

**Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ  
ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ »**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: ΚΑΦΙΕΡΗ ΜΑΡΙΑ  
ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΑΚΗ ΣΤΥΛ.**

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΑΝΑΒΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2003**

# **Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α**

## **ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>**

#### **Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΑ**

1. Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΕΝΙΚΑ
2. ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
3. ΜΟΝΤΕΛΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
4. ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ
5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**

#### **ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΙ ΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ**

#### **ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

1. ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΩΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ
2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ
3. Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟ ΧΩΡΟ

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

#### **ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ**

#### **ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

1. Η ΕΛΛΕΙΨΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΑΔΕΛΦΩΝ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ
2. Η ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ
3. Η ΈΛΛΕΙΨΗ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

4. Η ΕΛΛΕΙΨΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ – ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ
5. ΦΟΡΤΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
6. ΟΙ ΝΥΧΤΕΡΙΝΕΣ ΒΑΡΔΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
7. Η ΡΟΥΤΙΝΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
8. Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
9. Η ΕΛΛΙΠΗΣ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ – ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
10. Η ΑΛΛΟΤΡΙΩΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΩΝ ΔΥΣΧΕΡΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### **ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

#### **1. ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

- α. AIDS
- β. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β ΚΑΙ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C
- γ. ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΙΝΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ
- δ. ΙΟΓΕΝΗΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ
- ε. ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ
- στ. ΓΡΙΠΗ

#### **2. ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

- α. ΚΙΡΣΟΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ
- β. ΘΡΟΜΒΟΦΛΕΒΙΤΙΔΑ

#### **3. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

- α. ΑΥΧΕΝΑΛΓΙΑ
- β. ΔΙΣΚΟΠΑΘΕΙΑ
- γ. ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ
- δ. ΣΤΕΝΩΤΙΚΗ ΤΕΝΟΝΤΟΕΛΥΤΡΙΤΙΔΑ DE QUERVAIN
- ε. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΠΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ
- στ. ΚΗΛΗ ΜΕΣΟΣΠΟΝΔΥΛΙΟΥ ΔΙΣΚΟΥ

#### **4. ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

- α. ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ
- β. ΤΟΞΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ
- γ. ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ
- δ. ΛΟΙΜΩΔΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

## **5. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ**

### **A . ΝΟΣΟΓΟΝΑ ΑΙΤΙΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ – ΕΜΒΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

- α. ΕΠΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ
- β. ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΙΤΙΔΑ
- γ. ΚΕΡΑΤΙΤΙΔΑ
- δ. ΒΛΕΦΑΡΙΤΙΔΑ
- ε. ΕΝΔΟΦΘΑΛΜΙΤΙΔΑ

### **B. ΜΗ ΕΜΒΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

- α. ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΑΠΟ ΞΕΝΟ ΣΩΜΑ
- β. ΧΗΜΙΚΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

## **6. ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°**

#### **ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

1. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ STRESS ΣΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
2. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.
3. Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ
4. Η ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΦΟΡΤΙΣΗ
5. Ο ΦΟΒΟΣ ΤΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ.

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°**

#### **Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

1. ΈΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ
2. ΕΜΠΟΔΙΑ ΠΟΥ ΠΑΡΕΜΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

3. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ
4. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΤΟΜΩΝ Η ΟΜΑΔΩΝ
5. ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ
6. Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>**

### **ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

#### **ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

1. ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ
2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
3. ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
4. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
5. Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ
6. ΜΕΤΑΒΑΣΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

**ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ  
ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ  
ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ  
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

## **ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας είναι η συγκριτική διερεύνηση των προβλημάτων σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στο χώρο του νοσοκομείου.

Αφορμή για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος στάθηκε το γεγονός ότι ο ρόλος του λειτουργού υγείας σήμερα κρίνεται πιο κρίσιμος και απαιτητικός από ποτέ.

Συχνά ο γιατρός και ο νοσηλευτής συμβαίνει να δέχονται αφόρητες πιέσεις σωματικές και ψυχολογικές, υπέρμετρο φόρτο εργασίας και να υπόκεινται σωρεία αντιξοοτήτων όπως η έλλειψη προσωπικού, οι περιορισμένες δυνατότητες σε αριθμό κλινών και η έλλειψη ή ανεπάρκεια εξοπλισμού. Ακόμη, συχνά καλούνται να θεραπεύσουν ενώ σαν άτομα ενδεχομένως να πάσχουν, καλούνται να ανακουφίσουν ενώ πονάνε, καλούνται να υπερβούν τις σωματικές και ψυχικές αντοχές τους προκειμένου να επιτελέσουν το λειτούργημα τους.

Όλα τα παραπάνω σε συνδυασμό με τις ιδιαιτερότητες του χώρου εργασίας (νοσοκομείο) δημιουργεί πληθώρα προβλημάτων σωματικών και ψυχικών.

Έτσι γεννήθηκε ο προβληματισμός για τη διερεύνηση και αναζήτηση τρόπων επίλυσης των προβλημάτων αυτών και η ανάγκη να γίνει σε όλους κατανοητό ότι τι ανθρώπινο δυναμικό που στελεχώνει τις υπηρεσίες υγείας του νοσοκομείου είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τη σωστή λειτουργία του νοσοκομείου και ότι ο εργαζόμενος νοσηλευτής ή γιατρός μπορεί να ασκήσει καλύτερα τα καθήκοντα του όταν τα προβλήματα αυτά αντιμετωπιστούν.

Σκοπός της έρευνας μας είναι αφενός να καταγράψουμε τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γιατροί-νοσηλευτές κατά την άσκηση των καθηκόντων τους και σε ποιο βαθμό αυτά επιδρούν στους ίδιους και επηρεάζουν την επαγγελματική, ψυχολογική και οικογενειακή ζωή του. Αφετέρου σκοπός μας είναι να συγκρίνουμε ομοιότητες και διαφορές στις απαντήσεις που δίνουν οι γιατροί-νοσηλευτές.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>**

## **ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΑ**

### **1. Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΚΑΙ Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΕΝΙΚΑ.**

Ο άνθρωπος είναι μια βιολογική, πνευματική και κοινωνική οντότητα και η συμπεριφορά του είναι συνισταμένη αυτών των στοιχείων. Ο άνθρωπος έχει ανάγκες και για να καλύψει αυτές τις ανάγκες πρέπει να δράσει και για να δράσει χρειάζεται κίνητρα. Σε μια υπηρεσία για να παραχθεί έργο ικανοποιητικό τόσο για την υπηρεσία όσο και για τον εργαζόμενο, θα πρέπει ο καθένας να μάθει τον εαυτό του και τον άλλον, διότι σε μια υπηρεσία ή επιχείρηση υπάρχει σχέση αλληλεξάρτησης και αλληλεπίδρασης. Ο εργαζόμενος πρέπει να μάθει τον τρόπο με τον οποίο θα δημιουργήσει και θα διατηρήσει καλές σχέσεις με τους προϊσταμένους του, τους υφισταμένους του, με τους συνεργάτες του και γενικά με όλους τους συνανθρώπους του μέσα και έξω από την επιχείρηση στην οποία ασχολείται. Ο εργαζόμενος για να επιτύχει στην εργασία του θα πρέπει πέραν αυτών να αναπτύξει στον ανώτερο βαθμό τις ικανότητες, δεξιότητες, ενδιαφέροντα και χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του τα οποία απαιτεί η εργασία του. διότι η εργασία αποτελεί βασική προϋπόθεση για την κάλυψη των βιοτικών αναγκών και είναι απαραίτητο στοιχείο για την κοινωνική καταξίωση του ατόμου. Μέσα από την εργασία του, ο άνθρωπος μπορεί όχι μόνο να καλύπτει τις βιοτικές του ανάγκες αλλά παράλληλα έχει την ευκαιρία μέσω της εργασίας του να έρχεται σε επαφή με τους συνανθρώπους του. Η εργασία δηλαδή παίζει και ένα σημαντικό κοινωνικό ρόλο. Επίσης ο άνθρωπος διαμέσου της εργασίας του νιώθει κοινωνική προβολή, αναγνώριση, σεβασμό, γόητρο και δημιουργεί ένα πλαίσιο ανάπτυξης των φιλοδοξιών και των ονείρων του.

### **2. ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Η Εργασία είναι μια λογική δραστηριότητα του ανθρώπου με σκοπό το μετασχηματισμό και την προσαρμογή των φυσικών αγαθών στις ανθρώπινες ανάγκες. Η εργασία είναι ατομική και κοινωνική δραστηριότητα του ανθρώπου και αποτελεί πρωταρχικό όρο για την ύπαρξη οργανωμένων ανθρώπινων κοινωνιών.

Η εργασία πρέπει να διαχωριστεί στην οικονομική εργασία που αναφέρεται στην υλική ζωή από την μη οικονομική εργασία που σχετίζεται με άλλους τομείς της κοινωνικής εργασίας. Η εργασία διαχωρίζεται σε χειρωνακτική ( που είναι εκτελεστική εργασία), σε διανοητική (που είναι μια εργασία πνευματικής σύλληψης), όπου ενώνει τους ανθρώπους μεταξύ τους, επιχειρηματίες – εργάτες.

Η εργασία πέρα από την βιοποριστική αποστολή την οποία εκπληρεί, ασκεί και ένα σημαντικό κοινωνικό ρόλο εφόσον είναι αυτή η οποία συνδέει τον άνθρωπο με την κοινωνία. Η εργασία συμβάλλει στην ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών όχι μόνον των αναγκών για τροφή και στέγη αλλά και την ανάγκη για κοινωνική δυνατότητα να χρησιμοποιήσει τα προϊόντα της τεχνολογίας (π.χ. Αυτοκίνητο, τηλεόραση, ιδιόκτητη κατοικία, ακριβά ρούχα κλπ) τα οποία θεωρούνται σύμβολα πλούτου, ευημερίας και δημιουργούν μια κοινωνική διαφοροποίηση. Η εργασία αντιπροσωπεύει επίσης ένα σημείο επαφής με τους φίλους, συναδέλφους και πρόσωπα του ίδιου πνευματικού – μορφωτικού επιπέδου.

Η εργασία αποτελεί το πλαίσιο στο οποίο ο άνθρωπος θα αναπτύξει τα όνειρα και τις φιλοδοξίες του. συγκεκριμένα ο Ενγκελ γράφει: «πως η εργασία δημιούργησε τον ίδιο τον άνθρωπο».

Διεθνές Δίκαιο, τις διεθνείς δηλαδή συμβάσεις. Στη μας το νέο Σύνταγμα (1975) στο άρθρο 22 ορίζει, στην 1: «Η εργασία αποτελεί δικαίωμα και τελεί υπό την προστασία του κράτους, μεριμνώντας δια τη δημιουργία συνθηκών απασχολήσεων πάντων των πολιτών και δια την ηθικής και υλικών εξύψωση του εργαζομένου αγροτικού και αστικού πληθυσμού. Πάντες οι εργαζόμενοι, ανεξαρτήτως φύλου ή άλλης διακρίσεως, δικαιούνται ίσης αμοιβής δι' ίσης αξίας παρεχόμενη εργασία» και στην 3: «Η οποιαδήποτε μορφή αναγκαστικής εργασίας απαγορεύεται».

Η Οικονομική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, που υιοθετήθηκε από την Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών στις 10/12/1948 στο άρθρο 23 αναφέρει: 1. Καθένας έχει το δικαίωμα να εργάζεται και να επιλέγει ελεύθερα το επάγγελμά του, να έχει δίκαιες και ικανοποιητικές συνθήκες δουλειάς και να προστατεύεται από την ανεργία. 2. Όλοι χωρίς καμία διάκριση, έχουν δικαίωμα ίσης αμοιβής για ίση εργασία. 3. Κάθε εργαζόμενος έχει δικαίωμα σε δίκαια και ικανοποιητική αμοιβή, που να εξασφαλίζει σε αυτόν και την οικογένειά του συνθήκες ζωής άξιες στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Η αμοιβή της εργασίας πρέπει να συμπληρώνεται, αν υπάρχει, με άλλα μέσα κοινωνικής προστασίας. 4. Καθένας έχει



το δικαίωμα να ιδρύει μαζί άλλους συνδικάτα και να συμμετέχει σε συνδικάτα για την προάσπιση των συμφερόντων του». Η «Διεθνής Σύμβαση της Ρώμης για την προάσπιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών», που κυρώθηκε στη χώρα μας, στην αρχή με το ΝΔ53/1974 στο άρθρο 4 ορίζει στην 2: «Ουδείς δύναται να υποχρεωθεί εις αναγκαστική ή υποχρεωτική εργασία». Για τη διεθνοποίηση της προστασίας της εργασίας και τη διαμόρφωση νέου Ευρωπαϊκού Εργατικού Δικαίου ιδιαίτερη σημασία έχει η «Σύμβαση της Ρώμης» της 25/3/1957 που ίδρυσε την «Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα» (κοινή αγορά). Η χώρα μας συνδέθηκε με την Ε.Ο.Κ. με την «Συνθήκη των Αθηνών», που επικύρωσε ο Ν4226/1962. Πρέπει ακόμη να προστατευθεί και η Τελική πράξη του Ελσίνκι της 1/8/1975, που επιβάλλει στα κράτη να ενεργούν σύμφωνα με το Χάρτη των Ηνωμένων Εθνών και την Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και να εκπληρούν τις υποχρεώσεις τους, που καθορίζονται στις σχετικές διεθνείς διακηρύξεις και συμφωνίες. Στις τελευταίες ανήκουν και οι διεθνείς συμβάσεις για τα ανθρώπινα δικαιώματα ένα από τα οποία είναι και η εργασία του ανθρώπου.

### **3. ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.**

Βασική προϋπόθεση στη μελέτη του θέματος της ικανοποίησης του προσωπικού είναι η αναφορά στη γνώση των θεωρητικών βάσεων.

Η εμφάνιση των θεωρητικών μοντέλων της επαγγελματικής ικανοποίησης χρονολογείται από το 1950, με βασικούς πρωταγωνιστές του επιστήμονες της ανθρωπιστικής ψυχολογίας.

Ωστόσο, υπάρχουν διαφορές στις θεωρίες ως προς τον τρόπο προσέγγισης και διαπραγμάτευσης του θέματος. Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστούν οι σημαντικότερες.

#### **A. ΘΕΩΡΙΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.**

Το είδος αυτών των θεωριών διακρίνεται σε δύο ομάδες, στις αναφερόμενες στα ένστικτα και στις ανάγκες. η ομάδα των ενστίκτων είναι η αρχαιότερη. Πολλοί θεωρητικοί αμφισβητούν κατά πόσο αυτά τα ένστικτα ήταν πραγματικά ή αποτέλεσμα μαθησιακής συμπεριφοράς. Αυτή η κριτική σκέψη οδήγησε στην

ανάπτυξη της δεύτερης ομάδας των θεωριών ικανοποίησης με κεντρική ιδέα τις ανάγκες του ατόμου.

Οι σημαντικότερες θεωρίες αναγκών είναι των Maslow, Alderfer και Herzberg.

### **ΘΕΩΡΙΑ ΙΕΡΑΡΧΗΣΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ.**

Ο Maslow ανέπτυξε την πρώτη δημοφιλή θεωρία αναγκών συμπεριλαμβάνοντας τα στοιχεία μιας ολοκληρωμένης θεωρίας της επαγγελματικής ικανοποίησης και των κινήτρων το έτος 1943. Τη θεώρησή του στήριξε το αξίωμα, ότι μερικές ανθρώπινες ανάγκες κατά προτεραιότητα είναι βασικές σε σχέση με άλλες και επομένως επιδέχονται την ιεράρχηση. Η κλίμακα ιεράρχησης αναγκών του ατόμου αρχίζει από τη βάση με τις βασικές φυσικές ανάγκες, συνεχίζει με τις ανάγκες ασφάλειας, αποδοχής, εκτίμησης και αυτοπραγμάτωσης. Αναλυτικότερα όσον αφορά

α) τις βασικές ή φυσικές ανάγκες. αναφέρονται στις φυσικές ανάγκες του ατόμου και περιλαμβάνουν τις ελάχιστες απαιτήσεις για τη διατήρηση στη ζωή.

Όσον αφορά το χώρο εργασίας αποκτούν ευρύτερη σημασία. Αντιπροσωπεύουν τις βασικές ανάγκες των εργαζομένων όπως μισθοδοσία, επιδοτήσεις και παροχές διευκολύνσεων φροντίδας των παιδιών. Αυτά αποτελούν τα κίνητρα για εργασία όπου όσο ικανοποιούνται συνεχίζουν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο χώρο εργασίας.

β) Ανάγκες ασφαλείας. Ερμηνεύουν την επιθυμία του ατόμου για ασφάλεια και προστασία σε βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη βάση. Ο Maslow υπερέτνισε (1964) τη φυσική και συναισθηματική ασφάλεια του ατόμου.

γ) Κοινωνικές ανάγκες. οι ανάγκες αυτού του είδους συνδέονται άμεσα με θέματα κοινωνικής φύσης εντός και εκτός της εργασίας.

Οι χώροι εργασίας προσφέρονται για την ανάπτυξη κοινωνικών και διαπροσωπικών σχέσεων καθώς και για αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμων που βρίσκονται στο στενό και ευρύτερο εργασιακό περιβάλλον.

Η ανάγκη αυτή θα πρέπει να προωθείται από τους εργοδότες γιατί με αυτόν τον τρόπο αναπτύσσεται το αίσθημα ομαδικότητας και αλληλεγγύης μεταξύ των συναδέρφων. Όπως αναφέρει και ο Tappen (1984), η παραμέληση αυτών των

αναγκών οδηγεί τους εργαζομένους στα βιώματα της μοναξιάς, της απόρριψης και της αποξένωσης.

δ) Ανάγκη σεβασμού και εκτίμησης. Οι ανάγκες αυτές αντιπροσωπεύουν υψηλού επιπέδου ανθρώπινες ανάγκες όπως τον δυναμισμό, τα επιτεύγματα, την επαγγελματική καταξίωση μέσα από τη θέση εργασίας (Luthans 1989).

Στην ανάλυσή τους αυτή αναφέρονται στην επιθυμία του ατόμου για:

- έλεγχο του χώρου εργασίας
- προβολή των ικανοτήτων και των προσόντων
- δημιουργία κλίματος αποδοχής αναφορικά με το άτομο, τις ικανότητές του καθώς και την θέση εργασίας που κατέχει.

Κατά τον Maslow, το επίπεδο εκτίμησης έχει διπολικό χαρακτήρα. Από τη μία ευρίσκεται η αυτοεκτίμηση και από την άλλη η εκτίμηση που απολαμβάνει το άτομο από τους άλλους.

Ο σεβασμός και η αναγνώριση από τους άλλους αποτελεί πρόσθετη πηγή εκτίμησης, αφού εκφράζει την κοινωνική αποτίμηση και δημιουργεί αισθήματα ικανοποίησης όταν στηρίζεται στην ειλικρινή παραδοχή ενός προσώπου.

ε) Ανάγκη αυτοπραγμάτωσης. Αντανακλά την επιθυμία του ατόμου για ανάπτυξη και επαγγελματική πρόοδο στο υψηλότερο εφικτό επίπεδο (Gordon et al 1990). Συγκεκριμένα εδώ συγκαταλέγονται οι χαμηλού, μέσου και υψηλού επιπέδου ανάγκες (Baron 1986).

Οι χώροι εργασίας προσπαθούν να παρέχουν ευκαιρίες κινητικότητας προσφέροντας θέσεις με ενδιαφέρον αντικείμενο και περιεχόμενο εργασίας, μαζί με τις δυνατότητες επαγγελματικής ανάπτυξης και προόδου μέσα στον οργανισμό. Η εργασία προσφέρεται ως ο ιδανικός χώρος επίδειξης των ικανοτήτων του εργαζόμενου ατόμου και ικανοποίησης της ανάγκης για αυτοπραγμάτωση.

Ο Maslow (1964) αναφέρει χαρακτηριστικά για την ικανοποίηση της ανάγκης αυτοπραγμάτωσης του ατόμου, ότι αυτή αυξάνεται παρά μειώνεται. Το γεγονός αυτό συμβαίνει, επειδή η ανθρώπινη συμπεριφορά καθορίζεται ποικιλόμορφα και χαρακτηρίζεται από πολύμορφη κινητικότητα.

## **B. ΑΛΛΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.**

Η θεωρία του Alderfer (1969, 1972) περιορίζει τις ανάγκες σε τρεις τομείς: ύπαρξης, σχέσεων και ανάπτυξης.

Η θεωρία του Maslow και Herzberg έτυχαν ευρείας εφαρμογής στη μελέτη των κινήτρων εργασίας και της επαγγελματικής ικανοποίησης ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας (Ullrich 1978 Koelbel et al 1991).

Οι Herzberg et al (1967), Herzberg (1966, 1979) προσεγγίζουν τις ανάγκες του ατόμου με συμπληρωματικό τρόπο. Η ικανοποίηση και η δυσαρέσκεια αναγνωρίζοντας ως διαφορετικές ενότητες.

Οι παράγοντές τους είναι διαφορετικοί με δεδομένη τη διαφοροποιημένη συμπεριφορά του ατόμου (motivators), αποτελούν τα χαρακτηριστικά στοιχεία του περιεχομένου της εργασίας και περιλαμβάνουν την υπευθυνότητα, την επιτυχία, την αναγνώριση του έργου, τη φύση της εργασίας και τις προαγωγές. Η δυσαρέσκεια προέρχεται από τους παράγοντες υγιεινής (Hygiene Factors) και συμπεριλαμβάνουν τον τρόπο διοίκησης, την επίβλεψη (εποπτεία), τη χρηματική αμοιβή, τις διαπροσωπικές σχέσεις, τις συνθήκες εργασίας και την πολιτική διοίκησης. Στη βάση τους, περιγράφουν το περιβάλλον εργασίας και συντελούν στην πρόληψη της δυσαρέσκειας ενώ χαρακτηρίζονται ως εξωγενείς παράγοντες. Ουσιαστικά πρέπει να ικανοποιηθούν πρώτα οι παράγοντες υγιεινής, ώστε να οδηγήσουν το άτομο σε ουδέτερο σημείο και να επιδράσει τα κίνητρα. Η ικανοποίηση είναι αποτέλεσμα επίδρασης των κινήτρων ενώ η δυσαρέσκεια των παραγόντων υγιεινής (Timmerreck and Randall 1981).

## **Γ. ΘΕΩΡΙΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.**

Στις θεωρίες αυτές η ικανοποίηση προσδιορίζεται όχι μόνο από την φύση και το περιεχόμενο της εργασίας αλλά επιπλέον από τις ανάγκες, αξίες και προσδοκίες που φέρει το άτομο σε σχέση με το επαγγελματικό του έργο (Locke 1968, 1969). Επίσης καθοριστικό ρόλο ασκεί η διάσταση μεταξύ πραγματικής εργασιακής κατάστασης και προσδοκιών.

Η θεωρία προσδοκιών θεωρείται η σημαντικότερη αυτού του είδους με βασικό εκφραστή τον Vroom (1964, 1982). Στην προσέγγισή του αναφέρεται σε συνειδητές επιλογές συμπεριφοράς του ατόμου, οι οποίες βασίζονται στις προσδοκίες του αναφορικά με το μέλλον και την αξία που αποδίδει το άτομο σ' αυτές. Οι ανταποκρίσεις και οι αντιδράσεις του εξαρτώνται από την διάσταση μεταξύ του, που προσφέρει το περιβάλλον εργασίας, τι επιτυγχάνει ο εργαζόμενος, πως έχει

προσαρμοστεί και τι αναμένει. Οι προσδοκίες του κρίνονται σημαντικές στον προσδιορισμό της συμπεριφοράς (Locke 1976).

Άλλη θεωρία διεργασίας είναι της ισότητας όπου η ικανοποίηση αποτελεί εξάρτηση του βαθμού ισότητας και δικαιοσύνης που διακρίνει το άτομο στην περίπτωση της εργασίας του. δηλαδή, η ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια του εργαζόμενου καθορίζεται από το μέγεθος των αμοιβών σε σχέση με τις καταβαλλόμενες προσπάθειές του και σε σύγκριση με τις άλλες ομάδες εργασίας. Αν τα αποτελέσματα της σύγκρισης δεν είναι ευνοϊκά, τότε επέρχεται η δυσαρέσκεια. Οι άνισες ανταμοιβές οδηγούν στην υπέρμετρη ένταση και καταλήγουν στη μείωση της επαγγελματικής ικανοποίησης με αρνητικές επιπτώσεις στην επαγγελματική απόδοση.

Η θεωρία της στοχοθέτησης είναι η τελευταία από τις βασικές θεωρίες διεργασίας. Οι υποστηρικτές της προτάσσουν ως κεντρική ιδέα την ανθρώπινη ενέργεια να στοχεύει σε σκοπό (Locke 1976, Lathan and Locke 1979). Η καθιέρωση ειδικού σκοπού οδηγεί σε υψηλά επίπεδα απόδοσης (Locke et al 1981). Οι ερευνητικές μελέτες επισημαίνουν ότι τα προγράμματα στοχοθέτησης βελτιώνουν την απόδοση σε όλα τα επίπεδα διοίκησης.

Τέλος, το μοντέλο των χαρακτηριστικών (των Hackman and Oldham 1975, 1980) αποτελεί σημαντική προσφορά στις θεωρίες της ικανοποίησης και στη γενικότερη συμπεριφορά στην εργασία. Κατά τη θεωρία, θετικά ατομικά και εργασιακά αποτελέσματα εξασφαλίζονται όταν είναι παρούσες τρεις κρίσιμες ψυχολογικές καταστάσεις, η βιωμένη σημασία της εργασίας (ο εργαζόμενος βιώνει την εργασία του ως κάτι που έχει νόημα και αξία) η βιωμένη υπευθυνότητα της εργασίας (το άτομο αισθάνεται προσωρινά υπεύθυνο και υπόλογο για το αποτέλεσμα της εργασίας του) και η γνώση των αποτελεσμάτων των εργασιακών δραστηριοτήτων (ο εργαζόμενος γνωρίζει ή αντιλαμβάνεται σε σταθερή βάση πόσο αποτελεσματική εκτελεί την εργασία του).

Αυτές οι καταστάσεις δημιουργούνται με την παρουσία πέντε βασικών εργασιακών χαρακτηριστικών δηλαδή, την ποικιλία δεξιοτήτων, την ταυτότητα έργο, τη σπουδαιότητα έργου, την αυτονομία και την επανατροφοδότηση.

Εν κατακλείδι μπορούμε να πούμε ότι σημαντικό είναι ότι στη διαχρονική εξέλιξη των θεωρητικών βάσεων σημαντική επιρροή άσκησαν η χρηματική αμοιβή, τα κίνητρα και οι ανθρώπινες σχέσεις.

#### **4. ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ.**

Η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης είναι προσανατολισμένη στο παρόν και στο μέλλον. Αναφέρεται στην εκτίμηση του ατόμου αναφορικά με την επαγγελματική του εργασία, συνδέεται με τα κίνητρα, τις στάσεις και τις αξίες (Smith et al 1969 Locke 1976).

#### **ΟΡΟΛΟΓΙΑ.**

Το πρόβλημα στην ορολογία της επαγγελματικής ικανοποίησης εμφανίζεται στην ανυπαρξία ενός κοινά αποδεκτού ορισμού. Ορισμένοι από τους βασικότερους παρουσιάζονται παρακάτω.

Ο Locke την ορίζει ως τη θετική συναισθηματική ανταπόκριση του ατόμου προς το συγκεκριμένο έργο που ασκεί, εφόσον εκπληρώνονται οι επαγγελματικές του αξίες. Ο Vroom (1982) αναφέρει ότι η ικανοποίηση αποτελεί συνάρτηση της υποκειμενικής αντίληψης του ατόμου σε σχέση με την ελκυστικότητα που ασκεί η συγκεκριμένη εργασία εξασφαλίζοντας έτσι ορισμένα επιθυμητά αποτελέσματα. Κατά τον Lavanagh (1992), αυτή πηγάζει από την υποκειμενική αξιολόγηση του εργαζόμενου ατόμου εφόσον συμβάλλει στην εκπλήρωση συγκεκριμένων επαγγελματικών αξιών. Ο Alderfer (1972) την χαρακτηρίζει ως εσωτερική υποκειμενική κατάσταση εξαιτίας διαφόρων γεγονότων που συμβαίνουν μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος εργασίας και θεωρείται συνώνυμη με την εκπλήρωση. Οι Price και Mueller (1986) θεωρούν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση ορίζεται ως ο βαθμός θετικής στάσης και προσανατολισμού του εργαζομένου προς την εργασία του.

Κατά την επιχειρηματολογία των Wanous (1976) Lawer (1972) το άτομο οδηγείται στην ικανοποίηση όταν οι ανάγκες του, τα χαρακτηριστικά και οι συνθήκες εργασίες συμπίπτουν κατά το δυνατόν με αποτέλεσμα να περιορίζεται το χάσμα που ενδεχόμενα υπάρχει μεταξύ των προσδοκιών του και της εργασιακής πραγματικότητας.

Ένας σημαντικός αριθμός ερευνητών συμφωνεί ότι η επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται άμεσα με το βαθμό εκπλήρωσης των αναγκών του ατόμου.

Η πολυδιάστατη επίδραση της επαγγελματικής ικανοποίησης αναγνωρίστηκε έγκαιρα από πολλούς επιστήμονες αφού κατά τις Mitchell and Larson (1987) εκτός των άλλων αποτελεί την πηγή πληροφόρησης προς τους εργοδότες αναφορικά με την εργασιακή κατάσταση σε σχέση με την απόδοση ή την παραγωγικότητα των εργαζομένων. Η επαγγελματική ικανοποίηση επιδρά σε σημαντικό βαθμό στην τάση του ρυθμού των εργασιακών απουσιών και αποχωρήσεων (Lathans 1989, Gordon et al 1990, Cavanagh 1992) και κάτω από ειδικές περιστάσεις ενδέχεται να επηρεάσει άλλου τύπου συμπεριφοράς επαγγελματικής φύσης, ενώ, υπάρχει το ενδεχόμενο επίδρασης στη γενικότερη στάση του ατόμου προς τη ζωή, την οικογένεια και τον εαυτό του. είναι δυνατόν να συνδέεται άμεσα με τη διανοητική κατάσταση και την προσαρμογή του με συνέπειες στη βιοψυχοκοινωνική του υπόσταση (Locke 1984).

## **ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ.**

Στο χώρο της διοίκησης το θέμα της επαγγελματικής ικανοποίησης έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης σε ευρεία κλίμακα από το 1940.

Η πρώτη τεκμηριωμένη μελέτη ολοκληρώθηκε από τους Smith et al (1969). Από την διερεύνηση της σχετικής βιβλιογραφίας διαπιστώνεται η ύπαρξη τριών αναγνωρισμένων σχολών. Αυτές είναι η υλικότεχνική, η οικονομική και των ανθρωπίνων σχέσεων.

### **A. ΥΛΙΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ.**

Το ρεύμα αυτό έδωσε έμφαση στο ρόλο της φυσική διευθέτησης της εργασίας, τις φυσικές συνθήκες και την αμοιβή. Ένας από τους βασικότερους υποστηρικτές της σχολής είναι ο Taylor.

### **B. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ.**

Η οικονομική σχολή δημιουργήθηκε το 1920 με εισηγητή και πρωτεργάτη τον Fr. Taylor. Η οικονομική σχολή αντιμετωπίζει την εργασία με έναν ορθολογικό τρόπο. Στόχος του ήταν η επιτυχία υψηλού επιπέδου εργασιακής παραγωγικότητας.

Το επίπεδο της επαγγελματικής ικανοποίησης του εργαζόμενου βασικά καθοριζόταν από το επίπεδο αμοιβής (Taylor 1981).

### **Γ. ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ.**

Η σχολή των ανθρωπίνων σχέσεων αναπτύχθηκε γύρω στο 1930 με εστίαση στις ανάγκες των εργαζόμενων, για αποδοχή, εκτίμηση και αυτοεκπλήρωση.

Σκοπός της σχολής ήταν η αντιμετώπιση των αναγκών των εργαζόμενων με στόχο την ικανοποίηση μέσα από τη λειτουργία ομάδων εργασίας και τον αναβαθμισμένο ρόλο των προϊσταμένων.

### **5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.**

Κατά τον Locke (1976) οι παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική ικανοποίηση είναι:

- Η εργασία να μην είναι κοπιώδης και ανιαρή αλλά ενδιαφέρουσα για τον εργαζόμενο.
- Η καλή απόδοση να αμείβεται και να υπάρχει σαφής σχέση μεταξύ απόδοσης έργου και αμοιβών.
- Να ενισχύεται θετικά ο εργαζόμενος για τα επιτεύγματά του στην εργασία με αναγνωρίσεις, επαίνους και άλλες ανταμοιβές μη χρηματικού περιεχομένου.
- Να εξασφαλίζονται καλές περιβαλλοντικές συνθήκες εργασίας.
- Να ενθαρρύνεται κάθε μορφή διαπροσωπικής επικοινωνίας στο χώρο της εργασίας μεταξύ προϊσταμένων, συναδέλφων και συνεργατών.
- Να καλλιεργείται το αίσθημα ασφάλειας κατά την εκτέλεση της εργασίας.
- Οι μισθολογικές αμοιβές να διανέμονται δίκαια.
- Οι δυνατότητες αρμοδιοτήτων και αυτονομίας να παραχωρούνται στον υψηλότερο βαθμό.
- Να αποσαφηνίζονται οι ρόλοι ώστε να γνωρίζει κάθε εργαζόμενος τι αναμένεται από αυτόν να εκτελεί και να εφαρμόζει.



Παρακάτω αναλύεται η τρισδιάστατη θεωρία ανταμοιβών του Maslow (1964).

Η πρώτη διάσταση αφορά τις ανταμοιβές ασφάλειας συναποτελούμενες από τις εξωγενείς ανταμοιβές, το πρόγραμμα εργασίας και την ισορροπία οικογένειας – εργασίας. Στη συνέχεια οι κοινωνικές ανταμοιβές αναφέρονται στους συνεργάτες και τις αλληλεπιδράσεις.

Τέλος, οι ψυχολογικές ανταμοιβές αφορούν τις επαγγελματικές ευκαιρίες ανάπτυξης, την αναγνώριση και τον έλεγχο υπευθυνότητας στην εργασία.

## **ΑΝΤΑΜΟΙΒΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ.**

### **A. Εργασία.**

Το περιεχόμενο αυτής της εργασία αποτελεί τη σημαντικότερη πηγή άντλησης της ικανοποίησης (Luthans 1989).

Η ανατροφοδότηση από την ίδια την εργασία και η δυνατότητα αυτονομίας στις εργασιακές δραστηριότητες αξιολογούνται ως το σπουδαιότερο κίνητρο στη σχέση εργασίας. Στους βασικούς παράγοντες επαγγελματικής ικανοποίησης συμπεριλαμβάνεται το ενδιαφέρον της εργασίας και η εξασφάλιση θέσης αξιώματος σ' αυτή (Ciabattari).

Μπορούμε να πούμε πως η επαγγελματική ικανοποίηση απορρέει από τα ίδια τα χαρακτηριστικά της εργασίας παρά από τις συνθήκες εργασίας (Slocum 1971).

### **B. Εξωγενείς ανταμοιβές.**

Η μισθολογική αμοιβή αξιολογείται ως ο σημαντικός παράγοντας στη ζωή του ατόμου επειδή διά μέσου αυτής ικανοποιούνται οι βασικές και υψηλού επιπέδου ανάγκες του. Θεωρείται από τους βασικότερους παράγοντες στον καθορισμό της επαγγελματικής ικανοποίησης (Deets and Froebe 1984, Cavanagh 1992).

## **ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΤΑΜΟΙΒΕΣ**

### **A. Συνεργασίες.**

Η φύση της ομάδας εργασίας επιδρά άμεσα στην ικανοποίηση και λειτουργεί ως πρωταρχική πηγή υποστήριξης, συμπαράστασης και βοήθειας προς τον εργαζόμενο. Τα στοιχεία της φιλικότητας, της συνεργασίας, της συναδελφικότητας εκφράζουν την ιδανική περίπτωση πρότυπης πηγής άντλησης της ικανοποίησης στα εργαζόμενα άτομα.

Κατά την Wade (1993) η ικανοποίηση απορρέει από την επαγγελματική στήριξη που επιτυγχάνεται με την υποστήριξη των διοικητικών οργάνων, το πνεύμα της συναδελφικότητας, τον καθοδηγητικό τρόπο επίβλεψης, την καθιέρωση ευκαιριών εποικοδομητικών συζητήσεων και συνεργασίας. Ακόμη επιτυγχάνεται η εξασφάλιση του αισθήματος της αξίας στον εργαζόμενο (Melia 1987).

## **B. Διαπροσωπική επικοινωνία στην εργασία.**

Ο όρος επικοινωνία στο χώρο της εργασίας αναφέρεται στο βαθμό ροής πληροφοριών από τον εργοδοτικό φορέα προς τον εργαζόμενο και αντίστροφα (Price and Mueller 1981). Με τον τρόπο αυτό γίνονται γνωστοί οι επιδιωκόμενοι οργανωτικοί σκοποί και μειώνονται οι πιθανότητες ασάφειας αναφορικά με τους ρόλους των εργαζομένων (Cavanagh 1992).

Η διατήρηση υψηλού επιπέδου επικοινωνίας από την μία συμβάλλει στη σαφή γνώση του ρόλου των ατόμων και από την άλλη ενισχύεται και διασφαλίζεται ένα καλό επίπεδο ανατροφοδότησης (Price and Mueller 1981). Ακόμη η καθημερινά αναβαθμισμένη επικοινωνία συντελεί στην αλληλοκατανόηση των ατόμων και στην εκπλήρωση των εργασιακών αναγκών. Τέλος, οδηγεί στην ικανοποίηση των εργαζομένων και στην αποτελεσματική άσκηση (Quaglieri 1980, Dahlgreen 1986).

## **ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΑΜΟΙΒΕΣ**

### **A. Επαγγελματική ανάπτυξη.**

Η προαγωγή αναφέρεται στην περίπτωση ανέλιξης του εργαζόμενου στον επόμενο βαθμό θέσης εργασίας μέσα στον οργανισμό (Price 1972 Cavanagh 1992).

Η κάθε ευκαιρία επαγγελματικής ανάπτυξης έχει χαρακτήρα αμοιβής και είναι ιδιαίτερα σημαντική στα άτομα με επαγγελματικές αναζητήσεις διότι συμβάλλει στην αύξηση της αυτοεκτίμησης, στην επαγγελματική αυτοπεποίθηση αφού αποτελεί συνεχή πηγή ανταμοιβής. (Stears and Porter 1979).

## **B. Έπαινος – αναγνώριση – εκτίμηση.**

Το αίσθημα της επιτυχίας που πηγάζει από την προσφορά υπηρεσιών προς τον άνθρωπο και την εκτίμηση από τους συνεργάτες, συμβάλλει σημαντικά στην ικανοποίηση.

Ο Locke (1976) εκτιμά, ότι ο προϊστάμενος ως άτομο πρέπει να διευκολύνει την προαγωγή αξιών μεταξύ των εργαζομένων, η κάθε μορφής προσέγγισή του να έχει χαρακτήρα σεβασμού προς αυτούς και η αξιολόγησή του να είναι αντικειμενική. Διαφορετικά, η αρνητική του στάση μπορεί να προκαλέσει αίσθημα ανασφάλειας, αβεβαιότητας στον εργαζόμενο σε σημείο να οδηγηθεί στη δυσαρέσκεια.

## **Γ. Έλεγχος – υπευθυνότητα.**

Η δυνατότητα και τα περιθώρια ελέγχου στο χώρο της εργασίας αντανακλούν τη δύναμη επιρροής του εργαζομένου στην άσκηση και την εκτέλεση της εργασίας του.

Η επαγγελματική αυτονομία δεν σημαίνει μόνο έλεγχο στις συνθήκες εργασίας αλλά επέκταση του ελέγχου στο περιεχόμενο και τη ρύθμιση των κριτηρίων αυτής της εργασίας (Alexandros 1982).

Ο Weisman και οι συνεργάτες του (1980) στην εκτίμησή τους υποστηρίζουν ότι η ικανοποίηση προϋποθέτει την ύπαρξη αυτονομίας και ελέγχου στην εργασία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΙ ΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

#### 1. ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΩΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ.

Το νοσοκομείο αποτελεί ένα δίκτυο εργασίας και προσδοκιών ενός αριθμού ατόμων, ιατρών, νοσηλευτών, διοικητικών, με στόχο, τη διαμόρφωση μιας νέας κοινωνικής πραγματικότητας, ώστε ο χώρος να είναι ένα σύστημα κοινωνικής δράσης (Smith 1981) ή ένα κοινωνικοτεχνικό σύστημα (Sullivan and Pecker 1988). Το σύστημα αυτό έχει χαρακτήρα διαχρονικό και η επίδοση των ατόμων μέσα σ' αυτό επηρεάζεται από την κοινωνική του δομή. Οι συγκεκριμένοι χώροι, αποτέλεσαν τους επικρατέστερους τομείς άσκησης της νοσηλευτικής πρακτικής, μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο, ώστε σήμερα η απασχόληση των νοσηλευτών σ' αυτούς φθάνει στο ποσοστό άνω του 80%. Η οργάνωσή τους είναι περίπλοκη λόγω του διογκωμένου αριθμού υπηρεσιών και του προσωπικού (Dohey et al 1987). Είναι οργανισμοί με πολλαπλές γραμμές εξουσίας και οι νοσηλευτές συχνά συνθλίβονται μεταξύ ιατρικής και διοικητικής ιεραρχίας σε σημείο να βιώνουν συχνά τα φαινόμενα αμφισβήτησης του ρόλου και της δυσαρέσκειας (Lucas 1991). Το κόστος του ασαφούς ρόλου εκφράζεται με μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση, υποβαθμισμένη εμπιστοσύνη στον οργανισμό και επαγγελματικό stress (Miute 1978, Nose 1988). Η αιτία των φαινομένων αποδίδεται στη δεδομένη οργανωτική πρακτική των νοσοκομείων στα οποία υπάρχει η ποικιλία διεργασιών, αυτονομία και ανατροφοδότηση στην επικοινωνία μεταξύ προϊσταμένων και υφισταμένων (Sigardson 1982).

Οι Slavitt και οι συνεργάτες της (1978) όρισαν την οργανωτική ικανοποίηση με την έννοια της θετικής στάσης των μελών του προσωπικού σε σχέση με τις λαμβανόμενες ανταμοιβές, τον τρόπο διοίκησης, την επαγγελματική αναγνώριση και την αλληλεπίδραση με συνεργάτες. Στις προτάσεις των Huey and Hartley (1988) αναφορικά με το οργανωτικό κλίμα μεταξύ των άλλων θετικών παραγόντων ικανοποίησης αναγνωρίστηκαν η αναβαθμισμένη υπευθυνότητα, το θερμό υποστηρικτικό κλίμα και η ταυτότητα του έργου. Στα ευρήματα της ίδιας της εργασίας οι νοσηλευτές σε ποσοστό 80% δήλωσαν την ανυπαρξία του

υποστηρικτικού ρόλου της διοίκησης με συνέπεια να βιώνουν τη δυσαρέσκεια έναντι των συνθηκών εργασίας. Είναι δεδομένο ότι οι νοσηλευτές προσφέρουν μια μοναδική προοπτική στο σύστημα φροντίδας των νοσοκομείων (American Nurses Association 1991) και κατέχουν το κλειδί στη φροντίδα (Ranciman 1983, Wright 1984). Και ενώ στους σκοπούς των χώρων αυτών αναφέρεται και υπερτονίζεται η βελτίωση της υγείας των ατόμων, η καλύτερα ποιότητα ζωής, η υποστήριξη των εργαζόμενων μέσα από τον προγραμματισμό της εργασίας και την ισόρροπη αντιμετώπιση των αναγκών του οργανισμού των ασθενών και όλων των εργαζομένων (Schermerhorn 1984, Waltou 1984). Όμως οι συγκεκριμένοι χώροι αδυνατούν να παρέχουν κίνητρα στους νοσηλευτές με συνέπεια να δυσλειτουργούν εξαιτίας του αυξημένου αριθμού απουσιών του προσωπικού και αποχωρήσεων αφού χαρακτηρίζονται χώροι σκληρής δουλειάς (Smith 1981) και ιδρύματα άγχους (Ravans 1966).

Οι Gillies και οι συνεργάτες (1993) εκτιμούν ότι το περιβαλλοντικό stress είναι τόσο έντονα εκτεταμένο στους χώρους εργασίας των νοσοκομείων ώστε ακόμα και τα άτομα πολύ καλά οργανωμένα και με αναπτυγμένους μηχανισμούς αντοχής και άμυνας, αδυνατούν να ανταποκρίνονται στις εξαιρετικά δύσκολες και αυξημένες απαιτήσεις του περιβάλλοντος εργασίας. Μέσα από μελέτες γίνονται προτάσεις που αποβλέπουν στην αναβάθμιση των νοσοκομείων ως χώρων εργασίας. Ο Deremo και οι συνεργάτες (1991) αναφέρουν ότι επειδή τα νοσοκομεία συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν προβλήματα με την έλλειψη και την συγκράτηση των έμπειρων νοσηλευτών, καλούνται να εξετάσουν το περιβάλλον της νοσηλευτικής πράξης, να προσδιορίσουν τρόπους βελτίωσης ώστε να καθιερωθεί ένα περισσότερο υπεύθυνα επιστημονικό περιβάλλον για την άσκηση της νοσηλευτικής με διοικητική αυτονομία.

Η διοίκηση, ασκεί σημαντικό ρόλο στον οργανισμό αφού καθορίζει το επίπεδο και το βάθος της επικοινωνίας του προσωπικού (Young and Hayue 1988). Στην ανάλυση της μορφής της, πρέπει να περιλαμβάνονται η αντιμετώπιση των προσδοκιών του κοινωνικού συνόλου και του προσωπικού (Bopp and Hicks 1984) καθώς και η προβολή αξιών και η στρατηγική ανάπτυξής του (Watermann 1982, Bunsey et al 1991). Στους στόχους κάθε πρόβλεψης να περιλαμβάνεται το ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής των εργαζομένων (Timmereck and Randall 1981, Shoemaker and El Abrab 1983).

## ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Η ύπαρξη της νοσηλευτικής αποσκοπεί στη προσφορά ειδικών υπηρεσιών στον άνθρωπο. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Malison (1990) «η νοσηλευτική ασκεί δύναμη που πηγάζει από την έμφυτη πρακτική της, τις πεποιθήσεις, τις θεμελιώδεις αξίες της φροντίδας προς τον άνθρωπο και την δυνατότητα των λειτουργιών της να προβάλλουν αυτή την αξία της νοσηλευτικής μέσα από τις δραστηριότητες που την διέπουν». Μέσα στις ταχύτατες αλλαγές και προσαρμογές που συμβαίνουν στο σύστημα φροντίδας, η νοσηλευτική επείγεται σε εκσυγχρονισμούς και οι νοσηλευτές καλούνται να ηγούνται όλων αυτών των πρωτοβουλιών με ταχείς ρυθμούς.

Σκοπός των νοσηλευτικών διευθύνσεων στους χώρους φροντίδας, είναι να υπεραμύνονται και να προωθούν τα ενδιαφέροντα του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τα άλλα τμήματα του Οργανισμού. Στις αρμοδιότητές τους ανήκει η κατεύθυνση, καθοδήγηση και ο έλεγχος. Όπως αναφέρει ο Tarpen (1984) η αποτελεσματικότητα του ρόλου των νοσηλευτικών διευθύνσεων καθορίζεται αποκλειστικά και μόνο από το επίπεδο της συνεργασίας με τους νοσηλευτές. Στις αρμοδιότητες του Διευθυντή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών ανήκει η διοχέτευση σύγχρονων νοσηλευτικών τάσεων στο νοσοκομείο, η παρουσίαση προτάσεων και σχεδίων σε θέματα αλλαγών με παράλληλα επιδίωξη υποστήριξης για στήριξη των προτεινόμενων σχεδίων και προτάσεων (Dohey et al 1987). Πάγια αρχή αποτελεί το γεγονός, ότι οι οργανωτικές προτεραιότητες δεν έρχονται σε αντίθεση με τους σκοπούς κριτήρια και προτεραιότητας της νοσηλευτικής επιστήμης.

Ο προϊστάμενος του νοσηλευτικού τμήματος φέρει την ευθύνη του συντονισμού της φροντίδας των ασθενών σε συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό. Προγραμματίζει και αναθέτει αρμοδιότητες εφαρμογής και αξιολόγησης της φροντίδας. Άλλες παράλληλες δραστηριότητες είναι ο προσανατολισμός και η επιστημονική ανάπτυξη κριτηρίων (Matheous 1982).

Οι κλινικοί νοσηλευτές ασκούνται συνεχώς στη πράξη της φροντίδας. Η εργασία τους πρέπει να είναι συστηματική, αντανakλαστική, αναλυτική με πρωτοβουλία και δυναμισμό (Castledine 1991). Προς ανταπόκριση και εκπλήρωση του ρόλου τους, απαιτείται συνεχής εκπαίδευση, ανάπτυξη γνώσεων και παροχή αντίστοιχων ανταμοιβών με την εργασία τους (Oechsle and Landry 1987). Σύμφωνα με τις επισημάνσεις Walton (1984) και Bopp and Hicks (1984), κρίνεται σκόπιμα

απαραίτητο οι ανάγκες των νοσηλευτών να αναγνωρίζονται και να ικανοποιούνται όπως οι ανάγκες των ασθενών.

## **2. ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ.**

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι ο όρος επιλογή επαγγέλματος υποδηλώνει κυρίως τις διαδικασίες της εισόδου του ατόμου στην αγορά εργασίας. Στον όρο αυτό εμπεριέχονται οι αλλαγές και οι αποφάσεις του ατόμου που πραγματοποιούνται σε μεταγενέστερα στάδια. Ταυτόχρονα, είναι αναγκαίο να ειπωθεί ότι η επιλογή του επαγγέλματος καθορίζεται από το ότι θα επιθυμούσε να κάνει, εφόσον έχει τις ανάλογες προϋποθέσεις, όπως η εκπαίδευση, ή τι θα επιδιώξει να κάνει, ή τέλος τι θα πραγματοποιήσει από όλα αυτά που επιλέγει.

Επιπρόσθετα, πρέπει να αναφερθεί ότι η επιλογή επαγγέλματος εξαρτάται από την θεληματική ατομική επιλογή επαγγέλματος και από την επίδραση εξωτερικών παραγόντων στην επιλογή αυτή. Οι ρόλοι μέσα από τους οποίους περνά το άτομο στην οικογένεια, στην εκπαίδευση και στην πρώιμη εργασιακή του εμπειρία, συμβάλλουν στην κοινωνικοποίησή του και στην εκμάθηση της επιλογής του επαγγελματικού ρόλου στον οποίο τελικά θα καταλήξει. Επίσης, η ελεύθερη επιλογή του επαγγέλματος καθορίζεται από δομικούς παράγοντες του κοινωνικού συνόλου. Στην περίπτωση αυτή τα άτομα δεν επιλέγουν το επάγγελμά τους, αλλά παίρνουν τελικά αυτό στο οποίο μπορούν να έχουν πρόσβαση, σύμφωνα με τις επικρατούσες κοινωνικές ομάδες. Ουσιαστικά αυτός είναι ο λόγος που διαφορετικές κοινωνικές ομάδες έχουν διαφορετικό βαθμό πρόσβασης στα διάφορα επαγγέλματα. Ακόμη, υπάρχουν υποκειμενικοί παράγοντες και αντικειμενικοί που επηρεάζουν την επιλογή του επαγγέλματος από κάποιο συγκεκριμένο άτομο. Υποκειμενικά, το άτομο έχει συγκεκριμένους πόρους όπως χρήματα, ικανότητες, γνώσεις και αντικειμενικά έχει συγκεκριμένα κίνητρα, ενδιαφέροντα και προσδοκίες. Και οι δύο αυτές κατηγορίες παραγόντων δέχονται ισχυρές επιρροές από κοινωνικούς δομικούς παράγοντες, οι οποίοι είναι από την μία πλευρά η οικογένεια, η τάξη, η εθνικότητα και το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου και από την άλλη πλευρά η αγορά εργασίας.

Πιο συγκεκριμένα, είναι αναγκαίο να ειπωθεί ότι για την επιλογή ενός ανθρωπιστικού επαγγέλματος, ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζουν κάποιο δημογραφικοί

παράγοντες, όπως για παράδειγμα το φύλο του ανθρώπου. Επίσης, οι περισσότεροι άνθρωποι τείνουν να επιλέγουν και να ταυτίζονται με μορφές εκπαίδευσης και αργότερα απασχόλησης που συμφωνούν με τα κοινωνικά πρότυπα παρά στο σχηματισμό των φιλοδοξιών και των επιθυμιών για την επαγγελματική τους ζωή. Ταυτόχρονα, η οικογένεια προέλευσης και πρότερες εμπειρίες που προέρχονται μέσα από αυτήν, μπορούν να οδηγήσουν το άτομο στην επιλογή ενός ανθρωπιστικού επαγγέλματος και ειδικότερα αυτό του γιατρού ή του νοσηλευτή. Επιπρόσθετα αυτές οι εμπειρίες, ή οι δυσλειτουργίες μέσα στην οικογένεια ενός ατόμου έχουν άμεση επίπτωση σε μία ανθρωπιστική προσέγγιση του επαγγέλματος που επιλέγει, αλλά και μια ανάλογη συμπεριφορά που έρχεται σε συσχετισμό με τους συνανθρώπους του και με τον ίδιο του τον εαυτό.

Ακόμη, πρέπει να ειπωθεί ότι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή του επαγγέλματος είναι πολλαπλοί. Η κοινωνική τάξη και το οικονομικό υπόβαθρο κάθε ατόμου είναι παράμετροι αποφασιστικής σημασίας, όπου η διαφορετικότητα της κοινωνικοοικονομικής προέλευσης καθορίζει σε αρκετές περιπτώσεις την επαγγελματική σταδιοδρομία των ατόμων και τις προοπτικές που προκύπτουν μέσα από την επιλογή ενός επαγγέλματος. Επιπλέον, ο προσανατολισμός των προσωπικών αξιών αποτελεί έναν άλλον παράγοντα που φαίνεται να σχετίζεται με την επιλογή του επαγγέλματος. Οι κυριότερες αξίες που επηρεάζουν την επιλογή ενός επαγγέλματος, είναι η βοήθεια προς τους ανθρώπους μέσω της εργασίας, η απόκτηση πολλών χρημάτων, η απόκτηση κοινωνικού κύρους και η ευκαιρία να είναι κάποιος δημιουργικός μέσω της εργασίας και να χρησιμοποιεί της δεξιότητές του. αξίες, οι οποίες αποτελούν μία παράμετρο που αναλογικά με την ιεράρχησή τους ταιριάζουν στο επάγγελμα που ένα άτομο επιλέγει σε συσχετισμό με τις επιρροές που δέχτηκε από την κοινωνική τάξη που ανήκει, την οικογένεια, την εκπαίδευση και των άλλων παραγόντων. Συμπερασματικά λοιπόν, είναι δυνατόν να ειπωθεί ότι οι άνθρωποι που ασκούν ένα ανθρωπιστικό επάγγελμα (για παράδειγμα γιατρός ή νοσηλεύτης) δίνουν μεγάλη σημασία στην εργασία τους ή την θεωρούν περισσότερο δημιουργική σε σύγκριση με κάποιους άλλους που ασκούν ένα διαφορετικό επάγγελμα.

Τέλος, τα άτομα που ασκούν ένα ανθρωπιστικό επάγγελμα επιτελούν και παράγουν ένα πολύ σημαντικό έργο. Συμβάλλουν στην προσωπική ευημερία των ατόμων και κατ' επέκταση και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου και αρκετές φορές βιώνουν την ευχαρίστηση της αποτελεσματικότητας της δουλειάς τους με άλλους ανθρώπους. Μια ευχαρίστηση, που πρέπει να συνταυτίζεται με το



προσωπικό συμφέρον κάθε ατόμου που επιλέγει ένα ανθρωπιστικό επάγγελμα και η οποία είναι αναγκαίο να εκφράζει τις προσωπικές του φιλοδοξίες και κίνητρα μέσα από τις εργασιακές του συνθήκες.

### **3. Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

Το διεθνές πρόβλημα της έλλειψης νοσηλευτών αποτελεί την κρίση του επαγγέλματος επί πολλά χρόνια (Cavanagh 1987, 1992, Price 1988, United States Department 1990, Blegen 1993). Αυτή την ώρα των μεγάλων κοινωνικών αναγκών το συγκεκριμένο πρόβλημα διαπιστώνεται ως οξύτατο θέμα με απρόβλεπτες κοινωνικές συνέπειες (Marriner – Tomey 1993). Στον Ελλαδικό χώρο, η κρισιμότητα της κατάστασης εμφανίζεται μέσα από το μειωμένο αριθμό των εργαζομένων νοσηλευτών που περιορίζεται μόνο στους 10.700, αναλογία 1:492 κατοίκους και οδηγεί τη χώρα στην τελευταία θέση μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών (Κυριόπουλος 1990). Σύμφωνα με τον Γολεμάτη (1994), η εξήγηση του φαινομένου αποδίδεται σε τρεις βασικούς λόγους: Στην έλλειψη κοινωνικής καταξίωσης που περιβάλλει το επάγγελμα, στις δύσκολες και αντίξοες συνθήκες άσκησης του και στις χαμηλές αποδοχές.

Κατά τις εκτιμήσεις των Braito and Caston (1983) το θέμα στο σύνολό του συνδέεται με την αλλαγή του ρόλου της γυναίκας στις αναπτυγμένες κοινωνίες. Έτσι η νοσηλευτική, ένα καθαρά γυναικείο επάγγελμα σε ποσοστό άνω των 95% έχει υποστεί αλλαγές εφόσον η γυναίκα στρέφεται σήμερα σε άλλα πεδία απασχόλησης. Η όξυνση του προβλήματος μεγεθύνεται ακόμα περισσότερο με τις πρόσφατες ανακατατάξεις που συμβαίνουν στα θέματα αναγκών υγείας στον διεθνή γεωγραφικό χάρτη. Η αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων και ο ακραίος καταναλωτισμός καθιστούν την υγεία ευάλωτη και την προσφυγή στις υπηρεσίες φροντίδας αναγκαία. Σ' αυτή την υπερζήτηση συμβάλλει και η αναπτυγμένη τεχνολογία με τον παρεμβατικό της ρόλο στην αντιμετώπιση των ασθενειών. Μέσα σ' αυτό το φάσμα των συμπίεσεων οι έρευνες δείχνουν ότι οι νοσηλευτές συχνά εγκαταλείπουν τους απαιτητικούς χώρους των νοσοκομείων και αναζητούν άλλες εργασιακές δραστηριότητες (Wandelt et al 1981, Baly 1982, Sigardson 1982, Larson et al 1984, Riggs and Fernandez 1984, Seymour and Buscherhof 1991).

Στη διαχρονική εξέλιξη, η πρώτη ικανοποίηση πραγματοποιήθηκε στο Σικάγο το έτος 1940 (Hale 1986). Αφορούσε τους νοσηλευτές των νοσοκομείων και της

ικανότητας με σκοπό τη μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης σε σχέση με τις προσδοκίες του επαγγέλματος (Nahm 1940, Smith 1974).

Το ερευνητικό ενδιαφέρον κορυφώνεται την περίοδο 1960 – 1970 και εστιάζεται στις απουσίες και αποχωρήσεις των νοσηλευτών από τους χώρους εργασίας (MacPhail 1988).

Στη Μεγάλη Βρετανία, οι πρώτες μελέτες ασχολήθηκαν με τους τρόπους των ανταμοιβών και αρκετά αργοπορημένα με κάποιες άλλες διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών ( Hockey 1976, Redfern 1979). Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της Hale (1986), η καθυστέρηση ενασχόλησης με το θέμα οφείλεται στο γεγονός ότι η νοσηλευτική θεωρείτο ως λειτουργήματα ανθρωπιστικού τύπου και καθόλου ως βιοποριστικό επάγγελμα. Γι' αυτό η Austin (1978) όρισε τη νοσηλευτική ως ένα χαμηλόμισθο επάγγελμα και όσοι το επιλέγουν ελάχιστα αποβλέπουν στις οικονομικές αξίες και τις άλλες εξωγενείς ανταμοιβές.

Η Hockey στη μελέτη της κατέταξε τους νοσηλευτές σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με τα κίνητρα που τους ώθησαν στην επιλογή του νοσηλευτικού επαγγέλματος, όπως, για λόγους βιοποριστικούς, εξαιτίας επίδρασης ή καθοδήγησης από άλλους. Στην αξιολόγησή της περισσότερο ικανοποιημένοι ήταν της πρώτης κατηγορίας σε ποσοστό 60%. Η πλειονότητα των ερευνητικών μελετών έλαβε χώρα στις Η.Π.Α. βασιζόμενες στις θεωρίες του Maslow και Herzberg. Σύμφωνα με την άποψη της Hale (1986) η δημοσιότητα αυτών των θεωρητικών προσεγγίσεων πιθανόν να έγινε επειδή οι συγκεκριμένες θεωρίες έχουν εφαρμογή στην εργασία και οι ενδογενείς παράγοντες του επαγγέλματος μπορεί να οδηγήσουν στην ικανοποίηση σε σχέση με τους εξωγενείς.

Τα τελευταία χρόνια οι ερευνητές έδειξαν εξαιρετικό ενδιαφέρον στη μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης στους διαφόρους νοσηλευτικούς χώρους όπως στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Nichols et al 1981, Duxbury et al 1984, Friend et al 1986, Ehrenfel 1991) και στα ψυχιατρικά τμήματα (Humphris and Turner 1989, Glasspoole and Amn 1990, Harper et al 1992).

Πρόσφατες έρευνες διαπίστωσαν την άμεση σχέση σύνδεσης της εργασιακής ικανοποίησης με το σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης (McConnell 1982, Pines and Kammer 1982, Duxbury et al 1984, McIntee and Firth 1984, Dolan 1987 Papadatou et al 1989) με το σύνολο του συστήματος εργασία (Everly and Falcione 1976, Easton 1985, Ahmadi et al 1987, Hendels et al 1992), με την προαγωγή της συνεργασίας (Cross and Failon 1985, Mansfield et al 1989), με την έλλειψη συνεργασίας (Waite

1987) τη νοσηλευτική ιεραρχία και τον ασαφή εργασιακό ρόλο (Pilkington and Woodel 1986, Lucas et al 1988, Revicki and May 1989, Kirsch 1990).

Το stress και ο φόρτος εργασίας αναγνωρίστηκαν ως σοβαρά προβλήματα μεταξύ των νοσηλευτών των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Nichols et al 1981, Wakefield et al 1988, McGrath et al 1989). Η Blegen (1993) σε μία μελέτη μετα-ανάλυσης ανέδειξε τους παράγοντες που σχετίζονται με την επαγγελματική ικανοποίηση. Στην εξέταση συμπεριλήφθηκαν 48 μελέτες με δείγμα 15.048 νοσηλευτές. Η στατιστική ανάλυση έφερε στο φως την έντονη σχέση της επαγγελματικής ικανοποίησης με το stress, την οργανωτική δέσμευση, την επικοινωνία με τους προϊσταμένους, τη ρουτίνα, την επικοινωνία με τους συναδέλφους και τα κέντρα ελέγχου. Άλλοι παράγοντες με μειωμένη συσχέτιση ήταν η ηλικία, η εκπαίδευση, το διάστημα εργασίας και ο επαγγελματισμός.

