



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ποιότητα ζωής των νοσηλευτών στο χώρο της
ψυχικής υγείας**

Φοιτήτριες Νοσηλευτικής:
Γιαννούκου Ευαγγελία (6089)
Δεληγιάννη Κλεοπάτρα (6118)
Διαμαντίδη Βικτωρία (6081)

Επιβλέπων καθηγητής:
Τζουανάκης Ιωάννης

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	1
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	5
ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.....	5
1.1 ΥΓΕΙΑ- ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	5
1.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ Π.Ο.Υ.....	6
1.1.2 ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΩΡΗΣΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	12
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	12
2.1 Η ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	12
2.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	14
2.3 ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	16
2.4 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΠΖ	17
2.4.1 ΛΟΓΟΙ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ- ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	18
2.4.2 ΟΙ ΚΛΑΣΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	20
2.4.3 ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΠΖ.....	21
2.4.4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΠΖ.....	22
2.5 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΠΖ	23
2.5.1 ΓΕΝΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	27
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	27
3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	27
3.1.1 Προϊστορική Εποχή.....	27
3.1.2 Αρχαία Ελλάδα.....	27
3.1.3 Διαφωτισμός.....	28
3.1.4 Νεότερη εποχή.....	29
3.1.5 Νεοελληνικό Κράτος.....	31
3.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	33
3.2.1 ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	34
3.2.2 ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	36

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	36
4.1 Εισαγωγή.....	36
4.2 Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ	36
4.3 Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ	37
4.4 ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	38
4.4.1 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980).....	39
4.4.2 Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980)	40
4.4.3 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982).....	41
4.4.4 Το μοντέλο της Pines	41
4.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ.....	41
4.6 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	44
ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	44
5.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	44
5.2 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	45
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	52
ΣΚΟΠΟΣ	53
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	53
ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	53
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΕΔΙΟ	54
ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΕΙΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ	54
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ.....	54
Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης	54
Μεθοδολογικά	54
Στατιστική ανάλυση δεδομένων.....	55
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	56
ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ- ΗΘΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	66
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	67
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	69
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	72
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	77

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στον Κ.Τζουανάκη Ιωάννη, επιβλέπων καθηγητή της παρούσας πτυχιακής εργασίας, για την πολύτιμη βοήθεια στην εκπόνηση της μελέτης, καθώς και για την καθοδήγηση του σε όλη την πορεία της.

Στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΕΠΑΓΝΗ), στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας και στο Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου και σε όλες τις δημόσιες και ιδιωτικές υποδομές που συμμετείχαν στην έρευνα.

Τέλος στις οικογενειές μας για την στήριξη και ενθάρρυνση τους όλο αυτό το διάστημα.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΠΖ = Ποιότητα Ζωής

ΣΥΠΖ= Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

ΠΟΥ= Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το βασικό πλαίσιο της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών στο χώρο της ψυχικής υγείας όσον αφορά τα δημογραφικά τους στοιχεία, τα χαρακτηριστικά απασχόλησης, εργασίας, νοσηρότητας καθώς και την καταγραφή και συσχέτιση κλιμάκων που αφορούν την ποιότητα ζωής, την ικανοποίηση από τη ζωή και την καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής των νοσηλευτών στον χώρο της ψυχικής υγείας λόγω των αυξημένων στρεσογόνων καταστάσεων και των κινδύνων που υφίστανται κατά την διάρκεια της εργασίας τους.

Στα πλαίσια της συγκεκριμένης ερευνητικής μελέτης προσεγγίστηκε η ποιότητα ζωής των νοσηλευτών που εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας διανέμοντας ερωτηματολόγια με δημογραφικά στοιχεία, το σταθμισμένο ερωτηματολόγιο SF-12 και δύο κλίμακες: η κλίμακα αυτοαξιολόγησης κατά τον W.K. Zung και η κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή (Diener, 1985). Τα ερωτηματολόγια αυτά απαντήθηκαν από 94 νοσηλευτές στους νομούς της Κρήτης (Ηράκλειο, Χανιά), της Μεσσηνίας (Καλαμάτα), Δωδεκανήσου (Ρόδο) και της Αττικής. Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 24.0.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι νοσηλευτές που εργάζονται στο δημόσιο τομέα παρουσιάζουν χαμηλή ποιότητα ζωής έναντι των εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα, καθώς και χαμηλότερα ποσοστά ψυχικής υγείας στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες. Επιπλέον παρατηρήθηκε υψηλή συσχέτιση μεταξύ της συνολικής ποιότητας ζωής με την ικανοποίηση από τη ζωή.

Λέξεις κλειδιά: Ποιότητα ζωής, ψυχική υγεία, επαγγελματική εξουθένωση, ικανοποίηση από τη ζωή.

ABSTRACT

The main focus of the present study is to investigate the factors that affect the quality of life of nurses that work in the Mental Health field with regard to their demographics, employment characteristics, work, morbidity as well as the recording and correlation of scales related to the quality of life, life satisfaction and depressive symptomatology.

The aim of our study is to investigate the quality of life of nurses in mental health due to increased stressful situations and risks they suffer during their work.

In the context of this research, the quality of life of nurses working in the field of mental health was approached, distributing questionnaires with demographic data, the weighted SF-12 questionnaire and two scales: the scale of self-evaluation according to W.K. Zung and the scale of life satisfaction (Diener, 1985). These questionnaires were answered by 94 nurses in the prefectures of Crete (Heraklion, Chania), Messinia (Kalamata), Dodecanese (Rhodes) and Attica. For the statistical analysis of the data, the statistical program IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 24.0 was used.

The results showed that nurses working in the public sector have a low quality of life compared to private sector workers, as well as lower mental health rates among women than men. In addition, there was a high correlation between overall quality of life and life satisfaction.

Key words: Quality of life, mental health, burnout syndrome, life satisfaction

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

1.1 ΥΓΕΙΑ- ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η Υγεία χρόνια πριν οριζόταν ως η απουσία κάποιας ασθένειας ή νόσου. Ωστόσο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1946) έδωσε έναν καινούριο ορισμό στην έννοια της Υγείας, «μια πλήρης κατάσταση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία κάποιας ασθένειας». Λίγο αργότερα Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1958) στην κλασική έκδοση «Τα πρώτα 10 χρόνια της Π.Ο.Υ» πρότεινε έναν ορισμό της έννοιας της υγείας, που δίνει έμφαση στην φυσική, την ψυχική και την κοινωνική ευημερία του ατόμου, ενώ αποφεύγεται η στενή ερμηνεία της υγείας με αναφορά στην ασθένεια και την αναπηρία. (Υφαντόπουλος Γ.,2003)

Υγεία δεν σημαίνει μόνο απουσία της νόσου αλλά πλήρης φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Υγεία είναι περισσότερο μια κατάσταση ύπαρξης όπου το άτομο έχει την δυνατότητα να υπερβαίνει τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του και να διαμορφώνει νέους κανόνες και αξίες. Η υγεία αρχίζει από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και οι άνθρωποι οφείλουν να αναζητούν διαρκώς καλύτερους τρόπους πρόληψης και αποφυγής της αρρώστιας ή της ανικανότητας. Αυτό προϋποθέτει επιπλέον ίση κατανομή των πόρων έτσι ώστε η φροντίδα για την υγεία να είναι προσιτή στον καθένα. Ο σύγχρονος άνθρωπος δε θέλει απλά να ζει ή να επιβιώνει, αλλά να αισθάνεται και να είναι ευτυχισμένος μέσα σε συνθήκες διαβίωσης και όρους ύπαρξης που να του επιτρέπουν να διάγει μια υψηλής ποιότητας ζωή. Ο ορισμός της υγείας, όπως διατυπώθηκε από την Π.Ο.Υ. "ως η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας", (W.H.O. 1958) δεν κρίνεται πλέον απόλυτα επαρκής για να καλύψει τις σύγχρονες προσεγγίσεις της υγείας και της αρρώστιας. Ενώ η διάγνωση της ασθένειας, με τη βοήθεια της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, είναι σχετικά εύκολη υπόθεση, η διάγνωση της υγείας καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολη και περίπλοκη, με ασαφή και πειραματική ακόμα μεθοδολογία, εξ' αιτίας της πολυδιάστατης θεώρησης αυτής. Η υγεία ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο με έντονη δυναμική, δεν αποτελεί ένα μέγεθος με ποσοτικά χαρακτηριστικά, αφού δύσκολα μπορούν να μετρηθούν οι διαστάσεις της βιολογικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Οι δυσκολίες μέτρησης

και εκτίμησης του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού προέρχονται ακριβώς από αυτή τη θετική εννοιολογική προσέγγιση της.

1.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ Π.Ο.Υ

Με βάση τον ορισμό που έδωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1946) για την έννοια της Υγείας, «μια πλήρης κατάσταση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία κάποιας ασθένειας», αντιλαμβάνεται κάποιος ότι η υγεία είναι εξαρτημένη από πολλούς παράγοντες που έχουν να κάνουν με την καθημερινότητα του κάθε ατόμου, την εργασία του και το περιβάλλον του.

Η Ψυχική Υγεία αποτελείται από ένα αναπόσπαστο κομμάτι της γενικότερης κατάστασης της υγείας ενός ατόμου και ο ορισμός αυτού έχει έναν διαφορετικό τρόπο, ανάλογα με το εκάστοτε κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο. Ο ορισμός για την Ψυχική υγεία δεν είναι εύκολη υπόθεση, διότι δείχνει την επιρροή τόσο από εσωτερικούς παράγοντες, ατομικούς, όσο και από εξωτερικούς, περιβαλλοντικούς παράγοντες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην υπάρχει ένας επίσημος ορισμός της ψυχικής υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1948) προσδιόρισε την Ψυχική Υγεία ως «μια κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δυνάμεις του ικανότητες, μπορεί να αντιμετωπίσει τα καθημερινά άγχη της ζωής, να ζει και να εργάζεται παραγωγικά και με άνεση και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητα του».

1.1.2 ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΩΡΗΣΗ

Η υγεία θεωρείται ένα από τα σημαντικότερα αγαθά μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής. Η έννοια της υγείας στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας διέφερε στους διάφορους πολιτισμούς, από τους περισσότερους όμως θεωρούταν ολιστικά σαν ένα είδος αρμονίας μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του. Ο όρος «υγεία» εξακολουθεί να μην έχει έναν κοινά αποδεκτό ορισμό. Πρώτη απόπειρα για επίτευξη ομοφωνίας έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο οποίος, το 1946, στην ιδρυτική του διακήρυξη, όρισε την υγεία σαν “μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας”. Αυτό αποτελεί περιγραφή μιας ιδανικής κατάστασης ή ένα στόχο παρά μια απλή σύλληψη της υγείας . Με βάση τα παραπάνω, θα ορίζαμε την υγεία σαν μια

κατάσταση όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβεί τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του, διαμορφώνοντας νέους κα- νόνες συμπεριφοράς και νέες αξίες.

Ιστορική αναδρομή Το εννοιολογικό περιεχόμενο της υγείας και της ασθένειας διαφέρει ανάλογα με τη χρονική περίοδο και τις κοινωνικές συνθήκες . Κατά την προϊστορική περίοδο, οι άνθρωποι πιθανότατα πίστευαν ότι τα αίτια της ασθένειας ήταν διάφορα «κακά πνεύματα», τα οποία εισέβαλαν στο άτομο . Οι πρώτες εμπειριστατωμένες αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια διατυπώνονται από τους αρχαίους Έλληνες και έχουν μυθολογικό υπόβαθρο. Ο ορθολογισμός και η φυσιοκρατία που χαρακτήρισαν για πρώτη φορά την ανθρώπινη σκέψη στην αρχαία Ελλάδα οδήγησαν στη διαμόρφωση της ιπποκράτειας ιατρικής, βασισμένης στη φυσική ερμηνεία των φαινομένων . Ο Ιπποκράτης, κατά τον 5ο αιώνα π.Χ., θεωρεί ότι η υγεία είναι το αποτέλεσμα της ισορροπίας μεταξύ τεσσάρων σωματικών χυμών, μια ιδέα δημοφιλής την εποχή εκείνη. Οι χυμοί ήταν το αίμα (που περιγράφεται με τις ιδιότητες του ζεστού και υγρού), το φλέγμα (ψυχρό και υγρό), η κίτρινη χολή (ζεστή και στεγνή) και η μαύρη χολή (ψυχρή και στεγνή). Όταν η «κράση» (ανάμιξη) των χυμών δεν είναι ισορροπημένη, τότε εμφανίζεται η ασθένεια . Ενώ στη Ελλάδα γεννιόταν η Ιπποκρατική ιατρική, στην Αρχαία Κίνα πίστευαν ότι η ασθένεια εμφανίζεται όταν διαταράσσεται η ισορροπία του ανθρώπου, από περιβαλλοντικά αίτια. Η κινεζική αντίληψη για τον άνθρωπο και το σύμπαν, στηριγμένη στις αντίρροπες δυνάμεις γιν και γιανγκ που αποτελούν την αρσενική και θηλυκή αρχή της φύσης, υπήρξε η βάση της παραδοσιακής κινεζικής ιατρικής και του πρακτικής του βελονισμού . Οι ιδέες του Γαληνού (2ο μ.Χ.), που έκανε ανατομικές μελέτες, επηρέασαν την ιατρική πρακτική κατά το Μεσαίωνα, οπότε και κάτω από την ισχυρή επίδραση της Εκκλησίας, η ασθένεια δαιμονοποιήθηκε. Στην Αναγέννηση, ο τρόπος σκέψης άλλαξε επηρεασμένος από την έκρηξη των επιστημών και τις νέες δυνατότητες που ανακάλυπτε ο άνθρωπος. Ο Καρτέσιος (17ος αιώνας) διακήρυξε ότι το σώμα και ο νους είναι χωριστές οντότητες (δυϊσμός) και το σώμα γίνεται αντιληπτό σαν μια μηχανή με εξαιρετικά σύνθετες λειτουργίες . Σύμφωνα με τον Τούντα (2000), οι αντιλήψεις των ανθρώπων για τα φαινόμενα της υγείας και της αρρώστιας είναι δυνατόν να χωριστούν σε πέντε περιόδους: τη μεταφυσική- μαγική, στη μεταφυσική- θρησκευτική, τη νατουρα - λιστική (πρώιμη επιστημονική), τη μηχανιστική- θετικιστική (κυρίως επιστημονική) και τη σύγχρονη ολιστική η οποία

διαμορφώνεται κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Η περίοδος που διανύουμε έχει τα χαρακτηριστικά της μεταβατικής περιόδου και κυριαρχεί η σταδιακή αμφισβήτηση του παλιού, αλλά και η επιφύλαξη απέναντι στο νέο που έρχεται.

Προσέγγιση της έννοιας «υγεία» Αν και ένας πλήρης ορισμός της «υγείας» είναι πιθανώς αδύνατος, μπορούμε όμως να υποδείξουμε κάποιους παράγοντες, που φαίνονται να σχετίζονται με αυτόν τον ορισμό. Η κατάσταση της πλήρους υγείας μπορεί να γίνει αντιληπτή με όρους μιας δυναμικής ισορροπίας μεταξύ των ατομικών (π.χ. φυσιολογία, συμπεριφορά, ψυχολογικοί παράγοντες, στρες) και των περιβαλλοντικών συστημάτων (π.χ. πολιτισμός, οικονομία, συνθήκες κ.λπ.). Η ισορροπία χαρακτηρίζεται ως δυναμική, γιατί η υγεία δεν είναι μια σταθερή κατάσταση, αλλά μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου. Ακόμα και μετά από μια σημαντική μεταβολή της, συχνά υπάρχουν στοιχεία (όπως οι ικανότητες του ατόμου, η κοινωνική υποστήριξη, η ιατρική βοήθεια) που επαρκούν ώστε να επαναφέρουν την κατάσταση της ισορροπίας. Όμως, αυτό δεν είναι πάντα εφικτό. Κατά συνέπεια, ο βαθμός υγείας ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού μπορεί να προσδιοριστεί για μια συγκεκριμένη στιγμή και όχι μόνιμα. Η υγεία δεν αποτελεί το αντίθετο της ασθένειας, εφόσον συμπεριλαμβάνει έννοιες όπως η ευεξία και η ποιότητας ζωής. Για τον προσδιορισμό της υγείας είναι ιδιαίτερος σημαντική η κατανόηση της αλληλεξάρτησης μεταξύ των βιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που δρουν κάθε στιγμή και σε συνεχή «αλληλεπίδραση». Η υγεία δεν είναι μόνο ένα ατομικό ζήτημα, αλλά και ένα πολιτισμικό ζητούμενο. Υπ' αυτή την έννοια, η υγεία σχετίζεται με την έννοια του βαθμού «πληρότητας», όπως αυτή την κατανοεί και την προσδιορίζει το άτομο ανάλογα με τις πεποιθήσεις και τις δυνατότητές του, καθώς και ανάλογα με τις υπάρχουσες κοινωνικές αξίες. Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι η έννοια «υγεία» μπορεί να έχει πολλούς «ορισμούς». Μπορεί να οριστεί ως απουσία συμπτωμάτων ή νόσου (αρνητικός ορισμός), ως σωματική ικανότητα (λειτουργικός ορισμός), ως ικανότητα άσκησης ρόλων (συναισθηματική λειτουργικότητα) ή, όπως ορίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ως μια θετική κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας (θετικός ορισμός). Στο πλαίσιο αυτό, οι διαφορετικές προσεγγίσεις συνθέτουν μια ολική εικόνα του φαινομένου που το συσχετίζουν όχι μόνο με τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, αλλά και με τις

κοινωνικές και ατομικές αναπαραστάσεις τους, καθώς και με τις διασυνδέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους .

Κοινωνική προσέγγιση Η υγεία και η αρρώστια εκφράζονται στις σχέσεις του ατόμου με την κοινωνία. Η αρρώστια διαταράσσει όχι μόνο τη βιολογική ισορροπία ενός ατόμου, αλλά και στην κοινωνική του λειτουργία (Kovacs J., 1998) . Η κοινωνική επίδραση στη διαμόρφωση των εννοιών της υγείας και της αρρώστιας έγκειται κυρίως στον εκάστοτε προσδιορισμό του ορίου μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού. Ωστόσο, δεν μπορεί να παραγνωριστεί το γεγονός ότι έννοιες όπως το «φυσιολογικό» επηρεάζονται από τα εκάστοτε κοινωνικά και ιδεολογικά δεδομένα. Στο Δυτικό πολιτισμό, όπου κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζουν οι έννοιες της εργασίας και της παραγωγικότητας, το φυσιολογικό και το παθολογικό προσδιορίστηκαν σε σημαντικό βαθμό από την ικανότητα ή μη για εργασία. Μάλιστα, επειδή παλαιότερα η εργασία ήταν κυρίως χειρωνακτική, τα όρια της παθολογίας ταυτίστηκαν με τα όρια της σωματικής και ειδικά της μυϊκής αδυναμίας. Οι περισσότερες πνευματικές ή ψυχικές διαταραχές αναγνωρίστηκαν ως παθολογικές μόνο κατά τη διάρκεια του 20ού αιώνα, όταν η εργασία στο δυτικό κόσμο έγινε λιγότερο χειρωνακτική και περισσότερο νοητική (Τούντας Γ.,2000).

Οικονομική προσέγγιση Η σχέση της οικονομίας με την υγεία είναι στενή. Η φτώχεια γεννά την αρρώστια, ενώ ο πλούτος προστατεύει και προάγει την υγεία. Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχει αντιστοιχία ανάμεσα την οικονομία κάθε χώρας και στην υγεία του πληθυσμού της. Αναφέρεται ότι τα 2/3 των διαφορών που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας από πληθυσμό σε πληθυσμό οφείλονται σε οικονομικούς λόγους. Η αύξηση του εισοδήματος οδηγεί σε βελτίωση της υγείας, μια και παρέχει τη δυνατότητα για καλύτερη κατοικία, για ασφαλέστερο και υγιεινότερο περιβάλλον, για επαρκή δια- τροφή, καθώς και για πολλούς άλλους κοινωνικούς και υλικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία. Υψηλότερο εισόδημα σημαίνει επίσης περισσότερους πόρους για πρόληψη, περίθαλψη και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Αντίστροφα, η υγεία επηρεάζει το εισόδημα. Ένας υγιής πληθυσμός είναι και πιο παραγωγικός και αυτό συμβάλει στην ανάπτυξη της οικονομίας μιας χώρας(Τούντας Γ.,2000).

Πολιτισμική προσέγγιση Κάθε πολιτισμός επιλέγει ανάμεσα στις δυνατότητες που του παρέχει η εποχή και το περιβάλλον του τις αξίες, τους κανόνες και το είδος των

γνώσεων που χρειάζεται για να κατανοήσει, να ερμηνεύσει, να θεραπεύσει την αρρώστια, να διαφυλάξει και να προάγει την υγεία . Ανάλογα με τις πολιτισμικές επιδράσεις, η ίδια αρρώστια μπορεί να θεωρείται βλάβη ή χάρισμα, τιμωρία ή επιβράβευση, αμαρτία ή ιερότητα. Χαρακτηριστικές είναι οι επιδράσεις αυτές σε πολιτισμούς όπως ήταν ο κλασικός Ελληνικός, ο Κινεζικός και αργότερα ο Δυτικός . Ο Πλάτων αναφέρει ότι η αρρώστια προκαλείται από τον πολιτισμό. Όσο ο άνθρωπος ζούσε στη φύση, ήταν υγιής και δεν είχε την ανάγκη ιατρικής φροντίδας. Η μαλθακότητα και η υπερβολική και εξεζητημένη διατροφή -χαρακτηριστικά του πολιτισμού της εποχής του- αποτελούσαν κατά τον Πλάτωνα τις βασικές αιτίες της νοσηρότητας. Ο Πλούταρχος και αρκετοί άλλοι ηθικολόγοι υιοθέτησαν τις απόψεις αυτές του Πλάτωνα. Αλλά και αργότερα, στη Ρώμη, τον 1ο αιώνα μ.Χ., ο εγκυκλοπαιδιστής Κέλσος υποστήριζε ότι στην εποχή του Ομήρου η υγεία των ανθρώπων ήταν γενικά καλή, εξαιτίας των υγιεινών συνηθειών, που δεν είχαν ακόμη διαφθαρεί ούτε από τη νωθρότητα, ούτε από την πολυτέλεια του πολιτισμού .Η διεύρυνση της «υγείας» με την προσθήκη της ψυχολογικής και της κοινωνικής διάστασης ήταν μια σημαντική πρόοδος. Όμως, δεν είχε άμεση πρακτική αξία. Εννοιολογικά, η διεύρυνση αυτή περιέπλεξε παρά διευκόλυνε. Στην πραγματικότητα, η κατάσταση της πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής υγείας αντιστοιχεί περισσότερο στην ευτυχία παρά στην υγεία. Ωστόσο, η ευτυχία είναι αυστηρά υποκειμενική εμπειρία . Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν γίνει πολλές φιλοσοφικές συζητήσεις σχετικά με την έννοια της υγείας. Ο Boorse, ένθερμος υπερασπιστής της άποψης των νατουραλιστών, προσπαθεί να καθορίσει την υγεία και την ασθένεια χρησιμοποιώντας αντικειμενικούς, επιστημονικούς όρους που έχουν ρίζες στη βιολογία. Θεωρεί ότι είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί η εξελικτική βιολογία για μια επιστημονική περιγραφή της βιολογικής λειτουργίας . Υποστηρίζει ότι η ασθένεια είναι «η ανικανότητα να εκτελέσεις τις φυσιολογικές λειτουργίες με μια σχετική αποδοτικότητα» και η υγεία είναι απλά η απουσία ασθένειας. Λαμβάνοντας υπόψη τους λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι προσέρχονται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, οι Hamonet και Magalhaes (2001) ορίζουν την υγεία ως ισορροπία που περιγράφει την ικανότητα ενός ατόμου να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του περιβάλλοντός του, χρησιμοποιώντας τους διαθέσιμους πόρους για υγειονομική περίθαλψη. Κατά συνέπεια, όπως προτείνεται από το René Dubos, η υγεία είναι «μια σχετική κατάσταση χωρίς προβλήματα, απαλλαγμένη από τα βάσανα». Από την άλλη πλευρά, η κανονιστική δομή της έννοιας της υγείας εισαγάγει μια φαινομενολογική

θεώρηση. Ο Mordacci (1995) υποστηρίζει ότι η έννοια της υγείας έχει μια λογική προτεραιότητα έναντι της ασθένειας και ότι η ασθένεια είναι περισσότερο μια εμπειρία. Τα θεμελιώδη χαρακτηριστικά της έννοιας της υγείας ορίζονται έτσι με τη βοήθεια της βιοστατιστικής και αποκτούν μια κανονιστική διάσταση. Κατά τον Nordenfelt : «το άτομο είναι απόλυτα υγιές εάν έχει τη δυνατότητα να λαμβάνει υπόψη τις εκάστοτε περιστάσεις και να επιτυγχάνει όλους τους στόχους ζωτικής σημασίας». Αυτός ο ορισμός τονίζει ότι η υγεία είναι μια εμπειρία της επιτυχημένης ή αποτυχημένης προσπάθειας ενός ατόμου να ενεργήσει με έναν επιθυμητό τρόπο. Εκτιμώντας ότι πολλές αντίθετες απόψεις παρέχουν μόνο μια αρνητική περιγραφή της υγείας με τον καθορισμό της ως απουσία ασθένειας, η θεωρία του Nordenfelt είναι ολιστική καθώς εμπεριέχει και το βίωμα του ατόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1 Η ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Οι έννοιες της υγείας και της ασθένειας προσανατολίζουν τη σκέψη των ανθρώπων σε ένα μεγάλο ποσοστό σχετικά με την ιατρονοσηλευτική αντιμετώπιση και τη θεραπευτική φαρμακευτική αγωγή, που είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της υγείας. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, ο ρόλος της Ψυχολογίας σε σχέση με την υγεία και τη διατήρηση της ποιότητας ζωής (ΠΖ) φαίνεται να κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος, με αποτέλεσμα να αποτελέσει ένα αναπόσπαστο τμήμα της έρευνας, που αφορά στη μέτρηση της ΠΖ, η οποία σχετίζεται με την ασθένεια. Από ιατρική σκοπιά, ο όρος «υγεία» αναφέρεται στην άρτια λειτουργία των ζωτικών οργάνων του σώματος και επικεντρώνεται στη σωματική ευεξία. Ειδικότερα, η Ψυχολογία και η Κοινωνιολογία πραγματοποιώντας μια υπέρβαση των ορίων της ιατρικής επιστήμης, αντιμετωπίζουν την υγεία ως μια έννοια πολυδιάστατη, που εμπεριέχει εκτός από τη σωματική διάσταση, δύο επιπλέον διαστάσεις: την ψυχική και την κοινωνική. Τις τελευταίες δεκαετίες, στο χώρο της ιατρονοσηλευτικής κοινότητας σημειώνεται στροφή προς την ανθρωποκεντρική προσέγγιση, αποδίδοντας ιδιαίτερη προσοχή στην έννοια «ποιότητα ζωής» και στη σχέση της με την υγεία.

