



Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης



Τόμος 3, Τεύχος 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2010



[Ρομποτική Χειρουργική: η Νέα Πρόκληση για το Ιατρικό και Νοσηλευτικό Προσωπικό στον 21ο αιώνα]

[Η αναζήτηση βοήθειας απειλή για την αυτοδυναμία και τον αυτοσεβασμό του ατόμου με ψυχικά προβλήματα: μια έρευνα ερωτηματολογίων]

[Το φαινόμενο της εγκατάλειψης βρεφών και η αντιμετώπισή του σε Ευρώπη και Αμερική]

[Διερεύνηση εργασιακού στρες νοσηλευτικού προσωπικού - συγκριτική μελέτη μεταξύ νοσοκομείων πρωτεύουσας και περιφέρειας]



Το Επιστημονικό Περιοδικό της



Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος

ISSN 1791-9002

4^ο

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ &

3^ο

ΠΑΝΕΥΡΩΠΑΪΚΟ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΝΩΣΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ



ΑΘΗΝΑ

9-12 Μαρτίου 2011

Θα είμαστε όλοι εκεί!



ΕΚΔΟΤΗΣ: **ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ***

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: **ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΔΑΓΛΑΣ***

ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: **ΜΙΧΑΛΗΣ ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ**

ΑΡΧΙΣΥΝΤΑΚΤΗΣ: **Δρ. ΑΘΗΝΑ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: **ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ*, ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΠΙΣΤΟΛΑΣ***

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ: **ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΑ ΜΠΕΛΑΛΗ*, ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ ΣΑΛΗΚΙΔΗΣ***

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΕΝΤΥΠΟΥ: **ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΔΡΑΧΤΙΔΗΣ*, ΓΕΩΡΓΙΑ ΜΠΛΑΝΤΑ***

Το ΔΣ της ΕΝΕ*:

Δημήτριος Σκουτέλης: Πρόεδρος, **Αριστείδης Δάγλας:** Γενικός Γραμματέας, **Νικόλαος Ορφανός:** Α' Αντιπρόεδρος, **Κων/νος Μπουμπάρης:** Β' Αντιπρόεδρος, **Δημήτριος Πιστόλας:** Ταμίας, **Λάμπρος Μπίζας:** Αν. Γραμματέας, **Ελένη Αλμπάνη:** Οργαν. Γραμματέας, **Δημοσθένης Σαληκίδης:** Αν. Ταμίας

Μέλη Δ.Σ.:

Κωνσταντία Μπελαλή, Ευτέρπη Βασιλειάδου, Γεώργιος Δραχτιδής, Απόστολος Κωτσής, Γεωργία Μπλάντα, Γεώργιος Δόντσιος, Νικόλαος Σαββίδης

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δρ. ΕΛΕΝΗ ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

Δρ. ΜΑΡΙΑ ΓΚΙΚΑ Νοσηλεύτρια Εκπαίδευσης ΕΕΣ

Δρ. ΣΟΦΙΑ ΖΥΓΑ Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Δρ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΙΩΡΔΑΝΟΥ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Α ΑΤΕΙ ΑΘΗΝΩΝ

Δρ. ΕΥΜΟΡΦΙΑ ΚΟΥΚΙΑ Λέκτορας Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

ΘΕΟΧΑΡΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Καθηγητής Εφαρμογών ΑΤΕΙ Ηράκλειο Κρήτης

Δρ. ΦΩΤΟΥΛΑ ΜΠΑΜΠΑΤΣΙΚΟΥ Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Α ΑΤΕΙ ΑΘΗΝΩΝ

Δρ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΡΕΖΕΡΑΚΟΣ Επίκουρος Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

ΜΕΛΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Dr. Ehrenfeld Mally, RN, PhD, Head of Nursing dep. Associate Professor Tel-Aviv University, Dep of Nursing, Israel.

Dr. Merkouris Anastasios. RN, PhD, Associate Professor, Cyprus University of Technology.

Dr. Pavlakis Andreas, Professor of Open University of Cyprus.

Dr. Papadopoulos Irena PhD, MA(Ed), BA, DipNEd, DipN, NDNCert, RGN, RM Professor of Transcultural Health and Nursing and Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health Middlesex University, London UK.

Dr. Papastavrou Evridiki Lecturer Department of Nursing, Cyprus University of Technology. President of the Council of Nursing and Midwifery.

Sironi Cecilia RN, BSc, MSc Università degli Studi dell' Insubria-Varese Italy.

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:

1. **ΙΩΑΝΝΗΣ ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ,** Καθηγητής Κοινωνικής Πολιτικής, Νομική Σχολή ΕΚΠΑ

2. **ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ,** Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ

3. **ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΑΝΙΑΔΑΚΗΣ,** Επίκουρος Καθηγητής Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιά

4. **ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΜΠΟΝΑΤΣΟΣ** Καθηγητής Ιατρικής, Πρόεδρος Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

5. **ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΠΑΤΟΠΟΥΛΟΣ** Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

6. **ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΑΡΟΓΛΟΥ** Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Πρόεδρος ΚΕΕΛΠΝΟ

7. **ΑΛΕΞΙΟΣ ΠΑΡΑΡΑΣ,** Δικηγόρος Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

8. **ΣΠΥΡΟΣ ΒΡΕΤΤΟΣ,** Συγγραφέας, Διδάκτωρ Φιλολογίας

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ-ΑΘΑΝΑΣΙΑ, ΔΡ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ ΗΛΙΑΣ Ρομποτική Χειρουργική: η Νέα Πρόκληση για το Ιατρικό και Νοσηλευτικό Προσωπικό στον 21ο αιώνα	72
ΑΦΡΟΔΙΤΗ ΖΑΡΤΑΛΟΥΔΗ Η αναζήτηση βοήθειας απειλή για την αυτοδυναμία και τον αυτοσεβασμό του ατόμου με ψυχικά προβλήματα: μια έρευνα ερωτηματολογίων.....	76
ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ, ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ ΑΘΗΝΑ Το φαινόμενο της εγκατάλειψης βρεφών και η αντιμετώπισή του σε Ευρώπη και Αμερική.....	85
ΜΟΥΣΤΑΚΑ ΕΛΕΝΗ, ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ, ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ ΜΑΡΙΑ, ΖΑΝΤΖΟΣ Ε. ΙΩΑΝΝΗΣ, ΚΥΡΙΑΚΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΑ, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Κ. ΘΕΟΔΩΡΟΣ Διερεύνηση εργασιακού στρες νοσηλευτικού προσωπικού - συγκριτική μελέτη μεταξύ νοσοκομείων πρωτεύουσας και περιφέρειας	90

ISSN 1791-9002

Με ακόμη πιο δυνατή φωνή...



Το επιστημονικό περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος, έχει ήδη συμπληρώσει δύο επιτυχημένα χρόνια κυκλοφορίας. Με σταθερούς στόχους που αφορούν την προαγωγή της νοσηλευτικής επιστήμης και τέχνης, τη συμβολή στην ποιότητα φροντίδας ατόμων, ομάδων και του κοινωνικού συνόλου σε κάθε κατάσταση υγείας και ασθένειας, την ανάδειξη και επιστημονική διερεύνηση επιστημονικών θεμάτων που αφορούν και ενδιαφέρουν τους νοσηλευτές, την προαγωγή νοσηλευτικής πολιτικής και την ενίσχυση της νοσηλευτικής έρευνας, κατάφερε μέσα στα δύο αυτά χρόνια να καταστεί το σημαντικότερο επιστημονικό περιοδικό της ελληνικής νοσηλευτικής κοινότητας.

Το επιστημονικό περιοδικό της Ε.Ν.Ε. εκδίδεται σύμφωνα με τα όσα ορίζονται από τις διεθνείς πρακτικές, με την επίσημη αναγνώριση του Υπουργείου Υγείας και αποτελεί σήμερα ένα σημαντικό «εργαλείο» στα χέρια κάθε σύγχρονου νοσηλευτή.

Το Διοικητικό μας Συμβούλιο αποφάσισε να πραγματοποιήσει ορισμένες αποφασιστικές αλλαγές, τόσο στη δομή του, όσο και στη συνολική λειτουργία του, στην κατεύθυνση της πολύπλευρης αναβάθμισης του γενικότερου πλαισίου, που διέπει τη φιλοσοφία του.

Στο εξής, το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, θα αποστέλλεται σε όλες τις Διευθύνσεις των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, στις αρμόδιες διευθύνσεις του Υπουργείου Υγείας, στα εκπαιδευτικά ιδρύματα της Νοσηλευτικής, στις βιβλιοθήκες των νοσοκομείων και στα οικεία επιστημονικά συμβούλια.

Έτσι, αφουγκραζόμενοι τα αιτήματα, όχι μόνο των νοσηλευτών, αλλά και των φοιτητών των νοσηλευτικών τμημάτων των ΤΕΙ και των ΑΕΙ, η ηλεκτρονική πρόσβαση σε ολόκληρη την ύλη του περιοδικού, θα είναι στο εξής ελεύθερη για όλους και η πρόσβαση σε αυτή θα απλοποιηθεί χωρίς να χρειάζεται η χρήση κωδικών, αλλά θα γίνεται απευθείας από την ιστοσελίδα της Ε.Ν.Ε., η οποία σε λίγες μέρες θα αναβαθμιστεί σημαντικά.

Κάθε νοσηλευτής που επιθυμεί να γίνει συνδρομητής του περιοδικού προκειμένου να λαμβάνει ταχυδρομικώς τα 4 ετήσια τεύχη του, μπορεί να επικοινωνήσει τηλεφωνικώς με τα γραφεία της Ε.Ν.Ε. ή να διατυπώνει το αίτημά του ηλεκτρονικά στο journal@enne.gr, προκειμένου να υπάρξει η σχετική μέριμνα από τους αρμοδίους.

Ήδη από τη Δευτέρα 19 Ιουλίου, η υποβολή των προς δημοσίευση εργασιών, γίνεται απευθείας στο journal@enne.gr.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι, οι συγγραφείς θα αποστέλλουν τα άρθρα τους μόνον στην ελληνική γλώσσα, με την υποχρέωση η περίληψη να αποστέλλεται και στην αγγλική. Οι οδηγίες προς τους συγγραφείς, καθώς και κάθε άλλη χρήσιμη πληροφορία, θα υπάρχουν αναρτημένες σε ειδικό χώρο της ιστοσελίδας της Ε.Ν.Ε..

Ευχαριστούμε για τις χρήσιμες συμβουλές και προτάσεις σας. Με κοινούς στόχους και σύμμαχο τη γνώση, το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, σύντομα θα βρίσκεται σε αναγνωρισμένες διεθνείς βάσεις δεδομένων, κάνοντας τη φωνή της ελληνικής επιστημονικής νοσηλευτικής κοινότητας, ακόμα πιο δυνατή.

Το ΔΣ της Ε.Ν.Ε.

Ρομποτική Χειρουργική: η Νέα Πρόκληση για το Ιατρικό και Νοσηλευτικό Προσωπικό στον 21ο αιώνα

Αλεξανδροπούλου Χριστίνα-Αθανασία

Φοιτήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας, Α.Τ.Ε.Ι Πατρών

Δρ. Παναγιωτόπουλος Ηλίας

Εργαστηριακός Συνεργάτης, Τμήμα Μηχανολογίας, Σχολή Τεχνολογικών Εφαρμογών, Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας αποτελεί η μελέτη της χρήσης ρομπότ στο χώρο της χειρουργικής επιστήμης. Ειδικότερα, αναλύονται η λειτουργία του ρομποτικού συστήματος daVinci, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που αυτό παρουσιάζει, καθώς και οι ειδικότητες της ιατρικής επιστήμης στις οποίες η ρομποτική χειρουργική βρίσκει εφαρμογή. Το ρομποτικό σύστημα daVinci αποτελεί το πρώτο και μοναδικό αυτή τη στιγμή στον κόσμο σύστημα ρομποτικής χειρουργικής που χρησιμοποιείται για την πραγματοποίηση σημαντικών ιατρικών επεμβάσεων. Τα πλεονεκτήματά του είναι πολλαπλά, όπως εκτέλεση μικροχειρουργικών επεμβάσεων ενδοσκοπικά, μεγάλη σταθερότητα και ακρίβεια κατά την εκτέλεση χειρουργικών κινήσεων κ.α. Παρόλα αυτά, παρουσιάζει και σημαντικά μειονεκτήματα, όπως π.χ. υψηλό κόστος, μεγάλο βάρος, κ.α. τα οποία εξετάζονται διεξοδικά στις επόμενες ενότητες. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη σωστή εφαρμογή της ρομποτικής χειρουργικής αποτελεί η διαρκής ενημέρωση και εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Λέξεις – Κλειδιά: λαπαροσκοπική χειρουργική, ρομποτική χειρουργική, ρομποτικό σύστημα daVinci, τεχνολογία Endo-Wrist, χειρουργική κονσόλα, χειρουργικό πεδίο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πριν περίπου είκοσι χρόνια πραγματοποιήθηκε η πρώτη προσπάθεια εκτέλεσης χειρουργικών επεμβάσεων χωρίς τραύμα, δηλαδή με λαπαροσκόπηση. Η επιτυχία ήταν τόσο μεγάλη που άλλαξε την πορεία της σύγχρονης ιατρικής και δημιούργησε μία καινούργια ειδικότητα, αυτή της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής. Με τη λαπαροσκοπική χειρουργική οι κοιλιοτομές έγιναν παρελθόν και οι συνθήκες νοσηλείας του χειρουργικού ασθενούς άλλαξαν δραματικά. Ολόκληρες χειρουργικές επεμβάσεις πραγματοποιούνται από μικρές οπές με διαστάσεις που δεν ξεπερνούν το

ένα εκατοστό. Ο μετεγχειρητικός πόνος, η απώλεια αίματος και οι επιπλοκές σχεδόν εκμηδενίστηκαν. Επεμβάσεις που στο παρελθόν απαιτούσαν πολυήμερη νοσηλεία γίνονται πλέον σε επίπεδο "one day", δηλαδή με παραμονή μίας το πολύ ημέρας στην κλινική (Susan C. deWit, 2009). Η λαπαροσκοπική χειρουργική αποτελεί μία τεράστια τεχνολογική και ιατρική καινοτομία, αλλά όταν επιχειρήθηκε να γενικευθεί η χρήση της, εμφανίστηκαν κάποιες αδυναμίες που έθεσαν όρια στην εξέλιξή της. Στη λαπαροσκοπική χειρουργική ο χειρουργός καλείται να εκτελέσει επεμβάσεις με καθοδήγηση βίντεο χωρίς άμεση επαφή με τον

ασθενή. Ο μικρός χώρος εργασίας, το περιορισμένο οπτικό πεδίο και η υποβάθμιση των φυσικών αισθήσεων του χειρουργού δημιούργησαν σοβαρά εμπόδια στη διεύρυνση των εφαρμογών της συγκεκριμένης τεχνολογίας. Ορισμένες σχετικά απλές λαπαροσκοπικές επεμβάσεις, όπως η χολοκυστεκτομή, διαδόθηκαν εύκολα και γρήγορα. Όμως, δεν συνέβη το ίδιο με τις πιο απαιτητικές επεμβάσεις, όπως σπληνεκτομή, εντερεκτομή, γαστρεκτομή κ.λ.π. Όλες οι μελέτες συνέκλιναν στο εξής συμπέρασμα: η προχωρημένη λαπαροσκοπική χειρουργική απαιτεί μακροχρόνια εκπαίδευση και ιδιαίτερη χειρουργική επιδεξιότητα. Για να ξεπεραστούν αυτά τα προβλήματα, δύο ήταν οι λύσεις: να βοηθηθεί τεχνολογικά ο χειρουργός για να βελτιώσει τις ικανότητές του ή να αντικατασταθεί από κάποια αυτόματη μηχανή απαλλαγμένη από ανθρώπινες αδυναμίες. Η έρευνα κινήθηκε από νωρίς και προς τις δύο κατευθύνσεις [Sejal P., 2008]. Έτσι, λοιπόν, σήμερα παρατηρείται μία επανάσταση στο χώρο της χειρουργικής, καθώς ύστερα από πολλαπλές μελέτες και έρευνες εγκρίθηκε η χρήση της ρομποτικής χειρουργικής, δηλαδή της εισαγωγής ρομποτικών συστημάτων στον ανθρώπινο οργανισμό, καθοδηγούμενων από ηλεκτρονικούς υπολογιστές. Τα ρομποτικά αυτά συστήματα απαιτούν χειρισμό από ανθρώπους χειρουργούς και δέχονται εντολές από αυτούς. Ο έλεγχός τους γίνεται με τηλεχειρισμό και ενεργοποίηση μέσω φωνής [Χατζηδημητρίου Σ., 2008].

Στην παρούσα εργασία εξετάζονται η λειτουργία της ρομποτικής χειρουργικής, το χειρουργικό σύστημα daVinci, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που αυτό παρουσιάζει, καθώς και οι ειδικότητες ιατρικής επιστήμης στις οποίες η ρομποτική χειρουργική εφαρμόζεται. Η διαρκής ενημέρωση και εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη σωστή εφαρμογή της χειρουργικής ρομποτικής τεχνολογίας.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ρομποτική χειρουργική είναι πραγματικότητα χάρη στη ρομποτική τεχνολογία και την τηλε-χειρουργική. Η ψηφιακή ανάλυση έδωσε τη δυνατότητα να μεταφέρεται η πληροφορία σε μεγάλη απόσταση, δίνοντας ώθηση στην τηλεχειρουργική. Μέχρι σήμερα ήταν αδιανόητο να πραγματοποιηθεί επέμβαση από μακριά, χωρίς δηλαδή να συνυπάρχουν ο ασθενής και ο χειρουργός στον ίδιο χώρο. Αυτός ο περιορισμός οδήγησε την NASA και τους μεγαλύτερους στρατιωτικούς οργανισμούς να ξεκινήσουν έρευνες, ώστε να δημιουργηθεί ένας τρόπος να χειρουργούνται οι αστροναύτες από γιατρούς που βρίσκονται στη γη, και αντίστοιχα οι στρατιώτες, που κινδύνευε η ζωή τους στο πεδίο της μάχης, από γιατρούς που βρίσκονταν σε κάποιο απομακρυσμένο και ασφαλές σημείο [Κωνσταντινίδης Κ. και άλλοι, 2009]. Το 1985 το ρομποτικό σύστημα PUMA 560 χρησιμοποιήθηκε για να εκτελέσει βιοψία εγκεφάλου με καθοδήγηση υπό CT έλεγχο. Το 1988, το σύστημα PROBOT, που αναπτύχθηκε στο Imperial College του Λονδίνου, χρησιμοποιήθηκε σε ουρολογικές επεμβάσεις προστάτη. Το σύστημα ROBODOC της Integrated Surgical Systems τέθηκε σε

λειτουργία το 1992 για να σμιλεύει με ακρίβεια τις επιφάνειες του ισχίου κατά την αρθροπλαστική χειρουργική επέμβαση. Περαιτέρω εξέλιξη των ρομποτικών συστημάτων πραγματοποιήθηκε από την εταιρεία Intuitive Surgical με την κατασκευή του συστήματος daVinci και από την Computer Motion με τα ρομπότ AESOP και ZEUS. Η Intuitive Surgical αγόρασε την Computer Motion το 1994 και διέκοψε την ανάπτυξη του ZEUS. Παράλληλα, το σύστημα daVinci έχει λάβει έγκριση από το FDA για μεγάλο εύρος χειρουργικών επεμβάσεων που περιλαμβάνουν τη ριζική προστατεκτομή για καρκίνο προστάτου, την υστερεκτομή και την αποκατάσταση μιτρωειδούς βαλβίδας και χρησιμοποιείται σε περισσότερα από οκτακόσια (800) νοσοκομεία σε Αμερική και Ευρώπη. Τον Μάιο του 1988, ο Δρ. Friedrich-Wilhelm Mohr πραγματοποίησε την πρώτη ρομποτικά υποβοηθούμενη αορτοστεφανία παράκαμψη στο Leipzig Heart Centre στη Γερμανία, χρησιμοποιώντας το σύστημα daVinci. Το 2001, ο J. Marescaux πραγματοποίησε χολοκυστεκτομή σε μία ασθενή στο Στρασβούργο της Γαλλίας, ενώ ο ίδιος βρισκόταν στη Νέα Υόρκη (Howe RD. και άλλοι, 1999).

Στην Ελλάδα, το χειρουργικό σύστημα daVinci λειτουργεί από το Σεπτέμβριο του 2006 στο Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, ενώ το 2008 τέθηκε σε λειτουργία ένα δεύτερο σύστημα στο Νοσοκομείο Υγεία. Κατά το πρώτο έτος εφαρμογής του εκτελέστηκαν με απόλυτη επιτυχία πάνω από διακόσιες πενήντα (250) χειρουργικές επεμβάσεις. Επιστημονικός υπεύθυνος της πρωτοβουλίας αυτής υπήρξε ο Επίκουρος Καθηγητής Δρ. Κων/νος Κωνσταντινίδης, ο οποίος με τους συνεργάτες του, πραγματοποίησε με επιτυχία τις πρώτες ρομποτικές χειρουργικές επεμβάσεις [Κωνσταντινίδης Κ. και άλλοι, 2009]. Οι επεμβάσεις που έχουν πραγματοποιηθεί αφορούν:

- Επέμβαση Heller-Dorr για την αντιμετώπιση της αχαλασίας οισοφάγου.
- Αποκατάσταση διαγραμματοκλήης κατά Nissen.
- Σκωληκκοειδεκτομές, χολοκυστεκτομές.
- Εξωπεριτοναϊκή αποκατάσταση βουβωνοκλήης και κοιλιοκλήης με τοποθέτηση πλέγματος.
- Τοποθέτηση και αφαίρεση γαστρικού δακτυλίου για νοσογόνο παχυσαρκία.
- Εκτομή όγκων παγκρέατος και κύστεων νεφρού.
- Επινεφριδεκτομές.
- Οσθηκτομές και ρομποτικά υποβοηθούμενη υστερεκτομία.

Παράλληλα, οι ουρολόγοι Α. Πλουμίδης, Ν. Παρδαλίδης, Β. Πουλάκης και Ε. Παναγιώτου πραγματοποίησαν μεγάλη σειρά ριζικών προστατεκτομών με τη χρήση του ρομποτικού συστήματος daVinci, στις οποίες διατηρούνται τα νεύρα της περιοχής διαφυλάσσοντας τη στυτική λειτουργία, καθώς και νεφρεκτομές, πυελοπλαστικές και ριζική κυστεκτομή με νεοκύστη [Διαμαντλής Θ., 2009].

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΡΟΜΠΟΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ DA VINCI

Η ρομποτική χειρουργική αποτελεί την πιο πρόσφατη επαναστατική εξέλιξη στον τομέα της ελάχιστα τραυματικής



Εικόνα 1: Απεικόνιση του ρομποτικού συστήματος daVinci.

χειρουργικής. Πραγματοποιείται με το ρομποτικό σύστημα daVinci, το πρώτο και μοναδικό αυτή τη στιγμή στον κόσμο σύστημα ρομποτικής χειρουργικής, που εγκρίθηκε από τον Αμερικανικό Οργανισμό Φαρμάκων και Υλικών (FDA) για την πραγματοποίηση επεμβάσεων. Αποτελεί προϊόν της εταιρείας Intuitive Surgical, το οποίο συνδυάζει τις λεπτές δεξιότητες του χειρουργού με τη ρομποτική τεχνολογία που ενισχύεται από ηλεκτρονικό υπολογιστή (Muhlmann G. και λοιποί, 2003).

Διακρίνεται σε τρία τμήματα: το ρομπότ με τους ειδικούς βραχίονες, τον ενδοσκοπικό πύργο και τη χειρουργική κονσόλα (βλ. Εικόνα 1).

Ο χειρουργός κατευθύνει και συντονίζει το όλο σύστημα μέσω της χειρουργικής κονσόλας, έχοντας μπροστά του μια μεγεθυμένη και τρισδιάστατη εικόνα του χειρουργικού πεδίου. Η χειρουργική κονσόλα διαθέτει λαβές, όπου τοποθετεί τα δάκτυλά του ο χειρουργός και κινεί τους ειδικούς μοχλούς σαν να χρησιμοποιεί τα χέρια του. Κάθε κίνηση του χειρουργού αναπαράγεται με απόλυτη ακρίβεια και σταθερότητα στο χειρουργικό πεδίο από τους χειρουργικούς βραχίονες του ρομπότ, το οποίο τοποθετείται συνήθως στα αριστερά του ασθενούς, όπου βρίσκεται η ομάδα του χειρουργού. Στους χειρουργικούς βραχίονες του ρομπότ χρησιμοποιείται η τεχνολογία Endo-Wrist. Πρόκειται για εύκαμπτους καρπούς τους οποίους ο χειρουργός μπορεί να λυγίζει και να γυρίζει, όπως τον καρπό του ανθρώπινου άνω άκρου και με μεγαλύτερη ακόμη ευελιξία. Ο ενδοσκοπικός πύργος ελέγχου περιλαμβάνει δύο video cameras, σύστημα αυτόματης ρύθμισης εικόνας, video monitor υψηλής ευκρίνειας και άλλες χρήσιμες συσκευές (Morino M. και λοιποί, 2006).

