

ΤΕΥΧΗ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΤΗ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΕΥΧΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΘΕΜΑ: "Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ
ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ
ΕΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ"



ΕΥΣΗΓΗΤΡΙΑ- ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
Δρ. Μαρία Μπατσολάκη

ΣΤΙΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
Αρταρακοπούλου Ολυμπία
Ζούζια Σοφία
Παπαιωάννου Σεβαστή

ΠΑΤΡΑ 2000

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

3720



Αφιερώνεται
στους γονείς μας



«Εάν ένα δέντρο το τσακίσει η καταιγίδα, εάν το δέντρο μαραζώσει από την έλλειψη του ήλιου, εάν μείνει καχεκτικό από την φτώχεια του εδάφους, ποτέ δεν θα πούμε πως αυτή ήταν η πραγματική του φύση....

Πιστεύουμε ότι οι εποικοδομητικές δυνατότητες του ανθρώπου, πηγάζουν από την πραγματική του φύση, από τον βαθύτερο πυρήνα της υπάρξεως του, από εκείνο που ονομάζουμε γνήσιο εαυτό.

Και δεχόμαστε, ότι ο άνθρωπος γίνεται μη εποικοδομητικός και καταστροφικός, μόνον εάν δεν μπορέσει να ολοκληρώσει τον εαυτό του».

KAREN HORNEY



Πίνακας Περιεχομένων

Πίνακας Περιεχομένων	1
Περίληψη	5
Πρόλογος	6
Εισαγωγή	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	10
Ιστορία της Νοσηλευτικής και εξέλιξη	10
1.1 Από την πρωτόγονη ως την σημερινή εποχή	10
1.2 Η Νοσηλευτική της ψυχικής υγείας	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	18
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και στελέχωση τους	18
2.1 Από άσυλο σε θεραπευτήριο (ιστορική εξέλιξη)	18
2.2 Οργάνωση, στελέχωση και σκοπός του ψυχιατρείου	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	35
Η τεχνολογία στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική	35
3.1 Εισαγωγή	35
3.2 Επιδράσεις της Τεχνολογίας στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	40
Η Επικοινωνία στην Νοσηλευτική	40
4.1 Επικοινωνία	40
4.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	48
Το στρες στη νοσηλευτική	48
5.1 Άγχος- Στρες- Ένταση	48
5.2 Παράγοντες του στρες	51
5.3 Συμπτώματα και Επιπτώσεις του Στρες	55
5.4 Αντιμετώπιση του Άγχους και του Στρες	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	61
Η επαγγελματική κόπωση των Ψυχιατρικών Νοσηλευτών (Burnout) ...	63
6.1 Ορισμοί του Burnout	61
6.2 Στάδια επαγγελματικής εξουθένωσης	63
6.3 Αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης	64

6.4 Συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο	74
Η επαγγελματική ικανοποίηση	78
7.1 Επαγγελματική ικανοποίηση – Ορισμοί	74
7.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση.....	77
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	78
Υλικό- Μέθοδος.....	79
Αποτελέσματα της έρευνας	81
Συζήτηση	109
Προτάσεις	112
Abstract.....	113
Βιβλιογραφία	114
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	116
A) Ερωτηματολόγιο	117
B) Φωτογραφίες Ψυχιατρείων.....	121
Γ) Αποσπάσματα από την Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.....	123
Δ) Ευχαριστίες	129



Περίληψη

Η παρούσα ερευνητική εργασία διερευνά τον βαθμό επαγγελματικής και συναισθηματικής ικανοποίησης νοσηλευτών και νοσηλευτριών που επανδρώνουν ψυχιατρικά νοσοκομεία και ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων της Πάτρας, της Αττικής, της Κέρκυρας και της Τρίπολης. Το σύνολο των ερωτηθέντων νοσηλευτών και νοσηλευτριών είναι 112. Συγκεκριμένα στην έρευνα συμμετείχαν 29 άτομα από τον Ευαγγελισμό, 20 άτομα από το «Νταού Πεντέλης», παιδοψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής, 18 άτομα από το Δαφνί, 7 άτομα από το Σισμανόγλειο νοσοκομείο Αθηνών, 9 άτομα από το νοσοκομείο παιδών «Αγία Σοφία», 11 άτομα από το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας, 11 άτομα από το Ψυχιατρείο της Τρίπολης, 6 άτομα από το Π.Π.Γ.Ν.Π. και 2 άτομα από το νοσοκομείο Ημέρας που λειτουργεί στον Άγιο Ανδρέα.

Τα αποτελέσματα τη έρευνας απέδειξαν ότι από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης των ψυχιατρικών νοσηλευτών θεωρούνται η ηλικία, ο χώρος εργασίας και η συχνότητα ανάληψης αδειών. Αξιοσημείωτο, επίσης είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, ανεξάρτητα από το επίπεδο εκπαίδευσης τους, δεν θεωρούν τις γνώσεις τους επαρκείς για το αντικείμενο τους.



Πρόλογος

Η νοσηλευτική είναι έργο που αποβλέπει στη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, τη νοσηλεία των ασθενών, την αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας.

Η νοσηλευτική είναι προσφορά υπηρεσίας προς τον άνθρωπο σε διάφορα στάδια υγείας και ασθένειας. Διδάσκει και καθοδηγεί το άτομο για να επιτύχει και διατηρήσει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας. Το μοναδικό έργο της Νοσηλεύτριας – τη όπως περιγράφει η Henderson, είναι η βοήθεια του ατόμου, υγιούς ή ασθενούς για όσο διάστημα χρειάζεται στην εκτέλεση των δραστηριοτήτων που συμβάλλουν στην υγεία ή την αποκατάσταση της ή ακόμη και στον ειρηνικό θάνατο.

Η νοσηλευτική είναι επίσης κοινωνικό έργο. Την κοινωνική διάσταση της Νοσηλευτικής τονίζει και η Καθηγήτρια Hildegard Peplau, όταν γράφει ότι η Νοσηλευτική είναι δύναμη που προάγει την ωρίμανση και την κίνηση της προσωπικότητας του ανθρώπου προς τη δημιουργική, οικοδομητική, παραγωγική, προσωπική και κοινωνική ζωή.¹

Η Ψυχιατρική ως κλάδος της Νοσηλευτικής αποτελεί σήμερα ένα ταχύτατα εξελισσόμενο πεδίο έρευνας, θεωριών, εφαρμογών και γνώσεων. Μολονότι απόψεις, θεωρίες και κλινική πρακτική μεταβάλλονται συνεχώς υπάρχει πάντα ανάγκη στη δεδομένη τομή του χρόνου, για τα ισχύοντα βασικά στοιχεία στην κλινική πράξη, στοιχεία που ταυτόχρονα να είναι δόκιμα και να έχουν τύχει ευρείας αποδοχής.²

Η Νοσηλευτική ψυχικής υγείας αποτελεί ειδικότητα της Νοσηλευτικής που ασχολείται με την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, τη φροντίδα των ψυχικά αρρώστων, την αποκατάσταση, τη διατήρηση και την προαγωγή της ψυχικής υγείας. Είναι γνωστό ότι η υγεία είναι ένα πολύπλευρο φαινόμενο βιοψυχοκοινωνικής ευεξίας και όταν μια πλευρά π.χ. σωματική ή ψυχική διαταράσσεται, τότε επηρεάζονται και οι άλλες πλευρές. Για το λόγο αυτό η νοσηλευτική ψυχικής υγείας δεν προσφέρει μόνο φροντίδα στους ψυχικά αρρώστους, αλλά είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην ψυχολογική φροντίδα των σωματικά αρρώστων και μάλιστα όταν η σωματική αρρώστια απαιτεί ειδικές προσαρμογές από τον άρρωστο.¹³

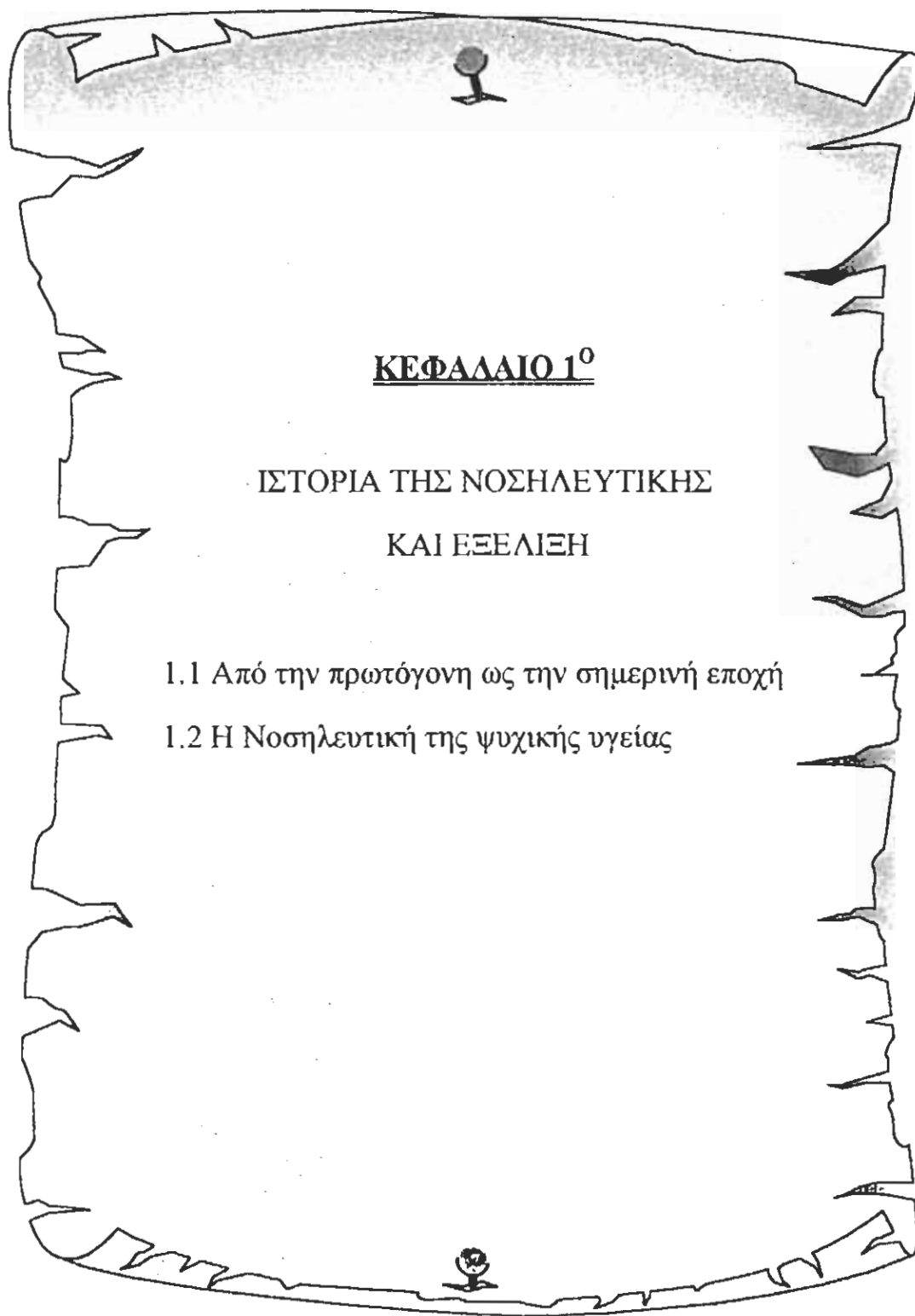
Εισαγωγή

Το Νοσηλευτικό λειτούργημα είναι από τη φύση του επίπονο και απαιτεί από την πλευρά των Νοσηλευτών- τριών μεγάλο απόθεμα σωματικών και ψυχικών δυνάμεων. Ο σύγχρονος Νοσηλευτής- τρία είναι ο λειτουργός της υγείας μα ταυτόχρονα είναι και ο επαγγελματίας που κινείται μέσα στον εργασιακό του χώρο ευσυνείδητα και με μεγάλη υπευθυνότητα. Το ίδιο το έργο που καλείται να εκτελέσει ο Νοσηλευτής – τρία που εργάζεται σε τομέα της Ψυχικής Υγείας και σε θεραπευτικές Κοινότητες περιέχει ένα σημαντικό κοινωνικό και ψυχολογικό φορτίο⁴. Σύμφωνα με το πρόσφατο γλωσσάριο της ΑΨΕ * (ΑΡΑ 1988) πρόκειται για μια αντίδραση στρες, που αναπτύσσεται σε ένα άτομο το οποίο εργάζεται σε ένα τομέα με υψηλές απαιτήσεις. Μεταξύ των συμπτωμάτων παρουσιάζονται: μείωση της απόδοσης στην εργασία, κόπωση, ευαλωσιμότητα σε σωματικές αρρώστιες, χρήση ηρεμιστικών, οινοπνευματωδών που δρουν ως αγχολυτικά.

Ως άμεση ανάγκη θεωρείται η απομάκρυνση του εργαζόμενου από το χώρο που προκαλεί τα φαινόμενα της ψυχικής κόπωσης. Η πρόληψη της ψυχικής κόπωσης επιτυγχάνεται με την κατάλληλη οργάνωση των συνθηκών εργασίας, όπως ευελιξία στο ωράριο, παροχές αδειών, παροχή επιστημονικών ενισχύσεων (feed back), εναλλαγή στους χώρους εργασίας. Ο ρόλος της ομάδας είναι επίσης σημαντικός στην υποστήριξη του μέλους που αισθάνεται την ψυχική κόπωση⁵. Σκοπός της εργασίας μας είναι να περιγράψουμε τη συμπεριφορά εκείνων που φροντίζουν ψυχωσικούς αρρώστους σ' ένα ψυχιατρείο. Αυτή η συμπεριφορά φαίνεται να επηρεάζεται από βασικούς φόβους που προκαλούνται από τη σχέση με τους αρρώστους καθώς επίσης και από την επαφή με τις ανάγκες και τη διαταραχή των αρρώστων.

Οι βασικοί φόβοι είναι θεμελιακά άγχη, κοινά, παρανοϊκά και καταθλιπτικά που συνοδεύονται από φαντασιώσεις και σχετίζονται με αμυντικούς μηχανισμούς.⁶





ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Ιστορία της Νοσηλευτικής και εξέλιξη

1.1 Από την πρωτόγονη ως την σημερινή εποχή

Ο ασθενής από αρχαιοτάτων χρόνων καταβάλλεται από την υπέρτατη αίσθηση του φόβου και του δέους απέναντι σ' ό,τι του αφαιρείται μόνιμα ή παροδικά- το πολύτιμο αγαθό της υγείας. Από την άλλη πλευρά κανείς τόσο από το στενότερο όσο κι από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον που τον περιστοιχίζει δεν επιτρέπεται να τον προσβάλλει. Αντίθετα, καταβάλλονται όλες οι δυνατές προσπάθειες για την αποκατάσταση της υγείας του.

Βέβαια, όπως είναι φυσικό, σ' αυτή τη μακρινή εποχή τα χρησιμοποιούμενα μέσα ήταν οπωσδήποτε απλά, γελοία θα έλεγε κανείς για τα σημερινά δεδομένα μέχρι και βασανιστικά κάποιες φορές.

Αυτό είναι και το απώτερο χρονικό σημείο που κάνει τα πρώτα βήματα η Νοσηλευτική ως λειτουργήματα για χάρη του ανθρώπου - ασθενούς, για να γνωρίσει την εξέλιξη και την άνθιση του σήμερα.

Η γυναίκα στο χώρο της νοσηλείας έπαιξε ευθύς αμέσως πρωταγωνιστικό ρόλο, αφού λόγω του φυσικού συναισθηματικού κόσμου που κουβαλά, κρίνεται ο πιο κατάλληλος άνθρωπος γι' αυτή τη θέση. Σίγουρα το γνωσιολογικό επίπεδο ήταν ελλιπές ίσως και ανύπαρκτο, κάποιες φορές. Η προσφορά όμως γινόταν από αγάπη κι αυτοθυσία για τον συνάνθρωπο κι αυτά ήταν τα στοιχεία που καθοδηγούσαν κάθε φορά τη σκέψη κι από κει και πέρα τα χέρια για να επιτευχθεί η τέχνη της διάσπασης, η τέχνη του θαύματος. Εξάλλου ήταν τα στοιχεία εκείνα που ώθησαν τον άνθρωπο στην εξεύρεση μέσων και μεθόδων προκειμένου να διασφαλίζεται σε κάθε περίπτωση, η υγεία.

Τα χρόνια όμως περνούν, οι εποχές αλλάζουν, οι μεταρρυθμίσεις διαδέχονται η μια την άλλη κι αυτό συνεπάγεται και προδιαγράφει την εξωτερική πορεία της Νοσηλευτικής. Αρχικά τα εκπαιδευτικά κέντρα ήταν περιορισμένα. Αργότερα έγιναν περισσότερα, για να έρθει το σήμερα και να υπάρχουν πολλές σχολές υγείας όλων των βαθμίδων, όσον αφορά το επίπεδο, ιδιωτικού και δημοσίου δικαίου με απώτερο σκοπό, φυσικά, την προαγωγή της υγείας και τη βελτίωση των νοσοκομειακών χωρών.

Η σπουδή της Ιστορίας της Νοσηλευτικής για την καλύτερη και ευκολότερη κατανόηση αλλά και για λόγους συστηματικούς πρέπει να χωριστεί σε περιόδους. Η απλούστερη διαίρεση είναι η ακόλουθη:

Πρωτόγονη εποχή: Σ' αυτή τη χρονική περίοδο η τέχνη της Νοσηλευτικής ασκείται από τις γραιίες ή γερόντισσες τις μάγισσες και

τους ιερείς. Οι άνθρωποι αυτοί είναι κοινωνικά καταξιομένοι, απολαμβάνουν το σεβασμό και την εκτίμηση του απλού λαού και θεωρούνται συχνά άνθρωποι με ακατάληπτες δυνάμεις και άτομα που διαθέτουν τα μέσα και τα προσόντα για την ίαση.

Αυτά συμβαίνουν μέχρι τον 6^ο π. Χ. αιώνα, που αποτελεί ορόσημο για την εξέλιξη της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής.

Τη στιγμή αυτή έρχεται ο Ιπποκράτης για να θέσει την ιατρική παράλληλα και κατ' ανάγκη και τη Νοσηλευτική σ' επιστημονικές βάσεις απορρίπτοντας κάθε στοιχείο δεισιδαιμονίας από τις θεωρίες τους.

Προχριστιανική εποχή : Σκιαγραφείται από διάφορες τάσεις και γνώσεις των λαών της ανατολής της Μεσοποταμίας, τους Εβραίους, τους Ινδούς, τους Κινέζους, τους Αιγυπτίους. Πέρασε μ' αποκορύφωμα τους Ελληνικούς και Ρωμαϊκούς χρόνους.

Φωτισμένοι ηγέτες και πνευματικά προικισμένοι άνθρωποι φρόντισαν να νομοθετήσουν και να θεμελιώσουν βασικούς τρόπους νοσηλείας και θεραπείας ασθενών της εποχής τους. Κατέβαλλαν προσπάθειες για την ανάπτυξη των τρόπων τάσης και υγιεινής γενικά.

Με τον ερχομό και την εξάπλωση του Χριστιανισμού τα πράγματα παίρνουν άλλη τροπή . Δίνεται έμφαση στην περίθαλψη των ασθενών, ενώ η ιατρική και η νοσηλευτική τίθεται σ' άλλη βάση. Η υποστήριξη και η συμπόνια προς τους αδύναμους, τους πάσχοντες δεν αποτελεί, πλέον, αρετή αλλά υποχρέωση κι ανάγκη.

Χριστιανική εποχή: Κατά την πρώτη χριστιανική περίοδο της Εκκλησίας, που κατ' εξοχήν διδάσκονταν η ισότητα όλων των ανθρώπων ανεξάρτητα από γένος , φυλή, έθνος, θρησκεία, βλέπουμε να οργανώνεται προσφορά Νοσηλευτικών υπηρεσιών από τις γυναίκες. Αυτές παράλληλα με τα εκκλησιαστικά τους καθήκοντα ασκούσαν και την νοσηλευτική με τον τίτλο των διακονισσών.

Τους χρόνους αυτούς πολλές φωτεινές προσωπικότητες αναδεικνύονται. Ανάμεσα σ' αυτές ξεχωρίζει ο Άγιος Βασίλειος που είναι ο ιδρυτής της «Βασιλειάδας» του περίφημου αυτού ιδρύματος, η αξία του οποίου ήταν ανυπολόγιστη για την εποχή του και αιτία θαυμασμού για όλες τις επόμενες εποχές. Αξιομνημόνευτες είναι ακόμη για την δράση τους στη φιλανθρωπία και ειδικά στη Νοσηλευτική η Φοίβη ,η πρώτη διακόνισσα νοσηλεύτρια, η Ολυμπιάδα, που αποτέλεσε φωτεινό υπόδειγμα νοσηλεύτριας. Επίσης η Δορκάδα, η Φαβιόλα, η Αγία Ελένη, η Αγία Κλαίρη, η Αγία Βικεντία, οι Άγιοι Ανάργυροι (Κοσμάς και Δαμιανός), ο Άγιος Φραγκίσκος, άτομα που τάχθηκαν στην υπηρεσία του ανθρώπου κι έκαναν σκοπό της ζωής τους τη θεραπεία και ίαση

ασθενών και μάλιστα με ελάχιστα μέσα στη διάθεσή τους, αλλά με πολύ εσωτερική δύναμη, θέληση και πάνω απ' όλα αγάπη για τον άνθρωπο.

Μεσαιωνική – Νεώτερη εποχή: Τα στοιχεία, του Χριστιανισμού επηρεάζουν σημαντικά και σ' αυτή την περίοδο την εξέλιξη τόσο της Ιατρικής όσο και της Νοσηλευτικής. Η διάθεση του ανθρώπου για προσφορά εξακολουθεί να υπάρχει και να καλλιεργείται ακόμη περισσότερο, αλλά τώρα συνδυάζονται με σημαντικές ανακαλύψεις στις διάφορες επιστήμες.

Οι Άραβες σημειώνουν μεγάλη πρόοδο στη χειρουργική, ενώ οι Εβραίοι έρχονται να δώσουν το δικό τους στίγμα σε γνώσεις ανατομίας για να έχουμε το 1500 στο Μεξικό την ίδρυση του Νοσοκομείου IMMACULATE CONCEPTION από τον Κόρτεζ.

Συνέχεια της εποχής αυτής είναι μια γενικά πρόοδος στην Ιατρική και Νοσηλευτική. Η ανακάλυψη των εμβολίων περιορίζει τις επιδημίες, η διάδοση των αναισθητικών είχαν σαν αποτέλεσμα την ελάττωση των ταλαιπωριών των ασθενών, ανοίγοντας ταυτόχρονα το δρόμο γι' απεριόριστο αγώνα, στο μέλλον.

Ακόμη στα ίδια περίπου χρονικά περιθώρια κατατάσσονται και οι σπουδαίες ανακαλύψεις των L. Pasteur και I. Lister σχετικά με τη Βακτηριολογία και την άσκηση χειρουργικής.

Τέλος πρωτοποριακό βήμα σημειώνεται στην Αγγλία το 1848 όπου για πρώτη φορά ψηφίστηκε Νόμος περί Κοινωνικής Υγιεινής.

Με άλλα λόγια η πρόοδος και η προσπάθεια καλύτερης οργάνωσης στο χώρο της υγείας δεν είναι ατοπία, αλλά ορατή πλέον. Τόσο η Ιατρική όσο και η Νοσηλευτική τέχνη θέτουν επιστημονικές βάσεις για μεγαλύτερα μελλοντικά άλματα.

Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα: Οι Έλληνες Νοσηλευτές βρίσκονται στην πλεονεκτική θέση να διαθέτουν πολλά φωτεινά παραδείγματα προς μίμηση από την ιστορία της Νοσηλευτικής και την ελληνική της παράδοση.

Στον Ελλαδικό χώρο η Ιστορία της Νοσηλευτικής ξεκινά με την σπάνια κι όμορφη προσωπικότητα της Βασίλισσας Όλγας, η οποία αφού αποπερατώνει την ίδρυση μιας σειράς από ιδρύματα, κατόπιν ιδρύει την πρώτη Νοσηλευτική μονάδα του «Ευαγγελισμού» και την πρώτη σχολή Νοσοκόμων το 1875, που αποτελεί και σταθμό στην Ελληνική Νοσηλευτική Ιστορία.

Στο Κεφάλαιο την Νεώτερης Ελληνικής Νοσηλευτικής Ιστορίας δεσπόζουσα μορφή αποτελεί η Αθηνά Μεσολωρά η οποία διετέλεσε για ολόκληρες δεκαετίες διευθύνουσα του Νοσοκομείου Ε. Ε. Σταυρού και της ομώνυμης σχολής από το έτος 1924.

Τρίτο σκαλοπάτι για τα ελληνικά δεδομένα είναι η ίδρυση της Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων κι επισκεπτριών του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών το 1937.

Εκτός όμως από τα παραπάνω και κάποιες άλλες χρονολογίες σηματοδοτούν το χώρο της Νοσηλευτικής. Οι σημαντικότερες από αυτές είναι το 1923 που συντελείται η σύσταση του ΕΣΔΕΝ το 1927 που για πρώτη φορά ο Ε. Ε. Σ. αντιπροσωπεύεται από απόφοιτές του στον ΕΣΔΕΝ και τέλος το 1929 όταν ο ΕΣΔΕΝ γίνεται επίσημα μέλος του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσοκόμου (I.C.N.)

Η Νοσηλευτική σήμερα: Το ανθρώπινο δυναμικό της Νοσηλευτικής θα μπορούσε κάλλιστα να χαρακτηριστεί ως μωσαϊκό πλέγμα, καθώς απαρτίζεται από άτομα προερχόμενα από διάφορες μορφωτικές εστίες με διαφορετικό γνωσιολογικό επίπεδο. Η κατάσταση αυτή δικαιολογεί την ύπαρξη των Διπλωματούχων Αδελφών με τριετή τουλάχιστον στη Νοσηλευτική εκπαίδευση, σπουδάστριες αδελφές, αδελφές μονοετούς εκπαίδευσης πρακτικές αδελφές. Ακόμη αξιοσημείωτο είναι το γεγονός της προσχώρησης ανδρικού προσωπικού στο «γυναίκοκρατούμενο» Νοσηλευτικό λειτούργημα.

Μετά απ' όλα αυτά γίνεται αντιληπτό ότι το πλήθος αυτών των ανθρώπων έχει διαφορετικές ηλικίες και κουβαλά διαφορετικές εμπειρίες και γνώσεις. Το κοινό σημείο όλων αυτών θα πρέπει να είναι η μέριμνα για τον άνθρωπο – ασθενή, για τη φροντίδα που υποχρεούται να του παράσχουν για το ψυχικό κάλλος που καλούνται να διαθέτουν, για να βοηθήσουν τον πάσχοντα συνάνθρωπό τους όχι μόνο σωματικά, ακολουθώντας κάποια αγωγή, αλλά και ψυχικά.

Η Ανώτερη Νοσηλευτική εκπαίδευση βασίζεται στη χορήγηση κρατικού πτυχίου αναγνωρισμένο μετά την τριετή εκπαίδευση και εξάμηνη πρακτική άσκηση (Τ. Ε. Ι.) και τροφοδοτεί τα ιδρύματα με Νοσηλευτικό Προσωπικό υψηλών απαιτήσεων. Ακόμη και η Ανώτερη Πανεπιστημιακή Σχολή Νοσηλευτικής απ' όπου αποφοιτούν νοσηλεύτριες της Εκπαίδευσης και της Διοίκησης.

Μετά τα όσα προηγήθηκαν αβίαστα καταλήγει κανείς στο συμπέρασμα ότι το ιδεώδες που διέπει το Νοσηλευτικό πνεύμα είναι η αγάπη, η θυσία και η προσφορά για το συνάνθρωπο. Κι αυτό γιατί ο άνθρωπος σαν το τελειότερο δημιούργημα δικαιούται να χαρεί τη ζωή υγιής, αρτιμελής και η προσπάθεια αυτή είναι μια έμπρακτη μαρτυρία κι έργο ανθρώπων με υψηλή συναίσθηση της κοινωνικής ευθύνης.

Αναλογιζόμενος κανείς όλα τα παραπάνω, διερωτάται πως είναι δυνατό ένα επάγγελμα – λειτούργημα να τυγχάνει την κοινωνική περιφρόνηση – κατά κάποιον τρόπο – παρατηρούμενη στο νοσηλευτικό ιδιαίτερα προσωπικό κι αφήνοντας ανεπηρέαστο το χώρο της ιατρικής, η οποία γνωρίζει και εξακολουθεί να γνωρίζει μεγάλη πρόοδο.

Η απάντηση σ' αυτό το ερώτημα είναι δυστυχώς απογοητευτική για το νοσηλευτικό προσωπικό. Η πολιτεία φρόντισε να κατοχυρώσει νομικά τους λιγοστούς γιατρούς που υπήρχαν αρχικά, λόγω μεγάλης έλλειψης. Αυτό επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι «γιατρός» τιτλοφορείται ο επιστήμονας που έχει αποπερατώσει το συγκεκριμένο χρόνο σπουδών κι όχι ο κάθε πρακτικός ασκούμενος πολίτης που ίσως ασχολείται με τη μέθοδο εμπειρίας. Δυστυχώς δε συμβαίνει το ίδιο και με τους νοσηλευτές. Ως Νοσηλεύτης-τρια χαρακτηρίζεται η διπλωματούχος αδελφή αλλά και κάθε πρακτική – εμπειρική χωρίς έστω στοιχειώδη νοσηλευτική μόρφωση.

Η πολιτεία όχι μόνο ανέχεται, αλλά και αναγνωρίζει επίσημα τα εμπειρικά αυτά πρόσωπα ως νοσηλευτικό δυναμικό της χώρας.

Ο Νοσηλευτικός κλάδος πρέπει κάποτε να τοποθετηθεί στη θέση που του ανήκει κοινωνικά, φιλοσοφικά, ιστορικά και ν' αναλάβει πλήρως τις ευθύνες του επαγγέλματός του που ασκείται παράλληλα με την ιατρική και την ιατρική Τεχνολογία.⁷

Κλάδος λοιπόν της αναπτυσσόμενης σταδιακά νοσηλευτικής επιστήμης είναι η νοσηλευτική ψυχικής υγείας.

1.2 Η Νοσηλευτική της ψυχικής υγείας

Η νοσηλευτική της ψυχικής υγείας είναι η παρεχόμενη φροντίδα στα άτομα που έχουν ψυχική ασθένεια με σκοπό την ανεξαρτησία και την επαναφορά της αξιοπρέπειάς τους.³

Η ψυχιατρική νοσηλευτική είναι ένας κλάδος της νοσηλευτικής που για την εξάσκησή της η / ο νοσηλεύτρια/της χρησιμοποιεί: α) την προσωπικότητάς της, β) τις γνώσεις της, γ) το θεραπευτικό περιβάλλον, για να φέρει αλλαγές στις σκέψεις, στα συναισθήματα και στη συμπεριφορά του ασθενούς.

Η ειδικότητα της ψυχιατρικής νοσηλευτικής επιδιώκει:

A) να βοηθήσει τη νοσηλεύτρια να αναπτύξει την ικανότητα νοσηλευτικής αξιολόγησης του ψυχικά ασθενούς με την παρατήρηση και την επικοινωνία μαζί του, με την κατάρτιση και την εφαρμογή σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας σε συγκεκριμένο ασθενή, με βάση τα ευρήματα της αξιολόγησης και της εκτίμησης των αποτελεσμάτων της νοσηλείας

B) να καλλιεργήσει δεξιότητες στη δημιουργία και διατήρηση θετικών διαπροσωπικών σχέσεων, τις οποίες θα χρησιμοποιεί στη νοσηλεία ασθενών και στην πρόληψη της ψυχικής νόσου

Γ) να προσαρμόσει και να εφαρμόσει τις αρχές της ψυχικής υγιεινής και ψυχιατρικής νοσηλευτικής στην γενική νοσηλευτική, κύριο

έργο της ψυχιατρικής νοσηλεύτριας είναι η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Για να γίνει περισσότερο κατανοητός ο ρόλος της ψυχιατρικής νοσηλεύτριας είναι απαραίτητο να καθοριστεί η έννοια της ψυχικής υγείας και της ψυχικής νόσου.

Ψυχική υγεία είναι η ολοκληρωτική και αρμονική λειτουργία της όλης προσωπικότητας.

Η Dr. Jahoda υποστηρίζει ότι δεν είναι αρκετό να πούμε ότι η ψυχική υγεία είναι η απουσία της ψυχικής νόσου. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία από τον έναν πολιτισμό στον άλλο ως προς τα ποία είδη παρεκκλίσεων από τη φυσιολογική συμπεριφορά μπορούν να θεωρηθούν όχι φυσιολογικά.

Σύμφωνα με την Dr. Jahoda έξι έννοιες είναι στενά συνδεδεμένες με την ψυχική υγεία του ατόμου: α) οι απόψεις του ατόμου απέναντι στον εαυτό του, β) ο τρόπος και ο βαθμός της ανάπτυξης του ατόμου, γ) η προσωπικότητα του ατόμου, δ) ο βαθμός της ανεξαρτησίας του ατόμου από τις κοινωνικές επιδράσεις, ε) η επάρκεια με την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα και στ) η κυριαρχία του ατόμου στο περιβάλλον του.

Χρησιμοποιώντας το πλαίσιο αυτό για τις έννοιες που συνιστούν την ψυχική υγεία, μπορούμε να πούμε ότι το ψυχικά υγιές άτομο έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και μια ρεαλιστική ιδέα για τις ικανότητές του.

Η προσωπικότητά του είναι ολοκληρωμένη δείχνοντας ότι έχει κατορθώσει μια ικανοποιητική ισορροπία μεταξύ των συνειδητών και ασυνειδητών δυνάμεων που το παρακινούν να κάνει κάτι.

Παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία ψυχικής νόσου

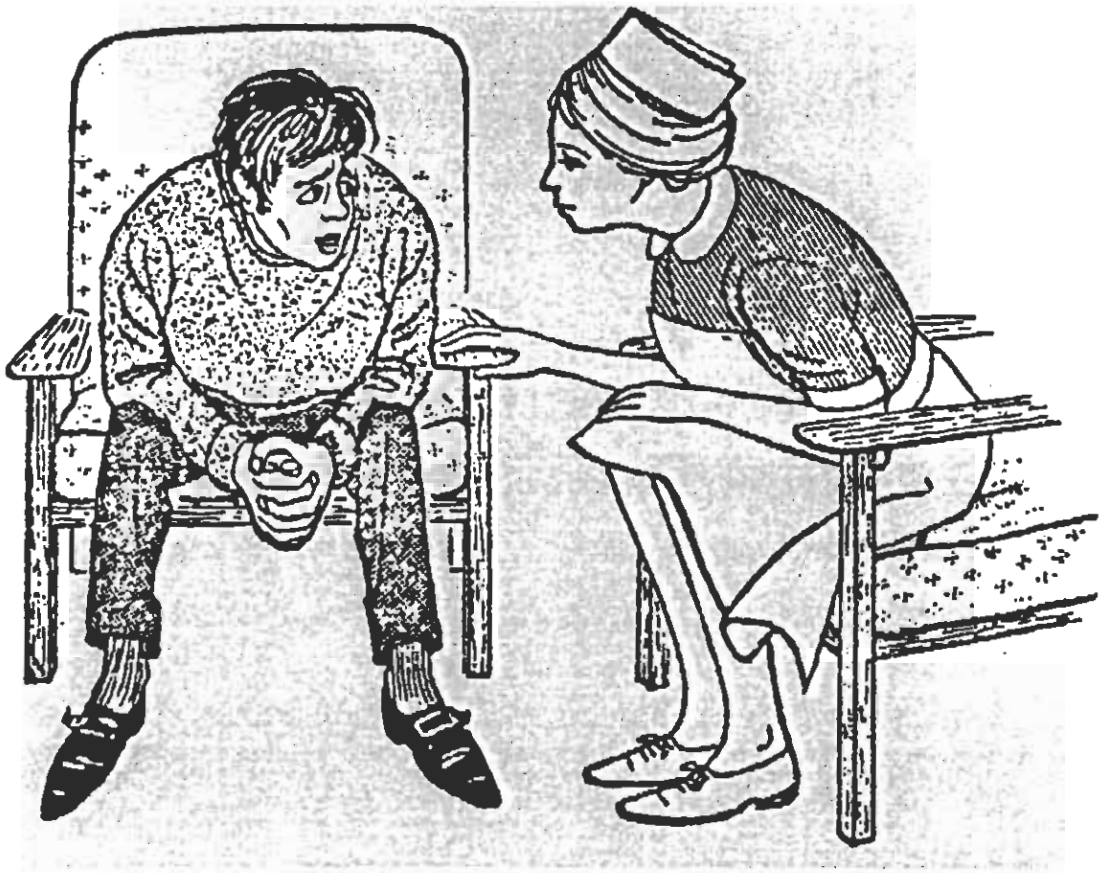
Οι παράγοντες που οδηγούν στη δημιουργία ψυχικής νόσου είναι:

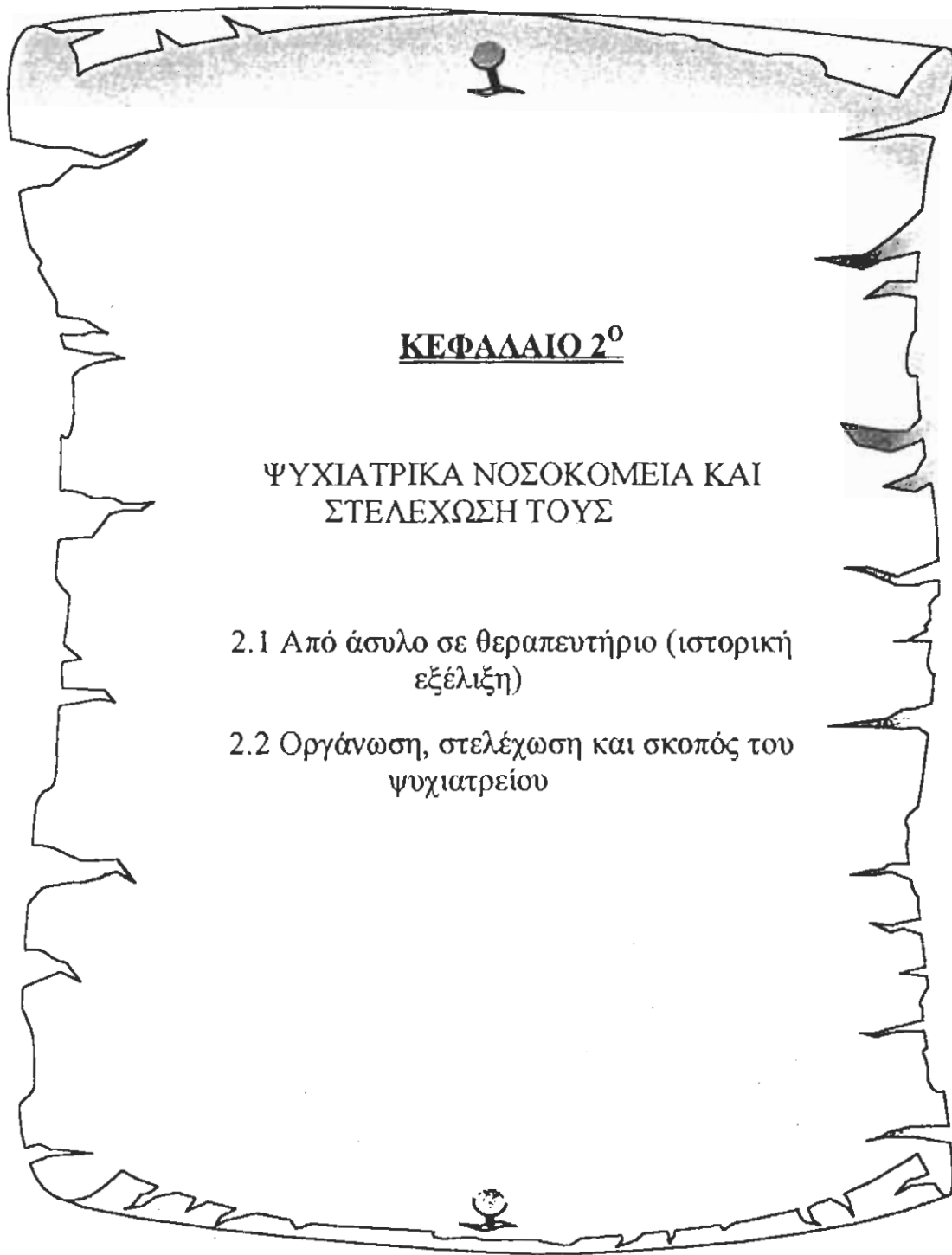
Κληρονομικοί, οργανικοί (ενδοκρινικοί, μεταβολικοί, βιοχημικοί), ενδοπροσωπικοί, διαπροσωπικοί-οικογενειακοί (ψυχογεννητική άποψη), κοινωνικοί, πολιτιστικοί, πολυπαραγοντική άποψη (θεωρείται η επικρατέστερη και συμπεριλαμβάνει όλους τους παραπάνω παράγοντες).