Ο όρος "ποιότητα ζωής" λαμβάνει διαφορετικό περιεχόμενο στο χώρο και στο χρόνο. Μετά το 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο ο όρος ποιότητα ζωής εκφράζει την "καλή ζωή", την κατοχή υλικών αγαθών (αυτοκίνητα, σπίτια, καταναλωτικά αγαθά), χρήματος και τη διάθεση ελεύθερου χρόνου για διάφορες δραστηριότητες και ανάπαυση (Fallowfield, 1990).

Στη δεκαετία του '60 το περιεχόμενο του όρου διευρύνεται, συμπεριλαμβάνοντας την εκπαίδευση, την υγεία και την κοινωνική πρόνοια, την οικονομική και βιομηχανική ανάπτυξη. Στη δεκαετία του 70 δίνεται έμφαση προς την κατεύθυνση της "προσωπικής ελευθερίας", της συναισθηματικής και ψυχοκοινωνικής ισορροπίας. Επίσης παρατηρείται ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής σε καταστάσεις αρρώστιας και θεραπείας.

Πιο πρόσφατες εννοιολογικές προσεγγίσεις σχετικά με την ΠΖ, την ορίζουν ως τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική ευημερία του ατόμου, καθώς και την ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του διαχωρίζοντάς την από τις συνθήκες διαβίωσης που αναφέρονται αλλά γενικά, στις συνθήκες της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, έτσι όπως αυτές αντικατοπτρίζονται στο εισόδημα και τα καταναλωτικά πρότυπα. Η έννοια ΠΖ είναι ευρύτερη και αναφέρεται στη γενική ευημερία των ατόμων που διαμένουν σε μια κοινωνία (Bowling A. 1997).

Η υγεία δε θεωρείται μόνο ως βιολογική ευεξία αλλά και ως ψυχολογική και κοινωνική ολοκλήρωση και αυτοπραγμάτωση του ατόμου. Επομένως η ποιότητα ζωής είναι ένας πολυδιάστατο φαινόμενο και όποιο θεραπευτικό μέτρο λαμβάνεται για τη βελτίωση της υγείας θα πρέπει να απευθύνεται στην επίδραση που έχει η αρρώστια ή η θεραπεία της σε μια ποικιλία διαστάσεων και όχι απλά το επίπεδο μόνο της φυσικής κατάστασης. Οι περισσότεροι άνθρωποι θα συμφωνούσαν, ότι η ποιότητα ζωής είναι ένα σύμπλεγμα παραμέτρων ικανοποιητικής λειτουργίας, σε τρεις κυρίως διαστάσεις: α) της φυσικής ευεξίας, β) της ψυχικής ευεξίας, γ) της κοινωνικής ευεξίας. Οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της υγείας και της ΠΖ αφορούν όχι μόνο τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας αλλά και τη σωματική και την ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου. Μείζονος σημασίας θεωρείται επίσης η συσχέτιση και η αλληλεξάρτηση παραγόντων και παραμέτρων της προσωπικής και της κοινωνικής ζωής, η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή, η ηθική, η αυτοεκτίμηση και η αυτοπραγμάτωση του κάθε ανθρώπου, συντελεστές που επηρεάζουν την ολοκλήρωση της προσωπικότητας του ατόμου (Rokeach J. 1973, Andrews F, Whitney 1974).

Παρά την έλλειψη συμφωνίας στον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής, γίνεται ευρέως αποδεκτό ότι αυτή αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Οι Andrews και Whitney, εντόπισαν 800 πιθανές διαστάσεις σε έρευνα βιβλιογραφικής ανασκόπησης, οι οποίες συμπύχθηκαν σε 100 περίπου τομείς της ζωής. Οι πλέον σημαντικοί τομείς φαίνεται να είναι η φυσική ευεξία, οι κοινωνικές σχέσεις, η προσωπική εξέλιξη, η επαναδημιουργία και οι οικονομικές συνθήκες ασφάλειας.(3) Αρκετοί ερευνητές προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής σε σχέση με την ικανοποίηση από τη ζωή, την υποκειμενική ή ψυχική ευεξία, την ευτυχία, την ηθική, την αυτοεκτίμηση, κ.λ.π. (Campell et al 1976).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ως ποιότητα ζωής την υποκειμενική αίσθηση του ατόμου για τη θέση του στη ζωή σε συνάφεια με την κουλτούρα και το σύστημα αξιών στο οποίο ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τα ενδιαφέροντά του. Αποτελεί μια κατάσταση με ευρεία διακύμανση, που επηρεάζεται με πολύπλοκο τρόπο από τη φυσική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, τις προσωπικές πεποιθήσεις, τις κοινωνικές σχέσεις και τις σχέσεις με προέχουσες μορφές του περιβάλλοντος.(WHOQOL 1995) Ο ορισμός αυτός εκφράζει την άποψη ότι η ποιότητα ζωής αναφέρεται σε μια υποκειμενική εκτίμηση, η οποία εμπεριέχεται σ' ένα πολιτισμικό, κοινωνικό και περιβαλλοντικό σύνολο. Όπως είναι εμφανές, στους παραπάνω ορισμούς της ΠΖ παρατηρείται ένας διαχωρισμός μεταξύ των αντικειμενικών και των υποκειμενικών παραμέτρων. Ο συνδυασμός των δύο αυτών παραμέτρων οδηγεί τους μελετητές στη διατύπωση ότι «η ΠΖ πρέπει να αξιολογείται με κριτήρια υποκειμενικά, αλλά και αντικειμενικά, που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών»(Zautra A, Goodhart 1979, Baker F, Intagliata J. 1982) Από όλα τα παραπάνω, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η έννοια «ποιότητα ζωής» δεν έχει καθοριστεί με ένα συγκεκριμένο και ομοιόμορφο τρόπο. Ο ακριβής προσδιορισμός της βρίσκεται σε μια διαδικασία συνεχούς εξέλιξης και για το λόγο αυτό συναντάμε πολλές εννοιολογικές ασάφειες αναφορικά με τον ορισμό της (Kavoura M, Kiriopoulos G 2003).

2.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η πολυδιάστατη φύση της ποιότητας ζωής είχε σαν αποτέλεσμα τη διεξαγωγή πολλών ερευνών προκειμένου να διερευνηθούν και να ταξινομηθούν οι παράγοντες που την επηρεάζουν και την ανάπτυξη ενός πλήθους θεωριών σχετικά με το θέμα. Τα μοντέλα που αναπτύχθηκαν ήταν πολλά και ποικίλαν ανάλογα με το βαθμό σπουδαιότητας που απέδιδαν σε διαφορετικούς παράγοντες. Έτσι, αναπτύχθηκαν τα μοντέλα που ακολουθώντας την ιεραρχία των ανθρώπινων αναγκών του Maslow (1954, 1968) έδιναν προτεραιότητα στις βασικές ανάγκες, ενώ από την άλλη τα κλασικά μοντέλα βασίζονταν αποκλειστικά στην ψυχολογική ευεξία, στην ευτυχία, στην ικανοποίηση από τη ζωή (Andrews, 1986, Andrews και Witney 1974) στις κοινωνικές προσδοκίες (Calman, 1984) ή στις ατομικές αντιλήψεις (O'Boyle, 1997).

Μια άλλη ταξινόμηση των παραγόντων επιχειρήθηκε από τον Flanagan (1978), ο οποίος εντόπισε 15 παράγοντες ποιότητας ζωής, τους οποίους και ταξινόμησε σε 5 μεγάλες κατηγορίες: σωματική και υλική ευημερία (οικονομική άνεση και ασφάλεια και υγεία), σχέσεις με άλλους ανθρώπους (συζυγικές σχέσεις, ανατροφή παιδιών, σχέσεις με συγγενείς και στενούς φίλους), κοινωνικές και κοινοτικές δραστηριότητες (παροχή βοήθειας σε συνανθρώπους, συμμετοχή σε τοπικές και εθνικές δραστηριότητες), προσωπική ανάπτυξη και καταξίωση (πνευματική ανάπτυξη, προσωπική στοχοθεσία και αυτογνωσία, ενδιαφέρον για τη δουλειά, δημιουργικότητα και εμπειρία) και, τέλος, ελεύθερος χρόνος (κοινωνικοποίηση, δραστηριότητες αναψυχής).

Οι Campbell et al. (1976) διαπίστωσαν ότι η ποιότητα ζωής σχετίζεται με το βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή και τις συνθήκες διαβίωσης. Οι Young και Longman (1983) συμφωνούν με την παραπάνω άποψη και υποστηρίζουν ότι η ποιότητα ζωής αναφέρεται στη σωματική, κοινωνική, υλική και ψυχολογική ευεξία του ατόμου. Για το λόγο αυτό, οι παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο είναι η οικογενειακή ζωή, η υγεία, η φιλία, οι εργασίες στο σπίτι, η απασχόληση, η ζωή σε αστικό ή αγροτικό περιβάλλον, η στέγαση, η παιδεία, το βιοτικό επίπεδο, το επίπεδο μόρφωσης και η οικονομική άνεση. Αν οι εν λόγω τομείς βαίνουν καλά, τότε τα επίπεδα ικανοποίησης των ατόμων από τη ζωή τους είναι υψηλά και, συνεπώς, και η ποιότητα ζωής.

Από τις μελέτες προέκυψε ότι η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολυδιάστατη και εξαρτάται από ένα πλήθος παραγόντων. Η βασικότερη διάκριση είναι ανάμεσα στους λεγόμενους υποκειμενικούς και αντικειμενικούς δείκτες για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Η υποκειμενική διάσταση αναφέρεται στην αίσθηση ευημερίας και στην ικανοποίηση που αντλούν τα άτομα από το περιβάλλον τους. Η αντικειμενική διάσταση συνδέεται με την ικανοποίηση που αντλείται σε σχέση με τις πολιτισμικές και κοινωνικές απαιτήσεις αναφορικά με την υλική ευημερία, την κοινωνική θέση και τη σωματική ευεξία (Noll, 1998).

Συμφωνώντας με τη διττή φύση της ποιότητας ζωής, ο Rogerson (1997) διέκρινε ανάμεσα στον υλικό και προσωπικό τομέα της ζωής των ατόμων, οι οποίοι πλαισιώνονται από το περιβάλλον στο οποίο διαβιούν. Οι διαθέσιμοι περιβαλλοντικοί πόροι και τα χαρακτηριστικά τους διαμορφώνουν και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ατόμων που τους αξιοποιούν και επηρεάζουν σημαντικά τα επίπεδα

ικανοποίησης των ατόμων από τη ζωή τους. Ουσιαστικά ο Rogerson επιχείρησε να συμφιλιώσει την υποκειμενική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής με τις αντικειμενικές συνθήκες διαβίωσης των ατόμων, λαμβάνοντας υπόψη την επιρροή της κοινότητας στην ποιότητα ζωής των μελών της. Το υλικό κομμάτι της θεωρίας του περιλαμβάνει μία σειρά αγαθών, υπηρεσιών και άλλων χαρακτηριστικών του φυσικού, οικονομικού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Το προσωπικό κομμάτι ορίζεται από την αίσθηση ικανοποίησης και ευημερίας των ατόμων.

Προϋπόθεση για την ευχαρίστηση και την υψηλή ποιότητα ζωής είναι η υγεία του ατόμου. Η καλή υγεία είναι μία ιδιαίτερα σημαντική και επιθυμητή κατάσταση ύπαρξης, σύμφωνα με τον Rokeach (1973), ο οποίος, εξετάζοντας τις πλέον αξιόλογες καταστάσεις ύπαρξης του ανθρώπου, διαπίστωσε ότι κάθε άτομο κατέτασσε υψηλότερα στην κλίμακα την καλή υγεία από κάθε άλλη επιλογή.

2.3 ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Ο όρος της ΣΥΠΖ ενέχει επίσης ασάφειες και είναι σχετικά δύσκολο να προσδιοριστούν τα στοιχεία που τον συνθέτουν, τα οποία ποικίλουν από μελέτη σε μελέτη (Οικονόμου et al 2001). Γενικά, η ΠΖ σε σχέση με την υγεία, μπορεί να περιλαμβάνει θέματα όπως η υγεία γενικά, τα σωματικά συμπτώματα, η συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα, καθώς και έννοιες υπαρξιακού περιεχομένου (Fayers 2000).

Η ΣΥΠΖ μπορεί να οριστεί ως η λειτουργικότητα στη φυσική, συναισθηματική και κοινωνική διάσταση της ζωής με συνυπολογισμό της ευεξίας, όπως αυτή εκτιμάται από τον κάθε άνθρωπο (Bullinger 2003), ή σαν την αξία που αποδίδεται στο χρόνο επιβίωσης, όπως αυτή τροποποιείται από τις βλάβες, τις διάφορες καταστάσεις λειτουργικότητας, τις προσδοκίες και τις κοινωνικές ευκαιρίες (Patrick B. 1993). Γενικά, ο όρος, περιλαμβάνει τρεις θεμελιώδεις διαστάσεις: α) την υποκειμενική αποτίμηση της (σωματικής και ψυχικής) λειτουργικής κατάστασης του ατόμου, β) την επίδραση της κατάστασης της υγείας στη λειτουργικότητά του, γ) τον περιορισμό της λειτουργικότητας στους τομείς εκείνους που είναι απαραίτητοι ώστε το άτομο να μπορεί να πραγματοποιεί τους επιδιωκόμενους στόχους της ζωής του (Kaplan RM 1982). Η ΣΥΠΖ λοιπόν, αποτελεί μια δυναμική έννοια, που μεταβάλλεται μαζί με το επίπεδο υγείας, τις σχέσεις, τις εμπειρίες και τους ρόλους του ατόμου. Στους

πάσχοντες από κάποιο νόσημα, όπως είναι αναμενόμενο, η ΣΥΠΖ επηρεάζεται από το βασικό νοσολογικό υπόστρωμα, από πιθανές καταστάσεις μειωμένης λειτουργικότητας ή καταστάσεις εξάρτησης από βοηθήματα – συσκευές υποστήριξης, καθώς και από πιθανές παρενέργειες της φαρμακευτικής τους αγωγής. Σημαντικό ρόλο στη ΣΥΠΖ παίζουν και οι προσδοκίες των ατόμων για βελτίωση της υγείας τους, οι κοινωνικές ευκαιρίες για τη βελτίωση της λειτουργικότητάς τους και οι πολιτικές υγείας, που πιθανά επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τις συνθήκες διαβίωσής τους.

Επιπλέον η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Health Related Quality Of Life, HRQOL) περιγράφεται από τον Υφαντόπουλο (2001) ως μια αποκλειστικά προσωπική αντίληψη η οποία έχει επίδραση σε σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο στη ζωή ενός ατόμου, καθώς επίσης και το βαθμό στον οποίο το άτομο αισθάνεται ικανοποίηση με τις συνθήκες της ζωής του. Επιπρόσθετα ο Υφαντόπουλος αναφέρει τις τρεις σημαντικότερες διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, α) τη σωματική διάσταση (φυσική υγεία και λειτουργικότητα του ατόμου στις καθημερινές δραστηριότητες, β) τη ψυχολογική διάσταση (ψυχική και συναισθηματική ευεξία του ατόμου, αυτοσεβασμός) και γ) την κοινωνική διάσταση (κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή).

2.4 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΠΖ

Το ενδιαφέρον για την ανάπτυξη και τη χρήση των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής έχει αρχίσει τα τελευταία χρόνια. Τα πρώτα ερωτηματολόγια για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής εμφανίστηκαν στη δεκαετία του 1970 και είχαν ως στόχο την πολυδιάστατη προσέγγιση της μέτρησης του υγειονομικού αποτελέσματος, συμπεριλαμβάνοντας μετρήσεις της σωματικής, της ψυχικής και της κοινωνικής υγείας. Από το 1970 και μετά, έχει παρατηρηθεί στην ιατρική βιβλιογραφία ένας σταθερά αυξανόμενος αριθμός ερευνών, οι οποίες περιλαμβάνουν την έννοια της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία του ατόμου (Burckhard C, Anderson K, 2003). Σήμερα, οι περισσότερες μελέτες για τα αποτελέσματα κλινικών παρεμβάσεων περιλαμβάνουν κάποιας μορφής μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής υπολογίζεται με τη χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων (Williams A, 1995), τα οποία εστιάζονται

στο γενικό επίπεδο υγείας του ατόμου ή στις επιπτώσεις συγκεκριμένων ασθενειών στην ποιότητα ζωής του ασθενούς (Drummond, Stodart, Torrance, 1987). Τα ερωτηματολόγια αυτά βασίζονται σε ένα κοινό θεωρητικό υπόβαθρο, σύμφωνα με το οποίο η μέτρηση της βιολογικής λειτουργικότητας είναι βασικός αλλά όχι επαρκής δείκτης αξιολόγησης της υγείας. Πέρα, όμως, από τη διαπίστωση της καλής λειτουργίας των οργανικών συστημάτων, η οποία αντιπροσωπεύει το παραδοσιακό βιοϊατρικό πρότυπο για την υγεία, σημαντική κρίνεται και η ανάγκη αξιολόγησης της γενικής ευεξίας και της λειτουργικότητας του ατόμου σε όλους τους τομείς της ζωής του. (Ware J., 1992)

2.4.1 ΛΟΓΟΙ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ- ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η μέτρηση της υγείας και η διαθεσιμότητα αντιπροσωπευτικών στοιχείων βασισμένων στον εκάστοτε πληθυσμό, είναι μια σημαντική προϋπόθεση για τον προσδιορισμό και την κατανόηση των προβλημάτων δημόσιας υγείας, τον προγραμματισμό και την αξιολόγηση των επιλογών υγειονομικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα δίνει τη δυνατότητα για εφαρμογή διεθνών συγκριτικών μελετών (Murray, 1996), (Ovretveit, 2001). Το ενδιαφέρον που επιδεικνύουν οι σύγχρονες κοινωνίες για την υγεία, εξαιτίας των συνεχών δημογραφικών αλλαγών, αλλά και το συνεχώς αυξανόμενο κόστος διατήρησης ή βελτίωσής της, έχουν επιβάλλει την ανάγκη δημιουργίας μέτρων και αξιολόγησής της. Οι κυριότεροι λόγοι που επιβάλλουν την αποτίμηση της υγείας ενός πληθυσμού, είναι οι παρακάτω:

- **Επιδημιολογικοί:** Για την παρακολούθηση της φυσικής πορείας και εξέλιξης των νόσων.
- **Ιατρικοί - δεοντολογικοί** Για την αποτίμηση της διαχείρισης των νόσων και της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων θεραπειών.
- **Οικονομικοί:** Για την εκτίμηση και αξιολόγηση των αναγκών σε πόρους, την ορθολογική τους διάθεση και το σχεδιασμό υγειονομικών παρεμβάσεων.
- **Ερευνητικοί:** Για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας παλαιών ή νέων θεραπειών.
- **Ακαδημαϊκοί:** Για την καταξίωση στο συγκεκριμένο πεδίο έρευνας των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την ΠΖ. Για πολλές δεκαετίες, η μέτρηση της υγείας και οι υγειονομικές εκτιμήσεις ενός πληθυσμού γίνονταν

μέσω δεικτών και βάσει του βιοϊατρικού μοντέλου. Οι δείκτες αυτοί μετρούσαν συνήθως αρνητικές πλευρές της φυσικής κατάστασης και προκειμένου να συγκριθούν απαιτούσαν ηλικιακή διαστρωμάτωση ή εφαρμογή της μεθόδου προτύπωσης (Ιωαννίδη και συν., 1999)

- **Δείκτες θνησιμότητας:** Αναφέρονται σε αναλογίες αποθανόντων από κάποια αιτία ή ανεξαρτήτως αιτίας, μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο, σε σχέση με κάποια μονάδα μεγέθους του πληθυσμού (π.χ. σε 1.000 άτομα). Περιλαμβάνουν το μέσο όρο ζωής, την περιγεννητική και νεογνική θνησιμότητα, τους δείκτες θνησιμότητας ανά ασθένεια ή κατηγορία ασθενών και το προσδόκιμο επιβίωσης. Δείκτες θνητότητας Αναφέρονται σε ποσοστά αποθανόντων σε σχέση με τον πληθυσμό που πάσχει από κάποιο συγκεκριμένο νόσημα.
- **Νοσοκομειακοί δείκτες:** Πρόκειται για δείκτες διάθεσης και χρήσης υγειονομικών πόρων, που προκύπτουν από την καταγραφή των παροχών διαφόρων υπηρεσιών υγείας – ετήσιες εισαγωγές ασθενών, αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων, ημέρες νοσηλείας κ.ά.
- **Δείκτες νοσηρότητας:** Διακρίνονται στους δείκτες επιπολασμού (εκφράζουν τη συχνότητα εμφάνισης μιας νόσου σε μια ορισμένη χρονική στιγμή και είναι κατάλληλοι για την καταγραφή και παρακολούθηση των χρόνιων παθήσεων) και επίπτωσης (αναφέρονται στην επέλευση της νόσου, δηλαδή τη συχνότητα εμφάνισης νέων περιστατικών μίας πάθησης σε μια ορισμένη χρονική περίοδο και είναι κατάλληλοι κυρίως για την εκτίμηση των αναγκών και την αντιμετώπιση λοιμωδών νοσημάτων βραχείας διάρκειας).

Τέλος, λαμβάνοντας υπόψη τον ορισμό που έδωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1946) πως η υγεία είναι η πλήρης κατάσταση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία κάποιας ασθένειας ή αναπηρίας, συνειδητοποιούμε πως η κατάσταση της υγείας ενός ατόμου επηρεάζει άμεσα πολλές, αν όχι όλες, πτυχές της ζωής του. Οι καθημερινές δραστηριότητες, η εργασία και το περιβάλλον επηρεάζονται από την υγεία του εκάστοτε ατόμου καθιστώντας κρίσιμη την αποτίμηση- μέτρηση της υγείας. Με τη μέτρηση αυτή γίνεται εφικτό να προσδιορίσουμε παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία, καθώς και με ποιό τρόπο επηρεάζεται η ζωή των ατόμων που λαμβάνουν μέρος στην έρευνα, που ενδεχομένως αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας σε σωματικό, ψυχικό ή και κοινωνικό επίπεδο.