Ο σχεδιασμός του χειρουργικού συστήματος daVinci ξεκίνησε το 1995 και από το 2000 μέχρι σήμερα χρησιμοποιείται σε περισσότερα από τριακόσια πενήντα (350) νοσοκομεία παγκοσμίως, ενώ η χρήση του εξαπλώνεται με ταχύτερους ρυθμούς τα τελευταία χρόνια, εξαιτίας των σημαντικών πλεονεκτημάτων του, όπως δυνατότητα εκτέλεσης μικροχειρουργικών επεμβάσεων ενδοσκοπικά,

μεγάλη σταθερότητα και ακρίβεια κατά την εκτέλεση χειρουργικών κινήσεων, ανάκτηση της τρισδιάστατης όρασης κατά τη διάρκεια των λαπαροσκοπικών επεμβάσεων και ανάκτηση των χαμένων βαθμών ελευθερίας των λαπαροσκοπικών εργαλείων.

Παρ' όλα αυτά, το ρομποτικό σύστημα daVinci εμφανίζει τα εξής μειονεκτήματα:

- Υψηλό κόστος (ένα εκατομμύριο δολάρια).
- Μεγάλο βάρος που το καθιστά δυσκίνητο.
- Η προετοιμασία πριν τη χειρουργική επέμβαση απαιτεί τουλάχιστον 30 λεπτά.
- Αναγκαιότητα συναρμολόγησης των εργαλείων πριν την χρήση τους.
- Ρύθμιση του συστήματος (Link RE. και λοιποί, 2006).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΡΟΜΠΟΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Τα πλεονεκτήματα που εμφανίζει η ρομποτική χειρουργική έναντι της κλασσικής χειρουργικής επέμβασης είναι πολλαπλά (Rosco B. και λοιποί, 2006):

- Είναι μια ελάχιστη επεμβατική και ελάχιστη τραυματική μέθοδος, εξαιτίας της ακρίβειας με την οποία γίνονται οι κινήσεις του γιατρού.
- Εξασφαλίζει ελάχιστη απώλεια αίματος.
- Ελαχιστοποιεί τον μετεγχειρητικό πόνο και τη μετεγχειρητική δυσφορία.
- Ελαχιστοποιεί την πιθανότητα διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- Μειώνει σημαντικά τον χρόνο παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο και κατά συνέπεια το κόστος νοσηλείας.
- Εξασφαλίζει ταχύτερη ανάρρωση και επιστροφή του ασθενούς στις καθημερινές του δραστηριότητες.
- Παρέχει καλύτερα αισθητικά αποτελέσματα, καθώς δεν αφήνει ουλές.
- Επιτρέπει στον χειρουργό να έχει τρισδιάστατη (3D) εικόνα του χειρουργικού πεδίου σε πολύ μεγάλη μεγέθυνση.
- Εξασφαλίζει μεγαλύτερη ακρίβεια στις χειρουργικές κινήσεις. Καθώς οι χειρισμοί του χειρουργού στην κονσόλα μετατρέπονται σε κίνηση των χειρουργικών βραχιόνων εξαλείφεται σχεδόν το φυσιολογικό τρέμουλο των άνω άκρων, με αποτέλεσμα μια πρωτοφανή χειρουργική δεξιότητα.
- Δίνει στο χειρουργό τη δυνατότητα να πραγματοποιεί δύσκολους χειρουργικούς χειρισμούς. Τα χειρουργικά εργαλεία των ρομποτικών βραχιόνων μπορούν να πραγματοποιήσουν όλες τις κινήσεις που πραγματοποιεί το ανθρώπινο άνω άκρο (7 βαθμοί ελευθερίας στην κίνηση), με μεγαλύτερη δεξιότητα και ακρίβεια, ενώ περιστρέφονται σχεδόν 360ο μέσα στο χειρουργικό πεδίο (βλ. Εικόνα 2).
- Παρέχει στον χειρουργό μεγαλύτερη άνεση κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Σε αντίθεση με τη συνθησιμένη χειρουργική πρακτική, η ρομποτική χειρουργική επιτρέπει στον χειρουργό να πραγματοποιεί τις επεμβάσεις καθισμένος, μέσα σε ένα προσεκτικά σχεδιασμένο και εργονομικά άριστο περιβάλλον. Με αυτό τον τρόπο μειώνεται ο κάματος του χειρουργού, με πολύ σημαντι-

κά πλεονεκτήματα, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις δύσκολων και πολύωρων επεμβάσεων.

- Δίνει τη δυνατότητα στον χειρουργό να προετοιμάσει την επέμβαση στον ηλεκτρονικό υπολογιστή, χρησιμοποιώντας τις εικόνες των εσωτερικών οργάνων των ασθενών που προκύπτουν από τις εξετάσεις τους. Ο χειρουργός μπορεί επίσης και κατά τη διάρκεια της επέμβασης να ανακαλέσει στην οθόνη του και να συμβουλευτεί χρήσιμες εικόνες.
- Ο χειρουργός έχει την αίσθηση ότι τα μάτια και τα χέρια του βρίσκονται μέσα στο σώμα του ασθενούς. Βλέπει άριστα σε σημεία που μέχρι σήμερα δεν υπήρχε καλή οπτική πρόσβαση.
- Εξασφαλίζει μικρότερη διάρκεια αναισθησίας και υπάρχει μειωμένος κίνδυνος μόλυνσης.

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΡΟΜΠΟΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Η ρομποτική χειρουργική βρίσκει εφαρμογή σε πολλές ειδικότητες της χειρουργικής ιατρικής, όπως τη γενική χειρουργική, τη χειρουργική κατά της νοσογόνου παχυσαρκίας, την καρδιοχειρουργική, τη θωρακοχειρουργική, την αγγειοχειρουργική, την παιδιατρική χειρουργική, την ουρολογία, τη γυναικολογική χειρουργική, τη μεταμόσχευση νεφρού για τη λήψη μοσχεύματος και την χειρουργική ενδοκρινών αδένων (Vassiliades, 2006).

Οι πιο συνηθισμένες λαπαροσκοπικές επεμβάσεις που γίνονται στις μέρες μας ρομποτικά, πολλαπλασιάζοντας έτσι τα σημαντικά πλεονεκτήματα που εξασφαλίζει η λαπαροσκοπική χειρουργική για τον ασθενή, είναι οι επεμβάσεις κατά της νοσογόνου παχυσαρκίας, η χολοκυστεκτομή, η αντιμετώπιση των παθήσεων του παχέος εντέρου, η αποκατάσταση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, η χειρουργική αντιμετώπιση των γυναικολογικών παθήσεων, η χειρουργική του προστάτη, η νεφρεκτομή, η ενδοκρινική χειρουργική και πολλές ακόμη (Νικητέας Ν., 2008).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Σύμφωνα με την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στις προηγούμενες ενότητες, γίνεται κατανοητό ότι η ρομποτική χειρουργική αποτελεί μία καινοτομία του 21ου αιώνα, καθώς τα πλεονεκτήματά της τόσο για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όσο και για τον ίδιο τον ασθενή είναι πολλαπλά. Η ταχύτητα των εξελίξεων στη ρομποτική χειρουργική σήμερα απαιτεί διαρκή ενημέρωση και εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Σημαντικοί παράγοντες στην ανάπτυξη ενός προγράμματος ρομποτικής χειρουργικής αποτελούν η εμπειρία της χειρουργικής ομάδας στις επεμβάσεις λαπαροσκοπικής, καθώς και η υποδομή του ιδρύματος που φιλοξενεί το πρόγραμμα (Patel VR., 2006).

Από την άλλη πλευρά, οι νοσηλευτές βρίσκονται μπροστά σε μία νέα πρόκληση. Επιφορτίζονται με νέες υπευθυνότητες, με σκοπό την παροχή υψηλής κλινικής φροντίδας στους ασθενείς που θα υποβληθούν σε αυτή τη νέα τεχνική στον χώρο του χειρουργείου. Αυτό που πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό θα παραμείνει αναγκατάστατο για τον ασθενή, διότι οι νοσηλευτές γεφυρώνουν



Εικόνα 2: Απεικόνιση εκτέλεσης χειρουργικών κινήσεων από τα χειρουργικά εργαλεία των ρομποτικών βραχιώνων.

νουν το χάσμα μεταξύ τεχνολογίας και επιστήμης, διασταυρώνοντας τον ανθρώπινο πόνο με την ανθρώπινη ελπίδα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Howe RD. and Matsuoka Y., 1999. Robotics for Surgery, Annual Review Biomedical Engineering, 01:213.
2. Link RE., Bhayani SB. and Kavoussi LR., 2006. A prospective comparison of robotic and laparoscopic pyeloplasty, Ann Surg., 243(4):486-491.
3. Morino M., Pellegrino L., Giaccone C., Garrone C. and Bebecchi F., 2006. Randomized clinical trial of robot-assisted versus laparoscopic Nissen fundoplication, Br J Surg., 93(5): 553-558.
4. Muhlmann G., Klauss A., Kirchmayer W., Wykypiel H., Unger A., Holler E., Nehoda H., Aigner F. and Weiss HG., 2003. DaVinci robotic-assisted laparoscopic bariatric surgery: is it justified in a routine setting?, Obes Surg., 13(6): 848-854.
5. Patel VR., March 2006. Essential elements to the establishment and design of a successful robotic surgery programme, International Journal of Medical Robotics, 2(1): 28-35.
6. Rocco B., Matei DV., Melegari S., Ospina JC., Mazzoleni F., Errico G., Mastropasqua M., Santoro L., Detti S. and deCobellio, 2009. Robotic vs open prostatectomy in a laparoscopically naive centre: a matched-pair analysis, Division of Urology, European Institute of Oncology, Milan, Italy.
7. Sejal P. Dharia and Tommasco F., April 2008. Robotics in reproductive medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, Alabama.
8. Susan C. deWit, 2009. Medical-Surgical Nursing: Concepts and Practice, 95.
9. Vassiliades TA Jr., March 2006. Robotics in cardiac surgery, International Journal of Medical Robotics, 2(1): 4-6.
10. Διαμαντής Θ., 21-23 Μαΐου 2009. Ρομποτική Βαριατρική Χειρουργική. Συνέδριο Λαπαροενδοσκοπικής Χειρουργικής και Διεθνές Συμπόσιο: 'Συνεργασία για την εξέλιξη της χειρουργικής', Αθήνα.
11. Κωνσταντινίδης Κ., Χειρίδης Σ., Ξιάρχος Α., Αναστασάκου Κ., Σάμπαλης Γ., Βοριάς Μ., Γεωργίου Μ. και Θωμάς Δ., 23-24 Φεβρουαρίου 2009. Το χειρουργικό ρομπότ DAVINCI στη Γενική Χειρουργική: Δύο χρόνια μετά από την έναρξη του πρώτου προγράμματος ρομποτικής χειρουργικής στην Ελλάδα. 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ρομποτικής, Αθήνα.
12. Νικητέας Ν., 17-19 Απριλίου 2008. Ρομποτική Χειρουργική κοιλίας - Παρόν και Μέλλον. 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικού Κολεγίου Χειρουργών, Αθήνα.
13. Χατζηδημητρίου Σ., 17-19 Απριλίου 2008. Η ψηφιακή επικοινωνία και πληροφορική στην υπηρεσία της χειρουργικής σήμερα και στο μέλλον. 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικού Κολεγίου Χειρουργών, Αθήνα.

Η αναζήτηση βοήθειας απειλή για την αυτοδυναμία και τον αυτοσεβασμό του ατόμου με ψυχικά προβλήματα: μια έρευνα ερωτηματολογίων

Αφροδίτη Ζαρταλούδη

PhD, MSc, Νοσηλεύτρια ΠΕ, Σισμανόγλειο Γ.Ν.Α Ψυχιατρική κλινική

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο: Οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί είτε είναι υγείς, είτε είναι άρρωστοι. Έχουν διαφορετικές προσωπικότητες και διαφορετικές κοσμοθεωρίες, γεγονός που τους κάνει να αντιλαμβάνονται τις συνέπειες της ασθένειάς τους με διαφορετικό τρόπο, γι' αυτό και αναζητούν διαφορετικούς τύπους βοήθειας.

Στόχοι: Να μελετηθεί η επίδραση της αυτοδυναμίας και του αυτοσεβασμού του ατόμου με ψυχικά προβλήματα στην αναζήτηση βοήθειας.

Συμμετέχοντες: Το δείγμα χωρίστηκε σε άτομα της ομάδας Α, δηλαδή σε άτομα που είχαν επισκεφτεί άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, προτού προσέλθουν στο Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Κ.Ψ.Υ) και σε άτομα της ομάδας Β, που το Κ.Κ.Ψ.Υ ήταν η πρώτη υπηρεσία ψυχικής υγείας που επισκέφτηκαν στη ζωή τους για το πρόβλημα που αντιμετώπιζαν.

Μέθοδοι: Διακόσια ενενήντα άτομα, που προσήλθαν στο Κ.Κ.Ψ.Υ κατά τη χρονική περίοδο 2003 έως 2007, δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα και να συμπληρώσουν ερωτηματολόγιο.

Αποτελέσματα: Τα άτομα που πίστευαν απόλυτα ότι η αναζήτηση βοήθειας είναι παραδοχή ανεπάρκειας και ανικανότητας είχαν τη θετικότερη στάση απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας, το θετικότερο προσανατολισμό απέναντι στη χρήση του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου και τους μεγαλύτερους φόβους για τις παρεμβάσεις τόσο στην ομάδα Α όσο και στην ομάδα Β. Επιπλέον, στην ομάδα Β προκύπτει για τα άτομα αυτά ότι όταν ήταν μεγαλύτερη η πεποίθησή τους αυτή, ήταν πιο θετική η στάση τους απέναντι στην ψυχιατρική αλλά μεσολαβούσε και περισσότερο χρόνος μέχρι να ζητήσουν βοήθεια.

Συμπεράσματα: Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη διαδικασία αναζήτησης βοήθειας μπορούν να παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας για την προσέγγιση των ατόμων με ψυχικά προβλήματα και την αντιμετώπιση των αναγκών τους.

Λέξεις – κλειδιά: αναζήτηση βοήθειας, αυτοδυναμία, αυτοσεβασμός, ψυχική υγεία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρά την ύπαρξη των υπηρεσιών υγείας, πολλά άτομα δεν αναζητούν βοήθεια από ειδικό για να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες και τα προβλήματά τους ή τα αντιμετωπίζουν πολύ αργότερα όταν τα συμπτώματα είναι πιο σοβαρά. Το αυξανόμενο ενδιαφέρον για την έγκαιρη παρέμβαση στο χώρο της ψυχιατρικής επισημαίνει τη σημαντικότητα της αναγνώρισης των καθυστερήσεων στην αναζήτηση και λήψη της κατάλληλης βοήθειας και τη σημασία της έγκαιρης παραπομπής των ατόμων με ψυχικά προβλήματα στις ειδικευμένες υπηρεσίες.

Οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί είτε είναι υγιείς, είτε είναι άρρωστοι. Ανήκουν σε διαφορετικές κουλτούρες, έχουν διαφορετικές προσωπικότητες και διαφορετικές κοσμοθεωρίες, γεγονός που τους κάνει να αντιλαμβάνονται την ασθένειά τους και να αντιμετωπίζουν τις συνέπειες που προκύπτουν με διαφορετικό τρόπο, γι' αυτό και απαιτούν διαφορετικούς τύπους βοήθειας. Κάποια από τα άτομα αυτά δε θέλουν βοήθεια από κανένα. Άλλα θέλουν περισσότερη βοήθεια από αυτή που λογικά θα έπρεπε να περιμένουν δεδομένης της διαταραχής και του υποφέρειν που προκαλεί η ασθένειά τους.

Η διερεύνηση των παραγόντων όπως είναι κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, που ενδεχομένως επηρεάζουν την αναζήτηση ψυχιατρικής βοήθειας και την πρώτη επαφή του ατόμου με Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Κ.Ψ.Υ) ή άλλη ειδικευμένη υπηρεσία ψυχικής υγείας, μπορεί να βελτιώσει την κατανόηση του ρόλου που παίζουν οι παράγοντες αυτοί στην επιτάχυνση ή καθυστέρηση της αναζήτησης βοήθειας.

Μόνο ένα μικρό ποσοστό ατόμων με ψυχικές διαταραχές αναζητά βοήθεια από επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Cui & Vaillant, 1997? Horwitz, 1987). Αν τα άτομα χρησιμοποιούν σε μικρό ποσοστό τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και αυτό δεν οφείλεται σε απουσία αναγκών, το γεγονός αυτό θα πρέπει να απασχολεί σοβαρά κάθε μέλος της κοινότητας και τους επαγγελματίες υγείας. Η βιβλιογραφία, που σχετίζεται με τις διαδρομές που ακολουθούν τα άτομα προκειμένου να αναζητήσουν βοήθεια (help-seeking pathways), τοποθετεί την έννοια της «ανάγκης» στο πλαίσιο των άλλων παραγόντων που σχετίζονται με τη χρήση των υπηρεσιών. Η μελέτη αυτή αποτελεί μια προσπάθεια να διερευνηθούν, πέρα από τις ανάγκες και τα προβλήματα των ατόμων αυτά καθ' αυτά, και άλλες διαστάσεις της συμπεριφοράς αναζήτησης βοήθειας των ατόμων που ζουν στην κοινότητα και αντιμετωπίζουν κάποια ψυχικά προβλήματα και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν το γεγονός ότι οι ανάγκες αυτές δεν ικανοποιούνται από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η γνώση των παραγόντων που επηρεάζουν τη διαδικασία αναζήτησης βοήθειας θα βοηθήσει τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να κατανοήσουν τους φραγμούς που μπορεί να προκύψουν αλλά και τους παράγοντες που ενδέχεται να διευκολύνουν την έγκαιρη εντόπιση των ατόμων με ψυχικά προβλήματα και την αντιμετώπιση των αναγκών τους.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ: ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Υπάρχουν πολλά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που επηρεάζουν την στάση και τη συμπεριφορά της αναζήτησης βοήθειας (Feldman και λοιποί., 1999). Τα χαρακτηριστικά που έχουν λάβει προσοχή στη βιβλιογραφία είναι: αυτοσεβασμός, αυτοεκτίμηση, εστιασμός ελέγχου, ντροπαλότητα και αυταρχικότητα, αυτονομία, υπεροχή, εσωστρέφεια, μυστικότητα, ανάγκη για επιτυχία, εξαρτητικότητα, συντηρητισμός, ακαμψία και ατομικότητα. Προσωπικοί παράγοντες που οδηγούν σε μεγαλύτερα ποσοστά αναζήτησης βοήθειας ή σε πιο θετικές στάσεις απέναντι στην λήψη ειδικευμένης βοήθειας περιλαμβάνουν μεγαλύτερη ακαδημαϊκή απόδοση και επιτεύγματα (Berdie & Stein, 1966? Kirk, 1973), την ηλικία (οι πιο μεγάλοι σε ηλικία έχουν λιγότερο θετική στάση απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας), το θηλυκό φύλο (Sharp & Kirk, 1974? Tracey και λοιποί., 1984), την εσωτερική εστίαση ελέγχου (internal locus of control) (Fischer & Turner, 1970? Robbins, 1981) και τον χαμηλό αυτοσεβασμό (Nadler, 1986? Ravin και λοιποί., 1991). Οι αιτιολογικές γνώσεις για την αρρώστια μπορεί να σχετίζονται με τις συμπεριφορές. Τα άτομα διαφέρουν στο αν έχουν την τάση να αντιμετωπίζουν τα γεγονότα ως ελεγχόμενα από τα ίδια (εσωτερική εστίαση ελέγχου) ή μη ελεγχόμενα από τα ίδια (εξωτερική εστίαση ελέγχου). Η εστίαση ελέγχου υγείας, δηλαδή αν ένα άτομο αντιμετωπίζει την υγεία του ως ελεγχόμενη από το ίδιο (π.χ « είμαι άμεσα υπεύθυνος για την υγεία μου»), αν πιστεύει ότι η υγεία του δεν είναι ελεγχόμενη από το ίδιο και είναι στα χέρια της μοίρας (π.χ το αν είμαι καλά ή όχι είναι θέμα τύχης) ή αν θεωρεί ότι η υγεία του βρίσκεται υπό τον έλεγχο κάποιων άλλων ισχυρών παραγόντων (π.χ μπορώ να κάνω μόνο ό,τι μου λέει ο γιατρός να κάνω) (Halger, 2004), φαίνεται να έχει σχέση με το αν ένα άτομο αλλάζει τη συμπεριφορά του και με το είδος της επικοινωνίας που απαιτεί από τους επαγγελματίες υγείας. Για παράδειγμα, αν ένας επαγγελματίας υγείας ενθαρρύνει ένα άτομο, το οποίο έχει σε γενικές γραμμές εξωτερική εστίαση ελέγχου, να αλλάξει τον τρόπο ζωής του, το άτομο αυτό είναι δύσκολο να συμμορφωθεί, αν δε θεωρεί τον εαυτό του υπεύθυνο για την υγεία του (Ogdevn, 2004).

Τα άτομα που δε ζητούν βοήθεια είναι πιθανό να πιστεύουν ότι μπορούν να αλλάξουν ό,τι δεν τους αρέσει και να λύνουν τα προβλήματά τους μόνα τους (Simonι και λοιποί., 1991).

Οι Halgin και Weaver (1986) και οι Halgin, Weaver και Donaldson (1985) έκαναν μελέτες που εξέταζαν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα λήψης ψυχοθεραπείας. Μελετώντας φοιτητές κολεγίου στη μία μελέτη και ασθενείς στην άλλη, οι μελετητές ανακάλυψαν ότι και τα δύο δείγματα πληθυσμών αντιλαμβάνονταν παρόμοια πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα απέναντι στη λήψη ψυχοθεραπείας. Τα πλεονεκτήματα που γίνονταν αντιληπτά

ήταν: καλύτερη αυτογνωσία, ανακούφιση συναισθηματικής ανησυχίας και επίλυση προβλημάτων. Τα μειονεκτήματα ήταν: ο χρόνος και το χρήμα που απαιτούσε, η αντιμετώπιση επίπονων ζητημάτων, η σκέψη ότι η αναζήτηση βοήθειας υπονοούσε προσωπική αδυναμία.

Οι Ravin, Ravin και Arnon (1991) τονίζουν ότι η αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς μπορεί να οδηγήσει σε αμηχανία. Είναι πιθανό ότι ο βαθμός που απειλείται ο αυτοσεβασμός του άτομου που αναζητά βοήθεια είναι κεντρικό σημείο στη διαδικασία αναζήτησης βοήθειας (Wills & De Paulo, 1991).

Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην εξαρτητικότητα και την αύξηση της πιθανότητας να αναζητήσει το άτομο βοήθεια (Dawkins και λοιποί., 1980? O'Neill & Bornstein, 1990). Οι εξαρτητικοί άνθρωποι αισθάνονται αβοήθητοι και αναζητούν καθοδήγηση και υποστήριξη από τους άλλους (Bornstein, 1992? Bornstein και λοιποί., 1993? Roy-Byrne και λοιποί., 2000).

Η μεγάλη αυτονομία και η αυτο-αποτελεσματικότητα διαφοροποιούνται στους φοιτητές που ζητούν συμβουλευτική από εκείνους που δε ζητούν (Anderson και λοιποί., 2006? Apostal, 1968). Οι πελάτες που ζητούν βοήθεια είναι λιγότερο επικριτικοί, πιο διαισθητικοί, πιο εσωστρεφείς, πιο ευαίσθητοι, είναι πιο πιθανό να εσωτερικεύουν τα προβλήματά τους και να αισθάνονται ότι έχουν λιγότερο έλεγχο πάνω σ' αυτά σε σύγκριση με τους μη πελάτες (Mendelsohn & Kirk, 1962? Simonί και λοιποί., 1991). Επίσης, αναφέρουν μεγαλύτερη αυτογνωσία (γνώση των συναισθημάτων και των αντιδράσεων του εαυτού) (Rickwood & Braithwaite, 1994). Η αυτοδυναμία (self-reliance) είναι ένας από τους φραγμούς που καθυστερούν την αναζήτηση βοήθειας. Η άρνηση, η καταπίεση και ο έλεγχος των συναισθημάτων θεωρούνται γνωρίσματα κλειδιά της έννοιας της στωικότητας που οδηγεί τα άτομα να πιστεύουν ότι πρέπει να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους μόνο τους και να υποφέρουν σιωπηλά και είναι πιο πιθανό να καθυστερήσουν την αναζήτηση βοήθειας μέχρι τα συμπτώματα να γίνουν σοβαρά και εκφυλιστικά (Tang και λοιποί., 2007).

