

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΡΑΚΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ORGANIZED BY THE MEDICAL SCHOOL OF D.U.T.H.
IN COOPERATION WITH DEPTS. OF PUBLIC
HEALTH AND NURSING A' OF ATHENS U.E.I.



Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
**ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**
Οργανώνεται από το Τμήμα Ιατρικής
του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης,
με τη σύμπραξη των Τμημάτων
Δημόσιας Υγείνης και Νοσηλευτικής Α'
του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ινστιτούτου Αθηνών
Κτίριο Βιβλιοθήκης Ιατρικής Σχολής
Αίθουσα Γ.Α. Σταθόπουλου
Δημοκριτείο Πανεπιστήμιο Θράκης
Πανεπιστημιούπολη, (Δραγάνα),
68 100 Αλεξανδρούπολη
τηλ. 2551030567, 2551030572

Κτίριο Προκλινικών Εργαστηρίων
Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας
Παθολόγων Ιατρικής Σχολής
Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης
Πανεπιστημιούπολη, (Δραγάνα),
68100 Αλεξανδρούπολη
τηλ. 2551030521, 2551030546

Διοικούσα Επιτροπή:
Αθανάσιος Ζηργιάπουλος
Επίκουρος Καθηγητής Δ.Π.Θ.
Παναγιώτα Ιορδάνου
Αν. Καθηγήτρια Τ.Ε.Ι. Αθήνας
Σοφία Κτενίδου - Καρτάλη
Καθηγήτρια Δ.Π.Θ.
Κωνσταντίνος Κουσκούνκης
Καθηγητής Δ.Π.Θ.
Χαράλαμπος Κουτής
Καθηγητής Τ.Ε.Ι. Αθήνας
Αικατερίνη Χατζάκη
Επίκουρη Καθηγήτρια Δ.Π.Θ.
Θ.Κ. Κωνσταντινίδης
Αν. Καθηγητής Δ.Π.Θ.
(Επιστημονικός Υπεύθυνος)

Program of Postgraduate Studies
**HEALTH AND SAFETY
IN WORKPLACE**
Organized by Medical School
of Democritus University of Thrace,
in cooperation with Departments of
Public Health and Nursing A'
Athens Technological Educational Institute

Library of Medical School
G.A. Stathopoulos Hall
Democritus University of Thrace
Campus (Dragana)
GR-68100 Alexandroupolis, Greece
tel. +302551030567, +302551030572

Laboratory of Hygiene
and Environmental Protection
Medical School
Democritus University of Thrace
Campus (Dragana)
GR-68100 Alexandroupolis, Greece
tel. +302551030521, +302551030546

Scientific Committee:
A. Zisimopoulos M.D.
Ass. Prof. of Medical School
P. Iordanou M.Sc.
Ass. Prof. of Nursing School
S. Ktenidou - Kartali M.D.
Prof. of Medical School
K. Kouskounis M.D.
Prof. of Medical School
H. Koutis M.D.
Prof. of Public Health School
A. Chatzaki Ph.D.
Ass. Prof. of Medical School
T.C. Constantinidis M.D.
Ass. Prof. of Medical School
(Scientific Coordinator)



HELLENIC
REPUBLIC
DEMOCRITUS
UNIVERSITY
OF THRACE
MEDICAL SCHOOL

PROGRAM OF POSTGRADUATE STUDIES
HEALTH AND SAFETY IN WORKPLACE
ORGANIZED BY MEDICAL SCHOOL OF D.U.T.H.
IN COOPERATION WITH DEPTS. OF PUBLIC
HEALTH AND NURSING A' OF ATHENS U.E.I.

Εκφάνσεις του Εργασιακού Αγχους στην Ψυχική και την Σωματική Υγεία (Ερευνα σε Νοσηλευτικό Προσωπικό)

Ε. Μουστάκα, Ι. Ζάντζος και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης



Εκδοση: ΠΙΜΣ ΥΑΕ



Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αλεξανδρούπολη, 2010

Πρόλογος

Το νοσοκομείο είναι βαριά βιομηχανία και οι εργαζόμενοι στον υγειονομικό τομέα είναι εκτεθειμένοι σε σοβαρούς επαγγελματικούς κινδύνους. Οι κίνδυνοι αποτελούν δυνητική απειλή την υγεία και την ασφάλειά τους στην εργασία, αφού οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας, θέτουν ως πρωταρχικό μέλημα τους τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των ασθενών τους, συχνά εις βάρος της δικής τους υγείας. Το εργασιακό στρες ως ψυχοκοινωνικός παράγοντας κινδύνου στο χώρο εργασίας, δεν είναι μόνο ένας από τους πιο συχνούς και αυξανόμενους σε συχνότητα στις μέρες μας κινδύνους, αλλά συγχρόνως ένας από τους πιο δύσκολα προσεγγίσιμους. Και αυτό γιατί οι αιτιολογικοί παράγοντες του στρες είναι συνάρτηση της κοινωνικοπολιτισμικής κουλτούρας της κάθε χώρας, των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του κάθε επαγγέλματος, των ιδιαίτερων εργασιακών συνθηκών του κάθε εργασιακού χώρου και των ιδιοσυγκρασιακών χαρακτηριστικών του κάθε ατόμου. Είναι λοιπόν πρόκληση για τον τομέα της επαγγελματικής υγείας, η εφαρμογή και στην Ελλάδα, μιας εκτεταμένης κλίμακας του εργασιακού στρες σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα Ελλήνων νοσηλευτών και η συσχέτιση της με προβλήματα υγείας του προσωπικού, τόσο ψυχικά, όσο και σωματικά.

Η έκδοση αυτή στηρίζεται σε εσωτερικό ερευνητικό πρόγραμμα του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών στην Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, που αποτέλεσε τη διπλωματική διατριβή της κ. *Ελένης Μουστάκα*. Θερμές ευχαριστίες οφείλονται στους συνεπιβλέποντες καθηγητές κ. *Χ. Κουτή*, κ. *Ε. Αλεξόπουλο* και κ. *Ε. Καραδήμα*, για τη συμβολή τους στην ολοκλήρωση της πρώτης φάσης, μέχρι τη δημόσια δοκιμασία.

Η όλη προσπάθεια εντάσσεται στην πρόθεση σύνδεσης της ακαδημαϊκής κοινότητας με την κοινωνία και τις ανάγκες της, μέσω ερευνητικών προγραμμάτων που στηρίζονται αποκλειστικά στην προσωπική εργασία μεταπτυχιακών σπουδαστών και μελών διδακτικού και ερευνητικού προσωπικού. Αυτού του τύπου η προσέγγιση, οδηγεί και στην ευαισθητοποίηση των εργαζομένων ιδιαίτερα του υγειονομικού τομέα και των πολιτών γενικότερα σε θέματα που άπτονται της υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, σε μια περίοδο εντατικοποίησης της εργασίας και στη χώρα μας, γεγονός που επιβάλλει την αναγνώριση των προβλημάτων και ακολούθως την επίταση της εφαρμογής πρόληψης στους χώρους εργασίας.

Θ.Κ. Κωνσταντινίδης

Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Αν. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΔΠΘ
Επιστημονικός Υπεύθυνος ΠΜΣ ΥΑΕ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	Σελ. 3
Περίληψη	Σελ. 9
Εισαγωγή	Σελ. 11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ, ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

1.0	Εισαγωγή	Σελ. 10
1.1	Στρες	Σελ. 10
1.1.1	Τι είναι στρες	Σελ. 10
1.1.2	Είδη του στρες	Σελ. 11
1.1.3	Άγχος - Στρες	Σελ. 12
1.1.4	Το Στρες ως ψυχοκοινωνικός παράγοντας κινδύνου στον χώρο εργασίας	Σελ. 12
1.1.5	Στρες και προσωπικότητα	Σελ. 13
1.2	Εργασιακό Στρες	Σελ. 15
1.3	Υγεία - Ασθένεια	Σελ. 16
1.4	Στρες και Υγεία	Σελ. 18
1.4.1	Στρες- σωματική και ψυχική υγεία	Σελ. 20
1.4.2	Στρες και Συμπεριφορά υγείας	Σελ. 21
1.4.3	Στρες – Υγεία – Προσωπικότητα	Σελ. 21
1.5	Σχέση ΥΑΕ και εργασιακού στρες	Σελ. 23
1.6	Εργασιακό στρες και νοσηλευτικό επάγγελμα	Σελ. 24
1.6.1	Στρεσογόνοι παράγοντες και Νοσηλευτική	Σελ. 24
1.6.1.1	Στρες και Νοσηλευτικές Ειδικότητες	Σελ. 25
1.6.1.2	Στρες και Νοσηλευτές σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα	Σελ. 25
1.6.1.3	Στρες και νοσηλευτές νοσοκομείων της επαρχίας και νοσοκομείων της Πρωτεύουσας	Σελ. 26
1.6.1.4	Εργασιακό στρες και θέσεις εργασίας	Σελ. 27
1.6.2	Επιπτώσεις του στρες στους Νοσηλευτές	Σελ. 27

1.6.2.1	Επιπτώσεις του στρες στην Σωματική Υγεία των νοσηλευτών	Σελ. 28
1.6.2.1.1	Στρες και Μυοσκελετικές παθήσεις	Σελ. 28
1.6.2.1.2	Στρες και Καρδιαγγειακό σύστημα	Σελ. 30
1.6.2.2	Επιπτώσεις του στρες στην Ψυχική ευεξία των νοσηλευτών	Σελ. 32
1.6.2.3	Επιπτώσεις του στρες στην Εργασιακή Συμπεριφορά των νοσηλευτών-Ατυχήματα	Σελ. 34
1.6.2.4	Επιπτώσεις του στρες στην Συμπεριφορά Υγείας των νοσηλευτών	Σελ. 35
1.6.2.5	Επιπτώσεις του στρες των νοσηλευτών στα νοσοκομεία	Σελ. 36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

2.1	Το πρόβλημα	Σελ. 38
2.2	Αναγκαιότητα- σημαντικότητα της έρευνας	Σελ. 39
2.3	Ο σκοπός της έρευνας - Ερευνητικά ερωτήματα	Σελ. 41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1	Υλικό και Μέθοδος	Σελ. 42
3.1.1	Δείγμα	Σελ. 42
3.1.2	Όργανα μέτρησης	Σελ. 43
3.1.2.1	Ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών	Σελ. 43
	Ερωτηματολόγιο ENSS	Σελ. 43
	Ερωτηματολόγιο Σωματικής Υγείας και συμπτωμάτων	Σελ. 44
	Ερωτηματολόγιο RAND 36-item Health Survey (Version 1.0)	Σελ. 44
	Ερωτηματολόγιο συμπεριφοράς υγείας	Σελ. 45
3.2	Στατιστική Ανάλυση	Σελ. 45
3.3	Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας της έρευνας	Σελ. 46
3.4	Περιορισμοί της έρευνας	Σελ. 46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1	Χαρακτηριστικά του δείγματος.	Σελ. 47
4.2	Πηγές και ένταση του εργασιακού στρες.	Σελ. 58
4.3	Συσχέτιση παραγόντων Στρες με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά της εργασίας.	Σελ. 109
4.4	Αποτελέσματα σωματικής υγείας και συμπτωμάτων	Σελ. 117
4.5	Συσχέτιση σωματικών συμπτωμάτων με τους παράγοντες του στρες	Σελ. 137
4.6	Αποτελέσματα Ψυχικής Ευεξίας	Σελ. 158
4.7	Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων του εργασιακού στρες με την Ψυχικής Ευεξίας.	Σελ. 162
4.8	Αποτελέσματα Συμπεριφοράς Υγείας	Σελ. 163
4.9	Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων του εργασιακού στρες με μεταβλητές σχετικές με την Συμπεριφορά Υγείας	Σελ. 168

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1	Εργασιακό στρες Νοσηλευτικού προσωπικού	Σελ. 169
5.2	Συσχέτιση παραγόντων Στρες με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά της εργασίας.	Σελ. 171
5.3	Υγεία και σωματικά συμπτώματα	Σελ. 172
5.4	Συμπεριφοράς Υγείας	Σελ. 174
5.5	Σχέση εργασιακού στρες και Υγείας	Σελ. 175

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

6.1	Δομές από την πολιτεία που να υποστηρίζουν την Υγεία και Ασφάλεια στην εργασία.	Σελ. 178
6.1.1	Κουλτούρας υγιεινής και ασφάλειας	Σελ. 178
6.1.2	Νομοθετικές ρυθμίσεις για την στελέχωση των φορέων υγιεινής και ασφάλειας με εξειδικευμένο προσωπικό στην επαγγελματική Υγείας.	Σελ. 179
6.2	Δράσης των επιστημόνων επαγγελματικής υγείας μέσα στο νοσοκομείο.	Σελ. 180
6.2.1	Εντόπιση και εκτίμηση στρεσογόνων παραγόντων κινδύνου στον εργασιακό χώρο, μέσω ερωτηματολογίων και συνεντεύξεων. Διεξαγωγή έρευνας στο προσωπικό.	Σελ. 180
6.2.1.1	Εκτίμηση στρεσογόνων παραγόντων κινδύνου	Σελ. 180
6.2.1.2	Εκτίμηση στρεσογόνων παραγόντων κινδύνου μέσω της εκτίμησης υγείας του προσωπικού.	Σελ. 182
6.2.1.3	Πολυπαραγοντική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των νοσηλευτών.	Σελ. 183
6.2.2	Πρόληψη του εργασιακού στρες στο νοσοκομείο.	Σελ. 183
6.2.2.1	Δράση της Διοίκησης του Νοσοκομείου για την διασφάλιση υγιεινού περιβάλλοντος εργασίας.	Σελ. 186
6.2.2.2	Λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης.	Σελ. 186
6.2.2.3	Μείωση των στρεσογόνων παραγόντων στο νοσηλευτικό επάγγελμα.	Σελ. 187
6.2.2.3.1	Αντιμετωπίζοντας το στρες λόγω της επαφής με τον θάνατο.	Σελ. 187
6.2.2.3.2	Αντιμετωπίζοντας το στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους.	Σελ. 188
6.2.3	Εκεί που η πρόληψη δεν είναι αρκετή, αντιμετώπιση του εργασιακού στρες. Επαγγελματική βοήθεια στους νοσηλευτές για την Διαχείριση εργασιακού στρες μέσα στην επιχείρηση.	Σελ. 189

7.	ΕΠΙΛΟΓΟΣ	Σελ. 191
----	----------	----------

8.	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	Σελ. 191
----	-------------	----------

Παράρτημα Α: Μέρος 1	Σελ. 192
Παράρτημα Α: Μέρος 2	Σελ. 194
Παράρτημα Α: Μέρος 3	Σελ. 196
Παράρτημα Α: Μέρος 4	Σελ. 198
Παράρτημα Β:	Σελ. 199

9.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	Σελ. 200
----	--------------	----------

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Έχει βρεθεί σε δεκάδες ερευνών ότι ποικίλες πλευρές της εργασίας που ασκεί ένα άτομο μπορούν να αποτελέσουν σημαντική πηγή στρες που με την σειρά της έχει επιπτώσεις στην ψυχοσωματική υγεία καθώς και την ασφάλεια των εργαζομένων στην εργασία.

Είναι γνωστό ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι εξαιρετικά στρεσογόνο και αναρωτηθήκαμε αν υπάρχουν παράγοντες του εργασιακού στρες των νοσηλευτών της χώρας μας, που να σχετίζονται με την υγεία (σωματική, ψυχική, συμπεριφορά υγείας) και την ασφάλειά τους.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να απαντήσει στην ερώτηση: «υπάρχει σχέση ανάμεσα στο επίπεδο υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού και στο επίπεδο του στρες που αυτοί βιώνουν λόγω της εργασίας τους;».

Υλικό και Μέθοδος: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 328 Νοσηλευτές και Βοηθοί νοσηλευτών, 10 Νοσοκομείων της χώρας μας (επαρχίας και πρωτεύουσας).

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιείχε ερωτήσεις καταγραφής κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων του δείγματος και χαρακτηριστικών της εργασίας.

Στο δεύτερο μέρος έχει ενσωματωθεί η Κλίμακα Μέτρησης του Στρες στους Νοσηλευτές (Expanded Nursing stress scale) των Susan, French., Rhonda, Lenton., John, Eyles and Vivienne, Walters. (2000).

Στο τρίτο μέρος συμπεριλήφθηκαν ερωτηματολόγια προκειμένου να συλλεχθούν πληροφορίες για το επίπεδο της ψυχικής και σωματικής υγείας του δείγματος:

A) Για την μέτρηση της σωματικής υγείας του δείγματος χρησιμοποιήθηκε το "Ερωτηματολόγιο Σωματικής Υγείας"

B) Για την αξιολόγηση της ψυχικής ευεξίας χρησιμοποιήθηκε η υποκλίμακα (Ψυχική Υγεία) του ερωτηματολογίου RAND 36-item Health Survey (Version1.0).

Το τέταρτο μέρος περιείχε ερωτήσεις για συνήθειες, στενά συνδεδεμένες, με την υγεία.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS.

Αποτελέσματα: Με την στατιστική δοκιμασία One way ANOVA έγινε ο έλεγχος των σχέσεων των σωματικών συμπτωμάτων με τους παράγοντες του στρες. Η κλίμακα του εργασιακού στρες ENSS, βρέθηκε να σχετίζεται με τα περισσότερα σωματικά συμπτώματα. Με τα περισσότερα σωματικά συμπτώματα σχετίζεται ο παράγοντας «Φόρτος εργασίας». Ακολουθούν τα «προβλήματα με τους προϊστάμενους», «οι ασθενείς και οι συγγενείς τους», και η «επαφή με τον θάνατο». Με τα λιγότερα σωματικά συμπτώματα σχετίζεται και ο λιγότερο συχνός στρεσογόνος παράγοντας «οι διακρίσεις στον χώρο εργασίας».

Όσο αφορά στην σχέση εργασιακού στρες και ψυχικής ευεξίας αναδείχθηκε μια αρνητική γραμμική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

Τέλος, στατιστικά σημαντική σχέση του στρες με παράγοντες που αφορούν την συμπεριφορά υγείας των νοσηλευτών (συνήθειες άθλησης, καπνιστική συνήθεια, και χρήση αλκοόλ) δεν τεκμηριώθηκε τουλάχιστον με την μεθοδολογία της παρούσας έρευνας. Σημαντική όμως σχέση βρέθηκε μεταξύ του στρες και των παραγόντων του με τα ατυχήματα στον χώρο εργασίας.

Συμπεράσματα: Το κύριο συμπέρασμα της παρούσας έρευνας είναι ότι η μεγαλύτερη ένταση εργασιακού στρες μεταφράζεται ως χειρότερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία των νοσηλευτών. Το εργασιακό στρες, λοιπόν, μπορεί να θεωρηθεί ως προγνωστικός δείκτης της κατάστασης υγείας του νοσηλευτή, σωματικής και ψυχικής, και το αντίθετο. Με άλλα λόγια, το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι ένα επάγγελμα που επηρεάζει την ποιότητα ζωής, που σχετίζεται με την υγεία, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι νοσηλευτές, αφού παράγοντες συνειφασμένοι με τον εργασιακό τους χώρο και το επάγγελμά τους επηρεάζουν την ποιότητα της υγείας τους.

Λέξεις κλειδιά: Εργασιακό στρες, νοσηλευτικό προσωπικό, Ποιότητα ζωής και υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ, ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

1.0 Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2001) οι διαταραχές υγείας που σχετίζονται με το στρες είναι η κυριότερη αιτία πρόωρων θανάτων στην Ευρώπη. Με βάση τέτοιες εκτιμήσεις το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο των υπουργών (15 Νοεμβρίου 2001) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα προβλήματα που σχετίζονται με το στρες, είναι υψίστης σημασίας και σημαντικοί ρυθμιστές βαρύτητας των ασθενειών και της απώλειας της ποιότητας ζωής στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αναγνωρίζουν ότι τέτοια προβλήματα είναι κοινές αιτίες ανθρώπινων προβλημάτων και ανικανότητας, αφού αυξάνουν τον κίνδυνο του κοινωνικού αποκλεισμού, αυξάνουν την θνησιμότητα και έχουν επίπτωση στις εθνικές οικονομίες.

Όλα τα παραπάνω φανερώνουν ότι υπάρχει μια επείγουσα ανάγκη για προληπτικά μέτρα σε όλα τα επίπεδα προάγοντας την έννοια της υγιούς εργασίας, μιας και μία από τις σημαντικότερες μορφές στρες που απασχολεί σήμερα τις κοινωνίες είναι το εργασιακό στρες.

Ο κλάδος της επαγγελματικής Υγείας έχοντας ως δόγμα την Ιπποκράτειο Αρχή «κάλλιον του θεραπεύειν, το προλαμβάνειν» έχει ως κύρια εργαλεία του την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη. Η εφαρμογή τους όμως προϋποθέτει τη γνώση των παραγόντων αυτών που ενδέχεται να βλάψουν την υγεία των εργαζομένων. Στην περίπτωση μας η μελέτη και η διερεύνηση των παραγόντων του εργασιακού στρες, που ενδεχομένως επιδρούν στην υγεία των εργαζομένων, είναι ο κύριος σκοπός της έρευνας αλλά και αναγκαία προϋπόθεση για την εφικτότητα κατάστροφησης σχεδίου δράσης, για την προστασία της επαγγελματικής υγείας λόγω του εργασιακού στρες.

Άλλωστε η πρόκληση για την επιστήμη σε όλα αυτά τα θέματα είναι να ανακαλύψει τι πρέπει να κάνει, για ποιόν και πώς, έτσι ώστε να γεφυρώσει το χάσμα μεταξύ επιστήμης και πολιτικής. Η επιστήμη, μέσω της έρευνας, θα πρέπει να παρέχει στην πολιτική, κατευθυντήριες οδηγίες βασισμένες σε επιστημονικές αποδείξεις (evidence-based guidelines) και τα αποτελέσματα των ερευνών θα μπορούσαν να αποκτήσουν ανεκτίμητη αξία στα χέρια των διευθυντών ανθρώπινου δυναμικού και των φορέων χάραξης πολιτικής για την υγιεινή και στην ασφάλεια στην εργασία (Dollard, et al 2003).

1.1 Στρες

1.1.1 Τι είναι στρες

Στις αρχές του 1900 ο Walter Cannon ονόμασε κρίσιμο στρες την αντίδραση σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα και προσδιόρισε την διάσημη αντίδραση μάχης ή

φυγής, σύμφωνα με την οποία ο ανθρώπινος οργανισμός τίθεται σε κατάσταση ετοιμότητας και συναγερμού και προετοιμάζεται έτσι ώστε να δώσει μάχη ή να τραπεί σε φυγή όταν βρίσκεται σε κίνδυνο (Cannon, 1932). Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε ότι το πρόβλημα με τον άνθρωπο είναι ότι στις σημερινές συνθήκες διαβίωσης, τις περισσότερες φορές, δεν μπορεί να προσφύγει στους φυσιολογικούς μηχανισμούς μείωσης του στρες, με φυγή, επίθεση ή έλεγχο της στρεσογόνου κατάστασης, εφόσον οι περισσότερες πηγές στρες βρίσκονται έξω από τον έλεγχό μας ή η αντιμετώπισή τους συνεπάγεται τη δημιουργία νέων στρεσογόνων καταστάσεων, λόγω των κανόνων που ρυθμίζουν την κοινωνική μας ζωή (Glowinkowski, & Cooper, 1985; Καντάς, 1995).

Ενώ στα τέλη του 1600, ο Robert Hooke όρισε εννοιολογικά το στρες σύμφωνα με τις αρχές της μηχανικής, βάση της έννοιας του φορτίου, της πίεσης και της καταπόνησης (Hinkle, 1973), το στρες, στο πεδίο της βιολογίας, της ιατρικής και της ψυχολογίας, αναφέρεται άμεσα στον ανθρώπινο οργανισμό και στη ψυχική και σωματική κατάσταση που προκύπτει όταν αντιλαμβανόμαστε ότι οι απαιτήσεις στις οποίες πρέπει να ανταποκριθούμε είναι μεγαλύτερες από τις δυνατότητες μας (Fontana, 1995). Εδώ το στρες αναφέρεται τόσο στην σωματική καταπόνηση (πχ όταν ο οργανισμός υποβάλλεται σε δοκιμασίες που υπερβαίνουν τις δυνάμεις του) όσο και στην ψυχολογική καταπόνηση, κακουχία ή δυσκολία, (πχ τα αρνητικά συναισθήματα που απορρέουν από διαπροσωπικές συγκρούσεις) (Lumsden, 1981; Robin & Leslie, 2006), ή όταν αισθανόμαστε οποιαδήποτε μορφή δυσφορίας που προκαλείται από θόρυβο, ψύχος, ή κόπωση μέχρι θυμό, απογοήτευση ή σύγχυση (Robin & Leslie, 2006).

Ο όρος όμως στρες, που όλοι χρησιμοποιούμε τόσο συχνά, έχει διαφορετικά νοήματα όχι μόνο για τον απλό άνθρωπο αλλά και για τον ερευνητή που μελετά το φαινόμενο (Βασιλάκη και συν 2001). Λόγω του ότι το στρες έχει προσεγγιστεί από διάφορες επιστήμες αυτό έχει οριστεί κατά πολλούς διαφορετικούς τρόπους. Οι επικρατέστεροι είναι τρεις:

- Ως στρεσογόνο ερέθισμα που προκαλεί ψυχολογική ένταση.
- Ως σωματική και ψυχολογική αντίδραση σε ψυχοπνευματικούς παράγοντες. Από αυτή την άποψη το στρες είναι το υποκειμενικό συναίσθημα ή η σωματική αντίδραση που προκαλείται ως απάντηση σε στρεσογόνα γεγονότα ή καταστάσεις (Coyne & Holroyd, 1982). Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση δεν έχουν σημασία αυτές καθαυτές οι καταστάσεις στη ζωή ενός ατόμου, αλλά ο τρόπος που τις αντιλαμβάνεται, τις βιώνει και αντιδρά σε αυτές (Robin & Leslie, 2006).
- Η Τρίτη προσέγγιση αναφέρεται στο στρες ως διεργασία, η οποία βασίζεται στην αλληλεπίδραση και εκτυλίσσεται μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του (Lazarus & Folkman 1984, Lazarus, 1999). Η σύγχρονη ψυχολογία δίνει ιδιαίτερη έμφαση σε αυτή την αλληλεπίδραση, θεωρώντας ότι οι επιδράσεις των στρεσογόνων παραγόντων τροποποιούνται από τον τρόπο που το άτομο ερμηνεύει και βιώνει τους παράγοντες αυτούς (Τούντας, 1999).

1.1.2 Είδη του στρες

Κάποιος πολύ εύστοχα έχει παρομοιάσει το στρες με τον ήλιο. Το στρες, έως ένα βαθμό, είναι ευεργετικό για το άτομο και βελτιώνει την απόδοσή του και την ποιότητα της ζωής, αφού συμβάλει ώστε τα άτομα να βιώνουν προκλήσεις στην ζωή τους (Tehrani & Ayling, 2008). Όταν η ένταση του στρες όμως ξεπερνά κάποια όρια, τότε χάνει τις ευεργετικές του ιδιότητες και γίνεται επιβλαβές για το άτομο (Cooper et al, 1988).

Έτσι οι επιστήμονες χωρίζουν το στρες σε δύο είδη: στο αρνητικό και στο θετικό. **Θετικό στρες:** αντιπροσωπεύει τις προκλήσεις που διεγείρουν το ενδιαφέρον μας για την ζωή όπως συχνά αναφέρεται από τους ειδικούς. Είναι το στρες σε μικρή ένταση και διάρκεια και συνήθως μπορεί να είναι ευεργετικό για τον οργανισμό μας, αφού μας ωθεί στο να είμαστε ενεργητικοί, δημιουργικοί, παραγωγικοί και να προστατεύουμε τον εαυτό μας όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο (Fontana, 1995). **Αρνητικό στρες:** είναι αυτό που μπλοκάρει και απειλεί την ομοιότητα του οργανισμού, δηλαδή την κατάσταση αρμονίας και ισορροπίας του πνεύματος και του σώματος. Αυτό το είδος του στρες θα μας απασχολήσει στην παρούσα έρευνα (Fontana, 1995).

1.1.3 Άγχος - Στρες

Σε πολλές μελέτες, το άγχος αναφέρεται ως συνώνυμο του στρες (Καντάς, 1995), ενώ σε άλλες οι έννοιες αυτές αντιμετωπίζονται ως μη ταυτόσημες, ορίζοντας την πρώτη ως τη δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από συναισθήματα επικείμενου κινδύνου, έντασης και ανησυχίας (Ollendick, 1998), και σαν αντίδραση του ατόμου σε στρεσογόνους εξωτερικούς ή εσωτερικούς παράγοντες (Καραδήμας, 1999).

Κατά άλλους, σε πιο λακωνική γλώσσα, το άγχος έχει θεωρηθεί η ώθηση για παθολογική προσαρμογή στο στρες. Το στρες από την άλλη είναι μια φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού (Ασημακοπούλου, 2004).

1.1.4 Το Στρες ως ψυχοκοινωνικός παράγοντας κινδύνου στο χώρο εργασίας

Οι ψυχολογικοί παράγοντες κινδύνου είναι διαφορετικοί από τους άλλους κινδύνους, επειδή μπορεί υπό διαφορετικές συνθήκες, να έχουν θετικά αποτελέσματα και οι παρενέργειές τους, να ποικίλουν κατά πολύ και να μην μπορούν να εκτιμηθούν εύκολα (Cox et al, 2000).

Αυτό συμβαίνει διότι τα άτομα διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την ευαισθησία που επιδεικνύουν στα στρεσογόνα γεγονότα, την ερμηνεία που τους δίνουν και τις αντιδράσεις που εμφανίζουν. Βασικό ρόλο ανάμεσα στο στρεσογόνο γεγονός και στην αντίδραση του ατόμου διαδραματίζει η γνωστική εκτίμηση. Ανάμεσα λοιπόν στο ερέθισμα και στην αντίδραση σε αυτό, μεσολαβεί το άτομο και έτσι η αντίδραση αυτή διαφέρει από άτομο σε άτομο, αλλά και στο ίδιο άτομο σε δύο

διαφορετικές χρονικές στιγμές, όταν το περιβάλλον μέσα στο οποίο διαδραματίζεται αυτό το ερέθισμα είναι διαφορετικό (Ασημακοπούλου, 2004).

Αυτό συμβαίνει διότι οι σκέψεις ενός ατόμου σχετικά με τις απαιτήσεις μιας κατάστασης και την ικανότητά του να ανταποκριθεί σε αυτές διαδραματίζουν επίσης αποφασιστικό ρόλο. (Lazarus & Folkman, 1984; Bandura, 1997; Lazarus, 1999). Η αντίληψη για το στρες εξαρτάται από μια διαδικασία γνωστικής αξιολόγησης κατά την οποία το άτομο προβαίνει σε μια εκτίμηση της σημασίας των γεγονότων και των αποθεμάτων που έχει στην διάθεσή του για να τα αντιμετωπίσει (Cohen & Lazarus, 1979; Lazarus, 1999). Η διαδικασία λοιπόν αξιολόγησης ενός δυνητικά στρεσογόνου ερεθίσματος περιλαμβάνει δύο φάσεις. Στη φάση της πρωτογενούς αξιολόγησης το άτομο προσδιορίζει αν ένα γεγονός το αφορά και ενδέχεται να έχει κάποιες επιπτώσεις απειλητικές γι' αυτό. Στη φάση της δευτερογενούς αξιολόγησης το άτομο προσδιορίζει αν οι ικανότητες και τα αποθέματά του επαρκούν έτσι ώστε να αντιμετωπίσει την στρεσογόνο κατάσταση (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1999).



Επανεκτίμηση της κατάστασης/αποτελέσματος

1.1.5 Στρες και προσωπικότητα

Με βάση ερευνητικά δεδομένα αλλά και τις θεωρητικές αναλύσεις των ειδικών, διαπιστώνεται ότι ο τρόπος αντιμετώπισης μιας στρεσογόνου κατάστασης από

ένα άτομο, εξαρτάται από τα ιδιοσυγκρασιακά του χαρακτηριστικά. Η ιδιοσυγκρασία φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο, τόσο σε σχέση με τη στρατηγική που θα υιοθετήσει το άτομο για την αντιμετώπιση του στρες, όσο και σε σχέση με την έκταση, την ένταση και την επιμονή της προσπάθειας που καταβάλλει για να αντιμετωπίσει μια δύσκολη, στρεσογόνο κατάσταση (Πούρκος, 2001).

Όπως έδειξαν οι Recker & Wong (1985), οι άνθρωποι διαφέρουν γενικά ως προς στον τρόπο αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων. Ορισμένοι προσεγγίζουν αυτές τις καταστάσεις με συγκριτικά θετικά αισθήματα. Η άποψή τους είναι περισσότερο αισιόδοξη παρά απαισιόδοξη, πιο ελπιδοφόρα παρά απογοητευτική. Όπως διαπιστώθηκε από τα ευρήματα μελέτης, άτομα που χαρακτηρίζονταν από υψηλό βαθμό αισιοδοξίας, ανέφεραν το μικρότερο αριθμό καθημερινών δυσκολιών ή μικροπροβλημάτων. Αυτό συνέβαινε, όχι επειδή ήταν πράγματι λιγότερα, αλλά επειδή αντιλαμβάνονταν αυτά τα γεγονότα ως αναπόφευκτο κομμάτι της ζωής, παρά ως ψυχοπιεστικά (Nelson et al., 1995).

Μια άλλη διάσταση της προσωπικότητας που έχει σχέση με την αντιμετώπιση του στρες είναι αυτή που η Kobasa αποκάλεσε σκληρότητα ή ανθεκτικότητα. Πρόκειται για τη δυνατότητα που έχουν ορισμένοι άνθρωποι να μένουν ανεπηρέαστοι από την επίδραση αγχογόνων παραγόντων. Το χαρακτηριστικό αυτό εμπεριέχει 3 επιμέρους στοιχεία την αφοσίωση, τον έλεγχο, και την πρόκληση. Η αφοσίωση αναφέρεται στο βαθμό που το ίδιο το άτομο πιστεύει ότι αφοσιώνεται και δίνεται σε αυτά που κάνει. Ο έλεγχος αναφέρεται στην πεποίθηση του ατόμου ότι μπορεί να επηρεάσει την πορεία των γεγονότων και η πρόκληση στην πεποίθηση του ατόμου ότι η αλλαγή στη ζωή γενικότερα είναι προτιμότερη από τη σταθερότητα. Πιο ευπρόσβλητα είναι τα άτομα με χαμηλό βαθμό σκληρότητας ή ανθεκτικότητας.

Μια άλλη διάσταση της προσωπικότητας, που συνδέεται με το πώς αντιδρούν στις στρεσογόνες καταστάσεις οι άνθρωποι, είναι αυτή που ονομάζεται «Έδρα ελέγχου» (Rotter, 1966; Folkman, 1984) και οι αντίστοιχες προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας (Bandura, 1986). Αυτοί που έχουν εσωτερική έδρα ελέγχου πιστεύουν ότι έχουν τον έλεγχο αυτών που τους συμβαίνουν και ότι αυτά είναι αποτέλεσμα των δικών τους αποφάσεων και ενεργειών. Αντίθετα, αυτοί που έχουν εξωτερική έδρα ελέγχου, πιστεύουν ότι δεν έχουν την δυνατότητα ελέγχου αυτών που τους συμβαίνουν, αλλά ότι αυτά είναι προϊόντα της τύχης ή της μοίρας. Οι εσωτερικοί, ακριβώς επειδή αισθάνονται ότι έχουν τον έλεγχο της ζωής τους στα χέρια τους, παρουσιάζουν περισσότερα επιτεύγματα και λιγότερο στρες, αφού βρίσκουν τρόπους να αντιμετωπίζουν κατά μέτωπο τις πηγές του στρες. Βέβαια, όταν αντιμετωπίσουν καταστάσεις που δεν μπορούν να ελέγξουν, φτάνουν σε υψηλά επίπεδα στρες (Payne, 1990). Οι εξωτερικοί, αντίθετα πιστεύουν ότι η αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων, είναι πέρα από τις δικές τους δυνατότητες αντιμετώπισης, περιορίζονται στο να υπομένουν τις συνέπειες τους (Robin & Leslie, 2006).

1.2 Εργασιακό Στρες

Στο σύγχρονο κόσμο, το περιβάλλον εργασίας αποτελεί μια από τις σημαντικότερες πηγές χρόνιου στρες. Το φαινόμενο του εργασιακού στρες έχει μελετηθεί εκτενώς και η σπουδαιότητα της αντιμετώπισής του αναγνωρίζεται σχεδόν από όλους, δεδομένου ότι οι άνθρωποι αφιερώνουν ένα ιδιαίτερα μεγάλο μέρος της ζωής τους στην εργασία (Robin & Leslie, 2006).

Το εργασιακό στρες, έχει οριστεί ως το στρες που οφείλεται στην εργασία και παρουσιάζεται όταν οι απαιτήσεις που οφείλονται σε παράγοντες εργασίας ξεπερνούν την ικανότητα αντιμετώπισης ή ελέγχου της κατάστασης (OSHA, 2000), και έχει υποκειμενική μορφή καθώς τα ίδια δεδομένα για άλλους αποτελούν πηγή στρες ενώ για άλλους όχι (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., 2007).

Το στρες αποτελεί το δεύτερο σε συχνότητα πρόβλημα υγείας που αφορά στο εργασιακό περιβάλλον. Υπολογίζεται ότι το 28% (1 στους 3 περίπου) των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση βιώνει εργασιακό στρες (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., 2007).

Το εργασιακό στρες, όπως αναφέρεται από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Υγεία και την Ασφάλεια της Εργασίας, είναι μια κατάσταση και όχι ασθένεια (<http://agency.osha.eu.int>), η οποία μπορεί να βιωθεί ως αποτέλεσμα της έκθεσης του εργαζομένου σε αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις. Αυτό με την σειρά του ενδεχομένως να προκαλέσει μια ποικιλία από επιπτώσεις (Doherty & Tyson, 1998), οι οποίες μπορεί να αφορούν την υγεία του εργαζομένου με αποτέλεσμα μια ασθένεια, ή έναν τραυματισμό, ή να αφορούν αλλαγές της εργασιακής συμπεριφοράς του και του τρόπου ζωής του γενικότερα (Wheatley, 2000).

Το στρες αποδεικνύεται επιζήμιο όχι μόνο για το άτομο, αλλά και για την επιχείρηση, αφού οι επιπτώσεις του φαίνονται να είναι οικονομικά δυσμενείς, είτε μέσω των αποζημιώσεων λόγω τραυματισμών ή ασθενειών οφειλόμενες σε στρεσογόνες συνθήκες εργασίας, είτε μέσω την χαμηλής παραγωγικότητας που είναι αποτέλεσμα της αλλαγής της εργασιακής συμπεριφοράς του ατόμου, όπως αναφέραμε και νωρίτερα (Tehrani & Ayling, 2008).

1.3 Υγεία - Ασθένεια

Υπάρχει δυσκολία στον ορισμό των εννοιών υγεία και ασθένεια, αφού τελικά φαίνεται πως η υγεία και η ασθένεια δεν είναι απλώς αντίθετες έννοιες (Καραδήμας 1999). Κατά τον Antonovsky (1987) υπάρχουν διαβαθμίσεις υγείας και ασθένειας, και όχι απόλυτες καταστάσεις.

Ακόμα και η προσωπική μας αίσθηση, του αν είμαστε υγιείς ή άρρωστοι, είναι αρκετά δύσκολο να οριστεί. Επηρεάζεται από έναν αριθμό πραγμάτων, συμπεριλαμβανομένων των ιδεών μας σχετικά με το πως αισθανόμαστε συνήθως, ποια είναι η αιτία της παρούσας κατάστασής μας, πως οι φίλοι μας, η οικογένειά μας και ο πολιτισμός μας, περιγράφουν τα συμπτώματα, τη συμπεριφορά και τα συναισθήματα (Αντωνίου, 2008).

Από την ίδια την ρίζα της λέξης Health κατά τον Άγγλο-Σαξονικό όρο που σημαίνει 'Whole' και 'holy', διαφαίνεται πως η υγεία είναι κάτι περισσότερο από την απουσία νόσου.

Ο σύγχρονος ορισμός της υγείας, που έχει δοθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό της Υγείας το 1946, έχει οριστεί ως «Μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας».

Ωστόσο η κατάταξη των ανθρώπων, σε ασθενείς και υγιείς, δεν αποδεικνύεται ιδιαίτερα χρήσιμη, αφού όπως φαίνεται, η κατάσταση αυτή της πλήρους σωματικής και κοινωνικής ευεξίας είναι δύσκολο να επιτευχθεί (Αντωνίου, 2008).

Στην ίδια φιλοσοφία, με τον σύγχρονο ορισμό υγείας, βρίσκεται το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας (Engel, 1977; 1980, Schwartz, 1982). Έτσι, σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, για την εκδήλωση μιας δυσλειτουργίας, δεν μπορεί να θεωρηθεί ως αποκλειστικός αιτιολογικός παράγοντας ο ψυχολογικός, ο κοινωνικός, ή ως είθισται ο βιολογικός. Η αιτία βρίσκεται στον τρόπο αλληλεπίδρασής τους: η αλλαγή σε έναν άξονα συνεπάγεται αλλαγές σε όλους τους άλλους (Καραδήμας 1999).

Παρόλο που το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας θεωρείται ο πιο εύστοχος τρόπος προσέγγισης της ασθένειας (Καραδήμας, 1999) και όλο και πιο πολύ γίνεται λόγος για τους κοινωνικούς καθοριστές υγείας (WHO 1998; 2003, Κρεμαστινού, 2007, Κουτής, 2007), το ελληνικό σύστημα υγείας φαίνεται να έχει ως βάση το βιοιατρικό μοντέλο υγείας (Αντωνίου, 2008).

1.4 Στρες και Υγεία

Η τρίτη περίοδος, όσο αφορά την μετάβαση υγείας, χαρακτηρίζεται από την αύξηση χρόνιων νόσων (Κρεμαστινού, 2007), και έχει αρχίσει να γίνεται αντικείμενο έντονης μελέτης, το κατά πόσο ο τρόπος ζωής των ατόμων καθορίζει και την ποιότητα της υγείας τους και κατά πόσο και με ποιόν τρόπο το στρες ευθύνεται για μια σειρά ασθενειών (Καραδήμας, 1999).

Ο Freud και ο Breuer, διατύπωσαν την άποψη ότι ο ψυχισμός λειτουργεί ως ένα υδραυλικό μοντέλο. Σύμφωνα με το οποίο η πίεση που συσσωρεύετε εντός του ψυχισμού διαχέεται στην σωματική σφαίρα. Συνεχίζοντας το έργο του Freud και του Breuer, πολλοί άλλοι επιστήμονες, υποστήριξαν ότι ορισμένες συναισθηματικές καταστάσεις, είναι δυνατόν να προκαλέσουν πράγματι συγκεκριμένα σωματικά προβλήματα (Alexander, 1950).

Οι συναισθηματικοί παράγοντες και επομένως και το στρες μπορούν να επηρεάσουν την υγεία με τους παρακάτω τρόπους:

Α) Κάποιοι άνθρωποι αντιδρούν στις στρεσογόνες καταστάσεις υιοθετώντας τον ρόλο του ασθενούς και καταφεύγοντας στην χρήση υπηρεσιών υγείας. Η αποδοχή της ασθένειας, δίνει στο άτομο μια δικαιολογία για την μειωμένη παραγωγικότητα του και μια εξήγηση για το αίσθημα προσωπικής δυσφορίας που στην ουσία προέρχεται λόγω του στρες. Μέσω αυτής της

στάσης, το άτομο καταφέρνει να διατηρήσει μια θετική εικόνα του εαυτού του και να προσφέρει μια καλή δικαιολογία για την αποφυγή της αντιμετώπισης των στρεσογόνων γεγονότων (Mechanic, 1972).

Β) Οι σωματόμορφες διαταραχές είναι μια κατηγορία ψυχικών διαταραχών που παρουσιάζονται με την μορφή σωματικών συμπτωμάτων, τα οποία δεν είναι σκόπιμα ή προσπονητά, αλλά δεν μπορούν να εξηγηθούν πλήρως από κάποια ιατρική κατάσταση (Robin & Leslie, 2006).

Γ) Όπως είναι γνωστό κάποιοι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως οι σκέψεις, οι πεποιθήσεις και τα συναισθήματα, μπορούν να επηρεάσουν τις αντιλήψεις ενός ατόμου σχετικά με την σωματική του κατάσταση. Έτσι μια συναισθηματική δυσφορία που μπορεί να οφείλεται στο στρες, είναι δυνατόν να προκαλέσει εστίαση της προσοχής στα σωματικά συμπτώματα, σε βαθμό μεγαλύτερο από ότι συνήθως. Όπως για παράδειγμα συναισθηματικοί παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν την εστίαση της προσοχής στο βίωμα του πόνου και να μεγεθύνουν τις αντιληπτικές συνέπειες του (Robin & Leslie, 2006).

Δ) Η έντονη συναισθηματική δυσφορία, λόγω του στρες, μπορεί να οδηγήσει στην υιοθέτηση κάποιων ανθυγιεινών συμπεριφορών, όπως η παράλειψη γευμάτων και ο ανεπαρκής ύπνος, η κατανάλωση αλκοόλ, η παράλειψη σωματικής άσκησης, που έχουν άμεσο αντίκτυπο στην υγεία του ατόμου (Robin & Leslie, 2006).

Ε) Εκτός από τις ανθυγιεινές συμπεριφορές, μια οδός μέσω της οποίας τα ψυχοπαιστικά γεγονότα ή τα χρόνια στρεσογόνα ερεθίσματα μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση ασθένειας, είναι οι επιπτώσεις του στρες σε επίπεδο φυσιολογίας. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις και τα συναισθήματα είναι δυνατόν να καλλιεργήσουν την προδιάθεση για την εμφάνιση κάποιας νόσου και να διογκώσουν ένα υπαρκτό σωματικό πρόβλημα. Οι διαταραχές αυτές, που οφείλονται σε ψυχολογικούς παράγοντες και επηρεάζουν αρνητικά μια διαγνώσιμη ιατρική κατάσταση, η οποία δικαιολογεί τα σωματικά συμπτώματα, θα πρέπει να διαφοροποιηθεί από τις σωματόμορφες διαταραχές (Robin & Leslie, 2006).

Ιδιαίτερα χρήσιμες πληροφορίες, σχετικά με τις επιπτώσεις του στρες στην υγεία και τους βιολογικούς μηχανισμούς μέσω των οποίων αυτές οι αλλαγές επιτελούνται, μας δίνει η ψυχονευροανοσολογία. Η ψυχονευροανοσολογία είναι ένα είδος μελέτης, που εξετάζει την αλληλεπίδραση μεταξύ των ψυχοκοινωνικών διεργασιών και της λειτουργίας του νευρικού, του ενδοκρινικού και του ανοσοποιητικού συστήματος (Ader, 1981; Ader, & Cohen 1985; Cohen & Herbert, 1996). Σήμερα υπάρχει η πεποίθηση ότι στην διαδικασία δυναμικής αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον του, εμπλέκεται το κεντρικό νευρικό σύστημα, που δρα ρυθμιστικά ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον, καθώς και το ενδοκρινολογικό και το ανοσολογικό σύστημα, που με τις ορμόνες και τους ανοσομεταβιβάστες αλληλεπιδρούν με το νευρικό σύστημα (Τούντας, 1999).

Ο Hans Selye (1946), ήταν από τους πρώτους που προσπάθησε να εξηγήσει τη διαδικασία δημιουργίας «ασθένειας» από το στρες με τη θεωρία του για το «σύνδρομο γενικής προσαρμογής» (Robin et al, 2006).

Μια σειρά πειραμάτων οδήγησαν τον Selye στο συμπέρασμα ότι η αντίδραση του σώματος σε εξωτερικές επιθέσεις ακολουθεί πάντα την ίδια διαδικασία. Το μοντέλο αυτό αποτελείται από: α) την αντίδραση συναγερμού, β) την φάση αντίστασης και γ) την φάση εξουθένωσης (Αντωνίου, 2002). Πιο αναλυτικά:

- α) Κατά την πρώτη φάση, κινητοποιούνται και επιστρατεύονται όλες οι διαθέσιμες δυνάμεις του ανθρώπινου οργανισμού. Συγκεκριμένα, το συμπαθητικό νευρικό σύστημα συμβάλλει στην έκκριση κορτικοστεροειδών, αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης στην κυκλοφορία του αίματος. Ο ανθρώπινος οργανισμός δεν είναι σε θέση να βρίσκεται σε κατάσταση διέγερσης για ιδιαίτερα παρατεταμένο διάστημα.
- β) Η δεύτερη φάση, είναι η φάση όπου ο οργανισμός αγωνίζεται με κάθε δυνατή διαδικασία και διαθέσιμο μέσο, να προσαρμοστεί στη νέα απειλή που παρουσιάστηκε και να οδηγηθεί σε μια ισορροπία (ομοιόσταση) και αντικατάσταση της αντίδρασης συναγερμού (υποχώρηση συμπτωμάτων).
- γ) Φάση εξουθένωσης. Στις περιπτώσεις εκείνες, που η αντίσταση δεν αποδειχθεί αποτελεσματική, οι στρεσογόνοι παράγοντες συνεχίζουν την δράση τους. Έτσι ο οργανισμός οδηγείται προς το τελικό στάδιο της όλης πορείας, κατά το οποίο τα συμπτώματα κάνουν την επανεμφάνισή τους και όλες οι εφεδρείες του σώματος εξαντλούνται.

1.4.1 Στρες- σωματική και ψυχική υγεία

Έχει διαπιστωθεί ότι το νευρικό, το καρδιαγγειακό και το ανοσολογικό σύστημα, επηρεάζεται από το στρες, το οποίο προκαλείται από ανεξέλεγκτα γεγονότα. Συγκεκριμένα, όταν ανατέθηκε στους συμμετέχοντες σε μια έρευνα ένα έργο το οποίο δεν μπορούσαν να ελέγξουν καθώς ξεπερνούσε τις ικανότητές τους, εκείνοι παρουσίασαν αύξηση των επιπέδων κορτιζόλης και του επιπέδου νορεπινεφρίνης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ανέλαβαν να φέρουν σε πέρας ένα έργο που ανταποκρινόταν στα όρια των δυνατοτήτων τους (Peters, 1998).

Οι ορμόνες αυτές προετοιμάζουν το άτομο για την λεγόμενη μάχη ή φυγή. Ορισμένοι ερευνητές, πιστεύουν ότι η αδρεναλίνη και η νοραδρεναλίνη βλάπτουν τα αιμοφόρα αγγεία και τους ιστούς στην καρδιά, κυρίως σε καταστάσεις διαρκούς και έντονου στρες, ενώ τα αυξημένα επίπεδα κορτιζόνης, υπό κατάσταση στρες, προκαλούν παθητικότητα και κατάθλιψη (Τούντας, 1999).

Η βιοχημική απάντηση του οργανισμού στο στρες, περιλαμβάνει την συμμετοχή και άλλων ουσιών. Από έρευνες έχει φανεί συσχέτιση μεταξύ της έντασης του στρες και των επιπέδων IgA ανοσοσφαιρίνης. Έρευνα σε νοσηλευτικό

προσωπικό έδειξε ότι τα επίπεδα IgA ανοσοσφαιρίνης στο σάλιο, σχετίζονται αρνητικά με την ένταση του εργασιακού στρες (Yang, et al, 2002).

Σημαντικές υπήρξαν επίσης οι έρευνες του Glaser, και συνεργατών του (1986), οι οποίοι έδειξαν ότι το στρες θα μπορούσε να συνδυαστεί με μειωμένα επίπεδα ιντερφερόνης των περιφερειακών λευκοκυττάρων. Η μείωση αυτή του επιπέδου της ιντερφερόνης, θα μπορούσε να συνδυαστεί επίσης, με την μείωση της δραστηριότητας των φυσικών κυττάρων (natural killers), που θα είχε σαν συνέπεια την εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος (Glaser, 1986).

1.4.2 Στρες - Υγεία - Προσωπικότητα

Αφού η προσωπικότητα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται το στρες και αντιδρά σε αυτό, επόμενο είναι να παίζει σημαντικό ρόλο και στην επίδραση του στρες στην υγεία του ατόμου. Σύμφωνα με τον Van Heck (1997), η προσωπικότητα είναι πιθανό να λειτουργεί ως συνδετικό στοιχείο, μεταξύ του ψυχοπνευστικού περιβάλλοντος και της έναρξης της διεργασίας, που καταλήγει στην εκδήλωση της νόσου. Έρευνα που έγινε σε άτομα που μολύνθηκαν από τον ιο Epstein-Barr και τον ιο του έρπη, έδειξε ότι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, γνωστό ως καταστολή ή καταπίεση των συναισθημάτων, συνδέεται με έκπτωση της λειτουργικότητας του ανοσοποιητικού συστήματος και της ικανότητάς του να ελέγχει την προσβολή του οργανισμού από τους διάφορους νοσογόνους εισβολείς (Esterling et al., 1990; Esterling et al., 1994). Επίσης, έχει φανεί ότι η αισιοδοξία είναι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, που και αυτό έχει επίδραση στην άμυνα του οργανισμού απέναντι στην ασθένεια. Ο απαισιόδοξος τρόπος σκέψης, έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με ανεπαρκέστερη κυτταρική ανοσία (Kamen-Siegel et al., 1991).

1.4.3 Στρες και Συμπεριφορά υγείας

Η συμπεριφορά του ατόμου έναντι του εαυτού του και της υγείας του (συμπεριφορά υγείας), αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα υγιούς ή μη υγιούς σωματικής κατάστασης, που συνιστά και αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης, από την ψυχολογία της υγείας. Σύμφωνα με τον Matarazzo (1984), οι συμπεριφορές υγείας, ορίζονται ως «οι συνήθειες με δυσμενείς συνέπειες για την υγεία (συμπεριφορές παθογένειας) και οι συμπεριφορές προστασίας της υγείας (ανοσοποιητικές συμπεριφορές)». Η Ogden (2000) αναφέρει σύμφωνα με τον διαχωρισμό του Matarazzo ως συμπεριφορές παθογένειας, το κάπνισμα, τη διατροφή υψηλής περιεκτικότητας σε λίπη, την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, ενώ ως ανοσοποιητικές συμπεριφορές, τον τακτικό έλεγχο της υγείας και την αναζήτηση πληροφοριών για την υγεία (Αντωνίου, 2008).

Όταν ένα άτομο βιώνει στρες τότε αυξάνεται η πιθανότητα να ωθηθεί να υιοθετήσει συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του. Έχει βρεθεί ότι στο στρες μπορεί να στρέψει την προσοχή του ατόμου αλλού με αποτέλεσμα να παραμελήσει την φροντίδα του εαυτού του και να μην αφιερώνει χρόνο στην

σωματική του άσκηση, στην ξεκούραση, στην διατροφή του. Ένα επίσης άσχημο ενδεχόμενο είναι η προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει το στρες υιοθετώντας ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, κατανάλωση τροφών υψηλής περιεκτικότητας σε λίπη και σάκχαρα. Έρευνες σε άτομα που βίωναν έντονο στρες, όπου και μελετήθηκαν οι συμπεριφορικές τους αλλαγές λόγω αυτού, έδειξαν ότι αυτά τα άτομα κατανάλωναν περισσότερο αλκοόλ, καπνό, καφέ και έτοιμο φαγητό, ενώ ασκούσαν λιγότερο (Melamed et al, 1997, Ogden & Mitandabari, 1997, Steptoe et al, 1998).

Τα άτομα που βιώνουν στρες έχει φανεί ότι είναι λιγότερο προσεκτικά και είναι επιρρεπή σε ατυχήματα. Όταν το στρες είναι υψηλό, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες τραυματισμού κατά την διάρκεια της εργασίας, της οδήγησης ενώ αυξάνονται τα ατυχήματα και στο σπίτι (Johnson, 1986; Quick & Quick, 1984).

1.5 Σχέση μεταξύ Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας και εργασιακού στρες

Συνεπώς το εργασιακό στρες είναι ένας σημαντικός και καθόλου ευκαταφρόνητος επαγγελματικός βλαπτικός παράγοντας. Ως επαγγελματικός βλαπτικός παράγοντας σύμφωνα με την «Υγιεινή και ασφάλεια στους χώρους εργασίας» ορίζεται οποιοσδήποτε φυσικός, χημικός, βιολογικός, εργονομικός, οργανωτικός, ψυχολογικός, κοινωνικός ή άλλος παράγοντας, ο οποίος είναι παρών στον εργασιακό χώρο σε τέτοιο βαθμό, ώστε να μπορεί να προκαλέσει βλάβη στην υγεία του εργαζόμενου (Δρακόπουλος, 2005).

Οι επαγγελματικοί βλαπτικοί παράγοντες είναι δυνατόν να επιφέρουν βλάβες στην υγεία των εργαζομένων, είτε εξαιτίας εργατικού ατυχήματος, είτε λόγω χρόνιας έκθεσης, που οδηγεί σε επαγγελματικό νόσημα (Σουριτζή και Βελονάκης, 2004).

Το εργασιακό στρες, ως παράγοντας κινδύνου στον εργασιακό χώρο, έτυχε ιδιαίτερης προσοχής, από την στιγμή που μελέτες απέδειξαν τον ρόλο του στην υγεία των εργαζομένων (Marmot, et al 2000; Schnall et al, 2000).

Σύμφωνα με οδηγία πλαίσιο της ΕΕ, οι εργοδότες έχουν το καθήκον να διασφαλίσουν την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων σε κάθε πτυχή της εργασίας.

Έχει βρεθεί σε δεκάδες ερευνών ότι ποικίλες πλευρές της εργασίας που ασκεί ένα άτομο, μπορούν να αποτελέσουν σημαντική πηγή στρες, που με την σειρά της έχει επιπτώσεις στην ψυχοσωματική υγεία, καθώς και την ασφάλεια των εργαζομένων στην εργασία. Ως ένα δείγμα τέτοιων παραγόντων αναφέρονται «Οι απαιτήσεις που υπερβαίνουν τα όρια και τις δυνατότητες των εργαζομένων» που σχετίζονται με μεγάλη συχνότητα ατυχημάτων (Quick & Quick, 1984), «οι δραστηριότητες που αφήνουν ανεκμετάλλετες τις ικανότητες των εργαζομένων» (Quick & Quick, 1984), «ο μεγάλος βαθμός υπευθυνότητας έναντι άλλων ατόμων» που σχετίζεται με μεγάλη συχνότητα καρδιαγγειακών νοσημάτων (Hey & Oken, 1985).

1.6 Εργασιακό στρες και νοσηλευτικό επάγγελμα

Από τις πλέον ευάλωτες, στο εργασιακό στρες επαγγελματικές ομάδες, είναι οι νοσηλευτές, καθώς λόγω της ιδιαιτερότητας του επαγγέλματός τους, αντιμετωπίζουν συχνά στρεσογόνες καταστάσεις. Η έντονη συναισθηματική φόρτιση αποτελεί μέρος της καθημερινότητας των νοσηλευτών (Παπαγεωργίου και συν., 2007).

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον σχετικά με τους παράγοντες εκείνους, που επιδρούν στην ψυχοσύνθεση των νοσηλευτών και τους επιφορτίζουν με στρες (Παπαγεωργίου και συν., 2007), και ως συνέπεια αυτού, οι νοσηλευτές είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (Μαρβάκη και συν., 2007).

1.6.1 Στρεσογόνοι παράγοντες και Νοσηλευτική

Το νοσηλευτικό επάγγελμα θεωρείται ευρέως ότι είναι ιδιαίτερα στρεσογόνο. Οι Gray-Toft και Anderson (1981), έχουν αναγνωρίσει επτά κύριες πηγές στρες στην νοσηλευτική: *επαφή με τον θάνατο, διαμάχες με τους ιατρούς, έλλειψη υποστήριξης, ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του ασθενούς, διαμάχες με τους συναδέλφους, αυξημένος φόρτος εργασίας, αβεβαιότητα σχετικά με την θεραπεία του ασθενούς* (Gray-Toft, & Anderson, 1981).

Μελέτη που αφορούσε προϊσταμένους, σε θαλάμους νοσηλείας στην Κίνα, φάνηκε ότι οι κυριότεροι στρεσογόνοι παράγοντες που επηρέασαν την πνευματική και σωματική υγεία των προϊσταμένων ήταν *ο φόρτος εργασίας, οι διαμάχες με τους γιατρούς, και ο θάνατος των ασθενών*. (Xianyu Y, Lambert VA, 2006).

1.6.1.1 Στρες και Νοσηλευτικές Ειδικότητες

Αντικρουόμενα αποτελέσματα μελετών βρέθηκαν σχετικά με το θέμα της διαφορετικότητας της έντασης και του είδους του στρες ανάμεσα στους διαφορετικούς εργασιακούς χώρους στην νοσηλευτική. Υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές, ειδικά αυτοί που εργάζονται σε στεφανιαίες μονάδες και στις μονάδες εντατικής θεραπείας, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για εργασιακό στρες (Vreeland & Ellis, 1969; Hay & Oken 1985), ωστόσο κάποιες άλλες που ακολούθησαν, δεν πέτυχαν να αναδείξουν κάποια διαφορά μεταξύ των νοσηλευτών στους διάφορους νοσοκομειακούς χώρους (Johnson, 1979; Nichols et al, 1981, Keane et al, 1985). Με τους τελευταίους συμφώνησε και ο Hirwell και οι συνεργάτες του (1981), αφού σε έρευνά τους, μελετώντας την παρουσία στρεσογόνων παραγόντων στους νοσηλευτές τεσσάρων νοσοκομειακών τμημάτων (στεφανιαία μονάδα, τεχνητός νεφρός, γενική κλινική νοσηλείας ασθενών, τμήμα νοσηλείας ηλικιωμένων), κατέληξαν ότι οι ομοιότητες όσο αφορά τα στρεσογόνα εργασιακά

χαρακτηριστικά των νοσηλευτών είναι πολύ πιο έντονες από ότι οι διαφορές τους. Αφού ο μέσος όρος των επτά στρεσογόνων παραγόντων στα 4 διαφορετικά νοσηλευτικά περιβάλλοντα ήταν πανομοιότυπος (Hirwell et al, 1989). Έρευνα σε νοσηλευτές στην Σιγκαπούρη έδειξε υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες στους νοσηλευτές του τμήματος επειγόντων περιστατικών έναντι αυτών των γενικών τμημάτων. Επιπροσθέτως, οι νοσηλευτές των επειγόντων περιστατικών παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα IgA ανοσοσφαιρίνης (Yang, 2002). Οι εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες, που φάνηκε να απασχολούν περισσότερο τους νοσηλευτές των μονάδων επειγόντων περιστατικών ήταν η *έλλειψη πόρων και οι διαμάχες με άλλους επαγγελματίες* (Yang, 2002).