Σε μια λεπτομερή βιβλιογραφική ανασκόπηση, η MacPhail (1988) αναφέρει τους παράγοντες δυσαρέσκειας ανάμεσα στους οποίους οι κυριότεροι περιλάμβαναν τις ώρες εργασίας, το πρόγραμμα εργασίας, τις σχέσεις συνεργασίας με το ιατρικό προσωπικό, τις πιέσεις χρόνου εξαιτίας της έλλειψης προσωπικού. Συμπληρωματικά, από τις Allen and Calkin (1988) και Fagan (1991) αναφέρονται η έλλειψη αυτονομίας στην άσκηση του επαγγέλματος, ο αποκλεισμός συμμετοχής στις συζητήσεις και αποφάσεις που αναφέρονται σε νοσηλευτικά θέματα.

## **Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3<sup>ο</sup>**

### **ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.**

#### **1. ΕΛΛΕΙΨΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ.**

Η φύση της ομάδας εργασίας επιδρά άμεσα στην ικανοποίηση επειδή υπηρετεί ως πρωταρχική πηγή υποστήριξης, συμπαράστασης και βοήθειας τόσο μεταξύ των νοσηλευτών όσο και μεταξύ των γιατρών. Τα στοιχεία της φιλικότητας, της συναδελφικότητας, της συνεργασίας, εκφράζουν την ιδανική περίπτωση πρότυπης πηγής άντλησης της ικανοποίησης στα εργαζόμενα άτομα. Έτσι διαμορφώνεται μόνο το ιδανικότερο κλίμα άμεσα στο νοσοκομειακό χώρο για τα αποδοτικότερα αποτελέσματα.

Παρόλα αυτά έρευνες που κατά καιρούς έγιναν τόσο στο ιατρικό όσο και στο νοσηλευτικό προσωπικό έδειξαν ότι η ουσιαστική επικοινωνία και η συναδελφικότητα μεταξύ τους απουσίαζαν.

Πιο συγκεκριμένα, η μελέτη της Kelly (1992) που αφορούσε νοσηλευτές ΗΠΑ και Αγγλίας σε σχέση με το βαθμό συνεργασίας, βρέθηκε ότι οι Αμερικανίδες είχαν αυξημένη ικανοποίηση με τους συνεργάτες νοσηλευτές και λιγότερη με τους γιατρούς.

#### **2. ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.**

Η ανεπαρκής στελέχωση των ιατρικών και νοσηλευτικών θέσεων αποτελεί σοβαρή απειλή για τους ασθενείς ενώ δημιουργεί δυσάρεστες συνέπειες στη σωστή διεκπεραίωση της εργασίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Κατά τις εκτιμήσεις του Blegel και των συνεργατών (1992) του, οι κενές θέσεις εργασίας συνδέονται με τον υψηλό φόρτο εργασίας, τη βαρύτητα των ασθενών και τα χαμηλά κίνητρα εργασίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Επίσης στα πορίσματα της έρευνας της Norbeck (1985) με δείγμα μελέτης 180 νοσηλευτές επισημαίνεται ότι το stress συνδέεται με το υψηλό φόρτο εργασίας

λόγω έλλειψης προσωπικού με κύρια κατάληξη τη δυσαρέσκεια. Κατά συνέπεια η συγκροτημένη στρατηγική στελέχωσης των μονάδων βελτιώνει τις συνθήκες εργασίας και δημιουργεί καλύτερες προοπτικές άμεση αντιμετώπισης των ασθενών.

### **3. ΕΛΛΙΠΗΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗΣ ΜΕΣΩΝ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.**

Ακόμα και στις μέρες μας, όπου οι χώροι του νοσοκομείου θεωρούνται ιδιαίτερα αναβαθμισμένοι τεχνολογικά και εξοπλισμένοι με τα πλέον σύγχρονα μέσα, δεν πρέπει να παραβλέψουμε πως δεν λείπουν και τα αντίθετα κρούσματα. Κέντρα υγείας ιδίως σε παραμεθόριες περιοχές της Ελλάδας με ελλιπή εξοπλισμό, με περιορισμένες παροχές για σωστή προφύλαξη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αλλά και των ασθενών από λοιμώξεις, περιορισμένη ή παντελώς ανύπαρκτη παροχή επιστημονικών μέσων για την ακριβή και έγκυρη επιβεβαίωση ιατρικών αποτελεσμάτων και εξετάσεων, είναι μερικά από τα προβλήματα που καθημερινά φέρνουν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε αδιέξοδο.

### **4. ΕΛΛΕΙΨΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ – ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ**

Το αίσθημα της αναγνώρισης που πηγάζει από την προσφορά υπηρεσιών προς τον άνθρωπο και την εκτίμηση από τους συνεργάτες, συμβάλλει καθοριστικά στην ικανοποίηση τόσο των ιατρών όσο και των νοσηλευτών. Παρόλα αυτά, συχνά όπως φαίνεται και από επίσημες έρευνες το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό βιώνει δυσάρεστες συμπεριφορές για τις προσπάθειες που καταβάλλει τόσο από τους συνεργάτες του όσο και από ασθενείς. Αντί να επιβραβεύεται πολλές φορές για πρωτοβουλίες που αναπτύσσει, να αναγνωρίζεται η προσπάθεια του να υπερπηδά καθημερινά προβλήματα των ελλείψεων του νοσοκομείου, να εκτιμάται η διάθεση του να αντιμετωπίσει κάθε είδους περιστατικών και ασθενειών, βιώνει ορισμένες φορές τον εμπαιγμό από συνεργάτες, αίσθημα απόρριψης από ανώτερους, την απροθυμία των ασθενών για συνεργασία, τον ανταγωνισμό από συναδέλφους του.

Η τέχνη της ενθάρρυνσης είναι χρήσιμη σε όλα τα διοικητικά συστήματα και εποχές (Ραγιά 1990). Σύμφωνα με τις Kramer and Schmalenberg (1991), όταν οι

νοσηλευτές βλέπουν την στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων απειστικά μειωμένη, έχουν την αίσθηση ότι τα νοσοκομεία τους εκλαμβάνουν ως απλώς διεκπεραιωτές γραμματειακής εργασίας ενώ στην αντίθετη περίπτωση νιώθουν να περιβάλλονται από εκτίμηση.

## **5. ΦΟΡΤΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.**

Η ανεπαρκής στελέχωση των ιατρικών και νοσηλευτικών θέσεων στα νοσοκομεία αποτελεί σοβαρή απειλή κινδύνου προς τους ασθενείς. Παράλληλα δημιουργείται ένα κλίμα έντασης μεταξύ των εργαζομένων λόγω της υπερεργασίας τους.

Κατά τις εκτιμήσεις του Blegel και των συνεργατών του (1992), οι κενές θέσεις εργασίας συνδέονται με το υψηλό φόρτο εργασίας, τη βαρύτητα των ασθενών και τα χαμηλά κίνητρα εργασίας του προσωπικού.

Τα προβλήματα εντείνονται στον νοσηλευτικό χώρο λόγω της κάλυψης των νοσηλευτικών θέσεων από γυναίκες σε ποσοστό άνω του 96% της οικονομικής δυσπραγίας και της ελλειμματικής ποιοτικής πολιτικής κόστους στα νοσοκομεία.

Τέλος, στα πορίσματα της Norbeck, με δείγμα μελέτης 180 νοσηλευτές επισημαίνεται ότι το stress συνδέεται με το φόρτο εργασία με κατάληξη τη δυσαρέσκεια.

## **6. Η ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΒΑΡΔΙΑ**

Η νυχτερινή βάρδια του Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί μια δύσκολη και ψυχοφθόρα αποστολή αλλά συγχρόνως μια υποχρεωτική εργασιακή σχέση στα Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας.

Ο ιατρός και νοσηλευτής αποτελούν ένα συνεργαζόμενο «δίδυμο» επιστημονικής προσφοράς που έχει τις ρίζες του σε μια μακρά ιστορία αφοσίωσης και αποστολής με κύριο στόχο την προαγωγή της Υγείας. Στα Γενικά νοσοκομεία και ιδίως κατά τις εφημερίες, η εργασία γίνεται ιδιαίτερα κοπιαστική αφού μεγάλο μέρος των ασθενών που νοσηλεύονται ή που εισάγονται, κατατάσσεται στους «βαρέως

πάσχοντας» και η αντιστοιχία σε κάποιες κλινικές όπως η Παθολογική ή Χειρουργική είναι 24-28 ασθενείς ανά νοσηλευτή ή ιατρό.

Παρόλο που η νυχτερινή εργασία αποτελεί μια μείζονα παροχή στους χρήστες υγείας, δεν έχει αναγνωριστεί από την πολιτεία στο βαθμό που θα έπρεπε, ούτε ηθικά αλλά ούτε και οικονομικά. Αξιοσημείωτο είναι ότι ο κλάδος των Νοσηλευτών δεν κατατάσσεται στα βαρέα και ανθυγιεινά ένσημα, σε αντίθεση με τους τραπεζικούς υπαλλήλους στους οποίους χορηγείται επίδομα ανθυγιεινής εργασίας λόγω του ότι τα χρήματα είναι φορείς μικροβίων.

Επιπροσθέτως, κατά τη νυχτερινή βάρδια, τα περισσότερα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα, π.χ. ετοιμότητας, επάρκειας προσωπικού συνεργασίας και επάρκειας, φαινόμενα που πολλές φορές δυσχεραίνουν περισσότερο την προσφορά προς τον πάσχοντα συνάνθρωπο και επίσης αυξάνουν την ψυχική και σωματική καταπόνηση των νοσηλευτών και ιατρών. Αντιλαμβάνεται κανείς πόσο μεγάλη είναι η κόπωση αυτών των δύο επαγγελματιών ιδίως των γυναικών ιατρών και νοσηλευτριών που είναι έγγαμες και μητέρες όταν λόγω έλλειψης προσωπικού αναγκάζονται να τοποθετούνται σε νυχτερινό ωράριο 2 ή 3 φορές την εβδομάδα. Η πνευματική – σωματική και ψυχική καταπόνηση που υφίστανται νοσηλευτές και ιατροί σπάνια παρατηρούνται σε άλλα επαγγέλματα.

Το 1988 – 1989 στις ΗΠΑ έγινε μεγάλος θόρυβος για την απαράδεκτη πρακτική της νυχτερινής εφημερίας νέων ιατρών και νοσηλευτών λόγω της περιορισμένης ανάπαυσης αυτών κατά τη διάρκεια της εβδομάδας.

Ιδιαίτερα για τους ειδικευόμενους ιατρούς, θεωρήθηκε κίνδυνος για τη Δημόσια υγεία, να υποβάλλονται σε τέτοια σωματική και ψυχική κατάσταση. Ο δε Ιατρικός σύλλογος των ΗΠΑ κάλεσε τη δικαιοσύνη να πάρει θέση ώστε να σταματήσει αυτή η τακτική. Αντίθετα για το νοσηλευτικό προσωπικό που τα προβλήματά του είναι πολλαπλά, σπάνια υπάρχουν παρόμοιες μελέτες που να δείχνουν τη διάσταση του προβλήματος αυτού ή διεκδίκηση καλύτερων συνθηκών.

## **7. ΡΟΥΤΙΝΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.**

Με τον όρο εργασιακή ρουτίνα, ορίζεται ο τρόπος επανάληψης ενός έργου ή ο βαθμός που επαναλαμβάνεται η ίδια εργασία.

Όσο μεγαλύτερη ποικιλία δραστηριοτήτων προσβάλλει ένα έργο, τόσο μειωμένη είναι η αίσθηση της ρουτίνας. Η συνεχής επαναληπτικότητα των καθηκόντων δημιουργεί προϋποθέσεις ρουτίνας και η αυξημένη ρουτίνα μειώνει τη διάθεση του εργαζομένου για προσφορά, δημιουργεί stress και προκαλεί ακόμη και την αποχώρησή του από αυτή.

Αντίθετα η ποικιλία στην εργασία, οι ευκαιρίες ανάπτυξης, η καθιέρωση νέων ευκαιριών κατάρτισης, συνδέονται με τη θετική ανταπόκριση στο περιβάλλον εργασίας.

Έρευνες που κατά καιρούς έγιναν με δείγμα νοσηλευτών, δείχνουν ότι ο νοσηλευτικός χώρος πλήττεται από την άποψη αυτή και στερείται πολλές φορές τη δυνατότητα ανάπτυξης πρωτοβουλιών.

## **8. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ.**

Η προαγωγή αναφέρεται στην περίπτωση ανέλιξης του εργαζόμενου στον επόμενο βαθμό θέσης εργασίας μέσα στον οργανισμό. Αυτή είναι δυνατόν να προέλθει από την αρχαιότητα ή την ιεραρχία μέσα στο χώρο της εργασίας ή σε διαφορετική περίπτωση μπορεί να προκύψει ως συνέπεια της επιτυχημένης παρουσίας και απόδοσης του εργαζόμενου στην εργασία. Η τελευταία περίπτωση στην επικύρωσή της είναι επιφορτισμένη με τα προβλήματα της κάθε αντικειμενικά αξιολογικής εκτίμησης της αξίας και των προσόντων του ατόμου προκειμένου να προωθηθεί. Οι ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης έχουν λειτουργικό χαρακτήρα, όταν στις θέσεις εργασίας τοποθετούνται ικανά άτομα που διαθέτουν εμπειρία και επιστημονική κατάρτιση. Παρόλα αυτά, η κλίμακα προαγωγών μέσα στα νοσοκομεία είναι περιορισμένη αφού η ιεραρχία ενός οργανισμού στενεύει σε αριθμό θέσεων. Ειδικότερα ό,τι αφορά τους νοσηλευτές, αρκετοί από αυτούς παραμένουν στην ίδια θέση εργασίας το μεγαλύτερο διάστημα της επαγγελματικής τους απασχόλησης, καθώς οι ευκαιρίες κατακόρυφης ανόδου είναι πολύ περιορισμένες ενώ παραμένουν οι ευκαιρίες οριζόντιας διάταξης. Στη κατηγορία αυτή υπάγεται η καθημερινή εσωτερική ανταμοιβή του κλινικού νοσηλευτή που αποκομίζει από την άμεση φροντίδα των ασθενών.



## **9. ΕΛΛΙΠΗΣ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ – ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.**

Είναι γεγονός ότι από πάντα αλλά πολύ περισσότερο σήμερα ο άνθρωπος σε κάθε βήμα είναι αναγκασμένος να κάνει συνεχώς εκτιμήσεις, αποτιμήσεις, συγκρίσεις, μετρήσεις, επιλογές. Αυτή είναι η ανεπίσημη αξιολόγηση που κάνει συνεχώς ο καθένας μας.

Όταν αυτή η αξιολόγηση γίνεται μέσα από οργανωμένες διαδικασίες, στις οποίες αξιοποιούνται με συστηματικό τρόπο, θεωρίες, προσεγγίσεις, μέθοδοι, τεχνικές, μέσα τότε γίνεται λόγος για «επίσημη αξιολόγηση».

Είναι πολύ λοιπόν σημαντικό τόσο για το ιατρικό όσο και για το νοσηλευτικό προσωπικό να επιμορφώνεται, να παρακολουθεί, ενημερωτικά σεμινάρια και διαλέξεις, να εξειδικεύεται, να καλλιεργεί τις δεξιότητές του.

Παρόλα αυτά, περιορισμένης ποσότητας θεωρούνται τα ενδονοσοκομειακά προγράμματα που πραγματοποιούνται σήμερα με αποτέλεσμα να μην εκσυγχρονίζεται η ιατρική και νοσηλευτική πράξη.

Επίσης η έλλειψη επαρκούς προσωπικού, πόρων, χρόνου και υλικών μέσων δυσχεραίνουν τη δυνατότητα πραγματοποίησης εξειδικευμένων προγραμμάτων.

## **10. Η ΑΛΛΟΤΡΙΩΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΩΝ ΔΥΣΧΕΡΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.**

Η δύσκολη, ψυχοφθόρος και κοπιαστική αποστολή των ιατρών και νοσηλευτών συχνά οδηγεί στην αλλοτρίωση της στάσης και συμπεριφοράς απέναντι στους χρήστες υγείας. Οι δυσχερείς και αντίξοες συνθήκες εργασίας φορτίζουν με αρνητικά συναισθήματα τους επαγγελματίες υγείας με αποτέλεσμα να μεταβάλλεται και να τροποποιείται η συμπεριφορά ή στάση του απέναντι στον ασθενή ή το συνάδελφο και να γίνεται απόμακρη, ψυχρή, νευρική, εριστική και πολλές φορές απότομη ή επιθετική κατά τη διάρκεια της προσφοράς των υπηρεσιών του μέσα στο χώρο του νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα, ο τρόπος με τον οποίο επικοινωνεί ο κάθε άνθρωπος (λεκτικά ή μη-λεκτικά) αποδίδεται με την έννοια – λέξη συμπεριφορά. Κάθε εργαζόμενος που επικοινωνεί με τους συναδέλφους του ή τον ασθενή είναι αναγκαίο να συνειδητοποιήσει πρωτίστως τη δική του συμπεριφορά απέναντι στους

άλλους, τους λόγους που νιώθει μια στάση έναντι μιας άλλης και την τυχόν αλλοτρίωση της συμπεριφοράς του λόγω του ψυχοπιεστικού και στρεσογόνου περιβάλλοντος εργασίας. Τα παραπάνω στοιχεία έχουν ιδιαίτερη αξία για τον εργαζόμενο, εφόσον η συμπεριφορά του, δηλαδή κάθε τι που πράττει (λεκτικά ή μη λεκτικά) μαζί με τα φυσικά του χαρακτηριστικά είναι το μόνο κομμάτι (ορατό) του εαυτού του που βλέπουν οι άλλοι. Κανείς δεν μπορεί να δει τα κίνητρα, τις σκέψεις τα συναισθήματα του ατόμου (αόρατο κομμάτι) εκτός και αν τα εξωτερικεύσει, πράγμα πολύ απίθανο αφού η επαφή είναι πολύ μικρής διάρκειας τόσο με τους συναδέλφους όσο και με τους ασθενείς λόγω της έλλειψης χρόνου και φόρτου δουλειάς. Έτσι με βάση τη συμπεριφορά του εξάγουν συμπεράσματα για τα κίνητρα, τις προθέσεις και τα συναισθήματά του πράγμα που μπορεί να οδηγήσει σε παρερμηνείες και παρεξηγήσεις.

Ως στάση ορίζεται η πνευματική ή ψυχική προδιάθεση απέναντι σε πρόσωπα, πράγματα ή καταστάσεις και μπορεί να είναι θετική, αρνητική ή ουδέτερη. Ταυτόχρονα, πρέπει να αναφερθεί ότι οι παράμετροι που διαμορφώνουν την στάση ενός ατόμου είναι τα κίνητρά του, οι αξίες και οι αρχές του, η συγκινησιακή – συναισθηματική του κατάσταση και οι συγκεκριμένες δεξιότητές του. η συμπεριφορά ενός ατόμου δεν είναι άμεση συνέπεια των στάσεών του είτε γιατί παρεμβάλλεται η διαδικασία «προθέσεις – σκοποί – νοητική» επεξεργασία είτε γιατί είναι άμεσο αποτέλεσμα της συγκινησιακής – συναισθηματικής του κατάστασης, της αυτοπεποίθησης που έχει ή των δεξιοτήτων του. επίσης η συμπεριφορά ενός ατόμου μπορεί να είναι περιστασιακή, δηλαδή να οφείλεται στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος σε μια δεδομένη χρονική στιγμή.

Το άτομο εφαρμόζει λοιπόν μια συγκεκριμένη συμπεριφορά στον εργασιακό χώρο και αν γίνει αποδεκτή ή αποδοτική την υιοθετεί, εάν όχι, την τροποποιεί, μεταβάλλοντας κάποιο στοιχεία που καθορίζουν τη στάση του όπως για παράδειγμα η αλλαγή κινήτρων και πεποιθήσεων.

Στην αλληλεπίδραση κινήτρων – αρχών – αξιών εμφανίζεται πολλές φορές η πρώτη μορφή αλλοτρίωσης της συμπεριφοράς ενός ατόμου στον εργασιακό χώρο. Όταν ο εργαζόμενος κατανοεί ότι για να ικανοποιήσει τα κίνητρά του δεν έχει άλλη επιλογή από το να χρησιμοποιήσει «παράνομα» μέσα παραβιάζει τις προσωπικές του αρχές και αξίες και ορισμένες φορές και την δεοντολογία του επαγγέλματος που ασκεί. Επομένως καταφεύγει σε συμπεριφορές διαφορετικές από εκείνες που εφάρμοζε μέχρι της υπερίσχυσης των κινήτρων πάνω από τις αρχές του.

Άλλη μορφή εργασιακής αλλοτρίωσης παρουσιάζεται όταν ο εργαζόμενος αισθάνεται ότι είναι ανήμπορος να επηρεάσει το περιβάλλον του, δηλαδή η συμπεριφορά του δεν μπορεί να επιδράσει στο σύστημα που ανήκει, με αποτέλεσμα τη μειωμένη απόδοση, την ανία, τη χρήση αθέμιτων μέσων, την αλλοτρίωση.

Είναι κατανοητό λοιπόν ότι για να λειτουργήσει ο επαγγελματίας υγείας σωστά μέσα στο χώρο εργασίας θα πρέπει να αναιρεθούν οι δυσχέρειες των συνθηκών εργασίας που προκαλούν ή υποθάλπουν την «αλλοτριωμένη» εργασιακή του συμπεριφορά. Έτσι, αν και είναι αρκετά δύσκολο, κάθε εργαζόμενος από την ανώτατη έως τη κατώτατη βαθμίδα ιεραρχίας είναι αναγκαίο να προσπαθεί να αποφύγει τη δική του αλλοτρίωση αλλά και να συμβάλλει στη δημιουργία ενός προτύπου ως αντίσταση στην αλλοτρίωση των άλλων.

Με το να γίνει ένας καλύτερος, βοηθά και τους γύρω του να γίνουν καλύτεροι με τους άλλους.

## **Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4<sup>ο</sup>**

### **ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

#### **1. ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

##### **α. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ - AIDS**

Η εμφάνιση του συνδρόμου της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (ΣΕΑ) τοποθετείται χρονικά στο τέλος του 1981, όταν ένας Αμερικανός γιατρός, ο M.Gottlieb, περιέγραψε στο Σαν Φρασίσκο της Καλιφόρνιας τις πρώτες περιπτώσεις μιας άγνωστης έως τότε παθολογικής συνδρομής, κύριο σύμπτωμα της νόσου ήταν η γενικευμένη και εμμένουσα λεμφαδενοπάθεια και η εξαιρετικά υψηλή θνητότητα. Η πλειονότητα των ασθενών ήταν ομοφυλόφιλοι ή τοξικομανείς. Έτσι ο πληθυσμός διασποράς της αρρώστιας έπαιρνε ένα χαρακτηριστικό ενδημικό κύκλο.

Μετά την ανακοίνωση και περιγραφή των πρώτων περιστατικών του ΣΕ, το Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων των ΗΠΑ στην Ατλάντα (CDC, Centre for Disease

Control) άρχισε η συστηματική συλλογή επιδημιολογικών στοιχείων.

Χαρακτηριστικό γνώρισμα της νόσου είναι η τέλεια καταστροφή του ανοσοβιολογικού συστήματος των ασθενών. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα της προσβολή των ασθενών από το σάρκωμα του Καπόζι και ποικίλες καιροσκοπικές ευκαιριακές λοιμώξεις που οδηγούσαν στο θάνατο.

Το νόσημα προκαλείται από κάποιον λεμφοτρόπο ιό που υπάγεται στους ρετροϊούς, οι οποίοι είναι RNA ιοί.

Μεταδίδεται με άμεση επαφή (γενετήσια πράξη) οριζοντίως (από άτομο σε άτομο) καθέτως (από τη μητέρα στο κύημα) και ιατρογενώς (μεταγγίσεις – ιατρικές – νοσ/κές πράξεις) οπότε αποτελεί σημαντικό παράγοντα επικινδυνότητας για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, κατά τη διάρκεια της εργασίας του ιδίως αφού τα τελευταία χρόνια εξαπλώνεται με ραγδαίους ρυθμούς.

Η επώαση είναι μακροχρόνια και υπερβαίνει τους 12-14 μήνες έως και 2-3 έτη. Η θνητότητα είναι μεγάλη περισσότερο και από 70%.

**ΠΡΟΛΗΨΗ:** Βασίζεται στη δισκελή προσπάθεια ανίχνευσης των φορέων και αποφυγή μολύνσεων των υγιών. Η πρόληψη μέσω θεραπείας είναι αδύνατη, διότι η θεραπεία του ΣΕΑ είναι ανέφικτη μέχρι στιγμής. Εξαιρετικά σημαντικό μέτρο πρόληψης είναι η ενημέρωση του κοινού για τον τρόπο μετάδοσης αλλά και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την αποφυγή μετάδοσης από λάθος χειρισμούς και οδηγίες προφύλαξης.

Στις ΗΠΑ το 53% των περιπτώσεων AIDS έχουν διαγνωστεί στους εργαζόμενους σε χώρους παροχής ιατρικών νοσηλευτικών και οδοντιατρικών υπηρεσιών. Στις περιπτώσεις αυτές ο τρόπος μετάδοσης του HIV είναι γνωστός και συνήθης σε αναλογία 90% ενώ στο 10% των περιπτώσεων, ο τρόπος μετάδοσης είναι άγνωστος και ίσως σχετίζεται με επαγγελματική έκθεση.

Συνοπτικά τα παραπάνω σημαίνουν πως οι επαγγελματίες υγείας μολύνθηκαν λόγω των ιδιαιτεροτήτων του τρόπου ή του τόπου ζωής τους και σπάνια νόσησαν από AIDS μέσω επαγγελματικής έκθεσης στον HIV και μετάδοσης σ' αυτούς της HIV λοίμωξης.

Η επαγγελματική έκθεση με αρρώστους συμπτωματικούς ή ασυμπτωματικούς είναι συχνή στα νοσοκομεία που νοσηλεύουν τέτοιους αρρώστους. Ο κίνδυνος επαγγελματικού ατυχήματος και μετάδοσης HIV λοίμωξης είναι υπαρκτός υπολογίσιμος, μικρός (3%) και όχι πάντα αναπόφευκτος.

Η επαγγελματική παρεντερική έκθεση σε αίμα αρρώστου με AIDS, μετά από

τρύπημα με βελόνα ή αιχμηρό όργανο, κόψιμο με νυστέρι, σπασμένο γυαλί μολυσμένα από HIV.

Η μετάδοση HIV μετά από έκθεση των βλεννογόνων σε αίμα θετικό είναι μικρότερος 1% έχουν ανακοινωθεί 6 και μόνο περιπτώσεις μετάδοσης σε γιατρούς και νοσηλευτές όπου αίμα HIV θετικό (+) μόλυνε τους επιπεφυκότες, τα χείλη, τη γλώσσα, στο χειρουργείο στην ανάνηψη, σε θαλάμους νοσηλείας.

## **ΜΕΤΑΔΟΣΗ HIV – ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΜΕΣΩ ΠΑΡΟΧΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Ο κίνδυνος μετάδοσης HIV από μετάγγιση, ελεγμένου αρνητικού αίματος από Έλληνα αιμοδότη είναι μικρότερος 1/150.000 και δεν υπάρχουν περιθώρια σημαντικής ελάττωσης του κινδύνου αυτού.

Ο κίνδυνος μετάδοσης από πάσχοντα γιατρό κατά την άσκηση του επαγγέλματός του είναι μηδέν. Έχει γίνει έλεγχος σε περισσότερους από 2000 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν – χειρουργήθηκαν από ιατρούς – πάσχοντες και δεν υπάρχει περίπτωση μετάδοσης του HIV σε άρρωστο.

Κίνδυνος μετάδοσης του HIV με σύριγγες – βελόνες, μέσω ιατρονοσηλευτικής πράξης (αιμοληψία, αιμοδοσία, παρεντερική χορήγηση φαρμάκων) δεν υπάρχει στην Ελλάδα, γιατί στα ελληνικά νοσοκομεία, εργαστήρια, χρησιμοποιούνται βελόνες μιας χρήσης.

Μετάδοση του HIV με βελόνες – σύριγγες μολυσμένες με αίμα HIV (+) υπήρξε σε χώρες της Τροπικής Αφρικής και της Ανατολικής Ευρώπης.

Η επαγγελματική παρεντερική έκθεση στον HIV στο Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, περιλαμβάνει 6 γιατρούς και 6 νοσηλεύτριες που τρυπήθηκαν με βελόνα μολυσμένη με αίμα HIV (+). Μετά από 2-10 χρόνια παρακολούθησης – ελέγχου δεν υπήρξε περίπτωση μετάδοσης.

## **ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ**

Γενικά μέτρα προφύλαξης από επαγγελματική έκθεση στο HIV και άλλους λοιμογόνους μικροοργανισμούς.

1. Τα δείγματα με αίμα και τα παράγωγά του, οι βιοψίες από διάφορα όργανα και τα δείγματα με σωματικά υγρά όλων των αρρώστων πρέπει να θεωρούνται μολυσματικά και επικίνδυνα για την μετάδοση ποικίλων παθήσεων (HIV/AIDS, σύφιλη, ηπατίτιδες) γι' αυτό πρέπει να μεταφέρονται σε κλειστά σωληνάρια και

με ιδιαίτερες προφυλάξεις.

2. Τα χέρια πρέπει να πλένονται πριν και μετά την εξέταση ή την περιποίηση του αρρώστου, μετά την απόρριψη (βγάλσιμο) των γαντιών και αμέσως μετά από έκθεση σε αίμα (πασάλειμμα, πιτσίλισμα με αίμα).
3. Γάντια δεν χρειάζονται για την εξέταση και την περιποίηση των στεγνών αρρώστων. Γάντια χρειάζονται για τις αιμοληψίες και σε κάθε περίπτωση που υπάρχει πιθανότητα έκθεσης σε αίμα και σωματικά υγρά. Τα γάντια πρέπει να είναι μιας χρήσης, δεν πλένονται και δεν ξαναχρησιμοποιούνται.
4. Μπλούζες πρόσθετες μιας χρήσης, ή συνήθεις, ή αδιάβροχες, μάσκες, προστατευτικά γυαλιά, ποδονάρια, χρειάζονται στο χειρουργείο και όπου αλλού υπάρχει κίνδυνος εκτόξευσης (πιτσιλίσματος) και έκθεσης σε αίμα, ιστούς ή και σωματικά υγρά. Μάσκες και προστατευτικά γυαλιά πρέπει να χρησιμοποιούνται και στα εργαστήρια με φυγόκεντρους, γιατί σχηματίζονται μικροσταγονίδια κατά τη φυγοκέντρηση δειγμάτων αίματος ή σωματικών υγρών.
5. Βελόνες, τέμνοντα και οξύαιχμα εργαλεία μιας χρήσης, μετά τη χρήση τους τοποθετούνται σε ειδικά ασφαλή κουτιά και δεν γίνεται προσπάθεια κάμψης ή τοποθέτησης σε θήκες, γιατί οι χειρισμοί ατοί οδηγούν σε τρυπήματα και επαγγελματική έκθεση στο αίμα και τα σωματικά υγρά των αρρώστων. Τα οξύαιχμα και τέμνοντα εργαλεία που δεν είναι μιας χρήσης (χειρουργικά μαχαίριδια, βελόνες, φιαλίδια) κλείνονται και μετά τον καθαρισμό τους από κάθε οργανική ουσία, τοποθετούνται σε ειδικά, στεγανά, ασφαλή κουτιά. Οι βελόνες μιας χρήσης κ.λ.π. καταστρέφονται σε αποτεφρωτήρες ενώ εργαλεία πολλαπλών χρήσεων αποστειρώνονται σε αυτόκαυστο ή με ειδική χημική απολύμανση.
6. Αίμα χυμένο στο χειρουργείο, στο ιατρείο, στο εργαστήριο, ή όπου αλλού, θα πρέπει να μαζεύεται με απορροφητικό χαρτί (χαρτοβάμβακα), γάζες ή βαμβάκι και να πετιέται σε ειδικά, στεγανά, ασφαλή δοχεία, που μεταφέρονται σε αποτεφρωτήρα. Η θέση που είχε χυθεί το αίμα: τραπέζι, μάρμαρο, κρεβάτι, πλένεται στη συνέχεια με άφθονο νερό και σαπούνι και στο τέλος με χλωρίνη 1/10 ή με άλλο κατάλληλο απολυμαντικό.
7. Γιατροί, νοσηλευτές, παρασκευαστές, τραυματιοφορείς κ.λ.π., με τραύματα, εγκαύματα ή έλκη στο δέρμα ή με οποιαδήποτε δερματοπάθεια, δεν πρέπει να έρχονται σε επαφή με το αίμα και τα σωματικά υγρά των αρρώστων.
8. Ιδιαίτερα δωμάτια και ιδιαίτερα ιατρεία χρειάζονται για τους αρρώστους με HIV λοίμωξη και μεταδοτική νόσο (TBC) ή με αιμορραγική διάθεση ή με διαρροϊκά

σύνδρομο κ.λ.π. Για τη συνήθη περίθαλψη των «στεγνών» αρρώστων ιδιαίτερα θάλαμοι δεν χρειάζονται α) αν υπάρχουν στα νοσοκομεία και λειτουργούν, πλήρη και σωστά συστήματα υγιεινής, δηλαδή αν υπάρχουν κατάλληλοι χώροι και βρύσες με άφθονο ζεστό και κρύο νερό, με λουτρά και καταιωνιστήρες (ντουζ) και με βοηθητικό προσωπικό για το συχνό λουτρό και το συχνό πλύσιμο των αρρώστων, β) Αν στα νοσοκομεία υπάρχουν ειδικά τμήματα για τους αρρώστους με ιατρογενή ανοσοκαταστολή, δηλαδή γι αυτούς που πάσχουν π.χ. από οξεία λευχαιμία, καρκίνο κλπ και υποβάλλονται σε επιθετική χημειοθεραπεία. Γιατί αλλιώς η νοσηλεία δίπλα-δίπλα αρρώστων με AIDS και αρρώστων με ιατρογενή ανοσοκαταστολή θα έχει ολέθριες συνέπειες κατά αμφίδρομο τρόπο.

### **Προφύλαξη Επαγγελματικής Έκθεσης μετάδοσης HIV-νόσου**

Οι γενικές οδηγίες προφύλαξης που στοχεύουν στην ελαχιστοποίηση της επαγγελματικής έκθεσης στο αίμα και τα σωματικά υγρά, στηρίζονται στην υπόθεση, πως όλοι οι άρρωστοι πάσχουν από μεταδοτικά νοσήματα και πως το αίμα και τα σωματικά υγρά όλων των αρρώστων είναι μολυσματικά και επικίνδυνα για τη μετάδοση πολλών και ποικίλων νόσων: HIV, HBV, HCV, σύφιλης, CMV, EBV κλπ.

Το **πλύσιμο των χεριών** αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο προφύλαξης, από την αμφίδρομη μετάδοση λοιμογόνων παραγόντων και συνεστήθη από τον Ούγγρο γιατρό Semmelwess πριν από την ανακάλυψη των μικροβίων και των ιών.

Τα **γάντια** χρησιμοποιούνται για την αποφυγή έκθεσης του δέρματος, σε αίμα και σωματικά υγρά, είναι μιας χρήσης, δεν πλένονται, δεν ξαναχρησιμοποιούνται. Αφαιρούνται αμέσως μετά την έκθεση τους σε αίμα και τα χέρια πλένονται. Οι χειρουργοί χρησιμοποιούν διπλά και τριπλά γάντια κατά τις χειρουργικές επεμβάσεις HIV (+) ατόμων.

Πρόσθετες ιατρικές μπλούζες μιας χρήσεως ή πρόσθετες αδιάβροχες μπλούζες, προστατευτικά γυαλιά, μάσκες, ποδονάρια χρειάζονται στο χειρουργείο και όπου αλλού υπάρχει κίνδυνος εκτόξευσης (πιτσιλίσματος) αίματος, άλλου ιστού ή αιματηρού σωματικού υγρού. Τα παραπάνω δεν χρειάζονται για την εξέταση και περιποίηση των στεγνών αρρώστων με AIDS, στο εξωτερικό ιατρείο και το θάλαμο νοσηλείας. Για τους αρρώστους που δεν είναι στεγνοί, που έχουν πληγές, αίματα και εκκρίσεις και για τους αρρώστους σε διέγερση, θα πρέπει να λαμβάνονται ιδιαίτερες προφυλάξεις.

Τα εργαλεία μιας χρήσης: **Βελόνες, σύριγγες, χειρουργικά μαχαιρίδια,**

**ξυράφια**, μετά τη χρήση τους τοποθετούνται σε στεγανά ασφαλή κουτιά και καταστρέφονται σε κεντρικούς κλιβάνους. Οι προσπάθειες κάμψης, σπασίματος, τοποθέτησης των βελονών στις θήκες τους, έχουν ως αποτέλεσμα το τρύπημα και την παρεντερική έκθεση στο αίμα του αρρώστου, γι' αυτό και τα εργαλεία αυτά πετιούνται ως έχουν στα ειδικά κουτιά.

Τα εργαλεία που δεν είναι μιας χρήσης, πλένονται και απομακρύνεται από αυτά κάθε ορατή οργανική ουσία (αίμα, εκκρίσεις, άλλα σωματικά υγρά). Στη συνέχεια τοποθετούνται σε ειδικά αδιάβροχα, ασφαλή κουτιά και μεταφέρονται στους ειδικούς χώρους κεντρικής αποστείρωσης, όπου αποστειρώνονται σε αυτόκαυστο ή απολυμαίνονται με κατάλληλες χημικές ουσίες.

Το αίμα HIV θετικό (+), στο πάτωμα, στο κρεβάτι ή όπου αλλού, καθαρίζεται με ειδικό τρόπο και αφού παρθούν μέτρα προφύλαξης. Αφού φορεθούν μπλούζα, γάντια, μάσκα, γυαλιά ή και ποδονάρια, το πολύ αίμα απομακρύνεται με απορρόφηση με διηθητικό χαρτί, με βαμβάκι ή γάζα, που πετιούνται σε ειδικά αδιάβροχα δοχεία και ακολουθεί πλύσιμο με άφθονο νερό και σαπούνι ή απορρυπαντικό. Τέλος, ακολουθεί πλύσιμο με χλωρίνη ή αραιωμένο οινόπνευμα ή τοποθέτηση σε διάλυμα χλωρίνης.

Οι παρέχοντες τις όποιες ιατρικές, νοσηλευτικές υπηρεσίες με δερματικά νοσήματα, δερματικά τραύματα ή εγκαύματα, πρέπει να αποφεύγουν την έκθεση στο αίμα και τα σωματικά υγρά των αρρώστων με AIDS.

Ιδιαίτεροι θάλαμοι για την συνήθη νοσηλεία στεγνών αρρώστων με AIDS δεν χρειάζονται, εκτός αν στους ίδιους θαλάμους νοσηλεύονται άρρωστοι με ιατρογενή ανοσολογική ανεπάρκεια (χημειοθεραπεία), οπότε υπάρχει αμφίδρομος κίνδυνος μετάδοσης λοιμογόνων παραγόντων.

Ιδιαίτεροι θάλαμοι για την νοσηλεία αρρώστων με AIDS χρειάζονται όταν πάσχουν από μεταδοτικά νοσήματα (TBC), από διαρροϊκά ή αιμορραγικά σύνδρομα, αλλά και σε κάθε περίπτωση, εφόσον οι χώροι υγιεινής των νοσοκομείων έχουν υποβαθμισθεί.

Η παροχή τροφής, τα πιάτα και τα ποτήρια των αρρώστων, δεν ενέχουν κίνδυνο μετάδοσης του HIV.

### **Προφύλαξη – πρόληψη επαγγελματικής μετάδοσης του HIV**

Τα γενικά μέτρα προφύλαξης – έκθεσης στο HIV στηρίζονται στην υπόθεση πως το αίμα και τα σωματικά υγρά όλων των αρρώστων είναι μολυσματικά και επικίνδυνα για τη μετάδοση λοιμογόνων παραγόντων: HIV, HBV, HCV, σύφιλης,



CMV, EBV κλπ, είναι λάθος και δεν πρέπει να εφαρμόζεται. Με τη σήμανση του κινδύνου σε ορισμένα δείγματα, δημιουργείται η λάθος εντύπωση και ο εφησυχασμός πως τα δείγματα χωρίς σήμα κινδύνου είναι ασφαλή και ακίνδυνα. Επομένως για να γίνουν συνήθεια – συνείδηση τα απλά γενικά μέτρα προφύλαξης, θα πρέπει να τονίζεται διαρκώς ο γενικός και όχι ο μεμονωμένος κίνδυνος: Όλα τα δείγματα με αίμα και όλα τα σωματικά υγρά, είναι επικίνδυνα για τη μετάδοση του AIDS και θα πρέπει να τονίζεται διαρκώς ο γενικός και όχι ο μεμονωμένος κίνδυνος: Όλα τα δείγματα με αίμα και όλα τα αναγκαία μέτρα προφύλαξης κατά τη μεταφορά τους, κατά την επεξεργασία και τη μελέτη τους στα διάφορα εργαστήρια. Θα πρέπει να τονιστεί πως τα απλά μέτρα προφύλαξης – έκθεσης στο αίμα και στα σωματικά υγρά των αρρώστων δεν τηρούνται από μεγάλη αναλογία επαγγελματιών υγείας. Το τίμημα βέβαια είναι βαρύ, αφού μόνο από ηπατίτιδα πεθαίνουν περισσότεροι από 5000 γιατροί κάθε χρόνο σε παγκόσμιο επίπεδο.

Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί πως με τα μέτρα προφύλαξης μπορεί να ελαττωθούν κατά 50% οι περιπτώσεις παρεντερικής έκθεσης στο αίμα και να μηδενισθούν θεωρητικά οι περιπτώσεις έκθεσης των βλεννογόνων και του δέρματος στο αίμα και τα σωματικά υγρά.

Όμως επαγγελματικά ατυχήματα και περιπτώσεις παρεντερικής έκθεσης των βλεννογόνων σε αίμα μολυσμένο με HIV (αρρώστων με AIDS), θα εξακολουθούν να συμβαίνουν έστω και σε περιορισμένο αριθμό. Για το λόγο αυτό σε κάθε περιορισμένο αριθμό. Για το λόγο αυτό σε κάθε νοσοκομείο θα πρέπει να υπάρχουν και να τηρούνται οδηγίες αντιμετώπισης των περιπτώσεων επαγγελματικής έκθεσης στον HIV α) Αξιολόγηση τύπου έκθεσης στον HIV β) Αξιολόγηση του αρρώστου (δότη) με το αίμα του οποίου έγινε η επαγγελματική έκθεση, γ) Αξιολόγηση του επαγγελματία υγείας: γιατρός, νοσηλεύτης παρασκευαστής κ.λ.π. Η αξιολόγηση και ο ορισμός του τύπου έκθεσης, σε αίμα ή αιματηρά υγρά φαίνονται στον Πίνακα 22.2

Ο επαγγελματίας υγείας με μαζική, βέβαια και πιθανή παρεντερική έκθεση, πρέπει να αξιολογείται για τον κίνδυνο-πιθανότητα μετάδοσης, νόσησής του με HIV-λοίμωξη, αλλά και για τον κίνδυνο νόσησής του με ηπατίτιδα Β και C.

Ο άρρωστος (δότης), το αίμα του οποίου μόλυνε τον επαγγελματία υγείας, πρέπει να ενημερώνεται και με την συγκατάθεσή του να ελέγχεται για HIV-νόσο και ηπατίτιδα, για τις ανάγκες και μόνο της μελέτης – προφύλαξης από έκθεση και μετάδοση HIV-νόσου.

Ο επαγγελματίας υγείας, με μαζική, βέβαια ή πιθανή παρεντερική έκθεση σε

αίμα, αξιολογείται αμέσως (αρχικός έλεγχος) και μετά 6 εβδομάδες, 12, 24 εβδομάδες και μετά 1-χρόνο. Μετά την επαγγελματική του έκθεση, και σε όλο το χρόνο παρακολούθησης, θα πρέπει να αναφέρει κάθε οξεία νόσησή του και ιδιαίτερα τις πρώτες 6-12 εβδομάδες μετά την έκθεση, για να αποκλειστεί και κλινικά ο κίνδυνος ή μη μετάδοσης του HIV.

**Πίνακας 22.2.** Αξιολόγηση – ορισμός τύπου έκθεσης στο αίμα και τα σωματικά υγρά αρρώστου με HIV- λοίμωξης / AIDS

1. Μαζική παρεντερική έκθεση
  - α. Μετάγγιση αίματος, παραγόντων ή προϊόντων αίματος
  - β. Ένεση αίματος (IV ή IM) περισσότερο από 1ml ή άλλου υλικού που περιέχει μεγάλη ποσότητα HIV.
2. Βέβαια παρεντερική έκθεση
  - α. Τρύπημα βαθύ με βελόνα μολυσμένη με αίμα HIV+θετικό
  - β. ένεση μικρής ποσότητας αίματος ή σωματικού αιματηρού υγρού (ποσότητα<1ml)
  - γ. κόψιμο με εργαλείο μολυσμένο με αίμα HIV θετικό (+)
  - δ. κόψιμο με εργαλείο εμβολιασμένο με αίμα, αιματηρό υγρό (καλλιέργεια για HIV σε ερευνητικά εργαστήρια).
3. Πιθανή παρεντερική έκθεση
  - α. Επιφανειακό ή υποδόριο τρύπημα ή κόψιμο, με βελόνα ή μαχαιρίδιο μολυσμένο με αίμα.
  - β. κάκωση με βελόνα ή άλλο εργαλείο μολυσμένο με αίμα που δεν άφησε ορατό σημάδι λύσης συνέχειας στο δέρμα.
  - γ. Προϋπάρχουσα δερματική βλάβη: έγκαυμα, έκζεμα, τραύμα δέρματος και έκθεση του σε αίμα, ή έκθεση των βλεννογόνων σε αίμα.
4. Αμφίβολη παρεντερική έκθεση
  - α. Υποδόριος τραυματισμός με εργαλείο που έχει εκτεθεί σε μη μολυσματικά υγρά
  - β. έκθεση μη υγιούς δέρματος ή βλεννογόνου σε μη μολυσματικά υγρά
  - γ. Έκθεση υγιούς δέρματος σε αίμα

**Μολυσματικοί παράγοντες θεωρούνται:** Το αίμα, οι παράγοντες πήξης, του αίματος, το ENY, το περικαρδιακό, το πλευριτικό, το ασκитικό υγρό, τα αιματηρά υγρά του κόλπου, το σπέρμα, το αμνιακό υγρό και τα φλεγμονώδη υγρά (Πύο,

αρθρικό υγρό).

**Μη μολυσματικά υγρά:** Ιδρώτας, σίελος, δάκρυα, ούρα κ.λ.π.

## **β. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ (HBV) – ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C (HCV)**

Οι λοιμώξεις από τους ιούς της ηπατίτιδας Β-(HBV) και της ηπατίτιδας –C (HCV) είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες προβληματισμού της υγείας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς η τυχαία επαφή τους με βιολογικά υγρά, ως επί το πλείστον αίμα, χωρίς άμεσο τραυματισμό με αιχμηρό όργανο παρατηρήθηκε από ποσοστό 40,74%, ενώ άμεσος τραυματισμός παρατηρήθηκε σε ποσοστό 15,19%, (έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Κ.ΜΑΚΡΗ, Μ.ΚΟΥΤΡΗ, Δ.ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Θ.ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟ, Γ.ΔΕΔΕ, Γ.ΓΕΡΑΡΗ, Φ.ΚΥΡΙΤΣΗ, Γ.ΑΓΓΕΛΙΔΗ, Β.ΚΟΥΒΕΛΗΣ) «Μελέτη της αξίας του γενικευμένου προεγχειρητικού ελέγχου των ασθενών για την διαπίστωση φορέων των ιών HBV, HCV, HIV. Σύγκριση ορολογικών και μη ορολογικών μεθόδων.

Η ηπατίτιδα Β και η ηπατίτιδα C μεταδίδονται κυρίως με έκθεση σε μολυσμένο αίμα (π.χ. μεταγίσεις, μετάδοση από αμιχές που έρχονται σε επαφή με μολυσμένο αίμα, ή τραυματισμό από αιχμηρό αντικείμενο π.χ. βελόνα που έχει χρησιμοποιηθεί σε φορέα). Γίνεται παραδεκτό ότι απειροελάχιστες ποσότητες αίματος ή πλάσματος, μόλις 0,0004 ml, είναι αρκετές για την μετάδοση του νοσήματος. Το χαρακτηριστικό αυτό είναι βασικής σημασίας για την ιατρική και νοσηλευτική πράξη αφού αποτελεί ένα σημαντικό επαγγελματικό παράγοντα επικινδυνότητας, κατά τη διάρκεια της εργασίας τους από τους ιούς της ηπατίτιδας και ιδιαίτερα της ηπατίτιδας C αφού η ηπατίτιδα Β μπορεί πλέον να προληφθεί με εμβολιασμό.

**ΠΡΟΛΗΨΗ:** Πρωταρχικός παράγοντας πρόληψης είναι η καλή αποστείρωση των χειρουργικών εργαλείων, των συριγγών και βελόνων πολλαπλής χρήσεως όπου τυχόν υπάρχουν ακόμα και των αντικειμένων νοσηλείας. Προτιμότερη είναι η χρησιμοποίηση συριγγών και βελόνων μιας χρήσεως. Ο έλεγχος των τραπεζών αίματος και των μεθόδων παρασκευής παραγώγων του αίματος είναι βασικής σημασίας. Πολλές φορές κατά το παρελθόν έχει προταθεί ο προεγχειρητικός έλεγχος όλων των ασθενών που πρόκειται να υποστούν χειρουργική επέμβαση, όμως η σκοπιμότητα ενός τέτοιου ελέγχου έχει αμφισβητηθεί καθώς είναι πολύ πιθανό να μην αποκαλύψει φορείς.

Μικράς διάρκειας κάλυψη επιτυγχάνεται με τη χορήγηση άνοσων ορών

(οροπροφύλαξη). Έχει παρασκευαστεί στις ΗΠΑ και Γαλλία, προφυλακτικό εμβόλιο από αδρανοποιημένους ιούς εναντίον της ηπατίτιδας Β. Η παρεχόμενη από το εμβόλιο κάλυψη είναι πλήρης και μακροχρόνια. Εμβολιάζονται κυρίως άτομα υψηλού κινδύνου νοσήσεως από ηπατίτιδα τύπου Β. Από την Π.Ο.Υ. συνιστάται η γενικευμένη χρήση του εμβολίου, πράγμα που τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα ισχύει καθολικά. Τελευταίως (το 1991) έχει παρασκευασθεί και εμβόλιο από ανασυνδυσμένο DNA η χρήση του οποίου θα συμβάλλει στην καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου.

Σημαντικό μέσο προλήψεως είναι η υγειονομολογική διαφώτιση του Ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για τους τρόπους μεταδόσεως της νόσου εξαιτίας λάθος χειρισμών.

Ως μέτρα προφύλαξης συνιστάται τα παρακάτω:

- 1) Καθολικός εμβολιασμός του προσωπικού των Νοσοκομείων για την ηπατίτιδα Β.
- 2) Επίσης προτείνεται αντί οποιοδήποτε προεγχειρητικού ορολογικού ελέγχου των ασθενών να δοθεί έμφαση στο μη ορολογικό έλεγχο (ερωτηματολόγιο) αυτών που πρόκειται να χειρουργηθούν και προτείνουμε την υιοθέτηση των μέτρων που έχουν προτείνει οι Hospital Infection Society και οι Surgical Infection Study group της Μεγάλης Βρετανίας και τα οποία έχουν δημοσιευθεί στο περιοδικό British Medical journal στις 28/11/92. Συνοπτικά οι Βρετανοί προτείνουν.

1<sup>ov</sup> Σε περιοχές που ο επιπολασμός των λοιμώξεων αυτών είναι υψηλός (ξεπερνά το 5%) θα πρέπει να λαμβάνονται γενικευμένα προστατευτικά μέτρα είτε πρόκειται για προγραμματισμένο είτε για επείγον χειρουργείο.

2<sup>ov</sup> Σε περιοχές όπου ο τοπικός επιπολασμός αυτών των λοιμώξεων είναι χαμηλός εάν στο ατομικό ιστορικό του ασθενή αναγνωρισθεί υψηλός κίνδυνος ή ο ασθενής αυτός είναι γνωστός φορέας τότε υποχρεωτικά να ληφθούν αυστηρά προστατευτικά μέτρα.

3<sup>ov</sup> Εάν ο ασθενής πρόκειται να υποβληθεί σε επέμβαση που χαρακτηρίζεται εξαιρετικά δύσκολη (ορθοπεδική καρδιοχειρουργική, έγκαιμα) τότε θα πρέπει να ληφθούν απαραίτητων πλήρως προστατευτικά μέτρα ανεξάρτητα τοπικού επιπολασμού ή προσωπικού παραγόντων υψηλού κινδύνου του ασθενούς.

### **γ. ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΙΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ**

Η μηνιγγιτιδοκοκκική μηνιγγίτιδα (ή επιδημική) σε αντίθεση με τις άλλες μηνιγγίτιδες που οφείλονται σε κόκκους, βακτηρίδια και ιούς, προκαλείται από τον

μηνιγτιδόκκοκο. Είναι οξεία φλεγμονή των μηνίγγων του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού.

Εμφανίζεται με μορφή επιδημιών, συνήθως μικρής εκτάσεως. Οι επιδημίες μηνιγγίτιδας περιορίζονται συνήθως σε κλειστές πληθυσμιακές ομάδες που διαβιώνουν ομαδικά (στρατιώτες, μαθητές) όμως κατά την προσέλευση τους στο νοσοκομείο για νοσηλεία υπάρχει αυξημένος κίνδυνος επιμόλυνσης και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Η εποχιακή κατανομή της νόσου χαρακτηρίζεται από έξαρση προς τέλος του χειμώνα και την αρχή της άνοιξης.

**ΑΙΤΙΟ:** Η επιδημική εγκεφαλονωτιαία μηνιγγίτιδα οφείλεται στην Ναϊσερία την μηνιγτιδοκοκκική, κοινώς μηνιγτιδόκκοκο που είναι GRAM(-), αερόβιος διπλόκοκκος τα περισσότερα στελέχη του οποίου φέρουν έλυτρο.

**ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΕΩΣ:** γίνεται με τα μικροβιοβριθή σταγονίδια των μικροβιοφόρων. Οι μικροβιοφόροι είναι είτε αναρρωνύοντες είτε υγιείς ασυμπτωματικοί που είναι και οι πιο επικίνδυνοι, διότι αγνοούν την κατά στάσή τους, κυκλοφορούν ελεύθερα και διασπείρουν το μικρόβιο. Κατά τη διάρκεια επιδημιών το ποσοστό φορέας μπορεί να φτάσει έως 80%.

Η εκδήλωση της νόσου εξαρτάται και από αρκετούς προδιαθεσικούς παράγοντες, οι βασικότεροι των οποίων είναι ο υποσιτισμός, η καταβολή του οργανισμού και ψύξη.

Πύλη εισόδου είναι ο ρινοφάρυγγας απ' όπου ο μηνιγτιδόκκοκος φτάνει στις μήνιγγες του ΚΝΣ προκαλώντας φλεγμονή.

**ΠΡΟΛΗΨΗ:** Τα προληπτικά μέτρα για την μηνιγγίτιδα διακρίνονται σε ειδικά και γενικά.

Στα ειδικά μέτρα περιλαμβάνονται η απομόνωση του αρρώστου, η θεραπεία του και η προληπτική χορήγηση χημειοθεραπευτικών στα άτομα στενού περιβάλλοντος των ασθενών.

Συχνά χρήζει θεραπείας και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που ήρθε σε επαφή με τον άρρωστο. Προληπτικά χορηγούνται και σουλφαμίδες αλλά με σκεπτικισμό λόγω την ανθεκτικότητας που έχουν αποκτήσει προς αυτές αρκετά στελέχη μηνιγτιδόκκοκου. Προτιμότερη είναι η χορήγηση ριφαμικίνης.

Στα γενικά προληπτικά μέτρα ανήκουν η αποφυγή συνωστισμού και η καλή θρέψη ενώ για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό η χρήση μάσκας γαντιών και ρόμπας μιας χρήσεως.

Έχει παρασκευασθεί εμβόλιο εναντίον της νόσου που χρησιμοποιείται μόνο σε καιρό επιδημίας ή σε περιοχές με μεγάλη ενδημικότητα μηνιγγίτιδας.

#### **δ. ΟΞΕΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ**

Η οξεία ιογενής μηνιγγίτιδα προσβάλλει νεαρά άτομα κάτω των 30 ετών σε ποσοστό 90% και οι περισσότερες περιπτώσεις οφείλονται σε εντεροϊούς (πολυμυελίτιδας Echo, Coxsackie).

Η πιθανή παθογένεση της ιογενούς μηνιγγίτιδας ακολουθεί τα εξής στάδια:

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ:** χαρακτηρίζεται από πρόδρομο στάδιο παρόμοιο της γρίπης, ακολουθεί προσβολή του ΚΝΣ και:

- οπισθοβολβική ή μετωπιαία κεφαλαλγία
- λιγότερο συχνά φωτοφοβία, μυαλγίες, θωρακικό και κοιλιακό πόνο και τέλος αυχενική δυσκαμψία.

Το επίπεδο συνείδησης δεν επηρεάζεται σημαντικά και ο πυρετός κυμαίνεται μεταξύ 38-40<sup>0</sup>C.

Συνυπάρχει εξάνθημα κηλιδοβλατώδες, πετεχειώδες ή φυσαλιδώδες όταν η λοίμωξη οφείλεται σε εντεροϊούς (ECHO, Coxsackie). Ευμεγέθεις φυσαλίδες στο οπίσθιο τριτημόριο της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας συνήθως προκαλούνται από ιούς Coxsackie.

#### **ε. ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ**

Η φυματίωση είναι λοιμώδες νόσημα που προκαλείται κυρίως από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης. Η μετάδοση του νοσήματος γίνεται κύρια μέσω του αέρα, από τα σταγονίδια που εκπέμπονται από ανθρώπους που έχουν προσβληθεί από το βακτήριο, είτε νοσούν είτε είναι απλά φορείς.

Έτσι, άνθρωποι οι οποίοι βρίσκονται κοντά σε προσβεβλημένα άτομα, μπορούν να μολυνθούν από αυτούς όταν μιλούν, βήχουν ή φτερνίζονται ή ακόμα και

όταν αφαιρούν μολυσμένους ιστούς από αυτούς. προσβολή από το μυκοβακτηρίδιο δεν συνεπάγεται αυτόματη νόσηση και συχνά περνούν χρόνια ώσπου κάποιος να νοσήσει, εκτός αν συντρέξουν άλλα αίτια, όπως κακή ανοσοποιητική κατάσταση ή κακές συνθήκες διαβίωσης αναφορές που ισχυρίζονται ότι από αυτούς που θα μολυνθούν, ο 90-95% δεν θα παρουσιάσουν ποτέ συμπτώματα νόσου, ενώ οι υπόλοιποι θα παρουσιάσουν τη νόσο κάποια στιγμή στη ζωή τους.

Η νοσηλεία ασθενών που πάσχουν από μεταδοτικό νόσημα συνεπάγεται επαγγελματικό νόσημα για τους νοσηλευτές και τους γιατρούς που έρχονται κυρίως σε επαφή μαζί τους. Αυτό δεν ήταν πάντα προφανές, καθώς η θεώρηση της φυματίωσης ως επαγγελματικού κινδύνου άρχισε να γίνεται μετά τη δεκαετία του '50. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι οι πρώτες παρατηρήσεις για τη μεταδοτικότητα της νόσου από ασθενείς σε επαγγελματίες υγείας έγιναν σε νοσηλευτές και ακόμα και έρευνες του '30 αναφέρονται σε νοσηλευτές που νόσησαν λόγω της επαφής τους με ασθενείς με φυματίωση.

Κατόπιν όσο ο ρυθμός μείωσης της νόσου αυξανόταν, το ενδιαφέρον για τη φυματίωση ως επαγγελματικό νόσημα, έφθινε. Σήμερα, το ενδιαφέρον αυτό αναγεννιέται, ενώ προκύπτουν και άλλα ερωτήματα, όπως η μετάδοση της νόσου μεταξύ των ασθενών και τα μέτρα πρόληψης για την αποφυγή αυτών των φαινομένων αλλά και η αποφυγή μόλυνσης των μελών του προσωπικού από τους ασθενείς. Δεν είναι απίθανό στο μέλλον να μας απασχολήσουν θέματα όπως η προστασία των ασθενών από μέλη του προσωπικού που πάσχουν ή ακόμα και η μετάδοση της νόσου μεταξύ επαγγελματιών υγείας, για τα οποία ήδη αρχίζουν να διατυπώνονται ερωτήματα.

Επίσης ανησυχητικό είναι το φαινόμενο των ανθεκτικών στελεχών, το οποίο απαιτεί ορθολογική κρίση των φαρμάκων που ήδη υπάρχουν και τη χορήγηση του σωστού σχήματος.

Οι οδηγίες για την πρόληψη της φυματίωσης περιέχουν ιατρικό και τεχνικό μέρος.

Στο ιατρικό μέρος περιλαμβάνονται:

1. η επιδημιολογία, μετάδοση και παθογένεια της νόσου
2. στον έλεγχο των αρρώστων
3. στον έλεγχο των ατόμων με επαγγελματική έκθεση

4. στην αξιολόγηση, παρακολούθηση και προληπτική θεραπεία των μολυθέντων με ανθεκτικά στελέχη.

Στο τεχνικό μέρος οι οδηγίες αφορούν, τη δομή, της λειτουργικότητα των νοσοκομείων, εξωτερικών ιατρείων, εργαστηρίων και αυτό γιατί οι τεχνικές λειτουργίες για συστήματα αερισμού, εξαερισμού, κλιματισμού, φίλτρα παγίδευσης μικροοργανισμών δεν τηρούνται συνήθως στον τόπο μας. Δεν τηρούνται λόγω του τρόπου κατασκευής και παλαιότητας των νοσοκομείων αλλά και λόγω των συνεχών τροποποιήσεων για τη δημιουργία νέων χώρων.

Η πρόληψη σε γενικές γραμμές περιλαμβάνει την έγκαιρη διάγνωση, απομόνωση και αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση καθώς και την πρόληψη γένεσης μικροσταγονιδίων, πρόληψη διασποράς των αερομεταφερόμενων μικροσταγονιδίων από το γενικό σύστημα αερισμού.

Όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να υποβάλλονται σε αντίδραση Mantoux και αν ακόμα είναι αρνητικό να επαναξιολογούνται 12 εβδομάδες μετά τη λήξη επαφής τους με την πηγή. Επίσης άσχετα με το αποτέλεσμα της Mantoux, εάν προσωπικό παρουσιάσει συμπτώματα να υποβάλλεται σε πλήρη έλεγχο (α/α θώρακος, καλλιέργεια πτυέλων, αντιφυματική θεραπεία).

Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που φροντίζει αρρώστους με φυματίωση θα πρέπει να φοράει κατάλληλη προσωπίδα (εν ανάγκη απλή χειρουργική μάσκα), να υποβάλλονται ανά εξάμηνο σε Mantoux ή α/α θώρακα.