Οι West και λοιποί. (1991) ανέφεραν ότι ένας από τους σημαντικότερους φραγμούς είναι ότι τα άτομα δεν αισθάνονται άνετα να αποκαλύψουν τα προσωπικά τους προβλήματα σε έναν ξένο. Η συναισθηματική έκφραση (emotional openness) είναι μια ακόμα μεταβλητή που σχετίζεται με τη προσωπικότητα και που συσχετίζεται με τη στάση απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας.

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, έχει διαπιστωθεί ότι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, ο νευρωτισμός, σχετίζεται συχνά με το βαθμό εστίασης της προσοχής στα σωματικά συμπτώματα και επηρεάζει την άποψη των ανθρώπων σχετικά με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και την ευπάθειά τους σε αυτά (Brown & Moskowitz, 1997? Costa & McCrae, 1987? Katon & Walker, 1998? Neitzert και λοιποί., 1997). Ένα άτομο που εμφανίζει μικρή βαθμολογία στη διάσταση του νευρωτισμού είναι μάλλον απίθανο να παρατηρήσει οποια-

δήποτε συμπτωματολογία και εξίσου απίθανο να αποφασίσει ότι μια δυσάρεστη σωματική αίσθηση αξίζει να ονομαστεί «σύμπτωμα». Οι άνθρωποι που εμφανίζουν υψηλό επίπεδο νευρωτισμού αισθάνονται συχνά έντονο άγχος, υπερένταση, είναι «τατωμένοι» και ευέξαπτοι. Αυτά τα συναισθήματα αντανακλώνονται στην τάση τους να υπερβάλουν και να μεγαλοποιούν ασήμαντα συμπτώματα, για τα οποία παραπονιούνται και μεμφιμοιρούν (Brownhill, 2003? DiMatteo & Martin, 2006? McClure και λοιποί., 1982) και είναι περισσότερο πιθανό να θεωρήσουν ότι είναι αρκετά εύαλτοι και τρωτοί στις ασθένειες.

Το νόημα που αποδίδεται στο εκάστοτε σύμπτωμα ενδέχεται να αποδειχθεί αποφασιστικής σημασίας. Όλοι οι άνθρωποι δεν αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο απέναντι στην αρρώστια. Ενώ κάποιοι ασθενείς είναι έτοιμοι να αναζητήσουν βοήθεια ακόμη και για τα πιο μικρά συμπτώματα, άλλοι είναι απρόθυμοι να αναζητήσουν βοήθεια ακόμα και για απειλητικές για τη ζωή ασθένειες (Mechanic, 1982). Ακόμα και άτομα που έχουν την ίδια αρρώστια, μπορεί να βιώνουν την κατάσταση τελείως διαφορετικά. Τα άτομα μπορεί να έχουν τελείως διαφορετική θεώρηση για την αρρώστια τους, ιδίως όσο αφορά την αιτιολογία της. Τα άτομα που αναζητούν βοήθεια είναι πιθανό να έχουν ζητήσει βοήθεια για συναισθηματικά προβλήματα και στο παρελθόν (Dew και λοιποί., 1988). Το εύρημα αυτό σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η μειοψηφία των ατόμων με κατάθλιψη αναζητά βοήθεια από επαγγελματία δείχνει ότι η γενική προθυμία, η «ετοιμότητα» του ατόμου ν' αναζητήσει βοήθεια αυτή καθ' αυτή είναι ένα σημαντικό γνώρισμα των ψυχικά ασθενών που ζητούν βοήθεια (Henderson και λοιποί., 1992). Γενικότερα, τα άτομα που παραπέμπονται από το γενικό γιατρό στον ψυχίατρο εκφράζουν μια στάση μη αποδοχής των συνθηκών που υπάρχουν και μια τάση να μιλούν για τα προβλήματα που τα δυσχεραίνουν (Sorgaard και λοιποί., 1999) με άλλους, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών υγείας (Sherbourne, 1988).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Κ.Ψ.Υ) που προσφέρει τη δυνατότητα κάλυψης των ψυχοκοινωνικών αναγκών ενός Δήμου στην Ευρεία Περιοχή της Αθήνας. Ιδρύθηκε το 2000, είκοσι ένα χρόνια μετά τη δημιουργία του πρώτου Κ.Κ.Ψ.Υ και ανήκει στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Οι υπηρεσίες που περιλαμβάνει είναι η Υπηρεσία Ανοικτής Ψυχοκοινωνικής Φροντίδας, το Πρόγραμμα Ημερήσιας Περίθαλψης κτλ, ενώ το προσωπικό που εργάζεται στο Κέντρο αποτελείται από επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (ψυχίατροι, ψυχολόγος, νοσηλευτές, κοινωνικός λειτουργός, εργοθεραπευτής).

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί η επίδραση της αυτοδυναμίας και του αυτοσεβασμού του ατόμου με ψυχικά προβλήματα στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας.

Διακόσια ενενήντα άτομα, που προσήλθαν στο Κ.Κ.Ψ.Υ

κατά τη χρονική περίοδο 2003 έως 2007, δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα και να συμπληρώσουν ερωτηματολόγιο. Οι συμμετέχοντες διάβασαν ένα σύνολο οδηγιών για το πώς να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και τις κλίμακες. Κατά μέσο όρο οι περισσότεροι συμμετέχοντες έκαναν 35 με 50 λεπτά για να ολοκληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Δεν υπήρχαν σωστές και λάθος απαντήσεις. Ο μελετητής ήταν διαθέσιμος να απαντήσει τις ερωτήσεις τους. Η συμμετοχή στη μελέτη αυτή ήταν εθελοντική και τα άτομα μπορούσαν να σταματήσουν να συμμετέχουν στη μελέτη σε οποιοδήποτε σημείο. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανωνύμως. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι οι πληροφορίες που συλλέγονται θα είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς λόγους. Μόνο ο μελετητής είχε πρόσβαση στα δεδομένα. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη συμπλήρωσαν έντυπο συγκατάθεσης ενημέρωσης και συναίνεσης συμμετοχής στην έρευνα. Ο μελετητής διεξήγαγε μια πιλοτική μελέτη προτού ξεκινήσει η συλλογή των δεδομένων, πριν την πραγματική διανομή των ερωτηματολογίων στους ασθενείς που παρακολουθούνται από το ΚΚΨΥ. Είκοσι (20) εθελοντές πελάτες του Κ.Κ.Ψ.Υ συμμετείχαν στην πιλοτική μελέτη. Ανατροφοδότηση και σχόλια έγιναν από κάθε συμμετέχοντα στην πιλοτική μελέτη ώστε να αναγνωριστούν τυχόν σοβαρές αδυναμίες και το ερωτηματολόγιο να διορθωθεί στην τελική εκδοχή που πήρε, να μικρύνει σε μέγεθος και να γίνει σαφές ως προς την έκφραση και τη γλώσσα. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά και στη συνέχεια έγινε αντίστροφη μετάφραση από τα ελληνικά στα αγγλικά για να εξεταστεί η ακρίβεια της μετάφρασης.

Το δείγμα χωρίστηκε στα άτομα που είχαν επισκεφτεί κάποια άλλη υπηρεσία ψυχικής υγείας προτού καταφύγουν στο Κ.Κ.Ψ.Υ. για να ζητήσουν βοήθεια (ομάδα Α) και στα άτομα που το Κ.Κ.Ψ.Υ. ήταν η πρώτη υπηρεσία ψυχικής υγείας που επισκέφτηκαν στη ζωή τους (ομάδα Β) για το πρόβλημα που αντιμετώπιζαν. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο που περιείχε τις παρακάτω μεταβλητές:

Δημογραφικά χαρακτηριστικά: Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν να προσδιορίσουν φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, τόπος διαμονής, εκπαίδευση, επάγγελμα, τωρινή απασχόληση.

Χρόνος μη αναζήτησης βοήθειας: ο χρόνος που πέρασε από τη στιγμή που το άτομο άρχισε να νιώθει ότι κάτι συμβαίνει, ότι κάτι δεν πάει καλά μέχρι να αποφασίσει να ζητήσει βοήθεια για πρώτη φορά στη ζωή του από υπηρεσία ψυχικής υγείας (σε μήνες, αριθμητική μεταβλητή).

Διάγνωση (από το φάκελο του ασθενούς): οργανικές διαταραχές, σχιζοφρενικές διαταραχές, συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές άγχους, προσωπικότητας και ψυχοσωματικές διαταραχές, πιστοποιητικά και πληροφορίες, κατάχρηση ουσιών, προβλήματα σχέσεων. **Στάση απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό**

ψυχικής υγείας: Η μεταβλητή αυτή μετρήθηκε από την αντίστοιχη κλίμακα των Fischer & Turner (1970). Οι Fischer και Turner (1970) ανέπτυξαν μια κλίμακα 29 προτάσεων που σχετίζονται με τη στάση απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας για προβλήματα ψυχικής υγείας. Η κλίμακα μελετά την αναγνώριση της ανάγκης για βοήθεια, την ανοχή στο στίγμα, τη διαπροσωπική επικοινωνία και την εμπιστοσύνη στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Παραγοντική ανάλυση της κλίμακας έγινε για το δείγμα του πληθυσμού που προσήλθε στο Κ.Κ.Ψ.Υ (Ζαρταλούδη, 2008) και οι 29 προτάσεις της κλίμακας ομαδοποιήθηκαν στους ακόλουθους 4 παράγοντες (υποκλίμακες): ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 1: Αναζήτηση βοήθειας, ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 2: Απομόνωση, ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 3: Διστακτικότητα, ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 4: Στίγμα. Η μεγάλη βαθμολογία σε αυτή την κλίμακα των είκοσι εννιά (29) προτάσεων δείχνει μια πιο θετική στάση απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας.

Προσανατολισμός απέναντι στη χρησιμοποίηση του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου: Μετρήθηκε από την κλίμακα είκοσι (20) προτάσεων των Vaux, Burda & Stewart (1986). Είναι μια κλίμακα 20 προτάσεων που σχεδιάστηκε για να μετρήσει τον προσανατολισμό του ατόμου απέναντι στο κοινωνικό δίκτυο και μετράει την ετοιμότητα του ατόμου προς την χρησιμοποίηση των πηγών του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου σε περιόδους ανάγκης, εκτιμώντας τα αισθήματά τους για τη συμβουλευτική ή τη χρησιμότητα της αναζήτησης βοήθειας από το κοινωνικό περιβάλλον, το προηγούμενο ιστορικό τους σχετικά με το θέμα αυτό και τον βαθμό στον οποίο αισθάνονται ότι οι άλλοι μπορεί να είναι άξιοι εμπιστοσύνης. Μετά την παραγοντική ανάλυση της κλίμακας έγινε και για το δείγμα του πληθυσμού που προσήλθε στο Κ.Κ.Ψ.Υ (Ζαρταλούδη, 2008) καταλήξαμε σε τρεις παράγοντες. ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 1: Διαπροσωπική Επικοινωνία, ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 2: Δυσπιστία, ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 3: Απομόνωση. Η μεγαλύτερη βαθμολογία ήταν ενδεικτική ενός θετικού προσανατολισμού απέναντι στο κοινωνικό δίκτυο και η μικρότερη βαθμολογία ήταν ενδεικτική αρνητικού προσανατολισμού απέναντι στο κοινωνικό δίκτυο.

Σκέψεις και φόβοι απέναντι στη θεραπεία: Μετρήθηκε από την κλίμακα δεκαεννιά (19) προτάσεων των Kushner & Sher (1989). Παραγοντική ανάλυση της κλίμακας έγινε και για το δείγμα του πληθυσμού που προσήλθε στο Κ.Κ.Ψ.Υ (Ζαρταλούδη, 2008) και βρέθηκαν δύο παράγοντες: ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 1 – Φόβος μπροστά στην αλλαγή και ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 2 – Ανησυχία για την θεραπευτική ανταποκριτικότητα. Αυτή η κλίμακα εκτιμά τους φόβους για τις υπηρεσίες και τις θεραπείες ψυχικής υγείας, όπως το φόβο για την ικανότητα του θεραπευτή, την ανησυχία για το στίγμα. και το φόβο της αλλαγής.

Στάση απέναντι στην Ψυχιατρική: Μετρήθηκε από την αντίστοιχη κλίμακα είκοσι (20) προτάσεων και παραγοντική ανάλυση της κλίμακας έγινε στην παρούσα μελέτη (Ζαρταλούδη, 2008). Η κλίμακα μελετά τις πεποιθήσεις των ατόμων σχετικά με την αποτελεσμα-

τικότητα ή τη μη αποτελεσματικότητα της ψυχιατρικής και την επίδραση του στίγματος. Η μεγαλύτερη βαθμολογία ήταν ενδεικτική μια θετικής στάσης απέναντι στην Ψυχιατρική.

Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν «Πίστευα τότε ότι αν ζητούσα βοήθεια θα ήταν σα να παραδεχόμουν ότι ήμουν ανεπαρκής, αδύναμος(η) και ανίκανος(η) να λύσω τα προβλήματά μου μόνος(η) μου.» με δυνατές απαντήσεις

1=διαφωνώ απόλυτα, 2= διαφωνώ, 3= ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4= συμφωνώ και 5= συμφωνώ απόλυτα.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Καταρχήν δημιουργήθηκαν διάφοροι πίνακες με περιγραφικά στοιχεία. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 13.0. Το τεστ χ² (Chi square test) χρησιμοποιήθηκε για να συσχετιστούν κατηγορι-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά ανά ομάδα Α και Β των ατόμων που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο (N=290)

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β		P
	N	%	N	%	
Φύλο					
Άνδρες	35	26,1	30	19,2	0,204
Γυναίκες	99	73,9	126	80,8	
Σύνολο	134	100,0	156	100,0	
Οικογενειακή κατάσταση					
Άγαμος(η)	66	49,3	78	50,0	0,063
Έγγαμος(η) & Συζεί	40	29,9	60	38,5	
Διαζευγμένος(η) & Χήρος(α)	28	20,9	18	11,5	
Σύνολο	134	100,0	156	100,0	
Εκπαίδευση					
Λίγες τάξεις Δημοτικού & Δημοτικό & Γυμνάσιο	17	12,7	31	19,9	0,128
Λύκειο	50	37,3	44	28,2	
Ανώτερη & Ανώτατη εκπαίδευση	67	50,0	81	51,9	
Σύνολο	134	100,0	156	100,0	
Διαμονή					
Με γονείς & με συγγενείς	42	31,3	46	29,5	0,942
Με την δική σας οικογένεια & σύντροφο	58	43,3	69	44,2	
Μόνος(η)	34	25,4	41	26,3	
Σύνολο	134	100,0	156	100,0	
Επάγγελμα					
Ελεύθερος επαγγελματίας & Ανώτερος ή Ανώτατος υπάλληλος	31	24,4	52	33,3	0,438
Μέσος υπάλληλος & ειδικευμένος τεχνίτης & ιδιοκτήτης μικρής επιχείρησης	37	29,1	41	26,3	
Νοικοκυρά & Συνταξιούχος	36	28,3	38	24,4	
Φοιτητής(α)	23	18,1	25	16,0	
Σύνολο	127	100,0	156	100,0	
Τωρινή απασχόληση					
Πλήρης	45	33,6	74	47,4	0,000
Μερική	21	15,7	26	16,7	
Καμία	53	39,6	56	35,9	
Καμία για ψυχιατρικό λόγο	15	11,2	0	0,0	
Σύνολο	134	100,0	156	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Διαγνωστικές κατηγορίες στις ομάδες Α και Β

		ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β		ΣΥΝΟΛΟ	
		N	%	N	%	N	%
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	Συναισθηματικές διαταραχές	71	53,0%	72	46,1%	143	49,3%
	Διαταραχές Άγχους + Προσωπικότητας +ψυχοσωματικές διαταραχές	43	32,1%	50	32,1%	93	32,1%
	Προβλ. σχέσεων+ Σχιζοφρενικές ψυχώσεις	20	14,9%	34	21,8%	54	18,6%
	ΣΥΝΟΛΟ	134	100,0%	156	100,0%	290	100,0%
		P=0,284				df = 2	

κές μεταβλητές και το t test ή ANOVA όταν πρόκειται να εξεταστούν συνεχείς μεταβλητές. Όταν από τον έλεγχο κανονικότητας διαπιστώνεται ότι δεν ακολουθεί κανονική κατανομή χρησιμοποιείται, αντί του t test, το Mann-Whitney test και αντί, του ANOVA, το Kruskal-Wallis test. Από τα τεστ αυτά διαπιστώνεται αν υπάρχει ή όχι στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μεταβλητών. Σε όλα τα τεστ απορρίπτεται η αντίστοιχη υπόθεση σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($P < 0,05$). Σύγκριση των ομάδων Α και Β σε πολλές κατηγορικές μεταβλητές έγινε με το Fisher's exact test για τους πίνακες 2x2 και με το τεστ χ² για όλους τους μεγαλύτερους πίνακες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (N=290) ανά ομάδα. Στην ομάδα Α το δείγμα αποτελείται από 35 άντρες (26,1%) και 99 γυναίκες (73,9%) και στην ομάδα Β από 30 άντρες (19,2%) και 126 γυναίκες (80,8%). Η διαφορά μεταξύ των αντρών και των γυναικών στις δύο ομάδες δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,204$). Επίσης, δεν παρατηρείται διαφορά στατιστικά σημαντική μεταξύ της ομάδας και της εκπαίδευσης ($p=0,128$), μεταξύ επαγγέλματος και ομάδας ($p=0,438$), μεταξύ ομάδας και διαμονής ($p=0,942$) ενώ η σχέση μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και της ομάδας είναι στα όρια της στατιστικής σημαντικότητας ($p=0,063$).

Σε ό,τι αφορά την τωρινή απασχόληση για τις δύο ομάδες το 33,6% στην ομάδα Α και το 47,4% στην ομάδα Β έχουν πλήρη απασχόληση, το 15,7% της ομάδας Α και το 16,7% της ομάδας Β έχουν μερική απασχόληση, το 39,6% και το 35,9% των ομάδων Α και Β αντίστοιχα δεν έχουν καμία απασχόληση, ενώ το 11,2% της ομάδας Α αλλά το 0% της ομάδας Β δεν έχουν καμία απασχόληση για ψυχιατρικό λόγο. Η σχέση μεταξύ απασχόλησης και ομάδας είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,000$). Η διαφορά παρατηρείται ιδιαίτερα στην πλήρη απασχόληση και στην απουσία απασχόλησης για ψυχιατρικό λόγο.

Ο πίνακας 2 δείχνει τις διαγνωστικές κατηγορίες στις ομάδες Α και Β. Η σχέση μεταξύ διάγνωσης και ομάδας δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Στην πρόταση «Πίστευα τότε ότι αν ζητούσα βοήθεια θα ήταν σα να παραδεχόμουν ότι ήμουν ανεπαρκής, αδύναμος(η) και ανίκανος(η) να λύσω τα προβλήματά μου μόνος(η) μου.» με δυνατές απαντήσεις 1=διαφωνώ απόλυτα, 2=διαφωνώ, 3= ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4= συμφωνώ και 5= συμφωνώ απόλυτα, το 88% της ομάδας Α και το 76,3 % της ομάδας Β συμφώνησαν ή συμφώνησαν απόλυτα με τη δήλωση αυτή. Στην ομάδα Α παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην πεποίθηση του ατόμου για ανεπάρκεια και ανικανότητα και στη στάση που εμφανίζει απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας ($p=0,000$, Kruskal Wallis test), τους φόβους για τη θεραπεία ($p=0,001$, Kruskal Wallis test) και τον προσανατολισμό απέναντι στη χρήση του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου ($p=0,000$, ANOVA). Στην ομάδα Β παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην πεποίθηση του ατόμου για ανεπάρκεια και ανικανότητα και στη στάση που εμφανίζει απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας ($p=0,000$, Kruskal Wallis test), τους φόβους για τη θεραπεία ($p=0,001$, Kruskal Wallis test) και τον προσανατολισμό απέναντι στη χρήση του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου ($p=0,045$, Kruskal Wallis test), τη Στάση απέναντι στην Ψυχιατρική ($p=0,000$, Kruskal Wallis test) και το χρόνο μη αναζήτησης βοήθειας ($p=0,034$, Kruskal Wallis test). Τα άτομα που πίστευαν απόλυτα στην ανεπάρκειά τους είχαν τη θετικότερη στάση απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας, το θετικότερο προσανατολισμό απέναντι στη χρήση του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου και τους μεγαλύτερους φόβους απέναντι στη θεραπεία. Τα άτομα που ούτε συμφωνούσαν ούτε διαφωνούσαν εμφάνιζαν τις αμέσως μεγαλύτερες βαθμολογίες στις κλίμακες αυτές τόσο στην ομάδα Α όσο και στην ομάδα Β. Επιπλέον, στην ομάδα Β προκύπτει, για τα άτομα που πίστευαν ότι αν ζητούσαν βοήθεια θα ήταν σα να παραδέχονταν ότι ήταν ανεπαρκή, αδύναμα και ανίκανα να λύσουν τα προβλή-

ματά τους μόνα τους, ότι όταν ήταν μεγαλύτερη η πεποίθησή τους αυτή, ήταν πιο θετική και η στάση τους απέναντι στην ψυχιατρική αλλά μεσολαβούσε και περισσότερος χρόνος μέχρι να ζητήσουν βοήθεια.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η θεραπεία συχνά σχετίζεται με την «τρέλα» ή γίνεται αντιληπτή ως σημείο ψυχικής αδυναμίας ή αδυναμίας του χαρακτήρα, μειώνοντας με τον τρόπο αυτό τον αυτοσεβασμό. Οι περισσότερες εξηγήσεις που δίνονται για την απροθυμία του ατόμου να ζητήσει βοήθεια σχετίζονται με το γεγονός ότι θέλει να φαίνεται και να βλέπει τον εαυτό του ανεξάρτητο και αυτοεξυπηρετούμενο. Γενικότερα το να ζητάει το άτομο βοήθεια γίνεται αντιληπτό ως αναγνώριση της αδυναμίας και ανικανότητάς του και αυτό έχει μεγάλες γνωστικές και συναισθηματικές συνέπειες για το άτομο που ζητάει βοήθεια (Franklin, 1992).

Τα άτομα που πίστευαν απόλυτα ότι η αναζήτηση βοήθειας είναι παραδοχή ανεπάρκειας και ανικανότητας είχαν τη θετικότερη στάση απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας, το θετικότερο προσανατολισμό απέναντι στη χρήση του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου και τους μεγαλύτερους φόβους για τις παρεμβάσεις λόγω της ανασφάλειας και χαμηλής αυτοπεποίθησης που τους δημιουργεί αίσθημα απώλειας ελέγχου και ευαλωτότητας. Επιπλέον, στην ομάδα Β προκύπτει για τα άτομα που πίστευαν ότι αν ζητούσαν βοήθεια θα ήταν σα να παραδέχονταν ότι ήταν ανεπαρκή, αδύναμα και ανίκανα να λύσουν τα προβλήματα τους μόνα τους ότι όταν ήταν μεγαλύτερη η πεποίθησή τους αυτή, ήταν πιο θετική η στάση τους απέναντι στην ψυχιατρική αλλά μεσολαβούσε και περισσότερος χρόνος μέχρι να ζητήσουν βοήθεια από ειδικό. Τα άτομα που έχουν ανάγκη από βοήθεια συχνά αποτυγχάνουν να χρησιμοποιήσουν πηγές βοήθειας επειδή το γεγονός αυτό αποτελεί ανοιχτή παραδοχή ανεπάρκειας (Simmons, 2000). Αυτό σημαίνει ότι οι άνθρωποι ήταν «ανοιχτοί» στις παρεμβάσεις και απόψεις των ειδημόνων και μη επειδή ένιωθαν ανεπαρκείς και θεωρούσαν ότι η ανεπάρκειά τους δημιουργούσε το πρόβλημα και αναζητούσαν διέξοδο αλλά ταυτόχρονα αυτή η ανεπάρκεια, που ήταν απειλή για τον αυτοσεβασμό τους, τους καθυστέρουσε να κάνουν το τελικό βήμα και να ζητήσουν πραγματικά βοήθεια. Ο φόβος της αρνητικής κριτικής από τους άλλους μπορεί να εμποδίσει άτομα, που θα μπορούσαν να επωφεληθούν από τη λήψη ειδικευμένης επαγγελματικής βοήθειας, να τη ζητήσουν.