Με αυτό τον τρόπο, γνωρίζοντας μέσα από τη μελέτη, από ποιούς παράγοντες επηρεάζεται η υγεία μπορούμε να καταγράψουμε τομείς παρέμβασης με σκοπό την προαγωγή της π.χ. σωστή διατροφή- άθληση, προστασία στο χώρο εργασίας, ενίσχυση οικογενειακού δικτύου και κοινωνικού ιστού, εξασφάλιση ικανοποιητικού εισοδήματος.

2.4.2 ΟΙ ΚΛΑΣΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Παρόλο που η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο επηρεάζονται από κάποιους προσδιοριστικούς παράγοντες ή κλασικούς δείκτες οι οποίοι μπορούν να καταταχθούν στις εξής κατηγορίες: (Σαρρής, 2001), (Θεοδώρου και συν., 2001)

- **Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και βιοτικό επίπεδο:** κατοικία και κάλυψη αναγκών στέγασης, ένδυσης και σίτισης, τρόπος ζωής, οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες.
- **Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες:** αξιοπρεπής υγεινή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ύπαρξη πρόνοιας, ίση και εύκολη προσβασιμότητα στις παροχές υγείας.
- **Κοινωνικοί παράμετροι:** κοινωνική προσφορά και ασφάλεια, εργασία, οικονομική άνεση, κοινωνικές σχέσεις και σεβασμός, συνεργασία και αλληλεγγύη.
- **Ψυχοκοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες:** ήθη και έθιμα, εκπαίδευση, μορφωτικό επίπεδο, κοινωνική συμπεριφορά και αποδοχή.
- **Γεωφυσικοί παράγοντες:** πρώτες ύλες, φυσικός πλούτος, κλιματολογικές και καιρικές συνθήκες.
- **Φυσικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες:** επίπεδο οικολογικής προστασίας και βαθμός οικολογικής ρύπανσης.
- **Δημογραφικοί παράγοντες:** ηλικία, φύλλο, επάγγελμα, ρυθμός αύξησης του πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα.
- **Οικονομικοπολιτικοί παράγοντες:** επίπεδο ευημερίας, κοινωνικής και πολιτικής ανάπτυξης, εισόδημα.

2.4.3 ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΠΖ

Οι κλασικοί δείκτες μπορεί να καταγράφουν τις επιπτώσεις και τη διάρκεια των ασθενειών στην κοινωνία, αλλά βασιζόμενοι σε απολογιστικά στοιχεία των υγειονομικών μονάδων δεν απο- δίδουν τον πραγματικό αντίκτυπο που έχουν στη ζωή των ασθενών τα νοσήματα και οι επιπλοκές τους. Οι κλασικοί δείκτες δεν αξιολογούν επίσης την οπτική γωνία του ασθενούς, ούτε δίνουν αξιοποιήσιμα στοιχεία για την εκτίμηση των κοινωνικών αποτελεσμάτων μιας νόσου ή της θεραπευτικής της αγωγής. Παράλληλα, οι οριακές τα τελευταία χρόνια μεταβολές στους δείκτες θνησιμότητας και ο προβληματισμός για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, η γήρανση του πληθυσμού, οι ανισότητες στην υγεία που συνεχώς διευρύνονται (Σαρρής Μ. και συν., 2002) και το διαρκώς αυξανόμενο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών, στρέφουν το ενδιαφέρον για την αποτίμηση των παραγόμενων υγειονομικών εκροών στην αναζήτηση νέων εργαλείων μέτρησης της υγείας των χρηστών. Ο σχεδιασμός και η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας πρέπει πλέον να λαμβάνει υπόψη και τους κοινωνικο-ψυχολογικούς παράγοντες, που καθορίζουν τη χρήση των υπηρεσιών και την ανταπόκριση των χρηστών σε αυτές. Σήμερα, απαιτούνται επίσης νέοι δείκτες, που να μη μετρούν μόνο την αρνητική πλευρά της υγείας και το θάνατο, αλλά και τις θετικές διαστάσεις της υγείας, δηλαδή τη συναισθηματική, την ψυχική και την κοινωνική ευεξία. Οι κλινικές αποφάσεις πρέπει να βασίζονται πλέον στην ωφελιμότητα της παρεχόμενης θεραπευτικής στρατηγικής, δηλαδή σε ένα καθαρό αποτέλεσμα της σύγκρισης οφέλους- ανεπιθύμητων ενεργειών, ή κόστους – αποτελεσματικότητας (Σαρρής Μ, Σούλης Σ, Υφαντόπουλος, 2001). Η σύγχρονη ιατρική κοινότητα πρέπει να επικεντρώνεται όχι μόνο στο αποτέλεσμα των ιατρικών πράξεων, αλλά και στις επιπτώσεις που αυτές έχουν στο σύνολο της ζωής του ασθενούς(Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ., 2001) και τα νέα αυτά εργαλεία θα πρέπει να μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη λήψη κλινικών αποφάσεων, αλλά και ως οδηγοί στην επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενή. Ο συνδυασμός των παραπάνω προοπτικών διαμορφώνει το πλαίσιο μέσα στο οποίο τοποθετείται πλέον η μελέτη για την ΣΥΠΖ: αφενός η προσωπική, υποκειμενική εμπειρία ενός ατόμου για τη ζωή του, αυτή καθ' εαυτή (υποκειμενική διάσταση) και αφετέρου η εκτίμηση εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την ΠΖ του (αντικειμενική διάσταση). Οι νεότερες διεπιστημονικές προσεγγίσεις ανέπτυξαν μεθόδους που δεν περιορίζονται στη στατική μέτρηση με δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας, αλλά δυναμικές και πολυπαραγοντικές

αναλύσεις. Οι πρώτες απόπειρες μέτρησης των υπόλοιπων διαστάσεων της ΣΥΠΖ, επιχείρησαν να εκτιμήσουν τη γενική κατάσταση υγείας και τη λειτουργικότητα των ατόμων. Οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν αφορούσαν στο αυτό-βαθμολογούμενο επίπεδο υγείας, στην ανησυχία για την υγεία, στις χρόνιες παθήσεις, στο βαθμό ενεργητικότητας, στην ικανοποίηση με τη φυσική κατάσταση, στην αισθηματική κατάσταση, στο βαθμό επιτυχίας, στην αναπηρία, στους περιορισμούς και στις κοινωνικές επαφές (Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC., 1989).

2.4.4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΠΖ

Είναι γεγονός ότι ο όρος ποιότητα ζωής αποτελεί, κατά κύριο λόγο, μια πλούσια αλλά αφηρημένη έννοια. Ενώ ο καθένας ξεχωριστά είναι σε θέση να εκφράσει ιδέες και γνώμες για το τι σημαίνει ποιότητα ζωής, όταν επιχειρείται ο προσδιορισμός της με τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι δυνατή η εκτίμηση και η μέτρηση της, τότε γίνεται αντιληπτό ότι ο όρος ποιότητα ζωής ενέχει πολλαπλές και αλληλοεπιδρώμεμες διαστάσεις, που δυσχεραίνουν και περιπλέκουν το έργο της μέτρησής της. Επομένως ο στόχος είναι να μελετηθούν όσο το δυνατό περισσότερες διαστάσεις που είναι συμβατές με τους στόχους της έρευνας (Wilson, Cleary, 1995). Η σχετικά μικρή ποσότητα μέσων ειδικά σχεδιασμένων για την μέτρηση ποιότητας ζωής, έχει ωθήσει τους ερευνητές να υιοθετήσουν ένα σύστημα αντιπροσωπευτικής μέτρησης. Αντί της προσπάθειας να μετρηθεί η ποιότητα ζωής άμεσα, επιλέγεται ένας δείκτης ο οποίος φαίνεται να σχετίζεται αρκετά με την ποιότητα ζωής και οι παρατηρήσεις που γίνονται σ' αυτόν τον αντιπροσωπευτικό δείκτη χρησιμοποιούνται ως μετρήσεις ποιότητας ζωής. Οι δείκτες αυτού του τύπου έχουν το πλεονέκτημα του να είναι σχετικά εύκολοι ως προς την παρατήρηση και την συλλογή στοιχείων και συνεπώς δεν προβάλλουν ειδικά προβλήματα. Όμως, η σύνδεση μεταξύ αυτών των μεταβλητών και της ποιότητας ζωής είναι συχνά υποθετική. Αυτό δημιούργησε μια πιο ευρεία βάση προσέγγισης ως προς την μέτρηση της ποιότητας ζωής στην οποία υπάρχει το περιθώριο για την παρατήρηση ενός μεγαλύτερου εύρους συνισταμένων της ποιότητας ζωής. Όπου χρησιμοποιείται αυτή η τεχνική, όμως, μπορεί να είναι δύσκολο να παρουσιάσει τις βελτιώσεις που μετρήθηκαν με ένα δείκτη σε αντίθεση με την επιδείνωση της υγείας που μετρήθηκε με ένα άλλο δείκτη, για να παράγει μια εκτίμηση ενός συνολικού οφέλους. Για παράδειγμα θα ήταν δύσκολο να αξιολογήσει

μια θεραπεία, η οποία βελτίωσε την φυσική κατάσταση του ασθενή αλλά την ίδια στιγμή είχε ένα επιβλαβές αποτέλεσμα στην ψυχολογική του κατάσταση.

Επιπλέον, πρακτικές δυσκολίες παρουσιάζονται στην εφαρμογή κάποιου εργαλείου εκτίμησης της ποιότητας ζωής καθώς χρειάζεται η συνεργασία των ατόμων του πληθυσμού μελέτης. Πρέπει τα εργαλεία να είναι σύντομα και απλά για να μην κουραστούν οι συμμετέχοντες, οι οδηγίες να είναι ξεκάθαρες οι ερωτήσεις κατανοητές και το σύστημα βαθμολόγησης εύκολο για να μπορέσουν οι συμμετέχοντες να απαντήσουν με ευκολία και να δώσουν απαντήσεις που τους εκφράζουν. Ειδικές δυσκολίες παρουσιάζονται όταν οι συμμετέχοντες έχουν πρόβλημα επικοινωνίας ή απουσιάζει η διάθεση συνεργασίας. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, οι προσωπικές αξίες και οι προτεραιότητες των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα έχουν καθοριστικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο θα δωθούν οι απαντήσεις σχετικά με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Ακόμη ένα πρόβλημα παρουσιάζεται με τα τυποποιημένα εργαλεία καθώς οι ερωτήσεις έχουν προκαθοριστεί από τους σχεδιαστές της μελέτης και έχουν την τάση να εκφράζουν αξίες και τα πιστεύω της ευρύτερης κοινωνίας (Muldoon και συν. 1998).

2.5 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΠΖ

Μέσα στα πλαίσια αρκετών ερευνητικών προσπαθειών για τη μέτρηση διαφορετικών διαστάσεων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, τα τελευταία χρόνια έχουν σχεδιαστεί και εφαρμοστεί διάφορα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής (Κάβουρα και συν., 2003). Τα εργαλεία αυτά εξετάζουν σφαιρικά την ποιότητα ζωής, αξιολογώντας διάφορες πλευρές και διαστάσεις του ατόμου, όπως είναι τον οικογενειακό, τον σεξουαλικό τομέα, τη ψυχολογική ευεξία, τον εργασιακό τομέα, το φυσικό περιβάλλον, την ποιότητα του χώρου στέγασης, την οικονομική κατάσταση, την ψυχαγωγία, την απασχόληση και την εκπαίδευση. Τα εργαλεία αυτά είναι εξειδικευμένα και απευθύνονται σε ασθενείς που υποφέρουν από κάποια νόσο, εξετάζοντας την ποιότητα ζωής τους σε συνάρτηση με την υγεία και τις πολλαπλές επιπτώσεις της νόσου ή της θεραπείας.

Αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητα ζωής χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, γενικά και ειδικά. Οι γενικοί δείκτες μέτρησης είναι εργαλεία τα οποία αξιολογούν συγκεκριμένες πλευρές του επιπέδου υγείας του

ατόμου και της ποιότητας ζωής. Τα εργαλεία αυτά δεν αναφέρονται σε συγκεκριμένες ασθένειες ή διαγνώσεις καθώς μελετούν γενικές διαστάσεις της υγείας όπως τη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα, την ψυχική υγεία και το βαθμό εκπλήρωσης των καθημερινών και κοινωνικών δραστηριοτήτων του ατόμου. Διακρίνονται για τη μέγιστη προσέγγιση ακρίβειας, αδυνατούν δε στον εντοπισμό συγκεκριμένων αλλαγών στη ζωή των ασθενών και συγκεκριμένων στοιχείων μιας ασθένειας μετά την ολοκλήρωση μιας θεραπείας, αφού διαδραματίζουν ουσιώδη ρόλο στην αξιολόγηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων (Υφαντόπουλος, 2007 και Κάβουρα και συν., 2003)

Οι ειδικοί δείκτες μέτρησης είναι εργαλεία που σχεδιάστηκαν για την αποτύπωση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών, δίνουν έμφαση στην αντίληψη του ασθενούς σε σχέση με την κατάσταση της υγείας του, στην επίδραση της συγκεκριμένης ασθένειας στην ποιότητα ζωής του ασθενούς, παρέχουν πληροφορίες για αλλαγές του επιπέδου της υγείας ή της σοβαρότητας της ασθένειας, που προκύπτουν από την εξέλιξη της νόσου ή μετα τη θεραπευτική διαδικασία. Τα ειδικά εργαλεία χρησιμοποιούνται για την κλινική ευαισθησία και για την ικανότητα ανίχνευσης αλλαγών ως προς την μέτρηση παραμέτρων (Υφαντόπουλος, 2007 και Κάβουρα και συν., 2003).

2.5.1 ΓΕΝΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire)

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας σχεδιάστηκε από τον Goldberg το 1972. Διακρίνεται σε τρεις τύπους και περιέχει τέσσερις κατηγορίες ερωτήσεων που αφορούν την κατάθλιψη, το άγχος την κοινωνική λειτουργία και τα σωματικά συμπτώματα. Μπορεί να εφαρμοστεί σε ασθενείς αλλά και σε υγιή άτομα. Παρόλο που διακρίνεται για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του, το μειονέκτημά του είναι ότι ενδιαφέρεται κυρίως για τη σωματική και ψυχολογική κατάσταση, χωρίς να προσεγγίζει ιδιαίτερα άλλες διαστάσεις της ποιότητας ζωής. (Σαρρής, 2001)

Ερωτηματολόγιο SF-12

Το ερωτηματολόγιο SF-12 (σύντομη εκδοχή του SF-36 και όλη διαδικασία δεν διαρκεί πολύ/2min) περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις και συνδυάζει δύο διαστάσεις της

φυσικής και της διανοητικής υγείας. Υπολογίζει τις τέσσερις διαστάσεις του SF-36 με δύο στοιχεία (σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία) και τις υπόλοιπες τέσσερις με ένα στοιχείο (σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα και κοινωνική λειτουργικότητα). Τα δώδεκα αυτά στοιχεία χρησιμοποιούνται στον υπολογισμό της σωματικής και ψυχολογικής συνιστώσας της υγείας, μέσω ενός αλγόριθμου που προέκυψε εμπειρικά από τα γενικά πληθυσμιακά δεδομένα των ΗΠΑ. Η συμπεριφορά των δύο διαστάσεων μελετήθηκε αρχικά σε εννέα γλώσσες και συνεστήθη η χρησιμοποίηση της αμερικάνικης κλίμακας στη διαπολιτισμική σύγκριση των αποτελεσμάτων. Έκτοτε, το SF-12 χρησιμοποιείται ευρέως στη μελέτη της κατάστασης υγείας του γενικού πληθυσμού, αλλά και των νοσολογικών ομάδων. Είναι ένα ερωτηματολόγιο με αποδεδειγμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα. (Johnson J, 2001)

Κλίμακα αυτοαξιολόγησης κατά τον W. K. Zung

Η κλίμακα αυτοαξιολόγησης της κατάθλιψης κατά Zung αποτελεί ένα εργαλείο για την εκτίμηση της βαρύτητας της κατάθλιψης με τη μορφή ερωτηματολογίου. Περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις. Κάθε ερώτηση έχει τέσσερις πιθανές απαντήσεις που περιγράφουν την εκτίμηση του ερωτώμενου και βαθμολογούνται, αντίστοιχα, από 1-4. Η συνολική βαθμολογία που συγκεντρώνει ο ερωτώμενος, η «αδρή βαθμολογία», αντιστοιχεί σε μια τιμή στον πίνακα του δείκτη SDS (Self Depression Scale) και η τιμή αυτή οδηγεί στο τελικό συμπέρασμα: Τιμές < 50 θεωρείται ότι αντιστοιχούν στα φυσιολογικά πλαίσια χωρίς ενδείξεις ψυχοπαθολογίας, τιμές από 50-59 σε παρουσία ελάχιστης έως ήπιας κατάθλιψης, τιμές 60-69 σε μέτριας έως σοβαρής και τιμές > 70 σε σοβαρής έως βαριάς κατάθλιψης.

Κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή E. Diener (1985)

Η κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή (Diener, 1985) ερευνά την υποκειμενική αίσθηση ευημερίας καθώς και την ψυχική ευεξία. Περιλαμβάνει οκτώ προτάσεις με τις οποίες ο ασθενής συμφωνεί περισσότερο ή λιγότερο, χρησιμοποιώντας μια επτάβαθμη κλίμακα βαθμολόγησης. Ο δείκτης ψυχολογικής ευεξίας προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών στα 8 στοιχεία του ερωτηματολογίου και λαμβάνει τιμές 8-56, με τις μεγαλύτερες τιμές να εκφράζουν καλύτερη ψυχολογική κατάσταση.

Ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας του Nottingham

Το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας του Nottingham, (The Nottingham Health Profile), δημιουργήθηκε από τους Hunt και McEwen το 1980. Αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο αναφέρονται 38 καταστάσεις που ομαδοποιούνται σε έξι κατηγορίες προβλημάτων κι εκφράζουν την ενεργητικότητα, τον πόνο, τις συναισθηματικές αντιδράσεις, τον ύπνο, την κοινωνική απομόνωση και τη σωματική κίνηση. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει επτά παραμέτρους της καθημερινότητας, οικιακή εργασία, απολαβές εργασίας, κοινωνική ζωή, προσωπικές σχέσεις, σεξουαλική ζωή, δραστηριότητες και ενδιαφέροντα. Το ερωτηματολόγιο είναι σύντομο κι εύκολο, συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή και διακρίνεται για την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του. (Hunt και McEwen, 1980)

Ερωτηματολόγιο McGill για τον πόνο

Το Ερωτηματολόγιο McGill για τον πόνο, (The McGill Pain Questionnaire), το οποίο σχεδιάστηκε το 1972 από τους Melzack και Torgerson και αποτελεί την πιο γνωστή κλίμακα μέτρησης πόνου. Αποτελείται από τρεις κατηγορίες ερωτήσεων, ως προς τον τρόπο που ο ασθενής αισθάνεται τον πόνο, την ένταση και τη συναισθηματική εκδήλωση του πόνου. Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται ευρέως στην κλινική έρευνα σε διάφορες κατηγορίες ασθενών, συμπληρώνεται από τους ίδιους τους ασθενείς και διακρίνεται για την εγκυρότητα και αξιοπιστία του. (Γείτονα και συν., 1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

3.1.1 Προϊστορική Εποχή

Τις αντιλήψεις του πρωτόγονου ανθρώπου για τις αρρώστιες και τις ψυχικές παθήσεις αποτυπώνονται στους μύθους και τους θρύλους των πρώτων χρόνων της ιστορίας. Για τον πρωτόγονο άνθρωπο, όλα τα νοσήματα οφείλονταν σε δυνάμεις που βρίσκονται έξω από το σώμα (κακά πνεύματα, δαίμονες, θεοί). Οι αντιλήψεις αυτές αφορούσαν όλες τις αρρώστιες αλλά σχετίζονταν ιδιαίτερα με τις ασθένειες που αλλοίωναν τη συμπεριφορά του ανθρώπου. (Ρασιδάκη, 1979).

Αρχαιολογικές ανασκαφές που έγιναν σε διάφορα μέρη του κόσμου έφεραν στο φως τρυπανισμένα κρανία. Θεωρείται ότι σκοπός του τρυπανισμού των κρανίων ήταν να φύγουν τα κακά πνεύματα, ελευθερώνοντας το σώμα του υποκειμένου. Αυτή μέθοδος συνέχισε να εφαρμόζεται ως την εποχή του Μεσαίωνα στην Ευρώπη. Τον τρυπανισμό διαδέχθηκε ο *σαμανισμός*, ο οποίος εξακολουθεί να ασκείται ως τις μέρες μας. (Μάνος, 1997)

Οι ψυχιατρικές διαταραχές αναφέρονται στην ινδική, την αιγυπτιακή, την κινεζική, την εβραϊκή, την ελληνική, και πολλές άλλες αρχαίες φιλολογίες. Από τον 2000 π.Χ. υπάρχουν πολλά τεκμήρια ότι στην αρχαία Αίγυπτο, Ινδίες και Κίνα γνώριζαν τις ψυχικές ασθένειες, τις περιέγραφαν και εφαρμόζαν θεραπευτικές μεθόδους: εξορκισμοί, φάρμακα, ψυχοθεραπεία τραγουδιού (Ινδία) και βελονισμός (Κίνα). Στον Ιουδαϊκό πολιτισμό, οι ψυχικές ασθένειες θεωρούνταν θεόσταλτες. (Μάνος, 1997).

3.1.2 Αρχαία Ελλάδα

Στην αρχαία Ελλάδα υπήρχαν τρεις απόψεις για την ψυχική ασθένεια:

α) Η *λαϊκή άποψη*, σύμφωνα με την οποία η ψυχική ασθένεια οφείλονταν σε κατάληψη του σώματος από τα κακά πνεύματα Μανία και Λύσσα. Οι ασθενείς αλυσοδέονταν, περιφρονούνταν ή γελοιοποιούνταν. Η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών γινόταν στα *Ασκληπιεία*, όπου οι ιερείς θέραπευαν τους ασθενείς με την ερμηνεία των ονείρων του ασθενή και του ιερομάντη. (Γρίβας, 1985)

β) Η *ιατρική άποψη* που αναπτύχθηκε κατά τον 4^ο αι. π.Χ. και εκπροσωπείται από τον Ιπποκράτη, σύμφωνα με τον οποίο η ψυχική ασθένεια προέρχεται από τη διαντίδραση των τεσσάρων χυμών του σώματος (αίμα, μαύρη χολή, κίτρινη χολή και φλέγμα). Με αυτό τον τρόπο μπήκε η βάση για το βιολογικό υπόστρωμα της ψυχικής ασθένειας. Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος που περιέγραψε τις βασικές ψυχικές διαταραχές (*φρενίτιδες*), δίνοντάς τους ονόματα που χρησιμοποιούνται ακόμη και σήμερα: υστερία, μανία, μελαγχολία, άνοια, παράνοια. (Μάνος, 1997) Οι Ιπποκρατικοί θέραπευαν τους ασθενείς μέσω της ερμηνείας των ονείρων, της υποβολής με λογοθεραπεία και της παραμονής σε ιερά. Με την ολοκλήρωση αυτής της περιόδου οικοδομήθηκε ο σκελετός της ψυχοσωματικής αντίληψης της ιατρικής. (Γρίβας, 1985).

γ) Η *φιλολογική-φιλοσοφική σκέψη*, η οποία σύμφωνα με τους ιστοριογράφους εκπροσωπείται από τον Πλάτωνα και τον Αριστοτέλη. Για τον Πλάτωνα οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι αναπόφευκτες εκφράσεις της ανθρώπινης ψυχής. Ο Αριστοτέλης συστηματοποίησε την ψυχολογία του ανθρώπου, περιγράφοντας αναλυτικά τις ψυχικές λειτουργίες ως σκέψη, θυμικό και βούληση. Ο εγκλεισμός του ψυχικά ασθενή για πρώτη φορά εισάγεται από τους νόμους του Πλάτωνα. Ο ψυχικά ασθενής ήταν δυνατό να καταδικαστεί σε φυλάκιση πέντε ετών με ρητή απαγόρευση των επαφών του με μέλη της κοινότητας. Στην αρχαία Αθήνα οι ψυχικά ασθενείς παρέμεναν στο σπίτι τους υπό την επίβλεψη των συγγενών τους, οι οποίοι τιμωρούνταν εάν τον παραμελούσαν ή τον εγκατέλειπαν. (Χαρτοκόλλης 1986).

