

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΜΣ: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΦΟΡΤΙΟ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΕ ΝΕΟΓΝΙΚΕΣ ΜΕΝ ΚΑΙ ΜΑΦ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

ΡΟΔΑΝΘΗ ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΥ
ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Α+Β ΝΕΟΓΝΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ:

ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ

Αν. καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών
Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΚΑΠΑΚΗ

Δρ. Πολιτικής Υγείας Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια, Πανεπιστήμιο
Πελοποννήσου

ΑΘΗΝΑ 2019

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ σελ. 5

1. ΠΕΡΙΛΗΨΗσελ. 6

2. ΕΙΣΑΓΩΓΗσελ. 8

3. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1. Περιγραφή ΜΕΝΝ και νεογνικής ΜΑΦσελ. 12

3.2. Προωρότητασελ. 21

3.3. Διατροφήσελ. 23

3.4. Περιστατικά που νοσηλεύονταισελ. 24

3.5. Επικοινωνία (Communication)σελ.25

3.6. Ενσυναίσθηση (Empathy)σελ.27

3.7. Αγωνίες-άγχος-ψυχική & σωματική καταπόνηση των
νοσηλευτών των ΜΕΝΝ και ΜΑΦσελ. 32

3.8. Επαγγελματική εξουθένωση – Burnoutσελ. 35

3.9. Ο νεογνικός νοσηλευτής μπροστά στο θάνατοσελ. 39

3.10. ΘΕΩΡΙΕΣ ΑΓΧΟΥΣ

3.10.1. Ψυχαναλυτική θεωρίασελ.41

3.10.2. Φαινομενολογικά Μοντέλασελ. 43

3.10.3. Γνωσιακά Μοντέλασελ. 44

3.10.4 Βιολογική προσέγγισησελ. 45

3.10.5. Θεωρία Spielbergerσελ. 47

3.11. Τι είναι οι Μηχανισμοί Άμυνας του Εγώσελ. 48

3.12. Είδη Μηχανισμών Άμυνας του Εγώ	σελ. 49
3.13. Οι Μηχανισμοί Άμυνας	σελ. 52
3.14. Μηχανισμοί Άμυνας του Εγώ και νεογονικοί νοσηλευτές	σελ. 61

4. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4.1. Σκοπός της έρευνας	σελ. 65
4.2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	
4.2.1. Ερευνητικά Εργαλεία – Ερωτηματολόγιο	σελ. 66
4.2.2 . Στατιστική ανάλυση	σελ. 67
4.3 Δείγμα	σελ. 69
4.4 Αποτελέσματα	σελ. 70
4.5. Συσχετίσεις	σελ. 88

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	σελ. 110
-------------------	----------

6. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ	σελ. 118
------------------------------	----------

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΛΥΣΕΩΝ	σελ. 119
--	----------

8. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	σελ. 121
--	----------

9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ. 122
-----------------------	----------

10. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

10.1. Παράρτημα Α': Ερωτηματολόγιο	σελ. 130
--	----------

10.2. Παράρτημα Β': Εγκρίσεις	σελ. 140
-------------------------------------	----------

10.3. Ο πρώτος χάρτης δικαιωμάτων των πρόωρων νεογνών	σελ. 141
---	----------

Αφιερωμένη στα παιδιά μου, Ελένη και Χρήστο!

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας χρειάστηκα την στήριξη και την υποστήριξη πολλών δικών μου και μη ανθρώπων. Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κο Κυριάκο Σουλιώτη, τον επιβλέποντα καθηγητή της εργασίας μου για τη στήριξη και την πολύτιμη συνεισφορά του.

Επίσης, ευχαριστώ πολύ την κα Βασιλική Καπάκη για την ουσιαστική καθοδήγησή της και την πολύτιμη βοήθειά της και όλους τους συναδέλφους μου και από τα δύο παιδιατρικά νοσοκομεία που βοήθησαν με την συνεργασία τους στη γρήγορη και ομαλή διεξαγωγή της έρευνάς μου.

Αναμφισβήτητα ευχαριστώ το Θεό που μου χάρισε καλούς φίλους.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω από την καρδιά μου όλη την οικογένειά μου και ιδιαίτερα τα δύο παιδιά μου που ήταν πάντα για μένα η κινητήριος δύναμη της ζωής μου, πηγή έμπνευσης και αγάπης. Η συμπαράσταση και η ανοχή τους καθ' όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος ήταν πολύτιμη και καθοριστική.

2. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ιστορικό: Οι Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) και οι Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) είναι εργασιακά περιβάλλοντα με αυξημένο φόρτο εργασίας για νοσηλευτές, που διαδραματίζουν θεμελιώδη ρόλο στη θεραπευτική ομάδα. Οι νοσηλευτές των MENN έχουν βαρύτερο φόρτο εργασίας και περισσότερες υποχρεώσεις από τους νοσηλευτές που εργάζονται σε ανοιχτά τμήματα. Συχνά καλούνται να πάρουν γρήγορες αποφάσεις ή να αντιμετωπίσουν ασθενείς που χρειάζονται πρώτες βοήθειες ή άλλη επείγουσα αντίδραση.

Μέθοδος και υλικό: Ο σκοπός της παρούσας – ποιοτικής έρευνας είναι να αξιολογήσει την ψυχολογική επιβάρυνση την οποία υφίστανται οι νοσηλευτές που εργάζονται δίπλα σε νεογνά, στις MENN και ΜΑΦ στα δύο παιδιατρικά νοσοκομεία ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ και ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ & ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ καθώς και τους μηχανισμούς άμυνας που αναπτύσσουν προκειμένου να διάγουν μια ήρεμη και φυσιολογική ζωή. Διανεμήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο σε 107 νοσηλευτές των 2 νοσοκομείων, συλλέχθηκαν 102 και τα δεδομένα αναλύθηκαν με ποσοτική μέθοδο.

Αποτελέσματα: Όσο αφορά στον παράγοντα σωματική κόπωση το δείγμα εμφανίζει αυξημένη τάση 90,2%, και άγχος το 86,3%. Ειδικότερα η συναισθηματική φόρτιση των νοσηλευτών παρουσιάζει υψηλές τιμές 64%, εξαιτίας της ιδιαιτερότητας των τμημάτων και της ηλικίας των ασθενών ενώ η σωματική καταβολή 90,2%, είναι απόρροια των πολυετών βαρδιών της δυσχέρειας της οριζόντιας και κάθετης επικοινωνίας και της μεγάλης έλλειψης προσωπικού. Η ικανοποίηση που φαίνεται να λαμβάνουν οι νοσηλευτές από την δουλειά τους φαίνεται να είναι υψηλή 94,2%. Τελικά οι νοσηλευτές που αναπτύσσουν έναν ή περισσότερους μηχανισμούς άμυνας, παρουσιάζουν λιγότερες αρνητικές αντιδράσεις.

Συμπεράσματα: Η ψυχολογική και σωματική επιβάρυνση των νοσηλευτών που εργάζονται στις νεογνικές ΜΕΝ και ΜΑΦ είναι αδιαμφισβήτητη. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) σε συνδυασμό με την έλλειψη ύπνου, τα αυξημένα επαγγελματικά και οικογενειακά καθήκοντα, τα εξαντλητικά ωράρια καθώς και ο αθέμιτος ανταγωνισμός, δημιουργεί ένα επισφαλές εργασιακό περιβάλλον και μειώνει την απόδοση των νοσηλευτών ορίζοντας έτσι έναν αέναο φαύλο κύκλο στον οποίο το στρες παίζει κυρίαρχο ρόλο. Για να αντιρροπήσουν την κατάσταση αυτή, αναπτύσσουν ο καθένας διαφορετικούς μηχανισμούς άμυνας.

Λέξεις κλειδιά: Ψυχολογική επιβάρυνση, Επαγγελματική εξουθένωση, Ικανοποίηση, Επικοινωνία, Ενσυναίσθηση, Συναισθηματική νοημοσύνη, MENN, ΜΑΦ, Νεογνική νοσηλεύτρια, Προωρότητα, Μηχανισμοί άμυνας

ABSTRACT

BACKGROUND: Intensive Care Units are increased workload environments for nurses, who play a fundamental role within the health care team. IC Nurses have more obligations than nurses working in other wards; they are often faced with situations in which they have to make quick decisions in the event of patients requiring First Aid or emergency response.

AIM/METHODS: The purpose of this research is to evaluate the burnout's degree of the Neonatal Nurses of the two pediatric hospitals of Athens, AGIA SOPHIA and PANAGIOTIS & AGLAIA KYRIAKOU, who they share with the premature babies and the neonates their battle for life and their march/path towards death. Moreover, we evaluate the defense mechanisms that they develop in order to have a peaceful and normal life. A questionnaire was distributed to 107 neonatal nurses. The data got analyzed by the use of the quantitative method.

Results: The professional fatigue rate is 90,2% and the stress rate is 86,3%. Furthermore the neonatal nurses' physical tiredness 90,2%, comes from the multiannual shifts, the difficulty of the communication among levels and the serious lack of staff. The nurses who often meet family and friends had less negative reactions due to their job. The neonatal nurses' emotional load is particularly high 64%, because of the department's diversity and the age of the patients. The personal accomplishment factor of the neonatal nurses is moderate to high 94,2%. Finally, the nurses who use more the defense mechanisms, had less negative reactions due to their job.

CONCLUSION: The psychological and physical burden of the neonatal nurses are indisputable. The burnout syndrome combined with the lack of sleep, the increased professional and family responsibilities, the exhausting shifts and the competition creates a precarious work environment that reduces the nurse's performance. They are overmastered by stress. In order to counterbalance this situation they develop one or more Defense Mechanisms.

Key words: Psychological charge, Burnout syndrome, Job satisfaction, Neonatal Intensive Care Unit, Neonatal nurses, Prematurity, Communication, Empathy, EQ, Defense Mechanisms

2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια οι επιστήμονες ασχολούνται όλο και περισσότερο με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout). Στη βιβλιογραφία αναφέρθηκε για πρώτη φορά σαν την εξάντληση του ατόμου η οποία προέρχεται από την παρατεταμένη χρήση των ενεργειακών του αποθεμάτων (Freudenberger 1974) . Η Christina Maslach (1976 & 1982), η αμερικανίδα κοινωνική ψυχολόγος που ασχολήθηκε επί χρόνια με το σύνδρομο αυτό, μας έδωσε τον πληρέστερο ορισμό του ορίζοντας την επαγγελματική εξουθένωση ως << το σύνδρομο της ψυχικής, σωματικής και πνευματικής κόπωσης που αποτελεί την αντίδραση του εργαζόμενου στο χρόνιο και διαπροσωπικό στρες της εργασίας του και χαρακτηρίζεται από τρεις διαστάσεις:

- τη συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion), που χαρακτηρίζεται από μείωση των συναισθημάτων του ατόμου
- την αποπροσωποποίηση (depersonalization), κατά την οποία το άτομο βλέπει αρνητικά τους αποδέκτες των υπηρεσιών του και τους αντιμετωπίζει σαν αντικείμενα, αναπτύσσοντας ένα μηχανισμό άμυνας για να μπορέσει να αντιμετωπίσει τη συναισθηματική εξάντληση που το βαραίνει
- το μειωμένο αίσθημα προσωπικής επίτευξης (loss of personal accomplishment), κατά το οποίο το άτομο κατακλύζεται από δυσαρέσκεια για την εργασία του και αξιολογεί αρνητικά, τόσο τον εαυτό του, όσο και τους άλλους γύρω από αυτό>>

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης βρίσκει πρόσφορο έδαφος ανάμεσα στους επαγγελματίες εκείνους που προσφέρουν φροντίδα σε άλλους, όπως στους εκπαιδευτικούς, στους αστυνομικούς, στους νομικούς και σωφρονιστικούς υπαλλήλους, κυρίως όμως ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, αφού αυτοί προσφέρουν φροντίδα κατεξοχήν (Kobasa et al, 1982 & Lazarus et al, 1984).. Από τους επαγγελματίες υγείας αυτοί που φαίνεται σύμφωνα με τη βιβλιογραφία να επηρεάζονται περισσότερο είναι οι νοσηλευτές και οι γιατροί (Kong, J., Kaptchuk, T.J, 2004). Σε αυτούς καταγράφονται ψυχικά και σωματικά προβλήματα, αντικοινωνική συμπεριφορά, χαμηλής ποιότητας παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά και ένταση, κατάθλιψη, καθώς και πρόωρη συνταξιοδότηση ή αλλαγή επαγγέλματος. Η αναλογία ανάμεσα στην προσφορά και στην ανταμοιβή των νοσηλευτών είναι δυσανάλογη, ανεξάρτητα από τον αν η ανταμοιβή αυτή είναι οικονομική ή ηθική (Clarke, SP., Aiken, LH., 2006). Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που εμφανίζεται σε όλες τις χώρες του δυτικού κόσμου και στην Ιαπωνία. Οι γρήγοροι ρυθμοί της ζωής και της εργασίας, η ελλιπής οργάνωση των νοσοκομείων, η οριζόντια και κάθετη έλλειψη

επικοινωνίας και οι συγκρούσεις που πηγάζουν από αυτή, η μεγάλη ευθύνη, η μη συμμετοχή στις αποφάσεις, οι εξαντλητικές βάρδιες, η πλημμελής ξεκούραση αλλά και η καθημερινή αντιμετώπιση με την αρρώστια και τον θάνατο είναι παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ειδικότερα, οι συνθήκες εργασίας για τους νεογνικούς νοσηλευτές είναι τέτοιες που εντείνουν το στρες και την πίεση (Spielberger, C.D., 1972). Η καθημερινή επαφή με την ζωή στην πρώιμη μορφή της, η συναισθηματική σύνδεση των νοσηλευτών με πρόωρα νεογνά που συχνά πάσχουν με σύνδρομα ασύμβατα με την ζωή και η προσπάθειά τους να τα κρατήσουν όσο περισσότερο σε αυτήν με τις καλύτερες δυνατές συνθήκες είναι παράγοντες που επιβαρύνουν κυρίως τους νοσηλευτές που έχουν περισσότερα χρόνια υπηρεσίας (Αντωνίου, Α.Σ., 2002). Παρατηρούμε τότε σε αυτούς διάφορα συμπτώματα τα οποία από μόνα τους "μιλούν" προστατεύοντας με αυτόν τον τρόπο το άτομο από επώδυνα συναισθήματα, ιδέες και ενορμήσεις. Η Anna Freud (1936), τονίζει ότι "η άμυνα μπορεί να ασκείται όχι μόνο για την καταστολή των διεκδικήσεων των ενορμήσεων, αλλά και εναντίον οποιουδήποτε αιτίου ανάπτυξης άγχους, είτε αυτό είναι συναίσθημα, είτε καταστάσεις είτε απαιτήσεις του Υπερεγώ".

Ο Freud (1978), πρώτος ανέδειξε τις βασικές ιδιότητες των μηχανισμών άμυνας που παραμένουν μέχρι και σήμερα ίδιες:

- οι άμυνες είναι το μέσο διευθέτησης των ενορμήσεων και του συναισθήματος
- είναι ασυνείδητες
- είναι διακριτές μεταξύ τους
- είναι δυναμικές και αναστρέψιμες
- είναι προσαρμοστικές μπορεί όμως και παθολογικές

Τέλος, οι βασικοί μηχανισμοί άμυνας είναι:

- η απώθηση
- η άρνηση
- η προβολή
- η συγκινησιακή παλινδρόμηση
- ο σχηματισμός δια του αντιθέτου

- η υπερανάπληρωση

Οι μηχανισμοί άμυνας έχουν διάφορες ευεργετικές λειτουργίες. Αρχικά αποτελούν υγιείς και δημιουργικούς τρόπους προσαρμογής του ατόμου στο περιβάλλον του. Όταν όμως επιστρατεύονται για να το προστατέψουν από μία απειλή, τότε ονομάζονται άμυνες. Με τους μηχανισμούς άμυνας το άτομο προσπαθεί να επιτύχει είτε την αποφυγή ή την διαχείριση κάποιου δυνατού και απειλητικού συναισθήματος, συχνά του στρες, είτε την υπερβολική θλίψη ή άλλα αποδιοργανωτικά συναισθήματα και εμπειρίες με σκοπό να διατηρήσει την αυτοεκτίμησή του, είτε και τα δύο ταυτόχρονα (Anna Freud 1936).

Όλα τα άτομα δεν αναπτύσσουν τους ίδιους μηχανισμούς άμυνας (Μαδιανός, Μ., 2003), αλλά το καθένα προτιμά να επιστρατεύει συγκεκριμένους μηχανισμούς οι οποίοι εκφράζουν τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει την πραγματικότητα.

Η αυτόματη χρήση ενός μεμονωμένου μηχανισμού άμυνας ή μιας ομάδας από αυτούς είναι αποτέλεσμα της πολύπλευρης αλληλεπίδρασης τεσσάρων παραγόντων:

- της ιδιοσυγκρασίας του ατόμου
- των αρνητικών ψυχοπνευματικών παραγόντων που επέδρασαν στη διάρκεια της πρώιμης παιδικής τους ηλικίας
- των αμυνών που λειτούργησαν ως πρότυπα ή διδάχθηκαν από γονείς, παιδαγωγούς, ή άλλα κοντινά πρόσωπα, και τέλος,
- των συνεπειών που υπέστη ένα άτομο αφού χρησιμοποίησε συγκεκριμένους αμυντικούς μηχανισμούς

Τέλος οι αμυντικοί μηχανισμοί διακρίνονται σε:

- πρωτογενείς ή ανώριμους ή πρωτόγονους ή "χαμηλότερης τάξης" και αφορούν στην οριοθέτηση του εαυτού μας με τον έξω κόσμο.
- δευτερογενείς, πιο ώριμους, ανώτερης ή "υψηλότερης τάξης" και αφορούν στην εσωτερική οριοθέτηση, στα όρια ανάμεσα στο Εγώ ή στο Υπερεγώ και στο Εκείνο.

3. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1. Περιγραφή Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας ΝΕΟΓΝΩΝ (MENN) και νεογνικής Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ)

Η φροντίδα νοσηλείας των ασθενών διαχρονικά πέρασε από τα ακόλουθα στάδια:

- Ιατροκεντρικό μοντέλο, στο οποίο ο γιατρός αποκλειστικά αποφάσιζε για την πορεία της θεραπείας του ασθενή
- Νοσοκεντρικό μοντέλο, στο οποίο η νόσος από την οποία έπασχε κανείς, ήταν αυτή που καθόριζε και τη θεραπεία του
- Ασθενοκεντρικό μοντέλο, στο οποίο και ο ασθενής συμμετείχε στη λήψη των αποφάσεων που αφορούσαν τη θεραπεία του (Rogers C.R, 1951)

Τα νεογνά όμως που αποτελούν μια πολύ ιδιαίτερη κατηγορία ασθενών υποχρέωσαν το μοντέλο να αλλάξει για μία φορά ακόμη, δημιουργώντας το:

- Οικογενειοκεντρικό μοντέλο, στο οποίο οι γονείς του νεογνού λαμβάνονται απαραίτητα υπόψη και συμμετέχουν όπου είναι δυνατό στη θεραπεία του μωρού τους

Οι ΜΕΝΝ είναι το τμήμα εκείνο των παιδιατρικών νοσοκομείων που παρέχει εξειδικευμένη φροντίδα στα βαρέως πάσχοντα και πρόωρα νεογνά. Προσφέρουν εντατική παρακολούθηση και θεραπεία χρησιμοποιώντας και επεμβατικές μεθόδους νοσηλείας. Αυτός είναι και ο λόγος που η παραμονή σε μία μονάδα ΜΕΝΝ είναι ιδιαίτερος κοστοβόρα. Το κόστος παραμονής σε μία τέτοια μονάδα υπολογίζεται 3-4 φορές μεγαλύτερο από τις παιδιατρικές κλινικές των νοσοκομείων.

Οι ΜΑΦ είναι δομές που τα τελευταία περίπου 25 χρόνια έχουν αρχίσει να λειτουργούν στα νοσοκομεία. Παρέχουν φροντίδα σε νεογνά που χρειάζονται παρακολούθηση χωρίς όμως να χρειάζεται να νοσηλευτούν σε ΜΕΝΝ. Οι ΜΑΦ είναι ενδιάμεσου τύπου μονάδες, οι οποίες παρέχουν αυξημένο επίπεδο φροντίδας και αποτελούν τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στις ΜΕΝΝ και τα παιδιατρικά τμήματα. Το κόστος τους είναι μικρότερο των ΜΕΝΝ μεγαλύτερο όμως των παιδιατρικών τμημάτων. Ο ρόλος τους είναι πολύ σπουδαίος γιατί:

- μειώνεται το κόστος νοσηλείας του νοσοκομείο αφού οι ΜΑΦ λειτουργούν με μεγαλύτερη αναλογία νοσηλευτή/νεογνού και ο εξοπλισμός τους είναι ελαφρύτερος των ΜΕΝΝ
- ελευθερώνονται κρεβάτια των ΜΕΝΝ για σοβαρότερα περιστατικά
- μειώνεται το ποσοστό θνητότητας στις ΜΕΝΝ

- μειώνονται οι περιπτώσεις στις οποίες επιδεινώνεται η κατάσταση των νεογνών εξαιτίας μιας πρόωρης εξόδου τους σε παιδιατρικό τμήμα

Στην εικόνα που παρατίθεται παρακάτω φαίνεται ο εσωτερικός χώρος της ΜΑΦ του Παιδιατρικού Νοσοκομείου Αγία Σοφία (Εικόνα 1).



Εικόνα 1: Παρουσίαση του εσωτερικού χώρου της ΜΑΦ του Αγ. Σοφία.

Οι νοσηλευτές αποτελούν τον ακρογωνιαίό λίθο των ΜΕΝΝ και των ΜΑΦ (Πάνου, Μ., 1994). Είναι το κλειδί της επιτυχούς λειτουργίας τους και της θετικής έκβασης της θεραπείας των νεογνών. Κατέχουν γνώσεις ανατομίας, φυσιολογίας, παθολογίας και των σημείων και συμπτωμάτων που συχνά δίνουν τα νεογνά. Μπορούν και χειρίζονται με ευχέρεια τις συσκευές και τα μηχανήματα που υπάρχουν στο χώρο, είναι εξοικειωμένοι με τις αλλαγές της συμπεριφοράς των νεογνών και έχουν την ικανότητα να αντιδρούν άμεσα και στοχευμένα (Robbins, S.P., 2009).

Η αναλογία νοσηλευτή - νεογνών σύμφωνα με τις συστάσεις του Ευρωπαϊκού Δικτύου Παιδιατρικής Νοσηλευτικής Pediatric Nurse Association in Europe (PNAE), συνυπολογιζόμενων των κανονικών και ειδικών αδειών και των ρεπό είναι κατ' ελάχιστον 4 νοσηλευτές/κλίνη για τις ΜΕΝΝ και 2 νοσηλευτές/κλίνη για τις ΜΑΦ.

Στην Α' ΜΕΝΝ του Αγ. Σοφία, υπηρετούν 20 νοσηλευτές και 1 ΒΘ. Στη Β' ΜΕΝΝ 20 νοσηλευτές, 1 ΒΘ και ένας κοινός νοσοκόμος για τις ΜΕΝΝ. Στην Α+Β νεογνική ΜΑΦ 16 νοσηλευτές και 1 ΒΘ και στο τμήμα προώρων 17 νοσηλευτές και 1 ΒΘ, καθώς και ένας κοινός νοσοκόμος. Στο Α+Π Κυριακού στην ΜΕΝΝ υπηρετούν 25 νοσηλευτές και 3 ΒΘ.

Στον 5ο όροφο του παιδιατρικού νοσοκομείου ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ, φιλοξενούνται 2 ΜΕΝΝ και 2 τμήματα ΜΑΦ, η Α' ΜΕΝΝ, η Β' ΜΕΝΝ, η Α+Β νεογνική ΜΑΦ και η πανεπιστημιακή ΜΑΦ προώρων. Οι δύο μονάδες λειτουργούν σε δύο επίπεδα νοσηλείας, εντατική και ενδιάμεση νοσηλεία με συνολική δύναμη 60 κλινών από τις οποίες οι 40 είναι των δύο ΜΕΝΝ και οι 20 της ΜΑΦ. Η 2η ΜΑΦ είναι διασυνδεδεμένη με τα πανεπιστημιακά παιδιατρικά τμήματα του νοσοκομείου και διαθέτει 30 κλίνες.

Στον 2^ο όροφο του Α+Π ΚΥΡΙΑΚΟΥ, φιλοξενείται η ΜΕΝΝ και στον ίδιο χώρο, με το ίδιο προσωπικό, βρίσκεται και η νεογνική ΜΑΦ με συνολική δύναμη 30 κλίνες.

Οι ΜΕΝΝ και οι ΜΑΦ των 2 νοσοκομείων στελεχώνονται με άριστα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και των δύο βαθμίδων ΤΕ και ΔΕ που συνεχώς αποκτούν νέες γνώσεις, ενώ για τη μεταφορά των νεογνών από το ένα νοσοκομείο στο άλλο υπάρχει κλειστός εξωτερικός διάδρομος τύπου tube, ώστε να μεταφέρονται τα νεογνά εύκολα, γρήγορα και προστατευμένα.

Στις μονάδες, στο Α+Β νεογνικό και στη μία πανεπιστημιακή ΜΑΦ, αντιμετωπίζονται όλα τα προβλήματα της νεογνικής ηλικίας και των συγγενών καρδιοπαθειών που χρειάζονται χειρουργική αντιμετώπιση, ενώ στο τμήμα των προώρων δεν αντιμετωπίζονται τα περιστατικά των συγγενών καρδιοπαθειών.

Η πίεση που υφίστανται οι νοσηλευτές των MENN και των νεογνικών ΜΑΦ δεν είναι ίδια μ' αυτήν που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές των υπόλοιπων νοσηλευτικών μονάδων. Η προωρότητα από μόνη της τους θέτει σε μια κατάσταση συνεχούς έντασης, αλλά και οι άλλες επικίνδυνες για τη ζωή των νεογνών καταστάσεις τους φέρνουν συχνότερα στα όριά τους. Το αίσθημα της ευθύνης μοιάζει να είναι πολύ βαρύτερο και πυροδοτεί με μεγαλύτερη ευκολία το άγχος τους, αφού κάθε στιγμή γνωρίζουν ότι κρατούν στα χέρια τους το “πολύτιμο” μωρό κάποιων άλλων. Αναπόσπαστο μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η συνεχής παρακολούθηση των νεογνών, παρατήρηση των μηχανημάτων, η γρήγορη και σωστή αξιολόγηση της κατάστασης και η άμεση παρέμβαση. Η πρώτη διαχείριση της κρίσης από το νοσηλευτή και η κατάλληλη υποστήριξη του νεογνού, μέχρι ο γιατρός να αναλάβει, μπορεί να είναι σωτήρια. Κατανοώντας όλα αυτά λοιπόν ο νεογνικός νοσηλευτής προσέρχεται στην εργασία του όχι για άλλο ένα δωρο, αλλά για να μοιραστεί τον εαυτό του με τους λιλιπούτιους ασθενείς του.

Οι μονάδες και οι ΜΑΦ διαθέτουν μηχανολογικό εξοπλισμό όπως θερμοκοιτίδες, θερμοκοιτίδες μεταφοράς, αναπνευστήρες, αναπνευστήρες τούρμπο, αναλυτές αερίων, καρδιογράφους, απινιδωτές, φωτοθεραπείες, Neo-puff, το μηχάνημα δηλαδή που είναι απαραίτητο για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση των νεογνών, ενώ παρέχονται όλοι οι σύγχρονοι τρόποι μηχανικού αερισμού. Η παρακολούθηση των νεογνών γίνεται σε 24ωρη βάση από αξιόπιστα monitors όπως χαρακτηριστικά βλέπουμε στην Εικόνα 2, ενώ χρησιμοποιούνται όπου χρειάζονται οξυγονόμετρα για την μέτρηση του οξυγόνου, ατομικές αναρροφήσεις, βρεφικοί ζυγοί για την καταμέτρηση του βρεφικού βάρους και αντλίες για ενδοφλέβια ή παρεντερική χορήγηση υγρών και διαλυμάτων.



Εικόνα 2: Monitor καταγραφής Ζωτικών Σημείων

Για την σίτιση των νεογνών λειτουργεί ειδικό τμήμα παρασκευής γάλακτος στο οποίο γίνεται η αποστείρωση και η προετοιμασία των μπιμπερών με το γάλα των νεογνών καθώς και η συλλογή τους και το πλύσιμό τους και τράπεζα μητρικού γάλακτος στην οποία συντηρείται και προετοιμάζεται το μητρικό γάλα των μητέρων που το προσκομίζουν για την διατροφή των μωρών τους. Στην Εικόνα που παρατίθεται παρακάτω φαίνεται ο τρόπος που θερμαίνονται τα μπιμπερό με το γάλα μέχρι να καταναλωθούν από τα βρέφη (Εικόνα 3).

Εκτός από τους βασικούς χώρους της νοσηλείας των νεογνών και οι ΜΕΝΝ και οι ΜΑΦ διαθέτουν χώρους υποδοχής γραμματείας, γραφεία γιατρών, προϊσταμένης, χώρο συλλογής και συντήρησης του γάλακτος, χώρο μητρικού θηλασμού, αποθηκευτικούς χώρους, χώρους ακάθαρτου ιματισμού, καθώς και προετοιμασίας εισόδου των επισκεπτών και καθαριότητας των θερμοκοιτίδων, χώρο ανάπαυσης προσωπικού, αποδυτήρια και τουαλέτες.



Εικόνα 3: Θερμαντήρας μπιμπερό πριν από τη σίτιση

Κατά την παραμονή των νεογνών στις MENN (Μπούζα, Ε., 2009) και στο A+B νεογνικό οι γονείς μπορούν να επισκέπτονται τα νεογνά τους 2 φορές την ημέρα από μισή ώρα πρωί και βράδυ, ενώ στο πανεπιστημιακό τμήμα των προώρων κάθε φορά που τα μωρά σιτίζονται, για να προωθείται έτσι ο μητρικός θηλασμός. Το ωράριο του επισκεπτηρίου είναι συγκεκριμένο γιατί οι χώροι των MENN και των ΜΑΦ είναι ιδιαίτεροι και οι δραστηριότητες που συμβαίνουν σε αυτές συγκεκριμένες. Τα νεογνά τα επισκέπτονται μόνο η μητέρα και ο πατέρας του παιδιού όταν αυτοί βρίσκονται σε καλή υγεία για να μην υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης κάποια λοίμωξης π.χ. του αναπνευστικού ή του δέρματος. Και αυτό γιατί τα νεογέννητα είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα. Εάν οι γονείς για κάποιον από τους παραπάνω λόγους δεν μπορούν να επισκεφθούν το μωρό τους μπορούν να ενημερωθούν τηλεφωνικά για αυτό. Όταν στις MENN ή στις ΜΑΦ συμβαίνουν απρόβλεπτα/έκτακτα γεγονότα η ώρα του επισκεπτηρίου μπορεί να καθυστερήσει ή να συντομεύσει.

Οι γονείς για την προφύλαξη των νεογέννητων από διάφορα μικρόβια ετοιμάζονται κατάλληλα σε ειδικό χώρο στην είσοδο του τμήματος. Δεν φορούν κοσμήματα ή ρολόγια, πλένουν τα χέρια τους με αντισηπτικό σαπούνι και φορούν ειδική προφυλακτική μπλούζα χωρίς να αγγίζουν τίποτα μέχρι να φτάσουν στο μωρό τους. Η διαδικασία αυτή διδάσκεται στις πρώτες επισκέψεις στο τμήμα. Επειδή κάθε νεογνό έχει διαφορετικά προβλήματα συνιστάται στους γονείς η προσοχή τους να είναι στραμμένη μόνο στο δικό τους μωρό ενώ πάντα τονίζονται τα θετικά σημεία και η πρόοδος της κατάστασης του μωρού τους.

Το μωρό τους έχει ανάγκη την επαφή μαζί τους, να αισθανθεί το χάδι τους και να ακούσει τη φωνή τους κι αν η κατάστασή του το επιτρέπει μπορούν να το πάρουν αγκαλιά και η μητέρα να το θηλάσει (bonding and attachment) ισχυροποιώντας έτσι το δεσμό ανάμεσά τους (Γαπαδάκη-Μιχαηλίδη, Ε., 2010). Ο χώρος του μητρικού θηλασμού είναι ιδιαίτερος για να νιώθει άνετα η μητέρα, ήσυχος, χωρίς έντονους ήχους ή φώτα ούτως ώστε να μπορεί να αφοσιωθεί η μητέρα στο νεογνό και το νεογνό στη μητέρα. Η όλη φιλοσοφία είναι να έχουμε ένα baby friendly hospital.

Οι γονείς μπορούν να ενημερώνονται για την εξέλιξη και την πορεία των νεογνών τους τουλάχιστον 2 φορές την ημέρα πριν ή μετά τα επισκεπτήρια καθώς και όποτε αυτό κρίνεται απαραίτητο.

Όταν το νεογνό ξεπεράσει τα σοβαρά του προβλήματα και δεν χρειάζεται πλέον Εντατική Νοσηλεία μεταφέρεται στη ΜΑΦ, δηλαδή στο A+B νεογνικό τμήμα. Στο τμήμα αυτό το μωρό νοσηλεύεται σε θερμοκοιτίδα ή σε κουνάκι ανάλογα με την πάθησή του. Γίνεται προσπάθεια να αρχίσει να τρώει για να αυξηθεί το σωματικό του βάρος. Όταν η κατάστασή του το επιτρέπει μπορεί να αρχίσει το τάισμα ή ο θηλασμός από τη μητέρα (Αντωνιάδου-Κουμάτου, Ι., et al 2013). Στην παρακάτω

εικόνα φαίνεται ο χώρος που έχει διαμορφωθεί για να μπορούν οι μητέρες να θηλάζουν ανενόχλητες (Εικόνα 4).



Εικόνα 4: Θηλάζουσες μητέρες στο χώρο του μητρικού θηλασμού

Κάθε MENN και ΜΑΦ έχει δικό της προσωπικό καθαριότητας που είναι εξοικειωμένο με την πρόληψη των λοιμώξεων και γνωρίζουν πως να καθαρίζουν και να μεταφέρουν ιατρικά μηχανήματα. Οι ΜΑΦ συνεργάζονται για τις ανάγκες των παιδιών με την φυσιοθεραπευτική ομάδα, για αναπνευστική ή κινητική φυσιοθεραπεία, όπου και όποτε κρίνεται αυτό αναγκαίο με τακτά ραντεβού.