Οι μελέτες έχουν δείξει την έλλειψη συνάφειας που υπάρχει ανάμεσα στις αξίες ανταγωνιστικότητα, αυτοδυναμία, ανεξαρτησία που χαρακτηρίζουν τις δυτικές κουλτούρες και στην αναζήτηση βοήθειας που μπορεί να θεωρηθεί ως ένδειξη εξάρτησης. Λόγω αυτής της άποψης, η αναζήτηση βοήθειας μπορεί να θεωρηθεί «ως πράξη ανωριμότητας, παθητικότητας, ακόμη και ανικανότητας», που πρέπει να «αποφευχθεί». Αυτό συμ-

βαίνει παρά το γεγονός ότι η βοήθεια μερικές φορές αναγνωρίζεται ως ωφέλιμη και αναγκαία. Σύμφωνα με το πρότυπο αυτό, η προθυμία ή απροθυμία να ζητήσει το άτομο βοήθεια εξαρτάται από τις προσωπικές του πεποιθήσεις και την εικόνα που έχει για τον εαυτό του. Ζητώντας βοήθεια το άτομο αναγνωρίζει την ανικανότητά του να διαχειριστεί μια αποτυχία και μειώνεται η αυτοεκτίμησή του. Οι ατομικές διαφορές εξηγούν γιατί το άτομο θεωρεί την αναζήτηση βοήθειας ως μια απειλητική ή υποστηρικτική εμπειρία. Αναμένεται οι γυναίκες να είναι πιο πρόθυμες από τους άντρες να αντιληφθούν την ανάγκη για βοήθεια και να παραδεχτούν ότι πράγματι χρειάζονται βοήθεια (Cepeda – Benito & Short, 1998? Halgin και λοιποί., 1987? Kelly & Achter, 1995). Όταν το άτομο λαμβάνει απόφαση να αναζητήσει (ή να αποδεχτεί) βοήθεια από ειδικό ψυχικής υγείας έχει διαμορφώσει την πρόθεση να το κάνει. Υπάρχει θετική σχέση ανάμεσα στις στάσεις απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας και στις προθέσεις να αναζητηθεί βοήθεια (Kelly & Achter, 1995). Οι προθέσεις είναι ο πιο άμεσος καθοριστικός παράγοντας που επηρεάζει τη συμπεριφορά. Οι στάσεις απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας ήταν ο ισχυρότερος παράγοντας που επηρεάζει τις προθέσεις για αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας (Mackenzie, Gekoski & Knox, 2007). Σοβαρή είναι μια πρόθεση όταν συνοδεύεται από μια σαφή κατανόηση του προβλήματος, ένα οργανωμένο σχέδιο δράσης και έναν υψηλό βαθμό αυτοαποτελεσματικότητας (Strecher και λοιποί., 1995). Η αυτοαποτελεσματικότητα είναι η υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου σχετικά με τις προσωπικές ικανότητές του (πχ ειδικά σε ό,τι αφορά την εκδήλωση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς ή γενικά όσον αφορά την επίτευξη των στόχων του) (DiMatteo & Martin, 2006). Η αυτοδυναμία (self-reliance), η προτίμηση του ατόμου να λύσει τα προβλήματά του μόνο του, είναι ένας από τους φραγμούς που καθυστερούν την αναζήτηση βοήθειας. Η ανάπτυξη αυτής της πρόθεσης μπορεί να επηρεάζεται από προσωπικούς παράγοντες (π.χ. η διάρκεια του προβλήματος, τα αισθήματα απώλειας αυτοδυναμίας, η πεποίθηση ότι το άτομο, που λύνει τα προβλήματά του μόνο του, είναι πιο άξιο). Η λήψη βοήθειας επηρεάζει την αυτοεκτίμηση και τον αυτοσεβασμό του ατόμου (Wills & De Paulo, 1991). Σύμφωνα με τους Fischer, Winer και Abramowitz (1983) η βοήθεια μπορεί να είναι «απειλητική γιατί δημιουργεί σχέση ανωτερότητας-κατωτερότητας ανάμεσα σε αυτόν που δίνει και σε αυτόν που λαμβάνει βοήθεια και συγκρούεται με αξίες όπως αυτοδυναμία και ανεξαρτησία που ενισχύονται καθ' όλη τη διάρκεια της κοινωνικοποίησης». Το άτομο που προσφέρει βοήθεια από την άλλη πλευρά μπορεί να είναι υποστηρικτικό. Τα άτομα είναι πολύ πιο πιθανό να ζητήσουν βοήθεια αν αντιλαμβάνονται την πηγή βοήθειας ως υποστηρικτική και λιγότερο πιθανό να ζητήσουν βοήθεια αν την αντιλαμβάνονται ως απειλητική για την αυτοεκτίμησή τους.

Οι συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας εξαρτώνται από το αν αποδίδουν την ανάγκη για βοήθεια σε εσωτερικούς ή σε εξωτερικούς παράγοντες. Αν αποδίδουν την ανάγκη για βοήθεια σε εσωτερικούς παράγοντες (π.χ. έχω ανάγκη από βοήθεια επειδή είμαι ανίκανος) είναι λιγότερο πιθανό να ζητήσουν βοήθεια ανάλογα με το βαθμό που απειλείται η αυτοεκτίμησή τους. Από την άλλη πλευρά, αν αποδίδουν την ανάγκη για βοήθεια σε εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. έχω ανάγκη από βοήθεια επειδή είναι δύσκολη απόφαση) είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν βοήθεια χωρίς να αισθάνονται απειλή για την αυτοεκτίμησή τους.

Η έκφραση των αδυναμιών, της ευαλωτότητας, των συναισθημάτων, της οικειότητας και της ανάγκης για βοήθεια και υποστήριξη είναι σημεία αδυναμίας (O'Neil, 1981). Οι Ravin, Ravin και Arnon (1991) τονίζουν ότι η αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς μπορεί να οδηγήσει σε αμηχανία. Είναι πιθανό ότι ο βαθμός που απειλείται ο αυτοσεβασμός του ατόμου που αναζητά βοήθεια είναι κεντρικό σημείο στη διαδικασία αναζήτησης βοήθειας. Άτομα με υψηλό αυτοσεβασμό είναι πιο ευαίσθητα στην απειλή εαυτού από τη λήψη βοήθειας, αναζητούν λιγότερη βοήθεια και ανταποκρίνονται λιγότερο στο να λάβουν βοήθεια σε σύγκριση με άτομα με χαμηλό αυτοσεβασμό. Τα άτομα με χαμηλό αυτοσεβασμό είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν βοήθεια (Wills & De Paulo, 1991).

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ

Τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν σε άλλους πληθυσμούς και σε άλλες δομές ανεπιφύλακτα. Το δείγμα της μελέτης έχει συγκεκριμένα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και δε μπορούν να γενικευτούν τα αποτελέσματα σε πληθυσμούς από άλλο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον.

Ένας περιορισμός της μελέτης είναι η φύση των αναφερόμενων στοιχείων καθώς το ερωτηματολόγιο και οι κλίμακες συμπληρώνονται από τους ίδιους τους συμμετέχοντες οπότε τα στοιχεία, που χρησιμοποιούνται για τη μελέτη, συλλέγονται από τις δηλώσεις και απαντήσεις που δίνουν οι συμμετέχοντες τη δεδομένη χρονική στιγμή που συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο (self report). Υποθέτουμε ότι οι συμμετέχοντες απάντησαν με ακρίβεια. Προκύπτει ο περιορισμός της μνήμης και της ακρίβειας των αναφορών, καθώς οι πληροφορίες συλλέγονται αναδρομικά δεδομένων και των καθυστερήσεων που εμφανίζουν ορισμένοι ασθενείς μέχρι να επισκεφτούν το Κ.Κ.Ψ.Υ, όπως συμβαίνει ιδιαίτερα στα άτομα της ομάδας Α, όπου υπάρχει και ο περιορισμός της προηγούμενης εμπειρίας από τη θεραπεία.

Μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να επωφεληθεί από συνεντεύξεις με τα μέλη της οικογένειας ώστε να διασταυρωθούν τα στοιχεία που συλλέγονται.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων που πληρούν τα διαγνω-

στικά κριτήρια ψυχικών διαταραχών δε λαμβάνουν βοήθεια.

Η απόφαση για αναζήτησης βοήθειας φαίνεται να αναπαριστά την πολύπλοκη αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων στους οποίους συμπεριλαμβάνονται η σοβαρότητα, η χρονιότητα, η ανεπάρκεια στη λειτουργικότητα που προκαλείται από τη διαταραχή και οι αντιλήψεις για την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης καθώς και κάποια γνωρίσματα της προσωπικότητας. Μια καλύτερη κατανόηση των υποκείμενων δυναμικών της διαδικασίας αναζήτησης βοήθειας θα βοηθήσει τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να υιοθετήσουν πιο αποτελεσματικές στρατηγικές παρέμβασης.

Η μελέτη της επίδρασης της αυτοδυναμίας και του αυτοσεβασμού του ατόμου με ψυχικά προβλήματα στην πορεία του προς την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να παρέχει χρήσιμες πληροφορίες στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας για την κατανόηση των φραγμών που μπορεί να προκύψουν στην έγκαιρη εντόπιση των ατόμων με ψυχικά προβλήματα και την αντιμετώπιση των αναγκών τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Anderson, C.M., Robins, C.S., Greeno, C.G., Cahalane, H., Copeland, V.C., Andrews, R.M., 2006. Why lower income mothers do not engage with the formal mental health care system: perceived barriers to care. *Qual Health Res* 16, 926-932.
2. Apostol, R.A., 1968. Comparison of counselees and noncounselees with type of problem controlled. *Journal of Counseling Psychology* 15, 407-410.
3. Berdie, R.F., Stein, J., 1966. A comparison of new university students who do and do not seek counseling. *Journal of Counseling Psychology* 13, 310-317.
4. Bornstein, R.F., Krukonis, A.B., Manning, K.A., Mastrosimone, C.C., Rossner, S.C., 1993. Interpersonal dependency and health service utilization in a college student sample. *Journal of Social and Clinical Psychology* 12, 262-279.
5. Bornstein, R.F., 1992. The dependent personality: Developmental, social and clinical perspectives. *Psychological Bulletin* 112, 3-23.
6. Brown, K.W., Moskowitz, D.S., 1997. Does unhappiness make you sick? The role of affect and neuroticism in the experience of common physical symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology* 72, 907-917.
7. Brownhill, S., 2003. Intensified constraint: The battle between individual and social forces influencing hidden depression in men. Thesis University of New South Wales.
8. Cepeda-Benito, A., Short, P., 1988. Self-concealment avoidance of psychological services and perceived likelihood of seeking professional help. *Journal of Counseling Psychology* 45, 68-74.
9. Costa, P.T., Jr, McCrae, R.R., 1987. Neuroticism, somatic complaints and disease: Is the hawk worse than the dove? *Journal of Personality* 55, 299-316.
10. Cui, X., Vaillant, G.E., 1997. Does depression generate negative life events? *J Nerv Ment Dis* 185, 145-150.
11. Dawkins, M.P., Terry, J.A., Dawkins, M.P., 1980. Personality and life style factors in utilization of mental health services. *Psychological Reports* 46, 383-386.
12. Dew, M.A., Dunn, L.O., Bromet, E.J., Schulberg, H.C., 1988. Factors affecting help-seeking during depression in a community

- sample. *Journal of Affective Disorders* 14, 223-234.
13. DiMatteo, R.M., Martin, L.R., 2006. Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
 14. Feldman, P., Cohen, S., Doyle, W., Skoner, D., Gwaltney, J., 1999. The impact of personality on the reporting of unfounded symptoms and illness. *Journal of Personality and Social Psychology* 77 (2), 370-378.
 15. Fischer, E.H., Turner, J.L., 1970. Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 35, 79 – 90.
 16. Fischer, E.H., Winer, D., Abramowitz, S.I., 1983. Seeking professional help for psychological problems Development and evaluation of a youth mental health community awareness campaign – The Compass Strategy. *BMC Public Health* 6, 215-220.
 17. Franklin, A.J., 1992. Therapy with African American men. Families in society. *The Journal of Contemporary Human Services* 73(6), 350-355.
 18. Halgin, R.P., Weaver, D.D., Edell, W.S., Spencer, P.G., 1987. Relation of depression and help seeking history to attitudes to ward seeking professional psychological help. *Journal of Counseling Psychology* 34, 177 – 185.
 19. Halgin, R.P., Weaver, D.D., 1986. Salient beliefs about obtaining psychotherapy. *Psychotherapy in private practice* 4, 23 – 31.
 20. Halgin, R.P., Weaver, D.D., Donaldson, P.E., 1985. College students' perceptions of the advantages and disadvantages of obtaining psychotherapy. *Journal of Social Service Research* 8, 75 – 86.
 21. Halter, M.J., 2004. The stigma of seeking care and depression. *Archives of psychiatry nursing* xviii (5), 178-184.
 22. Henderson, J., Alec Pollard, C., Jacobi, K., Merkel, W., 1992. Help - seeking patterns of community residents with depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders* 26, 157-162.
 23. Horwitz, A.V., 1987. Help- seeking processes and mental health services. In Mechanic, D. (Ed.), *Improving mental health services: What the social sciences can tell us?* New Directions for Mental Health Services, no. 36. CA: Jossey- Boss, San Francisco.
 24. Katon, W.J., Walker, E.A., 1998. Medically unexplained symptoms in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry* 59, 15-21.
 25. Kelly, A.E., Achter, J.A., 1995. Self – concealment and attitudes toward counseling in university students. *Journal of Counseling Psychology* 42, 40-46.
 26. Kirk, B., 1973. Characteristics of users of counseling centers and psychiatric services on a college campus. *Journal of Counseling Psychology* 20, 463-470.
 27. Kushner, M.G., Scher, K.L., 1989. Fear of psychological treatment and its relation to mental health service avoidance. *Professional Psychology: Research and Practice* 22, 196-203.
 28. Mackenzie, C.S., Gekoski, W.L., Knox, V.J., 2007. Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging and Mental Health* 10(6), 574-582.
 29. McClure, R., Mitchell, C., Greschuck, D., 1982. Self – concept and identification of students needing a counseling center. *Psychological Reports* 50, 487-490.
 30. Mechanic, D., 1982. The epidemiology of illness behavior and its relationship to physical and psychological distress. In Mechanic, D. (ed.), *Symptoms, illness Behavior and Help-seeking*. Neale Watson Academic Publication, New York.
 31. Mendelsohn, G.A., Kirki, B.A., 1962. Personality differences between students who do and do not use a counseling facility. *Journal of Counseling Psychology* 9, 341-346.
 32. Nadler, A., 1986. Self-esteem in the seeking and receiving of help. *Theoretical and empirical perspectives Progress in Experimental Personality Research* 14, 115 – 163.
 33. Neitzert, C.S., Davis, C., Kennedy, S.H., 1997. Personality factors related to the prevalence of somatic symptoms and medical complaints in a health student population. *British Journal of Medical Psychology* 70, 93-101.
 34. O'Neil, J.M., 1981. Male sex role conflicts, sexism masculinity: Psychological implications for men, women and the counseling psychologist. *The Counseling Psychologist* 9, 61-80.
 35. O'Neil, R.M., Bornstein, R.F., 1990. Oral-dependence and gender: Factors in help-seeking response set and self-reported psychopathology in psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment* 55, 28-40.
 36. Ogdevn, J., 2004. Ψυχολογία της Υγείας. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανού, Αθήνα.
 37. Raviv, A., Raviv, A., Arnon, G., 1991. Psychological counseling over the ratio: Listening motivations and the threat to self-esteem. *Journal of Applied Social Psychology* 21, 253 – 270.
 38. Rickwood, D.J., Braithwaite, V.A., 1994. Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science and Medicine* 39, 563-572.
 39. Robbins, J.M., 1981. Lay attribution of personal problems and psychological help- seeking. *Social Psychiatry* 16, 1-9.
 40. Roy-Byrne, P.P., Stang, P., Wittchen, U., Ustun, B., Walters, E.E., Kessler, R.C., 2000. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry* 176, 229-235.
 41. Sharp, W.H., Krick, B.A., 1974. A longitudinal study of who seeks counseling when. *Journal of Counseling Psychology* 21, 43-50.
 42. Sherbourne, C.D., 1988. The role of social support and life stress in use of mental health services. *Social Science and Medicine* 27, 1393-1400.
 43. Simmons, J., 2000. Kid's mental health tackled. *Counseling Today*, 1-26.
 44. Simoni, J.M., Adelman, H.S., Nelson, P., 1991. Perceived control, causality, expectations and help-seeking behavior. *Counseling Psychology Quarterly* 4, 37-44.
 45. Sorgaard, K., Sandanger, I., Sorensen, T., Ingebrigtsen, G., Dalgard, O., 1999. Mental disorders and referrals to mental health specialists by general practitioners. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 34, 128-135.
 46. Strecher, V.J., Seijts, G.H., Kok, G.J., Latham, G.P. et al., 1995. Good setting as a strategy for health behavior change. *Health Education Quarterly* 22, 190-200.
 47. Tang, Y., Sevigny, R., Mao, P., Jiang, F., Cai, Z., 2007. Help-seeking Behaviors of Chinese Patients with Schizophrenia Admitted to a Psychiatric Hospital. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res* 34, 101-107.
 48. Tracey, T.J., Sherry, P., Bauer, G.P., Robins, T.H., Todaro, L., Briggs, S., 1984. Help seeking as a function of student characteristics and program description: A logit-loglinear analysis. *Journal of Counseling Psychology* 31, 54-62.
 49. Vaux, H. Burda, P., Stewart, D., 1986. Orientation towards utilizing support resources. *Journal of Community Psychology* 14, 159-170.
 50. West, J.S. Kayser, L., Overton, P., Saltmarsh, R., 1991. Student perceptions that inhibit the initiation of counseling. *The School Counselor* 39, 76-83.
 51. Wills, T.A., DePaulo, B.M., 1991. Interpersonal analysis of the help-seeking process. In Snyder, C.R., Forsyth, D.R. (Eds), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*. Pergamon Press, New York.
 52. Ζαριταλούδη, Α., 2008. Παράγοντες που επηρεάζουν την πρώτη επαφή με Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής. Διδακτορική Διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Το φαινόμενο της εγκατάλειψης βρεφών και η αντιμετώπισή του σε Ευρώπη και Αμερική

Αθανασοπούλου Μαρία, Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD(c) Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ.Ν.Μ- «Ελενα Βενιζέλου» Καλοκαιρινού Αθηνά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Κοινωνικής Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Από την εποχή του Οιδίποδα που οι γονείς του τον εγκατέλειψαν στον Κιθαιρώνα για να μην επαληθευτούν οι χρησμοί της Πυθίας έως το μύθο του Μωϋσή που η Ισραηλινή μητέρα του τον εναπόθεσε σε έναν πάπυρο στις όχθες του Νείλου για να τον βρει η κόρη του Φαραώ της Αιγύπτου, η ιστορία δείχνει ότι το φαινόμενο της εγκατάλειψης βρεφών ήταν και είναι ένα φαινόμενο που πάντα συνέβαινε και συνεχίζει να συμβαίνει. Η πρακτική της εγκατάλειψης των βρεφών αμέσως μετά από τη γέννηση τους είναι ένα φαινόμενο με ποικίλα κίνητρα και εξαρτώμενα από διάφορους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ότι έχει ανακάμψει ένα ζωηρό ενδιαφέρον ώστε να διευκρινισθεί ο λόγος για τον οποίο η εγκατάλειψη βρεφών συνεχίζει να υφίσταται στη σύγχρονη κοινωνία, παρά τις αλλαγές που έχουν επέλθει στις κοινωνικές της δομές και νόρμες. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση του φαινομένου της εγκατάλειψης των βρεφών, τους παράγοντες που οδηγούν τις μητέρες να εγκαταλείψουν τα βρέφη τους, καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισης του στην Αμερική και τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Μέθοδος: Η μεθοδολογία για τη μελέτη περιελάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών, που αναφέρονταν στην εγκατάλειψη των βρεφών, τις αιτίες του φαινομένου, τους παράγοντες που οδηγούν στην εγκατάλειψη και στους τρόπους αντιμετώπισής του από χώρες της Ευρώπης και την Αμερική. Η μεθοδολογία περιέλαβε βιβλιογραφική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων MEDLINE και CINAHL (1990-2009).

Συμπεράσματα: Η εγκατάλειψη των βρεφών είναι ένα πολύπλοκο ζήτημα που αφορά τα δικαιώματα εκτός της μητέρας και αυτά του παιδιού αλλά και του πατέρα. Το θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα των παιδιών να ζουν με την οικογένειά τους είναι να μάθουν για την καταγωγή τους. Οι μητέρες αυτές βρίσκονται κάτω από μεγάλη ψυχολογική πίεση, πιθανόν να έχουν ψυχολογικές διαταραχές και συχνά είναι θύματα σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο. Για την καταπολέμηση της εγκατάλειψης είναι απαραίτητο να διασφαλίζεται το δικαίωμα των γυναικών να επιλέγουν ελεύθερα πότε θα γίνουν μητέρες ενώ είναι σκόπιμο να υπάρχει η κατάλληλη κοινωνική υποστήριξη και οικονομική βοήθεια για τη νέα μητέρα και το παιδί της.

Λέξεις – Κλειδιά: εγκαταλειμμένα βρέφη, εγκατάλειψη βρεφών σε Ευρώπη και Αμερική

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη διεθνή βιβλιογραφία λίγα δεδομένα είναι γνωστά για τις γυναίκες που εγκαταλείπουν τα νεογέννητά τους καθώς οι έρευνες είναι ιδιαίτερα λίγες. Η αναζήτηση δείχνει ότι πάντα θα υπάρχουν μητέρες σε απόγνωση που αισθάνονται ότι έχουν σοβαρούς λόγους για να εγκαταλείψουν το παιδί τους κατά τη γέννηση (Cesario 2003 & Oberman 2008). Έχει μελετηθεί ότι οι γυναίκες αυτές ανήκουν σε ανομοιογενείς κοινωνικά κατηγορίες ή βρίσκονται σε κάποιο στάδιο κοινωνικού αποκλεισμού. Ενδέχεται επίσης να διαβιούν σε οικογενειακά σχήματα που είναι εναλλακτικά της συμβατικής οικογένειας. Διάφοροι παράγοντες ευθύνονται για τις συνθήκες αυτές όπως είναι η ανεργία, η φτώχεια, η οποιαδήποτε μορφής εκμετάλλευση των γυναικών αυτών (οικονομική, σεξουαλική) από τρίτα πρόσωπα, η αμοιξία, ο αλκοολισμός των γονέων, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, φορείς ιού HIV/AIDS, κ.λ.π. (Μουσουρού 2005). Άλλες έρευνες αναφέρουν ότι οι γυναίκες που εγκαταλείπουν τα παιδιά τους είναι εν δυνάμει ικανές να διαπράξουν ακοή και παιδοκτονία (Oberman 1996). Μερικές γυναίκες νιώθουν μεγαλύτερο φόβο μήπως χάσουν τον σύντροφό τους παρά το παιδί τους. Έτσι λαμβάνουν απελπισμένα μέτρα για να σώσουν τη σχέση τους, πιστεύουν ότι δεν εγκυμονούν κι όταν το μωρό έρχεται ξαφνικά, πανικοβάλλονται και απλώς θέλουν να το «ξεφορτωθούν» (Williams-Mbengue 2001 & Oberman 1996). Αιτίες για την αρνητική στάση απέναντι στο βρέφος ενδέχεται να είναι προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες από την παιδική ηλικία, φτωχές συναισθηματικά σχέσεις με τους γονείς της μητέρας, ανικανοποίητες διαπροσωπικές σχέσεις με τον πατέρα του παιδιού, φορτισμένοι αρνητικά περιβαλλοντικοί και οικονομικοί παράγοντες, υποβαθμισμένος τρόπος ζωής κ.λ.π. (Ρήγα και συν, 1990).

Η εγκατάλειψη βρεφών στην Ευρώπη

Στη Δυτική Ευρώπη, οι περισσότερες περιπτώσεις εγκατάλειψης αφορούν πολύ νέες γυναίκες που στερούνται κάποια μορφής ελευθερίας (παράνομοι μετανάστες, ή πόρνες, κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες). Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις συχνά αναφέρουν ότι οι μητέρες που βρίσκονται σε κίνδυνο δεν γνωρίζουν τα δικαιώματά τους ή δεν έχουν πρόσβαση στις ανάλογες υπηρεσίες υγείας. Έτσι γίνονται πιο ευάλωτες στην εκμετάλλευση, μην έχοντας ευκαιρία επιλογών, εγκαταλείπουν τα παιδιά τους (Γιατρού του Κόσμου, 2007).

