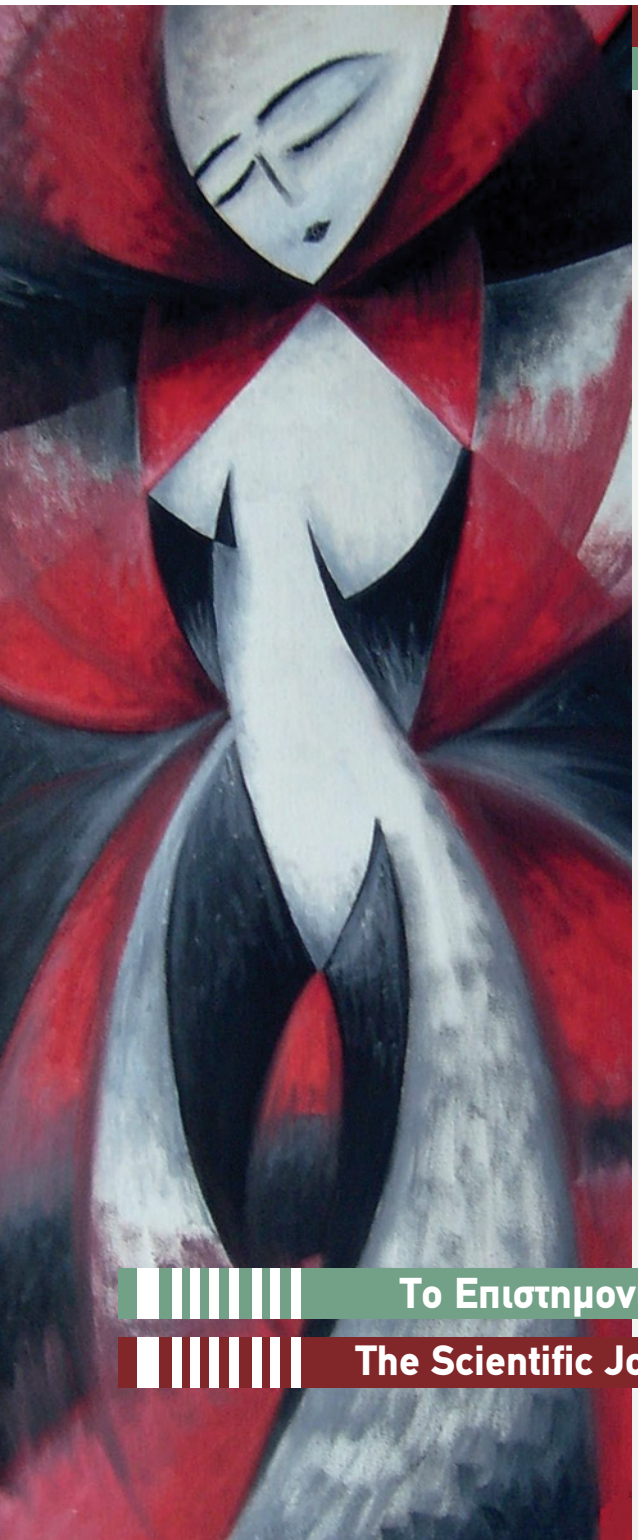
Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science



Τόμος 15, Τεύχος 4, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2022
Volume 15, Issue 4, OCTOBER - NOVEMBER - DECEMBER 2022

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ – RESEARCH ARTICLES

Διερεύνηση της σχέσης της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών με τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών σε νοσοκομείο υποδοχής περιστατικών Covid-19
Nurses' reported burnout and its relationship to patients' length of stay in Magnet hospitals
Κωνσταντίνος Κωνσταντινίδης, Κορίνα Κατσαλιάκη

Διερεύνηση του εθισμού στο διαδίκτυο: έρευνα σε πολίτες
Investigating internet addiction: a citizen survey
Νικόλαος Μπακάλης, Βιολέττα Σακέτου, Ελένη Βαβάτσικου, Ανδρονίκη Κώστα, Αναστάσιος Τζεναλής

Ανθεκτικότητα και αυτοφροντίδα νοσηλευτών στην εποχή της πανδημίας covid-19: μια πιλοτική μελέτη
Nurses' resilience and self-care in the era of the covid-19 pandemic: a pilot study
Μαρία Πούρου, Γεώργιος Μανομενίδης, Χρυσοβαλάντης Καραγκούνης, Θάλεια Μπελλάλη

Η επικοινωνιακή ικανοποίηση των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας και οι επιπτώσεις της
The communication satisfaction of patients by health care professionals and their implications
Μαρία Κηπουροπούλου, Χρυσούλα Βαρσαμάκη

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Περίθαλψη των τραυματιών αγωνιστών στην Ελληνική Επανάσταση του 1821
Health care for the wounded combatants during the Greek Revolution of 1821
Ελένη Γιώτη, Λαμπρινή Βήκα

Η Πολιτική για τα ψυχιατρικά νοσοκομεία στην Ελλάδα τον 19ο αιώνα
The Policy for psychiatric hospitals in Greece in the 19th century
Σταματίνα Δούκη, Στυλιανός Ιωάννης Τζαγκαράκης, Δέσποινα Καρακατσάνη

Τεύχος 4ο 2022

Το Επιστημονικό Περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος
The Scientific Journal of the Hellenic Regulatory Body of Nurses



Η ισχύς εν τη ενώσει

Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα (2ος όροφος)
Τηλ.: 210-3648044, Fax: 210-3648049
e-mail: info@enne.gr

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr

Ελληνικό περιοδικό της
Νοσηλευτικής Επιστήμης

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα, Τηλ.: 210 3648 044
Fax: 210 3648 049, e-mail: info@enne.gr, www.enne.gr

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: Power Graphics
Αγνώστων Ηρώων 101, Νέα Ιωνία, 142 31
Τηλ.: 210 2717979, e-mail: info@powergraphics.gr

ΕΚΔΟΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: ΔΡ. ΣΟΦΙΑ ΤΑΝΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ

Το ΔΣ της ΕΝΕ:
**Πρόεδρος: Δημήτριος Σκουτέλης, Αντιπρόεδρος Α΄: Απόστολος Κωτσής, Αντιπρόεδρος Β΄: Γεώργιος Μπαλιόζογλου,
Γενικός Γραμματέας: Τζαννής Πολυκανδριώτης, Αναπληρωτής Γραμματέας: Κωνσταντία Μπελαλή,
Ταμίας: Λάμπρος Μπίζας, Οργανωτικός Γραμματέας: Γεώργιος Αβραμίδης**

Μέλη:
**Γεώργιος Κούρτης, Γεώργιος Αρβανίτης, Ευτυχία Γιάγκου, Παναγιώτης Κοσκινάς, Μαρία Κωστίκου, Μιχαήλ Μαντζανάς,
Ευάγγελος Ναλμπάντης, Σταύρος Πανόπουλος**

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:
Δρ. Μαρία Καπρίτσου, RN, BSc, MSHCM, PhD, Postdoc, Πρόεδρος Ελληνικής Περί Αναισθησιολογικής Εταιρείας, Προϊσταμένη Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Άγιος Σάββας»
Δρ. Βάϊα Κωνσταντικάκη, MSc, PhD, ΑΝΘ Θεαγένειο

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:
Αλέξιος Παραράς, Δικηγόρος, Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Αθηνά Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **Μαρία Μαλλιαρού,** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, **Ιωάννης Κουτελέκος,** Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΠΑΔΑ, **Στέφανος Μαντζούκας,** Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, **Ευγενία Μηνασίδου,** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, **Νικόλαος Μπακάλης,** Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, **Θάλεια Μπελλάλη,** Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, **Παύλος Μυριανθεύς,** Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **Τζαννής Πολυκανδριώτης,** MSc, ΨΝΑ «Δαφνί»

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ
Ελένη Αλμπάνη, Γεώργιος Αργυρίου, Μαρία Γέραλη, Γεώργιος Ελεσνίτσαλης, Ευτυχία Ευαγγελίδου, Γεώργιος Ευλαβής, Μιχαήλ Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης, Αγγελική Καραΐσκου, Γεώργιος Κριτσωτάκης, Θεοχάρης Κωνσταντινίδης, Γαβριήλ Λάζος, Ελένη Λαχανά, Πολυξένη Λιαμοπούλου, Ασπασία Λούτα, Πολυξένη Μαγγούλια, Γεώργιος Μανομενίδης, Χρήστος Μαρνέρας, Ευαγγελία Μεϊμέτη, Δημήτριος Μπαρουξής, Δήμητρα Παλητζήκα, Νίκη Παυλάτου, Δημήτριος Πιστόλας, Γεώργιος Σιδηράς, Αγγελική Σταθαρού, Ευαγγελία Σταματοπούλου, Νικόλαος Στεφανόπουλος, Αναστάσιος Τζεναλής, Αικατερίνη Τόσκα, Άρης Υφαντής

ΜΕΛΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
Dr Θεόδωρος Ξάνθος, Καθηγητής Φυσιολογίας & Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, **Dr Theodoros Koutroubas,** Professor, UC Louvain, Brussels, Belgium, **Dr Irena Papadopoulos,** Professor of Transcultural Health and Nursing, Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health, Middlesex University, London, UK, **Dr Denise McEnroe-Petitte,** Associate Professor, Nursing, Kent State University Tuscarawas, Associate Degree Nursing Program, New Philadelphia, USA, **Dr Betty Chung Pui Man,** Lecturer, Health Sciences Syd, Nursing Faculty, Polytechnic University, Hong Kong, PRC, **Dr Evridiki Papastavrou,** Assistant Professor, Department of Nursing, Cyprus University of Technology, **Dr Lorendana Sasso,** Associate Professor, Universita degli Studi di Genova, Italy, Cecilia Sironi, RN, BSc, MSc, Universita degli Studi dell' Isubria-Varese, Italy, **Dr Rocco Gennaro,** Professor, Head of the Nursing School, Catholic University Our Lady of Good Counsel, Director of Centre of Excellence for Nursing Scholarship, Rome, Italy, **Dr Thomas Kearns,** Professor, Executive Director of Faculty of Nursing & Midwifery, Royal College of Surgeons, Ireland, **Dr Helene Kelly,** International Consultant, Vice President Florence Network, University College Sealand, Denmark, **Dr Vilma Zydziunaite,** RN, MSc, MEdSc, PhD, Professor-Researcher, Vytautas Magnus University, Klaipeda State College, Lithuania, **Dr Carlos Melo-Dias,** Professor of Nursing, Nursing School of Coimbra, Researcher in Health Sciences, Research Unit: Nursing (UICISA:E), Researcher in Portugal Centre for Evidence-Based Practice: an Affiliate Centre of the Joanna Briggs Institute, Coimbra, Portugal, **Leonardo J Labrague,** Lecturer, Department of Fundamentals and Administration, College of Nursing, Sultan Qaboos University, Muscat, Sultanate of Oman, **Dr Viktor Vus,** Psychologist, Associate Professor, Department of Psychology, Head of International Academic Mobility Centre, Interregional Academy of Personnel Management, Ukraine, **Dr Christina Papachristou,** Dipl. Psych., MPH, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charite-Universitatsmedizin, Berlin, Germany

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ – RESEARCH ARTICLES

Διερεύνηση της σχέσης της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών με τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών σε νοσοκομείο υποδοχής περιστατικών Covid-19
Nurses' reported burnout and its relationship to patients' length of stay in Magnet hospitals
Κωνσταντίνος Κωνσταντινίδης, Κορίνα Κατσαλιάκη **5**

Διερεύνηση του εθισμού στο διαδίκτυο: έρευνα σε πολίτες
Investigating internet addiction: a citizen survey
Νικόλαος Μπακάλης, Βιολέττα Σακέτου, Ελένη Βαβάτσικου, Ανδρονίκη Κώστα, Αναστάσιος Τζεναλής **17**

Ανθεκτικότητα και αυτοφροντίδα νοσηλευτών στην εποχή της πανδημίας covid-19: μια πιλοτική μελέτη
Nurses' resilience and self-care in the era of the covid-19 pandemic: a pilot study
Μαρία Πούρου, Γεώργιος Μανομενίδης, Χρυσοβαλάντης Καραγκούνης, Θάλεια Μπελλάλη **25**

Η επικοινωνιακή ικανοποίηση των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας και οι επιπτώσεις της
The communication satisfaction of patients by health care professionals and their implications
Μαρία Κηπουροπούλου, Χρυσούλα Βαρσαμάκη **35**

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Περίθαλψη των τραυματιών αγωνιστών στην Ελληνική Επανάσταση του 1821
Health care for the wounded combatants during the Greek Revolution of 1821
Ελένη Γιώτη, Λαμπρινή Βήκα **49**

Η Πολιτική για τα ψυχιατρικά νοσοκομεία στην Ελλάδα τον 19ο αιώνα
The Policy for psychiatric hospitals in Greece in the 19th century
Σταματίνα Δούκη, Στυλιανός Ιωάννης Τζαγκαράκης, Δέσποινα Καρακατσάνη **57**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Διερεύνηση της σχέσης της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών με τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών σε νοσοκομείο υποδοχής περιστατικών Covid-19

Κωνσταντίνος Κωνσταντινίδης[1], Κορίνα Κατσαλιάκη[2]

1. Νοσηλευτής Τ.Ε., Msc Διοίκηση Μονάδων Υγείας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου»
2. Αν. Καθηγήτρια, PhD, Σχολή Ανθρωπιστικών, Κοινωνικών και Οικονομικών Επιστημών, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδας και Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο: Το σύστημα υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, εξαιτίας και της πρόσφατης έλευσης της πανδημίας Covid-19, έχει αντιμετωπίσει μια πληθώρα δυσκολιών και δυσχερειών στην ομαλή λειτουργία του. Η εν λόγω πανδημία αποτέλεσε σοβαρή απειλή για την ανθρώπινη υγεία, επιφέροντας ραγδαίες αλλαγές στον τρόπο αντίδρασης των συστημάτων υγείας και των επαγγελματιών υγείας, όπως είναι το νοσηλευτικό προσωπικό, που κλήθηκε να καταβάλει τις μεγαλύτερες δυνατές προσπάθειες, ώστε να ανταποκριθεί στις δυσκολίες, εφαρμόζοντας ένα παρατεταμένο και έντονο ωράριο εργασίας. Σε αυτές τις πρωτόγνωρες συνθήκες, η επαγγελματική εξουθένωση από πλευράς προσωπικού διογκώθηκε και δύναται να αποτελεί απειλή για την ασφάλεια των ασθενών.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο την ανάδειξη της σχέσης ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών και το φόρτο εργασίας τους και τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών covid-19, στα νοσοκομεία αναφοράς.

Μεθοδολογία: Στο δείγμα μελέτης συμμετείχαν συνολικά 160 νοσηλευτές ενός ελληνικού, γενικού περιφερειακού νοσοκομείου και 22 ασθενείς σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) Covid-19. Ως εργαλεία μελέτης χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης το ερωτηματολόγιο της Maslach (Maslach Burnout Inventory-MBI), για το νοσηλευτικό φόρτο εργασίας η κλίμακα Nursing Activity Score (NAS) και η διάρκεια νοσηλείας Covid-19 ασθενών καταγράφηκε από τα στοιχεία του νοσοκομείου. Πραγματοποιήθηκε ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης (multiple regression analysis) με τη μέθοδο επιλογής βήμα προς βήμα (stepwise), ώστε να καταστεί δυνατός ο προσδιορισμός των παραγόντων που επιδρούν στη διάρκεια της νοσηλείας.

Αποτελέσματα: Η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών σε ΜΕΘ Covid-19 βρέθηκε υψηλή όπως και ο φόρτος εργασίας τους. Παρόλα αυτά μόνο ο νοσηλευτικός φόρτος εργασίας (β = ,452 t = 2,124, p = 0,35) συσχετίστηκε με μεγαλύτερη διάρκεια διαμονής ασθενών Covid-19 στην ΜΕΘ (F(1,158) = 4,512, p<,001) και όχι οι διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Συμπεράσματα: Η παρούσα πανδημία, επεσήμανε τα υφιστάμενα κενά του υγειονομικού συστήματος. Οι νοσηλευτές, δεν είναι σε θέση να επηρεάσουν το ανεξέλεγκτο της πορείας της ασθένειας Covid-19, η οποία έχει δυσχεράνει την εργασιακή καθημερινότητά τους και την ψυχική τους υγεία και ο φόρτος εργασίας τους έχει αντίκτυπο και στην ασφάλεια των ασθενών.

Λέξεις Κλειδιά: επαγγελματική εξουθένωση, διάρκεια νοσηλείας, ΜΕΘ Covid-19, νοσηλευτές, φόρτος εργασίας

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Κωνσταντίνος Κωνσταντινίδης
e-mail: konstantinidiskonst@yahoo.com

Ημερομηνία υποβολής: 22/07/2021
Ημερομηνία δημοσίευσης: Δεκέμβριος 2022

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Αναφορά του άρθρου ως: Κωνσταντινίδης Κ. & Κατσαλιάκη Κ. (2022). Διερεύνηση της σχέσης της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών με τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών σε νοσοκομείο υποδοχής περιστατικών Covid-19. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 15(4): 5-16, https://doi.org./10.24283/hjns.202241

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Διαπιστώθηκε υψηλό ποσοστό επαγγελματικής εξουθένωσης**
- **Διαπιστώθηκε υψηλός φόρτος νοσηλευτικού έργου ανά βάρδια**
- **Η διάρκεια νοσηλεία αυξάνεται ανάλογα με το φόρτο εργασίας**
- **Η αύξηση του φόρτου εργασίας ενέχει σοβαρούς κινδύνους για την πορεία των ασθενών**
- **Η παρούσα πανδημία επεσήμανε τα υφιστάμενα κενά του υγειονομικού συστήματος**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για τους επαγγελματίες υγείας η ασφάλεια των ασθενών τους αποτελεί πρωταρχική προτεραιότητα στην εργασία τους. Το κλίμα ασφάλειας ως όρος, προσδιορίζει συνοπτικά το σύνολο των αντιλήψεων που διαθέτουν οι εργαζόμενοι, σχετικά με την ασφάλεια στον εργασιακό χώρο και τις πρακτικές και τις πολιτικές που πρέπει να ακολουθηθούν (Panagioti et al., 2018). Ειδικότερα, ως προς την υγειονομική περίθαλψη, η υιοθέτηση ενός κλίματος ασφαλείας στους χώρους του νοσοκομείου και στις ΜΕΘ, δημιουργεί το κατάλληλο πλαίσιο αποφυγής επαγγελματικών τραυματισμών, αλλά και σφαλμάτων, π.χ. φαρμακευτικής φύσης και άλλων (Wei et al., 2018). Μάλιστα, όταν ακολουθούνται διαδικασίες που στοχεύουν στην ασφάλεια μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον, ευνοούνται και οι ασθενείς και η ατομική τους ευημερία (Vogus & Sutcliffe 2007), ενώ παράλληλα αποφεύγονται εμπόδια δυσχερή κατά την περίθαλψή τους (Chiang & Pepper 2006).

Σε σχέση με τα ανωτέρω, στο ερευνητικό επίκεντρο βρίσκεται και η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς αποτελεί μια κατάσταση που βιώνουν πολλοί επαγγελματίες υγείας (Rangachari & Woods, 2020). Κοινή συνισταμένη στους ορισμούς που έχουν κατά καιρούς αναδειχθεί, είναι η θεωρία της Maslach (1982), σύμφωνα με την οποία, η εξουθένωση στον χώρο εργασίας αποτελεί ένα σύνδρομο με ψυχικές και σωματικές προεκτάσεις για τον εργαζόμενο. Η εργασιακή εξουθένωση, έχει απομυζήσει τον εργαζόμενο, που βιώνοντας τις προεκτάσεις του φαινομένου αυτού, έχει απολέσει την αίσθηση της θετικότητας που αποκόμιζε από τους ασθενείς του και από το περιβάλλον του, με άμεσο απότοκο τη μείωση της αποδοτικότητάς του. Στο νοσηλευτικό εργασιακό περιβάλλον, η εργασιακή εξουθένωση προκαλείται από μια σωρεία παραγόντων, όπως ο εργασιακός φόρτος των εργαζομένων (Campbell et al., 2001· Gabbe et al., 2002· Jenkins & Elliott, 2004), το άγχος και το στρες που προκαλείται μέσα στην εργασία (Ramirez et al., 1995· McManus et al., 2002· Visser et al., 2003), οι ενδεχόμενες συναδελφικές συγκρούσεις (Jenkins & Elliott, 2004), οι συγκρούσεις με προϊσταμένους ή συγγενείς ασθενών (Fujiwara et al., 2003).

Η εργασιακή εξουθένωση είναι σημαντικός αρνητικός παράγοντας της αποδοτικότητας στην εργασία. Ωστόσο, μέσα σε μια υπηρεσία, οι αποδείξεις της σχέσης της επαγγελματικής εξουθένωσης και της αντικειμενικής απόδοσης είναι σπάνιες (Taris, 2006). Η σχετική βιβλιογραφία κρίνεται μικρή, ιδίως εκείνη που αφορά στην εξουθένωση των νοσηλευτών και στην ασφάλεια των ασθενών. Εξαιρέσεις αποτελούν οι έρευνες των Schaufeli και συν. (1995), Cimiotti και συν. (2012) και Welp και συν. (2015), οι οποίες κατέδειξαν ότι η εξάντληση του νοσηλευτικού προσωπικού επιφέρει μια αρνητική επίδραση στη διάρκεια νοσηλείας ασθενών και στα τυποποιημένα ποσοστά θνησιμότητας. Σε κάθε περίπτωση υφίσταται μια συσχέτιση ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση που βιώνει ο επαγγελματίας υγείας εξαιτίας του φόρτου εργασίας του και στην εργασιακή ζωή, όπως είναι να μην εκτελεί γρήγορα τα καθήκοντά του, έχοντας μειωμένη απόδοση, να απουσιάζει από την εργασία ή και τελικά να αποχωρεί από αυτήν (Campbell et al., 2001· Aiken et al., 2002).

Η έννοια του φόρτου νοσηλευτικής εργασίας (ΦΝΕ) σχετίζεται τόσο βιβλιογραφικά, όσο και πρακτικά, με τα εργασιακά περιβάλλοντα έντονων απαιτήσεων, όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας (Carayon & Gürses, 2005), που ως χώροι, δημιουργούν στρες σε νοσηλευτές και ασθενείς (Γκούζου, 2009). Οι ΜΕΘ που δεν είναι επαρκώς στελεχωμένες και λειτουργούν με μειωμένο αριθμητικά προσωπικό, υποβιβάζουν την ποιότητά των υπηρεσιών τους με αποτέλεσμα τη μείωση της ικανοποίησης των ασθενών που νοσηλεύονται σε αυτές. Η έρευνα σήμερα, έχει προωθήσει αρκετά συστήματα μέτρησης του φόρτου εργασίας στις ΜΕΘ, που αποδίδουν τη δέουσα σημασία στην βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών και στη σοβαρότητα της ασθένειας (Carayon & Gürses, 2005). Μάλιστα, η βιβλιογραφία έχει δημιουργήσει και έναν ενδιαφέρον συσχετισμό, ανάμεσα στον εργασιακό φόρτο και στη διάρκεια νοσηλείας των ασθε-

νών. Ως προβλεπτικοί παράγοντες αυτής της διάρκειας έχουν οριστεί οι σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οργανωτικές πτυχές του νοσηλευτή (Demerouti et al., 2014). Μέσα στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, ο εργασιακός φόρτος πολλαπλασιάζεται (Estryn-Behar et al., 2011· Brinkman et al., 2013), καθώς η επιρροή του γνωστικού, συναισθηματικού ή σωματικού φορτίου των επαγγελματιών υγείας είναι ιδιαίτερα αυξημένη, με αποτέλεσμα την μειωμένη υποκειμενική τους απόδοση (Welp et al., 2015). Παράλληλα, ο εργασιακός φόρτος, οδηγεί τους νοσηλευτές που τον βιώνουν, στην μείωση της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχουν προς τους ασθενείς, επηρεάζοντας αναπόδραστα και την ασφάλεια των τελευταίων (Schubert et al., 2013). Οι δείκτες ύπαρξης ή ανυπαρξίας φόρτου εργασίας, είναι η υφιστάμενη αναλογία ανάμεσα σε νοσηλευτές και ασθενείς ενός τμήματος και η επάρκεια του προσωπικού, αναφορικά με τις ανάγκες των ασθενών (Coetzee et al., 2013).

Ειδικότερα, η έλευση του ιού Covid-19 στην ιατρονοσηλευτική πραγματικότητα, προκάλεσε στους νοσηλευτές ΜΕΘ σε νοσοκομεία υποδοχής κρουσμάτων υψηλό άγος, καθώς αποτέλεσαν την πρώτη γραμμή πυρός, στην προσπάθεια αντιμετώπισης της πανδημίας. Ουσιαστικά, οι εργαζόμενοι στις ΜΕΘ αυτών των νοσοκομείων βρέθηκαν να αντιμετωπίζουν έναν θανατηφόρο ιό με οξείες ελλείψεις εξοπλισμού ατομικής προστασίας. Η δεινότητα των γεγονότων της ραγδαίας εξάπλωσης του ιού και της απρόσμενης νόσησης μεγάλου αριθμού πολιτών που κατέληξαν στο νοσοκομείο, δημιούργησαν τεράστια πίεση στους νοσηλευτές που επιφορτίστηκαν με το βάρος της καθημερινής ευθύνης φροντίδας τους και το άγχος της προσπάθειας αντιμετώπισης του αγνώστου. Ειδικότερα, ο ολοένα και αυξανόμενος αριθμός των ασθενών που μολύνονταν με Covid-19 συνοδευόμενος και από τον αυξημένο αριθμό διασωληνομένων αλλά και θανόντων από την πανδημία, σε συνδυασμό με την πίεση της παγκόσμιας κοινότητας που αναζητούσε λύσεις από τους επαγγελματίες υγείας, προκάλεσε σε πολλούς νοσηλευτές, συναισθηματική δυσφορία και εξάντληση. Η πανδημία προκάλεσε και συνεχίζει να προκαλεί στους νοσηλευτές, αλλά και γενικότερα στους επαγγελματίες υγείας, μεγάλα ζητήματα επαγγελματικής εξουθένωσης, άγχους και κατάθλιψης με αρκετούς εξ αυτών να οδηγούνται στην αποπροσωποποίηση (Rangachari & Woods, 2020). Οι εργαζόμενοι, ιατροί, νοσηλευτές και διοικητικό προσωπικό των νοσοκομείων, εξαιτίας των καταστάσεων αυτών, βιώνουν έναν υπερβολικό εργασιακό φόρτο, που συνδέεται με ψυχικούς και ψυχολογικούς φόβους και δυσχέρειες, εξαιτίας της πιθανότητάς να νοσήσουν και οι ίδιοι από τον ιό ή και να τον μεταδώσουν στις οικογένειές τους. Ο ψυχολογικός αντίκτυπος του Covid-19 είναι επομένως ιδιαίτερα μεγάλος, εξαιτίας της παγκόσμιας κλίμακας του φαινομένου της πανδημίας αυτής (Pappa et al., 2020· Tan et al., 2020).

Με γνώμονα τις ανωτέρω παραδοχές, η έρευνα αναγνώρισε τη σημασία που έχει η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών στην ασφάλεια των ασθενών Covid-19 στις ΜΕΘ. Η εξουθένωση, αποτέλεσε και συνεχίζει να αποτελεί βασικό ερευνητικό πλαίσιο ενδιαφέροντος ωστόσο, η σχέση της με την διάρκεια νοσηλείας των ασθενών, δεν είχε έως τώρα συσχετισθεί στις περιπτώσεις ασθενών που νοσούν από Covid-19, στα νοσοκομεία αναφοράς. Επομένως, το ερευνητικό κενό που έρχεται να καλύψει η παρούσα έρευνα, εμπίπτει στο γεγονός ότι δεν έχει υπάρξει έως σήμερα αντίστοιχη έρευνα που να αφορά την περίπτωση της πανδημίας του Covid-19, μιας και αποτελεί πρόσφατο δεδομένο στην υγειονομική πραγματικότητα. Επίσης καλύπτει και το ερευνητικό κενό της συμπερίληψης αντικειμενικών δεικτών ασφάλειας ασθενών (διάρκεια νοσηλείας), μέσω ερωτηματολογίων αυτό-αναφοράς των νοσηλευτών και της συμπερίληψης εύρους δημογραφικών και οργανωσιακών χαρακτηριστικών που αξίζει να μελετηθούν, και όχι μόνο υποκειμενικού ενδιαφέροντος μετρήσεις (π.χ. απόψεις) μέσω ερωτηματολογίων όπως οι περισσότερες ερευνητικές μελέτες έως τώρα. Επομένως, η έρευνα, προσανατολίζει το ενδιαφέρον στην ανάδειξη της σχέσης ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών, τον φόρτο εργασίας και την διάρκεια νοσηλείας των ασθενών που νοσούν από covid-19, στα νοσοκομεία αναφοράς.

Ειδικότερα, το ερευνητικό ερώτημα που καλείται η εν λόγω έρευνα να απαντήσει είναι το εξής:

- Προβλέπουν οι διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και τα δημογραφικά και οργανωσιακά χαρακτηριστικά τους τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών στις ΜΕΘ Covid-19;

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Η παρούσα μελέτη είναι συγχρονική. Συγκεκριμένα, η συλλογή των δεδομένων των νοσηλευτών πραγματοποιήθηκε μέσω διαδικτυακού ερωτηματολογίου, κατά την περίοδο του Ιανουαρίου 2021.

Την ίδια χρονική περίοδο συλλέχθηκαν και στοιχεία για τον εργασιακό φόρτο και την αντικειμενική ασφάλεια των ασθενών, με την αρωγή της βάσης δεδομένων της ΜΕΘ.

Συλλογή δεδομένων και Δείγμα μελέτης

Το δείγμα μελέτης αντλήθηκε από το Νοσηλευτικό προσωπικό ενός ελληνικού, γενικού περιφερειακού νοσοκομείου. Από τους 240 εργαζομένους κατά βάρδιες με κυκλικό ωράριο στις ΜΕΘ του νοσοκομείου (80 σε κάθε βάρδια), στο δείγμα μελέτης συμμετείχαν 160 νοσηλευτές. Το τμήμα της έρευνας που αφορούσε την συναισθηματική εξουθένωση και ειδικότερα επίσης, την εμπλοκή των νοσηλευτών στις περιπτώσεις των ασθενών, αξιολογήθηκε στην παρούσα έρευνα, με το ερωτηματολόγιο της Maslach (Maslach Burnout Inventory-MBI)(Maslach & Jackson, 1981). Το εν λόγω ερωτηματολόγιο ανήκει στην κατηγορία των ερωτηματολογίων αυτό-αναφοράς. Δομείται σε 22 θέματα-προτάσεις και επιδιώκει την μέτρηση τριών χαρακτηριστικών διαστάσεων που συναποτελούν και προσδιορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση, οι οποίες είναι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Οι απαντήσεις δίδονται σε κλίμακα τύπου Likert 7 σημείων με το 0 να ισούται με «Ποτέ» και το 6 με «Κάθε μέρα». Οι επιμέρους απαντήσεις κάθε διάστασης της επαγγελματικής εξουθένωσης αθροίζονται, με τις υψηλές βαθμολογίες να συνδέονται με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου ελέγχθηκαν ως προς την εσωτερική συνέπεια με τον δείκτη Cronbach a να κυμαίνεται σε υψηλές βαθμολογίες και συγκεκριμένα στο 0.841 για τη διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης στο 0.735 για την αποπροσωποποίηση και στο 0.775 ως προς την έλλειψη προσωπικής επίτευξης.

Έτερο σημαντικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε από την έρευνα, με σκοπό την καταγραφή του φόρτου νοσηλευτικής εργασίας (ΦΝΕ), ήταν η κλίμακα NAS (Reis Miranda et al., 2003), αποτελούμενη από 23 στοιχεία, αντιστοιχούντα στις κατηγορίες των καθηκόντων που αρμόζουν στην εργασία των νοσηλευτών, ως προς την φροντίδα που αναμένεται να αποδώσουν στους ασθενείς τους και του απαιτούμενου νοσηλευτικού χρόνου για κάθε εργασία και υποχρέωση του νοσηλευτή. Το αποτέλεσμα μετράται σύμφωνα με τα ποσοστά που δεικνύει ο κάθε συμμετέχον νοσηλευτής. Η άθροιση αυτών των στοιχείων αποδίδει τον απαιτούμενο χρόνο συνολικά, για κάθε εργασία ανά ασθενή, ανά 24ωρο. Η μέτρηση των δεδομένων για το κάθε στοιχείο ξεχωριστά, αναφορικά με τον φόρτο εργασίας, κυμαίνεται ανάμεσα στις τιμές 1.3 έως 30. Το 100% του νοσηλευτικού χρόνου ενός νοσηλευτή που λαμβάνει χώρα ανά βάρδια, αντιπροσωπεύεται από τις 100 μονάδες συνολικού φόρτου NAS (Reis Miranda et al., 2003). Χαρακτηριστικά καθήκοντα που περιλαμβάνονται στις κατηγορίες της κλίμακας, είναι η τήρηση των κανόνων υγιεινής, η υποστήριξη και φροντίδα συγγενών και ασθενή, η ανάλυση των παραμέτρων, ο έλεγχος μικροβιολογικού, βιοχημικού και εργαστηριακού χαρακτήρα, η χορήγηση φαρμάκων. Η πραγματοποίηση της συλλογής των δεδομένων για κάθε ασθενή ξεχωριστά έγινε την ίδια ώρα κάθε μέρα (8πμ). Συμπεριλήφθηκαν και οι 22 νοσηλευόμενοι στη ΜΕΘ στην καταγραφή του NAS για τον Ιανουάριο του 2021 για όσες μέρες νοσηλεύτηκε ο καθένας. Συνολικά, συλλέχθηκαν 160 καταγραφές ασθενών. Η πρώτη εβδομάδα καταγραφής οδήγησε τον ερευνητή σε κάθε μονάδα, ώστε να παρακολουθήσει τις εργασίες της για τουλάχιστον 8 ώρες καθημερινά, καθορίζοντας έτσι το συναφές με την κλίμακα καθηκοντολόγιο των νοσηλευτών, κρίνοντας και ποια καθήκοντα συνάδουν με την πολιτική της ΜΕΘ καθώς δίδεται η ελευθερία στους ερευνητές να συμπεριλάβουν παρεμβάσεις στην κλίμακα NAS οι οποίες αυξάνουν το φόρτο εργασίας στην πραγματικότητα που αποτυπώνουν (Gonçalves et al., 2007). Παραδείγματος χάριν, ήταν σύνηθες σε ορισμένες νοσοκομειακές μονάδες, η λήψη αίματος από ιατρούς, η ψυχολογική υποστήριξη ασθενών και συγγενών από ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς, η εισαγωγή και το εξιτήριο των ασθενών από το διοικητικό προσωπικό. Από την άλλη συμπεριλήφθηκαν στοιχεία λόγω της πανδημίας, μη διευκρινιζόμενων στις αρχικές κλίμακες, όπως η διενέργεια διαγνωστικού τεστ Covid-19.

Με γνώμονα την ευρύτητα χρήσης της διάρκειας νοσηλείας ως δείκτη ανεπιθύμητων συμβάντων ή επιπλοκών, χρησιμοποιήθηκε η διάρκεια νοσηλείας και στην παρούσα έρευνα (Merlani et al., 2011). Ο υπολογισμός των δεικτών πραγματοποιήθηκε σε επίπεδο μονάδας.

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

Έχοντας ως γνώμονα τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, αποκτήθηκαν όλες οι άδειες για τη διενέργεια της έρευνας στο νοσοκομείο και παρουσιάστηκε με τρόπο ενδελεχή στους συμμετέχοντες νοσηλευτές ο σκοπός της έρευνας. Παράλληλα, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε μετά από συγκατάθεση συμμετοχής και ήταν ανώνυμη. Τέλος, διασφαλίσθηκε το ανεξάρτητο του ερευνητικού έργου σε σχέση με την θεραπευτική και νοσηλευτική πορεία των ασθενών που συμμετείχαν.

Στατιστική Ανάλυση

Η ερευνητική υπόθεση διερευνήθηκε με το μοντέλο βηματικής παλινδρόμησης (stepwise regression) με τη μέθοδο επιλογής προς τα εμπρός (forward selection)

(Aguinis et al., 2013). Αναφορικά με την περιγραφή και την ανάλυση των ανεξάρτητων μεταβλητών των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος των νοσηλευτών, χρησιμοποιήθηκε η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση. Τα συμπεράσματα βασίσθηκαν στο επίπεδο σημαντικότητας 5%.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, παρουσιάζονται σχηματικά στον πίνακα 1. Τα αποτελέσματα των απαντήσεων έδειξαν σύμφωνα και με την βιβλιογραφία (Greines, 2016) ότι οι ερωτηθέντες νοσηλευτές αξιολόγησαν υψηλά τη διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης (μέσος όρος 30.49) και της αποπροσωποίησης (15.79) αλλά χαμηλά την έλλειψη προσωπικής επίτευξης (26.27). Συνολικά η επαγγελματική εξουθένωση κρίθηκε υψηλή (72.65).

Ο πίνακας 2 παρουσιάζει τον ημερήσιο φόρτο νοσηλευτικής φροντίδας της κλίμακας NAS συνολικά για τη ΜΕΘ, ανά εβδομάδα καταμέτρησης, για όλες τις εβδομάδες του Ιανουαρίου του 2021. Υπολογίσθηκε η μέση τιμή των κατειλημμένων κλινών ανά εβδομάδα και η μέση τιμή του αθροίσματος της βαθμολογίας της κλίμακας. Ειδικότερα, μολονότι ο αριθμός των κλινών εμφάνισε μείωση, η μέση τιμή της κλίμακας παρέμεινε σχετικά σταθερή. Ειδικότερα, ο ημερήσιος φόρτος νοσηλευτικής φροντίδας ανήλθε στο ποσοστό 78,66% (τ.α= 3,31) του συνολικού νοσηλευτικού χρόνου, με αποτέλεσμα να διαπιστώνεται υψηλός συνολικός ΦΝΕ ανά βάρδια.

Η διάρκειας παραμονής στις νοσοκομειακές μονάδες, μετρήθηκε σε επίπεδο μονάδας και η διάρκεια νοσηλείας ορίστηκε στις 20, 11 ημέρες.

Κατόπιν της μέτρησης των επιμέρους στοιχείων της έρευνας εξετάστηκε η προβλεψιμότητα της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών με Covid-19 με το ακόλουθο μοντέλο παλινδρόμησης:

$$\textit{Διάρκεια νοσηλείας}=b_o + b_1\ \textit{Φύλο} + b_2\textit{ηλικία} + b_3\textit{Συναισθηματική εξάντληση} + b_4\textit{Αποπροσωποποίηση} + b_5\textit{Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων} + b_6\ \textit{Θέση εργασίας} + b_7\textit{Θέση ευθύνης} + b_8\textit{Συνολική νοσηλευτική προϋπηρεσία} + b_9\textit{Προϋπηρεσία σε ΜΕΘ} + b_{10}\textit{κυκλικό ωράριο} + b_{11}\textit{φόρτος εργασίας}$$

Από τον πίνακα 3 των αποτελεσμάτων της παλινδρόμησης προκύπτει ότι μόνο ο φόρτος εργασίας (β = ,452 t = -2,124, p = 0,35) διατήρησε γραμμική σχέση με την διάρκεια νοσηλείας ($F(1,158) = 4,512$, $p< ,001$) και συσχετίστηκε με την μεγαλύτερη διάρκεια διαμονής ασθενών στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Αντίθετα τα δημογραφικά και οργανωτικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών και οι διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, δεν επηρεάζουν τη διάρκεια παραμονής των ασθενών στην μονάδα. Συνεπώς τα αποτελέσματα καταδεικνύουν την μερική απόρριψη του ερευνητικού ερωτήματος, που υποστήριξε ότι οι διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και τα δημογραφικά και οργανωσιακά χαρακτηριστικά τους προβλέπουν τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών με Covid-19. Η γραμμή παλινδρόμησης του μοντέλου σύμφωνα με τα δεδομένα δεικνύεται ως εξής:

Διάρκεια νοσηλείας= 59,423+ 0,452 *φόρτος εργασίας*

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι ραγδαίες αλλαγές που έλαβαν χώρα παγκοσμίως με την έλευση της πανδημίας Covid-19, προκάλεσαν σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, μια σωρεία νέων προβλημάτων που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης για τη προστασία της υγείας των πολιτών. Η παγκόσμια υγειονομική κρίση, επέβαλλε στα εθνικά συστήματα υγείας νέες καταστάσεις, τις οποίες πρέπει να διαχειριστούν οι επαγγελματίες υγείας με επιτυχία, ώστε να εξασφαλίσουν την υγεία των ασθενών τους. Ειδικότερα, το νοσηλευτικό προσωπικό των μονάδων υγείας και εντός των ελληνικών συνόρων, καταβάλλει υπεράνθρωπες προσπάθειες, μέσα σε δυσχερείς και πρωτόγνωρες συνθήκες έντασης και παρατεταμένου ωραρίου εργασίας, χωρίς ρεπό. Η σωματική και ψυχική κόπωση των επαγγελματιών υγείας, εν μέσω πανδημίας έχει αυξηθεί δραματικά, επιβαρύνοντας σε πολλαπλό επίπεδο τους νοσηλευτές (Al-Rabiaah et al. 2020), που πλέον εργάζονται μέσα σε μια γενική ατμόσφαιρα φόβου μόλυνσης από τον ιό.