Όταν η ισορροπία των παραγόντων αυτών διαταραχθεί, προκύπτει ως αποτέλεσμα η εμφάνιση: α) στρες: στο άτομο, που προκαλεί «νευρικές» αντιδράσεις, όπως άγχος ή κατάθλιψη, που συνοδεύονται συχνά από διαταραχή των βιολογικών λειτουργιών, όπως του ύπνου και της όρεξης, β) στους γύρω από το άτομο, που προκαλείται από περίεργη συμπεριφορά και προκαλεί διάγνωση «διαταραχή προσωπικότητας».

Συνδυασμός των παραπάνω κάνει το άτομο να μην προσαρμόζεται στο περιβάλλον του, δημιουργώντας στρες στον εαυτό του και στους γύρω του, με αποτέλεσμα την εμφάνιση κάποιας ψυχικής νόσου.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες το άτομο έχει ανάγκη φροντίδας από ειδικευμένα άτομα (ψυχιατρικούς νοσηλευτές) και στις βαρύτερες περιπτώσεις νοσοκομειακής περίθαλψης.⁸





ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και στελέχωση τους

2.1 Από άσυλο σε θεραπευτήριο (ιστορική εξέλιξη)

Τόσο στην αρχαία εποχή όσο και αργότερα, η ψυχιατρική αρρώστια αντιμετωπίστηκε, γενικά, με πολύ λίγη κατανόηση ή φροντίδα. Σε μη επικίνδυνες περιπτώσεις, ο άρρωστος αφηνόταν στην τύχη του, να τριγυρίζει αργόσχολος στην αγορά ή στην ύπαιθρο, παραμελετημένος, περιφρονημένος και πολλές φορές κατατρεγμένος. Όταν ο άρρωστος αντιδρούσε με βιαιότητα, τον έδερναν, τον έδεναν με αλυσίδες ή τον περιορίζαν σε ανήλιους χώρους, υπόγεια ή κοινές φυλακές. Καθώς υπήρχε η αντίληψη ότι η πάθησή του προερχόταν από τους θεούς, εάν εγκληματούσε τον θεωρούσαν μεν νομικά υπεύθυνο, αλλά δεν τον τιμωρούσαν, εξορίζοντάς τον απλώς από την πόλη ή υποχρεώνοντάς τον να υποστεί εξιλαστικές δοκιμασίες σε κάποιο ναό ή Ασκληπιείο.

Φυσικά, υπήρξαν άτομα και εποχές που κράτησαν μια πιο πολιτισμένη στάση απέναντι στους ψυχικούς αρρώστους, που κατάλαβαν πως η βία και ο καταναγκαστικός περιορισμός όχι μόνο δεν έλυναν το πρόβλημα αλλά το έκαναν χειρότερο. Και φρόντισαν να δοθεί στους αρρώστους αυτούς κάτι περισσότερο από ένα άσυλο μια ψυχοθεραπευτική αγωγή και ένα ανθρώπινο περιβάλλον, ένα ψυχοθεραπευτήριο.

Από τις αρχές του Μεσαίωνα ως το τέλος των Σταυροφοριών, στα περίχωρα των πόλεων κυριαρχούσαν τα λεπροκομεία οι χώροι των «ζωντανών νεκρών». Αλλά μετά τον 15^ο αιώνα όλα αδειάζουν, καθώς η λέπρα εξαφανίζεται από τη Δυτική Ευρώπη.

Τελικά το ρόλο των λεπρών στη συνείδηση του κόσμου ως κοινωνικών αποβλήτων, ακαθάρτων και αμαρτωλών, θα πάρουν οι τρελοί.

Το «πλοίο των τρελών» που αρμενίζει ακυβέρνητο στους ποταμούς της Ευρώπης, γίνεται κοινό θέμα της τέχνης στην Αναγέννηση. Τέτοια πλοία, φορτωμένα με τρελούς, αποδιωγμένους από τις πόλεις, που γυρεύουν άσυλο κάπου αλλού ή κάποιον τόπο προσκυνήματος που θα τους βοηθούσε να ξαναβρούν το χαμένο λογικό τους, αντανακλούν την πραγματικότητα της εποχής. Αλλά υπάρχουν και μέρη, όπως η Νυρεμβέργη και η βελγική πολίχνη Γκίελ που, χωρίς να είναι τόποι προσκυνήματος, γίνονται κέντρα συγκεντρώσεως ψυχικών αρρώστων, στα οποία και αν δεν τους προσφέρουν περίθαλψη, τους ανέχονται, συντηρώντας τους από τον προϋπολογισμό τους. Σε κάποια στιγμή,

ωστόσο, το «πλοίο των τρελών» εξαφανίζεται, για να πάρει τη θέση του το «νοσοκομείο των τρελών».

Το πρώτο γενικό νοσοκομείο ιδρύθηκε στο Παρίσι το 1586, και ανάλογα ιδρύματα δημιουργήθηκαν σε λίγο σε ολόκληρη την Ευρώπη. Τα ιδρύματα αυτά, στην καλύτερή τους έκφραση λειτουργούσαν ως αναμορφωτήρια, ενώ στην χειρότερη και πιο συνηθισμένη τους μορφή δεν ήταν παρά απομονωτήρια ή κάτεργα για τους άνεργους φτωχούς, αλήτες, ζητιάνους και, γενικά, τους απροσάρμοστους της κοινωνίας, ανάμεσα στους οποίους όλων των ειδών ψυχιατρικοί άρρωστοι. Υπολογίζεται ότι το ένα δέκατο αυτών που συλλαμβάνονταν στο Παρίσι για να κλειστούν στο γενικό νοσοκομείο ήταν τρελοί. Οι εγκάθειρκτοι ήταν υποχρεωμένοι να δουλεύουν, και όταν δεν υπάκουαν τους τιμωρούσαν.

Το ίδρυμα μιας τέτοιας εγκαθέρξεως, που σκοπός της ήταν η εξάλειψη της εποπτείας, αντικατέστησε στη συνείδηση του κόσμου τα λεπροκομεία. Γύρω στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, οι ίδιοι χώροι θα χρησιμοποιηθούν, σχεδόν αποκλειστικά, για την απομόνωση των τρελών και συφιλιδικών. Τέτοια ιδρύματα ήταν και τα Νοσοκομεία της Μπισέτρ και της Σαλπετριερ στο Παρίσι, που αναμόρφωσε τον καιρό της Γαλλικής Επανάστασεως ο Πινέλ.

Νοσοκομεία ειδικά για ψυχιατρικούς αρρώστους οργανώθηκαν στην Ισπανία κατά το πρότυπο των αραβικών, της Περσίας και της Αιγύπτου από τις αρχές του 15^{ου} αιώνα ή και νωρίτερα. Το πρώτο κατά τα φαινόμενα, ψυχιατρικό ίδρυμα στην Ευρώπη ήταν το Νοσοκομείο Βηθλεέμ στο Λονδίνο. Γνωστό καλύτερα ως Μπέντλαμ, Ιδρύθηκε το 1247 και άρχισε να δέχεται ψυχιατρικούς αρρώστους το 1377. Διατηρήθηκε για πολλούς αιώνες και, αν δεν ήταν από την αρχή, κατάντησε να γίνει κακόφημο άσυλο, όπου επικρατούσε η εκμετάλλευση και η κακομεταχείριση των ψυχιατρικών αρρώστων, τους οποίους η διεύθυνση επιδείκνυε με εισιτήριο τις Κυριακές σαν περίεργα ζώα σε θηριοτροφείο. Η λειτουργία και συντήρηση άλλωστε ενός τέτοιου ιδρύματος- ενός φρενοκομείου, όπως σωστά επικράτησε να λέγεται στον τόπο μας- είχε από την αρχή ως σκοπό την απαλλαγή της κοινωνίας από την ενοχλητική παρουσία των τρελών ανάμεσά τους και κατά δεύτερο λόγο την προστασία και συντήρησή τους κάτω από υποφερτές συνθήκες. Και ήταν ο δεύτερος αυτός λόγος που, αργά ή γρήγορα, χανόταν από τη συνείδηση των υπευθύνων για τη λειτουργία αυτών των ιδρυμάτων, καθώς επικρατούσε η κερδοσκοπία και η περιφρόνηση για τις ανάγκες ατόμων που θεωρούνταν ως υπάνθρωποι, αν όχι ως τέρατα της φύσεως. Και η κοινωνία εύκολα ξεχνούσε όντα που της προξενούσαν ντροπή ή φόβο. Ιδιωτικά οικοτροφεία που δημιουργήθηκαν από εύπορες οικογένειες για τους συγγενείς τους και στην Αγγλία ιδίως υπήρξαν από νωρίς αρκετά είχαν στο τέλος την ίδια τύχη.

Η μεταχείριση των αρρώστων μέσα και έξω από τα γενικά νοσοκομεία και τα ψυχιατρικά άσυλα είναι φυσικό να αντανakλά τις προκαταλήψεις και γενικά την αντίληψη που έχει η κοινωνία για τις ψυχιατρικές διαταραχές. Και δεν είναι απίθανο η αντίληψη αυτή να αντιπροσωπεύει μια αντίδραση των λαϊκών μαζών στην πολιτική καταπίεση, οικονομική εκμετάλλευση και ηθική εξαχρείωση που επιβάλλει μια ταξικά προσανατολισμένη, λιγότερο ή περισσότερο ολιγαρχική εξουσία.

Από την άλλη μεριά, υπάρχει η άποψη ότι η κακομεταχείριση των ψυχιατρικών αρρώστων εγκλείει μια πρόθεση παραδειγματισμού από μέρους της εξουσίας για όλα τα απροσάρμοστα στην ουσία ανυπότακτα μέλη της κοινωνίας. Ακραία απόρροια μιας τέτοιας θεωρίας είναι η ιδέα ότι βαριές ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, συνιστούν ατομικές περιπτώσεις μιας ασύνειδης, αλλά ουσιαστικά πολιτικής διαμαρτυρίας εναντίον μιας αντιφατικής, ανταγωνιστικής, ψυχικά καταπιεστικής κοινωνικής δομής πέρα από οποιονδήποτε ταξικό ή δογματικό προσανατολισμό. Η έλλειψη ουσιαστικής θεραπείας, ο περιορισμένος χώρος σε σχέση με τον μεγάλο αριθμό ψυχιατρικών αρρώστων που χρειάζονται νοσηλεία και ο μικρός σχετικά αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού δημιουργούσαν ανέκαθεν – όπως συμβαίνει συχνά και σήμερα – συνθήκες εξαθλίωσης και καταπίεσμού, επιδεινώνοντας την κατάσταση των αρρώστων που κλείνονταν στα διάφορα άσυλα, έτσι που στο τέλος τα άτομα αυτά να χάνουν κάθε ανθρωπιά και ελπίδα επιστροφής στην ανοιχτή κοινωνία.

Γύρω στα τέλη του 18^{ου} και αρχές του 19^{ου} αιώνα, κάτω από την επίδραση που είχαν στην ευρωπαϊκή κοινωνία η βιομηχανική εξέλιξη και η Γαλλική Επανάσταση, εμφανίστηκε μια σειρά από μεταρρυθμιστές, όπως ο Πινέλ στη Γαλλία, ο Τσιαρούτζι στην Ιταλία και ο Ουίλλιαμ Τιουκ στην Αγγλία, που κατόρθωσαν να βελτιώσουν σημαντικά τις συνθήκες των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Ο Πινέλ που ελευθέρωσε από τις αλυσίδες τους αρρώστους των γενικών νοσοκομείων Μπισέτρ και Σαλπετριέρ, καθιέρωσε επίσης τη λήψη ψυχιατρικών ιστορικών και τη συντήρηση αρχείων με την πρόοδο της καταστάσεως των ασθενών, στους οποίους πρόσφερε ένα είδος υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας, που έγινε γνωστή ως ηθική θεραπεία και εξελίχθηκε στη σύγχρονη ψυχοθεραπεία.

Το μεταρρυθμιστικό κίνημα στα ψυχιατρικά νοσοκομεία πήρε διαστάσεις εναντίον κάθε βίας στη μεταχείριση των ψυχικά αρρώστων.

Στην Αγγλία προπάντων, αλλά και στη Βόρεια Αμερική, εφαρμόστηκε με ενθουσιασμό και συνέπεια ένα σύστημα νοσοκομειακής θεραπείας με βάση την κατανόηση των βασικών αναγκών του ανθρώπου για ασφάλεια, σεβασμό και αγάπη. Το σύστημα αυτό προνοούσε την οργάνωση ομάδων απασχόλησης με δημιουργική εργασία, ψυχαγωγία

και προσωπική καθοδήγηση μέσα σε κτίρια που δεν έπρεπε να έχουν περισσότερα από 250 κρεβάτια και που η αρχιτεκτονική τους ήταν ειδικά σχεδιασμένη για τη νοσηλεία των ψυχικά αρρώστων. Για λόγους περίπλοκους, το κίνημα στο τέλος εκφυλίστηκε και τα περισσότερα νοσοκομεία που συνεργάστηκαν στην εφαρμογή της ηθικής θεραπείας κατάντησαν να ξαναγίνουν άσυλα με όλη τη δυσάρεστη σημασία της λέξης.

Βασικά, η αποτυχία του πειράματος μπορεί να αποδοθεί στην πολιτική σκοπιμότητα, που επέτρεψε και πάλι, ή μάλλον επιδίωξε, να εξυπηρετηθούν άλλες ανάγκες, οικονομικά και κοινωνικά πιο επείγουσες όπως η στέγαση άπορων πολιτών και ανήμπορων μεταναστών μέσα στα κτίρια και στις κοινωνίες των ψυχικά αρρώστων.

Μια καινούργια προσπάθεια να αναμορφωθούν τα ψυχικά ιδρύματα έγινε κατά τις αρχές του αιώνα μας στην Αμερική, όταν ένας μανιοκαταθλιπτικός άρρωστος ο Κλίφορντ Μπήαρς, δημοσίευσε τη δραματική εμπειρία της νοσηλείας του σε δημόσιο ψυχιατρείο της Βοστώνης, οργανώνοντας το Κίνημα Ψυχικής Υγείας στην Κοινότητα, που για πολύ καιρό άσκησε σημαντική επίδραση με διαλέξεις, δημοσιεύματα και πολιτικούς αγώνες στη Β. Αμερική. Μια πιο πρόσφατη προσπάθεια ξεκίνησε από ορισμένα ιδρύματα ιδιωτικά, όπως οι Ψυχιατρικές κλινικές Μέννινγκερ και Τσέστναντ Λοντζ στις Ηνωμένες Πολιτείες, η κλινική του Ζίμμελ, μαθητή του Φρόιντ, στο Βερολίνο, και του Μπίνσβανγκερ, μαθητή του Μπλόνλερ, στην Ελβετία, που στηρίχτηκαν πάνω στην ψυχαναλυτική θεωρία.

Οι ιδέες του Φρόιντ είχαν πολύ μικρότερη επίδραση στη λειτουργία των μεγάλων δημόσιων ψυχιατρικών ιδρυμάτων τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική, που παρέμειναν ουσιαστικά στον τύπο του παραδοσιακού ασύλου, ενός χώρου όπου κλείνονταν ψυχωτικοί άρρωστοι για χρόνια, περισσότερο για την προφύλαξη και την ευκολία της κοινωνίας, παρά για τη θεραπεία της αρρώστιάς τους. Εκείνο που έφερε τη μεγάλη αλλαγή ήταν η ανακάλυψη και εφαρμογή των ψυχοφαρμάκων στις αρχές της δεκαετίας του 1950, που επέτρεψε το ξεκλείδωμα των ψυχιατρικών νοσοκομείων την έξοδο ή μάλλον την απόλυση ενός σημαντικού αριθμού χρόνιων αρρώστων, τη δημιουργία κέντρων ψυχικής υγείας στην κοινότητα και την εγκαθίδρυση ψυχιατρικών μονάδων σε γενικά νοσοκομεία.

Στο Βυζάντιο τους τρελούς τους έκλειναν σε κοινά νοσοκομεία, Αν ύστερα από τρία χρόνια δεν είχαν γίνει καλά, τους έκλειναν σε ξενώνες μοναστηριών. Πριν από τη δημιουργία του σύγχρονου ελληνικού κράτους και για αρκετά χρόνια αργότερα, οι ψυχιατρικοί άρρωστοι έβρισκαν καταφύγιο, ή πιο συχνά απομακρύνονταν, σε κάποιο από τα διάφορα μικρά ή μεγάλα μοναστήρια που υπάρχουν διάσπαρτα στην ελληνική ύπαιθρο. Το γνωστό μοναστήρι

του Δαφνίου, στα περίχωρα της Αθήνας, που κατά τον ιστοριοδίφη Δημ. Γρ. Καμπούρογλου χρησίμευσε ως επίσημο ψυχιατρικό άσυλο από το 1833 ως το 1885, λέγεται ότι δεχόταν άτομα που χρειάζονταν ψυχιατρική περίθαλψη («ψυχής ιατρείαν») από τον καιρό που ιδρύθηκε η μονή, γύρω στον 11^ο αιώνα. Το μοναστήρι, εξάλλου του Αγ. Γερασίμου έξω από το Αργοστόλι της Κεφαλονιάς, με τη θαυματουργή φήμη του Αγίου, που φέρεται ως προστάτης των τρελών, συγκέντρωσε από το Μεσαίωνα και δέχεται ακόμα ψυχιατρικούς αρρώστους απ' όλη την Ελλάδα.

Το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο στην Ελλάδα ιδρύθηκε το 1838 από την αγγλική κατοχική διοίκηση στην Κέρκυρα, σε κτίριο που στέγαζε στρατιωτικές φυλακές, και λειτουργεί ακόμα εκεί, ενώ άλλα παρόμοια ιδρύματα σε νησιά του Αιγαίου, όπως η Σάμος και η Σύρος, έχουν από καιρό κλείσει. Το ψυχιατρείο Κέρκυρας είχε την καλή τύχη να γνωρίσει ως διευθυντή της έναν από τους πιο προοδευτικούς και ευσυνείδητους γιατρούς της εποχής, το Χρίστο Τσιριγώτη, που η φήμη του βοήθησε να γίνει ο πρώτος διευθυντής ενός άλλου, πρωτοποριακού ψυχιατρικού ιδρύματος στην Ελλάδα, του Δρομοκαϊτείου Θεραπευτηρίου, ιδρύματος δημοσίου δικαίου, που άνοιξε το 1887 στην περιοχή του Δαφνίου. Το 1905, με κληροδότημα του καθηγητή της Αστρονομίας Δημητρίου Αιγινήτη, ιδρύθηκε η πρώτη Πανεπιστημιακή κλινική στην Ελλάδα, το Αιγινήτειο Νοσοκομείο, στο γνωστό κτίριο της λεωφόρου Βασιλίσσης Σοφίας, που τώρα πια είναι στο κέντρο της Αθήνας.

Το 1862, το ελληνικό κράτος αποφάσισε την ίδρυση «φρενοκομείων προς συντήρησιν και θεραπείαν των φρενοβλαβών». Αλλά χρειάστηκε να περάσουν πάνω από εξήντα χρόνια για να ιδρυθεί το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών, μια σειρά από ξύλινα παραπήγματα απέναντι από τη μονή του Δαφνίου, που δέχτηκε τους πρώτους του αρρώστους με μεταφορά από το δυστόνυμο άσυλο της Αγίας Ελεούσας, στο Φαληρικό Δέλτα, το 1928. Το δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών ή, όπως ονομάζεται σήμερα, το Κρατικό Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών, σχεδιάστηκε με πρότυπο τη φημισμένη κλινική Μπουρκχόλζλι της Ζυρίχης, ως αγροτικό άσυλο με προοπτική προγράμματος εργασιοθεραπείας. Αλλά η αλματική αύξηση χρόνιων ψυχωτικών αρρώστων και τοξικομανών ματαίωσε το αρχικό σχέδιο.

Λίγο πριν από τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο προτάθηκε η ίδρυση πανεπιστημιακής κλινικής από 500-600 κρεβάτια ώστε στο Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών να παραμείνουν μόνο οι χρόνιοι, ανίατοι και επικίνδυνοι άρρωστοι. Αν και η πρόταση ακούστηκε με ευμένεια από τους αρμόδιους, για λόγους οικονομικούς και διοικητικούς απορρίφθηκε. Στο τέλος του πολέμου, ο υπερκορεσμός των νοσοκομείων από κάθε είδος ψυχιατρικών αρρώστων οδήγησε στη δημιουργία μιας πρώτης αποικίας ανιάτων στις εγκαταστάσεις του Λοιμοκαθαρητίου Σαλαμίνας

«Άγιος Γεώργιος» και από το 1965 στην αποικία Ψυχοπαθών Λέρου στο Νοτιανατολικό Αιγαίο, που γρήγορα απέκτησε τη φήμη παραμελημένου ασύλου. Δυο κάπως μικρότερα ψυχιατρικά νοσοκομεία, το ένα πανεπιστημιακό στη Θεσσαλονίκη και το άλλο δημόσιο στα Χανιά, αν και λειτουργούσαν από το 1920, οργανώθηκαν ύστερα από το 1930. Δημόσια ψυχιατρεία με περιορισμένες θεραπευτικές δυνατότητες υπάρχουν επίσης στην Τρίπολη και στην Πέτρα Ολύμπου.

Αρχικά ως παράρτημα του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και πιο πρόσφατα του Πανεπιστημίου Θράκης λειτουργεί από το 1981 ψυχιατρική κλινική στην Αλεξανδρούπολη. Εντελώς πρόσφατα, άρχισαν να λειτουργούν ψυχιατρικές κλινικές στα Πανεπιστήμια Ιωαννίνων (1983) και Πάτρας (1987).

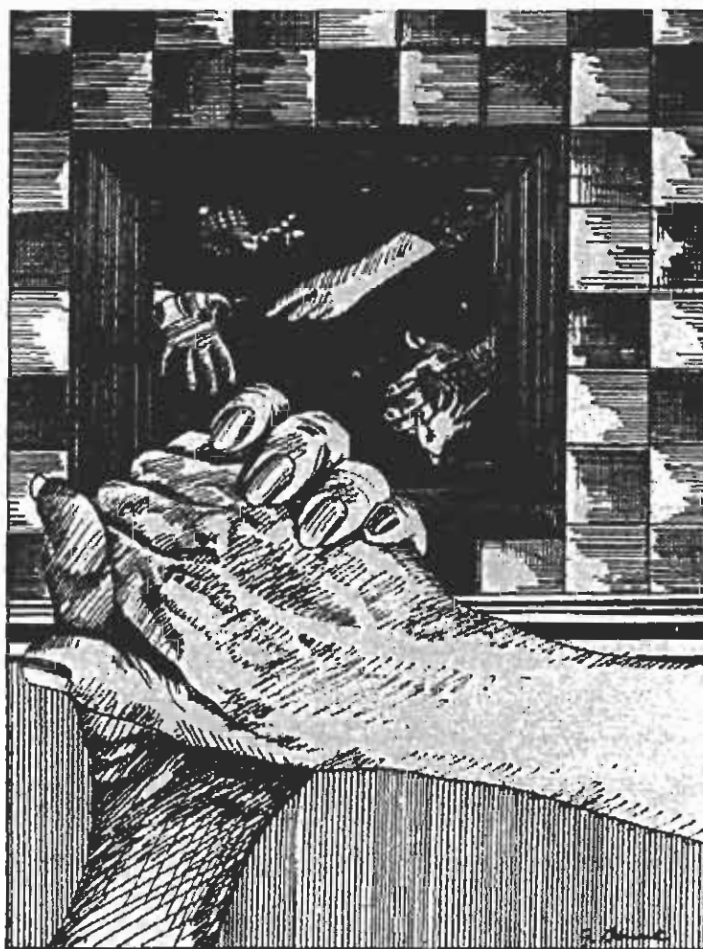
Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι από τις πιο ταλαιπωρημένες, για να μεταχειριστώ έναν συγκαταβατικό όρο, ανάμεσα στα διάφορα διοικητικά τμήματα που είναι υπεύθυνα για διεκπεραίωση της δημόσιας υγείας στη χώρα, αρχίζοντας από την άνιση κατανομή των ψυχιάτρων, ψυχιατρικών κρεβατιών και εξωτερικών ή αγροτικών ιατρείων. Τρεις στους πέντε περίπου ψυχιάτρους από το σύνολο των 800 περίπου ειδικευμένων στη νευροψυχιατρική που εξασκούν την ψυχιατρική στην Ελλάδα είναι συγκεντρωμένοι στην περιοχή της Αθήνας, ενώ πολλά διοικητικά διαμερίσματα στη χώρα μένουν εντελώς χωρίς ψυχιατρική περίθαλψη.

Η κατανομή των ψυχιατρικών κρεβατιών ακολουθεί ένα παρόμοιο σχήμα. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 υπήρχαν περί τα 13.500 ή 1,5 κρεβάτια ανά 1000 κατοίκους στη χώρα, διασκορπισμένα σε 57 ψυχιατρικά ιδρύματα: εννέα δημόσια ψυχιατρεία με 8000 περίπου κρεβάτια και 44 ιδιωτικές κλινικές με 4.150 περίπου κρεβάτια. Τα μισά σχεδόν από αυτά τα κρεβάτια βρίσκονταν στην περιοχή της πρωτεύουσας. Αν λάβει κανένας υπόψη του ότι τα μεγαλύτερα ψυχιατρικά νοσοκομεία στις επαρχίες το ένα στην Πέτρα Ολύμπου και το άλλο στη Λέρο, είναι στην ουσία άσυλα για χρόνιους αρρώστους, οι άμεσες ανάγκες ενός 60% του πληθυσμού της χώρας καλύπτεται από ένα 24% των διαθέσιμων κρεβατιών. Θα πρέπει ακόμα κανένας να επισημάνει την ανεπάρκεια ειδικευμένου κλινικού προσωπικού.

Όταν η πλειονότητα των ψυχιατρικών αρρώστων χρειάζεται να πηγαίνει σε ιδρύματα που βρίσκονται μακριά από τα σπίτια τους και τον τόπο εργασίας, οποιαδήποτε θεραπεία και προσπάθεια για εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση γίνεται προβληματική.

Ας σημειωθεί ότι το σύνολο των νοσοκομειακών κρεβατιών στην Ελλάδα είναι περίπου 60.000, που σημαίνει πως ένας στους τέσσερις ή πέντε νοσηλευόμενους σε οποιαδήποτε στιγμή είναι ψυχιατρικός άρρωστος. Όπως σε όλο τον κόσμο, τα περισσότερα ψυχιατρικά κρεβάτια χρησιμοποιούνται για άτομα που πάσχουν από

σχιζοφρένεια, που η πρώτη της εκδήλωση κατά κανόνα συμπίπτει με την εφηβική ή πρώτη νεανική ηλικία. Αυτό δεν σημαίνει όμως ότι οι περισσότεροι που νοσηλεύονται ως σχιζοφρενείς είναι νεαρής ηλικίας, γιατί η υποτροπή της αρρώστιας και η επανάληψη της νοσηλείας της συμβαίνουν μάλλον συχνά. Αν δηλαδή τον παλαιότερο καιρό σχιζοφρενικοί άρρωστοι νοσηλεύονταν δύο ή τρία χρόνια και πολλές φορές ισόβια, στην εποχή μας, τουλάχιστον στις πιο αναπτυγμένες χώρες, μένουν μερικές εβδομάδες ή μήνες μόνο, αλλά ξαναγυρίζουν επανειλημμένα στα επόμενα χρόνια. Με άλλα λόγια, οι άνθρωποι αυτοί, σε ένα μεγάλο ποσοστό, δεν καταφέρνουν να αποκατασταθούν μόνιμα στην ανοιχτή κοινωνία. Και πολλοί από αυτούς, αν όχι όλοι, καταντούν λίγο-πολύ ψυχικά ανάπηροι.⁹



2.2 Οργάνωση, στελέχωση και σκοπός του ψυχιατρείου

Οργάνωση

Κατ' αρχήν η λειτουργία του Ψυχιατρείου απαιτεί ότι και του Γενικού Νοσοκομείου, έχει όμως και ειδικά προβλήματα, που θα προσπαθήσουμε να παρουσιάσουμε.

Στα ειδικά αυτά Νοσοκομεία ο αριθμός των κλινών είναι συνήθως* μεγάλος. Όμως οι θάλαμοι δεν ενδείκνυται να είναι μεγάλοι, πολλών κλινών, αλλά να υπάρχει υψηλή αναλογία μονόκλινων δωματίων. Τα δίκλινα δωμάτια δεν συνιστούνται ούτε τα τρίκλινα, για λόγους ασφαλείας. Έχει εκτιμηθεί ότι περισσότερο ενδεδειγμένοι είναι οι θάλαμοι μιας κλίνης ή τεσσάρων έως έξι κλινών.

Είναι αναγκαίο να υπάρχουν ευρύχωρες αίθουσες διασκέψεων. Επίσης αίθουσες εργασιοθεραπείας, φυσιοθεραπείας, χώροι αθλητισμού και ψυχαγωγίας.

Η τροφή είναι και μέσο αγωγής, γι' αυτό επιβάλλεται να είναι και αισθητικά περιποιημένη και η τραπεζαρία εμφανίσιμη και ευχάριστη. Επειδή το Προσωπικό έχει επίπονα καθήκοντα, είναι απαραίτητο να έχει κατάλληλα Γραφεία και Αναπαυτήρια. Η ατμόσφαιρα να είναι φιλική και να δίνει ευκαιρίες συμμετοχής στην κοινωνική ζωή. Φως, ήλιος, λουλούδια, εφημερίδες, περιοδικά, μουσική, χρώματα είναι απαραίτητα ιδίως στα καθιστικά δωμάτια. Το ζεστό νερό να έχει σταθερή θερμοκρασία και να μην είναι πολύ καυτό. Να έχουν ληφθεί όλα τα μέσα ασφαλείας για την απομάκρυνση των κινδύνων, που πληθύνονται όταν οι ασθενείς χάνουν τον έλεγχο των πράξεων των και αισθήσεων των. Για τούτο είναι σκόπιμο να αποφεύγονται οι ανοιχτοί εξώστες. Τα παράθυρα να είναι ασφαλισμένα. Τα σώματα της θερμάνσεως να μην είναι προσιτά ή τουλάχιστον να προστατεύονται κατάλληλα. Το ίδιο ισχύει για τους ηλεκτρονικούς διακόπτες και τις παροχές ρεύματος γενικά. Οι κλίνες να είναι χαμηλές, τα παραπετάσματα και τα κλινοσκεπάσματα να μην είναι δυνατό να μετατραπούν σε βρόγχους.

Είναι απαραίτητο να υπάρχουν όλα τα μέτρα ασφαλείας χωρίς όμως να παραβλέπονται η αισθητική του περιβάλλοντος και η ανθρωπιά.¹¹

* Τούτο στην πράξη γίνεται για λόγους οικονομικούς και όχι για το συμφέρον των ψυχασθενών. Το ιδεώδες είναι να υπάρχουν Ψυχιατρεία διασπαρμένα σε όλη την χώρα, ώστε οι ψυχασθενείς να μην απομακρύνονται από το οικείο περιβάλλον των και να ξεχνιούνται, όπως συμβαίνει σήμερα, που υπάρχουν ολιγάριθμα Ψυχιατρεία με μεγάλη δύναμη ασθενών.

Πέρα από τη συνηθισμένη μορφή του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου υπάρχει και μια άλλη δομή Ψυχικής Υγείας, το Νοσοκομείο Ημέρας – Νύχτας.

Νοσοκομείο Ημέρας: Ένα ψυχιατρικό θεραπευτικό πρόγραμμα όπου ο ασθενής περνά τη μέρα του στο Νοσοκομείο και γυρνάει σπίτι του τη νύχτα.

Νοσοκομείο Νύχτας: Ένα πρόγραμμα μερικής νοσηλείας στο οποίο οι άρρωστοι λειτουργούν στον εξωτερικό κόσμο κατά τη διάρκεια της ημέρας αλλά επιστέφουν στο νοσοκομείο τη νύχτα.¹²

Ένα δημόσιο ψυχιατρείο αποτελεί ένα ιδιαίτερο τύπο νοσηλευτικού ιδρύματος. Δεν είναι ακριβώς νοσοκομείο ούτε πάλι άσυλο με τις έννοιες που δίνονται στα παραπάνω ιδρύματα έχει όμως πολλές χαρακτηριστικές ιδιότητες και των δυο.

Το νοσοκομείο λειτουργεί με αρρώστους που βρίσκονται εκεί για κάποιο, μάλλον σύντομο χρονικό διάστημα, παρέχει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και σύμφωνα με την τελευταία λέξη της επιστήμης προσωπικό ειδικά εκπαιδευμένο έτσι ώστε να αποδίδει στην εργασία του και να ικανοποιείται απ' αυτή. Το άσυλο αποτελεί τόπο ασφάλειας και καταφύγιο για αρρώστους που ζουν εκεί για μακρό χρόνο διατηρώντας την ελπίδα ότι δεν έκλεισε οριστικά η πόρτα πίσω τους. Εκεί μπορούν να αξιοποιήσουν τα περιθώρια που άφησε η αρρώστια τους με σχετική ελευθερία και να ζήσουν τις όποιες χαρές μπορούν να γευτούν. Στο ψυχιατρείο ο χρόνος παραμονής των αρρώστων που μπαίνουν ή κλείνονται είναι κατά κανόνα μακρός ή και ισόβιος, η εκπαίδευση του προσωπικού είναι αποκλειστικά εμπειρική και παρά τις όποιες βελτιώσεις των τελευταίων δεκαετιών οι συνθήκες εργασίας και διαβίωσης είναι εξαιρετικά δύσκολες. Βέβαια αρκετοί από τους αρρώστους παίρνουν εξιτήριο και πολλοί από τους εργαζόμενους σ' αυτό επιμένουν να εξαντλήσουν κάθε δυνατότητα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας του, διαμονής και διαβίωσης των αρρώστων μαχόμενοι έναν αγώνα που φαίνεται μάταιος, συντηρεί όμως την ελπίδα.

Το ψυχιατρείο είναι χώρος όπου βλέπει κανείς πρόσωπα άδεια, χωρίς ζωή, ανθρώπων που κοιτάζουν το κενό, ανίκανοι να συντηρήσουν τον εαυτό τους σωματικά και ψυχικά. Το προσωπικό αισθάνεται βομβαρδισμένο και υπερφορτωμένο στη μεγάλη του προσπάθεια για τη φροντίδα των ανθρώπων αυτών που φαίνεται να χάνονται. Έχει ένα έντονο φόβο και απέχθεια για τη χρονιότητα, την οποία καταπολεμά πολλές φορές με μεγάλη φροντίδα και συμπάθεια, αλλά καμιά φορά με σκληρότητα. Το όλο σύστημα ιεραρχίας βέβαια ωθεί το προσωπικό στην εκτέλεση έργου ρουτίνας κι έτσι αυτό δεν βιώνει το αίσθημα της οποίας επιτυχημένης εργασίας και τη συνοδό ικανοποίηση απ' αυτή. Βιώνει όμως καθημερινά τα αίσθημα της μοναδικότητας της απώθησης και της

υποταγής της ιεραρχικής εξουσίας ούτως ώστε να της αποδίδουν το βάρος κάθε ευθύνης. Ευθύνη που ίσως δεν έχουν.

Κύρια πηγή άγχους θεωρείται η φύση του αντικειμένου η οποία προσφέρει λίγη ή καθόλου ικανοποίηση όσον αφορά την αποθεραπεία των αρρώστων αφού η ανάρρωσή τους δεν είναι σίγουρη ούτε και πάντοτε πλήρως. Η απογοήτευση που προκαλείται συναθροίζεται με τις αυξημένες ανάγκες τους τη στέρηση των προσωπικών ικανοποιήσεων, τον ανταγωνισμό και τις προστριβές μεταξύ των συναδέλφων αλλά και του λοιπού προσωπικού. Η αδελφή εκτός από το δικό της άγχος και το στρες των αρρώστων, των συγγενών τους αλλά και των συναδέλφων και του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού.

Ακόμα λόγω της έντονης ενασχόλησης και ανάμιξης με τα ιδιαίτερα ατομικά προβλήματα των αρρώστων δημιουργείται ένταση εξαιτίας της εκδήλωσης ερωτικών αισθημάτων και μεταθέσεων σ' αυτήν, με συνέπεια έντονο άγχος. Αλλά άγχη προέρχονται από τις οποίες ανεπάρκειες που αφορούν στην οργάνωση ή έλλειψη υλικού. Όλα τα παραπάνω προστίθενται στα άλλα προσωπικά ατομικά προβλήματα, που έχει ο καθένας από το προσωπικό. Η ιδιάζουσα εργασία του Νοσηλευτικού προσωπικού σ' ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο δημιουργεί μια πληθώρα αγχογόνων και στρεσογόνων ερεθισμάτων για τα οποία το προσωπικό αναπτύσσει με άλλοτε άλλη επιτυχία διαφόρους μηχανισμούς άμυνας.¹⁰

Προσωπικό

Εδώ, όσο πουθενά αλλού, χρειάζονται οι προσεγμένες Δημόσιες Σχέσεις. Ο Διοικητικός Διευθυντής θα προσέξει όλες οι επικοινωνίες του Νοσοκομείου με το κοινό, να διεξάγονται κατά τρόπο άμεμπτο. Η πρώτη επαφή, που συνήθως γίνεται για αίτηση κλίνης, θέλει μεγάλη προσοχή. Το Προσωπικό να διακρίνεται για ευγένεια και προθυμία εξυπηρέτησεως. Δεν επιτρέπεται η παραμικρή αβλεψία.

Στο Ψυχιατρείο υπάρχουν όλες οι ειδικότητες, ο αριθμός και η ποικιλία των εξαρτάται από τις ανάγκες. Χρειάζονται τουλάχιστον Ψυχίατροι, Παθολόγοι, Χειρουργοί, και εργαστηριακοί. Τα μικροβιολογικά και ακτινολογικά Εργαστήρια είναι απόλυτα αναγκαία και κάθε Ψυχίατρος αναλογεί σε 20-50 ασθενείς. Σε περίπτωση, κατά την οποία υπάρχουν άλλες Κλινικές, απαιτείται να υπάρχουν τουλάχιστον άλλες ειδικότητες σαν σύμβουλοι γιατροί για την εξυπηρέτηση των ασθενών, όπως Γυναικολόγος, Ωτορινολαρυγγολόγος, Οφθαλμίατρος, Δερματολόγος κ.λ.π. Οι ειδικοί, καλό θα είναι να έχουν προηγούμενη εμπειρία από Ψυχιατρεία.

Το Νοσηλευτικό Προσωπικό απαιτείται επίσης να είναι εξειδικευμένο. Η αναλογία είναι 1 Νοσοκόμος σε 7-8 ασθενείς με βοήθεια. Τουλάχιστον για τα Ψυχιατρεία είναι απαραίτητο να οργανωθεί και στη χώρα μας πρόγραμμα τριετούς εκπαίδευσης Ανδρών Νοσοκόμων. Επίσης όλο το Παραϊατρικό Προσωπικό έχει ανάγκη από ειδική εκπαίδευση πριν αναλάβει υπηρεσία στα Ψυχιατρεία. Συνήθως εργάζονται Φυσιοθεραπευτές, Εργασιοθεραπευτές, Επαγγελματικοί Σύμβουλοι, Θεραπευτές Λόγου, Γυμναστές και Τεχνολόγοι Εργαστηρίων.

Το Προσωπικό και εδώ οφείλει να συσκέπτεται κατά τακτικά χρονικά διαστήματα, συνήθως κάθε εβδομάδα για έρευνα και αξιολόγηση των διαφόρων περιπτώσεων και λήψη αποφάσεων.

Ο ιδρυματισμός του προσωπικού

Οι εργαζόμενοι στο άσυλο στοχεύουν στην θεραπεία του ψυχωσικού αρρώστου εκ των πραγμάτων βιώνουν την ψυχωσική διάχυση στο προσωπικό τους επίπεδο, δηλαδή μια ψυχωσική «κένωση» από τα ψυχονοητικά τους περιεχόμενα, με αποτέλεσμα να μην «κρατούν» τίποτα το καλό και δημιουργικό. Οι εργαζόμενοι έχουν επίσης ένα συναίσθημα εισβολής με την προβλητική ταύτιση, όπως λει ο Hochman (1982), κάτι που θα μπορούσε να παρομοιαστεί με «μόλυνση από την τρέλα».

