εθελοντικές οργανώσεις για το AIDS;

- α. Ναι, συχνά β. Ναι, αλλά όχι συχνά γ. Όχι

44Β. Εάν ναι, με ποιες από αυτές;

- α. ACT UP β. Κέντρο ζωής
γ. Πανελλήνιος Σύλλογος Υποστήριξης κατά του AIDS «Ελπίδα»
δ. Εταιρεία Συλλογικής Υποστήριξης κατά του AIDS
ε. AIDS- Προστασία- Σύλλογος Συμπαράστασης φορέων και ασθενών με AIDS
στ. Κάποια άλλη, αναφέρετε.....

44Γ. Κάθε πότε;

- α. Σε τακτική βάση β. Κάθε 6 μήνες
γ. Κάθε 12 μήνες δ. Όταν παραστεί ανάγκη

45Α. Πιστεύετε ότι άλλαξαν οι ανάγκες των οροθετικών ατόμων τα τελευταία 5 χρόνια;

- α. Ναι β. Όχι

45Β. Αν ναι , ως προς τι;

- α. Ανάγκη προώθησης στην αγορά εργασίας
β. Ανάγκη για ψυχολογική στήριξη
γ. Ανάγκη ενημέρωσης για οικογενειακό προγραμματισμό
δ. Ανάγκη για επιπλέον επιδόματα
ε. Ανάγκη για εκπαίδευση
στ. Άλλα θέματα κοινωνικής πολιτικής

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.
ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ Κ.Ε.Ε.Λ.



ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ (Κ.Ε.Ε.Λ.)

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Αθήνα, 4 Οκτωβρίου 2001
Αρ. Πρωτ. : οικ. 5885

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : Μακεδονίας 6 - 8

Ταχ. Κώδικας : 104 33

Πληροφορίες : Ν. Μπατζή

Τηλέφωνο : 8225466

FAX : 8225466

ΠΡΟΣ : Τους υπαλλήλους Κ.Ε.Ε.Λ.
(όπως Πίνακας Αποδεκτών)

Σας διαβιβάζουμε αντίγραφο του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας του Κ.Ε.Ε.Λ.
όπως δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 831/τ. Β'/29-6-2001, για ενημέρωσή σας.



Ο Πρόεδρος

ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

Καθηγητής Γ. Σαρόγλου

Συνημμένα

Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Κ.Ε.Ε.Λ.

Πίνακας Αποδεκτών

- Προσωπικό που υπηρετεί :
 1. Κεντρική Υπηρεσία
 2. Μονάδα Κατ' Οίκον Νοσηλείας
 3. Οδοντιατρείο
 4. Ξενώνα Πειραιά
 5. Κ.Ε.Ε.Λ. Θεσσαλονίκης
 6. Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων (Μ.Ε.Λ.)
 7. Συντονιστικό Κέντρο Αιμοεπαγρύπνησης (Σ.Κ.ΑΕ.)
 8. Κέντρα Αναφοράς & Ελέγχου AIDS
 9. Κέντρο Έρευνας Νοσοκομειακών Μυκητιασικών Λοιμώξεων
 10. Κέντρο Αναφοράς Ευκαιριακών Λοιμώξεων
- Προσωπικό που υπηρετεί με διάθεση/απόσπαση σε Υπηρεσίες εκτός Κ.Ε.Ε.Λ. :
 11. κα Ζωμπούλου Μαντώ-Υπουργείο Υγείας (Δ/ση Οικονομικού)
 12. κα Κεχαγιά Σοφία- Υπουργείο Υγείας (Δ/ση Πληροφορικής)
 13. κ. Καραμπίνης Κων/νος- Υπουργείο Υγείας (Δ/ση Υγιεινής Περιβάλλοντος)
 14. κα Σχοινοχωρίτου Μαρία-Υπουργείο Εργασίας (Γρ.Υφυπουργού)



Κ20003 129060 10016



12045

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 831

29 Ιουνίου 2001

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ. Υ1/οικ. 5028

Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας του Κ.Ε.Ε.Λ.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

α. Τις διατάξεις του Π.Δ. 95/00 περί Οργανισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

β. Το άρθρο 26 του Νόμου 2071/92 περί εκσυγχρονισμού και οργάνωσης Συστήματος Υγείας.

γ. Το υπ' αριθμ. 358/1992 Π.Δ. περί οργάνωσης, λειτουργίας και αρμοδιοτήτων του Κ.Ε.Ε.Λ.

δ. Την απόφαση του Δ.Σ. κατά την 86η Συνεδρίαση/5.4.01 του Κ.Ε.Ε.Λ. περί Εσωτερικού Κανονισμού και την αριθμ. 92η Συνεδρίαση 8.6.2001 όμοια.

ε. Το άρθρο 29α του Νόμου 1558/1985/Α 137 όπως προστέθηκε με το άρθρο 27 του Νόμου 2081/92 και αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1, παρ. 2 του Νόμου 2469/1997.

στ. Την υπ' αριθμ. 2850/00 (ΦΕΚ 565/Β/20.4.2000) Κοινή Απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας περί ανάθεσης αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας και Πρόνοιας Χριστίνα Σπυράκη και Δημήτριο Θάνο.

ζ. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις αυτής της απόφασης δεν προκαλείται δαπάνη εις βάρος του κρατικού προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

Εγκρίνουμε τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του Κ.Ε.Ε.Λ., ως ακολούθως:

ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΕΕΛ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 1

Νομική μορφή - Έδρα - Εποπτεία

1. Το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) αποτελεί νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου (αρθ 26 Ν. 2071/1992 ΦΕΚ Α 123) και λειτουργεί σύμφωνα με το ΠΔ 358/1992 (ΦΕΚ 179 Α') υπό την εποπτεία του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας

2. Έδρα του Κ.Ε.Ε.Λ. είναι η Αθήνα

3. Το ΚΕΕΛ εξαιρείται από τις διατάξεις που αφορούν το Δημόσιο Τομέα (Π.Δ. 407/1993 ΦΕΚ Α' 174), από τις διατάξεις προσλήψεων στο Δημόσιο Τομέα (παρ. 2 άρθρου 14 Ν. 2190/1994 όπως τροποποιήθηκε με την παρ.2 του άρθρου 6 του Ν. 2256/1994 ΦΕΚ Α' 196) και από τις διατάξεις προμηθειών στο Δημόσιο Τομέα (Ν. 2286/95 και Π.Δ. 238/1995 ΦΕΚ Α' 137).

Άρθρο 2

Σήμα - Σφραγίδα

1. Το διακριτικό σήμα του Κ.Ε.Ε.Λ. (λογότυπος) αποτελείται από το περίγραμμα περιστεριού μπλε χρώματος στο εσωτερικό του οποίου υπάρχει η συντομογραφία της επωνυμίας Κ.Ε.Ε.Λ. με όσπρα γράμματα σε κόκκινο φόντο. Κάτω από τη σχηματική αυτή παράσταση αναγράφεται με κόκκινα κεφαλαία γράμματα ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ και με μικρότερα μπλε κεφαλαία γράμματα από κάτω ΝΠΙΔ - ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ.

2. Η σφραγίδα του Κ.Ε.Ε.Λ. είναι στρογγυλού σχήματος διαμέτρου 4 εκ. στην οποία αναγράφεται περιμετρικά με κεφαλαία γράμματα η επωνυμία -ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ και η οποία φέρει στο κέντρο την παραπάνω σχηματική παράσταση με το σήμα του περιστεριού και απο κάτω ΝΠΙΔ

Άρθρο 3

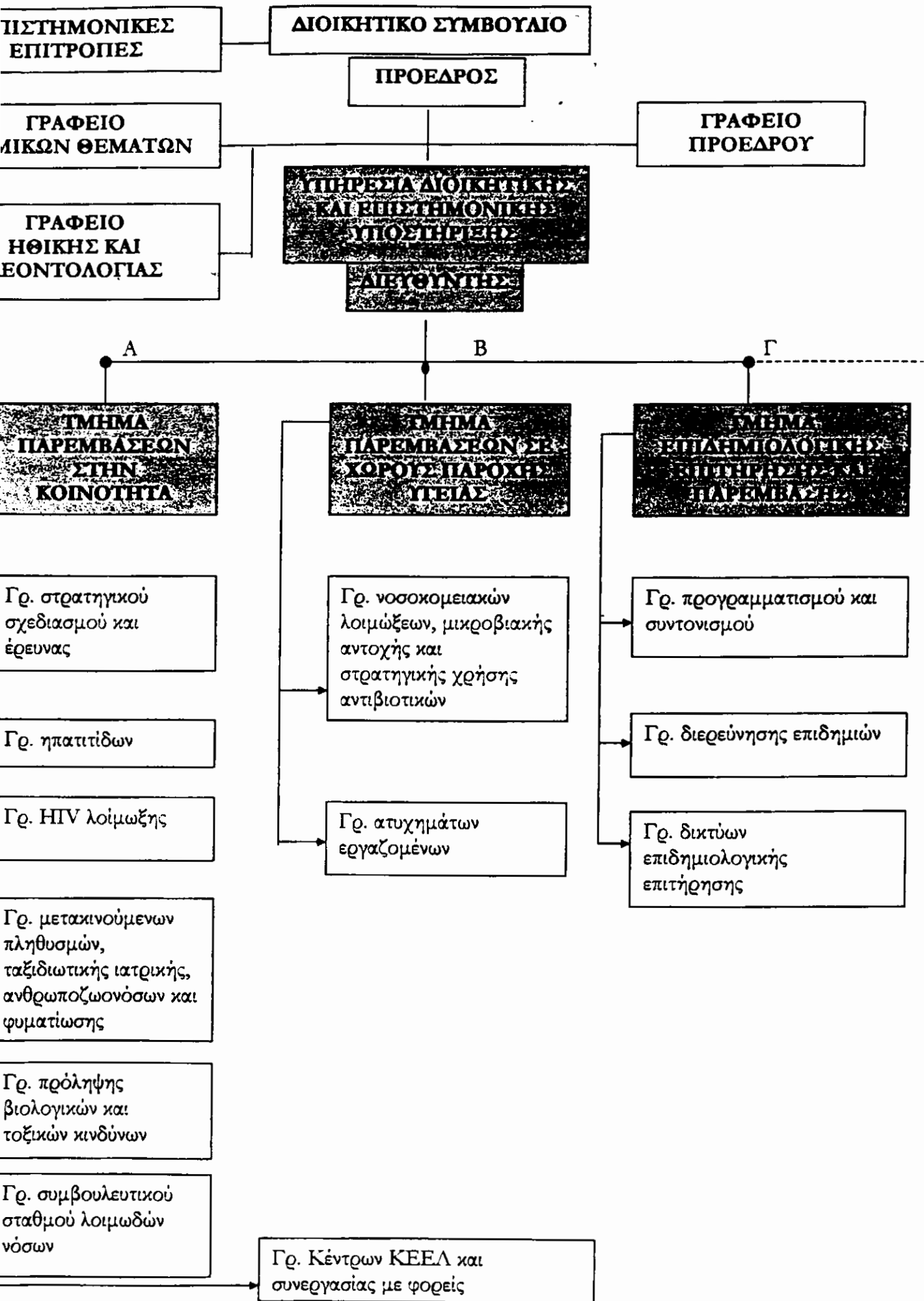
• Σκοποί - Αρμοδιότητες

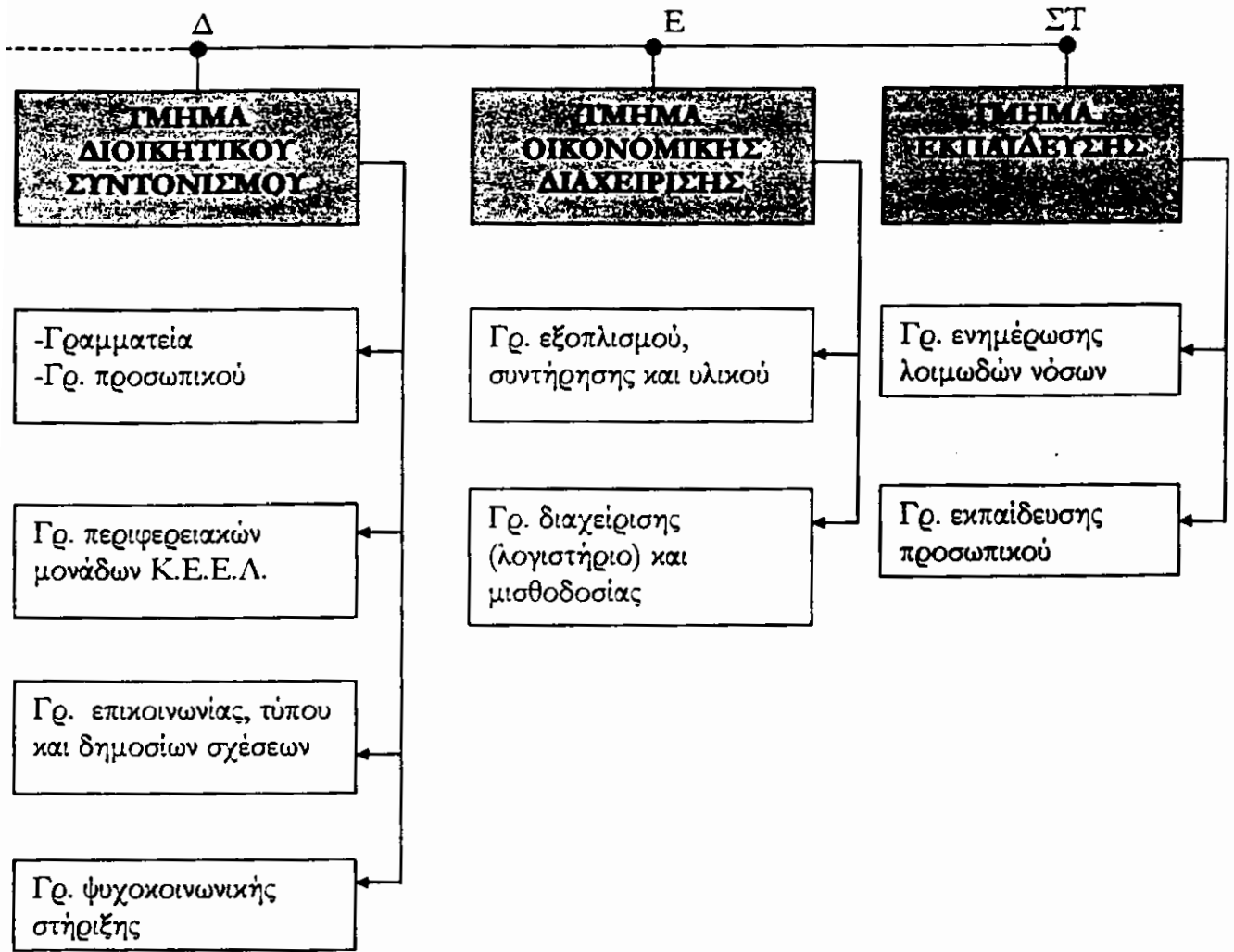
1. Σκοπος του Κ.Ε.Ε.Λ. είναι η αντιμετώπιση και παρακολούθηση, ο συντονισμός και η υποβοήθηση των ενεργειών για την πρόληψη της εξάπλωσης ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων και την θεραπευτική αντιμετώπιση τους. Ως ειδικά μεταδοτικά νοσήματα θεωρούνται όλα τα λοιμώδη νοσήματα που αποτελούν προτεραιότητα για τη Δημόσια Υγεία

2. Τρόποι για την επίτευξη των σκοπών του είναι κυρίως

α. Η πρόληψη της εξάπλωσης ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων και η προστασία και προαγωγή της δημόσιας υγείας, καθώς και η εισηγήση στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας διαμορφωσης εθνικής πολιτικής αντιμετώπισης τους

β. Η εγκαίρη διάγνωση, παρακολούθηση και η αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση τους





γ. Η επιδημιολογική παρακολούθηση και η επιδημιολογική περιγραφή της εξέλιξής τους.