Με γνώμονα τα ανωτέρω, η παρούσα έρευνα προσανατολίστηκε στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών, και ειδικά αυτών που εργάζονται στις ΜΕΘ Covid-19, και στον φόρτο εργασίας τους σε σύνδεση με την ασφάλεια των ασθενών που περιθάλπουν, οδηγούμενη σε ενδιαφέροντα πορίσματα. Τα αποτελέσματα της όμως μπορούν σε αυτή τη φάση να συγκριθούν μόνο με τα πορίσματα προ της πανδημίας ερευνών, καθώς, η υγειονομική κρίση του Covid-19 είναι ακόμη στην εξέλιξή της και ελλείπουν οι αντίστοιχες σύγχρονες έρευνες.

Από τα συλλεχθέντα στοιχεία της έρευνας αναδύθηκε σχετικά υψηλό ποσοστό επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών που εργάζονται σε ΜΕΘ σε νοσοκομείο αναφοράς Covid-19, υψηλότερο συγκριτικά με άλλες προγενέστερες της πανδημίας έρευνες (Pradas-

Hernández et al., 2018· Bagnasco et al., 2020), οι οποίες, δεικνύουν μέσο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης. Ακολούθως, ένα έτερο πόρισμα της παρούσας έρευνας, σχετίζεται με την εργασιακή εξουθένωση και τον φόρτο εργασίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος με δεδομένη την υψηλή -σε σχέση με άλλες έρευνες διάρκεια νοσηλείας- (Δεδέ και συν., 2018). Παλαιότερη μελέτη της Γκούζου (2009), ανέδειξε σημαντικά μεγαλύτερες τιμές του NAS, συγκρινόμενες με τις αντίστοιχες άλλων μελετών (Padilha et al., 2008) αλλά και με τη δική μας. Η ερμηνεία που μπορεί να δοθεί επί αυτού, ίσως σχετίζεται με την παροδικότητα των φυσιολογικών μεταβολών στους εμφραγματίες, γεγονός στενά συνυφασμένο με την όξυνση της κλινικής τους κατάστασης (Michalopoulos et al., 1999).

Σε αναλογία με τα πορίσματα αυτής της έρευνας, και παλαιότερες έρευνες ανέδειξαν υψηλή συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση των νοσηλευτών ως αίτια διενέργειας σφαλμάτων και ανεπιθύμητων συμβάντων ή επιπλοκών στην προ Covid-19 εποχή. Από την άλλη, οι έρευνες που ασχολήθηκαν με την επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού θέτουν την έλλειψη προσωπικής επίτευξης ως αίτιο δευτερευούσης σημασίας (Taris, 2006; Welpetal, 2015). Σε αυτή την έρευνα ομοίως βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές θεωρούν χαμηλή την έλλειψη προσωπικής επίτευξης, δεδομένου μάλιστα ότι έχουν να επιτελέσουν ένα σπουδαίο έργο στην αντιμετώπιση της πανδημίας και όλα τα μάτια είναι καθημερινά στραμμένα πάνω τους μέσω των ενημερώσεων από τα ΜΜΕ και το Υπουργείο Υγείας. Οπότε είναι φυσιολογικό οι νοσηλευτές σε αυτή τη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης να φέρουν χαμηλά ποσοστά καθώς αντιθέτως νιώθουν σημαντικό το προσωπικό έργο που προσφέρουν για το καλό της κοινωνίας.

Σύμφωνα με την έρευνα των Welp και συν. (2015), υφίσταται μια καθοριστική διασύνδεση ανάμεσα σε συναισθηματική εξάντληση και στα ποσοστά θνησιμότητας, αλλά και την αξιολόγηση της ασφάλειας των ασθενών. Οι ανωτέρω μεταβλητές θεωρήθηκαν κρίσιμοι και βασικοί προγνωστικοί παράγοντες. Σε κάθε περίπτωση, το συνεχόμενο αίσθημα εξάντλησης των εργαζομένων στην υγεία, επιδρά αρνητικά την ασφάλεια των ασθενών, καθώς οι νοσηλευτές δεν αποδίδουν με τον τρόπο που θα επιθυμούσαν, παρουσιάζοντας μειωμένη επαγρύπνηση. Με το πόρισμα αυτό ευθυγραμμίζονται και άλλες έρευνες που υποστήριξαν τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης ως προγνωστικούς παράγοντες της ασφάλειας των ασθενών (Schaufeli et al., 1995). Παρόλα αυτά η εν λόγω έρευνα δεν κατέδειξε την στατιστική σημαντικότητα της σχέσης μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και ασφάλειας ασθενών, μεταφραζόμενη ως αυξημένη διάρκεια νοσηλείας ασθενών στις ΜΕΘ Covid-19. Η αυξημένη διάρκεια παραμονής συνήθως αποτελεί δείκτη ανεπιθύμητων συμβάντων ή επιπλοκών σε ΜΕΘ (Merlani et al., 2011), ενώ και ο υψηλότερος φόρτος εργασίας έχει συνδεθεί με την αύξηση του κινδύνου ιατρικών σφαλμάτων (Steyrer et al., 2013).

Ωστόσο, η έρευνα κατέδειξε γραμμικότητα στη σχέση φόρτου εργασίας και διάρκειας νοσηλείας στις ΜΕΘ και άρα όσο μεγαλώνει ο φόρτος νοσηλευτικής φροντίδας τόσο μεγαλώνει η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών. Σε αντιστοιχία με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης βρέθηκαν τα αποτελέσματα της έρευνας των Pronovost και συν. (1999). Συγκεκριμένα παρατηρήθηκε μια αύξηση της διάρκειας νοσηλείας στη ΜΕΘ και της μετεγχειρητικής παραμονής των ασθενών σε αυτές τις μονάδες, όταν υφίστανται υψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας των νοσηλευτών. Αντίστοιχα ήταν και τα πορίσματα ερευνών για τους ασθενείς με οισοφαγεκτομή (Amaravadi et al., 2000). Σε αντίθεση με τα πορίσματα της παρούσης έρευνας, η έρευνα των Morales και συν. (2003), δεν κατέδειξε συσχέτιση υψηλών επιπέδων εργασιακού φόρτου νοσηλευτών και διάρκειας νοσηλείας ασθενών σε ΜΕΘ. Ενώ άλλη μελέτη δεν συσχέτισε τον φόρτο νοσηλευτική φροντίδας των ΜΕΘ με την ασφάλεια στην αρχή της νοσηλείας αλλά κατέδειξε θετική συσχέτιση του φόρτου μετά από 2 μέρες νοσηλείας του ασθενή στη ΜΕΘ (Γιακουμιδάκης, 2010).

Ολοκληρώνοντας, γίνεται αντιληπτό πως ο υψηλός φόρτος εργασίας καθιστά την μέριμνα φροντίδας στις ΜΕΘ ιδιαίτερα απαιτητική (Estryn-Behar et al., 2011· Brinkman et al., 2013). Έχει αποδειχθεί φυσικά και η αναμενόμενη συσχέτιση ανάμεσα στην αυξημένη παραμονή στις ΜΕΘ και στην αύξηση του φόρτου της νοσηλευτικής φροντίδας (Γκούζου, 2009) αλλά και ο συσχετισμός της παραμονής στις ΜΕΘ με το ενδεχόμενο θνησιμότητας των ασθενών (Padilha et al., 2008). Οι νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους έναν υψηλό εργασιακό φόρτο, επηρεάζονται σωματικά, γνωστικά και συναισθηματικά, με αποτέλεσμα αυτή η κατάσταση να δεικνύεται επιζήμια και για την απόδοση της ασφάλειας φροντίδας στους ασθενείς (Baethge & Rigotti, 2013). Αντιθέτως, η ρύθμιση του νοσηλευτικού εργασιακού φόρτου αναβαθμίζει και την ασφάλεια των ασθενών (Schubert et al., 2013· Δέδε και συν. 2018). Οι συνηθέστεροι δείκτες φόρτου εργασίας είναι το ποσοστό αντιστοιχίας νοσηλευτών-ασθενών και η επάρκεια προσωπικού (Coetzee et al., 2013).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα πανδημία αποτέλεσε καταλύτη σήμανσης των υφιστάμενων κενών του υγειονομικού συστήματος και της κρατικής υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή η δυσχέρεια των υγειονομικών συστημάτων, υπήρξε κοινός τόπος για την παγκόσμια ιατρική κοινότητα (Sasangohar et al., 2020). Τα κρατικά συστήματα υγείας παγκοσμίως, αποδείχθηκαν ελλειμματικά, με ανεκπλήρωτες ανάγκες για προληπτικές επενδύσεις, ώστε να καταστούν αποτελεσματικότερα στην πανδημία. Μέσα σε αυτό το δυστοπικό περιβάλλον, αποδείχθηκε πως η θέση των νοσηλευτών υπήρξε σημαντικότατη για την αντιμετώπιση της επιδημιολογικής αυτής κρίσης, χωρίς ωστόσο οι νοσηλευτές, παρά την έντονη εργασία τους, να είναι σε θέση να επηρεάσουν δραστικά την πορεία της ασθένειας Covid-19, και όταν το τελικό αποτέλεσμα δεν αλλάζει, παρά τον κόπο που καταβάλλεται, επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της εργασίας (Laschinger, 1996). Οι νοσηλευτές σε κάθε περίπτωση, συνδέουν τις συνθήκες εργασίας τους με την ικανότητά τους να παράσχουν ασφαλείς φροντίδα στους ασθενείς (Ramanujam et al., 2008).

Σύμφωνα με την έρευνα, η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών και ο φόρτος εργασίας τους βρέθηκε υψηλός και οι επιπτώσεις αυτών των καταστάσεων ενέχουν σοβαρούς κινδύνους για την πορεία των ασθενών τους. Ο επιβαρυμένος και συνεχόμενος φόρτος εργασίας αυξάνουν την εξάντληση και μειώνουν την αντίληψη της ασφάλειας, δεικνύοντας σε κάθε περίπτωση, την αναγκαιότητα εξεύρεσης της κατάλληλης αντιμετώπισης της κατάστασης, με την λήψη μέτρων ψυχολογικής ενίσχυσης των νοσηλευτών και ενίσχυσης της παραγωγικότητάς τους. Η παρούσα έρευνα, κατανοώντας τα ανωτέρω, υποστηρίζει τη σημασία μιας συστηματικής εξέτασης του προσωπικού των ΜΕΘ, αναφορικά με την εξεύρεση συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης και υψηλού φόρτου εργασίας των νοσηλευτών. Σε περιπτώσεις υποστελέχωσης των ΜΕΘ, που είναι και σχετικά συχνές στην ελληνική υγειονομική πραγματικότητα, οι νοσηλευτές βιώνουν μια αναντιστοιχία παραγόμενου έργου και αμοιβών. Παράλληλα αισθάνονται ένα έλλειμμα ικανοποίησης από το επάγγελμά τους, αλλά και πολλές και σοβαρές δυσχέρειες κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους, αυξάνοντας αναπόδραστα και τις περιπτώσεις εμφάνισης λαθών και δυσμενών συμβάντων στους ασθενείς.

Μελλοντικά, είναι δυνατή μια διαχρονική μελέτη που θα αφορά έρευνα στο ίδιο νοσοκομείο, με το ίδιο ερευνητικό πρωτόκολλο, σε βάθος χρόνου που μπορεί να προσφέρει πορίσματα αναφορικά με τους τρόπους βελτίωσης του φόρτου εργασίας και της ασφάλειας των ασθενών στα νοσοκομεία (Aiken et al., 2017). Παλαιότερες έρευνες έχουν αποδείξει την κυκλικότητα αυτής της σχέσης (West et al., 2009), ενώ η μελλοντική έρευνα μπορεί να αφορά έναν μεγαλύτερο νοσηλευτικό πληθυσμό. Επιπλέον μπορεί να διερευνηθεί η επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού με τη διενέργεια κατάλληλων παρεμβάσεων για την ψυχική ανάταση του και τη μείωση του φόρτου εργασίας, ελέγχοντας τα αποτελέσματα σε σχέση με την αποδοτικότητα τους και την ασφάλεια των ασθενών (Johnson et al., 2017). Τέλος, σημαντική μπορεί να κριθεί και η διεξαγωγή ερευνών που συσχετίζουν τις απόψεις των νοσηλευτών, με τις αντίστοιχες του ιατρικού προσωπικού, σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών. Αυτές οι έρευνες πιθανά θα είναι ικανές να εξηγήσουν τις σχέσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, τις συνθήκες εργασίας και των αποτελεσμάτων τους στους ασθενείς (Aiken et al., 2017). Οι έρευνες που δομούν ένα παρεμβατικό σχέδιο, δεικνύουν τους θετικότερους τρόπους μείωσης του φόρτου εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού, γεγονός που οδηγεί και σε μείωση της συναισθηματικής του εξάντλησης, με άμεσες θετικές συνέπειες στην βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών τους (Greines, 2016).

Συμβολή των συγγραφέων:
Ο ΚΚ: Σύλλεξε και ανέλυσε τα δεδομένα και συνέβαλε στην αποτύπωση των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. Η ΚΚ: συμμετείχε στη σύλληψη και στο σχεδιασμό της μελέτης σε συνεργασία με τον ΚΚ, καθώς και στη συγγραφή της. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aguinis, H., Gottfredson, R. K., &Joo, H. (2013). Best-practice recommendations for defining, identifying, and handling outliers. Organ. Res.Methods, 16, 270–301. doi: 10.1177/1094428112470848

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. Jama, 288(16), 1987-1993. doi:10.1001/jama.288.16.1987

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., ... &Sermeus, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. BMJ quality & safety, 26(7), 559-568.doi:10.1136/bmjqs-2016-005567

Al-Rabiaah, A., Temsah, M. H., Al-Eyadhy, A. A., Hasan, G. M., Al-Zamil, F., Al-Subaie, S., ... &Somily, A. M. (2020). Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus (MERS-CoV) associated stress among medical students at a university teaching hospital in Saudi Arabia. Journal of infection and public health, 13(5), 687-691. https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.01.005

Amaravadi, R. K., Dimick, J. B., Pronovost, P. J., & Lipsett, P. A. (2000). ICU nurse-to-patient ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy. Intensive care medicine, 26(12), 1857-1862. https://doi.org/10.1007/s001340000720

Baethge, A., &Rigotti, T. (2013). Interruptions to workflow: Their relationship with irritation and satisfaction with performance, and the mediating roles of time pressure and mental demands. Work & Stress, 27(1), 43-63. https://doi.org/10.1080/02678373.2013.761783

Bagnasco, A., Dasso, N., Rossi, S., Timmins, F., Watson, R., Aleo, G., ... &Sasso, L. (2020). A cross-sectional multisite exploration of Italian paediatric nurses' reported burnout and its relationship to perceptions of clinical safety and adverse events using the RN4CAST@ IT-Ped. Journal of advanced nursing, 76(8), 2072-2081. https://doi.org/10.1111/jan.14401

Brinkman, S., de Jonge, E., Abu-Hanna, A., Arbous, M. S., de Lange, D. W., & de Keizer, N. F. (2013). Mortality after hospital discharge in ICU patients. Critical care medicine, 41(5), 1229-1236. doi: 10.1097/CCM.0b013e31827ca4e1

Campbell, D. A., Sonnad, S. S., Eckhauser, F. E., Campbell, K. K., & Greenfield, L. J. (2001). Burnout among American surgeons. Surgery, 130(4), 696-705. https://doi.org/10.1067/msy.2001.116676

Carayon, P., & Gürses, A. P. (2005). A human factors engineering conceptual framework of nursing workload and patient safety in intensive care units. Intensive and Critical Care Nursing, 21(5), 284-301. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2004.12.003

Chiang, H. Y., & Pepper, G. A. (2006). Barriers to nurses' reporting of medication administration errors in Taiwan. Journal of nursing scholarship, 38(4), 392-399. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00133.x

Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Wu, E. S. (2012). Nurse staffing, burnout, and health care–associated infection. American journal of infection control, 40(6), 486-490. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2012.02.029

Coetzee, S. K., Klopper, H. C., Ellis, S. M., & Aiken, L. H. (2013). A tale of two systems—Nurses practice environment, well being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa: A questionnaire survey. International journal of nursing studies, 50(2), 162-173. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.002

Conishi, R. M. Y., &Gaidzinski, R. R. (2007). Evaluation of the Nursing Activities Score (NAS) as a nursing workload measurement tool in an adult ICU. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41(3), 346-354. https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300002

Demerouti, E., Bakker, A. B., & Leiter, M. (2014). Burnout and job performance: The moderating role of selection, optimization, and compensation strategies. Journal of occupational health psychology, 19(1), 96. https://doi.org/10.1037/a0035062

Estryn-Behar, M., Doppia, M. A., Guetarni, K., Fry, C., Machet, G., Pelloux, P., ... & Prudhomme, C. (2011). Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians–results from the French SESMAT study. Emergency Medicine Journal, 28(5), 397-410. http://dx.doi.org/10.1136/emj.2009.082594

Fujiwara, K., Tsukishima, E., Tsutsumi, A., Kawakami, N., &Kishi, R. (2003). Interpersonal conflict, social support, and burnout among home care workers in Japan. Journal of occupational health, 45(5), 313-320. https://doi.org/10.1539/joh.45.313

Gabbe, S. G., Melville, J., Mandel, L., & Walker, E. (2002). Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: Diagnosis, treatment, and prevention: Presidential address. American journal of obstetrics and gynecology, 186(4), 601-612. https://doi.org/10.1067/mob.2002.122391

Gonçalves, L. A., Padilha, K. G., & Sousa, R. M. C. (2007). Nursing activities score (NAS): a proposal for practical application in intensive care units. Intensive and Critical Care Nursing, 23(6), 355-361. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.04.009

Greives, N. K. (2016). Implementation of a Nursing Workload Tool to Reduce Nurse Burnout (Docoral Dissertation). Valparaiso University

Jenkins, R., & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. Journal of advanced nursing, 48(6), 622-631. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03240.x

Johnson, J., Louch, G., Dunning, A., Johnson, O., Grange, A., Reynolds, C., ... & O'Hara, J. (2017). Burnout mediates the association between depression and patient safety perceptions: A cross-sectional study in hospital nurses. Journal of Advanced Nursing, 73(7), 1667-1680. https://doi.org/10.1111/jan.13251

Laschinger, H. K. (1996). A theoretical approach to studying work empowerment in nursing: A review of studies testing Kanter's theory of structural power in organizations. Nursing administration quarterly, 20(2), 25-41.doi: 10.1097/00006216-199602020-00006

Li, B., Bruyneel, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Matawie, K., Aiken, L., &Lesaffre, E. (2013). Group-level impact of work environment dimensions on burnout experiences among nurses: a multivariate multilevel probit model. International journal of nursing studies, 50(2), 281-291. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.001

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of organizational behavior, 2(2), 99-113. https://doi.org/10.1002/job.4030020205

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). MBI: Maslach Burnout Inventory· manual research edition. University of California, Palo Alto, CA.

Maslach, C., (1982). Burnout: the cost of caring. Prentice Hall Inc.

McManus, I. C., Winder, B. C., & Gordon, D. (2002). The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. The Lancet, 359(9323), 2089-2090. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08915-8

Merlani, P., Verdon, M., Businger, A., Domenighetti, G., Pargger, H., &Ricou, B. (2011). Burnout in ICU caregivers: a multicenter study of factors associated to centers. American journal of respiratory and critical care medicine, 184(10), 1140-1146. https://doi.org/10.1164/rccm.201101-0068OC

Michalopoulos, A., Tzelepis, G., Dafni, U., &Geroulanos, S. (1999). Determinants of hospital mortality after coronary artery bypass grafting. Chest, 115(6), 1598-1603. https://doi.org/10.1378/chest.115.6.1598

Morales, I. J., Peters, S. G., &Afessa, B. (2003). Hospital mortality rate and length of stay in patients admitted at night to the intensive care unit. Critical care medicine, 31(3), 858-863. doi: 10.1097/01.CCM.0000055378.31408.26

Padilha, K. G., de Sousa, R. M. C., Queijo, A. F., Mendes, A. M., & Miranda, D. R. (2008). Nursing Activities Score in the intensive care unit: analysis of the related factors. Intensive and Critical Care Nursing, 24(3), 197-204. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.09.004

Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., ... & Esmail, A. (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. JAMA internal medicine, 178(10), 1317-1331. doi:10.1001/jamainternmed.2018.3713

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsi, E., &Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain, behavior, and immunity. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026

Pradas-Hernández, L., Ariza, T., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., De la Fuente, E. I., & Canadas-De la Fuente, G. A. (2018). Prevalence of burnout in paediatric nurses: A systematic review and meta-analysis. PloS one, 13(4), e0195039. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195039

Pronovost, P. J., Jenckes, M. W., Dorman, T., Garrett, E., Breslow, M. J., Rosenfeld, B. A., ... & Bass, E. (1999). Organizational characteristics of intensive care units related to outcomes of abdominal aortic surgery. Jama, 281(14), 1310-1317. doi:10.1001/jama.281.14.1310

Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A., Gregory, W. M., Leaning, M. S., & Timothy, A. R. (1995). Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. British journal of cancer, 71(6), 1263-1269. https://doi.org/10.1038/bjc.1995.244

Ramanujam, R., Abrahamson, K., & Anderson, J. G. (2008). Influence of workplace demands on nurses' perception of patient safety. Nursing & Health Sciences, 10(2), 144-150. https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00382.x

Rangachari, P., & L Woods, J. (2020). Preserving organizational resilience, patient safety, and staff retention during COVID-19 requires a holistic consideration of the psychological safety of healthcare workers. International journal of environmental research and public health, 17(12), 4267. https://doi.org/10.3390/ijerph17124267

Reis Miranda, D. R., Nap, R., de Rijk, A., Schaufeli, W., Lapichino, G., & Members of the TISS Working Group. (2003). Nursing activities score. Critical care medicine, 31(2), 374-382. doi: 10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC

Sasangohar, F., Jones, S. L., Masud, F. N., Vahidy, F. S., &Kash, B. A. (2020). Provider burnout and fatigue during the COVID-19 pandemic: lessons learned from a high-volume intensive care unit. Anesthesia and analgesia. doi: 10.1213/ANE.0000000000004866

Schaufeli, W. B., Keijsers, G. J., & Miranda, D. R. (1995). Burnout, technology use, and ICU performance. In S. L. Sauter & L. R. Murphy (Eds.), Organizational risk factors for job stress (p. 259–271). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10173-016

Schubert, M., Ausserhofer, D., Desmedt, M., Schwendimann, R., Lesaffre, E., Li, B., & De Geest, S. (2013). Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals—a cross sectional study. International journal of nursing studies, 50(2), 230-239. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.016

Shanafelt, T.D., Bradley, K.A., Wipf, J.E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internalmedicine residency program. Ann InternMed, 136(5), 358-367. doi:10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008

Steyrer, J., Schiffinger, M., Huber, C., Valentin, A., & Strunk, G. (2013). Attitude is everything?: The impact of workload, safety climate, and safety tools on medical errors A study of intensive care units. Health care management review, 38(4), 306-316. doi: 10.1097/HMR.0b013e318272935a

Tan, B. Y., Chew, N. W., Lee, G. K., Jing, M., Goh, Y., Yeo, L. L., ... & Shanmugam, G. N. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Singapore. Annals of Internal Medicine. https://doi.org/10.7326/M20-1083

Taris, T. W. (2006). Is there a relationship between burnout and objective performance? A critical review of 16 studies. Work & Stress, 20(4), 316-334. https://doi.org/10.1080/02678370601065893

Visser, M. R., Smets, E. M., Oort, F. J., & De Haes, H. C. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. Cmaj, 168(3), 271-275.

Vogus, T. J., & Sutcliffe, K. M. (2007). The Safety Organizing Scale: development and validation of a behavioral measure of safety culture in hospital nursing units. Medical care, 46-54. doi: 10.1097/01.mlr.0000244635.61178.7a

Wei, H., Sewell, K. A., Woody, G., & Rose, M. A. (2018). The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. International Journal of Nursing Sciences, 5(3), 287-300. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.010

Welp, A., Meier, L. L., &Manser, T. (2015). Emotional exhaustion and workload predict clinician-rated and objective patient safety. Frontiers in psychology, 5, 1573. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01573

West, C. P., Tan, A. D., Habermann, T. M., Sloan, J. A., &Shanafelt, T. D. (2009). Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. J. Am. Med. Assoc., 302, 1294–1300. doi: 10.1001/jama.2009.1389

Γιακουμιδάκης, Κ. (2010). Ο φόρτος νοσηλευτικής εργασίας ως προγνωστικός παράγοντας της διάρκειας νοσηλείας και της θνησιμότητας ασθενών (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής. Τομέας Παθολογικός Νοσηλευτικός).

Γκούζου, Μ. (2009). Ο φόρτος της νοσηλευτικής φροντίδας σε μονάδες εμφραγματιών και η επίδρασή του στην ποιότητα της φροντίδας (Διδακτορική Διατριβή). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ).

Γκούζου, Μ., Γιαννακοπούλου, Μ., Παπαθανάσογλου, Μ., Τσιμπούκη, Δ., Πουλικαράκος, Π., &Λεμονίδου, Χ. (2009) Αξιολόγηση των μετρικών χαρακτηριστικών της κλίμακας φόρτου νοσηλευτικής φροντίδας TISS-28 σε μονάδες εμφραγματιών. 36ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο Ε.Σ.Ν.Ε, Μύκονος

Δέδε, Μ. Ν., Νιέρη, Α. Σ., Λουίζου, Λ., Χουλιάρα, Ά., Μπελή, Α., Κατσούλας, Θ., ... & Γιαννακοπούλου, Μ. (2018). Εφαρμογή της Κλίμακας NAS σε ΜΕΘ Ενηλίκων και Εκτίμηση Νοσηλευτικής Στελέχωσης και Δυσμενών Εκβάσεων. Nosileftiki, 57(3), 286-298.

Διλιντάς, Α. (2010). Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(3), 498-508.

Κάντας, Α. (1996). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας. Ψυχολογία, 3(2), 71-85.

Καπάκη, Β. (2015). Ποιότητα και ασφάλεια στην υγεία: Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς σε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα (Διδακτορική διατριβή). Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ., (1999). Επαγγελματική εξουθένωση. 3η εκδ. Στο: Δ. Παπαδάτου & Φ. Αναγνωστόπουλος (επιμ.), Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Ελληνικά Γράμματα.

Πίνακας 1. Βαθμολογίες στις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή εκφρασμένη σε ποσοστό
Συναισθηματική εξάντληση*	157	6,00	54,00	**30,59**	9,67	56,65
Αποπροσωποποίηση*	157	4,00	29,00	**15,79**	4,91	54,45
Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων*	157	8,00	46,00	**26,27**	7,25	57,11
Επαγγελματική εξουθένωση*	157	18,00	123,00	**72,65**	19,67	59,07

*Συναισθηματική εξάντληση: χαμηλή ≤ 16, μέτρια 17-26, υψηλή ≥ 27
Αποπροσωποποίηση: χαμηλή ≤ 6, μέτρια 7-12, υψηλή ≥ 13
Έλλειψη προσωπικής επίτευξης: χαμηλή ≤ 31, μέτρια 32-38, υψηλή ≥ 39
Επαγγελματικής εξουθένωσης: χαμηλή ≤ 54, μέτρια 55-67, υψηλή ≥ 68

Πίνακας 2. Ημερήσιος φόρτος νοσηλευτικής φροντίδας ανά εβδομάδα βάσει της κλίμακας NAS

		Άθροισμα κλίμακας NAS	
Εβδομάδα καταγραφής	Αρ. κατειλημμένων κρεβατιών	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
1	22	79,2	3,57
2	20	78,5	3,36
3	15,71	78,6	4,24
4	11,14	78,8	5,05
5	6,14	77	4,32

Πίνακας 3. Αποτελέσματα γραμμικής πολλαπλής παλινδρόμησης για τη διάρκεια νοσηλείας

Model		Μη τυποποιημένοι συντελεστές		Beta	t	Sig.	Συμπέρασμα
		B	Τυπικό Σφάλμα				
1	(Σταθερά)	20,937	4,149		5,046	,000	Στατιστικά σημαντική
	Φύλο	-1,023	1,792	-,046	-,571	,569	Στατιστικά μη σημαντική
	Ηλικία (αριθμός σε έτη)	9,578E-6	,091	,000	,000	1,000	Στατιστικά μη σημαντική
2	(Σταθερά)	59,423	18,118		3,280	,001	Στατιστικά σημαντική
	Μεταβλητές ελέγχου						
	Φύλο	-,331	1,876	-,015	-,177	,860	Στατιστικά μη σημαντική
	Ηλικία (αριθμός σε έτη)	,028	,120	,024	,231	,818	Στατιστικά μη σημαντική
	Δημογραφικά χαρακτηριστικά						
	Θέση εργασίας	-1,893	1,614	-,104	-1,173	,243	Στατιστικά μη σημαντική
	Θέση ευθύνης	-,582	3,106	-,016	-,187	,852	Στατιστικά μη σημαντική
	Οργανωσιακά χαρακτηριστικά						
	Χρόνια εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα (αριθμός σε έτη)	-,061	,080	-,073	-,756	,451	Στατιστικά μη σημαντική
	Συνολική νοσηλευτική προϋπηρεσία (αριθμός σε έτη)	,025	,031	,067	,804	,423	Στατιστικά μη σημαντική
	Εργάζεστε σε κυκλικό πρόγραμμα εργασίας	1,173	2,236	,050	,524	,601	Στατιστικά μη σημαντική
	Φόρτος εργασίας	**,452**	**,213**	**-,167**	**-2,124**	**,035***	**Στατιστικά σημαντική**
3	(Σταθερά)	60,674	18,826		3,223	,002	Στατιστικά σημαντική
	Συναισθηματική εξάντληση	-,024	,125	-,026	-,195	,846	Στατιστικά μη σημαντική
	Αποπροσωποποίηση	,216	,252	,118	,856	,393	Στατιστικά μη σημαντική
	Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων	-,035	,159	-,028	-,219	,827	Στατιστικά μη σημαντική

Εξαρτημένη μεταβλητή: Διάρκεια νοσηλείας Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας **. 0,01 (2-tailed), *. 0,05 (2-tailed).

RESEARCH ARTICLE

Nurses' reported burnout and its relationship to patients' length of stay in Magnet hospitals

Konstantinos Konstantidis[1], Korina Katsaliaki[2]

1. RN, MSc Health Care Management Hellenic Open University, G. Papanikolaou General Hospital of Thessaloniki
2. Associate Professor, PhD, School of Humanities, Social Sciences and Economics, International Hellenic University and Social Sciences, Hellenic Open University

ABSTRACT

Background: The health system nationally and internationally, due to the recent advent of the Covid-19 pandemic, has faced a multitude of difficulties in its functioning. The pandemic posed a serious threat to human health, causing rapid changes to the health systems and the health professionals, such as nursing staff, who were called upon to make every effort to respond to the difficulties by working intensively long hours. In these unprecedented circumstances, staff burnout has swelled and may pose a threat to patient safety.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the role of nurses' burnout and workload in predicting covid-19 patients' length of stay.

Method: A total of 160 nurses of a General Hospital participated in the survey and 160 records were kept of 22 patients in the Intensive Care Unit (ICU) Covid-19.

The Maslach questionnaire (Maslach Burnout Inventory (MBI)) was used as a study tool to measure burnout, the Nursing Activity Score (NAS) for nursing workload and the duration of hospitalization for Covid-19 patients were taken from hospital records. Multiple regression analysis was performed with the stepwise selection method, in order to be able to determine the factors that affect the patients' length of stay.

Results: Nurses' burnout in ICU Covid-19 was found to be high as well as their workload. However, only the nursing workload ($\beta =$, 452 $t = 2{,}124$, $p = 0{,}35$) was associated with a longer patients' length of stay in the ICU ($F\,(1{,}158) = 4{,}512$, $p <$, 001) and not the dimensions of burnout.

Conclusions: The current pandemic pointed out the existing gaps in the health system. Nurses are unable to influence the uncontrollable course of Covid-19 disease, which has hampered their daily work and mental health and their workload has an impact on patient safety.

Key words: burnout, length of hospital stay, ICU Covid-19, nurses, workload

Corresponding author: Konstantinos Konstantinidis
e-mail: konstantinidiskonst@yahoo.com

Date of submission: 22/07/2021
Publication date: December 2022

Citation: Konstantidis K. & Katsaliaki K. (2022). Nurses' reported burnout and its relationship to patients' length of stay in Magnet hospitals. Hellenic Journal of Nursing Science 15(4): 5-16, https://doi.org./10.24283/hjns.202241

Διερεύνηση του εθισμού στο διαδίκτυο: έρευνα σε πολίτες

Νικόλαος Μπακάλης[1], Βιολέττα Σακέτου[2], Ελένη Βαβάτσικου[3], Ανδρονίκη Κώστα[3], Αναστάσιος Τζεναλής[4]

1. Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών
2. Υποψήφια Διδάκτορας, Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πατρών, Σχολική Νοσηλεύτρια Νηπιαγωγείο Κρήνης Πατρών
3. Νοσηλεύτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών
4. Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο εθισμός είναι μια κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο αποκτά μία συνήθεια η οποία επηρεάζει τη συμπεριφορά και τον ψυχισμό του και την καθιστά δύσκολο να διακοπεί. Όταν μιλάμε για εθισμό στο διαδίκτυο αναφερόμαστε στην προβληματική χρήση του διαδικτύου που σχετίζεται με σημαντική κοινωνική, ψυχολογική και επαγγελματική δυσλειτουργία.

Σκοπός: Να διαπιστωθεί κατά πόσο οι πολίτες της Πάτρας, στην εποχή που διανύουμε, είναι εθισμένοι στο διαδίκτυο.

Υλικά-μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε το έγκυρο ερωτηματολόγιο του Young που περιέχει 20 ερωτήσεις. Το δείγμα (n=527) ήταν πολίτες από την περιοχή της Πάτρας. Η στατιστική ανάλυση του δείγματος έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 25.

Αποτελέσματα: Οι συμμετέχοντες είχαν σκορ από 10-73 (μέση τιμή, 31.52) που θεωρείται "μέσος χρήστης online" που έχει τον έλεγχο της χρήσης. Αναλυτικά, το 30.4% του δείγματος απάντησε ότι συχνά του συμβαίνει να παραμένει στο διαδίκτυο περισσότερο από ότι προορίζεται, ενώ το 53.1% του δείγματος προτιμά την διασκέδαση με φίλους από τον ενθουσιασμό του διαδικτύου. Επίσης, το 52.6% απάντησε πως δεν έχει προσπαθήσει να κρύψει τον χρόνο παραμονής του στο διαδίκτυο και το 33% απάντησε ότι δεν δημιουργεί νέες σχέσεις μέσω του διαδικτύου. Αρκετά σημαντικό ήταν και το ποσοστό του 62.8% που αναφέρει ότι η πλειοψηφία των ατόμων που αισθάνεται κατάθλιψη, κυκλοθυμικότητα ή νευρικότητα όταν είναι εκτός σύνδεσης δεν τα ξεπερνά μόλις συνδεθεί στο διαδίκτυο. Ακόμη, οι συμμετέχοντες που κατοικούσαν σε αστική περιοχή είχαν υψηλότερο σκορ ($r = .087$, $p<0.05$) από ότι οι κάτοικοι σε αγροτικές και νησιώτικες περιοχές. Τέλος, οι συμμετέχοντες με ανώτατο επίπεδο μόρφωσης (ΑΕΙ) είχαν υψηλότερο σκορ ($r = -.088$, $p<0.05$) από ότι οι συμμετέχοντες με μόρφωση Γυμνασίου και Λυκείου.

Συμπεράσματα: Ο εθισμός στο διαδίκτυο φαίνεται να έχει εμφανιστεί και στη χώρα μας αλλά έχουν τον έλεγχο της χρήσης. Η πολιτεία χρειάζεται να μεριμνήσει για την ορθή και επαρκή πληροφόρηση των πολιτών έτσι ώστε το φαινόμενο του εθισμού στο διαδίκτυο να αντιμετωπιστεί εγκαίρως και να αποφευχθούν περαιτέρω αρνητικές συνέπειες στον πληθυσμό.

Λέξεις Κλειδιά: διαδίκτυο, εθισμός, επιπτώσεις, πολίτες

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Νικόλαος Μπακάλης
e-mail: nikosbakalis@upatras.gr

Ημερομηνία υποβολής: 03/04/2021
Ημερομηνία δημοσίευσης: Δεκέμβριος 2022

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Αναφορά του άρθρου ως: Μπακάλης Ν., Σακέτου Β., Βαβάτσικου Ε., Ανδρονίκη Κώστα Α. & Τζεναλής Α. (2022). Διερεύνηση του εθισμού στο διαδίκτυο: έρευνα σε πολίτες. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 15(4): 17-24, https://doi.org./10.24283/hjns.202242

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Ο εθισμός στο διαδίκτυο αποτελεί πραγματικότητα και δείχνει να εξελίσσεται με γοργούς ρυθμούς, στη μετά covid εποχή**
- **Οι επιπτώσεις του εθισμού στο διαδίκτυο είναι σοβαρές ενώ έρευνες έχουν διαπιστώσει ότι έχει επηρεάσει την ζωή των πολιτών**
- **Δεν υπάρχει επαρκής πληροφόρηση όσον αφορά το θέμα και έχει αναγκάσει πολλές χώρες να ακολουθούν καινούργιες πολιτικές**
- **Ο εθισμός στο διαδίκτυο έχει εμφανιστεί και στη χώρα μας αλλά οι πολίτες έχουν τον έλεγχο της χρήσης**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα από τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά της σύγχρονης κοινωνίας είναι η αυξανόμενη επίδραση των online εργαλείων επικοινωνίας, ιδιαίτερα του Διαδικτύου στους ανθρώπους (Changetal, 2015). Το διαδίκτυο έχει χαρακτηριστεί ως μια πολύτιμη πηγή γνώσης, ένα εργαλείο ενημέρωσης, ροής πληροφόρησης, επικοινωνίας και διασκέδασης. Το διαδίκτυο είναι πραγματικά ένα εργαλείο όπου μικρής και μεγάλης ηλικίας χρήστες μπορούν να βρεθούν σε έναν απέραντο εικονικό χώρο γεμάτο εκατομμύρια πληροφορίες. Μπορούν να ασχοληθούν με παιχνίδια, να αλληλογραφήσουν, να αναζητήσουν πληροφορίες και να συνομιλήσουν, να βρουν αρχεία κάθε είδους. Με την συνεχή εξέλιξη των νέων τεχνολογιών, οι χρήστες του διαδικτύου είναι πια σε θέση να πραγματοποιούν ηλεκτρονικές αγορές, συναλλαγές με το Δημόσιο και τις τράπεζες και να ασχοληθούν με την εκπαίδευση και την εργασία εξ αποστάσεως (Bannonaetal, 2015).Όλα τα παραπάνω οι ανήλικοι τα κάνουν συνήθως χωρίς επίβλεψη, με μια ελευθερία που δεν υπάρχει στην πραγματική τους ζωή. Για το λόγο αυτό μπορεί να προκύψουν πολλά προβλήματα από τη χρήση χωρίς όριο και από την έλλειψη πληροφόρησης και ενημέρωσης (Koob &Wise, 2014).