Για την ανακούφιση των γονιών από το άγχος και τους φόβους για την εξέλιξη του μωρού που ενδέχεται να τους καταβάλλουν, οι MENN και η ΜΑΦ συνεργάζονται με ψυχολόγο από το Τμήμα Ψυχολογικής Παιδιατρικής του Νοσοκομείου που συναντά συστηματικά τους γονείς που έχουν πρόβλημα και χρήζουν ανακούφισης.

Η βοήθεια που προσφέρεται στους γονείς συνίσταται στο να:

- Καταλάβουν με ρεαλισμό την κατάσταση του μωρού τους, την πιθανή εξέλιξή του και τις ανάγκες του
- Προσαρμοστούν στη λειτουργία του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, ωράρια, αποχωρισμός, ήχοι και μηχανήματα που προκαλούν φόβο
- Αναλάβουν τη φροντίδα του μωρού τους όταν τους ζητηθεί
- Αναλάβουν τη φροντίδα του μετά την έξοδό του
- Αντιμετωπίσουν το θάνατο του νεογνού

Οι γονείς ενθαρρύνονται να εκφράσουν τα συναισθήματα ενοχής, αδυναμίας, ανεπάρκειας, θυμού ή άγχους που μπορεί να νιώθουν και βοηθούνται να τα εξωτερικεύσουν, να τα διαπραγματευτούν και να κατανοήσουν ότι πρόκειται για φυσιολογικές καταστάσεις που μοιράζονται όλοι οι γονείς (Brazelton, B. et al, 2009).

Και στις MENN και στις ΜΑΦ ο αερισμός και κλιματισμός γίνεται από κεντρική μονάδα και οι βαθμοί θερμοκρασίας που συνήθως επικρατούν στα τμήματα κυμαίνονται από 26 - 28⁰ C.

Ο φωτισμός των μονάδων και το ΜΑΦ είναι φυσικός μέσω μεγάλων τζαμαριών και τεχνητός και λευκές λάμπες στην οροφή. Και οι μονάδες και οι ΜΑΦ έχουν πρόσφατα ανακαινιστεί και οι τοίχοι και ο λοιπός εξοπλισμός τους είναι τέτοιος που παραπέμπει σε μικρά παιδιά (χρώματα, παιδικά σχέδια, κ.α.).

Τα νεογνά που βρίσκονται σε θερμοκοιτίδα ή κουνάκι/λίκνο έχουν τη δυνατότητα να συνδέονται με monitor, πιεσόμετρο, καρδιογράφο, οξύμετρο, παροχή οξυγόνου και αέρα (AMBU), ενώ κοντά σ' αυτά υπάρχουν πολλές γειωμένες πρίζες και υποστηρίζονται από σύστημα αδιάλειπτης παροχής ενέργειας (UPS), όπως φαίνεται και στην Εικόνα 5.

Σε κάθε νεογνικό κουπέ υπάρχει ξεχωριστός νιπτήρας/λουτήρας τον οποίο

χρησιμοποιούν τα νεογνά μόνο αυτού του κουπέ για να αποφεύγεται η διασπορά μικροβίων. Δίπλα στους νιπτήρες υπάρχουν σαμπουάν, αντισηπτικό σαπούνι, αντισηπτικό για τα χέρια και χειροπετσέτες μίας χρήσης. Το πλύσιμο των χεριών του προσωπικού γίνεται σε ξεχωριστό νιπτήρα για τον ίδιο λόγο.



Εικόνα 5: Θερμοκοιτίδες νεογνών

3.2. Προωρότητα

Η κύηση ενός ανθρώπινου εμβρύου διαρκεί 40 εβδομάδες. Κάθε χρόνο γεννιούνται 15.000.000 πρόωρα νεογνά και δυστυχώς πεθαίνουν 1.000.000 απ' αυτά. Ενώ στην ΕΕ μόνο γεννιούνται μισό εκατομμύριο πρόωρα μωρά δηλ. ένα στα δέκα. Το ποσοστό εμφάνισης ενός πρόωρου τοκετού κυμαίνεται ανάμεσα στο 5-15%, αποτελώντας τη μεγαλύτερη ομάδα παιδιατρικών ασθενών στην Ευρώπη (Ηλιτόμνηον, 2014).

Οι βραχυπρόθεσμες επιπλοκές είναι πολύ συχνές στα πρόωρα μωρά ενώ οι χρόνιες ασθένειες θα τα επηρεάζουν σε όλη την υπόλοιπη ζωή τους. Δυστυχώς οι γεννήσεις πρόωρων νεογνών έχουν αυξητική τάση στην Ευρώπη τα τελευταία χρόνια κάτι που θα εξακολουθήσει να υφίσταται και τα επόμενα χρόνια. Αυτό πολύ απλά σημαίνει ότι αυξητική θα είναι και η τάση των χρόνιων ασθενειών που θα τα συνοδεύουν επιβαρύνοντας έτσι τη συνολική κατάσταση υγείας και ευημερίας του συνολικού πληθυσμού αφενός και αφετέρου την αύξηση της οικονομικής επιβάρυνσης που θα αφορά στην έγκαιρη διάγνωση, στη φροντίδα της μητέρας και του νεογνού καθώς και στη μακροχρόνια παρακολούθησή του.

Αυτή ακριβώς τη σημαντικότητα έρχεται να τονίσει η «Παγκόσμια ημέρα Προωρότητας» στις 17 Νοεμβρίου. Εορτάστηκε για πρώτη φορά στην Ευρώπη το 2008 και πολύ σύντομα αφού έγινε αντιληπτή η σημασία της, καθιερώθηκε παγκόσμια ως ημέρα υπενθύμισης και δέσμευσης για την ανάληψη δράσης για την πρόληψη των πρόωρων γεννήσεων αλλά και για τη βελτίωση της γενικής κατάστασης των προώρων και την ποιότητα ζωής των οικογενειών τους.

Ως προωρότητα (prematurity), ορίζεται ο τοκετός ενός εμβρύου πριν από την 37η εβδομάδα κύησης. Χαμηλότερο βάρος γέννησης κάτω από 2,5 κιλά αποτελεί διεθνώς κριτήριο προωρότητας ανεξάρτητα από την περίοδο κύησης.

Η προωρότητα σύμφωνα με τον ΠΟΥ κατατάσσεται σε:

- Μέτριου βαθμού ή οριακή 32-<37 εβδομάδες κύησης
- Υψηλού βαθμού 28-<32 εβδομάδες κύησης
- Ακραία <28 εβδομάδες κύησης

Άλλα στοιχεία προωρότητας είναι:

- το μήκος κεφαλής-πτέρνας μικρότερο ή ίσο από 32cm
- το κεφαλομηριαίο μήκος μικρότερο ή ίσο από 47cm
- η μετωπιαίο-ινιακή περιφέρεια μικρότερη ή ίση από 33 cm

- η μετωπιαίο-ινιακή διάμετρος μικρότερη ή ίση από 11,5 cm και
- το πηλίκο της περιφέρειας του θώρακα προς την περιφέρεια της κεφαλής μικρότερο από 93%

Επειδή κάποια νεογνά γεννιούνται με βάρος χαμηλότερος από 2,5 κιλά, χωρίς όμως να παρουσιάζουν ελλιπή ανάπτυξη των οργάνων και των συστημάτων του σώματός τους, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1961), πρότεινε για αυτά τα νεογνά να αντικατασταθεί ο όρος προωρότητα με τον όρο **νεογνά με χαμηλό βάρος γέννησης**. Οι πιθανότητες επιβίωσης και των 2 κατηγοριών αυτών εξαρτώνται από την γενική κατάσταση της υγείας τους και από την ποιότητα της φροντίδας που θα τους παρασχεθεί. Η προωρότητα είναι η κύρια αιτία θανάτου κατά την νεογνική περίοδο. Η θνησιμότητα των νεογνών με βάρος μικρότερο των 2,5 κιλών κατά την γέννηση, είναι 17 φορές μεγαλύτερη, από αυτών με βάρος μεγαλύτερο των 2.5 κιλών.

3.3. Διατροφή

Η φροντίδα και των προώρων αλλά και των νεογνών με χαμηλό βάρος γέννησης εξασφαλίζεται και επικεντρώνεται στην πρόληψη των λοιμώξεων, την σταθεροποίηση της θερμοκρασίας τους, την διατήρηση της καλής αναπνοής τους και την παροχή επαρκούς σίτισης και ενυδάτωσης. Τα νεογέννητα που είναι σε βαριά κατάσταση και δεν μπορούμε να τους δώσουμε γάλα, παίρνουν όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά δια μέσου ενός καθετήρα από την φλέβα (ενδοφλέβια-παρεντερική διατροφή). Ο ορός αυτός είναι κατάλληλος για να διατηρήσει τα νεογνά σε καλή κατάσταση θρέψης και να τους επιτρέψει να μεγαλώσουν μέχρι να μπορέσουν να δεχτούν γάλα από το στόμα, και τότε αν το νεογνό δεν είναι ικανό για θηλασμό ή κατάποση η σίτισή του γίνεται δια μέσου ρινογαστρικού καθετήρα (LEVIN). Τα νεογνά χρειάζονται μικρά και συχνά γεύματα, περίπου κάθε 2 ή 3 ώρες, εξαιτίας της μικρής χωρητικότητας του στομάχου τους. Με αυτόν τον τρόπο αποφεύγεται η διάταση του στομάχου, η αναγωγή ή ο έμετος.

Προτιμούμε πάντα το μητρικό γάλα που έχει όλα τα θρεπτικά συστατικά στην κατάλληλη αναλογία. Είναι επίσης πλούσιο σε αντισώματα που προστατεύουν το μωρό από αρρώστιες που προκαλούν τα μικρόβια και οι ιοί. Ειδικά για τα πρόωρα το μητρικό γάλα είναι ακόμη πιο απαραίτητο αφού είναι πιο εύπεπτο. Επειδή ο μητρικός θηλασμός είναι η καλύτερη διατροφή για το μωρό, δίνει τεράστια ψυχική ικανοποίηση στη μητέρα και στο μωρό και ενισχύει τον δεσμό τους, ενθαρρύνεται να συμβαίνει και μέσα στις ΜΕΝ και στις ΜΑΦ όπου και όταν αυτό είναι δυνατό. Όταν κάτι τέτοιο δεν μπορεί να συμβεί, η μητέρα προσφέρει το γάλα της στην τράπεζα γάλακτος. Το γάλα συλλέγεται με ειδική αντλία, το παραλαμβάνει η τράπεζα γάλακτος που ελέγχει αν είναι κατάλληλο, στείρο δηλαδή μικροβίων, το παστεριώνει, το καταψύχει και το αποθηκεύει για να χρησιμοποιηθεί από το νεογνό, όποτε αυτό θα μπορεί να δεχτεί γάλα. Κάθε νεογνό λαμβάνει το γάλα μόνο της δικής του μητέρας.

Είναι σημαντικό το μωρό να κάνει θηλαστικές κινήσεις, έστω κι αν δεν μπορεί να φάει γιατί, με αυτόν τον τρόπο ωριμάζει γρηγορότερα το αντανακλαστικό του θηλασμού. Βοηθός για να λυθεί το πρόβλημα αυτό είναι συνήθως η πιπίλα. Όταν το μωρό είναι αρκετά ώριμο ώστε να θηλάζει και συγχρόνως να καταπίνει, τότε η διατροφή του γίνεται σταδιακά με το μπιμπερό. Μόλις το μωρό εξοικειωθεί με αυτόν τον τρόπο διατροφής μπορεί να συμμετέχει στην σίτισή του και η μητέρα.

3.4. Περιστατικά που νοσηλεύονται

Τα νεογνά που εισάγονται στις ΜΕΝ και στις ΜΑΦ έχουν ηλικία από 1 έως 29 μέρες. Τα περιστατικά που νοσηλεύονται στις μονάδες εντατικής νοσηλείας είναι πρόωρα νεογνά με χαμηλό βάρος γέννησης ή τελειόμηνα νεογνά με σοβαρά προβλήματα που χρειάζονται συνεχή παρακολούθηση.

Η Α+Β νεογνική ΜΑΦ δέχεται περιστατικά από τις μονάδες ως ενδιάμεση θεραπεία αλλά και περιστατικά της εφημερίας όπως:

- Λοιμώξεις όλων των ειδών, π.χ. σηψαιμίες, βρογχίτιδες, βρογχιολίτιδες, ουρολοιμώξεις, ομφαλίτιδες, δερματικές λοιμώξεις
- Καρδιοπάθειες πριν το χειρουργείο
- ΣΑΔ (Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας - βρογχοπνευμονικές δυσπλασίες)
- Σύνδρομα εισρρόφησης μηκωνίου
- Μεταβολικές διαταραχές
- ΝΕΚ (Νεκρωτικές ΕντεροΚολίτιδες)
- Ιχθυάσεις
- Ενδοκράνιες αιμορραγίες, υδροκεφαλίες
- Ίκτερος
- Διάφορα σύνδρομα, συγγενείς ανωμαλίες (ήπιες-συμβατές ή σοβαρές-ασύμβατες με τη ζωή), λαγοχειλίες, λυκοστόματα
- Ατρησίες ρινικών χοανών, ατρησίες οισοφάγου, πυλωρικές στενώσεις, συγγενή megacolon,
- Προβλήματα όρασης, αμφιβληστροειδοπάθειες της προωρότητας,
- Περιστατικά περιγεννητικής ασφυξίας, υποξικής-ισχαιμικής εγκεφαλικής βλάβης,
- Συγγενείς υδρονεφρώσεις, υδροκήλες, βουβωνοκήλες,
- Νευρολογικές παθήσεις, νεογνικούς σπασμούς, σύνδρομα αποστέρησης ή εξάρτησης, κ.α.

3.5. Επικοινωνία (Communication)

Επικοινωνία είναι η διαδικασία της ανταλλαγής πληροφοριών, σκέψεων, απόψεων, ιδεών ή συναισθημάτων ανάμεσα σε 2 ή περισσότερα μέρη, **ενός** πομπού και ενός δέκτη. Για να επιτευχθεί αυτό θα πρέπει να ξεπεραστούν οι οποιοδήποτε φραγμοί και το μήνυμα να φτάσει στον αποδέκτη του όσο το δυνατόν λιγότερο αλλοιωμένο.

Η επικοινωνία διακρίνεται σε:

- Τυπική, όταν ακολουθεί τα καθορισμένα κανάλια και άτυπη, όταν γίνεται χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η ιεραρχία ή τα προκαθορισμένα κανάλια
- Εσωτερική, όταν η ανταλλαγή των πληροφοριών είναι μεταξύ των μελών της ομάδας και εξωτερική, όταν οι πληροφορίες μπορούν να ανταλλαχθούν και με το εξωτερικό περιβάλλον της ομάδας
- Άμεση, όταν η πληροφορία μεταδίδεται από τον πομπό στο δέκτη μέσω ενός ή περισσότερων καναλιών χωρίς τη μεσολάβηση τρίτου και έμμεση, όταν μεσολαβεί κάποιος τρίτος που ονομάζεται ενδιάμεσος και,
- Λεκτική, όταν χρησιμοποιείται η γλώσσα σαν μέσο και διακρίνεται στην:
 1. Προφορική, και στη,
 2. Γραπτήκαι μη λεκτική ή σιωπηρή, όταν δε χρησιμοποιείται η ομιλία ή ο γραπτός λόγος για τη μετάδοση του μηνύματος

Οι νεογνικοί νοσηλευτές έχουν εξοικειωθεί με τα πολυπλοκότερα είδη επικοινωνίας (Fernandez, E. 2010), αφού δεν έχουν την πολυτέλεια να ανταλλάξουν προφορικά ή γραπτά μηνύματα με τους ασθενείς τους. Έχουν μάθει να προσαρμόζουν και να αποκωδικοποιούν τα μηνύματα των νεογνών και να αντιδρούν άμεσα στα κάθε είδους καλέσματα τους (Λάγιου-Λιγνού, E., 2011).

Η μη λεκτική επικοινωνία είναι αυτή που απαιτεί την οπτική επαφή ανάμεσα στο νοσηλευτή και το νεογνό. Η γλώσσα του σώματος είναι αυτή που μεταφέρει το μήνυμα. Οι στάσεις, ο τόνος, οι κινήσεις του σώματος, οι εκφράσεις/συσπάσεις του προσώπου, η επαφή με τα μάτια, το είδος του κλάματος, είναι στοιχεία που διανθίζουν την επικοινωνία του νεογνού με το νοσηλευτή (Montague et al, 2013).

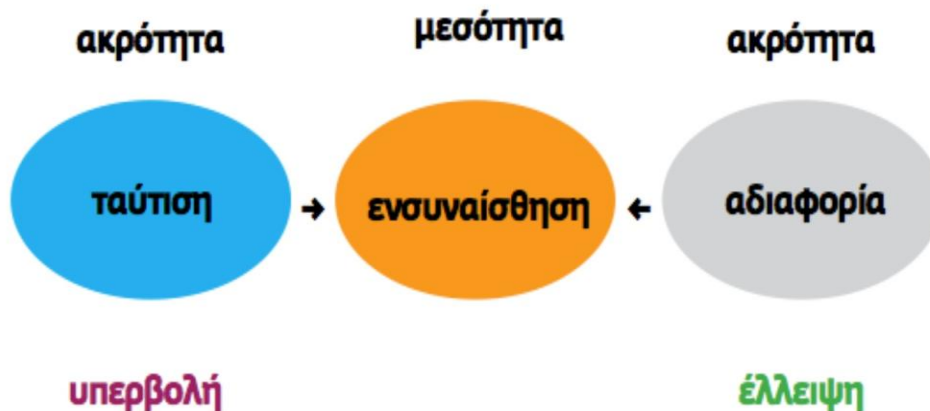
Όσο πιο πολύ ασχολείται ένας νοσηλευτής με ένα νεογνό τόσο πιο εύκολα το “διαβάζει”. Καλλιεργείται κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσά τους και έτσι γίνεται αποτελεσματικότερος. Η μεταξύ τους επικοινωνία είναι αυτή που τον καθιστά κύριο των καταστάσεων και μειώνει το άγχος της αντίδρασης αν χρειαστεί. (Semple, M., Cable, S., 2003)

Η επικοινωνιακή σχέση (Cole, M. & Cole, S.R., 2002), όσο κι αν κάποιος περιμένουν να είναι μονομερής, είναι αμφοτερόπλευρη. Και το νεογνό έχει τη δυνατότητα να μάθει τους φροντιστές του. Ακούει τη φωνή τους, τον τόνο της, τη χροιά της, τη μυρωδιά τους, κ.α. Η σχέση τους, που είναι εξαρτημένη, επηρεάζεται επίσης από τη φιλοσοφία ζωής του νοσηλευτή και από την επαγγελματική του στάση.

3.6.Ενσυναίσθηση (Empathy)

Ο Theodor Lipps (1897), ενέταξε τον όρο Einfühlung στο χώρο της ψυχολογίας. Einfühlung στα γερμανικά σημαίνει “αισθάνομαι μέσα σε...” και μεταφράστηκε με τη βοήθεια της ελληνικής στα αγγλικά ως Empathy. Στα ελληνικά όρος “εμπάθεια” δεν ήταν κατάλληλος για την ακριβή απόδοση του όρου, αφού εμπάθεια πια σημαίνει να κυριαρχείται κανείς από έντονα συναισθήματα εχθρότητας, κακίας ή μίσους. Ο όρος ενσυναίσθηση λοιπόν, είναι αυτός που επικράτησε στη μετάφραση για την ελληνική γλώσσα θέλοντας να δείξει τη συμμετοχή και κατανόηση της συναισθηματικής κατάστασης του άλλου, της συμπεριφοράς και των κινήτρων του χωρίς όμως να του ασκείται κριτική.

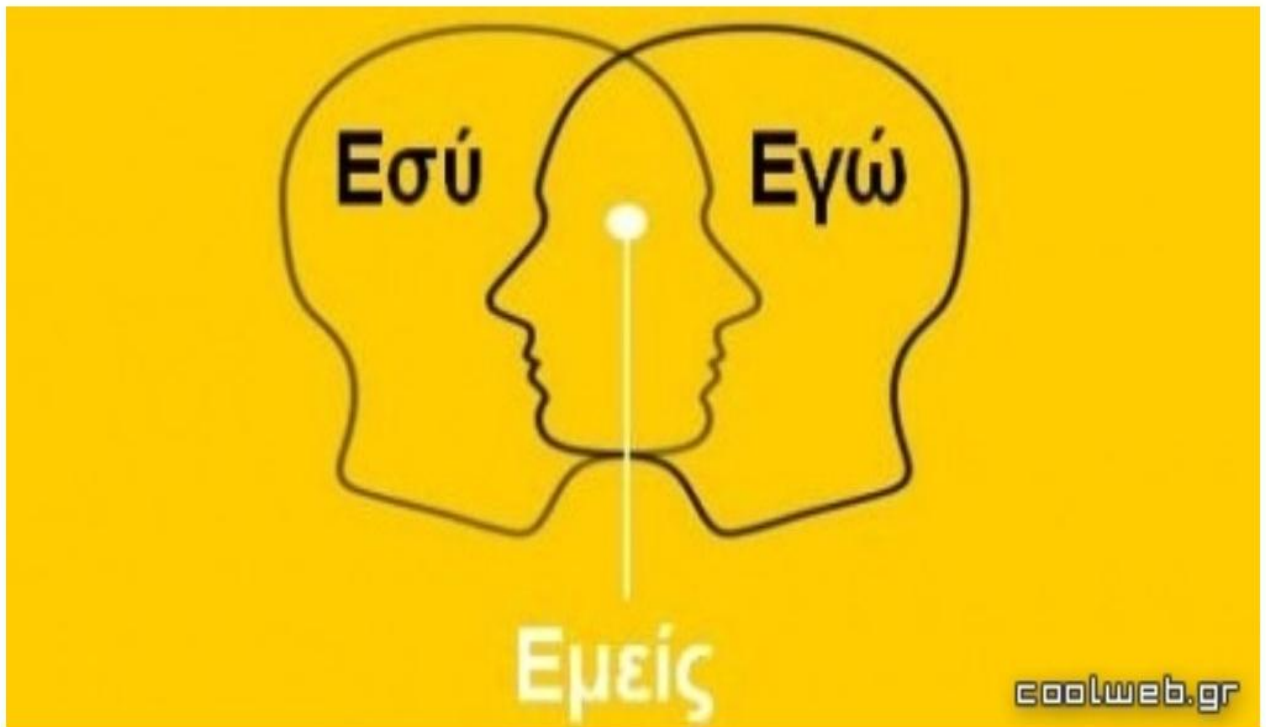
Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη (335π.Χ.), η ενσυναίσθηση όπως παρατηρούμε και στην Εικόνα 6, όσο απέχει από την αδιαφορία, άλλο τόσο απέχει από τη συναισθηματική ταύτιση και διαφέρει όχι μόνο ως προς τη συναισθηματική δειξοδυσση αλλά και ως προς το χρονικό διάστημα που αυτή συμβαίνει. Βιώνει δηλ. κανείς τα συναισθήματα του άλλου για ορισμένο χρόνο και ορισμένο σκοπό.



Εικόνα 6: Η ενσυναίσθηση σύμφωνα με το Αριστοτελικό πρότυπο

Η ενσυναίσθηση δεν είναι έκφραση καλοσύνης (Σταλίκας, Α., et al, 2004), κι αυτό γιατί μπορεί κανείς να είναι καλός χωρίς να συμμετέχει στα συναισθήματα του άλλου. Η ενσυναίσθηση επίσης, διαφέρει από τη συμπάθεια, η οποία περιλαμβάνει οίκτο και λύπη. Η ενσυναίσθηση τέλος, διαφέρει από την προβολή και την ταύτιση που είναι μηχανισμοί άμυνας. Είναι κάτι παραπάνω από την απλή κατανόηση των συναισθημάτων του άλλου. Με την ενσυναίσθηση προσπαθούμε να μπούμε στη θέση του άλλου, να δούμε τον κόσμο με τα δικά του μάτια και όχι να μοιραστούμε τα συναισθήματά του ή να τον παρηγορήσουμε (Rueckert, L., 2011).

Στην παρακάτω εικόνα φαίνεται ακριβώς η προσπάθεια να έρθει ο ένας στη θέση του άλλου χωρίς όμως να ταυτιστεί απόλυτα με αυτόν (Εικόνα 7).



Εικόνα 7: Με την ενσυναίσθηση μπαίνει ο ένας στα παπούτσια του άλλου

Υποτιμημένη μέχρι πρόσφατα η ενσυναίσθηση, αρχίζει πια τα τελευταία χρόνια να μελετάται και να διερευνάται και από τη νευροψυχολογία. Δεν είναι δηλ. σήμερα ένας απλός νεολογισμός αλλά αναφαίρετο συστατικό των σχέσεών μας με τους γύρω μας αλλά και το περιβάλλον μας. Αποτελεί μία μη συνειδητή και μη λεκτική ικανότητά μας να αντιλαμβανόμαστε τα βιώματα των ανθρώπων με τους οποίους συγχρωτιζόμαστε, βιώματα που δεν έχουμε αντιμετωπίσει και μπορεί να μην αντιμετωπίσουμε και ποτέ.

Η νευρολογία τη δεκαετία του '90 κατάφερε να αποδείξει πώς εκπορεύεται η ενσυναίσθηση από τον εγκέφαλο. Στον εγκεφαλικό φλοιό των θηλαστικών βρίσκεται μια εξειδικευμένη και πολύπλοκη ομάδα νευρώνων, οι "νευρώνες - κάτοπτρα", που ενεργοποιούνται κάθε φορά που ανιχνεύουν κάποια κινητική ή σωματική αλλαγή όχι μόνο στον ίδιο μας τον εαυτό αλλά και σε κάποιον που βρίσκεται κοντά μας (Giacomo Rizzolatti, 2008).

Οι Sagi & Hoffman (1976), υποστήριξαν ότι τα βρέφη συχνά συντονίζονται με τα συναισθήματα των φροντιστών τους. Έτσι, αναστατώνονται όταν ακούν κάποιον να κλαίει ή να φωνάζει δυνατά και ηρεμούν με μια χαλαρή ομιλία ή ένα νανούρισμα.

Ο Goleman (2011), ισχυρίζεται ότι η ενσυναίσθηση απαιτεί ξεκούραση και ηρεμία. Ένας φορτισμένος εγκέφαλος δεν μπορεί να ανταποκριθεί σωστά στα λεκτικά και κυρίως στα μη λεκτικά ερεθίσματα όπως αυτά των νεογνών. Η κούραση είναι ένα σοβαρό εμπόδιο στην επικοινωνία.

Οι νοσηλευτές έχουν εξασκηθεί στο να ακούν ενεργητικά την ενσυναίσθηση. Να χρησιμοποιούν δηλ. εκτός από τα αυτιά τους, τα μάτια και την καρδιά τους. Η προσοχή τους για τα νεογνά που αναλαμβάνουν είναι απερίσπαστη, οι αισθήσεις τους σε εγρήγορση και η στοργή σε συνάρτηση με τον επαγγελματισμό τους αμέριστη.

Ο Goleman τονίζει πως η συναισθηματική νοημοσύνη είναι συνδεδεμένη κατά 80% με την εργασιακή επιτυχία και κατά 20% με τις γνώσεις και το δείκτη ευφυΐας. Όσο ανεβαίνει κανείς στην ιεραρχία τόσο μεγαλύτερο ρόλο παίζουν οι δεξιότητες της συναισθηματικής νοημοσύνης. Έτσι λοιπόν οι νεογνικοί νοσηλευτές, ανεξάρτητα από τη βαθμίδα τους, καλούνται να έχουν αποθέματα ψυχικών και σωματικών δυνάμεων, πράγμα που αντιλαμβάνεται κανείς μέσα από την Εικόνα 8. Η καθημερινή τριβή τους με τα προβλήματα του κλάδου, η αλληλεπίδραση με τους συναδέλφους και τους γονείς των νεογνών από την άλλη πλευρά, τους κάνουν ευάλωτους και πιο επιρρεπείς στο άγχος.

Ο Goleman επίσης, μας λέει ότι τα συναισθήματα στον εργασιακό χώρο εξαπλώνονται σαν τους ιούς, μόνο που δεν μεταδίδονται όλα με την ίδια ευκολία.

Το γέλιο, το κέφι, η χαρά, η ζεστασιά μεταδίδονται ευκολότερα ανάμεσα στις εργασιακές ομάδες ενώ οι εκνευρισμός λιγότερο και η κατάθλιψη σχεδόν καθόλου. Έτσι λοιπόν η διάθεση επηρεάζει την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα της εργασίας του νοσηλευτή. Η θετική διάθεση ενισχύει τη συνεργασία, την ειλικρίνεια, την ταχύτητα, την ευστροφία, την αποφαστικότητα, την ορθή κρίση και την αποδοτικότητα. Ενώ αντίθετα η αρνητική διάθεση, το άγχος, το ανικανοποίητο, η κούραση και ο θυμός καθυστερούν και αποδιοργανώνουν την εργασία. Η Νοητική Ευφυΐα (IQ) και κατά συνέπεια η ενσυναίσθηση, σχεδόν ολοκληρώνεται με την εφηβεία. Μετά από αυτήν αλλάζει ελάχιστα και μόνο ως προς την ικανότητά μας να μαθαίνουμε νέα πράγματα.

Αντίθετα, η Συναισθηματική Νοημοσύνη (Σνάιντερ, Κ., 2006), είναι δεξιότητα που κατακτάται και συνεχώς αναπτύσσεται με προσωπικό έργο και με τη βοήθεια των εμπειριών μας. Η κορύφωσή της ορίζεται συνήθως τη δεκαετία των 40-50 ετών. Στη δεκαετία αυτή μπορούμε να ανταποκριθούμε καλύτερα στα ερεθίσματα τις πιέσεις ή τις απαιτήσεις του περιβάλλοντός μας και αυτό γιατί οι άνθρωποι πια κάνουν πιο ελεύθερες σκέψεις, έχουν καλύτερη αντίληψη του κόσμου εντός και εκτός τους, είναι πιο ευπροσάρμοστοι, πιο υπεύθυνοι, εκτιμούν καλύτερα τις καταστάσεις και προχωρούν λύνοντας τα προβλήματά τους αποτελεσματικότερα και το κυριότερο διαχειρίζονται πλέον το στρες καλύτερα από τους νεότερους (Γορανίτης, Η., et al 2010).

Στην παρακάτω Εικόνα φαίνονται τα συστατικά της Συναισθηματικής Νοημοσύνης που κατακτά κανείς με το πέρασμα των χρόνων (Εικόνα 8).



Εικόνα 8: Τα συστατικά της Συναισθηματικής Νοημοσύνης

Μέσα από το πρίσμα λοιπόν της ενσυναίσθησης οι νεογνικοί νοσηλευτές είναι αυτοί οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται πιο κοντά σε ό,τι πολυτιμότερο κατορθώνει να αποκτήσει ο άνθρωπος στη ζωή του, τα παιδιά του (Fotaki, M., 2005). Οι γνώσεις τα πτυχία και η εξειδίκευση, δεν είναι τα μόνα του εφόδια για να αντιμετωπίσει την καθημερινότητά του στις ΜΕΝ και στις ΜΑΦ. Πρέπει να κρατά ανοιχτούς τους δίαυλους επικοινωνίας με τα βρέφη, να συμμετέχει ενεργά στις ομαδικές εργασίες του τμήματος και να φροντίζει για την αυτοβελτίωσή του.



3.7. Αγωνίες-άγχος, ψυχική & σωματική καταπόνηση των νοσηλευτών των ΜΕΝΝ και ΜΑΦ

Η γέννηση ενός μωρού φέρνει πάντα χαρά, ευτυχία, ολοκλήρωση στους γονείς του αλλά και στους φροντιστές του. Η χαρά, τα όνειρα και οι προσδοκίες όμως κλονίζονται όταν το μωρό αυτό γεννηθεί πρόωρο ή προβληματικό. Το αρχικό σοκ το διαδέχονται μέρες μεγάλης αγωνίας ειδικά όταν αποφασιστεί ότι το μωρό πρέπει να νοσηλευτεί σε μία ΜΕΝΝ (DeLongis, A., Folkman, S. & Lazarus, R.S. 1988). Την αγωνία αυτή οι γονείς και τα άγχη τους αρχίζουν να τα εξομολογούνται και να τα μοιράζονται με τους νοσηλευτές, φροντιστές τους. Οι νοσηλευτές έτσι γίνονται συμμετοχοί στον πόνο των γονιών και στην αδυναμία του νεογνού. Χρειάζεται να επιδείξουν μεγάλα αποθέματα ψυχικής και σωματικής αντοχής για να σταθούν δίπλα στα μωρά αυτά (Spielberger C.D., 1982). Ενώ πολλές φορές φαίνεται να είναι ψυχολογικά προετοιμασμένοι η πραγματικότητα δείχνει ότι ουσιαστικά είναι ανοχύρωτοι και ευάλωτοι. Στην προσπάθειά τους να κάνουν όσα το δυνατόν περισσότερα και καλύτερα για ένα νεογνό έρχονται συναισθηματικά κοντά του και νιώθουν ανάμεικτα συναισθήματα που μπορεί να ξεκινούν από τη χαρά της προσφοράς και να φτάνουν μέχρι την ενοχή ή την αποστασιοποίηση (Abraham, 1999) .

α) Ορισμός άγχους

Το αρχικό σοκ ξεπερνιέται και τη θέση του παίρνουν η αγωνία και ο φόβος για μια αρνητική ενδεχόμενη εξέλιξη του μωρού.

Η λέξη άγχος (stress), προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό ρήμα “άρχω” που σημαίνει σφίγγω το λαιμό, πνίγω (Στεφανής, Κ., 1981).

Το άγχος λοιπόν (ΕΠΙΨΥ, 2006), (Προσαρμογή, 2008), είναι μία κατάσταση "αναμονής ενός κινδύνου", υπαρκτού ή μη, η οποία κυριαρχεί στον συναισθηματικό κόσμο κάποιου ενώ ταυτόχρονα κινητοποιεί και όλα τα σωματικά συστήματα του οργανισμού του, με σκοπό να αντιμετωπίσει με επιτυχία την απειλή και κατ' επέκταση την επιβίωσή του!

