



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Επιβάρυνση της υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού που
εργάζεται σε δομές φροντίδας και φιλοξενίας ψυχιατρικών
ασθενών

Φοιτήτρια: Αναστασία Τσιάβα (Α.Μ. 17354)

Επιβλέπουσα: Αθηνά Πάσχου

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

2019

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αυτή η εργασία συντάχθηκε με σκοπό να κατανοήσουμε τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε δομές φροντίδας και φιλοξενίας ψυχιατρικών ασθενών. Οι παράγοντες που προκαλούν τα προβλήματα αυτά θα αναλυθούν εκτενέστερα παρακάτω και θα δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην επιβάρυνση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ψυχιατρικών νοσηλευτών καθώς θα προταθούν και λύσεις ώστε να μπορεί ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας να αντιμετωπίζει με ψυχραιμία οποιαδήποτε δύσκολη κατάσταση.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
SUMMARY.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	7
1.2 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ.....	8
1.2.1. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	9
1.2.2. ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΟΣ».....	10
1.3 ΕΙΔΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1.ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	13
2.2.ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	15
3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	15
3.1.1 ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	15
3.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	17
3.3. ΜΙΑ ΓΕΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ.....	17
3.3.1. ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	17
3.3.2. ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	19
3.3.3. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ ΚΑΙ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	20
3.4. ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	22
3.5.ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΩΝ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	23

3.5.1. ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.....	23
3.5.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ.....	25
3.5.2.1. ΒΙΑ ΕΝΑΝΤΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.....	25
3.5.2.2. ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ.....	27
3.5.3 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΠΑΡΕΝΟΣΛΗΣΗ.....	28
3.5.3.1. ΔΡΑΣΤΕΣ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΠΑΡΕΝΟΧΛΗΣΗΣ.....	29
3.5.3.2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΠΑΡΕΝΟΧΛΗΣΗΣ.....	29
3.5.3.3. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.....	30
3.5.3.4. ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ.....	31
3.6. ΑΓΧΟΣ.....	31
3.6.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΑΓΧΟΣ ΣΤΟΥΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ.....	31
3.6.2. ΑΓΧΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.....	32
3.6.3. ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ.....	32
3.7. BURN-OUT.....	33
3.7.1. ΟΡΙΣΜΟΣ BURN-OUT.....	33
3.7.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΕ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ BURNOUT.....	33
3.7.3. ΒΙΑ ΚΑΙ BURN-OUT.....	35
3.7.4. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ BURNOUT.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	38
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	40

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία αυτή έγινε με σκοπό τη διερεύνηση των παραγόντων που επιβαρύνουν την υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε δομές φροντίδας και φιλοξενίας ψυχιατρικών ασθενών. Η επιβάρυνση είναι ένα φαινόμενο το οποίο επηρεάζει σημαντικά τη σωματική και ψυχική υγεία των ψυχιατρικών νοσηλευτών με αποτέλεσμα να μην αποδίδουν όπως θέλουν τόσο στο χώρο εργασίας τους όσο και στις καθημερινές τους υποχρεώσεις.

Στην εργασία αυτή αρχικά γίνεται λόγος στην ιστορική αναδρομή της νοσηλευτικής καθώς και για στην Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και στο εθνικό πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΟΣ». Ακόμη γίνεται αναφορά στα είδη των ψυχιατρικών δομών. Στη συνέχεια αναγράφονται οι στόχοι και οι σκοποί της εργασίας αυτής. Ακόμη αναφέρονται οι ορισμοί της ψυχικής υγείας, της ψυχικής νόσου και της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας. Επιπλέον γίνεται λόγος στο ρόλο του νοσηλευτή τόσο γενικά όσο και στην αντιμετώπιση ασθενών με σχιζοφρένεια και στον ορισμό της επιβάρυνσης.

Στα αποτελέσματα παρουσιάζουμε τα προβλήματα που προκύπτουν και επηρεάζουν την καθημερινότητα και την υγεία των νοσηλευτών που εργάζονται σε δομές φροντίδας και φιλοξενίας ψυχιατρικών ασθενών, όπως είναι ο υψηλός φόρτος εργασίας, η έλλειψη προσωπικού, η λεκτική και η σωματική βία που ασκείται στους ψυχιατρικούς νοσηλευτές κ.α. Όλοι αυτοί οι παράγοντες δημιουργούν άγχος στους νοσηλευτές και μπορούν να οδηγηθούν στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Τέλος αναφέρονται προτάσεις και ιδέες σχετικά με την πρόληψη και την αντιμετώπιση του άγχους και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Λέξεις κλειδιά: Νοσηλευτές που εργάζονται σε Ψυχιατρική κλινική, Ψυχιατρική κλινική, νοσηλευτική, Ψυχιατρική νοσηλευτική, επαγγελματική εξουθένωση, βία, σεξουαλική παρενόχληση.

SUMMARY

The purpose of this essay is to investigate the factors affecting the health of nursing staff working in psychiatric care and hospital facilities. The burden is a phenomenon which significantly affects the physical and mental health of the psychiatric nurses and as a result they do not perform as they would in their workplace and daily responsibilities.

This work first deals with the historical retrospective of nursing as well as the psychiatric reform took place in Greece and the national program "PSYCHARGOS". Additionally, the types of psychiatric structures are mentioned. The goals and objectives of this essay are outlined below. The definitions of mental health, mental illness and nursing mental health are also mentioned. Furthermore, the role of the nurse is generally discussed both the treatment of schizophrenia patients and the definition of burden.

The results show the problems that affect the day-to-day routine and health of nurses, such as large workload volume, lack of staff, verbal and physical violence practiced by psychiatric nurses and more. All these factors cause stress for nurses and can lead to emotional rash syndrome. Finally, suggestions and ideas are mentioned, which can contribute in dealing with anxiety and burn-out syndrome are mentioned.

Key words: Nurses working in Psychiatric clinic, Psychiatric clinic, nursing, Psychiatric nurse, burn-out, violence, sexual harassment.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται την επιβάρυνση της υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε δομές φροντίδας και φιλοξενίας ψυχιατρικών ασθενών. Ο όρος επιβάρυνση θα μπορούσαμε να πούμε πως είναι ένα φαινόμενο που έχει λάβει παγκόσμιες διαστάσεις. Στην ουσία είναι μια κατάσταση η οποία έχει αρνητική επίδραση στην σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία του ανθρώπου.

Οι νοσηλευτές που έρχονται σε επαφή με ασθενείς με ψυχικά προβλήματα, έρχονται σε επαφή με πληθώρα προβλημάτων. Αρχικά το μεγαλύτερο ποσοστό των ψυχιατρικών νοσηλευτών έχουν πέσει θύματα λεκτικής ή και σωματικής βίας από τους ψυχιατρικούς ασθενείς. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργούνται φόβοι στους νοσηλευτές, ανασφάλεια και άγχος. Άλλοι παράγοντες που επιβαρύνουν την υγεία των ψυχιατρικών νοσηλευτών είναι ο αυξημένος αριθμός ασθενών σε συνδυασμό με την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, ο χαμηλός μισθός, οι ουτοπικές προσδοκίες που έχουν οι νοσηλευτές για την βελτίωση των ασθενών, η μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, καθώς και το πως πρέπει να διαχειριστούν την αξιολόγηση κινδύνου αυτοκτονίας. Όλοι αυτοί οι παράγοντες δημιουργούν άγχος στους νοσηλευτές και μπορούν να τους οδηγήσουν σε αποπροσωποποίηση και σε σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-out).

Έτσι λοιπόν σκοπός των νοσηλευτών ψυχικής υγείας είναι να αναπτύξουν στρατηγικές ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα αυτά και να οδηγηθούν σε σωματική και ψυχική ευεξία.

1.1. Ιστορική αναδρομή

Η νοσηλευτική αποτελεί μία τέχνη η οποία εμφανίστηκε για πρώτη φορά στην πρωτόγονη εποχή. Την εποχή εκείνη οι άνθρωποι δημιουργούσαν μικρές κοινωνίες. Στις κοινωνίες αυτές ορισμένοι αναλάμβαναν να φροντίζουν τους πιο ηλικιωμένους και τους

πάσχοντες, ανακουφίζοντάς τους και βοηθώντας τους στις βασικές τους ανάγκες (deWit, 2001). Από την πρωτόγονη εποχή κιόλας, υπήρχε το φαινόμενο των ψυχιατρικών διαταραχών. Το συμπέρασμα αυτό προκύπτει από τα τρυπανισμένα κρανία που βρέθηκαν σε ανασκαφές. Ήταν μια τακτική που σκοπό είχε να ελευθερώσει το σώμα από τις ανησυχίες του (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012). Κατά την χρονική περίοδο των σταυροφοριών (1100-1200 μ.Χ), η νοσηλευτική αναγνωρίστηκε ως επιστήμη (deWit,2001).

Μετά από πολλά χρόνια, στο δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα, ξεκίνησε η περίθαλψη των ψυχιατρικών ασθενών και δημιουργήθηκαν ειδικά ιδρύματα για την νοσηλεία και θεραπεία των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012). Στην Ελλάδα το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο ιδρύθηκε το 1835 στην Κέρκυρα. 20 χρόνια αργότερα ιδρύθηκε στην Αθήνα το Δρομοκαΐτειο το οποίο ήταν αφιλοκερδής προσφορά του Ζάννη Δρομοκαΐτη. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως το κράτος τότε δεν θεωρούσε σημαντική την παροχή χρημάτων για τους ψυχιατρικούς ασθενείς. Στα τέλη του εμφύλιου πολέμου ο οποίος διήρκεσε 3 χρόνια, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση του πληθυσμού που είχε εισαχθεί στα Ψυχιατρεία, με αποτέλεσμα τα Ψυχιατρεία να ήταν υπερπλήρη από ασθενείς που είχαν εγκαταλειφθεί από τους συγγενείς τους είτε επειδή είχαν σκοτωθεί, είτε ήταν φτωχοί, είτε ήταν φυλακισμένοι, είτε είχαν διωχθεί στην εξορία. Στα τέλη του δευτέρου Παγκόσμιου Πόλεμου στη Γαλλία και στις κάτω χώρες το 50% των ασθενών που ήταν στα ψυχιατρεία πέθαινε ασιτία (Σακέλλης, 2009).

1.2. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι ένα πρόγραμμα το οποίο έχει σκοπό να εξαλείψει το φόβο που δημιουργείται σε μία χώρα ή μια κοινωνία για το διαφορετικό, να κυριαρχήσει η κουλτούρα συμμετοχής των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές στα κοινά, καθώς επίσης τα άτομα αυτά, να λαμβάνουν ευθύνες και να αποκτήσουν ένα βαθμό ανεξαρτησίας και αυτό-φροντίδας . Ακόμη, θεωρεί σημαντικό να τους δίνεται η ευκαιρία να συμμετέχουν σε δραστηριότητες οι οποίες ενισχύουν τόσο τη γενική όσο και την ψυχική τους υγεία (Σακέλλης, 2009). Στην ουσία δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να

είναι ενεργός πολίτης, να είναι ενταγμένος στην κοινωνία και να μπορεί να δρα αυτόνομα σε οικονομικά θέματα που τον αφορούν (Depastas, 2018). Για να μπορέσει να ενσωματωθεί ένα τέτοιο πρόγραμμα σε μία χώρα ή μία κοινωνία αντίστοιχα, θα πρέπει αυτή να είναι εκσυγχρονισμένη, να θέλει να εξελιχθεί, να είναι διαλεκτική και μέσα σε αυτή, να πραγματοποιούνται διάφορες δραστηριότητες οι οποίες αποσκοπούν στην βελτίωση της ποιότητας των ανθρώπινων σχέσεων (Σακέλλης, 2009).

