

# ΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ



Εθνικό Δίκτυο  
Νοσοκομείων και  
Υπηρεσιών  
Προαγωγής Υγείας

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΕΘΝΙΚΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Δ.Ν.Υ.Π.Υ.)

## 22η Επιστημονική Ημερίδα ΕΔΝΥΠΥ

Με μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε την Παρασκευή 29 Μαρτίου 2019 στο αμφιθέατρο του Γ.Ν.Α. «Λαϊκό» η 22η Επιστημονική Ημερίδα του Εθνικού Δικτύου Νοσοκομείων & Υπηρεσιών Προαγωγής Υγείας (Ε.Δ.Ν.Υ.Π.Υ.), με θέμα «Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα στους Εργαζομένους των Ελληνικών Νοσοκομείων». Σκοπός της ημερίδας ήταν να παρουσιαστεί η υφιστάμενη κατάσταση, καθώς επίσης και ο τρόπος διαχείρισης αυτών των ζητημάτων από τα νοσοκομεία μέλη του Δικτύου. Στην έναρξη της ημερίδας απηύθυναν χαιρετισμούς ο κ. Γιάννης Τούντας, Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής του ΕΚΠΑ & Πρόεδρος της Επιστημονικής Επιτροπής του Ε.Δ.Ν.Υ.Π.Υ. και ο κ. Ηρακλής Χαρμανίδης, Διοικητής του Γ.Ν.Α. «Λαϊκό».

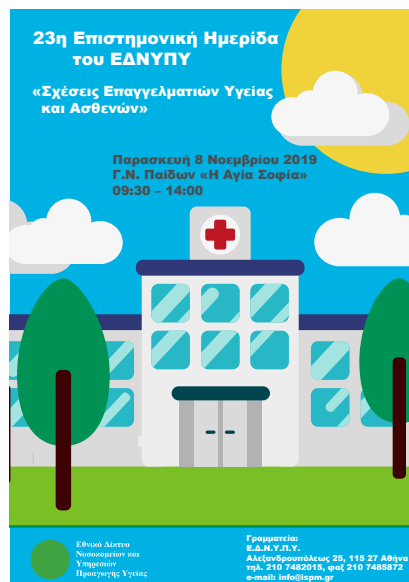
Κατά την πρώτη θεματική ενότητα, στην οποία προήδρευσε η κα. Αδαμαντία Εγγλεζοπούλου, Αν. Διοικητής του Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», ο κ. Γιάννης Τούντας παρουσίασε αναλυτικά τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού. Στη συνέχεια η Αν. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής του ΕΚΠΑ, κα. Μαρίνα Οικονόμου, εστίασε στην επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού και αναφέρθηκε στη δυναμική της κατάθλιψης. Τρίτος ομιλητής ήταν ο κ. Ανδρέας Αρματάς, Clinical & Coaching Psychologist και Επιστημονικός Συνεργάτης του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του ΕΚΠΑ, ο οποίος μίλησε για την επαγγελματική εξουθένωση στο ΕΣΥ, καθώς και την αντιμετώπιση σε ατομικό επίπεδο. Την πρώτη θεματική ενότητα ολοκλήρωσε η Αντιδήμαρχος Αθηναίων και τέως Γενική Γραμματέας Ισότητας των φύλων, κα. Μαρία Στρατηγάκη, η οποία αναφέρθηκε στην σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας και επισήμανε το μεγάλο ψυχικό κόστος λόγω της διάκρισης βάσει φύλου.

Κατά τη δεύτερη θεματική ενότητα, με πρόεδρο την κα. Θεώνη Ζούγκου, Προϊσταμένη του 3ου Νοσηλευτικού Τομέα του Γ.Ν.Α. «Λαϊκό» & Μέλος της Εκτελεστικής Επιτροπής Ε.Δ.Ν.Υ.Π.Υ., παρουσιάστηκαν οι δράσεις των νοσοκομείων μελών αναφορικά με τη διαχείριση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των εργαζομένων. Η κα. Λευκοθέα

Τζίμα, Νοσηλεύτρια Επιτήρησης Λοιμώξεων και Αν. Προϊσταμένη του Ακτινολογικού Τμήματος του Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», αναφέρθηκε στην επίδραση του εναλλασσόμενου ωραρίου στο επίπεδο υγείας του προσωπικού, ενώ η κα. Μάνια Βιδαλάκη, Κλινική Ψυχολόγος του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» εστίασε στους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους στην εργασία και στη διαχείριση αυτών. Στη συνέχεια η κα. Γεωργία Θανασιά, Υπεύθυνη του Γραφείου Πρόληψης και Αγωγής Υγείας του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» και Μέλος της Εκτελεστικής Επιτροπής του Ε.Δ.Ν.Υ.Π.Υ. μίλησε για τη διαχείριση του προσωπικού με ψυχοκοινωνικά προβλήματα και τέλος η κα. Ζωή Μπιτσώρη, Υπεύθυνη του Γραφείου Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης του Γ.Ν.Α. «Η ΕΛΠΙΣ», έκανε παρουσίαση των δράσεων του Γ.Ν.Α. «Η ΕΛΠΙΣ» με τίτλο «Πρωταρχικό μας μέλημα η ψυχική υγεία και η ασφάλεια των εργαζομένων».

Ακολούθησε διάλογος και σχολιασμός των θεμάτων. Αξίζει να σημειωθεί ότι με αφορμή την ημερίδα αυτή, η Εκτελεστική Επιτροπή του Δικτύου έλαβε απόφαση να συνταχθούν πρακτικές οδηγίες με θέμα την «Ένταξη ενός συστήματος υποστήριξης και διαχείρισης προσωπικού με ψυχοκοινωνικά προβλήματα», οι οποίες στη συνέχεια θα διανεμηθούν στις διοικήσεις των νοσοκομείων-μελών.

Ιωάννα Πετρούλια,  
Ψυχολόγος, MSc Κλινικής Νευροψυχολογίας,  
Συντονίστρια ΕΔΝΥΠΥ



## Οικονομική Κρίση και Υγεία

Η πρώτη αιτία αρρώστιας και θανάτου στον κόσμο είναι η φτώχεια. Φτωχοί άνθρωποι σε φτωχές χώρες δεν έχουν τους απαραίτητους πόρους για να ζουν και να εργάζονται σε συνθήκες που να προστατεύουν και να προάγουν την υγεία τους. Η κακή διατροφή, οι υποβαθμισμένες συνθήκες κατοικίας, η ανεργία και οι ελλείψεις σε αναγκαίες ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες και σε φάρμακα, αποτελούν σημαντικές απειλές για τη σωματική και ψυχική υγεία.

Εκτός, όμως, από τις φτωχές χώρες του πλανήτη, τις επιπτώσεις της φτώχειας τις βίωσαν με δραματικό τρόπο και χώρες αναπτυγμένες που βρέθηκαν στη δίνη οικονομικής κρίσης. Ορισμένες μάλιστα απ' αυτές, όπως οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης στις αρχές της δεκαετίας του 1990 όταν κατέρρευσε η Σοβιετική Ένωση, έχασαν μέσα σε λίγα χρόνια 4-5 χρόνια από το προσδόκιμο ζωής των κατοίκων τους.

Στην Ελλάδα, παρά τη μεγάλη διάρκεια της πρόσφατης οικονομικής κρίσης και τη σημαντική απώλεια, της τάξης του 25%, του εθνικού και του οικογενειακού εισοδήματος, οι δείκτες υγείας παρουσίασαν επιδείνωση, κυρίως της ψυχικής υγείας, αλλά το προσδόκιμο ζωής δεν μειώθηκε. Υπήρξαν, όμως, επιπλέον θάνατοι λόγω οικονομικής κρίσης, περισσότερες ψυχικές διαταραχές, περισσότερα λοιμώδη νοσήματα και περισσότερα χρόνια νοσήματα.

Πιο συγκεκριμένα, έχει υπολογισθεί ότι λόγω της κρίσης υπήρξαν 270 επιπλέον θάνατοι τον μήνα, γεγονός που περιόρισε την αναμενόμενη αύξηση του προσδόκιμου ζωής των Ελλήνων. Το 1990 η Ελλάδα κατείχε την περίοπτη τρίτη θέση στο προσδόκιμο ζωής στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ενώ το 2017 διολίσθησε στη 15η θέση, επειδή οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες βελτίωσαν το προσδόκιμο ζωής τα τελευταία 30 χρόνια περισσότερο από τη χώρα μας. Στον τομέα της ψυχικής υγείας, παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση της κλινικά διαγνωσμένης κατάθλιψης στον γενικό πληθυσμό και σημαντική αύξηση των αυτοκτονιών. Υπήρξε, επίσης, έξαρση των λοιμωδών νοσημάτων που οφείλεται στην επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης και διατροφής, αλλά και στη μείωση της εμβολιαστικής κάλυψης των ενηλίκων. Αύξηση παρατηρείται και στα χρόνια νοσήματα, μέρος της οποίας οφείλεται στη γήρανση του πληθυσμού.