δ. Ο σχεδιασμός και συντονισμός μέτρων ελέγχου και ερριορισμού τους.

ε. Η ενημέρωση του κοινού, ιδίως των ευπαθών ομάδων, σε διαλέξεις και οποιοδήποτε άλλο πρόσφορο μέσο για την προφύλαξη από τα λοιμώδη νοσήματα.

στ. Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη των νοσούντων.

ζ. Η διευθέτηση ζητημάτων ηθικής και δεοντολογίας.

η. Η ανάπτυξη ερευνητικών δραστηριοτήτων στα αντικείμενα των λοιμωδών νόσων, όπως χορήγηση ερευνητικών προγραμμάτων και υποτροφιών.

θ. Η επιστημονική συνεργασία με κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς του εσωτερικού και εξωτερικού με συναφείς αντικείμενο.

ι. Η διοργάνωση εθνικών και διεθνών επιστημονικών σεμιναρίων, συμποσίων, συνεδρίων για τον εμπλουτισμό της γνωστικής βάσης και την εκπαίδευση του ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού επί των λοιμωδών νόσων.

κ. Η συνδρομή στην παροχή νοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών.

λα. Η υλοποίηση δράσεων για ενημέρωση, πρόληψη, ευαισθητοποίηση και αντιμετώπιση λοιμωδών νόσων, προώθηση υγείας και εκπαίδευση.

λβ. Υλοποίηση δράσεων για πρόληψη και αντιμετώπιση λοιμωξεων στους χώρους παροχής υγείας.

Άρθρο 4

Οικονομικοί Πόροι

Οι πόροι του ΚΕΕΛ είναι:

α. Επιχορηγήσεις από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και το πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων.

β. Επιχορηγήσεις και χρηματοδοτήσεις από τρίτους, όπως προγράμματα επιχορηγούμενα από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, Δωρεές και κληροδοτήματα.

γ. Έσοδα από τυχόν παροχή υπηρεσιών όπως επιστημονικές και άλλο υλικό, οργανώσεις επιστημονικών εκδηλώσεων, δημιουργία προγραμμάτων ηλεκτρονικών υπολογιστών με θέματα που συνάδουν με το σκοπό του Κ.Ε.Ε.Λ.

δ. Έσοδα από προσφερόμενες δράσεις στην ημεδαπή ή αλλοδαπή στα αντικείμενα της δημόσιας υγείας και των λοιμωδών νοσημάτων.

Άρθρο 5

Αρχεια επιδημιολογικών δεδομένων

Ο Κ.Ε.Ε.Λ. τηρούνται αρχεία επιδημιολογικών δεδομένων για τα νοσήματα της αρμοδιότητάς του. Η τήρηση γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις της ισχύουσας νομοθεσίας, τις οδηγίες της ΠΟΥ και τις αποφάσεις και οδηγίες Ευρωπαϊκής Ένωσης με πλήρη διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου και απόλυτο σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Άρθρο 6

Επιστημολογικοί προσδιορισμοί

Οι «δράσεις» έναντι των λοιμωδών νοσημάτων χαρακτηρίζονται όλες οι δραστηριότητες του Κ.Ε.Ε.Λ. που στοχεύουν στην επιδημιολογική επιτήρηση, επιδημιολογική παρέμβαση και την καταπολέμηση των νοσημάτων και γενικότερα την προαγωγή της δημόσιας υγείας και την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

2. Ως «έρευνα» στα λοιμώδη νοσήματα εννοείται κάθε δραστηριότητα του Κ.Ε.Ε.Λ. που αφορά την προαγωγή της γνώσης και επιστήμης σχετικά με τα μεταδοτικά λοιμώδη νοσήματα.

3. «Πρόγραμμα» είναι ένα σύνολο δράσεων του Κ.Ε.Ε.Λ. που αποσκοπεί είτε σε έρευνα, είτε σε δράση με στόχο την επιδημιολογική επιτήρηση, επιδημιολογική παρέμβαση και την καταπολέμηση των λοιμωδών νοσημάτων και την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού με σκοπό την προαγωγή της δημόσιας υγείας. Ως «προγράμματα» που υλοποιούνται από το Κ.Ε.Ε.Λ. είναι τόσο τα προγράμματα δράσεων που αφορούν την δημόσια υγεία, όσο και τα ερευνητικά.

4. Ως «Κέντρο» Κ.Ε.Ε.Λ. εννοείται μία μονάδα που ιδρύεται με απόφαση του Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ., για συγκεκριμένο σκοπό, στηρίζεται και εποπτεύεται, στελεχώνεται από το Κ.Ε.Ε.Λ. και στεγάζεται σε φορέα εκτός Κ.Ε.Ε.Λ. ο οποίος συνδέεται με το Κ.Ε.Ε.Λ. με σύμβαση συγκεκριμένης διάρκειας και εποπτεύεται από επιστημονικό υπεύθυνο που ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ.

5. Μονάδα ειδικών λοιμωξεων είναι εκείνη που εντάσσεται σε κάποιο από τα κλινικά τμήματα νοσοκομείου, νοσηλεύει ασθενείς με λοιμώδη νοσήματα και διατηρεί εξωτερικό ιατρείο στο οποίο παρακολουθούνται χρόνιοι ασθενείς και τους χορηγείται θεραπεία.

6. Οι περιφερειακές μονάδες του Κ.Ε.Ε.Λ. είναι αποκεντρωμένες μονάδες που ανήκουν οργανικά στο Κ.Ε.Ε.Λ. και η λειτουργία τους διέπεται από τον παρόντα Κανονισμό. Ως τέτοιες μονάδες ενδεικτικά μπορεί να είναι ξενώνες, εργαστήρια, οδοντιατρεία, μονάδες ειδικών λοιμωξεων, κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.). Με απόφαση του Δ.Σ. ιδρύονται και καταργούνται μονάδες, χωρίς τροποποίηση του παρόντος Κανονισμού. Οι υπεύθυνοι αυτών ορίζονται με αποφάσεις του Δ.Σ. και ανήκουν στο προσωπικό του Κ.Ε.Ε.Λ. Οι περιφερειακές μονάδες υποχρεούνται να υποβάλλουν προς το ΚΕΕΛ ετήσιο απολογισμό δράσεως, ετήσιο επιστημονικό προγραμματισμό και ετήσιο οικονομικό προϋπολογισμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

ΔΙΟΙΚΗΣΗ Κ.Ε.Ε.Λ.

Άρθρο 7

Σύνθεση Διοικητικού Συμβουλίου

1. Το Κ.Ε.Ε.Λ. διοικείται από θμελές Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας με τριετή (3) θητεία και αποτελείται από:

α. Έξι (6) επιστήμονες της Ιατρικής εγνωσμένου κύρους με εμπειρία στην αντιμετώπιση των ειδικών αυτών νοσημάτων ή άλλα εξέχοντα πρόσωπα, που έχουν κοινωνική, νομική ή άλλη γνώση του αντικείμενου του Κ.Ε.Ε.Λ.

β. Έναν (1) εκπρόσωπο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

γ. Έναν (1) εκπρόσωπο της Εκκλησίας της Ελλάδος.

δ. Έναν (1) εκπρόσωπο τη Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, που προτείνεται από αυτόν.

2. Με την ίδια απόφαση, ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας, ορίζει τον Προεδρο και τον Αντιπροεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου. Για κάθε τακτικό μέλος ορίζεται και ένα αναπληρωματικό.

Άρθρο 8
Αρμοδιότητες Δ.Σ.

ο Δ.Σ. είναι το ανώτατο όργανο της διοίκησης του Ε.Ε.Α και έχει τις εξής αρμοδιότητες:

α. Χαράσσει την επιστημονική δραστηριότητα του Ε.Ε.Α. Ειδικότερα μέχρι την 15η Μαΐου κάθε έτους υπολεί στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας το επιχειρηκό σχέδιο που περιλαμβάνει όλες τις δράσεις του επόμενου έτους για την χρηματοδότησή τους.

β. Αποφασίζει για κάθε θέμα που αφορά στη διοίκηση διαχείριση της περιουσίας, των πόρων και των δαπανών του νομικού προσώπου, στη δραστηριότητά του και να εν γένει λήψη αποφάσεων και μέτρων, για την εκπόνηση του σκοπού και του αντικείμενου του.

γ. Συγκροτεί επιστημονικές επιτροπές, σύμφωνα με τα ρητά στο κεφάλαιο Γ του παρόντος.

δ. Αποφασίζει την τροποποίηση των εσωτερικών κανονιστικών λεπτομερειών του Κ.Ε.Ε.Α., ο οποίος εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

ε. Χαράσσει την οικονομική πολιτική του Κ.Ε.Ε.Α. και κρίνει τον ετήσιο προϋπολογισμό, τον ισολογισμό και τον απολογισμό στα πλαίσια των εγκεκριμένων πιστώσεων.

στ. Αποφασίζει την πρόσληψη προσωπικού σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και τους αναθέτει αρμοδιότητες με βάση τα ουσιαστικά και τυπικά τους προσόντα.

ζ. Αποδέχεται τις πάσης φύσεως δωρεές, κληροδοτήσεις κ.λ.π. για λογαριασμό του Κ.Ε.Ε.Α.

η. Αποφασίζει, για τη διενέργεια πάσης φύσεως δαπανών και προμηθειών.

θ. Εγκρίνει την καταγραφή σε ειδικό βιβλίο, το «Βιβλίο Οικονομικών Στοιχείων», όλης της ακίνητης και κινητής περιουσίας του Κ.Ε.Ε.Α.

ι. Το βιβλίο αυτό ενημερώνεται και τηρείται από το Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης του Κ.Ε.Ε.Α.

ια. Ζητά τον ετήσιο έλεγχο της οικονομικής διαχείρισης του Κ.Ε.Ε.Α. από το Σώμα Ορκωτών Λογιστών.

ιβ. Δημιουργεί ή συμβάλλει στη δημιουργία κέντρων Ε.Ε.Α. σε διάφορα σημεία της επικράτειας, είτε καταρτίζοντας κέντρα ΚΕΕΑ, για την καλύτερη εκπλήρωση των σκοπών του.

ιγ. Εισηγείται προς το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας την παροχή χρηματοδότησης για υποτροφίες, για μετεκπαίδευση ιατρικού και άλλου επιστημονικού προσωπικού.

ιδ. Αναδιαρθρώνει τα γραφεία των υπηρεσιών του, σύμφωνα με τις τρέχουσες λειτουργικές ανάγκες με αξιολόγηση, χωρίς τροποποίηση του παρόντος κανονισμού.

ιε. Αποφασίζει τη συνεργασία με επιστημονικά ιδρύματα που έχουν συναφείς δραστηριότητες.

ις. Καθορίζει το ύψος των αποδοχών του προσωπικού που δεν μπορεί να είναι κατώτερο των ελαχίστων ορίων που προβλέπει η ισχύουσα νομοθεσία.

ιζ. Ασκεί όλες τις αρμοδιότητες που απαιτεί η λειτουργία του Κ.Ε.Ε.Α. που δεν προβλέπονται ρητά από τον παρόντα κανονισμό.

Άρθρο 9
Λειτουργία Δ.Σ.

Το Δ.Σ. συγκαλείται από τον Πρόεδρο και όταν αυτός απουσιάζει ή κωλύεται, από τον νόμιμο αναπληρωτή του. Η ετήσια συνεδρίαση μία φορά το μήνα και σε έκτακτες,

όταν κρίνεται αναγκαίο από τον Πρόεδρο ή το ζητήσουν εγγράφως τουλάχιστον τέσσερα μέλη του Δ.Σ. Στην τελευταία περίπτωση ο Πρόεδρος συγκαλεί υποχρεωτικά τα μέλη του Δ.Σ. μέσα σε τρεις ημέρες από την έγγραφη γνωστοποίηση του αιτήματος. Στη γνωστοποίηση αναγράφονται και τα θέματα για τα οποία ζητείται η έκτακτη σύγκληση του Δ.Σ.

2. Η πρόσκληση και η ημερήσια διάταξη συνοδευόμενη από τα απαραίτητα έγγραφα για κάθε θέμα, αποστέλλονται 48 τουλάχιστον ώρες πριν από τη συνεδρίαση, με επιμέλεια της γραμματείας του Προέδρου, σε όλα τα τακτικά μέλη και στο Διευθυντή του Κ.Ε.Ε.Α. Σε περίπτωση κωλύματός τους να παραστούν, ειδοποιείται ο αναπληρωτής τους από την Γραμματεία του Δ.Σ. Σε κατεπείγουσες περιπτώσεις η πρόσκληση μπορεί να γίνεται και τηλεφωνικά και βεβαιώνεται από τον γραμματέα του Δ.Σ. με σημείωση σε ειδικό βιβλίο.

3. Θέματα που δεν περιλαμβάνονται στην ημερήσια διάταξη συζητούνται μόνο εάν προηγουμένως αυτό γίνει δεκτό ομόφωνα από τα παρόντα μέλη.

4. Τόπος συνεδρίασης είναι η έδρα του Κ.Ε.Ε.Α.

5. Το Δ.Σ. βρίσκεται σε απαρτία όταν είναι παρόντα πέντε (5) τουλάχιστον από τα μέλη του, μεταξύ των οποίων ο Πρόεδρος ή ο Αντιπρόεδρος. Οι αποφάσεις λαμβάνονται με απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων, σε περίπτωση δε ισόψηφιας, υπερισχύει η ψήφος του Προέδρου. Κατά τις συνεδριάσεις κρατούνται πρακτικά, τα οποία υπογράφονται από όλα τα παρισταμένα μέλη, με μνεία των τυχόν ονομαστικών μειοψηφιών, καθώς και της απολόγησης αυτών. Η επικύρωση των πρακτικών γίνεται στην αμέσως επόμενη συνεδρίαση. Σε περίπτωση κωλύματος ή απουσίας του Προέδρου, αντικαθιστά αυτόν ο Αντιπρόεδρος.

6. Στις συνεδριάσεις μετέχει χωρίς δικαίωμα ψήφου, ο Διευθυντής του Κ.Ε.Ε.Α. Χρήση εισηγητή προς το Δ.Σ. εκτελεί ο Πρόεδρος ή ο Αντιπρόεδρος ή άλλο μέλος το οποίο ορίζεται από τον Πρόεδρο. Αν κρίνεται αναγκαίο από τον Πρόεδρο ή δύο τουλάχιστον μέλη του Δ.Σ. είναι δυνατόν να καλούνται στην συνεδρίαση ένας από τους Δικηγόρους του Κ.Ε.Ε.Α., καθώς και ο καθ' ύλην αρμόδιος υπάλληλος προκειμένου να δώσουν τις απαραίτητες διευκρινήσεις ή πληροφορίες επί των συζητούμενων θεμάτων της αρμοδιότητάς τους.

Άρθρο 10
Αρμοδιότητες του Προέδρου του Δ.Σ.

Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Α. έχει τις εξής αρμοδιότητες:

α. Συγκαλεί το Δ.Σ., προεδρεύει αυτού και μεριμνά για την εφάρμογή των αποφάσεών του.

β. Προϊσταται διοικητικώς όλων των υπηρεσιών και λοιπών οργανικών μονάδων του Κ.Ε.Ε.Α. για την διεύθυνση, οργάνωση, συντονισμό και καθοδήγηση του εκτελουμένου έργου.

γ. Υπογράφει τις σχετικές συμβάσεις εργασίας ή έργου των προσλαμβανόμενων με αποφάσεις του Δ.Σ.

δ. Κατανέμει το πάσης φύσεως προσωπικό του Κ.Ε.Ε.Α. κατόπιν αποφάσεων του Δ.Σ.

ε. Δύναται να παρίσταται στις συνεδριάσεις των επιστημονικών επιτροπών.

