

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Λάρισας

Τμήμα Νοσηλευτικής

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη <<Ψυχική Υγεία>>

Ψυχικές επιπτώσεις των επαγγελματιών υγείας (Νοσηλευτών- Ιατρών) του χειρουργείου τομέα

Μπουραζά Στέλλα

Πτυχιούχος Νοσηλεύτρια ΤΕΙ Λάρισας

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

κ. Μπακούρας Σιδέρης

Νευρολόγος – Ψυχίατρος

Καθηγητής Νευρολογίας- Ψυχιατρικής τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ-
Θεσσαλίας

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

- 1) κ. Μπακούρας Σιδέρης
- 2) Δρ. Θωμάς Αλέξανδρος
Ψυχίατρος, Επιστημονικός διευθυντής της Ψυχιατρικής Κλινικής του
Νευροψυχιατρικού Θεραπευτηρίου << Αναγέννησις >> στη Λάρισα
- 3) Δρ. Καραουλάνης Σωκράτης
Ψυχίατρος, Επιμελητής Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακού
Νοσοκομείου Λάρισας

Λάρισα 2015

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη στα Ελληνικά.....	4
Περίληψη στα Αγγλικά.....	5
Ευχαριστίες.....	6
Πρόλογος.....	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Κεφάλαιο 1: Κατανόηση της ψυχικής υγείας και της ψυχικής νόσου.....	8
Εισαγωγή.....	8
Ψυχική υγεία	
1.1. Ορισμός και η σημασία της.....	8
1.2. Χαρακτηριστικά που καθορίζουν την ψυχική υγεία.....	8
1.3. Πρόληψη ψυχικής υγείας.....	10
Ψυχική νόσος	
1.4. Ορισμός- Τρόποι εμφάνισης- Που οφείλεται.....	11
1.5. Η ιστορία των ψυχικών διαταραχών από τις <<επεμβάσεις σε κρανία, στα χάπια χαράς>> .	11
1.6. Επιδημιολογία ψυχικών διαταραχών.....	13
1.7. Τρόποι ταξινόμησης.....	14
1.8. Το στίγμα της ψυχικής νόσου.....	16
1.9. Θεραπεία ψυχικών διαταραχών.....	17
Κεφάλαιο 2: Ψυχική υγεία και εργασία.....	19
Εισαγωγή.....	19
2.1. Συσχέτιση ψυχικής υγείας και εργασίας.....	19
2.2. Συχνές ψυχικές διαταραχές στην εργασία και συνέπειες.....	19
2.3. Συσχέτιση μεταξύ ψυχικών διαταραχών και μειωμένης παραγωγικότητας.....	20
2.4. Εργασιακές συνθήκες και ψυχική νόσος.....	20
2.5. Σχέση μεταξύ ικανοποίησης των εργαζομένων.....	21
2.6. Πίνακες.....	21
2.7. Η παγκοσμιοποίηση και η ψυχική υγεία στο χώρο εργασίας.....	22
2.8. Το στρες στο χώρο εργασίας και η ψυχική υγεία.....	23
2.9. Τρόποι αντιμετώπισης για την πρόληψη ψυχικών διαταραχών στην εργασία.....	23

2.10.Παρεμβάσεις στον εργασιακό χώρο για την ψυχική υγεία.....	24
Κεφάλαιο 3: Ψυχική υγεία και επαγγελματίες υγείας.....	25
Εισαγωγή.....	25
3.1.Νοσηλευτική, ψυχική υγεία και ευεξία.....	25
3.2.Εστίαση στην ευεξία.....	25
3.3.Ευεξία στο νοσηλευτικό επάγγελμα.....	26
3.4.Νοσηλευτές και ψυχικές διαταραχές.....	26
3.5.Η ευαλωτότητα του ψυχικά πάσχοντα και ο νοσηλευτής.....	26
3.6.Ο νοσηλευτής ως συνήγορος του ασθενούς.....	27
3.7.Νοσηλευτική φροντίδα.....	27
3.8.Αξιολόγηση του επιπέδου στρες και των δεικτών του σε γιατρούς χειρουργείου.....	27
3.9.Επαγγελματική εξουθένωση.....	28
3.10.Κατάσταση ψυχικής υγείας γιατρών στην Ιαπωνία και συνθήκες εργασίας.....	30
3.11.Μια ομάδα συνεργασίας για την επίβλεψη της υγείας νοσηλευτών και λοιπών επαγγελματιών υγείας.....	30
3.12.Συνεργασία επαγγελματιών ψυχικής υγείας.....	30
3.13.Διαδυκτιακές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται σε νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας.....	31
3.14.Ο στιγματισμός και οι επαγγελματίες υγείας.....	31
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Κεφάλαιο 4: Σκοπός- Ερευνητικές υποθέσεις.....	32
4.1.Δείγμα μελέτης.....	32
4.2.Ερευνητικά Εργαλεία.....	32
4.3.Ανάλυση δεδομένων.....	33
4.4.Αποτελέσματα.....	34
4.5.Συζήτηση.....	47
4.6.Περιορισμοί.....	49
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	50
Παράρτημα.....	54

Περίληψη στα Ελληνικά

Αρχικά έγινε προσπάθεια να κατανοηθεί ο όρος ψυχική υγεία και ψυχική νόσος. Πρόκειται για δυο διαφορετικές έννοιες που σχετίζονται με τη διάθεση και τη συμπεριφορά. Έπειτα αναλύθηκε η συσχέτιση μεταξύ ψυχικής υγείας και εργασίας και διαπιστώθηκε πως οι εργασιακές συνθήκες επιδρούν σημαντικά στη κατάσταση ψυχικής υγείας του ατόμου. Στη συνέχεια, έγινε εστίαση στους επαγγελματίες υγείας και την ψυχική υγεία. Πιο συγκεκριμένα ποιοι είναι οι παράγοντες που επιδρούν, ποια η βαρύτητα και ποια η συχνότητα τους, όπου αναφέρθηκαν συμπτώματα ψυχοπαθολογίας. Όσον αφορά το ειδικό μέρος, στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της γενικής και ψυχικής υγείας των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε ιδιωτικές χειρουργικές και μαιευτικές κλινικές. Το δείγμα αποτελούνταν από τριάντα νοσηλευτές και τριάντα γιατρούς και τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας και το GHQ-28. Διερευνήθηκαν τα επίπεδα άγχους, σωματοποίησης, κοινωνικής λειτουργικότητας και κατάθλιψης, καθώς επίσης κατά πόσο επηρεάζονται από τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας.

Περίληψη στα Αγγλικά

In the beginning, an attempt was made to understand the terms mental health and mental illness, which are two different concepts being related to mood and behavior. Then, the correlation between mental health and work has been analysed, and found out that the working conditions have a significant impact on mental health of the individual. Following , the focus was on health care professionals and their mental health. More specifically, what are the factors that affect their mental health, the importance and the frequency of the mental health symptoms. The aim of this study was to investigate the general and mental health of the health care professionals who are working in private surgical and obstetric clinics. The sample consisted of thirty nurses and thirty physicians and the tools used were the general health questionnaire and GHQ-28. Stress levels, social functioning, depression and appearance as physical symptoms, as have been studied, well as whether they are affected by demographic and employment characteristics of health care professionals.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά, για τον χρόνο, την υπομονή και την επιμονή τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Μπακούρα Σιδέρη, καθώς επίσης και όλους εκείνους που συντέλεσαν στην υλοποίηση της παρούσας διπλωματικής.

Πρόλογος

Το ζήτημα της ψυχικής υγείας απασχολεί έντονα την σημερινή κοινωνία ,αφού δεν υπάρχει δημόσια υγεία χωρίς ψυχική υγεία. Ψυχική υγεία σημαίνει κατάκτηση της ισορροπίας μεταξύ όλων των πτυχών της ζωής, κοινωνικής, φυσικής, πνευματικής, οικονομικής και ψυχικής. Η διαταραχή αυτής της ισορροπίας οφείλεται σε ύπαρξη ψυχικής νόσου, η οποία εμφανίζεται με μια σειρά συμπτωματολογίας και αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου. Αξίζει να σημειωθεί ιδιαίτερα πως στις μέρες μας ένας στους έξι πάσχει από κατάθλιψη. Η κοινωνία δίνει το στίγμα με όρους προσβλητικούς, η οικογένεια εξουθενώνεται ψυχολογικά διότι όταν νοσεί ένα άτομο, νοσεί όλη η οικογένεια και ο ψυχικά πάσχων είναι ανήμπορος πλέον μόνος να υπερασπιστεί τον εαυτό του. Οι επαγγελματίες υγείας, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην υποστήριξη του ατόμου, έχοντας την γνώση, την εμπειρία, την ευαισθησία και την ανθρωπιά. Για να παρέχεις υπηρεσίες ψυχικής υγείας όμως, χρειάζεται να είσαι πρώτα ο ίδιος ψυχικά υγιής.

Ως επαγγελματίας υγείας, τα τελευταία δυο χρόνια που εργάζομαι στο χώρο του χειρουργείου έχω παρατηρήσει τον εαυτό μου αρκετές φορές να διακατέχεται από συναισθήματα στρες και έντονου άγχους. Αυτοί οι λόγοι με προβλημάτισαν, με αποτέλεσμα την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής. Μελετήθηκε η ψυχική επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας και οι παράγοντες που ενδέχεται να καθορίζουν τη βαρύτητα και τη συχνότητα ψυχικών διαταραχών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι νοσηλευτές και ειδικά γυναίκες διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών, συγκριτικά με τους άνδρες γιατρούς. Άρα λοιπόν , το φύλο και η ιδιότητα παίζει καθοριστικό ρόλο στην κατάσταση ψυχικής υγείας του ατόμου. Οι γιατροί λόγω της κοινωνικής θέσης και των υψηλών αμοιβών τείνουν να νοσήσουν λιγότερο συγκριτικά με τους νοσηλευτές. Η ψυχοπαθολογία της μελέτης έδειξε στη πλειοψηφία, αγχώδεις διαταραχές με ποσοστό 23%, σωματοποίηση 19% και τέλος συναισθηματικές διαταραχές 13,8%.

Κακές συνθήκες εργασίας όπως για παράδειγμα πολύωρη και εργασία υψηλής ευθύνης και απαιτήσεων, χαμηλές αμοιβές, εργασία καθορισμένου χρόνου και η χαμηλή ευαισθητοποίηση των εργοδοτών έχει αποδειχθεί πως επιδεινώνουν το πρόβλημα. Οι επαγγελματίες υγείας που νοσούν αδυνατούν να είναι παραγωγικοί, γεγονός που συνεπάγεται αύξηση του κόστους. Για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα καλύτερο περιβάλλον εργασίας και ενθάρρυνσης του εργατικού δυναμικού, μείωση του στίγματος και ευαισθητοποίηση οργανισμών για άτομα με ψυχικές ασθένειες.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1

Κατανόηση της ψυχικής υγείας και της ψυχικής νόσου

Εισαγωγή

Η ψυχική υγεία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), ορίζεται ως μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία κάποιας ασθένειας ή αναπηρίας. Τα ψυχικά υγιή άτομα χαρακτηρίζονται από αισθήματα ικανοποίησης και λειτουργικότητα.

Όσον αφορά, στην ψυχική νόσο, πρόκειται για την ασθένεια που προκαλεί αλλαγές στον τρόπο σκέψης, στη διάθεση και στη συμπεριφορά. Πριν το 5000π.χ., είχαν γίνει προσπάθειες για τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, όπως αποδείχθηκε σε κρανία που είχαν δεχτεί τρυπανισμούς, στον αρχαίο κόσμο. Έπειτα επικράτησε η άποψη πως οι ψυχικές ασθένειες, τις έστελνε ο θεός στους ανθρώπους ως τιμωρία διότι διέπραξαν κάποια αμαρτία ή στην ύπαρξη δαιμόνων λόγω οργής των θεών. Οι πεποιθήσεις για την ψυχική νόσο και την σωστή θεραπεία άλλαξαν μεταξύ του 5^{ου} και 3^{ου} αιώνα π.χ. όταν ο Ιπποκράτης, αρνήθηκε την μακροχρόνια πεποίθηση ότι η ψυχική ασθένεια προκλήθηκε από υπερφυσικές δυνάμεις και αντί αυτού υποστήριξε τις φυσικές αιτίες στην ύπαρξη των ψυχικών διαταραχών. Η φροντίδα των ατόμων με ψυχική πάθηση αποτελεί ζήτημα αυξανόμενης ανησυχίας για τη δημόσια υγεία. Παγκοσμίως, βάση επιδημιολογικών μελετών, τα ποσοστά επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών ενηλίκων κυμαίνονται από 12,2 % έως 48,6%.

Είναι αλήθεια ότι οι άνθρωποι με ψυχικά νοσήματα παρουσιάζουν συμπτώματα που περιορίζουν την λειτουργικότητα τους. Αυτό όμως δεν δίνει το δικαίωμα σε κανένα να χρησιμοποιεί χαρακτηρισμούς όπως τρελός, μουρλός, παλαβός, διαταραγμένος κτλ. Χαρακτηρισμοί τέτοιου τύπου είναι επιπόλαιοι, προσβλητικοί και αντικοινωνικοί.

Τέλος, η θεραπεία των ψυχικών νόσων, αποτελεί πολυπαραγοντική υπόθεση. Πραγματοποιείται με χορήγηση φαρμάκων, στενή ιατρική παρακολούθηση και ψυχολογική υποστήριξη του πάσχοντα και της οικογένειάς του.

Ψυχική υγεία

1.1. Ορισμός και η σημασία της

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) , η ψυχική υγεία ορίζεται ως μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία κάποιας ασθένειας ή αναπηρίας [1].

Η ψυχική υγεία είναι σημαντική, γιατί αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της υγείας, είναι κάτι περισσότερο από την απουσία ασθένειας και συνδέεται στενά με τη σωματική υγεία και τη συμπεριφορά [1].

Τέλος, βασικά στοιχεία ψυχικής υγείας είναι η ευεξία και η λειτουργικότητα [2].

1.2. Χαρακτηριστικά που καθορίζουν την ψυχική υγεία

Οι ψυχικά υγιείς άνθρωποι:

-Έχουν υγιή αυτοαντίληψη

Η υγιή αυτοαντίληψη περιλαμβάνει πρώτα από όλα μια ρεαλιστική αξιολόγηση του εαυτού (των ικανοτήτων, της εμφάνισης και της λειτουργικότητας). Όποιος αποδέχεται τον εαυτό του όπως είναι,

διαθέτει υγιή αντίληψη εαυτού. Η αυτογνωσία και η εναισθησία, αποτελεί σημαντική προϋπόθεση της επαφής του ατόμου με τον εαυτό του, καθώς επιτρέπει στο άτομο να αναγνωρίσει τα κίνητρα του ή τις αιτίες των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς του. Ένα άτομο που στερείται εναισθησίας, για παράδειγμα μπορεί να αρνηθεί να πάρει φάρμακο γιατί του προκαλεί ξηροστομία [3].

-Ερμηνεύουν την πραγματικότητα έτσι όπως είναι

Η ικανότητα αντίληψης της πραγματικότητας έτσι όπως είναι αποτελεί βασικό συστατικό της ψυχικής υγείας. Περιλαμβάνει την ικανότητα διάκρισης μεταξύ του τι υπάρχει στην πραγματικότητα και τι θα μπορούσε να υπάρχει και συνακόλουθα την ικανότητα πρόβλεψης των συνεπειών διαφόρων πράξεων του ατόμου [3].

-Είναι ικανοί να δημιουργήσουν σχέσεις με άλλους ανθρώπους

Ο άνθρωπος είναι πλάσμα που λειτουργεί καλύτερα όταν είναι μαζί με άλλους. Η αγάπη είναι το πιο σημαντικό συναίσθημα και η φυσική ανθρώπινη ανάπτυξη δεν είναι δυνατή σε απομόνωση. Ο άνθρωπος πρέπει να έχει τη δυνατότητα να αλληλεπιδράσει και να δημιουργήσει σχέσεις με άλλους για να ολοκληρωθεί ως άτομο. Κάποιος που δεν έχει την ικανότητα να δημιουργήσει ικανοποιητικές σχέσεις με άλλους, δεν μπορεί να είναι υγιής [3].

-Επιδεικνύουν δημιουργικότητα και παραγωγικότητα

Για να είναι δημιουργικό ένα άτομο δεν χρειάζεται να είναι καλλιτέχνης. Χρησιμοποιώντας αφαιρετική σκέψη, τα υγιή άτομα μπορούν να λύνουν προβλήματα με δημιουργικό τρόπο και να ερμηνεύουν τις εμπειρίες τους. Μερικοί άνθρωποι σκέφτονται με πολύ άκαμπτο τρόπο, δηλαδή κυριολεκτώντας, χωρίς δημιουργικότητα. Για παράδειγμα, ένας άνθρωπος με άκαμπτη σκέψη, μπορεί να πει την παροιμία << Το καλό το παλικάρι ξέρει και άλλο μονοπάτι >> σημαίνει ότι αν ο δρόμος είναι κλειστός, μπορείς να ακολουθήσεις άλλη διαδρομή. Ένας άνθρωπος με πιο αφαιρετική σκέψη μπορεί να την ερμηνεύσει αλλιώς: κάθε πρόβλημα μπορεί να έχει περισσότερες από μια λύσεις. Μια άλλη μορφή που μπορεί να πάρει η υγιής δημιουργικότητα είναι η αίσθηση της παραγωγικότητας και της συμβολής. Οι υγιείς άνθρωποι θέλουν να νιώθουν πως οι πράξεις τους έχουν σημασία για τους άλλους ανθρώπους ή για τον κόσμο γενικότερα [3].

-Επιτυγχάνουν να βρουν το νόημα της ζωής

Όλοι οι άνθρωποι αναζητούν τις αιτίες πίσω από τα γεγονότα που συμβαίνουν γύρω τους και προσπαθούν να δώσουν κάποιο νόημα στη ζωή τους. Αρκετοί νοηματοδοτούν τη ζωή τους μέσω της θρησκείας, άλλοι βρίσκουν νόημα στη φύση, την ηθική, τη φιλοσοφία ή τη προσφορά στο συνάνθρωπο. Αυτή η μοναδική στο ζωικό βασίλειο πνευματική διάσταση του ανθρώπου αποτελεί σημαντικό συστατικό της ατομικότητας του καθενός. Ένα υγιές ψυχικά άτομο θα έχει μια αίσθηση του τι είναι σημαντικό στη ζωή και τι της δίνει νόημα [3].

-Προσαρμόζονται στις μεταβολές και στις συγκρούσεις

Για την επιτυχία του ατόμου η προσαρμοστικότητα έχει κρίσιμη σημασία. Το μόνο σταθερό πράγμα γύρω μας είναι ότι όλα μεταβάλλονται. Οι υγιείς άνθρωποι μπορούν να σχεδιάσουν, να συμβιβαστούν, να δράσουν και να χειριστούν διαμάχες και συγκρούσεις με επιτυχία. Δεν είναι εύκολο να μάθει κάποιος να αλλάζει, αλλά αν ένα άτομο είναι υγιές, θα τα καταφέρει [3].

-Έχουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς

Ο έλεγχος της συμπεριφοράς σημαίνει ότι οι ψυχικά υγιείς άνθρωποι μπορούν πριν ενεργήσουν να βρουν μια ισορροπία ανάμεσα στα ένστικτα τους, τη συνείδηση τους και την πραγματικότητα. Δεν κλέβουν κάτι γιατί θα τους άρεσε να το έχουν ούτε ξεσπούν βίαια. Οι ψυχικά υγιείς άνθρωποι μπορούν να αναβάλλουν την ικανοποίηση των επιθυμιών τους και μπορούν να ενεργήσουν με τέτοιο τρόπο ώστε να βοηθήσουν κάποιον άλλον, έστω και αν αυτό δημιουργεί δυσκολίες στους ίδιους. Οι υγιείς άνθρωποι έχουν την αξιοπρέπεια και την ακεραιότητα να ενεργούν σύμφωνα με τις αξίες τους [3].

Η ψυχική υγεία είναι μάλλον μια σχετική παρά απόλυτη κατάσταση. Κανένας δεν κατέχει το ύψιστο επίπεδο υγείας σε όλα τα πεδία και ανά πάσα στιγμή. Ανεξάρτητα από το εάν έχει διαγνωστεί με κάποια ψυχική διαταραχή ή όχι, κάθε άτομο μπορεί να παρουσιάζει από ελάχιστα έως απόλυτα υγιή ψυχική συμπεριφορά. Όπως όλοι οι άνθρωποι συνεχίζουν να εξελίσσονται ως άτομα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, όλοι έχουν και τη δύναμη να φτάσουν σε ένα ανώτερο επίπεδο ψυχικής υγείας [3].

1.3. Πρόληψη ψυχικής υγείας

Η πνευματική και η συναισθηματική δραστηριότητα είναι σημαντική για τη συνολική υγεία. Η καλή ψυχική υγεία επιτρέπει στους ανθρώπους να αξιοποιήσουν πλήρως τις δυνατότητες τους, να αντιμετωπίσουν τα άγχη της ζωής, να εργαστούν παραγωγικά και να κάνουν σημαντικές συνεισφορές στην κοινότητα τους. Οι πρώιμες εμπειρίες της παιδικής ηλικίας έχουν μακροχρόνιες συνέπειες αργότερα στη ζωή τους. Άγχος, διαταραχές διάθεσης και ελέγχου συνδέονται με μεγάλη πιθανότητα επικίνδυνης συμπεριφοράς και μπορούν να οδηγήσουν ακόμη και σε θάνατο [4].

Τα άτομα και οι οικογένειες θα πρέπει να:

- Χτίζουν ισχυρές, θετικές σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους
- Γίνουν ενεργά μέλη στην κοινότητα
- Ενθαρρύνουν τα παιδιά και τους εφήβους να συμμετέχουν σε εξωσχολικές δραστηριότητες
- Δουλεύουν σκληρά μέχρι να βεβαιωθούν πως τα παιδιά αισθάνονται άνετα να μιλήσουν για προβλήματα, (όπως εκφοβισμός) και να αναζητούν την κατάλληλη θεραπεία [4].

Όσον αφορά, το σύστημα υγείας:

- Οφείλει να εκπαιδεύσει τους γονείς σχετικά με το πότε ένα παιδί θεωρείται φυσιολογικό
- Να αναπτύξει προγράμματα ολοκληρωμένης φροντίδας
- Να ενισχύσει την επικοινωνία με τα κοινωνικά δίκτυα, με σκοπό τον εντοπισμό και την θεραπεία αυτών που την έχουν πραγματικά ανάγκη
- Να αναγνωρίσει τα άτομα με χρόνιες παθήσεις- αναπηρίες και να τα παραπέμψει σε ειδικούς για την κατάλληλη θεραπεία [4].