Σε έρευνα στον ελλαδικό χώρο φάνηκε ότι οι νοσηλευτές των ΤΕΠ, ανέφεραν στατιστικά σημαντικότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, σε σύγκριση με τους νοσηλευτές των ΜΕΘ και των παθολογικών τμημάτων, και ότι δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, μεταξύ των νοσηλευτών ΜΕΘ και παθολογικών τμημάτων (Αδαλή, 1999).

1.6.1.2 Στρες και Νοσηλευτές σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα

Ο Patrick και οι συνεργάτες του (1991) υποκινούμενοι από τους ισχυρισμούς του Clay, (1981) ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας βιώνουν πίκρα και απογοήτευση και πιστεύοντας ότι υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ύπαρξης αυξημένης πίεσης και μειωμένου ηθικού στον δημόσιο τομέα, βρήκαν δελεαστική την απόπειρα σύγκρισης του στρες των νοσηλευτών μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα (Clay, 1989, Patrick et al, 1991). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι και στον ιδιωτικό καθώς και στον δημόσιο τομέα οι νοσηλευτές βιώνουν στρεσογόνα γεγονότα με την ίδια υψηλή συχνότητα, αφού το γενικό σκορ της κλίμακας δεν διέφερε στις δύο ομάδες (Patrick et al, 1991). Προέκυψαν όμως διαφορές στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, αφού στον ιδιωτικό τομέα οι πιο ισχυροί στρεσογόνοι παράγοντες βρέθηκαν να είναι *η αβεβαιότητα για την θεραπεία του ασθενούς και οι διαμάχες με τους ιατρούς, ενώ στον δημόσιο τομέα ο πιο συχνός παράγοντας είναι ο φόρτος εργασίας*. Στο συνολικό δείγμα της έρευνας (ιδιωτικός και δημόσιος τομέας), οι πιο συχνοί στρεσογόνοι παράγοντες φάνηκε ότι ήταν *η επαφή με τον θάνατο και ο φόρτος εργασίας* (Patrick et al, 1991).

1.6.1.3 Στρες και νοσηλευτές νοσοκομείων της επαρχίας και νοσοκομείων της Πρωτεύουσας

Έρευνα στην Ελλάδα προσπάθησε να συγκρίνει το στρες των νοσηλευτών σε νοσοκομείο της περιφέρειας με αυτό των νοσηλευτών σε νοσοκομείο της πρωτεύουσας. Η ένταση του στρες κυμάνθηκε στα ίδια σχεδόν επίπεδα ενώ διέφεραν οι παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται με το στρες στους δύο διαφορετικούς χώρους. Στο γενικό δείγμα οι παράγοντες που βρέθηκαν να παρουσιάζουν τον μεγαλύτερο μέσο όρο ήταν *ο φόρτος εργασίας και η δυσκολία*

συνδυασμού επαγγελματικού και οικογενειακού ρόλου (Μουστάκα, και συν, Κωνσταντινίδης, 2008). Ο φόρτος εργασίας, αναφέρεται στις απαιτήσεις της δουλειάς που βαραίνουν τον εργαζόμενο και περιλαμβάνει μια ποιοτική αλλά και μια ποσοτική έννοια. Ποσοτικός φόρτος είναι το ποσό της δουλειάς που πρέπει να επιτελεστεί, ενώ ο ποιοτικός φόρτος εργασίας αντανακλά την προσλαμβανόμενη δυσκολία της δουλειάς και είναι αυτή που σχετίζεται με τις ικανότητες των εργαζομένων (Jex, 1998; Spector & Jex, 1998). Οι εργαζόμενοι μπορούν να βιώσουν οποιοδήποτε τύπο εργασιακού φόρτου ή και τους δύο συγχρόνως και έρευνες τους έχουν συνδέσει με έντονο εργασιακό στρες (Grebner, et al, 2005)

1.6.1.4 Εργασιακό Στρες και θέσεις εργασίας των νοσηλευτών.

Οι Bates & Moore σε έρευνα σε 20 νοσοκομεία στην Αυστραλία, βρήκαν ότι τα επίπεδα στρες ήταν μεγαλύτερα στους νοσηλευτές που είχαν άμεση ευθύνη για την φροντίδα του ασθενή, από αυτά των βοηθών νοσηλευτών και των διευθυντικών στελεχών του νοσοκομείου. Το στρες, ως αποτέλεσμα των προσπαθειών του νοσηλευτή να ανταποκριθεί στις ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους, αντανακλά την σύγκρουση με τον νοσηλευτικό ρόλο (Gray & Anderson, 1981)

1.6.2 Επιπτώσεις του στρες των νοσηλευτών στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία.

Παρά το μεγάλο αριθμό μελετών, που αποδεικνύουν υψηλό επίπεδο αναφερόμενου στρες από τους νοσηλευτές, λίγες έχουν ερευνήσει τις πιθανές συνέπειες τέτοιου στρες στην ψυχική και σωματική ευεξία. Σύμφωνα με τον Fallowfield, η ποιότητα ζωής προσδιορίζεται από ένα σύμπλεγμα παραγόντων, που αλληλεπιδρούν και αφορούν σε 3 διαστάσεις: (α) τη σωματική ευεξία του ατόμου, (β) την ψυχική ευεξία και (γ) την κοινωνική ευεξία (Fallowfield, 1990). Σημαντική πρόοδος έχει σημειωθεί τελευταία στη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, με τη δημιουργία μεθόδων για την περιγραφή της υποκειμενικής αντίληψης της υγείας, κυρίως με τη μορφή έγκυρων και αξιόπιστων οργάνων.

Υπάρχει μια ουσιώδεις απόδειξη ότι, υψηλά επίπεδα επαγγελματικού στρες σχετίζονται ισχυρά με χαμηλά επίπεδα αυτό-αναφερόμενης υγείας και ευεξίας (Kasl & Cooper, 1987). Επίσης, τα στοιχεία που υπάρχουν σχετικά με το νοσηλευτικό επάγγελμα, υποδηλώνουν ότι το στρες των νοσηλευτών έχει κόστος στην γενικότερη υγεία τους. Για παράδειγμα ο Colligan και οι συνεργάτες του (1977), ανέφεραν ότι υπάρχουν υψηλά ποσοστά νοσηλευτών, που αναζητούν εξωνοσοκομειακή ψυχιατρική υποστήριξη. Επίσης οι Revicki & May (1989) βρήκαν ότι το εργασιακό στρες στους νοσηλευτές σχετιζόταν θετικά με το επίπεδο κατάθλιψης. Η παρούσα εργασία αναζητεί να ερευνήσει περισσότερα

στη σχέση μεταξύ νοσηλευτικού στρες και ποικίλων πτυχών της αυτό-αναφερόμενης υγείας και ευεξίας.

Ένα από τα πιο πολυσυζητημένα μοντέλα στρες παγκοσμίως, αποτελεί το μοντέλο της αναντιστοιχίας προσπάθειας – ανταμοιβής από τον Siegrist (1996). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η έλλειψη αμοιβαιότητας μεταξύ των προσπαθειών που έχουν πραγματοποιηθεί και των αμοιβών που έχουν ληφθεί στον εργασιακό ρόλο, καθορίζει μια κατάσταση συναισθηματικής δυσφορίας, η οποία μακροπρόθεσμα καταλήγει σε χαμηλό επίπεδο ψυχολογικής και ψυχικής υγείας. Σε πολλές μελέτες, φάνηκε η εγκυρότητα του μοντέλου, ιδιαίτερα σε σχέση με τις καρδιαγγειακές παθήσεις και την επαγγελματική εξουθένωση, αλλά και τις μυοσκελετικές παθήσεις (Siegrist, 1996).

1.6.2.1 Επιπτώσεις του στρες στη Σωματική Υγεία των νοσηλευτών.

Οι επιπτώσεις του στρες στην σωματική υγεία, μέσω της αύξησης των ορμονών του στρες και της αλλαγής στην συμπεριφορά υγείας, χωρίζονται σε άμεσες και μακροπρόθεσμες. Στις άμεσες επιπτώσεις περιλαμβάνονται προβλήματα όπως ο πόνος στην πλάτη, οι μυικοί σπασμοί, οι ταχυπαλμίες, ο πονοκέφαλος, τα δερματικά εξανθήματα, η αύξηση των διαταραχών του ύπνου, η δύσπνοια, οι επιδρώσεις, μια γενικευμένη μυϊκή ένταση που συνδέεται με την ψυχοκινητική ανησυχία και ανικανότητα χαλάρωσης, σεξουαλική ψυχρότητα ή ανικανότητα και η κόπωση (Τούντας, 1999; Μπουσινάκης και Χάλκος, 2006).

Η έκθεση του ατόμου σε συνεχές έντονο στρες μπορεί μακροπρόθεσμα να επιφέρει σοβαρά καρδιολογικά νοσήματα, αρτηριακή υπέρταση (Τούντας, 1999), και έλκη γαστρεντερικού συστήματος (Benson, 2000; Wong, et al, 2001), ενώ ψυχολόγοι που έχουν δείξει αυξημένο ενδιαφέρον στον ρόλο του ψυχολογικού παράγοντα στην δημιουργία ασθένειας, υποστηρίζουν την συσχέτιση του εργασιακού στρες με τον καρκίνο και την στεφανιαία νόσο (Robin & Leslie, 2006).

1.6.2.1.1 Στρες και Μυοσκελετικές παθήσεις

Ως μυοσκελετικές παθήσεις, που σχετίζονται με την εργασία, θεωρούνται οι βλάβες μερών του σώματος, όπως οι μύες, οι σύνδεσμοι, οι τένοντες, οι αρθρώσεις, τα νεύρα, τα οστά και τα αγγεία, οι οποίες προκαλούνται ή επιδεινώνονται κατά κύριο λόγο από την εργασία και από τις επιπτώσεις του άμεσου εργασιακού περιβάλλοντος (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, FACTS 71, 2007).

Στην Ευρώπη, το ένα τέταρτο των εργαζομένων, δηλώνει ότι υποφέρει από πόνους στην ράχη και την οσφυϊκή χώρα και σχεδόν το ένα τέταρτο από μυαλγίες, κάνοντας έτσι τα προβλήματα αυτά ως τα συνηθέστερα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την εργασία στην Ευρώπη (Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας, 2005). Πολλοί εργαζόμενοι, αναπτύσσουν μυοσκελετικές παθήσεις άνω άκρων και αυχένα που σχετίζονται

με την εργασία, οι οποίες αποτελούν τη συνηθέστερη μορφή επαγγελματικής ασθένειας στην Ευρώπη, αντιπροσωπεύοντας έτσι πάνω από το 45% επί του συνόλου των επαγγελματικών ασθενειών (Υπηρεσία επισήμων εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004).

Έχουν περάσει αρκετά χρόνια από τότε που είχε αρχίσει να γίνεται αντικείμενο έντονου ενδιαφέροντος, η πιθανή ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ ψυχοκοινωνικών-οργανωσιακών παραγόντων στην εργασία και μυοσκελετικών παθήσεων (Bongers et al. 1993; Riihimaki 1991; Winkel and Westgaard 1992).

Έρευνα για την σχέση των μυοσκελετικών πόνων της πλάτης και των ψυχολογικών και οργανωσιακών παραγόντων της εργασίας σε 586 γυναίκες εργαζόμενες σε νοσοκομεία κατέληξε (Edvin & Reidar, 1996):

- 1) Υπάρχει συσχέτιση των δύο αυτών παραγόντων.
- 2) Αυτή η συσχέτιση γίνεται πιο ισχυρή όταν οι ψυχολογικοί και οργανωσιακοί παράγοντες στην εργασία δρουν παράλληλα με εργονομικούς.
- 3) Οι ψυχολογικοί – Οργανωτικοί παράγοντες στην εργασία σχετίζονται πιο στενά με τους πόνους του αυχένα από ότι με τους πόνους της μέσης και των άνω άκρων.

Έχει γενικότερα φανεί, από στοιχεία που αφορούν την Ευρώπη, ότι τα μυοσκελετικά προβλήματα ευθύνονται για την μείωση της παραγωγικότητας, την αύξηση απουσιασμού από την εργασία, αλλά και την χρόνια ανικανότητα για εργασία (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, 2007).

Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία αναγνωρίζει (FACTS 75, 2007), ότι διάφορες ομάδες παραγόντων μπορούν να συμβάλουν στην εκδήλωση μυοσκελετικών παθήσεων, ανάμεσα σε αυτούς και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες στην εργασία, μπορεί να είναι:

- Απαιτητική εργασία, έλλειψη ελέγχου επί των εκτελούμενων καθηκόντων και χαμηλός βαθμός αυτονομίας.
- Χαμηλός βαθμός ικανοποίησης από την εργασία.
- Έλλειψη υποστήριξης από συναδέλφους, προϊστάμενους και διευθυντές.
- Έντονος ρυθμός εργασίας και πίεση χρόνου (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, FACTS 72, 2007). Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω γνώσεις, τα μέτρα πρόληψης που προτείνονται από τον παραπάνω οργανισμό, για την αντιμετώπιση των μυοσκελετικών παθήσεων, είναι η αντιμετώπιση της συνολικής καταπόνησης του σώματος, η οποία συνήθως δεν οφείλεται σε έναν μόνο παράγοντα. Η χειρονακτική διακίνηση φορτίων, όπως αναφέρεται, σπανίως από μόνη της είναι αιτία πόνου στη ράχη και την οσφυϊκή χώρα. Υπάρχουν πολλοί άλλοι παράγοντες, που μπορεί να συμβάλουν στην εκδήλωση της, όπως οι δονήσεις, το κρύο, η οργάνωση της εργασίας και το εργασιακό στρες. Τονίζεται, έτσι, με αυτόν τον τρόπο, η σημαντικότητα της αξιολόγησης όλου του εύρους των κινδύνων των μυοσκελετικών παθήσεων, καθώς και η αντιμετώπιση τους, με ολοκληρωμένο τρόπο. (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, FACTS 71, 2007)

1.6.2.1.2 Στρες και Καρδιαγγειακό σύστημα

Ένα άλλο σημείο που κάνει επιτακτική την ανάγκη αποτελεσματικής διαχείρισης του εργασιακού στρες στις επιχειρήσεις, είναι ότι το στρες είναι υπαρκτό και έντονο, αφού όπως μας δείχνουν ενδιαφέροντα στατιστικά στοιχεία, το 16% των ανδρών και το 22% των γυναικών, στην ευρωπαϊκή ένωση, που πάσχουν από καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν βιώσει έντονο εργασιακό στρες (Αντωνίου, 2002).

Στις καρδιαγγειακές διαταραχές εντάσσονται οι παθήσεις της καρδιάς και αιμοφόρων αγγείων. Το στρες ενοχοποιείται ως άμεση (Robin & Leslie, 2006) αλλά και σαν έμμεση (Παναγιωτάκος και συν, 2001) αιτία τους. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία στους παράγοντες κινδύνου για την στεφανιαία νόσο, αναφέρονται το ψυχοκοινωνικό στρες και η κατάθλιψη, αφού ήδη από τον προηγούμενο αιώνα έχει επισημανθεί η σχέση μεταξύ στρες και καρδιαγγειακών νοσημάτων όπως στεφανιαίας νόσου, εμφράγματος του μυοκαρδίου και υψηλής αρτηριακής πίεσης (Αντωνίου, 2003).

Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε ότι ιδιαίτερης προσοχής σε σχέση με τα καρδιαγγειακά νοσήματα, έχει λάβει το γνωστό μοντέλο στρες αναντιστοιχίας προσπάθειας-ανταμοιβής (Siegrist 1996). Έρευνες έχουν αναδείξει σχέση μεταξύ της αναντιστοιχίας, μεταξύ των προσπαθειών που καταβάλουν οι εργαζόμενοι και της ανταμοιβής από την εργασία τους, με συναισθηματικές και σωματικές επιπτώσεις στην υγεία και ιδιαίτερα συμπτωμάτων από το καρδιαγγειακό σύστημα (Smith, et al, 2005). Ένας άλλος στρεσογόνος εργασιακός παράγοντας, είναι η αίσθηση έλλειψης ελέγχου, σε ότι αφορά την εργασία, που συνδέεται με χρόνια υψηλά επίπεδα αρτηριακής πίεσης και με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων (Robin & Leslie, 2006).

Συγκεκριμένα, σε προοπτική έρευνα που έγινε σε δημόσιους υπαλλήλους στη Βρετανία, φάνηκε ότι εργαζόμενοι με χαμηλή ελευθερία λήψης αποφάσεων και υψηλές απαιτήσεις στην εργασία τους, παρουσιάζουν υψηλότερο σχετικό κίνδυνο για καρδιαγγειακές παθήσεις, με αποτέλεσμα τα παραπάνω εργασιακά χαρακτηριστικά να αποτελούν προγνωστικό παράγοντα για εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων (Kuper & Marmot, 2003).

Είναι επίσης αρκετές οι έρευνες που εξέτασαν την σχέση του εργασιακού στρες με φυσιολογικούς μηχανισμούς εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Για παράδειγμα, έρευνα εξέτασε τη σχέση εργασιακού στρες και πρώιμης αθηροσκλήρωσης, μετρώντας στένωση στις καρωτιδικές αρτηρίες, μέσω υπερήχων. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι οι άνδρες με μεγαλύτερο εργασιακό στρες έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αθηροσκλήρωσης (Nordstrom et al, 2001).

Χαρακτηριστικό των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι η πολυπαραγοντικότητα τους, αφού έρευνες έχουν αναδείξει ένα αιτιολογικό σύμπλεγμα, όπου εκτός της κληρονομικότητας, συμμετέχουν διάφοροι άλλοι παράγοντες, που σχετίζονται με τον σύγχρονο τρόπο ζωής (Παναγιωτάκος και συν, 2001). Με άλλα λόγια, οι περισσότεροι αιτιολογικοί παράγοντες, αναφέρονται στην συμπεριφορά υγείας

(Ogden, 2000), αφού πρόκειται για τον τρόπο διατροφής, άσκησης, καπνιστική συνήθεια, κατανάλωση αλκοόλ (Higgins, 2000), η σχέση των οποίων με το εργασιακό στρες έχει ήδη προαναφερθεί (Melamed et al, 1997, Ogden & Mitandabari, 1997, Steptoe et al, 1998). Όσο αφορά στον ελλαδικό χώρο, η Cardio 2000, ήταν μελέτη ασθενών μαρτύρων που διεξήχθη υπό την αιγίδα του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας και είχε ως σκοπό να διερευνήσει την σχέση μεταξύ οξέος στεφανιαίου συνδρόμου και παραγόντων όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η άσκηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια σχέση μεταξύ στεφανιαίου συνδρόμου με την κατανάλωση αλκοόλ, ενώ το κάπνισμα και η έλλειψη σωματικής άσκησης βρέθηκε να αυξάνουν τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο (Παναγιωτάκος και συν, 2001).

1.6.2.2 Επιπτώσεις του στρες στην Ψυχική Ευεξία των νοσηλευτών

Υπάρχει άραγε σχέση μεταξύ των στρεσογόνων παραγόντων της εργασίας και προβλημάτων της ψυχικής υγείας; Στο ερώτημα αυτό απαντά έρευνα που μελετά δυο διαφορετικά μοντέλα του στρες (το μοντέλο αναντιστοιχίας προσπάθειας – ανταμοιβής και το μοντέλο χαμηλού ελέγχου στην εργασία) και τις επιπτώσεις τους στο καταθλιπτικό συναίσθημα των εργαζομένων. Η έρευνα επιβεβαιώνει ότι τα δύο μοντέλα στρες, αντιστοιχούν σε δύο διαφορετικές πτυχές των στρεσογόνων συνθηκών εργασίας, ωστόσο και τα δύο σχετίζονται με το καταθλιπτικό συναίσθημα στους εργαζόμενους (Tsutsumi, et al, 2000).

Οι επιπτώσεις του εργασιακού στρες στην ψυχική υγεία, επιβεβαιώνεται και από έρευνα που τονίζει, ότι βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα καταθλιπτικά συμπτώματα εργαζομένων σε διαφορετικά επαγγέλματα ($p < 0,01$). Επίσης η μερίδα των εργαζομένων με σαφή καταθλιπτικά συμπτώματα, είχε υψηλότερη βαθμολογία σε κλίμακες που μετρούν εργασιακούς παράγοντες όπως: ασάφεια ρόλων, σύγκρουση ρόλων, εργασιακή μονοτονία, εργασία με υψηλές πνευματικές απαιτήσεις, υπευθυνότητα για ανθρώπινες ζωές και επαγγελματικούς κινδύνους (Yu, et al, 2006).

Στους επιβαρυντικούς παράγοντες λοιπόν, εκτός του φύλου, του οικογενειακού ιστορικού για ψυχιατρική νόσο και του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, εμφανίζεται και το είδος του επαγγέλματος (Lorant, et al, 2003, Muntaner, et al, 2004), με πλήθος ερευνών να υποστηρίζουν αυξημένα ποσοστά ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών σε απασχολούμενους σε ανθρωπιστικά επαγγέλματα, με τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους εκπαιδευτικούς και τους επαγγελματίες υγείας, να καταλαμβάνουν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά (Edwards, et al, 2000, Tennant, 2001).

Σε έρευνα όπου χρησιμοποιήθηκε ομάδα αναφοράς, ο σχετικός κίνδυνος των επαγγελματιών σε ανθρωπιστικά επαγγέλματα για κατάθλιψη βρέθηκε 1.35 για τις γυναίκες και 1.49 για τους άνδρες, ενώ για την εμφάνιση εργασιακού στρες 1.18 για τις γυναίκες και 1.26 για τους άντρες. Μεταξύ των επαγγελματιών, αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη παρουσίασαν οι γιατροί και οι νοσηλευτές ανεξαρτήτου φύλου και οι γυναίκες μαιές (Wieclaw, et al, 2006).

Οι ερευνητές ερμηνεύουν τον αυξημένο σχετικό κίνδυνο για ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές στα ανθρωπιστικά επαγγέλματα, ως αποτέλεσμα των ιδιαίτερων εργασιακών παραγόντων, στους οποίους εκτίθενται οι εργαζόμενοι σε αυτά, όπως ασταθές ωράριο εργασίας, έκθεση σε τραυματικά γεγονότα π.χ. ατυχήματα, επαφή με τον θάνατο, έκθεση σε βία (Wieclaw, et al, 2006) και σύγκρουση μεταξύ εργασίας και οικογένειας (Geiger- Brown, et al, 2004, Peters, et al, 2004).

Αυτές οι εργασιακές συνθήκες θεωρείται ότι μπορούν άμεσα να οδηγήσουν σε ψυχιατρικές διαταραχές, όπως για παράδειγμα έκθεση σε βία που προκαλεί μετατραυματικό στρες (Laposa, et al, 2003, Collins & Long, 2003), ή συμβάλουν μαζί με άλλους παράγοντες σε υψηλό επίπεδο συναισθηματικών απαιτήσεων από την εργασία (Vegchel, et al, 2004).

Έρευνα σε νοσοκομεία και συγκεκριμένα σε ιατρούς ειδικευόμενους, κατά τον πρώτο χρόνο μετά την αποφοίτησή τους, έχει δείξει ότι το στρες λόγω της συναισθηματικής πίεσης από τους ασθενείς, ήταν ιδιαίτερα σημαντικό ιδιαίτερα όταν υπήρχε αίσθηση έλλειψης γνώσεων κατά την αποφοίτηση από την σχολή τους. Τελικά, το εργασιακό στρες αποδείχθηκε προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση ψυχικών νοσημάτων αφού η τιμή του OR ήταν 1.05 με CI95% 1.01 έως 1.10. (Reidan, et al, 2001).

Έρευνα σε νοσηλευτές αυτή τη φορά, μεγάλου γενικού Νοσοκομείου, κατέληξε ότι, ενώ οι στρεσογόνοι παράγοντες διαφέρουν μεταξύ των βαθμίδων ιεραρχίας του νοσηλευτικού προσωπικού και μεταξύ των διαφορετικών νοσηλευτικών τομέων, τα αποτελέσματα των στρεσογόνων αυτών παραγόντων, στην ψυχική υγεία των νοσηλευτών δεν παρουσιάζουν αυτές τις διαφοροποιήσεις. Προγνωστικό παράγοντα των αρνητικών επιπτώσεων στην ψυχική υγεία των νοσηλευτών, αποτέλεσε η αντίληψή τους για τον φόρτο εργασίας ως υπερβολικό και η υιοθέτηση της φυγής, ως ατομική στρατηγική αντιμετώπισης του εργασιακού στρες (Patrick Tyler & Delia Cushway. 2006)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επισημαίνει πως το 75% των ατόμων που αναζητούν ψυχιατρική υποστήριξη, είναι άτομα με μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση και έντονο εργασιακό στρες. Το εργασιακό στρες μπορεί να προκαλέσει καταστάσεις όπως ανησυχία, κατάθλιψη, αϋπνίες και αισθήματα ανεπάρκειας (American Psychological Association [APA], 2005; Benson, 2000; Wong, et al, 2001).

1.6.2.3 Επιπτώσεις του στρες στην Εργασιακή Συμπεριφορά των νοσηλευτών εργατικά ατυχήματα

Τα εργασιακά στρες αναφέρεται ότι οδηγεί σε ευερεθιστότητα, ελάττωση των προφυλάξεων και υποβάθμιση του κινδύνου (Ρώτας 1997), αποφυγή της εργασίας, και ροπή προς τα ατυχήματα (Καντάς, 1995). Ένας εργαζόμενος υπό στρες, παίρνει λανθασμένες αποφάσεις και έχει κακές σχέσεις με τα άλλα άτομα της ομάδας του. Η μειωμένη παραγωγικότητα, τα λάθη, η χαμηλή ποιότητα εργασίας και οι απουσίες είναι εμφανείς ενδείξεις ύπαρξης στρες. Στις ΗΠΑ

υπολογίζεται ότι υπάρχει απώλεια παραγωγικότητας του επιπέδου 4% λόγω απουσιών και γύρω στις 15.000 ζωές χάνονται κάθε χρόνο λόγω εργατικών ατυχημάτων (Ross & Altmaier, 1994; Αλεξόπουλος, 2007), πολλά από τα οποία οφείλονται στις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας (Κάντας, 1995).

Από την άλλη, ένας ικανοποιημένος εργαζόμενος είναι πολύ βασική προϋπόθεση για να λειτουργεί αποτελεσματικά ένας οργανισμός, καθώς το στρες δεν επηρεάζει μόνο την υγεία των εργαζομένων, αλλά και τους οργανισμούς και την ποιότητα του παρερχομένου προϊόντος (Μπουσινάκης και Χάλκος, 2006).

Το εργασιακό στρες, επηρεάζει σημαντικά τους νοσηλευτές και την ικανότητά τους να ανταπεξέρχονται στις εργασιακές τους υποχρεώσεις και ειδικότερα τους καθιστά ανίκανους να λαμβάνουν σημαντικές αποφάσεις, ενώ έχουν αδυναμία αυτοσυγκέντρωσης, χαρακτηρίζονται συχνά από απάθεια και έλλειψη επαγγελματικών κινήτρων, ενώ είναι ανήσυχoi και εύκολα συμμετέχουν σε αδικαιολόγητα λάθη (Jones, et al, 2003).

Όλα τα παραπάνω μπορούν άμεσα να οδηγήσουν σε αδικαιολόγητες απουσίες από την εργασία, χαμηλή εργασιακή απόδοση και τελικά σε σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (International Council of Nurses, 2007). Από το 1985, ερευνητές υποστήριζαν πως το εργασιακό στρες έχει καταστροφικές συνέπειες στην εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων, η οποία είναι μια έμμεση αιτία για τον απουσιασμό του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του (Gray-Taft & Anderson, 1985). Σύμφωνα με μελέτη στην Ιαπωνία, που ασχολήθηκε με το φαινόμενο συχνού απουσιασμού από την εργασία λόγω ασθένειας, όπου ερωτήθηκαν 20,464 νοσηλευτές και 3,617 νοσηλεύτριες φάνηκε ότι οι συχνές απουσίες των εν λόγω νοσηλευτών είχαν σχέση με την χαμηλή υποστήριξη από τη διοίκηση και την απουσία ελέγχου της εργασίας από τους ίδιους τους νοσηλευτές (Ishizaki, et al, 2006).

Ο Blegen (1993) θα συμφωνήσει με τα παραπάνω, αφού τα αποτελέσματα της έρευνά του, έδειξαν την ύπαρξη μιας ισχυρής αρνητικής συσχέτισης μεταξύ εργασιακού στρες και εργασιακής ικανοποίησης, ενώ σύμφωνα με άλλους ερευνητές το εργασιακό στρες σχετίζεται με την εγκατάλειψη του νοσηλευτικού επαγγέλματος από τους νοσηλευτές (Shader et al., 2001; Μουστάκα και συν, Κωνσταντινίδης, 2007; Hegney et al., 2003).

1.6.2.3.1. Burnout

Ο όρος Επαγγελματική Εξουθένωση (burnout) περιγράφει μια κατάσταση χρόνιας μείωσης των προσωπικών ενεργειακών πόρων (Shirom, 1989), λόγω παρατεταμένης έκθεσης σε εργασιακό στρες (Freudenberger, 1974; Maslach & Jackson, 1981). Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι εκτεταμένη και μόνιμη κόπωση, συναισθηματική εξάντληση, και νοητική δυσλειτουργία (Melamed et al, 1992; Kushnir & Melamed, 1992). Συνήθως το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από αποπροσωπότητα και κυνισμό προς τον οργανισμό και τους αποδέκτες των υπηρεσιών του, με μειωμένη

αποτελεσματικότητα και τάση αρνητικής αυτοεκτίμησης (Maslach & Jackson, 1981).

Ο φυσιολογικός μηχανισμός που οδηγεί στην κόπωση δεν έχει ικανά αποδειχτεί ακόμη, αλλά ο ρόλος του χρόνιου στρες, μέσω της υποθαλαμιο- επινεφριδιακής οδού, θεωρείται ότι εμπλέκεται σοβαρά.

1.6.2.4 Επιπτώσεις του στρες στην Συμπεριφορά Υγείας των νοσηλευτών

Οι νοσηλευτές που διακατέχονται από επαγγελματικό στρες είναι πολύ πιθανό να σιτίζονται ανεπαρκώς, να καπνίζουν και να καταναλώνουν αλκοόλ και ηρεμιστικά. Όλα αυτά με τη σειρά τους δημιουργούν μια αρνητική κατάσταση όσο αφορά στην υγεία και στην ευημερία των νοσηλευτών (Burke, 2001; International Council of Nurses, 2007).

Έχει φανεί από έρευνες πως περισσότερες γυναίκες παρά άντρες, αισθάνονται ότι καπνίζουν, στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν στρεσογόνες καταστάσεις (Frith, 1971; Ikard & Tomkins, 1973).

Έχει επίσης φανεί, ότι η συχνότητα της καπνιστικής συνήθειας είναι υψηλότερη στις εργαζόμενες γυναίκες, από ότι στον γενικό πληθυσμό (US Public Health Service, 1979; Bates, 1975; Kirkby, et al 1976).

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε, ότι ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι το στρες που δημιουργείται από στρεσογόνους εργασιακούς παράγοντες, μπορεί να είναι ένας από τους παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την αύξηση της συχνότητας του καπνίσματος στις νεαρές γυναίκες και για τον μικρό ρυθμό διακοπής του καπνίσματος στον γυναικείο πληθυσμό. Επίσης, ότι το ποσοστό των καπνιστών έχει παρατηρηθεί να είναι υψηλότερο στις νοσηλεύτριες από ότι στον γενικό γυναικείο πληθυσμό (Eyres, 1973; Green, 1970), παρά το γεγονός ότι οι νοσηλευτές ως υγειονομικοί επιστήμονες, έχουν καλή γνώση των κινδύνων του καπνίσματος και αντιλαμβάνονται ότι αποτελούν μοντέλο συμπεριφοράς για τους ασθενείς τους (Tagliacozzo, et al 1982).

1.6.2.5 Επιπτώσεις του στρες των νοσηλευτών στο εθνικό σύστημα υγείας

Το εργασιακό στρες των νοσηλευτών λοιπόν έχει σοβαρές επιπτώσεις όχι μόνο στην υγεία και ασφάλεια των νοσηλευτών (Gray, 2000), αλλά και αποτελεί ένα επιπρόσθετο κόστος για τα νοσοκομεία (Aiken, et al., 2002). Το στρες είναι δυνατόν να επηρεάσει δυσμενώς την παραγωγικότητα και την υγεία των εργαζομένων και να οδηγήσει μέσω της αύξησης των χαμένων εργατικών ημερών λόγω ασθένειας, και των εργατικών ατυχημάτων, σε αύξηση του ρυθμού ανανέωσης του εργατικού δυναμικού (Robin & Leslie, 2006). Αυτός είναι ο λόγος που έχει παρατηρηθεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το εργασιακό στρες τα τελευταία χρόνια. Οφείλεται δηλαδή στο γεγονός ότι όλο και περισσότερο αναγνωρίζονται οι επιπτώσεις του στην παραγωγή και την οικονομία γενικότερα.

Εκτός των παραπάνω, σοβαρές επιπτώσεις υπάρχουν και στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών (Tarnow-Mordi et al., 2000), αφού οι

νοσηλευτές που βιώνουν εργασιακό στρες, αισθάνονται ανεπαρκείς στην εκπλήρωση των καθηκόντων τους και συναντούν δυσκολία στην ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών (Bailit and Blanchard, 2004; Burke, 2000; International Council of Nurses, 2007), γεγονός που πολλές φορές οδηγεί σε αδικαιολόγητα και σοβαρά λάθη, όσο αφορά στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, πλήττοντας έτσι την ποιότητα και την ασφάλεια της νοσηλευτικής φροντίδας (Jones, et al, 2003). Έτσι λοιπόν η μειωμένη ποιότητα των προϊόντων και των υπηρεσιών (Πανελλήνια Ένωση Πλοιάρχων Εμπορικού Ναυτικού), οι απουσίες από την εργασία, το χάσιμο εργατικών ωρών, οι απεργίες και η μειωμένη παραγωγικότητα της επιχείρησης, συχνά αποδίδονται κατά ένα μεγάλο μέρος και στο εργασιακό στρες (Καντάς, 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

2.1 Το Πρόβλημα

Είναι γνωστό ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι εξαιρετικά στρεσογόνο (Duquette et al, 1994, Riding et al, 1995), ενώ υπάρχει έλλειψη ερευνών στον ελλαδικό χώρο, που να απαντάει στο αν υπάρχουν στρεσογόνοι εργασιακοί παράγοντες των νοσηλευτών της χώρας μας, που να σχετίζονται με την υγεία και την ασφάλειά τους.

Σε άλλες χώρες έχουν γίνει έντονες προσπάθειες για την ανίχνευση στρεσογόνων παραγόντων στον εργασιακό χώρο των νοσηλευτών. Οι Gray-Toft and Adderson (1981) στην προσπάθειά τους να κατασκευάσουν ένα όργανο μέτρησης του εργασιακού στρες γνωστό ως Nursing Stress Scale (NSS), εστίασαν στις ιδιαίτερες στρεσογόνες καταστάσεις για τους νοσηλευτές, οι οποίες επηρεάζουν την εργασιακή τους απόδοση. Έτσι αναγνώρισαν τρεις πηγές εργασιακού στρες, από το φυσικό, το ψυχολογικό και το κοινωνικό περιβάλλον. Το όργανο αυτό μεταφράστηκε σε πολλές άλλες γλώσσες, εκτός της αγγλικής, με σκοπό την διερεύνηση του εργασιακού στρες των νοσηλευτών στις αντίστοιχες χώρες. Επίσης, υπάρχουν αξιολογικές προσπάθειες για επέκταση αυτού του οργάνου και την δημιουργία του Expanded Nursing Stress Scale (ENSS), το οποίο θεωρείται ένα από τα πιο πλήρη ερωτηματολόγια στρεσογόνων εργασιακών παραγόντων, κατασκευασμένο ειδικά για τους νοσηλευτές. Στην Ελλάδα δεν είχαμε ακόμη την χρήση τέτοιων οργάνων. Η έλλειψη αυτή, στην διερεύνηση του εργασιακού στρες των νοσηλευτών της χώρας μας, έγινε προσπάθεια να αποκατασταθεί με την μετάφραση και την χρήση του ENSS στην παρούσα έρευνα.

Αυτό κρίθηκε απαραίτητο διότι εξαιτίας των διαφορετικών συνθηκών εργασίας, της εκπαίδευσης, του κοινωνικού κύρους και της αυτονομίας των νοσηλευτών στις διαφορετικές κουλτούρες, μπορεί να θεωρηθεί ότι το εργασιακό στρες διαφέρει μεταξύ των χωρών.

Γι' αυτό το λόγο, υπάρχει ανάγκη διερεύνησης του εργασιακού στρες των νοσηλευτών σε διαφορετικές χώρες, και τα ευρήματα τέτοιων μελετών μπορούν να ερμηνευτούν σύμφωνα με το κοινωνικό-πολιτισμικό περιβάλλον μέσα στο οποίο διεξάγονται (Bussing and Glasser, 1999).

Επίσης, είναι γνωστό από έρευνες ακόμη και στον ελλαδικό χώρο, ότι η επαγγελματική ομάδα των νοσηλευτών υποφέρει από κάποια συγκεκριμένα προβλήματα υγείας. Η έλλειψη στην διερεύνηση της σχέσης αυτών των προβλημάτων υγείας, με το εργασιακό στρες που βιώνουν, θα είναι ένα πρόβλημα που σχετίζεται με την σωστή μεθόδευση της αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων και θα αποτελέσει τον κύριο σκοπό της παρούσας έρευνας.

Για πρώτη φορά στην Ελλάδα, επιχειρείται να διερευνηθεί αν η σωματική και η ψυχική υγεία των εργαζομένων, επηρεάζεται από παράγοντες του εργασιακού στρες, χρησιμοποιώντας τα συγκεκριμένα ψυχομετρικά όργανα. Λαμβάνοντας

υπόψη την επίδραση των διαφόρων παραγόντων στην ποιότητα ζωής των εργαζομένων νοσηλευτών, είναι δυνατόν να διατυπωθούν προτάσεις που να αφορούν στη λήψη μέτρων για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του φαινομένου του εργασιακού στρες, τόσο σε ατομικό όσο και σε διοικητικό επίπεδο.

2.2 Αναγκαιότητα και σημασία της έρευνας

Οι αρχές της πρόληψης στην προάσπιση της Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία περιλαμβάνει μεταξύ άλλων την «αποφυγή του κινδύνου», και την «καταπολέμηση της πηγής του κινδύνου». Στην περίπτωση μας, που ο κίνδυνος είναι το εργασιακό στρες, για να τον αποφύγουμε και να καταπολεμήσουμε την πηγή του, θα πρέπει να γνωρίζουμε με βάση επιστημονικά δεδομένα ποια είναι η πηγή του, δηλαδή ποιοι είναι οι εργασιακοί παράγοντες που το προκαλούν.

Αυτό ακριβώς είναι που θα προσπαθήσει να προσφέρει η παρούσα έρευνα. Πιθανούς εργασιακούς στρεσογόνους παράγοντες, πιθανές δηλαδή αιτίες του εργασιακού στρες, που μάλιστα φαίνεται να επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των Ελλήνων νοσηλευτών. Χωρίς τέτοιες έρευνες, η καταπολέμηση του εργασιακού στρες φαντάζει αδύνατη, αφού το εργασιακό στρες είναι κάτι γενικό και αόριστο, και διαφορετικό για κάθε εργασιακό χώρο, επαγγελματικό κλάδο και χώρα.

Η έρευνα αυτή δεν είναι αιτιολογική για να μπορέσει να τεκμηριώσει αιτιολογική σχέση μεταξύ παραγόντων στρες και υγείας, αλλά μπορεί να παρέχει πιθανές διορατικότητες των βασικών αιτιών των φαινομένων που εξετάζονται.

Η σημαντικότητα της έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι η εύρεση παραγόντων που σχετίζονται με την υγεία και την ασφάλεια των Ελλήνων νοσηλευτών, μπορεί να αποτελέσουν έναυσμα και μια ισχυρή βάση:

α) για προετοιμασία και διεξαγωγή αιτιολογικών ερευνών για την επαγγελματική υγεία και

β) για την πρόληψη και αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας, που θα βρεθούν να σχετίζονται με το στρες της εργασίας. Μπορεί να παρέχει τις κατάλληλες πληροφορίες, προκειμένου να σχεδιαστεί ένα πρόγραμμα διαχείρισης του εργασιακού στρες και διατήρησης της υγείας και ασφάλειας στην εργασία, που να απευθύνεται στους νοσηλευτές που εργάζονται στα νοσοκομεία της χώρας μας. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα βοηθήσουν στον προσδιορισμό των διοικητικών μέτρων που πρέπει να ληφθούν έτσι ώστε να προληφθεί ή να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο του εργασιακού στρες του νοσηλευτικού προσωπικού. Η αξιοποίηση αυτών των πληροφοριών από τις νοσηλευτικές διοικήσεις, από τις διοικήσεις των νοσοκομείων καθώς και από τους ειδικούς της επαγγελματικής υγείας, θα αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο για την προαγωγή της υγείας στην εργασία.

Οι παράγοντες που σχετίζονται με το εργασιακό στρες και την επαγγελματική υγεία, είναι λογικό να διαφέρουν μεταξύ των διαφόρων επαγγελμάτων, καθώς και μεταξύ ομάδων του ίδιου επαγγέλματος, με διαφορετική κουλτούρα και κοινωνικοπολιτικό περιβάλλον. (Bussing and Glasser, 1999). Για να είναι λοιπόν

ένα πρόγραμμα προαγωγής υγείας Ελλήνων νοσηλευτών αποτελεσματικό, θα πρέπει να στηρίζεται σε έρευνες στον Ελλαδικό χώρο και σε παράγοντες που χαρακτηρίζουν τα ελληνικά περιβάλλοντα εργασίας των νοσηλευτών, την ελληνική κουλτούρα και τα χαρακτηριστικά του επαγγέλματος στην ελληνική πραγματικότητα. Η ανίχνευση παραγόντων του στρες που σχετίζονται με την υγεία και ασφάλεια του νοσηλευτικού προσωπικού στην χώρα μας, θα μπορούσε να είναι ο οδηγός για τον σχεδιασμό εθνικής στρατηγικής για την αντιμετώπιση του εργασιακού στρες των νοσηλευτών.

2.3 Ο Σκοπός της έρευνας - Ερευνητικές υποθέσεις

Η παρούσα μελέτη, προσπάθησε να διερευνήσει τη συσχέτιση των παραγόντων του εργασιακού στρες, ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος Ελλήνων νοσηλευτών, που εργάζονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, με την αυτοεκτίμηση της υγείας τους.

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να απαντήσει στην ερώτηση: «υπάρχει σχέση ανάμεσα στο επίπεδο υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού και στο επίπεδο του στρες που αυτοί βιώνουν λόγω της εργασίας τους;». Και αν ναι ποιοι ακριβώς εργασιακοί παράγοντες σχετίζονται με διαταραχές της υγείας των νοσηλευτών.

Επιμέρους σκοποί της έρευνας, είναι η περιγραφή και τεκμηρίωση του εργασιακού στρες, των σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων, των ανθυγιεινών συνηθειών, όπως κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ, και των ατυχημάτων στην εργασία, που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό διαφόρων βαθμίδων της ιεραρχίας και προέλευσης. Επίσης, είναι η διερεύνηση των διαστάσεων των φαινομένων αυτών, καθώς και των παραγόντων με τους οποίους σχετίζονται.

Ερευνητικές υποθέσεις

Υπάρχει σχέση μεταξύ του επιπέδου του εργασιακού στρες και συγκεκριμένων εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων με την σωματική και ψυχική ευεξία των νοσηλευτών.

Υπάρχει σχέση μεταξύ του επιπέδου του εργασιακού στρες και συγκεκριμένων εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων με την συχνότητα ατυχημάτων στην εργασία.

Υπάρχει σχέση μεταξύ του επιπέδου του εργασιακού στρες και συγκεκριμένων εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων με ανθυγιεινές συνήθειες όπως το κάπνισμα και η χρήση αλκοόλ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Υλικό και μέθοδος

3.1.1 Δείγμα

Στόχος ήταν η επιλογή όσο το δυνατόν πιο αντιπροσωπευτικού δείγματος των Ελλήνων νοσηλευτών, που εργάζεται σε γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ και στρατιωτικά νοσοκομεία της Αθήνας και της επαρχίας, αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, με τη δυναμικότητα του νοσοκομείου, το χώρο και τη θέση εργασίας τους (κλειστό-ανοικτό τμήμα) και τα έτη προϋπηρεσίας τους. Οι συμμετέχοντες έπρεπε να πληρούν κάποιες προϋποθέσεις όπως, να είναι απόφοιτοι πανεπιστημιακής, τεχνολογικής ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και να εργάζονται τουλάχιστον ένα χρόνο ως επαγγελματίες υγείας σε δημόσια νοσοκομεία.

Διανεμήθηκαν 500 ερωτηματολόγια σε είκοσι δύο νοσοκομεία της πρωτεύουσας και της επαρχίας. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και αυτοσυμπληρούμενα και μοιράστηκαν μετά από συνεχείς επισκέψεις και προσωπική επαφή με τους συμμετέχοντες και τους προϊσταμένους του κάθε τμήματος σε διάστημα 3 μηνών. Κάθε φορά υπήρχε ένα περιθώριο τουλάχιστον μιας εβδομάδας στους εργαζομένους για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Ο χρόνος αυτός τελικά δεν υπήρξε αρκετός σε πολλές περιπτώσεις και χρειάστηκαν συνεχείς επισκέψεις για την συλλογή των ερωτηματολογίων. Τελικά επεστράφησαν 396 ερωτηματολόγια από τα οποία αποκλείστηκαν τα 68. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 328 Νοσηλευτές και Βοηθοί νοσηλευτών.

Το 90,2% του δείγματος ήταν γυναίκες (n=296) και η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 36,14 έτη (Τυπική Απόκλιση=7,62). Στην πλειοψηφία τους ήταν έγγαμοι (n=184, 56,3%), με μέση προϋπηρεσία 12,58 έτη (Τυπική Απόκλιση =8,175). Το 53% των νοσηλευτών ήταν τεχνολογικής εκπαίδευσης και το 30,2% δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το 16,5 πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Το 16,8 αυτών είχε παρακολουθήσει πρόγραμμα νοσηλευτικής ειδικότητας, ενώ το 12,5 μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών.

3.1.2 Όργανα μέτρησης

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιείχε ερωτήσεις καταγραφής κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων του δείγματος και χαρακτηριστικών της εργασίας, και προστάθηκε να αποτυπώσει την άποψη των νοσηλευτών σχετικά με το επάγγελμά τους (Παράρτημα 1, μέρος 1ο).

Στο δεύτερο μέρος είχε ενσωματωθεί η Κλίμακα Μέτρησης του Στρες στους Νοσηλευτές (*Expanded Nursing stress scale*) των Susan, French., Rhonda, Lenton., John, Eyles and Vivienne, Walters. (2000) και το οποίο αποτελείται από 59 αντικείμενα, προκειμένου να καταγράψει στρεσογόνα γεγονότα, τα οποία ομαδοποιούνται σε 9 παράγοντες όπως:

- 1) την επαφή με τον θάνατο – αντικείμενα: 1,10,19,29,39,49 και 55.
- 2) την ανεπαρκή προετοιμασία χειρισμού συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους - αντικείμενα: 3,12, και 21.
- 3) Διακρίσεις - αντικείμενα: 9,18 και 28.
- 4) τον φόρτο εργασίας - αντικείμενα: 15,25,34,43,44,47,53,57, και 59.
- 5) Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα - αντικείμενα: 7,16,20,26,31,35,38,41 και 45.
- 6) τις διαμάχες με τους γιατρούς - αντικείμενα: 2,11,30,40 και 50.
- 7) τις διαμάχες με συναδέλφους – αντικείμενα: 4,13,22,23,24,52.
- 8) τις διαμάχες με τους προϊσταμένους - αντικείμενα: 5,32 33,42,48,51 και 56.
- 9) τους ασθενείς και τις οικογένειές τους – αντικείμενα: 8, 17,27,36,37,46,54 και 58.

Υπάρχουν δύο αντικείμενα στην κλίμακα ENSS (6 και 14) που δεν σχετίζονται με κάποιον από τους 9 παράγοντες την κλίμακας (Susan, et al, 2000).

Η κλίμακα του στρες Expanded Nursing Stress Scale (ENSS), χρησιμοποιήθηκε για να εκτιμήσει στρεσογόνες καταστάσεις και εμπειρίες. Κάθε αντικείμενο από τα 59 της κλίμακας, δέχεται απαντήσεις σε κλίμακα Likert 5 σημείων και οι οποίες αντιστοιχούν σε βαθμολογίες από 0 έως 4, «καθόλου στρεσογόνο» που βαθμολογείται με το «1», «Λίγο στρεσογόνο» που βαθμολογείται με το «2», «Αρκετά στρεσογόνο» με το «3», «Εξαιρετικά στρεσογόνο» με το «4», και «Δεν ισχύει» με το «0».

Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία, τόσο μεγαλύτερη ένταση εργασιακού στρες φανερώνει. Από την κλίμακα μπορούμε να έχουμε το συνολικό σκορ της κλίμακας (59 αντικείμενα) και σκορ για κάθε ένα από τους 9 παράγοντες χωριστά, προσθέτοντας τις βαθμολογίες των αντικειμένων σε κάθε παράγοντα.

Για να υπολογίσουμε το συνολικό σκορ της κλίμακας (ENSS) αρκεί να προσθέσουμε και τα 59 αντικείμενα της κλίμακας, ενώ για να υπολογίσουμε το σκορ της κάθε υποκλίμακας, πρέπει να αθροίσουμε τις βαθμολογίες της ομάδας των αντικειμένων που αναφέρονται στην συγκεκριμένη υποκλίμακα.

Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά από την κύρια ερευνήτρια και μια μεταφράστρια, ενώ έγινε και το αντίστροφο από ανεξάρτητη μεταφράστρια και δεν παρατηρήθηκαν αξιόλογες διαφορές (Παράρτημα 1, μέρος 2ο).

Δόθηκε άδεια χρησιμοποίησης του ερωτηματολογίου στην κύρια ερευνήτρια από την κ. Susan E. French (Παράρτημα 2)

Στο τρίτο μέρος συμπεριλήφθηκαν ερωτηματολόγια προκειμένου να συλλεχθούν πληροφορίες για το επίπεδο της ψυχικής ευεξίας και σωματικής υγείας του δείγματος:

A) Για την μέτρηση της σωματικής υγείας των υποκειμένων χρησιμοποιήθηκε το "Ερωτηματολόγιο Σωματικής Υγείας" (Παράρτημα 1, μέρος 3ο) όπως τροποποιήθηκε από τον κ. Καραδήμα 1999, ο οποίος χρησιμοποίησε το "Ερωτηματολόγιο Σωματικής υγείας" των Wyley, Masuda & Holmes (1968) αφού πρόσθεσε σε αυτό μερικά συμπτώματα που προέρχονται από την κλίμακα των Belloc, Breslow & Hochstim (1971). Έτσι δημιούργησε έναν κατάλογο 34 συμπτωμάτων και παραπόνων, για κάθε ένα από τα οποία τα υποκείμενα δηλώνουν πόσο συχνά το αντιμετώπισαν κατά τις τελευταίες 2-3 εβδομάδες, στη βάση μιας κλίμακας τύπου Likert. Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου έχει εξεταστεί από τον κ. Καραδήμα. Σε αυτό το ερωτηματολόγιο προστέθηκαν μερικές ερωτήσεις που αναφέρονται σε ορισμένα νοσήματα και ζητείται από τους συμμετέχοντες να απαντήσουν με «Ναι» ή «Όχι», ανάλογα με το αν υποφέρουν από αυτά ή όχι.

B) Για την αξιολόγηση της ψυχικής ευεξίας χρησιμοποιήθηκε η υποκλίμακα «ψυχική ευεξία», του ερωτηματολογίου *RAND 36-item Health Survey (Version 1.0)*. (Παράρτημα 1, μέρος 4ο)
Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 (SF-36 Health Survey) είναι ένα πολλαπλών εφαρμογών, και μικρής σχετικά έκτασης ψυχομετρικό όργανο, που εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας, χωρίς να χαρακτηρίζονται ως ειδικές κάποιες ασθένειες. Έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές χώρες για την αυτοεκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και τη σύγκριση του επιπέδου υγείας διαφόρων ομάδων πληθυσμού, υγιών και ασθενών, διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών. Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις, οι οποίες επιλέχθηκαν μετά από αξιολόγηση διαφόρων οργάνων μέτρησης, που χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής (Ware & Sherbourne, 1992). Οι ερωτήσεις ομαδοποιούνται σε οκτώ κλίμακες μέτρησης: Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα που αναφέρεται στην Ψυχική Ευημερία (5 ερωτήσεις)
Το SF-36 έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες, μεταξύ αυτών και στην Ελληνική, και οι στατιστικοί έλεγχοι εγκυρότητας και αξιοπιστίας της ελληνικής έκδοσης είχαν επιτυχή αποτελέσματα, τόσο με χρήση μικρού δείγματος άνεσης (Κοντοδημόπουλος και συν, 2004), όσο και σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού (Para, et al). Επιπρόσθετα, σε κάθε ερώτηση αντιστοιχεί ένα σύνολο εναλλακτικών απαντήσεων που ερμηνεύονται ποσοτικά, σε διαβαθμίσεις που καλύπτουν το θεωρητικό φάσμα από το ελάχιστο έως το μέγιστο. Η διαστημική αυτή κλίμακα επιτρέπει τον υπολογισμό των ενδιάμεσων, μεταξύ των ακραίων τιμών, απαντήσεων και καθιστά δυνατή την ερμηνεία των προστιθέμενων αποτελεσμάτων.

Το τέταρτο μέρος του ερωτηματολογίου περιέχει ερωτήσεις για συνήθειες στενά συνδεδεμένες με την υγεία (Παράρτημα 1, μέρος 5ο) όπως συνήθεια καπνίσματος, χρήση αλκοόλ, συνήθειες άθλησης, καθώς και ερωτήσεις που αποτυπώνουν την συχνότητα ατυχήματος στην εργασία το τελευταίο έτος.

3.2 Η στατιστική επεξεργασία

Χρησιμοποιήθηκαν οι στατιστικές δοκιμασίες t-test, ANOVA και για τις μεταβλητές που δεν πληρούσαν τα κριτήρια για εφαρμογή παραμετρικής μεθόδου χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες Mann-Whitney και Kruskal-wallis Test. Για τον έλεγχο συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών υπολογίστηκε ο συντελεστής Pearson's r , και Spearman. Η επεξεργασία των δεδομένων και όλοι οι στατιστικοί έλεγχοι έγιναν με το SPSS.

3.3 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από το δείγμα αφού προηγήθηκε ενημέρωση από την ερευνήτρια για το σκοπό της μελέτης, για την τήρηση κανόνων ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας με τήρηση της ανωνυμίας και για το δικαίωμα άρνησης συμμετοχής στην μελέτη. Τα ερωτηματολόγια κλείστηκαν μετά την συμπλήρωσή τους από τους συμμετέχοντες σε φάκελο που τους είχε διανεμηθεί μαζί με τα ερωτηματολόγια και παραδόθηκαν κλειστοί στην ερευνήτρια.

3.4 Περιορισμοί της μελέτης

Δεδομένου ότι τα στοιχεία ήταν cross-sectional, τα συμπεράσματα σχετικά με την κατεύθυνση της αιτιότητας μεταξύ των μεταβλητών δεν μπορούν να συναχθούν. Επίσης με την καθιερωμένη ερευνητική μεθοδολογία προσέγγισης και εκτίμησης της ποιότητας ζωής δεν προσδιορίζεται επαρκώς ποιες εμπειρίες και με ποιον τρόπο ασκούν βαρύτητα στην υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Μελλοντικές έρευνες, ποιοτικής ίσως προσέγγισης, οφείλουν να επικεντρωθούν στον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν την εκτίμηση της ποιότητας ζωής και σχετίζονται με τη δομή της προσωπικότητας του εργαζόμενου, τις προσδοκίες, τις προηγούμενες εμπειρίες του κ.λπ. Με άλλα λόγια, θα πρέπει επιπλέον να διερευνηθούν οι εσωτερικές ψυχολογικές διεργασίες του εργαζόμενου νοσηλευτή που επενεργούν ως διαμεσολαβητικοί μηχανισμοί για την υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας της ζωής του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε αυτό το κεφάλαιο θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της έρευνας . Αρχικά, η περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος.

4.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος

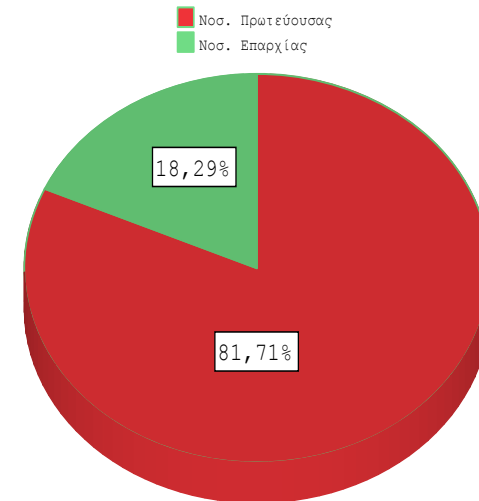
Τα Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία και τα χαρακτηριστικά εργασίας του δείγματος φαίνονται στον παρακάτω πίνακα.

(Πίνακας Α)

	N	%
Κατηγορία Νοσοκομείου		
Νοσοκομείο Πρωτεύουσας	268	81,7
Νοσοκομείο Επαρχίας	60	18,3
Φύλο		
Γυναίκες	296	90,2
Άνδρες	32	9,8
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	129	39,4
Έγγαμος	184	56,3
Διαζευγμένος- Χήρος	14	4,3
Στο σπίτι σας ζείτε:		
Μόνος	67	20,4
Με Άλλους	261	79,6
Ύπαρξη παιδιών		
Ναι	172	52,4
Όχι	156	47,6
Τίτλος πτυχίου		
ΑΕΙ	54	16,5
ΤΕΙ	174	53
ΔΕ	99	30,2
Ύπαρξη εκπαίδευσης εκτός της βασικής		
Διδακτορικό	1	0,3
Μεταπτυχιακό	41	12,5
Ειδικότητα	55	16,8
Εξειδίκευση	11	3,4
Δεν Υπάρχει επιπλέον εκπαίδευση	220	67,1
Επιλογή τμήματος εργασίας		
Δική τους	104	31,7
Άλλων	224	68,3
Ωράριο εργασίας		
Πρωινό	71	21,6
Κυκλικό	257	78,4
Θέση εργασίας		
Τομέαρχης	2	0,6
Προϊστάμενος	25	7,6
Αναπληρωτής προϊστάμενος	65	19,8
Νοσηλεύτης	134	40,9
Βοηθός νοσηλεύτη	102	31,1

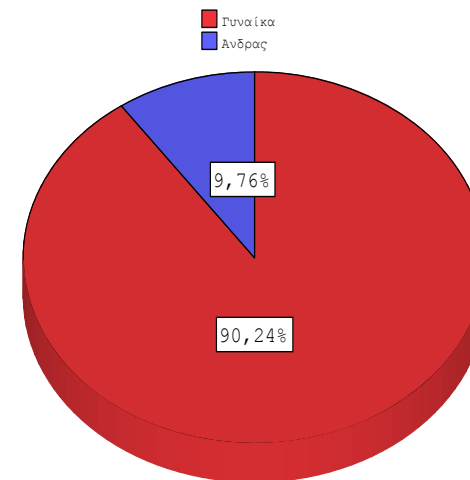
Τα παραπάνω στοιχεία φαίνονται πιο παραστατικά στα παρακάτω κυκλικά διαγράμματα και ραβδογράμματα (Γράφημα Α1 έως Α17).

