

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΝΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ:
ΜΙΑ ΟΛΕΘΡΙΑ ΣΧΕΣΗ**

Σπουδάστριες:
Μπομπολάκη Δέσποινα
Σταματελοπούλου Ακριβή

Υπεύθυνος καθηγητής:
Σαββίδης Νικόλαος

Ηράκλειο, Μάρτιος 2004

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε :

Τον υπεύθυνο για την εργασία καθηγητή κ. Σαββίδη Νικόλαο, τόσο για την πολύτιμη βοήθειά του σ' όλα τα στάδια εκτέλεσης της εργασίας όσο και για την υπομονή αλλά και κατανόηση που έδειξε.

Τις διευθύνσεις των νοσηλευτικών υπηρεσιών του Πανεπιστημιακού και Βενιζέλειου νοσοκομείου Ηρακλείου, που μας επέτρεψαν να διενεργήσουμε την έρευνά μας με τη διανομή ερωτηματολογίων στο νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και το ίδιο το προσωπικό που δέχθηκε να συμμετέχει εθελοντικά.

Τους καθηγητές του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης που στάθηκαν δίπλα μας κατά τη διάρκεια της φοίτησής μας.

Τους φίλους μας που μας συμπαραστάθηκαν σε όλη τη διάρκεια της προετοιμασίας της πτυχιακής μας εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΕΝΟΤΗΤΑ 1^η	1
1.Εισαγωγή.....	1
1.1. Florence Nichthngale (πρώτη επίσημη νοσηλεύτρια).....	1
1.2. Βιογραφική σκιαγράφηση της F.N.....	1
1.3. Τιμητικές διακρίσεις F.N	2
1.4. Η πρώτη σχολή Νοσοκόμων της F.N	3
1.5. Η συμβολή της F.N στην επιστημονική νοσηλευτική	4
1.6. Ιστορική εξέλιξη της νοσηλευτικής	5
1.7.Παράγοντες που διαμόρφωσαν τη σημερινή νοσηλευτική	7
ΕΝΟΤΗΤΑ 2^η	8
2.1.Εισαγωγή	8
2.2.Τάσεις για την υγεία και τη νοσηλευτική.....	9
2.3.Επιπτώσεις για τους νοσηλευτές	10
2.4.Τόπος εργασίας νοσηλευτών.....	11
2.5.Ευθύνες και αρμοδιότητες των νοσηλευτών	12
2.6.Ηθική- δεοντολογία -τεχνολογία και ανθρωπισμός.....	13
2.7.Συμπεράσματα.....	15
2.8.Ο νοσηλευτής ατενίζοντας το μέλλον.....	16
ΕΝΟΤΗΤΑ 3^η	21
3.1.Γενικά	21
3.2.είναι το αλκοόλ βλαβερό για το σώμα μας;.....	22
3.3.αλκοολισμός (ορισμός)	23
3.4.Το προφίλ του αλκοολικού	23
3.5.Επιπτώσεις	24
3.5.1.Κίρρωση – καρκίνος	25
3.5.2.Καρδιαγγειακές διαταραχές	25
3.5.3.Ηπατικές βλάβες	26
3.5.4.Νευρολογικές διαταραχές	26

3.5.5.Εγκυμοσύνη	27
3.6.Πρόληψη	28
3.7.Θεραπεία	29
3.8.Αλκοολομανία	31
3.9.Ψυχολογία	31
ΕΝΟΤΗΤΑ 4^η	36
4.1.Γενικά.....	36
4.2.Βασικές διατροφικές παράμετροι	37
4.3.Διατροφή, εγκέφαλος και νευρικό σύστημα	39
4.4.Διατροφή και κάπνισμα	40
ΕΝΟΤΗΤΑ 5^η	43
5.1.Το τσιγάρο και οι ουσίες που περιέχει	43
5.2.Παράγοντες έναρξης	44
5.3.Γιατί οι άνθρωποι συνεχίζουν να καπνίζουν	44
5.4.Κάπνισμα: Απλή συνήθεια ή εξάρτηση;	45
5.4.1.Δράση νικοτίνης	46
5.4.2.Τύποι εξάρτησης	47
5.5.Ποιοι γίνονται καπνιστές	50
5.6.Ενεργητικό – παθητικό κάπνισμα	52
5.7.Οι νοσολογικές συνέπειες του καπνίσματος	53
5.8.Διακοπή καπνίσματος	57
5.9.Μεθόδοι διακοπής καπνίσματος	58
5.10.Ποια είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος	61
ΕΝΟΤΗΤΑ 6^η	62
6.1.Εισαγωγή	62
6.2.Οι επιπτώσεις του εργασιακού στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό	63
6.3.Παράγοντες που προκαλούν στρες στο εργασιακό περιβάλλον του νοσηλευτή	63
6.4.Το σύνδρομο BURN-OUT	66
6.5.Έρευνα για το στρες των νοσηλευτών	67

ΕΝΟΤΗΤΑ 7^η	70
7.1.Εισαγωγή	70
7.2.Συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης	70
7.3.Μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης	71
7.4.Ομοιότητες και διαφορές της επαγγελματικής εξουθένωσης με άλλες ενοσιολογικές κατασκευές	74
7.4.1.Επαγγελματική εξουθένωση και κατάθλιψη	74
7.4.2.Επαγγελματική εξουθένωση και στρες	74
7.4.3.Επαγγελματική εξουθένωση και δυσαρέσκεια από την εργασία	75
7.5.Αιτιολογία και ‘επαγγέλματα κινδύνου’	76
7.6.Κριτική της μέχρι τώρα έρευνας στην επαγγελματική εξουθένωση	78
7.7.Μοντέλο και μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωση ανεξάρτητα από επαγγελματικές ιδιαιτερότητες	80
7.7.1.Υποθέσεις	81
ΕΝΟΤΗΤΑ 8^η	83
8.1.Εισαγωγή	83
8.2.Συνέπειες της επαγγελματικής οσφυαλγίας	84
8.3.Οσφυαλγία και άλλα μυοσκελετικά προβλήματα στο νοσηλευτικό προσωπικό	85
8.4.Συχνότητα της οσφυαλγίας στο νοσηλευτικό προσωπικό	82
8.5.Παράγοντες κινδύνου της οσφυαλγίας στο νοσηλευτικό προσωπικό	87
8.5.1.Χειρισμός ασθενών και άλλων βαρών	87
8.5.2.Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την οργάνωση της εργασίας 88	
8.5.3.Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου	89
8.6.Πρόληψη της οσφυαλγίας στο νοσηλευτικό προσωπικό	89
8.6.1.Εκπαίδευση των εργαζόμενων	89
8.6.2.Εργονομικός σχεδιασμός του χώρου εργασίας	92
8.6.3.Ανάλυση του χώρου εργασίας	92
8.6.4.οργάνωση της εργασίας	94
8.7.Συμπεράσματα	95

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	96
ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	98
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	138

ΕΝΟΤΗΤΑ 1η

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. FLORENCE NICHTINGALE(ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΗΜΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ)

Η Florence Nightingale στο χώρο της νεότερης Νοσηλευτικής, αποτελεί τη φυσιογνωμία, που χάραξε το δρόμο προς την ορθή τοποθέτηση του επαγγέλματος της νοσηλεύτριας, την κοινωνική αναγνώριση, την αναγωγή του έργου σε κοινωνικό λειτουργήμα και την συστηματοποίηση της νοσηλείας σε βάσεις επιστημονικές.

Η Florence Nightingale (στο εξής F.N.) (1820 - 1910) αγγλίδα φιλόanthropos, η πρώτη στην νεότερη εποχή, που είχε συναίσθηση του όρου Αδερφή Νοσοκόμος (Νοσηλεύτρια τώρα) ήταν προικισμένη με πολλές δυνάμεις, τις οποίες διέθεσε για την προαγωγή της νοσηλευτικής σε όλες τις διαστάσεις. Για το λόγο αυτό και οι νοσηλεύτριες όλων των μετέπειτα γενεών θα πρέπει να αποτιμούν φόρο τιμής στο πρόσωπο της, αναγνωρίζοντας το βίο και την πολιτείας της και μιμούμενες το έργο της όσο είναι ανθρώπινα στην κάθε μία δυνατό.

Έτσι η παράθεση βασικών βιογραφικών στοιχείων της F.N. πρέπει να θεωρηθεί απαραίτητη.

1.2. ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΣΚΙΑΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ F.N.

Η F.N. έζησε στη διάρκεια του 19ου αιώνα, που είναι περίοδος τόσο επιστημονικών προόδων, όσο και κοινωνικών εξελίξεων μέσα στις οποίες εντάσσεται και η γυναικεία χειραφέτηση, απαραίτητη για την αναγέννηση της Νοσηλευτικής. Η αναγέννηση αυτή στην Αγγλία υπήρξε έργο επιβολής της F.N. οι αρχές δε αυτής της ανεξαρτητοποίησης διαδόθηκαν πολύ γρήγορα σε όλες τις πολιτισμένες χώρες.

Γεννήθηκε στη Φλωρεντία (γι' αυτό και το όνομα της) στις 12 Μαΐου 1820 από γονείς ανήκοντες στην αγγλική αριστοκρατία. Από την ηλικία των 17 χρόνων αισθάνεται σαν σκοπό της ζωής να αφοσιωθεί στην ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου.

Έτυχε ευρύτατης μόρφωσης (ευρωπαϊκές γλώσσες - αρχαία ελληνικά - λατινικά) και γενικής ανθρωπιστικής καλλιέργειας.

Τα φιλανθρωπικά αισθήματα της την ωθούσαν στην περίθαλψη ακόμη και ζώων. Μ' αυτόν τον ψυχικό οπλισμό ζήτησε από τους γονείς της να εργασθεί σε νοσοκομείο, χωρίς να της επιτραπεί, γιατί τότε με το επάγγελμα της νοσηλεύτριας ασχολούνταν μόνο πρόσωπα κατώτερης τάξης. Τέλος δεν υπάκουσε και άρχισε να σπουδάζει τη νοσηλευτική στη σχολή διακονισσών στο Kaiserswerth και στη συνέχεια σε άλλα νοσοκομεία στην Αγγλία και Γαλλία. Πολύ σύντομα ανέλαβε προϊσταμένη στο ονομαστό νοσοκομείο του King College, αλλά έλαβε γνώση της έκκλησης των αγγλικών αρχών για την ανάγκη οργάνωσης της υγειονομικής Υπηρεσίας στον διεξαγόμενο πόλεμο της Κριμαίας (1845) της Αγγλία, Γαλλίας και Τουρκίας κατά της Ρωσίας και πρόθυμα προσέτρεξε να προσφέρει τις υπηρεσίες της.

Στο Σκουτάρι κοντά στην Κωνσταντινούπολη ήταν το νοσοκομείο που ανέλαβε να οργανώσει με 1500 ασθενείς και τραυματίες. Η κατάσταση του ήταν αξιοθρήνητη, αρκεί να σημειωθεί ότι η θνησιμότητα ανέρχονταν σε 42%, αλλά η δραστήρια F.N. κατόρθωσε σε συντομότερο χρόνο να την κατεβάσει στο 22%, γεγονός που προξένησε το γενικό θαυμασμό τόσο της στρατιωτικής ηγεσίας του μετώπου της Κριμαίας, όσο και της Κυβέρνησης στην Αγγλία.

Η F.N, στο στρατιωτικό νοσοκομείο στο Σκουτάρι έγινε πραγματικό αντικείμενο λατρείας. Ένας Άγγλος στρατιώτης γράφει: «Με το λυχνάρι στα χέρια περιέρχεται τις νύχτες τους σκοτεινούς θαλάμους μας ... Εμείς ασπαζόμαστε τη σκιά της, που πέφτει στο προσκέφαλο μας».

Με το λυχνάρι στο υψωμένο δεξί της χέρι την παρουσίαζαν στο στημένο προς τιμήν της άγαλμα στο Derby της Αγγλίας. Από τότε δε είναι γνωστή με τη προσωνυμία «Η κυρία με τον λίκνον».

1.3. ΤΙΜΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ F.N.

Ο αγγλικός λαός ποικιλοτρόπως τίμησε τις ανεκτίμητες υπηρεσίες της. Από το 1860 άρχισε η λειτουργία Σχολής Νοσοκόμων στο νοσοκομείο του Αγίου Θωμά στο όνομα της. Η 12η Μαΐου, ημέρα της γέννησης της, γιορτάζεται και στις Ηνωμένες Πολιτείες σαν ημέρα των Νοσοκομείων, Από το 1912 έχει καθιερωθεί μετάλλιο στο όνομα της, που απονέμεται σε Νοσηλεύτριες διακεκριμένες από τον Διεθνή Ερυθρό Σταυρό.

Ο περιώνυμος Άγγλος ποιητής Λογκφέλω συνέθεσε ποίημα προς τιμήν της F.N. με τον τίτλο «Santo Philomeda».

Πέρα όμως από το τεράστιο πρακτικό έργο της για το οποίο τιμάται και σήμερα σε παγκόσμια έκταση, η F.N. έχει να παρουσιάσει και συγγραφικό έργο σεβαστό μέχρι την εποχή μας.

Κατ' αρχήν έγραψε δύο έργα με τους τίτλους «Σημειώματα επί των Νοσοκομείων» και «Σημειώματα επί της Νοσηλείας». Το 1859 δημοσίευσε άλλο βιβλίο με τον τίτλο «Σημειώσεις Νοσηλευτικής», που περιείχαν κανόνες και οδηγίες υγιεινής και νοσηλείας,εφαρμόσιμους τόσο για την κατ οίκον, όσο και για την νοσοκομειακή θεραπεία. Το 1861 επίσης έφερε στην δημοσιότητα φυλλάδιο συνεπτυγμένο με τον τίτλο «Η φροντίδα του βρέφους » για τη διαφώτιση και εξειδίκευση κατά ένα τρόπο των νοσηλευτριών, είχε δε ευρύτατη κυκλοφορία, αφού τυπώθηκε και στις Ηνωμένες Πολιτείες και στη συνέχεια μεταφράστηκε στη Γερμανική, Γαλλική και Ιταλική.

1.4. Η ΠΡΩΤΗ ΣΧΟΛΗ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ ΤΗΣ F.N.

Η F.N. δεν είχε μόνο την επιθυμία να προσφέρει νοσηλευτικές υπηρεσίες στους τραυματίες του πολέμου και γενικά στους ασθενείς, αλλά και τον διακαή πόθο να οργανώσει τις υγειονομικές υπηρεσίες και τα νοσοκομεία, ιδιαίτερα δε να ανεβάσει το μορφωτικό επίπεδο της Νοσηλεύτριας.

Έτσι, όταν επέστρεψε από τον πόλεμο της Κριμαίας, η Κυβέρνηση σε ένδειξη ευγνωμοσύνης του Έθνους για τις υπηρεσίες στον πόλεμο της Κριμαίας, της πρόσφερε το ποσό των 44,000 λιρών, το οποίο διέθεσε για την ίδρυση Σχολής Νοσοκόμων στο Νοσοκομείο του Αγίου Θωμά.

Σύμφωνα με τον οργανισμό αυτής, οι μαθήτριες υποψήφιες νοσηλεύτριες έπρεπε να διαβιούν ως εσωτερικές της Σχολής, όπου θα εκπαιδεύονται θεωρητικά και πρακτικά στη Νοσηλευτική. Από τότε έχουμε τον πρώτο αντιπροσωπευτικό τύπο της σχολής «Συστήματος Nichtingale».

Η F.N. θεμελίωσε την πρώτη αυτή σχολή νοσοκόμων στο νοσοκομείο του Αγίου Θωμά σε δύο βασικές αρχές:

- α) Οι υποψήφιες νοσηλεύτριες πρέπει να εκπαιδεύονται σε νοσοκομείο τεχνικά οργανωμένο, ώστε να εξυπηρετείται ο σκοπός της συγκρότησης στην τέχνη της νοσηλεύτριας άρτια θεωρητικά και πρακτικά, και
- β) οι υποψήφιες νοσηλεύτριες πρέπει να διαβιούν εντός της Σχολής όπου το ειδικό περιβάλλον επιδρά, ώστε να διαμορφώσουν ήθος χαρακτήρα και γενικά προσωπικότητα ικανής νοσηλεύτριας.

Η F.N. είχε ακατάβλητες ψυχικές δυνάμεις, έτσι που και στην προχωρημένη ηλικία της, όταν αποσύρθηκε πλέον από την ενεργό υπηρεσία, διατηρούσε την επαφή της με

όλες τις νοσηλεύτριες, που αποφοίτησαν από τη Σχολή της, δίνοντας συμβουλές και υποδείξεις σε κάθε περίπτωση από την απέραντη και ακένωτη πηγή της πείρας της.

Πλήθος τέτοιων επιστολών της σώζονται ακόμη, που δίνουν ανάγλυφα το μεγαλείο του ηθικού αναστήματος της F.N..

Άξιο ιδιαίτερης μνείας είναι το γεγονός ότι είχε τη χαρά και την ικανοποίηση να απολαύσει το αποτέλεσμα της ιδεολογίας της. βλέποντας την υλοποιημένη μάλιστα και πέρα από τα όρια της αγγλικής Αυτοκρατορίας.

Η θέση, λοιπόν, της Νοσηλευτικής σε βάσεις επιστημονικές αποτελεί δημιουργία της F.N., η οποία άφησε την τελευταία της πνοή τον Αύγουστο του 1910.

1.5. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ F.N. ΣΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.

Η F.N. άξια θεωρείται η μεγαλύτερη μορφή στην Ιστορία της Νοσηλευτικής, αφού, όπως είδαμε και στα παραπάνω, αυτή πρώτη τη θεμελίωσε σε επιστημονικές βάσεις. Από τότε έπαυσε να αποτελεί πρακτικό έργο και αντικείμενο στηριζόμενο μόνο σε απλή εμπειρία. Έτσι σταμάτησε ο υπηρετικός χαρακτήρας και το πνεύμα της υποτέλειας στους νοσοκομειακούς χώρους έναντι του ιατρικού κόσμου της εποχής εκείνης, ώστε να πάρει τη θέση που της ανήκε σε ισότιμο επίπεδο αναγκαίας συνεργασίας για την επίτευξη του κοινού σκοπού, δηλαδή την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Από τότε λοιπόν, τέθηκε το πρόβλημα της ανεξαρτησίας στους κύκλους επαγγελματικής δράσης της ιατρικής και της νοσηλευτικής, που δεν τέμνονται, αλλά απλώς συνδέονται με σχέση, όπως έχει τονισθεί, συνεργασίας επιβεβλημένης από τη φύση του σκοπού.

Η F.N. πριν καταλήξει σε αυτές τις θεωρητικές διαπιστώσεις, είχε επισκεφθεί πολλά νοσοκομεία σε χώρες της Ευρώπης προκειμένου να πλουτίσει τις νοσηλευτικές γνώσεις, σαν συμπλήρωμα της μεγάλης πείρας, που είχε από την υπηρεσία της σε νοσοκομεία στην Αγγλία, στο στρατιωτικό νοσοκομείο του πολέμου της Κριμαίας και στη συνέχεια από την ομώνυμη της Σχολή Νοσοκόμων στο νοσοκομείο του Αγίου Θωμά στην Αγγλία, στην οποία ενσάρκωσε το δημιουργικό της σχέδιο γύρω από το θέμα της Νοσηλευτικής (οργάνωση υπηρεσιών, ίδρυση σχολών νοσοκόμων με εκπαιδευτικά προγράμματα σε επιστημονικές βάσεις, ανεξαρτητοποίηση του νοσηλευτικού κλάδου κλπ).

Το παράδειγμα της F.N. είχε επιρροή και σε άλλες χώρες από τις οποίες πρώτη οι Ηνωμένες Πολιτείες ίδρυσαν σχολή νοσοκόμων το 1872 στη Βοστώνη στο νοσοκομείο «New England Hospital».

Τρίτη χώρα που έσπευσε να μιμηθεί, ήταν η Ελλάδα με την ίδρυση της πρώτης σχολής στο νοσοκομείο του «Ευαγγελισμού» το 1875. Το γεγονός αυτό τιμά την πατρίδα μας, που ανανεώνει με τέτοια έργα τη παράδοση του Ιπποκράτη.

Η F.N. σαν επιστέγασμα της πολύχρονης και πολύπλευρης δραστηριότητας στο χώρο της συστηματοποίησης της Νοσηλευτικής, συνέταξε και τον όρκο της Νοσοκόμου στο Λονδίνο, που φέρει την επίδραση του ιατρικού όρκου του Ιπποκράτη. Αυτός είναι ο γνωστός όρκος της Florence Nightingale.

1.6. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.

Από τη μελέτη της Ιστορίας της Νοσηλευτικής, διαπιστώνεται ότι τρία συστήματα φροντίδας επέδρασαν και επηρέασαν τη Νοσηλευτική στη διαχρονική της πορεία.

Στο αρχαιότερο παραδοσιακό σύστημα, η φροντίδα στα άτομα και την οικογένεια καταρχήν περιοριζόταν στα οικογενειακά πλαίσια και αργότερα εδίδετο από παραδοσιακούς θεραπευτές, οι οποίοι είχαν μια ιδιαίτερη, αναγνωρισμένη από όλους θέση στην κοινωνία. Ήταν οι ίδιοι υπεύθυνοι για τις πράξεις τους και για την ανάπτυξη της εμπειρίας τους. Οι πρώτοι πολιτισμένοι λαοί ανέπτυξαν την ιατρική με περισσότερη έμφαση στη θεραπεία.

Το δεύτερο σύστημα φροντίδας αναπτύχθηκε υπό την επίδραση του Χριστιανισμού και συνδέθηκε με τη φροντίδα συγκεκριμένων ομάδων ατόμων με ειδικές ανάγκες. Εδίδετο κυρίως φροντίδα στους αρρώστους, τους φτωχούς και τα ορφανά. Η φροντίδα αυτή προσφέρονταν στα σπίτια ή σε ειδικά ιδρύματα, τα οποία δημιουργήθηκαν για το σκοπό αυτό.

Η Νοσηλεύτρια της Χριστιανικής εποχής προσέφερε φροντίδα σωματική και πνευματική καθώς και ηθική υποστήριξη στα άρρωστα άτομα φροντίζοντας για την ικανοποίηση των αναγκών του ανθρώπου, βιολογικών, ψυχολογικών, πνευματικών και κοινωνικών. Βέβαια, δεν υπήρχε τότε οργανωμένη συστηματική προσπάθεια προετοιμασίας και εκπαίδευσης των νοσηλευτών, την οποία αποκτούσαν μόνο με το παράδειγμα, την εξάσκηση και την πείρα.

Χαρακτηριστικό της εποχής αυτής είναι ότι τα ιδρύματα εξαρτιόντουσαν από την Εκκλησία και μοναδικός σκοπός τους ήταν η προσφορά υπηρεσιών σε όσους είχαν ανάγκη, χωρίς υλικό κέρδος.

Το σύστημα αυτό, το βασισμένο στη χριστιανική διδασκαλία, σιγά-σιγά άρχισε να μετατρέπεται σε ένα τρίτο σύστημα, το οποίο αναπτύχθηκε παράλληλα με την πρόοδο της Ιατρικής. Στο τέλος του 19ου αιώνα, πολλές ανακαλύψεις και τεχνολογικές πρόοδοι είχαν επίδραση στην άσκηση της Ιατρικής Επιστήμης. Η

άσπητη τεχνική, η αντισηψία, η αναισθησία, η διαγνωστική ακτινολογία, συντέλεσαν στην εφαρμογή της μοντέρνας χειρουργικής. Παράλληλα, η ιδρυματική φροντίδα και η ιατρική εκπαίδευση διευρύνθηκε. Ο ρόλος των νοσηλευτών επεκτάθηκε στην εφαρμογή της ανεπτυγμένης ιατρικής θεραπευτικής στη φροντίδα των αρρώστων.

Προς το τέλος του 19ου αιώνα και μετά τον κριμαϊκό πόλεμο, η Florence Nightingale, άρχισε την οργανωμένη νοσηλευτική εκπαίδευση σε σχολές της Αγγλίας. Από τότε και μετά, η κάθε χώρα έχει τη δική της νοσηλευτική ιστορία και νοσηλευτική εκπαίδευση.

Από το 1945 και μετά, η ταχύτατη τεχνολογική ανάπτυξη και η πρόοδος της Ιατρικής επιστήμης εξακολούθησε να επηρεάζει το νοσηλευτικό επάγγελμα. Οι νοσηλευτές ελκύστηκαν από την τεχνολογία και ανέλαβαν καθήκοντα, τα οποία προηγουμένως διεκπεραίωναν οι γιατροί. Με την ενέργεια τους αυτή δεν συνειδητοποιούσαν ότι ο ρόλος τους άλλαξε, ότι δεν ανέπτυσσαν έτσι τη Νοσηλευτική, αλλά έπαιρναν το ιατρικό και όχι το νοσηλευτικό μονοπάτι.

Παράλληλα εμφανίζονται στο προσκήνιο νέα επαγγέλματα υγείας. Όλοι οι εκπρόσωποι των διαφόρων αυτών κλάδων, μπήκαν στις υπηρεσίες υγείας αναλαμβάνοντας την κατεύθυνση, τη διαφώτιση ή την αποκατάσταση του αρρώστου και πολλές άλλες δραστηριότητες, οι οποίες περιλαμβάνονταν προηγουμένως στο νοσηλευτικό επάγγελμα.

Η Νοσηλευτική έτσι, άρχισε να περιορίζεται στην ίδια την εργασία και τις διάφορες ρουτίνες της, παρά στο άρρωστο άτομο. Για όλους αυτούς τους λόγους, καθυστέρησε η ανάπτυξη των ειδικών γνώσεων, βάσει των οποίων η Νοσηλευτική λειτουργεί σαν ξεχωριστή επιστήμη.

Στις διάφορες χώρες της Αμερικής και της Ευρώπης και σε διάφορες χρονικές στιγμές, κυρίως από το 1970 και μετά, τόσο μέσα στο νοσηλευτικό επάγγελμα όσο και σε άλλα συγγενή επαγγέλματα, άρχισε ο προβληματισμός σχετικά με το συγκεκριμένο ρόλο της Νοσηλευτικής.

Η Νοσηλευτική για πολλά χρόνια ακολούθησε το Ιατρικό μονοπάτι. Συνειδητά ή όχι, η Νοσηλευτική εκπαίδευση, η άσκηση και η έρευνα ακόμη, ακολούθησαν το ίδιο με την Ιατρική θεωρητικό πλαίσιο. Ήταν λοιπόν αναγκαίο και απαραίτητο για τη Νοσηλευτική να υιοθετήσει το δικό της θεωρητικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο εντάσσονται τα φαινόμενα που την αφορούν και εντοπίζονται οι ανάγκες υγείας τις οποίες αυτή καλείται να ικανοποιήσει. Πολλοί μελετητές προειδοποίησαν ότι η εξάρτηση της Νοσηλευτικής από το ιατρικό θεωρητικό πλαίσιο, προκαλεί στο νοσηλευτικό επάγγελμα έλλειψη αυτονομίας και αυτοεξάρτησης και υποδηλώνει

αίσθημα ανασφάλειας και αβεβαιότητας σχετικά με την ιδιαιτερότητα της νοσηλευτικής επιστήμης.

Μετά τη συνειδητοποίηση αυτής της πραγματικότητας, πολλοί νοσηλευτές εργάστηκαν αποφασιστικά και προσπάθησαν να βασίσουν την διδασκαλία, την άσκηση ή την ερευνά τους σε θεωρητικό ερευνητικό πλαίσιο με αποτέλεσμα να αναπτυχθούν οι νοσηλευτικές θεωρίες.

Οι νοσηλευτικές θεωρίες παρουσιάστηκαν αρχικά στην Αμερική πριν από τρεις δεκαετίες περίπου αν και πολλοί πιστεύουν ότι οι βάσεις για την ανάπτυξη τους τέθηκαν πολύ πιο πριν από την Florence Nightingale.

Οι νοσηλευτικές θεωρίες βέβαια, δεν μπορούν να εξηγήσουν όλα όσα αφορούν την Νοσηλευτική. Δίνουν όμως την δυνατότητα και αποτελούν το μέσο, το όργανο, με το οποίο αναλύεται το κάθε φαινόμενο και γίνεται προσπάθεια να εξηγηθεί επιστημονικά.

Κάθε μία από τις πολλές νοσηλευτικές θεωρίες που αναπτύχθηκαν, αποτελεί τον οδηγό για την κατεύθυνση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων με σκοπό την εξασφάλιση αποτελεσματικής νοσηλευτικής φροντίδας και στοχεύει να ρυθμίσει και να κατευθύνει αυτή τη Νοσηλευτική φροντίδα στα επιθυμητά πλαίσια.

1.7. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΑΝ ΤΗ ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.

Η Νοσηλευτική σαν μια βασική ανθρώπινη ενέργεια και σαν αναπόσπαστο τμήμα του συστήματος υγείας επηρεάζεται από τις διάφορες αλλαγές, εξελίξεις και τάσεις που παρουσιάζονται σε όλους τους τομείς, τόσο της τοπικής όσο και της διεθνούς ζωής. Είναι απαραίτητο λοιπόν να αναγνωρίσουμε τις μεγάλες αλλαγές και τάσεις που επηρέασαν και εξακολουθούν να επηρεάζουν την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας και την εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας κατά τις τελευταίες δεκαετίες οι οποίες είχαν και έχουν σημαντική επίδραση στην Νοσηλευτική αυτές είναι οι εξής :

1. Η ταχύτατη αύξηση γνώσεων και τεχνολογίας .
2. Η δημογραφικές μεταβολές και κοινωνιολογικές αλλαγές.
3. Η αύξηση του κοινού σε θέματα υγείας .
4. Οι αλλαγές στις έννοιες Υγεία – αρρώστια .
5. Η έλλειψη νοσηλευτικού δυναμικού .
6. Η έρευνα.
7. Η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας .

ΕΝΟΤΗΤΑ 2η

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρά την πρόοδο και τις απρόβλεπτες καταστροφές που πιθανόν να στο μέλλον , εμείς ελπίζουμε και προβλέπουμε σε έναν καλύτερο κόσμο για όλους τους ανθρώπους και για τη Νοσηλευτική.

Το μέλλον όμως αρχίζει με το παρόν και το παρελθόν. Αρχίζει πριν από πολλούς αιώνες με σειρές γεγονότων και συνθηκών που διαμορφώνουν το σήμερα και το μέλλον.

Επομένως, εμείς, οι νοσηλευτές του σήμερα και όσοι ασχολούνται με τη νοσηλευτική, προετοιμάζουμε ή μάλλον διαμορφώνουμε σε ένα βαθμό τη νοσηλευτική και τους νοσηλευτές του μέλλοντος .

Ανήκουμε στην ευρεία κοινωνία των λειτουργών υγείας και έχουμε το μεγάλο προνόμιο να υπηρετούμε τον άνθρωπο και την υγεία του. Γνωρίζουμε τη μεγάλη και ειδική συμβολή του έργου μας σε όλη την ανθρωπότητα γιατί η υγεία και η αρρώστια δεν έχουν σύνορα. Το έργο μας από τη φύση του είναι απέραντο και θα διαρκέσει τόσο όσο και η ζωή στον πλανήτη μας.

Φαίνεται δε ότι η ανάγκη για νοσηλευτές θα συνεχίσει να είναι μεγάλη και στο μέλλον, ιδιαίτερα στην Ευρωπαϊκή περιοχή.

Πως και γιατί δημιουργήθηκε η νοσηλευτική;

Η Νοσηλευτική άρχισε σαν ανταπόκριση στις ανάγκες όλων των ανθρώπων για ασφάλεια, άνεση, φροντίδα και υποστήριξη στις διάφορες καταστάσεις υγείας.

Πυρήνας της Νοσηλευτικής είναι η φροντίδα και προσφορά υπηρεσίας, τα οποία η Virginia Henderson θεωρεί σαν την παγκόσμια έννοια της νοσηλευτικής που είναι σύμφυτη, μόνιμη και ανακουφιστική και στην οποία οι σύγχρονοι συγγραφείς και ερευνητές αναφέρονται συχνά.

Φροντίδα και υπηρεσία, τα ιστορικά και ιδεολογικά θεμέλια της νοσηλευτικής εκφράζονται στο αίτημα των σύγχρονων νοσηλευτών που αναζητούν και απαιτούν να ασκούν τη νοσηλευτική σαν τρόπο «φροντίδας με αυτονομία» και «προσφοράς υπηρεσίας χωρίς υποτέλεια».

2.2. ΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Η μεγαλύτερη τάση στον υγειονομικό χώρο είναι το «Υγεία για όλους» με συνειδητοποίηση της σημασίας της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας, της επίπτωσης της ρύπανσης του περιβάλλοντος και ανάπτυξης στρατηγικών αποτελεσμα-τικής αντιμετώπισης με συνεργασία όλων των κοινωνικών παραγόντων και του πληθυσμού, προώθησης υγιεινών συνηθειών και τρόπων ζωής, καταπολέμησης των ναρκωτικών, συμμετοχής της κοινότητας στα θέματα υγείας, ανάπτυξης έρευνας για την προαγωγή υγείας του πληθυσμού και βελτίωση ποιότητας ζωής των αρρώστων σε οποιαδήποτε κατάσταση υγείας, ευρείας χρησιμοποίησης προηγμένης τεχνολογίας στο

χώρο της υγείας, προηγμένης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας, ανάπτυξης θεωριών και νοσηλευτικής έρευνας ιδιαίτερα στον κλινικό τομέα καθώς και εφαρμογής ερευνητικών ευρημάτων στην πράξη για βελτίωση προσφερόμενων υπηρεσιών.

Άλλες τάσεις- προκλήσεις είναι:

-Το υψηλό οικονομικό κόστος που κυριαρχεί στην υγειονομική φροντίδα και ιδιαίτερα στην νοσοκομειακή περίθαλψη.

Οι υπηρεσίες υγείας προσπαθούν να ελαττώνουν τις μέρες νοσηλείας με αποτέλεσμα πολλοί άρρωστοι μεταξύ των οποίων υπερήλικες και εγκαταλελειμμένοι να εξέρχονται του νοσοκομείου ενώ ακόμα έχουν ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας. Ή άλλοι να είναι γραμμένοι σε μεγάλη λίστα αναμονής σε βαθμό που πολλές φορές να μη μπορούν πλέον να ζητήσουν βοήθεια. Αυτό δημιουργεί ισχυρή τάση για αυξημένη ζήτηση κατ' οίκον φροντίδας και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

-Μεταβολή νοσοκομειακής περίθαλψης

Τα σημερινά ιδρύματα τριτοβάθμιας περίθαλψης αρχίζουν ήδη να εμφανίζονται σαν κέντρο κριτικής φροντίδας, δηλαδή μεγάλες Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας. Η νέα τεχνολογία απαιτεί ειδική επιλογή, πράγμα που παρουσιάζει ηθικά προβλήματα στη λήψη αποφάσεων για την κατανομή και διάθεση οικονομικών πόρων και την επιλογή ασθενών.

-Δημογραφικό πρόβλημα

Μαζί με τους οικονομικούς περιορισμούς και τις πιέσεις, ο πληθυσμός της Ευρώπης και ιδιαίτερα της χώρας μας δοκιμάζει δραματικές αλλαγές με την αναμενόμενη αύξηση διάρκειας της ζωής και την υψηλή αναλογία υπερηλίκων. Ήδη παρουσιάζουμε αντίστροφη πυραμίδα με το γεροντικό πληθυσμό στην κορυφή, με όλο και λιγότερο νεανικό πληθυσμό στη βάση.

2.3. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Οι αναφερθείσες τάσεις αποτελούν πρόκληση για τη Νοσηλευτική σήμερα. Είναι σαφείς οι ενδείξεις ότι για τους νοσηλευτές δημιουργούνται νέες περιοχές προσέγγισης, νέοι ορίζοντες επέκτασης, νέοι ρόλοι να αναλάβουν και νέες προκλήσεις να ανταποκριθούν.

Οι νοσηλευτές καλούνται να εργάζονται περισσότερο σαν νοσηλευτές της οικογένειας που γνωρίζουν τους προσωπικούς τους αρρώστους και συνεργάζονται με άλλα μέλη της ομάδας υγείας για αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών τους. Συμμετέχουν σε όλες τις προσπάθειες της κοινωνίας για την καταπολέμηση των κοινωνικών κακών-ρύπανση περιβάλλοντος, ναρκωτικά, άγνοια κινδύνων υγείας και κινητοποιούν τις κοινότητες να ενώνουν τις προσπάθειες τους για ελάττωση αυτών των κινδύνων. «Ανοίγουν και οδηγούν το δρόμο σε οικοδομητικές αλλαγές για την πραγμάτωση του στόχου Υγεία για όλους», σύμφωνα με τις προσδοκίες του ΠΟΥ.

Οι νοσηλευτές πρέπει να αποδεικνύουν ότι οι υπηρεσίες τους είναι οικονομικά αποτελεσματικές καθώς και απόλυτα απαραίτητες στο ευρύ φάσμα της υγείας. Ίσως οι πιο ικανοί νοσηλευτές σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής –κλινική άσκηση, εκπαίδευση, διοίκηση, έρευνα – θα απολαμβάνουν το προνόμιο της πλήρους επαγγελματικής σταδιοδρομίας. Επιπλέον, λόγω του συναγωνισμού και του μεγάλου αριθμού γιατρών στην Ευρώπη και ιδιαίτερα στη χώρα μας, μόνο τα επαγγέλματα και οι επιστήμες που θα εκπληρώνουν αποτελεσματικά τις ευθύνες και υποχρεώσεις τους θα διατηρηθούν για την κάλυψη των υπηρεσιών υγείας.

Η πρόωρη έξοδος των αρρώστων από το νοσοκομείο δείχνει την ανάγκη, ότι οι νοσηλευτές πρέπει να είναι ικανοί να παρέχουν σύνθετη φροντίδα στο σπίτι και σε εναλλακτικά κέντρα περίθαλψης. Η νοσηλεία στο σπίτι οξέως και χρονίως πασχόντων ασθενών καθώς και η ίδρυση ξενώνων και άλλων ιδρυμάτων αυξάνουν την ανάγκη παροχής νοσηλείας στην κοινότητα.

Όσο η διάρκεια ζωής αυξάνει και ο νεανικός πληθυσμός ελαττώνεται, οι νοσηλευτές τοποθετούνται σε στρατηγική θέση αντιμετώπισης αυξανόμενων

σύνθετων αναγκών και παροχής φροντίδας των αρρώστων με μικρότερο αριθμό προσωπικού.

Η υψηλή τεχνολογία και η αυξανόμενη χρήση της στο χώρο της υγείας παρουσιάζει μεγάλη επίπτωση στη νοσηλευτική. Οι νοσηλευτές δεδομένου ότι ασκούν το έργο τους σε περιβάλλον υψηλής τεχνολογίας σε οποιοδήποτε τομέα και αρμοδιότητα οφείλουν να είναι κύριοι της τεχνολογίας και να τη χρησιμοποιούν κατάλληλα χωρίς να υποδουλώνονται σ' αυτή.

Είναι αυτονόητο ότι οι νοσηλευτές έχουν μεγαλύτερη αρμοδιότητα στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας, στη διοίκηση και θέσπιση κριτηρίων ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτό ήδη εμφανίζεται με νομοθεσία της νοσηλευτικής άσκησης σε διάφορες χώρες της Ευρώπης στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και η Ελλάδα, που τοποθετεί τη Νοσηλευτική Διεύθυνση μαζί με τις άλλες δύο διευθύνσεις Ιατρική και Διοικητική στην ίδια θέση, ευθύνη, κύρος και αυτονομία της νοσοκομειακής διοίκησης. Σε ορισμένες χώρες οι νοσηλευτές δε θεωρούνται μόνο διευθυντές νοσηλευτικής αλλά συμπεριλαμβάνονται και μεταξύ των κορυφαίων στελεχών της διοίκησης υπηρεσιών υγείας και νοσοκομείων. Αυτή αναγνώριση είναι απλή απόδοση δικαιοσύνης εφόσον οι νοσηλευτές έχουν μακρά ιστορία στη λύση διοικητικών προβλημάτων στα νοσοκομεία καθώς και στο χειρισμό και τη διοίκηση προσωπικού.

2.4. ΤΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.

Που ασκούν το έργο τους οι νοσηλευτές; Μια απλή και γρήγορη απάντηση είναι: Οπουδήποτε υπάρχουν ανάγκες υγείας και νοσηλευτικής ατόμων και κοινωνιών.

Οι νοσηλευτές είναι γενικοί και ειδικευμένοι σε κάθε είδους ειδικότητα. Είναι δάσκαλοι και σύμβουλοι υγείας, πρωτοβάθμιοι κινητοποιεί της κοινότητας για προαγωγή υγείας και ποιότητα ζωής και συμμετέχουν σε όλα τα διεπιστημονικά όργανα καθορισμού πολιτικής υγείας.

Ασφαλώς παρέχουν υπηρεσίες προαγωγής υγείας, προληπτικές και θεραπευτικές σε άτομα και οικογένειες στο σπίτι, στο σχολείο, στις βιομηχανίες και άλλα κοινοτικά ιδρύματα. Επικεντρώνουν τις ενέργειες τους στη βοήθεια αρρώστων και οικογενειών να διατηρούν την υγεία τους στα ανώτερα δυνατά επίπεδα. Αλλά κυρίως νοσηλεύουν και τους βαριά αρρώστους οξέως και χρονίως πάσχοντες σε νοσοκομεία, σε άλλα σύνθετα κέντρα και σε ιδρύματα παρατεινόμενης φροντίδας.

Ασφαλώς οι νοσηλευτές προσωπικά δοκιμάζουν τις επιπτώσεις της τεχνολογικής εποχής ιδιαίτερα της γενετικής μηχανής. Όλο και περισσότερο ασκούν το έργο τους

με διεπιστημονική συνεργασία σε όλες τις διαστάσεις της φροντίδας υγείας και νοσηλείας.

Επίσης οι νοσηλευτικές υπηρεσίες εστιάζονται στον ευάλωτο πληθυσμό και συμπληρώνουν τη φροντίδα της οικογένειας για τους αρρώστους, τους ανάπηρους και υπερήλικες κυρίως στο σπίτι.

2.5. ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Η κοινωνία περιμένει ότι οι Νοσηλευτές πρέπει να αναλαμβάνουν ευθύνες και να είναι ικανοί να :

1.Συνθέτουν αρχές και γνώσεις διαφόρων επιστημόνων και να τις εφαρμόζουν στην πράξη.

2.Καθορίζουν και να αναλύουν θεωρίες σχετικές με την νοσηλευτική φροντίδα για την ευρύτερη επιστημονική κοινότητα.

3.Εργάζονται σαν γενικοί και ειδικευμένοι λειτουργοί υγείας σε διάφορες υπηρεσίες και ιδρύματα.

4.Ασκούν συμβουλευτικό ρόλο υγείας και νοσηλευτικής στον πληθυσμό.

5.Αξιολογούν, προγραμματίζουν, εφαρμόζουν και εκτιμούν προληπτική, θεραπευτική και αποκαταστατική νοσηλευτική φροντίδα σε άτομα, οικογένειες και κοινότητες.

6.Συνεργάζονται με άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας για παροχή συνεχιζόμενης φροντίδας.

7.Διενεργούν έρευνα, αναλύουν, αξιολογούν και εφαρμόζουν ερευνητικά αποτελέσματα στην νοσηλευτική πράξη.

8.Συμβάλλουν στην ανάπτυξη επιστημονικών κριτηρίων για την κλινική άσκηση.

9.Διερμηνεύουν υπάρχοντα και αναφυόμενα προβλήματα υγείας σε συσχετισμό με την τοπική, εθνική και διεθνή πολιτική υγείας και νοσηλευτικής.

10.Εκτιμούν και αντιδρούν αποτελεσματικά σε κοινωνικά, πολιτικά και ηθικά θέματα σχετικά με προβλήματα υγείας διαφόρων πληθυσμών.

11.Αναλαμβάνουν ευθύνη για συνεχιζόμενη μάθηση με σκοπό την ανάπτυξη και μεγιστοποίηση αποτελεσματικότητας του επιστήμονα νοσηλευτή στην πράξη.

12.Αναπτύσσουν ηγετικές και διοικητικές ικανότητες.

Ελπίζουμε ότι οι μελλοντικοί νοσηλευτές θα έχουν την επιστημονική κατάρτιση και την ικανότητα να εργάζονται σε οποιοδήποτε τομέα επιλέξουν με αφοσίωση, συναδελφικότητα και ευσυνειδησία.

Για όλες όμως αυτές τις δεξιότητες, ικανότητες, ευθύνες και αρμοδιότητες είναι απαραίτητη προϋπόθεση η προηγμένη και κατάλληλη εκπαίδευση των νοσηλευτών. Αλλά η πιο λεπτή και διακριτική ικανότητα που χρειάζεται να καλλιεργούν, είναι η φροντίδα με αγάπη και ενδιαφέρον προς τα υπηρετούμενα πρόσωπα εφόσον αυτού του είδους η φροντίδα αποτελεί τον πυρήνα της Νοσηλευτικής και την πρωταρχική ευθύνη των Νοσηλευτών.

2.6. ΗΘΙΚΗ / ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ-ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΣΜΟΣ

Τι ηθική και δεοντολογία χρειάζονται οι νοσηλευτές; Ήδη υπάρχουν καταστάσεις που παρουσιάζονται ηθικά διλήμματα που όλο και περισσότερο θα αυξάνουν στη φροντίδα υγείας και τη νοσηλευτική.

Θέματα βιο-ηθικής με επιπτώσεις στη νοσηλευτική είναι αυτά που αφορούν τη ζωή και το θάνατο, ιδιαίτερα με τη χρήση προηγμένης τεχνολογίας στην καθημερινή πράξη. Παράταση της ζωής αρρώστων με μη ανατάξιμες βλάβες, αμβλώσεις και ευθανασία.

Αλλά σε ένα πολύ ανεπτυγμένο τεχνολογικό περιβάλλον η κοινωνία περιμένει από τους νοσηλευτές να έχουν υψηλή ανθρωπιστική προσέγγιση, να διαθέτουν το ανθρώπινο στοιχείο που είναι απαραίτητο να διατηρεί υψηλή ηθική και δεοντολογία και να παρουσιάζουν παραδειγματική αριστεία στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και υπηρεσιών υγείας σε διάφορες καταστάσεις και ιδρύματα.

Αλλά ηθικά διλήμματα στην πράξη είναι όσα έχουν σχέση με: αξίες, συνήθειες και πεποιθήσεις αρρώστων ως προς τα θεραπευτικά μέσα και τρόπους διάσωσης της ζωής, εχεμύθεια προσωπικών πληροφοριών, πληροφόρηση ή μη του αρρώστου για διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, μη ορθή θεραπεία, χειρουργικά ή άλλα νοσοκομειακά ατυχήματα, τήρηση ποιοτικών κριτηρίων στην πράξη, αποδοχή και ανάθεση ευθύνης σε αμφίβολες από ηθικής πλευράς καταστάσεις και συνθήκες, καθώς και με την ασφάλεια του αρρώστου.

Θέματα κατανομής πόρων – ανθρωπίνων και υλικών, διάθεσης οργάνων σώματος για μεταμόσχευση, προσδιορισμοί προτεραιοτήτων υγείας, παρουσιάζουν ηθικά προβλήματα.

Επιπλέον, ένα φαινόμενο που ίσως παρατηρείται είναι μια σύγχυση και χαλάρωση στη σφαίρα των αξιών και πιθανόν κάποια ανευθυνότητα που χαρακτηρίζει σε ορισμένες περιπτώσεις τους νοσηλευτές στις υπηρεσίες που προσφέρουν, προκαλεί ανησυχία μεταξύ των καταναλωτών και των υγειονομικών. Μια ανησυχία ως προς τον τρόπο με τον οποίο νοσηλευτές, γιατροί και άλλοι επιστήμονες υγείας είναι σε

θέση να αντιμετωπίζουν υπεύθυνα τόσο σοβαρές υποθέσεις όπως είναι αυτές που αφορούν τη ζωή και το θάνατο στην καθημερινή πράξη.

Τι ηθικές αξίες χρειάζονται οι νοσηλευτές ώστε να αντιμετωπίσουν υπεύθυνα συγκρουόμενες καταστάσεις και ηθικά διλήμματα του μέλλοντος;

Η νοσηλευτική έχει πλούσια ιστορία αφοσίωσης και προσήλωσης στην προαγωγή της υγείας ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων σε οποιαδήποτε κατάσταση υγείας και χώρο. Ερευνώντας διαχρονικά την ιστορία, διαπιστώνουμε ότι γεννήθηκε, γαλουχήθηκε και αναπτύχθηκε με τις ανθρωπιστικές αξίες, οι οποίες αποτελούν μόνιμο, επίμονο και συνεχιζόμενο στοιχείο αναφοράς στη βάση του επαγγέλματος.

Η ολιστική θεώρηση του ανθρώπου – αρρώστου, μια σύγχρονη και ασφαλώς μελλοντική επιδίωξη όλων των νοσηλευτών, προέρχεται από την Ιπποκρατική σκέψη, την οποία επεξεργάστηκε και παρουσίασε στα φιλοσοφικά του συγγράμματα ο Πλάτωνας. Αυτή η ολιστική άποψη του ανθρώπου απέκτησε βαθύτερη και υψηλότερη έννοια στη Χριστιανική ανθρωπολογική προοπτική σύμφωνα με την οποία ο άνθρωπος θεωρείται «μοναδική, ανεπανάληπτη, αναντικατάστατη και ασύγκριτη ύπαρξη με ίδιο χαρακτήρα».

Οι κυριαρχούσες αξίες στη σύγχρονη φιλολογία και φιλοσοφία της νοσηλευτικής, είναι επηρεασμένες από τις παραπάνω απόψεις και εκφράζονται ως: φροντίδα με αγάπη και ενδιαφέρον για το νοσηλευόμενο άνθρωπο, σεβασμό στην αξία, αξιοπρέπεια, αυτονομία και ατομικότητα κάθε ανθρώπινου όντως, υπεράσπιση και προστασία των δικαιωμάτων του αρρώστου, ευθύνη για παροχή προσωπικής, ολιστικής και ανθρωπιστικής φροντίδας, συμβολή των νοσηλευτών στη βελτίωση της κοινωνίας με τη βοήθεια των ανθρώπων να ζουν υγιεινότερη και ψυχικά ισορροπημένη ζωή.

Όλα τα κοινωνικά και υγειονομικά επαγγέλματα έχουν σχεδόν ίδιες αξίες, η Νοσηλευτική επιλέγει τις δικές της αξίες, τις αφομοιώνει και τις ενσωματώνει στη γενική φιλοσοφία της, την οποία προβάλλει στους σύγχρονους και μελλοντικούς νοσηλευτές, που μπορούν να την εμπλουτίσουν, αναπροσδιορίζουν και προσθέτουν νέες διαστάσεις. Καλούνται δε να την πραγματώνουν στην καθημερινή πράξη παρά τις διαφορετικές ή δύσκολες συνθήκες.

Η φιλοσοφία της νοσηλευτικής σαν πηγή ανθρωπιστικών αξιών μπορεί να καθοδηγεί και να βοηθάει τους νοσηλευτές να ασκούν με επιτυχία το έργο τους.

Οι νοσηλευτές που πιστεύουν στις υψηλές αξίες της ζωής, ζουν με συνέπεια και τις εφαρμόζουν στις πραγματικές συνθήκες, είναι ικανοί να κατευθύνουν τις ενέργειες τους προς ανθρωπιστική νοσηλευτική και φροντίδα υγείας, να αντιμετωπίζουν υπεύθυνα ηθικά προβλήματα και διλήμματα και να χρησιμοποιούν

προς όφελος της υγείας των ανθρώπων κάθε επιστημονική και τεχνολογική ανακάλυψη και κάθε απίθανη μελλοντική πρόοδος.

2.7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο νομπελίστας Οδυσσέας Ελύτης είπε στις αρχές του 1987:

«Σ' ένα κόσμο που ο άνθρωπος αποποιήθηκε την «παιδεία» - καλλιέργεια, πολιτισμό, ηθική κτλ αισθάνομαι άστεγος και άχρηστος. Στο τέλος του 20ου αιώνα το παν έχει καταληφθεί, ακόμα και τα αστέρια. Ο άνθρωπος χωρίς παιδεία είναι όπως και στην εποχή του προϊστορικού ανθρώπου. Οι μαθητές λύνουν εξισώσεις με καταπληκτική ευκολία: συν, πλην, δια, επί, ίσον. Φαίνεται ότι ο άνθρωπος οδηγείται με συνέπεια σε κάποιο ίσον – συμπέρασμα, γιατί ιδιαίτερα με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές, έχει έτοιμη απάντηση για το κάθε τι. Δεν υπάρχουν πλέον μυστικά στη ζωή, δεν υπάρχει περιθώριο για στοχασμό και θαυμασμό».

Ίσως όμως δεν πρέπει να είμαστε απαισιόδοξοι. Αν και το παραπάνω φαινόμενο είναι πραγματικότητα, υπάρχει και μια άλλη πραγματικότητα στην κοινωνία μας. Ορισμένοι φιλόσοφοι και επιστήμονες διαβλέπουν ένα «νέο ρεύμα» μεταξύ των σύγχρονων νέων, ιδιαίτερα στις επιστήμες υγείας – ιατρική και νοσηλευτική.

Το νέο αυτό «ρεύμα» στις επιστήμες υγείας είναι ήρεμο και ελπιδοφόρο. Δεν είναι αλαζονικό. Ένας αριθμός επιστημόνων συμπεριλαμβανομένων φοιτητών, μαθαίνουν να σκέφτονται και να σέβονται την παράδοση τους, να σέβονται και να υπολογίζουν την αξία του ανθρώπου.

Καλλιεργούν την επιστημονική γνώση ενώ συγχρόνως τη θεμελιώνουν στις υψηλές αξίες και απομακρύνονται από το χάος. Κατέχονται από δημιουργικό ενδιαφέρον και αγωνία ώστε να ζουν την πρόκληση της επιστήμης και της σύγχρονης τεχνολογίας, αναγνωρίζουν δε και συνειδητοποιούν ότι μερικές φορές το τίμημα είναι βαρύ.

Η νέα γενιά στο χώρο της υγείας, πρέπει να παλέψει σκληρά για να γεφυρώσει το χάσμα που διαχωρίζει την κοινωνική από τη βιολογική ανάπτυξη ώστε ούτε οι άρρωστοι να γίνονται αιχμάλωτοι της βίο -ιατρικής τεχνολογίας ούτε οι επιστήμονες - γιατροί, νοσηλευτές και άλλοι - να αποξενώνονται από τα αποτελέσματα των προσπαθειών και ερευνών τους όπως τονίζεται σε πρόσφατα επιστημονικά Συνέδρια.

Παρατηρείται τελευταία σε πολλούς διεθνείς ακαδημαϊκούς χώρους, σε Συνέδρια, Συμπόσια, Σεμινάρια κλπ -συμπεριλαμβανομένου του παρόντος Νοσηλευτικού Συνεδρίου, μια αφύπνιση και συνειδητοποίηση στη σύγχρονη νοσηλευτική και ιατρική για μια ολιστική φροντίδα, για ένα ενδιαφέρον για τον άρρωστο ως

ανθρώπου - προσώπου. Είναι μια σύνθεση αρμονικής συμβίωσης επιστήμης, τεχνολογίας και ανθρωπισμού.

2.8. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΑΤΕΝΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Το μέλλον δεν είναι τίποτα άλλο παρά η συνέχεια του παρελθόντος και του παρόντος. Μια συνέχεια γεγονότων και καταστάσεων όπου ο ίδιος ο άνθρωπος διαμόρφωσε και που θα επηρεάσουν την αυριανή συνέχεια και αντίστροφα θα επηρεάσουν τον ίδιο τον άνθρωπο και τις όποιες μελλοντικές αποφάσεις του και προσπάθειες. Προσπάθειες που σκοπό είχαν, έχουν και θα έχουν τη βελτίωση της κάθε έκφρασης της ζωής.

Μπροστά σ' αυτό το ορόσημο στεκόμαστε και εμείς οι νοσηλευτές, ατενίζοντας ένα μέλλον που θα είναι η φυσική συνέχεια του παρόντος και που οι όποιες εξελίξεις, τα όποια γεγονότα, δεν θα είναι τίποτε άλλο παρά η συνέχεια του σήμερα και του χθες. Η Νοσηλευτική του μέλλοντος δεν μπορεί και αυτή παρά να είναι η συνέχεια του χθες και του σήμερα. Μια συνέχεια όμως, που υποχρεωτικά περνάει μέσα από τις σύγχρονες γνώσεις και μεθόδους, μια συνέχεια που θα διαμορφώνεται ανάλογα με την εξέλιξη της επιστήμης και της ζωής αλλά και ανάλογα με τη δική μας παρέμβαση.

Είναι δική μας υποχρέωση να διαμορφώσουμε, σε μεγάλο βαθμό την Νοσηλευτική του αύριο, τις συνθήκες μέσα στις οποίες θα κληθούν να εργαστούν οι νοσηλευτές, γιατί φυσικά όσο υπάρχουν άνθρωποι θα υπάρχουν και νοσηλευτές και γιατί όσον υπάρχουν άνθρωποι θα υπάρχει και η «νόσος».

Ο σύγχρονος δυναμικός νοσηλευτής είναι βασικό στοιχείο για ένα επιτυχημένο μέλλον στον τομέα υγείας.

Ο σύγχρονος νοσηλευτής πρέπει να προσφέρει τις υπηρεσίες του με νέες μεθόδους ή προσεγγίσεις και να έχει τη δυνατότητα να αλλάζει προηγούμενες μεθόδους, χωρίς όμως να αλλοιώνει τον σκοπό και το αποτέλεσμα. Να είναι ικανός να αναλαμβάνει υπευθυνότητες και πρωτοβουλίες για δημιουργικές καινοτομίες. Δεν θα πρέπει να είναι μόνον δημιουργός ιδεών, αλλά και υπεύθυνος για κάτι περισσότερο: να είναι ο «οραματιστής» που σχεδιάζει και μετατρέπει τις ιδέες σε πραγματικότητα.

Θα πρέπει να αντιληφθούμε ότι ίσως βρισκόμαστε λίγο έξω από τις εξελίξεις του καιρού μας, εξελίξεις που έχουν σχέση με την πρόοδο της επιστήμης, της τεχνολογίας, αλλά και της νοοτροπίας του σύγχρονου ανθρώπου. Η εποχή μας απαιτεί νέες τεχνικές και διαφορετικό ύφος και επίπεδο υπηρεσιών. Οι σύγχρονες

απαιτήσεις επιβάλουν νέους νοσηλευτικούς ρόλους που έχουν να κάνουν με τις συνεχώς νεοεμφανιζόμενες ειδικές μονάδες νοσηλείας (που και αυτές τις επιβάλλουν οι σύγχρονες συνθήκες), με την κάλυψη του χάσματος που δημιουργεί η εξειδίκευση, με το συντονισμό των διαφόρων υπηρεσιών υγείας, με το σύγχρονο άνθρωπο και τα προβλήματα του.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αντιμετωπίσει τις επιπτώσεις, θετικές και αρνητικές της εξειδίκευσης και την πολυπλοκότητα των εφαρμοζομένων μεθόδων. Να υποστηρίζει καινοτομίες και νέα πρότυπα φροντίδας, χωρίς να αγνοεί την εξατομικευμένη φροντίδα αλλά και να μην αρνείται ή αγνοεί τον όποιο εκσυγχρονισμό επιβάλλεται.

Παρά όμως τις προόδους, βασικός στόχος θα παραμένει η ολιστική φροντίδα. Ο άρρωστος εξακολουθεί να είναι άνθρωπος - άρρωστος, μια ενιαία οντότητα με σώμα

αλλά και ψυχή. Και είναι γνωστό ότι η ψυχική κατάσταση του ατόμου πολύ συχνά επηρεάζει θετικά ή αρνητικά και τη σωματική υγεία. Δεν είναι τυχαίο ότι αυτό που το δεχόμαστε σήμερα σαν αδιαμφισβήτητο γεγονός, είχε αναγνωριστεί

από τα αρχαία χρόνια. Πρώτος ο Φιλόσοφος και Βασιλιάς των Θρακών Ζαμόλξης, διατύπωσε την άποψη της ψυχοσωματικής οντότητας. Οι Θαλής, Πυθαγόρας, Δημόκριτος και Σόλων την ενίσχυσαν και οι Πλάτων και Αριστοτέλης την εμπέδωσαν. Αυτή η ολιστική άποψη του ανθρώπου απέκτησε βαθύτερη και υψηλότερη έννοια κατά τους χριστιανικούς χρόνους.

Οι κυριαρχούσες αξίες στη σύγχρονη φιλοσοφία της νοσηλευτικής είναι επηρεασμένες από τις παραπάνω απόψεις και εκφράζονται με φροντίδα, αγάπη και ενδιαφέρον για τον νοσηλευόμενο άνθρωπο, δέος για το δώρο της ζωής, σεβασμό στην αξία, αξιοπρέπεια, αυτονομία και ατομικότητα, κάθε ανθρώπινου όντος, υπεράσπιση και προστασία των δικαιωμάτων του αρρώστου, παροχή ολιστικής και ανθρωπιστικής φροντίδας, συμβολή των νοσηλευτών στη βελτίωση της κοινωνίας με τη βοήθεια των ανθρώπων να ζουν υγιεινότερη και ψυχικά ισορροπημένη ζωή.

Εάν πρόκειται να εμφανίσουμε μια διαφορετική εικόνα στην φροντίδα υγείας, πρέπει να γίνουμε περισσότερο ευέλικτοι, θετικοί και στοχαστικοί μέσα από την εκπαίδευση. Η μόρφωση είναι βασική προϋπόθεση για τους υπεύθυνους νοσηλευτές. Η Νοσηλευτική είναι μια θαυμάσια καριέρα για αυτούς που τους αρέσουν οι προκλήσεις. Στην αρχή της σταδιοδρομίας μας δεν συνειδητοποιούμε το μέγεθος των γνώσεων που μπορούμε να αποκτήσουμε κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής μας απασχόλησης. Η καμπύλη μόρφωσης και ο χρόνος που απαιτείται για να γίνει κανείς ειδικός, παλαιότερα είχε υποεκτιμηθεί. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι χρειάζονται περίπου δέκα χρόνια για να γίνει κανείς γνώστης των ποικίλων και πολύπλοκων

προβλημάτων που αντιμετωπίζει στο χώρο της Νοσηλευτικής. Ο Αριστοτέλης έλεγε: «Οι ρίζες της εκπαίδευσης πικρές αλλά οι καρποί γλυκοί». Έχουμε σημαντική ευθύνη οι παλαιότεροι έναντι των επερχόμενων, όπως την ίδια ευθύνη έχουν όλοι οι αρμόδιοι φορείς, τους οποίους όμως εμείς πρέπει να καταστήσουμε ενήμερους, να ευαισθητοποιήσουμε και από τους οποίους τελικά θα απαιτήσουμε σωστή εκπαίδευση.

Οι αυξημένες πολυπλοκότητες, ευθύνες και οι νέοι ρόλοι στη Νοσηλευτική απαιτούν διευρυμένες γνώσεις βασισμένες σε ελεύθερη αλλά και επαγγελματικού τύπου εκπαίδευση. Υψηλά επίπεδα εκπαίδευση και πρακτικής είναι τα βασικά κλειδιά του πώς ένα επάγγελμα ή λειτούργημα προβάλλεται και εμφανίζεται στο κοινό. Η γνώση είναι όλο και περισσότερο πηγή άντλησης ποιοτικής ισχύος.

Η διάδοση της γνώσης για την προαγωγή της υγείας θα αποτελέσει το σπουδαιότερο επίτευγμα προς τον σκοπό «Υγεία για όλους». Οι νοσηλευτές έχουν φυσικό και ιστορικό ρόλο να διαδραματίσουν στη διάδοση της γνώσης αυτής σε κάθε γωνιά της κοινότητας.

Η Dr. Styles, κοσμήτωρ και καθηγήτρια της Νοσηλευτικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αγίου Φραγκίσκου της Καλιφόρνιας, ανέφερε στην ομιλία κατά την αγόρευση της σε επίτιμη διδάκτορα του Πανεπιστημίου Αθηνών ότι: «Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να έχουν ευρεία μόρφωση, ώστε να κατανοούν το κοινωνικό, πολιτισμικό και πολιτικό υπόβαθρο της πρακτικής τους. Να εξοπλιστούν με τα εργαλεία της οικονομικής θεωρίας και επιστήμης, της πληροφορικής, καθώς και με το φρόνημα της ηγεσίας».

Η εκπαίδευση θα πρέπει να είναι ορθολογική και να κατανέμεται μεταξύ θεωρίας και πρακτικής. Δεν θα πρέπει να πάρουμε τους εκπαιδευόμενους από τους αρρώστους και να τους τοποθετήσουμε μόνο στις τάξεις, αλλά και ούτε από τις τάξεις και να τους θεωρήσουμε βοηθητικά χέρια. Δεν μπορούμε να απαιτήσουμε από τους νέους νοσηλευτές να επωμισθούν ευθύνες περισσότερες από εκείνες που η εκπαίδευση τους επιβάλλει, δικαιολογεί και εγγυάται. Απαιτείται σωστή κατανομή της θεωρητικής με την πρακτική εκπαίδευση, γνωρίζοντας τις εξελίξεις και προοπτικές του μέλλοντος που είναι και θα γίνουν περισσότερο ραγδαίες. Ο ΠΟΥ είχε προειδοποιήσει ότι οι αναπτυσσόμενες χώρες θέτουν σε άμεσο κίνδυνο την υγεία εκατομμυρίων ανθρώπων με το να ξοδεύουν το 80% του προϋπολογισμού τους για την υγεία στην εκπαίδευση ιατρών.

Πρέπει να αλλάξουμε τη δομή των δυνάμεων της υγείας σε συσχετισμό με τις κοινωνικό-οικονομικές προόδους και με τις ανάγκες του συνόλου ,για φροντίδα υγείας. Χρειαζόμαστε μια αλλαγή στον προγραμματισμό και την εκπαίδευση, έτσι

ώστε να έχουμε επαγγελματίες υγείας στο σωστό αριθμό και σύνθεση και κυρίως με σωστή εκπαίδευση.

Μέσα στη σύγχρονη έννοια της εκπαίδευση υπεισέρχεται και η έννοια της νοσηλευτικής έρευνας. Ο Σωκράτης είπε ότι «ο άνθρωπος είναι ον ερευνητικό». Ο σύγχρονος νοσηλευτής υποχρεούται να ερευνά και να αναζητά αδιάκοπα την αλήθεια, την πραγματικότητα αλλά και το εφικτό. Η έρευνα θα πρέπει να έχει σαν στόχους τόσο την επιστημονική πλευρά του λειτουργήματος μας, όσο και την εκπαίδευση, την οικονομία, το περίφημο κόστος - όφελος, τις συνθήκες διαβίωσης, τη διατροφή, τις κοινωνικό-οικονομικές γενικότερα συνθήκες τις οποίες αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι - άρρωστοι. Σκοπός της έρευνας είναι η απόκτηση γνώσεων, η λύση προβλημάτων, η απάντηση ερωτημάτων, με τελικό στόχο τη βελτίωση της παρεχόμενης υγείας «της υγείας για όλους». Η σύγχρονη κοινωνία και οι συνθήκες απαιτούν όλη τη δυναμικότητα μας και εμείς πρέπει να είμαστε έτοιμοι να τη δώσουμε. Η σύγχρονη νοσηλευτική προσφέρει προκλήσεις, ποικιλία, πνευματική διέγερση και μια αίσθηση συμμετοχής στην κοινωνία με ένα παραγωγικό τρόπο γεμάτο σημασία.

Η εποχή μας χαρακτηρίζεται από την έκρηξη της τεχνολογίας, σύγχρονοι νοσηλευτές είναι υποχρεωμένοι να εργάζονται σε περιβάλλον υψηλής τεχνολογίας που συνεχώς θα εξελίσσεται. Θα είναι και είναι υποχρεωμένοι, να γνωρίσουν, να εξοικειωθούν και να προσαρμοστούν στη χρήση προηγμένου τεχνολογικού εξοπλισμού. Αυτό δημιουργεί αναπόφευκτα stress. Οι απαιτήσεις αλλά και το γεγονός του ότι δυστυχώς αυτή τουλάχιστον τη στιγμή, υπάρχει περιορισμός στο προσωπικό, νέες τεχνικές, αυξημένος αριθμός αρρώστων, ανάγκη για μείωση του χρόνου νοσηλείας, έχουν σαν συνέπεια, οι νοσηλευτές να υποχρεούνται να εργάζονται σε ειδικές μονάδες με εξειδικευμένες απαιτήσεις, να αντιμετωπίζουν σημαντικό όγκο δουλειάς, να λαμβάνουν σοβαρές αποφάσεις σε σύντομο χρόνο, να αντιμετωπίζουν συσσωρευμένες απαιτήσεις με πίεση εκ των πραγμάτων, να έχουν προβλήματα συνεργασίας με ανειδίκευτο προσωπικό που δεν μπορεί να επωμισθεί ευθύνες.

Η επιστήμη, η τεχνολογία, η γνώση, η εκπαίδευση, αλλάζουν και θα αλλάζουν συνεχώς, ανατρέποντας προηγμένα δεδομένα, συνήθειες, γνώσεις, τεχνικές. Ας μη ξεχάσουμε τα Ιπποκρατικά ιδεώδη, ας μη γίνουμε ψυχροί τεχνοκράτες. Ο άνθρωπος δεν θα πάψει ποτέ, κάτω από τον μανδύα της τεχνολογικής εξέλιξης, να διαθέτει ψυχή, συναισθήματα, ανθρώπινες ανάγκες. Σ' αυτή τη βιομηχανοποιημένη και ασφυκτιώσα από την τεχνολογία εποχή μας, ας παραμείνουμε άνθρωποι. Η καταξίωση της ζωής, της δική μας και των αρρώστων μας, περνάει υποχρεωτικά

μέσα από τις σύγχρονες εξελίξεις αλλά πάντα σφικτά δεμένη με τη δική μας προσωπικότητα, τη δική μας φιλοσοφία, τα δικά μας ιδεώδη.

Η φιλοσοφία της Νοσηλευτικής σαν πηγή ανθρωπιστικών αξιών μπορεί να καθοδηγεί και να βοηθάει τους νοσηλευτές να ασκούν με επιτυχία το έργο τους τώρα και στο μέλλον.

ΕΝΟΤΗΤΑ 3η

ΑΛΚΟΟΛ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

3.1.ΓΕΝΙΚΑ

Το αλκοόλ είναι το δεύτερο σκέλος από τη σειρά που σχηματίζουν οι κορεσμένες μονοσθενείς αλκοόλες και η πιο γνωστή αλκοόλη. Βιομηχανικά η αλκοόλη παρασκευάζεται από ζαχαρούχους καρπούς , κυρίως σταφύλια ή από μέλασα έπειτα από ζύμωση , οπότε το υπάρχον ζάχαρο μετατρέπεται σε αλκοόλη, η οποία αποστάζεται. Η αλκοόλη αποτελεί το κύριο συστατικό στα αλκοολούχα ποτά. Είναι υγρό άχρωμο με ευχάριστη μεθυστική οσμή, ευκίνητο, ελαφρότερο από το νερό. Όταν αναμιγνύεται με το νερό, αναπτύσσεται θερμότητα και γίνεται συστολή του όγκου όλου του υγρού μίγματος. Εκτός από το νερό αναμιγνύεται με αιθέρα , γλυκερίνη και άλλες οργανικές ενώσεις. Διαλύει άριστα πολλές ουσίες . Ως διαλυτής παίρνει τη δεύτερη θέση μετά το νερό. Σε μικρές ποσότητες προκαλεί διέγερση .Σε μεγαλύτερες μέθη και σε ακόμη πιο μεγάλες καθώς και σε περίπτωση επανάληψης προκαλεί σοβαρές βλάβες και τέλος το θάνατο. Χρησιμοποιείται ως διαλυτής , ως αντισηπτικό στην αρωματοποιία και στη φαρμακευτική , στην κατασκευή αλκοολούχων ποτών, στη χημική βιομηχανία κ.λ.π. Επειδή στην περίπτωση που η αλκοόλη είναι καθαρή έχει μεγάλη φορολογία, όταν πρόκειται να χρησιμοποιηθεί για βιομηχανικούς σκοπούς της προσθέτουν ουσίες, οι οποίες της δίνουν άσχημη γεύση και οσμή, ώστε να μην μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να κατασκευάζονται αλκοολούχα ποτά. Πρώτες ύλες για την παρασκευή της αλκοόλης είναι:

- 1.Τα αλκοολούχα υγρά από τα οποία παίρνεται με απλή απόσταξη .
- 2.Ζαχαρούχα υγρά .
- 3.Ζαχαρότευτλα.
- 4.Σταφίδες.
- 5.Αμυλούχες ύλες και
- 6.Κυτταρινούχες ύλες.

Αλκοολική ζύμωση λέγεται η χημική αλλοίωση την οποία παθαίνει το ζάχαρο για να μετατραπεί σε αλκοόλη.

3.2. ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΒΛΑΒΕΡΟ ΓΙΑ ΤΟ ΣΩΜΑ ΜΑΣ;

Ας το ξεκαθαρίσουμε από την αρχή: η αιθυλική αλκοόλη, το οινόπνευμα δηλαδή που περιέχεται σε διάφορα ποτά, αποτελεί τοξική ουσία, η οποία όταν ξεπεράσει κάποια επίπεδα στον οργανισμό μας, αρχίζει να προκαλεί βλάβες σε σημαντικά όργανα.

Το αλκοόλ απορροφάται ταχύτατα από το πεπτικό σύστημα. Στο πέρασμά του όμως ερεθίζει τις επιφάνειες (τους βλεννογόνους) των οργάνων, με τα οποία έρχεται σε επαφή. Πολλοί από εσάς θα έχετε την εμπειρία από τις "καούρες" μετά την υπερκατανάλωση οινοπνεύματος –αποτέλεσμα της οισοφαγίτιδας ή της γαστρίτιδας που προκάλεσε. Στη συνέχεια -όπως και όλες οι τροφές- το αλκοόλ περνά στο αίμα και οδηγείται στο συκώτι (ήπαρ). Το όργανο αυτό είναι υπεύθυνο για πολλές λειτουργίες, μεταξύ των οποίων ο μεταβολισμός και η αδρανοποίηση των τοξικών ουσιών. Επιπλέον, χαρακτηρίζεται από την ικανότητά του να αναγεννάτε, ακόμα και όταν ένα σημαντικό τμήμα του καταστραφεί. Το πρόβλημα είναι ότι το οινόπνευμα είναι άμεσα τοξικό για το συκώτι και, παρ' ότι σε μικρές ποσότητες δεν προκαλεί κάποιο πρόβλημα, σε μεγαλύτερες είναι δυνατόν να προξενήσει σοβαρή (όπως η αλκοολική ηπατίτιδα) ή και ανεπανόρθωτη βλάβη του ήπατος (όπως η κίρρωση).

Η υψηλή συγκέντρωση του οινοπνεύματος στο αίμα οδηγεί σε βλάβη και του σημαντικότερου μύος του σώματός μας: της καρδιάς. Σύμφωνα με έρευνες, υψηλές συγκεντρώσεις οινοπνεύματος στο αιμα οι οποίες παρατηρούνται μετά τα τρία ποτήρια ούισκι- αναγκάζουν την καρδιά να χτυπά πιο γρήγορα, να χάνει το ρυθμό της (αρρυθμία) και μακροπρόθεσμα να οδηγεί σε μόνιμες καρδιακές βλάβες, ακόμα και σε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Τέλος, το οινόπνευμα φτάνει και στο πιο ευαίσθητο και λεπτεπίλεπτο όργανο του σώματός μας: τον εγκέφαλο. Βεβαίως, Δεν χρειάζεται να αναφέρουμε ότι το αλκοόλ βλάπτει τον εγκέφαλο. Με λίγα μόνο ποτήρια οποιουδήποτε αλκοολούχου ποτού διαπιστώνουμε τα πρώτα σημάδια της επίδρασής του: ζάλη, ανάσχεση των αναστολών, υπερεκτίμηση των ικανοτήτων, αδυναμία λήψης ορθών αποφάσεων, μείωση των αντανακλαστικών. Ο εγκέφαλος έχει ήδη αρχίσει να βλάπτεται από την τοξική ουσία. Όταν, όμως, η χρήση είναι παρατεταμένη, δημιουργούνται μόνιμες βλάβες που παίρνουν τη μορφή εγκεφαλοπάθειας. Εξάλλου, το οινόπνευμα προκαλεί και αφυδάτωση (καθώς συμπαρασύρει ποσότητες νερού οι οποίες χάνονται από το σώμα μας) και υπογλυκαιμία (που μεταφράζεται σε τάση λιποθυμίας και πολλές φορές σε

σωματική κατάρρευση).

Μεταξύ των άλλων, η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται και με την αυξημένη πιθανότητα για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού στις γυναίκες. Φαίνεται, μάλιστα, ότι όσο πιο μεγάλη η κατανάλωση, τόσο πιο πολλές οι πιθανότητες.

3.3. ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

Ορισμός

Υπάρχουν διάφοροι ορισμοί του Αλκοολισμού ένας είναι: <<Αλκοολισμός είναι οποιαδήποτε χρήση αλκοολούχων ποτών που προκαλεί οποιαδήποτε βλάβη στο άτομο, στην κοινωνία ή και στα δύο>>.

Ο αλκοολικός είναι ένα πολύ άρρωστο άτομο που συχνά καταλήγει στον θάνατο.

Παλαιότερα ο αλκοολισμός θεωρείτο ηθική αδυναμία του χαρακτήρα του ατόμου αλλά σήμερα θεωρείται ασθένεια. Αλκοολισμός είναι η εξάρτηση από το αλκοόλ, όπου κάποιος έχει μειωμένη ικανότητα απόδοσης σε πολλές δραστηριότητες της ζωής. Η ουσία του αλκοόλ έχει μπει στο επίκεντρο της ζωής του, την έχει αλλάξει, έχει εντοπίσει ενδιαφέροντα, σχέσεις, ασχολίες και περιστρέφεται γύρω από το αλκοόλ δημιουργώντας τεράστια προβλήματα σε επίπεδο οικογενειακό, κοινωνικό, επαγγελματικό και υγείας. Το αλκοόλ είναι ένα πολύ σκληρό ναρκωτικό που επιδρά σοβαρά στον οργανισμό με άσχημες συνέπειες. Έρευνα που έγινε στη Γαλλία έδειξε ότι αλκοόλ, για τον αλκοολικό, είναι το ίδιο επικίνδυνο με την ηρωίνη. Δεν υπάρχει διαφορά του αλκοόλ από τις υπόλοιπες ουσίες που προκαλούν εξάρτηση, ούτε π.χ. από την Κάναβη.

Θα πρέπει να τονίσουμε ότι η εξάρτηση ενός ανθρώπου από το αλκοόλ γίνεται σε πιο μεγάλο χρονικό διάστημα και ύστερα από συχνή και χωρίς μέτρο χρήση σε αντίθεση με τα άλλα ναρκωτικά στα οποία η εξάρτηση του ατόμου γίνεται ταχύτατα.

Τα αίτια του αλκοολισμού θα πρέπει να αναζητηθούν κυρίως σε ψυχολογικούς λόγους, όπως απομόνωση, μοναξιά, υπερβολική ντροπαλότητα, κατάθλιψη, υπερβολική εξάρτηση από τους άλλους, τάσεις αυτοκαταστροφής, αυτοτιμωρίας, καθώς και σεξουαλική ανωριμότητα .

3.4. ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΥ

Το άτομο που πάσχει από αλκοολισμό έχει χάσει την ελευθερία του απέναντι στο αλκοόλ. Έχει υποδουλωθεί σ' αυτό. Το έχει μετατρέψει σε κεντρικό άξονα της ζωής

του, χάνοντας οποιοδήποτε ενδιαφέρον -και ικανότητα- για δουλειά, σπίτι, υποχρεώσεις και γενικά ανθρώπινη ζωή.

Ο αλκοολισμός είναι ένα πολύπλοκο πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Στην ανάπτυξη του αλκοολισμού παίζουν ρόλο παράγοντες κοινωνικοί και πολιτισμικοί, όπως επίσης και τα οικογενειακά περιβάλλον του ατόμου. Τα κοινωνικά προβλήματα, οι δυσκολίες της ζωής, οι επαγγελματικές δυσκολίες, οι συναισθηματικές απογοητεύσεις, η προσωπικότητα του ανθρώπου, αλλά ακόμα και στοιχεία κληρονομικότητας ή και σοβαρές ψυχικές ανάγκες, οδηγούν από την κατάχρηση στην εξάρτηση και στην αυτοκαταστροφή. Ο γυναικείος αλκοολισμός είναι, βέβαια σε χαμηλότερο επίπεδο, όμως υπάρχει...

3.5. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Το οινόπνευμα εισέρχεται στο αίμα κυρίως από το λεπτό έντερο . Η δράση του οιοπνεύματος στο κεντρικό νευρικό σύστημα είναι ιδίως κατασταλτική , παραλυτική .

Μόλις ο ανθρώπινος οργανισμός δεχτεί αλκοόλ στο αίμα του αμέσως η αλκοόλη βρίσκει το δρόμο για να φτάσει στον εγκέφαλο και τα άλλα όργανα.

Παρακάτω εξηγούνται με βάση τη συγκέντρωση του αλκοόλ στο αίμα οι επιπτώσεις στο σώμα του ανθρώπου

Αν η στάθμη του οιοπνεύματος φτάσει από 10 έως 50 χιλιοστά του γραμμαρίου σε 100 κυβικά του αίματος (10-50 MG/100ML)δημιουργεί αίσθηση χαλάρωσης, κατευνασμό και ηρεμία, Βράδυνση σε διάφορες λειτουργίες της του εγκεφάλου, μείωση της ικανότητας αντίληψης και κρίσης, ευερεθιστότητα των νεύρων και αύξηση καρδιακών παλμών.

Στην ποσότητα από 60 έως 100 MG/100ML παρουσιάζεται ανυπομονησία, άγχος και κατάθλιψη, ψυχολογική νάρκωση όλων των συστημάτων του οργανισμού, μείωση της δύναμης των μυών, καθυστέρηση αντίδρασης και ψυχολογική νάρκωση όλων των συστημάτων του οργανισμού.

Από 100 έως 150 MG/100ML παρουσιάζεται αστάθεια στην κίνηση, δυσκολία στην ομιλία, έμετος καθώς και δραματική μείωση του χρόνου ομιλίας .

Από 160 έως 290 MG/100ML παρουσιάζεται σοβαρή καταστροφή των αισθητήριων οργάνων ενώ από 300 έως 390 MG/100ML προκαλείται λιποθυμία και αναισθησία σε βαθμό χειρουργικής επέμβασης .

Τέλος, αν το επίπεδο του οιοπνεύματος ξεπεράσει τα 400 MG/100ML τότε μπορεί το αποτέλεσμα να είναι παύση αναπνοής και θάνατος .

3.5.1. ΚΙΡΡΩΣΗ – ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Ένας αλκοολικός δεν γίνεται μόνο δυσάρεστος στην οικογένεια και τον κοινωνικό περίγυρο, αλλά χρειάζεται όλο και μεγαλύτερες ποσότητες οινοπνεύματος, αναπτύσσει στερητικό σύνδρομο από την έλλειψη οινοπνεύματος, χάνει με τον καιρό την ανθεκτικότητα στο ποτό, αφού " στις φλέβες τους δεν κυλά πλέον αίμα, αλλά οινόπνευμα", όπως λένε οι γνώστες των πραγμάτων . Τι σημαίνουν για την υγεία όλα αυτά ;

Δηλητηρίαση του σώματος , με πρώτο και καλύτερο το ήπαρ , που δεν μπορεί πλέον να μεταβολίσει το οινόπνευμα , και ανάπτυξη ασθενειών όπως η κίρρωση του ήπατος, ο καρκίνος του οργάνου, καθώς και ένα είδος ηπατίτιδας. στη συνέχεια έχουμε τους καρκίνους του λαιμού, του στόματος και του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, καθώς και την υπέρταση, την καρδιοπάθεια , την καρδιακή ανεπάρκεια, τα εγκεφαλικά και την νεφρική ανεπάρκεια .

3.5.2. ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η καρδιά είναι ένα άλλο σημαντικό όργανο , η λειτουργία του οποίου επηρεάζεται από την κατάχρηση της αλκοόλης .

Πρόσφατα ερευνητικά στοιχεία δεν αφήνουν καμιά αμφιβολία για τον ουσιαστικό ρόλο της αλκοόλης στη μυοκαρδιοπάθεια , παρόλο που η παράλληλη λήψη άλλων τοξικών ουσιών και η κακή διατροφή συμβάλλουν ουσιαστικά σ' αυτή την διαταραχή.

Τέλος μια σειρά από μελέτες τόνισαν τη σχέση μεταξύ κατανάλωσης της αλκοόλης και υπέρτασης .

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τόσο η συστολική όσο και η διαστολική πίεση ήταν υψηλότερες στους καταναλωτές του αλκοόλ σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έπιναν καθόλου .

Περαιτέρω ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξαν ότι το ύψος και των δύο πιέσεων είχε άμεση σχέση με την ποσότητα των αλκοολούχων ποτών που κατανάλωσε ο πότης.

3.5.3. ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ

Οι ηπατικές βλάβες εξαιτίας της κατάχρησης της αλκοόλης είναι γνωστές περισσότερο από κάθε άλλη οργανική διαταραχή .

Στην Μ. Βρετανία και στις ΗΠΑ οι θάνατοι εξαιτίας της αλκοολικής κίρρωσας του ήπατος , στα τελευταία 15 χρόνια έχουν αυξηθεί κατά 25% περίπου . Εξάλλου, η σχέση μεταξύ θνησιμότητας από κίρρωση του ήπατος και κατά κεφαλή κατανάλωσης σε διάφορες χώρες είναι άμεση Έτσι ο δείκτης θνησιμότητας από αλκοολική κίρρωση του ήπατος είναι μεγαλύτερος στους αλκοολικούς σε σύγκριση με μετριοπαθείς ποτές .

Οι γυναίκες είναι περισσότερο ευάλωτες στην κίρρωση και την αλκοολική ηπατίτιδα απ' ότι είναι οι άνδρες .

Είναι κοινή η αντίληψη ότι τα " σκληρά ποτά " προξενούν μεγαλύτερη βλάβη από τα " μαλακά ποτά " (π.χ. μπίρα , κρασί κ.λπ.) .

Αυτή η άποψη είναι λανθασμένη στο βαθμό που το ήπαρ δεν διαφοροποιεί τα σκληρά από τα μαλακά ποτά .

Απλά μεταβολίζει την αλκοόλη σε οποιαδήποτε μορφή αυτή καταναλώνεται, κατά συνέπεια , η κατάχρηση κρασιού ή μπίρας είναι τόσο βλαβερή όσο και η κατάχρηση ουίσκι ή τζιν .

Οι πιο γνωστές διαταραχές του ήπατος σχετικές με την κατάχρηση της αλκοόλης είναι η οξεία αλκοολική ηπατίτιδα και βέβαια η κίρρωση του ήπατος.

Είναι όμως ενδιαφέρον , ότι οι παραπάνω διαταραχές παρουσιάζονται σε σχετικά μικρό ποσοστό ατόμων που συνήθως χαρακτηρίζονται ως " χρόνια αλκοολικοί" .

3.5.4. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι νευρολογικές διαταραχές είναι από τις κύριες επιπτώσεις της κατάχρησης της αλκοόλης και παρουσιάζουν ανάλογο ενδιαφέρον με τις ηπατικές δυσλειτουργίες .

Η περιφερειακή νευροπάθεια η πολυνευρίτιδα, το σύνδρομο Wernicke Korsakoff και η αλκοολική άνοια είναι μερικές από τις νευρολογικές διαταραχές που έχουν άμεση σχέση με τον αλκοολισμό.

Ο ρόλος της ελλιπούς διατροφής έχει σημαντική θέση στις παραπάνω νευρολογικές διαταραχές αλλά και στη γενικότερη λειτουργία του εγκεφάλου. Ανεπάρκεια βιταμινών της σειράς Β και ιδιαίτερα έλλειψης βιταμίνης β12 είναι το κυριότερο αίτιο των νευρολογικών διαταραχών .

Πολλοί ασθενείς εκδηλώνουν και πρόσθετα συμπτώματα (π.χ. επιληψία, εκφυλισμό του πρόσθιου λοβού της παρεγκεφαλίδας κ.λπ.) κατά την διάρκεια της εξάρτησης από αλκοόλ.

Η περιφερειακή νευροπάθεια είναι αδυναμία των μυών και σημαντική ανεπάρκεια των αισθητήριων οργάνων .

Το σύνδρομο Wernicke - Korsakoff είναι η πιο σοβαρή περίπτωση με συμπτώματα όπως διανοητική διαταραχή οργανικής μορφής, μυϊκής ασυνεργίας και αμνησία .

Τέλος η αλκοολική άνοια με κυριότερες επιπτώσεις που έχουν σχέση με τις γνωστικές λειτουργίες του ασθενούς και ιδιαίτερα με τη δυνατότητα μάθησης και οπτικής αντίληψης , όπως επίσης και με τη δυνατότητα της αφαιρετικής σκέψης και της ψυχοκινητικής λειτουργίας.

Συνοψίζοντας πρέπει να τονισθεί ότι οι νευρολογικές διαταραχές παρουσιάζονται συχνά στο χρόνια αλκοολικό και προσβάλλουν περίπου το 10 - 20% αυτού του πληθυσμού .

Επίσης οι νευρολογικές διαταραχές μπορεί να συνυπάρχουν με ψυχιατρικά σύνδρομα ή να εμφανίζονται αυτοτελώς .

3.5.5. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Τα μωρά , ως προϊόν των γονιών τους και κάθε ουσίας που αυτοί καταναλώνουν διατρέχουν κινδύνους, όταν ο ένας ή οι δύο γονείς συνηθίζουν να πίνουν πολύ. Όλοι σχεδόν οι μέχρι τώρα μετρήσεις και έρευνες έχουν γίνει σε γυναίκες, αλλά όσο το μωρό μπορεί να έχει τη μύτη του μπαμπά του, άλλο τόσο μπορεί να έχει και γενετικές ανωμαλίες λόγω του αλκοολισμού του πατέρα .

Από τα φαινόμενα που συνδέονται με την έξη των γονιών στο οινόπνευμα, εκείνο που έχει ερευνηθεί πιο συστηματικά είναι το λεγόμενο Εμβρυϊκό Αλκοολικό Σύνδρομο.

Ο όρος καθιερώθηκε στη δεκαετία του 70, αλλά το φαινόμενο ήταν γνωστό πολλούς αιώνες πριν.

Τη στιγμή του τοκετού το νεογέννητο είναι μικρόσωμο και ελαφρύ και ακόμα και μετά από ένα χρόνο το βάρος του εξακολουθεί να είναι χαμηλότερο του κανονικού. Τα χαρακτηριστικά του προσώπου παρουσιάζουν κι αυτά ιδιομορφίες : πλατύ και επίπεδο πρόσωπο, κοντή και ανασηκωμένη μύτη και " μογγολικές " πτυχές στις εσωτερικές γωνίες των ματιών .

Οι διανοητικές βλάβες αποτελούν την πιο σοβαρή εκδήλωση του συνδρόμου. Υπάρχουν βέβαια και πάρα πολλοί " γεροί ποτές " που τα παιδιά τους είναι απόλυτα φυσιολογικά γιατί παρ' όλο που η σχέση όλων των παραπάνω με το αλκοόλ έχει αποδειχθεί, θεωρείται γενικά ότι ο κίνδυνος είναι μικρός.

3.6. ΠΡΟΛΗΨΗ

Υπάρχουν πολλά μέτρα πρόληψης κάποια από τα οποία γνωρίζουν οι άνθρωποι αλλά τα περισσότερα τα μαθαίνουν από γιατρούς , από περιοδικά , από εφημερίδες , από διάφορα ειδικά βιβλία και μερικές φορές από την τηλεόραση .

Γι' αυτό θα πρέπει να καταναλώνουμε όσο μπορούμε λιγότερο αλκοόλ. Ο καθένας μας ξεχωριστά πρέπει να προφυλάγεται. Αν κάποιος δεν μπορεί να βάλουν ένα μέτρο στο ποτό τους θα πρέπει να τους προστατεύουν οι δικό τους. Σημαντικό ρόλο παίζει οι οικογένεια στην πρόληψη του αλκοολισμού .

Ένας καλός τρόπος πρόληψης του αλκοόλ που μπορεί να πάρει ο κάθε άνθρωπος ξεχωριστά είναι να συμβουλευθεί κάποιο γιατρό και να μην πηγαίνει σε μέρη που υπάρχουν αλκοολούχα ποτά π.χ. μπαρ , μπουζούκια , ντίσκο κ.λπ. γιατί μπορεί να παρασυρθεί.

Επίσης θα πρέπει να μην παίρνει στο σπίτι του ποτά με αλκοόλ και να μην πίνει από αυτά τα ποτά , όταν του τα προσφέρουν .

Δεν αρκεί όμως μόνο η προσπάθεια πρόληψης του αλκοόλ μόνο από κάθε άτομο ξεχωριστά .

Θα πρέπει η κοινωνία να ενημερώνεται και να μην φοβάται, όπως στην περίπτωση των ναρκωτικών . να γίνεται ενημέρωση στο κοινωνικό σύνολο για θέματα χρήσης και κατάχρησης της αλκοόλης .

Είναι απαραίτητα εκπαιδευτικά προγράμματα με αποκλειστικό αντικείμενο τις ουσίες εξάρτησης σε προγράμματα σπουδών , όπως ιατρικής , της ψυχολογίας , της οικονομίας της υγείας αλλά και της νοσηλευτικής και πολλά άλλα .

Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στις αρνητικές στάσεις που διακρίνουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό απέναντι στον αλκοολισμό .

Να καταγραφούν τα παραπτώματα , οι εγκληματικές πράξεις και τα ατυχήματα εξαιτίας της χρήσης του αλκοόλ .

Έτσι ώστε να διαμορφωθεί η εικόνα για το μέγεθος του προβλήματος στη χώρα . Επίσης να δημιουργηθούν και να αναπτυχθούν επιστημονικά αποδεκτά κριτήρια για την έγκυρη και έγκαιρη αναγνώριση του προβληματικού πότη .

Επιπλέον να μην προβάλλονται διαφημίσεις που προβάλουν το αλκοόλ σαν απόλαυση. Να τονίσουμε ότι η ποτό-απαγόρευση και η υψηλή φορολογία στα αλκοολούχα ποτά ΔΕΝ αποτελούν παράγοντες πρόληψης .

Τέλος , πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερος ότι οι προσπάθειες πρόληψης πρέπει να είναι απόλυτα συντονισμένες και εμπεριέχουν , οπωσδήποτε , ερευνητικό πρόγραμμα αξιολόγησης της αποτελεσματικότητάς τους .

3.7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η πρόληψη της εξάρτησης από το οινόπνευμα ,πρέπει να προσεγγιστεί λαμβάνοντας υπόψη τον ευρύτερο στόχο της πρόληψης και μείωσης προβλημάτων του συνόλου του πληθυσμού που σχετίζονται με αυτή την εξάρτηση (ατυχήματα λόγω κατανάλωσης αλκοόλ, τραυματισμοί, αυτοκτονίες, βία κλπ). Οι πολιτισμικές αξίες και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις σχετίζονται με χαμηλό επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ.

Οι στόχοι της θεραπείας είναι η μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας λόγω του αλκοόλ, και η μείωση άλλων κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που σχετίζονται με την χρόνια και υπερβολική κατανάλωση.

Η έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος, η έγκαιρη παρέμβαση, η ψυχολογική στήριξη, η θεραπευτική αντιμετώπιση των βλαπτικών συνεπειών του αλκοόλ (συμπεριλαμβανομένου του στερητικού συνδρόμου κλπ), η εκπαίδευση ώστε οι αντιστάσεις στην υποτροπή να αυξάνονται, η εκπαίδευση της οικογένειας και η αποκατάσταση είναι οι κύριες στρατηγικές που αποδεδειγμένα αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα προβλήματα του αλκοολισμού και την εξάρτηση.

Η επιδημιολογική έρευνα δείχνει, ότι τα περισσότερα προβλήματα προκύπτουν μεταξύ αυτών που δεν είναι εξαρτημένοι σε μεγάλο βαθμό, όπως μεταξύ ατόμων που μεθούν και οδηγούν ή φέρονται ριψοκίνδυνα, ή πίνουν πολύ , αλλά συνεχίζουν να εργάζονται ή να πηγαίνουν σχολείο και να διατηρούν τις σχέσεις τους και σχετικώς σταθερό τρόπο ζωής. Από το σύνολο των ασθενών που πίνουν σε βαθμό επικίνδυνο και προσέρχονται σε κλινικές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μόνο το 25% είναι εξαρτημένοι.

Οι σύντομες παρεμβάσεις συμπεριλαμβάνουν μια ποικιλία δραστηριοτήτων που απευθύνονται σε ανθρώπους, οι οποίοι κάνουν επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ, αλλά δεν είναι εξαρτημένοι. Είναι παρεμβάσεις χαμηλής έντασης και σύντομης διάρκειας, που συνήθως διαρκούν 5-60 λεπτά. Έχουν εκπαιδευτικό και κινητοποιητικό χαρακτήρα, και είναι σχεδιασμένες για να αντιμετωπίσουν την ειδική

συμπεριφορά του πότη, και εστιάζουν περισσότερο στην ανάδραση από την διαγνωστική αξιολόγηση, στην εκπαίδευση, απόκτηση δεξιοτήτων, ενθάρρυνση και σε πρακτικές συμβουλές, παρά σε εντατική ψυχολογική ανάλυση, ή περιπλοκότερες θεραπευτικές τεχνικές (Gomel et al.1995).

Η αποτελεσματικότητα των σύντομων παρεμβάσεων από τους ειδικούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης για την αντιμετώπιση των πρώτων προβλημάτων λόγω κατανάλωσης αλκοόλ, έχει αποδειχθεί σε πολλές μελέτες (WHO 1996; Wilk et al.1997). Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν μειώσει την κατανάλωση αλκοόλ έως και 30%, για περιόδους 6-12 μηνών, ή και περισσότερο. Οι μελέτες δείχνουν επίσης, ότι αυτές οι παρεμβάσεις είναι οικονομικά αποδοτικές (Gomel et al. 1995).

Όσον αφορά τους ασθενείς με σοβαρότερη εξάρτηση, υπάρχουν αποτελεσματικές επιλογές και για εξωτερικούς και για εσωτερικούς ασθενείς, αν και σημαντικά φθηνότερες για τους πρώτους. Έχει αποδειχθεί ότι πολλές ψυχολογικές θεραπείες είναι εξίσου αποτελεσματικές, όπως : η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, η κινητοποιητικές συνεντεύξεις, και προσεγγίσεις του τύπου "Δώδεκα βήματα" (Twelve steps) ως προς την ειδική θεραπεία. Όταν συνυπάρχει κοινοτική ενίσχυση, όπως του Ανώνυμου Συνδέσμου Αλκοολικών (AA), κατά τη διάρκεια και μετά την ειδική θεραπεία, τα αποτελέσματα είναι καλύτερα απ' ό,τι με τη θεραπεία μόνο. Η θεραπεία των συζύγων και μελών της οικογένειας, ή απλώς η εμπλοκή τους, βοηθάει ώστε να αρχίσει η θεραπεία, αλλά και να μη διακοπεί.

Η αποτοξίνωση (η θεραπεία του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου) εντός της κοινότητας είναι προτιμητέα, εκτός των περιπτώσεων που υπάρχει σοβαρή εξάρτηση, ιστορικό με τρομώδες παραλήρημα ή στερητικές κρίσεις, μη υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον, ή προηγούμενες αποτυχημένες προσπάθειες αποτοξίνωσης (Edwards et al. 1997). Η νοσηλεία σε νοσοκομείο είναι μια επιλογή ως προς τους ασθενείς με συννοσηρότητα, ή που πάσχουν σοβαρά από ψυχιατρική άποψη. Ψυχοκοινωνικές και οικογενειακές παρεμβάσεις βοηθούν επίσης την ανάρρωση, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν και άλλα προβλήματα.

Δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι μια κατασταλτική θεραπεία θα επιτύχει. Είναι απίθανο ότι μια τέτοια θεραπεία θα είχε ευεργετικά αποτελέσματα, είτε γίνεται μετά τον εγκλεισμό με ή χωρίς δικαστική απόφαση, ή με οποιονδήποτε άλλο τρόπο (Heather 1995).

Η φαρμακευτική αγωγή δεν μπορεί να αντικαταστήσει την ψυχολογική θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ, αλλά μερικά φάρμακα αποδεικνύονται αποτελεσματικά ως συμπλήρωμα της θεραπείας, ώστε να μειωθεί το ποσοστό υποτροπών.

3.8. ΑΛΚΟΟΛΟΜΑΝΙΑ

Αλκοολισμός έχει καθιερωθεί να λέγεται η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών. Υπάρχουν πολλές θεωρίες που προσπαθούν να εξηγήσουν την παγκόσμια συνήθεια των λαών για οινοπνευματώδη.

Πολλοί μιλούν για κλιματολογικές συνθήκες ή για φυλετικές καταβολές που δημιουργούν τάσεις για χρήση ή κατάχρηση αλκοόλ. Είναι γεγονός ότι τόσο το κλίμα όσο και η ψυχολογία διαφόρων λαών, διαμορφώνουν την τάση τους για οινοπνευματώδη ποτά. Οι κάτοικοι των βορείων κλιμάτων, για παράδειγμα, καταναλώνουν οινοπνευματώδη για θερμαντικούς κυρίως λόγους, ενώ οι αφρικανοί λαοί πίνουν για να ευθυμήσουν.

Κλίμα λοιπόν και φυλετισμός οπωσδήποτε επιδρούν στα διάφορα ήθη και έθιμα των οινοποτών.

Πάντως οι ειδικοί, όπως και η κοινή γνώμη συμφωνούν ότι ο αλκοολισμός είναι βλαβερός στην ανθρώπινη υγεία και αν δεν οδηγήσει κάποιον στο ψυχιατρείο από το σπάσιμο νεύρων είναι βέβαιο ότι θα επιταχύνει τη διάρκεια της ζωής του.

Η συνηθισμένη αρρώστια των αλκοολικών είναι η κίρρωση του ήπατος. Από πειράματα που έχουν γίνει στην Αγγλία για ν' αποδείξουν την εκφυλιστική κληρονομικότητα που αφήνει ένας αλκοολισμός στους "κατιόντες" συγγενείς του γνωρίζουμε ότι οι επιδράσεις του οινοπνεύματος φτάνουν ως την τρίτη γενεά. Τα αποτελέσματα του αλκοολισμού είναι τραγικά στην σεξουαλική ικανότητα και συμπεριφορά των απογόνων ενός ανίατου "οινόφυλλου".

Από καθαρά ηθικής πλευράς ο αλκοολισμός θεωρείται ως αμάρτημα και παράβαση θείων εντολών που απαιτούν το σεβασμό της ανθρώπινης υγείας και αξιοπρέπειας.

Εφόσον, σύμφωνα με τη χριστιανική αντίληψη, το σώμα είναι "ναός του Θεού" και "κατοικιτήριο του Αγίου Πνεύματος" είναι απαράδεκτη κάθε παράδοση του στη φθορά και την κατάχρηση όπως είναι αυτή του αλκοολισμού, γιατί "ο φθειρών τον Ναό του Θεού, φθείρει τούτον ο Θεός", σύμφωνα με την ηθική διδασκαλία του Αποστόλου Παύλου.

3.9. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Το αλκοόλ επηρεάζει πολύ τον εσωτερικό κόσμο ενός ανθρώπου. Το ποτό προκαλεί εξάρτηση ψυχολογική και σωματική δηλ. το άτομο πάσχει από το σύνδρομο της εξάρτησης από την αλκοόλη. Οι άνθρωποι που πίνουν κατά βάθος

ξέρουν ότι κάνουν κάτι που βλάπτει και τους ίδιους αλλά και τους γύρω τους, όμως δε μπορούν να το σταματήσουν. Έτσι εμφανίζουν την τάση να κρύβουν μπουκάλες με οποιοδήποτε οινοπνευματώδες ποτό.

Το ποτό μπορεί να προωθήσει τα ευχάριστα αισθήματα για λίγες ώρες όμως η μακρόχρονη κατανάλωση οδηγεί πάντα σε μια βαθμιαία επιδείνωση της ψυχολογικής διάθεσης του ατόμου. Το άτομο που πίνει πολύ αρχίζει να νοιώθει περισσότερη κατάθλιψη και ευερεθιστικότητα. Μπορεί να δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει άλλους ανθρώπους και να γίνει εύκολη λεία δυστυχημένων και καχύποπτων σκέψεων. Ο αλκοολικός αποκτά συχνά τη φήμη του ανόητου φλύαρου ή του ανθρώπου που έχει επιθετική συμπεριφορά σε άλλους.

Το τρομώδες παραλήρημα, σύμπτωμα του συνδρόμου αποστέρησης από την αλκοόλη αναπτύσσεται μετά από λίγες μέρες αποχής. Ο μεγάλος πότης που αρχίζει να ακούει φωνές πάσχει από αλκοολική ψευδαισθήτωση.

Η κατάθλιψη και η αυτοκτονία είναι τόσο κοινές μεταξύ αλκοολικών όσο σχεδόν και στους ανθρώπους που πάσχουν από την καθαρή μορφή κατάθλιψης.

Το εγώ του ατόμου που πίνει είναι αδύνατο, χαρακτηρίζεται από χαμηλό επίπεδο ανοχής της στέρησης, μοναχικότητα, ευθραυστότητα, παρορμητικότητα, εξάρτηση, ψευδαισθήση της παντοδυναμίας [υπερτροφία του Εγώ] μειωμένη ικανότητα εκτίμησης της πραγματικότητας, τάση φυγής από τις δυσκολίες.

Ο μεγάλος πότης λοιπόν έχει αδύνατο χαρακτήρα, για αυτό άλλωστε κι αρχίζει το ποτό.

Μερικοί άνθρωποι πίνουν για να νοιώσουν υπερδιέγερση, άλλοι για να μειώσουν το άγχος. Μερικοί πίνουν για να είναι κι αυτοί μέρος της "παρέας" και άλλοι για να τιμωρήσουν τις γυναίκες τους.

Η χαλαρωτική επίδραση του αλκοόλ ήταν η αιτία καταστροφής αυτού του μουσικού. "Αναζητούσα απελπισμένα κάτι για να χαλαρώσει το κομματιασμένο μου νευρικό σύστημα και έτσι δέχτηκα το ουίσκι που μου πρόσφεραν. Η δράση ήταν άμεση... και πέτυχε. Από κείνη τη στιγμή και πέρα, δεν μπορούσα να μείνω χωρίς τη μπουκάλια σε κάθε δουλειά που αναλάμβανα, κι αυτή η κατάσταση κράτησε τα επόμενα 20 χρόνια. Έκανα μια συμφωνία μ' αυτό το πράγμα: "θα σε πίνω και συ θα με απαλλάσσεις από τα νεύρα μου".

Η απόφαση να το ρίξει κανείς στο ποτό είναι αποτέλεσμα μιας πολύπλοκης αλληλεπίδρασης μεταξύ του πότη και του κοινωνικού του περιβάλλοντος. Πολλές έρευνες έδειξαν ότι η κατανάλωση του οινοπνεύματος εξαρτάται από το φύλο, την εθνικότητα, την απασχόληση και την χώρα. Αρκετά σημαντικό ρόλο παίζει και η τιμή των οινοπνευματωδών. Πολλές φορές τα προβλήματα από το αλκοόλ είναι

ανάλογα με τις εθνο-θρησκευτικές ομάδες. Οι περισσότεροι Ισραηλίτες πίνουν ή μπλέκονται σε φασαρίες εξαιτίας του ποτού. Οι περισσότεροι καθολικοί και φιλελεύθεροι προτεστάντες πίνουν και πολλοί από αυτούς έχουν πρόβλημα με το ποτό. Οι συντηρητικοί ή οι "πουριτανοί" προτεστάντες [που περιέχονται σε δόγματα που επικροτούν την πλήρη αποχή] έχουν μεγάλο ποσοστό αποχής.

Οι οινοπαραγωγικές χώρες έχουν ένα ποσοστό ατόμων που κάνουν συστηματική χρήση οινοπνεύματος ως μέρος της καθημερινής ζωής. Γενικά η ανεκτική στάση στο ποτό επιδρά και στις καταναλωτικές συνήθειες των ατόμων αλλά και στην κοινωνική πολιτική των κυβερνήσεων. Σε σχέση με τη νομοθεσία που αφορά τον έλεγχο των ωρών λειτουργίας των μπαρ και των καφενείων οι Ιταλοί και οι Γάλλοι δείχνουν μεγαλύτερη ελευθερία από τους Βρετανούς.

Επίσης οι ασχολίες επηρεάζουν την κατανάλωση αλκοόλ. Οι διευθυντές εταιρειών, οι ταβερνιάρηδες, οι σκηνοθέτες, οι ηθοποιοί, οι αρτίστες, οι μουσικοί, οι μάγειροι και οι ναύτες παρουσιάζουν μεγάλο ποσοστό θανάτων που οφείλονται στο οινόπνευμα.

Το αλκοόλ προκαλεί πολλά προβλήματα και αναταραχές στην οικογένεια. Όλη η οικογένεια υποφέρει μαζί του και εξ αιτίας του αλκοολικού, ιδιαίτερα αν έχει ο πότης και κάποια ψυχική διαταραχή. Δύο γνωστοί Βρετανοί ψυχίατροι, οι Kessel και Nalton με μακρόχρονη κλινική πείρα έκαναν πολλές κλινικές παρατηρήσεις, από τις αναρίθμητες συνεντεύξεις που τους παρεχώρησαν οι γυναίκες αλκοολικών ατόμων. Πολλές φορές μας έκανε εντύπωση η απεριόριστη υπομονή αλλά και οι δυνατότητες των συζύγων των αλκοολικών. Η σύζυγος γενικά έχει την ευθύνη όλων των υποθέσεων της οικογένειας και επιφανειακά τουλάχιστον φαίνεται να μην έχει την ανάγκη ενός ικανού συντρόφου. Ο ρόλος της απέναντι στα παιδιά της επεκτείνεται με την ανάληψη και του πατρικού ρόλου. Η ανάληψη των γενικών ευθυνών της οικογένειας συχνά μειώνει το σύντροφο της και του τονίζει την αίσθηση της ανικανότητας του "Οι αλκοολικοί είναι κοινωνικά ανεύθυνα άτομα. Η σύζυγος δε γνωρίζει πότε θα επιστρέψει ο σύζυγος σπίτι για φαγητό και δεν τον εμπιστεύεται στις κοινωνικές συναλλαγές. Περιμένουν ν' ακούσουν ότι έχασαν τη δουλειά τους, περιμένουν τη μοιραία καταστροφή. Της λείπει η συντροφικότητα, η αγάπη και η στοργή. Της λείπει η ευκαιρία για ανταλλαγή απόψεων στα θέματα των παιδιών και του κοινού σχεδιασμού για το μέλλον. Όσο περνάει ο καιρός αυξάνεται η μοναξιά και η απογοήτευση. Δεν είναι ποτέ σίγουρο ότι καταλαβαίνει τα προβλήματα της."

Η γυναίκα του αλκοολικού ψάχνει να βρει τρόπους να τον δικαιολογήσει στον εργοδότη του, στους φίλους του, στους γονείς του. Δεν μπορεί να αποφασίσει αν θέλει να τον εγκαταλείψει ή να μείνει μαζί του.

Οι γυναίκες αλκοολικών έχουν υψηλό δείκτη ψυχολογικών διαταραχών. Οι επιπτώσεις που έχει η κατάχρηση της αλκοόλης στα παιδιά των αλκοολικών ατόμων είναι αντικείμενο αξιόλογου αριθμού μελετών. Ένα μεγάλο μέρος των δημοσιευμάτων ασχολείται με τις βραχυπρόθεσμες αλλά και τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του στρες που αισθάνονται τα παιδιά αυτά λόγω της γονικής αλκοολικής συμπεριφοράς. Η έρευνα των Aronson et al [1963] έδειξε ότι έφηβοι από αλκοολικό πατέρα είχαν αρνητική αντιμετώπιση από τους δασκάλους τους σε σύγκριση με παιδιά από μη αλκοολικούς γονείς. Στη σχολική ηλικία παιδιά αλκοολικών είχαν προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής και μάθησης. Η υπερκινητικότητα, η

επιθετικότητα και η αυτοκαταστροφή είναι εκδήλωση των παιδιών των αλκοολικών.

Στον τομέα της κοινωνικότητας οι Wilson et al [1978] παρατήρησαν ότι τα παιδιά των αλκοολικών έχουν δυσκολίες στην εξεύρεση φίλων και τη διατήρηση της φιλίας.

Η πιο οδυνηρή επίπτωση στα παιδιά αυτά είναι η πιθανότητα να γίνουν οι ίδιοι αλκοολικοί. Σχολιάζοντας αυτό το θέμα ο Orford [1977] παρατηρεί:

"Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι τα παιδιά των αλκοολικών γονέων επιδεικνύουν συμπεριφορές κατά την εφηβεία που προμηνύουν την ανάπτυξη του αλκοολισμού.

Ίσως σ' αυτό να συνεργεί και το στρες που δέχονται από το περιβάλλον τους ..."

Παρ' όλα τα μεθοδολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν αρκετές από τις οικογένειες, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η οικογένεια του αλκοολικού υποφέρει.

Οι πιέσεις που δέχονται οι σύζυγοι και τα παιδιά, η βία και οι οικονομικές δυσκολίες είναι πιο κοινά προβλήματα.

Το αλκοόλ φανερά βλάπτει όλους μας, την κοινωνία γενικότερα. Δεν το βλέπουμε; Ναι το βλέπουμε αλλά συνεχίζουμε να καταναλώνουμε αλκοολούχα ποτά μη δίνοντας σημασία. Ο άνθρωπος πολλές φορές θέλει την αυτοκαταστροφή του.

Το αλκοόλ έχει δημιουργήσει πολλά προβλήματα στην κοινωνία, σε μας ουσιαστικά. Προκαλούνται πάρα πολλά τροχαία ατυχήματα εξαιτίας του και καθημερινά ακούμε και διαβάζουμε πολλά γι' αυτά. Γενικά, τα ατυχήματα που έχουν κάποια σχέση με το αλκοόλ προκαλούν περισσότερους θανάτους απ' όλες τις μολυσματικές ασθένειες μαζί. Στην Αυστραλία το 50% τουλάχιστον των θανάτων που προέρχονται από τροχαία ατυχήματα είναι συνδεδεμένα με κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Οι άνθρωποι γίνονται πολλές φορές βίαιοι και επιθετικοί εξαιτίας του αλκοόλ που μπορεί να χαρακτηριστεί "πληγή της κοινωνίας" όταν καταναλίσκεται σε μεγάλες ποσότητες, όταν γίνεται δηλαδή κατάχρηση. Σε μικρές ποσότητες κάνει καλό σε κάποιες περιπτώσεις στον οργανισμό. Η δημόσια μέθη είναι τιμωρητέο πλημμέλημα, κυρίως γιατί ο μέθυσος γίνεται συχνά επιθετικός για το

κοινό. Αυτή η πράξη όμως τον υποβαθμίζει σαν άτομο, τον προσβάλλει. Στην Αγγλία και την Ουαλία, επιβάλλονται 100.000 καταδίκες κάθε χρόνο, από τις οποίες γύρω στις 3.000 είναι φυλακίσεις. Παρ' όλο που περισσότερα απ' αυτά είναι μικροαδικήματα, το αλκοόλ σε μεγάλο ποσοστό είχε κάποια σχέση με τρομακτικά εγκλήματα βίας.

Ο αντίκτυπος του αλκοόλ στην εθνική οικονομία, σε επίπεδα απουσίας ή ανικανότητας στην εργασία είναι πολύ μεγάλος.

Ο πότης, σαν άτομο, μπορεί να υποβάλλει τους συνανθρώπους του σε αφόρητες εμπειρίες.

Ακόμη ο αλκοολισμός έχει επιπτώσεις στην οικονομία, πληρώνεται ακριβά. Έχει αναφερθεί ότι ο αλκοολισμός στοιχίζει κάθε χρόνο ένα δισεκατομμύριο δολάρια, στην βιομηχανία των Η.Π.Α., οι δυσκολίες όμως να υπολογιστεί η διάδοση των προβλημάτων που υπάρχουν εξαιτίας του ποτού κάνουν την εκτίμηση μόνο ένα αδρό οδηγό. Για την Βρετανία έχει αναφερθεί το ποσό των 40 εκατομμυρίων λιρών, από τα οποία τα 20 πληρώνονται σε αναρρωτικές άδειες. Είναι λοιπόν υπερβολικά τα έξοδα που πληρώνει η κοινωνία και το κόστος στην υγεία του ίδιου του πότη.

Τα προβλήματα που δημιουργούνται εξαιτίας του αλκοόλ σε βάρος της κοινωνίας, μπορούν να εκφραστούν και από αυτόν τον πίνακα διαμαρτυρίας κάποιων ανθρώπων που μετάνιωσαν ... και προσπαθούν να συνεχίσουν τη ζωή τους, να ξαναβρούν το χαμένο τους ρυθμό.

ΕΝΟΤΗΤΑ 4η

ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ. ΚΑΛΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΚΑΛΗ ΥΓΕΙΑ

4.1. ΓΕΝΙΚΑ

Διατροφή είναι η διαδικασία με την οποία ο οργανισμός χρησιμοποιεί τα τρόφιμα. Αυτή η διαδικασία είναι πολύπλοκη και περιλαμβάνει την πέψη, απορρόφηση, μεταφορά, αποθήκευση, μεταβολισμό και απομόνωση των διαφόρων θρεπτικών συστατικών που υπάρχουν στη δίαιτα. Απαραίτητη προϋπόθεση για την εξασφάλιση της υγείας αλλά και της μακροζωίας είναι η σωστή διατροφή.

Η ενέργεια καθορίζεται από την ικανότητα παραγωγής έργου ή τη δυνατότητα για πρόκληση μιας αλλαγής στην ύλη. Η ενέργεια είναι πάντοτε απαραίτητη για τη συντήρηση των ιστών, σώματος, τη διατήρηση της θερμοκρασίας και την ανάπτυξη (ακούσιες δραστηριότητες) όπως επίσης και για εκούσιες δράσεις. Παράδειγμα εκούσιων δράσεων είναι το βάδισμα, το κολύμπι, η ανάγνωση κ.α.

Η ενέργεια βρίσκεται αποθηκευμένη στα μόρια των λιπών, υδατανθράκων, πρωτεϊνών και αλκοόλης και κατά την αποικοδόμηση αυτών απελευθερώνεται η απαραίτητη ενέργεια για τις ανάγκες του οργανισμού. Αυτές οι πηγές ενέργειας στον ανθρώπινο οργανισμό μετατρέπονται σε άλλες ενεργειακές μονάδες, όπως είναι γλυκόζη, λιπαρά οξέα, αμινοξέα κ.τ.λ. και οι οποίες καίγονται για να απελευθερώσουν έργο. Η μονάδα ενέργειας που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της ενέργειας των τροφίμων (θερμιδικής αξίας και τροφίμων) είναι η θερμίδα ή καλορί.

Βασικός μεταβολισμός

Το ύψος της ενέργειας που χρειάζεται, ένα άτομο μόνο για τη συντήρηση του σώματος λέγεται βασικός μεταβολισμός, δηλαδή η ενέργεια για τη διατήρηση του ατόμου στη ζωή χωρίς να δρα, να εργάζεται, να κινείται.

Ο βασικός μεταβολισμός συνηθίζεται να μετράται κάτω από συνθήκες σταθερές ήτοι άνετο θερμικά περιβάλλον (20-25° C), τουλάχιστον 14 ώρες μετά το τελευταίο γεύμα και πολλές ώρες αργότερα μετά από αυστηρή σωματική άσκηση. Όταν γίνεται μια τέτοια

μέτρηση, το σώμα ακινητεί και καταναλώνει μόνο για τις βασικές λειτουργίες του οργανισμού, τις ακούσιες (αναπνοή, κυκλοφορία του τα των κυττάρων και διατήρηση θερμοκρασίας).

4.2. ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ

Είναι πλέον γνωστό σε όλους μας ότι ο τρόπος που διατρεφόμαστε καθορίζει σε μεγάλο βαθμό το πόσο υγιείς είμαστε. Πόσοι από εμάς όμως γνωρίζουμε πραγματικά ποιος είναι ο υγιεινός τρόπος διατροφής, ώστε να τον εφαρμόσουμε στην καθημερινότητά μας; Προκειμένου να αρχίσετε να προσέχετε περισσότερο τη διατροφή σας, είναι απαραίτητο να γνωρίζετε τις βασικές αρχές που πρέπει να ακολουθεί το υγιεινό διαιτολόγιο, αρχές στις οποίες έχει καταλήξει η επιστημονική κοινότητα μετά από πολύχρονη έρευνα και διαρκή προβληματισμό. Στη συνέχεια λοιπόν καταγράφονται οι βασικές αρχές σχεδιασμού του σωστού διαιτολογίου, αρχές που πρέπει να ακολουθούνται ανεξάρτητα από την ηλικία μας και ανεξάρτητα από το αν θέλουμε να διατηρήσουμε, να μειώσουμε ή να αυξήσουμε το βάρος μας.

Ποικιλία

Περισσότερα από 50 διαφορετικά θρεπτικά συστατικά έχει ανάγκη κάθε άνθρωπος για να εξασφαλίσει τη διατήρηση της υγείας του. Μπορούμε να διακρίνουμε αυτά τα θρεπτικά συστατικά σε εκείνα που αποδίδουν ενέργεια, υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, λίπη και σε αυτά που δεν αποδίδουν ενέργεια αλλά είναι απαραίτητα για τη θρέψη, βιταμίνες, μέταλλα, ιχνοστοιχεία.

Τα θρεπτικά συστατικά απαντώνται στα διάφορα τρόφιμα σε διαφορετικές ποσότητες και αναλογίες καθιστώντας κάθε τρόφιμο ξεχωριστά μάλλον αναντικατάστατο και σίγουρα όχι ικανό από μόνο του να καλύψει τις θρεπτικές ανάγκες του οργανισμού.

Επομένως για να εξασφαλιστεί μια επαρκής διαίτα, καθίσταται αναγκαία η ύπαρξη ποικιλίας και η κατανάλωση τροφών και από τις έξι ομάδες τροφίμων:

1. φρούτα
2. λαχανικά
3. ψωμί και δημητριακά
4. γάλα, γιαούρτι, τυρί (με χαμηλά λιπαρά ή άπαχα)
5. ψάρι, πουλερικά, κρέας, όσπρια και αβγά
6. ελαιόλαδο και ανάλατοι ξηροί καρποί

Ισορροπία

Η ποικιλία τροφίμων στα γεύματα εξασφαλίζει την πρόσληψη θρεπτικών συστατικών όλων των κατηγοριών, όχι όμως και την αποφυγή υπερβολικής πρόσληψης κάποιου θρεπτικού συστατικού.

Μια ισορροπημένη διατροφή λοιπόν περιλαμβάνει σε καθημερινή βάση και σε μεγαλύτερη ποσότητα αδρά επεξεργασμένα δημητριακά και προϊόντα τους. Ψωμί ολικής άλεσης, βρώμη, μη αποφλοιωμένο ρύζι, ζυμαρικά ολικής άλεσης, παρέχουν στον οργανισμό ενέργεια, άπεπτες φυτικές ίνες, σίδηρο και βιταμίνες της ομάδας Β.

Φρούτα και λαχανικά (μη ξεχνάτε τα χόρτα) είναι πολύ καλές πηγές διαιτητικών ινών, ιχνοστοιχείων και βιταμινών, όπως και της βιταμίνης C, A, φλαβονοειδών και ποικίλων άλλων ουσιών, που προστατεύουν από χρόνια νοσήματα (αθηροσκλήρωση και καρκίνο) και επιβραδύνουν τη γήρανση των κυττάρων του οργανισμού.

Προτιμήστε το ελαιόλαδο ως την κύρια πηγή προστιθέμενων λιπιδίων στα γεύματα. Η χρήση του ελαιολάδου, πλούσιο σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, ωμού και κυρίως, σε σύγκριση με τα λίπη που χρησιμοποιούνται στις διατροφές της Βόρειας Ευρώπης και Αμερικής (που βασίζεται κυρίως στα κορεσμένα λιπαρά) απέδειξε ότι συνεισφέρει στην βελτίωση του λιπιδικού προφίλ του πλάσματος. Γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα είναι καλές πηγές πρωτεϊνών, υδατανθράκων, ασβεστίου, φωσφόρου και άλλων θρεπτικών συστατικών.

Ένα με δύο ποτηράκια κρασί μαζί με το γεύμα ανεβάζουν την "καλή" χοληστερόλη και επίσης μειώνουν τη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων (οι χρήσιμες ουσίες που περιέχονται στο κόκκινο κρασί και προλαμβάνουν χρόνια νοσήματα περιέχονται σε πολύ μεγαλύτερες ποσότητες στα κόκκινα σταφύλια και σε άλλα φρούτα και λαχανικά).

Σε εβδομαδιαία βάση πρέπει να καταναλώνονται ψάρι και ξηροί καρποί που είναι καλές πηγές πρωτεΐνης και απαραίτητων λιπαρών οξέων. Το ψάρι περιέχει μεγάλη ποσότητα ω-3 λιπαρών οξέων, που ελαττώνουν τα τριγλυκερίδια και την πηκτικότητα του αίματος και επομένως τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα.

Τα πουλερικά είναι καλύτερα από το κόκκινο κρέας γιατί περιέχουν λιγότερο κορεσμένο λίπος που είναι αθηρογόνο (προκαλεί καρδιαγγειακά νοσήματα). Στο κόκκινο κρέας συγκαταλέγονται το μοσχάρι, το αρνί, το κατσίκι και το χοιρινό. Περιορισμός ζάχαρης, λίπους και αλατιού. Γλυκά με υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη παρέχουν "κενές" θερμίδες στον οργανισμό, χωρίς άλλα θρεπτικά συστατικά. Εκτός από αυτό, τα γλυκά, παίρνουν συνήθως τη θέση άλλων περισσότερο υγιεινών τροφών στο διαιτολόγιό μας δυσχεραίνοντας έτσι την επαρκή πρόσληψη των απαιτούμενων συστατικών.

Ενδείκνυται λοιπόν ο περιορισμός στα 2-3 γλυκά του κουταλιού ανά εβδομάδα, εφόσον υπάρχει η διάθεση για γλυκό. Διαφορετικά, κάποια άλλη υγιεινή λύση που θα

μπορούσε να καλύψει την επιθυμία για κατανάλωση γλυκού, είναι το μέλι με γιαούρτι.

Για τον περιορισμό του λίπους στη διατροφή μας (και ειδικά των κορεσμένων λιπαρών). Καταναλώνεται κυρίως τρόφιμα φυτικής προέλευσης (δημητριακά, φρούτα, λαχανικά), καθώς τα τρόφιμα ζωικής προέλευσης είναι πλούσια σε λιπαρά (ειδικότερα σε κορεσμένα λίπη).

Η μέση κατανάλωση αλατιού στη χώρα μας πλησιάζει τα 10 γρ. ανά ημέρα για κάθε άτομο. Η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη δεν πρέπει να ξεπερνά τα 6 γρ

Το νάτριο μπορεί να αυξήσει την πίεση του αίματος, κυρίως σε άτομα που εμφανίζουν την προδιάθεση για υπέρταση. Κάποιες μελέτες έδειξαν ότι η ευαισθησία στις αρνητικές συνέπειες του αλατιού αυξάνει με την ηλικία, έτσι όσο περισσότερο νωρίς συνηθίσει κανείς στον περιορισμό του αλατιού, τόσο το καλύτερο. Στη θέση του μπορεί να χρησιμοποιηθεί ρίγανη, βασιλικός, θυμάρι κ.ά.

4.3. ΔΙΑΤΡΟΦΗ , ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ)ρυθμίζει όλες τις λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος, και σε συνεργασία με άλλα συστήματα, τις συντονίζει ανάλογα με τα εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα. Έτσι ο οργανισμός λειτουργεί ως ενιαίο ανατομικά και λειτουργικά σύνολο. Επίσης, το ΚΝΣ, και μάλιστα ο φλοιός του εγκεφάλου, αποτελεί την έδρα πολύπλοκων ανώτερων πνευματικών λειτουργιών όπως η σκέψη, η βούληση, η μνήμη, η συνείδηση, η όρεξη, ο κορεσμός, κ.α.

Ο εγκέφαλος, ένα μεταβολικά πολύ ενεργό όργανο του νευρικού συστήματος, αποτελείται από εκατομμύρια κύτταρα , τα οποία έχουν ανάγκη να εφοδιάζονται με τα απαραίτητα γι' αυτά θρεπτικά συστατικά για την επαρκή λειτουργία του και την διατήρηση της. Κανένα άλλο οργανικό σύστημα στον οργανισμό δεν έχει τόσο μεγάλη και άμεση εξάρτηση από την συνεχή παροχή θρεπτικών συστατικών από το ΚΝΣ. Ο εγκέφαλος είναι πολύ ευαίσθητος ακόμη και σε μικρής διάρκειας διαταραχές της αιμάτωσης του και μπορεί να υποστεί μόνιμες βλάβες. Η παρουσία ή η απουσία θρεπτικών συστατικών επηρεάζουν την λειτουργία, τη διατήρηση της ισορροπίας του εγκεφάλου και την συμπεριφορά του.

Τα αυτά είναι διαφορετικά από τις τροφές που παίρνουμε από το καθημερινό διαιτολόγιο. Οι τροφές που καταναλώνουμε είναι ποικίλες και περιέχουν όλα τα απαραίτητα για την θρέψη μας συστατικά. Η γλυκόζη ιδιαίτερα, αποτελεί το κύριο καύσιμο του εγκεφάλου για όλες τις ηλικίες. Οι υδατάνθρακες (ψωμί, δημητριακά, ζυμαρικά κ.τ.λ.) και τα σάκχαρα (μέλι, μαρμελάδα, ζάχαρη, φρούτα) προμηθεύουν στο κύτταρο γλυκόζη, η οποία αποτελεί και το κατ' εξοχήν σάκχαρο του, για την παραγωγή της ενέργειας που είναι απαραίτητη για τις διάφορες λειτουργίες του.

Η ανάπτυξη και η λειτουργία του εγκεφάλου επηρεάζεται επίσης και από την παροχή σιδήρου. Έλλειψη του επηρεάζει αρνητικά πολλές λειτουργίες του εγκεφάλου. Ένα από τα αποτελέσματα της έλλειψης σιδήρου στον οργανισμό είναι και η εξασθένηση της μνήμης και της εκμάθησης. Έχει αποδειχθεί ότι η σιδηροπενική αναιμία συσχετίζεται με την εξασθενημένη νοητική και ψυχοκινητική ανάπτυξη και λειτουργία στα παιδιά. Τα παιδιά για παράδειγμα με σιδηροπενική αναιμία παρουσιάζουν χαμηλότερο δείκτη ευφυΐας και ικανότητα εκμάθησης, καθώς και χειρότερη συμπεριφορά στην τάξη. Κυριότερες πηγές σιδήρου είναι το κρέας, το συκώτι και η σόγια.

Οι βιταμίνες είναι ουσίες απαραίτητες για την καλή λειτουργία του οργανισμού και για την ίδια την ζωή. Απαιτούνται για την αποθήκευση ενέργειας, για όλες τις μεταβολικές λειτουργίες καθώς και για φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού όπως η νευρική λειτουργία, ο σχηματισμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων, η οπτική προσαρμογή στο σκοτάδι. Ανεπάρκεια στην παροχή μίας βιταμίνης για παρατεταμένα χρονικά διαστήματα οδηγεί στην εκδήλωση μίας ή περισσότερων διαταραχών. Έτσι η επαρκής πρόσληψη βιταμινών και μετάλλων είναι ουσιώδη για την ομαλή λειτουργία του εγκεφάλου. Ο εγκέφαλος χρειάζεται βιταμίνες, μέταλλα, ιχνοστοιχεία για τον φυσιολογικό τους ρόλο ως συστατικά του ιστού του εγκεφάλου και για τον φυσιολογικό τους μεταβολισμό, αλλά μερικά θρεπτικά συστατικά, όπως η βιταμίνη C και E, μπορεί να χρειάζονται ιδιαίτερα για τον ρόλο που παίζουν στην εξουδετέρωση των ελεύθερων ριζών στον εγκέφαλο. Έλλειψη σε συγκεκριμένες βιταμίνες συμπλέγματος B, όπως το φολικό οξύ, η B12 και η B6, συσχετίζεται με σοβαρή διαταραχή της λειτουργίας του εγκεφάλου.

4.4. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει ένα μεγάλο αριθμό χημικών τοξικών ουσιών οι οποίες αυξάνουν τα επίπεδα των ελεύθερων ριζών στον οργανισμό μας και προκαλούν βλάβη στις κυτταρικές λειτουργίες.

Οι ελεύθερες ρίζες είναι άτομα ή μόρια ή ομάδες ατόμων ή μορίων που διαθέτουν ένα ελεύθερο <<μονήρες >> ηλεκτρόνιο, και δρουν μεμονωμένα ή κατά ομάδες και είναι εξαιρετικά ασταθείς και υψηλότατα ευαίσθητα σε αντιδράσεις. Όταν η παρουσία των ελεύθερων ριζών στον οργανισμό είναι αριθμητικά μεγάλη, δρουν επιθετικά κατά των κυττάρων, προσβάλλοντας θανάσιμα τόσο την κυτταρική μεμβράνη που προφυλάσσει την ενδοκυττάρια ζωή, όσο και τον πυρήνα του κυττάρου. Οι ελεύθερες ρίζες έχουν συνδεθεί με την εμφάνιση και την αύξηση της συχνότητας των καρδιοπαθειών, του καρκίνου, της πρόωρης γήρανσης του δέρματος και όλου του οργανισμού καθώς και πολλών άλλων κλινικών προβλημάτων σχετικά με τον εγκέφαλο, τα μάτια, τα νεφρά, τον γαστρεντερικό σωλήνα και τους πνεύμονες. Η άμυνα του οργανισμού ενάντια αυτής της επίθεσης των

ελευθέρων ριζών ονομάζεται αντιοξειδωτικό σύστημα και τα υλικά που χρησιμοποιεί ονομάζονται αντιοξειδωτικά. Τα αντιοξειδωτικά έχουν την ικανότητα να εξουδετερώνουν αποτελεσματικά τις ελεύθερες ρίζες προστατεύοντας τον οργανισμό μας από βλάβες που προκαλούν. Κύριες αντιοξειδωτικές ουσίες είναι η βιταμίνη E (α-τοκοφερόλη), η βιταμίνη C, το β-καροτένιο, το ιχνοστοιχείο σελήνιο, η γλουταθειόνη, το συνένζυμο Q10.

Το κάπνισμα δημιουργεί έναν τεράστιο φόρτο οξειδωτικών βλαβών των ελευθέρων ριζών, σε επίπεδο τέτοιο ώστε να καταβάλλει το αντιοξειδωτικό σύστημα του οργανισμού. Η μαζική οξειδωτική βλάβη των ελευθέρων ριζών που συμβαίνει στους καπνιστές, μπορεί να οδηγήσει στην έναρξη καρκίνου, ιδιαίτερα όταν το αντιοξειδωτικό σύστημα του οργανισμού είναι κατεστραμμένο λόγω διαιτητικών ελλείψεων πολύτιμων θρεπτικών συστατικών.

Καπνίζοντας, τα επίπεδα ορισμένων βιταμινών και ιχνοστοιχείων όπως οι βιταμίνες C, E, και B12 και το σελήνιο μειώνονται. Ένα μόνο τσιγάρο καταστρέφει 25-100 mg βιταμίνης C. Έρευνα έδειξε ότι η βιταμίνη C είναι το μόνο αντιοξειδωτικό στο πλάσμα του οποίου τα αποθέματα εξαντλούνται από το κάπνισμα και μόνο. Βέβαια, η εξάντληση των αποθεμάτων της βιταμίνης C στους καπνιστές οφείλεται κυρίως στην τοξικότητα του καπνού και όχι μόνο λόγω της μειωμένης διαιτητικής κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών. Έδειξε επίσης χαμηλότερες συγκεντρώσεις βιταμίνης E και μειωμένα επίπεδα συνολικών καροτενοειδών και βιταμίνης A στο πλάσμα ή στο αίμα σε σύγκριση με τους μη καπνιστές.

Βασική λοιπόν σημασία για την προστασία και διατήρηση της υγείας, ιδιαίτερα στους καπνιστές, έχει η επάρκεια του οργανισμού μας σε αντιοξειδωτικές ουσίες. Εάν είστε καπνιστής, είναι απαραίτητο να τρώτε τρόφιμα πλούσια σε βιταμίνες ή να παίρνετε συμπληρώματα βιταμινών. Μάλιστα η λήψη συμπληρωμάτων βιταμινών, είναι ο μόνος τρόπος για να διασφαλιστεί μια επαρκής πρόσληψη θρεπτικών συστατικών σε άτομα τα οποία καπνίζουν πολύ.

Όπως και το κάπνισμα, μια χαμηλή διαιτητική πρόσληψη φρούτων και λαχανικών έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιων παθήσεων, όπως ο καρκίνος και η αθηροσκλήρωση. Πληθώρα ερευνών, έχουν δείξει ότι μια καλύτερη διατροφή, η οποία περιλαμβάνει την κατανάλωση μεγαλύτερων ποσοτήτων φρούτων και φρέσκων λαχανικών, συμβάλλει θετικά σε υψηλότερα επίπεδα αντιοξειδωτικών στοιχείων στο αίμα. Υψηλά επίπεδα αντιοξειδωτικών στο αίμα συσχετίζονται με μειωμένη οξειδωτική βλάβη των ελευθέρων ριζών στους ιστούς και κατά συνέπεια σε μείωση του κινδύνου για προσβολή από ασθένειες. Είναι επομένως αναγκαία η αύξηση της κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών και λιπαρών υλών (όπως το ελαιόλαδο) πλούσιων σε φυσικά αντιοξειδωτικά.

ΕΝΟΤΗΤΑ 5η

ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΣΥΝΗΘΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

5.1. ΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ ΚΑΙ ΟΙ ΟΥΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΕΡΙΕΧΕΙ.

Ο καπνός του τσιγάρου , αναφέρεται ότι περιέχει πάνω από 4.000 ουσίες σωματιδιακής και αέριας μορφής.

Στην αέρια μορφή, περιλαμβάνονται το μονοξείδιο του άνθρακα (CO), τα οξείδια του αζώτου, πτητικές N-νιτροζαμίνες, υδροκυάνιο και αιρολεΐνη.

Στην σωματιδιακή μορφή περιλαμβάνονται η πίσσα, η νικοτίνη κ' το νερό.

Ανάλογα με τη δράση των ουσιών διακρίνονται σ' ερεθιστικές, οξειδωτικές, ελεύθερες ρίζες, τοξικές και άμεσα ή έμμεσα καρκινογόνες. Οι πιο γνωστές είναι η νικοτίνη, η πίσσα και το μονοξείδιο του άνθρακα.

Η νικοτίνη προκαλεί ποικίλες αλλαγές στο ενδοκρινικό σύστημα, το γαστρεντερικό, το νευρικό και τα αιμοφόρα αγγεία..

Ιδιαίτερης σημασίας είναι οι αλλαγές στο ενδοκρινικό σύστημα, όπου η νικοτίνη δρα αυξάνοντας την απελευθέρωση των κατεχολαμινών με αποτέλεσμα να χτυπά η καρδιά κατά 15-25 σφίξεις / min γρηγορότερα και λόγω της αγγειοσυσπασσης, που προκαλούν οι κατεχολαμίνες, αυξάνεται η Α.Π. κατά 2 βαθμούς .

Σ' ελάχιστες δόσεις η νικοτίνη αυξάνει την δραστηριότητα των ανασταλτικών κυττάρων (Renshawo) στον νωτιαίο μυελό, προκαλώντας μείωση του μυϊκού τόνου. Οι ρυθμοί των εγκεφαλικών κυττάρων δείχνουν αύξηση εγρήγορσης. Και πολλοί καπνιστές αναφέρουν ότι το αίσθημα αρχικής χαλάρωσης συνοδεύεται από αυξημένη ενεργητικότητα κ' ικανότητα συγκέντρωσης.

Η νικοτίνη επίσης είναι αυτή η ουσία που προκαλεί την εξάρτηση στο κάπνισμα, πράγμα που θα αναλυθεί παρακάτω.

Η πίσσα απορροφάται απ' τους ιστούς των πνευμόνων, οι οποίοι ερεθίζονται και σε σχετικές ακτινογραφίες δείχνουν παθολογική εικόνα, με ποσότητες πίσσας να χουν συσσωρευτεί στους πνεύμονες, (διαφάνεια)

Το μονοξειδίο του άνθρακα επικολλάται στα αιμοσφαίρια, ελαττώνοντας έτσι την ικανότητα τους να μεταφέρουν οξυγόνο και να τροφοδοτήσουν τους ιστούς του σώματος. Βλάβεται επίσης και το εσωτερικό των αρτηριών, κάνοντας τις πιο ευάλωτες στην εναπόθεση χοληστερίνης στα τοιχώματα της.

Αναφορικά άλλες ουσίες που περιέχει ο καπνός του τσιγάρου είναι οι αρωματικές αμίνες, το βενζένιο, το χλωριούχο βινύλιο, το αρσενικό, το χρώμιο, το νικέλιο, το κάδμιο, το υδροκυάνιο κ.α.

5.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΝΑΡΞΗΣ

Οι λόγοι για τους οποίους οι άνθρωποι ξεκινούν να καπνίζουν είναι πολλοί. Μπορεί να είναι ένας ή περισσότεροι από τους παρακάτω:

-Η περιέργεια. Η πρώτη δοκιμή ενός τσιγάρου, έχει συνήθως σαν ελατήριο την επιθυμία να αποκτήσει κανείς μια καινούργια επιθυμία.

-Συμβιβασμός με τις αξίες της ομάδας στην οποία ανήκει. Η παρότρυνση δηλαδή των φίλων και ο εγωισμός του μέλλοντα καπνιστή να μην φανεί δειλός .

-Μίμηση της συμπεριφοράς ατόμων, που θεωρούνται ότι έχουν μεγαλύτερο κύρος.

- Έκφραση επαναστατικότητας στην κοινωνική καταπίεση, όπως τη νιώθει ο νέος κατά τη διάρκεια της εφηβείας μέσα στο σπίτι του.

-Αδυναμία χαρακτήρα

-Άγνοια συνεπειών

-Διαθεσιμότητα ουσιών

-Επίδειξη.

Ένας επιπλέον παράγοντας που ωθεί ειδικότερα τους νοσηλευτές να ξεκινήσουν το κάπνισμα είναι η αντίδρασή τους στις αυξημένες απαιτήσεις και στο στρες που δημιουργεί το επάγγελμα του νοσηλευτή , καθώς και στις πιέσεις συναδέλφων , ανωτέρων , ασθενών , συνοδών.

5.3. ΓΙΑΤΙ ΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΣΥΝΕΧΙΖΟΥΝ ΝΑ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ

Σύμφωνα με γνωστή μελέτη, πέντε παράγοντες φαίνεται ότι επηρεάζουν κυρίως τους καπνιστές στο να συνεχίσουν να καπνίζουν:

1.Ερεθισμός (μια αίσθηση αυξημένης ενεργητικότητας)

2.Αισθητηριοκινητικοί χειρισμοί (η ικανοποίηση ν' ανάβουν το τσιγάρο)

3. Ευχάριστη χαλάρωση (ανταμείβοντας τον εαυτό τους μ' ένα τσιγάρο, όταν περάσει η ανάγκη για εγρήγορση και ένταση όπως στην περίπτωση των νοσηλευτών έπειτα από μια ημέρα έντονης δραστηριότητας στον επαγγελματικό χώρο.

4. Μείωση αρνητικών συναισθημάτων (καπνίζουν για ν' αντεπεξέλθουν σε αισθήματα έντασης, άγχους ή θυμού σε δύσκολες καταστάσεις).

5. Εθισμός (καπνίζουν για να εμποδίσουν τη δυσάρεστη αίσθηση της λαχτάρας, που δοκιμάζουν, όταν τους λείπει το τσιγάρο)

5.4. ΚΑΠΝΙΣΜΑ: ΑΠΛΗ ΣΥΝΗΘΕΙΑ Ή ΕΞΑΡΤΗΣΗ;

Αν "εθισμός" σημαίνει μια ακατανίκητη επιθυμία ή ανάγκη να χρησιμοποιεί κανείς μια φαρμακευτική ουσία, τότε σε μερικούς καπνιστές πράγματι το κάπνισμα έχει γίνει εθισμός. Αν εθισμός σημαίνει αλλαγή στον οργανισμό, που προέρχεται απ' την επαναλαμβανόμενη χορήγηση μια τοξικής ουσίας έτσι ώστε όταν σταματήσει, να παρατηρείται σύνδρομο αποστέρησης, τότε πάλι μερικοί καπνιστές έχουν εθισμό. Αν όμως, με τον όρο "εθισμός" εννοούμε, ότι η τοξική ουσία προκάλεσε μια αλλαγή στον οργανισμό τόσο σοβαρή ώστε το άτομο να πεθάνει ή ν' αρρωστήσει βαριά, όταν σταματήσει η χορήγηση, τότε ο καπνός δεν προκαλεί εθισμό. Ποτέ δεν έχει αναφερθεί θάνατος από απότομη διακοπή του καπνίσματος.

Πολλοί ειδικοί υποστηρίζουν ότι το πραγματικό μέτρο ενός εθισμού σαν συμπεριφορά, είναι η προσπάθεια που κάνει το άτομο για ν' αποκτήσει την τοξική ουσία, η ιεράρχηση της χρήσης της σε σχέση με άλλες αξίες της ζωής του και ο βαθμός που το άτομο μπορεί να ελέγξει τη χρήση του. Υποστηρίζουν, ακόμα ότι ένα σύνδρομο αποστέρησης μπορεί, χωρίς ν' απειλήσει τη ζωή του ατόμου να επηρεάσει βαθύτατα τη συμπεριφορά του.

Η πιο σοβαρή χρόνια επίπτωση της νικοτίνης είναι η εξάρτηση. Η εξάρτηση από την νικοτίνη είναι ένας νευροβιολογικός εθισμός και έχει ταξινομηθεί επίσημα ως ιατρική ασθένεια (Δέκατη Αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων [ICD-10], τέταρτη Έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών [OSM-IV])

Διακεκριμένοι ερευνητές σε αυτόν τον τομέα πιστεύουν ότι το τμήμα του εγκεφάλου που παίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία του εθισμού αντιδρά στη νικοτίνη με τον ίδιο τρόπο που αντιδρά σε άλλες εθιστικές ουσίες. Ως αποτέλεσμα, οι καπνιστές εθίζονται στη νικοτίνη, καθιστώντας τη διακοπή του καπνίσματος μια δύσκολη υπόθεση.

Το 1774 ο Π.Ο.Υ κατέληξε ότι ο καπνός είναι ουσία που προκαλεί εξάρτηση και βλάβη της υγείας, επειδή δε είναι πολύ διαδεδομένος αποτελεί το σημαντικότερο πρόβλημα δημόσιας υγείας στις περισσότερες χώρες του κόσμου.

5.4.1 ΔΡΑΣΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ:

Σε κάθε "δυνατό καπνιστή" είναι γνωστά λίγο πολύ τα συμπτώματα που παρουσιάζονται μόλις προσπαθήσει να κόψει το τσιγάρο. Τα συμπτώματα αυτά είναι αποτέλεσμα της διπλής εξάρτησης από τον καπνό, τόσο δηλαδή της σωματικής, όσο και της ψυχικής. Παρόλο που η σωματική εξάρτηση δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα έντονη, και γι' αυτό πολλοί θεωρούν ότι δεν υπάρχει, άλλοι απέδειξαν ότι ως ένα βαθμό η νικοτίνη η οποία περιέχεται στα τσιγάρα μπορεί να δημιουργήσει ακόμα και σύνδρομο αποστέρησης σωματικού τύπου.

Πειράματα σε ζώα έδειξαν ότι υπάρχουν περιπτώσεις που πειραματόζωα εθίστηκαν τόσο έντονα από τη νικοτίνη, ώστε έκαναν από μόνα χρήση τέτοιων δόσεων που τα οδήγησαν σε θάνατο. Ακόμα παρατηρήθηκε ότι όταν δοθούν τσιγάρα με μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε νικοτίνη σε καπνιστές - χωρίς να το γνωρίζουν - περιορίζουν αυτόματα τον αριθμό των καθημερινών τσιγάρων. Το αντίθετο παρατηρήθηκε μετά την χορήγηση ελαφρύτερων τσιγάρων.

Όλα αυτά τα παραδείγματα, δείχνουν χωρίς αμφιβολία, ότι ακόμα και στην περίπτωση του καπνίσματος, έχουμε ένα βαθμό σωματικής εξάρτησης από την οποία για πολλούς καπνιστές είναι τόσο δύσκολο να απελευθερωθούν, όσο και για πολλούς ναρκομανείς από την δράση του ναρκωτικού που λαμβάνουν .

Ο εθισμός στη νικοτίνη χαρακτηρίζεται από 3 κύριους παράγοντες:

1. Η χρήση της νικοτίνης δημιουργεί μια ευχάριστη αίσθηση, αναγκάζοντας έναν άνθρωπο να συνεχίζει να καπνίζει.

2. Το συνεχόμενο κάπνισμα οδηγεί σε ανοχή, γεγονός που σημαίνει ότι οι καπνιστές θα πρέπει να αυξήσουν την πρόσληψη νικοτίνης για να επιτύχουν τις ίδιες ευχάριστες επιδράσεις.

3. Η αποχή από την νικοτίνη δημιουργεί δυσάρεστα συμπτώματα στέρησης που οδηγούν τον καπνιστή να συνεχίσει το κάπνισμα για να τα αποφύγει.

Η νικοτίνη έχει σχετικά βραχυπρόθεσμη δράση και τα επίπεδα της στο αίμα πέφτουν γρήγορα (περίπου στο μισό μισή ώρα μετά το τέλος του τσιγάρου και στο % την επόμενη μισή ώρα). Δεν είναι σύμπτωση ότι οι περισσότεροι καπνιστές, καπνίζουν 20 περίπου τσιγάρα μέσα στις 16 ώρες που είναι ξύπνιοι κάθε μέρα.

Εκτός όμως από την δράση της νικοτίνης, αποφασιστικοί παράγοντες που ευνοούν και δημιουργούν την εξάρτηση, θα πρέπει να αναζητηθούν κυρίως στην προσωπικότητα, το κοινωνικό περιβάλλον και φυσικά σ' αυτό που το τσιγάρο, η πίπα ή το πούρο αντιπροσωπεύει γι' αυτόν που τα χρησιμοποιεί. Ας φανταστούμε ένα άτομο το οποίο καπνίζει περίπου 2 πακέτα τσιγάρα την ημέρα. Το άτομο αυτό επαναλαμβάνει το

τελετουργικό του ανάμματος του τσιγάρου περίπου 18.000 φορές το χρόνο. Πηγαίνει δηλαδή περίπου 700 φορές το χρόνο σε ένα περίπτερο για να αγοράσει τσιγάρα (συνήθως οι ώρες είναι καθορισμένες), κάνει την κίνηση του πιασίματος του πακέτου, του ανάμματος του αναπτήρα κλπ. 18.000 φορές περίπου μέσα σ' ένα χρόνο και εισπνέει περί τις 200.000 φορές τον καπνό του τσιγάρου μέσα στους πνεύμονες του. Μετά από μια τέτοια εξάσκηση δεν είναι καθόλου περίεργο ότι όλες αυτές οι κινήσεις γίνονται πια αυτόματα χωρίς να προϋποθέτουν κάποια σκέψη ή προσχεδιασμό.

5.4.2. Τύποι εξάρτησης:

Το κάπνισμα έχει εισχωρήσει τόσο πολύ μέσα στη ζωή μας, ώστε αν κάποιος θα ήθελε να περιγράψει το ανθρώπινο είδος, θα μπορούσε να αρχίσει τη διάκριση σε καπνιστές και μη. Θα ήταν όμως επιπόλαιο να θεωρήσουμε κάθε καπνιστή σαν εξαρτημένο. Έχει οπωσδήποτε διαφορά στο βαθμό της εξάρτησης του, αυτός ο οποίος δεν ενδιαφέρεται και μπορεί να ταξιδέψει π.χ. με τους “μη καπνίζοντες” στον σιδηρόδρομο, από αυτόν που δεν μπαίνει σε βαγόκι αν δεν βεβαιωθεί ότι θα μπορέσει να καπνίσει στο δεκάλεπτο της διαδρομής. Γι' αυτό το λόγο θα άξιζε η προσπάθεια χαρακτηρισμού διάφορων τύπων εξάρτησης από το κάπνισμα.

1. Ευκαιριακός Καπνιστής:

Ευκαιριακοί καπνιστές είναι τα άτομα τα οποία καπνίζουν ένα μικρό αριθμό τσιγάρων (3 - 5 - 8) και μόνο σε ορισμένες ευκαιρίες ή συνθήκες.

Συνήθως καπνίζουν ένα τσιγάρο μετά το φαγητό, ίσως για ν' απολαύσουν μια ήρεμη στιγμή ακούγοντας μουσική ή όταν βρεθούν για καφέ ή σ' ένα πάρτι κλπ. Η χρήση του τσιγάρου γίνεται δηλαδή συνειδητά για να προσθέσει κάτι στην απόλαυση της στιγμής. Πολλοί από αυτούς μπορούν να καπνίζουν χωρίς να επιτρέπουν στον να εισχωρεί καπνό στους πνεύμονες τους και οπωσδήποτε είναι σε θέση να παραιτηθούν όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο.

Για την βιομηχανία του καπνού δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, παρόλο που πολλοί από αυτούς καπνίζουν μόνο λόγω μιας τάσης επίδειξης ή μιμητισμού.

2. Ο Συνήθης ή Εθισμένος καπνιστής:

Ο τύπος αυτός του καπνιστή είναι και ο συχνότερος. Χαρακτηριστικό του τύπου αυτού είναι ότι παραμένει συνήθως για όλη του τη ζωή σε μια σχετικά ανεκτή ποσότητα τσιγάρων την ημέρα (συνήθως ένα πακέτο) χωρίς τάσεις αύξησης της ποσότητας αυτής. Ο

συνήθης καπνιστής είναι σε θέση να σταματήσει το κάπνισμα για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα όταν είναι αναγκαίο (π.χ. ασθένεια). Ο βαθμός εξάρτησης όμως γίνεται φανερός όταν θα πρέπει να παρθεί η απόφαση για μόνιμη διακοπή του καπνίσματος. Έτσι πολύ μεγάλο ποσοστό αυτών των καπνιστών δεν είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μια τέτοια απόφαση και επανέρχεται αργά ή γρήγορα στις συνήθειες του.

Συνήθης τύπος καπνιστή είναι αυτός που αρχίζει το κάπνισμα σε νεαρή σχετικά ηλικία, παρακινούμενος από το περιβάλλον του ή από διάφορους κοινωνικούς παράγοντες (επίδειξη ανδρισμού, μιμητισμός).

Στην ψυχολογία του ανήκουν συνήθως επιθυμίες ταύτισης με το περιβάλλον του, είναι ιδιαίτερα επιρρεπής σε τελετουργικές και αισθάνεται ιδιαίτερα φορτισμένος κάτω από συνθήκες πίεσης π.χ. στη δουλειά ή στο σπίτι. Καπνιστές γενικά και ιδιαίτερα ο συνήθης τύπος παρουσιάζονται ιδιαίτερα ευαίσθητοι στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος και έχουν συνήθως την ανάγκη να ανταποκριθούν σ' αυτά.

Στην παρατήρηση αυτή βασίζεται και όλο το οικοδόμημα της διαφήμισης που περνάει ερεθίσματα στον ασυνείδητο κόσμο του καπνιστή, που το ίδιο ασυνείδητα απαντάει σ' αυτά. Ο συνήθης καπνιστής είναι ο καλύτερος πελάτης της καπνοβιομηχανίας.

3. Εξαρτημένος Καπνιστής:

Στον εξαρτημένο καπνιστή βρίσκουμε όλα τα συμπτώματα τα οποία εμφανίζονται και στις εξαρτήσεις από διάφορες άλλες τοξικές ουσίες.

Βρίσκουμε δηλαδή την τάση για αύξηση της συχνότητας του καπνίσματος, απώλεια ελέγχου, συμπτώματα στέρησης σε απότομη διακοπή του καπνίσματος όπως και τα ατομικά ή κοινωνικά επακόλουθα.

Η αύξηση της δόσης είναι σχετική, αυξάνει βαθμιαία μέχρις ότου φθάσει σε ένα ατομικό σημείο όπου και παραμένει για πολλά χρόνια.

Χαρακτηριστικό όμως είναι το γεγονός ότι οι περισσότεροι από τους εξαρτημένους δεν μπορούν να αναφέρουν τον αριθμό των τσιγάρων, που καθημερινά καταναλώνουν.

Ο εξαρτημένος καπνιστής καπνίζει σχεδόν πάντοτε τσιγάρα, δεν είναι σε θέση ούτε καν να μειώσει την καθημερινή ποσότητα τσιγάρων ακόμα και για μικρό χρονικό διάστημα. Καπνίζουν συνήθως σε μια μορφή αλυσίδας, πολλές φορές ανάβουν το επόμενο τσιγάρο από την κούτρα του προηγούμενου. Το κάπνισμα έχει πάρει έναν υποχρεωτικό χαρακτήρα, οι κινήσεις είναι σχεδόν αυτοματοποιημένες, πολλές φορές ανάβουν δεύτερο τσιγάρο χωρίς να έχουν καν τελειώσει το πρώτο, που ίσως άφησαν για λίγο σ' ένα τασάκι.

Στην περίπτωση αναγκαστικής διακοπής του καπνίσματος έχουμε εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης. Ποια είναι όμως τα συμπτώματα;

Τι συμβαίνει σταματώντας το κάπνισμα;

Είναι εντυπωσιακό το πόσο αντιστέκονται οι άνθρωποι στην ιδέα του συνδρόμου αποστέρησης απ' την νικοτίνη, όταν υπάρχουν άφθονα τεκμήρια ενός συστηματικού σχήματος συμπτωμάτων, που παρουσιάζονται μόλις ένα άτομο που καπνίζει πολύ στερηθεί το τσιγάρο.

Τα συμπτώματα στέρησης είναι τόσο οι σωματικές αλλαγές, όσο και οι νοητικές αλλαγές που συμβαίνουν μετά από τη διακοπή ή τον τερματισμό της χρήσης μιας ναρκωτικής ουσίας. Συνήθως είναι προσωρινά και είναι προϊόν της σωματικής και ψυχολογικής προσαρμογής στη μακροχρόνια χρήση μιας ναρκωτικής ουσίας. Συνήθως απαιτείται μια περίοδος επαναπροσαρμογής όταν η ναρκωτική ουσία δεν λαμβάνεται πλέον.

Αν και μπορεί να διαφέρουν από καπνιστή σε καπνιστή τα πιο κοινά συμπτώματα που έχουν παρατηρηθεί είναι: Ευερεθιστότητα, δυστροπία, εκνευρισμός, νευρικότητα, υπνηλία, απώλεια ενεργητικότητας, αϋπνία, ανικανότητα συγκέντρωσης, τρόμος χεριών, ταχυπαλμία, πονοκέφαλος, αυξημένη όρεξη/ αύξηση βάρους, καρδιακά άλγη, καταθλιπτικές τάσεις, γενική δυσφορία.

Οι οργανικές αλλαγές ακολουθούν με μεγαλύτερη συνέπεια. Σ' αυτές περιλαμβάνονται η μείωση του σφυγμού και της διαστολικής πίεσης.

Η ένταση του συνδρόμου της αποστέρησης φαίνεται να φθάνει στο ζενίθ της μέσα στην πρώτη ή δεύτερη μέρα και μετά κάμπτεται απότομα τις επόμενες . Μπορεί όμως να διαρκέσουν μέχρι και 4 εβδομάδες. Μερικοί πρώην καπνιστές υποστηρίζουν ότι η “λαχτάρα” του τσιγάρου και μερικά άλλα συμπτώματα όπως η ευερεθιστότητα και η ανικανότητα συγκέντρωσης μπορεί να επιμένουν για εβδομάδες και μήνες.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μεταφορά της εξάρτησης σε άλλου είδους ουσίες, που ικανοποιούν συνήθως τις στοματικές επιθυμίες του καπνιστή (π.χ. καραμέλες, γλυκά ...), πράγμα που δείχνει ξεκάθαρα το πρόβλημα τους.

Οι εξαρτημένοι καπνιστές δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την διαφήμιση γιατί τις περισσότερες φορές είναι προσκολλημένοι σε μια μάρκα τσιγάρου. Αλλαγή μάρκας θα γίνει συνήθως με μόνο κριτήριο την περιεκτικότητα σε νικοτίνη του νέου τσιγάρου.

5.5. ΠΟΙΟΙ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ

Από τους πλέον σημαντικούς παράγοντες, που καθορίζει το ποιος γίνεται καπνιστής είναι η διαθεσιμότητα του τσιγάρου, η ελεύθερη παραγωγή πλέον και κατανάλωση του τσιγάρου και η μέχρι πριν λίγους μήνες απουσία σχετικών περιοριστικών μέτρων.

Εδώ πρέπει ν' αναφέρουμε ότι τον Μάιο του 2003, 192 κράτη - μέλη του Π.Ο.Υ. αποφάσισαν να βάλουν την σφραγίδα τους σε μια Συνθήκη - Πλαίσιο, που είχαν αναπτύξει τα προηγούμενα 5 χρόνια, σχετικά με τον έλεγχο του καπνού.

Η συνθήκη αυτή είναι η πρώτη προσπάθεια του Π.Ο.Υ. για να καθορίσει παγκοσμίως κανόνες που αφορούν μεταξύ άλλων το marketing, την διαφήμιση, την προώθηση και την χρηματοδότηση των προϊόντων καπνού.

Όπως είναι ήδη γνωστό, υπογράφηκε συμφωνία μεταξύ ιδιωτών και του Υπουργείου Υγείας για την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους, όπως σε χώρους αναμονής, υποδοχής, συναλλαγής και προσέλευσης του κοινού, καθώς και στις αίθουσες συνεδριάσεων συνελεύσεων και αμφιθέατρα των ιδιωτικών επιχειρήσεων. Σ' ότι αφορά τους υπόλοιπους εργασιακούς χώρους, μετά από συμφωνία εργοδοτών και εργαζομένων, θα γίνεται χωροταξική κατανομή των χώρων.

Χωρίς ωστόσο να υπάρχει επίσημη ανακοίνωση ή επίσημο έγγραφο οι παραβάτες θα καλούνται να πληρώνουν πρόστιμο ύψους 150 €.

Ίσως αυτό οδηγήσει κάποια άτομα να σκεφτούν σοβαρά αν θέλουν να γίνουν καπνιστές ή όχι.

Ένας άλλος, εξίσου σημαντικός παράγοντας είναι το κοινωνικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο αρχίζει το κάπνισμα. Όσοι γίνονται καπνιστές, έχουν την τάση να έχουν μέλη στην οικογένεια τους, γονείς ή και αδέρφια, που καπνίζουν.

Ακόμα και οι φίλοι των μη καπνιστών, με την βοήθεια καμιά φορά και της δικής τους ενθάρρυνσης, βοηθούν στην έναρξη του καπνίσματος.

Έτσι οι καπνιστές φαίνεται να δίνουν μεγαλύτερη αξία στο νόημα, που αποδίδει στην πράξη του καπνίσματος η οικογένεια τους, οι κοινωνική τους τάξη και ο κύκλος των φίλων, παρά στις πιθανές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Η διαφήμιση, ακόμα συμβάλλει ώστε ένας μη καπνιστής να γίνει θύμα του καπνίσματος.

Τα πρότυπα του γοητευτικού άνδρα ή της ελκυστικής γυναίκας, που καπνίζει, προβάλλονται μέσα από διαφημιστικές αφίσες στο δρόμο ή μέσα από εξίσου προωθητικές διαφημίσεις σε περιοδικά και εφημερίδες. Το θετικό είναι ότι έχει απαγορευθεί η προβολή διαφημίσεων στην τηλεόραση.

Έρευνες στις Η.Π.Α. έδειξαν ότι οι έφηβοι μη καπνιστές όταν βλέπουν τα αγαπημένα τους αστέρια στην τηλεόραση να καπνίζουν, είναι 16 φορές περισσότερο επιρρεπείς στο να γίνουν καπνιστές στο μέλλον.

Μεγαλύτερη ακαδημαϊκή μόρφωση, ενίοτε, σημαίνει και μικρότερη ροπή προς το κάπνισμα, και αυτό γιατί όσοι έχουν αυξημένο μορφωτικό επίπεδο, έχουν περισσότερες και πληρέστερες γνώσεις για το κάπνισμα και κυρίως για τις αρνητικές επιπτώσεις του στην υγεία, σε σύγκριση με χαμηλού μορφωτικού επιπέδου άτομα. Αυτό βεβαίως, δεν

σημαίνει, ότι δεν παρατηρούμε συχνά και ανθρώπους υψηλής ακαδημαϊκής μόρφωσης να καπνίζουν.

Οι έντονοι ρυθμοί της ζωής, το stress, επιδρούν στην επιθυμία ή ανάγκη μη καπνιστών να στραφούν στην έναρξη του καπνίσματος, νομίζοντας ότι έτσι αποβάλλουν το άγχος και χαλαρώνουν ή επωμίζονται την ιδιότητα της νικοτίνης που αυξάνει την ικανότητα της συγκέντρωσης, έτσι ώστε ν' αντεπεξέρχονται στις πολλαπλές και ίσως πολύπλοκες δραστηριότητες της καθημερινότητας.

Έρευνες επίσης δείχνουν ότι οι πλούσιες γυναίκες είναι πιο πιθανό να καπνίζουν απ' ότι οι φτωχές, σε αντίθεση με τους πλούσιους άνδρες, που έχουν μικρότερη πιθανότητα έναρξης καπνίσματος απ' ότι οι φτωχοί.

Ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας στο ποιος μπορεί να γίνει καπνιστής είναι και η προληπτική ενημέρωση σχετικά με το κάπνισμα, από μικρή κιόλας ηλικία, συνήθως 11-12 ετών, πριν ακόμα αποφασίσει ο οποιοσδήποτε έφηβος να δοκιμάσει κ' να καταλήξει να γίνει κανονικός καπνιστής.

5.6.ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ - ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το ενεργητικό κάπνισμα, όπως όλοι γνωρίζουμε, αφορά αποκλειστικά αυτούς που καπνίζουν.

Τι γίνεται όμως με όσους δεν καπνίζουν, και αναγκάζονται, κυρίως σε κλειστούς χώρους, όταν συνευρίσκονται με καπνιστές, να εισπνέουν τον καπνό απ' τα τσιγάρα τους; Ο καπνός αυτός ονομάζεται περιβαλλοντικός καπνός (ETS-Environmental Tobacco Smoke) και οι μη καπνιστές, που τον εισπνέουν είναι οι γνωστοί παθητικοί καπνιστές.

Σύμφωνα με τα παραπάνω υπάρχουν 2 ρεύματα καύσης του τσιγάρου.

Το κύριο ρεύμα, όπου ο καπνιστής εισπνέει απευθείας τον καπνό απ' το τσιγάρο του, και το παράπλευρο ρεύμα, που αφορά αποκλειστικά τους παθητικούς καπνιστές, το οποίο διαχωρίζεται σε 2 υπορεύματα. Στο ρεύμα κατά το οποίο ο παθητικός καπνιστής εισπνέει τον καπνό, που εκπνέει ο καπνιστής και στο ρεύμα όπου ο παθητικός καπνιστής εισπνέει τον καπνό, που παράγεται απ' την καύση του τσιγάρου και πηγαίνει στον αέρα, είτε όταν ο καπνιστής το κρατά στο χέρι του, είτε όταν το αφήνει στο τασάκι.

Εκτός όμως απ' τις επιπτώσεις του ενεργητικού καπνίσματος στην υγεία, οι οποίες θ' αναφερθούν παρακάτω, εγκυμονεί και το παθητικό κάπνισμα κινδύνους.

Βραχυπρόθεσμα ο ETS, ερεθίζει τον βλεννογόνο των ματιών, της μύτης και του λαιμού, καθώς μπορεί να προκαλέσει κεφαλαλγία, ναυτία ζαλάδες, προβλήματα στην αναπνοή και στην καρδιά.

Έρευνες έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος εμφάνισης ca πνευμόνων είναι 3πλάσιος σε παθητικούς καπνιστές, σε σύγκριση μ' άτομα που δεν εκτίθενται σε καπνό τσιγάρου.

Οι σύντροφοι ατόμων που καπνίζουν είναι επίσης σε ελαφρά μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρδιαγγειακές παθήσεις, απ' τους συντρόφους ατόμων που δεν καπνίζουν.

Μεγαλύτερο όμως κίνδυνο διατρέχουν τα παιδιά των καπνιστών. Κυριότερη επίπτωση του παθητικού καπνίσματος στα παιδιά είναι η εμφάνιση άσθματος. Παιδιά των οποίων οι μητέρες καπνίζουν πάνω από 10 τσιγάρα ημερησίως, έχουν 10πλάσια πιθανότητα να υποφέρουν από άσθμα, έναντι εκείνων των οποίων οι μητέρες δεν καπνίζουν. Και οι ασθματικές κρίσεις τους μπορεί να είναι περισσότερο οξείες και συχνές.

Σε έρευνα που έγινε σε μια ομάδα 438 παιδιών με άσθμα ηλικίας 2-12 ετών, διαπιστώθηκε η μεγαλύτερη έκθεση τους στο παθητικό κάπνισμα, σε σχέση με παιδιά που δεν έπασχαν από άσθμα. Η έκθεση τους αυτή αξιολογήθηκε τόσο απ' τα επίπεδα νικοτίνης στο σάλιο τους, όσο και απ' το ιστορικό του βαθμού έκθεσης, όπως κρίνεται απ' τον αριθμό των γονέων που καπνίζουν, τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν, και από το αν οι γονείς καπνίζουν παρουσία των παιδιών. Η νοσηρότητα επίσης, των ασθματικών παιδιών, εμφανίστηκε αυξημένη, για τον λόγο ότι οι γονείς, όταν διαπίστωναν σχετικά συμπτώματα στα παιδιά τους, δίστασαν να επισκεφτούν γιατρό, φοβούμενοι ότι θα επικρινόταν ότι προκάλεσαν αυτοί το πρόβλημα με το κάπνισμα τους, είτε γιατί θεωρούσαν ότι αυτά τα συμπτώματα δεν είχαν ιδιαίτερη σημασία.

Ο ETS μπορεί επίσης, να προκαλέσει αλλεργίες, όπως αλλεργική ρινίτιδα. Έκθεση σ' αυτόν, αυξάνει την προδιάθεση παιδιών για λοιμώξεις, όπως ιγμορίτιδα, οξεία βρογχίτιδα, ψύξεις, ερεθισμό λαιμού και ωτίτιδα. Μέχρι και 1 στις 3 περιπτώσεις χρόνιας ωτίτιδας, απ' τις συνηθέστερες αιτίες κώφωσης των παιδιών, συνδέεται με το γονεϊκό κάπνισμα.

Το παθητικό κάπνισμα, ακόμα, αποτελεί παράγοντα εμφάνισης του συνδρόμου αιφνίδιου βρεφικού θανάτου.

5.7. ΟΙ ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Παράμετροι της καπνιστικής συνήθειας, που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση νόσων είναι η διάρκεια, η ηλικία έναρξης, η ποσότητα των τσιγάρων, η μορφή του καπνού (πίπα, πούρο, τσιγάρο), η ύπαρξη φίλτρου ή όχι, η περιεκτικότητα σε πίσσα και νικοτίνη και ο τρόπος καπνίσματος.

Ο Π.Ο.Υ αναφέρει ότι τα νοσήματα που συνδέονται με το κάπνισμα αποτελούν την κυριότερη αιτία για την κακή υγεία και τους πρόωρους θανάτους.

Επιδημιολογικές έρευνες έδειξαν ότι οι καπνιστές παρουσιάζουν κατά 70% μεγαλύτερη θνησιμότητα από τους μη καπνιστές ειδικότερα:

-Οι άνδρες που καπνίζουν 2 πακέτα / ημέρα, έχουν διπλάσια θνησιμότητα απ' τους μη καπνιστές.

-Οι άνδρες που καπνίζουν πάνω από 35 χρόνια, έχουν κατά 70% μεγαλύτερη θνησιμότητα απ' τους μη καπνιστές.

-Με τη διακοπή του καπνίσματος, μειώνεται η "πρόσθετη" θνησιμότητα και μετά 15 χρόνια οι πρώην καπνιστές έχουν περίπου τον ίδιο κίνδυνο με τους μη καπνιστές.

Απ' το 1940 και μετά, πολλές μελέτες σε διάφορες χώρες τεκμηρίωσαν την σχέση καπνίσματος με μεγάλο αριθμό νοσημάτων όπως:

1. Καρδιαγγειακά νοσήματα (αθηροσκλήρωση, στεφανιαία νόσος).

Το κάπνισμα φαίνεται να συνδέεται δασολογικά με την αθηροσκλήρωση. Όπως προαναφέρθηκε, το μονοξείδιο του άνθρακα είναι αυτό που κάνει το εσωτερικό των αρτηριών ευάλωτο στην εναπόθεση χοληστερίνης στα τοιχώματα τους, σχηματίζονται αθηρωματικές πλάκες και φράζουν τα αγγεία, που μεταφέρουν αίμα προς τα άκρα, δημιουργώντας έτσι έλκη, γάγγραινα και πιθανό ακρωτηριασμό. Η σχέση με τη στηθάγχη, δεν έχει αποδειχθεί ακόμα, αλλά πιστεύεται ότι σε ασθενείς που ήδη πάσχουν, το κάπνισμα προκαλεί επιδείνωση. Αντίθετα, το κάπνισμα θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου για έμφραγμα μυοκαρδίου. Έχει υπολογιστεί ότι ένας καπνιστής, ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων και τα χρόνια που καπνίζει, έχει 2-3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφράγματος από έναν μη καπνιστή. Ο κίνδυνος μειώνεται σ' αυτούς που κόβουν το κάπνισμα, ενώ είναι μικρότερος στους καπνιστές τσιγάρων με χαμηλή περιεκτικότητα σε νικοτίνη. Σε γυναίκες που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά και ταυτόχρονα καπνίζουν, ο κίνδυνος εμφράγματος μεγαλώνει σημαντικά (συνεργεί δράση των 2 παραγόντων).

2.Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (χρόνια βρογχίτιδα κ' πνευμονικό εμφύσημα).

Οι καπνιστές ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που έχουν καπνίσει, παρουσιάζουν μέχρι και βπλάσια θνησιμότητα από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές.

3.Πεπτικό έλκος.

Η νόσος είναι 1,7 φορές συχνότερη στους καπνιστές απ' ότι στους μη καπνιστές. Εδώ συμβάλλει η δράση της νικοτίνης κυρίως όταν καπνίζουμε μετά το φαγητό. Η νικοτίνη επιβραδύνει την πέψη κατά 1 ώρα και έτσι η οξύτητα των γαστρεντερικών υγρών μπορεί ν' αυξηθεί σε σημείο που να προκαλείται αίσθημα καύσου στο στομάχι. Γενικότερα, το τσιγάρο μειώνει το αίσθημα της πείνας, αφήνοντας το στομάχι για αρκετές ώρες άδειο, κατάσταση που συμβάλει στην εμφάνιση ή και επιδείνωση προϋπάρχοντος έλκους. Η διακοπή του καπνίσματος οδηγεί σε γρήγορη βελτίωση των συμπτωμάτων και επιταχύνει την epούλωση του έλκους.

4.Κάπνισμα και καρκίνος.

Έχει αποδειχθεί ότι ο καπνός περιέχει, εκτός των άλλων, και καρκινογόνες ουσίες, που σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες, φαίνεται να πείθουν για την σχέση του καπνίσματος με μια σειρά κακοηθών νεοπλασιών, των οποίων το 30% των θανάτων οφείλονται στο κάπνισμα. Οι καρκίνοι που σχετίζονται με το κάπνισμα είναι:

α) Καρκίνος πνεύμονα .

Είναι 10 φορές συχνότερος στους καπνιστές, απ' ότι στους μη καπνιστές. Επί ανδρών το 92% -94% και επί γυναικών το 78% -80% των περιπτώσεων με Ca πνεύμονα είναι καπνιστές. Όσο για τον γενικό δείκτη θνησιμότητας, 9-10 πεθαίνουν από Ca πνεύμονα.

Ο κίνδυνος όμως είναι μικρότερος σε καπνιστές τσιγάρων με φίλτρο, σε καπνιστές πούρων και πίπας και σε καπνιστές που δεν εισπνέουν τον καπνό.

β) Καρκίνος στοματικής κοιλότητας.

Ο κίνδυνος για Ca στόματος είναι 4-7 φορές υψηλότερος σε καπνιστές. Πιο συνήθεις μορφές είναι Ca παρειών και ούλων, τις οποίες οι χρόνιοι καπνιστές έχουν 50 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης τους απ' τους μη καπνιστές.

γ) Καρκίνος ρινοφάρυγγα.

Ο κίνδυνος είναι 2 φορές μεγαλύτερος σε καπνιστές απ' τους μη καπνιστές.

δ) Καρκίνος λάρυγγα.

Ο καπνιστής έχει 3-6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο απ' ότι ένας μη καπνιστής και αυτό σχετίζεται με τον αριθμό των τσιγάρων και τα χρόνια που καπνίζει ή αν ακόμα καταναλίσκει αλκοόλ.

ε) Καρκίνος οισοφάγου.

Ο κίνδυνος εδώ είναι 2-6 φορές μεγαλύτερος σε καπνιστές απ' ότι στους μη καπνιστές.

στ) Καρκίνος ουροποιητικού συστήματος.

Ο κίνδυνος ανάπτυξης Ca νεφρών και ουροδόχου κύστεως στους βαρείς καπνιστές είναι υπερδιπλάσιος σε σχέση με τους μη καπνιστές.

ζ) Καρκίνος τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες.

Οι περισσότερες έρευνες καταλήγουν ότι οι καπνίστριες γυναίκες έχουν 2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα ν' αναπτύξουν Ca τραχήλου της μήτρας. Είναι πιθανόν ότι οι καρκινογόνες ουσίες στον καπνό του τσιγάρου δρουν συνεργικά με τον HPV και οδηγούν στην εξέλιξη της τραχηλικής νεοπλασίας.

Άλλοι καρκίνοι που σχετίζονται με το κάπνισμα είναι ο Ca ήπατος και ο Ca παγκρέατος.

Πρόσφατα επίσης επισημάνθηκε η πιθανή σχέση του καπνίσματος με μερικούς τύπους λευχαιμίας.

Ύστερα από έρευνα , αποδείχθηκε ότι οι καπνιστές έχουν περίπου διπλάσιο κίνδυνο προσβολής από λευχαιμία, με ιδιαίτερα ισχυρή συσχέτιση με την μυελογενή λευχαιμία.

Επιπλέον, οι πρώην καπνιστές έχουν τριπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης μυελώματος, σε σχέση μ' αυτούς που δεν έχουν καπνίσει ποτέ.

5.Μεταβολές στα επίπεδα βιταμινών στο αίμα.

Κάθε τσιγάρο αναφέρεται ότι καταστρέφει μερικές ποσότητες βιταμινών στον οργανισμό, κυρίως αντιοξειδωτικών. Σημαντικότερη μεταβολή είναι η κατά 25-100 mg καταστροφή βιταμίνης C με ένα τσιγάρο. Γι' αυτό οι καπνιστές χρειάζονται μεγάλες δόσεις διατροφικής λήψης σε βιταμίνη C, A, E, ακόμα και σε σελήνιο το οποίο εμφανίζεται να συμβάλει στην πρόληψη εμφάνισης καρκίνων.

6.Κάπνισμα και εγκυμοσύνη.

Ο καπνιστής δεν είναι ο μόνος που επηρεάζεται από την ίδια του την συνήθεια. Σε περίπτωση εγκυμοσύνης, ειδικά τους τελευταίους 6 μήνες κύησης, δημιουργείται μεγάλος κίνδυνος αυτόματων αποβολών, θνησιγενών εμβρύων, και νεογνικών θανάτων. Επίσης παρατηρείται μείωση της καρδιακής λειτουργίας του εμβρύου. Τα κατά τ' άλλα υγιή βρέφη των μητέρων, που καπνίζουν κατά την εγκυμοσύνη, έχουν γενικά, χαμηλότερο βάρος γέννησης και στον πρώτο χρόνο της ζωής τους παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένο ποσοστό μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος.

5.8. ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

“ΑΠΟ ΑΥΡΙΟ ΤΟ ΚΟΒΩ!”

Πόσες φορές έχουμε ακούσει αυτή τη βαρυσήμαντη δήλωση από φίλους και γνωστούς που ξαφνικά αποφάσισαν να το κόψουν;

Τις περισσότερες φορές αυτό το αύριο αναβάλλεται καθημερινά και μένει πάντα αύριο.

Το κάπνισμα ιδιαίτερα για τους εξαρτημένους καπνιστές ,αλλά και για πολλούς από τους συνήθεις, έχει μεταβληθεί σε εξάρτηση και εξαρτήσεις τέτοιου είδους δεν θεραπεύονται με βαρυσήμαντες δηλώσεις.

Είτε αποκαλούμε το κάπνισμα συνήθεια, εθισμό ή εξάρτηση είναι φανερό, ότι μερικοί καπνιστές απλώς αρνούνται να το κόψουν. Άλλοι ισχυρίζονται ότι θα επιθυμούσαν να το κόψουν, αλλά δεν κάνουν τίποτε γι' αυτό. Άλλοι πάλι δοκίμασαν και απέτυχαν και άλλοι τα κατάφεραν για ένα διάστημα αλλά μετά ξανάρχισαν.

Από το γεγονός ότι 3 στους 4 καπνιστές είτε το επιθυμούν, είτε έχουν προσπαθήσει να κόψουν το κάπνισμα, προκύπτει ότι η εξάρτηση είναι πολύ μεγάλη.

Στα περισσότερα προγράμματα καταστολής του καπνίσματος, ο μέσος όρος των αποτελεσμάτων δείχνει ότι οι περισσότεροι καπνιστές που κατάφεραν να το κόψουν, ξαναρχίζουν το κάπνισμα μέσα σε έξι μήνες (η αποτελεσματικότητα της κάθε μεθόδου κρίνεται στους 6 και στους 12 μήνες).

Μέχρι να συμπληρωθεί ένας χρόνος μόνο το 25 -35% από εκείνους που είχαν σταματήσει, εξακολουθούν να μην καπνίζουν.

"Δεν το κόβω γιατί θα παχύνω!"

Αποτελεί έκφραση πολλών καπνιστών, που αρνούνται να κόψουν το κάπνισμα, προβάλλοντας ως βασικό επιχείρημα ότι η διακοπή επιφέρει αύξηση του σωματικού βάρους. Οι επιδημιολογικές έρευνες μέχρι πρόσφατα έδειξαν ότι κάτι τέτοιο ισχύει και ότι πολλοί άνθρωποι έπαιρναν και 9 κιλά μέσα στο πρώτο χρόνο μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η νικοτίνη, όπως και η καφεΐνη, έχουν την ιδιότητα να αυξάνουν ελαφρώς το ρυθμό του μεταβολισμού με αποτέλεσμα την αυξημένη πρόσληψη ενέργειας (αύξηση κατά 277 θερμίδες ημερησίως)

Νεότερες έρευνες όμως δείχνουν ότι αύξηση του σωματικού βάρους παρατηρείται μόνο στο 1/3 όσων διακόπτουν το κάπνισμα, ενώ ένα άλλο 1/3 δεν μεταβάλλεται και 1/3 μειώνει το σωματικό του βάρος.

Τα νέα αυτά συμπεράσματα είναι πολύ ενθαρρυντικά για τους καπνιστές. Επίσης για το ποσοστό των ατόμων που αυξάνει το βάρος του έρευνες έδειξαν ότι η μέγιστη αύξηση του βάρους παρατηρείται στους πρώτους 6 μήνες και πολλοί από αυτούς επιστρέφουν στο κανονικό τους βάρος μέσα σε ένα χρόνο.

5.9. ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Τελικά το τσιγάρο κόβεται, αρκεί να το θέλει κανείς πραγματικά. Και ο καλύτερος τρόπος είναι να το κόψεις απότομα, σ' αυτό συγκλίνουν όλες οι σχολές. Επειδή όμως η εξάρτηση είναι τέτοια, που είναι πολύ δύσκολο για κάποιον να το κόψει απότομα, υπάρχουν πολλές και αποτελεσματικές τεχνικές που βοηθούν τον καπνιστή να αντιμετωπίσει την κατάσταση και ο καθένας διαλέγει εκείνη που του ταιριάζει.

1. Ατομικές Μέθοδοι Διακοπής η Μείωσης του Καπνίσματος.

A) Προσδιορίστε τον προσωπικό λόγο που έχετε για να διακόψετε το κάπνισμα. Το "γιατί πρέπει" δεν είναι σημαντικό κίνητρο.

-Κάντε μια λίστα με τους λόγους που σας έκαναν να αρχίσετε το τσιγάρο και μια δεύτερη με τους λόγους που σας κάνουν να συνεχίζεται.

-Κάντε μια λίστα με τα δώρα - ανταμοιβές που θα προσφέρεται στον εαυτό σας όταν δεν καπνίζετε ένα τσιγάρο παρόλο που νιώθετε την επιθυμία.

-Προσδιορίστε το χρόνο και τους λόγους για τους οποίους καπνίζετε. "Μόλις σηκωθώ από το κρεβάτι, με τον καφέ, με το φαγητό, στο μπαρ" και αποφασίστε είτε να καθυστερείτε το κάπνισμα μισή ώρα από την ώρα που σας έρχεται η επιθυμία να καπνίσετε ή αποφύγετε για ένα διάστημα τα μέρη που σας αυξάνουν την επιθυμία να καπνίζετε.

-Μειώστε την κατανάλωση καφέ.

-Αποφύγετε τη συντροφιά ατόμων που καπνίζουν για όσο διάστημα προσπαθείτε να κόψετε το τσιγάρο.

- Ζητήστε υποστήριξη από τον σύντροφο σας στην προσπάθεια σας για διακοπή του καπνίσματος.

-Ζητήστε από τους φίλους σας να μην σας προσφέρουν τσιγάρο.

-Βάλτε τα τσιγάρα σ' ένα ντουλάπι σ' ένα δωμάτιο μακριά από αυτό που συνήθως καπνίζετε, μαζέψτε τα τασάκια από το σπίτι και το γραφείο, έτσι ώστε να είναι ολόκληρη διαδικασία να ανάψετε τσιγάρο.

-Χρησιμοποιήστε ρηματικές δηλώσεις: "Δεν καπνίζω πια", "Μπορώ να κόψω το τσιγάρο", "Κάθε μέρα προχωράω προς την πλήρη ανεξάρτηση".

-Ορίστε μια συγκεκριμένη ημερομηνία για να διακόψετε τελείως το κάπνισμα.

B) Δεν κόβεις κανένα απολύτως τσιγάρο από όσα καπνίζεις. Για τρεις εβδομάδες τα ίδια τσιγάρα που καπνίζεις τα πετάς μισοκαπνισμένα.

Φροντίζεις να καπνίζεις το τσιγάρο μέχρι τη μέση. Την τέταρτη εβδομάδα αρχίζεις και ελαττώνεις τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζεις από ένα ημερησίως. Αυτό συνεχίζεται μέχρις ότου τα εκμηδενίσεις.

2. Φαρμακευτική Προσέγγιση.

Α)Υποκατάστατα Νικοτίνης: Βοηθούν να αντιμετωπίσετε τα συμπτώματα στέρησης της νικοτίνης (επιθυμία για τσιγάρο, εκνευρισμός, άγχος...) τροφοδοτώντας με άλλο τρόπο - χωρίς τσιγάρο - τον οργανισμό σας με την απαραίτητη νικοτίνη. Παρότι μπορείτε να τα αγοράσετε χωρίς ιατρική συνταγή, είναι σκόπιμο να λαμβάνονται σε συνεννόηση με τον γιατρό σας.

Υπέρ: Ικανοποιούν άμεσα την επιθυμία σας για ένα τσιγάρο. Βοηθώντας σας να αντιμετωπίσετε το σωματικό εθισμό στη νικοτίνη, σας “λύνουν τα χέρια”, ώστε να χειριστείτε το πρόβλημα της ψυχικής εξάρτησης.

Κατά: Από μόνα τους δεν θεωρούνται ιδιαίτερα αποτελεσματικά. Σύμφωνα με την Αμερικανική Πνευμονολογική Εταιρία, βοηθούν πραγματικά όταν συνδυάζονται με θεραπεία ψυχικής στήριξης. Διαφορετικά οι περισσότεροι καπνιστές τείνουν να τα χρησιμοποιούν και παράλληλα να καπνίζουν, αυξάνοντας επικίνδυνα τη νικοτίνη που προσλαμβάνουν. Δεν αποκλείεται να νιώσετε συμπτώματα στέρησης ακόμα και με τα υποκατάστατα.

Τσίγλες νικοτίνης:

Είναι τσίγλες που περιέχουν νικοτίνη, η οποία απορροφάται από το βλεννογόνο του στόματος. Όταν η τσίγλα ενεργήσει, νιώθετε ένα μικρό κάψιμο στο στόμα σας. Η όλη διαδικασία διαρκεί περίπου 30 λεπτά μέχρις ότου η τσίγλα απελευθερώσει όλη την νικοτίνη που περιέχει και σταματήσει να σας καιει. Είναι το πιο εύχρηστο υποκατάστατο.

Αυτοκόλλητο νικοτίνης:

Μοιάζει με τσιρότο που κολλά στο δέρμα και τοποθετείται σε κάποιο άτριχο και καθαρό σημείο του σώματος π.χ. μπράτσο. Απελευθερώνει τη νικοτίνη στο δέρμα και από εκεί καταλήγει στην κυκλοφορία. Καθημερινά τοποθετείτε ένα νέο αυτοκόλλητο σε διαφορετικό σημείο του σώματος, για να αποφεύγεται ο ερεθισμός. Είναι εύκολο στη χρήση. Μπορεί να προκαλέσει όμως διαταραχές ύπνου, επειδή απελευθερώνει αργά και σταθερά τη νικοτίνη στερεί από τον καπνιστή την ευελιξία να μπορεί να τα χρησιμοποιήσει μόνο όταν θέλει. Η χρήση τους δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 6-8 εβδομάδες.

Ρινικό σπρέι νικοτίνης:

Περιέχει νικοτίνη που απορροφάται από το βλεννογόνο της μύτης. Δρα γρήγορα και είναι πρακτικό. Μπορεί όμως να ερεθίσει το βλεννογόνο της μύτης και να προκαλέσει

καταρροή, βήχα, φτέρνισμα. Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται περισσότερο από 6-8 εβδομάδες.

Τσιγάρο νικοτίνης:

Είναι πλαστικός κύλινδρος, στο μέγεθος του τσιγάρου. Περίπου 80 εισπνοές ισοδυναμούν με ένα τσιγάρο. Το πλεονέκτημα του είναι ότι ο καπνιστής μιμείται την κίνηση του καπνίσματος, μια κίνηση που εκτιμάται ότι θα μπορέσει να “κόψει” ευκολότερα, όταν τα συμπτώματα της στέρησης από τη διακοπή του καπνίσματος θα έχουν υποχωρήσει. Μπορεί να ερεθίσει το λαιμό, να προκαλέσει καούρες και ναυτία. Χρειάζονται 6 κύλινδροι ημερησίως.

Β)Φάρμακα Χωρίς Νικοτίνη: Τελευταία στο πλαίσιο της διακοπής του καπνίσματος έχει αρχίσει να χρησιμοποιείται η φαρμακευτική ουσία βουπροπιόνη. Πολύ απλοϊκά θα λέγαμε ότι είναι ένα αντικαταθλιπτικό που επενεργεί στο κέντρο απόλαυσης του τσιγάρου στον εγκέφαλο. Αρχικά η ουσία μελετήθηκε για την αντικαταθλιπτική της δράση. Ωστόσο καθώς οι μελέτες προχωρούσαν, παρατηρήθηκε ότι οι συμμετέχοντες καπνιστές εκδήλωσαν έντονη αποστροφή προς το τσιγάρο. Συνήθως χορηγείται για ένα διάστημα 7-19 εβδομάδων κάτω από αυστηρό ιατρικό έλεγχο, επειδή μπορεί να έχει παρενέργειες, όπως ξηροστομία και υπνηλία.

Επίσης χρησιμοποιούνται σκευάσματα που περιέχουν φυσικά αιθέρια έλαια ευκαλύπτου και μέντας που δημιουργούν αποστροφή από τον καπνό.

3.Ψυχολογική Υποστήριξη.

Είναι δυνατόν ένας θεριακλής να κόψει το τσιγάρο με ψυχολογική στήριξη (συμβουλευτική θεραπεία); “ΝΑΙ” , απαντούν πολλοί ειδικοί, αρκεί να είναι πράγματι αποφασισμένος. Και αν χρειαστεί, μπορεί να καταφύγει σε επιπλέον χειροπιαστή βοήθεια (π.χ. Υποκατάστατα νικοτίνης).

Υπέρ: Δεν έχει απολύτως καμιά παρενέργεια! Εκτιμάται ότι ένας στους τέσσερις καπνιστές μπορεί να σταματήσει το κάπνισμα με την κατάλληλη συμβουλευτική θεραπεία (ατομική ή ομαδική). Η ψυχολογική στήριξη διπλασιάζει τις πιθανότητες επιτυχίας.

Κατά: Σύμφωνα με ορισμένους ειδικούς, οι μανιώδεις καπνιστές δεν πρέπει να υποβάλλονται μόνο σε συμβουλευτική θεραπεία γιατί αυξάνεται ο κίνδυνος να υποτροπιάσουν και ως εκ τούτου να απογοητευτούν γρήγορα.

4.Εναλλακτικές Θεραπείες.

Βελονισμός:

Εχουν αναφερθεί πολλές περιπτώσεις όπου ο βελονισμός έχει βοηθήσει στη διακοπή του καπνίσματος. Ωστόσο, δεν υπάρχουν μακροχρόνιες και εμπεριστατωμένες επιστημονικές μελέτες που να επιβεβαιώνουν με συγκεκριμένα ποσοστά την

αποτελεσματικότητα του βελονισμού. Πάντως, πολλοί ειδικοί τον αποδέχονται από την στιγμή που μπορεί να είναι ωφέλιμος για έναν καπνιστή.

Ύπνωση:

Για την ύπνωση, ισχύει ότι και για τον βελονισμό. Παρότι δηλαδή έχει αναφερθεί ότι μπορεί να βοηθήσει ορισμένους καπνιστές, δεν υπάρχουν τεκμηριωμένες επιστημονικές αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα της.

5.10. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΠΙΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σήμερα οι ειδικοί κλίνουν προς την άποψη ότι ο πιο αποδοτικός τρόπος για την διακοπή καπνίσματος, είναι ο συνδυασμός:

1. Της ψυχολογικής στήριξης
2. Της φαρμακευτικής αγωγής με βουπροπιόνη και
3. Της τσίχλας νικοτίνης

Εκτιμάται ότι ένας στους τέσσερις καπνιστές, παραμένει άκαπνος στο πρώτο εξάμηνο από την εφαρμογή αυτού του σχήματος

ΕΝΟΤΗΤΑ 6η

ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

6.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην σύγχρονη εποχή, το στρες είναι ένα πρόβλημα που ταλαιπωρεί και δυσχεραίνει τη ζωή εκατομμυρίων ανθρώπων. Με τον όρο στρες εννοούμε, σχηματικά, τις εξωτερικές εκείνες συνθήκες που δημιουργούν αισθήματα δυσφορίας και έντασης, από τη στιγμή που παίρνουν τη μορφή μίας φοβόγυνας, απειλητικής και γεμάτης σύγχυσης κατάστασης, με αποτέλεσμα να μειώνονται οι προσωπικές ικανότητες και δυνατότητες του ατόμου να τις αντιμετωπίσει.

Τις δυο τελευταίες δεκαετίες παρουσιάστηκε έντονη ερευνητική δραστηριότητα σε μία επιμέρους περιοχή της έρευνας για το στρες, η οποία αναφέρεται στους παράγοντες που εντοπίζονται στους χώρους εργασίας του νοσοκομείου. Οι λόγοι γι' αυτό το έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον είναι πολλοί:

Ο εργασιακός χώρος του νοσοκομείου απαιτεί υψηλή αποδοτικότητα και παραγωγικότητα. Ο νοσηλευτής δρα υπό συνθήκες οι οποίες είναι αρκετά πιεστικές. Ο παράγοντας χρόνος διαδραματίζει συχνά σημαντικό ρόλο. Δύο επιμέρους στοιχεία, δηλαδή οι υψηλές απαιτήσεις και η πίεση του χρόνου, φαίνεται να εντείνονται ολοένα και περισσότερο στη σύγχρονη εποχή, με αποτέλεσμα να γίνεται όλο και πιο επιτακτική η ανάγκη μελέτης των συνθηκών στις οποίες εμφανίζονται.

Στη σύγχρονη πραγματικότητα ο εργασιακός χώρος του νοσοκομείου αποτελεί το κοινωνικό πλαίσιο για την αποδοχή και την αναγνώριση του νοσηλευτή, και άρα παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή του. Η σπουδαιότητα του γίνεται πιο εύκολα αντιληπτή αν σκεφτεί κανείς την κατάσταση της ανεργίας και τις επιπτώσεις της στη ζωή του ανθρώπου. Σε αυτόν τον τομέα έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες, οι οποίες δείχνουν ότι η ανεργία συνδέεται συχνά με χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, αυξημένα επίπεδα άγχους και άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας.

Σήμερα υπάρχουν αρκετά ερευνητικά δεδομένα, κυρίως από επιδημιολογικές μελέτες, τα οποία καταδεικνύουν ότι το στρες επιδρά αρνητικά όχι μόνο στη ποιότητα της εργασίας ή στο επίπεδο παραγωγικότητας και ασφάλειας, αλλά και στην υγεία των νοσηλευτών. Η έρευνα έχει ασχοληθεί τόσο με τους ψυχοφυσιολογικούς μηχανισμούς που ευθύνονται για

την επίδραση του περιβάλλοντος στην υγεία του νοσηλευτή, όσο και με ψυχοκοινωνικούς και εργασιακούς παράγοντες.

6.2. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Λαμβάνοντας όλα αυτά υπόψη, μπορεί κανείς να ισχυριστεί ότι οι επιπτώσεις του στρες και των κακών εργασιακών συνθηκών γίνονται εύκολα ορατές στη καθημερινή ζωή του νοσηλευτή.

1) Προβλήματα σωματικής υγείας. Το Εθνικό Ινστιτούτο για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (National Institute for Occupational Safety and Health, Part 1, 1986. Part 2, 1988) εξέδωσε έναν κατάλογο με τις επιπτώσεις που έχουν οι κακές εργασιακές συνθήκες στην υγεία των εργαζομένων. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα αναπνευστικά προβλήματα, ο καρκίνος, οι διαταραχές του αναπαραγωγικού συστήματος, τα προβλήματα ακοής, οι δερματολογικές παθήσεις, τα ψυχολογικά προβλήματα, τα ατυχήματα και η έκθεση σε επικίνδυνες για την υγεία ουσίες. Έρευνες που μελέτησαν τη σχέση των εργασιακών συνθηκών με προβλήματα υγείας, όπως η υπέρταση και οι κεφαλαλγίες, έδειξαν ότι η εμφάνιση αυτών των σωματικών προβλημάτων είναι συχνότερη σε επαγγέλματα με κακές εργασιακές συνθήκες που προκαλούν έντονο στρες.

2) Προβλήματα ψυχολογικής φύσης, όπως κατάθλιψη, έντονο άγχος και νευρικότητα, αδυναμία συγκέντρωσης, συναισθηματική εξουθένωση χαμηλή αυτοεκτίμηση.

3) Προβλήματα που εντοπίζονται στη συμπεριφορά, όπως συχνές απουσίες από την εργασία, αυξημένο κάπνισμα, αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ ή ψυχοδραστικών

ουσιών και φαρμάκων, επιθετική συμπεριφορά απέναντι σε συναδέλφους, ροπή προς ατυχήματα.

6.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΣΤΡΕΣ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Συνολικά οι παράγοντες που προκαλούν στρες στο χώρο του νοσοκομείου μπορούν να ταξινομηθούν στις παρακάτω κατηγορίες:

1) Περιβαλλοντικές συνθήκες

Παράγοντες όπως τα υψηλά επίπεδα θορύβου, η κακή αρχιτεκτονική και εργονομική διευθέτηση του χώρου κ.α. έχει βρεθεί ότι επιβαρύνουν σοβαρά την υγεία των εργαζομένων και συνιστούν συχνά σημαντική αιτία για την πρόκληση ατυχημάτων.

2)Εργασιακές παράμετροι, όπως πρόγραμμα εργασίας, νυχτερινή βάρδια, εργασιακή και επαγγελματική ανασφάλεια, υποβάθμιση της εργασιακής θέσης. Η παραβίαση του φυσιολογικού κύκλου λειτουργίας του εργαζομένου από άτακτα ωράρια και βάρδιες με μακροχρόνια βάση έχει βρεθεί ότι προκαλεί χρόνια σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα. Επίσης επίδραση έχει ο φόβος της αξιολόγησης στην απόδοση και την υγεία των εργαζομένων, η εργασιακή ανασφάλεια, η αργή ανέλιξη στην ιεραρχία τα οποία αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες για την εμφάνιση υπέρτασης και επικείμενης καρδιαγγειακής νόσου.

3) Παράγοντες που αφορούν την ίδια την εργασία

Αυτοί οι παράγοντες σχετίζονται κυρίως με τη μη δυνατότητα λήψης πρωτοβουλιών, με τον υπερβολικό φόρτο εργασίας και με προβλήματα που αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής σε επίπεδο εργασιακού ρόλου. Όταν ο ρυθμός της εργασίας είναι μονότονος και δεν ελέγχεται από τον ίδιο τον εργαζόμενο, και γενικότερα όταν ο ρυθμός εργασίας είναι εξοντωτικός, τότε τα προβλήματα υγείας, το έντονο άγχος και οι συχνές απουσίες δεν αργούν να εμφανιστούν σε μεγάλο ποσοστό εργαζομένων.

α) Ο φόρτος εργασίας είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες που προκαλούν στρες. Έχει βρεθεί ότι οι εργαζόμενοι που είναι υποχρεωμένοι να δουλεύουν περισσότερες ώρες και έχουν ταυτόχρονα πολλά καθήκοντα καταφεύγουν συχνότερα σε επιβλαβείς για την υγεία συνήθειες (κάπνισμα, χρήση αλκοόλ κ.α.) και διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αρρωστήσουν σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν υπερβολικό φόρτο εργασίας. Ο υπερβολικός φόρτος είναι αποτέλεσμα τόσο των αυξημένων ωρών εργασίας όσο και του συνδυασμού πολλών και διαφορετικών καθηκόντων και ρόλων. Οι γυναίκες νοσηλεύτριες με μικρά παιδιά είναι ιδιαίτερα ευάλωτες σε καταστάσεις υπερβολικού φόρτου εργασίας, αν και η υψηλή ποιότητα ζωής σε εργασία και σπίτι φαίνεται κάπως να τις προστατεύει. Σε μία έρευνα βρέθηκε ότι οι παράγοντες οι οποίοι καθορίζουν το βαθμό επιβάρυνσης των γυναικών από την εργασία τους εκτός σπιτιού είναι: α) η ύπαρξη βοήθειας στο σπίτι, και β) η αποδοχή του ρόλου τους ως εργαζόμενων γυναικών.

Γενικά οι πολλαπλοί και αντικρουόμενοι ρόλοι έχουν πληθώρα επιπτώσεων: αφενός, όσο περισσότερους ρόλους έχει κανείς, τόσο περισσότερο επιβαρύνεται με καθήκοντα και υποχρεώσεις, αφετέρου οι πολλαπλοί ρόλοι προσφέρουν ενδεχομένως μια ασπίδα προστασίας, λειτουργώντας αντισταθμιστικά σε περίπτωση που εμφανιστεί πρόβλημα σε έναν από αυτούς (τους ρόλους). Παρά ταύτα, το συγκεκριμένο θέμα, κατά πόσο δηλαδή οι πολλαπλοί ρόλοι προκαλούν περισσότερο στρες ή προστατεύουν από αυτό, θα συνεχίσει να απασχολεί τους ερευνητές κατά τα επόμενα χρόνια (Cooper & Payne, 1988).

β) Σύγκρουση ρόλων και ασάφεια ρόλων. Ως ασάφεια ρόλων ορίζεται η συνθήκη κατά την οποία ο εργαζόμενος δεν γνωρίζει επακριβώς ποιο είναι τα καθήκοντα του στο πλαίσιο της εργασίας του και ποιο τα κριτήρια αξιολόγησης της. Ως σύγκρουση ρόλων

ορίζεται η συνθήκη κατά την οποία ο εργαζόμενος λαμβάνει αντικρουόμενα και ασαφή μηνύματα σε σχέση με τα καθήκοντα της εργασίας του από διαφορετικά κάθε φορά άτομα, έχει βρεθεί ότι η σύγκρουση και η ασάφεια των ρόλων

σε χρόνια βάση συμβάλλουν στην εμφάνιση υπέρτασης, ταχυκαρδίας και άλλων συγγενών προβλημάτων. Αντίθετα, όταν παρέχεται ικανοποιητική και σαφής

επανατροφοδότηση στους εργαζομένους σχετικά με τους ρόλους και τα εργασιακά τους καθήκοντα, τότε το επίπεδο του στρες που βιώνουν πέφτει κατακόρυφα.

Η σύγκρουση ρόλων απορρέει τόσο από τα αντικρουόμενα εργασιακά καθήκοντα στο πλαίσιο ενός εργασιακού ρόλου, όσο και από την ταυτόχρονη υιοθέτηση διαφορετικών και πολλαπλών κοινωνικών ρόλων. Όπως προαναφέρθηκε, πολλές γυναίκες έχουν ταυτόχρονα τέσσερις διαφορετικούς ρόλους: το συζυγικό, το γονεϊκό, τον εργασιακό και τον οικιακό. Οι απαιτήσεις των πολλαπλών αυτών ρόλων πολύ συχνά είναι αντιφατικές και αντικρουόμενες. Και όπως είναι προφανές, η πολυπλοκότητα των σχέσεων που αναπτύσσονται ανάμεσα στους πολλαπλούς ρόλους χρήζει περαιτέρω έρευνας (Cooper & Payne, 1988. Taylor, 1995). Ο ασαφής διαχωρισμός των εργασιακών ρόλων και η πολυπλοκότητα τους προκαλούν έντονο καθημερινό άγχος σε σημαντικό αριθμό νοσηλευτών. Έρευνες έδειξαν στο τομέα αυτό οι νοσηλευτές που δουλεύουν υπό τέτοιες συνθήκες δεν είναι ικανοποιημένοι από τη δουλειά τους, εκδηλώνουν συχνά συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης και γενικά προβλήματα υγείας, όπως πονοκεφάλους, έλκη στομάχου, διαταραχές ύπνου, μυοσκελετικές παθήσεις κ.λ.π

γ) Η μη δυνατότητα λήψης πρωτοβουλιών στην εργασία σχετίζεται με επιπτώσεις στην υγεία όπως η αύξηση των επιπέδων των κατεχολαμινών, η μείωση της ικανοποίησης και η αύξηση του ποσοστού απουσιών από την εργασία. Έρευνες έχουν δείξει ότι η μονότονη δουλειά, που δεν προσφέρει στον νοσηλευτή αρκετά ερεθίσματα και του αφαιρεί κάθε δυνατότητα άσκησης ελέγχου του περιεχομένου και του ρυθμού της εργασίας του, είναι υπεύθυνοι για αρκετά προβλήματα υγείας, όπως οι χρόνιοι πονοκέφαλοι, η υψηλή αρτηριακή πίεση, τα γαστρικά έλκη κ.λ.π.

4) Παράγοντες που αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις στον εργασιακό χώρο.

Στο πλαίσιο της εργασίας οι διαπροσωπικές σχέσεις αφορούν τις σχέσεις με τους συναδέλφους, τους υφισταμένους και τους προϊσταμένους. Συχνά γίνεται διάκριση ανάμεσα σε διαφορετικά είδη διαπροσωπικών σχέσεων, που συνδέονται με την ύπαρξη ή μη συναισθηματικής στήριξης, γενικού υποστηρικτικού πλαισίου, αναγνώρισης, αποδοχής, καθώς και προσφοράς βοήθειας σε θέματα δουλειάς. Έχει διαπιστωθεί ότι οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις είναι σε σημαντικό βαθμό υπεύθυνες για γενικές σωματικές ενοχλήσεις, έλκη στομάχου, καταθλιπτικές τάσεις και συχνές απουσίες από την εργασία (Fusilier, Ganster, & Mayes, 1987. Unden, 1996). Οι εργαζόμενοι που εξ αιτίας της φύσης

της εργασίας τους δεν είναι σε θέση να επικοινωνούν με τους συναδέλφους τους δεν είναι και ικανοποιημένοι από τη δουλειά τους. Από την άλλη πλευρά, ικανοποιητικές κοινωνικές επαφές μπορεί να λειτουργήσουν ως ασπίδα προστασίας ενάντια στις υπερβολικές απαιτήσεις ενός εργασιακού ρόλου και στις πιθανές επιπτώσεις τους στη σωματική και στη ψυχική υγεία (Chappell & Novak, 1992. Taylor, 1995).

6.4. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ BURN-OUT

Στα μέσα της δεκαετίας του '70 χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στις Η.Π.Α. ο όρος Burn-out , για να περιγράψει μια επαγγελματική παθολογία που εκδηλώνεται με μεγάλη συχνότητα σε όσους ασκούν κοινωνικό λειτούργημα όπως οι νοσηλευτές.

Η επαγγελματική αυτή παθολογία χαρακτηρίζεται από γρήγορη κατανάλωση των ενεργειακών ψυχοσωματικών αποθεμάτων και μείωση των επαγγελματικών επιδόσεων . Οφείλεται κυρίως στις αρνητικές συνέπειες του χρόνιου εργασιακού stress στην υγεία , αλλά και σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Το σύνδρομο Burn-out, σύμφωνα με τους ειδικούς , αποτελεί μια από τις συνέπειες του εργασιακού stress. Θεωρείται όμως μια κατάσταση πολύ πιο σύνθετη , γιατί δε χαρακτηρίζεται μόνο από τους αντικειμενικούς και υποκειμενικούς παράγοντες που συνθέτουν το stress , αλλά εξαρτάται και από ποικίλες κοινωνικές και μορφωτικές

μεταβλητές , οι οποίες δρώντας ως καταλύτες, συντελούν στο πέρασμα από το stress στο Burn-out.

Από τη μια , οι αυξανόμενες κοινωνικές ανισότητες και οι συνθήκες αποκλεισμού διαφόρων κοινωνικών ομάδων εντείνουν όλο και περισσότερο την ανάγκη για παρεμβάσεις κοινωνικής και υγειονομικής υποστήριξης και περίθαλψης . Από την άλλη , η οικονομική ύφεση συντελεί στον περιορισμό των αναγκαίων πόρων για τον προγραμματισμό και την υλοποίηση κατάλληλων κοινωνικών και υγειονομικών προγραμμάτων. Η αντίθεση αυτή , ενισχυμένη από τους στρεσογόνους εργασιακούς παράγοντες και πλαισιωμένη από μια διάχυτη αίσθηση αδιέξοδου και – κατά συνέπεια – υποτίμησης του εργασιακού καθήκοντος των νοσηλευτών , γεννά τις κοινωνικό-μορφωτικές αιτίες που συμβάλουν καθοριστικά στην εκδήλωση του συνδρόμου Burn-out.

Τρία είναι τα χαρακτηριστικά συμπτώματα : η εξάντληση , ο κυνισμός και η αναποτελεσματικότητα . Η εξάντληση προέρχεται από την επίδραση του εργασιακού stress στην ψυχική και σωματική υγεία. Ο κυνισμός αποτελεί έκφραση της αρνητικής στάσης του πάσχοντος προς τους άλλους αλλά και προς την εργασία του , ενώ η αναποτελεσματικότητα είναι προϊόν μιας αρνητικής αυτοεκτίμησης . Η φυγή από το εργασιακό γίνεσθαι , η μειωμένη ικανότητα αυτοελέγχου, καθώς και η εκδήλωση

διάφορων ψυχοσωματικών ασθενειών (αλλεργικό άσθμα , αλλεργικές δερματίτιδες κλπ), συνοδεύουν επί το πλείστον το τρίπτυχο των βασικών συμπτωμάτων.

Ο σχεδιασμός των επεμβάσεων για την πρόληψη και την προστασία των εργαζόμενων από τους βλαπτικούς παράγοντες που οδηγούν σε καταστάσεις Burn-out, πρέπει να στοχεύει σε μία δυναμική ισορροπία μεταξύ του ανθρώπου και της κοινωνίας μέσα στην οποία εντάσσεται το εργασιακό περιβάλλον , με βασική συντεταγμένη την προσαρμογή της εργασίας στις ανθρώπινες ικανότητες και δυνατότητες .

6.5. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Έρευνα ευρείας κλίμακας που πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά στην Ελλάδα σχετικά με το εργασιακό στρες των νοσηλευτών στην χώρα μας δείχνει ότι οι έλληνες νοσηλευτές σε σύγκριση με άλλους ευρωπαίους συναδέλφους τους έχουν περισσότερα συμπτώματα κακής ψυχικής υγείας , άφθονο άγχος , είναι επιρρεπείς στα καρδιαγγειακά νοσήματα και έχουν χαμηλούς δείκτες επαγγελματικής ικανοποίησης .

*Ο φόβος για το λάθος

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας τέσσερις είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες στρες στους έλληνες νοσηλευτές , άνδρες και γυναίκες :

-Οι συνέπειες από ενδεχόμενα λάθη στην αντιμετώπιση περιστατικών .

-Το κυλιόμενο ωράριο .

-Η απροθυμία των προϊστάμενων τους και των γιατρών να τους συνδράμουν στο έργο τους (<<είναι περιορισμένη η αρωγή , ψυχολογική και πρακτική , που μας παρέχουν>> λένε).

-Οι χαμηλές οικονομικές αποδοχές σε σύγκριση με το έργο που προσφέρουν κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους .

Οι έλληνες νοσηλευτές , σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας , ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από τη δουλειά τους σε σχέση με τον πληθυσμό που απάντησε στο ίδιο ερωτηματολόγιο (15.000 άτομα από μια μεγάλη γκάμα επαγγελμάτων) αλλά και σε σύγκριση με βρετανούς νοσηλευτές .

Παρουσίασαν επίσης , σε σχέση με τους βρετανούς συναδέλφους τους, περισσότερα συμπτώματα κακής ψυχικής υγείας , δηλαδή μελαγχολία , δυσθυμία , εσωτερική ένταση , συμπτώματα κατάθλιψης , εκνευρισμό , γενικευμένο άγχος , περιόδους απόγνωσης , αδυναμία συγκέντρωσης ...

Επιπλέον βρέθηκε ότι είχαν στατιστικώς υψηλότερους δείκτες ως προς τη συμπεριφορά τύπου A από ό,τι οι νοσηλευτές στη Βρετανία, κάτι που είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό , καθώς έχει διαπιστωθεί από 30ετείς μελέτες σε διεθνές επίπεδο ότι τα άτομα με προσωπικότητα τύπου A είναι επιρρεπή στην εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Αντιθέτως ήταν θετικό ότι οι νοσηλευτές μας είναι προσωπικότητες με εσωτερική έδρα ελέγχου (Locus of Control) , δηλαδή έχουν ιδιαίτερη εμπιστοσύνη στις ικανότητες τους και αισθάνονται υπεύθυνοι για τη μοίρα τους και τις αναποδιές . Το θετικό αυτό στοιχείο όμως γίνεται σημείο εσωτερικής σύγκρουσης και έντονου στρες καθημερινά για τους έλληνες νοσηλευτές , αφού πρακτικά στο νοσοκομείο τους δίνονται λίγες ευκαιρίες για να ανατρέψουν παγιωμένες καταστάσεις και το κατεστημένο.

*Η κακή διατροφή

Λόγω άγχους και υποχρεώσεων οι νοσηλευτές δεν προσέχουν τη διατροφή τους, σιτίζονται άτακτα και χωρίς προσεγμένο διαιτολόγιο , ενώ κάνουν γυμναστική εντελώς περιστασιακά (το 42% είπαν ότι ποτέ δεν παρακολουθούν ένα ιδανικό πρόγραμμα σωματικής άσκησης) και έχουν παραπανίσια κιλά (πάνω από το 40% δήλωσαν ότι σχεδόν ποτέ δεν έχουν το επιθυμητό βάρος και το 42% του δείγματος είπαν ότι το καταφέρνουν μερικές φορές).

Εκτός τούτων είναι και << φουγάρα >> οι νοσηλευτές μας , αφού το 54% δήλωσαν ότι καπνίζουν (137 άνδρες και 108 γυναίκες).

Ωστόσο αν και έχουν τα πρωτεία στο κάπνισμα , σε σχέση με τους βρετανούς συναδέλφους τους τόσο ως προς τον αριθμό καπνιστών όσο και σε ποσότητα (είναι ενδεικτικό ότι οι άντρες μετρούσαν τα τσιγάρα στα πακέτα), καταναλώνουν πολύ μικρότερες ποσότητες αλκοόλ σε σύγκριση με τους νοσηλευτές στην Βρετανία.

Στην ερώτηση << Βρίσκετε χρόνο για να χαλαρώσετε ; >> το 40,5% (144 άτομα) δήλωσαν ότι συνήθως δεν βρίσκουν χρόνο , το 40% ότι βρίσκουν περιστασιακά , μόνο έξι άτομα είπαν ότι βρίσκουν σχεδόν πάντα χρόνο για ξεκούραση. Σύμφωνα με την έρευνα , οι έλληνες νοσηλευτές παρουσιάζουν σοβαρές διαταραχές στον ύπνο τους και όπως δήλωσαν << οι αϋπνίες ή ο ταραγμένος ύπνος είναι σύνηθες φαινόμενο>>.

*Ασπίδα κατά του άγχους

Τι κάνουν όμως για να αντιμετωπίσουν στρεσογόνες καταστάσεις στο νοσοκομείο; Οι μέθοδοι που δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν ιεραρχούνται σύμφωνα με τις απαντήσεις τους ως εξής :

-Προσπαθούν να αναδιοργανώσουν και να επανασχεδιάσουν τις εργασιακές υποχρεώσεις τους , δηλαδή βρίσκουν ευέλικτους τρόπους για να παρακάμψουν χρονοβόρες διαδικασίες .

-Χαλαρώνουν με την επαφή και τη συζήτηση με φίλους .

-Αποφεύγουν την ταύτιση με την κατάσταση των ασθενών ή την αγωνία των συγγενών και κρατούν αποστασιοποιημένη στάση , απαλλαγμένη από συναισθηματισμούς .

-Προσπαθούν να διαχωρίζουν συστηματικά (κυρίως οι γυναίκες) το εργασιακό από το οικογενειακό περιβάλλον .Σηκώνουν ένα προστατευτικό τείχος ή νοητά στεγανά ανάμεσα

στη δουλειά και στην οικογένεια << ώστε το άγχος που ξεχειλίζει στο νοσοκομείο να μην πλημμυρίζει και το σπίτι>>.

ΕΝΟΤΗΤΑ 7η

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

7.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ορισμός

Ως επαγγελματική εξουθένωση ορίστηκε το βίωμα της αποτυχίας και της εξάντλησης που παρατηρήθηκε στους νοσηλευτές μετά από ένα χρόνο ενασχόλησης τους σε ιδρύματα, το οποίο βίωμα ήταν αποτέλεσμα των υπέρμετρων απαιτήσεων της δουλειάς τους σε ενέργεια, προσπάθεια και προσόντα. Από τότε έχει παρατηρηθεί μεγάλο ενδιαφέρον για το φαινόμενο αυτό τόσο από επιστημονική όσο και από πρακτική άποψη, γεγονός που επιβεβαιώνει και ο μεγάλος αριθμός των σχετικών δημοσιεύσεων τα χρόνια που ακολούθησαν (Kleiber & Enzmann, 1990).

Σύμφωνα με τον πιο αποδεκτό μέχρι σήμερα ορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης, πρόκειται για μία κατάσταση χρόνιας συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης από τους αποδέκτες των κοινωνικών υπηρεσιών και μειωμένης προσωπικής επίτευξης, η οποία μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα που εργάζονται στον τομέα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών (Maslach & Jackson, 1981b). Όπως μπορεί να διαπιστωθεί από τον ορισμό, το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης περιορίστηκε ευθύς εξαρχής στον τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών.

7.2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται ένα σύνδρομο το οποίο περιλαμβάνει ένα σύνολο συμπτωμάτων που εμφανίζονται μαζί, και τα οποία διαμορφώνουν με αυτό τον τρόπο την ιδιαιτερότητα του (Paine, 1981). Γι'αυτό και είναι απαραίτητη η απαρίθμηση και η περιγραφή τους. Μετά από 25 και πλέον χρόνια έρευνας έχουν αναφερθεί διάφορα συμπτώματα, γεγονός που αφενός τονίζει την έλλειψη μιας σαφούς εικόνας για την

εννοιολογική κατασκευή της επαγγελματικής εξουθένωσης και αφετέρου την πολυμορφία της, δεδομένου ότι μπορεί να βιωθεί διαφορετικά από κάθε άτομο (Kahill, 1988)

Διάφοροι επιστήμονες έχουν προτείνει διαφορετικές κατηγοριοποιήσεις των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης, ανάλογα με τη θεωρητική τους προσέγγιση και το λειτουργικό ορισμό που διατυπώνουν για το φαινόμενο (Schaufeli & Buunk, 1996). Σε αυτές τις κατηγοριοποιήσεις, εκτός από τις διαφορές, παρουσιάζονται και ομοιότητες που επιτρέπουν τη διαμόρφωση μιας σφαιρικής εικόνας του συνδρόμου. Βάσει αυτών των ομοιοτήτων, η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με ψυχοσωματικά συμπτώματα (διαταραχές ύπνου και διατροφής, πονοκεφάλους, στομαχικά έλκη και καρδιακές ασθένειες), συναισθηματικά συμπτώματα (κατάθλιψη, φοβίες, επιθετικότητα) και νοητικά συμπτώματα (χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθημα αποτυχίας, δυσκολίες αυτοσυγκέντρωσης), αρνητικές μορφές συμπεριφοράς (αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ, καφεΐνης και νικοτίνης) διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις (απομάκρυνση, απομόνωση) καθώς και αλλαγή επαγγέλματος, μειωμένη παραγωγικότητα και άλλες αρνητικές στάσεις απέναντι στην εργασία.

Τα άτομα με επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζουν οπωσδήποτε όλα τα προαναφερθέντα συμπτώματα. Παρόλο που κάθε άτομο μπορεί να βιώσει διαφορετικά το εν λόγω σύνδρομο, η ουσιώδεις διαστάσεις του, δηλαδή η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η μειωμένη προσωπική επίτευξη, πρέπει να εμφανίζονται πάντα. Ο όρος «σύνδρομο» υποδηλώνει ότι η ύπαρξη του ενός συμπτώματος αυξάνει την πιθανότητα να εμφανιστούν και τα άλλα δύο (Burisch, 1989). Αυτή ακριβώς η ιδιαιτερότητα της επαγγελματικής εξουθένωσης δυσχεραίνει σε μεγάλο βαθμό τη διερεύνηση της και οδηγεί στην πληθώρα των ορισμών, των θεωρητικών μοντέλων και των οργάνων μέτρησης της.

7.3. ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Αρκετοί επιστήμονες έχουν επιχειρήσει να ορίσουν και να ερμηνεύσουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα μοντέλα με θεωρητική πληρότητα που αναφέρονται πιο συχνά στη βιβλιογραφία είναι το οικολογικό (Carroll & White, 1982), το κυβερνητικό (Heifetz & Bersani, 1983), το μοντέλο της κοινωνικής ικανότητας (Cherniss, 1980a, 1980b), το μοντέλο των οκτώ φάσεων (Golembiewski, Munzenrider, & Stevenson, 1986), το υπαρξιακό (Pines, 1993), το μοντέλο της διαταραγμένης πορείας δράσης (Burisch, 1989, 1993), το μοντέλο της διατήρησης των πηγών (Hobfoll & Freedy, 1993), το μοντέλο της εξελικτικής πορείας του Leiter (1993), καθώς και το μοντέλο της κοινωνικής ανταλλαγής και σύγκρισης (Buunk & Schaufeli, 1993).

Το πλέον διαδεδομένο μοντέλο και το συχνότερα χρησιμοποιούμενο όργανο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης προέκυψε από τη συνεργασία των Maslach και Jackson (1981 a). Συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης, σύμφωνα με αυτή τη προσέγγιση, είναι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η μειωμένη προσωπική επίτευξη (Maslach & Jackson, 1984). Η συναισθηματική εξάντληση μπορεί να ερμηνευτεί ως συνέπεια χρόνιας καταπόνησης. Η αποπροσωποποίηση είναι το ιδιαίτερο συστατικό της επαγγελματικής εξουθένωσης που τη διαφοροποιεί από το στρες και από άλλες συνέπειες του άγχους και της καταπόνησης, και εκδηλώνεται ως κυνισμός, απάθεια και απρόσωπη συμπεριφορά απέναντι στους πελάτες. Τέλος, η μειωμένη προσωπική επίτευξη είναι η προσωπική εκτίμηση του ατόμου για την απόδοση και τις ικανότητες του (Maslach & Jackson, 1986). Τόσο το θεωρητικό μοντέλο όσο και το ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης Maslach Burnout Inventory (MBI) βασίζονται σε εμπειρικά δεδομένα από συνεντεύξεις ατόμων που ασχολούνται σε διάφορα επαγγέλματα του τομέα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών.

Τα τρία συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης μετριοούνται μέσω του MBI με 22 ερωτήσεις. Στην αρχική έκδοση του ερωτηματολογίου (Maslach & Jackson, 1981 a) τα υποκείμενα καλούνταν να αξιολογήσουν τα συμπτώματα ανάλογα με τη συχνότητα και την ένταση τους. Στη δεύτερη έκδοση (Maslach & Jackson, 1986) οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν μόνο για τη συχνότητα με την οποία βιώνουν τα περιγραφόμενα συμπτώματα. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του MBI γίνεται με απλή πρόσθεση των απαντήσεων για κάθε ανεξάρτητη διάσταση του. Έτσι προκύπτουν τρεις ανεξάρτητες βαθμολογίες, μία για κάθε διάσταση (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, μειωμένη προσωπική επίτευξη), οι οποίες στη συνέχεια, βάσει τιμών που δίνονται από τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου, μπορούν να ταξινομηθούν στις κατηγορίες χαμηλή, μέση και υψηλή επαγγελματική εξουθένωση. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι τιμές για την ταξινόμηση των βαθμών των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης στις τρεις κατηγορίες (χαμηλή, μέση και υψηλή) προέκυψαν από έρευνες στάθμισης του τεστ με αμερικανικό πληθυσμό.

Σύμφωνα με τις συγγραφείς (Maslach & Jackson, 1986), τα άτομα με υψηλό βαθμό στις διαστάσεις συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση και με χαμηλό βαθμό στη μειωμένη προσωπική επίτευξη βιώνουν υψηλή επαγγελματική εξουθένωση. Αντίστοιχα, τα άτομα με χαμηλό βαθμό στις δυο πρώτες διαστάσεις και υψηλό στην τρίτη βιώνουν χαμηλή ή καθόλου επαγγελματική εξουθένωση. Μέσες τιμές και στις τρεις διαστάσεις συνεπάγονται μέση επαγγελματική εξουθένωση. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach alpha της διάστασης συναισθηματική εξάντληση είναι 0,90, της αποπροσωποποίησης 0,79 και της μειωμένης επίτευξης 0,71 (Maslach & Jackson, 1986). Η αξιοπιστία δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας με χορήγηση μετά από ένα μήνα κυμαίνεται μεταξύ 0.60 και 0.82, ενώ μετά από ένα χρόνο μεταξύ 0,54 και 0,60.

Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί, μεταξύ άλλων, στα γερμανικά (Bussing & Perrar, 1992. Demerouti & Nachreiner, 1996), τα ολλανδικά, τα πολωνικά (Schaufeli & Janczur, 1994), τα γαλλικά (Enzmann, Schaufeli & Girault, 1995) και τα ελληνικά (Kantas & Vassilaki, 1997). Τα αποτελέσματα ερευνών στις διάφορες γλώσσες δεν επιβεβαιώνουν πάντα την προτεινόμενη από τις δημιουργούς αρχική δομή του ερωτηματολογίου.

Λόγω των μη ικανοποιητικών αποτελεσμάτων του MBI και προκειμένου να γίνει δυνατή η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και σε επαγγέλματα εκτός του τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών, στην τρίτη έκδοση της κλίμακας (Maslach, Jackson & Schaufeli, 1996) αναπτύχθηκε το Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI- GS) (Schaufeli, 1996). Το MBI-GS αποτελείται από τρεις διαστάσεις οι οποίες είναι παράλληλες με εκείνες του MBI: εξάντληση, κυνισμός και επαγγελματική αποτελεσματικότητα (occupational efficacy). Η διαφορά της τρίτης έκδοσης από την προηγούμενη έγκειται στο ότι δεν μετρείται πλέον η απομάκρυνση από τους αποδέκτες των κοινωνικών υπηρεσιών (αποπροσωποποίηση) αλλά η απομάκρυνση από την εργασία γενικά (κυνισμός). Οι άλλες δυο διαστάσεις ορίζονται με τον ίδιο ακριβώς τρόπο όπως και στο MBI με τη διαφορά ότι δεν περιλαμβάνουν ερωτήσεις που αναφέρονται στην εργασία με ανθρώπους. Η δομή του MBI -GS επικυρώθηκε με επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση σε διάφορες επαγγελματικές ομάδες (Leiter & Schaufeli, 1996).

Εκτός από το MBI, υπάρχουν και διάφορες άλλες κλίμακες για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Μεταξύ άλλων είναι τα Burnout Measure (Pines & Aronson, 1988), Meier Burnout Assesment (1984) και Teacher Attitude Scale (Farber, 1984). Σε σύγκριση με το MBI, τα ερωτηματολόγια αυτά έχουν εφαρμοστεί μόνο περιστασιακά σε κάποιες έρευνες και παρουσιάζουν περισσότερα ψυχομετρικά προβλήματα (Schaufeli & van Dierendonck, 1993).

7.4. ΟΜΟΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΚΕΥΕΣ

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει μελετηθεί ως προς τις ομοιότητες και τις διαφορές που εμφανίζει σε σχέση με άλλες εννοιολογικές κατασκευές, μερικές από τις οποίες παρουσιάζουν παρόμοια προβλήματα στον ορισμό τους: στρες, εργασιακή δυσαρέσκεια, κατάθλιψη, αποξένωση, ένταση, εξάντληση, προσωπική κρίση, μονοτονία κ.λ.π. (Maslach & Schaufeli, 1993). Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η διάκριση της από άλλες παρόμοιες έννοιες.

7.4.1. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζει πολλές ομοιότητες και υψηλούς δείκτες συνάφειας με την κατάθλιψη. Οι ομοιότητες, τις οποίες έχουν παρατηρήσει επιστήμονες, αποδίδονται στο γεγονός ότι και τα δυο φαινόμενα είναι μορφές ψυχικής ασθένειας. Οι διαφορές ανάγονται στην ένταση του βιώματος, στον τρόπο θεραπείας και στο πλαίσιο εμφάνισης των φαινομένων. Πιο συγκεκριμένα, η κατάθλιψη είναι πιο έντονο βίωμα, θεραπεύεται με φαρμακευτική αγωγή και γενικεύεται σε διάφορες καταστάσεις και ευρύτερες σφαίρες της ζωής του ασθενή. Από την άλλη πλευρά, η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται αποκλειστικά με την εργασία, είναι λιγότερο έντονη και δεν θεραπεύεται με φάρμακα.

Τα δυο φαινόμενα εκδηλώνονται με αίσθημα εξάντλησης, μείωση της ενέργειας και της δύναμης της προσδοκίας (ελπίδας), καθώς και με τάση αποφυγής. Η επικάλυψη των δυο φαινομένων οφείλεται κατά κύριο λόγο στην υψηλή συνάφεια ανάμεσα στην κατάθλιψη και στη διάσταση συναισθηματικής εξάντλησης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (Schaufeli & Buunk, 1996). Οι σχέσεις με τα άλλα δυο συστατικά του συνδρόμου, την αποπροσωποποίηση και τη μειωμένη επίτευξη, είναι λιγότερο ισχυρές (Firth, McIntee, McKeown, & Britton, 1986. Leiter & Dump, 1994), γεγονός που δηλώνει επίσης ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι πιο πολυδιάστατο φαινόμενο.

7.4.2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΡΕΣ

Το επαγγελματικό στρες εμφανίζεται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας υπερβαίνουν τις δυνάμεις προσαρμογής του ατόμου (Lazarus & Folkman, 1984). Ο όρος «στρες» αναφέρεται συνήθως σε μία χρονικά περιορισμένη πορεία προσαρμογής που συνδέεται με ψυχικά και σωματικά συμπτώματα. Εμφανίζεται σε καταστάσεις με υψηλές, σε σύγκριση με τις πηγές, απαιτήσεις, όπου μία πιθανή αποτυχία έχει σοβαρές και αρνητικές συνέπειες για το άτομο. Αν η κατάσταση εκτιμηθεί από το άτομο ως απειλητική, τότε ενεργοποιούνται οι λεγόμενοι μηχανισμοί αντιμετώπισης. Στην επαγγελματική εξουθένωση, από την άλλη πλευρά, η προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου καταλύεται εξαιτίας μίας μακροχρόνιας ανισορροπίας μεταξύ απαιτήσεων και πηγών, εξαιτίας δηλαδή παρατεταμένου και χρόνιου εργασιακού στρες (Brill, 1984).

Οι δυο έννοιες αναφέρονται σε πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις ατόμου-περιβάλλοντος και είναι υποκειμενικής φύσης, μια και το βασικότερο ρόλο παίζουν οι εκτιμήσεις του ίδιου του ατόμου και όχι οι αντικειμενικές συνθήκες (Handy, 1988). Η επαγγελματική εξουθένωση όμως είναι κάτι περισσότερο από εκτίμηση, καθώς περιλαμβάνει και επανειλημμένες αποτυχίες στην αντιμετώπιση των αγχογόνων καταστάσεων του

εργασιακού χώρου. Το στρες, από την άλλη πλευρά, δεν συνδέεται με αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στους αποδέκτες των κοινωνικών υπηρεσιών, στην εργασία και στον οργανισμό γενικότερα (Maslach, 1993). Ενώ στρες μπορεί να βιώσει ο κάθε ένας η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται κατά βάσει σε άτομα που ξεκινούν την καριέρα τους με ενθουσιασμό, υψηλούς στόχους και προσδοκίες (Pines, 1993). Η επαγγελματική εξουθένωση είναι γενικά συνέπεια της αλλεπάλληλης και αποτυχημένης προσπάθειας αντιμετώπισης συγκεκριμένων αγχογόνων καταστάσεων.

7.4.3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΥΣΑΡΕΣΚΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

Πολλοί μελετητές έχουν ασχοληθεί με τη σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και δυσαρέσκειας από την εργασία. Ωστόσο η έλλειψη ενός γενικά αποδεκτού ορισμού για την ικανοποίηση από την εργασία αποτελεί σοβαρό ανασταλτικό παράγοντα. Κάποιοι ορίζουν την ικανοποίηση με γενικό τρόπο, θεωρώντας ότι αφορά το σύνολο της εργασίας (Gebert & von Rosenstiel, 1992), ενώ άλλοι την ορίζουν ως στάσεις απέναντι σε κάποιες συγκεκριμένες πτυχές της (Neuberger & Allerbeck, 1978). Οι Hackman και Oldham (1975) κάνουν διάκριση μεταξύ ενδογενούς και εξωγενούς ικανοποίησης.

Τα αποτελέσματα διαφόρων ερευνών, στις οποίες έχουν χρησιμοποιηθεί και διαφορετικά όργανα μέτρησης της ικανοποίησης, δείχνουν ότι οι δυο έννοιες έχουν διαφορετικό περιεχόμενο και διαφορετικές αιτίες, αν και μερικοί παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή δυσαρέσκεια οδηγούν και στην επαγγελματική εξουθένωση (Enzmann & Kleiber, 1989). Η σχέση των δυο αυτών διαστάσεων είναι πολύπλοκη. Φαίνεται όμως ότι η δυσαρέσκεια μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση, όπως μπορεί και να εμφανιστεί ανεξάρτητα από αυτήν.

7.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ «ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ»

Η επαγγελματική εξουθένωση αναφέρεται εξ ορισμού σε επαγγέλματα τα οποία συνδέονται με την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών (Maslach & Jackson, 1981). όπως εκπαιδευτικοί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, νομικοί, ψυχολόγοι, αλλά και γραμματείς και διευθυντές. Πρόκειται για επαγγέλματα τα οποία είναι πιο πιθανό να εκθέτουν τους εργαζόμενους σε χρόνιες και υψηλές συναισθηματικές απαιτήσεις (Maslach & Jackson, 1981b), αφού η διαπροσωπική επαφή για την επίλυση των προβλημάτων των πελατών (ασθενών, μαθητών κ.λ.π.) συνεπάγεται έντονο συναισθηματικό άγχος. Οι παράγοντες που εμπλέκονται σε τέτοιες πελατοκεντρικές επαφές είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας (πολλοί πελάτες σε λίγο χρόνο), η δυσκολία επίλυσης των προβλημάτων

κάποιων ατόμων, η έλλειψη δυνατότητας αποφυγής της άμεσης επαφής με τους πελάτες με τη διεκπεραίωση άλλων καθηκόντων, η αίσθηση μη επιτυχημένης παρέμβασης, το έντονο αίσθημα ευθύνης για την κατάσταση άλλων ανθρώπων, καθώς και η έλλειψη υποστήριξης και αμοιβών από την πλευρά του οργανισμού (Weiskop, 1980).

Ακόμη και οι πρωτοπόρες ερευνήτριες στο φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης αναγνωρίζουν το ρόλο που διαδραματίζουν οι εργασιακές συνθήκες στην εμφάνιση της (Maslach & Jackson, 1981 a, 1984). Μερικές εργασιακές συνθήκες των οποίων η αιτιολογική σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση έχει επιβεβαιωθεί σε διάφορες έρευνες είναι ο αντικειμενικά υπερβολικός φόρτος εργασίας (Jackson, Schwab & Schuler, 1986), οι ασαφείς και αλληλοσυγκρουόμενες απαιτήσεις του επαγγελματικού ρόλου (Lee & Ashforth, 1993), η έλλειψη αυτονομίας (Landsbergis, 1988), η έλλειψη ανατροφοδότησης για την αποδοτικότητα εργαζόμενου (Astrom, Nilsson, Norberg, Sandman, & Winblad, 1990), η έλλειψη προσωπικής ευθύνης για τα αποτελέσματα της εργασίας (Dolan & Reinaud, 1992), η ελλιπής συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (O'Driscoll & Schubert, 1988), η μονοτονία (Bussing & Perrar 1992), η γραφειοκρατική δομή του εκάστοτε οργανισμού, το ακατάλληλο φυσικό περιβάλλον (Friedman, 1991): οι χαμηλές αμοιβές (Jackson και συν., 1986), οι διαπροσωπικές συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο (Leiter, 1991) και η ελλιπής υποστήριξη από τους εργοδότες (Constable & Russel, 1986).

Εκτός από τους παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος, με την επαγγελματική εξουθένωση έχουν συσχετιστεί και ορισμένα χαρακτηριστικά του εργαζομένου-ατόμου. Από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης έχουν διερευνηθεί ως προς τη σχέση τους με την επαγγελματική εξουθένωση. Τα αποτελέσματα ωστόσο είτε είναι αντιφατικά (ανάλογα με την έρευνα, τόσο νεότεροι όσο και πιο ηλικιωμένοι εργαζόμενοι παρουσιάζουν υψηλότερη επαγγελματική εξουθένωση), είτε ερμηνεύουν χαμηλά ποσοστά της διακύμανσης των τιμών της επαγγελματικής εξουθένωσης, είτε αποδίδονται σε τρίτους παράγοντες που σχετίζονται με τα υπό μελέτη δημογραφικά χαρακτηριστικά (π.χ. το γεγονός ότι οι γυναίκες δηλώνουν περισσότερη επαγγελματική εξουθένωση ίσως οφείλεται στο ότι κατέχουν χαμηλότερες θέσεις στην ιεραρχία και συνεπώς απολαμβάνουν λιγότερες αμοιβές, κοινωνική αναγνώριση και αυτονομία) (Schaufeli & Buunk, 1996).

Το ίδιο αδιευκρίνιστες και χαμηλές επιδράσεις παρουσιάζουν και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Μερικές από τις διαστάσεις της προσωπικότητας που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση είναι η προσωπικότητα τύπου A (Nagy & Davis, 1985), ο νευρωτισμός (Vlerick, 1997), το εξωτερικό κέντρο ελέγχου της συμπεριφοράς (Keane, Ducette, Adier, 1985), η έλλειψη προσωπικού ελέγχου (Papadatou, Anagnostopoulou, & Manos, 1994) και η χαμηλή αυτοεκτίμηση (Poulin & Walter, 1993).

Λιγότερο συγκρουόμενα και ασαφή είναι τα αποτελέσματα που αφορούν την επίδραση της στάσης του εργαζομένου απέναντι στην εργασία. Άτομα με υψηλότερο βαθμό σύνδεσης με την εργασία τους εμφανίζουν και μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση (Reilly, 1994). Επίσης, εργαζόμενοι με υψηλές και μη ρεαλιστικές προσδοκίες από τη δουλειά και το επάγγελμα τους βιώνουν υψηλότερη επαγγελματική εξουθένωση (Pines, 1993).

Από αυτή τη συνοπτική ανασκόπηση γίνεται φανερό ότι τα αποτελέσματα αναφορικά με τα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ασαφή και αλληλοσυγκρουόμενα. Κάποιοι από τους λόγους της μέχρι σήμερα απροσδιόριστης αιτιολογίας της ενδέχεται να είναι η χρήση μετρήσεων με χαμηλή εγκυρότητα, οι μη επαρκείς πειραματικοί σχεδιασμοί, τα σφάλματα στη δειγματοληψία αλλά και η πολυπλοκότητα των σχέσεων που εμπλέκονται στο φαινόμενο (Schaufeli & Buunk, 1996). Φαίνεται πάντως ότι ένας (μέχρι στιγμής μη προσδιορισμένος) συνδυασμός συγκεκριμένων εργασιακών συνθηκών οδηγεί, με τη μεσολάβηση χαρακτηριστικών του ατόμου, στο βίωμα της επαγγελματικής εξουθένωσης (Demerouti, υπό δημοσίευση).

7.6. ΚΡΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΜΕΧΡΙ ΤΩΡΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

Σε θεωρητικό επίπεδο έχουν διατυπωθεί επικρίσεις όσον αφορά την επαγγελματική εξουθένωση, τουλάχιστον όπως αυτή ορίζεται μέχρι σήμερα. Πιο συγκεκριμένα, έχει υποστηριχθεί ότι δεν κατέχει την πληρότητα μιας εννοιολογικής κατασκευής και ότι δεν διαφοροποιείται επαρκώς από παρεμφερείς έννοιες όπως το στρες, ο κορεσμός και η κατάθλιψη (Handy, 1988). Αυτό το πρόβλημα δεν οφείλεται μόνο στην ελλιπή θεωρητική εξήγηση του φαινομένου. Το γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζει υψηλή συσχέτιση, που φτάνει μέχρι και 0,55 (Bussing & Perrar, 1992) με τις προαναφερθείσες έννοιες μπορεί να είναι και τεχνητό αποτέλεσμα των οργάνων μέτρησης. Και τούτο διότι όλα αυτά τα ερωτηματολόγια μετρούν αρνητικές στάσεις και συναισθήματα που εκτιμούν για τον εαυτό τους τα ίδια τα υποκείμενα (Meier 1984), εκτείνοντας με αυτόν τον τρόπο τις ομοιότητες των εν λόγω εννοιών σε θεωρητικό επίπεδο. Η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να συνδέεται με ένα ευρύτερο φάσμα συμπτωμάτων, που σε συγκεκριμένες περιπτώσεις εκδηλώνονται μαζί (Demerouti & Nachreiner, 1996).

Σε μία τυπική έρευνα σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση γίνεται μόνο μία μέτρηση με ερωτηματολόγιο (κατά κανόνα το MBI), το οποίο συμπληρώνουν αποκλειστικά οι ίδιοι οι εργαζόμενοι (Schaufeli & Buunk, 1996). Γι' αυτό και τα εμπειρικά

αποτελέσματα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή, ειδικά όταν η παραπάνω μεθοδολογία χρησιμοποιείται για τη διερεύνηση της αιτιολογίας της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Παραμένει ακόμη αδιευκρίνιστο αν κάποια δημογραφικά στοιχεία ή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, χαρακτηριστικά του εργασιακού χώρου και του κοινωνικού περιβάλλοντος ή στάσεις σχετικές με την εργασία παίζουν το πιο σοβαρό ρόλο στην αιτιολογία της επαγγελματικής εξουθένωσης και σε ποιο βαθμό. Εκτός από τα μεθοδολογικά προβλήματα των ερευνητικών προσεγγίσεων (δειγματοληπτικές μεροληψίες, αναξιόπιστα όργανα μέτρησης, ανεπαρκείς πειραματικοί σχεδιασμοί), αυτή η ανακρίβεια μπορεί να οφείλεται και στην πολυπλοκότητα των σχέσεων που εμπλέκονται στη γένεση του συνδρόμου.

Εκτός από τις ελλείψεις σε θεωρητικό επίπεδο, προβλήματα παρουσιάζει επίσης το ευρύτατα χρησιμοποιούμενο όργανο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης (MBI). Τα προβλήματα του MBI αρχίζουν με την αναπαραγωγή της δομής του ερωτηματολογίου μέσω επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης. Τόσο στην αγγλική (Brookings, Bolton, Brown, & McEvoy, 1985. Dignam, Barrera, & West, 1986. Green, Walkey, & Taylor, 1991) όσο και στη γερμανική έκδοση (Bussing & Perrar, 1992. Enzmann & Kleiber, 1989. Demerouti & Nachreiner, 1996) υπάρχουν αποκλίσεις διαφόρων ερωτήσεων από την υποτιθέμενη δομή. Ο πιο ασταθής παράγοντας φαίνεται να είναι η αποπροσωποποίηση και ο πιο σταθερός η συναισθηματική εξάντληση (Schaufeli & Buunk, 1996). Πολύ συχνά οι ερωτήσεις των δυο αυτών διαστάσεων εμφανίζονται μαζί σε έναν παράγοντα, γεγονός που έχει επιβεβαιωθεί σε διάφορες έρευνες (Brookings και συν., 1985. Dignam και συν., 1986. Green, Walkey, & Taylor, 1991. Demerouti & Nachreiner, 1996). Αυτός ο μεικτός, αποτελούμενος από τις διαστάσεις της αποπροσωποποίησης και της συναισθηματικής εξάντλησης, παράγοντας έχει χαρακτηριστεί και ως πυρήνας της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Μια άλλη μεθοδολογική αδυναμία του MBI συνδέεται με το ότι οι διαχωριστικές τιμές για τη διαφοροποίηση των τριών επιπέδων του δεν είναι κλινικά έγκυρες και βασίζονται σε, κατά κάποιο τρόπο, αυθαίρετες στατιστικές νόρμες. (Schaufeli & Buunk, 1996). Επιπρόσθετα, οι διαχωριστικές τιμές υπολογίστηκαν σε ευκαιριακό δείγμα, το οποίο δεν είναι αντιπροσωπευτικό ούτε και για τον αμερικανικό πληθυσμό των λεγόμενων κοινωνικών υπηρεσιών. Έτσι το MBI, όργανο μέτρησης της ειδικής αυτής μορφής καταπόνησης, παραμένει κατάλληλο μόνο για ταξινόμηση και όχι για διάγνωση των ερωτώμενων ατόμων. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης δείχνουν να

επηρεάζονται από πολιτισμικές διαφορές. Πιο συγκεκριμένα, το αμερικανικό δείγμα εμφανίζει υψηλότερες τιμές και στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης σε σύγκριση με το ολλανδικό (Schaufeli & Van Dierendonck, 1995) και το γερμανικό δείγμα (Demerouti & Nachreiner, 1996).

Επιπλέον, οι δημιουργοί του MBI δεν αποσαφηνίζουν τον τρόπο ταξινόμησης των ατόμων τα οποία, λόγω χάρη, παρουσιάζουν υψηλές τιμές στις δυο διαστάσεις και χαμηλές στην τρίτη. Εφόσον αυτές οι πιθανές περιπτώσεις δεν έχουν διαφοροποιηθεί, και εφόσον δεν μπορούν να θεωρηθούν ισοδύναμες, επιβάλλεται η ακριβέστερη διάκριση τους (Demerouti, 1997a).

Τόσο στην εννοιολογική κατασκευή όσο και στο όργανο μέτρησης τονίζεται η ιδιαιτερότητα της επαγγελματικής εξουθένωσης στον τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών. Αυτός ο περιορισμός οφείλεται στη βασική υπόθεση, ότι δηλαδή η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα συναισθηματικής πίεσης κατά τη διάρκεια της επαφής με ανθρώπους-αποδέκτες των κοινωνικών υπηρεσιών. Από αυτή την υπόθεση ξεκινά ο φαύλος κύκλος, βάσει του οποίου αυτό το ειδικό φαινόμενο στο πλαίσιο παροχής κοινωνικών υπηρεσιών μετριέται από ένα ειδικό για τις κοινωνικές υπηρεσίες όργανο μέτρησης, και μόνο στον τομέα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών (Demerouti, 1997a). Σύμφωνα με την Garden (1987), αυτή η μοναδικότητα της επαγγελματικής εξουθένωσης στα κοινωνικά επαγγέλματα μπορεί να χαρακτηριστεί ως το τεχνητό αποτέλεσμα μιας αυτοεκπληρούμενης προφητείας ή της διατύπωσης των ερωτήσεων με τέτοιο τρόπο ώστε να αναφέρονται κατ'εξοχήν στους ασθενείς-πελάτες του ερωτώμενου εργαζομένου. Η αντικατάσταση του όρου «πελάτης» με τον όρο «συναδέλφος», ώστε να καταστεί δυνατή η διερεύνηση του φαινομένου εκτός του κοινωνικού τομέα, όπως έγινε από τον Golembiewski και τους συναδέλφους του (1986), δεν ανταποκρίνεται στη βασική ιδέα της επαγγελματικής εξουθένωσης.

7.7. ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ

Πίσω από την αποπροσωποποίηση στα κοινωνικά επαγγέλματα κρύβεται η απομάκρυνση από τους αποδέκτες των κοινωνικών υπηρεσιών (ασθενείς, πελάτες, μαθητές κ.λπ.). Στα επαγγέλματα που συνδέονται με την παραγωγή ή αποπροσωποποίηση (αποξένωση από τον άνθρωπο ως «αντικείμενο» εργασίας) θα μπορούσε να αντιστοιχεί στην αποξένωση-απομάκρυνση από το εκάστοτε αντικείμενο εργασίας, ενώ στα πιο αφηρημένα επαγγέλματα θα μπορούσε να κρύβεται η αποξένωση-απομάκρυνση από το περιεχόμενο της εργασίας. Σε αυτή τη σύλληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης που είναι ανεξάρτητη από την επαγγελματική κατεύθυνση, βασίζεται ένα καινούριο όργανο μέτρησης της, το οποίο αναπτύχθηκε από την Ebbinghaus (1996).

Σύμφωνα με αυτό το θεωρητικό μοντέλο, η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται ως η μακροπρόθεσμη συνέπεια της καταπόνησης από την εργασία, και συμπεριλαμβάνει την «απομάκρυνση από την εργασία» και την «εξάντληση». Οι 18 ερωτήσεις της

«απομάκρυνσης από την εργασία» περιγράφουν την απώλεια της εσωτερικής σύνδεσης με τη δουλειά, τη μείωση της ανάγκης για επαγγελματική επιτυχία, καθώς και την ανάγκη για αλλαγή καθηκόντων που φτάνει μέχρι και σε επιθυμία αλλαγής επαγγέλματος. Η «εξάντληση» περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις που περιγράφουν τη συναισθηματική κενότητα, την υπερφόρτωση από τη δουλειά, την έντονη ανάγκη για ξεκούραση, καθώς και τη σωματική εξάντληση (Ebbinghaus, 1996).

Το καινούργιο αυτό όργανο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί και εκτός του τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς δεν περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με πελάτες. Στην έρευνα- πιλότο με 293 υποκείμενα το όργανο αυτό δοκιμάστηκε από την Ebbinghaus (1996) και σε άτομα τα οποία ασχολούνταν στη βιομηχανική παραγωγή. Οι δυο διαστάσεις έχουν δείκτη συνάφειας 0,54 ($p < 0,001$), γεγονός που δηλώνει ότι αποτελούν νοηματικά ξεχωριστές αλλά φαινομενολογικά συσχετιζόμενες πτυχές του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η κλίμακα είναι μια βελτιωμένη έκδοση που προέκυψε από την εφαρμογή παραγοντικών αναλύσεων του αρχικού και πιο ευρύτερου ερωτηματολογίου, το οποίο βασίστηκε στο υπό δημοσίευση θεωρητικό μοντέλο (Demerouti, υπό δημοσίευση).

Οι δύο εκτιμώμενες διαστάσεις του ερωτηματολογίου απεικονίζουν, σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο, τα τελικά στάδια της πορείας της επαγγελματικής εξουθένωσης πιο συγκεκριμένα, η «απομάκρυνση από την εργασία» (ή οι αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στη δουλειά, το περιεχόμενο και το αντικείμενο της) αποτελεί το τελευταίο στάδιο.

Το ερωτηματολόγιο εξετάστηκε κατά την έρευνα- πιλότο (Ebbinghaus, 1996) ως προς τη συγχρονική και τη διακριτική του εγκυρότητα μέσω της σύγκρισης του με άλλες βραχυπρόθεσμες συνέπειες της καταπόνησης, όπως το αίσθημα μονοτονίας, κορεσμού και ψυχικής κούρασης. Για την εκτίμηση αυτών των βραχυπρόθεσμων συνεπειών χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο BMS των Plath και Richter (1984). Όπως ήταν αναμενόμενο, η απομάκρυνση από την εργασία συσχετιζόταν περισσότερο με τη μονοτονία και τον κορεσμό, ενώ η εξάντληση με την ψυχική κούραση. Μέσω μερικών συσχετίσεων και παραγοντικών αναλύσεων, τόσο στο επίπεδο των διαστάσεων όσο και στο επίπεδο των ερωτήσεων, επιβεβαιώθηκε ότι οι διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης συσχετιζόνταν ισχυρότερα με τις νοηματικά παραπλήσιες βραχυπρόθεσμες συνέπειες και αντιθέτως, συσχετιζόνταν ελάχιστα με τις απόμακρες. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronback alpha για την απομάκρυνση από την εργασία και την εξάντληση ήταν 0,93 και 0,82 αντίστοιχα, ενώ εξίσου ικανοποιητικές ήταν και άλλες μετρήσεις αξιοπιστίας (όπως εσωτερική συνοχή).

7.7.1. ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Λαμβάνοντας υπόψη τις ελλείψεις στη διερεύνηση του συνδρόμου η παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε για τη μελέτη συγκεκριμένων θεμάτων με τη χρήση ενός καινούργιου οργάνου μέτρησης επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα θέματα τα οποία μελετήθηκαν ήταν τα εξής:

1) Κατά πόσο επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να εμφανιστεί έξω από τον τομέα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, σε θέσεις εργασίας που δεν συνεπάγονται επαφή με πελάτες, όπως, π.χ. στην παραγωγική διαδικασία ή σε εργασίες που απαιτούν μεγάλη προσοχή. Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο ερώτημα που τίθεται είναι κατά πόσο διαφέρει η παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου επαγγελματικής εξουθένωσης στους τρεις υποπληθυσμούς η διαφορά μεταξύ των τιμών που δείχνει κατά πόσο η παραγοντική δομή της επαγγελματικής εξουθένωσης διαφέρει σε αυτούς τους τρεις εργασιακούς τομείς (μέσω ανάλυσης διακύμανσης).

2) Αν τελικά η επαγγελματική εξουθένωση δεν παρατηρείται μόνο στον τομέα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, τότε η αιτιολογία της δεν εντοπίζεται στην ενασχόληση με τους πελάτες αλλά ίσως στις εργασιακές συνθήκες. Γι' αυτό και ο δεύτερος σκοπός της έρευνας είναι ο βαθμός συσχέτισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, ή πιο συγκεκριμένα της απομάκρυνσης από την εργασία και της εξάντλησης, με διάφορες διαστάσεις εργασιακού περιβάλλοντος. Με την εφαρμογή της ανάλυσης διάκρισης θα διερευνηθεί η δυνατότητα πρόβλεψης της επαγγελματικής εξουθένωσης μέσω των εργασιακών συνθηκών.

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΥ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

8.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συχνότητα της οσφυαλγίας και γενικότερα των μυοσκελετικών παθήσεων τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι πολύ υψηλή. Οι ασθενείς με χρόνιες μυοσκελετικές παθήσεις αποτελούν μια από τις κυρίες κατηγορίες ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στον γενικό πληθυσμό η οσφυαλγία εμφανίζεται σε περισσότερους από το 60% των ατόμων κάποια στιγμή της ζωής τους και συχνά προκαλεί σημαντική δυσλειτουργία.

Ειδικότερα όσον αφορά στους εργαζομένους, τα επαγγελματικής αιτιολογίας μυοσκελετικά προβλήματα αποτελούν σήμερα σημαντικό κοινωνικοοικονομικό πρόβλημα. Η δεκαετία του 1980 αποκάλυψε ραγδαία αύξηση των μυοσκελετικών παθήσεων και οδήγησε στη διαπίστωση πως δεν αποτελούν «προνόμιο» των εργαζομένων στις παραδοσιακά επίπονες εργασίες -γεωργία, ορυχεία και βιομηχανία- αλλά αποτελούν πραγματικότητα για τους εργαζομένους ακόμα και σε τομείς όπου δεν απαιτείται σημαντική χειρωνακτική δύναμη. Η νοσηλευτική, ως επάγγελμα, αποδεικνύεται να είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικό για το μυοσκελετικό σύστημα λόγω των δραστηριοτήτων που απαιτούνται σε αυτή και συμπεριλαμβάνουν, συχνή μετακίνηση ασθενών, μεταφορά υλικού ακόμα και χειρισμό και μεταφορά εξοπλισμού.

Το έτος 2000, το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας πραγματοποίησε την τρίτη του ευρωπαϊκή μελέτη, με ερωτήσεις που έθεσε σε 21.500 εργαζομένους μέσω προσωπικών συνεντεύξεων σχετικά με τις συνθήκες εργασίας τους. Στη μελέτη συμμετείχαν 1.500 άτομα από κάθε κράτος μέλος, με εξαίρεση το Λουξεμβούργο, όπου ερωτήθηκαν 500 εργαζόμενοι. Όπως προέκυψε από τη μελέτη αυτή, τα πλέον συνήθη προβλήματα που

σχετίζονται με την εργασία είναι η οσφυαλγία, που αναφέρθηκε από το 33% των εργαζομένων, το άγχος, που αναφέρθηκε από το 28%, η μυαλγία κυρίως του αυχένα και των ώμων, που αναφέρθηκε από το 23%, και η επαγγελματική εξουθένωση, που αναφέρθηκε επίσης από το 23% των εργαζομένων.

Στη μελέτη αυτή αυξημένο ποσοστό εργαζομένων δήλωσε προβλήματα που σχετίζονται με την εργασία. Συγκεκριμένα, οι μυοσκελετικές παθήσεις (οσφυαλγία, και μυαλγίες ειδικότερα στον αυχένα και στους ώμους) και η γενική κόπωση παρουσίασαν αύξηση σε σχέση με αντίστοιχη μελέτη που διεξήχθη από το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα πέντε χρόνια πριν.

8.2. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ

Η σημασία της επαγγελματικής οσφυαλγίας τεκμηριώνεται εκτός από την υψηλή συχνότητα της και από το γεγονός πως αφορούν άτομα στην παραγωγική ηλικία, με συνέπεια να επιφέρουν υψηλό κόστος.

Το άμεσο κόστος αφορά την αποζημίωση των εργαζομένων, τη φροντίδα υγείας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης, ενώ το έμμεσο κόστος μεταφράζεται σε αναρρωτικές άδειες και αύξηση των απουσιών από την εργασία, σε μείωση της παραγωγής και χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών, καθώς και σε επανεκπαίδευση των εργαζομένων.

Μελέτες έχουν δείξει πως το ετήσιο κόστος της επαγγελματικής οσφυαλγίας για την Ευρωπαϊκή Ένωση ανέρχεται σε δεκάδες δις ευρώ και πως οι πάθηση αυτή ευθύνεται για το μεγαλύτερο ποσοστό απουσιών από την εργασία σε σχέση με κάθε άλλο νόσημα που σχετίζεται με αυτήν. Σύμφωνα με έρευνα της Επιθεώρησης για την Επαγγελματική Ασφάλεια και Υγεία στο Ηνωμένο Βασίλειο κάθε χρόνο χάνονται 5.5 εκατομμύρια εργατοημέρες εξαιτίας μυοσκελετικών κακώσεων στον εργασιακό χώρο.

Τέλος, σημαντικό είναι και το προσωπικό κόστος, αφού η ζωή των εργαζομένων και της οικογένειας τους επηρεάζεται σε πολλά επίπεδα μετά από έναν τραυματισμό στο πλαίσιο της εργασίας.

Οι διαπιστώσεις αυτές έχουν οδηγήσει πολλούς ερευνητές στον χώρο της υγείας να ασχοληθούν με τη μέτρηση της συχνότητας των μυοσκελετικών παθήσεων που σχετίζονται με την εργασία και την αξιολόγηση των προληπτικών μέτρων που έχουν κατά καιρούς προταθεί για τη μείωση της συχνότητας των νοσημάτων αυτών.

8.3. ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Ένας πληθυσμός εργαζομένων που έχει θεωρηθεί ιδιαίτερα επιρρεπής σε τέτοιου είδους προβλήματα και έχει μελετηθεί διεθνώς, αλλά και στην Ελλάδα είναι το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η συχνότητα των μυοσκελετικών προβλημάτων είναι ιδιαίτερα υψηλή στη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα. Οι συστηματικές μελέτες του φαινομένου των μυοσκελετικών διαταραχών στην Νοσηλευτική, έχουν προσφέρει σημαντικά στοιχεία όσο αφορά τους παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τις μυοσκελετικές κακώσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Οι κίνδυνοι πρόκλησης μυοσκελετικών διαταραχών έχουν καταγραφεί από επιστήμονες διαφορετικών ειδικοτήτων (Agnew, 1987, Harder et al., 1988, Smedley , et al., 1995) και έχει επιβεβαιωθεί πολλαπλώς και από ερευνητικά δεδομένα τα οποία στις περισσότερες περιπτώσεις, προσδιορίζουν ιδιαίτερα αυξημένες συχνότητες μυοσκελετικών διαταραχών και ιδιαίτερα οσφυαλγίας στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα ποσοστά μυοσκελετικών διαταραχών διαφόρων μορφών παρατηρήθηκε να κυμαίνονται σε κάποιες περιπτώσεις από 15% μέχρι και 80% του νοσηλευτικού προσωπικού (Frymoyer et al., 1983, Videman et al., 1984, Atamney and Corlett, 1992, Chiou et al., 1994, Vasiliadou et al., 1995, Smedley et al., 1995, Emgels et al., 1996, Hognett, 1996, Ando et al, 2000). Σε άλλη πρόσφατη μελέτη στη Μεγάλη Βρετανία το 10% των νοσηλευτών ανέφερε απουσία μεγαλύτερη των 30 ημερών ετησίως από την εργασία του λόγω ραχιαλγίας. Υπολογίζεται πως στην οσφυαλγία οφείλεται το 16,2% των απουσιών των νοσηλευτών και ότι αυτό επηρεάζει σημαντικά την απόδοση τους στην εκτέλεση της εργασίας τους.

Επίσης, η συχνότητα των επαγγελματικών μυοσκελετικών προβλημάτων στον αυχένα, τον ώμο, τα άνω και κάτω άκρα είναι υψηλή.

8.4. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Τα αποτελέσματα 80 μελετών που έχουν δημοσιευτεί τις τελευταίες τρεις δεκαετίες έδειξαν πως ο σημειακός επιπολασμός (point prevalence) της οσφυαλγίας στο νοσηλευτικό προσωπικό ήταν περίπου 17%, ο ετήσιος ή περιοδικός

επιπολασμός (period prevalence) 40-50% και ο επιπολασμός που αφορά σε όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου (lifetime prevalence) 35-80%.

Η συχνότητα της οσφυαλγίας μεταξύ των διαφόρων μελετών ποικίλλει σημαντικά, γεγονός που εν μέρει οφείλεται στις διαφορές κριτηρίων που χρησιμοποιούνται για τον ορισμό της οσφυαλγίας. Σε πρόσφατη μελέτη βρέθηκε πως ο επιπολασμός κυμαινόταν από 8% έως 45%, ανάλογα με τον ορισμό που χρησιμοποιήθηκε κάθε φορά..

Απαραίτητη προϋπόθεση, λοιπόν, για τη διασφάλιση της συγκρισιμότητας των δεδομένων είναι η συμφωνία ως προς τον ορισμό της επαγγελματικής οσφυαλγίας και η χρήση κοινής μεθοδολογίας.

Όσον αφορά στη συχνότητα των μυοσκελετικών παθήσεων άλλων εντοπίσεων πλην της οσφύος ο επιπολασμός επίσης ποικίλλει μεταξύ των μελετών. Ο ετήσιος επιπολασμός των μυοσκελετικών παθήσεων στον αυχένα και τον ώμο στο νοσηλευτικό προσωπικό στις Η.Π.Α. ήταν 45,87ο και 35,1% αντίστοιχα, ενώ στην Ολλανδία συχνές ενοχλήσεις στα άνω άκρα και τον αυχένα ανέφερε το 30% και ενοχλήσεις στα κάτω άκρα το 16% των ερωτηθέντων νοσηλευτών.

Στη χώρα μας, στις αρχές της δεκαετίας του '90 πραγματοποιήθηκε μελέτη των παραγόντων κινδύνου της επαγγελματικής οσφυαλγίας στο νοσηλευτικό προσωπικό που μεταξύ των άλλων έδειξε πως ο επιπολασμός στους νοσηλευτές της τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Αθήνα ήταν 63% και 67% για τα αναδρομικά διαστήματα των δύο εβδομάδων και των έξι μηνών αντίστοιχα. Το ένα τρίτο περίπου των νοσηλευτών ανέφερε απουσία από την εργασία λόγω οσφυαλγίας και περισσότεροι από τους μισούς πρόσφατη λήψη φαρμάκων για την αντιμετώπιση της.

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε το πρώτο εξάμηνο του 2000 σε 4 γενικά νοσοκομεία της Κρήτης έδειξε πως η συχνότητα της οσφυαλγίας στο νοσηλευτικό προσωπικό ήταν 37,5%, 30,1% και 15,1%, για την οσφυϊκή χώρα, τα άνω άκρα και τον αυχένα και τα κάτω άκρα αντίστοιχα. Ποσοστό 24,2% των εργαζομένων που ανέφεραν συμπτώματα οσφυαλγίας απουσίασε από την εργασία του με αναρρωτική άδεια.

Τέλος, κατά το διάστημα Δεκεμβρίου 2000 - Μαρτίου 2001 πραγματοποιήθηκε σε έξι νοσηλευτικά ιδρύματα της Αθήνας μία μελέτη των μυοσκελετικών παθήσεων γενικά, στο νοσηλευτικό προσωπικό. Στη μελέτη αυτή χρησιμοποιήθηκε 24σέλιδο ερωτηματολόγιο προερχόμενο από το Standardized Nordic questionnaire for the Analysis of Musculoskeletal Symptoms, το οποίο παραχωρήθηκε μετά από έλεγχο αξιοπιστίας και εγκυρότητας από το Τμήμα Δημόσιας Υγείας του Ολλανδικού Πανεπιστημίου Erasmus .

Βρέθηκε πως ο επιπολασμός των μυοσκελετικών παθήσεων στο νοσηλευτικό προσωπικό ήταν υψηλός. Τέσσερις στους πέντε εργαζομένους αντιμετώπισαν κάποιο μυοσκελετικό πρόβλημα κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους, ενώ ο επιπολασμός της οσφυαλγίας ήταν μεγαλύτερος από τον επιπολασμό των άλλων μυοσκελετικών παθήσεων. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως μεγάλο ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν μυοσκελετικά προβλήματα απέδωσαν τα προβλήματα αυτά στην εργασία τους.

8.5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

8.5.1. ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΒΑΡΩΝ

Ο χειρισμός βαρών χωρίς μηχανική ή άλλη βοήθεια κατά την εργασία αποτελεί τον κύριο παράγοντα κινδύνου οσφυαλγίας στο νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ έχει βρεθεί συσχέτιση με μονότονα επαναλαμβανόμενες και βίαιες κινήσεις και άβολες /επίπονες και αφύσικες στάσεις εργασίας κατά τον χειρισμό.

Ένας τρόπος κατάταξης των χαρακτηριστικών που συμβάλλουν στην πρόκληση τραυματισμού της σπονδυλικής στήλης κατά το χειρωνακτικό χειρισμό Βαρών είναι η διάκριση τους σε χαρακτηριστικά της διαδικασίας, σε χαρακτηριστικά του αντικειμένου προς μεταφορά, σε χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος και σε ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζομένου.

Τα κυριότερα από τα χαρακτηριστικά της διαδικασίας που σχετίζονται με τη συχνότητα τραυματισμού της σπονδυλικής στήλης είναι η συχνότητα της διαδικασίας, η απόσταση που πρέπει να διανυθεί, το ύψος στο οποίο ανυψώνεται το αντικείμενο, η διάρκεια της κίνησης, η απαιτούμενη ή μη περιστροφή κατά τη διαδικασία και το μέγεθος της διανυόμενης απόστασης.

Χαρακτηριστικά του αντικειμένου προς μεταφορά που σχετίζονται με τη συχνότητα είναι το βάρος του αντικειμένου, το μέγεθος του, το βάθος, το κέντρο βάρους και το ύψος του.

Ο μειωμένος φωτισμός, η ακατάλληλη θερμοκρασία, τα πιθανά εμπόδια και ο θόρυβος (στοιχεία που αφορούν στο εργασιακό περιβάλλον), καθώς και η ηλικία, το φύλο, η φυσική κατάσταση, η σωματική διάπλαση και τα φυσικά χαρακτηριστικά του εργαζομένου σχετίζονται, επίσης, με τη συχνότητα τραυματισμού.

Από τα παραπάνω χαρακτηριστικά το βάρος του αντικειμένου, το μέγεθος και η θέση που βρίσκεται αυτό και η συχνότητα επανάληψης του χειρισμού έχουν τη

μεγαλύτερη συσχέτιση με τη συχνότητα της οσφυαλγίας, ενώ στις περισσότερες μελέτες δεν βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση με τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζομένου, όπως το φύλο, η ηλικία, το Βάρος ή ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) και το ύψος, η σωματική κατασκευή" και τα ατομικά ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά του.

Από τα φυσικά χαρακτηριστικά του εργαζομένου σημαντική προβλεπτική αξία για την εμφάνιση νέου συμβάντος οσφυαλγίας στο μέλλον έχει το ιστορικό. Τα χαρακτηριστικά που μας ενδιαφέρουν περισσότερο είναι η συχνότητα και η διάρκεια των προηγούμενων συμβάντων, ο χρόνος από το τελευταίο συμβάν, η αντανάκλαση του πόνου στα κάτω άκρα. οι απουσίες από την εργασία λόγω οσφυαλγίας και η χειρουργική επέμβαση.

Σημασία που συχνά παραβλέπεται έχουν και τα χρησιμοποιούμενα μέσα ατομικής προστασίας, όπως ο ρουχισμός, τα υποδήματα και η χρήση γαντιών που δεν εφαρμόζουν καλά και που δυσκολεύουν τη λαβή και τη μετακίνηση των φορτίων.

Η ιδιαιτερότητα όσον αφορά στον χειρισμό βαρών στο επάγγελμα του νοσηλευτή είναι πως, εκτός από τη μετακίνηση στατικών φορτίων, ισχυρή συσχέτιση με τη συχνότητα τραυματισμού της σπονδυλικής στήλης παρουσιάζει η μετακίνηση των ασθενών. Οι Smedley et al., το 1998 διαπίστωσαν ότι ο κίνδυνος τραυματισμού στην σπονδυλική στήλη, είναι υψηλότερος σε νοσηλευτές που ανέφεραν συχνή χειροκίνητη μεταφορά ασθενών.

Οι ιδιαίτερες δυσκολίες που καλούνται οι νοσηλευτές να αντιμετωπίσουν είναι το μεγάλο κατά κανόνα βάρος των ασθενών, ο κίνδυνος τραυματισμού τους και οι φυσικές τους διαστάσεις, ενώ το κέντρο Βάρους και η απόσταση του σώματος από τον ασθενή μπορεί να αλλάξει κατά τη διάρκεια της μετακίνησης και να θέσει ξαφνικά τον νοσηλευτή σε μια άβολη θέση ή στάση σώματος.

Παράλληλα, οι ασθενείς έχουν και κάποια σωματικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά που μπορούν να κάνουν περισσότερο πολύπλοκο τον χειρισμό. Πολύ συχνά φέρουν ενδοφλέβιους καθετήρες και είναι συνδεδεμένοι με συσκευές παρακολούθησης (monitors). ενώ αρκετές φορές δεν μπορούν να επικοινωνήσουν σωστά είτε λόγω μειωμένης ακοής είτε λόγω σύγχυσης. Επίσης, υπάρχει η πιθανότητα άρνησης των ασθενών να συνεργαστούν με τον νοσηλευτή ή και να προβάλλουν αντίσταση στη μετακίνηση τους. ενώ η πιθανότητα τραυματισμού του νοσηλευτή επηρεάζεται και από το επίπεδο κινητικότητας του ασθενούς.

8.5.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο τρόπος με τον οποίο οργανώνεται η εργασία σχετίζεται με τη συχνότητα της οσφυαλγίας. Η έλλειψη προσωπικού, η επαναληπτικότητα της εργασίας, η ανεπάρκεια διαλειμμάτων, ο υπερβολικός ρυθμός, το κυκλικό ωράριο, η αδυναμία της διοίκησης να εφαρμόσει διαδικασίες για την προστασία των εργαζομένων είναι χαρακτηριστικά που αυξάνουν τον κίνδυνο τραυματισμού και επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο βιώνει ο εργαζόμενος τον φόρτο εργασίας.

Η έλλειψη προσωπικού είναι ίσως το κυριότερο χαρακτηριστικό της οργάνωσης της εργασίας σία ελληνικά νοσοκομεία που οδηγεί σε συχνή επανάληψη των διαδικασιών χειρισμού ασθενών μέσα στην ίδια βάρδια και σε μεγαλύτερης διάρκειας καθήκοντα χειρισμού ασθενών και άλλων Βαρών από όσο θα έπρεπε.

8.5.3. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Τον τελευταίο καιρό το-ενδιαφέρον έχει στραφεί σε ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την εργασία, όπως η ικανοποίηση από την εργασία, οι εργασιακές σχέσεις με συναδέλφους και ανωτέρους, η μονοτονία και η επανάληψη, ο έλεγχος της εργασίας, οι απαιτήσεις, και οι ασφαλιστικοί παράγοντες, όπως το μέγεθος και ο τρόπος λήψης της οικονομικής αποζημίωσης κατά την περίοδο της αναρρωτικής άδειας.

Από τα αποτελέσματα των έως τώρα μελετών προκύπτει πως τα παραπάνω χαρακτηριστικά αποτελούν παράγοντες κίνδυνου οσφυαλγίας και πως σχετίζονται με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και τις απουσίες από την εργασία, ωστόσο το μέγεθος της σχέσης είναι μέτριου βαθμού.

8.6. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Η εκπαίδευση των εργαζομένων, ο εργονομικός σχεδιασμός του χώρου εργασίας και η οργάνωση της εργασίας είναι οι τρεις κύριες συνιστώσες της αποτελεσματικής πρόληψης των μυοσκελετικών παθήσεων στο νοσηλευτικό προσωπικό.

8.6.1. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

Η εκπαίδευση των νοσηλευτών, καθώς και η συνεχής επανεκπαίδευση τους σε ασφαλείς τεχνικές χειρισμού ασθενών και η ανανέωση των οδηγιών ανάλογα με τα νεότερα δεδομένα συμβάλλουν στην πρόληψη των επαγγελματικών μυοσκελετικών παθήσεων.

Η εκπαίδευση θα πρέπει να περιλαμβάνει τις κατάλληλες τεχνικές χειρωνακτικού χειρισμού των ασθενών, καθώς και άλλων βαρών, την κατάλληλη προσαρμογή του εργασιακού περιβάλλοντος, την ορθή χρήση των μηχανικών βοηθημάτων και των ενδεικνυόμενων προστατευτικών μέσων και τους κινδύνους από απρόσεκτο, βιαστικό χειρισμό.

Η παραδοσιακή εκπαίδευση που βασίζεται στο βιοϊατρικό μοντέλο και περιλαμβάνει την ανατομία της σπονδυλικής στήλης, τους βιολογικούς μηχανισμούς και τη φυσιολογία του σώματος είναι αναποτελεσματική στην πρόληψη των επαγγελματικών αυτών παθήσεων.

Στην πληροφόρηση και εκπαίδευση των εργαζομένων συμπεριλαμβάνονται επίσης προγράμματα άσκησης και βελτίωση της φυσικής κατάστασης, καθώς και ειδικές ασκήσεις για τη σπονδυλική στήλη που μπορούν να εφαρμοστούν και κατά τη διάρκεια της εργασίας. Αν και τα αποτελέσματα των μελετών ως τώρα είναι αντικρουόμενα, τα προγράμματα άσκησης των εργαζομένων έχουν περιορισμένη επίδραση στη μείωση της συχνότητας της οσφυαλγίας.

Αντίθετα, οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αλλαγή των αντιλήψεων και των στάσεων των εργαζομένων φαίνεται πως μειώνουν τη συχνότητα της επαγγελματικής οσφυαλγίας και των απουσιών από την εργασία.

Οδηγίες για την προετοιμασία του χειρισμού των ασθενών

Ένας γενικός κανόνας είναι πως ο χειρωνακτικός χειρισμός των ασθενών θα πρέπει να αποφεύγεται όπου είναι δυνατόν και να χρησιμοποιούνται τα διαθέσιμα μηχανικά βοηθητικά μέσα.

Πριν από τη μετακίνηση θα πρέπει να αξιολογείται ο ασθενής ως προς τα χαρακτηριστικά του που είναι πιθανόν να σχετίζονται με την πιθανότητα τραυματισμού της σπονδυλικής στήλης του νοσηλευτή. Τα χαρακτηριστικά αυτά εκτός από το βάρος είναι η κατάσταση της υγείας του ασθενούς (ζάλη, κώφωση, σύγχυση, φαρμακευτική αγωγή κ.α.), η κινητικότητα, το διανοητικό και εκπαιδευτικό του επίπεδο και τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά του.

Με βάση τα αποτελέσματα της αξιολόγησης σχεδιάζεται η μετακίνηση του ασθενούς και επιλέγονται τα βοηθητικά μέσα που θα χρησιμοποιηθούν. Πριν από τη μετακίνηση ελέγχεται η διαθεσιμότητα των βοηθητικών μέσων και η σωστή

λειτουργία τους. Όπου κρίνεται απαραίτητο, πρέπει να ζητηθεί η βοήθεια κάποιου άλλου μέλους του προσωπικού.

Ο νοσηλευτής δεν θα πρέπει να υπερεκτιμά τις δυνάμεις του και να υπερβαίνει τα όρια αντοχής του. θέτοντας έτσι σε κίνδυνο την υγεία του λόγω της ανεπάρκειας του προσωπικού ή του φόρτου εργασίας. Ο συνάδελφος που επιλέγεται να βοηθήσει θα πρέπει να είναι επαρκώς καταρτισμένος και να αντιλαμβάνεται την ιδιαίτερη σημασία της χρήσης των κατάλληλων τεχνικών χειρισμού και συγχρονισμού της μετακίνησης.

Είναι, επίσης, σημαντικό να ενημερώνεται ο ασθενής για τη μετακίνηση του, να ζητείται η βοήθεια του όταν αυτό είναι εφικτό και να του παρέχονται οι κατάλληλες οδηγίες, έτσι ώστε να είναι σε θέση να συνεπικουρήσει στη μετακίνηση. Οι οδηγίες θα πρέπει να είναι ξεκάθαρες, απλές και να υπάρχει αρκετός χρόνος για ερωτήσεις και διευκρινίσεις.

Οδηγίες για την αποφυγή τραυματισμού της σπονδυλικής στήλης κατά τη διάρκεια του χειρισμού των ασθενών και των άλλων βαρών

Ο νοσηλευτής πρέπει να χρησιμοποιεί ευθυτενείς, ουδέτερες στάσεις σώματος και ήπιες κινήσεις που δεν επιβαρύνουν τη σπονδυλική στήλη, ενώ θα πρέπει να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις σε όλη τη διάρκεια του χειρισμού. Αυτό συνεπάγεται τη χρήση της μυϊκής δύναμης των ποδιών και την αποφυγή της κάμψης της σπονδυλικής στήλης κατά τη μετακίνηση.

Αρχικά τα πόδια τοποθετούνται στο έδαφος σε απόσταση μεταξύ τους δημιουργώντας μια ισορροπημένη και σταθερή βάση. Τα χέρια πρέπει να βρίσκονται μέσα σία όρια που σχηματίζονται από τα πόδια, ενώ σημαντική είναι η επιλογή της βέλτιστης λαβής για τη συγκεκριμένη μεταφορά που εξαρτάται από τις συνθήκες της μετακίνησης και το είδος του φορτίου.

Στη συνέχεια, λυγίζοντας τα γόνατα, ανυψώνεται το φορτίο, έτσι ώστε να βρίσκεται όσο το δυνατόν στο επίπεδο της μέσης, ενώ η λαβή θα πρέπει πάντα να γίνεται και με τα δύο χέρια. Είναι πιθανόν να χρειαστεί ο νοσηλευτής να γέρνει ελαφρά πάνω από το φορτίο για να κρατηθεί σταθερότερα το αντικείμενο. Αν χρειαστεί να τροποποιηθεί η λαβή κατά τη διάρκεια της ανέλκυσης, θα πρέπει αυτό να γίνει όσο το δυνατόν πιο απαλά.

Κατά τη μετακίνηση ο νοσηλευτής θα πρέπει να αντικρίζει το πρόσθιο μέρος του σώματος του ασθενούς και να τον μετακινεί προς την κατεύθυνση του και όχι προς την αντίθετη κατεύθυνση. Η ορθή πρακτική είναι η χρήση των ποδιών και η στροφή όλου του σώματος προς την κατεύθυνση της κίνησης, ενώ όταν η

μετακίνηση γίνεται με τη βοήθεια συναδέλφου, θα πρέπει οι κινήσεις να συγχρονίζονται είτε με τη μέθοδο της μέτρησης είτε με κάποιον άλλο τρόπο.

Σημαντικός επίσης κανόνας είναι πως θα πρέπει ο ασθενής ή το φορτίο να βρίσκονται όσο γίνεται πιο κοντά στο σώμα του νοσηλευτή. Γενικά, όταν ένα φορτίο μετακινείται σε απόσταση από τον κορμό του σώματος, το επίπεδο της καταπόνησης της οσφύος αυξάνεται.

Ένας αδρός κανόνας είναι πως κρατώντας ένα φορτίο σε απόσταση ίση με το μήκος των βραχιόνων προκαλείται πέντε φορές μεγαλύτερη επιβάρυνση σε σχέση με τη μετακίνηση του ίδιου φορτίου με τα χέρια κοντά στον κορμό.

Επιπρόσθετα, όσο πιο μακριά από το σώμα κρατάμε το φορτίο, τόσο πιο δύσκολο είναι να το ελέγξουμε, συμβάλλοντας στην πιθανότητα τραυματισμού.

Στο τέλος του χειρισμού, ο ασθενής ή το φορτίο θα πρέπει να αφήνεται αργά λυγίζοντας τα πόδια και όχι την πλάτη και η επιστροφή στην όρθια στάση θα πρέπει να γίνεται όσο το δυνατό πιο γρήγορα.

8.6.2. ΕΡΓΟΝΟΜΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τα περισσότερα νοσηλευτικά ιδρύματα στην Ελλάδα έχουν κατασκευαστεί χωρίς τις κατάλληλες προδιαγραφές για τις σύγχρονες ανάγκες της φροντίδας υγείας. Οι χώροι στέγασης των υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας χαρακτηρίζονται από ελλιπή σχεδιασμό, ενώ τις περισσότερες φορές τα κτίρια είναι ακατάλληλα, αφού κατασκευάστηκαν για άλλο σκοπό και στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκαν στον τομέα της υγείας.

Ο επανασχεδιασμός της εργασίας είναι η πιο αποτελεσματική στρατηγική για την αντιμετώπιση των επαγγελματικών μυοσκελετικών παθήσεων. Πολλές έρευνες της τελευταίας δεκαετίας, τονίζουν επίσης την σπουδαιότητα της Εργονομίας (εργονομία χώρου, εξοπλισμού, μηχανημάτων, φορείων, κρεβατιών, σωστή εκτέλεση καθημερινών εργασιακών δραστηριοτήτων) στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών. (Wick 1989, Atamney and Corlett 1992, Garg and Owen, 1992, Hignett, 1996).

Ένα προληπτικό πρόγραμμα εργονομίας θα πρέπει να περιλαμβάνει την ανάλυση του χώρου εργασίας, μέτρα για τον περιορισμό των εργονομικών παραγόντων κινδύνου, την παρακολούθηση της υγείας των εργαζομένων για την καταγραφή των επαγγελματικών μυοσκελετικών παθήσεων και την πληροφόρηση και εκπαίδευση των εργαζομένων για την ενεργό συμμετοχή τους στο προληπτικό πρόγραμμα.

8.6.3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Εκτός από την αξιολόγηση του εργασιακού περιβάλλοντος, η ανάλυση του χώρου εργασίας περιλαμβάνει επίσης και την αξιολόγηση των ανθρώπινων ικανοτήτων. Η αξιολόγηση πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα, αλλά έχει προταθεί και η προληπτική εξέταση πριν από την πρόσληψη του εργαζομένου.

Η αξιολόγηση πριν από την τοποθέτηση στην εργασία στοχεύει στην αναγνώριση των ατόμων που έχουν υψηλότερη πιθανότητα ανάπτυξης οσφυαλγίας στον συγκεκριμένο εργασιακό χώρο.

Τα κύρια χαρακτηριστικά που έχουν προταθεί για αξιολόγηση πριν από την πρόσληψη είναι τα κλινικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των ατόμων, το ιστορικό μυοσκελετικού προβλήματος και η φυσική κατάσταση. Από αυτά το ιστορικό είναι ο καλύτερος προγνωστικός παράγοντας, ενώ τα άλλα χαρακτηριστικά δεν έχουν σημαντική προβλεπτική αξία και δεν θα πρέπει να αξιολογούνται .

Εντούτοις , αν τα άτομα με ιστορικό παρατεταμένης και πρόσφατης οσφυαλγίας αποκλείονταν από νοσηλευτικές εργασίες που προκαλούν σωματική καταπόνηση, ένα μικρό μόνο μέρος περιπτώσεων επαγγελματικής οσφυαλγίας θα μπορούσε να προληφθεί .

Περιορισμός των εργονομικών παραγόντων κινδύνου

Ο περιορισμός των παραγόντων κινδύνου μπορεί να γίνει με την εργονομική προσαρμογή των κτιρίων, των χρησιμοποιούμενων εργαλείων και του εξοπλισμού. Τα βοηθητικά μέσα θα πρέπει να είναι κατάλληλα σχεδιασμένα ώστε να μειώνεται η επαναληπτικότητα της εργασίας, καθώς και οι αφύσικες και άβολες/ επίπονες στάσεις εργασίας.

Ιδιαίτερα όσον αφορά στη μηχανική φόρτιση της σπονδυλικής στήλης κατά τον χειρισμό βαρών προτείνεται η μείωση του βάρους των εργαλείων και των εξαρτημάτων, η αύξηση της τριβής μεταξύ χειρολαβών και χεριών, η βελτίωση του σχήματος και του μεγέθους των χειρολαβών και η χρήση κατάλληλων γαντιών.

Μέσα από νομοθετικές ρυθμίσεις και οδηγίες που εκδίδονται τα τελευταία χρόνια καθορίζονται τα ανώτατα επιτρεπτά όρια βάρους κατά τον χειρισμό ασθενών χωρίς βοηθητικά μέσα. Υποστηρίζεται πως οι άνδρες νοσηλευτές μπορούν να σηκώσουν σχεδόν 50 κιλά, ενώ οι νοσηλεύτριες έως 22 κιλά. γεγονός που φυσικά στην καθημερινή πρακτική είναι αδύνατον να τηρηθεί.

Τα όρια αυτά έχουν δεχτεί κριτική, γιατί υποστηρίζεται πως διαφέρουν ανάλογα με τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζομένου και τις συνθήκες διεξαγωγής μιας διαδικασίας. Στην πραγματικότητα, λοιπόν, δεν υπάρχει ασφαλής χειρισμός των ασθενών.

Παρακολούθηση της υγείας των εργαζομένων για την καταγραφή και παρακολούθηση των μυοσκελετικών παθήσεων που προκύπτουν από την εργασία

Ένα προληπτικό πρόγραμμα υγείας θα πρέπει να διασφαλίζει την πρόωρη αναφορά των μυοσκελετικών συμπτωμάτων, την άμεση πρόσβαση του εργαζομένου σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, την παρακολούθηση της εξέλιξης της υγείας του εργαζομένου μετά την επιστροφή του στην εργασία, καθώς και την αποκατάσταση των εργαζομένων που έχουν υποστεί μυοσκελετική πάθηση και απουσίασαν από την εργασία τους για κάποιο χρονικό διάστημα.

Τα προγράμματα αποκατάστασης είναι απαραίτητα για την αποφυγή εκ νέου τραυματισμού της σπονδυλικής στήλης και περιλαμβάνουν προοδευτικά αυξανόμενες σε ένταση και διάρκεια ασκήσεις για τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης των εργαζομένων.

Στην περίπτωση που το πρόβλημα δεν έχει αντιμετωπιστεί επαρκώς, το άτομο δεν θα πρέπει να επιστρέψει στα καθήκοντα του, ενώ, σε περιπτώσεις που το πρόβλημα είναι πλέον μόνιμο, πιθανόν να χρειαστεί η αλλαγή θέσης εργασίας με τοποθέτηση του σε κάποιο τμήμα με λιγότερες απαιτήσεις.

Πληροφόρηση και εκπαίδευση όλων των εργαζομένων για την ενεργό συμμετοχή τους στο προληπτικό πρόγραμμα υγείας

Οι Cooper , et al., το 1996, μελέτησαν τις επιδράσεις ενός παρεμβατικού εκπαιδευτικού προγράμματος στην αντίληψη του πόνου και της ανικανότητας στην εργασία, σε νοσηλευτές με κάκωση στη χαμηλή οσφυϊκή μοίρα και διαπίστωσαν ότι ο πόνος και η ανικανότητα στην εργασία συσχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον. Οι συμμετέχοντες στο παρεμβατικό πρόγραμμα επηρέασαν σημαντικά τις τιμές στην αντίληψη πόνου και ανικανότητας. Έτσι, διαπιστώνεται από τα ευρήματα της εργασίας αυτής ότι η εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης και αποκατάστασης μπορεί να ελαττώσει αισθητά τα επίπεδα πόνου και ανικανότητας αυξάνοντας με αυτό τον τρόπο της παραγωγικότητα των νοσηλευτών με μυοσκελετικές διαταραχές.

Επίσης, οι Tate et al., το 1996 έφτασαν στο συμπέρασμα ότι τα παρεμβατικά προγράμματα (εκπαίδευσης και εργονομίας) στην εργασία μπορεί να είναι αρκετά

αποτελεσματικά στην ελάττωση της νοσηρότητας που οφείλεται σε τραυματισμούς της σπονδυλικής στήλης.

Συνεπώς, βασικό σημείο ενός αποτελεσματικού προληπτικού προγράμματος είναι η συμμετοχή των εργαζομένων που περιγράφεται με τον όρο συμμετοχική εργονομία. Η συμμετοχική εργονομία οδηγεί σε περισσότερο ποιοτικές και μακροχρόνιες παρεμβάσεις, ενώ η συμμετοχή καλύπτει την ανάγκη των εργαζομένων για έλεγχο στην εργασία τους.

Με τη συμμετοχική εργονομία ενισχύονται τα κίνητρα και η ικανοποίηση των εργαζομένων, παρέχονται πρόσθετες δυνατότητες επίλυσης προβλημάτων, επιτυγχάνεται μεγαλύτερη αποδοχή των αλλαγών και βαθύτερη γνώση της εργασίας και της οργάνωσης της.

8.6.4. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Παρεμβάσεις που αφορούν στην οργάνωση της εργασίας στον χώρο του νοσοκομείου και που συμβάλλουν στη μείωση της συχνότητας της οσφυαλγίας είναι η επάρκεια του προσωπικού, τα προγράμματα εργασίας, οι σωστά σχεδιασμένες στολές, τα κατάλληλα επιλεγμένα βοηθητικά μηχανικά μέσα και η προσαρμογή του ωραρίου.

Ιδιαίτερα όσον αφορά στην αντιμετώπιση της επαναληπτικότητας και των άβολων/ επίπονων στάσεων εργασίας προτείνεται η διασφάλιση της διαθεσιμότητας των μηχανικών βοηθημάτων, η διεύρυνση των εργασιών με την προσθήκη περισσότερο ανόμοιων μεταξύ τους δραστηριοτήτων, η δυνατότητα εναλλαγής στα εργασιακά καθήκοντα, η αύξηση του χρόνου διαλείμματος, η ομοιόμορφη κατανομή της εργασίας σε κάθε βάρδια, καθώς και η αναδιάρθρωση της εργασίας.

Παρεμβάσεις όπως η διεύρυνση των καθηκόντων, ο μεγαλύτερος έλεγχος της εργασίας, τα διαλείμματα και η ελαχιστοποίηση της εντατικής εργασίας συμβάλλουν, επίσης, στη μείωση των ψυχοκοινωνικών επαγγελματικών παραγόντων κινδύνου.

8.7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Για την εφαρμογή ενός αποτελεσματικού προγράμματος πρόληψης της επαγγελματικής οσφυαλγίας στο νοσηλευτικό προσωπικό απαιτείται «βασισμένη στη μαρτυρία» (evidence based) γνώση της συχνότητας, των παραγόντων κινδύνου

και των μηχανισμών μέσω των οποίων δρουν και της αποτελεσματικότητας των προτεινόμενων προληπτικών μέτρων και πρακτικών.

Τα αποτελέσματα των έως τώρα μελετών είναι αντικρουόμενα λόγω της διαφορετικής μεθοδολογίας, ενώ οι διαφορές ως προς τις συνθήκες της εργασίας μεταξύ των χωρών κάνουν ακόμα πιο ασαφή τα αποτελέσματα .

Για τη βελτιστοποίηση , λοιπόν , των προληπτικών στρατηγικών απαιτούνται περισσότερες πληροφορίες για την ελληνική πραγματικότητα και για τις δυνατότητες που προσφέρει για την εφαρμογή προληπτικών μέτρων στο σύγχρονα νοσοκομεία.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Απευθύνεται σε νοσηλευτές/τριες που απασχολούνται στα δύο μεγάλα νοσοκομεία του Ηρακλείου .

1) ΦΥΛΟ:

ΑΡΡΕΝ

ΘΗΛΥ

2)ΚΑΤΑΓΩΓΗ

ΑΣΤΙΚΗ

ΑΓΡΟΤΙΚΗ

3)ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΟΥ

ΠΕ

ΤΕ

ΔΕ

4)ΠΟΣΟ ΧΡΟΝΟ ΑΣΚΕΙΤΕ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ;

ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 5 ΧΡΟΝΙΑ

5-10 ΧΡΟΝΙΑ

10-15 ΧΡΟΝΙΑ

15 ΚΑΙ ΑΝΩ

5)ΕΙΣΤΕ ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ/ΣΤΡΙΑ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

6)ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΑΣ ΚΑΠΝΙΖΑΤΕ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

7)ΕΙΣΤΕ ΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ/ΤΡΙΑ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

8)ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

9)ΜΕ ΠΟΙΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ;

ΜΕΓΑΛΗ

ΜΕΤΡΙΑ

ΜΙΚΡΗ

10)ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΑΛΚΟΟΛ;

ΚΡΑΣΙ

ΟΥΙΣΚΙ

ΑΛΛΑ ΠΟΤΑ

11)ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΙΣ ΒΛΑΠΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

12) ΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΠΟΙΟΣ Ο ΛΟΓΟΣ ΠΟΥ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΚΑΙ ΠΙΝΕΤΕ;

- ΣΥΝΗΘΕΙΑ
ΜΟΥ ΑΡΕΣΕΙ
ΜΕ ΠΑΡΕΑ
ΑΓΧΟΣ-ΝΕΥΡΑ
ΑΛΛΑ...

13) ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΚΟΥΡΑΣΜΕΝΟΣ/Η ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ ΚΑΙ ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΤΕ;

- ΟΧΙ
ΠΡΩΙ
ΑΠΟΓΕΥΜΑ
ΝΥΚΤΑ

14) ΕΧΕΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΘΕΙ Η ΨΥΧΙΚΗ ΣΑΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΗΣ ΔΟΥΛΕΙΑ ΣΑΣ;

- ΠΟΤΕ
ΣΠΑΝΙΑ
ΣΥΧΝΑ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

15) ΕΧΕΤΕ ΝΙΩΣΕΙ ΠΟΝΟ ΣΤΗΝ ΟΣΦΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ;

- ΝΑΙ
ΟΧΙ

16) ΕΧΕΤΕ ΕΠΙΣΚΕΦΤΕΙ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ;

- ΝΑΙ
ΟΧΙ

17) ΚΑΝΕΤΕ ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ;

- ΝΑΙ
ΟΧΙ

18) ΤΡΩΤΕ ΜΑΓΕΙΡΕΥΜΕΝΑ Ή ΕΤΟΙΜΑ ΦΑΓΗΤΑ;

- ΜΑΓΕΙΡΕΜΕΝΑ
FAST FOOD

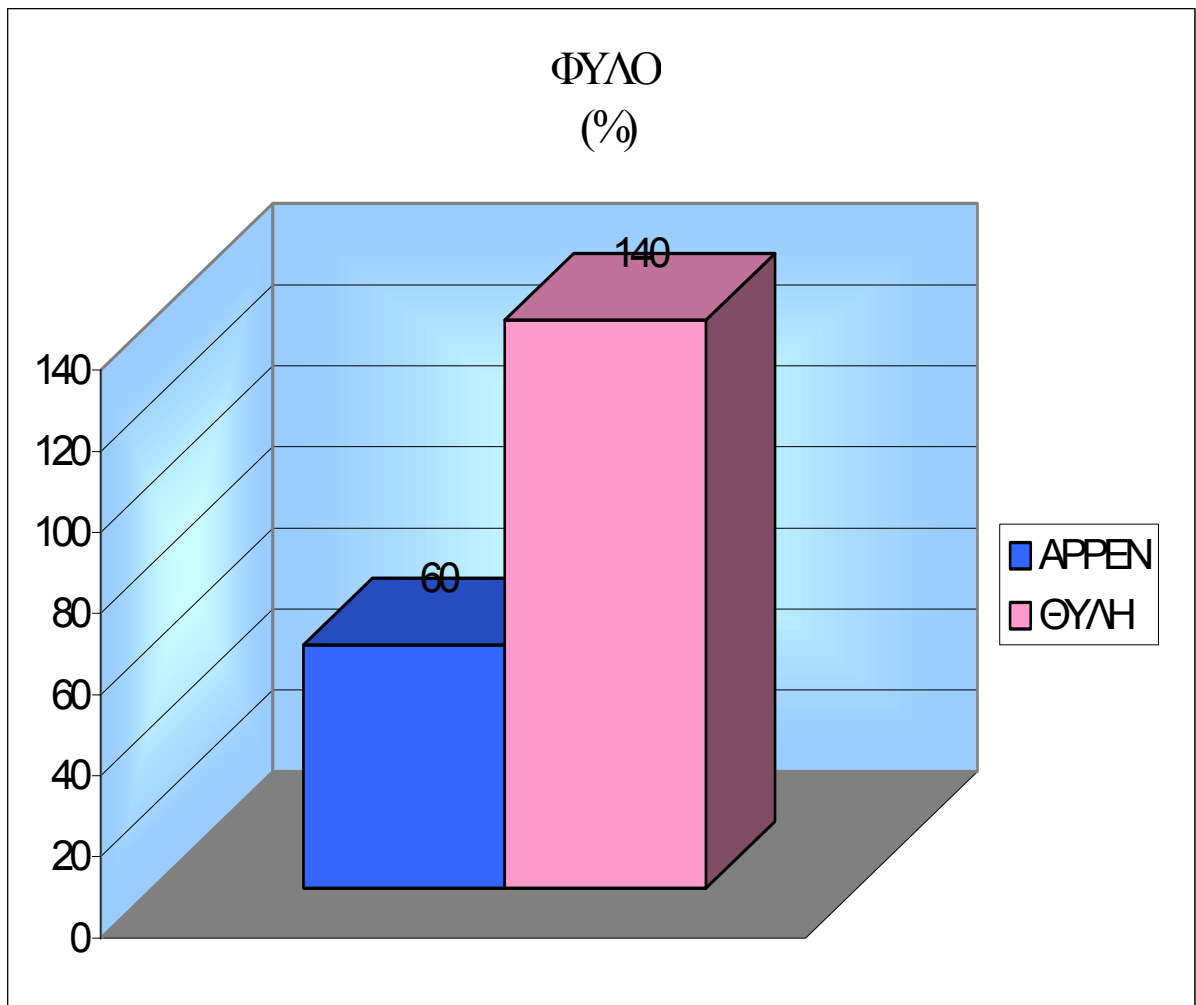
19) ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙ ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΣΑΣ ΒΑΡΟΣ ΤΟΥ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ ΜΗΝΕΣ;

- ΝΑΙ
ΟΧΙ

20) ΣΕ ΠΟΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ;

- ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ

ΕΡΩΤΗΣΗ 1

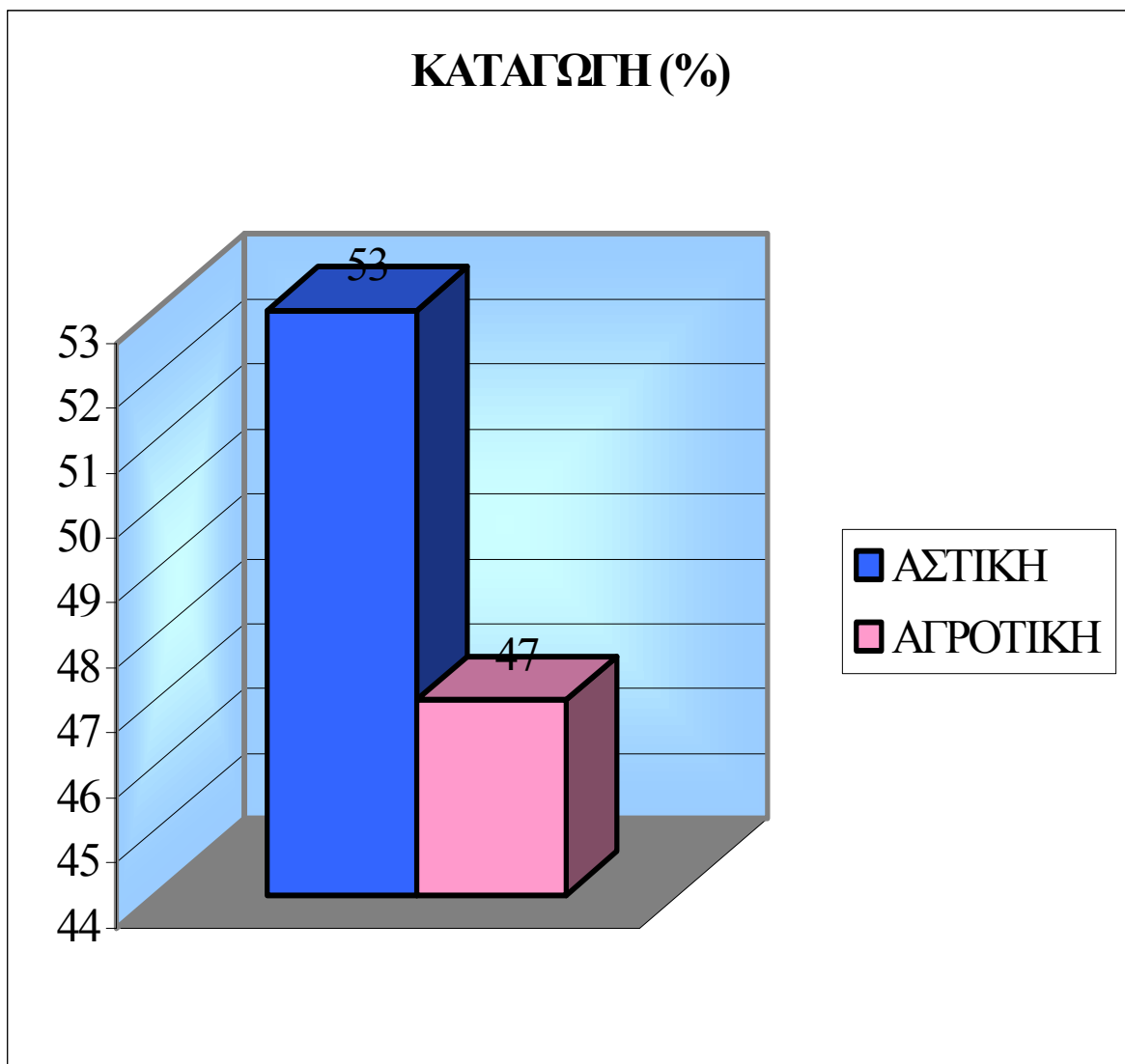


	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
APPEN	60	30
ΘΥΛΗ	140	70
ΣΥΝΟΛΟ	200	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 1^{ΗΣ} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Παρατηρώντας το γράφημα διαπιστώνουμε τη σαφή αριθμητική υπεροχή των γυναικών στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Αυτό αποδεικνύεται και από άλλες έρευνες που έγιναν τα τελευταία χρόνια σε διάφορα νοσοκομεία και άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας στα πλαίσια πτυχιακών εργασιών οι οποίες σχετίζονταν με νοσηλευτές. Η πλειοψηφία αυτή των γυναικών στο νοσηλευτικό επάγγελμα οφείλεται σε μεγάλο ποσοστό στην επιλογή των νέων όσο αναφορά το επάγγελμα που θα επιλέξουν να ασκήσουν. Η νοσηλευτική από την γεννησή της θεωρούνταν κατ' εξοχήν γυναικείο επάγγελμα γεγονός που έκανε δύσκολη την εισαγωγή ανδρών στο χώρο. Απ' ότι συμπεραίνουμε από τα αποτελέσματα της ερευνάς μας η αντίληψη αυτή έως ένα βαθμό επικρατεί ακόμη και στις μέρες μας.

ΕΡΩΤΗΣΗ 2



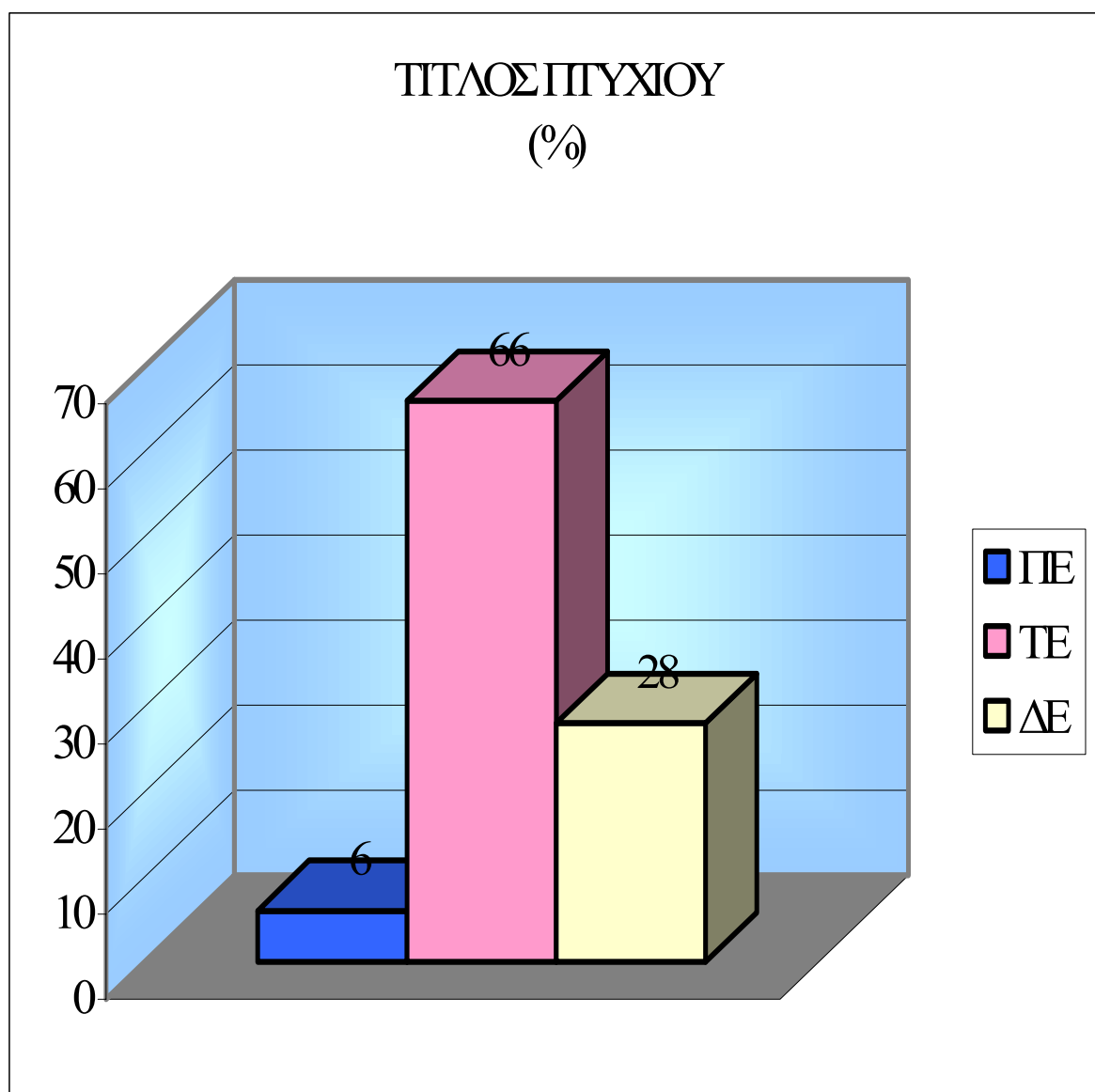
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΑΣΤΙΚΗ	106	53
ΑΓΡΟΤΙΚΗ	94	47
ΣΥΝΟΛΟ	200	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 2^{ΗΣ} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Από την έρευνα μας διαπιστώνουμε ότι στα δύο μεγάλα δημόσια νοσοκομεία του Ηρακλείου εργάζονται νοσηλευτές που κατάγονται τόσο από αστικές οικογένειες, σε ποσοστό **53%** όσο και από αγροτικές οικογένειες σε ποσοστό **47%**.

Το σχετικά μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών προερχόμενων από αγροτικές περιοχές πιθανότατα οφείλεται στο γεγονός ότι σ' αυτές τις περιοχές δεν υπάρχουν πολλές δυνατότητες εργασίας, εκτός απ' τις αγροτικές ασχολίες για τους νέους. Ιδιαίτερα όσον αφορά το νοσηλευτικό επάγγελμα η απορρόφηση είναι ελάχιστη στις μη αστικές περιοχές λόγω έλλειψης μεγάλων νοσοκομείων .

ΕΡΩΤΗΣΗ 3



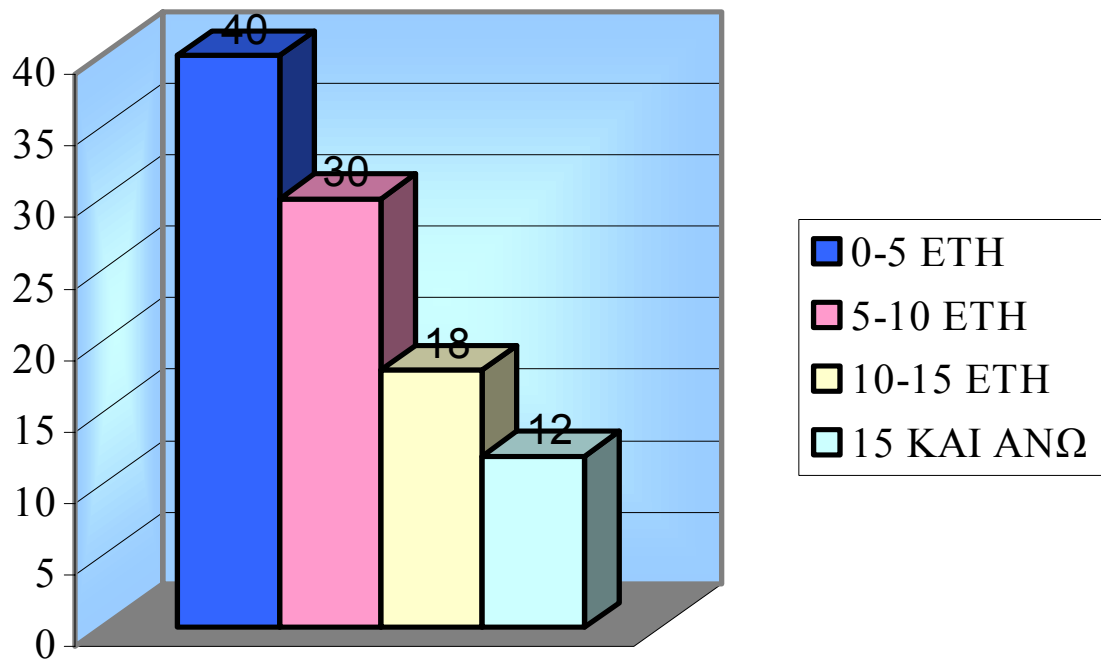
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΠΕ	12	6
ΤΕ	132	66
ΔΕ	56	28
ΣΥΝΟΛΟ	200	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 3^{ΗΣ} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Όσο αναφορά τον τίτλο πτυχίου των νοσηλευτών των δύο μεγάλων δημοσίων νοσοκομείων του ηρακλείου παρατηρήσαμε ότι στην πλειοψηφία τους είναι απόφοιτοι ανώτατων τεχνολογικών εκπαιδευτικών ιδρυμάτων σε ποσοστό **66%** σε αντίθεση με τους αποφοίτους πανεπιστημίων σε ποσοστό **6%** και αποφοίτους σχολών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε ποσοστό **28%**. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει την ανάγκη των δευτεροβάθμιων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων λόγω των γνώσεών τους τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Αντιθέτως οι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης νοσηλευτές έχουν κατά κύριο λόγο θεωρητικές γνώσεις και οι νοσηλευτές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης έχουν κυρίως πρακτικές γνώσεις. Συμπερασματικά, θα προτείναμε να δοθεί οικονομική και νομική (ουσιαστική αναβάθμιση),στήριξη από το κράτος στα ανώτατα τεχνολογικά εκπαιδευτικά ιδρύματα ώστε να συνεχίσουν να εφοδιάζουν τους νέους με τεχνογνωσία και επιστημονικές γνώσεις, θεωρητικά και πρακτικά, θέτοντας τους ικανούς νοσηλευτές και προαγωγούς υγείας.

ΕΡΩΤΗΣΗ 4

ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΚΕΙΤΕ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ (%)



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
0-5 ΕΤΗ	80	40
5-10 ΕΤΗ	60	30
10-15 ΕΤΗ	36	18
15 ΚΑΙ ΑΝΩ	24	12
ΣΥΝΟΛΟ	200	100

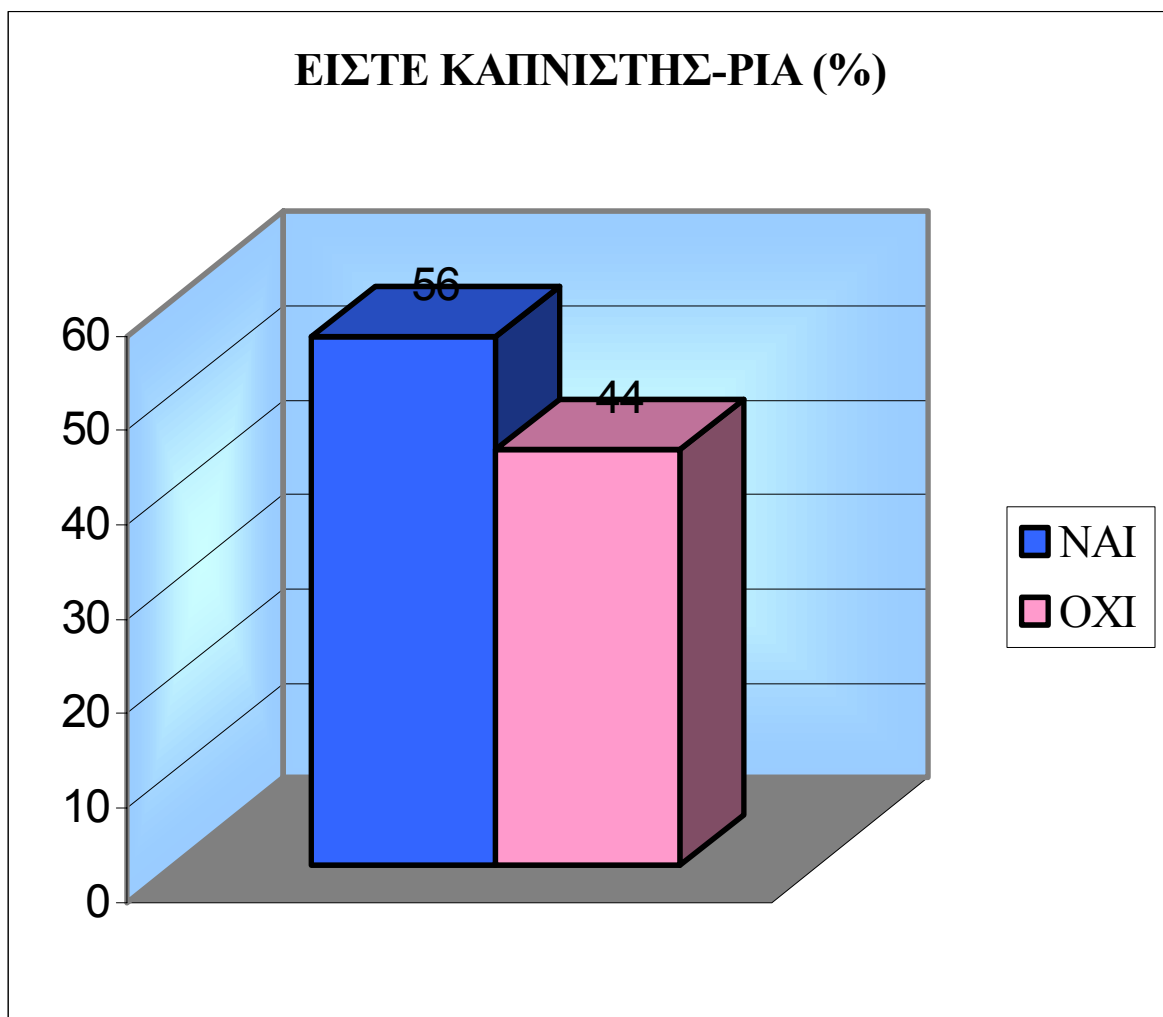
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 4^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Μετά την έρευνά μας με ευχαρίστηση διαπιστώσαμε ότι το **40%** των νοσηλευτών των δυο μεγάλων δημοσίων νοσοκομείων του Ηρακλείου εργάζεται από λίγους μήνες έως μόλις πέντε χρόνια και το **30%** από πέντε έως δέκα χρόνια. Ενώ μόλις το **18%** εργάζεται από δέκα έως δεκαπέντε χρόνια και το **12%** από δεκαπέντε και άνω.

Αν και η έρευνά μας περιέλαβε ένα μικρό δείγμα διακοσίων νοσηλευτών, είναι φανερό ότι σε μεγάλο ποσοστό απασχολούνται νέα άτομα. Συνεπώς, η παραγωγικότητα βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο.

Η πολιτεία, λοιπόν, θα πρέπει να λάβει τα κατάλληλα μέτρα όπως για παράδειγμα κάλυψη περισσότερων θέσεων νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσηλευτικά ιδρύματα όλης της χώρας, ώστε αφ' ενός να υπάρχει συνεχώς νέο προσωπικό και αφετέρου να μη μειώνεται η αποδοτικότητα των μεγαλύτερων σε ηλικία νοσηλευτών λόγω υπερβολικού φόρτου εργασίας δεδομένου ότι το επάγγελμα μας είναι από τη φύση του επιβαρυντικό για την υγεία και την φυσική κατάσταση του ατόμου.

ΕΡΩΤΗΣΗ 5



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΝΑΙ	112	56
ΟΧΙ	88	44
ΣΥΝΟΛΟ	200	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 5^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Το κάπνισμα είναι μια συνήθεια που προκαλεί εξάρτηση τόσο σωματική όσο και ψυχική, δυστυχώς όμως το 56% των ερωτηθέντων νοσηλευτών είναι καπνιστές.

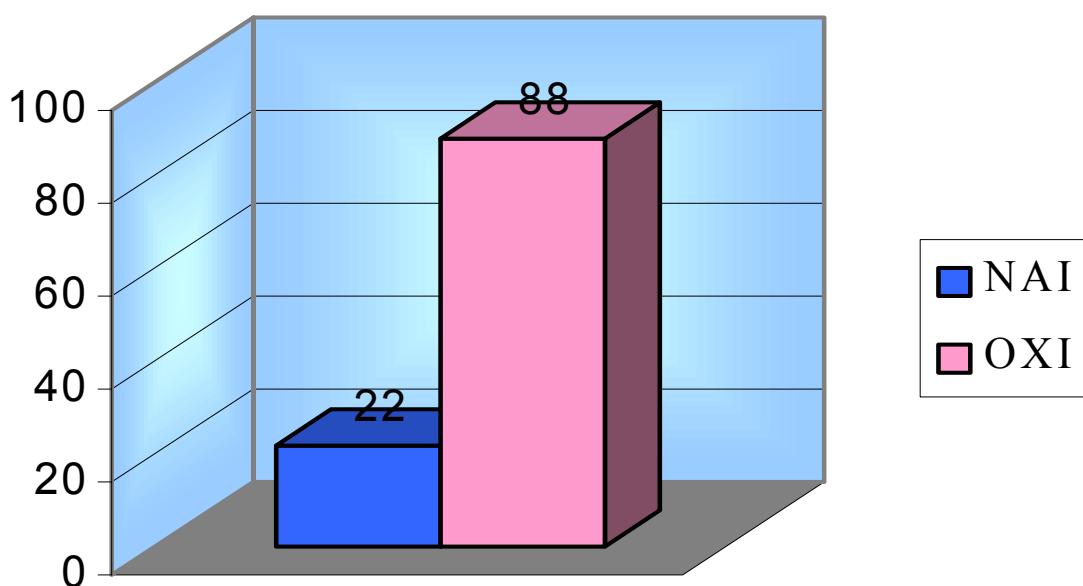
Η σωματική εξάρτηση οφείλεται στον εθισμό στην νικοτίνη ο οποίος χαρακτηρίζεται από τους εξής παράγοντες: την ευχάριστη αίσθηση του ατόμου σε συνεχόμενο κάπνισμα και τα δυσάρεστα συμπτώματα στέρησης που δημιουργεί η αποχή από την νικοτίνη. Ωστόσο, αποφασιστικοί παράγοντες που δημιουργούν και ευνοούν σωματική και ψυχική εξάρτηση θα πρέπει να αναζητηθούν στο κοινωνικό περιβάλλον, το stress και τους αυξημένους ρυθμούς ζωής. Οι παράγοντες αυτοί καθώς και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας που είναι χαρακτηριστικός του νοσηλευτικού επαγγέλματος επιδρούν στην επιθυμία ή ανάγκη ακόμη και των μη καπνιστών να στραφούν στην έναρξη του καπνίσματος.

Μακροπρόθεσμα, το κάπνισμα ενοχοποιείται για καρδιακά νοσήματα, πεπτικό έλκος, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, διάφορων ειδών καρκίνο και αρκετές ακόμη ασθένειες.

Γίνεται σαφές ότι η ουσιαστική λύση του προβλήματος είναι η άμεση διακοπή του καπνίσματος με οποιαδήποτε μέθοδο είτε φαρμακευτικά είτε όχι. Σ' αυτό θα βοηθούσε και η βελτίωση των συνθηκών εργασίας των νοσηλευτών καθώς και των σχέσεων τους με προϊστάμενους και γιατρούς. Μ' αυτό τον τρόπο θα ένιωθαν λιγότερες πιέσεις και λιγότερο φόρτο εργασίας με αποτέλεσμα να μην ωθούνται στην έναρξη ή συνέχιση του καπνίσματος.

ΕΡΩΤΗΣΗ 6

ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΑΣ ΚΑΠΝΙΖΑΤΕ; (%)



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΝΑΙ	22	22
ΟΧΙ	88	88
ΣΥΝΟΛΟ	110	100

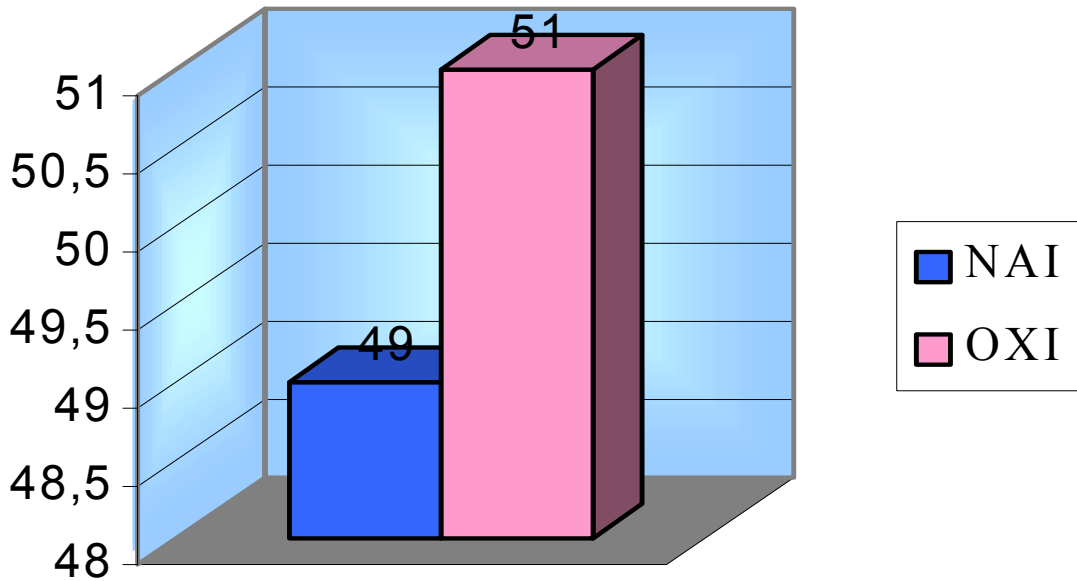
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 6^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Ήδη από το 1940 τεκμηριώθηκε η σχέση του καπνίσματος με μεγάλο αριθμό νοσημάτων ένα από τα οποία σχετίζεται με την εγκυμοσύνη. Σε περίπτωση εγκυμοσύνης, ειδικά τους τελευταίους έξι μήνες κύησης δημιουργείται μεγάλος κίνδυνος αυτόματων αποβολών, θνησιγενών εμβρύων, και νεογνικών θανάτων. Επίσης, παρατηρείται μείωση της καρδιακής λειτουργίας του εμβρύου. Τα κατά τα' άλλα υγιή βρέφη των μητέρων που καπνίζουν κατά την εγκυμοσύνη, έχουν γενικά χαμηλότερο βάρος γέννησης και στον πρώτο χρόνο της ζωής τους παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένο ποσοστό μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος. Παρ' όλο που οι νοσηλεύτριες είναι σαφώς ενημερωμένες για αυτές τις νοσολογικές επιπτώσεις τόσο στην ζωή του εμβρύου όσο και στη δική τους σε ποσοστό 22% μας απάντησαν ότι συνέχισαν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους.

Όπως προαναφέραμε η λύση είναι άμεση διακοπή του καπνίσματος και στην περίπτωση της εγκυμοσύνης επιβάλλεται.

ΕΡΩΤΗΣΗ 7

ΕΙΣΤΕ ΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ-ΡΙΑ; (%)



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΝΑΙ	98	49
ΟΧΙ	102	51
ΣΥΝΟΛΟ	200	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 7^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

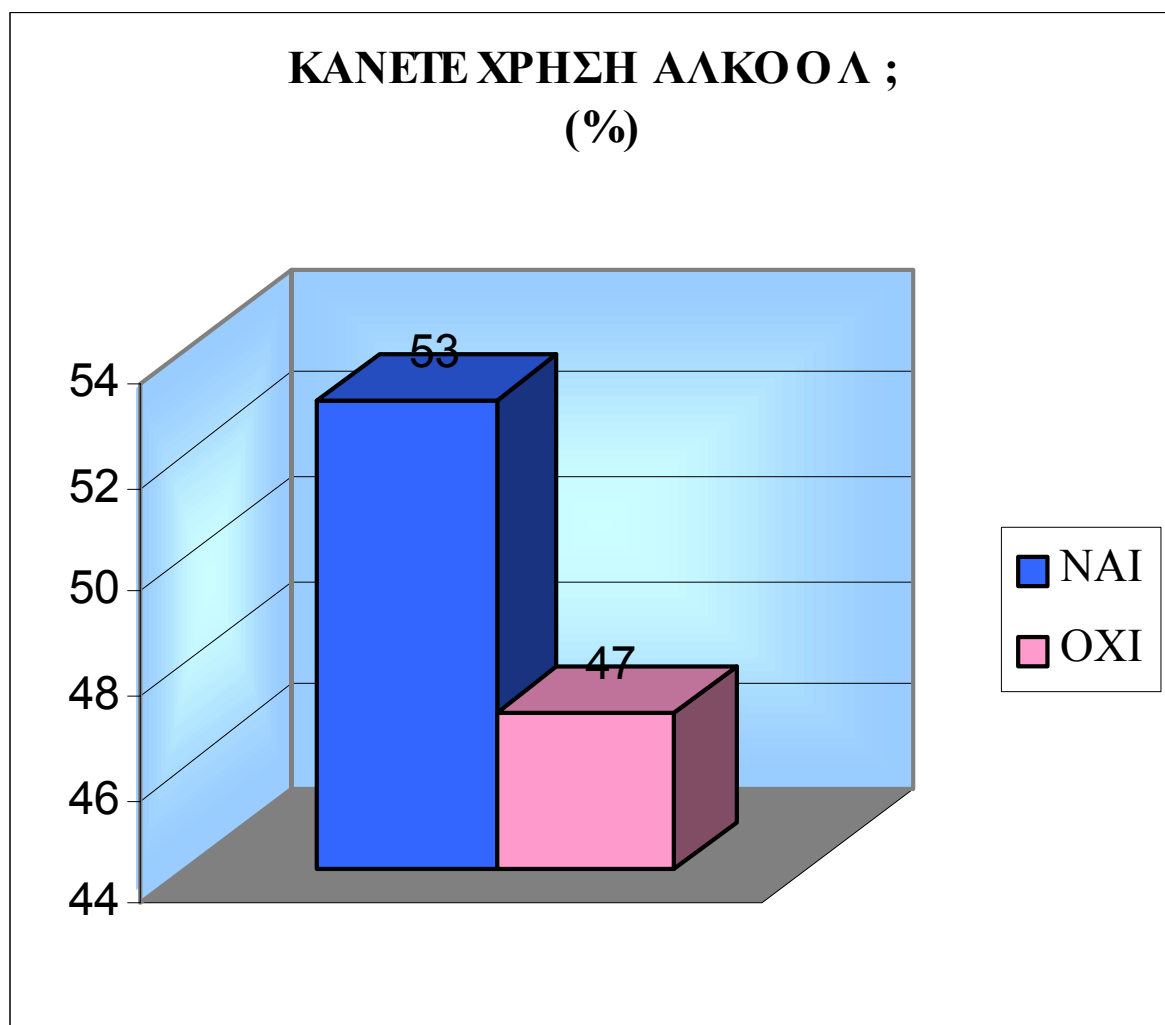
Παρατηρώντας το γράφημα μας διαπιστώνουμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτικού προσωπικού, σχεδόν το **50%** των ερωτηθέντων, δηλώνουν παθητικοί καπνιστές. Δηλαδή, αναγκάζονται να εισπνέουν τον τόσο ανθυγιεινό καπνό καπνιστών συναδέλφων ή μη, οι οποίοι δεν σέβονται όχι μόνο τη δική τους υγεία αλλά και των συναθρώπων τους.

Είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι ο περιβαλλοντικός καπνός δηλαδή ο καπνός από καπνιστές κατά τη διάρκεια του καπνίσματος, βραχυπρόθεσμα προκαλεί ερεθισμό του βλεννογόνου των ματιών, της μύτης και του λαιμού καθώς επίσης και ζαλάδες. Ωστόσο μακροπρόθεσμα ο κίνδυνος εμφάνισης σε πνευμόνων είναι τριπλάσιος σε παθητικούς καπνιστές σε σύγκριση με άτομα που δεν εκτίθενται σε καπνό τσιγάρου. Μην παραλείψουμε να αναφέρουμε την πρόκληση αλλεργιών όπως αλλεργικής ρινίτιδας και παιδικού άσθματος.

Η πρόταση μας είναι να εφαρμοσθούν οι νόμοι του συντάγματος που αφορούν το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους όπως τα νοσοκομεία ώστε να μειωθούν τουλάχιστον οι παθητικοί καπνιστές.

Ασφαλώς οφείλουν οι καπνιστές, στη συγκεκριμένη περίπτωση οι νοσηλευτές, να σεβαστούν τουλάχιστον την υγεία των συναδέλφων και όλων των συναθρώπων τους οι οποίοι δεν είναι υποχρεωμένοι να εισπνέουν τις τόσο βλαπτικές ουσίες του καπνού.

ΕΡΩΤΗΣΗ 8



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΝΑΙ	106	53
ΟΧΙ	94	47
ΣΥΝΟΛΟ	200	100

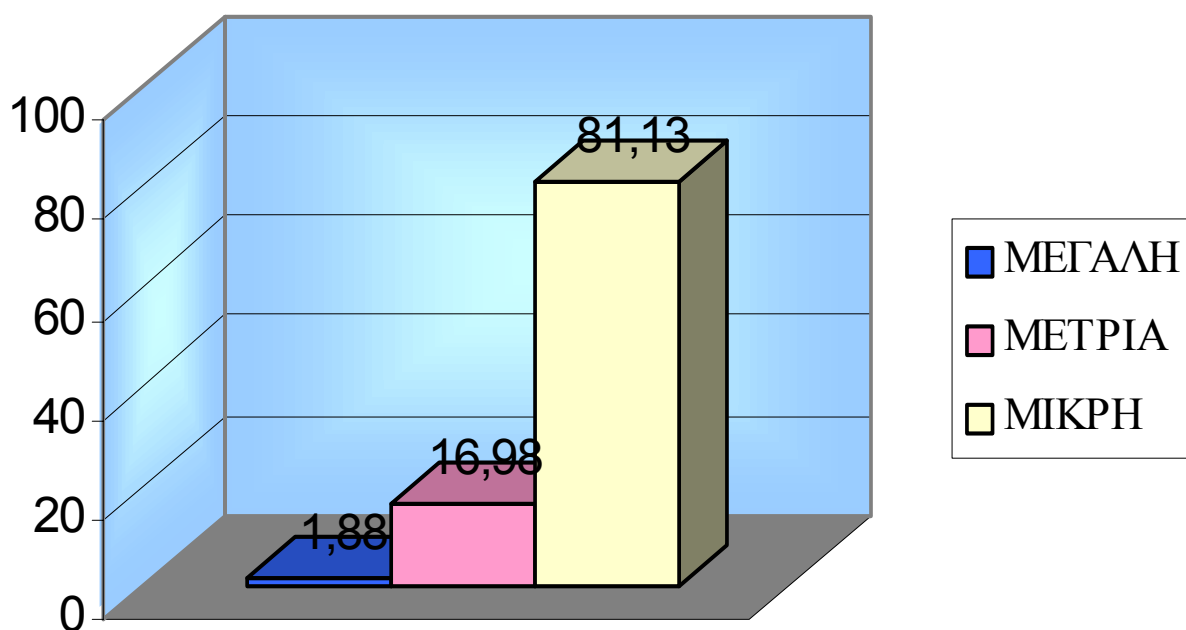
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 8^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Είναι αποδεδειγμένο ότι η αιθυλική αλκοόλη, το οινόπνευμα δηλαδή, που περιέχεται σε διάφορα ποτά, αποτελεί τοξική ουσία, η οποία όταν ξεπεράσει κάποια επίπεδα στον οργανισμό μας, αρχίζει να προκαλεί βλάβες σε σημαντικά όργανα. Σε μικρές ποσότητες δημιουργεί αίσθηση χαλάρωσης και ευθυμίας, όμως σε μεγάλες ποσότητες προκαλεί λιποθυμία και αναισθησία και ίσως παύση αναπνοής και θάνατο. Παρ' όλες αυτές τις συνέπειες το **53%** των ερωτηθέντων, μας δήλωσαν ότι κάνει χρήση αλκοόλ. Είναι αλήθεια όμως, ότι πολλοί νοσηλευτές καταναλώνουν αλκοόλ για να "ξεφύγουν" από τις στρεσογόνες και πιεστικές καταστάσεις που δημιουργούνται στο χώρο του νοσοκομείου. Θεωρούν το ποτό ως οδό διαφυγής και χαλάρωσης.

Πρότασή μας είναι σαφώς η άμεση διακοπή λήψης οινόπνευματος ή έστω περιορισμός της στο ελάχιστο, ώστε να προληφθούν νοσολογικές επιπτώσεις στην υγεία τους ή ακόμα και πρόκληση βλάβης της υγείας των ασθενών. Επίσης θα βοηθούσε η βελτίωση των συνθηκών εργασίας καθώς και των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των νοσηλευτών.

ΕΡΩΤΗΣΗ 9

ΜΕ ΠΟΙΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΝΕΙΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ; (%)



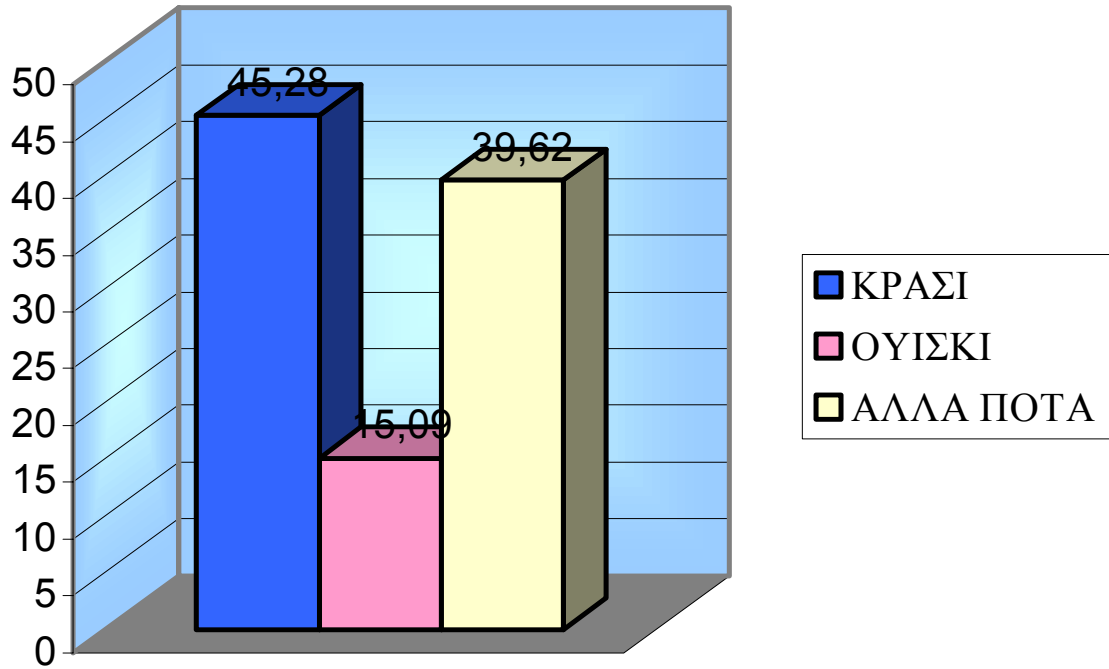
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΠΟΛΥ	2	1,88
ΜΕΤΡΙΑ	18	16,98
ΛΙΓΟ	86	81,13
ΣΥΝΟΛΟ	106	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 9^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Βρισκόμαστε στην ευχάριστη θέση να πούμε ότι το 81,3% των ερωτηθέντων καταναλώνει αλκοόλ με μικρή συχνότητα ενώ μόλις το 1,88% καταναλώνει με μεγάλη συχνότητα. Αυτό σημαίνει ότι οι Νοσηλευτές έχουν επίγνωση των επιπτώσεων του αλκοόλ στην υγεία τους. Επιπλέον, φαίνεται ότι ελέγχουν την ποσότητα αλκοόλης που καταναλώνουν αποτρέποντας την εξάρτηση τους απ' αυτή.

ΕΡΩΤΗΣΗ 10

ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ; (%)



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΚΡΑΣΙ	48	45,28
ΟΥΙΣΚΙ	16	15,09
ΑΛΛΑ ΠΟΤΑ	42	39,62
ΣΥΝΟΛΟ	106	100

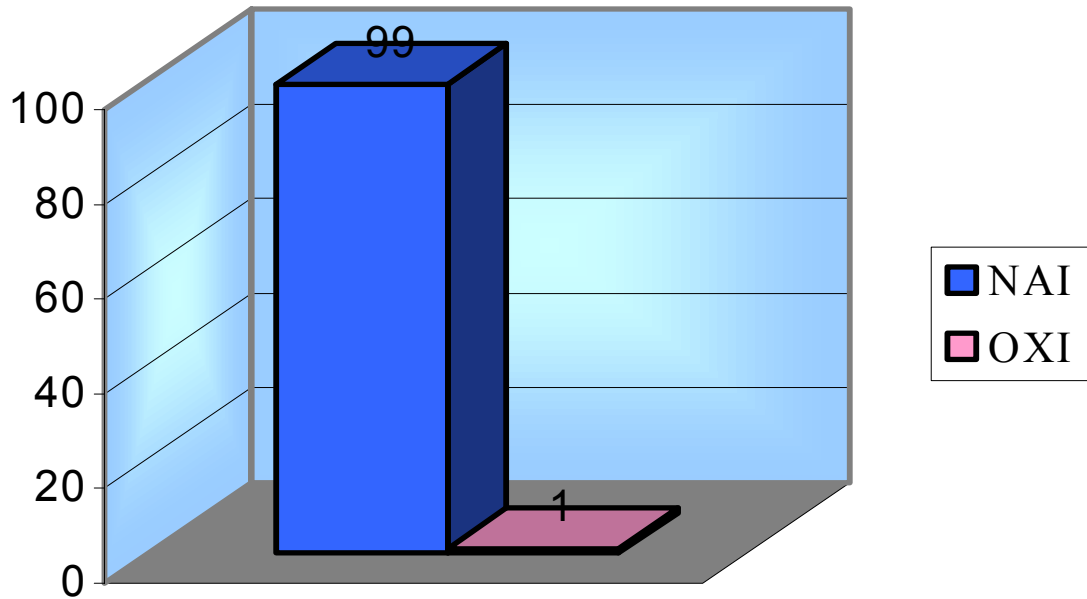
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 10ης ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Σύμφωνα με τις απαντήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού το 46% περίπου προτιμά να καταναλώνει κρασί και το 40% άλλα ποτά. Το ποσοστό που καταναλώνει ως επί το πλείστον ούισκι είναι μικρό, περίπου το 15%

Αυτή η προτίμηση στο κρασί και σε άλλα επίσης ελαφριά ποτά οφείλεται αφ' ενός στο γεγονός ότι οι νοσηλευτές λόγω της επίγνωσης των συνεπειών του αλκοόλ αποφεύγουν τα ποτά που περιέχουν μεγάλη ποσότητα οινοπνεύματος. Αφετέρου οφείλεται στην πλειοψηφία των γυναικών στο νοσηλευτικό επάγγελμα, οι οποίες προτιμούν γενικότερα το κρασί από άλλα ποτά.

ΕΡΩΤΗΣΗ 11

ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΙΣ ΒΛΑΠΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ; (%)



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΝΑΙ	198	99
ΟΧΙ	2	1
ΣΥΝΟΛΟ	200	100

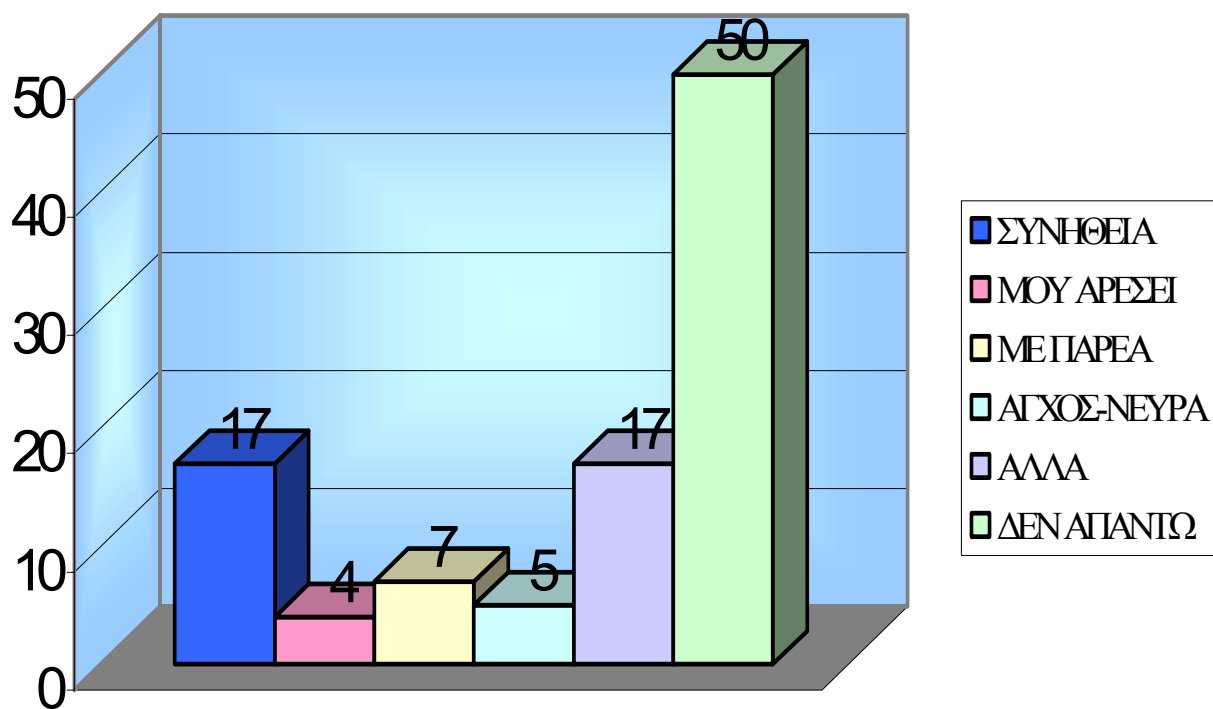
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 11^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα της έρευνας με ευχαρίστηση διαπιστώνουμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό σε ποσοστό που αγγίζει το **100%** είναι γνώστης των βλαπτικών συνεπειών τόσο του καπνού όσο και του αλκοόλ.

Παρ' όλα αυτά είναι αντιφατικό το γεγονός ότι ενώ είναι ενήμεροι γι' αυτές τις συνέπειες καταναλώνουν αλκοόλ και καπνίζουν. Όμως οι αιτίες είναι φανερές, η εντατική εργασία και ο μεγάλος φόρτος λόγω έλλειψης προσωπικού, οι αυξημένες επαγγελματικές απαιτήσεις και η ελλιπής επικοινωνία με τους άλλους εργαζόμενους ωθούν τους νοσηλευτές στην χρήση αλκοόλ και καπνού προσφέροντας τους προσωρινή ευχαρίστηση.

ΕΡΩΤΗΣΗ 12

**ΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ
ΠΟΙΟΣ Ο ΛΟΓΟΣ ΠΟΥ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΚΑΙ ΠΟΥ ΠΙΝΕΤΕ;
(%)**



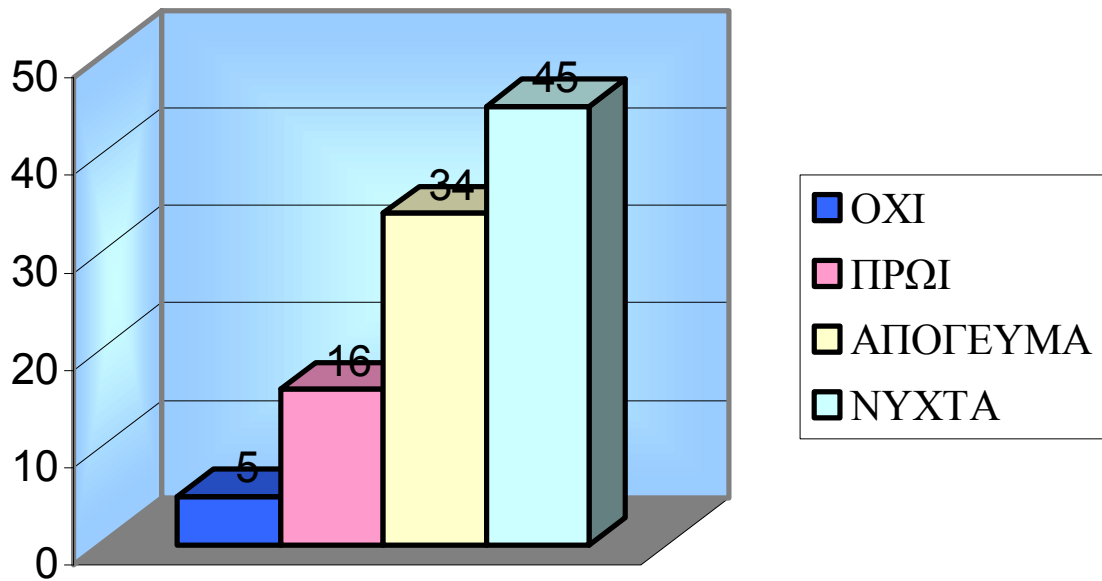
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΣΥΝΗΘΕΙΑ	34	17
ΜΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	8	4
ΜΕ ΠΑΡΕΑ	14	7
ΑΓΧΟΣ-ΝΕΥΡΑ	10	5
ΑΛΛΑ	34	17
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	100	50
ΣΥΝΟΛΟ	200	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 12^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Απ' την έρευνα μας προέκυψε ότι οι λόγοι που ωθούν το νοσηλευτικό προσωπικό να κάνει χρήση καπνού και αλκοόλ δεν περιορίζονται μόνο στις συνθήκες εργασίας και στις σχέσεις τους με τους άλλους εργαζόμενους αλλά και σε ποσοστό **17%** η χρήση έχει μετατραπεί σε συνήθεια. Επίσης, σε ποσοστό **7%** δηλώνουν ότι πίνουν και καπνίζουν όταν βγαίνουν και γενικότερα όταν βρίσκονται με παρέα, ενώ το **5%** παραδέχεται ότι το κάνει όποτε έχει άγχος και νεύρα γιατί τους χαλαρώνει. Ένα μικρό ποσοστό, μόλις **4%** μας απάντησε ότι καταναλώνει αλκοόλ και καπνό απλώς επειδή τους αρέσει ενώ το **50%** των ερωτηθέντων αρνήθηκε να αναφέρει τους λόγους εκείνους που τους οδηγούν να πίνουν και να καπνίζουν.

ΕΡΩΤΗΣΗ 13

**ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΚΟΥΡΑΣΜΕΝΟΣ-Η ΚΑΤΑ ΤΗ
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ ΚΑΙ ΑΝ ΝΑΙ
ΠΟΤΕ;
(%)**



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
OXI	10	5
ΠΡΩΙ	32	16
ΑΠΟΓΕΥΜΑ	68	34
ΝΥΧΤΑ	90	45
ΣΥΝΟΛΟ	200	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 13^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

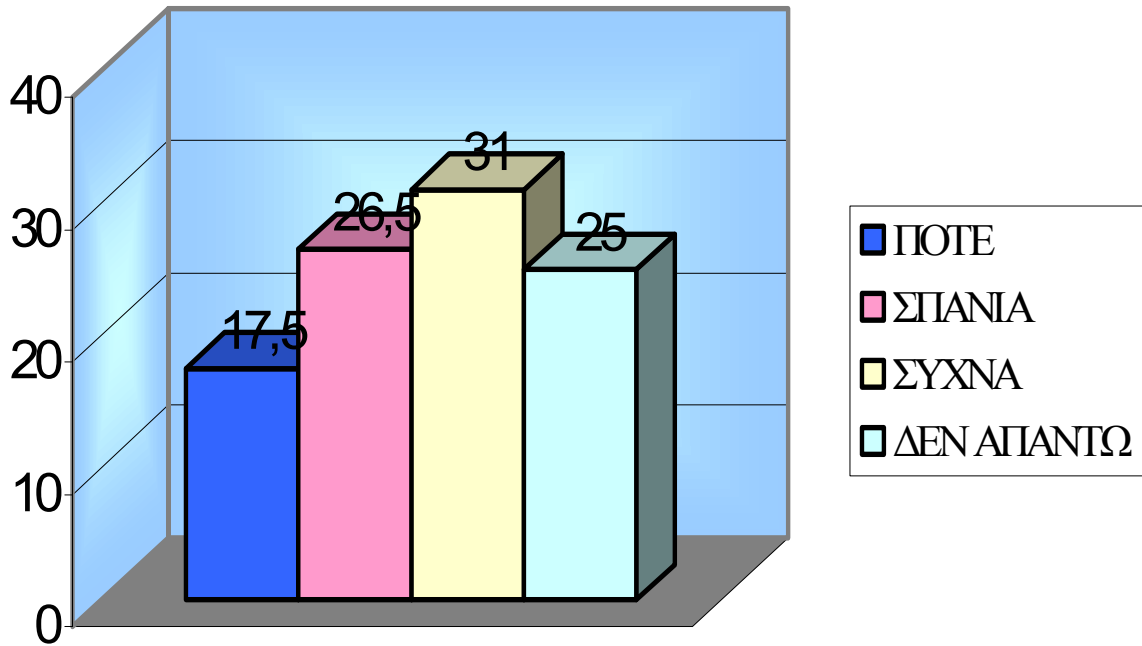
Η νοσηλευτική έχει συμπεριληφθεί στα επαγγέλματα που δημιουργούν περισσότερο άγχος ανά τον κόσμο, καθώς το νοσηλευτικό προσωπικό λόγω της φύσης της δουλειάς του έχει να αντιμετωπίσει αγχωτικές καταστάσεις, όπως πόνο, θλίψη, ασθένεια, θάνατο, που σε συνδυασμό με τα δύσκολα ωράρια εργασίας και γενικότερα την ιδιαιτερότητα του εργασιακού χώρου, μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι πρώτες ενδείξεις του συνδρόμου είναι η αυξημένη ευερεθιστότητα, η οποία μπορεί να ακολουθείται από αδιαφορία απογοήτευση και διαταραχές στην συγκέντρωση. Με αποτέλεσμα ο νοσηλευτής να κουράζεται περισσότερο αλλά και να έχει μειωμένη απόδοση.

Τα αίτια της εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η εντατική εργασία και ο μεγάλος φόρτος λόγω του ωραρίου. Δεν είναι τυχαίο που το 45% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι νιώθουν κουρασμένοι κατά τη διάρκεια της νύχτας και το 34% το απόγευμα. Η αποστέρηση, λοιπόν, του φυσιολογικού ύπνου μπορεί όχι μόνο να μειώσει την παραγωγικότητα αλλά και να προκαλέσει προβλήματα στην υγεία, όπως χρόνιες διαταραχές ύπνου και γαστρεντερολογικά προβλήματα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 14

**ΕΧΕΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΘΕΙ Η ΨΥΧΙΚΗ ΣΑΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΤΗΝ
ΩΡΑ ΤΗΣ ΔΟΥΛΕΙΑΣ ΣΑΣ;
(%)**



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΠΟΤΕ	35	17,5
ΣΠΑΝΙΑ	53	26,5
ΣΥΧΝΑ	62	31
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	50	25
ΣΥΝΟΛΟ	200	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 14^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Σαν επαγγελματίες νοσηλευτές έχουμε να αντιμετωπίσουμε στην εργασία μας πολύ ένταση. Η ένταση, το στρες και το άγχος είναι δημιουργήματα όχι μόνο του σύγχρονου τρόπου ζωής και της καταναλωτικής κοινωνίας, αλλά και του τρόπου – ρυθμού έντασης της εργασίας.

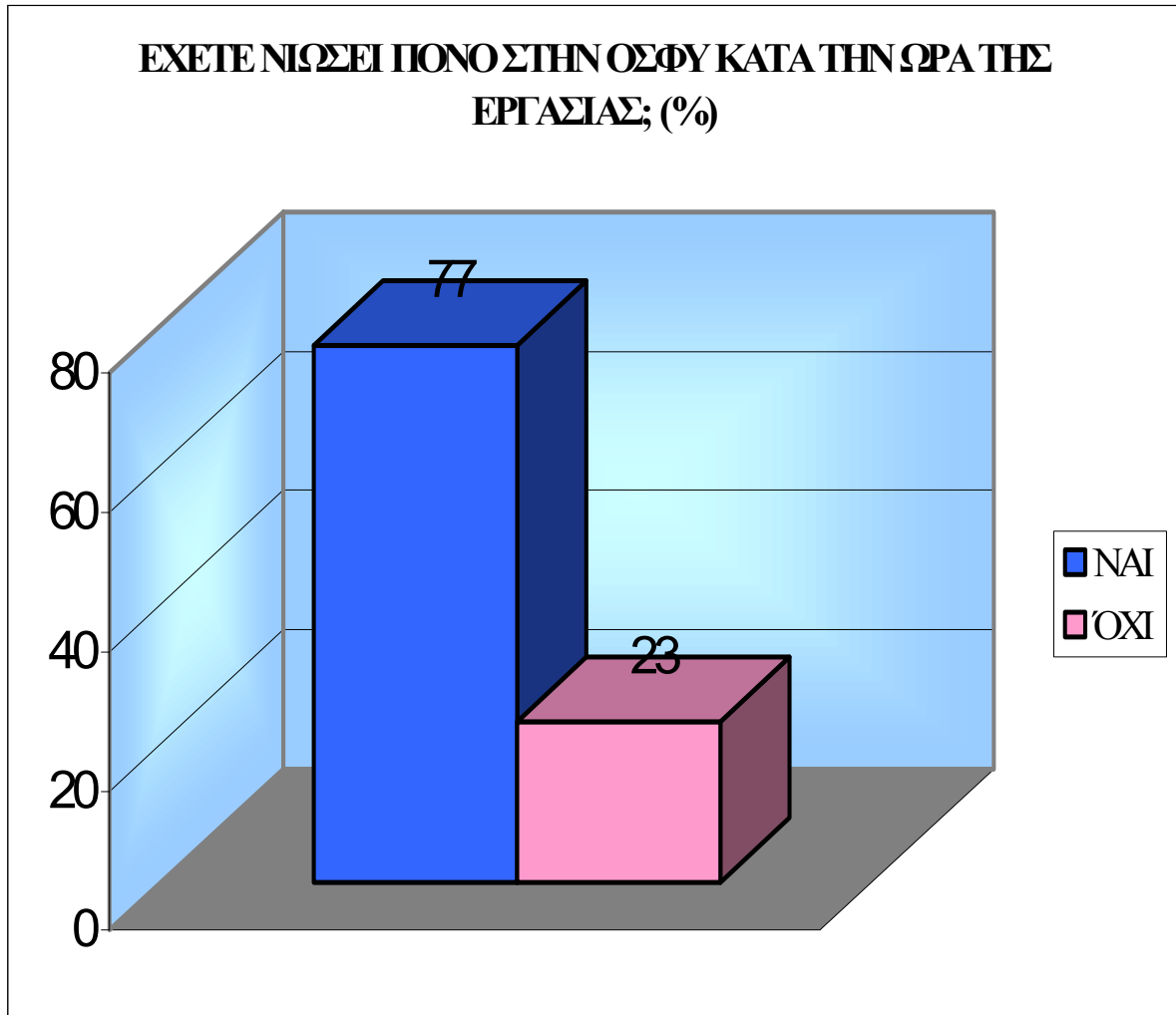
Το άγχος είναι νοητική λειτουργία που κλιμακώνεται από δυσφορία ως πανικό. Το στρες είναι σωματική επίδραση του άγχους που μπορεί να εμφανιστεί ή όχι και σε διαφορετικό βαθμό στον καθένα. Οι συνέπειες είναι πολλές, ξεκινάνε από πονοκεφάλους και φθάνουν μέχρι καρδιακό επεισόδιο.

Αποτέλεσμα όλων αυτών που βιώνουμε σαν νοσηλευτές, σωματικά – ψυχικά, είναι να εγκαταλείπουμε πολλές φορές νωρίς το επάγγελμα μας. Η έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας σε διαταραχές από ψυχοπνευματικές καταστάσεις, διαταραχές δηλαδή της ψυχικής ισορροπίας του νοσηλευτικού προσωπικού, συμβάλει στην ομαλή θεραπεία της διαταραχής.

Η ψυχική ισορροπία του νοσηλευτικού προσωπικού απ' ότι φαίνεται από την έρευνα μας κατά την ώρα της δουλειάς διαταράσσεται ενίοτε συχνά σε ποσοστό **31%** και ενίοτε σπάνια σε ποσοστό **26.5%** γεγονός που αποδεικνύει και επιβεβαιώνει όλα όσα ειπώθηκαν παραπάνω.

Γι' αυτό πρέπει να μάθουμε να φροντίζουμε τους εαυτούς μας για να μπορούμε να φροντίζουμε και τους άλλους. Δεν μπορούμε να δώσουμε κάτι που δεν έχουμε. Το άγχος παρεμβάλλεται και μας εμποδίζει να είμαστε δίπλα στον ασθενή.

ΕΡΩΤΗΣΗ 15



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΝΑΙ	154	77
ΌΧΙ	46	23
ΣΥΝΟΛΟ	200	100

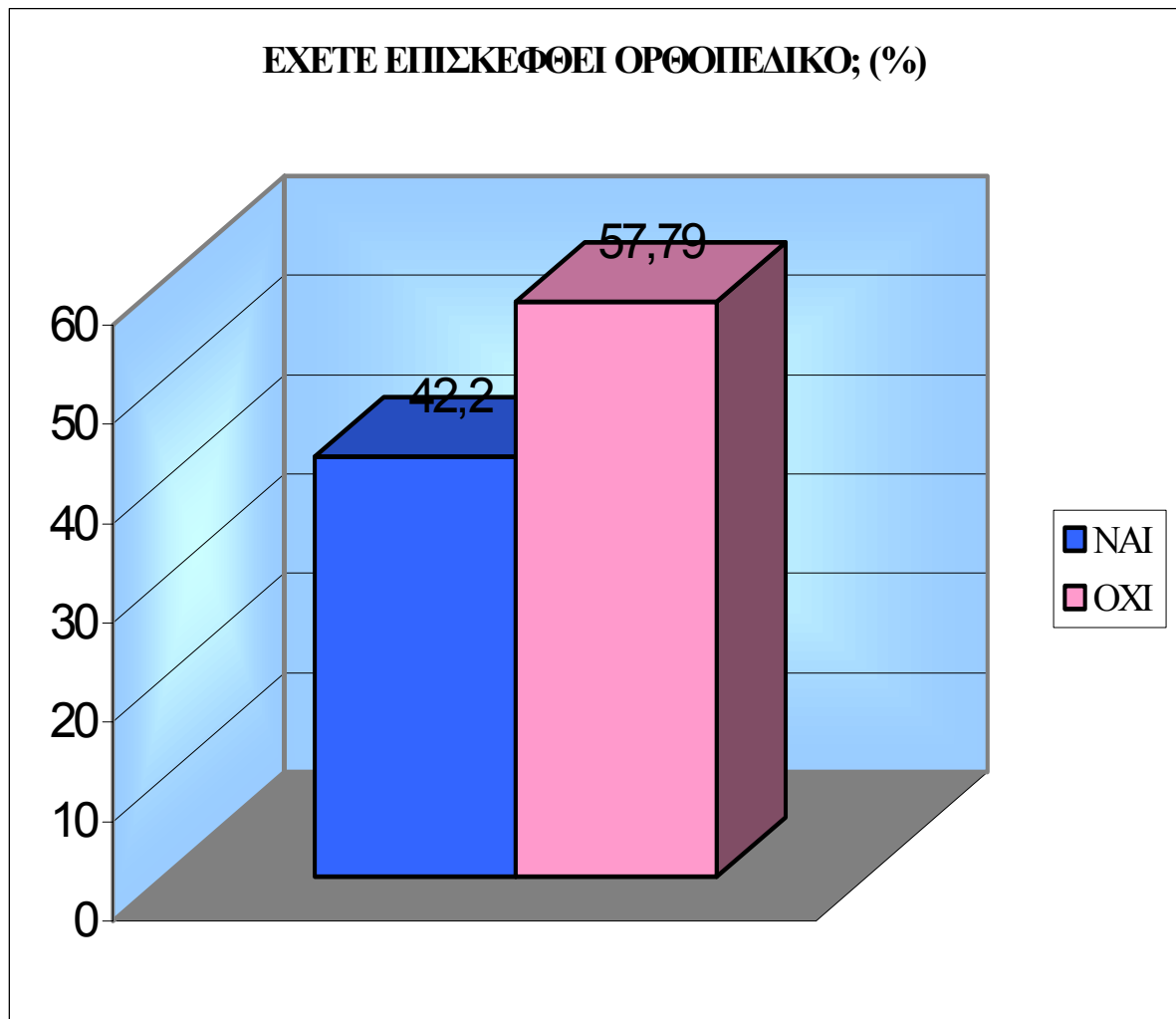
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 15^η ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Καθίσταται σαφές και με άλλες βιβλιογραφικές πηγές, εκτός απ' την ερευνητική μας εργασία πως το νοσηλευτικό προσωπικό πάσχει σε μεγάλο ποσοστό από οσφυαλγία. Το 77% των ερωτηθέντων μας απάντησε ότι συχνά νιώθει πόνο στην όσφυ κατά τη διάρκεια της εργασίας. Αυτό το υψηλό ποσοστό και το γεγονός ότι αφορά άτομα στην παραγωγική ηλικία τεκμηριώνει τη σημασία της επαγγελματικής οσφυαλγίας.

Οι παράγοντες κινδύνου σχετίζονται με το χειρισμό ασθενών και άλλων βαρών, με την οργάνωση της εργασίας καθώς επίσης και με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες όπως οι απαιτήσεις της εργασίας, η μονοτονία, η επανάληψη και οι εργασιακές σχέσεις με συναδέλφους και ανωτέρους.

Πρόταση μας, λοιπόν είναι να εκπαιδεύονται οι εργαζόμενοι σε ασφαλείς τεχνικές χειρισμού ασθενών και άλλων βαρών, να γίνει εργονομικός σχεδιασμός του χώρου εργασίας και να οργανωθεί η εργασία με παρεμβάσεις όπως τα διαλείμματα, η ελαχιστοποίηση της εντατικής εργασίας, η επάρκεια προσωπικού κ.τ.λ. Έτσι, θα μειωθεί σε σημαντικό ποσοστό η συχνότητα της οσφυαλγίας στο νοσηλευτικό επάγγελμα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 16



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΝΑΙ	65	42,20
ΟΧΙ	89	57,79
ΣΥΝΟΛΟ	154	100

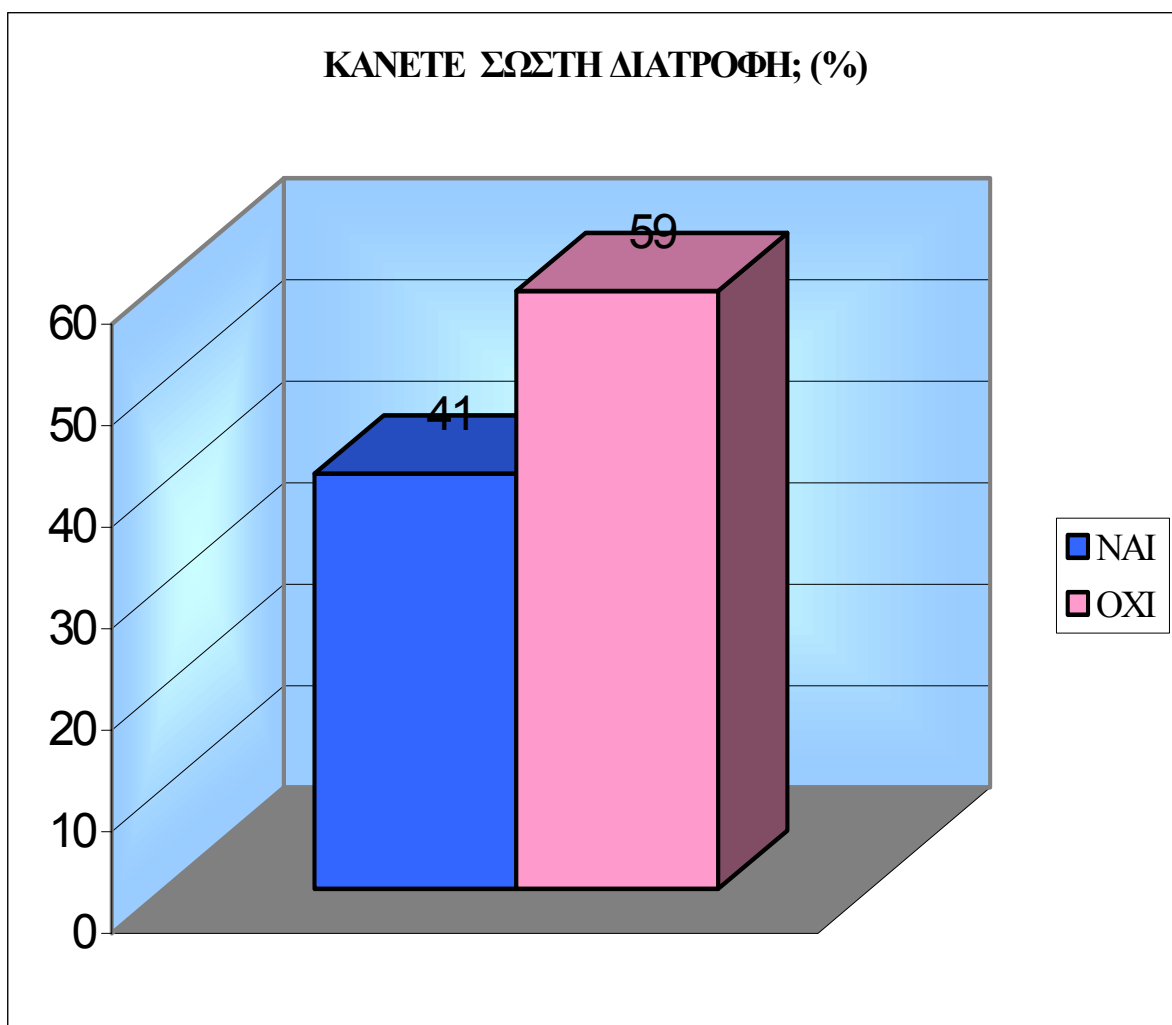
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 16^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Παρ' όλο που η συχνότητα εμφάνισης οσφυαλγίας στο νοσηλευτικό επάγγελμα είναι μεγάλη διαπιστώσαμε ότι το 58% των ασθενών νοσηλευτών δεν έχει ζητήσει επαγγελματική βοήθεια από ορθοπεδικό. Αυτό συνεπάγεται με αύξηση των απουσιών από την εργασία, μείωση της παραγωγής καθώς και χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών.

Η μη προσέλευση των νοσηλευτών που πάσχουν από οσφυαλγία σε ειδικούς ιατρούς, συμπεράναμε ότι οφείλεται στην προσπάθεια των νοσηλευτών να ιαθούν βασιζόμενοι είτε στη ενδεχόμενη εμπειρία τους, είτε στις ιατρικές οδηγίες που λαμβάνονται από προσωπικές γνωριμίες στα πλαίσια των επαγγελματικών σχέσεων στο χώρο του νοσοκομείου.

Θα πρέπει, όμως, να συνειδητοποιήσουν ότι η οσφυαλγία δεν θεραπεύεται μ' αυτό τον τρόπο και δεν πρέπει να την αφήσουν να γίνει χρόνια ασθένεια. Έτσι, λοιπόν, καλό θα είναι να απευθύνονται σε κατάλληλους γιατρούς για την σωστή θεραπεία.

ΕΡΩΤΗΣΗ 17

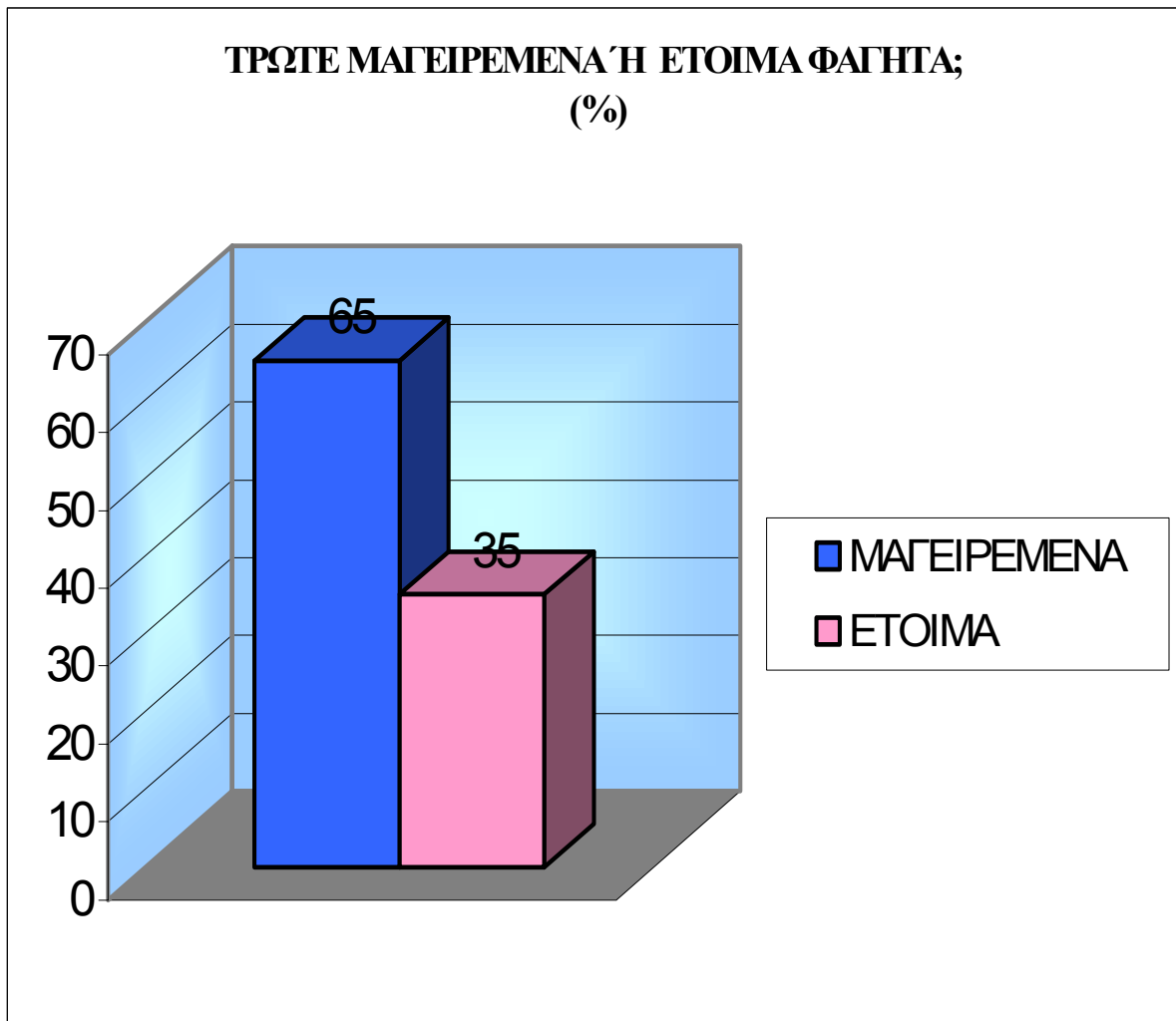


	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΝΑΙ	82	41
ΟΧΙ	118	59
ΣΥΝΟΛΟ	200	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 17^η ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Είναι πλέον γνωστό σε όλους ότι ο τρόπος που διατρεφόμαστε καθορίζει σε μεγάλο βαθμό το πόσο υγιείς είμαστε. Τα τελευταία χρόνια γίνεται συχνά αναφορά στις βασικές αρχές που πρέπει να ακολουθεί ένα υγιεινό διαιτολόγιο και πως αυτό επηρεάζει την εκδήλωση κάποιας ασθένειας. Έχει αποδειχθεί ότι παθήσεις όπως η χοληστερίνη, αθηρωμάτωση και καρκίνος σχετίζονται άμεσα με τη διατροφή. Παρ' όλα αυτά το 59% του νοσηλευτικού προσωπικού που ερωτήθηκε δήλωσε ότι δεν κάνει σωστή διατροφή.

ΕΡΩΤΗΣΗ 18



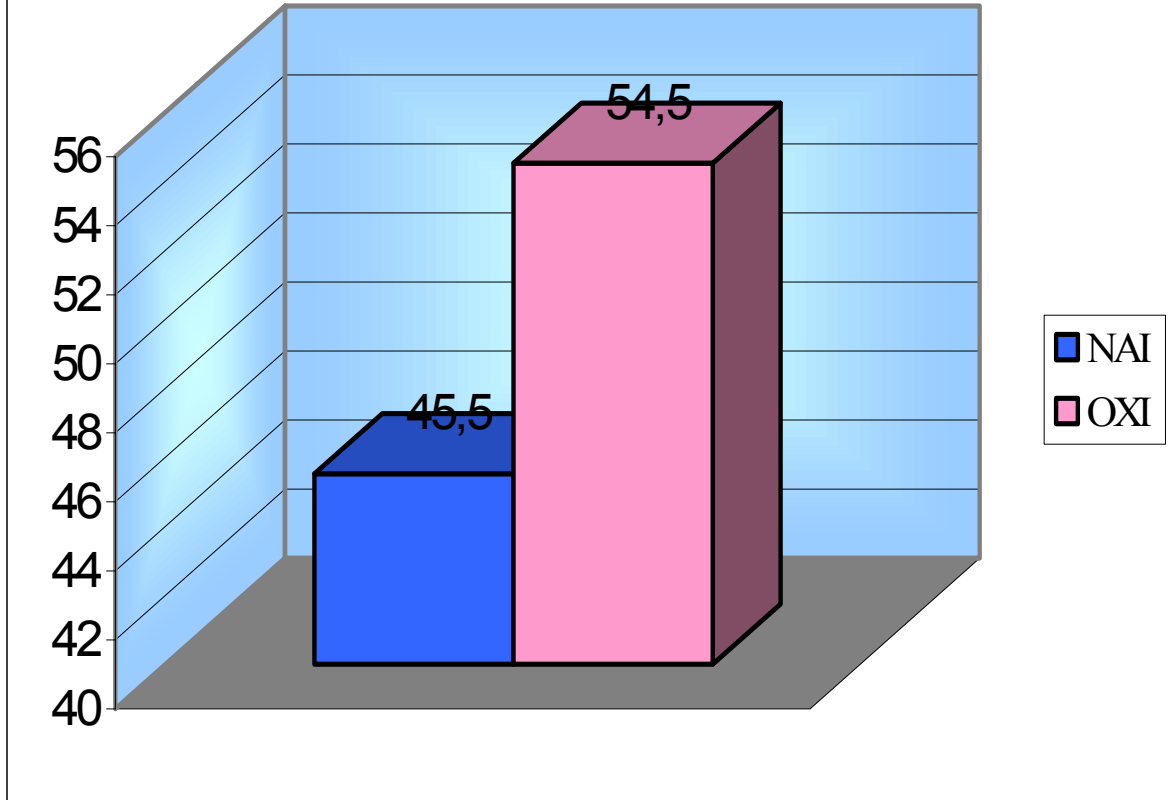
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΜΑΓΕΙΡΕΜΕΝΑ	130	65
ΕΤΟΙΜΑ	70	35
ΣΥΝΟΛΟ	200	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 18^η ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Με την ερώτηση αυτή, δηλαδή αν οι νοσηλευτές τρώνε μαγειρεμένα ή έτοιμα φαγητά, αποκτήσαμε μια πιο σαφή εικόνα όσον αφορά το είδος της διατροφής τους. Το γεγονός ότι το **65%** καταναλώνει μαγειρεμένα φαγητά αρχικά είναι ενθαρρυντικό αλλά μετά από περαιτέρω έρευνα διαπιστώσαμε ότι παρ' όλο που δεν τρώνε συχνά έτοιμα φαγητά δεν έχουν υγιεινή διατροφή. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει ποικιλία και ισορροπία τροφίμων στο διαιτολόγιό τους. Πιο συγκεκριμένα δεν καταναλώνουν πολλά φρούτα, λαχανικά, ψάρι και δημητριακά. Συχνά καταναλώνουν φαγητά που δεν χρειάζονται μεγάλη προετοιμασία, για παράδειγμα ζυμαρικά. Αυτό εν μέρη οφείλεται στους ρυθμούς της εργασίας τους, η οποία επειδή έχει κυλιόμενο ωράριο δεν επιτρέπει στους νοσηλευτές αρκετό ελεύθερο χρόνο για να ασχοληθούν με το διαιτολόγιό τους. Η κατανάλωση όμως μαγειρεμένων φαγητών με αυτά τα δεδομένα δεν αποτρέπει την εμφάνιση σοβαρών ασθενειών που σχετίζονται με τη διατροφή.

ΕΡΩΤΗΣΗ 19

**ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙ ΑΥΞΗΣΗ ΣΤΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ
ΣΑΣ ΒΑΡΟΣ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ ΜΗΝΕΣ; (%)**



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΝΑΙ	91	45,5
ΟΧΙ	109	54,5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100

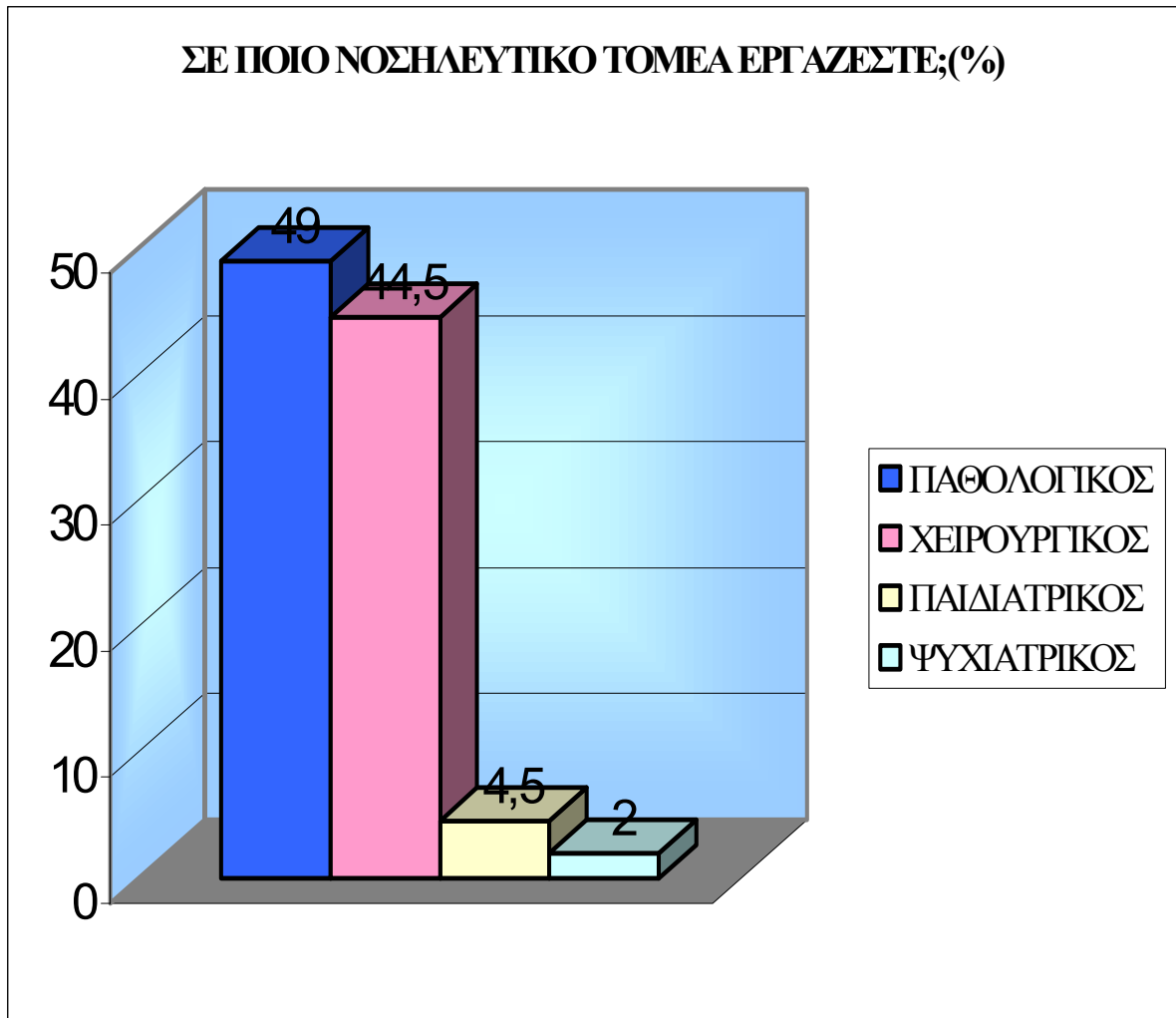
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 19^{ης} ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Φυσικό επακόλουθο μίας μη υγιεινής διατροφής και γενικότερα ενός ανθυγιεινού τρόπου ζωής, εκτός απ' την ανάπτυξη ασθενειών είναι και το ασταθές βάρος. Εμείς λάβαμε ενδεικτικά την αύξηση βάρους στο χρονικό διάστημα των τελευταίων μηνών. Το αποτέλεσμα που είχαμε ήταν ότι το 50% περίπου του νοσηλευτικού προσωπικού έχει παρατηρήσει αύξηση του σωματικού του βάρους τους τελευταίους μήνες.

Συμπερασματικά, οι απαντήσεις που είχαμε στις ερωτήσεις που αφορούν τη διατροφή, απέδειξαν την απουσία σωστής και ισορροπημένης διατροφής στη ζωή των περισσότερων νοσηλευτών.

Γι' αυτό, θα πρέπει οι νοσηλευτές να συνειδητοποιήσουν την αξία και τη σημασία της εφαρμογής μίας υγιεινής διατροφής και να προσπαθήσουν να την εφαρμόσουν, προκειμένου να αποφύγουν σοβαρά νοσήματα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 20



	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ	98	49
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ	89	44,5
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΣ	9	4,5
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ	4	2
ΣΥΝΟΛΟ	200	100

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 20ης ΕΡΩΤΗΣΗΣ

Η δειγματοληψία, όσον αφορά το ερωτηματολόγιο, έγινε από όλους τους νοσηλευτικούς τομείς των δύο μεγάλων νοσοκομείων του Ηρακλείου εκτός του ψυχιατρικού που δεν υφίσταται στο Βενιζέλειο νοσοκομείο.

Τα περισσότερα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στον παθολογικό τομέα σε ποσοστό **49%** και στον χειρουργικό τομέα σε ποσοστό **44,5%**. Απ' τον παιδιατρικό τομέα είχαμε δείγμα **4,5%** ενώ απ' τον ψυχιατρικό μόλις **2%**.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Vera Peiffer <<Θετική Σκέψη>> 1994
- Χατζή Α. Ψυχολογία της εργασίας, Θεωρίες επαγγελματικής ανάπτυξης.
- Τζαφρή Γ. Ναρκωτικά – τσιγάρο – αλκοόλ. Προβλήματα και απαντήσεις. Αθήνα (1981), εκδόσεις Ψυχογίος.
- Παπαγιαννόπουλος Φ. κάπνισμα – αντισταθείτε, 30 ημέρες υγείας, (4), 2003
- Βαλαβανίδης Α. η χημική σύσταση του καπνού του τσιγάρου (1988)
- Μπαμπάτσικου Φ, Κούτη Χ, Σησιμόπουλου Αθ, Βαρδάκη Ζ, Πλατάνου Ν, Σκάρπου Ν. Κάπνισμα και καπνιστικές συνήθειες των νοσηλευτών.
- Βελονάκη Ε. Αγωγή υγείας – Βασικές αρχές Μάιος 1994.
- Καραμάνος Β. <<Παχυσαρκία – μία διαρκής απειλή>> Αγωγή υγείας. Υπουργείο υγείας και πρόνοιας Αθήνα, 1995
- Βασιλειάδου Α, Καρβουντζής Γ, Σουμιλάς Α, Ρουμελιώτης <<Μελέτη παραγόντων που συμβάλλουν στην εκδήλωση της οσφυαλγίας στους νοσηλευτές.>> 21 ετήσιο πανελλήνιο νοσηλευτικό συνέδριο, Αθήνα 17 – 19 Μαΐου 1994.
- Λανάρα Β. Ηρωισμός και Νοσηλευτική.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- www.elinyae.gr
- www.mobbingonline.it
- www.dolnet.gr
- www.healthin.gr
- www.dietologoi.gr
- www.google.com