Υπάρχουν τρεις τύποι πρόληψης:

- 1) Η **πρωτογενής** πρόληψη εφαρμόζεται σε υγιή άτομα και τα προφυλάσσει ώστε να μην αναπτύξουν νόσο. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η ενημέρωση των παιδιών σχετικά με την κατάχρηση ουσιών. Μαθαίνουν να αποφεύγουν τις εθιστικές ουσίες πριν ακόμα αποκτήσουν πρόβλημα [3].
- 2) Η **δευτερογενής** πρόληψη αναφέρεται σε άτομα που έχουν ήδη προσβληθεί από ένα νόσημα. Στόχος είναι να αναγνωρίζονται και αντιμετωπίζονται θεραπευτικά νωρίς, έτσι ώστε να προληφθούν οι δυσμενείς συνέπειες του νοσήματος. Ένα παράδειγμα είναι ο προληπτικός έλεγχος για κατάθλιψη, οπότε οι πάσχοντες από κατάθλιψη αναγνωρίζονται έγκαιρα, πριν φτάσουν να χάσουν τη δουλειά τους, βρεθούν σε απόγνωση ή επιχειρήσουν ακόμη και να βάλουν τέλος στη ζωή τους [3].
- 3) Η **τριτογενής** πρόληψη αφορά άτομα που έχουν ήδη προσβληθεί σοβαρά από ένα ψυχική νόσημα. Ο στόχος είναι να βοηθηθούν να αναρρώσουν και να προληφθεί περαιτέρω αναπηρία. Ένα παράδειγμα τριτογενούς πρόληψης είναι ένα κέντρο ημερήσιας νοσηλείας στην κοινότητα, όπου οι σχιζοφρενείς ασθενείς μπορούν να έρχονται και να μαθαίνουν να κοινωνικοποιούνται, να ζουν ανεξάρτητα και να αποκτούν δεξιότητες διαχείρισης της φαρμακευτικής αγωγής που θα τους βοηθήσουν να παραμείνουν στο σπίτι τους, μακριά από ιδρύματα [3].

Η ψυχική υγεία αποτελεί σημαντική πτυχή για τη βέλτιστη ανάπτυξη και την ποιότητα ζωής των ατόμων και της κοινωνίας. Οι ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των

ήπιων και των πιο σοβαρότερων επηρεάζουν την καθημερινή ζωή των ασθενών και των ατόμων που εμπλέκονται στο περιβάλλον τους όπως, η οικογένεια, οι φίλοι και οι συνάδελφοι. Η τεχνολογία επιτρέπει την ανάπτυξη ατομικών συστημάτων υγείας για να βοηθήσει στην πρόληψη και τη θεραπεία των διαταραχών της διάθεσης (άγχος, κατάθλιψη) [5].

Ψυχική νόσος

1.4. Ορισμός- Τρόποι εμφάνισης-Που οφείλεται

Είναι η ασθένεια, η οποία προκαλεί αλλαγές στον τρόπο σκέψης, στη διάθεση και στη συμπεριφορά [6].

Εμφανίζεται με συμπτώματα και οφείλεται σε βιολογικές, γενετικές, κοινωνικές χημικές ή ψυχολογικές επιδράσεις και οδηγούν σε έκπτωση της λειτουργικότητας, καθώς και σε άλλα συμπτώματα [3].

1.5. Η ιστορία των ψυχικών διαταραχών από τις <<επεμβάσεις σε κρανία>>, στα <<χάπια χαράς>>

Οι άπειρες διαφορετικές προσωπικότητες των ανθρώπων, έχουν συναρπάσει τόσο τους επιστήμονες, όσο και τα μέλη της κοινωνίας από την αρχή της ανθρωπότητας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει, όταν ο νους του ανθρώπου στρέφεται εναντίον του και τι μπορεί να γίνει για να αντιστραφεί αυτό το τραγικό συμβάν [7].

Προσπάθειες έχουν γίνει για την θεραπεία των ψυχικών διαταραχών πριν το 5000 π.χ., όπως αποδεικνύεται σε κρανία που έχουν δεχτεί τρυπανισμούς, στον αρχαίο κόσμο. Στην αρχή της ανθρωπότητας, υπήρχε ευρέως η αντίληψη πως η ψυχική ασθένεια ήταν αποτέλεσμα υπερφυσικών φαινομένων, όπως η πνευματική ή η δαιμονική κατοχή, η μαγεία, το κακό μάτι ή μια οργισμένη θεότητα και έτσι κατέφυγαν σε μυστικές θεραπείες και μερικές φορές με βίαιο τρόπο [7].

Οι επεμβάσεις σε κρανία (αναφέρονται επίσης και ως τρυπανισμοί), παρουσιάστηκαν για πρώτη φορά στους νεολιθικούς χρόνους. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας, δημιουργούνταν μια τρύπα στο κρανίο με τη βοήθεια χειρουργικών εργαλείων. Πίστευαν ότι μέσα από αυτό το άνοιγμα, το κακό πνεύμα που κατοικούσε στο κεφάλι του και προκαλούσε την ψυχοπαθολογία θα απελευθερωνόταν και το άτομο θα θεραπευόταν. Κάποιοι που υποβλήθηκαν σε αυτή τη διαδικασία επέζησαν και πιθανολογείται πως έζησαν πολλά χρόνια αργότερα. Αυτό άντεξε μέσα στους αιώνες για τη θεραπεία διάφορων παθήσεων, όπως κατάγματα κρανίων και ημικρανίες καθώς και στη θεραπεία ψυχικών διαταραχών, με πιο εξελιγμένα εργαλεία [7].

Στην αρχαία Μεσοποταμία, ιερείς – γιατροί, αντιμετώπιζαν τους ψυχικά πάσχοντες με θρησκευτικές τελετές μαγείας, για να αποκαλυφθεί ο δαίμονας. Εξορκισμοί, ξόρκια, προσευχές και άλλες διάφορες μυστικές τελετές χρησιμοποιήθηκαν για να διώξουν το κακό πνεύμα. Άλλα μέσα προσπάθησαν να κάνουν έκκληση προς το πνεύμα απειλές, δωροδοκία, τιμωρία και μερικές φορές υποβολή, έχοντας την ελπίδα μιας αποτελεσματικότερης θεραπείας [7].



Οι Εβραίοι πίστευαν, ότι οι ασθένειες, τις έστελνε ο θεός στους ανθρώπους ως τιμωρία διότι διέπραξαν κάποια αμαρτία και την ύπαρξη των δαιμόνων την απέδιδαν στην οργή των θεών. Όσον αφορά, τους αρχαίους Αιγύπτιους φαίνεται, πως ήταν οι πιο προνοητικοί στην αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενειών. Αυτοί που είχαν πληγεί από ψυχική παθολογία, συμμετείχαν σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες (συναυλίες, χορούς και ζωγραφική) για να πετύχουν την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Οι Αιγύπτιοι επίσης, προχώρησαν πολύ στην ιατρική, ειδικά την χειρουργική και τη γνώση του ανθρώπινου σώματος. Δυο πάπυροι που χρονολογούνται από τον δέκατο έκτο αιώνα π.χ., τον πάπυρο Edwin Smith και τον πάπυρο Ebers, τεκμηριώνουν την έγκαιρη θεραπεία των πληγών, των χειρουργικών επεμβάσεων και εντόπισαν για πρώτη φορά τον εγκέφαλο ως την έδρα των νοητικών λειτουργιών [7].

Οι πάπυροι δείχνουν ακόμη, ότι παρά την καινοτόμο σκέψη σχετικά με τη νόσο, ή μαγεία και τα ξόρκια χρησιμοποιήθηκαν και για την θεραπεία ασθενειών που ήταν άγνωστης προέλευσης. Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι είχαν επίσης, την πεποίθηση πως η υστερία των γυναικών προκλήθηκε από την αλλαγή της θέσης της μήτρας και χρησιμοποιήθηκε για να δελεάσει το όργανο να επιστρέψει πίσω στην αρχική του θέση. Σε όλους αυτούς τους αρχαίους πολιτισμούς, η ψυχική ασθένεια αποδόθηκε σε κάποια υπερφυσική δύναμη, σε μια δυσαρεστημένη θεότητα. Η μουσική χρησιμοποιήθηκε ως θεραπευτικό μέσο με σκοπό να επηρεάσει το συναίσθημα, και το τραγούδι να γοητεύσει τα ξόρκια να διασκορπιστούν στη Βαβυλώνα, τη Μεσόγειο, την Εγγύς Ανατολή, την Αίγυπτο, με ελπίδα την επίτευξη μιας νέας θεραπείας [7].

Οι πεποιθήσεις σχετικά με την ψυχική ασθένεια και τη σωστή θεραπεία άλλαξαν και σε ορισμένες περιπτώσεις εξελίχθηκαν από Ευρωπαϊκούς στοχαστές. Μεταξύ του 5^{ου} και 3^{ου} αιώνα π.χ., ο Ιπποκράτης αρνήθηκε την μακροχρόνια πεποίθηση ότι η ψυχική ασθένεια προκλήθηκε από υπερφυσικές δυνάμεις και αντί αυτού πρότεινε φυσικά αίτια που επιδρούν στον οργανισμό, συγκεκριμένα στον εγκέφαλο. Ο Ιπποκράτης και αργότερα ο Ρωμαίος γιατρός, Γαληνός, εισήγαγαν την έννοια των τεσσάρων ουσιωδών χυμών του ανθρώπινου σώματος: αίμα, φλέγμα, χολή και μαύρη χολή. Στα μέσα του Μεσαίωνα, πίστευαν ότι η πνευματική ασθένεια προέκυπτε από την ανισορροπία αυτών των χυμών. Προκειμένου να φέρει πίσω το σώμα την ισορροπία, οι ασθενείς έλαβαν εμετικά, καθαρτικά και υποβλήθηκαν σε αφαίμαξη με τη χρήση βδελλών ή βεντούζας. Επιπρόσθετα. Προτάθηκαν προσαρμοσμένες δίαιτες, που αποτελούνταν από χόρτα, σαλάτα, κριθάρι, νερό και γάλα και να αποφεύγουν το κρασί και το κόκκινο κρέας [7].

Η φύλαξη και η φροντίδα των ψυχικά ασθενών έμενε στην οικογένεια του ατόμου, παρόλαυτα συνέβαιναν και εξωτερικές παρεμβάσεις. Το πρώτο ψυχιατρείο ιδρύθηκε το 792 στη Βαγδάτη και ακολούθησαν άλλα σύντομα στο Χαλέπι και στη Δαμασκό, η δημιουργία και η θεσμοθέτηση ασύλων πραγματοποιήθηκε πολύ αργότερα. Λόγω της ντροπής και του στίγματος που συνδεόταν με την

ψυχική ασθένεια, πολλά μέλη της οικογένειας έκρυβαν τον ψυχικά πάσχον σε κελάρια, κλουβιά και χοιροστάσια. Άλλοι εγκαταλείφθηκαν από τις οικογένειες τους, αφήνοντας τους σε μια ζωή αλητείας [7].

Το κοινωνικό στίγμα που συνδέεται με την ψυχική ασθένεια ήταν και εξακολουθεί να είναι πιο έντονο σε χώρες που έχουν στενούς δεσμούς με την τιμή της οικογένειας. Στην Κίνα, οι ψυχικά ασθενείς το είχαν αποκρύψει από τις οικογένειες τους για το φόβο ότι η κοινότητα θα πίστευε πως η θλίψη ήταν αποτέλεσμα ανήθικης συμπεριφοράς από το άτομο ή τους συγγενείς του. Ο ψυχικά άρρωστος πιστεύεται ότι συνδεόταν με κακοτυχία, που θα επηρέαζε αρνητικά όποιον σχετιζόταν με το διαταραγμένο άτομο, τρώμαζε τους πιθανούς μνηστήρες και οδηγούσε στην ιδέα ότι η ψυχική ασθένεια είναι μεταδοτική [7].

Ιστορικά στην Ελλάδα, το μέλος της οικογένειας που έπασχε από ψυχική νόσο ήταν κάτι κληρονομικό, επομένως η θεραπεία του ψυχικά ασθενή σήμαινε μια ζωή κρυμμένου τοκετού ή εγκατάλειψη από την οικογένεια. Ψυχασθενείς έμεναν μόνοι, περιπλανώμενοι στους δρόμους εφόσον δεν προκαλούσαν καμία κοινωνική αναταραχή. Όσοι κρίθηκαν επικίνδυνοι, δόθηκαν στην αστυνομία και ριχνόντουσαν στις φυλακές ή στα μπουντρούμια. Ιδιαίτερα στην Ευρώπη, κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα, ξυλοδαρμοί πραγματοποιήθηκαν στους ψυχικά πάσχοντες, ενεργώντας ως τιμωρία για τις διαταραχές συμπεριφοράς και ως παραδειγματισμός. Αυτοί που θεωρήθηκαν μετελάς μαστιγώθηκαν έξω από την πόλη [7].

Στα μέσα του Μεσαίωνα και μέχρι τη μαζική εγκατάσταση των ασύλων στη θεραπεία του ψυχικά ασθενή συμμετείχαν ιατροί, αστρολόγοι, φαρμακοποιοί και άλλοι θεραπευτές. Το 17^ο αιώνα, χρησιμοποιήθηκαν φυλαχτά, που τα φορούσαν γύρω από το λαιμό του πάσχοντα καθώς στα δημητριακά, αλοιφές και λάβδανο για να διευκολύνουν το μαρτύριο της ψυχικής νόσου [7].

1.6. Επιδημιολογία ψυχικών διαταραχών

Η φροντίδα των ατόμων με ψυχικές και εγκεφαλικές διαταραχές αποτελεί ζήτημα αυξανόμενης ανησυχίας για τη δημόσια υγεία. Αυτές οι διαταραχές είναι πολύ διαδεδομένες και αποτελούν μεγάλο συναισθηματικό φορτίο στα άτομα, στις οικογένειες τους και στην κοινωνία. Παγκοσμίως, βάση επιδημιολογικών μελετών, τα ποσοστά επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών ενηλίκων κυμαίνονται από 12,2% έως 48,6% και οι δωδεκάμηνη ρυθμοί επικράτησης από 8,4% έως 29,1%. Στις παραπάνω τιμές δεν συμπεριλαμβάνονται νευρολογικές παθήσεις που επηρεάζουν τον εγκέφαλο. Ο Π.Ο.Υ εκτιμά ότι περίπου 450 εκατομμύρια άτομα σε όλο τον κόσμο πάσχουν από νευροψυχιατρικές διαταραχές στη διάρκεια της ζωής τους [8].

Οι ψυχιατρικές διαταραχές δεν είναι μόνο εξαιρετικά διαδεδομένες ιατρικές καταστάσεις αλλά έχουν επίσης και μεγάλη αναπηρία. Ψυχιατρικές και νευρολογικές παθήσεις με αναπηρία ή πρόωρο θάνατο σύμφωνα με μετρήσεις, στο παρελθόν αντιπροσωπεύουν πάνω από το 13% της παγκόσμιας επιβάρυνσης της νόσου το έτος 2001. Σε σύγκριση με το 1990, οι νευροψυχιατρικές διαταραχές αναμένονται να αυξηθούν σχεδόν 15% μέχρι το 2020. Μεταξύ ατόμων ηλικίας 15-44 ετών η μονοπολική κατάθλιψη είναι δεύτερη στη λίστα με τις δέκα κορυφαίες διαταραχές, στις μέρες μας και έπειτα ακολουθούν οι διαταραχές σχετιζόμενες με το αλκοόλ, η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή. Στις είκοσι κορυφαίες διαταραχές (μεταξύ ατόμων ηλικίας 15-44 ετών) συμπεριλήφθηκαν, η διαταραχή πανικού, διαταραχές από τη χρήση ναρκωτικών και η ψυχαναγκαστική διαταραχή [8].

Εν μέρει, η αυξημένη αναπηρία που οφείλεται στις ψυχικές διαταραχές είναι αποτέλεσμα εμφάνισης σε νεαρή ηλικία. Το μέγεθος αυτής της επιβάρυνσης προκύπτει επίσης από το γεγονός ότι μόνο μια μειοψηφία ατόμων με αυτές τις διαταραχές θα λάβει ποτέ θεραπεία μέσα σε ένα εξειδικευμένο σύστημα φροντίδας ψυχικής υγείας. Η αρχική θεραπεία συχνά, καθυστερεί πολλά χρόνια για πολλούς λόγους που έχουν καταλογιστεί. Για να μειωθεί η αναπηρία, πρέπει να υπάρχει ένα αποτελεσματικό θεραπευτικό σύστημα [8].

Τέλος φαίνεται πως οι Αμερικάνοι είναι στα πρόθυρα επιδημίας της ψυχικής ασθένειας. Μια μεγάλη έρευνα, τυχαίων επιλεγμένων ενηλίκων που χρηματοδοτήθηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας και διεξήχθη μεταξύ 2001 και 2003, διαπίστωσε ότι το 46% είχε τουλάχιστον μια ψυχική ασθένεια σε κάποια χρονική στιγμή στη ζωή τους [9].

1.7. Τρόποι ταξινόμησης

- **Διεθνής Κωδικοποίηση Νοσημάτων (ICD).** Το ICD (International Coding of Diseases) έχει τις ρίζες του σε διεθνείς προσπάθειες ταξινόμησης των νόσων που ξεκίνησαν στη Γενεύη το 1853. Από το πρώτο διάστημα ακόμη άρχισε να υποβάλλεται σε περιοδικές αναθεωρήσεις. Το 1948, όταν δημοσιεύθηκε το ICD-6, δημιουργήθηκε η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, που ανέλαβε και την ευθύνη της περαιτέρω ανασκόπησης και αναθεώρησης του. Σήμερα βρίσκεται στη δέκατη αναθεώρηση του. Η συνοπτική διατύπωση του έχει ως ακολούθως :
1) Οργανικά ψυχοσύνδρομα και άνοιες (F00-F09). Περιλαμβάνονται : άνοια στη νόσο Alzheimer. Αγγειακή άνοια. Άνοια σε άλλα νοσήματα που ταξινομούνται αλλού. Μη καθορισμένη άνοια. Οργανικό αμνησιακό σύνδρομο που δεν προκαλείται από αλκοόλ και άλλες ψυχοδραστικές ουσίες. Παραλήρημα που δεν προκαλείται από αλκοόλ και άλλες ψυχοδραστικές ουσίες. Άλλες ψυχικές διαταραχές που προκαλούνται από εγκεφαλική βλάβη και δυσλειτουργία και από φυσική νόσηση. Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς που οφείλονται σε εγκεφαλικό νόσημα, εγκεφαλική βλάβη και δυσλειτουργία. Μη καθορισμένες οργανικές ή ασυμπτωματικές ψυχικές διαταραχές.
2) Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς (F09-F19) που οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Περιλαμβάνονται: ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται στη χρήση αλκοόλ, οπιοειδών, κανναβινοειδών, κατασταλτικών ή υπνωτικών, κοκαΐνης, άλλων διεγερτικών συμπεριλαμβανομένης και της καφεΐνης, παραισθησιογόνων, καπνού, πτητικών διαλυτών, πολλαπλών φαρμάκων και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών.
3) Σχιζοφρένεια, σχιζοτυπικές και παραληρηματικές διαταραχές (F20-F29). Περιλαμβάνονται : Σχιζοφρένεια. Σχιζοτυπικές διαταραχές. Εμμένουσες παραληρηματικές διαταραχές. Οξείες και παροδικές ψυχωσικές διαταραχές. Παραληρηματικές διαταραχές. Σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές. Άλλες μη οργανικές ψυχωσικές διαταραχές. Μη καθορισμένη μη- οργανική ψύχωση.
4) Συναισθηματικές διαταραχές (F30-F39). Περιλαμβάνονται : Μανιακό επεισόδιο. Διπολική συναισθηματική διαταραχή. Καταθλιπτικό επεισόδιο. Υποτροπιάζοντα καταθλιπτικά επεισόδια. Εμμένουσες συναισθηματικές διαταραχές. Μη καθορισμένες συναισθηματικές διαταραχές.
5) Νευρωσικές, σχετιζόμενες με στρες και σωματόφορες διαταραχές (F40-F50). Περιλαμβάνονται : Φοβικές αγχώδεις διαταραχές. Άλλες αγχώδεις διαταραχές. Ψυχαναγκαστική διαταραχή. Αντίδραση στο σοβαρό στρες και διαταραχές προσαρμοστικότητας. Ψυχοαποσυνδετικές διαταραχές. Σωματόμορφες διαταραχές. Άλλες νευρωσικές διαταραχές.
6) Συμπεριφορικά σύνδρομα που σχετίζονται με φυσιολογικές διαταραχές και φυσικούς παράγοντες (F50-F59). Περιλαμβάνονται : Διαταραχές λήψης τροφής. Μη οργανικές διαταραχές του ύπνου. Σεξουαλική δυσλειτουργία που δεν οφείλεται σε οργανική διαταραχή ή νόσο. Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς που σχετίζονται με τη λοχεία και οι οποίες δεν ταξινομούνται αλλού. Ψυχολογικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες που σχετίζονται με διαταραχές ή νόσους που δεν ταξινομούνται αλλού. Κατάχρηση ουσιών που δεν προκαλούν εξάρτηση. Μη καθορισμένα σύνδρομα που σχετίζονται με φυσιολογικές διαταραχές και φυσικούς παράγοντες.

7) Νοητική στέρηση (F60-F69). Περιλαμβάνονται : Ήπια νοητική υστέρηση. Μέσης βαρύτητας νοητική υστέρηση. Σοβαρή νοητική υστέρηση. Βαριά νοητική υστέρηση. Άλλες περιπτώσεις νοητικής υστέρησης. Μη καθορισμένη νοητική υστέρηση.

8) Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς τους ενηλίκου (F70-F79). Περιλαμβάνονται : Ειδικές διαταραχές της προσωπικότητας. Μεικτές και άλλες διαταραχές της προσωπικότητας. Μόνιμες αλλαγές της προσωπικότητας που δεν αποδίδονται σε εγκεφαλική βλάβη ή νόσο. Διαταραχές ελέγχου παρορμήσεων. Διαταραχές της ταυτότητας του φύλου. Διαταραχές της σεξουαλικής προτίμησης. Ψυχολογικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς που σχετίζονται με τη σεξουαλική ανάπτυξη και τον σεξουαλικό προσανατολισμό. Άλλες διαταραχές της προσωπικότητας του ενήλικα και της συμπεριφοράς. Μη καθορισμένες διαταραχές της προσωπικότητας του ενήλικα και της συμπεριφοράς.

9) Διαταραχές συμπεριφοράς και συναισθηματικές διαταραχές με έναρξη συνήθως στην παιδική ηλικία και την εφηβεία (F80-F89). Περιλαμβάνονται : Υπερκινητικές διαταραχές. Διαταραχές συμπεριφοράς. Μεικτές διαταραχές της συμπεριφοράς και των συναισθημάτων. Συναισθηματικές διαταραχές με έναρξη ειδικά στην παιδική ηλικία. Διαταραχές της κοινωνικής λειτουργικότητας με έναρξη στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία. Μυοσπάσματα. Άλλες διαταραχές συμπεριφοράς και συναισθηματικές διαταραχές με έναρξη συνήθως στην παιδική ηλικία και την εφηβεία. Μη καθορισμένες ψυχικές διαταραχές.

10) Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης (F90-F99). Περιλαμβάνονται: Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές του λόγου και της ομιλίας. Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές σχολικών δεξιοτήτων. Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των κινητικών λειτουργιών. Μεικτές ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές. Μη καθορισμένες διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης.

11) Ψυχικές διαταραχές που δεν καθορίζονται αλλιώς [10].

- **Διαγνωστικό και στατιστικό Εγχειρίδιο (DSM).** Το DSM (Diagnostic and Statistical Manual), που έχει λάβει τεράστια δημοσιογραφική προβολή παρά το ότι η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία δηλώνει ότι αφορά στον Αμερικανικό πληθυσμό, προέκυψε από σχετικές προσπάθειες στις ΗΠΑ, που είχαν αρχίσει ήδη από το 1840 όταν στη νοσογραφική απογραφή εκείνου του έτους καταγράφηκε για πρώτη φορά ο όρος <<ιδιωτεία, φρενιπάθεια>>. Στην απογραφή του 1880 καταγράφηκαν επτά κατηγορίες βαριών ψυχιατρικών διαταραχών. Το DSM-I, η πρώτη αναθεώρηση του DSM, κυκλοφόρησε το 1952). Στην τρίτη αναθεώρηση του, το DSM-III, χαρακτηρίζεται από μια σαφώς αθεωρητική προσέγγιση στο πλαίσιο του κλασικού εμπειρισμού και ήταν ένα βασικό άλμα στις προσπάθειες ταξινόμησης. Σήμερα βρίσκεται στην τέταρτη αναθεώρηση του και ετοιμάζεται η Πέμπτη. Βασίζεται σε μια πολυαξονική αντίληψη της ψυχιατρικής φαινομενολογίας που περιλαμβάνει πέντε άξονες: Άξονας I: Κλινικά σύνδρομα, Άξονας II: Διαταραχές της προσωπικότητας και ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές, Άξονας III: Σωματικά προβλήματα, Άξονας IV: Ψυχοτραυματικά γεγονότα και ψυχοκαταπονήσεις, Άξονας V: Επίπεδα ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας πριν από την έναρξη της νόσου. Ο όρος <<νεύρωση>> καταργήθηκε στο DSM-III και οι ποικίλες νευρωσικές νόσοι αναταξινομήθηκαν με τροποποιημένες ονομασίες ως ακολούθως :

1) Διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά τη βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία. Περιλαμβάνονται: Νοητική υστέρηση. Μαθησιακές δυσκολίες. Διαταραχές κινητικών δεξιοτήτων. Διαταραχές επικοινωνίας. Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Διαταραχές ελλειμματικής προσοχής και διασπαστικής συμπεριφοράς. Διατροφικές διαταραχές της βρεφικής και πρώτης παιδικής ηλικίας. Μυοσπάσματα (Tic).

- Διαταραχές ούρησης και αφόδευσης. Άλλες διαταραχές κατά τη βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία
- 2) Ντελίριο, άνοια, αμνησιακές και άλλες γνωσιακές διαταραχές. Περιλαμβάνονται : Ντελίριο. Άνοια. Αμνησιακές διαταραχές. Άλλες γνωσιακές διαταραχές
 - 3) Ψυχικές διαταραχές οφειλόμενες σε γενική ιατρική κατάσταση που δεν ταξινομούνται αλλού
 - 4) Σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωσικές διαταραχές
 - 5) Συναισθηματικές διαταραχές. Περιλαμβάνονται: Καταθλιπτικές διαταραχές. Διπολικές διαταραχές
 - 6) Αγχώδεις διαταραχές
 - 7) Σωματόμορφες διαταραχές
 - 8) Προκλητικές διαταραχές
 - 9) Ψυχοαποσυνδετικές διαταραχές
 - 10) Διαταραχές σχετιζόμενες με χρήση ουσιών. Περιλαμβάνονται : Διαταραχές από αλκοόλ. Αμφεταμίνες, και αμφεταμινοειδή, καφεΐνη, κάνναβη, κοκαΐνη, ψευδαισθησιογόνα, διαλυτικά και εισπνεόμενα, νικοτίνη, οπιοειδή, φαινυλκυκλιδίνη, ηρεμιστικά, υπνωτικά, αγχολυτικά, πολλαπλή χρήση ουσιών, άλλες άγνωστες ουσίες
 - 11) Διαταραχές προσωπικότητας
 - 12) Διαταραχές προσαρμογής
 - 13) Διαταραχές ελέγχου παρορμήσεων που δεν ταξινομούνται αλλού
 - 14) Διαταραχές του ύπνου. Περιλαμβάνονται: Πρωτογενείς διαταραχές του ύπνου. Παραυπνίες. Άλλες διαταραχές του ύπνου
 - 15) Διαταραχές λήψης τροφής
 - 16) Σεξουαλικές διαταραχές και διαταραχές ταυτότητας του φύλου. Περιλαμβάνονται : Σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Παραφιλίες. Διαταραχές ταυτότητας φύλου
 - 17) Επιπρόσθετοι κωδικοί [10].

1.8. Το στίγμα της νόσου

Στίγμα ορίζεται ως ένα σημάδι ντροπής ή δυσφήμισης που θέτει το άτομο στο περιθώριο και είναι ένας από τους πολλούς λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι δεν αναζητούν βοήθεια [11].

Πολλοί άνθρωποι χρησιμοποιούν διάφορους χαρακτηρισμούς όταν αναφέρονται σε άτομα με ψυχικά νοσήματα. Τρελός, ανισόρροπος, μουρλός, μπούφος, βλαμμένος, παλαβός, λασκαρισμένη βίδα, σαλταρισμένος, διαταραγμένος, είναι μερικοί από αυτούς τους χαρακτηρισμούς. Το κοινό που έχουν μεταξύ τους είναι πως όλοι είναι προσβλητικοί, αρνητικοί και ταπεινωτικοί. Όταν γίνεται αναφορά σε οργανικά ψυχοσύνδρομα, δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται τέτοιοι προσβλητικοί χαρακτηρισμοί. Ένα άτομο με σακχαρώδη διαβήτη δεν τον αποκάλεσε κανείς <<πρεζόνι ινσουλίνης>> ή <<γλυκοαίματο>>. Αυτοί οι χαρακτηρισμοί είναι ανακριβείς, απρεπείς και αγενείς [3].

Ακόμη και αν η συζήτηση για τα ψυχικά νοσήματα συχνά φέρνει σε αμηχανία ορισμένους ανθρώπους, διότι η ψυχική νόσος συνεπάγεται ένα στίγμα, ή μια <<σφραγίδα ντροπής>> στον πολιτισμό μας. Πολλοί άνθρωποι έχουν αρνητική στάση και υποτιμούν τους ανθρώπους με ψυχικά νοσήματα [3].

Είναι αλήθεια ότι οι άνθρωποι με ψυχικά νοσήματα παρουσιάζουν συμπτώματα που περιορίζουν τη λειτουργικότητά τους. Ωστόσο, αυτές οι καταστάσεις μπορούν να αντιμετωπιστούν και να τεθούν υπό έλεγχο [3].

1.9. Θεραπεία ψυχικών διαταραχών

Οι περισσότεροι ψυχίατροι στη θεραπεία τους χρησιμοποιούν μόνο **φάρμακα**. Η στροφή προς τα ψυχοδραστικά φάρμακα συμπίπτει με την εμφάνιση κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων δεκαετιών της θεωρίας ότι η ψυχική ασθένεια προκαλείται κυρίως από χημικές ανισσοροπίες στον εγκέφαλο που μπορεί να διορθωθεί με ειδικά φάρμακα. Τα φάρμακα για τη θεραπεία της ψύχωσης έχουν τις μεγαλύτερες πωλήσεις στις Η.Π.Α [9].

Οι γνώσεις, οι στάσεις, οι πεποιθήσεις και οι συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας είναι σημαντικές για την επιτυχή εφαρμογή προγραμμάτων άσκησης, αντιμετώπισης ατόμων με ψυχική ασθένεια [11].

Ψυχολογική υποστήριξη. Η ψυχολογική αυτοφροντίδα αναφέρεται στην επιδίωξη προσωπικής συμβουλευτικής κάποιου. Η προσωπική παροχή συμβουλών μπορεί να οριστεί ως μια ψυχολογική θεραπεία για κάθε είδους αγωνία ή δυσλειτουργία. Ο Patterson (1966), αναφέρει πως η παροχή συμβουλών είναι μια διαδικασία << συμμετέχοντας σε ένα ιδιαίτερο είδος σχέσης μεταξύ του ατόμου που ζητά βοήθεια για ένα ψυχολογικό ζήτημα και ενός άλλου που έχει εκπαιδευτεί για να παρέχει βοήθεια. Επειδή οι σύμβουλοι δαπανούν σημαντικό μέρος του χρόνου, παρέχοντας υπηρεσίες σε τρίτους, προτείνεται να επιδιώκουν οι ίδιοι τα οφέλη της παροχής υπηρεσιών [12].

Γενικότερα στην ψυχιατρική υπάρχουν πολλές μορφές θεραπείας:

Σωματικές θεραπείες: φωτοθεραπεία, ηλεκτροσπασμοθεραπεία, ψυχοχειρουργική, εν τω βάθει εγκεφαλική διέγερση, διέγερση του πνευμονογαστρικού και διακρανική μαγνητική διέγερση.

Ψυχοδραστικά φάρμακα: επιδρούν σε νευρωνικούς μηχανισμούς που συνδέονται κυρίως με τα συναισθήματα, την ψυχοκινητική έκφραση και τη συμπεριφορά.

Αγχολυτικά και υπναγωγά: περιλαμβάνουν ουσίες όπως τα βαρβιτουρικά, τις βενζοδιαζεπίνες, τις ιμιδαζοπυρίνες, τη μελατονίνη κ.α.

Αντικαταθλιπτικά : το αντιφυματικό φάρμακο ιπρονιαζίδη θεωρείται το πρώτο αντικαταθλιπτικό, διότι παρατηρήθηκε ότι προκαλούσε θυμοαναληπτική δράση στους φυματικούς, που θεραπευόταν με αυτό. Ο ειδικός μηχανισμός δράσης των αντικαταθλιπτικών δεν είναι απόλυτα σαφής, αλλά οι περισσότερες ενδείξεις στρέφονται κυρίως ότι συντελούν στην αύξηση της βιοδιαθεσιμότητας της σεροτονίνης, της νοραδρεναλίνης και λιγότερο της ντοπαμίνης.

Σταθεροποιητικά συναισθήματος: θεωρούνται φάρμακα που έχουν ιδιότητες αντιμανιακές, αντικαταθλιπτικές και προφυλακτικές των φάσεων της διπολικής διαταραχής.

Νευροληπτικά ή αντιψυχωσικά : βασικοί θεραπευτικοί στόχοι των νευροληπτικών είναι η μείωση της έντασης της συμπτωματολογίας και η πρόληψη των υποτροπών της σχιζοφρένειας.

Αντιπαρκινσονικά: η χρήση των αντιπαρκινσονικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση ανεπιθύμητων εξωπυραμιδικών ενεργειών, τόσο αυτών που εμφανίζονται οξέως, όσο και εκείνων που εμφανίζονται κατά την εξέλιξη της θεραπείας, από την αγωγή με νευροληπτικά.

Νοοτροπα : για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων έκπτωσης της νοητικής λειτουργίας στους ηλικιωμένους.

Διεγερτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος : για την καταπολέμηση της κόπωσης και της υπνηλίας.

Αντιεξαρτησιογόνα.

Ψυχοθεραπείες.

Άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις: τεχνικές χαλάρωσης, αυτογενής εξάσκηση, προοδευτική χαλάρωση κατά Jacobson, έλεγχος της αναπνευστικής λειτουργίας, γιόγκα, υπερβατικός διαλογισμός, βιοανάδραση, σωματική άσκηση, βιβλιοθεραπεία και ομάδες αυτοβοήθειας [10].

Δέκα συστάσεις για να διευθύνουμε το θεραπευτικό χάσμα σύμφωνα με την παγκόσμια έκθεση για την υγεία το 2001:

- 1) Η θεραπεία της ψυχικής υγείας θα πρέπει να είναι προσβάσιμη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
- 2) Οι ψυχότροπες ουσίες θα πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμες
- 3) Η φροντίδα θα πρέπει να μετατοπιστεί από τα ιδρύματα στις κοινοτικές εγκαταστάσεις
- 4) Το κοινό πρέπει να εκπαιδευτεί σχετικά με την ψυχική υγεία
- 5) Οι οικογένειες, οι κοινωνίες και οι καταναλωτές θα πρέπει να εμπλέκονται στην συνηγορία, στη χάραξη πολιτικής και στο σχηματισμό ομάδων αυτοβοήθειας
- 6) Θα πρέπει να ιδρυθούν εθνικά προγράμματα ψυχικής υγείας
- 7) Η εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας πρέπει να αυξηθεί και να βελτιωθεί
- 8) Οι συνδέσεις μεταξύ κυβερνητικών και μη κυβερνητικών ιδρυμάτων θα πρέπει να αυξηθούν
- 9) Τα συστήματα ψυχικής υγείας θα πρέπει να παρακολουθούνται χρησιμοποιώντας ποιοτικούς δείκτες
- 10) Θα πρέπει να παρέχεται περισσότερη υποστήριξη για έρευνα [8].

Λόγοι για ανεπαρκή θεραπεία

Παρά τα στοιχεία για το αντίθετο, ο πληθυσμός διατηρεί την αντίληψη της έλλειψης αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Πολλοί άνθρωποι επίσης, πιστεύουν ότι το πρόβλημα θα επιλυθεί και προσπαθούν να τα καταφέρουν χωρίς εξωτερική βοήθεια. Άμεσα εμπόδια όπως για παράδειγμα, οικονομικά θέματα και ανεπαρκής διαθεσιμότητα υπηρεσιών επιδεινώνουν το πρόβλημα. Η έλλειψη γνώσεων σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες και το στίγμα αποτελούν κύριοι λόγοι για αναζήτηση θεραπείας. Τα άτομα από κατώτερες κοινωνικές τάξεις, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών ασθενειών και δυσκολότερη πρόσβαση για αναζήτηση θεραπείας. Σε μελέτη που έγινε μόνο το 6,5% που έπασχαν από ψυχική νόσο αναζήτησε βοήθεια και κανείς δεν είδε έναν ειδικό ψυχικής υγείας [13].

Κεφάλαιο 2

Ψυχική υγεία και εργασία

Εισαγωγή

Η κατάθλιψη και το άγχος αποτελούν τις συχνότερες αιτίες ανικανότητας προς εργασία. Σύμφωνα με έρευνες που διεξήχθησαν στη Μεγάλη Βρετανία και διεθνώς, φαίνεται πως ένας στους έξι πάσχει από τις παραπάνω νόσους. Η επίπτωση είναι υψηλότερη μεταξύ γυναικών και ατόμων ηλικίας 41-54 ετών.

Οι εργασιακές συνθήκες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην υγεία του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, η πολύωρη και υπερφορτωμένη εργασία, η μη συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, η έλλειψη ελέγχου στην εργασία, η εποχιακή ή περιστασιακή εργασία, η χαμηλή ευαισθητοποίηση των εργοδοτών, η φτώχη κοινωνική υποστήριξη και η ανεπαρκής θεραπεία έχουν αποδειχθεί ότι είναι τα κύρια αίτια εμφάνισης κατάθλιψης στον εργασιακό χώρο. Γεγονός που συνεπάγεται μείωση της παραγωγικότητας του εργαζομένου και αύξηση του κόστους της επιχείρησης.

Για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών στην εργασία οι Tsutsumi και Kawakami (2004), προτείνουν αποκατάσταση της ισορροπίας ανταμείβοντας μέσω της ενθάρρυνσης, αυξημένες αμοιβές, προγραμματισμό εργασιών και ευθυνών, εκπαίδευση και διατήρηση θετικής σχέσης με τους εργαζόμενους παρέχοντας τους κίνητρα και εξέλιξη για σταδιοδρομία.

2.1. Συσχέτιση ψυχικής υγείας και εργασίας

Η ψυχική υγεία συμπεριλαμβάνει την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει τόσο τις εσωτερικές, όσο και τις εξωτερικές ανάγκες, όπως για παράδειγμα ρόλους μέσα από την απασχόληση. Οι υπάρχουσες μελέτες έχουν επικεντρωθεί κατά κύριο λόγο στη πολύπλοκη σχέση μεταξύ ψυχικής υγείας και παραγωγικότητας στην εργασία στις αναπτυγμένες χώρες. Ωστόσο, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, περίπου το 75% του εργατικού δυναμικού στον κόσμο βασίζεται στις αναπτυγμένες χώρες [14].

2.2. Συχνές ψυχικές διαταραχές στην εργασία και συνέπειες

Ψυχικές ασθένειες και κυρίως κοινές, ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη και το άγχος είναι μεταξύ των πιο συχνών αιτιών ανικανότητας προς εργασία. Η κατάθλιψη αναμένεται να είναι η δεύτερη πιο συχνή διαταραχή στο κόσμο μετά από την ισχαιμική καρδιακή νόσο. Σύμφωνα με μελέτες εκτιμάται ότι το 3,6% των εργαζομένων στο εργατικό δυναμικό των ΗΠΑ, πλήττεται από μείζονα κατάθλιψη και το 18% πάσχει από κάποιας μορφής ψυχική ασθένεια [14].

Σύμφωνα με έρευνες που διεξάγονται στη Μεγάλη Βρετανία και διεθνώς, φαίνεται πως ένας στους έξι πάσχει από άγχος η κατάθλιψη. Η επίπτωση είναι υψηλότερη μεταξύ των γυναικών και των ατόμων ηλικίας 45-54 ετών και φαίνεται ότι υπάρχει μια ανοδική τάση κατά τη διάρκεια των τελευταίων 15 ετών. Περίπου τα τρία τέταρτα των ενηλίκων δεν λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και δεν παρέχεται συμβουλευτική θεραπεία. Ανά πάσα στιγμή σχεδόν ένας εργαζόμενος στους έξι θα αντιμετωπίσει κατάθλιψη, άγχος ή προβλήματα που σχετίζονται με το στρες. Αυτό αυξάνεται στον ένα στους πέντε όταν συμπεριλαμβάνονται ναρκωτικά ή εξάρτηση από αλκοόλ [15].

Τα άτομα με κατάθλιψη βρέθηκαν να έχουν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν σωματική αναπηρία, η οποία με τη σειρά της μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στη παραγωγικότητα στο χώρο εργασίας. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου ο εργαζόμενος παρακολουθεί το έργο αλλά δεν είναι σε θέση να λειτουργεί με πλήρη δυναμικότητα, λόγω ασθένειας. Οι συνέπειες αυτές προκαλούν έντονη ανησυχία στους εργοδότες [14].

Σύμφωνα με τον Greenberg et al (1996), εκτιμάται ότι το 1920 η κατάθλιψη κόστισε στην αμερικανική οικονομία δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως, από τα οποία 33 δισεκατομμύρια δολάρια ήταν συνέπεια της μείωσης της παραγωγικότητας στην εργασία εξαιτίας της νόσου [14].

2.3. Συσχέτιση μεταξύ ψυχικών διαταραχών και μειωμένης παραγωγικότητας

Το μοτίβο του επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών στο εργατικό δυναμικό είναι παρόμοιο με αυτό που βρέθηκε στο γενικό πληθυσμό. Όσον αφορά, την εκτίμηση των επιπτώσεων της ψυχικής ασθένειας στην παραγωγικότητα της εργασίας έχουν χρησιμοποιηθεί διαφορετικά μέτρα. Αυτά περιλαμβάνουν χαμένες ημέρες ή τον αριθμό των ημερών κατά τη διάρκεια, ποιοι ερωτηθέντες δεν ήταν ικανοί να κάνουν τις συνηθισμένες δραστηριότητες τους, ημέρες περικοπής ή τον αριθμό των ημερών κατά τον οποίο οι δραστηριότητες μειώθηκαν, και επιπλέον μέρες προσπάθειας ή ο αριθμός των ημερών όπου τα άτομα ήταν σε θέση να λειτουργήσουν κανονικά, αλλά μόνο με σημαντική προσπάθεια. Οι εκτιμήσεις είναι ότι το άγχος στο χώρο εργασίας, στο Ηνωμένο Βασίλειο προκαλεί απώλεια 6,5 εκατομμυρίων εργάσιμων ημερών ετησίως [14].

2.4. Εργασιακές συνθήκες και ψυχική νόσος

Οι εργασιακοί παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν ασθένεια καθώς και αναπηρία που σχετίζεται με ψυχική νόσο. Υπάρχει καλή ένδειξη ότι ορισμένα είδη του στρες στο χώρο εργασίας, σχετίζονται με υψηλότερο κίνδυνο ψυχιατρικής νοσηρότητας. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η συχνότητα είναι υψηλότερη. Μέχρι στιγμής, όλη η κοινωνική προσοχή έχει επικεντρωθεί στις επιπτώσεις των σκληρών συνθηκών εργασίας για τα ανθρώπινα δικαιώματα και όχι συγκεκριμένα στη συναισθηματική ευεξία. [14].

Αναμένεται ότι ο επιπολασμός της ψυχιατρικής νοσηρότητας είναι σημαντικά υψηλότερος στα άτομα με περισσότερες στρεσογόνες συνθήκες στο χώρο εργασίας. Η ανεργία παίζει καθοριστικό ρόλο [14]. Το άγχος και η κατάθλιψη στην εργασία πολλές φορές οφείλονται στις συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος όπως:

- πολύωρη εργασία
- υπερφορτωμένη εργασία
- μη συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων
- έλλειψη ελέγχου στην εργασία
- εποχιακή ή περιστασιακή εργασία ορισμένου χρόνου
- χαμηλή ευαισθητοποίηση εργοδοτών
- φτωχή κοινωνική υποστήριξη
- ασαφή ρόλο διαχείρισης εργασίας
- ανεπαρκή θεραπεία

Υψηλές απαιτήσεις και χαμηλή υποστήριξη στην εργασία έχουν αποδειχθεί ότι είναι τα κύρια αίτια εμφάνισης κατάθλιψης στον εργασιακό χώρο. Όσο περισσότερο ένα άτομο είναι σε αναρρωτική άδεια λόγω κακής ψυχικής υγείας τόσο μειώνονται οι πιθανότητες να επιστρέψει στη δουλειά. Είναι σαφές ότι η σοβαρότητα της καλής ψυχικής κατάστασης του ατόμου είναι βασική μεταβλητή, αλλά υπάρχει επίσης και ανεπαρκή πρόσβαση σε κατάλληλες θεραπείες και έλλειψη προσπάθειας για ενθάρρυνση επιστροφής στην εργασία [15].