Στην Ευρώπη και σε ολόκληρο τον κόσμο, συζητείται πλέον η αμφιλεγόμενη επαναφορά των βρεφοδόχων ένα σύστημα που χρησιμοποιούνταν στην Ευρώπη κατά τον Μεσαίωνα. Τον 12ο αιώνα ο πάπας Ιννοκέντιος ο Γ΄ παρότρυνε τις γυναίκες να αφήνουν τα μωρά που αδυνατούσαν να μεγαλώσουν στα σκαλιά των εκκλησιών. Σε μοναστήρι του 14ου αιώνα στη Φλωρεντία υπήρχε ειδικά προσαρμοσμένο ένα ξύλινο περιστρε-

φόμενο βαρέλι (la ruota), όπου άφηναν τα ανεπιθύμητα νεογέννητα. Σε όλη την Ευρώπη μέχρι τον 19ο αιώνα και στην Ελλάδα μέχρι και τη δεκαετία του '60 υπήρχαν ειδικές υποδοχές στα βρεφοκομεία όπου εγκαταλείπονταν τα ανεπιθύμητα βρέφη (Πρακτικά Παιδιατρικής Εταιρίας, 2006).

Σε αρκετές χώρες η εγκατάλειψη των παιδιών σε δημόσιους χώρους αποτελεί έγκλημα, και το μέτρο αυτό θεωρείται από ορισμένους ως υποκίνηση εγκλήματος ενώ την αποκλειστική ευθύνη έχουν οι μητέρες. Τα μέτρα αυτά συχνά δεν έχουν καμία νομική βάση όπως στο Βέλγιο. Στη Γερμανία πρόσφατα χορηγήθηκε άδεια για τη διαφήμισή τους ενώ στην Ιταλία ακόμα και σήμερα μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη θεωρείται ντροπή και κοινωνικό στίγμα (Williams-Mbengue, 2001). Οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι η εφαρμογή του μέτρου αναμένεται ότι θα μειώσει τον αριθμό των αμβλώσεων, τη παιδοκτονία, την κακομεταχείριση και την εγκατάλειψη των βρεφών σε δημόσιους χώρους (Boyes R, 2007). Οι πρώτες ηλεκτρονικές βρεφοδόχοι έκαναν την εμφάνισή τους το 2000 στη Γερμανία (σήμερα υπάρχουν σε πολλές χώρες του κόσμου). Τα σημεία όπου είναι τοποθετημένες συνήθως δεν βρίσκονται σε κοινή θέα, ενώ στη γύρω περιοχή δεν υπάρχουν κάμερες ασφαλείας. Το βρέφος τοποθετείται σε μια επιφάνεια υποδοχής - μέσω ειδικού «παραθύρου» σε ειδικά προσαρμοσμένο σημείο του τοίχου του νοσοκομείου - που σταδιακά χαμηλώνει, εναποθέτοντας το βρέφος σε ένα θερμαινόμενο κρεβατάκι. Ειδικός συναγερμός ειδοποιεί τους εφημερεύοντες επαγγελματίες υγείας για τη νέα έλευση, ενώ καταχωρείται η γέννηση του παιδιού σε ειδικά μητρώα. Συνήθως δίδεται στη μητέρα επαρκής χρόνος για να φύγει χωρίς να γίνει αντιληπτή ενώ αν αλλάξει γνώμη, δίνεται χρονικό περιθώριο έως και τρεις μήνες για να το ανακτήσει (Poggioli, 2007).

Η αντιμετώπιση του φαινομένου στην Ευρώπη και την Αμερική

Το Συμβούλιο της Ευρώπης το 2007 πραγματοποίησε έρευνα σχετικά με την αντιμετώπιση του φαινομένου της εγκατάλειψης των βρεφών, σε είκοσι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ώστε να διατυπωθούν συμπεράσματα. Από τα πορίσματα της έρευνας βρέθηκε ότι οι εθνικές στατιστικές μερικών χωρών για το ποσοστό των εγκαταλειμμένων νεογνών είναι σπάνιες ή ανύπαρκτες. Αναγνωρίζοντας ότι το φαινόμενο στην περίπτωση της Ουκρανίας (1549 περιπτώσεις εγκατάλειψης, το 2004, αλλά μόνο 998 το 2006) ίσως αποτελεί παράδειγμα και χρήζει εκτενέστερης ανάλυσης, αποφασίστηκε η δημιουργία ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων με σκοπό την ανταλλαγή συμπερασμάτων με άλλες χώρες (Hancock M, 2007).

Η Γαλλία διαθέτει ένα σύστημα προστασίας της ανωνυμίας της μητέρας όταν εγκαταλείπει το βρέφος της και εκτός από την Αμερική είναι η μόνη χώρα στην

Ευρώπη όπου υφίσταται αυτή η πρακτική. Κάθε χρόνο καταγράφονται 500 περίπου περιπτώσεις ανώνυμων γεννήσεων στη Γαλλία, σε σύγκριση με 10.000 το χρόνο τη δεκαετία '60 όταν η αντισύλληψη και η άμβλωση ήταν ακόμη παράνομη. Ο νόμος επιτρέπει στη μητέρα να γεννάει το μωρό της σε πλήρη ανωνυμία ενώ η καταγωγή της μητέρας του παιδιού δεν καταχωρείται σαν επίσημο στοιχείο (<http://assembly.coe.int>, 2008). Στη Γερμανία το 2003, ο ετήσιος καταγεγραμμένος αριθμός εγκαταλειμμένων νεογέννητων ξεπέρασε τα 70, ενώ μέσα στο πρώτο τρίμηνο του 2007 καταγράφηκε ότι τουλάχιστον 23 βρέφη δολοφονήθηκαν. Οι ειδικοί εξέφρασαν φόβους ότι ο πραγματικός αριθμός ήταν πολύ μεγαλύτερος. Δρομολογήθηκε σχετική διαφημιστική εκστρατεία προκειμένου να αναδείξουν την έκταση του προβλήματος και να επιτύχουν ευρύτερη χρήση των ειδικών βρεφοδόχων (Poggioli, 2007). Στην Ιταλία τα τελευταία δύο χρόνια, περισσότερα από 30 εγκαταλειμμένα παιδιά εντοπίστηκαν, κυρίως στις πιο υποβαθμισμένες συνοικίες της Ρώμης λόγω της αύξησης του αριθμού των μεταναστών. Αναρτήθηκαν αφίσες σε έξι διαφορετικές γλώσσες, με εκκλήσεις να μην εγκαταλείπονται τα νεογέννητα, ενώ πραγματοποιήθηκαν καμπάνιες ενημέρωσης για το δικαίωμα της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας. Ταυτόχρονα τοποθετήθηκε μια υψηλής τεχνολογίας βρεφοδόχος σε κεντρικό Νοσοκομείο της Ρώμης (Boyes R, 2007).

Στην Αγγλία προωθούνται προγράμματα αναδοχής για τα εγκαταλειμμένα παιδιά για την αποσυμφόρση των ιδρυμάτων με την καθιέρωση αυστηρών κριτηρίων επιλογής των ανάδοχων οικογενειών. Η τακτική είναι γνωστή στη χώρα αυτή από τον 19ο αι. που βασίζονταν στον εθελοντισμό των μεγαλοαστικών οικογενειών. Στην Ανατολική και Κεντρική Ευρώπη, εξακολουθεί να υπάρχει μια ισχυρή τάση στους γονείς να αφήνουν τα βρέφη τους στην φροντίδα των ιδρυμάτων. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στην περίπτωση της Ρουμανίας, όπου η χώρα εξακολουθεί να επηρεάζεται από την κληρονομιά προηγούμενων καθεστώτων όπου το κράτος αναλάμβανε την φροντίδα των έκθετων παιδιών. Στην Ουκρανία, οι λόγοι που προβάλλονται ως εξήγηση του φαινομένου είναι η οικογενειακή πίεση που ασκείται κυρίως σε έφηβες μητέρες, η έλλειψη οικονομικών πόρων, το γεγονός ότι η μητέρα μπορεί να ήταν η ίδια ένα εγκαταλειμμένο παιδί, και διάφορα προβλήματα εξάρτησης από ναρκωτικά ή αλκοόλ (Hancock M, 2007).

Σε πολλές χώρες η νομοθεσία υποχρεώνει την αναζήτηση της οικογένειας του παιδιού που βρέθηκε εγκαταλειμμένο. Γενικά όμως υπόκεινται σε διαφορετικές νομικές διατάξεις και λόγω της διαφορετικής οικογενειακής πολιτικής κάθε χώρας είναι δύσκολο να βρεθεί κοινή γραμμή για την αντιμετώπιση του φαινομένου (Hancock M, 2007).

Οι Ηνωμένες Πολιτείες έθεσαν σε ισχύ μια νομοθε-

σία το 1999 που ξεκίνησε πιλοτικά από το Τέξας. Σύμφωνα με αυτήν οι γονείς μπορούν να αφήνουν ανώνυμα το μωρό τους, σε ασφαλείς χώρους (νοσοκομεία, αστυνομικά τμήματα, σταθμοί πυροσβεστικής) χωρίς τον κίνδυνο ποινικής δίωξης. Για όσο χρόνο παραμένει εκεί το παιδί, ορίζεται υπεύθυνο ένα μέλος του προσωπικού που αναλαμβάνει την φροντίδα του (Rosner, 1997 & Cesario, 2003). Δίνονται γραπτές οδηγίες, βάσει ειδικού πρωτοκόλλου, στο προσωπικό αυτών των υπηρεσιών τι πρέπει να κάνουν από τη στιγμή που παραλάβουν ένα βρέφος (Buckley, 2007). Σε πολλές περιπτώσεις αποστέλλεται επιστολή στη μητέρα (όταν τα στοιχεία είναι γνωστά) με συμβουλές και πληροφορίες για διαθέσιμες υπηρεσίες βοήθειας που θα μπορούσε να απευθυνθεί για την στήριξη του παιδιού και της ίδιας, αν αλλάξει γνώμη (Williams-Mbengue, 2001). Με τον τρόπο αυτό μειώνεται σημαντικά ο κίνδυνος εγκατάλειψης βρέφους σε μια επικίνδυνη περιοχή που ενδεχομένως να οδηγήσει στο θάνατό του. Προστατεύει τους γονείς που αισθάνονται ότι δεν έχουν άλλη επιλογή από την εγκατάλειψη και τους δίνει τη δυνατότητα να αφήσουν το νεογέννητό τους σε ένα ασφαλές μέρος (Drescher-Burke, 2004). Οι ιθύνοντες ισχυρίζονται ότι η σχετική νομοθεσία είναι ένα θετικό βήμα, πρέπει όμως να αποτελέσει μέρος ευρύτερης προσπάθειας για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και των εμπλεκόμενων κοινωνικών υπηρεσιών (Cesario, 2001 & Buckley, 2007).

Στην Ελλάδα από τα πρώτα χρόνια της συγκρότησης του Ελληνικού κράτους υπήρξε μέριμνα για τα ορφανά και τα έκθετα βρέφη στην τότε πρωτεύουσα. Το 1883 δημιουργήθηκε η πρώτη βρεφοδόχος στο Δημοτικό Βρεφοκομείο Αθηνών και λειτούργησε έως το 1960 (Κορασίδου, 1992). Υπήρξαν αντιπαραθέσεις και στην Ελλάδα σχετικά με την σκοπιμότητα της καθώς πολλοί ήταν εκείνοι που πίστευαν πως θα ενθαρρύνει τα εκτός γάμου παιδιά και κατά συνέπεια την εγκατάλειψή τους (Πρακτικά Παιδιατρικής Εταιρίας, 2006). Οι περιπτώσεις των βρεφών που εγκαταλείπονται σήμερα από τους γονείς τους στους δρόμους της Αθήνας είναι μεμονωμένες γιατί στην Ελλάδα παραμένει ακόμα ισχυρός ο θεσμός της οικογένειας. Τα βρέφη που εντοπίζονται σε πεζοδρόμια, ή σε κάδους σκουπιδιών, μεταφέρονται από τους αστυνομικούς σε δημόσια νοσοκομεία. Υποβάλλονται σε εξετάσεις και στη συνέχεια, εάν βρεθεί κενή θέση σε Κέντρο Παιδικής Μέριμνας, πηγαίνουν εκεί. Ταυτόχρονα με τον εντοπισμό του μωρού ξεκινά και η αναζήτηση της μητέρας. Τα στοιχεία από την Υποδιεύθυνση Προστασίας Ανηλικών δείχνουν ότι τα ποσοστά των Ελληνίδων και των αλλοδαπών που εγκαταλείπουν τα παιδιά τους κυμαίνονται στο ίδιο επίπεδο. Το 2005 βρέθηκαν 13 έκθετα μωρά, το 2006 εννέα, το 2007 δέκα και μέχρι το πρώτο εξάμηνο του 2008 πέντε (Ελευθεροτυπία - 05/07/2008). Σήμερα λειτουργούν 13 Κέντρα Παιδικής Μέριμνας όπου φιλοξενούνται 600 -700 παιδιά

και 6 Παιδοπόλεις που φιλοξενούν 200 - 250 παιδιά. Σκοπός τους είναι η περιθαλψη, η μόρφωση και η επαγγελματική εκπαίδευση των παιδιών που αποδεδειγμένα είναι απροστάτευτα και στερούνται οικογενειακής φροντίδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εγκατάλειψη των παιδιών κατά τη γέννηση είναι ένα σύνθετο ζήτημα, που αφορά τα δικαιώματα τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού αλλά και του πατέρα του. Ωστόσο, στην Ευρώπη, ιδίως στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, ενοχοποιούνται οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες περιλαμβάνοντας την φτώχεια, την κοινωνική τάξη, αλλά και τις έφηβες μητέρες χωρίς οικονομική στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον (Bloch, 1998). Στην Ελλάδα σε έρευνα που έγινε για τη στάση των Ελλήνων νοσηλευτών απέναντι στο φαινόμενο της εγκατάλειψης βρέθηκε ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών που πιστεύει ότι οι έφηβες μητέρες, ανήκουν σε χαμηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα, δεν έχουν οικονομικούς πόρους και εγκαταλείπουν ευκολότερα τα βρέφη τους με ποσοστά 83,5%, 70,9% και 73,8% αντίστοιχα (Αθανασοπούλου, 2008). Οι πολιτικές υγείας, οι κατάλληλες κοινωνικές υπηρεσίες υγείας, η προσβασιμότητα σε αυτές και ιδιαίτερα των κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων πληθυσμού, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων μιας γυναίκας. Ιδιαίτερα όταν βρίσκεται αντιμέτωπη με μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και έχει περιορισμένες επιλογές για να διαχειριστεί την κατάσταση (Rosner, 1997 & Green, 1999). Η εγκυμοσύνη είναι κατά βάση ανεπιθύμητη ενώ η πληροφόρηση για θέματα αντισύλληψης είναι ανεπαρκής. Οι γυναίκες αυτές φοβούνται ή δεν γνωρίζουν να κάνουν σωστή χρήση των υπηρεσιών υγείας πριν και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους (Cesario, 2003 & Oberman, 2008). Οι ψυχολογικές διακυμάνσεις και πιέσεις αποτελούν επίσης κάποιες από τις αιτίες που τα νεογνά αφήνονται έκθετα σε δημόσιους χώρους (Bonnet, 1993 & Oberman, 1996). Σημαντικές είναι οι μελέτες που αναφέρονται στην διεθνή βιβλιογραφία και επιβεβαιώνουν το γεγονός ότι οι γυναίκες αυτές βρίσκονται κάτω από μεγάλη ψυχολογική πίεση, έχουν ψυχολογικές διαταραχές και ότι συχνά είναι θύματα σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο (Cesario, 2003).

Η εγκατάλειψη των νεογέννητων εγείρει το ζήτημα της πρόσβασης στις ειδικές υπηρεσίες ενημέρωσης των νέων και ιδιαίτερα των γυναικών για τα δικαιώματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Η έκτρωση δεν έχει νομιμοποιηθεί ακόμα σε όλες τις χώρες. Ακόμη και όταν επιτρέπεται, συχνά υπόκειται σε πολλές διοικητικές διατυπώσεις που αποτελούν εμπόδια για πολλές γυναίκες. Σε ορισμένες περιπτώσεις και σε ορισμένες χώρες, υπάρχουν αυστηρά χρονικά όρια για τη διενέργεια των διακοπών κυήσεως έτσι ώστε,

το δικαίωμα αυτό να μην έχει αξία στην πράξη (Αθανασοπούλου & Κούτα, 2009).

Αναμφισβήτητα υπάρχει ανάγκη σχεδιασμού οικογενειακής πολιτικής που θα λαμβάνει υπόψη τις δημοσιονομικές πιέσεις που δημιουργεί η γέννηση ενός παιδιού και την ανάγκη για την παρακολούθηση και υποστήριξη των νέων μητέρων. Όλα τα μέτρα που προτείνονται θα πρέπει να επικεντρώνονται σε μια απαραίτητη αρχή, δηλαδή το σεβασμό για τα δικαιώματα των παιδιών, και κυρίως το θεμελιώδες ανθρωπινό δικαίωμά τους να ζουν με τις οικογένειές τους και να γνωρίζουν την καταγωγή τους. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται σε ευάλωτες κοινωνικά ομάδες και τις γυναίκες που προέρχονται από μειονότητες. Ένα άλλο ζήτημα είναι η αποϊδρυματοποίηση των εγκαταλειμμένων βρεφών. Είναι απαραίτητο να δίνεται προτεραιότητα στην παροχή εναλλακτικών λύσεων ώστε τα παιδιά αυτά να αποκτούν κάποια οικογένεια μέσω της υιοθεσίας (Rosner D et al, 1997).

Η αδυναμία της μητέρας να φροντίσει το παιδί της εκφράζεται με την εγκατάλειψη του παιδιού της στο μαιευτήριο ή σε άλλο χώρο. Στην Ελλάδα οι περιπτώσεις αυτές αντιμετωπίζονται με αντιφατικότητα. Από την μια μεριά το κράτος δυσκολεύεται να παρέμβει στον ιδιωτικό χώρο της οικογένειας και από την άλλη οφείλει να σεβαστεί την συνταγματική επιταγή για την προστασία των παιδιών και των νέων. Έτσι όταν υπάρξει περιστατικό εγκατάλειψης ή κακοποίησης παιδιού το κράτος δύσκολα μεν, αλλά παρεμβαίνει να πάρει προσωρινά το παιδί και να το τοποθετήσει σε ανάδοχη οικογένεια ή σε ίδρυμα (Μουσούρου, 2005).

Η ευθύνη της αποτελεσματικής φροντίδας με την ευρύτερη έννοια της προστασίας των παιδιών από τους γονείς τους συντελείται με τη στενή συναισθηματική σχέση. Η αδυναμία της μητέρας να ανταποκριθεί στην ευθύνη αυτή και να φτάσει στο σημείο να το εγκαταλείψει ενδέχεται να οφείλεται σε προσωπική ανευθυνότητα και ανεπάρκεια. Ίσως όμως να οφείλεται στις αντίξοες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες σε συνδυασμό με την γενικότερη κρίση του θεσμού της οικογένειας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. BoyesR., «TheTimes», http://www.dailygreece.com/2007/03/post_72.php [Retrieved on 12/04/2008]
2. Buckley C., (2007). Safe-haven laws fail to end discarding of babies, www.nytimes.com/2007/01/13/nyregion/13babies [23/03/2008]
3. Cesario S, Kolbye S, Furgeson E, (2002). Public abandonment of newborns: Policies and practices in the United States and around the world. APSAC [American Professional Society on the Abuse of Children] 14(1):24-27
4. Cesario S. (2001). Newborn abandonment: Would you know what to do? AWHONN [Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses] Lifelines. 5 (5):42-48
5. Cesario S. K, (2003). Nurses' Attitudes and Knowledge of Their Roles in Newborn Abandonment. The Journal of Prenatal Education Vol. 12, pp.31-40
6. Ρήγα Α.-Β., Κοκκινάκη Θ., (1990). Μητρότητα - Μητρικό ένοσητο.

- Ανακοίνωση στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Ψυχοσωματικής Γυναικολογίας – Μαιευτικής, Αθήνα: Ελληνο-Γαλλικό Ινστιτούτο
7. Drescher-Burke K, J. Krall and A. Penick, (2004). Discarded infants and neonaticide: A review of the literature. National Abandoned Infants Assistance Resource Center, pp. 1–13
 8. Oberman M. (1996), Mothers who kill: Coming to terms with modern American infanticide, *American Criminal Law Review*, Vol 34, pp.15–19
 9. Oberman M, (2008), Comment: Infant Abandonment in Texas Santa Clara University. *Child maltreatment*, Vol. 13, No. 1, Feb, pp 94-95
 10. Poggioli, S. (2007). Italy takes high-tech tactics for abandoned babies. Retrieved on 08/03/2007 from www.npr.org/templates/story/story.php?storyID=7730566
 11. Rosner D, Markowitz G., (1997). Race, foster care, and the politics of abandonment in New York City. *American Journal of Public Health*.V.87:1844–1849. [PubMed]
 12. Rosner, D.(1997).Race, Foster Care, and the Politics of Abandonment in New York City. *American Journal of Public Health*, November, Vol. 87, No. 11
 13. Williams-Mbengue N.,(2001), Safe Havens for Abandoned Infants, *Policy Specialist* ,September Vol. 26, pp. 15- 21
 14. Μουσούρου, Λ. Μ., (2005).Οικογένεια και οικογενειακή πολιτική. Εκδ Gutenberg, Αθήνα
 15. Πρακτικά 1ης ημερίδας, (2006).Ιστορία της Ελληνικής Παιδιατρικής. Ελληνική Εταιρία Ιστορίας της Παιδιατρικής, εκδ. Βήτα, Αθήνα
 16. Κορασίδου Μ., (1992).Οι φιλάνθρωποι μιλούν για τους φτωχούς και τη φτώχεια στην Αθήνα του 19ου αι. Τα Ιστορικά. Ιστορικό Αρχείο Ελληνικής Νεολαίας ΚΝΕ/ΕΙΕ, Αθήνα:385-404
 17. Hancock M, 2007 «Πρόληψη της πρώτης μορφής βίας κατά των παιδιών: εγκατάλειψη κατά τη γέννηση», Έκθεση Συμβουλίου της Ευρώπης, (Retrieved on 26/02/2008 from <http://assembly.coe.int>)
 18. Πρώτο Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για την Πρόσβαση στην Περίθαλψη, χωρίς καρτιά, χωρίς υγεία, Γιατροί του Κόσμου, Σεπτέμβριος 2007
 19. Rosner D, Markowitz G., (1997). Race, foster care, and the politics of abandonment in New York City. *American Journal of Public Health*.V.87:1844–1849.
 20. Green E., (1999). Infanticide and infant abandonment in the New South: Richmond, Virginia, 1865–1915. *Journal of Family History*.V.24:187–211. Bloch H., (1998).Abandonment, infanticide, and filicide. An overview of inhumanity to children. *American Journal of Disabled Children*.Vol142:1058–1060
 21. Bonnet C., (1993).Adoption at birth: Prevention against abandonment or neonaticide. *Child Abuse and Neglect*.Vol17:501–513. [PubMed]
 22. Αθανασοπούλου Μ., (2008) Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Η στάση των Νοσηλευτών απέναντι στο φαινόμενο της εγκατάλειψης βρεφών, ΕΚΠΑ
 23. Αθανασοπούλου Μ, & Κούτα Χ., (2009). Η εκπαίδευση για την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία στα πλαίσια της ευρωπαϊκής πολιτικής. *Hellenic Journal of Nursing Science*, Τόμος 2, τευχ.2,Αθήνα
 24. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ανακτήθηκε στις 11/03/2009 από <http://www.mohaw.gr/>
 25. Ημερήσια Εφημερίδα «Ελευθεροτυπία», Άρθρο στις 05/07/2008. Ανακτήθηκε στις 25/11/2008 από <http://www.eleftherotyopia.gr/>

Διερεύνηση εργασιακού στρες νοσηλευτικού προσωπικού - συγκριτική μελέτη μεταξύ νοσοκομείων πρωτεύουσας και περιφέρειας

Μουστάκα Ελένη¹, Αντωνιάδου Φωτεινή², Μαλλιαρού Μαρία³, Ζάντζος Ε. Ιωάννης⁴,
Κυριάκη Κωνσταντία², Κωνσταντινίδης Κ. Θεόδωρος⁵

1. Λοχαγός Νοσηλεύτρια 401 Γ.Σ.Ν.Α., 2. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», 3. Λοχαγός Νοσηλεύτρια Ψυχικής υγείας, MSc, 4. Μαθηματικός, 5. Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Επ. Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμήματος Ιατρικής ΔΠΘ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο: Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το άγχος που οφείλεται στην εργασία είναι το δεύτερο σε συχνότητα πρόβλημα υγείας που σχετίζεται με την εργασία και επηρεάζει το 28% των εργαζομένων. Το εργασιακό στρες αποτελεί ψυχοκοινωνικό παράγοντα κινδύνου στον εργασιακό χώρο και παρουσιάζεται όταν οι απαιτήσεις που οφείλονται σε παράγοντες εργασίας ξεπερνούν την ικανότητα αντιμετώπισης ή ελέγχου της κατάστασης.