Η έννοια του εθισμού

Ο όρος εθισμός χρησιμοποιείται σε καταστάσεις κατά τις οποίες ένα άτομο αποκτά μία συνήθεια η οποία επηρεάζει τη συμπεριφορά και τον ψυχισμό του και την καθιστά δύσκολο να διακοπεί. Αυτή η συνήθεια μπορεί να είναι είτε η λήψη κάποιας ουσίας είτε η συμμετοχή σε κάποια δραστηριότητα που αποτελεί τόσο μεγάλη ευχαρίστηση έτσι ώστε το άτομο να ωθείται στην ακατάπαυστη χρήση/πράξη της με αποτέλεσμα να οδηγείται σε καταστάσεις εκτός ελέγχου χωρίς βεβαίως να το αντιλαμβάνεται (Peele, 2016).

Ο εθισμός μπορεί να αναφέρεται είτε σε μία εξάρτηση από ουσίες είτε σε έναν εθισμό συμπεριφοράς. Με αυτόν τον τρόπο ο εθισμός κατηγοριοποιείται σε σωματικό και ψυχικό (Parekh, 2015). Όσον αφορά στα ιατρικά κριτήρια για τη διάγνωση του εθισμού, σύμφωνα με το εργαλείο DSM- V (2013), ο άνθρωπος θα πρέπει να εμφανίζει τρία τουλάχιστον από τα παρακάτω κριτήρια: ανοχή, αποχώρηση, μεγάλη ποσότητα χρήσης ουσίας, ανεπιτυχείς προσπάθειες για έλεγχο της χρήσης της ουσίας, μείωση ή διακοπή των δραστηριοτήτων λόγω της χρήσης της ουσίας και τέλος χρήση της ουσίας παρά τη γνώση για τις επιπτώσεις της.

Όσον αφορά στις αιτίες του εθισμού διαφέρουν σημαντικά και δεν είναι εύκολα διακριτές. Κατά κύριο λόγο προκαλούνται από έναν συνδυασμό της σωματικής, ψυχικής και συναισθηματικής διάστασης ενός ατόμου (Nordqvist, 2016). Κάθε ουσία ή δραστηριότητα που μπορεί να δημιουργήσει ευχάριστα συναισθήματα στο άτομο μπορεί να έχει ως τελικό αποτέλεσμα τον εθισμό. Γι' αυτό το λόγο η πιθανότητα πρόβλεψης της ανάπτυξης του εθισμού είναι μπδαμινή (Rodgers, 2016).

Ο εθισμός στο διαδίκτυο

Τα συμπτώματα του εθισμού στο διαδίκτυο σχετίζονται είτε με την υπέρμετρη χρονικά χρήση του είτε με την έλλειψη της σύνδεσης για αρκετό χρόνο. Στη πρώτη περίπτωση η παρατεταμένη χρονικά χρήση οδηγεί σε κόπωση, έλλειψη συγκέντρωσης, εκνευρισμό, διαταραχή του κιρκάδιου ρυθμού και αναστροφή του ύπνου. Στη δεύτερη περίπτωση διακρίνεται άγχος, απότομη συμπεριφορά και ευερεθιστότητα, ενώ αναδύονται τα αρνητικά συναισθήματα και καταστάσεις που ενδεχόμενα να κατάπνιγε η χρήση Διαδικτύου, όπως η θλίψη, φοβίες (κοινωνική φοβία, αγοραφοβία), ψυχαναγκαστικότητα, κ.α. (Φλώρος, 2013).

Τέλος με τη συνεχή χρήση του διαδικτύου το άτομο αρχίζει να παραμελεί κοινωνικές και οικογενειακές ευθύνες, έχει συγκρούσεις με την οικογένεια ή το φιλικό περιβάλλον, μειώνει ή ακόμα και σταματά τις εργασιακές

του υποχρεώσεις, ενώ τελικά χάνει σημαντικές σχέσεις και ευκαιρίες εκπαίδευσης ή επαγγελματικής εξέλιξης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ψυχολογικών και διαπροσωπικών προβλημάτων καθώς και την εμφάνιση αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία, τη διάθεση και τον αυτοσεβασμό, προβλήματα στην όραση καθώς και σε άλλα ζωτικά όργανα (Vondráčková & Gabrhelík, 2016).

Αίτια

Σύμφωνα με τον Κυπραίου (2016), οι βασικότερες αιτίες που μπορούν να οδηγήσουν στον εθισμό ενός ατόμου στο διαδίκτυο είναι οι ψυχικές διαταραχές από τις οποίες ενδεχομένως πάσχει. Συγκεκριμένα, άτομα που υποφέρουν από κατάθλιψη, βιώνουν αισθήματα απομόνωσης, στρες ή άγχος, τείνουν να χρησιμοποιούν το διαδίκτυο ως αυτό- θεραπεία. Επίσης, σημαντικοί φαίνεται να είναι προς αυτή την κατεύθυνση και οι οικογενειακοί παράγοντες, όπως είναι για παράδειγμα οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών, οι οποίες προκαλούν ψυχική ένταση στο άτομο, που εκτονώνεται με τη χρήση του διαδικτύου (Sheketal, 2019). Ακολούθως, θα πρέπει να επισημανθούν οι κοινωνικοί παράγοντες και συγκεκριμένα η ελλιπής ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, που έχει ως αποτέλεσμα να στρέφονται τα άτομα αυτά στις διαδικτυακές κοινότητες προκειμένου να αναπτύξουν κοινωνικές επαφές (Fumeroetal, 2018). Τέλος, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η συμπεριφορά των συνομηλίκων, ιδιαίτερα στην περίπτωση των εφήβων, που τείνουν να μιμούνται συμπεριφορές. Έτσι, όταν η παρέα των συνομιλήκων χρησιμοποιεί εκτεταμένα το διαδίκτυο, ο κίνδυνος για τον έφηβο να προβεί στην ίδια ενέργεια και τελικώς να εθιστεί στο διαδίκτυο, είναι υπαρκτός (Κυπραίου, 2016).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα σχετικά με τη χρήση του διαδικτύου, επικεντρώνονται κυρίως σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες (έφηβοι, μαθητές, φοιτητές). Χαρακτηριστικά, η έρευνα των Kormasetal. (2011), στην οποία συμμετείχαν 866 έφηβοι από όλη τη χώρα και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το 1,5% των συμμετεχόντων είχε αναπτύξει προβληματική σχέση με το διαδίκτυο. Ακολούθως, ο Σιώμος (2008) ήθελε να διερευνήσει την ύπαρξη εθισμού σε δείγμα 2.200 μαθητών που φοιτούσαν σε 85 σχολεία στην ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλίας. Από τις απαντήσεις των μαθητών προέκυψε ότι το 8,2% εξ αυτών παρουσίαζε εθισμό στο διαδίκτυο.

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί να διερευνήσει κατά πόσο οι πολίτες της ευρύτερης περιοχής των Πατρών είναι εθισμένοι στο διαδίκτυο.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της Young (1996), το οποίο είναι ένα αξιόπιστο ερωτηματολόγιο το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς ερευνητές σε παρόμοιες έρευνες στο εξωτερικό. Επειδή το ερωτηματολόγιο ήταν στην αγγλική γλώσσα χρειάστηκε να γίνει επεξεργασία στη γλώσσα γραφής του κειμένου (μετάφραση), έτσι ώστε να μην επηρεαστεί το περιεχόμενο του. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος double backward translation. Συγκεκριμένα, μεταφράστηκε το ερωτηματολόγιο από τα αγγλικά στα ελληνικά από έναν ερευνητή με άριστη γνώση της αγγλικής γλώσσας. Αντίστροφη μετάφραση του ερωτηματολογίου από τα ελληνικά στα αγγλικά από ένα δεύτερο ερευνητή (καθηγήτρια αγγλικών), η οποία δεν έχει σχέση με την ερευνητική ομάδα. Στη συνέχεια, γίνετε αξιολόγηση από ειδική ομάδα (expert panel) που καταρτίζεται από νοσηλευτές με ακαδημαϊκή εμπειρία και συνάδελφοι με μεταπτυχιακό και ερευνητικό έργο συναφή με την έρευνα. Η ομάδα παρατηρεί κυρίως θέματα που αφορά το περιεχόμενο, τη μετάφραση και τη δομή του ερωτηματολογίου. Η ομάδα συμφώνησε στην τελική μορφή του ερωτηματολογίου. Ο δείκτης αξιοπιστίας Chrobanchalpha (α)=0.899 που θεωρείται υψηλός.

Όσον αφορά στη βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου, τα άτομα που συγκεντρώνουν από:

20-49 βαθμοί: σερφάρουν στο διαδίκτυο περισσότερο απ' όσο υπολογίζουν αλλά έχουν έλεγχο στη χρήση του διαδικτύου.

50-79 βαθμοί: βιώνουν περιστασιακά ή συχνά προβλήματα εξαιτίας του διαδικτύου. Στο στάδιο αυτό τα άτομα θα πρέπει να εξετάσουν πλήρως τις επιπτώσεις του διαδικτύου στη ζωή τους.

80-100 βαθμοί: Η υπερβολική χρήση του διαδικτύου προκαλεί στα άτομα σημαντικά προβλήματα. Θα πρέπει να ρυθμίσουν την επίδραση του διαδικτύου στη ζωή τους και να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που προκαλούνται άμεσα από την κατάχρησή του.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε είχε συνολικά 28 ερωτήσεις.Το πρώτο μέρος αποτελείται από 20 ερωτήσεις κλειστού τύπου και οι απαντήσεις που θα μπορούσε να επιλέξει το δείγμα ήταν: πάντα- πολύ συχνά- συχνά- μερικές φορές - σπάνια - δεν ισχύει. Το δεύτερο μέρος περιλάμβανε οκτώ ερωτήσεις δημογραφικού περιεχομένου.

Δείγμα μελέτης – Διαδικασία

Χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας. Στην συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν 527 άτομα, κάτοικοι της

ευρύτερης περιοχής των Πατρών. Οι ερευνητές μοίραζαν το ερωτηματολόγιο στους πολίτες σε κεντρικά σημεία (πλατεία, εμπορικά κέντρα, κα) της πόλης. Όσοι πολίτες γνώριζαν γραφή και ανάγνωση και αφού συμφωνούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τους μήνες Νοέμβριο του 2019 μέχρι Φεβρουάριο του 2020. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 10 λεπτά.

Θέματα ηθικής - δεοντολογίας

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας, με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς, όπως για παράδειγμα να μην υποστεί κάποια βλάβη, υπάρχει πλήρη διαφάνεια όσον αφορά στον σκοπό της έρευνας, να τηρείται η ανωνυμία, η εχεμύθεια και το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης (Λιάργκοβας και άλλοι, 2018). Για το λόγο αυτό, στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου οι ερευνητές εξηγούσαν το σκοπό της έρευνας, γνωστοποιήθηκε ο φορέας της έρευνας (Πανεπιστήμιο), την ανωνυμία και εθελοντική φύση της συμμετοχής και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν την συμμετοχή τους.

Στατιστική ανάλυση

Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 25 για την ανάλυση με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<0.05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες, με μέση ηλικία τα 37.3 έτη, ήταν φοιτητές και δημόσιοι υπάλληλοι, ζούσαν σε αστική περιοχή, άγαμοι, με ετήσιο εισόδημα από 10.001-20.000 ευρώ, είχαν ανώτατη εκπαίδευση και πιστοποίηση Lower. **(Πίνακας 1)**

Οι συμμετέχοντες είχαν σκορ από 10-73 (μέση τιμή, 31.52) που θεωρείται "μέσος χρήστης online" που έχει τον έλεγχο της χρήσης. Όσον αφορά στα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των ερωτήσεων, θα πρέπει να αναφερθεί ότι το 30.4% του δείγματος απάντησε ότι συχνά του συμβαίνει να παραμένει στο διαδίκτυο περισσότερο από ότι προορίζεται. Επίσης, το 53.1% του δείγματος προτιμά την διασκέδαση με φίλους από τον ενθουσιασμό του διαδικτύουενώ το 52.6% απάντησε πως δεν έχει προσπαθήσει να κρύψει τον χρόνο παραμονής του στο διαδίκτυο. Αρκετά σημαντικό ήταν και το ποσοστό του 62.8% που αναφέρει ότι η πλειοψηφία των ατόμων που αισθάνεται κατάθλιψη, κυκλοθυμικότητα ή νευρικότητα όταν είναι εκτός σύνδεσης δεν τα ξεπερνά μόλις συνδεθεί στο διαδίκτυο. Αισιόδοξο ωστόσο είναι το ότι το 33% απάντησε ότι δεν δημιουργεί νέες σχέσεις μέσω του διαδικτύου και τέλος, μόνο το 18% απάντησε ότι δεν φοβάται ότι η ζωή του χωρίς το διαδίκτυο θα ήταν βαρετή, κενή και δυσάρεστη.

Επαγωγική στατιστική

Πραγματοποιώντας επαγωγική στατιστική προέκυψαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα μόνο στο μορφωτικό επίπεδο και στην κατοικία ($p<0.05$). **(Πίνακας 2)**

Οι συμμετέχοντες που κατοικούσαν σε αστική περιοχή είχαν υψηλότερο σκορ ($r = .087$, $p<0.05$) από ότι οι κάτοικοι σε αγροτικές και νησιώτικες περιοχές. Επίσης, οι συμμετέχοντες με ανώτατο επίπεδο μόρφωσης (AEI) είχαν υψηλότερο σκορ ($r = -.088$, $p<0.05$) από ότι οι συμμετέχοντες με μόρφωση Γυμνασίου και Λυκείου.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα, μελετά τις αντιλήψεις των χρηστών του διαδικτύου σχετικά με την ποιότητα της σχέσης που πιστεύουν ότι έχουν με αυτό. Σύμφωνα με την Young (1996) βάσει των απαντήσεων διαμορφώνονται τέσσερις παράγοντες: η υπερβολική χρήση (ερωτήσεις 1 & 20), οι επιπτώσεις στην επαγγελματική ζωή (ερωτήσεις 2 & 7), οι επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή (ερωτήσεις 3 & 16) και η έλλειψη ελέγχου (ερωτήσεις 11 & 14).

Ξεκινώντας με τον πρώτο παράγοντα, δηλαδή την υπερβολική χρήση, αξίζει να σημειωθεί ότι στην πρώτη ερώτηση, που αφορούσε το «Πόσο συχνά έχεις διαπιστώσει ότι μπορείς να μείνεις σε απευθείας σύνδεση περισσότερο απ' ότι προορίζεται;», το μεγαλύτερο ποσοστό (30,4%) απάντησε «Πολύ συχνά». Το γεγονός ότι το συνολικό δείγμα (ακόμα και αυτοί που δεν παρουσιάζουν εθισμό) παραδέχτηκε ότι μένει συνδεδεμένο στο διαδίκτυο περισσότερο απ' ότι προορίζεται, φανερώνει πιθανόν την έντονη εθιστική φύση του διαδικτύου και των υπηρεσιών που διαθέτει, καθώς καθιστούν τους χρήστες ευάλωτους να διαχειριστούν το χρόνο που ξοδεύουν σε αυτό.

Από την άλλη πλευρά, στην ερώτηση «Πόσο συχνά πιάνεις τον εαυτό σου να λέει μόνο λίγα λεπτά ακόμα όταν βρίσκεσαι σε απευθείας σύνδεση;» τα αποτελέσματα είναι μάλλον αμφιλεγόμενα, αφού το 24% των συμμετεχόντων απάντησε «μερικές φορές», το 23% απάντησε «δεν ισχύει» και το 21,4% έδωσε την απάντηση «σπάνια». Το γεγονός αυτό δείχνει ότι πράγματι ένα μέρος του δείγματος προβαίνει σε υπερβολική χρήση του διαδικτύ-

ου, ωστόσο στην πλειονότητά του το δείγμα φαίνεται να μπορεί να ελέγξει το διάστημα χρήσης. Παρόμοια αποτελέσματα διαπίστωσαν σε πρόσφατη μελέτη οι Χονδρόπουλος και άλλοι (2019), στην οποία η πλειονότητα των μαθητών Γυμνασίου που συμμετείχε ως δείγμα, παρουσίαζε συμπτώματα εθισμού στο διαδίκτυο, το κυριότερο εκ των οποίων ήταν ότι ήθελαν να βρίσκονται συνδεδεμένοι όσο το δυνατόν περισσότερο.

Περαιτέρω, όσον αφορά στον παράγοντα των επιπτώσεων στην επαγγελματική ζωή, το 27,1% του δείγματος απάντησαν ότι παραμελούν δουλειές του σπιτιού για να περνούν περισσότερο χρόνο σε απευθείας σύνδεση στο διαδίκτυο, «μερικές φορές» ενώ αντίθετα το 24,1% απάντησε «σπάνια». Συνεπώς, προκύπτει ότι ένα αξιοσημείωτο ποσοστό των χρηστών επηρεάζεται όσον αφορά στην επαγγελματική του ζωή, ωστόσο ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό φαίνεται ότι μπορεί να τηρήσει τις ισορροπίες μεταξύ της επαγγελματικής ζωής και της ψυχαγωγίας που προσφέρει το διαδίκτυο. Επίσης, στην ερώτηση «πόσο συχνά η παραγωγικότητά σου επηρεάζεται λόγω του διαδικτύου;» το 30,4% απάντησε σπάνια ενώ το 22,6% «μερικές φορές», κάτι που δείχνει ότι ορισμένοι άνθρωποι πράγματι παρασύρονται και εγκαταλείπουν τις εργασίες τους, για χάριν του διαδικτύου.

Όσον αφορά στον παράγοντα των επιπτώσεων στην κοινωνική ζωή, οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι προτιμούν να περνούν χρόνο με τον/την σύντροφο τους (75,4%) και τους φίλους τους (53,2%) από το γεγονός να μένουν συνδεμένοι στο διαδίκτυο. Τέλος, αναφορικά με τον παράγοντα της έλλειψης ελέγχου το 29% των πολιτών απάντησαν ότι «σπάνια» πιάνουν τον εαυτό τους να ανυπομονούν για το πότε θα ξαναμπούν στο διαδίκτυο ενώ το 27,5% «μερικές φορές». Ακόμα στην ερώτηση «πόσο συχνά χάνουν τον ύπνο τους εξαιτίας της σύνδεσής τους στο διαδίκτυο μέχρι αργά το βράδυ», το 23% απάντησε σπάνια, το 22,8% μερικές φορές και το 19,7% δεν ισχύει. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν διαπιστώσει και άλλοι ερευνητές όπως οι Andreassen και άλλοι (2016), οι οποίοι σε ευρωπαϊκή έρευνα βρήκαν ότι τα εθισμένα στο διαδίκτυο άτομα δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν σε κανονικές δραστηριότητες για 7,5 ημέρες, σε διάστημα μόλις ενός έτους, λόγω της ανάγκης τους να χρησιμοποιήσουν το διαδίκτυο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Εν κατακλείδι, από τα αποτελέσματα της έρευνας θα μπορούσε να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι ο εθισμός στο διαδίκτυο αποτελεί πραγματικότητα και δείχνει να εξελίσσεται με γοργούς ρυθμούς. Ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της πανδημίας, θα ήταν χρήσιμο να μετρηθεί και να συγκριθεί με τα παρών αποτελέσματα ο εθισμός των πολιτών στο διαδίκτυο.

Υπενθυμίζεται ότι το πρόβλημα του εθισμού στο διαδίκτυο είναι ήδη υπαρκτό παρά το γεγονός ότι δεν έχουν παρουσιαστεί ακόμα σοβαρές επιπλοκές. Για το λόγο του ότι αποτελεί μια σχετικά νέα μορφή εξάρτησης είναι λογικό να βρίσκεται ακόμα υπό εξέταση καθώς ο εθισμός στο διαδίκτυο δεν είναι ακόμα μια κλινική οντότητα που απαντάται στα ψυχιατρικά εγχειρίδια. Συγκεκριμένα το DSM-V δεν συμπεριλαμβάνει το διαδίκτυο στις κατηγορίες του εθισμού καθώς δεν έχει οριοθετηθεί από την επιστημονική κοινότητα η οποία υποστηρίζει ότι το θέμα χρήζει περαιτέρω έρευνα.

Όσον αφορά στα αποτελέσματα της έρευνας, σημειώνεται ότι ανησυχητικός ήταν ο αριθμός του δείγματος που προέβαινε σε υπερβολική χρήση, αφού επιθυμούσε να βρίσκεται όσο το δυνατόν περισσότερο στο διαδίκτυο, χωρίς να μπορεί να ελέγξει την επιθυμία αυτή. Βέβαια, πρέπει να τονιστεί ότι υπήρχαν αρκετοί συμμετέχοντες που μπορούσαν να ελέγξουν την επιθυμία τους για χρήση του διαδικτύου και συναφώς δεν προέβαιναν σε υπερβολική χρήση. Φαίνεται ότι ο πληθυσμός της Πάτρας δείχνει να έχει εθιστεί στο διαδίκτυο, ωστόσο έχουν τον έλεγχο της χρήσης.

Επιπροσθέτως, φαίνεται ότι οι επιπτώσεις του εθισμού στο διαδίκτυο που αφορούν την επαγγελματική δραστηριότητα και την κοινωνική ζωή, δεν είναι ακόμα σοβαρές, παρότι είναι αξιοσημείωτος ο αριθμός του δείγματος που απάντησε ότι η επαγγελματική και κοινωνική του ζωή επηρεάστηκε από το διαδίκτυο. Συνεπώς, μπορεί ακόμα η κατάσταση να είναι ελεγχόμενη και να μην είναι ιδιαίτερα εμφανείς οι επιπτώσεις του εθισμού στο διαδίκτυο, παρόλα αυτά απαιτείται προσοχή ώστε να μην αυξηθεί ο αριθμός των ανθρώπων που παρουσιάζουν τέτοια προβλήματα, καθώς στην περίπτωση αυτή οι επιπτώσεις του εθισμού θα είναι ιδιαίτερα εμφανείς στο σύνολο της κοινωνίας.

Ωστόσο, δεν φαίνεται να υπάρχει επαρκής πληροφόρηση για ένα σοβαρό θέμα το οποίο σε άλλες χώρες έχει αναγκάσει τις κυβερνήσεις να ακολουθούν καινούργιες πολιτικές προκειμένου να το αντιμετωπίσουν. Για παράδειγμα, το Υπουργείο Υγείας στο Χονγκ Κονγκ, έχει αναπτύξει στοχευόμενες δράσεις για την παρακολούθηση, την πρόληψη και τη θεραπεία του εθισμού στο διαδίκτυο. Ομοίως, το Υπουργείο Υγείας στο Ιράν έχει οργανώσει πρόγραμμα πρόληψης που εφαρμόζεται τόσο στα σχολεία όσο και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ

επίσης έχει σχεδιάσει θεραπευτική παρέμβαση που βασίζεται στη γνωστική συμπεριφορική προσέγγιση, για την αντιμετώπιση των διαταραχών που σχετίζονται με την τεχνολογία (Saunders et al, 2017). Ακόμα, αντίστοιχες κλινικές υπηρεσίες έχουν αναπτυχθεί και στην Αμερική και στην Ευρώπη. Συγκεκριμένα, στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει δημιουργηθεί το Κέντρο για τον Εθισμό στο Διαδίκτυο και το Πρόγραμμα reSTART, που συμβάλουν μεταξύ των άλλων στην ενημέρωση των πολιτών για θέματα που αφορούν στον εθισμό στο διαδίκτυο, ενώ επίσης στο Λονδίνο, στη Βαρκελώνη και στη Γενεύη, λειτουργούν κλινικές εντός Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων, που ομοίως συμμετέχουν στην ενημέρωση του κοινού (Billieux et al., 2016).

Συνεπώς, μια πρόταση που διατυπώνεται είναι να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα, ιδιαίτερα για την πρόληψη αλλά και για την αντιμετώπιση του φαινομένου που μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες στον πληθυσμό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM IV. USA: American Psychiatric Association.

Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. Psychology of addictive behaviors, 30(2), 252–262.

Bannona, S, McGlynnb ,T, Mckenziec, K &Quaylec, E (2015). The positive role of Internet use for young people with additional support needs: Identity and connectedness. Computers in Human Behavior, 53, 504–514.

Billieux, J., Achab, S., Savary, J.F., Simon, O., Richter, F., Zullino, D. & Khazaal, Y. (2016). Gambling and problem gambling in Switzerland. Addiction, 111, 1677–1683.

Chang, L, Lee, M, Liao, S & Wu, C. (2015). Risk Factors of Internet Addiction among Internet Users: An Online Questionnaire Survey. Plos One, 10(10). Available at https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0137506

Chen, L. & Nath, R. (2016) Understanding the underlying factors of Internet addiction across cultures: A comparison study. Electronic Commerce Research and Applications, 17, 39–42.

Chu, Y &Xou, J. (2015). Automatic questionnaire survey by using the collective message over the Internet. Advanced Engineering Informatics, 29(4), 813–817.

Δαμιανού, Χ. (2016). Μεθοδολογίαδειγματοληψίας. Τεχνικέςκαιεφαρμογές. Αθήνα: Σοφία.

Δαρβίνη, Χ. (2009) ΜεθοδολογίάΕρευναςστο Χώρο της Υγείας. Αθήνα: ΕκδόσειςΠασχαλίδης.

Fumero, A., Marrero, R., Voltes, D. &Penate, W. (2018). Personal and social factors involved in internet addiction among adolescents. A meta- analysis. Computers in human behavior, 86, 387-400.

Kardefelt-Winther, D. (2014). A conceptual and methodological critique of internet addiction research: Towards a model of compensatory internet use. Computers in Human Behavior, (31), 351–354.

Koob, G. & Wise, R. (2014). The development and maintenance of drug addiction. Neuropsychopharmacology, 39 (2), 254-262.

Kormas, G., Critselis, E., Janikian, M., Kafetzis, D. &Tsitsika, A., (2011). Risk factors and psychosocial characteristics of potential problematic and problematic internet use among adolescents: A cross-sectional study.BMC Public Health, 27 (11), 595.

Κυπραίου, Π. (2016) Εξάρτηση απ' το διαδίκτυο. Διαθέσιμο στο: http://www.psychotherapeia.net.gr/articles-psyxologoi-marousi-psyxotherapeftes-marousi/exartiseis/43-exarthsh-apo-to-diadiktyo/71-exarthsh-apo-diadiktyo

Lam, T. L. (2015). ParentalmentalhealthandInternetAddictioninadolescents. AddictiveBehaviors, 42, 20–23.

Λιάργκοβας, Π., Δερμάτης, Ζ. & Κομνηνός, Δ. (2018). Μεθοδολογία της έρευνας και συγγραφή επιστημονικών εργασιών. Θεσσαλονίκη: Τζιόλα.

Nordqvist , C. (2016). Addiction: Causes, Symptoms and Treatments. Medical news today. Available at http://www.medicalnewstoday.com/info/addiction

Παπαγεωργίου, Ι. (2015). Θεωρία δειγματοληψίας. Αθήνα: ΣΕΑΒ.

Parekh, R. (2015). What Is Addiction? American psychiatry association. Available at https://www.psychiatry.org/patients-families/addiction/what-is-addiction

Peele, S. (2016). People Control Their Addictions: No matter how much the "chronic" brain disease model of addiction indicates otherwise, we know that people can quit addictions – with special reference to harm reduction and mindfulness. Addictive behavior reports, 4, 97- 101.

Rodgers, J. E. (2016). Causes of Addiction. Psychology today. Available at https://www.psychologytoday.com/basics/addiction/causes

Saunders, J.B., Hao, W., Long, J., King, D.L., Mann, K., Buhler, M.F., Rumpf, H.J. ... & Poznyak, V. (2017). Gaming disorder: Its delineation as an important condition for diagnosis, management, and prevention. Journal of behavioral addictions, 6(3), 271–279.

Schek, D., Zhu, X. & Dou, D. (2019). Influence of family process on internet addiction among late adolescents in Hong Kong. Frontiers in psychiatry, 10, 113-135.

Σιώμος Κ (2008) Εθισμός στο Internet: μια υπαρκτή απειλή. Θεσσαλία Διαθέσιμο στο: http://www.tovima.gr/science/article/?aid=244780

Vondráčková P, Gabrhelík R. (2016). Prevention of Internet addiction: A systematic review. J Behav Addict., Dec; 5 (4) : 568 – 579.

Φλώρος, Γ. (2013) Εθισμός στο διαδίκτυο. Ελληνική εταιρία μελέτης της διαταραχής εθισμού στο διαδίκτυο. Διαθέσιμο στο http://www.georgefloros.com/page9.php

Χαλικιάς, Μ., Λάλου, Π. & Μανωλέσσου, Α. (2015). Μεθοδολογία έρευνας και εισαγωγή στη Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων με το IBMStatistics. Αθήνα: ΣΕΑΒ.

Χονδρόπουλος, Ι., Υφαντή, Θ., Ζυγούρης, Ν., Βαβουγιός, Δ. & Σταμούλης, Γ. (2019). Διερεύνηση του εθισμού στο διαδίκτυο στη Λαμία. Έρευνα και τεχνολογική ανάπτυξη, καινοτομία και οικονομία, 2, 791-800.

Young, K. S (1996) internet addiction: the emergence of a new clinical discover. Cyberpsychology and behavior, 1(3), 2-3.

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ηλικία	15-67 έτη	Μέση τιμή 37.3 έτη
Φύλο	Θήλυ (75.1%)	
Επάγγελμα	Φοιτητής (41.9%)	Δημόσιος υπάλληλος (29.3%)
Κατοικία	Αστική περιοχή (79.5%)	
Εισόδημα	10.001-20.000 € (34.5%)	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η (70%)	
Μορφωτικό επίπεδο	ΑΕΙ (79.2%)	
Επίπεδο γνώσης αγγλικών	Lower (52%)	

Πίνακας 2. Αποτελέσματα

		Σκορ	Φύλλο	Κατοικία	Εισόδημα	Οικ. Κατάσταση	Μορφ. Επίπεδο	Αγγλικά
Σκορ	Pearson Correlation	1	-,079	,087*	,002	-,072	-,088*	,003
	Sig. (2-tailed)		,071	,046	,959	,098	,043	,943
	N	527	527	527	527	527	527	527
Φύλλο	Pearson Correlation	-,079	1	,075	-,082	,015	,232**	-,063
	Sig. (2-tailed)	,071		,088	,060	,731	,000	,146
	N	527	527	527	527	527	527	527
Κατοικία	Pearson Correlation	,087*	,075	1	-,005	,001	,018	,067
	Sig. (2-tailed)	,046	,088		,910	,980	,682	,125
	N	527	527	527	527	527	527	527
Εισόδημα	Pearson Correlation	,002	-,082	-,005	1	,121**	,160**	,011
	Sig. (2-tailed)	,959	,060	,910		,005	,000	,802
	N	527	527	527	527	527	527	527
Οικ.Κατάσταση	Pearson Correlation	-,072	,015	,001	,121**	1	-,201**	,140**
	Sig. (2-tailed)	,098	,731	,980	,005		,000	,001
	N	527	527	527	527	527	527	527
Μορφ.Επίπεδο	Pearson Correlation	-,088*	,232**	,018	,160**	-,201**	1	-,117**
	Sig. (2-tailed)	,043	,000	,682	,000	,000		,007
	N	527	527	527	527	527	527	527
Αγγλικά	Pearson Correlation	,003	-,063	,067	,011	,140**	-,117**	1
	Sig. (2-tailed)	,943	,146	,125	,802	,001	,007	
	N	527	527	527	527	527	527	527

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

RESEARCH ARTICLE

Investigating internet addiction: a citizen survey

Nikolaos Bakalis[1], Violetta Saketou[2], Eleni Vavatsikou[3], Androniki Costa[3], Anastasios Genalis[4]

1. Professor, Department of Nursing, University of Patras
2. PhD Candidate, Department of Nursing, University of Patras, School Nurse
3. Nurse, Department of Nursing, University of Patras
4. Assistant Professor, Department of Nursing, University of Patras

ABSTRACT

Introduction: Addiction is a condition in which a person acquires a habit which affects the behavior and psyche and makes it difficult to confront with. When we talk about internet addiction, we are referring to problematic internet use that is associated with significant social, psychological and occupational dysfunction.

Purpose: To identify whether the citizens of Patras, in the current period, are addicted to the internet.

Materials-method: Young's questionnaire which containing 20 questions was used. The sample (n=527) were citizens from Patras. The statistical analysis was performed using the SPSS 25.

Results: Participants had a score from 10-73 (mean, 31.52) which considered "average online user" who has control over use. More precisely, 30.4% of the sample answered that it often happens to them to stay online longer than intended while 53.1% of the sample prefers fun with friends instead of the excitement to internet. Also, 52.6% answered that they have not tried to hide their time spent online and 33% believed that they do not create new relationships through Internet. It is important to mention that 62.8% of the participants state that most people feel depressed, moody or nervous when they are offline and they do not overcome these feeling even if they are online. Furthermore, participants who lived in an urban area had a higher score ($r = .087$, $p<0.05$) than those who lived in rural and island areas. Finally, participants with the highest level of education (University degree) had a higher score ($r = -.088$, $p<0.05$) than the participants with middle school and high school education.

Conclusions: Internet addiction seems to have appeared in our country as well, but participants have control over usage. The state needs to ensure that sufficient and correct information needs to be delivered to citizens so that the phenomenon of internet addiction can be treated in time and further negative consequences for the population can be avoided.

Key words: internet, addiction, effects, citizens

Corresponding author: Nikolaos Bakalis
e-mail: nikosbakalis@upatras.gr

Date of submission: 03/04/2021
Publication date: December 2022

Citation: Bakalis N., Saketou V., Vavatsikou E., Costa A. & Genalis A. (2022). Investigating internet addiction: a citizen survey. Hellenic Journal of Nursing Science 15(4): 17-24, https://doi.org./10.24283/hjns.202242

Ανθεκτικότητα και αυτοφροντίδα νοσηλευτών στην εποχή της πανδημίας covid-19: μια πιλοτική μελέτη

Μαρία Πούρου[1], Γεώργιος Μανομενίδης[2], Χρυσοβαλάντης Καραγκούνης[3], Θάλεια Μπελλάλη[4]

1. Νοσηλεύτρια, MSc , Γ.Ν.Θ «Παπαγεωργίου»
2. Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής (παράρτημα Διδυμοτείχου), Σχολή Επιστημών υγείας, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος
3. Νοσηλευτής, Ψυχολόγος, MSc, Phd(c), Τμήμα Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Ισότητας των Φύλων, Δήμος Κατερίνης
4. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδος και adjunct professor, Τμήμα Επιστημών Υγείας, Σχολή Θετικών Επιστημών, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Στην κρίση της πανδημίας Covid-19, το υγειονομικό προσωπικό πρώτης γραμμής ήρθε αντιμέτωπο με πρωτόγνωρες συνθήκες εργασίας. Η ανάγκη προσαρμογής στα ταχέως μεταβαλλόμενα υγειονομικά πρωτόκολλα και οι αλλαγές που επήλθαν στον εργασιακό χώρο επηρέασαν την ψυχική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας. Σε αυτή την απειλητική για τον ψυχισμό των εργαζομένων κατάσταση, η έννοια της αυτοφροντίδας αποκτά ιδιαίτερη σημασία.

Σκοπός: Η διερεύνηση της σχέση μεταξύ της ανθεκτικότητας, αυτοφροντίδας, αυτο-συμπόνιας και του στρες του νοσηλευτικού προσωπικού ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου και ο εντοπισμός παραγόντων που προβλέπουν την ύπαρξη επιπέδων ανθεκτικότητας.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη, με δείγμα ευκολίας 101 νοσηλευτών που εργάζονται σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Βορείου Ελλάδος, μέσω της χορήγησης ερωτηματολογίου που περιελάμβανε: α) ερωτήσεις δημογραφικών-επαγγελματικών χαρακτηριστικών β) την Κλίμακα Ανθεκτικότητας – Brief Resilience Scale, γ) την Κλίμακα Αυτο-συμπόνιας – Self-Compassion Scale, δ) την Κλίμακα Στρες – Perceived Stress Scale, και την ε) Κλίμακα προσδιορισμού της Αυτοφροντίδας – Self-care.

Αποτελέσματα: Οι συμμετέχοντες παρουσίασαν μέτριου βαθμού επίπεδα στρες και αυτο-συμπόνιας και άνω του μετρίου επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας. Αναφορικά με την αυτο-φροντίδα οι περισσότεροι παρουσίασαν υψηλότερες τιμές στην κοινωνική και επαγγελματική διάστασή της, παρά στη σωματική. Βρέθηκε αρνητική συσχέτιση της ανθεκτικότητας με το στρες ($p<0.001$) και θετική συσχέτιση με την αυτο-φροντίδα ($p<0.001$) και την αυτο-συμπόνια ($p=0.001$). Το στρες, η αυτο-φροντίδα και το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο προβλέπουν το 28.8% της διακύμανσης της ανθεκτικότητας. Παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοφροντίδας θα ήταν εξαιρετικά χρήσιμες για την περαιτέρω ενίσχυση ψυχικής ανθεκτικότητας και συνεπώς μείωσης του στρες του προσωπικού που εργάζεται σε απαιτητικά περιβάλλοντα, όπως είναι οι δομές δευτεροβάθμιας περίθαλψης Υγείας.

Λέξεις Κλειδιά: ανθεκτικότητα, αυτοσυμπόνια, αυτοφροντίδα, νοσηλευτές, Covid-19

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Μαρία Πούρου
e-mail: mariapourou2@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 20/10/2022
Ημερομηνία δημοσίευσης: Δεκέμβριος 2022

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Αναφορά του άρθρου ως: Πούρου Μ., Μανομενίδης Γ., Καραγκούνης Χ. & Μπελλάλη Θ. (2022). Ανθεκτικότητα και αυτοφροντίδα νοσηλευτών στην εποχή της πανδημίας covid-19: μια πιλοτική μελέτη. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 15(4): 25-34, https://doi.org./10.24283/hjns.202243

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ανθεκτικότητας, αυτοφροντίδας, αυτοσυμπόνιας και στρες**
- **Μέτρια επίπεδα στρες και αυτοσυμπόνιας και άνω του μετρίου ανθεκτικότητας**
- **Θετική συσχέτιση ανθεκτικότητας με αυτοφροντίδα και αυτοσυμπόνια**
- **Το ανώτατο εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίζεται θετικά με την ανθεκτικότητα**
- **Πρόταση για διαμόρφωση προγραμμάτων ενίσχυση αυτοφροντίδας και ανθεκτικότητας μέσω ειδικών προγραμμάτων**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τη δήλωση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) το Μάρτιο του 2020, το σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο κορονοϊός (SARS-CoV-2), το οποίο αποτελεί τη κύρια αιτία της μετέπειτα ονομαζόμενης νόσου του κορονοϊού 2019 (Covid-19), κάνει την εμφάνισή του στα τέλη του 2019 στο Wuhan της Κίνας (Li et al 2020). Ο Covid-19 εξαπλώθηκε παγκοσμίως και πολλές χώρες έθεσαν αυστηρά περιοριστικά μέτρα και εθνική καραντίνα. Αν και η κοινωνική απομόνωση και ο περιορισμός συσχετίστηκαν με τη μειωμένη μετάδοση του Covid-19, η επιστημονική κοινότητα υπογράμμισε τις σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις της καραντίνας στην ψυχική υγεία τόσο σε νέους όσο και σε ηλικιωμένους πληθυσμούς (Fofana et al 2020).