#### **στ. ΓΡΙΠΗ**

Πρόκειται για οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού που συχνά εμφανίζεται με επιδημίες. Εκδηλώνεται κυρίως με συστηματικά συμπτώματα, πυρετό, καταβολή, μυαλγίες και συμπτώματα από το αναπνευστικό.

Οφείλεται στον ορθομυξοϊό της Ινφλουέτζας, του οποίου διακρίνονται 3 αντιγονικοί τύποι Α, Β, και G, από τους οποίους μόνο οι τύποι Α και Β έχουν μέχρι σήμερα προκαλέσει επιδημίες.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό του ιού και της Ινφλουέντζας είναι ότι περιέχει τη γενετική του πληροφορία σε 8 διάκριτα τμήματα RNA, πράγμα που εξηγεί συχνούς γενετικούς συνδυασμούς του ιού.

Η πυρηνική πρωτεΐνη των ιών, καθώς οι γλυκοπρωτεϊνικές προεξοχές (Η και Ν) παρουσιάζουν αντιγονικές ιδιότητες. Τα επιφανειακά αντιγόνα Η και Ν παίζουν τον κύριο λόγο στις αντιγονικές μεταβολές του ιού, ενώ η πυρηνοπρωτεΐνη στο



εσωτερικό του ιού με την αιμοσυγκολλητίνη στο αναπνευστικό επιθηλιακό κύτταρο.

Η κλινική εικόνα είναι σχετικά ομοιογενής παρά τις αντιγονικές διαφορές που παρουσιάζουν τα διάφορα στελέχη του ιού. Η εισβολή μπορεί να είναι και απότομη και αρχικά χαρακτηρίζεται από γενικά συστηματικά συμπτώματα όπως πυρετό, κακουχία, μυαλγίες, κεφαλαλγία και εμέτους. Παράλληλα εμφανίζονται τα συμπτώματα από το αναπνευστικό με βήχα, φαρυγγίτιδα (πόνος στην κατάποση), αρχικά ξηρότητα του ρινικού βλεννογόνου και στη συνέχεια ρινόρροια.

Η εμφάνιση της πνευμονίας αποτελεί τη συχνότερη και βαρύτερη επιπλοκή. Εμφανίζεται σε ποσοστό μέχρι 40% σε ηλικιωμένα άνω των 70 ετών άτομα.

Υποψία βακτηριδιακής πνευμονίας εγείρεται όταν ο άρρωστος με γρίπη μετά 2 έως τρία 24ωρα βελτιώσεως επανεμφανίζει πυρετό, βήχα, απόχρεμψη και επιδείνωση της κλινικής του εικόνας. Η αιτιολογία της πνευμονίας συχνά μπορεί να ανιχνευθεί με την κατά Gram χρώση των πτυέλων.

Εκτός της πνευμονίας το σύνδρομο Reyes αποτελεί σοβαρή επιπλοκή της Ινφλουένζας συχνότερα τύπου Β. προσβάλλει παιδιά ηλικίας 2-16 ετών.

Επίσης η μυοσίτιδα είναι η συχνότερη από τις έξω πνευμονικές επιπλοκές της γρίπης. Χαρακτηρίζεται από έντονο πόνο των μυών, που γίνονται εξαιρετικά ευαίσθητοι ακόμα και στην απλή επαφή. Συχνότερα προσβάλλει τους μυς των κάτω άκρων.

Η αντιμετώπιση της επιδημίας της γρίπης απαιτεί πρώτα-πρώτα εμβολιασμό των ευπαθών ατόμων. Σε άτομα αυτής της κατηγορίας που έχουν έλθει ήδη σε επαφή με τον ιό συνιστάται προφυλακτική χορήγηση αμαντίνης ή ριμανταδίνης.

Επίσης σε εκδήλωση επιδημίας γρίπης ή αναμονή επιδημίας το νοσηλευτικό – ιατρικό προσωπικό του προσωπικού πρέπει να εμβολιασθεί. Να γίνει όσο αυτό είναι δυνατόν απομόνωση των νεοεισαγόμενων κρουσμάτων και αναστολή των χειρουργικών επεμβάσεων (εκτός από τα επείγοντα).

## **2. ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

### **α. ΚΙΡΣΟΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ.**

Η συγκεκριμένη πάθηση περιγράφεται πρώτη φορά από τον Ιπποκράτη το 500 π.Χ. Οι κίρσοι των κάτω άκρων σχηματίζονται λόγω της αύξησεως της διαμέτρου και του

μήκους των φλεβών, ώστε αυτές να παίρνουν την χαρακτηριστική οφιοειδή πάθηση. Περίπου το 17% των ενηλίκων πάσχουν από τη συγκεκριμένη πάθηση.

Οι κίρσοι μπορεί να είναι πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς. Γενικά οι πρωτοπαθείς κίρσοι εμφανίζονται χωρίς εμφανή αιτιολογικό παράγοντα όμως συχνά τα κυριότερα αίτια είναι η κληρονομικότητα, ενδοκρινή αίτια και το σημαντικότερο αίτιο είναι η ορθοστασία από μακρό χρονικό διάστημα.

Η ορθοστασία είναι χαρακτηριστικός επαγγελματικός παράγοντας κυρίως των νοσηλευτών αλλά και των γιατρών που συντελεί στην εμφάνιση της νόσου.

Η κλινική εικόνα μπορεί να ποικίλει. Ασθενείς με εκτεταμένους κίρσους μπορεί να μην αναφέρουν ενοχλήματα ενώ άλλοι με περιορισμένη ευρύτητα κίρσων να αναφέρουν συμπτώματα όπως αυξημένη μυϊκή κόπωση, πόνο και αίσθημα τάσεως στα άκρα, υπέρχρωση δέρματος λόγω εξαγγειώσεως αίματος, σκλήρυνση υποδορίου ιστού, εκζεματική δερματίτιδα και τέλος εξελκώσεις.

Οι κυριότερες επιπλοκές των κίρσων των κάτω άκρων είναι η φλεβική θρόμβωση, η ρήξη των κίρσων, η χρόνια φλεβική ανεπάρκεια.

Η θεραπεία συνίσταται από συντηρητική αγωγή όταν οι κίρσοι είναι μικρής εκτάσεως ενώ σε κίρσους μεγάλης έκτασης συνίσταται χειρουργική θεραπεία. Η συντηρητική αγωγή περιλαμβάνει ανάπαυση και ανύψωση του σκέλους καθώς και εφαρμογή ελαστικού επιδέσμου ή επικυνημίδας. Γενικότερα συνίσταται η προληπτική εφαρμογή ειδικών καλσόν κατά την διάρκεια της εργασίας (ορθοστασίας).

## **β. ΘΡΟΜΒΟΦΛΕΒΙΤΙΔΑ.**

Με τον όρο θρομβοφλεβίτιδα εννοούμε τη δημιουργία θρόμβου εντός του φλεβικού συστήματος αλλά και τη συνύπαρξη φλεγμονής επί του φλεβικού τοιχώματος.

Οι κυριότερες αιτίες είναι η αλλοίωση του επιθηλίου των φλεβών, η αύξηση της πηκτικότητας και η επιβράδυνση της κυκλοφορίας λόγω στάσης.

Η κλινική εικόνα της νόσου διακρίνεται σε γενικά συμπτώματα και τοπικά συμπτώματα.

Στα γενικά συμπτώματα ανήκουν η αύξηση της θερμοκρασίας, ταχυκαρδία και αίσθημα δυσφορίας.

Στα τοπικά συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται το άλγος, το οίδημα, η αύξηση θερμοκρασίας του μέλους, η μεταβολή της χροιάς του δέρματος και η ωχρότητα ή η κυάνωση.

Συνήθης επιπλοκές είναι η πνευμονική εμβολή, η χρόνια φλεβική ανεπάρκεια, γάγγραινα, σηψαιμία.

Η θεραπεία διακρίνεται σε συντηρητική και χειρουργική. Η συντηρητική περιλαμβάνει ακινητοποίηση του μέλους, ανάρροπη θέση του μέλους έως 20° περίπου, επίδεση του μέλους με ελαστικό επίδεσμο ή κάλτσα και φαρμακευτική αγωγή με αναλγητικά, αντιφλογιστικά, αντιπηκτικά ινωδολυτικά και αντιφλεγμονώδη.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### **ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

#### **α. ΑΥΧΕΝΑΛΓΙΑ.**

Ο πόνος στον αυχένα είναι ένα συχνό σύμπτωμα. Αποτελεί εκδήλωση πολλών παθήσεων που έχουν σχέση με τους μυς, τους μεσοσπονδύλιους δίσκους, τους συνδέσμους, τα νεύρα, τα αγγεία καθώς και το νωτιαίο μυελό. Διάσταση των μυών και των συνδέσμων της ΑΜΣΣ από κακή θέση της κεφαλής κατά τον ύπνο ή υπερβολικές κινήσεις κατά την ημέρα σε άτομα άνω των 30 ή 40 ετών με εκφυλιστικές αλλοιώσεις είναι συχνά αίτια αυχεναλγίας. Ο πόνος στις περιπτώσεις αυτές είναι τοπικός, δεν αντανακλά στα άνω άκρα και κλινικά υπάρχει μυϊκός σπασμός, τοπική ευαισθησία στη πίεση και περιορισμός της κινητικότητας της αυχενικής μοίρας της ΣΣ.

Οι ακτινογραφίες δεν δείχνουν συνήθως παθολογικές αλλοιώσεις ή μπορεί να δείξουν στένωση του μεσοσπονδύλιου διαστήματος στο επίπεδο Α5-Α6 ή και σχηματισμό μικρών οστεοφύτων, ευρήματα συχνά σε άτομα άνω των 40 ετών, που κατά κανόνα δεν είναι η αιτία αυχεναλγίας.

Η θεραπεία περιλαμβάνει ανάπαυση, τοπική εφαρμογή θερμών ή και ψυχρών επιθεμάτων, τοπικές μαλάξεις, αυχενικό περιλαίμιο (κολάρο), αντιφλεγμονώδη φάρμακα και σπανιότερα έλξεις.

#### **β. ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ.**

Οσφυαλγία σημαίνει πόνος στη μέση και είναι το πιο συχνό σύμπτωμα μετά την κεφαλαλγία. Από τα άτομα που πέρασαν τα 30 τους χρόνια 80% θα παρουσιάσουν σε κάποια περίοδο της ζωής τους κρίση οσφυαλγίας που θα τους καθηλώσει για λίγες ή πολλές μέρες στο κρεβάτι. Οι συχνότερες απουσίες από την εργασία και οι περισσότερες ημεραργίες οφείλονται σε οσφυαλγία.

Σύμφωνα μάλιστα με το 21<sup>ο</sup> Πανελλήνιο συνέδριο, στη «μελέτη των παραγόντων που συμβάλλουν στην εκδήλωση της επαγγελματικής οσφυαλγίας στο νοσηλευτικό προσωπικό» ειπώθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό προσβάλλεται κατά ένα μεγάλο ποσοστό από οσφυαλγία και μάλιστα φαίνεται ότι ο επιπολασμός της οσφυαλγίας είναι υψηλότερος στα «βαριά» τμήματα του νοσοκομείου.

Το νοσηλευτικό προσωπικό λόγω των ιδιαίτερων καθηκόντων του, δηλαδή η ανύψωση ασθενούς στο κρεβάτι, μεταφορά ασθενούς έξω από το κρεβάτι, μεταφορά

κρεβατιών, μεταφορά ασθενούς στο φορείο και μεταφορά εξοπλισμού βάρους τουλάχιστον 15 κιλών, αποτελούν παράγοντες κινδύνου.

### **γ. ΣΤΕΝΩΤΙΚΗ ΤΕΝΟΝΤΟΕΛΥΤΡΙΤΙΑΔΑ ΤΟΥ DE QUERVAIN**

Η πάθηση παρουσιάζεται συνήθως σε άτομα ηλικίας 30-50 ετών που κάνουν υπερβολική χρήση του χεριού, ιδιαίτερα γυναίκες σε αναλογία 10:1.

Οφείλεται σε πίεση των τενόντων του βραχύ εκτείνοντα του μακρού απαγωγού του αντίχειρα, αντίστοιχα προς τη στυλοειδή απόφυση της κερκίδας από πάχυνση του κοινού τους ελύτρου.

Οι ασθενείς παραπονούνται για πόνο στο κερκιδικό χείλος της πηχεοκαρπικής και τον αντίχειρα καθώς και αδυναμία κατά τη σύλληψη και συγκράτηση αντικειμένων. Συνυπάρχει τοπική ευαισθησία κατά την πίεση και συχνά μικρή διόγκωση αισθητή μετά από ψηλάφηση.

Κατά την ωλένια απόκλιση του καρπού και του αντίχειρα καθώς και την έκταση ή απαγωγή του αντίχειρα με αντίσταση, ο πόνος αυξάνεται χαρακτηριστικά.

Ο ακτινολογικός έλεγχος συνήθως δεν αποκαλύπτει αλλοιώσεις από την κερκίδα.

Η θεραπεία είναι χειρουργική. Μπορεί όμως να είναι και συντηρητική με 2-3 τοπικές εγχύσεις κορτικοειδών ή ακινητοποίηση.

### **δ. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΠΙΑΔΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ**

Το σύνδρομο αυτό αποτελεί το πιο συχνό αίτιο πόνου στο χέρι. Ο καρπιαίος σωλήνας είναι οστεοϊνώδης και σχηματίζεται από τον εγκάρσιο σύνδεσμο του καρπού και τον πρώτο στοίχο των οσταρίων του καρπού. Ο χώρος αυτός καταλαμβάνεται εξολοκλήρου από το μέσο νεύρο και τους καμπτήρες τένοντες των δακτύλων του χεριού, έτσι ώστε οποιοδήποτε αίτιο ελαττώσει τη χωρητικότητα του.

Ένα αίτιο είναι οι μικροτραυματισμοί σε άτομα που η εργασία τους απαιτεί επαναλαμβανόμενες βίαιες κάμψεις και εκτάσεις δακτύλων και πηχεοκαρπικής.

Εμφανίζεται σε άτομα 50-60 ετών και είναι 5 φορές συχνότερο σε γυναίκες παρά σε άνδρες.

**Κλινική εικόνα:** χαρακτηριστικά συμπτώματα της πάθησης είναι ο πόνος στον καρπό και μούδιασμα ή μυρμηδίσματα στην παλαμιαία επιφάνεια των τριών πρώτων δακτύλων του χεριού και το μισό του παράμεσου δακτύλου (δερματική

κατανομή μέσου νεύρου).

Τα ενοχλήματα αυτά είναι εντονότερα τη νύχτα. Ο πόνος μερικές φορές αντανακλά στον αγκώνα ή το βραχίονα. Όταν η πάθηση μείνει για μακρό διάστημα χωρίς θεραπεία τότε προστίθεται μυϊκή αδυναμία του αντίχειρα, πράγμα που δυσκολεύει τις λεπτές κινήσεις του χεριού και τη συγκράτηση μικρών αντικειμένων.

**Θεραπεία:** Στα αρχικά στάδια μπορεί να εφαρμοστεί συντηρητική θεραπεία με έγχυση ξυλοκαΐνης και ενός κορτικοειδούς στο χώρο κάτω από τον εγκάρσιο σύνδεσμο και ακινητοποίηση με νάρθηκα. Αν τα συμπτώματα δεν υποχωρήσουν γίνεται χειρουργική επέμβαση.

#### **ε. ΚΗΛΗ ΜΕΣΟΣΠΟΝΔΥΛΙΟΥ ΔΙΣΚΟΥ (δισκοπάθεια ή δισκοκοίλη)**

Η οσφυϊκή δισκοκήλη είναι συχνή σε νέα και μέσης ηλικίας άτομα εκδηλώνεται με πόνο στη μέση και αντανακλά κατά κανόνα στο ένα σκέλος και οφείλεται σε πίεση των ριζών των νεύρων από μεσοσπονδύλιο δίσκο. Συχνά προκαλεί οσφυαλγία ή και οσφυισχιαλγία.

Εκλυτικό παράγοντα της δισκοκήλης αποτελεί ο έμμεσος τραυματισμός όπως π.χ. το σήκωμα βάρους, μετακίνηση βαριών αντικειμένων, το ανασήκωμα ενός παιδιού. Αρκετά συχνά δεν βρίσκεται τραυματισμός που να συσχετίζεται ενώ άλλοτε πάλι η αφορμή φαίνεται ασήμαντη επειδή οι περισσότεροι δεν γνωρίζουν ότι η πίεση που ασκείται στο μεσοσπονδύλιο δίσκο δεν είναι ίση αλλά πολύ μεγαλύτερη από το βάρος που σηκώνουμε.

**Κλινική εικόνα:** ισχυρός πόνος στη μέση ύστερα από σήκωμα βάρους ή απότομη κίνηση είτε τοπικός (οσφυαλγία) είτε με αντανάκλαση στο ένα σκέλος (ισχιαλγία). Άλλοτε ο πόνος αρχίζει από τη γάμπα ή το μηρό και αντανακλά στη μέση.

**Θεραπεία:** Είναι κυρίως συντηρητική και κατά δεύτερο λόγο χειρουργική. Η συντηρητική περιλαμβάνει αυστηρή κατά κλίση σε σκληρό στρώμα θερμοφόρα στη μέση και φαρμακευτική αγωγή με: αναλγητικά (Lonarid, Apotel, Ponstan, Depon), μυοχαλαρωτικά (Rabaxin) συνδυασμό αναλγητικών – μυοχαλαρωτικών (Myscoril Norgesic) αντιφλεγμονώδη (ασπιρίνη, voltaren), βιταμίνες συμπλέγματος B<sub>1</sub>, B<sub>12</sub>.

## **2. ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

### **α. ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ**

Αλλεργίες στο φυσικό λάστιχο (π.χ. εξεταστικά και χειρουργικά γάντια)

Σύμφωνα με τον ειδικό αλλεργιολόγο Ιωάννη Γαλατά (Διευθυντής αλλεργιολογικού τμήματος 401 ΓΣΝΑ), τα προϊόντα τα οποία περιέχουν φυσικό λάστιχο μπορούν να προκαλέσουν δύο (2) διαφορετικούς τύπους αλλεργικών αντιδράσεων.

Ο πρώτος (όψιμη υπερευαισθησία τύπου IV) επιτελείται με τη μεσολάβηση ειδικών κυττάρων του αμυντικού συστήματος του οργανισμού. Στις κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνονται η ερυθρότητα, το οίδημα, οι βλατίδες ή το έκζεμα που εκδηλώνονται 4 ως 48 ώρες ύστερα από την επαφή με το αλλεργιογόνο.

Στην περίπτωση των συσκευών από λάστιχο, οι αντιδράσεις τύπου IV επάγονται από τα χημικά πρόσθετα τα οποία προστίθενται κατά τη χημική επεξεργασία του λάστιχου. Οι αντιδράσεις τύπου IV πρέπει να διακριθούν από τις ερεθιστικές αντιδράσεις, με τις οποίες στενά προσομοιάζουν. Οι τελευταίες αντιπροσωπεύουν στην πραγματικότητα βλάβη των κυττάρων του δέρματος η οποία δεν επέρχεται με τη μεσολάβηση του ανοσιακού συστήματος.

Στα δερματικά συμπτώματα περιλαμβάνονται η γενίκευση ή εντοπισμένη κνίδωση, η δερματίτιδα, το μη ειδικό αίσθημα καψίματος και ο κνησμός. Η καλύτερη θεραπεία είναι η πλήρης αποφυγή του αλλεργιογόνου σε συνδυασμό με την ενημέρωση του ασθενούς περί των πιθανών πηγών εκθέσεως στο λάστιχο. Έχει επίσης προταθεί το τριπλό πλύσιμο των γαντιών με το οποίο επιτυγχάνεται ελάττωση των περιεχομένων αλλεργιογόνων κατά αρκετές χιλιάδες φορές, με παράλληλη αποστείρωση σε ατμό προς ελάττωση των περιεχομένων πρωτεϊνών σε μη ανιχνεύσιμα επίπεδα και της αλλεργιογονικότητας, τουλάχιστον κατά 7 φορές. Για την πρόληψη ή την ελαχιστοποίηση των αντιδράσεων σε ασθενείς και εργαζόμενους με αλλεργία στο λάστιχο έχει προταθεί η προθεραπεία με κορτικοστεροειδή H<sub>1</sub> και H<sub>2</sub> – αντι-ισταμινικά και εφεδρίνη.

Είναι όμως τα προϊόντα από βινύλιο ή συνθετικό λάστιχο ασφαλή για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό;

Από το Μάρτιο του 1991, FDA επέβαλε «τη δοκιμασία ύδατος» σε όλα τα εξεταστικά και χειρουργικά γάντια. Η δοκιμασία αυτή βασίζεται στη πλήρωση του γαντιού με 1000ml ύδατος και τον έλεγχο για διαφυγή ύδατος από αυτά. Επί του παρόντος τα όρια είναι 4% για τα εξεταστικά και 2,5% για τα χειρουργικά γάντια. Βάσει των υπάρχουσών μελετών, τα γάντια από βινύλιο είναι περισσότερο διαπερατά από το αίμα και το ύδωρ σε σύγκριση με τα λαστιχένια γάντια. Κατά συνέπεια, η αποφυγή των τρυπημάτων από βελόνες, ο σχολαστικός καθαρισμός και η άριστη υγιεινή του δέρματος αποτελούν καθοριστικούς φραγμούς της μετάδοσης των ιών.

### **β. ΤΟΞΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ.**

Το 80% περίπου των περιπτώσεων της εξ' επαφής, δερματίτιδας οφείλεται σε τοξική δερματίτιδα εξ' επαφής.

Η τοξική δερματίτιδα εξ' επαφής είναι η συνηθέστερη επαγγελματική νόσος. Σημαντικό τμήμα του ιατρικού είναι τα επαγγελματικά καθήκοντα του ασθενούς.

Οι άνθρωποι με επαγγέλματα που περιλαμβάνουν συχνή διαβροχή των χεριών, όπως είναι η παρασκευή τροφίμων, τα νοσηλευτικά και ιατρικά επαγγέλματα, η φροντίδα των παιδιών και η κομμωτική, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης τοξικής δερματίτιδας εξ' επαφής. Συνήθεις ερεθιστικοί παράγοντες είναι τα απορρυπαντικά, τα οξέα, οι βάσεις, τα έλαια, οι οργανικοί διαλύτες, οι οξειδωτικοί και οι αναγωγικοί παράγοντες και το νερό.

Στις περισσότερες περιπτώσεις προσβάλλονται οι άκρες χείρες, οι βλάβες μπορεί να αφορούν και την ραχιαία και την παλαμιαία επιφάνεια των χεριών. Η τυπική κλινική εικόνα περιλαμβάνει την εμφάνιση ερυθήματος, ξηρότητας, επώδυνων ρωγμών ή σχισμών και απολέπισης. Συχνά συμπτώματα είναι η ευαισθησία και το αίσθημα καύσης εντονότερου από τον κνησμό.

### **Αντιμετώπιση.**

Η εξέλιξη προς μια χρόνια τοξική δερματίτιδα εξ' επαφής μπορεί να προληφθεί με την έγκαιρη διάγνωση τη θεραπεία και τα κατάλληλα μέτρα πρόληψης πρέπει να μειώνονται οι εναλλαγές διαβροχής και στεγνώματος από δραστηριότητες όπως το επανειλημμένο πλύσιμο των χεριών. Η χρήση βαμβακερών γαντιών κάτω από τα λαστιχένια γάντια μειώνει τη συχνότητα του πλυσίματος των χεριών σε επαγγέλματα που απαιτούν τη διαβροχή των χεριών. Πρέπει επίσης να χρησιμοποιείται το ηπιότερο δυνατό σαπούνι και στις περιπτώσεις που είναι εφικτό να μην χρησιμοποιείται καθόλου σαπούνι.

Όταν τα χέρια εκτίθενται σε ειδικούς διαλύτες ή χημικές ουσίες, πρέπει να φοριούνται κατάλληλα προστατευτικά γάντια.

Είναι σημαντικό ακόμα να εφαρμόζεται συχνά στο δέρμα κάποια απλή μαλακτική ουσία όπως βαζελίνη ή η Aquaphor.

Στην περίπτωση τοξικής δερματίτιδας των άκρων χειρών, η τοπική εφαρμογή μιας αλοιφής ενός μετρίως έως πολύ ισχυρού στεροειδούς δύο φορές ημερησίως για αρκετές εβδομάδες μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση του ερυθήματος, του κνησμού, του οιδήματος και της ευαισθησίας.

### **γ. ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ.**

Η αλλεργική δερματίτιδα είναι μια αντίδραση επιβραδυνόμενης υπερευαισθησίας η οποία εκδηλώνεται ως εκζεματική δερματίτιδα.

Οι συνήθεις αιτίες αλλεργικής αντίδρασης αυτού του τύπου, είναι:

1. το νικέλιο,
2. οι προσθετικές ουσίες που χρησιμοποιούνται σε ελαστικά τμήματα προϊόντων όπως τα γάντια,



3. τα συντηρητικά που περιέχονται σε προϊόντα με βάση το νερό, όπως είδη τουαλέτας, καλλυντικά και ψυκτικά υγρά,
4. οι αρωματικές ύλες και τα πρόσθετα αρωματικά,
5. οι χρωστικές,
6. τα τοπικά σκευάσματα.

Απαραίτητη λοιπόν προϋπόθεση για την υποχώρηση της δερματίτιδας είναι η αποφυγή της έκθεσης στο αλλεργιογόνο. Είναι πολύ σημαντικό να εντοπίσουμε την υπεύθυνη ουσία. Αν η αιτία δεν είναι εμφανής, ο ασθενής πρέπει να αρχίσει θεραπεία και να προγραμματίζονται περαιτέρω έλεγχος και επιδερμικές δοκιμασίες. Επίσης να εφαρμόζεται τοπικά ένα κορτικοστεροειδές δύο φορές ημερησίως για δύο εβδομάδες.

## **δ. ΛΟΙΜΩΔΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

### **ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΟ ΚΗΡΙΟ**

Το μολυσματικό κηρίο είναι μια συνήθης λοίμωξη που ενδεχόμενα να μεταδοθεί το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Οφείλεται σε στρεπτόκοκκους, σταφυλόκοκκους ή σε μικτή μόλυνση και από τις δύο αυτές μορφές βακτηρίων. Μπορεί να εμφανιστεί μετά από μικροτραυματισμούς του δέρματος.

Οι βλάβες μπορεί να είναι εντοπισμένες ή διάχυτες. Παρατηρούνται φυσαλίδες ή φλύκταινες, οι οποίες ρήγνυνται καταλείποντας μια εξέρυθρη, υγρώσουσα βάση.

### **ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.**

#### **ΚΟΙΝΕΣ ΜΥΡΜΗΚΙΕΣ.**

Πρόκειται για καλοήγη υπερπλασία των κυττάρων της επιδερμίδας, που οφείλεται σε λοίμωξη από τον ανθρώπινο ιό των θηλωμάτων.

Η μετάδοση γίνεται με απλή επαφή, ενώ συχνά η προσβληθείσα περιοχή παρουσιάζει λύση της συνέχειας του δέρματος ή εκδορές. Οι βλάβες διασπείρονται με αυτενοφθαλμισμό.

Αρχικά εμφανίζονται βλατίδες σε υπερπλαστικές βλάβες γκρίζου – καφέ χρώματος.

Αρχικά εμφανίζονται στα χέρια, πέριξ των ονύχων, τους αγκώνες, τα πέλματα και τα γόνατα.

## **ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ**

Πρόκειται για λοίμωξη του δέρματος που διασπείρεται με αυτενοφθαλμισμό και μεταδίδεται από άτομο σε άτομο με άμεση επαφή.

Ο υπεύθυνος ιός ανήκει στους ευλογοϊούς. Οι βλάβες προσβάλλουν διαφορετικές περιοχές ανάλογα με την ηλικία, είναι ασυμπτωματικές και συνοδεύονται από ευαισθησία και κνησμό.

Αρχικά εμφανίζεται στίλβουσα βλατίδα και με την πάροδο του χρόνου αποκτά μαλθακότερη σύσταση.

Ιδιαίτερα συχνός είναι ο αυτενοφθαλμισμός του ιού στη περιοφθαλμική χώρα.

## **ΑΠΛΟΣ ΕΡΠΗΣ.**

Η λοίμωξη αυτή οφείλεται σε δύο διαφορετικούς τύπους του ιού. Στον τύπο 1 και τον τύπο 2. Μπορεί να προσβάλει οποιαδήποτε περιοχή του σώματος όμως συχνότερος είναι ο επιχείλιος έρπητας.

Μεταδίδεται είτε με αναπνευστικά σταγονίδια είτε από άμεση επαφή με ενεργές βλάβες ή σωματικά υγρά όπως ο σίελος και οι τραχηλικές εκκρίσεις ασυμπτωματικών ατόμων.

Πρόδρομα συμπτώματα είναι εντοπισμένο άλγος, κεφαλαλγία, μυαλγίες, πυρετός, λεμφαδενοπάθεια.

Το εξάνθημα αναπτύσσεται ως ομάδες φυσαλίδων.

## **5. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.**

Πολύ συχνά το Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αναφέρει οφθαλμολογικά προβλήματα εξαιτίας της δουλειάς του. η παροχή φροντίδας στους ασθενείς ελλοχεύει κινδύνους για τους οφθαλμούς εξαιτίας λοιμωδών παραγόντων ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που εξαιτίας κάποιου λανθασμένου χειρισμού μπορεί να προκληθεί τραυματισμός από κάποιο ξένο σώμα ή επαφή με το μάτι κάποιας βλαβερής χημικής ουσίας έως και έγκαυμα από χημικές ουσίες.

Επίσης πολύ συχνά Νοσηλευτές και Ιατροί ταλαιπωρούνται από αλλεργίες των οφθαλμών εξαιτίας των υλικών που χρησιμοποιούν και μπορεί να έρθουν σε επαφή με το βλέφαρο ή τον επιπεφυκότα.

Πιο συγκεκριμένα θα αναλύσουμε μερικές από τις πιο βασικές κατηγορίες οφθαλμικών προβλημάτων:

### **A. ΝΟΣΟΓΟΝΑ ΑΙΤΙΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ – ΕΜΒΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.**

Ο οφθαλμός και κυρίως ο βολβός και ο κερατοειδής είναι σχετικά εκτεθειμένος σε διάφορους μικροοργανισμούς με πιο συχνούς:

- την ψευδομονάδα (σε φέροντες φακούς επαφής)
- τα διάφορα είδη σταφυλόκοκκων (σε επιπεφυκίτιδες και κερατίτιδες), στρεπτόκοκκων.
- Σε ιούς, κυρίως τον έρπητα (με την ειδική μορφή κερατίτιδας, τη δευδριτική)
- Σε αδενοϊούς, μύκητες γλαμύδια.

Σ' αυτούς τους λοιμογόνους παράγοντες το επιθήλιο του επιπεφυκότα αποτελεί τροποντινά ένα φραγμό όμως με τη χρήση κολλυρίων (ιδίως κορτιζονούχων) αλλάζει η χλωρίδα, προκαλούνται λύσεις συνέχειας ή μειώνεται η αντίσταση των ιών αυτών και διεισδύουν πιο εύκολα οι μικροοργανισμοί. Ορισμένα μικρόβια όπως ο γονόκοκκος διασπούν την προστατευμένη ανοσοφαιρίνη IgA ή

εκκρίνουν ισχυρές τοξίνες όπως κορυνοβακτηρίδιο της διφθερίτιδας, μπορούν να διεισδύσουν στον κερατοειδή και χωρίς λύση του επιθηλίου αυτού.

Από τη στιγμή όμως που θα διεισδύσουν τα μικρόβια ή τα προϊόντα τους στον κερατοειδή ενεργοποιείται η φλεγμονώδης αντίδραση.

Οι πιο συχνές φλεγμονώδεις εκδηλώσεις στα μάτια από λοιμογόνα είναι κυρίως οι επιπεφυκίτιδες, η αμφιβληστροειδίτιδα, οι βλεφαρίτιδες και λιγότερο συχνές αλλά πιο επικίνδυνες οι κερατίτιδες ή πιο βύθιες φλεγμονές (έλκη κερατοειδούς μπορεί τελικά να οδηγήσουν σε βαριά βύθια φλεγμονή την ενδοφθαλμίτιδα.

#### **α. ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ.**

Η φλεγμονή του βλεννογόνου του οφθαλμού (που καλύπτει εσωτερικά τα βλέφαρα και εξωτερικά το βολβό μέχρι τον κερατοειδή) – του επιπεφυκότα είναι πολύ συχνή. Αυτό γιατί ο βλεννογόνος είναι εκτεθειμένος και προσιτός σε πολλά νοσογόνα αίτια.

Τους επιπεφυκότες συνήθως προσβάλλουν βακτήρια (ο σταφυλόκοκκος, ο πνευμονιόκοκκος και διάφορα είδη αιμοφίλων), ιοί (αδενοϊοί, απλού έρπητα) και χλαμύδια. Η παθολογία των επιπεφυκώτων συνήθως εκδηλώνεται με υπεραιμία (κοκκίνισμα ματιών δηλαδή της περιοχής του επιπεφυκότα), που όταν συνοδεύεται και με εκκρίσεις (βλενώδεις, βλεννοηνώδεις) ή μικρές υπεργέρσεις (θηλές ή θυλάκια) συνηγορεί για την επιπεφυκίτιδα.

#### **β. ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΙΤΙΔΑ.**

Ο αμφιβληστροειδής φλεγμαίνει σχετικά σπάνια από αίτια (λοιμώδεις παράγοντες) που μεταφέρονται σ' αυτόν μέσω αγγείων ή δευτερογενώς, κυρίως από

τον χοριοειδή (οπότε έχουμε χοριομφιβληστροειδίτιδα) από ιριδοκυκλίτιδα ή από βαριά φλεγμονή του υαλοειδούς (ενδοφθαλμίτιδα).

Αμφιβληστροειδίτιδα μπορεί να έχουμε από μυκητιασική προσβολή *Candida*, από ιούς (ιούς του έρπητα, ιό Epstein Barr), από τοξόπλασμα ενώ παλαιότερα αναφέρονται η σύφιλη και η φυματίωση.

### **γ. ΚΕΡΑΤΙΤΙΔΑ.**

Ο μηχανισμός πρόκλησης κερατίτιδων ιδίως από λοιμώδεις παράγοντες (βακτήρια, μύκητες, ιούς) είναι ίδιος και περιλαμβάνει: απώλεια επιθηλίου → διείσδυση των μικροοργανισμών → καταστροφή ιστού → νέκρωση. Οι κύριες εκδηλώσεις των κερατίτιδων είναι οι βλάβες του επιθηλίου, το οίδημα στο επιθήλιο, αγγείωση και τελικά διαταραχή της διαφάνειας του κερατοειδούς.

Μια κερατίτιδα συχνά οδηγεί σε έλκος κερατοειδούς. Ένα συχνό έλκος που έχει αρχικά τη μορφή δένδρου (γι' αυτό ονομάζεται δενδριτική) είναι η ερπητική κερατίτιδα που οφείλεται στον ιό του απλού έρπητα.

Όταν αυτή η πληγή με τη νέκρωση εξελίσσεται και χρονίζει στο κερατοειδή συνοδεύεται και με «υπόπτου» (δηλαδή πίσω από τον κερατοειδή θα δούμε πύο) και τότε μιλούμε για έλκος με υπόπτου.

Πρόκειται για σοβαρή βαριά φλεγμονή του κερατοειδούς που οφείλεται σε πνευμονιόκοκκο, ψευδομονάδα ή μύκητες.

### **δ. ΒΛΕΦΑΡΙΤΙΔΑ.**

Πολύ συχνές είναι οι φλεγμονές του ελεύθερου χείλους (άκρα) των βλεφάρων, οι καλούμενες βλεφαρίτιδες. Προκαλούνται από σταφυλόκοκκο, είδη *Moraxella*, *Pityrosporum ovale*.

Συνήθως παρουσιάζονται με υπεραίμια, μικρά λεπτά λέπια ή ακόμη πιο σοβαρές αλλοιώσεις όπως μικροελκώσεις στην περιοχή των βλεφαρίδων.

Για τη θεραπεία της συνίσταται χρήση παιδικού σαμπουάν για τον καθαρισμό των βλεφαρίδων με κλειστά βλέφαρα.

### **ε. ΕΝΔΟΦΘΑΜΙΤΙΔΑ**

Η ενδοφθαμίτιδα είναι βαριά φλεγμονή του υαλοειδούς που προκαλείται από σταφυλόκοκκο, στρεπτόκοκκο, ψευδομονάδα, βακίλους, μύκητες.

Αφού είδαμε τις πιο συχνές παθήσεις των οφθαλμών από λοιμώδεις παράγοντες, θα κάνουμε μια σύντομη αναφορά στα είδη των μικροοργανισμών που προσβάλλουν το μάτι. Αυτά είναι οι σπειροχαίτες, τα χλαμύδια και οι ρικέτιες, τα πρωτόζωα (τοξόπλασμα), βακτήρια (σταφυλόκοκκο, πνευμονιόκοκκο, ψευδομονάδα, στρεπτόκοκκο, μυκοβακτήρια (της φυματίωσης) από μύκητες.

Για την προστασία του Ιατρονοσηλευτικού προσωπικού συνίσταται επιμελές πλύσιμο των χεριών και λήψη όλων των μέτρων προφύλαξης (γάντια κλπ) και επίσης να αποφεύγουν την επαφή των χεριών τους με το πρόσωπο ή τα μάτια (π.χ. ξύσιμο, τρίψιμο) κατά τη διάρκεια της εργασίας και εάν δεν έχουν πλυθεί καλά με αντισηπτικό σαπούνι.

## **B. ΜΗ ΕΜΒΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Στους μη έμβιους παράγοντες που μπορεί να βλάψουν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ανήκουν τα τραύματα από ξένο σώμα, τα χημικά εγκαύματα σε περίπτωση που από ατύχημα έρθει σε επαφή με το μάτι μια βλαβερή ουσία.

### **α. ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΑΠΟ ΞΕΝΟ ΣΩΜΑ.**

Πολύ συχνά κατά την άσκηση των καθηκόντων τους, ιατροί και νοσηλευτές τραυματίζονται από ξένα σώματα (π.χ. πέταγμα γυαλιού από σπάσιμο αμπούλας φαρμάκου, ή άλλα υλικά) οπότε έχουμε διείσδυση ή έμπαση ξένου σώματος κυρίως εξωτερικά στο μάτι. Αν αυτό δεν είχε μεγάλη δύναμη και ενέργεια, μπορεί να ανιχνευτεί αναστρέφοντας το βλέφαρο οπότε το αφαιρούμε προσεκτικά.

Μπορεί το ξένο σώμα να προσβάλλει τον κερατοειδή οπότε το μάτι δεν μπορεί να ανοίξει και προκαλείται έντονος και ενοχλητικός πόνος. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να προσέχουμε στην αφαίρεσή του, αφού έχουμε αναισθητοποιήσει με κολλύριο τον κερατοειδή, για να μην προξενήσουμε μεγαλύτερη ζημιά.

Βαθιά και διαμεπρή τραύματα χρήζουν χειρουργικής επέμβασης.

## **β. ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ ΧΗΜΙΚΑ**

Τα χημικά εγκαύματα μπορεί να προκληθούν κυρίως από βάσεις αν ο εργαζόμενος από λάθος χειρισμό εκτοξεύσει χημική ουσία στα μάτια του.

Το σπουδαιότερο για την αντιμετώπισή τους είναι η άμεση πλύση ή απομάκρυνση ή εξουδετέρωση της καυστικής ουσίας. Γενικά η πλύση θεωρείται αρκετή όταν γίνει αρκετή ώρα (τουλάχιστον πάνω από 20 λεπτά). Ορισμένοι συνιστούν πλύση για 48 ώρες με ένα σωλήνα που σταθεροποιείται στο βλέφαρο και ρίχνει συνέχεια υγρό στα κολπώματα του επιπεφυκότα.

Δεν χρησιμοποιούμε εξουδετερωτικά των αλκαλίων ή άλλων χημικών ουσιών, αλλά μόνο συχνές πλύσεις με φυσιολογικό ορό.

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Δεν είναι καθόλου σπάνιο κατά την εργασία των ιατρών και νοσηλευτών να έρθουν σε επαφή τα μάτια τους με αίμα εξαιτίας λάθους χειρισμών. Για το λόγο αυτό συνίσταται ιδίως σε όσους εργάζονται στο χειρουργείο και στο τμήμα επειγόντων περιστατικών να φοράνε προστατευτικά γυαλιά.

Αν παρόλα αυτά ένας εργαζόμενος έρθει σε επαφή με αίμα, συνιστάνται πλύσεις με τον τρόπο που αναφέρεται παραπάνω.

## **6. ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ**

Όπως είναι γνωστό, στο χώρο του νοσοκομείου χρησιμοποιούνται ακτινοβολίες (ηλεκτρομαγνητικές) για ποικίλους ιατρικούς σκοπούς, ακτινοδιαγνωστικούς ή ακτινοθεραπευτικούς. Έτσι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

αναπόφευκτα δέχεται ποσά ακτινοβολίας που μπορεί να έχουν βλαπτική επίδραση για τον οργανισμό τους.

Η ακτινοβολία σε μικρές δόσεις δεν είναι βλαπτική, όμως σε μεγάλη συσσώρευση μπορεί να είναι έως και θανατηφόρα αφού έχει αθροιστική δράση εάν κάποιος εκτίθεται για πολλούς μήνες ή χρόνια.

Οι βλαπτικές επιδράσεις των ακτινοβολιών είναι αποτέλεσμα του ιοντισμού της ύλης και συνίσταται σε βιοχημικές μεταβολές σημαντικών μορίων μέσα στο βιολογικό υλικό.

Στην Ακτινοδιαγνωστική έχουν τεθεί ορισμένα κατώτερα όρια έκθεσης, που θεωρούνται ως ανεκτά και δεν πρέπει να τα υπερβαίνουμε. Τα όρια της επιτρεπτής δόσης θέτονται από Διεθνείς ή Εθνικές Επιτροπές Ακτινοπροστασίας και μετρώνται με τη μονάδα rontgen (R) και φτάνει 5Rem το χρόνο σε ασχολούμενους επαγγελματικά με τις ακτίνες.

Οι βλαπτικές επιδράσεις των ακτινών είναι σωματικές, δηλαδή αφορούν κύτταρα και ιστούς του σώματος και γενετικές και αφορούν τα γενετικά κύτταρα.

Οι σωματικές βλάβες μπορεί να είναι τοπικές ή γενικές. Οι τοπικές περιλαμβάνουν το ερύθημα ή μεγαλύτερα εγκαύματα στο δέρμα και αφορούν κυρίως τους χρήστες ακτινοβολίας και όχι το προσωπικό.

Όσον αφορά τις γενικές επιδράσεις, πολύ λίγες έχουν αποδειχθεί στον άνθρωπο. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η συχνότητα λευχαιμίας είναι μεγαλύτερη σε ακτινολόγους σε σύγκριση με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

Οι γενετικές επιδράσεις συνοψίζονται στη δημιουργία μεταλλάξεων. Ο αριθμός μεταλλάξεων είναι ανάλογος προς τη δόση ανεξάρτητα της έντασης ή του χρόνου ανάμεσα στις εκθέσεις.

Υπάρχουν στη διάθεση των ακτινολόγων μια σειρά από ειδικά μέτρα για περιορισμό της ακτινοβόλησης τόσο του αρρώστου όσο και του προσωπικού ή των γύρω χώρων.

Ο μόλυβδος απορροφά σε μικρά ακόμα πάχη μεγάλη ποσότητα ακτινών. Με βάση την υφισταμένη νομοθεσία καλύπτονται οι τοίχοι και το πάτωμα με φύλλα μολύβδου πάχους 0,5 – 2 χλστ. Τα μοντέρνα ακτινολογικά μηχανήματα έχουν ενσωματωμένα εξαρτήματα για προφύλαξη. Το χειριστήριο βρίσκεται πίσω από ειδικό προφυλαγμένο τοίχωμα με άνοιγμα για την οπτική επαφή με τον άρρωστο που καλύπτεται από μολυβδύελο. Το κάθισμα του ακτινολόγου καλύπτεται επίσης με φύλλο μολύβδου ή μολυβδούχο ελαστικό.



Στο εμπόριο υπάρχουν πολλά προφυλακτικά εξαρτήματα, όπως ποδιές ή γάντια από μολυβδόχο ελαστικό, κομμάτια του ίδιου υλικού για εκλεκτική κάλυψη τμημάτων του σώματος, ώστε να ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος από τις ακτινοβολίες.

## **Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο   5<sup>ο</sup>**

### **ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

#### **1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

##### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Προκειμένου να μπορέσουμε να κατανοήσουμε, να εμβαθύνουμε και να βρούμε αποτελεσματικότερες λύσεις σχετικά με το θέμα που μας απασχολεί, είναι αναγκαίο να αναλύσουμε αρχικά την έννοια του «stress» (έννοια, επιπτώσεις γενικά και ειδικά, κόστος κ.α.).

##### **ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ – ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ – ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΟΥΣ ΑΙΩΝΕΣ.**

Το άγχος (stress) αποτελεί ένα παγκόσμιο ψυχολογικό αλλά και ψυχοπαθολογικό φαινόμενο, επειδή σαν επιδημία εισδύει στην ψυχή εκατομμυρίων ανθρώπων. Πρόκειται για ένα σπουδαίο – ιδιαίτερα κατά τις τελευταίες δεκαετίες – ιδιαίτερα κατά τις τελευταίες δεκαετίες – παγκόσμιο φαινόμενο που ενδιαφέρει όχι μόνο την ψυχιατρική και όλη την ιατρική, αλλά και τη ζωή όλης της ανθρωπότητας.

Περιπτώσεις άγχους έχουν παρατηρηθεί και σε παλαιότερες εποχές. Ο Επίκουρος χαρακτηρίζει τις ψυχικές αυτές καταστάσεις που παρατηρήθηκαν σε ευρεία κλίμακα στην εποχή του, με τους όρους «τάραχος ταίς ανθρωπίνους ψυχαίς», «τάραχος» «φόβος». Το κλειδί λοιπόν βρίσκεται ανάμεσα στο πρόσωπο και στον περιβάλλοντα κόσμο. Η έννοια «Augst» για τους Γερμανόφωνους λαούς συνιστά τον τρόμο και ένα σκοτεινό προαίσθημα. Για τους Αγγλοσάξονες η έννοια «Auxiety» αποτελεί μια δυσάρεστη κατάσταση φόβου, ενώ για τους Γαλλόφωνους οι έννοια «Auxiete» δηλώνει άτομο ανίκανο μπροστά σε έναν ακαθόριστο κίνδυνο.

Το stress λοιπόν δεν είναι κάτι καινούριο στη ζωή μας. οι καιροί όμως που ζούμε είναι ασυνήθιστοι. Εντείνονται στις αρνητικές επιπτώσεις του «stress» στον άνθρωπο και κάνοντας επιτακτική την βαθύτερη ενασχόλησή μας μ' αυτό. υπάρχει ένα καινούριο κύμα αλλαγών, ένας άνεμος που ψιθυρίζει παντού στον πλανήτη – μερικές φορές απαλός και πράος και άλλοτε δυνατός και ανελέητος. Ο άνεμος αυτός αποτελεί πρόκληση για όλο τον πλανήτη και όλα τα πλάσματα που ζουν επάνω σ' αυτόν. Το περιβάλλον, οι αξίες, οι ανάγκες αλλάζουν συνεχώς. - Ανεργία, αυτοματισμός, πληθωρισμός (πρόωρη συνταξιοδότηση), ανταγωνισμός, ανασφάλεια στην εργασία και τη ζωή γενικότερα - . Κρίση των αξιών της οικογένειας, της φιλίας, των ευγενών συναισθημάτων (αγάπη, συντροφικότητα, αλληλεγγύη, συναδελφικότητα, κ.α.).

Οι ασθενείς λοιπόν βρίσκονται σε ανοδική πορεία: καρκίνος, AIDS, «νέοι» ιοί, ασθένειες της στεφανιαίας κλπ.

Το περιβάλλον λοιπόν αλλάζει και εμείς ζώντας και αποτελώντας μέρος αυτού, είναι απαραίτητο να αλλάξουμε, έτσι ώστε να διατηρήσουμε την ισορροπία και να επιβιώσουμε. Οτιδήποτε όμως προϋποθέτει αλλαγή, ακολουθείται αναπόφευκτα και από άγχος. Υποχρεωόμαστε να έρθουμε αντιμέτωποι με τις επιπτώσεις του stress παντού γύρω μας και δεν μπορούμε να προσποιηθούμε ότι δεν υπάρχουν. Είναι σαν να περπατάμε σε τεντωμένο σχοινί από τη μία μέρα στην άλλη.

Τι ακριβώς είναι το stress;

## **ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΟΡΟΥ «STRESS».**

## **ΕΤΥΜΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΛΕΞΗΣ**

Η λέξη καταρχήν δεν είναι ελληνική και θα βοηθούσε στη κατανόησή της να εξετάσουμε την προέλευσή της. Η λέξη προήλθε από τα αρχαία Γαλλικά (distress) και σήμαινε το να βρίσκεται κανείς σε στενότητα, σε καταπίεση. Από 'κει πέρασε στην Αγγλική γλώσσα ως distress και με τη χρήση έγινε stress. Στη γλώσσα αυτή η λέξη έχει πολλές σημασίες: πίεση, ένταση, άγχος. Η ελληνική γλώσσα, δανείστηκε τη λέξη από τα αγγλικά και τη χρησιμοποιεί με τη σημασία της ψυχολογικής πίεσης.

## **ΟΡΙΣΜΟΣ.**

Σύμφωνα με τον Fontana, «το stress είναι μια απαίτηση πάνω στις προσαρμοστικές δυνατότητες του πνεύματος και του σώματος». Στη διατριβή της Τζωράκη με τον όρο άγχος - stress, «εννοούνται οι συνθήκες του περιβάλλοντος που παράγουν συναισθήματα μη άνεσης και έντασης, καθώς αυτά τα θεωρεί κανείς απειλητικά, καταπιεστικά ή ότι ξεπερνούν τις δυνατότητες κάποιου να τα χειριστεί». Τέλος η Adams (στο βιβλίο της «stress») αναφέρει το «stress» ως τη δυναμική – δημιουργική δύναμη που μας ενεργοποιεί – μας κάνει να στεκόμαστε, να τρέχουμε, να μιλάμε, να κλαίμε, να δουλεύουμε κ.α. Είναι η δύναμη, που έλκει και απωθεί και βέβαια αυτή είναι η θετική πλευρά του «stress», καθώς ο όρος δεν είναι μονοδιάστατος.

## **ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ.**

Ο ορισμός του stress μας δίνει να καταλάβουμε ότι δεν είναι αποκλειστικά αρνητικό συναίσθημα. Ενδέχεται να είναι και καλό και κακό. Από τη μία πλευρά λοιπόν το stress είναι δυνατόν να παράγει μια ποικιλία αρνητικών αντιδράσεων (τις οποίες θα εξετάσουμε διεξοδικά σε επόμενο κεφάλαιο) με ιδιαίτερες επιπτώσεις για τη σωματική και πνευματική μας υγεία. Ενώ όταν οι δυνατότητές μας μπορούν να ανταποκριθούν στις διάφορες απαιτήσεις του περιβάλλοντος, τότε το «stress» μας ενεργοποιεί και είναι ευπρόσδεκτο και χρήσιμο.

## **Stress: ΦΥΣΙΚΟ ΚΟΜΜΑΤΙ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΥΠΟΣΤΑΣΗΣ.**

Το stress λοιπόν είναι ένα φυσικό και αναπόφευκτο χαρακτηριστικό της ζωής. στις υπό ανάπτυξη κοινότητες, οι στρεσογόνοι παράγοντες σχετίζονται κυρίως με την ανάγκη για βιολογική επιβίωση, για παράδειγμα, την εύρεση τροφής, στέγης ή ασφάλειας ή την εξασφάλιση ενός συντρόφου για τη συνέχιση του είδους. Στους αναπτυγμένους πολιτισμούς (ειδικά αυτούς του δυτικού κόσμου) οι στρεσογόνοι παράγοντες σχετίζονται λιγότερο με τους βασικούς μηχανισμούς επιβίωσης και περισσότερο με την κοινωνική επιτυχία, με το όλο και υψηλότερο επίπεδο ζωής και την ικανοποίηση των προσδοκιών των άλλων, αλλά και των δικών μας. είναι συζητήσιμο βέβαια, το κατά πόσο οι σύγχρονοι «μη φυσικοί» στρεσογόνοι παράγοντες μας πιέζουν περισσότερο από αυτούς που αντιμετωπίζαμε παλαιότερα.

Το γεγονός πάντως είναι ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες αποτελούν φυσικό κομμάτι της ανθρώπινης υπόστασης, ώστε ακόμα και όταν δεν εμφανίζονται από μόνοι τους, καταφέρνουμε να τους επινοούμε εμείς. Το πιο απλό παράδειγμα – σε ατομικό επίπεδο – είναι ο τρόπος που τοποθετούμε τον εαυτό μας σε κατάσταση πίεσης αφήνοντας τις δουλειές μας για την τελευταία στιγμή. Όχι μόνο τις δυσάρεστες ασχολίες αλλά και τις ευχάριστες. Φαίνεται, ότι πολλοί από εμάς αποδίδουμε καλύτερα, όταν βρισκόμαστε υπό πίεση. Πρέπει βέβαια να τονίσουμε για ακόμη μία φορά, πως η πίεση αυτή πρέπει να είναι ελεγχόμενη και να μην αισθανόμαστε μονίμως, για τι τότε οπωσδήποτε θα υποστούμε τις αρνητικές συνέπειες του stress. Όταν όμως το stress είναι ελεγχόμενο, τότε αποτελεί δυναμική δημιουργική δύναμη.

## **ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΥ STRESS.**

Η λέξη «stress» έχει γίνει της μόδας και θεωρείται όρος, που αφορά το συγκινησιακό επίπεδο. Εμφανίζεται αφειδώς στις εφημερίδες, τα περιοδικά, τα έντυπα, τα βιβλία, τα εκπαιδευτικά προγράμματα και μαθήματα, στην τηλεόραση, στα ιατρεία, στις επιχειρήσεις και στη βιομηχανία.

Όλες οι ιατρικές ειδικότητες αντιμετωπίζουν καθημερινά αμέτρητες περιπτώσεις stress. Το stress έχει γίνει ο αποδιοπομπαίος τράγος, η ομπρέλα που καλύπτει πληθώρα προβληματικών καταστάσεων. Όμως, αποτελεί επίσης ένδειξη

επιτυχίας. Γενικά, αυτό που προκαλεί άγχος είναι το stress που ανθυγιεινό, δυσάρεστο, συνεχές και υπερβολικό. Οι γιατροί αναφέρουν, πως περίπου το 50% με 75% των ασθενειών και των ατυχημάτων προέρχονται από το stress.

Στη κοινωνία μας, το κόστος του stress συνοδεύεται συχνά από οικονομικούς όρους, και πολλά χρήματα διατίθενται για τη θεραπεία ασθενειών οι οποίες οφείλονται σ' αυτό:

α. κόστος στη βιομηχανία εξαιτίας της απώλειας εργατοωρών, των απουσιών, της περιορισμένης παραγωγικότητας, καθώς και των αυξημένων εξόδων ασφάλισης και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

β. έρευνα για τα αίτια και τα αποτελέσματα του stress.

γ. θεραπεία και φροντίδα ανθρώπων, που υποφέρουν από σχετικές ασθένειες.

Το παράδοξο συμπέρασμα που προκύπτει, είναι πως τελικά το stress εξασφαλίζει εργασία σε πολλές ειδικότητες και κυρίως στους ανθρώπους που εργάζονται στο νοσοκομείο. Παραταύτα το κόστος είναι τεράστιο σε όλα τα επίπεδα με σωματική, ψυχολογική και συναισθηματική επιδείνωση και εντέλει καταστροφή.

## **ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ STRESS.**

Οι συνέπειες του stress διακρίνονται σε οργανικές και ψυχολογικές. Με δεδομένο ότι το πνεύμα και το σώμα αλληλοεπηρεάζονται, δεν μπορούμε να τις απομονώσουμε, ούτε να τις διακρίνουμε σε σημαντικές και μη. Η παρακάτω σύντομη ανάλυση έχει σαν σκοπό να μας βοηθήσει να καταλάβουμε καλύτερα τον βαθμό στον οποίο επηρεάζεται η σωματική και ψυχική υγεία μας από το stress.

### **A. ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ.**

Οποιαδήποτε αντίδραση του σώματος στο stress είναι χρήσιμη. Προετοιμάζει το σώματα να απαντήσει στις προκλήσεις που αντιμετωπίζει είτε με μαχητικό τρόπο, είτε με στρατηγική αποχώρηση. Αυτή η αντίδραση μάχης ή αποχώρηση συντελείται

στο **επίπεδο του** αυτόνομου νευρικού συστήματος. Δηλαδή, δεν οφείλεται σε δική μας συνειδητή επιλογή μέσω του κεντρικού νευρικού συστήματος, αλλά συντελείται αυτόματα. Ο οργανισμός αναγνωρίζει μόνος του την ανάγκη να αντιδράσει και το κάνει χωρίς να χρειάζεται να του το πούμε εμείς. Στη πορεία αυτής της αντίδρασης συμβαίνουν στο σώμα μια σειρά φαινόμενα, από τα οποία το καθένα έχει συγκεκριμένο ρόλο στην προετοιμασία του οργανισμού μας για να ανταποκριθεί στην πρόκληση. Το πρόβλημα είναι, όμως, ότι το καθένα από τα φαινόμενα αυτά μπορεί να προκαλέσει βλάβη στον οργανισμό αν συνεχιστεί για πολύ. Προορίζονται από τη φύση τους ως άμεσες, βραχυπρόθεσμες αντιδράσεις, προγραμματισμένες να σταματήσουν, αρχίζουν να έχουν αντίστροφα αποτελέσματα. Τα φαινόμενα αυτά είναι τα ακόλουθα (τα χωρίζουμε σε τέσσερις ομάδες, στην ουσία όμως αλληλοσυνδέονται):

- Έκκριση αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης από τα επινεφρίδια στο αίμα.  
Αυτές ενεργούν ως ισχυρά διεγερτικά – επιτυγχάνουν τα αντανακλαστικά, αυξάνουν τον καρδιακό παλμό και την πίεση, ανεβάζουν τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα και προκαλούν αλλαγές στο μεταβολισμό του σώματος. Το αποτέλεσμα είναι η βελτίωση των βραχυπρόθεσμων ικανοτήτων και της επίδοσης, καθώς μεταφέρεται περισσότερο αίμα στους μυς και τους πνεύμονες, η αύξηση της παροχής ενέργειας και η όξυνση των αντιδράσεων.
- Έκκριση των ορμονών του θυρεοειδούς από το θυρεοειδή αδένιο στο αίμα (επιτάχυνση του μεταβολισμού και αύξηση ενέργειας)
- Έκκριση χοληστερόλης από το συκώτι στο αίμα κ.α. (ακόμη μεγαλύτερη αύξηση ενέργειας).

#### **ΑΛΛΕΣ ΒΟΗΘΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΣΤΟ STRESS.**

- Διαταραχές στη λειτουργία του πεπτικού συστήματος
- Δερματική αντίδραση (χλώμιασμα)
- Διόγκωση των διόδων αέρα των πνευμόνων.

## **ΒΟΗΘΗΤΙΚΑ ΜΕΣΑ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ.**

(Δυνάμεις που εξαλείφουν οποιεσδήποτε ανεπιθύμητες αποσπάσεις)

- Έκκριση ενδορφινών από τον υποθάλαμο στο αίμα

(Φυσικά αναλγητικά)

- Οι αισθήσεις οξύνονται και βελτιώνεται η πνευματική επίδοση
- Η παραγωγή της σεξουαλικής ορμόνης μειώνεται

(βοηθά στην συγκέντρωση).

## **ΑΜΥΝΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ.**

- Τα αιμοφόρα αγγεία συστέλλονται και το αίμα γίνεται παχύρρευστο, ώστε να επιβραδυνθεί η ροή και να επιταχυνθεί η πήξη του σε περίπτωση τραυματισμού.
- Ανατριχίλες, γέλιο, κλάμα, χαχανητό, διάρροια, ναυτία, εμετός, σφίξιμο μυών, χασμουρητό και ύγραση ματιών, διακοπή αναπνοής, δάγκωμα νυχιών, κόμπος στο λαιμό, διαστολή της κόρης των ματιών μούδιασμα των άκρων.

## **ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Ημικρανίες, ανικανότητα, κόπωση, λιποθυμίες, συχνή ούρηση, γενική αδυναμία, νευρώσεις, κ.α.

## **B. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ STRESS.**

Οι επιβλαβείς αυτές συνέπειες (όπως και οι οργανικές ποικίλλουν από άτομο σε άτομο. Έχουν χωριστεί – σύμφωνα με τον Fontana στο βιβλίο του το «Άγχος» - σε συνέπειες, που αφορούν τα συναισθήματα και την προσωπικότητα (συναισθηματικές

συνέπειες), σε συνέπειες που αφορούν τη γνώση και τη σκέψη (γνωστικές) και σε συνέπειες που αφορούν εξίσου γνωστικούς και συναισθηματικούς παράγοντες (γενικές συμπεριφορικές συνέπειες). Και οι τρεις βέβαια υποδιαίρεσεις αλληλοεπικαλύπτονται.

### **ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟΥ STRESS.**

- Μειώνεται η διάρκεια της συγκέντρωσης και της προσοχής και αυξάνεται η πιθανότητα διάσπασής της
- Εξασθενούν η βραχυπρόθεσμη και η μακροπρόθεσμη μνήμη
- Η ταχύτητα αντίδρασης γίνεται απρόβλεπτη
- Εξασθενούν οι δυνατότητες οργάνωσης και μακροπρόθεσμου προγραμματισμού
- Αυξάνονται οι ψευδαισθήσεις και οι διαταραχές της σκέψης.

### **ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ STRESS.**

- Αυξάνονται οι οργανικές και ψυχολογικές εντάσεις
- Αυξάνεται η υποχονδρία
- Συντελούνται στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και αυξάνονται τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα αυτής.
- Εξασθενούν οι ηθικοί και συναισθηματικοί περιορισμοί
- Εξαφανίζεται κατάθλιψη και αισθήματα αδυναμίας.
- Πέφτει ραγδαία η αυτοεκτίμηση
- Αυξάνουν τα προβλήματα λόγου
- Η επίδραση φαρμάκων ή ναρκωτικών αυξάνεται
- Τα επίπεδα ενέργειας είναι χαμηλά
- Η ενεργητικότητα μειώνεται ή παρουσιάζει καθημερινές διακυμάνσεις χωρίς εμφανή αίτια
- Ο ύπνος διαταράσσεται
- Παρουσιάζονται δυσκολίες στον ύπνο (δηλαδή το άτομο δυσκολεύεται να ανταποκριθεί ή να κοιμηθεί πάνω από τέσσερις ώρες συνέχεια).