Το άγχος ανάλογα με το αν έχει προσανατολισμό ή όχι χαρακτηρίζεται (Μάνος, Ν., 1997) ως:

- αντικειμενικό
- πραγματικό
- φόβος για κάτι

Εάν όμως είναι διάχυτο χαρακτηρίζεται ως:

- μη αντικειμενικό
- ελεύθερο
- διάχυτο

β) Συμπτώματα

Το άγχος (ADAA, 2003), συχνά συνοδεύεται από ψυχοσωματικές εκδηλώσεις.

Σαν σωματικές ορίζονται η αύπνία, η ταχυκαρδία, η εφίδρωση, ο τρόμος, η διαστολή των κορών, η ξηροστομία, η ξηροδερμία, η δυσπεψία, η διάρροια, η συχνοουρία, η ζάλη, η λιποθυμική τάση, τα κρύα χέρια, η τάση για έμετο, η ανορεξία το κοιλιακό άλγος, η δύσπνοια, το αίσθημα πνιγμού, το αίσθημα κόπωσης, ο κόμπος στο λαιμό, η κεφαλαλγία τάσης, η μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, η σεξουαλική δυσλειτουργία, κ.α.

Στις ψυχολογικές εκδηλώσεις του άγχους ανήκουν η ανησυχία, η ανυπομονησία, ο απροσδιόριστος φόβος, η αγωνία, η διάσπαση της προσοχής και η μειωμένη αντίληπτική ικανότητα. Η καθαρή σκέψη περιορίζεται η βούληση αναχαιτίζεται και η αντίληψη μπορεί να παρουσιάζει κενά. Οι νοσηλευτές βιώνοντας τις απώλειες μωρών που μόλις πριν από λίγο καιρό ήρθαν στον κόσμο χωρίς να έχουν προλάβει ακόμη να ζήσουν και να τον κατακτήσουν, δένονται συχνά με τα μωρά αυτά και συχνά εμφανίζουν συμπτώματα ίδια με αυτά που βιώνουν οι γονείς που τα θρηνούν (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, Ε., 1997). Έτσι με αφορμή την επιδείνωση της κατάστασης ενός νεογνού ή τον θάνατό του, νιώθουν την ανάγκη να κλάψουν, στεναχωριούνται, δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν, αγχώνονται, θυμώνουν, νιώθουν ενοχές, γενικευμένη κούραση ή και αδυναμία να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της δουλειάς τους. Συχνά έχουν πονοκεφάλους, αύπνιες, υπέρταση, κ.α. (Iakovides et al, 1999).

Παρόλα αυτά τα συναισθήματά τους πρέπει να είναι ελεγχόμενα, ο θρήνος τους καλουπωμένος, πρέπει να αντέχουν τον πόνο, την αρρώστια και τον θάνατο και να κρατούν τέτοιες αποστάσεις ώστε να μην επηρεάζονται από αυτά. Κι αν κάποιες φορές επηρεαστούν τόσο ή περισσότερο οφείλουν να προσέχουν τις αντιδράσεις τους ώστε να μην εκτεθούν στα μάτια των συναδέλφων ή των λοιπών συνεργατών τους. Αυτές οι παράλογες προσδοκίες δυσχεραίνουν την αποδοχή του θρήνου που βιώνουν οι νοσηλευτές και τους απομακρύνουν από την ζήτηση υποστήριξης που πολύ συχνά έχουν και οι ίδιοι ανάγκη (Halpern, J., 2003).

"Ο Kalish (1985) υποστηρίζει ότι ο θάνατος των αρρώστων επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο το ιατρικό από το νοσηλευτικό προσωπικό. Συνήθως περισσότεροι γιατροί επιδιώκουν στόχους, προσανατολισμένοι στη θεραπεία του αρρώστου, με αποτέλεσμα να βιώνουν το θάνατο ως προσωπική αποτυχία και ήττα. Απορροφημένοι από την πρόκληση της ίασης αναλώνονται συχνά σε άσκοπες παρεμβάσεις που παρατείνουν την ζωή του αρρώστου που πεθαίνει χωρίς να παρέχουν ποιότητα σε αυτήν. Όταν συνειδητοποιούν ότι δεν έχουν πλέον τίποτα να προσφέρουν απομακρύνονται από τον ασθενή καθώς νιώθουν ότι αμφισβητείται η παντοδυναμία τους ενώ ταυτόχρονα δοκιμάζουν αισθήματα αδυναμίας, ενοχών, οργής, ματαίωσης ή κατάθλιψης.

Οι νοσηλευτές από την άλλη πλευρά είναι περισσότερο προσανατολισμένοι στη γενικότερη φροντίδα του αρρώστου και βρίσκονται κοντά του στις διάφορες φάσεις της πορείας του, με αποτέλεσμα να τον γνωρίζουν καλύτερα, να συνδέονται μαζί του και να επηρεάζονται απ' την εξέλιξη της κατάστασής του. Η υγεία του αρρώστου ανακινεί στον νοσηλευτή μια εσωτερική σύγκρουση που εκδηλώνεται μέσα απ' την τάση του να προσεγγίζει τον ασθενή. Κάθε θάνατος οδηγεί σε σκέψεις - φαντασιώσεις ενός προσωπικού θανάτου και προκαλεί την αναβίωση παλαιότερων εμπειριών - άμεσα συνδεδεμένων με την απώλεια, το θάνατο και το πένθος " (Lazarus, 1990).

3.8. Επαγγελματική εξουθένωση - Burnout

Ο Freudenberger (1974), περιέγραψε ένα σύνολο συμπτωμάτων εξουθένωσης που παρατήρησε σε εθελοντές και επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Το φαινόμενο αυτό το ονόμασε επαγγελματική εξουθένωση (burnout syndrome). Από τότε, πολλές έρευνες επιβεβαίωσαν την ύπαρξη του φαινομένου αυτού που είναι ευρέως διαδεδομένο σε χώρους εργασίας που δημιουργούνται στενές σχέσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας - φροντιστές και στα άτομα που τους έχουν ανάγκη, διαχωρίζοντάς τον από τον όρο “εργασιακή πίεση” (job stress). Η Christina Maslach (1982), περιέγραψε ένα σύνδρομο ψυχικής και σωματικής εξάντλησης στο πλαίσιο του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον του για την δουλειά του, κατακλύζεται από αρνητικά συναισθήματα, παύει να είναι ικανοποιημένος από την δουλειά του, η απόδοσή του αποκτά αρνητικό πρόσημο και αναπτύσσει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του.

Γίνεται άκαμπτος, ανελαστικό και ξεροκέφαλος εμποδίζοντας με αυτό τον τρόπο την πρόοδο και οποιαδήποτε αλλαγή, αφού η αλλαγή είναι αυτή που απαιτεί προσαρμοστικότητα. Περισσότερο ευάλωτοι είναι οι εργαζόμενοι που είναι αφοσιωμένοι και απορροφημένοι από τη δουλειά τους αυτοί δηλαδή που αισθάνονται τόσο μια εσωτερική πίεση να προσφέρουν όσο και μία εξωτερική πίεση να αποδώσουν. Είναι αυτοί που νιώθουν αναντικατάστατοι. Η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται στην ανισορροπία των δυνατοτήτων και των προσδοκιών σε σχέση με τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος.

Η συναισθηματική εξάντληση εμφανίζεται πριν την συναισθηματική εξουθένωση. Έτσι ο εργαζόμενος νιώθει κουρασμένος και δεν έχει το σθένος να επενδύσει στη δουλειά του. Μετά την κούραση προσπαθεί να προστατέψει τον εαυτό του και αμύνεται μονώνοντας τα συναισθήματά του και αναπτύσσοντας απρόσωπες σχέσεις με ασθενείς και συναδέλφους για να αποφύγει έτσι την πίεση (Iakovides et al, 2003).

Οι μηχανισμοί άμυνας αναλαμβάνουν από εδώ και πέρα να παίξουν τον ρόλο τους και για κάποιο χρονικό διάστημα το καταφέρνουν. Ο εργαζόμενος όμως οδηγείται μοιραία στην τελική φάση της εξουθένωσης που είναι η πτώση της απόδοσής του στην εργασία του.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να μην παραλείψουμε να διαχωρίσουμε την εργασιακή πίεση (job stress) από την επαγγελματική εξουθένωση (burnout). Η εργασιακή πίεση αφορά στην σωματική και ψυχική πίεση που δέχεται ο εργαζόμενος για μεγαλύτερη απόδοση και καλύτερη εργασιακή επίδοση που τον οδηγεί στα όρια των δυνατοτήτων του.

Το είδος των εργαζόμενων που επηρεάζονται περισσότερο από την

επαγγελματική εξουθένωση είναι κυρίως οι νοσηλευτές, οι γιατροί, οι εκπαιδευτικοί, οι αστυνομικοί και άλλοι λειτουργοί (Kobasa et al, 1982 & Lasarus et al, 1984). Το εργασιακό περιβάλλον παίζει καθοριστικό ρόλο στην βαρύτητα του συνδρόμου. Οι αλλαγές εργασιακού περιβάλλοντος θα πρέπει να ενθαρρύνονται μόνο όταν ο εργαζόμενος το επιθυμεί. Οι πρώιμη αναγνώριση των συμπτωμάτων του συνδρόμου παίζει καθοριστικό ρόλο γιατί οδηγεί έγκαιρα στην πλήρη θεραπεία. Ενώ για τους εργαζόμενους που πάσχουν από επαγγελματική εξουθένωση, ο διαλογισμός, η γιόγκα και συναφείς δραστηριότητες δεν είναι αποτελεσματικές επειδή πιθανών να προκαλούν περαιτέρω νοητική πτώση, ψυχική κόπωση και μείωση της ενέργειας.

Οι παράγοντες που συντελούν στην επαγγελματική εξουθένωση είναι αφορούν τόσο στη φύση της εργασίας όσο και στην προσωπικότητα του ατόμου. Από τη μία μεριά οι αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις και η έλλειψη αναγνώρισης και από την άλλη μεριά η τελειομανία, η εργασιομανία, η ανάληψη υπέρμετρων υποχρεώσεων χωρίς λόγο, η απαισιοδοξία, ο λίγος και κακός ύπνος, η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, οι κακές εργασιακές, κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις.

Οι 3 βασικές διαστάσεις που διατρέχουν την επαγγελματική εξουθένωση, όπως σχηματικά βλέπουμε στην Εικόνα 9, είναι:

- η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion), που χαρακτηρίζεται από μειωμένη ενεργητικότητα, συναισθηματικό στέγνωμα του ατόμου και απογοήτευση από τα καθημερινά περιστατικά κυρίως της εργασίας
- η αποπροσωποποίηση (depersonalization), κατά την οποία το άτομο βλέπει αρνητικά τους αποδέκτες των υπηρεσιών του και τους αντιμετωπίζει σαν αντικείμενα, αναπτύσσοντας ένα μηχανισμό άμυνας για να μπορέσει να αντιμετωπίσει την συναισθηματική εξάντληση που το βαραίνει. Η αποπροσωποποίηση χαρακτηρίζεται από κακή επικοινωνία, αγένεια, κυνικότητα και αρνητισμό συνήθως προς τους ασθενείς
- το μειωμένο αίσθημα προσωπικής επίτευξης (loss of personal accomplishment), κατά το οποίο το άτομο κατακλύζεται από δυσαρέσκεια για την εργασία του και αξιολογεί αρνητικά, τόσο τον εαυτό του, όσο και τους άλλους γύρω από αυτό. Έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, προβάλλει την εικόνα του αποτυχημένου, ενώ δεν εκτιμά την εργασία του

Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται στο burnout είναι παρόμοια με αυτά του άγχους

❖ Σωματικό επίπεδο:

- Κούραση/εξάντληση
- Υπερένταση
- Διαταραχές ύπνου
- Πόνοι
- Γαστρεντερικά προβλήματα
- Μειωμένο ανοσοποιητικό

❖ Συναισθηματικό επίπεδο:

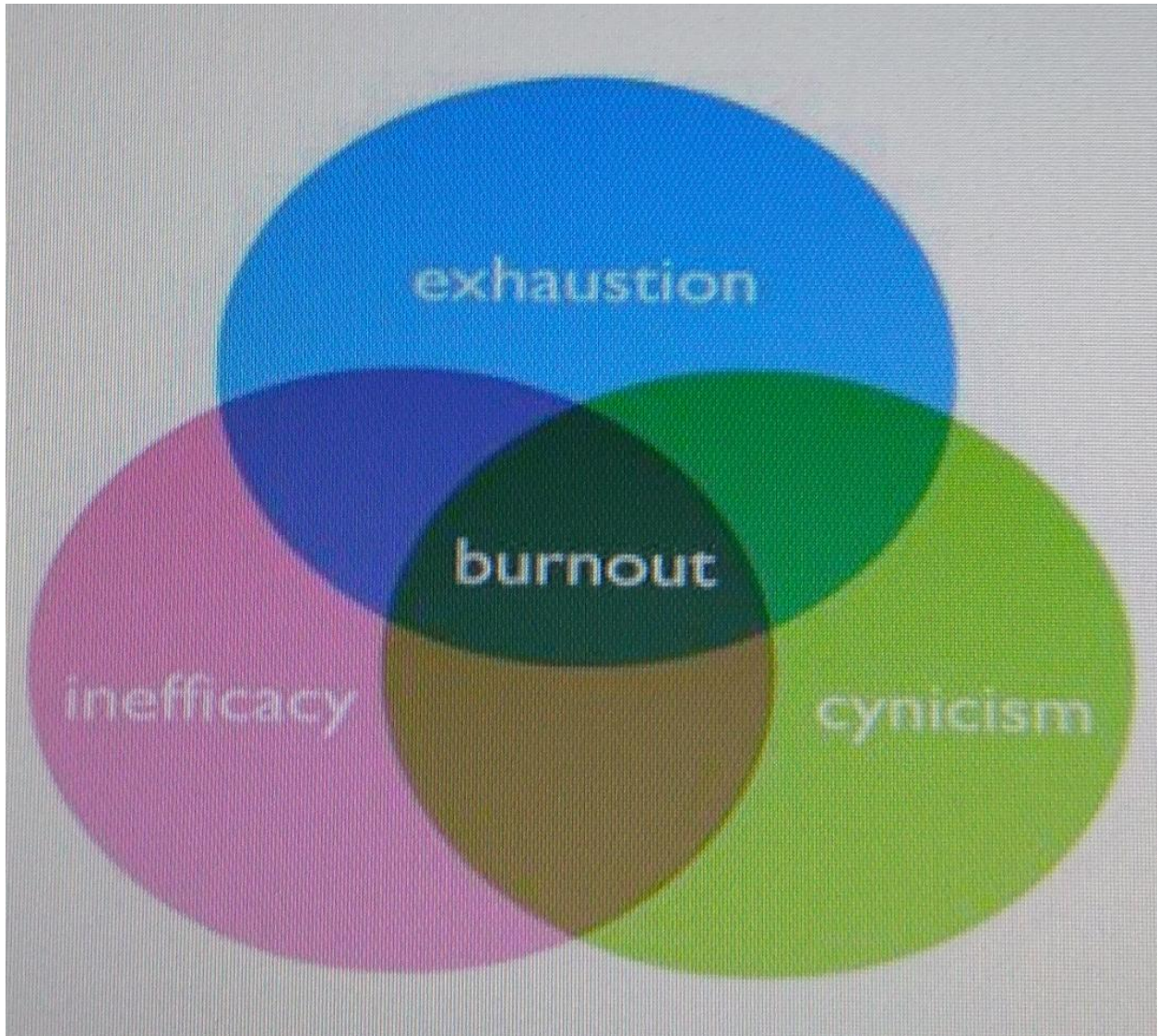
- Συναισθηματικό στέγνωμα
- Μείωση του ενδιαφέροντος
- Απαισιοδοξία
- Ευερεθιστότητα
- Κυνισμός
- Τύψεις και ενοχές
- Αποπροσωποποίηση ασθενών
- Αποξένωση

❖ Επίπεδο συμπεριφοράς

- Συγκρούσεις με οικογένεια και συναδέλφους
- Εργασιομανία
- Τελιομανία
- Αίσθημα αναντικατάστατου'
- Μειωμένη απόδοση
- Συχνές απουσίες από την εργασία
- Αδυναμία συγκέντρωσης
- Συχνά ατυχήματα
- Χρήση ή και κατάχρηση αλκοόλ ή φαρμάκων

Η λύση στο σοβαρό αυτό πρόβλημα είναι καταρχήν να γίνει αντιληπτό. Στη συνέχεια αναζητούμε τις αιτίες και αναπροσαρμόζομαι τους στόχους και τις προσδοκίες μας σε ρεαλιστικότερη βάση. Μαθαίνουμε να αποδεχόμαστε την αποτυχία όπως και την ευτυχία. Όταν δεν τα καταφέρνουμε κάπου ζητάμε

βοήθεια, μοιράζουμε τις εργασίες μας και διαχειριζόμαστε καλύτερα το χρόνο μας. Συνειδητοποιούμε πόσο σημαντικός είναι ο εαυτός μας, αφιερωνόμαστε σε αυτόν και του προσφέρουμε αρκετό από το χρόνο μας. Από την άλλη μεριά η διοίκηση ενός νοσοκομείου οφείλει να αντιλαμβάνεται έγκαιρα τους εργαζόμενους που έχουν ταλαιπωρηθεί, να τους διευκολύνει και να τους ενισχύει με ψυχολογική – συμβουλευτική υποστήριξη



Εικόνα 9: Οι τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.

3.9. Ο νεογνικός νοσηλευτής μπροστά στο θάνατο

Δυστυχώς ούτε οι παιδιατρικοί νοσηλευτές έχουν την πολυτέλεια να μην συνδιαλέγονται στην επαγγελματική τους ζωή με τον θάνατο. Ίσως ο διάλογος αυτός να είναι ακόμη δυσκολότερος όταν απέναντί τους έχουν ένα νεογέννητο μωρό ή ένα μωρό που αρκετό καιρό παλεύει να κρατηθεί στη ζωή. Υπάρχουν μωρά που στέκονται στο κατώφλι του θανάτου για πολλές πολλές ημέρες και τότε οι νοσηλευτές που καθημερινά τα φροντίζουν παίρνουν ασυνείδητα τον ρόλο των γονιών τους και μέσα τους ξεκινά μια ψυχολογική δοκιμασία τέτοια που τους φέρνει αντιμέτωπους με ερωτήσεις που αφορούν στην επάρκειά τους ως νοσηλευτές ή τους ξυπνάει μνήμες προσωπικών απωλειών. Τα συναισθήματά τους είναι πολλαπλά και συχνά αντιμαχόμενα. Τα διλήματα που τους κατακλύζουν και η προσωπική και επαγγελματική τους ανασφάλεια μπορεί να γίνει τόσο μεγάλη και να επηρεάσει την προσωπική και κοινωνική τους ζωή. Και ενώ ο συναισθηματικός αυτοέλεγχος θεωρείται για τους νοσηλευτές εκ των ων ουκ άνευ, η πραγματικότητα είναι πολύ διαφορετική.

Ο θάνατος ενός μωρού που το έχουν φροντίσει για πολύ καιρό προκαλεί άγχος, λύπη, φόβο, αβεβαιότητα, άρνηση ή ακόμη και αποστροφή με αποτέλεσμα να μη θέλουν να αναλάβουν άλλο τη φροντίδα του μωρού αυτού. Κι ενώ από τη μια μεριά οι επιστημονικές και τεχνολογικές ανακαλύψεις είναι τέτοιες που απατηλά πείθουν ότι ο θάνατος μπορεί να νικηθεί, από την άλλη οι αλληπάλληλες βάρδιες, η σωματική καταπόνηση εξαιτίας της έλλειψης προσωπικού, η έλλειψη υλικών και μέσων τα τελευταία χρόνια εξαιτίας της οικονομικής κρίσης επιβαρύνουν τον συναισθηματικό κόσμο των νοσηλευτών, με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η προσωπική του ισορροπία. Οι καινούριοι στη δουλειά νοσηλευτές, εξαιτίας της απειρίας τους συχνά αποτυγχάνουν να πιάσουν τους στόχους των θεωριών που είχαν διδαχθεί στις νοσηλευτικές σχολές. Η θεωρία από την πράξη απέχει παρασάγγας, διαφορετικά πράγματα διδάσκονται και διαφορετικά αντιδρούν και αν κάποιος θελήσει να εκμυστηρευτεί σε άλλον συνάδελφό του τα συναισθήματα που τον κατέλαβαν μπροστά στον θάνατο κάποιου μωρού που βίωσε, συνήθως εισπράττει την αντίδραση των παλαιότερων νοσηλευτών και την αποδοκιμασία τους προκειμένου να "μάθει" πως να αντιδρά σωστά μπροστά στο θάνατο, να ελέγχει τα συναισθήματά του και να γίνεται αποδοτικότερος τις τελευταίες στιγμές της ζωής του μωρού που χάνεται.

Οι παλαιότεροι νοσηλευτές απέκτησαν την δεξιότητα αυτή εμπειρικά. Το πλήθος των φορών που βρέθηκαν μπροστά στον θάνατο τους έκανε απαθέστερους, σκληρότερους σαφώς όμως αποδοτικότερους.

Επειδή η αποδοχή του θανάτου του μωρού που έχουν στα χέρια τους οι νοσηλευτές, περνά πάντα μέσα από την προσωπική τους κοσμοθεώρηση και

αντίληψη των πραγμάτων, στόχος των νοσηλευτών του φροντίζουν ένα ετοιμοθάνατο μωρό είναι να αντιλαμβάνονται τις ανάγκες τους να τις αξιολογούν και να αντιδρούν ανάλογα, και να προωθούν συνθήκες περιβάλλοντος τέτοιες ούτως ώστε να εξασφαλίζεται η άνεση, η αξιοπρέπεια και η ποιότητα της ζωής του ακόμη και αυτά τα τελευταία λεπτά. Ο θρήνος για τον επικείμενο χαμό στην παρούσα φάση δεν έχει τόπο. Η στήριξη και η ανακούφιση του νεογνού είναι αυτή που πάντα προέχει (Kubler-Ross, E., 1988).

Η πνευματική διάσταση του θανάτου ωστόσο είναι κάτι που απασχολεί πολλούς νοσηλευτές αυτές τις τελευταίες ώρες. Και ενώ η πνευματική διάσταση για το ιατρικό προσωπικό έχει μικρότερη αξία, στο νοσηλευτικό καταλαμβάνει ένα μεγάλο μέρος των πεποιθήσεών του. Η χριστιανική ορθόδοξη διδασκαλία διδάσκει ότι ο θάνατος είναι:

- πνευματικός, όταν χωρίζεται δηλαδή ο άνθρωπος από το Θεό, και,
- σωματικός, όταν χωρίζεται δηλαδή η ψυχή από το σώμα.

Τον πνευματικό θάνατο η ανθρωπότητα τον βίωσε με την αποπομπή των πρωτοπλάστων από τον παράδεισο. Ο σωματικός όμως είναι προσωπικός και βιώνεται από τον καθένα μας ξεχωριστά, μοναχικά.

Με το θάνατο, που ο Χριστός, ονόμασε ύπνο, λήγει μόνο η σωματική, δηλαδή η επίγεια ζωή του ανθρώπου, ενώ η ψυχή του εξακολουθεί να ζει. Η ενανθρώπιση του Χριστού άλλαξε την δεύτερη φύση του ανθρώπου από τον θάνατο στην αθανασία. Η ανάστασή του ήταν αυτή που κατέδειξε την μεγάλη του νίκη ενάντια στον θάνατο.

Ο χριστιανός ζει με την ελπίδα της νίκης της αναστάσεως. Και επειδή οι άνθρωποι στις μέρες μας πια πεθαίνουν μακριά από τα σπίτια τους, μακριά από τους δικούς τους ανθρώπους, αφού ο θάνατος στην πλειοψηφία του επέρχεται σε νοσοκομεία ή σε ιδρύματα φροντίδας, δίπλα σε επαγγελματίες υγείας, δίπλα σε νοσηλευτές. Οι ορθόδοξοι λοιπόν χριστιανοί νοσηλευτές φορτισμένοι απ' τις διδασχές της πίστεώς τους και με εφόδια τις γνώσεις και την εμπειρία τους καλούνται να σταθούν δίπλα στην νεαρή αυτή ψυχή που φεύγει από τα χέρια τους. Η ενδυνάμωση των γονιών, η παρότρυνσή τους ακόμη και μέσα στο ψυχρό νοσοκομειακό περιβάλλον να τελέσουν τα θρησκευτικά τους καθήκοντα είναι ένα κομμάτι ακόμα του ρόλου που οι νοσηλευτές καλούνται να παίξουν αφού εκεί που νομίζουμε ότι όλα τελειώνουν σύμφωνα με την χριστιανική θρησκεία η ζωή συνεχίζεται.

3.10. ΘΕΩΡΙΕΣ ΑΓΧΟΥΣ

3.10.1. Ψυχαναλυτική θεωρία

Ο Σίγκμουντ Σλόμο Φρόιντ (6 Μαΐου 1856 - 23 Σεπτεμβρίου 1939) ή Sigmund Freud όπως είναι ευρέως γνωστός ήταν αυστριακός γιατρός, φυσιολόγος, ψυχίατρος και ο θεμελιωτής την ψυχαναλυτικής σχολής. Οι τεχνικές θεραπείας και οι επιστημονικές θεωρίες του ήταν εξαιρετικά καινοτόμες. Και ενώ και στο παρελθόν αποτέλεσαν αντικείμενα έντονης αμφισβήτησης ακόμη και σήμερα εξακολουθούν να προκαλούν προβληματισμό και αντιπαραθέσεις.

Στην προσπάθειά του να κατανοήσει τις νευρώσεις, με την βοήθεια της ψυχανάλυσης ερμηνεύει τα άγνωστα στάδια της ανθρώπινης ψυχής. "Ο πατέρας της ψυχανάλυσης", δημιουργεί και τροποποιεί τη θεωρία του εισάγοντας σε αυτή καινοτόμα στοιχεία. Η ανθρώπινη ψυχή αποτελείται από τρεις πλευρές (Freud,1978):

- την συνειδητή πλευρά (συνειδητό)
- την ασυνείδητη πλευρά (ασυνείδητο), και
- την ενδιάμεση πλευρά (προσυνειδητό)

Στο ασυνείδητο βρίσκονται οι ενορμήσεις και τα ένστικτα τα οποία προσπαθούν να περάσουν στην συνείδηση. Αυτά συχνά εμποδίζονται από τις ψυχικές δυνάμεις κι έτσι το άτομο δεν έχει ενημερότητα για αυτά. Το συνειδητό αποτελείται από τις σκέψεις, τα αισθήματα, τα στοιχεία δηλαδή αυτά για τα οποία το άτομο έχει ενημερότητα. Το προσυνειδητό τέλος, αποτελείται από τα στοιχεία εκείνα που έχουν πρόσβαση στο συνειδητό όταν το άτομο καταβάλει προσπάθεια.

Εκτός από τις 3 αυτές πλευρές, η ανθρώπινη ψυχή διακρίνεται και σε τρία ακόμα μέρη: το Εγώ, το Υπερεγώ και το Αυτό (id),όπως σχηματικά παρατίθεται στην Εικόνα 10.

Κάθε ένα από αυτά τα μέρη έχει διαφορετικές δικαιοδοσίες και ιδιότητες.

Το Αυτό αντιστοιχεί στο ασυνείδητο. Είναι το πρωταρχικό τμήμα του μυαλού και από αυτό προέρχονται οι υπόλοιπες δομές. Είναι ανοργάνωτο και συναισθηματικό. Είναι ο χώρος του άλογου νου. Περιλαμβάνει τις ενστικτώδεις ορμές, τα πάθη και την ψυχική υγεία, τις άγνωστες δηλαδή εκείνες δυνάμεις που κατευθύνουν τον άνθρωπο σε ενέργειες που δεν μπορεί να ελέγξει. Το Αυτό δεν γνωρίζει το χρόνο, την άρνηση και την αντίφαση. Τα ανθρώπινα απωθημένα και οι

συγκρούσεις του Έρωτα (λίμπιντο) και του θανάτου εγγράφονται μέσα από το Αυτό. Ο Freud λέει ότι είναι ένα δυσπρόσιτο κομμάτι της προσωπικότητάς μας για το οποίο δεν γνωρίζουμε πολλά. Σημαντική βοήθεια στην ανάλυσή του αποτέλεσε η μελέτη των ονείρων (Freud, 1936 & 1959).



Εικόνα 10: Σχηματική αναπαράσταση της Ψυχαναλυτικής Θεωρίας

Το Εγώ που αποτελεί την συνείδηση και την αντίληψη. Είναι το τμήμα του νου που αντιπροσωπεύει το συνειδητό και το προσυνειδητό. Είναι υπεύθυνο για τον έλεγχο της συμπεριφοράς. Αυτό που κυρίως επιτελεί είναι η αυτοσυντήρηση. Μπορεί να αναβάλλει τις άμεσες αντιδράσεις απέναντι στα εξωτερικά ερεθίσματα και στα εσωτερικά ενστικτώδη κίνητρα. Όταν εξωτερικό ερέθισμα εισβάλλει μέσω των αισθήσεων σε κάποιον το εγώ είναι αυτό που αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα της εισβολής του. Για αυτό το λόγο το Εγώ βρίσκεται σε άμεση σύνδεση με τα όργανα της αντίληψης. Το σώμα δηλαδή για το Εγώ είναι μια ξεχωριστή οντότητα που μπορεί να το ελέγξει μέσω του νευρικού συστήματος. Για αυτό και ο Freud έλεγε ότι: "Το Εγώ είναι πρωταρχικά και κατά βάση ένα σωματικό Εγώ".

Ο στόχος του Εγώ είναι να προστατέψει το άτομο και να επαναφέρει την ψυχική του ισορροπία. Να αποφύγει τις εσωτερικές συγκρούσεις και άγχος. Ενώ ρόλος του είναι να ελέγχει την πραγματικότητα και να εξακριβώνει αν μπορούμε να κάνουμε κάτι που θέλουμε ή αν πρέπει να το αλλάξουμε για να κάνουμε κάτι άλλο (Freud, 1978). Είναι δηλαδή, ο μεσολαβητής ανάμεσα στο θέλω (id) και στο πρέπει που το οικογενειακό και κοινωνικό μας περιβάλλον έχει διαμορφώσει (Υπερεγώ).

Το Υπερεγώ διαφοροποιείται ή καλύτερα αντιτίθεται στο Εγώ. Παρακολουθεί συνέχεια και ελέγχει το Εγώ. Ο ρόλος του είναι να απαγορεύει και να κριτικάρει. Έχει συνειδητά, προσυνειδητά και ασυνειδητά στοιχεία. Ξεκινά από την παιδική ηλικία με τη σχέση γονέων - παιδιών και συνεχίζεται με τη σχέση κοινωνίας - ατόμου. Οι κανόνες αυτοί της οικογένειας, του σχολείου, της κοινωνίας φτάνουν να ενσωματώνονται και να αποτελούν μέρος της ανθρώπινης ψυχής.

Όταν το Εγώ δεν είναι ιδανικό! Η φωνή της συνείδησης το επαναφέρει. Το Υπερεγώ ταυτίζεται με τα πατρικά πρότυπα, έτσι οι σεξουαλικές ορμές αποκλίνουν από τον πρωταρχικό, ερωτικό τους ρόλο. Η εξάλειψη των ενστίκτων για χάρη της ηθικής είναι μια μορφή θανάτου. Με αυτόν τον τρόπο το Υπερεγώ με βοήθου του την Ηθική βασανίζει και αποσυνθέτει αργά - αργά το Εγώ.

Το Αυτό, το Εγώ και το Υπερεγώ βρίσκονται σε διαρκή διαμάχη μεταξύ τους. Οι ενστικτώδεις ενορμήσεις του Αυτό που προσπαθούν να ικανοποιηθούν, παρεμποδίζονται να εισέλθουν στην συνείδηση όταν κρίνονται ανήθικες ή ασύμβατες με την πραγματικότητα. Όταν μια τέτοια ενόρμηση προσπαθεί επιτακτικά να εισέλθει στην συνείδηση τότε δημιουργείται το άγχος (Καλαντζή, Α. et al, 1999).

Το Εγώ, όταν οι υπόλοιπες συνειδητές προσπάθειες μείωσης το άγχους αποτυγχάνουν, για να προστατέψει τον εαυτό του, καταφεύγει σε κάποιες ασυνείδητες τακτικές που ονομάζονται μηχανισμοί άμυνας.

3.10.2. Φαινομενολογικά Μοντέλα

Τα φαινομενολογικά μοντέλα δεν αποτελούν τόσο θεωρίες της προσωπικότητας ή της ψυχολογικής προσαρμογής όσο φιλοσοφίες ζωής τάσης και κατευθυντήριες γραμμές βάσει των οποίων ζει κάποιος τη ζωή του. Δύο σημαντικές φαινομενολογικές θεωρίες είναι ο υπαρξισμός και ο ανθρωπισμός.

Κέντρο των θεωριών αυτών είναι η εμπειρία που αποκτά το άτομο με την πάροδο του χρόνου. Σύμφωνα με αυτά το άτομο επιλέγει πως θα συμπεριφερθεί στηριζόμενος στις εμπειρίες του. Η σχέση αιτίας - αιτιατού εδώ δεν έχει θέση, αλλά ούτε τα ένστικτα ούτε οι ενορμήσεις είναι ικανά να παίξουν ρόλο στη συμπεριφορά ενός ανθρώπου.