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ (ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ)

ογράφει όλες τις συμβάσεις, αναλύσεις, εκτελεστικών έργων ή εταιρών έργων για λογαριασμό σύμφωνα με σχετικές αποφάσεις του Δ.Σ. Προσωπεί το Κ.Ε.Ε.Λ. δικαστικώς και εξωδικαστικώς κάθε αρχής και ιδιωτών. Φέρνει τις πάσης φύσεως δαπάνες, μετά από απόφαση του Δ.Σ.

Φασίζει για τις πάσης φύσεως υπηρεσιακές μετρήσεις του προσωπικού του Κ.Ε.Ε.Λ. και εγκρίνει μεταβολές του για εκτέλεση υπηρεσιών στο εσωτερικό του Κ.Ε.Ε.Λ. μετά από απόφαση του Δ.Σ. Την εισήγηση αυτή κάνει ο ίδιος ή ο Διευθυντής.

Ο Πρόεδρος με απόφασή του μπορεί να εκχωρήσει από αυτόν ασκούμενων δραστηριοτήτων στον Πρόεδρο ή στον Διευθυντή του Κ.Ε.Ε.Λ. Ο Δ.Σ. μπορεί να προτάσει των τμημάτων, γραφείων ή κέντρων του Κ.Ε.Ε.Λ. και διαμορφώνει επιστημονικές προτάσεις εισηγήσεις προς το Δ.Σ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

Άρθρο 11 Σύνθεση - Λειτουργία

Οι επιστημονικές επιτροπές είναι αποκλειστικά γνωμοδοτικές, μελετούν και εισηγούνται επί συγκεκριμένων ζητημάτων, τα οποία τους απευθύνει το Δ.Σ. και δεν παύουν στο έργο της Υπηρεσίας του Κ.Ε.Ε.Λ. ούτε στην επιστημονική πολιτική του Δ.Σ. Επί κάθε θέμα με δικαιοδοσία του Κ.Ε.Ε.Λ. πέραν της γνώμης των επιτροπών, το Δ.Σ. μπορεί να απευθυνθεί σε επιτροπές αναγνωρισμένου κύρους της ημεδαπής ή αλλοδαπής για γνωμοδοτήσουν επί ειδικών ζητημάτων.

Ο Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ. συγκροτεί με απολογημένη απόφαση επιστημονικές επιτροπές που απαρτίζονται από 3-5 μέλη, ένα από τα οποία ορίζεται ως συντονιστής. Η θητεία κάθε επιτροπής είναι διετής και η κάθε μια απαρτίζεται τουλάχιστον (5) μέλη, ένα από τα οποία ορίζεται ως συντονιστής. Με απολογημένη απόφαση του Δ.Σ. τα μέλη μπορεί να αυξάνονται ή να μειώνονται από το Δ.Σ. μέλη των επιστημονικών αντιστοιχούν πριν την λήξη της θητείας μετά από απολογημένη απόφαση του Δ.Σ.

Η γραμματεία της επιστημονικής επιτροπής αναλαμβάνει την οργάνωση των εργασιών της επιστημονικής επιτροπής με απόφαση του Δ.Σ. Ο συντονιστής της επιστημονικής επιτροπής τηρεί βιβλίο πρακτικών εργασιών στην γραμματεία του Κ.Ε.Ε.Λ. Η επιστημονικές επιτροπές συνεδριάζουν κατά διαστήματα σύμφωνα με τις ανάγκες του έργου που τους έχει ανατεθεί.

Οι προεδρίες των επιστημονικών επιτροπών δύναται να αναλαμβάνει τόσο ο Πρόεδρος του Κ.Ε.Ε.Λ. όσο και ο Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ. που δεν είναι μέλη της επι-

τροπής από τον Πρόεδρο, ενώ από τον Διευθυντή μόνο για την διοικητική λειτουργία τους. Αυτά είναι το Γραφείο Προέδρου, το Γραφείο Νομικών Θεμάτων και το Γραφείο Ηθικής και Δεοντολογίας.

2. Υπηρεσία Διοικητικής και Επιστημονικής Υποστήριξης της οποίας προϊστάται ο Διευθυντής του Κ.Ε.Ε.Λ. και διαρθρώνεται σε τμήματα και γραφεία. Η διάρθρωση αυτής είναι:

α. Τμήμα παρεμβάσεων στην Κοινότητα στο οποίο υπάγονται:

* Γραφείο στρατηγικού σχεδιασμού και έρευνας με ειδικότερες αρμοδιότητες:

α. Υποτροφίες.

β. Ερευνητικά προγράμματα.

γ. Επιτήρηση και αντιμετώπιση νεοεμφανιζόμενων νοσημάτων.

* Γραφείο ηπατιτίδων με ειδικότερες αρμοδιότητες την επιτήρηση και αντιμετώπιση των Ηπατιτίδων.

* Γραφείο HIV λοίμωξης με ειδικότερες αρμοδιότητες

α. Αντιρετροϊκά φάρμακα.

β. Επιδημιολογική επιτήρηση για το AIDS και

γ. Αντιμετώπιση ειδικών προβλημάτων ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων.

* Γραφείο μετακινούμενων πληθυσμών, ταξιδιωτικής ιατρικής, ανθρωποζωνοσώων και φυματίωσης με ειδικότερες αρμοδιότητες:

α. Τουρισμός.

β. Μεγάλες καλλιτεχνικές ή αθλητικές εκδηλώσεις όπως οι Ολυμπιακοί Αγώνες, κ.λπ.

γ. Λεισμανίαση, μελταιός πυρετός σπογγώδεις εγκεφαλοπάθειες και λοιπές ανθρωποζωνοσώοι, κλασικές ή νεοεμφανιζόμενες

* Γραφείο πρόληψης βιολογικών και τοξικών κινδύνων με ειδικότερες αρμοδιότητες:

α. Βιοτρομοκρατία.

β. Βιολογικός πύρεμος.

* Γραφείο συμβουλευτικού σταθμού λοιμωδών νόσων με ειδικότερες αρμοδιότητες:

α. Τηλεφωνική γραμμή Αθηνών.

β. Τηλεφωνική γραμμή Θεσσαλονίκης

* Γραφείο Κέντρων Κ.Ε.Ε.Λ. και συνεργασίας με φορείς με ειδικότερες αρμοδιότητες για το Συντονιστικό κέντρο Αιμοσπαρτύπησης, το Κέντρο Έρευνας Νοσοκομειακών Μυκητιασικών Λοιμώξεων, το Κέντρο αναφοράς ευκαιριακών λοιμώξεων, για την μέριμνα σε μονάδες ειδικών λοιμώξεων (ΜΕΛ) καθώς και για την μέριμνα εργαστηριακών Κέντρων αναφοράς που λειτουργούν σε φορείς.

β. Τμήμα παρεμβάσεων σε χώρους παροχής υγείας στο οποίο υπάγονται:

* Γραφείο νοσοκομειακών λοιμώξεων, μικροβιακής αντοχής και στρατηγικής χρήσης αντιβιοτικών.

* Γραφείο στυχημάτων εργαζομένων στους χώρους παροχής υγείας.

γ. Τμήμα επιδημιολογικής επιτήρησης και παρέμβασης στο οποίο υπάγονται:

* Γραφείο προγραμματισμού και συντονισμού.

* Γραφείο διερεύνησης επιδημιών.

* Γραφείο δικτύων επιδημιολογικής επιτήρησης.

δ. Τμήμα διοικητικού συντονισμού στο οποίο υπάγονται:

* Η γραμματεία και γραφείο προσωπικού.

* Γραφείο περιφερειακών μονάδων Κ.Ε.Ε.Λ. με ειδικότερες αρμοδιότητες για τον Ξενώνα Πειραιά, την Κατ' Οίκον Νοσηλεία, το Οδοντιατρείο Κ.Ε.Ε.Λ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ Κ.Ε.Ε.Λ.

Άρθρο 12

Διάρθρωση

απαρτίζεται από:

α) Γραφεία που δεν υπάγονται σε υπερκείμενη μονάδα, αλλά ελέγχονται για την απόδοση

• Γραφείο επικοινωνίας, τύπου και δημοσίων σχέσεων, με ειδικότερες αρμοδιότητες ενημέρωσης δραστηριοτήτων του Κ.Ε.Ε.Α. στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ), δημοσίων σχέσεων, διεθνών σχέσεων, διαδικτύου, εκδόσεων, βιβλιοθήκης.

• Γραφείο ψυχοκοινωνικής στήριξης με ειδικότερη αρμοδιότητα την συνεργασία με Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις.

ε. Τμήμα οικονομικής διαχείρισης στο οποίο υπάγονται:

• Γραφείο εξοπλισμού, συντήρησης και υλικού.

• Γραφείο διαχείρισης (λογιστήριο) και μισθοδοσίας.

στ. Τμήμα εκπαίδευσης.

• Γραφείο ενημέρωσης λοιμωδών νόσων.

• Γραφείο εκπαίδευσης προσωπικού.

3. Ο τρόπος λειτουργίας των ανωτέρω τμημάτων και γραφείων ρυθμίζεται από τον παρόντα Κανονισμό. Για ειδικότερα θέματα η ρύθμιση αυτή συμπληρώνεται με ειδικούς «κανόνες λειτουργίας» και εγκυκλίους που αποτελούν αποφάσεις του Δ.Σ. και προβλέπουν επιμέρους θέματα.

4. Το Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Α. για την εύρυθμη λειτουργία της υπηρεσίας του αναδιοργανώνει, ιδρύει και καταργεί γραφεία χωρίς τροποποίηση του παρόντος.

Άρθρο 13

Αρμοδιότητες Γραφείου Προέδρου

Το γραφείο του προέδρου συντονίζει την επικοινωνία του προέδρου με το προσωπικό του Κ.Ε.Ε.Α. και τρίτους. Ειδικότερα είναι αρμόδιο για τον συντονισμό, την προπαρασκευαστική και διαμόρφωση επιστημονικών προτάσεων-εισηγήσεων του Προέδρου προς το Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Α., την γραμματειακή υποστήριξη του Προέδρου και για την συνεχή επικοινωνία με τα μέλη του Δ.Σ. Μερικά για την ημερησία διάταξη των συνεδριάσεων του Δ.Σ., για την υπογραφή αυτής από τον Πρόεδρο και για την έγκαιρη αποστολή της στα μέλη του Δ.Σ. Είναι υπεύθυνο για τη φύλαξη των πρακτικών των συνεδριάσεων του Δ.Σ., για την κοινοποίηση αυτών στα καθ' ύλην αρμόδια τμήματα για περαιτέρω ενέργειες, καθώς και για οποιαδήποτε ειδικότερη εργασία ανατεθεί στο γραφείο από τον Πρόεδρο.

Άρθρο 14

Γραφείο Νομικών Θεμάτων

1. Στο γραφείο νομικών θεμάτων απασχολούνται Δικηγόροι με έμμισθη εντολή. Ο κάθε Δικηγόρος είναι σε απευθείας συνεργασία με την Διοίκηση του Κ.Ε.Ε.Α. Διενεργεί όλες τις εξώδικες πράξεις ή ένδινες υποθέσεις και γενικά κάθε ένδικο μέσο, σύμφωνα με τον Κώδικα περί Δικηγόρων. Γνωμοδοτεί εγγράφως για υποθέσεις που του ανατίθενται από την Διοίκηση.

2. Οι Δικηγόροι μετέχουν κατόπιν προσκλήσεως στις συνεδριάσεις του Δ.Σ. ή των οργάνων και επιτροπών του Κ.Ε.Ε.Α.

Άρθρο 15

Γραφείο Ηθικής και Δεοντολογίας

Το γραφείο ηθικής και δεοντολογίας ασχολείται με θέματα ηθικής και δεοντολογίας σε σχέση με τα λοιμώδη νοσήματα, καθώς και με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ασθενών, ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και κάθε εμπλεκόμενου στόχου σε θέματα δημόσιας υγείας.

Άρθρο 16

Διευθυντής

1. Ο Διευθυντής παρίσταται σε όλες τις συνεδριάσεις του Δ.Σ. χωρίς δικαίωμα ψήφου και εισηγείται για κάθε θέμα που θα του ζητηθεί. Υποβάλλει κατ' έτος στο Δ.Σ. τον προϋπολογισμό και απολογισμό του Κ.Ε.Ε.Α. Εισηγείται στο Δ.Σ. τυχόν αναγκαίες εσωτερικές μετακινήσεις του προσωπικού. Λαμβάνει γνώση μέσω της γραμματείας της εισερχόμενης αλληλογραφίας, την οποία χρεώνει στον καθ' ύλην αρμόδιο υπάλληλο για ενημέρωση και τυχόν ενέργεια, μονογράφοντας και χρονολογώντας ταυτόχρονο αυτό. Δίνει οδηγίες για τις αναγκαίες ενέργειες. Υπογράφει τα πάσης φύσεως εξερχόμενα έγγραφα της αρμοδιότητάς του, αφού προηγουμένως ο αρμόδιος υπάλληλος θέσει την μορφογραφία του σε αυτά και μονογράφει τα έγγραφα που κατά νόμο ή λόγω σημασίας χρειάζονται την υπογραφή του Προέδρου. Επίσης υπογράφει τα διαβιβαστικά έγγραφα του προσωπικού. Παρακολουθεί την τήρηση της εφαρμογής του ωραρίου εργασίας του προσωπικού. Ασκεί ακόμη όσες αρμοδιότητες του ανατίθενται ή εκχωρούνται από το Δ.Σ. ή τον Πρόεδρο του Κ.Ε.Ε.Α.

2. Σε περίπτωση κωλύματος ή ασθένειας τον Διευθυντή αναπληρώνει υπάλληλος τον οποίο ορίζει με απόφαση του το Δ.Σ.

Άρθρο 17

Τμήμα παρεμβάσεων στην κοινότητα

1. Το τμήμα προγραμματίζει, οργανώνει, υλοποιεί, διευθύνει και ελέγχει τις επιστημονικές δραστηριότητες τις σχετικές με τα αντικείμενά του. Υποβάλλει εγκαίρως στον Διευθυντή προτάσεις προς έγκριση για την σύνταξη του ετήσιου προϋπολογισμού, εισηγείται τις δαπάνες που απαιτούνται για την λειτουργία του.

2. Το γραφείο στρατηγικού σχεδιασμού και έρευνας αξιολογεί και κρίνει προβλήματα δημόσιας υγείας, προτείνει δε στο Δ.Σ. τις δράσεις και τα ερευνητικά προγράμματα του τμήματος. Επίσης εισηγείται την χορήγηση υποτροφιών και ερευνητικών προγραμμάτων για λοιμώδη νοσήματα που εμφανίζουν κίνδυνο για τη δημόσια υγεία. Αξιολογεί την αποδοτικότητα των μέτρων πρόληψης και καταπολέμησης και φροντίζει για την διάδοση και διασπορά της παραγωγικής πληροφορίας. Ασχολείται με την προοπτική επιδημιολογική επιτήρηση αναδυομένων κινδύνων από λοιμώδη νοσήματα. Επίσης με την εφαρμοσμένη επιδημιολογική έρευνα ή έρευνες αξιολόγησης σε θέματα που σχετίζονται με την επιδημιολογική επιτήρηση.

Όσον αφορά την έρευνα προγραμματίζει, οργανώνει, διευθύνει και ελέγχει δραστηριότητες όπως ο προγραμματισμός, η προκήρυξη, η επιτήρηση και η διοικητική υποστήριξη, αξιολόγηση και αξιοποίηση των αποτελεσμάτων των ερευνητικών προγραμμάτων του Κ.Ε.Ε.Α. Συγκεντρώνει και αρχειοθετεί τις εισηγήσεις των επιστημονικών επιτροπών. Παρακολουθεί την προκήρυξη επιδοτούμενων επιστημονικών προγραμμάτων και δράσεων (ΑΥ-ΔΙΠ) από πηγές εντός και εκτός Ελλάδας και ενημερώνει σχετικά τους υπεύθυνους τμημάτων.