Κατηγορία Νοσοκομείου



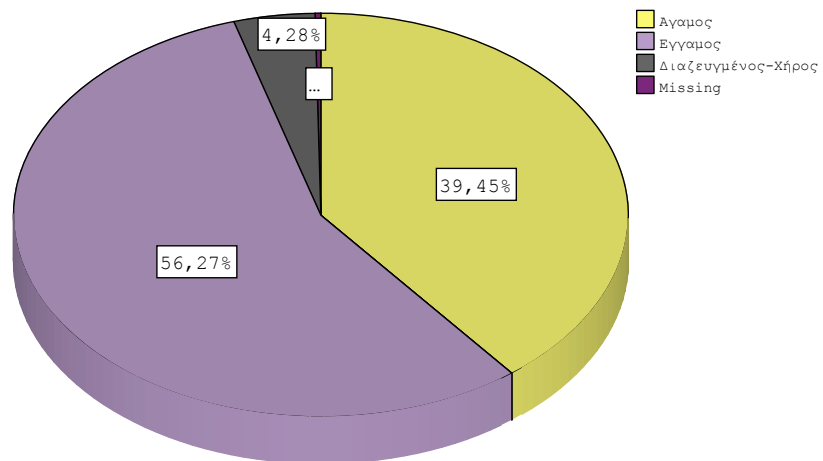
(Γράφημα Α1)

Φύλο



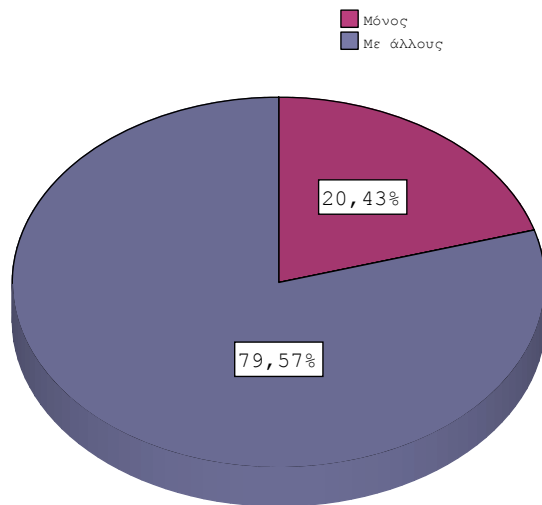
(Γράφημα Α2)

Οικογενειακή Κατάσταση



(Γράφημα A3)

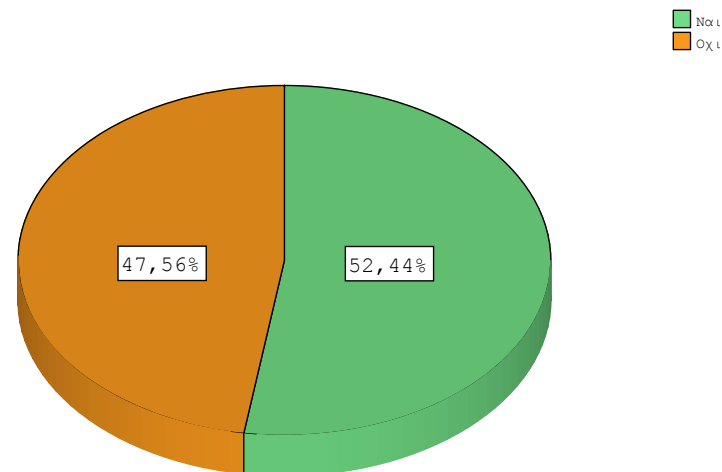
Στο σπίτι σας ζείτε



(Γράφημα A4)

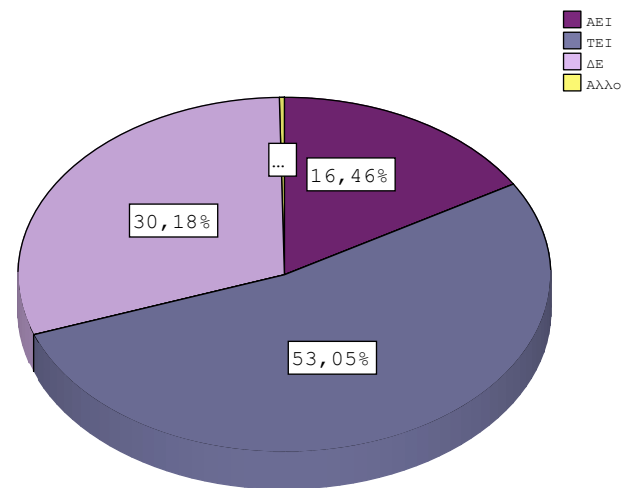
43

Υπαρξη παιδιών



(Γράφημα A5)

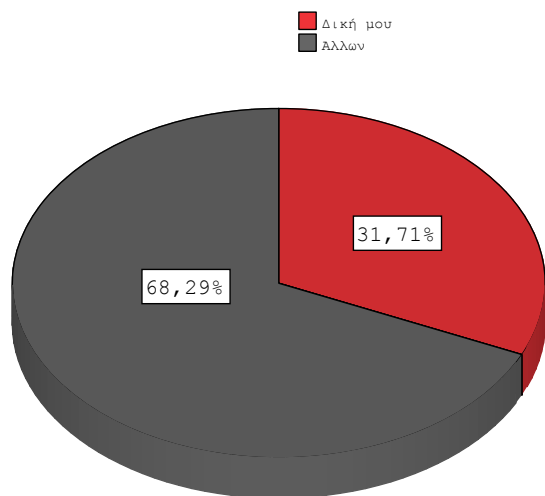
Τίτλος πτυχίου



(Γράφημα A6)

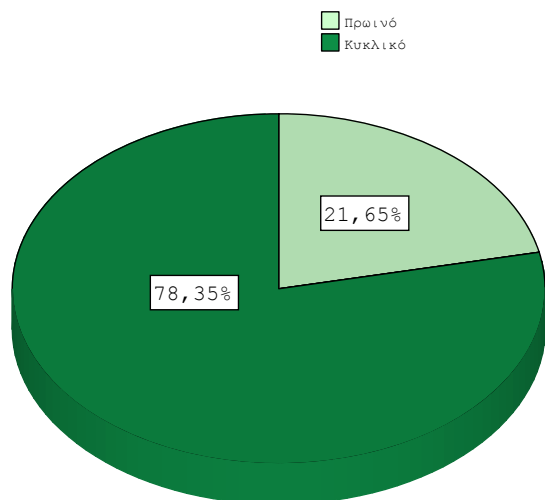
44

Επιλογή τμήματος εργασίας



(Γράφημα A7)

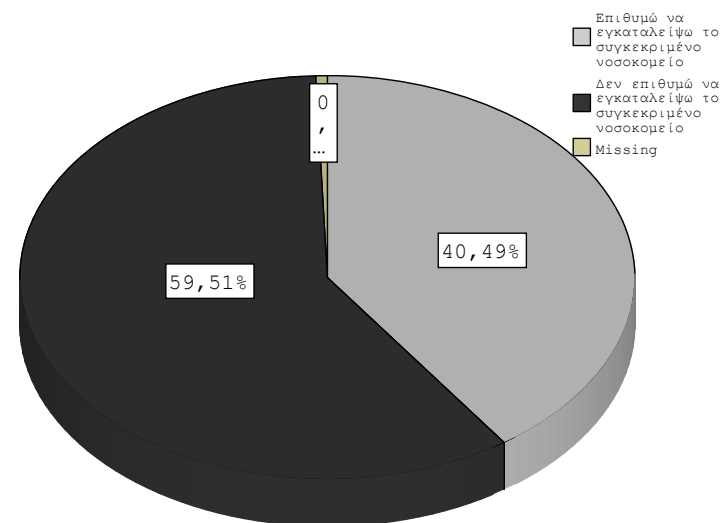
Ωράριο εργασίας



(Γράφημα A8)

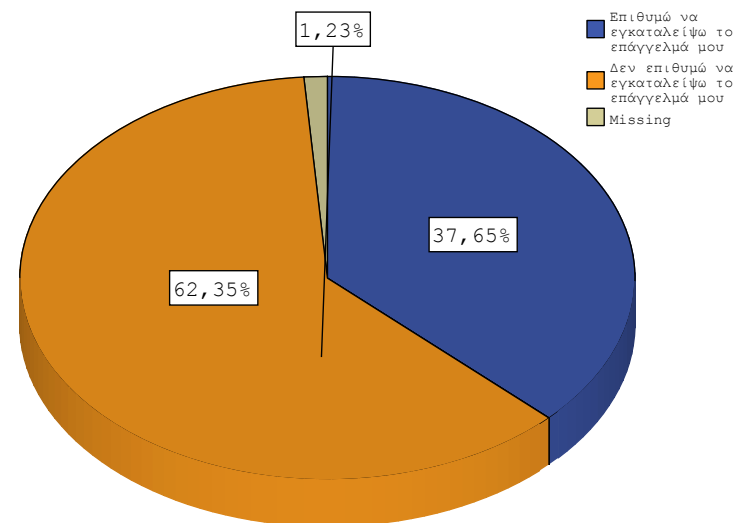
45

επιθυμία εγκατάλειψης του νοσοκομείου



(Γράφημα A9)

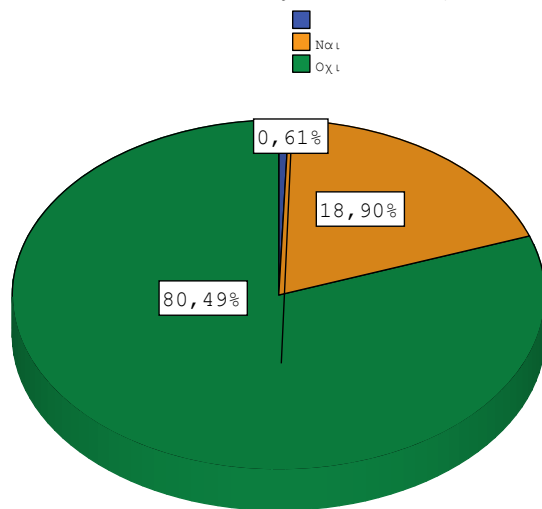
Επιθυμία εγκατάλειψης του επαγγέλματος



(Γράφημα A10)

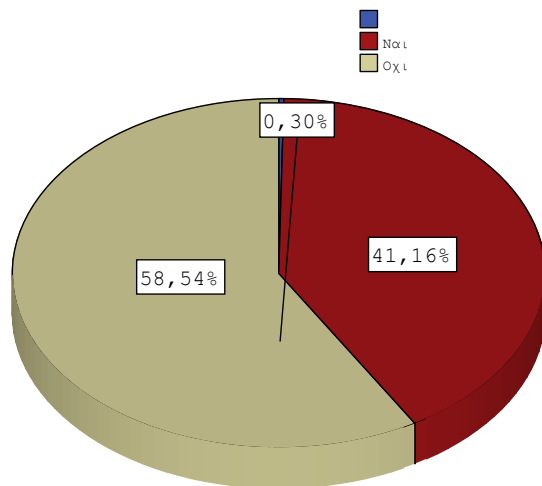
46

Θα θέλατε το παιδί σας να ακολουθήσει το επάγγελμά σας;



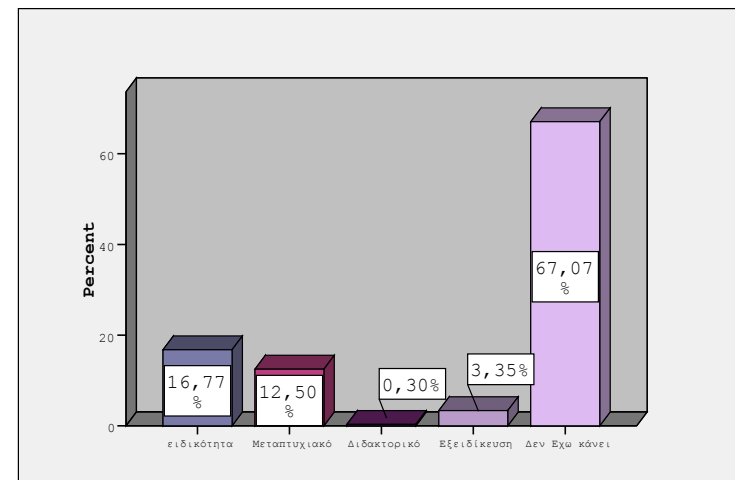
(Γράφημα A11)

Αν σας ρωτούσαν σήμερα θα επιλέγατε πάλι να ασκήσετε το επάγγελμά σας;



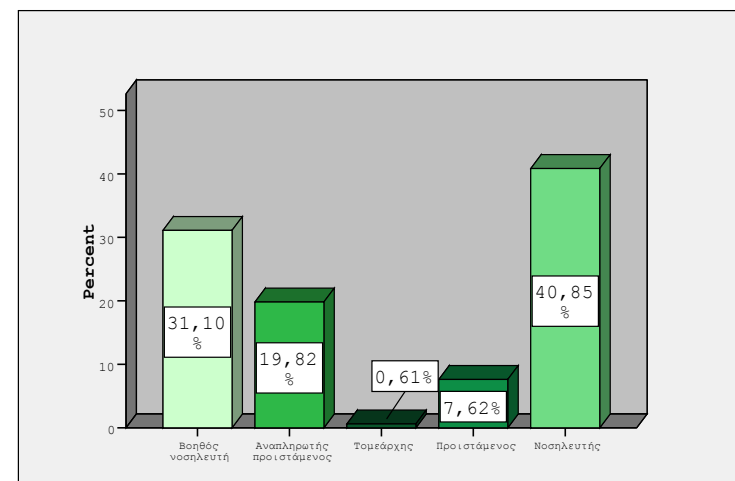
(Γράφημα A12)

Υπαρξη εκπαίδευσης εκτός της βασικής



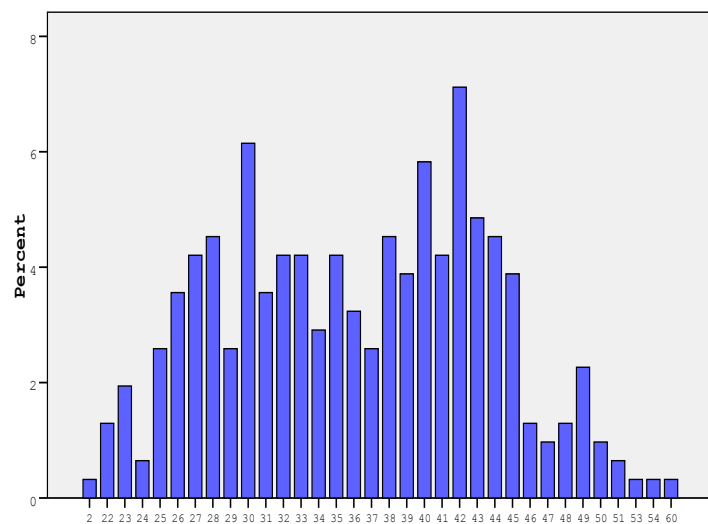
(Γράφημα A13)

Θέση εργασίας



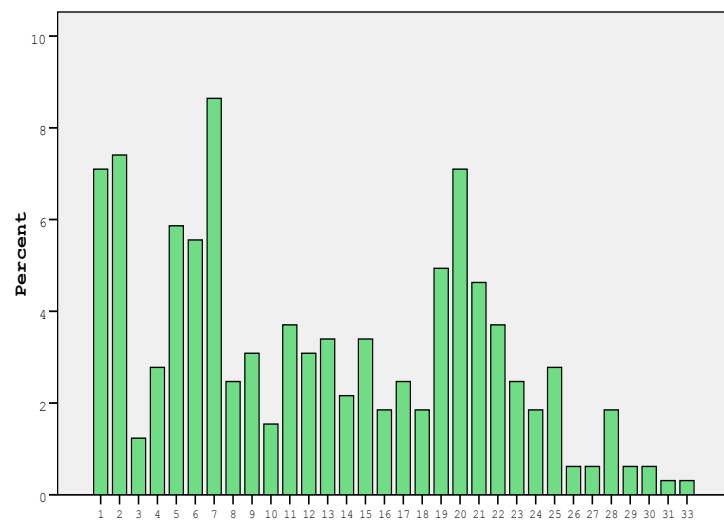
(Γράφημα A14)

Ηλικία



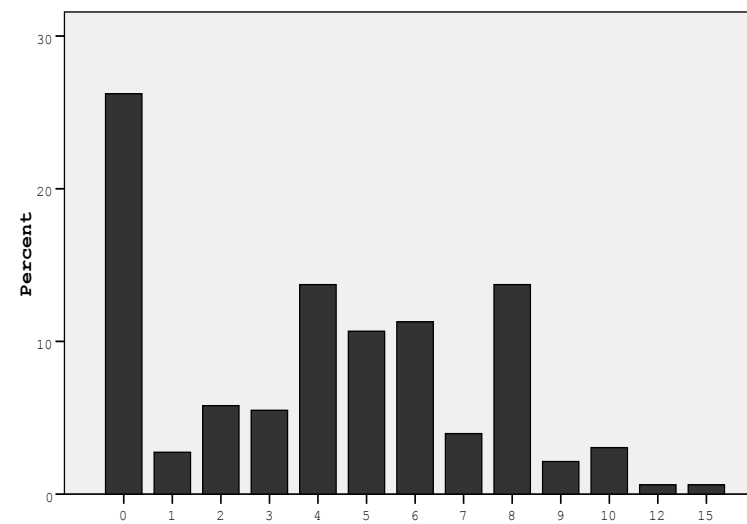
(Γράφημα A15)

Χρόνια υπηρεσίας



(Γράφημα A16)

Μέσος όρος νυχτερινών υπηρεσιών/μήνα



(Γράφημα A17)

4.2 Πηγές και ένταση του εργασιακού στρες

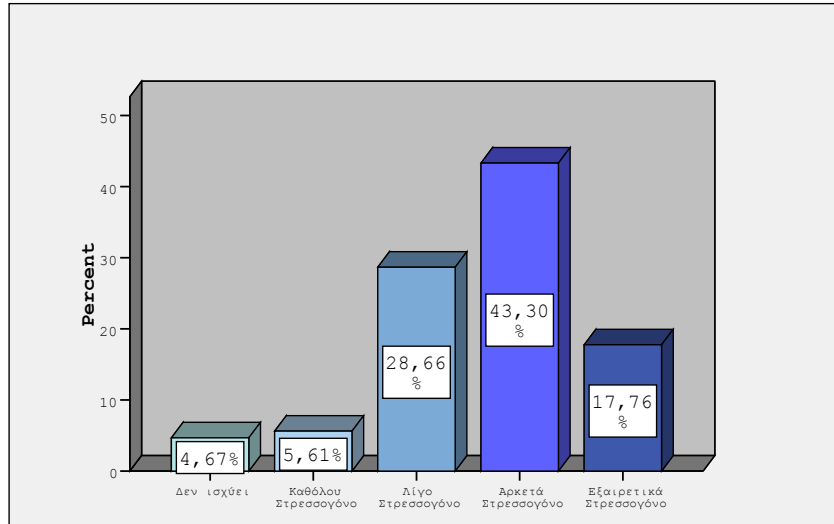
Μελετήθηκαν χωριστά οι υποκλίμακες του ENSS. Ο μέσος όρος των βαθμολογιών στις απαντήσεις των αντικειμένων που αναφέρονται στον παράγοντα «Επαφή με τον θάνατο» βρέθηκε να είναι ο μεγαλύτερος μεταξύ των υπολοίπων υποκλιμάκων (Μέσος όρος: 2,7), πράγμα που τοποθετεί τον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα πρώτο σε ένταση. Στον Πίνακα Β1 καθώς και στα γραφήματα Β1α, Β1β, Β1γ, Β1δ, Β1ε, Β1στ, Β1ζ, παρουσιάζονται οι απαντήσεις στα αντικείμενα που εκτιμούν το στρες που σχετίζεται με τον παράγοντα «Επαφή με τον θάνατο». Συγκεκριμένα η «θέα ενός ασθενή να υποφέρει», βρέθηκε να είναι το πιο στρεσογόνο γεγονός που αναφέρεται στον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα. Ακολουθεί «Ο θάνατος ενός ασθενούς με τον οποίο υπήρχε μια κοντινή σχέση», και «Ο θάνατος ενός ασθενούς». Στον πίνακα Β1 φαίνονται οι μέσες τιμές των υπολοίπων αντικειμένων που αναφέρονται στον παράγοντα «Επαφή με τον θάνατο».

Πίνακας Β1 Στρες λόγω της επαφής με τον θάνατο

No	Ερωτήσεις	Δεν ισχύει		Καθόλου στρεσογόνο		Λίγο στρεσογόνο		Αρκετά στρεσογόνο		Εξαιρετικά στρεσογόνο		Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
1	Εκτέλεση επίπονων διαδικασιών για τους ασθενείς	15	(4,7)	18	(5,6)	92	(28,7)	139	(43,3)	57	(17,8)	2,64	0,991
10	Αίσθημα ανεπάρκειας σε περίπτωση μη βελτίωσης του ασθενούς	48	(14,8)	35	(10,8)	113	(34,8)	93	(28,6)	36	(11,1)	2,1	1,19
19	Το να ακούτε ή να συνομιλείτε με έναν ασθενή για τον επικείμενο θάνατό του.	66	(20,2)	11	(3,4)	42	(12,8)	85	(26)	123	(37,6)	2,57	1,51
29	Ο θάνατος ενός ασθενούς.	15	(4,6)	19	(5,8)	68	(20,7)	104	(31,7)	122	(37,2)	2,91	1,1
39	Ο θάνατος ενός ασθενούς με τον οποίο αναπτύξατε μια κοντινή σχέση.	33	(10,1)	13	(4)	47	(14,3)	79	(24,1)	156	(47,6)	2,95	1,29
49	Απουσία γιατρών όταν ένας ασθενής πεθαίνει.	76	(23,2)	15	(4,6)	46	(14)	62	(18,9)	129	(39,3)	2,47	1,58
55	Το να βλέπετε έναν ασθενή να υποφέρει.	6	(1,8)	5	(1,5)	52	(16)	130	(39,9)	133	(40,8)	3,16	0,87

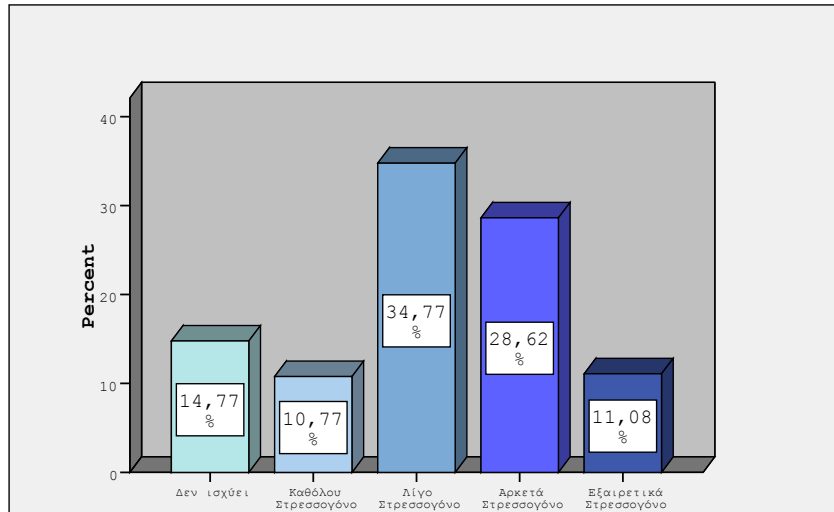
Συνολικός μέσος όρος = 2,7

Εκτέλεση επίπονων διαδικασιών για τους ασθενείς



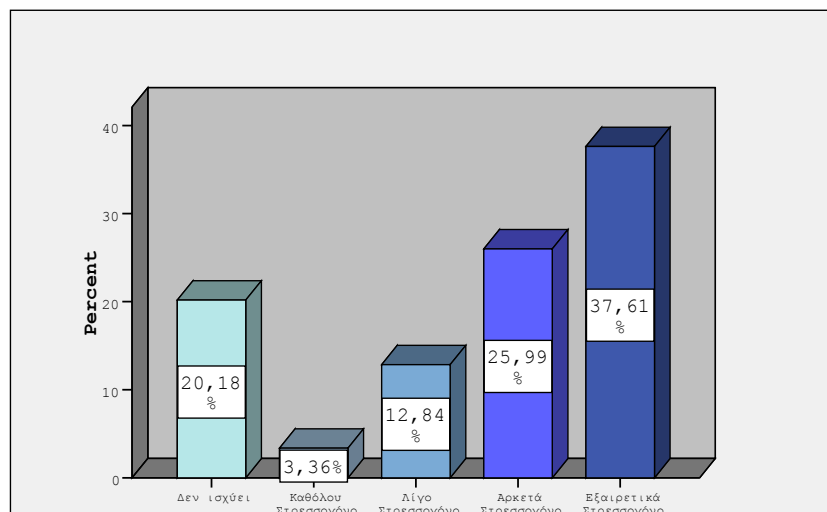
(Γράφημα Β1α)

Αίσθημα ανεπάρκειας σε περίπτωση μη βελτίωσης του ασθενούς.



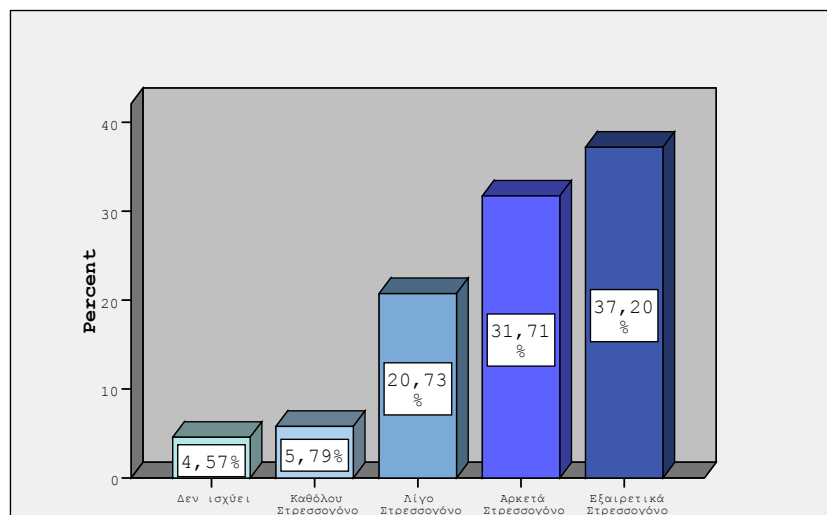
(Γράφημα Β1β)

Το να ακούτε ή να συνομιλείτε με έναν ασθενή για τον επικείμενο θάνατό του.



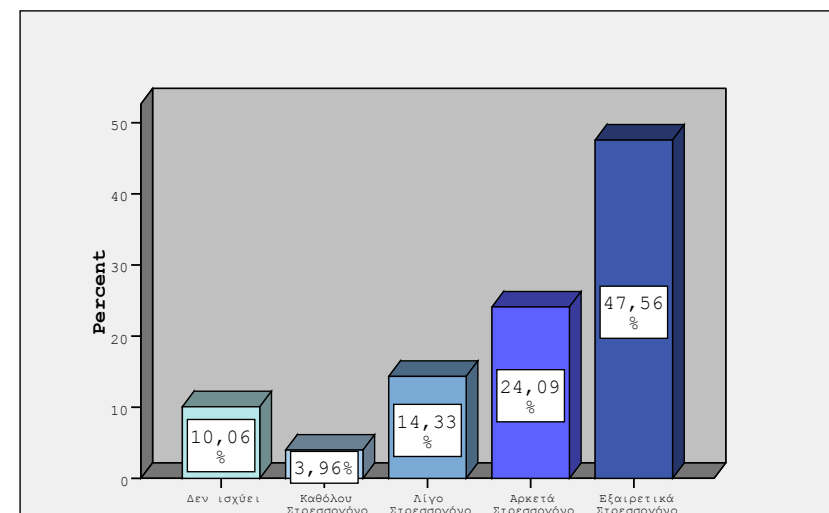
(Γράφημα Β1γ)

Ο θάνατος ενός ασθενούς.



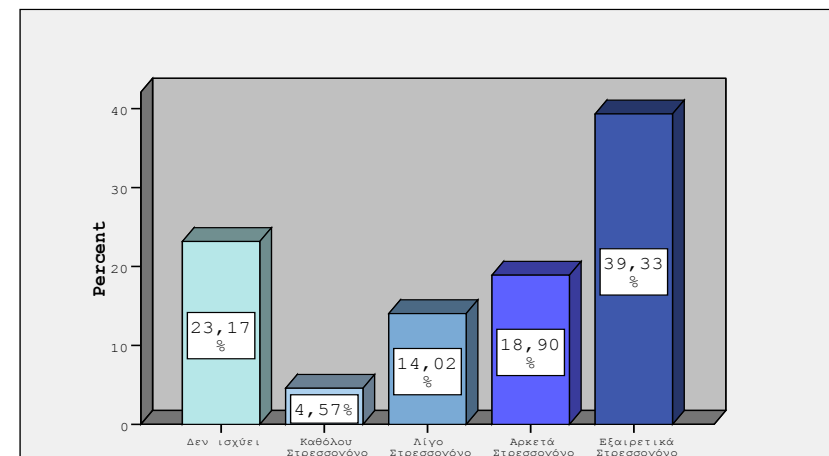
(Γράφημα Β1δ)

Ο θάνατος ενός ασθενούς με τον οποίο αναπτύξατε μια κοντινή σχέση.



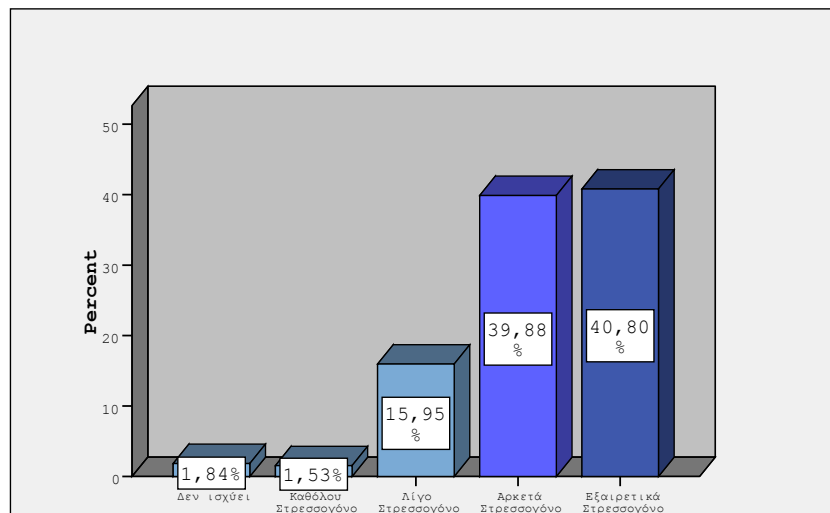
(Γράφημα Β1ε)

Απουσία γιατρών όταν ένας ασθενής πεθαίνει.



(Γράφημα Β1στ)

Το να βλέπετε έναν ασθενή να υποφέρει.



(Γράφημα Β1ζ)

Ο μέσος όρος των βαθμολογιών στις απαντήσεις των αντικειμένων που αναφέρονται στον παράγοντα «Προβλήματα με τους προϊστάμενους», βρέθηκε να είναι ο δεύτερος μεγαλύτερος μεταξύ των υπολοίπων (Μέσος όρος: 2,54), πράγμα που τοποθετεί τον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα δεύτερο σε ένταση.

Στον Πίνακα Β2 καθώς και στα γραφήματα Β2α, Β2β, Β2γ, Β2δ, Β2ε, Β2ζ, Β2στ, παρουσιάζονται οι απαντήσεις στα αντικείμενα που εκτιμούν το στρες που σχετίζεται με τον παράγοντα «Προβλήματα με τους προϊστάμενους». Συγκεκριμένα η «Έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση νοσηλευτικού προσωπικού», (Μέσος όρος: 2,81) βρέθηκε να είναι το πιο στρεσογόνο γεγονός που αναφέρεται στον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα. Ακολουθεί η «Έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση του νοσοκομείου», (Μέσος όρος: 2,65) και οι «Διαμάχες με τους προϊστάμενους» (Μέσος όρος: 2,63). Στον πίνακα Β2 φαίνονται οι μέσες τιμές των υπολοίπων αντικειμένων που αναφέρο στον παράγοντα «Προβλήματα με τους προϊστάμενους».

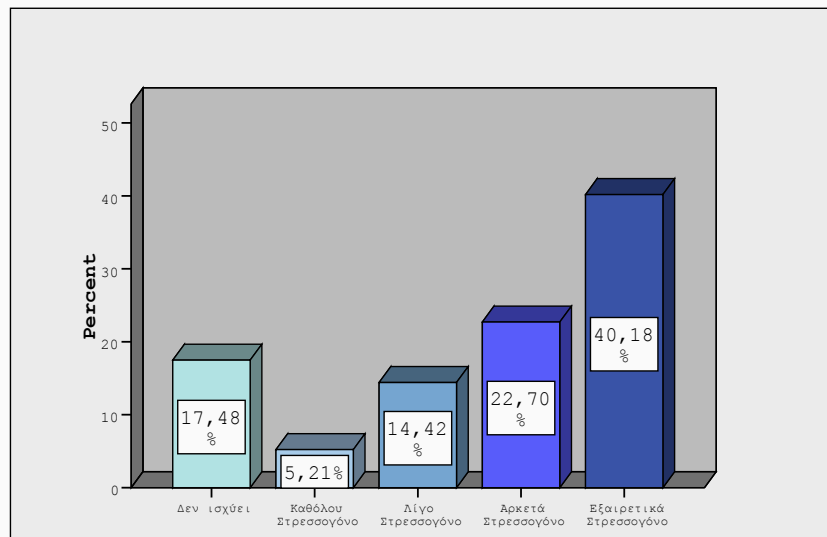
Πίνακας: Β2 Στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους

Κλίμακα: Δεν ισχύει = 0
Καθόλου στρεσογόνο = 1
Λίγο στρεσογόνο = 2
Αρκετά στρεσογόνο = 3
Εξαιρετικά στρεσογόνο = 4

Νο	Ερωτήσεις	Δεν ισχύει	Καθόλου στρεσογόνο	Λίγο στρεσογόνο	Αρκετά στρεσογόνο	Εξαιρετικά στρεσογόνο	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
5	Διαμάχη με έναν προϊστάμενο	N (%) 57 (17,5)	N (%) 17 (5,2)	N (%) 47 (14,4)	N (%) 74 (22,7)	N (%) 131 (40,2)	2,63	1,48
32	Έλλειψη συμπαράστασης από τον προϊστάμενό σας.	N (%) 92 (28)	N (%) 27 (8,2)	N (%) 40 (12,2)	N (%) 88 (26,8)	N (%) 81 (24,7)	2,12	1,56
33	Κριτική από έναν προϊστάμενο.	N (%) 47 (14,4)	N (%) 31 (9,5)	N (%) 64 (19,6)	N (%) 99 (30,3)	N (%) 86 (26,3)	2,45	1,35
42	Έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση νοσηλευτικού προσωπικού.	N (%) 33 (10,1)	N (%) 19 (5,8)	N (%) 49 (15)	N (%) 101 (30,9)	N (%) 125 (38,2)	2,81	1,28
48	Να θεωρήστε υπεύθυνος για πράγματα για τα οποία δεν μπορείτε να ελέγξετε.	N (%) 41 (12,6)	N (%) 30 (9,2)	N (%) 55 (16,9)	N (%) 94 (28,8)	N (%) 106 (32,5)	2,6	1,35
51	Έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση του νοσοκομείου.	N (%) 38 (11,7)	N (%) 24 (7,4)	N (%) 63 (19,4)	N (%) 88 (27,2)	N (%) 111 (34,3)	2,65	1,33
56	Κριτική από την Νοσηλευτική διοίκηση.	N (%) 54 (16,5)	N (%) 25 (7,6)	N (%) 66 (20,2)	N (%) 87 (26,6)	N (%) 95 (29,1)	2,44	1,4

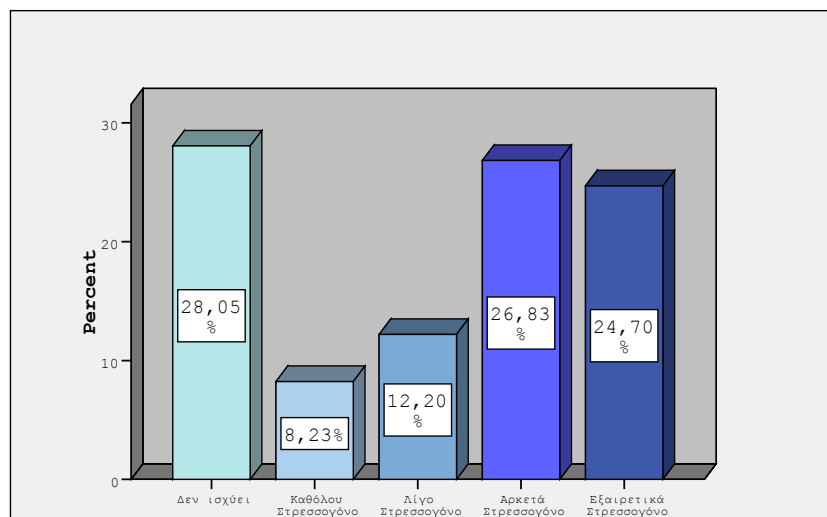
Συνολικός μέσος όρος = 2,54

Διαμάχη με έναν προϊστάμενο



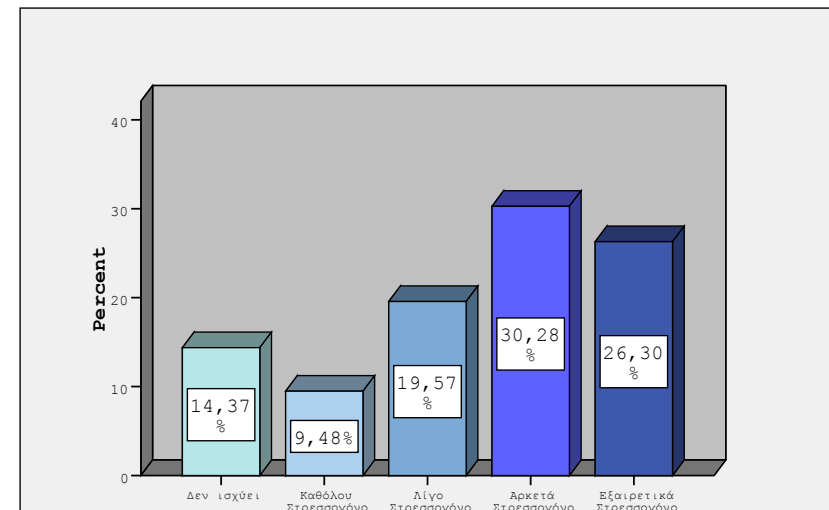
(Γράφημα Β2α)

Έλλειψη συμπαράστασης από τον προϊστάμενο σας.



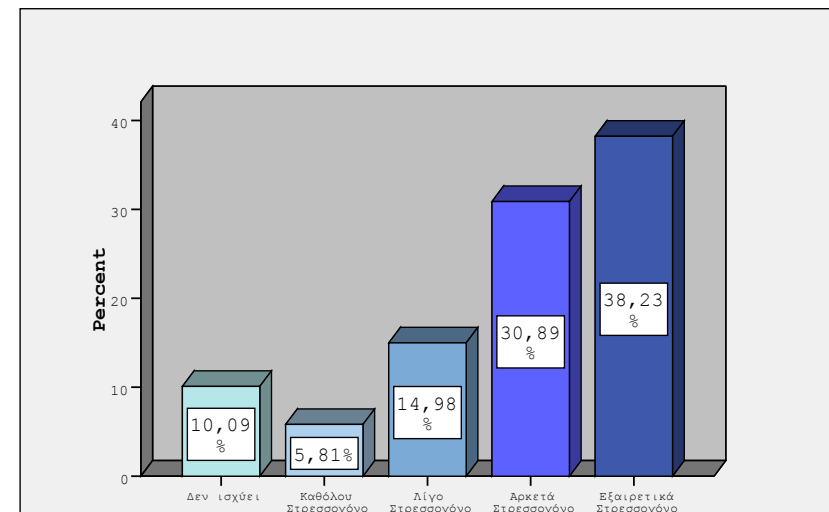
(Γράφημα Β2β)

Κριτική από έναν προϊστάμενο.



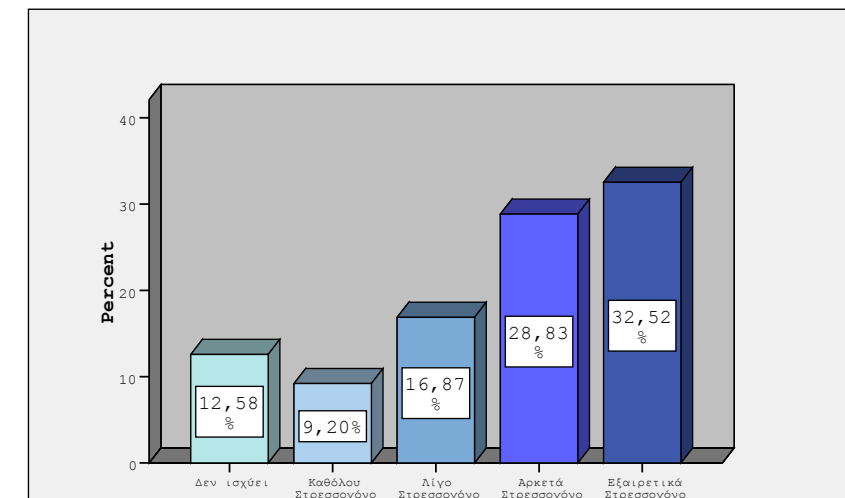
(Γράφημα Β2γ)

Έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση νοσηλευτικού προσωπικού.



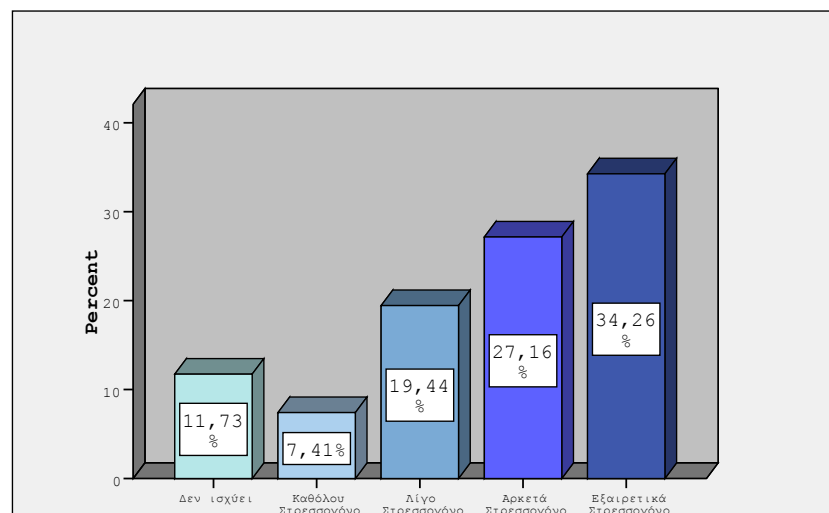
(Γράφημα Β2δ)

Να θεωρήσετε υπεύθυνος για πράγματα για τα οποία δεν μπορείτε να ελέγξετε.



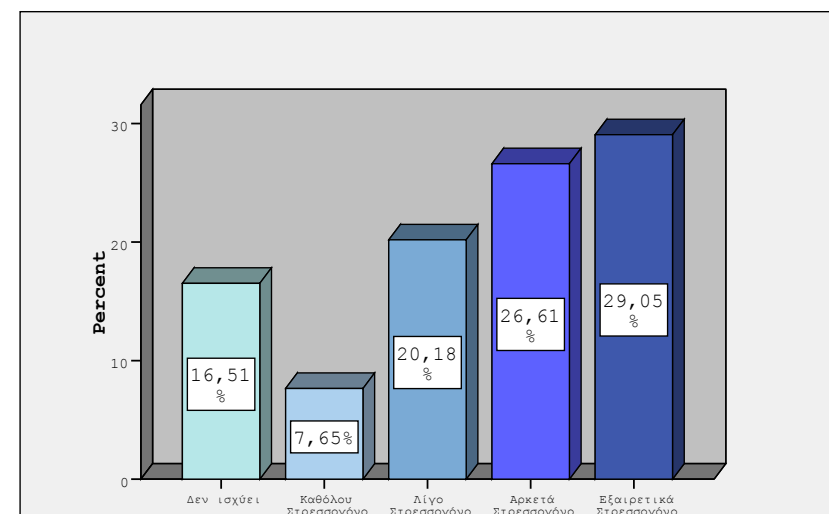
(Γράφημα Β2ε)

Ελλειψη υποστήριξης από την διοίκηση του νοσοκομείου.



(Γράφημα Β2ζ)

Κριτική από την νοσηλευτική διοίκηση.



(Γράφημα Β2στ)

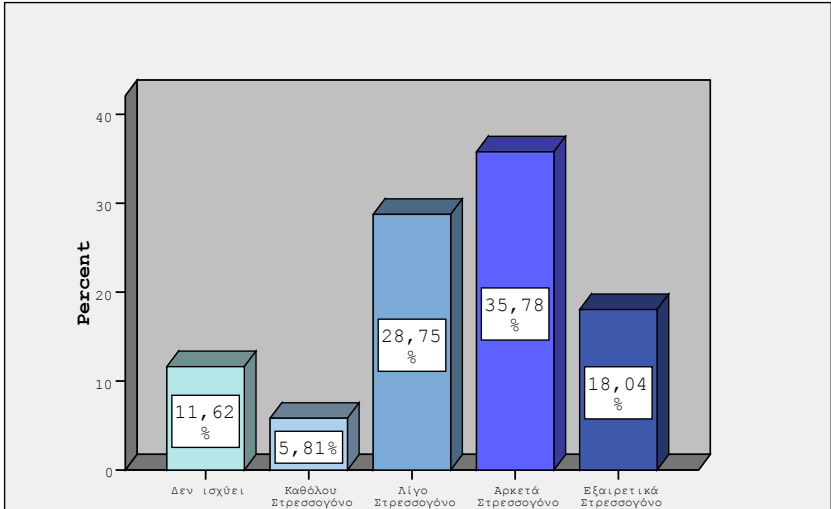
Ο μέσος όρος των βαθμολογιών, στις απαντήσεις των αντικειμένων που αναφέρονται στον παράγοντα «Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα», βρέθηκε να είναι ο τρίτος σε σειρά μεταξύ των υπολοίπων (Μέσος όρος: 2,5) πράγμα που τοποθετεί τον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα τρίτο σε ένταση. Στον Πίνακα Β3 καθώς και στα γραφήματα Β3α, Β3β, Β3γ, Β3δ, Β3ε, Β3στ, Β3ζ, Β3η, Β3θ, παρουσιάζονται οι απαντήσεις στα αντικείμενα που εκτιμούν το στρες που σχετίζεται με τον παράγοντα «Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα». Συγκεκριμένα η «Έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία και ασφάλεια στον χώρο εργασίας», βρέθηκε να είναι το πιο στρεσογόνο γεγονός που αναφέρεται στον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα (Μέσος όρος: 3,19). Ακολουθεί η «Απουσία γιατρού σε έναν ιατρικό επείγον περιστατικό» (Μέσος όρος: 2,88) , και ο «Φόβος για την πιθανότητα λάθους στην χορήγηση της θεραπείας των ασθενών» (Μέσος όρος: 2,7). Στον πίνακα Β2 φαίνονται οι μέσες τιμές των υπολοίπων αντικειμένων που αναφέρονται στον παράγοντα «Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα».

Πίνακας: Β3 Στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα

Κλίμακα: Δεν Ισχύει = 0
Καθόλου στρεσogόνο = 1
Λίγο στρεσogόνο = 2
Αρκετά στρεσogόνο = 3
Εξαιρετικά στρεσogόνο = 4

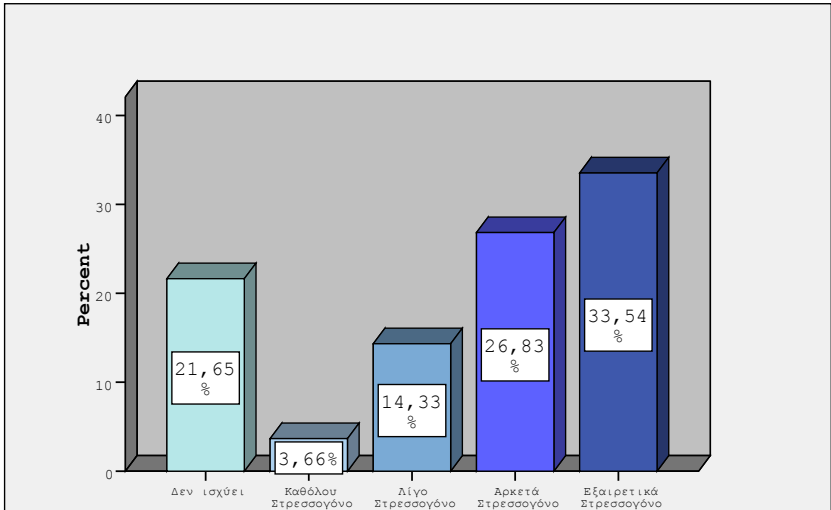
No	Ερωτήσεις	Δεν Ισχύει	Καθόλου στρεσogόνο	Λίγο στρεσogόνο	Αρκετά στρεσogόνο	Εξαιρετικά στρεσogόνο	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
7	Ανεπαρκής ενημέρωση για την κλινική κατάσταση ενός ασθενούς από έναν γιατρό.	38 (11,6)	19 (5,8)	94 (28,7)	117 (35,8)	59 (18)	2,43	1,19
16	Εντολή γιατρού για χορήγηση θεραπείας που φαίνεται να είναι ακατάλληλη για έναν ασθενή.	71 (21,6)	12 (3,7)	47 (14,3)	88 (26,8)	110 (33,5)	2,47	1,51
20	Φόβος για την πιθανότητα λάθους στην χορήγηση της θεραπείας των ασθενών.	40 (12,2)	18 (5,5)	68 (20,7)	76 (23,2)	126 (38,4)	2,7	1,35
26	Απουσία γιατρού σε έναν ιατρικό επείγον περιστατικό.	63 (19,2)	8 (2,4)	21 (6,4)	51 (15,5)	185 (56,4)	2,88	1,56
31	Αίσθημα ανεπαρκούς εκπαίδευσης για τα καθήκοντα σας.	86 (26,2)	25 (7,6)	80 (24,4)	82 (25)	55 (16,8)	1,98	1,43
35	Το να μην γνωρίζετε τι πρέπει να πείτε για την κατάσταση της υγείας και την θεραπεία ενός ασθενούς τόσο στον ίδιο όσο και στην οικογένειά του.	50 (15,3)	35 (10,7)	87 (26,6)	92 (28,1)	63 (19,3)	2,25	1,3
38	Έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία και ασφάλεια σας στον χώρο εργασίας.	14 (4,3)	10 (3)	46 (14)	88 (26,8)	170 (51,8)	3,19	1,06
41	Θέση ευθύνης με ανεπαρκή εμπειρία.	92 (28)	13 (4)	40 (12,2)	85 (25,9)	98 (29,9)	2,26	1,59
45	Αβεβαιότητα που αφορά στην λειτουργία και λειτουργικότητα εξειδικευμένων μηχανημάτων.	39 (11,9)	19 (5,8)	79 (24,1)	102 (31,1)	89 (27,1)	2,56	1,27
Συνολικός μέσος όρος							=	2,5

Ανεπαρκής ενημέρωση για την κλινική κατάσταση ενός ασθενούς από έναν γιατρό.



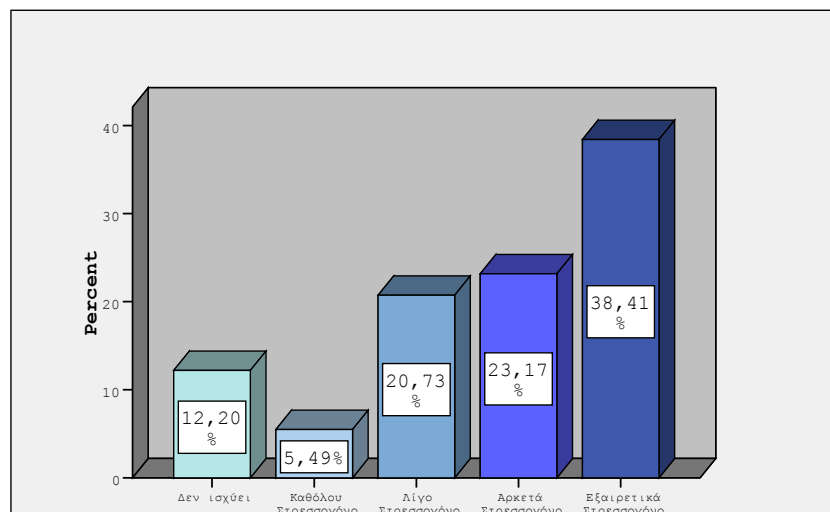
(Γράφημα Β3α)

Εντολή γιατρού για χορήγηση θεραπείας που φαίνεται να είναι ακατάλληλη για έναν ασθενή.



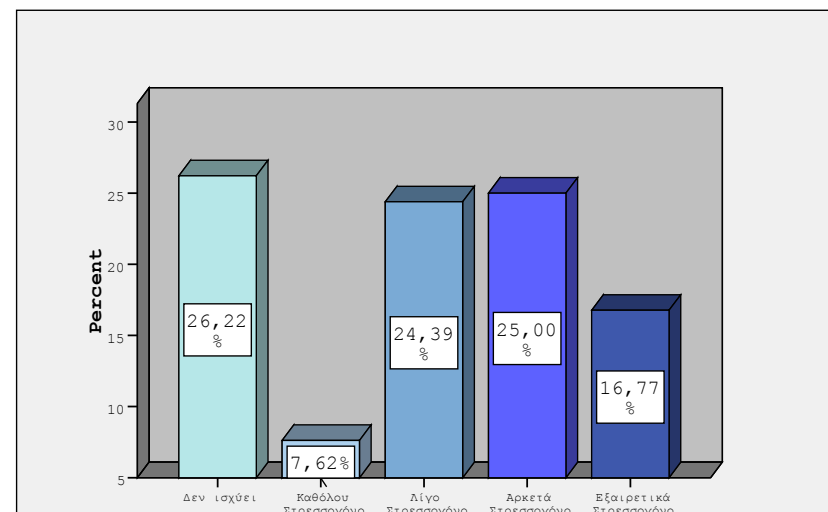
(Γράφημα Β3β)

Φόβος για την πιθανότητα λάθους στην χορήγηση της θεραπείας των ασθενών.



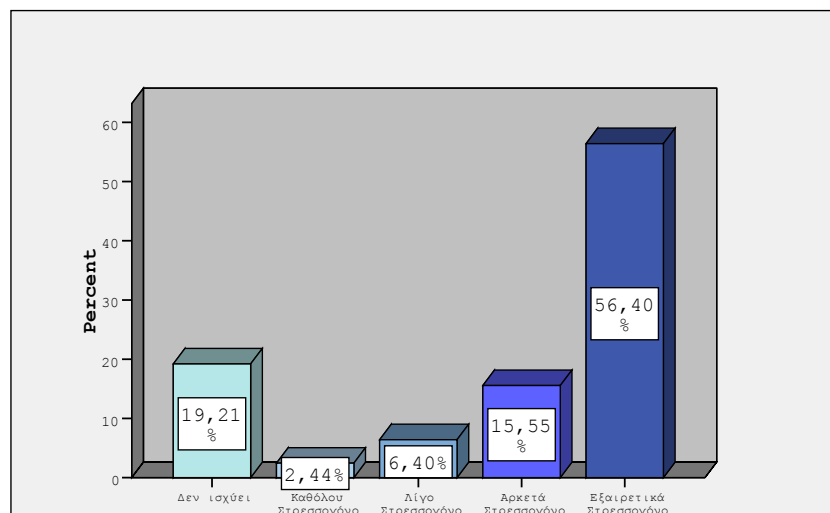
(Γράφημα Β3γ)

Αίσθημα ανεπαρκούς εκπαίδευσης για τα καθήκοντα σας.



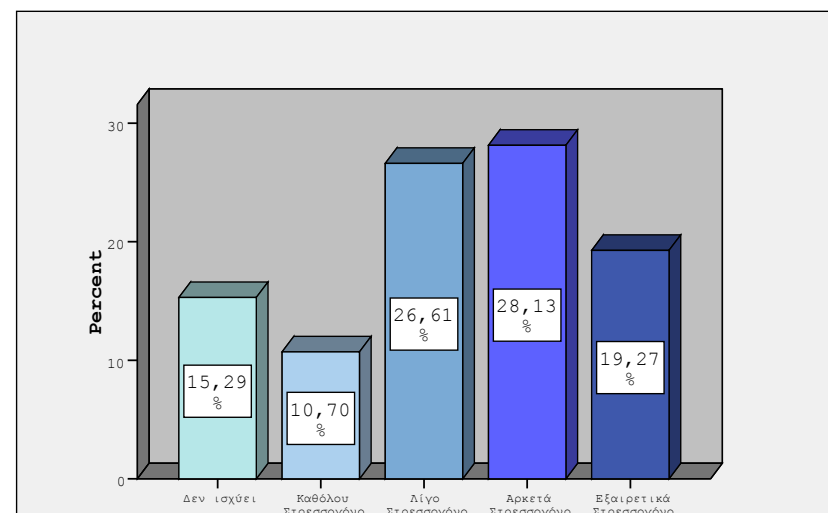
(Γράφημα Β3ε)

Απουσία γιατρού σε έναν ιατρικό επείγον περιστατικό.



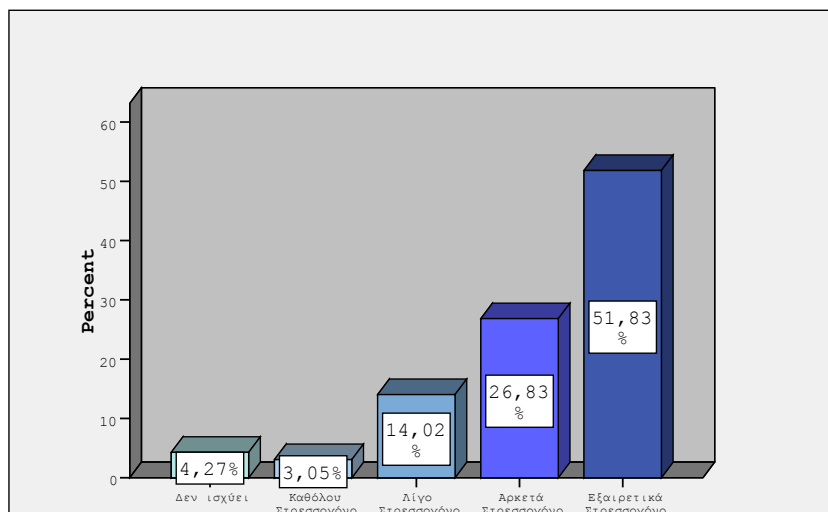
(Γράφημα Β3δ)

Το να μην γνωρίζετε τι πρέπει να πείτε για την κατάσταση της υγείας και την θεραπεία ενός ασθενούς τόσο στον ίδιο όσο και στην οικογένειά του.



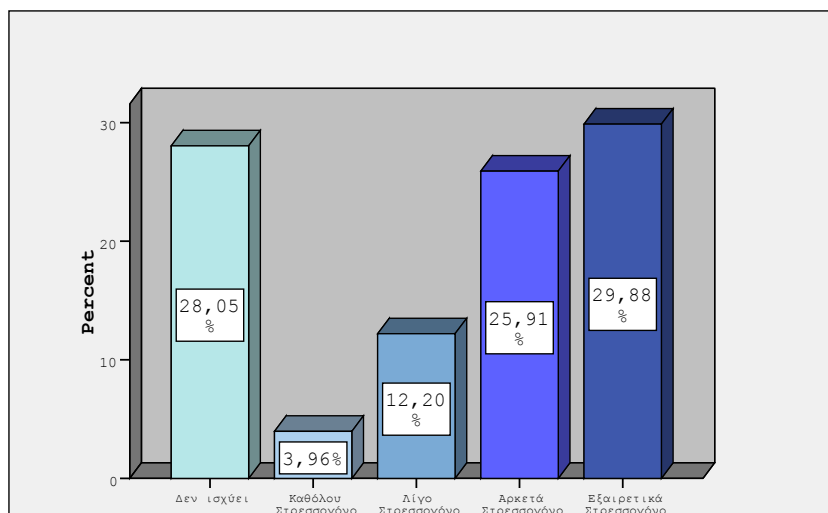
(Γράφημα Β3στ)

**Έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία και ασφάλεια
ας στον χώρο εργασίας.**



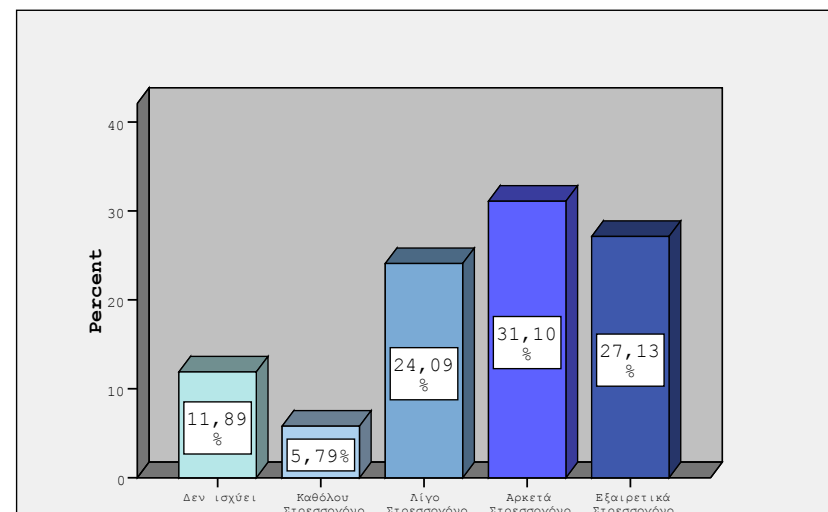
(Γράφημα Β3ζ)

Θέση ευθύνης με ανεπαρκή εμπειρία.



(Γράφημα Β3η)

**Αβεβαιότητα που αφορά στην λειτουργία και λειτουργικότητα
εξειδικευμένων μηχανημάτων.**



(Γράφημα Β3θ)

Ο μέσος όρος των βαθμολογιών στις απαντήσεις των αντικειμένων που αναφέρονται στον παράγοντα «Ασθενείς και οι συγγενείς τους» βρέθηκε να είναι ο τέταρτος σε σειρά μεταξύ των υπολοίπων (Μέσος όρος: 2,48) πράγμα που τοποθετεί τον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα τέταρτο σε ένταση.

Στον Πίνακα Β4 καθώς και στα γραφήματα Β4α, Β4β, Β4γ, Β4δ, Β4ε, Β4στ, Β4ζ, Β4η, παρουσιάζονται οι απαντήσεις στα αντικείμενα που εκτιμούν το στρες που σχετίζεται με τον παράγοντα «Ασθενείς και οι συγγενείς τους». Συγκεκριμένα, η «Αντιμετώπιση βίαιων ασθενών», βρέθηκε να είναι το πιο στρεσογόνο γεγονός που αναφέρεται στον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα (Μέση τιμή: 2,84). Ακολουθεί «Το να κατηγορείστε για οτιδήποτε δεν λειτουργεί σωστά» (Μέσος όρος: 2,71), και οι «Παράλογες απαιτήσεις από τους ασθενείς» (Μέσος όρος: 2,69). Στον πίνακα Β3 φαίνονται οι μέσες τιμές των υπολοίπων αντικειμένων που αναφέρονται στον παράγοντα «Ασθενείς και οι συγγενείς τους».