Η προσωποκεντρική θεωρία υποστηρίζει ότι ο άνθρωπος έχει έμφυτη τη δυνατότητα να ενεργοποιεί το δυναμικό του. Το δυναμικό αυτό είναι μοναδικό για τον καθέναν. Όταν το άτομο διαφοροποιήσει τον εαυτό του από το φυσικό του περιβάλλον τότε πετυχαίνει την αυτοαντίληψη. Η αυτοπραγμάτωση του ατόμου συνήθως συμβαίνει μέσα από την κοινωνική αναγνώρισή του από τους άλλους. Αν η αναγνώριση προσφέρεται δίχως όρους, πράγμα σπάνιο, τότε το άτομο θα αντιμετώπιζε θετικά τον εαυτό του. Αν όμως οι συνθήκες είναι δύσκολες ή περιοριστικές τότε το άτομο δεν πετυχαίνει την αυτοπραγμάτωση. Αν τέλος η νέες εμπειρίες που βιώνει έρχονται σε αντίθεση με την έννοια του εαυτού και των πιστεύω του η ισορροπία του ατόμου διαταράσσεται. Τότε μπορεί εύκολα να εμφανιστεί το άγχος. Κατάληξη αυτού είναι η αυτοπραγμάτωση να μην είναι πραγματική αλλά να στηρίζεται σε ξένες αξίες που το άτομο ενστερνίζεται.

3.10.3. Γνωσιακά Μοντέλα

Από το 1988 από τους Hoehn – Saric και McLeod αλλά και το 1990 από τον Freeman έχει ήδη περιγραφεί ότι το άγχος λειτουργεί σαν προειδοποιητικός μηχανισμός. Σημαίνει συναγερμό σε καταστάσεις κινδύνου και αβεβαιότητας. Κατά το γνωσιακό μοντέλο υπάρχει σχέση ανάμεσα στα συναισθήματα και στη σκέψη και οι διαταραχές του άγχους είναι ουσιαστικά διαταραχές της σκέψης αποτελεί δηλαδή την εξέλιξη ενός πρωτόγονου μηχανισμού του ανθρώπου που τον προστατεύει από τους κινδύνους. Με την πάροδο του χρόνου ανιχνεύονται καλύτερα οι πιθανοί κίνδυνοι και αυτοί που δεν υπάρχουν δεν λαμβάνονται υπόψη. Όταν ένας κίνδυνος δεν είναι αληθινός, αλλά αποτελεί τη λάθος εκτίμηση μιας κατάστασης, και αντιμετώπισή του είναι ακατάλληλη. Το άγχος εμφανίζεται και τα συμπτώματά του θεωρούνται ως επιπλέον απειλές ενισχύοντας έτσι τον φαύλο κύκλο.

Σύμφωνα με τους Blackburn και Davidson το γνωσιακό μοντέλο του άγχους αποτελείται από τρία μέρη:

- το ερέθισμα (stimulus)
- τη μεσολάβηση (mediation)
- την αντίδραση (response)

Η μεσολάβηση ανάμεσα στο ερέθισμα, σκέψη, ανάμνηση, κ.α., και στην αντίδραση, άγχος, είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης, των γνωσιακών διαδικασιών με τις αυτόματες σκέψεις.

Έτσι ένα άτομο με αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό του και τον κόσμο:

- κάνει τον εαυτό του ευάλωτο στο άγχος και την κατάθλιψη
- θεωρεί τον κόσμο γύρω του απειλητικό
- πιστεύει ότι το μέλλον είναι αβέβαιο

Η θεραπεία του άγχους σύμφωνα με την γνωσιακή θεωρία εστιάζει στην ανακάλυψη των αυτόματων αρνητικών σκέψεων και στην προσπάθεια αντικατάστασής του με άλλες σκέψεις λιγότερο αρνητικές και περισσότερο ρεαλιστικές.

3.10.4. Βιολογική προσέγγιση

Το Νευρικό Σύστημα είναι αυτό που ρυθμίζει και ελέγχει τη λειτουργία όλων των οργάνων του ανθρώπινου σώματος και την ομαλή μεταξύ τους συνεργασία, ταυτόχρονα αποτελεί την έδρα των ψυχικών λειτουργιών και συμβάλλει στην αντίληψη του περιβάλλοντος μέσω των αισθητηρίων οργάνων, μάτια, αυτιά, μύτη, γλώσσα και δέρμα.

Διακρίνεται στο:

- Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, (εγκέφαλος και νωτιαίος μυελός) και στο,
- Περιφερικό Νευρικό Σύστημα, (εγκεφαλικά και νωτιαία νεύρα και γάγγλια) το οποίο υποδιαιρείται στο:
 1. Σωματικό Νευρικό Σύστημα, που λειτουργεί εκούσια, ρυθμίζει τις ανάγκες του σώματος με τη συμμετοχή του νου και ελέγχει τις κινήσεις των σκελετικών μυών
 2. Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα, που λειτουργεί ακούσια και ρυθμίζει τις καθημερινές ανάγκες του σώματος ελέγχοντας τους αδένες, τους ιστούς και τα όργανα. Διακρίνεται σε:

α) Συμπαθητικό Σύστημα, που προετοιμάζει το σώμα για αυξημένες απαιτήσεις ετοιμότητας, π.χ. τη διαστολή της κόρης του οφθαλμού, και σε,

β) Παρασυμπαθητικό Σύστημα, που έχει σκοπό την εξοικονόμηση και αποθήκευση της ενέργειας, π.χ. τη συστολή της κόρης του οφθαλμού

Τα απειλητικά ερεθίσματα λοιπόν, που προκαλούν άγχος, ενεργοποιούν το Συμπαθητικό Νευρικό Σύστημα, το οποίο είναι υπεύθυνο να αξιολογεί τις απειλητικές αυτές καταστάσεις, με τη βοήθεια νευροδιαβιβαστών. Η σεροτονίνη, η νορεπινεφρίνη και το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA) είναι οι νευροδιαβιβαστές, τα μηνυματοφόρα δηλαδή μόρια, που εμπλέκονται σε θέματα ψυχικής διάθεσης, βιώματα φόβου και ηδονής. Η υπερλειτουργία του νοραδρενικού και η υπολειτουργία του σεροτονινεργικού και γκαμπαμινεργικού νευροδιαβιβαστικού συστήματος, είναι κύριες πηγές άγχους, ενώ η αυξημένη δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, προκαλώντας αυξημένο τόνο στο συμπαθητικό, έχει σαν αποτέλεσμα τις σωματικές εκδηλώσεις του άγχους (Kandel, E., & Jessel, T., 2005).

Όταν γίνουν λοιπόν αντιληπτά μηνύματα άγχους από τον οργανισμό,

ενεργοποιείται το συμπαθητικό νευρικό σύστημα με σκοπό την αντίδραση και την αποφυγή του κινδύνου. Όταν αυτό επιτευχθεί το συμπαθητικό απενεργοποιείται.

Ο Cannon (1932), σε πειράματα που έκανε σε ανθρώπους και ζώα παρατήρησε αλλαγές στους επινεφρίδιους αδένες τους και στο συμπαθητικό νευρικό τους σύστημα, όταν εκτίθονταν σε στρεσογόνα ερεθίσματα. Αυτές οι αλλαγές ενεργοποιούσαν ομοιοστατικούς μηχανισμούς που είχαν σαν αποτέλεσμα ψυχοφυσιολογικές εκδηλώσεις άγχους.

Ο Hans Selye αργότερα (1956), υποστήριξε μετά από σειρά πειραμάτων σε ζώα ότι το άγχος είναι η φυσιολογική αντίδραση ενός οργανισμού, η ένταση της οποίας μάλιστα εξαρτάται απόλυτα από την ένταση των ερεθισμάτων. Το άγχος δηλαδή είναι δύναμη ή δυνάμεις έξω από το άτομο που του ασκούν πίεση. Αν η κατάσταση μέσα στην οποία βρίσκεται το άτομο είναι ευχάριστη ή δυσάρεστη δεν παίζει κανένα ρόλο. Το μόνο σημαντικό είναι η ένταση της απαίτησης για προσαρμογή στις συνθήκες του περιβάλλοντος. Η έντονη θερμότητα ή το ψύχος, το ηλεκτροσόκ, η απώλεια αίματος προκαλούσαν σωματικές αντιδράσεις με συγκεκριμένη συνέπεια.

Το GAS (General Adaptation Syndrome) του Seyle, το μοντέλο δηλαδή της αντίδρασης ενός ατόμου στα στρεσογόνα ερεθίσματα διακρίνει τρεις φάσεις αντίδρασης:

- την αντίδραση συναγερμού
- το στάδιο της αντίδρασης
- το στάδιο της εξάντλησης

Η πιο κοινή αντίδραση προσαρμογής ενός ατόμου που είναι εκτεθειμένο με μια απειλή, σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, είναι η πάλη ή η φυγή. Για να το πετύχει αυτό το άτομο ξεκινά μια σειρά αντιδράσεις που τροποποιούν τις φυσιολογικές του λειτουργίες με σκοπό με αυξήσει την ενέργειά του. Εάν ο στόχος επιτευχθεί το άτομο κερδίζει και πάλι την ισορροπία του αλλιώς συνεχίζει την προσπάθεια είτε μέχρι την επίτευξη του στόχου είτε μέχρι να εξαντληθεί.

Οι κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του άγχους από τις βιολογικές θεωρίες είναι οι βενζοδιαζεπίνες, τα αντικαταθλιπτικά και οι β-αναστολείς.

3.10.5. Θεωρία Spielberger (παροδικό & μόνιμο άγχος)

Ο Spielberger τη δεκαετία του 1950 διατύπωσε τη θεωρία του παροδικού και μόνιμου άγχους. Το παροδικό άγχος (state anxiety) αφορά στην υπάρχουσα ή άμεση συναισθηματική κατάσταση ενός ατόμου, που χαρακτηρίζεται από ανησυχία και ένταση.

Το μόνιμο άγχος (trait anxiety), αυτό δηλαδή που είναι χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ενός ατόμου, αφορά στην προδιάθεσή του να αντιλαμβάνεται συγκεκριμένες καταστάσεις σαν απειλητικές και να αντιδρά σε αυτές με διάφορα επίπεδα παροδικού άγχους.

Έτσι, το παροδικό άγχος χαρακτηρίζεται από υποκειμενικά και αντιληπτά συναισθήματα ανησυχίας και έντασης που συνοδεύονται με τη διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος ενώ το μόνιμο άγχος είναι μία πάγια συμπεριφορά κατά την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται σαν απειλητικές καταστάσεις που αντικειμενικά δεν είναι απειλητικές. Στις καταστάσεις αυτές αντιδρά πάντα με δυσανάλογο άγχος σε σχέση με το μέγεθος του υπαρκτού αντικειμενικού κινδύνου.

Ο Spielberger στην θεωρία του αναφέρει:

- ότι τα ερεθίσματα, εσωτερικά ή εξωτερικά, που γίνονται αντιληπτά από ένα άτομο προκαλούν αντιδράσεις παροδικού άγχους
- όσο μεγαλύτερη είναι η ένταση της απειλής που το άτομο αντιλαμβάνεται, τόσο πιο έντονη είναι η αντίδραση του παροδικού άγχους
- όσο μεγαλύτερης διάρκειας είναι η απειλή τόσο μονιμότερη είναι η αντίδραση του παροδικού άγχους
- τα άτομα με υψηλό επίπεδο μόνιμου άγχους αντιλαμβάνονται πιο πολλές καταστάσεις σαν απειλητικές
- τα υψηλά επίπεδα παροδικού άγχους σχεδόν πάντα εκδηλώνονται στη συμπεριφορά ή κινητοποιούν ψυχολογικούς μηχανισμούς που το μειώνουν
- η συχνή εμφάνιση στρεσογόνων καταστάσεων ωθεί το άτομο να αναπτύξει συγκεκριμένους μηχανισμούς άμυνας με σκοπό να μειώσει το παροδικό άγχος

3.11.Τι είναι οι Μηχανισμοί Άμυνας του Εγώ

Η Anna Freud, κόρη του Sigmund Freud το 1936 διατύπωσε τις ψυχοδιανοητικές διαδικασίες που επιστρατεύει το Εγώ κάθε φορά που πιέζεται από μια ενορμητική απαίτηση, έναν κίνδυνο ή μία απειλή. Εντόπισε, περιέγραψε και ανέλυσε τα αμυντικά αυτά σχήματα, κατέδειξε τα διάφορα μέσα που μπορούν να μεταχειριστούν όπως φαντασιώσεις, διανοητικές δραστηριότητες, κατέδειξε την διαχρονική τους ύπαρξη και διαφοροποίησε τους μηχανισμούς ανάλογα με το αν η πηγή άγχους ήταν εσωτερική ή εξωτερική.

Ο στόχος των μηχανισμών άμυνας είναι να κρατήσουν μακριά από την συνείδηση τις επικίνδυνες ενορμήσεις.

Οι μηχανισμοί άμυνας είναι μη παθολογικές ψυχολογικές διαδικασίες που υιοθετεί το Εγώ στην προσπάθειά του να περιορίσει την ψυχολογική ένταση που αντιμετωπίζει.

Αυτό που κινητοποιεί τους μηχανισμούς άμυνας είναι:

- το άγχος:
- η ψυχοσύγκρουση

Η χρήση των μηχανισμών άμυνας είναι μια φυσιολογική διαδικασία όταν δεν είναι ο αποκλειστικός τρόπος αντιμετώπισης από το Εγώ των προβλημάτων που παρουσιάζονται.

3.12. Είδη Μηχανισμών Άμυνας στο Εγώ

Όταν το εγώ είναι έτοιμο να αντιμετωπίσει μια κατάσταση άγχους ή θλίψης τότε δεν κινητοποιείται ένας αλλά συνδυασμός μηχανισμών άμυνας (Selye, 1950). Για αυτό πρέπει να γνωρίζουμε ποιοι μηχανισμοί άμυνας κινητοποιούνται. Είναι ώριμοι και δημιουργικοί, όπως π.χ. η μετουσίωση ή δαπανηροί και ναρκισσιστικοί όπως η διχοτόμηση; Επειδή οι μηχανισμοί άμυνας διαχειρίζονται αποδιοργανωτικά συναισθήματα είναι σωτήριοι για το Εγώ. Παρόλα αυτά μπορούν να γίνουν και αρνητικοί όταν στενεύουν τους ορίζοντές του, αποτρέπουν την αυτογνωσία και επιτρέπουν την αλόγιστη σπατάλη της ψυχικής υγείας του ατόμου.

Οι τέσσερις ομάδες που κατατάσσονται οι μηχανισμοί άμυνας είναι οι ακόλουθες (σχηματική απεικόνισή τους στην Εικόνα 10) :

- Ναρκισσιστικοί μηχανισμοί:

1. Άρνηση (Denial)
2. Εξιδανίκευση (Sublimation)
3. Παραποίηση (Counterfeiting)
4. Προβολή (Projection)
5. Προβλητική ταύτιση (Projective identification)
6. Διχοτόμηση (Spitting)

- Ανώριμοι μηχανισμοί:

1. Εκδραμάτιση (Acting Out)
2. Ανακοπή (Blocking)
3. Υποχονδρίαση (Hypochondriasis)
4. Ταύτιση (Identification)
5. Ενδοβολή (Introgression)

6. Παθητική/επιθετική συμπεριφορά (Passive-Aggressive)
7. Προβολή (Projection)
8. Παλινδρόμηση (Retgression)
9. Σχιζοειδική φαντασίωση (Schizoid fantasy)
10. Σωματοποίηση (Somatization)

- Ωριμοί μηχανισμοί:

1. Αλtruισμός (Altruism)
2. Πρόβλεψη (Anticipation/ Foresight)
3. Ασκητισμός (Asceticism)
4. Χιούμορ (Humor)
5. Μετουσίωση (Sublimation)
6. Καταστολή (Repression)

- Νευρωτικοί μηχανισμοί

1. Έλεγχος (Control)
2. Μετάθεση (Displacement)
3. Αποσύνδεση (Dissociating)
4. Εξωτερίκευση (Externalization)
5. Αναστολή (Suspension)
6. Διανοητικοποίηση/εκλογίκευση (Rationalization)
7. Μόνωση (Isolation)

8. Μετατροπή στο αντίθετο (Reaction / Formation)
9. Απώθηση (Repulsion)
10. Σεξουαλικοποίηση (Sexualisation)



Εικόνα 10: Ορισμένοι από τους Μηχανισμούς Άμυνας σχηματικά

3.13. Οι Μηχανισμοί Άμυνας

Οι σπουδαιότεροι μηχανισμοί άμυνας είναι οι ακόλουθοι:

- **η απώθηση (repulsion)**

Κατά την απώθηση το Εγώ σπρώχνει στο ασυνείδητο επιθυμίες, αισθήματα, σκέψεις, γενικά όλες τις μη αποδεκτές ορμές που απειλούν την ακεραιότητά του. Όταν συμβεί αυτό η απειλή βρίσκεται έξω από την μνήμη, Το άτομο με αυτό τον τρόπο μπορεί να ξεχνάει σκέψεις επιθυμίες ή κίνητρα που αν έρθουν πάλι στο συνειδητό θα του προκαλέσουν άγχος. Ο μηχανισμός της απώθησης είναι η κύρια έννοια της ψυχαναλυτικής θεωρίας και ο στόχος όλων των άλλων μηχανισμών. Ό,τι απωθείται στο ασυνείδητο διατηρεί την ενέργειά του και τείνει να επανέλθει στο συνειδητό. Χρειάζεται ίση ή μεγαλύτερη ενέργεια και αντίθετη για να κρατηθεί στο ασυνείδητο. Είναι δυνατόν οι απωθημένες καταστάσεις ενώ βρίσκονται στο ασυνείδητο και όχι στο συνειδητό να συνεχίζουν να ενδυναμώνονται (συμπλέγματα) και με αυτό τον τρόπο αποτελούν την αρχή των νευρώσεων, π.χ. μια κοπέλα που βιάστηκε δεν θυμάται ούτε το βιασμό της ούτε τι έγινε στη διάρκειά του

- **η άρνηση (denial)**

Κατά την άρνηση το άτομο αρνείται να αναγνωρίσει κάποιον κίνδυνο ή ένα δυσάρεστο γεγονός σαν πραγματικό επειδή του προκαλεί άγχος και επώδυνα συναισθήματα. Αποσύρεται για να αποφύγει την άσχημη πραγματικότητα. Είναι συχνός μηχανισμός σε καταστάσεις πένθους ή απώλειας, π.χ. μετά από ένα χωρισμό κάποιος εξακολουθεί να συμπεριφέρεται σα να είναι ακόμη με τον σύντροφό του

- **η προβολή (projection)**

Κατά την προβολή το άτομο για να καταφέρει να αντιμετωπίσει προβλήματα, απαράδεκτες σκέψεις και τάσεις, απαράδεκτες ορμές σύμφωνα με τις αρχές του, φόβους ή κομμάτια του εαυτού του που του προκαλούν ενοχές, προβάλλει τα χαρακτηριστικά αυτά σε ένα άλλο άτομο. Συνήθως γίνεται χωρίς να το αντιλαμβάνεται και δεν δέχεται ότι τα αποδίδει σε κάποιον άλλο. Βλέπει το περιβάλλον ως εχθρικό. Η προβολή είναι ο βασικός μηχανισμός των ψυχώσεων. Π.χ. δεν είναι αυτός ο αγενής, ο κακός, ο βίαιος αλλά ο άλλος

- **η συγκινησιακή παλινδρόμηση (retrogression)**

Κατά την παλινδρόμηση το άτομο υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς ενός προηγούμενου σταδίου ωρίμανσης επειδή μια καινούρια κατάσταση του προκαλεί άγχος. Όταν βρίσκεται μπροστά από απειλητικές σκέψεις και συναισθήματα συμπεριφέρεται με τον παλιό, γνωστό άρα και πιο ασφαλή τρόπο. Έναν τρόπο χαρακτηριστικό ενός προηγούμενου εξελικτικού σταδίου ανάπτυξης πριν την εμφάνιση της παρούσας σύγκρουσης. Τα στάδια στα οποία το άτομο παλινδρομεί είναι αυτά στα οποία υπήρχε συνήθως καθήλωση. Η παλινδρόμηση μπορεί να είναι φυσιολογικό και παθολογικό φαινόμενο, π.χ. ένα παιδί στην προεφηβική ηλικία που έμαθε ότι χώρισαν οι γονείς του πιπιλάει το δάκτυλό του ή βρέχει το κρεβάτι του

- **ο σχηματισμός δια του αντιθέτου (reaction/formation)**

Κατά το σχηματισμό δια του αντιθέτου το άτομο απωθεί από το συνειδητό στο ασυνείδητο μια ανεπιθύμητη σκέψη ή επιθυμία ως απαράδεκτη ή απειλητική και εμφανίζει στο συνειδητό την ακριβώς αντίθετή της. Η ιδιότητα αυτή είναι υπερβολική και δύσκαμπτη όχι όμως απαραίτητα παθολογική, π.χ. ένα παιδάκι που είναι θυμωμένο ή ζηλεύει το μικρό αδερφάκι του μετατρέπει τα συναισθήματά του αυτά σε υπερβολική αγάπη

- **η υπεραναπλήρωση**

Κατά την υπεραναπλήρωση ή αντιδραστική συμπεριφορά ή συμπεριφορά από αντίδραση, το άτομο μετατρέπει μια ανεπιθύμητη ορμή, μια πραγματική ή φανταστική σωματική ή ψυχολογική αδυναμία, στην εκ διαμέτρου αντίθετή της συμπεριφορά για να κρύψει τα κοινωνικώς "απαράδεκτα" συναισθήματά του. Τις συμπεριφορές αυτές τις υποστηρίζει με πάθος και φανατισμό, π.χ. κάποιος που τρέφει εχθρικά συναισθήματα για κάποιον άλλον, είναι απέναντί του υπερβολικά ευγενής ή δουλοπρεπής

Πρόσθετοι μηχανισμοί άμυνας είναι:

- **η εκλογίκευση (rationalization)**

Κατά την εκλογίκευση το άτομο χρησιμοποιεί μία αληθοφανή αλλά επιπόλαιη δικαιολογία για να μπορέσει να δικαιολογήσει μια αποτυχία, μια παράβαση, μια

παρανομία, μια απώλεια, μια απροσάρμοστη δική του συμπεριφορά, π.χ. κάποιος πιστεύει ότι το καινούριο σπίτι που βλέπει είναι πολύ μεγάλο για αυτόν ενώ η αλήθεια είναι ότι το θέλει αλλά δεν έχει χρήματα να τον αγοράσει

- **η μετάθεση (displacement)**

Κατά τη μετάθεση το άτομο μεταφέρει το συναίσθημά του από ένα άτομο σε ένα άλλο ή από ένα αντικείμενο σε ένα άλλο, π.χ. ο θυμός εναντίον του προϊσταμένου μας στη δουλειά, που δεν φανερώνεται εξαιτίας του φόβου της απόλυσης, στρέφεται εναντίον της οικογένειάς μας στο σπίτι

- **η μετουσίωση (sublimation)**

Κατά την μετουσίωση το άτομο φροντίζει να εκφράζει με κοινωνικά αποδεκτό τρόπο της παρορμήσεις του, π.χ. ένας σαδιστής ακολουθεί το επάγγελμα του χειρουργού

- **η ταύτιση (identification)**

Κατά την ταύτιση το άτομο υιοθετεί στάσεις ζωής που ανήκουν σε κάποιον άλλον ή κανόνες συμπεριφοράς κάποιου άλλου ατόμου, π.χ. του γονέα του

- **η υποκατάσταση (substitution)**

Κατά την υποκατάσταση το άτομο απωθεί στο ασυνείδητο μία αδύνατη να πραγματοποιηθεί ή μία μη αποδεκτή επιθυμία ή σκέψη. Όμως αυτή μπορεί να αναδυθεί στην επιφάνεια καμουφλαρισμένη με τη μορφή μίας άλλης. π.χ. κάποιο επιθετικό άτομο που δεν μπορεί να δείρει κάποιον άλλον, μπαίνει μέσα στο σπίτι και σπάει ότι βρει μπροστά του ή ένα κοντό αγόρι που δεν είναι κατάλληλο για να γίνει μπασκετμπολίστας όπως επιθυμεί, επιδίδεται στη μόρφωση

- **ο συμβιβασμός (reconciliation)**

Κατά τον συμβιβασμό το άτομο συνδυάζει τις ασυνείδητες επιθυμίες του με τις απαγορευμένες επιθυμίες του και τις απαιτήσεις των απαγορευτών, π.χ. 2 άνθρωποι συζητούν και ο ένας διαφωνεί με τον άλλον. Αν η διαφωνία του

εκφραζόταν ελεύθερα η μεταξύ τους καλή σχέση θα χαλούσε. Γι' αυτό προτιμά να συμβιβάσει την επιθυμία του για διαφωνία με μια ουδέτερη παθητική στάση προκειμένου να μη χαλάσει η καλή τους σχέση

- **η προκλητική συμπεριφορά (provocative behavior)**

Κατά την προκλητική συμπεριφορά το άτομο εκφράζει την επιθετικότητά του ερεθίζοντας και προκαλώντας σε επιθετική συμπεριφορά τα άλλα άτομα. Με αυτόν τον τρόπο κινητοποιείται η επιθετικότητα των άλλων και δικαιολογεί την δική του σαν λογική συνέπεια άμυνας ή αντεκδίκηση, π.χ. ένας μαθητής αυθαδιάζει στον δάσκαλό του υπέρμετρα στο σχολείο με σκοπό να τον βγάλει από τα ρούχα του, να του μιλήσει άσχημα και έτσι η δική του συμπεριφορά να φανεί ως αποτέλεσμα του εκνευρισμού του δασκάλου του

- **ασκητισμός (asceticism)**

Κατά τον ασκητισμό το άτομο στην εφηβική συνήθως ηλικία, προσπαθεί να απαρνηθεί εντελώς τις ενστικτώδεις τάσεις και επιθυμίες του, π.χ. ένας μαθητής των τελευταίων τάξεων του λυκείου επειδή έχει ως στόχο να περάσει σε κάποια πανεπιστημιακή σχολή, δεν βγαίνει έξω καθόλου να διασκεδάσει ή δεν έχει καθόλου φίλους

- **η ονειροπόληση (daydreaming)**

Κατά την ονειροπόληση το άτομο περιπλανιέται στο χώρο της φαντασίας και του ονείρου αντί να βρίσκεται στον παρόντα τόπο και χρόνο, π.χ. οι μαθητές που δεν ενδιαφέρονται για κάποιο μάθημα στο σχολείο, σκέφτονται κατά την διάρκειά του, το χθεσινό ποδοσφαιρικό αγώνα

- **η απομόνωση (isolation)**

Κατά την απομόνωση το άτομο αποκόβει την εμπειρία από την συναισθηματική της φόρτιση. Με αυτόν τον τρόπο παραμένει στο συνειδητό μέρος του εαυτού του η ανάμνηση ενός περιστατικού χωρίς το αντίστοιχο συναίσθημα. Δηλαδή το γεγονός παραμένει στη μνήμη ενώ το συναίσθημα έχει απωθηθεί. Αυτός ο μηχανισμός άμυνας απαντάται κυρίως στις ιδεοψυχαναγκαστικές νευρώσεις, π.χ. όταν ένα άτομο <<χάνει>> ένα δικό του άνθρωπο, δέχεται τα συλλυπητήρια αλλά

δεν νιώθει πόνο για το χαμό του

- **η απόσυρση (withdrawal)**

Κατά την απόσυρση το άτομο απομακρύνεται από μια κατάσταση ή ένα γεγονός που του προκαλεί πόνο ή λύπη, π.χ. κάποιος καταφεύγει στον ύπνο, το αλκοόλ, τον τζόγο, τα ναρκωτικά, για να μην αντιμετωπίζει την άσχημη καθημερινότητά του

- **ο παντοδυναμικός έλεγχος (omnipotent control)**

Κατά τον παντοδυναμικό έλεγχο το άτομο έχει την εντύπωση ότι έχει τον απόλυτο έλεγχο σε κάτι που του συμβαίνει προκειμένου να μειώσει το άγχος του. Η αίσθησή του ότι μπορεί να επηρεάσει τον κόσμο όλο, αποτελεί παράμετρο της αυτοεκτίμησής του και έχει τις ρίζες της στην βρεφική του ηλικία στην οποία βίωσε καταστάσεις παντοδυναμίας. Καθώς όμως το βρέφος γίνεται παιδί και το παιδί ενήλικος, ωριμάζει και συνειδητοποιεί ότι οι άνθρωποι δεν είναι υπερήρωες. Αν αυτό δε γίνει, τότε τα άτομα χειρίζονται συνειδητά τους άλλους, συνήθως αδυνατότερους, για να μειώσουν το άγχος τους και να διατηρήσουν την αυτοεκτίμησή τους, π.χ. υψηλά ιστάμενα διοικητικά στελέχη, άτομα με ηγετικούς ρόλους, ηγέτες αιρέσεων, πωλητές, άτομα που ασχολούνται με το marketing, συχνά χειραγωγούν τους άλλους, τους τη “φέρνουν” ή τους ασκούν ανελέητη εξουσία

- **η εξιδανίκευση (sublimation)**

Κατά την εξιδανίκευση το άτομο για να ξεπεράσει το άγχος και τον φόβο που του προκαλούν οι ανασφάλειές του, πιστεύει ότι κάποιος άλλος είναι “παντοδύναμος”, “ιδανικός” και στηρίζεται σε αυτόν, π.χ. μια ερωτευμένη κοπέλα πιστεύει ότι ο σύντροφός της είναι τέλειος και δυνατός, οπότε αυτό της προσδίδει μεγαλύτερη αξία. *Η εξιδανίκευση ψυχαναλυτικά είναι ο μόνος μηχανισμός που θεωρείται υγιής!*

- **η ενδοβολή (introgression)**

Κατά την ενδοβολή το άτομο πιστεύει ότι οι θεωρίες και οι πράξεις ενός άλλου ατόμου είναι δικές του, π.χ. ένα παιδί με αγενή πατέρα γίνεται και αυτό αγενές για να μειώσει ο άγχος του

- **η προβλητική ταύτιση (projective identification)**

Κατά την προβλητική ταύτιση το άτομο αφενός μεν προβάλλει κομμάτια του εαυτού του σε κάποιον άλλον και αφετέρου ο άλλος, κατόπιν αυτής της ιδιόμορφης πίεσης, αρχίζει να συμπεριφέρεται σαν να είναι αυτό που πραγματικά το άτομο πιστεύει, π.χ. κάποιος πιστεύει ότι δεν είναι ο ίδιος εγωιστής, αλλά ο φίλος του και ο φίλος του αρχίζει σιγά - σιγά να συμπεριφέρεται εγωιστικά

- **η διχοτόμηση (spitting)**

Κατά τη διχοτόμηση το άτομο έχει την πεποίθηση ότι κάποιος είναι μόνο καλός ή μόνο κακός γιατί δεν μπορεί να αντέξει την αμφιθυμία, ότι δηλαδή ένας κακός άνθρωπος μπορεί να κάνει και καλές πράξεις ή το αντίθετο. π.χ. μετά τα πρόσφατα γεγονότα, οι Έλληνες πολίτες θεωρούν τους πολίτες των Σκοπίων ως τον απόλυτο εχθρό

- **η διάσχιση (crossing)**

Κατά τη διάσχιση το άτομο όταν του συμβαίνει κάτι τραυματικό, νιώθει σαν να βρίσκεται έξω από το σώμα του και ότι αυτό δεν συμβαίνει στο ίδιο, π.χ. μια γυναίκα που είναι θύμα οικογενειακής βίας από τον σύζυγό της αισθάνεται σαν να βγαίνει έξω από το σώμα της, σαν να μην είναι αυτή που υφίσταται τον ξυλοδαρμό

- **η μόνωση του συναισθήματος**

Κατά τη μόνωση του συναισθήματος το άτομο αφαιρεί το συναίσθημα από μία εμπειρία του γιατί είναι πολύ οδυνηρό, π.χ. συνήθως όταν ένας γιατρός “χάνει” έναν ασθενή του, δεν στεναχωριέται για να μπορέσει να κουράρει τους υπόλοιπους ασθενείς του

- **η διανοητικοποίηση (rationalization)**

Κατά τη διανοητικοποίηση το άτομο βιώνει επώδυνα συναισθήματα, αλλά φέρεται σαν αυτά να μην υπάρχουν. Αντιμετωπίζει δηλαδή μια κατάσταση χαλαρά και αποστασιοποιημένα, περιγράφοντας τις αιτίες που την προκάλεσαν χωρίς όμως να εκφράζει πραγματικά την θλίψη του, π.χ. κάποιο άτομο αναφέρει ότι έχασε όλη του την περιουσία περιγράφοντας τις αιτίες που οδήγησαν σε αυτό αλλά χωρίς να

εξωτερικεύσει τη θλίψη του

- **η ηθικοποίηση (moralization)**

Κατά την ηθικοποίηση το άτομο για να καταπραΰνει το άγχος του κάνει κάτι το οποίο πιστεύει ότι είναι ηθικά σωστό ενώ δεν είναι, π.χ. ένα δυνατό κράτος ξεκινά πόλεμο με ένα πιο αδύναμο ισχυριζόμενο ότι θα γλιτώσει τους πολίτες του από μια δικτατορία ενώ στα αλήθεια θέλει να καπηλευτεί π.χ. τα κοιτάσματα πετρελαίου του

- **η γνωστική απόσπαση (cognitive detachment)**

Κατά τη γνωστική απόσπαση το άτομο έχει ιδέες, συναισθήματα ή συμπεριφορές αντικρουόμενες μεταξύ τους όμως δεν το αντιλαμβάνεται για να μειώσει το άγχος του, π.χ. όταν κάποιος ενώ ισχυρίζεται ότι δεν είναι ρατσιστής απολαμβάνει ρατσιστικά σχόλια

- **η ακύρωση (cancellation)**

Κατά την ακύρωση το άτομο προσπαθεί ασυνείδητα να περιορίσει ένα αρνητικό συναίσθημα π.χ. ντροπής ή ενοχής με μια νέα στάση ή συμπεριφορά που τάχα θα διορθώσει το κακό που έχει ήδη κάνει, π.χ. όταν ένας σύζυγος πρώτα απατάει τη γυναίκα του και μετά της φέρνει λουλούδια

- **η στροφή ενάντια στον εαυτό (turning against one's self)**

Κατά τη στροφή ενάντια στον εαυτό το άτομο επειδή έχει ένα αρνητικό συναίσθημα προς κάποιον άλλον και δεν μπορεί να το εκφράσει στρέφεται ενάντια στον εαυτό του, π.χ. κάποιος νιώθει επιθετικά για τον εργοδότη του αλλά δεν μπορεί να το εκφράσει γιατί θα τον απολύσει και στρέφεται εναντίον του ίδιου του τού εαυτού και γίνεται ερεϊστικός και επικριτικός με τον εαυτό του

- **η αντιστροφή (reversal)**

Κατά την αντιστροφή το άτομο αντί να νιώθει ότι χρειάζεται κάτι, εξαιτίας ενός συναισθήματος που του προκάλεσε στρες, αυτό που χρειάζεται το προσφέρει

στους άλλους, π.χ. κάποιος άνθρωπος που έχει προσωπικά προβλήματα και χρειάζεται φροντίδα αφιερώνεται στο να φροντίζει τους άλλους

- **η εκδραμάτιση (dramatization)**

Κατά την εκδραμάτιση το άτομο υιοθετεί μία μη επιτρεπτή συμπεριφορά για να ικανοποιήσει τα συναισθήματα και τις επιθυμίες του αντί να τα επεξεργαστεί και να τα εκφράσει, π.χ. κάποιος μαθητής που δεν του αρέσει το σχολείο και κάνει συνέχεια απουσίες δεν σκέφτεται πιο είναι το πραγματικό πρόβλημα και δεν ψάχνει τρόπο να περνά πιο ευχάριστα τον χρόνο του στο σχολείο

- **η παραποίηση (counterfeiting)**

Κατά την παραποίηση το άτομο, πολύ συχνά παιδιά σχολικής και προσχολικής ηλικίας, ενώ γνωρίζει την πραγματικότητα, λέει ψέματα και αποκρύπτει ή διαστρεβλώνει την αλήθεια είτε γιατί δυσκολεύεται να παραδεχτεί το λάθος του και να αναλάβει την ευθύνη του είτε γιατί με τον τρόπο αυτόν αναπληρώνει πραγματικές ή φανταστικές ατέλειές του είτε για να ξεφύγει από κάποια δυσκολία στις σχέσεις του με τους άλλους π.χ. ο μικρός μαθητής μπροστά στο φόβο της απόρριψης λέει στους γονείς του ότι αρίστευσε σε κάποιο διαγώνισμα. Τα ψέματα αυτά συγκαλύπτουν την ανασφάλειά του και υποδηλώνουν αναμφίβολα χαμηλή αυτοεκτίμηση και έλλειψη αυτοπεποίθησης.