3.1.3 Διαφωτισμός

Οι οικονομικές, πολιτικές και ιδεολογικές αλλαγές που συντελούνται με τη Γαλλική επανάσταση, συνοδεύονται από ανατροπές στον χώρο της φιλοσοφικής και επιστημονικής σκέψης.

Ο 18^{ος} αιώνας υπήρξε ορόσημο για τις «επαναστάσεις» στην ψυχιατρική περίθαλψη. Ενδεικτικά αναφέρουμε (Μαδιανός, 1994 – Μάνος, 1997, Γρίβας 1985):

- Ο JohannChristianReil εισήγαγε πρώτος τον όρο ψυχιατρική και αγωνίστηκε για την αναγνώριση της Ψυχιατρικής ως ξεχωριστής έδρας στην Ιατρική Σχολή.
- Το 1793 ο Pinel απελευθέρωσε τους ψυχικά ασθενείς από τις αλυσίδες τους στο φρενοκομείο Bicetre και το 1795 στο Salpetriere. Ο Pinel

καθιέρωσε τη λήψη ιστορικού του ασθενούς και για πρώτη φορά περιέγραψε κλινικά συμπτώματα και κλινικές περιπτώσεις.

- Ο Tuke ίδρυσε το 1796 στην Υόρκη το Retreat, ένα αναπαυτήριο για 30 ασθενείς – φιλοξενούμενους όπου έδιναν ιδιαίτερη έμφαση στην εργασιοθεραπεία.
- Το 1845 ψηφίστηκε στη Μ. Βρετανία νόμος με σκοπό τα άσυλα να αποφεύγουν τις μεθόδους βίαιης καταστολής.
- Από το 1800 το άσυλο του Rutherford στο Lenzie της Αγγλίας είχε όλες του τις πόρτες ανοιχτές, πρακτική που ακολουθήθηκε και από άλλα άσυλα.

Αυτή την εποχή διαδόθηκε ο θεσμός του ιδρύματος με στόχο την θεραπεία των ψυχικά ασθενών σε Ευρώπη και Αμερική και δημιουργήθηκαν οι απαραίτητες συνθήκες για την ύπαρξη της ψυχιατρικής. Παρόλα αυτά, ο 19^{ος} αιώνας δεν φημίζεται για τις βελτιώσεις των συνθηκών διαβίωσης των ψυχικά ασθενών, οι οποίοι παρέμειναν στοιβαγμένοι σε χώρους με άχυρα στο δάπεδο, ρακένδυτοι, δεμένοι με αλυσίδες και γεμάτοι ακαθαρσίες. Η τροφή που τους παρέχόταν ήταν ελάχιστη και η θνησιμότητά τους ήταν μεγάλη. (Χαρτοκόλλης, 1986)

3.1.4 Νεότερη εποχή

Στο δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα συντελέστηκαν αλλαγές που βοήθησαν στην ανάπτυξη της ψυχιατρικής στον 20^ο αιώνα (Αμπατζόγλου, 1991):

- Εγκαινιάστηκε η νοσοκομειακή περίοδος της ψυχιατρικής.
- Εξελίχθηκαν τα ιδρύματα εγκλεισμού και της σχετικής νομοθεσίας.
- Η στάση της κοινωνίας προς τον ψυχικά ασθενή άρχισε να αλλάζει. Μετατοπίστηκε η αιτιολογία της ψυχικής ασθένειας από τον εξωτερικό παράγοντα σε ένα φαινόμενο ιδιωτικής φύσης, το οποίο θα μπορούσε να εξηγηθεί.

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα άρχισαν να εντοπίζονται ορισμένες βασικές ψυχικές διαταραχές ενήλικων και παιδιών και να γίνονται οι πρώτες προσπάθειες ταξινόμησής τους. Δυο κύριες θεωρητικές προσεγγίσεις συνέβαλαν ουσιαστικά σε αυτές τις εξελίξεις: Η Ψυχανάλυση και ο Συμπεριφορισμός.

Η ψυχιατρική όσο θεραπευτικά ανίσχυρη και αν φαίνεται είναι καλύτερα «εξοπλισμένη» θεωρητικά και τα ιδρύματα βρίσκονται σε καλύτερη οργανωτική και τεχνική κατάσταση από ότι ήταν παλαιότερα (Αμπατζόγλου, 1991).

Στη δεκαετία του 1930, οι ιδέες του Herman Simon σχετικά με τη σπουδαιότητα της εργασιοθεραπείας των ψυχικά ασθενών, έγιναν ευρύτατα αποδεκτές, με αποτέλεσμα τη δημιουργία πολλών επαγγελματικών εργαστηρίων στην Ολλανδία. Στην Μ. Βρετανία, το πρώτο εργοστάσιο, που είχε ως μέλη του πρώην νοσηλεύόμενους σε ψυχιατρεία, ιδρύθηκε στο Manchester και κατασκεύαζε χριστουγεννιάτικα δώρα. (Μαδιανός, 1994)

Την δεκαετία του 1960 αναπτύσσεται η Κοινωνική-Κοινοτική Ψυχιατρική, η οποία υποστήριζε ότι το άτομο είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την κοινωνία, με αποτέλεσμα την εμφάνιση της «αποιδρυματοποίησης». Το κίνημα της αποιδρυματοποίησης εμφανίστηκε στην Ιταλία ως ένα κίνημα αμφισβήτησης του ψυχιατρικού ιδρύματος. Πρόκειται για διεργασία που συντελείται μέσω της δημιουργίας εναλλακτικών δομών, υπηρεσιών, πρακτικών και αντιλήψεων στο άμεσο κοινωνικό περιβάλλον. Στηρίζεται στην παροχή ίσων θεραπευτικών ευκαιριών στους ασθενείς. (Μπαϊρακτάρης, 1994).

Έτσι, σε πολλές χώρες αναπτύσσονται προγράμματα που ανανεώνουν βαθιά την ψυχιατρική, καταπολεμώντας την προκατάληψη που ήθελε την ψυχική πάθηση να αιτιολογείται και να θεραπεύεται μόνο βάση του βιοϊατρικού μοντέλου. (Γριβας, 1985)

Αξίζει να αναφερθεί το κίνημα της αντιψυχιατρικής, το οποίο αναπτύχθηκε τον 20^ο αιώνα. Αυτό το κίνημα, δίνει έμφαση στα αρνητικά σημεία της πορείας, του έργου και των θεραπευτικών τεχνικών της ψυχιατρικής, καθώς και υπενθυμίζει πως στην πορεία της, η επιστήμη ενίσχυσε την στάση της κοινωνίας ότι τα άτομα με ψυχικά προβλήματα είναι κατά συρροή υπεύθυνα για διάφορες εγκληματικές ενέργειες αλλά και άλλα κοινωνικά προβλήματα. Σύμφωνα το κίνημα της αντιψυχιατρικής, η ψυχιατρική δημιούργησε το έδαφος για εφαρμογή σκληρών και απάνθρωπων μεθόδων θεραπείας και πρόληψης. Ενδεικτικά αναφέρονται:

- 1700-1800. Οι αρχικές θεραπείες για τους «παράφρονες» ήταν δυσδιάκριτες από τα βασανιστήρια (τους αλυσόδεναν γυμνούς, τους

χτυπούσαν, τους υπέβαλλαν σε μερικό πνιγμό, κ.α.).

- 1905. Εμφανίζεται το φαινόμενο της φυλετικής υγιεινής από γερμανούς ψυχιάτρους, με σκοπό να εξαγνίσουν τη Γερμανία από τις ανίκανες γενιές.
- 1915. Επιβλήθηκαν νόμοι για τη στείρωση σε 24 πολιτείες των ΗΠΑ και στα περισσότερα από τα μη καθολικά δυτικά έθνη. Αυτοί που έλαβαν στείρωση ήταν εγκληματίες, τοξικομανείς, σχιζοφρενείς, νοητικά καθυστερημένοι, άποροι και αγράμματοι.
- 1933-1938. Αναπτύχθηκαν από ψυχιάτρους «σωματικές θεραπευτικές τεχνικές», όπως το σοκ με Metrozol, το σοκ ινσουλίνης και το ηλεκτροσόκ.
- 1935. Αναπτύχθηκε η μέθοδος της λοβοτομής, η οποία εφαρμόστηκε σε χιλιάδες ψυχικά ασθενείς με δραματικές συνέπειες.

Η ευγονική (υποχρεωτική στείρωση) και η περιθωριοποίηση (ιδρυματικός εγκλεισμός) ήταν - και σε πολλές περιπτώσεις συνεχίζουν να είναι - οι βασικές μέθοδοι αντιμετώπισης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα. (Johan Cullberg, 2007)

3.1.5 Νεοελληνικό Κράτος

Στον Ελλαδικό χώρο, το πρώτο άσυλο ιδρύθηκε στην Κέρκυρα, το 1838, από τον Βρετανό κυβερνήτη sir Edouard Douglas, εμπνευσμένο από τις ευρωπαϊκές νομοθεσίες της εποχής. Ιδρύθηκαν και άλλα άσυλα από τους Άγγλους, όπως αυτό στην Κεφαλονιά. (Πλουμπίδης, 1995)

Η περίοδος μετά τη σύσταση του νεοελληνικού κράτους είναι ουσιαστικά η περίοδος που πραγματοποιούνται αλλαγές στα παλαιότερα ιδρύματα και εμφανίζεται η ψυχιατρική στην Ελλάδα. Οι ρυθμοί εξέλιξης είναι κατά πολύ βραδύτεροι σε σχέση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. (Μπαϊρακτάρης, 1994)

Το Ελληνικό κράτος ουσιαστικά μέχρι τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο δεν ίδρυσε κανένα «φρενοκομείο» - εκτός από μία προσπάθεια ίδρυσης φρενοκομείου στην Αίγινα το 1869, η οποία χαρακτηρίστηκε από αποτυχία. Το μόνο ψυχιατρείο που κάλυπτε μερικές από τις ανάγκες της τότε εποχής ήταν αυτό της Κέρκυρας που κληρονομήθηκε το 1864 με την Ένωση των νήσων. Τα υπόλοιπα ιδρύματα οφείλονταν σε δωρητές και εθνικούς ευεργέτες. (Πλουμπίδης, 1995)

Το πρώτο υγειονομικό διάταγμα του ανεξάρτητου Ελληνικού κράτους ήταν ο νόμος Ψ.Μ.Β./1862 που ψηφίστηκε το 1864 «Περί των φρενοκομείων» που καθόριζε τις διαδικασίες εισαγωγής του ψυχικά ασθενή στο ψυχιατρείο μετά από αίτηση των συγγενών ή του κηδεμόνα ή του επιτρόπου του ασθενή. Μετά τον Α' παγκόσμιο πόλεμο κατατέθηκε υπουργική έκθεση στη Βουλή, η οποία περιγράφει την κατάσταση που επικρατούσε μέχρι τα χρόνια των Βαλκανικών πολέμων. Σύμφωνα με αυτή την έκθεση, η αστυνομία είχε την άδεια να συλλαμβάνει τους «περιπλανώμενους, ταραχοποιούς και επικίνδυνους» ψυχοπαθείς. Κάποιοι από αυτούς οδηγούνταν στα μοναστήρια, ενώ άλλοι παρέμεναν στα κρατητήρια της αστυνομίας. (Πλουμπίδης, 1995)

Το 1904 έγινε η είσοδος των ιδιωτικών κλινικών στον χώρο και μετά το 1905 ξεκίνησε η αναπαραγωγή ψυχιατρικών ιδρυμάτων.

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα περιλάμβανε το Δρομοκαϊτειο, το Αιγινήτειο, το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας και οκτώ μικρά άσυλα σε Θεσσαλονίκη, Σούδα, Σύρο, Χίο, Λέσβο και Κεφαλονιά. Από το 1964 άρχισαν να ιδρύονται οι πρώτες ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές που νομοθετικά δεν ρυθμιζόνταν από το νόμο ΨΜΒ. Με εξαίρεση το Αιγινήτειο, όλα τα τότε ψυχιατρεία είχαν τα τυπικά χαρακτηριστικά του ασύλου, δηλαδή είχαν ελάχιστους γιατρούς και πάρα πολλούς φύλακες. Οι συνθήκες διαβίωσης ήταν άθλιες. (Μαδιανός 1994)

Τότε δημιουργήθηκε στην Αθήνα η *πρώτη εστία εγκλεισμού απόρων ψυχικά ασθενών στα υπόγεια του Αστυνομικού Τμήματος Μεταγωγών Αθηνών* στην περιοχή της Πλάκας. Στα μέσα της δεκαετίας του 1930 ιδρύθηκε και το *Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών* απέναντι από τη μονή Δαφνίου. (Φιλανδριανός 1977)

Το 1958 ιδρύθηκε το *Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου* και δέχθηκε τους πρώτους 300 ασθενείς, η επιλογή των οποίων έγινε με κριτήριο την έλλειψη επισκέψεων από συγγενικά πρόσωπα στα ιδρύματα όπου νοσηλεύονταν για διάστημα μεγαλύτερο των δώδεκα μηνών. Σιγά σιγά ο αριθμός των ασθενών πολλαπλασιάστηκε. Ο αριθμός των ψυχιάτρων ήταν μόνο δύο. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την ενίσχυση του ιδρυματισμού και την αθλιότητα των συνθηκών διαβίωσης των εγκλειστών αφού δεν υπήρχαν θεραπευτικοί στόχοι.

Από τα μέσα του 1970 άρχισαν να αναπτύσσονται ρεύματα αμφισβήτησης και κριτικής στην παραδοσιακή ψυχιατρική. Το ρεύμα της αμφισβήτησης καθυστέρησε τη δράση του μέχρι το 1981, οπότε έγιναν οι πρώτες καταγγελίες για τις κακές συνθήκες διαβίωσης των εγκλειστών (Μπαϊρακτάρης, 1994). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να σταματήσουν οι μεταφορές ασθενών στη Λέρο με απόφαση του Υπουργείου Υγείας το 1982. Το 1989 μια ομάδα εργαζομένων του Ψυχιατρείου της Λέρου σε συνεργασία με τη Μονάδα Επανάταξης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης οργάνωσε μια πρωτοβουλία μεταρρύθμισης στο πιο δύσκολο και κακόφημο περίπτερο, το 16^ο των Γυμνών.

Το 1970 παρουσιάζονται κάποιες σημαντικές εξελίξεις στην ψυχιατρική στην Ελλάδα. Από την πλευρά των υπηρεσιών ιδρύεται το 1971 το πρώτο Κέντρο Ημέρας στη Θεσσαλονίκη και το 1977 το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας στο Αιγινίτιο, ενώ το 1979 ιδρύεται το Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής στο Βύρωνα. Από τα μέσα του 1970 άρχισαν να αναπτύσσονται ρεύματα αμφισβήτησης και κριτικής έναντι στην παραδοσιακή ψυχιατρική στην Ελλάδα, καθώς και ομάδες συμπαράστασης στους έγκλειστους των ασύλων. Παράλληλα, υπάρχουν μικρές οργανωμένες κινήσεις για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, χωρίς όμως σημαντικές ιδεολογικές επιρροές στην εξέλιξη της ψυχιατρικής, σε αντίθεση με παρόμοιες κινήσεις στη δυτική Ευρώπη, όπως το *Δημοκρατικό Ψυχιατρικό Κίνημα των Basaglia, Pirella* στην Ιταλία και άλλων. Μέχρι το 1981 υπήρχε μια σημαντική υστέρηση στην εξέλιξη της ψυχιατρικής σε σχέση με τα άλλα ευρωπαϊκά κράτη. (Μαδιανός 1994)

3.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ψυχική υγεία είναι ένα επίπεδο ψυχικής ευημερίας ή απουσίας ψυχικής ασθένειας. Είναι η ψυχολογική κατάσταση κάποιου που λειτουργεί σε ικανοποιητικό επίπεδο συναισθηματικής και συμπεριφοριστικής προσαρμογής. Από την άποψη της θετικής ψυχολογίας ή του ολισμού, η ψυχική υγεία μπορεί να περιλαμβάνει την ικανότητα ενός ατόμου να απολαμβάνει τη ζωή και να δημιουργεί μια ισορροπία μεταξύ των δραστηριοτήτων ζωής και των προσπαθειών για την επίτευξη ψυχολογικής ανθεκτικότητας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), η ψυχική υγεία περιλαμβάνει μεταξύ άλλων την υποκειμενική ευεξία, την αντιληπτή αυτοαποτελεσματικότητα, την αυτονομία, την ικανότητα, την εξάρτηση

μεταξύ των γενεών και την αυτοεκτίμηση του πνευματικού και συναισθηματικού δυναμικού ενός ατόμου. Ο ΠΟΥ επίσης δηλώνει ότι η ευημερία ενός ατόμου συμπεριλαμβάνεται στην πραγματοποίηση των ικανοτήτων του, αντιμετωπίζοντας τα φυσιολογικά άγχη της ζωής, την παραγωγική εργασία και τη συμβολή στην κοινότητά του. Οι πολιτισμικές διαφορές, οι υποκειμενικές εκτιμήσεις και οι ανταγωνιστικές επαγγελματικές θεωρίες επηρεάζουν το πώς ορίζεται η «ψυχική υγεία».

3.2.1 ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο όρος “Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας” αντιπροσωπεύει μια σειρά ενεργειών-δράσεων που ως στόχο έχουν την ενδυνάμωση α) των θετικών στοιχείων της προσωπικότητας και των δεξιοτήτων του ατόμου και β) την ευαισθητοποίηση-εκπαίδευση του κοινωνικού συνόλου σε θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία και την οργάνωση και υλοποίηση προγραμμάτων ενίσχυσης αυτής (κοινωνικές πολιτικές και πολιτικές υγείας). Η Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας εφαρμόζεται τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο και σκοπός της είναι αφενός η αύξηση της ανθεκτικότητας και της προσαρμοστικότητας των ατόμων και αφετέρου η προστασία της δημόσιας υγείας. Η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης- της εικόνας του εαυτού- του αισθήματος ελέγχου- της αίσθησης ότι η ζωή μας εξαρτάται κυρίως από εμάς, από την προσπάθεια και τις επιλογές μας- και της αυτοαποτελεσματικότητας- της πεποίθησης ότι ό,τι πετυχαίνουμε το πετυχαίνουμε κυρίως χάρη στις δικές μας προσπάθειες και επιλογές- αποτελούν προτεραιότητες της “Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας” και οχυρώνουν όχι μόνο την ψυχική αλλά και την σωματική υγεία, καθώς συχνά οι ψυχολογικές δυσκολίες προδιαθέτουν στην έκλυση ή επιδείνωση σωματικών νόσων (OrleyJ. Weisen, 1998).

3.2.2 ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Για να επιτευχθεί η συνολική καλή ψυχική υγεία απαιτείται συντονισμένη δράση από όλους τους ενδιαφερομένους όπως: κυβερνήσεις, τοπικές αρχές, κρατικές κοινωνικές υπηρεσίες, εθελοντικές οργανώσεις, μέσα ενημέρωσης και το κάθε μεμονωμένο άτομο.

Σε γενικές γραμμές κοινοτικός στόχος όσον αφορά τη δημόσια ψυχική υγεία πρέπει να είναι η ανάπτυξη πολιτικών και πρακτικών για την προώθηση της καλής συνολικής ψυχικής υγείας, τον έγκαιρο εντοπισμό των προβλημάτων και τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης ψυχικής ασθένειας και αυτοκτονιών.

Η προώθηση της ψυχικής υγείας όπως ήδη ειπώθηκε αφορά την κοινωνία σε τρία επίπεδα και απαιτεί την ανάπτυξη μιας ποικιλίας στρατηγικών και στα τρία επίπεδα ως εξής:

1. Ατομικό. Μέσω της ανάπτυξης των προσωπικών δεξιοτήτων και της αυτοεκτίμησης του, το άτομο αποκτά αυξημένη ικανότητα αντιμετώπισης του άγχους και των δυσκολιών της ζωής με αποτέλεσμα να καθίσταται λιγότερο ευάλωτο στην ανάπτυξη ψυχικής νόσου.

2. Κοινοτικό. Με την αύξηση της κοινωνικής συνοχής, και της ενημέρωσης και συγχρόνως τη μείωση του στιγματισμού και των διακρίσεων και την ανάπτυξη υποστηρικτικών πλαισίων προωθείται η καλή ψυχική υγεία σε διάφορους χώρους, π.χ. σχολεία και το χώρο εργασίας.

3. Κυβερνητικό. Οι φορείς λήψης αποφάσεων πρέπει να κατανοήσουν ότι οι δράσεις για την ψυχική υγεία θα πρέπει να αυξηθούν και να εντατικοποιηθούν τόσο όσον αφορά την ορθή και έγκαιρη αντιμετώπιση των διαταραχών ψυχικής υγείας σε οργανωμένο πλαίσιο όσο και στην λήψη προληπτικών μέτρων σχετικά με τα ευρύτερα ζητήματα που επηρεάζουν την ψυχική υγεία (JoubertN, RaeburnJ, 1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

4.1 Εισαγωγή

Ο εργασιακός χώρος και οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτόν διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη ζωή των περισσότερων εργαζομένων, αφού εκεί δαπανάται σημαντικό μέρος του χρόνου της ζωής. Τα χαρακτηριστικά του κάθε εργασιακού χώρου είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου και το βαθμό ικανοποίησής του από την εργασία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι, η υλοποίηση των προσδοκιών και των οραμάτων των εργαζομένων νοσηλευτών, συμβάλλει στην παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας, όταν η άσκηση της Νοσηλευτικής πραγματοποιείται σε ένα περιβάλλον που ενισχύει αυτή τη δυνατότητα. Υπάρχουν όμως, διάφοροι παράγοντες, όπως ατομικοί, δημογραφικοί και κυρίως περιβαλλοντικοί, οι οποίοι καταπονούν τον εργαζόμενο με αποτέλεσμα να διαφαίνονται συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Η περίπτωση των Νοσηλευτών αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα αφού τα νοσοκομεία, που κυρίως αποτελούν τον χώρο εργασίας των περισσότερων νοσηλευτών, κατακλύζονται από γρήγορους ρυθμούς και ένταση εργασίας. Σύμφωνα με την ψυχολογία, η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται βραχυπρόθεσμα, αλλά κλιμακώνεται σταδιακά, με αποτέλεσμα να δημιουργεί μακροχρόνια προβλήματα, όπως αισθήματα απελπισίας, δυσφορίας και ανεπάρκειας προς τις απαιτήσεις της εργασίας, τα οποία έχουν αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής. Ο μοναδικός τρόπος για την αποφυγή και την μείωση του κινδύνου της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ή άμεση αναγνώριση των συμπτωμάτων και η αντιμετώπιση του συνδρόμου, πριν η συναισθηματική εξάντληση, η αποστασιοποίηση και η αδράνεια, επεκταθούν και σε άλλες δραστηριότητες του ατόμου. (Bakker A.B, 2000- Arnold J., 1995)

4.2 Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια ψυχολογική διαδικασία συναφής αλλά όχι ταυτόσημη με το εργασιακό στρες αν και είναι στενά δεμένη με αυτό. Το εργασιακό στρες εμφανίζεται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας είναι μεγάλες και υπερβαίνουν τις πηγές και τις δυνάμεις του ατόμου (Lazarus & Folkman, 1984). Στην επαγγελματική

εξουθένωση από την άλλη πλευρά η προσαρμοστική ικανότητα του καταλύεται και η αιτία είναι η μακροχρόνια ανισορροπία μεταξύ απαιτήσεων και πηγών, δηλ παρατεταμένου και χρόνιου εργασιακού stress (Brill,1984).

Η επαγγελματική εξουθένωση κατά την Maslach, εμφανίζεται μετά από επανειλημμένες αποτυχίες στην αντιμετώπιση των αγχογόνων καταστάσεων του εργασιακού χώρου. Ενώ, όσον αφορά το στρες, δεν συνδέεται με αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στους αποδέκτες των κοινωνικών υπηρεσιών στην εργασία και στον οργανισμό γενικότερα.(Maslach,1993).