Η κατάσταση αυτή της έκτακτης ανάγκης, πέρα από τις αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις στον γενικό πληθυσμό, είχε παρόμοιες επιπτώσεις και στους επαγγελματίες υγείας (ΕΥ) των νοσοκομείων που είχαν να αντιμετωπίσουν μια πρωτόγνωρη, δύσκολη και αγχωτική πραγματικότητα (Greenberg et al 2020, Lorente et al 2021). Με εμφανή τον κίνδυνο να καταρρεύσουν τα δημόσια συστήματα υγείας, το προσωπικό κλήθηκε να αντιμετωπίσει προκλήσεις όπως η αλλαγή των υγειονομικών πρωτοκόλλων, οι ελλείψεις πόρων-ανάμεσα σε αυτές και οι ελλείψεις στο ίδιο το προσωπικό που ήδη προϋπήρχαν, και οι οποίες εντάθηκαν, εξαιτίας της καραντίνας των ιδίων των ΕΥ (Μπελλάλη 2021). Δεδομένης της έλλειψης κλινών ΜΕΘ, μια άλλη μεγάλη πρόκληση για τους νοσηλευτές, ήταν η λήψη σημαντικών κλινικών αποφάσεων όπως η εφαρμογή κανόνων διαλογής ασθενών (Μπελλάλη 2021). Ο μεγάλος αριθμός ασθενών που πεθαίνουν μόνοι, και ο διαρκής φόβος ότι θα μολυνθούν οι ίδιοι και μετά θα μολύνουν συναδέλφους, οικογένεια, φίλους λόγω της έλλειψης προστατευτικού εξοπλισμού ή πρωτοκόλλων, επέδρασε αρνητικά στην ψυχολογική ευεξία των νοσηλευτών (Hossain & Clatty 2021). Σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση εν μέσω Covid 19 που περιελάμβανε 25 μελέτες, αναδείχτηκε το υψηλό ποσοστό φτωχής ψυχικής υγείας σε νοσηλευτικό προσωπικό, που παρουσίασε συμπτώματα αγχώδους διαταραχής (32%), στρες (44%), κατάθλιψης (40,6%), μετατραυματικού στρες (18,6%) και αϋπνίας (38,3%) ενώ αναδείχτηκαν επίσης παράγοντες που συμβάλουν σε υψηλό ρίσκο για την ανάπτυξη ψυχικών παθήσεων, όπως είναι η χαμηλή αυτο-αποτελεσματικότητα, η χαμηλή ψυχική ανθεκτικότητα, η ελλιπής κοινωνική στήριξη καθώς και το γυναικείο φύλο (Varghese et al 2021).

Η ανθεκτικότητα και η αυτοφροντίδα της ψυχικής και σωματικής υγείας των νοσηλευτών είναι εξίσου σημαντική με τη φροντίδα της υγείας του ίδιου του ασθενούς. Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι μια πολυδιάστατη έννοια που ορίζεται ως «η αποτελεσματική αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων και αντίξοων συνθηκών, καθώς και η θετική προσαρμογή των ατόμων σε αυτές τις αντίξοες συνθήκες και η ανάκαμψη από αυτές» (Luthar et al 2000). Στην υγειονομική περίθαλψη, η ανθεκτικότητα αναφέρεται στην διατήρηση της ικανότητας για φροντίδα των ασθενών, αλλά και στη διατήρηση της υγείας των ίδιων των εργαζομένων, οι οποίοι παράλληλα δείχνουν ανοχή στην αβεβαιότητα και το απρόβλεπτο που σχετίζεται με την εργασία (Rosen et al 2020). Η ανθεκτικότητα αποτελεί ένα προστατευτικό παράγοντα σε περιόδους καταστροφών και βοηθά στη μετατροπή των αντιξοοτήτων σε θετικές εμπειρίες ανάπτυξης, γεγονός που συμβάλλει στην επαγγελματική ανάπτυξη και στην καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία των νοσηλευτών (Hart et al 2014). Ως εκ τούτου, η ανθεκτικότητα ως απάντηση στο απαιτητικό εργασιακό περιβάλλον έχει συσχετιστεί με καλύτερη ποιότητα ζωής και καλύτερη υγεία (Glass 2009). Εξάλλου, οι Labrague & Los Santos (2020) υπογράμμισαν ότι τα αυξημένα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας, οργανωτικής και κοινωνικής υποστήριξης σε νοσηλευτές ενόψει Covid 19 συσχετίστηκαν με μειωμένα επίπεδα άγχους. Παρόμοια ευρήματα προκύπτουν και από άλλες έρευνες, όπου το νοσηλευτικό προσωπικό

στο οποίο καταγράφηκαν χαμηλότερα επίπεδα εξάντλησης, κόπωσης, άγχους, κατάθλιψης και ψυχολογικής δυσφορίας είχε αντίστοιχα παρουσιάσει υψηλότερο επίπεδο ανθεκτικότητας (Cooper et al 2020, Rivas et al 2021, Shivola et al 2022).

Η υψηλή ανθεκτικότητα στο νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να επιτευχθεί με την αυτο-φροντίδα και την αυτο-συμπόνια (Hofmeyer et al 2020, Ruiz-Fernández et al 2021). Με τον όρο αυτο-φροντίδα ορίζεται «το σύνολο των δραστηριοτήτων που αναλαμβάνει να πραγματοποιήσει το ίδιο το άτομο για να προάγει και να διατηρήσει την ατομική του υγεία και ευεξία, αλλά και να μειώσει το στρες που βιώνει» (Barker 2010). Κατά τη διάρκεια της πανδημίας το νοσηλευτικό προσωπικό κλήθηκε να αντιμετωπίσει τη νέα πραγματικότητα έχοντας την ευθύνη να φροντίσει τον εαυτό του, τόσο σωματικά όσο και ψυχικά, ώστε να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες, ενώ παράλληλα να παρέχει φροντίδα και σε όλους αυτούς που την είχαν ανάγκη (Hofmeyer et al 2020). Προς την κατεύθυνση ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας και ευεξίας, βρέθηκαν να συνδράμουν διάφορες στρατηγικές αυτοφροντίδας όπως ο επαρκής ύπνος, η υγιεινή διατροφή, η τακτική σωματική άσκηση, τα κοινωνικά δίκτυα/επαφές, η ενσυνειδητότητα (mindfullness) και ο θετικός διάλογος (Cusack et al 2016, Mills et al 2018).

Στους μηχανισμούς αυτοφροντίδας θα μπορούσε να συμπεριληφθεί και η έννοια της αυτο-συμπόνιας , η οποία σύμφωνα με την Neff (2003), αφορά σε μια «στάση ζεστασιάς και αποδοχής απέναντι στις πλευρές του εαυτού μας σε στιγμές πόνου ή αποτυχίας» (Neff 2003). Η εξάσκηση στην αυτο-συμπόνια και η συνειδητοποίηση των αναγκών του ατόμου φαίνεται να είναι απαραίτητες ώστε να μπορεί το άτομο να βοηθά τους άλλους (Vachon 2016). Σύμφωνα επίσης με τους Singer & Klimecki (2014), όταν ένα άτομο μιλά ευγενικά στον εαυτό του, ενισχύει τις κοινωνικές του συμπεριφορές (π.χ. αλτρουισμός, καλοσύνη, ενσυναίσθηση) και επικοινωνεί καλύτερα με ασθενείς, οικογένειες και συναδέλφους. Τα άτομα που συμπονούν τον εαυτό τους έχουν καλύτερη ψυχική υγεία, καλύτερες σχέσεις και προσωπική ευτυχία, ενώ αντίστοιχα προστατεύονται από τη συναισθηματική δυσφορία, και βιώνουν λιγότερο άγχος, κατάθλιψη, ντροπή και μικρότερο φόβο αποτυχίας (Hofmeyer et al 2020, Vachon 2016, Neff 2003).

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ ανθεκτικότητας, αυτοφροντίδας, αυτο-συμπόνιας και στρες του νοσηλευτικού προσωπικού ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου και να εντοπίσει τους παράγοντες που προβλέπουν την ύπαρξη υψηλότερων επιπέδων ανθεκτικότητας.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Σχεδιασμός

Πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Βορείου Ελλάδος, το διάστημα από τον Ιούνιο έως και το Σεπτέμβριο του 2022.

Δείγμα και διαδικασία συλλογής δεδομένων

Το δείγμα αποτέλεσαν 101 εργαζόμενοι νοσηλευτές, τριτοβάθμιου νοσοκομείου (ποσοστό ανταπόκρισης 89%). Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν από την κύρια ερευνήτρια της μελέτης και προσκλήθηκαν προφορικά να συμμετάσχουν στην έρευνα. Το κριτήριο ένταξης στη μελέτη ήταν η άριστη χρήση της ελληνικής γλώσσας, ενώ αποκλείστηκε το νοσηλευτικό προσωπικό που δεν είχε μόνιμη σχέση εργασίας με το νοσοκομείο.

Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς που περιλάμβανε: Α) τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, έτη προϋπηρεσίας, αν έχει θέση ευθύνης και το τμήμα εργασίας). Β) την *Κλίμακα Ανθεκτικότητας–Brief Resilience Scale (BRS)*, για τη μέτρηση της ανθεκτικότητας και περιλαμβάνει έξι ερωτήσεις σε 5βαθμη κλίμακα Likert, μετρώντας την ικανότητα ανάκαμψης από το στρες και τις δυσμενείς συνθήκες (Smith et al 2008). Το BRS μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε σε ελληνικό πληθυσμό (Kyriazos et al 2018), αναδεικνύοντας ένα παράγοντα και υψηλή εσωτερική αξιοπιστία σε δείγμα γενικού πληθυσμού (*Cronbach's α = 0.80*). Γ) την *Κλίμακα Αυτο-συμπόνιας–Self-Compassion Scale (SCS)*, η οποία περιέχει 26 ερωτήσεις σε 5βαθμη κλίμακα Likert, σχετικά με τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με τους διάφορους παράγοντες της αυτο-συμπόνιας (Neff 2003). Το SCS έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό (δείγμα φοιτητών) (Mantzios et al 2015), με γενικά καλές ψυχομετρικές ιδιότητες και υψηλή εσωτερική αξιοπιστία (*Cronbach's α* = 0.87). Δ) η *Κλίμακα Στρες–Perceived Stress Scale (PSS-10)*, η οποία αξιολογεί την αντίληψη των αγχωτικών εμπειριών ζητώντας από τον ερωτώμενο να αξιολογήσει τη συχνότητα των αισθήσεων και των σκέψεων του που σχετίζονται με γεγονότα και καταστάσεις που συνέβησαν τον προηγούμενο μήνα (Cohen 1983). Η κλίμακα περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις σε 5βαθμη κλίμακα Likert, και η προσαρμογή και στάθμι-

ση στον ελληνικό πληθυσμό έδειξε ικανοποιητική αξιοπιστία (*Cronbach's a* = 0.82) και εγκυρότητα (Andreou et al 2011) σε δείγμα υγειονομικού προσωπικού και φοιτητών. Ε) Η *Κλίμακα προσδιορισμού της Αυτοφροντίδας–Self-care (SC)*, η οποία κατασκευάστηκε με βάση τη σχετική βιβλιογραφία (Kulbok et al 1999; Institute of Functional Medicine 2016) και αποτελείται από 34 ερωτήσεις σε 6βαθμη κλίμακα Likert, με δηλώσεις που αξιολογούν τις πρακτικές που ακολουθεί κάποιος προκειμένου να φροντίσει τον εαυτό του. Αποτελείται από τέσσερις διαστάσεις: σωματική ευεξία, συναισθηματική – πνευματική ευεξία, επαγγελματική και κοινωνική ζωή και έχει σταθμιστεί στα ελληνικά σε δείγμα φοιτητών με ικανοποιητική εσωτερική εγκυρότητα (Γουγούση 2020) και αξιοπιστία (*Cronbach's a* = 0.89).

Θέματα ηθικής – δεοντολογίας

Για τη διενέργεια της ερευνητικής διαδικασίας εξασφαλίστηκε έγκριση της Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ), αλλά και του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου, ενώ τηρήθηκαν οι αρχές της ανωνυμίας και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων των νοσηλευτών που συμπλήρωσαν το χορηγούμενο ερευνητικό εργαλείο.

Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε με στατιστικές μεθόδους της περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής. Τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα παρουσιάζονται με συχνότητες και ποσοστά στην περίπτωση κατηγορικών μεταβλητών, και με μέσους όρους (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις (Τ.Α.) στην περίπτωση συνεχών μεταβλητών. Για τον έλεγχο κανονικότητας των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Shapiro-Wilk. Για την σύγκριση της ανθεκτικότητας μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών εφαρμόσθηκε ο έλεγχος t-test και η ανάλυση διακύμανσης ενός παράγοντα (ANOVA). Για την εξέταση της συσχέτισης μεταξύ της ανθεκτικότητας με τις υπόλοιπες κλίμακες υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman. Για την διερεύνηση των προβλεπτικών παραγόντων της ανθεκτικότητας, χρησιμοποιήθηκε μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Για τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό λογισμικό IBM SPSS (Εκδοση 25).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 101 εργαζόμενους, οι 30 είναι άνδρες (29.7%) ενώ την πλειοψηφία την αποτελούν οι γυναίκες σε ποσοστό 70.3%. Το προσωπικό εργάζεται στο Αναισθησιολογικό τμήμα (22.8%), στα Κεντρικά χειρουργεία (41.6%) και στη ΜΕΘ (35.6%). Ο μέσος όρος της ηλικίας του συνόλου των ερωτηθέντων ήταν τα 43.97 έτη (Τ.Α. = 5.61). Αναφορικά με τα βασικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία ζει με την οικογένεια της (78.2%) και έχει παιδιά (76.2%). Τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά τους παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Οι δείκτες αξιοπιστίας (Cronbach's α), οι μέσοι όροι (Μ.Ο.) και οι τυπικές αποκλίσεις (Τ.Α.) των κλιμάκων και υποκλιμάκων της μελέτης παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Ο δείκτης αξιοπιστίας για την κλίμακα της ανθεκτικότητας παρουσίασε χαμηλή έως μέτρια τιμή (α = 0.575), ενώ για τις κλίμακες της αυτο-συμπόνιας (α = 0.903), της αυτο-φροντίδας (α = 0.934) και του στρες (α = 0.703) οι τιμές του συντελεστή αξιοπιστίας ήταν υψηλές.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων εκδήλωσε μέτριου βαθμού στρες (85.15%) και μέτριου βαθμού αυτο-συμπόνια (74.26%). Αναφορικά με την κλίμακα αυτο-φροντίδας, φάνηκε πως η χαμηλότερη βαθμολογία παρουσιάστηκε στην υποκλίμακα της σωματικής ευεξίας (Μ.Ο. = 2.58, Τ.Α. = 0.59), ενώ η υψηλότερη βαθμολογία παρουσιάστηκε στις κοινωνικές εκφάνσεις της (Μ.Ο. = 3.14, Τ.Α. = 1.01).

Αναφορικά με τις τέσσερις κλίμακες, δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των δυο φύλων. Η ανθεκτικότητα παρουσίασε διαφορές μεταξύ των τριών εκπαιδευτικών επιπέδων (F = 3.58, p = .032), με τους κατόχους Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού τίτλου σπουδών να έχουν και υψηλότερη ανθεκτικότητα (Μ.Ο. = 3.46, Τ.Α. = 0.48), συγκριτικά με τους εργαζομένους με πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Μ.Ο. = 3.12, Τ.Α. = 0.48). Το στρες φάνηκε να είναι χαμηλότερο για τους κατόχους μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου σπουδών (Μ.Ο. = 17.38, Τ.Α. = 4.04), σε σύγκριση με τους πτυχιούχους ΑΕΙ ή ΤΕΙ (Μ.Ο. = 20.43, Τ.Α. 3.28). Επίσης, το στρες ήταν αυξημένο και στους εργαζομένους που έχουν παιδιά (Μ.Ο. = 19.21, Τ.Α. = 4.00) σε σύγκριση με εκείνους που δεν έχουν (Μ.Ο. = 17.17, Τ.Α. 4.58) και η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική (p = .038). Αναφορικά με την αυτό-συμπόνια, τα άτομα που διαβιώνουν με τους συντρόφους τους παρουσίασαν τις υψηλότερες τιμές αυτό-συμπόνιας (Μ.Ο. = 3.83, Τ.Α. = 0.76), ενώ τα άτομα που ζουν με τις οικογένειες τους, παρουσίασαν τις χαμηλότερες τιμές (Μ.Ο. = 3.22, Τ.Α. = 0.61). Ωστόσο δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (F = 1.31, p = 0.273) (πίνακας 3).

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζεται ο συντελεστής συσχέτισης Spearman για την διερεύνηση της συσχέτισης

μεταξύ της ανθεκτικότητας και της ηλικίας, των ετών προϋπηρεσίας, του στρες, της αυτό-συμπόνιας και της αυτό-φροντίδας. Η ανθεκτικότητα παρουσίασε θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την αυτο-συμπόνια (r_s = 0.336, p < 0.001) και την αυτο-φροντίδα (r_s = 0.358, p < 0.001), ενώ παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με το στρες (r_s = -0.368, p < 0.001). Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ανθεκτικότητας και της ηλικίας και της προϋπηρεσίας.

Για τις τέσσερις μεταβλητές που βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση (p<0.05) με την εξαρτημένη μεταβλητή της ανθεκτικότητας, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, και προέκυψε ότι η αύξηση της ανθεκτικότητας σχετίζονταν με την αυξημένη αυτοφροντίδα και το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών (οι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου σπουδών) ενώ το αυξημένο στρες σχετίζονταν με τη μείωση της ανθεκτικότητας. Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 28.8% της μεταβλητότητας της ανθεκτικότητας (Πίνακας 5).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ανθεκτικότητας, της αυτοφροντίδας, της αυτο-συμπόνιας και του στρες του νοσηλευτικού προσωπικού στην εποχή της πανδημίας Covid-19. Το νοσηλευτικό προσωπικό της παρούσας μελέτης παρουσίασε ανθεκτικότητα πάνω από το μέτριο και μέτριου βαθμού στρες. Προηγούμενες μελέτες στο Ηνωμένο Βασίλειο, στο Λίβανο, στην Βραζιλία, και στην Ελλάδα έχουν παρουσιάσει ανάλογες τιμές της ανθεκτικότητας στο νοσηλευτικό προσωπικό κατά την περίοδο αντιμετώπισης της πανδημίας (Alameddine et al 2021, Kalaitzaki & Rovithis 2021, Roberts et al 2021, Garcia et al 2022).

Προηγούμενες μελέτες κατά την περίοδο την πανδημίας COVID-19, οι οποίες εξέτασαν την αυτό-συμπόνια του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ισπανία και τη Βραζιλία, υπέδειξαν μέτρια επίπεδα αυτό-συμπόνιας (Garcia et al 2022, Ruiz-Fernández et al 2021). Σε συμφωνία με τις μελέτες αυτές, στην παρούσα μελέτη για την Ελλάδα, η πλειοψηφία των νοσηλευτών παρουσίασε μέτριου βαθμού αυτό-συμπόνια. Τα επίπεδα της αυτό-συμπόνιας, σχετίζονται αρνητικά με την επαγγελματική εξουθένωση και θετικά με την ανθεκτικότητα, επομένως θα πρέπει να διατηρηθούν σε επαρκή επίπεδα, ώστε να συνεχίζουν απρόσκοπτα την εργασία τους, ιδιαίτερα στην εποχή της πανδημίας (Garcia et al 2022). Αναφορικά με την υποκλίμακα της αυτο-φροντίδας, φάνηκε πως το προσωπικό δίνει σημαντικά μεγαλύτερη σημασία στις κοινωνικές και τις επαγγελματικές διαστάσεις της σε σχέση με τη σωματική αυτο-φροντίδα. Προκειμένου να αντιμετωπίσει το φόρτο εργασίας εξαιτίας της πανδημίας, το νοσηλευτικό προσωπικό κάνει οικονομία δυνάμεων μειώνοντας τη σωματική δραστηριότητα που παράλληλα με τον ελλιπή ή και ακανόνιστο ύπνο που μπορεί να έχει, περιορίζει παραμελεί την σωματική του αυτοφροντίδα. (Kim-Godwin et al 2021, Kua et al 2022). Οι συμμετέχοντες στην μελέτη παρουσίασαν μέτριου βαθμού στρες ενώ καταγράφηκε σημαντική στατιστική συσχέτιση ανάμεσα στο στρες, την οικογενειακή κατάσταση του προσωπικού και το μορφωτικό του επίπεδο. Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές οι οποίοι έχουν παιδιά εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα στρες, ενώ μικρότερα επίπεδα στρες είχε το νοσηλευτικό προσωπικό με το ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο. Παρόμοια ευρήματα βρέθηκαν σε αντίστοιχη μελέτη σε νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονταν σε νοσοκομεία της Αιγύπτου κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID όπου η οικογενειακή κατάσταση και η ύπαρξη παιδιών συσχετίστηκε θετικά με το στρες (Hendy et al 2021). Σε μελέτη των Hendy et al (2021) βρέθηκε πως το νοσηλευτικό προσωπικό έχει επιπρόσθετη ψυχολογική επιβάρυνση, καθώς εκτός από τους ασθενείς, ανησυχεί και για την υγεία των μελών της οικογένειάς του και φοβάται την έκθεση των αγαπημένων του ανθρώπων στον κίνδυνο εξαιτίας της πανδημίας.

Δεν βρέθηκε διαφοροποίηση της ανθεκτικότητας με το φύλο, την ηλικία και το χρόνο προϋπηρεσίας του νοσηλευτικού προσωπικού, σε αντίθεση με την μελέτη των Alameddine et al (2021) που περιελάμβανε νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονταν σε νοσοκομείο του Λιβάνου και έδειξε πως το φύλο καθίσταται σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της ανθεκτικότητας, με τους άνδρες να παρουσιάζουν υψηλότερη ανθεκτικότητα συγκριτικά με τις γυναίκες. Η διαφορά των αποτελεσμάτων μπορεί να οφείλεται στη διαφορετική κουλτούρα και γεωγραφική περιοχή διεξαγωγής της μελέτης, καθώς όπως αναφέρεται οι γυναίκες νοσηλεύτριες, πέρα από το επαγγελματικό καθήκον, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη πίεση στις ανατολικές χώρες, στο να εκπληρώσουν τα οικογενειακά τους καθήκοντα (Chandra 2012). Ενδιαφέρον εύρημα επίσης της παρούσας μελέτης αποτέλεσε και η διαφοροποίηση της ανθεκτικότητας σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο, και συγκεκριμένα οι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή και διδακτορικού τίτλου βρέθηκε να παρουσιάζουν αυξημένη ανθεκτικότητα, εύρημα το οποίο επιβεβαιώνεται με παρόμοια αποτελέσματα και από την διεθνή βιβλιογραφία (Alameddine et al 2021, Ang et al 2018).

Στην παρούσα μελέτη η ανθεκτικότητα δεν παρου-

σίασε συσχέτιση με την ηλικία και την προϋπηρεσία του νοσηλευτικού προσωπικού . Σε αντίστοιχη μελέτη των Roberts et al (2021), η οποία πραγματοποιήθηκε σε 255 νοσηλευτές που εργάζονται σε πνευμονολογικές κλινικές του Ηνωμένου Βασιλείου, βρέθηκε πως η ηλικία των νοσηλευτών και η προϋπηρεσία τους έχουν θετική συσχέτιση με την ανθεκτικότητα. Πιθανόν, η διαφορά να οφείλεται στο ότι η ηλικία του νοσηλευτικού προσωπικού στην πλειοψηφία του είχε πάνω από 20 έτη προϋπηρεσίας.

Επιπλέον εύρημα της παρούσας έρευνας ήταν η αρνητική συσχέτιση της ανθεκτικότητας με το στρες και αντίστοιχα η θετική συσχέτιση με την αυτο-φροντίδα και την αυτο-συμπόνια. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με έρευνα που έγινε στη Βραζιλία σε 336 επαγγελματίες υγείας σε δομές παροχής ανακουφιστικής φροντίδας όπου βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στην αυτο-φροντίδα, την αυτο-συμπόνια και την ανθεκτικότητα (Garcia et al 2022).

Περιορισμοί

Βασικοί περιορισμοί της μελέτης είναι ότι το δείγμα ήταν ευκολίας και περιλάμβανε νοσηλευτές, στην πλειοψηφία τους γυναίκες, που εργάζονται σε κλειστά τμήματα, ενός μόνο νοσοκομείου της Βορείου Ελλάδος, περιορίζοντας έτσι τη δυνατότητα γενίκευσης και σύγκρισης των αποτελεσμάτων με άλλα νοσοκομεία του Ελλαδικού χώρου. Επίσης, υπάρχουν και ενδογενείς περιορισμοί που αφορούν στο συγχρονικό χαρακτήρα της μελέτης και τη χρήση ερωτηματολογίου αυτό-αναφοράς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανθεκτικότητα στην πανδημία COVID-19, αποτέλεσε σημαντικό προστατευτικό παράγοντα για το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο βρίσκεται στην «πρώτη γραμμή». Η ενίσχυσή της αποτελεί μια σημαντική πρόκληση και προτείνεται να διερευνηθεί ο σχεδιασμός εκπαιδευτικών παρεμβάσεων που να εστιάζουν στην ενίσχυση των στρατηγικών αυτό-φροντίδας και αυτο-συμπόνιας ώστε να συμβάλλουν στην μείωση του στρες και στην αύξηση της ευεξίας του νοσηλευτικού προσωπικού. Προτείνεται σε μελλοντική μελέτη να διερευνηθεί επιπλέον, η επίδραση των παραγόντων της προσαρμοστικότητας, της αυτο-αποτελεσματικότητας, της ικανότητας για συνεργασία και της ποιότητας των σχέσεων, στην ανθεκτικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού και πως οι παραπάνω μεταβλητές μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση της γενικότερης ψυχικής τους υγείας.

Συμβολή συγγραφέων

Η ΘΜ: συμμετείχε στη σύλληψη του σκοπού και στο σχεδιασμό της μελέτης, στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων, ενώ είχε τη γενικότερη εποπτεία της μελέτης. Η ΜΠ συνέβαλε στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων καθώς και στη συγγραφή του κειμένου. Οι ΓΜ και ΧΚ συνέβαλαν στη συγγραφή του κειμένου και στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Alameddine, M., Clinton, M., Bou-Karroum, K., Richa, N., & Doumit, M. A. (2021). Factors associated with the resilience of nurses during the covid-19 pandemic. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 18(6), 320-331.

Andreou, E., Alexopoulos, E. C., Lionis, C., Varvogli, L., Gnardellis, C., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2011). Perceived stress scale: reliability and validity study in Greece. International journal of environmental research and public health, 8(8), 3287-3298.

Ang, S. Y., Uthaman, T., Ayre, T. C., Mordiffi, S. Z., Ang, E., & Lopez, V. (2018). Association between demographics and resilience–a cross-sectional study among nurses in Singapore. International Nursing Review, 65(3), 459-466.

Barker, M. (2010). Self-care and relationship conflict. Sexual and Relationship Therapy, 25(1), 37-47.

Chandra, V. (2012). Work–life balance: eastern and western perspectives. The International Journal of Human Resource Management, 23(5), 1040-1056.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. Journal of health and social behavior, 385-396.

Cooper, A. L., Brown, J. A., Rees, C. S., & Leslie, G. D. (2020). Nurse resilience: A concept analysis. International journal of mental health nursing, 29(4), 553-575.

Cusack, L., Smith, M., Hegney, D., Rees, C. S., Breen, L. J., Witt, R. R., ... & Cheung, K. (2016). Exploring environmental factors in nursing workplaces that promote psychological resilience: Constructing a unified theoretical model. Frontiers in psychology, 600.

Fofana, N. K., Latif, F., Sarfraz, S., Bashir, M. F., & Komal, B. (2020). Fear and agony of the pandemic leading to stress and mental illness: An emerging crisis in the novel coronavirus (COVID-19) outbreak. Psychiatry Research, 291, 113230.

Garcia, A. C. M., Ferreira, A. C. G., Silva, L. S. R., Nogueira, D. A., & Mills, J. (2022). Mindful self-care, self-compassion, and resilience among palliative care providers during the COVID-19 pandemic. Journal of Pain and Symptom Management.

Glass, N. (2009). An investigation of nurses' and midwives' academic/clinical workplaces: A healing model to improve and sustain hope, optimism, and resilience in professional practice. Holistic Nursing Practice, 23(3), 158-170.

Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. bmj, 368.

Hart, P. L., Brannan, J. D., & De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. Journal of nursing management, 22(6), 720-734.

Hendy, A., Abozeid, A., Sallam, G., Abboud Abdel Fattah, H., & Ahmed Abdelkader Reshia, F. (2021). Predictive factors affecting stress among nurses providing care at COVID-19 isolation hospitals at Egypt. Nursing open, 8(1), 498-505.

Hofmeyer, A., Taylor, R., & Kennedy, K. (2020). Knowledge for nurses to better care for themselves so they can better care for others during the Covid-19 pandemic and beyond. Nurse Education Today, 94, 104503.

Hossain, F., & Clatty, A. (2021). Self-care strategies in response to nurses' moral injury during COVID-19 pandemic. Nursing ethics, 28(1), 23-32.

Institute of Functional Institute (2016), The self-care questionnaire. Ανάκτηση από https://functionalmedicine.org Πρόσβαση 30/5/2022

Kalaitzaki, A., & Rovithis, M. (2021). Secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in healthcare workers during the first COVID-19 lockdown in Greece: The role of resilience and coping strategies. Psychiatriki, 32(1), 19-25.

Kim-Godwin, Y. S., Lee, M. H., Logan, J. G., & Liu, X. (2021). Factors influencing sleep quality among female staff nurses during the early COVID-19 pandemic in the United States. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(9), 4827.

Kua, Z., Hamzah, F., Tan, P. T., Ong, L. J., Tan, B., & Huang, Z. (2022). Physical activity levels and mental health burden of healthcare workers during COVID-19 lockdown. Stress and Health, 38(1), 171-179.

Kulbok, P. A., Carter, K. F., Baldwin, J. H., Gilmartin, M. J., & Kirkwood, B. (1999). The multidimensional health behavior inventory. Journal of Nursing Measurement, 7(2), 177-195.

Kyriazos, T. A., Stalikas, A., Prassa, K., Galanakis, M., Yotsidi, V., & Lakioti, A. (2018). Psychometric evidence of the Brief Resilience Scale (BRS) and modeling distinctiveness of resilience from depression and stress. Psychology, 9(7), 1828-1857.

Labrague, L. J., & De los Santos, J. A. A. (2020). COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. Journal of nursing management, 28(7), 1653-1661.

Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., ... & Feng, Z. (2020). Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus–infected pneumonia. New England journal of medicine, 382(13), 1199–1207.

Lorente, L., Vera, M., & Peiró, T. (2021). Nurses stressors and psychological distress during the COVID-19 pandemic: The mediating role of coping and resilience. Journal of Advanced Nursing, 77(3), 1335-1344.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child development, 71(3), 543-562.

Mantzios, M., Wilson, J. C., & Giannou, K. (2015). Psychometric properties of the Greek versions of the self-compassion and mindful attention and awareness scales. Mindfulness, 6(1), 123-132.

Mills, J., Wand, T., & Fraser, J. A. (2018). Exploring the meaning and practice of self-care among palliative care nurses and doctors: a qualitative study. BMC palliative care, 17(1), 1-12.

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. Self and identity, 2(3), 223-250.

Rivas, N., López, M., Castro, M. J., Luis-Vian, S., Fernández-Castro, M., Cao, M. J., ... & Jiménez, J. M. (2021). Analysis of Burnout Syndrome and resilience in nurses throughout the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. International journal of environmental research and public health, 18(19), 10470.

Roberts, N. J., McAloney-Kocaman, K., Lippiett, K., Ray, E., Welch, L., & Kelly, C. (2021). Levels of resilience, anxiety and depression in nurses working in respiratory clinical areas during the COVID pandemic. Respiratory medicine, 176, 106219.

Rosen, B., Preisman, M., Hunter, J., & Maunder, R. (2020). Applying psychotherapeutic principles to bolster resilience among health care workers during the COVID-19 pandemic. American Journal of Psychotherapy, 73(4), 144-148.

Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Carmona-Rega, M. I., Sánchez-Ruiz, M. J., & Ortega-Galán, Á. M. (2021). Professional quality of life, self-compassion, resilience, and empathy in healthcare professionals during COVID-19 crisis in Spain. Research in Nursing & Health, 44(4), 620-632.

Sihvola, S., Kvist, T., & Nurmeksela, A. (2022). Nurse leaders' resilience and their role in supporting nurses' resilience during the COVID-19 pandemic: A scoping review. Journal of Nursing Management.

Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. Current Biology, 24(18), 875-878.

Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. International journal of behavioral medicine, 15(3), 194-200.

Vachon, M. L. (2016). Attachment, empathy and compassion in the care of the bereaved. Grief Matters: The Australian Journal of Grief and Bereavement, 19(1), 20-25.

Varghese, A., George, G., Kondaguli, S. V., Naser, A. Y., Khakha, D. C., & Chatterji, R. (2021). Decline in the mental health of nurses across the globe during COVID-19: A systematic review and meta-analysis. Journal of global health, 11.

WHO (2020) 'Report of the WHO-China joint mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19)', 40 p [Online]. Available at http://digitallibrary.un.org/record/3859867.

Γουγούση Εύα. (2020) Παράγοντες ενδυνάμωσης και αυτοφροντίδας των φοιτητών νοσηλευτικής κατά την κλινική άσκηση. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία ΕΑΠ.

Μπελλάλη Θ. (2021) Προκλήσεις και Αυτοφροντίδα των Επαγγελματιών Υγείας στην εποχή της πανδημίας COVID-19: μια κριτική ανασκόπηση: Προκλήσεις επαγγελματιών υγείας στον COVID-19. Νοσηλεία και Έρευνα, 15(58). ανακτήθηκε από https://nursingcareresearch.gr/index.php/nursing-care-and-research/article/view/90 [Online].

Πίνακας 1. Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Χαρακτηριστικά	N (%)
Φύλο	
Γυναίκα	71 (70.3%)
Άνδρας	30 (29.7%)
Οικογενειακή κατάσταση	
Ζω με την οικογένεια μου	79 (78.2%)
Ζω με τον/την σύντροφο μου	8 (7.9%)
Ζω μόνος/η	14 (13.9%)
Επίπεδο εκπαίδευσης	
Πτυχίο δευτεροβάθμιας (ΔΕ)	14 (13.9%)
Πτυχίο τριτοβάθμιας (ΑΕΙ-ΤΕΙ)	50 (49.5%)
Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό	37 (36.6%)
Τμήμα εργασίας	
Αναισθησιολογικό	23 (22.8%)
Κεντρικά χειρουργεία	42 (41.6%)
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)	36 (35.6%)
Έχετε παιδιά	
Όχι	24 (23.8%)
Ναι	77 (76.2%)
Έχετε θέση ευθύνης	
Όχι	88 (87.1%)
Ναι	13 (12.9%)
Ηλικία	
Μέσος όρος	43.97
Τυπική απόκλιση	5.60
Έτη προϋπηρεσίας	
Μέσος όρος	11.78
Τυπική απόκλιση	6.18

Πίνακας 2. Δείκτης αξιοπιστίας και μέσοι όροι (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις (Τ.Α.) των κλιμάκων και υποκλιμάκων της μελέτης

	Cronbach's α	Μ.Ο.	Τ.Α.
Ανθεκτικότητα	0.575	3.25	0.51
Στρες	0.703	18.72	4.22
Αυτο-συμπόνια	0.903	3.25	0.44
Αυτο-φροντίδα	0.934	2.89	0.74
Σωματική ευεξία	0.637	2.58	0.59
Συναισθηματική ευεξία	0.916	2.87	1.01
Επαγγελματική ζωή	0.869	2.97	0.95
Κοινωνική ζωή	0.885	3.14	1.01

Πίνακας 3. Μέσοι όροι (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις (Τ.Α.) της ανθεκτικότητας για τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά

	Μ.Ο. (Τ.Α.)	p
Φύλο		**0.547**
Άνδρες	3.20 (0.50)	
Γυναίκες	3.27 (0.52)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		**0.032**
Πτυχίο ΔΕ	3.24 (0.62)	
Πτυχίο ΤΕ	3.12 (0.48)	
Μεταπτυχιακό /Διδακτορικό	3.46 (0.48)	
Οικογενειακή κατάσταση		**0.925**
Ζω με την οικογένεια	3.24 (0.55)	
Ζω με τον/την σύντροφο	3.23 (0.29)	
Ζω μόνος/η	3.30 (0.39)	
Τμήμα εργασίας		**0.820**
Αναισθησιολογικό	3.21 (0.55)	
Κεντρικά χειρουργεία	3.24 (0.49)	
ΜΕΘ	3.29 (0.52)	
Έχετε παιδιά		**0.527**
Όχι	3.31 (0.46)	
Ναι	3.23 (0.53)	
Έχετε θέση ευθύνης		**0.652**
Όχι	3.24 (0.49)	
Ναι	3.31 (0.69)	

Πίνακας 4. Διμεταβλητές συσχετίσεις μεταξύ ανθεκτικότητας και στρες, αυτό-φροντίδας, αυτό-συμπόνιας, ηλικίας και προϋπηρεσίας

	Ανθεκτικότητα	p
Στρες	-0.368	< 0.001
Αυτό-συμπόνια	0.336	0.001
Αυτό-φροντίδα	0.358	<0.001
Ηλικία	0.048	0.630
Έτη προϋπηρεσίας	-0.113	0.262

Πίνακας 5. Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την ανθεκτικότητα

Προβλεπτικός παράγοντας	Β	Τ.Σ.	p	95% Δ.Ε.
Σταθερός όρος	3.598	0.656	0.000	(2.296, 4.901)
Στρες	-0.042	0.015	0.005	(-0.071, -0.013)
Αυτό-συμπόνια	-0.048	0.145	0.744	(-.336, 0.241)
Αυτό-φροντίδα	0.164	0.073	0.028	(0.018, 0.309)
Επίπεδο εκπαίδευσης				
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	-	-	-	-
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	0.227	0.099	0.023	(0.031, 0.424)
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	0.201	0.135	0.140	(-0.067, 0.469)

R^2 = 28.8%, Τ.Σ. = Τυπικό σφάλμα, Δ.Ε. = Διάστημα εμπιστοσύνης.

RESEARCH ARTICLE

Nurses' resilience and self-care in the era of the covid-19 pandemic: a pilot study

Maria Pourou[1], Georgios Manomenidis[2], Chrysovalantis Karagkounis[3], Thalia Bellali[4]

1. Nurse, MSc, General Hospital of Papageorgiou
2. Assistant Professor, Department of Nursing (Didymoteicho branch), Faculty of Health Sciences, International University of Greece
3. Nurse, MSc, Phd(c), Dipl. Psych,"Department of Social welfare, Education and Equality", Municipality of Katerini
4. Professor, Department of Nursing, International University of Greece and adjunct professor, Department of Health Sciences, School of Positive Sciences, European University of Cyprus

SUMMARY

Introduction: During the crisis of the Covid-19 pandemic, frontline health personnel was faced with unprecedented working conditions. The need to adapt to rapidly changing healthcare protocols and changes in the workplace compromised the mental resilience of healthcare professionals. In this psychologically damaging situation for workers, the concept of self-care is of special importance.

Objective: To investigate the relationship between resilience, self-care, self-compassion and stress of the nursing staff working in a tertiary hospital in Northern Greece and to identify the factors that predict the increasement of resilience.

Methods: A cross-sectional study was carried out, in a convenience sample of 101 nurses working in a tertiary hospital in Northern Greece. Participants were called to fill in a battery of questionnaires that included: a) demographic-professional characteristics questions b) the Brief Resilience Scale, c) the Self-Compassion Scale, d) the Stress Scale – the Perceived Stress Scale, and e) the Self-care determination scale.

Results: Participants showed moderate levels of stress and self-compassion and above average -moderate resilience. Regarding self-care, the majority presented higher values in social and professional dimension compared to the physical one. Resilience was negatively correlated with stress ($p<0.001$) and positively correlated with self-care ($p<0.001$) and self-compassion ($p=0.001$). Stress, self-care, and higher educational level (having a master's degree and/or doctorate) predicted the 28.8% of the variance in resilience. Self-care enhancement interventions are suggested to to further enhance health professionals' resilience, thus reduce stress of nursing staff working in highly demanding environments, including secondary care services.