- **η σεξουαλική επένδυση (sexualisation)**

Κατά τη σεξουαλική επένδυση το άτομο προσδίδει σεξουαλική επίφαση σε κάποια εμπειρία ή πρόσωπο για να αποφύγει επώδυνα συναισθήματα. π.χ. όταν κάποιος νιώθει στην πραγματικότητα φθόνο για τον εργοδότη του επειδή έχει δύναμη και εξουσία που ο ίδιος δεν έχει, νιώθει για αυτόν σεξουαλική έλξη

- **η αντιστάθμιση (counterbalance)**

Κατά την αντιστάθμιση το άτομο διακρίνεται σε έναν τομέα με απώτερο στόχο να κρύψει τα συναισθήματα μειονεξίας και ανεπάρκειας που νιώθει για κάποιο άλλο τομέα, π.χ. κάποιος που αισθάνεται άσχημος διακρίνεται παίρνοντας πολλά πτυχία

Το χιούμορ, η πρόβλεψη, η παθητική επιθετικότητα, ο αλτρουισμός, και η σωματοποίηση είναι κάποιοι επιπλέον μηχανισμοί άμυνας.

Σε περιόδους κρίσης, όλοι οι μηχανισμοί άμυνας, είναι χρήσιμοι και βοηθούν να ξεπεράσει το άτομο το αρχικό σοκ. Είναι δηλαδή ασφαλιστικές δικλείδες, φυσιολογικές αντιδράσεις προσαρμογής του Εγώ, αρκεί η χρήση τους να μην είναι μόνιμη και αποκλειστική.

Συνοψίζοντας, δεν πρέπει να ξεχάσουμε να αναφέρουμε ότι ο Freud θεωρούσε το χιούμορ, τον αλτρουισμό, την απώθηση και τη μετουσίωση άμυνες των συναισθηματικά υγιών ενηλίκων. Φυσικά οι συγκρούσεις δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται αποκλειστικά με τους μηχανισμούς άμυνας. Ο πιο λειτουργικός και αποτελεσματικός τρόπος είναι η κατά μέτωπο αντιμετώπιση, Όταν ενεργοποιείται κάποιος μηχανισμός άμυνας αυτό φανερώνει ότι το άτομο δεν είναι έτοιμο να κοιτάξει το πρόβλημά του κατάματα και αναβάλλει την λύση του με τη χρήση κάποιου μηχανισμού.

3.14. Μηχανισμοί Άμυνας του Εγώ και νεογνικοί νοσηλευτές

Οι νεογνικοί νοσηλευτές είναι μια ιδιαίτερη κατηγορία νοσηλευτών που συνδιαλέγεται ταυτόχρονα με τη νέα ζωή, με τη μάχη για τη ζωή, τη νίκη και το θάνατο...

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω οι νοσηλευτές πλησιάζουν και συμπεριφέρονται διαφορετικά από τους γιατρούς τα νεογνά τα οποία αναλαμβάνουν να κουράρουν. Κι ενώ οι γνώσεις που αποκομίζουν από τις σχολές τους οι επαγγελματίες υγείας τους καλούν να είναι αποστασιοποιημένοι από τον άρρωστο, στην περίπτωση αυτή, επειδή το νεογνό είναι μόνα τους, χωρίς τη γονεϊκή στοργή, συχνά αποκομμένα από τον έξω κόσμο, σε μια θερμοκοιτίδα, οι νοσηλευτές ασυνείδητα αναλαμβάνουν ταυτόχρονα με τα νοσηλευτικά τους καθήκοντα και καθήκοντα γονιού, αυτού δηλ. που προσφέρει αγάπη, θαλπωρή και ασφάλεια, εκτός των άλλων.

Η επικοινωνία που αναπτύσσεται ανάμεσα στο νοσηλευτή και στο μωρό που αναλαμβάνει είναι συχνά αξιοθαύμαστη. Η ζεστή προσέγγιση, ο σεβασμός, η διάθεση για ικανοποίηση των αναγκών του νεογέννητου και η ανακούφισή του από οτιδήποτε το βασανίζει, καθώς και η πηγαία, μόνιμη σχεδόν, αισιοδοξία των νοσηλευτών, δημιουργούν έναν πολύ ισχυρό δεσμό ανάμεσά τους. Η εμπιστοσύνη που νιώθει το νεογέννητο στα χέρια του φροντιστή του είναι χαρακτηριστική.

Οι φραγμοί επικοινωνίας σύντομα καταρρίπτονται και ο ένας γίνεται μέρος της καθημερινότητας του άλλου ειδικά όταν πρόκειται για πρόωρα νεογνά που η ωρίμανσή τους απαιτεί να παραμείνουν αρκετούς μήνες στο νοσοκομείο.

Η ιδιαίτερη αυτή σχέση ανάμεσα στο νεογνό και το νοσηλευτή φροντιστή του καθώς και το αν αυτό επηρεάζει το ποσοστό των θανάτων και των επιπλοκών στις ΜΕΝΝ και τις νεογνικές ΜΑΦ θα μπορούσε να αποτελέσει το αντικείμενο μιας ολόκληρης νέας εργασίας.

Παρόλο όμως που τα παραπάνω συναισθήματα και καταστάσεις περιγράφονται με γλαφυρότητα και σχεδόν σαν μια ευχάριστη ιστορία που οι “τυχεροί” νοσηλευτές καθημερινά βιώνουν, τα πράγματα δεν είναι καθόλου τόσο ρόδινα. Πολλοί από εμάς τους νοσηλευτές έχουν δυσκολία στο αναγνωρίσουν μια ψυχοφθόρα κατάσταση. Υποσυνείδητα την αρνούνται και για να μπορέσουν να ελέγξουν το άγχος και την ψυχοσύγκρουση που αυτή τους προκαλεί.

Έτσι αναλαμβάνουν οι μηχανισμοί άμυνας που ο καθένας μας κινητοποιεί, να τον απαλλάξουν από το περιπόφορτο. Οι μηχανισμοί άμυνας σπάνια κινητοποιούνται ένας - ένας μόνος του, αλλά είτε πολλοί μαζί είτε ο ένας

κινητοποιεί τον επόμενο! Το είδος και το μέγεθός τους είναι συνήθως ανάλογο του γεγονότος που τους πυροδότησε και της προσωπικότητας του νοσηλευτή.

Πολλοί νοσηλευτές χρησιμοποιούν την *απώθηση* για να “διώξουν” στο ασυνείδητο άσχημες σκέψεις και εμπειρίες για να μπορούν να συνεχίσουν τη δουλειά τους απερίσπαστοι.

Άλλοι για να τα βγάλουν πέρα μετά από έναν θάνατο χρησιμοποιούν το μηχανισμό της *άρνησης*, συνεχίζοντας την καθημερινότητά τους σα να μη συνέβη ποτέ και άλλοι *εκλογικεύουν* τις καταστάσεις στην προσπάθειά τους να δικαιολογήσουν μια αποτυχία ή ένα λάθος τους.

Αρκετοί χρησιμοποιούν την *προβολή* για να δικαιολογήσουν τη στάση τους απέναντι στους γονείς του νεογνού, ότι δηλαδή εκείνοι είναι αγενείς απαιτητικοί ή μη συνεργάσιμοι. Η *μόνωση του συναισθήματος* κάνει την εμφάνισή της συχνά σε περιπτώσεις θανάτου, με το να αφαιρούν τη λύπη για το χαμό ενός βρέφους για να μπορούν να συνεχίσουν με ασφάλεια για τα υπόλοιπα βρέφη τη βάρδια.

Ο *ασκητισμός* είναι ένας μηχανισμός άμυνας πολύ δημοφιλής ανάμεσα στους νοσηλευτές, που εξαιτίας των εμπειριών τους προσεγγίζουν με ευκολία το “θείο” και αποσύρονται εύκολα από τις κοινωνικότητες και τις ρηχές σχέσεις.

Αντίθετα άλλοι, και για τους ίδιους ακριβώς λόγους αναπτύσσουν το *χιούμορ* τους και η αγάπη τους για τη ζωή είναι έκδηλη σε κάθε τους βήμα.

Δυστυχώς, το πλαίσιο που επικρατεί όχι μόνο στα παιδιατρικά αλλά και στα γενικά νοσοκομεία σήμερα, αφήνει ανοχύρωτους τους νοσηλευτές μπροστά στην αδυναμία, την απώλεια, το θάνατο. Δεν υπάρχουν δομές που να τους στηρίζουν και να τους θωρακίζουν. Ο θρήνος τους πρέπει να είναι βουβός και εσωτερικός. Ανέκφραστος

Τα συναισθήματα και οι αντιδράσεις τους θα πρέπει να είναι ελεγχόμενα, χωρίς γόο, χωρίς να παρασύρονται, χωρίς να ξεφεύγουν. Όποιος εκφράζεται ανοιχτά είναι αδύναμος, ακοντρολάριστος... Επικρίνεται από τους συναδέλφους και επαναφέρεται στην τάξη. Μ’ αυτόν τον τρόπο ο θυμός συσσωρεύεται και οι νοσηλευτές αντί να εκτονώνονται και να προχωρούν παρακάτω με ασφάλεια, μοιάζουν συχνά με ... καζάνι που βράζει χωρίς βαλβίδα διαφυγής.

4. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4.1. Σκοπός της έρευνας

Ο βασικός σκοπός της εργασίας είναι να διερευνηθεί αν και κατά πόσον υφίσταται ψυχολογική επιβάρυνση το νοσηλευτικό προσωπικό που δραστηριοποιείται στα πέντε νεογνικά τμήματα των τριτοβάθμιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας, Αγία Σοφία και Π.&Α. Κυριακού καθώς και τους μηχανισμούς άμυνας που αναπτύσσουν οι νοσηλευτές αυτοί

Πιο αναλυτικά αυτό που θα διερευνήσουμε αφορά:

- στην εργασιακή ικανοποίηση
- στην απουσία ή παρουσία άγχους και σε ποιο βαθμό
- στο πόσο αυτό επηρεάζει την οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή
- στο τι θα μπορούσε να τους βοηθήσει
- στις θετικές και αρνητικές τους συνήθειες
- στην ψυχοσωματική επιβάρυνση που υφίστανται
- στο αν υποφέρουν ή όχι από επαγγελματική κόπωση (burnout)
- τι κατά την γνώμη τους θα μπορούσε να τους βοηθήσει
- στο ποιους μηχανισμούς άμυνας αναπτύσσουν για να αντιρροπήσουν το ψυχολογικό άγχος, και τέλος,
- στους μεταξύ τους συσχετισμούς

4.2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.2.1.Ερευνητικά Εργαλεία

Στόχος μας ήταν να εξασφαλιστεί και η αξιοπιστία των δεδομένων αλλά και η αξιοπιστία των μετρήσεων για την πραγματοποίηση της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκαν 2 διαφορετικά εργαλεία ενσωματωμένα σε ένα ερωτηματολόγιο. Η εγκυρότητα των εργαλείων θεωρείται βέβαιη αφού προέρχονται από έγκυρες ακαδημαϊκές πηγές και έχουν ξαναχρησιμοποιηθεί σε άλλες διπλωματικές εργασίες έχοντας αποδεδειγμένα υψηλό δείκτη αξιοπιστίας.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει προσωπικά, δημογραφικά στοιχεία.

Το δεύτερο μέρος εκμαιεύει τη συμπεριφορά των νεογνικών νοσηλευτών στο εργασιακό τους χώρο και πιο συγκεκριμένα την ικανοποίηση που λαμβάνουν από την εργασία τους, τη συναισθηματική τους φόρτιση, τις αντιδράσεις τους στην οικογένεια και στην κοινωνία, τη διερεύνηση τι θα τους έκανε περισσότερο χαρούμενους, τη ψυχική και σωματική τους κατάσταση την παρούσα χρονική στιγμή και τέλος αν αντιμετωπίζουν συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Αποτελείται από 12 ερωτήσεις, που 6 απαντώνται με την 5βαθμη κλίμακα Likert (καθόλου-λίγο-αρκετά-πολύ-παρα πολύ), 5 απαντώνται με ΝΑΙ ή ΟΧΙ και 1 αναφέρεται στις προτάσεις που οι ίδιοι οι νοσηλευτές προτείνουν και την βελτίωση των συνθηκών εργασίας τους με στόχο την αποφυγή του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης(burnout).

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου αναφέρεται αποκλειστικά στους μηχανισμούς άμυνας που οι νεογνικοί νοσηλευτές αναπτύσσουν απέναντι στον κόπο, το άγχος και την ευθύνη. Αποτελείται από 24 ερωτήσεις που απαντώνται με ΝΑΙ ή ΟΧΙ.

4.2.2. Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Οι εξαρτημένες μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής:

- Βαθμολογία ικανοποίησης από την εργασία με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση. Η βαθμολογία αυτή προκύπτει από τις ερωτήσεις του πίνακα 3
- Βαθμολογία αρνητικών αντιδράσεων λόγω εργασίας με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις. Η βαθμολογία αυτή προκύπτει από τις ερωτήσεις του πίνακα 4
- Βαθμολογία αρνητικών αντιδράσεων στην οικογένεια με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις. Η βαθμολογία αυτή προκύπτει από τις ερωτήσεις του πίνακα 5
- Βαθμολογία σωματικών και ψυχολογικών ενοχλήσεων με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν περισσότερες ενοχλήσεις. Η βαθμολογία αυτή προκύπτει από τις ερωτήσεις του πίνακα 9
- Ύπαρξη ή όχι επαγγελματικής κόπωσης.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής:

- Δημογραφικά χαρακτηριστικά.
- Επαγγελματικά χαρακτηριστικά.
- Χαρακτηριστικά που αφορούν στον τρόπο ζωής.
- Μηχανισμοί άμυνας.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (chi-square test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης χρησιμοποιήθηκε

ο έλεγχος χ^2 για τάση (chi-square trend test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθούσε την κανονική κατανομή και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson (Pearson's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman (Spearman's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ποσοτική μεταβλητή και >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression). Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν διχοτόμος μεταβλητή και >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση (multivariate logistic regression). Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι λόγοι των odds (odds ratios), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

4.3. Δείγμα

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα από 1^η Φεβρουαρίου έως 31 Μαρτίου 2019. Διανεμήθηκε ένα εξειδικευμένο ερωτηματολόγιο σε 107 συνολικά νοσηλευτές και των τριών βαθμίδων, οι οποίοι απασχολούνται στα 5 νεογνικά τμήματα των 2 τριτοβάθμιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας Αγία Σοφία και Παναγιώτη & Αγλαΐα Κυριακού. Από αυτά επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 102, με ποσοστό ανταπόκρισης: 95.3 %, ενώ 5 συνάδελφοι αρνήθηκαν κατηγορηματικά να τα συμπληρώσουν.

Η προθυμία για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων εξαντλήθηκε λίγο πάνω από το 50% του ποσοστού των ερωτηματολογίων, οι υπόλοιποι νοσηλευτές συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγιά τους μετά από προσωπική παραίνεση και νέα επεξήγηση για το αντικείμενο την τήρηση του απορρήτου και τη σοβαρότητα της έρευνας αυτής.

4.4. Αποτελέσματα

4.4.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το δείγμα αποτελούν 8 ΠΕ νοσηλεύτες, 72 ΤΕ νοσηλεύτες και 22 ΔΕ νοσηλεύτες. Από αυτούς 2 είναι άντρες και οι 100 γυναίκες.

Έγγαμοι είναι 58 νοσηλεύτες ποσοστό 56,9% και έχοντας παιδιά 63 νοσηλεύτες ποσοστό 61,8%.

Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 102 συμμετέχοντες με μέση ηλικία τα 40,8 έτη (τυπική απόκλιση=9,4). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες (98%), απόφοιτοι ΤΕΙ (53,9%), νοσηλεύτες ΤΕ (67,6%), έγγαμοι (56,9%) με παιδιά (61,8%).

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Χαρακτηριστικό	N	%
Φύλο		
Άνδρες	2	2,0
Γυναίκες	100	98,0
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Απόφοιτοι λυκείου	19	18,6
ΙΕΚ	4	3,9
ΤΕΙ	55	53,9
ΑΕΙ	4	3,9
Μεταπτυχιακό δίπλωμα	19	18,6
Διδακτορικό δίπλωμα	1	1,0
Ιδιότητα		
Νοσηλεύτες ΠΕ	8	7,8
Νοσηλεύτες ΤΕ	69	67,6
Νοσηλεύτες ΔΕ	22	21,6

Μαίες	3	2,9
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμοι	33	32,4
Έγγαμοι	58	56,9
Διαζευγμένοι	11	10,8
Παιδιά		
Όχι	39	38,2
Ναι	63	61,8
Αριθμός παιδιών		
1	14	22,2
2	41	65,1
3	6	9,5
4	2	3,2
Άτομο που προσέχει τα παιδιά		
Συγγενικό πρόσωπο	30	47,6
Ξένο άτομο	4	6,3
Παιδικός σταθμός	11	17,5
Συγγενικό πρόσωπο και παιδικός σταθμός	8	12,7

4.4.2. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Ο μέσος αριθμός ετών συνολικής προϋπηρεσίας ήταν τα 15,2 έτη (τυπική απόκλιση=10,6), ενώ στην κλινική που υπηρετούσαν στην παρούσα χρονική στιγμή, ήταν 9,8 έτη (τυπική απόκλιση=9). Τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες εργάζονταν στη ΜΕΝΝ (37,3%) και στη ΜΑΦ (36,3%), ήταν αορίστου χρόνου (77,5%), δεν κατείχαν θέση υπεύθυνου (80,4%) και εργάζονταν σε βάρδιες (82,9%). Το 53,9% ήθελαν αλλαγή στο ωράριο και το 81,4% ήθελαν περισσότερες άδειες.

Πίνακας 2: Επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Χαρακτηριστικό	N	%
Τμήμα εργασίας		
ΜΕΝΝ	38	37,3
ΜΕΝΝ-ΜΑΦ	27	26,5
ΜΑΦ	37	36,3
Φύση εργασίας		
Αορίστου χρόνου	79	77,5
Ορισμένου χρόνου	23	22,5
Θέση υπεύθυνου		
Όχι	82	80,4
Ναι	20	19,6
Ιδιότητα υπευθύνου		
Υπεύθυνος βάρδιας	14	73,7
Προϊστάμενος	3	15,8
Αναπληρωτής	1	5,3
Αντικαθιστώσα	1	5,3
Ωράριο εργασίας		

Πρωινό	15	14,7
Βάρδιες	84	82,9
Άλλο	3	2,9
Ανάγκη για αλλαγή στο ωράριο		
Όχι	39	38,2
Ναι	55	53,9
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	8	7,8
Ανάγκη για περισσότερες άδειες		
Όχι	12	11,8
Ναι	83	81,4
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	7	6,9

4.4.3. Συμπεριφορά στον εργασιακό χώρο

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την ικανοποίηση κατά τη διάρκεια της εργασίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 3. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις ερωτήσεις του πίνακα 3 ήταν 0,78 γεγονός που δηλώνει αρκετά καλή αξιοπιστία. Το 80,4% ήταν αρκετά έως πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τη συνεργασία με τους Προϊστάμενους, το 85,4% από τη συνεργασία με ιατρικό προσωπικό, το 93,2% από τη συνεργασία με νοσηλευτικό προσωπικό, το 94,2% από το αντικείμενο εργασίας, το 94,1% από τις συνθήκες εργασίας, το 46,1% από τις ευκαιρίες που δίνονται από την υπηρεσία για να αναπτυχθούν περισσότερο τα προσόντα και οι γνώσεις και το 46,1% από τη συμμετοχή σε χρηματοδοτούμενα από την υπηρεσία προγράμματα.

Πίνακας 3: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την ικανοποίηση κατά τη διάρκεια της εργασίας

Κατά την διάρκεια της εργασίας σας είστε ικανοποιημένος/η από	Καθόλου		Λίγο		Αρκετά		Πολύ		Πάρα πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Τη συνεργασία με Προϊσταμένους	2	2	18	17,6	37	36,3	30	29,4	15	14,7
Τη συνεργασία με ιατρικό προσωπικό	2	2	13	12,7	48	47,1	28	27,5	11	10,8
Τη συνεργασία με νοσηλευτικό προσωπικό	1	1	6	5,9	48	47,1	28	27,5	19	18,6
Το αντικείμενο εργασίας	1	1	5	4,9	33	32,4	35	34,3	28	27,5
Τις συνθήκες εργασίας	21	20,6	34	33,3	38	37,3	6	5,9	3	2,9
Τις ευκαιρίες που δίνονται από την υπηρεσία να αναπτύξω περισσότερο τα προσόντα και τις γνώσεις μου	33	32,4	37	36,3	24	23,5	6	5,9	2	2
Τη συμμετοχή σας σε χρηματοδοτούμενα από την υπηρεσία σας προγράμματα	62	60,8	26	25,5	10	9,8	4	3,9	0	0

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τις αντιδράσεις λόγω της εργασίας παρουσιάζονται στον πίνακα 4. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις ερωτήσεις του Πίνακα 4 ήταν 0,85 γεγονός που δηλώνει αρκετά καλή αξιοπιστία. Το 18,6% είχε αρκετά έως πάρα πολύ αρνητική διάθεση για το αντικείμενο της εργασίας, το 67,6% είχε άγχος, το 50% είχε νεύρα, το 64,7% είχε συναισθηματική φόρτιση, το 21,7% είχε θυμό απέναντι στους συναδέλφους, το 2% ένιωθε αδιαφορία για τον ασθενή, το 34,3% ένιωθε απογοήτευση από τη δουλειά, το 44,4% ένιωθε ότι η δουλειά συναισθηματικά τον σκληραίνει και το 50,9% ένιωθε ότι φτάνει στο τέλος των αντοχών του.

Πίνακας 4: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τις αντιδράσεις λόγω της εργασίας

Αντίδραση	Καθόλου		Λίγο		Αρκετά		Πολύ		Πάρα πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Αρνητική διάθεση για το αντικείμενο της εργασίας	46	45,1	37	36,3	15	14,7	4	3,9	0	0
Άγχος	4	3,9	29	28,4	39	38,2	22	21,6	8	7,8
Νεύρα	12	11,8	39	38,2	33	32,4	14	13,7	4	3,9
Συναισθηματική φόρτιση	4	3,9	32	31,4	29	28,4	31	30,4	6	5,9
Θυμός απέναντι στους συναδέλφους	36	35,3	42	41,2	18	17,6	4	3,9	2	2
Θυμός απέναντι στους ασθενείς	77	75,5	21	20,6	0	0	3	2,9	1	1
Αδιαφορία για τον ασθενή	93	91,2	7	6,9	1	1	1	1	0	0
Αισθάνομαι απογοητευμένος από τη δουλειά μου	34	33,3	33	32,4	15	14,7	14	13,7	6	5,9
Αισθάνομαι ότι η δουλειά αυτή συναισθηματικά με σκληραίνει	29	28,4	25	24,5	22	18,6	19	18,6	7	6,9
Φτάνω στο τέλος των αντοχών μου	28	27,5	22	21,6	24	23,5	18	17,6	10	9,8

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τις αντιδράσεις στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή παρουσιάζονται στον Πίνακα 5. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις ερωτήσεις του πίνακα 5 ήταν 0,7 γεγονός που δηλώνει αποδεκτή αξιοπιστία. Το 40,1% δήλωσαν ότι αρκετά έως πάρα πολύ συχνά μεταφέρουν τα προβλήματα της δουλειάς στο σπίτι, το 64,7% ότι στην οικογένεια αντιμετωπίζουν τα συναισθηματικά τους προβλήματα πολύ ήρεμα, το 96,1% ότι νιώθουν συναισθηματική ικανοποίηση όταν βρίσκονται με φίλους, το 7,9% ότι νιώθουν συναισθηματικά απομακρυσμένοι από την οικογένειά τους, το 24,5% ότι η οικογένειά τους δεν κατανοεί τις επαγγελματικές τους δεσμεύσεις, το 24,6% ότι έχουν δυσκολία στην ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων, το 24,5% ότι έχουν δυσκολία στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων, το 10,8% ότι οι καβγάδες και οι διαπληκτισμοί στο οικογενειακό περιβάλλον είναι συχνό φαινόμενο και το 16,7% ότι νιώθουν ψυχολογικά αδύναμοι να αντιμετωπίσουν καθημερινά προβλήματα.

Πίνακας 5: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τις αντιδράσεις στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή

Αντίδραση	Καθόλου		Λίγο		Αρκετά		Πολύ		Πάρα πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Συχνά μεταφέρω τα προβλήματα της δουλειάς στο σπίτι	16	15,7	45	44,1	35	34,3	3	2,9	3	2,9
Στην οικογένεια μου αντιμετωπίζω τα συναισθηματικά μου προβλήματα πολύ ήρεμα	8	7,8	28	27,5	37	36,3	21	20,6	8	7,8
Συναισθηματική ικανοποίηση όταν βρίσκομαι με φίλους	0	0	4	3,9	24	23,5	37	36,3	37	36,3
Νιώθω συναισθηματικά απομακρυσμένος	68	66,7	26	25,5	6	5,9	2	2	0	0

από την οικογένειά μου										
Αδυναμία της οικογένειάς μου να κατανοήσει τις επαγγελματικές μου δεσμεύσεις	35	34,3	42	41,2	15	14,7	8	7,8	2	2
Δυσκολία στην ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων	50	49	27	26,5	17	16,7	6	5,9	2	2
Δυσκολία στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων	48	47,1	29	28,4	16	15,7	6	5,9	3	2,9
Οι καβγάδες και οι διαπληκτισμοί στο οικογενειακό περιβάλλον είναι συχνό φαινόμενο	52	51	39	38,2	10	9,8	1	1	0	0
Νιώθω ψυχολογικά αδύναμος να αντιμετωπίσω καθημερινά προβλήματα	45	44,1	40	39,2	12	11,8	4	3,9	1	1

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την αντιμετώπιση της κατάστασης παρουσιάζονται στον Πίνακα 6. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις ερωτήσεις του πίνακα 6 ήταν 0,71 γεγονός που δηλώνει αποδεκτή αξιοπιστία. Το 94,1% δήλωσαν ότι θα βοηθούσε αρκετά έως πάρα πολύ η αύξηση ύψους αποδοχών, το 77,5% η συναισθηματική υποστήριξη από εξειδικευμένη ομάδα, το 69,5% η αλλαγή ωραρίου εργασίας, το 90,2% ο καλύτερος καταμερισμός εργασίας, το 70,6% η ύπαρξη ουσιαστικότερων σχέσεων μεταξύ συναδέρφων, το 42,1% η δυνατότητα συχνών αλλαγών σε τμήματα-κλινικές, το 86,3% οι διευκολύνσεις ωραρίου και το 88,4% οι παροχές κινήτρων εκπαίδευσης-εξειδίκευσης.

Πίνακας 6: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με αντιμετώπιση της κατάστασης

θα βοηθούσε στην αντιμετώπιση της κατάστασης	Καθόλου		Λίγο		Αρκετά		Πολύ		Πάρα πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Αύξηση ύψους αποδοχών	1	1	5	4,9	21	20,6	29	28,4	46	45,1
Συναισθηματική υποστήριξη από εξειδικευμένη ομάδα	5	4,9	18	17,6	35	34,3	28	27,5	16	15,7
Αλλαγή ωραρίου εργασίας	10	9,8	21	20,6	23	22,5	19	18,6	29	28,4
Καλύτερος καταμερισμός εργασίας	5	4,9	5	4,9	34	33,3	32	31,4	26	25,5
Ύπαρξη ουσιαστικότερων σχέσεων μεταξύ συναδέρφων	9	8,8	21	20,6	37	36,3	23	22,5	12	11,8
Δυνατότητα συχνών αλλαγών σε τμήματα-κλινικές	34	33,3	25	24,5	25	24,5	10	9,8	8	7,8
Διευκολύνσεις ωραρίου	5	4,9	9	8,8	16	15,7	26	25,5	46	45,1
Παροχές κινήτρων εκπαίδευσης-εξειδίκευσης	9	8,8	7	6,9	17	16,7	32	31,4	37	36,3

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με το πώς νιώθουν παρουσιάζονται στον Πίνακα 7. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις ερωτήσεις του πίνακα 7 ήταν 0,7 γεγονός που δηλώνει αποδεκτή αξιοπιστία. Το 89,2% δήλωσαν ότι νιώθουν αρκετά έως πάρα πολύ ικανοποιημένοι από την απόδοση της εργασίας τους, το 55,9% εξουθενωμένοι από την εργασία, το 14,7% ψυχολογικά αδύναμοι να αντιμετωπίσουν τον ασθενή και την οικογένειά του, το 27,4% Επιθυμία για αλλαγή χώρου εργασίας και το 45,1% κουρασμένοι όταν σηκώνονται το πρωί και πρέπει να αντιμετωπίσουν μια ακόμη ημέρα στην δουλ

Πίνακας 7: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με αντιμετώπιση της κατάστασης

Τη συγκεκριμένη περίοδο πώς νιώθετε	Καθόλου		Λίγο		Αρκετά		Πολύ		Πάρα πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ικανοποιημένος από την απόδοση της εργασίας μου	1	1	10	9,8	37	36,3	30	29,4	24	23,5
Εξουθενωμένος από την εργασία μου	18	17,6	27	26,5	28	27,5	13	12,7	16	15,7
Ψυχολογικά αδύναμος να αντιμετωπίσω τον ασθενή και την οικογένειά του	50	49	37	36,3	10	9,8	4	3,9	1	1
Επιθυμία για αλλαγή χώρου εργασίας	50	49	24	23,5	11	10,8	3	2,9	14	13,7
Νιώθω κουρασμένος όταν σηκώνομαι το πρωί και πρέπει να αντιμετωπίσω μια ακόμη ημέρα στην δουλειά μου	22	21,6	34	33,3	19	18,6	11	10,8	16	15,7

4.4.4. Τρόπος ζωής

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον τρόπο ζωής παρουσιάζονται στον Πίνακα 8. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν κάπνιζαν (62,7%), δεν έπιναν (89,2%), κοιμόνταν <6 ώρες ημερησίως (61,8%), δεν γυμνάζονταν >3 φορές εβδομαδιαίως (61,8%), επισκέπτονταν συχνά φίλους (52%), δεν επισκέπτονταν συχνά συγγενείς (66,7%), είχαν δραστηριότητες με την οικογένεια (59,8%), δεν είχαν χόμπι (71,6%), είχαν κοινωνική ζωή (81,4%) και το επάγγελμα είχε επηρεάσει την οικογενειακή και την κοινωνική ζωή (65,7%). Οι συχνότεροι τρόποι με τους οποίους το επάγγελμα είχε επηρεάσει την οικογενειακή και την κοινωνική ζωή ήταν οι κουραστικές βάρδιες και η εξουθένωση, η εργασία τις αργίες και τα ΣΚ και ο περιορισμένος ελεύθερος χρόνος.

Πίνακας 8: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον τρόπο ζωής

Συνήθεια	N	%
Κάπνισμα		
Όχι	64	62,7
Ναι	38	37,3
Τσιγάρα ημερησίως	12,8 ^α	6,4 ^β
Αλκοόλ		
Όχι	91	89,2
Ναι	11	10,8
Ποτήρια ημερησίως	0,1 ^α	0,3 ^β
Ύπνος >6 ώρες ημερησίως		
Όχι	63	61,8
Ναι	39	38,2
Γυμναστική >3 φορές εβδομαδιαίως		
Όχι	87	85,3
Ναι	15	14,7
Συχνή επίσκεψη φίλων		
Όχι	49	48

Ναι	53	52
Συχνή επίσκεψη συγγενών		
Όχι	68	66,7
Ναι	34	33,3
Δραστηριότητες με την οικογένεια		
Όχι	41	40,2
Ναι	61	59,8
Χόμπι		
Όχι	73	71,6
Ναι	29	28,4
Είδος χόμπι		
Γυμναστική	9	31
Κολύμπι	3	10,3
Χορός	6	20,1
Κοινωνική ζωή		
Όχι	19	18,6
Ναι	83	81,4
Το επάγγελμα είχε επηρεάσει την οικογενειακή και την κοινωνική ζωή		
Όχι	35	34,3
Ναι	67	65,7
Τρόπος που το επάγγελμα είχε επηρεάσει την οικογενειακή και την κοινωνική ζωή		
Κουραστικές βάρδιες και εξουθένωση	22	32,8
Εργασία τις αργίες και τα ΣΚ	12	17,9
Περιορισμένος ελεύθερος χρόνος	30	44,7

^α μέση τιμή

^β τυπική απόκλιση

4.4.5. Σωματικές και ψυχολογικές ενοχλήσεις

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τις σωματικές και ψυχολογικές ενοχλήσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 9. Οι συχνότερες σωματικές και ψυχολογικές ενοχλήσεις ήταν άγχος, κόπωση, έντονοι μυϊκοί πόνοι, διαταραχές ύπνου, κεφαλαλγίες, γαστρεντερολογικές διαταραχές και αύξηση ή μείωση του βάρους.