Ο ιδρυματισμένος εργαζόμενος αμύνεται:

☞ Μέσα από φοβικές άμυνες (ο φόβος για τον ίδιο τον νοσηλευόμενο),

☞ Μέσα από τελετουργικές λειτουργίες (άσπρες μπλούζες, ειδικοί χώροι φαγητού κ.λ.π.)

☞ Μέσα από τον κοινωνικό ακτιβισμό, μια «υπομανία» των θεραπειών,

☞ Μέσα από τη διάσπαση του θεραπευτικού χώρου του ασύλου,

☞ Μέσα από την πρακτική της αναγκαστικής προσαρμογής σε ένα προκατασκευασμένο «εκμαγείο» Hochman (1982),

☞ Μέσα από την «αυτάρκεια» του και τη δημιουργία κλειστών και αυτόνομων ομάδων, συνήθως ανταγωνιστικών,

☞ Μέσα από την καλά οργανωμένη δομή του ιδρύματος που αποστειρώνει τους αρρώστους. Αντίθετα ένα ίδρυμα με ελλείψεις προσφέρει την εμπειρία, ώστε να καλυφθούν οι ελλείψεις με δημιουργικότητα και φαντασία. Η έλλειψη υλικών πόρων δεν σημαίνει εγκατάλειψη του αρρώστου.

Η πρόληψη του ιδρυματισμού του προσωπικού επιτυγχάνεται με μια καθορισμένη λειτουργία του ιδρύματος, η οποία ευνοεί τη δημιουργική αυτονομία των θεραπειών, έτσι οι θεραπευτές με την σειρά τους είναι σε θέση να ενισχύουν τον άρρωστο να γίνει αυτόνομος και δημιουργικός, με την τροποποίηση των ψυχοπαθολογικών δομικών στοιχείων της σκέψης κ.λ.π., προς την ομαλοποίηση, ώστε οι νοητικές του λειτουργίες να αποβαίνουν πηγή ευχαρίστησης.¹¹

Σκοποί του Ψυχιατρείου

Το Ψυχιατρείο, όπως όλα τα Νοσοκομεία, έχει τέσσερις σκοπούς: νοσηλεία, διδασκαλία, δημόσια υγιεινή και έρευνα. Το Ψυχιατρείο περισσότερο από κάθε άλλο Νοσοκομείο πρέπει να δώσει την ίδια βαρύτητα και στους τέσσερις σκοπούς. Τα γενικά Νοσοκομεία ενδέχεται να μην ασχοληθούν με έρευνα ή διδασκαλία ή και δημόσια υγιεινή ακόμη, παρά μόνο με νοσηλεία, εγκαταλείποντας τις άλλες ευθύνες σ' άλλα Νοσοκομεία, μεγαλύτερα και καλλίτερα οργανωμένα.

Τα Ψυχιατρεία όμως είναι περιορισμένα σ' αριθμό και το έργο των είναι ευαίσθητο και δεν έχουν δυνατότητα να αφήσουν άλλα Νοσοκομεία να δράσουν γι' αυτά, γιατί καθένα από αυτά έχει τη δική του περιοχή να καλύψει.

Νομίζουμε ότι για ένα Ψυχιατρείο η Δημόσια Υγιεινή- Πρόληψη της νόσου, είναι σπουδαιότερος τομέας δράσεως. Εφ' όσον είναι γνωστό ότι μεγάλο ποσοστό ψυχασθενών οφείλεται σε κακό χειρισμό παθολογικών ή χειρουργικών καταστάσεων, επίσης σε συμβάντα της παιδικής ηλικίας, νομίζουμε ότι οι Ψυχίατροι έχουν υποχρέωση να διδάξουν και να διαφωτίσουν τους άλλους γιατρούς για τις ενδεικνυόμενες ενέργειες.

Το καθήκον αυτό έχουν όχι μόνο οι Ψυχίατροι των Ψυχιατρείων, αλλά και όλοι οι Ψυχίατροι, οπουδήποτε και αν εργάζονται, είτε σε Γενικό Νοσοκομείο, είτε σε ειδικό είτε και έξω από Νοσοκομείο, είτε είναι συνταξιούχοι.

Βασικά άγχη του ψυχιατρικού προσωπικού

Τα μέλη του προσωπικού συχνά αντιμετωπίζουν το ένα το άλλο είτε με έντονη εξιδανίκευση είτε με τέλεια περιφρόνηση. Υπήρχε μεγάλος ανταγωνισμός και προστριβή μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων ιδιαίτερα μεταξύ νοσηλευτών από τη μια και γιατρών και κοινωνικών λειτουργών από την άλλη. Άλλοτε πάλι, υπήρχαν στιγμές που το προσωπικό ήταν συνεργάσιμο και συνδεδεμένο. Βοηθούσε ο ένας τον άλλο με τις διαφορετικές προσεγγίσεις τους στην κατανόηση των αρρώστων με αποτέλεσμα να υπάρχει βελτίωση στο ηθικό όλων π.χ. ψυχιατρείου.

Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας.

Μπορεί να κληθεί να διευθύνει ομαδικές συναντήσεις μελών του Προσωπικού που εργάζονται σε τμήματα με υψηλό στρες. Ο σκοπός αυτών των συναντήσεων είναι η ενθάρρυνση του Προσωπικού να συζητούν τα συναισθήματά τους, για τις δυσκολίες και οδυνηρές πλευρές της εργασίας τους ή παροχή συμβουλών – να ζητηθούν- για τη λύση ορισμένων ψυχολογικών προβλημάτων ή και συγκρούσεων κατά την εργασία και η ομαδική υποστήριξη σ' εκείνους που δοκιμάζουν έντονη ψυχική πίεση. Έτσι ο Νοσηλευτής Ψυχικής υγείας συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας της ψυχοκοινωνικής Νοσηλευτικής Φροντίδας των αρρώστων.

Τα κυριότερα προσόντα που πρέπει να έχει ένας νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι:

1. Βασικό Νοσηλευτικό Πτυχίο και πτυχίο της σχετικής ειδικότητας, κατά προτίμηση πανεπιστημιακού επιπέδου.
2. Γενικές γνώσεις και κλινική εμπειρία στη γενική Νοσηλευτική.
3. Σύγχρονες γνώσεις Νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, ψυχοπαθολογίας, ψυχιατρικής, ψυχοφαρμακολογίας.
4. Γνώση των αρχών και της τέχνης της Συμβουλευτικής.
5. Καλή συνεργασία με τους ψυχιάτρους, με όλα τα μέλη της ομάδας ψυχικής υγείας, με νοσηλευτές, αρρώστους, οικογένειες και κάθε παράγοντα που συντελεί στην υγεία.
6. Οργανωτικές, διοικητικές και ηγετικές ικανότητες.
7. Κλινική ικανότητα για την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση ψυχολογικών αναγκών, προβλημάτων και κρίσεων σε αρρώστους και προσωπικό.
8. Εξειδικευμένες δεξιότητες στην τέχνη της ακρόασης με ένα ευαίσθητο αυτί.

9. Νοσηλευτική κρίση και τόλμη λήψης Νοσηλευτικών αποφάσεων, καθώς και υπεύθυνης αυτόνομης νοσηλευτικής παρέμβασης στα νομικά πλαίσια δικαιοδοσίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

10. Ικανότητα δημιουργίας και διατήρησης υποστηρικτικών διαπροσωπικών σχέσεων με τους αρρώστους και το προσωπικό.

11. Αντικειμενικότητα, ελαστικότητα, σεβασμός, ενδιαφέρον και κατανόηση για κάθε άνθρωπο, προσωπική και επαγγελματική ωριμότητα, ευρύτητα πνεύματος, υπονομή και θάρρος.¹³

Εσωτερικά χαρακτηριστικά

Για την πετυχημένη άσκηση της Νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, ο νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει κάποια βασικά προσόντα ώστε να ασκήσει αποτελεσματικά το έργο του. Θα πρέπει λοιπόν:

- Να διαθέτει χρόνο για να ακούσει τον άρρωστο.
- Να συζητά μαζί του με ειλικρίνεια γι' αυτό που τον απασχολεί.
- Να είναι διαθέσιμος να βοηθήσει τον άρρωστο οποιαδήποτε ώρα, μέρα ή νύχτα.
- Να συμπεριφέρεται σ' αυτόν με φυσικότητα χωρίς προσποίηση ή ψυχρότητα.
- Να προστατεύει την αξιοπρέπεια του αρρώστου κατά τη σωματική εξέταση, νοσηλεία, θεραπείες.
- Να του δίνει αγάπη άνευ όρων, να δείχνει θερμό ενδιαφέρον για την κατάσταση του αρρώστου, να τον συμπονάει
- Να του εμπνέει το αίσθημα της εμπιστοσύνης με το να είναι όσο το δυνατόν πιο εχέμυθος, πιο συνεπής, πιο σταθερός.
- Να είναι ευγενικός μαζί του, να του δείχνει τρυφερότητα και στοργή.
- Να είναι προικισμένος με υπομονή και επιμονή, έτσι ώστε να υπάρχει η αφοσίωση και η αυταπάρνηση στη φροντίδα και ανακούφιση των αρρώστων.
- Να διαθέτει συνέπεια και ευθύνη: Η συνέπεια και η ευθύνη είναι βασικοί όροι στην καθημερινή υπηρεσία της νοσηλεύτριας.
- Να διαθέτει τάξη και ακρίβεια: Αυτές οι δυο έννοιες αποτελούν σπουδαιές αρετές, αρκεί να σκεφτεί κανείς τα αποτελέσματα χωρίς αυτές.

Βασική θέση μέσα στον κύκλο των προσόντων της Νοσηλεύτριας (-τη), έχουν τα διανοητικά προσόντα, χωρίς τα οποία είναι αδύνατη η άσκηση των Νοσηλευτικών καθηκόντων.

Ενδεικτικά θα αναφερθούν μερικά από αυτά, όπως: 1) Η αντίληψη, 2) Η φαντασία, 3) Η προσοχή, 4) Η μνήμη και 5) Η νόηση.

Η Νοσηλεύτρια έχοντας αυτά τα προσόντα σαν σύνολο, πρέπει να θεωρείται πλήρης έναντι των άλλων επαγγελματιών.¹⁴

Λόγοι έλλειψης Νοσηλευτικού Προσωπικού

Οι λόγοι που απαιτούν περισσότερο νοσηλευτικό προσωπικό είναι ότι όλο και πιο βαριά ασθενείς νοσηλεύονται πλέον στα νοσοκομεία λόγω της τεχνολογικής προόδου της Ιατρικής επιστήμης οι οποίοι απαιτούν μεγαλύτερη αναλογία νοσηλευτή προς ασθενή.

Επίσης το γεγονός ότι οι ασθενείς εξέρχονται γρηγορότερα για απελευθέρωση κρεβατιών απαιτεί πολύ συχνά κατ' οίκον νοσηλεία και επομένως περισσότερους νοσηλευτές για νοσηλεία στο σπίτι.

Άλλοι παράγοντες είναι ο γηρασμός του πληθυσμού, το φεμινιστικό κίνημα, που οδήγησε τις γυναίκες σε επαγγελματικές επιλογές που πριν ήταν κάστρα ανδρικά. Ακόμα, ο φόβος από την εμφάνιση του AIDS και άλλων μολυσματικών νόσων. Επίσης η έλλειψη αυτονομίας και καλής επαγγελματικής και κοινωνικής στάθμης (social status). Πολλοί νοσηλευτές παραιτούνταν λόγω έλλειψης επαγγελματικής κόπωσης (burnout).

Άλλοι λόγοι επίσης που οδηγούν στην έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού είναι οι χαμηλοί μισθοί ανάλογα με την ιδιομορφία του επαγγέλματος οι κακές συνθήκες εργασίας, το κυκλικό ωράριο και εργασία σε αργίες και Σαββατοκύριακα τα οποία δεν πληρώνονται ανάλογα.

Μέθοδοι προσέγγισης Νοσηλευτικού προσωπικού

- Οι Μέθοδοι προσέλκυσης θα πρέπει να τονίσουν την οικονομική αμοιβή την ύπαρξη ελευθέρων θέσεων και την οικονομική εξασφάλιση μιας και είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες επιρροής.

- Το Νοσηλευτικό επάγγελμα στην Ελλάδα θα πρέπει να αναπτύξει δημόσιες σχέσεις που ως στόχο θα έχουν την ανάδειξη του Επαγγέλματος και τη βελτίωση της κοινής γνώμης ως προς αυτό.

- Επίσης, οι προσπάθειες να κατευθυνθούν και προς το ανθρωπιστικό πρόσωπο της Νοσηλευτικής.

- Οι γονείς παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στις αποφάσεις των υποψηφίων, επομένως μια πολύ καλή σκέψη είναι να κατευθυνθούν οι προσπάθειες προσέλκυσης και προς την ενημέρωση των γονέων.

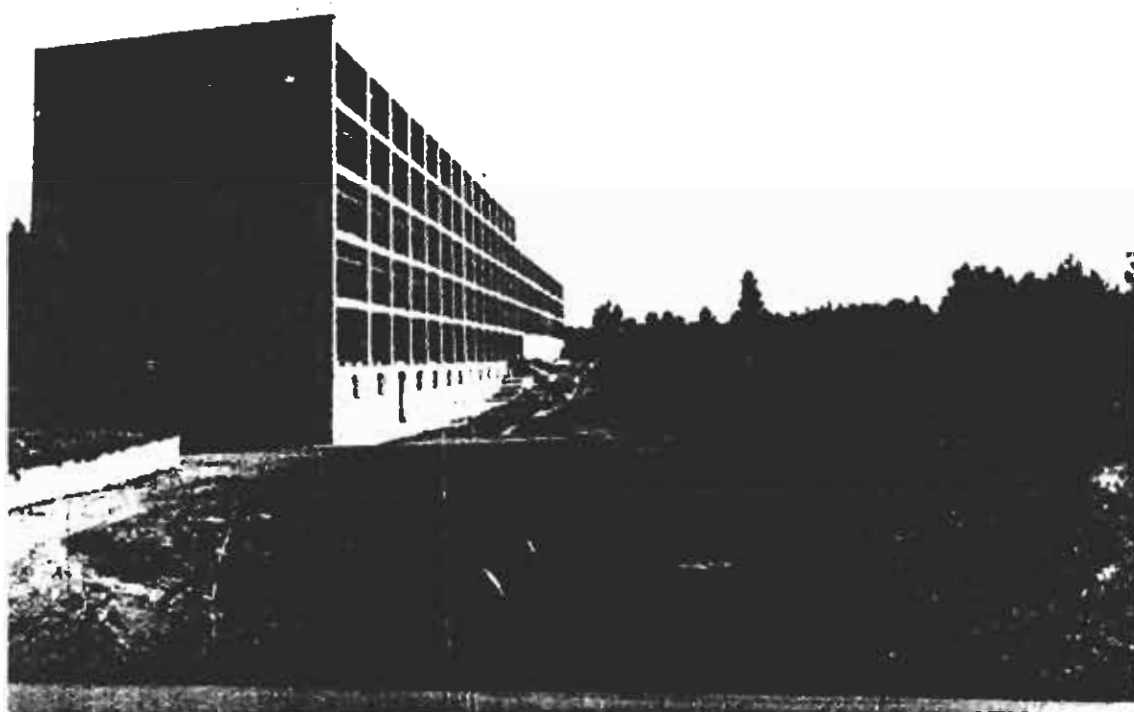
- Επίσης οι διπλωματούχες νοσηλεύτριες που νιώθουν ικανοποίηση από τη δουλειά τους, μπορούν να επιστρατευτούν για την προσέλκυση υποψηφίων.

- Ακόμη τα εκπαιδευτικά νοσηλευτικά προγράμματα θα πρέπει να σχεδιαστούν έτσι ώστε να περιλαμβάνουν μεθόδους

προσέλκυσης (προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης) που βασίζονται στην προσωπική επαφή με ανθρώπους που είναι ήδη στη Νοσηλευτική.

Η πολιτική ηγεσία θα πρέπει να δώσει καλύτερους μισθούς και ένα καλύτερο περιβάλλον εργασίας εάν θέλει να προσελκύσει περισσότερα άτομα στο χώρο.

Η Νοσηλευτική θα πρέπει να διαφημιστεί σαν ένα ελκυστικό επάγγελμα και για άνδρες, προκειμένου να τους προσελκύσει.¹⁵





ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η τεχνολογία στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική

3.1 Εισαγωγή

3.2 Επιδράσεις της Τεχνολογίας στο
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η τεχνολογία στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική

3.1 Εισαγωγή

Αν σκεφτούν όσοι εργάζονται στο χώρο της υγείας ότι ο πρωταρχικός τους σκοπός είναι η επιτυχία του εμπλουτισμού της ανθρώπινης ζωής, δεν θα πρέπει να δυσκολευτούν να αντιμετωπίσουν τη πρόσκληση της τεχνολογικής εξέλιξης στο χώρο αυτό.

Η Τεχνολογική εξέλιξη επέδρασε καθοριστικά στη διαμόρφωση της σύγχρονης εποχής, γέννησε ελπίδες και προσδοκίες, απάλλαξε τον άνθρωπο από πολλούς κόπους και έκανε τη ζωή του πιο άνετη και πιο εύκολη..

Οι επιδράσεις της Τεχνολογικής εξέλιξης στο χώρο της Ψυχικής Υγείας, επομένως και στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική έγιναν πολύ αισθητές κυρίως μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Και αυτό γιατί όχι μόνο ο ρυθμός της Τεχνολογικής ανάπτυξης ήταν αλματώδης, αλλά κυρίως γιατί άρχισαν να επικρατούν πιο ανθρωπιστικές τάσεις στη συλλογική ζωή των ανθρώπων.

Οι τάσεις αυτές επέφεραν αποφασιστικές αλλαγές στην Ψυχιατρική, έδωσαν τα κίνητρα για την αποδοτικότερη και σε ευρύτερη κλίμακα χρησιμοποίηση των Τεχνολογικών επιτευξέων στο χώρο της Ψυχικής Υγείας, που μέχρι τότε υστερούσε σημαντικά σ' αυτό το θέμα, σε σχέση με άλλους κλάδους της κλινικής Ιατρικής.

Η θετική αυτή επίδραση της Τεχνολογίας δεν άφησε ανεπηρέαστο το προσφερόμενο έργο Νοσηλευτικής φροντίδας στον ψυχικά άρρωστο. Στο ψυχιατρικό Νοσοκομείο έχει σημασία το πόσο ποιοτική είναι η προσφορά υπηρεσιών σε ένα περιβάλλον, όπου ο ψυχικά άρρωστος μπορεί να αισθάνεται άνετα.

3.2 Επιδράσεις της Τεχνολογίας στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο

Πριν μερικά χρόνια το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο βρισκόταν εκτός της πόλεως, σε μεγάλη ακτίνα από την περιφέρεια της, εθεωρείτο άσυλο, και χώρος μακράς έως ισόβιας παραμονής των αρρώστων. Σήμερα ένα θεραπευτήριο Ψυχικών παθήσεων, επιστημονικό και εκπαιδευτικό κέντρο.

Με τη σημερινή του μορφή και αποστολή, δεν έμεινε μακριά από την επιρροή και τη θετική επίδραση της Τεχνολογίας.

Τα νοσηλευτικά τμήματα με τους απέραντους και ασημένιους χώρους, όπου σχεδόν απουσίαζε η Τεχνολογία, έστω και εκείνης της εποχής, διαδέχονται μικρές νοσηλευτικές μονάδες που επιδιώκουν να έχουν και να διατηρήσουν την ομοιότητα της οικογενειακής ατμόσφαιρας. Αυτό φανερώνει και τη σημερινή ευαισθησία και τη ψυχιατρική σκέψη, ως προς την αντιμετώπιση του ψυχικά άρρωστου, σύμφωνα με τις νέες τάσεις και αντιλήψεις της ψυχιατρικής. Βεβαίως από τις σημερινές ψυχιατρικές μονάδες- που τώρα έχουμε στα γενικά νοσοκομεία- πέρα από το σύγχρονο ξενοδοχειακό εξοπλισμό δεν θα πρέπει να απουσιάζει η ετοιμότητα από πλευράς υγειονομικού και νοσοκομειακού υλικού.

Ο Σύγχρονος εξοπλισμός εξασφαλίζει τα μέσα και τις συνθήκες, ώστε ο ψυχικά άρρωστος να διευκολύνεται στο ν'αντιμετωπίσει περιβαλλοντικές δυσκολίες, να μη διαθέτει την κρίση και την βούληση ν'αντιμετωπίσει περιβαλλοντικές δυσκολίες, να μη δέχεται εύκολα παρεμβάσεις ή αλλαγές που προκαλούν άγχος και ανησυχία.

Επομένως η όλη προσπάθεια του σχεδιασμού και των μέσων της Τεχνολογίας θα πρέπει να ελαχιστοποιήσει τους παραπάνω παράγοντες.

Η Τεχνολογική πρόοδος συντέλεσε στην παραγωγή φαρμακευτικών ουσιών και άλλων θεραπευτικών μέσων που βοήθησαν ώστε η περίοδος της έντονης συμπτωματολογίας να είναι πολύ πιο σύντομη. Ο ψυχικά άρρωστος με τη φαρμακευτική αγωγή καταστέλλεται, γίνεται πιο προσιτός σε άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Αυτό το στάδιο της προσιτότητας εκμεταλλεύεται η νοσηλεύτρια για διαπροσωπικό έργο, που όπως γνωρίζουμε αποτελεί την καρδιά της Ψυχιατρικής Νοσηλεύτριας.

Στις άμεσες επιδράσεις μπορεί να αναφερθεί και όλο, το σύγχρονο νοσοκομειακό υλικό μιας χρήσεως που εξασφαλίζει την ασηψία και την αποφυγή μολύνσεων στις οποίες ο ψυχικά άρρωστος είναι επιρρεπής.

Ένα άλλο κέρδος που προκύπτει, από τις σύγχρονες διαγνωστικές μεθόδους είναι η ελαχιστοποίηση του χρόνου διάγνωσης ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος δεν είναι σε θέση να συνεργαστεί, καθώς καταβάλλεται από φοβίες και ψευδαισθήσεις.

Η γρήγορη διάγνωση και θεραπεία ενός σωματικού προβλήματος συνηγορεί στη βελτίωση και της ψυχικής του υγείας.

Ο χρόνος νοσηλείας του ψυχικά αρρώστου, δεν πρέπει να είναι περίοδος απουσίας από κοινωνικά ερεθίσματα, από τα μηνύματα των καιρών, από το ρυθμό της επικαιρότητας.

Η σύγχρονη Τεχνολογία προσφέρει μέσα ενημέρωσης, όπως η τηλεόραση και το ραδιόφωνο. Σήμερα όλες οι Νοσηλευτικές μονάδες διαθέτουν αυτά τα μέσα ψυχαγωγίας και πληροφόρησης.

Ο ψυχικά άρρωστος δεχεται ερεθίσματα που τον επαναφέρουν στο παρόν, στη ροή των γεγονότων, παρακολουθεί την πραγματικότητα. Αποσπάται από τις νοσηρές του σκέψεις, όταν ασχολείται με πράγματα, με εικόνες και γεγονότα, όπως η ψυχαγωγία, η εργασιοθεραπεία.

Στο τομέα της εργασιοθεραπείας, η σύγχρονη τεχνολογία παρέχει πολλά μέσα, ώστε με ελάχιστη πνευματική και φυσική προσπάθεια ο ψυχικά άρρωστος να είναι χρήσιμος να παράγει έργο και έτσι ενισχύεται η αυτοεκτίμηση του και δεν υποβαθμίζεται η αξία του.

Στη νοσηλευτική αντιμετώπιση του ψυχικά αρρώστου περιλαμβάνονται και μέτρα προστασίας από πτώσεις, τραυματισμούς, απόπειρες αυτοκαταστροφής.

Σήμερα με την σύγχρονη τεχνολογία, ο ψυχικά άρρωστος περιορίζεται έναν χρειαστεί σε διαμορφωμένο χώρο, με ειδική επένδυση στους τοίχους και στο πάτωμα, με περιορισμένα αντικείμενα, ανάλογο ηλεκτρολογικό σχεδιασμό και παρακολουθείται από κλειστό κύκλωμα τηλεόρασης.



Έμμεσες επιδράσεις

Στις έμμεσες επιδράσεις θα μπορούσαν να αναφερθούν οι μεταβολές που προέκυψαν από τη γενική άνοδο του βιοτικού επιπέδου.

Η βελτίωση αυτή του βιοτικού επιπέδου μπήκε σιγά- σιγά και στο χώρο της ψυχικής υγείας,. Αυξήθηκαν οι οικονομικές παροχές στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, ώστε να γίνει ανώτερη και πιο ανθρώπινη η διαβίωση του αρρώστου.

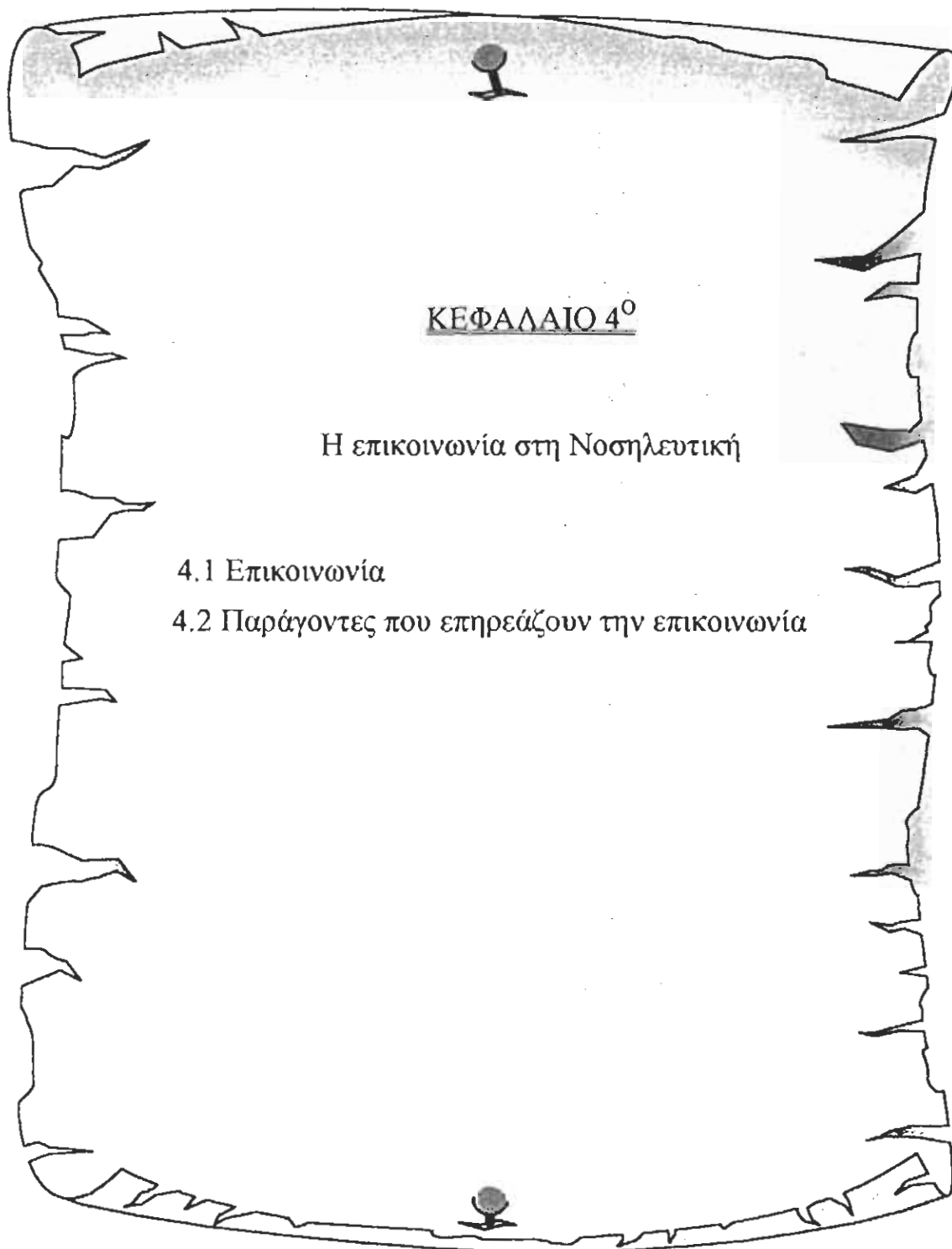
Αναπτύχθηκαν τάσεις μαζί με τις νέες τεχνολογικές δυνατότητες (φάρμακα, εκμοντερισμός, υλικο-τεχνική υποδομή) και την άνοδο του επιπέδου και των συνθήκων διαβίωσης στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, οδήγησαν στην επαναστατική μεταβολή που ονομάστηκε αποϊδρυματοποίηση. Αυτή μεθοδεύτηκε με τη δημιουργία θεραπευτικής κοινότητας.

Σε αντίθεση με την επίδραση που ίσως είχαν οι τεχνολογικές εφαρμογές στις σχέσεις νοσηλευτών- αρρώστων στο γενικό νοσοκομείο, στο χώρο της ψυχικής υγείας παρατηρήθηκε μια αντίστροφη τάση. Έγινε προσπάθεια βελτίωσης των σχέσεων αυτών νοσηλευτών- αρρώστων.

Δόθηκε έμφαση στη μεγαλύτερη ιδιωτικότητα στους χώρους διαβίωσης του αρρώστου στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, στη μεγαλύτερη αυτονόμηση του, καθώς και στη συμμετοχή του στις αποφάσεις που καθορίζουν τη ζωή του Νοσοκομείου.

Η αλματώδης τεχνολογική πρόοδος από τα προβλήματα υγείας θα μπορούσαν να λυθούν κυρίως με χρήση προηγμένης τεχνολογίας. Ίσως αυτό λειτούργησε και σαν άμυνα, δηλαδή φυγή από το δυσκολότερο έργο της προαγωγής των διαπροσωπικών σχέσεων στο χώρο της υγείας, των σχέσεων δηλ. που επηρεάζουν αποφασιστικά κάθε θεραπευτική διαδικασία.

Στις έμμεσες επιδράσεις είναι η σιγουριά και η ασφάλεια που νιώθει η νοσηλεύτρια όταν εργάζεται σε περιβάλλον όπου η σύγχρονη τεχνολογία προστατεύει την ίδια και το έργο της και δικαιώνονται οι προσπάθειες της. Μειώνεται το στρες της καθημερινότητας και η υπερβολική σωματική κόπωση, έτσι αυξάνεται το νοσηλευτικό θεραπευτικό δυναμικό της¹⁶, και δίνεται η δυνατότητα για καλύτερη και αποδοτικότερη χρήση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων από τους νοσηλευτές- τριες.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Η Επικοινωνία στην Νοσηλευτική

4.1 Επικοινωνία

Η επικοινωνία είναι μια βασική ανθρώπινη λειτουργία, μια πρωταρχική ανάγκη του ανθρώπου που σαν κοινωνικό όν θέλει να δίνει και να παίρνει μηνύματα, να εκφράζει τις σκέψεις του και να συναλλάσσεται με τους συνανθρώπους του.

Ο άνθρωπος για την επιτέλεση της επικοινωνίας χρησιμοποιεί τις αισθήσεις του, την όραση, την ακοή, τη γεύση, την όσφρηση, την αφή, τον προφορικό και γραπτό λόγο καθώς και την αντίληψή του, μια διανοητική λειτουργία που δίνει νόημα στην επικοινωνία. Τις τεχνικές που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι στην επικοινωνία τις μαθαίνουν από μικρή ηλικία. Τέτοιες τεχνικές είναι η αξιολόγηση της κίνησης, της στάσης του στόματος, των χειρονομιών, του τόνου της φωνής και της γενικής εμφάνισης, σε συνδυασμό με άλλες περιβαλλοντικές πληροφορίες. Με βάση αυτές τις πληροφορίες γίνεται αποκωδικοποίηση του μηνύματος που εμπεριέχει η επικοινωνία. Ο άνθρωπος επεξεργάζεται όλες τις επικοινωνιακές πληροφορίες και το τελικό προϊόν όλης αυτής της νοητικής επεξεργασίας επηρεάζει και πολλές φορές προσδιορίζει την ποιότητα της επικοινωνίας.

Επικοινωνία είναι η διαδικασία κατά την οποία ένα άτομο ή οργανισμός μεταβιβάζει πληροφορίες σε κάποιο άλλο άτομο ή οργανισμό που τα αποκωδικοποιεί.

Στο χώρο της υγείας καθημερινά ο/η νοσηλευτής/τρια, βρίσκεται σε επαφή και επικοινωνία με πολλά άτομα τόσο στην προσωπική όσο και στην επαγγελματική της\ του ζωή. Μέσα σε κάθε σχέση μεταφέρει άμεσα ή έμμεσα τις προσωπικές αξίες, πεποιθήσεις, αντιλήψεις που έχει για τον εαυτό του/της, για τους άλλους και γενικότερα για τη ζωή. Κι ενώ επηρεάζει, παράλληλα επηρεάζεται από τα άτομα με τα οποία συναλλάσσεται και επικοινωνεί. Η έλλειψη αποτελεσματικής επικοινωνίας δημιουργεί ένα χάσμα στις διαπροσωπικές σχέσεις με αποτέλεσμα να προκαλείται σύγχυση, δυσαρέσκεια στρες, μοναξιά, αποξένωση.

Οι καλές επικοινωνιακές δεξιότητες του/της νοσηλευτή/τρια αποτελούν ύψιστη προϋπόθεση για την εκπλήρωση του επαγγελματικού του ρόλου, που είναι κύρια ρόλος παροχής φροντίδας. Η εκπλήρωση του νοσηλευτικού ρόλου απαιτεί ένα καλό επίπεδο επικοινωνίας νοσηλευτή –

ασθενούς που επιτυγχάνεται με την εφαρμογή από μέρους του νοσηλευτή απλών και εξειδικευμένων τεχνικών επικοινωνίας.¹⁷

Γνωρίζουμε ότι η επικοινωνία περιλαμβάνει την διατύπωση ενός μηνύματος αλλά και μια σειρά από μη διατυπούμενα γεγονότα και καταστάσεις. Η δια το λόγου επικοινωνία περιέχει την χρήση λέξεων που προφέρονται ή γράφονται και εξαρτάται από τη γλώσσα. Η γλώσσα είναι το σύστημα, ο αγωγός που μεταφέρονται τα μηνύματα από ένα πρόσωπο σε κάποιο άλλο. Για να θεωρηθεί το σύστημα επιτυχημένο πρέπει να είναι σαφής και κατανοητή η γλώσσα και από τα δυο πρόσωπα και από αυτόν που στέλνει το μήνυμα και από αυτόν που το λαμβάνει. Είναι βέβαια απλό για το νοσηλευτή να μάθει τι γλώσσα μιλάει ο ασθενής, δεν είναι όμως καθόλου απλό να διαπιστώσει αν για ένα άλλο πρόσωπο οι ίδιες λέξεις έχουν την ίδια με εκείνον σημασία. Ακόμη δυσκολίες μπορεί να προκύψουν όταν ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τεχνικούς ή ιατρικούς και επιστημονικούς όρους ή συντμήσεις που είναι γνωστοί σε εκείνον άγνωστοι όμως για τον άρρωστο και την οικογένειά του.

Όταν λέμε μη λεκτική επικοινωνία εννοούμε όλα εκείνα τα γεγονότα και τις καταστάσεις που συνοδεύουν και επηρεάζουν την επικοινωνία και αυτά είναι : Η έκφραση του προσώπου, η στάση του σώματος, ο τόνος και η ένταση της φωνής, οι μορφασμοί, η επαφή των ματιών. Αυτό το τόσο δυναμικό στοιχείο της διεργασίας της επικοινωνίας μπορεί ν' αλλάξει την έννοια της προφορικής επικοινωνίας σημαντικά.

Ο νοσηλευτής που αληθινά θέλει να βοηθήσει προσέχει ο ίδιος τα μη λεκτικά μηνύματα που παίρνει από τον άρρωστο παράλληλα με τα προφορικά- λεκτικά μηνύματα, έτσι ο νοσηλευτής ελέγχει αν υπάρχει σχέση και ταυτότητα μεταξύ προφορικών- λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων. Τα μη λεκτικά μηνύματα είναι συχνά πιο κοντά στην αλήθεια από ότι τα προφορικά διότι η μη λεκτική επικοινωνία είναι πολύ πιο δύσκολο να καλύψει ή να διαστρέψει. Όμως τα μη λεκτικά μηνύματα δεν είναι ξεκάθαρα και πρέπει ο νοσηλευτής να διαθέτει δεξιότητες ώστε να προτρέψει τον άρρωστο να εκφράσει σημαντικά μη λεκτικά μηνύματα με λόγια όταν είναι δυνατόν.¹⁹

Στην άσκηση νοσηλευτικής οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν στην επικοινωνία τόσο προφορικό όσο και γραπτό λόγο, την αντίληψη τη δική τους, των ασθενών, των συγγενών τους και άλλων επαγγελματιών υγείας, γραπτά κείμενα όπως προϋπάρχουν ιατρικό και νοσηλευτικό ιστορικό του ασθενούς και τα τεχνολογικά μέσα για άντληση επιπλέον πληροφοριών προκειμένου να εκτιμήσουν την κατάσταση του ασθενούς. Ακόμα οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν επικοινωνιακές τεχνικές για να δώσουν πληροφορίες στον ασθενή και τους συγγενείς του, για να εφαρμόσουν προγράμματα αγωγής υγείας, για συμβουλευτικές παρεμβάσεις και για την παροχή γενικότερης φροντίδας. Χρησιμοποιούν δηλαδή τις τεχνικές επικοινωνίας όπως όλοι οι άνθρωποι και η

διαφοροποιός διάκριση στην προκειμένη περίπτωση είναι ότι χειρίζονται την επικοινωνία για να επιτύχουν και θεραπευτικά αποτελέσματα.¹⁷

4.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία

Τις τελευταίες δεκαετίες είναι έντονο το ενδιαφέρον για την επικοινωνία των επιστημόνων αλλά και των άλλων εργαζομένων που απασχολούνται στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Το θετικό του ενδιαφέροντος αυτού ήταν ο εντοπισμός προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι στην επικοινωνία μεταξύ τους, στοιχείο που αποτελεί το πρώτο βήμα για την αντιμετώπισή τους. Τα κυριότερα προβλήματα που έχουν εντοπισθεί να λειτουργούν σαν φραγμοί στην αποτελεσματική επικοινωνία είναι η έλλειψη επικοινωνιακών δεξιοτήτων και σχετικής εκπαίδευσης, η έλλειψη πόρων και χρόνου, συναισθηματική τρωτότητα και «παιχνίδια» εξουσίας.

Η κάθε ανθρώπινη επικοινωνία εμπεριέχει ένα νοηματικό περιεχόμενο και μια διαπροσωπική σχέση. Όλες οι μορφές επικοινωνίας είναι μορφές διαπροσωπικών σχέσεων που μπορεί να βασίζονται στις αρχές της ισότητας ή της ανισότητας και στις εκάστοτε διαμορφούμενες σχέσεις. Σημαντικό ρόλο στην επικοινωνία παίζουν διάφοροι κοινωνικοί παράγοντες. Η ανθρώπινη επικοινωνία είναι πολύ πιο περίπλοκη από ότι εξ αρχής φαίνεται. Υπάρχουν φανερά προβλήματα στην κατανόηση εξεζητημένων λέξεων, μη λεκτικών επικοινωνιών που χρησιμοποιούνται, αλλά και των συμβολισμών καθώς και των υπονοούμενων που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι στην επικοινωνία τους.

Εκτός όμως από αυτά τα προβλήματα η επικοινωνία συνδέεται άμεσα με τι κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο επιτελείται και επηρεάζεται από την κοινωνική ταυτότητα των ατόμων που επικοινωνούν. Η ηλικία, το φύλο, η κοινωνική τάξη, η εθνικότητα, η κοινωνική θέση, η γλώσσα, η ισχύς, οι κοινωνικοί ρόλοι είναι παράγοντες που παρεμβαίνουν επίσης στην ανθρώπινη επικοινωνία και την επηρεάζουν. Τέτοιοι παράγοντες είναι ο τύπος της προσωπικότητας του κάθε ανθρώπου, ψυχικά τραυματικές εμπειρίες του παρελθόντος, αισθήματα κατωτερότητας ή υπεροχής, μηχανισμός άμυνας, ατομικές πεποιθήσεις και κλίμακες αξιών, προκαταλήψεις, αλαζονεία, παρανοήσεις.