- Αυξάνει η κυνική διάθεση απέναντι στους πελάτες ή συναδέλφους.
- Εμφανίζεται στο άτομο η τάση να μεταθέτει τα σφάλματά του στους άλλους: «Τι μπορείς να κάνεις με τέτοιους ανθρώπους;» «Θα ξαναέχουμε τα ίδια σε μερικούς μήνες», «Κανείς δεν ενδιαφέρεται εκτός από μένα».
- Αναπτύσσεται αδιαφορία για τις νέες πληροφορίες.
- Απορρίπτονται νέοι κανονισμοί και πληροφορίες ακόμη και όταν έχουν μεγάλη χρησιμότητα: «Είμαι πολύ πνιγμένος για να ασχοληθώ με τέτοια πράγματα»
- Οι υπευθυνότητες μετατίθενται σε άλλους.
- Αυξάνει η τάση του ατόμου για νέες οριοθετήσεις, με στόχο την αποφυγή των δύσκολων και δυσάρεστων καθηκόντων από τον τομέα ευθύνης του.
- Τα προβλήματα λύνονται σε όλο και περισσότερο επιφανειακό επίπεδο.
- Υιοθετούνται βραχυπρόθεσμες λύσεις, «μπαλώματα». Εγκαταλείπονται οι προσπάθειες για ριζική επίλυση ή διευθέτηση ενός προβλήματος. Σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρείται πλήρης εγκατάλειψη.
- Εμφανίζονται τύποι παράδοξης συμπεριφοράς
- Εμφανίζονται παράξενες χειρονομίες, απρόβλεπτη και αχαρακτήριστη συμπεριφορά
- Εμφάνιση απειλών αυτοκτονίας.
- Ακούγονται φράσεις, όπως «να τελειώσουν όλα», «δεν έχει νόημα να συνεχίσω».

#### ΑΜΕΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ

- Βουβαμάρα, πνευματική αναποτελεσματικότητα, επιθετικότητα, αγωνία, σύγχυση, αμνησία, πανικός, υπεκφυγή, βλέμμα στο κενό, «απόδραση» από τον κίνδυνο, κοινωνική φοβία, ανασφάλεια, τρόμος, αδυναμία.

#### **ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

- Εκνευρισμός, υπερβολικό άγχος και ανησυχία για μέλλον, υπερβολική καχυποψία, κατάθλιψη και ενοχές για το παρελθόν, φόβος απόρριψης και έλλειψη αυτοπεποίθησης, αίσθηση ανικανότητας, φόβος μοναξιάς, απομόνωση και

εσωστρέφεια, ακραία συναισθήματα για τις έννοιες «εμείς» και «εκείνοι», δυσκολία αντίληψης της άποψης των άλλων, ανάγκη εργασίας σε πολύ αργούς ρυθμούς και ανικανότητα αντιμετώπισης πολλών αποκτήσεων ταυτόχρονα, απώλεια της αίσθησης της πραγματικότητας, ανικανότητα λήψης αποφάσεων, εύκολη απώλεια της αυτοσυγκέντρωσης, απώλεια της αίσθησης προτεραιοτήτων και προοπτικής (ο ασθενής δεν ξέρει τι να κάνει), υπερευαισθησία στην κριτική, επιθετικότητα, απάθεια, ανία, ντροπή, υπερβολικό κάπνισμα ή εξάρτηση από άλλες ουρίες, τρέμουλο, ψυχοσωματικές διαταραχές, εφιάλτες.

## **2. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

Η καταθλιπτική διαταραχή της διάθεσης είναι από τις πιο συχνές νόσους. Η κατάθλιψη είναι βιοψυχοκοινωνική διαταραχή με συμμετοχή των τριών αυτών τομέων στην αιτιολογία και στην έκβασή τους.

Πολλοί είναι οι παράγοντες που μπορούν να ενοχοποιηθούν ως αιτία της νόσου.

Η λειτουργική έκβαση της κατάθλιψης είναι εξίσου κακή με την έκβαση χρόνιων παθολογικών νόσων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η καρδιαγγειακή νόσος. Στην προοπτική μελέτη Lawa 500, το 17% των καταθλιπτικών ασθενών ήταν ανίκανοι να εργασθούν λόγω της κατάθλιψης και το 22% είχαν συμπτώματα ανικανότητας. Σε μια μελέτη Ιατρικής έκβασης, όπου συμμετείχαν 22462 μη νοσηλευόμενοι ασθενείς, σε μια οργάνωση φροντίδας υγείας βρέθηκε ότι οι ασθενείς με καταθλιπτική διαταραχή ήταν σε χειρότερη λειτουργική κατάσταση, σε όλους σχεδόν τους τομείς που εξετάστηκαν, σε σχέση με τους ασθενείς με διαβήτη, καρδιαγγειακή νόσο αρθρίτιδα ή πνευμονική νόσο. Η έλλειψη κοινωνικής προσαρμογής παραμένει για μήνες μετά την ύφεση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Εάν η αναμόρφωση ορίζονταν ως η απουσία ανικανότητας και δυσλειτουργίας μαζί με την απουσία συμπτωμάτων, πολλοί ασθενείς που συμμετέχουν σε κλινικές μελέτες και οι οποίοι θεωρούνται καλά συμπτωματικά, θα είχαν μάλλον μερική ύφεση της συνολικής νόσου. Η έκπτωση των εργασιακών, κοινωνικών και γονικών ρόλων συχνά παραμένει μετά τη βελτίωση της κατάθλιψης. Η ανθεκτική μείζον κατάθλιψη συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, από 50% εργασιακή έκπτωση και από 65% κινδύνου ανάπτυξης διαπροσωπικού άγχους.

Ο κίνδυνος για θάνατο από ατύχημα ή από αυτοκτονία είναι αυξημένος σε όλους τους καταθλιπτικούς ασθενείς. Αυτά τα ευρήματα έχουν σημαντικές επιπτώσεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η θεραπεία της κατάθλιψης σήμερα γίνεται με αντικαταθλιπτικά φάρμακα αλλά και άλλες φυσικές θεραπείες όπως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, η φωτοθεραπεία και ο επαναλαμβανόμενος διακρανιακός μαγνητικός ερεθισμός.

Αν και τα δεδομένα από μελέτες ελέγχου σχετικά με την ψυχοθεραπεία είναι περιορισμένα, υπάρχουν κάποια βασικά χαρακτηριστικά που θεωρούνται ως χαρακτηριστικά αποτελεσματικής θεραπείας ανεξάρτητα από τις τεχνικές λεπτομέρειες της θεραπείας.

Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι τα εξής:

1. Χρονικά περιορισμένη θεραπεία
2. Σαφής αιτιολόγηση της θεραπείας στον ασθενή και στο θεραπευτή
3. Ενεργός και άμεσος θεραπευτής
4. Εστίαση στα τρέχοντα προβλήματα
5. Έμφαση στη μεταβολή της τρέχουσας συμπεριφοράς
6. Αυτοπαρακολούθηση της εξέλιξης
7. Συμμετοχή σημαντικών για τον ασθενή προσώπων
8. Προβλήματα χωρισμένα σε αντιμετωπίσιμα τμήματα, με σύντομους στόχους
9. Εργασία για το σπίτι

Δεν είναι ασύνηθες το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να καλείται να θεραπεύσει ενώ στην πραγματικότητα νοσεί. Ο ψυχικός κόσμος των ιατρών – νοσηλευτών είναι ευάλωτος λόγω της ιδιαίτερης φύσης και φόρτισης της εργασίας τους με αποτέλεσμα την μεγάλη ψυχολογική επιβάρυνση. Ο λειτουργός υγείας συχνά βάλλεται από πληθώρα συναισθηματικών εντάσεων χωρίς να έχει τη δυνατότητα αποφόρτισης. Κινδυνεύει δηλαδή περισσότερο από άλλους επαγγελματίες να νοσήσει από ψυχολογικές νόσους.

### **3. Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ .**

Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση είναι ευρέως διαδεδομένος σε χώρους εργασίας, όπου δημιουργούνται στενές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και ατόμων που έχουν την ανάγκη τους. ειδικότερα, στον χώρο του νοσοκομείου ο όρος αυτός

παρουσιάζεται στο προσωπικό της υγείας, όπου έρχεται σε άμεση επαφή καθημερινά με ασθενείς και γενικότερα με άτομα που είναι συναισθηματικά φορτισμένα εξαιτίας της κατάστασης που βιώνουν. Εξάλλου ο χώρος του νοσοκομείου αποτελεί ένα πλαίσιο εργασίας που δημιουργεί άγχος και στρες στους επαγγελματίες της υγείας, εφόσον η αποκατάσταση της υγείας των ασθενών μέσω των υπηρεσιών που προσφέρονται αναπτύσσουν ένα περιβάλλον εργασίας ιδιαίτερα φορτισμένο δημιουργώντας έντονα συναισθήματα για τους επαγγελματίες της υγείας. Αυτό το γεγονός αποτελεί μια σημαντική παράμετρο που μπορεί να οδηγήσει το προσωπικό υγείας στην επαγγελματική εξουθένωση.

Η επαγγελματική εξουθένωση περιγράφεται ως ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους ασθενείς, σταματά να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά και την απόδοσή του και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του. ακόμη είναι αναγκαίο να αναφερθεί ότι υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που χαρακτηρίζουν την επαγγελματική εξουθένωση. Πρωταρχικά παρουσιάζεται η συναισθηματική εξάντληση που εκδηλώνεται με μια αίσθηση ψυχικής κόπωσης του επαγγελματία που δεν διαθέτει πλέον την απαιτούμενη ενέργεια για να επενδύσει στην δουλειά του. ακόμη, η αυτοπροσωποποίηση του επαγγελματία εκφράζεται με την απομάκρυνσή του από τους ασθενείς και την ανάπτυξη σχέσεων μαζί του. συνάμα, η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων του επαγγελματία εμφανίζεται με την μείωση της απόδοσής του και την παραίτησή του από κάθε προσπάθεια αποτελεσματικού χειρισμού των προβλημάτων των αρρώστων. Παράλληλα, είναι αναγκαίο να ειπωθεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται ξαφνικά, ούτε οφείλεται σε κάποιο μεμονωμένο γεγονός που προκαλεί υπερβολικό στρες. Θεωρείται το αποτέλεσμα χρόνου, συσσωρευμένου στρες που κατακλύζει τον επαγγελματία και τον κάνει να αισθάνεται ότι τα ψυχικά αποθέματα δεν επαρκούν για να αντεπεξέλθει στην πίεση του εργασιακού χώρου.

Επιπρόσθετα η επαγγελματική εξουθένωση αφορά μια προοδευτική διεργασία αποιδανικοποίησης της πραγματικότητας, που δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς στόχους και στα ιδανικά του επαγγελματία. Επίσης, πρέπει να ειπωθεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση αναπτύσσεται μέσα από τέσσερα στάδια. Στο πρώτο στάδιο, το στάδιο του ενθουσιασμού, ο πρωτοδιοριζόμενος επαγγελματίας μπαίνει στο χώρο της υγείας έχοντας υπερβολικούς στόχους και μη ρεαλιστικές προσδοκίες από τον εαυτό του, από τους ασθενείς που θα φροντίσει, από τους συναδέλφους και

από τις συνθήκες εργασίας. Ο μικρόκοσμος της δουλειάς γίνεται ολόκληρος ο κόσμος του, με αποτέλεσμα να προσδοκά ότι θα αντλήσει μέσα από αυτόν κάθε δυνατή ικανοποίηση και ηθική ανταμοιβή. Στο δεύτερο στάδιο, αυτό της αμφιβολίας και αδράνειας, ο επαγγελματίας αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι ενώ προσφέρει πολλά, η εργασία δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, ούτε στις βαθύτερες ανάγκες του. ενοχλείται που η προσφορά του δεν αναγνωρίζεται, εκφράζει παράπονα για το χαμηλό μισθό, το εξουθενωτικό ωράριο, την έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους και αποφεύγει να αναθεωρήσει τις υπερβολικά υψηλά, ή παράλογες προσδοκίες του. Στο επόμενο στάδιο, αυτό της απογοήτευση και της ματαίωσης, ο επαγγελματίας αναρωτιέται αν και πόσο αξίζει να κάνει μια δουλειά που του δημιουργεί άγχος και από την οποία δεν αντλεί την ικανοποίηση που προσδοκούσε. Αποθαρρύνεται και συχνά βιώνει κατάθλιψη, καθώς πιστεύει ότι οι προσπάθειές του είναι μάταιες. Στην ουσία αυτό το στάδιο είναι μεταβατικό, καθώς η απογοήτευση ωθεί τον επαγγελματία είτε να αναθεωρήσει τους μη ρεαλιστικούς στόχους και τις προσδοκίες του και να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του, είτε να απομακρυνθεί από τους ασθενείς και το χώρο εργασίας που του προκαλούν έντονο στρες. Στο τελευταίο στάδιο, αυτό της απάθειας, ο επαγγελματίας της υγείας επενδύει ελάχιστη ενέργεια στη δουλειά του, αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών, καθώς νιώθει ανεπαρκής να ανταποκριθεί σ' αυτές. Τέλος, ο επαγγελματίας αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα, αλλαγή, ή καινοτομία στο χώρο εργασίας και διατηρεί τη θέση του για λόγους επιβίωσης.

Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης γίνονται συνήθως αντιληπτά κατά τα δύο τελευταία στάδια και εκδηλώνονται σε οργανικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο. Τα οργανικά συμπτώματα αφορούν συνήθως μικροενοχλήσεις, όπως έντονη αίσθηση κόπωσης και αδυναμίας, αυξημένη μυϊκή υπερένταση, διαταραχές ύπνου ή διατροφής και κεφαλαλγίες. Πολλές φορές αφορούν και σοβαρότερα προβλήματα υγείας, όπως υπέρταση, έλκος, παρατεταμένες ημικρανίες ή άλλες ψυχοσωματικές διαταραχές. Οι συναισθηματικές ενδείξεις της εξουθένωσης περιλαμβάνουν μια υποκειμενική αίσθηση ψυχικής εξάντλησης που συνοδεύεται από άγχος και κατάθλιψη. Ο επαγγελματίας της υγείας νιώθει αποθαρρυσμένος και με χαμηλή αυτοεκτίμηση, δεν πιστεύει ότι είναι ικανός να αντεπεξέλθει τόσο στις προσωπικές του προσδοκίες, όσο και σε εκείνες που θέτει ο εργασιακός χώρος. Οι σχέσεις με τους ασθενείς γίνονται απρόσωπες και ορισμένες φορές γίνεται κυνικός, ειρωνικός, επιθετικός, απότομος και ευερέθιστος. Η συμπεριφορά αυτή του

επαγγελματία λειτουργεί ως αυτοπροστασία, όταν το στρες και η συναισθηματική φόρτιση που βιώνει στον εργασιακό χώρο υπερβαίνουν τα αποθέματά του. Πολλές φορές η συμπεριφορά παρερμηνεύεται ως έκφραση ψυχρότητας ή αδιαφορίας. Ο επαγγελματίας χάνει την ευαισθησία του, αναπτύσσει αρνητικά συναισθήματα για τον εαυτό του, τους ασθενείς και τους συναδέλφους του που επικρίνουν την συμπεριφορά του, όπου άλλοτε συγκρούεται μαζί τους και άλλοτε απομακρύνεται και κλείνεται στον εαυτό του. Οι σχέσεις του με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας καθώς και με τον προϊστάμενο ή και την διοίκηση συχνά διαταράσσονται. Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού υγείας έχουν αντίκτυπο στην προσωπική και κοινωνική του ζωή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μειώνεται το υποστηρικτικό δίκτυο του επαγγελματία, να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις με τα σημαντικά γι' αυτόν πρόσωπα και να μειώνεται η σεξουαλική του διάθεση.

Βέβαια, τα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης βρίσκονται στην δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Δηλαδή, υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ (προσφορά και ζήτηση) του επαγγελματία και του εργασιακού περιβάλλοντος, αλλά και το αντίστροφο, σχέση του εργασιακού περιβάλλοντος και του επαγγελματία. Ο επαγγελματίας φέρνει στον χώρο της δουλειάς του τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τις ικανότητες του (προσφορά) και ταυτόχρονα έχει ορισμένες, συνειδητές ή ασυνειδητές ανάγκες, απαιτήσεις και προσδοκίες από τον εργασιακό χώρο, όπως για παράδειγμα αναγνώριση, κύρος, οικονομικές απαιτήσεις και δυνατότητες εξέλιξης (ζήτηση). Το εργασιακό περιβάλλον από την πλευρά του έχει συγκεκριμένες απαιτήσεις και προσδοκίες από τον εργαζόμενο (ζήτηση) και παρέχει ανταλλάγματα (προσφορά). Όταν αυτά που δίνει και ζητά ο επαγγελματίας δεν συμπίπτουν με όσα απαιτεί και προσφέρει το εργασιακό περιβάλλον, τότε εμφανίζεται ένα χάσμα. Μια ασυμφωνία ή μια ανισορροπία, όπου μέσα από αυτήν αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης στρεσογόνων καταστάσεων, που συμβάλλουν σε ένα χρόνιο στρες το οποίο προοδευτικά οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση. Ταυτόχρονα υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που αυξάνουν ή μειώνουν την αντίσταση του επαγγελματία της υγείας έναντι του στρες και κατά συνέπεια της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτοί οι παράγοντες είναι:

α) τα ατομικά χαρακτηριστικά του επαγγελματία (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση),

- β) η ενδοατομική κατάσταση του επαγγελματία (προσωπικότητα, κίνητρα, προσδοκίες, επιθυμίες),
- γ) διαπροσωπικοί παράγοντες (υποστηρικτικό δίκτυο, δηλαδή οι διαπροσωπικές του σχέσεις) και
- δ) κοινωνικό-πολιτισμικοί παράγοντες (κοινωνικές προσδοκίες από τον ρόλο του επαγγελματία, φιλοσοφία εργασίας, κοινωνικές αναπαραστάσεις με τον ασθενή, το θάνατο, κλπ).

Επίσης είναι αναγκαίο να αναφερθεί ότι οι εργασιακοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι το εξαντλητικό ωράριο, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η ασάφεια του ρόλου που αναλαμβάνει ο εργαζόμενος, η άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση, η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από τον προϊστάμενο ή τους συναδέλφους, οι αυξημένες απαιτήσεις των αρρώστων και των οικογενειών τους καθώς και η συχνή έκθεση του επαγγελματία υγείας στο θάνατο ασθενών.

Συχνά επικρατεί η πεποίθηση, ότι ο επαγγελματίας της υγείας δεν πρέπει να έχει προσωπικές ανάγκες, δεν πρέπει να επηρεάζεται από τους ασθενείς που φροντίζει, αλλά να ασκεί με αυτοθυσία ένα «λειτουργήμα». Η πεποίθηση αυτή ενισχύει το μύθο της παντοδυναμίας του επαγγελματία και παραδόξως τον καθιστά ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση. Γι' αυτό είναι αναγκαίο να ληφθούν κάποια μέτρα τα οποία θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της εξουθένωσης. Μέτρα που θα αναφέρονται τόσο σε παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο, αλλά και σε οργανωτικό και διοικητικό επίπεδο. Η πρώτη παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο αποτελεί την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων της εξουθένωσης του επαγγελματία, όπου προειδοποιούν την δυσλειτουργία στη βιοψυχοκοινωνική υπόσταση του ατόμου, που καλείται να αναθεωρήσει επιλογές και συνήθειες που έχει υιοθετήσει στη ζωή του. ακόμη, η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών που έχει ο επαγγελματίας από τους αρρώστους που φροντίζει, τη σχέση με συναδέλφους και προϊσταμένους καθώς και από τη δουλειά του γενικότερα μπορεί να τον βοηθήσουν να αντεπεξέλθει στον κίνδυνο της εξουθένωσης. Η αναγνώριση των στρατηγικών αντιμετώπισης που ενεργοποιεί ο επαγγελματίας, του επιτρέπει να αξιολογήσει ποιες έχουν αποτελεσματικό αντίκτυπο στη ρύθμιση των συναισθημάτων και στην επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στο χώρο εργασίας, αποτελεί μια βασική παράμετρο για την αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων. Η αναζήτηση υποστήριξης του επαγγελματία τόσο από φίλους και

συνεργάτες, αλλά και η ενασχόληση με ενδιαφέρονται και δραστηριότητες, του παρέχουν τη δυνατότητα να εκτονωθεί και να ξεφύγει από την καθημερινή ρουτίνα συμβάλλουν στην πρόληψη και αντιμετώπιση της εξουθένωσης. Επιπλέον, η σωστή διατροφή και άσκηση, καθώς και η επάρκεια ανάπαυσης, καθώς και η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης, εργασίας ή η αλλαγή του χώρου εργασίας συμβάλλουν στην προστασία του εργαζομένου από τις επιπτώσεις ενός χρόνιου στρες.

Ανεξάρτητα με τις παρεμβάσεις που γίνονται σε προσωπικό επίπεδο για τον επαγγελματία της υγείας προκειμένου να αντιμετωπίσει τον κίνδυνο της επαγγελματικής εξουθένωσης, ιδιαίτερο και σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι παρεμβάσεις σε οργανωτικό και διοικητικό επίπεδο. Η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση αυξάνει τις πιθανότητες απόδοσής του, αλλά και της παροχής ποιοτικής φροντίδας ως αναφορά την παραγωγή έργου και της παροχής υπηρεσιών. Η αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων και η συμμετοχή του επαγγελματία στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν αυξάνουν τον αυτοέλεγχο, την υπευθυνότητα και την αυθεντικότητά του στις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας. Η δημοκρατική διοίκηση του φορέα συμβάλλει στην ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίου σεβασμού, αναγνωρίζεται ο ρόλος του καθενός και προωθείται η συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας που αναλαμβάνουν ευθύνες και πρωτοβουλίες στα πλαίσια ορισμένων κανονισμών που αφορούν την λειτουργία του φορέα. Η πολυμορφία στην εργασία είναι απαραίτητο κυρίως σε τμήματα όπου το αντικείμενο εργασίας είναι ιδιαίτερα βαρύ και επηρεάζει ψυχολογικά τους εργαζόμενους. Η ενασχόληση με ασθενείς καλής και κακής πρόγνωσης, οι συναλλαγές τμημάτων εργασίας, η συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα, η παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων, συμβάλλουν στην πολυμορφία της εργασίας του επαγγελματία από την οποία αντλεί πολλαπλές ικανοποιήσεις που τον αναζωογονούν. Η δυνατότητα αδειών δίνουν την ευκαιρία στον επαγγελματία να απομακρυνθεί για λίγο από τον χώρο εργασίας, πριν εκδηλώσει ή τη στιγμή που εμφανίζει τις πρώτες ενδείξεις επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης αποτελούν σημαντικό κίνητρο και πηγή ανανέωσης για τους εργαζόμενους που δεν νιώθουν έτσι παγιδευμένοι σε ένα συγκεκριμένο ρόλο και σε καθήκοντα που με την πάροδο του χρόνου ασκούνται μηχανικά. Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης δίνει την ευκαιρία στα μέλη του προσωπικού υγείας να μοιράζονται συναισθήματα και αντιλήψεις για την ασθένεια, την αναπηρία,



τον θάνατο, να κατανοούν τις αντιλήψεις τους και να επεξεργάζονται οδυνηρές εμπειρίες στον χώρο εργασίας, να αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων περιπτώσεων και να συζητούν τις επιτυχείς παρεμβάσεις που ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους. η δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευση συμβάλλουν στην απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων, ιατρονοσηλευτικών και ψυχολογικών δεξιοτήτων. Οι ψυχολογικές γνώσεις βοηθούν στην κατανόηση των αντιδράσεων του ασθενή, του οικογενειακού περιβάλλοντος και των μελών του προσωπικού υγείας και συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη επικοινωνία και υποστήριξή τους. Τέλος, η διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας (γιατρών, νοσηλευτών, ψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών κλπ) αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία. Προϋποθέτει την αναγνώριση του ρόλου, των καθηκόντων, αλλά και των ορίων κάθε ειδικού και την συμβουλή του στην κατανόηση, προσέγγιση και χειρισμό κάθε περίπτωσης. Η συλλογική συνεργασία δεν ισοδυναμεί με την κατανομή των υπηρεσιών ανάμεσα στους ειδικούς και αυτή η συλλογική διεπιστημονική συνεργασία έχει θετικό αντίκτυπο στην σχέση που διαμορφώνει το προσωπικό με τους ασθενείς και ενισχύει την σιγουριά που νιώθει ο ασθενής κοντά στους ειδικούς που τον φροντίζουν.

Συμπερασματικά, λοιπόν, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι για να μπορέσει ο επαγγελματίας να φροντίσει αποτελεσματικά τους αρρώστους, είναι βασικό να «μάθει» να φροντίζει τον εαυτό του, χωρίς να θεωρεί την φροντίδα αυτή περιττή. Η διαδικασία αυτή συμβάλλει στην υπενθύμιση ότι κανένας δεν είναι παντοδύναμος, αλλά ανθρώπινος με ικανότητες και αδυναμίας. Γι' αυτό ο επαγγελματίας της υγείας καλείται να αναγνωρίσει τις δυνάμεις, τις αδυναμίες και τα όριά του, ώστε να παρέχει με αποτελεσματικότητα μια ολοκληρωμένη, ανθρώπινη φροντίδα σε άτομα που την έχουν ανάγκη.

#### **4. Η ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΦΟΡΤΙΣΗ**

Οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν καθημερινά μια πλευρά της ζωής που οι περισσότεροι άνθρωποι μπορεί να μην αντιμετωπίσουν ποτέ. Η βίαιη κατάρρευση, ο θάνατος, ο πόνος, η ολοκληρωτική μη προβλεψιμότητα είναι

καταστάσεις καθημερινής πραγματικότητας σε πολλούς χώρους περίθαλψης. Το να εμπλέκεσαι σε τέτοιες καταστάσεις πάντα εμπεριέχει κάποιο ρίσκο, ειδικά κάτω από τόσο έντονες συνθήκες.

Αυτές οι εμπειρίες μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα σοβαρές συναισθηματικές επιπτώσεις για τους φροντιστές υγείας και κατά δεύτερον η ίδια η φύση της φροντίδας υπονοεί ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ανοίγει την εμπειρία του να είσαι ευάλωτος (Leppaner Montgomery 1992).

Ο Gadow (1985) εξηγεί, ότι όντως σωστά μπορούμε να ξεπεράσουμε την αντικειμενοποίηση στην οποία οι ασθενείς συνήθως υποβάλλονται στη διάρκεια της φροντίδας. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να προσεγγίσει τους ασθενείς, όχι από μία θέση της συνειδητότητας του νοσηλευτή, όσο αφορά το βαθμό του να είσαι ευάλωτος.

Τα συναισθηματικά ρίσκα αυξάνονται σε μονάδες που υπάρχουν για να σώζουν ζωές, ιδιαίτερα τις στιγμές που κάποιοι ασθενείς χάνονται. Ο θάνατος σε τέτοιες μονάδες θεωρείται ήττα και αποτυχία. η συναισθηματική φόρτιση μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματικό άδειασμα και απογοήτευση, που είναι κοινώς γνωστά ως διάλυση.

Η συναισθηματική φόρτιση δημιουργείται όταν ο συναισθηματικό κόσμος του νοσηλευτή και ιατρού κατακλύζεται με τη συχνή έκθεση στην ασθένεια, στην απώλεια και τον πόνο. Η συναισθηματική φόρτιση εμφανίζεται όταν το νοσηλευτικό προσωπικό πιέζεται πέρα από τις δυνατότητες του να συμφιλιώσει αυτές τις «επιθέσεις, μέσα στην ανθρώπινη λογική. Κάθε μία από αυτές τις καταστάσεις εμπλέκει το είδος της ανθρώπινης κατάρρευσης και τη βία της απώλειας, που μόνο η φροντίδα μπορεί να θεραπεύσει (Montgomery 1992).

Όλοι οι άνθρωποι έχουν όρια για το πόσο στρες μπορούν να απορροφήσουν. Μια έρευνα που έγινε σε πανεθνικό επίπεδο, από το Πανεπιστήμιο του Massey, στη Νέα Ζηλανδία για τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές για να αντιμετωπίσουν το στρες της εργασίας, έδειξε πως χρησιμοποιούν 6 στρατηγικές, οι οποίες απαντούν όλες σε οριακές συμπεριφορές από τους Νοσηλευτές (Dewe 1987).

Τα αποτελέσματα της μελέτης της Nagy (1998) έδειξαν ότι ο πόνος των ασθενών δημιούργησε μεγαλύτερο στρες και φόβο στους θεραπευτές τους.

Αλλά και τα αποτελέσματα άλλων ερευνών και μελετών που εκπονήθηκαν διεθνώς (Oehler JM 1992, Wolk R 1997, Hibbert M, 1995, Yu LC 1989, Payne SA 1998, Groopy SE 1997, Megre AP 1997) συγκλίνουν σε ίδια συμπεράσματα και

δείχνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας μοιράζονται τον πόνο και την αγωνία των ασθενών τους πάντα εμπλέκεται το ηθικό τους και το στρες που βιώνουν είναι αρκετά μεγάλο.

Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο να σχηματίζουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους ύστερα από διαχείριση του πόνου και της νοσηλείας των ασθενών τους.

## **5.0 ΦΟΒΟΣ ΤΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ.**

Ένα από τα κύρια προβλήματα που αντιμετωπίζει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι η ανησυχία ή το ενδεχόμενο να γίνει κάποιο σφάλμα κατά την άσκηση των καθηκόντων τους στην κλινική πρακτική, πράγμα που επηρεάζει την ποιότητα φροντίδας ή ακόμα χειρότερα, θέτει σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών.

Έρευνες που έχουν γίνει, αποκαλύπτουν έναν κατάλογο με λάθη που θα μπορούσαν να αποδοθούν στην παρανόηση της φύσης και της πρόθεσης της Ιατρικής ή Νοσηλευτικής διαδικασίας.

Τα λάθη αυτά μπορεί να έχουν πολλαπλές αιτίες. Δεν είναι σπάνιο τα λάθη να οφείλονται σε ανεπάρκεια γνώσης ή εμπειρίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού καθώς συχνά ανειδίκευτοι ιατροί ή πρωτοδιοριζόμενοι νοσηλευτές καλούνται να καλύψουν βάρδιες, εφημερίες, επείγοντα περιστατικά.

Ένας άλλος λόγος είναι η υπερφόρτωση εργασίας που σε συνδυασμό με το φόβο του σφάλματος οδηγεί με μαθηματική ακρίβεια στο σφάλμα, πόσο μάλλον όταν ο ιατρός ή νοσηλευτής αναγκάζεται λόγω του φόρτου εργασίας να ακολουθήσουν το συντομότερο δρόμο γρήγορους χειρισμούς συνοπτικές διαδικασίες.

Ο Campell το 1988 αναφέρει: όταν το προσωπικό πασχίζει να επιταχύνει τη δουλειά του για να αντεπεξέλθει στις ανάγκες εργασίας, υποφέρουν από απογοήτευση και άγχος ενώ παράλληλα μπορεί να είναι αίτια προστριβών.

Επιπλέον η έλλειψη προσωπικού αυξάνει την πιθανότητα αλλά και το άγχος ιατρών – νοσηλευτών για ενδεχόμενο σφάλμα καθώς καλούνται να αυξήσουν κατακόρυφα την παραγωγικότητά τους πολλές φορές παρακάμπτοντας τα όρια της σωματικής και ψυχικής αντοχής τους. έτσι η κόπωση σε συνδυασμό με την έλλειψη χρόνου, επιτείνουν την αγωνία του ιατρού ή νοσηλευτή για το αν εκτέλεσε σωστά κάποια εργασία, αν ξέχασε να διεκπεραιώσει κάτι, αν έχει γίνει κάποιο λάθος.

Επιπρόσθετα μεγάλη επίδραση ασκεί το στρεσογόνο περιβάλλον. Δουλεύονται κάτω από συνεχιζόμενη πίεση δημιουργείται πολλές φορές η αίσθηση της αβεβαιότητας. Οι ασθενείς, τα φάρμακα, οι θεραπείες που ακολουθούνται, οι άνθρωποι που το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έρχεται σε επαφή, σημαίνει ότι ο χρόνος είναι πολύ περιορισμένος και πρέπει να επιδοθούν να προλάβουν πολλά πράγματα ώστε η παροχή φροντίδας να είναι ικανοποιητική.

Συχνά ιατροί και νοσηλευτές αναφέρουν ότι ξυπνούν τη διάρκεια της νύχτας αγχωμένοι αν έχουν κάνει κάτι σωστά. Άλλοι πάλι αναφέρουν ότι μετά τη λήξη της βάρδιας τους, αφού φτάσουν σπίτι τους τηλεφωνούν στο νοσοκομείο για να επιβεβαιώσουν εάν έχουν κάνει κάτι σωστά.

Από τα παραπάνω φαίνεται πόσο μεγάλη είναι η πιθανότητα λάθους, έτσι όταν αυτό συμβεί, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αγχώνεται συναισθηματικά.

Έχουν καταγραφεί δύο τύποι συναισθηματικής αντίδρασης.

A) εσωτερική

B) εξωτερική.

Με την εσωτερική αντίδραση ο ιατρός ή νοσηλευτής που έχει κάνει το λάθος να νιώθει θυμωμένος με τον εαυτό του ένοχος και ανεπαρκής. Όταν αντιδρά με αυτό τον τρόπο σημαίνει ότι δέχεται την ευθύνη του σφάλματός του και οδηγεί σε εποικοδομητικές αλλαγές στην πρακτική.

Με την εξωτερική αντίδραση, ο ιατρός – νοσηλευτή θυμωμένος με τους άλλους και φοβάται τον αντίκτυπο. Σε αυτή την περίπτωση, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να υιοθετήσει αμυντικές αλλαγές, με συνέπεια να έχει λιγότερη εμπιστοσύνη στον εαυτό του και να γίνει πιο αγχώδης στη δουλειά του.

Αν αυτές οι αντιδράσεις δεν αναγνωρισθούν και δεν αντιμετωπιστούν σωστά, ίσως επηρεάσουν την εμπιστοσύνη στη κρίση του και εμποδίσουν τη μάθηση.

Υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα τα άτομα αυτά να κάνουν κι άλλο λάθος από τη στιγμή που βρίσκονται σε τέτοια ψυχική διάθεση.

Μετά από ένα τέτοιο λάθος οι περισσότεροι αισθάνονται την ανάγκη υποστήριξης. Οι πιο πολλοί στρέφονται προς τους συναδέλφους τους ενώ ελάχιστοι πηγαίνουν στους προϊσταμένους τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

#### 1. ΈΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Επικοινωνία είναι η διαδικασία μεταφοράς, ή ανταλλαγής πληροφοριών, ιδεών και συναισθημάτων, με τη γραφή, ή τα διάφορα σήματα.

Έχουμε τη δυνατότητα να παραλληλίσουμε το σύστημα μεταφορών μέσα σε ένα πλωτό ποτάμι. Σκοπός και των δύο συστημάτων είναι η μεταφορά και η παράδοση αγαθών (υλικών αγαθών ή ιδεών). Έτσι όπως τα ποταμόπλοια μπορούν να ταξιδεύουν σε διάφορες κατευθύνσεις, είτε μέσα από επίσημα ή ανεπίσημα ανεγνωρισμένους διαύλους, έτσι και τα μηνύματα μεταφέρονται με διάφορα μέσα επίσημα ή ανεπίσημα.

Ακόμη όπως ένας παραλήπτης εμπορευμάτων μπορεί να αρνηθεί την παραλαβή των εμπορευμάτων, το ίδιο ακριβώς και ένας εργάτης, ή υπάλληλος μπορεί να αρνηθεί, να συμμορφωθεί με ορισμένα μηνύματα που περιέχουν εντολές του προϊστάμενου του.

Μπορούμε να πούμε, ότι τα διάφορα συστήματα που λειτουργούν μέσα σε ένα δεδομένο εργασιακό πλαίσιο όπως π.χ. τα συστήματα άτομο – ομάδα κλπ για να αποδώσουν εκείνα που αναμένονται, έχουν ανάγκη από ανταλλαγή πληροφοριών, ιδεών και αισθημάτων, γιατί διαφορετικά θα παύσουν να εργάζονται.

**Βασικά στοιχεία επικοινωνίας:** Βασικό στοιχείο της επικοινωνίας είναι ότι πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον δύο πρόσωπα. Το ένα ονομάζεται αποστολέας, το άλλο αποδέκτης του μηνύματος.

Η αποστολή μιας γραπτής εντολής ακόμη και σε απεριόριστο αριθμό αντιτύπων, δεν αποτελεί παρά μόνο την αρχή μιας διαδικασίας για επικοινωνία. Η επικοινωνία ολοκληρώνεται μόνο από τη στιγμή που ένας από τον αριθμό των αντιτύπων της εντολής που έχουν σταλεί, ληφθεί και κατανοηθεί.

Ένα άλλο βασικό στοιχείο είναι ότι η κατανόηση αυτή είναι προσωπική και υποκειμενική, είναι μια διαδικασία που λαμβάνει χώρα στη σκέψη του λήπτη. Είναι λαθεμένο να πιστέψουμε ότι για την ολοκλήρωση της επικοινωνίας είναι αρκετό να δώσουν απλώς μια εντολή. Αγνοούν όμως ότι η επικοινωνία στην πράξη δεν

συμπληρώνεται παρά μόνο αν εκείνος που πήρε το μήνυμα έδωσε δείγματα ότι το αντελήφθη.

Με άλλα λόγια δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι υπάρχει πλήρης επικοινωνία, παρά μόνο αν ο λήπτης αντιληφθεί πλήρως το νόημα του μηνύματος που στέλνουμε σε αυτόν.

**Σκοπός της επικοινωνίας.** Το μόνο μέσο για την επιτυχία του προϊσταμένου και της επιχείρησης είναι η διαδικασία της επικοινωνίας.

Οι βασικότεροι σκοποί για ένα καλό σύστημα επικοινωνίας είναι οι εξής:

**α. Δημιουργία του απαραίτητου πλαισίου πληροφοριών και κατανόησης για την ανάπτυξη μιας αποδοτικής ομαδικής προσπάθειας.**

Ο προϊστάμενος έχει τη δυνατότητα να γνωρίζει τις διαθέσεις, τις ανάγκες και τις επιθυμίες του προσωπικού, δίνει σε αυτόν την ευκαιρία για σύνδεση των συμφερόντων του προσωπικού με τα συμφέροντα της επιχείρησης.

Είναι γνωστό σε αρκετούς ότι τα σύγχρονα εργασιακά προβλήματα δεν είναι τόσο προβλήματα εμπειρίας και γνώσεων, όσο κυρίως προβλήματα διαθέσεων του προσωπικού και συμπεριφοράς.

**β. Δημιουργία κατάλληλου εργασιακού κλίματος.**

Από ένα σωστό σύστημα επικοινωνίας αναπτύσσεται ένα κλίμα αμοιβαίας κατανόησης και συνεργασίας, κάτι που βοηθά τη δημιουργία μεγαλύτερης ικανοποίησης.

**γ. Ένα σωστό σύστημα επικοινωνίας,** οδηγεί στην καλύτερη εκτέλεση της εργασίας.

## **2. ΕΜΠΟΔΙΑ ΠΟΥ ΠΑΡΕΜΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ**

Η επικοινωνία δεν έχει πάντα την ικανότητα να θεραπεύει όλα τα προβλήματα που εμφανίζονται στην επιχείρηση, διότι η αποδοτικότητα της δεν είναι απεριόριστη.

Εάν υποθέσουμε ότι έχουμε μια μικρή εργασιακή ομάδα που αποτελείται από τον προϊστάμενο και τέσσερις υφισταμένους. Ο καθένας απ' αυτούς περιβάλλεται από φυσικά και ψυχολογικά εμπόδια σε τρόπο που να αποκλείεται η επικοινωνία με τους άλλους, το ύψος δε των φυσικών αυτών εμποδίων είναι τόσο μεγάλο, ώστε να εξασφαλίζεται η πλήρης απομόνωση καθενός χωριστά, με αποτέλεσμα κάτω από αυτές τις συνθήκες δεν θα μπορεί ο προϊστάμενος να κατευθύνει τους υφιστάμενους για τους πιο κάτω κυρίως λόγους:

**α)** Από την πλευρά του εργαζόμενου. Δεν θα μπορεί να πληροφορηθεί τι περιμένει απ' αυτόν ο προϊστάμενος του.

**β)** Από την πλευρά του ίδιου προϊστάμενου. Δεν θα μπορεί να δώσει τις αναγκαίες κατευθύνσεις, όπως δεν θα μπορεί να παρακινήσει το προσωπικό του για εργασία, διότι δεν γνωρίζει τις ανάγκες και τις επιθυμίες του επειδή δεν θα έχει τις αναγκαίες πληροφορίες.

Όπως είναι φυσικά στην πράξη τα εμπόδια λειτουργούν σαν φίλτρα με την έννοια ότι δεν επιτρέπουν τη διέλευση όλων των πληροφοριών από το ένα επίπεδο στο άλλο.

#### Αποτέλεσμα της ατελούς επικοινωνίας

Είναι τα ακόλουθα:

- α)** Έλλειψη επαρκούς κατανόησης
- β)** Έλλειψη δυνατοτήτων υποκινήσεως του προσωπικού
- γ)** Ανασφάλεια
- δ)** Συγκρούσεις και
- ε)** Αδυναμία λήψεως ορθών αποφάσεων

#### Ειδικότερες διακρίσεις των εμποδίων

Τα εμπόδια που εμφανίζονται στην επικοινωνία μπορούμε να τα χωρίσουμε σε τρεις κατηγορίες:

- α)** Φυσικά εμπόδια
- β)** Τα προσωπικά (κοινωνικοψυχολογικά) και
- γ)** Τα εννοιολογικά

Όσο αφορά τα φυσικά εμπόδια προκαλούνται κυρίως από τους παράγοντες του φυσικού περιβάλλοντος, που παρεμποδίζουν ή περιορίζουν την αποστολή και τη λήψη των μηνυμάτων. Τέτοια εμπόδια είναι π.χ. οι φυσικές αποστάσεις, ο θόρυβος κλπ.

Ενώ τα προσωπικά εμπόδια προέρχονται από τις κρίσεις, τις συγκινήσεις και τις κοινωνικές αξίες των ανθρώπων.

Τα παραπάνω εμπόδια προκαλούν ψυχολογική απόσταση ανάμεσα στα άτομα ίδια με την φυσική απόσταση η οποία μπορεί είτε να εμποδίζει εξ ολοκλήρου την επικοινωνία, είτε να επιτρέπει τη διέλευση ορισμένων μόνο στοιχείων ης. Η ψυχολογική απόσταση μπορεί να εμποδίζει τελείως την επικοινωνία ή να επιτρέπει

την πραγματοποίηση μέρους αυτής. Όπως είναι γνωστό ακούμε καλύτερα εκείνο που είμαστε διατεθειμένοι να ακούσουμε. Στην συγκεκριμένη αυτή περίπτωση η επικοινωνία δεν μπορεί να απαλλαγεί τελείως από τις επιπτώσεις της προσωπικότητας.

Τα εννοιολογικά εμπόδια προκύπτουν από την ανάγκη για χρησιμοποίηση συμβόλων στα οποία βασίζεται ολόκληρο το σύστημα επικοινωνίας. Ορισμένα σύμβολα μας εξυπηρετούν στο να επικοινωνήσουμε με τους άλλους ανθρώπους.

Όμως για να πετύχουμε τη σύλληψη της πραγματικής έννοιας ενός συμβόλου, είναι απαραίτητο να ξεχωρίσουμε τις προσωπικές υποθέσεις ή συμπεράσματα από τα γεγονότα.

### **3. ΜΟΡΦΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ**

Υπάρχουν πολλές μορφές επικοινωνίας και είναι πολλοί οι συνδυασμοί τους:

Οι δυνατές μορφές επικοινωνίας είναι:

**A.** Επικοινωνίες μεταξύ προσώπων που περιλαμβάνουν:

**α)** Τη συνομιλία, η οποία διακρίνεται σε άτυπο διάλογο, προγραμματισμένες ανακοινώσεις και τηλεφωνικές συνδιαλέξεις.

**β)** Τη γραπτή επικοινωνία που οι συνήθεις μορφές της είναι, ενδουπηρεσιακές ανακοινώσεις, επιστολές και εκθέσεις.

**B.** Επικοινωνία μεταξύ ομάδων

Η επικοινωνία μπορεί να είναι προφορική ή γραπτή

Η προφορική επικοινωνία με ομάδες, απαιτεί ειδικά προσόντα.

Οι μορφές προφορικής επικοινωνίας με τις ομάδες είναι:

**α)** Άτυπες συγκεντρώσεις του προσωπικού

Οι συγκεντρώσεις αυτές, δίνουν την ευκαιρία για ανάπτυξη μιας έντονης συνοχής και ανταπόκρισης των μελών της ομάδας με τις απαιτήσεις της διοίκησης.

**β)** Προγραμματισμένες συσκέψεις, πρόκειται για μια κυρίως επίσημη μορφή επικοινωνίας, που ακολουθεί τους κανόνες λειτουργίας των επιτροπών.

**γ)** Μαζικές συγκεντρώσεις, που βασικά πραγματοποιούνται με τη συμμετοχή μεγάλου αριθμού υπαλλήλων.

Ενώ οι μορφές γραπτής επικοινωνίας με τις διάφορες ομάδες είναι:

**1.** Πινακίδες ανακοινώσεων, οι οποίες κυρίως χρησιμοποιούνται για επίσημες μορφές ανακοινώσεων,.



2. Αφίσες, που είναι σειρές από εικονογραφημένα μηνύματα, τα οποία όταν τοποθετηθούν σε κατάλληλα μέρη, μπορεί ν' ασκούν άμεση επίδραση στο προσωπικό.

3. Εκθέσεις, που μπορεί να εξυπηρετήσουν σοβαρούς σκοπούς, όταν χρησιμοποιούνται κατάλληλα και όταν είναι προπαρασκευασμένες κατάλληλα.

4. Οπτικά μέσα, που είναι τα Films, filmstrips, τα διάφορα είδη προβολέων κλπ.

#### **4. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ Η ΤΩΝ ΟΜΑΔΩΝ**

Η σχετική διαδικασία επικοινωνίας μεταξύ των ατόμων ή των ομάδων περιλαμβάνει:

α) Η δημιουργία από μέρος του αποστολέα μιας ιδέας ή επιλογή ενός γεγονότος, για το οποίο πρέπει να επικοινωνήσει. Αυτό, αποτελεί το περιεχόμενο της επικοινωνίας και τη βάση του μηνύματος, διότι φυσικό είναι ο αποστολέας, για να αρχίσει να ομιλεί, να γράφει, θα πρέπει να έχει να πει κάτι.

β) Κωδικοποίηση της ιδέας. Εδώ ο αποστολέας συστηματοποιεί την ιδέα, σε μια σειρά από σύμβολα, τα οποία θεωρεί ότι είναι δυνατόν ν' αντιληφθεί ο λήπτης του μηνύματος. Ο αποστολέας επιλέγει τα κατάλληλα μέσα μετάδοσης, διότι η κωδικοποίηση πρέπει να είναι ανάλογη, τόσο με τα μέσα, όσο και με τις δυνατότητες του λήπτη.

γ) Μετάδοση του μηνύματος, όπως έχει κωδικοποιηθεί

Η μετάδοση επιβεβαιώνει τα μέσα που έχουν επιλεγεί στο προηγούμενο στάδιο για το σκοπό αυτό. Ο αποστολέας επιλέγει και το συγκεκριμένο δίαυλο καθώς και το κατάλληλο χρόνο, για τη μετάδοση του μηνύματος.

δ) Η πρωτοβουλία εδώ μεταφέρεται στο λήπτη, ο οποίος συντονίζει τον εαυτό του κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μπορέσει να συλλάβει το μήνυμα.

ε) Αποκωδικοποίηση του μηνύματος. Αυτή πραγματοποιείται, με την ερμηνεία που δίνεται σε κάθε σύμβολο που είναι γνωστή βέβαια και στον λήπτη του μηνύματος.

στ) Ενέργειες λήπτη του μηνύματος, αναλογεί μ' αυτό

Για να εξακριβώσουμε το εάν και κατά πόσο ο λήπτης συνέλαβε ορθά το μήνυμα, κρίνεται απαραίτητο η δημιουργία ευκαιριών για επανατροφοδότηση της επικοινωνίας.

## 5. Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι η ικανοποίηση του αρρώστου από την φροντίδα που του παρέχεται, εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων που πηγάζουν από την σχέση που αναπτύσσει με τον επαγγελματία της υγείας. Παράγοντες, οι οποίοι στηρίζονται κατά κύριο λόγο στην ποιότητα και την ποσότητα των πληροφοριών που παρέχει το μέλος του προσωπικού υγείας στον άρρωστο και στο ενδιαφέρον που δείχνει στον ασθενή. Έτσι μπορεί να αναπτυχθεί μια σωστή επικοινωνία ανάμεσα στον ασθενή και τον επαγγελματία της υγείας, προκειμένου να επιτευχθεί ο βασικός στόχος που είναι η αποθεραπεία των ασθενών.

Αρχικά πρέπει να ειπωθεί ότι πολλές φορές υπάρχουν κάποιοι φραγμοί στην επικοινωνία όπου το προσωπικό υγείας δυσκολεύεται, ή αποτυγχάνει να ακούσει και να κατανοήσει τον άρρωστο. Οι φραγμοί της επικοινωνίας πηγάζουν από κάποιες κοινωνικές ή προσωπικές συνήθειες, όσο και από τις προσωπικές ανάγκες των επαγγελματιών της υγείας και έτσι λαμβάνουν κάποιους ρόλους, όπως αυτού του «δασκάλου», του «σωτήρα» και του «συμβούλου». Αυτό το γεγονός έχει ως αποτέλεσμα το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να συμβουλεύει, να καθοδηγεί, να ηθικολογεί και να κρίνει τη συμπεριφορά του συνομιλητή του. Έτσι, πολύ σύντομα από «ακροατής» μετατρέπεται σε «ομιλητή», εμποδίζοντας τον άρρωστο να εκφράσει αυτό που τον απασχολεί. Τα κύρια χαρακτηριστικά της κακής επικοινωνίας εμφανίζονται στην συμπεριφορά των επαγγελματιών της υγείας και εκφράζονται από αυτούς. Οι αλληπάλληλες ερωτήσεις που πραγματοποιεί το προσωπικό υγείας στους ασθενείς στηρίζεται στην λανθασμένη πεποίθηση ότι όσες περισσότερες ερωτήσεις γίνονται, τόσες περισσότερες πληροφορίες συλλέγονται για την κατανόηση του αρρώστου, ενώ στην πραγματικότητα οι πολλές ερωτήσεις μπορεί να δώσουν την αίσθηση της ανάκρισης και εμποδίζουν την ελεύθερη έκφραση. Το κήρυγμα, η ηθικολογία και η κριτική καθοδηγούν τον ασθενή στο πως «πρέπει» να νιώθει, να σκέφτεται ή να συμπεριφέρεται και εμποδίζει την ανεπιφύλακτη αποδοχή του και συγχρόνως έχει ως αποτέλεσμα να ενισχύει την επιθετική ή την αμυντική στάση του αρρώστου. Η καθοδήγηση και οι συμβουλές που δίνονται στον ασθενή δρουν αρνητικά στην διαπροσωπική σχέση με το ιατρικό προσωπικό και δημιουργεί την αίσθηση στον ασθενή ότι δεν ορίζει τις καταστάσεις και δεν είναι ικανός να

αντεπεξέλθει στις δυσκολίες. Ο πρόωρος εφησυχασμός και η παρηγοριά, όπως η εκλογίκευση και η ελαχιστοποίηση των ανησυχιών του ασθενή από το προσωπικό της υγείας, αποτελούν στοιχεία που προσπαθούν να «συνετίσουν» τον ασθενή, ενώ αγνοούνται τα συναισθήματα και οι σκέψεις του, ή υποτιμούνται οι ανησυχίες του. οι απειλές και οι προειδοποιήσεις των επαγγελματιών της υγείας προσπαθούν να ελέγξουν την συμπεριφορά του αρρώστου, γεγονός που έχει αρνητικές επιπτώσεις στη συνεργασία μαζί του.

Τέλος, η αποφυγή, ή αλλαγή στο θέμα συζήτησης του επαγγελματία της υγείας με τον ασθενή, υποδηλώνει την αδυναμία του πρώτου να χειριστεί τις αντιδράσεις του αρρώστου, αποφεύγει συχνά το θέμα συζήτησης, θέτει ερωτήσεις που αποπροσανατολίζουν τον άρρωστο, ή αρχίζει να μιλά ο ίδιος ο επαγγελματίας, με αποτέλεσμα η παρεμβολή της φωνής του να μην αφήνει να ακούσει τον άρρωστο.

Κάθε επαγγελματίας της υγείας αναλαμβάνει τον ρόλο του ειδικού που γνωρίζει, συμβουλεύει και κατευθύνει τον ασθενή. Η ενεργητική ακρόαση τοποθετεί το προσωπικό υγείας στο ρόλο του προσεκτικού ακροατή. Η διαδικασία αυτή είναι πολύπλοκη που απαιτεί δεξιότητες τέτοιες ώστε ο «ακροατής» να καταλάβει το βαθύτερο νόημα όσων εκφράζει ο συνομιλητής και συγχρόνως να του μεταδώσει το μήνυμα ότι τον κατανοεί και τον αποδέχεται. Έτσι, μπορεί να διαμορφωθεί ένα «θεραπευτικό κλίμα» μέσα στο οποίο αναπτύσσεται μια σχέση εμπιστοσύνης με τον εξυπηρετούμενο. Ένα «θεραπευτικό κλίμα» που στηρίζεται στην άνευ όρων αποδοχή του ατόμου, η οποία εκφράζεται μέσα από το πηγαίο ενδιαφέρον του προσωπικού υγείας που δέχεται τον ασθενή με όλες τις ικανότητες, αδυναμίες, ή ανασφάλειες που μπορεί να έχει. Επιπλέον, η ευσυναίσθηση εκφράζει την προσπάθεια του επαγγελματία να αντιληφθεί την πραγματικότητα μέσα από το πρίσμα από το οποίο βιώνει ο άρρωστος, μεταφέροντας του το μήνυμα ότι τον κατανοεί. Ακόμη, η αυθεντικότητα προϋποθέτει την διαφάνεια και την ειλικρίνεια από την πλευρά του επαγγελματία, ο οποίος συνειδητοποιεί πως επηρεάζεται από τη σχέση με τον συνομιλητή του, ενώ αποφεύγει να εκπέμπει «διπλά μηνύματα», προβάλλοντας κάτι διαφορετικό από αυτό που βιώνει. Στην ουσία ο επαγγελματίας της υγείας είναι σημαντικό να λειτουργεί καταλυτικά. Χωρίς να είναι ιδιαίτερα κατευθυντικός, ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφραστεί, να κατανοήσει και να αποδεχτεί τις εμπειρίες που βιώνει και επιπλέον να αξιοποιήσει τις δυνατότητές του. με αυτόν τον τρόπο ο άρρωστος έχει τη δυνατότητα να νιώσει ότι μπορεί να βασιστεί στον εαυτό του.

βέβαια η ενεργή παρουσία του προσωπικού υγείας που σέβεται τον ασθενή και έχει εμπιστοσύνη στις ικανότητές του να χειριστεί δύσκολες εμπειρίες κρίνεται αναγκαία.

Ταυτόχρονα, πρέπει να ειπωθεί ότι ο ασθενής που ενημερώνεται σχετικά με την αρρώστια, την θεραπεία και την εξέλιξη της υγείας του δεν κατανοεί ή παρερμηνεύει την πληροφόρηση που δέχεται. Αυτό συμβαίνει γιατί πολλές φορές το προσωπικό υγείας παρέχει πληροφορίες που είναι δυσνόητες ή γιατί ο άρρωστος διστάζει να θέσει ερωτήσεις, ακόμα και όταν επιθυμεί να μάθει περισσότερα για την κατάσταση της υγείας του, ή γιατί ο ασθενής βασίζεται σε μία προσωπική υποκειμενική θεώρηση για την πάθησή του, μέσα από την οποία επεξεργάζεται και συχνά παρερμηνεύει τις πληροφορίες που δέχεται. Επιπρόσθετα η αποφυγή ενημέρωσης του ασθενή εμφανίζεται συχνότερα τις περιπτώσεις όπου η ασθένεια από την οποία πάσχει, θεωρείται μη κατανοητή, κατά συνέπεια μυστηριώδης και συνοδεύεται από κοινωνικές προκαταλήψεις. Για παράδειγμα, η διάγνωση του καρκίνου γνωστοποιείται, τις περισσότερες φορές, στην οικογένεια και όχι στον ίδιο τον ασθενή. Υιοθετείται μια τακτική, στη περίπτωση αυτή, αοριστολογίας που πηγάζει ότι ο άρρωστος πρέπει να προφυλαχθεί από την γνώση ότι μπορεί να πεθάνει. Αυτό το γεγονός συμβαίνει σε αντίθεση με την περίπτωση όπου σε έναν ασθενή διαγνώσκεται καρδιακή ανεπάρκεια ή έμφραγμα του μυοκαρδίου και ανακοινώνεται στον ίδιο τον καρδιοπαθή που μπορεί να έχει τις ίδιες πιθανότητες να πεθάνει με αυτές του καρκινοπαθή.

Όμως, πέρα από τις κοινωνικές προκαταλήψεις που επικρατούν σε σχέση με ορισμένες ασθένειες, ένα σύνολο παραγόντων άμεσα συνδεδεμένων με τις δυσκολίες του προσωπικού υγείας παρεμποδίζουν την ανακοίνωση «δυσάρεστων πληροφοριών» και κατ' επέκταση την επικοινωνία ιατρικού προσωπικού και ασθενών. Αρχικά ο φόβος της πρόκλησης ψυχικού πόνου από την αναγγελία δυσάρεστων ειδήσεων από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παρεμποδίζει αυτούς να τις ανακοινώσουν. Αν και έχουν εκπαιδευτεί να ανακουφίζουν ή να ελαττώνουν τον πόνο του αρρώστου, συχνά παρουσιάζονται διστακτικοί και απρόθυμοι να υποβάλλουν τους ασθενείς σε μία ψυχική διαδικασία. Επίσης, η αδυναμία χειρισμού των αντιδράσεων του αρρώστου από το προσωπικό υγείας οφείλεται στην έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων, ώστε να αντιμετωπιστούν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Συχνά οι επαγγελματίες της υγείας βιώνουν αμηχανία και αποφεύγουν να αναστατώσουν τους ασθενείς. Επομένως η δυσκολία επικεντρώνεται στον χειρισμό των ασθενών, όπου ο επαγγελματίας φοβάται ότι με την αναγγελία δυσάρεστων ειδήσεων, ο ασθενής θα

αρνηθεί την προτεινόμενη αγωγή, ή θα διακόψει τη συνεργασία. Ακόμη ο φόβος της έκφρασης προσωπικών συναισθημάτων μπροστά στη ψυχική οδύνη που βιώνει ο αρρώστος επηρεάζει την λειτουργικότητα των επαγγελματιών. Το προσωπικό υγείας έρχεται αντιμέτωπο με τη σοβαρότητα της κατάστασης του αρρώστου και η πιθανότητα θανάτου ανακινούν έντονα συναισθήματα που πηγάζουν από τις προσωπικές αντιλήψεις και εμπειρίες που έχει ο επαγγελματίας σχετικά με τη ασθένεια, το θάνατο και την πορεία προς αυτόν. Όταν αναβιώνουν προϋπάρχοντα άλυτα προσωπικά βιώματα σε σχέση με τα θέματα αυτά, τότε παρεμποδίζεται η αποτελεσματική λειτουργία και παροχή υπηρεσιών. Τέλος, ο φόβος της αμφισβήτησης του «παντοδύναμου» ρόλου που το προσωπικό υγείας υιοθετεί, διαδραματίζει αρκετά σημαντικό ρόλο. Η εντυπωσιακή πρόοδος της ιατρικής έχει ενισχύσει την ψευδαίσθηση ότι όλες σχεδόν οι ασθένειες θεραπεύονται. Ο φόβος της θεραπευτικής αποτυχίας βρίσκει αρκετές φορές το προσωπικό υγείας ανέτοιμο να χειριστεί τις επιπτώσεις. Ταυτόχρονα η αβέβαια πρόγνωση, η άγνωστη αιτιολογία μιας αρρώστιας και οι ερωτήσεις που θέτει ο ασθενής, αυξάνουν το άγχος του προσωπικού υγείας που αποφεύγει να ενημερώσει ή να ομολογήσει ότι «δεν γνωρίζει». Γεγονός που προσβάλλει το κύρος των επαγγελματιών, καθώς αδυνατούν να αντιδράσουν. Η αναγγελία «δυσάρεστων ειδήσεων» πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να διευκολύνεται η κατανόηση και αποδοχή τους, ενώ συνάμα να μειώνεται η πιθανότητα αντιδράσεων, άρνησης, αμφιθυμίας, ή υιοθέτηση παράλογων προσδοκιών.

Έτσι, όταν ο επαγγελματίας ενημερώνει τον ασθενή, πρέπει να εξατομικεύει την ενημέρωση και θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του ένα σύνολο παραγόντων που περιλαμβάνουν την ηλικία, το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο, τις ανάγκες του αρρώστου για πληροφόρηση, τη ψυχολογική του κατάσταση και την διαθεσιμότητα του υποστηρικτικού του δικτύου. Έτσι πρωταρχικός στόχος τίθεται η διαμόρφωση ενός κλίματος εμπιστοσύνης, όπου η διεξαγωγή συζήτησης μεταξύ ειδικού και αρρώστου πρέπει να γίνεται χωρίς διακοπές ή διασπάσεις μέσα σε ένα περιβάλλον που επιτρέπεται η διεξαγωγή μιας τέτοιας συνάντησης. Απαιτείται χρόνος και διαθεσιμότητα και από τις δύο πλευρές, καθώς και η έκφραση των δύο πλευρών (ιατρικού προσωπικού και ασθενή). Η διεύρυνση των γνώσεων του αρρώστου σχετικά με τη κατάσταση της υγείας του αποτελεί μια σημαντική παράμετρο, όπου ο ασθενής με τη βοήθεια του επαγγελματία της υγείας μαθαίνει να μιλά για την συμπτωματολογία της ασθένειας που έχει, την έκφραση, ή όχι των συναισθημάτων

του και των ανησυχιών του. Η εκτίμηση των αναγκών του ασθενή σχετικά με τη πληροφόρησή του ανοίγεται στην προσωπική επιθυμία κάθε αρρώστου, όπου τις περισσότερες φορές επιθυμούν να γνωρίζουν όσο το δυνατό περισσότερες πληροφορίες. Οι πληροφορίες αυτές παροδικά αυξάνουν το άγχος του ασθενή, αλλά ωστόσο του παρέχουν μια αίσθηση ελέγχου της κατάστασης. Η παροχή των πληροφοριών πρέπει να γίνεται σε μικρές δόσεις από τον επαγγελματία προς τον ασθενή και να αποφεύγεται η ορολογία που χρησιμοποιείται από τους γιατρούς, έτσι ώστε να ελέγχεται η κατανόηση των πληροφοριών και να υπάρχει η δυνατότητα διευκρινίσεων σε τυχόν ασάφειες, παρερμηνείες ή απορίες. Επιπλέον, οι αντιδράσεις των ασθενών στην ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων ποικίλουν, γι' αυτό το προσωπικό πρέπει να τις αναγνωρίζει, να τις κατανοεί και να τις αντιμετωπίζει, χωρίς να κρίνει ή να συμβουλεύει τον άρρωστο σχετικά με το πώς πρέπει να νιώθει, να σκέφτεται ή να ενεργεί. Επιπρόσθετα ο προγραμματισμός περιλαμβάνει τον προσδιορισμό άμεσων βραχυπρόθεσμων στόχων που θέτει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με τον ασθενή. Οι στόχοι αυτοί αφορούν την θεραπεία μέσω κάποιων ιατρικών πράξεων, όπου ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται ειλικρινά από το προσωπικό υγείας που συνεργάζεται μαζί του για κάθε ενέργεια που πραγματοποιείται, ενώ κρίνεται απαραίτητη η δική του συναίνεση. Η υποστήριξη του αρρώστου ισοδυναμεί με την συνοδεία του στην πορεία και εξέλιξη της υγείας του. προϋποθέτει διαθεσιμότητα, ενεργητική ακρόαση και κατανόηση, ακόμα και αν οι απόψεις, ή τα συναισθήματα του αρρώστου διαφέρουν από εκείνα του επαγγελματία.