Στρες μπορεί να βιώσει ο καθένας, επαγγελματική εξουθένωση όμως εμφανίζεται κυρίως σε άτομα που ξεκινούν την καριέρα τους με ενθουσιασμό, υψηλούς στόχους και προσδοκίες (Pines,1993). Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε πως είναι συνέπεια της αλλεπάλληλης και αποτυχημένης προσπάθειας αντιμετώπισης συγκεκριμένων αγχογόνων καταστάσεων.

4.3 Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ

Πάρα το γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα ιδιαίτερα διαδεδομένο αντικείμενο έρευνας και έχει αποτελέσει το επίκεντρο μιας ταχέως αυξανόμενης διεπιστημονικής βιβλιογραφίας δεν υπάρχει προς το παρόν ένας αποδεκτός ορισμός. Ίσως ο ορισμός της Maslach (1982) είναι ο πιο ευρέως αποδεκτός:

«Η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς».

Όπως φαίνεται από αυτό τον ορισμό ο όρος σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζόμενου και την εξάντληση όλων των προσωπικών του αποθεμάτων, κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες στη διάρκεια της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Όταν η κόπωση ανάμεσα στους εργαζόμενους γίνεται σοβαρή και επίμονη, μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνια αδυναμία και μειωμένη ικανότητα για εργασία. Ο συνδυασμός της κόπωσης και της απουσίας από την εργασία είναι το

φαινόμενο του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Γενικά, το σύνδρομο της επαγγελματικής κόπωσης μπορεί να περιγραφεί ως μια επίμονη, αρνητική σχετιζόμενη με την εργασία νοητική κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξουθένωση και αποπροσανατολισμό, μειωμένη αποτελεσματικότητα, έλλειψη κινήτρων και δυσλειτουργία στην εργασία (Διομήδους κα, 2009).

Σύμφωνα με τον Potter (2001) πρόκειται για μια διαταραχή του ενδιαφέροντος για εργασία που καταλήγει σε μια εξελισσόμενη αδυναμία για κινητοποίηση των δυνάμεων και των ικανοτήτων του εργαζόμενου. Ιδιαίτερη έμφαση παρέχεται στην εμφάνιση της κόπωσης και σε διαφορετικούς τομείς της ζωής του ατόμου. Μετά από την εμφάνιση του, το σύνδρομο υποχωρεί δύσκολα. Ο εργαζόμενος έχοντας μάθει να εργάζεται αυτόματα και χωρίς ανάλογα κίνητρα, αλλοτριώνεται απέναντι στην εργασία του και δυσκολεύεται να ανακάμψει, ακόμη κι αν βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας.

4.4 ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα επιχειρούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης υπό το πρίσμα μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος (Vachon,1987).

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται κυρίως σε στρεσογόνες και δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες, όπως το ιδιαίτερα φορτωμένο πρόγραμμα, η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας, η ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη και η αυταρχική διοίκηση του οργανισμού (Pines,1986). Άλλοι πάλι ερευνητές (Leiter & Maslach,1988, Dekker & Schaufeli, 1995, Antoniou,1999) τονίζουν τη σημασία των ατομικών παραγόντων, υποστηρίζοντας, ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις προσδοκίες που ο επαγγελματίας έχει από τον ίδιο του τον εαυτό αλλά και από το χώρο της υγείας στον οποίο εργάζεται (Firth-Cozens & Payne,1999). Πολλές θεωρητικές προσεγγίσεις(μοντέλο Pines- Aronson 1996, Edelwich- Brodsky 1980 και διαδραστικό μοντέλο Cherniss, 1980) επιχειρούν να ερμηνεύσουν την παθογένεση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, εξετάζοντας αυτό από διάφορες οπτικές γωνίες, με

κέντρο το άτομο, τις διαπροσωπικές του σχέσεις ή με έμφαση στους κοινωνικούς παράγοντες και τις οργανωτικές δομές.

4.4.1 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980)

Σύμφωνα με τον C.Cherniss (1980), η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μια «διαδικασία» παρά ένα μεμονωμένο «συμβάν», και η οποία ακολουθεί τρία στάδια:

- **Φάση του «εργασιακού στρες»:** Πρόκειται για μια διατάραξη ανάμεσα στους απαιτούμενους και τους διαθέσιμους πόρους. Το εργασιακό στρες είναι το αποτέλεσμα της διατάραξης αυτής στο εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον του εργαζόμενου, η οποία δημιουργείται όταν οι διαθέσιμοι πόροι δεν επαρκούν για να ικανοποιηθούν με κατάλληλο τρόπο τους προσωπικούς στόχους και τα αιτήματα που προέρχονται από το εργασιακό περιβάλλον. Αυτή η διατάραξη της ισορροπίας μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε εργαζόμενο, χωρίς να οδηγήσει απαραίτητα σε επαγγελματική εξουθένωση.
- **Φάση «εξάντλησης»:** Πρόκειται για την συγκινησιακή ανταπόκριση στην προηγούμενη διατάραξη της ισορροπίας, η οποία εκδηλώνεται με τη μορφή συναισθηματικής εξάντλησης, στρες, κόπωσης, ανίας, έλλειψης ενδιαφέροντος και απάθειας. Ο εργασιακός χώρος αποτελεί για τον εργαζόμενο πηγή εξάντλησης, ενώ η προσοχή του στρέφεται περισσότερο σε γραφειοκρατικές πλευρές παρά σε κλινικές παραμέτρους. Ο εργαζόμενος βρίσκεται σε μια κατάσταση συνεχούς έντασης που, αν δεν καταφέρει να τη διαχειριστεί σωστά, ενδέχεται να οδηγήσει σε απογοήτευση και παραίτηση.
- **Φάση «αμυντικής κατάληξης»:** Πρόκειται για το στάδιο όπου πραγματοποιούνται αλλαγές στη στάση και τη συμπεριφορά του εργαζόμενου, ο οποίος σταδιακά αποεπενδύει συναισθηματικά την εργασία του και εκδηλώνει κυνισμό και απάθεια για τους άλλους. Οι αλλαγές αυτές συμβάλλουν στη μείωση των σωματικών και ψυχολογικών συνεπειών που επέρχονται, με την ελπίδα να μπορέσει ο εργαζόμενος να επιβιώσει επαγγελματικά.

4.4.2 Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980)

Οι Edelwich & Brodsky (1980) περιέγραψαν μια σειρά από τέσσερα στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του, αυτά είναι ο ενθουσιασμός, η αμφιβολία και αδράνεια, η απογοήτευση και ματαίωση και η απάθεια.

Ο εργαζόμενος ξεκινάει την καριέρα του με **ενθουσιασμό**. Μόλις έχει μπει στον επαγγελματικό στίβο και έχει υπερβολικά υψηλούς στόχους και συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Στο στάδιο αυτό ο εργαζόμενος υπερεπενδύει στην εργασία του, αφιερώνοντας το χρόνο και την ψυχή του, ενώ επίσης υπερεπενδύει στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς. Καθώς, όμως, διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, απογοητεύεται.

Τότε λοιπόν, περνάει στο δεύτερο στάδιο, αυτό της **αμφιβολίας και αδράνειας**. Η εργασιακή καθημερινότητα διαψεύδει τις προσδοκίες του, με αποτέλεσμα να μην καλύπτονται οι ανάγκες του μέσα από την εργασία του. Ο εργαζόμενος κατηγορεί τον εαυτό του για την αποτυχία και προσπαθεί ακόμη περισσότερο να επενδύσει στο επάγγελμα του, χωρίς όμως θετικό αποτέλεσμα. Έτσι, σταδιακά αποιδανικοποιεί την εργασία του, μη έχοντας όμως ακόμα αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.

Την αμφιβολία και αδράνεια διαδέχονται η **απογοήτευση και ματαίωση**. Ο εργαζόμενος βλέπει ότι οι προσπάθειες του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία του ματαιώνονται και οδηγείται στην αποθάρρυνση και την απογοήτευση. Για να ξεφύγει από το αδιέξοδο πρέπει είτε να αναθεωρήσει τελικά τις προσδοκίες του είτε να απομακρυνθεί από τον εργασιακό του χώρο, από την πηγή δηλαδή του στρες.

Στο τελευταίο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης, που περιγράφεται ως **απάθεια**, ο εργαζόμενος αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα απέναντι στους άλλους, ενώ προσπαθεί να καταπολεμήσει την απογοήτευση και τη ματαίωση που του προκαλεί το επάγγελμα του. Ουσιαστικά συνεχίζει να εργάζεται για βιοποριστικούς λόγους, ενώ επενδύει ελάχιστη ενέργεια στα καθήκοντα του και αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών /πελατών του, για να καλύψει την ανεπάρκεια που νιώθει απέναντι τους.

4.4.3 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982)

Βάσει του κλασικού ορισμού της Maslach (1982), αναδεικνύονται τρεις κύριες διαστάσεις του συνδρόμου, που αντιπροσωπεύουν και διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων. Η πρώτη διάσταση ονομάζεται «συναισθηματική εξάντληση» και περιλαμβάνει αισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, καθώς και απώλεια ενέργειας και διάθεσης. Για τη δεύτερη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει επικρατήσει η χρήση του όρου «αποπροσωποποίηση», με τον οποίο περιγράφεται η απομάκρυνση και αποξένωση του εργαζόμενου από τους ασθενείς / πελάτες του και η εγκαθίδρυση απρόσωπων, επιθετικών και κυνικών σχέσεων με αυτούς. Η Τρίτη διάσταση ονομάζεται «έλλειψη προσωπικής επίτευξης» και αναφέρεται στην αίσθηση που αποκτά ο εργαζόμενος ότι είναι ανίκανος να προσφέρει στο χώρο εργασίας του και στην συνεπαγόμενη μείωση της απόδοσης του.

4.4.4 Το μοντέλο της Pines

Η Pines και οι συνεργάτες (1996) της ορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από τη μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες. Ωστόσο, δεν περιορίζουν την εφαρμογή της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, όπως είχε προταθεί αρχικά, αλλά αντίθετα την διερεύνησαν και σε τομείς όπως οι οικογενειακές σχέσεις και οι πολιτικές συγκρούσεις. Η μέτρηση που εφαρμόζει η Pines (Burnout Measure) απομακρύνεται από την αρχική θεώρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ως συνδρόμου που συν-εμφανίζεται με συμπτώματα απελπισίας, απόγνωσης και μειωμένης αυτοπεποίθησης και αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια που αξιολογείται από μια μόνο κλίμακα που δίνει τη συνολική βαθμολογία.

4.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Η στρεσογόνα φύση του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι ευρέως αποδεκτή και ερευνητικά τεκμηριωμένη. Το στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές αναζητήσεις, τα ηθικά διλήμματα και τις απαιτήσεις των ασθενών επιβαρύνει τον ψυχικό τους κόσμο. Επιπλέον, το περιβάλλον εργασίας, όπου

δραστηριοποιούνται οι Νοσηλευτές δημιουργεί ένταση, η οποία επιδρά σε σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά επίπεδα. Ο φόρτος εργασίας, η ψυχοσυναισθηματική πορεία του ασθενούς, η έλλειψη πόρων, η χρήση νέας σύνθετης τεχνολογίας και οι περιορισμένες προοπτικές εξέλιξης, ενοχοποιούνται ως επιβαρυντικοί παράγοντες για τη δημιουργία στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό (Bakker και συν., 2000).

Είναι ανάγκη να τονιστεί ότι, ο χρόνος που διαθέτουν οι νοσηλευτές για τη φροντίδα των ασθενών με κακή πρόγνωση ή με ιδιαίτερες συναισθηματικές απαιτήσεις, σε συνάρτηση με τον υπερβολικό φόρτος εργασίας, και το άγχος του θανάτου αποτελούν επιπλέον αίτια της εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η ύπαρξη άγχους και έντασης στο χώρο της εργασίας υποδαυλίζει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και έχει άμεσο αντίκτυπο στο επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης τους (Arnold J., 1995).

Η συνεχής αλληλεπίδραση και ενασχόληση των νοσηλευτών όχι μόνο με ασθενείς αλλά και με άτομα του υποστηρικτικού περιβάλλοντος των ασθενών, δημιουργεί στους νοσηλευτές συναισθήματα θυμού, αμηχανίας, φόβου και απόγνωσης, ιδιαίτερα όταν οι λύσεις στα προβλήματα των ασθενών δεν είναι πάντα ορατές, προβλέψιμες και εύκολες, με αποτέλεσμα η κατάσταση να γίνεται όλο και πιο περίπλοκη, απογοητευτική (Vahey DC., 2004).

Η έλλειψη υποστηρικτικού κλίματος και συμπαράστασης από συναδέλφους και ανωτέρους, οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας, η ασάφεια των ρόλων, οι διαφορετικές ιεραρχικές βαθμίδες, η έλλειψη οργανωτικής δομής, και οι διοικητικοί παράγοντες έχουν μερίδιο της ευθύνης για την πρόκληση εργασιακής κόπωσης. Τέλος, αιτιολογικοί παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου αποτελούν τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζόμενου, όπως η προσωπικότητα, τα προσωπικά βιώματα, η συναισθηματική ωριμότητα και το προσωπικό στυλ του επαγγελματία καθώς επίσης και δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση (Altun I., 2002- Greco P., 2006).

Όλοι οι ανωτέρω παράγοντες, όπως επίσης η ενεργό συμμετοχή και ο έλεγχος που ασκεί ο εργαζόμενος στην ροή των γεγονότων είναι δυνατό να επηρεάσουν την ένταση των συμπτωμάτων και τις επιπτώσεις που επιφέρει το σύνδρομο της

επαγγελματικής εξουθένωσης στην ζωή του κάθε ατόμου.(VaheyDC.,2004-AltunI.,2002-GrecoP.,2006)

4.6 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν είναι μόνο σωματικές αλλά εμφανίζονται τόσο στην συμπεριφορά του όσο και στην προσωπική του ζωή. Η άσχημη σωματική υγεία του εργαζομένου επόμενο είναι να επηρεάσει και την ψυχολογική του υγεία εμφανίζοντας αρχικά ανία και πολύ χαμηλό ηθικό. Η επαγγελματική εξουθένωση έχει επιπτώσεις: (Maslach και συν., 1986, 2001)

- 1. Στην σωματική υγεία.** Τα άτομα με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσιάζουν συχνά χρόνια κόπωση, κατάθλιψη, αϋπνίες, πονοκεφάλους, γαστρεντερικά προβλήματα, διαταραχές της όρεξης, αυξομείωση βάρους, ανία, μόνιμη αρνητική διάθεση, έλλειψη σεξουαλικής διάθεσης, διαταραχές ύπνου, αυχενικά προβλήματα κλπ.
- 2. Στην ψυχολογική υγεία.** Τα άτομα με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσιάζουν έντονο άγχος, διαπληκτισμούς με συναδέλφους, παραίτηση, αισθήματα θυμού, απογοήτευσης, απέχθειας, χαμηλή αυτοπεποίθηση, κατάθλιψη, αδιαφορία, ενοχικότητα κλπ.
- 3. Στην συμπεριφορά.** Τα άτομα με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης μπερδεύουν τα προβλήματα της δουλειάς με τα οικογενειακά και προσωπικά. Τα όποια προβλήματα υπάρχουν στη δουλειά μπορεί πολύ εύκολα ο ασθενής να τα μεταφέρει στο σπίτι του κάνοντας έτσι δύσκολη τη συναναστροφή του ακόμη και με τα μέλη της οικογένειάς του και χάνοντας την κοινωνικότητά του αποφεύγοντας συναναστροφές με ανθρώπους. Τα άτομα αυτά είναι απομονωμένα, κρατούν απόσταση από τους άλλους, χρησιμοποιούν υποτιμητικές εκφράσεις και είναι κυνικοί με τους άλλους, απουσιάζουν από την εργασία τους συχνά έχουν πολλές φορές ακόμη και τάσεις αυτοκτονίας. Συνήθως καταφεύγουν στο αλκοόλ και στα ναρκωτικά. Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν εμφανίζονται απ' τη μια μέρα στην άλλη. Αργά αργά επιδεινώνεται η κατάσταση και αρχίζει να γίνεται εμφανής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

5.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Το κόστος της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι υψηλό. Τόσο οι επαγγελματίες υγείας, όσο και οι ασθενείς επηρεάζονται αρνητικά από αυτή. Οι λύσεις στο πρόβλημα δεν θα πρέπει να είναι ούτε εύκολες ούτε γρήγορες. Κάθε μια από αυτές είναι απαραίτητο να προσαρμόζεται στις εργασιακές και οικογενειακές συνθήκες του εργαζόμενου. Κατά την Maslach (1982), οι τρόποι αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να εφαρμοστούν σε διάφορα επίπεδα (ατομικό, κοινωνικό, διοικητικό). Στο ατομικό επίπεδο ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να εφαρμόσει τα μέτρα ο ίδιος. Σε κοινωνικό επίπεδο, απαιτείται η συνεργασία και οι προσπάθειες αρκετών ατόμων, όπως π.χ. των συνεργατών. Στον τομέα του οργανισμού, τα μέτρα αναφέρονται σε πολιτικές και διοικητικές λειτουργίες, οι οποίες θα πρέπει να εφαρμόζονται για να βοηθήσουν τον εργαζόμενο να αντιμετωπίσει το εργασιακό στρες.

◆ Ατομικά μέτρα (Αδαλή, 1999)

1. Αποφυγή ανάληψης περισσότερων ευθυνών και αύξησης των ρυθμών εργασίας.
2. Επαναπροσδιορισμός των προσδοκιών και των στόχων του επαγγελματία. Οι στόχοι του θα πρέπει να είναι εξειδικευμένοι, βραχυπρόθεσμοι και ρεαλιστικοί.
3. Χρήση μικρών διαλειμμάτων και αδειών από την εργασία.
4. Αποφυγή συναισθηματικής εξάρτησης από τους ασθενείς.
5. Εντόπιση των θετικών πλευρών της εργασίας.
6. Αναγνώριση και ανάλυση των προβλημάτων και των αρνητικών συναισθημάτων για την εργασία.

◆ Κοινωνική Υποστήριξη (Αδαλή, 1999)

1. Συναισθηματική υποστήριξη και βοήθεια από τους συναδέλφους.
2. Η εκτίμηση των ικανοτήτων και των καλών υπηρεσιών του επαγγελματία υγείας από τους συναδέλφους του.

3. Οι ομάδες υποστήριξης-αυτοβοήθειας.

◆ **Διοικητικά μέτρα** (Αδαλή,1999)

1. Οι διοικήσεις είναι αναγκαίο να προσδιορίσουν την πηγή του εργασιακού stress, και να προβούν σε οργανωτικές στρατηγικές για τον έλεγχο του.
2. Τα νοσοκομεία, θα μπορούσαν να θεσπίσουν διαδικασίες για να αυξηθεί η αίσθηση συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων και της αυτονομίας των επαγγελματιών υγείας.
3. Το εργασιακό περιβάλλον μπορεί να βελτιωθεί, για να αυξηθεί η αποδοτικότητα και να μειωθεί ο φόρτος εργασίας.
4. Οι προϊστάμενοι κάθε υπηρεσίας, είναι απαραίτητο να παρέχουν περισσότερη υποστήριξη και ενθάρρυνση στο προσωπικό, αφού εκπαιδευτούν στην καθοδήγηση και στην επικοινωνία

5.2 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

A) Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων που δηλώνουν ότι ο εργαζόμενος βιώνει στρες, επιτρέπει την ενασχόληση με τον εαυτό του πριν οδηγηθεί προοδευτικά στην επαγγελματική εξουθένωση.

Συνήθως αγνοούνται παρόμοιες ενδείξεις, γιατί ο εργαζόμενος πιστεύει ότι «αντέχει» ή ότι δεν είναι «αρκετά άρρωστος» για να φροντίσει τον εαυτό του, με αποτέλεσμα να συνειδητοποιεί το πρόβλημα του όταν πλέον βρίσκεται στο στάδιο της απάθειας ή όταν εμφανίζει κάποια σοβαρή οργανική διαταραχή. Άλλοτε πάλι, για να αποδείξει στον εαυτό του και στους συναδέλφους του ότι μπορεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις της εργασίας ή στους υψηλούς προσωπικούς του στόχους, εντείνει τον ρυθμό της δουλειάς και αναλαμβάνει πρόσθετες ευθύνες που αυξάνουν το βαθμό της συναισθηματικής και σωματικής του εξάντλησης. Στην ουσία, τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελούν προειδοποίηση δυσλειτουργίας στην βιοψυχοκοινωνική υπόσταση του ατόμου που καλείται να αναθεωρήσει ορισμένες επιλογές και συνήθειες που έχει υιοθετήσει στην ζωή του(Σταμάτη Α., 2004).

Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών που έχει ο επαγγελματίας από τον εαυτό του, τους αρρώστους που φροντίζει, την σχέση με συναδέλφους και προϊσταμένους και την δουλειά του γενικότερα συμβάλλει στην αναθεώρηση και επαναπροσδιορισμό μερικών εξ αυτών. Κάθε μέλος του προσωπικού υγείας είναι σημαντικό να διερευνά τα προσωπικά κίνητρα που τον ώθησαν να επιλέξει ένα επάγγελμα άμεσα συνδεδεμένο με την φροντίδα ατόμων που υποφέρουν και πονούν. Τα αλτρουιστικά κίνητρα (π.χ. «θέλω να φροντίζω τους άλλους», «να σώζω ζωές», «να προσφέρω στο κοινωνικό σύνολο» κλπ) συνυπάρχουν με «εγωιστικά» κίνητρα, καθώς το άτομο επιδιώκει να ικανοποιήσει, μέσα από τη δουλειά, ορισμένες προσωπικές του ανάγκες. Για παράδειγμα, ένας εργαζόμενος μπορεί μέσα από το επάγγελμα του να επιδιώκει να ικανοποιήσει την δική του ανάγκη να τον έχουν οι άλλοι ανάγκη. Κάθε φορά που οι άρρωστοι είναι ανεξάρτητοι, έχουν τον τελικό λόγο στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους, παραγνωρίζουν την προσφορά του ή αναζητούν αλλού φροντίδα, ο επαγγελματίας βιώνει μια έντονη αίσθηση απογοήτευσης και ματαίωσης(Καδδά Α., 2005).

Αντίστοιχα, η προσωπική ανάγκη ενός άλλου επαγγελματία μπορεί να περιλαμβάνει την άσκηση επιρροής και έλεγχου σε δύσκολες καταστάσεις ή προκλήσεις, που συνήθως γίνονται αντιληπτές ως απειλητικές. Όταν λοιπόν οι παρεμβάσεις του δεν έχουν το αναμενόμενο θετικό αποτέλεσμα στην ζωή των ασθενών ή όταν οι προσπάθειες του δεν μπορούν να ανατρέψουν την καταληκτική εξέλιξη της υγείας τους, τότε ο επαγγελματίας βιώνει ενοχές και έντονη αίσθηση προσωπικής αποτυχίας και αδυναμίας που τον καθιστά ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση. Είναι φανερό ότι οι προσωπικές προσδοκίες, ανάγκες και στόχοι του επαγγελματία επηρεάζουν την τη συμπεριφορά του και συχνά αποτελούν μια από τις σημαντικότερες πηγές πρόκλησης χρόνιου στρες(Καδδά Α., 2005).

Οι Chiribogaetal (1983) μελέτησαν τις στρατηγικές αντιμετώπισης τις οποίες χρησιμοποιούσαν νοσηλευτές που φρόντιζαν ασθενείς στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Παρατήρησαν ότι εκείνες που ήταν αποτελεσματικότερες στην δουλειά τους και αντιμετώπιζαν καλύτερα τις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας είχαν την τάση να εκφράζουν και να μοιράζονται τα συναισθήματα τους και να χρησιμοποιούν συχνότερα γνωστικές στρατηγικές οι οποίες τους επέτρεπαν να αναπτύξουν μια προσωπική φιλοσοφία και να δώσουν νόημα τόσο στις εμπειρίες τους, όσο και στην προσφορά τους. Κάποιοι άλλοι επιστήμονες τονίζουν την σημασία της χρήσης

στρατηγικών αντιμετώπισης για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στον χώρο εργασίας. Κάθε επαγγελματίας της υγείας καλείται να διαφοροποιήσει τις συνθήκες που μπορούν να τροποποιηθούν με την κατάλληλη παρέμβαση από εκείνες που δεν επιδέχονται αλλαγές, αλλά απαιτούν την προσαρμογή του σε αυτές (Murphy,1995).