Στόχοι: Η διερεύνηση του εργασιακού στρες σε νοσηλευτικό προσωπικό ενός Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της περιφέρειας και ενός Γενικού Νοσοκομείου της Αθήνας καθώς και ο προσδιορισμός τυχόν διαφορών, στους παράγοντες που σχετίζονται με το στρες, στα δύο υπό εξέταση δείγματα.

Σχέδιο τοποθέτησης: Το δείγμα του πληθυσμού αποτέλεσαν νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών που εργάζονται σε Γενικό Νοσοκομείο της Αθήνας και ενός Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της περιφέρειας.

Συμμετέχοντες: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 140 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών που επιλέχθηκαν με την τεχνική της τυχαιοποίησης.

Μέθοδοι-Αποτελέσματα: Για την συγκέντρωση των ερευνητικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε: 1) Η κλίμακα εργασιακού άγχους του Kahn et al (1964). 2) Ερωτηματολόγιο γενικών πληροφοριών. Για την στατιστική επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS version 15. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας το εργασιακό στρες των νοσηλευτών είναι υπαρκτό χωρίς να διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ των δύο υπό εξέταση δειγμάτων. Στην ύπαρξη του εργασιακού στρες συμβάλουν ο αυξημένος φόρτος εργασίας καθώς και η σύγκρουση μεταξύ επαγγελματικού και οικογενειακού ρόλου.

Συμπεράσματα: Η μελέτη των συνθηκών εργασίας και η διερεύνηση των παραγόντων εκείνων που ενδέχεται να βλάψουν την υγεία του εργαζόμενου αποτελεί προϋπόθεση για την αποτελεσματική πρόληψή τους. Η πρόληψη του επαγγελματικού στρες αλλά και γενικότερα των επαγγελματικών βλαπτικών παραγόντων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων, πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της πολιτικής διαχείρισης και των διαδικασιών παροχής και διασφάλισης ποιότητας της φροντίδας υγείας.

Λέξεις-Κλειδιά

νοσηλευτικό προσωπικό, εργασιακό στρες

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το στρες αποτελεί το δεύτερο σε συχνότητα πρόβλημα υγείας που αφορά το εργασιακό περιβάλλον. Υπολογίζεται ότι το 28% (1 στους 3 περίπου) των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση βιώνει εργασιακό στρες (Αντωνίου, 2007).

Περιγράφεται ως η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που βιώνει το άτομο όταν οι απαιτήσεις που οφείλονται σε εργασιακούς παράγοντες ξεπερνούν την ικανότητα αντιμετώπισης ή ελέγχου της κατάστασης και έχει υποκειμενική μορφή καθώς τα ίδια δεδομένα για άλλους αποτελούν πηγή άγχους ενώ για άλλους όχι (Lazarus, Folkman, 1984). Συνήθως με το στρες συνδέονται τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων ή εκδηλώσεων: τα σωματικά, τα ψυχολογικά και τα συμπεριφορικά. Συγκεκριμένα τα σωματικά είναι συνυφασμένα με συμπτώματα όπως αυξημένη αρτηριακή πίεση, αλλεργίες, έλκος, καρδιακά νοσήματα και γενικά συμπτώματα που αφορούν την υγεία του εργαζόμενου, τα ψυχολογικά σχετίζονται με την έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης, την αυξημένη ένταση, την ανία και την χαμηλή συνέπεια. Τέλος τα συμπεριφορικά εντοπίζονται στην απόδοση και την ικανοποίηση του εργαζόμενου (Μπουσινάκης, Χάλκος, 2006).

Για τους παραπάνω λόγους καθίσταται πρωταρχικής σημασίας η λήψη μέτρων από την πλευρά της οργάνωσης που θα προλαμβάνουν, όσο αυτό είναι δυνατόν, τις αγχογόνες καταστάσεις, με τον καλύτερο σχεδιασμό της εργασίας αλλά και την δομή της ίδιας της οργάνωσης (Πανταζοπούλου-Φωτεινέα, 2003).

Προτείνονται τρεις βασικές στρατηγικές:

- 1 Μείωση ή τροποποίηση των αγχογόνων παραγόντων ή απομάκρυνση του ατόμου από αυτούς.
- 2 Προσαρμογή του εργασιακού περιβάλλοντος στο άτομο.
- 3 Ενίσχυση της ανθεκτικότητας του ατόμου με άσκηση, διαλογισμό, τεχνικές χαλάρωσης και κοινωνική στήριξη (Πανταζοπούλου-Φωτεινέα, 2003).

Από τις πλέον ευάλωτες, στο εργασιακό στρες, επαγγελματικές ομάδες είναι οι νοσηλευτές καθώς λόγω της ιδιαιτερότητας του επαγγέλματός τους, αντιμετωπίζουν συχνά στρεσογόνες καταστάσεις (Παπαγεωργίου και λοιποί., 2007).

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον σχετικά με τους παράγοντες που επιδρούν στην ψυχοσύνθεση των νοσηλευτών και τους επιφορτίζουν με στρες (Παπαγεωργίου και λοιποί, 2007).

Η μελέτη του εργασιακού στρες καθίσταται αναγκαία καθώς έχει διαπιστωθεί ότι έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών και στον ίδιο τον οργανισμό με πιο συχνές επιπτώσεις την απουσία των νοσηλευτών από την εργασία τους και την παροχή χαμηλής ποιοτικά νοσηλευτικής φροντίδας (Ουζούνη, 2005). Οι κυριότεροι παράγοντες που προκαλούν στρες στους νοσηλευτές είναι:

- 1 Οι συχνές βάρδιες, η εναλλαγή των βαρδιών, οι κακές συνθήκες εργασίας
- 2 Σύγκρουση των ρόλων
- 3 Συνεχής επικοινωνία με ποικιλία ατόμων
- 4 Ο φόρτος εργασίας και η βαρύτητα των περιστατικών
- 5 Η καθημερινή αντιμετώπιση του θανάτου
- 6 Ο ρόλος του ατόμου στο εργασιακό περιβάλλον (ασάφεια ρόλων- έλλειψη καθηκοντολογίου (Παπαμιχαήλ, 2005).

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας είναι η απουσία υποστήριξης και απόδοσης θετικής ανατροφοδότησης (feedback) προς το νοσηλευτικό προσωπικό από τα διοικητικά στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας (Ουζούνη, 2005).

Οι κλινικοί νοσηλευτές λοιπόν εργάζονται κάτω από συνθήκες εντόνου στρες με μικρή ωστόσο αυτονομία στη λήψη αποφάσεων, καθώς συχνά λειτουργούν κάτω από πολιτικές που άλλοι έχουν επιλέξει (Μαρβάκη και λοιποί, 2007).

Εκείνος που τελικά χάνει από το στρες των νοσηλευτών είναι ο ασθενής. Ο νοσηλευτής με στρες καταλήγει να νοσηλεύει τους ασθενείς του με ψυχρό, αδιάφορο και απρόσωπο τρόπο, με απάθεια και απογοήτευση (Παπαγεωργίου και λοιποί, 2007).

Επίσης είναι πιθανό να αποσύρεται από τους άλλους, να εκδηλώνεται αρνητικά και οξύθυμα, να απουσιάζει συχνά από την εργασία του, να την εκτελεί λιγότερο αποτελεσματικά απ' ό,τι στο παρελθόν και να επιθυμεί να την εγκαταλείψει (Παπαγεωργίου και λοιποί, 2007).

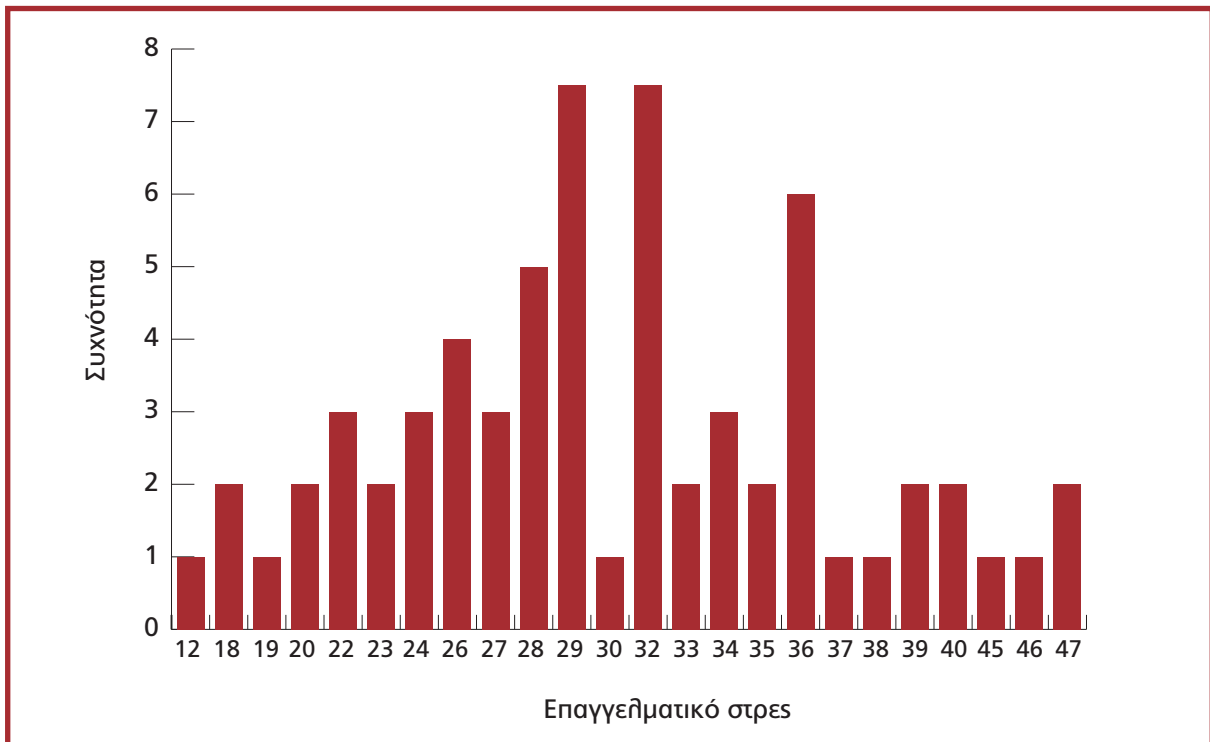
ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει τα επίπεδα στρες των νοσηλευτών καθώς και ύπαρξη τυχόν διαφοροποίησης των επιπέδων της κλίμακας του εργασιακού στρες μεταξύ των υπό εξέταση δειγμάτων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε συνολικά σε 250 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών. Αναλυτικά σε 150 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Περιφέρειας, κατά την διάρκεια ενός μήνα (Νοέμβριο 2006) και επιστράφηκαν συμπληρωμένα 64 (ποσοστό απαντητικότητας 42,6%), και σε 100 του Νοσοκομείου της πρωτεύουσας με ποσοστό απαντητικότητας 76%. Το 85% του δείγματος ήταν γυναίκες και το 15 % άντρες ενώ τα ποσοστά με βάση το φύλο στα επιμέρους νοσοκομεία κυμάνθηκαν ως εξής: Πανεπιστημιακό της περιφέρειας (Γυναίκες 90,6%, Άντρες 9,4%) και Γενικό νοσοκομείο της πρωτεύουσας (Γυναίκες 80,3%, Άντρες 19,7%). Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν 37,19 έτη, τυπική απόκλιση 6,5 έτη και εύρος τιμών 33, με ελάχιστη ηλικία τα 24 και μέγιστη τα 57 έτη. Κατά

Πίνακας 1. Κλίμακα εργασιακού στρες νοσοκομείου περιφέρειας



νοσοκομείο, ο μέσος όρος ηλικίας ήταν για το νοσοκομείο της περιφέρειας 37,17 και για το Νοσοκομείο της πρωτεύουσας 37,21 έτη.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε από τμήμα της ομάδας ερευνητών μετά από προσωπική ενημέρωση των προϊστάμενων των τμημάτων, στις οποίες και παραδίδονταν οι κλειστοί φάκελοι μετά την συμπλήρωσή τους.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο.

Το πρώτο μέρος του περιείχε ερωτήσεις καταγραφής κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων του δείγματος όπως ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, τίτλος πτυχίου, ύπαρξη επιπλέον εκπαίδευσης καθώς και χαρακτηριστικά της εργασίας όπως τμήμα εργασίας, χρόνια υπηρεσίας, ωράριο εργασίας, είδος υπηρεσιών, μέσος όρος νυχτερινών υπηρεσιών το μήνα, επιλογή τμήματος. Στο δεύτερο μέρος ενσωματώθηκε το ερωτηματολόγιο του εργασιακού στρες όπως έχει αναπτυχθεί από τον Kahn και τους συνεργάτες του (1964). Η κλίμακα στρες που συνδέεται με την εργασία (υπό την μορφή σύγκρουσης ρόλου, ασάφειας ρόλου και υπερφόρτωσης ρόλου), συμπεριλαμβάνει 11 θέματα και οι ερωτηθέντες απαντούν σε μία από τις πέντε απαντήσεις: Ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, μάλλον συχνά, σχεδόν συνέχεια. Αυτές οι απαντήσεις πήραν τις τιμές 1,2,3,4,5 αντίστοιχα. Η συνολική βαθμολογία αντιστοιχούσε στο επίπεδο επαγγελματικού στρες κάθε ατόμου. Μεγάλη βαθμολογία σήμαινε μεγάλο επαγγελματικό στρες. Επο-

μένως οι δυνατές τιμές του επαγγελματικού στρες κυμαίνονται στο διάστημα 11 έως 55.

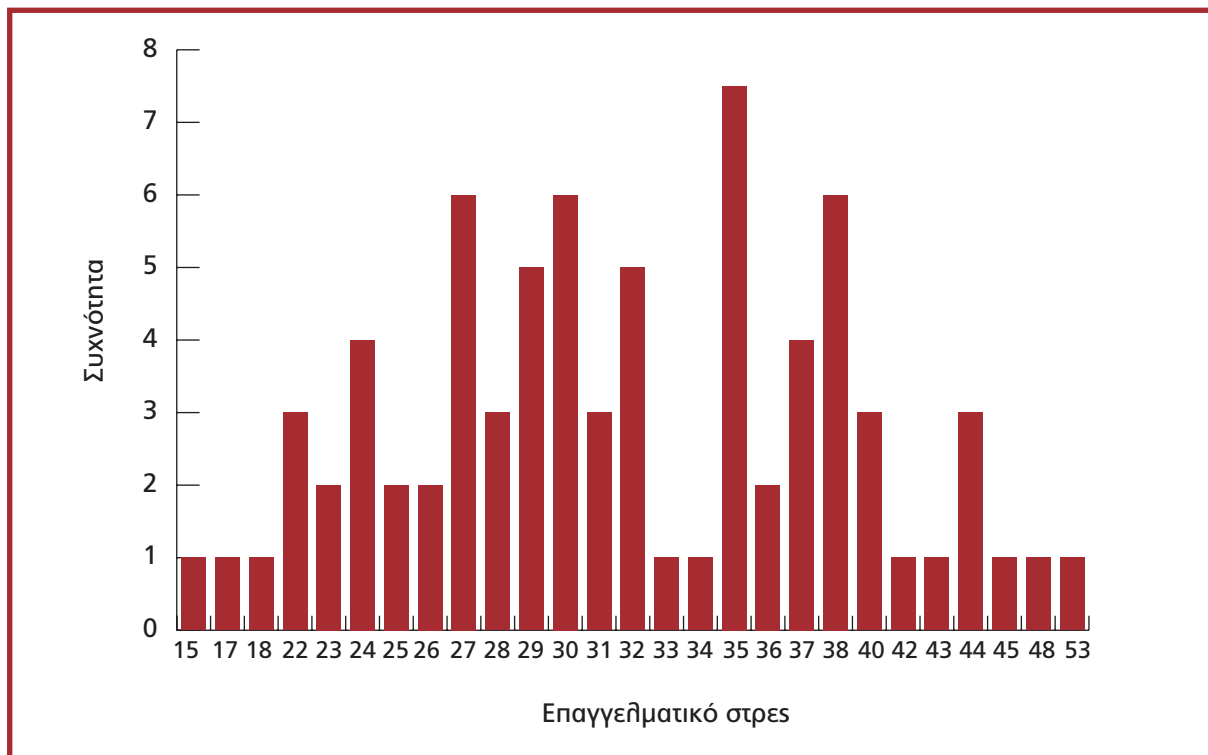
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όσον αφορά το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου, και συγκεκριμένα τον τίτλο σπουδών τον προσωπικού, στο νοσοκομείο της περιφέρειας το 39,1% ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ενώ το 60,9 % απόφοιτοι Τ.Ε.Ι. Στο νοσοκομείο της πρωτεύουσας τα ποσοστά αυτά ήταν 40,8% και 59,2% αντίστοιχα.

Ο μέσος όρος των χρόνων προϋπηρεσίας ήταν 13.68 έτη, και τυπική απόκλιση 7,7 έτη με λιγότερο τον ένα χρόνο υπηρεσίας και 30 χρόνια το μέγιστο. Αναλυτικά για το νοσοκομείο της περιφέρειας ο μέσος όρος χρόνων υπηρεσίας είναι 13,6 με τυπική απόκλιση 8,9 και για το νοσοκομείο της πρωτεύουσας 13,74 και 6,6 αντίστοιχα.

Στο νοσοκομείο της περιφέρειας ο μέσος όρος της κλίμακας του εργασιακού στρες είναι 30,39 με τυπική απόκλιση 7,27 μικρότερη τιμή το 12 και μεγαλύτερη το 47. Στο νοσοκομείο της πρωτεύουσας ο μέσος όρος της κλίμακας του εργασιακού στρες είναι 31 με τυπική απόκλιση 7,29 μικρότερη τιμή το 15 και μεγαλύτερη το 53. Οι δύο γραφικές παραστάσεις που ακολουθούν απεικονίζουν τις συχνότητες των παρατηρούμενων τιμών της κλίμακας του εργασιακού στρες στο κάθε νοσοκομείο. Η μορφή των πολυγώνου συχνοτήτων που προκύπτει από τα δύο ραβδογράμματα στην κάθε ερώτηση δεν

Πίνακας 2. Κλίμακα εργασιακού στρες νοσοκομείου πρωτεύουσας



παρουσιάζει σημαντική διαφοροποίηση εκτός των ερωτήσεων που αφορούν στο φόρτο εργασίας και στην σύγκρουση μεταξύ οικογενειακού και εργασιακού ρόλου. Εκεί παρουσιάζεται το δείγμα του νοσοκομείου της πρωτεύουσας να καταλαμβάνει μεγαλύτερα ποσοστά στην απάντηση, με βαθμολογία 5, συγκριτικά με το νοσοκομείο της περιφέρειας.

Η βαρύτητα της κάθε ερώτησης στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας του εργασιακού στρες του Kahh καθορίζεται προσεγγιστικά. Μεγαλύτερη βαρύτητα έχουν οι ερωτήσεις που αναφέρονται στον φόρτο εργασίας, στην σύγκρουση μεταξύ εργασιακού και οικογενειακού ρόλου και την αίσθηση πως η ποιότητα της δουλειάς θυσιάζεται στον βωμό της ποσότητας.

Ακολουθούν οι ερωτήσεις που αναφέρονται στο κατά πόσο το νοσηλευτικό προσωπικό επηρεάζεται από το γεγονός ότι αποφασίζει για πράξεις που έχουν επίδραση στη ζωή των συνανθρώπων του, στην αίσθηση ότι αδυνατεί να επηρεάσει αποφάσεις -ενέργειες του προϊστάμενου του που τον αφορούν και από την συχνότητα της αίσθησης ότι κάνει πράγματα που είναι αντίθετα από αυτά που πιστεύει.

Έπονται οι ερωτήσεις που αναφέρονται στην αδυναμία των νοσηλευτών να ικανοποιήσουν συγκρουόμενες απαιτήσεις προς αυτούς, προερχόμενες από τους ανωτέρους τους, στην αίσθηση ότι μπορεί να μην είναι αποδεκτοί από τους συνεργάτες-συναδέλφους τους και ότι δεν έχουν τα απαραίτητα προσόντα για την δουλειά τους.

Τέλος τις τελευταίες θέσεις καταλαμβάνουν οι ερωτήσεις που σχετίζονται με το πόσο συχνά τους επηρεάζει το γεγονός ότι δεν ξέρουν πως σκέφτεται γι αυτούς ο προϊστάμενος τους και πως αξιολογεί την απόδοσή τους.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας το εργασιακό στρες των νοσηλευτών είναι υπαρκτό χωρίς να διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ των δύο υπό εξέταση δειγμάτων.

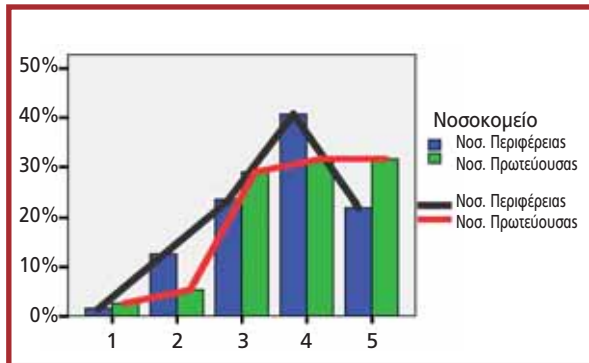
Στην ύπαρξη του εργασιακού στρες συμβάλουν ο αυξημένος φόρτος εργασίας καθώς και η σύγκρουση μεταξύ επαγγελματικού και οικογενειακού ρόλου.

Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν και με ευρήματα άλλων ερευνών που κατατάσσουν το επάγγελμα του νοσηλευτή ως το πλέον στρεσογόνο συγκριτικά με άλλα επαγγέλματα υγείας (Αδαλή, και λοιποί, 2000).

Ο φόρτος εργασίας (ερώτηση 1n) και η σύγκρουση μεταξύ εργασίας και οικογένειας (ερώτηση 11n) παρουσιάζουν την μεγαλύτερη βαρύτητα στην συνολική βαθμολογία της κλίμακας του Kahh.

Όσο αφορά την σύγκρουση εργασίας και οικογένειας, αυτή συμβάλλει την ανάπτυξη του εργασιακού στρες διότι η εκπλήρωση του εργασιακού ρόλου δύναται να παρεμποδίσει την εκπλήρωση του ρόλων μέσα στην οικογένεια ή το αντίθετο. Αναλυτικότερα σύμφωνα με τον Thoits (1991) [«έννοια κλειδί για τον εντοπισμό των πηγών στρες για κάθε άτομο είναι οι ρόλοι- ταυτότη-

Πίνακας 3. Πόσο συχνά βιώνεις συναίσθημα από υπερβολικό φόρτο εργασίας κυρίως όταν νιώθεις ότι δεν μπορείς να την τελειώσεις κατά την διάρκεια ενός κανονικού ωραρίου;

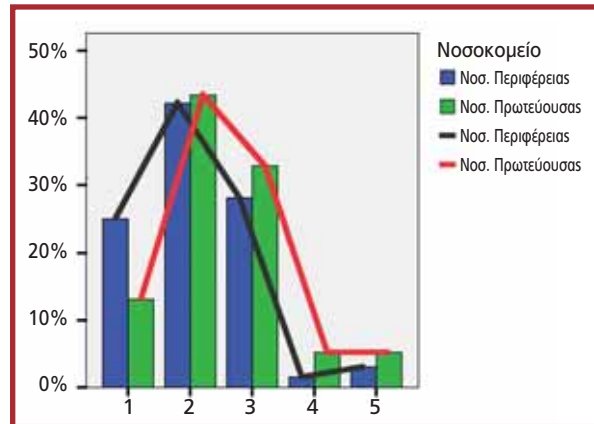


τες των οποίων τα άτομα είναι φορείς. Ως ρόλοι ταυτότητες εννοούνται οι τρόποι αντίληψης του εαυτού ως τμήμα του κοινωνικού γίνεσθαι (π.χ. «είμαι ... πατέρας... σύζυγος... μέλος οργάνωσης ...επαγγελματίας» κλπ) Οι ρόλοι αυτοί προσδίδουν στο άτομο μια υπαρξιακή ταυτότητα (π.χ. του πατέρα) καθώς και σειρά κανόνων συμπεριφοράς. Όταν το άτομο εκπληρώνει τις απαιτήσεις του ρόλου –ταυτότητας ενισχύει την αυτοεκτίμησή του. Όταν αποτυγχάνει, μειώνεται η αυτοεκτίμησή του και αυξάνει το στρες». Τα γεγονότα (θετικά ή αρνητικά) στο βαθμό που θίγουν αυτούς τους ρόλους – ταυτότητες και αλληλεπιδρούν με τις δικές μας αντιλήψεις για αυτούς, είναι οι πραγματικές πηγές στρες. Μάλιστα οι Gruen, Folkman και Lazarus (1988) έδειξαν ότι τα κεντρικά καθημερινά προβλήματα, όπως αυτά αξιολογούνται από τα άτομα, είχαν να κάνουν με τους ρόλους και τις δεσμεύσεις των ατόμων αυτών.