Η επικοινωνία που αναπτύσσει ο νοσηλευτής στα πλαίσια άσκησης του επαγγελματικού του έργου με άτομα και οικογένειες αποτελεί μια μορφή ανθρώπινης επικοινωνίας και συνίσταται από ανταλλαγές μηνυμάτων που λαμβάνουν χώρα μεταξύ των επικοινωνούντων ανθρώπινων όντων. Ο νοσηλευτής στην επικοινωνία

λαμβάνει υπόψη το κοινωνικό και πολιτιστικό υπόβαθρο μέσα στο οποίο τόσο ο ίδιος όσο και ο ασθενής δρουν.¹⁷

Παρ' όλες τις καλές προθέσεις να είμαστε αποτελεσματικοί στην επικοινωνία με το περιβάλλον μας, συχνά δυσκολευόμαστε, αποτυγχάνουμε και αναρωτιόμαστε το γιατί. Μια από τις βασικότερες αιτίες αφορά την παρεμβολή «φραγμών επικοινωνίας» στις σχέσεις επικοινωνίας με άλλους. Χωρίς να το καταλαβαίνουμε τις περισσότερες φορές χρησιμοποιούμε φραγμούς που πηγάζουν από ασυνείδητες προσωπικές μας ανάγκες που μεταφέρονται στη σχέση επηρεάζοντάς την αρνητικά. Δεν είναι σπάνιες οι φορές που έχουμε ανάγκη να φανούμε «γνώστες», να είμαστε «σωστοί», να έχουμε «δίκιο», να «βοηθάμε» δίνοντας συμβουλές ή εντοπίζοντας τα λάθη του άλλου, κρίνοντας τη συμπεριφορά του κλπ. Επίσης συχνά χωρίς να το καταλάβουμε κατευθύνουμε τη συζήτηση ώστε να βρούμε ανταπόκριση στις προσωπικές μας ανάγκες και μ' αυτόν τον τρόπο δεν συγκεντρώνουμε την προσοχή μας ώστε ν' ακούσουμε και να καταλάβουμε όσα εκφράζει ο συνομιλητής μας. Οι φραγμοί της επικοινωνίας έχουν πολλά δυσάρεστα και αρνητικά αποτελέσματα. Αρχικά εκφράζουν μιαν έλλειψη σεβασμού προς το συνομιλητή, τον οποίο συχνά μειώνουμε για να βάλουμε τον εαυτό μας σε μια ανώτερη θέση. Όταν χρησιμοποιούμε τους φραγμούς επικοινωνίας προκαλούμε τον άλλον να υιοθετήσει μια αμυντική ή επιθετική στάση. Παράλληλα, ενθαρρύνουμε σχέσεις εξάρτησης ή αποξένωσης που συνοδεύονται από αισθήματα αποθάρρυνσης. Η μακρόχρονη χρήση αυτών των φραγμών έχει αρνητικές συνέπειες σε μια σχέση.

Φραγμοί στην Επικοινωνία

Κατά τον Thomas Gordon (1970) βασικοί φραγμοί είναι :

1. **Προσταγή, καθοδήγηση:** Η τάση να προστάζουμε, να απαιτούμε και να ορίζουμε τη συμπεριφορά του άλλου.
2. **Απειλή, προειδοποίηση:** Η τάση να απειλούμε προσπαθώντας μ' αυτόν τον τρόπο να ελέγξουμε τον άλλον ή τη συμπεριφορά του.
3. **Κήρυγμα, ηθικολογία:** Η τάση να ηθικολογούμε και να λέμε στον άλλον πώς πρέπει να συμπεριφέρεται, να σκέφτεται ή να αισθάνεται.
4. **Εκλογίκευση:** Η λογική είναι σημαντική στην επικοινωνία, όταν όμως ο άλλος βρίσκεται σε κατάσταση στρες και είναι συναισθηματικά φορτισμένος τα λογικά επιχειρήματα που του

παραθέτουμε εμποδίζουν την επικοινωνία αντί να την διευκολύνουν.

5. **Συμβουλή:** Η τάση να δίνουμε συμβολές και οδηγίες, απαντήσεις ή λύσεις σε προβλήματα του άλλου.
6. **Κριτική, χαρακτηρισμός:** Η τάση να αξιολογούμε και να κρίνουμε αρνητικά τον άλλο χρησιμοποιώντας χαρακτηρισμούς ή ταμπέλες που μας εμποδίζουν να τον γνωρίσουμε βαθύτερα.
7. **Έπαινος και επιβράβευση:** Η τάση να αξιολογούμε και επαινούμε τον άλλον συνδέοντας την αξία του με τα επιτεύγματά του.
8. **Παρηγοριά, οίκτος:** Η τάση να καθησυχάζουμε το άτομο έτσι ώστε να νιώθει τα αρνητικά ή δυσάρεστα συναισθήματα που τον απασχολούν.
9. **Ερμηνεία, διάγνωση:** Η τάση να αναλύουμε και να δίνουμε ψυχολογικές ερμηνείες στη συμπεριφορά του άλλου.
10. **Γελοιοποίηση, σαρκασμός:** Η τάση να διακωμωδούμε ή να γελοιοποιούμε μια κατάσταση για να μειώσουμε τον άλλον ή να κρύψουμε το άγχος που μας προκαλεί.
11. **Αποφυγή, αγνόηση, διάσπαση της προσοχής:** Η τάση να αλλάξουμε το θέμα της συζήτησης όταν νιώθουμε αμηχανία ή όταν αυτά που εκφράζει ο άλλος αγγίζουν κάποια ευαίσθητα ή άλυτα δικά μας προβλήματα. Πολλές φορές πάλι στρέφουμε την προσοχή στον εαυτό μας.
12. **Υπερβολικές και ακατάλληλες ερωτήσεις** που δίνουν στον άλλον την αίσθηση ότι ανακρίνεται, ελέγχεται. Οι ερωτήσεις αποτελούν φραγμούς όταν κατακλύζουν το άτομο που νιώθει ότι ανακρίνεται, με συνεχείς ερωτήσεις δεν μαθαίνουμε περισσότερα για το συνομιλητή μας, αλλά καθοδηγούμε τη συζήτηση αντί να τον αφήνουμε να εκφραστεί.

Αυτοί οι φραγμοί μοιάζουν ανώδυνοι εκ πρώτης όψεως. Όμως οι επιστήμονες που έχουν ασχοληθεί με θέματα επικοινωνίας τονίζουν ότι αποτελούν «συμπεριφορές υψηλού κινδύνου» καθώς δυσκολεύουν την επικοινωνία, παρεμποδίζουν την επίλυση του προβλήματος και αποξενώνουν τους συνομιλητές που δεν βρίσκουν αλληλοκατανόηση.¹⁸

Κατά την Betts οι κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στη μεγέθυνση των προβλημάτων επικοινωνίας στη νοσηλευτική είναι:

A) έλλειψη ικανού βαθμού αυτογνωσίας από πλευράς των νοσηλευτών. Ένας από τους λόγους που καθιστούν την επικοινωνία αναποτελεσματική είναι η μη επίγνωση από πλευράς του ατόμου των πτυχών της προσωπικότητάς του που επιδρούν σημαντικά και επηρεάζουν την επικοινωνία του με τους άλλους. Οι προσωπικοί

παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία είναι στάσεις, αξίες, συναισθήματα και συμπεριφορές. Η αύξηση της αυτογνωσίας βοηθά στην κατανόηση του μηχανισμού με τον οποίο αυτοί οι παράγοντες παρεμβαίνουν στην επικοινωνία με τους άλλους. Η γνώση και η κατανόηση της συμπεριφοράς του βοηθά το νοσηλευτή να γνωρίζει κάθε στιγμή τι ακριβώς κάνει για ποιο λόγο και πως αυτή η ενέργεια επιδρά στον ασθενή.

Β) έλλειψη συστηματικής εκπαίδευσης σε διαπροσωπικές δεξιότητες είναι το πρώτο βήμα για τη σωστή χρήση αυτών των δεξιοτήτων σε καθημερινή βάση. Τα νοσηλευτικά προγράμματα λόγω του όγκου γνώσης που πρέπει να μεταδώσουν στους φοιτητές νοσηλευτικής συνήθως παραλείπουν τη συστηματική έμφαση στον τομέα των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και αυτό έχει συνέπειες στην άσκηση του νοσηλευτικού έργου.

Γ) έλλειψη ενός συγκεκριμένου θεωρητικού πλαισίου όσον αφορά την επικοινωνία στη νοσηλευτική. Το θεωρητικό πλαίσιο βοηθά το νοσηλευτή να προσδιορίζει νοητικά την επικοινωνία που έχει για τον ασθενή, να προβαίνει σε ανάλυση και αξιολόγηση των αλληλεπιδράσεων της επικοινωνίας. Στη νοσηλευτική αν υπάρχουν διάφορες θεωρίες επικοινωνίας που χρησιμοποιούνται στη διοίκηση, στη συμβουλευτική υπάρχει μια ασάφεια σχετικά με τη θεωρία που είναι καθαρά επικεντρωμένη στην επικοινωνία.

Δ) έλλειψη σαφήνειας όσον αφορά τους σκοπούς και τη χρήση της επικοινωνίας. Η ανάπτυξη της ικανότητας από το νοσηλευτή να κατανοεί την κατάσταση του ασθενούς είναι σημαντική για να χρησιμοποιήσει επικοινωνία η οποία στοχεύει σε κάποιο συγκεκριμένο σκοπό.

Η Replau υποστηρίζει ότι η άσκηση νοσηλευτικής αποτελεί μια διαπροσωπική διαδικασία όπου απαιτείται από τους νοσηλευτές να είναι γνώστες των επικοινωνιακών τεχνικών και έχουν επαγγελματική ευθύνη να αναπτύσσουν συνεχώς τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες.

Η Dunn υποστηρίζει ότι η νοσηλευτική εκπαίδευση έχει ιστορικά αποτύχει να εφοδιάσει επαρκώς τους νοσηλευτές στον επικοινωνιακό τομέα παρά την παρατηρούμενη έμφαση που δίνεται τα τελευταία χρόνια. Παρά τις αντικρουόμενες απόψεις η νοσηλευτική είναι μια επιστήμη που χρησιμοποιεί στην εφαρμοσμένη της μορφή μια μεγάλη ποικιλία επικοινωνιακών τεχνικών.

Η παρατήρηση είναι μια από τις σπουδαιότερες δεξιότητες που πρέπει να έχει αναπτυγμένες ο νοσηλευτής. Για την παρατήρηση χρησιμοποιείται η κάθε στιγμή που ο νοσηλευτής έρχεται σε επαφή με τον ασθενή και περιλαμβάνει ότι περιέχεται στην αντίληψη του νοσηλευτή δια μέσου των αισθήσεων.¹⁷

Η κατανόηση της κατάστασης και των συναισθημάτων του ασθενούς αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο που επηρεάζει την ποιότητα

της επικοινωνίας στην άσκηση του νοσηλευτικού έργου. Η αυτογνωσία και ο βαθμός αυτογνωσίας που έχει επιτύχει ο νοσηλευτής συντελεί στην καλή επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών και συμβάλει στην παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας.¹⁷

Η επικοινωνία αποτελεί μια βαθιά ανθρώπινη ανάγκη που είναι συνυφασμένη τόσο με το αίσθημα αυτοσυντήρησης του ανθρώπου όσο με την άντληση ικανοποίησης στη ζωή και την επίτευξη ψυχικής ευεξίας. Οι νοσηλευτές στην εκπλήρωση του επαγγελματικού τους ρόλου χρησιμοποιούν και χειρίζονται τις επικοινωνιακές τεχνικές τις οποίες διδάχθηκαν τόσο από τη νοσηλευτική τους εκπαίδευση ή άλλα ειδικά προγράμματα που από προσωπικό ενδιαφέρον παρακολούθησαν όσο και από την εμπειρική μάθηση που απέκτησαν σαν άτομα που ζουν σε μια ανθρώπινη κοινωνία.

Ένα σημαντικό στοιχείο που επηρεάζει την ποιότητα της επικοινωνίας είναι οι συνθήκες μέσα στις οποίες εργάζεται ο νοσηλευτής, ο φόρτος εργασίας και η διαθεσιμότητα χρόνου. Όμως το σχεδόν παγκόσμιο φαινόμενο της ποσοτικής ανεπάρκειας νοσηλευτικού προσωπικού επηρεάζει άμεσα τόσο τη διαθεσιμότητα του χρόνου για επικοινωνία από μέρους των νοσηλευτών όσο και την ποιότητα αυτής καθ'αυτής της επικοινωνίας, αφού οι νοσηλευτές λόγω των συνθηκών εργασίας τους βιώνουν στρες και συνεχή πίεση που αναμφισβήτητα επηρεάζουν την ποιότητα της επικοινωνίας με τα άτομα στα οποία οι νοσηλευτές παρέχουν φροντίδες. Απαιτείται λοιπόν να βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών, να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στη νοσηλευτική εκπαίδευση για την αναμόρφωση των προπτυχιακών προγραμμάτων και να προετοιμαστούν μεταπτυχιακά προγράμματα στις επικοινωνιακές τεχνικές ώστε οι νοσηλευτές να έχουν δυνατότητες να αποκτήσουν μια πληρέστερη εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας.

Αφετέρου είναι απαραίτητο να ληφθούν μέτρα για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας των νοσηλευτών ώστε αυτοί να έχουν τις δυνατότητες – μέσα από τις κατάλληλες συνθήκες εργασίας – να εφαρμόζουν αποτελεσματικά τις επικοινωνιακές τεχνικές,¹⁷ ένας απ' τους παράγοντες που θα τους οδηγήσουν στη μείωση της εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης και δημιουργίας άγχους εξαιτίας της εργασίας και του γενικότερου εργασιακού περιβάλλοντος.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Το στρες στη νοσηλευτική

5.1 Στρες.

5.2 Παράγοντες του στρες

5.3 Συμπτώματα και επιπτώσεις του στρες

5.4 Τρόποι αντιμετώπισης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Το στρες στη νοσηλευτική

5.1 Άγχος- Στρες- ένταση

Η έννοια του άγχους μελετήθηκε για πρώτη φορά από τον ενδοκρινολόγο Hans Selye το 1936. Στην έρευνα του έδειξε ότι το άγχος προκαλεί στο άτομο πολλά και διάφορα φυσικά προβλήματα, που μπορούν ακόμα και να το σκοτώσουν. Κατά τους Dohrenwend και Dohrenwend το άγχος δείχνει μια εσωτερική κατάσταση του ατόμου ή μια απάντηση που προκαλείται από κάποιο ερέθισμα. Το άγχος μπορεί επίσης να οριστεί ως μια εσωτερική εμπειρία ή κατάσταση που δημιουργεί έλλειψη φυσιολογικής ή ψυχολογικής ισορροπίας μέσα στο άτομο.²⁰ Σύμφωνα με άλλους επιστήμονες το άγχος αποτελεί μια νοσηρή κατάσταση του φόβου. Αρκετά συχνή είναι η χρησιμοποίηση του όρου «αγχώδεις καταστάσεις» για να δηλωθούν όλες οι μορφές νοσηρού άγχους, είτε νευρωτικό είναι αυτό είτε οτιδήποτε άλλο.

Το άγχος είναι φόβος χωρίς διέξοδο. Προκύπτει από μια κατάσταση έντασης, όταν δεν μπορούμε να κάνουμε τίποτα για να αντιμετωπίσουμε μια κατάσταση, όταν η φυγή είναι αδύνατη. Διαφέρει από το κανονικό συναίσθημα του φόβου, το οποίο αν και προσωρινά δεν βρίσκει διέξοδο τελικά εκφορτίζεται σε σκόπιμη δράση. Μερικοί ψυχολόγοι, όπως ο Χαρτ (Hart), πιστεύουν ότι ο φόβος διεγείρεται από αντικειμενικά ερεθίσματα, ενώ το άγχος προκαλείται από κάποια εσωτερική αιτία. Η εξήγηση αυτή, ωστόσο, είναι ελάχιστα αποδεκτή. Η διαφορά ανάμεσα στο φόβο και στο άγχος δεν βρίσκεται στη φύση του ερεθίσματος αλλά στην αποτελεσματικότητα ή μη της εκφόρτισης. Στο φόβο η εκφόρτιση σε σκόπιμη δραστηριότητα είναι ομαλή και αποτελεσματική, ενώ στο άγχος ματαιώνεται και απλώνεται σε άχρηστες και χωρίς σκοπό κινήσεις πανικού και τρόμου, που παραλύουν το άτομο και το κάνουν ανίκανο να αντιμετωπίσει την κατάσταση. Καταλήγουμε, λοιπόν, πως ενώ ο φόβος είναι ένα συναίσθημα ομαλό γιατί κατευθύνεται σε ένα σκοπό και μπορεί να είναι βιολογικά υγιές, το άγχος πρέπει να θεωρείται σαν κάτι ανώμαλο, γιατί εκφράζεται με τη μορφή του τρόμου και των άσκοπων κινήσεων.²¹ Το άγχος λει ο Manuso είναι μια βιοχημική, λειτουργική και δομική αλλαγή που συμβαίνει κατά την αντιμετώπιση κάθε έντονης ζήτησης που αναφέρεται σε ζωτικές δραστηριότητες, όπως είναι ιδιαίτερα η προσαρμογή σε καινούριες καταστάσεις.²⁰

Η έννοια του άγχους έχει εκφρασθεί με ποικίλους τρόπους : χαρακτηρίζεται σαν οδυνηρή και δυσάρεστη συναισθηματική εμπειρία

εσωτερικής δυσφορίας και τάσης, συνήθως απότοκος ψυχολογικής έντασης. Συνοδεύεται από αίσθημα αβεβαιότητας και αδυναμίας και αποτελεί απειλή για το κέντρο της προσωπικότητας. Διαφέρει από τον φόβο αφού το χαρακτηρίζει ασάφεια και έλλειψη αντικειμενικότητας. Το άγχος μπορεί να θεωρηθεί ως ουσιαστική έλλειψη αντιστοιχίας ανάμεσα στις απαιτήσεις που προβάλλονται στο άτομο από το περιβάλλον του, από τη μια μεριά, και τις ικανότητες απόκρισης του ατόμου στις απαιτήσεις αυτές, από την άλλη, ιδιαίτερα κάτω από συνθήκες όπως η αδυναμία ανταπόκρισης στις απαιτήσεις, σύμφωνα με τις υποκειμενικές εκτιμήσεις του ατόμου, θα έχει σοβαρές συνέπειες γι' αυτό (Mc Grath, 1970). Ο βαθμός επίδρασης των δυνητικά αγχογόνων καταστάσεων στο άτομο καθορίζεται από τις υποκειμενικές αντιλήψεις του ατόμου, τόσο ως προς τη σοβαρότητα της κατάστασης, όσο και ως προς τις δυνατότητες που έχει για την αντιμετώπιση της (Glowinkowski and Cooper, 1985).

Ο Seley (1982) μιλάει για καλό και κακό άγχος (eustress and distress). Ως καλό άγχος θεωρεί τη γενική αναστάτωση του οργανισμού που έχει όμως περιθώρια πραγμάτωσης. Το επαγγελματικό άγχος, ειδικότερα, μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι η κατάσταση κατά την οποία συσσωρεύονται αγχογόνες καταστάσεις που σχετίζονται με την εργασία, ή το άγχος που πηγάζει από μια συγκεκριμένη εργασιακή κατάσταση (Ross and Altamaier, 1994)²². Η έντονη συναισθηματική φόρτιση (την οποία στην κοινή γλώσσα ονομάζουμε stress) αποτελεί μέρος της καθημερινής μας ζωής. Είναι γεγονός ότι καθένας ερμηνεύει και αξιολογεί την κάθε εμπειρία σύμφωνα με τα δικά του υποκειμενικά κριτήρια και την αντιμετωπίζει με το δικό του μοναδικό τρόπο. Το stress είναι η βιοχημική αντίδραση του οργανισμού στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει και να προσαρμοστεί σ' ένα στρεσογόνο ερέθισμα ή ένα απειλητικό γεγονός ή μια νέα κατάσταση. Ο Seley (1974) ορίζει το stress ως τη μη – ειδοποιό απάντηση του οργανισμού σε οποιαδήποτε απαίτηση προβάλλεται πάνω του ¹⁸. Σε προσεκτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας της σχετικής με το άγχος και το stress , επισημαίνεται ότι το στρες στους νοσηλευτές φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με την οργάνωση και τις συνθήκες εργασίας του συγκεκριμένου τομέα απασχόλησης, την προσωπικότητα του νοσηλευτή ενώ ο ορισμός των Lazarus and Folkman (1984) ότι το stress προέρχεται από την αλληλεπίδραση του ατόμου και του περιβάλλοντος κατά την οποία το άτομο εκτιμά ότι η κατάσταση κινδύνου υπερβαίνει τις δυνατότητές του να την αντιμετωπίσει και απειλεί την ευημερία του, τονίζει τον ρόλο που παίζει το περιβάλλον στην εμφάνισή του ²³.

Για τον Selye η κατάσταση του άγχους περιλαμβάνει τέσσερα κύρια στοιχεία: 1) το stressor, που ορίζεται ως η οποιαδήποτε αιτία που δημιουργεί το άγχος. 2) τους μεσολαβητικούς παράγοντες (mediating

factors) που αυξάνουν ή ελαττώνουν την επίδραση του stressor. 3) το σύνδρομο προσαρμογής (the adaption syndrome), που αποτελεί έναν παράγοντα άμβλυνσης του άγχους του οργανισμού και 4) η δυνατή προσαρμοστικότητα (consequents adaptive), που δείχνει ότι, όταν υπάρχουν καθυστερήσεις στους μηχανισμούς που υπογραμμίζουν το σύνδρομο προσαρμογής, τότε μπορεί να συμβεί μια κακή προσαρμογή στο άτομο²⁰.

Σύμφωνα με τον Walter Cannon (1929) όταν ένας οργανισμός απειλείται πυροδοτείται αυτόματα ένας νευρολογικός μηχανισμός «Φυγής \ Επίθεσης», ο οποίος από τη μια πλευρά λειτουργεί ως μηχανισμός επιβίωσης και από την άλλη ως μηχανισμός εκτόνωσης, ενεργοποιώντας το άτομο να αντιδράσει είτε με φυγή είτε με επίθεση ώστε να προσαρμοστεί στις στρεσογόνες συνθήκες. Σύμφωνα με τον Hans Selye (1974) το σύνολο των βιολογικών μεταβολών που εκδηλώνονται ως αποτέλεσμα της έκθεσης του ατόμου σ' ένα στρεσογόνο ερέθισμα ονομάζεται « Γενικό σύνδρομο προσαρμογής» και εκδηλώνεται σε τρεις φάσεις:

- 1^η φάση → αντίδραση συναγερμού
- 2^η φάση → φάση αντίστασης.
- 3^η φάση → φάση εξάντλησης.

Οι βιοχημικές μεταβολές που βιώνει ο ανθρώπινος οργανισμός εξαιτίας της έκθεσής του σε στρεσογόνες συνθήκες προκύπτουν όταν αντιλαμβάνεται ότι υπάρχει μια μεγάλη διαφορά, ένα χάσμα, ανάμεσα : α) στις απαιτήσεις που προβάλλει η συγκεκριμένη στρεσογόνος κατάσταση/γεγονός και β) στα αποθέματα (βιολογικά, ψυχικά και κοινωνικά) του ατόμου. Αυτή η διαφορά μπορεί να οφείλεται στις υπερβολικές απαιτήσεις και στη μη αξιοποίηση του δυναμικού και των αποθεμάτων του ατόμου. Όταν ένα άτομο αντιμετωπίζει μια στρεσογόνο κατάσταση αντιδρώντας με κάποιο τρόπο το σώμα του επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα λειτουργίας με αποτέλεσμα να βιώνει «στιγμιαίο στρες» που είναι παροδικό και αβλαβές. Αντίθετα, όταν νιώθει με το παραμικρό απειλημένο και ταυτόχρονα μπλοκάρει τους μηχανισμούς εκτόνωσης, τότε το σώμα του βρίσκεται σε διαρκή υπερλειτουργία και υπερένταση με αποτέλεσμα να βιώνει «χρόνιο στρες».¹⁸

5.2 Παράγοντες του στρες

Έχουν βρεθεί κάποιες διαστάσεις της προσωπικότητας ότι σχετίζονται με το άγχος. Αναφέρεται συχνά η διάκριση μεταξύ προσωπικότητας τύπου Α και τύπου Β (Friedman and Roseman, 1974).

Τα άτομα που ανήκουν στην προσωπικότητα τύπου Α είναι: ανταγωνιστικοί, επιθετικοί, βιαστικοί, ανυπόμονοι και επιδιώκουν υψηλού επιπέδου επιτεύγματα. Τα άτομα που ανήκουν στην προσωπικότητα τύπου Β : δεν είναι ανυπόμονα, δεν νιώθουν ότι κυνηγούνται από τον χρόνο, δεν προσπαθούν να εντυπωσιάσουν τους άλλους. Μια άλλη διάσταση της προσωπικότητας, για την οποία πρόσφατα προβλήθηκε η άποψη ότι έχει σχέση με το άγχος είναι αυτή που η Kobasa αποκάλυψε «σκληρότητα» ή «ανθεκτικότητα» (hardiness) (Maddi and Kobasa, 1984). Πρόκειται για την δυνατότητα που έχουν ορισμένοι άνθρωποι να μένουν ανεπηρέαστοι από την επίδραση των αγχογόνων παραγόντων. Μια άλλη διάσταση της προσωπικότητας, που έχει βρεθεί ότι συνδέεται με το πώς οι άνθρωποι αντιδρούν στις αγχογόνες καταστάσεις, είναι αυτή που ονομάζεται «έδρα ελέγχου» (locus of control) (Rotter, 1966).²²

Σύμφωνα με μελέτες των Healy and Mc Kay αποδεικνύεται ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι ιδιαίτερα στρεσογόνο. Η μελέτη τους που πραγματοποιήθηκε σε 129 Βικτωριανούς νοσηλευτές παρουσιάζει δυο κύριους παράγοντες, που δημιουργούν έντονο stress στους νοσηλευτές: 1) Η συχνότητα με την οποία εμφανίζονται οι διάφορες ασθένειες στους αρρώστους και 2) Η επίδραση που ασκούν τα διάφορα γεγονότα (ασθένειες) στους ίδιους τους νοσηλευτές.²⁴

Εσωγενείς στη δουλειά παράγοντες είναι:

1. Οι κακές συνθήκες εργασίας. Για παράδειγμα στο χώρο των επαγγελματιών υγείας βρέθηκε ότι ο μονότονος τεχνητός φωτισμός και ο κακός αερισμός προκαλούσαν αισθήματα κλειστοφοβίας. Σύμφωνα με τον Smith, (1988) ο ρυθμός εργασίας που υπαγορεύεται από μια μηχανή (ή κάποιο πρόσωπο) και όχι από τον ίδιο τον εργαζόμενο νοσηλευτή είναι δυνατόν να οδηγήσει σε έντονο άγχος.

2. Βάρδιες. Η εναλλαγή των διαστημάτων ημέρας και νύχτας κατά τα οποία διεξάγεται η εργασία έχει σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στον άνθρωπο. Η αλλαγή των βιορρυθμών, εξαιτίας του τεχνητού φωτισμού, επηρεάζει την αποδοτικότητα του νοσηλευτή και τον κάνει πιο επιρρεπή σε ατυχήματα (Monk and Teras, 1985). Οι αλλαγές στη βάρδια έχουν επιπλέον επίδραση στο ρυθμό μεταβολισμού, στη νοητική απόδοση. Πέρα από τις επιπτώσεις στις φυσιολογικές λειτουργίες, οι αλλαγές βάρδιας έχουν και κοινωνικές

συνέπειες, γιατί διαταράσσουν την οικογενειακή και κοινωνική ζωή του νοσηλευτή (Ross and Altamaier, 1994).

3. Ο εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας. Έχει βρεθεί ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στον εβδομαδιαίο χρόνο εργασίας και τη στεφανιαία νόσο. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 100 άτομα που είχαν υποστεί έμφραγμα σε σχετικά μικρή ηλικία βρέθηκε ότι 25% είχε δυο εργασίες και το 40% εργάζονταν πάνω από 60 ώρες την εβδομάδα (Cooper et al, 1988). Βέβαια τα στοιχεία αυτά δεν αποτελούν παρά έμμεσες μόνο ενδείξεις για τη σχέση άγχους και υπερβολικού φόρτου εργασίας.²²

Ένας παράγοντας που έχει βρεθεί ότι μπορεί να αποτελέσει πηγή εργασιακού άγχους είναι η διασύνδεση οικογενειακής / κοινωνικής και εργασιακής ζωής (home-work interface). Ειδικότερα προβλήματα στο πλαίσιο αυτό είναι τα εξής: 1) Η μεταφορά των προβλημάτων της εργασίας στο σπίτι και αντίστροφα με αποτέλεσμα ο ένας χώρος να διαταράσσεται από τα προβλήματα του άλλου. 2) Η διπλή σταδιοδρομία των δυο συζύγων, που μπορεί να οδηγήσει σε συγκρούσεις και που αποτελεί μια από τις πιο συχνές αιτίες διαζυγίων. 3) Το γεγονός ότι σε πολλές σύγχρονες εργασίες ο εργαζόμενος όχι μόνο είναι απαραίτητο να ταξιδεύει συχνά ή και να εγκαθίσταται μόνος σε άλλα μέρη για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Τα κυριότερα προβλήματα που αναφέρονται μεταξύ των δυο συζύγων και δημιουργούν άγχος που μεταφέρεται προς το χώρο της εργασίας είναι:

1. έλλειψη αμοιβαιότητας, όταν δηλαδή ο ένας από τους δυο πιστεύει ότι η προσφορά του στην οικογένεια είναι μεγαλύτερη από του άλλου.

2. Ανισότητα στη συναισθηματική προσφορά, που πιθανά διαβλέπει ο ένας από τους δυο.

3. Έλλειψη αυτοβεβαίωσης, όταν ο ένας από τους δυο συζύγους νιώθει ότι η αυτοεικόνα που έχει δεν επιβεβαιώνεται στα μάτια άλλων μελών της οικογένειας.

4. Διάψευση των προσδοκιών όσον αφορά στο ρόλο του / της συζύγου, απογοήτευσης δηλαδή ως προς αυτά που περίμενε από το γάμο (Pearlin and Turner, 1987).²²

Ο Adams αναφέρει τρεις παράγοντες, που κατά τη γνώμη του, επηρεάζουν τη δημιουργία του άγχους στο άτομο. Αυτοί είναι : η προσωπικότητα του ατόμου, το περιβάλλον με το οποίο βρίσκεται σε επαφή και η φύση της οργάνωσης μέσα στην οποία το άτομο εργάζεται.

Σύμφωνα με τον Manuso το άγχος στην εργασία μπορεί να προκληθεί από διάφορες αιτίες : πολλή ή λίγη δουλειά, αβέβαιο ή δύσκαμπτο περιβάλλον εργασίας, μεγάλη υπευθυνότητα και μικρές ή μεγάλες αλλαγές.²⁰

Μελέτες απέδειξαν την ύπαρξη τριών κατηγοριών αιτιών. Οι παράγοντες που δημιουργούν τις αιτίες είναι:

1. Περιβαλλοντικοί, που συνδέονται με την γενική κατάσταση του περιβάλλοντος και την επίδρασή τους πάνω στην οργάνωση και το άτομο.

2. Οργανωσιακοί, που μπορούν να προξενηθούν από την μη αποτελεσματική σχεδίαση της οργάνωσης,

3. Ατομικοί, που συνδέονται κυρίως με τα οικογενειακά προβλήματα, οικονομικές δυσκολίες και προβλήματα κινητικότητας.

Ο Miller γράφει ότι υπάρχουν δυο πηγές άγχους: αυτή που μας επιβάλλεται από την κατάσταση και τις συνθήκες του περιβάλλοντος και της εργασίας και αυτή που εμείς την επιβάλλουμε στον εαυτό μας. Σημαντική αιτία που δημιουργεί άγχος είναι οι ενοχλητικές διαπροσωπικές σχέσεις. Οι προσωπικές επαφές μεταξύ των μελών της οργάνωσης μεταβάλλονται από οργάνωση σε οργάνωση, στα νοσοκομεία οι διαπροσωπικές επαφές υπάρχουν σε μεγάλο βαθμό. Αν κάποιος αισθάνεται ότι δεν είναι αρεστός στους άλλους, τότε στο άτομο αυτό θα δημιουργηθεί άγχος. Το άγχος που συνδέεται με τη δουλειά αποτελεί τον κύριο παράγοντα της δυστυχίας του ατόμου για όλα τα είδη των εργασιών. Μελέτες έχουν δείξει ότι το 35% των νοσηλευτών έχουν παράπονα από την έλλειψη σαφήνειας στον προσδιορισμό και στην ανάθεση των καθηκόντων τους στο χώρο της εργασίας. Σχεδόν ένα 50% αισθάνεται ότι έχει αλλοτριωθεί στις βασικές του θέσεις από το περιβάλλον που βρίσκεται. Τέλος ένα 45% διαμαρτύρεται για τον καθημερινό φόρτο εργασίας στο οποίο δεν μπορούν ν' ανταποκριθούν.²⁰

Σύμφωνα με τον Aakster, στρες μπορούν να προκαλέσουν:

1. Δύσκολες, απειλητικές ή γρήγορα μεταβαλλόμενες καταστάσεις. Στην πλοκή αυτή το στρες μπορεί επίσης να προκληθεί από παθολογική αλλαγή στον οργανισμό.

2. Κανονικές δραστηριότητες της σύγχρονης ζωής.

3. Σχεδιασμένες δραστηριότητες ή ακόμα και θεραπείες. Τα ανταγωνιστικά σπορ, πχ αν και στρεσογόνα βοηθούν στη μείωση ορισμένων συγκινήσεων.

4. Πριν από βιώματα που προβλέπεται να είναι δύσκολα.

Σημαντικές πηγές ειδικές του στρες είναι:

1. προσβολές από βακτηρίδια, ιούς ή παράσιτα

2. τραύμα

3. ανεπαρκής τροφή, θερμότητα, προστασία

4. διασπαστικές κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις

5. συγκρουόμενες κοινωνικές και πολιτιστικές προσδοκίες

6. βασικές ανάγκες που πρέπει να αρνηθεί το άτομο εξαιτίας κοινωνικής πίεσης
7. φανταστικές απειλές
8. μεταβολές στην εσωτερική φυσιολογία
9. πόλεμος
10. περίοδοι απομόνωσης
11. φυσικές καταστροφές
12. σκληρά, ανταγωνιστικά σπορ.

Οι αποκρίσεις στο στρες διακρίνονται σε : 1. Φυσιολογικές
2. Συμπεριφοριολογικές 3. Υποκειμενικές 4. Ψυχολογικές.

Ο ακριβής τρόπος με τον οποίο κάθε άτομο αποκρίνεται στις στρεσογόνες καταστάσεις είναι συνάρτηση : της προσωπικότητάς του, του χαρακτηριστικού τρόπου απάντησης που υπάρχει στο ρεπερτόριο απαντήσεών του και του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνεται το πρόβλημά του. Ωστόσο παρά τις ατομικές διαφορές στην απάντηση στο στρες, οι κοινωνιολόγοι έχουν διαπιστώσει ότι όλοι οι άνθρωποι γενικά:

1. Βιώνουν στέρση, ματαιώση και στρες όταν δεν ικανοποιούνται οι ανάγκες τους.

2. Έχουν την τάση να αποφεύγουν τα στρες.

3. Αντιδρούν με όμοιους τρόπους στο υπερβολικό στρες.

4. Έχουν την τάση να προσαρμόζονται στο στρες και να ικανοποιούν τις βασικές ανάγκες μεταβάλλοντας σκόπιμα το περιβάλλον.

5. Έχουν την τάση να αναζητούν μια κατάσταση ισορροπίας όταν αντιμετωπίζουν περιβαλλοντικά και εσωτερικά στρες.²⁵

Μετά από μελέτες προτάθηκαν οι εξής αιτίες στρες και άγχους:

- 1) Έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού.

- 2) Φόρτος εργασίας.

- 3) Η αυξημένη διακίνηση των αρρώστων.

- 4) Οι διαπροσωπικές σχέσεις.

- 5) Ο φόβος του λάθους και η ευθύνη για τον άρρωστο.

- 6) Η βαρύτητα της κατάστασης των αρρώστων και οι ψυχικές τους ανάγκες.

- 7) Η προσαρμογή στο περιβάλλον του νοσοκομείου.

- 8) Η μη καλή οργάνωση του νοσοκομείου.²⁶

5.3 Συμπτώματα και Επιπτώσεις του Στρες

Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι το άγχος που προέρχεται από τη λειτουργία της οργάνωσης και το επάγγελμα δημιουργεί φυσιολογική και ψυχολογική ένταση στο άτομο που οδηγεί τελικά σε βλάβη της στεφανιαίας της καρδιάς¹⁰.

Το άγχος από το επάγγελμα είναι:

- 1) Η αμφιβολία από την άσκηση του ρόλου. Τα κύρια συμπεράσματα της μελέτης του Kahn και άλλων έδειξαν ότι τα άτομα που υποφέρουν από την αμφιβολία κατά την άσκηση του ρόλου τους έχουν λιγότερη ικανοποίηση από την εργασία και μεγαλύτερη ένταση
- 2) Η σύγκρουση από την άσκηση του ρόλου
- 3) Η παραμόρφωση του ρόλου
- 4) Τα ακαθόριστα όρια της οργάνωσης
- 5) Η υπευθυνότητα που έχει το άτομο
- 6) Οι σχέσεις με τους άλλους
- 7) Η συμμετοχή του ατόμου στις διαδικασίες της οργάνωσης.

Η συμμετοχή αναφέρεται στο βαθμό που ένα άτομο επηρεάζει τις διαδικασίες της λήψης απόφασης μέσα στην οργάνωση. Τα συμπεράσματα των Coch and French έχουν δείξει ότι όσο πιο μεγάλος είναι ο βαθμός της συμμετοχής των μελών της οργάνωσης στη λήψη αποφάσεων, τόσο πιο μεγάλη είναι η παραγωγικότητα, τόσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση των ατόμων από τη δουλειά. Η δημιουργούμενη φυσιολογική και ψυχολογική ένταση είναι: η έλλειψη ικανοποίησης από τη δουλειά, η ένταση στη δουλειά, η απειλή από τη δουλειά, η χαμηλή ικανοποίηση της ανάγκης για αυτοπραγμάτωση, το κάπνισμα, η πίεση του αίματος, η χοληστερίνη, τα προβλήματα της καρδιάς και η χαμηλή ικανοποίηση της ανάγκης για υπόληψη και γόητρο.

Η Barbara Dohrenwin αναφέρει ότι οι ερευνητές μπορούν με επιτυχία να προβλέψουν τα αποτελέσματα του άγχους από μια ψυχιατρική εξέταση. Η εργασία της παρουσιάζει τη σχέση που υπάρχει μεταξύ ενός συναισθήματος απελπισίας και της δημιουργούμενης ασθένειας. Το άγχος και μερικά αποτελέσματα της συμπεριφοράς του ατόμου, όπως η έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία, η μικρή απόδοση, και οι απουσίες αναφέρονται στα συμπεράσματά της ως η αρνητική πλευρά του άγχους. Ο Selye πιστεύει ότι ο καθένας μας έχει ένα περιορισμένο απόθεμα ενέργειας στη ζωή του. Αν λοιπόν το άτομο βρίσκεται σε συνεχές υψηλό επαγγελματικό άγχος, καταναλίσκει γρήγορα την ενέργεια της ζωής που διαθέτει και πεθαίνει νωρίς.²⁰

Κατά τον Cox η συμπεριφορά που αναφέρεται σαν αποτέλεσμα του στρες και του συνακόλουθου άγχους μπορεί να διακυμαίνεται από απομάκρυνση, ανία, αποφυγή του κινδύνου, επιθετικότητα, αμυντική συμπεριφορά, μέχρι πανικό και κλάμα (Blainey, 1980).²⁶

Το επαγγελματικό άγχους έχει κυρίως έμμεσες συνέπειες: αλκοολισμό, ψυχικές ασθένειες, απουσίες, λάθη, οικογενειακά προβλήματα. Συνήθως με το άγχος συνδέονται τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων ή εκδηλώσεων: τα σωματικά, τα ψυχολογικά και τα συμπεριφορικά.