Πίνακας: Β4 Στρες λόγω των ασθενών και των οικογενειών τους

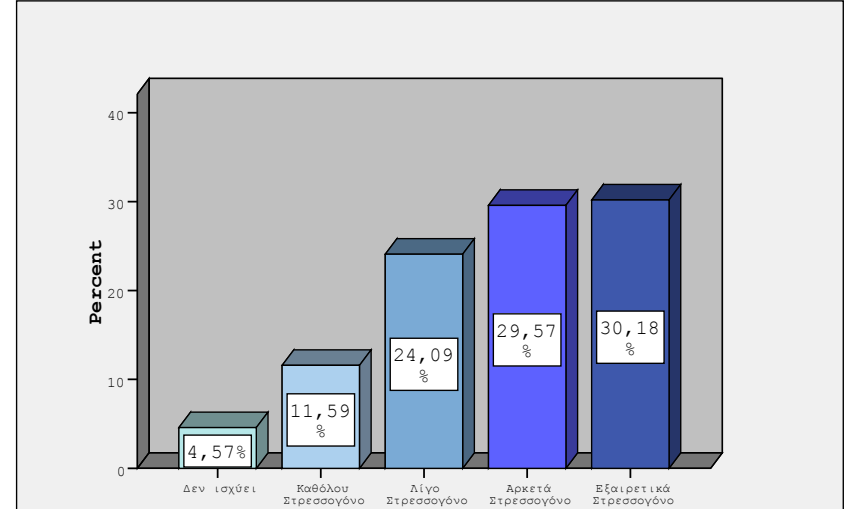
Κλίμακα: Δεν Ισχύει = 0
Καθόλου στρεσσογόνο = 1
Λίγο στρεσσογόνο = 2
Αρκετά στρεσσογόνο = 3
Εξαιρετικά στρεσσογόνο = 4

No	Ερωτήσεις	Δεν Ισχύει	Καθόλου στρεσσογόνο	Λίγο στρεσσογόνο	Αρκετά στρεσσογόνο	Εξαιρετικά στρεσσογόνο	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
8	Παράλογες απαιτήσεις από τους ασθενείς.	15 (4,6)	38 (11,6)	79 (24,1)	97 (29,6)	99 (30,2)	2,69	1,15
17	Παράλογες απαιτήσεις από την πλευρά της οικογένειας του ασθενούς	18 (5,5)	37 (11,3)	89 (27,1)	84 (25,6)	100 (30,5)	2,64	1,18
27	Το να κατηγορήσετε για οπδήποτε δεν λειτουργεί σωστά.	57 (17,4)	19 (5,8)	30 (9,1)	77 (23,5)	145 (44,2)	2,71	1,5
36	Η ευθύνη του να είστε εσείς που θα αντιμετωπίσει τις οικογένειες των ασθενών.	60 (18,3)	21 (6,4)	69 (21)	95 (29)	83 (25,3)	2,37	1,4
37	Αντιμετώπιση βίαιων ασθενών.	35 (10,7)	10 (3)	56 (17,1)	100 (30,5)	127 (38,7)	2,84	1,27
46	Αντιμετώπιση υβριστικών ασθενών.	37 (11,3)	37 (11,3)	83 (25,3)	78 (23,8)	93 (28,4)	2,47	1,31
54	Αντιμετώπιση ύβρεων από τις οικογένειες των ασθενών.	49 (14,9)	25 (7,6)	77 (23,5)	88 (26,8)	89 (27,1)	2,44	1,35
58	Φόβος για το αν η οικογένεια του ασθενούς θα σας κάνει αναφορά σε περίπτωση προβλήματος.	87 (26,5)	68 (20,7)	67 (20,4)	64 (19,5)	42 (12,8)	1,71	1,37

Συνολικός μέσος όρος = 2,48

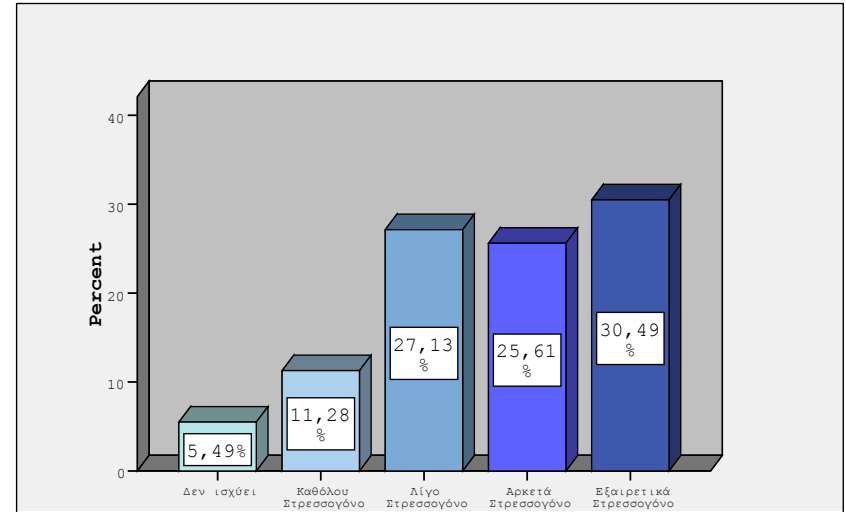
67

Παράλογες απαιτήσεις από τους ασθενείς.



(Γράφημα Β4α)

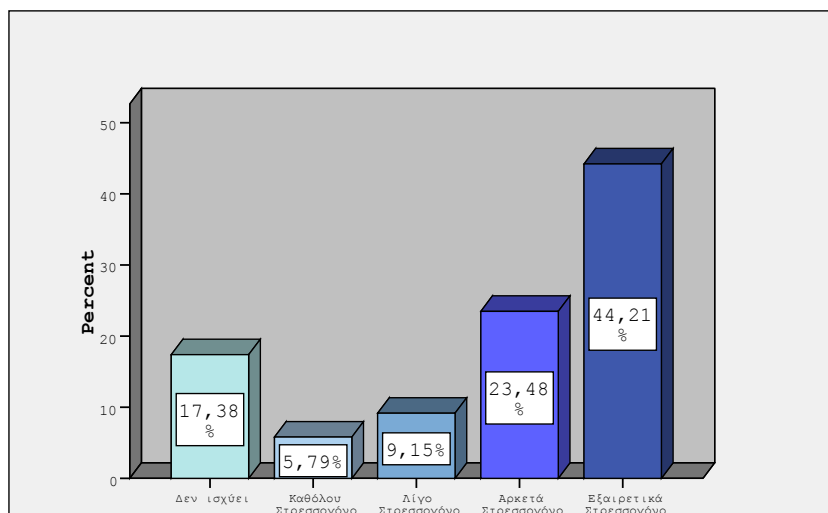
Παράλογες απαιτήσεις από την πλευρά της οικογένειας του ασθενούς.



(Γράφημα Β4β)

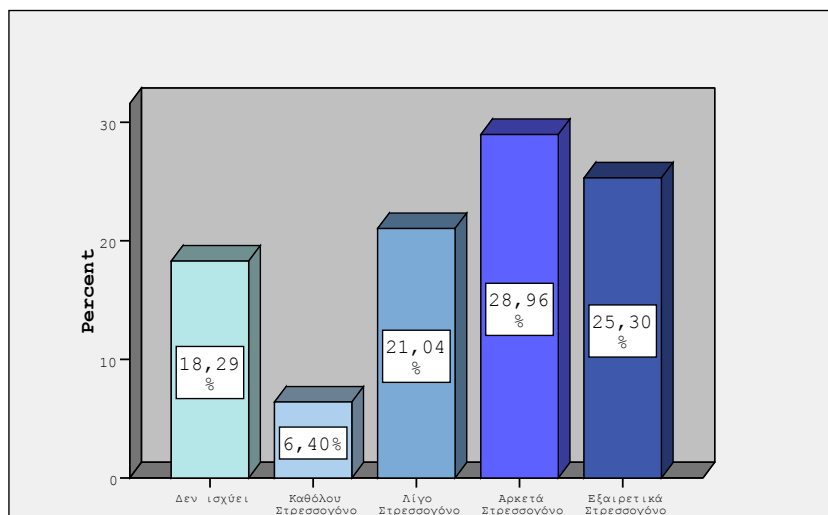
68

Το να κατηγορείστε για οτιδήποτε δεν λειτουργεί σωστά.



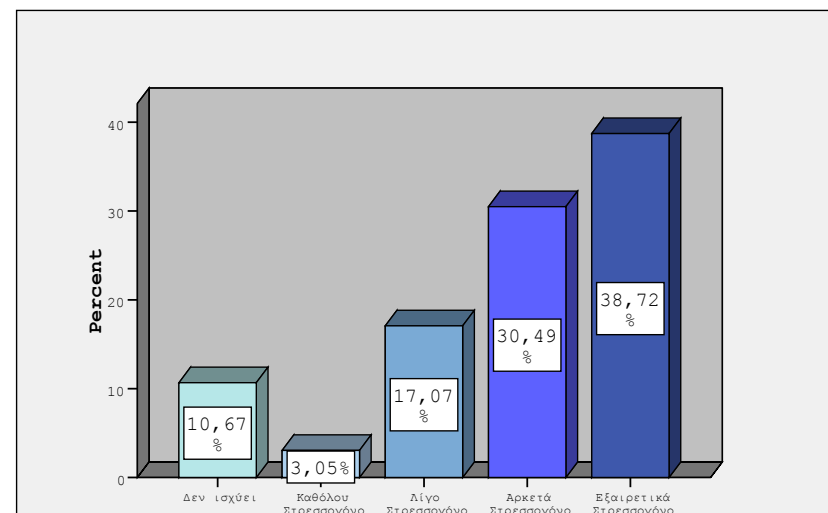
(Γράφημα Β4γ)

Η ευθύνη του να είστε εσείς που θα αντιμετωπίσει τις οικογένειες των ασθενών.



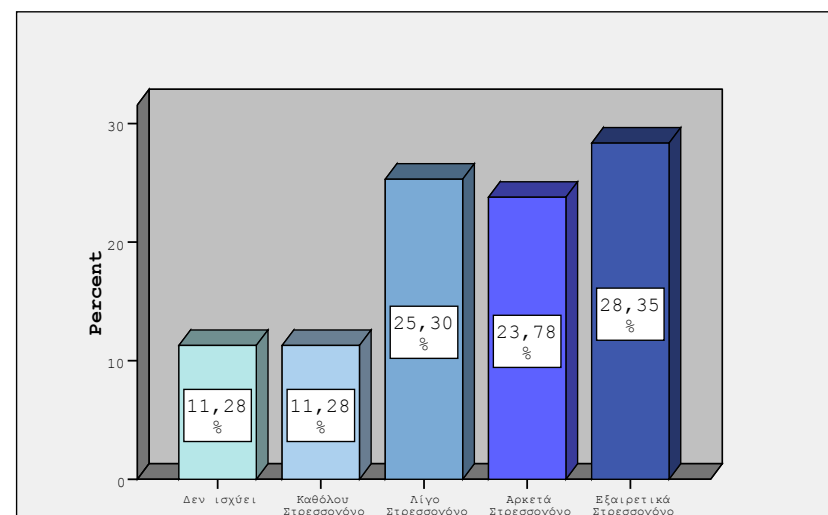
(Γράφημα Β4δ)

Αντιμετώπιση βίαιων ασθενών.



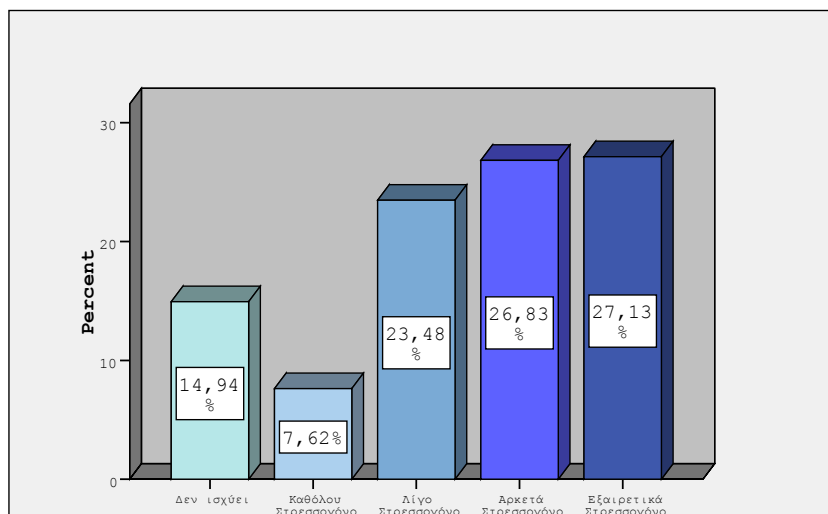
(Γράφημα Β4ε)

Αντιμετώπιση υβριστικών ασθενών.



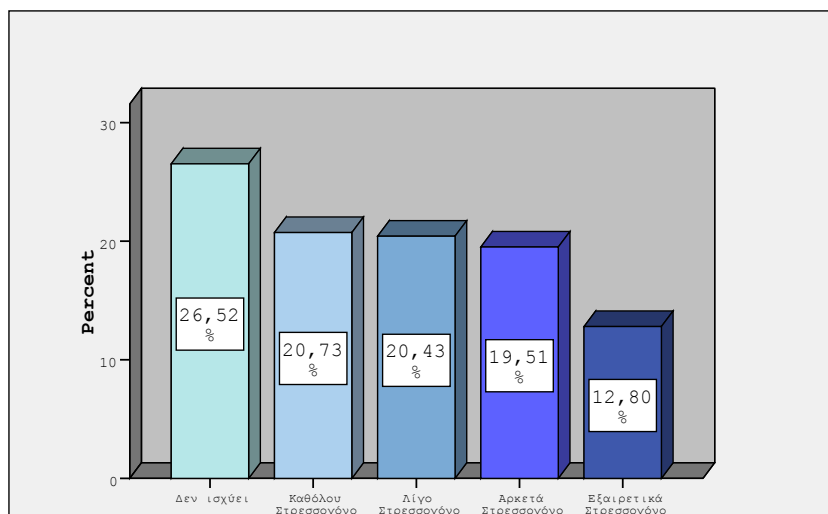
(Γράφημα Β4στ)

Αντιμετώπιση ύβρεων από τις οικογένειες των ασθενών.



(Γράφημα Β4ζ)

Φόβος για το αν η οικογένεια του ασθενούς θα σας κάνει αναφορά σε περίπτωση προβλήματος.



(Γράφημα Β4η)

Ο μέσος όρος των βαθμολογιών στις απαντήσεις των αντικειμένων που αναφέρονται στον παράγοντα «Φόρτος Εργασίας» βρέθηκε να είναι ο πέμπτος σε σειρά μεταξύ των υπολοίπων (Μέσος όρος: 2,31) πράγμα που τοποθετεί τον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα πέμπτο σε ένταση.

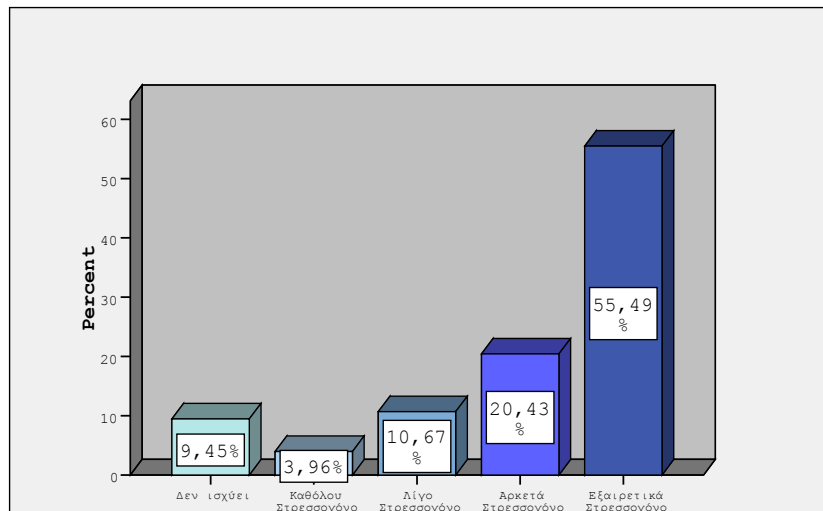
Στον Πίνακα Β5 καθώς και στα γραφήματα Β5α, Β5β, Β5γ, Β5δ, Β5ε, Β5στ, Β5ζ, Β5η, Β5θ, παρουσιάζονται οι απαντήσεις στα αντικείμενα που εκτιμούν το στρες που σχετίζεται με τον παράγοντα «Φόρτος Εργασίας». Συγκεκριμένα, το «Ανεπαρκές προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών του τμήματος», βρέθηκε να είναι το πιο στρεσογόνο γεγονός που αναφέρεται στον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα (Μέση τιμή: 3,3). Ακολουθεί ο «Απρόβλεπτος αριθμός προσωπικού και ασταθές πρόγραμμα εργασίας.» (Μέσος όρος: 3,09), και ο «Ανεπαρκής χρόνος για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών καθηκόντων.» (Μέσος όρος: 2,81). Στον πίνακα Β4 φαίνονται οι μέσες τιμές των υπολοίπων αντικειμένων που αναφέρονται στον παράγοντα «Φόρτος Εργασίας».

Πίνακας: Β5 Στρες λόγω φόρτου εργασίας

Κλίμακα: Δεν ισχύει = 0
Καθόλου στρεσογόνο = 1
Λίγο στρεσογόνο = 2
Αρκετά στρεσογόνο = 3
Εξαιρετικά στρεσογόνο = 4

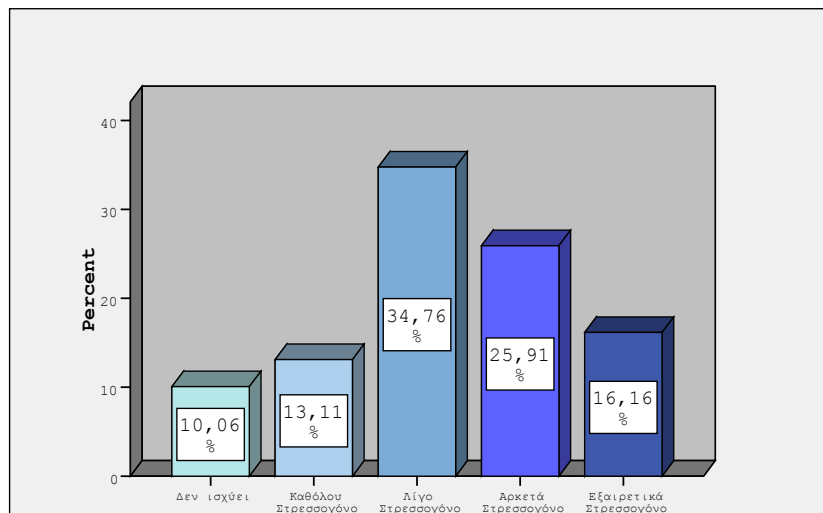
Νο	Ερωτήσεις	Δεν ισχύει	Καθόλου στρεσογόνο	Λίγο στρεσογόνο	Αρκετά στρεσογόνο	Εξαιρετικά στρεσογόνο	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
N		(%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
15	Απρόβλεπτος αριθμός προσωπικού και ασταθές πρόγραμμα εργασίας.	31 (9,5)	13 (4)	35 (10,7)	67 (20,4)	182 (55,5)	3,09	1,29
25	Ανεπαρκής χρόνος για παροχή συναισθηματικής υποστήριξης των ασθενών.	33 (10,1)	49 (13,1)	114 (34,8)	85 (25,9)	53 (16,2)	2,25	1,17
34	Ανεπαρκής χρόνος για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών σας καθηκόντων.	26 (7,9)	20 (6,1)	61 (18,6)	105 (32)	116 (35,4)	2,81	1,21
43	Πληθώρα μη νοσηλευτικών καθηκόντων, όπως δουλειά γραφείου	37 (11,3)	43 (13,1)	74 (22,6)	85 (25,9)	89 (27,1)	2,45	1,31
44	Ανεπαρκές προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών του τμήματος.	8 (2,4)	11 (3,4)	36 (11)	91 (27,7)	182 (55,5)	3,3	0,96
47	Ανεπαρκής χρόνος για την κάλυψη των αναγκών των οικογενειών των ασθενών.	53 (16,2)	47 (14,3)	116 (35,4)	78 (23,8)	34 (10,4)	1,98	1,2
53	Απαιτήσεις για την καχώρηση στοιχείων του ασθενούς στο ηλεκτρονικό σύστημα καταχώρησης.	129 (39,7)	66 (20,3)	70 (21,5)	34 (10,5)	26 (8)	1,27	1,29
57	Υπαρξη ανάγκης να εργάζεστε στο διάλειμα σας.	55 (16,8)	35 (10,7)	68 (20,7)	91 (27,7)	79 (24,1)	2,32	1,38
59	Λήψη απόφασης υπό πίεση	40 (12,2)	20 (6,1)	64 (19,5)	100 (30,5)	104 (31,7)	2,63	1,31
		Συνολικός μέσος όρος = 2,31						

Απρόβλεπτος αριθμός προσωπικού και ασταθές πρόγραμμα εργασίας.



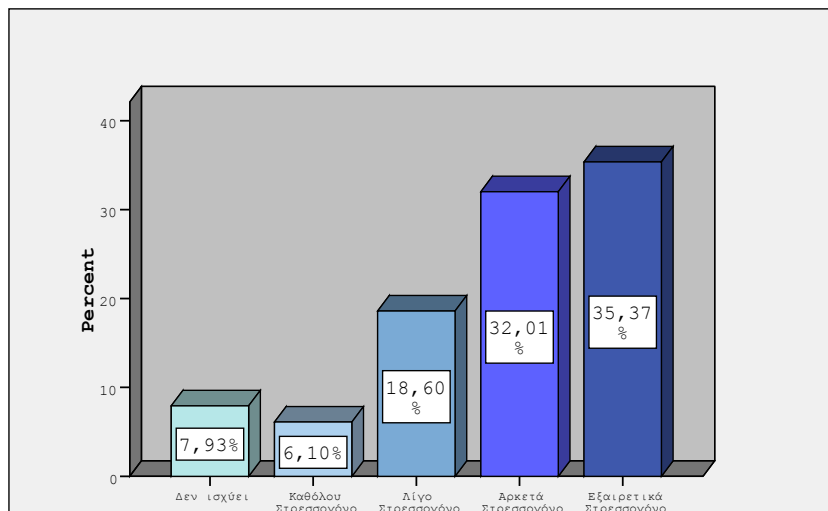
(Γράφημα Β5α)

Ανεπαρκής χρόνος για παροχή συναισθηματικής υποστήριξης των ασθενών.



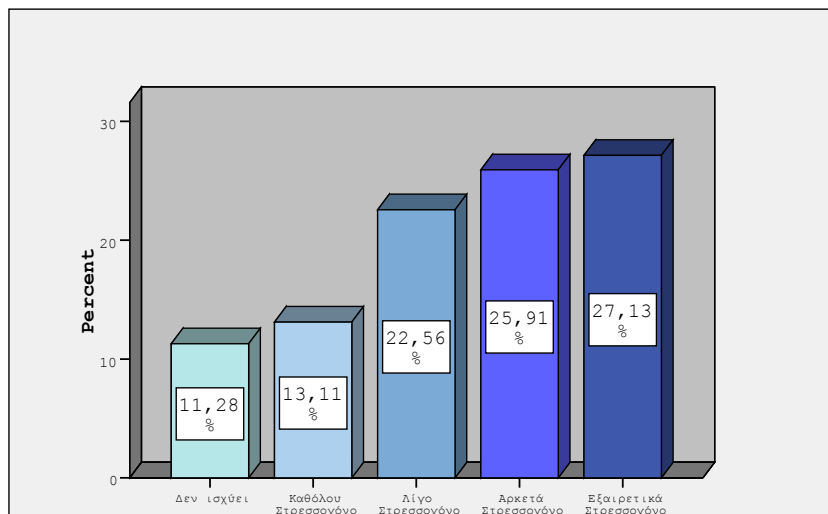
(Γράφημα Β5β)

Ανεπαρκής χρόνος για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών σας καθηκόντων



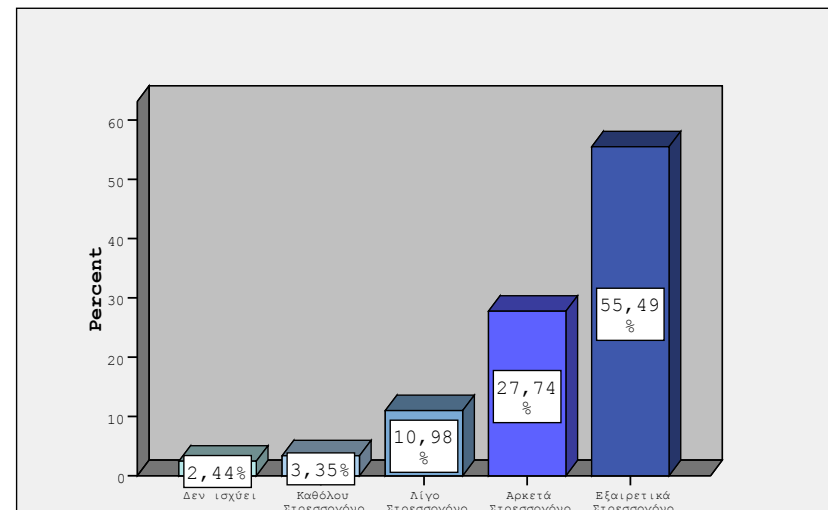
(Γράφημα Β5γ)

Πληθώρα μη νοσηλευτικών καθηκόντων, όπως δουλειά γραφείου.



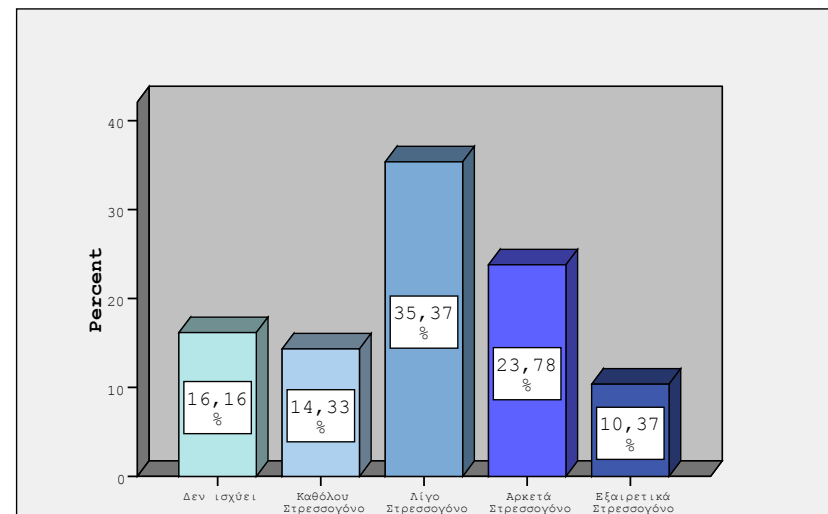
(Γράφημα Β5δ)

Ανεπαρκές προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών του τμήματος.



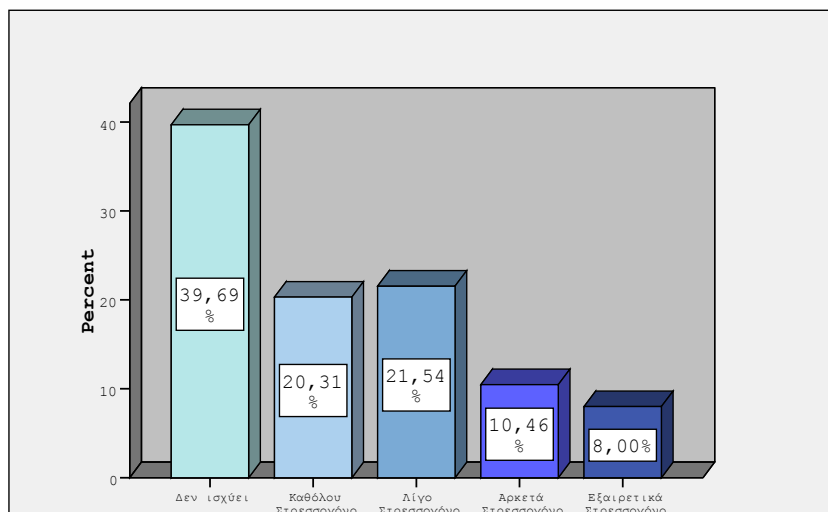
(Γράφημα Β5ε)

Ανεπαρκής χρόνος για την κάλυψη των αναγκών των οικογενειών των ασθενών.



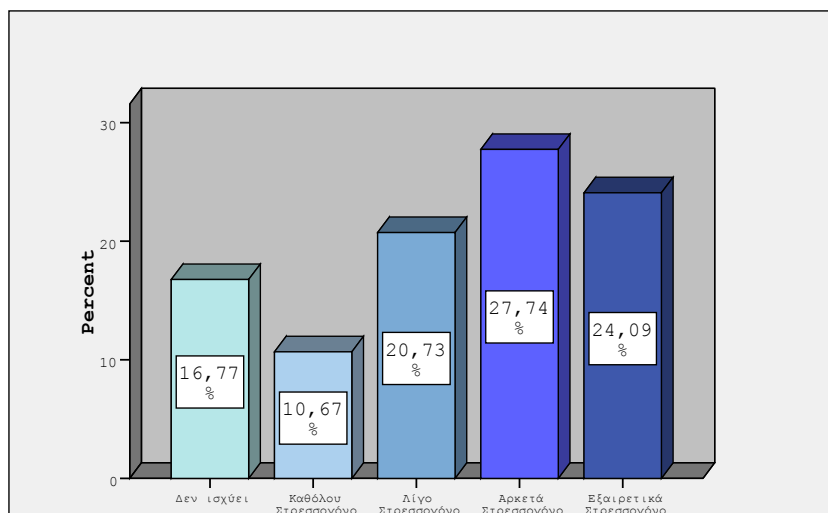
(Γράφημα Β5στ)

Απαιτήσεις για την καταχώρηση στοιχείων του ασθενούς στο ηλεκτρονικό σύστημα καταχώρησης.



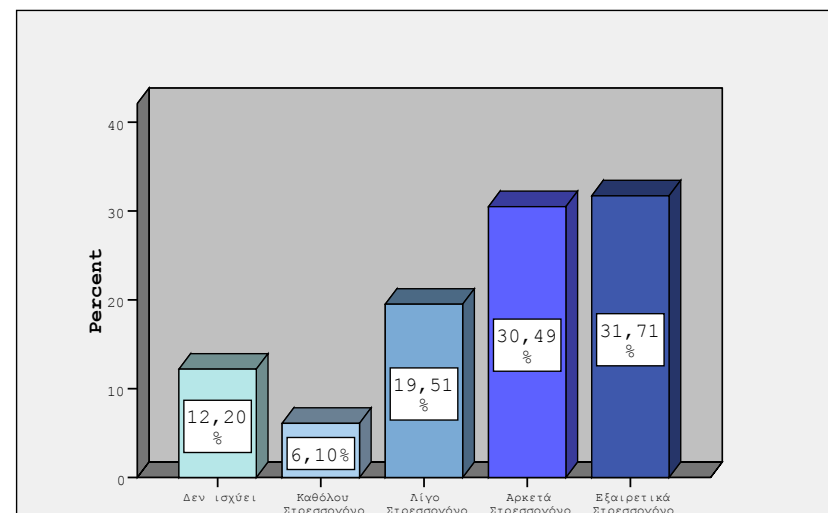
(Γράφημα B5ζ)

Ύπαρξη ανάγκης να εργάζεστε στο διάλλειμα σας.



(Γράφημα B5η)

Λήψη αποφάσεων υπό πίεση.



(Γράφημα B5θ)

Όσο αφορά τον μέσο όρο των βαθμολογιών στις απαντήσεις των αντικειμένων που αναφέρονται στον παράγοντα «Διαμάχη με τους γιατρούς» βρέθηκε να είναι ο έκτος σε σειρά μεταξύ των υπολοίπων (Μέσος όρος: 2,27) πράγμα που τοποθετεί τον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα έκτο σε ένταση.

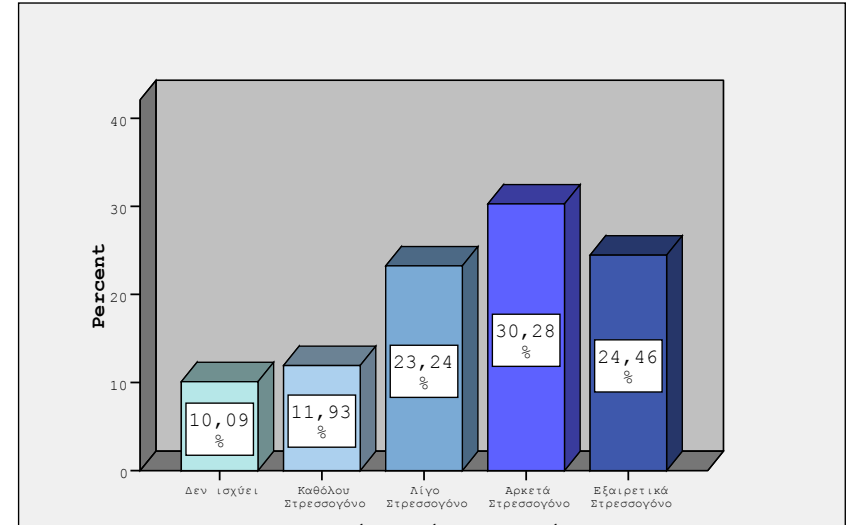
Στον Πίνακα B6 καθώς και στα γραφήματα B6α, B6β, B6γ, B6δ, B6ε, , παρουσιάζονται οι απαντήσεις στα αντικείμενα που εκτιμούν το στρες που σχετίζεται με τον παράγοντα «Διαμάχη με τους γιατρούς». Συγκεκριμένα, η «Λήψη αποφάσεων που αφορούν ασθενή σε περίπτωση απουσίας γιατρού», βρέθηκε να είναι το πιο στρεσογόνο γεγονός που αναφέρεται στον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα (Μέση τιμή: 2,67). Ακολουθεί η «Κριτική από έναν γιατρό» (Μέσος όρος: 2,47), και η «Διαμάχη με έναν γιατρό» (Μέσος όρος: 2,44). Στον πίνακα B5 φαίνονται οι μέσες τιμές των υπολοίπων αντικειμένων που αναφέρονται στον παράγοντα «Διαμάχη με τους γιατρούς».

Πίνακας: Β6 Στρες λόγω διαμάχης με τους γιατρούς

Κλίμακα: Δεν ισχύει = 0
Καθόλου στρεσαγόνο = 1
Λίγο στρεσαγόνο = 2
Αρκετά στρεσαγόνο = 3
Εξαιρετικά στρεσαγόνο = 4

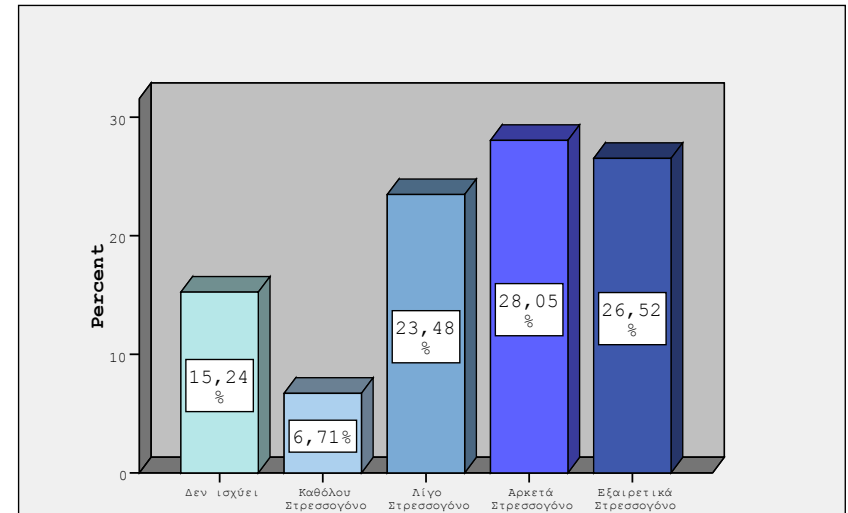
No	Ερωτήσεις	Δεν ισχύει N (%)	Καθόλου στρεσαγόνο N (%)	Λίγο στρεσαγόνο N (%)	Αρκετά στρεσαγόνο N (%)	Εξαιρετικά στρεσαγόνο N (%)	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
2	Κριτική από έναν γιατρό	33 (10,1)	39 (11,9)	76 (23,2)	99 (30,3)	80 (24,5)	2,47	1,26
11	Διαμάχη με έναν γιατρό.	50 (15,2)	22 (6,7)	77 (23,5)	92 (28)	87 (26,5)	2,44	1,35
30	Διαφωνία που αφορά την θεραπευτική αγωγή ενός ασθενούς.	85 (26,1)	42 (12,9)	115 (35,3)	64 (19,6)	20 (6,1)	1,67	1,22
40	Λήψη αποφάσεων που αφορούν ασθενή σε περίπτωση απουσίας γιατρού.	55 (16,8)	18 (5,5)	43 (13,1)	75 (22,9)	136 (41,6)	2,67	1,47
50	Το να πρέπει να οργανώσετε τη δουλειά των γιατρών.	79 (24,1)	23 (7)	69 (21)	88 (26,8)	69 (21)	2,14	1,46
		Συνολικός μέσος όρος = 2,27						

Κριτική απο έναν γιατρό



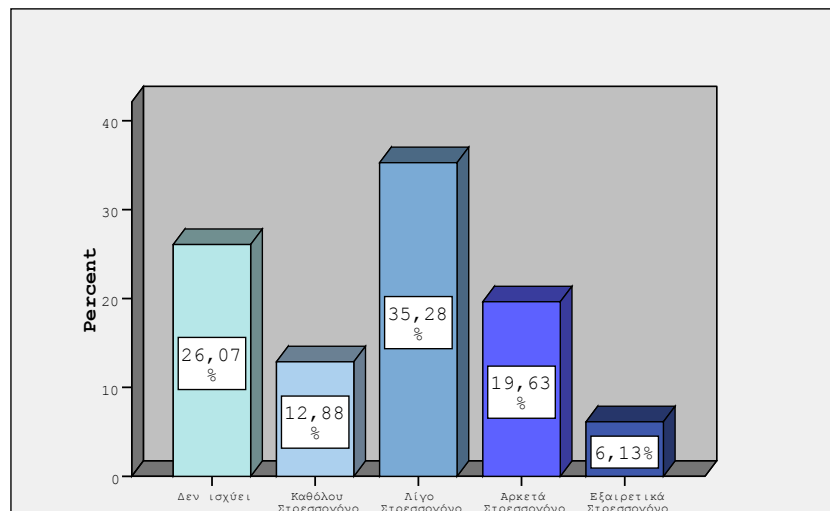
(Γράφημα Β6α)

Διαμάχη με έναν γιατρό.



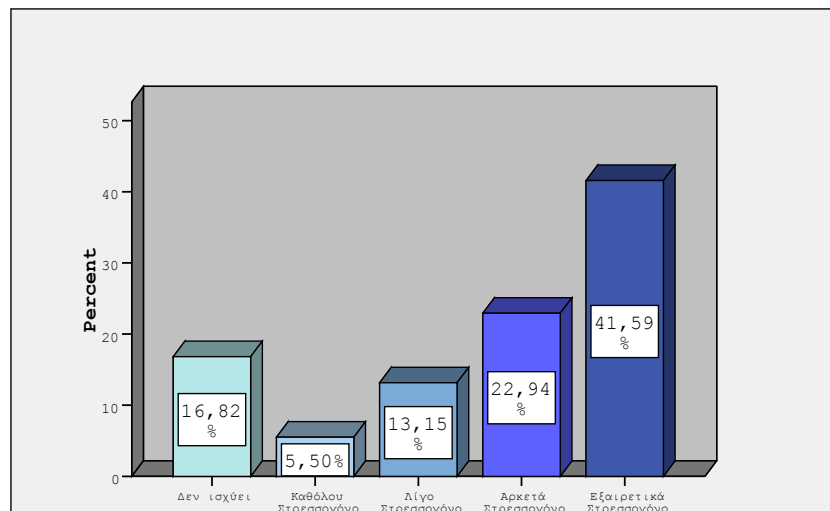
(Γράφημα Β6β)

Διαφωνία που αφορά την θεραπευτική αγωγή ενός ασθενούς.



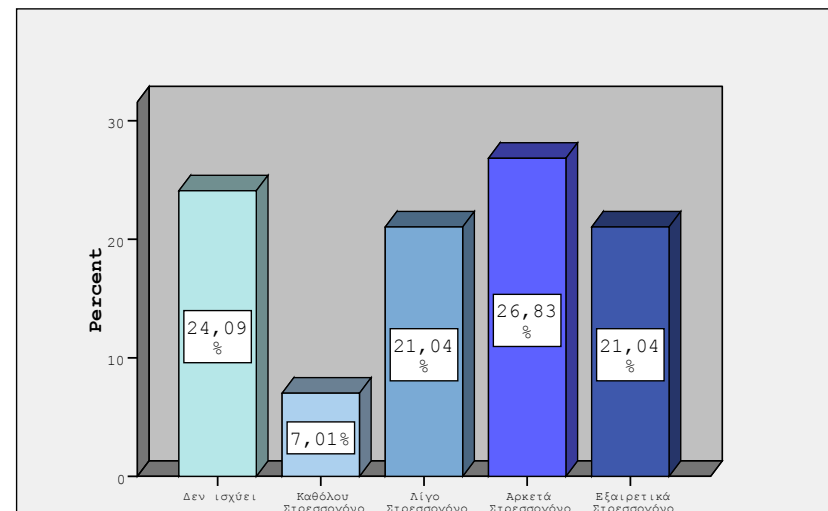
(Γράφημα Β6γ)

Λήψη αποφάσεων που αφορούν ασθενή σε περίπτωση απουσίας γιατρού.



(Γράφημα Β6δ)

Το να πρέπει να οργανώσετε τη δουλειά των γιατρών.



(Γράφημα Β6ε)

Ο έβδομος σε σειρά βρέθηκε να είναι ο μέσος όρος των βαθμολογιών στις απαντήσεις των αντικειμένων που αναφέρονται στον παράγοντα «Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους» (Μέσος όρος: 2,24) πράγμα που τοποθετεί τον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα έβδομο σε ένταση. Στον Πίνακα Β7 καθώς και στα γραφήματα Β7α, Β7β, Β7γ, παρουσιάζονται οι απαντήσεις στα αντικείμενα που εκτιμούν το στρες που σχετίζεται με τον παράγοντα «Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους». Συγκεκριμένα, οι «Ερωτήσεις από τους ασθενείς για τις οποίες δεν έχετε μια ικανοποιητική απάντηση», βρέθηκε να είναι το πιο στρεσογόνο γεγονός που αναφέρεται στον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα (Μέση τιμή: 2,34). Ακολουθεί το «Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας όσον αφορά την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών ενός ασθενούς» (Μέσος όρος: 2,23), και το «Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για την αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας του ασθενούς» (Μέσος όρος: 2,15). Στον πίνακα Β6 παρουσιάζονται τα παραπάνω δεδομένα.

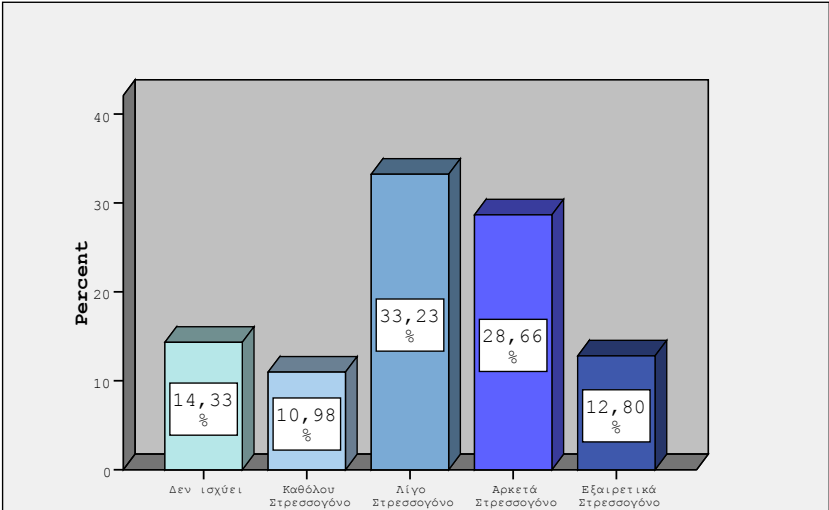
Πίνακας: Β7 Στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους

Κλίμακα: Δεν ισχύει = 0
 Καθόλου στρεσάγονο = 1
 Λίγο στρεσάγονο = 2
 Αρκετά στρεσάγονο = 3
 Εξαιρετικά στρεσάγονο = 4

No	Ερωτήσεις	Δεν Ισχύει		Καθόλου στρεσάγονο		Λίγο στρεσάγονο		Αρκετά στρεσάγονο		Εξαιρετικά στρεσάγονο		Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
3	Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για την αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας του ασθενούς	47	(14,3)	36	(11)	109	(33,2)	94	(28,7)	42	(12,8)	2,15	1,21
12	Ερωτήσεις από τους ασθενείς για τις οποίες δεν έχετε μια ικανοποιητική απάντηση.	27	(8,3)	31	(9,5)	116	(35,6)	109	(33,4)	43	(13,2)	2,34	1,08
21	Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας όσον αφορά την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών ενός ασθενούς.	37	(11,3)	35	(10,7)	108	(32,9)	112	(34,1)	36	(11)	2,23	1,13

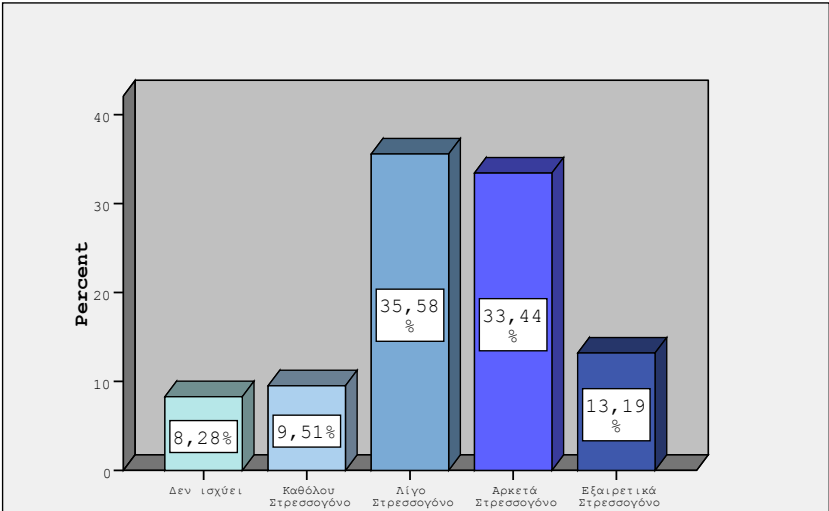
Συνολικός μέσος όρος = 2,24

Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για την αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας του ασθενούς



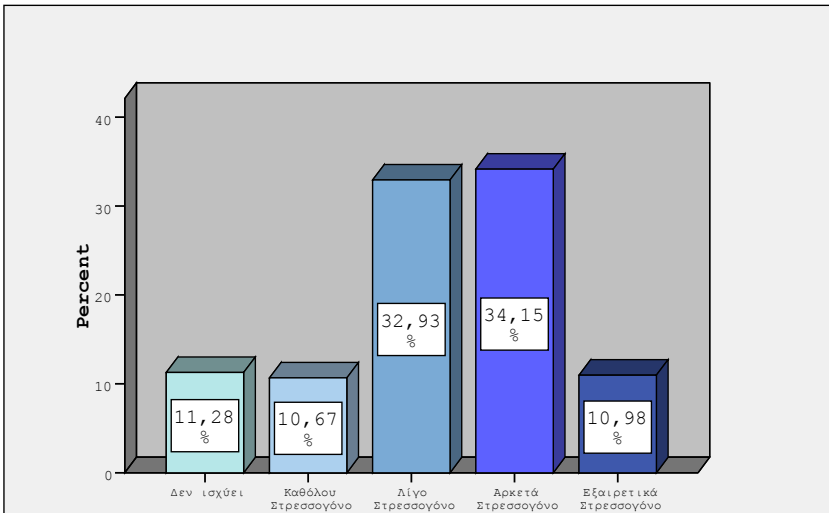
(Γράφημα Β7α)

Ερωτήσεις από τους ασθενείς για τις οποίες δεν έχετε μια ικανοποιητική απάντηση.



(Γράφημα Β7β)

Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας όσον αφορά την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών ενός ασθενούς.



(Γράφημα Β7γ)

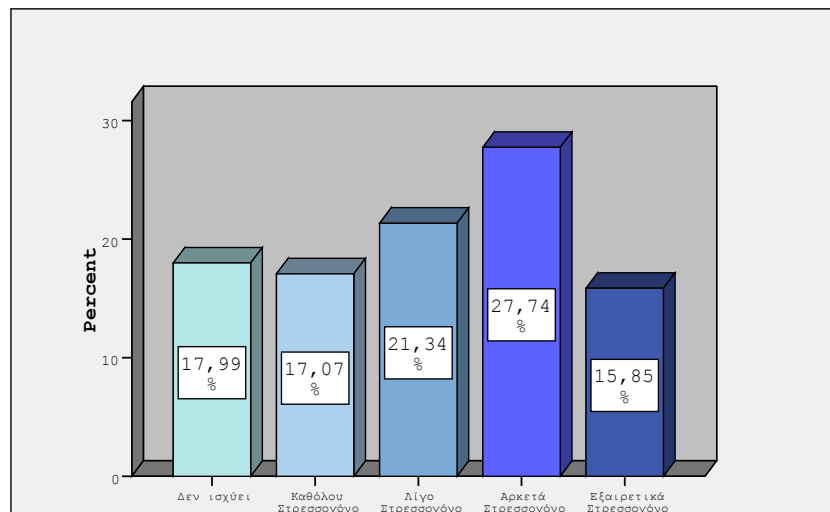
Ο μέσος όρος των βαθμολογιών στις απαντήσεις των αντικειμένων που αναφέρονται στον παράγοντα «Προβλήματα με τους συναδέλφους» βρέθηκε να είναι ο όγδοος σε σειρά μεταξύ των υπολοίπων (Μέσος όρος: 1,75) πράγμα που τοποθετεί τον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα όγδοο σε ένταση. Στον Πίνακα Β8 καθώς και στα γραφήματα Β8α, Β8β, Β8γ, Β8δ, Β8ε, Β8στ, παρουσιάζονται οι απαντήσεις στα αντικείμενα που εκτιμούν το στρες που σχετίζεται με τον παράγοντα «Προβλήματα με τους συναδέλφους». Συγκεκριμένα, η «Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλεύτες) στο άμεσο εργασιακό σας περιβάλλον», βρέθηκε να είναι το πιο στρεσογόνο γεγονός που αναφέρεται στον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα (Μέση τιμή: 2,38). Ακολουθεί η «Έλλειψη ευκαιριών για ανοιχτή συζήτηση για τα προβλήματα στο χώρο εργασίας με άλλους επαγγελματίες» (Μέσος όρος: 2,06), και η «Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλεύτες) στο έμμεσο εργασιακό σας περιβάλλον» (Μέσος όρος: 2,03). Στον πίνακα Β7 φαίνονται οι μέσες τιμές των υπολοίπων αντικειμένων που αναφέρονται στον παράγοντα «Προβλήματα με τους συναδέλφους».

Πίνακας: Β8 Στρες λόγω προβλημάτων με τους συναδέλφους

Κλίμακα: Δεν ισχύει = 0
Καθόλου στρεσογόνο = 1
Λίγο στρεσογόνο = 2
Αρκετά στρεσογόνο = 3
Εξαιρετικά στρεσογόνο = 4

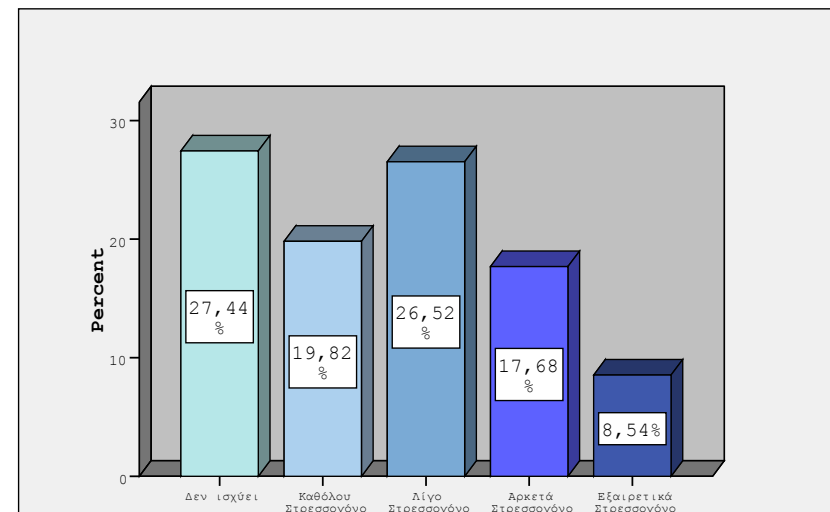
No	Ερωτήσεις	Δεν ισχύει	Καθόλου στρεσογόνο	Λίγο στρεσογόνο	Αρκετά στρεσογόνο	Εξαιρετικά στρεσογόνο	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
4	Έλλειψη ευκαιριών για ανοιχτή συζήτηση για τα προβλήματα στο χώρο εργασίας με άλλους επαγγελματίες	59 (18)	56 (17,1)	70 (21,3)	91 (27,7)	52 (15,9)	2,06	1,34
13	Έλλειψη ευκαιριών για ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με συναδέλφους στο χώρο εργασίας.	62 (19)	70 (21,5)	111 (34)	57 (17,5)	26 (8)	1,74	1,18
22	Έλλειψη ευκαιριών που αφορούν στην εξωτερικευση των αρνητικών σας συναισθημάτων προς τους ασθενείς σε συναδέλφους του τμήματός σας.	90 (27,4)	65 (19,8)	87 (26,5)	58 (17,7)	28 (8,5)	1,6	1,28
23	Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλεύτες) στο άμεσο εργασιακό σας περιβάλλον.	48 (14,9)	29 (9)	78 (24,2)	86 (26,7)	81 (25,2)	2,38	1,34
24	Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλεύτες) στο έμμεσο εργασιακό σας περιβάλλον.	66 (20,4)	39 (12)	92 (28,4)	73 (22,5)	54 (16,7)	2,03	1,35
52	Δυσκολία συνεργασίας με νοσηλευτές του αντίθετου φύλου.	204 (63,2)	39 (12,1)	46 (14,2)	22 (6,8)	12 (3,7)	0,76	1,15
Συνολικός μέσος όρος = 1,75								

Έλλειψη ευκαιριών για ανοιχτή συζήτηση για τα προβλήματα στο χώρο εργασίας με άλλους επαγγελματίες



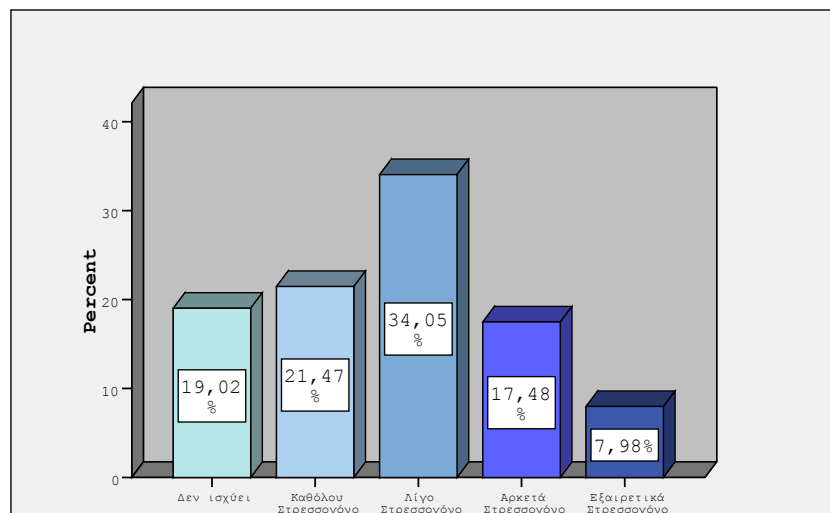
(Γράφημα B8α)

Έλλειψη ευκαιριών που αφορούν την εξωτερικευση των αρνητικών σας συναισθημάτων προς τους ασθενείς σε συναδέλφους του τμήματός σας.



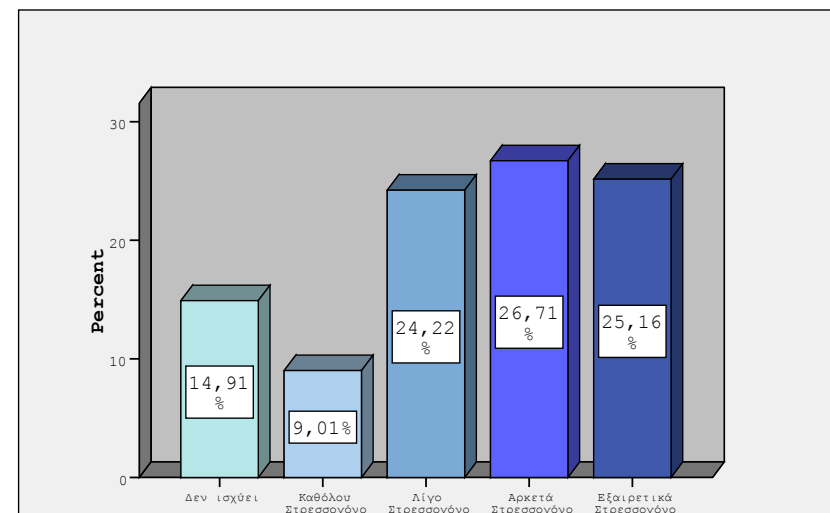
(Γράφημα B8γ)

Έλλειψη ευκαιριών για ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με συναδέλφους στο χώρο εργασίας.



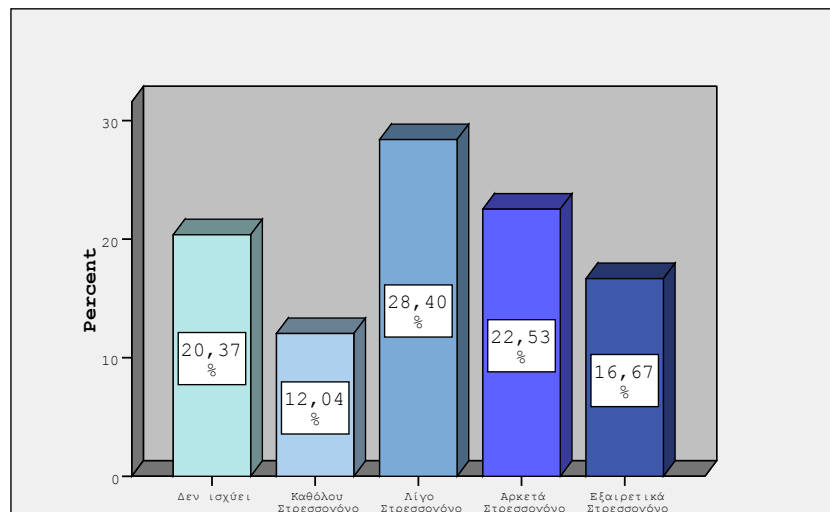
(Γράφημα B8β)

Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλεύτρις) στο άμεσο εργασιακό σας περιβάλλον.



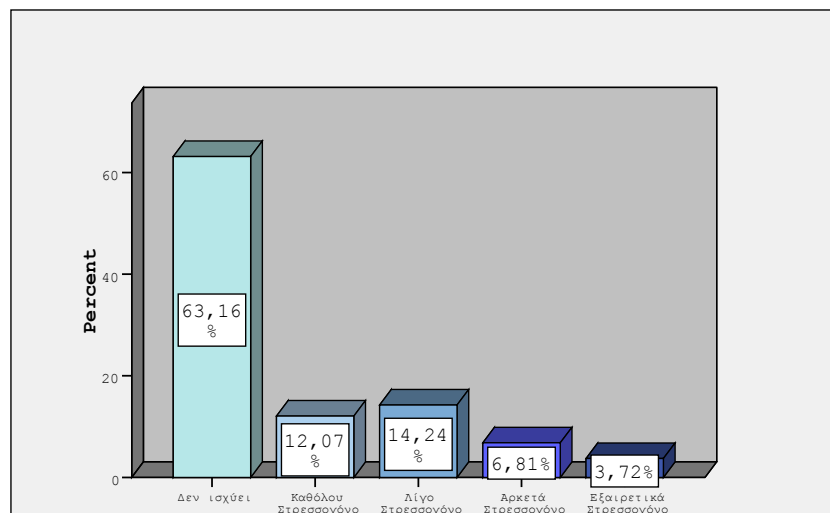
(Γράφημα B8δ)

Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλεύτρες) στο έμμεσο εργασιακό σας περιβάλλον.



(Γράφημα Β8ε)

Δυσκολία συνεργασίας με νοσηλευτές του αντίθετου φύλου.



(Γράφημα Β8στ)

Ο ένατος και τελευταίος στη σειρά βρέθηκε να είναι ο μέσος όρος των βαθμολογιών στις απαντήσεις των αντικειμένων που αναφέρονται στον παράγοντα «Διακρίσεις στο χώρο εργασίας» (Μέσος όρος: 1,02) πράγμα που τοποθετεί τον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα τελευταίο σε ένταση. Στον Πίνακα Β9 καθώς και στα γραφήματα Β9α, Β9β, Β9γ, παρουσιάζονται οι απαντήσεις στα αντικείμενα που εκτιμούν το στρες που σχετίζεται με τον παράγοντα «Διακρίσεις». Συγκεκριμένα το «Αίσθημα διάκρισης λόγω φύλου», βρέθηκε να είναι το πιο στρεσογόνο γεγονός που αναφέρεται στον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα (Μέση τιμή: 1,00). Ακολουθεί η «Σεξουαλική παρενόχληση» (Μέσος όρος: 0,97), και τέλος το «Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φυλής ή εθνικότητας.» (Μέσος όρος: 0,55). Στον πίνακα Β9 παρουσιάζονται τα παραπάνω δεδομένα.