Υπάρχουν διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των εργαζομένων. Αυτοί περιλαμβάνουν: το πολιτικό περιβάλλον, τις αρχές που διέπουν την αγορά εργασίας, την πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων υπηρεσιών υγείας και τη σταθερότητα των κοινωνικών και οικογενειακών δικτύων. Πρέπει να υπάρχει δικαιοσύνη στο χώρο εργασίας, διότι η χαμηλή οργανωτική δικαιοσύνη συνεπάγεται αυξημένο κίνδυνο ψυχικών διαταραχών. Πολλοί παράγοντες

αλληλεπιδρούν και μπορούν να επηρεάσουν το στρες στο χώρο εργασίας. Η οικονομική κρίση του έθνους, και η πρόσβαση σε ψυχαγωγικές επιδεξιότητες έχουν έμμεση επίπτωση. Η φτώχεια μπορεί επίσης να αυξήσει την πιθανότητα άλλων ασθενειών [14].

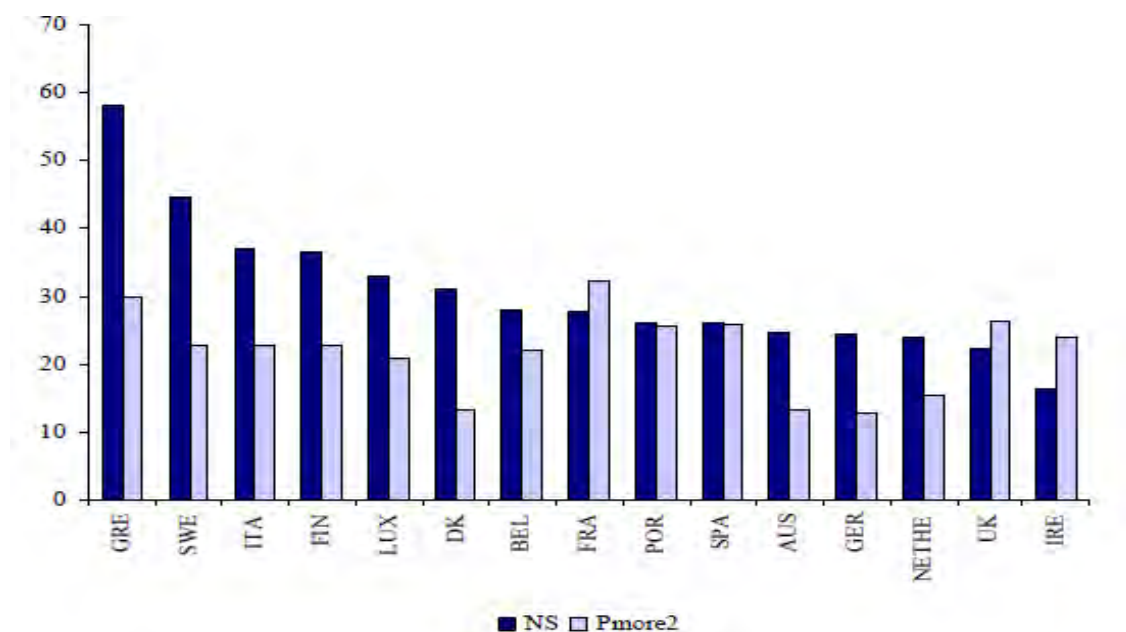
2.5. Σχέση μεταξύ ικανοποίησης των εργαζομένων και ψυχικής υγείας

Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη πόλη, Ardabil, εξετάστηκε η σχέση μεταξύ ικανοποίησης των εργαζομένων και της ψυχικής υγείας. Τα στατιστικά ευρήματα περιλάμβαναν όλους τους υπαλλήλους δυο βιομηχανικών επιχειρήσεων. Επιλέχθηκε τυχαία ένα δείγμα ενενήντα ατόμων για την έρευνα, οι οποίοι κληρώθηκαν να συμπληρώσουν κάποια ερωτηματολόγια. Η μελέτη έδειξε ότι υπήρχε σχέση μεταξύ μη ικανοποίησης στην εργασία και κατάθλιψης. Ακόμη διαπιστώθηκε πως οι εργαζόμενες γυναίκες είναι πιο ικανοποιημένες από την εργασία τους συγκριτικά με τους εργαζόμενους άντρες [16].

2.6. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι παρακάτω πίνακες

Στον πίνακα 1, συγκρίνονται δυο εναλλακτικά μέτρα που σχετίζονται με τη θλίψη στον εργασιακό χώρο σε 15 ευρωπαϊκές χώρες. Το πρώτο δείχνει τη συνολική μέτρηση της εμφάνισης της ψυχικής δυσφορίας μεταξύ των χωρών (NS), (τουλάχιστον ένα πρόβλημα έχει αναφερθεί) και το δεύτερο επικεντρώνεται στην ένταση (ή βαρύτητα) της ψυχικής δυσφορίας, (pmore2), αναφέροντας τη διανομή για συσσώρευση περισσότερων από δυο προβλήματα ψυχικής υγείας [17].

Πίνακας 1

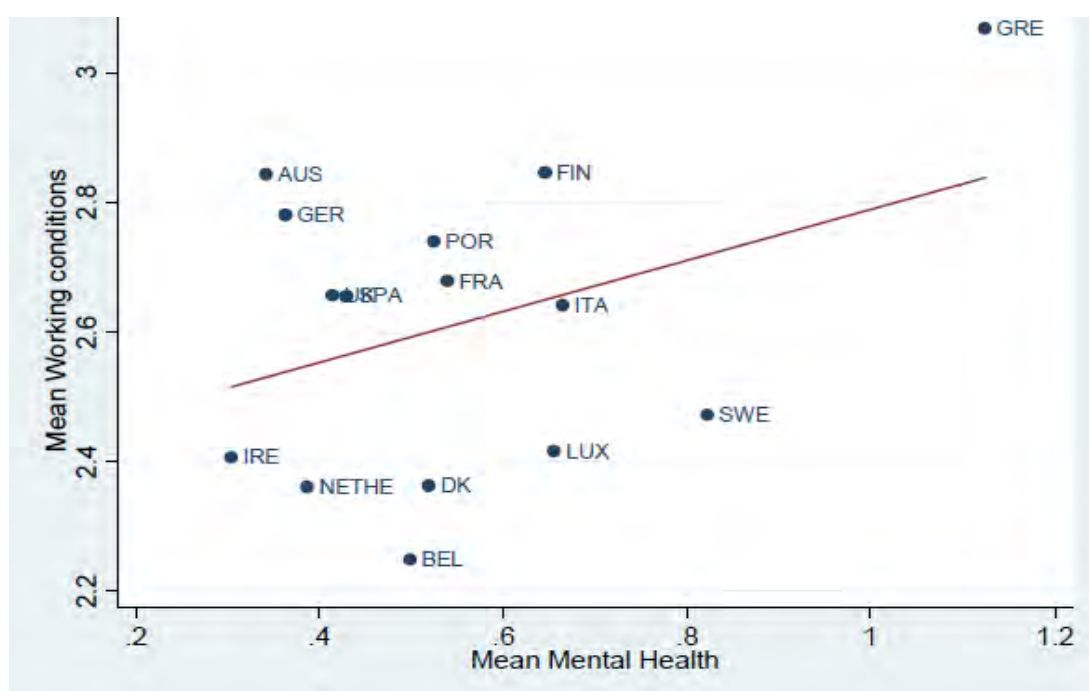


Λαμβάνοντας υπόψη, το σύνολο, εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ χωρών. Ειδικότερα η κατάταξη των χωρών έδειξε την Ελλάδα, την Σουηδία και την Ιταλία στη κορυφή του γραφήματος ενώ η Ιρλανδία, η Αυστρία και η Ολλανδία βρίσκονται στο αντίθετο άκρο. Σχετικά με την ένταση, η διασπορά είναι πολύ χαμηλότερη μεταξύ των χωρών και δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι οι χώρες στις

οποίες η επίπτωση είναι μεγαλύτερη είναι οι μόνες με σοβαρότερα προβλήματα ψυχικής υγείας στον εργασιακό χώρο [17].

Στον πίνακα 2, απεικονίζονται οι εργασιακές συνθήκες και η κατάσταση ψυχικής υγείας ανάμεσα στις χώρες. Το αποτέλεσμα που προκύπτει υποδηλώνει συσχέτιση μεταξύ της μέσης συχνότητας των προβλημάτων ψυχικής υγείας και συνολική σκληρότητα των συνθηκών εργασίας. Με άλλα λόγια οι χώρες με δύσκολες συνθήκες εργασίας είναι εκείνες που βιώνουν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης ψυχικής νόσου. Αξίζει ιδιαίτερα να σημειωθεί, πως αυτή η απλή συσχέτιση μπορεί να είναι εντελώς πλαστή [17].

Πίνακας 2



2.7. Η παγκοσμιοποίηση και η ψυχική υγεία στο χώρο εργασίας

Ως αποτέλεσμα της απελευθέρωσης του εμπορίου και της ανταλλαγής των αγαθών και των υπηρεσιών μεταξύ των χωρών, η παγκοσμιοποίηση είχε σημαντικές επιπτώσεις στην κοινωνική δικαιοσύνη. Η παγκοσμιοποίηση οδήγησε στην αύξηση του χάσματος μεταξύ πλουσίων και φτωχών εργαζομένων στις αναπτυσσόμενες χώρες βάζοντας τους στο περιθώριο. Επιπλέον, οι αλλαγές στο χώρο εργασίας, λόγω της παγκοσμιοποίησης, έχουν ως αποτέλεσμα πρόσθετες απαιτήσεις στα άτομα σε σχέση με τις δεξιότητες για επαγγελματική κατάρτιση, δημιουργώντας πρόσθετα εμπόδια στην απασχόληση για αυτούς που είναι ευπαθείς σε ψυχικές ασθένειες [14].

Η παγκοσμιοποίηση έχει καταβάλει μια τεράστια προσπάθεια για να κρατήσει το κόστος εργασίας χαμηλό. Αυτό συνεπάγεται εκμετάλλευση του εργαζόμενου, ο οποίος δεν αμείβεται οικονομικά καλά και είναι συχνά θύμα μείωσης του κόστους από τους εργοδότες του που τον οδηγούν να εργάζεται σε επικίνδυνες συνθήκες εργασίας. Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, η υγεία δεν είναι σημαντική προτεραιότητα της κυβέρνησης και γι αυτό οι δικαιούχοι της παγκοσμιοποίησης συνεχίζουν να εκμεταλλεύονται ευάλωτες ομάδες εργαζομένων [14].

2.8. Το στρες στο χώρο εργασίας και η ψυχική υγεία

Ως συνέπεια των μεταβολών στην εργασία και την επίδραση της παγκοσμιοποίησης, το άγχος στο χώρο εργασίας είναι ένα ζήτημα με αυξημένη σημασία στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Το εργασιακό στρες, έχει οριστεί από τον ΠΟΥ ως φυσιολογικές, γνωστικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις στο χώρο εργασίας [14].

Υπάρχουν δυο βασικά μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί για την κατανόηση της επίδρασης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων πίεσης στην εργασία:

Το πρώτο είναι το μοντέλο ζήτησης ελέγχου, το οποίο χαρακτηρίζει τις θέσεις εργασίας ανάλογα με το επίπεδο της ζήτησης για τον εργαζόμενο και το επίπεδο ελέγχου όπου αυτός ή αυτή είναι σε θέση να ασκήσει [14].

Το δεύτερο μοντέλο σχετίζεται με την ανταμοιβή. Τι προσπάθεια κατέβαλε ο εργαζόμενος και ποιες θα είναι οι απολαβές του. Οι οποίες περιλαμβάνουν οικονομικά οφέλη, αυτοεκτίμηση, προοπτικές προαγωγής και ασφάλεια. Το ψυχολογικό στρες συνδέεται με τις απολαβές που πήρε ο εργαζόμενος που δεν ταιριάζουν με την προσπάθεια που κατέβαλε [14].

Υπάρχει μια αυξανόμενη βάση στοιχείων η οποία υποστηρίζει τη σχέση μεταξύ στρες (ή αλλιώς καταπόνησης) στον εργασιακό χώρο και ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών [14].

Το στρες στον εργασιακό χώρο μπορεί να έχει μια διάχυτη επίδραση στους υπαλλήλους οδηγώντας σε εξάντληση, άγχος, κατάθλιψη, μέχρι και κατάχρηση ουσιών. Επαναλαμβανόμενες αλλαγές στο χώρο εργασίας μπορούν να δημιουργήσουν επιπλέον άγχος. Οι παράγοντες άγχους έχουν οριστεί, ως ένα σύνολο περιστάσεων που έχουν δυσμενή αντίκτυπο στην ισορροπία του ατόμου. Στρεσογόνοι παράγοντες μπορούν να προκύψουν λόγω ανασφάλειας, επικίνδυνες συνθήκες εργασίας, υψηλό φόρτο εργασίας, απειλή με βία, μη ρεαλιστικές προθεσμίες, έλλειψη υποστήριξης και τιμωρία λόγω διαφόρων παραπόνων. Άλλοι κοινωνικοί παράγοντες έχουν επίσης αντίκτυπο στην παραγωγικότητα της εργασίας, συμπεριλαμβανομένων των δύσκολων διαπροσωπικών σχέσεων, απώλειες και σημαντική ασθένεια. Θα πρέπει επίσης να αναγνωρισθούν αυτά τα προφίλ του προσωπικότητας, τα χαμηλά επίπεδα προσωπικών πόρων και επίσης η χαμηλή ανθεκτικότητα μπορεί να συνδέεται με αυξημένη ευαισθησία σε ψυχικές διαταραχές [14].

Η εργασιακή κουλτούρα είναι ένας παράγοντας που ρυθμίζει τη μείωση ή την αύξηση του στρες. Η ηθική, η αυτονομία και ο ομαδικός δυναμισμός μπορούν να επιδράσουν κατά του στρες και έπειτα στη παραγωγικότητα του εργασιακού περιβάλλοντος [14].

Ο εκφοβισμός, οι διακρίσεις και η κατάχρηση των εργαζομένων είναι ακραία παραδείγματα φτωχής εργασιακής κουλτούρας. Οι ανειδίκευτοι εργαζόμενοι έχει αποδειχτεί πως έχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών [14].

Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι θέσεις εργασίας που χαρακτηρίζονται από υψηλές απαιτήσεις, χρονική πίεση και σύγκρουση ρόλων αυξάνουν τον κίνδυνο ψυχικής νόσου. Ακόμη, οι εργαζόμενοι με χαμηλή αυτονομία και εξουσία είναι ευάλωτοι, ιδιαίτερα αυτοί με περιορισμένη κοινωνική στήριξη κινδυνεύουν από κατάθλιψη [14].

2.9. Τρόποι αντιμετώπισης για την πρόληψη ψυχικών διαταραχών στην εργασία

Οι Tsutsumi and Kawakami (2004), προτείνουν αποκατάσταση της ισορροπίας ανταμείβοντας μέσω της ενθάρρυνσης, προγραμματισμό εργασιών και ευθυνών, αυξημένες αμοιβές, εκπαίδευση και διατήρηση θετικής σχέσης με τους εργαζόμενους, παρέχοντας τους κίνητρα για εξέλιξη και σταδιοδρομία. Από την άλλη ο Zammuner and Galli (2005), πρόσθεσε την έκφραση των συναισθημάτων ως κατασταλτικό παράγοντα για συναισθηματική ευεξία του εργαζόμενου [14].

Ποιος τελικά ο ρόλος της μουσικοθεραπείας κατά τη διάρκεια μιας χειρουργικής επέμβασης;

Πραγματοποιήθηκε ένα πείραμα σε έξι ασθενείς κατά τη διάρκεια του χειρουργείου τους. Χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες. Η ομάδα 1, η οποία άκουγε New age music, η ομάδα 2, με επιλογή μουσικής από ένα ή τέσσερα διαφορετικά είδη και η ομάδα 3, ακούγοντας τους ήχους του χειρουργείου. Το αποτέλεσμα ήταν πως όταν ο ασθενής επιλέγει ο ίδιος το είδος της μουσικής, αυτό συνεπάγεται μείωση του στρες διεγχειρητικά [18].

2.10. Παρεμβάσεις στον εργασιακό χώρο για την ψυχική υγεία

Αν και η κοινή λογική λέει πως η δυσλειτουργική εργασία, εμφανίζεται κυρίως σε ευάλωτα άτομα, υπάρχει έλλειψη στοιχείων σχετικά με τις πιθανές επιπτώσεις της στο χώρο εργασίας. Δεδομένου της αναγνωρισμένης επίπτωσης των ψυχικών διαταραχών στην παραγωγικότητα είναι έκπληξη το γεγονός, ότι δεν υπήρξε ακόμη διαδεδομένη επένδυση για βελτιωμένη αξιολόγηση προγραμμάτων θεραπείας στο χώρο εργασίας [14].

Εμπειρικά, είναι κατανοητό ότι η παραγωγικότητα στο χώρο εργασίας μπορεί να βελτιωθεί εάν οι ψυχικές ασθένειες εντοπιστούν και θεραπευτούν. Η θεραπεία βελτιώνει την απόδοση της εργασίας κατά τα 2/3 από τις πρώτες κιόλας βδομάδες. Το επιχείρημα για προγράμματα παρέμβασης στο χώρο εργασίας ενισχύεται περαιτέρω από επιδημιολογικές μελέτες, όπου μόνο το 1/3 των ατόμων αναζητούν θεραπεία. Ο χώρος εργασίας προσφέρει ένα ιδανικό σκηνικό που τα άτομα υψηλού κινδύνου μπορούν να λαμβάνουν θεραπεία. Υπάρχουν ενδείξεις πως η παραγωγικότητα στην εργασία βελτιώνεται με την ανακούφιση της σοβαρότητας της κατάθλιψης [14].

Επιπρόσθετα, τα άτομα δεν πρέπει να είναι απόλυτα ασυμπτωματικά για να παραμείνουν ή να επιστρέψουν στην εργασία. Μην ξεχνάμε πως ο χώρος εργασίας δεν αποτελεί τη μόνη ρύθμιση για τη παράδοση κατάλληλων και αποτελεσματικών παρεμβάσεων για τη διαχείριση κοινών προβλημάτων ψυχικής υγείας μεταξύ ατόμων που εργάζονται. Ακόμη, διάφοροι επαγγελματίες παίζουν πολύτιμο και συμπληρωματικό ρόλο, προκειμένου να επιτευχθούν θετικά αποτελέσματα. Όπως για παράδειγμα οι προϊστάμενοι των τμημάτων που οφείλουν να στηρίζουν τους εργαζόμενους με ψυχικά νοσήματα στο να παραμείνουν ή να επιστρέψουν στην εργασία. Για να το πραγματοποιήσουν όμως αυτό, απαιτούνται υψηλές και αποτελεσματικές δεξιότητες ανάπτυξης και εκπαίδευσης [15].

Στην Αμερική, εκτός από την κυβέρνηση δημιουργήθηκε και ένα συνδικάτο εργοδοτών στα επαγγέλματα υγείας (NHS) το οποίο εστιάζει:

- 1) Στη μείωση κακής ψυχικής υγείας και του στίγματος
- 2) Συμβάλλει στη δημιουργία ενός καλύτερου περιβάλλοντος εργασίας και ενθάρρυνσης του εργατικού δυναμικού που βιώνει ψυχικά προβλήματα
- 3) Στην ευαισθητοποίηση οργανισμών για άτομα με ψυχικές ασθένειες
- 4) Στη βοήθεια διατήρησης του προσωπικού, επομένως βελτίωση της παραγωγικότητας, της απόδοσης και των επιχειρηματικών οφελών [15].

Αποτέλεσμα παρεμβάσεων

Ο χώρος εργασίας έχει αναγνωρισθεί ως ένα κατάλληλο μέσο για την υλοποίηση παρεμβάσεων βελτίωσης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ως εκ τούτου αύξηση της εργασιακής παραγωγικότητας. Μεγαλύτερη ευεξία των εργαζομένων συνεπάγεται μεγαλύτερα κέρδη, βελτίωση δέσμευσης υπαλλήλων, ποιότητα προϊόντων και υπηρεσιών, καινοτομία και μείωση του κύκλου εργασιών. Η παρέμβαση στο χώρο εργασίας, μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο σχετικά με την ποιότητα ζωής των εργαζομένων καθώς επίσης να βελτιώσει την οικονομική και κοινωνική βιωσιμότητα [14].

Κεφάλαιο 3

Ψυχική υγεία και επαγγελματίες υγείας

Εισαγωγή

Οι ψυχικά ασθενείς αποτελούν ευάλωτο πληθυσμό. Η ευεξία αποτελεί βασικό συστατικό ψυχικής υγείας, αφού προσφέρει καλύτερη σωματική υγεία και αυξάνει την παραγωγικότητα στο χώρο εργασίας. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί, οι επαγγελματίες υγείας που πλήττονται κυρίως από ψυχικές διαταραχές είναι οι νοσηλευτές και οι γιατροί. Για την μείωση των ιατρικών λαθών και μη ασφαλούς περιβάλλοντος των ασθενών, θα πρέπει να ανιχνευθούν εγκαίρως οι ψυχικές ασθένειες.

Οι νοσηλευτές εξαντλούνται τόσο σωματικά, όσο και ψυχικά. Στην Ολλανδία, μόνο το 27% των νοσηλευτών προβλέπεται να είναι ικανοί να εργάζονται μέχρι να συνταξιοδοτηθούν εξαιτίας της υψηλής εργασιακής πίεσης. Όσον αφορά τους γιατρούς, έχει διαπιστωθεί πως παρουσιάζουν αισθήματα εξουθένωσης, διαταραχές ύπνου, πονοκεφάλους κτλ, γεγονός που οδηγεί σε δυνατές ενδείξεις στρες.

Για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία μιας ομάδας συνεργασίας επαγγελματιών υγείας, η οποία θα αποτελείται από διάφορες ειδικότητες. Αυτή η συνεργασία θα στοχεύει στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας.

3.1. Νοσηλευτική, ψυχική υγεία και ευεξία

Πολλοί νοσηλευτές υποφέρουν από προβλήματα ψυχικής υγείας. Μελέτη αναφέρει διπλάσια ποσοστά επιπολασμού κατάθλιψης σε νοσηλευτές συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό ενηλίκων. Η κατάσταση αυτή δεν είναι επιβλαβής μόνο για τον εαυτό τους αλλά θα μπορούσε να επηρεάσει σοβαρά την παραγωγικότητα και τη λειτουργικότητα στην εργασία. Μειωμένη νοσηλευτική ψυχική υγεία συνδέεται με ιατρικά λάθη και μη ασφαλή περιβάλλον για τους ασθενείς. Για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας είναι απαραίτητη η ανίχνευση ψυχικών νόσων [2].