Key words: mental resilience, self-compassion, self-care, nurses, covid-19

Corresponding author: Maria Pourou
e-mail: mariapourou2@gmail.com

Date of submission: 20/10/2022
Publication date: December 2022

Citation: Pourou M., Manomenidis G., Karagkounis C. & Bellali T. (2022). Nurses' resilience and self-care in the era of the covid-19 pandemic: a pilot study. Hellenic Journal of Nursing Science 15(4): 25-34, https://doi.org./10.24283/hjns.202243

Η επικοινωνιακή ικανοποίηση των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας και οι επιπτώσεις της

Μαρία Κηπουροπούλου[1], Χρυσούλα Βαρσαμάκη[2]

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Υπεύθυνη Γραφείου Εκπαίδευσης Γ.Ν. Φλώρινας
2. Νοσηλεύτρια, MSc

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού εξαρτάται από τις επικοινωνιακές σχέσεις που αναπτύσσονται στο περιβάλλον του. Η δομή της οργάνωσης ή η σχεδίασή της επηρεάζει την συμπεριφορά και την απόδοση των ατόμων που εργάζονται σε αυτή. Σκοπός της εργασίας είναι να αναδείξει με τρόπο σαφή και περιεκτικό τη σπουδαιότητα της αποτελεσματικής επικοινωνίας η οποία είναι απαραίτητη για την ποιότητα, την παραγωγικότητα και την ανταγωνιστικότητα ενός σύγχρονου οργανισμού.

Μεθοδολογία: Κρίθηκε κατάλληλη η «ποιοτική έρευνα» με στατιστική ανάλυση, καθώς μέσω της ποιοτικής έρευνας διερευνώνται και ερμηνεύονται διαστάσεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς, όπως οι αντιλήψεις, οι αξίες, οι στάσεις, οι πεποιθήσεις και οι εμπειρίες των ερωτηθέντων. Η πληθυσμιακή ομάδα από την οποία αντλήθηκαν πληροφορίες για την ερευνητική εργασία απαρτίζεται από νοσηλευόμενους ασθενείς ή αιτούντες υπηρεσίες υγείας του νοσοκομείου, με δείγμα 140 ερωτηματολογίων της κλίμακας Likert. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ως ερευνητικό εργαλείο το πρόγραμμα SPSS IBM Statistics 24.

Συμπεράσματα: Η επικοινωνιακή ικανοποίηση διερευνήθηκε με βάση το γεγονός ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και αυτό από μόνο του αυξάνει τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες του χρήστη-λήπτη των υπηρεσιών που παρέχονται από το σύστημα περίθαλψης. Η ποιότητα στα νοσοκομεία δεν αφορά μόνο μια συγκεκριμένη διαδικασία ή μόνο ένα τμήμα του νοσοκομείου ούτε συνδέεται μόνο με τα καθήκοντα ενός ατόμου. Είναι εμφανές ότι υπάρχουν σοβαρά προβλήματα σε επικοινωνιακό επίπεδο στην κλινική πράξη, ενώ οι διαπροσωπικές ικανότητες των επαγγελματιών υγείας καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίηση των ασθενών.

Λέξεις Κλειδιά: επικοινωνία, ικανοποίηση Ασθενών, οργανωσιακή κουλτούρα

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Μαρία Κηπουροπούλου
e-mail: marikip@hotmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 21/11/2022
Ημερομηνία δημοσίευσης: Δεκέμβριος 2022

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Αναφορά του άρθρου ως: Κηπουροπούλου Μ. & Βαρσαμάκη Χ. (2022). Η επικοινωνιακή ικανοποίηση των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας και οι επιπτώσεις της. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 15(4): 35-48, https://doi.org./10.24283/hjns.202244

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Ο τρόπος κάλυψης και χειρισμού της προσωπικότητας των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας**
- **Η ανταπόκριση των εργαζομένων του νοσοκομείου ως προς τις προσδοκίες των ασθενών από τον χρόνο που διέθεσαν σχετικά με το πρόβλημα υγείας τους**
- **Η διάθεση πραγματικού ενδιαφέροντος και οι προσεκτικοί χειρισμοί κατά την εκτέλεση των απαιτούμενων ενεργειών από τους επαγγελματίες υγείας**
- **Η ικανοποίηση των λιπτών υγειονομικής περίθαλψης από την επαγγελματική κατάρτιση των εργαζομένων και σε επίπεδο διακριτικής μεταχείρισης σε θέματα μόρφωσης, χαρακτηριστικών, φυλής, εθνικότητας**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα νοσοκομεία ως δομημένα κοινωνικά συστήματα συγκροτούνται από ομάδες και άτομα ώστε να ανταποκριθούν σε κοινούς στόχους. Ανεξάρτητα από τους σκοπούς των κοινωνικών μονάδων, όλα τα οργανωσιακά περιβάλλοντα υπόκεινται σε μια ιεραρχική κατάταξη αλληλεξάρτησης και διαπερατότητας, υπό το πρίσμα της οργανωσιακής συμπεριφοράς, που μελετά τις ατομικές και ομαδικές διεργασίες εντός των οργανισμών (Ιορδάνογλου, 2013). Αναμφίβολα ακόμη και οι οργανισμοί που παράγουν τις ίδιες υπηρεσίες ή ασχολούνται με τις ίδιες δραστηριότητες αποτελούν πολύ διαφορετικούς χώρους εργασίας. Αυτό συμβαίνει επειδή οι εργαζόμενοι έχουν υιοθετήσει διαφορετικές προσεγγίσεις ως προς τον τρόπο που συνεργάζονται αλλά και ως προς την εξυπηρέτηση των πελατών τους (Martin, 2005). Σημαντικό είναι επίσης να αναφερθεί πώς ορίζεται η ικανοποίηση του πελάτη-ασθενή, καθώς είναι όλες του οι αντιδράσεις λογικές και συναισθηματικές, μετά από την αξιολόγηση της συνολικής εμπειρίας, που συνδέεται εν προκειμένω με την παροχή μιας υπηρεσίας.

Είναι αναγκαίο να τονιστεί στο σημείο αυτό ο ρόλος της επικοινωνίας που διαδραματίζει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, στην εύρυθμη λειτουργία, του νοσοκομείου ως μια διαδικασία αμφίδρομη μεταξύ των ατόμων ή των ομάδων. Με το εύρος του φάσματος των απαιτήσεων μέσω των νέων τεχνολογιών, η επικοινωνία μπορεί να λάβει πολλές μορφές, ώστε να επανεξεταστούν και να επανακαθοριστούν κατευθύνσεις που χαρακτηρίζονται από στοιχεία καινοτομίας και νεωτερικότητας (Nelson και Economy, 1996). Η επικοινωνία είναι η διαδικασία μέσω της οποίας ένα άτομο, μια ομάδα ή ένας οργανισμός (ο αποστολέας) μεταβιβάζει κάποιου είδους πληροφορία (μήνυμα) σε ένα άλλο άτομο, μια ομάδα ή έναν οργανισμό (αποδέκτη) (Greenberg and Baron, 2013). Ορίζοντας την επικοινωνία ως κοινωνική διαδικασία, είναι απαραίτητη για την μεταβίβαση μηνυμάτων μεταξύ των ανθρώπων, πέρα από την απλή πληροφόρηση, αφού σε αυτήν εμπεριέχονται ψυχολογικές διεργασίες που εξαρτώνται από τις συνθήκες και τα μέσα μετάδοσης. Επομένως ως κοινωνική διαδικασία συμβάλλει ιδιαίτερα στην αποτελεσματική λειτουργία των νοσοκομείων, διότι εφάπτεται σε κάθε κοινωνική δομή και συστηματική σειρά εργασιών.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός της έρευνας

Στη συγκεκριμένη έρευνα γίνεται αναφορά σε βασικά ζητήματα που αφορούν την επικοινωνία, το ρόλο της οργανωσιακής κουλτούρας στην οργανωσιακή λειτουργία του νοσοκομείου, με απώτερο σκοπό την ανάδειξη της ικανοποίησης των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας. Η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αποτελεί δείκτη της καλύτερης εξυπηρέτησης και της επαύξησης της εμπιστοσύνης, προς τους πολίτες Για όλα τα παραπάνω έγινε επισκόπηση της σχετικής ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, ώστε να παρουσιαστούν χρήσιμες έννοιες και θεωρίες για την ολοκλήρωση της παρόντος άρθρου.

Σκοπός της έρευνας

Πρόκειται για μια ποιοτική μελέτη που στηρίζεται σε περιγραφικούς απολογισμούς των γεγονότων, που έχει ως σκοπό την καταγραφή των αντιλήψεων σε δείγμα ασθενών και επισκεπτών, από τους επαγγελματίες υγείας στον χώρο του νοσοκομείου. Αφορά τη σχέση της επικοινωνίας, της παροχής υπηρεσιών καθώς και τις παραμέτρους που την επηρεάζουν. Αναζητήθηκαν οι παράγοντες που διαμορφώνουν το είδος της επικοινωνίας και εμπλέκονται για το σχηματισμό του τελικού προϊόντος που αφορά την περίθαλψη του ανθρώπου υπό το καθεστώς της ασθένειας. Επιπλέον, αναζητήθηκαν μέσω της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας η ανάδειξη των αναγκών εκπαίδευσης του προσωπικού σε θέματα επικοινωνίας, αλλά και ενημέρωσης των ασθενών.

Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Ο πληθυσμός μελέτης που έλαβε μέρος στην συγκεκριμένη έρευνα αποτελείται από από νοσηλευόμενους ασθενείς του νοσοκομείου, αλλά και μεταξύ των αιτουμένων παροχής υπηρεσιών υγείας. Διανεμήθηκαν 180 ερωτηματολόγια και απαντήθηκαν τα 140. Η συλλογή των δεδομένων διήρκησε δύο μήνες.

Ηθική και Δεοντολογία

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας τηρήθηκαν οι κανόνες δεοντολογίας όπως η ανωνυμία των ερωτηματολογίων καθώς δεν καταγράφηκαν ονοματεπώνυμα και προσωπικά δεδομένα, ενώ τα στοιχεία αξιοποιήθηκαν σε προσωπικό επίπεδο από την ερευνήτρια. Για την συγκεκριμένη έρευνα χορηγήθηκε γραπτή άδεια από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου.

Σχεδιασμός ερωτηματολογίου

Ως μέσο συλλογής δεδομένων επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο. Διανεμήθηκε στην υπό μελέτη πληθυσμιακή ομάδα και είχε ως στόχο τη συλλογή των ιδίων ακριβώς πληροφοριών για κάθε ερωτηθέντα. Οι ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου (closed – ended questions). Αυτού του είδους οι ερωτήσεις περιορίζουν την ελευθερία των απαντήσεων, ωστόσο καθίσταται εφικτή με αυτό τον τρόπο η σύγκριση των απαντήσεων και η εξαγωγή συμπερασμάτων ποιότητας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δημογραφικές ερωτήσεις που αφορούν την ηλικία, το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο. Στη συνέχεια ακολουθήθηκε μια 5-βάθμια κλίμακα Likert καταγραφής των αντιλήψεών των ερωτηθέντων, η οποία αντιστοιχούσε από το 1 στο «καθόλου», το 2 στο «λίγο», το 3 στο «αρκετά», το 4 στο «πολύ», και το 5 στο «πάρα πολύ». Οι «κλίμακες Likert σύμφωνα με τον Opeenheim, αποδίδουν πολύ καλά και παρέχουν ακριβείς πληροφορίες για τον βαθμό που συμφωνούν ή διαφωνούν οι ερωτώμενοι.

Στατιστική ανάλυση

Για την καταγραφή των αντιλήψεων των ασθενών και τη διεξαγωγή του σκοπού της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ως ερευνητικό εργαλείο το πρόγραμμα SPSS IBM Statistics 24. Υπολογίστηκε η επάρκεια της δειγματοληψίας κάθε μεταβλητής με το μέτρο επάρκειας των Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Καθώς η έρευνα στοχεύει στην αριθμητική έκφραση χαρακτηριστικών της ανθρώπινης συμπεριφοράς, έγινε ανάλυση παραγόντων με τις δύο βασικές τους ιδιότητες: την αξιοπιστία και την εγκυρότητα. Η εκτίμηση της αξιοπιστίας έγινε με τον δείκτη α του Cronbach. Τιμές μεγαλύτερες του 0,7 ή του 0,8 θεωρούνται ικανοποιητικές. Η συσχέτιση του πίνακα Item-Total Statistics υπολογίστηκε με τον δείκτη της γραμμικής συσχέτισης r του Pearson, ενώ με το γράφημα Scree plot δημιουργήθηκε ένα οπτικό κριτήριο όπου φαίνεται η γραφική αναπαράσταση του αριθμού των συνιστωσών των παραγόντων με τις αντίστοιχες ιδιοτιμές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Βασικός παράγοντας για να οικοδομηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και στους χρήστες των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, αλλά και το ενδιαφέρον του οργανισμού για το σύνολο και την ποιότητα της προσφερόμενης υγειονομικής περίθαλψης. Είναι γεγονός πως το κύρος και η φήμη ενός νοσοκομείου υποβοηθιέται από τον εντοπισμό και την βελτίωση των αδύναμων σημείων του.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας (αξιοπιστία και εγκυρότητα) διαπιστώνεται πως η γενικότερη εντύπωση που επικρατεί είναι ότι οι προσδοκίες των ασθενών είναι υψηλές. Αναφορικά η συνολική τιμή ικανοποίησης των ασθενών προκύπτει θετική. Ειδικότερα παρατηρείται ότι το σύνολο των μεταβλητών βαθμολογούνται με μέτριους προς υψηλούς βαθμούς αξιολόγησης. Όσον αφορά την ικανοποίηση που σχετίζεται με τον βαθμό κάλυψης της προσωπικότητας των ασθενών αξιολογείται με ,818 και έρχεται σε αντιδιαστολή με την αξιολόγηση των μορφωτικών, φυλετικών και θρησκευτικών διακρίσεων ,392. Σύμφωνα με την μέθοδο της παραγοντικής ανάλυσης η έρευνα θα πρέπει να επικεντρωθεί στο εννοιολογικό υπόβαθρο των μεταβλητών (Πίνακας 6). Οι δύο αυτές μεταβλητές που συμμετέχουν στην ανάλυση εμφανίζουν ισχυρή σχέση μεταξύ τους. Επομένως γίνεται πλέον φανερό πως οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν κάποια δυσκολία στο να διατυπώσουν τις απόψεις τους. Αυτό μπορεί να συνέβη είτε επειδή η ψυχολογική και η φυσική τους κατάσταση δεν τους επέτρεψε να εκφράσουν αντικειμενική κρίση είτε επειδή δεν είχαν τις επιστημονικές γνώσεις. Συνεπώς η συνολική εικόνα των υπηρεσιών είναι θετική καθώς οι χρήστες δηλώνουν ικανοποιημένοι από αυτές.

Το εργασιακό περιβάλλον στις μέρες μας συνεχώς αλλάζει και κατά συνέπεια το εκάστοτε νοσοκομείο δραστηριοποιείται σε ένα υψηλά ανταγωνιστικό κλίμα. Εκ των πραγμάτων θα πρέπει να αναπτύξει μια κουλτούρα προσανατολισμένη στη βελτίωση μέσω αλλαγών, για την ικανοποίηση των ασθενών. Οι οργανωσιακές αξίες αναπαριστούν τι είναι σημαντικό ως ένα προσαρμοσμένο μέτρο αντίληψης για ένα υγειονομικό σχηματισμό.

Πολλές φορές η προσκόλληση σε αυτές τις αξίες είναι συνώνυμο της επιτυχίας. Ο τρόπος συνομιλίας, ο τρόπος εκτέλεσης μιας εξειδικευμένης και ανθρωποκεντρικής φροντίδας, ο κώδικας ένδυσης, η συμπεριφορά, η ικανοποίηση βασικών δικαιωμάτων, όπως η ενημέρωση και ο σεβασμός της προσωπικότητας είναι μερικά από τα στοιχεία που καθορίζουν την οργανωσιακή κουλτούρα ενός νοσοκομείου. Ωστόσο σήμερα έχει καθιερωθεί μια νέα αντιμετώπιση για την εξυπηρέτηση και ικανοποίηση των χρηστών-ασθενών. Δίδεται υψηλή αξία προς αυτήν την κατεύθυνση με ένα πνεύμα ευαισθησίας προς τους άλλους. Η προσφερόμενη φροντίδα υγείας θα πρέπει να ικανοποιεί τους χρήστες καθώς αυτοί θέτουν τα κριτήρια. Οι λειτουργοί υγείας οι οποίοι επίσης λαμβάνουν μέρος στην οργάνωση των συστημάτων φροντίδας θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί για τον σχηματισμό του τελικού προϊόντος το οποίο θα πρέπει να ικανοποιεί εκτός από τις σωματικές και εσωτερικές ανάγκες, όπως την επιζήτηση για αναγνώριση, για διαπροσωπικές σχέσεις και για συμμετοχή στις αποφάσεις καθώς οι προσδοκίες των ασθενών επηρεάζουν άμεσα τον βαθμό ικανοποίησης.

2η Έρευνα

Σε παραπλήσια έρευνα που διεξήχθη στην ίδια δομή στο αμέσως επόμενο διάστημα, παρατηρείται κάποια διαφοροποίηση ως προς τα αποτελέσματα. Καθώς στο συγκεκριμένο νοσοκομείο δεν λειτουργεί γραφείο ποιότητας, εφόσον δεν περιγράφεται στον Οργανισμό, παρόλα αυτά έχει υπογραφεί σύμβαση με ιδιωτική εταιρεία η οποία έχει εγκαταστήσει σύστημα ηλεκτρονικής αξιολόγησης με οθόνη αφής, πέραν των ερωτηματολογίων που διανέμονται σε εσωτερικούς ασθενείς και κατόπιν συλλέγονται για την διεξαγωγή της έρευνας.

Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο μηνιαίως διεξάγεται ποιοτική έρευνα από την εταιρία Private Review η οποία προσφέρει την δυνατότητα αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Η εν λόγω μελέτη αφορά την ικανοποίηση των ασθενών από το ιατρικό, το νοσηλευτικό προσωπικό, τους διοικητικούς υπαλλήλους, την καθαριότητα αλλά και την συνολική φροντίδα που εισπράττει ο κάθε λήπτης υγείας και ο φροντιστής που τον συνοδεύει κατά την διάρκεια της παραμονής του.

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθούν οι απόψεις των ασθενών σχετικά με την παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας στο νοσοκομείο. Σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον, αναζητείται διαρκώς η άποψη των πελατών, με σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο κάθε χρήστης αποτελεί τον κύριο καταναλωτή και έχει το δικαίωμα έκφρασης αναμφισβήτητα. Έτσι οι λήπτες των υπηρεσιών υγείας εκφράζοντας τα παράπονά τους και τις προτάσεις τους, μας βοηθούν να εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα ούτως ώστε να γίνουν οι απαραίτητες παρεμβάσεις και να βελτιωθούν τυχόν αδυναμίες.

Η συλλογή των στοιχείων αφορά το χρονικό διάστημα από 01/10/2022 έως και 23/10/2022 και έγινε με συσκευή αξιολόγησης η οποία είναι τοποθετημένη στον χώρο των Ε.Ι.

Από τη συλλογή και την ανάλυση των ενδεδειγμένων στοιχείων για τον προσδιορισμό της καταλληλόλητας και αποτελεσματικότητας του συστήματος ποιότητας, προέκυψε ότι: το 25% των συμμετεχόντων δήλωσαν υψηλή ικανοποίηση από την φροντίδα που τους προσφέρθηκε από το νοσοκομείο και το 31% από το ιατρικό προσωπικό. Αρκετά ικανοποιημένοι δήλωσαν από την καθαριότητα των χώρων σε ποσοστό 42%, όπως επίσης και από το διοικητικό προσωπικό, καθώς το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 33%. Σχετικά υψηλή κρίνεται η ικανοποίηση στην εξεύρεση ραντεβού στα Ε.Ι. σε σύντομο χρονικό διάστημα, με ποσοστό 36% των συμμετεχόντων να κρίνουν καλή και 13% υψηλή.

Από τα αποτελέσματα της παραπάνω ανάλυσης, διαπιστώνουμε ότι η ικανοποίηση κυμαίνεται σε μέτρια ικανοποιητικά επίπεδα, καθώς υπάρχουν προβλήματα που σχετίζονται με την ξενοδοχειακή υποδομή, την καθαριότητα των χώρων και την παρεχόμενη φροντίδα των επαγγελματιών υγείας, τόσο στο ιατρονοσηλευτικό όσο και στο διοικητικό προσωπικό.

Η γενικότερη αξιολόγηση του νοσοκομείου είναι καλή και οι απαντήσεις των ασθενών σχετικά με την καθαριότητα, την φροντίδα, αλλά και την εξυπηρέτηση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό διακυμάνθηκαν σε μέτρια επίπεδα. Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο ως προς την αξιολόγηση αυτή, έπαιξε το γεγονός της έλλειψης προσωπικού λόγω νόσησης από Covid. Όσον αφορά την ευκολία πρόσβασης στα ραντεβού, η εικόνα του δείγματος εκτιμάται σε ικανοποιητικά επίπεδα.

Ωστόσο, τα αποτελέσματα αυτά θα πρέπει να ληφθούν εν μέρει υπόψη, καθότι στα κυτία παραπόνων υπάρχουν πολλές επιστολές ευχαριστιών. Σ αυτό συμβάλλει η άγνοια της δυνατότητας χρήσης των ηλεκτρονικών συσκευών μέτρησης της εταιρείας Private Review.

Βελτιωτικές ενέργειες: Για να βελτιωθούν οι αρνητικές πτυχές των μετρήσεων της ικανοποίησης πραγματοποιήθηκε μια σειρά κύκλου μαθημάτων από το Γραφείο Εκπαίδευσης του νοσοκομείου που αποσκοπούσαν κατά κύριο λόγο στην νοσηλευτική δεοντολογία και συμπεριφορά, αλλά και την εφαρμογή των νοσηλευτι-

κών πρωτοκόλλων, επειδή μέσω της συνεχούς εκπαίδευσης, επιτυγχάνεται η διατήρηση και η βελτίωση των δεξιοτήτων του προσωπικού, καθώς η ικανοποίηση και η ποιότητα είναι ζήτημα κουλτούρας και όχι απλή εφαρμογή δεικτών και διαδικασιών. Επίσης στα πλαίσια της καθαριότητας πραγματοποιήθηκαν απολυμάνσεις, μερική αντικατάσταση ξενοδοχειακού εξοπλισμού με ιδιαίτερη προσοχή σε στοιχεία υγιεινής και ασφάλειας. Επίσης πραγματοποιήθηκε επίχριση επιφανειών στο μεγαλύτερο ποσοστό του οικοδομήματος.

Μέσω ΕΣΠΑ έγινε η προμήθεια σύγχρονων μηχανημάτων διαφόρων ειδικοτήτων (όπως Καρδιολογικού, Οφθαλμολογικού, Γυναικολογικού ελέγχου και μηχανήματα Αναισθησιολογίας καθώς και μηχανήματα φιλτραρίσματος του αέρα εντός των χώρων του νοσοκομείου).

Τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος της 1ης έρευνας

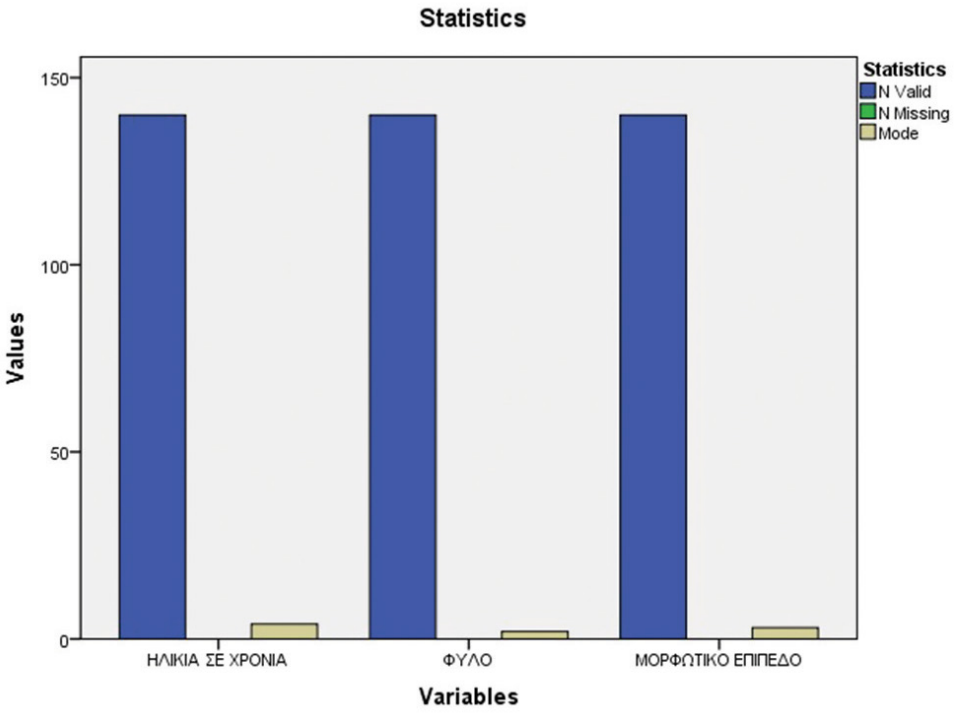
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στον πίνακα 1 που ακολουθεί εμφανίζονται οι συχνότητες. Η ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων έγινε με την περιγραφική μέθοδο. Το (mode) χρησιμοποιείται στην περίπτωση μη ομαδοποιημένων παρατηρήσεων. Είναι η παρατήρηση με τη μεγαλύτερη συχνότητα.

Πίνακας 1.

Statistics				
		ΗΛΙΚΙΑ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ	ΦΥΛΟ	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ
N	Valid	140	140	140
	Missing	0	0	0
Mode		4,00[a]	2,00	3,00

Ο έλεγχος των συσχετίσεων για τον προσδιορισμό της δομής του συνόλου των μεταβλητών, έγινε με την παραγοντική ανάλυση η οποία είναι μια στατιστική μέθοδος αλληλεξάρτησης όπου αναλύονται ταυτόχρονα όλες οι μεταβλητές και έχει ως στόχο τη δημιουργία κρυφών μη παρατηρήσιμων ποσοτήτων που ονομάζονται παράγοντες. Το παραγοντικό μοντέλο στηρίζεται στην υπόθεση ότι οι μεταβλητές μπορούν να ομαδοποιηθούν με βάση τις συσχετίσεις που υπάρχουν μεταξύ τους. Συνεπώς η συσχέτιση των μεταβλητών είναι υψηλή και αναπαριστά ένα παράγοντα που ευθύνεται για τις παρατηρούμενες τιμές. Με την ευρύτερη έννοια η (Factor Analysis) ανήκει στην ομάδα των πολυμεταβλητών στατιστικών μεθόδων που εφαρμόζεται τόσο στην ψυχομετρία όσο και στις κοινωνικές επιστήμες

Γράφημα 1.



Πίνακας 2.

Case Processing Summary (Αθροιστική περίληψη των περιπτώσεων)			
		N	%
Cases	Valid	140	100,0
	Excluded[a]	0	,0
	Total	140	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure. Αναφορά βασισμένη σε όλες τις μεταβλητές της διαδικασίας (ομάδα ασθενών).

Πίνακας 3.

Reliability Statistics (Στατιστικά αξιοπιστίας)	
Cronbach's Alpha	N of Items
,845	10

Στον πίνακα Reliability Statistics ο συντελεστής α του Cronbach εμφανίζεται > 0,7. Άρα η σύνθεση των 10 ερωτήσεων είναι ικανοποιητική

Πίνακας 4.

	Mean	Std. Deviation	N
ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	3,3857	1,01489	140
ΒΑΘΜΟΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΑΣ	3,6286	,96963	140
ΔΙΑΘΕΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	3,5214	,91720	140
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΑΠΟΡΙΕΣ	3,4571	,93970	140
ΕΥΡΥΘΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	3,2714	1,00961	140
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΔΗΓΙΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ	3,5214	,97056	140
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	3,6429	,91409	140
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ & ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ	3,8286	2,66861	140
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΟΡΦΩΤΙΚΩΝ, ΦΥΛΕΤΙΚΩΝ,ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΩΝ Κ.Α. ΔΙΑΚΡΙΣΕΩΝ	3,6857	1,13851	140
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	3,5143	,95575	140

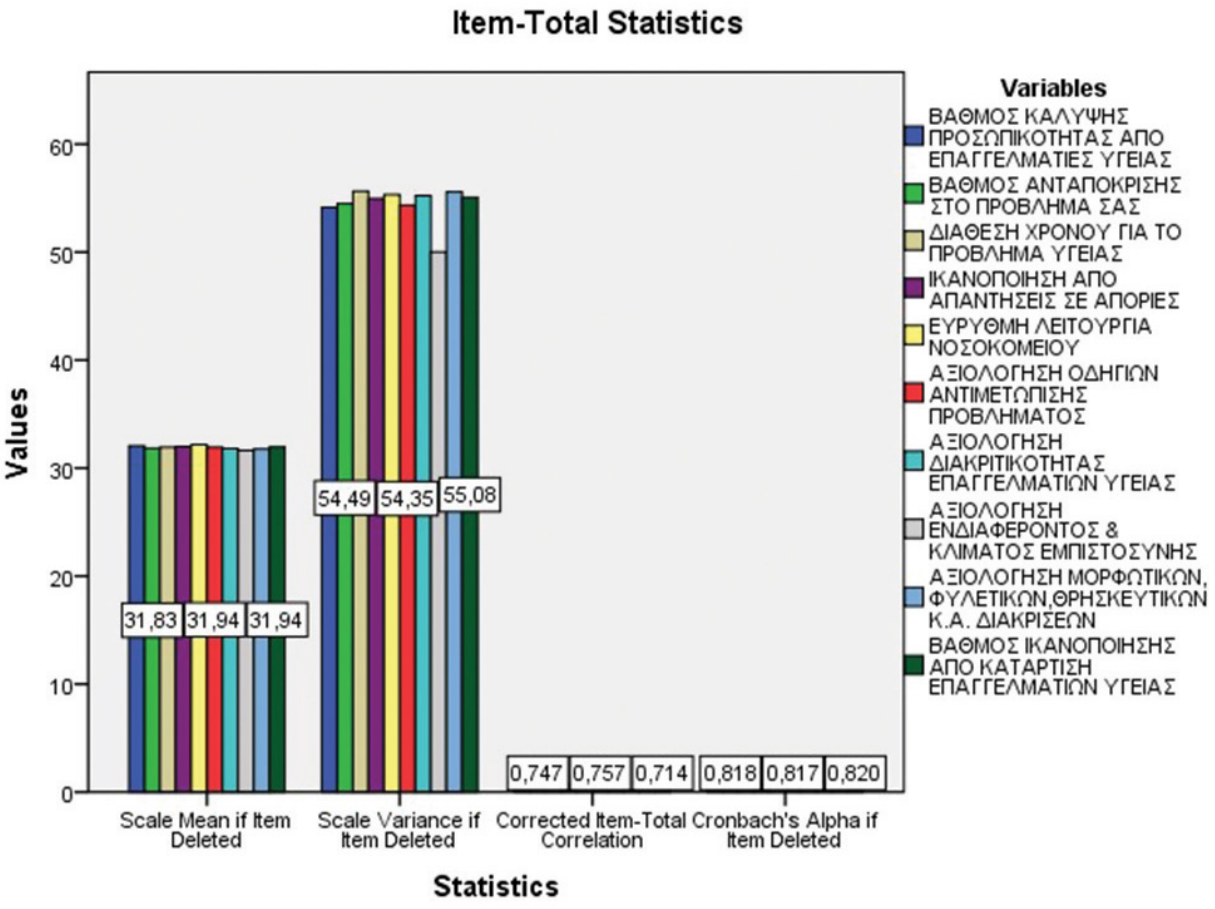
Item Statistics (Σε αυτόν τον πίνακα εκπροσωπούνται όλες οι πιθανές διαστάσεις της επικοινωνίας και της ικανοποίησης των ασθενών)

Πίνακας 5.

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item - Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	32,0714	54,139	,733	,818
ΒΑΘΜΟΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΑΣ	31,8286	54,488	,747	,818
ΔΙΑΘΕΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	31,9357	55,643	,704	,822
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΑΠΟΡΙΕΣ	32,0000	54,950	,738	,819
ΕΥΡΥΘΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	32,1857	55,332	,650	,824
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΔΗΓΙΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ	31,9357	54,348	,757	,817
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	31,8143	55,231	,740	,820
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ & ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ	31,6286	50,005	,238	,929
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΟΡΦΩΤΙΚΩΝ, ΦΥΛΕΤΙΚΩΝ,ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΩΝ Κ.Α. ΔΙΑΚΡΙΣΕΩΝ	31,7714	55,573	,545	,831
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	31,9429	55,076	,714	,820

Στον πίνακα «Item Statistics» περιλαμβάνεται ο μέσος όρος (mean) και η τυπική απόκλιση (std. Deviation) για καθεμιά από τις 10 απαντήσεις.

Γράφημα 2.



Το γράφημα «Item-Total Statistics» αναφέρεται στη συσχέτιση κάθε απάντησης-μεταβλητής με το συνολικό άθροισμα των υπολοίπων απαντήσεων-μεταβλητών. Οι τιμές των δεικτών κυμαίνονται από +0,238 (8: ερώτηση - ενδιαφέροντος και κλίματος εμπιστοσύνης) μέχρι +0,757 (6: ερώτηση - οδηγίες αντιμετώπισης προβλήματος). Η συσχέτιση έχει υπολογιστεί με το δείκτη γραμμικής συσχέτισης r του Pearson. (Ο Συντελεστής Συσχέτισης Pearson είναι ένα αριθμητικό μέτρο ή δείκτης του μεγέθους της συσχέτισης μεταξύ των τιμών δύο συνόλων. Κυμαίνεται σε μέγεθος από +1.00 μέχρι -1.00 περνώντας και από το 0.00)

Πίνακας 6.

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,918
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	468,301
	df	45
	Sig.	,000

Το τεστ σφαιρικότητας του Bartlett επιχειρεί να καθορίσει εάν υπάρχει υψηλός βαθμός συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών. Η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται εφόσον δεν είναι <0.001. Επομένως έχει νόημα να διεξαχθεί μια παραγοντική ανάλυση.

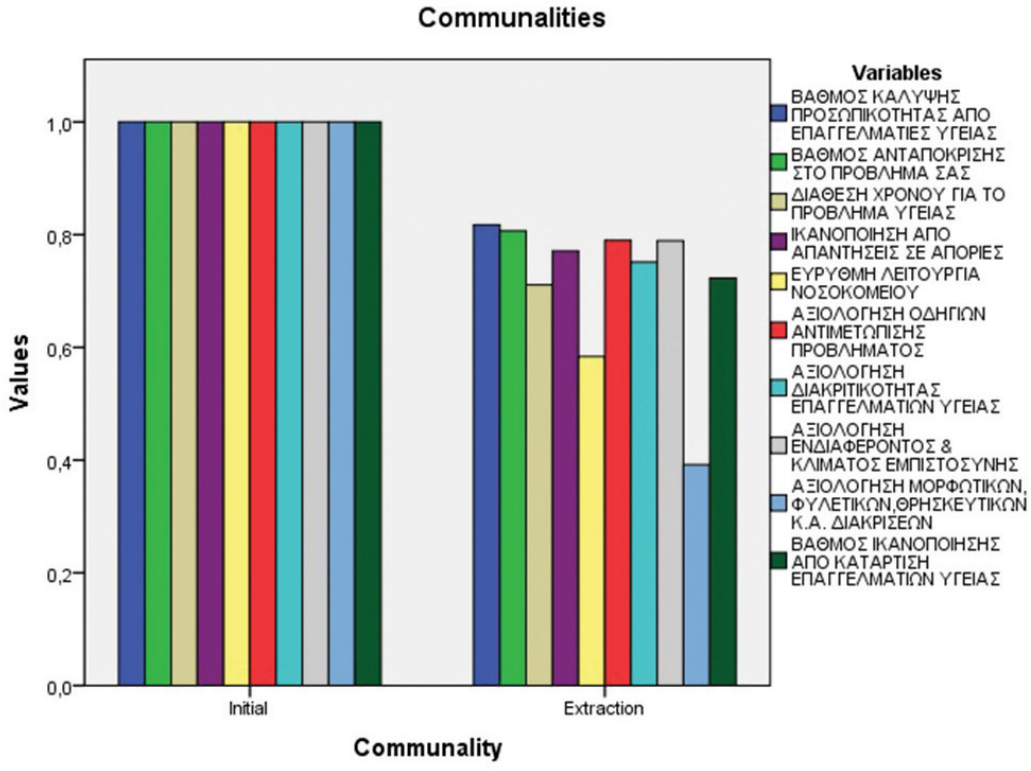
Πίνακας 7.
Communalities

	Initial	Extraction
ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	1,000	,818
ΒΑΘΜΟΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΑΣ	1,000	,807
ΔΙΑΘΕΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	1,000	,711
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΑΠΟΡΙΕΣ	1,000	,771
ΕΥΡΥΘΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	1,000	,584
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΔΗΓΙΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ	1,000	,790
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	1,000	,751
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ & ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ	1,000	,789
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΟΡΦΩΤΙΚΩΝ, ΦΥΛΕΤΙΚΩΝ,ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΩΝ Κ.Α. ΔΙΑΚΡΙΣΕΩΝ	1,000	,392
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	1,000	,723

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Οι αξίες στη στήλη Communalities–Extraction δείχνουν ποιο μέρος της διακύμανσης της μεταβλητής εξηγείται από έναν αριθμό παραγόντων (10 στην συγκεκριμένη περίπτωση). Το ,818 της πρώτης ερώτησης της συνολικής διακύμανσης της μεταβλητής εξηγείται από τις υποκείμενες διαστάσεις. Η χαμηλή τιμή της μεταβλητής ,392 θα μπορούσε να εξαλειφθεί, καθώς φαίνεται πως δεν είναι πολύ σχετική για τον αριθμό των παραγόντων και να αποφασιστεί η σχετικότητα των μεταβλητών.

Γράφημα 3.



Πίνακας 8.
Total Variance Explained

	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
Component	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,136	71,357	71,357	7,136	71,357	71,357
2	,722	7,216	78,573			
3	,661	6,613	85,186			
4	,386	3,863	89,049			
5	,283	2,828	91,878			
6	,276	2,755	94,633			
7	,185	1,853	96,486			
8	,147	1,469	97,955			
9	,108	1,081	99,036			
10	,096	,964	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Να σημειωθεί εδώ ότι η εφαρμογή του ΚΜΟ (Eigenvalue>1) θα είχε οδηγήσει σε εξαγωγή 1 παράγοντα.

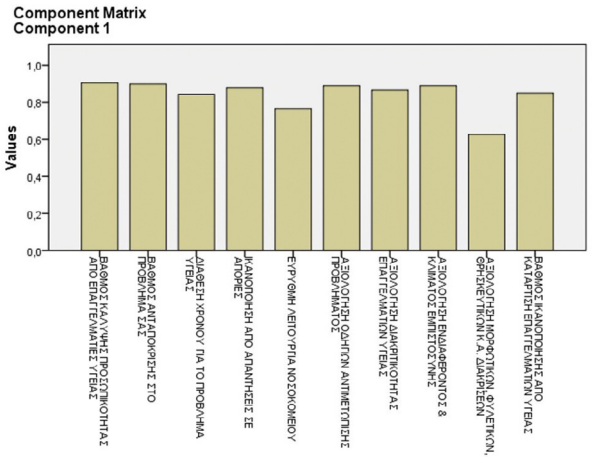
Πίνακας 9.
Component Matrixa

	Component
	1
ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	,904
ΒΑΘΜΟΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΑΣ	,898
ΔΙΑΘΕΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	,843
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΑΠΟΡΙΕΣ	,878
ΕΥΡΥΘΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	,764
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΔΗΓΙΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ	,889
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	,867
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ & ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ	,888
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΟΡΦΩΤΙΚΩΝ, ΦΥΛΕΤΙΚΩΝ,ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΩΝ Κ.Α. ΔΙΑΚΡΙΣΕΩΝ	,626
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	,850

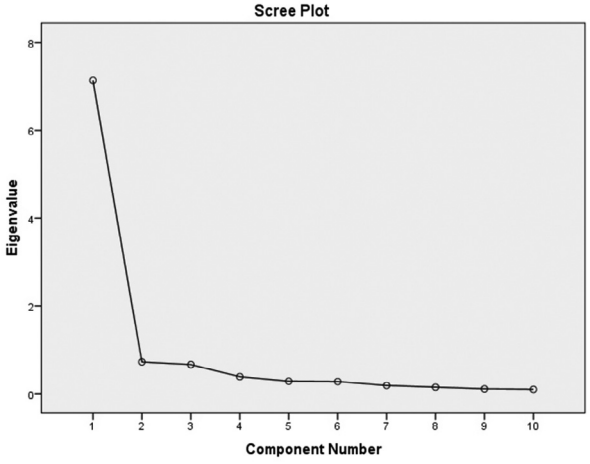
Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

Γράφημα 4.