Πίνακας: Β9 Στρες λόγω Διακρίσεων

Κλίμακα: Δεν ισχύει = 0

Καθόλου στρεσογόνο = 1

Λίγο στρεσογόνο = 2

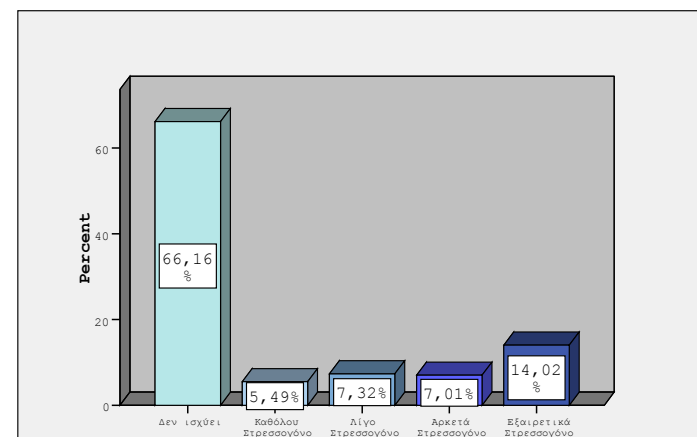
Αρκετά στρεσογόνο = 3

Εξαιρετικά στρεσογόνο = 4

No	Ερωτήσεις	Δεν ισχύει N (%)	Καθόλου στρεσογόνο N (%)	Λίγο στρεσογόνο N (%)	Αρκετά στρεσογόνο N (%)	Εξαιρετικά στρεσογόνο N (%)	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
9	Σεξουαλική παρενόχληση εις βάρος σας.	217 (66,2)	18 (5,5)	24 (7,3)	23 (7)	46 (14)	0,9 7	1,51
18	Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φυλής ή εθνικότητας.	252 (77,3)	19 (5,8)	21 (6,4)	17 (5,2)	17 (5,2)	0,5 5	1,14
28	Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φύλου.	192 (58,5)	31 (9,5)	49 (14,9)	26 (7,9)	30 (9,1)	1,0 0	1,37

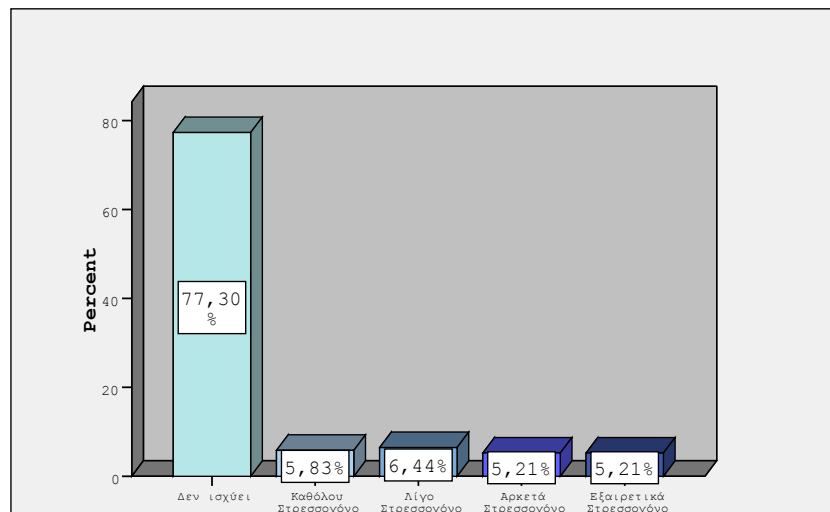
Συνολικός μέσος όρος = 1,02

Σεξουαλική παρενόχληση εις βάρος σας.



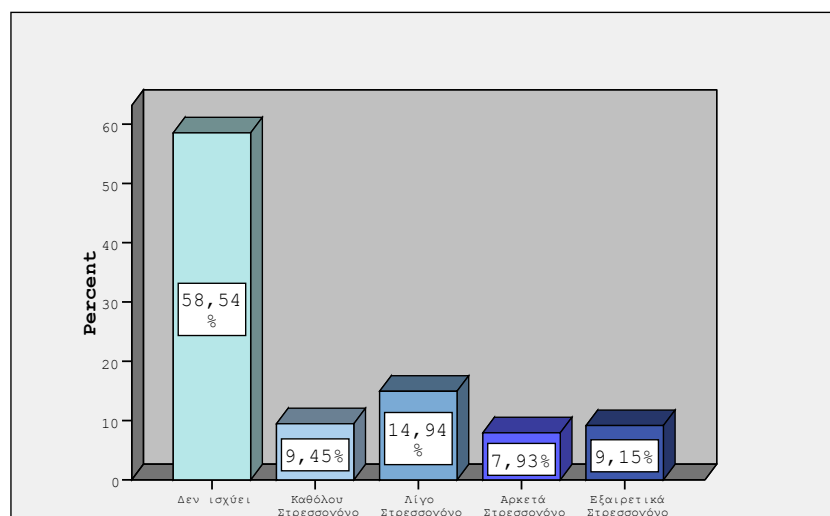
(Γράφημα Β9α)

Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φυλής ή εθνικότητας.



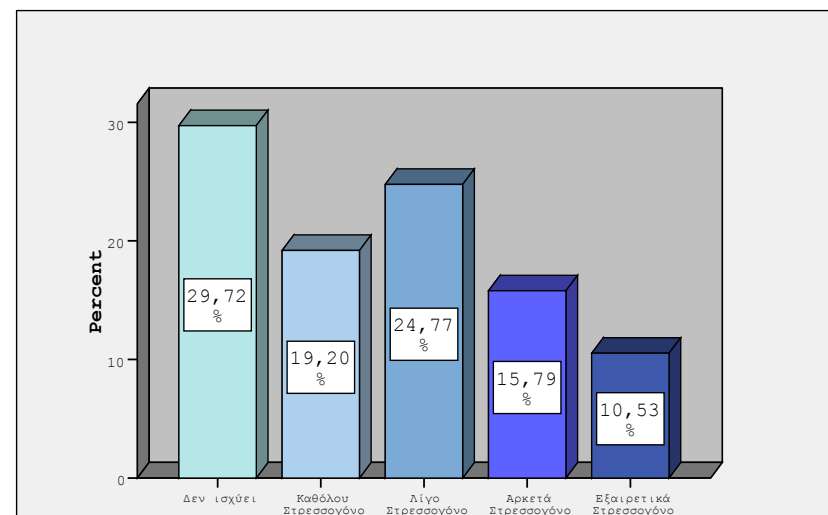
(Γράφημα Β9β)

Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φύλου.



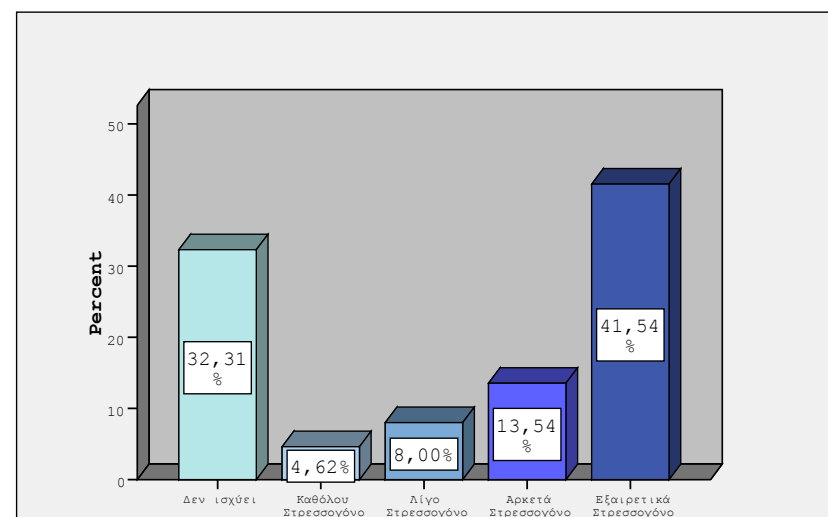
(Γράφημα Β9γ)

Βλάβη στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές



(Γράφημα Β9γ)

Διαρκής μετακίνηση σε άλλα νοσηλευτικά τμήματα λόγω έλλειψης προσωπικού.



(Γράφημα Β9γ)

4.3 Συσχέτιση παραγόντων Στρες με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά της εργασίας

Με την στατιστική δοκιμασία Student T-test, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των υποκλιμάκων της κλίμακας ENSS, ($p < 0,05$). Από τις 9 υποκλίμακες του ENSS, ο παράγοντας στρες «επαφή με τον θάνατο» φαίνεται να επηρεάζεται από τον παράγοντα του φύλου. Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος του στρες, που σχετίζεται με την επαφή με τον θάνατο, στις γυναίκες ήταν 19,12 με τυπική απόκλιση 5,38, ενώ στους άνδρες ήταν 16,70 με τυπική απόκλιση 4,69. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική αφού ($p = 0,012$) (Πίνακας Z1).

Ομοίως έγινε έλεγχος συσχετίσεων των παραγόντων του στρες με τα χαρακτηριστικά της εργασίας. Ο παράγοντας «στρες λόγω φόρτου εργασίας» φαίνεται να επηρεάζεται από την κατηγορία του νοσοκομείου (Νοσοκομείο επαρχίας ή νοσοκομείο πρωτεύουσας). Ο μέσος όρος του στρες που σχετίζεται με τον φόρτο εργασίας στο προσωπικό των νοσοκομείων της πρωτεύουσας, είναι μεγαλύτερος από ότι στο προσωπικό των νοσοκομείων της επαρχίας. (Νοσοκομείο Πρωτεύουσας Μέσος όρος: 21,31 τυπική απόκλιση: 6,19. Νοσοκομεία επαρχίας Μέσος όρος: 18,54 τυπική απόκλιση: 7,31) Η διαφορά αυτή φαίνεται να μην οφείλεται στην τύχη αφού ($p = 0,008$) (Πίνακας Z2). Από ότι μπορούμε να δούμε στον ίδιο πίνακα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του «στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους» με την «Υπαρξη επιπλέον εκπαίδευσης» και την «επιλογή τμήματος», καθώς και του παράγοντα «στρες λόγω αβεβαιότητας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα» με την «επιλογή τμήματος».

Όσο αφορά στην σχέση των παραγόντων του εργασιακού στρες και των παραγόντων που είναι σχετικές με την εικόνα που έχουν οι νοσηλευτές για το επάγγελμά τους, βρέθηκαν οι παρακάτω στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Η μεταβλητή «επιθυμία εγκατάλειψης νοσοκομείου» βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική σχέση με την κλίμακα ENSS καθώς και με τις 8 από τις 9 υποκλίμακες. Ο παράγοντας «διακρίσεις», είναι ο μοναδικός με τον οποίο δεν σχετίζεται. Η μεταβλητή «επιθυμία εγκατάλειψης επαγγέλματος», βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την κλίμακα ENSS καθώς και με 6 από τις υποκλίμακες. Αυτές είναι «Φόρτος Εργασίας», «Ασθενείς και οι συγγενείς τους», «Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα», «Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους», «Επαφή με τον θάνατο» και «Προβλήματα με τους προϊστάμενους». Τέλος, η μεταβλητή «Θα θέλατε το παιδί σας να ακολουθήσει το επάγγελμά σας;», σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την κλίμακα ENSS, καθώς και με 6 υποκλίμακες, «Φόρτος Εργασίας», «Ασθενείς και οι συγγενείς τους», «Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα», «Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους», «Προβλήματα με τους συναδέλφους», και «Προβλήματα με τους προϊστάμενους» (Πίνακας Z3).

(Πίνακας Z1) Συσχέτιση παραγόντων Στρες με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά (Δοκιμασία T-test)

	Συνολικό Στρες		Φόρτου Εργασίας		Ασθενείς και οι συγγενείς τους		Αβεβαιότητα για το αποτέλεσμα		Διακρίσεις		Διαφορά με του νοσοκομείου		Ανεπαρκής προετοιμασία		Προβλήματα με τους συναδέλφους		Επαφή με τον θάνατο		Προβλήματα με τους προϊστάμενους	
	Μ. Όρος (Τυπ. Απόκλ.)	Συντ. συσχέτ.	Μ. Όρος (Τυπ. Απόκλ.)	Συντ. συσχέτ.	Μ. Όρος (Τυπ. Απόκλ.)	Συντ. συσχέτ.	Μ. Όρος (Τυπ. Απόκλ.)	Συντ. συσχέτ.	Μ. Όρος (Τυπ. Απόκλ.)	Συντ. συσχέτ.	Μ. Όρος (Τυπ. Απόκλ.)	Συντ. συσχέτ.	Μ. Όρος (Τυπ. Απόκλ.)	Συντ. συσχέτ.	Μ. Όρος (Τυπ. Απόκλ.)	Συντ. συσχέτ.	Μ. Όρος (Τυπ. Απόκλ.)	Συντ. συσχέτ.	Μ. Όρος (Τυπ. Απόκλ.)	Συντ. συσχέτ.
Στο σπίτι σας ζείτε:																				
Μόνος	133,70 (38,11)		19,93 (6,94)		19,75 (6,57)		21,96 (7,11)		2,67 (3,15)		10,73 (4,52)		6,64 (2,47)		10,33 (4,71)		18,15 (5,45)		17,11 (6,67)	
Με άλλους	137,59 (9,63)	0,479	21,04 (6,36)	0,237	19,90 (7,23)	0,870	22,87 (7,32)	0,351	2,44 (3,04)	0,584	11,51 (4,45)	0,214	6,73 (2,67)	0,799	10,51 (5,09)	0,789	19,09 (5,33)	0,216	17,94 (6,56)	0,366
Υπαρξη παιδιών																				
Ναι	137,03 (39,87)		20,95 (6,45)		20,20 (6,91)		22,63 (7,33)		2,41 (3,03)		11,59 (4,20)		6,68 (2,71)		10,61 (5,01)		19,27 (5,23)		17,73 (6,33)	
Όχι	136,44 (40,04)	0,901	20,64 (6,54)	0,677	19,50 (7,29)	0,376	22,75 (7,24)	0,881	2,57 (3,11)	0,643	11,07 (4,75)	0,301	6,75 (2,53)	0,810	10,34 (5,02)	0,634	18,49 (5,48)	0,198	17,80 (6,87)	0,928
Φύλο																				
Γυναίκα	137,49 (40,22)		20,91 (6,56)		20,05 (7,14)		22,73 (7,39)		2,51 (3,08)		11,36 (4,50)		6,71 (2,67)		10,47 (4,99)		19,12 (5,38)		17,95 (6,62)	
Ανδρας	129,90 (36,75)	0,303	19,88 (5,73)	0,344	18,16 (6,48)	0,128	22,28 (6,48)	0,707	2,28 (2,92)	0,682	11,25 (4,22)	0,894	6,69 (2,26)	0,951	10,48 (5,23)	0,992	16,70 (4,69)	0,012	16,09 (6,12)	0,114

(Πίνακας Z2) Συσχέτιση παραγόντων Στρες με χαρακτηριστικά της εργασίας (Δοκιμασία T-test)

Παράγοντες του Στρες														
	Συνολικό Στρες	Φόβος Εργασίας		Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Διακρίσεις	Διαμάχη με τον γιατρό		Ανεπαρκής προετοιμασία	Προβλήματα με τους συναδέλφους	Εταιρία με τον θάνατο		Προβλήματα με τους προϊστάμενους	
		Μ. Όρος (Τυπ. Απόκλ)	Συντ. συσχέτ				Μ. Όρος (Τυπ. Απόκλ)	Συντ. συσχέτ			Μ. Όρος (Τυπ. Απόκλ)	Συντ. συσχέτ		
Καθηγ. Νοσοκομ Πρωτεύουσας	137,28 (37,63)	21,31 (6,19)		20,13 (6,75)		22,61 (7,05)	2,39 (3,02)	11,38 (4,37)	0,78	6,79 (2,57)	10,53 (4,94)	18,79 (5,15)	18,02 (6,49)	0,15
	134,04 (49,94)	18,54 (7,31)		18,68 (8,42)		23,03 (8,29)	2,90 (3,24)	11,19 (4,95)		6,33 (2,84)	10,22 (5,36)	19,39 (6,28)	16,57 (6,94)	
						0,71		0,27			0,25	0,70	0,50	
Υπαρξη επιπλέον εκπαίδευσης	131,15 (40,63)	20,14 (6,74)		19,51 (7,09)		22,07 (7,78)	2,39 (2,92)	10,97 (4,46)	0,294	6,70 (2,65)	10,68 (5,13)	19,06 (4,73)	16,50 (6,86)	0,018
	139,66 (39,29)	21,14 (6,35)		20,04 (7,10)		22,99 (7,01)	2,53 (3,13)	11,53 (4,47)		6,72 (2,62)	10,37 (4,95)	18,81 (5,65)	18,40 (6,36)	
		0,088				0,305		0,698			0,970	0,610	0,684	
Ωρόριο εργασίας	129,88 (44,44)	20,10 (7,56)		19,14 (7,30)		21,93 (7,56)	2,11 (2,96)	10,52 (4,65)	0,245	6,80 (2,91)	10,03 (5,30)	18,87 (5,48)	16,38 (7,09)	0,059
	138,79 (38,30)	21,01 (6,16)		20,07 (7,03)		22,89 (7,20)	2,59 (3,09)	11,58 (4,40)		6,69 (2,54)	10,60 (4,93)	18,90 (5,33)	18,17 (6,39)	
		0,109				0,339		0,245		0,090	0,760	0,424	0,972	
Επιλογή τμήματος	131,36 (41,92)	19,80 (7,05)		19,70 (7,08)		21,42 (7,40)	2,79 (3,26)	10,94 (4,41)	0,268	6,49 (2,79)	10,73 (5,15)	18,16 (5,61)	16,59 (6,68)	0,032
	139,14 (38,83)	21,28 (6,17)		19,94 (7,11)		23,27 (7,16)	2,35 (2,96)	11,53 (4,49)		6,81 (2,55)	10,36 (4,95)	19,23 (5,22)	18,31 (6,48)	
						0,035		0,245		0,268	0,322	0,557	0,109	

(Πίνακας Z3) Συσχέτιση παραγόντων Στρες με την εικόνα που έχουν οι νοσηλευτές για το επάγγελμά τους (Δοκιμασία T-test)

Παράγοντες του Στρες																			
Συνολικό Στρες	Φόρου Εργασίας		Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Αβεβαιότητα για το αποτέλεσμα	Διακρίσεις	Διαμάχη με τον γιατρό		Ανεπαρκής προετοιμασία	Προβλήματα με τους συναδέλφους		Έμφαση με τον θάνατο	Προβλήματα με τους προϊστάμενους							
	Μ. Όρος (Τυπ Απόκλ)	Συντ. συσχέτ				Μ. Όρος (Τυπ Απόκλ)	Συντ. συσχέτ		Μ. Όρος (Τυπ Απόκλ)	Συντ. συσχέτ			Μ. Όρος (Τυπ Απόκλ)	Συντ. συσχέτ					
Θα ξαναεπιλέγατε το επάγγελμά σας;	132,56 (43,25)	20,02 (7,16)	19,04 (7,33)	0,075	22,24 (7,42)	0,333	Συντ συσχέτ.	Μ. Όρος (Τυπ Απόκλ)	Συντ συσχέτ.	2,60 (2,98)	0,529	11,08 (4,52)	0,332	6,67 (2,75)	0,780	10,05 (5,19)	18,89 (5,81)	16,97 (6,94)	0,076
	139,55 (37,33)	21,40 (5,92)	20,47 (6,88)	0,001	23,06 (7,15)	0,333	Συντ συσχέτ.	Μ. Όρος (Τυπ Απόκλ)	Συντ συσχέτ.	2,38 (3,12)	0,529	11,57 (4,42)	0,332	6,76 (2,53)	0,780	10,77 (4,89)	18,95 (5,01)	18,33 (6,28)	0,076
	0,155																		
Επιθυμία Εγκατάλειψης Νοσοκομείου	146,59 (35,33)	22,66 (5,60)	21,52 (6,51)	<0,001	24,60 (6,32)	<0,001		Μ. Όρος (Τυπ Απόκλ)	Συντ συσχέτ.	2,60 (3,21)	0,576	11,95 (4,23)	0,047	7,12 (2,41)	0,022	11,64 (4,90)	19,94 (4,71)	19,12 (5,96)	
	129,67 (41,60)	19,58 (6,78)	18,73 (7,26)	<0,001	21,44 (7,60)	<0,001		Μ. Όρος (Τυπ Απόκλ)	Συντ συσχέτ.	2,40 (2,97)	0,576	10,95 (4,58)	0,047	6,46 (2,74)	0,022	9,68 (4,97)	18,22 (5,65)	16,82 (6,86)	0,002
	<0,001																		
Επιθυμία Εγκα/λειψης Επαγγέλματος	144,85 (35,72)	22,30 (5,87)	21,64 (6,33)	0,001	24,03 (7,00)	0,011		Μ. Όρος (Τυπ Απόκλ)	Συντ συσχέτ.	2,50 (3,12)	0,974	11,79 (4,54)	0,182	7,11 (2,32)	0,042	11,14 (4,75)	19,84 (5,08)	18,81 (6,28)	0,034
	131,84 (41,77)	19,98 (6,70)	18,81 (7,36)	<0,001	21,94 (7,35)	0,011		Μ. Όρος (Τυπ Απόκλ)	Συντ συσχέτ.	2,49 (3,04)	0,974	11,10 (4,54)	0,182	6,50 (2,78)	0,042	10,04 (5,14)	18,36 (5,46)	17,22 (6,71)	0,034
	0,005																		
Θα θέλατε το παιδί σας να ακολουθήσει το επάγγελμά σας;	120,86 (49,77)	18,02 (7,94)	17,81 (8,24)	<0,001	20,52 (8,38)	0,007		Μ. Όρος (Τυπ Απόκλ)	Συντ συσχέτ.	2,44 (3,18)	0,905	10,42 (5,01)	0,088	5,82 (3,12)	0,003	8,92 (5,58)	17,98 (6,45)	15,13 (7,85)	
	140,68 (36,26)	21,48 (5,93)	20,39 (6,73)	0,010	23,28 (6,87)	0,010		Μ. Όρος (Τυπ Απόκλ)	Συντ συσχέτ.	2,49 (3,04)	0,905	11,61 (4,30)	0,088	6,94 (2,45)	0,003	10,85 (4,82)	19,16 (5,03)	18,41 (6,11)	<0,001
	0,001																		

(Πίνακας Ζ4) Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων του στρες και ποσοτικών μεταβλητών

Αριθμός δείγματος: 328						
		Ηλικία	Χρόνια Υπηρεσίας	Μέσος Όρος νυχτερινών υπηρεσιών το μήνα	N	Μέση Τιμή Τυπική Απόκλιση
Φόρτος Εργασίας	Pearson Correlation	0,52	0,005	0,189(**)	328	2,31
	Sig. (2-tailed)	0,360	0,929	0,001		
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Pearson Correlation	0,181(**)	0,104	0,132(*)	328	2,48
	Sig. (2-tailed)	0,001	0,062	0,017		
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Pearson Correlation	-0,041	-0,064	0,104	327	2,52
	Sig. (2-tailed)	0,476	0,252	0,059		
Διακρίσεις	Pearson Correlation	0,050	0,030	-0,004	326	0,83
	Sig. (2-tailed)	0,386	0,594	0,945		
Διαμάχη με του γιατρούς	Pearson Correlation	0,028	-0,050	0,093	324	2,27
	Sig. (2-tailed)	0,630	0,370	0,95		
Ανεπαρκής προετοιμασία	Pearson Correlation	-0,018	-0,077	0,068	326	2,24
	Sig. (2-tailed)	0,753	0,171	0,218		
Προβλήματα με τους συναδέλφους	Pearson Correlation	0,081	0,026	0,078	312	1,75
	Sig. (2-tailed)	0,164	0,649	0,168		
Επαφή με τον θάνατο	Pearson Correlation	0,039	0,043	0,038	318	2,70
	Sig. (2-tailed)	0,499	0,442	0,502		
Προβλήματα με τους προϊστάμενους	Pearson Correlation	0,008	0,009	0,112(*)	318	2,54
	Sig. (2-tailed)	0,885	0,876	0,046		
Συνολικό Στρες	Pearson Correlation	0,034	-0,015	0,118(*)		
	Sig. (2-tailed)	0,570	0,797	0,045		

Από ότι φαίνεται στον παραπάνω πίνακα (Πίνακας Ζ4), παρουσιάζεται ο έλεγχος συσχέτισης των παραγόντων του εργασιακού στρες, με ποσοτικές μεταβλητές «ηλικία», «χρόνια υπηρεσίας» και «Μέσος όρος νυχτερινών υπηρεσιών το μήνα». Εφαρμόζοντας την στατιστική δοκιμασία Pearson, βρέθηκε ότι υπάρχει θετική γραμμική συσχέτιση μεταξύ του «στρες λόγω φόρτου εργασίας» με τον «μέσο όρο νυχτερινών το μήνα». Επίσης θετική γραμμική σχέση βρέθηκε μεταξύ του «στρες λόγω των ασθενών και των συγγενών τους», με τον «μέσο όρο νυχτερινών το μήνα» και της «ηλικίας». Ο «μέσος όρος νυχτερινών υπηρεσιών το μήνα», βρέθηκε επίσης να σχετίζεται γραμμικά και με την «κλίμακα του στρες ENSS», και με την υποκλίμακα του στρες «προβλήματα με τους προϊστάμενους».

Με την στατιστική δοκιμασία One way ANOVA, έγινε ο έλεγχος της σχέσης μεταξύ παραγόντων του εργασιακού στρες και τίτλου πτυχίου (AEI, TEI, ΔΕ). Όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα (πίνακας Ζ5), η μεταβλητή «τίτλος πτυχίου» σχετίζεται με έξι παράγοντες του εργασιακού στρες και αυτοί είναι: «Φόρτος Εργασίας», «Ασθενείς και οι συγγενείς τους», «Φόβος για ανεπαρκή θεραπεία», «Ανεπαρκής προετοιμασία», «Προβλήματα με τους συναδέλφους», και «Προβλήματα με τους προϊστάμενους». Σε όλους τους παραπάνω παράγοντες ο μέσος όρος την βαθμολογίας τους είναι μεγαλύτερος στους απόφοιτους του TEI από ότι στις άλλες δύο κατηγορίες.

Επίσης βρέθηκε να σχετίζεται η ύπαρξη επιπλέον εκπαίδευσης εκτός της βασικής, με το στρες λόγω διακρίσεων, με $p=0,008$ και η θέση εργασίας (προϊστάμενος, Νοσηλεύτης, β. Νοσηλεύτη κλπ), με το στρες λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας, με $p=0,001$. Αυτές οι δύο μεταβλητές δεν βρέθηκαν να σχετίζονται με κανέναν άλλο παράγοντα του στρες. Επίσης η οικογενειακή κατάσταση δεν βρέθηκε να σχετίζεται με κανέναν από τους παράγοντες του στρες.

(Πίνακας Ζ5) Συσχέτιση Παραμέτρων εργασιακού στρες και τίτλου πτυχίου

		AEI	TEI	ΔΕ	
Φόρτος Εργασίας	N	51	158	86	F=8,846, p<0,001
	Μέσος Όρος	1,95	2,41	2,38	
	Τυπική Απόκλιση	0,738	0,674	0,758	
	Μικρότερη τιμή	0	0	0	
	Μεγαλύτερη Τιμή	3	4	4	
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Μέσος Όρος	1,97	2,61	2,59	F=11,209, p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	0,821	0,837	0,879	
	Μικρότερη τιμή	0	0	0	
	Μεγαλύτερη Τιμή	4	4	4	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Μέσος Όρος	2,25	2,61	2,55	F=3,176, p=0,043
	Τυπική Απόκλιση	0,872	0,789	0,822	
	Μικρότερη τιμή	0	0	0	
	Μεγαλύτερη Τιμή	4	4	4	
Διακρίσεις	Μέσος Όρος	0,65	0,82	0,96	F= 1,841, p=0,160
	Τυπική Απόκλιση	0,851	1,016	1,158	
	Μικρότερη τιμή	0	0	0	
	Μεγαλύτερη Τιμή	3	4	4	
Διαμάχη με του γιατρούς	Μέσος Όρος	2,09	2,37	2,27	F=2,110, p=0,123
	Τυπική Απόκλιση	0,898	0,837	0,950	
	Μικρότερη τιμή	0	0	0	
	Μεγαλύτερη Τιμή	4	4	4	
Ανεπαρκής προετοιμασία	Μέσος Όρος	1,95	2,35	2,28	F=3,541, p=0,030
	Τυπική Απόκλιση	0,897	0,819	0,900	
	Μικρότερη τιμή	0	0	0	
	Μεγαλύτερη Τιμή	3	4	4	
Προβλήματα με τους συναδέλφους	Μέσος Όρος	1,40	1,84	1,83	F=6,843, p=0,001
	Τυπική Απόκλιση	0,765	0,796	0,795	
	Μικρότερη τιμή	0	0	0	
	Μεγαλύτερη Τιμή	3	4	4	
Επαφή με τον θάνατο	Μέσος Όρος	2,61	2,70	2,79	F=0,784, p=0,458
	Τυπική Απόκλιση	0,770	0,722	0,796	
	Μικρότερη τιμή	0	1	0	
	Μεγαλύτερη Τιμή	4	4	4	
Προβλήματα με τους προϊστάμενους	Μέσος Όρος	2,22	2,64	2,57	F=4,399, p=0,013
	Τυπική Απόκλιση	0,927	0,922	0,964	
	Μικρότερη τιμή	0	0	0	
	Μεγαλύτερη Τιμή	4	4	4	

4.4 Αποτελέσματα σωματικής υγείας και συμπτωμάτων

Όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα (πίνακας Γ1), το 47,9% του δείγματος, απαντά ότι νοιώθει «συχνά» «Σωματική εξάντληση και κούραση», το 38,2% επιλέγει το «συχνά» για να περιγράψει την συχνότητα εμφάνισης «Πόνων στην ράχη ή στον αυχένα», ενώ το 33% νιώθει συχνά «Πονοκεφάλους».

Στον Πίνακα Γ1 παρουσιάζεται αναλυτικά ο αριθμός και το αντίστοιχο ποσοστό του δείγματος που επέλεξε την κάθε επιλογή της κλίμακας του Γ μέρους του ερωτηματολογίου.

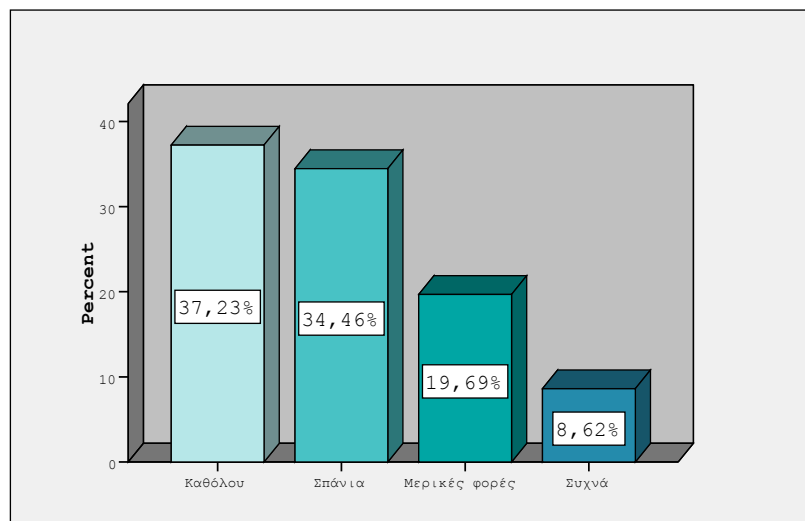
Πίνακας:Γ1 Απαντήσεις στο μέρος Γ του ερωτηματολογίου (Ερωτηματολόγιο Σωματικής Υγείας και συμπτωμάτων.)

Κλίμακα: Καθόλου = 1
Σπάνια= 2
Μερικές φορές = 3
Συχνά = 4

	Καθόλου		Σπάνια		Μερικές φορές		Συχνά	
Ερωτήσεις	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Κράμπες	121	37,2	112	34,5	64	19,7	28	8,6
Πόνος στην καρδιά ή σφίξιμο στο στήθος	134	41,7	97	30,2	70	21,8	20	6,2
Προβλήματα αναπνοής (δύσπνοια, κλπ)	204	69,6	60	20,5	22	7,5	7	2,4
Πρησμένοι αστράγαλοι	127	39,2	50	15,4	75	23,1	72	22,2
Πόνοι στην ράχη ή στον αυχένα	56	17,5	41	12,6	103	31,7	124	38,2
Προβλήματα με το στομάχι	84	26,7	74	23,5	98	31,1	59	18,7
Πονοκέφαλοι	39	11,9	73	22,3	107	32,7	108	33,0
Βήχας ή κρυολογήματα	51	15,7	129	39,8	100	30,9	44	13,6
Ακαμψία ή πόνος των μελών του σώματος	115	35,6	63	19,5	85	26,3	59	18,3
Πόνοι σε διάφορα σημεία του σώματος	54	16,6	81	24,9	114	35,1	76	23,4
Σωματική εξάντληση και κούραση	19	5,8	37	11,2	114	35,0	156	47,9
Πυρετοί	147	45,1	143	43,9	28	8,6	8	2,5
Φτωχή μνήμη	106	32,6	114	35,1	74	22,8	31	9,5
Απότομη αύξηση ή μείωση του σωματ. βάρους	165	51,6	75	23,4	51	15,9	29	9,1
Υπνηλία	115	35,3	90	27,6	91	27,9	30	9,2
Αλλεργία	193	59,2	57	17,5	43	13,2	33	10,1
Υπερβολική εφίδρωση	189	58,2	72	22,2	44	13,5	20	6,2
Τριχόπτωση	162	50,3	66	20,5	57	17,7	37	11,5
Δυσκοιλιότητα	133	41,0	79	24,4	59	18,2	53	16,4
Διάρροια	175	55,0	100	31,4	34	10,7	9	2,8
Διαταραχές εμμήνου ρήσεως	150	48,4	78	25,2	41	13,2	41	13,2
Προβλήματα ούρησης	271	82,9	35	10,7	14	4,3	7	2,1
Εμετοί	262	80,1	48	14,7	14	4,3	3	0,9
Έκζεμα	261	80,1	35	10,7	15	4,6	15	4,6
Υψηλή αρτηριακή πίεση	258	78,9	42	12,8	17	5,2	10	3,1
Αρθρίτιδες ή ρευματισμοί	253	78,6	18	5,6	28	8,7	23	7,1
Οσφυαλγία	93	28,9	59	18,3	103	32,0	66	20,5
Πόνοι στα δόντια ή στη στοματική κοιλότητα	163	51,3	89	28,0	46	14,5	20	6,3

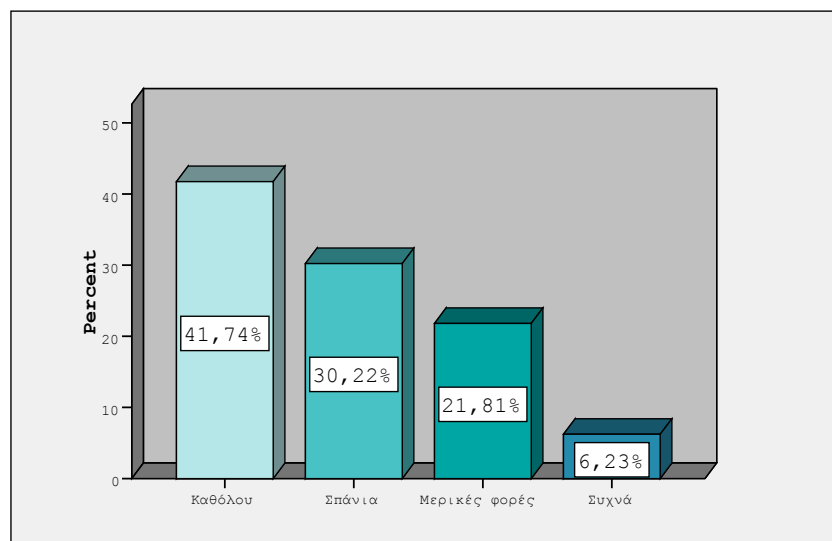
Τα ραβδογράμματα που ακολουθούν (Γ1 έως Γ28) παρουσιάζουν το ποσοστό του δείγματος που επέλεξε την κάθε επιλογή της κλίμακας σε κάθε ερώτηση σωματικών συμπτωμάτων ξεχωριστά.

Κράμπες



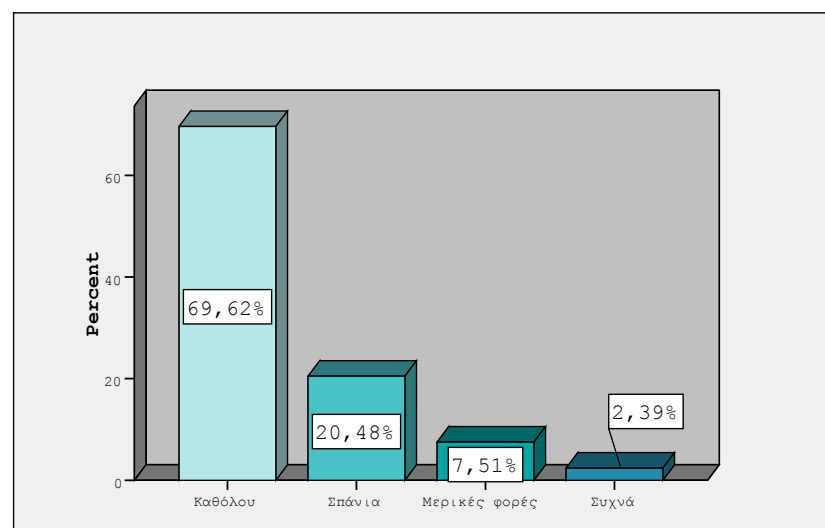
(Γράφημα Γ1)

Πόνος στην καρδιά ή σφίξιμο στο στήθος



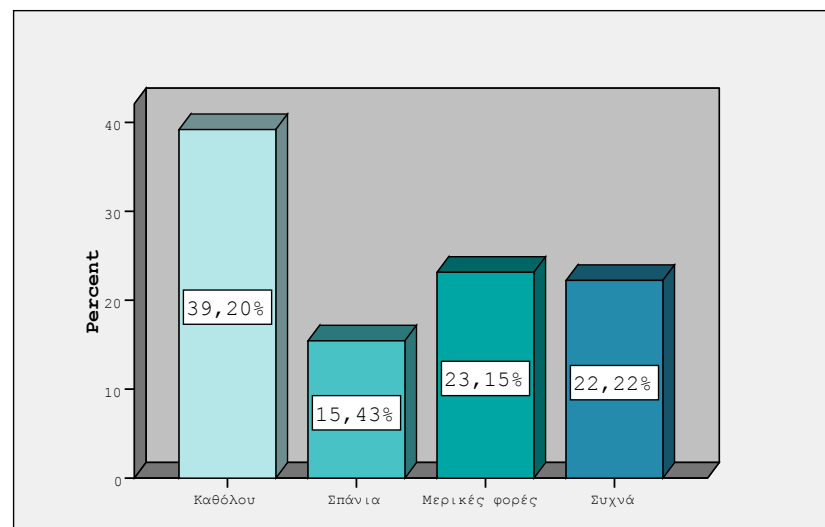
(Γράφημα Γ2)

Προβλήματα αναπνοής (δύσπνοια, κλπ)



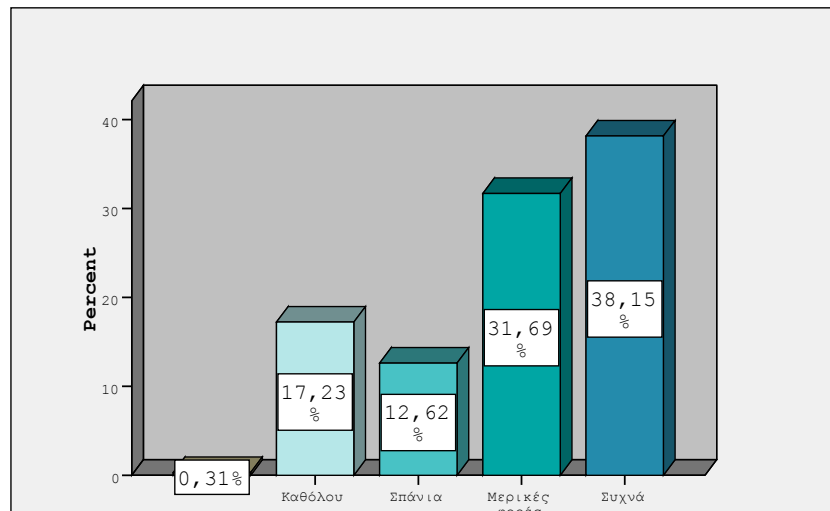
(Γράφημα Γ3)

Πρησμένοι αστράγαλοι



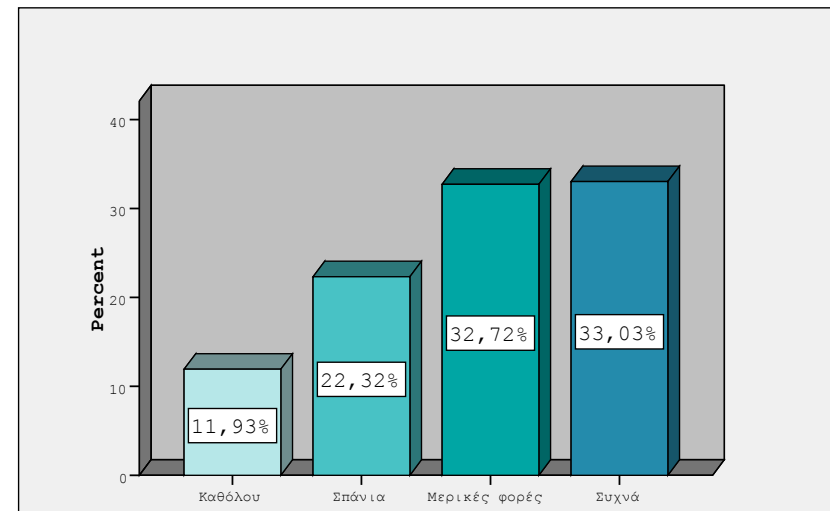
(Γράφημα Γ4)

Πόννοι στην ράχη ή στον αυχένα



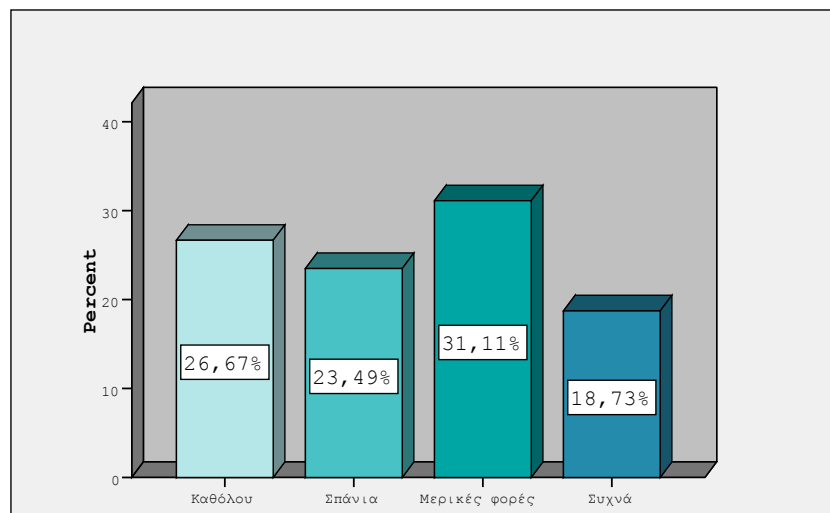
(Γράφημα Γ5)

Πονοκέφαλοι



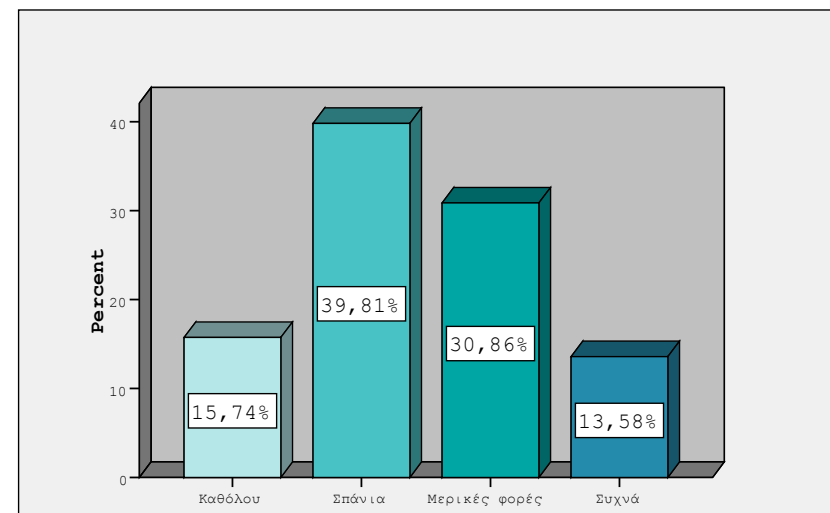
(Γράφημα Γ7)

Προβλήματα με το στομάχι



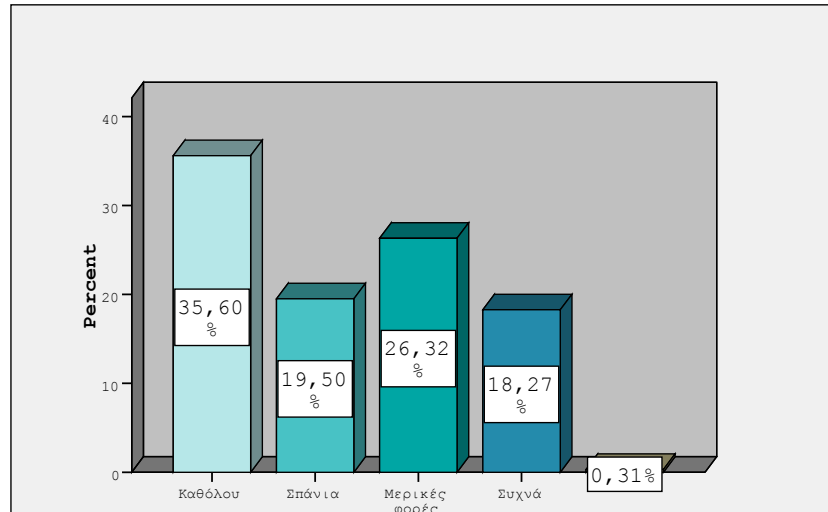
(Γράφημα Γ6)

Βήχας ή κρυολογήματα



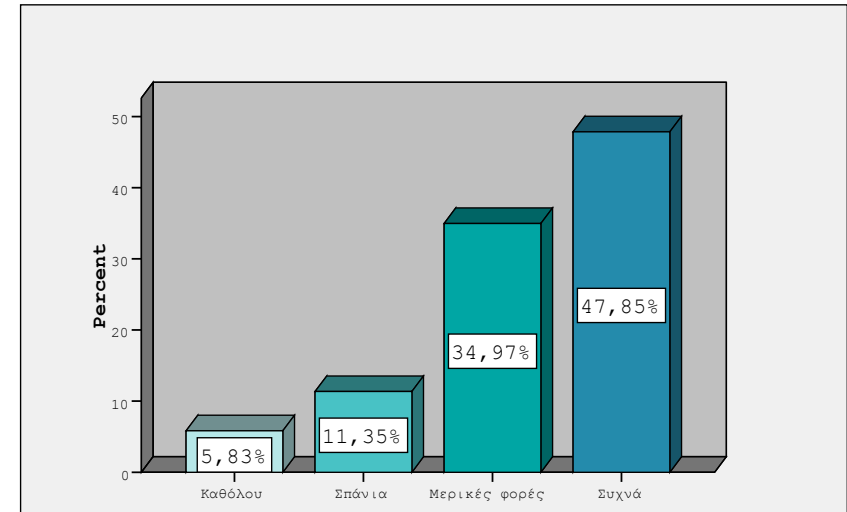
(Γράφημα Γ8)

Ακαμψία ή πόνος των μελών του σώματος



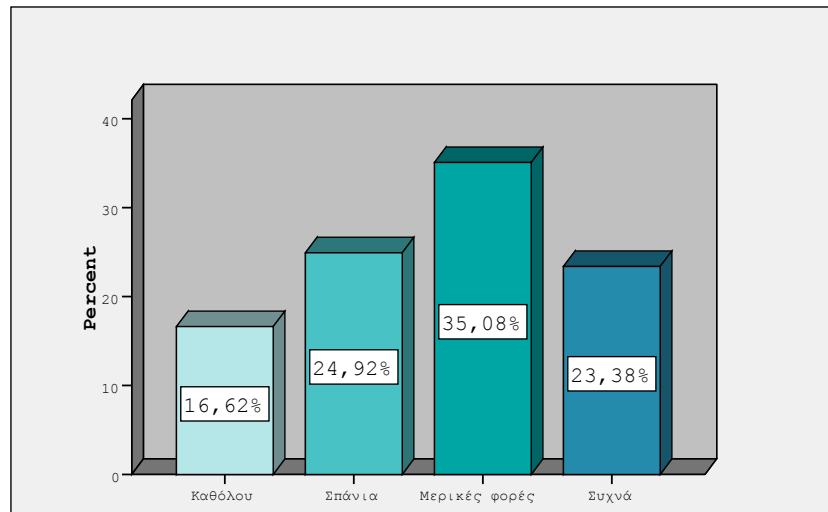
(Γράφημα Γ9)

Σωματική εξάντληση και κόπωση



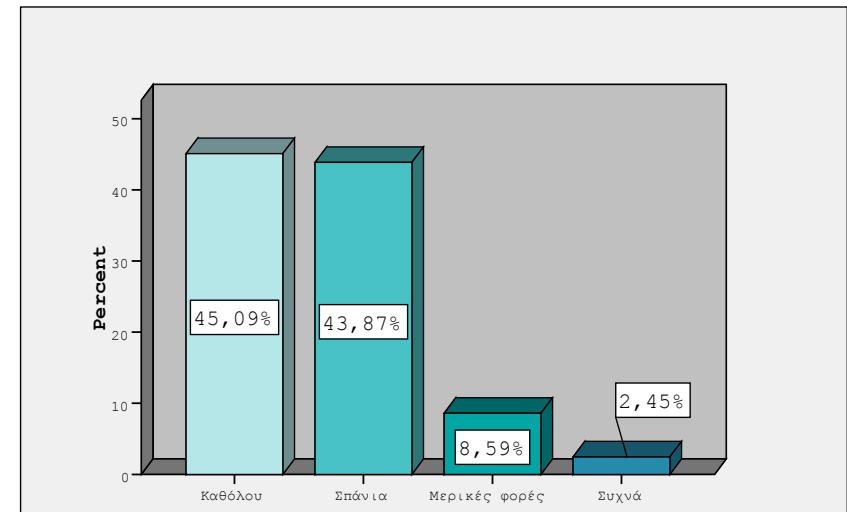
(Γράφημα Γ11)

Πόνοι σε διάφορα σημεία του σώματος



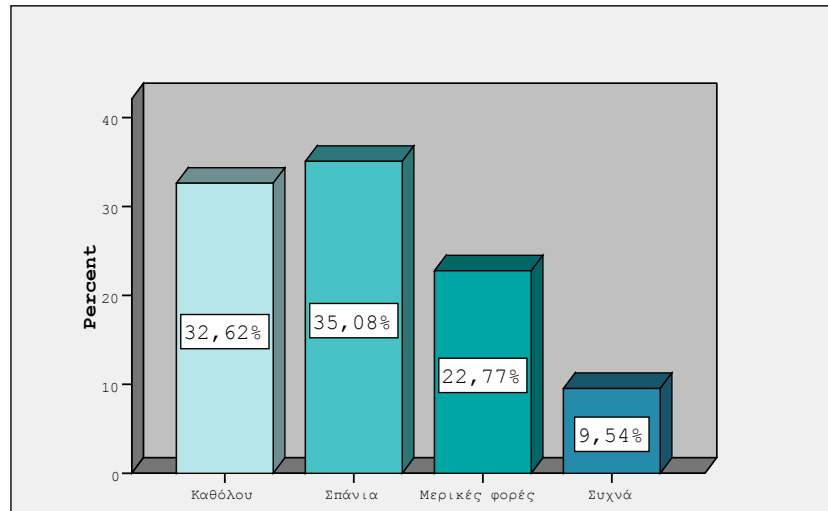
(Γράφημα Γ10)

Πυρετοί



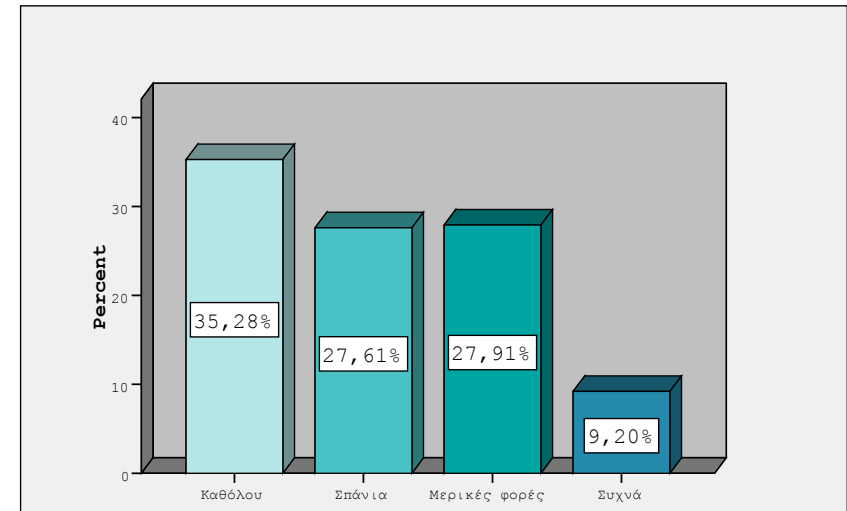
(Γράφημα Γ12)

Φτωχή μνήμη



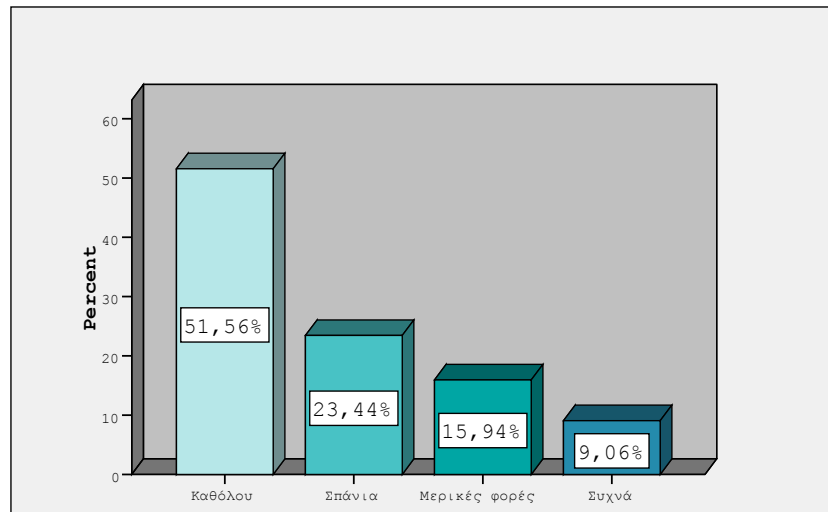
(Γράφημα Γ13)

Υπνηλίκια



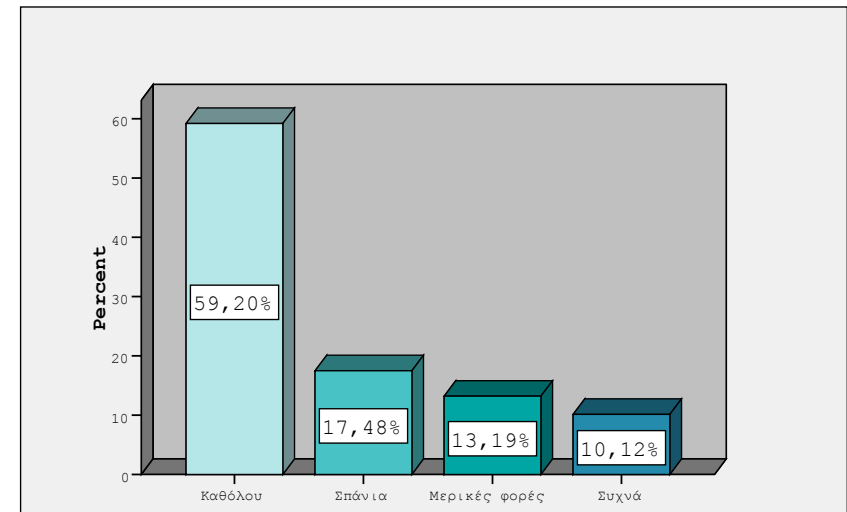
(Γράφημα Γ15)

Απότομη αύξηση ή μείωση του σωμ. βάρους



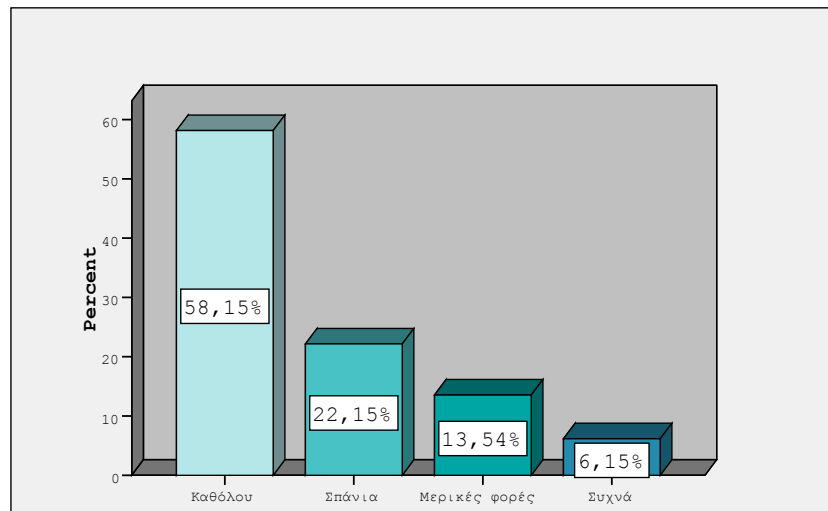
(Γράφημα Γ14)

Αλλεργία



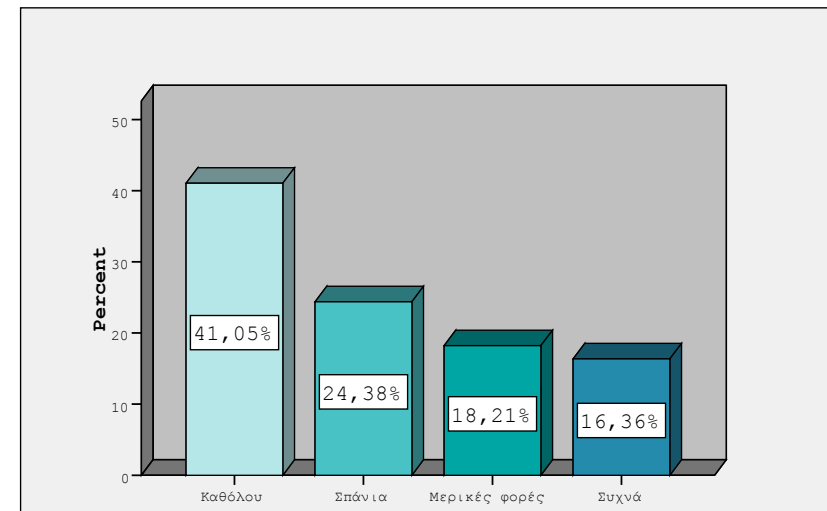
(Γράφημα Γ16)

Υπερβολική εφίδρωση



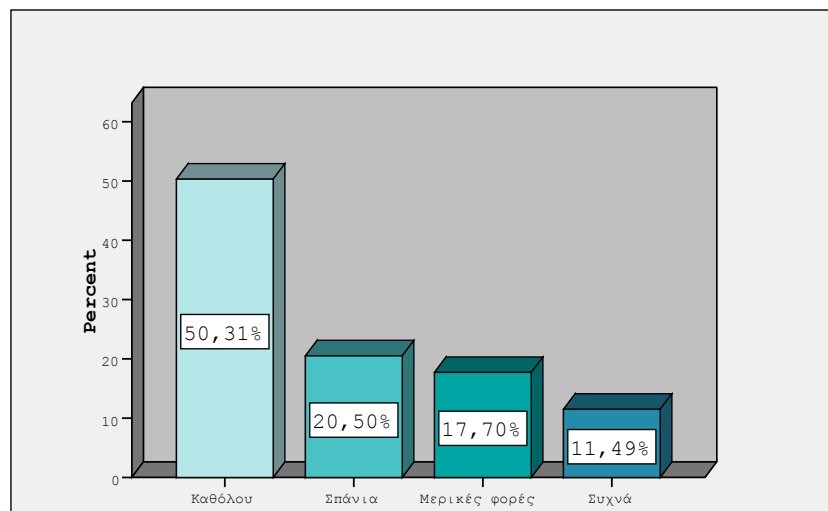
(Γράφημα Γ17)

Δυσκοιλιότητα



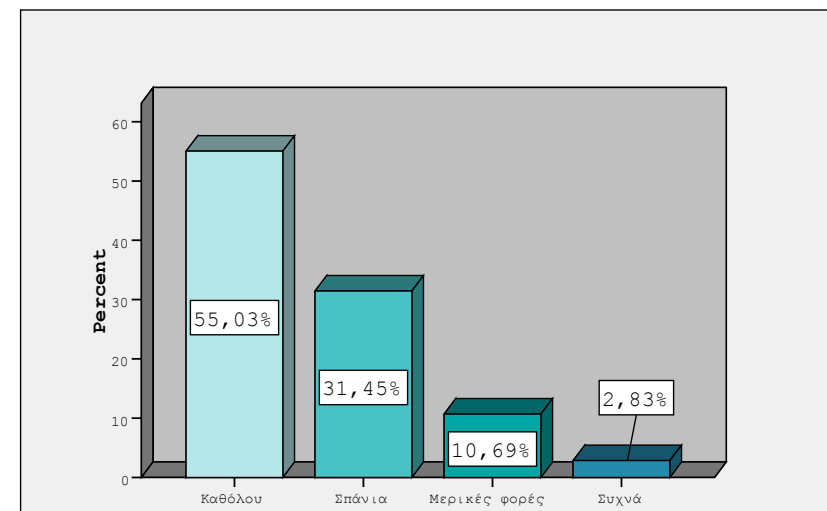
(Γράφημα Γ19)

Τριχόπτωση



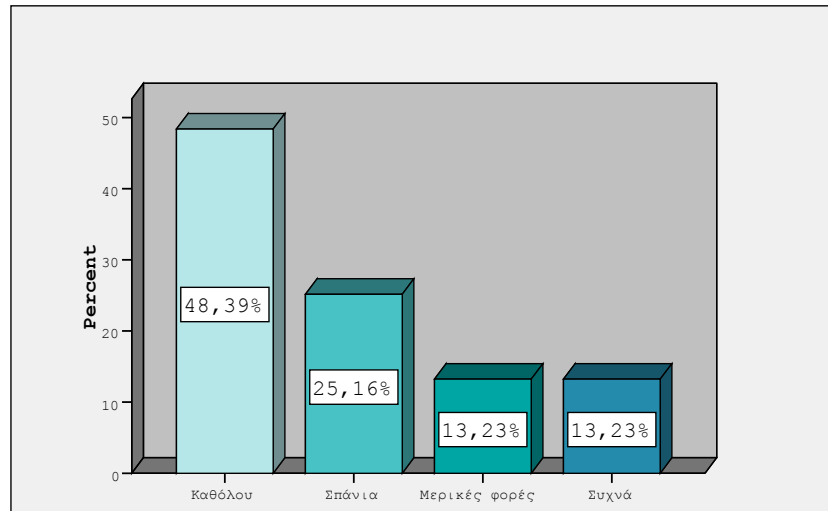
(Γράφημα Γ18)