Στα σωματικά συμπτώματα του μακροχρόνιου άγχους περιλαμβάνονται: πονοκέφαλοι, ξηρότητα του στόματος, υπέρταση, πόνοι στο στήθος, βήχας και ασθματικές καταστάσεις, μυϊκοί πόνοι, αίσθημα κόπωσης, δυσπεψία, κοιλιακοί πόνοι, διάρροια, συχνουρία, ανωμαλίες στην περίοδο των γυναικών, ξηρότητα του δέρματος και δερματίτιδες. Άλλες εκδηλώσεις που μπορούν να ενταχθούν στην κατηγορία αυτή είναι: ανορεξία, αϋπνίες, εφίδρωση χωρίς λόγο, νευρικά τικ, ονυχοφαγία, ναυτίες, δύσπνοια, σεξουαλική ψυχρότητα ή ανικανότητα. Στις ψυχολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνονται: ευερεθιστότητα, έλλειψη ενδιαφέροντος για τη ζωή, αρρωστοφοβίες, αίσθημα αποτυχίας, φόβος για το μέλλον, δυσκολίες στη συγκέντρωση του νου, κλειστοφοβία. Τέλος, στις συμπεριφορικές εκδηλώσεις του άγχους, ειδικότερα στο χώρο της εργασίας, περιλαμβάνονται: η αποφυγή της εργασίας, η αυξημένη κατανάλωση τοξικών ουσιών (αλκοόλ, κάπνισμα, ηρεμιστικά), η επιθετικότητα προς τους συναδέλφους, η υπερβολική κατανάλωση τροφής (ή και το αντίθετο), οι απουσίες από την εργασία και η ροπή προς τα ατυχήματα.²²

Ο Schuler προτείνει διάφορους τρόπους καλής επικοινωνίας που μπορούν να ελαττώσουν το άγχος και περιγράφει μερικές δεξιότητες καλής επικοινωνίας. Η ενθάρρυνση ή η επίτευξη της διαπροσωπικής επικοινωνίας είναι κατά τον Schuler μια πολύ καλή τεχνική για να αυξηθεί το συναίσθημα του εργαζόμενου ότι κάτι αξίζει και να αποκτήσει εμπιστοσύνη στον εαυτό του.²⁰

5.4 Αντιμετώπιση του Άγχους και του Στρες

Όπως ήδη αναφέρθηκε τα αποτελέσματα του stress είναι βλαπτικά και στο νοσηλευτή και στις σχέσεις του με τους συναδέλφους. Γι' αυτό ο νοσηλευτής έχει χρέος προς τον εαυτό του και τους άλλους να προσπαθήσει να κατανοήσει τις στρατηγικές χειρισμού του στρες που χρησιμοποιεί, να κάνει όπου χρειάζεται προσαρμογές και βελτιώσεις και να αναπτύξει ένα εύρος προσεγγίσεων για αποτελεσματικό χειρισμό των εντασιογόνων περιστάσεων. Επιπλέον πρέπει να επισημαίνει ειδικούς ψυχοπαιστικούς παράγοντες στο περιβάλλον της εργασίας του και όσο είναι δυνατό να τους εξουδετερώνει ή ελαχιστοποιεί. Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές για την αντιμετώπιση του στρες της εργασίας σύμφωνα με την έρευνα του Dewe, ταξινομούνται στις εξής 6 κατηγορίες:

1) Συμπεριφορά προσανατολισμένη στο πρόβλημα π.χ. ανάθεση μέρους εργασίας σε άλλους, εκσυγχρονισμός των προσωπικών γνώσεων για τα φάρμακα και τη σύγχρονη τεχνολογία, λογικοποίηση του προβλήματος

2) Προσπάθεια σωματικής και ψυχικής χαλάρωσης π.χ. ασκήσεις σωματικής και ψυχικής χαλάρωσης, απασχόληση με ευχάριστα πράγματα, διάθεση χρόνου για ησυχία και μοναχικότητα, ζήτηση συμβουλών από πιο έμπειρους νοσηλευτές

3) Εξωτερίκευση συναισθημάτων π.χ. έκφραση της υπερέντασης, του εκνευρισμού και των απογοητεύσεων σε άλλους συναδέλφους για εκτόνωση

4) Εσωτερίκευση του προβλήματος π.χ. αναγνώριση όλων των αρνητικών συνεπειών και προετοιμασία για το χειρότερο ενδεχόμενο, επίδοση στην εργασία, περισσότερη και σκληρότερη εργασία, πολυφαγία, κλάμα.

5) Αποδοχή της εργασίας όπως είναι και προσπάθεια να μην κυριαρχηθεί και καταβληθεί κανείς απ' αυτή, π.χ. εκτέλεση της εργασίας ως καθήκοντος, επιλεκτική απόσυρση από όσα εντασιογόνα γεγονότα συμβαίνουν στο περιβάλλον και επικέντρωση μόνο στο σήμερα.

6) Παθητικές στρατηγικές χειρισμού της περίπτωσης π.χ. κάπνισμα, πολλοί καφέδες, χρησιμοποίηση μιας ημερήσιας άδειας ή ελπιδοφόρα αναμονή της επόμενης άδειας²⁸.

Το άγχος μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις τόσο για το άτομο, όσο και για τον εργασιακό χώρο. Από την πλευρά της οργάνωσης πρέπει να ληφθούν όλα εκείνα τα μέτρα που θα προλαμβάνουν κατά το δυνατό τις αγχογόνες καταστάσεις, με τον καλύτερο σχεδιασμό της εργασίας, αλλά και της δομής της ίδιας της οργάνωσης. Επειδή όμως το άγχος είναι σε μεγάλο βαθμό υποκειμενική διαδικασία, μεγαλύτερη

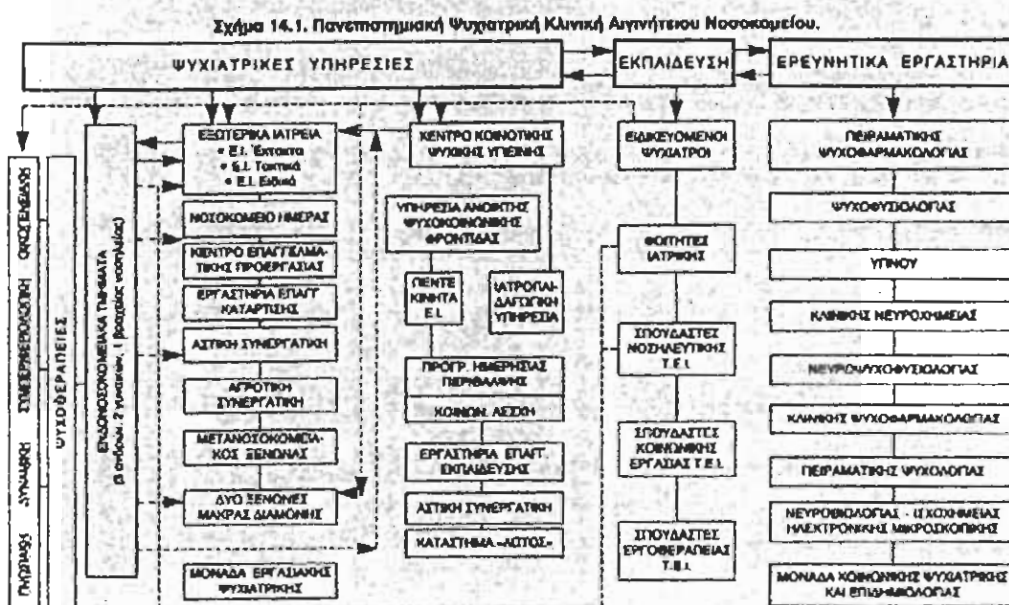
έμφαση πρέπει να δοθεί στις διαδικασίες πρόληψης και αντιμετώπισης του άγχους από πλευράς ατόμου. Γενικά θεωρείται ότι η κοινωνική στήριξη παίζει το μεγαλύτερο ρόλο στην αντιμετώπιση του άγχους (Ross and Altmaier, 1994)

. Η κοινωνική στήριξη παίζει αναχαιτιστικό ρόλο και μπορεί να προέρχεται από το οικογενειακό ή το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου. Εδώ φαίνεται ο σημαντικός ρόλος των κοινωνικών σχέσεων στο χώρο εργασίας. Από κει και πέρα το άτομο μπορεί να προσφεύγει σε διάφορες τεχνικές χαλάρωσης ή γνωστικής αντιμετώπισης των αγχογόνων καταστάσεων. Οι περισσότερες μέθοδοι αντιμετώπισης του άγχους απαιτούν ειδική άσκηση και εκπαίδευση και η λεπτομερής ανάπτυξή τους είναι έξω από τα όρια του παρόντος κεφαλαίου. Ο Murphy (1995) αντικρούει την προσέγγιση αυτή, που θέλει να βλέπει το επαγγελματικό άγχος περισσότερο ως ατομική και λιγότερο ως οργανωσιακή υπόθεση. Προτείνει η αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους να αναχθεί σε οργανωσιακό πρόβλημα, με αντίστοιχες επεμβάσεις τόσο στο επίπεδο του κάθε συγκεκριμένου έργου (job) όσο και στο επίπεδο της οργάνωσης:

- 1) Ακριβείς περιγραφές του έργου, για να αποφεύγεται η ασάφεια και η σύγκρουση ρόλων
- 2) Προγράμματα οριζόντιας μετακίνησης του εργαζόμενου νοσηλευτή, ώστε αυτός να μπορεί να εργαστεί σε περιοχές που βρίσκονται στο πλαίσιο των δυνατοτήτων του.
- 3) Επανασχεδιασμό του εργασιακού χώρου βάσει εργονομικών αρχών, για τη μείωση της κόπωσης και των μυοσκελετικών προβλημάτων
- 4) Σχηματισμό κοινών επιτροπών εργαζομένων και διοίκησης, με στόχο την επίλυση παρόμοιων προβλημάτων
- 5) Ειδική εκπαίδευση και κατάρτιση για τα άτομα που η εργασία τους αλλάζει μορφή ή ξεπερνιέται από τις εξελίξεις, ούτως ώστε να μην αναγκάζονται να αποχωρήσουν από το χώρο εργασίας
- 6) Δημιουργία ειδικών χώρων μέριμνας των παιδιών των εργαζόμενων νοσηλευτών, για την απάλυνση των σχετικών προβλημάτων
- 7) Αναθεώρηση των μεθόδων και δεικτών αξιολόγησης της απόδοσης των νοσηλευτών, ιδίως στις περιπτώσεις που αυτοί οδηγούν σε ασφυκτικούς ρυθμούς²².

Τέλος κρίνεται σκόπιμη η αναφορά στην έρευνα που πραγματοποίησαν οι Healy and Mc Kay σε 129 Αυστραλούς νοσηλευτές. Η μελέτη τους ενίσχυσε την άποψη ότι η χρήση του χιούμορ στον χώρο εργασίας συμβάλλει στην μείωση και αντιμετώπιση του στρες και αυξάνει την επαγγελματική ικανοποίηση

των νοσηλευτών²⁷. Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι ο αντίποδας της επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Επαγγελματική κόπωση των Νοσηλευτών (Burnout)

6.1 Ορισμοί του Burnout

6.2 Στάδια επαγγελματικής εξουθένωσης

6.3 Αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης

6.4 Συμπτώματα επαγγελματικής
εξουθένωσης

6.5 Πρόληψη και αντιμετώπιση της
επαγγελματικής εξουθένωσης. (επαγγελματική
κόπωση)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Η επαγγελματική κόπωση των Ψυχιατρικών Νοσηλευτών (Burnout)

6.1 Ορισμοί του Burnout

Κόπωση- Burnout – Εξουθένωση

Ο όρος επαγγελματική κόπωση (burnout) χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1974 από τον Freudenberger για να περιγράψει ένα σύνδρομο εξουθένωσης, απογοήτευσης και απόσυρσης των εθελοντών ψυχικής υγείας. Κατά τον Maslach το σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης ή εξουθένωσης αποτελεί μια κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης του ατόμου που χαρακτηρίζεται από μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του, αρνητική στάση και απώλεια ενδιαφέροντος για την εργασία του και έλλειψη ικανοποίησης από αυτή.²⁹ Κατά τους Firth και συνεργάτες, το burnout περιγράφει την ψυχολογική ανταπόκριση στο στρες των ανθρώπων οι οποίοι εργάζονται με άτομα που χρειάζονται φροντίδα. Κατά τους Pines και συνεργάτες, το burnout είναι αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενης συναισθηματικής πίεσης που αφορά εκείνους που καλούνται να φροντίσουν άλλους ανθρώπους.³⁰

Ένας από τους ευρύτερα αποδεκτούς ορισμούς της επαγγελματικής κόπωσης διατυπώθηκε από την Christine Maslach (1982) Η Maslach περιέγραψε ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης στα πλαίσια του οποίου ο Νοσηλευτής χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους ασθενείς, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά του και την απόδοσή του και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του.⁴ Σύμφωνα με τους Edelwich and Brodsky (1980) η εξουθένωση αφορά μια προοδευτική διεργασία αποιδανικοποίησης της πραγματικότητας που δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς στόχους ή στα ιδανικά του επαγγελματία.³¹ Η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια ψυχολογική διαδικασία συναφής αλλά όχι ταυτόσημη με το επαγγελματικό άγχος, αν και είναι στενά δεμένη με αυτό. Σύμφωνα με την Maslach, πρόκειται για σύνδρομο που αποτελείται από 3 επιμέρους διαστάσεις: συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποίηση και μειωμένο αίσθημα προσωπικής επίτευξης (Maslach and Jachson, 1986).

Το σύνδρομο αυτό θεωρήθηκε αρχικά ότι εμφανίζεται κυρίως σε άτομα που έχουν εργασία, η οποία συνεπάγεται προσφορά υπηρεσιών σε άλλα άτομα (γιατροί, νοσηλευτές) αλλά πρόσφατα η διερεύνηση του συνδρόμου έχει επεκταθεί και σε άλλα επαγγέλματα (Golembiewski, Muzehriderand and Stevenson, 1986- Shirom, 1989- Cordes and

Dougherty, 1993- Lee and Ashforth, 1993). Η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion) αναφέρεται στη μείωση των συναισθημάτων του ατόμου, με αποτέλεσμα να μην μπορεί πλέον να προσφέρει συναισθηματικά στους αποδέκτες των υπηρεσιών του. Η δεύτερη διάσταση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, η αποπροσωπότητα (depersonalization), αναφέρεται στην αρνητική, και πολλές φορές κυνική, αντιμετώπιση των αποδεκτών των υπηρεσιών του, οι οποίοι πολλές φορές αντιμετωπίζονται σαν αντικείμενα. 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. Σύμφωνα με την Maslach, χρονικά, προηγείται η συναισθηματική εξάντληση, λόγω της φύσης της εργασίας, και ως μορφή αντιμετώπισής της ακολουθεί η αποπροσωπότητα, η κυνική αντιμετώπιση των αποδεκτών των υπηρεσιών. Υπάρχει όμως και η άλλη άποψη, σύμφωνα με την οποία προηγείται η αποπροσωπότητα, που είναι απαραίτητος αμυντικός μηχανισμός, και αν αυτή υπερβεί κάποια όρια, οδηγεί σε μειωμένη επίδοση και σε αίσθημα αποτυχίας, που με τη σειρά τους οδηγούν σε συναισθηματική εξάντληση (Golembiewski et al, 1986).

Γενικά, επαγγελματική εξουθένωση θα μπορούσε να οριστεί ως μια μορφή επαγγελματικού άγχους, εφόσον η εμφάνισή της καθορίζεται από τις ιδιαίτερες απαιτήσεις της εργασίας, και προς την κατεύθυνση αυτή φαίνεται ότι υπάρχει σήμερα κάποια σύγκλιση (Cordes and Dougherty, 1993). Συνοπτικά, θα λέγαμε, ότι η συναισθηματική εξουθένωση μπορεί να θεωρηθεί μια ιδιόζουσα μορφή επαγγελματικού άγχους.²²



Dougherty, 1993- Lee and Ashforth, 1993). Η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion) αναφέρεται στη μείωση των συναισθημάτων του ατόμου, με αποτέλεσμα να μην μπορεί πλέον να προσφέρει συναισθηματικά στους αποδέκτες των υπηρεσιών του. Η δεύτερη διάσταση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, η αποπροσωποποίηση (depersonalization), αναφέρεται στην αρνητική, και πολλές φορές κυνική, αντιμετώπιση των αποδεκτών των υπηρεσιών του, οι οποίοι πολλές φορές αντιμετωπίζονται σαν αντικείμενα. 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. Σύμφωνα με την Maslach, χρονικά, προηγείται η συναισθηματική εξάντληση, λόγω της φύσης της εργασίας, και ως μορφή αντιμετώπισής της ακολουθεί η αποπροσωποποίηση, η κυνική αντιμετώπιση των αποδεκτών των υπηρεσιών. Υπάρχει όμως και η άλλη άποψη, σύμφωνα με την οποία προηγείται η αποπροσωποποίηση, που είναι απαραίτητος αμυντικός μηχανισμός, και αν αυτή υπερβεί κάποια όρια, οδηγεί σε μειωμένη επίδοση και σε αίσθημα αποτυχίας, που με τη σειρά τους οδηγούν σε συναισθηματική εξάντληση (Golembiewski et al, 1986).

Γενικά, επαγγελματική εξουθένωση θα μπορούσε να οριστεί ως μια μορφή επαγγελματικού άγχους, εφόσον η εμφάνισή της καθορίζεται από τις ιδιαίτερες απαιτήσεις της εργασίας, και προς την κατεύθυνση αυτή φαίνεται ότι υπάρχει σήμερα κάποια σύγκλιση (Cordes and Dougherty, 1993). Συνοπτικά, θα λέγαμε, ότι η συναισθηματική εξουθένωση μπορεί να θεωρηθεί μια ιδιόζουσα μορφή επαγγελματικού άγχους.²²



καθώς νιώθει ανεπαρκής να ανταποκριθεί σε αυτές, αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα, αλλαγή ή καινοτομία στο χώρο εργασίας και διατηρεί τη θέση του για λόγους επιβίωσης.³²

6.3 Αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης

Στη συνέχεια αναφέρονται οι κυριότεροι παράγοντες που οδηγούν τους νοσηλευτές στο burnout. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε ενδογενείς, διαπροσωπικούς και εξωγενείς.

1. **Ενδογενείς:** Α) ασθενείς που πεθαίνουν. Β) ανασφάλεια .Γ) συναισθηματική φόρτιση από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Δ)προσωπικά προβλήματα.

2. **Διαπροσωπικοί:** Α) σχέσεις με τους συναδέλφους. Β) εντάσεις στην ομάδα εργασίας. Γ) όχι διασαφηνισμένοι ρόλοι. Δ) έλλειψη επικοινωνίας. Ε) έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης. Στ) έλλειψη αναγνώρισης έργου από τους προϊσταμένους. Ζ) εργασία με μη έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό. Η) διαπληκτισμοί με επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων. Θ) φόβος σε εμπλοκή νομικών πράξεων.

3. **Εξωγενείς:** Α)εργασία με αναβαθμισμένο τεχνολογικό εξοπλισμό. Β) φόρτος εργασίας. Γ) επίπεδο θορύβου στον όροφο. Δ) γραφειοκρατία. Ε) θέση εργασίας.³⁰

Από τους κυριότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της επαγγελματικής κόπωσης είναι:

1. Οι συνθήκες εργασίας που περιλαμβάνουν τις σοβαρές απαιτήσεις, τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές που έχει η απασχόληση στο χώρο της υγείας, καθώς και τις σχέσεις με τους συνεργάτες του.

2. Οι σχέσεις του νοσηλευτή με τους αρρώστους και τους συγγενείς τους.

3. Ορισμένα προσωπικά χαρακτηριστικά του ίδιου του νοσηλευτή που τον κάνουν να μην μπορεί ν' αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το στρες και να νιώθει αποθαρρυσμένος.³¹

Ωστόσο τα γενικά αίτια της επαγγελματικής κόπωσης σύμφωνα με διάφορους μελετητές είναι:

1. Η εντατική εργασία και ο μεγάλος φόρτος εργασίας λόγω έλλειψης προσωπικού.

2. Η πεποίθηση ότι στον τομέα υγείας δεν θα αλλάξει προς τα καλύτερα η λειτουργία στο ίδρυμα όσα χρόνια κι αν περάσουν.

3. Σκέψεις ότι κανείς δεν νοιάζεται στην υπηρεσία για προβλήματα των νοσηλευτών και ότι μονίμως προσφέρουν έργο που δεν αναγνωρίζεται από τους προϊσταμένους και συνεργάτες τους.

4. Το είδος της δουλειάς με την στρεσογόνο καθημερινή φροντίδα ατόμων που είναι ανήμποροι και υποφέρουν.

5. Οι μη κανονικές ώρες εργασίας, οι χαμηλοί μισθοί και το χαμηλό ηθικό των νοσηλευτών.

6. Η έλλειψη επικοινωνίας και καλής διοίκησης και οι κακές έως απαράδεκτες συνθήκες εργασίας.

7. Η δυσμενής επίδραση του στρες της εργασίας στην προσωπική ζωή του νοσηλευτή που κατόπιν αναπόφευκτα τον επηρεάζει στην δουλειά του στο νοσοκομείο.²⁹

Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα που επιδιώκουν να ερμηνεύσουν το φαινόμενο της επαγγελματικής κόπωσης αναζητούν τα αίτια στη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Στην ουσία υπάρχει μια «ζήτηση» και «προσφορά» τόσο από τον Νοσηλευτή προς το εργασιακό περιβάλλον όσο και αντίστροφη (Harrison, 1979. Vachon, 1987). Με άλλα λόγια. Ο Νοσηλευτής φέρνει στον χώρο της δουλειάς τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις ικανότητές του (προσφορά) και ταυτόχρονα έχει ορισμένες προσωπικές – συνειδητές ή ασυνειδητές- προσδοκίες, ανάγκες και απαιτήσεις από τον εργασιακό χώρο (ζήτηση) όπως για παράδειγμα, αναγνώριση, κύρος, οικονομικές απαιτήσεις, δυνατότητα εξέλιξης. Το εργασιακό περιβάλλον από την πλευρά του, έχει συγκεκριμένες απαιτήσεις και προσδοκίες από τον νοσηλευτή (ζήτηση) και παρέχει ανταλλάγματα (προσφορά). Όταν αυτά που δίνει και ζητά ο νοσηλευτής δεν συμπίπτουν με όσα προσφέρει το εργασιακό περιβάλλον τότε εμφανίζεται ένα χάσμα, μια ανισορροπία ή ασυμφωνία και αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης στρεσογόνων καταστάσεων που συμβάλλουν σε ένα χρόνο στρες, το οποίο προοδευτικά οδηγεί στην επαγγελματική κόπωση. Στα πλαίσια αυτού του μοντέλου γίνεται αντιληπτό ότι δεν είναι οι εξωτερικές συνθήκες εργασίας που καθορίζουν το βαθμό του στρες που βιώνει ένας νοσηλευτής, όσο ο τρόπος που τις αντιλαμβάνεται και τις αντιμετωπίζει σύμφωνα με τις ικανότητες τι ανάγκες και τις προσδοκίες του. Έτσι, λοιπόν, ένας απαιτητικός, γεμάτος προκλήσεις χώρος εργασίας μπορεί ένα άτομο να είναι απόλυτα ικανοποιητικός, καθώς ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις δυνατότητές του, ενώ για κάποιον άλλον αποτελεί πηγή χρόνιου stress. Ο βαθμός του στρες που βιώνει ο νοσηλευτής εξαρτάται από ένα σύνολο μεσολαβητικών παραγόντων, οι οποίοι αυξάνουν ή μειώνουν την αντίστασή του στο στρες.

Οι παράγοντες αυτοί είναι:

A) ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση)

B) ενδοατομικοί παράγοντες (προσωπικότητα, κίνητρα, επιθυμίες, προσδοκίες, μηχανισμοί άμυνας)

Γ) διαπροσωπικοί παράγοντες (υποστηρικτικό δίκτυο) και

Δ) κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες (φιλοσοφία εργασίας, κοινωνικές αναπαραστάσεις σχετικά με την αρρώστια).

Παρ' όλο που τα σύγχρονα μοντέλα επιδιώκουν να κατανοήσουν το φαινόμενο της επαγγελματικής κόπωσης λαμβάνοντας υπόψη την συμβολή ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, μερικοί επιστήμονες επικεντρώνουν τις μελέτες τους στις στρεσογόνες και αντίξοες συνθήκες εργασίας. Αυτοί οι εργασιακοί παράγοντες που θεωρούνται ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση της κόπωσης είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, το εξαντλητικό ωράριο.⁴

Μια μελέτη των Reid, Johnson, Morant, Kuipers and al ανέφεραν ως σημαντικότερες δυσκολίες της εργασίας των νοσηλευτών νοητικής υγείας την έλλειψη αυτονομίας, υπευθυνότητας και δυνατότητας για ανάπτυξη ενός ανεξάρτητου θεραπευτικού ρόλου. Ιδιαίτερα έντονο είναι το αίσθημα, όπως αναφέρθηκε της αποθάρρυνσης και απογοήτευσης εξαιτίας των ασθενών που ενώ αρχικά θεραπεύονται, επιστρέφουν στο νοσοκομείο ως ασθενείς.³⁷

6.4 Συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης

Επειδή το σύνδρομο burnout είναι πολύ συχνό φαινόμενο που αναπτύσσεται περιοδικά σε μεγαλύτερο βαθμό ή μικρότερο, ίσως σε κάθε εργαζόμενο στο χώρο της υγείας, είναι σημαντικό να είμαστε σε θέση:

A) να αναγνωρίζουμε έγκαιρα τις ενδείξεις (συμπτώματα) της επαγγελματικής κόπωσης.

B) να εντοπίζουμε τους παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του συνδρόμου αυτού.

Γ) να χρησιμοποιούμε αποτελεσματικές μεθόδους αντιμετώπισης των επιπτώσεων της σωματικής και ψυχικής εξάντλησης και

Δ) να λαμβάνουμε έγκαιρα προληπτικά μέτρα.³¹

Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης γίνονται συνήθως αντιληπτά κατά τα δυο τελευταία στάδια ανάπτυξής της και εκδηλώνονται σε οργανικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο. Τα οργανικά συμπτώματα αφορούν συνήθως μικροενοχλήσεις, όπως έντονη αίσθηση κόπωσης και αδυναμίας, αυξημένη μυϊκή υπέρταση, κεφαλαλγίες, γαστρεντερικές διαταραχές, διαταραχές ύπνου ή διατροφής.

Άλλοτε πάλι αφορούν σοβαρότερα προβλήματα υγείας, όπως υπέρταση, έλκος, παρατεταμένες ημικρανίες, καρδιαγγειακές ή άλλες ψυχοσωματικές διαταραχές. Οι συναισθηματικές ενδείξεις της εξουθένωσης περιλαμβάνουν μια υποκειμενική αίσθηση ψυχικής εξάντλησης που συνοδεύεται από άγχος και κατάθλιψη. Αποθαρρυσμένος και με χαμηλή αυτοεκτίμηση, ο νοσηλευτής πιστεύει ότι δεν είναι ικανός να αντεπεξέλθει τόσο στις προσωπικές του προσδοκίες, όσο και σε εκείνες που θέτει ο χώρος εργασίας. Άλλες χαρακτηριστικές ενδείξεις της επαγγελματικής εξουθένωσης περιλαμβάνουν τη δυσκολία τη νοσηλευτή να συγκεντρωθεί στη δουλειά του, την τάση να ξεχνά, να παραβλέπει σημαντικά κλινικά συμπτώματα και να είναι επιρρεπής σε εσφαλμένες εκτιμήσεις, απροσεξίες ή ατυχήματα. Συχνά απουσιάζει ή αργοπορεί και διακατέχεται από μια τάση φυγής και ονειροπόλησης.³²

Σύμφωνα με άλλους ερευνητές τα συνήθη σημεία και συμπτώματα του burnout διακρίνονται σε: φυσικά/σωματικά και ψυχολογικά/συναισθηματικά.

Αναλυτικότερα περιλαμβάνουν:

- 1) Φυσικά- Σωματικά: α) Εξάντληση, β) Αλλαγές σωματικού βάρους, γ) υπνηλία, δ) γαστρεντερικές διαταραχές, ε) επιρρέπεια στις νόσους, στ) πονοκέφαλοι, ζ) δερματολογικά προβλήματα
- 2) Ψυχολογικά- συναισθηματικά: α) αίσθημα απόρριψης, β) αίσθημα ενοχής, γ) ανησυχία, άγχος, δ) διαρκής λύπη, ε) αίσθημα ανυπαρξίας, στ) κατάθλιψη, ζ) κυνική συμπεριφορά, η) ευσυγκινησία, θ) αρνητική συμπεριφορά.

Σύμφωνα με άλλη βιβλιογραφία τα σωματικά συμπτώματα της κόπωσης εκδηλώνονται κυρίως, με αύξηση των παλμών της καρδιάς, ακανόνιστη αναπνοή ενώ τα ψυχικά εκδηλώνονται κυρίως με χαλάρωση της αντιληπτικής ικανότητας και αστάθεια των πνευματικών λειτουργιών.³³

Μια από τις πρώτες ενδείξεις επαγγελματικής κόπωσης των νοσηλευτών είναι η αυξημένη ευερεθιστότητα, η οποία μπορεί να εκδηλώνεται σε συνδυασμό ή να ακολουθείται από κατάθλιψη, αδιαφορία, απογοήτευση και διαταραχές στην συγκέντρωση με αποτέλεσμα η νοσηλεύτρια να κουράζεται περισσότερο αλλά να έχει μειωμένη απόδοση. Ο νοσηλευτής νιώθει ότι δεν έχει πλέον τις ίδιες δυνάμεις που είχε στο παρελθόν, πιστεύει ότι δεν ανταποκρίνεται στις δικές του προσδοκίες ή εργασιακού περιβάλλοντος, νιώθει αποθαρρυσμένος ιδιαίτερα όταν δεν αναγνωρίζεται η προσφορά του αλλά δέχεται κριτική. Αποτέλεσμα αυτής της συναισθηματικής κατάστασης του νοσηλευτή είναι ή ελάττωση των επισκέψεών του στους θαλάμους και ο βαθμιαίος περιορισμός της συναισθηματικής επικοινωνίας και της «εμπάθειάς» του προς τους ασθενείς. Έτσι η συμπεριφορά του γίνεται

απρόσωπη, και φέρεται σαν να έχει απέναντί του ένα περιστατικό και όχι έναν άνθρωπο που υποφέρει.²⁹

Μερικές φορές μάλιστα γίνεται απότομος, επιθετικός, ειρωνικός, κυνικός. Αυτή η στάση συχνά ερμηνεύεται από τους άλλους σαν ψυχρότητα, τυπικότητα, αδιαφορία, έλλειψη φροντίδας, ενδιαφέροντος και σεβασμού για τον ασθενή. Αυτές οι ερμηνείες εντείνουν τα συναισθήματα ανεπάρκειας, υποτίμησης και κατάθλιψης του εργαζόμενου της υγείας που νιώθει ένοχος για τη συμπεριφορά του γιατί πιστεύει ότι έχει χάσει την ευαισθησία και την ανθρωπιά του.³¹

Πρέπει, βέβαια, αν σημειωθεί ότι δεν παρουσιάζουν όλοι οι νοσηλευτές τα ίδια σημεία και συμπτώματα του burnout. Η προσωπικότητα του νοσηλευτή καθώς και η ικανότητα προσαρμογής του στις στρεσογόνες καταστάσεις συμβάλλουν στην εμφάνιση του burnout.

Ως προσωπικότητα ορίζεται το σύνολο των πνευματικών, συναισθηματικών και κοινωνικών αξιών του ατόμου ενώ η προσαρμογή αφορά το σύνολο των ενεργειών με τις οποίες το άτομο προσπαθεί να ελέγξει τις τυχόν απαιτήσεις ή δυσκολίες του περιβάλλοντός του. Κατά την Β. Newman η προσωπικότητα και η προσαρμογή αποτελούν την ελαστική γραμμή άμυνας η οποία λειτουργεί ως προστατευτικό περίγραμμα του συστήματος από τους στρεσογόνους παράγοντες.³⁰

Σύμφωνα με τους Cordes and Dougherty μπορούμε να διακρίνουμε τριών ειδών επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης :

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

Β) Στις διαπροσωπικές σχέσεις. Τα άτομα που παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πιθανόν να παρουσιάσουν επιδείνωση στις οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις ή στις σχέσεις τους με τους συναδέλφους τους στο χώρο εργασίας.

Γ) Στην εργασιακή συμπεριφορά. Τα άτομα με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πιθανόν να παρουσιάσουν μεγαλύτερο βαθμό δυσαρέσκειας προς την εργασία τους, μεγαλύτερο αριθμό απουσιών και μεγαλύτερη τάση για αλλαγή εργασίας ή επαγγέλματος.²²

6.5 Πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (επαγγελματική κόπωση)

Τα μέτρα που περιγράφονται στο σημείο αυτό αποτελούν εναλλακτικές προτάσεις που χρησιμεύουν ως κατευθυντήριες γραμμές στην πρόληψη και αντιμετώπιση της εξουθένωσης. Στην αρχή αναφέρονται ορισμένες ατομικές παρεμβάσεις αυτοφροντίδας, την ευθύνη των οποίων φέρει η Διοίκηση ενός νοσοκομείου και μιας μονάδας/ τμήματος.

1. Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο:

A) Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων που δηλώνουν ότι ο εργαζόμενος νοσηλευτής βιώνει στρες, επιτρέπει την ενασχόληση με τον εαυτό του πριν οδηγηθεί προοδευτικά στην εξουθένωση. Στην ουσία, τα συμπτώματα της εξουθένωσης αποτελούν προειδοποίηση δυσλειτουργίας στη βιοψυχοκοινωνική υπόσταση του ατόμου που καλείται να αναθεωρήσει ορισμένες επιλογές και συνήθειες που έχει υιοθετήσει στη ζωή του.

B) Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών που έχει ο νοσηλευτής από τον εαυτό του, τους αρρώστους που φροντίζει, τη σχέση με συναδέλφους και προϊσταμένους και τη δουλειά του γενικότερα συμβάλλει στην αναθεώρηση και επαναπροσδιορισμό μερικών εξ αυτών. Είναι φανερό ότι οι προσωπικές προσδοκίες, ανάγκες και στόχοι του επαγγελματία επηρεάζουν τη συμπεριφορά του και συχνά αποτελούν μια από τις σημαντικότερες πηγές πρόκλησης χρόνιου στρες.

Γ) Η αναγνώριση των στρατηγικών αντιμετώπισης που ενεργοποιεί ο νοσηλευτής 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.

Δ) Η αναζήτηση υποστήριξης τόσο από φίλους και συνεργάτες, όσο και από ειδικούς 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.

E) Επιστήμονες τονίζουν ότι για την ψυχική ισορροπία του νοσηλευτή σημαντική είναι η ενασχόληση με ενδιαφέροντα και

δραστηριότητες που του παρέχουν τη δυνατότητα να δημιουργήσει, να εκτονωθεί, να ξεφύγει από την καθημερινή ρουτίνα. Οι Jaffe και Scott (1984) επισημαίνουν τη σημασία της κατανομής του χρόνου και της ενέργειας σε τέσσερις τομείς της ζωής ενός ατόμου την εργασία, τις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους, τη σχέση με τον εαυτό και τη διασκέδαση.

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

Ζ) Η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή η αλλαγή χώρου εργασίας αυξάνει την αίσθηση προσωπικού ελέγχου, καθώς ο νοσηλευτής 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.³²

2. Παρεμβάσεις σε οργανωτικό – διοικητικό επίπεδο :

Α) Η τοποθέτηση του κατάλληλου νοσηλευτή στην κατάλληλη θέση, αυξάνοντας έτσι τις πιθανότητες απόδοσής του αλλά και της παροχής ποιοτικής φροντίδας (γνώσεις, κίνητρα, προσωπικές εμπειρίες με το θάνατο και σοβαρή αρρώστια, ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου, ηθικές αξίες).

Β) Δυνατότητα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης με εκπαιδευτικά προγράμματα και σεμινάρια που θα αποσκοπούν στην αύξηση του προσωπικού ελέγχου του νοσηλευτή στην χρήση αποτελεσματικών στρατηγικών δυσκολιών, οι οποίες θα ερμηνεύονται περισσότερο ως προκλήσεις παρά ως απειλές.

Γ) Η αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων του νοσηλευτή και τη συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν.

Δ) Η δημοκρατική διοίκηση του τμήματος. Ο προϊστάμενος έχει μεν ηγετικό ρόλο, αλλά ενδιαφέρεται για τις εμπειρίες, απόψεις και διαφορετικές γνώμες των νοσηλευτών με τους οποίους συζητά συχνά από κοινού τα προβλήματα, που προκύπτουν αναζητώντας μαζί εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισής τους. Σημαντικό ρόλο παίζει από την διοίκηση του ελεύθερου χρόνου και των αδειών των νοσηλευτών, οι ευκαιρίες για εξέλιξή τους, η επιβράβευση της υπευθυνότητας και συνέπειας συμβατών με τα όρια των δυνατοτήτων του καθενός, αλλά και η κατανόηση και υποστήριξη περιστασιακών πτώσεων αποδοτικότητας. Η σταθερή ύπαρξη επαρκούς στελέχωσης και η δίκαιη κατανομή αντικειμένου εργασίας και ρόλων είναι βασικές προϋποθέσεις για την πρόληψη του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης.

Ε) Η πολυμορφία στην εργασία. Δεν αρκεί μόνο η οικονομική ικανοποίηση υπό μορφή μισθού αλλά και η ηθική ικανοποίηση που νιώθει ο νοσηλευτής από την αναγνώριση του έργου του. Επίσης το να μπορεί ο νοσηλευτής να ικανοποιήσει δικές του ανάγκες για επιμόρφωση, συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα, διδασκαλία νεωτέρων, ανάληψη γραφειοκρατικών ευθυνών.

Στ) Η βελτίωση συνθηκών ή αλλαγή χώρου εργασίας. Η δυνατότητα «διαλειμμάτων» και «ειδικών αδειών» μετά αποδοχών, δίνουν στο νοσηλευτή την ευκαιρία να απομακρύνεται για λίγο από το χώρο εργασίας προτού εκδηλώσει τις πρώτες ενδείξεις επαγγελματικής κόπωσης.

Ζ) Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης που σκοπό έχει την μείωση του άγχους και την αύξηση της αυτοεκτίμησης των νοσηλευτών. Οι ομάδες αυτές μπορεί να συντονίζεται από ψυχολόγο ή ψυχίατρο και να συναντιούνται κατά τακτά χρονικά διαστήματα με σκοπό την :

1. Αναγνώριση πηγών στρες 2. Ανταλλαγή εμπειριών 3. Εκτόνωση της έντασης 4. Αυτογνωσία 5. Επανεκτίμηση τρόπων αντιμετώπισης πηγών στρες 6. Ανταλλαγή πληροφοριών για σεμινάρια, νομοθεσία.

Οι συνέπειες από την συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης δεν είναι ευεργετικές μόνο για τους νοσηλευτές, αλλά και για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους που γίνονται δέκτες ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Η) Η συμβουλευτική εποπτεία από ειδικό σύμβουλο του οποίου ο ρόλος είναι υποστηρικτικός, βοηθώντας το νοσηλευτή να βρει τρόπους ενεργοποίησης και δημιουργικής αξιολόγησης των ικανοτήτων του για την αντιμετώπιση των δυσκολιών στην εργασία του.

Θ) Η διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα σε μέλη προσωπικού υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, ψυχίατρους, κοινωνικούς λειτουργούς) η οποία προϋποθέτει την αναγνώριση του ρόλου, των καθηκόντων, αλλά και των ορίων κάθε ειδικού και τη συμβολή του στην κατανόηση, προσέγγιση και χειρισμό κάθε περίπτωσης.⁴

Κατά τον David Stoter η κοινωνία μας έχει συνηθίσει στην ύπαρξη δυο κατηγοριών ατόμων, αυτών που παρέχουν υπηρεσίες και φροντίζουν αυτούς που έχουν ανάγκη από βοήθεια. Αν παρέχει κανείς τέτοιου είδους υπηρεσίες υποτίθεται ότι δεν έχει ανάγκη προσωπικής βοήθειας λόγω της αντίληψης του «υπερεπαγγελματία» που έχει η κουλτούρα μας. Όταν αρχίσουν, ωστόσο, να εμφανίζονται τα πρώτα σημάδια επαγγελματικής κόπωσης χρειάζεται να γίνουν μερικές αλλαγές στον τρόπο που ο νοσηλευτής αντιλαμβάνεται και προσφέρει τις υπηρεσίες του :

Α) αποφυγή αύξησης του ρυθμού εργασίας και ανάληψη περισσότερων ευθυνών από το νοσηλευτή σαν μέσο απόδειξης προς τον εαυτό του ότι μπορεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες της εργασίας.

Β) Αναθεώρηση εσφαλμένων προσδοκιών που έχει ο νοσηλευτής από τον εαυτό του και τον εργασιακό του χώρο.