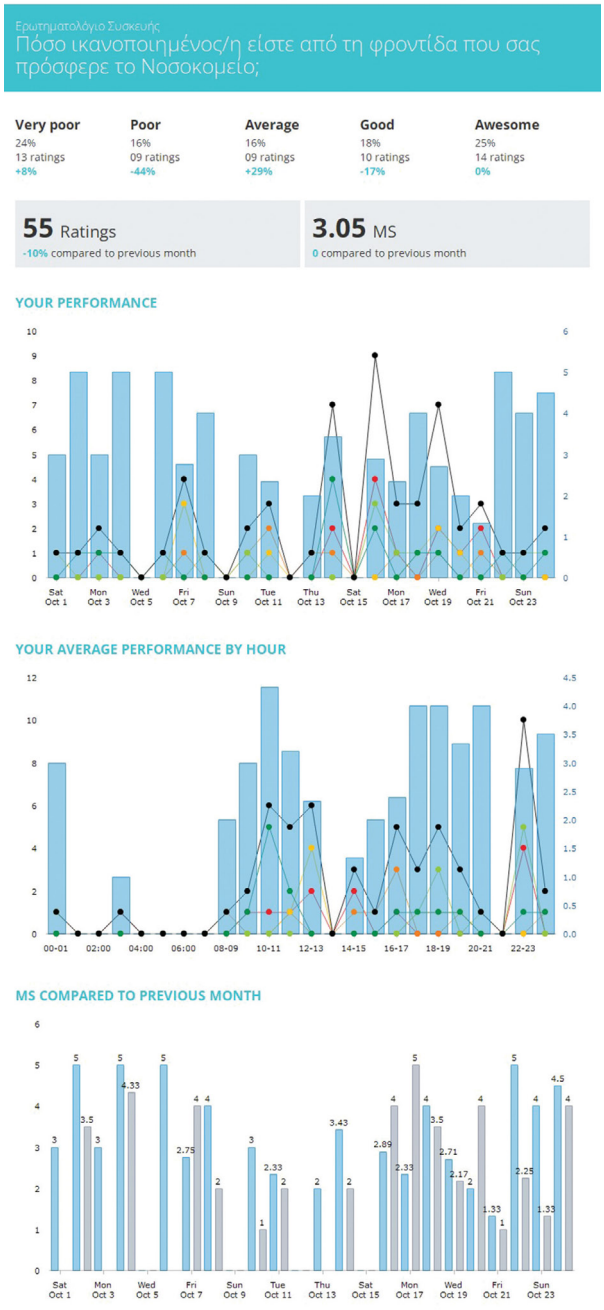


Γράφημα 5.



Το γράφημα (Scree Plot) δείχνει την ιδιοτιμή έναντι του αριθμού των παραγόντων (ιδιοτιμές είναι οι διακυμάνσεις των μεταβλητών-απαντήσεων). Από τον τρίτο παράγοντα η γραμμή είναι σχεδόν επίπεδη που σημαίνει ότι κάθε διαδοχικός παράγοντας αντιπροσωπεύει μικρότερες τιμές της συνολικής διακύμανσης. Σε γενικές γραμμές μετρήσιμες είναι οι ιδιοτιμές > του 1. Στο ανωτέρω γράφημα εμφανίζονται πάντα οι ιδιοτιμές προς τα κάτω, από το μεγαλύτερο προς το μικρότερο. Οι παράγοντες που βρίσκονται στα αριστερά του γραφήματος είναι και οι πιο σημαντικοί.

Τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος της 2ης έρευνας



Ερωτηματολόγιο Συσκευής

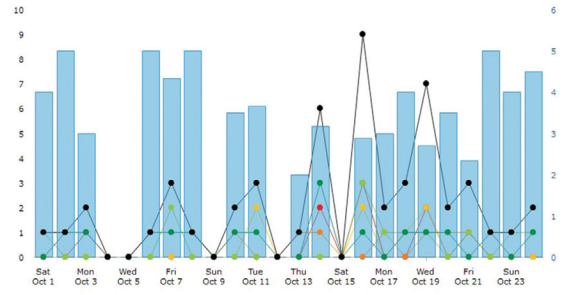
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τους γιατρούς μας;

Very poor	Poor	Average	Good	Awesome
18%	14%	14%	24%	31%
09 ratings	07 ratings	07 ratings	12 ratings	16 ratings
+29%	-30%	+75%	-20%	+7%

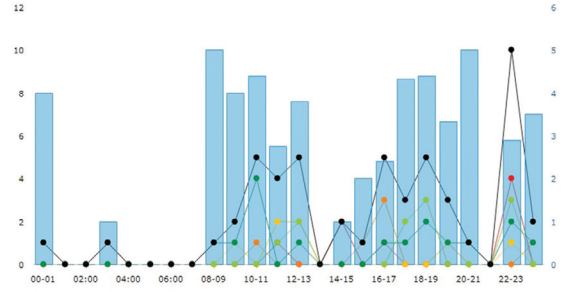
51 Ratings
0% compared to previous month

3.37 MS
0 compared to previous month

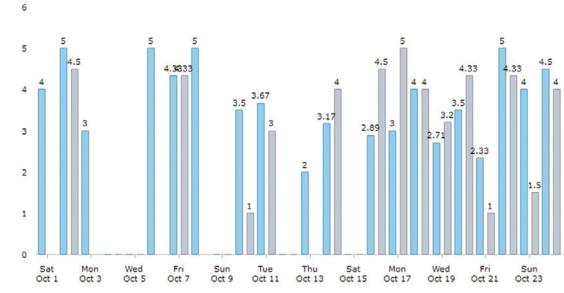
YOUR PERFORMANCE



YOUR AVERAGE PERFORMANCE BY HOUR



MS COMPARED TO PREVIOUS MONTH



Ερωτηματολόγιο Συσκευής

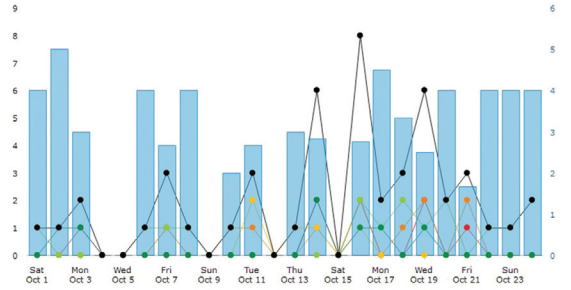
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το διοικητικό προσωπικό μας;

Very poor	Poor	Average	Good	Awesome
19%	21%	13%	33%	15%
09 ratings	10 ratings	06 ratings	16 ratings	07 ratings
-25%	+25%	-45%	+78%	-22%

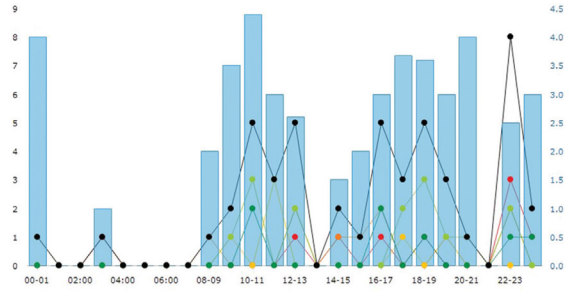
48 Ratings
-2% compared to previous month

3.04 MS
0 compared to previous month

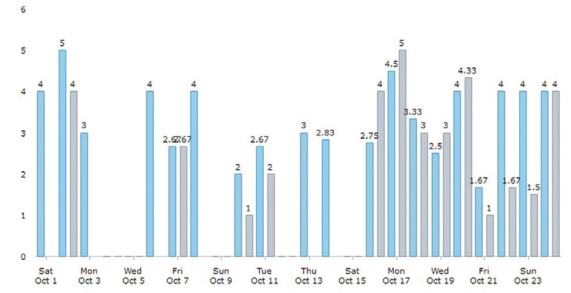
YOUR PERFORMANCE



YOUR AVERAGE PERFORMANCE BY HOUR



MS COMPARED TO PREVIOUS MONTH



Ερωτηματολόγιο Συσκευής

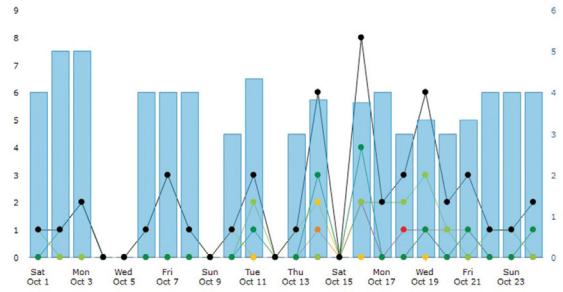
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την καθαριότητα των χώρων;

Very poor	Poor	Average	Good	Awesome
8%	8%	13%	42%	29%
04 ratings	04 ratings	06 ratings	20 ratings	14 ratings
+33%	-20%	-40%	+122%	-26%

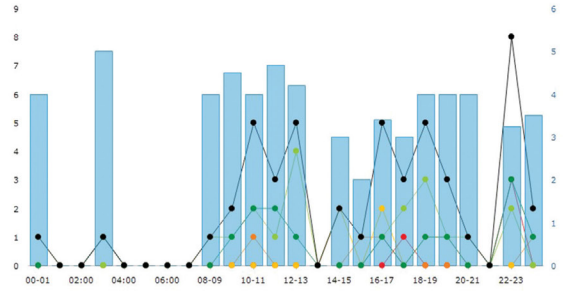
48 Ratings
+4% compared to previous month

3.75 MS
0 compared to previous month

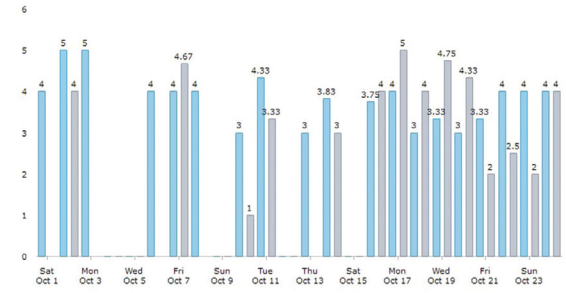
YOUR PERFORMANCE



YOUR AVERAGE PERFORMANCE BY HOUR



MS COMPARED TO PREVIOUS MONTH



Ερωτηματολόγιο Συσκευής

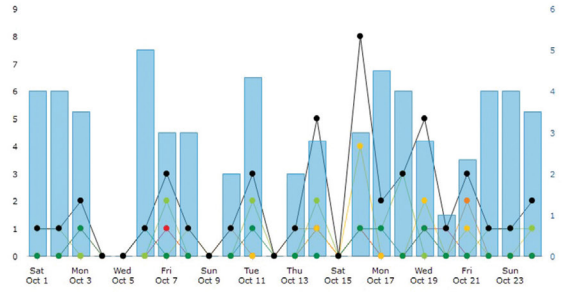
Πόσο εύκολο ήταν να κλείσετε ραντεβού;

Very poor	Poor	Average	Good	Awesome
11%	18%	22%	36%	13%
05 ratings	08 ratings	10 ratings	16 ratings	06 ratings
-17%	-27%	-9%	+220%	-40%

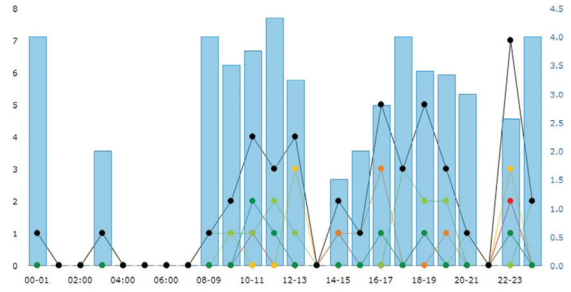
45 Ratings
+5% compared to previous month

3.22 MS
0 compared to previous month

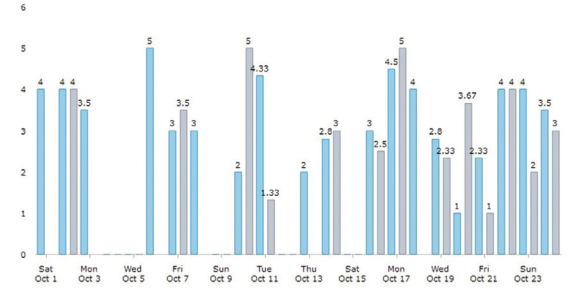
YOUR PERFORMANCE



YOUR AVERAGE PERFORMANCE BY HOUR



MS COMPARED TO PREVIOUS MONTH



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Andeson, J. G. (1997), "Clearing the Way for Physicians Use of Clinical Information Systems", Commun. ACM 40 (8) 83-90

Blessing & Chakrabarti, (2009) DRM, a Design Research Methodology. Springer.

Bob Nelson ends Peter Economy «Managing for Dummies». Copyright 1996 by IDG Books Worldwide, Inc.

Braddock, R. (1958) «An Extension of the "Lasswell Formula"», Journal of Communication,8, 88-93.

Chandler, A. (1950). Strategy and structure. Cambridge, MA: MIT Press.

Chisnal. P.M. (1986). Markenting Research, McCraw-Hill, 3rd edition.

CRONBACH A. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrica 1951, 16:297—334

Dance, F.E.X. (1967) «A Helical of Communication» στο Dance, F.E.X. (ed.) Human Communication Theory. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Denison, D.R., Spreitzer, G.M. (1991) Organizational culture and organizational development: a competing values approach," Research in Organizational Change and Development, 5:1-21.

Downs C. W, & Hazen M.D (1977). A factor Analytical Study of Communication Satisfaction, Journal of Business Communication, 14 (3), 63-73.

Elliott, P. (1972) The Makink of Television Series. London: Constable.

Festinger, L.A. (1957) A Theory of Cognitive Dissonance. New York: Row and Peterson.

Gerbner, G. (1964) «On content Analysis and Critical Research (eds) Peorle, Sosiety and Mass Communications, New York: The Free Press.

Gieber, W. (1960) «Two Communicators of the News: a Study of the Roles of the Sources and Reporters» στο Social Forces, 37, 76-83.

Heidel, F. (1946) «Attitudes and Cogritive Infomation» στο Journal of Psychology, 21,107-112.

Hendricks, C.F. (1992). The rightsizing remedy. Homewood, IL: Business One Irwin.

Houser, J. (2008) Precision, reliability, and validity: Essential elements of measurement in nursing research. J Spec Pediatr Nurs.

Iakovidis, I., (1998), «Towards personal health record: current situation, obstaclesand trends in implementation of electronic healthcare record in Europe» , Elsevier- International Journal of medical information, 52, pp. 105–115

Litwin, MS. (1995) How to measure survey reliability and validity. Sage Publications, London. 1. Martin, J (2005). Organizational culture. In N. Nicholson. P Pillutla. The Blackwell.G. Audia & M. M. Encyclopedia of management: Organizational behavior (2 nd ed) (Vol. XI, pp. 271-278).

Malden, MA: Blackwell. Schneider, B. (1990). Organizational climate and culture. San Francisco: Jossey-Bass.

McLeod, J.M. and Chaffee,S.H. (1973), «Interpersonal Approaches to Communication Research» στο American Behavioral Scientist, 16, 469-499.

McLuhan, M. (1964) Understanding Media. New York: McGraw-Hill.

Miller, D. 91987). The genesis of configuration. Academy of Management Review, 12, 686-701

Muijs, D. (2010). Doing Quantitative Research in Education with SPSS. London: Sage.

Newcomb, T. (1959) «The Study of Consencus» στο Merton, R.K., Broom, L. and Cottrell, S. (eds) Sociology Today. New York: Basic Books.

Oppenheim A.N. (1992). «Questionnaire Design & Attitude Measurement», 2nd., Biddles Ltd, Guildford, Surrey.

Rogers, E.M. (1986) Communication Technology. New York Free Press.

Rosen, R. H. & Berger, L. (1992). Healthy company: Eight strategies to develop people, productivity, and profits. New York: J. P. Tarcher.

Rosenbaum, M.S., Massiah, C. (21011). An expanded services cape perspective. Journal of Service Management.22 (4):471-490.

Schein, E.N. (1983). The role of the founder in creating organizational culture. Organizational Dynamics, Summer, 13-28.

Schein. E. H. (1992). Organizational culture and leadership: A dunamic view (2nd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Schramm, W. (1954) «How Communication Works» στο Schramm, W. (ed.) The Process and Effects of Mass Communication. University of Illinois Press.

Ιακωβίδης, Ι (1998) Προς προσωπικά αρχεία υγείας: Τρέχουσα κατάσταση, εμπόδια και τάσεις στην εφαρμογή ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων στην Ευρώπη. International Journal of Medical Informatics, 52, 105-117.

Ιορδάνογλου Δ. (2008) Διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού στις οργανώσεις – Νέες τάσεις και πρακτικές, Αθήνα: Κριτική.

Χυτήρης. Λ. (2001). Οργανωσιακή Συμπεριφορά: Η Ανθρώπινη Συμπεριφορά σε Οργανισμούς και Επιχειρήσεις, Αθήνα: Interbooks.

Ψαρρού Κ. Μάγδα, Ζαφειρόπουλος Κώστας (2004). Επιστημονική Έρευνα «Θεωρία και Εφαρμογές στις Κοινωνικές Επιστήμες». Έκδοση: ΤΥΠΩΘΗΤΩ/ΔΑΡΔΑΝΟΣ.

RESEARCH ARTICLE

The communication satisfaction of patients by health care professionals and its implications

Maria Kipouropoulou[1], Chrysoula Varsamaki[2]

1. Nurse, MSc, Head of the Education Office in the General Hospital of Florina
2. Nurse, MSc

ABSTRACT

Introduction: The effectiveness of an organization depends on the communication relationships that develop in its environment. The structure of the organization or its design influences the behavior and the performance of the people who work in it. The purpose of this project is to highlight in a clear and comprehensive way the importance of effective communication which is essential to the quality, productivity and competitiveness of a modern organization.

Methodology: "Qualitative research" by statistical analysis was considered appropriate, as through qualitative research dimensions of human behavior, such as perceptions, values, attitudes, beliefs and experiences of respondents, are investigated and interpreted. The population group from which information about the research project was derived consists of hospitalized patients or hospital health care applicants, with a sample of 140 Likert-scale questionnaires. The SPSS IBM Statistics 24 program was used as a research tool for the statistical analysis of the data.

Conclusions: The communication satisfaction was investigated based on the fact that health is a social good and this, in itself, increases the demands and expectations of the user-recipient of the services provided by the health care system. The quality in hospitals is not just a matter of a specific process or of a part of the hospital, nor is it connected only to a person's duties. It is obvious that there are serious communication problems in clinical practice, while the interpersonal skills of health professionals determine the patients' satisfaction in a large scale.

Key words: communication, patient satisfaction, organizational culture

Corresponding author: Maria Kipouropoulou
e-mail: marikip@hotmail.com

Date of submission: 21/11/2022
Publication date: December 2022

Citation: Kipouropoulou M. & Varsamaki C. (2022). The communication satisfaction of patients by health care professionals and its implications. Hellenic Journal of Nursing Science 15(4): 35-48, https://doi.org./10.24283/hjns.202244

Περίθαλψη των τραυματιών αγωνιστών στην Ελληνική Επανάσταση του 1821

Ελένη Γιώτη[1], Λαμπρινή Βήκα[2]

1. Σχολική Νοσηλεύτρια, M.Sc., ΕΕΕΕΚ Ιωαννίνων
2. Φιλόλογος, Υποψήφια M.Sc.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Πρόκειται για μία ιστορική ανασκόπηση της υγειονομικής κατάστασης στην Ελληνική Επανάσταση. Οι προσπάθειες στήριξης και προετοιμασίας της επανάστασης του 1821, περιλάμβανε την οργάνωση δομών, την εξεύρεση οικονομικών πόρων, την συλλογή εφοδίων πολέμου, την ψυχική προετοιμασία, αλλά δεν περιλάμβανε μέριμνα για ιατρονοσηλευτική και φαρμακευτική περίθαλψη των τραυματισμένων αγωνιστών. Από τον πρώτο κιόλας καιρό της επανάστασης, οι Έλληνες κατάλαβαν τις ελλείψεις σε υγειονομικό υλικό και προσωπικό. Έπρεπε να περιθάλψουν τόσο τους τραυματίες του πολέμου όσο και τους ασθενείς από επιδημίες και άλλες ασθένειες. Πολλοί πτυχιούχοι φιλοσοφίας, αστρονομίας και άλλων επιστημών ασκούσαν και Ιατρική, οι γνώσεις των οποίων περιοριζόταν κυρίως σε μια φυσιοδιφικού τύπου αντίληψη της ιατρικής πραγματικότητας. Παράλληλα κομπογιαννίτες και τσαρλατάνοι στηριζόταν στην προηγούμενη εμπειρία τους και προσέφεραν ιατρική βοήθεια. Οι συνεχείς και απρογραμμάτιστες μετακινήσεις των στρατιωτικών δυνάμεων, οι πολιορκίες οχυρών και πόλεων, η αναγκαστική μετακίνηση μεγάλου αριθμού κατοίκων από την ύπαιθρο σε οχυρωμένα αστικά κέντρα, οι συνεχείς μάχες, η έλλειψη πόσιμου νερού, τροφίμων και φαρμάκων έκαναν τις υγειονομικές συνθήκες τραγικές. Ο φιλελληνισμός, ο εθελοντισμός, η συμβολή της γυναίκας, η οικονομική ενίσχυση από τους έχοντες και η ισχυρή θέληση για ελευθερία ήταν αυτά που βοήθησαν στην καλυτέρευση των συνθηκών.

Λέξεις Κλειδιά: Αγωνιστές, Ελληνική Επανάσταση, ιατρονοσηλευτική φροντίδα, τραυματίες

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Ελένη Γιώτη
e-mail: gioti.el@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 22/10/2021
Ημερομηνία δημοσίευσης: Δεκέμβριος 2022

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Αναφορά του άρθρου ως: Γιώτη Ε. & Βήκα Λ. (2022). Περίθαλψη των τραυματιών αγωνιστών στην Ελληνική Επανάσταση του 1821. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 15(4): 49-56, https://doi.org./10.24283/hjns.202245

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ
- **Η δημόσια υγειονομική κατάσταση στην έναρξη της Ελληνικής Επανάστασης**
- **Ποιοι παρείχαν την ιατρονοσηλευτική φροντίδα**
- **Η περίθαλψη (είδος και ποιότητα) των Ελλήνων αγωνιστών**
- **Τα πρώτα νοσοκομεία στα μετόπισθεν αλλά και στα πεδία μαχών**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με την άλωση της Κωνσταντινούπολης το 1453, άρχισε η περίοδος της Οθωμανικής καταδυνάστευσης που κράτησε περίπου 400 χρόνια. Σε όλα αυτά τα χρόνια η φλόγα για την ελευθερία δεν έσβησε ποτέ. Πάντα στην συνείδηση των υπόδουλων Ελλήνων, η Οθωμανική αυτοκρατορία, φάνταζε ως μια διαρκής προσωρινότητα. Σε όλα αυτά τα χρόνια έχουν καταγραφεί διάφορα κινήματα και εξεγέρσεις, ποικίλης εμβέλειας, που όμως αποτύγχαναν γιατί δεν ήταν συντονισμένα και επαρκώς οργανωμένα. Μέχρι που 7 χρόνια πριν την έναρξη της Ελληνικής Επανάστασης 1821, μία μυστική οργάνωση ιδρύθηκε από τρεις άσημους εμπόρους ή γραμματείς εμπόρων, τον Εμμανουήλ Ξάνθο, τον Νικόλαο Σκουφά και τον Αθανάσιο Τσακάλωφ. Αυτή η οργάνωση ήταν η Φιλική Εταιρεία, που ιδρύθηκε το 1814 στην Οδησσό της Ρωσίας, με σκοπό τον οργανωμένο συντονισμό και προετοιμασία για τον ένοπλο αγώνα των Ελλήνων για ανεξαρτησία. Ως οργάνωση ήταν μυστική, το ίδιο και τα ονόματα των μελών της τα οποία κάθε μέρα πολλαπλασιάζονταν. Τα νέα μέλη δοκιμάζονταν για ένα διάστημα και στη συνέχεια εντάσσονταν στην οργάνωση, αφού έδιναν όρκο πίστης και αφοσίωσης, συνήθως μπροστά σε ιερέα. Για τους παραβάτες η προβλεπόμενη τιμωρία ήταν ο θάνατος. Οι Φιλικοί υπέγραφαν με ψευδώνυμα, επικοινωνούσαν με κρυπτογραφικό αλφάβητο και χρησιμοποιούσαν συνθηματικά στην αλληλογραφία τους (Ιστορία Γ΄ Λυκείου κεφ. Α2,3).

Ο δρόμος για την έναρξη της επανάστασης, ήταν πλέον μονόδρομος. Τεράστια η οργανωτική προσπάθεια των μελών της Φιλικής Εταιρείας, καθώς ο ελληνισμός που έπρεπε να επικοινωνήσουν ήταν διάσπαρτος σε ένα ευρύ γεωγραφικό χώρο, ενώ παράλληλα δεν έπρεπε να γίνουν αντιληπτοί από τους Οθωμανούς. Η οργανωτική προσπάθεια περιλάμβανε την εξασφάλιση οικονομικών πόρων και εφοδίων, την οργάνωση δομών, την συγκρότηση αξιόμαχων δυνάμεων καθώς και την ψυχική προετοιμασία των υπόδουλων Ελλήνων. Δεν υπήρξε όμως καμιά ιδιαίτερη μέριμνα στο νοσηλευτικό τομέα, καμιά πρόβλεψη αντιξοοτήτων, καμιά οργανωτική προετοιμασία για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των μαχητών και την ιατροκοινωνική προστασία των αμάχων. Αφού, εκτός από τους τραυματισμένους αγωνιστές είχαν να αντιμετωπίσουν και τους μάχιμους νοσούντες από επιδημίες κυρίως.

Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η υγειονομική κατάσταση προ και λίγο μετά την έναρξη της επανάστασης, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί τραγική. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στον Ελληνικό στόλο που ήταν επανδρωμένος με περισσότερους από 4.000 ναύτες, δεν υπήρχε ούτε ένας γιατρός (Λειβαδαράς, 2012). Αλλά και στο στρατό ξηράς η κατάσταση ήταν άθλια. Πριν την έναρξη της επανάστασης ο αριθμός των γιατρών ήταν περίπου 90 και εξυπηρετούσαν 1.000.000 πληθυσμό. Μετά την επανάσταση ο αριθμός των γιατρών ποτέ δεν ξεπέρασε τους 500, ενώ οι ανάγκες για ιατρονοσηλευτική φροντίδα αυξήθηκε κατακόρυφα λόγω του πλήθους των τραυματιών από τις μάχες, αλλά και των ασθενών από επιδημίες που ήταν η μάστιγα της εποχής εκείνης (Παπαγεωργίου, 1965).

Οι υγειονομικές συνθήκες διαβίωσης, διατροφής και ένδυσης επιδεινώθηκαν με την έναρξη της επανάστασης εξαιτίας των συνεχόμενων και απρογραμμάτιστων μετακινήσεων των αγωνιστών λόγω των συχνών πολεμικών αντιπαραθέσεων από τη μία και της μετακίνησης πλήθους ανθρώπων προς μεγαλύτερες πόλεις, από την άλλη, για λόγους ασφάλειας αφού ήταν κάπως οχυρωμένες. Αυτό σήμαινε έλλειψη πόσιμου νερού, τροφίμων και φαρμάκων που οδηγούσε σε ψυχοσωματική εξόντωση των αγωνιστών. Έπιναν νερό από πηγάδια που ήταν μολυσμένα είτε από τα πτώματα που πετούσαν μέσα, είτε από περιουσιακά στοιχεία που έκρυβαν οι κάτοικοι όταν έφευγαν με την ελπίδα να τα ξαναβρούν, είτε τα μόλυναν επίτηδες οι εχθροί. Η τροφή των αγωνιστών περιλάμβανε ψωμί, κυρίως από καλαμπόκι και λιγότερο ψάρι, κρέας, κρασί, ρακή και λάδι. Όμως σε μεγάλες πολιορκίες η έλλειψη τροφής οδήγησε στην κατανάλωση όλων των ειδών κατοικίδιων ζώων ακόμη και των δερμάτων τους. Επίσης πολλές φορές κατέφευγαν και στην νεκροφαγία. Δυσεντερία, χολέρα, πανώλη, ευλογιά και ελονοσία ήταν οι συνηθέστερες ασθένειες που συχνά εξελίσσονταν σε επιδημίες λόγω των αντίξοων συνθηκών και προκάλε-

σαν αθροιστικά περισσότερους θανάτους συγκριτικά με τις απώλειες στα πεδία των μαχών (Βαλαώρας).

ΠΟΙΟΙ ΠΑΡΕΙΧΑΝ ΤΗΝ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Πρακτικοί ή εμπειρικοί

Οι πρακτικοί ή εμπειρικοί ιατροί ήταν εκείνοι που ασκούσανε τη λεγόμενη «Δημώδη ή Λαϊκή Ιατρική» και περιλάμβανε ένα μεγάλο φάσμα ατόμων. Αυτό που τους ξεχώριζε ήταν η έντιμη άσκηση της ιατρικής επιστήμης. Ήταν άτομα με υψηλό ήθος, ανιδιοτελείς και με βαθύ το αίσθημα της φιλοπατρίας και του αλτρουισμού. Ενέπνεαν μεγάλη εμπιστοσύνη και έχαιραν εκτίμησης από τους απλούς πολίτες της χώρας(5). Μεταξύ αυτών υπήρχαν πολλοί ιερωμένοι και μοναχοί διάσημοι για τις ιατρικές γνώσεις τους. Οι πρακτικοί ασκούσανε ιατρική, σε ορεινές κυρίως περιοχές της χώρας. Ασχολούνταν με την ανάταξη εξαρθρημάτων και καταγμάτων, την περιποίηση τραυμάτων και την πραγματοποίηση μικροεπεμβάσεων. Επίσης παρασκεύαζαν φάρμακα και συνέλλεγαν βότανα, τα οποία χορηγούσαν, κατά περίπτωση, σε ασθενείς και τραυματίες (Πουρναρόπουλος, 1973).

Οι γνώσεις που είχαν προερχόταν κυρίως από:

- τη μετάδοση γνώσεων από γενιά σε γενιά (Κούζης, 1977) (από πατέρα που ήταν γιατρός ή είχε γνώσεις ιατρικής σε γιο).

- σχετικές γνώσεις και δεξιότητες που αποκόμιζαν από τη λειτουργία ιατροφαρμακευτικών σχολείων που λειτουργούσαν σε Αθήνα (Εμμανουήλ, 1948), Καρπενήσι (Βασιλείου, 1960), Σπάρτη (Αθανασόπουλος, 1965) και Χίο (Παϊδούσης 1939).

- τα λεγόμενα Ιατροσόφια ή γιατροσόφια - χειρόγραφοι ιατρικοί κώδικες, που περιείχαν ιατρικά κείμενα από παλαιά (Ιπποκράτης) και νεότερα ιατρικά συγγράμματα. Βεβαίως τα πιο πολλά Ιατροσόφια ή γιατροσόφια δεν ήταν επιστημονικά τεκμηριωμένα καθώς περιείχαν στοιχεία μαγείας, αντιμαγικά φίλτρα, ξορκισμούς κ.λπ. Περιείχαν όμως και περιγραφές νόσων, χειρουργικές οδηγίες και κυρίως μεγάλους καταλόγους θεραπευτικών βοτάνων με ενδείξεις και οδηγίες για τη χρήση τους. (Σχίζας, 2002&2009)

Κομπογιαννίτες και τσαρλατάνοι

Ιατρικές πράξεις και φαρμακευτικά παρασκευάσματα χορηγούσαν και οι λεγόμενοι κομπογιαννίτες και τσαρλατάνοι στη διάρκεια του απελευθερωτικού αγώνα. Δρούσαν κυρίως σε μεγάλα αστικά κέντρα. Οι κομπογιαννίτες και τσαρλατάνοι ήταν ψευτογιατροί, που στηριζόταν μόνο σε προηγούμενη εμπειρία που είχαν και περισσότερο ακόμη στην πειθώ του λόγου που διέθεταν. Κύριος σκοπός τους ήταν το οικονομικό όφελος, για αυτό και η θεραπευτική αγωγή που πρότειναν περιείχε βότανα που ήταν αδύνατο να βρεθούν αλλά και η εφαρμογή τους ήταν πολύπλοκη έως αδύνατη (Σχίζας, 2002).

Ονομάστηκαν κομπογιαννίτες από το ουσιαστικό "κόμπος" και το ρήμα "υγιαίνω", γιατί φορούσαν ένα μαντήλι στο λαιμό που το έδεναν κόμπους, μέσα στο οποίο τοποθετούσαν βότανα με τα οποία υγιαίνανε τις ασθένειες. Επίσης ονομαζόταν τσαρλατάνοι που σημαίνει αγύρτες/απατεώνες, αλλά και Ματσοκάριδες από την μαγκούρα/ρόπαλο (mazuka) που κρατούσαν (Βασιλείου, 2020).

Γνωστοί στην κατηγορία των κομπογιαννιτών ήταν και οι Βικογιατροί με σημαντική διαφορά όμως ότι χρησιμοποιούσαν βότανα μόνο από τη χαράδρα του Βίκου και από την συγκεκριμένη περιοχή. Επιδείκνυαν σεβασμό, εντιμότητα και συνέπεια στο έργο τους με αποτέλεσμα πολλοί ιστορικοί να τους κατατάσσουν στην κατηγορία των εμπειρικών γιατρών.

Οι επιστήμονες ιατροί

Η Υγειονομική υπηρεσία κατά τη διάρκεια της επανάστασης του 1821 ήταν σχεδόν ανύπαρκτη τόσο ως οργανωμένη διοικητική δομή όσο και ως εκπαιδευμένο υγειονομικό προσωπικό. Όπως ήδη αναφέρθηκε, λίγο πριν την έναρξη της επανάστασης ο αριθμός των επιστημόνων γιατρών ήταν πολύ μικρός, προερχόταν συνήθως από αστικές και εύπορες οικογένειες και περιγράφανε στην καθαρεύουσα τις ασθένειες και τη θεραπεία τους. Με την έναρξη της επανάστασης έγινε αμέσως αντιληπτή η έλλειψη ιατρικού προσωπικού και υγειονομικού - φαρμακευτικού υλικού. Έχοντας προκύψει αυτή η μεγάλη ανάγκη αρκετοί νέοι, πήγαν σε Πανεπιστήμια για να σπουδάσουν Ιατρική τα οποία ήταν κυρίως αυτά της Πάδοβας, της Παβίας, της Πίζας και της Βιέννης (Παναγιωτάκος, 1953).

Από τους επιστήμονες γιατρούς λίγοι ήταν αυτοί που συμμετείχαν στο ένοπλο σκέλος της επανάστασης για να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στους αγωνιστές στα πεδία των μαχών (Λάζαρος, 2014). Όσοι ασχολήθηκαν με τους αγωνιστές κυρίως ήταν για να αντιμετωπίσουν παθολογικές καταστάσεις και πολύ λιγότερο για να αντιμετωπίσουν κακώσεις και τραύματα.

Οι περισσότεροι εξελίχθηκαν και απέκτησαν αξιώματα στην κλίμακα της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας όπως οι γιατροί Μαυροκορδάτος και Νικούσιος οι οποίοι έγιναν Μεγάλοι Διερμηνείς. Με δεδομένη τη μεγάλη έλλειψη ιατρών στην Οθωμανική Αυτοκρατορία και σε συνδυασμό με τις μεγάλες επιδημίες (κυρίως πανώλη,

χολέρα και ευλογιά) η συμπεριφορά των Οθωμανών απέναντί τους ήταν εξαιρετικά επιεικής όπως το αναφέρει ο Κοραής *«...θηριώδες έθνος εις μόνους τους ιατρούς αναγκάζεται να υποκρίνεται κάποιαν ημερότητα»* (Πουρναρόπουλος, 1953)

Άλλοι γιατροί όπως ο Ηπίτης έμειναν στην Ευρώπη και οργάνωσαν φιλελληνικά κομιτάτα. Άλλοι έγιναν μεγάλοι πολιτικοί της επανάστασης όπως ο Α. Μαυροκορδάτος, ο Ι. Κωλέττης αλλά και ο Ιωάννης Καποδίστριας ο πρώτος Κυβερνήτης της Ελλάδος. Και άλλοι έγιναν διαφωτιστές του έθνους όπως ο Αδαμάντιος υ922 Κοραής. Τον Ρήγα Φεραίο τον πλαισίωσαν και τον στήριξαν στους αγώνες του πολλοί γιατροί (Εμμανουήλ Ιωάννης, Πολύζος Νικόλαος, Κυρίτσης Ιωάννης, Νικολαΐδης Δημήτριος ... οι φοιτητές της Ιατρικής Καρακάσης Κωνσταντίνος, Περραιβός Χριστόφορος και Σακελλάριος Γεώργιος). Στη Φιλική Εταιρεία συμμετείχαν ως μέλη δεκάδες ιατροί ενώ αρκετοί υπήρξαν ευεργέτες του αγώνα (Αρσάκης από την Ήπειρο, Δελλαπόρτας από την Κεφαλλονιά, Σακελλάριος από την Κοζάνη και ο Φλέβας από τη Νάουσα) (Βακαλόπουλος, 1961).

Όλοι τους από όποιο πόστο ανέλαβαν ή τους ανατέθηκε σκοπό είχαν να αμβλύνουν τον πόνο των ραγιάδων αδελφών τους και να διατηρήσουν άσβεστη την πίστη τους για διεκδίκηση τη ελευθερίας τους.

ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΟΡΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΓΩΝΙΣΤΩΝ

Αμέσως μετά την έναρξη της επανάστασης συγκροτήθηκε η Υπηρεσία Επιμελητείας με σκοπό τη διασφάλιση για εφοδιασμό σε όπλα, πολεμοφόδια, τρόφιμα και μισθοδοσία των ενόπλων. Η Υπηρεσία Επιμελητείας ελάχιστα ασχολήθηκε με την τροφοδοσία σε υγειονομικό υλικό και φάρμακα. Όταν μάλιστα κατά την πορεία του αγώνα οι εισροές πόρων ελαχιστοποιήθηκαν, τότε φάνηκε η σχεδόν ανύπαρκτη διοικητική μέριμνα στα πεδία της σίτισης και της υγειονομικής περίθαλψης. Η παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας ήταν ανάλογη των γνώσεων και του διαθέσιμου ιατροφαρμακευτικού υλικού.

Με την έναρξη της Ελληνικής Επανάστασης οι υγειονομικές ανάγκες ήταν αυξημένες, η αντιμετώπιση των αιμορραγιών από τους τραυματισμούς και η διατήρηση καθαρών των τραυμάτων ήταν επιτακτική για τη ζωή των αγωνιστών. Όμως πράξεις όπως μετάγγιση αίματος, ασηψία, αντισηψία ήταν παντελώς άγνωστες.

Στα πεδία των μαχών οι ελαφρά τραυματισμένοι φροντιζόταν επί τόπου από τους συμπολεμιστές τους. Οι βαριά τραυματισμένοι μεταφερόταν για νοσηλεία σε σπηλιές – που αποτέλεσαν πρωταρχική μορφή των ορεινών χειρουργείων- σε μοναστήρια και αργότερα σε υποτυπώδη νοσοκομεία τα οποία εν τω μεταξύ είχαν αρχίσει να συγκροτούνται**.** (Πουρναρόπουλος, 1970)

Ο καθαρισμός των τραυμάτων εξωτερικά γινόταν με ρακή ενώ εσωτερικά με μείγμα από λεύκωμα αυγού με κοινό λάδι και ρακή. Στην συνέχεια για την επούλωση του τραύματος γινόταν επάλειψη με αλοιφή παρασκευασμένη από σαπούνι και ρακή. Η χρήση ρακής (σαν οινόπνευμα) για αντισηψία ήταν ευρεία, συνεχής και συχνή. Στα βαθιά τραύματα χρησιμοποιούσαν ως αντισηπτικό καυτό λίπος, όπως χαρακτηριστικά περιγράφει ο Μακρυγιάννης (Πατσώνης, 2005) στα «Απομνημονεύματά» του: «...Της έβγαλα το παλούκι από το ποδάρι της και το ζεμάτισα με ξύγκι. Όμως έγινε τούμπανο...».