Τέλος, η επικοινωνία των επαγγελματιών της υγείας με τους ασθενείς δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο γεγονός, αλλά μια συνεχή διαδικασία που προσαρμόζεται στις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες του αρρώστου. Αυτή η διαδικασία της επικοινωνίας δεν είναι απλή, καθώς απαιτούνται δεξιότητες και πέρα. Βέβαια, υπάρχουν και οι περιπτώσεις όπου το προσωπικό υγείας εκφράζει το άγχος του απέναντι στην δυσμενή εξέλιξη της υγείας του ασθενή, αποβλέποντας στη προστασία του εργαζόμενου και οδηγούν τον άρρωστο σε συναισθηματική απομόνωση. Περιπτώσεις, οι οποίες πρέπει να εξαιρεθούν ή να περιοριστούν έτσι ώστε να υπάρχει μια σωστή λειτουργικότητα των επαγγελματιών της υγείας προς όφελος τόσο των ασθενών, όσο και των ίδιων.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>**

### **ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

#### **1. Η ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι η συνεργασία των διαφόρων ειδικοτήτων μέσα στο χώρο του νοσοκομείου κρίνεται αναγκαία, προκειμένου η περίθαλψη των ασθενών να είναι ολοκληρωμένη και επιτυχής. Μια συνεργασία, η οποία στηρίζεται στην ομαλή επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας, τον καθορισμό των ρόλων τους και την ανάληψη των υποχρεώσεων που προκύπτουν από την εργασία τους.

Πιο συγκεκριμένα η συνεργασία είναι μια διαδικασία κοινής εργασίας με κοινά αποδεκτούς στόχους και φιλοσοφία. Ταυτόχρονα είναι απαραίτητη η κατανόηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, όπως είναι οι ικανότητες, οι γνώσεις και τα στοιχεία προσωπικότητας και συμπεριφοράς που έχει κάθε ένα από τα συμβαλλόμενα μέλη σαν επαγγελματία, αλλά και σαν άτομο. Είναι κατανοητό, λοιπόν, ότι η συνεργασία απαιτεί κοινές προσπάθειες και ενέργειες για την καθιέρωση κοινών στόχων. Κάθε άτομο πρέπει να συμβάλει για τη καθιέρωση στόχων που ικανοποιούν τα μέλη που συνεργάζονται μεταξύ τους, αλλά επιπλέον πρέπει να αναγνωρίζεται η ιδιαίτερη μερικές φορές συμβολή κάποιου μέλους της ομάδας ως ειδικού για την επίλυση κάποιου προβλήματος. Επίσης, η σωστή διεπαγγελματική συνεργασία περιλαμβάνει επικοινωνία, καθοδήγηση με την έννοια της συμβουλευτικής, τήρηση κοινών στοιχείων, επανεκτίμηση των στοιχείων, ανταλλαγή πληροφοριών και ιδεών και επίσημα θεσμοθετημένες συναντήσεις και συνεδριάσεις.

Στον τομέα φροντίδας υγείας, η διεπαγγελματική συνεργασία έχει γίνει ένα σημαντικό σημείο σκέψης, καθώς η παροχή υπηρεσιών υγείας στις σύγχρονες κοινωνίες γίνεται ολοένα και πολυπλοκότερη. Έτσι, πολλά άτομα από διάφορα επαγγέλματα είναι υποχρεωμένα να εργάζονται από κοινού για να είναι δυνατή η παροχή επαρκούς και υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας. Ακόμη, οι επαγγελματίες που εργάζονται στο χώρο της υγείας πιστεύουν ότι με τη συνεργασία τους γίνεται δυνατή η παροχή πιο αποτελεσματικών φροντίδων στα άτομα που ζητούν τις

υπηρεσίες τους. Η επίτευξη της υψηλής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας από τους επαγγελματίες εξαρτάται από τη συνεργασία τους και τη συμβολή τους με τις εξειδικευμένες γνώσεις τους στην ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών. Η άποψη αυτή αποκτά μια ιδιαίτερη σημασία, για οι σύγχρονες τάσεις για τη φροντίδα των ασθενών στο χώρο του νοσοκομείου τονίζουν την ανάγκη να περικλείεται όλη η οικογένεια στις θεραπευτικές φροντίδες που παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας.

Επιπρόσθετα, πρέπει να αναφερθεί ότι στον τομέα της παροχής φροντίδας υγείας, η αντίληψη διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο, γιατί επηρεάζει τη συμπεριφορά των επαγγελματιών της υγείας στο χώρο εργασίας, τόσο απέναντι στους ασθενείς όσο και κατά τη διάρκεια της διεπαγγελματικής συνεργασίας τους. η αντίληψη είναι μια διαδικασία οργάνωσης, ερμηνείας και επεξεργασίας μιας πληροφορίας μέσω της μνήμης και των προσλαμβανόμενων από τα αισθητήρια όργανα πληροφοριών και είναι μια διαδικασία συναλλαγής του ανθρώπου με το περιβάλλον. Η αντίληψη δίνει νόημα στις εμπειρίες του ατόμου, αντικατοπτρίζει την εικόνα της πραγματικότητας που έχει ένας άνθρωπος και επηρεάζει την συμπεριφορά του. Το εύρος των παραγόντων που επηρεάζουν την αντίληψη, διαφέρουν από άτομο σε άτομο, όμως υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που επιδρούν γενικότερα στην αντίληψη. Τέτοιοι παράγοντες είναι οι στάσεις, αξίες, πεποιθήσεις, στερεότυπα, ψυχογενείς ανάγκες και μηχανισμοί άμυνας. Η κουλτούρα μιας ομάδας είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει τη συμπεριφορά ενός ατόμου και είναι αναγκαίο να το γνωρίζει το προσωπικό υγείας για να κατανοήσουν τόσο την συμπεριφορά των ασθενών τους, όσο και την προσωπική τους συμπεριφορά στις συνεργασίες τους. επίσης το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του ατόμου και οι κοινωνικοί ρόλοι που εκφράζονται από τα άτομα παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιρροή της αντίληψής τους.

Αν και θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η παροχή των υπηρεσιών υγείας μέσα από τη συνεργασία των ανάλογων επαγγελματιών έχει θετικές επιδράσεις στην εργασία τους δίνοντας ικανοποίηση στο προσωπικό υγείας, όμως υπάρχουν προβλήματα που προκύπτουν στη συνεργασία τους. τα προβλήματα αυτά οφείλονται σε κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, σε παρανοήσεις, υπάρχουσες στάσεις και στερεότυπα, καθώς στις κλίμακες αξιών και στις αξιώσεις υπεροχής και εξουσίας ορισμένων επαγγελματιών. Επίσης, ο φόβος για απώλεια κοινωνικής θέσης και θέσης εξουσίας μέσα στην ομάδα οδηγούν ορισμένες φορές τα άτομα σε συμπεριφορές που προκαλούν συγκρούσεις. Επιπρόσθετα, συγκρούσεις προκύπτουν από ένα



διαφορετικό ορισμό ενός προβλήματος, ή από επικέντρωση σε ένα μόνο μέρος του προβλήματος από ορισμένα άτομα της ομάδας. Οι ανεπαρκείς οδηγίες, οι ασαφείς καθορισμοί επαγγελματικών καθηκόντων και υποχρεώσεων προκαλούν αβεβαιότητα και ευερεθιστότητα στους επαγγελματίες της υγείας με αποτέλεσμα να υπάρχουν συγκρούσεις.

Η ανάπτυξη μιας ομάδας και ιδιαίτερα αυτής της διεπιστημονικής συνεργασίας στηρίζεται στη καλή συνοχή, στοιχείο που δεν υπάρχει, όταν υπάρχουν συγκρούσεις. Είναι αναγκαίο, λοιπόν, να αναπτύσσεται πνεύμα αλληλεγγύης και τα άτομα σταδιακά να αποδέχονται το ένα το άλλο με τα προτερήματα και τα ελαττώματά τους. Επιπλέον, όταν αναπτύσσονται αυτές οι ομάδες πρέπει να αποκτούν ευελιξία και να οδηγούνται στις ενέργειες και στις αποφάσεις τους κυρίως από τις ανάγκες των ασθενών που φροντίζουν, παρά από τις επαγγελματικές και προσωπικές φιλοδοξίες. Ταυτόχρονα η καλή συνεργασία σε μια ομάδα επιτυγχάνεται όταν καθορίζονται κανόνες αλληλεπίδρασης, όταν υπάρχει επίγνωση των ενεργειών που αναπτύσσει ένα άτομο, καθώς και των ενεργειών που αναπτύσσουν οι άλλοι και μια ευέλικτη συμπεριφορά από όλα τα μέλη της ομάδας. Συγχρόνως, οι κοινές εκπαιδευτικές εμπειρίες των μελών μιας ομάδας που συνεργάζονται επαγγελματικά συμβάλλει στην καλύτερη λειτουργία της. Μέσα από την κοινή εκπαίδευση δίνονται οι ευκαιρίες για συναναστροφή και κατανόηση του διαφορετικού τρόπου σκέψης των διαφόρων επαγγελματιών, καθώς επίσης και των ιδιαίτερων ικανοτήτων και επαγγελματικών αρμοδιοτήτων των άλλων επαγγελματιών. Επίσης, μέσα από τη κοινή εκπαίδευση προσδιορίζεται ένας κοινός στόχος για τους επαγγελματίες υγείας, μέσα από την διαδικασία της κοινής εκπαίδευσης οι επαγγελματίες πρέπει να δουν τις ομοιότητες που έχουν μεταξύ τους, εφόσον εργάζονται στον ίδιο χώρο και να μην επικεντρώνονται μόνο στις διαφορές τους.

Η διευκόλυνση της συνεργασίας των επαγγελματιών της υγείας με τη μορφή της επίσημης θεσμοθέτησης, αλλά και με την παροχή χώρου και υποστήριξης αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα για την παροχή μιας ολοκληρωμένης και σωστής περίθαλψης των ασθενών. Ένας παράγοντας που θεωρείται σημαντικός για τη διευκόλυνση της διεπαγγελματικής συνεργασίας, είναι η επιθυμία των επαγγελματιών της υγείας που εμπλέκονται σ' αυτήν την μορφή εργασίας, που οδηγεί σε μια πλήρη και ικανοποιητική προσφορά υπηρεσιών από το προσωπικό υγείας προς τους ασθενείς.

## **2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

Παραδοσιακά γιατροί και νοσηλευτές έχουν εκπαιδευτεί να αντιμετωπίζουν κάθε είδους αντιξοότητες στο χώρο δουλειάς τους.

Στο νοσοκομείο για παράδειγμα καθημερινά αντιμετωπίζουν όχι μόνο μια ραγδαία εναλλαγή διαφορετικών καταστάσεων ασθενών αλλά και τα παρεπόμενα δυσάρεστων εξελίξεων στην υγεία των ασθενών όπως η πλήρης εξάρτηση αυτών ή ακόμα και ο θάνατος. Στις ΜΕΘ η κατάσταση εντείνεται ακόμα περισσότερο καθώς παρατηρείται μια αυξημένη απαίτηση και από τους ίδιους τους ασθενείς αλλά και τους συνοδούς, συχνά μάλιστα με ελάχιστη αναγνώριση του στρες που κυβερνά σε καθημερινή βάση τους ιατρούς και νοσηλευτές.

Η Millar σε μια έρευνά της, κατέληξε στη διαπίστωση ότι μόνο ένας από τους δέκα μεγαλύτερους Βρετανικούς Οργανισμούς και Ιδρύματα υγείας είχε υιοθετήσει συγκεκριμένη πολιτική βάση πρωτοκόλλων για την ψυχολογική υποστήριξη του προσωπικού. Και όλα αυτά σε μια χώρα όπου η υγεία βρίσκεται σε πολύ προηγμένο επίπεδο πόσο μάλλον στην Ελλάδα που γνωρίζουμε ότι κάτι ανάλογο είναι προς το παρόν τουλάχιστον ανήκουστο.

Ίσως θα πρέπει να αρχίσει να αμφισβητείται η ηθική των πράξεων που αναμένουν από τους επαγγελματίες υγείας και δη τους νοσηλευτές να είναι ευαίσθητοι απέναντι στις ανάγκες των ασθενών όταν παράλληλα οι ασθενείς αρνούνται το γεγονός ότι και το προσωπικό είναι άνθρωποι που έχουν όχι μόνο υποχρεώσεις αλλά και ανάγκες. από την άλλη πάλι είναι γνωστό ότι κάποιοι ιατροί ή νοσηλευτές θεωρούν ότι το να ζητήσει κάποιος βοήθεια είναι ένδειξη αδυναμίας και συμπεριφορά που μπορεί να τους τοποθετήσει στη μαύρη λίστα κάποιων άλλων.

Όσο σημαντική κι αν είναι η καλής ποιότητας εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για να αντεπεξέλθουν στις δυσκολίες του επαγγέλματος άλλο τόσο σπουδαία είναι και η καλή υποστήριξη και ένα τακτό σύστημα παρακολούθησής τους, ιδίως στη σημερινή εποχή ο ιατρός και νοσηλευτής καλείται να επιτελέσει και συμβουλευτικό ρόλο. Η εποπτεία αυτή δεν έχει καθόλου να κάνει με την υποβολή από έναν ειδικό του τι πρέπει να κάνει ή πώς να φερθεί ένας γιατρός ή νοσηλευτής. Αντιθέτως αποτελεί περισσότερο έναν συνδυασμό προσωπικής θεραπείας του

νοσηλευτή και ιατρού και της δυνατότητας που του δίνεται να συζητήσει τα προβλήματά του με κάποιον έμπειρο σύμβουλο σε καθημερινή βάση και μέσα σε ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης.

Επιπρόσθετα, η ύπαρξη ενός ψυχολόγου μέσα στην ομάδα φροντίδας του ασθενή, όχι μόνο προσφέρει μια εναλλακτική θεραπευτική οπτική γωνία αλλά την ίδια στιγμή βοηθάει και τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας να αποκτήσουν μια καλύτερη αντίληψη των ψυχολογικών διαστάσεων της υγείας.

Είναι λυπηρό να ανακαλύπτει ο νοσηλευτής ή ο γιατρός ότι πηγή υποστήριξης τις περισσότερες φορές είναι γι' αυτόν μόνο ένας φίλος – σύντροφος ή συγγενής και όχι ο συνάδελφος ή φορέας απασχόλησης. Είναι άδικο τη στιγμή που οι γιατροί και νοσηλευτές σε συνδυασμό επιτελούν ένα τόσο σημαντικό έργο καθημερινά και για πολλούς συνανθρώπους να μην βρίσκουν υποστήριξη όταν την χρειάζονται και να στρέφονται σε άτομα από την προσωπική τους ζωή και όχι στους ανωτέρους και ιθύνοντες τους εργασιακού χώρου.

Μη ξεχνάμε όμως πως (ο κάθε ένας από μας νοσηλευτής ή γιατρός) όπως ο καθένας μας περιμένει βοήθεια και συμπαράσταση από τον εργασιακό περίγυρο, έτσι και οι άλλοι γύρω μας περιμένουν από εμάς βοήθεια και συμπαράσταση. Η ψυχολογική υποστήριξη είναι μια αμοιβαία διαδικασία, ένα αδιάκοπο δούναι και λαβείν.

Ας διεκδικήσουμε επιτέλους το δικαίωμα να είμαστε «επαγγελματίες» και όχι «ήρωες».

### **3. Η ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.**

Η έννοια της «ενδυνάμωσης» (empowerment) είναι ευχάριστη λόγω της ψυχοκοινωνικής ηθικής σημασίας που εμπεριέχει. Υπονοεί την ύπαρξη δυνατοτήτων και ικανοτήτων από δοθείσα θέση ή ευκαιρία. Απευθύνεται στα προσόντα του ατόμου, τις δυνάμεις και τα δικαιώματά του, την αυτοπεποίθηση, την συμπαράσταση μεταξύ συναδέλφων και τα συστήματα υποστήριξης του εργασιακού χώρου παρά τις ελλείψεις και τις ανάγκες επικεντρώνεται κυρίως στις λύσεις παρά στα προβλήματα.

Η ενδυνάμωση των εργαζομένων αυξάνει την παραγωγικότητα εμφανέστατα (Sibson 1994), διότι όταν οι ίδιοι έχουν την εξουσία να εφαρμόσουν νέες μεθόδους εργασίας μπορούν καλύτερα να διαχειριστούν την παραγωγικότητά τους.

Στη χώρα μας η πληθώρα αντίξωων συνθηκών και οι ελλείψεις στο σύστημα υγείας αποδυναμώνουν το γιατρό ή νοσηλευτή με αποτέλεσμα την έκπτωση της ποιότητας στη δουλειά του ή τη σωματική και ψυχολογική φόρτισή του τόσο εντός όσο και εκτός νοσοκομείου.

Ιδιαίτερα όσον αφορά το Νοσηλευτικό επάγγελμα πολλά είναι αυτά που πρέπει να γίνουν για την καλύτερευση των συνθηκών εργασίας και άρα την αύξηση της παραγωγικότητας ή της ποιοτικής δουλειάς του. Οι Gott και O' Brien (1990) για την ενδυνάμωση των νοσηλευτών σε σχέση με την προαγωγή υγείας, αναφέρουν ότι «...οι νοσηλευτές έχουν τόσο λίγη αυτονομία και τόσο λίγη εξουσία για να υλοποιήσουν προγράμματα έναντι της επιθυμίας διαφόρων κατεστημένων, που είναι σχεδόν αδύνατο να επηρεάσουν το επαγγελματικό τους περιβάλλον».

Αντίθετα οι Barnum και Kerfoot (1995) πιστεύουν ότι αυτό επιτυγχάνεται με τα παρακάτω:

1. Εξειδίκευση: Βασίζεται στην εκπαίδευση για συμμετοχή στις επιμέρους πληροφορίες. Όσο οι νοσηλευτές αποκτούν γνώσεις και ικανότητες, τόσο θα αναγνωρίζονται και θα εκτιμούνται από τους συνεργάτες τους.
2. Νομικές διατάξεις: Η νοσηλευτική ως επάγγελμα απέτυχε να συμφωνήσει στους στόχους και τις στρατηγικές, αναζητώντας νέα κοινωνική θέση. Τα κυριότερα αίτια γι' αυτή τη διαφωνία είναι η αποτυχία θέσπισης κριτηρίων για την εκπαίδευση του νοσηλευτή και έτσι παρέμεινε η διαφορά μεταξύ του επιστήμονα και του τεχνολόγου νοσηλευτή. Και όσο οι νοσηλευτές είναι απασχολημένοι με τις εσωτερικές τους διαμάχες, δεν αποτελούν απειλή για κανενός άλλου της προσπάθεια απόκτησης δύναμης.
3. Νέοι ρόλοι: Η αυτονομία της νοσηλευτικής, η επέκταση των σπουδών στην απόκτηση μεταπτυχιακών διπλωμάτων και διδακτορικών διατριβών και ο προσανατολισμός της νοσηλευτικής προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, προετοιμάζουν νέους ρόλους των σύγχρονων νοσηλευτών.
4. Συναδελφικότητα και καλές διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων. Είναι αντικείμενο μάθησης το να σέβεται, συμβουλευέται και συνεργάζεται κανείς με τους συναδέλφους του, χωρίς να υπάρχει αντίδραση ή σκέψη αποτυχίας σ' αυτή την ενέργεια. Είναι προϊόν συνεχούς σκέψης.

5. Αυτοπεποίθηση, αυτογνωσία, αυτοέλεγχος. Από τις καλές διαπροσωπικές σχέσεις των συναδέλφων αντλείται συμπαράσταση, υποστήριξη, καθοδήγηση και ενθάρρυνση, που είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη του επαγγέλματος. Κανείς όμως, δεν μπορεί να εκτιμήσει τους άλλους, αν δεν εκτιμήσει πρώτα τον εαυτό του.
6. Αυτοεκτίμηση. Προϋποθέτει την καθοδήγηση και υποστήριξη του οργανισμού, την εμπλοκή των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων, την παροχή συμπαράστασης και βοήθειας στους εργαζόμενους, με σκοπό την επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων. Η αντίληψη των εργαζομένων ότι έχουν εσωτερική δύναμη για την επίτευξη υψηλών στόχων, είναι αποκλειστική ευθύνη του προϊστάμενου. Η ενδυνάμωση είναι διαδικασία – μονόδρομος: ένα δώρο από τον προϊστάμενο στον εργαζόμενο. Η απόκτηση αυτοεκτίμησης όμως, είναι διαδικασία αμφίδρομη, διότι εργαζόμενοι και προϊστάμενος δίνουν και παίρνουν συγχρόνως (Gilley and Boughton 1996).
7. Κατάλληλη δομή της Νοσηλευτικής Διοίκησης: πρέπει να είναι σε θέση να ενθαρρύνει τις ικανότητες όλων των νοσηλευτών. Η γνώση και εμπειρία δημιουργεί ικανούς αρχηγούς και οι ικανοί αρχηγοί διαμορφώνουν ανθρώπους (Willingham 1998). Προϋποτίθεται βέβαια, εκπαίδευση, ανάπτυξη εμπιστοσύνης, αισθήματος αυτονομίας και συμπαράστασης, ανοικτή επικοινωνία. Διότι, όταν ο προϊστάμενος δεν επικοινωνεί επαρκώς με τους υφισταμένους του, τους κακοποιεί λεκτικά και κριτικάρει τους ίδιους και όχι τις πράξεις τους, τότε το ηθικό και η παραγωγικότητα των εργαζομένων είναι μειωμένη, με αποτέλεσμα να παράγονται χαμηλής ποιότητας προϊόντα ή υπηρεσίες και να αυξάνει το κόστος. Η αρνητική συμπεριφορά καλλιεργεί αρνητικό περιβάλλον. Ωστόσο, η ερώτηση παραμένει: «Ποιο προηγείται: η συμπεριφορά ή το περιβάλλον;» (Kanter 1977).
8. Οργανισμός και παροχές. Η διευθέτηση του οργανισμού, ώστε να είναι εφικτή η προαγωγή νέων δραστηριοτήτων και ο εφοδιασμός των απαραίτητων υλικών και πόρων για να είναι σίγουρη η επίτευξη των στόχων του οργανισμού, είναι από τις βασικές λειτουργίες της διοίκησης υπηρεσιών υγείας (McDermott et al 1996).
9. Κατανόηση και συμπαράσταση του νοσηλευτικού ιδρύματος. Είναι προφανές ότι για να μπορέσει να αλλάξει μια κατάσταση, το πρώτο βήμα είναι να κατανοηθεί. Η δημιουργία ενδυναμωμένου εργασιακού περιβάλλοντος για την εφαρμογή επαγγελματικής νοσηλευτικής είναι μια εξαιρετική στρατηγική του οργανισμού

που υπόσχεται μείωση του στρες στο περιβάλλον της υπηρεσίας υγείας και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών (Laschinger & Havens 1997). Η επιβράβευση είναι μια άλλη, συμπληρωματική μορφή της ενδυνάμωσης που επιτρέπει στους εργαζόμενους να προσφέρουν περισσότερη και ποιοτική εργασία (Willingham 1998, Manthey 1994).

10. Η υπευθυνότητα είναι θέμα επιλογής, ανεξαρτήτως των συνθηκών του περιβάλλοντος. Απαιτούνται όμως τρία συστατικά για την επιλογή της υπευθυνότητας: α) ενημέρωση, β) αυτοέλεγχος και γ) αισιοδοξία. Συνήθως, τα άτομα επιλέγουν την υπευθυνότητα μόνον όταν ο οργανισμός την εμπνέει.
11. Συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών, αλλά και των βοηθών τους, είναι άλλος ένας παράγοντας για την ενδυνάμωση του νοσηλευτικού προσωπικού (Klakovich 1996). Χαρίζει επαγγελματικό και δημοφιλέσ προφίλ και ενδυναμώνει τους νοσηλευτές επιτρέποντάς τους να αναπτύξουν και να εκφράσουν τις ιδέες τους, να επικοινωνήσουν ανοιχτά με τους συναδέλφους τους και να διασφαλίζουν συνεχή ανάπτυξη και αξιοποίηση της κριτικής σκέψης (Carson 1992, Burrows 1993).
12. Έρευνα. Είναι εκείνη που θα οδηγήσει τα πλήθη των νοσηλευτών στην αλήθεια και θα υπογραμμίσει την επαγγελματική τους κατάσταση. Με αυτή τη γνώση και την πρακτική, αφενός μεν ολοκληρώνεται η επιστημονική διάσταση της νοσηλευτικής επιστήμης, αφετέρου δε οδηγείται ο νοσηλευτής στην καταξίωση και αυτοεκτίμηση που τελικά οδηγεί στην ενδυνάμωση.

Οι επαγγελματικοί σύνδεσμοι των νοσηλευτών μεταξύ άλλων, έχουν ένα σημαντικό ρόλο: να αναπτύξουν ηγετική ικανότητα και να θέσουν τα κριτήρια και πρότυπα στο επάγγελμα. Είναι εξουσιοδοτημένοι να αναμορφώσουν το σύστημα υγείας και να θέσουν τους αντικειμενικούς σκοπούς του έθνους σε θέματα υγείας (Rappaport 1984).

Η πολιτεία με τις ανακατατάξεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν ασχολείται μόνο με την υγεία των πολιτών, αλλά και την υγεία των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται μέσα στο σύστημα. Οι νοσηλευτές έχουν ανάγκη ελέγχου πάνω στην πρακτική άσκηση του επαγγέλματός τους και την αίσθηση αυτονομίας. Αναπτύσσοντας αίσθημα αυτό – απόρριψης και χαμηλής αυτό – εκτίμησης, φοβούνται την αλλαγή ή οποιαδήποτε μεταβολή στην υπάρχουσα κατάσταση των πραγμάτων, λόγω της χαμηλής πολιτιστικής και μορφωτικής ταυτότητάς τους που αποδεικνύεται από τη μικρή ανάπτυξη και ολοκλήρωση των νοσηλευτικών θεωριών

και της νοσηλευτικής διάγνωσης. Η έλλειψη αυτής της πολιτιστικής ταυτότητας οδηγεί τους νοσηλευτές να υποτιμούν την επιστημονικό – τεχνική τους κατάρτιση, τα προσόντα και την ειδικότητά τους, να μην ριψοκινδυνεύουν και να μην εμπιστεύονται τις ικανότητές τους.

#### **4. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (ΩΣ ΜΕΣΟ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ).**

Συνεχιζόμενη εκπαίδευση (Continuing Education) είναι η εκπαίδευση που λαμβάνει ο λειτουργός υγείας μετά το τέλος της βασικής επαγγελματικής κατάρτισης ή οποιασδήποτε πρόσθετης προηγμένης εκπαίδευσης, με σκοπό τη βελτίωση των ικανοτήτων του και όχι για απόκτηση νέου διπλώματος ή άδειας ασκήσεως επαγγέλματος (Π.Ο.Υ 1980).

Ο Roger and Lawrenca (1987) υποστηρίζουν ότι η Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Εκπαίδευση των εργαζομένων Νοσηλευτών μπορεί να ερμηνευτεί ως μια ποικιλία δραστηριοτήτων με σκοπό την διαρκή ενημέρωση και εκπαίδευση των ήδη πτυχιούχων νοσηλευτών. Παρέχεται από τον φορέα εργασίας σε διάφορες μορφές (δηλαδή με ταχύρυθμα ή εξειδικευμένα προγράμματα).

Έτσι επιτυγχάνεται η ανατροφοδότηση των γενικών και ειδικών γνώσεων, αναθεώρηση και τροποποίηση παλαιότερων γνώσεων, καλλιέργεια της δεξιοτήτας εφαρμογής των νοσηλευτικών πράξεων, αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς του νοσηλευτή με προσαρμογή στις συνεχώς μεταβαλλόμενες κοινωνικές αντιλήψεις.

#### **5. Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.**

Αν και ο ρόλος της κλινικής εξειδίκευσης νοσηλευτικής πρωτοεμφανίστηκε στα μισά της δεκαετίας του '50, ο ακαδημαϊκός προσδιορισμός της ξεκίνησε στις Η.Π.Α. στη δεκαετία του '70. Σήμερα οι νοσηλευτές χρειάζεται να βρουν το ρόλο και τη θέση τους μέσα στον επιστημονικό χώρο αλλά και το δαιδαλώδες σύστημα υγείας. Θα πρέπει να αντιμετωπίσουν με θάρρος την πρόκληση αυτή και να παρουσιάσουν

ενεργά και με θάρρος τις γνώσεις και τις αντιλήψεις τους για τη νοσηλευτική πράξης και περίθαλψη. Έτσι δημιουργείται η ανάγκη της νοσηλευτικής εξειδίκευσης.

Ο ειδικός νοσηλευτής θα πρέπει να είναι εφοδιασμένος με εκείνα τα χαρακτηριστικά και τις εξειδικευμένες γνώσεις που θα τον κάνουν πιο αποτελεσματικό στο ρόλο του. Ο ρόλος του ειδικού κλινικού νοσηλευτή (clinical nurse specialist) πρωτοεμφανίστηκε το 1938. Το 1952 η Hildegart Peplau ανέπτυξε το πρώτο πρόγραμμα εκπαίδευση νοσηλευτών με αντικείμενο την προηγμένη νοσηλευτική πράξη.

Σήμερα νέα δεδομένα εμφανίζονται που δεν υπήρχαν στο παρελθόν και προσδιορίζουν την ύπαρξη και το ρόλο του ειδικού κλινικού νοσηλευτή. Η νέα αυτή γνώση περιλαμβάνει τα εξής:

- Τα όριά μας είναι πεπερασμένα, δεν μπορούμε να τα κάνουμε όλα, δεν μπορούμε να είμαστε υπέρ – νοσηλευτές.
- Υπάρχει μεγάλη ανάγκη ύπαρξης ουσιαστικού χρόνου.
- Η αναγκαιότητα ανάπτυξης επιμέρους δεξιοτήτων.
- Η ανάπτυξη της τεχνολογίας και η εμπλοκή της στη νοσηλευτική πράξη.
- Η συνθετότητα της νοσηλευτικής εργασίας
- Η πεποίθηση ότι θα αναπτυχθεί καλύτερα η νοσηλευτική μέσα από την εξειδίκευση.

Η πρόκληση της νοσηλευτικής είναι να προσανατολίσει τη νοσηλευτική πρακτική σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερο και αρτιότερο επιστημονικό επίπεδο.

Αυτό απαιτεί:

1. Την καλύτερη προετοιμασία – εκπαίδευση – εξειδίκευση του νοσηλευτικού προσωπικού
2. Την ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών στη νοσηλευτική
3. Την επέκταση του νοσηλευτικού ρόλου στα παραδοσιακά ιδρύματα υγείας
4. Τη συμμετοχή των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων σε θέματα υγείας
5. Επανασχεδιασμό των προγραμμάτων εκπαίδευσης ώστε οι πτυχιούχοι να δουλέψουν σε νέους εκτεταμένους ρόλους (π.χ. ΜΕΘ, Κινητές Μονάδες ή Νοσηλείας στο Σπίτι).



## 6. ΜΕΤΑΒΑΣΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Εκπαίδευση είναι το μέσον όπου επιτυγχάνονται οι βασικοί στόχοι της διδασκαλίας δηλαδή η ανάπτυξη των ανωτέρων ηθικών και πνευματικών αξιών του ατόμου. Μπορεί ακόμη να ορισθεί ως η διαδικασία απόκτησης γνώσεων και ανάπτυξης ικανοτήτων και κρίσης.

Η γρήγορη επιστημονική και τεχνολογική εξέλιξη στις αρχές του 21<sup>ου</sup> αιώνα έχουν συντελέσει έτσι ώστε η βασική εκπαίδευση των νοσηλευτών, όταν δεν ενισχύεται με ευρύτερες γνώσεις, να θεωρείται ξεπερασμένη μέσα σε μια δεκαετία. Τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα από το 1990, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη μεταβασική εκπαίδευση και θεωρείται ότι συμβάλλει σημαντικά στην επαγγελματική ανάπτυξη και εδραίωση της Νοσηλευτικής ως επιστήμης. Ως μεταβασική εκπαίδευση ορίζεται η προσπάθεια βελτίωσης των γνώσεων σε κάποιο τομέα, μετά το τέλος του βασικού κύκλου σπουδών. Είναι παράταση ευκαιριών για μελέτη και εκπαίδευση των ατόμων, η οποία και πραγματοποιείται με διάφορους τρόπους όπως η απόκτηση μεταπτυχιακών τίτλων, εξειδίκευσης, σεμινάρια, συνεχιζόμενη εκπαίδευση. η συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι δικαίωμα του ατόμου και υποχρέωση των επαγγελματιών εκπαιδευτών.

Είναι προφανές ότι η μεταβασική εκπαίδευση επιλέγεται από νοσηλευτές που επιθυμούν να διευρύνουν τις επαγγελματικές τους ικανότητες. Οι ευκαιρίες όμως για το σκοπό αυτό, πολλές φορές φαίνονται περιορισμένες. Είναι δύσκολο συνήθως για τους νοσηλευτές να επιλέξουν κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, το οποίο θα αναβαθμίσει ουσιαστικά τη γνωστική τους βάση.

Το ενδιαφέρον των νοσηλευτών για διερεύνηση γνώσεων μετά την απόκτηση του βασικού τίτλου σπουδών είναι πιθανόν να σχετίζεται με έξοδα μετακίνησης και καταλύματος, για παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων ή σεμιναρίων, καθώς και έξοδα εγγραφής.

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση διακρίνεται σε εθελοντική και υποχρεωτική. Εθελοντική ορίζεται ως «η ανεπίσημη» εκπαίδευση, που μπορεί να έχει την πολύ απλή μορφή μελέτης βιβλίων, εκπόνησης εργασιών, της συνεργασίας μέσα σε επιτροπές και συμμετοχής σε εκπαιδευτικές ομάδες. Υποχρεωτική θεωρείται η κατευθυνόμενη εκπαίδευση που μπορεί να χαρακτηριστεί ως «επίσημη» μορφή εκπαίδευσης και περιλαμβάνει οργανωμένα προγράμματα, σεμινάρια, συνέδρια.

# **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας είναι η συγκριτική διερεύνηση των προβλημάτων σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στο χώρο του νοσοκομείου.

Αφορμή για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος στάθηκε το γεγονός ότι ο ρόλος του λειτουργού υγείας σήμερα κρίνεται πιο κρίσιμος και απαιτητικός από ποτέ.

Συχνά ο γιατρός και ο νοσηλευτής συμβαίνει να δέχονται αφόρητες πιέσεις σωματικές και ψυχολογικές, υπέρμετρο φόρτο εργασίας και να υπόκεινται σωρεία αντιξοοτήτων όπως η έλλειψη προσωπικού, οι περιορισμένες δυνατότητες σε αριθμό κλινών και η έλλειψη ή ανεπάρκεια εξοπλισμού. Ακόμη, συχνά καλούνται να θεραπεύσουν ενώ σαν άτομα ενδεχομένως να πάσχουν, καλούνται να ανακουφίσουν ενώ πονάνε, καλούνται να υπερβούν τις σωματικές και ψυχικές αντοχές τους προκειμένου να επιτελέσουν το λειτούργημά τους.

Όλα τα παραπάνω σε συνδυασμό με τις ιδιαιτερότητες του χώρου εργασίας (νοσοκομείο) δημιουργεί πληθώρα προβλημάτων σωματικών και ψυχικών.

Έτσι γεννήθηκε ο προβληματισμός για τη διερεύνηση και αναζήτηση τρόπων επίλυσης των προβλημάτων αυτών και η ανάγκη να γίνει σε όλους κατανοητό ότι τι ανθρώπινο δυναμικό που στελεχώνει τις υπηρεσίες υγείας του νοσοκομείου είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τη σωστή λειτουργία του νοσοκομείου και ότι ο εργαζόμενος νοσηλευτής ή γιατρός μπορεί να ασκήσει καλύτερα τα καθήκοντα του όταν τα προβλήματα αυτά αντιμετωπιστούν.

Σκοπός της έρευνας μας είναι αφενός να καταγράψουμε τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γιατροί-νοσηλευτές κατά την άσκηση των καθηκόντων τους και σε ποιο βαθμό αυτά επιδρούν στους ίδιους και επηρεάζουν την επαγγελματική, ψυχολογική και οικογενειακή ζωή του. Αφετέρου σκοπός μας είναι να συγκρίνουμε ομοιότητες και διαφορές στις απαντήσεις που δίνουν οι γιατροί-νοσηλευτές.

## ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.

Το δείγμα της μελέτης μας ήταν τυχαίο και αντιπροσωπευτικό. Αποτελείται από συνολικά 173 άτομα εκ των οποίων οι 123 είναι νοσηλευτές και οι 50 ιατροί.

Ως όργανο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο 21 ανεξάρτητων και εξαρτημένων μεταβλητών. Οι δέκα πρώτες ερωτήσεις (ανεξάρτητες μεταβλητές) αφορούσαν ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, οι υπόλοιπες 21 (εξαρτημένες μεταβλητές) ανίχνευαν τις απόψεις και στάσεις των ιατρών και νοσηλευτών αναφορικά με την επαγγελματική τους δραστηριότητα, εκ των οποίων μια ερώτηση (ερωτ. 12) υπολογίστηκε μια διαβάθμιση πέντε σημείων της κλίμακας Likert.

Στην πλειονότητά τους οι ερωτήσεις ήταν κλειστές (με διχοτομικές και πολλαπλής επιλογής απαντήσεις) αλλά υπήρχαν και ανοιχτές.

Επίσης χρησιμοποιήσαμε ένα ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHD - 30) που αποτελείται από 30 ερωτήσεις για να εξετάσουμε την εμφάνιση ή την τάση για εμφάνιση ψυχικών δυσλειτουργιών όπως άγχος και κατάθλιψη.

Η έρευνα διεξάχθηκε στα δύο δημόσια γενικά νοσοκομεία του Ηρακλείου, ΠΕΠΑΓΝΗ και BENIZEΛΕΙΟ και συγκεκριμένα σε 7 κλινικές, οι οποίες είναι Οφθαλμολογική, Γενική Χειρουργική, Γενική Παθολογική, Παθολογική – Ογκολογική, Καρδιολογική, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού.

Τα κριτήρια επιλογής περιλαμβάνουν:

α) Τα νοσοκομεία να είναι ενταγμένα στο ΕΣΥ (δημόσια, ίδιος τρόπος χρηματοδότησης – εφημεριών κλπ)

β) Οι κλινικές που επιλέξαμε ήταν μικρής, μεσαίας και μεγάλης σωματικής και ψυχολογικής επιβάρυνσης.

Η δοκιμή καταλληλότητας (μελέτη πιλότος) του οργάνου μέτρησης που πραγματοποιήθηκε σε 10 ιατρούς και νοσηλευτές, έδειξε την καταλληλότητα του οργάνου ως εύχρηστο και κατανοητό. Η χρονική περίοδος διεξαγωγής της έρευνας ήταν από τον Μάρτιο του 2003 έως τον Ιούλιο του 2003.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Αν και στο θεωρητικό μέρος γίνεται αναφορά στον επαγγελματικό κίνδυνο από ακτινοβολίες, στο ερευνητικό μέρος δεν απευθυνθήκαμε σε ακτινολόγους καθώς δεν υπήρχε δυνατότητα σύγκρισης με νοσηλευτές.

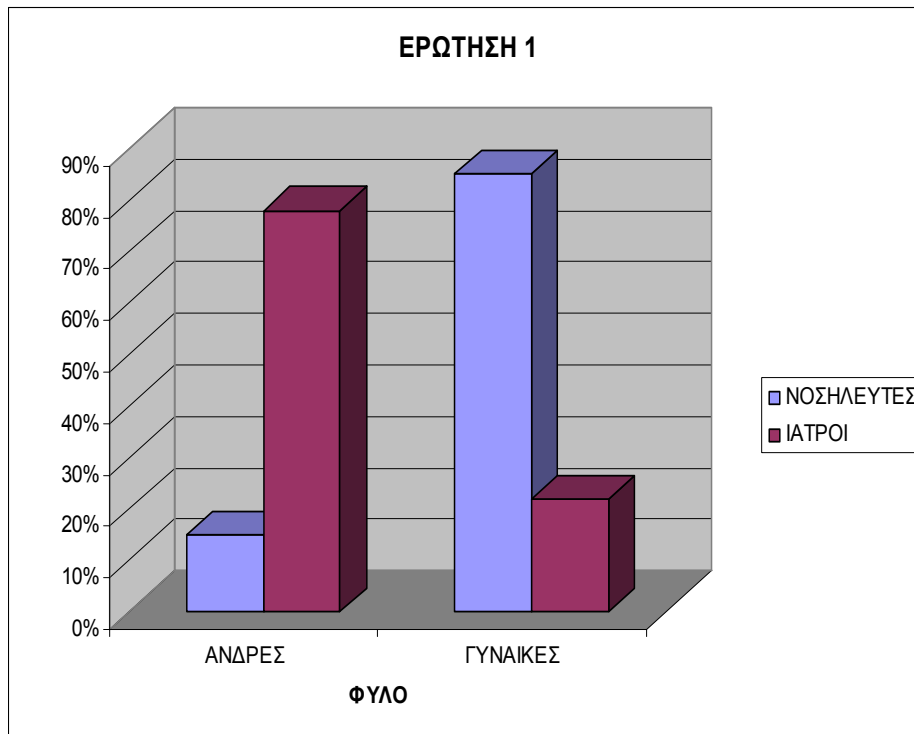
## ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

### ΕΡΩΤΗΣΗ 1: ΦΥΛΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΑΝΔΡΕΣ	19	15%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	104	85%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΑΝΔΡΕΣ	39	78%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	11	22%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Στο δείγμα των νοσηλευτών (123 άτομα) το **85%** ήταν γυναίκες και το 15% ήταν άνδρες. Αντίστοιχα στο ιατρικό προσωπικό (50 άτομα) στο δείγμα που εξετάσαμε το **78%** ήταν άνδρες και το 22% γυναίκες

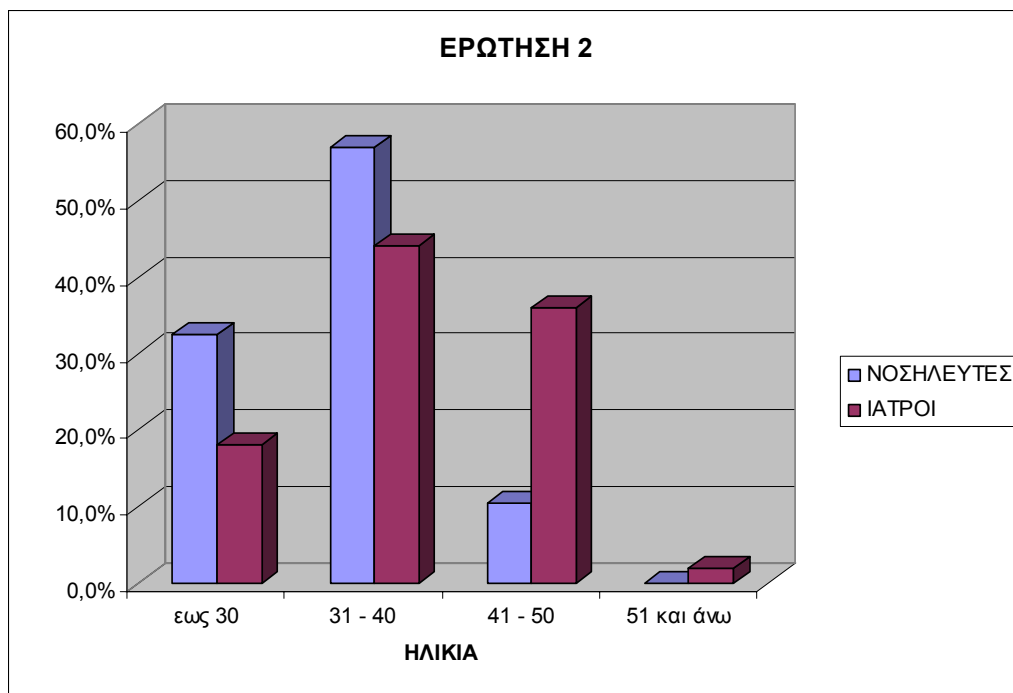


**ΕΡΩΤΗΣΗ 2:**  
**ΗΛΙΚΙΑ**

<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ</b>		
	<b>f</b>	<b>rf</b>
<b>εως 30</b>	40	32,5%
<b>31 - 40</b>	70	57,0%
<b>41 - 50</b>	13	10,5%
<b>51 και άνω</b>	0	0,0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	123	100,0%

<b>ΙΑΤΡΟΙ</b>		
	<b>f</b>	<b>rf</b>
<b>εως 30</b>	9	18,0%
<b>31 - 40</b>	22	44,0%
<b>41 - 50</b>	18	36,0%
<b>51 και άνω</b>	1	2,0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	50	100,0%

Στο ίδιο δείγμα νοσηλευτών (123 άτομα) το **57%** είναι μεταξύ 31-40 ετών, το 32,5% είναι έως 30 ετών, ενώ το 10,5% των νοσηλευτών είναι σε ηλικία από 41-50 ετών. Αντίστοιχα στο δείγμα των γιατρών (50 άτομα) το **44%** αφορά γιατρούς από 31-40 ετών, το 18% έως 30 ετών, το 36% από 41-50 ετών και τέλος το 2% αφορά γιατρούς από 50 ετών και άνω.

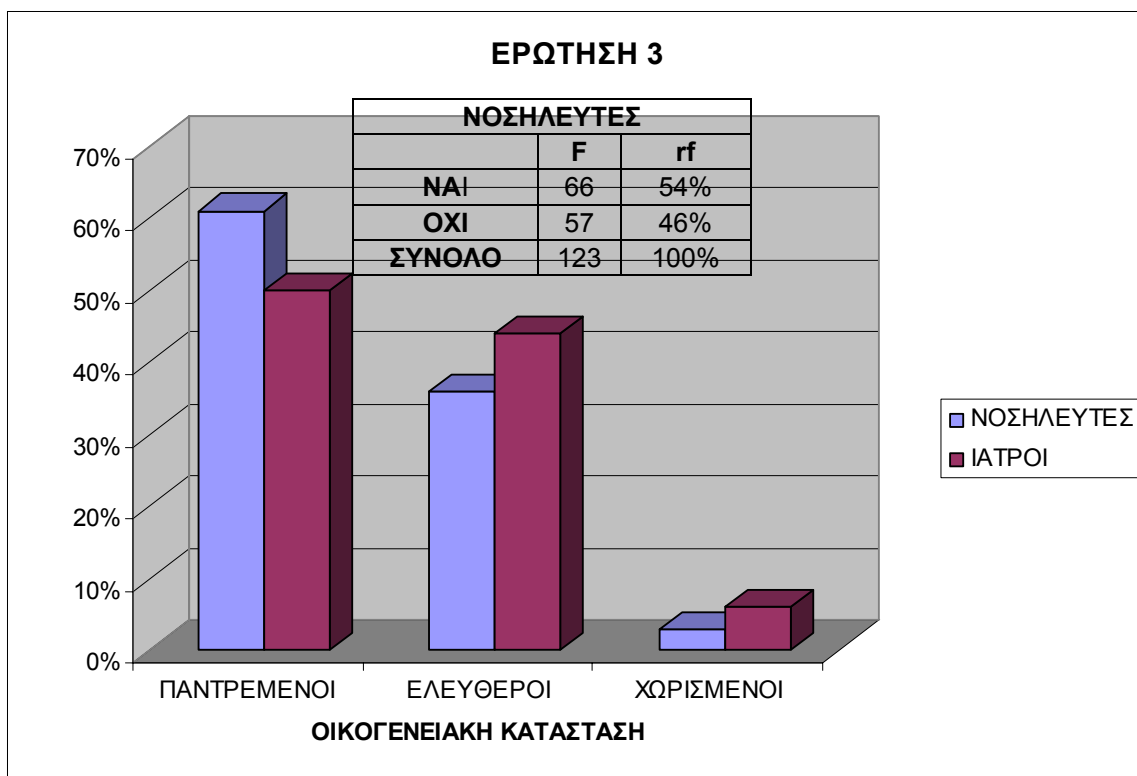


**ΕΡΩΤΗΣΗ 3:**  
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΙ	75	61%
ΕΛΕΥΘΕΡΟΙ	44	36%
ΧΩΡΙΣΜΕΝΟΙ	4	3%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΙ	25	50%
ΕΛΕΥΘΕΡΟΙ	22	44%
ΧΩΡΙΣΜΕΝΟΙ	3	6%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Στο νοσηλευτικό προσωπικό το **61%** είναι έγγαμο, το 36% είναι άγαμο, ενώ ένα 3% είναι χωρισμένο. Στους γιατρούς το **50%** είναι έγγαμο, το 44% άγαμο και το 6% είναι χωρισμένο

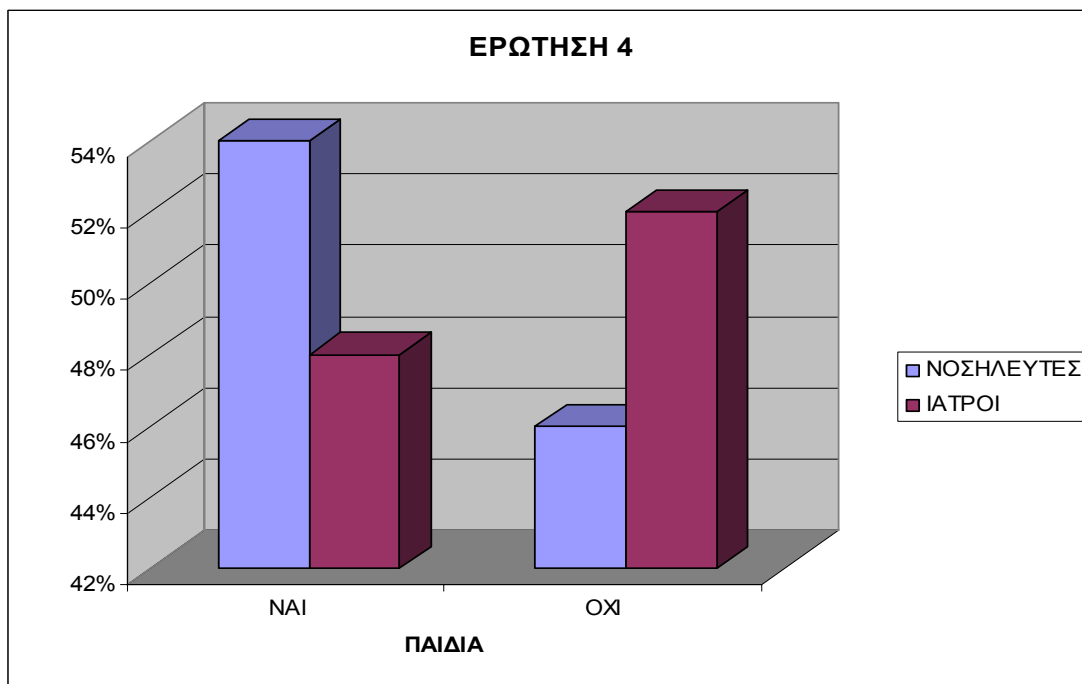


**ΕΡΩΤΗΣΗ 4:**  
ΠΑΙΔΙΑ

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΝΑΙ	24	48%
ΟΧΙ	26	52%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

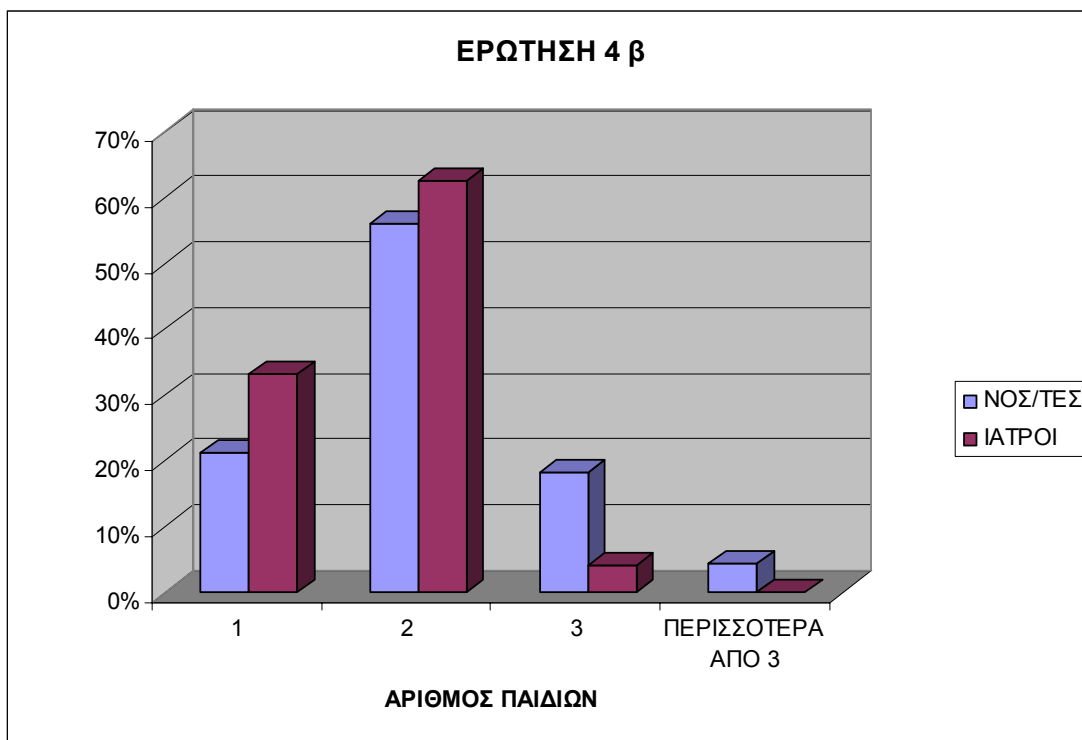
Στο δείγμα των νοσηλευτών το **54%** έχει παιδιά ενώ το 46% δεν έχει. Στο δείγμα των γιατρών το **52%** δεν έχει παιδιά και το 48% έχει.





ΠΟΣΑ	ΝΟΣ/ΤΕΣ	
1	14	21%
2	37	56%
3	12	18%
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ 3	3	5%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>66</b>	<b>100%</b>

ΠΟΣΑ	ΙΑΤΡΟΙ	
1	8	33%
2	15	63%
3	1	4%
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ 3	0	0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>



**ΕΡΩΤΗΣΗ 5:**  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΕ	52	42%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕ	71	58%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΠΕ	0	0%
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	1	1%
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	0	0%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	30	24%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf

ΑΝΕΙΔΙΚΕΥΤΟΙ	12	24%
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	38	76%
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	2	4%
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	1	2%

ΑΛΛΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ		
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΑΓΓΛΙΚΑ	1	1%
Η/Υ	4	3%
ΣΕΛΕΤΕ	4	3%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΙ ΙΕΚ	2	2%

ΑΛΛΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ		
ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΑΓΓΛΙΚΑ	2	4%
Η/Υ	2	4%

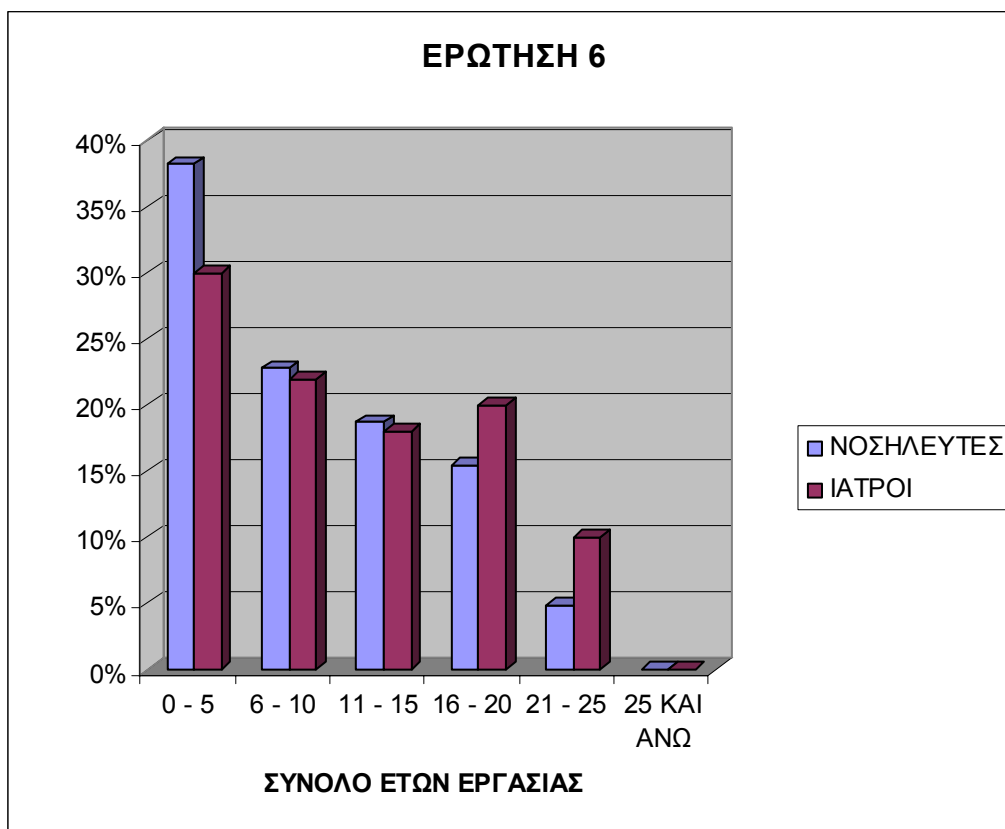
Αναφορικά με τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών οι **58%** ήταν απόφοιτοι ΤΕ, οι 42% ήταν απόφοιτοι ΔΕ, ενώ κανείς δεν ήταν απόφοιτος ΠΕ. Επίσης το 1% κατέχει μεταπτυχιακό τίτλο ενώ κανένας δεν είχε διδακτορικό και το 24% των ατόμων έχουν νοσηλευτική ειδικότητα. Τέλος το 1% δήλωσε ότι είχε γνώση αγγλικών, 3% γνώση Η/Υ, 2% είναι απόφοιτοι ΙΕΚ και 3% ΣΕΛΕΤΕ. Αντίστοιχα στο ιατρικό προσωπικό το **76%** είχε ειδικότητα, το 24% ήταν ανειδίκευτοι, το 4% κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο, το 2% διδακτορικό, το 4% γνώση αγγλικών και τέλος το 4% γνώση Η/Υ.