Η αναζήτηση υποστήριξης τόσο από φίλους και συνεργάτες, όσο και από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Παρ' όλα αυτά, συχνά τα μέλη του προσωπικού υγείας, ενώ παρέχουν στους αρρώστους υποστήριξη, δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν ότι χρειάζονται ή / και να ζητήσουν βοήθεια για τον εαυτό τους, άλλοτε γιατί παραγνωρίζουν τις ανάγκες τους και άλλοτε γιατί το θεωρούν ένδειξη αδυναμίας. Ένας ίσως από τους βασικότερους τρόπους για να ανταπεξέλθουν στις στρεσογόνες συνθήκες που βιώνουν, είναι να μοιραστούν τα συναισθήματα και τους προβληματισμούς τους και να νιώσουν ότι υποστηρίζονται σε δύσκολες στιγμές (Μάρκου Π., 2005).

Έρευνες τονίζουν ότι η υποστήριξη που ένα άτομο δέχεται από το περιβάλλον του μειώνει τόσο το στρες που βιώνει (Constable & Russel,1986, Cottigton & House,1987), όσο και τις πιθανότητες να νοσήσει (Cohen & wills,1985,Kobasaetal.,1982,1985,Wortman&Dunkel-Schetter,1987). Η υποστήριξη λειτουργεί προστατευτικά και θεραπευτικά πάνω στο άτομο. Τόσο η συχνότητα, όσο και η ποιότητα της υποστήριξης αποτελούν καθοριστικό παράγοντα της αποτελεσματικότητας της. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό ο επαγγελματίας να διαθέτει πολλαπλά υποστηρικτικά δίκτυα, έτσι ώστε να μην προσβλέπει στην αποκλειστική στήριξη ενός ατόμου (συνήθως του συντρόφου). Η πεποίθηση ότι οι εμπειρίες από το χώρο της εργασίας «δεν πρέπει» να επηρεάζουν την προσωπική του ζωή, και αντιστρόφως, δεν είναι ρεαλιστική. Για αυτό η διαθεσιμότητα ενός υποστηρικτικού δικτύου στον κάθε χώρο και ταυτόχρονα ο προγραμματισμός κάποιου χρόνου αποσυμπίεσης ή δραστηριότητας (π.χ. ενασχόληση με χόμπι, βόδισμα κλπ.) συμβάλλουν στην ενδεχόμενη συναισθηματική εκφόρτιση και επιτρέπουν στον εργαζόμενο μια ηπιότερη μετάβαση από το χώρο εργασίας στον χώρο του σπιτιού(Σταμάτη Α., 2004).

Επιστήμονες τονίζουν ότι για την ψυχική ισορροπία του εργαζόμενου σημαντική είναι η ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες που του παρέχουν την δυνατότητα να δημιουργήσει, να εκτονωθεί, να ξεφύγει από την καθημερινή ρουτίνα. Οι Jaffe and Scott (1984) επισημαίνουν την σημασία της κατανομής του χρόνου και της ενέργειας σε τέσσερις τομείς της ζωής ενός ατόμου: στην εργασία, στις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους, στην σχέση με τον εαυτό και στη διασκέδαση.

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

Η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή η αλλαγή χώρου εργασίας αυξάνει την αίσθηση προσωπικού ελέγχου, καθώς ο επαγγελματίας νιώθει ότι είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις (Murphy,1995). Η αλλαγή χώρου εργασίας θεωρείται μια εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, όταν δεν αποτελεί αντίδραση φυγής και δεν είναι το αποτέλεσμα παρορμητικής απόφασης. Είναι σημαντικό να συνοδεύεται από διεργασία αυτογνωσίας που βοηθά το άτομο να κατανοήσει τις πραγματικές και συχνά ασυνείδητες αιτίες που του δημιουργούν άγχος, καθώς και τις μεθόδους αντιμετώπισης που εφαρμόζει. Χωρίς την απαραίτητη αυτογνωσία, ο επαγγελματίας υγείας διατρέχει τον κίνδυνο να οδηγηθεί ξανά στην επαγγελματική εξουθένωση, καθώς η τοποθέτηση του σε νέο τμήμα δεν συνοδεύεται από την τροποποίηση αντιλήψεων, στόχων, προσδοκιών, στάσεων και συμπεριφορών.

B) Παρεμβάσεις σε οργανωτικό / διοικητικό επίπεδο

Η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση αυξάνει τις πιθανότητες απόδοσης του αλλά και της παροχής ποιοτικής φροντίδας. Κάθε χώρος εργασίας είναι σημαντικό να θεσπίζει σαφή κριτήρια για την πρόσληψη προσωπικού που θεωρεί ως κατάλληλο να ανταποκριθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες λειτουργίας του (Murphy,1995).

Πέρα από τις γνώσεις και την πείρα του επαγγελματία υγείας, πρέπει να συνεκτιμώνται οι διάφοροι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες (π.χ. προσωπικά κίνητρα, προηγούμενες εμπειρίες με θάνατο και σοβαρή αρρώστια που παραμένουν άλυτες, ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου κλπ.), καθώς επηρεάζουν την προσαρμογή

και απόδοση του σ' ένα συγκεκριμένο χώρο εργασίας. Τα κίνητρα και το ενδιαφέρον για το συγκεκριμένο χώρο εργασίας μπορεί να δράσουν θετικά στην απόδοση του.

Η δημοκρατική διοίκηση συμβάλλει τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στο τμήμα που διοικείται δημοκρατικά αναπτύσσονται σχέσεις αμοιβαίου σεβασμού, αναγνωρίζεται ο ρόλος του καθενός και προωθείται η συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας που αναλαμβάνουν ευθύνες και πρωτοβουλίες στα πλαίσια ορισμένων κανονισμών που αφορούν την λειτουργία του τμήματος. Ο προϊστάμενος έχει μεν ηγετικό ρόλο αλλά ενδιαφέρεται για τις εμπειρίες, απόψεις και διαφορετικές γνώμες των εργαζομένων με τους οποίους συζητά από κοινού τα προβλήματα που προκύπτουν και μαζί αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης τους. Καλλιεργεί κλίμα συνεργασίας, υποστήριξης, αλληλεξάρτησης, αποφεύγει να τροφοδοτεί ανταγωνισμούς και επιδιώξεις προσωπικής ανάδειξης ή προβολής ορισμένων μελών του προσωπικού(Σταμάτη Α., 2004).

Στα τμήματα όπου η διοίκηση είναι αυταρχική και άκαμπτη, όπου επικρατούν άνισες σχέσεις μεταξύ εργαζομένων, όπου αυστηροί κανόνες δεν επιτρέπουν την ελευθερία της προσωπικής άποψης, πρωτοβουλίας ή δημιουργικότητας, όπου οι στόχοι χαρακτηρίζονται από τελειοκρατία και δίνεται ιδιαίτερα έμφαση στην επιτυχία, στα επιτεύγματα, ενώ κρίνονται αυστηρά τα λάθη και οι παραλείψεις, το προσωπικό υγείας είναι ευάλωτο στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Εξίσου ευάλωτο είναι το προσωπικό που εργάζεται σε ένα τμήμα το οποίο χαρακτηρίζεται από έλλειψη διοίκησης και ουσιαστικής συνεργασίας, επειδή ο προϊστάμενος είτε αδιαφορεί είτε δεν διαθέτει τις απαιτούμενες διοικητικές και οργανωτικές ικανότητες. Η πολυμορφία στην εργασία είναι απαραίτητη κυρίως σε Τμήματα όπου το αντικείμενο εργασίας είναι ιδιαίτερα βαρύ και επηρεάζει ψυχολογικά τους εργαζόμενους(Μάρκου Π., 2005).

Η δυνατότητα «διαλειμμάτων» και «ειδικών αδειών», μετ' αποδοχών, δίνουν την ευκαιρία στον επαγγελματία να απομακρυνθεί για λίγο από τον χώρο εργασίας, πριν εκδηλώσει ή κατά τη στιγμή που εμφανίζει τις πρώτες ενδείξεις επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης αποτελούν σημαντικό κίνητρο και πηγή ανανέωσης για τους εργαζόμενους που δεν νιώθουν

ακινητοποιημένοι ή /και παγιδευμένοι σε ένα συγκεκριμένο ρόλο και σε καθήκοντα που με την πάροδο του χρόνου ασκούνται μηχανικά (Murphy,1995).

Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης δίνει την ευκαιρία στα μέλη του προσωπικού υγείας:(Cox & Andrews,1981,Kanas,1986,Rosenberg,1984)

- Να μοιράζονται τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις τους για την αρρώστια, την αναπηρία, τον θάνατο και την ζωή
- Να κατανοούν τις αντιδράσεις τους και να επεξεργάζονται οδυνηρές εμπειρίες που βιώνουν στον χώρο εργασίας
- Να αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων περιπτώσεων
- Να συζητούν τις επιτυχείς παρεμβάσεις που ενισχύουν την αυτοπεποίθηση τους.

Πρωταρχικός σκοπός παρόμοιων ομάδων είναι η μείωση του άγχους και η αύξηση της αυτοεκτίμησης των εργαζομένων. Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης συμβάλλει επίσης στην ενίσχυση της επικοινωνίας και αλληλοϋποστήριξης ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας, γεγονός που ελαχιστοποιεί την αίσθηση απομόνωσης που προκαλεί η εξουθένωση. Όταν η θεραπευτική ομάδα του προσωπικού υγείας νιώθει «δεμένη» και «ισχυρή», είναι σε θέση να απορροφήσει την επιθετικότητα του αρρώστου και της οικογένειας του που βρίσκονται σε κρίση, χωρίς να κινδυνεύει η συνοχή της. Οι συνέπειες από τη συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης δεν είναι ευεργετικές μόνο για τα μέλη του προσωπικού υγείας, αλλά και για τους αρρώστους και τις οικογένειες τους που γίνονται δέκτες υπηρεσιών υγείας.

Η δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης συμβάλλουν στην απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων και ιατρονοσηλευτικών και ψυχολογικών δεξιοτήτων. Οι ψυχολογικές γνώσεις βοηθούν στην κατανόηση των αντιδράσεων του αρρώστου, της οικογένειας και των μελών του προσωπικού υγείας και συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη επικοινωνία και υποστήριξη τους.

Η διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας (γιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, ψυχιάτρων, κοινωνικών λειτουργών κ.λπ.), όσο απλή

φαινομενικά μοιάζει, άλλο τόσο πολύπλοκη είναι στην πράξη. Προϋποθέτει την αναγνώριση του ρόλου, των καθηκόντων αλλά και των ορίων κάθε ειδικού και την συμβολή του στην κατανόηση, προσέγγιση και χειρισμό κάθε περίπτωσης.

Η συλλογική διεπιστημονική συνεργασία έχει θετικό αντίκτυπο στην σχέση που διαμορφώνει το προσωπικό με τον άρρωστο και ενισχύει την σιγουριά που νιώθει ο ασθενής κοντά στους ειδικούς που τον φροντίζουν. Συμπερασματικά, για να μπορέσει ο επαγγελματίας να φροντίσει αποτελεσματικά τους αρρώστους, είναι βασικό πρώτα να «μάθει» να φροντίζει τον εαυτό του, χωρίς να θεωρεί την φροντίδα αυτή περιττή ή «άχρηστη πολυτέλεια». Η διαδικασία αυτή συμβάλλει στην υπενθύμιση ότι κανένας δεν είναι παντοδύναμος (Bennet,1987).

Στην σύγχρονη εποχή, με την ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και την απόδοση σε αυτήν εξωπραγματικών δυνάμεων, ο επαγγελματίας της υγείας καλείται να αναγνωρίσει τις δυνάμεις, αδυναμίες αλλά και τα όρια του, ώστε να παρέχει με μεγαλύτερη σοφία και αποτελεσματικότητα μια «ανθρώπινη» φροντίδα σε άτομα που την έχουν ανάγκη (Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία, 2001).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής μελέτης είναι να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής των νοσηλευτών στο χώρο της ψυχικής υγείας λόγω των αυξημένων στρεσογόνων καταστάσεων και των κινδύνων που υφίστανται κατά την διάρκεια της εργασίας τους.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

1. Κατά πόσο η εργασία σε μονάδες ψυχικής υγείας επηρεάζει την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών;
2. Τι αντίκτυπο έχει η συναισθηματική κατάσταση και αυτοεκτίμηση του νοσηλευτή στο εργασιακό του περιβάλλον;
3. Υπάρχουν διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ των νοσηλευτών σε σχέση με το φύλλο, με τυχόν νόσημα, φαρμακευτική αγωγή και παρακολούθηση από ειδικό;

ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Για την παρούσα ερευνητική μελέτη απαντήθηκαν ερωτηματολόγια από νοσηλευτές του χώρου της Ψυχικής Υγείας, που αποτελούνταν από συγκεκριμένες εναλλακτικές. Στη μελέτη αυτή εξετάστηκε η συνολική ποιότητα ζωής των νοσηλευτών και πραγματοποιήθηκαν συγκριτικές αναλύσεις αναφορικά με την ηλικία, το φύλλο, την απασχόληση και τη νοσηρότητα. Για την πραγματοποίηση της επιλέχθηκε η μέθοδος της ποσοτικής προσέγγισης, ενώ το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο. Το δείγμα της ερευνητικής εργασίας αποτελείται από 94 νοσηλευτές διάμεσης ηλικίας 37,5 έτη. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για την πραγματοποίηση της έρευνας είναι:

- Το σταθμισμένο ερωτηματολόγιο SF-12
- η κλίμακα αυτοαξιολόγησης κατά τον W.K. Zung
- και η κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή (Diener, 1985).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΕΔΙΟ

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε από νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται σε ψυχιατρικές δομές στους νομούς της Κρήτης (Ηράκλειο, Χανιά), της Μεσσηνίας (Καλαμάτα), Δωδεκανήσου (Ρόδο) και της Αττικής. Πιο συγκεκριμένα, στο Ηράκλειο Κρήτης σε νοσηλευτές που εργάζονται στην ψυχιατρική κλινική του ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η. , στο ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου ‘‘Ανδρέα Παπανδρέου’’, στο ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας, στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων ‘‘Άγιος Γεώργιος’’, στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χανίων, στον ξενώνα ‘‘Εδέμ’’ (Χανιά) και στον ξενώνα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης «Μελίτη» (Ρόδος), στο Δρομοκαΐτειο και Δαφνί ψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής.

ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΕΙΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μορφή ερωτηματολογίων από 94 νοσηλευτές, τα οποία ήταν ανώνυμα και δεν περιείχαν προσωπικά στοιχεία νοσηλευτών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια με δημογραφικά στοιχεία, το σταθμισμένο ερωτηματολόγιο SF-12 και δύο κλίμακες: η κλίμακα αυτοαξιολόγησης κατά τον W.K. Zung και η κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή (Diener, 1985).

Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης

Μεθοδολογικά

- Για την κλίμακα Ποιότητας ζωής SF-12 (Kontodimopoulos et al, 2007) εκτιμήθηκαν οι βαθμολογίες της σωματικής και ψυχικής υγείας. Ως αυξημένα όρια της (καλή ποιότητα ζωής) αναφέρονται τιμές >50 (εκτιμάται από T-scores) σύμφωνα με νόρμες των USA. Τιμές ωστόσο κοντά στο 100% δείχνουν καλή ποιότητα ζωής. Ως όριο χειρότερης ποιότητας ζωής καθορίζεται η $\leq 25^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση του δείγματος (ή γενικού πληθυσμού αν υπάρχει!) (τιμή 48,85 στο δείγμα) και όπως προτείνουν οι Skärlundetal. (2012) για τον πληθυσμό της Σουηδίας. Υψηλή βαθμολογία (>25%) υποδεικνύει καλύτερη ποιότητα ζωής. Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach’ a εκτιμήθηκε σε 0,90.

- Για την κλίμακα *Ικανοποίησης από τη Ζωή Diener*, η άθροιση των πέντε απαντήσεων έδωσε βαθμολογία που ταξινομήθηκε σε χαμηλή ικανοποίηση (έως 19), καθόλου ή λίγη ικανοποίηση (20-25) και υψηλή ικανοποίηση (26+). Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach' α εκτιμήθηκε σε 0,85.
- Στην κλίμακα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας *Zung*, η άθροιση των είκοσι απαντήσεων έδωσε βαθμολογία που ταξινομήθηκε σε ασυμπτωματική βαθμολογία (<50) και αυξημένη βαθμολογία (50+). Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach' α εκτιμήθηκε σε 0,48.

Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 24.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών χαρακτηριστικών των 94 συμμετεχόντων, ελέγχοντας για τυχόν διαφορές μεταξύ φύλων ή άλλων χαρακτηριστικών μέσω της μεθόδου χ^2 και Student t. Παράλληλα καθορίστηκαν τα επίπεδα κατανομής και ταξινόμησης των 94 συμμετεχόντων στις σχετικές κλίμακες. Μέσω της μεθόδου Spearman καθορίστηκαν οι σχέσεις μεταξύ των τριών κλιμάκων μεταξύ τους αλλά και ως προς τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των 94 νοσηλευτών/τριων στη μελέτη

		v	%
Φύλο	<i>Άνδρες</i>	35	37,2
	<i>Γυναίκες</i>	59	62,8
Ηλικία, χρόνια	<i><40</i>	58	61,7
	<i>40+</i>	36	38,3
	<i>μέση ηλικία±τ.α. (εύρος)</i>	37,5±8,5 (22-61)	
Επίπεδο μόρφωσης	<i>Β΄βάθμια</i>	32	34,0
	<i>Γ΄βάθμια</i>	57	60,6
	<i>μεταπτυχιακές σπουδές</i>	5	5,4
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Άγαμος/η χωρίς σχέση</i>	14	14,9
	<i>Άγαμος/η με σχέση</i>	18	19,1
	<i>Άγαμος/η με παιδιά</i>	3	3,2
	<i>Έγγαμος/η</i>	9	9,6
	<i>Έγγαμος/η με παιδιά</i>	45	47,9
	<i>Διαζευγμένος/η – Χήρος/α</i>	5	5,3
Τόπος καταγωγής	<i>πόλη</i>	68	73,1
	<i>κωμόπολη</i>	11	11,8
	<i>χωριό</i>	14	15,1

Το δείγμα μας αποτελείται από 94 νοσηλευτές, συγκεκριμένα από 35 άνδρες και 59 γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας και στα δύο φύλλα κυμαίνεται στα 37,5 έτη. Το επίπεδο μόρφωσης χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες: Β΄βάθμια 34,0%, Γ΄βάθμια 60,6%, και μεταπτυχιακές σπουδές 5,4%. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών του δείγματος είναι έγγαμοι με παιδιά (47,9%), ενώ το 3,2% είναι άγαμοι με παιδιά. Τέλος, το ποσοστό των νοσηλευτών που κατάγονται από πόλη είναι 73,1% και από κωμόπολη ή χωριό, 11,8% και 15,1% αντίστοιχα.

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά απασχόλησης, εργασίας και νοσηρότητας των 94 νοσηλευτών/τριων στη μελέτη.

		v	%
Μηνιαίο εισόδημα, ευρώ	<i>μέση τιμή±τ.α. (v) [εύρος]</i>	950±208 (63) [500-1600]	
Απασχόληση	<i>Δημόσιο Τομέα</i>	61	64,9
	<i>Ιδιωτικό Τομέα</i>	33	35,1
Θέση εργασίας	<i>Κλινικός νοσηλευτής/τρια</i>	63	67,0
	<i>Βοηθός νοσηλευτή/τριας</i>	26	27,6
	<i>Αναπληρωτής προϊστάμενος</i>	1	1,1
	<i>Προϊστάμενος</i>	4	4,3
Έτη εργασίας	<i>μέση τιμή±τ.α. (v) [εύρος]</i>	11,7±7,9 (93) [0-30]	
Πρόγραμμα Υπηρεσίας, ημέρες	<i>μέση τιμή±τ.α. (v) [εύρος]</i>	5,6±4,3 (92) [5-40]	
Μηνιαίες ώρες εργασίας	<i>μέση τιμή±τ.α. (v) [εύρος]</i>	157±23 (93) [40-160]	
Αριθμός βαρδιών ανά μήνα	<i>μέση τιμή±τ.α. (v) [εύρος]</i>	18,4±6,8 (91) [4-26]	
Χρόνιο νόσημα	<i>ναι</i>	13	13,8
	<i>όχι</i>	81	86,2
Φαρμακευτική αγωγή *	<i>ναι</i>	12	12,8
	<i>όχι</i>	82	87,2
Χρόνια λήψης αγωγής	<i>μέση τιμή±τ.α. (v) [εύρος]</i>	12,7±9,4 (11) [4-26]	
Παρακολούθηση από γιατρό	<i>ναι</i>	12	92,3
	<i>όχι</i>	1	7,7

* Μηστεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (v=1), aprovel (v=1), lipitor (v=1), methoxsalen (v=1), norvasc (v=1), simponi (v=1), symbicort (v=1), thyrohormone (v=4), trileptal (v=1).

Όπως παρατηρείται στον πίνακα 2, το μέσο μηνιαίο εισόδημα κυμαίνεται στα 950 ευρώ. Το 64,9% εργάζεται στο δημόσιο τομέα, ενώ το 35,1% στον ιδιωτικό, με μέσο όρο έτη εργασίας 11,7. Οι μέσες τιμές του προγράμματος υπηρεσίας, των μηνιαίων ωρών εργασίας και του αριθμού βαρδιών ανά μήνα είναι 5,6 ημέρες, 157 ώρες και 18,4 βάρδιες αντίστοιχα.

Από τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα, βρέθηκε πως το 86,2% δεν πάσχει από κάποιο χρόνια νόσημα ούτε λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή (87,2%). Αντίθετα το ποσοστό του δείγματος που νοσεί είναι 13,8%, το 12,8% λαμβάνει αγωγή και το 92,3% παρακολουθείται από γιατρό. Τέλος, η μέση τιμή χρόνων λήψης αγωγής κυμαίνεται στα 12,7 έτη.

Πίνακας 3. Επίπεδα κλιμάκων Ποιότητας ζωής SF-12, ικανοποίησης από τη ζωή Diener & καταθλιπτικής συμπτωματολογίας Zung στους 94 συμμετέχοντες στη μελέτη.