Έρευνα που έγινε σε 282 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών ελληνικών νοσοκομείων έδειξε ότι η εργασία στο νοσοκομείο επηρεάζει την προσωπική, οικογενειακή, και κοινωνική ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού, ιδιαίτερα των γυναικών και όσων έχουν προϋπηρεσία άνω των 10 ετών (Μαρβάκη και λοιποί, 2007), ενώ σύμφωνα με άλλες έρευνες συχνά η οικογενειακή ζωή των νοσηλευτών μπορεί να επηρεαστεί από την εργασία τους, καθώς χαρακτηριστικό του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι οι συχνές βάρδιες (Weiss, 2004, Μιχαλοπούλου, 2003), και η νυχτερινή εργασία (PD Dr. Med. Hm Hasselhorn, 2007).

Σε έρευνα, που έγινε, σε νοσηλευτές της Μ. Βρετανίας μόνον το 24% των νοσηλευτών πίστευαν ότι τα οικογενειακά προβλήματα τους επηρέαζαν στην δουλειά τους στο νοσοκομείο αλλά το 71% πίστευε ότι το στρες της δουλειάς τους επηρέαζε την προσωπική τους ζωή (Cole, 1992), ενώ έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 89 νοσηλευτές ψυχικής υγείας έδειξε ότι μεταξύ των πιο συχνών πηγών εργασιακού στρες για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι και η σύγκρουση

Πίνακας 4. Πόσο συχνά σου δημιουργείται συναίσθημα ότι δεν έχεις όλα τα προσόντα για τη δουλειά σου;



ρόλων μεταξύ οικογένειας και εργασίας (Ουζούνη, 2005).

Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με άλλη έρευνα σε νοσηλευτές ψυχικής υγείας όπου η σύγκρουση μεταξύ οικογένειας και εργασίας σημείωσε μικρή βαθμολογία στην κλίμακα του στρες που σημαίνει ότι δεν αποτελεί πηγή στρες για το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε στην συγκεκριμένη έρευνα (Ουζούνη, 2005).

Σε έρευνα το 1991, σε νοσηλευτές της Μ. Βρετανίας οι νοσηλευτές θεωρούσαν ως αίτιο του υπερβολικού στρες της εργασίας τους τον υπερβολικό φόρτο εργασίας σε ποσοστό 65% (Cole, 1992), ενώ η επιβεβαίωση του αυξημένου φόρτου εργασίας ως στρεσογόνου παράγοντα έγινε και από άλλες έρευνες (Callaghan, 1991, Chiriboga, 1986).

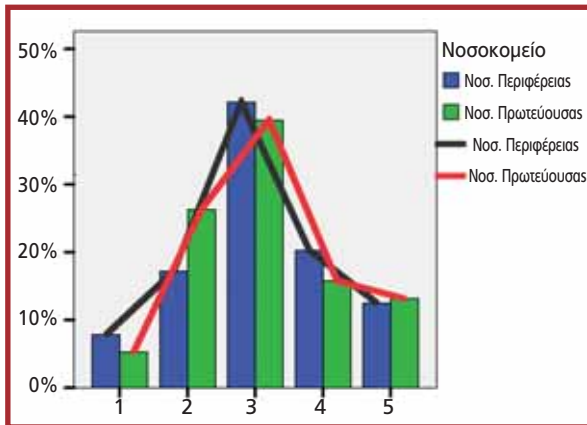
Κατά τον Pines(1982) ο φόρτος εργασίας έχει αρνητική επίδραση στις σχέσεις των νοσηλευτών μεταξύ τους. Δεν υπάρχει χρόνος για κοινωνική επαφή, για αλληλεπίδραση και θετική ανατροφοδότηση, για συζήτηση επαγγελματικών θεμάτων, για προσδιορισμό των στόχων της μονάδας και επαναβεβαίωση της σημαντικότητας της εργασίας, ενώ σε άλλες μελέτες, βρέθηκε να υπάρχει μέτρια στατιστική σημαντικότητα μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και των χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος (Stone, 1984, Constable, 1986).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

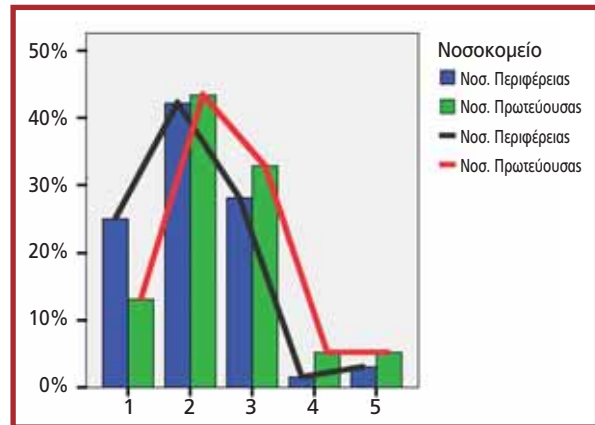
Στην εμφάνιση του εργασιακού στρες συμβάλουν ο αυξημένος φόρτος εργασίας καθώς και η αίσθηση ότι ο εργασιακός ρόλος έρχεται σε αντίθεση με τον οικογενειακό. Δύο επίπεδα παρέμβασης προτείνονται για την πρόληψη και αντιμετώπιση του εργασιακού στρες:

1 Το πρωτοβάθμιο επίπεδο που έχει ως επίκεντρο την επιχείρηση. Αποβλέπει στην εντόπιση και εκτίμηση των υπάρχοντων στρεσογόνων παραγόντων, καθώς και στην λήψη διορθωτικών μέτρων. Μέρος του πρωτο-

Πίνακας 5. Πόσο συχνά σε επηρεάζει το ότι αποφασίζεις για πράξεις που έχουν επίδραση στη ζωή συνανθρώπων και δη γνωστών σου;



Πίνακας 6. Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι δεν είναι δυνατό να επηρεάσεις αποφάσεις και ενέργειες του προϊσταμένου σου οι οποίες σε αφορούν;



Βάθμιου επιπέδου διαχείρισης του εργασιακού στρες είναι και η λήψη προληπτικών μέτρων σε όλα τα επίπεδα προκειμένου την αποφυγή στρεσογόνων παραγόντων (Ψυχαργός Β' φάση, 2005).

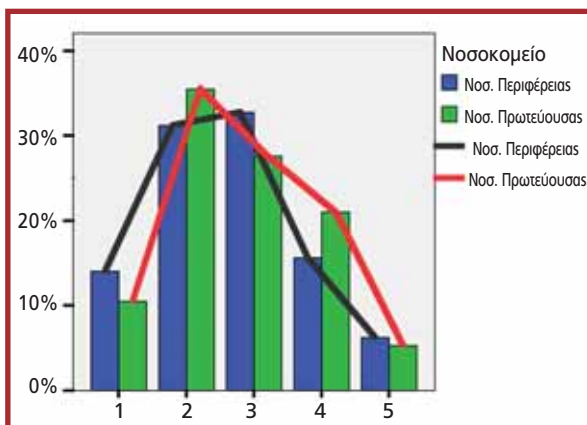
Για τον έλεγχο των επιβαρυντικών παραγόντων που συντελούν στην εμφάνιση του εργασιακού στρες προτείνονται:

- Εκτίμηση επαγγελματικού κινδύνου στρεσογόνων παραγόντων, ανάλυση και αντιμετώπιση των κινδύνων αυτών από την διοίκηση και λήψη προληπτικών μέτρων για τους εργαζόμενους (ICN).
- Μείωση του φόρτου εργασίας, με την ορθολογική στελέχωση των υπηρεσιών από νοσηλευτές (Αδαλή, Λεμονίδου, 2001). Εξασφάλιση ισορροπίας μεταξύ των εργασιακών απαιτήσεων και των δυνατοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού (ICN).

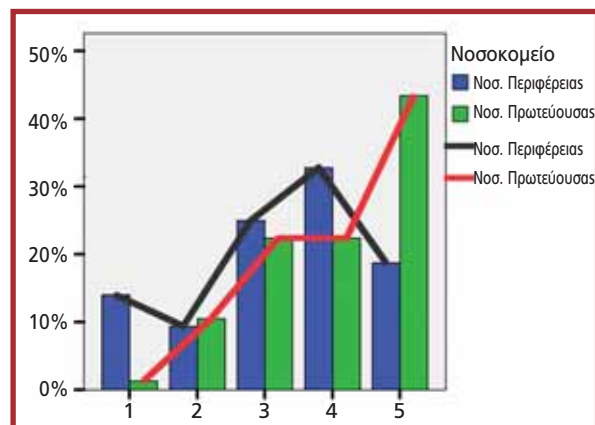
2 Το δευτεροβάθμιο επίπεδο έχει ως στόχο το άτομο, αφορά την κατευθυνόμενη από την επιχείρηση εκπαίδευση του ατόμου για τη διαχείριση του εργασιακού του στρες.

- Ομάδες υποστήριξης. Οι ομάδες αυτές των νοσηλευτών που μπορεί να συντονίζονται από ψυχολόγο ή ψυχίατρο έχουν ως σκοπό α) την αναγνώριση των πηγών του εργασιακού στρες, β) ανταλλαγή εμπειριών και αναγνώριση ότι και άλλοι νοσηλευτές συναντούν παρόμοιες καταστάσεις στην εργασία τους, γ) αυτογνωσία και ανάλυση των συναισθημάτων και των αντιδράσεων των νοσηλευτών, δ) επανεκτίμηση τρόπων αντιμετώπισης συγκεκριμένων πηγών στρες (Πατεράκη και λοιποί, 1995).
- Χρόνος αποσυμπίεσης μεταξύ εργασίας και σπιτιού. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως το στρες της εργασίας μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς την προσω-

Πίνακας 7. Πόσο συχνά έχεις το συναίσθημα ότι στη δουλειά σου πρέπει να κάνεις πράγματα που είναι αντίθετα από αυτά που πιστεύεις;



Πίνακας 8. Πόσο συχνά έχεις το συναίσθημα ότι η δουλειά σου δυσκολεύει την οικογενειακή και προσωπική σου ζωή;



πική και οικογενειακή ζωή του νοσηλευτή. Ο προγραμματισμός ενός μεσοδιαστήματος μεταξύ εργασίας και επιστροφής στο σπίτι και η ενασχόληση με κάποιο χόμπι ή άλλη δραστηριότητα βοηθά τον νοσηλευτή να χαλαρώσει και να μην μεταφέρει το στρες επιστρέφοντας την οικογένεια του (Πατεράκη και λοιποί, 1995). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχε να εξεταστεί από την διοίκηση του νοσοκομείου η αποσυμπίεση αυτή μεταξύ εργασίας και σπιτιού να γινόταν συντονισμένο από το νοσοκομείο και το μεγαλύτερο μέρος του μέσα στο ωράριο του νοσηλευτή.

Για να εφαρμοστούν όμως όλα τα παραπάνω θα πρέπει να υπάρχουν στην επιχείρηση όργανα που θα τα συντονίζουν και θα προάγουν την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων. Είναι λοιπόν επιτακτική η ανάγκη στελέχωσης του γραφείου Υγιεινής και Ασφάλειας του Νοσοκομείου με στελέχη εξειδικευμένα σε τέτοια ζητήματα. Συνεπώς οι μηχανισμοί πρόληψης και αντιμετώπισης του εργασιακού στρες οφείλουν να δρουν παράλληλα και έγκαιρα με στόχο τόσο την ελαχιστοποίηση των στρεσογόνων παραγόντων όσο και την ενίσχυση της ψυχοσωματικής ισορροπίας των νοσηλευτών (Πατεράκη και λοιποί, 1995).

Από την μια λοιπόν εξυγίανση του εργασιακού περιβάλλοντος (περιβάλλον με την ευρεία έννοια) και απομάκρυνση όσο το δυνατόν στρεσογόνων παραγόντων και από την άλλη εκπαίδευση του προσωπικού σε τρόπους αντιμετώπισης του στρες και εύκολης προσαρμογής. Και όλα αυτά συντονισμένα από τον εργοδότη και να λαμβάνουν χώρα στον εργασιακό χώρο. Ίσως όχι ουτοπία αλλά έμπρακτο και αληθινό ενδιαφέρον του εργοδότη για την προάσπιση της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αδαλή, Ε., Πριάμη, Μ., Πλατή, Χ., 2000. Επίδραση δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. *Νοσηλευτική*, 4:313-324.
2. Αδαλή, Ε., Λεμονίδου, Χ., 2001. Παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*, 2:15-22.
3. Αντωνίου, Α.Σ., 2007. Πηγές εργασιακού στρες, ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.
4. Μαρβάκη, Χ., Δημούλα, Υ., Καμπισιούλη, Ε., Χριστοπούλου, Ι., Βασταρδής, Λ., Γουρνή, Ι., Καλογιάννη, Α., 2007. Η επίδραση του επαγγέλματος στη ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού. *Νοσηλευτική* 46 (3): 406-413.
5. Μιχαλοπούλου, Α., 2003. Το άγχος των νοσηλευτών που εργάζονται στο ΤΕΠ. *Νοσηλευτική*, 42:293-298.
6. Μπουσινάκης, Δ., Χάλκος, Γ., 2006. Επίδραση άγχους και ικανοποίησης στη λειτουργία των επιχειρήσεων Επιθεώρηση εργασιακών σχέσεων, 42:43-55
7. Ουζούνη, Χ., 2005. Διερευνητική μελέτη των παραγόντων που προκαλούν στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρικών μονάδων βραχείας νοσηλείας. *Νοσηλευτική* 44 (3), 355-363.
8. Πανταζοπούλου-Φωτεινέα, Α., 2003. Εργασιακό περιβάλλον και ψυχικές επιπτώσεις (Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία) προσέγγιση από το χώρο της ιατρικής της εργασίας.
9. Παπαγεωργίου, Δ., Καραμπέτσου, Μ., Νικολακάκου, Χ., Παυλάκου, Ν., 2007.
10. Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία. *Νοσηλευτική*, 46:406-413
11. Παπαμιχαήλ, Ε., 2005. Στρες και προσαρμογή. Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στα Τ.Ε.Π., Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία-Πρόνοια 2000-2006, Αθήνα, 2005.
12. Πατεράκη, Α., Ιορδανίδης, Π., Ιακωβίδης, Α., Ιεροδιακόνου, Χ., 1995. Επαγγελματική κόπωση νοσηλευτών: Αίτια, πρόληψη και αντιμετώπιση. *Νοσηλευτική* 1:28-39
13. «ΨΥΧΑΡΓΩΣ – Β' ΦΑΣΗ, 2005. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ευρωπαϊκό κοινωνικό Ταμείο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006» Το σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας & ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης Παρεμβάσεις σε Ατομικό και Οργανωσιακό Επίπεδο. Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης, Αθήνα.
14. Callaghan, P., 1991. Organization and stress among mental health nurses. *Nursing Times* 87(34):50.
15. Chiriboga, DA., Bailey, J., 1986. Stress and burnout among critical care and medical surgical nurses: a comparative study. *Crit Care Quart*, 9:84-92.
16. Constable, JF., Russell, Dw., 1986. The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *J Hum Stress* 12: 20-26.
17. Gruen, R.J., Folkman, S., & Lazarus, R.S., 1988. Centrality and individual differences in the meaning of daily hassles. *Journal of Personality*, 56,743-762.
18. Ηm., Hasselhorn, 2007. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στην Εργασία και την Υγεία μεταξύ των νοσηλευτών στις ευρωπαϊκές χώρες- τι είναι αυτό που κάνει τη διαφορά; Διεθνές συνέδριο «Επαγγελματικοί κίνδυνοι για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Αθήνα.
19. ICN. On Occupational Stress and the Threat to Worker Health. http://www.icn.ch/matters_stress_print.htm
20. Lazarus, R.S., Folkman, S., 1984. Stress, appraisal and coping. New York Springer.
21. Pines, AM., Kanner, AD., 1982. Nurses' burnout: Lack of positive conditions and presence of negative conditions as two independent sources of stress *Psychiatric Nurs*, 20:30-35.
22. Stone, GL., Jebesen, P., Walk, P., & Belsham, R., 1984. Identification of stress and coping skills within a critical care setting. *West J nurs Res*.201-211
23. Thoits, P. A., 1991. On merging identity theory and stress research. *Social Psychology Quarterly*, 54, 101-112.
24. Weiss, B., 2004. Finding time for fitness. *United States*, 67:53-54.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης (ΕΠΝΕ) είναι το επίσημο περιοδικό της ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ. Είναι ένα διεπιστημονικό περιοδικό με σύστημα κριτών, με σκοπό την προώθηση της Νοσηλευτικής επιστήμης στην Ελλάδα.

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης παρέχει την δυνατότητα για τη δημοσίευση ακαδημαϊκών άρθρων που εκθέτουν ερευνητικά συμπεράσματα, ανασκοπήσεις βασισμένες στην έρευνα, άρθρα συζήτησης και σχόλια που ενδιαφέρουν το διεθνές αναγνωστικό κοινό των επαγγελματιών, των εκπαιδευτικών, των διοικητών και των ερευνητών σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής, και των επιστημών φροντίδας υγείας.

ΤΥΠΟΙ ΑΡΘΡΩΝ

Το ΕΠΝΕ δημοσιεύει τα άρθρα κάτω από τρεις κύριες κατηγορίες:

- Άρθρα σύνταξης
- Τα άρθρα σύνταξης που είναι σχετικά σύντομα (μέγιστο 200 λέξεων).
- Πρωτότυπα άρθρα - ερευνητικές εργασίες

- Τα πλήρη άρθρα που αναφέρονται σε πρωτογενή έρευνα μπορούν να είναι μέχρι 5000 λέξεις.
- Τα πρωτόκολλα των κλινικών δοκιμών πρέπει να είναι μέχρι 2.500 λέξεις. Οι συγγραφείς πρέπει να δηλώσουν τον αριθμό μπηρώου της δοκιμής (εάν υπάρχει), καθώς επίσης και πότε θα παρουσιαστούν τα συμπεράσματα.

Ανασκοπήσεις και σύντομες παρουσιάσεις (μέχρι 2000 λέξεις)

- Ανασκοπήσεις, που περιλαμβάνουν:
 - συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-ανάλυση,
 - βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις,
 - πολιτικές ανασκοπήσεις.
 - άλλου είδους (π.χ κοινωνικο-οικονομικές)
- Άρθρα κριτικής βιβλίων: Να είναι μέχρι 1000 λέξεις.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΡΘΡΩΝ

Οι συγγραφείς πρέπει να υποβάλλουν τα χειρόγραφα στο περιοδικό ηλεκτρονικά μέσω του ηλεκτρονικού

ταχυδρομείου του περιοδικού: journal@enne.gr. Όλη η αλληλογραφία, συμπεριλαμβανομένης της ανακοίνωσης της απόφασης του υπεύθυνου σύνταξης και των αιτημάτων για επανεξέταση, θα γίνονται με το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο. Η υποβολή ενός άρθρου, προϋποθέτει ότι δεν έχει δημοσιευθεί προηγουμένως, ότι δεν είναι υπό εξέταση για δημοσίευση αλλού και ότι εάν γίνει αποδεκτό δεν θα δημοσιευθεί αλλού, στα αγγλικά ή σε οποιαδήποτε άλλη γλώσσα, χωρίς τη γραπτή συγκατάθεση του εκδότη.

Διαδικασία αξιολόγησης

Αρχικά όλα τα άρθρα αξιολογούνται από την συντακτική επιτροπή και κατανέμονται ανά θεματικό τομέα στους κριτές. Ακολούθως γίνονται αποδεκτά για δημοσίευση μετά από μια διπλή μυστική αξιολόγηση από τουλάχιστον δύο κριτές.

Οι κριτές αποφαίνονται εάν το άρθρο είναι:

- (α) Αποδεκτό για δημοσίευση χωρίς τροποποιήσεις.
- (β) Αποδεκτό για δημοσίευση με μικρές τροποποιήσεις.
- (γ) Αποδεκτό για δημοσίευση κατόπιν σημαντικών τροποποιήσεων.
- (δ) Μη αποδεκτό για δημοσίευση στην παρούσα μορφή.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΟΥ

Γενικές οδηγίες: Οι υποβληθείσες εργασίες πρέπει να είναι κατάλληλες για διεθνές ακροατήριο και οι συγγραφείς δεν πρέπει να περιορίζονται μόνο στις εθνικές και πολιτικές πρακτικές και την εγχώρια νομοθεσία. Κάθε άρθρο πρέπει να συνοδεύεται από επιστολή του συγγραφέα, υπόδειγμα της οποίας υπάρχει στην σελίδα του περιοδικού που φιλοξενείται στην ηλεκτρονική διεύθυνση της ΕΝΕ: www.enne.gr
Στην επιστολή θα αναφέρονται τα ακόλουθα:

- Βεβαίωση ότι η εργασία δεν έχει δημοσιευτεί ολόκληρη ή τμήμα αυτής σε άλλο περιοδικό.
- Δήλωση ότι το τελικό κείμενο της εργασίας αναγνώστηκε και εγκρίθηκε από όλους τους συγγραφείς.
- Γραπτή βεβαίωση άδειας (Αρ. πρωτοκόλλου έγκρισης) διεξαγωγής της μελέτης από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του φορέα στον οποίο διεξήχθη η εν λόγω μελέτη.
- Το ονοματεπώνυμο, την ταχυδρομική και την ηλεκτρονική διεύθυνση καθώς και το τηλέφωνο του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία. Αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία

ηλεκτρονικής υποβολής του άρθρου δημοσιεύονται στην ιστοσελίδα μας.

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΟΥ

Οργανώστε το χειρόγραφο στην ακόλουθη σειρά: τίτλος του άρθρου, σελίδα τίτλου, ευχαριστίες, περίληψη και λέξεις κλειδιά, κείμενο, βιβλιογραφικές αναφορές, πίνακες, αριθμοί, παράρτημα (γραμματοσειρά: TIMES NEW ROMAN μέγεθος 12, 1.5 διάστημα γραμμών). Παρακαλούμε αριθμήστε τις σελίδες του χειρογράφου σας.

Τίτλος: Ο τίτλος ενός άρθρου πρέπει να περιγράφει το θέμα του και όπου είναι σχετικό τον πληθυσμό, το κλινικό πρόβλημα και την μέθοδο της έρευνάς του.

Σελίδα τίτλου: Η σελίδα τίτλου περιλαμβάνει:

- Το πλήρες όνομα, τον πλήρη τίτλο του άρθρου (μέχρι 90 χαρακτήρες), τα ακαδημαϊκά και επαγγελματικά προσόντα και το ινστιτούτο για κάθε συγγραφέα.
- Την διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου για τον κάθε συγγραφέα.
- Την ημερομηνία υποβολής του άρθρου.

Ευχαριστίες: Γράφονται ευχαριστίες στους βασικούς συνεισφέροντες.

Περίληψη: Οι περιλήψεις πρέπει να είναι μέχρι 250 λέξεις, και δεν πρέπει να περιλάβουν βιβλιογραφικές αναφορές ή τις συντμήσεις.

Οι περιλήψεις των ερευνητικών εργασιών πρέπει να υιοθετήσουν τους ακόλουθους τίτλους, όπου είναι δυνατόν: (α) Εισαγωγή, (β) Υλικό και μέθοδος, (γ) Αποτελέσματα, (δ) Συζήτηση, (ε) Περιορισμοί μελέτης και (στ) Συμπεράσματα, τα οποία πρέπει να αφορούν τους στόχους και τις υποθέσεις μελέτης, και προτάσεις για εφαρμογή των αποτελεσμάτων στην κλινική πράξη.

Οι περιλήψεις για τις ανασκοπήσεις πρέπει να παρέχουν μια περίληψη υπό τους ακόλουθους τίτλους, όπου είναι δυνατόν: Εισαγωγή, σκοπός, επί μέρους στόχοι, ανασκόπηση βιβλιογραφίας: πηγές δεδομένων, μέθοδοι ανασκόπησης, αποτελέσματα, συμπεράσματα.

Οι περιλήψεις για τα άρθρα κριτικής βιβλίων πρέπει να παρέχουν μια συνοπτική περίληψη της γραμμής επιχειρήματος που ακολουθείται και συμπερασμάτων.

Λέξεις-κλειδιά: Ο αριθμός αυτών να είναι μέχρι έξι λέξεις-κλειδιά κατά αλφαβητική σειρά, οι οποίες προσδιορίζουν ακριβώς το θέμα του άρθρου, σκοπό και μέθοδο. Χρησιμοποιήστε τον ιατρικό θησαυρό τίτλων (MeSH®) και (CINAHL) όπου είναι δυνατόν.