3.2. Εστίαση στην ευεξία

Το σύστημα ψυχικής υγείας έχει παραδοσιακά επικεντρωθεί περισσότερο στη θεραπεία ψυχικών διαταραχών και στα συμπτώματα απ' ό,τι στην προαγωγή της ευεξίας. Ωστόσο, ευρέως αναγνωρίζεται ότι η ψυχική υγεία είναι κάτι περισσότερο από την απουσία ψυχικής ασθένειας ή αναπηρίας όπως αναφέρει ο ΠΟΥ. Υγεία είναι η ικανότητα να προσαρμόζεσαι και να αυτοδιαχειρίζεσαι κοινωνικές, σωματικές και συναισθηματικές προκλήσεις. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα εφαρμόσιμο στους νοσηλευτές και στους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, όπως φυσικοθεραπευτές και αντινοθεραπευτές, εφόσον εργάζονται στον τομέα υγείας διότι μπορεί να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική τους ευημερία και ανθεκτικότητα. Η ικανότητα της αυτοδιαχείρισης μιας νοσηλεύτριας να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις στο χώρο εργασίας και να αποκαταστήσει την αίσθηση ευεξίας του ατόμου καθορίζει σε κάποιο βαθμό την ψυχική της υγείας [2].

Τα οφέλη της ευεξίας συνεπάγονται βελτίωση της παραγωγικότητας στο χώρο εργασίας, καλύτερη σωματική υγεία, λιγότερη φροντίδα υγείας και περισσότερες ουσιαστικές σχέσεις. Η ευεξία μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ψυχικών διαταραχών ακόμη και σε μεταγενέστερο στάδιο. Άρα λοιπόν, η ευεξία δρα ως προστατευτικός παράγοντας για ψυχική υγεία και υγιή λειτουργικότητα. Εντοπίστηκαν τρεις διαφορετικοί τύποι ευημερίας:

- 1) **Η υποκειμενική ευεξία.** Αναφέρεται στη θετική επίδραση και στην ικανοποίηση από τη ζωή.
- 2) **Η ψυχολογική ευεξία.** Αναφέρεται στο επίπεδο θετικής λειτουργίας, περιέχει το νόημα της ζωής, τον καθορισμό στόχου και την κυριότητα και

- 3) **Η κοινωνική ευεξία.** Αναφέρεται στο επίπεδο της κοινωνικής ένταξης και της κοινωνικής προσφοράς. Μαζί σχηματίζουν την θετική ψυχική υγεία [2].

3.3. Ευεξία στο νοσηλευτικό επάγγελμα

Η νοσηλευτική θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ένα ιδιαίτερο απαιτητικό έργο, τόσο συναισθηματικά όσο και σωματικά. Η ανάγκη για εργαζόμενους υγειονομικής περίθαλψης αυξάνεται καθώς ο πληθυσμός γηράσκει με ταχύ ρυθμό. Στην Ολλανδία, μόνο το 27% των νοσηλευτών προβλέπεται να είναι ικανοί να εργάζονται μέχρι να συνταξιοδοτηθούν εξαιτίας της υψηλής εργασιακής πίεσης. Αυτό δημιουργεί σοβαρά ερωτήματα σχετικά με τη βιωσιμότητα της υγειονομικής περίθαλψης σε μακροπρόθεσμη βάση. Γενικά φαίνεται να είναι σημαντική η προαγωγή ψυχικής υγείας στο χώρο εργασίας με στόχο την ευημερία ιδιαίτερα μεταξύ νοσηλευτών και λοιπών επαγγελματιών υγείας [2].

3.4. Νοσηλευτές και ψυχικές διαταραχές

Στο νοσηλευτικό επάγγελμα, η μειωμένη λειτουργικότητα στην εργασία λόγω ψυχικών διαταραχών έχει ιδιαίτερη σημασία για τρεις λόγους. Πρώτον, στο έργο των νοσηλευτών, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών χειρουργείου και νοσηλευτών αναισθησιολογικού τμήματος. Δεύτερον, οι διαταραχές στη λειτουργία της εργασίας των νοσηλευτών με ψυχικές διαταραχές, μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις για την υγεία και την ασφάλεια των ασθενών. Προηγούμενες μελέτες νοσηλευτών έχουν δείξει ότι εργαζόμενοι με κακή ψυχική υγεία αυξάνουν την πιθανότητα ιατρικών ατυχημάτων. Τρίτον οι νοσηλευτές έχουν υψηλή συχνότητα ψυχικών προβλημάτων. Ο σχετικός κίνδυνος κατάθλιψης είναι υψηλότερος για νοσηλευτές από ότι για εργαζόμενους άλλων υπηρεσιών [19].

Μετά τους νοσηλευτές, διάφοροι επαγγελματίες υγείας όπως φυσικοθεραπευτές και ραδιοθεραπευτές αποτελούν μια άλλη μεγάλη ομάδα εργαζομένων στο νοσοκομειακό περιβάλλον [19].

3.5. Η ευαλωτότητα του ψυχικά πάσχοντα και ο νοσηλευτής

Οι άνθρωποι με ψυχικά νοσήματα είναι από τους πιο ευάλωτους πληθυσμούς στην κοινωνία μας. Συχνά έχουν επηρεαστεί σε τόσο σοβαρό βαθμό από τη νόσο τους ώστε να μην μπορούν να υπερασπιστούν τον εαυτό τους αποτελεσματικά. Ο απεριποίητος, άστεγος άνθρωπος προκαλεί λιγότερη συμπόνια και δέχεται λιγότερη φιλανθρωπία από ότι τα παιδιά ή ακόμα και τα αδέσποτα ζώα [3].

Οι νοσηλευτές μπορούν να λειτουργήσουν ως συνήγοροι των ασθενών όπου και αν βρίσκονται. Οι ψυχικά ασθενείς χρειάζονται βοήθεια, ιδίως προκειμένου να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες διαγνωστικών εξετάσεων και θεραπευτικών παρεμβάσεων και οικονομική κάλυψη των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι νοσηλευτές μπορούν να λειτουργήσουν ως συνήγοροι των ασθενών στα νομοθετικά σώματα, προωθώντας αλλαγές στους νόμους και σε θέματα πολιτικής υγείας. Μπορούν να ενθαρρύνουν τους τοπικούς φορείς να εξασφαλίσουν υπηρεσίες και στέγαση. Μπορούν να συνεργάζονται με τους ψυχικά ασθενείς που συχνά χρειάζονται βοήθεια για να ικανοποιήσουν ακόμα και τις απλούστερες καθημερινές ανάγκες [3].

Οι άνθρωποι με ψυχικά νοσήματα συχνά εισάγονται στο νοσοκομείο λόγω οργανικών βλαβών. Πολλές φορές υποβάλλονται σε θεραπεία και εξέρχονται χωρίς να έχει ασχοληθεί κανένας με το ψυχικό τους πρόβλημα. Εφόσον δεν υπάρχει διάγνωση ή ευαισθητοποίηση για την ύπαρξη ψυχικής νόσου, οι άνθρωποι δεν απολαμβάνουν κατάλληλης φροντίδας. Η παραπομπή για ψυχιατρική εκτίμηση ενός νοσηλευόμενου ασθενή είναι συχνά μια σημαντική ενέργεια συνηγορίας υπέρ του ψυχικά ασθενή [3].

3.6 Ο νοσηλευτής ως συνήγορος του ασθενούς

Ο κώδικας ηθικής για τους νοσηλευτές του διεθνούς συμβουλίου νοσηλευτών αναφέρει ότι οι νοσηλευτές έχουν τέσσερις θεμελιώδεις ευθύνες, να :

- Προάγουν την υγεία
- Προλάβουν την αρρώστια
- Αποκαταστήσουν την υγεία
- Ανακουφίσουν εκείνους που υποφέρουν [20].

Ο ασθενής εισερχόμενος στο σύστημα υγείας, συχνά είναι απροετοίμαστος να λάβει μόνος του αποφάσεις. Ο νοσηλευτής, ως υποστηρικτής και συμπαραστάτης του ασθενούς, θα προωθήσει ενεργά το δικαίωμα του στην αυτονομία και την ελεύθερη επιλογή. Θα μιλήσει εκ μέρους του, θα μεσολαβήσει μεταξύ αυτού και άλλων προσώπων και θα προστατεύσει το δικαίωμα του για αυτοδιάθεση. Οι στόχοι του νοσηλευτή ως συνηγόρου του ασθενούς είναι να:

- 1) Εκτιμά την ανάγκη του ασθενούς για υποστήριξη
- 2) Επικοινωνεί με τα υπόλοιπα μέλη της ιατρονοσηλευτικής ομάδας
- 3) Διδάσκει τον ασθενή και την οικογένεια
- 4) Βοηθά και υποστηρίζει τον ασθενή στη λήψη αποφάσεων
- 5) Λειτουργεί ως καταλύτης αλλαγών στο σύστημα παροχής φροντίδας υγείας
- 6) Συμμετέχει στη διαμόρφωση πολιτικής για την υγεία [21].

Ο νοσηλευτής πρέπει να ασκεί τον ρόλο του συνηγόρου του ασθενούς βασιζόμενος στη πεποίθηση ότι κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να επιλέγει ανάμεσα στις διαθέσιμες θεραπείες βάσει πληροφόρησης που του παρέχεται σχετικά με τις συνέπειες που θα έχει η απόφαση του να δεχθεί ή να απορρίψει κάποια από αυτές. Ο νοσηλευτής, επίσης, πρέπει να αποδεχθεί και να σεβασθεί την απόφαση του ασθενούς ακόμη και αν αυτή διαφέρει από την απόφαση που θα έπαιρνε εκείνος [21].

3.7. Νοσηλευτική φροντίδα

Το μεγαλύτερο μερίδιο της φροντίδας των ασθενών ανήκει στους νοσηλευτές οι οποίοι προσφέρουν, εκτός των άλλων, βασική φροντίδα σώματος και φροντίδα σε όλη τη διάρκεια της μέρας ή της νύχτας. Η φροντίδα είναι μια γενική θεώρηση και ένα περιεκτικό πλαίσιο που μας παρέχει μια ευρεία βάση κατανόησης των επιστημών που ασχολούνται με αυτή. Σύμφωνα με τις Boykin και Schoenhofer (2001), τα αξιώματα τα οποία εμπεριέχονται στη θεωρία της νοσηλευτικής ως φροντίδα είναι τα εξής :

- Το άτομο δέχεται φροντίδα με αξίες οι οποίες πηγάζουν από το γεγονός ότι είναι άνθρωπος
- Το άτομο ζει δεχόμενο φροντίδα από λεπτό σε λεπτό
- Το άτομο είναι ολότητα και πλήρες σε κάθε λεπτό της ζωής του
- Το άτομο ζει βασισμένο στη φροντίδα
- Το άτομο εμπλουτίζεται συμμετέχοντας σε σχέσεις φροντίδας και φροντίζοντας τους άλλους [22].

Η φροντίδα και η θεραπεία αποτελούν την καρδιά των διεργασιών της νοσηλευτικής και την ουσία της αποστολής της και << η φροντίδα είναι το καντήλι που φωτίζει το σκοτάδι και μας επιτρέπει να βρούμε απαντήσεις εκεί όπου οι άλλοι δεν βρίσκουν τίποτε>> [22].

3.8. Αξιολόγηση του επιπέδου στρες και των δεικτών του σε γιατρούς που εργάζονται στο χειρουργείο

Ένα ερωτηματολόγιο με 146 ερωτήσεις, το οποίο καταρτίστηκε από το ASSPRO (association for the prevention of surgical risk) που είναι σύνδεσμος για την πρόληψη χειρουργικού κινδύνου καλύπτει επαγγελματικούς και προσωπικούς δείκτες που εμπλέκονται στο στρες. Χρησιμοποιήθηκε για να εκτιμήσει το επίπεδο ικανοποίησης και δυσαρέσκειας ιατρών. Τα συγκεντρωμένα δεδομένα αναλύθηκαν και αναφέρονται. Πρόκειται για ένα δείγμα 1272 ιατρών. Το 85,5% ήταν άνδρες ηλικίας 35-64 ετών. Αυτοί ήταν αναισθησιολόγοι (29,6%), ορθοπεδικοί (29,4%), ή μαιευτήρες γυναικολόγοι

(12,8%), παρακολουθώντας ένα χώρο εργασίας. Περισσότερο από το ¼ από αυτούς παρουσίασε αισθήματα εξουθένωσης με την εργασία και το 1,4 φόβο λόγω φόρτου εργασίας. Επίσης, παρουσιάστηκαν συμπτώματα όπως αίσθημα χαμηλού οσφυϊκού πόνου, πονοκέφαλος, διαταραχές ύπνου, παράγοντες που οδηγούν σε δυνατές ενδείξεις στρες [23].

3.9. Επαγγελματική εξουθένωση (Burnout)

Το σύνδρομο της εργασιακής εξουθένωσης, που προκαλείται από χρόνια κούραση και υπερκόπωση, χαρακτηρίζεται από μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης [24].

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα φαινόμενο κατά το οποίο οι συσσωρευτικές επιπτώσεις του στρεσογόνου περιβάλλοντος εργασίας συντρίβουν τις άμυνες των μελών του προσωπικού, αναγκάζοντας τους να αποσυρθούν ψυχολογικά [25].

Η επαγγελματική εξουθένωση, είναι ένα κοινό σύνδρομο κυρίως στα ιατρικά επαγγέλματα και έχει συσχετισθεί με μειωμένα επίπεδα φροντίδας ασθενούς. Το μοντέλο του Maslach περιγράφει ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξουθένωσης, απροσωποποίησης και μειωμένα συναισθήματα προσωπικής ολοκλήρωσης με οποιοδήποτε συνδυασμό αυτών των χαρακτηριστικών σε ένα δεδομένο άτομο. Οι νοσηλευτές είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι για να αναπτύξουν εξουθένωση, κυρίως εξαιτίας των συναισθηματικών απαιτήσεων του επαγγέλματος τους [25].

Το σύνδρομο μπορεί να προσβάλει άτομα από πολλούς επαγγελματικούς τομείς με απαιτήσεις και ευθύνες. Οι εργαζόμενοι που πάσχουν από επαγγελματική εξουθένωση χάνουν το αίσθημα της χαράς. Νιώθουν πως οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στη δουλειά τους είναι ανυπερέβλητες. Συχνά παραπονιούνται για πονοκεφάλους, πόνους στον αυχένα ή στην πλάτη. Δυστυχώς, δεν είναι λίγες εκείνες οι περιπτώσεις των ατόμων που καταφεύγουν σε φάρμακα για να ξεφύγουν από αυτή τη δυσάρεστη κατάσταση που βιώνουν. Γι αυτούς τους λόγους είναι σημαντικό το σύνδρομο της εργασιακής εξουθένωσης να αναγνωρίζεται έγκαιρα [24].

Η εξουθένωση στην εργασία, αναπτύσσεται ως απάντηση σε χρόνια συναισθηματική ένταση που προκύπτει από την επιδείνωση των σχέσεων μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών, συνεργατών, οικογένειας και κοινωνικού περιβάλλοντος. Επιπλέον, είναι στενά συνδεδεμένη με την απουσία νοσηλευτών από την εργασία και την εγκατάλειψη από τη νοσηλευτική. Τέλος, τα αποτελέσματα της επαγγελματικής εξουθένωσης οδηγούν σε φτωχή φροντίδα ασθενή [25].

Υπάρχουν διαφορές στο βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν οι νοσηλευτές που εργάζονται σε διάφορους τομείς. Συγκρίσεις μεταξύ νοσοκομειακών μονάδων όπως για παράδειγμα, χειρουργείο, παιδιατρικό τμήμα, γυναικολογικό τμήμα επιβεβαιώνουν τη σημασία του διαπροσωπικού περιβάλλοντος. Σε έρευνα αναφέρθηκαν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης εργαζομένων νοσηλευτών σε δημόσια νοσοκομεία του Shiraz, του Ιράν και κυρίως σε παθολογικά τμήματα, χειρουργείο και ψυχιατρική [25].

Εργαλεία και μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική, συγχρονισμένη μελέτη μεταξύ των νοσηλευτών στα δημόσια νοσοκομεία με τη χρήση τυποποιημένων ερωτηματολογίων. Το δείγμα αποτελούνταν από το σύνολο των νοσηλευτών που εργαζόταν σε πέντε δημόσια νοσοκομεία στο Shiraz. Ειδικότερα οι πτέρυγες του νοσοκομείου ήταν οι εξής : επτά παθολογικές, τέσσερα χειρουργεία και τρεις ψυχιατρικές. Οι νοσηλευτές οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα ήταν απόφοιτοι τεχνολογικών ιδρυμάτων ή πανεπιστημίων και είχαν εκπαιδευτεί κλινικά για τουλάχιστον ένα χρόνο. Μετά τον αποκλεισμό όλων εκείνων που δεν πληρούσαν τα κριτήρια, 180 νοσηλευτές κλήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Μετά την έγκριση της επιτροπής ερευνών του πανεπιστημίου του Shiraz, λήφθηκε ενυπόγραφη συγκατάθεση από όλους τους συμμετέχοντες που περιλαμβάνονται σε αυτή τη μελέτη. Όλα τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και επεστράφησαν στον ερευνητή έπειτα από επτά μέρες .οι

συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν δημογραφικά χαρακτηριστικά συμπεριλαμβανομένων της ηλικίας, του φύλου, της οικογενειακής κατάστασης, της εκπαίδευσης, της βάρδιας εργασίας, τη δεύτερη εργασία, αν πάσχουν από οποιαδήποτε οργανική νόσο και τέλος αν κάνουν χρήση τοξικών ουσιών. Το Maslach Burnout Inventory και το ερωτηματολόγιο γενικής ψυχικής υγείας (GHQ-28) χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες. Το GHQ είναι εργαλείο που ανιχνεύει την ψυχιατρική νοσηρότητα στην κοινότητα, συμπεριλαμβανομένου του άγχους και της κατάθλιψης. Το ερωτηματολόγιο αναφέρεται σε συμπτώματα που βιώνονται τις τελευταίες εβδομάδες και ως εκ τούτου είναι μια ένδειξη της κατάστασης. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση ειδικών ψυχιατρικών διαταραχών, αλλά εντοπίζει πιθανή ψυχιατρική νοσηρότητα [25].

Στατιστική ανάλυση

Η ενδεχόμενη σύνδεση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τις διαφορετικές ανεξάρτητες μεταβλητές εκτιμήθηκαν και πραγματοποιήθηκε ανάλυση με τη χρήση λογισμικού έκδοσης SPSS 13.0 [25].

Αποτελέσματα

Το ποσοστό ανταπόκρισης των συμμετεχόντων ήταν 100%. Η πλειονότητα των νοσηλευτών ήταν γυναίκες (62,2%). Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 34,8 ± 8,3 χρόνια. Οι περισσότεροι νοσηλευτές ήταν παντρεμένοι (73,9%) με 0-6 παιδιά και είχαν επαγγελματική εμπειρία πάνω από δέκα χρόνια. Το εκπαιδευτικό νοσηλευτικό επίπεδο ήταν πτυχίο πανεπιστημίου (44%) και απόφοιτοι τεχνολογικών ιδρυμάτων (56%). Από τους 180 συμμετέχοντες που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, 77 (70%), πληρούσαν κριτήρια ψυχιατρικής νοσηρότητας [25].

Στον πίνακα 2 του παραρτήματος, παρουσιάζεται η επαγγελματική εξουθένωση που βιώνουν οι νοσηλευτές στο σύνολο σε διάφορα νοσοκομειακά τμήματα. Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και τμημάτων. Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές που εργαζόταν σε ψυχιατρικές πτέρυγες, αναφέρεται πως έχουν υψηλότερο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης συγκριτικά με τους υπόλοιπους. Στο σύνολο, το 25% των συμμετεχόντων πληρούσαν τα κριτήρια της μελέτης για επαγγελματική εξουθένωση. παράγοντες για πρόκληση ήταν η νυχτερινή βάρδια και η ψυχιατρική νοσηρότητα. Σε ψυχιατρικούς θαλάμους, μόνο νοσηλευτές και όσοι είχαν περισσότερες νυχτερινές βάρδιες, ή υψηλά επίπεδα ψυχιατρικής νοσηρότητας ήταν πιο συναισθηματικά εξαντλημένοι. Σε θαλάμους χειρουργείων, τα υψηλά επίπεδα ψυχιατρικής νοσηρότητας και νυχτερινής βάρδιας ήταν προγνωστικοί παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης [25].

Συμπεράσματα

Η πλειοψηφία των νοσηλευτών της έρευνας ήταν γυναίκες με μέση ηλικία κάτω των σαράντα ετών. Αυτά τα δεδομένα έρχονται σε πλήρη συμφωνία με διεθνείς έρευνες όπου αποδεικνύουν πως το νοσηλευτικό προσωπικό τείνει να αποφεύγει γενικότερα, τη μακρά παραμονή σε περιβάλλοντα με αυξημένο στρες, όπως για παράδειγμα τα νοσοκομεία [25].

Το μεγαλύτερο ποσοστό επαγγελματικής κόπωσης στο δείγμα είναι μέτριο, εν αντιθέση με τα αμερικάνικα επίπεδα. Ωστόσο, αυτή η μελέτη αποδεικνύει ότι τα επίπεδα ψυχιατρικής δυσφορίας παραμένουν υψηλά ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό ακόμη και αν έχουν λειφθεί μέτρα για την καταπολέμηση του. Εάν χρησιμοποιηθούν οι συμβατικές μέθοδοι, η ψυχιατρική νόσος είναι 26% πιο πιθανόν να εμφανιστεί σε νοσηλευτές οποιουδήποτε κλάδου [25].

Ειδικότερα το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρική πτέρυγα έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσει επαγγελματική κόπωση σε σύγκριση με αυτό που εργάζεται σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Η έρευνα έδειξε πως τα επίπεδα στρες είναι μεγαλύτερα από κάθε άλλη πτέρυγα [25].

Τα χαρακτηριστικά του χαρακτήρα κάθε ατόμου παίζουν τεράστιο ρόλο στο βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης. Με τα κύρια χαρακτηριστικά να είναι η ανιδιοτέλεια, οι προσωπικοί στόχοι, η αυτοπεποίθηση, η ικανότητα έκφρασης των συναισθημάτων και η αυτοσυγκράτηση [25].

3.10. Κατάσταση ψυχικής υγείας γιατρών στην Ιαπωνία και συνθήκες εργασίας

Στην Ιαπωνία, παρατηρήθηκε ο αριθμός των γιατρών που φεύγει από τα νοσοκομεία να αυξάνεται, λόγω των επώδυνων συνθηκών εργασίας. Αναλύθηκαν οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ συνθηκών εργασίας, ικανοποίησης από την εργασία, επαγγελματικής εξουθένωσης και κατάστασης της ψυχικής υγείας γενικότερα, μεταξύ των Ιάπωνων γιατρών. Διεξήχθη το 2007, έρευνα που αφορούσε τους νοσοκομειακούς γιατρούς στην Ιαπωνία. Η ανάλυση βασίστηκε σε δομικά μοντέλα εξισώσεων που χρησιμοποιήθηκαν για την εξέταση αλληλεπιδράσεων μεταξύ του ελέγχου εργασίας, εφημεριών, ικανοποίησης από την εργασία, όγκου καθηκόντων και επαγγελματικής εξουθένωσης. 336 γιατροί έλαβαν πρόσκληση μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, όπου συμμετείχαν οι 236 στη μελέτη (ποσοστό συμμετοχής 70%). Εξήντα γιατροί ήταν γυναίκες (25,4%) με μέση ηλικία 41 έτη. Η επαγγελματική εξουθένωση και η κακή ψυχική υγεία ήταν άμεσα συνδεδεμένες με δυσαρέσκεια στην εργασία και λίγες ώρες ύπνου και σχετιζόταν έμμεσα με φτωχό εργασιακό έλεγχο και βαριά εφημερία. Οι πολιτικοί φορείς της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να εφαρμόσουν εκτεταμένα και αποφασιστικά μέτρα για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και τη μείωση της υπερκόπωσης των νοσοκομειακών γιατρών [26].