Διάρροια



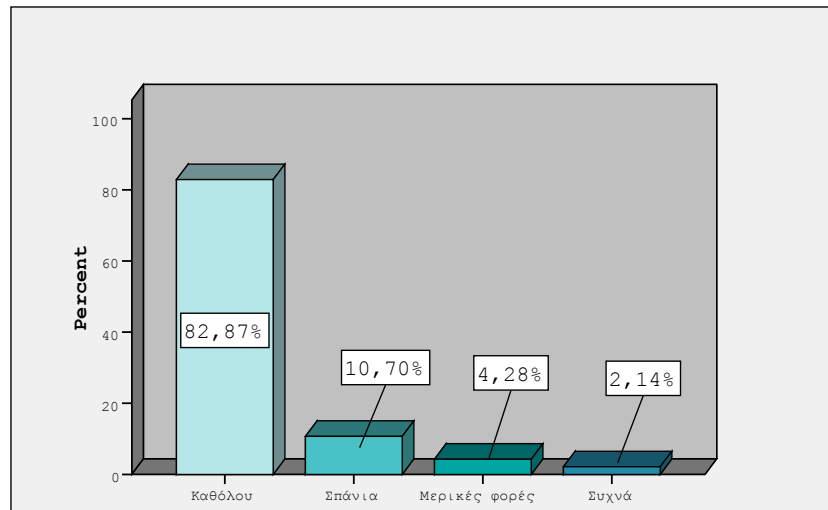
(Γράφημα Γ20)

Διαταραχές εμμήνου ρήσεως



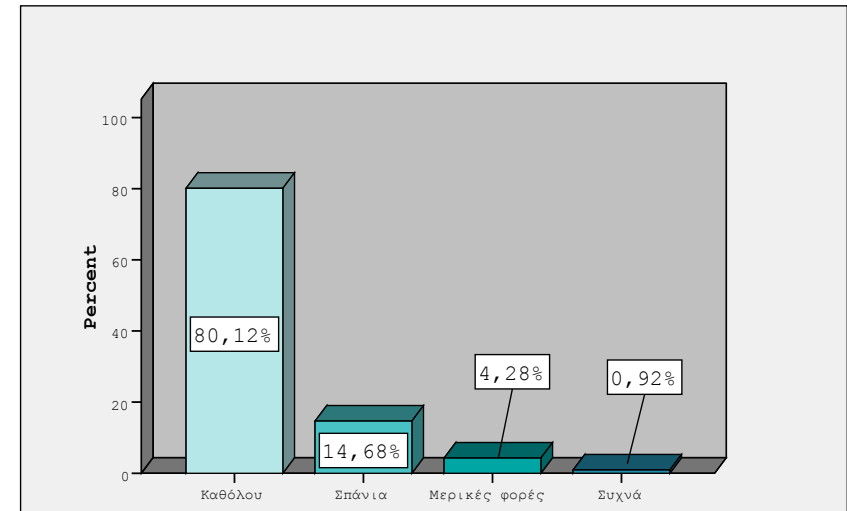
(Γράφημα Γ21)

Προβλήματα ούρησης



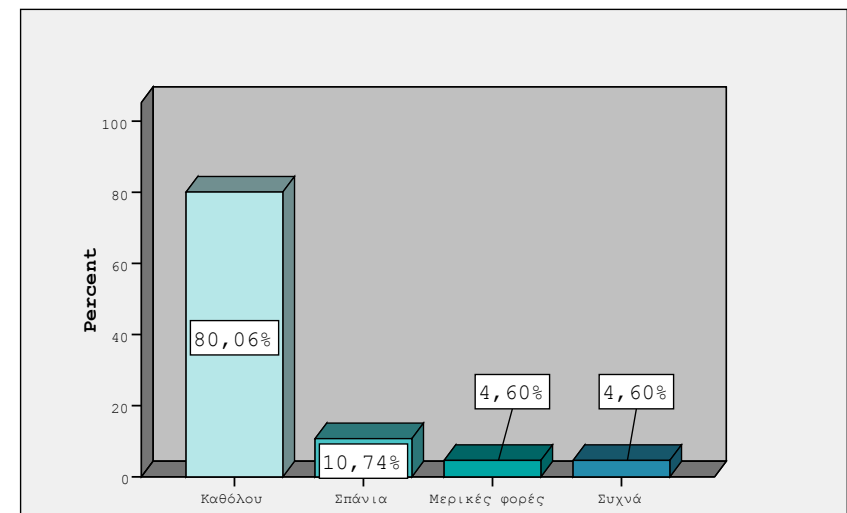
(Γράφημα Γ22)

Έμετοι



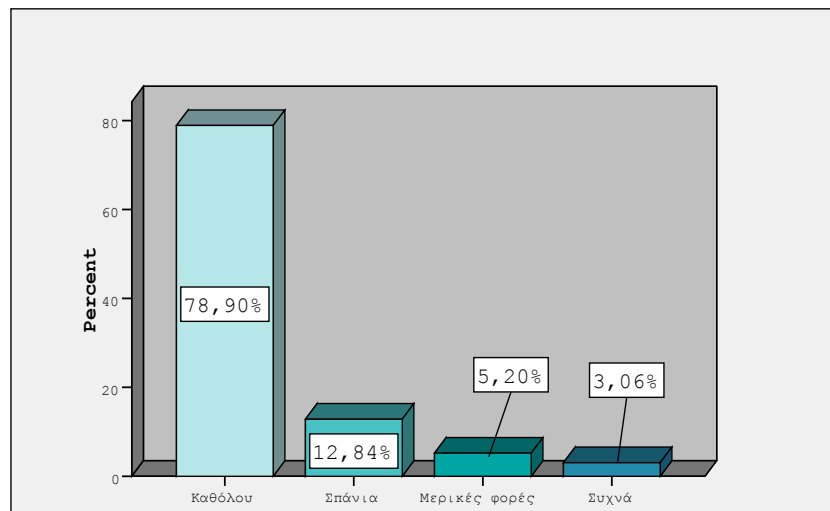
(Γράφημα Γ23)

Έκζεμα



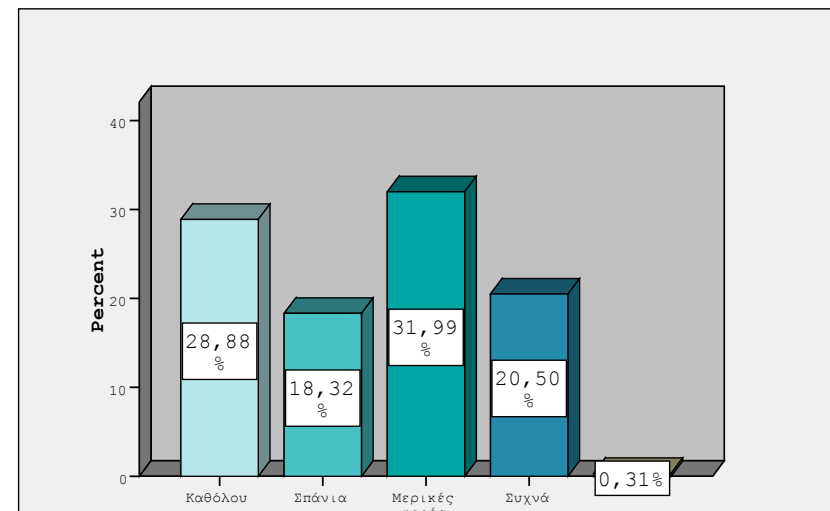
(Γράφημα Γ24)

Υψηλή αρτηριακή πίεση



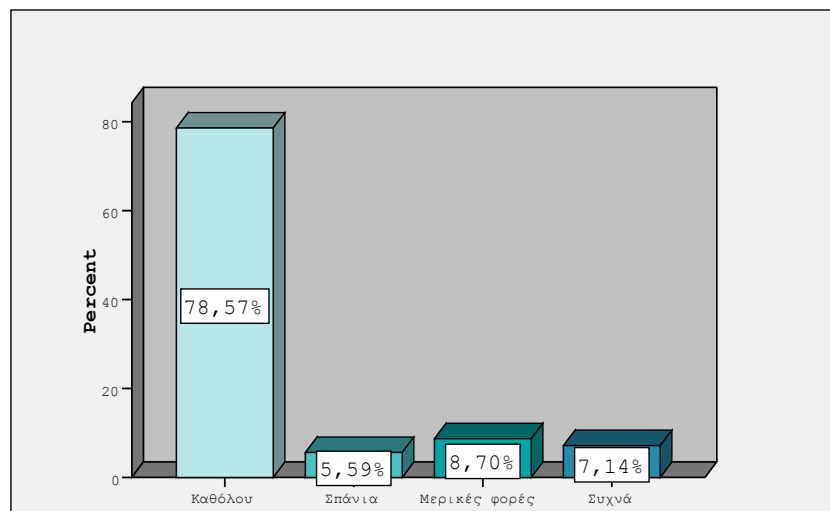
(Γράφημα Γ25)

Οσφυαλγία



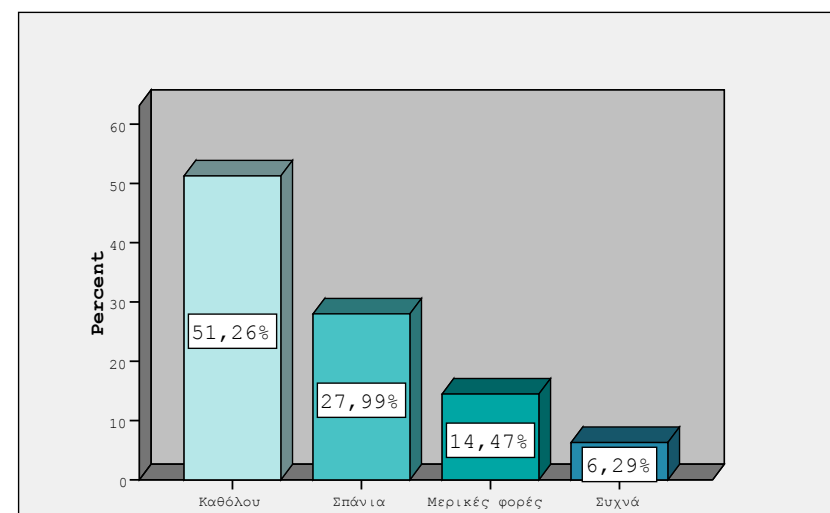
(Γράφημα Γ27)

Αρθρίτιδες ή ρευματισμοί



(Γράφημα Γ26)

Πόνοι στα δόντια ή στη στοματική κοιλότητα



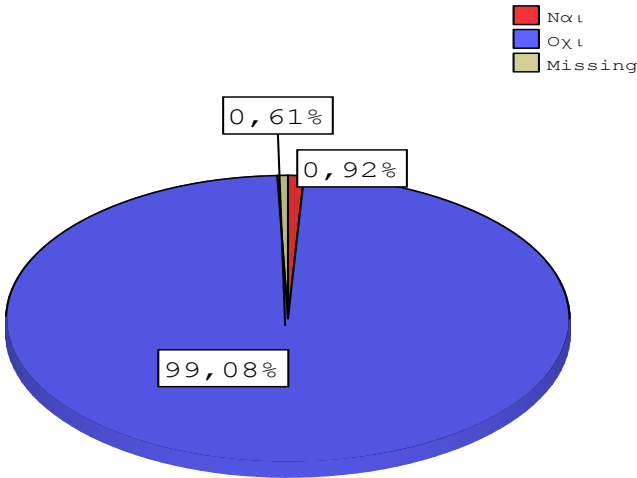
(Γράφημα Γ28)

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας Γ2) παρουσιάζονται απαντήσεις του δείγματος σε ερωτήσεις του Γ μέρους του ερωτηματολογίου που δέχονται απαντήσεις «Ναι», «Όχι», και αναφέρονται σε συγκεκριμένες παθήσεις. Στα κυκλικά διαγράμματα (Γ29 έως Γ35) που ακολουθούν φαίνονται τα δεδομένα του πίνακα.

Πίνακας:Γ2 Απαντήσεις στο μέρος Γ του ερωτηματολογίου

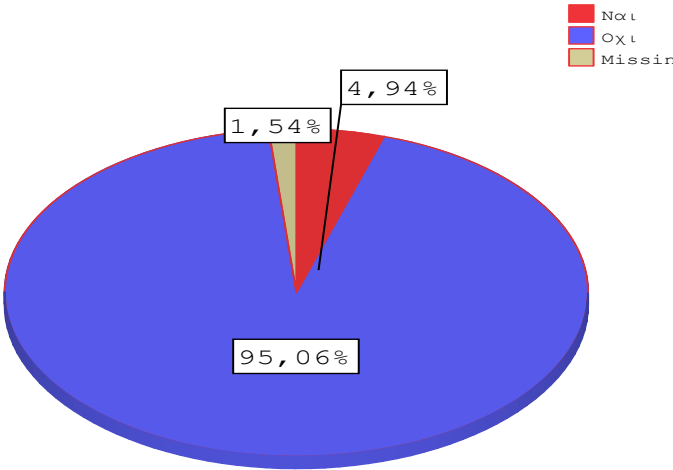
Ερωτήσεις	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	N	(%)	N	(%)
Υποφέρετε από στεφανιαία νόσο;	3	0,9	324	99,1
Υποφέρεται από άσθμα;	16	4,9	308	95,1
Υποφέρετε από πεπτικό έλκος;	25	7,7	300	92,3
Σας έχει απασχολήσει ποτέ κάποιο αυτοάνοσο	50	15,3	277	84,7
Έχετε υψηλές τιμές σακχάρου αίματος;	10	3,1	314	96,9
Προβλήματα με την χοληστερίνη σας;	53	16,3	273	83,7
Πάσχετε από την νόσο του ευερέθιστου εντέρου;	74	22,8	251	77,2

Υποφέρετε από στεφανιαία νόσο;



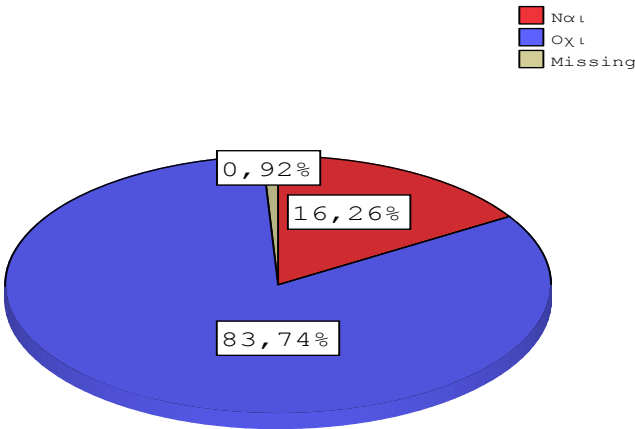
(Γράφημα Γ29)

Υποφέρεται από άσθμα;



(Γράφημα Γ30)

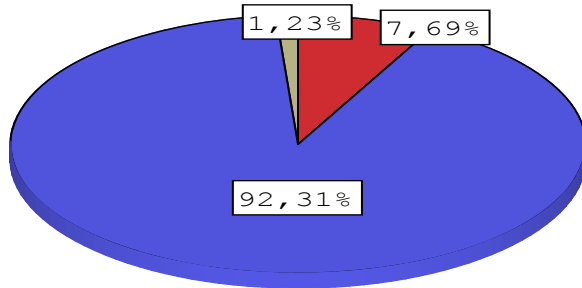
Προβλήματα με την χοληστερίνη



(Γράφημα Γ31)

Υποφέρετε από πεπτικό έλκος

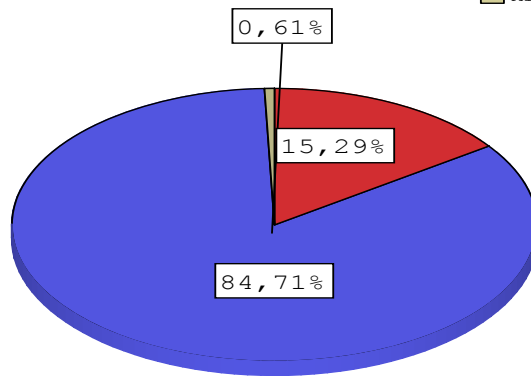
Ναι
Όχι
Missing



(Γράφημα Γ32)

Σας έχει απασχολήσει ποτέ κάποιο αυτοάνοσο

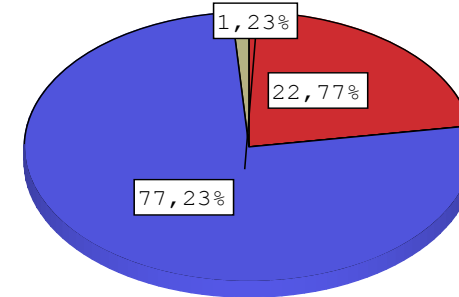
Ναι
Όχι
Missing



(Γράφημα Γ33)

Πάσχετε από την νόσο του ευερέθιστου εντέρου;

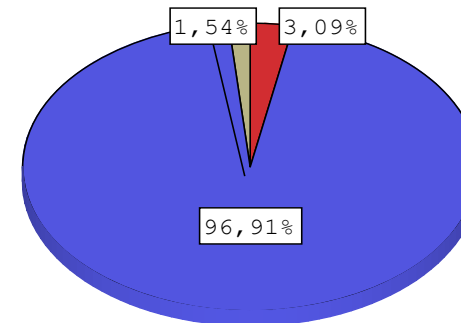
Ναι
Όχι
Missing



(Γράφημα Γ34)

Έχετε υψηλές τιμές σακχάρου αίματος;

Ναι
Όχι
Missing



(Γράφημα Γ35)

4.5 Συσχέτιση σωματικών συμπτωμάτων με τους παράγοντες του στρες

Με την στατιστική δοκιμασία One way ANOVA έγινε έλεγχος των σχέσεων του κάθε σωματικού συμπτώματος με τους παράγοντες του στρες. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες (Πίνακας Γα1 έως Γα15).

Συσχέτιση σωματικών συμπτωμάτων με τους παράγοντες του στρες

Πίνακας Γα1 Συσχέτιση Σωματικού συμπτώματος «Πρησμένοι αστράγαλοι» με παράγοντες στρες

		Καθόλου	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	F
Φόρτος Εργασίας	N	127	50	75	72	F=7,528, p<0,001
	Μέσος Όρος	19,20	19,58	22,13	23,06	
	Τυπική Απόκλιση	6,437	6,893	6,355	5,594	
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Μέσος Όρος	18,21	20,32	20,36	22,08	F= 4,999 p=0,002
	Τυπική Απόκλιση	7,500	7,156	6,877	5,900	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Μέσος Όρος	21,98	20,66	23,35	24,72	F=3,804 p=0,011
	Τυπική Απόκλιση	7,368	7,989	6,733	6,837	
Διακρίσεις	Μέσος Όρος	2,28	3,00	2,33	2,79	F= 0,922 p=0,430
	Τυπική Απόκλιση	2,771	3,360	3,046	3,397	
Διαμάχη με του γιατρούς	Μέσος Όρος	10,93	10,10	12,24	12,24	F= 3,661 p=0,013
	Τυπική Απόκλιση	4,715	4,678	3,770	4,254	
Ανεπαρκής προετοιμασία	Μέσος Όρος	6,50	5,74	7,21	7,17	F= 4,281 p=0,006
	Τυπική Απόκλιση	2,638	2,739	2,395	2,606	
Προβλήματα με τους συναδέλφους	Μέσος Όρος	9,93	20,48	11,07	11,25	F= 1,344 p=0,260
	Τυπική Απόκλιση	4,890	4,783	4,857	5,310	
Επαφή με τον θάνατο	Μέσος Όρος	18,14	18,11	19,41	20,14	F= 2,689 p=0,047
	Τυπική Απόκλιση	5,430	5,658	5,041	5,238	
Προβλήματα με τους προϊστάμενους	Μέσος Όρος	16,50	16,71	18,64	19,90	F= 4,934 p=0,002
	Τυπική Απόκλιση	6,564	7,014	6,309	6,090	
Συνολικό στρες	Μέσος Όρος	128,53	129,45	142,57	150,94	F= 5,457 p=0,001
	Τυπική Απόκλιση	40,863	44,438	37,334	33,495	

Πίνακας Γα2 Συσχέτιση Σωματικού συμπτώματος «Πόνος στη ράχη και στον αυχένα» με παράγοντες στρες

		Καθόλου	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	F
Φόρτος Εργασίας	N	57	41	103	124	F= 13,618 p<0,001
	Μέσος Όρος	16,91	19,46	20,83	23,03	
	Τυπική Απόκλιση	7,115	7,036	6,059	5,440	
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Μέσος Όρος	16,21	19,44	19,55	21,87	F= 9,038 p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	8,287	7,567	6,656	6,027	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Μέσος Όρος	19,91	22,90	22,17	24,25	F= 4,993 p=0,002
	Τυπική Απόκλιση	7,241	7,622	7,793	6,381	
Διακρίσεις	Μέσος Όρος	1,72	2,66	2,59	2,72	F= 1,502 p=0,214
	Τυπική Απόκλιση	2,320	2,869	3,148	3,345	
Διαμάχη με του γιατρούς	Μέσος Όρος	9,12	10,90	11,55	12,42	F= 7,655 p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	4,579	4,571	4,467	4,045	
Ανεπαρκής προετοιμασία	Μέσος Όρος	5,95	6,24	6,64	7,35	F= 4,649 p=0,003
	Τυπική Απόκλιση	2,740	2,596	2,2593	2,459	
Προβλήματα με τους συναδέλφους	Μέσος Όρος	8,80	9,82	11,02	11,12	F= 3,390 p=0,018
	Τυπική Απόκλιση	4,777	4,662	5,132	4,964	
Επαφή με τον θάνατο	Μέσος Όρος	16,73	18,30	18,83	20,18	F= 5,660 p=0,001
	Τυπική Απόκλιση	5,180	6,297	5,196	4,943	
Προβλήματα με τους προϊστάμενους	Μέσος Όρος	15,25	16,34	17,43	19,67	F= 7,149 p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	7,074	7,357	6,331	5,789	
Συνολικό στρες	Μέσος Όρος	115,09	132,58	136,26	149,77	F= 9,874 P<0,001
	Τυπική Απόκλιση	40,622	44,859	39,118	33,389	

Πίνακας Γα3 Συσχέτιση Σωματικού συμπτώματος «Προβλήματα με το στομάχι» με παράγοντες στρες

		Καθόλου	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	F
Φόρτος Εργασίας	N	84	74	98	59	F=7,175
	Μέσος Όρος	18,21	21,34	20,98	23,02	p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	6,544	6,582	6,442	5,689	
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Μέσος Όρος	17,57	19,50	20,84	21,42	F=4,591
	Τυπική Απόκλιση	7,293	6,941	7,030	6,856	p=0,004
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Μέσος Όρος	20,58	23,46	22,74	24,54	F=3,937
	Τυπική Απόκλιση	7,638	6,211	7,738	7,006	p=0,009
Διακρίσεις	Μέσος Όρος	2,08	2,73	2,37	2,90	F=1,038
	Τυπική Απόκλιση	2,519	2,976	3,137	3,652	p=0,376
Διαμάχη με του γιατρούς	Μέσος Όρος	10,28	11,51	11,83	12,17	F=2,704
	Τυπική Απόκλιση	4,880	4,004	4,323	4,383	p=0,046
Ανεπαρκής προετοιμασία	Μέσος Όρος	6,31	6,85	6,80	7,00	F=0,970
	Τυπική Απόκλιση	2,599	2,693	2,560	2,773	p=0,407
Προβλήματα με τους συναδέλφους	Μέσος Όρος	9,71	10,93	10,21	11,58	F=1,849
	Τυπική Απόκλιση	4,759	4,775	4,708	5,759	p=0,138
Επαφή με τον θάνατο	Μέσος Όρος	17,67	19,15	18,96	20,19	F=2,606
	Τυπική Απόκλιση	5,965	5,201	5,504	4,033	p=0,052
Προβλήματα με τους προϊστάμενους	Μέσος Όρος	16,07	17,58	18,33	19,55	F=3,495
	Τυπική Απόκλιση	6,160	6,379	6,743	7,047	p=0,016
Συνολικό στρες	Μέσος Όρος	123,24	138,68	139,00	148,65	F=4,466
	Τυπική Απόκλιση	40,468	38,469	40,142	38,248	p=0,004

Συσχέτιση σωματικών συμπτωμάτων με τους παράγοντες του στρες με την δοκιμασία One way Anova.

Πίνακας Γα4 Συσχέτιση Σωματικού συμπτώματος « Πονοκέφαλος » με παράγοντες στρες

		Καθόλου	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	F
Φόρτος Εργασίας	N	39	39	107	108	F=8,668
	Μέσος Όρος	16,56	20,14	21,38	22,32	p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	7,437	6,397	5,962	5,987	
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Μέσος Όρος	16,05	18,93	19,93	21,85	F=7,410
	Τυπική Απόκλιση	8,322	6,957	6,816	6,358	p<0,001
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Μέσος Όρος	18,15	22,00	23,54	23,99	F=7,275
	Τυπική Απόκλιση	7,659	7,627	6,659	6,903	p<0,001
Διακρίσεις	Μέσος Όρος	1,62	2,30	2,65	2,73	F=1,469
	Τυπική Απόκλιση	2,220	2,975	2,852	3,533	p=0,223
Διαμάχη με του γιατρούς	Μέσος Όρος	8,54	10,92	11,78	12,24	F=7,477
	Τυπική Απόκλιση	5,046	4,699	4,022	4,139	p<0,001
Ανεπαρκής προετοιμασία	Μέσος Όρος	5,74	6,21	7,07	7,03	F=3,934
	Τυπική Απόκλιση	2,965	2,544	2,437	2,651	p=0,009
Προβλήματα με τους συναδέλφους	Μέσος Όρος	8,08	10,17	10,81	11,16	F=3,684
	Τυπική Απόκλιση	4,619	4,817	4,821	5,289	p=0,012
Επαφή με τον θάνατο	Μέσος Όρος	16,08	17,69	19,37	20,25	F=7,512
	Τυπική Απόκλιση	5,246	5,423	5,412	4,827	P<0,001
Προβλήματα με τους προϊστάμενους	Μέσος Όρος	14,56	16,89	18,12	19,29	F=5,700
	Τυπική Απόκλιση	7,207	6,654	6,652	5,757	p=0,001
Συνολικό στρες	Μέσος Όρος	105,27	133,11	141,38	145,72	F=9,866
	Τυπική Απόκλιση	42,967	38,086	36,543	38,274	P<0,001

Συσχέτιση σωματικών συμπτωμάτων με τους παράγοντες του στρες με την δοκιμασία One way Anova.

Πίνακας Γα5 Συσχέτιση Σωματικού συμπτώματος «Βήχας και κρυολογήματα» με παράγοντες στρες

		Καθόλου	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	F
Φόρτος Εργασίας	N	51	129	100	44	F=6,052
	Μέσος Όρος	18,16	20,25	22,17	22,66	p=0,001
	Τυπική Απόκλιση	7,218	6,568	5,520	6,484	
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Μέσος Όρος	16,86	19,44	21,14	21,86	F=5,717
	Τυπική Απόκλιση	8,057	7,020	6,518	6,018	p=0,001
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Μέσος Όρος	18,71	23,17	24,09	23,23	F=6,971
	Τυπική Απόκλιση	7,165	7,293	6,906	6,629	p<0,001
Διακρίσεις	Μέσος Όρος	1,80	2,41	2,84	2,93	F=1,609
	Τυπική Απόκλιση	2,324	3,049	3,254	3,399	p=0,187
Διαμάχη με του γιατρούς	Μέσος Όρος	9,16	11,41	12,12	12,23	F=5,917
	Τυπική Απόκλιση	4,679	4,247	4,263	4,524	p=0,001
Ανεπαρκής προετοιμασία	Μέσος Όρος	6,14	6,63	7,00	6,93	F=1,349
	Τυπική Απόκλιση	2,755	2,522	2,490	2,944	p=0,258
Προβλήματα με τους συναδέλφους	Μέσος Όρος	9,65	9,99	11,01	11,88	F=2,282
	Τυπική Απόκλιση	4,724	5,084	4,839	5,090	p=0,079
Επαφή με τον θάνατο	Μέσος Όρος	16,48	18,95	19,58	19,60	F=4,125
	Τυπική Απόκλιση	6,240	5,457	5,113	3,886	p=0,007
Προβλήματα με τους προϊστάμενους	Μέσος Όρος	14,82	17,94	18,74	19,39	F=5,143
	Τυπική Απόκλιση	6,703	6,595	6,175	6,016	p=0,002
Συνολικό στρες	Μέσος Όρος	118,28	134,79	145,68	144,65	F=5,416
	Τυπική Απόκλιση	41,634	40,967	36,132	36,472	p=0,001

Συσχέτιση σωματικών συμπτωμάτων με τους παράγοντες του στρες με την δοκιμασία One way Anova.

Πίνακας Γα6 Συσχέτιση Σωματικού συμπτώματος «Ακαμψία ή πόνος των μελών του σώματος» με παράγοντες στρες

		Καθόλου	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	F
Φόρτος Εργασίας	N	115	63	85	59	F=7,930 p<0,001
	Μέσος Όρος	18,42	21,08	22,61	23,02	
	Τυπική Απόκλιση	7,061	6,020	5,722	5,254	
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Μέσος Όρος	17,54	20,17	21,42	22,15	F=6,057 p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	7,646	6,447	6,219	6,726	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Μέσος Όρος	20,52	23,46	24,10	24,73	F=4,939 p=0,001
	Τυπική Απόκλιση	7,709	6,635	7,446	5,530	
Διακρίσεις	Μέσος Όρος	2,02	2,98	2,57	2,97	F=1,512 p=0,199
	Τυπική Απόκλιση	2,642	3,225	3,144	3,523	
Διαμάχη με του γιατρούς	Μέσος Όρος	10,13	11,71	12,19	12,36	F=3,954 p=0,004
	Τυπική Απόκλιση	4,816	4,103	4,295	4,007	
Ανεπαρκής προετοιμασία	Μέσος Όρος	6,23	6,85	7,08	7,08	F=2,251 p=0,064
	Τυπική Απόκλιση	2,765	2,468	2,499	2,628	
Προβλήματα με τους συναδέλφους	Μέσος Όρος	9,21	10,80	11,33	11,62	F=3,520 p=0,008
	Τυπική Απόκλιση	4,665	5,486	4,746	5,077	
Επαφή με τον θάνατο	Μέσος Όρος	17,36	19,27	20,37	19,88	F=4,753 p=0,001
	Τυπική Απόκλιση	5,648	5,062	4,915	4,554	
Προβλήματα με τους προϊστάμενους	Μέσος Όρος	15,73	17,94	19,27	19,89	F=6,735 p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	7,209	5,711	5,848	6,002	
Συνολικό στρες	Μέσος Όρος	122,64	139,67	147,75	147,27	F=5,944 p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	43,087	36,480	36,416	35,366	

Συσχέτιση σωματικών συμπτωμάτων με τους παράγοντες του στρες με την δοκιμασία One way Anova.

Πίνακας Γα7 Συσχέτιση Σωματικού συμπτώματος «Πόννοι σε διάφορα σημεία του σώματος» με παράγοντες στρες

		Καθόλου	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	F
Φόρτος Εργασίας	N	54	81	114	76	F=11,163 p<0,001
	Μέσος Όρος	17,41	19,83	21,19	23,55	
	Τυπική Απόκλιση	6,374	6,387	6,596	5,224	
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Μέσος Όρος	15,91	19,46	20,27	22,47	F=9,996 p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	7,572	6,757	6,868	6,234	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Μέσος Όρος	19,39	21,40	23,69	24,97	F=8,242 p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	7,805	7,008	7,252	6,171	
Διακρίσεις	Μέσος Όρος	1,87	2,33	2,52	3,12	F=1,869 p=0,135
	Τυπική Απόκλιση	2,137	2,937	3,157	3,564	
Διαμάχη με του γιατρούς	Μέσος Όρος	9,40	10,38	11,88	12,89	F=8,712 p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	4,841	4,211	4,391	3,951	
Ανεπαρκής προετοιμασία	Μέσος Όρος	6,17	6,54	6,57	7,42	F=2,856 p=0,037
	Τυπική Απόκλιση	2,901	2,365	2,604	2,660	
Προβλήματα με τους συναδέλφους	Μέσος Όρος	8,11	9,98	10,86	12,26	F=7,867 p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	4,488	4,781	5,165	4,662	
Επαφή με τον θάνατο	Μέσος Όρος	16,20	18,08	19,65	20,36	F=7,842 p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	5,562	5,051	5,339	4,956	
Προβλήματα με τους προϊστάμενους	Μέσος Όρος	14,68	16,79	18,18	20,72	F=10,141 p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	7,314	6,225	6,374	5,540	
Συνολικό στρες	Μέσος Όρος	113,83	129,28	142,05	153,88	F=11,592 p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	40,869	37,843	39,337	33,461	

Συσχέτιση σωματικών συμπτωμάτων με τους παράγοντες του στρες με την δοκιμασία One way Anova.

Πίνακας Γα8 Συσχέτιση Σωματικού συμπτώματος «Φτωχή μνήμη» με παράγοντες στρες

		Καθόλου	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	F
Φόρτος Εργασίας	N	106	114	74	31	F=7,360 p<0,001
	Μέσος Όρος	18,61	21,28	22,77	22,06	
	Τυπική Απόκλιση	7,327	5,642	6,170	4,597	
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Μέσος Όρος	17,45	20,57	21,92	21,00	F=7,204 p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	7,828	6,565	6,328	5,768	
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Μέσος Όρος	19,95	23,77	24,55	24,19	F=8,444 p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	8,023	6,688	6,636	5,282	
Διακρίσεις	Μέσος Όρος	1,93	2,85	2,72	2,71	F=1,863 p=,136
	Τυπική Απόκλιση	2,493	3,222	3,422	3,309	
Διαμάχη με του γιατρούς	Μέσος Όρος	9,82	11,86	12,46	12,33	F=7,004 p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	5,027	3,981	3,939	4,003	
Ανεπαρκής προετοιμασία	Μέσος Όρος	5,90	7,06	7,14	7,13	F=5,042 p=0,002
	Τυπική Απόκλιση	2,877	2,465	2,313	2,553	
Προβλήματα με τους συναδέλφους	Μέσος Όρος	8,80	10,94	12,04	10,96	F=6,971 p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	5,085	4,188	5,010	5,897	
Επαφή με τον θάνατο	Μέσος Όρος	17,26	19,34	20,33	19,90	F=5,942 p=0,001
	Τυπική Απόκλιση	5,899	4,770	4,510	5,267	
Προβλήματα με τους προϊστάμενους	Μέσος Όρος	15,19	18,79	19,23	19,70	F=8,786 p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	7,478	5,858	5,863	4,893	
Συνολικό στρες	Μέσος Όρος	119,32	141,99	149,70	146,00	F=10,460 p<0,001
	Τυπική Απόκλιση	45,156	35,047	34,944	27,873	

Συσχέτιση σωματικών συμπτωμάτων με τους παράγοντες του στρες με την δοκιμασία One way Anova.

Πίνακας Γα9 Συσχέτιση Σωματικού συμπτώματος «Απότομη αύξηση ή μείωση του σωματικού βάρους» με παράγοντες στρες.

		Καθόλου	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	F
Φόρτος Εργασίας	N	165	75	51	30	F=3,982
	Μέσος Όρος	19,68	21,91	22,49	22,07	ρ=0,008
	Τυπική Απόκλιση	6,673	5,724	6,133	6,808	
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Μέσος Όρος	18,90	20,89	22,18	19,72	F=3,436
	Τυπική Απόκλιση	7,460	6,097	5,942	7,887	ρ=0,017
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Μέσος Όρος	21,48	23,40	25,71	22,97	F=4,831
	Τυπική Απόκλιση	7,696	6,363	6,891	6,299	ρ=0,003
Διακρίσεις	Μέσος Όρος	2,30	2,57	2,96	2,24	F=,691
	Τυπική Απόκλιση	2,927	2,923	3,475	3,248	ρ=0,558
Διαμάχη με του γιατρούς	Μέσος Όρος	10,68	12,24	12,76	10,93	F=4,065
	Τυπική Απόκλιση	4,577	4,037	4,048	4,803	ρ=0,007
Ανεπαρκής προετοιμασία	Μέσος Όρος	6,40	7,07	7,45	6,83	F=2,618
	Τυπική Απόκλιση	2,666	2,292	2,501	3,036	ρ=0,051
Προβλήματα με τους συναδέλφους	Μέσος Όρος	9,97	11,00	12,33	9,36	F=3,584
	Τυπική Απόκλιση	5,040	4,531	4,905	5,363	ρ=0,014
Επαφή με τον θάνατο	Μέσος Όρος	18,06	19,74	20,39	20,21	F=3,959
	Τυπική Απόκλιση	5,558	4,711	4,672	4,873	ρ=0,009
Προβλήματα με τους προϊστάμενους	Μέσος Όρος	17,01	18,50	19,32	17,89	F=1,964
	Τυπική Απόκλιση	6,939	6,039	6,099	6,396	ρ=0,119
Συνολικό στρες	Μέσος Όρος	129,86	143,09	151,02	136,00	F=4,129
	Τυπική Απόκλιση	42,014	34,537	36,444	38,334	ρ=0,007

Συσχέτιση σωματικών συμπτωμάτων με τους παράγοντες του στρες με την δοκιμασία One way Anova.

Πίνακας Γα10 Συσχέτιση Σωματικού συμπτώματος «Υπνηλία» με παράγοντες στρες

		Καθόλου	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	F
Φόρτος Εργασίας	N	115	90	91	30	F=5,095
	Μέσος Όρος	19,31	20,72	21,89	23,73	ρ=0,002
	Τυπική Απόκλιση	7,220	6,437	5,504	4,989	
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Μέσος Όρος	18,21	20,52	20,84	21,60	F=3,583
	Τυπική Απόκλιση	7,932	6,579	6,478	6,095	ρ=0,014
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Μέσος Όρος	20,75	23,74	23,87	23,38	F=4,342
	Τυπική Απόκλιση	7,928	7,083	6,595	6,161	ρ=0,005
Διακρίσεις	Μέσος Όρος	2,17	2,63	3,09	1,52	F=2,625
	Τυπική Απόκλιση	2,779	3,189	3,248	2,984	ρ=0,051
Διαμάχη με του γιατρούς	Μέσος Όρος	10,30	11,69	12,42	11,11	F=4,105
	Τυπική Απόκλιση	4,919	4,179	3,941	4,483	ρ=0,007
Ανεπαρκής προετοιμασία	Μέσος Όρος	6,27	6,73	7,26	6,70	F=2,364
	Τυπική Απόκλιση	2,801	2,591	2,301	2,891	ρ=0,071
Προβλήματα με τους συναδέλφους	Μέσος Όρος	9,32	10,83	11,44	10,72	F=3,253
	Τυπική Απόκλιση	5,104	4,846	4,383	6,141	ρ=0,022
Επαφή με τον θάνατο	Μέσος Όρος	18,09	19,36	19,24	19,29	F=1,227
	Τυπική Απόκλιση	5,923	5,461	4,805	4,189	ρ=0,300
Προβλήματα με τους προϊστάμενους	Μέσος Όρος	16,22	17,86	18,87	20,31	F=4,445
	Τυπική Απόκλιση	7,136	6,552	5,822	5,620	ρ=0,004
Συνολικό στρες	Μέσος Όρος	125,38	141,36	145,26	142,11	F=4,686
	Τυπική Απόκλιση	44,408	38,879	34,708	31,432	ρ=0,003

Συσχέτιση σωματικών συμπτωμάτων με τους παράγοντες του στρες με την δοκιμασία One way Anova.

Πίνακας Γα11 Συσχέτιση «Αλλεργίας» με παράγοντες στρες

		Καθόλου	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	F
Φόρτος Εργασίας	N	193	57	43	33	F=4,277
	Μέσος Όρος	20,03	20,56	22,74	23,52	ρ=0,006
	Τυπική Απόκλιση	6,652	5,834	6,492	5,557	
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Μέσος Όρος	19,15	19,77	22,23	21,48	F=2,868
	Τυπική Απόκλιση	7,436	6,115	6,676	6,539	ρ=0,037
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Μέσος Όρος	22,41	22,23	24,77	22,48	F=1,340
	Τυπική Απόκλιση	7,611	6,453	7,064	6,888	ρ=0,261
Διακρίσεις	Μέσος Όρος	2,19	3,14	3,88	1,39	F=6,091
	Τυπική Απόκλιση	2,917	3,250	3,659	1,886	ρ<0,001
Διαμάχη με τον γιατρό	Μέσος Όρος	11,10	11,41	12,67	10,97	F=1,493
	Τυπική Απόκλιση	4,696	4,067	4,421	3,845	ρ=0,216
Ανεπαρκής προετοιμασία	Μέσος Όρος	6,48	6,65	7,79	6,85	F=2,986
	Τυπική Απόκλιση	2,774	2,318	2,274	2,489	ρ=0,031
Προβλήματα με τους συναδέλφους	Μέσος Όρος	10,11	10,21	11,67	11,00	F=1,275
	Τυπική Απόκλιση	5,126	4,720	5,368	4,056	ρ=0,283
Επαφή με τον θάνατο	Μέσος Όρος	18,35	18,84	20,83	19,79	F=2,808
	Τυπική Απόκλιση	5,492	5,530	4,706	4,642	ρ=0,040
Προβλήματα με τους προϊστάμενους	Μέσος Όρος	17,32	17,91	19,10	18,58	F=1,013
	Τυπική Απόκλιση	6,481	5,797	7,483	7,344	ρ=0,387
Συνολικό στρες	Μέσος Όρος	132,23	137,53	150,40	143,00	F=2,575
	Τυπική Απόκλιση	41,800	35,526	41,310	30,961	ρ=0,054

Συσχέτιση σωματικών συμπτωμάτων με τους παράγοντες του στρες με την δοκιμασία One way Anova.

Πίνακας Γα12 Συσχέτιση «Τριχόπτωσης» με παράγοντες στρες

		Καθόλου	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	F
Φόρτος Εργασίας	N	162	66	57	37	F=3,362
	Μέσος Όρος	19,92	20,67	23,02	21,43	ρ=0,019
	Τυπική Απόκλιση	6,870	6,303	5,357	6,479	
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Μέσος Όρος	18,94	20,61	21,82	19,84	F=2,605
	Τυπική Απόκλιση	7,682	7,166	5,207	6,665	ρ=0,052
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Μέσος Όρος	21,58	23,36	24,60	24,43	F=3,524
	Τυπική Απόκλιση	7,880	7,007	5,637	6,085	ρ=0,015
Διακρίσεις	Μέσος Όρος	2,37	2,86	2,42	2,59	F=,421
	Τυπική Απόκλιση	3,006	3,414	2,884	3,166	ρ=0,738
Διαμάχη με τον γιατρό	Μέσος Όρος	10,66	11,88	12,39	12,14	F=3,023
	Τυπική Απόκλιση	4,740	4,321	3,764	4,178	ρ=0,030
Ανεπαρκής προετοιμασία	Μέσος Όρος	6,60	6,65	7,32	6,30	F=1,418
	Τυπική Απόκλιση	2,698	2,853	2,106	2,665	ρ=0,237
Προβλήματα με τους συναδέλφους	Μέσος Όρος	10,02	11,13	10,64	11,36	F=1,178
	Τυπική Απόκλιση	4,993	5,258	4,884	4,746	ρ=0,318
Επαφή με τον θάνατο	Μέσος Όρος	18,26	19,39	20,53	18,53	F=2,679
	Τυπική Απόκλιση	5,626	4,864	4,225	6,385	ρ=0,047
Προβλήματα με τους προϊστάμενους	Μέσος Όρος	16,79	18,58	19,07	19,35	F=2,912
	Τυπική Απόκλιση	7,208	6,210	5,099	5,789	ρ=0,035
Συνολικό στρες	Μέσος Όρος	130,49	139,86	147,26	146,41	F=3,180
	Τυπική Απόκλιση	43,168	39,798	30,317	33,244	ρ=0,024

Συσχέτιση σωματικών συμπτωμάτων με τους παράγοντες του στρες με την δοκιμασία One way Anova.

Πίνακας Γα13 Συσχέτιση «Της δυσκοιλιότητας» με παράγοντες στρες

		Καθόλου	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	F
Φόρτος Εργασίας	N	133	79	59	53	F=2,942
	Μέσος Όρος	19,51	21,57	21,68	21,81	p=0,033
	Τυπική Απόκλιση	7,093	5,757	5,993	6,214	
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Μέσος Όρος	18,74	20,58	20,58	21,11	F=2,139
	Τυπική Απόκλιση	7,786	6,613	5,937	7,051	p=0,095
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Μέσος Όρος	21,30	22,90	23,76	24,91	F=3,843
	Τυπική Απόκλιση	7,802	7,114	6,126	6,431	p=0,010
Διακρίσεις	Μέσος Όρος	2,17	2,95	2,81	2,32	F=1,338
	Τυπική Απόκλιση	2,807	3,479	3,170	2,953	p=0,262
Διαμάχη με του γιατρούς	Μέσος Όρος	10,40	11,92	11,97	12,19	F=3,460
	Τυπική Απόκλιση	4,744	4,267	3,891	4,429	p=0,017
Ανεπαρκής προετοιμασία	Μέσος Όρος	6,35	6,96	6,66	7,19	F=1,665
	Τυπική Απόκλιση	2,727	2,699	2,346	2,535	p=0,174
Προβλήματα με τους συναδέλφους	Μέσος Όρος	9,49	11,28	11,28	10,80	F=2,857
	Τυπική Απόκλιση	4,934	5,283	5,145	4,418	p=0,037
Επαφή με τον θάνατο	Μέσος Όρος	17,90	17,90	19,21	20,23	F=2,875
	Τυπική Απόκλιση	5,823	5,273	4,094	5,349	p=0,036
Προβλήματα με τους προϊστάμενους	Μέσος Όρος	16,00	18,67	19,10	19,42	F=5,686
	Τυπική Απόκλιση	7,276	5,712	5,768	5,911	p=0,001
Συνολικό στρες	Μέσος Όρος	125,12	143,77	143,94	145,96	F=5,638
	Τυπική Απόκλιση	44,886	35,722	32,081	35,814	p=0,001

Συσχέτιση σωματικών συμπτωμάτων με τους παράγοντες του στρες με την δοκιμασία One way ANOVA.

Πίνακας Γα14 Συσχέτιση «Των διαταραχών της εμμήνου ρήσεως» με παράγοντες στρες

		Καθόλου	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	F
Φόρτος Εργασίας	N	150	78	41	41	F=4,677
	Μέσος Όρος	19,74	20,92	22,17	23,66	p=0,003
	Τυπική Απόκλιση	6,573	6,603	6,184	5,752	
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Μέσος Όρος	18,87	20,26	20,78	23,00	F=4,022
	Τυπική Απόκλιση	7,203	6,447	6,544	7,586	p=0,008
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Μέσος Όρος	21,87	22,94	24,12	24,10	F=1,680
	Τυπική Απόκλιση	7,278	7,536	7,527	6,770	p=0,171
Διακρίσεις	Μέσος Όρος	2,32	2,31	3,15	3,35	F=1,832
	Τυπική Απόκλιση	2,817	2,988	3,291	3,945	p=0,141
Διαμάχη με του γιατρούς	Μέσος Όρος	10,72	11,77	12,49	11,75	F=2,164
	Τυπική Απόκλιση	4,645	4,139	4,026	4,991	p=0,092
Ανεπαρκής προετοιμασία	Μέσος Όρος	6,54	7,00	6,83	6,90	F=,588
	Τυπική Απόκλιση	2,540	2,646	2,499	3,129	p=0,623
Προβλήματα με τους συναδέλφους	Μέσος Όρος	9,98	10,53	11,48	11,28	F=1,329
	Τυπική Απόκλιση	4,984	4,767	4,894	5,753	p=0,265
Επαφή με τον θάνατο	Μέσος Όρος	18,33	19,09	19,95	20,75	F=2,581
	Τυπική Απόκλιση	5,087	6,273	5,069	4,465	p=0,054
Προβλήματα με τους προϊστάμενους	Μέσος Όρος	16,86	18,61	18,35	19,62	F=2,434
	Τυπική Απόκλιση	6,825	6,069	7,284	6,077	p=0,065
Συνολικό στρες	Μέσος Όρος	129,36	141,36	144,00	150,76	F=3,732
	Τυπική Απόκλιση	41,182	38,746	39,574	36,849	p=0,012

Συσχέτιση σωματικών συμπτωμάτων με τους παράγοντες του στρες με την δοκιμασία One way Anova.

Πίνακας Γα15 Συσχέτιση «της οσφιαλγίας» με παράγοντες στρες

		Καθόλου	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	F
Φόρτος Εργασίας	N	93	59	103	66	F=2,767
	Μέσος Όρος	19,19	21,19	21,44	22,05	p=0,028
	Τυπική Απόκλιση	6,533	6,487	6,343	6,215	
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Μέσος Όρος	17,88	20,66	20,25	21,65	F=3,336
	Τυπική Απόκλιση	7,601	6,915	6,282	7,015	p=0,011
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Μέσος Όρος	20,67	24,20	23,50	23,43	F=3,497
	Τυπική Απόκλιση	6,886	6,920	7,378	7,246	p=0,008
Διακρίσεις	Μέσος Όρος	1,84	3,34	2,59	2,57	F=2,447
	Τυπική Απόκλιση	2,198	3,604	3,032	3,437	p=0,046
Διαμάχη με του γιατρούς	Μέσος Όρος	9,90	12,03	12,10	11,84	F=3,861
	Τυπική Απόκλιση	4,533	4,138	4,181	4,626	p=0,004
Ανεπαρκής προετοιμασία	Μέσος Όρος	6,33	6,97	6,90	6,88	F=0,849
	Τυπική Απόκλιση	2,538	2,414	2,479	3,080	p=0,495
Προβλήματα με τους συναδέλφους	Μέσος Όρος	9,46	11,27	10,92	10,92	F=1,768
	Τυπική Απόκλιση	4,658	4,626	4,805	5,661	p=0,135
Επαφή με τον θάνατο	Μέσος Όρος	17,03	19,18	19,82	20,06	F=4,631
	Τυπική Απόκλιση	5,434	5,217	5,559	4,149	p=0,001
Προβλήματα με τους προϊστάμενους	Μέσος Όρος	15,94	18,84	18,45	18,52	F=2,815
	Τυπική Απόκλιση	6,831	6,196	6,041	6,782	p=0,026
Συνολικό στρες	Μέσος Όρος	123,30	142,00	142,63	143,12	F=3,662
	Τυπική Απόκλιση	39,193	38,884	37,247	40,221	p=0,006

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας Γα16) παρουσιάζονται συγκεντρωτικά οι παραπάνω συσχετίσεις.

Πίνακας Γα16 Συγκεντρωτικός πίνακας των συσχετίσεων μεταξύ παραμέτρων του στρες και σωματικών συμπτωμάτων με την δοκιμασία one way ANOVA

	Φόρτος Εργασίας	Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Διακρίσεις	Διαμάχη με του γιατρούς	Ανεπαρκής προετοιμασία	Προβλήματα με τους συναδέλφους	Επαφή με τον θάνατο	Προβλήματα με τους προϊστάμενους	Συνολικό Στρες
	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p
Πρησμένοι αστράγαλοι	,000	,002	,011	,430	,013	,006	,260	,047	,002	,001
Πόνος στη ράχη και στον αυχένα	,000	,000	,002	,214	,000	,003	,018	,001	,000	,000
Προβλήματα με το στομάχι	,000	,004	,009	,376	,046	,407	,138	,052	,016	,004
Πονοκέφαλος	,000	,000	,000	,223	,000	,009	,012	,000	,001	,000
Βήχας και κρυολογήματα	,001	,001	,000	,187	,001	,258	,079	,007	,002	,001
Ακαμψία ή πόνος των μελών του σώματος	,000	,000	,001	,199	,004	,064	,008	,001	,000	,000
Πόνοι σε διάφορα σημεία του σώματος	,000	,000	,000	,135	,000	,037	,000	,000	,000	,000
Φτωχή μνήμη	,000	,000	,000	,136	,000	,002	,000	,001	,000	,000
Απτότομη αύξηση ή μείωση του σωματικού βάρους	,008	,017	,003	,558	,007	,051	,014	,009	,007	,119
Υπνηλία	,002	,014	,005	,051	,007	,071	,022	,300	,003	,004
Αλλεργία	,006	,037	,261	,001	,216	,031	,283	,040	,387	,054
Τριχόπτωση	,019	,052	,015	,738	,030	,237	,318	,047	,035	,024
Δυσκοιλιότητα	,033	,095	,010	,262	,017	,174	,037	,036	,001	,001
διαταραχών της εμμήνου ρήσεως	,003	,008	,171	,141	,092	,623	,265	,054	,065	,012
οσφιαλγία	,028	,011	,008	,046	,004	,495	,135	,001	,026	,006

Συσχέτιση σωματικών συμπτωμάτων με τους παράγοντες του στρες με την δοκιμασία Kruskal-wallis Test

Πίνακας Γα17

	Φόρτου Εργασίας		Ασθενείς και οι συγγενείς τους		Αλβανιδίτητα για το άρρωστο		Διακρίσεις		Διαμόχνη με του γιστρούς		Ανεπαρκής προετοιμασία		Προβλήματα με τους συναδέλφους		Επαφή με τον θάνατο		Προβλήματα με τους προσιτάμενους		Συνολικό Στρες	
	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p
Κράμπες	,000	,000	,129	,451	,109	,058	,000	,071	,053	,003										
Πόνος στην καρδιά ή σπρίζμο στο στήθος	,008	,000	,004	,784	,011	,021	,076	,009	,000	,002										
Προβλήματα αναπνοής (δυσπνοία, κλπ)	,032	,028	,146	,453	,095	,309	,290	,031	,173	,130										
Σωματική εξάνληση και κόπωση	,000	,000	,000	,148	,000	,024	,001	,000	,000	,000										
Πυρετοί	,059	,125	,125	,148	,372	,407	,013	,515	,274	,036										
Υπερβολική εφίδρωση	,003	,109	,150	,369	,506	,045	,222	,732	,283	,067										
Διάρροια	,040	,088	,020	,307	,209	,105	,104	,238	,010	,020										
Προβλήματα ούρησης	,075	,171	,071	,145	,053	,403	,005	,169	,043	,036										
Εμετοί	,036	,001	,051	,306	,013	,209	,054	,034	,011	,006										
Έκζεμα	,001	,064	,220	,268	,089	,299	,021	,006	,005	,009										
Υψηλή αρτηριακή πίεση	,212	,274	,426	,406	,156	,516	,016	,636	,271	,153										
Αρθρίτιδες ή ρευματισμοί	,059	,028	,305	,725	,350	,517	,088	,236	,009	,218										
Πόνοι στα δόντια ή στη στοματική κοιλότητα	,057	,010	,002	,236	,076	,697	,205	,048	,020	,013										

Συσχέτιση μεταξύ παραγόντων του εργασιακού στρες και νοσημάτων με την δοκιμασία Student T-Test

Πίνακας Γα18

Παράγοντες του Στρες

	Συνολικό Στρες		Φόρτου Εργασίας		Ασθενείς και οι συγγενείς τους		Αλβανιδίτητα για το άρρωστο		Διακρίσεις		Διαμόχνη με του γιστρούς		Ανεπαρκής προετοιμασία		Προβλήματα με τους συναδέλφους		Επαφή με τον θάνατο		Προβλήματα με τους προσιτάμενους	
	M. Όρος (Τυπ. Απόκλ)	Συντ. συσχέτ	M. Όρος (Τυπ. Απόκλ)	Συντ. συσχέτ	M. Όρος (Τυπ. Απόκλ)	Συντ. συσχέτ	M. Όρος (Τυπ. Απόκλ)	Συντ. συσχέτ	M. Όρος (Τυπ. Απόκλ)	Συντ. συσχέτ	M. Όρος (Τυπ. Απόκλ)	Συντ. συσχέτ	M. Όρος (Τυπ. Απόκλ)	Συντ. συσχέτ	M. Όρος (Τυπ. Απόκλ)	Συντ. συσχέτ	M. Όρος (Τυπ. Απόκλ)	Συντ. συσχέτ	M. Όρος (Τυπ. Απόκλ)	Συντ. συσχέτ
Αυτοάνοσο Νόσημα																				
Ναι	127,88 (37,791)		20,30 (6,482)		20,02 (5,847)		21,14 (7,887)		2,08 (2,920)		11,18 (4,157)		6,00 (2,858)		9,69 (5,141)		18,29 (5,438)		17,63 (6,933)	
Όχι	138,31 (40,199)	0,103	20,91 (6,509)	0,545	19,82 (7,309)	0,131	22,97 (7,160)	0,854	2,56 (3,097)	0,293	11,39 (4,538)	0,757	6,83 (2,576)	0,061	10,61 (4,993)	0,256	19,01 (5,359)	0,401	17,81 (6,546)	0,867
Ευερέθιστο Εντέρο																				
Ναι	140,89 (37,947)		21,57 (5,859)		20,30 (6,457)		23,51 (6,677)		2,78 (3,070)		11,93 (4,214)		7,21 (2,321)		10,46 (5,080)		19,65 (4,817)		18,99 (6,389)	
Όχι	135,97 (40,401)	0,375	20,65 (6,655)	0,253	19,82 (7,274)	0,257	22,48 (7,451)	0,592	2,41 (3,078)	0,363	11,20 (4,547)	0,201	6,59 (2,701)	0,058	10,50 (5,023)	0,952	18,74 (5,478)	0,179	17,42 (6,641)	0,075
Υψηλές τιμές χοληστερίνης																				
Ναι	144,47 (36,022)		22,25 (5,883)		22,26 (6,307)		24,02 (6,305)		2,56 (3,398)		12,38 (4,326)		6,90 (2,739)		11,44 (5,425)		19,74 (4,562)		18,94 (6,216)	
Όχι	135,21 (40,576)	0,119	20,53 (6,585)	0,060	19,41 (7,175)	0,105	22,42 (7,445)	0,004	2,49 (3,012)	0,887	11,13 (4,493)	0,061	6,65 (2,606)	0,540	10,29 (4,920)	0,161	18,74 (5,512)	0,174	17,51 (6,642)	0,137

Συσχέτιση παραγόντων του στρες και νοσημάτων χρησιμοποιώντας την δοκιμασία Mann- Whitney

Πίνακας Γα19	Παράγοντες του Στρες									
	Συνολικό Στρες	Φόρου Εργασίας	Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Αβεβαιότητα για το αποτέλεσμα	Διακρίσεις	Διαμόρφ με του γιγανθός	Ανεπαρκής προετοιμασία	Προβλήματα με τους συνδέχους	Επαιφή με τον θάνατο	Προβλήματα με την υγιεινή
	Συντ. συσχέτ	Συντ. συσχέτ	Συντ. συσχέτ	Συντ. συσχέτ	Συντ. συσχέτ	Συντ. συσχέτ	Συντ. συσχέτ	Συντ. συσχέτ	Συντ. συσχέτ	Συντ. συσχέτ
Στεφανιαία Νόσος	0,793	0,859	0,733	0,498	0,778	0,584	0,030	0,897	0,460	0,335
Ασθμα	0,227	0,230	0,201	0,495	0,058	0,107	0,849	0,107	0,124	0,091
Πεπτικό Έλκος	0,689	0,402	0,288	0,372	0,779	0,406	0,575	0,374	0,840	0,773
Σαχαρώδης Διαβήτης	0,602	0,881	0,418	0,317	0,846	0,984	0,185	0,694	0,551	0,915

4.6 Αποτελέσματα Ψυχική Ευεξίας

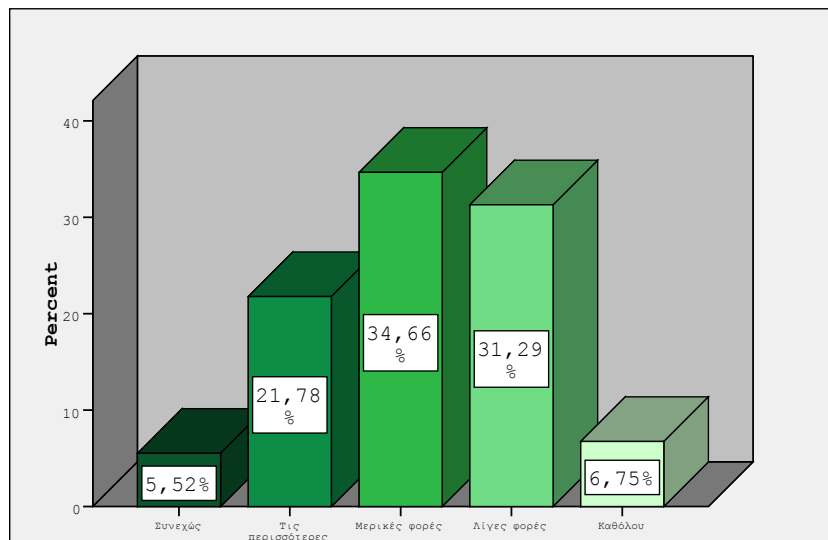
Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας Δ1) παρουσιάζονται οι απαντήσεις του δείγματος στις ερωτήσεις της υποκλίμακας του RAND 36, ψυχική ευημερία. Τα δεδομένα του πίνακα παρουσιάζονται πιο παραστατικά στα παρακάτω διαγράμματα (Δ1α έως Δ1δ).