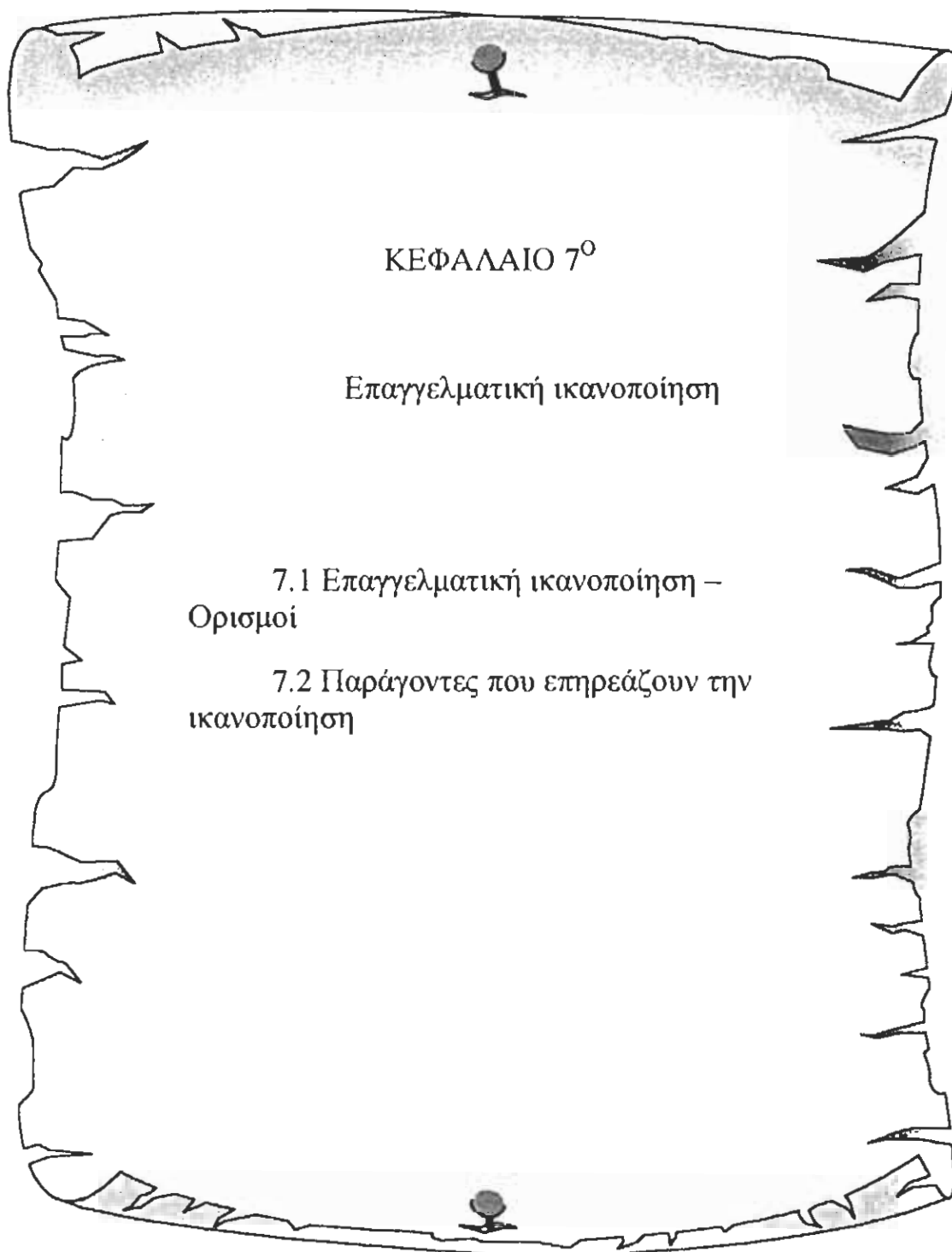
Γ) κατανόηση των αρνητικών αντιδράσεων των ασθενών που κατευθύνουν τον θυμό τους προς τους νοσηλευτές.

Δ) αναγνώριση και ανάλυση των δυσκολιών, προβλημάτων, δυσφορίας, αρνητικών συναισθημάτων που οι νοσηλευτές αισθάνονται για την εργασία τους.

Ε) εντόπιση των θετικών πλευρών της εργασίας και λήψη συναισθηματικής ενθάρρυνσης από συναδέλφους. Η πρόληψη της επαγγελματικής κόπωσης αρχίζει με την επιλογή των νοσηλευτών για τα τμήματα ή μονάδες που απαιτούν ειδικά ψυχοδιανοητικά προσόντα και σαφή προτίμηση του νοσηλευτή για την συγκεκριμένη εργασία. Αλλά ειδικότερα μέτρα που συμβάλλουν στην πρόληψη της επαγγελματικής κόπωσης είναι η συνεχιζόμενη κοινή εκπαίδευση, η λειτουργία ομάδων υποστήριξης, η πολυμορφία στην εργασία, η συμβουλευτική εποπτεία από ειδικό σύμβουλο, ο προγραμματισμός χρόνου «αποσυμπίεσης» μεταξύ εργασίας και σπιτιού, η χρήση του χιούμορ σαν τρόπου εκτόνωσης.²⁹

Συμπερασματικά, για να μπορέσει ο νοσηλευτής να φροντίσει αποτελεσματικά τους ασθενείς, είναι βασικό πρώτα να «μάθει» να φροντίζει τον εαυτό του, χωρίς να θεωρεί τη φροντίδα αυτή περιττή ή «άχρηστη πολυτέλεια». Στη σύγχρονη εποχή, με τη ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και την απόδοση σ' αυτή εξωπραγματικών δυνάμεων, ο νοσηλευτής της ψυχικής υγείας καλείται να αναγνωρίσει τις δυνάμεις, αδυναμίας, αλλά και τα όριά του, ώστε να παρέχει μια μεγαλύτερη σοφία και αποτελεσματικά μια «ανθρώπινη» φροντίδα σε άτομα που την έχουν ανάγκη.³²

Αν κατορθώσει ο/η νοσηλευτής/ τρια να χρησιμοποιήσει τις γνώσεις και τα μέσα προς όφελός του/ της θα κατορθώσει μέσα από την εργασία του να οδηγηθεί στην ικανοποίηση και να αισθάνεται όσο το δυνατόν μεγαλύτερη πληρότητα από την άσκηση του λειτουργήματος της ψυχιατρικής νοσηλευτικής.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Η επαγγελματική ικανοποίηση

7.1 Επαγγελματική ικανοποίηση – Ορισμοί

Το νοσηλευτικό επάγγελμα έχει που ανησυχεί για την επαγγελματική ικανοποίηση από το 1930. Το 1940 ο Nahm διεξήγαγε μια μελέτη στο Πανεπιστήμιο της Μινεσότα για να ανακαλύψει την ικανοποίηση ανάμεσα στις νοσηλεύτριες. Βρέθηκαν ορισμένοι παράγοντες για να διαχωρίσουν τις ικανοποιημένες από τις μη ικανοποιημένες νοσηλεύτριες που ενδιαφέρονταν για την εργασία τους, αυτοί είναι: γενική ρύθμιση, σχέσεις με τους ανώτερους, οικογένεια, κοινωνικές σχέσεις, ώρες εργασίας, εισόδημα και ευκαιρίες για επαγγελματική πρόοδο. Σήμερα μετά από 50 χρόνια η νοσηλευτική ακόμα εξετάζει τους ίδιους παράγοντες. Η επαγγελματική ικανοποίηση συνεχίζει να είναι η κύρια ανησυχία για το επάγγελμα και την κοινωνία.³⁴

Ως επαγγελματική ικανοποίηση θα μπορούσε να οριστεί η θετική στάση και τα συναισθήματα του εργαζομένου προς τη συγκεκριμένη εργασία που εκτελεί.³⁵

Από θεωρητικής άποψης, η επαγγελματική ικανοποίηση έχει συνδεθεί με τα κίνητρα της εργασίας, με τις στάσεις και με τις αξίες. Τη σύνδεση των κινήτρων και επαγγελματικής ικανοποίησης θα βρούμε κυρίως στη θεωρία της προσδοκίας. Στο θεωρητικό μοντέλο των Porter and Lawler (1968) η επαγγελματική ικανοποίηση όχι μόνο αποτελεί προϊόν της επίδοσης και της παρώθησης προς επίδοση αλλά και προσδιοριστικό παράγοντα αυτών.

Στη θεωρία των κινήτρων της εργασίας εντάσσεται και η θεωρία του Herzberg, που διακρίνει δυο διαφορετικά σύνολα παραγόντων,, τα κίνητρα και τους παράγοντες υγιεινής, που σχετίζονται με την επαγγελματική ικανοποίηση. Σύμφωνα με τον Herzberg, οι θετικές στάσεις προς την εργασία, που οδηγούν στην επαγγελματική ικανοποίηση συνδέονται με στοιχεία που έχουν σχέση με το περιεχόμενο της εργασίας, (επίτευξη,, αναγνώριση, υπευθυνότητα, δυνατότητες προαγωγής, φύση της εργασίας), ενώ οι αρνητικές στάσεις που οδηγούν στη δυσαρέσκεια, συνδέονται με το περιέχον πλαίσιο (διοίκηση, εποπτεία, εργασιακές συνθήκες).

Ο Lock (1976- 1984) συνδέει την ικανοποίηση και τη δυσαρέσκεια από την εργασία με το σύστημα αξιών του ατόμου : «Επαγγελματική ικανοποίηση είναι μια θετική συναισθηματική απόκριση προς το συγκεκριμένο έργο (job) που πηγάζει από την εκτίμηση ότι αυτό παρέχει πλήρωση των εργασιακών αξιών του ατόμου». Αντίθετα η επαγγελματική δυσαρέσκεια πηγάζει από τη ματαίωση των εργασιακών

αξιών του ατόμου. Ο Lock ανάγει το όλο θέμα όχι στο επίπεδο των αμοιβών αλλά στο ανώτερο επίπεδο των αξιών από το οποίο και πηγάζουν οι στάσεις του ατόμου.

Θα πρέπει να γίνει αναφορά στις απόψεις των Landy (1989) και Wagt(1987) που πρεσβεύουν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση δεν αποτελεί κάτι σταθερό. Ο Landy πιστεύει ότι ρυθμιστικοί μηχανισμοί του νευρικού συστήματος επεμβαίνουν και φέρνουν την ικανοποίηση σε ορισμένα ανεκτά επίπεδα, όπως ακριβώς συμβαίνει με τη λύπη και τη χαρά, ενώ ο Wagt κάνει μια αναλογία ανάμεσα στις βιταμίνες και την επαγγελματική ικανοποίηση: σταθερή δόση βιταμινών είναι απαραίτητη, αλλά υπέρβαση ή έλλειψη τους δημιουργεί προβλήματα. Κάτι παρόμοιο συμβαίνει με τους παράγοντες που καθορίζουν την επαγγελματική ικανοποίηση. Αυτό που υπονοείται και στις δυο περιπτώσεις είναι ότι δε θα πρέπει να περιμένουμε να βρούμε απόλυτη ικανοποίηση στον νοσηλευτή (εργαζόμενο) γιατί, ακόμα και αν κάτι τέτοιο υπάρξει, αμέσως αρχίζει να αναστρέφεται.

Μια άλλη σημαντική παρατήρηση (Lock, 1976, Lock b. Lathman 1990β) αποτελεί το ότι η σχέση ανάμεσα στην ικανοποίηση και την παραγωγικότητα είναι αντίστροφη από αυτή που οι περισσότεροι υποθέτουν ότι υπάρχει. Είναι πολύ πιθανό δηλαδή να μην είναι η ικανοποίηση που οδηγεί στην παραγωγικότητα αλλά η παραγωγικότητα – η επιτυχής, δηλαδή, απόδοση στη δουλειά- να οδηγεί στην ικανοποίηση, κάτι που είναι περισσότερο σύμφωνο με την αντίληψη που έχουμε για την ανθρώπινη φύση. Στη συνέχεια η ικανοποίηση επιδρά στην παραγωγικότητα με τρόπο έμμεσο, κυρίως δημιουργώντας στο άτομο αίσθημα αφοσίωσης στον οργανισμό και τους στόχους του.

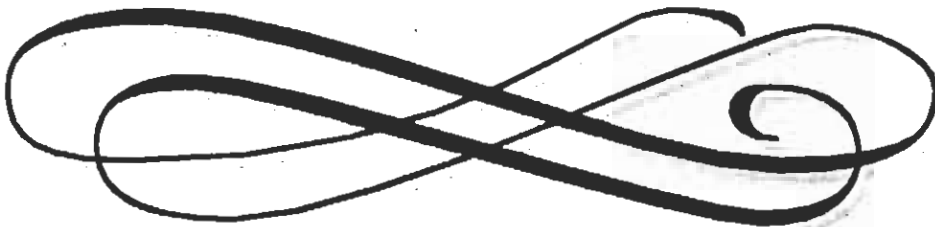
Μια άλλη παρατήρηση από τον Lock αφορά τη σχέση «παραγωγικότητα – ικανοποίηση – παραγωγικότητα» και είναι δυνατό να έχουμε και δευτερογενή αύξηση της ικανοποίησης, εφόσον η παραγωγικότητα έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση άλλων αμοιβών από την εργασία (προαγωγή, αύξηση αμοιβών κτλ.) που συντελούν στην αύξηση της ικανοποίησης.

Η προσπάθεια να διερευνηθεί η επαγγελματική ικανοποίηση ως εξαρτημένη μεταβλητή, ως το αποτέλεσμα στο χώρο εργασίας δυσχεραίνεται από το γεγονός ότι δεν υπάρχει γενικά αποδεκτός ορισμός ή τρόπος μέτρησής του.

Στην άμεση ερώτηση αν είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους, οι περισσότεροι εργαζόμενοι (μεταξύ 81% και 92%) φέρονται να δηλώνουν ικανοποίηση, όπως τουλάχιστον δείχνουν τα στοιχεία μιας αμερικάνικης δημοσκόπησης για την περίοδο, 1958-1997. Τα αποτελέσματα αυτά δεν είναι αξιόπιστα, όσον αφορά τη μεθοδολογία, γιατί σε μια τόσο συναισθηματικά φορτισμένη ερώτηση είναι δυνατόν να παίρνουμε στερεότυπες απαντήσεις που κρύβουν τα τυχόν υφιστάμενα

προβλήματα. Είναι πολύ πιθανόν, δηλαδή, να γίνεται εκλογίκευση μιας παγιωμένης κατάστασης (δηλαδή, αφού μένω στη δουλειά πρέπει να είμαι ευχαριστημένος) ή η απάντηση να δίνεται χωρίς προηγούμενη νοητική επεξεργασία, όπως συνήθως δίνεται η απάντηση στο ερώτημα «τί κάνεις;» Όταν όμως το ερώτημα τεθεί διαφορετικά (Kahn 1972) και οι εργαζόμενοι ερωτηθούν αν θα ξαναδιάλεγαν την ίδια δουλειά το 41% των εργαζομένων σε δουλειές γραφείου απαντούν καταφατικά, ενώ από τους χειρονάκτες εργαζόμενους μόνο το 24%. Άλλες έρευνες έδειξαν ότι ο βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης αυξάνει με την ηλικία ή συμβαδίζει με την ιεραρχική κλίμακα των επαγγελμάτων. Η επαγγελματική ικανοποίηση δεν αποτελεί μια απλή έννοια, όπως προκύπτει από τα στοιχεία, αλλά συνίσταται από πολλά επιμέρους σημεία. Ένας διαχωρισμός που γίνεται είναι ανάμεσα στην εσωγενή και την εξωγενή ικανοποίηση (Warr 1987).

Η εσωγενής ικανοποίηση, που έχει σχέση με το περιεχόμενο της εργασίας, αναφέρεται σε εκείνες τις όψεις της εργασίας που έχουν να κάνουν με αυτή καθαυτή τη διεξαγωγή της π.χ., ελευθερία επιλογών ως προς τον τρόπο επιτέλεσης του έργου, βαθμός υπευθυνότητας, ποικιλία δραστηριοτήτων, χρήση δεξιοτήτων κτλ. Η εξωγενής ικανοποίηση, που έχει σχέση με το περιέχον πλαίσιο μέσα στο οποίο διεξάγεται η εργασία, αναφέρεται στις συνθήκες εργασίας, τα ωράρια, την ασφάλεια, τις αμοιβές κτλ.. Ο διαχωρισμός αυτός έχει κάποια αντιστοιχία με την ιεράρχηση των αναγκών κατά Maslow και με το διαχωρισμό του Herzberg σε παράγοντες κινήτρων και παράγοντες υγιεινής.



7.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση

Ο Lock (1976) χωρίς να προτείνει ένα συγκεκριμένο όργανο μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης, πιστεύει ότι οι παρακάτω παράγοντες είναι σημαντικοί στη διαμόρφωσή της :

1. Η εργασία να αποτελεί «πρόκληση» για τον εργαζόμενο και να μην είναι κουραστική και ανιαρή.

2. Η καλή απόδοση να αμείβεται και να υπάρχει σαφής σχέση ανάμεσα σε απόδοση και αμοιβή. Ως αμοιβή πρέπει να θεωρείται κάθε είδους παροχή προς τον νοσηλευτή (εργαζόμενο).

3. Να δίνεται στο νοσηλευτή θετική ενίσχυση για το επιτυχές έργο – δηλαδή, λεκτική αναγνώριση, έπαινος και άλλες επιπρόσθετες μη χρηματικές αμοιβές.

4. Να υπάρχουν καλές συνθήκες εργασίας ως προς το περιβάλλον και τη διαμόρφωση του χώρου.

5. Να υπάρχει σωστή εποπτεία που να χαρακτηρίζεται από ενδιαφέρον για τους εργαζομένους και βοήθεια προς αυτούς κατά την επιτέλεση του έργου τους.

6. Να υπάρχουν θετικές διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας μεταξύ συναδέλφων και μεταξύ εποπτών και εργαζομένων.

7. Να υπάρχει αποτελεσματική πολιτική από την πλευρά της επιχείρησης που να επιδιώκει την υποβοήθηση των εργαζομένων στο έργο τους.

8. Να υπάρχει διασφάλιση της εργασίας και να καλλιεργείται στους εργαζομένους το αίσθημα ότι δεν κινδυνεύουν να χάσουν τη δουλειά τους.

9. Να καλλιεργείται το αίσθημα ότι οι χρηματικές αμοιβές μοιράζονται δίκαια.

10. Να συμμετοχής των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων, ιδιαίτερα σε τομείς που οι ίδιοι γνωρίζουν καλά.



Υλικό- Μέθοδος

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από νοσηλευτές ψυχιατρικών κλινικών. Η έρευνα μας πραγματοποιήθηκε τον Μάιο έως τον Ιούλιο του 2000.

Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας.

Ο αριθμός των ερωτηθέντων ανέρχεται τελικά στους 112 και προέρχονταν από νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν σε ψυχιατρικές κλινικές και τμήματα των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων:

- ΠΠΓΝΠ
- «ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»
- Νοσοκομείο «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
- ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ «Νταού Πεντέλης»
- ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΑΦΝΙ
- ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ Νοσοκομείο ΚΕΡΚΥΡΑΣ
- Νοσοκομείο «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» ΠΑΙΔΩΝ
- ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ

Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο το οποίο είναι κλειστού τύπου, μη διχοτομικό αλλά εναλλακτικών απαντήσεων, παρατίθεται στο παράρτημα της παρούσας εργασίας.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το STATISTICA for Windows.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες, καθώς και τα ποσοστά που αντιστοιχούν σε αυτές επί του συνόλου.

Τέλος, γιά να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Στο τέλος των crosstabs αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από :

1. R (συντελεστής συσχέτισης)
2. Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (P)

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα $p < 0,05$.

Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρηθεισών διαφορών μεταξύ των τιμών των απαντήσεων των εξεταζομένων ομάδων, οι οποίες και ήταν μη παραμετρικές ήταν το χ^2 (Chi – square test)

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην Συζήτηση.



Αποτελέσματα της έρευνας

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας των απαντήσεων, αρχικά για κάθε ερώτηση ξεχωριστά και τέλος οι συσχετίσεις μεταξύ ερωτήσεων.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται με μορφή πινάκων τα αποτελέσματα, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

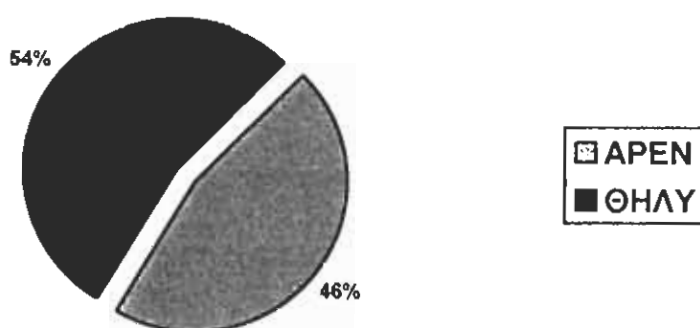
Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΘΗΛΥ	61	54
ΑΡΡΕΝ	51	46

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες.

ΣΧΗΜΑ Ι: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο

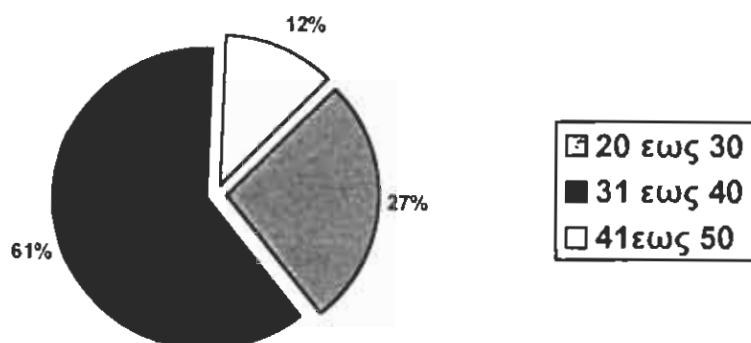


ΠΙΝΑΚΑΣ II : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
20 έως 30	30	27
31 έως 40	68	61
41 έως 50	14	12

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας 31 έως 40 ετών.

ΣΧΗΜΑ II: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

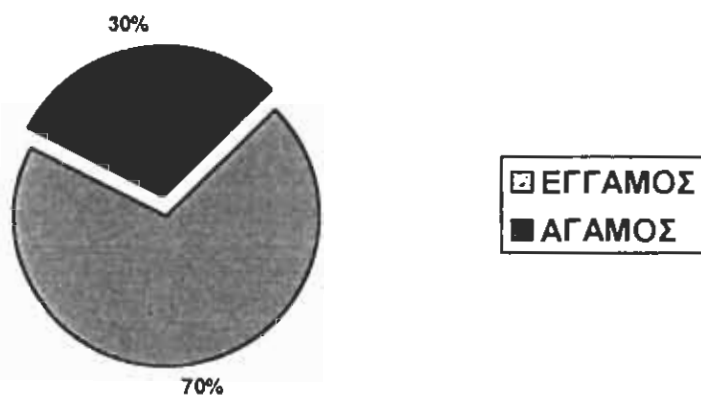


ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙΙ : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΕΓΓΑΜΟΣ	78	70
ΑΓΑΜΟΣ	34	30

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν έγγαμοι.

ΣΧΗΜΑ ΙΙΙ: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση.

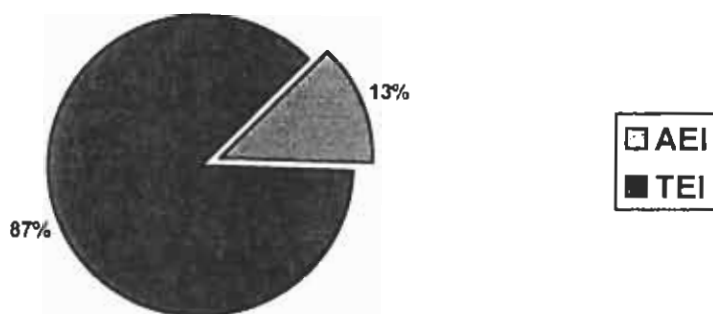


ΠΙΝΑΚΑΣ IV : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το επίπεδο σπουδών τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΕΙ	14	13
ΤΕΙ	98	87

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν πτυχιούχοι ΤΕΙ.

ΣΧΗΜΑ IV: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το επίπεδο σπουδών.

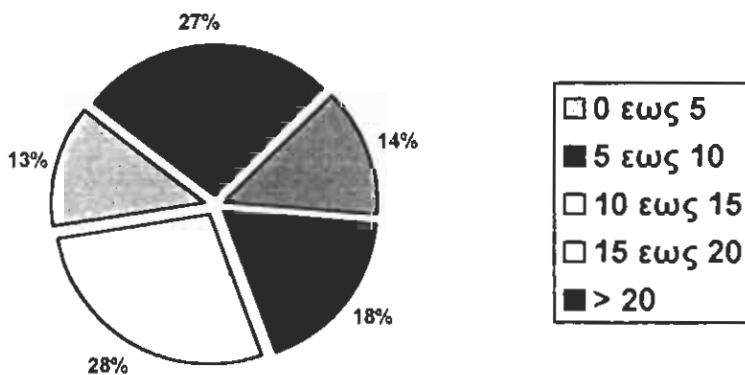


ΠΙΝΑΚΑΣ V : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το χρόνο προϋπηρεσίας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
0-5 έτη	16	14
5 –10 έτη	20	18
10 - 15 έτη	31	28
15 – 20 έτη	15	13
> 20 έτη	30	27

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν προϋπηρεσία 10 έως 15 έτη.

ΣΧΗΜΑ V: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με την προϋπηρεσία τους.

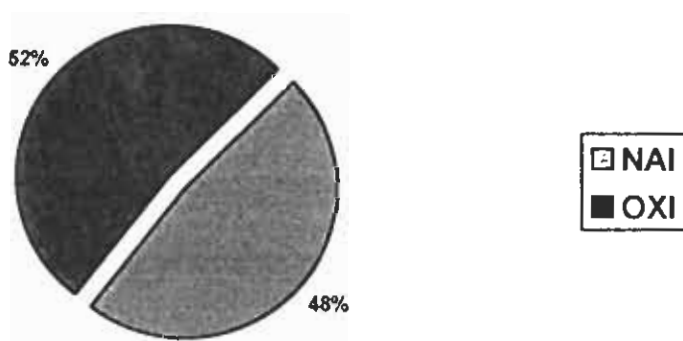


ΠΙΝΑΚΑΣ VI : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με την εξειδίκευσή τους στην ψυχιατρική.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	54	48
ΟΧΙ	58	52

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν είχαν ειδικότητα στην ψυχιατρική.

ΣΧΗΜΑ VI: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με την ειδικότητα.



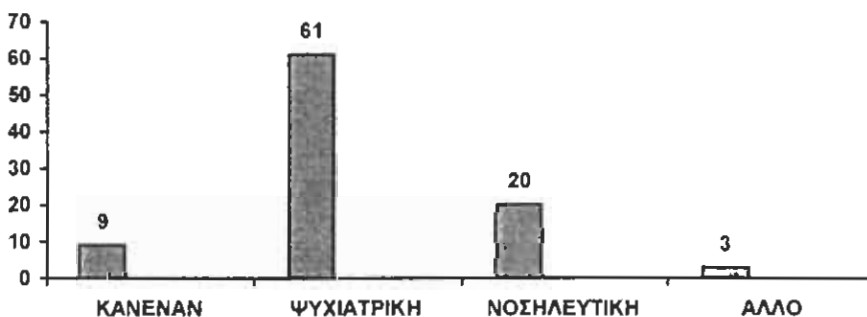
Β. ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με ποιους τομείς θεωρούν ότι πρέπει να βελτιώσουν τις γνώσεις τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Σε κανέναν	10	9
Σε ψυχιατρική εξειδίκευση	68	61
Σε νοσηλευτικά καθήκοντα	22	20
Άλλο	4	3

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι έχουν ανάγκη για βελτίωση των γνώσεων τους στην ψυχιατρική.

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με τους τομείς βελτίωσης της γνώσης τους.

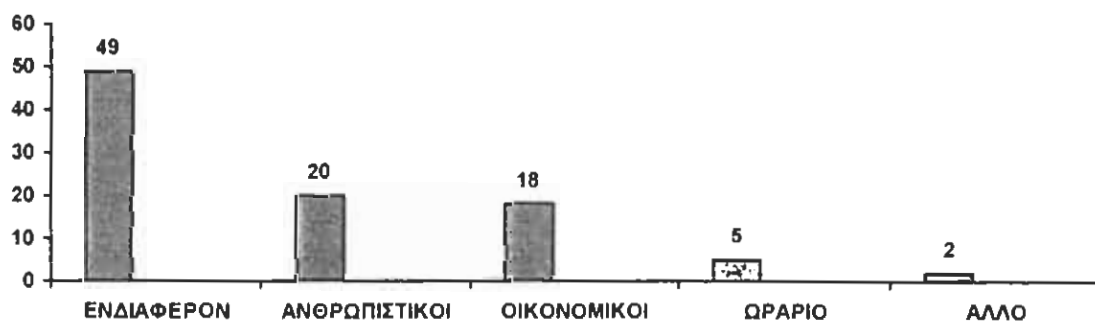


ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με τα κίνητρα επιλογής του ψυχιατρικού νοσοκομείου-κλινικής.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ενδιαφέρον	55	49
Ανθρωπιστικοί λόγοι	23	20
Οικονομικοί λόγοι	20	18
Καλύτερο ωράριο	6	5
Άλλο	2	2

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα επέλεξαν τον ψυχιατρικό τομέα από ιδιαίτερο ενδιαφέρον γι' αυτόν.

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με την επιλογή του τμήματος που εργάζονται

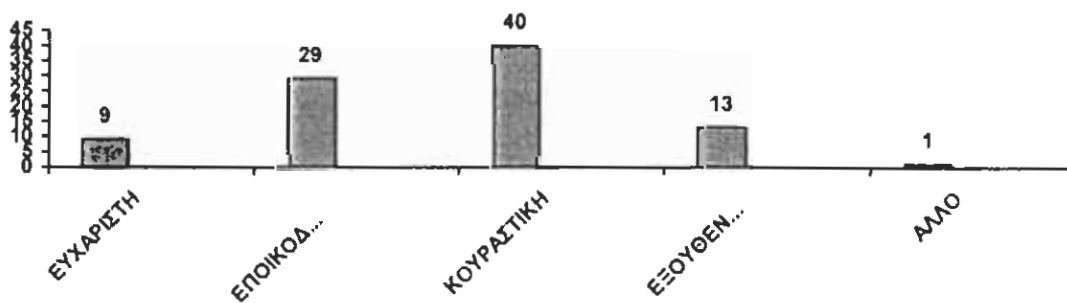


ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το χαρακτηρισμό της εργασίας τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ευχάριστη	10	9
Εποικοδομητική	32	29
Κουραστική	45	40
Εξουθενωτική	15	13
Άλλο	1	1

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα χαρακτηρίζουν την εργασία τους κουραστική.

ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με τον χαρακτηρισμό της εργασίας τους.

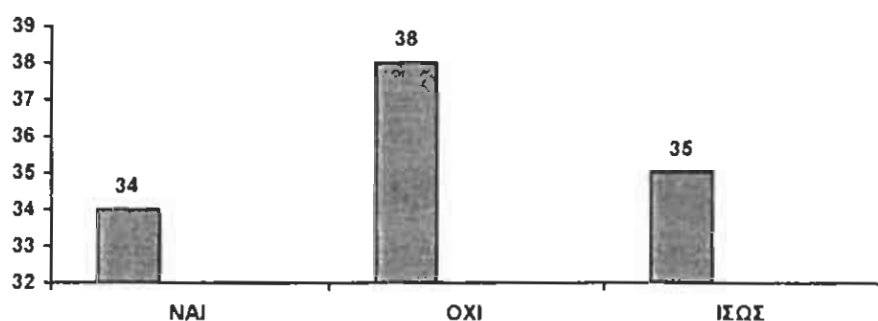


ΠΙΝΑΚΑΣ 4 : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θα άλλαζαν τμήμα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	38	34
ΟΧΙ	42	38
ΙΣΩΣ	39	35

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι δεν θα άλλαζαν τμήμα αν τους δινόταν η ευκαιρία.

ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θα άλλαζαν τμήμα.

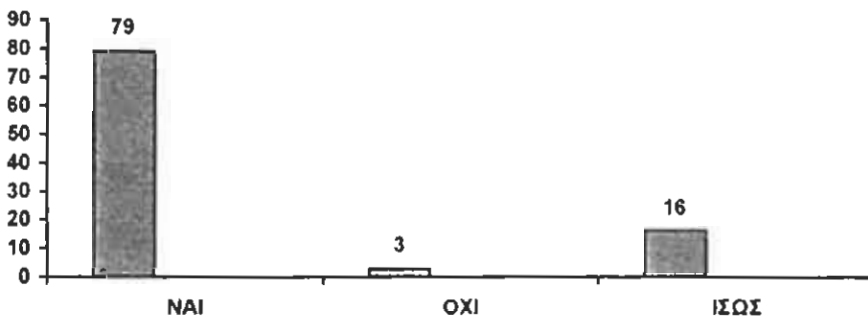


ΠΙΝΑΚΑΣ 5 : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με τον αν χρειάζονται περισσότερες άδειες σε σχέση με άλλα τμήματα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	88	79
ΟΧΙ	4	3
ΙΣΩΣ	18	16

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι χρειάζονται περισσότερες άδειες σε σχέση με άλλα τμήματα

ΣΧΗΜΑ 5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν χρειάζονται περισσότερες άδειες σε σχέση με άλλα τμήματα

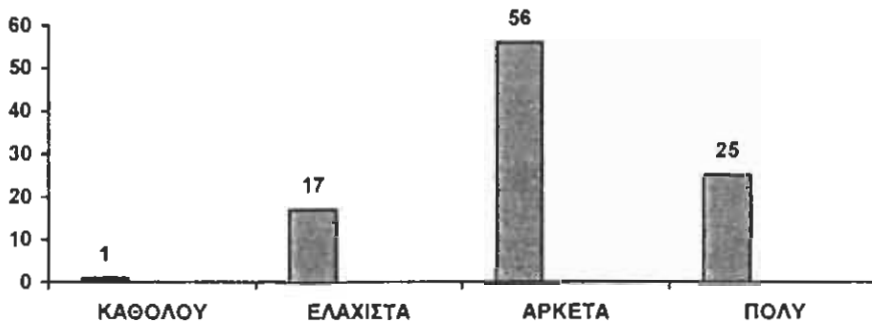


ΠΙΝΑΚΑΣ 6 : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με τον αν τους έχουν βοηθήσει οι νοσηλευτικές τους γνώσεις στο τμήμα που εργάζονται

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	2	1
ΕΛΑΧΙΣΤΑ	19	17
ΑΡΚΕΤΑ	63	56
ΠΟΛΥ	28	25

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι τους έχουν βοηθήσει αρκετά οι νοσηλευτικές τους γνώσεις στο τμήμα που εργάζονται

ΣΧΗΜΑ 6 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν τους έχουν βοηθήσει οι νοσηλευτικές τους γνώσεις στο τμήμα που εργάζονται

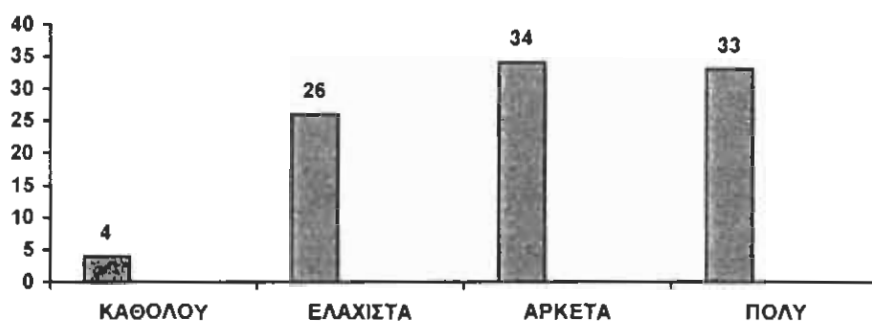


ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η πανεπιστημιακή εκπαίδευση βοηθά στο χώρο εργασίας τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	5	4
ΕΛΑΧΙΣΤΑ	29	26
ΑΡΚΕΤΑ	38	34
ΠΟΛΥ	37	33

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι αν η πανεπιστημιακή εκπαίδευση βοηθά αρκετά σημαντικά στο χώρο εργασίας τους

ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η πανεπιστημιακή εκπαίδευση βοηθά στο χώρο εργασίας τους

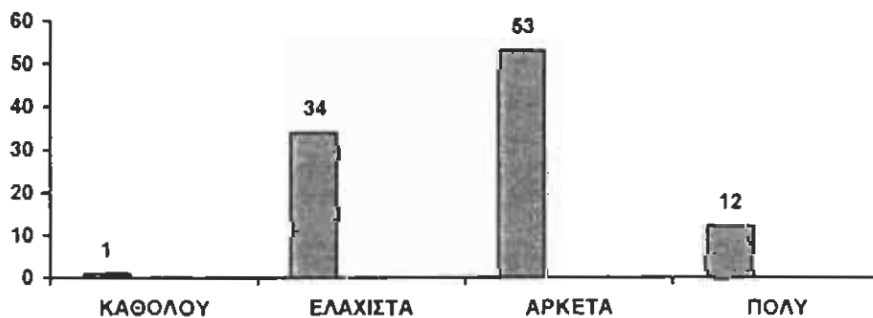


ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν οι επαγγελματίες τους υποχρεώσεις αφήνουν περιθώρια και για άλλες ψυχαγωγικές δραστηριότητες

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	1	1
ΕΛΑΧΙΣΤΑ	38	34
ΑΡΚΕΤΑ	60	53
ΠΟΛΥ	13	12

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες τους υποχρεώσεις αφήνουν αρκετά περιθώρια και για άλλες ψυχαγωγικές δραστηριότητες

ΣΧΗΜΑ 8: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν οι επαγγελματίες τους υποχρεώσεις αφήνουν περιθώρια και για άλλες ψυχαγωγικές δραστηριότητες

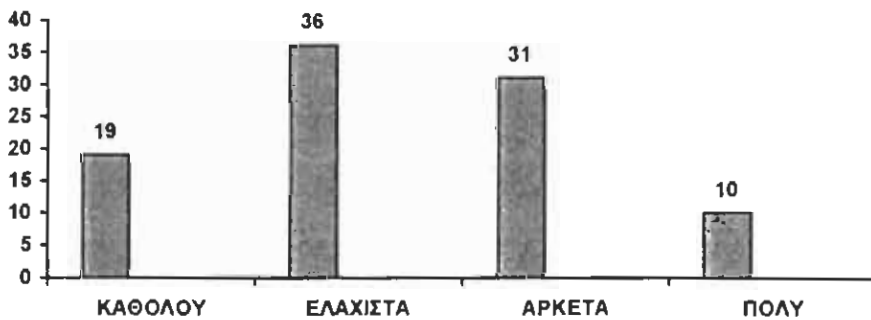


ΠΙΝΑΚΑΣ 9 : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν μεταφέρουν τα προβλήματα της εργασίας τους στο σπίτι και αντίστροφα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	21	19
ΕΛΑΧΙΣΤΑ	40	36
ΑΡΚΕΤΑ	35	31
ΠΟΛΥ	12	10

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν μεταφέρουν ελάχιστα από τα προβλήματα της εργασίας τους στο σπίτι και αντίστροφα

ΣΧΗΜΑ 9: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν μεταφέρουν τα προβλήματα της εργασίας τους στο σπίτι και αντίστροφα

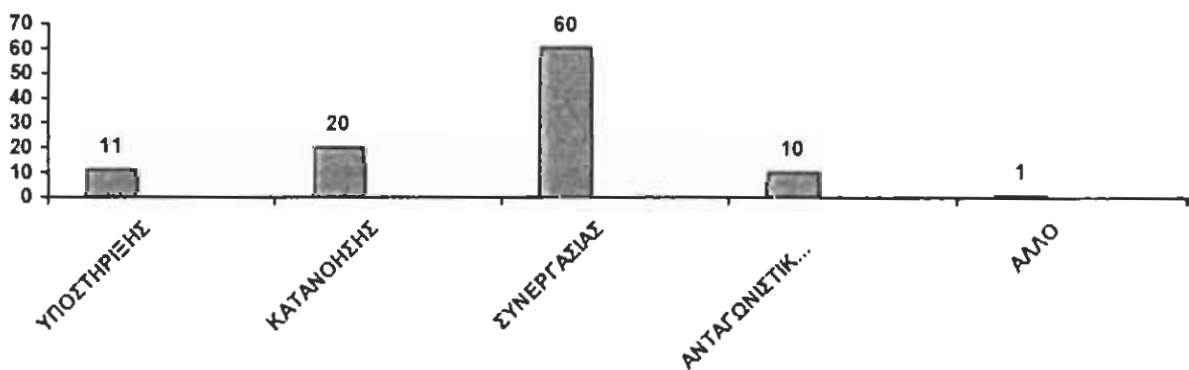


ΠΙΝΑΚΑΣ 10 : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος των σχέσεών τους με τους συναδέλφους τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ	12	11
ΚΑΤΑΝΟΗΣΗΣ	22	20
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ	68	60
ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	11	10
ΑΛΛΟ	2	1

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι έχουν κυρίως σχέσεις καλής συνεργασίας με τους συναδέλφους τους.