3.11. Μια ομάδα συνεργασίας για την επίβλεψη της υγείας νοσηλευτών και λοιπών επαγγελματιών υγείας

Αρχικά, τόσο η παρακολούθηση, όσο και η παρέμβαση πρέπει να επικεντρωθούν σε θέματα υγείας, σχετικά με τη λειτουργία της εργασίας των εργαζομένων. Έπειτα, αυτή η ομάδα θα πρέπει να αντανakλά τους κινδύνους και τις απαιτήσεις της εργασίας των νοσηλευτών και των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας και τέλος θα πρέπει να αξιολογείται επιστημονικά η αποτελεσματικότητα της [19].

Στον πίνακα 1 του παραρτήματος, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος P.I.C.O, για την ανάπτυξη οργανωμένης και στοχευμένης συστηματικής έρευνας. Χωρίστηκαν τρεις ομάδες:

- 1) Ασθενείς/πληθυσμός: νοσηλευτές και υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας
- 2) Παρέμβαση/έκθεση
- 3) Αποτελέσματα [19].

3.12. Συνεργασία επαγγελματιών ψυχικής υγείας

Η ομάδα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας αποτελείται από πολλές ειδικότητες επαγγελματιών υγείας, όπως είναι οι ψυχίατροι, οι νοσηλευτές, οι επισκέπτες υγείας, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχολόγοι, οι εργοθεραπευτές κτλ. Οι στόχοι των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να είναι συγκεκριμένοι, μετρήσιμοι, ρεαλιστικοί, πραγματοποιήσιμοι και να ορίζονται χρονικά [27].

Η συνεργασία μεταξύ ατόμων που επικεντρώνονται στη φροντίδα ψυχικής υγείας έχει αναγνωριστεί αναγκαία για την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι η συνεργασία συχνά είναι κακή, με αποτέλεσμα οι ανάγκες του ασθενούς για συντονισμένες υπηρεσίες να μην καλύπτονται επαρκώς. Ένας αυξανόμενος αριθμός των εργαζομένων ψυχικής υγείας, ίσως περιπλέξει τη συνεργασία και το συντονισμό μεταξύ των εργαζομένων της ψυχικής υγείας και άλλων επαγγελματιών στην αλυσίδα της θεραπείας [28].

3.13. Διαδικτυακές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται σε νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας

- 1) **Διατηρήστε την ψυχική σας υγεία**, με στόχο στην ενίσχυση της ευημερίας και της πνευματικής ικανότητας. Βασίζεται στις αρχές που απορρέουν από τη θετική ψυχολογία, γνωστική και συμπεριφορική θεραπεία και ενσυναίσθηση. Ο συμμετέχων μπορεί να επιλέγει ένα ή περισσότερα μοντέλα.
- 2) **Βάλτε χρώμα στη ζωή σας**, στοχεύει στην αντιμετώπιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Βασίζεται στη γνωστική και συμπεριφορική θεραπεία. Το μάθημα αποτελείται από οκτώ συνεδρίες των τριάντα λεπτών και μια αναμνηστική.
- 3) **Μείνε δυνατός στη δουλειά**, έχει στόχο να μειώσει το εργασιακό στρες και να απαλλάξει από αυτό. Αυτή η διαδικτυακή σειρά αυτοβοήθειας δεν είναι ακόμη αποτελεσματικά ελεγμένη αλλά βασίζεται στις αρχές διαχείρισης του επαγγελματικού άγχους και στη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Το μάθημα περιλαμβάνει οκτώ εβδομαδιαία μαθήματα διάρκειας τριάντα λεπτών και μια αναμνηστική συνεδρία μετά από δώδεκα εβδομάδες.
- 4) **Μην πανικοβάλλεστε**, στοχεύει στη μείωση των συμπτωμάτων πανικού και σε ήπιες περιπτώσεις διαταραχής πανικού. Βασίζεται στη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Υπάρχουν έξι συνεδρίες των τριάντα λεπτών και ολοκληρώνεται σε διάστημα οκτώ εβδομάδων.
- 5) **Πιες λιγότερο**, με στόχο να μειώσει τον κίνδυνο λόγω αλκοόλ. Το μάθημα βασίζεται σε κίνητρα και σε αυτοέλεγχο. Οι συμμετέχοντες ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν το πρόγραμμα για έξι εβδομάδες τουλάχιστον, για παράδειγμα δέκα λεπτά την ημέρα [2].

3.14. Ο στιγματισμός και οι επαγγελματίες υγείας

Το στίγμα έχει εντοπιστεί από τους επαγγελματίες υγείας ως ένα καίριο ζήτημα για την ψυχική ασθένεια. Στιγματισμένες συμπεριφορές μπορούν να αναστείλουν την αναζήτηση βοήθειας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές, μπορούν να δημιουργήσουν εμπόδια στην κοινωνική επανένταξη και τέλος μπορούν να αυξήσουν την ψυχολογική δυσφορία. Πολλές μελέτες που έχουν γίνει για το στίγμα, έχουν επικεντρωθεί σε στιγματισμένες ιδέες και συμπεριφορές στο γενικό πληθυσμό. Παρ' όλα αυτά το στίγμα δεν είναι ένα σπάνιο ζήτημα [29].

Το γεγονός ότι οι στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας δεν διαφέρουν από τις αρνητικές δημόσιες απόψεις για την ψυχική ασθένεια, υποδηλώνει την ανάγκη να συμπεριληφθούν τα άτομα που εμπλέκονται με την ψυχική υγεία ως μια στοχευόμενη ομάδα, που κάνει προσπάθειες για την καταπολέμηση του στίγματος [29].

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 4

Σκοπός- Ερευνητικές υποθέσεις

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της γενικής και ψυχικής υγείας των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε ιδιωτικές χειρουργικές και μαιευτικές κλινικές. Διερευνήθηκαν τα επίπεδα του άγχους, της σωματοποίησης, της κοινωνικής λειτουργικότητας και της κατάθλιψης και αν κατά πόσο αυτά επηρεάζονται από τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας.

Πιο συγκεκριμένα,

Ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης ήταν :

1. Να διερευνηθούν τα επίπεδα γενικής υγείας των επαγγελματιών υγείας (ιατρών και νοσηλευτών)
2. Να διερευνηθούν τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του φροντιστή που σχετίζονται με το επίπεδο της ψυχικής του υγείας

4.1 Δείγμα μελέτης

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη στην 5^η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας και συγκεκριμένα στις χειρουργικές και γυναικολογικές κλινικές εντός της πόλης της Λάρισας. Το χρονικό διάστημα διεξαγωγής της μελέτης ήταν από τον Ιούνιο έως τον Αύγουστο του 2014.

Κριτήρια Εισαγωγής

Συμμετείχαν επαγγελματίες υγείας που πληρούσαν τα εξής κριτήρια:

1. Να έχουν συνολικό χρόνο εργασιακής εμπειρίας για διάστημα μεγαλύτερο του έτους και τουλάχιστον ενός μήνα στην παρούσα θέση
2. Να επιθυμούν να συμμετέχουν στην έρευνα
3. Να μιλούν και να γράφουν ελληνικά

Στη μελέτη έλαβαν μέρος 60 ιατροί και νοσηλευτές

4.2 Ερευνητικά εργαλεία

Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερευνητικά εργαλεία:

• Ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών που αποτελούνταν από ερωτήσεις κλειστού τύπου για ατομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του ερωτώμενου όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, αριθμός παιδιών, εργασιακή εμπειρία, ιδιότητα επαγγελματική καπνιστική συνήθεια, και προβλήματα υγείας που έχει.

•Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας General Health Questionnaire, όπου ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει σε είκοσι οχτώ ερωτήσεις γενικής υγείας. Πρόκειται για σταθμισμένο ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από τον Goldberg το 1972 έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στο γενικό πληθυσμό από ερευνητές σε διάφορα επιστημονικά πεδία όπως Ιατρική και Ψυχολογία. Αποτελεί ένα εργαλείο για καθορισμό μη ψυχιατρικών διαταραχών και εστιάζεται σε δυο κύρια σημεία, την ανικανότητα του ερωτώμενου να διεξάγει φυσιολογικές και συνηθισμένες λειτουργίες και την εμφάνιση καινούριων καταθλιπτικών ψυχολογικών φαινομένων. Σκοπός είναι να εκτιμηθεί η παρούσα κατάσταση του ερωτώμενου σε σχέση με τη γενική του κατάσταση. Το GHQ-28 αποτελείται από 28 ερωτήσεις και η βαθμολογία υπολογίζεται με διαβάθμιση τεσσάρων σημείων της κλίμακας Likert. Περιλαμβάνει τέσσερις κατηγορίες που αφορούν α) την κατάθλιψη, β) το άγχος γ) την κοινωνική λειτουργικότητα δ) τα σωματικά συμπτώματα. Οι πρώτες δυο απαντητικές επιλογές σε κάθε ερώτηση βαθμολογούνται με 0 και οι άλλες δύο με 1. Συνολική βαθμολογία άνω του 5 υποδηλώνει κλινική συμπτωματολογία, ενώ βαθμολογία ίση ή άνω του 2 ανά υποκλίμακα δηλώνει επίσης πιθανή κλινική περίπτωση. Το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε αρρώστους όσο και σε υγιείς πληθυσμούς και έχει να επιδείξει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα [30].

4.3 Ανάλυση δεδομένων

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Υπολογίστηκε η ψυχική επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας και δημιουργήθηκε αντίστοιχη δίτιμη μεταβλητή. Δίτιμες μεταβλητές δημιουργήθηκαν επίσης και για την εργασιακή εμπειρία. Εφαρμόστηκε η μη παραμετρική μέθοδος ανάλυσης χ^2 , με τη διόρθωση συνεχείας για τετράπτυχους πίνακες. Χρησιμοποιήθηκε μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στο οποίο εντάχθηκαν οι μεταβλητές που συσχετίστηκαν σημαντικά με την ψυχική επιβάρυνση σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0.10$, κατά τη μονομεταβλητή ανάλυση. Το τελικό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p = 0,05$. Όλες οι δοκιμασίες ήταν αμφίπλευρες. Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 22.0.

4.4 Αποτελέσματα

I. Περιγραφική στατιστική

Γυναίκες ήταν το 46,7% και ανύπαντρες το 40% , ενώ παιδιά είχε το 58,3%. Το 53,4% είχε πτυχίο ΑΕΙ.

Πίνακας. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

	N	%
Φύλο		
Αντρας	32	53,3
Γυναίκα	28	46,7
Σύνολο	60	100,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	24	40,0
Έγγαμος	36	60,0
Σύνολο	60	100,0
Έχετε παιδιά;		
Ναι	35	58,3
Όχι	25	41,7
Σύνολο	60	100,0
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Ανώτατη Τεχνολογική εκπαίδευση (ΤΕΙ)	28	46,6
Ανώτατες σπουδές (ΑΕΙ- Μεταπτυχιακό)	32	53,4
Σύνολο	60	100,0

Το δείγμα αποτελούνταν από ιατρούς και νοσηλευτές (50-50%). Από τους ιατρούς, συμμετείχαν κυρίως ορθοπεδικοί και αναισθησιολόγοι, ενώ από τους νοσηλευτές οι νοσηλευτές χειρουργείου. Κυκλικό ωράριο είχε το 35%.

Πίνακας. Εργασιακά χαρακτηριστικά

	N	%
Ιδιότητα		
Ιατρός	30	50,0
Νοσηλεύτης	30	50,0
Σύνολο	60	100,0
Ποια είναι η ειδικότητά σας;		
Μαία	1	1,7
Εργαλειοδότης	3	5,0
Βοηθός χειρουργού	11	18,3
Βοηθός αναισθησιολόγου	2	3,3
Ουρολόγος	1	1,7
Αναισθησιολόγος	6	10,0
Ορθοπεδικός	11	18,3
ΩΡΛ	2	3,3
Γενικός χειρουργός	5	8,3
Οφθαλμίατρος	5	8,3
Χωρίς ειδικότητα (νοσηλευτές)	13	21,7
Σύνολο	60	100,0
Ωράριο		
Σταθερό	39	65,0
Κυκλικό	21	35,0
Σύνολο	60	100,0

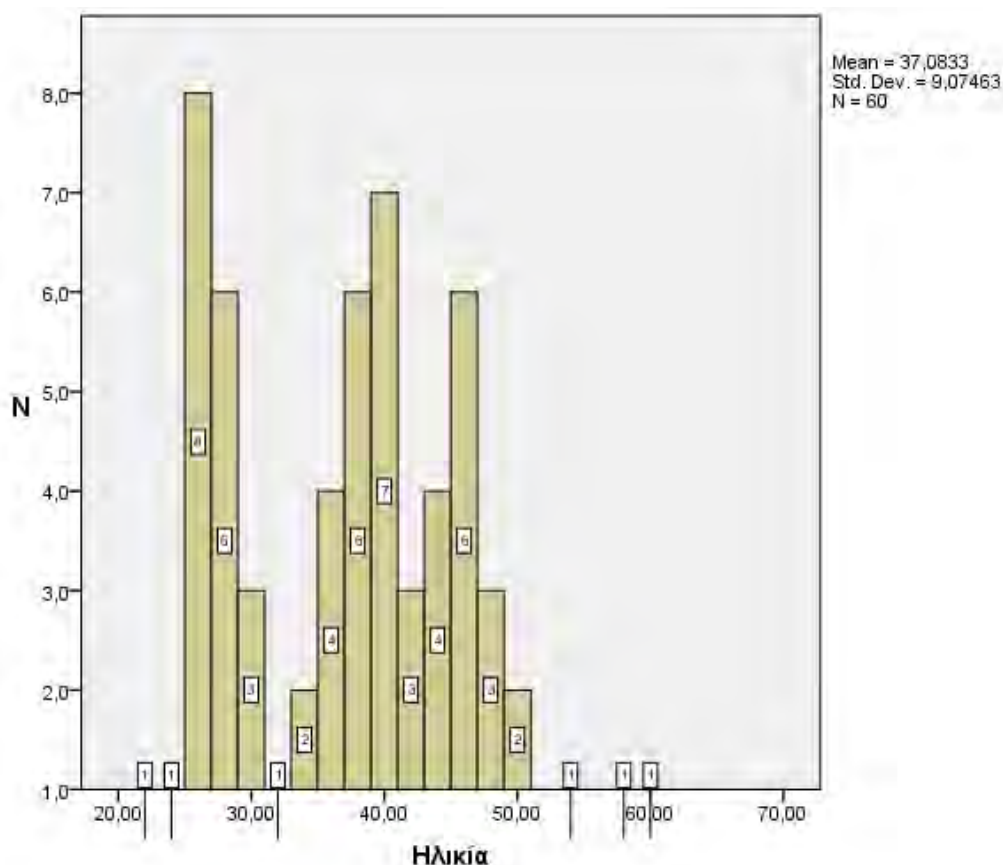
Η μέση ηλικία ήταν τα 37,03 έτη, ενώ η συνολική μέση εργασιακή εμπειρία ήταν 11,08 έτη. Η εμπειρία στην παρούσα θέση ήταν 7,38 έτη (με διάμεσο τιμή τα 5 έτη)

Πίνακας. Ηλικία και εργασιακή εμπειρία.

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	ΤΑ*
Ηλικία	60	22,00	59,0	37,08	9,15
Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε σε αυτή τη θέση;	60	0,50	30,0	7,38	7,07
Συνολική εργασιακή εμπειρία	60	0,50	36,0	11,08	8,43

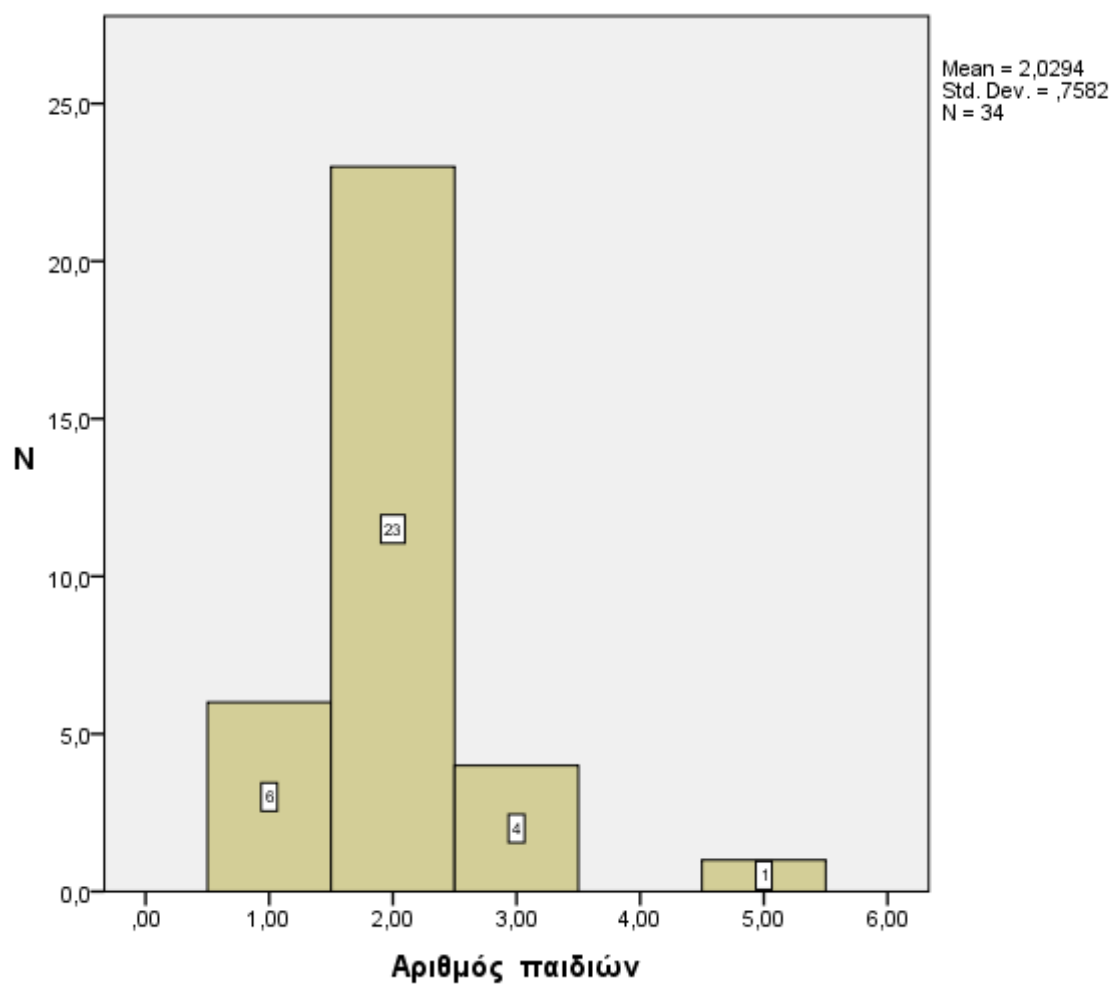
*Τυπική Απόκλιση

Γράφημα. Ηλικιακή κατανομή



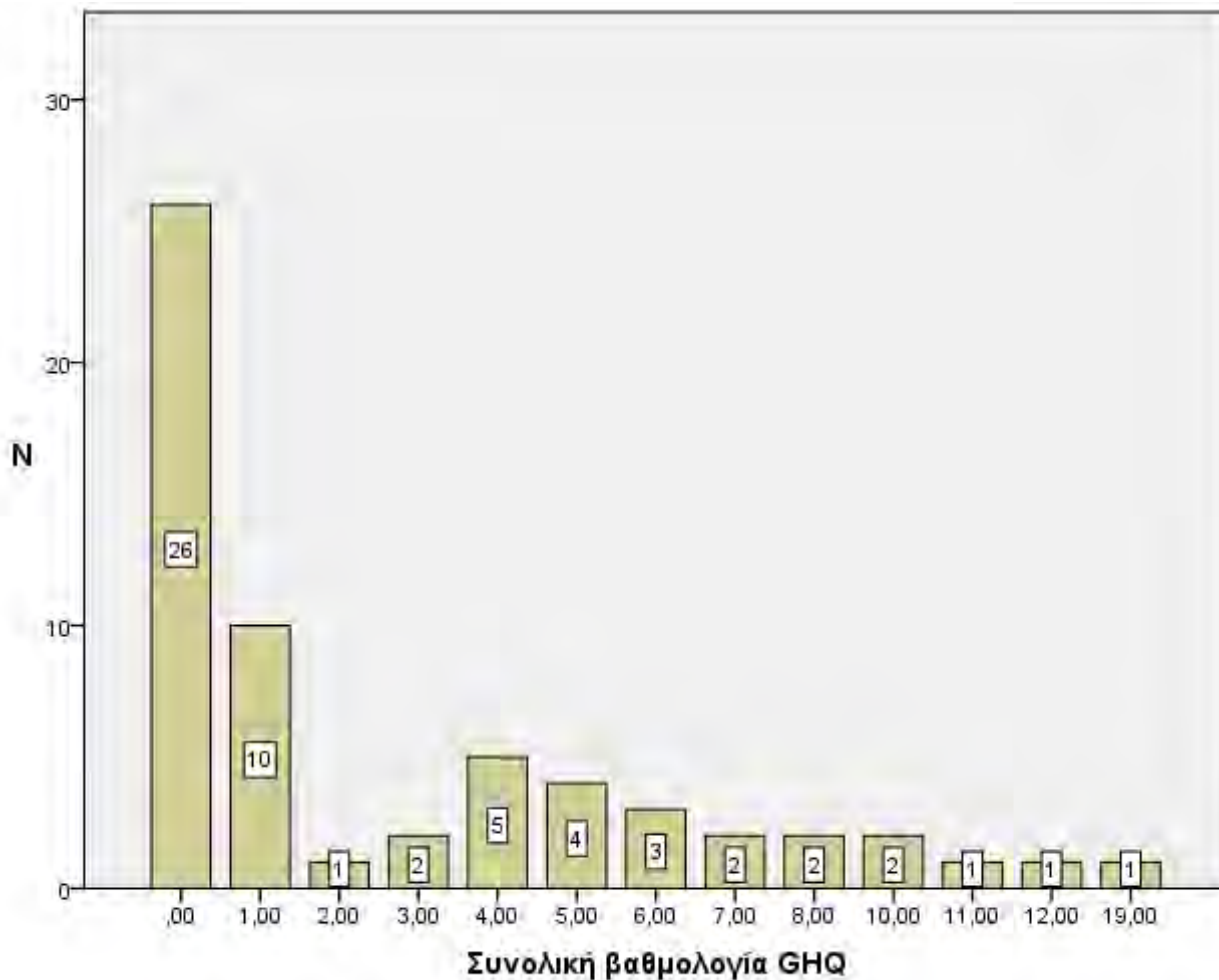
Κατά μέσο όρο οι οικογένειες είχαν 2 παιδιά.