#### **ΕΡΩΤΗΣΗ 6:** ΣΥΝΟΛΟ ΕΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
0 - 5	47	38%
6 - 10	28	23%
11 - 15	23	19%
16 - 20	19	15%
21 - 25	6	5%
25 ΚΑΙ ΑΝΩ	0	0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
0 - 5	15	30%
6 - 10	11	22%
11 - 15	9	18%
16 - 20	10	20%
21 - 25	5	10%
25 ΚΑΙ ΑΝΩ	0	0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	50	100%

Στο νοσηλευτικό προσωπικό το 38% έχει σύνολο ετών εργασίας από 0-5 χρόνια, το 23% από 6-10 χρόνια, το 19% από 11-15 χρόνια, το 15% από 16-20 χρόνια εργασίας και τέλος το 5% από 21-25 χρόνια. Αντίστοιχα στο ιατρικό προσωπικό το 30% έχει σύνολο ετών εργασίας από 0-5 χρόνια, το 22% από 5-10 χρόνια, το 20% από 16-20, το 18% από 11-15, και τέλος το 10% από 21-25 χρόνια εργασίας

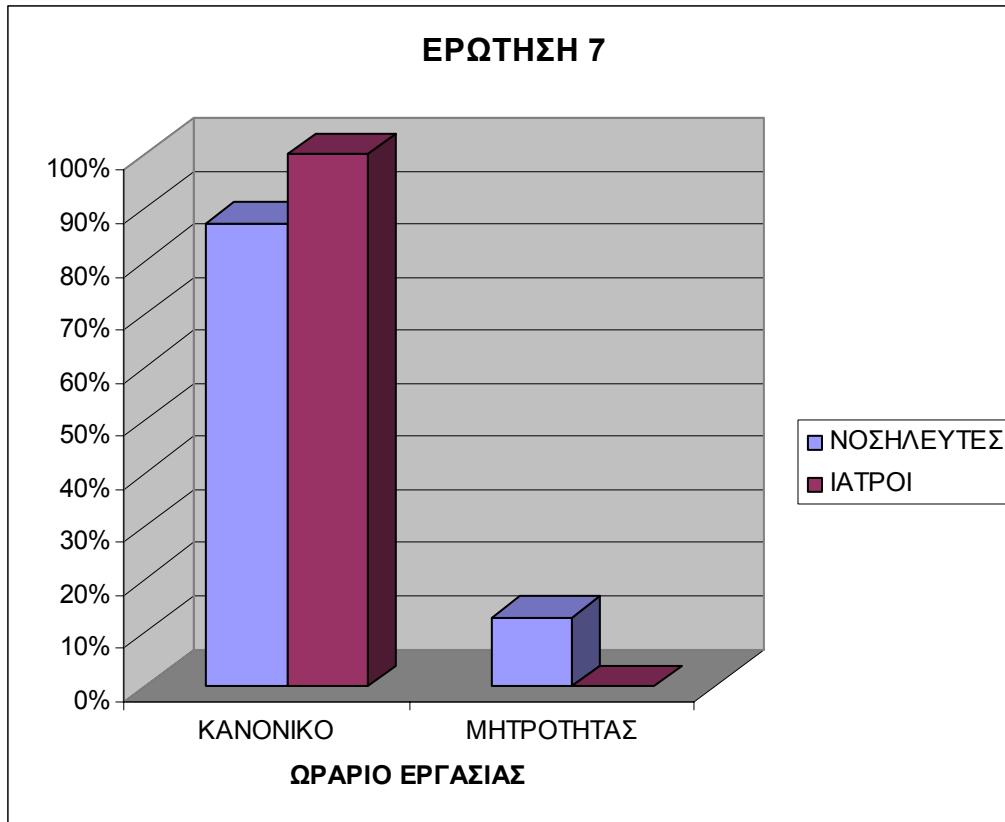


### ΕΡΩΤΗΣΗ 7: ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΚΑΝΟΝΙΚΟ	107	87%
ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ	16	13%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	Rf
ΚΑΝΟΝΙΚΟ	50	100%
ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Στο νοσηλευτικό προσωπικό αναφορικά με το ωράριο εργασίας το 87% δηλώνει κανονικό ωράριο και το 13% μητρότητας. Αντίστοιχα στο ιατρικό προσωπικό όλοι οι εργαζόμενοι δηλώνουν κανονικό ωράριο



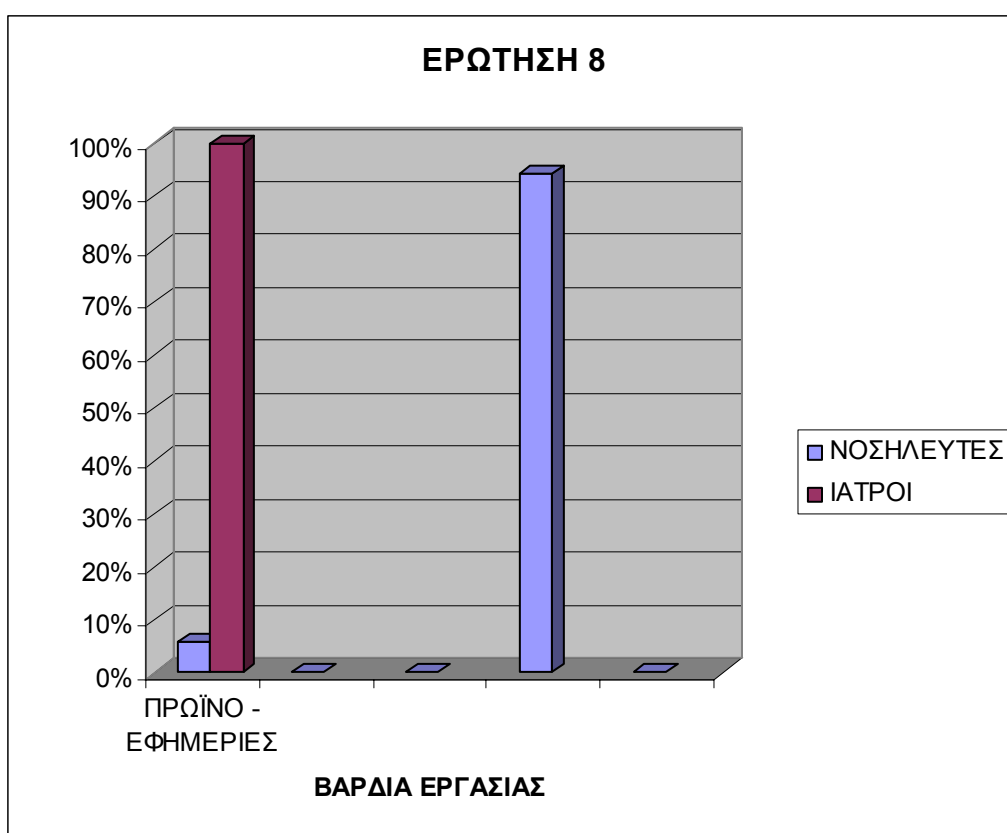
**ΕΡΩΤΗΣΗ 8:**  
ΒΑΡΔΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΠΡΩΙΝΟ - ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ	7	6%
ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ	0	0%
ΒΡΑΔΙΝΟ	0	0%

ΚΥΚΛΙΚΟ	116	94%
ΑΛΛΟ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	F	rf
ΠΡΩΙΝΟ - ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ	50	100%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Στο νοσηλευτικό προσωπικό αναφορικά με τις βάρδιες εργασίας το **94%** εκτελεί κυκλικό ωράριο και ένα 6% πρωινό και εφημερίες. Αντίστοιχα στο ιατρικό προσωπικό όλο το δείγμα μας πραγματοποιεί πρωινό ωράριο και εφημερίες



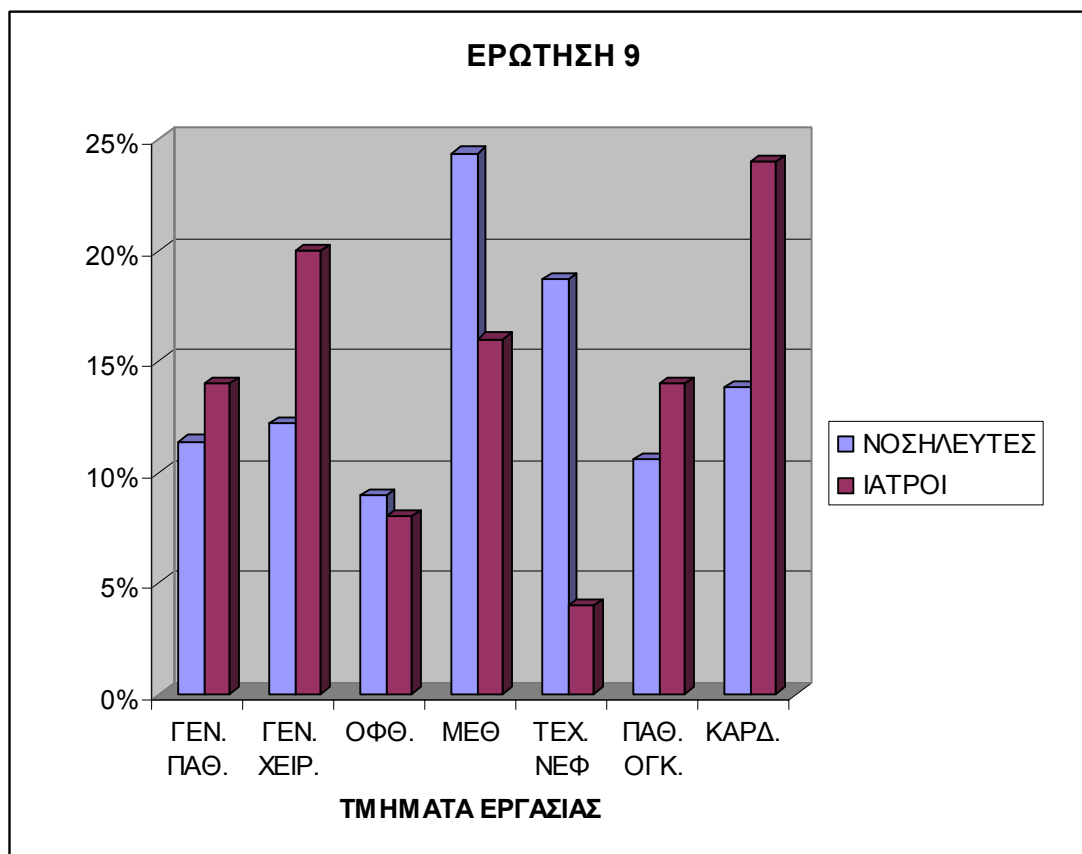
**ΕΡΩΤΗΣΗ 9:**  
ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΓΕΝ. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	14	11%
ΓΕΝ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	15	12%

ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	11	9%
ΜΕΘ	30	24%
ΤΕΧΝΗΤΟΣ ΝΕΦΡΟΣ	23	19%
ΠΑΘ. ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ	13	11%
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	17	14%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΓΕΝ. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	7	14%
ΓΕΝ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	10	20%
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	4	8%
ΜΕΘ	8	16%
ΤΕΧΝΗΤΟΣ ΝΕΦΡΟΣ	2	4%
ΠΑΘ. ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ	7	14%
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	12	24%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Όσον αφορά τα τμήματα εργασίας, στη Γενική Παθολογική εργάζεται το 11% των νοσηλευτών και το 14% των γιατρών. Στη Γενική Χειρουργική εργάζεται το 12% των νοσηλευτών και το 20% των γιατρών. Στη Οφθαλμολογική εργάζεται το 9% των νοσηλευτών και το 8% των γιατρών. Στη ΜΕΘ εργάζεται το 24% των νοσηλευτών και το 16% των γιατρών. Στην ΜΤΝ εργάζεται το 20% των νοσηλευτών και το 4% των γιατρών. Στη Παθολογική- Ογκολογική εργάζεται το 10% των νοσηλευτών και το 14% των γιατρών. Τέλος στην Καρδιολογική εργάζεται το 14% των νοσηλευτών και το 24% των γιατρών



### ΕΡΩΤΗΣΗ 10:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ - ΤΗΣ	118	68%
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ - ΝΟΣ	5	3%
ΤΟΜΕΑΡΧΗΣ	0	0%
ΙΑΤΡΟΣ - ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	12	7%

<b>ΕΠΙΜΕΛΗΤΡΙΑ – ΤΗΣ Β΄</b>	32	18%
<b>ΕΠΙΜΕΛΗΤΡΙΑ – ΤΗΣ Α΄</b>	6	4%
<b>ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ – ΤΗΣ</b>	0	0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	173	100%

Αναφορικά με τις θέσεις εργασίας το 68% του δείγματος μας ήταν νοσηλεύτριες-ες, το 3% ήταν προϊστάμενοι-ες, το 7% ήταν ειδικευόμενοι γιατροί, το 18% ήταν επιμελητές Β΄ και το 4% επιμελητές Α΄.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 11:**

Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ ΕΓΙΝΕ ΛΟΓΩ:

<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ</b>		
	<b>f</b>	<b>rf</b>
<b>Δική μου επιθυμία στο χώρο αυτό</b>	41	33%
<b>Είχα ενδιαφέρον να ασχοληθώ με ανθρώπους</b>	20	16%
<b>Υποχρεωτική επιλογή λόγω δυσχέριας εύρεσης</b>	12	10%

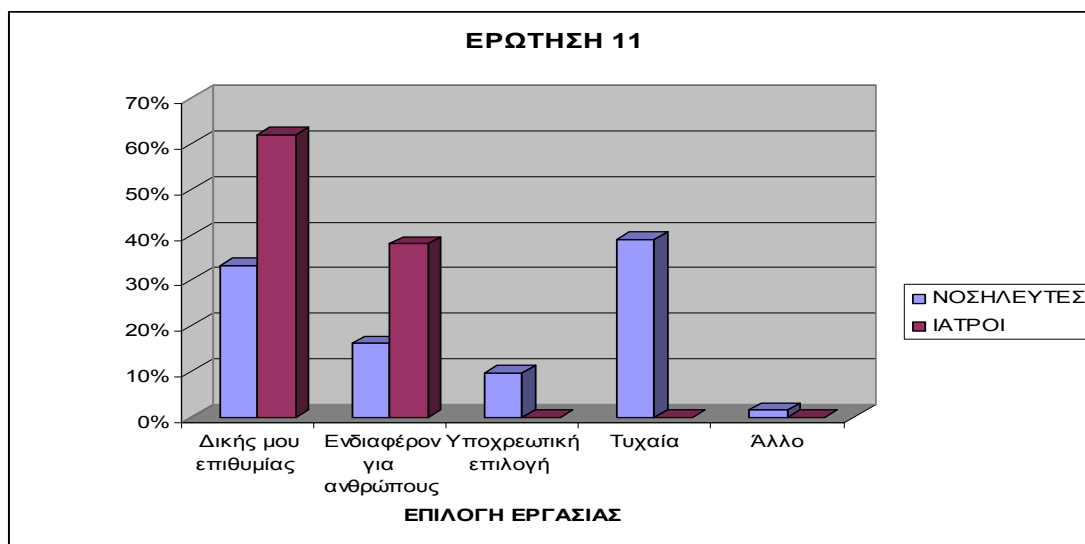


εργασίας		
Τυχαία	48	39%
Άλλο	2	2%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
Δικής μου επιθυμίας στο χώρο αυτό	31	62%
Είχα ενδιαφέρον να ασχοληθώ με ανθρώπους	19	38%
Υποχρεωτική επιλογή λόγω δυσχέρειας εύρεσης εργασίας	0	0%
Τυχαία	0	0%
Άλλο	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Στο δείγμα των νοσηλευτών μας (123 άτομα), το **39%** επέλεξε τυχαία τη νοσηλευτική σαν επάγγελμα το 33% δηλώνει ότι η επιλογή της εργασίας του έγινε λόγω προσωπικής επιθυμίας για ενασχόληση με το χώρο, το 16% λόγω ενδιαφέροντος για ενασχόληση με τον άνθρωπο ενώ ένα 10% δηλώνει υποχρεωτική επιλογή του επαγγέλματος λόγω δυσχέρειας εύρεσης εργασίας, ενώ ένα 2% επιλέγει τη νοσηλευτική εργασία για άλλους αδιευκρίνιστους λόγους.

Στο δείγμα του ιατρικού προσωπικού (50 άτομα) το **62%** επιλέγει το επάγγελμα του λόγω δικής του επιθυμίας για απασχόληση στο χώρο αυτό ενώ το 38% για λόγους ενδιαφέροντος ενασχόλησης με τους ανθρώπους.



## ΕΡΩΤΗΣΗ 12:

Στην ερώτηση 12 τέθηκαν ερωτήματα σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού για τις μισθολογικές αποδοχές, τις άδειες που δικαιούται, την ασφαλιστική και συνταξιοδοτική κάλυψη, το σύνολο ωρών εργασίας και το βαθμό ικανοποίησης από προϊστάμενους συναδέλφους και συνεργάτες. Στην ίδια ερώτηση το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό κρίθηκε για το πόσο εφικτή

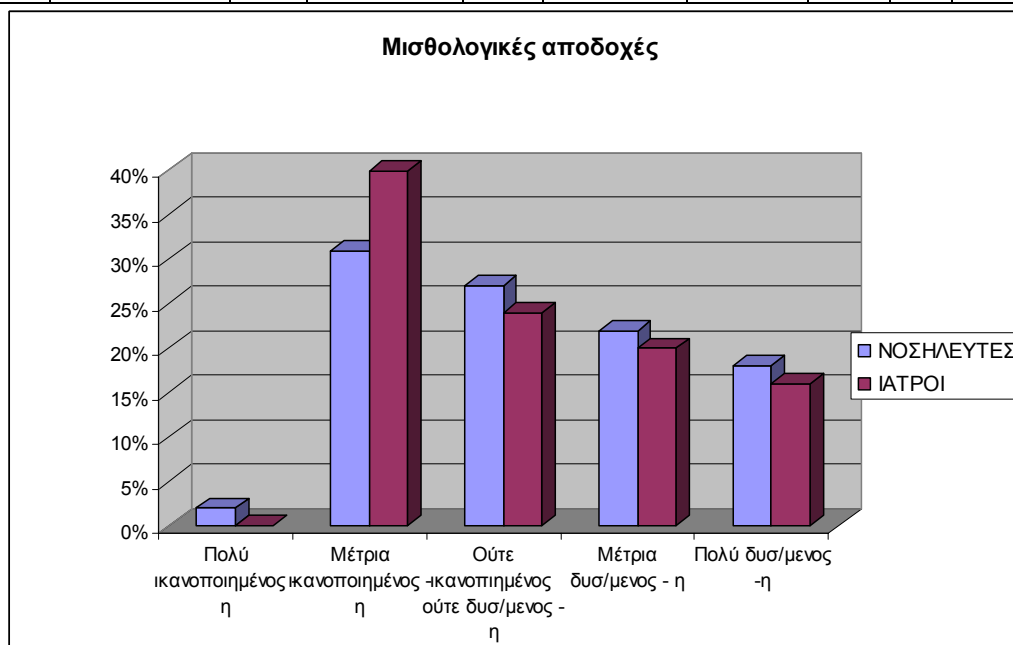
βλέπει την ευκαιρία για επαγγελματική εξέλιξη, πως εκτιμάται από τους συνάδελφους ,τους ανώτερους αλλά και από τους ίδιους τους ασθενείς.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Πολύ ικανοποιημένος - η		Μέτρια ικανοποιημένος - η		Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος - η		Μέτρια δυσ/μενος - η		Πολύ δυσ/μενος -η		Σύνολο	
	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf		
1. Μισθολογικές αποδοχές	3	2%	39	31%	32	27%	27	22%	22	18%	123	100%

Αναφορικά με τις μισθολογικές αποδοχές το 31% του νοσηλευτικού προσωπικού δηλώνει μέτρια ικανοποιημένο.

Αναφορικά με τις μισθολογικές αποδοχές το 40% του ιατρικού προσωπικού δηλώνει μέτρια ικανοποιημένο.

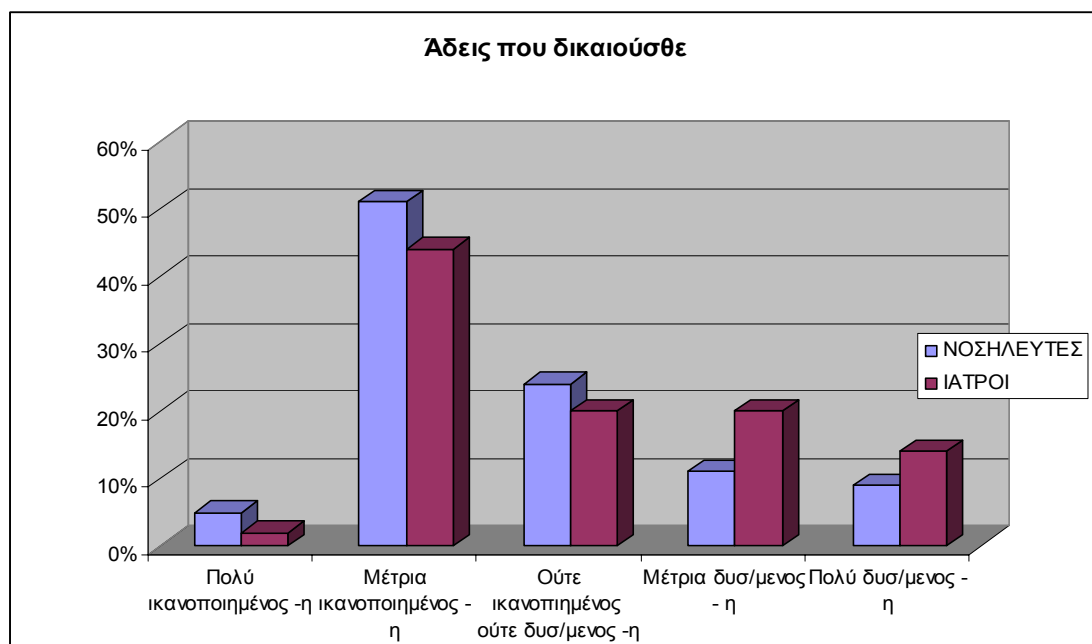
ΙΑΤΡΟΙ	Πολύ ικανοποιημένος - η		Μέτρια ικανοποιημένος - η		Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος - η		Μέτρια δυσ/μενος - η		Πολύ δυσ/μενος -η		Σύνολο	
	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf		
1. Μισθολογικές αποδοχές	0	0%	20	40%	12	24%	10	20%	8	16%	50	100%



ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Πολύ ικανοποιημένος - η		Μέτρια ικανοποιημένος - η		Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος - η		Μέτρια δυσ/μενος - η		Πολύ δυσ/μενος -η		Σύνολο	
	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf		
2. Άδειες που	6	5%	63	51%	30	24%	13	11%	11	9%	123	100%

δικαιούσθε												
ΙΑΤΡΟΙ	Πολύ ικανοποιημένος - η		Μέτρια ικανοποιημένος - η		Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος -η		Μέτρια δυσ/μενος - η		Πολύ δυσ/μενος -η		Σύνολο	
	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf		
2. Άδειες που δικαιούσθε	1	2%	22	44%	10	20%	10	20%	7	14%	50	100%

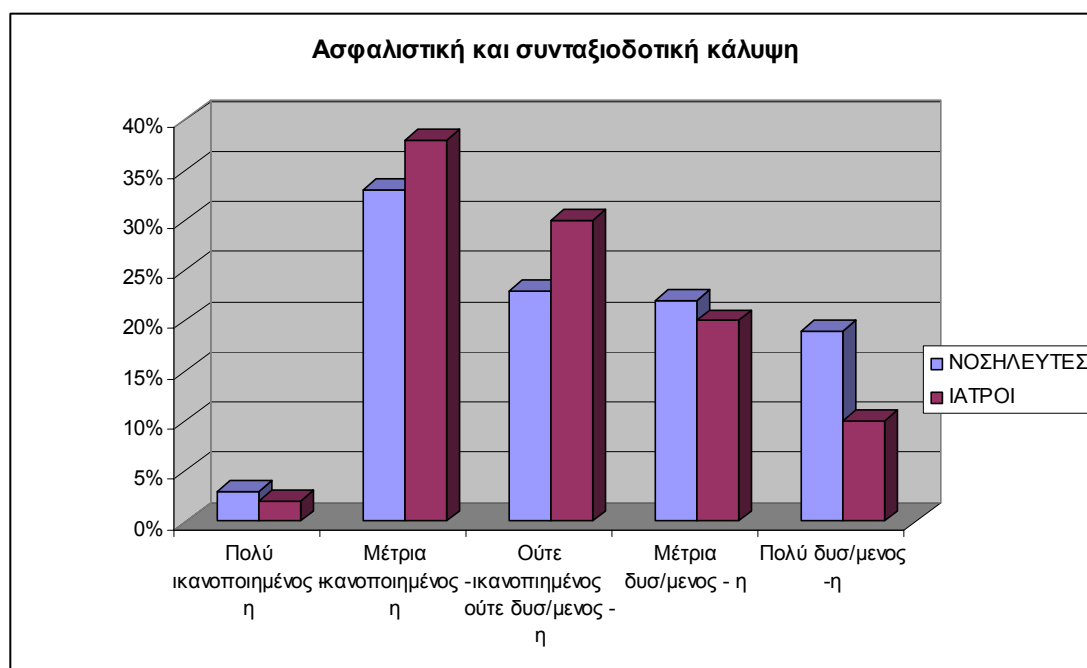
Για τις άδειες που δικαιούται το 51% του νοσηλευτικού προσωπικού δηλώνει μέτρια ικανοποιημένο, ενώτο ιατρικό προσωπικό δηλώνει μέτρια ικανοποιημένο σε ποσοστό 44%.



ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Πολύ ικανοποιημένος	Μέτρια ικανοποιημένος	Ούτε ικανοποιημένος	Μέτρια δυσ/μενος	Πολύ δυσ/μενος -η	Σύνολο
------------	---------------------	-----------------------	---------------------	------------------	-------------------	--------

	-η		- η		ούτε δυσ/μενος -η		- η					
	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf		
<b>3.Ασφαλιστική και συνταξιοδοτική κάλυψη</b>	4	3%	41	33%	28	23%	27	22%	23	19%	123	100%
<b>ΙΑΤΡΟΙ</b>	<b>Πολύ ικανοποιημένος -η</b>		<b>Μέτρια ικανοποιημένος - η</b>		<b>Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος -η</b>		<b>Μέτρια δυσ/μενος - η</b>		<b>Πολύ δυσ/μενος -η</b>		<b>Σύνολο</b>	
	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf		
<b>3.Ασφαλιστική και συνταξιοδοτική κάλυψη</b>	1	2%	19	38%	15	30%	10	20%	5	10%	50	100%

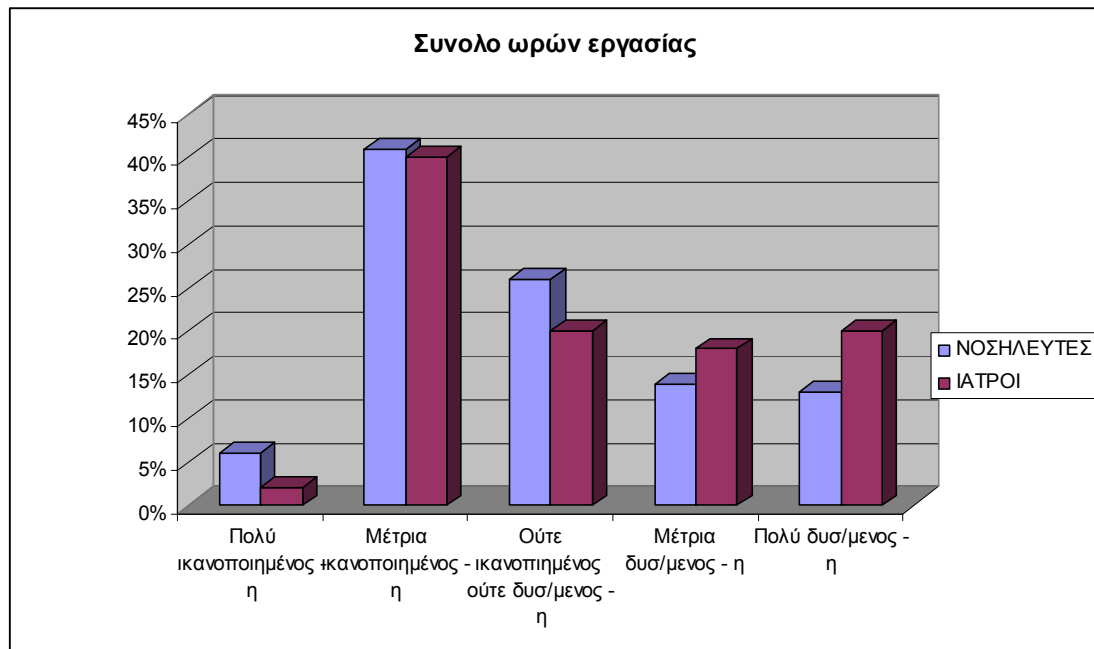
Όσο αφορά την ασφαλιστική και συνταξιοδοτική κάλυψη το νοσηλευτικό προσωπικό δηλώνει πάλι με ποσοστό 33% μέτρια ικανοποιημένο και το ίδιο δηλώνει το ιατρικό προσωπικό σε ποσοστό 38%.



ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Πολύ ικανοποιημένος - η	Μέτρια ικανοποιημένος - η	Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος	Μέτρια δυσ/μενος - η	Πολύ δυσ/μενος -η	Σύνολο
------------	-------------------------	---------------------------	------------------------------------	----------------------	-------------------	--------

				-η									
		f	rf	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf		
<b>4. Σύνολο ωρών εργασίας</b>		7	6%	5	41%	32	26%	17	14%	16	13%	123	100%
<b>ΙΑΤΡΟΙ</b>	Πολύ ικανοποιημένος - η	Μέτρια ικανοποιημένος - η		Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος -η		Μέτρια δυσ/μενος - η		Πολύ δυσ/μενος -η		Σύνολο			
	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf			
<b>4. Σύνολο ωρών εργασίας</b>		1	2%	20	40%	10	20%	3	18%	10	20%	50	100%

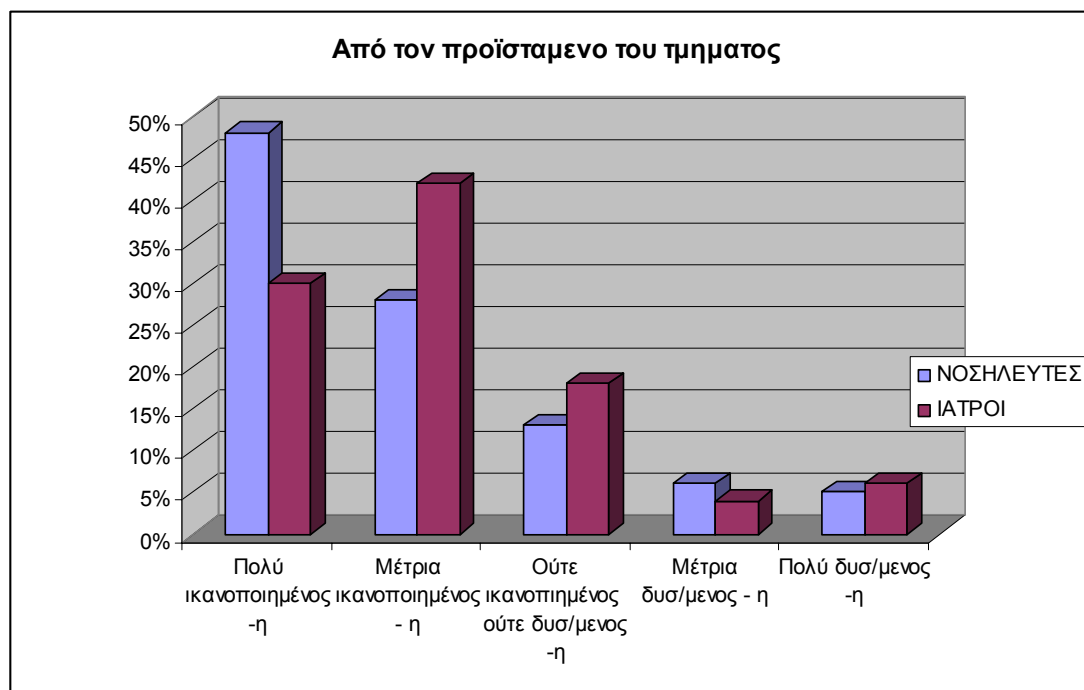
Όσον αφορά τις ώρες εργασίας το 41% του νοσηλευτικού και το 40% του ιατρικού προσωπικού δηλώνει μέτρια ικανοποιημένο.



<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ</b>	Πολύ ικανοποιημένος - η		Μέτρια ικανοποιημένος - η		Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος -η		Μέτρια δυσ/μενος - η		Πολύ δυσ/μενος -η		Σύνολο	
	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf		

5. Από τον προϊστάμενο / νη του τμήματος ή του τομέα σας	59	48%	35	28%	16	13%	7	6%	6	5%	123	100%
ΙΑΤΡΟΙ	Πολύ ικανοποιημένος - η		Μέτρια ικανοποιημένος - η		Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος -η		Μέτρια δυσ/μενος - η		Πολύ δυσ/μενος -η		Σύνολο	
	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf		
5. Από τον προϊστάμενο / νη του τμήματος ή του τομέα σας	15	30%	21	42%	9	18%	2	4%	3	6%	50	100%

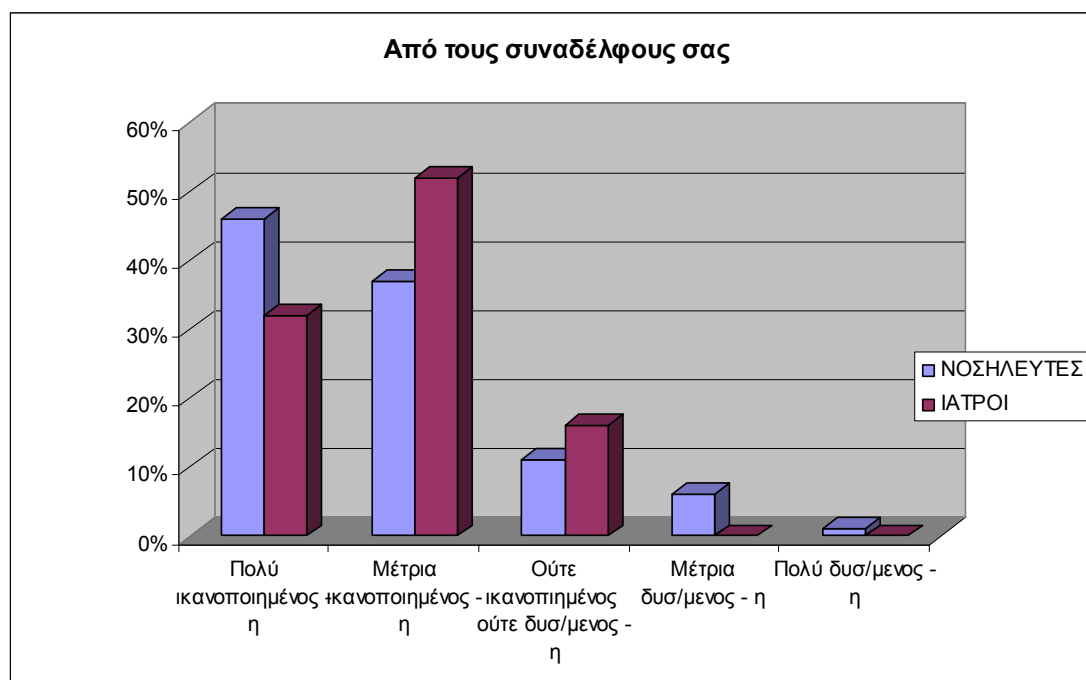
Από τις προϊστάμενες του τμήματος ή του τομέα τους, οι νοσηλεύτριες δηλώνουν με ποσοστό 48% πολλοί ικανοποιημένοι και οι ιατροί με ποσοστό 42% μέτρια ικανοποιημένοι.



ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Πολύ ικανοποιημένος - η		Μέτρια ικανοποιημένος - η		Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος -η		Μέτρια δυσ/μενος - η		Πολύ δυσ/μενος -η		Σύνολο	
	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf		

6. Από τους συναδέλφους σας	56	46%	46	37%	13	11%	7	6%	1	1%	123	100%
<b>ΙΑΤΡΟΙ</b>	<b>Πολύ ικανοποιημένος - η</b>		<b>Μέτρια ικανοποιημένος - η</b>		<b>Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος -η</b>		<b>Μέτρια δυσ/μενος - η</b>		<b>Πολύ δυσ/μενος -η</b>		<b>Σύνολο</b>	
	<b>f</b>	<b>rf</b>	<b>f</b>	<b>rf</b>	<b>f</b>	<b>rf</b>	<b>f</b>	<b>rf</b>	<b>f</b>	<b>rf</b>		
6. Από τους συναδέλφους σας	16	32%	26	52%	8	16%	0	0%	0	0%	50	100%

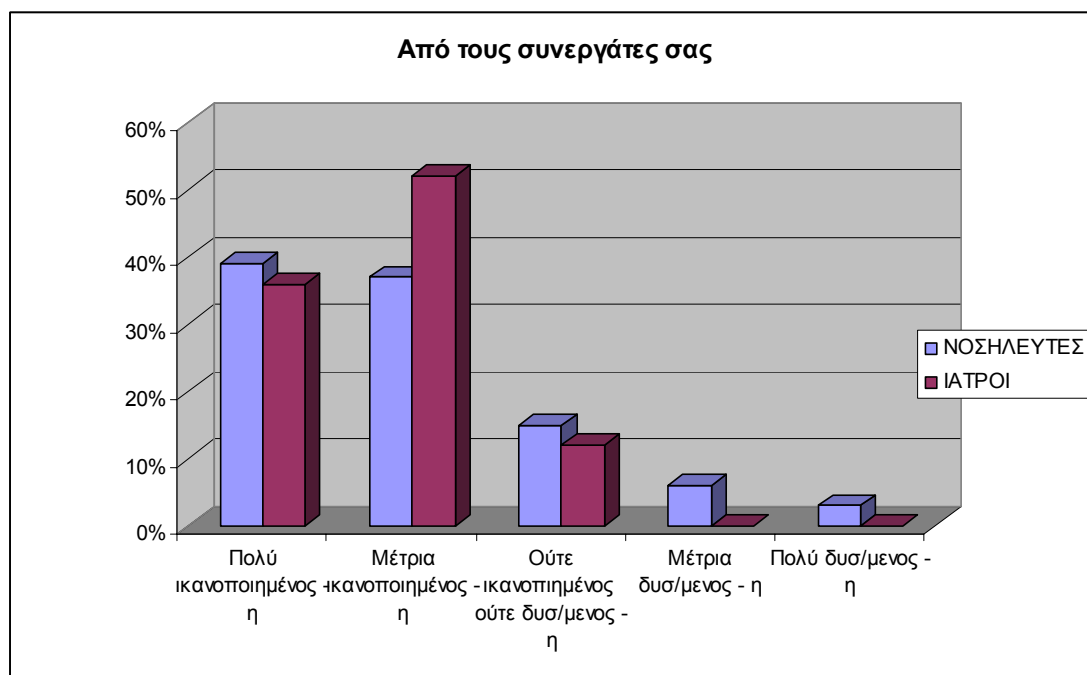
Αναφορικά με το βαθμό ικανοποίησης των νοσηλευτών από τους συναδέλφους τους ,το 46% δηλώνει πολύ ικανοποιημένο, ενώ το 52% των ιατρών δηλώνει μέτρια ικανοποιημένο.



<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ</b>	<b>Πολύ ικανοποιημένος - η</b>	<b>Μέτρια ικανοποιημένος - η</b>	<b>Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος</b>	<b>Μέτρια δυσ/μενος - η</b>	<b>Πολύ δυσ/μενος -η</b>	<b>Σύνολο</b>
-------------------	--------------------------------	----------------------------------	---	-----------------------------	--------------------------	---------------

					-η							
	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf		
<b>7. Από τους συνεργάτες σας</b>	48	39%	46	37%	19	15%	7	6%	3	3%	123	100%
<b>ΙΑΤΡΟΙ</b>	<b>Πολύ ικανοποιημένος - η</b>		<b>Μέτρια ικανοποιημένος - η</b>		<b>Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος -η</b>		<b>Μέτρια δυσ/μενος - η</b>		<b>Πολύ δυσ/μενος -η</b>		<b>Σύνολο</b>	
	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf		
<b>7. Από τους συνεργάτες σας</b>	18	36%	26	52%	6	12%	0	0%	0	0%	50	100%

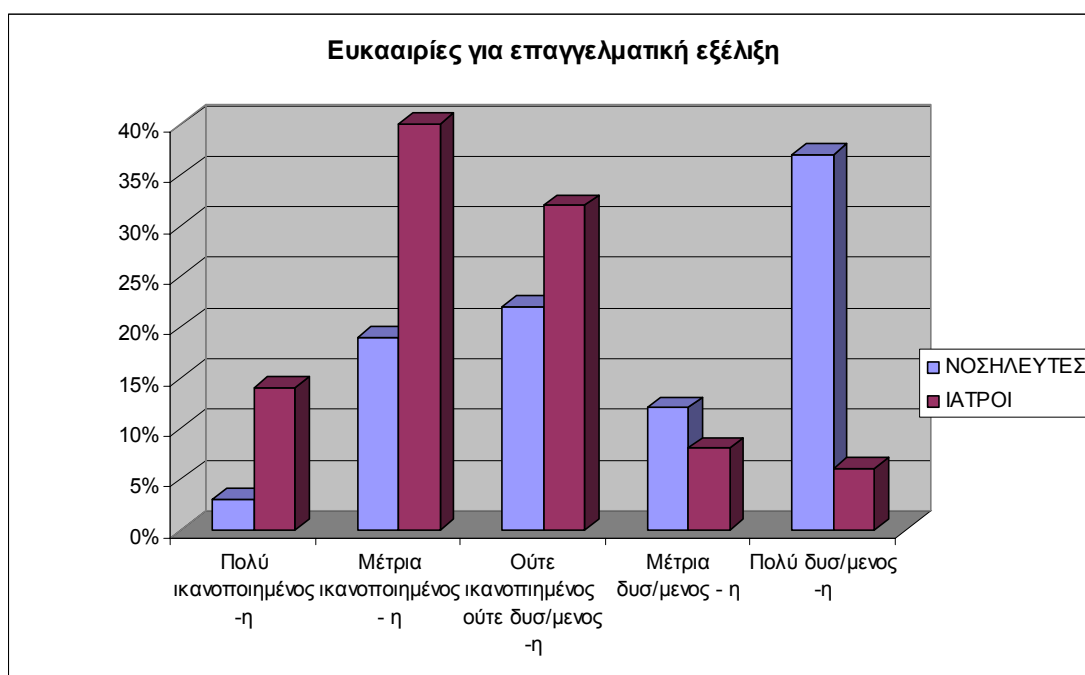
Όσον αφορά την ικανοποίηση των νοσηλευτών από τους συνεργάτες τους δηλώνουν 39% πολλοί ικανοποιημένοι. Οι ιατροί δηλώνουν 52% μέτρια ικανοποιημένοι.





ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Πολύ ικανοποιημένος - η		Μέτρια ικανοποιημένος - η		Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος -η		Μέτρια δυσ/μενος - η		Πολύ δυσ/μενος - η		Σύνολο	
	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf		
8. Ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη	3	3%	23	19%	27	22%	24	12%	46	37%	123	100%
ΙΑΤΡΟΙ	Πολύ ικανοποιημένος - η		Μέτρια ικανοποιημένος - η		Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος -η		Μέτρια δυσ/μενος - η		Πολύ δυσ/μενος - η		Σύνολο	
	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf		
8. Ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη	7	14%	20	40%	16	32%	4	8%	3	6%	50	100%

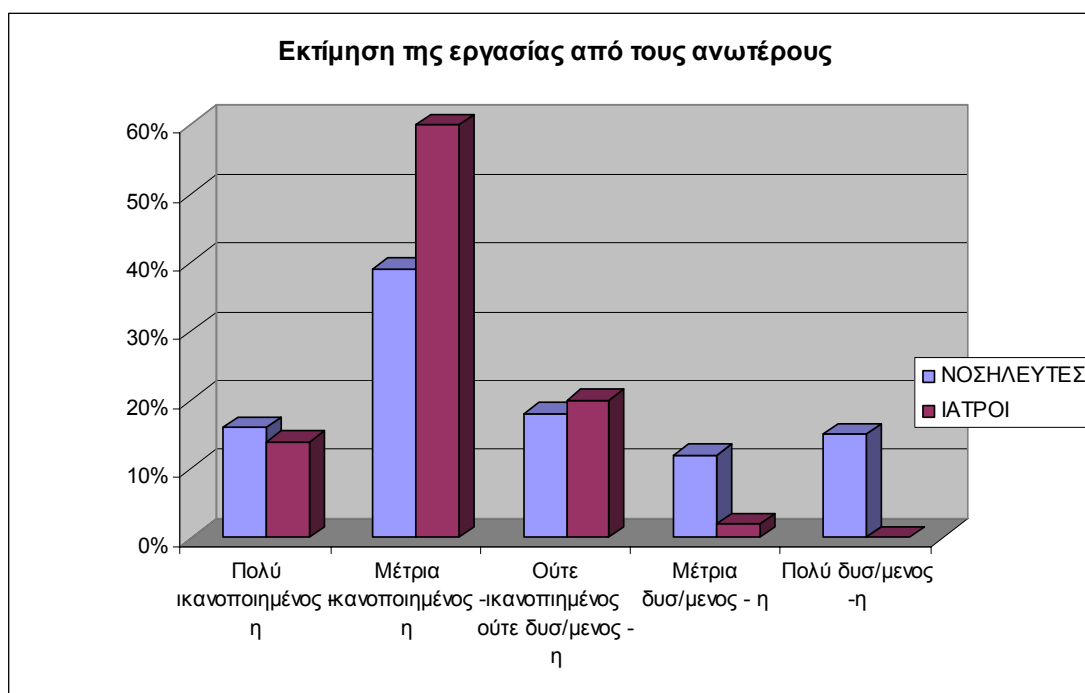
Για την επαγγελματική εξέλιξη και προοπτικές του επαγγέλματος το 37% των νοσηλευτών ,που είναι και το επικρατέστερο ποσοστό δηλώνει μεγάλη δυσαρέσκεια, ενώ το 40% των ιατρών δηλώνει μέτρια ικανοποιημένο



ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Πολύ ικανοποιημένος - η	Μέτρια ικανοποιημένος - η	Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος -η	Μέτρια δυσ/μενος - η	Πολύ δυσ/μενος -η	Σύνολο
------------	-------------------------	---------------------------	---------------------------------------	----------------------	-------------------	--------

	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf		
<b>9. Εκτίμηση της εργασίας σας από ανωτέρους</b>	20	16%	48	39%	22	18%	14	12%	19	15%	123	100%
<b>ΙΑΤΡΟΙ</b>	<b>Πολύ ικανοποιημένος - η</b>		<b>Μέτρια ικανοποιημένος - η</b>		<b>Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος -η</b>		<b>Μέτρια δυσ/μενος - η</b>		<b>Πολύ δυσ/μενος -η</b>		<b>Σύνολο</b>	
	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf		
<b>9. Εκτίμηση της εργασίας σας από ανωτέρους</b>	7	14%	30	60%	10	20%	1	2%	0	0%	50	100%

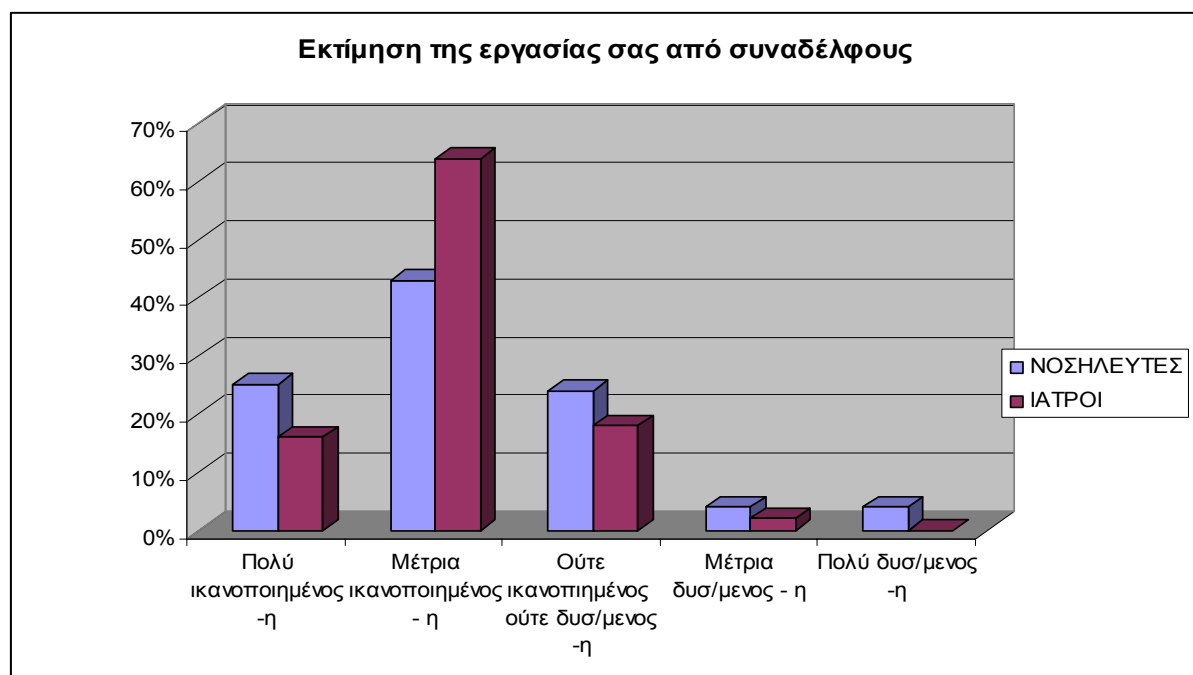
Επίσης όσον αφορά την εκτίμηση της εργασίας των νοσηλευτών από ανωτέρους, το 39% δηλώνει μέτρια ικανοποιημένο. Το ίδιο δηλώνουν και οι ιατροί σε ποσοστό 60%



<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ</b>	<b>Πολύ ικανοποιημένος -η</b>	<b>Μέτρια ικανοποιημένος - η</b>	<b>Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος -η</b>	<b>Μέτρια δυσ/μενος - η</b>	<b>Πολύ δυσ/μενος -η</b>	<b>Σύνολο</b>
-------------------	-------------------------------	----------------------------------	--	-----------------------------	--------------------------	---------------

	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf		
<b>10. Εκτίμηση της εργασίας σας από συναδέλφους</b>	31	25%	53	43%	29	24%	5	4%	5	4%	123	100%
<b>ΙΑΤΡΟΙ</b>	<b>Πολύ ικανοποιημένος -η</b>		<b>Μέτρια ικανοποιημένος -η</b>		<b>Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος -η</b>		<b>Μέτρια δυσ/μενος -η</b>		<b>Πολύ δυσ/μενος -η</b>		<b>Σύνολο</b>	
	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf		
<b>10. Εκτίμηση της εργασίας σας από συναδέλφους</b>	8	16%	32	64%	9	18%	1	2%	0	0%	50	100%

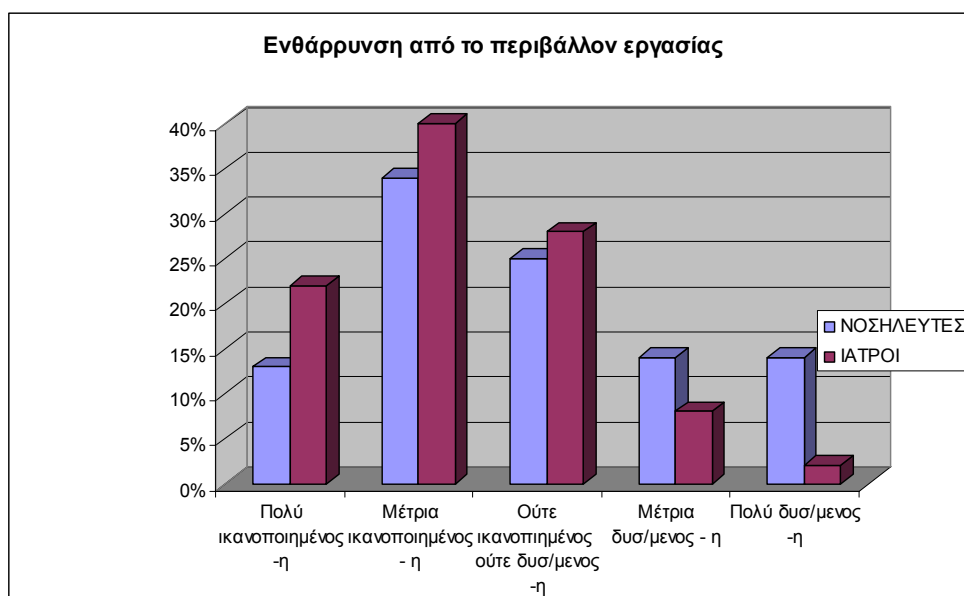
Επίσης όσον αφορά την εκτίμηση της εργασίας των νοσηλευτών από τους συνεργάτες τους 43% δηλώνει ικανοποιημένο σε μέτριο βαθμό. Όσον αφορά την εκτίμηση της εργασίας των ιατρών από τους συνεργάτες τους 64% δηλώνει ικανοποιημένο σε μέτριο βαθμό.



ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Πολύ ικανοποιημένος -η	Μέτρια ικανοποιημένος -η	Ούτε ικανοποιημένος	Μέτρια δυσ/μενος -η	Πολύ δυσ/μενος -η	Σύνολο
------------	------------------------	--------------------------	---------------------	---------------------	-------------------	--------

	η		η		ούτε δυσ/μενος - η							
	f	rf	f	rf	F	rf	f	rf	f	rf		
11. Βαθμός ενθάρρυνσης και θετικής ανταπόκρισης που αποκομίζετε από το περιβάλλον εργασίας σας	16	13%	42	34%	31	25%	17	14%	17	14%	123	100%
ΙΑΤΡΟΙ	Πολύ ικανοποιημένος - η		Μέτρια ικανοποιημένος - η		Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος - η		Μέτρια δυσ/μενος - η		Πολύ δυσ/μενος - η		Σύνολο	
	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf	f	rf		
11. Βαθμός ενθάρρυνσης και θετικής ανταπόκρισης που αποκομίζετε από το περιβάλλον εργασίας σας	11	22%	20	40%	14	28%	4	8%	1	2%	50	100%

Σε ότι αφορά το βαθμό θετικής ανταπόκρισης ή ενθάρρυνσης από το περιβάλλον εργασίας τους, το μεγαλύτερο ποσοστό δηλαδή το 34% των νοσηλευτών δείχνει να είναι μέτρια ικανοποιημένο. Την ίδια άποψη εκφράζουν και οι ιατροί σε ποσοστό 40%.

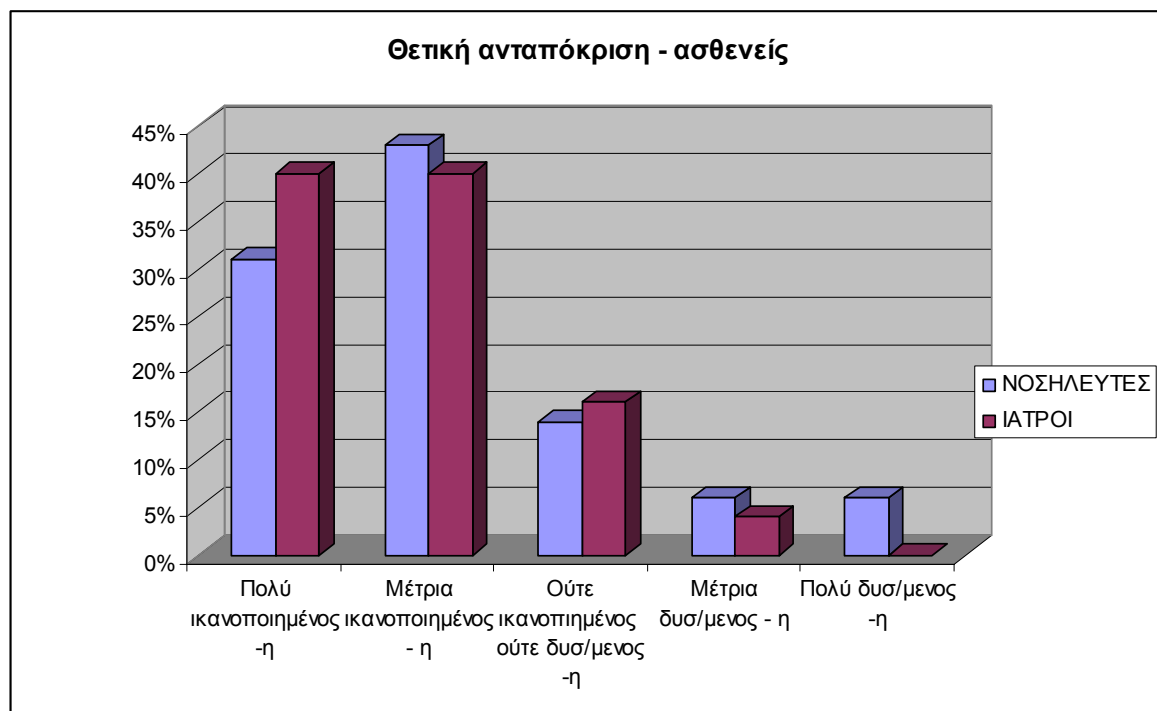


ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Πολύ ικανοποιημένος - η		Μέτρια ικανοποιημένος - η		Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος - η		Μέτρια δυσ/μενος - η		Πολύ δυσ/μενος - η		Σύνολο	
	f	rf	f	Rf	f	rf	f	rf	f	rf		
12. Βαθμός θετικής ανταπόκρισης των προσπαθειών σας από τους ασθενείς	38	31%	53	43%	18	14%	7	6%	7	6%	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ	Πολύ ικανοποιημένος - η		Μέτρια ικανοποιημένος - η		Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσ/μενος - η		Μέτρια δυσ/μενος - η		Πολύ δυσ/μενος - η		Σύνολο	
	f	rf	f	Rf	f	rf	f	rf	f	rf		
12. Βαθμός θετικής ανταπόκρισης των προσπαθειών σας από τους ασθενείς	20	40%	20	40%	8	16%	2	4%	0	0%	50	100%

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών δηλαδή το 43% δείχνει να είναι μέτρια ικανοποιημένο από τη στάση των ασθενών απέναντι στις προσπάθειες τους.. Την ίδια απάντηση δίδουν και οι ιατροί σε ποσοστό 40%.



### ΕΡΩΤΗΣΗ 13:

ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΓΙΝΕΤΑΙ ΡΟΥΤΙΝΑ;

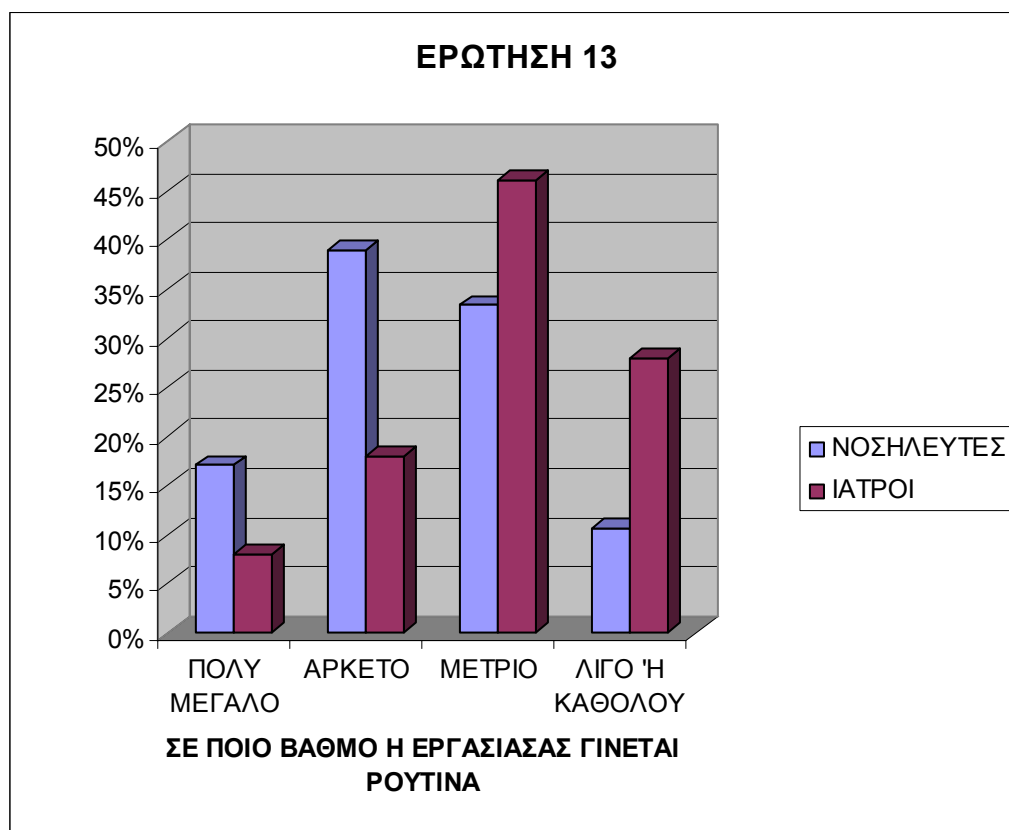
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

	f	rf
ΠΟΛΥ ΜΕΓΑΛΟ	21	17%
ΑΡΚΕΤΟ	48	39%
ΜΕΤΡΙΟ	41	33%
ΛΙΓΟ Ή ΚΑΘΟΛΟΥ	13	11%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΠΟΛΥ ΜΕΓΑΛΟ	4	8%
ΑΡΚΕΤΟ	9	18%
ΜΕΤΡΙΟ	23	46%
ΛΙΓΟ Ή ΚΑΘΟΛΟΥ	14	28%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Στην ερώτηση αυτή το **39%** των νοσηλευτών δηλώνει ότι η εργασία τους γίνεται ρουτίνα σε αρκετό βαθμό ,το 33% σε μέτριο βαθμό, το 17% σε πολύ μεγάλο βαθμό ενώ ένα 11% δηλώνει λίγο έως καθόλου.

Στο ιατρικό προσωπικό το **46%** δηλώνει ότι η εργασία του γίνεται ρουτίνα σε μέτριο βαθμό ,το 28% δηλώνει λίγο έως καθόλου ,το18% σε αρκετό βαθμό και τέλος ένα 8% υποστηρίζει σε πολύ μεγάλο βαθμό.



#### ΕΡΩΤΗΣΗ 14:

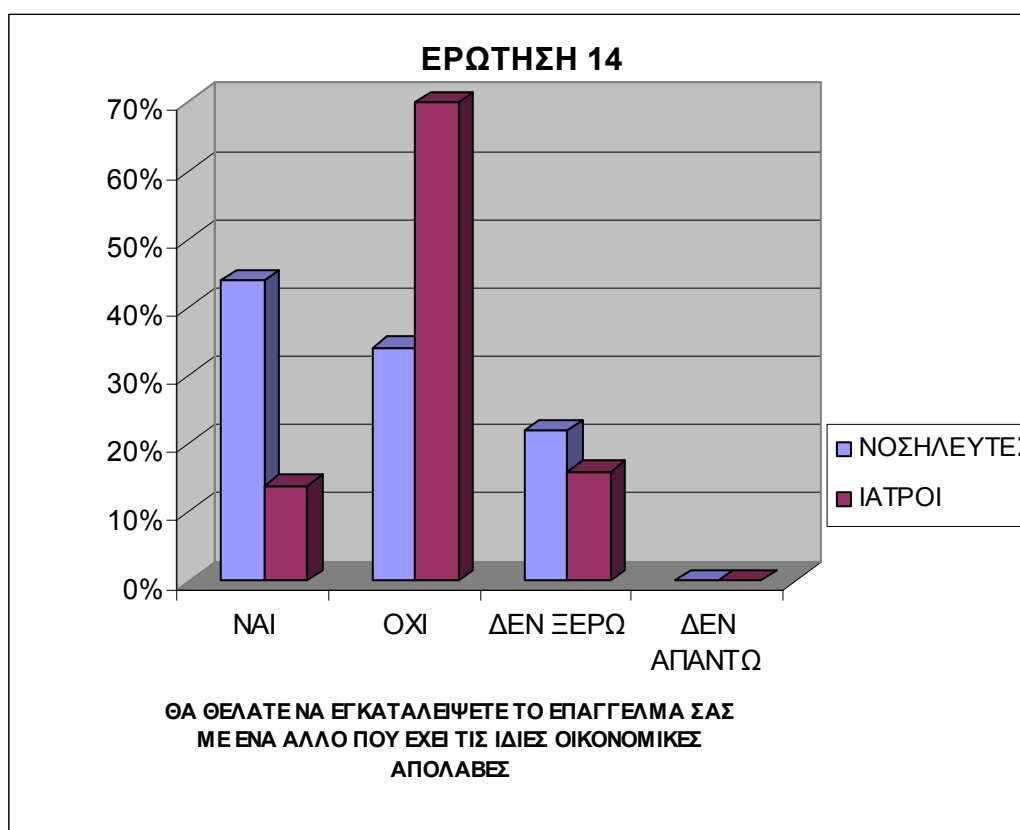
ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΕΤΕ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΑΣ ΜΕ ΕΝΑ ΑΛΛΟ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΤΙΣ ΙΔΙΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΠΟΛΑΒΕΣ;

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΝΑΙ	54	44%
ΟΧΙ	42	34%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	27	22%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΝΑΙ	7	14%
ΟΧΙ	35	70%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	8	16%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Στην ερώτηση 14 το **44%** του νοσηλευτικού προσωπικού υποστηρίζει ότι θα ήθελε να αντικαταστήσει το επάγγελμα του με ένα άλλο που θα είχε τις ίδιες οικονομικές απολαβές, το 34% δεν θα το έκανε ενώ το 22% δεν ξέρει ή δεν το έχει σκεφτεί.

Αντίστοιχα το ιατρικό προσωπικό απαντά με ποσοστό **70%** δηλώνει πως δεν θα το έκανε, το 14% ότι θα ήθελε να εγκαταλείψει το επάγγελμα του με ένα άλλο που θα είχε τις ίδιες οικονομικές απολαβές, ενώ το 16% δεν γνωρίζει.