Πίνακας:Δ1

Ψυχική ευεξίας

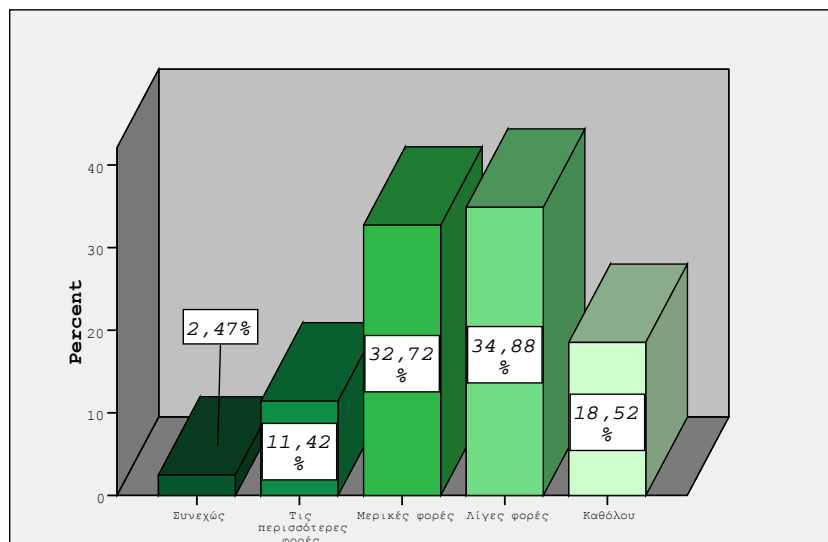
Κλίμακα:								
Συνεχώς = 1 Τις περισσότερες φορές = 2 Μερικές φορές = 3 Λίγες φορές = 4 Καθόλου = 5		Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
Ερωτήσεις		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
Είχες πολύ εκνευρισμό;		18 (5,5)	71 (21,8)	113 (34,7)	102 (31,3)	22 (6,7)	3,12	1,005
Αισθανόσουν τόσο πολύ πιεσμένος ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σου φτιάξει το κέφι;		8 (2,5)	37 (11,4)	106 (32,7)	113 (34,9)	60 (18,5)	3,56	0,998
Αισθανόσουν ηρεμία και γαλήνη;		10 (3,1)	113 (34,6)	73 (22,3)	104 (31,8)	27 (8,3)	3,08	1,055
Αισθανόσουν κακοκεφιά και μελαγχολία;		8 (2,4)	37 (11,3)	129 (39,4)	113 (34,6)	40 (12,2)	3,43	0,930
Ήσουν ευτυχισμένος;		34 (10,4)	119 (36,5)	92 (28,2)	59 (18,1)	22 (6,7)	2,74	1,082

Είχες πολύ εκνευρισμό;



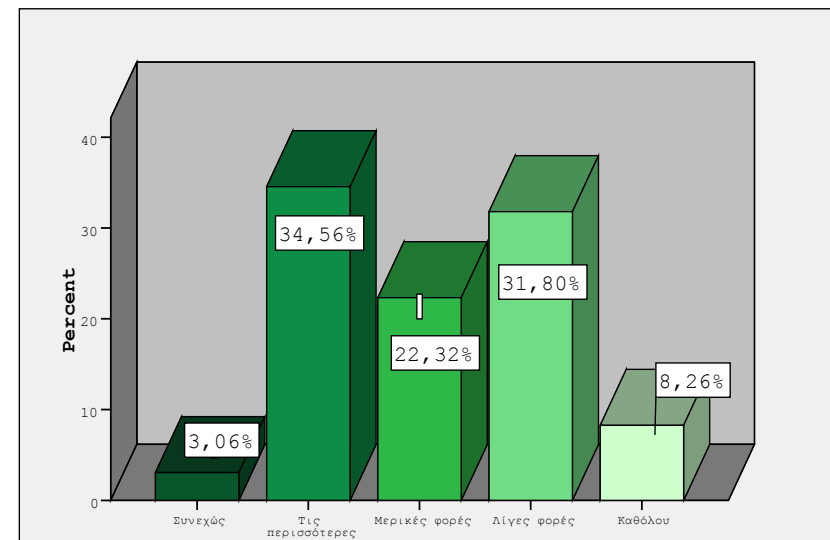
(Γράφημα Δ1α)

Αισθανόσουν τόσο πολύ πιεσμένος ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σου φτιάξει το κέφι;



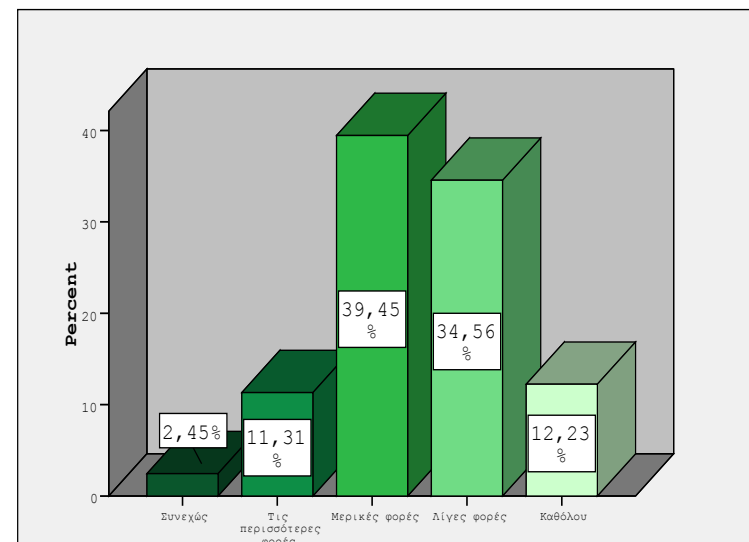
(Γράφημα Δ1β)

Αισθανόσουν ηρεμία και γαλήνη;



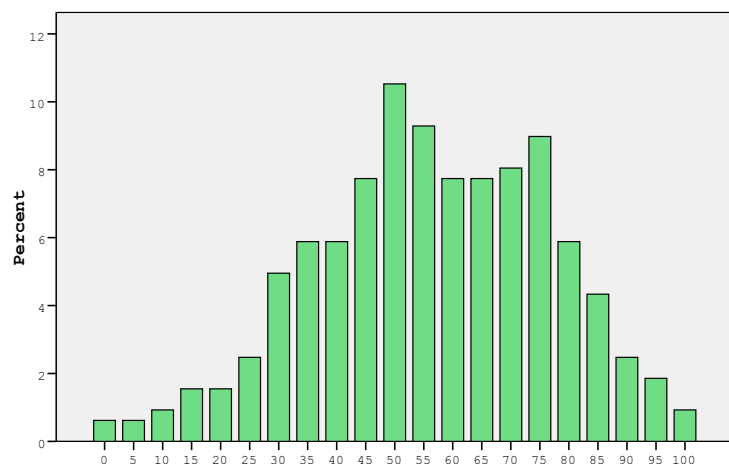
(Γράφημα Δ1γ)

Αισθανόσουν κακοκεφιά και μελαγχολία;



(Γράφημα Δ1δ)

Το άθροισμα των βαθμολογιών των μεταβλητών «Είχες πολύ εκνευρισμό;», «Αισθανόσουν τόσο πολύ πιεσμένος ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σου φτιάξει το κέφι», «Αισθανόσουν ηρεμία και γαλήνη;», «Αισθανόσουν κακοκεφιά και μελαγχολία;», «Ήσουν ευτυχισμένος;», δημιουργούν μια νέα μεταβλητή αυτή της ψυχικής Ευεξίας. Η μεταβλητή αυτή μπορεί να πάρει τιμές από «0» έως «100», η μέση τιμή της είναι 56,39 και η τυπική απόκλιση 20,367. Το παρακάτω ραβδόγραμμα απεικονίζει τα επιμέρους ποσοστά του δείγματος στην κάθε τιμή της βαθμολογίας της Ψυχικής Ευεξίας.



Γράφημα Ψυχικής Ευεξίας

4.7 Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων του εργασιακού στρες με την Ψυχική Ευεξία.

Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας Z4), παρουσιάζονται οι συσχετίσεις των παραγόντων του εργασιακού στρες με την ψυχική ευεξία.

(Πίνακας Z4)

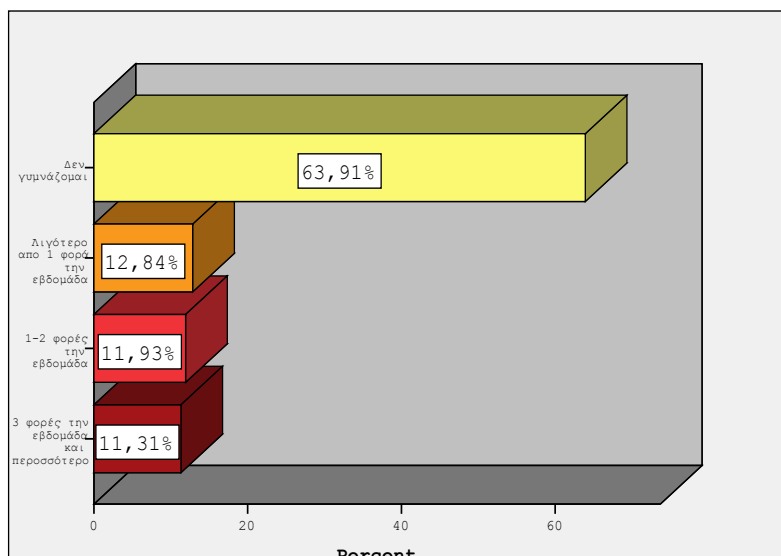
Αριθμός δείγματος: 323		
* Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο του 0,05 (2- tailed)		
** Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο του 0,01 (2- tailed)		
	Ψυχική Ευεξία	
Φόρτος Εργασίας	Pearson Correlation	-0,340**
	Sig. (2-tailed)	<0,001
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	Pearson Correlation	-0,311**
	Sig. (2-tailed)	<0,001
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	Pearson Correlation	-0,293**
	Sig. (2-tailed)	<0,001
Διακρίσεις	Pearson Correlation	-0,123*
	Sig. (2-tailed)	0,028
Διαμάχη με του γιατρούς	Pearson Correlation	-0,286**
	Sig. (2-tailed)	<0,001
Ανεπαρκής προετοιμασία	Pearson Correlation	-0,246**
	Sig. (2-tailed)	<0,001
Προβλήματα με τους συναδέλφους	Pearson Correlation	-0,265**
	Sig. (2-tailed)	<0,001
Επαφή με τον θάνατο	Pearson Correlation	-0,196**
	Sig. (2-tailed)	<0,001
Προβλήματα με τους προϊστάμενους	Pearson Correlation	-0,357**
	Sig. (2-tailed)	<0,001
Συνολικό Στρες	Pearson Correlation	-0,347**
	Sig. (2-tailed)	<0,001

4.8 Αποτελέσματα Συμπεριφοράς Υγείας

Όσο αφορά το πέμπτο τμήμα του ερωτηματολογίου που είναι σχετικό με την συμπεριφορά υγείας του δείγματος στην ερώτηση «Πόσο συχνά γυμνάζεστε το τελευταίο διάστημα;», οι 37 (ποσοστό 11,3%) απαντούν ότι γυμνάζονται «3 φορές την εβδομάδα και περισσότερο», οι 39 (ποσοστό 11,9%) ότι γυμνάζονται «1-2 φορές την εβδομάδα», οι 42 (ποσοστό 12,8%), «Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα», και οι 209 (ποσοστό 63,9%) δηλώνουν κατηγορηματικά ότι «δεν γυμνάζονται».

Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζονται πιο παραστατικά στο παρακάτω ραβδόγραμμα.

Πόσο συχνά γυμνάζεστε το τελευταίο διάστημα

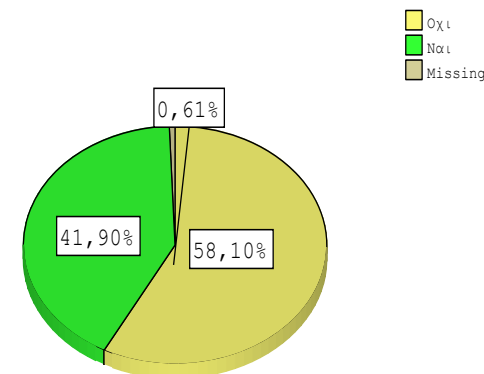


(Γράφημα Ε1)

Σχετικά με την καπνιστική συνήθεια του δείγματος οι 190 (ποσοστό 58,1%) απάντησαν ότι δεν καπνίζουν ενώ οι 137 (ποσοστό 41,9%) απάντησαν καταφατικά.

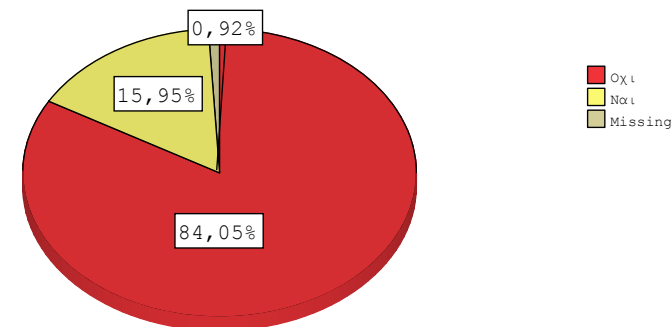
Οι 52 αυτών που δεν καπνίζουν τώρα, (ποσοστό 16,0%) ήταν πρώην καπνιστές. Αυτά παρουσιάζονται και στα παρακάτω (κυκλικά διαγράμματα).

Καπνίζετε;



(Γράφημα Ε2)

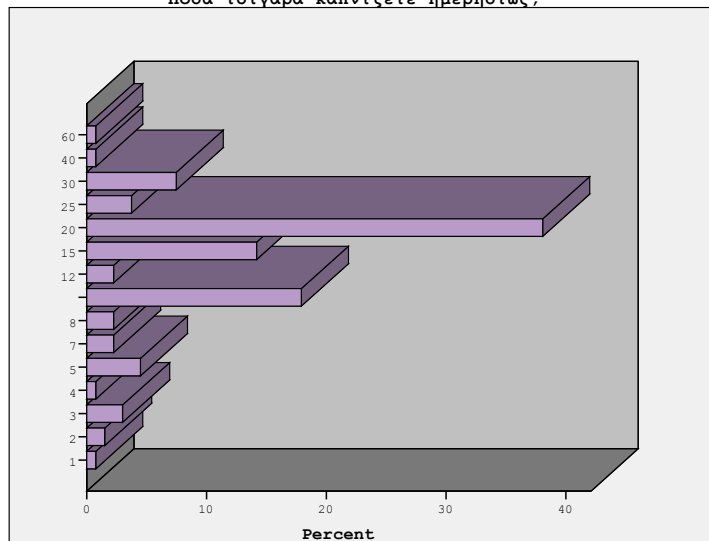
Αν δεν καπνήζετε τώρα είσασταν πρώην καπνιστής;



(Γράφημα Ε3)

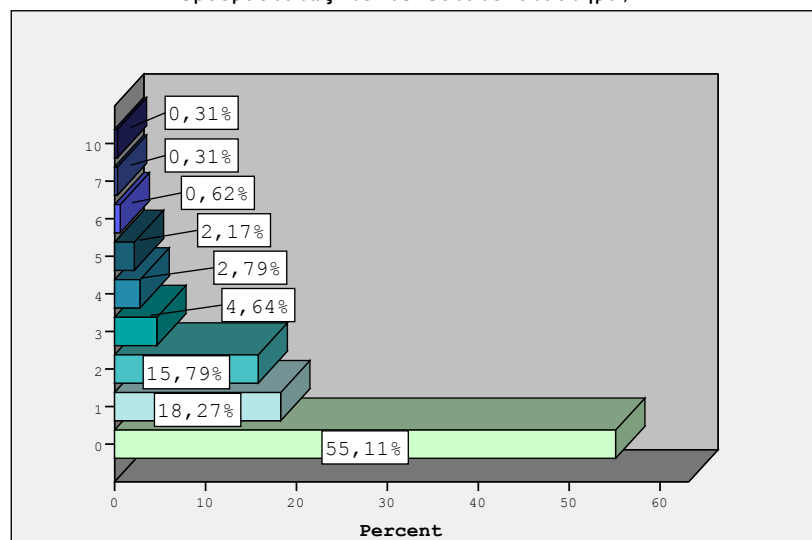
Ο μέσος όρος των τσιγάρων που καπνίζει το δείγμα των καπνιστών ημερησίως, ήταν 16,43, με τυπική απόκλιση 8,316, μικρότερη τιμή το 1 τσιγάρο και μεγαλύτερη τα 60 τσιγάρα ημερησίως. Στο γράφημα που ακολουθεί φαίνεται το ποσοστό του δείγματος που απάντησε στις επιμέρους τιμές του τσιγάρων.

Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;



(Γράφημα Ε4)

Πόσα ποτήρια αλκοολούχου ποτού καταναλώνετε κατά μέσο όρο εβδομαδιαίως το τελευταίο διάστημα;

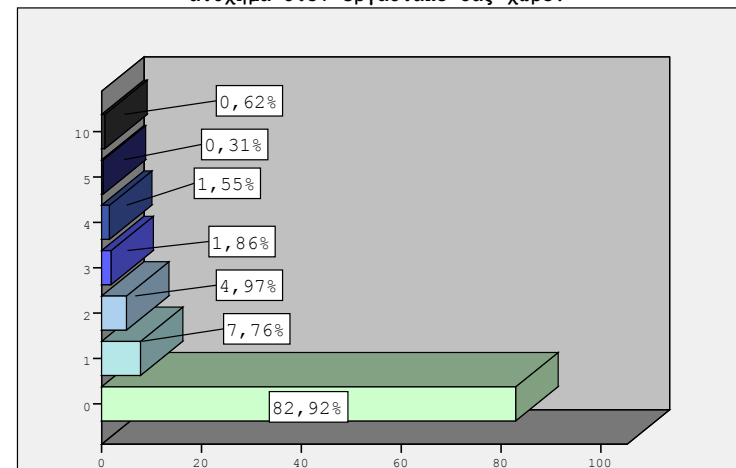


(Γράφημα Ε5)

Ο μέσος όρων των αλκοολούχων ποτών που καταναλώνει το δείγμα εβδομαδιαίως ήταν 0,95, με τυπική απόκλιση 1,419, μικρότερη τιμή το «0» και μεγαλύτερη το «10». Το ραβδόγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζει το ποσοστό του δείγματος που απάντησε στις επιμέρους τιμές των αλκοολούχων ποτών.

Στην ερώτηση «Κατά το τελευταίο έτος πόσες φορές εκτεθήκατε σε κάποιο ατύχημα στον εργασιακό σας χώρο;», Η μικρότερη τιμή που απαντήθηκε ήταν το «0» και η μεγαλύτερη το «10». Ο μέσος όρος των ατυχημάτων ήταν 0,37 και η τυπική απόκλιση 1,121. Πιο αναλυτικά οι απαντήσεις του δείγματος παρουσιάζονται στο παρακάτω γράφημα.

Κατά τον τελευταίο έτος πόσες φορές εκτεθήκατε σε κάποιο ατύχημα στον εργασιακό σας χώρο.



(Γράφημα Ε6)

4.9 Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων του εργασιακού στρες με μεταβλητές σχετικές με την Συμπεριφορά Υγείας

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται ο έλεγχος συσχέτισης των παραγόντων του εργασιακού στρες με τις μεταβλητές που αναφέρονται στην συμπεριφορά υγείας. Για τον έλεγχο χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman.

(Πίνακας Ε1α)

		Αριθμός δείγματος: 323		
		Ημερήσιος Αριθμός Τσιγάρων	Εβδομαδιαίος αριθμός Αλκοολούχων Ποτών	Αριθμός Ατυχημάτων το τελευταίο έτος
* Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο του 0,05 (2- tailed)				
** Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο του 0,01 (2- tailed)				
Φόρτος Εργασίας	<i>Spearman Correlation</i>	,008	-,002	,148**
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,923	,964	,008
Ασθενείς και οι συγγενείς τους	<i>Spearman Correlation</i>	,027	-,045	,111*
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,761	,422	,047
Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα	<i>Spearman Correlation</i>	,018	,001	,128*
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,835	,992	,023
Διακρίσεις	<i>Spearman Correlation</i>	,077	,113*	,121
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,379	,043	,030
Διαμάχη με του γιατρούς	<i>Spearman Correlation</i>	,143	,059	,163**
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,098	,294	,004
Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συν ανα	<i>Spearman Correlation</i>	,039	-,022	,120*
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,659	,696	,032
Προβλήματα με τους συναδέλφους	<i>Spearman Correlation</i>	,079	-,022	,138*
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,369	,704	,016
Επαφή με τον θάνατο	<i>Spearman Correlation</i>	,038	,009	,065
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,669	,873	,252
Προβλήματα με τους προϊστάμενους	<i>Spearman Correlation</i>	,042	,031	,126*
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,634	,588	,026
Συνολικό Στρες	<i>Spearman Correlation</i>	,063	,017	,132*
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	,494	,774	,025

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.1 Εργασιακό στρες νοσηλευτικού προσωπικού.

Η παρούσα έρευνα έχει καταλήξει ότι οι νοσηλευτές στην χώρα μας εκτίθενται σε στρεσογόνους παράγοντες ως μέρος της καθημερινής τους εργασιακής ζωής. Η εφαρμογή του ENSS σε Έλληνες νοσηλευτές έχει αναδείξει και τεκμηριώσει επιστημονικά στρεσογόνους εργασιακούς παράγοντες των νοσηλευτών για τα ελληνικά δεδομένα. Οι πέντε πιο κοινοί στρεσογόνοι παράγοντες αναδείχθηκαν: «η επαφή με τον θάνατο», «προβλήματα με τους προϊστάμενους», «Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα», «οι ασθενείς και οι συγγενείς τους», και «ο φόρτος εργασίας». Οι παράγοντες «προβλήματα με τους συναδέλφους» και «διακρίσεις στον χώρο εργασίας» αναδείχθηκαν ως οι λιγότερο κοινοί στρεσογόνοι παράγοντες. Η εφαρμογή του ίδιου οργάνου σε νοσηλευτές στην Αυστραλία είχε αναδείξει ως πιο στρεσογόνο παράγοντα «τους ασθενείς και τους συγγενείς» ενώ οι λιγότερο στρεσογόνοι συμπίπτουν με αυτούς της παρούσας έρευνας. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με τα αποτελέσματα της έρευνας του Patrick et al, 1991 και του Hipwell και των συνεργατών του (1981), όσο αφορά τον πιο κοινό στρεσογόνο παράγοντα (επαφή με τον θάνατο). Ο δεύτερος συχνότερος στρεσογόνος παράγοντας, στις παραπάνω έρευνες, ήταν «ο φόρτος εργασίας» που στην παρούσα έρευνα αναδείχθηκε τέταρτος και την θέση του πήραν «τα προβλήματα με τους προϊστάμενους». Πιθανότατα στην Ελλάδα να μην έχουμε πραγματικά ικανούς και καλά εκπαιδευμένους προϊστάμενους λόγω μη σωστών κριτηρίων επιλογής τους ή αυτό οφείλεται στην ελληνική νοοτροπία να ερχόμαστε σε αντιπαράθεση με την εξουσία.

«Επαφή με τον θάνατο». Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα η «θέα ενός ασθενή να υποφέρει», βρέθηκε να είναι το πιο στρεσογόνο γεγονός που αναφέρεται στον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα. Ακολουθεί «Ο θάνατος ενός ασθενούς με τον οποίο υπήρχε μια κοντινή σχέση» και «Ο θάνατος ενός ασθενούς».

Ο τρόπος που οι νοσηλευτές εκδηλώνουν τα συναισθήματα θρήνου και πένθους εξαρτάται από τα προσωπικά τους βιώματα, την κουλτούρα τους και τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις. Συνήθως αισθάνονται λύπη και υπερένταση. Ο θάνατος διεγείρει αισθήματα ανεπάρκειας και αδυναμίας, λόγω της δυσκολίας τους να συμβάλουν αποφασιστικά, στη μείωση του σωματικού και του συναισθηματικού πόνου του ασθενούς και των συγγενών ή να αναστρέψουν την αναπόφευκτη πορεία προς το θάνατο (Παϊκοπούλου και Γέραλη, 2009).

Έρευνα σε Δανούς νοσηλευτές έχει δείξει ότι το 97% από τους ερωτηθέντες νοσηλευτές δηλώνει ότι όταν νοσηλεύει ασθενείς στο τελικό στάδιο της ζωής τους έρχονται και οι ίδιοι αντιμέτωποι με τα δικά τους συναισθήματα και

βιώματα αναφορικά με τον θάνατο. Στην ίδια έρευνα, φαίνεται ότι το 92 % αυτών, θεωρεί ότι οι γιατροί έχουν σημαντικό ρόλο στην ανακούφιση του ασθενούς που υποφέρει, όμως οι νοσηλευτές είναι αυτοί οι οποίοι φροντίζουν και αντιμετωπίζουν τις αντιδράσεις των ασθενών μέχρι τον θάνατο τους (Vajlgaard & Addington-Hall, 2005).

Οι ερευνητές ερμηνεύουν τον αυξημένο σχετικό κίνδυνο για ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές, στα ανθρωπιστικά επαγγέλματα, ως αποτέλεσμα των ιδιαίτερων εργασιακών παραγόντων στους οποίους εκτίθενται οι εργαζόμενοι ένα από τα οποία είναι και επαφή με τον θάνατο (Wieclaw, et al, 2006).

«Προβλήματα με τους προϊστάμενους». Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ήταν ότι η «Έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση νοσηλευτικού προσωπικού», βρέθηκε να είναι το πιο στρεσογόνο γεγονός που αναφέρεται στον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα. Ακολουθεί η «Έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση του νοσοκομείου», και οι «Διαμάχες με τους προϊστάμενους».

«Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα». Η έρευνά μας έδειξε ότι η «Έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία και ασφάλεια στον χώρο εργασίας», βρέθηκε να είναι το πιο στρεσογόνο γεγονός, που αναφέρεται στον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα. Ακολουθεί η «Απουσία γιατρού σε έναν ιατρικό επείγον περιστατικό», και ο «Φόβος για την πιθανότητα λάθους στην χορήγηση της θεραπείας των ασθενών».

«Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους». Από τις μεγάλες ανησυχίες των νοσηλευτών είναι η εμπειρία του στρες όταν έχουν να αντιμετωπίσουν προβληματικούς και υβριστικούς ασθενείς και συγγενείς. Είναι πιθανόν σαν συνέπεια μιας τέτοιας εμπειρίας, οι νοσηλευτές να οδηγούνται σε ψυχολογικό στρες, σε αμφισβήτηση των ικανοτήτων τους και σε απώλεια ενός μεγάλου μέρους της αυτοεκτίμησης τους (Michael and Jenkins, 2001). Πολλοί νοσηλευτές αυτή την συμπεριφορά ίσως την ερμηνεύουν σαν μη αναγνώριση της προσφοράς τους από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, αφού πολλοί νοσηλευτές παρά την πεποίθηση τους για την σημαντικότητα του επαγγέλματός τους, υποστηρίζουν ότι η νοσηλευτική δεν αναγνωρίζεται ως ένα σημαντικό επάγγελμα (Ma, et al 2003). Ο Tabone (2001), υποστηρίζει ότι η λύση του προβλήματος με την βία στα νοσοκομεία είναι να αναγνωρίσουμε τις πηγές της, να σταθούμε υπέρ και να υποστηρίξουμε τους νοσηλευτές για να μπορέσουν εκείνοι να διασφαλίσουν την ποιότητα στο εργασιακό τους περιβάλλον και στην θεραπεία του ασθενούς. Τέλος το να καταλήξουμε σε κοινά αποδεκτές κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση τέτοιων ασθενών και συγγενών, είναι κάτι πολύ σημαντικό και μια πρόκληση για έρευνα (Johnson, et al, 1996).

«Ο φόρτος εργασίας». Οι νοσηλευτές στην παρούσα έρευνα δηλώνουν ότι το «Ανεπαρκές προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών του τμήματος», και ο «Απρόβλεπτος αριθμός προσωπικού και το ασταθές πρόγραμμα εργασίας» είναι τα πιο στρεσογόνα γεγονότα σε αυτόν τον παράγοντα. Ακολουθεί ο «Ανεπαρκής χρόνος για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών καθηκόντων».

5.2 Σχέση εργασιακού στρες και κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών καθώς και χαρακτηριστικών της εργασίας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, ο παράγοντας του στρες «Επαφή με τον θάνατο» φαίνεται να επηρεάζεται από τον παράγοντα του φύλου.

Συγκεκριμένα, οι άντρες φαίνεται ότι λόγω χαρακτηριστικών του φίλου τους είναι πιο ανθεκτικοί στον συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα από ότι οι γυναίκες.

Επίσης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του «Στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους» με την «Υπαρξης επιπλέον εκπαίδευσης» και την «Επιλογή τμήματος», καθώς και του παράγοντα «Στρες λόγω φόβου για ανεπαρκή θεραπεία» με την «Επιλογή τμήματος».

Το προσωπικό των νοσοκομείων της πρωτεύουσας προκύπτει με μεγαλύτερη ένταση στρες λόγω φόρτου εργασίας, το οποίο πιθανότατα μπορεί να αποδοθεί στον αντικειμενικά μεγαλύτερο όγκο ασθενών, με τον οποίο είναι επιβαρυνμένα τα νοσοκομεία της πρωτεύουσας, ή ακόμη και σε υποστελέχωση αυτών, σε νοσηλευτικό προσωπικό. Τα αποτελέσματα συμφωνούν με αυτά συγκριτικής έρευνας μεταξύ νοσοκομείου της πρωτεύουσας και νοσοκομείου της επαρχίας, όπου είχε προκύψει ότι στο πρώτο ο κύριος εργασιακός στρεσογόνος παράγοντας ήταν ο φόρτος εργασίας ενώ στο δεύτερο κάποιος άλλος (Μουστάκα και συν, 2008).

Η «Επιθυμία εγκατάλειψης νοσοκομείου» βρέθηκε να σχετίζεται με την κλίμακα ENSS καθώς και με τις 8 από τις 9 υποκλίμακες του. Ο παράγοντας «Διακρίσεις» είναι ο μοναδικός με τον οποίο δεν σχετίζεται. Η μεταβλητή «Επιθυμία εγκατάλειψης επαγγέλματος» βρέθηκε να σχετίζεται με την κλίμακα ENSS καθώς και με 6 από τις υποκλίμακες. Αυτές είναι «Ο Φόρτος Εργασίας», «Ασθενείς και οι συγγενείς τους», «Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα», «Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους», «Επαφή με τον θάνατο» και «Προβλήματα με τους προϊστάμενους». Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους μπορεί να συμβάλει στην παραμονή τους στο επάγγελμα (Roberts, et al 2004). Από άλλες έρευνες είναι γνωστό, ότι η ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού μειώνεται όσο αυξάνεται το εργασιακό τους στρες, και αυτή μπορεί να είναι μια λογική ερμηνεία της συσχέτισης, της εγκατάλειψης του επαγγέλματος με σχεδόν όλους τους παράγοντες του στρες.

Τέλος η μεταβλητή «Θα θέλατε το παιδί σας να ακολουθήσει το επάγγελμά σας;», σχετίζεται με την κλίμακα ENSS, καθώς και με 6 υποκλίμακες της, «Φόρτος Εργασίας», «Ασθενείς και οι συγγενείς τους», «Αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα», «Ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους», «Προβλήματα με τους συναδέλφους» και «Προβλήματα με τους προϊστάμενους».

5.3 Υγεία και σωματικά συμπτώματα

Το μισό σχεδόν του δείγματος δηλώνει ότι υποφέρει συχνά από σωματική εξάντληση και κόπωση, ενώ το ένα τρίτο αυτού υποφέρει συχνά από πονοκεφάλους.

Η ημικρανία έχει βρεθεί επανειλημμένα να συνδέεται με κατάθλιψη και ανησυχία (Merikangas et al, 1993; Swartz, et al, 2000; Breslau, et al 2003; Williams, et al, 2004).

Ο Breslau και οι συνεργάτες του, βρήκε μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ ημικρανίας και σημαντικής κατάθλιψης. Το ιστορικό σημαντικής κατάθλιψης, είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την ημικρανία και η ημικρανία αυξάνει τον κίνδυνο για σημαντική κατάθλιψη (Breslau, et al 2003).

Ο χρόνιος συχνός πονοκέφαλος (CFH), γνωστός επίσης όπως ο χρόνιος καθημερινός πονοκέφαλος, ορίζεται ως ο πονοκέφαλος επάνω >14 ημέρες το μήνα για τουλάχιστον 3 μήνες. Γύρω στο 4% του γενικού πληθυσμού πάσχουν από CFH (Castillo, et al, 1999; Scher, et al, 1998). Στις κλινικές πονοκέφαλου, η πλειοψηφία των ασθενών με CFH έχει μια ψυχιατρική διαταραχή comorbid (Mathew, et al, 1982; Verri, et al, 1998; Juang, et al, 2000).

Τα μυοσκελετικά προβλήματα εξακολουθούν, και σύμφωνα με αυτή την έρευνα όπως και με άλλες, να είναι από τα κυριότερα σωματικά συμπτώματα που απασχολούν τους νοσηλευτές. Έτσι μια σειρά σωματικών συμπτωμάτων όπως « Πόνοι στην ράχη και στον αυχένα, Πόνοι σε διάφορα σημεία του σώματος, Πρησμένοι αστράγαλοι, και οσφυαλγία» καταλαμβάνουν το καθένα τους ποσοστό από 20% έως 38% στην επιλογή «το βιώνω συχνά».

Τα ποσοστά της παρούσας έρευνας δεν διαφωνούν με αυτά που μας δίνει το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας, όπου σύμφωνα με δεδομένα του 2005, στην Ευρώπη το ένα τέταρτο των εργαζομένων υποφέρει από πόνους στην ράχη και την οσφυϊκή χώρα και σχεδόν το ένα τέταρτο από μυαλγίες, κάνοντας έτσι τα προβλήματα αυτά, ως τα συνηθέστερα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την εργασία στην Ευρώπη (Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας, 2005). Σύμφωνα με την Υπηρεσία επισημών εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, (2004) πολλοί εργαζόμενοι, αναπτύσσουν μυοσκελετικές παθήσεις άνω άκρων και αυχένα που σχετίζονται με την εργασία, οι οποίες αποτελούν τη συνηθέστερη μορφή επαγγελματικής ασθένειας στην Ευρώπη, αντιπροσωπεύοντας έτσι πάνω από το 45% επί του συνόλου των επαγγελματικών ασθενειών (Υπηρεσία επισημών εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004).

Στην χώρα μας σύμφωνα με έρευνα του ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε σε προσωπικό στον υγειονομικό τομέα, οι νοσηλευτές και οι μαίες ανέφεραν ενοχλήματα που είχαν τους τελευταίους 12 μήνες, στο κάτω μέρος της ράχης (52,8%), στον αυχένα (48,6%), και στις ωμοπλατιαίες περιοχές (43,1%). (Δρακόπουλος και συν, 2007).

5.4 Συμπεριφορά Υγείας

Παρόλο που οι νοσηλευτές, ως επαγγελματίες υγείας, είναι καλοί γνώστες των υγιεινών συμπεριφορών (συμπεριφορά υγείας) και της επίδρασης της στην υγεία, είναι εντυπωσιακό το ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού που δεν γυμνάζεται (63,9%). Περίπου το 40% του δείγματος δήλωσε ότι καπνίζει και ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό αυτών καπνίζει 20 τσιγάρα ημερησίως.

Τα πιο πρόσφατα στοιχεία που έχουν χρησιμοποιηθεί από τον Π.Ο.Υ., και αφορούν την χώρα μας, προέρχονται από μελέτη του 2000 (Κοκκέβη και συνεργάτες) που εκτιμά ότι η εξάπλωση του καπνίσματος σε ενήλικες ανέρχεται στο 37,6%.

Πρόσφατη μελέτη έδειξε πως η εξάπλωση του καπνίσματος σε Έλληνες γιατρούς, ήταν ακόμα υψηλότερη από το γενικό πληθυσμό. Η μελέτη, που διεξήχθη μεταξύ Σεπτεμβρίου 2003 και Ιουνίου 2005, έδωσε μια συνολική εξάπλωση της τάξης του 38,6% (Τσίντου, 2009). Και όλα αυτά την στιγμή που ο επιπολασμός του καπνίσματος στην Ευρώπη ανέρχεται σε 31% του πληθυσμού. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εκτιμά ότι το συνολικό ποσοστό των καπνιστών ποικίλλει μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών και των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (π.χ. 26% στην Αγγλία, 38% στη Γερμανία, 30% στη Γαλλία, 29% στην Ιταλία, 18% στη Σουηδία, 25% στις ΗΠΑ) (Ροβινά και Γκρατζίου, 2006).

Κατά άλλους, η Ελλάδα έχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών στην Δυτική Ευρώπη (45% των ανδρών και 32% των γυναικών) και ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στον κόσμο (Τούντας, 2009).



5.5 Σχέση παραγόντων του εργασιακού στρες και Υγείας

Όπως φαίνεται κυρίως από τους πίνακες (Γα16 και Γα17), υπάρχει συσχέτιση πολλών στρεσογόνων παραγόντων με αρκετά σωματικά συμπτώματα. Με τα περισσότερα σωματικά συμπτώματα σχετίζεται ο παράγοντας «Φόρτος εργασίας». Ακολουθούν τα «προβλήματα με τους προϊστάμενους», «οι ασθενείς και οι συγγενείς τους», και η «επαφή με τον θάνατο». Με τα λιγότερα σωματικά

συμπτώματα σχετίζεται και ο λιγότερο συχνός στρεσογόνος παράγοντας «οι διακρίσεις στον χώρο εργασίας».

Όσο αφορά στα πιο συχνά σωματικά προβλήματα υγείας των νοσηλευτών, που σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, είναι τα μυοσκελετικά προβλήματα και η κεφαλαλγία, από ότι μπορούμε να δούμε στον πίνακα Γα16 όλα σχετίζονται με το εργασιακό στρες. Δικαιολογημένα λοιπόν εδώ και πολλά χρόνια είχε αρχίσει να γίνεται αντικείμενο έντονου ενδιαφέροντος η πιθανή ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ ψυχοκοινωνικών- οργανωσιακών παραγόντων στην εργασία και μυοσκελετικών παθήσεων (Bongers et al. 1993; Riihimaki 1991; Winkel and Westgaard 1992). Τα ευρήματα επίσης συμφωνούν με τους ισχυρισμούς επιστημόνων, που έχουν ασχοληθεί με το στρες και θεωρούν στις κυριότερες άμεσες επιπτώσεις του στρες προβλήματα όπως «ο πόνος στην πλάτη, οι μυικοί σπασμοί, ο πονοκέφαλος, η γενικευμένη μυϊκή ένταση που συνδέεται με την ψυχοκινητική ανησυχία, και η κόπωση (Τούντας, 1999; Μπουσινάκης και Χάλκος, 2006).

Ήδη από έρευνα σε 586 γυναίκες, εργαζόμενες σε νοσοκομείο, γνωρίζουμε ότι όπως και στην παρούσα έρευνα βρέθηκε συσχέτιση των μυοσκελετικών πόνων με ψυχολογικούς και οργανωτικούς παράγοντες (Edvin & Reidar, 1996).

Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία αναγνωρίζει ότι διάφορες ομάδες παραγόντων μπορούν να συμβάλουν στην εκδήλωση μυοσκελετικών παθήσεων, ανάμεσα σε αυτούς και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες στην εργασία (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, FACTS 75, 2007). Απομένει αυτό να εμπεδωθεί από τους ειδικούς επαγγελματίες υγείας, που ασχολούνται με την θεραπεία αυτών των παθήσεων και από τους ειδικούς επαγγελματικής υγείας που ασχολούνται με την πρόληψη αυτών.

Όσο αφορά στην σχέση εργασιακού στρες και ψυχικής ευημερίας, ο πίνακας Z4, αναδεικνύει μια αρνητική γραμμική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Το ίδιο ισχύει και με την σχέση όλων ανεξαιρέτως των παραγόντων του εργασιακού στρες με την ψυχική ευημερία. Τα παραπάνω συμφωνούν με ευρήματα έρευνας όπου το εργασιακό στρες αποδείχθηκε προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση ψυχικών νοσημάτων (Reidan Tyssen, et al, 2001).

Τέλος, η σχέση του στρες με παράγοντες που αφορούν στην συμπεριφορά υγείας των νοσηλευτών (συνήθειες άθλησης, καπνιστική συνήθεια, και χρήση αλκοόλ) δεν τεκμηριώθηκε, τουλάχιστον με την μεθοδολογία της παρούσας έρευνας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έρχονται σε αντίθεση με άλλης, όπου σε άτομα που βίωναν έντονο στρες και μελετήθηκαν οι συμπεριφορικές τους αλλαγές λόγω αυτού, έδειξαν ότι αυτά τα άτομα κατανάλωναν περισσότερο αλκοόλ, καπνό, καφέ και έτοιμο φαγητό, ενώ ασκούσαν λιγότερο (Melamed et al, 1997; Ogden & Mitandabari, 1997; Steptoe et al, 1998).

Σημαντική όμως σχέση βρέθηκε μεταξύ του στρες και των παραγόντων του (εκτός των διακρίσεων στον χώρο εργασίας και της επαφής με τον θάνατο) με την συχνότητα των ατυχημάτων στον χώρο εργασίας. Αυτό έχει φανεί και σε

άλλες έρευνες, όπου υποστηρίχτηκε ότι τα άτομα που βιώνουν στρες είναι λιγότερο προσεκτικά και είναι επιρρεπή σε ατυχήματα. Όταν το στρες είναι υψηλό, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες τραυματισμού κατά την διάρκεια της εργασίας, της οδήγησης ενώ αυξάνονται τα ατυχήματα και στο σπίτι (Johnson, 1986; Quick & Quick, 1984).

Σύμφωνα με τους Kasl και Cooreg, υπάρχει μια ουσιώδεις απόδειξη ότι υψηλά επίπεδα επαγγελματικού στρες σχετίζονται ισχυρά με χαμηλά επίπεδα αυτοαναφερόμενης υγείας και ευεξίας (Kasl & Cooreg, 1987). Αυτό λοιπόν είναι και το κύριο συμπέρασμα της παρούσας έρευνας, ότι η μεγαλύτερη ένταση εργασιακού στρες μεταφράζεται ως χειρότερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία των νοσηλευτών. Το εργασιακό στρες λοιπόν, μπορεί να θεωρηθεί ως προγνωστικός δείκτης της κατάστασης της σωματικής και της ψυχικής υγείας του νοσηλευτή. Με άλλα λόγια, το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι ένα επάγγελμα που επηρεάζει την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι νοσηλευτές, αφού παράγοντες συνειφασμένοι με τον εργασιακό τους χώρο και το επάγγελμά τους επηρεάζουν την ποιότητα της υγείας τους.

Ο προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν τη σωματική και την ψυχική υγεία των νοσηλευτών και συμβάλλουν στην εμφάνιση του, είναι σημαντικός, προκειμένου να είναι σε θέση κάποιος να διατυπώσει τεκμηριωμένες προτάσεις που αφορούν στην πρόληψη ή στην αντιμετώπιση του φαινομένου. Τέλος, επισημαίνεται ότι για την αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η θεώρηση της ποιότητας ζωής του εργαζόμενου μπορεί να είναι υποκειμενική (Μπελλάλη, και συν, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Αυξανόμενες προσπάθειες θα πρέπει να καταβληθούν ώστε να διασφαλιστεί ένα καλό εργασιακό περιβάλλον για όλους.

Η πρόληψη του στρες που οφείλεται στην εργασία είναι ένας από τους στόχους της ανακοίνωσης της Επιτροπής για τις νέες στρατηγικές Υγείας και ασφάλειας της Εργασίας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2002).

Στηριζόμενοι στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας προτείνονται τα παρακάτω:

6.1. Δομές από την πολιτεία που να υποστηρίζουν την Υγεία και Ασφάλεια στην εργασία.

6.1.1. Κουλτούρα υγιεινής και ασφάλειας

Ένα πρωταρχικό βήμα, για επιτυχία στο συγκεκριμένο τομέα, είναι η υιοθέτηση κουλτούρας υγιεινής και ασφάλειας, με προσαρμογή των προγραμμάτων σπουδών στις οικονομικές σχολές, στις σχολές επιστημών υγείας και τις κοινωνικές επιστήμες, στην κατάρτιση και επανεκπαίδευση των επιθεωρητών εργασίας, των εκπροσώπων του εργατικού συνδικάτου, των στελεχών της υγιεινής της εργασίας, των διοικητών και διευθυντικών στελεχών των επιχειρήσεων (Maureen et al, 2003).

Οι φορείς Υγείας και Ασφάλειας της Εργασίας θα πρέπει να επανδρώνονται με στελέχη που είναι εκπαιδευμένα στην προσέγγιση και την αντιμετώπιση του εργασιακού στρες. Η Επιθεώρηση Εργασίας της Δανίας, αναγνώρισε ότι υπάρχει ανάγκη επιμόρφωσης των επιθεωρητών εργασίας, έτσι ώστε να εκτιμούν και να διαχειρίζονται τα προβλήματα του στρες. Γι' αυτό το σκοπό, όλοι οι επιθεωρητές εργασίας έχουν εκπαιδευτεί στην χρήση τεχνικών εκτίμησης και η κάθε ομάδα επιθεώρησης έχει τουλάχιστον έναν ελεγκτή εκπαιδευμένο στην ψυχολογία (Pickvance, 2001).

6.1.2 Νομοθετικές ρυθμίσεις για την στελέχωση των φορέων υγιεινής και ασφάλειας με εξειδικευμένο προσωπικό στην επαγγελματική Υγεία.

Η ελληνική νομοθεσία ορίζει υποχρεωτική την στελέχωση των γραφείων Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας με Ιατρό Εργασίας και Τεχνικό Ασφάλειας, αλλά παρόλο την πραγματικά πολύτιμη προσφορά και των δύο, το επίπεδο της Υγιεινής και Ασφάλειας του προσωπικού, στους χώρους εργασίας και ιδιαίτερα όσο αφορά στους Ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου, δεν θα λέγαμε πως είναι ικανοποιητικό σε γενικές γραμμές.

Και αυτό διότι, ο συγκεκριμένος τομέας είναι ιδιαίτερα πολυπαραγοντικός και απαιτεί διεπιστημονική συνεργασία μιας μεγάλης ομάδας επιστημόνων. Η ομάδα αυτή, με έναν κοινό όρο ονομάζεται «ομάδα ειδικών επαγγελματικής Υγείας», κατά την ακριβή μετάφραση του αγγλικού όρου «Occupational health professionals». Ανάμεσα σε αυτούς βρίσκονται: Ο Ιατρός Εργασίας, ο Τεχνικός Ασφάλειας, ο Νοσηλευτής Εργασίας, ο Ψυχολόγος Εργασίας κλπ (Κρικέλα, 2005).

Επίσης, όπως φάνηκε και από την συγκεκριμένη μελέτη, η έρευνα ως επιστημονικό εργαλείο απόκτησης γνώσης είναι άκρως απαραίτητη για τον συγκεκριμένο χώρο, πράγμα που αναδεικνύει την αναγκαιότητα στελέχωσης του χώρου από άτομα με εμπειρία σε μεταπτυχιακές σπουδές στον τομέα της Υγιεινής και Ασφάλειας της εργασίας. Η Ελλάδα έχει την τύχη να διαθέτει τέτοια προγράμματα σπουδών που την εφοδιάζουν με εξειδικευμένα στελέχη στην Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας. Πολλά από αυτά τα προγράμματα εξειδικεύουν επιστήμονες υγείας, πράγμα πολύτιμο εν όψει της έλλειψης Ιατρών Εργασίας στην χώρα μας. Χωρίς αυτό βέβαια να σημαίνει την αντικατάστασή τους.

6.2. Δράση των επιστημόνων επαγγελματικής υγείας μέσα στο νοσοκομείο.

Καθοριστικός θα πρέπει να είναι ο ρόλος των υγειονομικών ειδικών επαγγελματικής υγείας, στην αποφυγή έκθεσης του προσωπικού, σε βλαπτικών εργασιακών παραγόντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση επαγγελματικής νόσου (πρωτογενής πρόληψη), αλλά και ανάπτυξη μεθόδων διαλογής για την πρώιμη εντόπιση περιστατικών στο χώρο εργασίας (δευτερογενής πρόληψη) (Κωνσταντινίδης, 2002).

Όσο αφορά στην διαχείριση του εργασιακού στρες προτείνουν παρεμβάσεις που στοχεύουν τόσο στην εντόπιση των στρεσογόνων παραγόντων (Καντάς, 1995), στην εκτίμησή τους και στην πρόληψη αυτών (Ψυχαργός, 2005).

6.2.1. Εντόπιση και εκτίμηση στρεσογόνων παραγόντων κινδύνου στον εργασιακό χώρο, μέσω ερωτηματολογίων και συνεντεύξεων. Διεξαγωγή έρευνας στο προσωπικό.

6.3.1.1. Εκτίμηση στρεσογόνων παραγόντων κινδύνου

Ένα σημαντικό βήμα είναι να εντοπιστούν οι πηγές του εργασιακού στρες, εφαρμόζοντας εκτίμηση κινδύνου επικεντρωμένη σε κάθε ομάδα εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων, αναδεικνύοντας έτσι τις ομοιότητες και τις διαφορές (Snelgrove, 1998).

Σε αυτό το σημείο, έχουμε το παράδειγμα του Cox et al που θεωρεί τους ψυχολογικούς στρεσογόνους παράγοντες διαφορετικούς από άλλους κινδύνους, επειδή υπό άλλες συνθήκες, έχουν θετικά αποτελέσματα και επειδή οι

παρενέργειές τους ποικίλουν πολύ και είναι δύσκολο να εκτιμηθούν. Η προσέγγισή του ξεκινά με μια διαδικασία εξοικείωσης με τον οργανισμό και με μια ανάλυση εργασίας, μέσω συνεντεύξεων, η οποία έδωσε μια πιο ξεκάθαρη εικόνα, αφού αυτές οι συνεντεύξεις διεξάγονται με ομάδες καθώς και με μεμονωμένα άτομα. Τυπικά ερωτηματολόγια που απαντήθηκαν από τους εργαζομένους και ένας έλεγχος των υπαρχόντων συστημάτων διοικητικού ελέγχου και υποστήριξης εργαζομένων, έδωσαν περαιτέρω πληροφορίες. Η ανάλυση αυτών των στοιχείων από διαφορετικές πηγές διεξάγεται τμηματικά, ξεκινώντας με την αναγνώριση των στρεσογόνων παραγόντων και των στοιχείων που τους πυροδοτούν και τελειώνει με μια εκτίμηση κινδύνου που παραμένει, παρά το εν ενεργεία σύστημα που υπάρχει, για την μείωσή τους. Ο Cox et al τόνισε την σημασία μιας τελικής διαδικασίας μετατροπής των ευρημάτων σε μέτρα για την μείωση του κινδύνου. Η υποστήριξη του προγράμματος στον χώρο εργασίας – συνήθως επαγγελματιών υγείας – και η ανάγκη να καταλάβει ο οργανισμός – ειδικά η ανώτερη διοίκηση – την αξία της διαδικασίας, είναι σημαντικές (Cox et al, 2000).

Ένα ακόμη παράδειγμα είναι το ακόλουθο από το HSE, που ως μέρος της γενικής στρατηγικής τους να μειώσουν την εργασιακή καταπόνηση της υγείας, ανέπτυξαν κάποιες ξεκάθαρες οδηγίες για την διαχείριση του εργασιακού στρες, που ξεκίνησε τον Νοέμβριο του 2004, ενθαρρύνοντας τους οργανισμούς να λάβουν προληπτικά μέτρα μέσω μιας εκτίμησης κινδύνου.

Η εκτίμηση συνήθως συμπεριλαμβάνει το να ερωτώνται οι εργαζόμενοι, μέσω κάποιου είδους έρευνας συμπεριφοράς, για το πόσο ικανοποιημένοι είναι από την εργασία τους σε έξι αναγνωρισμένους τομείς, και εάν εντοπισθούν προβλήματα, οι εργοδότες θα πρέπει να συζητήσουν με το προσωπικό για την εξεύρεση πιθανών λύσεων. Τέλος, οι οργανισμοί θα πρέπει να έχουν εν ενεργεία ένα σχέδιο που θα ξεκαθαρίζει τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται, όπως την περαιτέρω εκπαίδευση των διοικητικών καθώς και ένα χρονικό περιθώριο επιδιόρθωσης (Tehrani & Ayling, 2008; HSE 2008)

Για την προώθηση της αντιμετώπισης των εργασιακών πιέσεων οι Αρχές Αγωγής Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, έχουν δημοσιεύσει ένα φυλλάδιο που περιγράφει εν συντομία κάποιο πρόγραμμα οργανωτικής διαχείρισης των καταστάσεων αυτών για χρήση από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS, 1997). Συγκεκριμένα, αυτό περιλαμβάνει:

- i) Διαγνωστικές συζητήσεις μεταξύ του προϊσταμένου και ανωτέρων διοικητικών στελεχών του οργανισμού, καθώς και εξωτερικών συμβούλων.
- ii) Μία «Ομάδα Ακρόασης», συγκροτούμενη από διαφορετικά επαγγέλματα για τη διεξαγωγή προκαταρκτικής ανάλυσης της φύσης και της έκτασης του προβλήματος των εργασιακών εντάσεων.
- iii) Ομάδες συζήτησης για το εργασιακό στρες, με σκοπό τη βελτίωση των εργασιακών σχέσεων.

iv) Μια ομάδα διαχείρισης των εργασιακών πιέσεων για το χειρισμό και το συντονισμό των πληροφοριών και την εφαρμογή των πορισμάτων από τις ομάδες συζήτησης, παράλληλα με τη συνεργασία με εξωτερικούς συμβούλους.

v) Κλινικές εποπτείες

vi) Λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης

6.3.1.2. Εκτίμηση στρεσογόνων παραγόντων κινδύνου μέσω της εκτίμησης υγείας του προσωπικού.

Η μελέτη μας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το εργασιακό στρες είναι προγνωστικός παράγοντας της ανάπτυξης συμπτωματολογίας διαταραχών της υγείας. Επειδή λοιπόν η εκτίμηση των στρεσογόνων παραγόντων καθίσταται δύσκολη μερικές φορές και τον λόγο τον έχουμε αναφέρει πολλές φορές στην παρούσα έρευνα, κρίνεται σκόπιμη η έμμεση εκτίμησή τους, μέσω των επιπτώσεων στην υγεία του προσωπικού. Άλλωστε, ο τελικός στόχος μας είναι εκ των προτέρων η διασφάλιση της υγείας του προσωπικού. Όπως έχουμε προαναφέρει, ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, αναγνωρίζει ότι διάφορες ομάδες παραγόντων μπορούν να συμβάλουν στην εκδήλωση σωματικών συμπτωμάτων και παθήσεων, ανάμεσα σε αυτούς και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες στην εργασία. (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, FACTS 75, 2007).

Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω γνώσεις, τα μέτρα πρόληψης που προτείνονται για την αντιμετώπιση τέτοιων παθήσεων είναι η αντιμετώπιση της συνολικής καταπόνησης του σώματος, η οποία συνήθως δεν οφείλεται σε έναν μόνο παράγοντα.

Οι επιστήμονες λοιπόν της επαγγελματικής υγείας έχοντας τα αποτελέσματα των δικών τους ερευνών στον χώρο εργασίας όπου είναι υπεύθυνοι, θα πρέπει να τους απασχολήσει πολύ περισσότερο από την χορήγηση ενός παυσίπονου, η ανακάλυψη υψηλού επιπολασμού των συμπτωμάτων της κεφαλαλγίας ή των μυοσκελετικών πόνων. Τέτοια γεγονότα θα πρέπει να σηματοδοτούν νέες έρευνες για την ανίχνευση παραγόντων που σχετίζονται με τα συγκεκριμένα συμπτώματα και κατάσταση σχεδίων διαχείρισης και αντιμετώπισης αυτών συνολικά από τον οργανισμό.

6.3.1.3. Σφαιρική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των νοσηλευτών.

Τα παραδοσιακά θεωρητικά μοντέλα ποιότητας ζωής, βασίζονται κυρίως σε αντικειμενικούς και σε υποκειμενικούς δείκτες, αλλά και στο συνδυασμό τους. Ενώ λοιπόν, αντικειμενικές παράμετροι θεωρούνται οι εκτιμήσεις που αφορούν στη σωματική υγεία, υποκειμενικές θεωρούνται οι εκτιμήσεις που αφορούν στην ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία (Μπελλάλη, και συν, 2007).

Σύμφωνα με τον Fallowfield, η ποιότητα ζωής προσδιορίζεται από ένα σύμπλεγμα παραγόντων που αλληλεπιδρούν και αφορούν σε 3 διαστάσεις: (α)

τη σωματική ευεξία του ατόμου, (β) την ψυχική ευεξία και (γ) την κοινωνική ευεξία (Fallowfield, 1990). Σημαντική πρόοδος έχει σημειωθεί τελευταία στη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, με τη δημιουργία μεθόδων για την περιγραφή της υποκειμενικής αντίληψης της υγείας, κυρίως με τη μορφή έγκυρων και αξιόπιστων οργάνων.

Οι επιστήμονες επαγγελματικής υγείας μόνο αν κινηθούν σε αυτή την κατεύθυνση και αποδεχόμενοι το ψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας, θα μπορέσουν να διασφαλίσουν σωστά την υγεία των εργαζομένων και να προσεγγίσουν τις αιτίες και τα αποτελέσματα του εργασιακού στρες με επιτυχία.

6.2.2. Πρόληψη του εργασιακού στρες στο νοσοκομείο.

6.3.2.1. Δράση της Διοίκησης του Νοσοκομείου για την διασφάλιση υγιεινού περιβάλλοντος εργασίας.

Σύμφωνα με οδηγία πλαίσιο της ΕΕ οι εργοδότες έχουν το καθήκον να διασφαλίσουν την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων σε κάθε πτυχή της εργασίας.

Η αναγνώριση ότι το στρες είναι ένα οργανωτικό πρόβλημα και η παραδοχή ότι το εργασιακό περιβάλλον είναι υπεύθυνο για το μεγαλύτερο μέρος του στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές και το ότι δεν είναι ένα πρόβλημα που οι νοσηλευτές πρέπει να αντιμετωπίσουν μόνοι τους (Cott, 2000), είναι το πρώτο και σπουδαιότερο βήμα για την διαχείριση του εργασιακού στρες από την επιχείρηση. Είναι γνωστό βέβαια ότι εδώ υπάρχει μια προκατάληψη και συνηθίζεται η αντιμετώπιση του εργασιακού στρες σε προσωπικό παρά σε οργανωτικό επίπεδο (Cox et al, 2000).

Σύμφωνα με την οδηγία πλαίσιο της ΕΕ και του άρθρου 152 της συνθήκης του Άμστερνταμ, υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας θα διασφαλιστεί με τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των κοινοτικών οδηγιών και δραστηριοτήτων. Απαιτείται έτσι προσαρμογή του επαγγελματικού ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος στις ικανότητες, τις ανάγκες και στις προσδοκίες του εργαζόμενου (Maureen et al, 2003).

Καθίσταται πρωταρχικής σημασίας η λήψη μέτρων από την πλευρά του νοσοκομείου που θα προλαμβάνουν, όσο αυτό είναι δυνατόν, τις στρεσογόνες καταστάσεις, με τον καλύτερο σχεδιασμό της εργασίας αλλά και την δομή της ίδιας της οργάνωσης.

- ο Μείωση ή τροποποίηση της στρεσογόνου κατάστασης ή απομάκρυνση του ατόμου από αυτή (Πανταζοπούλου-Φωτεινέα, 2003).
- ο Προσαρμογή της εργασίας στο άτομο (Πανταζοπούλου-Φωτεινέα, 2003).
- ο Ακριβείς περιγραφές του έργου, για να αποφεύγεται η ασάφεια και η σύγκρουση ρόλων (Murphy, 1995).
- ο Επανασχεδιασμός του εργασιακού χώρου βάσει εργονομικών αρχών, για τη μείωση της κόπωσης και των μυοσκελετικών προβλημάτων (Murphy, 1995).

- ο Σχηματισμός κοινών επιτροπών εργαζομένων και διοίκησης, με στόχο την επίλυση παρόμοιων προβλημάτων (Murphy, 1995).
- ο Ειδική εκπαίδευση και κατάρτιση για τα άτομα που η εργασία τους αλλάζει ή ξεπερνιέται από τις εξελίξεις, ώστε να μην αναγκάζονται να αποχωρήσουν από το χώρο εργασίας (Murphy, 1995).
- ο Προγράμματα οριζόντιας μετακίνησης των εργαζομένων, ώστε αυτοί να μπορούν να εργαστούν σε περιοχές που βρίσκονται στο πλαίσιο των δυνατοτήτων τους (Murphy, 1995).
- ο Η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση, αυξάνει τις πιθανότητες απόδοσης του, αλλά και της παροχής ποιοτικής φροντίδας (Βασιλάκη και Τριλιβά, 2001).
- ο Να λαμβάνουν υπόψη τα προσωπικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων όταν τους αναθέτουν καθήκοντα (Dutch Working Conditions Act, 1990).
- ο Η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή η αλλαγή χώρου εργασίας, αυξάνει την αίσθηση προσωπικού ελέγχου, καθώς ο επαγγελματίας νιώθει ότι είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις του (Murphy, 1995).
- ο Να δημιουργούν εκείνες τις εργασιακές συνθήκες που να επιτρέπουν στον εργαζόμενο να εργάζεται ανάλογα με τις δυνατότητες του, να διατηρεί επαφή με άλλους, να βάζει στόχους, να ενημερώνεται για τις απαιτήσεις και τα αποτελέσματα της εργασίας του (ανατροφοδότηση) (Dutch Working Conditions Act, 1990).
- ο Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής στήριξης (Βασιλάκη και Τριλιβά, 2001).
- ο Ενδυνάμωση της ανθεκτικότητας του ατόμου με άσκηση, διαλογισμό, τεχνικές χαλάρωσης και κοινωνική στήριξη. (Πανταζοπούλου-Φωτεινέα, 2003).
- ο Η δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης (Βασιλάκη και Τριλιβά, 2001).
- ο Να ενθαρρύνονται οι δραστηριότητες προώθησης της υγείας στο χώρο εργασίας καθώς και η υγιής ισορροπία της εργασιακής ζωής.
- ο Δημιουργία ειδικών χώρων μέριμνας των παιδιών των εργαζομένων, για την απάλυνση των σχετικών προβλημάτων (Murphy, 1995).
- ο Η διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας (ιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, ψυχιάτρων, κοινωνικών λειτουργών κ.τλ), όσο απλή φαινομενικά μοιάζει, άλλο τόσο πολύπλοκη είναι στην πράξη. Προϋποθέτει την αναγνώριση του ρόλου, των καθηκόντων, αλλά και των ορίων κάθε ειδικού και τη συμβολή του στην κατανόηση προσέγγισης και χειρισμό κάθε περίπτωσης (Βασιλάκη και Τριλιβά, 2001).
- ο Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Ασφάλεια και την Υγεία στην εργασία, οι εργαζόμενοι πρέπει να συμμετέχουν στην διαμόρφωση των αλλαγών στην εργασία και να τους παρέχεται υποστήριξη κατά την διάρκεια αυτών (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την υγεία στην Εργασία, 2002), (<http://agency.osha.eu.int>).

ο Εφαρμογή της νομοθεσίας περί Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, αφού το στρες στην εργασία μπορεί να προκληθεί από φυσικούς κινδύνους, όπως ο θόρυβος και η θερμοκρασία (Ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, 2002), οι κακές περιβαλλοντικές συνθήκες, η ενοχλητική ρύπανση, η ακαταστασία, οι δονήσεις, ο κακός αερισμός, ο ελλιπής φωτισμός ή επίσης τα προβλήματα που σχετίζονται με την αξιοπιστία, τη διαθεσιμότητα, την καταλληλότητα και την συντήρηση ή επισκευή του εξοπλισμού και των εγκαταστάσεων.

6.3.2.2. Λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης.

Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης για τους επαγγελματίες υγείας, έχει προταθεί επανειλημμένως και όπου έχει εφαρμοστεί, έχει επιφέρει ιδιαίτερα σημαντικά αποτελέσματα στη μείωση του επαγγελματικού στρες και στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης, αλλά και στη βελτίωση της ικανοποίησης από το επάγγελμα και τις συνθήκες εργασίας στα νοσοκομεία. Ορισμένες από τις αρχές ενός προγράμματος ψυχολογικής υποστήριξης είναι η ανταλλαγή απόψεων, συναισθημάτων και αντιλήψεων των εργαζομένων σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στον εργασιακό τους χώρο, η αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης των δύσκολων περιπτώσεων, οι υποδείξεις τρόπων επιτυχούς παρέμβασης για την ενίσχυση της αυτοπεποίθησής τους, η κατανόηση των αντιδράσεών τους και η επεξεργασία των οδυνηρών εμπειριών που βιώνουν στο εργασιακό τους περιβάλλον. Τα αποτελέσματα συγκεκριμένων προγραμμάτων παρέμβασης αποσκοπούν στην καλύτερη ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας, την τόνωση του αισθήματος εργασιακής ικανοποίησης και την ανάπτυξη συνεργατικών μεθόδων για την επίλυση των προβλημάτων τους.

6.3.2.3. Μείωση των στρεσογόνων παραγόντων στο νοσηλευτικό επάγγελμα.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης οδηγούν στο συμπέρασμα ότι θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην μείωση των εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων, αν θέλουμε να υποστηρίξουμε την υγεία των εργαζομένων. Για να επιτευχθεί όμως αυτό, θα πρέπει να ληφθούν μέτρα σε ατομικό επίπεδο από τον κάθε νοσηλευτή, εξεύρεση χώρου και χρόνου «αποσυμπίεσης» μεταξύ εργασίας και σπιτιού κ.ά. Αλλά και σε διοικητικό επίπεδο, θα πρέπει να εφαρμοστούν παρεμβάσεις όπως ενθάρρυνση ανάληψης πρωτοβουλιών, δημοκρατική διοίκηση και συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων, λειτουργία ομάδας εποπτείας και ψυχολογικής στήριξης, πολυμορφία στην εργασία με δυνατότητα «διαλειμμάτων», συνεχιζόμενη επιμόρφωση και κατάρτιση κ.ά. (Παπαδόπουλος και συν, 2004). Πέρα όμως από αυτά τα γενικά προληπτικά μέτρα για την διαχείριση του στρες θα πρέπει να επικεντρωθούμε στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων εργασιακών παραγόντων, που έχουμε αναδείξει ότι επηρεάζουν

την υγεία των εργαζομένων στον δικό μας εργασιακό χώρο. Στηριζόμενοι στα δεδομένα της δικής μας έρευνας, οι συχνότεροι στρεσογόνοι παράγοντες που απασχολούν ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα Ελλήνων νοσηλευτών είναι η «επαφή με τον θάνατο», και τα «προβλήματα με τους προϊστάμενους». Γι' αυτόν τον λόγο θα επικεντρωθούμε ειδικά σε αυτούς.

6.3.2.3.1. Αντιμετωπίζοντας το στρες λόγω της επαφής με τον θάνατο.

Είναι σημαντικό σε νοσηλευτικά τμήματα, με αυξημένους θανάτους, να δημιουργούνται ομάδες από ψυχολόγους για όλους τους επαγγελματίες υγείας, όπου θα μπορούν να συζητούν και να επεξεργάζονται τα αισθήματά τους με τους άλλους συναδέλφους, να εμβαθύνουν τις αξίες της ζωής και να αναγνωρίζουν τις δυσκολίες του επαγγέλματος, ώστε να αποφεύγεται το έντονο συναισθηματικό στρες και η επαγγελματική εξουθένωση (Παϊκοπούλου και Γέραλη, 2009). Το να υπάρχει κάποιος ο οποίος μπορεί να βοηθήσει τους νοσηλευτές να ξεφορτωθούν το συναισθηματικό φορτίο που αποκτούν κατά τη διάρκεια της ημέρας (Hudgins, 2008), καθώς και η παροχή κοινωνικής υποστήριξης είναι σημαντικό (Mor-Barak, 1988). Η συνειδητοποίηση, του ότι υπάρχει και κάποιος άλλος, που αισθάνεται το ίδιο, είναι πολύ σημαντικό για την μείωση του στρες (Cort, 2000) και επιτυγχάνεται με ομάδες υποστήριξης, όπου οι νοσηλευτές μπορούν να εκφράσουν τις ανησυχίες τους για την ανύπαρκτη επικοινωνία, τα οικογενειακά θέματα και άλλες ηθικές ανησυχίες, καθώς και την επιμόρφωσή τους (Perkin et al., 1997).

6.3.2.3.2. Αντιμετωπίζοντας το στρες λόγω προβλημάτων με τους προϊστάμενους.

Ιδιαίτερα μεγάλη βαρύτητα δίνεται στον ρόλο του προϊσταμένου (Ito et al, 2002), ο οποίος εκ του νόμου είναι υποχρεωμένος να προστατεύει την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων, προσδιορίζοντας τα αίτια του εργασιακού στρες, εκτιμώντας του κινδύνους και λαμβάνοντας προληπτικά μέτρα προτού παρουσιαστούν προβλήματα υγείας στους εργαζόμενους (Ψυχαργός, 2005). Επομένως ένας προϊστάμενος δεν πρέπει να δημιουργεί ένταση στους εργαζόμενους και να ξεσπά σε αυτούς, όταν αυτός βιώνει το δικό του στρες. Ένας πιεστικός και στρεσορριζόμενος άνθρωπος, προκαλεί μια ατμόσφαιρα έντασης στο περιβάλλον του, ενώ ένας ήρεμος άνθρωπος ξαλαφρώνει την ατμόσφαιρα (Fontana, 1995). Βασικό μέλημα θα πρέπει να είναι η αποφυγή των συγκρούσεων ενώ πολύς λόγος γίνεται για την ευεργετική επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην εργασία από την πλευρά των συναδέλφων και των προϊσταμένων (Παχνή, 2001). Ο προϊστάμενος, θα πρέπει να είναι σε θέση να παρέχει υποστήριξη και απλές στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων στους νοσηλευτές, όπως (Ito, et al, 2001).

α) δυνατότητα ευέλικτων εφημεριών.

β) συζητήσεις με το προσωπικό σχετικά με αλλαγές στην οργάνωση του ιδρύματος.

γ) πληροφορίες για τη διαχείριση των εργασιακών εντάσεων.

δ) υποστήριξη στις συγκρούσεις που απορρέουν από τη δύσκολη φύση του επαγγέλματος.

Μία τέτοια διαδικασία θα μπορούσε να διατηρήσει υψηλό το ηθικό του νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ θα μπορούσε ταυτόχρονα να αυξήσει και τα επίπεδα εργασιακής του ικανοποίησης. Συνεπώς, το νοσηλευτικό προσωπικό είναι απαραίτητο να γνωρίζει ότι διαθέτει τις κατάλληλες πηγές, ικανότητες και κίνητρα για τη διαχείριση των αναγκών του.

Η προσέγγιση μιας πιο αποκεντρωμένης δημοκρατικής διοίκησης θα ήταν ωφέλιμη, αφού οι νοσηλευτές χρειάζονται να νιώθουν ότι συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων ειδικά όταν αφορούν θέματα νοσηλευτικής φροντίδας (Harris, 2001). Η αύξηση της παρουσίας των νοσηλευτών στον εργασιακό χώρο, εγκαθιστώντας προγράμματα που αναγνωρίζουν την συνεισφορά τους (Rosenstein, 2002) και παρέχοντας συναισθηματική υποστήριξη, με αρκετές πληροφορίες για την απόδοσή τους από τους προϊστάμενους τους, με σκοπό να αυξηθεί η αυτοπεποίθηση των νοσηλευτών, θα ήταν ιδιαίτερα ωφέλιμη (Bakker et al. 2000).

Οι προϊστάμενοι ίσως έχουν μια σημαντική ευθύνη όσον αφορά στην προσωπική και επαγγελματική απόδοση των υφισταμένων τους (Ο' Driscoll & Beehr 1994), και στον χώρο της νοσηλευτικής, ο προϊστάμενος νοσηλευτής μπορεί να απαλύνει τις επιδράσεις ενός απαιτητικού εργασιακού χώρου στο προσωπικό, διατηρώντας ένα ηγετικό στυλ που υποστηρίζει τις ανάγκες του νοσηλευτικού προσωπικού (Duxdury et al, 1984; Bakker et al, 2000). Άλλωστε, ο προϊστάμενος είναι συνήθως το πιο σημαντικό πρόσωπο στον εργασιακό χώρο και είναι πιθανόν να αντιπροσωπεύει την κουλτούρα του οργανισμού και να ασκεί μια άμεση επιρροή στην συμπεριφορά των υφισταμένων και στο επίπεδο συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών (Kozlowski & Doherty, 1989).

Η διοίκηση των νοσοκομείων είναι ανάγκη να προωθεί μία οργανωσιακή κουλτούρα που να αναγνωρίζει την αξία των γνώσεων και εμπειριών του προσωπικού, καθώς και να επενδύει σε ατομικά και συλλογικά συστήματα υποστήριξής του. Η εκδήλωση σεβασμού στο προσωπικό πρέπει να είναι εμφανής σε όλα τα επίπεδα και επαγγέλματα υγείας. Οι βασικές αυτές στρατηγικές θα μπορούσαν αποτελεσματικά να ενισχύσουν και να μειώσουν το εργασιακό στρες του προσωπικού (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006»).

Ίσως η επιλογή λοιπόν των διευθυντικών στελεχών και των προϊστάμενων με κατάλληλα κριτήρια, θα μπορούσε να αυξήσει την πιθανότητα καλής διοίκησης του προσωπικού και μείωσης του εργασιακού στρες που οι εργαζόμενοι θα βιώνουν.

6.3.3. *Εκεί που η πρόληψη δεν είναι αρκετή, αντιμετώπιση του εργασιακού στρες. Επαγγελματική βοήθεια στους νοσηλευτές για την Διαχείριση εργασιακού στρες μέσα στον οργανισμό.*

Αυτό μπορεί να γίνει με τεχνικές χαλάρωσης και γνωστική αντιμετώπιση του στρες. Στην πλειονότητα τους οι άνθρωποι χρειάζονται κάποια εργαλεία ή μέσα που θα τους βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν τόσο το οξύ όσο και το χρόνιο στρες. Αυτά τα εργαλεία μπορεί να ποικίλουν σε μορφή, ενώ επίσης διαφοροποιούνται όσο αφορά την αποτελεσματικότητά τους. Έχουν σχεδιαστεί πολυάριθμες παρεμβάσεις, οι οποίες εξυπηρετούν συγκεκριμένους στόχους, όπως η ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος, η χαλάρωση του νευρικού συστήματος, η ανάδυση λειτουργικών γνωστικών στρατηγικών αντιμετώπισης ή η παροχή υλικής και συναισθηματικής υποστήριξης στο άτομο που βιώνει εξαιρετικά στρεσογόνο εμπειρία. Μερικά παραδείγματα τέτοιων παρεμβάσεων είναι η αεροβική άσκηση, η βιοανάδραση, η χαλάρωση, η ψυχοθεραπεία, η γνωστική επανεκπαίδευση (Σουρτζή, και Βελονάκης, 2004).

Η επιτυχημένη προσέγγιση για τη διαχείριση του στρες περιλαμβάνει την αναγνώριση των πηγών, την εκπαίδευση στην τροποποίηση της διέγερσης και των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση του. Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών που έχει ο επαγγελματίας από τον εαυτό του, τους αρρώστους που φροντίζει, τη σχέση με συναδέλφους και προϊστάμενους και τη δουλειά του γενικότερα συμβάλλει στην αναθεώρηση και επαπροσδιορισμό μερικών από αυτών.

7. Επίλογος

Το επαγγελματικό στρες έχει αναδειχθεί σε μείζον αντικείμενο μελέτης τα τελευταία χρόνια, γιατί έχει συνειδητοποιηθεί ο ρόλος του στην ψυχική και σωματική υγεία του εργαζομένου, αλλά και στην όλη αποτελεσματικότητα της οργάνωσης.

Ήταν λοιπόν σημαντικό να τεκμηριώσουμε ότι και στον ελληνικό χώρο το εργασιακό στρες επηρεάζει τους νοσηλευτές, και να αναδείξουμε ποιοι παράγοντες του εργασιακού τους περιβάλλοντος, προκαλούν το μεγαλύτερο φορτίο. Ήταν μεγάλης σημασίας να αποκτήσουμε περισσότερες γνώσεις που αφορούν στις συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών, το εργασιακό στρες που αυτοί βιώνουν και τις επιδράσεις στην υγεία τους. Εδώ η έρευνα έχει επιτελέσει το δικό της έργο και απομένει η γνώση αυτή να χρησιμοποιηθεί στην μείωση του εργασιακού στρες, στην διατήρηση της υγείας και ασφάλειας του εργατικού δυναμικού μας και την βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στον τομέα της υγείας.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να λαμβάνονται νομοθετικές και διοικητικές ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση των σοβαρών προβλημάτων. Οι απαιτήσεις της διοίκησης και οι προσδοκίες των εργαζομένων, σε συνδυασμό με τις οικονομικές ελλείψεις και τον ανεπαρκή αριθμό προσωπικού στα νοσοκομεία, συχνά καθιστούν τις νομοθετικές ρυθμίσεις δύσκολες, αλλά η δυσκολία αυτή τελικά ίσως είναι σχετική και έχει σχέση με την θέληση κάποιων να ασχοληθούν ουσιαστικά και την ικανότητα κάποιων να πείθουν με επιστημονικά δεδομένα.

Είναι ξεκάθαρο ότι εάν οι νοσηλευτές βοηθηθούν να διαχειριστούν το στρες, το αποτέλεσμα θα είναι υψηλού επιπέδου περίθαλψη για τους ασθενείς καθώς και καλύτερη υγεία και ευημερία για τους ίδιους.

8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Α (Μέρος 1ο)

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σημειώστε με Χ όπου χρειάζεται ή συμπληρώστε στο κενό

- A1. Φύλο: Γυναίκα ☐ Άνδρας ☐
- A2. Ηλικία ☐
- A3. Οικογενειακή κατάσταση : 1. Άγαμος/η ☐ 2. Έγγαμος/η ☐
3. Διαζευγμένος/η ☐ 4. Χήρος/α ☐
- A4. Στο σπίτι σας ζείτε: 1. Μόνος ☐ 2. Με άλλους ☐
- A5. Παιδιά 1. ναι ☐ Αριθμός αγοριών ☐ Αριθμός κοριτσιών ☐
2. όχι ☐
- A6. Συμπληρώστε τον τίτλο του πτυχίου σας
- A7. Αν έχετε κάνει κάποια εκπαίδευση εκτός της βασικής σημειώστε με Χ στην αντίστοιχη επιλογή:
1. ειδικότητα ☐ 2. μεταπτυχιακό ☐ 3. διδακτορικό ☐ 4. εξειδίκευση ☐
- A8. Σε ποιο τμήμα εργάζεστε;.....
- A9.. Χρόνια υπηρεσίας :
- A10. Επιλογή για το τμήμα που εργάζεστε; 1. Δική μου ☐ 2. Άλλων ☐
- A 11. Τι είδους ωραρίου έχετε; 1. Πρωινό ☐ 2. Κυκλικό ☐
- A12. Ποια θέση κατέχεται αυτή τη στιγμή στο νοσοκομείο:
1. βοηθού νοσηλεύτη ☐ 2. υπευθύνου/ης τμήματος ☐ 3. τομεάρχη ☐
4. προϊσταμένου/ης ☐ 5. Νοσηλεύτη ☐ 6. Άλλο – ονομάστε
- A12. Κατά μέσο όρο νυχτερινές βάρδιες το μήνα: αριθμός.....

A13. Θέλετε να φύγετε από το συγκεκριμένο νοσοκομείο;

1. Θέλω να φύγω όσο το δυνατόν συντομότερα... ☐
2. Θα ήθελα να φύγω σύντομα ☐
3. Θα ήθελα να φύγω σε ένα χρόνο..... ☐
4. Δεν με πειράζει να μείνω μερικά χρόνια..... ☐
5. Δεν θέλω να φύγω από εδώ..... ☐

A14. Θέλετε να εγκαταλείψετε το επάγγελμά σας;

1. Θέλω να το εγκαταλείψω όσο το δυνατόν συντομότερα..... ☐
2. Θα ήθελα να το εγκαταλείψω σύντομα ☐
3. Θα ήθελα να το εγκαταλείψω σε ένα χρόνο..... ☐
4. Δεν θέλω να το εγκαταλείψω..... ☐

A15. Θα θέλατε το παιδί σας να ακολουθήσει το επάγγελμά σας;

1. Ναι ☐ 2. Όχι ☐

A16. Αν σας ρωτούσαν σήμερα θα επιλέγατε πάλι να ασκήσετε το επάγγελμά σας;

1. Ναι ☐ 2. Όχι ☐

Παράρτημα Α (Μέρος 2ο)

Ακολουθως υπάρχει μια λίστα καταστάσεων οι οποίες συναντώνται τακτικά σε έναν εργασιακό χώρο. Μπορείτε να δηλώσετε πόσο στρεσογόνα υπήρξε για εσάς η κάθε μια από τις παρακάτω καταστάσεις που έχετε αντιμετωπίσει στην ΤΩΡΙΝΗ ΣΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑ;

(Γράψτε τον αριθμό που ταιριάζει καλύτερα σε εσάς στη δεξιά στήλη. Εάν δεν έχετε αντιμετωπίσει κάποια από αυτές τις καταστάσεις συμπληρώστε ' 0')

Καθόλου Στρεσογόνο 1	Λίγο Στρεσογόνο 2	Αρκετά Στρεσογόνο 3	Εξαιρετικά Στρεσογόνο 4	Δεν ισχύει 0
-------------------------	----------------------	------------------------	----------------------------	-----------------

α/α	Ερώτηση	Βαθμολογία
1	Εκτέλεση επίτιπων διαδικασιών για τους ασθενείς	
2	Κριτική από έναν γιατρό	
3	Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για την αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας του ασθενούς	
4	Έλλειψη ευκαιριών για ανοιχτή συζήτηση για τα προβλήματα στο χώρο εργασίας με άλλους επαγγελματίες	
5	Διαμάχη με έναν προϊστάμενο	
6	Βλάβη στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές	
7	Ανεπαρκής ενημέρωση για την κλινική κατάσταση ενός ασθενούς από	
8	Παράλογες απαιτήσεις από τους ασθενείς.	
9	Σεξουαλική παρενόχληση εις βάρος σας.	
10	Αίσθημα ανεπάρκειας σε περίπτωση μη βελτίωσης του ασθενούς.	
11	Διαμάχη με έναν γιατρό.	
12	Ερωτήσεις από τους ασθενείς για τις οποίες δεν έχετε μια	
13	Έλλειψη ευκαιριών για ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με συναδέλφους στο χώρο εργασίας.	
14	Διαρκής μετακίνηση σε άλλα νοσηλευτικά τμήματα λόγω έλλειψης	
15	Απρόβλεπτος αριθμός προσωπικού και ασαφές πρόγραμμα	
16	Εντολή γιατρού για χορήγηση θεραπείας που φαίνεται να είναι ακατάλληλη για έναν ασθενή.	
17	Παράλογες απαιτήσεις από την πλευρά της οικογένειας του	
18	Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φυλής ή εθνικότητας.	
19	Το να ακούτε ή να συνομιλείτε με έναν ασθενή για τον επικείμενο	
20	Φόβος για την πιθανότητα λάθους στην χορήγηση της θεραπείας των	
21	Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας όσον αφορά την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών ενός ασθενούς.	
22	Έλλειψη ευκαιριών που αφορούν την εξωτερίκευση των αρνητικών σας συναισθημάτων προς τους ασθενείς σε συναδέλφους του	
23	Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλεύτess) στο άμεσο εργασιακό σας περιβάλλον.	
24	Δυσκολία στην συνεργασία με έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή (ή νοσηλεύτess) στο έμμεσο εργασιακό σας περιβάλλον.	
25	Ανεπαρκής χρόνος για παροχή συναισθηματικής υποστήριξης των	
26	Απουσία γιατρού σε έναν ιατρικό επείγον περιστατικό.	

27	Το να κατηγορείστε για οτιδήποτε δεν λειτουργεί σωστά.	
28	Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω φύλου.	
29	Ο θάνατος ενός ασθενούς.	
30	Διαφωνία που αφορά την θεραπευτική αγωγή ενός ασθενούς.	
31	Αίσθημα ανεπαρκούς εκπαίδευσης για τα καθήκοντα σας.	
32	Έλλειψη συμπαράστασης από τον προϊστάμενο σας.	
33	Κριτική από έναν προϊστάμενο.	
34	Ανεπαρκής χρόνος για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών σας	
35	Το να μην γνωρίζετε τι πρέπει να πείτε για την κατάσταση της υγείας και την θεραπεία ενός ασθενούς τόσο στον ίδιο όσο και στην	
36	Η ευθύνη του να είστε εσείς που θα αντιμετωπίσει τις οικογένειες των	
37	Αντιμετώπιση βίαιων ασθενών.	
38	Έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία και ασφάλεια σας	
39	Ο θάνατος ενός ασθενούς με τον οποίο αναπτύξατε μια κοντινή	
40	Λήψη αποφάσεων που αφορούν ασθενή σε περίπτωση απουσίας	
41	Θέση ευθύνης με ανεπαρκή εμπειρία.	
42	Έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση νοσηλευτικού προσωπικού.	
43	Πληθώρα μη νοσηλευτικών καθηκόντων, όπως δουλειά γραφείου.	
44	Ανεπαρκές προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών του τμήματος.	
45	Αβεβαιότητα που αφορά στην λειτουργία και λειτουργικότητα εξειδικευμένων μηχανημάτων.	
46	Αντιμετώπιση υβριστικών ασθενών.	
47	Ανεπαρκής χρόνος για την κάλυψη των αναγκών των οικογενειών των	
48	Να θεωρήστε υπεύθυνος για πράγματα για τα οποία δεν μπορείτε να	
49	Απουσία γιατρών όταν ένας ασθενής πεθαίνει.	
50	Το να πρέπει να οργανώσετε τη δουλειά των γιατρών.	
51	Έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση του νοσοκομείου.	
52	Δυσκολία συνεργασίας με νοσηλευτές του αντίθετου φύλου.	
53	Απαιτήσεις για την καταχώρηση στοιχείων του ασθενούς στο ηλεκτρονικό σύστημα καταχώρησης.	
54	Αντιμετώπιση ύβρεων από τις οικογένειες των ασθενών.	
55	Το να βλέπετε έναν ασθενή να υποφέρει.	
56	Κριτική από την νοσηλευτική διοίκηση.	
57	Υπαρξη ανάγκης να εργάζεστε στο διάλειμα σας.	
58	Φόβος για το αν η οικογένεια του ασθενούς θα σας κάνει αναφορά σε περίπτωση προβλήματος.	
59	Λήψη αποφάσεων υπό πίεση.	

Αν πιστεύετε ότι υπάρχουν καταστάσεις στον εργασιακό σας χώρο που σας επιφορτίζουν με στρες και δεν περιγράφονται παραπάνω παρακαλώ αναφέρετε τα με λίγα λόγια.

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

Παράρτημα Α (Μέρος 3ο)

Σκοπός αυτού του τμήματος είναι να διερευνήσει την υγεία του ατόμου. Παρακαλώ, απαντήστε στις ακόλουθες ερωτήσεις.

Σας έχει απασχολήσει ποτέ κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας; Ναι ☐ ΟΧΙ ☐ Αν ΝΑΙ, τι ακριβώς (περιγράψτε το).....

Αμέσως παρακάτω παρουσιάζεται ένας κατάλογος σωματικών προβλημάτων ή συμπτωμάτων. Σημειώστε παρακαλώ, πόσο συχνά αντιμετωπίσατε καθένα από τα παρακάτω προβλήματα κατά τον τελευταίο μήνα, σημειώνοντας με Χ στην κατάλληλη στήλη: δηλαδή «καθόλου», «σπάνια», «μερικές φορές», «συχνά», ή κυκλώστε το «Ναι» ή «Όχι», ανάλογα από το αν σας απασχολεί το αντίστοιχο πρόβλημα υγείας ή όχι.

α/α	Ερώτηση	Καθόλου	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά
1	Κράμπες				
2	Πόνος στην καρδιά ή σφίξιμο στο στήθος				
3	Υποφέρετε από στεφανιαία νόσο;		Ναι	Όχι	
4	Προβλήματα αναπνοής (δύσπνοια, κλπ)				
5	Υποφέρεται από άσθμα;		Ναι	Όχι	
6	Πρησμένοι αστράγαλοι				
7	Πόνοι στην ράχη ή στον αυχένα				
8	Προβλήματα με το στομάχι				
9	Υποφέρετε από πεπτικό έλκος;		Ναι	Όχι	
10	Πονοκέφαλοι				
11	Βήχας ή κρυολογήματα				
12	Ακαμψία ή πόνος των μελών του σώματος				
13	Πόνοι σε διάφορα σημεία του σώματος				
14	Σωματική εξάντληση και κόπωση				
15	Πυρετοί				
16	Φτωχή μνήμη				
17	Απώτομη αύξηση ή μείωση του σωματικού βάρους				
18	Σας έχει απασχολήσει ποτέ κάποιο αυτοάνοσο νόσημα; Ναι		Όχι		
19	Υπνηλία				
20	Αλλεργία				
21	Υπερβολική εφίδρωση				
22	Τριχόπτωση				
23	Δυσκοιλιότητα				
24	Διάρροια				
25	Πάσχετε από την νόσο του ευερέθιστου εντέρου;		Ναι	Όχι	
26	Διαταραχές εμμήνου ρήσεως				
27	Προβλήματα ούρησης				
28	Εμετοί				
29	Έκζεμα				
30	Υψηλή αρτηριακή πίεση				
31	Αρθρίτιδες ή ρευματισμοί				
32	Προβλήματα με την χοληστερίνη σας;		Ναι	Όχι	
33	Οσφυαλγία				
34	Πόνοι στα δόντια ή στη στοματική κοιλότητα				
35	Έχετε υψηλές τιμές σακχάρου αίματος;		Ναι	Όχι	

Αν σας απασχολεί και κάτι άλλο που δεν αναφέρεται παραπάνω, παρακαλώ περιγράψτε το.....

Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή για κάποιο χρόνιο νόσημα που σας απασχολεί; ☐ Ναι ☐ Όχι

Αν Ναι αναφέρετε το.....

Αυτό το διάστημα αντιμετωπίζετε κάποιο ιδιαίτερα σοβαρό οικογενειακό πρόβλημα με τον/την σύζυγο ή άλλο συγγενικό πρόσωπο (πρόβλημα υγείας ή σχέσης); Ναι ☐ Όχι ☐

1) Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσασταν και πως τα πράγματα πηγαιίνουν με σένα τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείσαι να δώσεις εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθάνθηκες, τις τελευταίες 4 εβδομάδες.

α/α	Ερώτηση	Συνεχώς	Τις Περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
1	Είχες πολύ εκνευρισμό;					
2	Αισθανόσασταν τόσο πολύ πεισμένος/η ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σου φτιάξει το κέφι;					
3	Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;					
4	Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;					
5	Ήσασταν ευτυχισμένος/η;					

Παράρτημα Α (Μέρος 4ο)

1) Πόσο συχνά γυμνάζεστε το τελευταίο διάστημα:

α) 3 φορές την εβδομάδα και περισσότερο ☐ β) 1-2 φορές την εβδομάδα ☐

γ) Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα. ☐ δ) Δεν γυμνάζομαι. ☐

2) Καπνίζετε; Όχι ☐ Ναι ☐ \Rightarrow Πόσα τσιγάρα ημερησίως; ____ Πόσα χρόνια; ____



2α) Είστε πρώην καπνιστής; Όχι ☐ Ναι ☐ \Rightarrow Πόσα χρόνια έχετε που διακόψατε το κάπνισμα; ____

3) Πόσα ποτήρια αλκοολούχου ποτού καταναλώνετε κατά μέσο όρο εβδομαδιαίως το τελευταίο διάστημα;

Αριθμός.....

(εάν δεν καταναλώνετε βάλτε 0)

4) Κατά τον τελευταίο έτος πόσες φορές εκτεθήκατε σε κάποιο ατύχημα στον εργασιακό σας χώρο.

Αριθμός.....

(εάν δεν συνέβηκε καμιά φορά αυτό το μήνα συμπληρώστε 0)

4^α) Χαρακτηρίστε σύντομα το κάθε ατύχημα (πχ. Πτώση από σκάλες ή έκθεση σε χημειοθεραπευτικό), και αναγράψτε πόσες ημέρες εργασίας χάσατε εξαιτίας του.

Α)..... Ημέρες.....

Β)..... Ημέρες.....

Γ)..... Ημέρες.....

5) χρησιμοποιείτε ζώνη ασφαλείας όταν ταξιδεύετε με αυτοκίνητο:




1. Πάντα ☐ 2. Τις περισσότερες φορές ☐ 3. Σπάνια ☐ 4. Ποτέ ☐

Παράρτημα Β

ENSS

Τρίτη, 2 Δεκέμβριος 2008, 20:30
Από: "Susan French" <sudon.french@ns.sympatico.ca>
Προσθήκη του αποστολέα στις Επικοινωνίες
emoustaka73@yahoo.gr
3 αρχεία (178KB) | [Λήψη όλων](#)

Μήνυμα που περιέχει συνημμένα αρχεία

-  [ENSS.rtf](#)
-  [ENSS-Instructions for Scoring of the ENSS.doc](#)
-  [ENSS Grouping of items within Factors.doc](#)

You have permission to use the ENSS. For your information I am attaching three files: a copy of the ENSS, scoring instructions, and grouping of the items within factors. I wish you every success with your study. Please contact me if you need additional information.

Susan

No virus found in this outgoing message.
Checked by AVG.

9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ader, R. (1981). Psychoneuroimmunology. New York: Academic Press.
- Ader, R., Cohen, N. (1985). CNS-immune system interaction: Conditioning phenomena. Behavioral and Brain Sciences, 8, 379-395.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, & Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. Health Affairs, 20, (3), 43-53.
- Alexander, F. (1950). Psychosomatic medicine. New York: Norton.
- American Psychological Association (APA). (2005). APA help center: From the American Psychological Association. Retrieved May 29, 2007, from <http://www.apahelpcenter.org>.
- Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bailit, J.L. & Blanchard, M.H. (2004). The effect of house staff working hours on the quality of obstetric and gynecologic care. Obstetrics and Gynecology, 103, (4), 613-616.
- Bakker, A.B., Killmer, C.H., Siegrist, J., Schaufeli, W.B. (2000). Effort-reward imbalance and burnout. Advanced Nursing, 31, 884-891.
- Bandura, A. (1986). Social foundation of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman & Co.
- Bates, E. (1975). Stress in hospital personnel. Med J Aust, 765-767.
- Bello, N., Breslow, L., & Hochsiti, J. (1971). Measurement of physical health in a general population survey. American journal of Epidemiology, 93, 328-336.
- Benson, H. (Ed.). (2000). Foreword: Twenty-fifth anniversary update. In The relaxation response (pp. 1-45). New York: Harper Torch.
- Blegen, M.A. (1993). Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables, Nursing Research, 42, (1), 36-41.
- Bongers, P.M., De Winter, C.R., Kompier, M.A.J. and Hildebrandt, V. H. (1993). Psychosocial factors and musculoskeletal disease, Scandinavian Journal of Work Environment and Health, 19, 297-313.
- Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, Schultz LR, Welch KM. (2003). Comorbidity of migraine and depression: investigating potential etiology and prognosis. Neurology, 60, 1308-12.
- Burke, R. (2000). Workaholicism in organizations: Psychological and physical well-being consequences. Stress and Health, 16, (1), 11-16.
- Büssing, A., Glasser, A. (1999). Work stressors in nursing in course of redesign: implications for burnout and interactional stress. European Journal of Work and Organizational Psychology, 8 (3), 401-426.
- Cannon, W.B.(1932). The wisdom of the body. New York Norton.
- Castillo J, Munoz P, Guitera V, Pascual J. (1999). Epidemiology of chronic daily headache in the general population. Headache, 39, 190-6.
- Clay, T. (1989). Nurses, Power and Politics. Heinemann, London).
- Cohen, F. & Lazarus, R. (1979). Coping with stress and illness. In G. C. Stone, F. Cohen, & N. Adler (Eds.) Health Psychology: A Handbook, 140-168. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Cohen, S., Herbert, T.B. (1996). Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. Annual Review of Psychology, 47, 113-142.
- Colligan, M. J., Smith, M. J., Hurrell, J.J. (1977). Occupational incidence rates of mental disorders. J. Human Stress, 3, 34-42.
- Collins, S., Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers-a literature review. J Psychiatr Ment Health Nurs, 10, 417-24.
- Cooper, C.L., Cooper, R.D. & Eaker, L.H. (1988). Living with stress. Harmondsworth: Penguin.
- Corr, M. (2000). Reducing occupational stress in intensive care. Nursing in Critical Care, 5(2), 76-81.
- Cox, T., Griffiths, A., Barlowe, C., Randall, R. & Rial-Gonzalez, E. (2000). Organizational interventions for work stress: a risk management approach. HSE Contract Research Report 286/2000, ISBN 0 7176 18382, HSE Book, Sudbury.
- Coyne, J., Holroyd, K. (1982). Stress, coping and illness: A transactional perspective. In Robin M, Leslie RM. (2006). Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Doherty, N. & Tyson, S. (1998). Mental well-being in the workplace: a resource park for management, training and development. Sudbury: HSE Books.
- Duquette, A., Kerouac, S., Sandhu, B.K., Beaudet, L. (1994). Factors related to nursing burnout. Issues in Mental Health Nursing 15, 337-358.
- Duxbury, M.L., Armstrong, G.D., Drew, D.J., Henly, S.J. (1984). Head nurse leadership style and satisfaction in neonatal intensive care units. Nursing Research 33, 97-101.
- Edvin, B. & Reidar, J (1996). Work-related stress and musculoskeletal pain among female hospital staff. Work & Stress, 10,(4), 309-321.
- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D. (2000). Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. J Psychiatr Ment Health Nurs, 7, 7-14.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196, 129-136.
- Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. American Journal of Psychiatry, 137, 535-544.
- Esterling, B.A., Antoni, M.H., Kumar, M., & Schneiderman, N. (1990). Emotional repression, stress disclosure responses, and Epstein-viral caspase antigen titers. Psychosomatic Medicine, 52, 397-410.
- Esterling, B.A., Kiecolt-Glaser, J.K., Bodnar, J.C., & Glaser, R. (1994). Chronic stress, social support, and persistent alterations in the natural killer cell response to cytokines in older adults. Health Psychology, 13, 291-298.
- Eyres, S. (1973). Public health nursing section report of the 1972 APHA smoking survey. Am J Public Health, 63, 846-852.
- Fallowfield L. (1990). Quality of life: The missing measurement in health care. Human Horizon Series-Souvenir Press, London,
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A Theoretical analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 839-852.
- Fontana, David. (1995). Άγχος και η αντιμετώπισή του β' έκδοση Ελληνικά γράμματα, Αθήνα.
- Freudenberger, HJ. (1974). Staff burn-out. J Soc Issues, 30, 159-65.
- Fritth, C. (1971). Smoking behaviour and its relation to the smoker's immediate experience. Br J Soc Clin Psychology, 73-78
- Geiger- Brown, J., Muntaner, C., Lipscomb, J. (2004). Demanding work schedules and mental health in nursing assistants working in nursing homes. Work & Stress, 18, 292-304.
- Glowinkowski SP & Cooper CL. (1985). Current issues in organizational stress research. Bulletin of the British Psychological Society, 38, 212-216.
- Gray T.P, Anderson G.J. (1981). Stress among hospital nursing staff: its causes and effects. Soc. Sci. Med, 15(a), 639-647.
- Gray, P. (2000). Mental Health in the Workplace: Tackling the Effects of Stress, Mental Health Foundation, London.
- Gray-Toft, P., Anderson, J. G. (1981). The nursing stress scale: development of an instrument. J. Behavioral Assessment, 3, 11-23.
- Grebner, S., Semmer, N. K., & Elfering, A. (2005). Working conditions and three

types of well-being: a longitudinal study with self-report and rating data. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 31–43. In Lazarus, L., Rodafinos, A., Matsiggos, G., Stamatoulakis, A. (2009). Perceived occupational stress, affective, and physical well-being among telecommunication employees in Greece. *Social Science & Medicine* xxx, 1-7.

Green, D. (1970). Nurses are kicking the habit. *Am J Nurs*, 70, 1936-1938.

Harris, N. (2001). *Management of work related stress in nursing*. *Nursing Standard*.16 (10), 47-52 279. Retrieved February 26, 2003 from Ovid

Hay, D., Oken, D. (1972). The psychological stresses of intensive care unit nursing. *Psychosomat. Med*, 34, 109-118.

Hegney, D., Plank, A., Parker, V. (2003). *Nursing workloads: the results of a study of Queensland nurses*. *Journal of Nursing Management*, 11(5), 307-314.

Higgins, H. (2000). Epidemiology and ovention of coronary heart disease in families. *Am J Med*, 108, 387-395.

Hinkle, L.E., Jr. (1973). The concept of "stress" in the biological and social sciences. *Science, Medicine, and Man*, 1, 31-48.

Hipwell, A. E., Tyler, P. A., Wilson, C. M. (1989). Sources of stress and dissatisfaction among nurses in four hospital environments. *Br. J. Med. Psychol.*, 62, 71-79.

HSE Contract Research Report 286/2000, ISBN 0 7176 18382, HSE Book, Sudbury.

Ikard, R., Tomkins, S. (1973). The experience of affect as a determinant of smoking behavior: a series of validity studies. *J Abnorm Psychol*, 172-181.

International Council of Nurses, (2007) — Nurses need stress management – available at www.stressfreecontrol.com 15/4/2008

Ito H, Eisen S.V, Sederer L.I, Yamada O, Tachimori H. (2001). Factors affecting psychiatric nurses' intention to leave their current job. *Psychiatric Services*, 52, 232-234.

Jex, S. M. (1998). Stress and job performance: Theory, research and implications for managerial choice. Thousand Oaks, CA: Sage. In Lazarus, L., Rodafinos, A., Matsiggos, G., Stamatoulakis, A. (2009). Perceived occupational stress, affective, and physical well-being among telecommunication employees in Greece. *Social Science & Medicine* xxx, 1-7.

Johnson, C.C., Moss, A.I.I., Clarke, S.A.D., and Armistead, N.C. (1996). Working With Noncompliant and Abusive Dialysis Patients: Practical Strategies Based on Ethics and the Law. *Advances in Renal Therapy*, 3 (1), 77-86.

Johnson, J.H. (1986). Life events as stressors in childhood and adolescence. Newbury Park, CA: Sage.

Johnson, M. (1979). Anxiety/stress and the effect of disclosure between nurses and patients. *Adv. Nurs. Sci*, 1, 1-20.

Jones, D., Tanigawa, T. & Weisse, S. (2003). *Stress management and workplace disability in the U.S., Europe, and Japan*. *Journal of Occupational Health*, 45, 1-7.

Juang KD, Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Su TP. (2000). Comorbidity of depressive and anxiety disorders in chronic daily headache and its subtypes. *Headache*, 40, 818–23.

Kamen-Siegel, L., Robin, J., Seligman, M.E., & Dwyer, J. (1991). Explanatory style and cell-mediated immunity in elderly men and women. *Health Psychology*, 10, 229-235.

Kasl, S., Cooper, C. L. (1987). *Stress and Health: Issues in Research methodology*. Wiley, Chichester. In Patrick, A. T., Douglas, C., Shirley, E. C. (1991). Stress and well-being in nurses: a comparison of the public and private sectors.

Keane, A., Ducette, J., Adler, D. C. (1985). Stress in ICU and non-ICU nurses. *Nurs. Res*, 34, 231-236.

Kirkby, R. et al (1976). Smoking in nurses. *Med J Aust*, 864-865.

Kozlowski, S. & Doherty, M. (1989). Integration of climate and leadership. *Psychology* 74, 546 -553.

Kuper, H., Marmot, M. (2003). Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary

heart disease within the Whitehall II study. *Epidemiol Community Health*, 57 (3), 147-53.

Laposa, JM., Alden, LE., Fullerton, LM. (2003). Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel. *J Emerg Nurs*, vol 29, 23-8.

Lazarus R.S., & Folkman,S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.

Lazarus,R.S. (1999). Fifty years of the research and theory of R.S. Lazarus: An analysis of historical and perennial issues. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Levi, L. and Levi, I., (2000). Guidance on Work-Related Stress. Spice of Life or Kiss of Death? (Luxembourg: European Commission), ISBN 92–828–9806–7.

Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*, 157, 98-112.

Lumsden, D.P. (1981). Is the concept of "stress" of any use, anymore? In In D. Randall(Ed), Contributions to primary prevention in mental health, Toronto: CMHD.

Ma, C., Samuels, M. E., and Alexander, J.W. (2003) Factors That Influence Nurses' Job Satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 33 (6), 309-315

Madd S.R, Kobasa, S.C. (1984). The hardy executive. *Health under stress*. Homewood, Ill: Dow-Jones-Irvin.

Marmot, M., Siegrist, J., Theorell, T., Feeney, A. (2000). Health and the psychosocial environment at work. In Tsutsumi, A., Kayaba, K., Theorell, T., Siegrist, J. Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress model. *Scand J Work Environ Health*, 27(2), 146-153.

Maslach C, Jackson S. (1981). The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*, 2, 99-113.

Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.

Mathew NT, Stubits E, Nigam MP. (1982). Transformation of episodic migraine into daily headache: analysis of factors. *Headache*, 22, 66–8.

Dollard, M.F., Winefield, A.H., Winefield, H.R. (2003) Occupational Stress in the Service Professions. New Work, Published by Taylor & Francis.

McWilliams LA, Goodwin RD, Cox BJ. (2004). Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain*, 111, 77–83.

Mechanic, D. (1972). Social psychological factors affecting the presentation of bodily complaints. *The New England Journal of Medicine*, 286, 1132-1139.

Melamed, S., Kushnir, T., Strauss, E., & Vigiser, D. (1997). Negative association between reported life events and cardiovascular disease risk factors in employed men: The Cordis study. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 247-258.

Melamed, S., Kushnir, T., Strauss, E., & Vigiser, D. (1997). Negative association between reported life events and cardiovascular disease risk factors in employed men: The Cordis study. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 247-258. Στο Robin M, Leslie RM. (2006). Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Merikangas KR, Merikangas JR, Angst J. (1993). Headache syndromes and psychiatric disorders: association and familial transmission. *J Psychiatr Res*, 27, 197–210.

Michael, R., and Jenkins, H. (2001). The Impact of Work-Related Trauma on The Well-Being of Perioperative Nurses. *Collegian*, 8 (2), 36-40.

Mor-Barak, ME. (1988). *Social support and coping with stress*: implications for the work-place.

Muntaner, C., Eaton WW., Miech, R. (2004). Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiol Rev*, 26, 53-62.

Murphy L.R. (1995). Occupational stress management: Current status and future direction. Στο Cooper C.L, Rousseau D.M.(Eds.) Trends in organizational behavior Chichester: Wiley, 2, 1-14.

Nelson, E.S., Karr, K.M., & Coleman, P.K. (1995). Relationships among daily hassles,

optimism, and reported physical symptoms. *Journal of College Student Psychotherapy*, 10, 11-26.

Nichols, K. A., Springford, V., Searl, J. (1981). An investigation of distress and discontent in various types of nursing. *J. Adv. Nurs*, 6, 311-338.

Nordstrom, C., Dwyer, K., Merz, N., Shircore, A., Dwyer, J. (2001). Work-Related Stress and Early Atherosclerosis. *Epidemiology*, 12,(2), 180-185.

Ogden, J. (2000). *Health Psychology: a textbook*. (2nd ed.). Buckingham, UK: Open University Press.

Ogden, J., & Mitandabari, T. (1997). Examination stress and changes in mood and health related behaviours. *Psychology and Health*, 12, 288-299. Στο Robin M, Leslie RM. (2006). Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Ollendick, T. H. (1998). *Handbook of Child Psychopathology*, Third Edition. NY: Plenum Press.

Papa E, Kontodimopoulos N, Niakas D. Validating and norming of the Greek SF-36 health survey. *Qual Life Res* (in press)

Patrick Tyler, Delia Cushway. (2006). Stress, coping and mental well-being in hospital nurses. *Stress Medicine*, 8 (2), 91-98.

Patrick, A. T., Douglas, C., Shirley, E. C. (1991). Stress and well-being in nurses: a comparison of the public and private sectors.

Payne R. (1990). The effectiveness of research team: a review. Στο M.A. West, & J. L. Farr. (Eds.) *innovation and creativity at work*. Chichester: John Wiley,.

Peeters, MCW., De Jonge, J., Janssen, PPM. (2004). Work-home interference, job stressors, and employee health in a longitudinal perspective. *International Journal of Stress Management*, 11, 305-22.

Perkin, R. M., Young, T., Freier, C., Allen, J., & Orr, R. D. (1997). *Stress and distress in pediatric nurses: lessons from baby K*. *American Journal of Critical Care*, 6(3), 225-232.

Peters, M.L., Godaert, G.L., Ballieux, R.E., van Vliet, M., et al. (1998). Cardiovascular and endocrine responses to experimental stress: Effects of mental effort and controllability. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 1-17

Pickavance, S. (2001). *Managing stress at work: a Danish model*. *Occupational Health Review* May/June, 91, 27-28.

Q'Driscoll, M.P. & Beehr, T.A. (1994). Supervisor behaviors, role stressors and uncertainty. *Journal Of Organizational Behavior* 15, 141-155.

Quick, J.C., & Quick, J.D. (1984). *Organizational stress and preventive management*. New York: McGraw-Hill.

Reidan Tyssen, Per Vaglum, Nina T Gronvold & Oivind Ekeberg (2001). The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort. *Medical Education*, 34 (5), 374-384.

Revicki, D. A., May, H. J. (1989). Organizational characteristics, occupational stress, and mental health in nurses. *Behavioral Med*, 15, 30-36.

1. **Riding, R.J., Wheeler, H. (1995).** Occupational Stress and cognitive style in Nurses. *British Journal of Nursing*, 4, 160-168.

Riihimaki, H. (1991). Low back pain, its origin and risk indicators, *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 1, 81-90.

Roberts, B. J., Jones, C., and Lynn, M. (2004). Job Satisfaction of New Baccalaureate Nurses. *Journal of Nursing Administration*, 34 (9), 428-435

Robin M, Leslie RM. (2006). Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Rosenstein, A.H. (2000). *Nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention*. *American Journal of Nursing*, 102(6), 26-34. Retrieved 2-26-2003 from Ovid.

Ross R, Altmaier E.M. (1994). *Intervention in occupational stress*. London.

Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for the internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 90(1), 1-28.

Scher AI, Stewart WF, Liberman J, Lipton RB. (1998). Prevalence of frequent headache in a population sample. *Headache*, 38, 497-506.

Schnall, PL., Belkic, K., Landsbergis, P., Baker, D. (2000). The workplace and cardiovascular disease. Philadelphia (PA): Hanley & Belfus, 1-334. *Occupational medicine: state of the art reviews*, vol 15. In Tsutsumi, A., Kayaba, K., Theorell, T., Siegrist, J. (2000). Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress model. *Scand J Work Environ Health*, 27(2), 146-153.

Schwartz, G.E. (1982). Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioral medicine? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 1040-1053.

Shader, K., Broome, M.E., Broome, C.D., West, M.E. & Nash, M. (2001). Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. *Journal of Nursing Administration*, 31 (4), 210-216.

Shirom A. (1989). Burnout in work organizations. In Cooper CL, Robertson I, editors. *International review of industrial and organizational psychology*. New York: John Wiley & Sons Ltd, 25-48.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*, 1, 27-41.

Smith, L., Roman, A., Dollard, M., Winefield, A., Siegrist, J. (2005). Effort-reward imbalance at work: the effects of work stress on anger and cardiovascular disease symptoms in a community sample. *Stress and Health*, 21(2), 113 – 128.

Snelgrove, S.R. (1998). Occupational stress and job satisfaction: a comparative study of health visitors, district nurses, and community psychiatric nurses. *Journal of Nursing Management*, 6 (2), 97-104.

Sochalski, J. (2004). Is more better? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Medical Care*, 42 (2), 67- 73.

Spector, P. E., & Jex, S. M. (1998). Development of four self-report measures of job stressor and strain: interpersonal conflict at work scale, organizational constraints scale, quantitative workload inventory, and physical symptoms inventory. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 356-367.

Steptoe, A., Lipsey, Z., & Wardle, J. (1998). Stress, hassles, and variation in alcohol consumption, food choice, and physical exercise: A diary study. *British Journal of Health Psychology*, 3, 51-63. Στο Robin M, Leslie RM. (2006). Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Susan, French., Rhonda, Lenton., John, Eyles and Vivienne, Walters. (2000). An Empirical Evaluation of an Expanded Nursing Stress Scale. *Journal of Nursing Measurement*, vol. 8, N. 2

Swartz KL, Pratt LA, Armenian HK, Lee LC, Eaton WW. (2000). Mental disorders and the incidence of migraine headaches in a community sample: results from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 945-50.

Tabone, S. (2001). TNA Takes Zero Tolerance Position on Physician Abuse of RNs. *Journal of Texas Nursing*, 75 (5), 8-11.

Tagliacozzo, R., Drnatsci, & Vaughn, S. (1982). Stress and Smoking in Hospital Nurses. *AJPH*, 72, 441-448.

Tarnow-Mordi, W.O., Hau, C., Warden, A. & Shearer, A.J. (2000). Hospital mortality in relation to staff workload: a 4-year study in an adult intensive-care unit, *Lancet*, 356, 185-189.

Tehrani, N., Ayling, L. (2008). Work-related stress. *CIPD Stress at work*.

Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *J Psychosom Res*, 51, 697-

- Tsutsumi, A., Kayaba, K., Theorell, T., Siegrist, J. (2000).** Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress model. *Scand J Work Environ Health*, 27(2), 146-153.
- US Public Health Service (1979):** Smoking and Health: A Report of the Surgeon General. US Department of Health, Education, and Welfare, Office on Smoking and Health).
- Vajlgaard, T., Addington-Hall, JM. (2005).** Attitudes of Danish doctors and nurses to palliative and terminal care. *Palliat Med*, 19, 119-127.
- Van Heck, G.L. (1997).** Personality and physical health: Toward an ecological approach to health-related personality research. *European Journal of Personality*, 11, 415-443.
- Vegchel, NV., Jonge, JD., Soderfeldt, M.(2004).** Quantitative versus emotional demands among Swedish human service employees: moderating effects of job control and social support. *International Journal of Stress Management*, 11, 21-40.
- Verri AP, Proietti CA, Galli C, Granella F, Sandrini G, Nappi G. (1998).** Psychiatric comorbidity in chronic daily headache. *Cephalalgia*, 18 (21), 45-9.
- Vreeland, R., Ellis, G. L. (1969).** Stresses on the nurse in an intensive care unit. *J. Am. Med. Asso*, 208, 332-334.
- Ware JE, Sherbourne CD. (1992).** The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30, 473-483
- Wheatley, R. (2000).** *Taking the strain: a survey of managers and workplace stress*. London: Institute of Management.
- WHO, (2000).** The World Health Report 1998: «Life in the 21st century, A vision for all» WHO, Geneva.
- WHO, (2003).** Water, sanitation and health electronic library: a compendium of WHO information on water, sanitation and health (electronic resource), WHO, Geneva.
- WHO, 2001,** Mental Health in Europe (Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe).
- Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P B., Bonde, J P.(2006).** Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions. *Occupational and Environmental medicine*, 63, 314-319.
- Winkel, J. and Westgaard, R. (1992).** Occupational and individual risk factors for shoulder-neck complaints, *International Journal of Industrial Ergonomics*, 10, 1-20.
- Wong, D., Leung, S., So, C., & Lam, D. (2001).** Mental health of Chinese nurses in Hong Kong: The roles of nursing stresses and coping strategies. *Online Journal of Issues in Nursing*, 5(2). Retrieved May 29, 2007, from http://www.nursingworld.org/ojin/topic12/tpc12_7.htm
- Yang, Y., Koh, D., Ng, V., Lee, CY., Chan, G., Dong, F., Goh, S.H., Anantharaman, V., Chia, S.E. (2002).** Self perceived work related stress and the relation with salivary IgA and lysozyme among emergency department nurses. *Occupational and Environmental Medicine*, 59, 836-841.
- Yu SF., Yao SQ., Ding, H., Ma, LQ., Yang, Y., Wang, ZH. (2006).** Relationship between depression symptoms and stress in occupational population. *Zhonghua, Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*. Mar, 24(3), 129-33.
- Αδαλή Ε. (1999).** Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα ΜΕΘ και τμήματα επείγουσών περιπτώσεων. Διδακτορική διατριβή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.
- Αλεξόπουλος Χ. Ευάγγελος, (2007).** Οδηγός για την εκτίμηση και πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου, ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε, Αθήνα.
- Αντωνίου, Σ. (2002).** Πηγές εργασιακού στρες, Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας. Αθήνα.
- Αντωνίου, Σ. (2003).** Σύγχρονα θεωρητικά μοντέλα στρες και ενδεχόμενες συνέπειες

εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων. Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας Τεύχος 13. Ιαν-Μαρ 2003.

- Αντωνίου, Σ-Α. (2008).** Ψυχολογία της Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση. Σειρά Εφαρμοσμένη Ψυχολογία. Αθήνα.
- Ασημακοπούλου, Μ. (2004).** Η Επαγγελματική Εξουθένωση, η Επαγγελματική Ικανοποίηση και η Εμπλοκή στην Εργασία στον Δημόσιο Τομέα, Πτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πάτρα.
- Βασιλάκη Ε, Τριλιβά Σ., (2001).** Το στρες , το άγχος και η αντιμετώπισή του. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα.
- Δρακόπουλος, Β. (2005).** Υγιεινή και ασφάλεια στους χώρους εργασίας των νοσοκομείων. 10 Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση τα οικονομικά και τις πολιτικές Υγείας. Αθήνα.
- Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας. (2007).** Υποκειμενική εκτίμηση των κινδύνων.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή Ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. (2002).** Προσαρμογή στις αλλαγές της εργασίας και της κοινωνίας: μια νέα κοινοτική στρατηγική υγείας και ασφάλειας 2002-2006.
- Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας. (2005):** «Fourth European working conditions survey» 4η επισκόπηση των ευρωπαϊκών συνθηκών εργασίας.
- Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την ασφάλεια και την υγεία στην εργασία, 2000.** Research on work-related stress. Λουξεμβούργο.
- Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την υγεία στην Εργασία. (2000)** (<http://agency.osha.eu.int/publication/reports/stress/>). Πρακτικές συμβουλές προς τους εργαζόμενους για την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και των αιτιών του. Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την υγεία στην Εργασία. <http://agency.osha.eu.int>
- Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, (2007).** FACTS 71, Εισαγωγή στις μυοσκελετικές παθήσεις που σχετίζονται με την εργασία.
- Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία. (2007).** Facts 75 (Μυοσκελετικές παθήσεις που σχετίζονται με την εργασία: Επιστροφή στην εργασία)
- Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία. (2007).** FACTS 72. Παθήσεις του αυχένα και των άνω άκρων που σχετίζονται με την εργασία).
- Καντάς, Α. (1995).** Οργανωτική Βιομηχανική Ψυχολογία. 3ο μέρος, Ελληνικά γράμματα, 1 έκδοση, Αθήνα.
- Καραδήμας , Ε.Χ. (1999).** Ο ρόλος των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας ως ρυθμιστικού παράγοντα στη σχέση μεταξύ στρες και ψυχοσωματικής ασθένειας. Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Ψυχολογίας.
- Κοντοδημόπουλος Ν, Φραγκούλη Δ, Παππά Ε, Νιακας Δ. (2004).** Στατιστικό έλεγχο της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του ελληνικού SF-36. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 21, 451-462
- Κουτής, Χ. (2007).** Υγεία Νόσος. Εκπαιδευτικό φυλλάδιο μεταπτυχιακού προγράμματος Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, Του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, Τμήμα Ιατρικής σε σύμπραξη με τα τμήματα του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Αθηνών, Δημόσιας Υγείας και Νοσηλευτικής Α.
- Κρεμαστινού, Τ. (2007).** Δημόσια υγεία. Τεχνόγραμμα, Αθήνα 2007.
- Κρικέλλα, Α. (2005).** Μια καινοτομία στην οργάνωση της Υγιεινολογικής Υπηρεσίας στο Στρατό Ξηράς. Στρατιωτική Επιθεώρηση, Τεύχος Νοε-Δεκ, Γενικό Επιτελείο Στρατού 7^ο ΕΓ/5.
- Κωνσταντινίδης, Θ.Κ. (2002).** Η ιατρική της εργασίας ως τμήμα της Υγιεινής και ως ειδικότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας. Επιστημονικές εισηγήσεις στην ημερίδα «Ασφάλεια, Υγιεινή και Υγεία στους χώρους εργασίας». ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αλεξανδρούπολη.
- Μαρβάκη, Χ., Δημουλά, Υ., Καμπισιούλη, Ε., Χριστοπούλου, Ι., Βασταρδής, Λ., Γουρνή, Ι., Καλογιάννη, Α. (2007).** Η επίδραση του επαγγέλματος στη ζωή του νοσηλευτικού

προσωπικού. Νοσηλευτική, 46 (3), 406-413.

Μουστακά, Ε., Αντωνιάδου, Φ., Μαλλιάρου, Μ., Ζάντζος, Ι., Κυριάκη, Κ., Κωνσταντινίδης, Θ. (2008). Συγκριτική μελέτη εργασιακού στρες νοσηλευτικού προσωπικού μεταξύ πανεπιστημιακού νοσοκομείου της περιφέρειας και Γενικού νοσοκομείου της Πρωτεύουσας. 35^ο Πανελλήνιο νοσηλευτικό συνέδριο του ΕΣΝΕ, Αθήνα.

Μουστακά, Ε., Μαλλιάρου, Μαρία., Ζάντζος, Ι., Κουκουβής, Δ., Κωνσταντινίδης, Θ. (2007). Το εργασιακό στρες του νοσηλευτικού προσωπικού από την σκοπιά της υγιεινής και Ασφάλειας στην εργασία. Πρακτικά 2ου Συνεδρίου Επιστημόνων Φροντίδας Χρόνιων Πασχόντων. Νοέμβριος.

Μπελλάλη, Θ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Καλαφάτη, Μ., Νιάκας, Δ. (2007). Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24 (1), 75-84.

Μπουσινάκης, Δ., Χάλκος, Γ. (2006). Επίδραση άγχους και ικανοποίησης στη λειτουργία των επιχειρήσεων Επιθεώρηση εργασιακών σχέσεων, 42, 43-55.

ΠΑΪΚΟΠΟΥΛΟΥ, Δ., Γέραλη, Μ. (2009). Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενούς στο Τελικό Στάδιο Ζωής του Πρωτόκολλο Μεταθανάτιας Φροντίδας. Νοσηλευτική, 48(1), 19-29.

Παναγιωτάκος, Δ., Χρυσόχου, Χ., Πίτσαβος, Χ., Μαρινάκης, Ν., Σκούμας, Ι., Στεφανίδης, Χ., Τούτουζας, Π.Κ. (2001). Σχέση μεταξύ στεφανιαίας νόσου και παραγόντων κινδύνου που συνδέονται με τον τρόπο ζωής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18, (6), 580-591.

Πανταζοπούλου-Φωτεινέα, Α. (2003). Εργασιακό περιβάλλον και ψυχικές επιπτώσεις (Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία) προσέγγιση από το χώρο της ιατρικής της εργασίας. Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, Αλεξανδρούπολη.

Παπαγεωργίου, Δ., Καραμπέτσου, Μ., Νικολακάκου, Χ., Παυλάκου, Ν. (2007).

Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία. Νοσηλευτική, 46, 406-413.

Παπαδόπουλος Α, Οικονομάκης Ε, Φρυδάς Α, Κοντοδημόπουλος Ν, Νιάκας Δ. (2004). Είναι αναγκαία μια πολιτική ανθρώπινων πόρων για το νοσηλευτικό προσωπικό στη βάση των θεωριών υποκίνησης; Στο: Υπηρεσίες υγείας, μάνατζμεντ και τεχνολογία. Εκδόσεις MediForce, 111-125.

Παχνή, Π. (2006) Διαχείριση του εργασιακού στρες, Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, Αλεξανδρούπολη.

Πούρκος Μάριος, (2001). Ιδιοσυγκρασία και άγχος: Επιστημονικές έρευνες και διαπιστώσεις. Στο Βασίλακη Ελένη, Τριλιβά Σοφία, Μπεζεβέγκης Ηλίας. Το στρες το άγχος και η αντιμετώπισή τους. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Ροβινά, Ν., Γκράτζιου, Χ. (2006). Άσθμα και κάπνισμα. Πνευμων, Τευχος 3ο , Τόμος 19ος , Ιούλιος – Σεπτέμβριος.

Ρώτας, παναγιώτης Ρένος. (1997). Αποφύγετε το στρες..., Ελληνικά γράμματα, 2η Έκδοση, Αθήνα.

Σουρτζή, Π., και Βελονάκης, Ε. (2004). Διερεύνηση αναγνώρισης και καταγραφής εργατικών ατυχημάτων στα νοσοκομεία. Νοσηλευτική, 43(1), 100-106.

Τούντας, Γ. (1999). Οι επιπτώσεις του στρες στην υγεία. Νέα Υγείας, 24, 9-13.

Τούντας, Γ.Κ. (2009). Κάπνισμα και υγεία. Healthier World.

Τσίντου, Μ. (2009). αντικαπνιστικό σεμινάριο, παρέμβαση σε σχολεία και αντικαπνιστικό πάρκο. Helmedica, Τεύχος 1ο - Άρθρο 2ο.

Υπηρεσία επισήμων εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, (2004). Eurostat: «Work and health in the EU: A statistical portrait». Λουξεμβούργο.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ευρωπαϊκό κοινωνικό Ταμείο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006» Το σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας & ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης Παρεμβάσεις

σε Ατομικό και Οργανωσιακό Επίπεδο. Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ – Β΄ ΦΑΣΗ, Αθήνα, Δεκέμβριος 2005.

ΨΥΧΑΡΓΩΣ – Β΄ ΦΑΣΗ (2005) Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ευρωπαϊκό κοινωνικό Ταμείο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006» Το σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας & ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης Παρεμβάσεις σε Ατομικό και Οργανωσιακό Επίπεδο. Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης, Αθήνα.