Πίνακας 9: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τις σωματικές και ψυχολογικές ενοχλήσεις

Ενόχληση	N	%
Άγχος	88	86,3
Κατάθλιψη	18	17,6
Διαρκής εκνευρισμός	33	32,4
Υπέρταση	21	20,6
Έντονοι μυϊκοί πόνοι	62	60,8
Υπερθυρεοειδισμός	5	4,9
Σεξουαλικές διαταραχές	19	18,6
Διαταραχές ύπνου	61	59,8
Κόπωση	92	90,2
Κεφαλαλγίες	60	58,8
Γαστρεντερολογικές διαταραχές	41	40,2
Καρδιολογικά ενοχλήματα	19	18,6
Αύξηση ή μείωση του βάρους	38	37,3

4.4.6. Σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης

Το 82,4% γνώριζαν για τα συμπτώματα εκδήλωσης του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης και το 80,4% δήλωσαν ότι νιώθουν επαγγελματική κόπωση. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τους παράγοντες που επιτείνουν την εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης παρουσιάζονται στον Πίνακα 10. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις ερωτήσεις του πίνακα 7 ήταν 0,74 γεγονός που δηλώνει αποδεκτή αξιοπιστία. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επιτείνουν την κόπωση ήταν οι συνθήκες εργασίας, η εργασία με βάρδιες, η έλλειψη προσωπικού και ο φόρτος εργασίας και ακολούθως οι εργασιακές διακρίσεις, τα προσωπικά χαρακτηριστικά, ο ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων και η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους.

Πίνακας 10: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τους παράγοντες που επιτείνουν την εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης

	Καθόλου		Λίγο		Αρκετά		Πολύ		Πάρα πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Συνθήκες εργασίας	1	1,2	3	3,7	16	19,5	17	20,7	45	54,9
Εργασία με βάρδιες	2	2,4	5	6	14	16,9	13	15,7	49	59
Φόρτος εργασίας	1	1,2	1	1,2	16	19,3	15	18,1	50	60,2
Έλλειψη προσωπικού	1	1,2	2	2,4	4	4,8	12	14,5	64	77,1
Προσωπικά χαρακτηριστικά	15	18,1	30	36,1	26	31,3	7	8,4	5	6
Ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων	14	16,9	23	27,7	30	36,1	12	14,5	4	4,8
Έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από συναδέλφους	9	10,8	31	37,3	29	34,9	6	7,2	8	9,6
Εργασιακές διακρίσεις	6	7,2	19	22,9	24	28,9	12	14,5	22	26,5

Οι προτάσεις των συμμετεχόντων για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας, με σκοπό την ελάττωση και αποφυγή συμπτωμάτων του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης παρουσιάζονται στον Πίνακα 11. Οι συχνότερες προτάσεις ήταν η αύξηση προσωπικού, οι λιγότερες βάρδιες, η αύξηση μισθού, η εκπαίδευση, η καλύτερη συνεργασία, ο καλύτερος καταμερισμός εργασίας, οι περισσότερες άδειες, η αξιολόγηση, τα περισσότερα υλικά, οι καλύτερες συνθήκες εργασίας, το καλύτερο ωράριο, η ψυχολογική υποστήριξη και η καλύτερη ηγεσία.

Πίνακας 11: Οι προτάσεις των συμμετεχόντων για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας, με σκοπό την ελάττωση και αποφυγή συμπτωμάτων του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης

Πρόταση	N	%
Αύξηση προσωπικού	30	29,4
Λιγότερες βάρδιες	28	27,4
Αύξηση μισθού	24	23,5
Εκπαίδευση	12	11,7
Καλύτερη συνεργασία	12	11,7
Καλύτερος καταμερισμός εργασίας	11	10,8
Περισσότερες άδειες	10	9,8
Αξιολόγηση	8	7,8
Περισσότερα υλικά	8	7,8
Καλύτερες συνθήκες εργασίας	8	7,8
Καλύτερο ωράριο	8	7,8
Ψυχολογική υποστήριξη	5	4,9
Καλύτερη ηγεσία	3	2,9

4.4.7. Μηχανισμοί άμυνας

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τους μηχανισμούς άμυνας παρουσιάζονται στον Πίνακα 12.

Οι 10 συνηθέστερες απαντήσεις που αφορούν στους μηχανισμούς άμυνας που εξετάσαμε ήταν οι εξής:

- Με αρρωσταίνουν οι άνθρωποι που προσπαθούν με φωνές και κραυγές να γίνει το δικό τους
- Πράγματα που δεν μου αρέσουν τα διώχνω από το μυαλό μου
- Βλέπω την θετική πλευρά των πραγμάτων
- Με ενοχλεί που οι άνθρωποι παριστάνουν τόσο πολύ τους σπουδαίους
- Είμαι τυχερός-ή που έχω λιγότερα προβλήματα από τους περισσότερους ανθρώπους
- Σε μια αντιπαράθεση είμαι συνήθως πιο λογικός-ή από τον άλλον
- Μισώ τους ανθρώπους που πατούν επί πτωμάτων για να προχωρήσουν
- Πιστεύω ότι οι άνθρωποι θα σε εκμεταλλευτούν αν δεν είσαι προσεχτικός
- Είμαι πάντα αισιόδοξος-η
- Μου είναι πολύ δύσκολο να λέω πρόστυχες λέξεις

Πίνακας 12: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τους μηχανισμούς άμυνας

Μηχανισμοί άμυνας	N	%
Πολύ σπάνια νιώθω τρυφερότητα για κάποιον	15	14,7
Με ενοχλεί που οι άνθρωποι παριστάνουν τόσο πολύ τους σπουδαίους	75	73,5
Μερικές φορές που με απέρριψαν μου ήρθε να αυτοκτονήσω	3	2,9
Δεν ενοχλούμαι όταν ακούω ένα μωρό να κλαίει	30	29,4
Πάντα υπήρχε κάποιος στον οποίο ευχόμουν να έμοιαζα	29	28,4
Όταν ακούω σόκιν ανέκδοτα αισθάνομαι πολύ αμήχανα	18	17,6
Τα ηθικά μου κριτήρια είναι υψηλότερα από εκείνα των περισσότερων ανθρώπων που ξέρω	39	38,2
Όταν βλέπω κάποιον μέσα στα αίματα δεν ενοχλούμαι σχεδόν ποτέ	24	23,5
Δεν ενοχλούμαι όταν ακούω για θηριωδίες	28	27,5
Όταν απογοητεύομαι γίνομαι πολύ οξύθυμος-η	44	43,1
Μισώ τους ανθρώπους που πατούν επί πτωμάτων για να προχωρήσουν	70	68,6
Δεν θα πήγαινα ποτέ σε μία ταινία με σκηνές σεξ και βίας	35	34,3
Με αρρωσταίνουν οι άνθρωποι που προσπαθούν με φωνές και κραυγές να γίνει το δικό τους	91	89,2
Πράγματα που δεν μου αρέσουν τα διώχνω από το μυαλό μου	80	78,4
Είμαι πάντα αισιόδοξος-η	61	59,8
Είμαι τυχερός-ή που έχω λιγότερα προβλήματα από τους περισσότερους ανθρώπους	75	73,5
Έχω έντονη την ανάγκη να με επαινούν	22	21,6
Σε μια αντιπαράθεση είμαι συνήθως πιο λογικός-ή από τον άλλον	75	73,5
Μάλλον καυγαδίζω συχνά με τους άλλου	25	24,5
Έχω έντονη την ανάγκη να μου λένε οι άλλοι ότι είμαι γοητευτικός-ή	11	10,8
Πιστεύω ότι οι άνθρωποι θα σε εκμεταλλευτούν αν δεν είσαι προσεχτικός	70	68,6
Βλέπω την θετική πλευρά των πραγμάτων	80	78,4
Μου είναι πολύ δύσκολο να λέω πρόστυχες λέξεις	57	55,9
Θα έκανα τα πάντα για να κάνω καλή εντύπωση	22	21,6

Οι 24 ερωτήσεις που αφορούν στους 6 μηχανισμούς άμυνας του Πίνακα 13 δημιουργούν τις 6 κλίμακες του πίνακα 14, οι οποίες λαμβάνουν συνολική βαθμολογία 0 έως 4 με τις χαμηλότερες βαθμολογίες να δηλώνουν ότι οι συγκεκριμένοι μηχανισμοί άμυνας χρησιμοποιούνται λιγότερο. Όλες οι βαθμολογίες στις κλίμακες ήταν <1 δηλαδή είχαν εξαιρετικά χαμηλές τιμές γεγονός που δηλώνει ότι οι συμμετέχοντες δεν έκαναν χρήση σε μεγάλο βαθμό των μηχανισμών άμυνας.

Πίνακας 14: Οι 6 μηχανισμοί άμυνας εξετάζονται με 24 ερωτήσεις (βλέπε πίνακα 13), με τις μεγαλύτερες βαθμολογίες να δηλώνουν μεγαλύτερη χρήση του συγκεκριμένου μηχανισμού άμυνας

Κλίμακα	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Απώθηση	0,23	0,24	0,25	0	1
Άρνηση	0,73	0,29	0,75	0	1
Προβολή	0,75	0,28	0,75	0	1
Συγκινησιακή παλινδρόμηση	0,24	0,24	0,25	0	0,75
Σχηματισμός διά του αντιθέτου	0,29	0,22	0,25	0	0,75
Υπεραναπλήρωση	0,28	0,26	0,25	0	1
Συνολική βαθμολογία	0,42	0,12	0,42	0,13	0,67

4.5. Συσχετίσεις

Οι εξαρτημένες μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής:

- Βαθμολογία ικανοποίησης από την εργασία με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση. Η βαθμολογία αυτή προκύπτει από τις ερωτήσεις του Πίνακα 3.
- Βαθμολογία αρνητικών αντιδράσεων λόγω εργασίας με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις. Η βαθμολογία αυτή προκύπτει από τις ερωτήσεις του Πίνακα 4.
- Βαθμολογία αρνητικών αντιδράσεων στην οικογένεια με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις. Η βαθμολογία αυτή προκύπτει από τις ερωτήσεις του Πίνακα 5.
- Βαθμολογία σωματικών και ψυχολογικών ενοχλήσεων με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν περισσότερες ενοχλήσεις. Η βαθμολογία αυτή προκύπτει από τις ερωτήσεις του Πίνακα 9.
- Ύπαρξη ή όχι επαγγελματικής κόπωσης.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής:

- Δημογραφικά χαρακτηριστικά.
- Επαγγελματικά χαρακτηριστικά.
- Χαρακτηριστικά που αφορούν στον τρόπο ζωής.
- Μηχανισμοί άμυνας.

4.5.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία ικανοποίησης από την εργασία

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ικανοποίησης από την εργασία.

Πίνακας 15: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ικανοποίησης από την εργασία

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία ικανοποίησης από την εργασία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,4 ^α
Άνδρες	2,3	0,6	
Γυναίκες	2,9	0,6	
Ηλικία		0,04 ^β	0,7 ^β
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,15 ^γ	0,1 ^γ
Ιδιότητα			0,01 ^α
Νοσηλευτές ΠΕ/ΤΕ	3,0	0,6	
Νοσηλευτές ΔΕ	2,6	0,6	
Οικογενειακή κατάσταση			0,1 ^α
Άγαμοι/Διαζευγμένοι	2,8	0,6	
Έγγαμοι	2,9	0,6	
Παιδιά			0,9 ^α
Όχι	2,9	0,7	
Ναι	2,9	0,6	
Τμήμα εργασίας			0,3 ^δ
MENN	2,8	0,5	
MENN-ΜΑΦ	3,1	0,6	
ΜΑΦ	2,8	0,7	

Έτη προϋπηρεσίας		0,03 ^Υ	0,7 ^Υ
Φύση εργασίας			0,3 ^α
Αορίστου χρόνου	2,8	0,6	
Ορισμένου χρόνου	3,0	0,8	
Θέση υπεύθυνου			0,8 ^α
Όχι	2,8	0,6	
Ναι	2,9	0,6	
Ωράριο εργασίας			0,1^α
Πρωινό	3,1	0,6	
Βάρδιες	2,9	0,6	
Ύπνος >6 ώρες ημερησίως			0,4 ^α
Όχι	2,8	0,6	
Ναι	2,9	0,6	
Γυμναστική >3 φορές εβδομαδιαίως			0,6 ^α
Όχι	2,9	0,6	
Ναι	2,9	0,7	
Συχνή επίσκεψη φίλων			0,03^α
Όχι	2,7	0,6	
Ναι	3,0	0,6	
Συχνή επίσκεψη συγγενών			0,01^α
Όχι	2,8	0,6	
Ναι	3,1	0,7	
Δραστηριότητες με την οικογένεια			0,01^α
Όχι	2,7	0,5	
Ναι	3,0	0,6	
Χόμπι			0,9 ^α
Όχι	2,9	0,6	
Ναι	2,9	0,6	
Κόπωση λόγω εργασίας			0,001^α

Όχι	3,3	0,5	
Ναι	2,8	0,6	
Βαθμολογία μηχανισμών άμυνας		-0,03 ^β	0,8 ^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Spearman

^γ συντελεστής συσχέτισης Pearson

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 8 ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ικανοποίησης από την εργασία. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 16.

Πίνακας 16: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ικανοποίησης από την εργασία

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Συχνή επίσκεψη συγγενών σε σχέση με μη συχνή επίσκεψη	0,3	0,01 έως 0,5	0,043
Μη κόπωση λόγω εργασίας σε σχέση με κόπωση	0,4	0,1 έως 0,7	0,008

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι συμμετέχοντες που επισκέπτονταν συχνά συγγενείς τους είχαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία σε σχέση με τους συμμετέχοντες που δεν επισκέπτονταν συχνά συγγενείς τους
- Οι συμμετέχοντες που δεν είχαν υποστεί κόπωση λόγω εργασίας είχαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία σε σχέση με τους συμμετέχοντες που είχαν υποστεί κόπωση λόγω εργασίας
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 17% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ικανοποίησης από την εργασία

4.5.2. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία αρνητικών αντιδράσεων λόγω εργασίας

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία αρνητικών αντιδράσεων λόγω εργασίας.

Πίνακας 17: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία αρνητικών αντιδράσεων λόγω εργασίας.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία αρνητικών αντιδράσεων λόγω εργασίας	Τυπική απόκλιση	Τιμή ρ
Φύλο			0,3 ^α
Άνδρες	3,2	0,6	
Γυναίκες	2,2	0,6	
Ηλικία		0,07 ^β	0,9 ^β
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,11 ^γ	0,3 ^γ
Ιδιότητα			0,03^α
Νοσηλευτές ΠΕ/ΤΕ	2,2	0,6	
Νοσηλευτές ΔΕ	2,5	0,6	
Οικογενειακή κατάσταση			0,4 ^α
Άγαμοι/Διαζευγμένοι	2,3	0,6	
Έγγαμοι	2,2	0,7	
Παιδιά			0,9 ^α
Όχι	2,2	0,7	
Ναι	2,2	0,6	
Τμήμα εργασίας			0,1^δ
MENN	2,3	0,5	

MENN-ΜΑΦ	2,0	0,7	
ΜΑΦ	2,3	0,7	
Έτη προϋπηρεσίας		0,05 ^Υ	0,7 ^Υ
Φύση εργασίας			0,4 ^α
Αορίστου χρόνου	2,3	0,7	
Ορισμένου χρόνου	2,1	0,7	
Θέση υπεύθυνου			0,1 ^α
Όχι	2,3	0,7	
Ναι	2,0	0,5	
Ωράριο εργασίας			0,2 ^α
Πρωινό	2,0	0,6	
Βάρδιες	2,2	0,7	
Ύπνος >6 ώρες ημερησίως			0,1 ^α
Όχι	2,3	0,6	
Ναι	2,1	0,6	
Γυμναστική >3 φορές εβδομαδιαίως			0,3 ^α
Όχι	2,2	0,6	
Ναι	2,1	0,7	
Συχνή επίσκεψη φίλων			0,001 ^α
Όχι	2,4	0,6	
Ναι	2,0	0,6	
Συχνή επίσκεψη συγγενών			0,001 ^α
Όχι	2,4	0,6	
Ναι	1,8	0,7	
Δραστηριότητες με την οικογένεια			0,1 ^α
Όχι	2,3	0,6	
Ναι	2,1	0,7	
Χόμπι			0,1 ^α
Όχι	2,2	0,6	

Ναι	2,1	0,6	
Κόπωση λόγω εργασίας			0,001^α
Όχι	3,3	0,5	
Ναι	2,8	0,6	
Βαθμολογία μηχανισμών άμυνας		0,36 ^β	0,001^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Spearman

^γ συντελεστής συσχέτισης Pearson

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 11 ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία αρνητικών αντιδράσεων λόγω εργασίας. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 18.

Πίνακας 18: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αρνητικών αντιδράσεων λόγω εργασίας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Μη συχνή επίσκεψη συγγενών σε σχέση με συχνή επίσκεψη	0,3	0,05 έως 0,6	0,018
Κόπωση λόγω εργασίας σε σχέση με μη κόπωση	0,4	0,1 έως 0,7	0,01
Βαθμολογία μηχανισμών άμυνας	1,7	0,8 έως 2,6	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι συμμετέχοντες που δεν επισκέπτονταν συχνά συγγενείς τους είχαν περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις λόγω εργασίας σε σχέση με τους συμμετέχοντες που επισκέπτονταν συχνά συγγενείς τους
- Οι συμμετέχοντες που είχαν υποστεί κόπωση λόγω εργασίας είχαν περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις λόγω εργασίας σε σχέση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν υποστεί κόπωση λόγω εργασίας
- Οι συμμετέχοντες που χρησιμοποιούσαν λιγότερο τους μηχανισμούς άμυνας είχαν περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις λόγω εργασίας
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 30% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας αρνητικών αντιδράσεων λόγω εργασίας

4.5.3. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία αρνητικών αντιδράσεων στην οικογένεια

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία αρνητικών αντιδράσεων στην οικογένεια.

Πίνακας 19: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία αρνητικών αντιδράσεων στην οικογένεια

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία αρνητικών αντιδράσεων στην οικογένεια	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,8 ^α
Άνδρες	2,1	0,8	
Γυναίκες	2,0	0,6	
Ηλικία		-0,08 ^β	0,4 ^β
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,01 ^γ	0,9 ^γ
Ιδιότητα			0,2^α
Νοσηλεύτες ΠΕ/ΤΕ	2,0	0,6	
Νοσηλεύτες ΔΕ	2,1	0,6	
Οικογενειακή κατάσταση			0,7 ^α
Άγαμοι/Διαζευγμένοι	2,0	0,5	
Έγγαμοι	2,0	0,6	
Παιδιά			0,9 ^α
Όχι	2,0	0,6	
Ναι	2,0	0,6	
Τμήμα εργασίας			0,9 ^δ
ΜΕΝΝ	2,0	0,5	
ΜΕΝΝ-ΜΑΦ	2,0	0,6	
ΜΑΦ	2,0	0,6	

Έτη προϋπηρεσίας		-0,04 ^Y	0,7 ^Y
Φύση εργασίας			0,4 ^α
Αορίστου χρόνου	2,0	0,7	
Ορισμένου χρόνου	2,0	0,7	
Θέση υπεύθυνου			0,3 ^α
Όχι	2,0	0,6	
Ναι	1,9	0,5	
Ωράριο εργασίας			0,3 ^α
Πρωινό	1,9	0,5	
Βάρδιες	2,0	0,6	
Ύπνος >6 ώρες ημερησίως			0,2^α
Όχι	2,0	0,6	
Ναι	1,9	0,5	
Γυμναστική >3 φορές εβδομαδιαίως			0,3 ^α
Όχι	2,0	0,6	
Ναι	1,8	0,6	
Συχνή επίσκεψη φίλων			<0,001^α
Όχι	2,2	0,6	
Ναι	1,8	0,6	
Συχνή επίσκεψη συγγενών			0,001^α
Όχι	2,1	0,6	
Ναι	1,7	0,7	
Δραστηριότητες με την οικογένεια			0,001^α
Όχι	2,2	0,6	
Ναι	1,8	0,5	
Χόμπι			0,2^α
Όχι	2,0	0,6	
Ναι	1,9	0,6	
Κόπωση λόγω εργασίας			0,03^α
Όχι	1,7	0,6	

Ναι	2,0	0,5	
Βαθμολογία μηχανισμών άμυνας		0,15 ^β	0,1^β
Αρνητικές αντιδράσεις λόγω εργασίας		0,65 ^β	<0,001^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Spearman

^γ συντελεστής συσχέτισης Pearson

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 9 ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία αρνητικών αντιδράσεων στην οικογένεια. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 20.

Πίνακας 20: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αρνητικών αντιδράσεων στην οικογένεια

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Απουσία δραστηριοτήτων με την οικογένεια σε σχέση με ύπαρξη δραστηριοτήτων	0,3	0,1 έως 0,5	<0,001
Αρνητικές αντιδράσεις λόγω εργασίας	0,5	0,4 έως 0,7	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι συμμετέχοντες που δεν πραγματοποιούσαν δραστηριότητες με την οικογένεια είχαν περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις στην οικογένεια σε σχέση με τους συμμετέχοντες που πραγματοποιούσαν δραστηριότητες
- Οι συμμετέχοντες με περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις λόγω εργασίας είχαν περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις στην οικογένεια
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 48% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας αρνητικών αντιδράσεων στην οικογένεια

4.5.4. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία σωματικών ενοχλήσεων

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σωματικών ενοχλήσεων.

Πίνακας 21: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σωματικών ενοχλήσεων

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία σωματικών ενοχλήσεων	Τυπική απόκλιση	Τιμή ρ
Φύλο			0,6 ^α
Άνδρες	6,5	3,5	
Γυναίκες	5,4	2,5	
Ηλικία		0,13 ^β	0,2^β
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,02 ^γ	0,8 ^γ
Ιδιότητα			0,05^α
Νοσηλευτές ΠΕ/ΤΕ	5,2	2,7	
Νοσηλευτές ΔΕ	6,4	1,9	
Οικογενειακή κατάσταση			0,05^α
Άγαμοι/Διαζευγμένοι	6,0	2,5	
Έγγαμοι	5,0	2,5	
Παιδιά			0,5 ^α
Όχι	5,7	2,7	
Ναι	5,3	2,5	
Τμήμα εργασίας			0,2^δ
ΜΕΝΝ	5,8	2,8	
ΜΕΝΝ-ΜΑΦ	4,7	2,4	
ΜΑΦ	5,6	2,3	
Έτη προϋπηρεσίας		0,14 ^γ	0,1^γ

Φύση εργασίας			0,04^α
Αορίστου χρόνου	5,7	2,6	
Ορισμένου χρόνου	4,5	2,2	
Θέση υπεύθυνου			0,6
Όχι	5,4	2,4	
Ναι	5,8	2,9	
Ωράριο εργασίας			0,1^α
Πρωινό	4,4	2,5	
Βάρδιες	5,5	2,5	
Ύπνος >6 ώρες ημερησίως			0,01^α
Όχι	5,9	2,5	
Ναι	4,7	2,4	
Γυμναστική >3 φορές εβδομαδιαίως			0,3 ^α
Όχι	5,5	2,6	
Ναι	4,8	2,5	
Συχνή επίσκεψη φίλων			<0,001^α
Όχι	6,2	2,4	
Ναι	4,8	2,5	
Συχνή επίσκεψη συγγενών			0,001^α
Όχι	6,0	2,5	
Ναι	4,4	2,2	
Δραστηριότητες με την οικογένεια			0,02^α
Όχι	6,2	2,3	
Ναι	5,0	2,6	
Χόμπι			0,3 ^α
Όχι	5,6	2,5	
Ναι	5,1	2,7	
Κόπωση λόγω εργασίας			0,001^α
Όχι	3,5	1,8	
Ναι	5,9	2,5	

Βαθμολογία μηχανισμών άμυνας		0,2 ^β	0,05^β
Αρνητικές αντιδράσεις λόγω εργασίας		0,65 ^β	<0,001^β
Αρνητικές αντιδράσεις στην οικογένεια		0,55 ^β	<0,001^β
Ικανοποίηση από την εργασία		-0,55 ^β	<0,001^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Spearman

^γ συντελεστής συσχέτισης Pearson

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 18 ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σωματικών ενοχλήσεων. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 22.

Πίνακας 22: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία σωματικών ενοχλήσεων

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Έτη προϋπηρεσίας	0,04	0,01 έως 0,08	0,016
Αρνητικές αντιδράσεις λόγω εργασίας	0,9	0,06 έως 1,6	0,035

Ύπνος <6 ώρες ημερησίως σε σχέση με >6 ώρες	1,1	-0,3 έως 1,8	0,006
Ικανοποίηση από την εργασία	-1,1	-1,8 έως -0,4	0,003
Αρνητικές αντιδράσεις στην οικογένεια	1,2	0,4 έως 2,1	0,005

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση των ετών προϋπηρεσίας σχετίζονταν με περισσότερες σωματικές ενοχλήσεις
- Οι περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις λόγω εργασίας σχετίζονταν με περισσότερες σωματικές ενοχλήσεις
- Οι περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις στην οικογένεια σχετίζονταν με περισσότερες σωματικές ενοχλήσεις
- Η λιγότερη ικανοποίηση από την εργασία σχετίζονταν με περισσότερες σωματικές ενοχλήσεις
- Οι συμμετέχοντες που κοιμόντουσαν <6 ώρες ημερησίως είχαν περισσότερες σωματικές ενοχλήσεις σε σχέση με τους συμμετέχοντες που κοιμόντουσαν >6 ώρες ημερησίως
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 49% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας αρνητικών αντιδράσεων στην οικογένεια

4.5.5. Εξαρτημένη μεταβλητή: επαγγελματική κόπωση

Στον Πίνακα 23 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την επαγγελματική κόπωση.

Πίνακας 23: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την επαγγελματική κόπωση

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Επαγγελματική κόπωση				Τιμή p
	Όχι		Ναι		
	N	%	N	%	
Φύλο					0,9 ^α
Άνδρες	0	0	2	100	
Γυναίκες	20	20	80	80	
Ηλικία	41,4 ^α	11,7 ^β	40,7 ^α	8,9 ^β	0,8 ^δ
Εκπαιδευτικό επίπεδο					0,8 ^ε
Απόφοιτοι λυκείου	3	13	20	87	
ΤΕΙ	15	27,3	40	72,7	
ΑΕΙ	0	0	4	100	
Μεταπτυχιακό δίπλωμα	2	10	18	90	
Ιδιότητα					0,2^α
Νοσηλεύτες ΠΕ/ΤΕ	17	22,1	60	77,9	
Νοσηλεύτες ΔΕ	2	9,1	20	90,9	
Οικογενειακή κατάσταση					0,4 ^α
Άγαμοι/Διαζευγμένοι	7	15,9	37	84,1	
Έγγαμοι	13	22,4	45	77,6	
Παιδιά					0,9 ^α
Όχι	8	20,5	31	79,5	
Ναι	12	19	51	81	
Τμήμα εργασίας					0,3 ^δ

MENN	6	15,8	32	84,2	
MENN-ΜΑΦ	8	29,6	19	70,4	
ΜΑΦ	6	16,2	31	83,8	
Έτη προϋπηρεσίας	15,6 ^α	12,7 ^β	15,1 ^α	10,1 ^β	0,8 ^δ
Φύση εργασίας					0,4 ^α
Αορίστου χρόνου	14	17,7	65	82,3	
Ορισμένου χρόνου	6	26,1	17	73,9	
Θέση υπεύθυνου					0,5 ^α
Όχι	15	18,3	67	81,7	
Ναι	5	25	15	75	
Ωράριο εργασίας					0,03^α
Πρωινό	6	40	9	60	
Βάρδιες	14	16,7	70	83,3	
Ύπνος >6 ώρες ημερησίως					<0,001^α
Όχι	4	6,3	59	93,7	
Ναι	16	41	23	59	
Γυμναστική >3 φορές εβδομαδιαίως					0,1^α
Όχι	15	17,2	72	82,8	
Ναι	5	33,3	10	66,7	
Συχνή επίσκεψη φίλων					0,005^α
Όχι	4	8,2	45	91,8	
Ναι	16	30,2	37	69,8	
Συχνή επίσκεψη συγγενών					0,005^α
Όχι	8	11,8	60	88,2	
Ναι	12	35,3	22	64,7	
Δραστηριότητες με την οικογένεια					0,002^α
Όχι	2	4,9	39	95,1	
Ναι	18	29,5	43	70,5	
Χόμπι					0,02^α
Όχι	10	13,7	63	86,3	

Ναι	10	34,5	19	65,5	
Βαθμολογία μηχανισμών άμυνας	0,4 ^α	0,1 ^β	0,4 ^α	0,1 ^β	0,9 ^δ
Αρνητικές αντιδράσεις λόγω εργασίας	1,8 ^α	0,5 ^β	2,3 ^α	0,6 ^β	<0,001^δ
Αρνητικές αντιδράσεις στην οικογένεια	1,7 ^α	0,5 ^β	2,1 ^α	0,6 ^β	0,03^δ
Ικανοποίηση από την εργασία	3,3 ^α	0,5 ^β	2,8 ^α	0,6 ^β	<0,001^δ
Βαθμολογία σωματικών ενοχλήσεων	3,5 ^α	1,8 ^β	5,9 ^α	2,5 ^β	<0,001^δ

^α έλεγχος χ^2

^β μέση τιμή

^γ τυπική απόκλιση

^δ έλεγχος t

^ε έλεγχος χ^2 για τάση

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση, προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ επαγγελματικής κόπωσης και 12 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 24.

Πίνακας 24: Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την επαγγελματική κόπωση (απουσία κόπωσης: κατηγορία αναφοράς)

Χαρακτηριστικό	Λόγος των odds	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον λόγο των odds	Τιμή p
Ύπνος <6 ώρες ημερησίως σε σχέση με >6 ώρες	13,1	2,8 έως 62,3	0,001
Μη συχνή επίσκεψη συγγενών σε σχέση με συχνή επίσκεψη	5,4	1,0 έως 28,9	0,049
Απουσία χόμπι σε σχέση με ύπαρξη χόμπι	5,9	1,2 έως 30,2	0,03
Αρνητικές αντιδράσεις λόγω εργασίας	10,1	1,2 έως 86,7	0,035

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι συμμετέχοντες που κοιμόντουσαν <6 ώρες ημερησίως είχαν αυξημένη συχνότητα επαγγελματικής κόπωσης σε σχέση με τους συμμετέχοντες που κοιμόντουσαν >6 ώρες ημερησίως
- Οι συμμετέχοντες που δεν επισκέπτονταν συγγενείς είχαν αυξημένη συχνότητα επαγγελματικής κόπωσης σε σχέση με τους συμμετέχοντες που επισκέπτονταν συγγενείς
- Οι συμμετέχοντες με χόμπι είχαν αυξημένη συχνότητα επαγγελματικής κόπωσης σε σχέση με τους συμμετέχοντες χωρίς χόμπι
- Οι περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις λόγω εργασίας σχετίζονταν με αυξημένη συχνότητα επαγγελματικής κόπωσης
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 57% της μεταβλητότητας της επαγγελματικής κόπωσης

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει την ικανοποίηση που λαμβάνουν από την εργασία τους, την παρουσία άγχους, τη σχέση του ψυχολογικού φορτίου με την επαγγελματική εξουθένωση, πόσο αυτό επηρεάζει την υπόλοιπη ζωή τους καθώς και τους μηχανισμούς άμυνας που αναπτύσσουν οι νεογνικοί νοσηλευτές των δύο παιδιατρικών νοσοκομείων Αγία Σοφία και Π.+Α. Κυριακού. Η παρακάτω συζήτηση έχει σαν στόχο την προσπάθεια της ερμηνείας των ευρημάτων της έρευνας καθώς και την αναζήτηση συσχετίσεων με παρόμοιες μελέτες από τη βιβλιογραφία.

5.1. Διερεύνηση της ικανοποίησης των νεογνικών νοσηλευτών

Αρχικός στόχος της έρευνας ήταν να διερευνηθεί η επαγγελματική ικανοποίηση των νεογνικών νοσηλευτών. Η επαγγελματική ικανοποίηση χρησιμοποιήθηκε ως μέσο ελέγχου της επαγγελματικής εξουθένωσης και κατά συνέπεια της αντίδρασής τους σ' αυτήν.

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αρχικά φτιάχτηκε και χρησιμοποιήθηκε σε ογκολογικούς νοσηλευτές, με τα αποτελέσματα εκείνης της έρευνας να συμφωνούν με την παρούσα και κατά συνέπεια να επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματά της (Αυγενάκης, Α. και συν. 2012)

Αποδείχθηκε λοιπόν με βάση τις δικές τους απαντήσεις ότι οι εργαζόμενοι είναι πολύ ικανοποιημένοι από την εργασία τους και γενικά απ' τις συνθήκες του περιβάλλοντος που ζουν και εργάζονται, με μεγαλύτερο το ποσοστό των γυναικών από αυτό των ανδρών αν και οι άνδρες που πήραν μέρος την έρευνα είναι μόνο 2. Η ικανοποίησή τους επεκτείνεται και στη συνεργασία τους με τους συναδέλφους τους, αλλά και το ιατρικό προσωπικό. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έρχονται σε αντίθεση με τις έρευνες που διεξήχθησαν το 1998 από τους Cordes & Dougherty, αλλά και το 2001 από τις Αδαλή & Λεμονίδου. Αυτό ίσως να σημαίνει ότι τα 20 περίπου χρόνια που χωρίζουν τις έρευνες αυτές από τη συγκεκριμένη, κάποια πράγματα ή ο τρόπος που τα αντιμετωπίζουν βελτιώθηκαν τόσο, ώστε να αλλάξει ο τρόπος με τον οποίο οι νοσηλευτές στέκονται απέναντι στις καταστάσεις, με γενικότερη απόρροια την μεγαλύτερη εργασιακή ικανοποίησή τους (Ma, et al, 2003). Πηγή της δυσαρέσκειάς τους σε όλες σχεδόν τις παραπάνω έρευνες ήταν εξωγενείς παράγοντες που αφορούν στο μισθό τους, την αναξιοκρατία, τις πιεσμένες βάρδιες και τη δύσκολη επαγγελματική ανέλιξη.