1.2.1 Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα έκανε την εμφάνισή της το 1981 (Σακέλλης, 2009). Μέχρι το 1983 η Ελλάδα αποτελούνταν από 9 δημόσια και 40 ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Μέσα σε αυτά άνηκε και το ψυχιατρικό άσυλο της Λέρου (Depastas, 2018). Το 1957 στην Λέρο ιδρύθηκε ένα άσυλο το οποίο θα μπορούσε να φιλοξενήσει γύρω στους 200 ψυχιατρικούς ασθενείς. Απώτερος σκοπός της δημιουργίας αυτού του Ασύλου ήταν η αποσυμφόρηση των μεγάλων ψυχιατρείων. Σε σύντομο χρονικό διάστημα όμως (1964), ο αριθμός των έγκλειστων ασθενών έφτασε στους 2500. Την χρονική περίοδο 1980-1981 οι τραγικές καταστάσεις που επικρατούσαν, καθώς επίσης και η έλλειψη κρατικής φροντίδας, οδήγησαν τους γιατρούς σε διαμαρτυρία. Την ίδια στιγμή διέρρευσε φωτογραφικό υλικό που απεικόνιζε γυμνούς ασθενείς. Οι φωτογραφίες αυτές και γενικά η όλη κατάσταση που επικρατούσε έφθασε μέχρι την Ευρωπαϊκή Επιτροπή των Βρυξελλών με αποτέλεσμα να γίνει καταγγελία στην Ελλάδα για παραβίαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η τότε Κυβέρνηση της Ελλάδας πρόβαλε ως αντίλογο την οικονομική ανεπάρκεια ως αδυναμία χρηματοδότησης μιας ολοκληρωμένης αναμόρφωσης της ψυχιατρικής περίθαλψης (Σακέλλης, 2009).

Την εποχή εκείνη (1980) η Ελλάδα αποτελούσε ένα από τα νεότερα μέλη της ΕΟΚ. Ο επίτροπος Stabenon έκανε μία πρόταση για χρηματοδότηση 120 εκατομμύρια Ecu εάν βέβαια το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας παρέδιδε ένα πρόγραμμα που θα διαρκούσε πέντε χρόνια. Το πρόγραμμα αυτό ορίστηκε ως Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση η οποία προέβλεπε τη λειτουργία 400 καινούριων δομών με 25 ΚΨΥ, 600 Ψυχιατρικές κλίνες οι οποίες θα τοποθετούνταν σε Γενικά νοσοκομεία, πολλές κατασκευαστικές στα άσυλα και αρκετές μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Σακέλλης, 2009). Είναι σημαντικό

να αναφερθεί ότι μέχρι το 1996 έγιναν αρκετές βελτιώσεις στις προϋπάρχουσες υπηρεσίες. Μάλιστα το 1990 ιδρύθηκε η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας η οποία μέχρι και σήμερα αποτελεί βασικό όργανο για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και την καλύτερη οργάνωση των υπηρεσιών που είναι αρμόδιες για την ψυχική υγεία. Στόχος της Διεύθυνσης αυτής είναι να βελτιωθεί όσο το δυνατόν περισσότερο η ψυχική υγεία της χώρας. (Depastas, 2018).

1.2.2. Εθνικό πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΟΣ»

Το 1995 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, προκειμένου να είναι σίγουρο πως η ψυχιατρική μεταρρύθμιση θα συνεχιστεί, προχώρησε στην εκπόνηση ενός δεκαετούς προγράμματος (1997-2006) με το όνομα «ΨΥΧΑΡΓΟΣ». Το πρόγραμμα αυτό που αφορούσε όλη την Ελλάδα είχε δύο φάσεις. Η πρώτη φάση (1997-2001) σκοπό είχε την όσο το δυνατόν ομαλότερη αποασυλοποίηση των ψυχιατρικών ασθενών από τα ψυχιατρεία της χώρας. Σε αυτή τη φάση δημιουργήθηκαν 80 Μονάδες που σκοπό είχαν την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, 35 Εργαστήρια Επαγγελματικής Κατάρτισης καθώς επίσης αποσυλοποιήθηκαν 1000 ψυχιατρικοί ασθενείς. Η δεύτερη φάση (2002-2006) αποτελούνταν από τρεις σημαντικές συνιστώσες:

- a) Την αποασυλοποίηση
- b) Την βελτίωση των κοινωνικών υποδομών
- c) Την κατάρτιση επαγγελματιών

Οι συνιστώσες που προαναφέρθηκαν δημιουργήθηκαν με βάση τις αδυναμίες που παρατηρήθηκαν στην πρώτη φάση. Κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης έκλεισαν 4 από 5 ασυλικά τμήματα των ψυχιατρικών νοσοκομείων που υπήρχαν στην Ελλάδα με αποτέλεσμα να επιτευχθεί ένας από τους βασικούς στόχους που είχαν τεθεί (Depastas, 2018).

1.3.Είδη Ψυχιατρικών δομών

Υπάρχουν διάφορα είδη ψυχιατρικών δομών τα οποία θα αναλυθούν στην συνέχεια.. Η ψυχιατρική κλινική είναι ένα ίδρυμα που προσφέρει ειδικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, θεραπείας και αποκατάστασης σε ασθενείς με ψυχιατρικές ασθένειες (Sobekwa & Arunachallam, 2015)

- Στα νοσοκομεία υπάρχει ψυχιατρικό τμήμα οξέων περιστατικών όπου νοσηλεύει ενήλικους ασθενείς και των δυο φύλων, που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή η οποία βρίσκεται σε οξεία φάση. Η ψυχιατρική αυτή διαταραχή είτε προϋπήρχε, είτε εκδηλώθηκε για πρώτη φορά. Η εισαγωγή τους γίνεται ή με εισαγγελική εντολή ή ηθελημένα από τον ίδιο τον ασθενή. Οι ασθενείς που εισάγονται στο κλειστό τμήμα χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης τους (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012). Περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης είναι η επιθετικότητα, ψυχωτικά επεισόδια λόγω φαρμάκων, οξεία αντίδραση θλίψης, ανησυχία. Σε τέτοιες δομές ο νηστευτής βρίσκεται στην πρώτη γραμμή φροντίδας. (Sobekwa & Arunachallam., 2015).
- Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στο ανοιχτό τμήμα έχουν την ελευθερία να βγούνε έξω, να δεχθούν συγγενείς και τους επιτρέπεται η έξοδος τα Σαββατοκύριακα με ή χωρίς συνοδεία. Στο ψυχιατρικό τμήμα οξέων περιστατικών νοσηλεύονται άτομα με διαταραχές ψυχωτικές, νευρωτικές, διαταραχές προσωπικότητας, απόπειρες αυτοκτονίας κ.α. Άτομα αλκοολικά ή ουσιοεξαρτώμενα δεν γίνονται αποδεκτά (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012).
- Ο ξενώνας βραχείας παραμονής αποτελεί κομμάτι της τριτοβάθμιας πρόληψής της ψυχιατρικής και συγκεκριμένα ανήκει στις μονάδες στέγασης. Ο τίτλος αυτός προκύπτει από την ευκαιρία των ενοίκων να φιλοξενηθούν από μια μέρα έως και έξι μήνες. Ο χρόνος παραμονής λέγεται βραχύς διότι είναι για χρόνιες ψυχικές ασθένειες. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να γίνει παράταση του χρονικού διαστήματος άνω των 6 μηνών. Ο ξενώνας κατοικείται από μεικτά άτομα από 15 έως 20. Οι επαγγελματίες υγείας που χρειάζονται είναι νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, ψυχίατροι, ψυχολόγοι, και κοινωνικοί λειτουργοί. Το προσωπικό που χρειάζεται κάθε μέρα για 24 ώρες είναι οι νοσηλευτές, ενώ οι υπόλοιποι κάποιες ώρες ή μέρες της εβδομάδας. Ένας ξενώνας βραχείας παραμονής έχει στόχο να φιλοξενεί ανθρώπους οι οποίοι νοσηλεύονται για στήριξη και επανένταξη στην κοινωνία. Επιπλέον οι ξενώνες εξυπηρετούν στο να δημιουργείται απόσταση από την οικογένεια, κάτι που βοηθάει στην θεραπεία. Τέλος έχει στόχο να περιορίσει τα προβλήματα λειτουργικότητας των ασθενών που μπορεί να δημιουργηθούν, να προλαμβάνει και να μειώνει περιστατικά υποτροπών. Σε τέτοιους

ξενώνες υπάρχουν άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες που είναι από ηλικίες 18 έως 45 ετών. Εξαιρούνται τα άτομα που κάνουν χρήση ναρκωτικών ,άτομα με βαριές μορφές ψυχικών διαταραχών, νοητική υστέρηση και αυτοκαταστροφικές τάσεις (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012).

- Το οικοτροφείο αποτελεί και αυτό μια μονάδα φιλοξενίας ψυχιατρικών ασθενών το οποίο χαρακτηρίζεται από αυξημένα μέτρα προστασίας. Τα άτομα που φιλοξενούνται συνήθως, είναι άτομα με νοητική υστέρηση, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, που χρήζουν ψυχογηριατρικής φροντίδας και δεν έχουν που να μείνουν. Σκοπός του οικοτροφείου είναι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών αυτών .Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενούνται κυμαίνεται στους 15-20 (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου,2005).

- Τα προστατευόμενα δωμάτια αποτελούν μονάδες στέγασης και φιλοξενούν συνήθως από 2 έως 6 άτομα. Τα δωμάτια αυτά δίνουν την δυνατότητα στον ασθενή να μάθει να ζει ανεξάρτητος, να αυτοφροντίζεται όσο το δυνατόν καλύτερα μέσα σε αληθινές συνθήκες ζωής στην κοινότητα. Φυσικά τα άτομα-ασθενείς που ζουν σε προστατευόμενα δωμάτια παρακολουθούνται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας που τους επισκέπτονται. Όταν οι δυνατότητες των ασθενών αυξάνονται και μπορούν να ανταπεξέλθουν καλύτερα στις ανάγκες τους , τότε μειώνονται οι επισκέψεις και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου,2005).

Οι μονάδες στέγασης που αναφέρθηκαν παραπάνω, σκοπό έχουν την πρόληψη επανεμφάνισης της ασθένειας, να αποφύγουν την επανεισαγωγή ασθενών στην ψυχιατρική κλινική και φυσικά να μπορέσουν να βοηθήσουν τα άτομα να αναπτύξουν τις δεξιότητες τους με γνώμονα βέβαια ικανότητες που διαθέτει κάθε άτομο-ασθενής (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1.ΣΤΟΧΟΙ & ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η εργασία αυτή έχει σκοπό να αναλύσει πώς επιβαρύνεται η υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε δομές φροντίδας και φιλοξενίας ψυχιατρικών ασθενών. Στόχοι αυτής της εργασίας είναι να κατανοήσουμε ποιος είναι ο ρόλος του νοσηλευτή τόσο σε γενικά πλαίσια όσο και στο κομμάτι που σχετίζεται με την ψυχική υγεία,. Επίσης ποιοι είναι οι παράγοντες που επιβαρύνουν την ψυχική και την σωματική υγεία του νοσηλευτή που εργάζεται σε δομές φροντίδας και φιλοξενίας ψυχιατρικών ασθενών καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισης της κατάστασης αυτής ώστε να επέλθει σωματική, η συναισθηματική και ψυχική ευεξία.

2.2. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την συγγραφή αυτής της εργασίας, διενεργήθηκε αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus, Google Scholar και Sci-Hub με τις λέξεις κλειδιά : Nurses working in Psychiatric clinic, Psychiatric clinic, nursing, Psychiatric nurse, burn-out, violence, sexual harassment.

Τα φίλτρα που χρησιμοποιήθηκαν στις μηχανές αναζήτησης PubMed, Scopus και Google Scholar, ώστε να προκύψουν τα άρθρα που χρησιμοποιήσαμε για την εργασία μας, ήταν να είναι δημοσιευμένα στα Αγγλικά (English) και στα Ελληνικά (Greek) την τελευταία δεκαετία, σε Free full text, να αφορούν ανθρώπους και συγκεκριμένα το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε δομές φροντίδας και φιλοξενίας ψυχιατρικών ασθενών.

Η μηχανή αναζήτησης Sci-Hub χρησιμοποιήθηκε για να μπορέσουμε να βρούμε κάποια άρθρα σε Free full text και στη συνέχεια να χρησιμοποιηθούν στο περιεχόμενο της εργασίας μας.