3. Στο γραφείο Συμβουλευτικού Σταθμού εξειδικευμένοι επιστήμονες παρέχουν σε εμπιστευτικές συνεντεύ-

των τηλεφωνικών γραμμών που λειτουργούν για την πληροφόρηση σε θέματα που αφορούν τα λοιμωδών νοσημάτων. Παράλληλα προωθούν την έρευνα και την εκπαίδευση με την συλλογή, καταγραφή, αξιολόγηση κοινωνικών και ψυχιατρικών αναγκών του ευρύτατου κοινού στον τομέα των λοιμωδών νοσημάτων, καρκίνων, ασθενών και των οικογενειών τους. Η επεξεργασία των δεδομένων γίνεται με ειδικά διαμορφωμένα λογισμικά κατά τη διάρκεια τηλεφωνικών ή προσωπικών συνεντεύξεων.

Ανάμεσα από τα γραφεία του τμήματος προγραμματίζονται και διεξάγονται, υλοποιεί και ελέγχει επιτόπιες δραστηριότητες σχετικές με τα αντικείμενα αρμοδιοτήτων του. Για το σκοπό αυτό υποβάλλει στον υπεύθυνο του τμήματος προτάσεις προς την σύνταξη του ετήσιου προϋπολογισμού, μελετώντας δε τις σχετικές δαπάνες.

Άρθρο 18

Γραφείο Κέντρων Κ.Ε.Ε.Α.
και συνεργασίας με φορείς

Το γραφείο είναι ειδικότερα αρμόδιο για το Συντονιστικό Κέντρο αιμοεπαγρύπνησης, το Κέντρο έρευνας νοσημάτων μυκητιασικών λοιμώξεων, το Κέντρο ανακατασκευαστικών λοιμώξεων, για την μέριμνα σε Μονάδες Λοιμώξεων (ΜΕΛ) και εργαστηριακών Αναφορών που λειτουργούν σε φορείς, καθώς και σε άλλη συνεργασία με κρατικό ή ιδιωτικό φορέα.

Το γραφείο παρακολουθεί, συντονίζει και εποπτεύει το λειτουργικό έργο που επιτελείται σήμερα στα κέντρα σε εργαστηριακά κέντρα αναφοράς που λειτουργούν σε φορείς, όπως και σε μονάδες ειδικών λοιμώξεων που λειτουργούν σε νοσοκομεία. Ειδικότερα προτείνει, οργανώνει, διεκδικεί και ελέγχει επιστημονικές δραστηριότητες, όπως η κλινική, εργαστηριακή και επιδημιολογική στήριξη των κέντρων αναφοράς και μονάδων λοιμώξεων ανά την Ελλάδα, με εργαζόμενους και εθελοντές, καθώς και παρακολουθεί και αξιολογεί την λειτουργία των μονάδων αυτών. Υποβάλλει εγκαίρως στον υπεύθυνο τον ετήσιο απολογισμό δράσης του και τον υποβάλλει προς έγκριση για την σύνταξη του ετήσιου προϋπολογισμού.

Τα κέντρα του Κ.Ε.Ε.Α. που προσδιορίζονται, εννοούνται στην παρ. 4 του άρθρου 6 του παρόντος και ιδρύονται σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 39 του παρόντος και τα εξής:

α. Συντονιστικό Κέντρο Αιμοεπαγρύπνησης που λειτουργεί σε συνεργασία με το Τμήμα Αιμοδοσίας του Κέντρου Υγείας Πρόνοιας, με τις λοιμώξεις που μεταδίδονται με την μετάγγιση αίματος και προϊόντων σύμφωνα με διεθνή πρότυπα.

β. Κέντρο Έρευνας Νοσοκομειακών Μυκητιασικών Νοσημάτων που ασχολείται με την καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης και επιδημιολογίας των μυκητιασικών νοσημάτων και λοιμώξεων κατά ομάδα ασθενών.

γ. Κέντρο Αναφοράς Ευκαιριακών Λοιμώξεων που λειτουργεί με την πληρέστερη εργαστηριακή διερεύνηση των ευκαιριακών λοιμώξεων των ανοσοκατεστασμένων ασθενών.

Άρθρο 19

Τμήμα παρεμβάσεων σε χώρους παροχής υγείας

Το Τμήμα αναλαμβάνει και υλοποιεί δράσεις συντονισμού, επιτήρησης και πρόληψης λοιμώξεων σε χώρους νοσοκομείων, γηροκομείων, πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ξενώνων νοσηλείας και γενικότερα σε χώρους παροχής υγείας. Θεσπίζει κανόνες πρόληψης λοιμώξεων σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, συντάσσει κανόνες για ασφαλή λειτουργία των χώρων ή ιδρυμάτων παροχής υγείας, συντάσσει κανόνες για επιτήρηση νοσοκομείων και άλλων χώρων παροχής υγείας όσον αφορά την καθαριότητα και γενικότερα την ξενοδοχειακή υποδομή και συντήρηση. Επιτηρεί, οργανώνει και συντονίζει δίκτυα καταγραφής νοσοκομειακών λοιμώξεων σε χώρους παροχής υγείας, όπως και δίκτυα παρακολούθησης αντοχής στα χημειοθεραπευτικά παθογόνων μικροοργανισμών, καθώς και στρατηγικές χρήσεις των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

Εισηγείται κατευθυντήριες οδηγίες και ειδικά συνταγολόγια σύμφωνα με τα προαναφερόμενα.

Επίσης ασχολείται με θέματα που ανακύπτουν ή προκύπτουν από ατυχήματα στο προσωπικό που εργάζεται σε χώρους παροχής υγείας.

Άρθρο 20

Τμήμα επιδημιολογικής επιτήρησης και παρέμβασης

1. Το Τμήμα περιλαμβάνει:

α. Το γραφείο προγραμματισμού και συντονισμού που ασχολείται με τον προγραμματισμό και συντονισμό των συστημάτων παραγωγής πληροφοριών. Το γραφείο υποστηρίζει τα άλλα γραφεία του τμήματος και διαμορφώνει την συνεργασία του Κ.Ε.Ε.Α. με τα αντίστοιχα τμήματα των περιφερειακών και νομαρχιακών υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Αναπτύσσει και εφαρμόζει εξειδικευμένες μεθόδους για την παραγωγή επιδημιολογικής πληροφόρησης. Εισηγείται στο Δ.Σ. για τη δημιουργία ηλεκτρονικών δικτύων με τις περιφερειακές και νομαρχιακές υπηρεσίες δημόσιας υγείας, εκπαιδεύει και υποστηρίζει την διάδοση και χρήση επιδημιολογικού λογισμικού, υποστηρίζει την επιτόπια έρευνα, αξιολογεί την εγκυρότητα της παραγόμενης πληροφορίας.

β. Το γραφείο διερεύνησης επιδημιών αναπτύσσει και οργανώνει τις επιδημιολογικές παρεμβάσεις του Κ.Ε.Ε.Α. σε εθνικό επίπεδο σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης ή επιδημιών, αλλά και την ανάπτυξη της ικανότητας αυτής σε συνεργασία με τις περιφερειακές και νομαρχιακές υπηρεσίες υγείας.

γ. Το γραφείο δικτύων επιδημιολογικής επιτήρησης ασχολείται με την έγκαιρη προειδοποίηση και επιτήρηση των υπαρχόντων λοιμωδών νόσων.

2. Το τμήμα υλοποιεί δράσεις και ειδικότερα:

α. Σχεδιάζει, οργανώνει, συντονίζει και εποπτεύει συστήματα έγκαιρης προειδοποίησης και επιδημιολογικής επιτήρησης των λοιμωδών νόσων σύμφωνα με τις προτεραιότητες και ανάγκες της δημόσιας υγείας, όπως αυτές καθορίζονται από το Κ.Ε.Ε.Α., λαμβανομένων υπόψη των διεθνών επιστημονικών δεδομένων ιδιαίτερα της ευρωπαϊκής κοινότητας, του παγκόσμιου οργανισμού υγείας και άλλων διεθνών οργανισμών που ασχολούνται με τα αντικείμενα αυτά.

β. Σχεδιάζει, οργανώνει και υλοποιεί επιτόπιες επιδημιολογικές παρεμβάσεις, κυρίως σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, μετά από απόφαση του Κ.Ε.Ε.Α. σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες δημόσιας υγείας.

γ. Εισηγείται στο Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Α. την οργάνωση και συντονισμό δραστηριοτήτων που αφορούν στην παροχή εμπειρογνομόνων και την διενέργεια εφαρμοσμένων επιδημιολογικών ερευνών.

δ. Εισηγείται στο Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Α. την οργάνωση και σχεδιασμό, από κοινού με το τμήμα εκπαίδευσης, εκπαιδευτικών προγραμμάτων που αφορούν την επεμβατική επιδημιολογία σε συνεργασία με άλλους διεθνείς ή εθνικούς εκπαιδευτικούς φορείς.

ε. Εισηγείται στο Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Α. την οργάνωση δικτύων για λοιμώδη νοσήματα, εκτός από την HIV λοίμωξη και τις νοσοκομειακές λοιμώξεις και την μικροβιακή αντοχή με τις οποίες ασχολούνται τα αντίστοιχα γραφεία του Κ.Ε.Ε.Α.

Άρθρο 21

Τμήμα διοικητικού συντονισμού

1. Το τμήμα περιλαμβάνει:

- * Γραμματεία και γραφείο προσωπικού.
- * Γραφείο περιφερειακών μονάδων Κ.Ε.Ε.Α. με ειδικότερες αρμοδιότητες για τον Ξεώνα Πειραιά την Κατ' Οίκον Νοσηλεία, το Οδοντιατρείο Κ.Ε.Ε.Α.
- * Γραφείο επικοινωνίας, τύπου και δημοσίων σχέσεων, με ειδικότερες αρμοδιότητες ενημέρωσης δραστηριοτήτων του Κ.Ε.Ε.Α. στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ), δημοσίων σχέσεων, διεθνών σχέσεων, διαδικτύου, εκδόσεων, βιβλιοθήκης.
- * Γραφείο ψυχοκοινωνικής στήριξης με ειδικότερη αρμοδιότητα τη συνεργασία με Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις.

Το τμήμα είναι αρμόδιο για την οργάνωση, έλεγχο και συντονισμό όλων των διοικητικών δραστηριοτήτων του Κ.Ε.Ε.Α. και των μεταβολών του πάσης φύσεως προσωπικού.

3. Η γραμματεία του Κ.Ε.Ε.Α. είναι αρμόδια για την καταχώριση των εισερχομένων και εξερχομένων εγγράφων αλληλογραφίας σε βιβλίο πρωτοκόλλου, για την διανομή των εισερχομένων εγγράφων μετά την χρέωσή τους από τον Διευθυντή στους αρμόδιους υπαλλήλους με υπογραφή παραλαβής. Επίσης είναι αρμόδια για την διεκπεραίωση της εξερχόμενης αλληλογραφίας και για την αρχειοθέτηση των πρωτοτύπων αυτής.

4. Το γραφείο προσωπικού είναι αρμόδιο για την παρακολούθηση των μεταβολών του προσωπικού, για την ενεργοποίηση των διαδικασιών πρόσληψης, εκπαίδευσης και γενικώς για κάθε θέμα υπηρεσιακής σχέσης των εργαζομένων, την τήρηση ατομικών φακέλων τους, τον έλεγχο παρουσίας τους και των κανονικών, αναρρωτικών, εκπαιδευτικών και άλλων αδειών, καθώς και την εκδότηση γκυκλίων. Παρακολουθεί την εφαρμογή του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας του Κέντρου, των αποφάσεων του Δ.Σ. και των εγκυκλίων του Διευθυντή επί θεμάτων προσωπικού. Υποβάλλει εγκαίρως στο τμήμα οικονομικής διαχείρισης τις απαιτούμενες δαπάνες για τη μισθοσσία των εργαζομένων. Καταρτίζει το πρόγραμμα κίνησης των αυτοκινήτων του Κ.Ε.Ε.Α. και τηρεί το σχετικό βιβλίο κινήσεως.

Άρθρο 22

Γραφείο περιφερειακών μονάδων, κέντρων Κ.Ε.Ε.Α. και συνεργασίας με φορείς

1. Το γραφείο είναι ειδικότερα αρμόδιο για τον Ξεώνα Πειραιά, την Κατ' Οίκον Νοσηλεία, το Οδοντιατρείο Κ.Ε.Ε.Α. και κάθε καινούργια περιφερειακή μονάδα που δημιουργείται.

2. Το γραφείο παρακολουθεί, συντονίζει και εποπτεύει το επιστημονικό έργο που επιτελείται σήμερα στις περιφερειακές μονάδες του Κ.Ε.Ε.Α. Υποβάλλει εγκαίρως στον Διευθυντή τον επίσημο απολογισμό δράσης τους και προτάσεις προς έγκριση για την σύνταξη του ετήσιου προϋπολογισμού.

3. Στις περιφερειακές μονάδες του Κ.Ε.Ε.Α. υπάγονται

α. Ο Ξεώνας Πειραιά που παρέχει στέγη, τροφή, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και ψυχοκοινωνική στήριξη σε οικονομικά αδύνατους ασθενείς με λοιμώδη νοσήματα. Χρόνος φιλοξενίας είναι οι τρεις (3) μήνες με δυνατότητα παράτασης και στόχος είναι η εύρεση εργασίας και κοινωνική επανένταξη των ατόμων αυτών.

β. Η Κατ' Οίκον νοσηλεία που εξασφαλίζει την παροχή ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών, την ψυχολογική στήριξη των νοσούντων από λοιμώδη νοσήματα και των οικογενειών τους σε όλα τα στάδια της νόσου, την βοήθεια σε καθημερινές ανάγκες και πρακτικά προβλήματα (ψώνια, λογαριασμοί, καθαριότητα κλπ) και τέλος την επιμόρφωση νοσούντων, των οικογενειών τους και της ευρύτερης κοινότητας σε θέματα αγωγής υγείας καθώς και την ευαισθητοποίηση σε θέματα στάσεων-προκαταλήψεων που αφορούν τους ασθενείς.

γ. Το Οδοντιατρείο που παρέχει οδοντιατρική περίθαλψη σε ασθενείς με λοιμώδη νοσήματα. Πρόκειται για παροχή υπηρεσιών υψηλής προτεραιότητας λόγω της φύσεως των νοσημάτων.

Εκπαιδεύει οδοντιάτρους, κατόπιν αιτήσεώς τους, στους οποίους έχει εγκριθεί προηγουμένως εκπαιδευτική άδεια από την υπηρεσία τους, που αποβλέπει στην διύρυνση των γνώσεών τους και στην επιστημονική τους κατάρτιση.

Άρθρο 23

Γραφείο επικοινωνίας, τύπου και δημοσίων σχέσεων

1. Το γραφείο είναι αρμόδιο για θέματα ενημέρωσης δραστηριοτήτων του Κ.Ε.Ε.Α. στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, δημοσίων σχέσεων, διεθνών σχέσεων, διαδικτύου, εκδόσεων και βιβλιοθήκης. Με απόφαση του Δ.Σ. ορίζεται ο εκπρόσωπος τύπου του Κ.Ε.Ε.Α. Σε ειδικές περιπτώσεις ο Πρόεδρος του Δ.Σ. αναθέτει την εκπροσώπηση του Κ.Ε.Ε.Α. σε ειδικούς επιστήμονες.

2. Ειδικότερα το Γραφείο:

α. διοργανώνει διάφορες εκδηλώσεις, όπως συνέδρια, ημερίδες, συνεντεύξεις, εγκαίνια κλπ.

β. παρακολουθεί τις δράσεις των διεθνών οργανισμών, συμμετέχει σ' αυτές αποκλειστικά και μόνο για τη προβολή των ελληνικών θέσεων και διερευνά δυνατότητες επιστημονικής συνεργασίας μαζί τους η οποία στη συνέχεια υλοποιείται από τα καθ' ύλην αρμόδια τμήματα και γραφεία.