Γράφημα. Αριθμός παιδιών



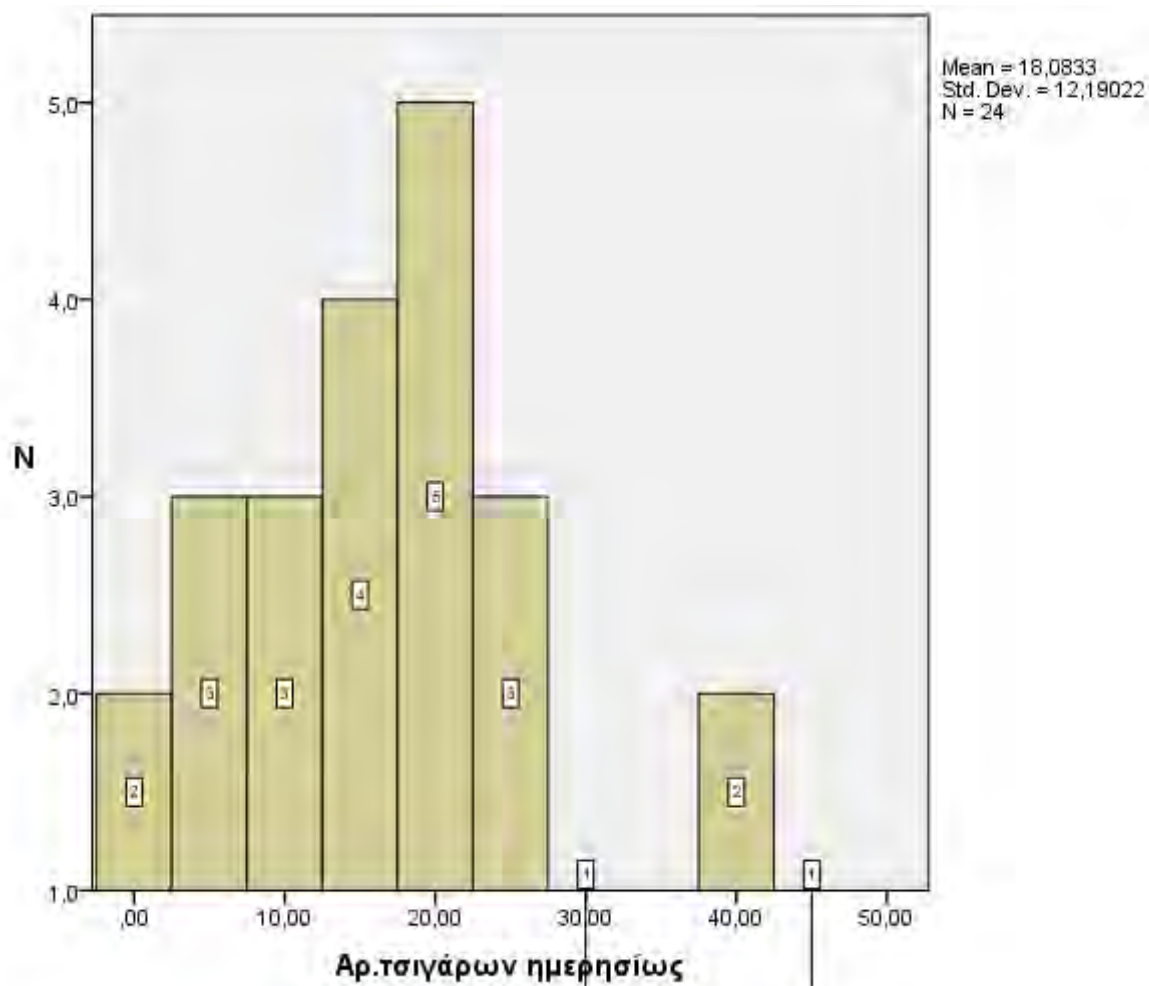
Είκοσι έξι άτομα είχαν βαθμολογία 0 (ποσοστό 43,3%), ενώ υψηλότερη του 5 (ενδεικτική ψυχοπαθολογίας) είχαν 12 άτομα (ποσοστό 20%).

Γράφημα .Συνολική βαθμολογία GHQ.



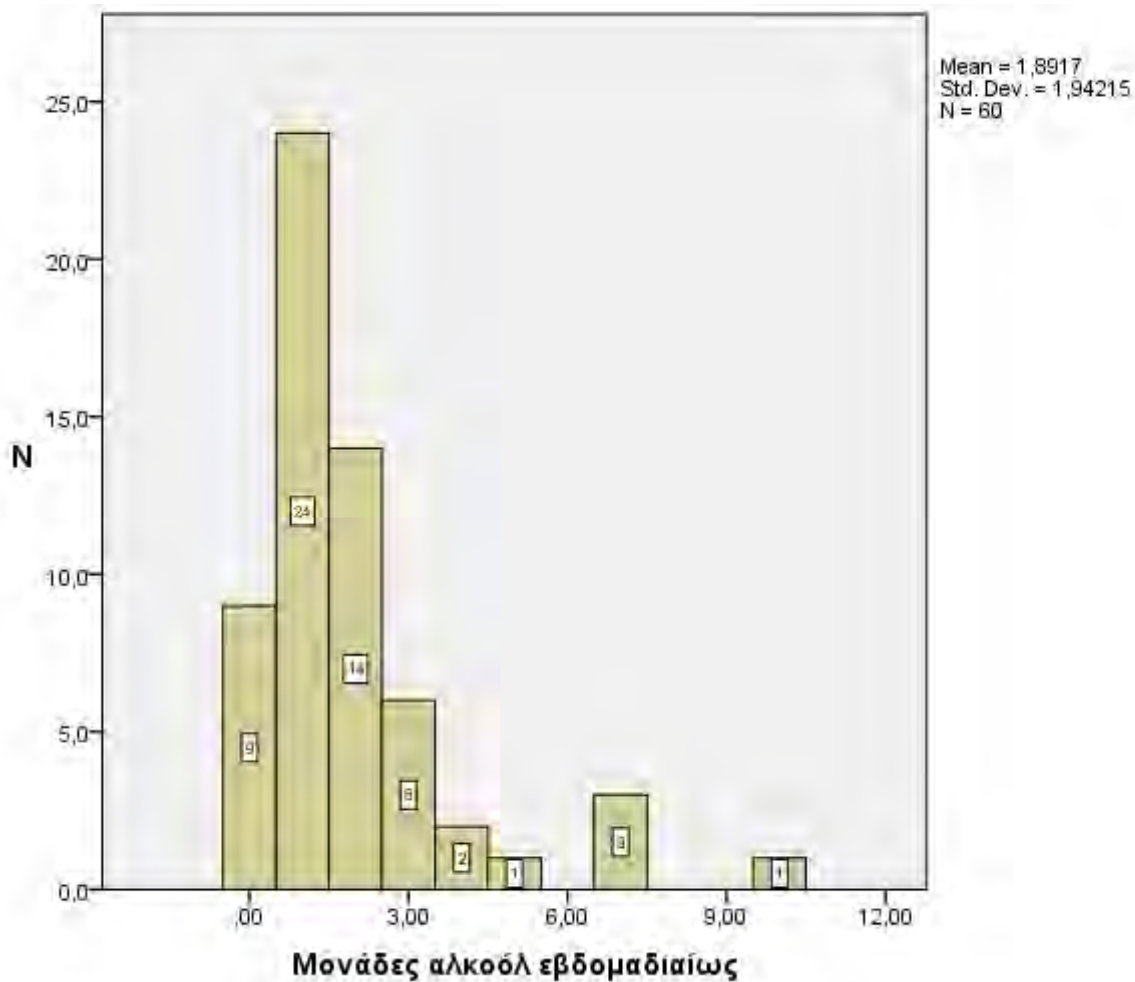
Καπνιστές ήταν 24 άτομα (40%), με σχεδόν ένα πακέτο την ημέρα (18 τσιγάρα)

Γράφημα. Αριθμός τσιγάρων/ ημέρα.



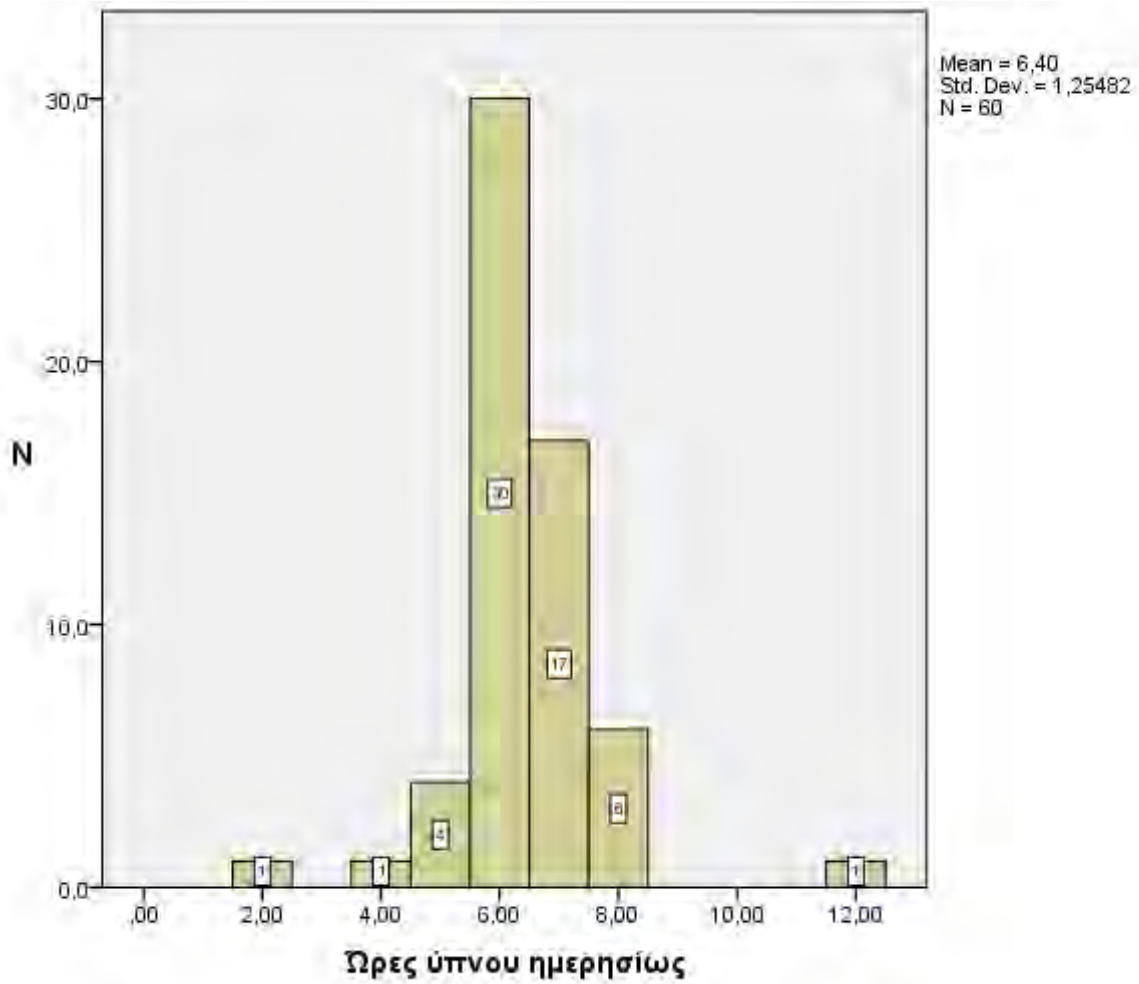
Η μέση κατανάλωση αλκοόλ ήταν περίπου 2 μονάδες την εβδομάδα, που ισοδυναμεί με 2 ποτήρια κρασί ή 2 ποτήρια μπίρα ή ένα ποτηρι σκληρού αλκοολούχου ποτού

Γράφημα. Κατανάλωση αλκοόλ



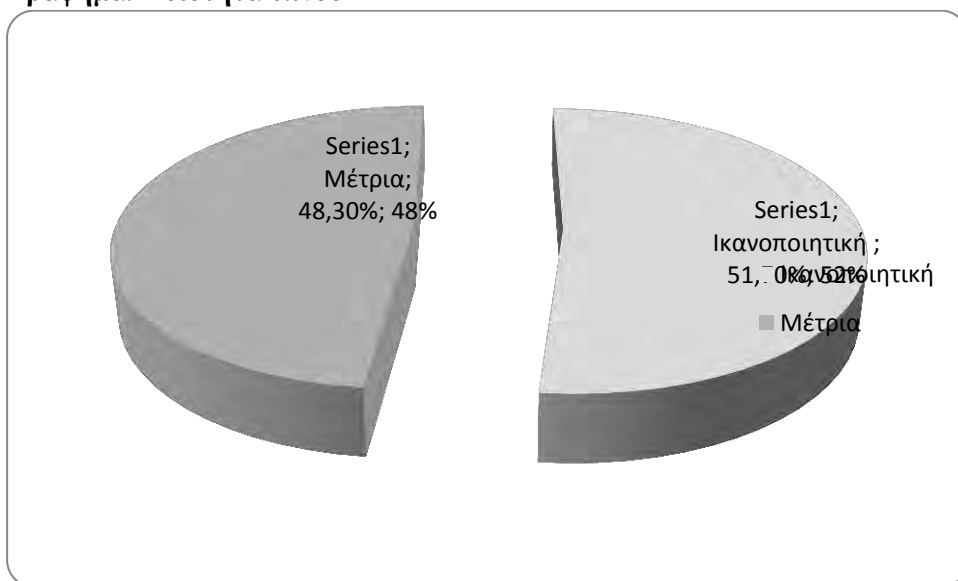
Οι συμμετέχοντες κοιμούνται κατά μέσο όρο 6,40 ώρες ημερησίως

Γράφημα. Ώρες ύπνου/ημέρα.



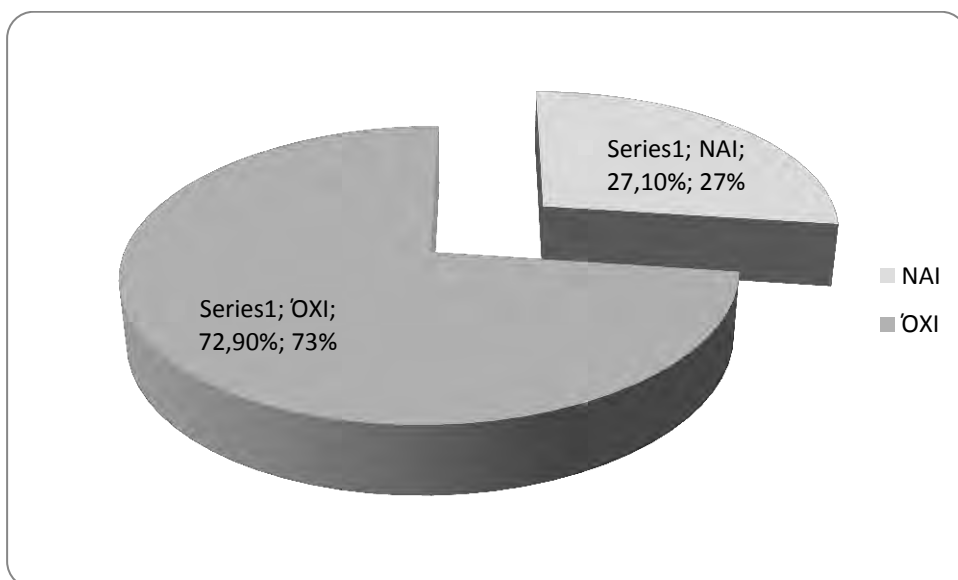
Η πλειονότητα (51,7%) αναφέρει ικανοποιητική ποιότητα ύπνου

Γράφημα. Ποιότητα ύπνου



Διαταραχές μνήμης αναφέρονται από το 27,10%.

Γράφημα. Διαταραχών μνήμης.



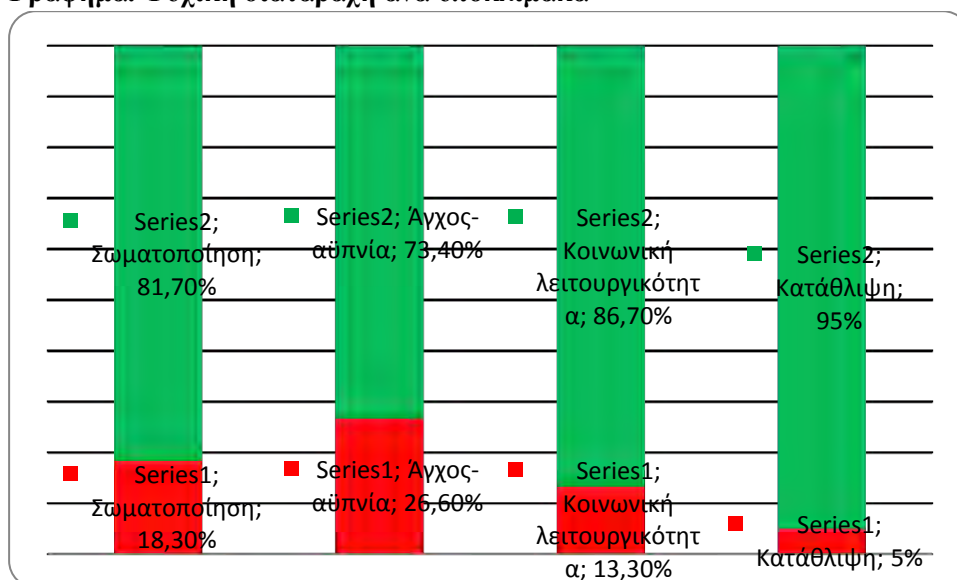
Κάποιες μορφές πάθηση αναφέρεται από το 13,3% των συμμετεχόντων. Κατάθλιψη ανέφερε ένα άτομο (1,6%)

Πίνακας. Παθήσεις αναφερόμενες από τους συμμετέχοντες

	N	%
χολοκυστοπάθεια-έλκος στομάχου	1	1,60%
ευερέθιστο έντερο	1	1,60%
κατάθλιψη	1	1,60%
Ca	1	1,60%
θυρεοειδοπάθεια	1	1,60%
προστατίτιδα	1	1,60%
Αρτ. Υπέρταση	1	1,60%
υπερλιπιδαιμία	1	1,60%
Σύνολο	8	13,3%

Το υψηλότερο ποσοστό εμφανίζουν οι αγχώδεις διαταραχές (26,6%) και έπεται η σωματοποίηση.

Γράφημα. Ψυχική διαταραχή ανά υποκλίμακα



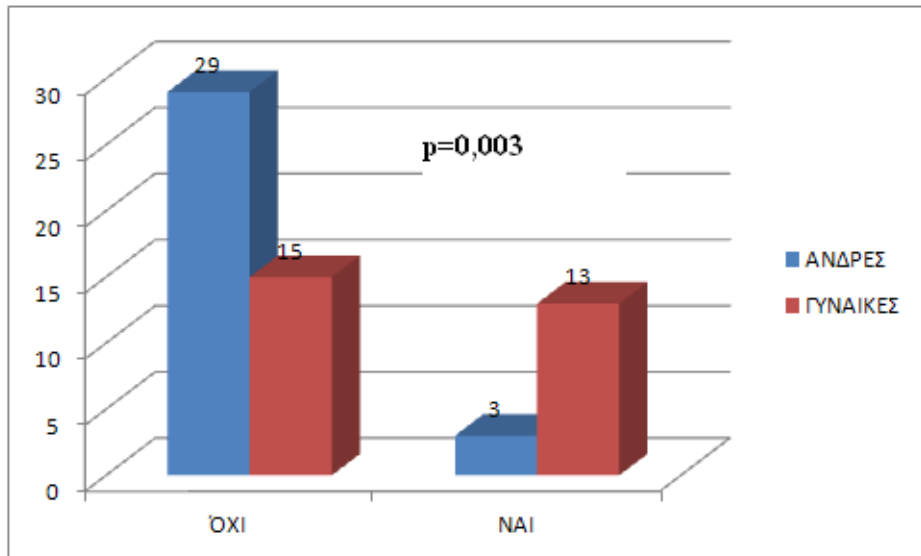
II.Επαγωγική στατιστική

Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν με το φύλο και την ιδιότητα. Οι γυναίκες και οι νοσηλευτές παρουσίαζαν υψηλά ποσοστά ψυχικής διαταραχής σε σχέση με τους άνδρες και τους ιατρούς (46,4% των γυναικών έναντι 9,3% των ανδρών και 40% των νοσηλευτών έναντι 13,3% των ανδρών). Παράλληλα, οι άγαμοι διέφεραν οριακά από τους έγγαμους (41,65% έναντι 16,8%, $p=0,065$).