Τα κριτήρια ένταξης των άρθρων στην παρούσα εργασία ήταν τα εξής: τα άρθρα να είναι στην Ελληνική και την Αγγλική γλώσσα, να είναι σε Free full text και το περιεχόμενο τους να επικεντρώνεται στο νοσηλευτικό προσωπικό και ειδικά στους παράγοντες που επιβαρύνουν τους νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές φροντίδας και φιλοξενίας ψυχιατρικών ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

3.1 Ορισμός ψυχικής υγείας και ψυχικής νόσου

Η κ. Γιαννοπούλου (1995) ορίζει την **ψυχική υγεία** ως «μια ολοκληρωτική και αρμονική λειτουργία της όλης προσωπικότητας » (Γιαννοπούλου,1995). Θα μπορούσαμε να πούμε πως είναι ένα δυναμικό φαινόμενο κατά το οποίο το άτομο μπορεί να δημιουργήσει μία υγιή εικόνα για τον εαυτό του αλλά και για το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει και να καταφέρει όσο το δυνατό μεγαλύτερη αυτοπλήρωση. Η προσαρμογή ενός ψυχικά υγιούς ατόμου στην κοινωνία περιλαμβάνει:

- Να μπορεί το άτομο να φροντίζει το σώμα του, δηλαδή να πλένει το σώμα του συχνά, να φροντίζει τα μαλλιά και τα δόντια του ,να ντύνεται σωστά κοκ.
- Να μπορεί να προσαρμόζεται στον χώρο εργασίας του
- Να χρησιμοποιεί τον ελεύθερο του χρόνο κάνοντας κάτι δημιουργικό
- Να έχει κοινωνικές επαφές

Από την άλλη πλευρά, ως **ψυχική νόσος** ορίζεται η αδυναμία ικανότητας ενός ατόμου να εναρμονιστεί σε ένα ικανοποιητικό βαθμό με την κοινωνία στην οποία ανήκει (Γιαννοπούλου, 1995).

3.1.1. Επιπολασμός ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα

Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν την πιο σημαντική αιτία αναπηρίας και εκπροσωπούν το 12% του συνολικού βάρους της νόσου. Οι διαταραχές άγχους, η κατάθλιψη, ο εθισμός από αλκοόλ, τσιγάρα και κάνναβη αποτελούν ψυχικές διαταραχές. Παράγοντες που επιβαρύνουν την εμφάνιση αυτών των διαταραχών είναι το γυναικείο φύλο, η οικογενειακή κατάσταση , η εκπαίδευση που έχει το κάθε άτομο (Skapinakis et al, 2013).

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει, έχει διαπιστωθεί ότι μέχρι το 2030 η κατάθλιψη θα αποτελεί την κυρία αιτία αναπηρίας σε παγκόσμιο επίπεδο. Ήδη από χρόνο σε χρόνο έχει παρατηρηθεί αυξανόμενη τάση της διαταραχής αυτής. Για να γίνει πιο κατανοητό, τα

ποσοστά κατάθλιψης το 2008 ήταν στο 3,3%, το 2009 ήταν στο 6,8% και το 2011 ήταν 8,2% (Skapinakis et al, 2013).

Το 2009-2010 στο Πανεπιστήμιο των Ιωαννίνων, διεξήχθη μία έρευνα σχετικά με τις πιο συνήθεις ψυχικές διαταραχές που συναντάμε στον Ελλαδικό χώρο. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα πιο συχνά συμπτώματα είναι

a) Το συναίσθημα κόπωσης, οξυθυμία και η ανησυχία σε ποσοστό 15%

b) Οι εμμονές, οι φοβίες και ο πανικός σε ποσοστό 5%

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται περισσότερο στο γυναικείο φύλο εκτός από την ευερεθιστότητα (Skapinakis et al, 2013).

Επίσης η πιο συνήθης διαταραχή διαπιστώθηκε πως είναι η γενικευμένη διαταραχή άγχους σε ποσοστό 4,10%. Ακολουθούν τα καταθλιπτικά επεισόδια σε ποσοστό 2,90%. Συμπτώματα κατάθλιψης παρατηρούνται στις ηλικιακές ομάδες 50-59 και 60-70. Η διαταραχή άγχους αντίστοιχα παρατηρείται σε ηλικία 60-70 ετών. Σε σύγκριση με τα νεότερα άτομα, η κατάθλιψη εμφανίζεται σε ποσοστό 5,56% σε μεγάλες ηλικίες ενώ στις νεότερες ηλικίες σε ποσοστό 1,38%. Αντίθετα, οι διαταραχές άγχους στους νέους κυμαίνονται σε ποσοστό 9,44% ενώ σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας κυμαίνονται σε ποσοστό 4,64%. Τα συμπτώματα αυτά διαρκούν πάνω από 1 έτος και παρατηρείται σημαντική μείωση της ποιότητας ζωής (Skapinakis et al, 2013).

Σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας, σχεδόν το 1/3 του δείγματος ανέφερε πως έχει επισκεφθεί έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια του προηγούμενου χρόνου. Ο λόγος επίσκεψης τους ήταν για την καταπολέμηση της διαταραχής του πανικού (Skapinakis et al, 2013). Γενικά ο πανικός είναι μια κατάσταση που λόγω του μεγάλου φόβου που νιώθει το άτομο, αλλοιώνεται η λογική του και οδηγείται σε παράλογες συμπεριφορές (Μπαμπινιώτης, 2004).

Προδιαθεσικοί παράγοντες που επιβαρύνουν την εμφάνιση αυτών των διαταραχών που αναφέραμε είναι το γυναικείο φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση που έχει το κάθε άτομο (Skapinakis et al, 2013).

Για την καταπολέμηση αυτών των διαταραχών είναι απαραίτητη η ύπαρξη και η λειτουργία της Εθνικής Υγείας. Όταν το σύστημα αυτό λειτουργεί με οργάνωση, τότε μπορεί και να διαχειρίζεται τέλεια τις ψυχικές διαταραχές (Skapinakis et al, 2013).

3.2 Ορισμός Νοσηλευτικής ψυχικής υγείας

Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Νοσηλευτικό Σύνδεσμο, ως Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας ορίζεται « ένας ειδικός τομέας νοσηλευτικής άσκησης ,που ως επιστήμη επικεντρώνεται σε θεωρίες ανθρώπινης συμπεριφοράς και ως πρακτική στη δυναμική χρήση του εαυτού του κάθε ατόμου» (Παπαγεωργίου- Βαילוπούλου,2005,σελ.35). Ουσιαστικά, η ψυχιατρική νοσηλευτική βασίζεται στην άποψη ότι ο ασθενής έχει ενεργό ρόλο στην θεραπεία και αυτό φυσικά εξαρτάται από τα προσόντα που έχει ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας να οδηγήσει τον ασθενή σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ανεξαρτησία (Γιαννοπούλου, 1996).

3. 3. Μία γενική εικόνα του νοσηλευτικού ρόλου

Από την αρχή της ύπαρξης της μέχρι και σήμερα ,η νοσηλευτική έχει υποστεί πάρα πολλές αλλαγές και έχει εξελιχθεί. Το επάγγελμα αυτό έχει ως στόχο να προσφέρει βοήθεια και φροντίδα στους ανθρώπους σε διάφορους τομείς. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να μετατρέψει τις γνώσεις σε πράξεις για να βοηθήσει στην αποκατάσταση των ασθενών. Παλαιότερα, ο τρόπος που αντιμετωπιζόταν ο ασθενής ήταν καθαρά η θεραπεία της ασθένειας του. Συνεπώς περιορίζονταν αρκετά ο ρόλος του νοσηλευτή. Με την πάροδο των χρόνων ήρθε στην επιφάνεια ένα ψυχοκοινωνικό μοντέλο το οποίο δίνει τη δυνατότητα στο νοσηλευτή να έχει αρμοδιότητες. Δηλαδή προσφέρει φροντίδα τόσο στο κομμάτι της θεραπείας όσο και στο κομμάτι των ψυχολογικών αναγκών του ασθενή (Rodrigues et al.,2018).

3.3.1 Ρόλος του νοσηλευτή

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας είναι ένας ξεχωριστός κλάδος της Νοσηλευτικής. Αυτός ο κλάδος λοιπόν, παρέχει φροντίδα σε ψυχικά διαταραγμένους ασθενείς και σκοπό έχει να οδηγήσει τα άτομα αυτά σε ένα επίπεδο ανεξαρτησίας και επανάκτησης της

αξιοπρέπειας τους. Όπως αναφέραμε παραπάνω, ο νοσηλευτής για να μπορέσει να βοηθήσει τον ψυχιατρικό ασθενή απαιτείται να έχει και κάποια προσόντα. Κάποια σημεία όπου ο νοσηλευτής μπορεί να δείξει τα προσόντα του είναι τα εξής:

a. Η παρατήρηση

Συνήθως τα άτομα που εισάγονται στην ψυχιατρική κλινική είναι για να παρακολουθείται η κατάστασή τους. Ο νοσηλευτής είναι ο καταλληλότερος για αυτό καθώς περνάει αρκετή ώρα με τους ασθενείς. Για να μπορέσει να έχει κάποιο αποτέλεσμα η ενέργεια του αυτή, θα πρέπει να ξέρει το λόγο για τον οποίον παρακολουθεί της συμπεριφορά ενός ψυχιατρικού ασθενή, να γνωρίζει τί πρέπει να προσέξει, να το αναγνωρίσει και στη συνέχεια να μπορεί να καταγράψει το συμβάν ακριβώς όπως συνέβη και με επιστημονικό τρόπο. Για να το πετύχει αυτό θα πρέπει να συνδυάσει τις γνώσεις που έχει με την ικανότητα του ώστε να έρθει το επιθυμητό αποτέλεσμα (Γιαννοπούλου,1996).

b. Οι νοσηλευτικές δεξιότητες

Στο πλαίσιο της εργασίας του, ο νοσηλευτής εκτός από το να φροντίσει τον ασθενή, καλείται να συμμετάσχει στην έρευνα, στην θεραπεία καθώς και στην τακτοποίηση των θαλάμων. Είναι πολύ σημαντικό ο νοσηλευτής όταν πάει να κάνει μία εργασία πάνω στον ασθενή να του εξηγήσει τί ακριβώς θα του κάνει και για ποιο λόγο θα το κάνει και τον τρόπο που θα χρησιμοποιήσει. Εξίσου σημαντικό είναι να ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφράσει τις απορίες του και ότι άλλο σκέφτεται που μπορεί να τον αγχώνει. Ακόμη ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι ειλικρινής απέναντι στον ασθενή καθώς κάποιες ενέργειες είναι αρκετά επώδυνες και ο ασθενής θα πρέπει να το γνωρίζει αυτό προτού γίνει η ενέργεια (Γιαννοπούλου,1996).

c. Ψυχοθεραπεία

Κάθε άνθρωπος για να μπορέσει να ενταχθεί μέσα σε μία κοινωνία, θα πρέπει να έρθει σε επαφή με άλλα άτομα γύρω του, να επικοινωνήσει και να δημιουργήσει σχέσεις με αυτούς. Αυτή η διαδικασία όμως για κάποια άτομα είναι δύσκολη. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε διάφορες άσχημες εμπειρίες που έχουν βιώσει κατά τα πρώτα χρόνια ζωής τους. Άλλοι πάλι χάνουν αυτή την ικανότητα εξαιτίας κάποιας ασθένειας με αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να μην μπορούν να ενταχθούν στην κοινωνία και να αναγκάζονται να διαμένουν στο νοσοκομείο. Στο σημείο αυτό έρχεται να προσφέρει την βοήθεια του ο

νοσηλευτής ενθαρρύνοντας τα άτομα αυτά να γίνουν πιο δραστήρια και πιο κοινωνικά ώστε να μπορέσουν να ενταχθούν ξανά στην κοινωνία (Γιαννοπούλου,1996).

d. Προστασία και φροντίδα που προσφέρει ο νοσηλευτής

Κατά τη διάρκεια νοσηλείας του, ένας ψυχιατρικός ασθενής, μπορεί να χρειάζεται να παραμείνει στο νοσοκομείο χωρίς όμως να το θέλει ο ίδιος. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να κρίνει αν ο ασθενής καθώς βγει από την κλινική μπορεί να γίνει επικίνδυνος τόσο για τον ίδιο του τον αυτό όσο και για τους ανθρώπους γύρω του. Σε μία τέτοια περίπτωση που είναι αναγκαία η παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο, αν ο νοσηλευτής κρίνει επικίνδυνή την κατάσταση του ασθενή, είναι υποχρέωση του να τον κρατήσει με κάθε τρόπο μέχρι να έρθει ο ιατρός (Γιαννοπούλου,1996).