γ. παρακολουθεί δημοσιεύματα στον τύπο και μεριμνά για τη δημοσίευση τυχόν απαντήσεων του Κ.Ε.Ε.Α.

επιμενιά για την παρουσίαση των δραστηριοτήτων ΕΕΑ στο διαδίκτυο.

επιμενιά για την συγκρότηση και λειτουργία της βι-
ήκης του Κ.Ε.Ε.Α., όπως και για την επιμέλεια τυχόν
ων και μεταφράσεων ξενόγλωσσων κειμένων για
άγκες του επιστημονικού έργου του Κ.Ε.Ε.Α.

Άρθρο 24

• Γραφείο ψυχοκοινωνικής δτήριξης

γραφείο προγραμματίζει, οργανώνει, υλοποιεί και
ει επιστημονικές δραστηριότητες όπως η ψυχοκοι-
ή στήριξη ασθενών με λοιμώξεις, η επίλυση κοινωνι-
ους προβλημάτων, η ευαισθητοποίηση της κοινής
ς απέναντί τους και ο σχεδιασμός υπηρεσιών εξυ-
τησής τους.

ης συντονίζει την συνεργασία του Κ.Ε.Ε.Α. με τις
βερνιτικές Οργανώσεις (ΜΗ.ΚΥ.Ο) που δραστη-
ιούνται εθελοντικά κατά των ειδικών λοιμώξεων.

Άρθρο 25

Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης

Τμήμα περιλαμβάνει:

ο γραφείο εξοπλισμού, συντήρησης και υλικού που
πεύθυνο για την κινητή και ακίνητη περιουσία του
Α. και ειδικότερα για την ασφάλιση, επισκευή, συ-
ση και καταγραφή αυτής, όπως και για την προμη-
αι την φύλαξη των αναλωσίμων γραφικών ειδών που
μοποιούνται από τους εργαζόμενους του Κ.Ε.Ε.Α.
α όλα τα φυλλάδια και λοιπά έντυπα που τυπώνονται
ο Κ.Ε.Ε.Α.

ο γραφείο διαχείρισης - λογιστήριο και μισθοδοσίας
να υπεύθυνο για όλες τις συμβάσεις προμηθειών,
μβάσεις παροχής υπηρεσιών, την πληρωμή όλων
οχρεώσεων του Κ.Ε.Ε.Α., όπως και για την μισθο-
των εργαζόμενων του Κ.Ε.Ε.Α.

ο Τμήμα έχει τις εξής αρμοδιότητες:

τιμελείται την είσπραξη των πάσης φύσεως εσόδων
Ε.Ε.Α., την συγκέντρωση παντός στοιχείου και δι-
ρηγτικού που έχει σχέση με την οικονομική διαχείρι-
να παρακολουθήση των πάσης φύσεως οικονομικών
εώσεων αυτού και την εμπρόθεσμη και προσήκου-
φλησή τους.

επιμενιά για την έγκαιρη σύνταξη του προϋπολογι-
ων εσόδων και εξόδων του Κ.Ε.Ε.Α. κάθε οικονομι-
ους.

προϋπολογισμό αυτό εμπρόθεσμα παραδίδει στον
ντή του Κ.Ε.Ε.Α. για την έγκαιρη υποβολή στο Δ.Σ.
γκρισή του.

νταξη του προϋπολογισμού όσον αφορά το σκέλος
ξόδων περιλαμβάνει αναλυτική καταχώριση των
να κατ' όνομα, κωδικό αριθμό εξόδου (ΚΑΕ) και πο-
πρόβλεψη που πρόκειται να δαπανηθεί.

ντάσσει τον απολογισμό της οικονομικής διαχείρι-
ου Κ.Ε.Ε.Α. το οποίο παραδίδει στον Διευθυντή για
πρόβλεψη υποβολή στο Δ.Σ. προς έγκρισή του.

επιμενιά για την έγκαιρη σύνταξη του προϋπολογι-
ου Κ.Ε.Ε.Α. και εποπτεύει την κανονική παραλα-
ντήρηση, χρήση και ανάλωση αυτού.

επιμενιά για την έγκαιρη εκτέλεση εργασιών ή έργων
Ε.Ε.Α. για τα οποία έχει ληφθεί απόφαση από το
προντίζει για την κανονική παραλαβή αυτών.

οι. Παρακολουθεί τις επερχόμενες μεταβολές στο πε-
ριουσιακά στοιχεία του Κ.Ε.Ε.Α., την διαφύλαξη των τί-
λων ιδιοκτησίας ακινήτων, περιουσιακών στοιχείων, κινη-
τών αξιών από κληροδοτήματα ή άλλες πηγές.

ζ. Παρακολουθεί την ακριβή εκτέλεση του εγκεκριμέ-
νου προϋπολογισμού κατά κωδικό αριθμό εξόδου (ΚΑΕ)

η. Εκδίδει γραμμάτια εισπράξεως και εντάλματα πλη-
ρωμής, βάσει των νομίμων αποδεικτικών και δικαιολογη-
τικών, τα οποία προσαρτώνται αντίστοιχα σε αυτά.

θ. Συντάσσει τις μισθοδοτικές καταστάσεις σύμφωνα
με τις εκάστοτε μεταβολές, τους όρους εργασίας και τα
δικαιώματα του προσωπικού από επιδόματα, προσουξή-
σεις, υπερωρίες, ειδικές συμβάσεις, τις οποίες υπογρά-
φει και διαβιβάζει για υπογραφή στον Διευθυντή.

ι. Συντάσσει προς υπογραφή τις μηνιαίες καταστάσεις
για τις υπέρ τρίτων κρατήσεις και τις προωθεί προς από-
δοση στα οικεία ταμεία μέσα στις τακτές προθεσμίες. Με-
ριμνά για την τήρηση και φύλαξη των βιβλιαρίων ενσήμων
κάθε υπαλλήλου του Κ.Ε.Ε.Α.

ια. Παρακολουθεί τη διάθεση των πιστώσεων και την
πραγματοποίηση των δαπανών σύμφωνα με τις εγγρα-
φές στους οικείους ΚΑΕ του προϋπολογισμού.

ιβ. Τηρεί τα απαραίτητα λογιστικά βιβλία και τις καρτέ-
λες ή το μηχανογραφικό σύστημα όπου απεικονίζονται
όλες οι δοσοληψίες του Κ.Ε.Ε.Α.

ιγ. Εξοφλεί τα χρηματικά εντάλματα πληρωμής

ιδ. Μεριμνά για την ασφάλιση της ακίνητης περιουσίας
του Κ.Ε.Ε.Α., των χρεογράφων κ.λπ. ως και για την φύλα-
ξη των βιβλιαρίων καταθέσεων των στελεχών επαγών
και κάθε άλλου στοιχείου.

ιε. Ενεργεί μικροπληρωμές για αντιμετώπιση επειγου-
σών αναγκών από το προϊόν χρηματικού εντάλματος πλη-
ρωμής, το οποίον εκδίδεται στο όνομα ενός υπολόγου,
σύμφωνα με απόφαση του Δ.Σ., η οποία ορίζει το ποσό,
τις δαπάνες που θα πληρωθούν, τον υπόλογο και τη διάρ-
κεια της προθεσμίας (όχι μεγαλύτερη των δύο μηνών) για
απόδοση λογαριασμού η οποία γίνεται στο λογιστήριο.
Το ποσό αυτό κρατείται στο Κ.Ε.Ε.Α., με ευθύνη του υπο-
λόγου.

ιστ. Μεριμνά για την συγκρότηση με απόφαση του Δ.Σ.
των επιτροπών διενέργειας και παραλαβής προμηθειών,
υλικών και εφοδίων.

ιθ. Παραλαμβάνει, αποθηκεύει και συντηρεί το πάσης
φύσεως υλικό, αναλώσιμα ή μη και μεριμνά για την ανά-
λογη περιγραφή και καταχώριση αυτών στα σχετικά βι-
βλία.

κ. Τηρεί και ενημερώνει το «Βιβλίο Περιουσιακών Στοι-
χείων», όπου καταγράφονται όλα τα περιουσιακά στοι-
χεία του Κ.Ε.Ε.Α., ακίνητα και κινητά, ο τρόπος κτήσης και
η ημερομηνία αγοράς και ο τρόπος μεταβίβασης, απώ-
λειας ή καταστροφής, αν υπάρχει.

κα. Μεριμνά για την εκποίηση ή καταστροφή των πάσης
φύσεων υλικών τα οποία κρίνονται ακατάλληλα ή άχρη-
στα από επιτροπή που ορίζεται από το Δ.Σ. και η οποία συ-
ντάσσει πρωτόκολλο καταστροφής ή εκποίησης στο
οποίο αναγράφονται οι λόγοι για τους οποίους επιβάλλε-
ται η καταστροφή ή η εκποίηση.

κβ. Είναι υπεύθυνο για τη λειτουργία του τηλεφωνικού
κέντρου καθώς και για την οργάνωση και λειτουργία της
μηχανοργάνωση του Κ.Ε.Ε.Α. και την παροχή υποστήρι-
ξης σε θέματα πληροφορικής σε όλα τα τμήματα του
Κ.Ε.Ε.Α. Επίσης έχει την επιμέλεια για την ασφαλή συντή-
ρηση των οχημάτων.

Άρθρο 26**Τμήμα εκπαίδευσης**

Το τμήμα συντονίζει και υποστηρίζει τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες όλων των τμημάτων του Κ.Ε.Ε.Λ. Έχει ευθύνη της ανεύρεσης εκπαιδευτικών προγραμμάτων που επιχορηγούνται από Ελληνικές ή αλλοδαπές πη-

χει την ευθύνη της αξιολόγησης των προγραμμάτων εκπαίδευσης του Κ.Ε.Ε.Λ. και την τήρηση του σχετικού αρχείου.

Επιχειρεί διαδικασίες για τον εντοπισμό των αναγκών εκπαίδευσης όλου του προσωπικού του Κ.Ε.Ε.Λ. Συντάσσει παρακολουθεί τις διαδικασίες που αφορούν την εκπαίδευση.

Το τμήμα περιλαμβάνει γραφείο ενημέρωσης λοιμωδών νόσων και γραφείο εκπαίδευσης προσωπικού.

Το γραφείο ενημέρωσης λοιμωδών νόσων είναι υπεύθυνο για το σχεδιασμό προγραμμάτων και εκστρατειών ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού και ειδικών πληθυσμιακών ομάδων στους κινδύνους από τις μεταδοτικές παθήσεις και στα μέτρα προφύλαξης καθώς και για τη θέσπιση επιστημονικού και άλλου υλικού με θέματα που αφορούν με το σκοπό του Κ.Ε.Ε.Λ.

Η υλοποίηση μέρους ή όλων των εκδηλώσεων γίνεται με τη μεσολάβηση του προσωπικού του Κ.Ε.Ε.Λ. ή από τρίτους σύμφωνα με τη διαδικασία που προβλέπεται στο αρ. 38 του παρόντος Κανονισμού.

Το γραφείο εκπαίδευσης προσωπικού είναι αρμόδιο για την εκπαίδευση επιστημονικού προσωπικού του Κ.Ε.Ε.Λ. και τρίτων επιστημόνων στα νοσήματα που ασχολείται το Κ.Ε.Ε.Λ. σε συνεργασία, όπου αυτή απαιτείται, με αρμόδια καθ' ύλην τμήματα και γραφεία.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'
ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ****Άρθρο 27****Διάκριση Προσωπικού**

Το προσωπικό του Κ.Ε.Ε.Λ. διακρίνεται σε τακτικό και εποχικό.

Το τακτικό είναι το προσωπικό που προσλαμβάνεται με σύμβαση ορισμένου ή αορίστου χρόνου, για την κάλυψη παγίων αναγκών του Κ.Ε.Ε.Λ. Το εποχικό προσωπικό μπορεί να είναι είτε πλήρους, είτε μερικής και αποκλειστικής απασχόλησης. Έκτακτο είναι το προσωπικό που προσλαμβάνεται με απόφαση του Δ.Σ. για κάλυψη εποχικών ή έκτακτων ή άλλων πρόσκαιρων αναγκών.

Διευθυντής, οι υπεύθυνοι τμημάτων και περιφερειακών μονάδων είναι όλοι πλήρους απασχόλησης.

Άρθρο 28**Πρόσληψη Προσωπικού**

Η πρόσληψη του Δ.Σ. καθορίζεται ο αριθμός, οι κατηγορίες, η ειδικότητα, τα προσόντα και η διάρκεια των εργασιών εργασίας όλου του προς πρόσληψη προσωπικού. Με αποφάσεις επίσης του Δ.Σ. συγκροτούνται και επιτροπές, που εισηγούνται στο Δ.Σ., το οποίο αποφασίζει για την πρόσληψη, του πάσης φύσεως προσωπικού.

2. Η σύμβαση εργασίας είναι έγγραφη και υπογράφεται και από τους δύο συμβαλλομένους αφού ο επιλεγείς υποψήφιος προσκομίσει προηγουμένως όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά που θα του ζητηθούν. Τις συμβάσεις εργασίας υπογράφει ο Πρόεδρος του Κ.Ε.Ε.Λ.

3. Η διαδικασία πρόσληψης διεκπεραιώνεται από το τμήμα προσωπικού σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις και τον παρόντα Κανονισμό Λειτουργίας. Κανείς προσλαμβανόμενος δεν αναλαμβάνει εργασία προτού ολοκληρωθούν οι προβλεπόμενες τυπικές αυτές διαδικασίες.

Κάθε προσλαμβανόμενος οφείλει, μαζί με την υπογραφή της σύμβασης εργασίας του να καταθέσει και δήλωση ότι έλαβε γνώση του παρόντος Κανονισμού, ότι συμφωνεί και αποδέχεται το περιεχόμενό του, καθώς και ότι παρέλαβε ένα αντίτυπό του.

Άρθρο 29**Διαδικασία Πρόσληψης**

1. Για την αναγκαιότητα πρόσληψης του προσωπικού ο Διευθυντής του Κ.Ε.Ε.Λ. υποβάλει στον Πρόεδρο του Δ.Σ. σχετική εισήγηση.

2. Τρόποι πρόσληψης είναι η προκήρυξη της θέσεως ή απευθείας. Η απευθείας επιλογή γίνεται μόνο για επιστημονικό προσωπικό εξειδικευμένων προσόντων και σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης που απειλείται η Δημόσια Υγεία.

3. Το Δ.Σ. με απόφασή του ορίζει τα απαιτούμενα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα, την ακριβή περιγραφή του αντικειμένου εργασίας, το όριο ηλικίας και την χρονική διάρκεια της απασχόλησης.

Η προκήρυξη, όταν η πρόσληψη γίνεται με την διαδικασία αυτή, δημοσιεύεται σε δύο (2) ημερήσιες εφημερίδες και περιλαμβάνει όλα τα παραγόμενα στοιχεία, καθώς και περιλαμβάνει υποβολής αιτήσεων και τα απαραίτητα δικαιολογητικά που οφείλει να καταθέσει ο ενδιαφερόμενος.

4. Με την ίδια απόφαση του Δ.Σ. συγκροτείται τριμελής επιτροπή από υπαλλήλους του Κ.Ε.Ε.Λ. με σχετική ειδικότητα προς τη θέση για την οποία ζητείται η πρόσληψη, για τον έλεγχο των αιτήσεων, την συνέντευξη με τους επικρατέστερους υποψηφίους όπου κριθεί αναγκαίο από την επιτροπή και την σχετική εισήγηση στο Δ.Σ.

Το Δ.Σ. με απολογημένη του απόφαση καλεί τον υποψήφιο που επικράτησε μέσα σε ορισμένη προθεσμία για την υπογραφή της σχετικής σύμβασης.