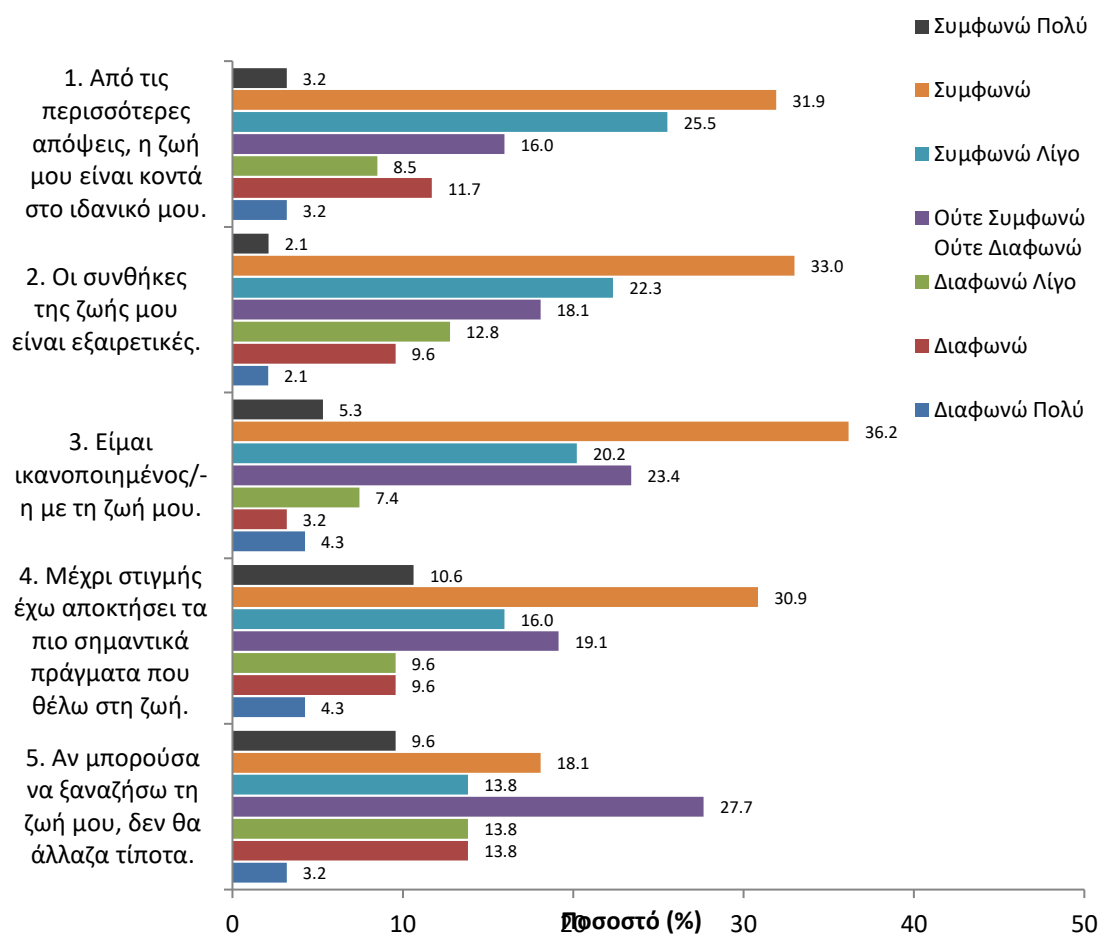
<i>Κλίμακες</i>	Σύνολο n=94	Άνδρες n=35	Γυναίκες n=59	<i>p-value</i>
Συνολική ποιότητα SF-12	69,7±23,7 [†]	74,9±23,9	66,6±23,3	0,100
≤25 ^η εκατοστιαία θέση	23 (24,5) [‡]	8 (22,9)	15 (25,4)	0,780
>25 ^η εκατοστιαία θέση	71 (75,5)	27 (77,1)	44 (74,6)	
Σωματικής Υγείας SF-12	75,3±27,0	79,5±27,3	72,8±26,8	0,247
Ψυχικής Υγείας SF-12	64,1±23,8	70,3±23,1	60,4±23,7	0,050
Ικανοποίηση από τη ζωή Diener	22,9±6,1	23,3±5,2	22,7±6,6	0,678
<i>χαμηλή, έως 19</i>	25 (26,6)	9 (25,7)	16 (27,1)	0,966
<i>καθόλου ή λίγη</i>	33 (35,1)	12 (34,3)	21 (35,6)	
<i>υψηλή, 26+</i>	36 (38,3)	14 (40,0)	22 (37,3)	
Καταθλιπτική συμπτωματολογία Zung	45,7±6,0	46,2±5,5	45,4±6,3	0,564
<i>χωρίς συμπτώματα, <50</i>	68 (72,3)	25 (71,4)	43 (72,9)	0,879
<i>ήπια συμπτώματα, 50+</i>	26 (27,7)	10 (28,6)	16 (27,1)	

[†] Μέση τιμή±τυπική απόκλιση. Έλεγχος Studentt.

[‡] n (%). Έλεγχος χ².

Στον πίνακα 3 κατανέμονται οι συμμετέχοντες ανάλογα με τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων. Για τη συνολική ποιότητα SF-12, έχει οριστεί το όριο για την κατανομή της το 50 ($\leq 25^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση, η οποία δηλώνει χαμηλή ποιότητα ζωής και $>25^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση, η οποία δηλώνει υψηλή ποιότητα). Με βάση τα αποτελέσματα 71 συμμετέχοντες έχουν υψηλή συνολική ποιότητα ζωής, ενώ 23 χαμηλή. Παρόλο που σε καθημερινή βάση, οι εργαζόμενοι στο χώρο της ψυχικής υγείας καλούνται να ανταποκριθούν σε αντίξοες συνθήκες στο χώρο εργασίας τους, λαμβάνοντας υπόψη την πολυπαραγοντική και πολυδιάστατη φύση της ποιότητας ζωής συμπεραίνουμε ότι οι παράγοντες που την επηρεάζουν αφορούν πολλές εκφάνσεις της ζωής τους (π.χ. οικογένεια, κοινωνικές συναναστροφές κ.λ.π.). Πιο συγκεκριμένα, δεν υπάρχει μεγάλη διαφορά στην μέση τιμή όσον αφορά τη σωματική υγεία, αλλά παρατηρείται μεγάλη διαφορά στην μέση τιμή της ψυχικής ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες (70,3 έναντι 60,4, $p=0.05$). Αυτό συμβαίνει λόγω των αυξημένων υποχρεώσεων των γυναικών όπως το νοικοκυριό, η ανατροφή των παιδιών σε συνδιασμό με την εργασία τους, πράγμα το οποίο προκαλεί αύξηση άγχους και εξουθένωσης, ψυχικής και σωματικής. Αποτελέσματα μελετών καταδεινούν ότι η εξουθένωση παρατηρείται περισσότερο στις γυναίκες καθώς και ελαφρώς υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης απ'ότι οι άνδρες (Maslach & Jackson, 1986). Η βαθμολογία της κλίμακας ικανοποίησης από τη ζωή Deiner, ταξινομείται σε 3 βαθμίδες α) χαμηλή, έως 19 β) καθόλου ή λίγη και γ) υψηλή, 26+. Πιο αναλυτικά, το 26,6% του συνόλου ανήκει στη βαθμίδα α (χαμηλή, έως 19), το 35,1% στη βαθμίδα β (καθόλου ή λίγη) και το 38,3% στη βαθμίδα γ (υψηλή, 26+). Τέλος, με βάση τη βαθμολογία από την κλίμακα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας Zung,, παρατηρείται ο,τι το 72,3% δεν παρουσιάζουν συμπτώματα, ενώ το 27,7% παρουσιάζουν ήπια συμπτώματα.

Σχήμα 1. Κατανομή απαντήσεων κλίμακας ικανοποίησης από τη ζωή Diener στους 94 συμμετέχοντες στη μελέτη, σε σχέση με την ηλικία τους.



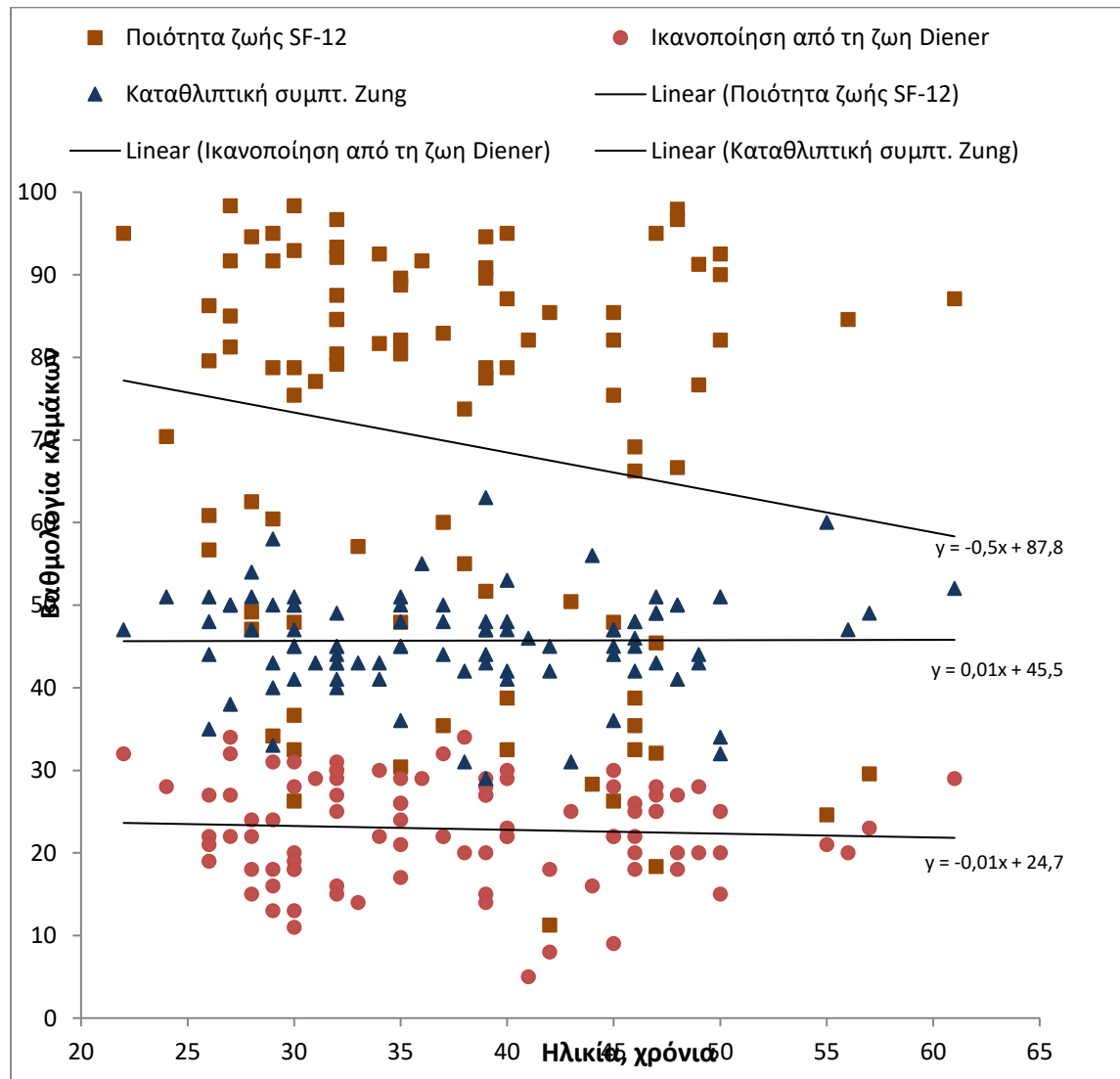
Στα αποτελέσματα της κλίμακας ικανοποίησης από τη ζωή Diener(Σχήμα 1) παρατηρείται πως το 31.9% συμφωνεί ότι η ζωή είναι κοντά στο ιδανικό τους και το 36.2% είναι ικανοποιημένο με τη ζωή τους. Ωστόσο, στην πρόταση 5 παρατηρούνται υψηλά επίπεδα σχετικά αρνητικών απαντήσεων με μεγαλύτερο το ποσοστό 27,7%, που ούτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί (Αν μπορούσα να ξαναζήσω τη ζωή μου, δεν θα άλλαζα τίποτα).

Πίνακας 4. Συσχέτιση επιπέδων κλιμάκων Ποιότητας ζωής SF-12, ικανοποίησης από τη ζωή Diener & καταθλιπτικής συμπτωματολογίας Zung στους 94 συμμετέχοντες στη μελέτη.

	Συνολική ποιότητα SF-12	Σωματικής Υγείας SF-12	Ψυχικής Υγείας SF-12	Ικανοποίηση από τη ζωή Diener
	r-Spearman (p-value)			
Ικανοποίηση από τη ζωή Diener	0,370 (<0,001)	0,281 (0,006)	0,387 (<0,001)	-
Καταθλιπτική συμπτωματολογία Zung	-0,100 (0,338)	-0,034 (0,744)	-0,177 (0,263)	0,199 (0,054)

Με βάση τη συσχέτιση που παρατηρείται στον πίνακα 4, η συνολική ποιότητα ζωής των 94 συμμετεχόντων είναι σημαντικά συνδεδεμένη με την ικανοποίηση από τη ζωή ενώ η καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση.

Σχήμα 2. Επίπεδα κλιμάκων Ποιότητας ζωής SF-12, ικανοποίηση από τη ζωή Diener & καταθλιπτικής συμπτωματολογίας Zung στους 94 συμμετέχοντες στη μελέτη, σε σχέση με την ηλικία τους.



Στο σχήμα 2 παρατηρείται μείωση της ποιότητας ζωής με την αύξηση της ηλικίας, αλλά δεν υπάρχει σημαντικότητα.

Πίνακας 5. Επίπεδα κλιμάκων Ποιότητας ζωής SF-12, ικανοποίηση από τη ζωή Diener & καταθλιπτικής συμπτωματολογίας Zung σε σχέση με τα χαρακτηριστικά των 94 νοσηλευτών/τριων στη μελέτη.

			Συνολική ποιότητα SF-12	Ικανοποίηση από τη ζωή Diener	Καταθλιπτική συμπτωματολογία Zung
			≤25 ^η ΕΘ	έως 19	50+
		v	%		
Επίπεδο μόρφωσης	<i>Β'βάθμια</i>	32	18,8	28,1	15,6
	<i>Γ'βάθμια</i>	57	24,6	26,3	35,1
	<i>μεταπτυχιακές σπουδές</i>	5	60,0	20,0	20,0
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α</i>	40	22,5	47,5	32,5
	<i>Έγγαμος/η</i>	54	25,9	11,1	24,1
Τόπος καταγωγής	<i>πόλη</i>	68	25,0	29,4	25,0
	<i>κωμόπολη</i>	11	27,3	0,0	27,3
	<i>χωριό</i>	14	21,4	35,7	42,9
Απασχόληση	<i>δημόσιο Τομέα</i>	61	32,8	26,2	24,6
	<i>ιδιωτικό Τομέα</i>	33	9,1	27,3	33,3
Θέση εργασίας	<i>κλινικός νοσηλευτής/τρια</i>	63	31,7	28,6	31,7
	<i>βοηθός νοσηλευτή/τριας</i>	26	11,5	19,2	19,2
	<i>προϊστάμενος</i>	5	0,0	40,0	20,0
Χρόνιο νόσημα	<i>Ναι</i>	13	46,2	23,1	15,4
	<i>Όχι</i>	81	21,0	27,2	29,6
Φαρμακευτική αγωγή	<i>Ναι</i>	12	41,7	25,0	16,7
	<i>Όχι</i>	64	22,0	26,8	29,3

Έλεγχος χ^2 . * p<0.05.

Στον πίνακα 5 παρατηρείται σημαντικά υψηλότερο ποσοστό άγαμων- διαζευγμένων- χήρων με χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή (47,5%) συγκριτικά με τους έγγαμους (11,1%). Επιπλέον, οι εργαζόμενοι του δημοσίου τομέα παρουσιάζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής (32,8%) σε σχέση με τα άτομα που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα (9,1%). Τέλος εντοπίζεται χαμηλή ποιότητα ζωής και καταθλιπτική συμπτωματολογία στους κλινικούς νοσηλευτές με ποσοστό 31,7% στο καθένα.

Πίνακας 6. Συσχέτιση επιπέδων κλιμάκων Ποιότητας ζωής SF-12, ικανοποίησης από τη ζωή Diener & καταθλιπτικής συμπτωματολογίας Zung με χαρακτηριστικά απασχόλησης, εργασίας και νοσηρότητας των 94 νοσηλευτών/τριων στη μελέτη.

	Συνολική ποιότητα SF-12	Σωματική Υγείας SF-12	Ψυχικής Υγείας SF-12	Ικανοποίησ η από τη ζωή Diener	Καταθλιπτική συμπτωματολογία α Zung
r-Spearman (p-value)					
Μηνιαίο εισόδημα, ευρώ	-0,002 (0,986)	0,029 (0,823)	-0,050 (0,695)	0,078 (0,543)	0,031 (0,808)
Έτη εργασίας	-0,077 (0,460)	-0,063 (0,546)	-0,093 (0,375)	-0,046 (0,661)	0,014 (0,895)
Πρόγραμμα Υπηρεσίας, ημέρες	-0,086 (0,413)	-0,093 (0,378)	-0,057 (0,589)	0,153 (0,147)	-0,095 (0,369)
Μηνιαίες ώρες εργασίας	0,236 (0,023)	0,237 (0,022)	0,199 (0,055)	-0,065 (0,536)	0,056 (0,597)
Αριθμός βαρδιών ανά μήνα	0,261 (0,013)	0,169 (0,109)	0,261 (0,012)	0,262 (0,012)	0,102 (0,336)
Χρόνια λήψης αγωγής	0,588 (0,057)	0,483 (0,133)	0,505 (0,113)	-0,033 (0,924)	0,134 (0,693)

Στον πίνακα 6 απεικονίζεται η συσχέτιση των κλιμάκων με χαρακτηριστικά απασχόλησης, εργασίας και νοσηρότητας των 94 νοσηλευτών. Από τα αποτελέσματα που προκύπτουν, αξίζει να σημειωθεί πως παρατηρείται σημαντικά αυξημένη συσχέτιση μεταξύ της συνολικής ποιότητας ζωής με τις πολλές ώρες εργασίας και με τον αυξημένο αριθμό βαρδιών ανά μήνα, πράγμα το οποίο αποτελεί παράδοξο. Η αρχική υπόθεση ήταν πως θα προκύψει σημαντικά μειωμένη συσχέτιση διότι το

αυξημένο φόρτο εργασίας συμβάλλει στη μείωση της σωματικής και ψυχικής υγείας με αποτέλεσμα την αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής (Young, Longman 1983). Ωστόσο, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η Ποιότητα Ζωής, θα μπορούσε να οριστεί ως το σύνολο των εσωτερικών διεργασιών του ατόμου, οι οποίες σχετίζονται με το βαθμό ικανοποίησής του από τις διάφορες εκφάνσεις της ζωής του. Για παράδειγμα, οι καλές συνθήκες εργασίας, η προσωπική υγεία, η εκπαίδευση, η οικογένεια, οι κοινωνικές συναναστροφές και η οικονομική κατάσταση (Αλουμανής, Π. 2002).

Πίνακας 7. Ποιότητας ζωής SF-12 ως προς την ικανοποίηση από τη ζωή Diener των 94 νοσηλευτών/τριων στη μελέτη.

		Συνολική ποιότητα SF-12			
			$\leq 25^{\text{η}}$ ΕΘ	$> 25^{\text{η}}$ ΕΘ	
		v	%		p-value
Ικανοποίηση από τη ζωή Diener	<i>χαμηλή, έως 19</i>	25	39,1	22,5	0,021
	<i>καθόλου ή λίγη</i>	33	43,5	32,4	
	<i>υψηλή, 26+</i>	36	17,4	45,1	

[†]Έλεγχοι χ^2 (γραμμική τάση).

Όσον αφορά τον πίνακα 7, παρατηρείται ότι στα άτομα με χαμηλή ποιότητα ζωής, είναι σημαντικό υψηλότερο το ποσοστό των ατόμων με χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή (39,1%).

Πίνακας 8. Ποιότητας ζωής SF-12 ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία Zung των 94 νοσηλευτών/τριων στη μελέτη.

		Συνολική ποιότητα SF-12			p-value
		$\leq 25^{\text{η}}$ EΘ	$> 25^{\text{η}}$ EΘ		
		v	%		
Καταθλιπτική συμπτωματολογία Zung	<i>χωρίς συμπτώματα, <50</i>	68	78,3	70,4	0,465
	<i>ήπια συμπτώματα, 50+</i>	26	21,7	29,6	

Έλεγκοι χ^2 .

Στον πίνακα 8 σημειώνεται υψηλό ποσοστό ατόμων με υψηλή **και χαμηλή** συνολική ποιότητα ζωής χωρίς καταθλιπτική συμπτωματολογία (70,4% και 78.3% αντίστοιχα). Γνωρίζοντας τη μεγάλη συσχέτιση μεταξύ της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής, το αποτέλεσμα παρουσιάζεται ως κατά κάποιο τρόπο αντιφατικό με τους διάφορους ορισμούς της ΠΖ. Ωστόσο, σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο (2001), η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής παρουσιάζεται ως μία καθαρά προσωπική αντίληψη η οποία έχει έχει επίδραση σε σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο καθώς και στο βαθμό στον οποίο το εκάστοτε άτομο αισθάνεται ικανοποίηση από τις συνθήκες της ζωής του.

ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ- ΗΘΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Υπήρξαν κάποιοι περιορισμοί που πιθανόν επηρεάζουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε ένα βαθμό:

- ❖ Το δείγμα της μελέτης θεωρείται ικανοποιητικό αλλά πιθανόν να μην αρκετά μεγάλο για να μπορούν να γενικευτούν τα αποτελέσματα.
- ❖ Ο πληθυσμός στόχος για την σύλλογο των δεδομένων δεν ήταν πρόθυμοι να συμμετέχουν.

Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

Η συμμετοχή των φυσικών προσώπων στην έρευνα ήταν εθελοντική. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και δεν περιείχαν προσωπικά στοιχεία των φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων.

Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα έτυχαν ποσοτικής επεξεργασίας συνολικά.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη πραγματεύεται την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών στο χώρο της ψυχικής υγείας με σκοπό τη διερεύνηση των παραγόντων που την επηρεάζουν. Η ποιότητα ζωής ορίζεται ως ένα σύμπλεγμα παραμέτρων ικανοποιητικής λειτουργίας, σε τρεις κυρίως διαστάσεις: της φυσικής ευεξίας της ψυχικής ευεξίας και της κοινωνικής ευεξίας. Οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της υγείας και της ΠΖ αφορούν τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας και τη σωματική και την ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου.

Σύμφωνα με τα στατιστικά της έρευνας, υψηλό ποσοστό δεν παρουσιάζει κάποιο χρόνιο νόσημα (86,2%), ενώ υψηλό ποσοστό των ατόμων που πάσχει παρακολουθείται από κάποιο γιατρό (92,3%). (Πίνακας 2)

Αναφορικά με την ποιότητα ζωής βρέθηκε πως υπάρχει διαφορά στη συνολική ποιότητα ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες και πιο συγκεκριμένα, η ψυχική υγεία των ανδρών, είναι σημαντικά καλύτερη από την υγεία των γυναικών. Αυτό προκύπτει λόγω πιθανών αυξημένων υποχρεώσεων των γυναικών σχετικά με την φροντίδα της οικογένειας σε συνδιασμό με την εργασία, πράγμα το οποίο μπορεί να

προκαλέσει αυξημένο αίσθημα άγχους και εξάντλησης. Όσον αφορά τη σωματική, δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλλα. (Πίνακας 3) Επιπλέον με βάση τα αποτελέσματα όσον αφορά τη συσχέτιση των κλιμάκων με τα χαρακτηριστικά εργασίας, εμφανίζεται υψηλή ποιότητα ζωής στους νοσηλευτές σε σχέση με τις ώρες εργασίας τους. Σύμφωνα με τις εννοιολογικές προσεγγίσεις της ποιότητας ζωής, μείζονος σημασίας θεωρείται η συσχέτιση και η αλληλεξάρτηση παραγόντων και παραμέτρων της προσωπικής και της κοινωνικής ζωής. Η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή, η ηθική, η αυτοεκτίμηση και η αυτοπραγμάτωση του κάθε ανθρώπου αποτελούν συντελεστές που επηρεάζουν την ολοκλήρωση της προσωπικότητας του. Επιπλέον, η ύπαρξη των κατάλληλων συνθηκών, εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μία δεδομένη κοινωνία. (π.χ. εργασιακός χώρος). (Πίνακας 6)

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή Deiner σε σχέση με την ηλικία τους ήταν αρκετά θετικά διότι μεγάλο ποσοστό των ατόμων δήλωσε ικανοποιημένο με τη ζωή τους και ότι είναι αρκετά κοντά στο ιδανικό τους. Ωστόσο, στο ερώτημα «αν θα μπορούσα να ξαναζήσω τη ζωή μου, δε θα άλλαζα τίποτα» παρατηρήθηκε μεγάλο ποσοστό αρνητικών απαντήσεων. Συμπερασματικά, αυτό δείχνει ότι παρόλο που είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τη ζωή, θα ήθελαν ενδεχομένως να αλλάξουν κάποια πράγματα σε αυτή (Σχήμα 1). Αντιθέτως, παρατηρήθηκε χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή στους άγαμους- διαζευγμένους- χήρους έναντι των έγγαμων (Πίνακας 5)

Από την ανάλυση των στοιχείων αναφορικά με τα επίπεδα της ποιότητας ζωής (σωματική και ψυχική υγεία), καθώς και στο σύνολό της, προκύπτει πως η ποιότητα ζωής είναι αλληλένδετη με την ικανοποίηση από τη ζωή. Επομένως τα αποτελέσματα της ανάλυσης επιβεβαιώνονται με βάση τα λεγόμενα των Campbell και συν, (1976) ότι η ποιότητα ζωής σχετίζεται με το βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή, καθώς και τις συνθήκες διαβίωσης (Πίνακας 4). Αυτό αποδεικνύεται και από τη συσχέτιση της συνολικής ποιότητας ζωής SF-12 ως προς την κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή Deiner, διότι παρατηρείται χαμηλή ποιότητα ζωής σε άτομα με χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή. (Πίνακας 7)

Τέλος, από τους 94 συμμετέχοντες της έρευνας, οι 68 δεν παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, ενώ οι 26 παρουσιάζουν ήπια συμπτώματα (Πίνακας 8). Αξίζει να σημειωθεί πως τα άτομα του δείγματος που κατάγονται από χωριό,

παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, συγκριτικά με τα άτομα που κατάγονται από πόλη ή κωμόπολη (42,9%) (Πίνακας 3). Ενδεχομένως, τα άτομα αυτά υφίστανται αισθήματα μοναξιάς και αποξένωσης λόγω μειωμένων κοινωνικών συναναστραφών, απομάκρυνσης από την οικογένεια και οικείων προσώπων καθώς και λόγω έλλειψης πόρων και δραστηριοτήτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Παρατηρήθηκε υψηλότερο ποσοστό συνολικής ποιότητας ζωής στους άνδρες απ'ότι στις γυναίκες, και ιδιαίτερα το ποσοστό της ψυχικής υγείας. Οι αυξημένες υποχρεώσεις των γυναικών όπως το νοικοκυριό, η φροντίδα της οικογένειας, η προσπάθεια καταξίωσης στο χώρο εργασίας τους και γενικά η προσπάθεια συνεχούς παραγωγικότητας προκαλούν αύξηση άγχους και εξουθένωσης, ψυχικής και σωματικής. Αποτελέσματα μελετών καταδεινούν ότι η εξουθένωση παρατηρείται περισσότερο στις γυναίκες καθώς και ελαφρώς υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης απ'ότι οι άνδρες (Maslach & Jackson, 1986).
- Διαπιστώθηκε μικρή μείωση της ποιότητας ζωής με την αύξηση της ηλικίας. Αυτό πιθανόν παρατηρείται λόγω της μείωσης της σωματικής και ψυχικής ευεξίας με την πάροδο της ηλικίας καθώς αλλάζουν οι αντοχές και συχνά δημιουργείται αίσθημα κόπωσης, κοινωνικής αποξένωσης καθώς και μείωση παραγωγικότητας.
- Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο τύπος καταγωγής, όσον αφορά την καταθλιπτική συμπτωματολογία, καθώς παρατηρείται υψηλότερο ποσοστό καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε άτομα που κατάγονται από χωριό έναντι των ατόμων που κατάγονται από πόλη ή κωμόπολη. Πιθανόν αυτό συμβαίνει λόγω απομάκρυνσης από την οικογένεια, αποξένωσης καθώς και έλλειψης κοινωνικών συναναστραφών, πόρων και δραστηριοτήτων.
- Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, προέκυψε ότι υπάρχει χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή και καταθλιπτική συμπτωματολογία σε άγαμους-χήρους-διαζευγμένους συγκριτικά με τους έγγαμους. Αυτό προκύπτει από πιθανά αισθήματα μοναξιάς, λύπης, εγκατάλειψης καθώς και κοινωνικής πίεσης. Πολύ συχνά άγαμοι-χήροι- διαζευγμένοι καλούνται να απαντήσουν σε διάφορα κοινωνικά πρότυπα και να προσαρμοστούν σε αυτά με

αποτέλεσμα μείωση της κοινωνικής ευεξίας και της ψυχολογικής ολοκλήρωσης και αυτοπραγμάτωσης (Rokeach 1973).