ΣΧΗΜΑ 10: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος των σχέσεών τους με τους συναδέλφους τους.

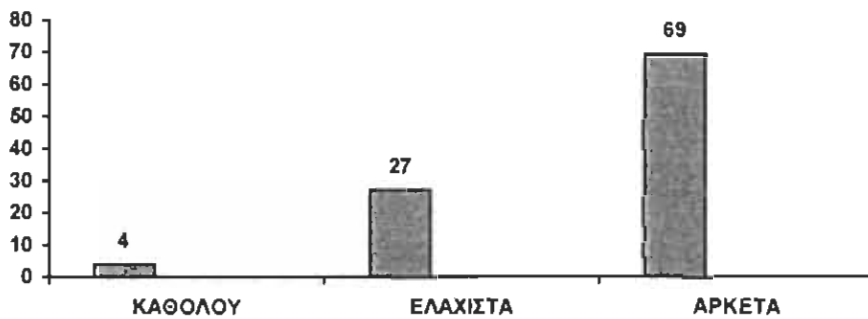


ΠΙΝΑΚΑΣ 11 : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν αναγνωρίζουν την προσφορά τους οι Προϊστάμενοι τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	5	4
ΕΛΑΧΙΣΤΑ	30	27
ΑΡΚΕΤΑ	77	69

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι η προσφορά τους σε αρκετό βαθμό αναγνωρίζεται από τους προϊστάμενους τους.

ΣΧΗΜΑ 11: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με σχέση με το αν αναγνωρίζουν την προσφορά τους οι προϊστάμενοι τους

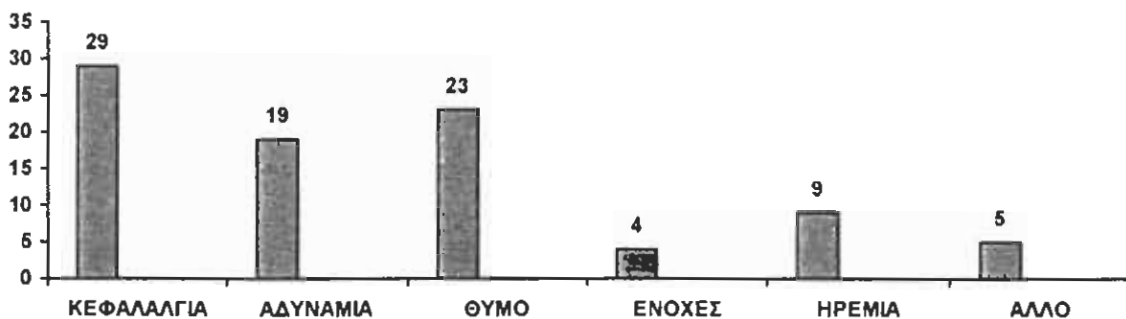


ΠΙΝΑΚΑΣ 13 : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι αισθάνονται στο χώρο της εργασίας τους συχνά.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ	33	29
ΑΔΥΝΑΜΙΑ	21	19
ΘΥΜΟ	26	23
ΕΝΟΧΕΣ	5	4
ΗΡΕΜΙΑ	11	9
ΑΛΛΟ	6	5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι υποφέρουν κυρίως από κεφαλαλγίες στο χώρο της εργασίας τους συχνά.

ΣΧΗΜΑ 13: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι αισθάνονται στο χώρο της εργασίας τους συχνά.

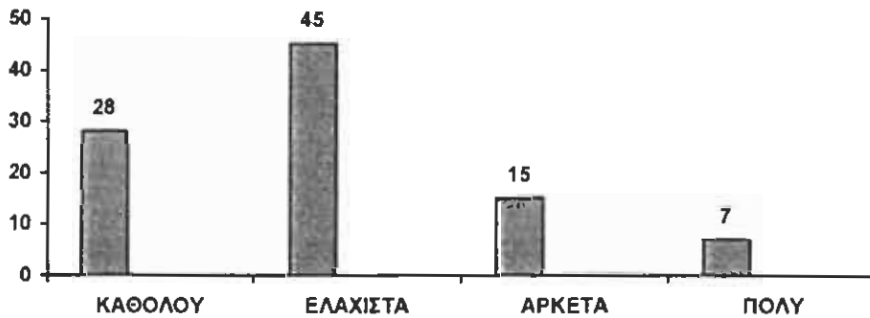


ΠΙΝΑΚΑΣ 14 : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν το stress της εργασίας τους προκαλεί κατανάλωση καπνού και αλκοόλ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	31	28
ΕΛΑΧΙΣΤΑ	50	45
ΑΡΚΕΤΑ	17	15
ΠΟΛΥ	8	7

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα το πιστεύουν ότι το stress της εργασίας τους δεν προκαλεί αύξηση της κατανάλωσης καπνού και αλκοόλ.

ΣΧΗΜΑ 14: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν το stress της εργασίας τους προκαλεί κατανάλωση καπνού και αλκοόλ.

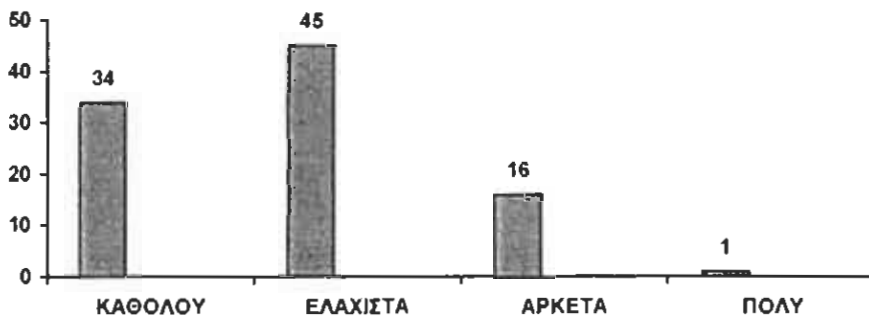


ΠΙΝΑΚΑΣ 15 : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η συναισθηματική και επαγγελματική τους φόρτιση προκαλούν παραμέληση των καθηκόντων τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	38	34
ΕΛΑΧΙΣΤΑ	50	45
ΑΡΚΕΤΑ	18	16
ΠΟΛΥ	1	1

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρεί ότι η συναισθηματική και επαγγελματική τους φόρτιση δεν προκαλούν παραμέληση των καθηκόντων τους.

ΣΧΗΜΑ 15: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η συναισθηματική και επαγγελματική τους φόρτιση προκαλούν παραμέληση των καθηκόντων τους.

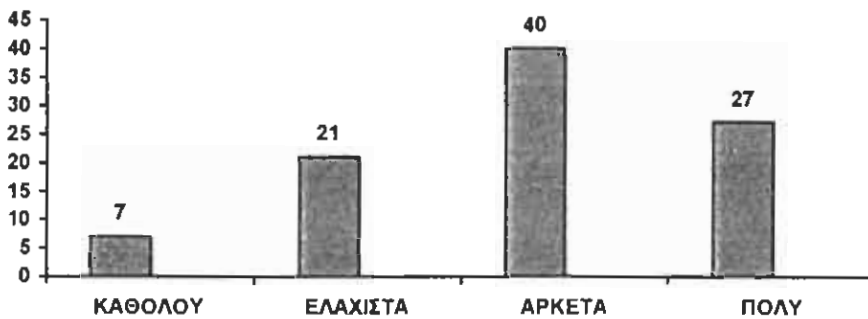


ΠΙΝΑΚΑΣ 16 : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν το προσωπικό των ψυχιατρικών τμημάτων έχει ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης από ειδικούς

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	8	7
ΕΛΑΧΙΣΤΑ	23	21
ΑΡΚΕΤΑ	45	40
ΠΟΛΥ	30	27

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι το προσωπικό των ψυχιατρικών τμημάτων έχει αρκετά μεγάλη ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης από ειδικούς

ΣΧΗΜΑ 16: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν το προσωπικό των ψυχιατρικών τμημάτων έχει ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης από ειδικούς

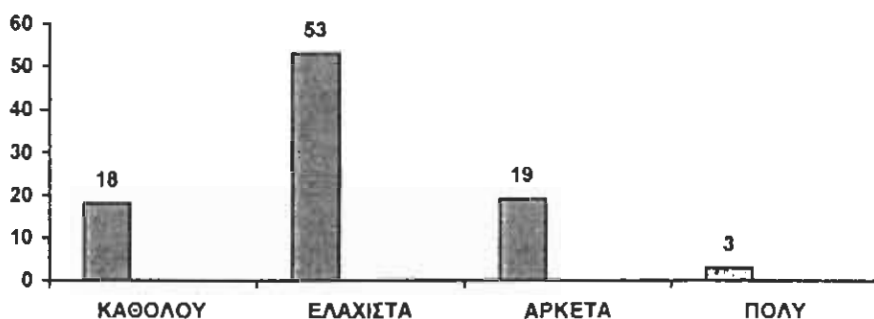


ΠΙΝΑΚΑΣ 17 : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με τη συχνότητα παραιτήσεων συναδέλφων τους λόγω περιβάλλοντος εργασίας

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	20	18
ΕΛΑΧΙΣΤΑ	60	53
ΑΡΚΕΤΑ	21	19
ΠΟΛΥ	4	3

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν πολύ μικρή τη συχνότητα παραιτήσεων συναδέλφων τους λόγω περιβάλλοντος εργασίας

ΣΧΗΜΑ 17: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με τη συχνότητα παραιτήσεων συναδέλφων τους λόγω περιβάλλοντος εργασίας

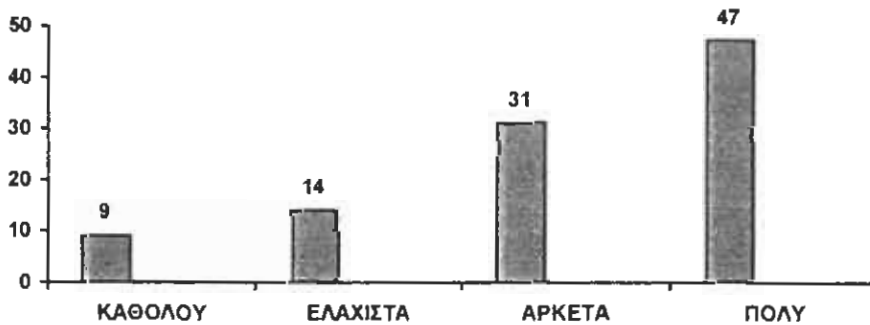


ΠΙΝΑΚΑΣ 18 : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν χρειάζονται πρόωρη συνταξιοδότηση οι νοσηλεύτριες των ψυχιατρικών τμημάτων

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	10	9
ΕΛΑΧΙΣΤΑ	15	14
ΑΡΚΕΤΑ	35	31
ΠΟΛΥ	53	47

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι χρειάζονται πρόωρη συνταξιοδότηση οι νοσηλεύτριες των ψυχιατρικών τμημάτων

ΣΧΗΜΑ 18: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν χρειάζονται πρόωρη συνταξιοδότηση οι νοσηλεύτριες των ψυχιατρικών τμημάτων



ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Συσχέτιση των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν αναγκαία τη ψυχολογική τους υποστήριξη από ειδικούς ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής τους (Ερωτήσεις 16 και IV)

Αριθμός	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΕΛΑΧΙΣΤΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
ΤΕΙ	5	16	42	29	92
ΑΕΙ	3	7	3	1	14
ΣΥΝΟΛΟ	8	23	45	30	

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	3.4	0.8

Οι απαντήσεις δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ νοσηλευτών διαφορετικού επιπέδου εκπαίδευσης και των απόψεών τους για την ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης από ειδικούς. Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Συσχέτιση των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είναι απαραίτητη η πρόωρη συνταξιοδότηση ανάλογα με το χρόνο προϋπηρεσίας τους (Ερωτήσεις 18 και V)

Αριθμός	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΕΛΑΧΙΣΤΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
0-5 έτη	2	2	4	8	16
5 -10 έτη	3	4	8	5	20
10 - 15 έτη	3	3	8	17	31
15 - 20 έτη	1	3	8	3	15
> 20 έτη	1	3	7	19	30
ΣΥΝΟΛΟ	10	15	35	52	

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	10.5	0.6

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων μεταξύ των νοσηλευτών διαφορετικών ετών προϋπηρεσίας και των απόψεών τους για πρόωρη συνταξιοδότηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Συσχέτιση των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η συναισθηματική φόρτιση οδηγεί σε παραμέληση των καθηκόντων τους ανάλογα με την ηλικία τους (Ερωτήσεις 15 και 11)

Αριθμός	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΕΛΑΧΙΣΤΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
20 έως 30	10	15	5	0	30
31 έως 40	25	29	9	0	63
41 έως 50	3	6	4	1	14
ΣΥΝΟΛΟ	38	50	18	1	

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	4.7	0.8

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων μεταξύ των νοσηλευτών διαφορετικών ηλικιών σε σχέση με την επίδραση της συναισθηματικής φόρτισης στην παραμέληση των καθηκόντων τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Συσχέτιση των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι αισθάνονται στην εργασία τους ανάλογα με την οικογενειακή κατάστασή τους (Ερωτήσεις 13 και III)

Αριθμός	ΚΕΦΑΛ ΑΛΓΙΑ	ΑΔΥΝΑΜΙΑ	ΘΥΜ Ο	ΕΝΟΧΕΣ	ΗΡΕΜΙ Α	ΣΥΝΟΛΟ
ΕΙΓΓΑΜΟΣ	20	11	13	3	7	54
ΑΓΑΜΟΣ	13	10	3	2	4	32
ΣΥΝΟΛΟ	33	21	16	5	11	

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	4.2	0.8

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων, μεταξύ των εγγάμων και των αγάμων ερωτηθέντων νοσηλευτών σε σχέση με την κόπωση στην εργασία τους.

Συζήτηση

Η έρευνα μας αφορούσε πτυχιούχους νοσηλευτές ΑΕΙ και ΤΕΙ. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι ενώ από τα 120 ερωτηματολόγια απαντήθηκαν τα 112 χρειάστηκε επίμονη προσπάθεια εκ μέρους της ομάδας μας για την επίτευξη του αποτελέσματος αυτού.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν γυναίκες (54%). Από την έρευνα μας προέκυψε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (61%) ήταν ηλικίας 31- 40 ετών. Σε ερώτηση που αφορούσε την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων το 70% ήταν έγγαμοι.

Από την έρευνα μας προέκυψε ότι το 87% ήταν πτυχιούχοι ΤΕΙ ενώ μόλις το 13% ήταν πτυχιούχοι ΑΕΙ.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας τα χρόνια προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο χώρο κυμαίνονται σε ποσοστό: 14% από 0-5 έτη, 18% από 5-10 έτη, 28% από 10-15 έτη, 13% από 15-20 έτη και τέλος 27% >20 έτη.

Όσο αφορά την εξειδίκευση των νοσηλευτών στην ψυχιατρική το 48% είχε την ανάλογη εξειδίκευση για τον χώρο, ενώ το 52% στερούνταν εξειδίκευσης.

Ως προς την βελτίωση των νοσηλευτικών γνώσεων το 9% απάντησε ότι δεν χρειάζεται βελτίωση σε κανέναν τομέα το 61% απάντησε πως χρειάζεται βελτίωση σε ψυχιατρική εξειδίκευση, το 20% σε νοσηλευτικά καθήκοντα και μόλις το 3% σε άλλο τομέα.

Όταν το ψυχιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό ρωτήθηκε ποια ήταν τα κίνητρα επιλογής του συγκεκριμένου χώρου εργασίας οι περισσότεροι (49%) απάντησαν από ενδιαφέρον για το χώρο.

Η εργασία στα ψυχιατρικά τμήματα περιγράφεται από το 40% των εργαζομένων ως κουραστική από το 29% ως εποικοδομητική από το 13% ως εξουθενωτική από το 9% ως ευχάριστη και τέλος από το 1% ως κάτι άλλο.

Σε ερώτηση σχετικά με το αν οι Νοσηλευτές θα άλλαζαν τμήματα η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, απάντησε όχι (38%).

Από την έρευνα μας προέκυψε ότι τα άτομα που εργάζονται σε ψυχιατρικά τμήματα έχουν την ανάγκη λήψης περισσότερων αδένων σε σχέση με άλλα τμήματα.

Οι εργαζόμενοι ψυχιατρικών τμημάτων σε ποσοστό 56% είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τις γνώσεις τους.

Όταν το ψυχιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό ρωτήθηκε για το αν θα βοηθούσε η πανεπιστημιακή εκπαίδευση το 32% των συμμετεχόντων απάντησε ότι η Πανεπιστημιακή εκπαίδευση θα τους βοηθούσε αρκετά.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας μας προέκυψε ότι το 53% των ερωτηθέντων απάντησε πως οι επαγγελματικές τους υποχρεώσεις, τους αφήνουν αρκετό χρόνο για άλλες δραστηριότητες.

Στην ερώτηση αν μεταφέρουν οι νοσηλευτές τα προβλήματα της εργασίας στο σπίτι απαντούν ότι τα προβλήματα της εργασίας επηρεάζουν ελάχιστα την προσωπική τους ζωή σε ποσοστό 36%.

Σύμφωνα με την έρευνα μας προέκυψε ότι μεταξύ συναδέλφων υπάρχει σχέση συνεργασίας σε ποσοστό 60%.

Το 69% των νοσηλευτών πιστεύει πως αναγνωρίζεται η προσφορά εργασίας τους από τους προϊσταμένους.

Σε σχέση με το αν το ειδικευμένο προσωπικό είναι επαρκές στο χώρο εργασίας των ψυχιατρικών τμημάτων από τις απαντήσεις προέκυψε πως είναι ελάχιστα αρκετό το ειδικευμένο προσωπικό (55%).

Στην ερώτηση που αφορούσε το τι αισθάνονται οι νοσηλευτές στο χώρο της εργασίας τους, το 29% των συμμετεχόντων απάντησε πως υποφέρει από κεφαλαλγίες.

Από την έρευνα μας προέκυψε πως το εργασιακό στρες οδηγεί τους νοσηλευτές στην κατανάλωση αλκοόλ και καπνού (45%) ελάχιστα.

Μολονότι υπάρχει συναισθηματική και επαγγελματική φόρτιση στο χώρο εργασίας, οι νοσηλευτές επηρεάζονται ως προς την εκπλήρωση των καθηκόντων τους ελάχιστα.

Σε σχετική ερώτηση, το 40% των ψυχιατρικών νοσηλευτών. Θεωρεί σημαντική την παρουσία ομάδων στήριξης προς όφελος του προσωπικού.

Τα αποτελέσματα της έρευνας μας έδειξαν ότι το κουραστικό περιβάλλον εργασίας παρουσιάζεται αντιστρόφως ανάλογα με την συχνότητα παραίτησης του προσωπικού.

Σύμφωνα με την πλειοψηφία των ψυχιατρικών νοσηλευτών είναι κοινά αποδεκτή η ανάγκη πρόωρης συνταξιοδότησης τους αναλογικά με την συνταξιοδότηση σε άλλα τμήματα.

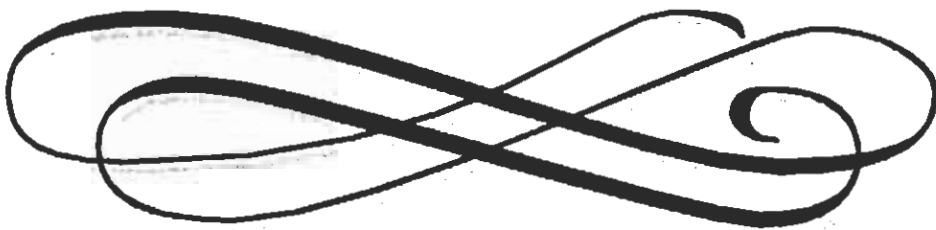
Όπως προκύπτει από την έρευνα μας η πλειοψηφία των νοσηλευτών βρίσκει την εργασία στα ψυχιατρικά τμήματα κουραστική εντούτοις δεν θα άλλαζε τμήμα από αλτρουισμό.

Μολονότι στο συγκεκριμένο εργασιακό περιβάλλον παρατηρείται επαγγελματική και συναισθηματική φόρτιση εντούτοις το προσωπικό δεν καταφεύγει για λόγους εκτύπωσης στην κατανάλωση καπνού και αλκοόλ. Οι εργαζόμενοι σε ψυχιατρικά τμήματα θεωρούν επαρκές τις γνώσεις τους, πιστεύουν όμως ότι είναι απαραίτητη η εξειδίκευση των γνώσεων στον ψυχιατρικό τομέα.

Ανεξάρτητα από τα χρόνια προϋπηρεσίας τους οι εργαζόμενοι στο συγκεκριμένο χώρο θεωρούν απαραίτητη την πρόωρη συνταξιοδότηση τους αναλογικά με εργαζόμενους άλλων τμημάτων.

Ανεξάρτητα από την ηλικία τους οι νοσηλευτές δεν παραμελούν τα νοσηλευτικά τους καθήκοντα εξαιτίας της επαγγελματικής φόρτισης, όπως προκύπτει από την παρούσα έρευνα. Ανεξάρτητα από την οικογενειακή κατάσταση των ψυχιατρικών Νοσηλευτών παρατηρείται σε όλους κόπωση εξαιτίας της εργασίας τους.

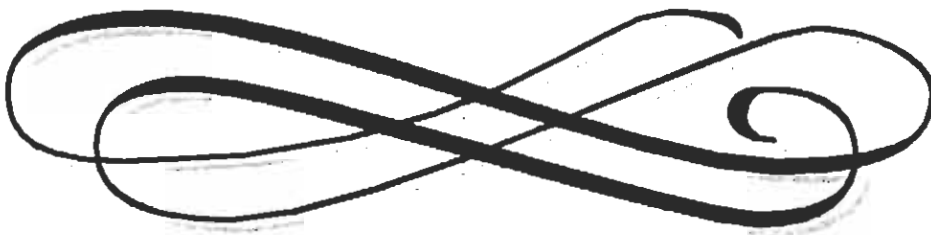
Στην προσπάθεια να συγκριθούν τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας με άλλες μελέτες μπορούν να σημειωθούν τα εξής: ο Γκιούπι και ο Γκάτεριτζ το 1999 βρήκαν ότι η ικανοποίηση από τη δουλειά τους, για τις Βρετανίδες νοσηλεύτριες επηρεαζόταν αρνητικά από τη σχέση τους με το υπόλοιπο προσωπικό. Στη δική μας έρευνα δεν φαίνεται κάτι τέτοιο κυρίως διότι οι ερωτηθέντες νοσηλευτές δεν είχαν ιδιαίτερα προβλήματα με τους συναδέλφους τους. Με την δική μας μελέτη συμφωνεί και η έρευνα Reid, Johnson, Morants και άλλων που πραγματοποιήθηκε τον Ιούνιο του 1999 στο University College of London, και σύμφωνα με την οποία το νοσηλευτικό προσωπικό δεν παρουσίαζε προβλήματα συνεργασίας, ούτε μεταξύ των ιδίων, ούτε όμως, και με τους προϊσταμένους του. Η έρευνα των Healy και Mc Kay που έγινε τον Μάρτιο του 2000 στο Swinburne University of Australia αναφέρει ότι οι ερωτηθέντες δεν χρησιμοποιούν το κάπνισμα και το αλκοόλ ως τρόπο εκτόνωσης του στρες το χιούμορ, κάτι που δεν φαίνεται στην παρούσα μελέτη. Σε μια άλλη έρευνα, που έγινε από τους Prosser, Johnson, Bebbington και άλλων και έλαβε χώρα τον Ιούλιο του 1997 στο Garlands Hospital of Cumbria σημειώνεται ότι το σύνολο των ερωτηθέντων δεν τυγχάνουν ιδιαίτερη υποστήριξης από τους προϊσταμένους τους. Αυτή η έρευνα έρχεται σε αντίθεση με την δική μας όπου το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (69%) τυγχάνει αρκετής αναγνώρισης από τους προϊσταμένους τους.



Προτάσεις

Τα αποτελέσματα της ερευνητικής μας εργασίας έδειξαν ότι η επαγγελματική και συναισθηματική ικανοποίηση είναι ένα αδιαμφισβήτητο γεγονός στους ανθρώπους που ασχολούνται με την φροντίδα των ψυχικά ασθενών. Αυτό μας οδηγεί στην αναζήτηση προτάσεων- λύσεων για την όσο το δυνατόν καλύτερη διευθέτηση αυτής της πραγματικότητας. Με γνώμονα τις απόψεις των άμεσα ενδιαφερομένων καλούμαστε να προτείνουμε τα εξής:

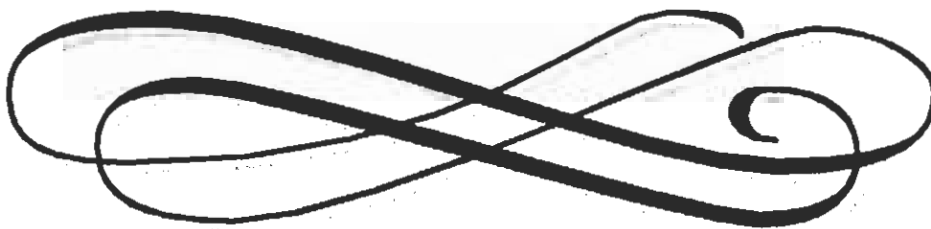
1. Για την υποστήριξη και καθοδήγηση των εργαζομένων στο χώρο της ψυχικής υγείας θα ήταν ωφέλιμη η παρουσία ομάδων στήριξης. (ειδικοί σύμβουλοι).
2. Η παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στους ψυχασθενείς προϋποθέτει την στελέχωση του συγκεκριμένου χώρου με το ανάλογο εξειδικευμένο προσωπικό.
3. Προκειμένου να επιτευχθεί η όσο το δυνατόν καλύτερη και πιο ολοκληρωμένη προσφορά εργασίας στο χώρο από τους ψυχιατρικούς νοσηλευτές, κρίνεται σκόπιμη η παροχή περισσότερων αδειών στο προσωπικό.
4. Κρίνεται απαραίτητη η διοργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων προκειμένου να επιτευχθεί μια διαρκής επιμόρφωση του ψυχιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού.
5. Εξαιτίας του στρεσογόνου η πρόωρη συνταξιοδότηση του νοσηλευτικού προσωπικού.
6. Για τη διασφάλιση της ομαλής ψυχικής υγείας νοσηλευτών και ασθενών είναι αναγκαίες οι θετικές διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας μεταξύ του προσωπικού.



Abstract

The present research explore the level of the job and emotional satisfaction of nurses working in Psychiatric hospitals and psychiatric units of general hospitals which are in Patras, Athens, Corfu and Tripolis. The total of the questionaired nurses is 112. Actually, in this research there were 29 persons from Evagelismos, 20 from Daou Pendelis, 18 from Sismanoglio hospital of Athens, 9 from Children Hospital of Saint Sophia, 11 from Psychiatric hospital of Corfu, 11 persons from Psychiatric hospital of Tripolis, 6 from the University hospital of Patras and 2 persons from general hospital of Saint Andrew.

The results from the research proved that from the most important causes of the job satisfaction are considered to be: age, the working enviroment and the frequency of the job time outs. Notable is that the biggest precentage of the questioanaired staff, despite their level education think that their knowledge isn't enough for giving complete care to the psychiatric patients.



Βιβλιογραφία

1. **Ραγιά Α.** Βασική Νοσηλευτική. Copyright Α. Χρ. Ράγια. Αθήνα 1987
2. **Μάνου Ν.** Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. Εκδόσεις University studio press (εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών). Θεσσαλονίκη 1988.
3. **Γιανοπούλου Α.** Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Νέα έκδοση βελτιωμένων και επηυξημένη. Έκδοση «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ. Α. Αθήνα 1996.
4. **Μαρνέρας Χ, Γάκη Ε, Παπαδημητρίου Μ, Παπαχρυσανθάκη Κ, Νησίδη Δ, Κωνσταντακοπούλου Α.** Επαγγελματική κόπωση νοσηλευτών – τριων εργαζομένων σε μονάδες τεχνητού νεφρού νοτιοδυτικής Ελλάδος. Πρακτικά '96 Ηράκλειο 17-21 Μαΐου 1996.
5. **Μαδιάνος Γ. Μ.** Η ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της. Από τη θεωρία στην πράξη. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα 1994.
6. **Σινάλογλου Ε.** Βασικά άγχη που επηρεάζουν το προσωπικό ψυχιατρείου και τη συμπεριφορά του απέναντι στους ψυχωτικούς αρρώστους. Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα 1984.
7. **Πασχάλη Κ., Παππά Β.** Προβλήματα και συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού των ειδικών νοσοκομείων. Πάτρα, Νοέμβριος 1993.
8. **Ηλιοπούλου Θ.** Νοσηλευτική φροντίδα διπολικού ασθενούς με μανιακά επεισόδια. Μάιος 1995.
9. **Χαρτοκόλλης Π.** Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Δεύτερη έκδοση αναθεωρημένη, εκδόσεις Θεμέλιο. Αθήνα Οκτώβριος 1991.
10. **Ανεμοπούλου Π.** Το άγχος στο νοσηλευτικό προσωπικό του ψυχιατρικού νοσοκομείου. ΙΒ' Πανελλήνιο Νοσηλευτικό συνέδριο διπλωματούχων αδελφών νοσοκόμων και επισκεπτριών. ΠΡΑΚΤΙΚΑ '85. Αθήνα 14-16 Μαΐου 1985 ΖΑΠΠΕΙΟ ΜΕΓΑΡΟ.
11. **Μαδιάνος Γ. Μ.** Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Από το άσυλο στην κοινότητα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα Αθήνα 1994.
12. **Παπαοικονόμου-Αποστολοπούλου Αικ.** Αποστολή και λειτουργία υπηρεσιών νοσοκομείου. Οργανισμός εκδόσεως διδακτικών βιβλίων. Αθήνα 1989.
13. **Πριάμη Α. Μ.** Μελέτη των νοσηλευτικών παρεμβάσεων του ειδικού νοσηλευτού ψυχικής υγείας στο γενικό νοσοκομείο.

- Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Τμήμα Νοσηλευτικής. Τομέας παθολογικός – νοσηλευτικός. Αθήνα 1992.
14. **Παπαδοπούλου Γ. Σπυριδωνίδου Χ.** Η σημερινή νοσηλεύτρια – νοσηλευτής στο χώρο του νοσοκομείου. Πάτρα 1992.
 15. **Δουρέκα – Αγγλέζη Α.** Η νοσηλευτική ως επαγγελματική επιλογή. Περιοδικό Νοσηλευτική, τόμος 38 τεύχος 4. Οκτώβριος – Δεκέμβριος 1999. Quaterly Publication of the Hellenic National graduate Nurses association.
 16. **Κοντού Μ, Μοριέλου Ε.** Η νοσηλευτική στην αντιμετώπιση ασθενών με ψυχωτικά προβλήματα στα ψυχιατρικά ιδρύματα. Ιούνιος 1992.
 17. **Σαπουντζή-Κρέλια Δ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α.** Η επικοινωνία στη Νοσηλευτική. Περιοδικό Νοσηλευτική, Τόμος 37- Τεύχος 3. Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1998. Quaterly Publication of the Hellenic National graduate Nurses association.
 18. **Παπαδάτου Δ.** Επικοινωνία και διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο της υγείας. Διδακτικές Σημειώσεις. Πανεπιστήμιο Αθηνών Τμήμα Νοσηλευτικής. Ακαδημαϊκό έτος 1991-1992.
 19. **Σαββοπούλου Γ.** Βασική Νοσηλευτική. Μια βιο-ψυχοκοινωνική προσέγγιση. Έκδοσις «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ. Α. Αθήνα 1996.
 20. **Ζαβλάνου Μ.** Οργάνωση και διοίκηση. Τόμος Β, έκδοση 2^η Εκδόσεις «ΙΩΝ» 1990.
 21. **Handfield J.** Ψυχολογία και ψυχική υγεία. Μετάφραση : Δερμιτζάκη Μ. Εκδόσεις Θύμαρι Αθήνα 1991.
 22. **Κάντας Δ.** Οργανωτική – βιομηχανική ψυχολογία. Διεργασίες ομάδας – Σύγκρουση, Ανάπτυξη και Αλλαγή- Κουλτούρα – Επαγγελματικό Άγχος. Μέρος 3^ο. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα 1995.
 23. **Healy C. McKay M.** Identifying sources of stress and job satisfaction in the nursing environment. Ajust advancing nurse. December 1999 internet.
 24. **Σαχίνη- Καρδάση Α.** Στρες: Επιπτώσεις, τρόποι αντιμετώπισης, κλινικές απόψεις. Περιοδικό Υγεία - τεχνολογία. Τόμος 1. Νο 3. Σεπτέμβριος 1989.
 25. **Κοτζαμπασάκη Σ, Λανάρα Β, Στυλιανοπούλου Φ. Μόνος Δ.** Κλινικό περιβάλλον, περιβάλλον μάθησης, στρες και άγχος. Περιοδικό Υγεία – Τεχνολογία. Τεύχος 22.
 26. **Healy C. McKay M.** Nursing stress : the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Aysralian nurses. Advancing Nursing. March 2000. Intenret.

27. **Ραγιά Α.** Η εμπειρία και ο χειρισμός του στρες κατά την άσκηση της Νοσηλευτικής. Περιοδικό Νοσηλευτική. Τόμος 32- Τεύχος 4. Οκτώβριος- Δεκέμβριος 1993. Τριμηνιαία έκδοση του εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών- Νοσηλευτών Ελλάδος.
28. **Πατεράκη Α., Ιορδανίδης Π, Ιακωβίδης Α., Ιεροδιακόνου Χ.** Επαγγελματική κόπωση νοσηλευτών. Αίτια, πρόληψη και αντιμετώπιση. Περιοδικό Νοσηλευτική. Τόμος 1. ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ-ΜΑΡΤΙΟΣ 1995 Τριμηνιαία έκδοση του εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών – των Ελλάδος.
29. **Δημητρίου Π.** Διερεύνηση του Bunpait των νοσηλευτών μέσα από το νοσηλευτικό θεωρητικό μοντέλο της Betty Newman Περιοδικό Νοσηλευτική. Τόμος 37- Τεύχος 4. Οκτώβριος- Δεκέμβριος 1998. Quaterly Publication of the Hellenic National graduate Nurses association.
30. **Αναγνωστόπουλος Φ. και Παπαδάτου Δ.** Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο. Εκδόσεις Φλόγα- Ζήτα. Αθήνα 1986.
31. **Αναγνωστόπουλος Φ. και Παπαδάτου Δ.,** Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Ελληνικά γράμματα. Αθήνα 1995.
32. **Φαναριώτη Π.** Επιχειρησιακή ψυχολογία. Προβλήματα ανθρωπίνων σχέσεων στο εργασιακό πλαίσιο. Έκδοση 3^η. Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ Αθήνα.
33. **Cumbey D. A., Alexander J.W.** The relationship of job satisfaction with organizational variables in Public Health nursing. Περιοδικό The journal of nursing Administration Volume 28- Number 5 . MAY 1997.
34. **Πιπερόπουλος Γ.** Εφαρμοσμένη ψυχολογία. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995.
35. **Καντάς Α.** Οργάνωση- Βιομηχανική Ψυχολογία. Κίνητρα, Επαγγελματική ικανοποίηση, Ηγεσία. Μέρος 1^ο, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1993.
36. **Reid Y, Johnson S, Morant N, Kuipers E, Szmukler G, Thornicroft G, Bebbington P, Prosser D.** Explanations for stress and satisfaction in mental health professionals a qualitativestudy. Soc Psychiatry, Psychiatric Epidemial June 1999.



ποιο βαθμό πιστεύετε ότι βοηθά η παρεπισημιακή εκπαίδευση στο χώρο εργασίας σας;

α. καθόλου β. ελάχιστα γ. αρκετά δ. πολύ

επαγγελματικές σας υποχρεώσεις σας αφήνουν περιθώρια για άλλες ερασιχολίες (αθλήματα, εκδρομές, άλλα ενδιαφέροντα).

α. καθόλου β. ελάχιστα γ. αρκετά δ. πολύ

παραφέρετε τα προβλήματα του χώρου εργασίας στο σπίτι και αντίστροφα;

α. καθόλου β. ελάχιστα γ. αρκετά δ. πολύ

ποιες οι σχέσεις σας με τους συνεργάτες σας (συνάδελφοι, γιατροί, υπόλοιπο προσωπικό).

α. αλληλεγγύης β. καταπόνησης γ. συνεργασίας δ. ανταγωνιστικότητας

ε. άλλο

ποιο βαθμό οι προϊστάμενοι σας αναγνωρίζουν την προσφορά σας;

α. καθόλου β. ελάχιστα γ. αρκετά

αριθμός των κοσπλευτών με ψυχιατρική ειδικότητα που απασχολείται στο τμήμα σας είναι αρκετός για την ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας των ασθενών;

α. ελάχιστα γ. αρκετά δ. πολύ

παραβλάσκει συχνά στην εργασία σας:

α. πονοκεφάλους β. αίσθημα αδυναμίας γ. θυμό δ. ενοχές ε. ηρεμία

ζ. άλλο

ποιο βαθμό η ύπαρξη stress στην εργασία σας, σας ωθεί στην κατανάλωση αλκοόλ, τσιγάρων, ομοιοπαθειών, φαρμάκων;

α. καθόλου β. ελάχιστα γ. αρκετά δ. πολύ

η συναισθηματική και επαγγελματική φόρτιση σας οδηγεί σε παραμέληση των καθηκόντων στο χώρο εργασίας σας;

α. καθόλου β. ελάχιστα γ. αρκετά δ. πολύ

πιστεύετε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ψυχιατρικού νοσοκομείου - κλινικής έχει ανάγκη
στήριξη και καθοδήγηση ειδικών συμβούλων; (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί..)

Καθόλου β. ελάχιστα γ. αρκετά δ. πολύ

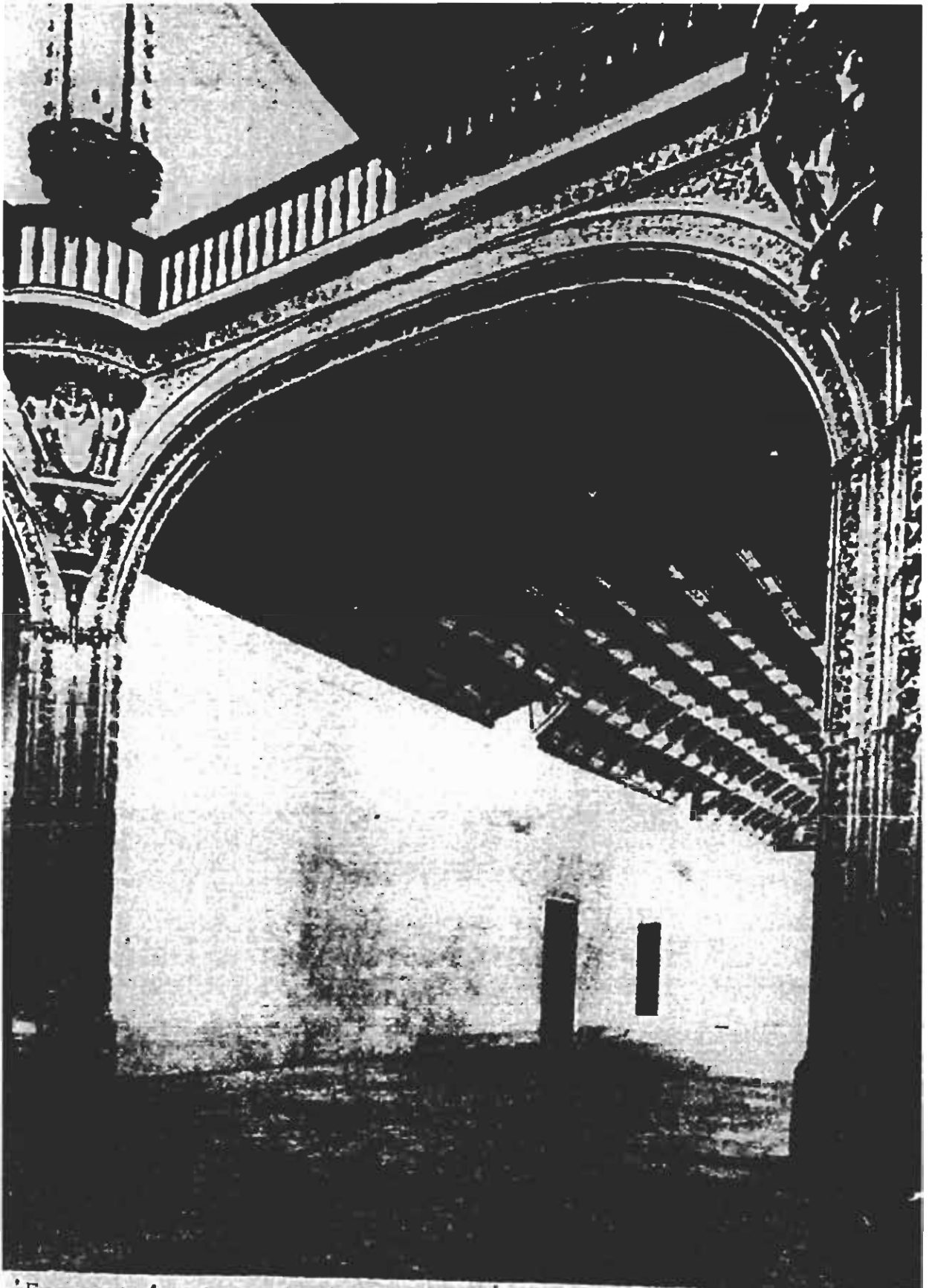
Είναι συχνό το φαινόμενο παραίτησης συναδέλφων σας εξαιτίας του συγκεκριμένου
ιακού περιβάλλοντος;

Καθόλου β. ελάχιστα δ. πολύ

Πιστεύετε ότι οι νοσηλεύτριες -τες ψυχιατρικού νοσοκομείου - κλινικής είναι απαραίτητο να
εξειδικεύονται περισσότερο αναλογικά με τους εργαζόμενους άλλων τμημάτων;

Καθόλου β. ελάχιστα γ. αρκετά δ. πολύ

ΧΑΡΗΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ





ΒΕΛΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΟ ΜΑΡΤΥΡΙΟ Α...

2. ΤΟΠΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΤΟΜΕΩΝ
ΓΕΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Ν.Θεσ/νίκης

- Παπανικολάου
- Ιπποκράτειο
- ΑΧΕΠΑ



Ν.ΑΤΤΙΚΗΣ

- Ασκληπιείο Βούλας
- Γ.Ν.Α. ΣΕΣ
- Γ.Π.Ν. Αθηνών
- Γ.Ν. Ευαγγελισμού
- Ν.Π.ΘΑ "Σωτηρία"
- Π.Γ.Ν. Ειςσανόγλε
- Ν.Π. ΑΓ. Σοφία
- Γ.Ν. ΑΓ. 'Ολγα
- Τζάνειο Πειραιά



ΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
25 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1986

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
816

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

αθ. Α36/α.κ. 19192

Έγκριση του Οργανισμού του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Κέρκυρας.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΛΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

Τις διατάξεις των παραγράφων 1, 2, 3 και 4 του άρθρου 10 του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ Α/1983).

Τις διατάξεις του Π.Δ. 87/1986 «Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων» (ΦΕΚ 32/Α/1986).

Την απόφαση 3/23.1.86 του Διοικητικού Συμβουλίου του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Κέρκυρας, αποφασίζουμε:

Άρθρο 1.

Οργανισμός του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Κέρκυρας αυτός ισχύει με το Β.Δ. 782/20.10.61 «περ' τροποεως του Οργανισμού του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Κέρκυρας» (ΦΕΚ 200/Α/1961), αναμορφώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής.

Άρθρο 2.

Νομική μορφή — Επωνυμία — Έδρα — Σφραγίδα

Το Νοσοκομείο αυτό υπάγεται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2/1953 «περί οργάνωσης της Ιατρικής Αντιλήψεως» (Κ 254/Α/1953) και αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, που διέπεται από τις διατάξεις του Ν.Δ. αυτού, τροποποιημένων και συμπληρωμένων μεταγενέστερα και τις διατάξεις του Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» ορίζεται ως Εθνικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και ονομάζεται «ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ».

Έδρα της κεντρικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου είναι η Κέρκυρα.

Το Νοσοκομείο έχει σφραγίδα στρογγυλή στην οποία φέρονται σε επάλληλους κύκλους «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ — ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ — ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ» και στη μέση το εθνόσημο.

Άρθρο 3.

Σκοπός.

Σκοπός του Νοσοκομείου είναι:

α) Η παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης στο πλαίσιο των προγραμμάτων της γενικότερης πολιτικής στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, ισότιμα για κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ειδικότερα:

1. Η διαφύλαξη, πρόληψη και πρόκαταψη της κοινωνικής μέριμνας στον τομέα της Ψυχικής Υγείας.

2. Η συμβολή στην κοινωνική αποκατάσταση και επαγγελματική επανένταξη των ασθενών, με τη φροντίδα της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου.

β) Η ανάπτυξη και προαγωγή της ιατρικής έρευνας.

γ) Η εφαρμογή προγραμμάτων ειδικής, συνεχούς εκπαίδευσης γιατρών, καθώς και εκπαίδευσης και επιμόρφωσης λειτουργών άλλων κλάδων Υγείας.

Άρθρο 4.

Έσοδα.

Τα έσοδα του Νοσοκομείου είναι:

α) Οι επιχορηγήσεις από τον κρατικό τακτικό προϋπολογισμό και από τον προϋπολογισμό δημοσίων επενδύσεων.

β) Οι εισπράξεις από νοσήλια, εξετάσματα και λοιπές αμοιβές για παροχή υπηρεσιών.

γ) Οι πρόσδοα από την ίδια αυτού περιουσία.

δ) Τα έσοδα από δωρεές, κληροδοτήματα, εκποιήσεις κ.λπ.

Άρθρο 5.

Δύναμη Κρεβατιών.

Η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου είναι τριακόσια εξήντα (360) κρεβάτια.

Άρθρο 6.

Διάκριση Υπηρεσιών.

1. Το Νοσοκομείο αυτό απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:

- α) Ιατρική.
- β) Νοσηλευτική.
- γ) Διοικητική.

2. Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Οι τρεις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στον Πρόεδρο του Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

3. Το προσωπικό που τοποθετείται και υπηρετεί σε άλλη υπηρεσία απ' αυτή που υπάγεται κατά κλάδο και κατηγορία, σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής, υπάγεται ιεραρχικά στην υπηρεσία που υπηρετεί.

Άρθρο 7

Διάθροση Ιατρικής Υπηρεσίας

Ιατρική Υπηρεσία του Νοσοκομείου διαρθρώνεται:

ΠΡΩΤΟΣ ΤΟΜΕΑΣ:

Ο πρώτος Ψυχιατρικό τομέα με δύναμη διακόσια εξήντα (260) κρεβάτια.

Ο δεύτερος Ψυχιατρικό τομέα με δύναμη εκατό (100) κρεβάτια.

χειρουργικό.

φρασηριακό.

Ο τρίτος τομέας διαρθρώνεται σε τμήματα ως εξής:

ΠΡΩΤΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Τμήματα:

Δύο (2) Ψυχιατρικά

ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Τμήματα:

Ένα (1) Ψυχιατρικό

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Τμήματα:

Ένα (1) Οδοντιατρικό

ΦΡΑΣΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Τμήματα:

Ένα (1) Φαρμακευτικό

Οι τρεις τομείς λειτουργούν τακτικά εξωτερικά ιατρεία αντίστοιχων ειδικοτήτων με τις ειδικότητες των γιατρών που υπηρετούν στο Νοσοκομείο.

Άρθρο 8

Διάθροση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί Διαθέσιμη και διασπείνεται:

Ο πρώτος (2) τομείς το Α και Β του οποίου καθόλου διασπείνεται σε κλινικά τμήματα ως ακολούθως:

Ο πρώτος τομέας σε επτά (7) τμήματα του καλύπτουν τον Πρώτο Ιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.

Ο δεύτερος τομέας σε πέντε (5) τμήματα του καλύπτουν τον Δεύτερο Ιατρικό τομέα, τον Χειρουργικό τομέα και τα εξωτερικά ιατρεία Ιατρικής Υπηρεσίας.

Στο Νοσοκομείο συνιστάται Νοσηλευτική Επιτροπή του αποτελείται από:

Τον Δ/ντή - Δ/ντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ως Πρόεδρο.

Ένα (1) Προϊσταμένο τμήματος από κάθε τομέα.

Ένα (1) Διπλωματούχο τμήματος από κάθε τομέα.

Μέλη (β) και (γ) εκλέγονται για δύο (2) χρόνια με μυστική suffragia από το νοσηλευτικό προσωπικό του αντίστοιχου τομέα και συνεργάζεται με πρόβλεψη του Προϊσταμένου αυτού.

Μέλη της Νοσηλευτικής Επιτροπής εκλέγονται με μυστική suffragia τον Αντιπρόεδρο μεταξύ των υπό στοιχείων (β) μελών και Γραμματέα μεταξύ των υπό στοιχείων (γ) μελών. Η Νοσηλευτική Επιτροπή γνωμοδοτεί για κάθε θέμα που αφορά την οργάνωση και λειτουργία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και εισηγείται σχετικά με τον Πρόεδρό της στα αρμόδια όργανα του Νοσοκομείου.

Άρθρο 9

Διάθροση Διοικητικής Υπηρεσίας

Η Διοικητική Υπηρεσία αποτελεί Διαθέσιμη και διασπείνεται:

α) Υποδιεύθυνση Διοικητικού

β) Υποδιεύθυνση Τεχνικού

Κάθε Υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε τμήματα και αυτοτελή γραφεία, όπως στις ακόλουθες παραγράφους.

2. Η Υποδιεύθυνση Διοικητικού στα τμήματα:

α. Προσωπικού

β. Γραμματείας

γ. Οικονομικού

δ. Κίνησης Αρρώστων

ε. Διατροφής

στ. Γραμματείας Ξενοκλινοκέντρων Ιατρικών

ζ. Κοινωνικής Υπηρεσίας

η. Πληροφορικής - Οργάνωσης

στα αυτοτελή γραφεία:

α. Επιστάσιος

β. Ιματισμού

2. Η Υποδιεύθυνση Τεχνικού στα τμήματα:

α. Τεχνικού

β. Βιοιατρικής Τεχνολογίας

Άρθρο 10

Αρμοδιότητες Υπηρεσιών

Οι αρμοδιότητες κάθε υπηρεσίας του Νοσοκομείου ορίζονται ως ακολούθως:

1. Αρμοδιότητες Ιατρικής Υπηρεσίας είναι:

Η πρόληψη και προαγωγή της υγείας, της έρευνας και της εκπαίδευσης, η παροχή υπηρεσιών Υγείας και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχομένων υπηρεσιών.

2. Αρμοδιότητες Φαρμακευτικού Τμήματος:

Έχει την ευθύνη για τον προγραμματισμό προμηθειών, την σύλλοξη, την ταξινόμηση, την παρασκευή φαρμακευμάτων, τον έλεγχο, την χορήγηση, την διανομή, την διακίνηση και διαχείριση του φαρμακευτικού και λοιπού υλικού αρμοδιότητας του Σ.Ο.Φ. Επίσης έχει την ευθύνη του Στατιστηριολογικού ελέγχου του συνταγολογίου, της εκτέλεσης οποιασδήποτε συνταγής του θα ζητήσει το ιατρικό τμήμα, καθώς και του ελέγχου των προς εκτέλεση συνταγών.

3. Αρμοδιότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι:

Η παροχή νοσηλείας στους αρρώστους, σύμφωνα με τα διδάγματα της νοσηλευτικής και στο πλαίσιο των κατευθύνσεων των υπευθύνων σε κάθε περίπτωση γιατρών, η πρόληψη και προαγωγής της νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης στον τομέα αυτό και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχομένων υπηρεσιών.

4. Αρμοδιότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας είναι:

α) Τμήμα Προσωπικού: Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού του Νοσοκομείου, καθώς και για την εποπτεία και έλεγχο του προσωπικού όλων των υπηρεσιών του Νοσοκομείου.

β) Τμήμα Γραμματείας: Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την οργάνωση της γραμματειακής στήριξης σύμφωνα με τις αποφάσεις της Διοίκησης και των άλλων υπηρεσιών του Νοσοκομείου, την τήρηση του γενικού τακτολόγιου, την διακίνηση

λογραφίας και την αντιμετώπιση κάθε προβλήματος για περαίωση του έργου του Νοσοκομείου.

Οικονομικού: Η φροντίδα για την μελέτη των οικονομικών του Ιδρύματος και την εισήγηση για την έγκαιρη σία των τροπάζσεων για την κατάρτιση του τρουτολογισμού, την πραγματοποίηση των δαπανών, την εκκαθάριση υχών προσωπικού και λοιπών αποζημιώσεων, την προμήθεια, ση και φύλαξη των εφοδίων και υλικών που χρειάζονται λειτουργία του Νοσοκομείου, την κατάρτιση του ισολογαι απολογισμού, την τήρηση των λογιστικών βιβλίων ε την είσπραξη των εσόδων του Νοσοκομείου, την ευθύνη διαφύλαξη της περιουσίας του Ιδρύματος και την τήρηση μεμικών στατιστικών στοιχείων.

Είλησης Αρρώστων: Η φροντίδα για την έκδοση εισεια την εισαγωγή των αρρώστων, την έκδοση των εξιτηρίων ηρηγη καταλόγου οικονομής εισαγωγής. Τρείς βιβλία δε φορά κρεβατιών και ενημερώνει τους αρρώστους εισαγωγή τους σύμφωνα με την σειρά στον κατάλογο φροντίζει για την λογιστική παρακολούθηση της εν νοσηλευομένων, την κρέωση δαπανών νοσηλείας κόρηση των δελτίων παροχής υπηρεσιών. Τρείς βιβλία και παρέχει κάθε πληροφορία γι' αυτούς. Επίσης πτωερή στατιστικά στοιχεία της νοσηλευτικής Σρηγεί τίστοποιητικά στους αρρώστους όταν τα μετά από υποβολή σχετικής αίτησης.

Διατροφής: Ανήκουν οι δραστηριότητες που σχετίτην διευκόλυνση διατροφικών σχημάτων ασθενών και και με την πληροφόρηση και εκπαίδευση των νοσηασθενών και των ασθενών των εξωτερικών ιατρείων, ανάγκη από ειδική διαιτητική αγωγή. Στο τμήμα εντάσσονται επίσης, οι επιστημονικές, οργανωτικές, κές και διοικητικές δραστηριότητες όλων όσων νται με τα τρόφιμα από την προμήθεια μέχρι την κ τους.

Προσωπείας Εξωτερικών Ιατρείων: Η ευθύνη και για την γραμματειακή στήριξη των τακτικών εξωτερικών του παρόχη και εξυπηρέτηση των προσερχομένων κτών. Τρείς τα αρχεία και τα βιβλία κίνησης των ιατρικών βιβλίων, την σειρά παραίλευσης των ασπροσασματίζει, την επανεξέτασή τους με προσυνην και τεστατομητικά στους αρρώστους όταν τα ζητούν, πρέλη σχετικής αίτησης. Ενημερώνει το κοινό για κωνομίας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και τη λειτουργία τους.

Κοινωνική Εργασία: Η ευθύνη και φροντίδα για κστη στους νοσηλευομένους στο Νοσοκομείο για κ τους πρόβλημα, την αναζήτηση και διερεύνηση κ προβλήματα αυτά κατά περίπτωση κ φροντίζει για την αντιμετώπιση των κοινωνικών κλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης Κοινωνικής της Πολιτείας.

Πειροβηκής Οργάνωσης: Η ευθύνη για την και λειτουργία της μηχανογράφησης, της σταξεργαηηης κ μηχανογραφικών στατιστικών στοιχείων, της

Κοσμογραφίου, στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και στους άλλους αρμόδιους φορείς και κάθε άλλη συναφή εργασία.

θ) Γραφείο Σπιστάσις: Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την καθαριότητα των χώρων του Νοσοκομείου και την εκοπτεία των γενικών εργασιών και μεταφορών.

ι) Γραφείο Ιματισμού: Η φύλαξη, η διανομή, η επιδιόρθωση και η καθαριότητα του ιματισμού του προσωπικού του Νοσοκομείου καθώς και του ιματισμού για εξυπηρέτηση των νοσηλευομένων.

ια) Τμήμα Τεχνικού: Η ευθύνη για τον προγραμματισμό και την εισήγηση της εκτέλεσης των απαραίτητων έργων ανάπτυξης, συντήρησης, ανανέωσης και διαρκούς βελτίωσης των κτιριακών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του Ιδρύματος και για την προμήθεια του απαραίτητου εξοπλισμού. Καταρτίζει μελέτες για την εκτέλεση έργων, επιβλέπει την εκτέλεσή τους και έχει την φροντίδα για την ποιοτική και ποσοτική παραλαβή τους. Η ευθύνη για την ομαλή λειτουργία των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, των εγκαταστάσεων παροχής αερίων, των εγκαταστάσεων παροχής νάρκωσης στα χειρουργεία και γενικά για την ομαλή λειτουργία των τεχνολογικών εγκαταστάσεων. Φροντίζει για την συντήρηση και κανονική λειτουργία του επιστημονικού και τεχνολογικού εξοπλισμού, καθώς και των οχημάτων του Ιδρύματος.

ιβ) Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας: Η ευθύνη και φροντίδα της ορθολογικής χρήσης του ατομικού επιστημονικού εξοπλισμού καθώς και η οργανωμένη τεχνική υποστήριξή του.

5. Οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών, όπως καθορίζονται με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, ασκούνται σύμφωνα με όσα λεπτομερώς ορίζονται με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του Νοσοκομείου και εφόσον δεν έχει εκδοθεί εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας σύμφωνα με τις αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου και τις γενικότερες κατευθύνσεις και υποδείξεις του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 11

Στελέχωση Ιατρικής Υπηρεσίας

Η Ιατρική Υπηρεσία στελεχώνεται:

α) Από γιατρούς του κατέχουν θέσεις κλάδου γιατρών Β.Β.Υ. του συνιστάται, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 25 του Ν. 1397/83, στον κλάδο γιατρών Β.Β.Υ. του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και καταλαμβάνεται στο Νοσοκομείο αυτό.

β) Από ειδικευόμενους γιατρούς, του τοποθετούνται σε θέσεις ειδικευομένων γιατρών, του έχουν συσταθεί με οποιοδήποτε τρόπο μέχρι τη δημοσίευση της απόφασης αυτής ή του συνιστάται, σύμφωνα με τις διατάξεις του ισχύουν κάθε φορά.

γ) Από άλλους επιστήμονες που προσφέρουν συναφείς υπηρεσίες, με το έργο της Ιατρικής Υπηρεσίας των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθένα από τους οποίους συνιστάται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Α

ΚΛΑΔΟΣ ΒΕ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ

20 (2) θέσεις

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Β

Από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε ένα από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

ΠΥΡΙΑ ΔΕΔΟΣ ΔΕ ΒΟΗΘΩΝ ΦΑΡΜΑΚΙΟΥ

(2) θέσεις

Άρθρο 12

Στελέχωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Νοσηλευτική Υπηρεσία στελεχώνεται από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθένα από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕΔΟΣ ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ - ΤΡΙΩΝ

έντα (30) θέσεις

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕΔΟΣ ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ - ΤΡΙΩΝ

έντα πέντε (5) θέσεις

δέκα (10) θέσεις του κλάδου αυτού πληρούνται κατά τον όρο που δεν πληρούνται, λόγω έλλειψης υποψηφίων, οι αντίστοιχες θέσεις του κλάδου ΠΕ Νοσηλευτών - τριών.

ΔΟΣ ΤΕ ΣΠΙΔΟΚΟΜΩΝ

έντα (3) θέσεις

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕΔΟΣ ΔΕ ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΗΚΟΜΩΝ

ομήντα πέντε (5) θέσεις

δέκα (10) θέσεις του κλάδου αυτού πληρούνται κατά τον όρο που δεν πληρούνται λόγω έλλειψης υποψηφίων, οι αντίστοιχες θέσεις του κλάδου ΤΕ Νοσηλευτών - τριών.

ΔΟΣ ΔΕ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΚΟΜΩΝ (ΠΡΟΒΡΕΠΙΟΣ)

έντα (9) θέσεις

ΔΟΣ ΔΕ ΦΥΛΑΚΩΝ ΔΕΣΦΕΩΝ (ΠΡΟΒΡΕΠΙΟΣ)

κοσι (20) θέσεις

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΓΣΔΟΣ ΓΣ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΥΠΕΡΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΒΡΕΠΙΟΥ

ατών πνήντα (150) θέσεις

κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Νοσοκόμων, μεταφορέων ασθενών, βοηθών θαλάμου, φυλάκων ασθενών. Το 2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

Νοσοκόμων : Ξξι (6) θέσεις

Μεταφορέων ασθενών : Ξξι (6) θέσεις

Βοηθών θαλάμου : Ξξοσι (20) θέσεις

Φυλάκων ασθενών : Σαράντα τρεις (43) θέσεις

κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

είκοσι (20) θέσεις του κλάδου αυτού πληρούνται μετά

την κατάργηση των αντίστοιχων θέσεων του προακρινού κλάδου φυλάκων ασθενών.

Άρθρο 13

Στελέχωση Διοικητικής Υπηρεσίας

Διοικητική Υπηρεσία στελεχώνεται από προσωπικό των παρα-

κάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθένα από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

Α΄ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ - ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΥ

πέντε (5) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ

τρεις (3) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Μηχανολόγων - Μηχανικών, Ηλεκτρολόγων - Μηχανικών, Ηλεκτρονικών - Μηχανικών, Αρχιτεκτόνων - Μηχανικών, Πολιτικών - Μηχανικών. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

-- Μηχανολόγων - Μηχανικών : Μία (1) θέση

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΠΑΡΕΦΟΡΕΥΣΗΣ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ

Μία (1) θέση

Β΄ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

δώδεκα (12) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ

οκτώ (8) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΔΕΙΤΟΥΡΓΩΝ

τέσσερις (4) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

τέσσερις (4) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

τρεις (3) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Ηλεκτρονικών - Τεχνικών, Υπομηχανικών και Σχεδιαστών. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

-- Ηλεκτρονικών - Τεχνικών : Μία (1) θέση

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΠΑΡΕΦΟΡΕΥΣΗΣ

Μία (1) θέση

Γ΄ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ - ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΣ

δώδεκα (12) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ

δύο (2) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΤΡΑΝΣΚΟΠΩΝ

δύο (2) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΜΑΤΕΡΩΝ

τέσσερις (4) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΚΗΡΟΥΡΓΩΝ

δύο (2) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΓΥΡΩΝ

Μία (1) θέση

ΣΥ Β/Υ

εις

λαμβάνει τις ειδικότητες: Μηχανοτεχνιτών, Ηλεκτροτεχνιτών, Θερμαστών, Υδραυλικών, Σουλουργών, Χλωροχρωματιστών - Υδροχρωμαστών - Γαζωτριών, Ισοθιματοποιών, - Ελιθανιστών, Οδηγών αυτοκινήτων, Τυπικών του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδι-

: Μία (1) θέση

: Μία (1) θέση

: Μία (1) θέση

: Δύο (2) θέσεις

: Μία (1) θέση

Υδροχρωματιστών: Μία (1) θέση

- Γαζωτριών: Δύο (2) θέσεις

: Δύο (2) θέσεις

: Μία (1) θέση

: Μία (1) θέση

θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε προκήρυξη αυτών.

ΥΑΡΜΑΚΩΝ (ΠΡΟΞΕΡΙΝΟΣ)Β - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ (ΠΡΟΞΕΡΙΝΟΣ)ΣΥ ΠΡΟΞΕΡΙΝΟΥ

λαμβάνει τις ειδικότητες: Ψυχιάτρων, Παιδισμού. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου στις ειδικότητες:

(2) θέσεις

(2) θέσεις

θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε προκήρυξη αυτών.

ΣΥ ΚΑΘΑΡΙΣΤΩΝ

λαμβάνει τις ειδικότητες: Στεβρωτών - Πλυντριών, Πρεσαδόρων - Σιδερωτών. Ο κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικό-

: Δέκα εννέα (19) θέσεις

: Τέσσερις (4) θέσεις

: Δύο (2) θέσεις

θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε προκήρυξη αυτών.

ΣΥ ΟΥΤΙΛΩΝ

θέσεις

λαμβάνει τις ειδικότητες: Βοηθών - Σερβιτόρων και Λαντζέρηδων. Το κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

- Βοηθών μαγειρών : Τρείς (3) θέσεις

- Τραπεζοκόμων - Σερβιτόρων: Οκτώ (8) θέσεις

- Λαντζέρηδων : Τρείς (3) θέσεις

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

ΚΛΑΔΟΣ ΥΣ ΣΥΡΤΑΤΩΝ

Τέσσερις (4) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΥΣ ΣΥΛΛΕΚΤΩΝ - ΝΥΚΤΟΦΥΛΑΚΩΝ

Έξι (6) θέσεις

Σ' ΘΕΣΕΙΣ ΜΕ ΜΙΣΘΟ ΕΝΤΟΛΗΣ

Μία (1) θέση Δικηγόρου

Άρθρο 14

Προσόντα Διορισμού

1. Τα προσόντα διορισμού που απαιτούνται κατά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα καθορίζονται με την ΔΙΟΔ/901/23/2005/30-4-86 απόφαση του Υπουργού Προεδρίας της Κυβέρνησης " καθορισμός προσόντων διορισμού " (Προσωπολόγιο - Διαβολόγιο) (ΦΕΚ 318/Β/86).

2. Για την θέση Δικηγόρου με μισθό εντολής απαιτείται επί πλόν των τυπικών προσόντων και άδεια άσκησης δικηγορίας στον Άρειο Πάγο.

Άρθρο 15

Προϊστάμενοι Ιατροεπιστημολόγων

1. Στην Ιατρική Υπηρεσία προΐσταται η Ψυχιατρική Επιστημονική Επιτροπή του άρθρου 12 του Ν. 1397/83, η οποία έχει μόνο επιστημονικές αρμοδιότητες. Στους τομείς και τα τμήματα αυτής οι προϊστάμενοι ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις των παραγράφων 3 και 4 του άρθρου 11 του Ν. 1397/83.

2. Στο φαρμακευτικό τμήμα προΐσταται υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου φαρμακοποιών.

3. Στη Νοσηλευτική Υπηρεσία προΐσταται:

α) Στη Δ/νση, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ του κλάδου Νοσηλευτών - τριών.

β) Στους τομείς, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ ή ΣΕ του κλάδου Νοσηλευτών - τριών.

γ) Στα τμήματα, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ του κλάδου Νοσηλευτών - τριών και εφόσον δεν υπάρχει, υπάλληλος της κατηγορίας ΔΕ του κλάδου Ιδελών Νοσοκόμων με βαθμό α'.

4. Στη Διοικητική Υπηρεσία προΐσταται:

α) Στη Διεύθυνση και Υποδιεύθυνση Διοικητικού, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου Διοικητικού - λογιστικού.

β) Στην Υποδιεύθυνση Τεχνικού, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου Μηχανικών.

Για τις περιπτώσεις α και β αν δεν υπηρετούν υπάλληλοι με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ, προΐστανται υπάλληλοι με βαθμό α' της κατηγορίας ΤΕ ή ΔΕ των αντιστοιχών κλάδων.

γ) Σε καθένα από τα τμήματα Προσωπικού, Γραμματείας, Ζήτησης Αρρώστων και Γραμματείας Εξωτερικών Ιατροείνων, υπάλληλοι με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου Διοικητικού - λογιστικού ή της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου Διοίκησης Νοσοκομείων ή της κατηγορίας ΔΕ του κλάδου Διοικητικού - λογιστικού.

ή κλινική των ανγκιών των κέντρων υγείας και των παιδικών υπηρεσιών τους σε ιατρικό προσωπικό των υπηρεσιών β' και γ' της περιφέρειας ή του προγράμματος εκπαιδεύεται με απόφαση του διοικητικού επιπέδου νοσοκομείου μετά σύμφωνη γνώμη της επιστημονικής επιτροπής. Με τις αποφάσεις αυτές ορίζεται ιδιαίτερα ο γύρος υπηρεσίας των κέντρων υγείας των ψυχτρικών παύσης β'.

Η διοίκηση με τις αποφασιστικές λειτουργίες των κέντρων υγείας ορίζονται ο κύριος υπεύθυνος των κέντρων υγείας αυτού και κάθε κλάση λειτουργίας.

Άρθρο 20.

Οργανισμολογική σταθμολογία και υπηρεσιακή υπηρεσία.

Οι οργανισμολογικοί σταθμοί και τα υπηρεσιακά κέντρα του εργαζόμενου Υγείας και Πρόνοιας, που έχουν συσταθεί έως τη λήξη του νόμου αυτού, συγχωνεύονται στα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά κέντρα τους, που συνιστώνται κατά διατάξεις του νόμου αυτού. Με την απόφαση συστάσεως κέντρων υγείας ορίζονται και οι οργανισμολογικοί σταθμοί και υπηρεσιακά κέντρα που συγχωνεύονται ή αυξή με την ίδια λειτουργία τους.

Από την έναρξη ισχύος της απόφασης συστάσεως κάθε του υγείας, όλες οι θέσεις των οργανισμολογικών σταθμών υπηρεσιακών κέντρων, που συγχωνεύονται στα κέντρα υγείας, καταργούνται. Το προσωπικό, πλην του ιατρικού, που ήταν κλεισμένο κατά υπηρεσία στις θέσεις που καταργούνται, κατατάσσεται σε αντίστοιχες θέσεις του κέντρου υγείας και η προσηλυσία του στο δημόσιο ή σε Ν.Π.Δ.Δ. ορίζεται σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις κατά το π της κατάταξης. Όσοι πλησιάζουν κατατάσσονται σε κενές θέσεις αντίστοιχου κλάδου, που συνιστώνται με απόφαση σύστασης του κέντρου υγείας και κατατάσσονται με τον κλάδο που μένει κενή στο μέλλον. Όσο χρόνο υπηρετούν προσωρινές θέσεις εξελίσσονται σύμφωνα με το κλάδο που ισχύει πριν από την κατάταξη. Υπάλληλοι που συγχωνεύονται τα νόμιμα πρόσωπα για την κατάταξη, επιλογής θέσης στο κέντρο υγείας, κατατάσσονται σε πρώτες θέσεις αντίστοιχου κλάδου, που συνιστώνται με την απόφαση και εξελίσσονται με το κλάδο που είναι πριν από την κατάταξη. Η κατάταξη και κατάταξη θέσεων γίνεται μετά από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού επιπέδου. Οι προσωρινές θέσεις καταργούνται, όταν κενωθούν ποιοδήποτε τρόπο.

Άρθρο 21.

Ψυχιατρική περίθαλψη.

Η ψυχιατρική περίθαλψη παρέχεται από:

Τα κέντρα ψυχικής υγείας, β' τους ψυχιατρικούς νοσοκομείων και γ' τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Τα κέντρα ψυχικής υγείας συνιστώνται με κοινή απόφαση Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. ως αποκεντρωμένες μονάδες ειδικών ψυχιατρικών νοσοκομείων ή νοσηλευτικού γενικού νοσοκομείου στο οποίο λειτουργεί ψυχιατρικός τομέας. Τα κέντρα ψυχικής υγείας βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική λειτουργική διασύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται και με το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας.

Συνιστάται του κέντρου ψυχικής υγείας είναι η ψυχολογική-εξομολογική, η συμβουλευτική, παρέμβαση στην κοινωνία και αγωγή, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην ανάπτυξη και κοινωνική ένταξη του ατόμου.

Τα κέντρα ψυχικής υγείας μπορεί να περιλαμβάνουν και εκπαιδευτικούς σταθμούς, καθώς και μονάδες μερικής λείας (ημερήσιας ή νυκτερινής).

4. Στους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων παρέχεται έγκαιρη νοσηλεία. Οι άρρωστοι που έχουν ανάγκη, από μακρόχρονη νοσηλεία παραπέμπονται στο ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο. Οι ψυχιατρικοί τομείς των γενικών νοσοκομείων βρίσκονται σε επιστημονική και νοσηλευτική διασύνδεση με το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας τους. Αν δεν λειτουργεί ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο στην περιφέρεια, αναρμόζεται η διατάξη της παρ. 4 του άρθρου 8 του νόμου αυτού. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα των γενικών νοσοκομείων, που θα λειτουργούν κατά τη διασύνδεση του νόμου αυτού, μετανοούνται σε ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ορίζεται ο κατά ο οργανισμολογική τους, με στόχο την αποκλιμάκωση των κενών.

5. Στο ΚΕ.Σ.Υ. συγκροτείται επιτροπή με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982 (ΦΕΚ 106) ειδική επιτροπή για τη μελέτη και διατύπωση προτάσεων στο ΚΕ.Σ.Υ. για κάθε θέμα, που αφορά στην παρακλιμακωτική, την οργανώση και την ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

6. Σε κάθε κέντρο ψυχικής υγείας, με την κοινή απόφαση της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού ή άλλη όμοια, συνιστώνται και προσθίστονται σε ιδιαίτερες κλάδους στην οργανοποίηση του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγονται το κέντρο, θέσεις ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και άλλων επαγγελματιών υγείας καθώς και θέσεις νοσηλευτικού, διοικητικού και διαχειριστικού προσωπικού.

Οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων ψυχικής υγείας ενοικούν τον προϋπολογισμό του οικείου νοσοκομείου, στον οποίο ενοικούνται κάθε χρόνο αντίστοιχες πιστώσεις με ιδιαίτερο οφέλιμο και κωδικό αριθμό.

7. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., εκδίδεται ενιαία εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των κέντρων ψυχικής υγείας και καθορίζεται ο τρόπος διασύνδεσής τους με τα νοσοκομεία, σύμφωνα με το δεύτερο εδάφιο της παρ. 2 του άρθρου αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 22.

Οικογενειακή προγραμματοποίηση.

1. Οι παραγράφους 2 και 3 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982 (ΦΕΚ 66) αντικαθίστανται με τις ακόλουθες:

α) Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, η εκπαίδευση του ευρύτερου κοινού και η πρακτική εφαρμογή γίνονται από υπεύθυνα κρατικά όργανα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

β) Οι αντίστοιχες υπηρεσίες και ο εφαρμοστικός εσωτερικός προϋπολογισμός στο νοσοκομείο του Ν.Δ. 2592/1953 και το κέντρο υγείας που υπάγονται η αυτά.

2. Το άρθρο 5 του Ν. 1036/1980 καταργείται.

Άρθρο 23.

Βιοϊατρική έρευνα.

1. Στο ΚΕ.Σ.Υ. συγκροτείται κατά τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982 επιτροπή βιοϊατρικής έρευνας.

2. Το ΚΕ.Σ.Υ. μετά από εισήγηση της επιτροπής της προηγούμενης παραγράφου α) γνωμοδοτεί για τη σύσταση και διακρίση βιοϊατρικών κέντρων και μονάδων που συνιστώνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. β) Καταρτίζει ενιαίο πλαίσιο υποβολής, κρίσης, έγκρισής και ελέγχου της οικονομικής τους και πορείας των ερευνητικών προγραμμάτων και γνωμοδοτεί για την κατάταξη των ειδικών πιστώσεων του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας στα προγράμματα αυτά. γ) Συνεργάζεται με τις αρμόδιες υπηρεσίες και όργανα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, για τη χρησιμοποίηση και αξιοποίηση της έρευνας στην ανόρθωση του

δ) Στο τμήμα Οικονομικού, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΣ του κλάδου Διοικητικού - Λογιστικού ή της κατηγορίας ΤΣ του κλάδου Λογιστικής.

ε) Στο τμήμα Τεχνικού, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΣ του κλάδου Μηχανικών ή της κατηγορίας ΤΣ του κλάδου Τεχνολογικών Εφαρμογών.

στ) Στο τμήμα Πληροφορικής - Οργάνωσης, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΣ ή ΤΣ του κλάδου Πληροφορικής.

ζ) Στο τμήμα Διατροφής, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΣ του κλάδου Διαιτολόγων.

η) Στο τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΤΣ του κλάδου Κοινωνικών Λειτουργών.

θ) Στο τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΣ του κλάδου Μηχανικών ή της κατηγορίας ΤΣ του κλάδου Τεχνολογικών Εφαρμογών.

ι) Στα αυτοτελή Γραφεία Στιτιστικής και Ίματισμού, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΤΣ του κλάδου Διοίκησης Νοσοκομείων ή της κατηγορίας ΔΣ του κλάδου Διοικητικού - Λογιστικού.

5. Οι υπάλληλοι που θα προΐστανται στο φαρμακευτικό τμήμα, στη Νοσηλευτική Υπηρεσία, στη Διοικητική Υπηρεσία και τις Οργανικές Υποδιατάξεις αυτών, σύμφωνα με τις παραγράφους 2, 3 και 4 του παρόντος άρθρου, ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 του Ν. 1586/86 "Βεβηλωτική διάσπαση των θέσεων του Δημοσίου, Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α." (ΦΕΚ 37/Α/86).

Άρθρο 16

1. Στο προσωπικό που υπηρετεί κέρα από το κανονικό ωράριο εργασίας του, παρέχεται δωρεάν τροφή κατά το δείπνο της εργασίας του.

2. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μπορεί να παρέχεται τροφή σ' όλο το προσωπικό του Νοσοκομείου με καταβολή εντάξιμου του ισούται με το του που καθορίζεται κλάδο τράπεζα για το ημερήσιο ετήσιο τμήμα των νοσηλευομένων.

Άρθρο 17

Μεταβατικές Διατάξεις

1. Κατά την πρώτη εφαρμογή του παρόντος Οργανισμού στους κλάδους που οι θέσεις κατανέμονται σε περισσότερες από μία ειδικότητες κατατάσσονται ή εντάσσονται οι υπηρετούντες, κατά τη δημοσίευση της απόφασης αυτής, υπάλληλοι με τα αντίστοιχα προσόντα, ανεξέχρηστα από την κατά ειδικότητα κατανομή τους. Η καθοριζόμενη κατανομή μεταξύ των ειδικότητων εφαρμόζεται σταδιακά στο βαθμό που κινούνται οι θέσεις

μετά την με οποιοδήποτε τρόπο απαχώρηση των υπαλλήλων που τις κατέχουν.

2. Το μόνιμο προσωπικό, εκτός του ιατρικού, που υπηρετεί σε οργανικές θέσεις, κατά τη δημοσίευση της απόφασης αυτής, κατατάσσεται κατά κατηγορία και κλάδο αντίστοιχης ειδικότητας στις θέσεις που συνιστώνται με την απόφαση αυτή, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1586/86 "Βεβηλωτική διάσπαση των θέσεων του Δημοσίου, Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α. και άλλες διατάξεις" (ΦΕΚ 37/Α/86).

3. Το μη μόνιμο προσωπικό που υπηρετεί στο Νοσοκομείο κατά τη δημοσίευση της απόφασης αυτής με οποιοδήποτε σχέση εργασίας εντάσσεται σε θέσεις του παραμένου κενές μετά την εφαρμογή της παραγράφου 2 του παρόντος άρθρου ή σε προσωρινές θέσεις που συνιστώνται κατά κλάδο με την πράξη διορισμού και καταργούνται όταν κενωθούν με οποιοδήποτε τρόπο, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1476/84 (ΦΕΚ 136/Α/84) όπως συμπληρώθηκαν με το άρθρο 14 του Ν. 1540/85 (ΦΕΚ 67/Α/85) και την ερμηνευτική διάταξη της παραγράφου 6 του άρθρου 27 του Ν. 1579/ (ΦΕΚ 217/Α/85).

4. Όσοι από το μη μόνιμο προσωπικό δεν συγκεντρώνουν τα νόμιμα προσόντα ή δεν υποβάλουν αίτηση για ένταξη, εξαιρούνται να υπηρετούν σε προσωρινές θέσεις που συνιστώνται με απόφαση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 5 του Ν. 1476/84.

5. Οι κενές οργανικές θέσεις σε κάθε κλάδο στον οποίο έχουν συσταθεί προσωρινές θέσεις, σύμφωνα με την παράγραφο 4 του παρόντος άρθρου, τηρούνται στον εισαγωγικό βαθμό κατά τον αριθμό που κενούνται και καταργούνται οι προσωρινές θέσεις, εφόσον ο συνολικός αριθμός των προσωρινών θέσεων δεν υπερβαίνει το σύνολο των οργανικών θέσεων.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα 6 - 1 - 1986

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Γ. ΠΕΡΙΠΛΑΡΑΣ

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε θερμά:

- ✱ Την Υπεύθυνη- Εισηγήτρια μας, Dτ Μ Μπατσολάκη
- ✱ Το προσωπικό των Νοσοκομείων για τη συνεργασία του
- ✱ Τον κ. Κουτσογιάννη
- ✱ Το Βιβλιοπωλείο ΓΕΘΣΗΜΑΝΗ
- ✱ Όλους αυτούς που μας πίστεψαν και μας ενθάρρυναν στην προσπάθεια μας αυτή.