Άρθρο 30**Διάρκεια Εργασίας Προσωπικού**

1. Η διάρκεια της ημερησίας και εβδομαδιαίας εργασίας του προσωπικού καθορίζεται με αποφάσεις της διοίκησης του Κ.Ε.Ε.Λ. σύμφωνα με τους ορισμούς των νόμων, των συλλογικών συμβάσεων εργασίας, διαπληκτικών αποφάσεων και ατομικών συμβάσεων εργασίας. Οι εργαζόμενοι υποχρεούνται να προσφέρουν την εργασία τους και πέραν του ισχύοντος ωραρίου (υπερωρία), εφ' όσον οι ανάγκες του Κ.Ε.Ε.Λ. το επιβάλλουν, τηρουμένων των ορίων και των διατυπώσεων που προβλέπουν οι ισχύουσες διατάξεις.

2. Οι ώρες έναρξης και λήξης της ημερησίας εργασίας, καθώς και της τυχόν μεσημβρινής διακοπής, ορίζονται από τη διοίκηση του Κ.Ε.Ε.Λ. σύμφωνα με τις διατάξεις της εργατικής νομοθεσίας και τις ανάγκες του.

Άρθρο 31

Καθήκοντα, Υποχρεώσεις, Δικαιώματα Προσωπικού

1. Τα καθήκοντα, οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των εργαζομένων καθορίζονται από τις ατομικές συμβάσεις εργασίας, από τις διατάξεις του παρόντος Κανονισμού του Κ.Ε.Ε.Α. από τις οδηγίες και εγκυκλίου του Δ.Σ. και κάθε ρύθμιση της ισχύουσας νομοθεσίας.

2. Ειδικότερα για την συνέχιση της εργασιακής σχέσης υπαλλήλου είναι απαραίτητη η εκ μέρους του:

α. Πιστή τήρηση του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας και των αποφάσεων του Δ.Σ.

β. Αυτοπρόσωση, προσεκτική και πρόθυμη εκτέλεση της εργασίας που του ανατίθεται, καθώς επίσης και των εντολών ή ειδικών εντολών, προφορικών ή γραπτών, της Διεύθυνσης.

γ. Έγκαιρη προσέλευση στην υπηρεσία και αποχώρηση αυτή με τη λήξη του ωραρίου.

δ. Έγκαιρη ειδοποίηση της υπηρεσίας σε περίπτωση απουσίας το οποίο έχει σαν συνέπεια την καθυστέρηση των αδυναμια προσέλευσής του και μπορεί να οφείλεται ασθένεια ή άλλη προσωπική αιτία, ακόμη και ανωτέρα βία.

ε. Ο υπάλληλος με την επιστροφή του στην υπηρεσία οφείλει να προσκομίσει τα νόμιμα δικαιολογητικά.

στ. Διεκπεραίωση της εργασίας του στο χώρο εργασίας που του έχει οριστεί και όχι άσκοπη περιφορά του σε άλλους χώρους.

ζ. Κόσμιος και ευγενικός συμπεριφορά έναντι του Προέδρου, των μελών του Δ.Σ., του Διευθυντού, όλων των συναλλασσόντων, των επισκεπτών και συναλλασσομένων με το Κ.Ε.Ε.Α.

η. Ανάπτυξη πρωτοβουλίας στα πλαίσια της αρμοδιότητάς του.

θ. Τήρηση των κανόνων υγιεινής και ασφάλειας, διατήρηση των γραφείων του Κ.Ε.Ε.Α. σε καλή κατάσταση, αποφυγή πρόκλησης φθοράς ή σπατάλης υλικού, καθώς και χρήση των υπηρεσιακών αντικειμένων με επιμέλεια στον σκοπό που δόθηκαν ή που προκύπτει από τον προορισμό τους.

ι. Ευκρινής συνεργασία και αποφυγή συγκρούσεων μεταξύ των υπαλλήλων.

ια. Αυστηρή τήρηση της εχεμύθειας όπου αυτή επιβάλλεται από το αντικείμενο εργασίας υπαλλήλου και ιδίως αν αφορά τα ατομικά στοιχεία των επιδημιολογικών ερωτημάτων του Κ.Ε.Ε.Α.

ιβ. Μέριμνα ώστε να λαμβάνει γνώση των οδηγιών και εντολών της Διεύθυνσης που είναι αναρτημένες στον πίνακα ανακοινώσεων.

ιγ. Τήρηση της απαγόρευσης δηλώσεων για θέματα αρμοδιότητας του Κ.Ε.Ε.Α. (επιστημονικά και μη) απέναντι στους εργαζόμενους χωρίς εξουσιοδότηση του Διευθυντού ή του Προέδρου του Κ.Ε.Ε.Α.

ιδ. Τον Ιανουάριο κάθε έτους οι υπεύθυνοι τμημάτων βάζουν στον Διευθυντή εκθέσεις υπηρεσιακής ικανότητας των υπαλλήλων.

Άρθρο 32

Αποδοχές Προσωπικού

Οι πάσης φύσεως αποδοχές του προσωπικού καθορίζονται με αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου και μπορούν να είναι κατώτερες των ελαχίστων ορίων ορίζονται από την ισχύουσα νομοθεσία και καταβάλλονται δεδουλευμένες.

2. Η εξόφληση των δεδουλευμένων αποδοχών γίνεται με κατάθεση στον τραπεζικό λογαριασμό του εργαζόμενου σε Τράπεζα που συνεργάζεται το Κ.Ε.Ε.Α.

3. Σε περίπτωση αδικαιολόγητης μη παροχής εργασίας από μέρος του εργαζόμενου, δεν οφείλονται αποδοχές. Επί μερικής παροχής εργασίας (μειωμένο ωράριο) οφείλονται αποδοχές ανάλογα μειωμένες.

4. Σε περίπτωση ασθένειας εργαζόμενου, που διαπιστώνεται αρμοδίως, καθώς και σε περίπτωση μη παροχής εργασίας λόγω ανυπαίτου κωλύματος ο εργαζόμενος δικαιούται τις αποδοχές που προβλέπονται από το νόμο. Επίσης στις περιπτώσεις των υποχρεωτικών αργιών όπως αυτές καθορίζονται από την ισχύουσα νομοθεσία, οφείλονται αποδοχές στον εργαζόμενο, αναλόγως αν απασχολήθηκε ή όχι, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

5. Κρατήσεις επί των αποδοχών του προσωπικού επιτρέπονται μόνο από προκαταβολές που έδωσε το Κ.Ε.Ε.Α. έναντι αποδοχών, από παρακρατήσεις που επιβλήθηκαν ως πειθαρχική ποινή, βάσει του παρόντος Κανονισμού, από φόρους και χαρτόσημο υπέρ του δημοσίου, από εισφορές υπέρ ασφαλιστικών οργανισμών κατά τις οικείες διατάξεις και από κάθε άλλη αιτία, όπως ο νόμος ορίζει.

Άρθρο 33

Άδειες απουσίας προσωπικού

1. Οι άδειες του προσωπικού διακρίνονται σε κανονικές, ασθένειας, άνευ αποδοχών και ειδικές άδειες μετά ή άνευ αποδοχών (γάμου, κητάσεων, γονική εκπαιδευτική κ.λπ.). Όλες οι άδειες χορηγούνται σύμφωνα με τα οριζόμενα από την ισχύουσα νομοθεσία λαμβανομένων υπόψη των ρυθμίσεων του παρόντος.

2. Η κανονική άδεια χορηγείται από τον Διευθυντή μετά από εκτίμηση των υπηρεσιακών αναγκών του Κ.Ε.Ε.Α., αφού προηγηθεί η έγκριση του υπεύθυνου του γραφείου του εργαζόμενου και η διάρκειά της καθορίζεται από την ισχύουσα νομοθεσία. Δύναται να χορηγηθεί συνεχόμενη ή τμηματικά και να ανακληθεί εάν συντρέχουν λόγοι υπηρεσιακής ανάγκης ή και να διακοπεί κατόπιν αιτήσεως του ενδιαφερομένου. Ο εργαζόμενος μετά το πέρας της άδειας οφείλει να επανέλθει στη θέση του. Υπέρβαση της κανονικής άδειας ισοδυναμεί με αδικαιολόγητη απουσία, αποτελεί πειθαρχικό παράπτωμα και δεν οφείλονται αποδοχές για το χρονικό διάστημα της αδικαιολόγητης απουσίας.

3. Εργαζόμενοι οι οποίοι για λόγους ασθένειας αδυνατούν να εκτελέσουν την υπηρεσία τους, δικαιούνται άδεια ασθένειας με αποδοχές που καλύπτονται από τον ασφαλιστικό φορέα τους και το Κ.Ε.Ε.Α. Το Κ.Ε.Ε.Α. διατηρεί το δικαίωμα να ελέγχει τη δηλωθείσα ασθένειά με ιατρό της επιλογής του.

4. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις είναι δυνατόν να χορηγηθεί σε εργαζόμενο με απόφαση του Προέδρου του Δ.Σ. μετά από εισήγηση του Διευθυντή, μέχρι ένα (1) μήνα άδεια άνευ αποδοχών, κατόπιν γραπτής αιτήσεως του ενδιαφερομένου και μετά από εκτίμηση των υπηρεσιακών αναγκών του Κ.Ε.Ε.Α. Για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του μηνός αρμόδιο να αποφασίσει είναι μόνο το Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Α.

5. Η χορήγηση ειδικών αδειών μετά ή άνευ αποδοχών υπόκειται στους όρους και τις προϋποθέσεις, οι οποίες καθορίζονται από την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία και τον παρόντα κανονισμό. Ειδικότερα, όσον αφορά στις εκ-

παιδευτικές άδειες και στις άδειες παρακολούθησης συνεδρίων και σεμιναρίων στο εσωτερικό ή εξωτερικό, σχετικών με το αντικείμενο εργασίας των εργαζόμενων στο Κ.Ε.Ε.Λ., αυτές είναι μετ' αποδοχών και χορηγούνται με απόφαση του Δ.Σ. για διάστημα απουσίας μέχρι και δύο (2) ετών και με απόφαση του Προέδρου για διάστημα απουσίας μερικών ημερών. Για την άδεια μετεκπαιδευσης στο εσωτερικό ή εξωτερικό στην απόφαση του Δ.Σ. προσδιορίζεται ο χρόνος απουσίας, το επιλεγθέν εκπαιδευτικό ίδρυμα, οι αποδοχές του μετεκπαιδευόμενου οι οποίες μπορεί να προσαυξάνονται εις διπλούν και η συνάφεια της επιζητούμενης εκπαιδευτικής εξειδίκευσης με το αντικείμενο του Κ.Ε.Ε.Λ. Με το τέλος της μετεκπαιδευσης ο υπάλληλος υποχρεούται να υπηρετήσει στο Κ.Ε.Ε.Λ. χρονικό διάστημα ίσο με αυτό της μετεκπαιδευσης.

6. Προσωρινή άδεια απουσίας από την υπηρεσία, και εντός του νομίμου ωραρίου, χορηγείται από τον Διευθυντή μέχρι (δέκα) 10 ώρες ανά μήνα αφού προηγηθεί η έγκριση του υπεύθυνου του γραφείου, προκειμένου αυτός να διεκπεραιώσει προσωπικές του υποθέσεις και εφ' όσον δεν διαταράσσεται έτσι η εύρυθμη λειτουργία της υπηρεσίας.

7. Η ανάθεση καθηκόντων γραμματειακής στήριξης επισημονικών επιτροπών και εκδηλώσεων αυτών θα εγκρίνεται προηγουμένως από τον υπεύθυνο γραφείου του εργαζόμενου.

Άρθρο 34 Πειθαρχική Διαδικασία

1. Πειθαρχική δικαιοδοσία ως πειθαρχικά όργανα ασκούν ο Διευθυντής, ο Πρόεδρος και το Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ. Η χωρίς καθυστέρηση δίωξη του πειθαρχικού παραπτώματος αποτελεί υποχρέωση των αρμοδίων πειθαρχικών οργάνων.

2. Κάθε παράβαση με πράξη ή παράλειψη, η υπηρεσιακού καθήκοντος που καταλογίζεται στον εργαζόμενο θεωρείται πειθαρχικό παράπτωμα. Το υπηρεσιακό καθήκον προσδιορίζεται, από τις υποχρεώσεις οι οποίες απορρέουν από τον παρόντα Κανονισμό, από τις συμβάσεις, από τις οδηγίες και εντολές της διοίκησης, από τη φύση της εργασίας και από την γενική διαγωγή που πρέπει να επιδεικνύει ο εργαζόμενος.

3. Πειθαρχικά παραπτώματα ενδεικτικά αναφερόμενα είναι:

α. Η αδικαιολόγητη αποχή από την εκτέλεση των καθηκόντων.

β. Η άρνηση ή παρέλκυση εκτέλεσης υπηρεσίας.

γ. Η αμέλεια, καθώς και η ατελής ή μη έγκαιρη εκπλήρωση του καθήκοντος.

δ. Η παράβαση της υποχρέωσης εχεμύθειας.

ε. Η άσκηση κριτικής των πράξεων της προϊσταμένης αρχής που γίνεται δημοσίως, γραπτώς ή προφορικά, με σκόπιμη χρησιμοποίηση εκδήλων ανακριβών στοιχείων ή με προδήλως απρεπείς εκφράσεις.

θ. Η χρησιμοποίηση της ιδιότητας του υπαλλήλου του Κ.Ε.Ε.Λ. ή πληροφοριών που κατέχει ο υπάλληλος λόγω της υπηρεσίας ή της θέσης του, για εξυπηρέτηση ιδιωτικών συμφερόντων του ίδιου ή τρίτων προσώπων.

4. Πειθαρχικές ποινές είναι η έγγραφη επίπληξη, η παρακρατηση αποδοχών μέχρι και τρεις μήνες (3), η προσωρινή παύση από 3 - 6 μήνες, με πλήρη στέρηση αποδο-

χών όταν ο εργαζόμενος υποπέσει καθ' υποτροπή σε σοβαρή παράβαση. Πριν την επιβολή οποιασδήποτε ποινής ο εγκαλούμενος καλείται σε έγγραφη απολογία εντός της τασσόμενης προθεσμίας η οποία δεν μπορεί να είναι μικρότερη από τρεις (3) ημέρες. Η απολογία με την οποία επιβάλλεται η ποινή, εκδίδεται εντός δεκαπέντε (15) ημερών από την κλήση του εργαζόμενου σε απολογία και επιδίδεται σε αυτόν.

5. Κατά των πειθαρχικών αποφάσεων του Διευθυντού και του Προέδρου του Δ.Σ. επιτρέπεται η άσκηση έφεσης ενώπιον του Δ.Σ. μέσα σε προθεσμία δεκαπέντε (15) ημερών από την κοινοποίηση της απόφασης. Η προθεσμία της έφεσης και η άσκηση αυτή αναστέλλουν την εκτέλεση της ποινής. Αν συντρέχει ιδιαίτερος λόγος απομάκρυνσης του εργαζόμενου από την άσκηση των καθηκόντων του τίθεται σε προσωρινή διαθεσιμότητα με απόφαση του Δ.Σ. που δεν υπερβαίνει το μήνα.

6. Τα πειθαρχικά παραπτώματα παραγράφονται μετά από δύο (2) έτη από την τέλεσή τους, οι δε πειθαρχικές ποινές εκτελούνται μέσα σε έξι (6) μήνες από την επιβολή τους.

7. Όλοι οι πειθαρχικοί προϊστάμενοι μπορούν να επιβάλλουν την ποινή της επίπληξης ενώ τις χρηματικές ποινές μπορούν να επιβάλλουν ο Διευθυντής έως και το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών, ο Πρόεδρος έως ένα μήνα, το δε Δ.Σ. οποιαδήποτε ποινή.

Άρθρο 35 Επιστημονικοί Σύμβουλοι

1. Το Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ. για την εξυπηρέτηση ειδικών αναγκών προσλαμβάνει με αιολογημένη απόφαση με συμβάσεις έργου επιστήμονες ή άλλους ειδικούς για την εκτέλεση συγκεκριμένων έργων όπως εκπαιδευτικών, ερευνητικών, κ.λπ.