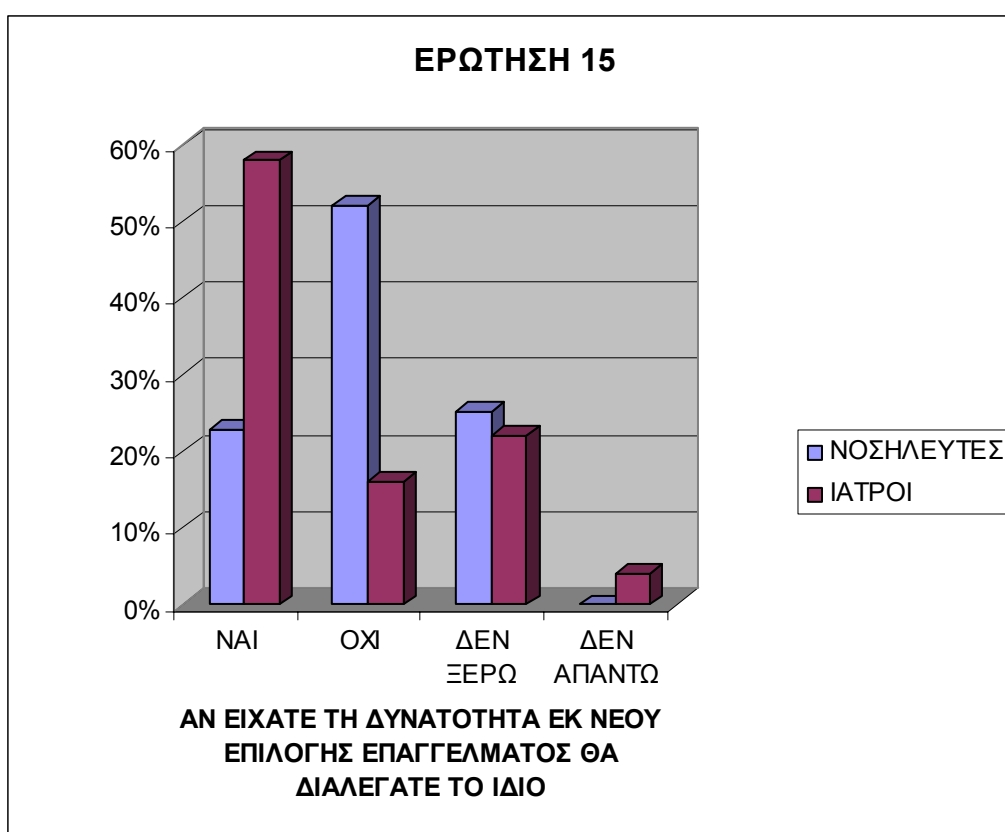
### ΕΡΩΤΗΣΗ 15:

ΑΝ ΕΙΧΑΤΕ ΤΗ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΕΚ ΝΕΟΥ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΘΑ ΔΙΑΛΕΓΑΤΕ ΤΟ ΙΔΙΟ;

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΝΑΙ	28	23%
ΟΧΙ	64	52%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	31	25%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΝΑΙ	29	58%
ΟΧΙ	8	16%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	11	22%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	4%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Το νοσηλευτικό προσωπικό δηλώνει με ποσοστό **52%** ότι δεν θα επέλεγε το ίδιο επάγγελμα εάν είχε τη δυνατότητα εκ νέου επιλογής, το 23% απαντά θετικά και το 25% απαντά δεν ξέρω/ δεν απαντώ. Από το ιατρικό προσωπικό το **58%** απαντά πως θα ξαναεπέλεγε το ίδιο, το 26% δεν ξέρω /δεν απαντώ και το 16% απαντά αρνητικά.



### ΕΡΩΤΗΣΗ 16:

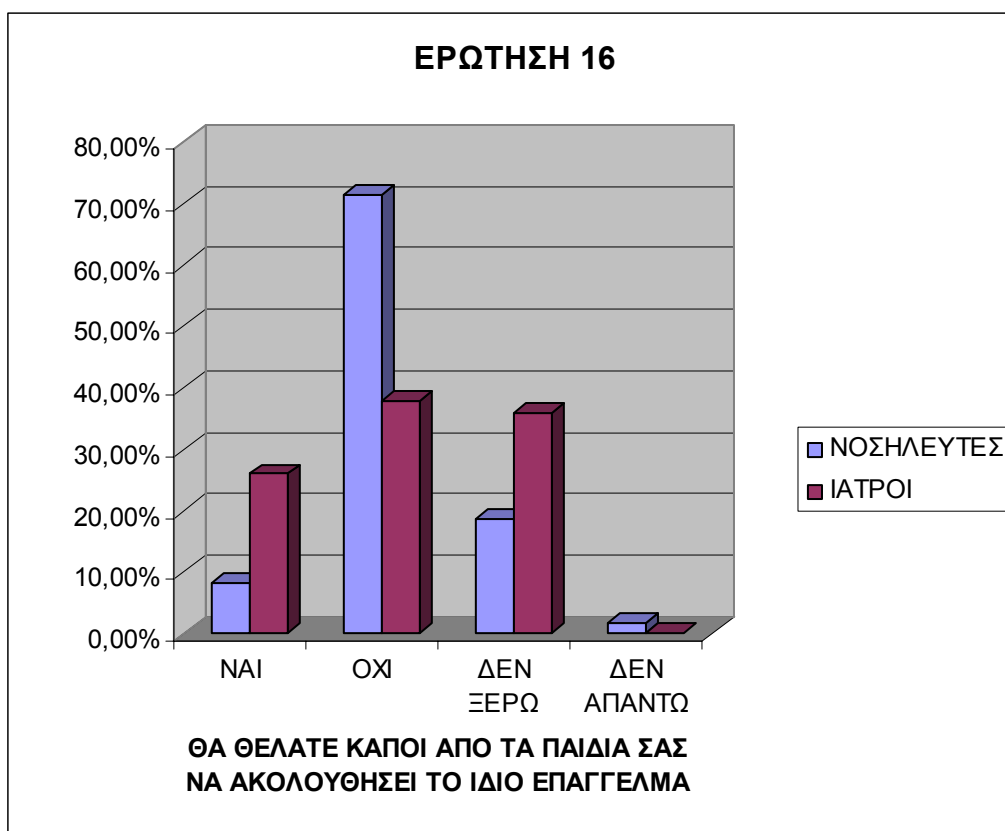
ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ ΝΑ ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕΙ ΤΟ ΙΔΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ;



ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΝΑΙ	10	8%
ΟΧΙ	88	72%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	23	19%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	1%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΝΑΙ	13	26%
ΟΧΙ	19	38%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	18	36%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Σ' αυτήν την ερώτηση το 72% των νοσηλευτών απαντά αρνητικά στο αν θα επιθυμούσε κάποιο από τα παιδιά τους να επιλέξει το ίδιο επάγγελμα. Το 20% δεν ξέρω/ δεν απαντώ και το 8% απαντούν θετικά. Αντίστοιχα οι γιατροί σε ποσοστό 26% απαντούν θετικά, 38% αρνητικά και 36% δεν ξέρω δεν απαντώ



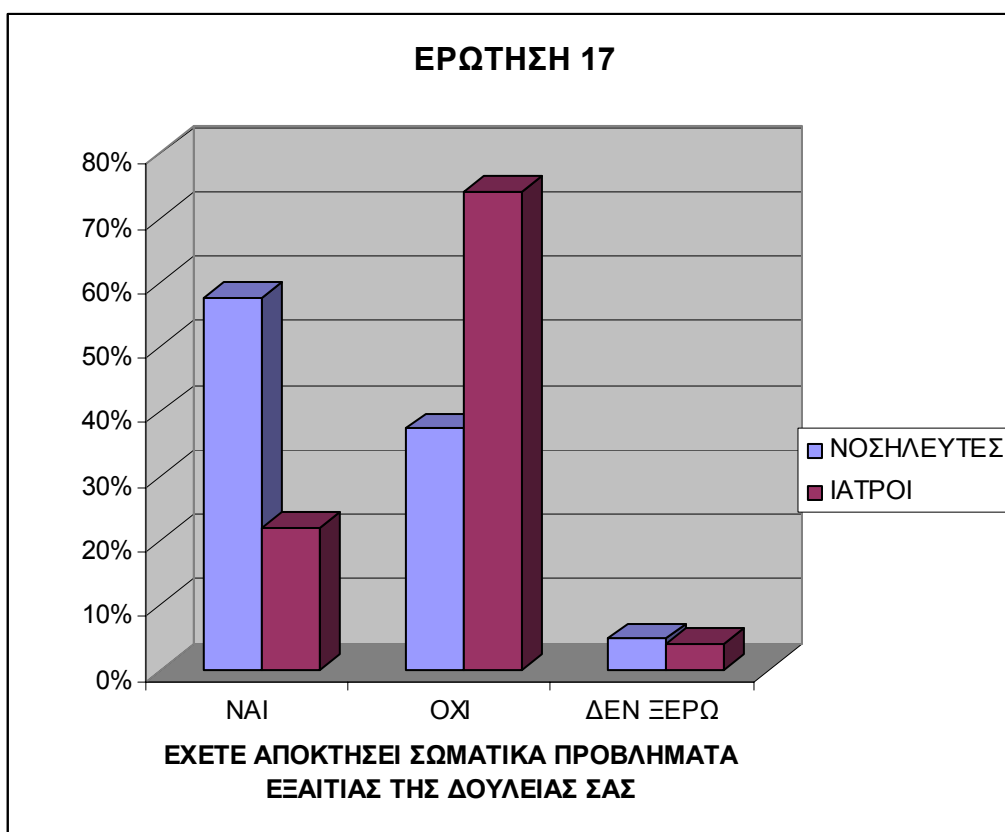
### ΕΡΩΤΗΣΗ 17:

ΕΧΕΤΕ ΑΠΟΚΤΗΣΕΙ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΔΟΥΛΕΙΑΣ ΣΑΣ; ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΔΥΟ ΑΠΟ ΑΥΤΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΝΑΙ	71	58%
ΟΧΙ	46	37%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	6	5%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΝΑΙ	11	22%
ΟΧΙ	37	74%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	2	4%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Στη συγκεκριμένη ερώτηση το **58%** των νοσηλευτών απαντά θετικά ως προς την εμφάνιση σωματικών προβλημάτων εξαιτίας της δουλειάς του, το 37% απαντά αρνητικά και το 5% δεν ξέρω/ δεν απαντώ. Οι γιατροί από την άλλη μεριά με ποσοστό **74%** απαντά αρνητικά, το 22% δηλώνει την εμφάνιση σωματικών προβλημάτων, και 4% ότι δεν ξέρω.



ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ	23	32%
ΦΛΕΒΙΤΙΔΑ	19	27%

ΟΣΦΥΙΣΧΙΑΛΓΙΑ	7	10%
ΑΓΧΟΣ - ΝΕΥΡΑ	7	10%
ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ	7	10%
ΔΙΣΚΟΠΑΘΕΙΑ	5	7%
ΚΑΛΟΥΣ	5	7%
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΣ	4	6%
ΥΠΕΡΤΑΣΗ	4	6%
ΚΙΡΣΟΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ	3	4%
ΠΟΝΟΙ ΠΟΔΙΩΝ	3	4%
ΤΕΝΟΝΤΙΤΙΔΑ	2	3%
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΠΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ	2	3%
ΣΠΟΝΔΥΛΟΟΛΙΣΘΗΣΗ	1	1%
ΑΥΧΕΝΑΛΓΙΕΣ	1	1%
ΑΥΠΝΙΕΣ	1	1%
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ	1	1%
ΚΝΗΜΙΑΙΟ ΚΥΡΤΩΜΑ	1	1%
ΧΟΝΔΡΟΠΑΘΕΙΑ ΓΟΝΑΤΩΝ	1	1%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΙΩΣΕΙΣ	4	36%
ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ	2	18%
ΚΙΡΣΟΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ	2	18%
ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ	2	18%
ΑΓΧΟΣ	2	18%
ΟΣΦΥΙΣΧΙΑΛΓΙΑ	1	9%
ΑΥΧΕΝΑΛΓΙΕΣ	1	9%
ΒΛΕΦΑΡΙΤΙΔΑ	1	9%

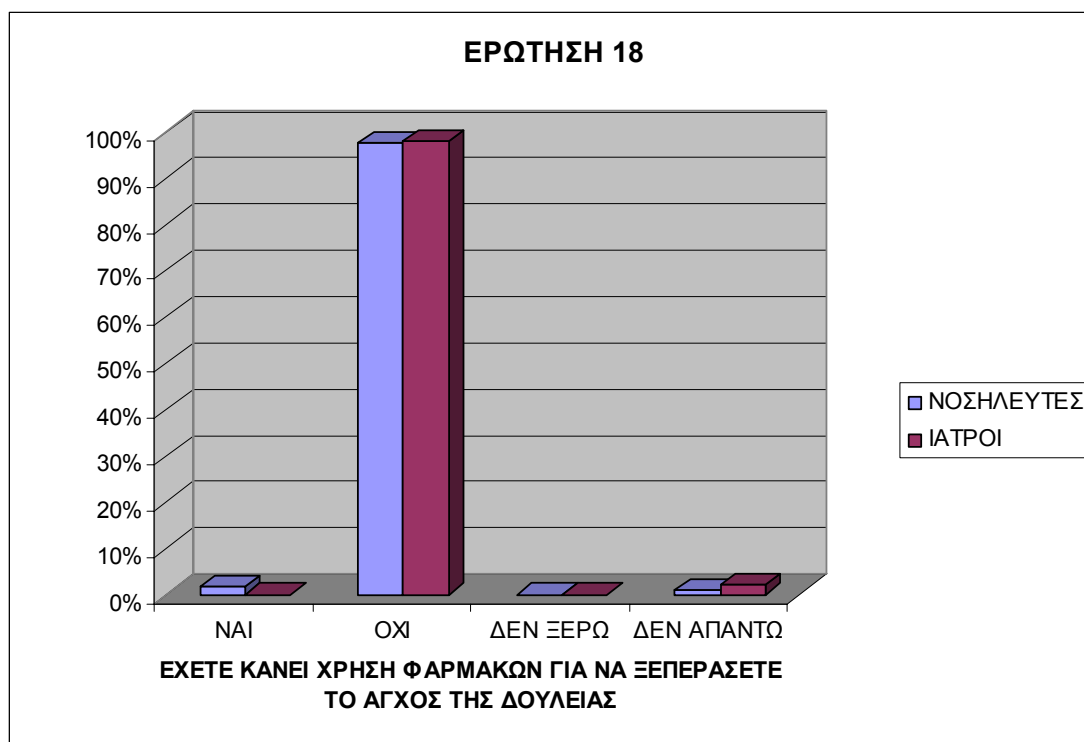
**ΕΡΩΤΗΣΗ 18:**

ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΓΙΑ ΝΑ ΞΕΠΕΡΑΣΕΤΕ ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΤΗΣ ΔΟΥΛΕΙΑΣ;

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΝΑΙ	2	2%
ΟΧΙ	120	97%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	0	0%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	1	1%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΝΑΙ	0	0%
ΟΧΙ	49	98%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	0	0%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	1	2%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Το 97% των νοσηλευτών απαντά ότι δεν έχει κάνει χρήση φαρμάκων, το 2% απαντά θετικά και το 1% δεν ξέρω/ δεν απαντώ. Από τους γιατρούς το 98% απαντά ότι δεν έχει κάνει χρήση φαρμάκων, 0% απαντάει θετικά και 2% δεν ξέρω/ δεν απαντώ



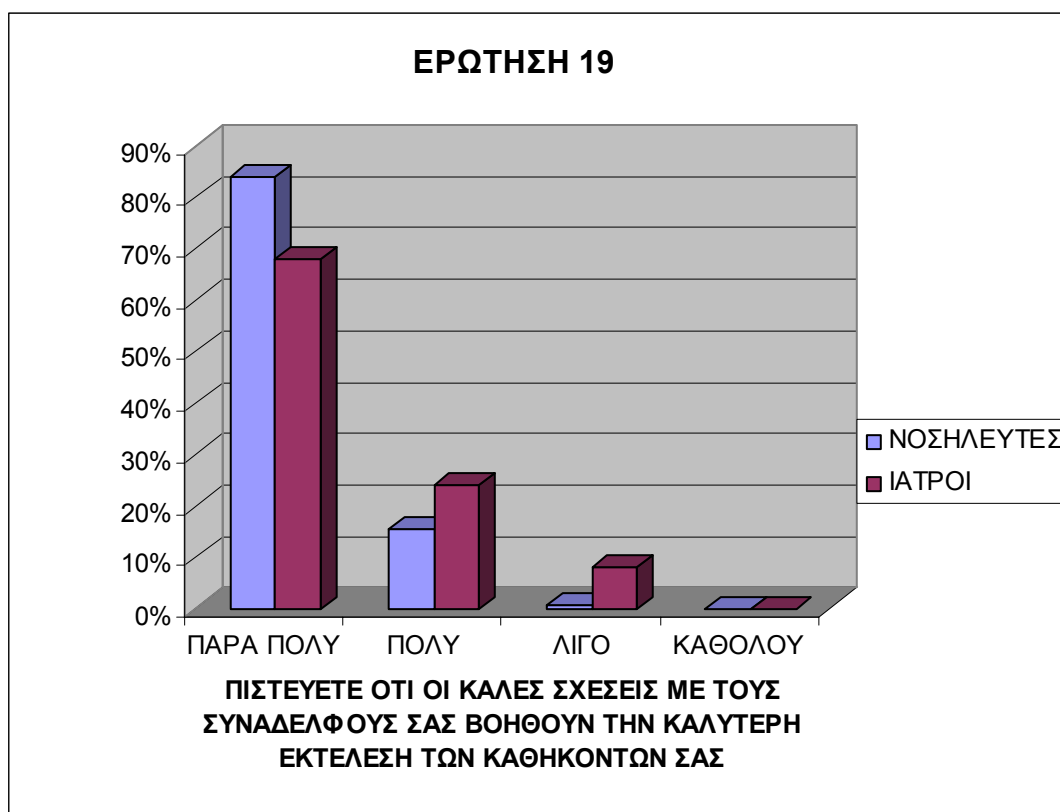
### ΕΡΩΤΗΣΗ 19:

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ ΣΑΣ ΒΟΗΘΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΤΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΣΑΣ;

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	103	84%
ΠΟΛΥ	19	15%
ΛΙΓΟ	1	1%
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	34	68%
ΠΟΛΥ	12	24%
ΛΙΓΟ	4	8%
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Σ' αυτή την ερώτηση το **84%** των νοσηλευτών υποστηρίζει ότι οι καλές εργασιακές σχέσεις βοηθούν πάρα πολύ στη καλύτερη εκτέλεση των καθηκόντων, το 15% πολύ, το 1% λίγο και 0% καθόλου. Οι γιατροί απαντούν με **68%** πάρα πολύ, 24% πολύ, 8% λίγο και 0% καθόλου.



### ΕΡΩΤΗΣΗ 20:

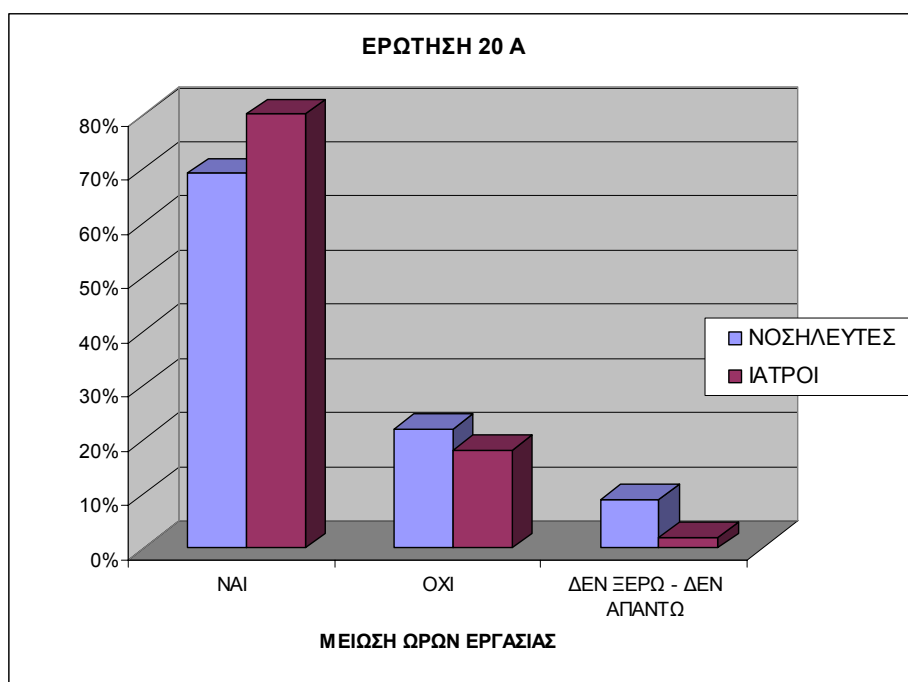
ΤΙ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;

## A. ΜΕΙΩΣΗ ΩΡΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΝΑΙ	85	69%
ΟΧΙ	27	22%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	11	9%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΝΑΙ	40	80%
ΟΧΙ	9	18%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	1	2%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Σ' αυτήν την ερώτηση προτείνονται τρεις διαφορετικές λύσεις στους νοσηλευτές και τους γιατρούς. Όσον αφορά τη μείωση των ωρών εργασίας το 69% απαντά θετικά, το 22% αρνητικά ενώ το 9% δεν ξέρω/ δεν απαντώ. Στη πρόταση αυτή το ιατρικό προσωπικό απαντά θετικά με ποσοστό 80%, αρνητικά με 18% και 2% δεν ξέρω/ δεν απαντώ.



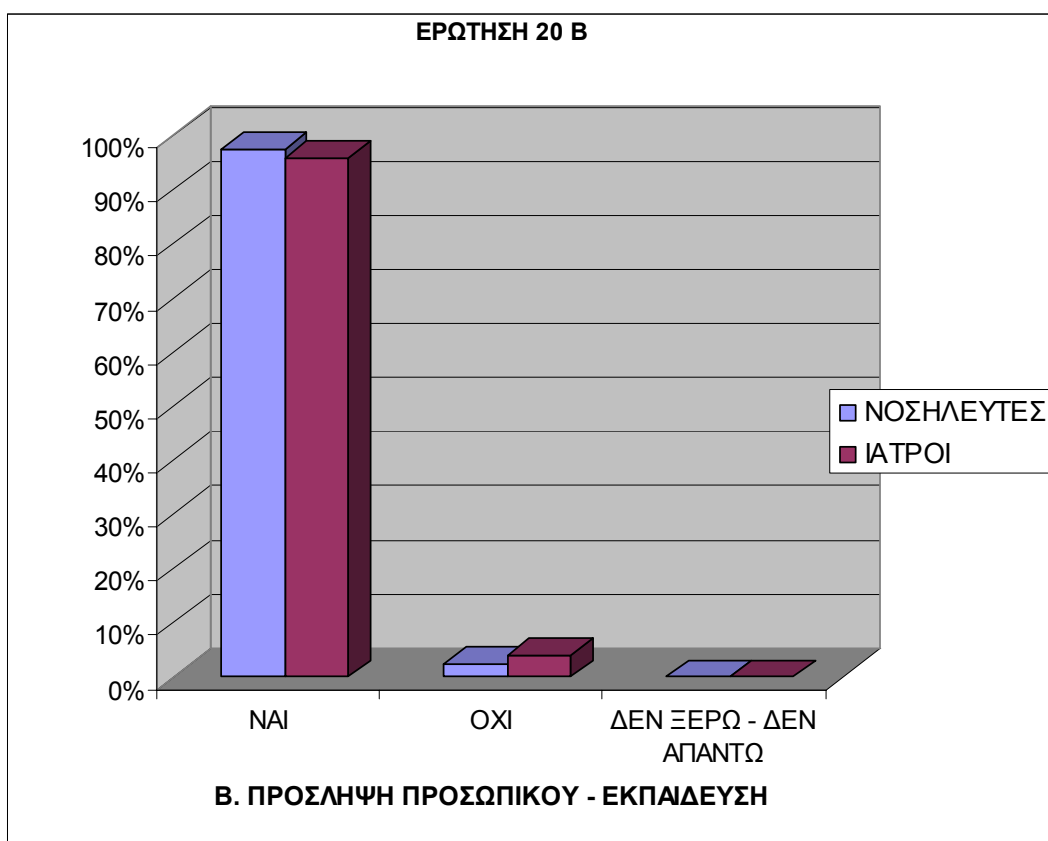
## B. ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf

<b>ΝΑΙ</b>	120	98%
<b>ΟΧΙ</b>	3	2%
<b>ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ</b>	0	0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	123	100%

<b>ΙΑΤΡΟΙ</b>		
	<b>f</b>	<b>rf</b>
<b>ΝΑΙ</b>	48	96%
<b>ΟΧΙ</b>	2	4%
<b>ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ</b>	0	0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	50	100%

Η δεύτερη λύση που προτείνεται είναι η **πρόσληψη προσωπικού και συνεχής εκπαίδευση-επιμόρφωση**, όπου οι νοσηλευτές απαντούν θετικά με ποσοστό **98%** ενώ μόλις το 2% δεν την αποδέχεται ως λύση. Το ιατρικό προσωπικό στην ίδια εκδοχή λύσης δείχνει να συμφωνεί με ποσοστό **96%** ενώ μόλις το 4% δεν την αποδέχεται ως λύση



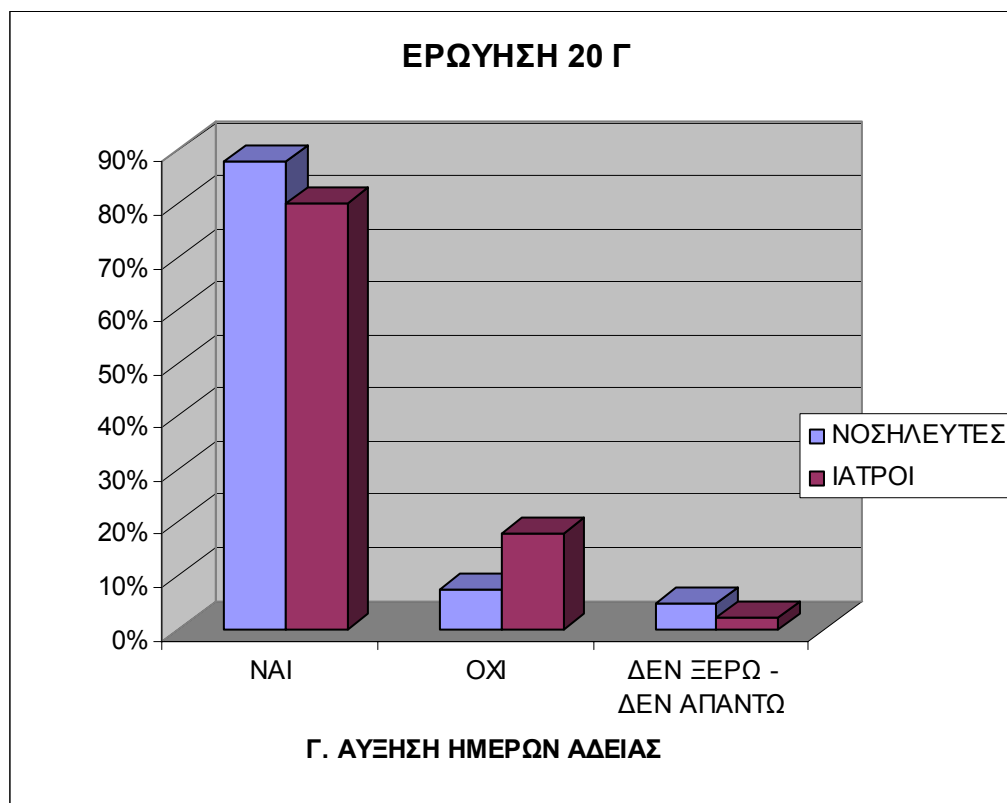
### Γ. ΑΥΞΗΣΗ ΗΜΕΡΩΝ ΑΔΕΙΑΣ

<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ</b>		
	<b>f</b>	<b>rf</b>

ΝΑΙ	108	88%
ΟΧΙ	9	7%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	6	5%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΝΑΙ	40	80%
ΟΧΙ	9	18%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	1	2%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Μια Τρίτη λύση που προτείνεται είναι η **αύξηση ημερών άδειας** όπου το **88%** του νοσηλευτικού προσωπικού συμφωνεί με αυτή, ενώ το 7% διαφωνεί και το 5% δεν ξέρει /δεν απαντά. Πάνω σ' αυτό οι γιατροί απαντούν θετικά με ποσοστό **80%** ενώ το 18% δεν θεωρεί λύση την αύξηση ημερών αδειας



#### Δ. ΑΛΛΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf



ΑΥΞΗΣΗ ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΠΟΔΟΧΩΝ	5	4%
ΕΝΑΛΛΑΓΕΣ ΤΜΗΜΑΤΩΝ	3	2%
ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΑ ΒΑΡΕΑ & ΑΝΘΥΓΕΙΝΑ	3	2%
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΕΩΝ ΜΑΣ ΜΕ ΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑ	1	1%
ΑΞΙΟΛΟΓΙΣΗ ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΩΝ	1	1%
ΙΕΡΑΡΧΙΑ	1	1%
ΚΑΤΑΡΓΗΣΗ ΒΑΡΔΙΑΣ ΠΡΩΙ - ΝΥΧΤΑ	1	1%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΜΕΙΩΣΗ ΕΦΗΜΕΡΙΩΝ	3	3%
ΜΕΙΩΣΗ ΩΡΩΝ ΣΤΑ ΤΕΠ	2	2%
ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ & ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	1	1%

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 21:**

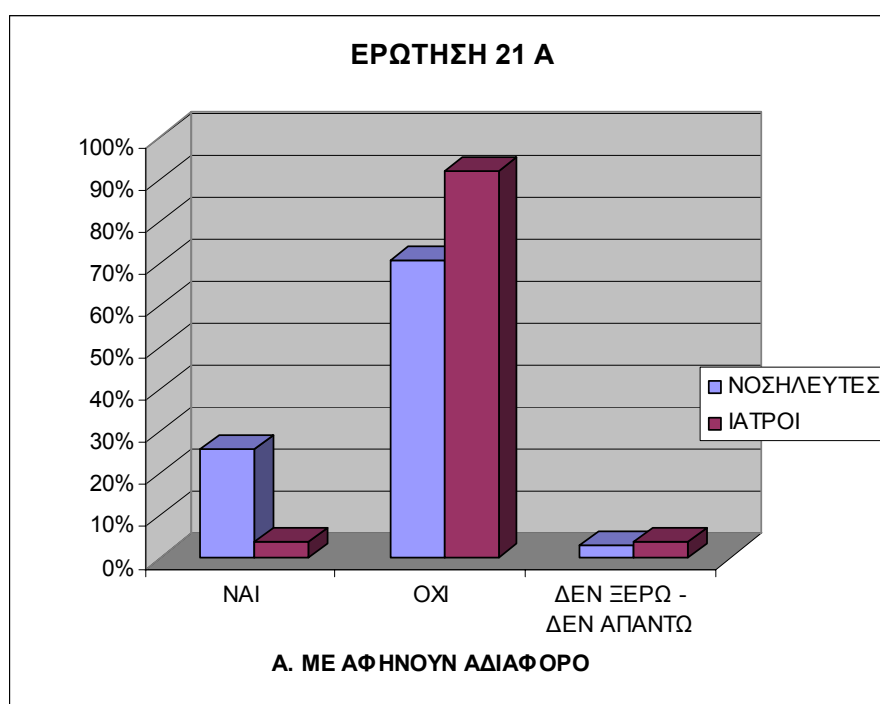
ΠΟΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ:

## Α. ΜΕ ΑΦΗΝΟΥΝ ΑΔΙΑΦΟΡΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΝΑΙ	32	26%
ΟΧΙ	87	71%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4	3%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΝΑΙ	2	4%
ΟΧΙ	46	92%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	4%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Η συγκεκριμένη ερώτηση αποτελείται από 4 σκέλη. Το πρώτο σκέλος ερωτά αν **τα προβλήματα των ασθενών, αφήνουν αδιάφορο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό**. Οι νοσηλεύτριες απαντούν αρνητικά σε ποσοστό **71%**, θετικά σε ποσοστό 26%, και δεν ξέρω /δεν απαντώ το 3%. Οι γιατροί απαντούν αρνητικά σε ποσοστό **92%**, θετικά σε ποσοστό 4%, και δεν ξέρω /δεν απαντώ το 4%.



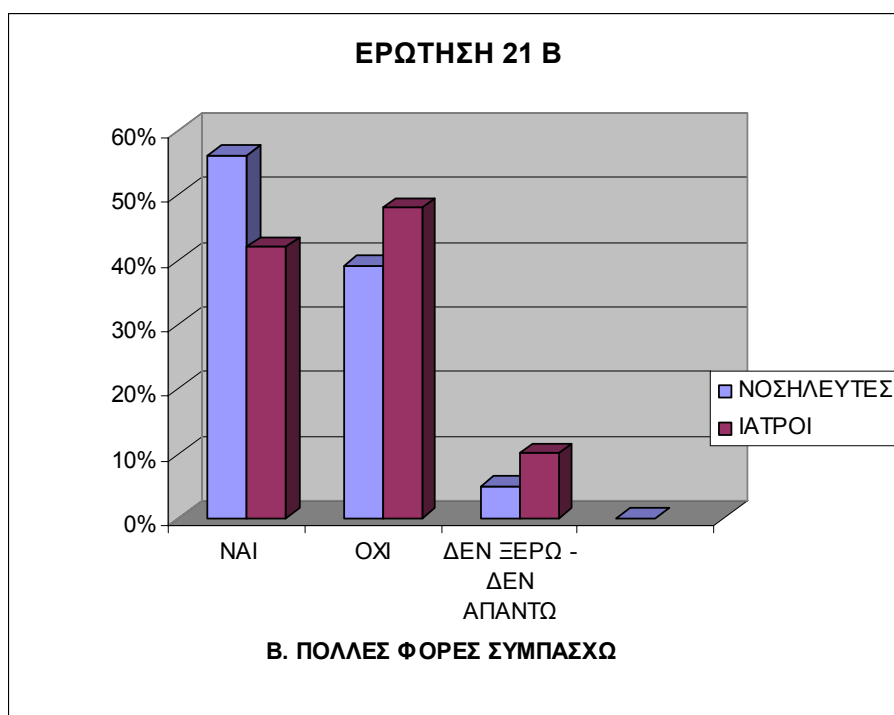
## Β. ΠΟΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ ΣΥΜΠΑΣΧΩ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ
------------

	<b>f</b>	<b>rf</b>
<b>ΝΑΙ</b>	69	56%
<b>ΟΧΙ</b>	48	39%
<b>ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ</b>	6	5%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	123	100%

<b>ΙΑΤΡΟΙ</b>		
	<b>f</b>	<b>rf</b>
<b>ΝΑΙ</b>	21	42%
<b>ΟΧΙ</b>	24	48%
<b>ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ</b>	5	10%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	50	100%

Στο δεύτερο σκέλος το **56%** των νοσηλευτών δηλώνει ότι **πολλές φορές συμπάσχει**, το 39% ότι δεν συμπάσχει και το 5% δεν ξέρω /δεν απαντώ. Αντίστοιχα το 42% των γιατρών απαντάει θετικά, το **48%** απαντάει αρνητικά και 10% δεν ξέρω/δεν απαντώ.

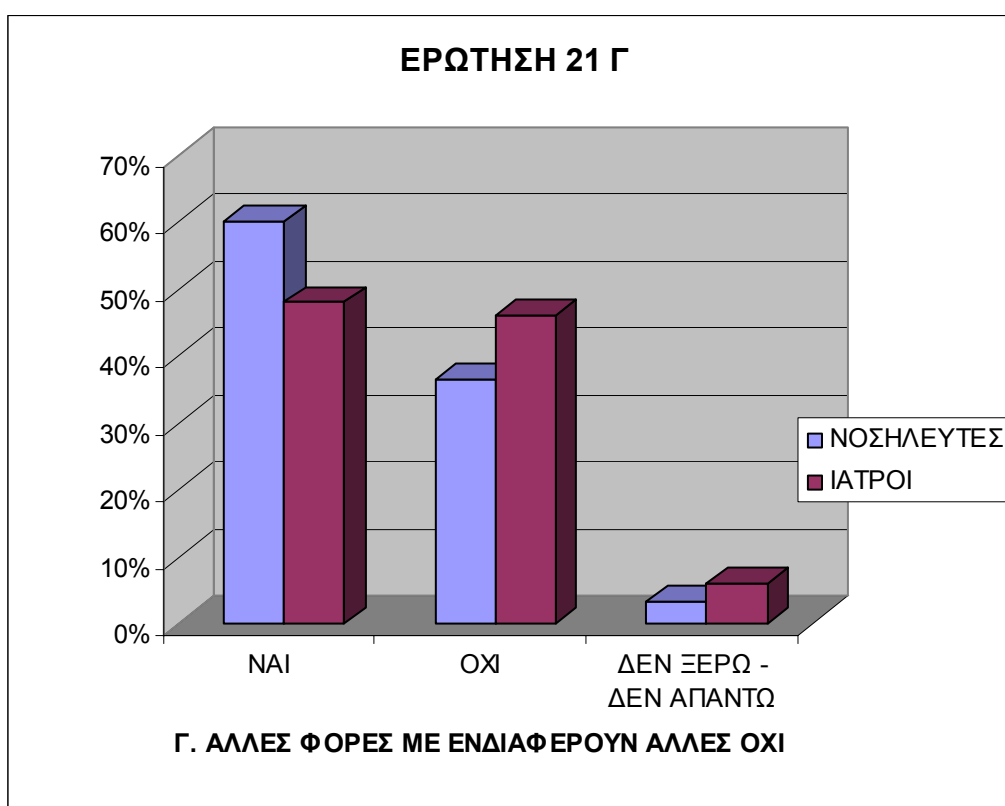


## Γ. ΑΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ ΜΕ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΝ ΑΛΛΕΣ ΟΧΙ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΝΑΙ	74	60%
ΟΧΙ	45	37%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4	3%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΝΑΙ	24	48%
ΟΧΙ	23	46%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	3	6%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Στο τρίτο σκέλος το **60%**, των νοσηλευτών δηλώνει ότι **άλλοτε τους ενδιαφέρουν τα προβλήματα των ασθενών και άλλοτε όχι**. Το 37% απαντά αρνητικά και το 3% δεν ξέρω/ δεν απαντώ. Ομοίως το **48%** των γιατρών απαντά θετικά στην ίδια ερώτηση έναντι του 46% που απαντά αρνητικά και 6% δεν ξέρω/ δεν απαντώ.



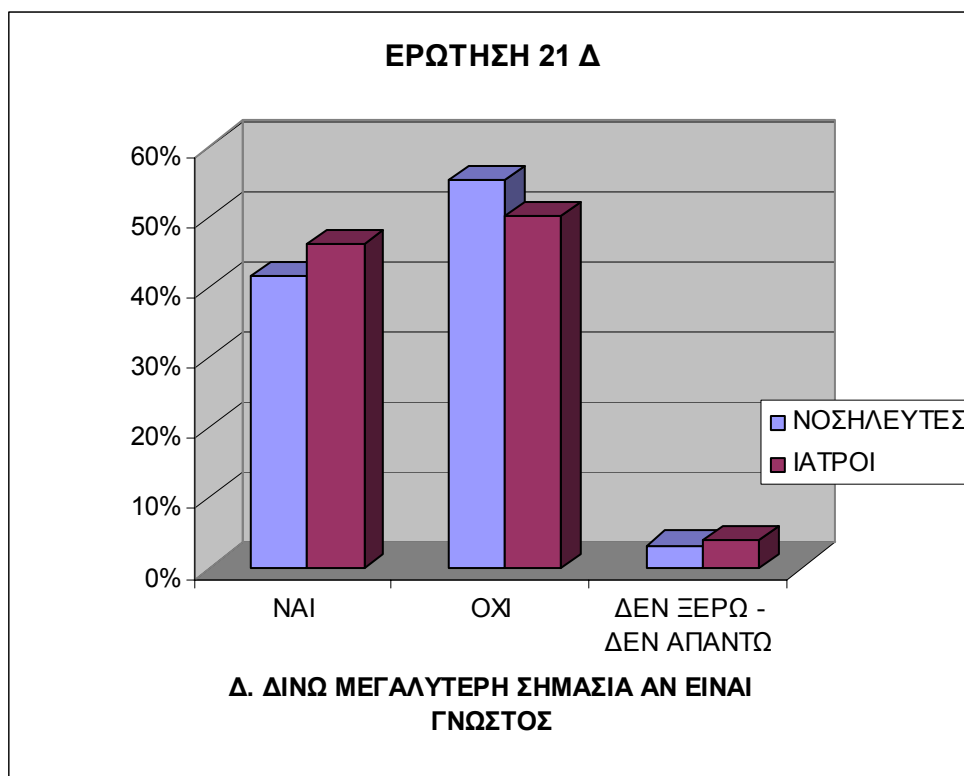
#### Δ. ΔΙΝΩ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΑΝ ΕΙΝΑΙ ΓΝΩΣΤΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΝΑΙ	51	41%
ΟΧΙ	68	55%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4	3%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΝΑΙ	23	46%
ΟΧΙ	25	50%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	4%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Στο τέταρτο σκέλος οι εργαζόμενοι ερωτήθηκαν **αν δίνουν μεγαλύτερη σημασία σε ένα ασθενή ανάλογα με το αν είναι γνωστός ή όχι**. Το 55% των νοσηλευτών απαντά αρνητικά, το 41% απαντά θετικά, και 4% δεν ξέρω δεν απαντώ. Αντίστοιχα οι γιατροί απαντούν αρνητικά σε ποσοστό 50%, θετικά με ποσοστό 46%, και 4% δεν ξέρω/ δεν απαντώ.



## ΕΡΩΤΗΣΗ 22:

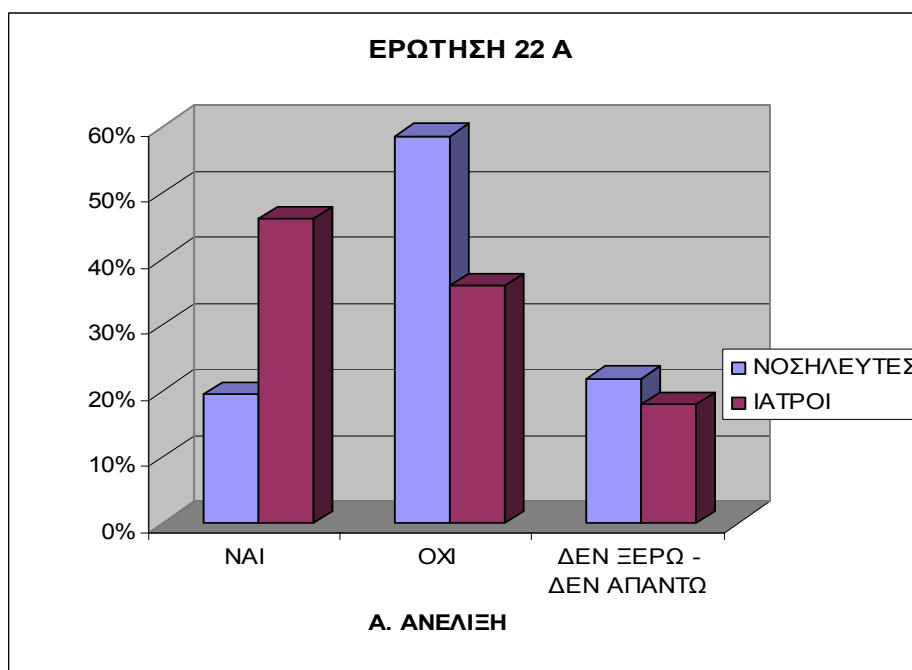
ΤΙ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΙΣΤΕΥΤΕ ΟΤΙ ΣΑΣ ΠΑΡΕΧΕΙ Η ΔΟΥΛΕΙΑ ΣΑΣ;

### Α. ΑΝΕΛΙΞΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΝΑΙ	24	19%
ΟΧΙ	72	59%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	27	22%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΝΑΙ	23	46%
ΟΧΙ	18	36%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	9	18%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Η ερώτηση 22 έχει 4 σκέλη απαντήσεων. Στο πρώτο σκέλος που αφορά **την ανέλιξη**, το **59%** των νοσηλευτών απαντά ότι το επάγγελμα τους δεν τους προσφέρει ανέλιξη, το 19% ότι τους προσφέρει και το 22% δεν ξέρω /δεν απαντά. Στην ίδια ερώτηση οι γιατροί απαντούν θετικά **46%**, αρνητικά το 36% και δεν ξέρω /δεν απαντών το 9%.

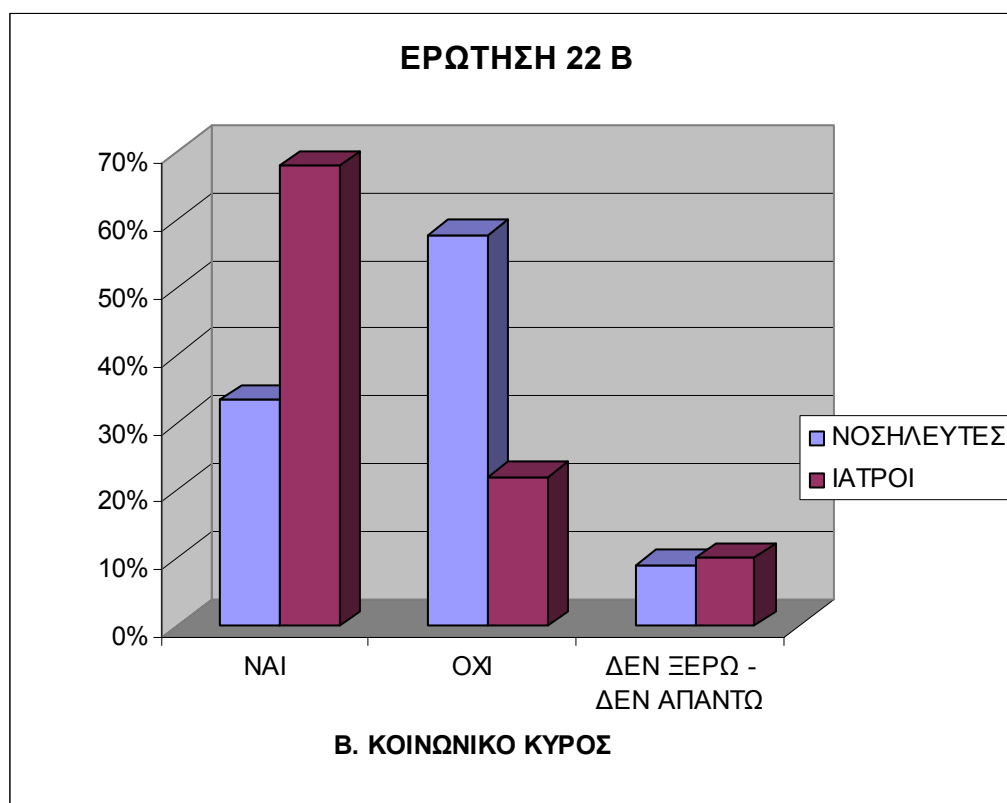


## Β. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΥΡΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΝΑΙ	41	33%
ΟΧΙ	71	58%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	11	9%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΝΑΙ	34	68%
ΟΧΙ	11	22%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	10%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Στο δεύτερο σκέλος το **58%** των νοσηλευτών απαντά αρνητικά στην υπόθεση αν η δουλειά τους τους παρέχει κοινωνικό κύρος, το 33% απαντά θετικά και το 9% δεν ξέρω/ δεν απαντώ. Αντίστοιχα οι γιατροί απαντούν θετικά το **68%**, το 22% αρνητικά και το 10% δεν ξέρω/ δεν απαντώ



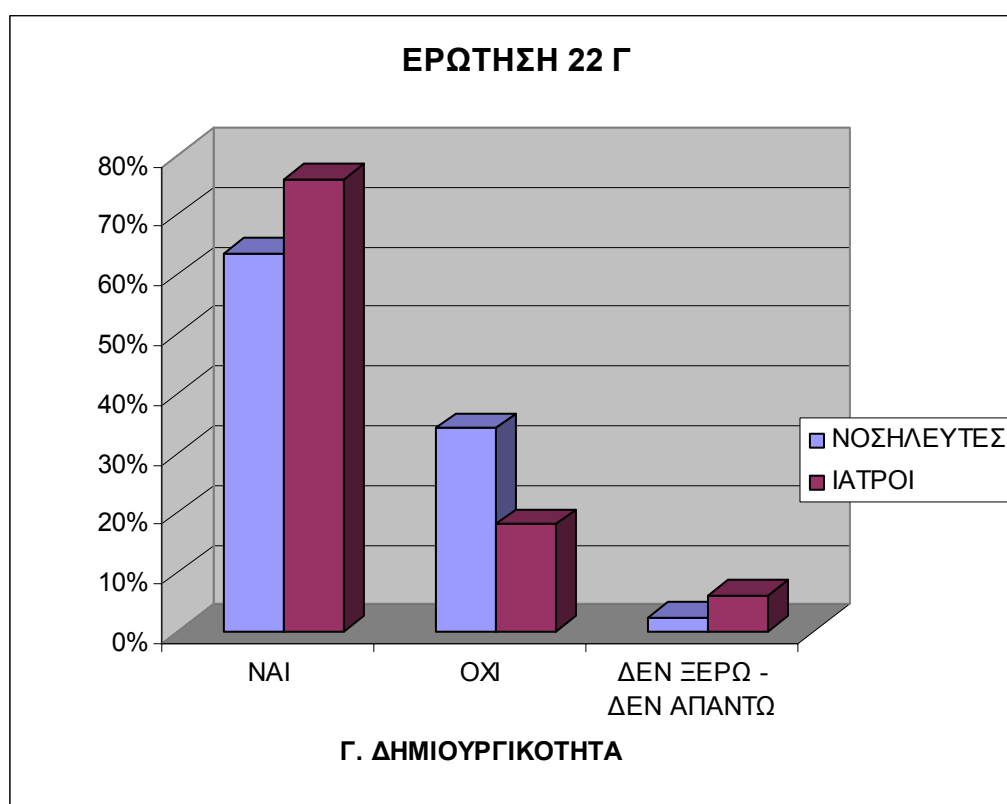
## Γ. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΝΑΙ	78	63%
ΟΧΙ	42	34%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	3	2%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΝΑΙ	38	76%
ΟΧΙ	9	18%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	3	6%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Στο τρίτο σκέλος το **63%** των νοσηλευτών απαντά ότι η δουλειά τους είναι **δημιουργική**, το 34% ότι δεν είναι και το 3% δεν ξέρω/ δεν απαντώ. Επίσης το **76%** των γιατρών θεωρεί ότι η δουλειά τους είναι δημιουργική, το 18% ότι δεν είναι και το 6% δεν ξέρω/ δεν απαντώ



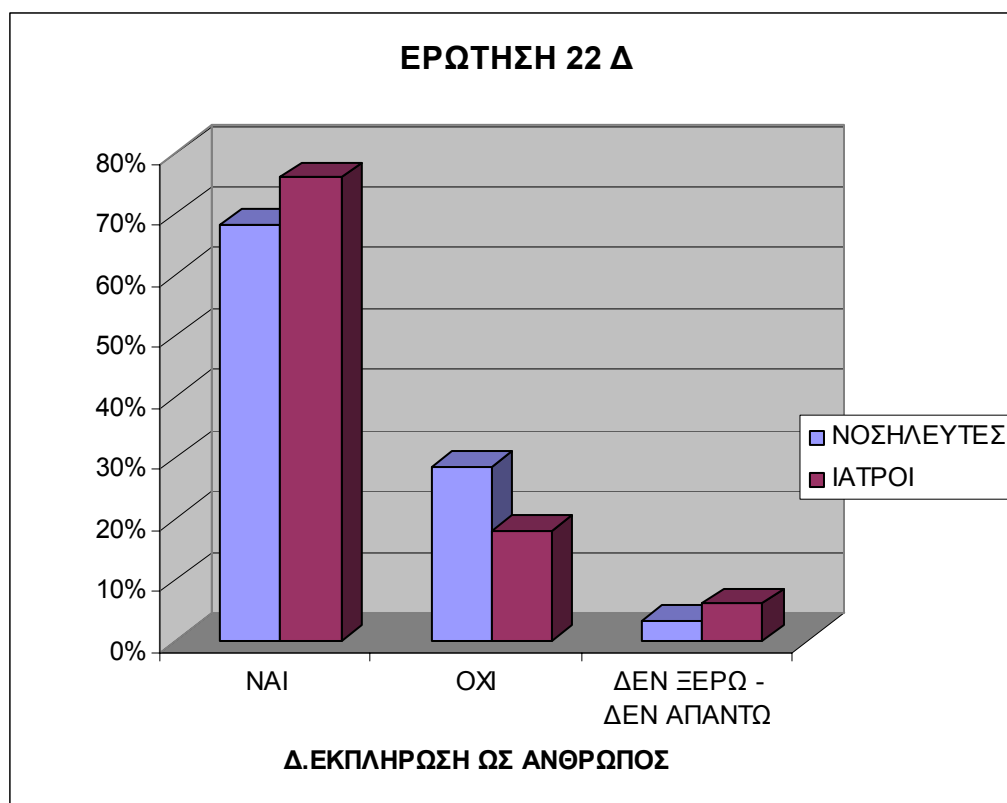


#### Δ. ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΩΣ ΑΝΘΡΩΠΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΝΑΙ	84	68%
ΟΧΙ	35	28%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4	3%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΝΑΙ	38	76%
ΟΧΙ	9	18%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	3	6%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Στο τέταρτο σκέλος το **68%** των νοσηλευτών θεωρούν ότι το επάγγελμα τους **τους γεμίζει ως ανθρώπους**, το 28% ότι δεν τους γεμίζει και το 4% δεν ξέρω/ δεν απαντώ. Ομοίως το **76%** των γιατρών απαντά θετικά, το 18% αρνητικά και το 6% δεν ξέρω/ δεν απαντώ.



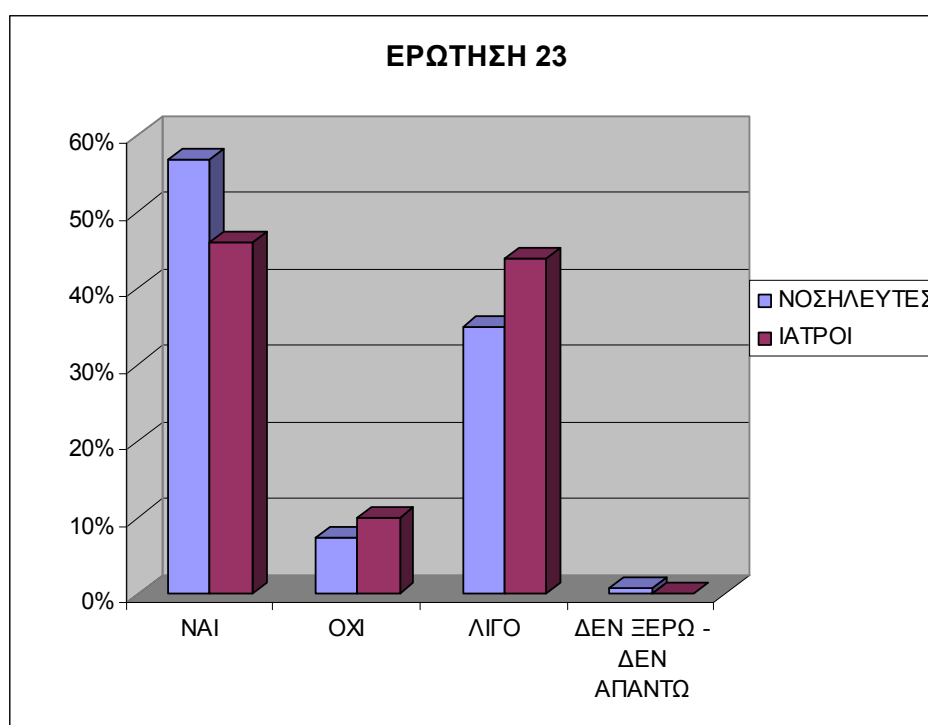
### ΕΡΩΤΗΣΗ 23:

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΖΩΗ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΦΟΡΤΙΣΗΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ;

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΝΑΙ	70	57%
ΟΧΙ	9	7%
ΛΙΓΟ	43	35%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	1	1%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΝΑΙ	23	46%
ΟΧΙ	5	10%
ΛΙΓΟ	22	44%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Στη συγκεκριμένη ερώτηση το 57% των νοσηλευτών απαντά θετικά στην υπόθεση ότι η συναισθηματική φόρτιση της δουλειάς επηρεάζει αρνητικά τη προσωπική-οικογενειακή ζωή. Το 35% θεωρεί ότι επηρεάζεται λίγο, το 7% απαντά αρνητικά και 1% δεν ξέρω/ δεν απαντώ. Στους γιατρούς το 46% δείχνει να επηρεάζεται το 44% λίγο, το 10% ότι δεν επηρεάζεται και 0% δεν ξέρω /δεν απαντώ.



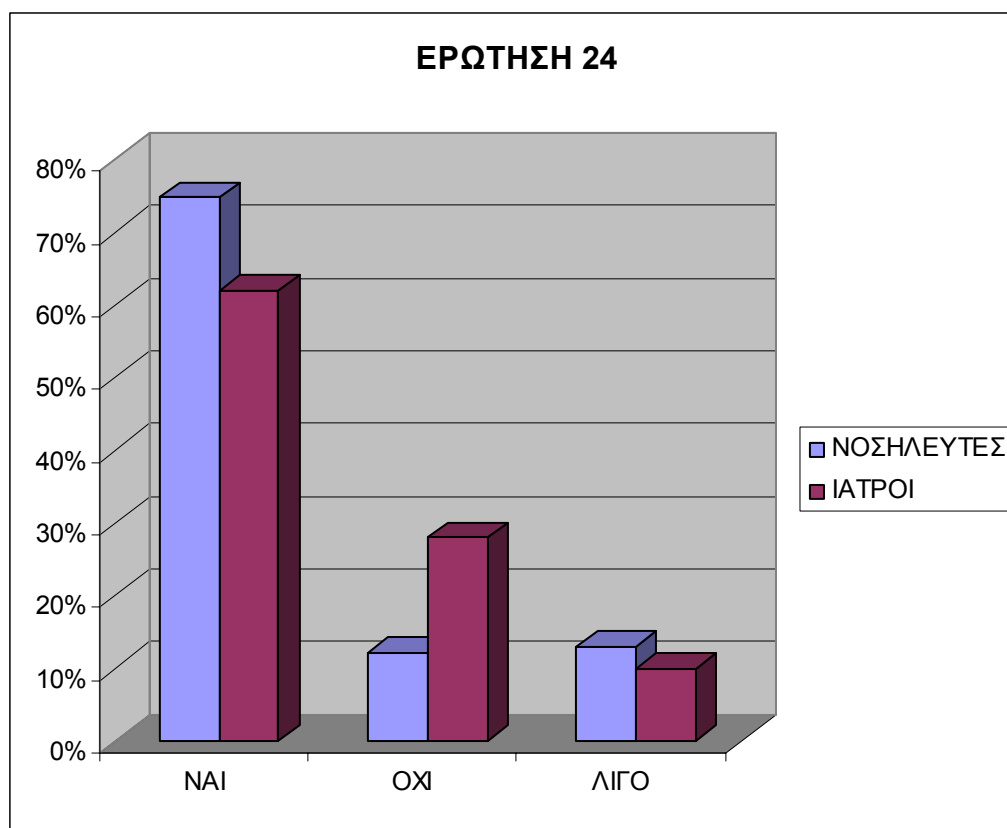
### ΕΡΩΤΗΣΗ 24:

Η ΔΟΥΛΕΙΑ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΚΑΝΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΥΠΕΡΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗ / ΚΟ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΠΡΙΝ Ή ΑΝ ΚΑΝΑΤΕ ΑΛΛΗ ΔΟΥΛΕΙΑ;

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΝΑΙ	92	75%
ΟΧΙ	15	12%
ΛΙΓΟ	16	13%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΝΑΙ	31	62%
ΟΧΙ	14	28%
ΛΙΓΟ	5	10%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Από τους νοσηλευτές το 75% απαντά θετικά, το 13% λίγο το 12% απαντά αρνητικά. Αντίστοιχα οι γιατροί σε ποσοστό 62% απαντά θετικά, το 28% αρνητικά και το 10% λίγο.



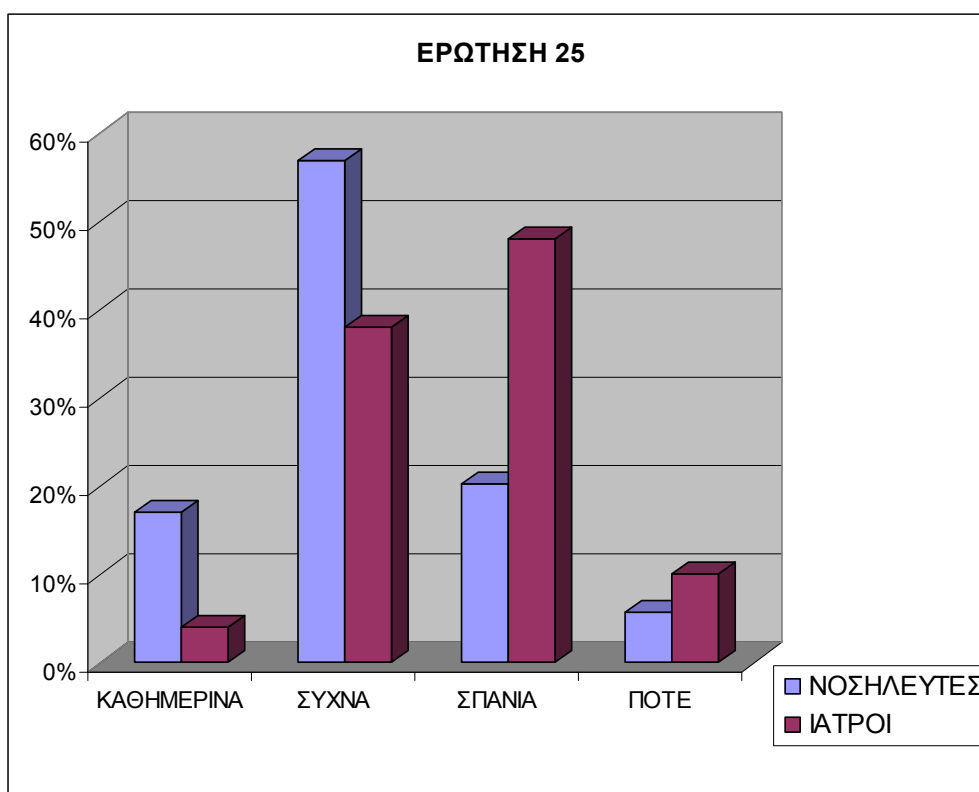
### ΕΡΩΤΗΣΗ 25:

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΟΤΙ Ο ΧΡΟΝΟΣ, ΟΙ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ, Η ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΠΟΥ ΑΦΙΕΡΩΣΑΤΕ ΣΕ ΕΝΑΝ ΑΣΘΕΝΗ ΔΕΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΙ;

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	21	17%
ΣΥΧΝΑ	70	57%
ΣΠΑΝΙΑ	25	20%
ΠΟΤΕ	7	6%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	2	4%
ΣΥΧΝΑ	19	38%
ΣΠΑΝΙΑ	24	48%
ΠΟΤΕ	5	10%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Σ' αυτήν την ερώτηση το **57%** των νοσηλευτών υποστηρίζει ότι **συχνά ο κόπος, ο χρόνος, η ενέργεια που αφιερώνουν σε ένα ασθενή για τη φροντίδα του δεν αναγνωρίζονται**. Το 20% θεωρεί ότι σπάνια δεν αναγνωρίζεται, το 17% σε καθημερινή βάση ενώ μόλις το 6% δεν έχει αισθανθεί ποτέ ότι αφιέρωσε χρόνο προσπάθεια και ενέργεια χωρίς να αναγνωριστεί. Στην ίδια ερώτηση το **48%** των γιατρών απαντά σπάνια, το 38% συχνά, το 4% καθημερινά και το 10% ποτέ.