Από την άλλη, όμως η κρίση συνέβαλλε σημαντικά στη μείωση της θνησιμότητας και νοσηρότητας από τροχαία ατυχήματα και στη μείωση του καπνίσματος, δύο παράγοντες με μεγάλη επίδραση στους δείκτες υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Εκτός από την άμεση επίδραση της φτώχειας στην αύξηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, σημαντικό αρνητικό ρόλο διαδραμάτισε και η ανεπάρκεια του Εθνικού Συστήματος Υγείας, λόγω υποχρηματοδότησης και υποστελέχωσης στα χρόνια της κρίσης, καθώς και οι σημαντικές περικοπές στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, οι οποίες δημιούργησαν σημαντικά εμπόδια πρόσβασης στα αναγκαία φάρμακα, ιδιαίτερα για τα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα.

Γιάννης Τούντας

Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής  
Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής ΕΔΝΥΠΥ

# Η Επίδραση της Οικονομικής Κρίσης στην Ψυχική Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού: η Δυναμική της Κατάθλιψης

Στη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία, αξιοσημείωτος όγκος ερευνητικών δεδομένων υπογραμμίζουν τον επιβαρυντικό αντίκτυπο των δυσμενών οικονομικών συνθηκών στην ψυχική υγεία και προδιαγράφουν ως αναμενόμενη την αύξηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας σε κοινωνίες που υφίστανται σοβαρούς οικονομικούς κλυδωνισμούς. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επισημαίνει ότι οι οικονομικές υφέσεις αποτελούν περιόδους υψηλού κινδύνου για την ψυχική υγεία του ευρύτερου πληθυσμού, με τις ασθενέστερες κοινωνικά ομάδες να υφίστανται τις σοβαρότερες και πιο άμεσες συνέπειες.

Ως χαρακτηριστικότερες διαστάσεις της οικονομικής κρίσης που φέρουν επίπτωση στην ψυχική υγεία αναδεικνύονται η μείωση του εισοδήματος και η αύξηση της ανεργίας, μέσα από ευρήματα που κυρίως εστιάζουν στη σχέση ανάμεσα στο εισόδημα και τις ψυχικές διαταραχές. Ωστόσο, ακόμα και στην περίπτωση όσων δεν ανήκουν στις ομάδες του χαμηλού εισοδήματος ή των ανέργων, εντοπίζεται αξιοσημείωτη επίδραση των οικονομικών πιέσεων, της εργασιακής επισφάλειας και των χρεών στην ψυχική τους υγεία. Οι επιπτώσεις των δυσμενών οικονομικών συνθηκών στην ψυχική υγεία έχουν συνδεθεί από το σύνολο των ψυχικών διαταραχών ειδικά με την κατάθλιψη, η οποία θεωρείται ότι αποτελεί και τη μεγαλύτερη απειλή.

Στη χώρα μας η παρατεταμένη οικονομική ύφεση οδηγεί με σχετική ασφάλεια στην υπόθεση των σημαντικών και γενικευμένων επιπτώσεων στην ψυχική υγεία και του ελληνικού πληθυσμού. Ήδη από τα πρώτα χρόνια της οικονομικής ύφεσης στην Ελλάδα, οι μελετητές έκρουσαν τον «κώδωνα του κινδύνου», καθώς τα ποσοστά επικράτησης της κατάθλιψης στον ελληνικό πληθυσμό άρχισαν να σημειώνουν ανοδική πορεία ενώ η σημαντική έξαρση των αυτοκτονιών, ιδίως κατά την πρώτη περίπου εξαετία της κρίσης ήρθε να επιβεβαιώσει τον καταλυτικό ψυχικό αντίκτυπό της. Σε αυτή την πρώτη περίοδο θα μπορούσε να μιλήσει

κανείς για ένα μαζικό «σοκ» εξαιτίας της ραγδαίας και απροσδόκητης ανατροπής των οικονομικών συνθηκών, το οποίο έδωσε τη θέση του σε ένα συλλογικό «πένθος», τόσο για τις υλικές, πραγματικές απώλειες σε αγαθά και σε βιοτικό επίπεδο, όσο και για τις συμβολικές απώλειες, όπως τις σχετιζόμενες με την εθνική ταυτότητα, το κοινωνικό status, αλλά και πολύ περισσότερο, τη ματαίωση των προοπτικών για το μέλλον. Κατά τα επόμενα χρόνια, όπου η κρίση «εγκαταστάθηκε» στην ελληνική κοινωνία ως αναπόδραστη συνθήκη, αφήνοντας καθοριστικά το αποτύπωμά της σχεδόν σε κάθε έκφανση της καθημερινής ζωής, η επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης συνέχισε να ακολουθεί ανοδική πορεία.

Σειρά επιδημιολογικών μελετών του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ) έδειξαν συνεχή αυξητική τάση της μείζονος κατάθλιψης, καθώς και τη σύνδεση της αύξησης αυτής με κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές σχετιζόμενες με την κρίση. Συγκεκριμένα, η μηνιαία επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης στον ελληνικό πληθυσμό, από το ποσοστό του 3,3% όπου ήταν το 2008, πριν γίνουν αισθητές οι συνέπειες της κρίσης, βρέθηκε να κλιμακώνεται σε 6,8% το 2009, 8,2% το 2011 και 12,3% το 2013. Χαρακτηριστική ένδειξη του πρώτου «σοκ» που έπληξε τον ελληνικό πληθυσμό κατά την αρχική περίοδο της κρίσης είναι ο υπερδιπλασιασμός του ποσοστού της μείζονος κατάθλιψης μέσα σε έναν μόλις χρόνο, από το 2008 (3,3%) στο 2009 (6,8%). Ωστόσο, αξιοσημείωτη είναι και η αύξηση του εν λόγω ποσοστού κατά τη διετία 2011-2013 (από 8,2% σε 12,3%), η οποία αντιστοιχεί σε ποσοστιαία μεταβολή κατά 50%.

Από την άλλη πλευρά, αξιοσημείωτο ήταν πως αναφορικά με την αυτοκτονικότητα, δηλαδή τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις απόπειρες αυτοκτονίας, τα ευρήματα των μελετών του ΕΠΙΨΥ σκιαγραφούσαν μια κάπως διαφορετική εικόνα. Από το 2008 έως και το 2011, τα ποσοστά της αυτοκτονικότητας ακολούθησαν ανοδική πορεία, παρεμφερή με αυτήν της κατάθλιψης: η μηνιαία επικράτηση του αυτοκτονικού ιδεασμού κλιμακώθηκε από το ποσοστό του 2,4% το 2008, σε 5,2% το 2009 και 6,7% το 2011, ενώ αντίστοιχα, τα μηνιαία ποσοστά για τις απόπειρες αυτοκτονίας αυξήθηκαν από 0,6% το 2008, σε 1,1% το 2009 και 1,5% το 2011. Ωστόσο, σε αντιδιαστολή με την

κατάθλιψη, τα στοιχεία του 2013 αποτύπωσαν υποχώρηση της αυτοκτονικότητας σχεδόν στα προ της κρίσης επίπεδα, με το μηνιαίο ποσοστό του αυτοκτονικού ιδεασμού να πέφτει στο 2,6% και το αντίστοιχο ποσοστό για τις απόπειρες αυτοκτονίας στο 0,9%.

Το εύρημα αυτό οδήγησε στην σκέψη ότι σε συνθήκες οικονομικής κρίσης, η αυτοκτονικότητα μπορεί να επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες. Γενικότερα, βέβαια, είναι τεκμηριωμένο ότι η παρουσία ψυχοπαθολογίας συνιστά τον βασικότερο παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς, με τη μείζονα κατάθλιψη να αποτελεί το κύριο ψυχοπαθολογικό υπόβαθρο της αυτοκτονικότητας. Ωστόσο, έως ότου η συμπτωματολογία της κατάθλιψης φτάσει σε επίπεδα κλινικής διάγνωσης, συνήθως προηγείται παρατεταμένη χρονικά περίοδος σταδιακής ανάδυσης των συμπτωμάτων, γεγονός που εξηγεί τη βαθμιαία αλλά σταθερά συνεχιζόμενη αύξηση της επικράτησής της στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης. Αντίθετα, η σχετιζόμενη με την οικονομική κρίση αυτοκτονικότητα φαίνεται ότι αποτελεί την άμεση και οξεία αντίδραση του ψυχισμού -ενδεχομένως ενισχυόμενη από ατομικά χαρακτηριστικά παρορμητικότητας και πανικού- απέναντι σε μια απότομη δυσμενή μεταβολή των συνθηκών. Την ανεξάρτητη επίδραση της οικονομικής κρίσης στην αυτοκτονικότητα επιβεβαίωσε και η ανάλυση των στοιχείων της προαναφερθείσας έρευνας του ΕΠΙΨΥ, όπου η οικονομική δυσχέρεια και η ανεργία (προεξάρχουσες συνθήκες της οικονομικής κρίσης) βρέθηκαν να διατηρούν στατιστικά σημαντική επίδραση στην αυτοκτονικότητα σε ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο το οποίο περιελάμβανε και την παρουσία μείζονος κατάθλιψης. Παρότι οι ίδιοι κοινωνικοοικονομικοί δείκτες αποτελούν παράγοντες κινδύνου και για την εμφάνιση κατάθλιψης, από τα σχετικά ευρήματα προέκυψε ότι οι συνθήκες της οικονομικής κρίσης μπορούν να οδηγήσουν από μόνες τους στην ανάδυση αυτοκτονικών συμπεριφορών.

Οι θλιβερές διαπιστώσεις από την ελληνική πραγματικότητα συμπλέουν με διεθνή στοιχεία, καθώς η σύγχρονη ερευνητική δραστηριότητα στρέφεται με αυξημένη έμφαση στη βαρύτητα των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, που, λόγω των παγκόσμιων οικονομικών κλυδωνισμών,

αναδύονται ως σημαντική απειλή για την ψυχική υγεία.

Μαρίνα Οικονόμου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής,  
Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής  
Πανεπιστημίου Αθηνών  
Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής





# Επαγγελματική Εξουθένωση: η Αντιμέτωπιση σε Ατομικό Επίπεδο

Ο επαγγελματίας υγείας που εκδηλώνει επαγγελματική εξουθένωση βιώνει μια κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικής επίτευξης (Maslach, 1982). Ο επαγγελματίας υγείας βιώνει έντονη ψυχική και σωματική κόπωση μαζί με απώλεια διάθεσης. Επιπλέον, υπάρχει απώλεια ενδιαφέροντος και θετικών συναισθημάτων για τους ασθενείς ενώ παρουσιάζει αυξημένη επιθετική και κυνική συμπεριφορά. Τέλος, κλονίζεται η αυτοπεποίθηση και μειώνεται το αίσθημα ικανοποίησης. Το αποτέλεσμα είναι πτώση της απόδοσης ή ακόμα και παραίτηση.

Η επαγγελματική εξουθένωση αναπτύσσεται σταδιακά

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται ξαφνικά. Αναπτύσσεται σε βάθος χρόνου και περνά από διάφορα στάδια (Edelwich & Brodsky, 1980). Αυτό είναι ένα θετικό στοιχείο γιατί αν υπάρξει παρέμβαση στα πρώτα στάδια τότε θα αποφευχθούν τα επόμενα και η επαγγελματική εξουθένωση δεν θα αναπτυχθεί. Στο πρώτο στάδιο του ενθουσιασμού, ο επαγγελματίας υγείας είναι στην αρχή της καριέρας του και φέρει μαζί του μη ρεαλιστικές προσδοκίες και υψηλούς, συχνά ανέφικτους, στόχους. Αφιερώνει πολύ χρόνο και ενέργεια στην εργασία ενώ υπερεπενδύει στις σχέσεις με τους ασθενείς και στις σχέσεις με τους συναδέλφους. Όταν οι προσδοκίες διαψεύδονται, εμφανίζεται η απογοήτευση η οποία οδηγεί στο επόμενο στάδιο.

Στο στάδιο της αμφιβολίας και της αδράνειας υπάρχει απογοήτευση ή/και αυτό-κατηγορία επειδή οι ανάγκες δεν καλύπτονται από την εργασία. Παρόλα αυτά η προσπάθεια επένδυσης όχι μόνο συνεχίζεται αλλά προχωρά πιο εντατικά. Όσο οι προσδοκίες δεν βρίσκουν ανταπόκριση, η εργασία από-ιδανικοποιείται και ο επαγγελματίας υγείας ενοχλείται συχνότερα από πράγματα που προηγουμένως δεν είχαν ανάλογη επιρροή πάνω του. Υπαισχύεται η αμφισβήτηση κατά πόσο τελικά θα μπορέσει ποτέ η εργασία να ανταποκριθεί στις αρχικές φιλοδοξίες.

Στο στάδιο της απογοήτευσης και ματαίωσης, ο επαγγελματίας υγείας αποθαρρύνεται μετά από τις

πολλές άκαρπες προσπάθειες του, απομακρύνεται από τους ασθενείς και νιώθει ματαίωση. Σε αυτό το στάδιο είναι απαραίτητη η αναθεώρηση των προσδοκιών. Στην αντίθετη περίπτωση, οδηγείται στο στάδιο της απάθειας. Στο στάδιο της απάθειας, ο επαγγελματίας υγείας αποφεύγει την υπευθυνότητα και δεν ενδιαφέρεται να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών του. Παύει πια να επενδύει στην επαγγελματική του ιδιότητα και εργάζεται απλά και μόνο για βιοποριστικούς λόγους.

Μην βασίζεστε μόνο στις οργανωτικές παρεμβάσεις. Στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης το βάρος πέφτει συχνά στις οργανωτικές παρεμβάσεις. Είναι εύλογο ότι χρειάζεται να γίνουν οργανωτικές αλλαγές που στοχεύουν σε αλλαγές στις ηγετικές συμπεριφορές, στη γραφειοκρατία και στις εργασιακές απαιτήσεις, στην αυτονομία και στον έλεγχο πάνω στη δουλειά, στο σύστημα ανταμοιβών και στο κλίμα δικαίου, στην ανάπτυξη 'κοινότητας' και στην υποστήριξη των επαγγελματιών. Κάτι τέτοιο, όμως, δεν είναι στον έλεγχο του επαγγελματία υγείας και εξαρτάται από αποφάσεις τρίτων. Η προσμονή ανάλογων πρωτοβουλιών από το δημόσιο τομέα όχι μόνο δεν θα είναι ωφέλιμη αλλά μπορεί να εντείνει τη ματαίωση και την απάθεια. Άλλωστε κεντρικός παράγοντας στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η αναμονή χωρίς αντίκρισμα. Όταν δεν έρχονται οι απαιτούμενες αλλαγές έξωθεν, επενδύουμε σε αλλαγές έσωθεν και το κάνουμε για τη δική μας ψυχική υγεία.

Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

Η επαγγελματική εξουθένωση συχνά εξισώνεται με το στρες και προτείνονται παρεμβάσεις με στόχο τη μείωση του. Παρά τη χρησιμότητα των προγραμμάτων μείωσης του στρες, στην προκειμένη περίπτωση δεν επαρκούν και τα αποτελέσματα τείνουν να είναι βραχυπρόθεσμα. Ο επαγγελματίας υγείας χρειάζεται να (ξανα)επενδύσει στην προσωπική του ζωή γιατί συχνά επιτρέπει στη φύση της εργασίας του να επηρεάσει τις προσωπικές του σχέσεις. Δεν μπορεί να τονιστεί αρκετά η σημασία της οικογενειακή ζωής και η ύπαρξη πηγών ευχαρίστησης εκτός επαγγελματικού χώρου. Επιπλέον, χρειάζεται υπενθύμιση για αυτοφροντίδα καθώς ο επαγγελματίας υγείας έχει μάθει να φροντίζει τους άλλους αλλά αμελεί να συμπεριλάβει τον εαυτό του στις υπηρεσίες που προσφέρει. Η επίγνωση και η διαχείριση προσωπικών χαρακτηριστικών που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση όπως η επικριτική στάση

και η έλλειψη συμπόνιας απέναντι στον εαυτό μας, η τελειομανία και η υπερδέσμευση, ο άκαμπος ιδεαλισμός και η έλλειψη προσαρμοστικότητας μπορούν να φανούν ωφέλιμα. Το σημαντικότερο, όμως, στην πρόληψη αλλά και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η αναθεώρηση των προσδοκιών σχετικά με την εργασία.

Ο επαγγελματίας υγείας ξεκινά την καριέρα του και μπαίνει στο σύστημα υγείας με προσδοκίες. Η αποτυχία του συστήματος να ανταποκριθεί σε αυτές τις προσδοκίες πυροδοτεί τις πρώτες εκδηλώσεις απογοήτευσης. Είναι απαραίτητη η αναθεώρηση των αρχικών προσδοκιών και ο επαναπροσδιορισμός της εργασίας για την αναχαίτιση και την αναστροφή της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτή η αναθεώρηση δεν προστατεύει μόνο από καθημερινές απογοητεύσεις αλλά διευκολύνει τον επαγγελματία υγείας να σχεδιάσει (ανεπίσημα) τη εργασία του έτσι ώστε να συμβαδίζει με τα κίνητρα, τα δυνατά σημεία και τα ενδιαφέροντα του. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται job crafting (Berg & Wrzesniewski, 2008) και είναι στον απόλυτο έλεγχο του επαγγελματία. Και στην επαγγελματική εξουθένωση ο έλεγχος χρειάζεται να ξανα-επιστρέψει σε εμάς.

Ανδρέας Αρματάς, MA DCH AFISCP  
Clinical & Coaching Psychologist  
armatas@hypnosis.gr  
συγκεκριμένα από τα 261 άτομα οι 114 έκαναν το εμβόλιο.



## Η Σεξουαλική Παρενόχληση στο Χώρο Δουλειάς: Διάκριση Λόγω Φύλου με Μεγάλο Ψυχικό Κόστος

Το κίνημα #metoo έφερε στο προσκήνιο επιτακτικά τις τεράστιες διαστάσεις της σεξουαλικής παρενόχλησης στο χώρο δουλειάς, όπως επίσης και τις σημαντικές ψυχικές επιπτώσεις που έχει στα θύματα που είναι κυρίως γυναίκες. Ας δούμε συνοπτικά τον ορισμό της σεξουαλικής παρενόχλησης, το νομοθετικό πλαίσιο και το ψυχικό κόστος που δημιουργεί στα θύματα.

### Ορισμός

Η σεξουαλική παρενόχληση στους χώρους δουλειάς αποτελεί την μορφή βίας κατά των γυναικών που ασκείται στον εργασιακό χώρο και αποτελεί έμμεση διάκριση λόγω φύλου εφόσον παρεμποδίζει την εφαρμογή της ισότητας των φύλων στην αγορά εργασίας. Έρευνες στην ΕΕ έδειξαν ότι γύρω στο 40-50% των γυναικών εργαζομένων έχει υποστεί σεξουαλική παρενόχληση. Το κόστος αυτών των συμπεριφορών περιλαμβάνει ψυχοσωματικά συμπτώματα, απώλεια της αυτοπεποίθησης και προβλήματα στην επαγγελματική και οικογενειακή ζωή. Ο βαθμός συνειδητοποίησης του προβλήματος διαφέρει ανάμεσα στον Ευρωπαϊκό βορά και τον νότο στον οποίο πολλές εκφράσεις σεξουαλικής παρενόχλησης θεωρούνται μέρος των βίαιων συμπεριφορών λόγω φύλου δεν στοιχειοθετούν αξιόποινη πράξη.

Η καταγγελία των περιστατικών σεξουαλικής παρενόχλησης είναι εξαιρετικά δύσκολη, αφού τα θύματα εξαρτώνται επαγγελματικά από τους δράστες. Η υποδεέστερη θέση τους στην επαγγελματική ιεραρχία και η μεγάλη ανεργία των γυναικών αποδυναμώνουν τις δυνατότητες καταγγελίας των σεξουαλικών παρενοχλήσεων, γιατί θέτουν σε κίνδυνο την εργασιακή κατάσταση και τις ευκαιρίες επαγγελματικής σταδιοδρομίας των γυναικών.

### Ο Νόμος

Η Οδηγία 2002/73/ΕΚ για την ίση μεταχείριση ανδρών και γυναικών στην απασχόληση ρύθμισε νομοθετικά την σεξουαλική παρενόχληση για πρώτη φορά στην Ευρωπαϊκή Ένωση Η Οδηγία υιοθέτησε τον ορισμό της σεξουαλικής παρενόχλησης ως «διάκριση στην εργασία»:

Σεξουαλική παρενόχληση είναι: όταν εκδηλώνεται οιαδήποτε μορφή ανεπιθύμητης λεκτικής μη λεκτικής ή σωματικής συμπεριφοράς σεξουαλικού χαρακτήρα, με σκοπό ή αποτέλεσμα την προσβολή της αξιοπρέπειας ενός ατόμου, ιδίως με τη δημιουργία εκφοβιστικού, εχθρικού, εξευτελιστικού, ταπεινωτικού, ή επιθετικού περιβάλλοντος.

Η Οδηγία (α) αναγνώρισε την σεξουαλική παρενόχληση ως διάκριση λόγω φύλου, (β) διευκόλυνε την απόδειξη και προστατεύουν τα θύματα και τους μάρτυρες από τις διεκδικητικές ενέργειες των εργοδοτών, (γ) καταλόγισε ευθύνη στους εργοδότες που οφείλουν να εξασφαλίζουν περιβάλλον εργασίας που προστατεύει από την αξιοπρέπεια των εργαζομένων, και (δ) παρέσχε το δικαίωμα στις συνδικαλιστικές οργανώσεις και τις μη κυβερνητικές οργανώσεις να προσφεύγουν για λογαριασμό των θυμάτων με στόχο να διευκολυνθούν οι καταγγελίες.

Μέχρι το 2006, στην Ελλάδα η σεξουαλική παρενόχληση δεν αποτελούσε ιδιαίτερο αδίκημα, αλλά διωκόταν ως έργω εξύβριση, ασέλγεια ή σωματική βλάβη ανάλογα με τη βαρύτητα της πράξης, ή ως προσβολή της προσωπικότητας. Η εναρμόνιση έγινε με τον Ν.3488/2006. Την ψήφιση του Νόμου συνόδευσε έντονη δημόσια συζήτηση σχετικά με δύο κυρίως ζητήματα που προέκυψαν από την ενσωμάτωση της Οδηγίας. Το πρώτο αφορούσε το ζήτημα του ορισμού της σεξουαλικής παρενόχλησης και το δεύτερο το βάρος απόδειξης.

Το Εγχειρίδιο Συμβουλευτικής για τη Σεξουαλική Παρενόχληση στο Χώρο Εργασίας «Δεν ανεχόμαστε τη σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας. Προς εργαζόμενες, εργοδότες και κοινωνικούς φορείς» που εκδώσαμε το 2011 στην Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων διαφώτισε πολλές πλευρές του θέματος.

#### Το Ψυχικό κόστος

Σύμφωνα με έρευνες (π.χ. Gutek B.A) η σεξουαλική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο έχει ως συνέπεια συναισθηματικό, σωματικό και ψυχικό κόστος. Ειδικά όσον αφορά τις επιπτώσεις στον ψυχολογικό τομέα, αυτές περιλαμβάνουν μείωση της αυτοεκτίμησης, της αυτοπεποίθησης και ενδέχεται να επηρεάσουν τις σχέσεις των γυναικών-θυμάτων παρενόχλησης με άλλους άνδρες. Μεταξύ των συναισθημάτων που βιώνουν οι εν λόγω γυναίκες είναι τα φαινόμενα άγχους, φόβου, κατάθλιψης, όπως και αίσθηση ευαλωτότητας. Την ίδια στιγμή,

η παρενόχληση σχετίζεται με τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης των γυναικών σε σχέση με αυτά των ανδρών. Ήδη από το 1987, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, είχε παρατηρήσει ομοιότητες μεταξύ του απόηχου της σεξουαλικής παρενόχλησης και συμπτωμάτων της μετατραυματικής διαταραχής. Η ανταπόκριση του εργασιακού περιβάλλοντος στην καταγγελία της παρενόχλησης από το θύμα είναι πολύ σημαντική, καθώς, η ανοχή που δείχνουν οι εργοδότες εντείνει το ψυχικό κόστος.

Η Fitzgerald L.F με την ομάδα της ανέπτυξε ένα θεωρητικό μοντέλο το οποίο περιγράφει τις αιτίες και τα αποτελέσματα της σεξουαλικής παρενόχλησης στον χώρο εργασίας. Σε αυτό το πλαίσιο, η σεξουαλική παρενόχληση αναγνωρίζεται ως στρεσογόνο παράγοντας που μπορεί μεταξύ άλλων να οδηγήσει σε κακή κατάσταση της ψυχικής υγείας. Έχει ενδιαφέρον, ότι ακόμα και συγκρίνοντας την πιθανή σεξουαλική παρενόχληση που θα υποστούν ένας άνδρας και μια γυναίκα στον χώρο εργασίας, η ήδη προνομοιακή θέση του άνδρα σε σχέση με τη θέση της γυναίκας πιθανώς θα λειτουργήσει ως «ασπίδα» για την ψυχική του υγεία. Η προνομοιακή θέση μπορεί να τους προστατεύσει από τις επιπτώσεις της σεξουαλικής παρενόχλησης, την ίδια στιγμή που για τη γυναίκα, τα αρνητικά αποτελέσματα αυτής μπορεί να ενισχύσουν την υποβάθμιση της θέσης τους στον χώρο εργασίας. Υπό αυτήν την έννοια, όχι μόνο οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να υποστούν σεξουαλική παρενόχληση λόγω φύλου αλλά και αφού την υποστούν, οι ψυχικές επιπτώσεις θα είναι εντονότερες από εκείνες που θα αντιμετώπιζε ένας άνδρας.

Μαρία Στρατηγάκη,  
Αν. Καθηγήτρια Κοινωνικής Ρολιτικής,  
Αντιδήμαρχος Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Πρόνοιας  
και Ισότητας, πρώην Γ.Γ. Ισότητας των Φύλων.



# Διαχείριση Προσωπικού με Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα

Οι κοινωνικά ευάλωτοι εργαζόμενοι αποτελούν μία μεγάλη μερίδα εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Αναφέρεται δε ότι κάποια στιγμή στην εργασιακή τους ζωή οι εργαζόμενοι όλοι οι εργαζόμενοι θα χρειαστεί να υποστηριχθούν με κάποιο τρόπο από την υπηρεσία τους προκειμένου να διαχειριστούν κοινωνικά και σοβαρά οικογενειακά τους προβλήματα.

Αναφορικά με την κατηγορία των ψυχικά ασθενών εργαζομένων αυτοί αποτελούν με συνεχώς αυξανόμενο ρυθμό βασική κατηγορία τόσο στο Ευρωπαϊκό όσο και στο Ελληνικό εργασιακό τοπίο. (Work Health European Work related report on CDV and Mental Health II)

Η Ελληνική Νομοθεσία ορίζει σχετικά στον Δημοσιοϋπαλληλικό κώδικα 3582/2007 καθιερώνοντας την αρχή κοινωνικής αλληλεγγύης η οποία οφείλει να διέπει την υπηρεσιακή κατάσταση των ΔΥ οι οποίοι δύνανται να είναι αποδέκτες ένεκα δυσμενών συνθηκών, δυνάμενων να οφείλονται σε πρόβλημα υγείας ενώ το Ελληνικό Σύνταγμα στο άρθρο περί προστασίας της αξίας του ανθρώπου ορίζει την ανάγκη καθιέρωσης ειδικού καθεστώτος μεταχείρισης των νοσούντων υπαλλήλων η οποία ορίζεται ως συνταγματικώς κατοχυρωμένη σχετιζόμενη άμεσα με την προστασία της ανθρώπινης αξίας. (Κώδικας ΔΥ3582/2007, Σύνταγμα της Ελλάδας)

Παρά των ανωτέρω οι πρακτικές που καθορίζουν και διέπουν την διαχείριση του προσωπικού με ψυχοκοινωνικά προβλήματα στην υγείας

συνίστανται σε απαξίωση του εργασιακού ρόλου, σε ανάθεση μειωμένων ευθυνών κατά την εργασία, μετακίνηση του εν λόγω προσωπικού σε ρόλους και εργασίες που θα είναι όσο το δυνατόν λιγότερο «ορατοί», σε αδυναμία διαχείρισης ρατσιστικών περιστατικών και συμπεριφορών στιγματισμού. Οι παραπάνω πρακτικές καταλήγουν συχνά σε προβλήματα που αφορούν το ρόλο των μελών της υγειονομικής ομάδας και αφορούν σε αμφιβολία ρόλου για τα μέλη της ομάδας εργασίας, σε υπερφόρτωση ρόλου για τους ψυχικά υγιείς εργαζόμενους, σε αποφόρτιση ρόλου και εργασιακή ανία για τους ψυχοκοινωνικά ασθενείς εργαζόμενους και εν κατακλείδι σε σύγκρουση ρόλων μέσα στο χώρο εργασίας, προβληματική απόδοση και προστριβές.

Εξαιτίας των ανωτέρω πλήττονται καίρια μέρη της δυναμικής της ομάδας εργασίας που αφορούν τη συνοχή, επικοινωνία και υπευθυνότητα, την αίσθηση ασφάλειας των μελών της ομάδας και την αναζήτηση και τη διατήρηση κινήτρων για εργασία και αποτελεσματικότητα.

Η διαχείριση του προσωπικού με ψυχοκοινωνικά προβλήματα αφορά μία πρόκληση για το σύστημα υγείας και τον προϊστάμενο προκειμένου αυτό να ενταχθεί αποδοτικά και αποτελεσματικά στην εργασία και να κινητοποιηθεί.

Σύμφωνα με τις αρχές κινητοποίησης χρήσιμα σε αυτήν την προσπάθεια είναι το ύψος επικοινωνίας, η ανθρωποκεντρική προσέγγιση, η στόχευση ρόλων με εφικτούς στόχους προσαρμοσμένους στις ιδιαίτερες ικανότητες και δεξιότητες των ατόμων ώστε αυτά να προσλαμβάνουν ικανοποίηση από την εργασία τους και να τους δίδεται η δυνατότητα να αποδώσουν και να αυξήσουν το αίσθημα αυτό-αποτελεσματικότητας τους. Σε όλη αυτή τη διαδικασία κινητοποίησης



## 3.3 Organisational measures: Dealing with mental health problems

44. Is there a fair recruitment practice for all applicants including people with mental health problems or disorders?

YES  NO

45. Does the sickness absence policy include a specific approach and measures for employees with mental health problems?

YES  NO

46. Has your organisation set up a system to handle mental health issues confidentially? (e.g. The presence of a person to who employees can go with problems and mental health issues in confidence, a room where they can talk privately, etc)

YES  NO

47. Are adjustments to the workplace for employees with mental health problems considered when necessary?

YES  NO

48. Are adjustments to the job for employees with mental health problems considered when necessary?

YES  NO



το ύφος επικοινωνίας πρέπει να είναι αυστηρά μη γονεϊκό αλλά συνεργατικό.

Προκειμένου να γίνουν εφικτά τα ανωτέρω υπάρχουν στην βιβλιογραφία πληθώρα εργαλείων διαχείρισης προσωπικού με ψυχοκοινωνικά προβλήματα τόσο αναφορικά με τα οργανωτικά μέτρα υποστήριξης και διαχείρισης όσο και αναφορικά με την απόδοση των προϊστάμενων στη διαχείριση αυτής της κατηγορίας των εργαζομένων. (ENWPH, Work adapted for all program- move Europe 2010 )

Συστήματα διαχείρισης που ισχύουν και λειτουργούν αναφέρουν ως ενδεικτικό πλάνο τα εξής βήματα (European Network for Workplace Health Promotion)

Αναγνώριση και καταγραφή του προσωπικού με ψυχοκοινωνικά προβλήματα από το φορέα εργασίας τόσο κατά την περίοδο εργασίας τους όσο και κατά τις περιόδους απουσιασμού από αυτήν.

Επικοινωνία τηλεφωνική (κατά την

Η πρόκληση ενσωμάτωσης του προσωπικού με ψυχοκοινωνικά προβλήματα στην εργασία στο χώρο της υγείας αφορά ένα πολύπλοκο θέμα που δεν είναι δυνατό να αντιμετωπιστεί χωρίς την εξατομίκευση της υποστήριξης του εργασιακού αυτού δυναμικού σε ένα οργανωμένο και δομημένο υποστηρικτικό πλαίσιο του φορέα. Αυτό απαιτεί συστηματική ενασχόληση και στόχευση του φορέα εργασίας, εκπαίδευση των υπαλλήλων που διαχειρίζονται το προσωπικό, αποφυγή στερεοτυπικών αντιλήψεων και πρακτικών στη διαχείριση του προσωπικού αυτού αλλά και δράσεις αλλαγής της εργασιακής νοοτροπίας του φορέα ο οποίος οφείλει να αντιληφθεί ότι οι εργαζόμενοι με ψυχοκοινωνικά προβλήματα μπορεί να αποβούν πολύ αποτελεσματικοί για τον φορέα και την εργασία εφόσον ληφθούν υπόψη οι ικανότητες και δεξιότητες τους.

### Manager support for return to work: a check list

Employee's name: \_\_\_\_\_

Managers name: \_\_\_\_\_ Date of first absence: \_\_\_\_\_



Competency	Sub-competency	Do (-) / Don't (+)	Examples of manager behaviour	Date	Comments
During the employee's absence, the manager...					
While the employee is off		✓	regularly communicates with the individual via telephone or email		
			regularly communicates work issues with the individual to keep them in the loop		
			focuses conversations more on the individual's wellbeing		
			is in touch with the individual's close colleagues with regards to their health		
			encourages work colleagues and other members of the organisation to keep in touch with the individual		
			relays positive messages through family or friends		
			makes it clear that the individual should not rush back to work		
			makes it clear that the company will support the individual during their absence		
Once the employee has returned to work, the manager...					
The initial return to work		✓	gives the individual lighter duties/different jobs during their initial return to work		
			incorporates a phased return to work for the individual		
			remains objective when discussing return-to-work adaptations for the individual		
			explains the return-to-work process/procedures to the individual before they return		
			explains any changes to the individual's role, responsibilities and work practices		
			meets the individual on their first day back		
makes the individual's first weeks back at work as lowstress as possible					

διάρκεια απουσιασμού και πριν την επιστροφή στην εργασία) όσο και δια ζώσης με τον εργαζόμενο και ενημέρωση του για τις υποστηρικτικές δομές και διατάξεις καθώς και για την ικανότητα να εκτελεί συγκεκριμένα καθήκοντα και ρόλους.

- Θέσπιση και απόφαση πλάνου εργασίας για τον εργαζόμενο με ψυχοκοινωνικό πρόβλημα με παράλληλη καταγραφή της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας τους κατά την διάρκεια της εργασίας του

- Αναθεώρηση του πλάνου όταν παραστεί ανάγκη

Θαυασά Γεωργία

Νοσηλεύτρια Msc

Υπεύθυνος Γραφείου Πρόληψης και Αγωγής Υγείας  
Προϊστάμενος τμήματος Κεντρικής Αποστείρωσης  
Μέλος ΕΕ ΕΔΝΥΠΥ

Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

# Πρωταρχικό μας Μέλημα η Ψυχική Υγεία και η Ασφάλεια των Εργαζομένων

Η ραγδαία εξέλιξη στο χώρο της υγείας είναι εμφανής τόσο στις λειτουργίες της όσο και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πληθώρα εργασιών έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα με σκοπό να διερευνηθεί η έκθεση των επαγγελματιών υγείας σε πιθανούς κινδύνους στον εργασιακό τους χώρο.<sup>1</sup>

Στο χάρτη της Ottawa (1986), η βασικότερη φιλοσοφία της Προαγωγής Υγείας είναι «να προστίθενται χρόνια στη ζωή και ζωή στα χρόνια». Αυτό επιτυγχάνεται με πολλούς τρόπους, όπως με την ανάδειξη υγιών τρόπων ζωής, με την αναβάθμιση ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, αλλά πρωτίστως, με την εκπαίδευση και την πρόληψη υγιών συμπεριφορών.<sup>2</sup>

Η εργασία στο χώρο της υγείας είναι περίπλοκη και από πλευράς οργάνωσης και πλευράς λειτουργίας. Παρουσιάζει πληθώρα κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων.<sup>3</sup> Ωστόσο η υγεία είναι ένα θεμελιώδες αγαθό και δικαίωμα που προστατεύεται από τη νομοθεσία. <sup>4</sup>

Η αποσαφήνιση των επαγγελματικών κινδύνων σε οποιαδήποτε μορφή εργασίας του νοσοκομείου έχει μεγάλη σημασία για τον σχεδιασμό της πρόληψης των εργατικών ατυχημάτων. Σύμφωνα με αυτά, διαμορφώνονται τα μέτρα πρόληψης και αναδιοργανώνονται οι διαδικασίες της εργασίας, ώστε να καταστούν ασφαλείς.<sup>5</sup>

Τα εμπόδια για την πρόληψη επαγγελματικών κινδύνων είναι η έλλειψη εργατικού δυναμικού, χρόνου και οικονομικών μέσων.<sup>6</sup> Η διαμόρφωση του εργασιακού περιβάλλοντος, χαμηλών προδιαγραφών, έχει ως αποτέλεσμα σοβαρές συνέπειες στην ασφάλεια των εργαζομένων καθώς και στην οικονομική και κοινωνική ζωή ενός κράτους.<sup>7</sup>

Τις τελευταίες δεκαετίες το θέμα των ψυχοκοινωνικών κινδύνων στον χώρο εργασίας, έχει γίνει ένα από τα βασικά πεδία έρευνας και μελέτης στο χώρο της επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας. Ζητήματα όπως το εργασιακό άγχος, η επαγγελματική εξουθένωση, η εργασιακή

παρενόχληση καθώς και η βία στον χώρο εργασίας αποτελούν φαινόμενα που προκαλούν αυξανόμενο προβληματισμό λόγω της επιδείνωσης τους.<sup>8</sup>

Η ύπαρξη και διατήρηση σε έναν εργασιακό χώρο παραγόντων ευνοϊκών για την ανάπτυξη κακών ψυχοκοινωνικών συνθηκών έχει σοβαρή αρνητική επίδραση στην υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων καθώς και στα αποτελέσματα του οργανισμού. Ο προβληματικός σχεδιασμός και οργάνωση της εργασίας και το αρνητικό ψυχοκοινωνικό περιβάλλον επιδρούν αρνητικά στη δημιουργικότητα των εργαζομένων και κατ' επέκταση στην απόδοση ενός οργανισμού.<sup>8</sup>

Παραδείγματα συνθηκών εργασίας που ενδέχεται να οδηγήσουν σε ψυχοκοινωνικούς κινδύνους είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, οι αντικρουόμενες απαιτήσεις και ασάφειες, η έλλειψη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, η κακή διαχείριση των οργανωτικών αλλαγών, η εργασιακή ανασφάλεια, η αναποτελεσματική επικοινωνία, η έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση ή τους συναδέλφους, καθώς και η ψυχολογική παρενόχληση που ασκείται από τρίτους.<sup>8</sup>

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή δημοσκόπηση που διενήργησε ο EU-OSHA δείχνει ότι σχεδόν το ήμισυ των εργαζομένων πιστεύει ότι το εργασιακό άγχος αποτελεί συνηθισμένη κατάσταση στον χώρο εργασίας τους.<sup>8</sup>

Με γνώμονα την Προαγωγή της υγείας το Γραφείο Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης σε συνεργασία με την Διοίκηση του νοσοκομείου αποφάσισε να αναλάβει δράση. Αρχικό μας μέλημα ήταν η αλλαγή της υπάρχουσας κουλτούρας. Στηριζόμενοι στις μεθόδους και τις τεχνικές του κοινωνικού μάρκετινγκ, εφαρμόσαμε σχεδιασμένα προγράμματα τα οποία επιφέρουν αλλαγές στη συμπεριφορά, με κεντρικό στόχο την ασφάλεια των εργαζομένων.

Τέσσερεις είναι οι πυλώνες δράσεις μας:

- Η προαγωγή και η διατήρηση του υψηλότερου επιπέδου φυσικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας των εργαζομένων
- Η πρόληψη των επιδράσεων των εργασιακών συνθηκών, στην υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων
- Η προστασία των εργαζομένων από τους επαγγελματικούς κινδύνους με την λήψη σωστών μέτρων πρόληψης
- Η σωστή εκπαίδευση των εργαζομένων

προκειμένου να διαβιούν με ασφάλεια στο εργασιακό περιβάλλον

Στο παλίσιο αυτό, το Γραφείο Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης σε συνεργασία με τις τρεις Διευθύνσεις του Γ.Ν.Α. «Η ΕΛΠΙΣ» και την υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου, πραγματοποιεί επιμορφωτικά σεμινάρια για την αντιμετώπιση κρίσεων, όπως Διαχείριση κρίσεων σε περίπτωση Σεισμού-διαλογή Triage, σεμινάριο για το σεισμό στις Μονάδες υγείας, για την Πυρασφάλεια-Πυρόσβεση καθώς και την δημιουργία εντύπων με οδηγίες σε περίπτωση πυρκαγιάς-τρόπου χρήσης των πυροσβεστήρων-είδη πυροσβεστήρων.

Σε συνεργασία με την Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, πραγματοποιούνται μαθήματα για τα Μέτρα Ατομικής Προστασίας, την Υγιεινή των χεριών και την ορθή χρήση γαντιών, την διαχείριση των υγειονομικών αποβλήτων, την ορθή χρήση των αντιβιοτικών, τη διαχείριση των αιχμηρών. Επίσης αναρτώνται αφίσες και μοιράζονται έντυπα στους εργαζόμενους σχετικά με , την υγιεινή των χεριών, την σπουδαιότητα του εμβολιασμού και τα Μέτρα Ατομικής Προστασίας.

Γνωρίζοντας ότι το άγχος θεωρείται από τους μισούς περίπου ευρωπαϊούς εργαζόμενους σύνηθες φαινόμενο στον χώρο εργασίας τους και ευθύνεται περίπου για τις μισές χαμένες εργάσιμες ημέρες, διοργανώνουμε εκπαιδευτικά σεμινάρια με θέματα όπως επαγγελματική εξουθένωση, Mobbing, διαχείριση χρόνου, αποτελεσματική επικοινωνία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, διαχείριση των συγκρούσεων, ασφάλεια και υγιεινή στο χώρο του νοσοκομείου. Επίσης πραγματοποιήθηκε βιωματικό εργαστήριο για την διαχείριση του εργασιακού άγχους με σκοπό την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της επαγγελματικής κόπωσης αλλά και την πρόληψη αυτής.<sup>9</sup>

Τέλος για την αποφόρτωση των εργαζομένων καθώς και για την εξοικονόμηση χρόνου και ομαλής λειτουργίας ενισχύουμε την δημιουργία πρωτοκόλλων, τη δημιουργία κοινών εντύπων εσωτερικής λειτουργίας και την καταγραφή διαδικασιών με την δημιουργία διαγραμμάτων ροής.

Όλες οι δράσεις, αναφέρονται και αναλύονται στην ετήσια στοχοθεσία που καταθέτουμε στην Διοίκηση, τηρώντας αρχείο με τις πραγματοποιούμενες ενέργειες με σκοπό την αξιοποίησή τους, καθώς

και την τήρηση παρουσιολογίου εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων στα πλαίσια ποιότητας.

Γνωρίζοντας, ότι το υγιές ψυχοκοινωνικό περιβάλλον αυξάνει την απόδοση και την προσωπική ανάπτυξη, καθώς και την ψυχική και σωματική ευεξία των εργαζομένων, προσπαθούμε να δημιουργήσουμε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας παρέχοντας κίνητρα και σωστή κατάρτιση στους εργαζόμενους προκειμένου να αποδώσουν το μέγιστο των ικανοτήτων τους.

Είναι γεγονός ότι με την κατάλληλη προσέγγιση, μπορεί να επιτευχθεί η πρόληψη και η επιτυχής διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων και του εργασιακού άγχους, ανεξάρτητα από το μέγεθος ή τον τύπο του οργανισμού. Μια προληπτική, ολιστική και συστηματική προσέγγιση της διαχείρισης των ψυχοκοινωνικών κινδύνων θεωρείται ότι διασφαλίζει τα βέλτιστα αποτελέσματα.

Συμπερασματικά, οι επαγγελματίες υγείας στο χώρο εργασίας τους, έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με πολλούς κινδύνους, προκλήσεις και αντιξοες συνθήκες. Παρατηρείται στην Ελλάδα η προσπάθειά της να εναρμονιστεί με τις οδηγίες-κατευθύνσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ασφάλεια της εργασίας, με σκοπό τη μείωση των εργατικών ατυχημάτων και την Προαγωγή Υγείας στους χώρους εργασίας. Εν κατά κλείδι, στόχος μας είναι η εφαρμογή υγιών πρακτικών ώστε να υπάρξει αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος.

Ζωή Μπιτσώρη  
RN/Υπεύθυνη Γραφείου Ελέγχου Ποιότητας,  
Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Γ.Ν.Α. Η  
ΕΛΠΙΣ



# Δράσεις για την Προώθηση του Εμβολιασμού Ενάντια στον Ιό της Γρίπης στο Γ.Ν. Νέας Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο -Πατησίων

Η γρίπη είναι μια μεταδοτική νόσος του αναπνευστικού προκαλούμενη από τον ιό της γρίπης. Μπορεί να προκαλέσει ήπια ως σοβαρή νόσο και κάποιες φορές να οδηγήσει ακόμα και στο θάνατο. Η νόσος μπορεί να μεταδοθεί στους επαγγελματίες υγείας είτε από τους ασθενείς είτε από προσωπικό που νοσεί και στη συνέχεια διασπείρεται στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας. Ο εμβολιασμός των επαγγελματιών υγείας αποτελεί σημαντική προτεραιότητα όχι μόνο για λόγους ατομικής προστασίας αλλά κυρίως για την προστασία των ασθενών υψηλού κινδύνου. Επιπλέον, αποτελεί βασικό μέτρο για τον περιορισμό της διασποράς του ιού στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ο Εσωτερικός Κανονισμός Πρόληψης και Ελέγχου Λοιμώξεων του Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», περιελάμβανε στη στοχοθεσία του έτους 2018-2019, που απεστάλη τόσο στη Διοίκηση του Νοσοκομείου όσο και στην 1η Υ.Π.Ε., την αύξηση του ποσοστού συμμετοχής του προσωπικού στον αντιγριπικό εμβολιασμό κατά 10%.

Στο Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων», λόγω του χαμηλού ποσοστού εμβολιαστικής κάλυψης των εργαζομένων τα προηγούμενα έτη, πραγματοποιήθηκαν νέες δράσεις (εκτός από τα ατομικά συνταγογραφημένα εμβόλια που εκτελέστηκαν από τις Επισκέπτριες Υγείας) από τις Νοσηλεύτριες Επιτήρησης Λοιμώξεων (Ν.Ε.Λ.) με τελικό στόχο την εκπλήρωση της στοχοθεσίας που τέθηκε.

Η Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων ενέκρινε σε συνεδρίασή της, την εφαρμογή νέων και πρωτοπόρων δράσεων μετά από εισήγηση των Ν.Ε.Λ., προκειμένου να αυξηθεί η εμβολιαστική κάλυψη των επαγγελματιών υγείας συγκριτικά με τα προηγούμενα έτη.

Οι νέες δράσεις οι οποίες πραγματοποιήθηκαν την φετινή περίοδο της εποχικής γρίπης ήταν:  
**ΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

α) διαλέξεις για την εποχική γρίπη από τη Λοιμωξιολόγο του Νοσοκομείου μας, β) κινητό συνεργείο εμβολιασμού από τις Ν.Ε.Λ. καθ' όλη τη διάρκεια της εποχικής γρίπης, γ) επί τόπου εκπαίδευση στα κλινικά τμήματα για επίλυση και επεξήγηση αποριών, γ) οργάνωση εκστρατείας προώθησης εμβολιασμού (αφίσες, έντυπο ενημερωτικό υλικό του Ε.Ο.Δ.Υ., συχνές ανακοινώσεις της Ε.Ν.Λ. σε έντυπη μορφή), δ) χρήση συστημάτων υπενθύμισης εμβολιασμού, ε) προγράμματα επιβράβευσης εμβολιασθέντων, στ) υποστήριξη της Διοίκησης, ζ) προαγωγή του αισθήματος ευθύνης και ασφάλειας στην εργασία, η) προφορική ενημέρωση από τους προϊστάμενους στα τμήματα και θ) εμβολιασμός ηγετικής μορφής ή διαμορφωτών κοινής γνώμης. Τέλος, πριν την έναρξη της περιόδου της εποχικής γρίπης οι Ν.Ε.Λ. ζήτησαν από τους προϊστάμενους και τους διευθυντές των κλινικών τμημάτων την πρόθεση διενέργειας εμβολιασμού από το υφιστάμενο προσωπικό για την επάρκεια εμβολιαστικών σκευασμάτων. Η φετινή συμμετοχή των εργαζομένων στον εμβολιασμό ενάντια στην εποχική γρίπη ήταν μη αναμενόμενη, καθώς εξαντλήθηκε το αποθεματικό μας σε εμβόλια από τον Ε.Ο.Δ.Υ. και έγινε εκ νέου άλλες δύο φορές παραγγελία επιπρόσθετων εμβολιαστικών σκευασμάτων για την κάλυψη των προκύπτουσών αναγκών.

Οι Ν.Ε.Λ. σας παραθέτουν τα στοιχεία της συγκριτικής καταγραφής για τα προηγούμενα έτη και για το έτος 2018-2019 συγκεκριμένα:

2016-2017 εμβολιάστηκαν συνολικά 99/941 εργαζόμενοι (10.52%)

2017-2018 εμβολιάστηκαν συνολικά 96/909 εργαζόμενοι (10.56%)

2018-2019 εμβολιάστηκαν συνολικά 413/906 εργαζόμενοι (45.6%)

Στη φετινή περίοδο της εποχικής γρίπης 2018-2019 εμβολιάστηκαν συνολικά 413/906 εργαζόμενοι του Νοσοκομείου, που αντιστοιχεί σε ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης 45.6%.

Αναλυτικότερα:

- Ιατρική Υπηρεσία: 160/273 (58.61%)
- Νοσηλευτική Υπηρεσία: 165/391 (42.2%)
- Λοιπό Επιστημονικό Προσωπικό: 24/108 (22.22%)
- Τεχνική Υπηρεσία: 3/23 (13.1%)
- Διοικητική Υπηρεσία: 61/111 (54.95%)

Συμπερασματικά, με την εφαρμογή των καθιερωμένων μέτρων και των νέων δράσεων από



την Ε.Ν.Α. παρατηρήθηκε συντριπτική αύξηση 35% στο συνολικό ποσοστό εμβολιασμού των εργαζομένων του νοσοκομείου σε σχέση με τα προηγούμενα έτη, ποσοστό που υπερβαίνει κατά πολύ την αρχική στοχοθεσία που είχε θέσει η Ε.Ν.Α.

Το ετήσιο ποσοστό αντιγριπικού εμβολιασμού αποτελεί αδιαμφισβήτητα δείκτη ελέγχου νοσοκομειακών λοιμώξεων και ένα από τα κριτήρια αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των Διοικήσεων και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Νοσηλεύτριες Επιτήρησης Λοιμώξεων  
Γ.Ν. Νέας Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων

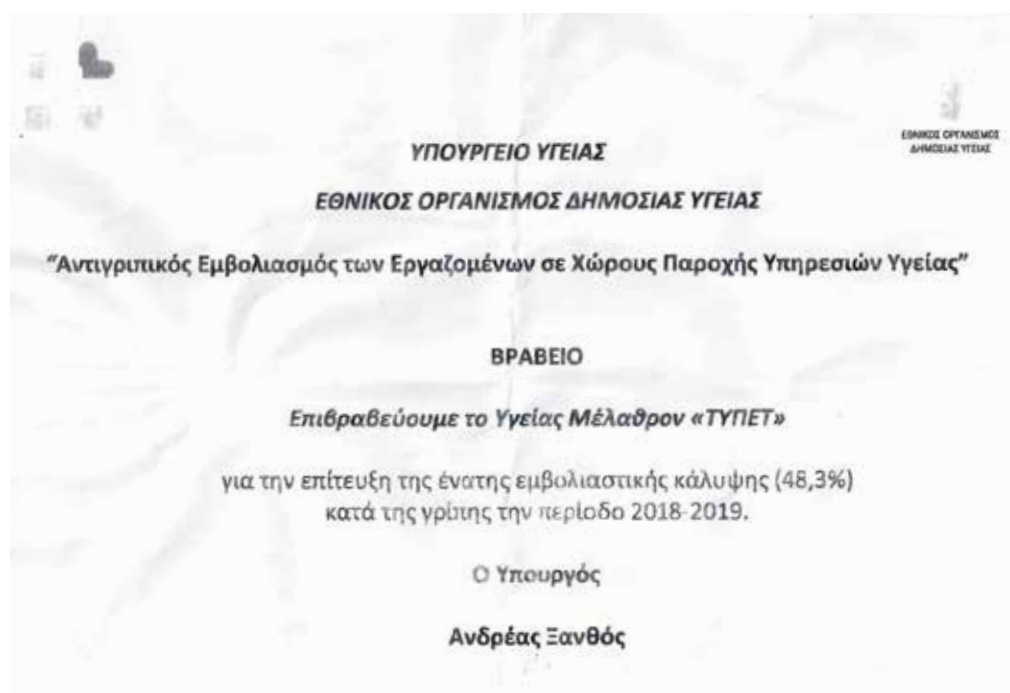
Δρ. Ευτυχία Σ. Ευαγγελίδου,  
Νοσηλεύτρια ΠΕ, ΜSc, ΜHSc, PhD,

Αλεξία Ντούσκα,  
Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc

## Αντιγριπικός Εμβολιασμός των Εργαζομένων σε Χώρους Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συχνά αναφέρεται σε δράσεις για την προώθηση του αντιγριπικού εμβολιασμού στο προσωπικό υπηρεσιών υγείας. Ο στόχος είναι αφενός η άμεση προστασία του ίδιου του εργαζόμενου και αφετέρου η έμμεση προστασία των ασθενών, κυρίως αυτών που ανήκουν στις ομάδες αυξημένου κινδύνου. Ο αντιγριπικός εμβολιασμός του προσωπικού υπηρεσιών υγείας συνιστά σημαντικό μέτρο ενός συνολικού προγράμματος για την πρόληψη και τον έλεγχο της μετάδοσης λοιμώξεων σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας αλλά και προώθησης της επαγγελματικής υγείας.

Γ' αυτό το λόγο η κλινική «Υγείας Μέλαθρον» συμμετέχει ενεργά στις δράσεις που αφορούν τους εμβολιασμούς και ιδιαίτερα της γρίπης. Αποτέλεσμα των δράσεων αυτών είναι η επίτευξη της δεύτερης εμβολιαστικής κάλυψης ανάμεσα σε άλλα νοσοκομεία της χώρας κατά την περίοδο 2016-2017 με ποσοστό 47,7% και της ένατης θέσης κατά την περίοδο 2018-2019 με ποσοστό 48,3%. Στόχος μας για την νέα εμβολιαστική περίοδο, η πλήρης εμβολιαστική κάλυψη σε όλο το προσωπικό της Κλινικής.



# Πρόληψη και Διάγνωση του Καρκίνου του Τραχήλου της Μήτρας

## -ΤΥΠΕΤ «Υγείας Μέλαθρον»-

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος σε γυναίκες κάτω των 45 ετών και αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες παγκοσμίως. Εξακολουθεί δυστυχώς να αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα υγείας – το 2018 παρουσιάστηκαν 570.000 νέα περιστατικά και 311.000 θάνατοι παγκοσμίως (61.000 & 25.000 στην Ευρώπη αντίστοιχα). Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι ετησίως 250 γυναίκες, από τα 600 περίπου νέα περιστατικά το χρόνο, χάνουν τη μάχη με τον καρκίνο. Ο αιτιολογικός παράγοντας για την ανάπτυξη καρκίνου τραχήλου της μήτρας είναι η εμμένουσα λοίμωξη από τον Ιό Ανθρωπίνων Θηλωμάτων (HPV). Υπάρχουν περισσότεροι από 150 τύποι του ιού HPV. Από αυτούς, οι 14 τύποι χαρακτηρίζονται ως υψηλού κινδύνου και ευθύνονται για την πλειοψηφία των περιστατικών καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι τύποι 16 και 18 είναι οι τύποι υψηλότερου κινδύνου και ευθύνονται για >70% όλων των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας.

Ο στόχος των προσυμπτωματικών προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου (δευτερογενής πρόληψη) είναι η έγκαιρη ανίχνευση των προκαρκινικών αλλοιώσεων ή ακόμα και της νόσου με σκοπό την άμεση παρέμβαση και θεραπεία. Το τεστ Παπανικολάου (ΠΑΠ τεστ) χρησιμοποιείται εδώ και πολλά χρόνια, ως κύριο μέσο για την ανίχνευση πρώιμων προδρόμων του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και έχει όντως συμβάλει σημαντικά στην μείωση των ποσοστών επίπτωσης της νόσου αλλά και θνησιμότητας. Τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να εφαρμόζεται σε διάφορες χώρες του δυτικού κόσμου το HPV DNA test, δηλ. η μέθοδος ανίχνευσης και τυποποίησης του DNA του HPV σε κυτταρικό υλικό από τον τράχηλο της μήτρας, ως μέθοδος μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου (screening test) μόνο του ή σε συνδυασμό με το τεστ Παπανικολάου.

Το cobas HPV test της Roche έχει εγκριθεί από τον FDA ως μέθοδος πληθυσμιακού ελέγχου είτε μόνο του (primary screening) είτε σε συνδυασμό με το τεστ Παπανικολάου (co-testing). Πρόκειται για HP-

VDNA test, με τεχνολογία realtimePCR, με το οποίο ανιχνεύεται το DNA των υψηλού κινδύνου τύπων HPV, ώστε να προσδιοριστεί αν η γυναίκα διατρέχει κίνδυνο εμφάνισης προκαρκινικών ή καρκινικών αλλοιώσεων. Το τεστ μπορεί να γίνει ταυτόχρονα με το τεστ Παπανικολάου, με μία μόνο λήψη δείγματος σε μέσο υγρής κυτταρολογίας. Η αξία του τεστ έχει αποδειχθεί μέσα από κλινικές μελέτες, με κυριότερη την ATHENATrial – μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε >47.000 γυναίκες και βάσει της οποίας δόθηκε και η έγκριση από τον FDA.

Σήμερα, αρκετές χώρες, όπως η Αυστραλία, η Ολλανδία, η Σουηδία, η Δανία, η Τουρκία, έχουν καθιερώσει το HPV DNA test ως μέθοδο πρωταρχικού προσυμπτωματικού ελέγχου (primary screening).

Οι Δράσεις του Γυναικολογικού Τμήματος της Κλινικής Υγείας Μέλαθρον εκφράζονται στα πολλαπλά επίπεδα:

- Εξωτερικά ιατρεία της κλινικής Υγείας Μέλαθρον και των εξωτερικών ιατρείων της Σοφοκλέους με δράσεις:
  - Στην ενημέρωση και την πρόληψη των γυναικολογικών προβλημάτων υγείας
  - Τον εμβολιασμό κατά του HPV
  - Την λήψη κυτταρολογικού επιχρίσματος υγρής φάσης κατά Παπανικολάου (PAP τεστ)
  - Τυποποίηση HPV ιών
  - Κολποσκόπηση και λήψη βιοψιών στην παθολογία τραχήλου
  - Συμβουλευτική πρόληψης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων
  - Λήψη καλλιιεργειών κολπικού υγρού
  - Παροχή γυναικολογικής συμβουλευτικής σε παιδιά και έφηβα κορίτσια (ιατρείο παιδικής και εφηβικής γυναικολογία)
  - Εξατομικευμένη παρακολούθηση και φροντίδα γυναικών στην περιεμμηνοπαυσιακή και εμμηνοπαυσιακή περίοδο
  - Ιατρείο Ουρογυναικολογίας ( ακράτειας ούρων και διαταραχών πυελικού εδάφους)
- Χειρουργεία (ενδοσκοπική, υστεροσκοπήσεις-λαπαροσκοπήσεις και ανοιχτή χειρουργική)
- Κλινική νοσηλεία γυναικολογικής παθολογίας και χειρουργείων.
- Επιμόρφωση με σεμινάρια στην Κλινική και συγγραφή άρθρων στο περιοδικό του ΤΥΠΕΤ
- Συνεργασία με τις άλλες κλινικές του Ιδρύματος

# 23η Επιστημονική Ημερίδα του ΕΔΝΥΠΥ

«Σχέσεις Επαγγελματιών Υγείας  
και Ασθενών»

Παρασκευή 8 Νοεμβρίου 2019  
Γ.Ν. Παιδών «Η Αγία Σοφία»  
09:30 – 14:00



Εθνικό Δίκτυο  
Νοσοκομείων και  
Υπηρεσιών  
Προαγωγής Υγείας

Γραμματεία:  
Ε.Δ.Ν.Υ.Π.Υ.  
Αλεξανδρουπόλεως 25, 115 27 Αθήνα  
τηλ. 210 7482015, φαξ 210 7485872  
e-mail: [info@ispm.gr](mailto:info@ispm.gr)