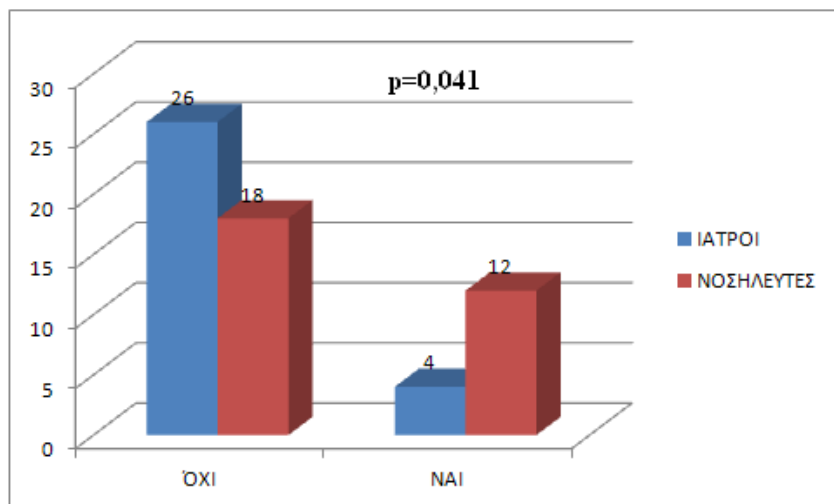
Πίνακας. Μονομεταβλητή ανάλυση

	Πιθανές κλινικές περιπτώσεις GHQ (%)	P
ΦΥΛΟ		
άνδρες	9,30%	0,003
γυναίκες	46,40%	
ΗΛΙΚΙΑ		
≤38 έτη	35,50%	0,110
<38 έτη	17,20%	
Οικ.Κατάσταση		
Ανύπαντρος	41,60%	0,065
Παντρεμένος	16,80%	
Χρόνια εργασιακής εμπειρίας στην παρούσα θέση		
≤ 5έτη		0,25
>5 έτη		
Ιδιότητα		
ιατρός	13,30%	0,041
νοσηλευτής	40,00%	
Ωράριο		
Σταθερό	28,5%	0,431
Κυκλικό	43,7%	
X ² test		

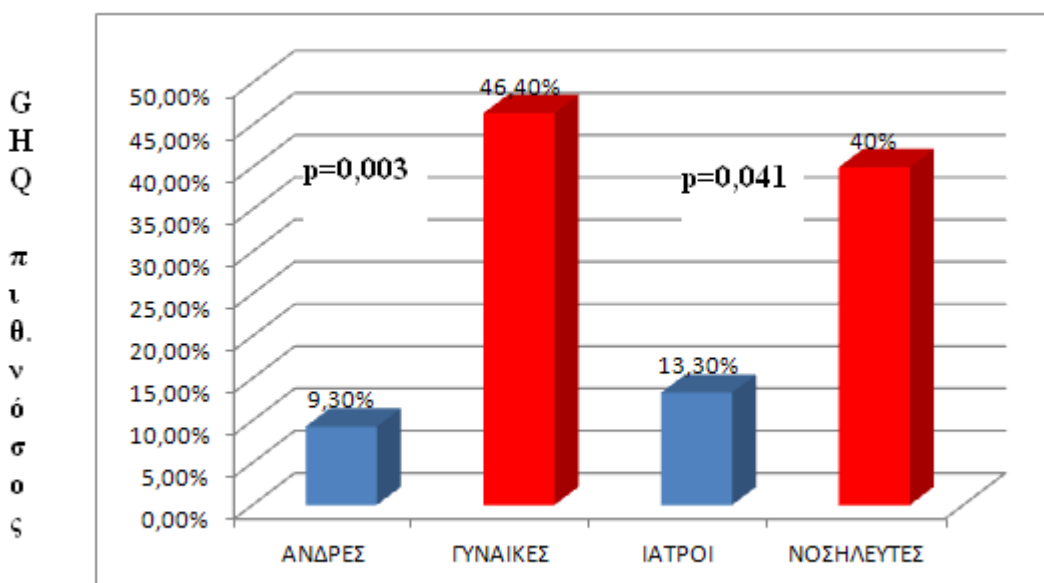
Γράφημα. Διαφορά ανδρών - γυναικών



Γράφημα. Διαφορά ιατρών-νοσηλευτών



Γράφημα. Οι κύριες διαφορές στο φύλο και την ιδιότητα ως προς την ψυχική επιβάρυνση



Σε ένα μοντέλο λογαριθμιστικής παλινδρόμησης, που περιέλαβε τους πιθανούς προγνωστικούς παράγοντες της ψυχικής επιβάρυνσης. Οι *γυναίκες* είχαν 7 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα (1/0,138) από τους άνδρες να εμφανίσουν σημαντική ψυχοπαθολογία (κλίμακα GHQ).

Πίνακας. Μοντέλο λογαριθμιστικής παλινδρόμησης για τις μεταβλητές τις προγνωστικές της ψυχικής υγείας.

Μεταβλητές στην εξίσωση	B	S.E.	Wald	Df	p	Exp(B)
ΦΥΛΟ(άνδρας)	-1,978	,861	5,273	1	,022	0,138 (0,026-0,748)
Οικ.κατασταση (ανύπαντρος)	,875	,803	1,186	1	,276	2,398
Ιδιότητα Νοσηλευτής(Ιατρός)	,147	,984	,022	1	,881	1,158
Σταθερά	-,677	,704	,924	1	,336	,508

4.5. Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια να μελετηθεί η ψυχική επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε ιδιωτικές κλινικές και να ανιχνευτούν εκείνοι οι παράγοντες που ενδέχεται να καθορίζουν τη βαρύτητα και τη συχνότητα εμφάνισης των ψυχικών διαταραχών. Σύμφωνα με τα ευρήματα, η ιδιότητα του επαγγελματία υγείας, το φύλο του και η οικογενειακή του κατάσταση επηρεάζουν την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες, οι νοσηλευτές και οι ανύπαντροι έχουν περισσότερες πιθανότητες ψυχικών κλινικών εκδηλώσεων, με το φύλο να παίζει ιδιαίτερα επιβαρυντικό ρόλο.

Τα ευρήματα αυτά είναι παρόμοια εκείνων που απαντώνται και σε άλλες έρευνες του είδους, ειδικά στο σκέλος που αφορά τις γυναίκες, όπου φαίνεται σχεδόν διπλασιασμός της συχνότητας της ψυχικής διαταραχής σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Πράγματι, σε πληθυσμό εργαζομένων, στον οποίο ελέγχθηκε η ευαισθησία και η ειδικότητα του GHQ (στις εκδοχές των 12 και 28 ερωτήσεων) βρέθηκε ότι η συχνότητα της αγχώδους διαταραχής και της σωματοποίησης ήταν 23% και 19% αντίστοιχα, ενώ των συναισθηματικών διαταραχών έφτανε το 13,8%. [31].

Σε έρευνα σε ενήλικες στο γενικό πληθυσμό στην Τουρκία βρέθηκε ότι το 34% των γυναικών και το 22% των ανδρών ενέπιπταν στην κατηγορία των «πιθανών» κλινικών περιπτώσεων, με βάση τις τιμές του GHQ. Οι γυναίκες 64% περισσότερες πιθανότητες αν εμφανίσουν ψυχολογικές διαταραχές σε σχέση με τους άνδρες [32].

Μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αναμένεται υψηλότερη ψυχοπαθολογική επιβάρυνση. Πράγματι, σε μελέτες που έχει χρησιμοποιηθεί το GHQ, έχει βρεθεί ότι η ψυχική υγεία, ιδιαίτερα των νοσηλευτών εμφανίζει σημαντική επιβάρυνση και ότι η κακή ψυχική υγεία αποτελεί προγνωστικό παράγοντα σφαλμάτων και ατυχημάτων κατά την εργασία τους [33].

Σε έρευνα στη Μάλτα που πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του GHQ-28 βρέθηκε ότι το ήμισυ σχεδόν (49%) των ιατρών είχε σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση [34].

Η οικογενειακή υποστήριξη παίζει σημαντικό ρόλο. Σε παλαιότερη μελέτη των Whiteny et al (), είχε βρεθεί ότι οι ανύπαντροι ιατροί ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά καταθλιπτικών διαταραχών σε σχέση με τους παντρεμένους [35]. Περίπου το 38% των νοσηλευτών στη Ν.Κορέα εκδηλώνουν συμπτώματα κατάθλιψης και οι νέοι, ανύπαντροι νοσηλευτές είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι. Η έλλειψη οικογενειακής υποστήριξης, η εργασιακή ανασφάλεια και η έλλειψη ανταμοιβής πολλαπλασιάζουν τον κίνδυνο εκδήλωσης ψυχοπαθολογίας [36].

Ανάλυση πολλαπλής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης έδειξε ότι η χαμηλότερη θέση στην ιεραρχία και η κατανάλωση αλκοόλ συνδέονταν με συχνότερες καταθλιπτικές εκδηλώσεις, ενώ αντίθετα την ψυχική υγεία ευνοούσε η επίβλεψη, η καλή φυσική κατάσταση και η υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση [37]. Στη μελέτη των Myhren et al βρέθηκε οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας (νοσηλεύτριες και ιατροί) ήταν περισσότερο ευάλωτες σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους

στην εκδήλωση ψυχολογικών διαταραχών και επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως και οι επαγγελματίες υγείας, με λιγότερα χρόνια εμπειρίας [38].

Έχει βρεθεί ότι μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας οι πλέον ευάλωτες ομάδες στην εκδήλωση ψυχολογικές διαταραχών ήταν οι νοσηλευτές (σε ποσοστό 66%), οι βοηθοί ιατρών (61,8%), οι ιατροί (38%), το διοικητικό προσωπικό (36%) και οι τεχνολόγοι (32%). Η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη και η ένταση της εργασίας ήταν προγνωστικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης [39].

Φαίνεται πως οι ιατροί, με εξαίρεση ίσως τους νεότερους εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά ψυχικών διαταραχών, σε αντίθεση με τους νοσηλευτές. Σε γενικές γραμμές οι νοσηλευτές τείνουν να εμφανίζουν ψυχολογικές διαταραχές σε ποσοστά 30-35%, ενώ οι ιατροί 27-30%. Οι ιατροί απολαμβάνουν συνήθως υψηλότερων εισοδημάτων και κοινωνικής θέσης, παράγοντες που πιθανόν να δρουν προστατευτικά απέναντι στην ανάπτυξη ψυχικής νόσου. Ωστόσο, το αντιλαμβανόμενο stress για το σύνολο των επαγγελματιών υγείας στη μελέτη του Chan κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα, της τάξης του 45-50%, όταν στο γενικό πληθυσμό βρίσκεται κοντά στο 15-18% (δεδομένα από Σουηδία και Γερμανία). Ωστόσο παρόμοια ευρήματα αναφέρονται και σε άλλες χώρες (πχ ΗΠΑ, όπου το stress και η εξουθένωση αναφέρονται από το 22-60% των επαγγελματιών υγείας). Πρέπει επίσης να τονιστεί το υψηλό ποσοστό καπνιστών στην παρούσα μελέτη, που προβληματίζει για την επιτυχή αντικαπνιστική παρέμβαση στους επαγγελματίες υγείας [40].

Συμπερασματικά, οι γυναίκες, οι νοσηλευτές και οι ανύπαντροι διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών. Ωστόσο, το θήλυ φύλο παραμένει ο κυριότερος προβλεπτικός παράγοντας της ψυχολογικής καταπόνησης στους επαγγελματίες υγείας. Το γεγονός αυτό πιθανότατα αντανακλά τη γενικότερη ευπάθεια που καταγράφεται στις διάφορες μελέτες των γυναικών στην ανάπτυξη ψυχολογικών διαταραχών μέσα στο δεδομένο κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο. Πράγματι, οι διαφορές φύλου, τουλάχιστον σε ορισμένα προβλήματα ψυχικών διαταραχών, πρέπει να αντιμετωπίζονται στο πλαίσιο της επίδρασης που έχουν στις γυναίκες δομικά ζητήματα της κοινωνίας, όπως το χαμηλό εισόδημα και οι ανταγωνιστικοί ρόλοι, η κοινωνικοποίηση και οι φυλετικές προκαταλήψεις. Υπάρχει ανάγκη να δοθεί μία ικανοποιητική ερμηνεία αλλά και απάντηση σε όλες εκείνες τις παραμέτρους (βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές) οι οποίες οδηγούν τις γυναίκες σε υψηλά ποσοστά ψυχοπαθολογίας. Ο ρόλος της γυναίκας στη φροντίδα, ο φόρτος εργασίας, οι ιδιαιτερότητες των τμημάτων και η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται πως επηρεάζουν σημαντικά το ψυχικό φορτίο των γυναικών, σε ένα λειτούργημα που παραμένει «γένους θηλυκού» [41].

4.6.Περιορισμοί

Η δειγματοληψία δεν ήταν συστηματική, καθώς επρόκειτο για δείγμα ευκολίας και το μέγεθος του δείγματος ήταν μικρό. Υπήρχαν επίσης περιορισμοί λόγω προσβασιμότητας σε ανθρώπινους πόρους και μια τυχαία δειγματοληψία, αν ήταν εφικτή, θα εξυπηρετούσε καλύτερα τους σκοπούς της μελέτης, καθώς θα οδηγούσε σε αντιπροσωπευτικότερο δείγμα. Η μελέτη αυτή επίσης πραγματοποιήθηκε στις ιδιωτικές χειρουργικές κλινικές του κέντρου της πόλης, που είναι μικρής δυναμικότητας κλινών και απασχολούν συγκριτικά περιορισμένο αριθμό ατόμων, οπότε η γενίκευση των αποτελεσμάτων πρέπει να γίνεται με επιφύλαξη. Σε κάποιες κλινικές ο βαθμός ανταπόκρισης ήταν πολύ μικρός. Όσοι δεν ανταποκρίθηκαν πιθανόν να ήταν και οι πλέον ψυχικά φορτισμένοι και να θεώρησαν τις ερωτήσεις πολύ «ευαίσθητες». Επίσης επρόκειτο για συγχρονική μελέτη, οπότε η αιτιολογική σύνδεση των ευρημάτων δεν αποδεικνύεται. Ωστόσο, τα ευρήματα και η συμφωνία τους με τα πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα δείχνουν την ανάγκη περαιτέρω μελέτης της ψυχικής υγείας των επαγγελματιών υγείας, αλλά και την ανάγκη λήψης μέτρων από τη μεριά της πολιτείας, ώστε να περιοριστούν οι επαγγελματικοί κίνδυνοι, με προφανή οφέλη για τους ασθενείς και το προσωπικό των κλινικών.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- 1.**WHO.** Promoting mental health concepts. Emerging evidence – Practice. A report of the world health organization, department of mental health and substance abuse in collaboration with the Victorian health promoting foundation and the university of Melbourne. 2005 σελ 2-15.
- 2.**Linda Bolier, Sarah M. Katelaar, Karen Nieuwenhuijsen, K. Odile Smeets, Fania R. Gartner, Judith Sluiter.** Workplace mental health promotion online to enhance well-being of nurses and allied health promotion online nals : A cluster – randomized Controlled trial 2014; Σελ 196-204.
- 3.**Eby Brown- Nancy Brown.** Η νοσηλευτική στην ψυχική υγεία. Δεύτερη έκδοση. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος 2009. Σελ 4-15.
- 4.**National Prevention Strategy.** Mental and emotional Well- Being. 2014
- 5.**Juan M Garcia-Gomez. Patricia Paniagua – Paniagua (Eds).** Information and communication technologies applied to mental health. Editorial Universitat Politecnica de Valencia 1st workshop on ICT applied to mental health Valencia, Spain, October 4th, 2012.
- 6.**Gina Duncan, M.D.** Mental health checkup lack of illness vs health. American psychiatric Association. September 2010.
- 7.**Foerschner Allison M.** The history of mental illness: From << Skull Drills>> to <<Happy pills>>. 2010 vol 2. No. 09 PG 114.
- 8.**Robert Kohn, Shekhar Sxena, Itzhak Levar, Benedetto Saraceno.** The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ Vol.82 n.II Genebra Nov 2004.
- 9.**Marcia Angell.** The epidemic of mental illness: Why? The New York review of books, June 23, 2011.
- 10.**Νικηφόρος Β. Αγγελόπουλος.** Ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία. Μια σύγχρονη Ψυχιατρική 1. Ιατρική Νοσολογία και 4. Ψυχιατρική θεραπευτική. Τόμος Α. Ιατρικές εκδόσεις ΜΕΛΕ 2009. Σελ 398-660.
- 11.**Victoria Langston, NEIL Greenberg, Nicola Fear, AMY IVERSEN, Crare French and Simon Wessely.** Stigma and mental health in the Royal Navy. A mixed methods paper. Journal of mental health. February 2010; 19 (1): 8-16.
12. **Richards, Kelly C. Campenni, C. Estelle, Muse- Burke , Janet L.** Self care and well being in mental health professionals : the wediating effects of self – awareness and mindfulness. 32 (3) 2010.
- 13.**Benjamin Vicente, Sanra Saldivia and Robert Kohn.** Epidemiology of mental health disorders, use of service, and treatment gap in Chile. International journal of mental health, volui, no-1, spring 2012, PP.7-20.

14.Prem Chopra. Mental health and the workplace: issues for developing countries. International Journal of mental health systems 2009. 3:4.

15.Linda Seymour. Common mental health problems at work. What we how know about successful interventions. A progress review 2010 Σελ 2-14.

16.Karim Babayi Nadinloyi, Hasan Sadeghi, Nader Hajloo. Relationship Between job satisfaction and employees mental health. Procedia- social behavior sciences 84 2013 Σελ 293-297.

17.Cottini Elena; Lucifors, Claudio. Mental health and working conditions in European countries. January 2010.

18.Leardi S, Pietroletti R, Angeloni G, Necozone S, Renalleta G, Del Gusto B. Randomized clinical trial examining the effect of music therapy in stress response to day surgery. Br J Surg. 2007 Aug; 94 (8): 943-7.

19. Fania R. Gartner. Work functioning impairments due to common mental disorders. Measurement and prevention in nurses and allied health professionals. 2012; 23-50.

20.Sara Fry and Megan – Jane Johnstone. Ζητήματα ηθικής στη νοσηλευτική πρακτική. Ένας οδηγός για τη λήψη ηθικής αποδεκτών αποφάσεων. Μετάφραση- επιμέλεια Χρυσούλα Β. Λεμονίδου. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης 2005 Σελ 84.

21.Priscilla Lemone, Karen Burke. Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική. Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα τους ασθενούς. Τόμος 1, έκδοση 3. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος Σελ 7.

22.Μαίρη Γκούβα- Ευαγγελία Κοτρώτσιου. Ψυχολογικά ζητήματα σε ιστορίες φροντίδας. Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος 2011 Σελ 35.

23.Elsevier Masson. Evaluation of the level and his indicators in physicians working in operating room. 2012 Dec ; ui (12 pt 1) : e 577-85.

24.www.medlook.net/εργασία-και-υγεία/2014-02-17-19-00-57-663.html

25.A Sahraian MD, A Fazelzadeh MD, A.R. MehdizadehMD. Phd and s.H. Toobae MD. Burnout in hospital nurses : a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. International nursing review 2008, 55. Σελ 62-67.

26.Yasuharu Tokuda, Keiko Hayano, Makiko Ozaki, Seiji Bito, Haruo Yanai and Shumzo Koizumi. The internationships between working conditions, job satisfaction, burnout and mental health among hospital physicians in Japan: 9 path analysis. Industrial health 2009, 47, Σελ 166-172.

- 27. Terje Fredheim, Lars J Danbolt, Ole R Haavet, Kvi Kj and Lars Liey.** Collaboration between general practioners and mental health care professionals: a qualitative study. *International Journal of mental health systems* 2011 5: 13
- 28. Δρ. Χριστίνα Δαρβίρη.** Προαγωγή υγείας Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2010. Σελ 46-47.
- 29. Mahmut Reha Bayar, MD, Burc Cagri Poyraz, MD, Cana Aksoy- Pouraz, MD and Mehmet Kemal Arikan MD.** Reducing Mental illness Stigma in Mental health Professionals using a web-based approach. 2009 Vol 46, No 3 226-230.
- 30. Garyfallos G, Karastergiou A, Adamopoulos A, Moutzoukis C, Alagiozidou E, Mala D, Garyfallos A.** Greek version of the General Health Questionnaire : accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84:371-378.
- 31. Makowska Z, Merez D, Moscicka A, Kolasa W.** The validity of general health questionnaires, GHQ-12 and GHQ-28, in mental health studies of working people. *Int J occup Med Environ Health.* 2002;15(4) 353-62.
- 32. Kadioglu H, Ergun A, Yildiz A.** Screening of mental health problems with GHQ-28 in a sample of Turkish community Dwelling adult people *MUSBED* 2013; 3(3): 115-120.
- 33. Animura M, Imai M, Okawa M, Fujimura T, Yamada N.** Sleep, mental health status and medical erros among hospitals nurses in japan. *Ind Health* 2010;48(6):811-7.
- 34. Taylor- East R, Grech A, Gatt C.** The mental health of newly graduated doctors in malta. *Psychiatr Danub* 2013; 25 suppl 2: (5) : 250-5.
- 35. Whitley Tw, Allison Ej Jr Gallery ME, cockington RA, Gaudry P Heyworth J, Revicki DA.** Work- related stress and deression among practicing emergency physicians: an international study. *Ann Emerg Med* 1994; 23(5):1068-71.
- 36. Yoon Sl, Kim JH.** Job related stress, emotional labor and depressive symptoms among Korean nurses. *J Nurs Scholarsh.* 2013;45(2):169-76.
- 37. Gao YQ, Pan Bc, Sun W, WuH, Wang JN, Wang L.** Depressive symptoms among Chinese nurses prevalence and the associated factors. *J Adr Nurs.* 2012;68(5): 1166-75.
- 38. Myhren H, Ekeberg O, Stokland O.** Job satisfaction and burnout among intensive care unit nurses and physicians. *Crit Care Res Pract.* 2013;786176.
- 39. Chon LP, Li CY, Hu Sc** Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. 2014;4(2) : e 004185.
- 40. Bergdahl J, Bergdahl M.** Perceived stress in adults : prevalence and association of depression, anxiety and medication in a Swedish population. *Stress and Health.* Chan Y. Job satisfaction, stress

and mental wellbeing of health care workers in a regional public hospital Thesis. The university of Hong Kong (Pok fulam, Hong Kong 2012) . 2002: 18(5) : 235-241

41. Μαράτος – Αλιπράντη, Λ. Οι ρόλοι των δυο φύλων στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία: Καταμερισμός ή συνέργεια; Δομές και σχέσεις εξουσίας στη σημερινή Ελλάδα. 2000,. Αθήνα : Ίδρυμα Σ. Καράγιωργα, Πριοβόλου Ε. Η θέση της γυναίκας σήμερα. 2010, Αθήνα: Καστανιώτη Σελ 482-498

Παράρτημα

Πίνακας 1

Table 1. The three search categories and its search terms.

PICO search categories	Patients / population: Nurses and allied health professionals	Intervention/ exposure: Common mental disorders	Outcomes: Work functioning
Terms that (or synonyms of which) were used as subject headings and/or text words	Nurses Surgical nurses Nurse anaesthetics Dietician Occupational therapist Physiotherapist Speech therapist Dental hygienist Cesar exercise therapist Mensendieck remedial therapist Orthoptist Podiatrist Radiation therapist Optometrist Skin therapist	Common mental disorder Mental disease Mental illness Psychological disorder Adjustment disorder Anxiety disorder Agoraphobia Obsessive compulsive disorder Panic disorder Post traumatic stress disorders Mood disorder Affective disorder Depression Neurasthenia Sleep disorder Substance-related disorder Alcoholism Burnout Occupational stress Mental fatigue	Mental processes Mental functions Orientation Trust Arousal Attention Wakefulness Memory Psychomotor performance Affect Hardiness Resilience Expressed emotions Perception Thinking Problem solving Decision making adaptation Communication Coping Assisting Interpersonal relations Role functioning Identification Self esteem Self-efficacy Vigilance Responsibility Errors Safety Accident Cognitive deficits Effort Tasks Productivity Dysfunction Job performance Impairments Presenteeism Needle stick injury Work ability

Πίνακας 2

Table 2 Maslach Burnout Inventory subclass scores for 180 participating nurses

<i>Variables</i>	<i>Burn</i>	<i>Psychiatry</i>	<i>Surgery</i>	<i>Internal</i>	<i>Total</i>	<i>P-value</i>
Emotional exhaustion						0.023
Number	45	45	46	44	180	
Mean	26.11	26.93	19.3	16.60	25.8	
Standard error	1.80	4.75	4.74	1.41	0.87	
Depersonalization						0.001
Number	45	45	46	44	180	
Mean	5.14	6.869	5.35	6.262	5.90	
Standard error	1.3	0.664	0.633	0.651	0.34	
Personal accomplishment						0.000
Number	45	45	46	44	180	
Mean	36.199	30.36	26.159	26.726	29.56	
Standard error	2.31	1.18	1.12	1.58	1.07	