2. Με αποφάσεις του το Δ.Σ. δύναται να επιλέγει και να κρίνει τιμής ένεκεν διακεκριμένους Έλληνες ή ξένους επιστήμονες ως άμισθους Επιστημονικούς Συμβούλους του Κ.Ε.Ε.Λ.

3. Το Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ. με απόφασή του μπορεί να αποδέχεται οποιαδήποτε εθελοντική εργασία προσφερθεί στο Κ.Ε.Ε.Λ. εκτιμώντας κατά περίπτωση τις υπηρεσιακές ανάγκες.

4. Το Δ.Σ. καθορίζει την ωριαία αποζημίωση σε επιστήμονες κάθε ειδικότητας για την προσφορά εκπαιδευτικού ή άλλου έργου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ ΑΣΚΗΣΗ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΩΝ

Άρθρο 36

Διαδικασία επιδημιολογικής επιτήρησης

1. Το Κ.Ε.Ε.Λ. είναι υπεύθυνο για τη συνεχή και συστηματική συλλογή, καταγραφή ταξινόμηση, ανάλυση, αξιολόγηση επιδημιολογικών δεδομένων που αφορούν τα λοιμώδη νοσήματα, με σκοπό την παραγωγή έγκυρης επιδημιολογικής πληροφορίας την οποία το Κ.Ε.Ε.Λ. κοινοποιεί στις αρμόδιες υπηρεσίες δημόσιας υγείας ή σε όσους ενδιαφέρονται προκειμένου να ληφθούν οι απαραίτητες αποφάσεις και διενεργηθούν οι κατάλληλες ενέργειες ελέγχου των λοιμωδών νόσων.

2. Η διαδικασία επιδημιολογικής επιτήρησης του Κ.Ε.Ε.Λ. υλοποιείται με την:

3. Η ανάθεση για τη λειτουργία και τη στέγαση των κέντρων γίνεται με προκήρυξη ή κατ' εξαίρεση γίνεται απευθείας σε περίπτωση έκτακτου και άμεσου κινδύνου και όταν το επιβάλλει η προστασία της δημόσιας υγείας. Η προκήρυξη δημοσιεύεται σε δύο (2) ημερήσιες εφημερίδες. Οι ενδιαφερόμενοι φορείς υποβάλουν εντός της προβλεπόμενης στην προκήρυξη προθεσμίας την αίτησή τους στο Κ.Ε.Ε.Λ.

Η επιτροπή κρίσης που συγκροτείται από το Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ., επιλέγει τον κατάλληλο φορέα όπου θα στεγαστεί και θα λειτουργήσει το κέντρο. Η διάρκεια της λειτουργίας του κέντρου δεν μπορεί να υπερβαίνει τα πέντε (5) έτη. Ο χρόνος αυτός μπορεί να παραταθεί με απόφαση του Δ.Σ. εάν δεν έχει ολοκληρωθεί ο σκοπός για τον οποίο ιδρύθηκε το κέντρο.

Για την λειτουργία του νέου Κέντρου υπογράφεται σύμβαση μεταξύ της Διοίκησης του Κ.Ε.Ε.Λ. και του επιλεγέντος φορέα όπου αναλύονται οι όροι και οι προϋποθέσεις λειτουργίας του και ορίζεται ο επιστημονικός υπεύθυνος του κέντρου έναντι της διοίκησης του Κ.Ε.Ε.Λ., ο οποίος εποπτεύει όλες τις δράσεις και ερευνητικά προγράμματα του κέντρου που αποφασίζει το Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ.

Επίσης ορίζονται τα πρόσωπα που θα απασχοληθούν στο κέντρο και οι εργασιακή τους σχέση με το Κ.Ε.Ε.Λ.

Σε περίπτωση μη τήρησης των όρων της σύμβασης το Κ.Ε.Ε.Λ. έχει δικαίωμα να καταγγείλει αυτήν και να διακόψει τη λειτουργία του κέντρου.

4. Όλες οι έντυπες δημοσιεύσεις κάθε κέντρου πρέπει να αναφέρουν ρητά την σχέση του με το Κ.Ε.Ε.Λ. Η παράβαση του όρου αυτού είναι λόγος καταγγελίας της σύμβασης.

Άρθρο 40

Συνεργασία Κ.Ε.Ε.Λ. με άλλους φορείς

1. Το Κ.Ε.Ε.Λ. στο πλαίσιο του σκοπού του συνεργάζεται τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό με κρατικούς ή ιδιωτικούς φορείς.

2. Αντικείμενο συνεργασίας είναι η επιστημονική και εκπαιδευτική και σχετική με παροχή υπηρεσιών συνεργασία στα θέματα αρμοδιότητας του Κ.Ε.Ε.Λ..

3. Οι όροι της συνεργασίας περιέχονται σε σύμβαση που υπογράφεται μεταξύ του Κ.Ε.Ε.Λ. και του αρμοδίου φορέα.

Άρθρο 41

Διαδικασία χρηματοδότησης ερευνητικών προγραμμάτων - εργασιών

1. Το Κ.Ε.Ε.Λ. χρηματοδοτεί για την εκπλήρωση του σκοπού του, και αναλόγως των οικονομικών του δυνατοτήτων, στα πλαίσια του εγκριθέντος τακτικού προϋπολογισμού του που έχει εγκριθεί από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, προτάσεις ερευνητικού έργου, συγκεκριμένης διάρκειας που αποφασίζει το Δ.Σ., επί θεμάτων που αφορούν όλα τα ειδικά μεταδοτικά νοσήματα. Η διάρκεια του ερευνητικού έργου μπορεί να παραταθεί απολογημένα από το Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ. σύμφωνα με διεθνώς παραδεκτά κριτήρια επιστημονικής τεκμηρίωσης.

2. Η ανάθεση του ερευνητικού έργου γίνεται μετά από προκήρυξη που δημοσιεύεται σε δύο (2) ημερήσιες εφημερίδες

3. Δικαίωμα υποβολής πρότασης για ανάληψη ερευνητικού έργου (φορείς υλοποίησης) έχουν τα νοσηλευτικά ιδρύματα, πανεπιστήμια, ΤΕΙ, ερευνητικά ιδρύματα, δημόσιοι ή ιδιωτικοί οργανισμοί, καθώς και φυσικά πρόσωπα με αναγνωρισμένο επιστημονικό κύρος και αποδεδειγμένη εμπειρία στο σχετικό αντικείμενο. Τα προγράμματα υλοποιούν ένας ή περισσότεροι από τους παραπάνω φορείς.

4. Η πρόταση κατατίθεται σύμφωνα με τις ειδικές υποδείξεις που αναφέρονται στην προκήρυξη. Εκ μέρους του φορέα υλοποίησης υπογράφουν αφενός εκπρόσωπος του Δ.Σ. του φορέα και αφετέρου ο υπεύθυνος τομερευνητικού έργου ή μόνο αυτός ο τελευταίος όταν πρόκειται για φυσικό πρόσωπο.

5. Στην ανάλυση της πρότασης περιέχεται η υπάρχουσα γνώση και εμπειρία, ανάπτυξη της πρότασης και μεθοδολογία (αριθμός δειγμάτων, υλικό, μέθοδος, τρόπος ανάλυσης), περιγραφή σημασίας και αναμενόμενη συμβολή της ερευνητικής πρότασης, χρονοδιάγραμμα έργου και αιτιολόγηση του προϋπολογισμού και η εμπειρία του κυρίου ερευνητού καθώς και της ερευνητικής ομάδας με σχετική βιβλιογραφική τεκμηρίωση.

Υπεύθυνος του ερευνητικού έργου δεν μπορεί να είναι το ίδιο πρόσωπο σε περισσότερες από μια ερευνητικές προτάσεις στην ίδια προκήρυξη. Επίσης δεν μπορεί να είναι ο ίδιος επιστημονικός υπεύθυνος ερευνητικής πρότασης που χρηματοδοτήθηκε σε προηγούμενη προκήρυξη και δεν έχει υποβάλει έκθεση προόδου ή τελική έκθεση των ευρημάτων του.

Η πρόταση υποβάλλεται στο Κ.Ε.Ε.Λ. πλήρως συμπληρωμένη, σε τέσσερα (4) αντίγραφα, μαζί με βιογραφικά σημειώματα των κυρίων μελών που απαρτίζουν την ερευνητική ομάδα. Η πρόταση καταχωρείται σε ειδικό βιβλίο και χορηγείται στον ενδιαφερόμενο απόδειξη, στην οποία σημειώνεται ο αριθμός μητρώου του ερευνητικού έργου και η ημερομηνία παραλαβής, αφού προηγηθεί έλεγχος των δικαιολογητικών.

6. Η αξιολόγηση των προτάσεων που υποβλήθηκαν γίνεται από επιτροπή αξιολόγησης που συστήνει το Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ.

Η επιλογή γίνεται από το Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ. αφού λάβει υπόψη τον πίνακα κατάταξης της επιτροπής, με κριτήρια την δια του ερευνητικού προγράμματος - εργασίας προστασία και προαγωγή της δημόσιας υγείας, την επιστημονική αρτιότητα κάθε πρότασης (σαφής, σωστή και ενδεδειγμένη μεθοδολογία, σαφήνεια, θεμελίωση της πρότασης με πρόσφατη βιβλιογραφία, εμπειρία της ερευνητικής ομάδας σχετικά με το αντικείμενο της πρότασης), την πρωτοτυπία του αντικείμενου, αξιοποίησης των αποτελεσμάτων, την δυνατότητα εφαρμογής, καθώς και η βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη χρησιμότητα των αποτελεσμάτων στην επίλυση προβλημάτων στον ελληνικό χώρο.

Η σχετική απόφαση του Δ.Σ. γνωστοποιείται στον επιλεγέντα, ο οποίος καλείται να υπογράψει σύμβαση εκτέλεσης του ερευνητικού έργου.

7. Η σύμβαση αναφέρει λεπτομερώς τον χρόνο υλοποίησης, το ύψος της χρηματοδότησης και τις ειδικότερες υποχρεώσεις των υπευθύνων των ερευνητικών έργων (εκθέσεις προόδου, τελική επιστημονική αποτίμηση μετά τη λήξη του, υποβολή τυχόν δημοσιεύσεων, απολογισμός

νάπτυξη και εφαρμογή εξειδικευμένων μεθόδων αγωγής επιδημιολογικών πληροφοριών που αφορούν μόνομο και μετακινούμενο πληθυσμό καθώς και οριοστές της χώρας.

νάπτυξη και εφαρμογή εξειδικευμένων μεθόδων αγωγής και ερμηνείας των επιδημιολογικών δεδομένων. νάπτυξη και εφαρμογή εξειδικευμένων μεθόδων αγωγής του συστήματος επιτήρησης της αποδοτικότητας των μέτρων πρόληψης και καταπολέμησης λοιμωδών νόσων.

νάπτυξη και εφαρμογή εξειδικευμένων μεθόδων αγωγής και λειτουργίας του συστήματος επιδημιολογικής επιτήρησης και έγκαιρης προειδοποίησης.

νάπτυξη και εφαρμογή εξειδικευμένων μεθόδων αγωγής με την χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας σε περιφερειακές και νομαρχιακές υπηρεσίες υγείας.

νάπτυξη και εφαρμογή εξειδικευμένων μεθόδων αγωγής της επιδημιολογικής πληροφορίας.

νάπτυξη και εφαρμογή εξειδικευμένων μεθόδων επιτήρησης των λοιμωδών νόσων που περιλαμβάνονται στις απαιτήσεις Ευρωπαϊκής Κοινότητας στα πλαίσια της οργάνωσης Ευρωπαϊκών Δικτύων Επιδημιολογικής Επιτήρησης. νάπτυξη σε συνεργασία με όμορες χώρες δικτύων επιδημιολογικής επιτήρησης

ανάπτυξη και υλοποίηση ειδικών προγραμμάτων εκπαίδευσης στην εφαρμοσμένη επιδημιολογία και στην επιδημιολογία σε συνεργασία με διεθνείς φορείς.

ανάπτυξη και υλοποίηση ειδικών προγραμμάτων εκπαίδευσης στην εφαρμοσμένη επιδημιολογία και στην επιδημιολογία σε θέματα δημόσιας υγείας σχετικά με τα λοιμώδη νοσήματα, την επιδημιολογική διερεύνηση και αντιμετώπιση σε περιπτώσεις επιδημιών.

Άρθρο 37

Διαδικασία υλοποίησης δράσεων

Κ.Ε.Ε.Α. υλοποιεί δράσεις μέσω των Τμημάτων, Κέντρων ή Περιφερειακών Μονάδων του, κατόπιν ανάθεσης σε άλλους φορείς μετά από προκήρυξη δράσης.

Η προκήρυξη της δράσης δημοσιεύεται σε δύο (2) φάσεις εφημερίδες. Οι ενδιαφερόμενοι υποβάλλουν αίτηση προβλεπόμενης στην προκήρυξη προθεσμίας στην οποία τους στο αρμόδιο τμήμα.

Η επιλογή κρίσης, την σύνθεση της οποίας αποφασίζει η Επιτροπή, γίνεται με απόφαση του Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Α. και στην οποία συμμετέχουν και άλλοι επιστήμονες αποδεδειγμένου σχετικού με το αντικείμενο της δράσης από την ή το εξωτερικό, εισηγείται στο Δ.Σ. αιτιολογημένη απόφαση της δράσης σε συγκεκριμένο φορέα. Η απόφαση της δράσης δεν μπορεί να υπερβαίνει τα τρία (3) έτη από την ημερομηνία της απόφασης. Ο φορέας αυτός μπορεί να παραταθεί με απόφαση εάν δεν έχει ολοκληρωθεί η δράση.

Η εξάρτηση ή ανάθεση της δράσης, γίνεται απευθείας στον επιλεγμένο φορέα, σε περίπτωση έκτακτου κινδύνου, όπως και σε περιπτώσεις προσδιορισμένων δεικτών δημόσιας υγείας.

Σε περίπτωση μεταξύ του φορέα που αναλαμβάνει την δράση και του Κ.Ε.Ε.Α. υπογράφεται σχετική συμφωνία που θα καθορίζει τους όρους συνεργασίας και εφάρμοξης των συμβαλλομένων μελών.

Οι δράσεις του Κ.Ε.Ε.Α. μπορούν να συμμετέχουν εθελοντές και εθελοντές

Άρθρο 38

Διαδικασία υλοποίησης ενημέρωσης για τα λοιμώδη νοσήματα

1. Εκδηλώσεις ενημέρωσης πληθυσμού εννοούνται:

α. Κάθε εκδήλωση που αποσκοπεί στην ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για τα νοσήματα της αρμοδιότητας του Κ.Ε.Ε.Α. με στόχο τον επηρεασμό της ανθρώπινης συμπεριφοράς με έμφαση σε συγκεκριμένες ομάδες - στόχους ανάλογα με το επιδημικό λοιμώδες νόσημα. Ενδεικτικά είναι η οργάνωση ημερίδων, η έκδοση ενημερωτικών εντύπων, η παραγωγή τηλεοπτικών και ραδιοφωνικών μηνυμάτων, διαλέξεις, ομιλίες και γενικά οποιαδήποτε δραστηριότητα θεωρείται ότι επηρεάζει την ανθρώπινη συμπεριφορά.

β. Η επεξεργασία και υλοποίηση προγραμμάτων ενημέρωσης που στοχεύουν στην πρωτογενή πρόληψη της λοίμωξης σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο.

2. Όλες οι παραπάνω εκδηλώσεις μπορεί να χρηματοδοτούνται από προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και από πόρους του Κ.Ε.Ε.Α. με προσπάθεια να αξιοποιούνται οι χορηγίες και δωρεές για το σκοπό αυτό.