Τέλος ο νοσηλευτής έχει άλλον έναν ρόλο, να φροντίζει τους ασθενείς που δεν μπορούν μόνοι τους να ικανοποιήσουν αυτήν την ανάγκη. Παρ' όλα αυτά ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να προσπαθεί ώστε να βελτιωθεί η ανάγκη της αυτοφροντίδας (Γιαννοπούλου,1996).

3.3.2 Ρόλος του νοσηλευτή σε δομές φροντίδας και φιλοξενίας ψυχιατρικών ασθενών

Ο τομέας της ψυχικής υγείας δε διαφέρει από τις άλλες ειδικότητες νοσηλευτικής. Οι νοσηλευτές απαιτείται να σκεφτούν και να συνδυάσουν τις γνώσεις με την πρακτική για να βοηθήσουν στην αποκατάσταση των ασθενών. Αξίζει να αναφερθεί ότι η φροντίδα δεν βασίζεται μόνο στις βιολογικές ή μόνο στις ψυχολογικές ανάγκες αλλά συνεισφέρει και στα δυο ταυτόχρονα. Γενικά, το σώμα ενός ανθρώπου δεν διαχωρίζεται από το μυαλό του και η ψυχική του υγεία εξαρτάται από αυτά τα δύο στοιχεία (Rodrigues et al., 2018). Στις ψυχιατρικές μονάδες, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι αυτός που έχει τον πρώτο ρόλο στην φροντίδα του ασθενή. Αναλαμβάνει περισσότερους από έναν ρόλους στις μονάδες αυτές. Αρχικά πρέπει να αναγνωρίσει το πρόβλημα ,να το εκτιμήσει και στην συνέχεια να κάνει παρεμβάσεις οι οποίες θα φέρουν τα κατάλληλα αποτελέσματα για την αντιμετώπισή του (Κούκια & Γκόνης, 2010).

Ένα άλλο κομμάτι του ρόλου του, εξίσου σημαντικό, αφορά την επικοινωνία με τον ασθενή, την μεταξύ τους συνεργασία, τον συντονισμό αλλά και την οργάνωση. Επίσης, ο νοσηλευτής χρειάζεται να βρεθεί αντιμέτωπος και να προσαρμοστεί επιτυχώς στις μεταβολές που συμβαίνουν στο κομμάτι της θεραπείας, με βάση τις εξελίξεις στη φροντίδα του ασθενή που πάσχει από κάποια ασθένεια. (Κούκια & Γκόνης, 2010). Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ψυχιατρικές δομές οξέων περιστατικών, στα καθήκοντά τους δεν είναι μόνο η φροντίδα των ασθενών με κάποια οξεία ασθένεια, αλλά καλούνται να έρθουν αντιμέτωποι και με σύνθετα προβλήματα που σχετίζονται με την ψυχική υγεία (Sobekwa & Arunachalam., 2015).

3.3.3 Σχιζοφρένεια και ο ρόλος του νοσηλευτή

Η σχιζοφρένεια αποτελεί την πιο σημαντική ψυχική πάθηση η οποία χαρακτηρίζεται από διαταραχή της σκέψης, του συναισθήματος, της επιθυμίας, στο πώς συμπεριφέρεται το άτομο κ.ο.κ. Ο Bleuer (1911) όπως αναφέρει στο βιβλίο της η κ. Γιαννοπούλου, την χαρακτήρισε ως «ψυχική διάσπαση της προσωπικότητας» (Γιαννοπούλου, 1996).

Η σχιζοφρένεια συνήθως εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας 17-20 ετών. Βέβαια υπάρχουν τύποι που εμφανίζονται αργότερα. Όσον αφορά την αιτιολογία της ύπαρξής της, υπάρχει μια θεωρία η οποία βασίζεται σε διαταραχές του μεταβολισμού, σε βιοχημικές ή και σε ενδοκρινικές. Κάποιοι από τους παράγοντες που λαμβάνονται υπόψιν είναι η κληρονομικότητα, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, καθώς και οι διαπροσωπικές σχέσεις (Γιαννοπούλου, 1996).

Το κάθε άτομο- ασθενής βιώνει διαφορετικά την ψυχική αυτή διαταραχή. Παραδείγματος χάριν, κάποιοι περιγράφουν πως έχουν φοβίες χωρίς κάποια αιτία, χάνουν το ενδιαφέρον τους για τα πάντα ή έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Κάποιοι νιώθουν πως δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν καταστάσεις που συμβαίνουν στην ζωή τους. Άλλοι αναφέρουν πως η φαντασία ξεπερνά τα όρια της λογικής και η όλη κατάσταση αυτή είναι ανεξέλεγκτη (Γιαννοπούλου, 1996).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην σχιζοφρένεια μπορούμε να πούμε ότι μπορεί να χωριστεί σε δύο τμήματα :

a) Η παρέμβαση του νοσηλευτή σε ένα οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο.

Κατά τη διάρκεια την οξείας φάσης, ο ασθενής νοσηλεύεται στο νοσοκομείο. Κατά την περίοδο αυτή, ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι να παρατηρεί προσεκτικά την συμπεριφορά και να δίνει ακριβή αναφορά των εκδηλώσεων του ασθενή. Για να γίνει πιο κατανοητό, για να μπορέσει να γίνει σωστή διάγνωση, είναι απαραίτητη η παρατεταμένη παρατήρηση κάποιων συμπτωμάτων, καθώς ορισμένα συμπτώματα δεν γίνονται αισθητά άμεσα, αλλά συνάγονται μέσω της παρακολούθησης της συμπεριφοράς που έχει ο ασθενής. Βέβαια είναι σημαντικό η παρατήρηση να γίνεται από ένα άτομο που έχει τις γνώσεις σχετικά με το τι πρέπει να παρατηρήσει -προσέξει. Για παράδειγμα ο ασθενής μπορεί να μην παραδέχεται ότι έχει ψευδαισθήσεις όταν τον ρωτάμε. Παρόλα αυτά όμως το συμπεραίνουμε καθώς ο ασθενής μπορεί να εκφράσει συμπεριφορές βίας χωρίς κάποια αιτία ή να φωνάζει, να γελάει και να μιλάει χωρίς όμως να έχει κάποιον κοντά του που να αλληλεπιδρά μαζί του (Γιαννοπούλου,1996).

Ακόμη ο νοσηλευτής θα πρέπει να αναφέρει λεπτομερώς την κάθε συμπεριφορά που εμφανίζει ο ασθενής είτε αυτή είναι απώλεια συνείδησης, είτε κάποια επιληπτική κρίση, είτε η αδυναμία προσανατολισμού του ασθενή σε κάποιο τόπο, χρόνο ή σε κάποιο πρόσωπο. Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας να γράφει αναλυτικά τις διάφορες συμπεριφορές του ασθενή. Δηλαδή να γράφει ακριβώς τα λόγια που λέει ο ασθενής ή την μεταβολή της συμπεριφοράς του η οποία μπορεί να προκαλείται από την φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει. Αυτό θα βοηθήσει ώστε να κατανοήσουν καλύτερα την κατάσταση του ασθενή και να βοηθήσουν όσο γίνεται στην καλυτέρευση της κατάστασής του. Τέλος είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι για να έχουμε καλύτερα αποτελέσματα, είναι αναγκαία η όσο το δυνατόν καλύτερη σχέση επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή (Γιαννοπούλου,1996).

b) Η παρέμβαση του νοσηλευτή σε χρόνιες καταστάσεις.

Σκοπός του νοσηλευτή σε ότι αφορά την αντιμετώπιση χρόνιων καταστάσεων, είναι η πρόληψη ιδρυματοποίησης, να βοηθήσει τους ασθενείς να κοινωνικοποιηθούν και να αποκαταστήσει την ψυχική τους υγεία όσο το δυνατόν καλύτερα.

Για την πρόληψη της ιδρυματοποίησης ο νοσηλευτής θα πρέπει ενθαρρύνει τον ασθενή να επικοινωνεί με τους συγγενείς του και γενικά με τον κόσμο που συναναστρέφεται, να δείχνει ενδιαφέρον για τα γεγονότα που συμβαίνουν γύρω του και να τον εμψυχώνει να

συμμετάσχει σε γιορτές και εκδρομές που διοργανώνονται. Ακόμη στόχος του νοσηλευτή είναι να ενισχύσει την ατομικότητα του ασθενή. Αυτό θα επιτευχθεί αν ο ασθενής αγοράζει μόνος του τα ρούχα της αρεσκείας του ή διακοσμή το δωμάτιο του όπως εκείνος επιθυμεί. Τέλος είναι σημαντικό να αναπτυχθεί το αίσθημα της υπευθυνότητας δίνοντας στον ασθενή αρμοδιότητες τις οποίες πρέπει να τις βγάλει εις πέρας (Γιαννοπούλου,1996).

Όσον αφορά το κομμάτι της κοινωνικοποίησης, βασικό ρόλο παίζει η σχέση επικοινωνίας που θα δημιουργήσει ο νοσηλευτής με τον ασθενή. Για να μπορέσει να το καταφέρει αυτό ο νοσηλευτής, θα πρέπει να έχει αρκετή υπομονή καθώς ο σχιζοφρενικός ασθενής νιώθει συνεχώς ότι απειλείται και μπορεί να εκδηλώσει βίαιες συμπεριφορές καθώς και να απομακρυνθεί από τα άτομα που βρίσκονται γύρω του. Γι' αυτό ο νοσηλευτής θα πρέπει να δημιουργήσει μία σχέση εμπιστοσύνης όπου στην αρχή θα αφήσει τον ασθενή να επιβάλλει τους όρους του. Γενικότερα ,σκοπός του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι να κατανοήσει την γλώσσα- τις χειρονομίες που χρησιμοποιεί ο κάθε ασθενής ώστε να μπορέσει να καταλάβει τις ανάγκες του καθενός. Ακόμη θα πρέπει να τον ενθαρρύνει να μιλάει για τις εμπειρίες που βιώνει και του προκαλούν σύγχυση ,ακόμα και αν αυτές είναι παραισθήσεις ώστε να το συζητάνε μαζί. Όλα αυτά θα φέρουν πιο κοντά τον νοσηλευτή με τον ασθενή και θα κάνουν πιο στενή την σχέση τους (Γιαννοπούλου,1996).

3.4 Επιβάρυνση της υγείας του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στον χώρο εργασίας

Η επιβάρυνση είναι ένα φαινόμενο παγκοσμίου φάσματος το οποίο έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις και επιδρά αρνητικά στην σωματική, συναισθηματική και κοινωνική ευεξία τόσο των νοσηλευτών όσο και των φροντιστών γενικά (Paschou et al, 2018). Το νοσηλευτικό προσωπικό που δουλεύει με ασθενείς με ιδιαιτερότητες, βιώνει μοναδικούς παράγοντες άγχους που δεν ευνοούν την προσωπική τους ευεξία και την επαγγελματική τους απόδοση. Οι παράγοντες που επιβαρύνουν τους ψυχιατρικούς νοσηλευτές και συχνά προκαλούν και το σύνδρομο burn-out, είναι η δυσαρέσκεια εργασίας, δυσκολίες στις σχέσεις εργασίας μεταξύ του προσωπικού, έλλειψη επικοινωνίας και σχέσεις με ασθενείς και συγγενείς, μεγάλο φόρτο εργασίας, μειωμένο προσωπικό και μειωμένη υποστήριξη ή επιβράβευση από ανώτερα στελέχη. Η κατανόηση αυτών των παραγόντων

και η αξιολόγηση όλων των παραμέτρων του συγκεκριμένου πεδίου άσκησης της νοσηλευτικής όπως είναι η επικινδυνότητα και τα περιστατικά βίας, διευκολύνει τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας των νοσηλευτών, με αποτέλεσμα να ωφελούνται με ποιοτική νοσηλευτική περίθαλψη. Έτσι πάρθηκε η απόφαση για την διεξαγωγή μελέτης με βάση τους παράγοντες στρες που υπάρχουν στο νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται με ψυχιατρικούς ασθενείς. Γενικότερα, η νοσηλευτική πλέον αναγνωρίστηκε ως μια ενασχόληση που είναι ιδιαίτερα αγχωτική για τα άτομα (Conradie et al,2017).

3.5 Ευρήματα μελετών που αναφέρονται στους λόγους επιβάρυνσης του ψυχιατρικού νοσηλευτή

3.5.1. Κλινικά προβλήματα ψυχιατρικών νοσηλευτών

Το 2010 πραγματοποιήθηκε μία έρευνα σε έντεκα τμήματα βραχείας νοσηλείας δύο ψυχιατρικών κέντρων στην Αθήνα αλλά και στην ευρύτερη περιοχή. Η έρευνα αυτή είχε σκοπό να καταγράψει τα πιο σημαντικά κλινικά προβλήματα που έρχονται αντιμέτωποι οι νοσηλευτές σε καθημερινή βάση. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν ιδιαίτερα σημαντικά και θα αναλυθούν στη συνέχεια με φθίνουσα σειρά. Το 100% του δείγματος έθεσε, ότι μεγαλύτερο κλινικό πρόβλημα είναι η έλλειψη προσωπικού. Τα άτομα ανέφεραν ότι λόγω της έλλειψης προσωπικού, ο χρόνος φροντίδας που αφιερώνουν σε κάθε ασθενή μειώνεται. Συνεπώς χάνεται και η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή-ασθενή και έτσι επηρεάζεται και η θεραπευτική δράση (Κούκια & Γκόνης, 2010).

Ένα ακόμη πρόβλημα όπου το ποσοστό δείγματος βρίσκεται στο 100%, είναι η φαρμακευτική αγωγή. Το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού επισήμανε ότι υπάρχουν προβλήματα σχετικά με τη χορήγηση φαρμάκων. Ιδιαίτερη αναφορά έγινε στους τρόπους χορήγησης και τί είδος αγωγής τους επιτρέπεται να χορηγούν. Ακόμη, σε περιπτώσεις όπου είναι απύσες οι ιατρικές γραπτές οδηγίες, σε τι βαθμό φέρουν ευθύνη οι νοσηλευτές (Κούκια & Γκόνης,2010).

Στο 92% του δείγματος αναφέρονται τα εξής προβλήματα ξεκινώντας από τα όρια του νοσηλευτικού ρόλου και την αναγνώριση επαγγέλματός. Το νοσηλευτικό προσωπικό

προβληματίζεται σχετικά με το κομμάτι της αποδοχής και του σεβασμού από το ιατρικό προσωπικό και την κοινωνία. Αυτό φυσικά έχει αρνητικό αντίκτυπο στη συνεργασία και στο έργο του νοσηλευτή. Ακολουθεί η υπευθυνότητα σε σχέση με τη λογοδοσία. Το νοσηλευτικό προσωπικό αναφέρει πως φραγμός στην θεραπευτική του δράση αποτελεί το κομμάτι της υπευθυνότητας καθώς ο νοσηλευτής δεν γνωρίζει σε ποιον επαγγελματία υγείας, δηλαδή νοσηλευτή ή ιατρό, πρέπει να λογοδοτήσει. Επίσης και η απουσία γραπτής τεκμηρίωσης περιορίζει την θεραπευτική δράση. Τέλος η απουσία των γραπτών οδηγιών και το γεγονός ότι υπάρχουν περιπτώσεις όπου ο ιατρός δίνει φαρμακευτικές οδηγίες που ίσως δεν διέπονται από πληρότητα, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργείται στο νοσηλευτή ανασφάλεια (Κούκια & Γκόνης,2010).

Το 76% στο θέμα της ψυχολογικής υποστήριξης/κλινικής εποπτείας , αναφέρει ότι τα άτομα που δουλεύουν σε ψυχιατρικές δομές επιβαρύνονται ψυχολογικά. Επίσης προτείνουν να δημιουργηθούν εβδομαδιαίες θεραπευτικές συναντήσεις ,όπου οι νοσηλευτές θα μπορούν να συζητάνε οτιδήποτε τους απασχολεί και τα συναισθήματα που τους δημιουργούνται. Ακόμη θεωρούν σημαντική την παρουσία κλινικής εποπτείας όπου θα μπορεί να δίνει λύσεις σε θέματα που δημιουργούνται καθημερινά με τους νοσηλευτές και τους ασθενείς. Το 71% αναφέρει ως πρόβλημα, τις συνθήκες περιβαλλοντικής ασφάλειας. Πολλοί νοσηλευτές ανέφεραν ότι δεν υπάρχει επαρκής ασφάλεια ούτε για τους νοσηλευτές ούτε για τους ασθενείς. Στα ανοικτά τμήματα αναφέρουν το ζήτημα της «φυγής των ασθενών» και στα κλειστά αντίστοιχα, υπάρχει έλλειψη ασφάλειας σε περιστατικά με έντονη βία (Κούκια & Γκόνης,2010).

Ένα πριν το τέλος πρόβλημα, θεωρήθηκε σε ποσοστό 68% η λήψη απόφασης για νοσηλευτική παρέμβαση. Συνήθως οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις βασίζονται στην εμπειρία και τη γνώση που έχει αποκτήσει ο κάθε νοσηλευτής. Οι παλαιότεροι νοσηλευτές καθοδηγούν τους νεότερους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ,οι νεότεροι νοσηλευτές να μην παίρνουν πρωτοβουλίες και να εξαρτώνται από τις γνώσεις και την εμπειρία των παλαιότερων ,περιορίζοντας τις γνώσεις που οι ίδιοι έχουν κατακτήσει. Τέλος το 46% του δείγματος μιλά για την αυτονομία. Οι νοσηλευτές ανέφεραν πως οι απαιτήσεις όλο και αυξάνονται και αναλαμβάνουν όλο και περισσότερες ευθύνες και καθήκοντα που δεν ανήκουν στο νοσηλευτικό καθήκοντολόγιο .Η έλλειψη αυτονομίας

σε συνδυασμό με την έλλειψη γνώσεων ,οδηγούν σε ανεπαρκή επαφή με τον ασθενή (Κούκια & Γκόνης,2010).

3.5.2 Ορισμός επικινδυνότητας

Ως επικινδυνότητα μπορούμε να ορίσουμε την περίπτωση να δημιουργηθεί σοβαρή σωματική ή ψυχολογική βλάβη προς κάποιο άλλο άτομο. Επίσης μέσα στον ορισμό αυτό συγκαταλέγεται η πρόκληση φόβου όπως λεκτική, συναισθηματική βία και συμπεριφορές οι οποίες μπορεί να είναι καταστροφικές (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012).

Στον χώρο της Ψυχιατρικής έχει γίνει αρκετή προσπάθεια να δοθεί ένα ορισμός στην έννοια της επικινδυνότητας. Για να γίνει πιο σαφής ο ορισμός που δόθηκε παραπάνω ,θα μπορούσαμε να πούμε πως είναι μια ανθρώπινη συμπεριφορά η οποία όμως δεν γίνεται συνειδητά. Η συμπεριφορά αυτή μπορεί να περιλαμβάνει κάποια απειλή (λεκτική βία) ή και κάποια σωματική βλάβη (σωματική βία) που μπορεί να προκαλέσει ο ψυχιατρικός ασθενής είτε στον ίδιο του τον εαυτό είτε σε κάποιο άλλο άτομο (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012).

3.5.2.1 Βία ενάντια των νοσηλευτών

Ένα από τα συχνότερα και σοβαρότερα προβλήματα που τίγονται στις έρευνες είναι η βία. Γενικά η βία σε οποιαδήποτε μορφή της, διαταράσσει την ψυχολογία. Για την πρόληψη του φαινομένου αυτού που ονομάζεται βία, είναι απαραίτητο να υπάρχει σωστή οργάνωση όπου να γίνονται σαφείς οι αξίες σε σχέση με τους αρρώστους, τους εργαζομένους και το περιβάλλον (Hysten, 2018).

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη σε 10 ψυχιατρικά κέντρα στη Σουηδία (άνοιξη 2014-φθινόπωρο 2015) με αριθμό δείγματος 1044 νοσηλευτών που εργάζονται σε γενικούς ψυχιατρικούς θαλάμους, σε ιατροδικαστικές ψυχιατρικές μονάδες νοσηλείας και σε ένα ψυχιατρικό κέντρο εθισμού ,προέκυψαν ορισμένα αποτελέσματα. Ένα από αυτά σχετίζεται με την βία. Ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος, 87%, υποστήριξε πως έχει εκτεθεί σε επεισόδια βίας κατά τη διάρκεια της δουλειάς του. Επίσης παρατηρήθηκε ότι

οι εργαζόμενοι νεότερης ηλικίας και με λιγότερη εμπειρία είναι πιο ευάλωτοι να εκτεθούν σε επεισόδια βίας (Hysten, 2018).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, έχει εκτιμηθεί ότι το 8-38 % των νοσηλευτών που εργάζεται σε ψυχιατρικές δομές έχουν υποστεί κάποιο είδος βίας. Ο βαθμός κινδύνου έκθεσης στη βία εξαρτάται από την εμπειρία του νοσηλευτή, την ηλικία του και το πώς διαχειρίζεται έκτακτα περιστατικά βίας (Konttila et al, 2018). Κατά σειρά συχνότητας, η πιο συχνή μορφή βίας είναι η λεκτική όπως σεξουαλική παρενόχληση ή λεκτική επίθεση. Στη συνέχεια ακολουθεί η φυσική βία όπως εκφοβισμός με μαχαίρι. Αυτές οι μορφές βίας έχουν αντίκτυπο πάνω στον νοσηλευτή (Hysten, 2018).

Η σωματική βία επιφέρει τόσο σωματικές βλάβες όσο και αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχολογία. Ο νοσηλευτής μπορεί να νιώθει φόβο, άγχος, ανασφάλεια, συναισθηματική εξάντληση και παραβίαση συναισθημάτων και ακεραιότητας. Λόγοι που μπορούν να προκαλέσουν βίαιη συμπεριφορά είναι η ηλικία του ατόμου, προηγούμενα περαστικά βίας που έχει βιώσει ο ασθενής, κατάχρηση ουσιών, η σχιζοφρένεια, διαταραχές προσωπικότητας, ψευδαισθήσεις, οξεία ψύχωση, αίσθημα ανασφάλειας, προηγούμενη άσχημη εμπειρία με το νοσηλευτικό προσωπικό (Konttila et al, 2018).

Σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο στην επαρχία του δυτικού ακρωτηρίου, πραγματοποιήθηκε μία ποιοτική έρευνα, με δείγμα όλο το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε δύο μονάδες οξείας εισόδου. Ο ερευνητής στηρίχτηκε στις εμπειρίες των νοσηλευτών. Ένα από τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν η λεκτική και η σωματική βία που δέχονται τόσο οι άνδρες όσο και γυναίκες νοσηλευτές. Σημειώθηκε ότι τα περιστατικά βίας και οι απειλές, τους προκαλούν άγχος και μπορεί και οι ίδιοι να παραβούν σε επιθετική συμπεριφορά γιατί νιώθουν φόβο και αδυναμία (Sobekwa & Arunachallam, 2015).

Μελέτη σε 269 επαγγελματίες υγείας εκ των οποίων οι 103 ήταν νοσηλευτές, στη Βραζιλία έδειξε πως το 63,2% δείγματος είχε εκτεθεί σε βία με την επικράτηση γυναικείων θυμάτων. Το 35% από τα θύματα παρουσίασε ένα είδος βίας. Το 28,2% είχε έρθει σε επαφή με δύο ή περισσότερα είδη βίας κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Το 17,1% των εργαζομένων παρουσίασαν μικρές ψυχιατρικές διαταραχές, εκ των οποίων το

82,6%_ανέφεραν έκθεση σε βία. Συνεπώς από τα αποτελέσματα που προέκυψαν, διαπιστώθηκε ότι η επαφή με ποικίλες μορφές βίας δίνουν μεγαλύτερο έναυσμα να αυξηθούν οι διαταραχές αυτές κατά 60%. Ποσοστά επικράτησης παρουσιάζουν ότι το πρόβλημα της βίας στον εργασιακό χώρο είναι 17-94% και συνήθως ξεπερνά τα όρια του 50% των εργαζομένων (Dal Pai, 2015).

Το 2013 έγινε μία ποσοτική μελέτη στηριζόμενη σε 160 δείγματα από 136 έρευνες. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 36,4% των νοσηλευτών δήλωσαν πως έχουν υποστεί σωματική βία. Το 67,2% δήλωσε φυσική επίθεση, το 37,1% εκφοβισμό, το 27,9% σεξουαλική παρενόχληση και το 50,5% δήλωσε γενική βία. Το 1/3 του δείγματος ανέφερε ότι είχε τραυματιστεί σωματικά σε επίθεση που του είχε γίνει κατά τη διάρκεια της εργασίας του. Ακόμη διαπιστώθηκε πως η βία ήταν διαδεδομένη περισσότερο στις ψυχιατρικές κλινικές, στα γηροκομεία και σε τμήματα έκτακτης ανάγκης (Spector,2012).

Όσον αφορά την σωματική βία, οι έρευνες έδειξαν πως τα 2/3 σχεδόν που προκαλούν βία είναι οι ασθενείς και 1/3 προέρχεται από τους συγγενείς των ασθενών (Spector,2012).

3.5.2.2 Πρόβλεψη της επικινδυνότητας από τους ψυχιατρικούς νοσηλευτές

Γενικά, το να προβλέψει ένας νοσηλευτής την επικινδυνότητα είναι αρκετά δύσκολο. Γύρω από το θέμα αυτό, έχουν διεξαχθεί αρκετές μελέτες τόσο στην Ελλάδα όσο στο διεθνή χώρο. Παρ' όλα αυτά όμως δεν υπάρχει ακριβής απάντηση. Στις έρευνες αυτές μία συνήθης απάντηση των νοσηλευτών ήταν ότι καταλαβαίνουν την επικινδυνότητα ενστικτωδώς. Η απάντηση αυτή δίνεται συχνά καθώς οι νοσηλευτές περνούν αρκετές ώρες με τους ασθενείς, οπότε αξιολογούν την συμπεριφορά και τα συμπτώματα που εμφανίζει ο κάθε ασθενής(Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012).

Εξίσου σημαντικό είναι και το ιστορικό βίας καθώς και η επιθετική συμπεριφορά, το είδος της ψυχιατρικής νόσου, οι απειλές, οι φαντασιώσεις με βίαιο περιεχόμενο, η χρήση ουσιών, κάποια βίαιη συμπεριφορά που παρατηρήθηκε πρόσφατα, η τωρινή ψυχιατρική κατάσταση που βρίσκεται ο ασθενής κ.α. (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012).

Το νοσηλευτικό προσωπικό, για να προβλέψει την εκδήλωση μιας επιθετικής συμπεριφοράς και να αποφύγει την επικινδυνότητα ελαττώνοντας την ένταση που έχει ο

ασθενής εκείνη την στιγμή, πρέπει να είναι καλά εκπαιδευμένο και να έχει εμπειρία. Βασικό στοιχείο της νοσηλευτικής εκτίμησης είναι η πρόβλεψη της επικινδυνότητας. Κατά τη νοσηλευτική εκτίμηση, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να ανακαλύψει αν η βίαιη συμπεριφορά που εμφανίζει ο ασθενής είναι συνήθης ή απλά είναι ένα ξέσπασμα. Για να το πετύχει αυτό απαιτείται συνεχής εκπαίδευση, βελτίωση των δεξιοτήτων και ικανοτήτων του ψυχιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού καθώς επίσης ο νοσηλευτής να μην ότι φοβάται απέναντι σε μία βίαιη συμπεριφορά αλλά να δράσει έγκαιρα ώστε να την αντιμετωπίσει (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012).

Συνοψίζοντας λοιπόν θα ήταν σκόπιμη η καταγραφή κάθε βίαιης συμπεριφοράς ώστε στη συνέχεια να αναλυθεί και να αξιολογηθεί. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα να σχηματιστεί μία πλήρης εικόνα της επικίνδυνης συμπεριφοράς και το νοσηλευτικό προσωπικό να λάβει τα κατάλληλα μέτρα ώστε να την αντιμετωπίσει (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012).

3.5.3. Σεξουαλική παρενόχληση

Η σεξουαλική παρενόχληση αποτελεί μία μορφή βίας και θεωρείται ένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την διάρκεια της δουλειάς του. Είναι μία μη επιθυμητή σεξουαλική συμπεριφορά που παρεμποδίζει την ικανότητα του νοσηλευτή να υλοποιήσει το έργο του στο χώρο τον οποίο εργάζεται (Ford, 1996).

Υπάρχουν διάφορες μορφές σεξουαλικής παρενόχλησης όπως είναι η λεκτική, η μη λεκτική παρενόχληση καθώς και η φυσική παρενόχληση όπως είναι το άγγιγμα σε κάποιο σημείο του σώματος (στήθος, στο κάτω μέρος του σώματος κ.α.) (Nielsen, 2017).

Τα περιστατικά σεξουαλικής παρενόχλησης διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία το φύλο και τον χώρο εργασίας (Nielsen, 2017). Παρ' όλα αυτά, το φαινόμενο αυτό παρατηρείται περισσότερο σε ποσοστό 55,6% σε άτομα που εργάζονται σε ψυχιατρικές δομές (Ford, 1996). Έχει αποδειχθεί ότι συνήθως συμβαίνει σε γυναίκες ηλικίας 18-24 ετών. Παγκοσμίως μία στις τέσσερις νοσηλεύτριες κάνει αναφορά για έκθεση σε σεξουαλική παρενόχληση (Nielsen, 2017).

Σύμφωνα με μία έρευνα που διεξήχθη, διαπιστώθηκε ότι περισσότερο από το 60% του δείγματος το οποίο ήταν νοσηλευτικό προσωπικό, είχε δεχθεί σεξουαλική παρενόχληση. Άλλη μία έρευνα ανακάλυψε πως το 64% των νοσηλευτών ανέφερε ότι δέχτηκε λεκτική ύβρις και το 53% ανέφερε πως είχε προσβληθεί λεκτικά. Το 30% του δείγματος επισήμανε ότι είχε δεχθεί σεξουαλική παρενόχληση τουλάχιστον μία φορά κάθε 2-3 μήνες (Ford, 1996).

3.5.3.1. Δράστες της σεξουαλικής παρενόχλησης

Το 1996 διεξήχθη μία έρευνα στο Ιλλινόις των ΗΠΑ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 63,3% από τους συμμετέχοντες, είχαν βιώσει σεξουαλική παρενόχληση. Οι δράστες που παρενοχλούν πιο συχνά είναι οι ασθενείς με ποσοστό 72% και ακολουθεί το ιατρικό προσωπικό με ποσοστό 57,9%. Από τα 139 άτομα που ανέφεραν ότι έχουν δεχθεί σεξουαλική παρενόχληση μέσα στο προηγούμενο έτος, το 44,7% ανέφερε ότι έχει βιώσει 1-3 περιστατικά, το 16% έχει βιώσει 4-6 περιστατικά και το 17% έχει βιώσει περισσότερα από 6 συμβάντα. Ακόμη, σύμφωνα με μαρτυρίες νοσηλευτών, οι πιο συχνές εμπειρίες σεξουαλικής παρενόχλησης ήταν απειλές ότι θα απολυθούν αν δεν είναι δεκτικοί στις απαιτήσεις των θυτών (Ford, 1996).

3.5.3.2. Αξιολόγηση της σεξουαλικής παρενόχλησης

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές φροντίδας και φιλοξενίας ψυχιατρικών ασθενών όπως είναι τα οικοτροφεία, εξαιτίας της μεγάλης χρονικής περιόδου που ζουν εκεί οι ασθενείς, αναπτύσσουν μεταξύ τους συναισθήματα. Έτσι σε περίπτωση σεξουαλικής παρενόχλησης, αμφισβητούν την κρίση τους καθώς δεν μπορούν να αξιολογήσουν σωστά την συμπεριφορά των ασθενών (Nielsen, 2017).

Οι φροντιστές δεν χρησιμοποιούν πάντα το όρο σεξουαλική παρενόχληση. Όταν έχουν απέναντι τους έναν ασθενή ο οποίος όπως είπαμε μπορεί να πάσχει από άνοια ή από εγκεφαλικό επεισόδιο, τότε θεωρούν την νοητική βλάβη υπεύθυνη για την συμπεριφορά αυτή των ασθενών. Έτσι για να αναφέρουν την σεξουαλική παρενόχληση χρησιμοποιούν τους όρους «αποσταθεροποιημένη συμπεριφορά» ή «σεξουαλική συμπεριφορά» (Nielsen, 2017).

3.5.3.3. Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών

Το 2017 διεξήχθη μία ποιοτική έρευνα με δείγμα 39 νοσηλευτές όπου σκοπό είχε να περιγράψει τις εμπειρίες σεξουαλικής παρενόχλησης που βιώνουν οι νοσηλευτές. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, μετά το συμβάν ανέπτυξαν αρνητικά συναισθήματα όπως είναι ο φόβος σε ποσοστό 61,7%, το άγχος σε ποσοστό 45,7%, το σοκ και η δυσπιστία σε ποσοστό 26%, ειδικά όταν υπήρχε σωματική επαφή (Ford, 1996). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να μην είναι σε θέση να φροντίσουν τον ασθενή. Επομένως επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της δουλειάς τους (Nielsen, 2017).

Ακόμη στις συνεντεύξεις που έδωσαν οι νοσηλευτές- φροντιστές, ανέφεραν πως η εκούσια παρενόχληση, δηλαδή αυτή που γίνεται με πρόθεση, επιδρά περισσότερο στην ψυχολογία τους. Παρ' όλα αυτά, και η ακούσια παρενόχληση τους επηρεάζει, απλώς ίσως σε μικρότερο βαθμό. Ακόμη ανέφεραν πως όταν τα περιστατικά επαναλαμβάνονται, αυτό θα μπορούσε να φέρει ως αποτέλεσμα αναρρωτική άδεια για μεγάλο χρονικό διάστημα λόγω συναισθηματικής υπερφόρτωσης. Σύμφωνα με μαρτυρίες των νοσηλευτών, το γεγονός ότι έβλεπαν συνέχεια τον ασθενή τους να αυνανίζεται, τους έκανε να εξαντλούνται ψυχικά με αποτέλεσμα να μην έχουν ούτε τη δύναμη να μιλήσουν στην οικογένεια τους για την κατάσταση αυτή που βιώνουν στο χώρο εργασίας τους (Nielsen, 2017).

3.5.3.4. Τρόποι αντιμετώπισης

Για να μπορέσει να αντιμετωπιστεί αυτή η κατάσταση πρέπει να ληφθούν κάποια μέτρα.

- Να εφαρμοστούν στρατηγικές, πολιτικές και προγράμματα καταπολέμησης της βίας και της σεξουαλικής παρενόχλησης στον χώρο εργασίας.
- Να γίνουν γνωστά τα προβλήματα βίας και σεξουαλικής παρενόχλησης που βιώνουν οι νοσηλευτές ώστε να εξασφαλίσουν το δικαίωμα να εργάζονται σε περιβάλλον όπου είναι ασφαλές.
- Να εκπαιδευτεί το νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να μπορεί να διαχειρίζεται βίαιες καταστάσεις.

- Να υπάρχει ψυχολογική υποστήριξη στα άτομα που έχουν δεχθεί βίαιη σεξουαλική παρενόχληση.

3.6 Άγχος

3.6.1 Παράγοντες που προκαλούν άγχος στους ψυχιατρικούς νοσηλευτές

Σύμφωνα με μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες πολιτείες της Αμερικής, προέκυψε ότι το άγχος επιδρά αρνητικά στη σωματική και την ψυχολογική υγεία των νοσηλευτών που εργάζονται σε δομές ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως κυριότεροι παράγοντες άγχους είναι ο αυξημένος φόρτος εργασίας (66,3%) ,μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων (58,1%), αποπληρωμές (53,3%), απουσία συστήματος υποστήριξης στον εργασιακό χώρο(62%). Το 48% του δείγματος ήρθε αντιμέτωπο με προσδοκίες που είχαν οι ανώτεροι του και το 34% ήρθε αντιμέτωπο με προσδοκίες που έπρεπε να κάνουν παρόλο που δεν ήταν δική τους αρμοδιότητα. Παραπάνω από τους μισούς συμμετέχοντες (2/3) ,υποστήριξαν ότι ο μεγάλος φόρτος εργασίας τους προκαλεί άγχος, ενώ το 31,4% ανέφερε ως παράγοντα άγχους τις συγκρούσεις με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας (Conradie et al, 2017).

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη σε 10 ψυχιατρικά κέντρα στη Σουηδία (άνοιξη 2014-φθινόπορο 2015) με αριθμό δείγματος 1044 νοσηλευτές που εργάζονται σε γενικούς ψυχιατρικούς θαλάμους , σε ιατροδικαστικές ψυχιατρικές μονάδες νοσηλείας και σε ένα ψυχιατρικό κέντρο εθισμού ,στα αποτελέσματα, το ¼ του δείγματος υποστήριξε πως πήρε είδηση συγκρούσεις που συμβαίνουν μεταξύ των εργαζομένων (Hysten,2018,p.1090).

Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν ,εξηγείται, ότι το επάγγελμα της νοσηλευτικής είναι αρκετά αγχώδες. Το άγχος που νιώθουν οι νοσηλευτές, τους επηρεάζει σε διάφορους τομείς όπως την υγεία ,την ευεξία και την όρεξη για δουλεία. Επιπροσθέτως ,μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα φροντίδας των ασθενών. Από κάποιες άλλες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν ,παρουσιάστηκαν μερικοί συνήθεις παράγοντες. Τέτοιοι είναι: οι

δύσκολες σχέσεις εργασίας μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας, η απαιτούμενη επικοινωνία με ασθενείς και συγγενείς, περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, υψηλός φόρτος εργασίας, μειωμένο προσωπικό, έλλειψη υποστήριξης και επιβράβευση από τους ανώτερους νοσηλευτές (Nakakis & Ouzouni., 2008).

3.6.2 Άγχος κατά την αξιολόγηση κινδύνου αυτοκτονίας

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη σχετικά με τις εμπειρίες των νοσηλευτών, όσον αφορά την αξιολόγηση κινδύνου αυτοκτονίας, ανέφεραν πως διστάζουν και αγχώνονται κατά τη λήψη ιστορικού να ρωτήσουν τον ασθενή για την ύπαρξη αυτοκτονικών τάσεων διότι φοβούνται μήπως τους δημιουργήσουν ή τους κάνουν πιο έντονο το αίσθημα της αυτοκτονίας. Επίσης ανέφεραν πως αν μία αυτοκτονία μπορεί να αποτραπεί με σωστούς χειρισμούς και λόγω μειωμένης εκπαίδευσης δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί από τον νοσηλευτή ,τότε δημιουργείται το αίσθημα της ενοχής (Jansson & Graneheim,2018,p.556).

3.6.3 Λήψη αποφάσεων

Το 2010 πραγματοποιήθηκε μία έρευνα σε έντεκα τμήματα βραχείας νοσηλείας δύο ψυχιατρικών κέντρων στην Αθήνα αλλά και στην ευρύτερη περιοχή. Στα αποτελέσματα, ένα ποσοστό (68%) από το δείγμα, έθεσε σαν πρόβλημα τη λήψη απόφασης για νοσηλευτική παρέμβαση. Συνήθως οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις βασίζονται στην εμπειρία και τη γνώση που έχει αποκτήσει ο κάθε νοσηλευτής. Οι παλαιότεροι νοσηλευτές καθοδηγούν τους νεότερους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, οι νεότεροι νοσηλευτές να μην παίρνουν πρωτοβουλίες και να εξαρτώνται από τις γνώσεις και την εμπειρία των παλαιότερων, περιορίζοντας τις γνώσεις που οι ίδιοι έχουν κατακτήσει. Έτσι τους δημιουργείται άγχος διότι φοβούνται μήπως δεν το κάνουν σωστά. Ακόμη προέκυψε ότι το 96% του δείγματος, όσον αφορά την συνεργασία θεραπευτικής ομάδας, ανέφερε πως δεν νιώθει μέλος της θεραπευτικής ομάδας διότι οι ανώτεροι δεν ενδιαφέρονται για τα προβλήματα τους και ούτε τους δίνουν την ευκαιρία να συμμετέχουν στην λήψη αποφάσεων. Επομένως ελαττώνεται η επικοινωνία και η συνεργασία (Κούκια & Γκόνης,2010).

3.7 Burn-out

3.7.1 Ορισμός Burn-out

Ο όρος burnout ή αλλιώς επαγγελματική εξουθένωση, χαρακτηρίζεται ως το αποτέλεσμα που δημιουργείται από χρόνιες διαταραχές του συναισθήματος και διαπροσωπικού άγχους στην δουλειά. Αποτελείται από τρία σημαντικά χαρακτηριστικά :την συναισθηματική εξάντληση ,αποπροσωποποίηση και απουσία ολοκλήρωσης. Στα επαγγέλματα υγείας εμφανίζεται συνήθως σε εργαζόμενους που έχουν αυξημένο φόρτο εργασίας και αλληλοεπιδρούν με άτομα για τα οποία φέρνουν ευθύνη όπως είναι οι ασθενείς, συγγενείς, φοιτητές (Woodhead et all,2014).

Η Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου (2012, σελ.483) αναφέρει πως το burn-out «είναι ένα φαινόμενο που αναπτύσσεται σταδιακά και οφείλεται κυρίως σε ένα χρόνιο, έντονο στρες που δημιουργούν η φύση και οι συνθήκες της δουλειάς στον επαγγελματία υγείας».

3.7.2 Παράγοντες που οδηγούν το νοσηλευτικό προσωπικό σε εμφάνιση του συνδρόμου burn-out

Η ψυχιατρική νοσηλευτική είναι ένας τομέας με έντονο στρες λόγω αλληλεπιδράσεων με ασθενείς με ασυνήθιστες και ίσως μη ελεγχόμενες συμπεριφορές. Κάποιες συγκριτικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές βιώνουν μεγάλα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης λόγω αυξημένου στρες και είναι πιο ευάλωτοι στην ανάπτυξη του συνδρόμου burn-out (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012).

Σύμφωνα με μία ποιοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο στην επαρχία του δυτικού ακρωτηρίου, με δείγμα όλο το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε δύο μονάδες οξείας εισόδου, προέκυψαν κάποια αποτελέσματα. Ένα από αυτά ήταν ότι λόγω του αυξημένου φόρτου εργασίας και της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού, μειώνεται η παρακολούθηση των ασθενών και δόθηκε έμφαση στην δημιουργία σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης. Επίσης, το γεγονός ότι υπάρχει

έλλειψη συνεργασίας, αυξάνει τα ποσοστά του συνδρόμου burn-out (Sobekwa & Arunachallam, 2015).

Το 2002 πραγματοποιήθηκε μια έρευνα σε 5 νοσοκομεία της Αθήνας από τα οποία τα δύο ήταν ψυχιατρικά και τα υπόλοιπα τρία ήταν γενικά νοσοκομεία. Το δείγμα αποτέλεσαν 199 άτομα. Η έρευνα σκοπό είχε να εξετάσει τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν οι νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές φροντίδας και φιλοξενίας ψυχιατρικών ασθενών. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρικών τμημάτων των γενικών νοσοκομείων παρουσίαζαν μεγαλύτερα ποσοστά συνδρόμου burn-out από τους νοσηλευτές των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Επίσης τα άτομα νεότερης ηλικίας, διαπιστώθηκε πως εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2005).

Ένα άλλο εύρημα της έρευνας ήταν πως σε σχέση με άλλες ομάδες επαγγελματιών, οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές εμφάνισαν μικρότερο ποσοστό προσωπικών επιτευγμάτων και μεγαλύτερο ποσοστό αποπροσωποποίησης (Παπαγεωργίου- Βασιλοπούλου, 2005). Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η αποστασιοποίηση μπορεί να δημιουργηθεί λόγω αυξημένων απαιτήσεων που έχουν οι ασθενείς (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012).

Τέλος, τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης, διαπιστώθηκε ότι μπορούν να ελέγχουν καλύτερα το άγχος τους και να μπορούν να διαχειριστούν το σύνδρομο burn-out (Παπαγεωργίου- Βασιλοπούλου, 2005).

Άλλοι παράγοντες που επιβαρύνουν την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι:

- Η αντιμετώπιση ασθενών με βαριές ψυχιατρικές διαταραχές όπως είναι η σχιζοφρένεια,
- Το ωράριο εργασίας που επιβαρύνει το προσωπικό
- Η έλλειψη του προσωπικού σε συνδυασμό με τον αυξημένο φόρτο εργασίας
- Η ανεπαρκής εκπαίδευση
- Σύμφωνα με τον Garson et al (1995) , το σύνδρομο του burn-out αρχίζει όταν ψυχιατρικοί επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με χρόνιους ασθενείς, πιστεύουν ότι όλοι οι ασθενείς έχουν τις ίδιες δυνατότητες βελτίωσης ,ξεχνώντας ότι

υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις δυνατότητες των ασθενών αυτών όσον αφορά την αποκατάστασή τους. Αυτή η πεποίθηση οδηγεί τον επαγγελματία ψυχικής υγείας σε ουτοπικές προσδοκίες και συνήθως απογοητεύεται από το αποτέλεσμα. Όλη αυτή η κατάσταση οδηγεί σε επαγγελματική εξουθένωση (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012).

3.7.3 Βία και burn-out

Η βία όπως προαναφέρθηκε είναι ένα πολυδιάστατο ζήτημα το οποίο εμφανίζεται συχνά σε ψυχιατρικές δομές και έχει αυξηθεί προκαλώντας παγκόσμιο πρόβλημα. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε τέτοιες δομές έρχονται συνέχεια αντιμέτωποι με την βία που τους ασκείται από τους ψυχιατρικούς ασθενείς και φυσικά τους προκαλεί δυσάρεστα συναισθήματα και αρνητικό εργασιακό περιβάλλον. Οι έρευνες δείχνουν ότι ένας σημαντικός αριθμός των ψυχιατρικών νοσηλευτών έχουν σημάδια του burn-out (Mangoulia et al., 2015).

Η βία έχει διάφορες μορφές όπως λεκτική, σωματική, οι οποίες φυσικά επιδρούν αρνητικά στην ψυχολογία του νοσηλευτικού προσωπικού. Παράγοντες που μπορούν να δημιουργήσουν την βία είναι κοινωνικοί ,φυσικοί, κληρονομικοί ,προσωπικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου. (Konttila et al., 2018).

Σε μια έρευνα του Robinson et al (2003), περισσότερο από 20% των εργαζόμενων ψυχιατρικών νοσηλευτών αναφέρουν δυσάρεστες μνήμες από επιθέσεις ασθενών (Mangoulia et al., 2015). Έχει διαπιστωθεί πως άτομα που έχουν δεχθεί επίθεση από ψυχιατρικό ασθενή, αναφέρουν υψηλά ποσοστά άγχους τα οποία διαρκούν για τουλάχιστον 2,5 εβδομάδες μετά το περιστατικό. Ακόμη έχουν παρατηρηθεί συμπτώματα που οδηγούν στην επιβεβαίωση μετατραυματικής διαταραχής (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012).

Συνοψίζοντας λοιπόν, η βία που κατευθύνεται προς τους νοσηλευτές έχει ήδη δείξει ότι τους αφήνει σοβαρή ψυχολογική επιρροή σε συνδυασμό με την χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία. Όταν ένα άτομο έρχεται αντιμέτωπο με την βία, αυξάνεται ο κίνδυνος για μακροχρόνια ψυχολογικά προβλήματα. Υπάρχει πιθανότητα οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές

να αφήσουν το επάγγελμα της νοσηλευτικής και να αναπτύξουν διαταραχή μετατραυματικού στρες αφού μετά τις επιθέσεις συνηθίζεται να αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης του. Εφόσον λοιπόν οι ψυχιατρικές δομές έχουν υψηλό βαθμό εμφάνισης βίας προς τους νοσηλευτές, είναι αναμενόμενο να υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης του συνδρόμου burn-out και συμπτώματα μετατραυματικού στρες (Mangoulia et al., 2015).

3.7.4. Προτάσεις για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του burn-out

Για να μπορέσουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να αντιμετωπίσουν το σύνδρομο του burn-out θα πρέπει να γίνουν κάποιες αλλαγές .

- Αρχικά θα πρέπει να μειωθούν οι αναλογίες ασθενών-προσωπικού, καθώς επίσης να μειωθούν και οι ώρες εργασίας (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012).
- Να σχεδιαστούν συναντήσεις μεταξύ των εργαζομένων στις οποίες οι νοσηλευτές θα εξωτερικεύουν τα συναισθήματά τους και θα συζητάνε τις ανησυχίες τους (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2005).
- Απαραίτητη είναι η παροχή άδειας και διαλειμμάτων στο νοσηλευτικό προσωπικό και γενικότερα στους επαγγελματίες υγείας ώστε να υπάρχει χρόνος «αποσυμπίεσης» (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 20012).
- Ένας μηχανισμός πρόληψης είναι οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές να χρησιμοποιούν το χιούμορ και να είναι αισιόδοξοι. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα να καταπολεμάται το σύνδρομο του burn-out (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012).
- Σε οποιοδήποτε εργασιακό τομέα η συνεχής εκπαίδευση είναι αναγκαία. Έτσι και οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές καλό θα ήταν να συμμετέχουν σε προγράμματα με εκπαιδευτικό και ερευνητικό περιεχόμενο. Επίσης η αγωγή υγείας καθώς και η υλοποίηση της πρωτοβάθμιας πρόληψης στην κοινότητα , θα προσφέρουν μια ικανοποίηση στον νοσηλευτή μειώνοντας έτσι τα επίπεδα συναισθηματικής εξουθένωσης (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2005) .
- Τελευταίο αλλά εξίσου σημαντικό είναι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας στον ελεύθερο τους χρόνο να ασχολούνται με δραστηριότητες μέσω των οποίων θα εκτονώνονται και θα αποδεσμεύονται από την καθημερινή τους ρουτίνα. Ακόμη η σωστή διατροφή, η σωματική άσκηση, και η ξεκούραση σε συνδυασμό με τις ασκήσεις χαλάρωσης και την

εκμάθηση διαχείρισης του άγχους θα βελτιώσουν ακόμα περισσότερο την σωματική και ψυχική τους υγεία (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα το οποίο είναι ιδιαίτερα απαιτητικό. Ειδικά στις ψυχιατρικές δομές, ο ρόλος του νοσηλευτή δεν περιορίζεται μόνο στο κομμάτι της ψυχιατρικής ασθένειας που πάσχει ένα άτομο, αλλά και στο κομμάτι των βιολογικών αναγκών. Για να γίνει πιο κατανοητό, ένας νοσηλευτής που εργάζεται σε δομές φροντίδας και φιλοξενίας ψυχιατρικών ασθενών, έχει να αντιμετωπίσει και να προσφέρει φροντίδα τόσο στο κομμάτι της ψυχικής υγείας όπως για παράδειγμα να οδηγήσει τον ασθενή σε ανεξαρτησία και αυτοφροντίδα, όσο και να διατηρήσει τον ασθενή καθαρό, σε καλή σωματική κατάσταση και να λαμβάνει στην ώρα του την φαρμακευτική του αγωγή. Για να μπορέσει ο νοσηλευτής να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις που έχει απέναντι στους ασθενείς του, δηλαδή να τους φροντίζει, πρέπει και ίδιος να είναι σωματικά και ψυχικά υγιής. Για το λόγο αυτό, συντάξαμε την παρούσα εργασία η οποία σκοπό έχει να αναγνωρίσει τους παράγοντες που επιβαρύνουν το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε δομές φροντίδας και φιλοξενίας ψυχιατρικών ασθενών. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τόσο σωματικά όσο και ψυχικά έναν ψυχιατρικό νοσηλευτή. Κάποιοι από αυτούς είναι το άγχος που μπορεί να προκύψει από κακές σχέσεις που δημιουργούνται μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Ακόμη, η απουσία στήριξης από ανώτερα στελέχη δυσχεραίνει την επικοινωνία. Ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας είναι η έλλειψη προσωπικού, όπου σε συνδυασμό με τον υψηλό φόρτο εργασίας προκαλείται άγχος και εξουθένωση. Επίσης η απουσία εκπαίδευσης σχετικά με την αντιμετώπιση βίαιων καταστάσεων, οδηγεί σε κακή διαχείριση των περιστατικών αυτών και συνεπώς σε σωματικές και ψυχικές βλάβες. Γενικά όταν ένας νοσηλευτής, ιδιαίτερα όταν είναι νέος, έρχεται αντιμέτωπος με κάποια μορφή βίας όπως για παράδειγμα είναι η σεξουαλική παρενόχληση ή η σωματική βία και δεν ξέρει πως να το αντιμετωπίσει, τότε η κατάσταση αυτή διαταράσσει την ψυχολογία του και του δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα. Συνεπώς αυτό επηρεάζει την αποτελεσματικότητα που θα έχει στην δουλειά του καθώς του δημιουργούνται συναισθήματα φόβου, άγχους, νιώθει αδύναμος να αντιμετωπίσει μία βίαιη κατάσταση. Τα συμπτώματα αυτά οδηγούν

στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, το λεγόμενο burn-out. Όλα αυτά επιβαρύνουν την υγεία του νοσηλευτή και κατ' επέκταση την υγεία των ασθενών εφόσον ένα μέρος αυτής εξαρτάται από τους νοσηλευτές.

Συνοψίζοντας λοιπόν, είναι πολύ σημαντικό να κατανοήσουμε και να εντάξουμε στην καθημερινότητά μας την ιδεολογία πως το μυαλό, η ψυχή και το σώμα είναι μία ολότητα και δεν μπορούμε τα διαχωρίσουμε. Όταν δεν υπάρχει ισότητα και κάποιο από αυτά τα τρία χάσει την δύναμή του, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να επηρεάζονται και τα υπόλοιπα δύο και τότε το άτομο οδηγείται σε μία μη υγιή κατάσταση. Αντιθέτως όταν υπάρχει ισορροπία μεταξύ αυτών των τριών "δυνάμεων", μπορούμε να πούμε πως ένας άνθρωπος είναι υγιής. Όταν λοιπόν η υγεία του νοσηλευτή διέπεται από ευεξία/πληρότητα, τότε μπορεί να ανταπεξέλθει στις ψυχικές και βιολογικές ανάγκες που έχει ο ασθενής του. Εφόσον η σωματική και ψυχική υγεία του νοσηλευτή επιβαρύνεται από διάφορους παράγοντες, επηρεάζεται έμμεσα και άμεσα η αποτελεσματικότητα της δουλειάς του και κατ' επέκταση η σωματική και ψυχική ευεξία του ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γιαννοπούλου, Α., 1995. *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*. Αθήνα: [χ. ε.].
- Γιαννοπούλου. Χρ, Α., 1996 .*Ψυχιατρική Νοσηλευτική*. Αθήνα: «Η ΤΑΒΙΘΑ»
- Δεπάστας, Χ. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ* 17, (2), σ.117-126. Διαθέσιμο σε: <https://zenodo.org/record/1211007#.XXkjtygzbiU> [Ανακτήθηκε στις 4 Ιουνίου 2019].
- Κούκια, Ε. (2010). Ανάγκες εκπαίδευσης και περιορισμοί ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε τμήματα βραχείας νοσηλείας σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ* 9(3), σ.344-458 Διαθέσιμο σε: http://www.vima-askliou.gr/volumes/2010/VOLUME%2003_10/VA_OP_1_09_03_10.pdf [Ανακ τήθηκε 17 Δεκεμβρίου 2018].
- «Πανικός» 2004. Σε Γ. Μπαμπινιώτης (επιμ.), Λεξικό για το σχολείο & το γραφείο. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε.
- Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου,Α., 2005. *Κοινωνική-Κοινωνική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Αθήνα:ΒΗΤΑ
- Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, Α., 2012. *Ψυχική υγεία και νοσηλευτική επιστήμη*. Αθήνα: ΒΗΤΑ
- Conradie, M. et al., 2017. A profile of perceived stress factors among nursing staff working with intellectually disabled in-patients at the Free State Psychiatric Complex, South Africa. *AOSIS*, [e-journal] 40(1):1578. Doi: [10.4102/curationis.v40i1.1578](https://doi.org/10.4102/curationis.v40i1.1578)
- Dal Pai, D., 2015. Violence, burnout and minor psychiatric disorders in hospital work*. *Journal of school of nursing* 49(3). Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000300457&lng=en&nrm=iso&tlng=en [Accessed on 17 December 2018].

- deWit, S., 2013. *Βασικές αρχές και δεξιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας*. Αθήνα: Λαγός.
- Dude, F., 2015. Primary health care nurses' management practices of common mental health conditions in KwaZulu-Natal, South Africa. *AOSIS* 38, (1). Available at: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-62792015000100025 [Accessed on 17 December 2018].
- Ford Williams, M., 1996. Violence and Sexual Harassment: Impact on Registered Nurses in the Workplace. *AAOHN*, [e-journal] 44(2), pp.73-77. Διαθέσιμο στο: <https://doi.org/10.1177/216507999604400204> . [Πρόσβαση στις 8 Σεπτέμβρη 2019].
- Hanrahan, N., 2010. Relationship between Psychiatric Nurse Work Environments and Nurse Burnout in Acute Care General Hospitals. *National institute of health*, [e-journal] 31(3). pp.198-207. doi: [10.3109/01612840903200068](https://doi.org/10.3109/01612840903200068)
- Hylen, U., 2018. Psychosocial work environment within psychiatric inpatient care in Sweden: Violence, stress, and value incongruence among nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, [e-journal] 27(3), pp. 1086-1098. doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12421>
- Jansson, L. (13 March 2018). Nurses' Experiences of Assessing Suicide Risk in Specialised Mental Health Outpatient Care in Rural Areas. *Issues in Mental Health Nursing*. [e-journal] 39 (7), pp.554-560. Available at: <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1431823> [Accessed on 17 December 2018].
- Konttila, J., 2018. Violence committed against nursing staff by patients in psychiatric outpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing* 27 (6), pp.1952-1605. Available at : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inm.12478> [Accessed on 17 December 2018].
- Madathil, R., 2014. Burnout in Psychiatric Nursing: Examining the Interplay of Autonomy, Leadership Style, and Depressive Symptoms. *ELSEVIER*. 28 (3): 106-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.01.002> .

- Mangoulia, P., 2015. Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in Greece. *ELSEVIER*. [e-journal] 29 (5), pp.333-338. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.001>
- Nakakis, K., 2008. FACTORS INFLUENCING STRESS AND JOB SATISFACTION OF NURSES WORKING IN PSYCHIATRIC UNITS: A RESEARCH REVIEW. *Health science journal* 2 (4). Διαθέσιμο σε: <http://www.hsj.gr/medicine/factors-influencing-stress-and-job-satisfaction-of-nurses-working-in-psychiatric-units-a-research-review.php?aid=3653> [Ανακτήθηκε 17 Δεκεμβρίου 2018].
- Nielsen, M. et al., 2017. Sexual harassment in care work – Dilemmas and consequences: A qualitative investigation. *ELSEVIER*. [e-journal] 70, pp.122-130. Διαθέσιμο σε: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.018>. [Ανακτήθηκε 8 Σεπτεμβρίου 2019].
- Paschou, A., et al., 2018. The Relationship between Burden and Depression in Spouses of Chronic Kidney Disease Patients. *Hindawi*. [e-journal], 31(3), pp. 1-8. Available at: <https://doi.org/10.1155/2018/8694168> .[Accessed on 20 August 2019].
- Rodrigues Nicacio, T. et al. From alienation to the nursing clinic: care of patients with psychiatric comorbidity. *REBEn*. [e-journal] 71 (5). Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102229&lng=en&nrm=iso&tlng=en [Accessed on 17 December 2018].
- Skapinakis, P et al., 2013. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BioMed Central*, [e-journal] 13:63, pp.1-14. Διαθέσιμο στο: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-163> [Πρόσβαση στις 16 Ιουλίου 2019].
- Sobekwa, Z. (18 December 2015). Experiences of nurses caring for mental health care users in an acute admission unit at a psychiatric hospital in the Western Cape Province. *AOSIS*. [e-journal] 38 (2) 1059. doi: [10.4102/curationis.v38i2.1509](https://doi.org/10.4102/curationis.v38i2.1509)
- Spector, P. et al. 2012. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *ELSEVIER*. [e-journal]

- 15(2014), pp.72-84. Διαθέσιμο σε: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010>. [Πρόσβαση στις 9 Σεπτεμβρη 2019].
- Tsaras, K., 2018. Predicting Factors of Depression and Anxiety in Mental Health Nurses: A Quantitative Cross-Sectional Study. *Med Arch.* 72 (1), pp.62-67. doi: [10.5455/medarh.2017.72.62-67](https://doi.org/10.5455/medarh.2017.72.62-67)
 - Woodhead, E., 2016. Stress, Social Support, and Burnout Among Long-Term Care Nursing Staff. *Journal of Applied Gerontology*. [e-journal] 35 (1). doi: <https://doi.org/10.1177/0733464814542465> .