Για την επίδεση των τραυμάτων χρησιμοποιούνταν υφάσματα από το ρουχισμό τους τα οποία κοβόταν ανάλογα με το μέγεθος του τραύματος και ήταν μη αποστειρωμένα. Ενώ οι νάρθηκες κατασκευαζόταν αυτοσχέδια από ξύλα ή ναστόχαρτο ή καλάμια (Κούζης, 1907).

Σε αιμορραγία αγγείων, η αιμόσταση των τριχοειδών (μικρά αγγεία) γινόταν με οινόπνευμα και των μεγάλων αγγείων με πυρακτωμένο σίδερο. Σε παρατεταμένη αιμόπτυση λόγω τραυματισμού στο θώρακα δινόταν για πόση ζεσταμένο κρασί αναμεμιγμένο με κοινό βούτυρο (Κούζης, 1907).

Η συρραφή τραυμάτων - εκτός της κλασσικής τεχνικής με τη χρήση βελόνας και κοινής κλωστής - αναφέρεται από το Στρατηγό Μακρυγιάννη στα «Απομνημονεύματά» του η χρήση κεφαλών μυρμηγκιών που γινόταν από τους εμπειρικούς γιατρούς: «... Του ρίχτηκαν οι Τούρκοι απάνω του, παίρνει ένα γιαταγάνι Τούρκικον και σκοτώνει τέσσερους κι εκεί όπου τον πολεμούσαν του δίνουν μίαν μαχαιριά εις την κοιλιά και σκοτώνει τον Τούρκον και με το μαχαίρι εις την κοιλιά ήρθε εκεί όπου είμαστε εμείς εις το ταμπούρι. Και δεν του πειράξαμε το μαχαίρι· με τούτο εις την κοιλιά τον πήγαμε εκεί οπούταν οι ειδικοί μας και ήταν ο γιατρός· και τόβγαλε το μαχαίρι και με των μερμήγκων τα κεφάλια τούρραψε την κοιλιά. Και τράβηξε ο καημένος κοντά ένα χρόνο να γιατρευτεί. Γέρευε και πάλι ξηλώνεταν κι έβγαιναν οι κοπριές από την κοιλιά οπούταν η πληγή. Και ζει τώρα και δεν έχει ψωμί να φάγει ...».

Για τη συγκεκριμένη πρακτική της συρραφής των τραυμάτων ο Γιάννης Βλαχογιάννης σημειώνει τα εξής: «Η δια των κεφαλών των μυρμήγκων ραφή τραυμάτων, γνώριμος τοις εμπειρικοίς ιατροίς των χρόνων εκείνων, εγίνετο ως εξής: Προσαγόμενοι μεγάλοι ζωντανοί μέρμηγκες, έδακνον τα χείλη του τραύματος, κεκλεισμένα, αμέσως δι' αποκοπτομένου του σώματος αυτών, έμενεν η κεφαλή σχηματίζουσα ούτω βελονιάν ικανώς ισχυράν».

Ως υπνωτικό (αναισθησία) χρησιμοποιούνταν το αφιόνι (είδος παπαρούνας) για το οποίο το ΙΕ΄ άρθρο του συμφωνητικού, που υπέγραψαν οι αρχηγοί της Φρουράς του Μεσολογγίου πριν από την ηρωική έξοδο (Κόκκινος, 1931), αναφέρει: «...Τα μικρά παιδιά όλα να τα ποτίσουν αφιόνι οι γονείς, άμα σκοτειδιάσει για να μη κλαίνε».

Ως εμετικό χρησιμοποιούνταν «κόκοι τάταρου», οι οποίοι φαίνεται να ήταν πολύ δραστικοί. Γράφει χαρακτηριστικά ο Κ. Δεληγιάννης για το θάνατο του Αθανάσιου Κανακάρη: «...Αλλά κατά δυστυχίαν της πατρίδος εις εκείνην την εποχήν ευρισκόμενος ο Θάνος Κανακάρης, Αντιπρόεδρος της Διοικήσεως, εις την Ερμιόνην με το Εκτελεστικόν και ησθενήσας ολίγον προσεκάλεσαν επί καλή τη πίστει ως ιατρόν, να τον επισκεφθεί τον Κωλέτην. Αυτός δε, ως ελέγετο τότε, του έδωσε δέκα κόκκους τάταρον εμετικόν κι εντός 24 ωρών απεβίωσεν από θάνατον οδυνηρόν της δυσεντερίας με πόνους τρομερούς εις το στόμαχον και εις τα έντερα. Και πολλοί εκ των ευρεθέντων τότε εκεί, ειδήμονες άνθρωποι, διαβεβαίουν ότι εκ προθέσεως του έδωκεν αυτό το εμετικόν και τον εδηλητηρίασεν».

Εκτός από τραυματισμούς υπήρχαν και παθολογικά προβλήματα που ταλαιπωρούσαν τους αγωνιστές. Η αντιμετώπιση αυτών ήταν καθαρά εμπειρική, όπως προαναφέρθηκε.

Στους μώλωπες δινόταν για πόση ζεστό βούτυρο, όπως αναφέρει και ο Φωτάκος υπασπιστής του Θ. Κολοκοτρώνη (Χρυσανθακόπουλος, 1960): «...Αποφασίσαμεν λοιπόν και τον εποτίσαμεν βούτυρον ζεστόν· τούτο εις την Πελοπόννησον είναι γνωστό ως ιατρικόν, όταν πέσει και δεν έχει έξωθεν του σώματος πληγήν, αλλά μώλωπας. Αφού δε έπιε ζεστόν βούτυρον, έπειτα τον εβάλαμεν εις ένα μέρος δια να μην τον φυσάει αέρας, και του ερρίψαμεν δια σκεπάσματος δυο καπότες... Το βάρος αυτό και το βούτυρο, το οποίον άναψε μέσα του, έφερεν ιδρώτας πολλούς και δι' αυτών έφυγαν από το κορμί του τα ζουπήματα».

Για τα οιδήματα των κάτω άκρων χρησιμοποιούνταν αλατόνερο, όπως αναφέρει και ο Κανέλλος Δεληγιάννης στα «Απομνημονεύματά» του: «...Απηυδισμένοι λοιπόν ημείς, από είκοσι ωρών οδοιπορίαν πεζοί, επέσαμεν ημιθανείς, ώστε δεν ηδυνάμεθα ουδείς τους πόδας μας να πατήσουμε, καθ' ότι ήτον πρησμένοι· και εκάμαμεν σαλαμούραν με αλάτι και τους επαστώσαμε».

Ο πυρετός αντιμετωπιζόταν με μαλάξεις με λάδι.

Σε γριπώδη συνδρομή χορηγούνταν αφέψημα ξηρών σύκων και ξυλοκεράτων ή ζεσταμένο κρασί με πιπέρι (Πουρναρόπουλος, 1953)

Τα φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούσαν οι επιστήμονες ιατροί και πολλοί από τους εμπειρικούς ήταν κυρίως δρόγες (αλόη, θεριακή, κάρδαμο, κίνα, πιπερόριζα, σαμπούκο, σαρκοτρόφι, σίλφιο κ.ά.), αλλά και χημικές ουσίες (άλας αψινθίας, βόραξ, γόμμα Αραβική, εμετική τρυξ, μίνιον, νίτριον, οξύμελι κ.ά.) (Εμμανουήλ,1948). Οι φυτικές δρόγες εντοπιζόταν εύκολα στην Ελληνική ύπαιθρο, ενώ τα χημικά παρασκευάσματα προμηθευόταν από την Κωνσταντινούπολη, τη Σμύρνη, τα Επτάνησα και την Τεργέστη και δεν έφταναν ποτέ στα πεδία μάχης.

ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Με την έναρξη της επανάστασης το 1821 υπήρξε επιτακτική η ανάγκη για επαναπροσδιορισμό και οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης με σκοπό την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των μαζικών απωλειών. Η ανάγκη αυτή προέκυψε α) από τους πολλαπλούς τραυματισμούς που χαρακτήρισαν τις πρώτες μάχες των Ελληνικών άτακτων στρατιωτικών δυνάμεων και β) από τις επιδημίες που μάστιζαν την εποχή εκείνη το Ελληνικό κράτος. Με αποτέλεσμα την στρατιωτική αποδυνάμωση της χώρας. Έτσι με την οργάνωση του τακτικού Σώματος Στρατού ιδρύθηκε το πρώτο Στρατιωτικό Νοσοκομείο, στο ελεύθερο πλέον Ναύπλιο το Μάρτιο του 1823.

Οι ανάγκες εξακολουθούσαν να είναι μεγάλες στα πεδία μαχών και κοντά σε αυτά. Εκεί δημιουργήθηκαν οι πρώτοι σταθμοί βοήθειας (www.vrellis.gr/oreinocheiroyrgeio/) (πολύ πρώιμη μορφή των ορεινών χειρουργείων). Τέτοιοι σταθμοί βρίσκονταν μέσα σε σπηλιές αρχικά και στη συνέχεια σε σταθερούς σταθμούς, όπως τα μοναστήρια. Τα μοναστήρια και οι μοναχοί έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην Επανάσταση, εκεί μεταφερόταν οι τραυματίες είτε με διάφορα ζώα, είτε από γυναίκες που είχαν πάει εφόδια και πυρομαχικά στα πεδία μάχης και στο γυρισμό μετέφεραν αρκετούς από τους τραυματίες αυτούς.

Αργότερα οι ανάγκες έδωσαν ώθηση για την δημιουργία των πρώτων οργανωμένων υγειονομικών υπηρεσιών των λεγόμενων θεραπευτηρίων. Τα θεραπευτήρια ήταν υποτυπώδεις νοσηλευτικές μονάδες που νοσήλευαν και παθολογικά περιστατικά, αλλά και χειρουργικά (τραυματίες που είχαν την τύχη να φτάσουν ως εκεί).

Ο τόπος των θεραπευτηρίων δεν ήταν οργανωμένος και προγραμματισμένος, αλλά το κέντρο όπου γινόταν συγκέντρωση πολλών ατόμων που έχριζαν ανάγκη περίθαλψης, αυτομάτως έπαιρνε ένα χαρακτήρα θεραπευτηρίου. Το οποίο αδρανοποιούνταν και καταργούνταν μετά το τέλος των μαχών.

Στην Πάτρα φαίνεται να ιδρύθηκε για πρώτη φορά (για όσο διήρκησε η πολιορκία της Πάτρας από τις 15

Φεβρουαρίου μέχρι τις 18 Μαΐου 1822) ένα τέτοιο θεραπευτήριο. Οι Έλληνες μετέτρεψαν σε «νοσοκομείο» ένα σπίτι δίπλα στο Αγγλικό προξενείο με το σκεπτικό ότι λόγω της γειτνιάσεως αυτής δε θα τολμούσαν να το χτυπήσουν οι Τούρκοι με τα όχι και τόσο ακριβείας πυροβόλα τους.

Επειδή οι ανάγκες κοντά στα πεδία μάχης ήταν πάντα μεγάλες και η διακομιδή των τραυματιών σχεδόν αδύνατη, πολλά μοναστήρια λειτούργησαν ως θεραπευτήρια όπως η Μονή Προυσσού στην Ευρυτανία και η Μονή Ομπλού στην Αχαΐα (1824).

Επιπρόσθετα, στην εξέλιξη του απελευθερωτικού αγώνα ανάλογα με τις πολεμικές ανάγκες και τις αλλαγές του γεωγραφικού χάρτη υπήρξαν πολλά μικρά, πρόσκαιρα και μετακινούμενα νοσοκομεία, τα νοσοκομεία εκστρατείας στα οποία διακομίζονταν οι τραυματισμένοι αγωνιστές.

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

Από την έναρξη (1821) φτάνοντας στο τέλος της Ελληνικής επανάστασης με την απελευθέρωση των Ιωαννίνων (21 Φεβρουαρίου 1913) αναφορικά με την οργάνωση της υγειονομικής υπηρεσίας, ίσχυε το Βασιλικό Διάταγμα της 25ης Νοεμβρίου 1910 «Κανονισμός της Υγειονομικής Υπηρεσίας Εν Εκστρατεία», ο οποίος περιλάμβανε στην ουσία τα πεδινά και ορεινά Νοσοκομεία Εκστρατείας. Οι υγειονομικές αυτές δομές ήταν αρκετά δυσκίνητες και μάλλον δε θα μπορούσαν να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες ενός επιθετικού πολέμου.

Η προπαρασκευή για τον Α΄ Βαλκανικό / Ελληνοτουρκικό πόλεμο 1912 οδήγησε στην σύνθεση νέου νόμου, του νόμου «Περί Συνθέσεως του Ενεργού Στρατού» σύμφωνα με τον οποίο συγκροτήθηκαν νέοι σχηματισμοί: τα Ορεινά και Πεδινά Χειρουργεία, οι Μοίρες Τραυματιοφορέων και τα Νοσηλευτικά Τμήματα.

Στην Ήπειρο λίγο πριν την έναρξη του αγώνα το Στρατηγείο Στρατιάς Ηπείρου περιλάμβανε ένα «Νοσοκομείο Διακομιδής» στο Αγρίνιο, με πολλές ελλείψεις σε υγειονομικό υλικό και προσωπικό και ένα υπό συγκρότηση Στρατιωτικό Νοσοκομείο στην Αμφιλοχία. Η βασική μέριμνα της Υγειονομικής Υπηρεσίας του Στρατηγείου Ηπείρου ήταν η σύσταση Στρατιωτικού Νοσοκομείου Εκστρατείας στην Άρτα αφού όμως πρώτα διασφαλιζόταν η ευρύτερη περιοχή. Τελικά το νοσοκομείο αυτό ιδρύθηκε ως Πρόσκαιρο Στρατιωτικό Νοσοκομείο με την έναρξη των εχθροπραξιών στις 6/10/1912 από το προσωπικό του 15ου Ορεινού Χειρουργείου. Για τις τοπικές ανάγκες θεραπευτήριο ιδρύθηκε και στο Μέτσοβο μετά την απελευθέρωσή του (31/10/1912)

Κλείνοντας να τονιστεί η σημαντική συμβολή του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού ο οποίος ιδρύθηκε στις 10 Ιουνίου 1877. Σκοποί του σε καιρό πολέμου είναι η συνδρομή στο έργο της Στρατιωτικής Υγειονομικής Υπηρεσίας, η νοσηλευτική περίθαλψη τραυματιών και ασθενών καθώς και η προστασία των αιχμαλώτων, του άμαχου πληθυσμού και των θυμάτων πολέμου. Το 1911 Ιδρύεται από τον Ερυθρό Σταυρό η Πρώτη Πρακτική Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων μονοετούς φοίτησης με στόχο την ουσιαστική συμβολή του Συλλόγου στην υγειονομική υπηρεσία για την περίθαλψη και νοσηλεία των τραυματιών του πολέμου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το Έθνος στην έναρξη της Επανάστασης διέθετε ικανό αριθμό εμπειρικών γιατρών με ιατρικές γνώσεις παραδεκτές, ώστε να μπορούν να προσφέρουν βοήθεια στους τραυματίες αγωνιστές. Αν σκεφτεί κανείς ότι η μεγάλη πρόοδος της Ιατρικής ξεκίνησε στα μέσα του 19ου αι. (Παστέρ, Κωχ) μπορεί με ασφάλεια να ειπωθεί ότι η ιατρική που ασκούσαν οι επιστήμονες γιατροί δεν ήταν ανώτερη από αυτή των εμπειρικών και ιδιαίτερα στην χειρουργική περιποίηση των τραυμάτων. Οι εμπειρικοί γιατροί συνέβαλλαν τα μέγιστα στην περίθαλψη των αγωνιστών στην πρώτη γραμμή των μαχών. Πολλοί από αυτούς ήταν ταυτόχρονα και πολεμιστές, σημαντικό ρόλο στα πεδία των μαχών εξίσου διαδραμάτισαν οι φιλέλληνες γιατροί, οι γυναίκες και τα μοναστήρια με τους μοναχούς.

Το σημαντικότερο ρόλο όμως έπαιξε το πάθος των Ελλήνων για ελευθερία. Αυτό τους έκανε να αντέχουν και να αντεπεξέρχονται στις τραγικές υγειονομικές συνθήκες που επικράτησαν.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

ΓΕ: Συμμετείχε στην σύλληψη, σχεδιασμό και συγγραφή του άρθρου καθώς και στη συλλογή και μελέτη της βιβλιογραφίας.
ΒΛ: Συμμετείχε στο σχεδιασμό του άρθρου, μελέτη της βιβλιογραφίας και στον φιλολογικό έλεγχο του κειμένου. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανασόπουλος Α. (1965). Πελοποννήσιοι ιατροί κατά τον ιερόν Αγώνα του 1821. Πελοποννησιακή Πρωτοχρονιά, εκδότης Παπαχριστοφίλου Μ, τεύχος 9, σελ. 34.

Βακαλόπουλος, Α. (1961) Ιστορία του Νέου Ελληνισμού. Τόμος Β΄: Τουρκοκρατία. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ηρόδοτος σελ. 120-238.

Βασιλείου Π. (1960). Η Επισκοπή Λιτζάς και Αγράφων επί Τουρκοκρατίας. Αθήνα: Εκδόσεις Μαυρίδης σελ. 85-193

Εμμανουήλ Ε. (1948). Ιστορία της Φαρμακευτικής. Αθήνα, Πυρσός. σελ. 650.

Κόκκινος Δ., (1931), Η Ελληνική Επανάστασις, Αθήνα.

Κούζης Α. (1907). Η Ιατρική κατά τον Αγώνα, Τόμος Γ΄. Αθήνα: Αρχεία Ιατρικής.

Κωνσταντίνου, Γ. (2010). Η Ιστορία των Στρατιωτικών Νοσοκομείων στη Νεότερη Ελλάδα, διδακτορικές διατριβές ΑΠΘ. Θεσσαλονίκη.

Λάζαρος, Β. (2014). Γιατροί και Ιατρική στην Επανάσταση του 1821. Βαρθολομιό: Μπαλτά σελ 61-3012.

Λειβαδαράς, Ν. (2012). Το πρώτο νοσοκομείο της επαναστατημένης και ελεύθερης Ελλάδας στην Ερμούπολη Σύρου 1825. Διδακτορικές διατριβές ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη, σελ 17-26

Παϊδούσης, Μ. (1939). Η Ιατρική εις την Χίο κατά τους τελευταίους αιώνας (1600-1900). Περιοδικό το εν Χίω συλλόγου «Αργέντη» Τεύχος 2, σελ. 4.

Πατσώνης Γ. (2005). Ιατρική στα κείμενα του Μακρυγιάννη. Περιοδικό "Ιατρικά Θέματα", τεύχος 33, Θεσσαλονίκη. Τριμηνιαία έκδοση του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης.

Πουρναρόπουλος Γ., (1970), Ιατρική και Ιατροί κατά την Εθνεγερσίαν, Νέα Εστία.

Πουρναρόπουλος, Γ. (1953) Έλληνες και Ξένοι Ιατροί κατά την Επανάστασιν του 1821. Δελτίον Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών 1:231-254

Σχίζας Δ., Κυριακόπουλος Κ., Σχίζας Ν. (2009) Οι εμπειρικοί γιατροί και η συμβολή τους στην περίθαλψη των αγωνιστών κατά την επανάσταση του 1821. Περιοδικό «Επετηρίς», τόμος 14ος, Αθήναι: Ίδρυμα Νεοελληνικών Σπουδών

Νόμος 3995/7-1-1912 «Περί συνθέσεως του Ενεργού Στρατού» ΦΕΚ 15/1912, τόμος Α΄.

ΒΔ (Βασιλικό Διάταγμα) 25/11/1910 «Κανονισμός της Υγειονομικής Υπηρεσίας Εν Εκστρατεία»

http://ebooks.edu.gr/ebooks/v/html/8547/5307/Istoria_G-Lykeiou_html-apli/index.html

www.vrellis.gr/oreino-cheiroyrgeio/

REVIEW

Health care for the wounded combatants during the Greek Revolution of 1821

Eleni Gioti[1], Lamprini Vika[2]

1. School Nurse, M.Sc., EEEEK of Ioannina
2. Teacher of Greek Language, Literature and History, M.Sc. candidate

ABSTRACT

This paper presents a historical review of the health situation during the Greek War of Independence. The efforts to support and organise the Revolution of 1821 included organisation of structures, finding financial resources, collecting ammunition and mental preparation. However, there was no consideration concerning the medical, nursing and pharmaceutical care for the wounded combatants. The Greeks realised there is lack of medical equipment and staff right from the beginning of the Revolution. They had to nurse not only the casualties but also the people who suffered from an epidemic or other diseases. Many people who had studied Philosophy, Astronomy and other sciences also practised Medicine. However, their knowledge was limited to a naturalistic perception of the reality in the medical field. There were also quack doctors and charlatans offering health aid based on their experience. The health conditions were awful due to the constant, unexpected transportation of the military forces, the siege of forts and cities, the forced transportation of a large number of people from the countryside to fortified city centres, the constant battles, the lack of drinking water, food and medicines. Philhellenism, volunteerism, women's contribution, financial support from the rich and strong will to be free helped in ameliorating the conditions.

Key words: Combatant, Greek War of Independence, health care, wounded

Corresponding author: Eleni Gioti
e-mail: gioti.el@gmail.com

Date of submission: 22/10/2021
Publication date: December 2022

Citation: Gioti E. & Vika L. (2022). Health care for the wounded combatants during the Greek Revolution of 1821. Hellenic Journal of Nursing Science 15(4): 49-56, https://doi.org./10.24283/hjns.202245

Η Πολιτική για τα ψυχιατρικά νοσοκομεία στην Ελλάδα τον 19ο αιώνα

Σταματίνα Δούκη[1], Στυλιανός Ιωάννης Τζαγκαράκης[2], Δέσποινα Καρακατσάνη[3]

1. Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας, MSC, MHA(c) PHD(c), Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, Παγκράτι
2. Πολιτικός Επιστήμονας, MSC, MHA(c), PHD, Διδάσκων Τμήματος Πολιτικής Επιστήμης Πανεπιστημίου Κρήτης, Ρέθυμνο
3. Καθηγήτρια Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Κόρινθος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μετά από την ίδρυση του ανεξάρτητου Ελληνικού κράτους, η ψυχιατρική επιστήμη δεν είχε αναπτυχθεί και δεν αποτελούσε κλάδο της ιατρικής επιστήμης, με συνέπεια την ανυπαρξία περίθαλψης των ψυχικά ασθενών, καθώς εξέλειπε μία οργανωμένη πολιτική για την δημιουργία και λειτουργία των αντίστοιχων ψυχιατρικών νοσοκομείων. Είναι χαρακτηριστικό ότι η συγκεκριμένη χρονική περίοδος χαρακτηρίζεται από τη σταδιακή ανάπτυξη της ψυχιατρικής και την περιθωριοποίηση των παραδοσιακών πρακτικών, με σχετικά αργούς ρυθμούς, όμως η εστίαση σε αυτή θα προσφέρει χρήσιμα στοιχεία για τις βάσεις εξέλιξης των αντίστοιχων πολιτικών για τα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση, στοχεύει στη διερεύνηση της πολιτικής ανάπτυξης των ψυχιατρικών νοσοκομείων στο Ελληνικό κράτος μέσα στο ιστορικοκοινωνικό πλαίσιο του 19ο αιώνα, ώστε να αναδειχθούν οι θεμελιακές βάσεις ανάπτυξης του συγκεκριμένου τομέα κοινωνικής πολιτικής, οι οποίες φυσικά αναπτύχθηκαν με πιο οργανωμένο και ενδελεχή τρόπο τον 20ο αιώνα.

Για το σκοπό αυτό έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση, η οποία στηρίχθηκε στην αναζήτηση ανασκοπικών μελετών δημοσιευμένων σε διεθνή επιστημονικά περιοδικά, στην αγγλική και στην ελληνική γλώσσα, κατά το χρονικό διάστημα 2021, που αφορά την ανάπτυξη των ψυχιατρικών νοσοκομείων και την παρεχόμενη ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα, την περίοδο του νεοσύστατου Ελληνικού κράτους. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε τη συλλογή και τη σύνθεση δεδομένων, μέσα από τις ηλεκτρονικές βάσεις Google Scholar, Pubmed, Medline, μέσα από έντυπα, άρθρα, περιοδικά, και διδακτορικές διατριβές.

Λέξεις Κλειδιά: θεσμικό πλαίσιο, ιστορικό-κοινωνικό πλαίσιο, ψυχιατρικά νοσοκομεία 19ος αιώνας

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Στυλιανός Ιωάννης Τζαγκαράκης
e-mail: sttvaz@yahoo.gr

Ημερομηνία υποβολής: 18/12/2021
Ημερομηνία δημοσίευσης: Δεκέμβριος 2022

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Αναφορά του άρθρου ως: Δούκη Σ., Τζαγκαράκης Σ.Ι. & Καρακατσάνη Δ. (2022). Η Πολιτική για τα ψυχιατρικά νοσοκομεία στην Ελλάδα τον 19ο αιώνα. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 15(4): 57-66, https://doi.org./10.24283/hjns.202246

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Ανάλυση πώς και πότε ιδρύθηκαν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, κατά τη χρονική περίοδο του 19ου αιώνα, καθώς και ποιά πρόσωπα δραστηριοποιήθηκαν για την ίδρυση τους**
- **Οι ιστορικές και οι κοινωνικές συνθήκες που ελάμβαναν χώρα, κατά τη διάρκεια της χρονικής περιόδου ανάπτυξής τους, καθώς και της διαμόρφωσης του χώρου τους, αποτέλεσαν σημαντικό διαμεσολαβητικό παράγοντα**
- **Η ανάδειξη των δυσκολιών ανάπτυξης των ψυχιατρικών νοσοκομείων στην Ελλάδα, κατά την περίοδο του νεοσύστατου ελληνικού κράτους, συμβάλλει, διαχρονικά, στο σχεδιασμό και την προώθηση μεταρρυθμιστικών πολιτικών ψυχικής υγείας**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μετά από την ίδρυση του ανεξάρτητου Ελληνικού κράτους, η ψυχιατρική επιστήμη δεν είχε αναπτυχθεί επαρκώς και δεν αποτελούσε κλάδο της ιατρικής επιστήμης, με συνέπεια την ανυπαρξία περίθαλψης των ψυχικά ασθενών, καθώς δεν υπήρχε οργανωμένη πολιτική για τη δημιουργία των αντίστοιχων ψυχιατρικών νοσοκομείων. Τα ψυχιατρικά προβλήματα αντιμετωπίζονταν κατά κύριο λόγο στα μοναστήρια με απάνθρωπες πρακτικές, όπως το δέσιμο με αλυσίδες και ο εξορκισμός, καθώς και με την πεποίθηση ότι μπορούν να λυθούν μέσω της πίστης στο Θεό (Missouridou, 2009).

Στην Ευρώπη, παρόλο που υπήρχαν εξειδικευμένα ιδρύματα για την περίθαλψη των ψυχικά ασθενών από τη Μεσαιωνική περίοδο, στο τέλος του 18ου αιώνα άρχισαν να μετασχηματίζονται και να αναπτύσσονται, προκειμένου να απομονώνονται οι ψυχικά ασθενείς και να υποβάλλονται σε θεραπεία με τα μέσα της εποχής. Ο «τρελός» αντιμετωπιζόταν ως αποδιοπομπαίος τράγος, επίκεντρο χλευασμού και βασανισμού στις τοπικές κοινωνίες, οι οποίες συχνά διασκέδαζαν με την παράδοξη συμπεριφορά του, ενώ σπανιότερα παραπεμπόταν σε μοναστήρια για να αντιμετωπιστεί με όρους εξαγνισμού από την αμαρτία ή και την επιρροή του διαβόλου (Πλουμπίδης, 1981), καθώς δεν υπήρχαν εξειδικευμένες κρατικές δομές για την αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων.

Στην Ελλάδα εμφανίζονται ανάλογες «προψυχιατρικές» πρακτικές, όπως και στην υπόλοιπη Ευρώπη (Πλουμπίδης, 1981). Μέχρι και τις αρχές του 19ου αιώνα, η οικογένεια διαχειριζόταν αποκλειστικά τη ψυχική ασθένεια, η οποία αποτελούσε στίγμα και κοινωνικό όνειδος, έκρυβε τα ασθενή μέλη της στα υπόγεια και τους συμπεριφερόταν βάναυσα με ξυλοδαρμούς, κακές συνθήκες υγιεινής, στέρηση τροφής και έλλειψη στοιχειώδους ενδυμασίας (Τσαγκαράκη, 2019). Στους εκκλησιαστικούς χώρους πραγματοποιούνταν ο εγκλεισμός και η θεραπεία των ψυχικά ασθενών (Καραμανωλάκης, 2007). Στα μοναστήρια, όπου διακομίζονταν οι ανήσυχοι και οι επικίνδυνοι, οι «τρελοί» αλυσοδένονταν, ξυλοκοπούνταν, εξορκίζονταν, καθαγιάζονταν και τους επιβάλλονταν υποχρεωτικά νηστεία και προσευχή (Πλουμπίδης, 1981).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της πολιτικής ανάπτυξης των ψυχιατρικών νοσοκομείων στο Ελληνικό κράτος μέσα στο ιστορικοκοινωνικό πλαίσιο του 19ο αιώνα, ώστε να αναδειχθούν οι θεμελιακές βάσεις ανάπτυξης του συγκεκριμένου τομέα κοινωνικής πολιτικής.

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ (1833-1900)

Θεσμικό πλαίσιο

Από τη σύσταση του νέου ελληνικού κράτους μέχρι τα τέλη του 19ου αιώνα φαίνεται να επικρατεί έλλειψη χάραξης συστηματικής και προγραμματισμένης υγειονομικής πολιτικής, ενώ οι κυβερνήσεις ελάμβαναν αποσπασματικά ή ετεροχρονισμένα μέτρα για την κάλυψη εκτάκτων αναγκών (Οικονόμου, 1996). Οι πρώτες υγειονομικές υπηρεσίες δημιουργήθηκαν αρχικά εντός του Υπουργείου Εσωτερικών, όταν η αναγκαιότητα λήψης μέτρων για την προστασία και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού κρίθηκε επιβεβλημένη, στη συνέχεια εντός άλλων υπουργείων και τελικά δημιουργήθηκε αυτόνομο Υπουργείο Υγείας. Οι κυβερνήσεις εναλλάσσονταν με μικρή διάρκεια θητείας, χαρακτηριστικό της πολιτικής αστάθειας που επικρατούσε στο νεοσυσταθέν ελληνικό κράτος, γεγονός που αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα απουσίας συστηματικής υγειονομικής πολιτικής, μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα (Σπηλιοπούλου, 2018: 114-115).

Η οργάνωση υγειονομικών υπηρεσιών κατέστη αναγκαία και αναγνωρίστηκε άμεσα η σημαντικότητά της,

από τον πρώτο κυβερνήτη της απελευθερωμένης Ελλάδας, τον Ιωάννη Καποδίστρια, ο οποίος δεν πρόλαβε να την υλοποιήσει, λόγω της συνεχούς υπονόμευσης του κυβερνητικού του έργου (Δαρδαβέσης, 2008). Εν συνεχεία, από τον πρώτο χρόνο της βασιλείας Όθωνα, το θέμα της δημόσιας υγείας διαφοροποιήθηκε, καθώς απέκτησε χαρακτήρα κυρίως ελέγχου και επιτήρησης και όχι περίθαλψης και νοσηλείας. Η «δημόσια υγεία» υπαγόταν στην Υγειονομική Αστυνομία και στο Ιατροσυνέδριο, παραρτήματα του Υπουργείου Εσωτερικών (Αναγνωστοπούλου, 2013). Το πρώτο Υγειονομικό Τμήμα που ιδρύθηκε το 1833, επί βασιλείας Όθωνα, υπήρξε ένα από τα έξι τμήματα του Υπουργείου Εσωτερικών και συντονιζόταν από ένα Βαυαρό ιατρό της βασιλικής αυλής (Δαρδαβέσης, 2008). Θα πρέπει να σημειωθεί επίσης ότι αρχικά, η αρμοδιότητα ίδρυσης των νοσοκομείων ανήκε στην κεντρική διοίκηση, όμως το 1834, μεταβιβάστηκε στην τοπική αυτοδιοίκηση (Αναγνωστοπούλου, 2013).

Το Ιατροσυνέδριο συστάθηκε το 1834, είχε συμβουλευτικό χαρακτήρα για ζητήματα δημόσιας υγιεινής και ιατρικής και αρχικά υπαγόταν στη Γραμματεία Εσωτερικών και αργότερα στο Υπουργείο Εσωτερικών. Το έργο που παρήγαγε, ήταν η εξέταση των γιατρών, των χειρουργών, των οδοντιάτρων, των κτηνιάτρων, των φαρμακοποιών και των μαιών και αποτελούσε το ανώτατο γνωμοδοτικό όργανο για ιατροδικαστικές υποθέσεις και ιατρικά ζητήματα (Αναγνωστοπούλου, 2013). Στο βασιλικό διάταγμα της 3ης Ιουνίου του 1836 καθορίζονται οι αρμοδιότητες του Υγειονομικού αυτού τμήματος ως εξής: α) νομοθετικό πλαίσιο για τον έλεγχο μετάδοσης μολυσματικών νόσων και την επιβολή καθάρσεων, β) σύσταση και συντήρηση ιδρυμάτων υγείας, γ) εποπτεία δημόσιας υγείας, δ) επιτήρηση αγορών τροφίμων, σφαγείων και συστημάτων ύδρευσης–αποχέτευσης, ε) εφαρμογή νόμων σχετικά με την άσκηση των υγειονομικών επαγγελμάτων, στ) διοίκηση και διαχείριση του μαιευτικού σχολείου και ζ) σύσταση υγειονομικών αρχών.

Τα επόμενα χρόνια, το κεντρικό όργανο για τα θέματα υγείας παραμένει υπό την διοίκηση του Υπουργείου Εσωτερικών, όμως από το 1894 μετατρέπεται σε «Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής και Αντιλήψεως» και λειτουργεί παράλληλα με το λεγόμενο «Ιατροσυνέδριον», το οποίο είχε συμβουλευτικό ρόλο από το 1834. Τα πρώτα μέλη του «Ιατροσυνεδρίου» ήταν πέντε Γερμανοί και ένας Έλληνας (Δαρδαβέσης, 2008). Επιπροσθέτως, η ψυχιατρική επιστήμη δεν είχε αναπτυχθεί και περιστασιακά, ο Μ. Βενιζέλος, από το 1851-1861 και ο Α. Βιτσάρης, μετά το 1862, δίδαξαν ως εντεταλμένοι υφηγητές για τα νευρικά και ψυχικά νοσήματα, αλλά εν συνεχεία ακολούθησαν άλλες σταδιοδρομίες (Πλουμπίδης, 1981).

Σε αυτή τη χρονική περίοδο εκδόθηκαν αρκετά βασιλικά διατάγματα και νόμοι που αφορούσαν την ίδρυση νοσοκομείων όπως: το 1866 ο νόμος περί ιδρύσεως Λωβοκομείου και Φρενοκομείου στη Σάμο, το 1888 ο νόμος περί ιδρύσεως Λωβοκομείου στο Μαραθώνα και αντίστοιχα, το 1895 περί ανεγέρσεως Λυσσοκομείου και Λυσσιατρείου στην Αθήνα, το 1899 περί ιδρύσεως Νοσοκομείου στη Ζάκυνθο, το 1866 περί Οργανισμού Φρενοκομείου Κέρκυρας και το 1903 περί εγκαταστάσεως λεπρών εις Σπιναλόγκαν Κρήτης (Δαρδαβέσης, 2008). Ταυτόχρονα είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι υπήρξε έντονη ευαισθητοποίηση του ιδιωτικού κεφαλαίου σχετικά με τα προβλήματα υγείας του ελληνικού λαού, που ταλαιπωρούνταν από τις επιδημίες, την εξαθλίωση και τους διαρκείς πολέμους. Πολλοί ευεργέτες παρήγαγαν φιλανθρωπικό έργο, ιδρύοντας νοσοκομεία, χρηματοδοτώντας ιδρύματα, προσφέροντας δωρεές και ουσιαστικά συμπληρώνοντας με τη συνεισφορά τους την ανεπάρκεια της κρατικής πολιτικής, ιδιαιτέρως αναφορικά με την ιδρυματική προστασία (Οικονόμου, 1996).

Σε κάθε περίπτωση, είναι εμφανής η έλλειψη μιας συγκροτημένης και οργανωμένης κοινωνικής πολιτικής στον τομέα της ιδρυματικής προστασίας, καθώς εντοπίζονται μόνο εμβαλωματικές παρεμβάσεις, οι οποίες μεν συμπληρώνονταν σε ένα βαθμό από τις μορφές φιλανθρωπίας αλλά δεν ήταν ικανές να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα ψυχιατρικά προβλήματα και να συνεισφέρουν στην ένταξη των πασχόντων στην κοινωνία.

Η ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ (1833-1900)

Μετά τη δημιουργία του ανεξάρτητου ελληνικού κράτους, το Φεβρουάριο του 1830 με το Πρωτόκολλο του Λονδίνου, φαίνεται ότι ο αριθμός των ψυχοπαθών είναι τέτοιος ώστε να μην θέτει κοινωνικό πρόβλημα. Οι ήσυχοι ψυχασθενείς ήταν κλεισμένοι στα σπίτια τους, ενώ οι λίγοι ανήσυχοι ετίθεντο υπό περιορισμό στα μπουντρούμια της αστυνομίας ή διακομίζονταν στα μοναστήρια (Πλουμπίδης, 1981).

Το Υπουργείο Εσωτερικών, με επικεφαλής του υγειονομικού τμήματος τον προσωπικό γιατρό του Όθωνα, Ι. Βούρο, είχε ζητήσει από τους επαρχιακούς γιατρούς να καταγράψουν τους ψυχασθενείς με νόμο του 1853. Ωστόσο, αν και ο αριθμός δεν ήταν διόλου ευκαταφρόνητος (περίπου 430 ψυχικά πάσχοντες), το Ελληνικό κράτος, εξαιτίας του υψηλού οικονομικού κόστους, αδυνατούσε να ιδρύσει ένα τέτοιο άσυλο (Πατελάρου, 2012: 48, Φαφαλιού, 1995: 127-128). Επιπροσθέτως, η

επιδημία της πανώλης που ξέσπασε το 1854 δημιούργησε νέα δεδομένα και φαίνεται ότι προκάλεσε αύξηση των φρενοβλαβών που δεν είχαν οικογένεια, οι οποίοι περιπλανιόνταν στους δρόμους, προκαλώντας το φόβο των περαστικών (Λούκος, 1992: 68-69).

Οι πρώτες προσπάθειες για την οργάνωση ειδικών ψυχιατρικών ιδρυμάτων όπου θα μπορούσαν να νοσηλεύονται και να θεραπεύονται οι ψυχικά ασθενείς, καταγράφονται την περίοδο 1855-1860 (Πλουμπίδης, 1981). Σε μία μικρή αγγελία του περιοδικού Ασκληπιός, το 1857, δημοσιεύεται η κατασκευή φρενοκομείου με την παραχώρηση από τη Μονή των Ασωμάτων παρακείμενου χώρου, γεγονός που τελικά δεν πραγματοποιήθηκε γιατί η απαιτούμενη δαπάνη υπερέβαινε το χρηματικό ποσό που θα διατίθετο από την κυβέρνηση, παρόλο που η πληροφορία είχε επιβεβαιωθεί από τον Υπουργό Εσωτερικών, υποβάλλοντας έκθεση στη Βουλή.