- Η ποιότητα ζωής των νοσηλευτών που εργάζονται στο δημόσιο τομέα, παρουσιάζει σημαντική μείωση συγκριτικά με τα άτομα που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα. Πιθανά διοικητικά προβλήματα μπορούν να δημιουργήσουν άνισες σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων με αποτέλεσμα συγκρούσεις μεταξύ των συναδέλφων, αυστηροί κανόνες οι οποίοι δεν επιτρέπουν την ελευθερία της προσωπικής άποψης, πρωτοβουλίας ή δημιουργικότητας καθώς και η έλλειψη διοικητικής και οργανωτικής ικανότητας (π.χ. τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση) (Murphy, 1995) (Σταμάτη Α., 2004)
- Το κλινικό νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζει χαμηλή συνολική ποιότητα ζωής. Οι νοσηλευτές καλούνται να αναταπευξέλθουν σε αντίξοες συνθήκες καθ' όλη τη διάρκεια της εργασίας τους όσον αφορά τη φύση της εργασίας, τις υψηλές προσδοκίες του επαγγέλματος καθώς και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Σταμάτη Α., 2004).
- Παρατηρήθηκε αυξημένη συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής με τις μηνιαίες ώρες εργασίας και τον αριθμό βαρδιών. Η αρχική υπόθεση ήταν πως θα προκύψει σημαντικά μειωμένη συσχέτιση διότι το αυξημένο φόρτο εργασίας συμβάλλει στη μείωση της σωματικής και ψυχικής υγείας με αποτέλεσμα την αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής τους (Young, Longman 1983). Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη την πολυδιάστατη φύση της ποιότητας ζωής συμπεραίνουμε πως οι παράγοντες που την επηρεάζουν σχετίζονται με όλες τις εκφάνσεις της ζωής του ατόμου όπως η προσωπική υγεία, η οικογένεια, οι κοινωνικές συναναστροφές, η οικονομική κατάσταση κ.λ.π. (Αλουμανής Π., 2002).
- Υπάρχει αλληλένδετη σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης από τη ζωή. Οι Campbell et al. (1976) διαπίστωσαν ότι η ποιότητα ζωής σχετίζεται με το βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή και τις συνθήκες διαβίωσης. Οι Young και Longman (1983) συμφωνούν με την παραπάνω άποψη και υποστηρίζουν ότι η ποιότητα ζωής αναφέρεται στη σωματική, κοινωνική, υλική και ψυχολογική ευεξία του ατόμου. Για το λόγο αυτό, οι παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο είναι η οικογενειακή ζωή, η υγεία, η φιλία, οι εργασίες στο σπίτι, η απασχόληση, η στέγαση, η παιδεία, το βιοτικό επίπεδο,

το επίπεδο μόρφωσης και η οικονομική άνεση. Αν οι εν λόγω τομείς βαίνουν καλά, τότε τα επίπεδα ικανοποίησης των ατόμων από τη ζωή τους είναι υψηλά και, συνεπώς, και η ποιότητα ζωής.

- Από τη μελέτη προκύπτει πως δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής ποιότητας ζωής και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Παρατηρήθηκε πως ακόμα και σε άτομα που παρουσιάζουν χαμηλή ποιότητα ζωής, δεν είναι απαραίτητο πως θα έχουν και συμπτώματα κατάθλιψης. Έχοντας κατά νου τη διττή φύση της ποιότητας ζωής σε υποκειμενικό και αντικειμενικό επίπεδο (Noll, 1998), καθώς και τον ορισμό της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής που έδωσε ο Υφαντόπουλος (2001), ως μία αποκλειστικά προσωπική αντίληψη, συμπεραίνουμε ότι ενδεχομένως οι προσωπικές πεποιθήσεις και εμπειρίες των ατόμων αυτών, έχουν σημαντική επίδραση στον βαθμό ικανοποίησης και τα επίπεδα της ζωής τους (σωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο: <input type="checkbox"/> Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα
Πόσο ετών; _____
Μορφωτικό Επίπεδο: <input type="checkbox"/> Δευτεροβάθμια εκπαίδευση <input type="checkbox"/> 3. Μεταπτυχιακές σπουδές <input type="checkbox"/> 2. Τριτοβάθμια εκπαίδευση (τεχνολογική/πανεπιστημιακή)
Οικογενειακή κατάσταση: <input type="checkbox"/> 1. Άγαμος/η χωρίς σχέση <input type="checkbox"/> 4. Έγγαμος/η <input type="checkbox"/> 2. Άγαμος/η με σχέση <input type="checkbox"/> 5. Έγγαμος/η με παιδιά <input type="checkbox"/> 3. Άγαμος/η με παιδιά και πόσα; <input type="checkbox"/> 6. Διαζευγμένος/η – Χήρος/α
Είδος Απασχόλησης: <input type="checkbox"/> 1. Δημόσιος Υπάλληλος <input type="checkbox"/> 2. Ιδιωτικός Υπάλληλος <input type="checkbox"/> 3. Ελεύθερος Επαγγελματίας Εισόδημα _____ Θέση Εργασίας: <input type="checkbox"/> 1. Κλινικός Νοσηλευτής <input type="checkbox"/> Βοηθός Νοσηλευτή <input type="checkbox"/> 3. Αναπληρωτής Προϊστάμενος <input type="checkbox"/> Προϊστάμενος
Τόπος καταγωγής: <input type="checkbox"/> 1. Πόλη <input type="checkbox"/> 2. Κωμόπολη <input type="checkbox"/> 3. Χωριό Προσδιορίστε: _____ Έτη εργασίας: _____ Πρόγραμμα Υπηρεσίας (μέρες): _____ Μηνιαίες Ώρες Εργασίας: _____ Αριθμός Βαρδιών (ανά μήνα): _____
Έχετε κάποιο πρόβλημα υγείας; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Παίρνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή για το πρόβλημα; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Και αν ναι ποιά; _____ Και για πόσο καιρό; _____ Σας παρακολουθεί ιατρός; _____

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ SF-12

1. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Οι παρακάτω προτάσεις αναφέρουν δραστηριότητες που πιθανώς κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η σημερινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
2. <u>Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες</u> , όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Όταν ανεβαίνετε <u>μερικούς</u> ορόφους με τα πόδια.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στην δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4. <u>Πραγματοποιήσατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Περιορίσατε <u>τα είδη</u> της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στην δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

- | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| | | NAI | OXI |
| 6. | <u>Πραγματοποιήσατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Κάνατε την δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> απ' ότι συνήθως; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Για κάθε μια από τις παρακάτω ερωτήσεις, επιλέξτε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα:

- | | | | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Συνεχώς | Πολύ
συχνά | Συχνά | Ορισμένες
φορές | Σπάνια | Καθόλου |
| 9. | Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Είχατε πολλή ενεργητικότητα; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;

Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΚΛΙΜΑΚΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΖΩΗ Ε. DIENER (1985)

Παρακάτω υπάρχουν πέντε προτάσεις με τις οποίες μπορεί να συμφωνείτε ή να διαφωνείτε. Χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα από το 1 έως το 7, καταδείζτε την συμφωνία σας με κάθε λήμμα τοποθετώντας τον κατάλληλο αριθμό στην γραμμή που προηγείται του λήμματος αυτού. Παρακαλώ, να είστε ανοιχτοί και ειλικρινείς στις απαντήσεις σας.

1 = Διαφωνώ Πολύ

2 = Διαφωνώ

3 = Διαφωνώ Λίγο

4 = Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ

5 = Συμφωνώ Λίγο

6 = Συμφωνώ

7 = Συμφωνώ Πολύ

_____ 1. Από τις περισσότερες απόψεις, η ζωή μου είναι κοντά στο ιδανικό μου.

_____ 2. Οι συνθήκες της ζωής μου είναι εξαιρετικές.

_____ 3. Είμαι ικανοποιημένος/-η με τη ζωή μου.

_____ 4. Μέχρι στιγμής έχω αποκτήσει τα πιο σημαντικά πράγματα που θέλω στη ζωή.

_____ 5. Αν μπορούσα να ξαναζήσω τη ζωή μου, δεν θα άλλαζα τίποτα.

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ W. K. ZUNG

ΦΥΛΟ.....

ΗΛΙΚΙΑ.....

1	Αισθάνομαι ακόκεφος και έχω τις μαύρες μου	1	2	3	4	
2	Το πρωί αισθάνομαι καλύτερα	4	3	2	1	
3	Κλαίω ή μούρχειται να κλάψω	1	2	3	4	
4	Έχω προβλήματα με τον ύπνο μου τη νύχτα	1	2	3	4	
5	Τρώω όσο έτρωγα συνήθως	4	3	2	1	
6	Μου αρέσει να κοιτάω, να μιλάω και να βρίσκομαι με ελκυστικές γυναίκες/άνδρες	4	3	2	1	
7	Παρατηρώ ότι χάνω βάρος	1	2	3	4	
8	Έχω πρόβλημα δυσκοιλιότητας	1	2	3	4	
9	Η καρδιά μου χτυπά γρηγορότερα απ' το συνηθισμένο	1	2	3	4	
10	Κουράζομαι χωρίς να υπάρχει λόγος	1	2	3	4	
11	Το μυαλό μου είναι τόσο καθαρό όσο ήταν πάντα.	4	3	2	1	
12	Μου είναι εύκολο να κάνω τα πράγματα που πάντα έκανα	4	3	2	1	
13	Είμαι ανήσυχος και δε μπορώ να καθήσω ακίνητος.	1	2	3	4	
14	Αισθάνομαι αισιόδοξα για το μέλλον	4	3	2	1	
15	Είμαι περισσότερο ευερέθιστος από το συνηθισμένο	1	2	3	4	
16	Το βρίσκω εύκολο να παίρνω αποφάσεις	4	3	2	1	
17	Αισθάνομαι ότι είμαι χρήσιμος και με έχουν ανάγκη	4	3	2	1	
18	Η ζωή μου είναι γεμάτη	4	3	2	1	
19	Αισθάνομαι άτι θα ήταν καλύτερα για τους άλλους αν εγώ πέθαινα	1	2	3	4	
20	Ακόμα απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω.	4	3	2	1	
						ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ:

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αδαλή Ε. Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα, ΜΕΘ, και τμήματα επειγουσών περιπτώσεων. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα, 1999.

Αλουμανής, Π. (2002). Επιθεώρηση κοινωνικής ασφάλισης. Αθήνα: ΙΚΑ

Αμπατζόγλου Γ. (1991) Ψυχιατρική και Ιατρική, τα Όρια, οι Ταυτότητες και οι Σχέσεις. Αθήνα, Εκδόσεις Οδυσσεύς.

Γείτονα, Μ., Σκουρολάκιου, Μ., Κυριόπουλος, Γ., (1996). Φαρμακοοικονομία, Αρχές και μέθοδοι αξιολόγησης. Εξάντας, Αθήνα.

Γρίβας Κ. (1985) Ψυχιατρικός Ολοκληρωτισμός. Ιστορική και Κοινωνική Θεώρηση της Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Ιανός.

Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία (2001). Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα. Αθήνα, Εκδόσεις Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας.

Θεοδώρου Μάμμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης, 1996 Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Αθήνα,

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., (2001). Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Ιωαννίδη Ε, Λοπατατζίδης Α, Μάντη Π. Δημόσια υγεία - επιδημιολογία. Στο: Εκδόσεις ΕΑΠ. Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Τόμος Α, Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές. Πάτρα, 1999: 59-134

Κάβουρα, Μ., Γείτονα, Μ., Βανδώρου, Χ., Κυριόπουλος, Γ., (2003). Ποιότητα Ζωής. Ιατρικό τμήμα Janssen- Cilag, Αθήνα.

Καδδά Α. Τρόποι διαχείρισης του stress των επαγγελματιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία. Επιθεώρηση Υγείας 2005,16:23–26

Καραδήμας Ε. (2005): Ψυχολογία της υγείας ,Θεωρία και κλινική πράξη, Τυπωθήτω, Αθήνα

Μαδιανός Μ. (1994) Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της, από τη Θεωρία στην Πράξη. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα.

Μάνος Ν. (1997) Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις University Studio Press.

- Μαρκος Σαρης (2009) Κοινωνιολογία της υγείας , Αθήνα
- Μάρκου Π. Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικόπροσωπικό των νοσοκομείων. Επιθεώρηση Υγείας 2005,16:21–25
- Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργώς – Β.φάση. «Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης». Αθήνα, Δεκέμβριος 2005
- Μπαϊρακτάρης Κ. (1994) Ψυχική Υγεία και Κοινωνική Παρέμβαση, Εμπειρίες, Συστήματα, Πολιτικές. Αθήνα, Εναλλακτικές εκδόσεις
- Οικονόμου Μ, Κοκκώση Μ, Τριανταφύλλου Ε, et al. Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001; 18(3): 239-253
- Πλουμπίδης Δ. (1995) Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα. Θεσμοί, Ιδρύματα και Κοινωνικό Πλαίσιο 1850-1920. Αθήνα, Εκδόσεις Σύγχρονα Θέματα.
- Ρασιδάκη Ν.Κ. (1979) Στοιχεία Ψυχιατρικής. Αθήνα, Εκδόσεις Μωραΐτου-Σιδερίδη.
- Σαρρής Μ (2001): Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, Αθήνα
- Σαρρής Μ, Σούλης Σ, Υφαντόπουλος Γ. Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001; 18(3):230-238
- Σαρρής Μ, Χρυσάκης Μ, Σούλης Σ. Ανισότητες στην υγεία. Μια κριτική προσέγγιση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2002; 19(6):672-687
- Σαρρής, Μ, (2001). Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Σουρτζή Π.(1998): Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 10(4):179- 185.
- Σταμάτη Α. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης:Μια πρόκληση για τον κόσμο της εργασίας. Ημερίδα, Αθήνα,2004, Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Εργασιακών Σχέσεων – European
- Industrial Relations Observatory
- Τούντας Γ.(2000): Κοινωνία και Υγεία, Οδυσσέας-Νέα Υγεία, Αθήνα
- Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ, Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής- Μεθοδολογία Μέτρησης, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τομ. 18, σελ. 218-229
- Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001; 18(3):218-229

Υφαντόπουλος Ι. (2003). Η Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής στα Οικονομικά της Υγείας. Νέα Υγεία

Υφαντόπουλος, Γ., Ν., (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τομ.24, σελ.6-18. Αθήνα.

Φιλανδριανός Κ. (1977) Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών. Το Δαφνί ... Μια Φανταστική Πολιτεία. Αθήνα.

Χαρτοκόλλης Π. (1986) Εισαγωγή στην Ψυχιατρική. Αθήνα, Εκδόσεις Θεμέλιο.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Altun I. Burnout and nurses' personal and professional values. Nurs Ethics. 2002 May;9(3):269-78.

Andrews F, Whitney SB. Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality. New York, Plenum Press, 1974.

Anne Williams , Χάνα Cooke , Καρλ Μαΐου(2009) Κοινωνιολογία, Νοσηλευτική, και Υγεία

Anonymous. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995, 41:1403-1409

Arnold J., Cooper C.L. & Robertson I.T. Work Psychology: Understanding human behaviour in the work place. 2nd ed, Pitman, London, 1995

Baker F, Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support systems. Eval Program Plann 1982, 5:69-79

Bakker A.B., Killmer C.H., Siegrist J. & Schaufeli W.B. Effort-reward imbalance and burnout among nurses. Journal of Advanced Nursing, 2000, 31:884-891

Boumans N.P.G. & Landeweerd J.A. A Dutch study of effects of primary nursing on job characteristics and organizational processes. Journal of Advanced Nursing, 1996, 24:16-23.

Bowling A. Measuring health: A review of quality of life measurement scales. 2nd ed. UK, Open University Press, 1997

Bullinger M. International compatibility of health interview surveys: An overview of methods and approaches. In: Noskov A, Gudex C (eds). EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. IOS Press, 2003:1-11

- BURCKHARD C, ANDERSON K. Health and quality of life outcomes. London, 2003
- Calman KC, Quality of life in cancer patients—an hypothesis. *Journal of Medical Ethics* 1984;10:124-127.
- Campell A, Converse PE, Rodgers WL. The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions. New York, Russell Sage Foundation, 1976.
- Ciaran A. O'Boyle, Measuring the quality of later life, The royal society, 1997
- DRUMMOND MF, STODDART GL, TORRANCE GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford Medical Publ, oxford, 1987
- Edwards D., Burnard P., Coyle D., Fothergill A. & Hannigan B. A stepwise multivariate analysis of factors that contribute to stress for mental health nurses working in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 36 (6):805-813
- Fayers PM, Machin D. Quality of Life – Assessment, Analysis and Interpretation. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, 2000:3-5
- Flanagan, John C, A research approach to improving our quality of life, *American Psychologist*, Vol 33(2), Feb 1978, 138-147.
- Greco P., Laschinger HK., Wong C. Leader empowering behaviours, staff nurse empowerment and work engagement/burnout. *Can J Nurs Leadersh*. 2006 Dec;19(4):41-56.
- Hamonet C., Magalhaes T.(2001):The notion of health, *Presse Med*. 2001; Mar 31; 30(12):587-90
- Heinz-Herbert Noll, *Advances in Sociological Knowledge*, 1998 , 151-181
- Janssen P.P.M., de Jonge J., Bakker A.B. Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turnover intentions: a study among nurses. *Journal of Advanced Nursing* , 1999, 29:1360-1369.
- Joubert N, Raeburn J: Mental health promotion: People, power and passion. *Inter J of Mental Health Prom* 1998, Inaugural issue: 15-22.
- Kaplan RM, Bush JW. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology* 1982; 1:61-80.
- Kavoura M, Kiriopoulos G, Geitonas M, Vandorou C. Quality of life. Athens, Janssen-Cilag Publications, 2003
- Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Tountas Y. Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:55.

- Kovacs J.(1998): The concept of health and disease, *Medicine, Health Care and Philosophy* 1: 31–39.
- Law I., Widdows H. (2007): *Conceptualising Health : Insights from the Capability Approach Health Care Anal DOI 10.1007/ s10728-007-0070-8 Springer Science+Business Media, LLC 2007*
- Lawrence R. Murphy, (1995) "Managing job stress: an employee assistance/human resource management partnership", *Personnel Review*, Vol. 24 Issue: 1, pp.41-50
- Leslie Fallowfield *The Quality of Life: The Missing Measurement in Health Care*, Souvenir Press, 1990
- Maslach C,Jackson SE.Maslach :Burnout inventory manual.Palo Alto,California,.Consulting Psychologists Press.1986
- Maslach C,Schaufeli WB,Leiter Mb,Job burnout.*Annu Rev Physcol*,2001
- Mordaccci R. (1995): Health as an analogical concept, *J Med Philos* Oct;20(5):475-97.
- Mordaccci R. (1995): Health as an analogical concept, *J Med Philos* Oct;20(5):475-97.
- Muldoon, M, F., Barger, S., D., Flory, J., Manuck, S., (1998). What are quality of life measurements. *Br Med J*, vol.316, o.542-545.
- Murray CJL, Lopez AD, editors. In: *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.
- Orley J. Weisen R.B. Mental health promotion: What it is and what it is not. *Inter J of Mental Health Prom* 1998, Inaugural issue: 41-44.
- Ovretveit J. Quality evaluation and indicator comparison in health care. *International J of Health Planning and Management* 2001;16 :229-241.
- Patrick B, Erickson PD. In: *Oxford University Press. Health Status and Health Policy. Allocating Resources to Health Care*. Oxford, 1993
- Rogerson, R. (1997) *Quality of Life in Britain*. Glasgow: University of Strathclyde.
- Rokeach J. *The nature of human values*. New York, Free Press/ Macmillan, 1973.
- Saracci R.(1997) the world health organisation needs to reconsider its definition of health, *BMJ*; 314:1409

Schramme T (2007) : Lennart Nordenfelt's theory of health: Introduction to the theme
Medicine, Health Care and Philosophy, 10:3–4

Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC. An empirical analysis of the dimensions of
health status measures. Soc Sci Med 1989; 29:761-768.

Skärlund M, Åhs A, Westerling R. Health-related and social factors predicting non-
reemployment amongst newly unemployed. BMC Public Health. 2012;12:893. doi:
10.1186/1471-2458-12-893

Täljedal Inge-Bert (2004): Strong holism, weak holism, and health, Medicine, Health
Care and Philosophy 7: 143–148

Vahey DC., Aiken LH., Sloane DM., Clarke SP., Vargas D. Nurse burnout and patient
satisfaction. Med Care. 2004 Feb;42(2 Suppl):II57-66.

WARE JE. Measures for a new era of health assessment. In: Stewart AL, Ware JE
(eds) Measuring, functioning and well-being. Duke University Press, London, 1992

WILLIAMS A. The measurement and valuation of health: A chronicle. Discussion
Paper 130. Centre for Health Economics, New York, 1995

Wilson, I, B., Cleary, P., D., (1995). Linking clinical variables with health- related
quality of life. A conceptual model of patient outcomes. JAMA vol.273, p-59-65

Young Katherine J. Ph.D., R.N., f.A.a.n.; Longman, Alice J. Ed.D., R.N. Quality of
life and persons with melanoma: A pilot study, 1983

Zautra A, Goodhart D. Quality of life indicators: A review of the literature.
Community Ment Health Rev 1979, 4:1, 3-10.