Γι' αυτό ίσως και πιο πρόσφατες έρευνες, που αφορούν όμως γενικότερα νοσηλευτές και όχι εξειδικευμένα νεογνικούς νοσηλευτές, έχουν παρουσιάσει ότι η ικανοποίηση από την προσωπική και επαγγελματική τους ζωή κυμαίνεται σε σχετικά υψηλά επίπεδα και συμφωνούν με το γενικό αποτέλεσμα της παρούσας έρευνας. Πιθανόν τα αισθήματα αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης να προέρχονται από την καλύτερη μόρφωση, αφού αρκετοί νοσηλευτές πια έχουν πτυχίο πανεπιστημίου καθώς το αυξημένο κύρος τους και το βελτιωμένο κοινωνικοοικονομικό τους status. (Λαμπράκη, Μ, και συν. 2015), (Kalliath, T., Morris, R., 2002)

Παρόλο που η διαφοροποίηση ανάμεσα στην ικανοποίηση από την προσωπική και την επαγγελματική τους ζωή ήταν υπαρκτή, οι νεογνικοί νοσηλευτές δε φάνηκε ιδιαίτερα να τις διαχωρίζουν αφού η μη ικανοποίηση από την εργασία αντανάκλα σχεδόν πάντα και στην προσωπική τους ζωή και το αντίθετο.

5.2. Διερεύνηση του άγχους στην επαγγελματική ζωή των νεογνικών νοσηλευτών

Η εργασία διεξήχθη στις αρχές του 2019, ουσιαστικά δηλαδή τον ένατο χρόνο της οικονομικής κρίσης για την Ελλάδα. Και παρόλο που κανείς θα περίμενε, με δεδομένο την άσχημη κοινωνικοοικονομική κατάσταση της χώρας, ότι το αποτέλεσμα θα ήταν αρνητικότερο, τα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης ήταν σχετικά χαμηλότερα από το αναμενόμενο, παραμένουν όμως εξαιρετικά υψηλά, αφού το 67,6 % των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι έχουν άγχος. Το ίδιο υψηλά ήταν και τα ποσοστά του θυμού, της αδιαφορίας και της επαγγελματικής απογοήτευσης. Ενώ, ένα ποσοστό μεγαλύτερο του 50% των νοσηλευτών δηλώνει ότι η δουλειά αυτή τους σκληραίνει συναισθηματικά και ότι τους φτάνει στο τέλος των αντοχών του.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με πολλές άλλες έρευνες που έγιναν στο παρελθόν σε όλον τον κόσμο και αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό (Μουστάκα, και συν, 2010), (Najimi et al, 2012), (Jagus, et al, 2018).

Φυσικά και οι νοσηλευτές σήμερα εκτίθενται καθημερινά σε στρεσογόνους παράγοντες με πιο κοινό απ' όλους, το θάνατο (Patrick et al, 1991), (Παϊκοπούλου και συν, 2009). Ο φόρτος εργασίας, οι συναδελφικές διακρίσεις, οι πολλές και άτακτες βάρδιες, η ελλιπής ξεκούραση λόγω οφειλόμενων ρεπό, η τριβή με τους συγγενείς των αρρώστων και τους συναδέλφους είναι κάποιοι μόνο από τους παράγοντες που τους φέρνουν στα όριά τους (AbuAlRub, (2004).

Ο τρόπος που οι νοσηλευτές εκφράζουν τα συναισθήματα λύπης, πένθους, θυμού ή αντίδρασης ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία, τα βιώματα, την κουλτούρα και τις πεποιθήσεις του καθενός.

5.3. Διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νεογνικών νοσηλευτών

Παρόλο που η επαγγελματική ταυτότητα των νεογνικών νοσηλευτών φαίνεται να είναι ισχυρή αφού η ικανοποίηση που παίρνουν από τη δουλειά τους είναι μεγάλη, παρουσίασαν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ φάνηκαν να είναι ικανοποιημένοι από τα προσωπικά τους επιτεύγματα χωρίς έντονα στοιχεία αποπροσωποποίησης. Τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται να συμφωνούν με τα αποτελέσματα παρόμοιων ερευνών που έχουν γίνει κατά το παρελθόν σε Ελλάδα και εξωτερικό (Jimmiesson, 2000), (Αυγενάκης, Α. και συν. 2012), (Αντωνίου και συν, 2001).

Παρόμοιες έρευνες που να αφορούν νεογνικούς νοσηλευτές δεν έχουν γίνει στην Ελλάδα. Σε σύγκριση όμως με έρευνες που αφορούν σε νοσηλευτές γενικά για το ψυχολογικό φορτίο που αυτοί φέρουν εξαιτίας του επαγγέλματός τους, τα αποτελέσματα δεν διαφέρουν θεαματικά.

Συγκεκριμένα οι νεογνικοί νοσηλευτές εμφανίζονται να μεταφέρουν προβλήματα της δουλειάς τους στο σπίτι σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό, ενώ ευτυχώς οι οικογένειές τους αντιμετωπίζουν με ηρεμία τα συναισθηματικά τους προβλήματα συνδράμοντάς τους. Το 25% των νοσηλευτών που φαίνεται να είναι συναισθηματικά απομακρυσμένοι από την οικογένειά τους σχεδόν ταυτίζεται με το ποσοστό αυτών που οι οικογένειές τους δεν κατανοούν τις επαγγελματικές του δεσμεύσεις και οι ίδιοι έχουν δυσκολία στην ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων. Όπως προκύπτει δηλ. η ελληνική οικογένεια με τους στενούς δεσμούς της, φαίνεται να παίζει άριστα και σ' αυτήν την περίπτωση, το ρόλο του κυματοθραύστη.

Η δραματική πια έλλειψη προσωπικού, η μεγάλη έλλειψη υλικών, οι πολλές και ακατάστατες βάρδιες, τα πολλά χρόνια εργασίας, η έλλειψη υποστηρικτικού κλίματος, καθώς και η κακή σωματική και ψυχική υγεία που επιβαρύνεται από το καθημερινό άγχος, είναι κυρίως οι αιτίες που φέρνουν τους νοσηλευτές στα όριά τους (Μπελλάλη και συν, 2008).

Η συντριπτική πλειοψηφία των νεογνικών νοσηλευτών δήλωσε ότι η αύξηση των

αποδοχών τους θα τους βοηθούσε πάρα πολύ, πράγμα όχι παράξενο για την Ελλάδα του 2019 (Γιωτάκος, Ο. et al, 2011) να πολύ μεγάλο ποσοστό που φτάνει το 77,5% ζήτησε συναισθηματική υποστήριξη από εξειδικευμένη ομάδα ενώ επίσης ένα μεγάλο ποσοστό τη βελτίωση των βαρδιών, τον καλύτερο καταμερισμό της εργασίας και το rotation.

Η συσσώρευση αυτών λοιπόν των ψυχοπιεστικών παραγόντων οδηγεί αναπόφευκτα στην εργασιακή εξουθένωση. Τα προβλήματα παραμένουν άλυτα και διαιωνίζονται χωρίς ουσιαστικό ενδιαφέρον από καμία πλευρά.

5.4. Διερεύνηση της ψυχοσωματικής επιβάρυνσης που υφίστανται οι νεογνικοί νοσηλευτές

Η επιβάρυνση που προκύπτει από την παρούσα έρευνα ότι υφίστανται οι νεογνικοί νοσηλευτές είναι και σωματική και ψυχολογική. Οι συχνότερες σωματικές ενοχλήσεις που αντιμετωπίζουν είναι η κόπωση, οι μυϊκοί πόνοι, οι κεφαλαλγίες και οι γαστρεντερολογικές διαταραχές.

Όσον αφορά τον ψυχολογικό τομέα, το άγχος, οι διαταραχές ύπνου και ο εκνευρισμός επικρατούν.

Αναμενόμενα βέβαια αποτελέσματα, αφού συμφωνούν με τις περισσότερες μελέτες του είδους τους. Κοιμούνται λίγο και κακά, αρκετοί καπνίζουν, δεν γυμνάζονται γιατί αυτό τους εξαντλεί. Ταυτόχρονα εκτίθενται σε μεγάλο ποσοστό σε παράγοντες κινδύνου (Τούντας, Γ., 2008).

Ωστόσο, πάντα η προαγωγή της υγείας παραμένει ζητούμενο. Η επιτυχία της θα καθορίσει όλη την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών. Νέες δεξιότητες, χαλαρή δραστηριότητα, υγιεινή διατροφή, ρεαλιστικοί στόχοι είναι αυτά που για αρχή θα δώσουν νέα ώθηση στον ταλαιπωρημένο οργανισμό (Banyard,P., 2008).

5.5. Διερεύνηση των μηχανισμών άμυνας που αναπτύσσουν οι νεογνικοί νοσηλευτές

Για να μπορέσουν οι νεογνικοί νοσηλευτές να αντιπαρέλθουν το ψυχολογικό άγχος που η δουλειά τους τους επιφορτίζει, συχνά καταφεύγουν στην ανάπτυξη κάποιων μηχανισμών άμυνας τις περισσότερες φορές σε παραπάνω από έναν την ίδια χρονική στιγμή.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι μηχανισμοί άμυνας που συνήθως οι νεογνικοί νοσηλευτές χρησιμοποιούν ανάλογα με το ποσοστό που έλαβαν μέσα από το ερωτηματολόγιο είναι η προβολή, η άρνηση, η υπεραναπλήρωση, η απώθηση, ο σχηματισμός διά του αντιθέτου και τέλος η συγκινησιακή παλινδρόμηση.

Οι μηχανισμοί άμυνας αποτελούν φυσιολογικές αντιδράσεις απέναντι στο άγχος και την ψυχοπίεση, γι' αυτό και οι συμμετέχοντες που φαίνεται να τους ενεργοποιούν λιγότερο από τους άλλους, είχαν περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις εξαιτίας της εργασίας τους αλλά και στην οικογένειά τους.

Οι νοσηλευτές που δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν μια δυσάρεστη κατάσταση, αναβάλλουν χωρίς να το θέλουν την ενεργοποίηση του κατάλληλου μηχανισμού άμυνας, αναβάλλοντας έτσι και την απαλλαγή τους απ' το στρες

Το Life Style Index (LSI), είναι μία κλίμακα αναγνώρισης και καταγραφής των μηχανισμών άμυνας που αποτελείται από ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο 97 ερωτήσεων που κυκλοφορεί και στα ελληνικά και χρησιμοποιήθηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας (Υφαντής και συν, 2011).

5.6. Διερεύνηση των συσχετίσεων

Οι εξαρτημένες μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα ήταν:

- Η ικανοποίηση από την εργασία
- Οι αρνητικές αντιδράσεις από την εργασία
- Οι αρνητικές αντιδράσεις στην οικογένεια
- Οι σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις, και
- Η ύπαρξη ή όχι επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν:

- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά
- Τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά
- Χαρακτηριστικά τρόπου ζωής, και
- Οι μηχανισμοί άμυνας

Όσον αφορά στην ικανοποίηση λοιπόν, προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες που επισκέπτονταν συχνά τους συγγενείς και τους φίλους τους είχαν μεγαλύτερο αίσθημα ικανοποίησης από την εργασία τους σε σχέση με τους συμμετέχοντες που δεν επισκέπτονταν συχνά συγγενείς τους και τους φίλους τους. Παρατηρούμε δηλ. ότι η κοινωνική συναναστροφή και η επικοινωνία λειτουργεί προφυλακτικά για τους πρώτους χαρίζοντάς τους καλή διάθεση και ευεξία.

Επίσης, οι συμμετέχοντες που δεν είχαν υποστεί κόπωση λόγω εργασίας τους, είχαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία τους σε σχέση με τους συμμετέχοντες που είχαν υποστεί κόπωση εξαιτίας της. Θα μπορούσε δηλ. κανείς να πει ότι η μεγάλη ηλικία, τα πολλά χρόνια εργασίας και οι πολυπληθείς βάρδιες, αποτρέπουν το αίσθημα της ικανοποίησης, περιθωριοποιώντας ουσιαστικά αυτούς τους εργαζόμενους.

Οι αρνητικές αντιδράσεις συσχετίστηκαν με το φύλο των νοσηλευτών που πήραν μέρος στην έρευνα, με το μεγαλύτερο ποσοστό να καταλαμβάνουν οι άντρες. Με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, με το μεγαλύτερο ποσοστό να καταλαμβάνουν οι Δ.Ε. νοσηλευτές. Με την οικογενειακή τους κατάσταση, όπου φαίνεται να μην υπάρχει διαφορά στους έχοντες και μη έχοντες παιδιά. Με το νοσοκομείο όπου εργάζονται, με το μεγαλύτερο ποσοστό να καταλαμβάνουν οι νοσηλευτές του Αγ. Σοφία έναντι των νοσηλευτών του Α+Π Κυριακού.

Με τη φύση της εργασίας τους, με το μεγαλύτερο ποσοστό να καταλαμβάνουν οι

αορίστου χρόνου νοσηλευτές. Με τη θέση υπευθύνου με το μεγαλύτερο ποσοστό να καταλαμβάνουν απρόσμενα οι νοσηλευτές που δεν έχουν θέση υπευθύνου. Με το ωράριο εργασίας με το μεγαλύτερο ποσοστό να καταλαμβάνουν οι νοσηλευτές που κάνουν βάρδιες. Με τον ύπνο τους με το μεγαλύτερο ποσοστό να καταλαμβάνουν οι νοσηλευτές που κοιμούνται λιγότερες από 6 ώρες την ημέρα. Με τις δραστηριότητές τους με το μεγαλύτερο ποσοστό να καταλαμβάνουν αυτοί που δεν έχουν δραστηριότητες και τέλος με την κόπωσή τους με το μεγαλύτερο ποσοστό να καταλαμβάνουν προς έκπληξη οι νοσηλευτές που δε δηλώνουν κουρασμένοι λόγω της εργασίας τους.

Οι νεογνικοί νοσηλευτές που δεν μοιράζονταν δραστηριότητες με την οικογένεια τους είχαν περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις απέναντι στην οικογένειά τους σε σχέση με αυτούς που μοιράζονταν δραστηριότητες. Αυτοί με τις περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις λόγω εργασίας είχαν και τις περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις στην οικογένεια.

Κάτι που ήταν απολύτως αναμενόμενο, είναι η συσχέτιση ανάμεσα στα έτη προϋπηρεσίας και τις σωματικές ενοχλήσεις. Περισσότερα έτη υπηρεσίας περισσότερες ενοχλήσεις. Περισσότερες σωματικές ενοχλήσεις, περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις στην οικογένεια. Λιγότερη ικανοποίηση από την εργασία, περισσότερες σωματικές ενοχλήσεις. Περισσότερες από 6 ώρες ύπνου το 24ωρο, λιγότερες σωματικές ενοχλήσεις.

Επίσης, το ίδιο λίγο έως πολύ ισχύει και για την επαγγελματική κόπωση. Οι νοσηλευτές που κοιμόνταν περισσότερες ώρες ημερησίως, είχαν μειωμένη συχνότητα επαγγελματικής κόπωσης σε σχέση με τους συμμετέχοντες που κοιμόνταν λιγότερες από 6 ώρες ημερησίως.

Οι συμμετέχοντες που δεν επισκέπτονταν συγγενείς είχαν αυξημένη συχνότητα επαγγελματικής κόπωσης σε σχέση με τους συμμετέχοντες που επισκέπτονταν συγγενείς.

Οι συμμετέχοντες με χόμπι και κοπιαστικές δραστηριότητες, είχαν αυξημένη συχνότητα επαγγελματικής κόπωσης σε σχέση με τους συμμετέχοντες χωρίς με την αυξημένη συχνότητα επαγγελματικής κόπωσης. Όσο πιο κοπιαστικό το βωρο για το νοσηλευτή τόσο πιο πολύ τον απομακρύνει από τη δουλειά του δημιουργώντας του αισθήματα αποστροφής και άρνησης, τόσο που κάποιες φορές φτάνει μέχρι την αλλαγή επαγγέλματος.

Από τις συσχετίσεις τέλος, που προκύπτουν (Μπίτση, Γ., 2011), φαίνεται μια θετική αναλογία ανάμεσα στην αίσθηση των προσωπικών επιτευγμάτων και την ψυχική ανθεκτικότητα. Αυτό φανερώνει πως όσο πιο ανθεκτικός είναι κανείς τόσο πιο ικανοποιημένος και πετυχημένος νιώθει, αλλά και το αντίθετο. Όμοια και μέσα από

άλλες έρευνες που αφορούν νοσηλευτές κλειστών ή εξίσου απαιτητικών τμημάτων, προκύπτει ότι τα ανθεκτικά άτομα μπορούν καλύτερα να ανταπεξέλθουν στο συναισθηματικό φορτίο της δουλειάς τους και είναι περισσότερο ανοσοποιημένα απέναντι στο βάρος της επαγγελματικής εξουθένωσης, της συναισθηματικής εξάντλησης και των μηχανισμών άμυνας που αναπτύσσουν για να παραμείνουν συγκροτημένα (Στεργιοπούλου, Φ., 2017).

Οι μηχανισμοί άμυνας δηλαδή είναι αυτοί που δίνουν τη λύση στις δυσκολίες και προσφέρουν γρήγορη και εύκολη ανακούφιση στην πίεση, αρκεί να έχουμε εκπαιδευτεί να τους χρησιμοποιούμε με σύνεση και μέτρο.

6. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Επειδή τα τμήματα που επιλέχθηκαν για να διεξαχθεί η εργασία αυτή ήταν τα νεογνικά, δηλ. κλειστά τμήματα δύο μόνο νοσοκομείων, ο πληθυσμός των νοσηλευτών ήταν στοχευμένος και περιορισμένος. Πήραν μέρος δηλαδή μόνο οι νοσηλευτές που εργάζονται την παρούσα χρονική στιγμή στα τμήματα αυτά.

Ο μικρός αριθμός των νοσηλευτών ανά τμήμα, δεν επέτρεψε τη διενέργεια επιμέρους συγκρίσεων μεταξύ των νεογνικών τμημάτων, αλλά και περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων της μελέτης αυτής για όλους τους νοσηλευτές που εργάζονται σε κλειστά τμήματα σε όλη την Ελλάδα.

Τέλος, τα συμπεράσματά μας βασίστηκαν στις δηλώσεις των συναδέλφων και όχι σε ψυχο-βιοχημικές εξετάσεις. Δεχτήκαμε ότι οι ερωτηθέντες απάντησαν όσο πιο αντικειμενικά μπορούσαν, τα αποτελέσματα όμως αυτά δε συγκρίθηκαν με εργαστηριακό έλεγχο π.χ. ορμονών ή καρδιακής λειτουργίας (Steptoe et al, 2007).

7.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΛΥΣΕΩΝ

Συνοψίζοντας, η αίσθηση της ικανοποίησης που έχει ένας νοσηλευτής από τη ζωή του αντικατοπτρίζεται και στα επαγγελματικά του επιτεύγματα και το αντίθετο. Η ικανοποιητική αίσθηση ζωής λειτουργεί ως ασπίδα προστασίας απέναντι στην συναισθηματική εξάντληση. Η έρευνα αυτή αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια ανίχνευσης του ψυχολογικού φόρτου των νεογνικών νοσηλευτών και των μηχανισμών άμυνας που αυτοί αναπτύσσουν για να τον περιορίσουν.

Αφού λοιπόν όπως προκύπτει από την παρούσα έρευνα οι νεογνικοί νοσηλευτές είναι ικανοποιημένοι μεν από την εργασία τους, δηλώνουν όμως κουρασμένοι κι απογοητευμένοι, αυτό είναι κάτι που θα πρέπει να απασχολήσει και τους ίδιους προσωπικά αλλά και τους οργανισμούς στους οποίους εργάζονται.

Η πολιτεία από την άλλη πλευρά διαθέτει όλα τα στοιχεία εκείνα που μπορούν να τους βοηθήσουν να εργαστούν χωρίς στρες και να ωφεληθεί από την αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητάς τους. Μια σειρά παραγόντων που αφορούν στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων και των άλλων μονάδων υγείας μπορούν να βελτιωθούν ή ακόμα με καλή θέληση εύκολα να ξεπεραστούν.

Η σωστή αναλογία νοσηλευτών/ασθενών ανάλογα με το τμήμα, ίσως μετά από σχεδόν μία δεκαετία οικονομικής κρίσης να ακούγεται ουτοπιστικό αίτημα. Η απουσία όμως των ράντζων από τους διαδρόμους, η χρήση των ποιοτικότερων και όχι των φθηνότερων πάντα υλικών, η αξιοκρατική ανάδειξη των ηγετών, ανεξάρτητα από τη θέση τους, η χρήση του ηλεκτρονικού φακέλου και της τεχνολογίας ευρύτερα, το ορισμένου χρόνου rotation, το ενδιαφέρον της διοίκησης για την επιμόρφωση του προσωπικού, αφού καλώς ή κακώς η νοσηλευτική δεν είναι μια στατική επιστήμη, αλλά μια επιστήμη που εκτός των άλλων σου προσφέρει και τη χαρά της μάθησης και εξερεύνησης της νέας γνώσης και επιτέλους η πολυπόθητη εφαρμογή των πρωτοκόλλων είναι ενδεικτικά κάποια μέτρα που μπορούν χωρίς ιδιαίτερο κόστος να ληφθούν. Ο αντίκτυπός όμως στο νοσηλευτικό προσωπικό θα είναι τέτοιος που θα προάγει συνολικά την υγεία στην Ελλάδα (Σουλιώτης, Κ., 2007) .

Το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες δε θα πρέπει να περάσει απαρατήρητο. Η γυναικεία φύση με οικογένεια ή χωρίς είναι πιο επιρρεπής από την ανδρική στο άγχος, τη σωματική και ψυχολογική καταπόνηση.

Έτσι λοιπόν τα μέτρα που μπορούν να ληφθούν πρέπει να εκπορεύονται από 2 διαφορετικούς άξονες: τον εργαζόμενο και από τον οργανισμό ή την πολιτεία κατ' επέκταση.

1) Από τον εργαζόμενο:

- Προαγωγή της σωματικής ευεξίας, χωρίς όμως σκληρή καταπόνηση, αφού κάτι τέτοιο όπως φάνηκε μέσα από την παρούσα έρευνα, μάλλον μπλοκάρει και καταναλώνει τις σωματικές δυνάμεις των νοσηλευτών χωρίς να τους προκαλεί τελικά την ποθούμενη ανατροφοδότηση
- Προαγωγή της ψυχικής ευεξίας, με όποιον τρόπο ταιριάζει στην κοσμοθεώρηση και τη φιλοσοφία καθενός, πιθανόν με κάποιες βόλτες στην εξοχή απολαμβάνοντας την επαφή με τη φύση, με γιόγκα, διαλογισμό, κ.α.
- Προαγωγή της κοινωνικής ευεξίας, με μεγαλύτερη κοινωνικοποίηση και συχνότερη συναναστροφή με φίλους και συγγενείς, αφού αυτό όπως φάνηκε αποδίδει και επιτρέπει να αποσυφορηθούν οι εργαζόμενοι και με νέες δυνάμεις να συνεχίσουν το έργο τους
- Επανεξέταση των στόχων ζωής και όχι αναγκαστικά διαγραφή τους, αλλά πιθανόν κατάτμησή τους σε μικρότερους, πιο ευέλικτους με μεγαλύτερο περιθώριο εκπλήρωσης
- Αγάπη για τον ίδιο μας τον εαυτό, κατανόηση του χρόνου που περνάει και ισορροπία ανάμεσα στη διατροφή, την άσκηση, τις υποχρεώσεις και την ημερήσια ανάπαυση
- Επαγρύπνηση για την παρουσία των πρώιμων συμπτωμάτων

2) Από τον οργανισμό και την πολιτεία:

- Η εξασφάλιση ασφαλούς και υγιεινού περιβάλλοντος
- Πρόληψη εργασιακού στρες
- Μείωση των στρεσογόνων παραγόντων
- Εφαρμογή των νοσηλευτικών πρωτοκόλλων
- Ηγεσία με ενσυναίσθηση
- Λειτουργία ομάδων ψυχολογικής στήριξης και των νοσηλευτών
- Αξιοκρατική επαγγελματική εξέλιξη
- Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε προγράμματα διαρκούς επιμόρφωσης
- Δυνατότητα επιλογής εργασιακών τμημάτων – αποδοχή του rotation
- Εξισορρόπηση μισθού και προσφοράς, όσο αυτό είναι δυνατόν
- Δημιουργία κινήτρων

8.ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Παρόλο που τις τελευταίες δεκαετίες το θέμα της εργασιακής ικανοποίησης και επαγγελματικής εξουθένωσης παραμένει στο προσκήνιο, είναι φανερό ότι ακόμη περισσότερες έρευνες μπορούν να διεξαχθούν ερευνώντας επιμέρους εργασιακές ομάδες ή τη σύγκριση ανάμεσα στους νοσηλευτές του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα ή ακόμα και τους νοσηλευτές σε σχέση με άλλους υπαλλήλους που πιθανόν εργάζονται με πρωινό ωράριο, χωρίς βάρδιες.

Επίσης, χρήσιμα θα ήταν τα συμπεράσματα που θα έβγαιναν αν οι μελλοντικές έρευνες συνέκριναν μεταξύ τους τα 2 φύλα ή τους παλιούς με τους νέους νοσηλευτές ή ενδεχομένως τους μόνιμους υπαλλήλους σε σχέση με τους αορίστου χρόνου ή ακόμα για την επίδραση της διατροφής πάνω στην επαγγελματική εξουθένωση.

Τέλος, θα είχε ενδιαφέρον να μαθαίναμε αν υπάρχει διαφορά όσον αφορά την ικανοποίηση, την επαγγελματική εξουθένωση και με ποιους μηχανισμούς αυτές αντιμετωπίζονται από νοσηλευτές που ζουν και εργάζονται σε αγροτικές περιοχές και πώς από νοσηλευτές σε αστικές ή ημιαστικές περιοχές.

Είναι φανερό πως το πεδίο είναι ανερευνήτο και πως υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω μελέτη.

Με τη διάθεση να ανοιχθεί ο δρόμος και η προσφορά των νεογνικών νοσηλευτών να γίνει ευρύτερα γνωστή, η έρευνα αυτή καταθέτει τα συμπεράσματά της και προκαλεί/προσκαλεί τους επόμενους να πάρουν τη σκυτάλη.

9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

Α. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abraham, R., (1999) *Negative affectivity: moderator or confound in emotional dissonance-outcome relationships?* J. Psychol Jan 133:1 61-72
2. AbuAlRub, R., (2004) *Job stress performance and social support among hospital nurses.* Journal of Nursing administration 40, 323
3. Bennett, P., (2010) *Κλινική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία.* Αθήνα: Πεδίο
4. Beck, A., (1976) *Cognitive Therapy and Emotional Disorders.* New York: Universities Press
5. Bischof-Kochler, D., (1991) *The development of empathy in Infants In M.E.Lamb & H. Keller "Infant development. Perspectives from German speaking countries.* Hillsdale: Laurence Erlbaum Associates
6. Cannon, W. B., (1932) *The Wisdom of the Body.* New York: W.W.Norton & Company Inc.
7. Clarke, SP., Aiken, LH., (2006) *More nursing fewer deaths.* QUAL Shaf Health Care 15:2-3
8. Clarke, SP., Aiken, LH., Sloane, DM., Shochalshi, J., Schilber, JH., (2002) *Hospital Nurse Tuffin and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction.* JAMA 288 1987-1993
9. Cole, M. & Cole, S.R., (2002) *Η ανάπτυξη των παιδιών: γνωστική και ψυχοκινητική ανάπτυξη κατά την νηπιακή και την μέση ηλικία.* Α΄Τόμος, Αθήνα: ΔΑΡΔΑΝΟΣ
10. Cordew, C.L., Dougherty, T.W., (1998) *A Review and Integration of Researchon Job Burnout.* Aqcad Manage Rev. 18:621-656
11. DeLongis, A., Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988) *The Impact of Daily Stress Job Health and Mood: Psychological and Social Resources As Mediators.* Journal of Personality and Social Psychology 54, 486-495
12. Ding, X.P, Wellman, H.M., Wang Y., Fu, G. & Lee, K., (2015) *Theory of mind-training causes Honest Young Children to Lie.* Psychological Science, 26(11), 1-10
13. Dorenwend, B.S. & Dorenwend, P., (1969) *Stressful live.* New York: Wiley Interscience
14. Fernandez, E. (2010) *Verbal and Nonverbal Concomitants of Rapport in Health care encounters: implications for Interpreters.* the Journal of specialized translation, 14
15. Fotaki, M., (2005) *Why and How is Compassion necessary to provide good quality Health Care?* Int G Health Policy Management
16. Freud, A., (1936) *Le moi et les mecanismes de defense.* Αθήνα: Καστανιώτη, Μετάφραση: 2007
17. Freud, S., (1936) *The Problem of Anxiety.* The Psychoanalytic Quarterly Press

18. Freud, S., (1959) *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*. London: Hogarth Press
19. Freud, S., (1978) *Το Εγώ και οι μηχανισμοί Άμυνας*. Αθήνα: Καστανιώτης
20. Freudenberg, H.J., (1974) *Staff bournout*. J of Social Issues, 30:30, 159-165
21. Freudenberg, H.J., (1975) *The Staff Burnout Syndrome in Alternative Institutions*. Psychotherapy Theory, Research and Practice, 12:73-82,
22. Goleman, D. Boyatzis, R., (2008) *Emotional Intelligence And The Biology Of Leadership*. Harvard Business Review 86(9): 74-81, 136
23. Halpern, J., (2003) *What is clinical empathy?* Journal of General Internal Medicine, 18(8)
24. Hoen-Saric, R. & McLeod, D, (1988) *Panic and Generalized Anxiety Disorders*. Oxford: Pergamon Press
25. Iakovides A, Fountoulakiskn, Moysidou C, et al (1999) *Burnout in Nursing Staff: Is there a relationship between depression and burnout?*. Int J. Psychiatry Med 29:421-433,
26. Jagus, k.K., Dabrowska, W.M., Chamienia, A., Kielaitė, V., (2018) *Stress factors vs. satisfaction among nursing staff in the Pomeranian Region (Poland) and the Vilnius Region(Lithuania)*. Research Paper: Annals of Agricultural and Environmental Medicine 4/2018 vol. 25
27. Kalliath, T., Morris, R., (2002) *Job Satisfaction Among Nurses: A Predictor of Burnout*. JONA: Volume 32 – Issue 12 –p 648-654
28. Kandel, E., & Jessel, T., (2005) *Νευροεπιστήμες και συμπεριφορά*. Ηράκλειο: Καραμανλίδης
29. Kobasa, S.C., Maddi, S.R., Kahn, S., (1982) *Hardiness and Health: A prospective inquiry*. J of Personality and Social Psychol;42:168-177
30. Kong, J., Kaptchuk, T.J, (2004) *Sharing Pain and Relief: Neutral correlates of Physician During Treatment of patients*. Molecular Psychiatry 19
31. Kubler-Ross, E., (1988) *Θάνατος, το τελικό στάδιο της εξέλιξης*. Αθήνα: Δίοδος
32. Lipps, T., (1897) *Spatial Aesthetics*. Aesthetics 2 vol., Munich: University of Munich,
33. Lazarus, R.S., (1966) *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw Hill
34. Lazarus, R.S., Folkman, S, *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer
35. Ma, C.,C., Samuels, M., Alexander, J., (2003) *Factors that influence Nurse's Job Satisfaction*. S. Carolina: Jurnal of Nursing Administration 33(5), 299
36. Maslach, C., Jackson, S.E., (1986) *Burnout Inventory (Manual)*. 2nd ed. Palo Alto, California: Psychologists Press,
37. Maslach, C., (1982) *Bournout: The cost of Caring*. New Jersey: Prentice Hall Inc.
38. Molassiotis, A., Haberman, M., (1996) *Evaluation of burnout and job*

- satisfaction in marrow transplant nurses. Canser Nurs Oct 19:5 360-367*
39. Montague, E., Chen, P., Xu, J., Chewning, B., Barret, B., (2013) *Non verbal Interpersonal Interactions in Clinical Encounters and Patient Perceptions of Empathy. Participate Med 14(5)*
 40. Najimi, A., Moazemi, A., Sharifarad, G., (2012) *Causes of Job Stress in Nurses: A cross-sectional study. Iranian Journal of nursing and midwifery research 17(4): 301-5*
 41. Numata, Y., Schulzer, M., Van der Val, R., Goberman, J., Semeniuk, P., Balka, E, et al, (2006) *Nurse Staff in Levels and Hospital Mortability in Critical Care Settings: Literature review and meta-analysis. J Adv Nurse 55:435-448*
 42. Patrick, A.,T., Douglas, C., Shirley, E.C., (1991) *Stress, coping and mental well-being in nurses: a comparison of the public and private sectors.*
 43. Rizzolati, G., (2008) *Mirrors in the Brain.* London: Oxford University Press
 44. Robbins, S.P., (2009) *Self-assessment Theory: Insights Into your Skills, Interests and Abilities.* USA: Pearsons Prentice Hall,
 45. Rogers, C.R., (1951) *Client-Centered Therapy: Its current practice implications and theory.* Boston: Houghton – Mifflin
 46. Rueckert, L., (2011) *Gender Differences in Empathy.* 221, 234, London: Paperback edition by Penguin Books
 47. Sagi, A. & Hoffman, M.L. (1976) *Empathic distress in the newborn.* Developmental Psychology, 12(2), 175-176
 48. Selye, H., (1950) *Stress.* Montreal: Acta
 49. Selye, H., (1956) *The Stress of life.* New York: McGraw Hill
 50. Selye, H., (1975) *Stress Without Distress.* New York: New American Library
 51. Semple, M., Cable, S., (2003) *The new Code of Professional Conduct.* Nursing Standart 17(23)
 52. Spielberger, C.D., (1966) *Theory and Research on Anxiety.* New York: Academic Press
 53. Spielberger, C.D., (1972) *Anxiety on an Emotional State.* New York: Academic Pres
 54. Spielberger, C.D., (1982) *Άγχος – Στρες και πώς να το καταπολεμήσετε.* Αθήνα: Ψυχογιός
 55. Steptoe, A., Hamer, m., Chida, Y.,(2007) *The effects of acute psychological stress on circulating inflammatory factors in humans, A review and meta-analysis, Brain, Behavior and Immunity. 21 (7), 901-12*

B. ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αδαλή, Ε., Λεμονίδου, Χ., (2001) *Παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών*. Νοσηλευτική, 2:15-25
2. Αριστοτέλης, (335π.Χ.) *Ηθικά Νικομάχεια*. Βιβλίο Β΄ 6, #10-13, ΑΘΗΝΑ: Μετάφραση: ΚΑΚΤΟΣ (1992)
3. Αντωνίου, Α., Αντωνοδημητράκης, Π., (2001) *Levels of job satisfaction and coping strategies of occupational stress used by Greek hospital doctors*. 8th Conference of Psychological Research, Αεξανδρούπολη
4. Αυγενάκης, Α., Παπαδάκη, Ε., Τοράκη, Μ., (2012) *Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας: επιπτώσεις στην ψυχική υγεία καθώς και στις επαγγελματικές και οικογενειακές σχέσεις*. ΣΕΥΠ: Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Ηράκλειο
5. Αγγελόπουλος, Ν., (2012) *Μεγάλη Ψυχιατρική Εγκυκλοπαίδεια*. Αθήνα: ΒΗΤΑ
6. Αντωνιάδου-Κουμάτου, Ι., Σοφιανού, Α., (2013) *Μητρικός Θηλασμός – ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ*. Αθήνα: ΙΥΠ – ΑΛΚΥΟΝΗ
7. Αντωνίου, Α.Σ., (2002) *Ζώντας με στρες*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου
8. Βαγιάτης, Γ., (2002) *Διοίκηση Επιχειρήσεων και Οργανισμών*. Τόμος Γ: Οργανωσιακή Θεωρία και Συμπεριφορά, Πάτρα: ΕΑΠ
9. “Γιακουμιδάκης, Κ., Μπαλτόπουλος, Γ., Χαρίτος, Χ., Γαλάνης, Π., Μπροκαλάκη, Η., (2009) *Φόρτος νοσηλευτικής εργασίας, διάρκεια νοσηλείας και θνησιμότητα ασθενών μετά από επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης*. Νοσηλευτική, 48:412-423
10. Γορανίτης, Η., Σίσκου., (2010) *Ο Ρόλος Της Συναισθηματικής Νοημοσύνης Των Επαγγελματιών Στο Χώρο Της Υγείας*. Νοσηλεία και Έρευνα, 28:29-35
11. Γιωτάκος, Ο., Καράμπελας, Δ., Καυκάς, Α., (2011) *Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία στην Ελλάδα*. Ψυχιατρική 22(2): 109-119
12. Γκούβα, Μ. & Κοτρόσιου, Ε., (2011) *Ψυχολογικά ζητήματα σε ιστορίες φροντίδας*. Αθήνα: ΛΑΓΟΣ
13. Δημητριάδου, Α., Λαβδανίτη, Μ., Κωσταντινίδου, Α., Τριαρίδης, Α., Σαπουντζή, Δ., (2009) *Παράγοντες που διαμορφώνουν Την Επαλήθευση Των Προσδοκιών Επιλογές Του Νοσηλευτικού Επαγγέλματος*. Νοσηλευτική 48(2:228-237)
14. Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ., (2006) *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων, αναπτυξιακή προσέγγιση*. Αθήνα : ΔΑΡΔΑΝΟΣ
15. Καλαντζή, Α. & Αναγνωστόπουλος, Φ., (1999) *Εισαγωγή στην Κλινική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
16. Καπρίνης, Γ., (2009) *Κλινική ψυχιατρική*. Αθήνα: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ
17. Καραμανίδου, Χ., (2010) *Επικοινωνία επαγγελματιών υγείας και ασθενών και το φαινόμενο της μη συμμόρφωσης: προσανατολισμοί για την πολιτική υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
18. Κονταξάκης, Β.Π., Χαβάκη-Κονταξάκη, Μ.Ι., Χριστοδούλου, Γ.Ν., (2005) *Προληπτική ψυχιατρική και ψυχική υγιεινή*. Αθήνα: ΒΗΤΑ

19. Κοτανίδης, Α.Θ., (2015) *Στοιχεία ψυχοδυναμικής θεωρίας*. Αθήνα: ΙΔΙΩΤΙΚΗ
20. Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Σουλιώτης, Κ., Τσάκος, Γ., *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο
21. Κωσταρίδου, Α., (1995) *Ψυχολογία κινήτρων*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
22. Λαμπράκη, Μ., Βλασιάδης, Κ., Πατεράκης, Γ., Φιλαλήθης, Α., (2015) *Προσδοκίες και ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο*. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2016, 33(4):472-478
23. Λάγιου-Λιγνού, Ε., (2011) *Παρατηρώντας το βρέφος*. Αθήνα: Καστανιώτης
24. Μαδιανός, Μ., (2003) *Κλινική Ψυχολογία*. Αθήνα: Καστανιώτης
25. Μάνος, Ν., (1997) *Βασικές Αρχές Ψυχιατρικής*. Αθήνα: Εκδόσεις University Press
26. Μαλικιώση-Λοϊζου, Μ., (2003) *Μια κριτική ματιά στην ενσυναίσθηση*. Ψυχολογία, 10,2&3
27. Μουστάκα, Ε., Ζάντζος, Ι., Κωνσταντινίδης, Θ.Κ., (2010) *Εκφάνσεις του Εργασιακού Άγχους στην και τη Σωματική Ψυχική Υγεία*. Αλεξανδρούπολη: ΔΠΘ
28. Μπελλάλη, Θ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Καλαφάτη, Μ., Νιάκας, Δ., (2008) *Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών*. Αρ. Ελλ. Ιατρικής, 24(1), 75-84
29. Μπίτση, Γ., (2011) *Διερεύνηση επιπέδων εργασιακής ικανοποίησης και υποπαρακίνησης στα πλαίσια της θεωρίας της συναισθηματικής νοημοσύνης: έρευνα σε επιλεγμένο δείγμα προσωπικού 2 μονάδων του ΓΕΣ*. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
30. Μπούζα, Ε., (2009) *Οδηγίες και συμβουλές στους γονείς νεογέννητων που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών*. Αθήνα: Νοσοκομείο Παίδων “Η Αγία Σοφία”
31. Μπουραντάς, Δ., (2005) *Ηγεσία, Ο Δρόμος Της Διαρκούς Επιτυχίας*. Αθήνα: Κριτική:51-96
32. Μπίτση, Γ., (2011) *Διερεύνηση Επιπέδων Εργασιακής Ικανοποίησης και Υπο(παρα)κίνησης Προσωπικού Στα Πλαίσια της Θεωρίας Της συναισθηματικής Νοημοσύνης*. Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιου Μακεδονίας
33. Παϊκοπούλου, Δ., Γέραλη, Μ., (2009) *Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς στο Τελικό Στάδιο Ζωής του. Πρωτόκολλο Μεταθανάτιας φροντίδας*. Νοσηλευτική; 48(1), 19-29
34. Παλαιολόγου, Α.Μ., (2004) *Προσανατολισμοί Κλινικής Ψυχολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
35. Πάνου, Μ., (1994) *Παιδιατρική Νοσηλευτική*. σ.45-105, σ.517-518 Εννοιολογική προσέγγιση, Αθήνα: εκδόσεις ΒΗΤΑ,
36. Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, Ε., (2010) *Ο δεσμός της αγάπης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
37. Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, Ε., (1997) *Η σιωπηλή γλώσσα των συναισθημάτων*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
38. Παπαδάτος, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ., (1995) *Η Ψυχολογία στο Χώρος της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
39. Παπαδημητρίου, Γ., Λιάππας, Ι., Λύκουρας, Ε., (2013) *Σύγχρονη Ψυχιατρική*.

- Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ
40. Παπαδόπουλος, Ν., (2005) *Λεξικό της ψυχολογίας*. Αθήνα: Σύγχρονη Εκδοτική
 41. Παπαγεωργίου, Ε., (2010) *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Ν. Αργυρός
 42. Παππά, Β., (2013) *Η λογική των συναισθημάτων. Συναισθηματική ανάπτυξη και συναισθηματική νοημοσύνη*. Αθήνα: ΒΗΤΑ
 43. Πλαστίδου, Ν., (2001) *Συναισθηματική Νοημοσύνη: Σύγχρονες προσεγγίσεις Μιας Παλιάς Έννοιας*. Επιστήμες Αγωγής, 1,27-39
 44. Πιπερόπουλος, Γ., (2007) *Επικοινωνώ Άρα Υπάρχω: Ηγεσία, Επικοινωνία, Δημόσιες Σχέσεις*. Θεσσαλονίκη: 9^η Έκδοση
 45. Σολδάτος, Κ., Λύκουρας, Λ., (2007) *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ
 46. Σακαλάκη, Μ., (1994) *Ψυχολογία της επικοινωνίας – Θεωρητικά Ρεύματα και προοπτικές της έρευνας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
 47. Σνάιντερ, Κ., (2006) *Συναισθηματική νοημοσύνη με καρδιά*. Αθήνα: Καστανιώτης
 48. Σολδάτος, Κ., Λύκουρας, Λ., (2007) *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*. Αθήνα: ΒΗΤΑ
 49. Σουλιώτης, Κ., (2007) *Πολιτική και Οικονομία της υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης
 50. Στεργιοπούλου, Φ., (2017) *Επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματίες υγείας, ΜΕΘ, ΜΕΝΝ, Burnout*. Αθήνα: Hellenic Open University
 51. Στεφανής, Κ., (1981) *Το Άγχος*. Αθήνα: Εκδοτικός Οργανισμός Πάπυρος
 52. Σταλίκας, Α., Χαμόδρακα, Μ., (2004) *Η Ενσυναίσθηση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
 53. Τούντας, Γ., (2008) *Το ιδανικό, το εφικτό, το κοινωνικά αναγκαίο*. 1^ο επιστημονικό Συνέδριο με θέμα: Υγιεινή και ασφάλεια στους τομείς της υγείας, Βόλος
 54. Φαλάρας, Β., (2010) *Η Ψυχαναλυτική διαδικασία*. Αθήνα: ΒΗΤΑ
 55. Φατούρου – Χαρίτου, Μ., (2004) *Ψυχοθεραπευτική πράξη*. Αθήνα: Gutenberg
 56. Χαλάς, Γ., (2010) *Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Ικανοποίησης από την Εργασία στο Δημόσιο τομέα*. Διοικητική Ενημέρωση, 52: 5-19
 57. Χριστοδουλίδης, Α., (1996) *Το Άγχος*. Αθήνα: Δομή
 58. Banyard, P., (2008) *Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση
 59. Brazelton, B., Cramer, B., (2009) *Η πρώτη σχέση*. Αθήνα: Παπαζήση
 60. Gabbard G, (2006), “Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική στην κλινική πράξη”, επιμέλεια Υφαντής, Ελληνικές Εκδόσεις
 61. Υφαντής, Θ., Φλώρος, Γ.Δ., Γούλια, Π., Οικονόμου, Γ., Ασημακόπουλος, Κ., (2011) *Το ερωτηματολόγιο εκτίμησης των μηχανισμών άμυνας: Life Style Index. Ψυχιατρική, 22(3), 207-220*
 62. Goleman, D., Vogiatzis, R., McKee, A., (2002) *Ο Νέος Ηγέτης: Η Δύναμη Της Συναισθηματικής Νοημοσύνης Στην Διοίκηση Οργανισμών*. Μετάφραση Ξενάκη, Χ., Κουμπιρέλη, Μ., Δ' Έκδοση, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
 63. Gottman, J., (2011) *Η συναισθηματική νοημοσύνη των παιδιών: πώς να μεγαλώσουμε παιδιά με συναισθηματική νοημοσύνη – ένας πρακτικός για γονείς*. Αθήνα: Πεδίο
 64. Goleman, D., (2002) *Η Συναισθηματική Νοημοσύνη Στο Χώρο Της Εργασίας*. Μετάφραση: Μεγαλούδη, Φ, 16^η Έκδοση, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
 65. Hogan, M.A., (2012) *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Αθήνα: Πασχαλίδης

66. Holmes, J., (2009) *Ο John Bowlby και η θεωρία του δεσμού*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
67. ICN, Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών, (2007) *Υποστηρικτικό Εργασιακό Περιβάλλον: Ποιοτικοί Χώροι Φροντίδας – Ποιοτική Φροντίδα Ασθενούς*. Νοσηλευτικό Δελτίο ΕΣΝΕ Τεύχος 127, Απρίλιος
68. Klaus, M., Kenell, J., Klaus, P., (2004) *Ένας μοναδικός δεσμός*. Αθήνα: Ρέω
69. Sharigo, L., (2001) *Πώς να μεγαλώσετε ένα παιδί με υψηλό EQ*. Μετάφραση Βελούδος, Μ., Αθήνα: Δωρικός

Γ. ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Anxiety Disorders Association United States of America (ADAA, 2003), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*, Anxiety Disorders Information, www.google.com”,
2. Βαβουράκη Ε, “*Η φροντίδα των πρόωρων νεογνών*” Ηλιτόμηνον, euMEDLINE, www.litominon.gr
3. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (ΕΠΙΨΥ, 2006), “*Άγχος*” www.depressionanxiety.gr
4. E-Therapy, Ενημέρωση Ψυχικής Υγείας – Γνωσική Συμπεριφοριστική Θεραπεία, (E-Therapy, 2007) *Άγχος* www.e-therapy.gr
5. Καλλιμώρου Ε, (2008), “*Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού*”, παιδικό Εργαστήρι www.paidikoergastiri.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=24&itemid=77
6. Προσαρμογή Διεπιστημονική Εταιρία Ψυχολογικής Παρέμβασης (Προσαρμογή, 2008), “*Ψυχική Υγεία – Άγχος*” www.prosamogi.gr/mental-illness/stress.html#04
7. Παπάνης Ε, Μπαλάσα Α, (2009), “*Εργασιακή Ικανοποίηση και Αξιολόγηση*” www.emprosnet.gr/opinion/articles/?EntityId=63463722-1ba4-4e6d-b8c1-06aa28c1d980
8. Φουντουλάκης, Κ., *Επαγγελματική Εξουθένωση*, kfount@med.auth.gr

10. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

10.1. Παράρτημα Α'

Ερωτηματολόγιο

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Θέμα έρευνας:

<<ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΦΟΡΤΙΟ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΕ ΝΕΟΓΝΙΚΕΣ ΜΕΝ & ΜΑΦ ΣΤΑ 2 ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ, ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ & Α.+Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ>>

Αγαπητοί συνάδελφοι,

η μελέτη που ακολουθεί αφορά στην διερεύνηση του άγχους, της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς και στους μηχανισμούς άμυνας που αναπτύσσουν οι νοσηλεύτες που εργάζονται σε νεογνικές ΜΕΝ και ΜΑΦ προκειμένου να φέρουν εις πέρας με επιτυχία το έργο τους.

Η μελέτη διεξάγεται στο πλαίσιο του ΠΜΣ "Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας". Για την επιτυχία της παρούσας μελέτης είναι απαραίτητη η καταμέτρηση των διαφόρων βαθμίδων άγχους των νοσηλευτών, η διαβάθμιση της επαγγελματικής εξουθένωσής τους καθώς και η διερεύνηση των μηχανισμών άμυνας που αναπτύσσουν.

Η συμμετοχή και η υποστήριξή σας στην συγκεκριμένη μελέτη κρίνεται απολύτως απαραίτητη. Πρέπει να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια και σύμφωνα με τον τρόπο σκέψης σας. Ο χρόνος που απαιτείται είναι περίπου 15 λεπτά. Τα δημογραφικά στοιχεία καθώς και όλες οι απαντήσεις σας είναι αυστηρά ανώνυμες και εμπιστευτικές. Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο από την συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα και για τους σκοπούς της συγκεκριμένης μελέτης.

Όποιος συνάδελφος ενδιαφέρεται να μάθει τα αποτελέσματα που προέκυψαν μπορεί να επικοινωνήσει μαζί μου στο προσωπικό μου email: rodanthilib@windowslive.com

ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΥ ΡΟΔΑΝΘΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Α+Β ΝΕΟΓΝΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ, ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ ΕΚΠΑ

ΑΘΗΝΑ 2019

ΜΕΡΟΣ Α'

(Α) ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο: α. Άνδρας β. Γυναίκα
2. Ηλικία:
3. Επίπεδο Σπουδών:
 - α. Απόφοιτος Γυμνασίου - Λυκείου β. Πτυχίο Τ.Ε.Ι
 - γ. Πτυχίο ΑΕΙ Πανεπιστημίου δ. Μεταπτυχιακό Master
 - ε. PhD
 - στ. Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε).....
4. α. Νοσηλεύτης (ΠΕ) β. Νοσηλεύτης (ΤΕ)
 - γ. Νοσηλεύτης (ΔΕ)
 - δ. Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε).....

(Β) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

5. α. Άγαμος/η β. Έγγαμος/η
 - γ. Διαζευγμένος/η δ. Χήρος/α
6. Παιδιά: α. Ναι β. Όχι

Αν Ναι αριθμός παιδιών:.....
7. Ποιος προσέχει τα παιδιά όταν εργάζεστε;
 - α. Συγγενικό πρόσωπο β. Ξένο άτομο
 - γ. Παιδικός σταθμός δ. Άλλο

(Γ) ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

8. Σε ποιο τμήμα ή μονάδα εργάζεστε;
9. Συνολικός χρόνος υπηρεσίας (σε έτη):
10. Φύση εργασίας: α. Με σύμβαση αορίστου χρόνου
β. Με σύμβαση ορισμένου χρόνου
11. Πόσο χρόνια εργάζεστε στην συγκεκριμένη κλινική;
12. Κατέχετε κάποια θέση Υπευθύνου; α. Ναι β. Όχι
Αν Ναι ποια;
.....
13. Το ωράριο εργασίας σας είναι :
α. Αποκλειστικά Πρωινό β. Βάρδιες
γ. Άλλο.....
14. Θα θέλατε κάποια αλλαγή στο ωράριο εργασίας σας;
α. Ναι β. Όχι
γ. ΔΓ/ΔΑ
15. Νιώθετε ανάγκη για συχνότερες άδειες;
α. Ναι β. Όχι
γ. ΔΓ/ΔΑ

ΜΕΡΟΣ Β'

(Δ) ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ

16. Κατά την διάρκεια της εργασίας σας είστε ικανοποιημένος/η από:

(τσεκάρετε σε κάθε ερώτηση μόνο μία απάντηση)

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα πολύ

Τη συνεργασία με Προϊσταμένους

Τη συνεργασία με Ιατρικό προσωπικό

Τη συνεργασία με Νοσηλευτικό >>

Το αντικείμενο εργασίας
Τις συνθήκες εργασίας
Τις ευκαιρίες που δίνονται από την
υπηρεσία να αναπτύξω περισσότερο τα
προσόντα & τις γνώσεις μου π.χ. συμμετοχή
σε σεμινάρια και εκπ/ικά προγράμματα
Τη συμμετοχή σας σε χρηματοδοτούμενα
από την υπηρεσία σας προγράμματα

17. Ποιές από τις παρακάτω αντιδράσεις παρατηρείτε ότι συμβαίνουν στον εαυτό σας;

(τσεκάρετε σε κάθε ερώτηση μόνο μία απάντηση)

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα πολύ

Αρνητική διάθεση για το αντικείμενο
της εργασίας

Άγχος

Νεύρα

Συναισθηματική φόρτιση

Θυμός απέναντι στους συναδέλφους

Θυμός απέναντι στους ασθενείς

Αδιαφορία για τον ασθενή

Αισθάνομαι απογοητευμένος από

τη δουλειά μου

Αισθάνομαι ότι η δουλειά αυτή

συναισθηματικά με σκληραίνει

Φτάνω στο τέλος των αντοχών μου

18. Ποιές από τις παρακάτω αντιδράσεις σε σχέση με τον εαυτό σας παρατηρείτε ότι συμβαίνουν στην οικογενειακή και κοινωνική σας ζωή;

(τσεκάρετε σε κάθε ερώτηση μόνο μία απάντηση)

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα πολύ

Συχνά μεταφέρω τα προβλήματα

της δουλειάς στο σπίτι

Στην οικογένειά μου αντιμετωπίζω τα

συναισθηματικά μου προβλήματα

πολύ ήρεμα

Συναισθηματική ικανοποίηση όταν

βρίσκομαι με φίλους

Νιώθω συναισθηματικά απομακρυσμένος

από την οικογένειά μου

Αδυναμία της οικογένειάς μου να κατανοήσει

τις επαγγελματικές μου δεσμεύσεις

Δυσκολία στην ανάπτυξη κοινωνικών

σχέσεων

Δυσκολία στην ανάπτυξη διαπροσωπικών

σχέσεων

Οι καβγάδες και οι διαπληκτισμοί στο

οικογενειακό περιβάλλον είναι

συχνό φαινόμενο

Νιώθω ψυχολογικά αδύναμος να

αντιμετωπίσω καθημερινά προβλήματα

19. Πόσο θα βοηθούσε στην αντιμετώπιση της κατάστασης η... :

(τσεκάρετε σε κάθε ερώτηση μόνο μία απάντηση)

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα πολύ

Αύξηση ύψους αποδοχών;

Συναισθηματική υποστήριξη

από εξειδικευμένη ομάδα;

Αλλαγή ωραρίου εργασίας;

Καλύτερος καταμερισμός εργασίας;

Ύπαρξη ουσιαστικότερων σχέσεων

μεταξύ συναδέρφων;

Δυνατότητα συχνών αλλαγών

σε τμήματα-κλινικές;

Διευκολύνσεις ωραρίου;

Παροχές κινήτρων εκπαίδευσης-εξειδίκευσης;

20. Τη συγκεκριμένη περίοδο πώς νιώθετε;

(τσεκάρετε σε κάθε ερώτηση μόνο μία απάντηση)

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα πολύ

Ικανοποιημένος από την απόδοση

της εργασίας μου

Εξουθενωμένος από την εργασία μου

Ψυχολογικά αδύναμος να αντιμετωπίσω

τον ασθενή και την οικογένειά του

Επιθυμία για αλλαγή χώρου εργασίας

Νιώθω κουρασμένος όταν σηκώνομαι

το πρωί και πρέπει να αντιμετωπίσω

μια ακόμη ημέρα στην δουλειά μου

(Ε)ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

21. Τι συνήθειες έχετε;

- | | | |
|--|--------|--------|
| α. Καπνίζετε; | 1. Ναι | 2. Όχι |
| α. α. Αν ΝΑΙ πόσα τσιγάρα ημερησίως; | | |
| β. Καταναλώνετε αλκοόλ; | 1. Ναι | 2. Όχι |
| β. α. Αν ΝΑΙ πόσα ποτήρια ημερησίως; | | |
| γ. Κοιμάστε πάνω από 6 ώρες ημερησίως; | 1. Ναι | 2. Όχι |
| δ. Γυμνάζεστε πάνω από 3 φορές εβδομαδιαίως; | 1. Ναι | 2. Όχι |
| ε. Επισκέπτεστε φίλους συχνά; | 1. Ναι | 2. Όχι |
| στ. Επισκέπτεστε συγγενείς συχνά; | 1. Ναι | 2. Όχι |
| ζ. Πραγματοποιείτε δραστηριότητες με την οικογένειά σας; | 1. Ναι | 2. Όχι |
| η. Ασχολείστε με κάποιο χόμπι; | 1. Ναι | 2. Όχι |
| η. α. Αν Ναι ποιο; | | |
| θ. Έχετε κοινωνική ζωή; | 1. Ναι | 2. Όχι |
22. Το επάγγελμά σας έχει επηρεάσει την οικογενειακή και κοινωνική σας ζωή;
- | | | |
|--------------------------------|--------|--------|
| α. Αν Ναι με ποιο τρόπο; | 1. Ναι | 2. Όχι |
|--------------------------------|--------|--------|

(ΣΤ) ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΝΟΧΛΗΣΕΙΣ

23. Ποια από τα παρακάτω σας συμβαίνουν τον τελευταίο χρόνο;

- | | | |
|---------------------------|--------|--------|
| α. Άγχος | 1. Ναι | 2. Όχι |
| β. Κατάθλιψη | 1. Ναι | 2. Όχι |
| γ. Διαρκής εκνευρισμός | 1. Ναι | 2. Όχι |
| δ. Υπέρταση | 1. Ναι | 2. Όχι |
| ε. Έντονοι μυϊκοί πόνοι | 1. Ναι | 2. Όχι |
| στ. Υπερθυρεοειδισμός | 1. Ναι | 2. Όχι |
| ζ. Σεξουαλικές διαταραχές | 1. Ναι | 2. Όχι |
| η. Διαταραχές ύπνου | 1. Ναι | 2. Όχι |

θ. Κόπωση	1. Ναι	2. Όχι
ι. Κεφαλαλγίες	1. Ναι	2. Όχι
ια. Γαστρεντερολογικές διαταραχές	1. Ναι	2. Όχι
ιβ. Καρδιολογικά ενοχλήματα	1. Ναι	2. Όχι
ιγ. Αύξηση ή μείωση του βάρους	1. Ναι	2. Όχι
ιδ. Άλλο		

(Ζ) ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ

24. Γνωρίζετε για τα συμπτώματα εκδήλωσης του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης;

1.Ναι 2. Όχι

25. Μετά από τόσα χρόνια εργασίας, νιώθετε επαγγελματική κόπωση;

1.Ναι 2. Όχι

26. Αν Ναι ποιοι παράγοντες και πόσο θεωρείτε ότι επιτείνουν την εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης; (τσεκάρετε σε κάθε ερώτηση μόνο μία απάντηση)

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα πολύ

Συνθήκες εργασίας

Εργασία με βάρδιες

Φόρτο εργασίας

Έλλειψη προσωπικού

Προσωπικά χαρακτηριστικά σας

Ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων

Έλλειψη ψυχολογικής στήριξης

από συναδέλφους

Εργασιακές διακρίσεις

27. Ποιές οι προτάσεις σας για την βελτίωση των συνθηκών εργασίας, με σκοπό την ελάττωση και αποφυγή συμπτωμάτων του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης;

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ΜΕΡΟΣ Γ΄

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΜΗΧΑΝΙΣΜΩΝ ΑΜΥΝΑΣ

- | | | |
|--|--------|--------|
| 1. Πολύ σπάνια νιώθω τρυφερότητα για κάποιον | α. Ναι | β. Όχι |
| 2. Με ενοχλεί που οι άνθρωποι παριστάνουν τόσο πολύ τους σπουδαίους | α. Ναι | β. Όχι |
| 3. Μερικές φορές που με απέρριψαν μου ήρθε να αυτοκτονήσω | α. Ναι | β. Όχι |
| 4. Δεν ενοχλούμαι όταν ακούω ένα μωρό να κλαίει | α. Ναι | β. Όχι |
| 5. Πάντα υπήρχε κάποιος στον οποίο ευχόμουν να έμοιαζα | α. Ναι | β. Όχι |
| 6. Όταν ακούω σόκιν ανέκδοτα αισθάνομαι πολύ αμήχανα | α. Ναι | β. Όχι |
| 7. Τα ηθικά μου κριτήρια είναι υψηλότερα από εκείνα των περισσότερων ανθρώπων που ξέρω | α. Ναι | β. Όχι |
| 8. Όταν βλέπω κάποιον μέσα στα αίματα δεν ενοχλούμαι σχεδόν ποτέ | α. Ναι | β. Όχι |
| 9. Δεν ενοχλούμαι όταν ακούω για θηριωδίες | α. Ναι | β. Όχι |
| 10. Όταν απογοητεύομαι γίνομαι πολύ οξύθυμος-η | α. Ναι | β. Όχι |

11. Μισώ τους ανθρώπους που πατούν
επί πτωμάτων για να προχωρήσουν α. Ναι β. Όχι
12. Δεν θα πήγαινα ποτέ σε μία ταινία
με σκηνές σεξ και βίας α. Ναι β. Όχι
13. Με αρρωσταίνουν οι άνθρωποι που προσπαθούν
με φωνές και κραυγές να γίνει το δικό τους α. Ναι β. Όχι
14. Πράγματα που δεν μου αρέσουν τα διώχνω
από το μυαλό μου α. Ναι β. Όχι
15. Είμαι πάντα αισιόδοξος-η α. Ναι β. Όχι
16. Είμαι τυχερός-ή που έχω λιγότερα προβλήματα
από τους περισσότερους ανθρώπους α. Ναι β. Όχι
17. Έχω έντονη την ανάγκη να με επαινούν α. Ναι β. Όχι
18. Σε μια αντιπαράθεση είμαι συνήθως πιο
λογικός-ή από τον άλλον α. Ναι β. Όχι
19. Μάλλον καυγαδίζω συχνά με τους άλλους α. Ναι β. Όχι
20. Έχω έντονη την ανάγκη να μου λένε οι
άλλοι ότι είμαι γοητευτικός-ή α. Ναι β. Όχι
21. Πιστεύω ότι οι άνθρωποι θα σε
εκμεταλλευτούν αν δεν είσαι προσεχτικός α. Ναι β. Όχι
22. Βλέπω την θετική πλευρά των πραγμάτων α. Ναι β. Όχι
23. Μου είναι πολύ δύσκολο να λέω πρόστυχες λέξεις α. Ναι β. Όχι
24. Θα έκανα τα πάντα για να κάνω καλή εντύπωση α. Ναι β. Όχι

10.2. Παράρτημα Β΄

Εγκρίσεις

Καλησπέρα και ευχαριστώ πολύ για την επικοινωνία.

Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε την ελληνική έκδοση του ERI εφόσον είναι καθαρά για ακαδημαϊκό και όχι για εμπορικό σκοπό. Αν θελήσετε να δημοσιεύσετε τα αποτελέσματα της δουλειάς σας σε επιστημονικά περιοδικά θα πρότεινα επίσης να επικοινωνήσετε με τον δημιουργό του αυθεντικού ερωτηματολογίου Καθηγητή κ. Siegrist (siegrist@uni-duesseldorf.de) για να ζητήσετε και την δική του άδεια. Μπορείτε να του πείτε ότι έχετε ήδη επικοινωνήσει με εμένα.

Επισυνάπτω τη μετάφραση του ερωτηματολογίου. Έχετε υπόψη ότι στο δημοσιευμένο paper το validation έγινε έχοντας 4 δυνητικές απαντήσεις για όλες τις ερωτήσεις: 1. Διαφωνώ απόλυτα, 2. Διαφωνώ, 3. Συμφωνώ, 4. Συμφωνώ απόλυτα. Προτείνω αντίστοιχα και εσείς να εφαρμόσετε σε όλες τις ερωτήσεις αυτό το 4-point Likert scale format απαντήσεων καθώς μπορεί να μειώσει τον αριθμό των ελλιπών δεδομένων.

Καλή επιτυχία και είμαι στη διάθεσή σας για οποιοσδήποτε άλλες πληροφορίες/βοήθεια.

Με εκτίμηση,

Παύλος Μσάουελ

Dear Mrs. Rodanthi,

in response to your request I hereby give you permission to use the ERI questionnaire (original and short version) for your research. Attached please find some additional information. I understand that you will apply the Greek version of the questionnaire, as developed by Msaouel Pavlos.

Kind regards

J. Siegrist

10.3. ΧΑΡΤΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΠΡΩΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ

Ο Πρώτος Χάρτης Δικαιωμάτων των Πρόωρων Νεογνών

1 Κάθε πρόωρο νεογνό πρέπει να αντιμετωπίζεται ως άτομο.

2 Όλα τα παιδιά έχουν το δικαίωμα να γεννιούνται σε ένα περιβάλλον που να εγγυάται την ασφάλεια και την υγεία τους.

3 Τα πρόωρα νεογνά έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν την υποστήριξη και τη φροντίδα που χρειάζονται ανάλογα με την κατάσταση της υγείας τους καθώς και όλες τις θεραπείες που παρέχουν την ανακούφιση από τον πόνο.



4 Τα πρόωρα νεογνά έχουν το δικαίωμα να βρίσκονται σε άμεση και διαρκή επαφή με τις οικογένειές τους.

5 Όλα τα πρόωρα νεογνά έχουν το δικαίωμα να απολαμβάνουν τα οφέλη του μητρικού γάλατος καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας τους και να θηλάζουν από τη μητέρα τους το συντομότερο δυνατό.

6 Οι γονείς των πρόωρων νεογνών που νοσηλεύονται έχουν το δικαίωμα στη σωστή πληροφόρηση.

7 Οι γονείς των πρόωρων νεογνών έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν υποστήριξη καθώς αποκτούν τις νέες και ειδικές δεξιότητές τους ως γονείς.

8 Τα πρόωρα νεογνά έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν συνεχή φροντίδα μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, μέσω ενός εξατομικευμένου πλάνου το οποίο δίδεται στους γονείς.

9 Σε περίπτωση που προκληθούν ανικανότητες οποιασδήποτε μορφής και βαρύτητας, τα νεογνά έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα αποκατάστασης και πρόσβαση στις απαιτούμενες κοινωνικές, ψυχολογικές και οικονομικές υπηρεσίες στήριξης.

10 Οι οικογένειες των πρόωρων νεογνών έχουν το δικαίωμα οι ειδικές απαιτήσεις τους να ικανοποιούνται, μέσω της συνεργασίας των φορέων χάραξης πολιτικής και των κοινωνικών φορέων.