Κείμενο: Στην εισαγωγή του κειμένου απαιτείται για

όλα τα άρθρα να έχουν μια αναφορά σε αυτό που είναι ήδη γνωστό για το θέμα και τι είναι αυτό που το άρθρο προσθέτει στην νοσηλευτική επιστήμη. Αναλόγως της κατηγορίας του άρθρου ακολουθείται η ακόλουθη μορφή:

Οι ανασκοπήσεις πρέπει απαραίτητα να περιλαμβάνουν (α) Εισαγωγή, (β) Σκοπό, (γ) Υλικό και μέθοδο, (δ) Αποτελέσματα, (ε) Συζήτηση, (στ) Συμπεράσματα και να ακολουθούν την ανάπτυξη της περίληψης αλλά σε μεγαλύτερη έκταση.

Οι ερευνητικές εργασίες πρέπει να ακολουθούν συγκεκριμένη δομή: (α) Εισαγωγή, (β) Υλικό και μέθοδος, (πρέπει απαραίτητα να αναφέρεται η χρονική περίοδος συγκέντρωσης των δεδομένων, η πηγή των δεδομένων, το μέγεθος και η μέθοδος επιλογής του δείγματος, λεπτομέρειες για το πώς επιλέχθηκαν, κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού, αριθμοί αυτών που εισάγονται και που αφήνουν τη μελέτη, τα σχετικά κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, η μεθοδολογία συλλογής των δεδομένων, η άδεια χρήσης αυτού, η διαδικασία στάθμισης αυτού, το ποσοστό ανταπόκρισης, το είδος της στατιστικής ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκε), (γ) Αποτελέσματα που πρέπει να συνοδεύουν ακριβείς τιμές στατιστικής σημαντικότητας (δ) Συζήτηση, (ε) Περιορισμοί μελέτης και (στ) Συμπεράσματα, τα οποία πρέπει να αφορούν τους στόχους και τις υποθέσεις μελέτης, και προτάσεις για εφαρμογή των αποτελεσμάτων στην κλινική πράξη.

Οι ενδιαφέρουσες περιπτώσεις διακρίνονται στα τμήματα: (α) Εισαγωγή, (β) Περιγραφή περίπτωσης, (γ) Σχόλιο.

Οι βραχείες δημοσιεύσεις διακρίνονται στα τμήματα: (α) Εισαγωγή, (β) Υλικό και μέθοδος, (γ) Αποτελέσματα, (δ) Συζήτηση.

Πίνακες/αριθμοί: Οι πίνακες και οι αριθμοί είναι τυπικοί μόνο όταν εκφράζουν κάτι περισσότερο από αυτό που μπορεί να γίνει από τις λέξεις. Οι πίνακες πρέπει να αριθμηθούν με συνέπεια και να τους δοθεί ένας κατάλληλος τίτλος και κάθε πίνακας να δακτυλογραφείται σε ξεχωριστή σελίδα.

Μονάδες μέτρησης: Μετρήσεις μήκους, ύψους, βάρους και όγκου πρέπει να αναφέρονται σε μετρικές μονάδες σύμφωνα με τα διεθνώς αναγνωρισμένα σύμβολα.

Συντμήσεις: Αποφύγετε τις συντμήσεις οπουδήποτε είναι δυνατόν. Οποιαδήποτε συντμήσεις που οι συγγραφείς σκοπεύουν να χρησιμοποιήσουν, πρέπει να καταγραφούν πλήρως και να ακολουθηθούν από γράμματα εντός παρενθέσεως την πρώτη φορά που εμφανίζονται.

Οι συντμήσεις των τίτλων των περιοδικών πρέπει να

γράφονται σύμφωνα με το Index Medicus, που δημοσιεύονται κάθε χρόνο, τον Ιανουάριο, σε χωριστό τεύχος (List of Journals Indexed in Index Medicus). Για τις συντμήσεις των ελληνικών περιοδικών υπάρχει ο σχετικός κατάλογος του ΙΑΤΡΟΤΕΚ.

Στατιστική: Πρέπει να χρησιμοποιηθούν πρότυποι και διεθνώς αναγνωρισμένοι μέθοδοι παρουσίασης στατιστικού υλικού.

Συγκατάθεση Ενημέρωσης: Οι συγγραφείς θα πρέπει να επιβεβαιώσουν ότι τήρησαν τις αρχές δεοντολογίας για την έρευνα, όπως αυτές διατυπώνονται σαφώς από τη Διεθνή Επιτροπή Εκδότων Ιατρικών Επιστημονικών Περιοδικών (International Committee of Medical Journal Editors, www.icmje.org) και τη Διακήρυξη του Ελσίνκι (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2000). Δηλαδή όπου είναι απαραίτητο οι συγγραφείς πρέπει να επιβεβαιώσουν ότι τα αποτελέσματα των μελετών τους προέκυψαν από ερευνητικές εργασίες, που η συγκατάθεση ενημέρωσης λήφθηκε από τους συμμετέχοντες ανθρώπους και τις αρμόδιες αρχές ηθικής και δεοντολογίας.

Άδειες: Η άδεια να αναπαραχθεί το προηγουμένως δημοσιευμένο υλικό πρέπει να ληφθεί εγγράφως από τον κάτοχο πνευματικών δικαιωμάτων.

Ερωτηματολόγια: Ερωτηματολόγια και προγράμματα αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται στις ερευνητικές μελέτες που δεν είναι καθιερωμένα και γνωστά πρέπει να περιληφθούν ως παράρτημα.

Βιβλιογραφικές Αναφορές: Όλες οι δημοσιεύσεις που αναφέρονται στο κείμενο πρέπει να παρουσιαστούν σε έναν κατάλογο βιβλιογραφικών αναφορών. Οι αναφορές πρέπει να δοθούν με το σύστημα «Harvard» Revised for 2009 version 3.0 editions of: The Coventry University (CU) Harvard Reference Style Guide v3.0, Quickstart Guide v3.0, Glossary v3.0.

Παράδειγμα:

1. Για βιβλίο με ένα συγγραφέα: Biggs, G. (2000) *Gender and Scientific Discovery*. 2nd edn. London: Routledge
2. Για βιβλίο με πολλαπλούς συγγραφείς: Ong, E., Chan, W. and Peters, J. (2004) *Advances in Engineering*. 2nd edn. London: Routledge
3. Για ένα κεφάλαιο ή δοκίμιο συγκεκριμένου συγγραφέα σε ένα βιβλίο: Aggarwal, B. (2004) "Has the British Bird Population Declined?" In a *Guide to Contemporary Ornithology*. ed by Adams, G. London: Palgrave, 66-99
4. Για ένα τυπωμένο άρθρο σε περιοδικό: Padda, J. (2003) "Creative Writing in Coventry". *Journal of Writing Studies* 3 (2) 44-59
5. Για μια ιστοσελίδα: Centre of Academic Writing The List of References Illustrated [online] available from <http://home.ched.coventry.ac.uk/caw/harvard/index.htm> [Sept 2009]
6. Για ένα άρθρο σε ηλεκτρονικό περιοδικό: Dhillon, B. (2004) "Should Doctors Wear Ties?" *Medical Monthly* [online] 3 (1) 55-88. available from <http://hospitals/infections/latest-advice> [20 April 2005]

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ

Εάν υποβάλλετε ένα άρθρο που έχει ήδη αξιολογηθεί από την συντακτική επιτροπή του ΕΠΝΕ, παρακαλώ να συνοψοβάλλετε ηλεκτρονικό μήνυμα που παρέχει τις τυχόν παρατηρήσεις σας στα σχόλια του εκδότη και των κριτών.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Οι Αποδείξεις της διακίνησης των άρθρων γίνονται ΜΟΝΟ ηλεκτρονικά.

Ανάτυπα

Τρία ανάτυπα θα δοθούν δωρεάν στον υπεύθυνο επικοινωνίας του άρθρου.

Πνευματικά δικαιώματα

Τα Πνευματικά δικαιώματα των δημοσιευθέντων άρθρων ανήκουν στους συγγραφείς. Το Περιοδικό διατηρεί το δικαίωμα της αναπαραγωγής ή της αναδημοσίευσης του άρθρου με σκοπό την προαγωγή της Νοσηλευτικής Επιστήμης.

Η ΕΝΕ θα προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες για την εγγύηση της προστασίας των πνευματικών δικαιωμάτων των συγγραφέων.

Επιτομή χρήσιμων πληροφοριών

Σύσταση της ΕΝΕ

Η ΕΝΕ συστάθηκε δια του Νόμου 3252/2004 υπό την μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου και λειτουργεί ως επίσημος επαγγελματικός σύλλογος των Νοσηλευτών. Η εγγραφή σε αυτήν όλων των Νοσηλευτών, είναι υποχρεωτική, όπως συμβαίνει σε κάθε αντίστοιχο επιμελητήριο άλλων επαγγελματιών που λειτουργεί ως ρυθμιστικός φορέας και επίσημος σύμβουλος της Πολιτείας (Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Δικηγορικός Σύλλογος Αθηνών, Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδος, κ.τ.λ).

Κυριότεροι σκοποί της ΕΝΕ

Για να γίνουν κατανοητοί οι λόγοι που πρέπει όλοι οι νοσηλευτές να είναι εγγεγραμμένοι, παραθέτουμε τους βασικότερους στόχους που περιγράφει ο Νόμος 3252/2004 και που καλείται να επιτελέσει η Ε.Ν.Ε:

- την προαγωγή και ανάπτυξη της Νοσηλευτικής ως ανεξάρτητης και αυτόνομης επιστήμης και τέχνης
- την έρευνα, ανάλυση και μελέτη των νοσηλευτικών θεμάτων και τη σύνταξη και υποβολή επιστημονικά τεκμηριωμένων μελετών για τα διάφορα νοσηλευτικά προβλήματα της χώρας
- τη διατύπωση εισηγήσεων για νοσηλευτικά θέματα
- τη διαρκή εκπαίδευση, μετεκπαίδευση και επιμόρφωση των Νοσηλευτών και την υλοποίηση και αξιοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων
- τη συμμετοχή στην υλοποίηση προγραμμάτων που επιχορηγούνται από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή άλλους διεθνείς οργανισμούς
- την έκδοση πιστοποιητικών, απαραίτητων για την άδεια άσκησης επαγγέλματος των Νοσηλευτών
- τον περιορισμό της αντιποίησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος
- την αξιολόγηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας
- την εκπροσώπηση της χώρας σε διεθνείς οργανισμούς του νοσηλευτικού κλάδου
- την έκδοση περιοδικού, ενημερωτικού δελτίου, συγγραμμάτων και φυλλαδίων για την ενημέρωση των μελών της αλλά και του κοινωνικού συνόλου
- τη μελέτη υγειονομικών θεμάτων και την οργάνωση επιστημονικών συνεδρίων αυτόνομα ή σε συνεργασία με άλλους φορείς
- τη δημιουργία επιτροπής δεοντολογίας και ηθικής του επαγγέλματος του νοσηλευτή

- τον καθορισμό και κοστολόγηση των νοσηλευτικών πράξεων και
- την προστασία και προαγωγή της υγείας του Ελληνικού Λαού.

Μέλη της ΕΝΕ

Μέλη της Ε.Ν.Ε είναι υποχρεωτικώς όλοι οι νοσηλευτές που είναι απόφοιτοι: α) Τμημάτων Νοσηλευτικών Α.Ε.Ι., β) Νοσηλευτικών Τμημάτων Τ.Ε.Ι., γ) Πρώην Ανώτερων Σχολών Αδελφών Νοσοκόμων, Επισκεπτριών Αδελφών Νοσοκόμων, αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, δ) Πρώην Νοσηλευτικών Σχολών ΚΑΤΕΕ, ε) Νοσηλευτικών Σχολών ή Τμημάτων της αλλοδαπής, των οποίων τα διπλώματα έχουν αναγνωριστεί ως ισότιμα με τα πτυχία των νοσηλευτικών σχολών της ημεδαπής από τις αρμόδιες υπηρεσίες και στ) Στρατιωτικών Ανωτάτων Νοσηλευτικών Σχολών.

Διάρθρωση της ΕΝΕ

Η ΕΝΕ διαρθρώνεται σε Κεντρική Διοίκηση, που εδρεύει στην Αθήνα και σε επτά Περιφερειακά Τμήματα, που λειτουργούν σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας.

Κεντρική Διοίκηση

Η Κεντρική Διοίκηση αποτελείται από 15μελές Δ.Σ και έχει έδρα την Αθήνα. Η διεύθυνση των γραφείων είναι: Λεωφόρος Βασιλίσσης Σοφίας 47, Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049. Η ιστοσελίδα της Ε.Ν.Ε είναι www.enne.gr και το e-mail : info@enne.gr.

Περιφερειακά Τμήματα

Τα επτά Περιφερειακά Τμήματα (Π.Τ) της Ε.Ν.Ε, ακολουθούν τον αριθμό των Υγειονομικών Περιφερειών (Υ.Π.Ε) και είναι τα ακόλουθα:

1. 1ο Π.Τ. Αττικής: Λεωφόρος Βασιλίσσης Σοφίας 47, Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049
2. 2ο Π.Τ. Πειραιώς και Αιγαίου: Λεωφόρος Βασιλίσσης Σοφίας 47, Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049
3. 3ο Π.Τ. Μακεδονίας: Μαβίλη 11, Θεσσαλονίκη, Τ.Κ. 54630, τηλ. 2310522822 και fax. 2310522219
4. 4ο Π.Τ. Μακεδονίας και Θράκης: Μαβίλη 11, Θεσσαλονίκη, Τ.Κ. 54630, τηλ. 2310522229 και fax. 2310522219
5. 5ο Π.Τ. Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας: Ναυαρίνου 2, Λάρισα, Τ.Κ. 41223, τηλ. 2410284866 και fax. 2410284871
6. 6ο Π.Τ. Πελοποννήσου, Ιονίων νήσων, Ηπείρου και

Δυτικής Ελλάδας: Υπάτης 1 και Ν.Ε.Ο Πάτρας – Αθήνας, Πάτρα, Τ.Κ. 26441, τηλ και fax. 2610 423830
7. 7ο Π.Τ. Κρήτης: Μενελάου Παρλαμά 116, Ηράκλειο, Τ.Κ. 73105, τηλ. 2810310366, 2810311684 και fax. 2810310014

Εγγραφή και συνδρομή των μελών

Κάθε Νοσηλευτής υποχρεούται να υποβάλλει αίτηση εγγραφής στο οικείο Περιφερειακό Τμήμα. Η αίτηση συνοδεύεται υποχρεωτικά από επικυρωμένα αντίγραφα πτυχίου και αστυνομικής ταυτότητας, δυο έγχρωμες φωτογραφίες, το αποδεικτικό της τραπεζικής κατάθεσης των 65 €, απλό φωτοαντίγραφο της άδειας άσκησης επαγγέλματος και προαιρετικά από τους τίτλους που τυχόν κατέχει το υποψήφιο μέλος (μεταπτυχιακοί τίτλοι, πιστοποιητικά γνώσης ξένης γλώσσας, κοινωνικές δραστηριότητες κ.τ.λ.). Κάθε Νοσηλευτής υποχρεούται να ανανεώνει την εγγραφή του ετησίως, αυτοπροσώπως ή ταχυδρομικώς (όχι με fax) μέχρι το τέλος Φεβρουαρίου, υποβάλλοντας σχετική δήλωση στο Περιφερειακό Τμήμα όπου ανήκει. Η δήλωση υποβάλλεται ταυτόχρονα με την καταβολή της ετήσιας συνδρομής, που έχει οριστεί δια του Νόμου 3252/2004 στο ποσό των σαράντα πέντε (45) ευρώ. Σε κάθε Νοσηλευτή που εγγράφεται ή ανανεώνει την εγγραφή του στην ΕΝΕ χορηγείται Δελτίο Ταυτότητας Νοσηλευτή.

Άδεια άσκησης επαγγέλματος

Για την έκδοση από τις κατά τόπους Νομαρχίες της άδειας άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος, οι νοσηλευτές οφείλουν να συμπεριλάβουν, μεταξύ των δικαιολογητικών, και βεβαίωση εγγραφής στο οικείο Περιφερειακό Τμήμα της Ε.Ν.Ε. Με την παραλαβή της άδειας άσκησης επαγγέλματος, υποχρεούνται να καταθέσουν άμεσα αντίγραφο αυτής, στο Περιφερειακό Τμήμα όπου ανήκουν. Βάσει του Νόμου 3252/2004, όποιος ασκεί τη νοσηλευτική χωρίς να έχει άδεια άσκησης επαγγέλματος διώκεται ποινικά σύμφωνα με το άρθρο 458 του Ποινικού Κώδικα. Καταγγελία για παράνομη άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος μπορεί να κάνει οποιοσδήποτε ιδιώτης στα Περιφερειακά Συμβούλια ή στο Δ.Σ. της Ε.Ν.Ε., το οποίο στη συνέχεια υποχρεούται να γνωστοποιήσει το γεγονός στις αρμόδιες δικαστικές αρχές.

Στις περιπτώσεις που επιβάλλεται πειθαρχική ποινή προσωρινής ή οριστικής διαγραφής από την Ε.Ν.Ε., αναστέλλεται αυτοδίκαια η άδεια άσκησης επαγγέλματος.

Όργανα διοίκησης

Η Ε.Ν.Ε. διοικείται από την Συνέλευση των Αντιπροσώπων και το Διοικητικό Συμβούλιο. Τα Περιφερειακά Τμήματα διοικούνται από την Γενική Συνέλευση και το Περιφερειακό Συμβούλιο.

Διεθνής εκπροσώπηση της Ε.Ν.Ε

Η Ε.Ν.Ε είναι μέλος της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου Νοσηλευτών (F.E.P.I), κατέχοντας μια από τις επτά θέσεις του Διοικητικού της

Συμβουλίου. Στην εν λόγω Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία συμμετέχουν ακόμα η Αγγλία, η Ιταλία, η Ισπανία, η Ιρλανδία, η Πολωνία, η Κροατία, η Ρουμανία, η Πορτογαλία και υπό ένταξη είναι η Γαλλία, η Κύπρος και το Βέλγιο. Για περισσότερες πληροφορίες, συνδεθείτε με την ιστοσελίδα www.fepi.org.

Ανάδειξη και θητεία των αιρετών οργάνων διοίκησης

Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Ν.Ε. εκλέγεται από την Συνέλευση των Αντιπροσώπων. Οι Αντιπρόσωποι εκλέγονται χωριστά για κάθε Περιφερειακό Τμήμα από τα μέλη της Γενικής Συνέλευσης του Τμήματος. Τα Περιφερειακά Συμβούλια εκλέγονται ομοίως από τα μέλη της Γενικής Συνέλευσης του Περιφερειακού Τμήματος. Οι εκλογές διεξάγονται κάθε τρία (3) χρόνια, ενώ συμμετέχουν σ' αυτές όσοι Νοσηλευτές είναι οικονομικώς τακτοποιημένοι.

Πειθαρχικός έλεγχος

Ο πειθαρχικός έλεγχος των μελών της Ε.Ν.Ε ασκείται σε πρώτο βαθμό από τα Περιφερειακά Συμβούλια, που λειτουργούν και ως Πειθαρχικά Συμβούλια.

Ο δευτεροβάθμιος πειθαρχικός έλεγχος, καθώς και ο πειθαρχικός έλεγχος των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου και των Περιφερειακών Συμβουλίων ασκείται από το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο, στο οποίο προεδρεύει Εφέτης των Πολιτικών Δικαστηρίων.

Επιστημονικό Περιοδικό

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος δημιούργησε το 2008 το «Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης» που αποτελεί και το επίσημο περιοδικό της. Είναι ένα περιοδικό πολυδιάστατο με κριτική επιτροπή που στοχεύει στην προώθηση της Νοσηλευτικής Επιστήμης στην Ελλάδα. Το «Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης» αποτελεί ένα αξιόπιστο, σύγχρονο, τριμηνιαίο επιστημονικό περιοδικό που εκδίδεται στην Ελληνική και την Αγγλική γλώσσα και είναι διαθέσιμο σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή με συμβολική αμοιβή σε όλους τους ενδιαφερόμενους ερευνητές, πανεπιστημιακούς δασκάλους, φοιτητές, σε όλη τη νοσηλευτική κοινότητα γενικότερα αλλά και στα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα (ΑΤΕΙ και ΑΕΙ) της ημεδαπής και της αλλοδαπής.

Παράλληλα παρέχει τη δυνατότητα σε νέους επιστήμονες να έχουν εύκολη πρόσβαση στη γνώση και στην πρόοδο της νοσηλευτικής ενώ αποτελεί το επιστημονικό βήμα για τους νοσηλευτές που απασχολούνται στην εκπαίδευση και στην κλινική νοσηλευτική να δημοσιεύσουν το έργο τους και να δεχθούν εποικοδομητικές κριτικές. Στο περιοδικό δημοσιεύονται ερευνητικές μελέτες, ανασκοπήσεις, πρωτότυπες πραγματείες και βιβλιοκριτικές. Οι εργασίες που δημοσιεύονται, μοριοδοτούνται με τρόπο θεσμικά προβλεπόμενο και επικυρωμένο από την ελληνική νομοθεσία και σύμφωνα πάντα με τη διεθνή πρακτική.

Ενημερωτικό περιοδικό

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος δημιούργησε το 2008

το μηνιαίο ενημερωτικό περιοδικό «Ο Ρυθμός της Υγείας», με σκοπό την ανάδειξη του νοσηλευτή ως ενιαίας ψυχοσωματικής, και επαγγελματικής οντότητας, με ενδιαφέροντα που κινούνται πέρα από τα τριμμήνια, αγκαλιάζοντας όλα τα επίπεδα της πολύπλευρης κοινωνικής του υπόστασης.

Ο Έλληνας νοσηλευτής, εκτός από την ανάγκη για την επίλυση πρωταρχικών ζητημάτων που τον απασχολούν ως επαγγελματία, έχει ανάγκη να εκφραστεί, να επικοινωνήσει, να διασκεδάσει και να προβάλλει πολύπλευρα τον κοινωνικό του προορισμό.

Έτσι, «Ο Ρυθμός της Υγείας», σκοπεύει να ενώσει τη φωνή όλων των νοσηλευτών της χώρας και να αποτελέσει ένα άμεσο και έγκυρο κανάλι επικοινωνίας, δίνοντας βήμα σε όλες ανεξαιρέτως της φωνές της επαγγελματικής –και όχι μόνο– κοινότητας.

Μελλοντικοί Στόχοι

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας, με τη συνεργασία όλων των μελών της, στοχεύει να υλοποιήσει και να ολοκληρώσει κάποια σημαντικά έργα που αποτελούν πάγια αιτήματα της νοσηλευτικής κοινότητας, ορισμένα από τα οποία ήδη άρχισαν να εκπονούνται:

- Καθορισμός και κοστολόγηση των νοσηλευτικών πράξεων
- Δημιουργία ανοιχτής γραμμής επικοινωνίας με σκοπό την καταγραφή και επίλυση των προβλημάτων των νοσηλευτών
- Ενίσχυση των διεθνών σχέσεων των ελλήνων νοσηλευτών με οργανισμούς, fora και ινστιτούτα του εξωτερικού

- Δημιουργία ηλεκτρονικής ψηφιακής βιβλιοθήκης η χρήση της οποίας θα είναι δωρεάν για τα μέλη της ΕΝΕ και προσβάσιμη από όλη την επικράτεια
- Προσφορά ειδικών εκπαιδευτικών και μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων
- Διοργάνωση επιστημονικών συνεδρίων και ημερίδων με μοριοδότηση των συνέδρων νομικά ισχύουσα και κατοχυρωμένη
- Δημιουργία Ειδικών Επιτροπών Έργου, όπως Εκπαίδευσης, Τεκμηρίωσης, Διεθνών Σχέσεων και Ενημέρωσης
- Οργάνωση δικτύου εμπειρογνομόνων για νοσηλευτικά θέματα και παροχή νομοτεχνικών συμβουλών
- Οργάνωση και λειτουργία προγραμμάτων εξειδίκευσης
- Πιστοποίηση Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων και Νοσηλευτικής επάρκειας

Επικοινωνία

Οι νοσηλευτές μπορούν να απευθύνονται στα τηλέφωνα: 210 3648044, 3648048 (08:00- 15:00), στα fax:210 3648049, 3617859 και στο e- mail: info@denne.gr

- για επαγγελματικά θέματα
- για θέματα εκπαίδευσης
- για νομικά θέματα
- για την εγγραφή τους ή την ανανέωση αυτής
- για γενική ενημέρωση (συνέδρια, δράσεις, εκδηλώσεις κλπ)
- για τις προκηρύξεις μέσω ΑΣΕΠ
- για θέσεις εργασίας στον ευρύτερο τομέα της υγείας