3. Με απόφαση του Δ.Σ. οι εκδηλώσεις ενημέρωσης υλοποιούνται από το προσωπικό του Κ.Ε.Ε.Α. από εθελοντές ή ανατίθενται σε τρίτα φυσικά ή νομικά πρόσωπα σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στο άρθρο 37 του παρόντος. Στη τελευταία περίπτωση υπογράφεται σύμβαση με την διαδικασία ανάθεσης που προβλέπεται στο άρθρο 37 παρ. 4 του παρόντος.

Σε περίπτωση μη τήρησης των όρων της σύμβασης το Κ.Ε.Ε.Α. έχει δικαίωμα να καταγγείλει αυτήν και να διακόψει τη λειτουργία του κέντρου.

4. Όλες οι έντυπες δημοσιεύσεις κάθε κέντρου πρέπει να αναφέρονται ρητά την σχέση του με το Κ.Ε.Ε.Α. Η παράβαση του όρου αυτού είναι λόγος καταγγελίας της σύμβασης.

Άρθρο 39

Διαδικασία Ίδρυσης Κέντρων

1. Η ίδρυση κέντρων του Κ.Ε.Ε.Α. αποφασίζεται από το Δ.Σ. ιδίως όταν εμφανιστεί ένα νέο λοιμώδες νόσημα ή επανεμφανιστεί με επιδημικό χαρακτήρα ένα ενδημικό λοιμώδες νόσημα ή αναζωπυρωθεί ένα μεταδοτικό λοιμώδες νόσημα λόγω ανάπτυξης αντοχής στα αντιβιοτικά του παθογόνου αιτίου ή εμφανιστεί σε απειλητικές διαστάσεις ένα λοιμώδες νόσημα λόγω αλλαγής των περιβαλλοντικών συνθηκών ή λόγω τροποποίησης γενετικής του λοιμώδους νοσήματος.

Στις περιπτώσεις αυτές υπό την προϋπόθεση ότι απειλείται η δημόσια υγεία, η υπηρεσία του Κ.Ε.Ε.Α. αδυνατεί για λόγους έλλειψης επιστημονικής, τεχνολογικής και κτιριακής υποδομής να αντιμετωπίσει την εμφανιζόμενη απειλή για τη δημόσια υγεία και έχει εξασφαλιστεί η χρηματοδότηση στα πλαίσια του ετήσιου προϋπολογισμού του, τότε το Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Α. αποφασίζει την ίδρυση κέντρων.

2. Στην απόφαση του Δ.Σ. για την ίδρυση κέντρου περιγράφονται λεπτομερώς οι λόγοι της ίδρυσης, οι προσφερόμενες υπηρεσίες ή και το ερευνητικό έργο με το οποίο θα ασχοληθεί και η ετήσια επιβάρυνση του προϋπολογισμού του Κ.Ε.Ε.Α. που θα προκύψει όπως και ο τρόπος ανάθεσης. Τα κέντρα αυτά δεν έχουν δικαιοπρακτική οικονομική αυτοτέλεια.

πτικής διαχείρισης κλπ.) που πρέπει να εκπληρώσει σύνεπεια. Η χρηματοδότηση που προέρχεται από πόσους του Κ.Ε.Ε.Α., είναι τμηματική και καταβάλλεται ένα-ένα δικαιολογητικών. Οι δόσεις καταβάλλονται, σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα που έχει υποβληθεί, στο τέλος κάθε σταδίου υλοποίησης και αφού έχει προηγηθεί η προς Κ.Ε.Ε.Α. υποβολή εκθέσεως προόδου.

Σε περίπτωση παραλείψεων το Κ.Ε.Ε.Α. διατηρεί το δικαίωμα καταγγελίας της σύμβασης και διακοπής του ερευνητικού έργου.

Με την ολοκλήρωση του έργου κατατίθεται στο Κ.Ε.Ε.Α. κτή έκθεση. Οι συντελεστές του έργου έχουν δικαίωμα δημοσιεύσουν τα προϊόντα της έρευνας, με την υποχρεωτική αναγραφή της προελευσης της χρηματοδότησης από το Κ.Ε.Ε.Α.

Άρθρο 42

Διαδικασία υλοποίησης εκδηλώσεων δημοσίων σχέσεων

1. Εκδηλώσεις δημοσίων σχέσεων είναι αυτές που οργανώνονται για την προβολή των σκοπών και των δραστηριοτήτων του Κ.Ε.Ε.Α. προς τα έξω. Ενδεικτικά αναφέρονται ημερίδες, συνέδρια, συνεντεύξεις τύπου καθώς και κάθε εκδήλωση που επιβάλλεται από τους κανόνες δημοτικότητας ή από ιδιαίτερο ηθικό καθήκον.

2. Αρμόδιο για τη διοργάνωση των εκδηλώσεων δημοσίων σχέσεων είναι το γραφείο επικοινωνίας τύπου και δημοσίων σχέσεων (αρ. 21 του παρόντος Κανονισμού).

Όλες οι παραπάνω εκδηλώσεις χρηματοδοτούνται από το Κ.Ε.Ε.Α. Η προέλευση της χρηματοδότησης υποχρεωτικά αναγράφεται σε όλα τα έντυπα των σχετικών εκδηλώσεων.

3. Εκδηλώσεις που αιτιολογημένα δεν μπορεί να υλοποιηθούν στο Κ.Ε.Ε.Α. μετά από εισήγηση του γραφείου επικοινωνίας τύπου και δημοσίων σχέσεων, ανατίθενται σε τρίτους. Για την ανάθεση σε τρίτους, προκηρύσσεται διαγωνισμός, που δημοσιεύεται σε δύο (2) ημερήσιες εφημερίδες. Οι ενδιαφερόμενοι υποβάλλουν τις προσφορές τους στο Κ.Ε.Ε.Α. τις οποίες εξετάζει και εισηγείται στο Δ.Σ. τριμελής επιτροπή αξιολόγησης που συστήνει το Κ.Ε.Ε.Α. Επιλέγεται η οικονομικά συμφερότερη προσφορά ή αυτή με την οποία θα υλοποιηθεί καλύτερα η εκδήλωση. Οι όροι της υλοποίησης περιλαμβάνονται σε σύμβαση υπογράφεται με το Κ.Ε.Ε.Α..

4. Το Κ.Ε.Ε.Α. συμμετέχει οικονομικά σε εκδηλώσεις με αναφες αντικείμενο που υλοποιούνται από άλλους φορείς μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις και αφού έχει υποβληθεί λεπτομερής πρόταση στο Δ.Σ.

Άρθρο 43

Διαδικασία Χορήγησης Υποτροφιών

1. Ο πρόεδρος εισηγείται στο Δ.Σ. κατά την κατάθεση του προγραμματισμού για το επόμενο έτος, την έγκρισή του και την χορήγηση υποτροφιών σε εργαζόμενους του Κ.Ε.Ε.Α. Η σχέση εργασίας αορίστου χρόνου και σε αυτούς επιστήμονες, αναλόγως δε του εγκριθέντος ποσού προκηρύσσει τη χορήγηση υποτροφιών για σπουδές εσωτερικό ή το εξωτερικό.

Η προκήρυξη περιλαμβάνει το είδος και τον τόπο των σπουδών, το χρονικό διάστημα χρηματοδότησης, το ποσό του ποσού, το είδος των δαπανών που καλύπτει

(έξοδα κινήσεως, διδάκτρα, στέγη, τροφή κ.λ.π.) που αφορά ιατρικό ή άλλο προσωπικό του Κ.Ε.Ε.Α. ή τρίτους), τον αριθμό των υποτροφιών που προγραμματίζονται για το τρέχον έτος καθώς και τα απαιτούμενα δικαιολογητικά.

Περίληψη της δημοσιεύεται σε δύο (2) ημερήσιες εφημερίδες.

Εντός συγκεκριμένης προθεσμίας οι ενδιαφερόμενοι υποβάλλουν αιτήσεις συνοδευόμενες από τα απαραίτητα δικαιολογητικά μέσα σε κλειστό φάκελο.

Δικαίωμα υποβολής αιτήσεως έχουν, όσον αφορά τους εργαζόμενους στο Κ.Ε.Ε.Α., όλοι οι κάτοχοι πτυχίου Ανωτάτης ή Ανωτέρας εκπαίδευσης. Όσον αφορά τους τρίτους, μη εργαζόμενους στο Κ.Ε.Ε.Α., επιστήμονες, έχουν δικαίωμα να υποβάλουν αίτηση όσων το επιστημονικό πεδίο έχει σχέση με τις αρμοδιότητες του Κ.Ε.Ε.Α. και προάγεται έτσι η έρευνα στον τομέα αυτό.

2. Η επιλογή των υποτρόφων γίνεται από τριμελή (3), Επιτροπή Χορήγησης Υποτροφιών, που ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ.

Με το τέλος της ορισθείσας προθεσμίας υποβολής αιτήσεων, ανοίγονται από την Επιτροπή οι φάκελοι και καταρτίζεται πίνακας με την σειρά προτεραιότητας των υποψηφίων υποτρόφων.

Κριτήρια είναι: η εξειδίκευση που θα αποκτήσει ο υπότροφος, η οποία θα πρέπει να συμβάλλει στην βελτίωση του επιπέδου των παρεχόμενων Υπηρεσιών από το Κ.Ε.Ε.Α. ή γενικότερα στην προαγωγή της επιστημονικής έρευνας, το αντικείμενο των σπουδών, το οποίο πρέπει να είναι σχετικό με τα νοσήματα αρμοδιότητας του Κ.Ε.Ε.Α., η οικονομική δυνατότητα των υποψηφίων, η απασχόληση του υποψηφίου στον Δημόσιο ή ευρύτερο Δημόσιο Τομέα, ή άλλοι λόγοι που καθιστούν σκόπιμη την χορήγηση της υποτροφίας. Ο υποψήφιος δεν μπορεί να είναι ήδη υπότροφος άλλου φορέα κατά την ίδια χρονική περίοδο, να μην έχει χορηγηθεί από το Κ.Ε.Ε.Α. υποτροφία στον ίδιο αιτούντα τα τελευταία τρία (3) χρόνια, έστω και για άλλο αντικείμενο σπουδών. Για το σκοπό αυτό θα υποβάλει υπεύθυνη δήλωση μαζί με τα δικαιολογητικά.

Ο πίνακας επιλογής υποβάλλεται στο Δ.Σ. το οποίο και εγκρίνει την χορήγηση των υποτροφιών.

Οι υποψήφιοι ενημερώνονται και καλούνται να παρουσιαστούν στη Διεύθυνση του Κ.Ε.Ε.Α. εντός συγκεκριμένης προθεσμίας, μετά την άπρακτη πάροδο της οποίας ειδοποιούνται οι αμέσως επόμενοι κατά τη σειρά της προτεραιότητας που έχουν στον πίνακα επιλογής.

Οι επιλεγέντες ως υπότροφοι υπογράφουν σύμβαση με το Κ.Ε.Ε.Α., στην οποία αναφέρονται οι όροι και οι προϋποθέσεις χορήγησης της υποτροφίας, οι τρόποι τμηματικής καταβολής των χρημάτων και κάθε σχετική λεπτομέρεια.

Η υποτροφία χορηγείται για χρονικό διάστημα μέχρι δύο (2) ετών για σπουδές στο εσωτερικό ή στο εξωτερικό.

Το ποσό της υποτροφίας καταβάλλεται τμηματικά σύμφωνα με τα οριζόμενα στην σύμβαση, σε τραπεζικό λογαριασμό της επιλογής του υποτρόφου, εντός Ελλάδος και καλύπτει εισιτήριο μετάβασης και επιστροφής, τα διδάκτρα, τα έξοδα διαμονής και διατροφής, σε συνολικό ποσό που καθορίζει με απόφασή του το Δ.Σ.

Για την α' δόση απαιτείται βεβαίωση εγγραφής σε τμήμα σπουδών Πανεπιστημίου της ημεδαπής ή αλλοδαπής.

Για τις υπόλοιπες δόσεις θα υποβάλλονται πιστοποιητικά προόδου σπουδών και ακολούθως θα καταβάλλονται αυτές. Κατ' εξαίρεση συνέχιση της υποτροφίας πέραν του συμβατικού χρόνου θα εγκρίνεται μόνο σε ειδικά αιτιολογημένες περιπτώσεις, όταν για λόγους ανωτέρας βίας δεν ολοκληρώθηκε ο κύκλος των σπουδών του αιτούντος.

Στους εκ των υποτρόφων εργαζόμενους του Κ.Ε.Ε.Α. καταβάλλονται πλήρεις οι τακτικές αποδοχές.

Με το πέρας του κύκλου σπουδών ο υπότροφος είναι υποχρεωμένος να προσκομίσει στο Κ.Ε.Ε.Α. επίσημο αντίγραφο του αποκτηθέντος διπλώματος καθώς και αντίγραφο τυχόν εργασίας που έχει εκπονήσει ή αναλυτική κατάσταση των δραστηριοτήτων του, σε αντίθετη περίπτωση δε το Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Α. δικαιούται ν' απατήσει επιστροφή χρημάτων.

Οι υπότροφοι, εργαζόμενοι του Κ.Ε.Ε.Α., μετά την επιστροφή στην υπηρεσία υποχρεούνται να υπηρετήσουν για χρόνο διπλάσιο προς εκείνον της υποτροφίας εκτός αν διοριστούν σε φορέα Δημόσιας Υγείας και σύμφωνα με τους όρους της σύμβασης που έχουν υπογράψει με το Κ.Ε.Ε.Α. Σε περίπτωση πρόωρης παραίτησης ή καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρησής των, το Κ.Ε.Ε.Α. υποχρεούται ν' αξιώσει δικαστικά τη δαπάνη της υποτροφίας.

Οι υπότροφοι που δεν έχουν εργασιακή σχέση με το Κ.Ε.Ε.Α. οφείλουν να παραμείνουν στην Ελλάδα για διάστημα τουλάχιστον ίσο με τον χρόνο σπουδών τους ώστε να παράσχουν τις υπηρεσίες τους σε Φορέα της επιλογής τους. Σε αντίθετη περίπτωση το Κ.Ε.Ε.Α. δικαιούται να απατήσει την επιστροφή όλων των χρημάτων της υποτροφίας.

Άρθρο 44 Μεταβατικές Διατάξεις

1. Εντός μηνός από την έγκριση του παρόντος το Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Α. με απόφασή του ορίζει τους υπευθύνους τμημάτων και γραφείων, αναθέτει δε σε όλους τους εργαζόμενους καθήκοντα.

2. Κάθε εργαζόμενος οφείλει να δηλώσει ότι έλαβε γνώση του παρόντος κανονισμού, ότι συμφωνεί και αποδέχεται το περιεχόμενό του σαν μέρος της ατομικής σύμβασης εργασίας του.

3. Εντός μηνός από την έγκριση του παρόντος, όλοι οι εργαζόμενοι του Κ.Ε.Ε.Α. υποχρεούνται να προσκομίσουν στο γραφείο προσωπικού τα για την πρόσληψή τους απαιτούμενα δικαιολογητικά προκειμένου να συμπληρωθεί ο ατομικός φάκελος του καθενός. Ειδικότερα οι γιατροί, που απασχολούνται ή συνεργάζονται με το Κ.Ε.Ε.Α., πρέπει να καταθέτουν και αντίγραφο της άδειας άσκησης επαγγέλματος τους. Επίσης οι δικηγόροι θα πρέπει να καταθέσουν βεβαίωση εγγραφής στον οικείο δικηγορικό σύλλογο.

4. Εντός διμήνου από την έγκριση του παρόντος, το Δ.Σ. με απόφασή του συγκροτεί τις επιστημονικές επιτροπές του Κ.Ε.Ε.Α. σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος.

5. Εντός τριμήνου από την υπογραφή του παρόντος, το Δ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Α. επανεξετάζει το καθεστώς συνεργασίας με όλους τους συνεργαζόμενους φορείς στα πλαίσια του παρόντος κανονισμού και αποφασίζει για την συνέχιση ή διακοπή αυτής.

Το απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 22 Ιουνίου 2001

Η ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΣΠΥΡΑΚΗ