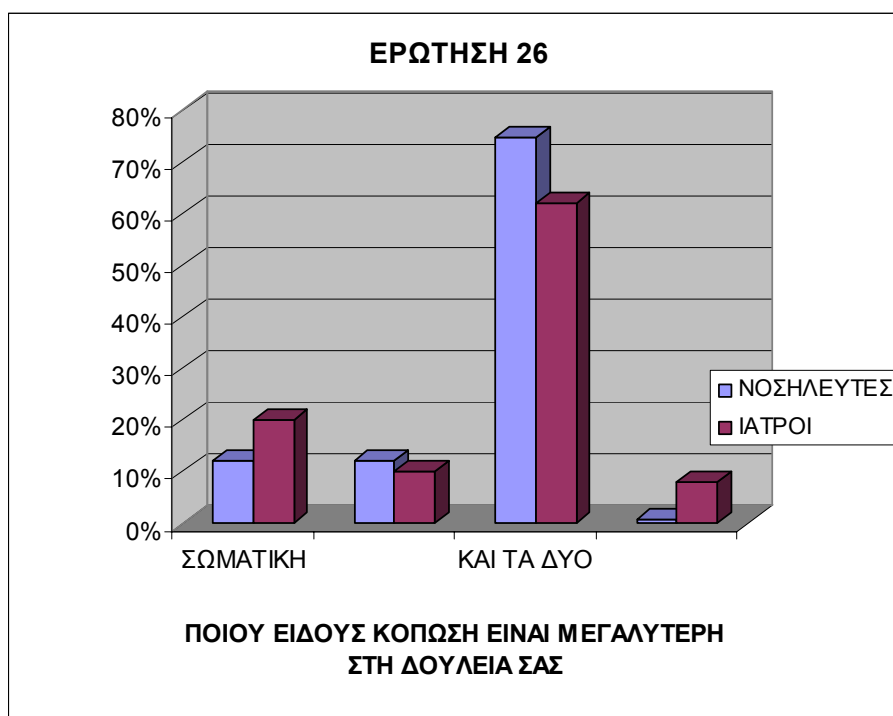
## ΕΡΩΤΗΣΗ 26:

ΠΟΙΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΚΟΠΩΣΗ ΕΙΝΑΙ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΣΑΣ;

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΣΩΜΑΤΙΚΗ	15	12%
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ	15	12%
ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ	92	75%
ΤΙΠΟΤΑ ΑΠ' ΤΑ ΔΥΟ	1	1%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΣΩΜΑΤΙΚΗ	10	20%
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ	5	10%
ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ	31	62%
ΤΙΠΟΤΑ ΑΠ' ΤΑ ΔΥΟ	4	8%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Το 75% των νοσηλευτών σ' αυτήν την ερώτηση θεωρούν ότι είναι εξίσου μεγάλη και η σωματική και η συναισθηματική κόπωση. Το 12% θεωρεί ότι είναι μεγαλύτερη η σωματική, επίσης 12% ότι μεγαλύτερη είναι η συναισθηματική και 1% απαντά τίποτα από τα δυο. Ομοίως το 62% των γιατρών απαντά ότι τόσο η συναισθηματική όσο και η σωματική κόπωση είναι μεγάλη, το 20% θεωρεί μόνο τη σωματική μεγαλύτερη, το 10% τη συναισθηματική και το 8% τίποτα από τα δυο



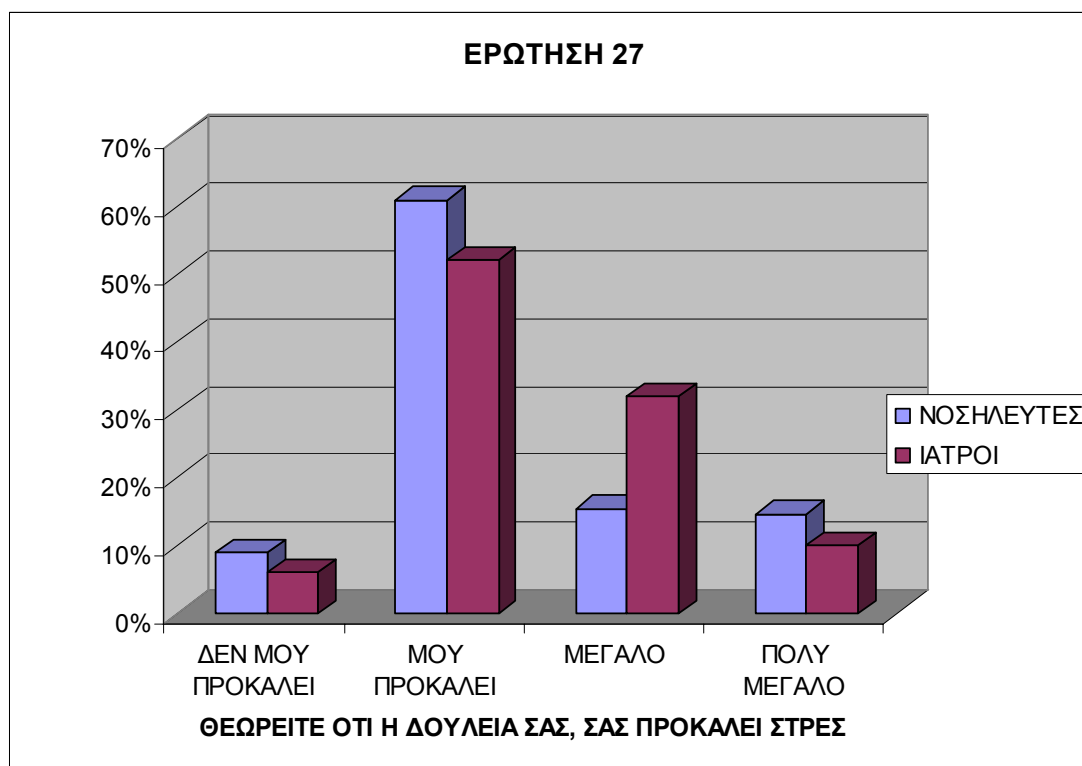
## ΕΡΩΤΗΣΗ 27:

ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΔΟΥΛΕΙΑ ΣΑΣ, ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΣΤΡΕΣ;

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΔΕΝ ΜΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ	11	9%
ΜΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ	75	61%
ΜΕΓΑΛΟ	19	15%
ΠΟΛΥ ΜΕΓΑΛΟ	18	15%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΔΕΝ ΜΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ	3	6%
ΜΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ	26	52%
ΜΕΓΑΛΟ	16	32%
ΠΟΛΥ ΜΕΓΑΛΟ	5	10%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Στην ερώτηση **αν η δουλειά σας, σας προκαλεί στρες** το νοσηλευτικό προσωπικό με ποσοστό **61%** απαντά θετικά, το 15% δηλώνει πολύ μεγάλο, το 15% μεγάλο, ενώ το 9% υποστηρίζει ότι η δουλειά του δεν του προκαλεί στρες. Από το ιατρικό προσωπικό το **52%** απαντά θετικά, το 32% μεγάλο, και το 10% πολύ μεγάλο και το 6% καθόλου



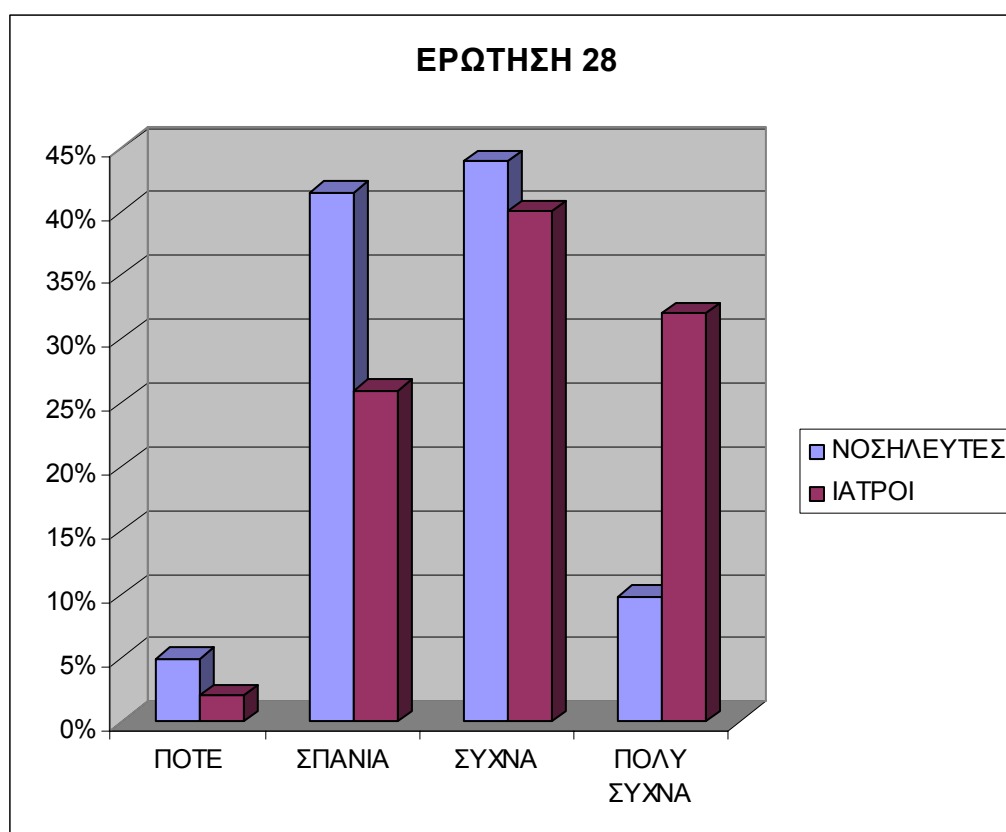
### ΕΡΩΤΗΣΗ 28:

ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΤΥΧΕΙ ΠΟΤΕ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΑΣ ΚΑΡΙΕΡΑ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΤΕΙΤΕ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΑΠΟ ΘΑΝΑΤΟ ΑΣΘΕΝΗ ΣΑΣ;

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΠΟΤΕ	6	5%
ΣΠΑΝΙΑ	51	41%
ΣΥΧΝΑ	54	44%
ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	12	10%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΠΟΤΕ	1	2%
ΣΠΑΝΙΑ	13	26%
ΣΥΧΝΑ	20	40%
ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	16	32%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Το 44% των νοσηλευτών δηλώνει ότι συχνά τους έχει τύχει να επηρεαστούν ψυχολογικά από θάνατο ασθενή τους, το 41% σπάνια, το 10% πολύ συχνά και το 5% ποτέ. Αντίστοιχα οι γιατροί σε ποσοστό 50% απαντούν συχνά, 32% πολύ συχνά, 26% σπάνια και 2% ποτέ



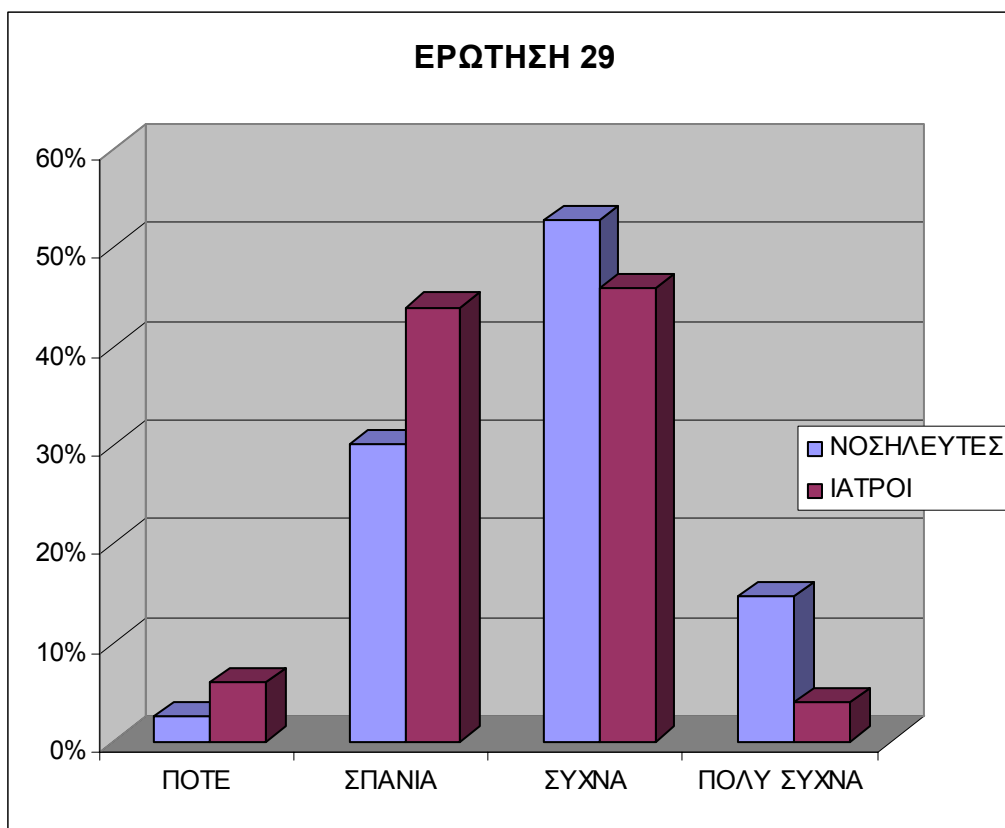
### ΕΡΩΤΗΣΗ 29:

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΒΑΖΕΤΕ ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΑΣ ΥΓΕΙΑ (ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ) ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΣΕΤΕ – ΦΡΟΝΤΙΣΕΤΕ ΕΝΑΝ ΑΣΘΕΝΗ ΣΑΣ;

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΠΟΤΕ	3	2%
ΣΠΑΝΙΑ	37	30%
ΣΥΧΝΑ	65	53%
ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	18	15%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΠΟΤΕ	3	6%
ΣΠΑΝΙΑ	22	44%
ΣΥΧΝΑ	23	46%
ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	2	4%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Από τους νοσηλευτές το **53%** απαντά συχνά, το 30% σπάνια το 15% πολύ συχνά, και το 2% ποτέ. Από την άλλη μεριά οι γιατροί απαντούν σε ποσοστό **46%** συχνά, 44% σπάνια, 6% ποτέ και 4% πολύ συχνά.





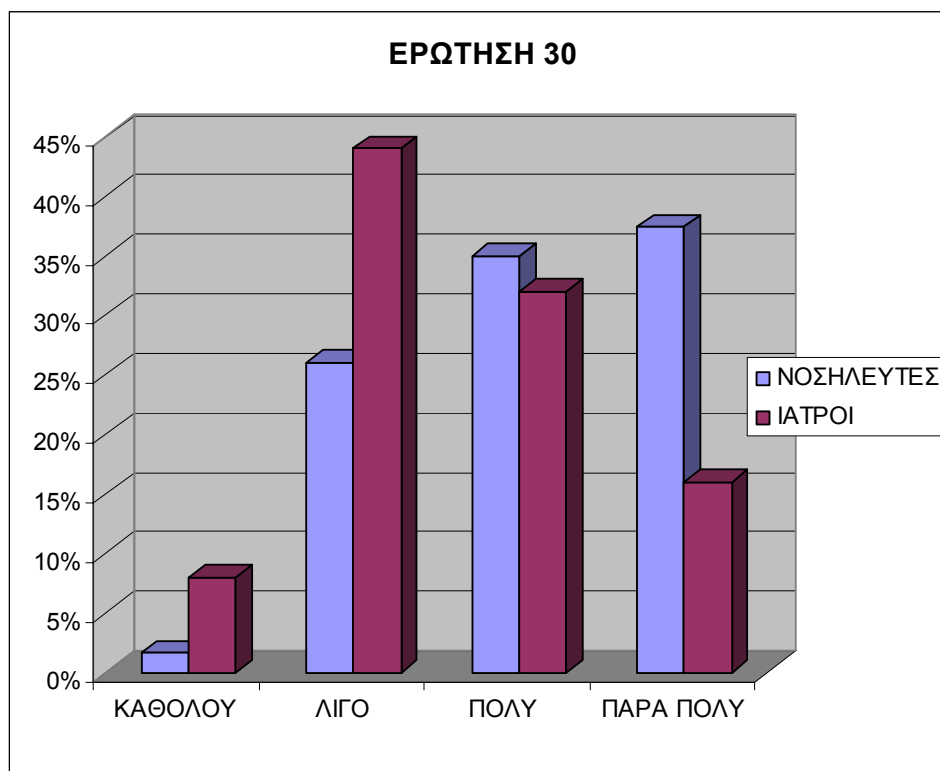
### ΕΡΩΤΗΣΗ 30:

ΠΟΣΟ ΑΝΗΣΥΧΕΙΤΕ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΣΕ ΣΑΣ (ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟΥ) ΛΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΣΑΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ;

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΚΑΘΟΛΟΥ	2	2%
ΛΙΓΟ	32	26%
ΠΟΛΥ	43	35%
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	46	37%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΚΑΘΟΛΟΥ	4	8%
ΛΙΓΟ	22	44%
ΠΟΛΥ	16	32%
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	8	16%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Στην συγκεκριμένη ερώτηση το 37% των νοσηλευτών απαντούν ότι **ανησυχούν παρά πολύ για τον κίνδυνο μετάδοσης σε αυτούς λοιμώδους θανατηφόρου νοσήματος κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους δραστηριότητας**. Το 35% ανησυχεί πολύ, το 26% λίγο και το 2% καθόλου. Αντίστοιχα το 44% των γιατρών ανησυχούν λίγο, το 16% παρά πολύ, το 32% πολύ, και το 4% καθόλου



### ΕΡΩΤΗΣΗ 31:

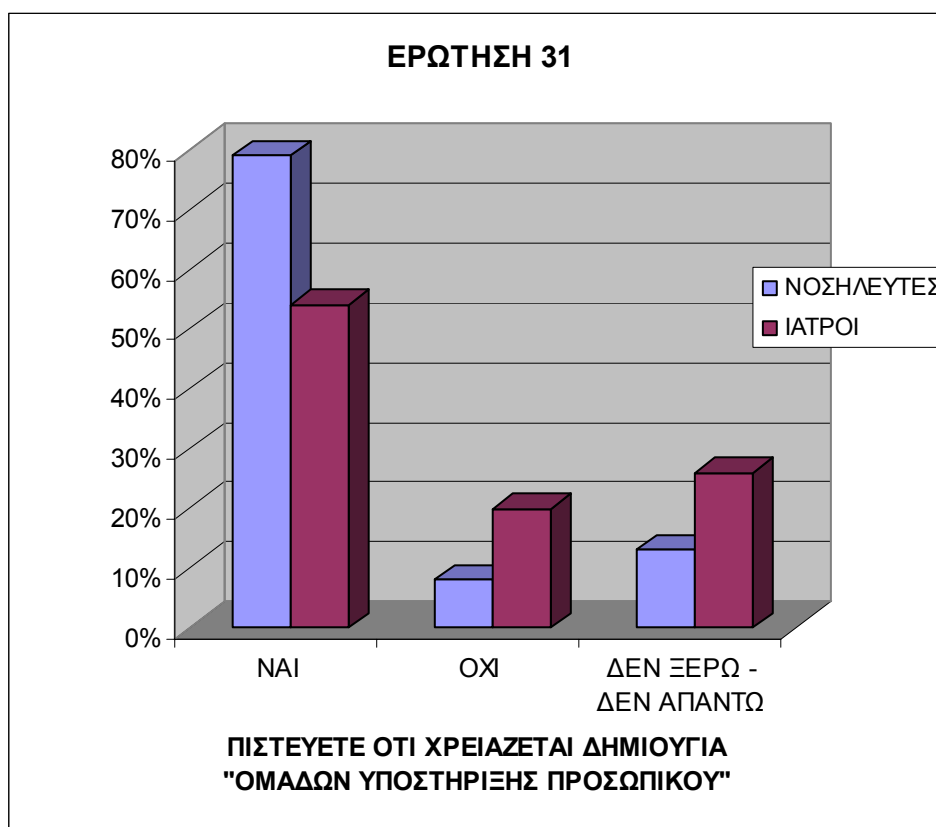
ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ «ΟΜΑΔΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ»;

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
	f	rf
ΝΑΙ	97	79%
ΟΧΙ	10	8%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	16	13%
ΣΥΝΟΛΟ	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
	f	rf
ΝΑΙ	27	54%
ΟΧΙ	10	20%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ - ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	13	26%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Στην ερώτηση *αν χρειάζεται η δημιουργία ομάδων υποστήριξης προσωπικού* το **79%** των νοσηλευτών απαντά θετικά, το 8% αρνητικά και το 13% δεν ξέρω/ δεν απαντώ. Αντίστοιχα το **54%** των γιατρών απαντά θετικά, το 26% δεν ξέρω/ δεν απαντώ και το 20% αρνητικά



## ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Χρησιμοποιήσαμε το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας GHQ - 30 που εξετάζει την ύπαρξη πιθανής ψυχοπαθολογίας ή την εμφάνιση κάποιας ψυχικής διαταραχής και συγκεκριμένα του άγχους και της κατάθλιψης.

Στόχος μας ήταν να εξετάσουμε κατά πόσο οι Ιατροί και Νοσηλευτές παρουσιάζουν διαταραχές άγχους, κατάθλιψης ή εμφανίζουν ψυχοπαθολογία και να συγκρίνουμε τις δύο επιστημονικές ομάδες μεταξύ τους στα αποτελέσματά τους.

Για την ανάλυση των ερωτηματολογίων, χρησιμοποιήσαμε την διχοτομημένη κλίμακα στην οποία αριθμήσαμε τις δύο πρώτες απαντήσεις με 0,0 και τις δύο επόμενες με 1,1. Στη συνέχεια αφού αντιστοιχήσαμε με τον αριθμό 0 ή 1 που αναλογούσε στην κάθε απάντηση, αθροίσαμε όλες τις απαντήσεις και βγάλαμε το τελικό σκορ του κάθε ερωτηματολογίου.

Στον άξονα του άγχους αντιστοιχούν οι ερωτήσεις 2,3,14,21,28 ενώ στον της κατάθλιψης οι ερωτήσεις 5, 15,16,18,22,23,24,25,26,27,29,30

### ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΚΟΡ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ				ΙΑΤΡΟΙ			
	0		1		0		1	
1.ΤΑ ΚΑΤΑΦΕΡΝΕΙΣ ΝΑ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΘΕΙΣ ΣΕ ΟΤΙΔΗΠΟΤΕ ΚΑΝΕΙΣ;	92	75%	31	25%	44	88%	6	12%
2. ΕΧΕΙΣ ΞΑΓΡΥΠΝΗΣΕΙ ΠΟΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ ΕΠΕΙΔΗ ΗΣΟΥΝ ΑΝΗΣΥΧΟΣ/Η	88	72%	35	28%	40	80%	10	20%
3. ΕΧΕΙΣ ΠΕΡΑΣΕΙ ΑΝΗΣΥΧΕΣ ΚΑΙ ΤΑΡΑΓΜΕΝΕΣ ΝΥΧΤΕΣ;	90	73%	33	27%	41	82%	9	18%
4. ΕΧΕΙΣ ΚΑΤΑΦΕΡΕΙ ΝΑ ΕΙΣΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΣ/Α ΚΑΙ ΠΑΝΤΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΜΕΝΟΣ/Η;	105	85%	18	15%	46	92%	4	8%
5. ΒΓΑΙΝΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΟΥ ΟΣΟ ΕΒΓΑΙΝΕΣ ΣΥΝΗΘΩΣ;	66	54%	57	46%	30	60%	20	40%
6. ΤΑ ΚΑΤΦΕΡΝΕΙΣ ΤΟΣΟ ΚΑΛΑ ΟΣΟ ΘΑ ΤΑ ΚΑΤΑΦΕΡΝΑΝ ΟΙ	114	93%	9	7%	50	100%	0	0%

	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ				ΙΑΤΡΟΙ			
	0		1		0		1	
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΑΝ ΗΤΑΝ ΣΤΗ ΘΕΣΗ ΣΟΥ;								
7. ΕΧΕΙΣ ΑΙΣΘΑΝΘΕΙ ΠΩΣ ΣΕ ΓΕΝΙΚΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΤΑ ΚΑΤΑΦΕΡΝΕΙΣ ΚΑΛΑ;	116	94%	7	6%	50	100%	0	0%
8. ΕΙΣΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΠΟΥ ΕΚΤΕΛΕΙΣ ΤΙΣ ΔΟΥΛΕΙΕΣ ΣΟΥ;	115	93,5%	8	6,5%	45	90%	5	10%
9. ΜΠΟΡΕΙΣ ΝΑ ΝΙΩΣΕΙΣ ΖΕΣΤΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΡΓΗ ΓΙ'ΑΥΤΟΥΣ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΚΟΝΤΑ ΣΟΥ;	111	90%	12	10%	46	92%	4	8%
10. ΒΡΙΣΚΕΙΣ ΟΤΙ ΣΟΥ ΕΙΝΑΙ ΕΥΚΟΛΟ ΝΑ ΠΑΣ ΚΑΛΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ;	115	94%	8	6%	50	100%	0	0%
11. ΕΧΕΙΣ ΞΟΔΕΨΕΙ ΑΡΚΕΤΟ ΧΡΟΝΟ ΓΙΑ ΚΟΥΒΕΝΤΟΛΟΪ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ;	96	78%	27	22%	46	92%	4	8%
12. ΕΧΕΙΣ ΑΙΣΘΑΝΘΕΙ ΟΤΙ ΠΑΙΖΕΙΣ ΧΡΗΣΙΜΟ ΡΟΛΟ ΣΕ ΟΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ ΓΥΡΩ ΣΟΥ;	118	96%	5	4%	50	100%	0	0%
13. ΕΧΕΙΣ ΑΙΘΣΘΑΝΘΕΙ ΙΚΑΝΟΣ/Η ΝΑ ΠΑΙΡΝΕΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΘΕΜΑΤΑ;	115	93,5%	8	6,5%	47	94%	3	6%
14. ΕΧΕΙΣ ΑΙΣΘΑΝΘΕΙ ΝΑ ΒΡΙΣΚΕΣΑΙ ΣΥΝΕΧΩΣ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΠΙΕΣΗ;	71	58%	52	42%	33	66%	17	34%
15. ΕΧΕΙΣ ΑΙΣΘΑΝΘΕΙ ΠΩΣ ΔΕΝ ΘΑ ΞΕΠΕΡΝΟΥΣΕΣ ΤΙΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΟΥ;	104	84,5%	19	15,5%	50	100%	0	0%
16. ΒΡΙΣΚΕΙΣ ΠΩΣ Η ΖΩΗ ΕΙΝΑΙ ΕΝΑΣ ΣΥΝΕΧΗΣ ΑΓΩΝΑΣ;	62	50,4%	61	49,6%	42	84%	8	16%
17.ΜΠΟΡΕΙΣ ΝΑ ΧΑΡΕΙΣ ΤΙΣ ΣΥΝΗΘΗΣΜΕΝΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΟΥ;	81	66%	42	34%	38	76%	12	24%
18.ΠΑΙΡΝΕΙΣ ΤΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΒΑΡΙΑ;	89	72%	34	28%	47	94%	3	6%

	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ				ΙΑΤΡΟΙ			
	0		1		0		1	
19. ΦΟΒΑΣΑΙ Η ΠΑΝΙΚΟΒΑΛΕΣΑΙ ΧΩΡΙΣ ΣΟΒΑΡΟ ΛΟΓΟ;	97	79%	26	21%	48	96%	2	4%
20. ΤΑ ΚΑΤΑΦΕΡΝΕΙΣ ΝΑ ΔΕΙΣ ΚΑΙ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΙΣ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΟΥ;	108	88%	15	12%	47	94%	3	6%
21. ΑΙΣΘΑΝΕΣΑΙ ΠΩΣ ΔΕΝ ΑΝΤΕΧΕΙΣ ΑΛΛΟ;	89	72%	34	28%	47	94%	3	6%
22. ΑΙΣΘΑΝΕΣΑΙ ΔΥΣΤΙΧΙΣΜΕΝΟΣ/Η ΚΑΙ ΜΕΛΛΑΓΧΟΛΙΚΟΣ/Η;	101	82%	22	18%	45	90%	5	10%
23. ΕΧΕΙΣ ΧΑΣΕΙ ΤΗΝ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΟΥ;	113	92%	10	8%	45	90%	5	10%
24. ΣΚΕΦΤΕΣΑΙ ΠΩΣ ΔΕΝ ΑΞΙΖΕΙΣ ΤΙΠΟΤΑ;	117	95%	6	5%	45	90%	5	10%
25. ΕΧΕΙΣ ΑΙΣΘΑΝΘΕΙ ΠΩΣ Η ΖΩΗ ΕΙΝΑΙ ΧΩΡΙΣ ΚΑΜΙΑ ΕΛΠΙΔΑ;	117	95%	6	5%	50	100%	0	0%
26. ΑΙΣΘΑΝΕΣΑΙ ΑΙΣΙΟΔΟΞΟΣ/Η ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΣΟΥ;	107	87%	16	13%	44	88%	6	12%
27. ΣΕ ΓΕΝΙΚΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΑΙΣΘΑΝΕΣΑΙ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΣ;	109	89%	14	11%	50	100%	0	0%
28. ΑΙΣΘΑΝΕΣΑΙ ΣΥΝΕΧΩΣ ΝΕΥΡΙΚΟΣ/Η ΚΑΙ ΣΕ ΥΠΕΔΙΕΓΕΡΣΗ;	99	80%	24	20%	44	88%	6	12%
29. ΕΧΕΙΣ ΑΙΣΘΑΝΘΕΙ ΟΤΙ ΔΕΝ ΑΞΙΖΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΝΑ ΖΕΙ;	117	95%	6	5%	50	100%	0	0%
30. ΒΡΗΚΕΣ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΟΤΙ ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΣΕΣ ΝΑ ΚΑΝΕΙΣ ΤΙΠΟΤΑ ΓΙΑΤΙ ΤΑ ΝΕΥΡΑ ΣΟΥ ΗΤΑΝ ΣΕ ΑΣΧΗΜΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ;	104	84,5%	19	15,5%	49	98%	1	2%

## ΣΚΟΡ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΝ ΑΞΟΝΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

ΙΑΤΡΟΙ				
	0		1	
	f	rf	f	rf
<b>ΕΡΩΤΗΣΗ 2</b>	40	80,0%	10	20,0%
<b>ΕΡΩΤΗΣΗ 3</b>	41	82,0%	9	18,0%
<b>ΕΡΩΤΗΣΗ 14</b>	33	66,0%	17	34,0%
<b>ΕΡΩΤΗΣΗ 21</b>	47	94,0%	3	6,0%
<b>ΕΡΩΤΗΣΗ 28</b>	44	88,0%	6	12,0%

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ				
	0		1	
	f	rf	f	rf
<b>ΕΡΩΤΗΣΗ 2</b>	88	71,5%	35	28,5%
<b>ΕΡΩΤΗΣΗ 3</b>	90	73,0%	33	27,0%
<b>ΕΡΩΤΗΣΗ 14</b>	71	58,0%	52	42,0%
<b>ΕΡΩΤΗΣΗ 21</b>	89	72,0%	34	28,0%
<b>ΕΡΩΤΗΣΗ 28</b>	99	80,0%	24	20,0%

Οι παραπάνω πίνακες αποτελούνται από ερωτήσεις που δηλώνουν την ύπαρξη άγχους στους ιατρούς και τους νοσηλευτές.

Επομένως από τα ποσοστά που συγκεντρώθηκαν μπορούμε να πούμε ότι:

- α) το 28,5% των νοσηλευτών και το 20% των γιατρών έχει ξαγρυπνήσει τον τελευταίο καιρό περισσότερο ή πολύ περισσότερο από ότι συνήθως (ερώτηση 2) (έναντι 71,5% των νοσηλευτών και 80% των γιατρών που δηλώνουν το ίδιο ή καλύτερο από συνήθως)
- β) το 27% των νοσηλευτών και το 18% των γιατρών έχει περάσει ανήσυχες και παραγμένες νύχτες περισσότερο ή πολύ περισσότερο από ότι συνήθως (ερώτηση 3) (έναντι 73% των νοσηλευτών και 83% των γιατρών που δηλώνουν το ίδιο ή καθόλου)
- γ) το 42% των νοσηλευτών και το 34% των γιατρών αισθάνονται ότι τον τελευταίο καιρό βρίσκονται διαρκών κάτω από πίεση (ερώτηση 14)
- δ) το 28% των νοσηλευτών και το 6% των γιατρών αισθάνονται ότι δεν αντέχουν άλλο (ερώτηση 21)
- ε) το 20% των νοσηλευτών και το 12% των γιατρών αισθάνονται συνεχώς νευρικοί και σε υπερδιέγερση (ερώτηση 28).

## ΣΚΟΡ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΝ ΑΞΟΝΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ				
	0		1	
	f	rf	f	rf
ΕΡΩΤΗΣΗ 5	66	54,0%	57	46,0%
ΕΡΩΤΗΣΗ 15	104	84,5%	19	15,5%
ΕΡΩΤΗΣΗ 16	62	50,4%	61	49,6%
ΕΡΩΤΗΣΗ 18	89	72,0%	34	28,0%
ΕΡΩΤΗΣΗ 22	101	82,0%	22	18,0%
ΕΡΩΤΗΣΗ 23	113	92,0%	10	8,0%
ΕΡΩΤΗΣΗ 24	117	95,0%	6	6,0%
ΕΡΩΤΗΣΗ 25	117	95,0%	6	6,0%
ΕΡΩΤΗΣΗ 26	107	87,0%	16	13,0%
ΕΡΩΤΗΣΗ 27	109	89,0%	14	11,0%
ΕΡΩΤΗΣΗ 29	117	95,0%	6	6,0%
ΕΡΩΤΗΣΗ 30	104	84,5%	19	15,5%

ΙΑΤΡΟΙ				
	0		1	
	f	rf	f	rf
ΕΡΩΤΗΣΗ 5	30	60,0%	20	40,0%
ΕΡΩΤΗΣΗ 15	50	100,0%	0	0,0%
ΕΡΩΤΗΣΗ 16	42	84,0%	8	16,0%
ΕΡΩΤΗΣΗ 18	47	94,0%	3	6,0%
ΕΡΩΤΗΣΗ 22	45	40,0%	5	10,0%
ΕΡΩΤΗΣΗ 23	45	90,0%	5	10,0%
ΕΡΩΤΗΣΗ 24	45	90,0%	5	10,0%
ΕΡΩΤΗΣΗ 25	50	100,0%	0	0,0%
ΕΡΩΤΗΣΗ 26	44	88,0%	6	12,0%
ΕΡΩΤΗΣΗ 27	50	100,0%	0	0,0%
ΕΡΩΤΗΣΗ 29	50	100,0%	0	0,0%
ΕΡΩΤΗΣΗ 30	49	98,0%	1	2,0%

Οι παραπάνω πίνακες αποτελούνται από τις ερωτήσεις που δηλώνουν κατάθλιψη. Επομένως μπορούμε να πούμε ότι:

- α) το 46% των νοσηλευτών και το 40% των γιατρών βγαίνει από το σπίτι του λιγότερο ή πολύ λιγότερο από ότι συνήθιζε (ερώτηση 5)
- ια) το 15,5% των νοσηλευτών και το 2% των γιατρών (ερώτηση 30) μερικές φορές δεν μπορούν να κάνουν τίποτα γιατί τα νεύρα τους ήταν σε άσχημη κατάσταση
- β) το 15,5% των νοσηλευτών έναντι 0% των γιατρών αισθάνονται ότι δεν μπορούν να ξεπεράσουν τις δυσκολίες τους (ερώτηση 15)

- γ) το 50% των νοσηλευτών και το 16% των γιατρών θεωρούν ότι η ζωή είναι ένας διαρκής αγώνας (ερώτηση 16)
- δ) το 28% των νοσηλευτών και το 6% των γιατρών παίρνουν τα πράγματα περισσότερο ή πολύ περισσότερο βαριά από ότι συνήθως (ερώτηση 18)
- ε) το 18% των νοσηλευτών και το 10 των γιατρών (ερώτηση 22) αισθάνονται δυστυχισμένοι και μελαγχολικοί
- στ) το 8% των νοσηλευτών και το 10% των γιατρών (ερώτηση 23) έχουν χάσει την εμπιστοσύνη τους στον εαυτό τους
- ζ) το 6% των νοσηλευτών και το 10% των γιατρών (ερώτηση 24) αισθάνονται πως δεν αξίζουν τίποτα
- η) το 13% των νοσηλευτών και το 12% των γιατρών (ερώτηση 26) έχουν λιγότερη ελπίδα – αισιοδοξία για το μέλλον τους.
- θ) το 6% των νοσηλευτών έναντι 0% των γιατρών (ερώτηση 25) αισθάνονται πως η ζωή είναι χωρίς καμία ελπίδα.
- ι) το 11% των νοσηλευτών αισθάνονται πολύ λιγότερο ευτυχισμένοι έναντι 0% των γιατρών (ερώτηση 27)
- κ) το 6% των νοσηλευτών αισθάνονται ότι δεν αξίζει κανείς να ζει (ερώτηση 29) έναντι 0% των γιατρών.



## ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΚΟΡ ΑΓΧΟΥΣ ΙΑΤΡΩΝ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		
ΣΚΟΡ ΑΓΧΟΥΣ	f	rf
5	8	6,5%
4	9	7%
3	15	12%
2	16	13%
1	23	19%
0	52	42%
<b>ΣΥΝΟΛΟ N</b>	123	100%

ΙΑΤΡΟΙ		
ΣΚΟΡ ΑΓΧΟΥΣ	f	rf
5	0	0%
4	3	6%
3	6	12%
2	3	6%
1	10	20%
0	28	56%
<b>ΣΥΝΟΛΟ N</b>	50	100%

Στους παραπάνω πίνακες χρησιμοποιήσαμε τις 5 βασικές ερωτήσεις που δηλώνουν άγχος.

Έτσι βάλαμε σαν ανώτατο σκορ το 5, που σημαίνει ότι και στις 5 ερωτήσεις απαντά θετικά ο εργαζόμενος και ως κατώτερο το 0.

Από τα ποσοστά συμπεραίνουμε ότι

- α) το 25,5% των νοσηλευτών εμφανίζει τάση για άγχος αφού έχουν απαντήσει σε τρεις και άνω από τις ερωτήσεις
- β) το 18% των ιατρών εμφανίζει τάση για άγχος αφού έχουν απαντήσει σε τρεις και άνω από τις ερωτήσεις που αποτελούν ενδείξεις εμφάνισης άγχους.

## ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΚΟΡ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ</b>		
<b>ΣΚΟΡ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ</b>	<b>f</b>	<b>rf</b>
12	2	2%
11	0	0%
10	1	1%
9	2	2%
8	1	1%
7	4	3%
6	3	2%
5	2	2%
4	9	7%
3	12	10%
2	30	24%
1	16	13%
0	41	33%
<b>ΣΥΝΟΛΟ N</b>	123	100%

<b>ΙΑΤΡΟΙ</b>		
<b>ΣΚΟΡ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ</b>	<b>f</b>	<b>rf</b>
12	0	0%
11	0	0%
10	0	0%
9	0	0%
8	0	0%
7	0	0%
6	1	2%
5	2	4%
4	4	8%
3	5	10%
2	4	8%
1	14	28%
0	20	40%
<b>ΣΥΝΟΛΟ N</b>	50	100%

Στους παραπάνω πίνακες χρησιμοποιήσαμε τις 12 αντιπροσωπευτικές ερωτήσεις που δηλώνουν ενδείξεις κατάθλιψης.

Θέσαμε ως ανώτατο σκορ το 12 που σημαίνει ότι απαντούν και στις 12 ερωτήσεις θετικά και ως κατώτατο όριο το 0 που σημαίνει ότι δεν επέλεξαν θετική απάντηση σε καμία από αυτές.

Από τα ποσοστά συμπεραίνουμε ότι

- α) το 13% των νοσηλευτών εμφανίζουν τάση για κατάθλιψη (αφού έχουν απαντήσει θετικά σε πέντε και άνω ερωτήσεις)
- β) το 6% των ιατρών εμφανίζουν τάση για κατάθλιψη (αφού έχουν απαντήσει θετικά σε πέντε και άνω ερωτήσεις)
- γ) ΑΞΙΟΣΗΜΕΙΩΤΟ ΕΙΝΑΙ ΟΤΙ από τους νοσηλευτές το 2% εμφανίζει κατάθλιψη.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τη μελέτη και επεξεργασία της έρευνας μας αναφορικά με τα προβλήματα ιατρών – νοσηλευτών (συγκριτική διερεύνηση) προκύπτουν τα παρακάτω:

- 1<sup>ον</sup>: Στους νοσηλευτές η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες ενώ στους γιατρούς η πλειοψηφία ήταν άνδρες.
- 2<sup>ον</sup>: Στους νοσηλευτές οι ηλικίες που πλειοψήφησαν ήταν 31 έως 40 ετών. Το ίδιο συνέβη και στους ιατρούς.
- 3<sup>ον</sup>: Η πλειοψηφία τόσο των νοσηλευτών όσο και των ιατρών ήταν έγγαμοι.
- 4<sup>ον</sup>: Η πλειοψηφία των νοσηλευτών είχαν παιδιά σε αντίθεση με τους ιατρούς που η πλειοψηφία τους δεν είχε παιδιά.
- 5<sup>ον</sup>: Η πλειοψηφία τόσο των νοσηλευτών όσο και των ιατρών έχει έως 5 έτη προϋπηρεσία.
- 6<sup>ον</sup>: Καμία από τις ιατρούς δεν δηλώνει ωράριο μητρότητας σε αντίθεση με τις νοσηλεύτριες που δηλώνουν ωράριο μητρότητας σε ποσοστό 13%.

**Στην ερώτηση 11:** αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού (39%) επέλεξε την εργασία του τυχαία σε αντίθεση με ο ιατρικό προσωπικό στην ίδια ερώτηση που η πλειοψηφία δηλώνει επέλεξε την εργασία του λόγω δικής του επιθυμίας για απασχόληση στο χώρο αυτό (την τυχαία επιλογή δεν επέλεξε κανένας από τους ιατρούς). Τα παραπάνω αποτελέσματα μας δημιουργούν προβληματισμό αναφορικά με τα κίνητρα και το ζήλο του νοσηλευτικού προσωπικού κατά τη διάρκεια της εργασίας του.

**Στην ερώτηση 12:** τόσο οι ιατροί όσο και οι νοσηλευτές δηλώνουν στην πλειοψηφία τους μέτρια ικανοποιημένοι από τις μισθολογικές αποδοχές, τις άδειες, το σύνολο ωρών εργασίας, την ασφαλιστική και συνταξιοδοτική κάλυψη, τους συναδέλφους – συνεργάτες – ανωτέρους, το περιβάλλον και τους ασθενείς. Αξιοσημείωτο είναι όμως ότι στο υποερώτημα για την επαγγελματική εξέλιξη, η πλειοψηφία των νοσηλευτών (37%) δηλώνει ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟ για τις προοπτικές επαγγελματικής ανάπτυξης σε αντίθεση με την πλειοψηφία των ιατρών (40%) που δηλώνει μέτρια ικανοποίηση για τις επαγγελματικές προοπτικές τους.

**Στην ερώτηση 13:** η πλειοψηφία των νοσηλευτών (39%) καταδεικνύει ότι η εργασία του γίνεται σε ΑΡΚΕΤΟ ΒΑΘΜΟ ρουτίνα ενώ η πλειοψηφία των ιατρών (46%) απαντά ότι η εργασία του γίνεται ρουτίνα σε ΜΕΤΡΙΟ ΒΑΘΜΟ. Άρα η ρουτίνα είναι πιο έντονη στους νοσηλευτές απ' ότι στους ιατρούς.

**Στην ερώτηση 14:** αξιοσημείωτο είναι ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών (44%) θα εγκατέλειπε το επάγγελμά του για ένα άλλο με τις ίδιες οικονομικές απολαβές σε αντίθεση με την πλειοψηφία των ιατρών (70%) που απαντά ότι δεν θα εγκατέλειπε το επάγγελμά του. Γεγονός ενδεχομένως να συνδυάζεται με την ερώτηση (1) όπου οι νοσηλευτές (48%) δηλώνουν τυχαία επιλογή επαγγέλματος).

**Στην ερώτηση 15:** η πλειοψηφία των νοσηλευτών (52%) ΔΕΝ ΘΑ ΕΠΙΛΕΓΕ το ίδιο επάγγελμα εάν είχε τη δυνατότητα εκ νέου επιλογής επαγγέλματος σε αντίθεση με την πλειοψηφία των ιατρών (58%) που ΘΑ ΕΠΙΛΕΓΑΝ ΞΑΝΑ το ίδιο επάγγελμα, πράγμα που υποδηλώνει την μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών έναντι των ιατρών.

**Στην Ερώτηση 16:** τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι ιατροί στην πλειοψηφία τους (72% και 38% αντίστοιχα) συμφωνούν ότι δεν θα ήθελαν τα παιδιά τους να ακολουθήσουν το ίδιο μ' αυτούς επάγγελμα.

**Στην ερώτηση 17:** προκύπτει ένα πολύ σημαντικό συμπέρασμα που είναι ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών (58%) ΕΧΕΙ ΑΠΟΚΤΗΣΕΙ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΔΟΥΛΕΙΑΣ ΤΟΥΣ σε αντίθεση με τους ιατρούς που η πλειοψηφία τους (74%) ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΑΠΟΚΤΗΣΕΙ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ εξαιτίας της δουλειάς τους.

Πιο συγκεκριμένα σε μεγάλο ποσοστό αναφέρθηκαν η οσφυαλγία, η φλεβίτιδα και οι αλλεργίες από το νοσηλευτικό προσωπικό ενώ από τους ιατρούς, οι ιώσεις.

Προκύπτει λοιπόν από την έρευνά μας ότι οι νοσηλευτές δέχονται μεγαλύτερες σωματικές πιέσεις απ' ότι οι ιατροί.

**Στην ερώτηση 18:** τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό στην συντριπτική τους πλειοψηφία απαντούν ΑΡΝΗΤΙΚΑ στο αν έχουν κάνει χρήση

φαρμάκων για να ξεπεράσουν το άγχος της δουλειάς. Μόνο δύο νοσηλευτές απαντούν θετικά και κανένας ιατρός.

**Στην ερώτηση 19:** τόσο οι ιατροί όσο και οι νοσηλευτές απαντούν καθολικά ότι οι καλές σχέσεις με τους συναδέλφους βοηθούν ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ στην καλύτερη εκτέλεση των καθηκόντων τους. Αυτό σημαίνει ότι η καλή διεπαγγελματική συνεργασία αξιολογείται ως καίριας σημασίας για το προσωπικό.

**Στην ερώτηση 20:** Φαίνεται ότι και οι τρεις προτάσεις (1. μείωση ωρών εργασίας, 2. πρόσληψη προσωπικού και εκπαίδευση, 3. αύξηση ημερών αδείας) για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας έγιναν αποδεκτές από τη συντριπτική πλειοψηφία του ιατρού και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Μάλιστα κάποιοι από τους νοσηλευτές προτείνουν αύξηση μισθολογικών αποδοχών, εναλλαγές τμημάτων εργασίας, κατάργηση της βάρδιας πρωί – νύχτα, ένταξη στα βαρέα και ανθυγιεινά ένησημα, αξιολόγηση και έλεγχος στη διοικητική ιεραρχία. Κάποιοι από τους ιατρούς προτείνουν μείωση των εφημεριών και των ωρών απασχόλησης στα ΤΕΠ, καλύτερη οργάνωση και διοίκηση των κλινικών του νοσοκομείου. Η τελευταία πρόταση των γιατρών ταυτίζεται με πρόταση του 21% των ιατρών από έρευνα των Κυριόπουλου, Γεωργούση, Κτένα και Δράκου που περιγράφεται στο βιβλίο «Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα», έκδοση: Ακαδημία επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα 1994, σελ. 78.

**Στην ερώτηση 21:** υπήρχαν τέσσερα σκέλη απαντήσεων. Στο πρώτο σκέλος τόσο η πλειοψηφία των ιατρών όσο και των νοσηλευτών απαντά ΑΡΝΗΤΙΚΑ στην υπόθεση αν τα προβλήματα υγείας των ασθενών τους αφήνουν αδιάφορους. Βέβαια δεν είναι αμελητέο το 26% των νοσηλευτών που δηλώνει αδιαφορία έναντι του 4% των Ιατρών.

Στο β' σκέλος η πλειοψηφία των νοσηλευτών απαντά ΘΕΤΙΚΑ στην ερώτηση αν συμπάσχει με τα προβλήματα των ασθενών σε αντίθεση με την πλειοψηφία των ιατρών που απαντά ΑΡΝΗΤΙΚΑ.

Στο γ' σκέλος και οι δύο εργασιακές ομάδες στην πλειοψηφία τους παραδέχονται ότι τα προβλήματα των ασθενών άλλοτε τους ενδιαφέρουν και άλλοτε όχι.

Στο δ' σκέλος η πλειοψηφία των ιατρών και νοσηλευτών δηλώνει ότι δεν δίνει περισσότερη σημασία σε έναν ασθενή εάν είναι γνωστός. Εντυπωσιακό είναι όμως το γεγονός ότι μια αρκετά μεγάλη μερίδα τόσο των νοσηλευτών (41%) όσο και των ιατρών (46%) παραδέχονται ότι δίνουν μεγαλύτερη σημασία αν κάποιος ασθενής είναι γνωστός. Αυτό σημαίνει ότι η παροχή ποιοτικής φροντίδας εξαρτάται σε μικρό ποσοστό από υποκειμενικούς παράγοντες (φίλος, γνωστός, συγγενής).

**Στην ερώτηση 22:** υπάρχουν τέσσερα σκέλη απαντήσεων.

Στο α' σκέλος που αφορά την επαγγελματική ανέλιξη που παρέχει το επάγγελμά τους, η μεγαλύτερη μερίδα των νοσηλευτών θεωρεί ότι δεν τους παρέχει ευκαιρίες ανέλιξης σε αντίθεση με τους ιατρούς που η μεγαλύτερη μερίδα τους θεωρεί ότι η δουλειά τους, τους παρέχει ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη.

Στο β' σκέλος που αφορά το κοινωνικό κύρος η πλειοψηφία των νοσηλευτών πιστεύουν ότι η δουλειά τους δεν τους παρέχει κοινωνικό κύρος σε αντίθεση με τους ιατρούς που η πλειοψηφία τους πιστεύει ότι η δουλειά τους, τους παρέχει κοινωνικό κύρος.

Στο γ' σκέλος η πλειοψηφία των ιατρών και νοσηλευτών συμφωνούν ότι η δουλειά τους είναι δημιουργική.

Στο δ' σκέλος η μεγάλη πλειοψηφία των ιατρών και νοσηλευτών θεωρούν ότι το επάγγελμά τους, τους προσφέρει εκπλήρωση ως ανθρώπους.

**Στην ερώτηση 23:** μας προξενεί ιδιαίτερη εντύπωση το γεγονός ότι και οι γιατροί και οι νοσηλευτές συμφωνούν πως το επάγγελμά τους επηρεάζει αρνητικά την προσωπική – οικογενειακή ζωή τους σε μικρό ή σε μεγάλο βαθμό. Αυτό σημαίνει ότι πολλές φορές «μεταφέρουν» προβλήματα, άγχος, υπερένταση στο ιδιωτικό – οικογενειακό τους περιβάλλον.

**Στην ερώτηση 24:** Τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι ιατροί απαντούν στην πλειοψηφία τους ΘΕΤΙΚΑ στην υπόθεση αν η δουλειά τους, τους κάνει περισσότερο υπερπροστατευτικούς απέναντι στα μέλη της οικογένειάς τους.

**Στην ερώτηση 25:** αξιοσημείωτο είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών απαντά ότι ΣΥΧΝΑ ένιωσαν ότι ο χρόνος, η ενέργεια και η προσπάθεια που αφιέρωσαν στη φροντίδα ενός ασθενή δεν αναγνωρίζεται σε αντίθεση με τους ιατρούς που το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει ΣΠΑΝΙΑ. Αυτό αποδεικνύει και παρόμοια έρευνα των Κυριόπουλου, Δράκου, Γεωργούση, Κτενά, σχετικά με τη

στάση και τις αντιλήψεις των ιατρών στα Νοσοκομεία, όπου το 44% των ιατρών κρίνουν ότι οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα ευγενείς και ευγνώμονες απέναντι τους.

**Στην ερώτηση 26:** τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι γιατροί στην πλειοψηφία τους εκτιμούν ότι είναι εξίσου μεγάλη η σωματική και η συναισθηματική κόπωση.

Δεν πρέπει όμως να παραβλέψουμε ότι το 10% των ιατρών και το 12% των νοσηλευτών επιλέγουν τη συναισθηματική κόπωση μεγαλύτερη ενώ το 8% των ιατρών καμία από τις δύο

**Στην ερώτηση 27:** και οι δύο ομάδες επαγγελματιών δηλώνουν στην πλειοψηφία τους ότι η δουλειά τους, τους προκαλεί στρες. Σε ανάλογη έρευνα των Κυριόπουλου, Δράκου, Κτενά, Γεωργούση το 61% των ιατρών δηλώνει ότι η εργασία τους δημιουργεί άγχος – πίεση όπως περιγράφεται στο βιβλίο «Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα» σελ. 76.

**Στην ερώτηση 28:** Τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι γιατροί παραδέχονται ότι ΣΥΧΝΑ επηρεάζονται από το θάνατο ασθενών τους.

**Στην ερώτηση 29:** Και οι δύο επαγγελματίες υγείας συμφωνούν ότι ΣΥΧΝΑ βάζουν σε κίνδυνο την προσωπική τους υγεία προκειμένου να επιτελέσουν το έργο τους.

**Στην ερώτηση 30:** Η πλειοψηφία των νοσηλευτών ανησυχεί ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ για τον κίνδυνο μετάδοσης σ' αυτούς θανατηφόρου νοσήματος σε αντίθεση με τους ιατρούς που στην πλειοψηφία τους δηλώνουν ότι ανησυχούν ΛΙΓΟ για τον κίνδυνο μετάδοσης θανατηφόρου νοσήματος κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής δραστηριότητάς τους.

**Στην ερώτηση 31:** οι περισσότεροι νοσηλευτές και γιατροί συμφωνούν ότι χρειάζεται δημιουργία ομάδων υποστήριξης προσωπικού



## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην πτυχιακή εργασία μας που αφορά τη συγκριτική διερεύνηση των προβλημάτων σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου, προσπαθήσαμε να καταγράψουμε με αντικειμενικό τρόπο την ποσότητα και το μέγεθος των δυσκολιών που υφίστανται στο χώρο εργασίας τους.

Πρόθεσή μας ήταν να καταδείξουμε την ιδιαίτερη φύση των προβλημάτων αυτών και να προτείνουμε τρόπους και λύσεις που θα μπορούσαν ίσως να βελτιώσουν την επαγγελματική τους καθημερινότητα. Με αυτό το σκεπτικό επιλέξαμε τη συγκεκριμένη μορφή του ερωτηματολογίου μας. Τα συμπεράσματα στα οποία καταλήξαμε υπογραμμίζουν και τα βασικά προβλήματα στο νοσηλευτικό και ιατρικό χώρο. Βάση λοιπόν της έρευνάς μας προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε πόσο δυσαρεστημένοι είναι οι νοσηλευτές και οι ιατροί στο χώρο εργασίας τους από το περιβάλλον, τους συνεργάτες και τους συναδελφους τους καθώς επίσης από τη συνταξιοδοτική και ασφαλιστική τους κάλυψη. Ακόμη σε ποιο βαθμό πιστεύουν ότι καταξιώνονται ή όχι επαγγελματικά και κοινωνικά και σε ποιο βαθμό υφίστανται σωματικές – ψυχολογικές επιβαρύνσεις.

Από τα αποτελέσματα των απαντήσεων που δώθηκαν από το δείγμα μας διαπιστώσαμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών επέλεξε τυχαία το επάγγελμά του και γι' αυτό αν είχε τη δυνατότητα θα διάλεγε ένα άλλο επάγγελμα εφόσον το τελευταίο θα του παρείχε τις ίδιες οικονομικές απολαβές. Επίσης ένα μεγάλο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού υποστηρίζει ότι η εργασία του δεν του παρέχει δυνατότητες επαγγελματικής και κοινωνικής ανέλιξης και ίσως αυτός να είναι και ένας παράγοντας που η πλειοψηφία των νοσηλευτών δεν θα επιθυμούσε κάποιο από τα παιδιά τους να ακολουθήσουν το ίδιο επάγγελμα. Αξιοσημείωτο ακόμη είναι ότι νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό υφίσταται ψυχοσωματικά προβλήματα λόγω της ιδιαίτερης φύσης της εργασίας του. Ίσως γι' αυτό στο ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας φάνηκε ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό εμφανίζει τάσεις άγχους στο χώρο εργασίας του.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της πτυχιακής μας έρευνας με τα αποτελέσματα της πτυχιακής έρευνας «Προβλήματα των εργαζομένων στα Ταμεία Υγείας» (Σπουδαστές Παπαϊωάννου Βασ. Φάσιου Ελ. 1999 – Κοινωνικής Εργασίας με υπεύθυνο καθηγητή κ. Καναβάκη Εμμ. ) παρατηρήσαμε ότι ορισμένα συμπεράσματά μας συμφωνούν και κάποια άλλα έρχονται σε αντιπαράθεση. Πιο συγκεκριμένα ό,τι αφορά την επιλογή επαγγέλματος, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών θα άλλαζε το επάγγελμά του για κάποιο άλλο, γιατροί και εργαζόμενοι στα ταμεία υγείας δεν θα το έκαναν. Επίσης όπως οι νοσηλευτές και οι γιατροί λόγω της δουλειάς τους δέχονται ψυχολογικές πιέσεις (νοσηλευτές κατά 61% - γιατροί κατά 52% ) έτσι και οι εργαζόμενοι στα Ταμεία Υγείας δηλώνουν ότι επηρεάζονται ψυχολογικά στο χώρο εργασίας τους με ποσοστό 64%. Τέλος υπάρχει ομοφωνία (νοσηλευτές – γιατροί – εργαζόμενοι στα Ταμεία Υγείας ) για το πόσο σημαντικό είναι να εξασφαλίζεται η καλή συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων προκειμένου να υπάρχει η καλύτερη δυνατή απόδοσή τους στον εργασιακό χώρο.

Σίγουρα ό,τι και αν προταθεί από μεριάς μας για την αύξηση ενημερωτικών σεμιναρίων, για καλύτερη ασφαλιστική μέριμνα για περισσότερες οικονομικές απολαβές του προσωπικού, για μεγαλύτερο εξοπλισμό στο νοσοκομειακό χώρο, για ενδυναμωση της συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων, δεν αρκεί για να αντιμετωπιστούν όλα τα παραπάνω προβλήματα. Χρειάζεται μεγαλύτερη κρατική μέριμνα, η ακατάπαυστη προσπάθεια του ίδιου του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, η σωστή συνεργασία όλων των φορέων υγείας, η αρμόζουσα αναγνώριση και ο

σεβασμός στο επάγγελμα και την κοινωνική προσφορά του, η καλύτερη οργάνωση στη λειτουργία και διοίκηση του νοσοκομείου, μα κυρίως αυτό που απαιτείται είναι μια καθαρά ανθρωποκεντρική διάθεση και σκέψη από όλους μας που θα «αγαλιάζει» ασθενείς και εργαζομένους.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. «ΗΝ – ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ, AIDS» ΑΝΔΡΕΑΣ Ν. ΚΑΛΟΤΑΙΡΑΚΗΣ Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ Αθήνα 1999.
2. «ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ»  
Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ – Γ. ΦΑΡΜΑΚΗ  
Εκδόσεις ΖΗΤΑ Αθήνα 1998
3. «ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ»  
ΠΑΝΑΓ. Π ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ Θεσ/νίκη 1996
4. «ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ κ' ΘΕΡΑΠΕΙΑ»  
THOMAS P. HABIF  
Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Αθήνα 2002
5. «ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ»  
ΒΙΡΓΙΛΙΟΥ ΜΠΕΝΑΚΗ  
Αθήνα 1997
6. «ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ»  
ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΧΡ. ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ  
Εκδόσεις Αφοί Κυριακίδη Αθήνα 1999.
7. «ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΟΠΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ»  
ΑΝΥΦΑΝΤΗ ΦΩΤΕΙΝΗ  
Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα Ειδικότητας Παιδιατρικής  
Αθήνα 1995
8. «ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΑΘΗΝΑ  
Εκδόσεις ΤΑΘΙΒΑ, Αθήνα 1995

9. «ΗΡΩΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»  
Β. ΛΑΝΑΡΑ  
Αθήνα 1990
  
10. «ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ»  
ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ – ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ  
Εκδόσεις: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας  
Αθήνα 1994
  
11. «ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ, ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ  
ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ»  
ΜΠΑΛΑΣΟΠΟΥΛΟΥ – ΔΟΥΛΗ – ΚΥΡΙΤΣΗΣ – ΔΡΙΖΗ
  
12. «ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ»  
David Fontana Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα 1996
  
13. «STRESS – ΦΙΛΟΣ ΓΙΑ ΜΙΑ ΟΛΟΚΛΗΡΗ ΖΩΗ»  
JENNY ADAMS  
Εκδόσεις Φυτράκη 1998
  
14. «Η ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ»  
DANIEL GOLEMAN  
Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα Αθήνα 198
  
15. «ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ»  
Ε. ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΟΥ Διδακτορική Διατριβή 1996
  
16. «Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»  
Δ. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ – Φ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ  
Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα Αθήνα 1999
  
17. «ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΟΠΩΣΗ»  
Μ. Γκίκα

Πρακτικά 5<sup>ου</sup> Μετεκπαιδευτικού Συνεδρίου Κλινικής Ογκολογίας,  
Ηράκλειο 1997.

18. «ΕΜΠΟΔΙΑ – ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ – ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ»  
ΧΑΡΗΣ ΡΟΥΣΟΥ  
Αθήνα 1990
19. «ΑΝΘΡΩΠΙΝΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ»  
ΚΑΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ  
Πειραιάς 1979
20. «ΑΝΘΡΩΠΙΝΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ»  
ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ Φ. ΘΕΟΔΩΡΑΤΟΣ
21. «ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ»  
STEVEN DUBOVSKY – AMELIA DYBOVSKY  
Εκδόσεις Βαγιονάκης Αθήνα 2003-09-23
22. «ΚΛΙΝΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΙΟΛΟΓΙΑ»  
ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ ΑΝΕΥΛΑΒΗΣ  
Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ Αθήνα 1990
23. «ΕΠΙΤΟΜΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ»  
Κ. Ι. ΤΟΥΝΤΑ  
Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ  
Αθήνα 1975
24. ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ: 22<sup>ου</sup> 1995, 26<sup>ου</sup> 1999
25. «ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ»  
ΙΩΑΝΝΗ ΚΟΛΙΟΠΟΥΛΟΥ  
Εκδόσεις Παρισιανου 1989