Στο πλαίσιο της νομοθετικής προσπάθειας να ιδρυθεί το πρώτο «φρενοκομείο» στην Ελλάδα, το 1858, διενεργήθηκε έρευνα που αποτέλεσε σημαντική πηγή συλλογής στοιχείων, σχετικά με τον τρόπο που αντιμετωπίζονταν οι φρενοπαθείς από τους γιατρούς και την πολιτική ηγεσία στα μέσα του 19ου αιώνα. Στην ερευνητική αυτή μελέτη καταγράφονταν 422 (295 άνδρες και 127 γυναίκες) φρενοπαθείς στο Ελληνικό κράτος, που είτε έμεναν με τις οικογένειές τους, είτε κυκλοφορούσαν στους δρόμους, είτε στέλνονταν σε μονές, είτε συλλαμβάνονταν από την αστυνομία και φυλακίζονταν ως επικίνδυνα άτομα για την κοινωνία, είτε νοσηλεύονταν σε κλινικές της Ευρώπης, που αποτελούσε την καλύτερη εκδοχή και είχαν πρόσβαση λίγοι μόνο Έλληνες (Πλουμπίδης, 1981).

Τη χρονική περίοδο 1860-1861 ο Αχιλλέας Γεωργαντάς, ο οποίος μετά τις σπουδές του στο Εθνικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, μετέβη στο Μόναχο για να τελειοποιήσει τις γνώσεις του στις «φρενικές νόσους», έλαβε εντολή από την ελληνική κυβέρνηση να συντάξει το καταστατικό του νέου «Αιγινητείου Φρενοκομείου» (Παρλαπάνης, 2014). Ως εκ τούτου, δημοσιεύονται 8 επιστολές του 115 σελίδων («προσχέδιο Γεωργαντά») στο περιοδικό Ασκληπιός, περιγράφοντας τις αρχές λειτουργίας και τη διαμόρφωση μεγάλου αριθμού ευρωπαϊκών ψυχιατρείων, συνθέτοντας κατ' αυτό τον τρόπο όσα είχε διαβάσει και είχε βιώσει, κατά τη διάρκεια των επισκέψεών του στη Γαλλία και στην Ιταλία. Σκοπός του ήταν να εφαρμόσει τις αρχές της ευρωπαϊκής ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα, καταθέτοντας ένα σχέδιο κατανομής χρήσεων και κτιρίων το οποίο ακολουθούσε τα πρότυπα των Γαλλικών Ψυχιατρείων, αλλά διαφαινόταν η μικρή σχέση του με την ελληνική πραγματικότητα γιατί το κόστος ήταν ιδιαίτερα υψηλό για το ελληνικό κράτος τη δεδομένη χρονική περίοδο (Κυρίτση, 2001). Συνεπώς, δεν κατέστη δυνατό να πραγματοποιηθεί και ματαιώθηκε η ίδρυσή του το 1862 (Πλουμπίδης, 1981), αναβάλλοντας στην πραγματικότητα μια ουσιώδη παρέμβαση που θα έδινε τη δυνατότητα παροχής φροντίδας σε ανθρώπους που την είχαν ανάγκη.

Την ίδια χρονική περίοδο ακολουθεί «το προσχέδιο για ένα φρενοκομείο του Υπουργείου Εσωτερικών» που κατατίθεται στη Βουλή στις 9/10/1861 και στόχευε στη δημιουργία νομικού πλαισίου για την προσεχή λειτουργία του φρενοκομείου. Επιλέγεται το εγκαταλειμμένο κτίριο του ορφανοτροφείου του Ι. Καποδίστρια στην Αίγινα, όπου θα στεγαζόταν το πρώτο φρενοκομείο της Ελλάδας, ως η οικονομικότερη επιλογή, παρόλο που θα ήταν προτιμότερο ένα τέτοιο ίδρυμα να βρίσκεται κοντά στην πρωτεύουσα, ενέργεια που τελικά δεν υλοποιήθηκε (Αποστολίδης, 1889: 494).

Το φρενοκομείο θα δεχόταν αρχικά 60 φρενοπαθείς ανήσυχους και επικίνδυνους, όπως κατηγοριοποιούνταν, και θα στελεχωνόταν από ένα γιατρό, διευθυντή του ιδρύματος «διά τας ειδικάς του γνώσεις και δια την συνάφειαν της υπηρεσίας», ένα δεύτερο ιατρό, που θα προσλαμβανόταν μεταγενέστερα, έναν οικονόμο και έναν ιερέα. Ο αριθμός και η αμοιβή του υπόλοιπου προσωπικού θα προσδιοριζόταν αργότερα με βασιλικά διατάγματα (Πλουμπίδης, 1981).

Πέρα όμως από τη ρητορική του ανθρωπισμού, που ήταν έκδηλη στα διάφορα κείμενα της εποχής, εντοπίζονται τρεις βασικοί παράγοντες που συνέβαλλαν στην, έστω και στοιχειώδη, ενεργοποίηση του κρατικού μηχανισμού: α) η επιτακτική ανάγκη λήψης μέτρων για τους ανήσυχους και επικίνδυνους φρενοπαθείς, οι οποίοι καταμετρούνταν σε 153, σύμφωνα με δημοσίευμα του 1862, β) οι υπέρογκες δαπάνες που απαιτούνταν για τον περιορισμό τους στα μοναστήρια, όπου διέμεναν 21 ασθενείς που κόστιζαν συνολικά στο Ελληνικό κράτος 320 δραχμές το μήνα, σύμφωνα με το ίδιο δημοσίευμα του 1862 (Μπλου, 1999: 61-62, Πλουμπίδης, 1981) και γ) η προσπάθεια εκσυγχρονισμού και εξευρωπαϊσμού της Ελλάδας (Τζανάκης, 2003: 67).

Το πρώτο υγειονομικό διάταγμα ψηφίστηκε στις 22 Μαρτίου του 1862, νόμος ΨΜΒ σχετικά με την «Περί των φρενοκομείων» ίδρυση και λειτουργία και εν συνεχεία, ακολούθησε ο νόμος 6/7/1872 για την ίδρυση των λεπροκομείων που δημιουργήθηκαν στη Σπιναλόγκα και τη Σάμο. Ο νόμος ΨΜΒ/1862, που αποτέλεσε το βασικό πλαίσιο της ψυχιατρικής περίθαλψης ως το 1934, ρύθμιζε τα ζητήματα της ελευθερίας και της περιουσίας

των ασθενών, τα διοικητικά και οικονομικά θέματα των ιδρυμάτων, τις νομικές και ιατρικές διαδικασίες που καθόριζαν την εισαγωγή και την έξοδο των ασθενών από τα φρενοκομεία, καθώς και τη δημόσια χρήση των φρενοκομείων για τη νοσηλεία επικίνδυνων φρενοπαθών.

Σύμφωνα με το νόμο ΨΜΒ/1862, η εισαγωγή του ασθενούς στο φρενοκομείο πραγματοποιούνταν μετά από αίτηση των συγγενών ή του κηδεμόνα ή του επιτρόπου του ασθενή. Μετά από δικαστική απόφαση του Πρωτοδικείου, ο Νομάρχης, ο Δήμαρχος κι ο Αστυνομικός διευθυντής ήταν υπεύθυνοι για τη διεκπεραίωση της διοικητικής διαδικασίας εγκλεισμού του ασθενή, ενώ ο Νομάρχης όφειλε να αναφέρει στον Υπουργό Υγείας εντός 24ωρου όλες τις ενέργειες που πραγματοποιήθηκαν (όπως: κάθε εισαγωγή, εξιτήριο, αναστολή εξόδου κ. ά). Το εξιτήριο του αρρώστου από το ίδρυμα μπορούσαν να ζητήσουν οι άμεσοι συγγενείς ή και όσοι είχαν οριστεί με δικαστικές πράξεις, σύμφωνα με αυτό το νόμο (Χαβιάρα-Καραχάλιου, 1987, όπως αναφέρεται στο: Φαφαλιού, Μ. 1995: 45).

Ψυχιατρείο της Κέρκυρας

Το πρώτο ψυχιατρείο στην Ελλάδα το 1864, το «φρενοκομείο» της Κέρκυρας, δεν οργανώθηκε από τις κρατικές υπηρεσίες – δεν ήταν αποτέλεσμα πολιτικής βούλησης ή κάποιας συγκεκριμένης στρατηγικής στο επίπεδο της κοινωνικής πολιτικής - αλλά κληρονομήθηκε με την προσάρτηση των Ιονίων νήσων. Το «φρενοκομείο» της Κέρκυρας ιδρύθηκε στις 4/7/1838 σε ένα εγκαταλειμμένο στρατώνα από τις αγγλικές αρχές, στα ερείπια των τειχών του ενετικού φρουρίου, στο προάστιο του Αγίου Ρόκκου, με διάταγμα του Sir Edward Douglas, Βρετανού διοικητή των Ιονίων Νήσων. Περιελάμβανε δύο αίθουσες και λίγους μικρούς θαλάμους. Οι πρώτοι 8 ασθενείς που εισήχθησαν το 1836, προέρχονταν από την περιοχή της Κέρκυρας και μέχρι το τέλος της χρονιάς είχαν αυξηθεί σε τριάντα οκτώ. Το «φρενοκομείο» βρισκόταν σε πολύ κακή κτιριακή κατάσταση και η ελληνική κυβέρνηση αναγκάστηκε να προβεί άμεσα σε επισκευές, προσθέτοντας νέα πτέρυγα, διαιρεμένη σε μικρούς θαλάμους για την κάλυψη περισσότερων ασθενών. Το 1877 μεταφέρθηκαν στο φρενοκομείο της Κέρκυρας από την Αθήνα μόνο πέντε ψυχασθενείς και το 1878 μόλις τρεις (Πλουμπίδης, 1981).

Με την προσάρτηση του ψυχιατρείου της Κέρκυρας στο ελληνικό κράτος, η επικράτηση των παραδοσιακών συμπεριφορών έναντι των ψυχικά ασθενών συνεχίστηκε για αρκετό καιρό, δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία τους δεν αποτέλεσε αντικείμενο καμιάς ιδιαίτερης φροντίδας και προσοχής, παρά μόνο εάν ήταν ιδιαίτερα ανήσυχοι και επικίνδυνοι. Οι πρώτοι γιατροί του ασύλου της Κέρκυρας ήταν Βρετανοί, ενώ ο πρώτος Έλληνας γιατρός, που ανέλαβε τη διεύθυνση το 1874 ήταν ο Χριστόδουλος Τσιριγώτης. Το άσυλο κάλυπτε τις ανάγκες όλης της ελληνικής επικράτειας και οι άρρωστοι διέμεναν κάτω από άθλιες συνθήκες. Η θεραπεία των ασθενών ήταν: α) φαρμακευτική, η οποία καθοριζόταν από το γιατρό με καθημερινές επισκέψεις και β) ηθική που περιελάμβανε την απασχόληση των φρενοβλαβών στους αγρούς, στα εργαστήρια και στην υδροθεραπεία. Με την ένωση των Ιονίων Νήσων με την Ελλάδα το άσυλο στηριζόταν οικονομικά από το Ελληνικό κράτος (Πλουμπίδης, 1981).

Σε τοπική εφημερίδα των Ιονίων νήσων, στα τέλη του 19ου αιώνα, αναγραφόταν σχετικά με το ψυχιατρείο της Κέρκυρας ότι δεν έπρεπε να δηλώνεται το επώνυμο των ψυχασθενών κατά την είσοδό τους στο άσυλο και ούτε να επιτρέπονται επισκέψεις «δια να μην εκτίθενται οι συγγενείς εις τα όμματα του κόσμου» (Χαβιάρα-Καραχάλιος, 1987 όπως αναφέρεται στο: Φαφαλιού, Μ. 1995: 45), γεγονός που αναδεικνύει την ιδιαίτερα επιφυλακτική στάση της κοινωνίας απέναντι σε τέτοια ζητήματα, κάτι που προφανώς καθιστούσε δυσκολότερη την κατάρτιση και εφαρμογή επαναστατικών για την εποχή νέων πρακτικών από πλευράς επίσημων φορέων, πέραν του εγκλεισμού.

Δρομοκαΐτειο

Το 1887 ιδρύθηκε το Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο με δωρεά του Χιώτη εμπόρου Ζωρζή Δρομοκαΐτη, με το όνομα «Φρενοκομείο Ζωρζή και Ταρσής Δρομοκαΐτη», καθώς και με τη συμβολή άλλων δωρητών (όπως: Συγγρός Α., Θεολόγος Π., Σκυλίτσης Π., κ. ά) (Πλουμπίδης, 1981), γεγονός που αναδεικνύει την εθελοντική προσφορά σε βασική πηγή για την εφαρμογή κοινωνικής πολιτικής παρά την οργανωμένη κρατική παρέμβαση. Συγκεκριμένα, ο Ζωρζής Δρομοκαΐτης προσέφερε στην ελληνική κυβέρνηση 500.000 χρυσά φράγκα ορίζοντας εκτελεστές της διαθήκης του, τους: Ιωάννη Βούρο ιατρό, Μάρκο Ρενιέρη, Ιωάννη Χωρέμη και Εμμ. Χαρίλαο, ενώ το οικόπεδο 32.000 τ.μ., παραχωρήθηκε από την ελληνική κυβέρνηση στις 24 Μαΐου 1883 (Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο 1887-1987+15, 2001: 52, Φαφαλιού, 1995: 127-128, Πλουμπίδης, 1981).

Η δωρεά εγκρίθηκε και υπογράφτηκε από τον Χαρίλαο Τρικούπη, ο οποίος διατελούσε εκείνη την περίοδο Υπουργός Οικονομικών. Το οικόπεδο βρισκόταν σε «ωραιότατη και ιδιαίτερα ευεργετική για την υγεία τοποθεσία», σύμφωνα με τα δεδομένα της εποχής, στους

πρόποδες του βουνού Αιγάλεω και μακριά από την πόλη των Αθηνών, στη σημερινή περιοχή του Χαϊδαρίου. Η οικοδόμηση άρχισε το 1883 και πραγματοποιήθηκε με δυσκολίες, καθότι στη διαθήκη του ο δωρητής προσδιόριζε το όραμά του, που ήταν η δημιουργία ενός σύγχρονου ψυχιατρικού νοσοκομείου που θα αποτελούσε πρότυπο για τα δεδομένα της εποχής στην Ελλάδα.

Οι εκτελεστές της διαθήκης, προκειμένου να υλοποιήσουν τη δημιουργία πρότυπου φρενοκομείου, απευθύνθηκαν στον Βικέλα Δημήτριο κάτοικο Παρισιού, επιφανή Έλληνα των γραμμάτων και γνώστη του ανίατου της ψυχικής νόσου. Ο Βικέλας επικοινώνησε άμεσα με τον τότε Επίτιμο Γενικό Επιθεωρητή των Διοικητικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Εσωτερικών της Γαλλίας, ψυχίατρο V. Lunier, ο οποίος αφιλοκερδώς προσέφερε τα σχέδια για τα κτίρια, τον οργανισμό και καθόρισε τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του νοσοκομείου (Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο 1887-1987+15, 2001: 52, Φαφαλιού, 1995: 127-128).

Το ίδρυμα εγκαινιάστηκε το 1887, νοσηλεύοντας 85 αρρώστους και απαρτιζόταν από ανεξάρτητα κτίρια, μονώροφα, διώροφα και τριώροφα, ενώ εξαρχής τα εξωτερικά ιατρεία του ιδρύματος λειτουργούσαν στο κέντρο της Αθήνας. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το Δρομοκαΐτειο, αποτέλεσε το πρώτο φρενοκομείο στην Αθήνα το οποίο δεχόταν ψυχασθενείς από όλη την Ελλάδα (Πλουμπίδης, 1981). Κατά την πρώτη περίοδο της λειτουργίας του, χαρακτηρίστηκε ως ένα από τα καλύτερα φρενοκομεία της εποχής του, εξαιτίας των σύγχρονων κτιριακών εγκαταστάσεων, της στελέχωσης με γιατρούς υψηλού επιστημονικού κύρους και της ιδιαίτερα προσεκτικής περίθαλψης των ψυχικά ασθενών (Καραμανωλάκης, 2007).

Σύμφωνα με τον Καραμανωλάκη (2007), διακρινόταν για τον υποβαθμισμένο ρόλο της Πολιτείας, σχετικά με την άσκηση ελέγχου στο ίδρυμα, καθώς και την θεσμική υποβάθμιση του Επιστημονικού διευθυντή, προς όφελος της ενίσχυσης του ρόλου του ΔΣ του φρενοκομείου, γεγονός που επέφερε τη «δημιουργία μιας ιδιότυπης πελατειακής σύνδεσης ανάμεσα στη διοίκηση του ιδρύματος και τους εγγυητές των απόρων» (Καραμανωλάκης, 2007). Ως εκ τούτου, το Δρομοκαΐτειο, καθιέρωσε τη φήμη του ως χώρος όπου υπήρχαν ελπίδες θεραπείας και βελτίωσης των φρενοπαθών, γεγονός που επιβεβαιώθηκε από τον Dr. Lucien Libert, που κατά τη διάρκεια επίσκεψής του σε πολλά ιδρύματα στην Ελλάδα και στην Οθωμανική αυτοκρατορία, απεφάνθη ότι: «μπορούσε να σταθεί επάξια δίπλα στα περισσότερα ευρωπαϊκά ψυχιατρεία». Η δημιουργία του ικανοποίησε την ανάγκη της ελληνικής κοινωνίας για εξευρωπαϊσμό της πολιτικής και της γενικότερης αντιμετώπισης για τις ψυχικές νόσους, καθώς και την ανάγκη της ψυχιατρικής επιστήμης για εκσυγχρονισμό σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές εξελίξεις (Τζανάκης, 2003, Πλουμπίδης, 1981).

Το ίδρυμα πρωταγωνίστησε στο επιστημονικό γίγνεσθαι της εποχής και κατά τη διάρκεια των επόμενων δεκαετιών, συνεχίζοντας να αποτελεί πρότυπο ψυχιατρείο (Λέκκα, 2012: 64). Πρωτοπορούσε στον τρόπο που η Διεύθυνση του «Φρενοκομείου» επέλεγε το προσωπικό, γιατί φρόντιζε να προσλαμβάνει νοσοκόμους νεαρούς σε ηλικία, υγιείς, έξυπνους, με ηθική ακεραιότητα και άμεμπτο χαρακτήρα, ενώ αξιολογούσε σημαντικά τη δυνατότητα να μεριμνούν για την ίδια τους τη σωματική και ψυχική υγεία, να περιποιούνται τους ψυχικά πάσχοντες, να διακρίνονται για τον ήρεμο χαρακτήρα τους, να επιδεικνύουν θάρρος στο χώρο εργασίας και να διακατέχονται από θέληση για γνώση (Γιαννήρης, 1903).

Οι γιατροί εκπαίδευαν το προσωπικό του Δρομοκαϊτείου, γεγονός που αναδεικνύεται στο εγχειρίδιο του ψυχιάτρου Μ. Γιαννήρη, «Περί Νοσηλείας και Περιθάλψεως των Ψυχοπαθών», στο οποίο καθοριζόταν ο τρόπος της επιτυχημένης φροντίδας, αναφέροντας χαρακτηριστικά: «Η πραότητα, η ψυχραιμία, οι ηθικές αρχές, η πεποίθηση του εργαζόμενου στην ψυχική του υγεία και το θάρρος θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει με επιτυχία την ψυχική ασθένεια. Άτομα θυμώδη και ανυπόμονα, τα οποία δεν θέλουν να κάνουν θυσίες για την ανακούφιση των «δυστυχών» ψυχικά πασχόντων είναι ακατάλληλα γι αυτήν την εργασία. Ο εργαζόμενος πρέπει από τη μία να ενδιαφέρεται για τα βάσανα των άλλων, αλλά να μην συγκινείται από τα «παντός είδους θλιβερά θεάματα» του ψυχιατρείου και να μην οπισθοδρομεί απέναντι σε κανέναν ασθενή» (Γιαννήρης, 1903: 3-4).

Η οργάνωση και η λειτουργία του ιδρύματος προέβλεπε: α) διευθυντή-γιατρό που έπρεπε να κατοικεί εντός του ιδρύματος, β) αρχινοσοκόμο και νοσοκόμους που μπορούσαν να απουσιάζουν από το ίδρυμα μόνο μία φορά την εβδομάδα για ένα 24ωρο, γ) νοσοκόμους που δεν φορούσαν στολή και έπρεπε να κοιμούνται μαζί με τους αρρώστους, δ) δεν επιτρεπόταν στους νοσοκόμους να καπνίζουν και να λαμβάνουν δώρα και ε) απαγορευόταν αυστηρά οι ασθενείς να κακοποιούνται και να εξυβρίζονται. Επιπροσθέτως, οργανώθηκε η εργασιοθεραπεία με την οργάνωση εργαστηρίων, μικροκαλλιεργειών στον κήπο και στοιχειώδους κτηνοτροφίας (Πλουμπίδης Δ., 1981).

Οι ψυχασθενείς διαιρούνταν σε τρεις θέσεις, ανάλογα με την οικονομική τους δυνατότητα, αλλά γινόταν

και διαχωρισμός ανάλογα με το είδος της πάθησης και την ένταση της νόσου. Οι ασθενείς της πρώτης θέσης είχαν ιδιωτικό διαμέρισμα με τρία δωμάτια και προσωπική υπηρεσία, οι ασθενείς της δεύτερης θέσης είχαν ιδιωτικό δωμάτιο αλλά έτρωγαν σε κοινό εστιατόριο (Τσικής, 2001: 57-59), ενώ φαίνεται να αποσιωπούνται οι συνθήκες νοσηλείας των ασθενών της τρίτης θέσης. Έμφαση δινόταν στις πολυτελείς συνθήκες νοσηλείας, καθότι τα νοσήλια αποτελούσαν σημαντική πηγή εσόδων του ψυχιατρείου και συνιστούσαν το 91,5% των εσόδων (ιδιωτικά νοσήλια και δημόσια ποσά), το έτος 1921 (Κριτσωτάκη, 2009). Μεταγενέστερα, η καλή φήμη του φρενοκομείου ανατράπηκε, καθώς τα χαμηλά ποσοστά ίασης και η υψηλή θνησιμότητα των ασθενών, σε σχέση με τα αντίστοιχα εμπειρικά δεδομένα της δυτικής Ευρώπης και η ίδρυση άλλων ιδιωτικών κλινικών, συνετέλεσαν στην απομάκρυνση των εύπορων ασθενών που κατέβαλλαν νοσήλια και έτσι, το ίδρυμα οδηγήθηκε σε οικονομική δυσπραγία (Καραμανωλάκης, 2007).

Άσυλο ψυχοπαθών της Κεφαλληνίας (Βέγειο)

Το άσυλο ψυχοπαθών της Κεφαλληνίας επίσης δεν αποτέλεσμα οργάνωσης μετά από πολιτική βούληση και συγκροτημένο πλάνο κοινωνικής πολιτικής, αλλά κληρονομήθηκε από το Ελληνικό κράτος με την προσάρτηση των Ιονίων νήσων το 1864. Ήταν ένα μικρό κτίριο, πρώην αποθήκη των αγγλικών στρατώνων στο Αργοστόλι, με χωρητικότητα 100 κλινών, όπου οι «τρελοί», όπως αποκαλούνταν, διαβίωναν σε άθλιες συνθήκες (Μεταξάς, 2019). Το 1918 ανακατασκευάστηκε με δωρεά του Κεφαλλονίτη επιχειρηματία Πλάτωνα Βέγια, με όραμα τη δημιουργία ενός υπερσύγχρονου ψυχιατρείου ευρωπαϊκών προδιαγραφών. Το κληροδότημα ονομάστηκε «Βέγειο» προς τιμή του δωρητή και είχε πάντα τοπικό χαρακτήρα. Καταστράφηκε από τους σεισμούς του 1953 και οι ελάχιστοι ασθενείς που διέμεναν, μεταφέρθηκαν σε σκηνές και εν συνεχεία το 1958 στην Αποικία ψυχοπαθών Λέρου (Μεταξάς,, 2019).

Κοινοτικό Άσυλο (φρενοκομείο) Σκυλίτσειο της Χίου

Μετά το σεισμό του 1881, που κατέστρεψε ότι είχε απομείνει από το Νοσοκομείο της Χίου (που είχε καταστραφεί μερικώς το 1822), η οικογένεια Σκυλίτση με σημαντική δωρεά, επέτρεψε την κατασκευή νέου νοσοκομείου, χωρητικότητας 60 κλινών, που εγκαινιάστηκε το 1886. Περιελάμβανε τα εξής τμήματα: παθολογικό, χειρουργικό, άσυλο ψυχοπαθών, γηροκομείο, ορφανοτροφείο και εκκλησία, τα οποία στεγάζονταν σε διαφορετικά κτίρια.

Με το Νόμο 2508, που θεσπίστηκε τέλη του 19ου αιώνα, ένα ενοριακό διοικητικό συμβούλιο, με μόνιμο πρόεδρο τον επίσκοπο Χίου και 24 μέλη που εκλέγονταν ανά τετραετία, διεύθυνε όλα τα φιλανθρωπικά ιδρύματα του νησιού. Το Σκυλίτσειο Νοσοκομείο αναπαρήγαγε την παράδοση των παλαιότερων ιδρυμάτων και ο επίσκοπος, όπως παλαιότερα η δημογεροντία, είχε το δικαίωμα να κρατάει εγκλείστους για σωφρονιστικούς λόγους, με αποτέλεσμα ο αριθμός των ατόμων προς σωφρονισμό να ξεπερνάει τους ψυχοπαθείς και τους γηροκομούμενους.

Οι έγκλειστοι κατηγοριοποιούνταν σε ασθενείς και τροφίμους, συνθήκη που κατοχυρωνόταν επιστημονικά και νομικά στην Ελλάδα του 19ου αιώνα. Συντηρούνταν με δωρεές και σταμάτησε να λειτουργεί όταν δημιουργήθηκε η Αποικία ψυχοπαθών Λέρου, το 1958 (Πλουμπίδης, 1981).

ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΩΝ (1833-1900)

Τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία κατά τη χρονική περίοδο 19ου αιώνα, στην Ευρώπη και στην Ελλάδα, επηρεάστηκαν από τις απόψεις των: P. Pinel (καθηγητής Υγιεινής και Παθολογίας στη Γαλλία και διευθυντής του ψυχιατρείου Salpétrière) και Esquirol (εξέχων μαθητής του Pinel). Σύμφωνα με τους Pinel και Esquirol ο κτιριακός σχεδιασμός των ψυχιατρείων επικεντρωνόταν στο διαχωρισμό των ασθενών κατά τμήματα ανάλογα με: τη βαρύτητα της πάθησης, την ηλικία, το φύλο, την κοινωνική τάξη κ. ά., καθώς και την άμεση επαφή των ασθενών με το φυσικό περιβάλλον, που ασκούσε θεραπευτική επίδραση (Coldefy & Curtis, 2010). Η κατηγοριοποίηση των ασθενών ανά πάθηση στα ψυχιατρεία φαίνεται ότι εφαρμοζόταν σχολαστικά, σε σχέση με τα γενικά νοσοκομεία της εποχής.

Επειδή οι πρωτοποριακές μέθοδοι νοσηλείας και θεραπείας, αυτής της χρονικής περιόδου, όριζαν συνεχή λουτρά, ζεστά και κρύα καταπλάσματα, καθώς και απασχόληση (εργασιοθεραπεία) των ψυχασθενών, προέβλεπαν την ανάλογη κτιριακή υποδομή. Ωστόσο, δεν είχαν ακόμη ανακαλυφθεί τα ψυχοφάρμακα και παρέμεναν ως κύριες και αναγκαίες θεραπευτικές τεχνικές: η απομόνωση, ο έλεγχος και η παρακολούθηση των ψυχασθενών, γι' αυτό δεν ακολούθησαν απόλυτα την αρχή των ανεξάρτητων περιπτέρων-θαλάμων. Συνεπώς, τα ψυχιατρικά συγκροτήματα δομήθηκαν περιβαλλόμενα από εσωτερικές (σχήματος □) ή «ανοιχτές» (σχήματος Π), αυλές και πλαισιώνονταν από μικρού και μεσαίου μεγέθους θαλάμους για έναν ή περισσότερους ασθενείς

(Αναγνωστοπούλου, 2013).

Πιο συγκεκριμένα, το Δρομοκαΐτειο φρενοκομείο, αποτέλεσε το πρώτο νοσοκομείο στην Αθήνα που η κάτοψη του ακολουθεί την αρχή των ανεξάρτητων οικίσκων. Οι πτέρυγες του νοσοκομείου προέβλεπαν δυναμικότητα 500 κλινών. Αρχιτέκτονας του νοσοκομείου είναι πιθανότατα ο E. Troump, αλλά ο γενικός σχεδιασμός πραγματοποιήθηκε από τον Γάλλο ψυχίατρο E. Lunier (Αναγνωστοπούλου, 2013) ενώ γενικότερα δεν υπήρξε κάποια κεντρική κατεύθυνση που να προωθήθηκε από την πλευρά των επίσημων κρατικών φορέων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τη μελέτη, διαφάνηκε ότι η έλλειψη ιδρυμάτων, κυρίως δημόσιων και ο συγκεχυμένος και περίπλοκος τρόπος παροχής των δωρεάν ψυχιατρικών υπηρεσιών, καθιστούσε ανεπαρκή την ψυχιατρική περίθαλψη και τη δωρεάν νοσηλεία, το 19ο αιώνα. Συνεπώς, είναι φανερή η έλλειψη μιας συγκροτημένης κρατικής κοινωνικής πολιτικής, τη συγκεκριμένη περίοδο για τον συγκεκριμένο τομέα και η εναπόθεση του μεγαλύτερου τμήματος της αντιμετώπισης των ψυχικών προβλημάτων στον ανεπίσημο και στον ιδιωτικό τομέα, με τη φιλανθρωπία να αντικαθιστά στην ουσία – στο μέτρου του δυνατού – την έλλειψη κρατικής παρέμβασης.

Η μεγαλύτερη αντίφαση του Νόμου ΨΜΒ/1862 που αναφέρθηκε παραπάνω, είναι ότι προϋπήρξε από τα ιδρύματα, των οποίων τη λειτουργία προοριζόταν να ρυθμίσει. Μία τέτοια κατάσταση, δηλαδή η δημιουργία νομικού πλαισίου πριν την ύπαρξη του αντικειμένου, ήταν χαρακτηριστική της ελληνικής νομοθεσίας του 19ου αιώνα και αντικατοπτρίζει την κρατική και αστική επιθυμία για γρήγορο εξευρωπαϊσμό της χώρας αλλά ταυτόχρονα και τις δυσκολίες, κυρίως αναφορικά με τη χρηματοδότηση, στην υλοποίηση των αντίστοιχων πολιτικών.

Η χρονική περίοδος που εξετάστηκε χαρακτηρίζεται από τη σταδιακή ανάπτυξη της ψυχιατρικής και την περιθωριοποίηση των παραδοσιακών πρακτικών, όμως με σχετικά αργούς ρυθμούς. Στην αγροτική και παραδοσιακή Ελλάδα, με τον ασαφή και συγκεντρωτικό ψυχιατρικό νόμο, τα ιδρύματα ήταν λίγα, συγκεντρωμένα κυρίως στα αστικά κέντρα και αρκετά εξ' αυτών δημιουργήθηκαν με την κινητοποίηση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και όχι μέσω της οργανωμένης κρατικής παρέμβασης.

Η ανάδειξη των δυσκολιών ανάπτυξης των ψυχιατρικών νοσοκομείων στην Ελλάδα, κατά την περίοδο του νεοσύστατου ελληνικού κράτους, αποτελεί χρήσιμο εργαλείο, διαχρονικά, για την προώθηση μεταρρυθμιστικών πολιτικών ψυχικής υγείας μεταγενέστερα. Παρόλο που η κοινοτική ψυχιατρική και η κοινοτική νοσηλευτική ψυχικής υγείας, σήμερα, αποτελεί τον αποτελεσματικότερο τρόπο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στην πράξη δεν τυγχάνει της ανάλογης δυναμικής, ενώ μέσα στο πλαίσιο της δεκαετούς οικονομικής κρίσης υπέστη παρόμοια, υποχρηματοδότηση και υποστελέχωση.

Συμβολή των συγγραφέων: Οι ΔΣ και ο ΤΣ συνέβαλλαν στο σχεδιασμό της μελέτης, στη συλλογή των δεδομένων και στη συγγραφή του κειμένου.
Η ΚΔ συνέβαλλε στο σχεδιασμό της μελέτης και στη συλλογή των δεδομένων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αναγνωστοπούλου Π. Γ. (2013). Κτίρια Δημόσιας Υγείας στην Αθήνα, 1833-1923. Διδακτορική Διατριβή. Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο. Σχολή Αρχιτεκτόνων Μηχανικών

Αποστολίδης Σ. (1889). Αι ψυχώσεις. Μελέται ίατρικαί, κοινωνικαί καί ψιλοσοφικαί περί φρενοπαθειών. Αθήναι, Ιγγλέσης

Γιαννήρης, Μ. (1903). Περί της Νοσηλείας και Περιθάλψεως των φρενοπαθών εν τοις Φρενιατρείοις ή κατ' οίκον. Προς μόρφωσιν νοσοκόμων. Αθήνα: Τυπογραφείο «Νομικής» Λ. Χ. Βεργιανίτου

Coldefy, M., & Curtis, S. E. (2010). "The geography of institutional psychiatric care in France 1800–2000: Historical analysis of the spatial diffusion of specialised facilities for institutional care of mental illness". Social Science & Medicine, 71(12), 2117-2129

Δαρδαβέσης, Θ. (2008). «Ιστορική Πορεία του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα (1833-1981)». Ιατρικό Βήμα Οκτώβριος-Νοέμβριος, 50-61

Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο 1887-1987+15 (2001). Εκατό Δεκαπέντε Χρόνια Κοινωνικής Προσφοράς. Αθήνα: Ιδιωτικό Τυπογραφείο Αδελφών Βασιλείου και Χρυσάνθης Βασιλείου

Καραμανωλάκης, Β. (2007). «Από τα Μοναστήρια στο Φρενοκομείο. Η Αντιμετώπιση των τρελών στο Ελληνικό Βασίλειο τον 19ο αιώνα». Αρχαιολογία και Τέχνες, 104, 18-24

Κριτσωτάκη, Δ. (2009). Ψυχική ασθένεια και ψυχιατρική νοσηλεία. Κοινωνικές προσλήψεις και λειτουργίες της ψυχιατρικής και των ψυχιατρικών ιδρυμάτων στην Ελλάδα και τη Σκοτία των αρχών του 20ού αιώνα. Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Κρήτης. Φιλοσοφική Σχολή. Τμήμα Ιστορίας και Αρχαιολογίας

Κυρίτση, Β. (2001). «Ψυχιατρική νοσηλευτική στην Ελλάδα μέχρι το τέλος του δέκατου ένατου αιώνα», στο Τσικής, Ν. (επιμ.), Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο, 1887-1987 +15. Εκατό Δεκαπέντε Χρόνια Κοινωνικής Προσφοράς. Αθήνα, 133–156

Λέκκα, Β. (2012). Ιστορία και Θεωρία της Ψυχιατρικής. Αθήνα: Εκδόσεις futura

Λούκος, Χ. (1992). «Επιδημία και κοινωνία. Η χολέρα στην Ερμούπολη της Σύρου (1854)». Μνήμων (14), 49-69

Μεταξάς, Μ. Γ. (2019). «Το Βέγειο Ψυχιατρείο της Κεφαλονιάς που λειτούργησε το 1931 και είχε πανελλήνια φήμη». Περιοδικό Κεφαλλονίτικη Πρόοδος

Missouridou, E. (2009). "Exploring the past: mental health nursing in Greece". Journal of psychiatric and mental health nursing, 16(1), 18-26

Μπλου, Ε. (1999). «Η Δημιουργία της Ελληνικής Ψυχιατρικής». Αθήνα: Εξάντας

Οικονόμου, Χ. (1996). Το κοινωνικό κράτος στη δεκαετία του 1980. Το παράδειγμα του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αθήνα: Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Παρλαπάνης, Β. (2014). Η Ιατροδικαστική στην Ελλάδα μέσα από δημοσιεύματα του 19ου και των αρχών του 20ού αιώνα. Διδακτορική Διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής

Πατελάρου, Ε. Α. (2012). Οι ψυχιατρικές δομές στην Ελλάδα το 19ο αιώνα. Μεταπτυχιακή εργασία, Ηράκλειο

Πλουμπίδης, Δ. (1981). Συμβολή στη μελέτη της Ιστορίας της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα. Ή παραδοσιακή συμπεριφορά απέναντι στους ψυχοπαθείς και τα ψυχιατρικά ιδρύματα του 19ου αιώνα. Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής

Σπηλιοπούλου, Α. (2018). Το ιστορικό-κοινωνικό πλαίσιο και η πορεία ανάπτυξης του Νοσοκομείου «Η Σωτηρία» από την ίδρυση του Σανατορίου το 1902 έως το σύγχρονο Νοσοκομείο. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών. Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής.

Τζανάκης, Μ. (2003). Μετασχηματισμοί της υποκειμενικότητας και καθημερινότητα. Μια κοινωνιολογική προσέγγιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Τσαγκαράκη, Μ. (2019). Έλληνες λογοτέχνες που «παρεφρόνησαν» την περίοδο 1850-1950. Μεταπτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου Καλαμάτα. Σχολή Ανθρωπιστικών και Πολιτισμικών Σπουδών. Τμήμα Αρχαία και Νέα Ελληνική Λογοτεχνία

Τσικής, Ν. (2001). Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο, 1887-1987 +15. Εκατό Δεκαπέντε Χρόνια Κοινωνικής Προσφοράς. Αθήνα

Φαφαλιού, Σ. (1995). Ιερά Οδός 343. Μαρτυρίες από το Δρομοκαΐτειο. Αθήνα: Κέδρος

REVIEW

The Policy for psychiatric hospitals in Greece in the 19th century

Stamatina Douki[1], Stylianos Ioannis Tzagkarakis[2], Despina Karakatsani[3]

1. Mental Health Nurse, MSC, MHA (c) PHD (c), Community Adult Mental Health Center, Pagrati
2. Political Scientist, MSC, MHA (c), PHD, Lecturer, Department of Political Science, University of Crete, Rethymno
3. Professor, Department of Social and Educational Policy, University of Peloponnese, Corinth

ABSTRACT

After the establishment of the independent Greek state, psychiatry had not been adequately developed and was not a branch of medical science. Thus, there was a crucial absence of care for the mentally ill as there were no corresponding psychiatric hospitals. The time period examined is characterized by the gradual development of psychiatry and the marginalization of traditional practices, at a relatively slow pace. However, the focus on it aspires to provide useful information for the development of the bases of psychiatric hospitals policies.

This paper aims to investigate the development of psychiatric hospitals policy in the Greek state in the historical and social context of the 19th century, in order to highlight the foundations for the advancement of this social policy sector, which were developed in a more organized and thorough way in the 20th century. For this purpose, a bibliographic review was made, which was based on the search for reviews published in international scientific journals, in English and Greek, during the period 2021, regarding the development of psychiatric hospitals and the provided psychiatric care in Greece, the period of the newly formed Greek state. The methodology is based on the literature review of data collected through Google Scholar, Pubmed, through publications, articles, and doctoral dissertations.

Key words: institutional framework, historical-social context, psychiatric hospitals 19th century

Corresponding author: Stylianos Ioannis Tzagkarakis
e-mail: sttvaz@yahoo.gr

Date of submission: 18/12/2021
Publication date: December 2022

Citation: Douki S., Tzagkarakis S.I. & Karakatsani D. (2022). The Policy for psychiatric hospitals in Greece in the 19th century. Hellenic Journal of Nursing Science 15(4): 57-66, https://doi.org./10.24283/hjns.202246

ΕΝΕ

ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

www.enne.gr



Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα της Ένωσης Νοσηλευτών και ενημερωθείτε για όλα τα τελευταία νέα του κλάδου

Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα
2ος όροφος

Τηλ.: 210-3648044
Fax: 210-3648049
e-mail: info@enne.gr

HRBN
HELLENIC REGULATORY BODY OF NURSES

VOLUME 15 - ISSUE 4
OCTOBER - NOVEMBER - DECEMBER
2022

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

http://journal-ene.gr/

ΤΟΜΟΣ 15 - ΤΕΥΧΟΣ 4
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ
2022

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr